

다차원적 사회적 고립이 신체적·정신적 건강에 미치는 효과: 연령집단의 상호작용효과 분석*

이 상 철**·조 준 영***

요약

다차원적 사회적 고립은 신체적·정신적 건강의 위험요인으로 지적되어 왔다. 사회적 고립과 건강과의 관계에 대한 핵심 논의는 크게 두 가지로 정리할 수 있다. 첫째는 객관적·주관적 사회적 고립이 신체적·정신적 건강에 영향을 미치는 다양한 경로들의 역동성과 관련한 논쟁이 존재하고, 두 번째는 사회적 고립과 건강과의 관계에서 연령집단이 과연 선형적인 관계인가 또는 비선형적인 관계를 나타내는가와 관련한 논쟁이 존재한다. 본 연구에서는 공분산을 설정한 상호작용모형을 활용하여 선행연구들에서 논의하고 있는 객관적·주관적 사회적 고립이 신체적·정신적 건강에 영향을 미치는 다양한 경로를 주효과 분석을 통해 검증하고, 아울러 이질적인 연령집단에 따른 관계를 상호작용효과를 중심으로 검증하였다. 분석자료는 다차원적인 사회적 고립 개념의 특성을 충실히 반영한 KSHAP 1차년도 자료를 활용하였다. 경로모형 분석결과를 정리하자면 다음과 같다. 첫째, 객관적 사회적 고립 수준이 높아질수록 신체적·정신적 건강에 부정적 영향을 미치는 주효과가 유의한 반면, 주관적 사회적 고립은 정신적 건강에 부정적인 영향을 미치는 주효과만이 유의하게 나타났다. 둘째, 사회적 고립과 이질적인 연령집단과의 상호작용효과는 신체적 건강에 대해서 유의하게 나타났다. 구체적으로 객관적 사회적 고립의 수준이 높아질수록 장년층에 비해 전기노인의 경우 신체적 건강의 기울기는 부적으로 보다 낮아지는 것으로 나타났으며, 주관적 사회적 고립의 수준이 높아질수록 장년층에 비해 후기노인의 신체적 건강의 기울기는 부적으로 낮아지는 것으로 나타났다. 즉 연령집단에 따라 다차원적 사회적 고립과 신체적 건강과의 관계의 양상은 다르게 나타났다. 본 연구결과에 기초하여 신체적·정신적 건강의 위험요인에 해당하는 객관적 사회적 고립과 주관적 사회적 고립의 수준을 낮추기 위한 정책적 시사점에 대해 논의하였다.

주제어: 객관적 사회적 고립, 주관적 사회적 고립, 신체적 건강(PCS), 정신적 건강(MCS), 연령집단

* 이 논문은 2014년 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2014S1A3A2044496)

** 제1저자, 동서울대학교 실버복지과 조교수(sclee0902@gmail.com)

*** 공동연구자, Washington University in St. Louis 석사

1. 서론

사회연결망내에서 복잡다단하지만 긍정적인 관계를 형성하고, 상호호혜성에 기초한 사회적 지지의 가치를 긍정적으로 사회화해나가는 과정은 사회적 존재인 인간 삶의 질 증진과 생존에 기여한다(Cacioppo et al., 2011). 건강 또는 조기사망률 관련 기존 연구들은 흡연, 비만 등 건강행동의 위험요인에 주목하였으나, 최근에는 객관적 및 주관적 사회적 고립이 부적절한 건강행동을 야기하는 근본 원인이 될 수 있으며 또한 사회적 고립이 건강악화 또는 조기사망에 직접적인 영향을 미칠 수 있다는 연구결과들로 인해 사회적 고립과 건강과의 관계에 대한 사회적인 관심이 고조되고 있다(Cacioppo et al., 2011; Cacioppo et al., 2006; Cornwell & Waite, 2009b; House, 2001). 사회적 연결망내에서 의미있는 타인과의 관계 단절 또는 고립 현상과 같은 객관적 차원의 사회적 고립과 사회적 연결망의 축소로 인한 외로움과 사회적 지지 결여 등 사회적 관계의 질적인 수준에 대한 인식을 의미하는 주관적 차원의 사회적 고립은 낮은 수준의 삶의 질, 건강 악화, 더 나아가 사망률과 밀접한 관계가 존재한다(Cacioppo et al., 2006; Hawton et al., 2011; Steed et al., 2007; Holt-Lunstad et al., 2010; Pettigrew et al., 2014).

사회적 고립과 건강과의 관계에 대한 선행연구들은 크게 세 가지의 흐름으로 정리할 수 있다. 첫째 객관적·주관적 사회적 고립이 신체적·정신적 건강에 모두 영향을 미친다는 주장(Thoits, 1995; Waite & Hughes, 1999; Cornman et al., 2003; Ernst & Cacioppo, 2000; Steptoe et al., 2004), 둘째 객관적 사회적 고립이 신체적 건강에 영향을 미친다는 주장(Holt-Lunstad et al., 2010, 2015; Hawkey et al., 2009; Theeke, 2010; Shor et al., 2013; Steptoe et al., 2013; Uchino, 2006;), 셋째 주관적 사회적 고립이 정신적 건강에 영향을 미친다는 주장이다(Stillman et al., 2009; Joiner, 2007). 이와 같은 논의들의 공통점은 다차원적 사회적 고립이 신체적 또는 정신적 건강에 영향을 미치는 매커니즘 또는 경로를 파악하는 것이 중요함을 시사한다.

반면, 생애주기적 관점에서 사회적 고립 발생 가능성이 높은 동시에 노화로 인한 신체적 및 정신적 건강 악화는 특히 노인세대에게 심각한 위험요인으로 지적됨에 따라 사회적 고립과 건강과의 관계는 주로 노인집단을 중심으로 연구가 되어 왔다(Hawton et al., 2011; Steed et al., 2007). 그러나 사회적 고립과 건강과의 관계를 살펴보기 위한 연구모집단이 확장되고, 건강과 관련한 연구는 생애주기적 관점에서 모든 연령집단을 대상으로 연구가 이루어져야한다는 규범적 논의가 정당성을 확보하면서 노인집단과 이질적인 특성을 갖는 다른 연령집단으로 연구가 확대되는 경향성이 나타났다(Dykstra et al., 2005; Holt-Lunstad et al., 2015; House et al., 1988; Steptoe et al., 2004). 이와 관련한

선행연구들은 첫째 연령의 증가와 사회적 고립 및 건강 수준은 부정적인 관계를 보이고, 둘째 사회·경제·문화적으로 이질적인 특성을 보이는 연령집단간에는 사회적 고립과 건강과의 관계의 양상이 달리 나타날 수 있다는 것을 보여준다.

본 연구에서는 사회적 고립과 건강과의 관계에 대한 이상과 같은 논의에 주목하여, 다차원적 사회적 고립이 신체적·정신적 건강에 영향을 미치는 경로를 파악하는 것을 목적으로 한다. 구체적으로 객관적·주관적 사회적 고립이 신체적·정신적 건강에 미치는 주효과(main-effect)를 분석하고, 연령집단의 조절효과 가능성을 검증하기 위해 장년층·전기노인·후기노인과 이질적인 특성을 갖는 연령집단과의 상호작용효과(interaction effect)를 검증한다. 이를 위해 많은 선행연구들이 사회적 고립과 건강과의 관계를 검증하기 위한 방법론으로 회귀분석을 활용함으로써 이론적인 다차원적 구조를 적절하게 반영하지 못하는 한계를 극복하기 위해 공분산을 설정한 상호작용모형을 활용한 통합적 분석을 시도한다.

본 연구에서는 다차원적인 사회적 고립과 신체적·정신적 건강 측정치들을 충실히 반영하고 있는 NSHAP(National Social Life, Health and Aging Project)의 한국판으로서 연세대학교 ‘건강한 노년 사업단’이 노인의 삶의 질과 노화 과정에 대한 국제비교연구의 일환으로 한국노인의 사회적, 정신적, 신체적 및 기능적 건강에 대한 통합 지표를 구축한 한국인의 사회적 삶, 건강과 노화에 대한 조사(KSHAP: Korean Social Life, Health and Aging Project) 1차년도 자료(N=814)를 활용한다.

본 연구에서는 다음과 같은 세 개의 연구문제를 설정한다.

연구문제1: 장년층, 전기노인, 후기노인 집단별 객관적·주관적 사회적 고립과 신체적·정신적 건강 수준은 각각 어떠한가?

연구문제2: 객관적·주관적 사회적 고립이 신체적·정신적 건강에 대해 미치는 주효과는 어떠한가?

연구문제3: 객관적·주관적 사회적 고립과 신체적·정신적 건강과의 관계는 연령집단에 따라 다르게 나타나는가?

2. 이론적 배경

1) 사회적 고립 개념과 건강과의 관계

사회적 고립(social isolation)의 개념적 및 조작적 정의에 대해서는 연구자들간 이견이 존재한다(Shimada, et al., 2014). 그러나 연구자들간 공통적으로 합의하고 있는 것은 사회적 고립은 다차원적

속성을 가지고 있으며, 객관적 차원(objective dimension)과 주관적 차원(subjective dimension)으로 개념화된다는 것이다(Cornwell & Waite, 2009a, 2009b; Elder & Retrum, 2012; Nicholson, 2009; Pedersen et al., 2012). 객관적 차원의 사회적 고립은 사회적 연결망의 크기 또는 접촉빈도 등 타인으로부터의 고립과 분리의 정도로 정의되며, 주관적 차원의 사회적 고립은 외로움과 같이 타인과의 관계에 있어서의 질적 수준에 대한 지각(perception)으로 정의된다(Cornwell & Waite, 2009a; Hawton et al., 2011; Nicholson, 2012). 사회적 고립이 객관적 및 주관적 차원을 포괄하는 통합적인 개념화가 이루어진다는 점은 타인들과 사회적 상호작용의 크기와 빈도가 높다고 하더라도 개인적으로 의미 없는 타인과의 관계는 사회적 고립의 수준을 감소시키지 못한다는 점을 시사한다(Cacioppo et al., 2011). 따라서 사회적 고립을 구성하는 객관적 차원과 주관적 차원은 상호 변별되는 개념인 동시에 약한 상관관계를 가지는 개념이라고 할 수 있다(Coyle & Dugan, 2012; Perissinott & Covinsky, 2014).

많은 해외 선행연구들은 객관적 및 주관적 사회적 고립이 신체적 건강(감염, 질병률, 고혈압, 낙상 위험 증가, 음주 과다, 영양 결핍 등) 또는 정신적 건강(우울증, 인지감퇴 등) 악화와 밀접한 관련성이 존재함을 밝혀왔다(김숙영, 최경원, 오희영, 2010; 임은의, 문현정, 임세현, 2014; 손정연, 한경혜, 2012; 최은정, 2000; Cacioppo et al., 2006; Cornwell & Waite, 2009a; Hawton et al., 2011; Hot-Lunstad et al., 2010; Pettigrew et al., 2014; Nicholson, 2012; Steed et al., 2007; Schnittger et al., 2012; Shor et al., 2013; Uchino, 2006). 한편 국내 연구 특히 본 연구자료의 특성을 반영하는 농촌지역을 대상으로 한 연구들에서도 사회적 고립의 하위차원들과 건강과의 관계가 존재함을 밝히고 있다. 예를 들어 농촌노인 대상 연구 중 임은의 외(2014)은 객관적 사회적 고립의 하위차원인 사회적 연결망의 양적 및 질적수준이 건강에 영향을 미치고 있음을 보고하였으며, 박경순 외(2015)은 객관적 사회적 고립의 하위차원인 사회참여가 신체적 및 정신적 건강에 정적인 영향을 미친다고 보고하였다. 전보영 외(2009)은 농촌 노인 대상 연구에서 주관적 사회적 고립의 하위차원에 해당하는 사회적 지지가 신체적 건강과 정신적 건강에 유의미한 영향을 주는 것으로 나타났다. 이와같은 국내외 선행연구들을 정리하자면 객관적·주관적 사회적 고립은 신체적·정신적 건강에 영향을 미치며, 또 농촌노인 대상 연구에 있어서도 일관성이 유지된다고 말할 수 있다.

그러나 사회적 고립의 두 가지 차원 즉 객관적 사회적 고립과 주관적 사회적 고립이 신체적 및 정신적 건강에 미치는 상대적인 영향력에 대해서는 다음과 같은 세 가지의 논쟁들이 존재한다.

첫 번째는 객관적 및 주관적 사회적 고립이 동시에 신체적 및 정신적 건강 모두에 영향을 미친다는 주장이다. 즉 객관적 및 주관적 사회적 고립 수준이 높을 경우 스트레스에 취약한 경향성을 보이

고, 이는 현실에 대한 통제감과 자아존중감을 감소시킴으로써 결과적으로 현실대응능력의 약화를 초래함으로써 신체적 및 정신적 건강행동의 위협요인으로 작용한다는 것이다(Thoits, 1995; Waite & Hughes, 1999; Cornman et al., 2003; Ernst & Cacioppo, 2000; Steptoe et al., 2004). 두 번째는 주관적 사회적 고립에 비해 객관적 사회적 고립이 신체적 건강에 미치는 상대적인 영향력이 보다 크다는 주장이다. 예를 들어 객관적 사회적 고립의 수준이 높을 경우 사회적 연결망내에서 활용가능한 긍정적인 자원(예: 건강 정보 교류, 스트레스에 대처하기 위한 건강행동 유형 및 습관, 정서적 지지) 등에 대한 접근성이 낮아짐으로써 신체적 건강행동에 대한 위협요인(예: 흡연, 섭식장애, 비만, 수면 부족, 신체적 비활동성, 무리한 다이어트)이 증가하게 되며, 결과적으로 신체적 건강에 악영향을 미친다는 것이다(Christakis & Fowler, 2007; Lin, 2001; Kinney et al., 2005; Holt-Lunstad et al., 2010, 2015; Hawkey et al., 2009; Shor et al., 2013; Steptoe et al., 2013; Theeke, 2010; Umberson et al., 2006; Uchino, 2006). 세 번째는 객관적 사회적 고립에 비해 주관적 사회적 고립이 정신적 건강에 보다 큰 영향을 미친다는 주장이다. 객관적 사회적 고립에 대한 지각수준을 나타내는 주관적 사회적 고립은 삶에 대한 의미와 사회적 존재로서 기본적인 심리적 욕구에 해당하는 소속감을 감소시키고, 타인에게 자신이 짐이 될 뿐이라고 느끼는 좌절감을 우울증과 같은 정신적 건강에 악영향을 미친다는 것이다(Stillman et al., 2009; Joiner, 2007). 또한 주관적 사회적 고립은 우울증과 같은 정신적 건강과 강한 상관관계가 존재하며, 특히 주관적 사회적 고립에 해당하는 개념 중 하나인 외로움의 경우 우울증에 강력한 예측변수로 작용하는 것으로 보고되고 있다(Hawkey et al., 2003; Holwerda et al., 2012; Cacioppo et al., 2006; Heikkinen & Kauppinen, 2004).

이와같이 상이한 연구결과들과 논쟁이 존재하는 배경에는 다음과 같은 공통점이 있다. 첫째, 대체적으로 많은 연구들에서 사회적 고립의 다차원적 특징을 포괄적으로 반영하지 못해 부분적 개념화가 이루어진 조사설계의 한계점과 일부 변수에 한정된 측정의 한계점으로 인해, 다차원적 사회적 고립과 건강과의 관계에 대한 상이한 연구결과들이 존재한다(Cornwell & Waite, 2009a; Holt-Lunstad et al., 2015; House, 2001). 둘째, 학계간 강조하는 개념화의 초점이 달라 통합적 개념화가 불균형적으로 이루어졌다. 예를 들어 사회를 구성하는 기본단위인 가족 또는 가구형태에 관심을 가지고 있는 사회학의 경우 주로 사회연결망내에서의 역동성을 나타내는 객관적 사회적 고립과 건강과의 관계에 주된 초점을 두는 반면(Barefoot et al., 2005; Benjamins, 2004; Thoits & Hewitt, 2001), 심리학의 경우 주로 외로움과 같은 주관적 사회적 고립과 정신적 건강과의 관계에 초점을 두고 연구를 진행해 온 경향성이 있다(Cacioppo et al., 2006; Hawkey et al., 2006). 이와같이 환원주의에 기초한 학계간 사회적 고립과 건강과의 관계에 대한 상이한 연구초점은 다차원성으로 개념화된 사회적 고립과 신

체적 및 정신적 건강과의 관계를 통합적으로 조망해보는데 있어서 제한적일 수 밖에 없다 (Holt-Lunstad et al., 2015; Cornwell & Waite, 2009b).

본 연구에서는 사회적 고립과 건강과의 관계에 대한 기존 연구의 한계점을 극복하기 위해 다음과 같은 네 가지의 연구설계 전략을 설정하였다. 첫째, 다차원적인 특성을 갖는 사회적 고립의 개념화를 충실히 반영하여 타당화한 Cornwell과 Waite(2009a)의 사회적 고립 척도를 활용한다. Cornwell과 Waite(2009a)은 사회적 연결망(social network)내에서 사회적 관계의 결여 및 결핍, 낮은 사회참여 수준을 사회적 비연결성(social disconnectedness)로 명명하며 객관적 사회적 고립으로 개념화하고, 낮은 수준의 사회적 지지에 대한 지각 및 외로움을 지각된 고립(perceived isolation)으로 명명하며 주관적 사회적 고립으로 개념화함으로써 사회적 고립의 다차원성을 통합적으로 타당화하였다. 둘째, 사회적 고립의 다차원적 특성을 충실히 반영하고 있는 측정자료인 NSHAP(National Social Life, Health, and Aging Project)의 한국판인 KSHAP(Korean Social Life, Health, and Aging Project)를 활용하여 사회적 고립 측정의 한계점을 극복하였다. 셋째, 학계의 주된 연구관심사에 따라 신체적 건강 또는 정신 건강 측정치가 부분적으로 활용되어 왔으나, 본 연구에서는 신뢰도와 타당도가 검증된 SF-36의 간편형 척도로서 신체적 건강지수(physical component score; PCS)와 정신적 건강지수(mental component score; MCS)로 구성된 SF-12v2를 활용하여 통합적 관점에서 사회적 고립과 건강과의 관계를 검증하고자 한다. 넷째, 사회적 고립을 구성하는 객관적 차원과 주관적 차원은 상호 변별되는 차원임과 동시에 약한 상관관계가 존재하며(Cornwell & Waite, 2009a; Coyle & Dugan, 2012; Perissinott & Covinsky, 2014), SF-12의 신체적 건강(PCS)와 정신적 건강(MCS) 역시 상관이 존재한다(Ware et al., 2009). 그러나 사회적 고립과 건강과의 관계에 대한 선행연구들의 경우 많은 경우 연구방법론으로 주로 회귀분석을 활용함으로써(Cornwell & Waite, 2009b; Shankar et al., 2017; Tanskanen & Anttila, 2016), 사회적 고립과 건강의 하위차원별 공분산 설정이 방법론적으로 불가능하고, 신체적 및 주관적 건강에 대한 사회적 고립의 개별적인 분석모형을 설정함으로써 연구의 현실반영성에 있어서의 한계점이 존재한다. 본 연구에서는 사회적 고립과 건강의 하위차원별 공분산을 설정할 수 있으며, 사회적 고립의 하위차원과 신체적 및 주관적 건강을 동시에 모형화하는 방법론을 활용함으로써 통합적 검증을 하고자 한다. 본 연구에서는 이와같은 연구전략을 활용하여 다차원적 사회적 고립의 신체적·정신적 건강에 대한 상이한 영향력을 주효과를 통해 검증한다.

2) 사회적 고립과 건강과의 관계에 있어서 연령집단의 조절변수 효과

사회적 고립과 건강과의 관계를 다루고 있는 선행연구들은 생애주기적 관점에서 장년층에 비해 노인집단에게 보다 큰 위협이 된다는 가정하에 특히 노인집단에 주목하는 연구경향성을 보인다(Hawton et al., 2011; Steed et al., 2007). 그 배경은 두 가지로 정리할 수 있다. 첫째, 사회적 고립은 연령이 증가함에 따라 공통적으로 나타나는 현상이며, 특히 노인집단의 경우 배우자 및 친인척과 친구들과의 사별 등과 같은 개인사적 경험들로 인한 사회적 연결망이 점차 감소함으로써 지각된 사회적 지지의 수준이 낮아지고, 이는 심리적으로 지각하는 외로움과 소외감이 점차 높아지게 되는 결과를 낳게 됨으로써, 건강에 악영향을 미치게 된다는 것이다(McPherson et al., 2006; Kramarow, 1995; Li & Ferraro, 2005). 둘째, 사회적 고립으로 인한 건강상태의 악화는 특히 노인집단에게 있어서 심각한 위험요인으로 작용한다는 것이다. 즉 생애주기적 관점에서 장년층에 비해 사회적 고립에 노출될 수 있는 가능성이 높은 노인집단의 경우 사망률, 질병발생률, 우울, 인지적 퇴행 등의 위험성이 상대적으로 높게 나타난다는 연구결과들은 노인집단 대상 사회적 고립과 건강과의 관계에 대한 연구필요성이 제기된다는 것이다(Brummett et al., 2001; Cacioppo & Hawkley, 2003; House et al., 1988; Sherbourne et al., 1992; Tomaka et al., 2006). 이와같은 주장들을 정리하자면 사회적 고립과 건강과의 관계는 연령에 따라 선형적인 관계를 보인다고 말할 수 있다.

그러나 최근의 연구들은 사회적 고립과 건강과의 관계는 연령에 따라 비선형적인 관계가 나타날 수 있는 가능성을 제기하고 있다. 예를 들어 노인집단의 경우 은퇴 이후 사회적 연결망과 사회적 역할의 축소를 경험하고, 이는 사회참여 기회 및 활동이 급격하게 제한됨으로써 건강문제가 발생하게 된다는 연구결과(Weiss, 2005; Li & Ferraro, 2006; Thoits & Hewitt, 2001)와 달리, 직장생활로 인해 시간적 여유가 없는 장년층에 비해 은퇴자의 경우 자원봉사 등 다양한 사회참여에 투자하는 시간과 활동량이 증가함에 따라 상대적으로 사회적 고립 수준이 감소하는 경향성을 보이며, 이는 건강에 긍정적인 영향을 미친다는 것이다(Cornwell et al., 2008; Mutchler et al., 2003). 또한 객관적 사회적 고립을 나타내는 사회적 연결망내에서 의미있는 타인과의 접촉빈도가 가장 낮으며, 주관적 사회적 고립을 나타내는 외로움을 가장 많이 느끼는 연령집단은 노인집단이라기 보다는 오히려 장년층이라는 연구결과가 존재한다(Dykstra et al., 2005; Carstensen et al., 1999). 아울러 노인집단은 은퇴 또는 배우자와의 사별 등 사회적 고립을 심화시킬 수 있는 개인사적인 변화를 경험하기도 하지만, 삶에 대한 기대수준을 현실적으로 조정 및 적응해나가기도 한다. 따라서 비록 사회연결망의 크기와 상호작용의 빈도의 감소 즉 객관적 사회적 고립의 수준이 높게 나타날 지라도, 상대적으로 협소한 사

회적 관계망안에서 친밀한 관계를 유지 및 형성해나감으로써 사회적 지지에 대한 지각수준을 높게 인식할 수 있으며, 이는 예상과 달리 주관적 사회적 고립의 수준이 높게 나타나지 않는 결과를 야기함으로써 결과적으로 건강상의 문제 발생에 크게 기여하지는 않는다는 것이다(Shaw et al., 2007; Schnittker, 2007; van Baarsen et al., 2001).

이와같이 사회적 고립과 건강과의 관계에 있어서 연령집단의 효과가 상이하게 나타난 연구결과들은 연령에 따른 비선형적인 관계의 가능성 즉, 연령집단이 사회적 고립과 건강과의 관계에서 조절변수로서 가설화가 가능하다는 주장의 근거가 된다. 특히 Holt-Lunstad et al.(2015)은 사회적 고립과 사망률과의 관계에 대한 리뷰논문에서 연령집단의 효과에 주목하며, 연령집단의 조절변수 가능성을 제안한 바 있다.

한편 고령화가 급속하게 진행하고 있는 우리사회의 경우 노년기가 갈수록 확대되고 있음에도 불구하고 노년기 발달과정상의 변화를 고려하지 않고 노인 전체를 동일한 속성을 가진 인구집단으로 고려할 경우 노인집단내에 존재하는 중요한 차이들을 간과할 수 있으며, 선행연구에서도 전기노인과 후기노인간에는 교육수준, 경제수준, 기능손상 및 만성질환 수준, 사회참여 수준, 사회적 지지 활용 수준, 사회적 연결망의 구조적 및 기능적 측면에서 유의미한 차이가 있음을 밝히고 있다(장수자·김수영·문경주, 2015; 장수지, 2010). 또한 최연희(2001)는 전기노인의 경우 후기노인에 비해 상대적으로 건강하고 자주적인 생활을 유지하기 위한 활기와 능력을 가지고 있는 경우가 많은 반면, 후기노인은 신체적·정신적인 기능손상의 확률이 높으며 의존적인 특성이 존재한다는 측면에서 구분되는 연령집단임을 밝히고 있다. 이는 다차원적 특성을 나타내는 사회적 고립이 전기노인과 후기노인 집단별 동질적이라기 보다는 이질적인 특성을 보일 수 있음을 시사한다고 말할 수 있다. 그러나 국내 연구의 경우 노년기를 동질적인 집단으로 가정하는 경향성으로 인해 전기노인과 후기노인의 특징을 반영한 최근 연구들은 아직 절대적으로 부족한 실정이다(김혜경·성준모, 2014). 이와같은 논의에 따라 본 연구에서는 장년층과 노년기에 있어서 이질적인 집단으로 가정되는 전기노인(65-74세)과 후기노인(75세 이상)을 구분하여 사회적 고립과 신체적·정신적 건강과의 관계를 살펴보았다. 본 연구에서는 객관적 및 주관적 사회적 고립이 신체적·정신적 건강과의 관계에서 장년층, 전기노인 및 후기노인으로 구분한 연령집단의 조절효과를 검증하였다.

3. 연구방법

1) 자료수집방법

본 연구는 2차 자료인 한국인의 사회적 삶, 건강과 노화에 대한 조사(KSHAP: Koeran Social Life, Health and Aging Project)를 사용하였다. KSHAP은 연세대학교 ‘건강한 노년 사업단’이 노인의 삶의 질과 노화 과정에 대한 국제비교연구의 일환으로 한국노인의 사회적, 정신적, 신체적 및 기능적 건강에 대한 통합 지표를 구축하고자 2011년부터 시행하는 패널조사이다. KSHAP은 미국 시카고 대학교가 주관하는 NSHAP(National Social Life, Health and Aging Project)를 기반으로 설계되었으며, 경기도 K군 1개면 지역의 거주자와 그 배우자 전수를 패널로 구축하여 조사를 실시하고 있다. 조사대상 지역은 벼농사가 주종을 이루는 전형적인 농촌지역이다.

본 연구에서는 KSHAP 1차년도 자료를 분석자료로 활용하였다. KSHAP 1차년도 자료조사는 2011년 12월부터 2012년 1월까지 실시되었으며, 사전에 교육을 받은 전문면접조사자를 통해 대면 면접조사를 실시하였다. 1차년도 조사에서는 모집단으로 파악된 902명중에서 병원 입원, 요양원 입소 등의 이유로 조사가 불가능한 42명과 설문조사에 불참한 46명을 제외한 총 814명이 설문조사를 완료하였으며, 이를 분석에 활용하였다.

2) 측정방법

사회적 고립의 객관적 차원과 주관적 차원으로 구성된 사회적 고립 척도를 타당화한 Cornwell과 Waite(2009a)이 분석자료로 활용한 NSHAP의 한국판인 KSHAP를 토대로 사회적 고립과 건강과의 관계를 검증하였다. 객관적 사회적 고립 차원은 사회적 연결망의 특성(사회적 연결망의 크기와 범위, 가구내 동거하고 있는 사회적 연결망 구성원의 비율, 사회적 연결망내의 구성원들과 평균적인 상호작용 빈도), 가구형태(가족구성원 크기, 독거 여부), 친구 및 가족 구성원수(배우자 유무, 친구와 자녀 그리고 손자녀의 수), 사회참여(종교단체, 노인회 등 공식화된 조직, 친목사교단체, 경로당과 같은 이웃, 자원봉사 참여 수준)과 같은 총 16문항을 측정하였다. 단, 객관적 사회적 고립 차원을 구성하고 있는 문항들의 경우 내용상 사회적 고립과 방향성이 반대로 설정되었으므로, 해석시 주의가 필요하다. 주관적 사회적 고립 차원은 사회적 지지에 대한 결여정도를 가족, 친구, 배우자에게 얼마나 자주 속마음을 털어놓고, 의지하는지에 대해 4점척도(1=자주한다, 4=전혀 하지 않는다)로 측정하였으며, 지각된 외로움은 사회적 연결망내의 구성원으로부터 동료애 또는 소속감 결여

정도에 대하여 3문항(4점척도: 1=전혀 그렇지 않다, 4=자주 그렇다)으로서 총 9문항을 측정하였다. 객관적 사회적 고립과 주관적 사회적 고립을 구성하는 각 문항들은 해석의 편의를 위하여 표준화점수로 전환하였다. 본 연구에서 객관적 사회적 고립과 주관적 사회적 고립의 내적일관성신뢰도는 각각 .662, .703으로 나타났다.

신체적 및 정신적 건강 측정은 SF-12v2(12-item Short Form of Health Survey)를 사용하였다. SF-12는 Ware 등(2009)이 SF-36(36-item Short Form of Health Survey)을 축약하여 단축형으로 구성한 것으로 신뢰도와 타당도가 검증되어 주로 보건의료분야에서 환자 및 재활환자를 대상으로 한 연구에서 많이 사용되고 있다(Ware, 2001; Garrat et al., 2000). SF-12 설문지는 신체적 기능(Physical Functioning: PF), 신체적 역할 제한(Role-Physical: RP), 통증(Bodily Pain:BP), 일반건강(General Health: GH)의 4개의 하부영역으로 구성된 신체적 건강 지수(Physical Component Score; PCS)와 정신건강(Mental Health:MH), 감정적 역할 제한(Role Emotional: RE), 사회적 기능(Social Functioning: SF), 활력(Vitality: VT)의 하부영역으로 구성된 정신적 건강 지수(Mental Component Score; MCS)의 2개 영역으로 구성되어 있다. SF-12는 12개의 질문 문항으로 구성되었으며, 각 문항에서 건강에 가장 나쁜 영향을 미치는 내용을 1점으로 하여 문항에 따라 1~10점까지 점수화하였으며, 최고점수를 100점으로 환산하였다. SF-12v2를 활용하여 신체적 건강 지수(PCS)와 정신적 건강 지수(MCS)로의 환산방법은 본 척도를 개발한 Ware et al.(2009)의 계산방법을 활용하여 점수화하였다. 본 연구에서 신체적 건강 지수와 정신적 건강 지수 각각에 대한 내적일관성신뢰도는 .798과 .869로 안정적으로 나타났다.

아울러 사회적 고립과 건강과의 관계를 살펴본 선행연구들에서 핵심적으로 고려한 인구사회학적 변수인 만연령의 경우 연령집단을 장년층, 전기노인, 후기노인으로 더미변수화하여 모형화하였으며, 성별과 교육수준은 통제변수로 설정하였다¹⁾(Dykstra et al., 2005; McPherson et al., 2006; Schnittker, 2007; Li & Ferraro, 2005; Sherkat & Ellison, 1999; Wilson, 2000).

3) 분석방법

본 연구에서는 세 가지 분석방법을 사용하였다. 첫째, 사회적 고립의 객관적 및 주관적 차원에 해당하는 문항들을 표준점수로 전환하고, 각 차원과 개별문항과의 일관된 방향성 및 변별도 검토를 위해 문항총점상관(item-total correlation)을 살펴보았다. 이와같은 문항선별과정을 통해 사회적 고립의 각 차원별 최종문항을 선정하고 평균점수(composit score)를 산정하여 객관적 및 주관적 사회적 고

1) 인구사회학적 변수 중 중요하게 고려하는 가구소득은 응답률이 52.8%로 나타나 연구모형에서 제외하였다.

립 점수로 설정하였다. 분석을 위한 통계패키지는 STATA13.1을 활용하였다. 둘째, 분석에 활용한 주요변수에 대하여 기술통계치 분석을 하였으며, 연령집단별 평균비교를 위해 장년층을 준거집단으로 설정하고 sheffe 검증을 실시하였다. 분석을 위한 통계패키지는 STATA13.1을 활용하였다. 셋째, 신체적 및 정신적 건강에 대하여 객관적 및 주관적 사회적 고립 차원과 연령집단(장년층, 전기노인, 후기노인)별 주효과(main-effect)와 상호작용효과(interaction effect)를 검증하기 위해 공분산을 설정한 상호작용모형을 분석하였다. 연령집단은 더미변수화 하였으며, 준거집단으로 장년층을 설정하였다. 또한 인구사회학적 변수로 설정한 성별(준거집단: 여성), 교육수준은 통제변수로 설정하였다. 아울러 객관적 사회적 고립과 주관적 사회적 고립간 공분산을 설정하였으며, 신체적 건강과 정신적 건강간에도 공분산을 설정하여 연구의 현실반영성을 제고하고자 하였다. 분석을 위한 통계패키지는 Mplus7.3을 활용하였다.

4. 분석 결과

1) 사회적 고립의 각 차원별 문항선별

객관적 사회적 고립 차원에 해당하는 16개 문항에 대하여 문항총점상관을 살펴본 결과 사회연결망 내 구성원들과의 평균적으로 상호작용하는 빈도를 나타내는 문항이 객관적 사회적 고립차원 전체 문항과의 방향성이 반대로 나타났으며, 사회참여 문항 중 공식화된 집단에의 참여 및 이웃과의 상호작용에 해당하는 두 문항의 변별도가 낮게 나타났다. 따라서 객관적 사회적 고립 차원에서는 해당 차원과의 방향성과 변별도에 문제가 발생한 세 문항을 제외한 총 13개 문항을 대상으로 객관적 사회적 고립 차원의 평균점수를 합산점수(composit score)로 설정하였다.

주관적 사회적 고립 차원에 해당하는 9개 문항에 대한 문항총점상관 검토 결과 방향성과 변별도에 있어서 문제가 발생한 문항은 없는 것으로 나타났다. 따라서 총 9개 문항에 대한 평균을 주관적 사회적 고립 차원의 합산점수로 설정하였다.

2) 기술통계치 분석 결과

본 연구는 다차원적 사회적 고립과 연령집단과의 주효과 및 상호작용효과가 건강에 미치는 효과를 검증하고자 하므로, 기술통계치 분석은 전체집단과 각 연령집단별 분석을 실시하였다. 아울러 모형

화에 활용한 사회적 고립과 건강의 경우 장년층을 준거집단으로 설정하고 전기노인과 후기노인에 대한 평균비교검증을 위해 scheffe 검증을 실시하였으며, 그 결과는 [표 1]과 같다.

건강과 관련한 기술통계치 분석결과는 다음과 같다. 100점으로 환산한 신체적 건강(PCS)과 정신적 건강(MCS)은 전체집단에서 50점 미만으로 나타났다. 신체적 건강에 대한 연령집단별 평균은 장년층이 51.32, 전기노인 46.65, 후기노인 41.07로 감소하는 것으로 나타났으며, 평균비교검증결과 준거집단인 장년층과 비교해볼 때 전기노인과 후기노인 모두 유의미한 차이가 나타났다. 정신적 건강에 대한 연령집단별 평균은 장년층이 51.00, 전기노인 49.11, 후기노인 45.65로 감소하는 것으로 나타났으며, 평균비교검증결과 준거집단인 장년층과 비교해볼 때 전기노인과 후기노인 모두 유의미한 차이가 나타났다.

사회적 고립은 해석의 편의를 위해 표준화 점수로 전환하였으며, 객관적 사회적 고립을 구성하는 문항은 내용상 역문항(reverse)으로 구성하였으므로, 해석시 사회연결망내에서의 사회적 연결성(social connectedness)을 의미하는 것으로 해석하는 것이 적절하다고 말할 수 있다(Cornwell & Waite, 2009a). 객관적 사회적 고립에 대한 연령집단별 평균은 장년층 0.16, 전기노인 0.03으로서 전반적으로 객관적 사회적 고립 수준은 낮은 편으로 나타난 반면, 후기노인은 -0.13으로 나타나 객관적 사회적 고립 수준이 높은 것으로 나타났다. 또한 연령이 증가함에 따라 객관적 사회적 고립의 수준은 높아지는 경향성을 보이며, 준거집단인 장년층과의 평균차이검증 결과 전기노인과 후기노인 간에는 유의미한 차이를 보이는 것으로 나타났다. 주관적 사회적 고립의 경우도 장년층, 전기노인, 후기노인의 평균이 각각 -0.09, -0.00, 0.07로 연령이 증가함에 따라 주관적 사회적 고립 수준이 높아지는 경향성을 보였으며, 준거집단인 장년층에 대해 평균차이검증 결과 전기노인과 후기노인 모두 유의미한 것으로 나타났다.

인구사회학적 변수 중 성별의 경우 여성의 비율이 상대적으로 높게 나타났으며, 교육수준의 경우 연령대가 높아짐에 따라 교육수준이 낮아지는 경향성이 나타났다. 이와같은 결과는 본 연구에서 활용한 KSHAP자료가 인구사회학적으로 표집의 대표성을 확보하고 있으며, 연구결과를 일반화하기 위한 개연성이 존재함을 시사한다.

[표 1] 연령집단별 기술통계치

		전체(N=814)		장년층(43-64세) (N=151)(ref.)		전기노인(65-74세) (N=367)		후기노인(75세 이상) (N=296)	
		Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)
신체적 건강(PCS)		45.48	(9.31)	51.32	(7.28)	46.65**	(8.23)	41.07**	(9.46)
정신적 건강(MCS)		48.20	(8.82)	51.00	(8.27)	49.11**	(8.26)	45.65**	(9.13)
객관적 사회적 고립(reverse)		0.00	(0.45)	0.16	(0.35)	0.03**	(0.41)	-0.13**	(0.51)
주관적 사회적 고립		0.00	(0.57)	-0.09	(0.52)	-0.00	(0.53)	0.07**	(0.64)
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
성별	여성	472	(57.99)	98	(64.90)	205	(55.86)	169	(57.09)
	남성	342	(42.01)	53	(35.10)	162	(44.14)	127	(42.91)
교육 수준	무학	246	(30.52)	6	(4.00)	86	(23.76)	154	(52.38)
	초졸	330	(40.94)	62	(41.33)	162	(44.75)	106	(36.05)
	중졸	113	(14.02)	40	(26.67)	58	(16.02)	15	(5.10)
	고졸	85	(10.55)	33	(22.00)	38	(10.50)	14	(4.76)
	대졸 또는 대학원	32	(3.97)	9	(6.00)	18	(4.97)	5	(1.70)

*p<.05, **p<.01

3) 신체적 및 정신적 건강에 대한 다차원적 사회적 고립과 연령집단별 효과분석 결과

신체적 및 정신적 건강에 영향을 미치는 객관적 및 주관적 사회적 고립과 장년층을 준거집단으로 설정하고 더미변수화한 연령집단별 경로분석 결과는 [표 2]와 같다. 우선 신체적 건강과 정신적 건강에 대하여 외생변수들의 설명분산은 각각 24.6%와 18.1%로 비교적 높게 나타났다²⁾. 이는 연구모형설정의 건전성(robustness of model specification)이 비교적 안정적인 수준이라고 해석할 수 있다.

신체적 건강에 대한 사회적 고립의 주효과는 객관적 사회적 고립이 유의하게 나타났다. 즉 객관적 사회적 고립 수준이 낮을수록 신체적 건강에는 정적인 영향을 미친다고 해석할 수 있다. 반면 신체적 건강에 대한 주관적 사회적 고립은 유의미하지 않게 나타났다. 신체적 건강에 대한 연령집단의 주효과는 장년층에 비해 후기노인의 경우 신체적 건강이 부적으로 유의미하게 나타나, 장년층에 비해 후기노인의 경우 신체적 건강에 대해 부정적으로 인식하는 것으로 해석할 수 있다.

2) Cohen et al.(2003)은 사회과학자료의 경우 상관계수 효과의 크기를 0.1(weak size), 0.3(moderate size), 0.5(large size)로 구분하였으며, 설명분산의 크기는 1%(weak size), 9%(moderate size), 25%(large size)로 제시하였다.

신체적 건강에 대한 사회적 고립과 연령집단별 상호작용효과는 객관적 사회적 고립과 전기노인(준거집단: 장년층)과의 상호작용효과와 주관적 사회적 고립과 후기노인(준거집단: 장년층)과의 상호작용효과가 유의하게 나타났으며, 해석의 편의를 위해 각각 [그림1]과 [그림2]로 도식화하였다. 신체적 건강에 대해 객관적 사회적 고립과 전기노인(준거집단: 장년층)과의 상호작용효과를 도식화한 [그림 1]은 객관적 사회적 고립 차원을 구성한 문항들이 역문항을 취하고 있다는 점을 감안해볼 때, 객관적 사회적 고립의 수준이 낮아질수록 장년층에 비해 전기노인의 경우 신체적 건강에 대한 기울기가 4.201만큼 낮아지는 것으로 나타났다. 즉 객관적 사회적 고립의 수준이 높아질수록 장년층에 비해 전기노인의 신체적 건강은 나빠진다고 해석할 수 있다. 신체적 건강에 대해 주관적 사회적 고립과 후기노인(준거집단: 장년층)과의 상호작용효과를 도식화한 [그림 2]는 주관적 사회적 고립 수준이 높아질수록 장년집단에 비해 후기노인의 신체적 건강에 대한 기울기가 3.308만큼 낮아지는 것으로 나타났다. 즉 주관적 사회적 고립 수준이 높아질수록 장년층에 비해 후기노인의 신체적 건강은 악화된다고 해석할 수 있다. 아울러 통제변수로 설정한 성별과 교육수준은 신체적 건강에 대해 유의미하게 나타났다.

정신적 건강에 대한 주효과는 객관적 사회적 고립이 정적으로 유의미하였으며, 주관적 사회적 고립이 부적으로 유의미하게 나타났다. 이와같은 결과는 사회적 고립의 두 차원 모두 그 수준이 높아질수록 정신적 건강이 낮아진다고 해석할 수 있다. 정신적 건강에 대한 상호작용효과는 유의미하지 않았으며, 통제변수 중 교육수준은 유의미하게 나타났다. 아울러 사회적 고립의 두 차원과 신체적 건강과 정신적 건강과의 공분산은 유의미하게 나타났다.

[표 2] 신체적 및 정신적 건강에 대한 사회적 고립과 연령집단별 효과 분석 결과

(N=814)

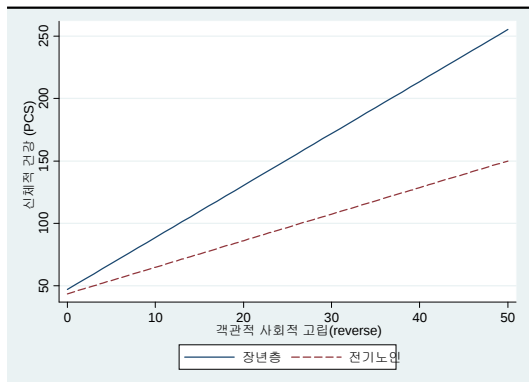
모형	변수 및 속성	신체적 건강(PCS)		정신적 건강(MCS)	
		Coef.	(S.E)	Coef.	(S.E)
주효과	객관적 사회적 고립(reverse)	6.465**	(1.798)	4.083*	(1.769)
	주관적 사회적 고립	-0.669	(1.297)	-3.555**	(1.275)
	전기노인(ref.장년층)	-1.587	(0.815)	1.067	(0.802)
	후기노인(ref.장년층)	-5.262**	(0.856)	-0.519	(0.842)
상호작용효과	객관적 사회적 고립×전기노인(ref.장년층)	-4.201*	(2.101)	-2.799	(2.066)
	객관적 사회적 고립×후기노인(ref.장년층)	-3.946	(2.036)	-3.080	(2.003)
	주관적 사회적 고립×전기노인(ref.장년층)	-0.493	(1.552)	-1.539	(1.526)
	주관적 사회적 고립×후기노인(ref.장년층)	-3.308*	(1.501)	-2.629	(1.477)

[표 2] 신체적 및 정신적 건강에 대한 사회적 고립과 연령집단별 효과 분석 결과 (표 계속)

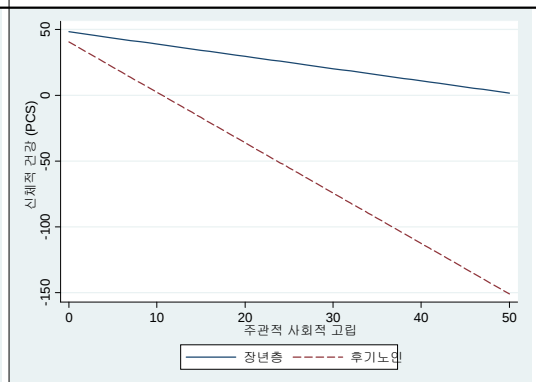
모형	변수 및 속성	신체적 건강(PCS)		정신적 건강(MCS)	
		Coef.	(S.E)	Coef.	(S.E)
통제변수	남성(ref.여성)	1.780**	(0.641)	-0.654	(0.631)
	교육수준	1.688**	(0.301)	1.815**	(0.296)
설명분산	R^2	0.246**	(0.048)	0.181**	(0.043)
공분산	객관적 사회적 고립 with 주관적 사회적 고립	-0.030 (0.009)**			
	신체적 건강 with 정신적 건강	19.821 (2.516)**			

*p<.05, **p<.01

[그림 1] 객관적 사회적 고립과 신체적 건강과의 관계에서 전기노인(ref.장년층)의 상호작용효과



[그림 2] 주관적 사회적 고립과 신체적 건강과의 관계에서 후기노인(ref.장년층)의 상호작용효과



5. 논의 및 시사점

연구문제를 중심으로 분석결과에 대한 논의와 시사점을 정리해보자면 다음과 같다. 우선 첫 번째 연구문제인 연령집단별 사회적 고립과 건강 각각의 수준과 관련하여 선행연구들과 비교해 볼 때 두 가지 논의가 가능하다. 첫째, 신체적 건강과 정신적 건강 수준은 상대적으로 장년층이 가장 높은 것으로 나타났으며, 연령이 증가할수록 감소하는 경향성이 나타났으며, 연령집단간 평균차이는 유의미하게 나타났다. 연령이 증가함에 따라 신체적·정신적 건강수준이 낮아지는 결과는 기존 선행연구들과 일관된 연구결과라고 말할 수 있다. 둘째, 사회적 고립에 대한 선행연구들의 경우 대체적으로 장년층에 비해 노인층의 사회적 고립이 높게 나타나는 경향성을 보고하고 있다(McPherson et al.,

2006; Li & Ferraro, 2005). 본 연구결과에서도 객관적·주관적 사회적 고립 수준은 연령이 증가함에 따라 높아지는 경향성을 보였다. 단, 노인집단을 이질적인 특성에 따라 전기노인과 후기노인으로 구분하였을 때, 전기노인에 비해 후기노인의 경우 객관적·주관적 사회적 고립 수준이 타 연령집단에 비해 높게 나타난 점은 노인집단을 동질적인 집단이라고 가정한 선행연구와 다른 결과이다. 전술한 바와 같이 베이비부머를 포함하고 있는 장년층의 경우 선행연구(Dykstra et al., 2005; Carstensen et al., 1999)에서는 노인에 비해 높은 수준의 사회적 고립을 보고하고 있으나, 본 연구결과에서는 이와 같은 연구경향성은 나타나지 않았다. 우리사회에서 베이비부머를 포함하고 있는 장년층의 경우 이전 세대와 달리 높은 교육열에 의해 체계적인 교육을 받은 고학력과 전문직 종사자의 비율이 높은 인구사회학적 특징이 존재하고, 정치·경제적으로 민주화 투쟁과 IMF 경제위기를 경험하여 이전 세대와 다른 가치관을 가지고 있으며, 자녀양육과 부모 부양이라는 이중부담으로 인해 노후를 제대로 준비하지 못한 상태에서 2010년도부터 퇴직을 경험하기 시작한 샌드위치 세대로 일컬어진다(함인희, 2002; 나일주·임찬영·박소화, 2008; 임연옥·박재연·윤현숙, 2011; 정정희, 2012, 2014). 이와같이 다른 세대와 상이한 특성을 갖는 연령집단으로서 베이비부머를 포함한 장년층의 경우 사회적 고립의 수준이 높게 나타날 것으로 예상하였으나, 본 연구결과는 예상과는 다르게 나타났다. 이는 본 연구자료가 농촌지역을 표집대상으로 하고 있어, 도시지역을 주된 표집대상으로 삼고 있는 선행연구와 비교하기에는 적절치 않다고 판단된다. 향후 연구에서는 도시지역을 대상으로 연령집단별 사회적 고립의 수준 파악을 위한 연구 필요성이 제기된다.

두 번째 연구문제인 객관적·주관적 사회적 고립이 신체적·정신적 건강에 대해 미치는 주효과는 각각 상이하게 나타났다. 선행연구들에 의하면 사회적 고립과 건강과의 관계에 대해서는 객관적·주관적 사회적 고립이 동시에 신체적·정신적 건강에 영향을 미친다는 주장, 객관적 사회적 고립이 신체적 건강에 영향을 미친다는 주장, 그리고 주관적 사회적 고립이 정신적 건강에 영향을 미친다는 세 가지의 논의가 존재하였다. 본 연구의 분석결과에 의하면 객관적 사회적 고립은 신체적·정신적 건강에 대한 주효과가 모두 유의하게 나타났으나, 주관적 사회적 고립은 정신적 건강에 대한 주효과만이 유의하게 나타났다. 따라서 주관적 사회적 고립이 정신적 건강에 영향을 미친다는 주장과 일관된 결과를 보였으나, 객관적 사회적 고립이 건강에 미치는 영향의 경우 기존의 주장과는 다른 결과가 나타났다고 말할 수 있다. 즉 우리사회에서는 사회적 연결망내에서 의미있는 타인으로부터 고립의 정도를 나타내는 객관적 사회적 고립은 신체적 건강 뿐만 아니라 정신적 건강에도 부정적인 영향을 미치고 있음을 확인할 수 있었다. 이는 곧 객관적 사회적 고립이 심화될 수 있는 환경 즉 가구형태에 있어서 배우자와 사별한 독거가구와 동거가족이 없는 부부가구, 또는 이웃·친목사교단체·종교

단체·자원봉사단체 등에 참여하고 있지 않은 가구의 경우 신체적·정신적 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있으며, 이는 곧 사회적 비용의 증가를 초래할 수 있음을 시사한다.

세 번째 연구문제에 대하여, 본 연구에서는 신체적·정신적 건강에 대하여 객관적·주관적 사회적 고립과 연령집단과의 상호작용효과를 검증하였으며, 사회적 고립과 사망률과의 관계에서 연령집단의 조절효과의 가능성을 제안한 Holt-Lunstad et al.(2015)과 일관된 결과를 확인하였다. 구체적으로 전기노인의 경우 객관적 사회적 고립의 수준이 높아질수록 장년층에 비해 신체적 건강이 감소하는 기울기가 높게 나타났으며, 후기노인의 경우 주관적 사회적 고립의 수준이 높아질수록 장년층에 비해 신체적 건강이 악화되는 기울기가 높게 나타났다. 즉 장년층에 비해 신체적 건강의 악화에 있어서는 전기노인은 객관적 사회적 고립과의 상호작용효과가, 후기노인은 주관적 사회적 고립과의 상호작용효과가 유의하게 나타남으로써, 연령집단별 신체적 건강에 영향을 미치는 사회적 고립의 양상은 상이하게 나타난다고 해석할 수 있다. 정리하자면 장년층에서 노인집단에 진입한 전기노인의 경우 후기노인에 비해 상대적으로 건강하고 자율적인 생활을 유지하기 위한 역량을 가지고 있는 반면, 은퇴로 인해 직장생활을 통해 구축한 공식적인 사회적 연결망의 급격한 축소와 스스로에게 의미 있는 사회적 연결망인 배우자·친구·이웃·친인척 등의 사고, 병환, 죽음 등에 직면하게 되며 비공식적인 사회적 연결망에서도 축소 또는 결핍 현상이 나타난다. 따라서 전기노인의 경우 사회적 연결망 하에서 적극적인 상호작용을 하기 위한 역량과 여건은 존재하지만, 공식적·비공식적 사회적 관계망의 급격한 축소 및 결핍을 직면하게 되면서 정서적 친밀감을 느낄 수 있는 상호작용 빈도가 감소하는 즉 객관적 사회적 고립이 가중되면서 신체적 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있음을 시사한다. 장년층에 비해 후기노인의 경우 신체적·정신적인 기능손상의 확률이 높으며 의존적인 특성이 존재하므로(최연희, 2010), 가족·친구·배우자 등에 대해 속마음을 털어놓기 어려운 환경이 조성됨으로써 자주 외로움을 느끼는 주관적 사회적 고립의 수준이 증가함에 따라 신체적 건강에 부정적 영향을 미칠 수 있음을 시사한다.

한편 연구문제와는 별개로 객관적·주관적 사회적 고립과 신체적·정신적 건강에 설정한 공분산이 각각 유의하게 나타난 결과는, 다차원적 사회적 고립과 신체적·정신적 건강이 상호 변별되는 개념인 동시에 상호관련성이 존재하는 개념이라고 논의한 선행연구들(Coyle & Dugan, 2012; Perissinott & Covinsky, 2014; Ware et al., 2009)을 지지하는 결과이며, 향후 연구에서도 이론적인 관계를 충실히 반영하는 통합적 연구 필요성을 시사한다.

본 연구는 객관적·주관적 사회적 고립이 신체적·정신적 건강에 영향을 미치는 경로가 상이하게 나타남을 밝혔다는 점에서 의의가 존재하고, 특히 장년층에 비해 사회적 고립이 높은 수준으로 나타

나는 노인집단의 경우 신체적 건강에 부정적 영향이 크게 나타날 수 있음을 경험적으로 검증한 연구로서 의의를 갖는다. 즉 사회적 고립은 특히 노인집단에게 심각한 위험요인으로 부각될 수 있으므로, 사회적 고립을 감소시키기 위한 정책적 시사점을 정부에 의한 노력과 민간에 의한 노력으로 구분하여 제안해보고자 한다.

최근 다른 나라와 비교해볼 때 급속도로 진행되고 있는 우리사회의 고령화 문제에 효과적으로 대처하기 위해 연령통합적 패러다임하에서 활동적 노화(active aging) 구현을 목표로 하는 고령친화환경(age-friendly environments) 조성과 관련한 논의가 활발하게 이루어지고 있다(이상철·박영란·정은화, 2016; 이상철·박영란, 2016; 김교성·김수연, 2014; 김수영·진재문·문경주, 2015; 박영란, 2013; Park & Lee, 2015). 활동적 노화는 개인의 노화과정에서 삶의 질을 향상시키는데 필요한 건강, 참여, 안전의 기회를 최적화해나가는 과정을 의미하고(WHO, 2002), 고령친화환경은 활동적 노화를 현실적으로 실현시키기 위한 물리적·사회경제문화적인 지원체계를 지역사회내에 구축해나가기 위한 실천 모형이라고 말할 수 있다. 노화가 진행됨에 따라 기존의 이웃·친구·친인척·가족으로 구성된 사회연결망의 크기와 빈도는 점차 감소해감에 따라 객관적 사회적 고립이 심화될 경우, 새로운 사회연결망을 확충해나가기 위한 대안이 필요하며, 고령친화환경 조성을 적극적으로 지원하기 위한 지방정부의 노력이 필요하다고 말할 수 있다. 예를 들어 서울시는 2013년 국내 최초로 WHO국제고령친화도시네트워크에 가입함으로써 고령친화환경 조성에 적극적으로 참여하고 있으며, 이후 부산시, 인천시, 제주도 등 다양한 지방정부에서 고령친화환경 조성을 검토 및 추진하고 있는 실정이다. 특히 이상철 외(2016)에 의하면 고령친화환경의 구성개념 중 공공 및 민간 서비스 접근성과 사회활동 참여기회 확대가 활동적 노화의 세 영역인 건강, 참여, 안전에 모두에 유의미한 영향력을 미치고 있음을 밝히고 있다. 즉 지방정부 차원의 연령통합 지역사회 구축모형에 해당하는 고령친화환경 조성을 통해 공공에 의한 사회서비스의 접근성과 사회활동 참여기회 확대를 위한 노력은 활동적 노화 구현에 기여할 수 있으며, 세대간 연계를 포함한 새로운 사회연결망을 확대 및 확충함으로써 객관적 사회적 고립의 수준을 경감시킬 수 있을 것으로 기대된다.

민간에 의한 사회복지노력으로서의 지역사회차원에서 민간영역의 사회복지제도 중 상호부조(mutual aid)제도에 해당하는 마을공동체 조성 또는 협동조합 활성화를 통해 지역사회내의 공동된 욕구에 기반한 지역사회공동체 형성이 가능하고, 이를 통해 지역사회내 도구적·정서적 지지를 강화함으로써 주관적 사회적 고립의 수준을 감소시킬 수 있으리라 기대된다. 또한 민간영역의 사회복지제도 중 자선(charity & philanthropy)제도에 해당하는 기부 및 자원봉사 활성화를 통해 지역사회내 공동된 욕구를 해결하기 위한 물적·인적자원의 효과적 배분을 통해 새로운 사회연결망과 사회적 지

지 체계를 구축함으로써 사회적 고립의 수준을 낮추기 위한 노력이 필요하다고 말할 수 있다.

본 연구의 한계점 및 추후연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째 본 연구에서 활용한 KSHAP 자료는 농촌지역을 주된 표집대상으로 설정함으로써, 분석결과와 일반화에 있어서 한계점이 존재한다. 한편 KSHAP는 2017년도부터 농촌지역 이외에 도시 지역으로 조사를 확대할 예정이므로, 향후 연구에서는 도농비교가 가능해질 것으로 기대된다. 둘째, 사회적 고립과 건강과의 관계에서 인구사회학적 변수 중 중요하게 고려되는 소득변수의 결측치가 50%에 가깝게 측정되어 불가피하게 연구 모형에서 제외하였다. 추후 연구에서는 소득 변수를 통제변수로 고려함으로써 연구의 현실반영성을 제고하기 위한 노력이 필요하다. 셋째, 사회적 고립과 건강과의 관계에 대한 선행연구들에 의하면 주관적 사회적 고립은 객관적 사회적 고립에 대한 질적인 지각수준을 의미하므로, 객관적 사회적 고립과 건강과의 관계에서 주관적 사회적 고립의 매개효과 가능성이 제기된다(Holt-Lunstad et al., 2015). 추후 연구에서는 사회적 고립과 건강과의 관계에 대한 보다 정교한 모형 연구 필요성이 제기된다고 말할 수 있다. 넷째, 본 연구결과 사회적 고립과 건강과의 관계에서 연령집단의 조절효과를 검증하였으므로, 향후 연구에서는 연령집단별 사회적 고립과 건강과의 관계를 살펴보기 위한 다집단분석연구(multiple group analysis) 필요성이 제기된다고 말할 수 있다. 마지막으로 사회적 고립과 건강과의 관계에 있어서 우리사회에서 중요한 사회문제로 부각되고 있는 치매와 사회적 고립과의 관계를 파악해보기 위한 연구필요성이 제기된다고 말할 수 있다.

■ 참고문헌 □

- 김교성, 김수연(2014). 활동적 노화에 관한 다차원적 측정과 국가간 비교. *사회복지정책*, 41(1), 11-32.
- 김수영, 진재문, 문경주(2015). 고령친화적 지역사회 삶의 조건이 노인의 경제활동 참여의향에 미치는 영향. *사회과학연구*, 31(2), 1-24.
- 김숙영, 최경원, 오희영(2010). 도시 취약계층 노인의 사회적 관계망과 건강수준과의 관계. *재활간호학회지*, 13(1), 51-71.
- 김혜경, 성준모(2014). 노년기 우울에 영향을 미치는 종단적 요인: 전기·후기 노인의 비교를 중심으로. *노인복지연구*, 66, 427-229.
- 나일주, 임찬영, 박소화(2008). 한국 베이비 붐 세대의 은퇴 대비를 위한 정책방향: 국가인적자원개발 측면에서. *노인복지연구*, 42, 151-174.
- 박경순, 박영란, 염유식(2015). 사회참여가 농촌노인의 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향. *정신보건과 사회사업*, 43(2), 200-227.
- 박영란(2013). 초고령사회 대비 EU의 활동적 노화(active ageing) 정책 패러다임. *유럽연구*, 31(1), 135-158.
- 손정연, 한경혜(2012). 결혼상태의 지속 및 변화가 노인의 건강에 미치는 영향: 경제자원 및 사회적 관계망의 매개효과 검증. *한국가족복지학*, 35, 5-40.
- 이상철, 박영란(2016). 고령친화환경 요인들이 삶의 만족 및 노화불안에 미치는 영향에 대한 연령집단별 비교 연구. *한국사회정책*, 23(2), 173-200.
- 이상철, 박영란, 정은화(2016). 노인이 인식한 고령친화환경의 구성개념과 활동적 노화와의 관계에 대한 탐색적 연구. *서울도시연구*, 17(2), 119-138.
- 임연옥, 박재연, 윤현숙(2011). 베이비 붐 세대의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인: 노부모 세대와의 비교를 중심으로. *비판사회정책*, 33, 7-44.
- 임은의, 문현정, 임세현(2014). 사회활동을 하는 농촌노인의 사회적 관계망이 건강에 미치는 영향. *지역사회연구*, 22(3), 89-109.
- 장수지(2010). 노년기 사회적 관계망의 구조적, 기능적 측면과 주관적 삶의 질의 관계: 전후기노인 및 성별에 따른 비교를 중심으로. *사회과학연구*, 26(1), 75-100.
- 장수지, 김수영, 문경주(2015). 노년기 사회통합의 가능성: 사회참여와 사회적 안녕감 간의 관계에서 지역공동체의 매개효과. *한국지역사회복지학*, 52, 1-29.
- 전보영, 이혜재, 손창우, 김남권, 김애련, 박지은, 이은상, 이정화, 최주현(2009). 일부 농촌 지역 노인의 사회적 지지와 건강수준 및 건강행태와의 관련성. *농촌의학·지역보건*, 34(1), 13-23.
- 정경희(2012). 베이비부머의 가족생활과 노후생활 전망. *보건복지포럼*, 5, 40-49.
- (2014). 노인의 특성변화와 정책과제. *보건복지포럼*, 10, 7-17.
- 최연희(2001). 노년전기와 후기 노인의 건강증진행위, 생활만족도 및 자아존중감의 차이. *지역사회간호학*

- 회지. 12(2). 428-436.
- 최은정(2000). 사회적 관계망, 사회적 지원과 노인의 정신건강 및 신체적 건강. 사회와 문화. 11. 185-203.
- 함인희(2002). 한국의 문화변동과 가치관. 파주: 나남출판.
- Shankar, A., McMunn, A., Demakakos, P. & Hamer, M. (2017). Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health Psychology*. 36(2). 179-187.
- Barefoot, C., Gronbaek, M., Jensen, G., Schnohr, P. & Prescott, E. (2005). Social network diversity and risks of ischemic heart disease and total mortality: Findings from the copenhagen city heart study. *American Journal of Epidemiology*. 161. 960-967.
- Benjamins, R. (2004). Religion and functional health among the elderly: Is there a relationship and is it constant? *Journal of Aging and Health*. 16. 355-374.
- Brummett, H., Barefoot, C., Siegler, C., Clapp-Channing, E., Lytle, L., Bosworth, B., Williams, B. & Mark, B. (2001). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine*. 63. 267-272.
- Cacioppo, T. & Hawkley, C. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanism. *Perspectives in Biology and Medicine*. 46. S39-S52.
- Cacioppo, T., Hawkley, C., Norman, J. & Berntson, G. (2011). Social isolation. *Annals of the New Yory Academy of Sciences*. 1231. 17-22.
- Cacioppo, T., Hughes, E., Waite, J., Hawkley, C. & Thisted, A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*. 21. 140-151.
- Carstensen, L., Isaacowitz, M. & Charles, T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*. 54. 165-181.
- Christakis, A. & Fowler, H. (2007). The spread of obesity in al large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine*. 357. 370-379.
- Cohen, J., Cohen, P., West, G. & Aiken, S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences(3rd)*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cornman, C., Goldman, N., Gleib, A., Weinstein, M. & Chang, C. (2003). Social ties and perceived support: Two dimensions of social relationships and health among the elderly in Taiwan. *Journal of Aging and Health*. 15. 616-644.
- Cornwell, Y. & Waite, J. (2009a). Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 64B(S1). i38-i46.
- _____(2009b). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*. 50(1). 31-48.

- Cornwell, B., Laumann, O. & Schumm, P. (2008). The social connectedness of older adults: a national profile. *American Sociological Review*, 73, 185-203.
- Coyle, E. & Dugan, E. (2012). Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of Aging and Health*, 24, 1346-1363.
- Dykstra, A., van Tilburg, G. & de Jong Gierveld, J. (2005). Change in older adult loneliness: results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, 27(6), 725-747.
- Elder, K. & Retrum, J. (2012). *Framework for isolation in adults over 50: AARP Foundation Isolation Framework Project*. San Diego, CA: ResearchWorks.
- Ernst, M. & Cacioppo, T. (2000). Lonely hearts: Psychological perspectives on loneliness. *Applied and Preventive Psychology*, 8(1), 1-22.
- Hawkley, C. & Cacioppo, T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17(1), 98-105.
- Hawkley, C., Masi, M., Berry, D. & Cacioppo, T. (2006). Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychology and Aging*, 21, 152-164.
- Hawkley, C., Thisted, A. & Cacioppo, T. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: cross-sectional & longitudinal analyses. *Health Psychology*, 28, 354-363.
- Hawton, A., Green, C., Dickens, P., Richards, H., Taylor, S., Edwards, R. & Campbell, L. (2011). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*, 20(1), 57-67.
- Heikkinen, R. & Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38, 239-250.
- Holt-Lunstad, J., Smith, 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.
- Holwerda, J., Deeg, J., Beekman, T., van Tilburg, G., Stek, L., Jonker, C. & Schoevers, A. (2012). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, jnnp-2012.
- Holt-Lunstad, J., Smith, B. & Layton, B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316
- House, J. (2001). Social isolation kills, but how and why? *Psychosomatic Medicine*, 63, 273-274.
- House, S., Landis, R. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- Joiner, T. (2007). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Tanskanen, J. & Anttila, T. (2016). A prospective study of social isolation, loneliness, and mortality in Finland. *American Journal of Public Health*, 106(11), 2042-2048.

- Kinney, A., Yeomans, E., Martin, C. & Sandler, S. (2005). Social ties and colorectal cancer screening among Blacks and Whites in North Carolina. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 14, 182-189.
- Kramarow, A. (1995). The elderly who live alone in the United States: Historical perspectives on household change. *Demography*, 32, 335-352.
- Li, Y. & Ferraro, F. (2006). Volunteering in middle and later life: Is health a benefit, barrier or both? *Social Forces*, 85, 497-519.
- Lin, N. (2001). *Social capital: a theory of social structure and action*, England: Cambridge University Press.
- McPherson, M., Smith-Lovin, L. & Brashears, E. (2006). Social isolation in America: Changes in core discussion networks over two decades. *American Sociological Review*, 71, 353-375.
- Mutchler, E., Burr, A. & Caro, G. (2003). From paid worker to volunteer: Leaving the paid workforce and volunteering in later life. *Social forces*, 81(4), 1267-1293.
- Nicholson Jr, R. (2009). Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1342-1352.
- Nicholson, R. (2012). A review of social isolation: An important but underassessed condition in older adults. *The Journal of Primary Prevention*, 33(2-3), 137-152.
- Park, & Lee. (2016). Age-friendly environments and life satisfaction among South Korean elders: person-environment fit perspective. *Aging & Mental Health*. DOI: 10.1080/13607863.2016.1154011.
- Pedersen, V., Andersen, T. & Curtis, T. (2012). Social relations and experiences of social isolation among socially marginalized people. *Journal of Social and Personal Relationships*, 29(6), 839-858.
- Perissinotto, M. & Covinsky, E. (2014). Living alone, socially isolated or lonely: what are we measuring? *Journal of General Internal Medicine*, 11, 1429-1431.
- Pettigrew, S., Donovan, R., Boldy, D. & Newton, R. (2014). Older people's perceived causes of and strategies for dealing with social isolation. *Aging & Mental Health*, 18(7), 914-920.
- Schnittger, I., Wherton, J., Prendergast, D. & Lawlor, A. (2012). Risk factors and mediating pathways of loneliness and social support in community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*, 16(3), 335-346.
- Schnittker, J. (2007). Look (closely) at all the lonely people: age and the social psychology of social support. *Journal of Aging and Health*, 19, 659-682.
- Shaw, A., Krause, N., Liang, J. & Bennett, J. (2007). Tracking changes in social relations throughout late life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 62B, S90-S99.
- Sherbourne, D., Meredith, S., Rogers, W. & Ware, E. (1992). Social support and stressful life

- events: age differences in their effects on health-related quality of life among the chronically ill. *Quality of Life Research*, 1(4), 235-246.
- Shimada, K., Yamazaki, S., Nakano, K., Ngoma, M., Takahashi, R. & Yasumura, S. (2014). Prevalence of social isolation in community-dwelling elderly by differences in household composition and related factors: From a social network perspective in urban Japan. *Journal of Aging and Health*, 26(5), 807-823.
- Shor, E., Roelfs, J. & Yogeve, T. (2013). The strength of family ties: A meta-analysis and meta-regression of self-reported social support and mortality. *Social Networks*, 35(4), 626-638.
- Steed, L., Boldy, D., Grenade, L. & Iredell, H. (2007). The demographics of loneliness among older people in Perth, Western Australia. *Australasian Journal on Ageing*, 26(2), 81-86.
- Stephens, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, R. & Brydon, L. (2004). Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 593-611.
- 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*, 110, 5797-5801.
- Stillman, F., Baumeister, F., Lambert, M., Crescioni, W., DeWall, N. & Fincham, D. (2009). Alone and without purpose: Life loses meaning following social exclusion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(4), 686-694.
- Theeke, A. (2010). Sociodemographic and health-related risks for loneliness and outcome differences by loneliness status in a sample of U.S. older adults. *Research in Gerontological Nursing*, 3, 113-125.
- Thoits, A. & Hewitt, N. (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 115-131.
- Thoits, P. (1995). Stress, coping, and social support processes: where are we? what next? *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 53-79.
- 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.
- Uchino, N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387.
- Umberson, D., Williams, K., Powers, A., Liu, H. & Needham, B. (2006). You make me sick: marital quality and health over the life course. *Journal of Health and Social Behavior*, 47, 1-16.
- van Baarsen, B., Snijders, B., Smit, H. & van Duijn, A. (2001). Lonely but not alone: emotional isolation and social isolation as two distinct dimensions of loneliness in older people.

Educational and Psychological Measurement, *61*, 119-135.

Waite, J. & Hughes, E. (1999). At risk on the cusp of old age: living arrangements and functional status among Black, White, and Hispanic adults. *Journal of Gerontology*, *54B*, S136-S144.

Ware, E., Kosinski, M., Turner-Bowker, M. & Gandek, B. (2009). *User's manual for the SF-12v2 health survey: health survey with a supplement documenting SF-12 health survey*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.

Weiss, S. (2005). Retirement, marriage, and social isolation. *Illness, Crisis, and Loss*, *13*, 75-84.

Abstract

The Effects of Multidimensional Social Isolation on Physical and Mental Health: Analysis of Interaction Effects of Age Groups

Lee, Sangchul*·Cho, Joonyoung**

Along with the well-established evidence on the negative effect of social isolation on physical and mental health, increasing attention has been paid to multi-dimensional nature of social isolation. One line of study on social isolation has discussed different pathways between objective and subjective social isolation and health. Another stream of the research focused on the possibly non-linear association between social isolation and health by age cohort groups. Drawing from the two lines of research, this study aimed at empirically examine to what extent objective and subjective social isolation are associated with physical and mental health independently and how the associations vary by three age cohorts(i.e. the middle-aged, the young old, the old-old). Data came from the first wave of Korean Social Life, Health and Aging Project (KSHAP) (N= 814). Findings showed 1) objective subjective isolation were significantly related with worse physical and mental health, interestingly, subjective social isolation was associated with mental health only, 2) pattern of association between social isolation and physical health varied by age cohorts. Specifically, compared to the middle-aged, the young old with higher objective social isolation exhibited lower level of physical health, while the old-old with higher subjective social isolation were likely to experience lower physical health. Based on the findings, we discussed implications and suggestions for future research and relevant policy/program development for ameliorating objective and subjective social isolation

Key Words: objective social isolation, subjective social isolation, physical health(PCS), mental health(MCS), age-groups

◆ 2017. 4. 11. 접수 / 2017. 6. 5. 1차수정 / 2017. 6. 20. 게재확정

* First Author, Department of Silver Welfare, Dongseoul University(sclee0902@gmail.com)

** Co-author, MSW, Washington University in St. Louis