



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

김 태 현 교수지도  
석사학위 청구논문

독거노인의 사회적 고립이 정신  
건강에 미치는 영향에 관한 연구  
- 정신건강프로그램 개발과 효과를 중심으로 -

2014

성신여자대학교 대학원  
사회복지학과  
정 은 규

독거노인의 사회적 고립이 정신건강에  
미치는 영향에 관한 연구

- 정신건강프로그램 개발과 효과를 중심으로 -

김태현 교수지도

이 논문을 석사학위논문으로 제출함

2014년 5월

성신여자대학교 대학원

사회복지학과

정은규

# 인 준 서

정 은 규의 석사학위 논문으로 인준함.

심사 위원장 \_\_\_\_\_ 인

심 사 위 원 \_\_\_\_\_ 인

심 사 위 원 \_\_\_\_\_ 인

성신여자대학교 대학원

## 논문개요

본 연구의 목적은 독거노인이 사회적 고립에서 벗어나 건전한 여가생활을 통해 건강하고 행복한 노년의 삶을 영위하는데 도움을 주고자하는 것이다. 이를 위해 독거노인을 대상으로 정신건강프로그램을 활용한 교육이 고립과 우울, 스트레스, 자아존중감, 자살생각등 정신건강을 위협하는 요인들과 어떠한 관련성이 있는가를 분석하여 정신건강프로그램의 실효성을 분석하고, 정신건강프로그램을 개발하는데 시사점을 제시하고자 한다.

이에 따라 본 연구에서는 사회·정서적 고립감척도, 우울감척도, 자아존중감척도, 스트레스척도, 자살생각척도 등을 사용함으로써, 독거노인들의 정신건강상태를 파악하고자 하였다. 정신건강프로그램은 독거노인의 취약한 부분들을 드러내고 그에 처한 해결방법을 제시하는 문제해결중심의 프로그램으로 구성하였다.

본 연구의 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 고립된 독거노인의 정신건강 상태는 여러 측면에서 사회·정서적 고립감, 우울척도, 자아존중감척도, 스트레스, 자살생각척도에서 골고루 미약한 상태를 보였다. 하지만 8주 동안 정신건강프로그램 교육을 통해, 10명의 어르신들의 정신건강 향상에 긍정적인 변화와 독거노인의 삶의 질이 향상되는 효과를 나타냈다. 이러한 결과는 독거노인의 사회적인 고립에서 정신건강을 위해, 국가와 사회에서 체계적인 지지와 서비스지원으로 고립된 독거노인의 건강한 정신건강을 위해 더 많은 관심과 정책으로 실천적인 함의를 가지고 있다.

둘째, 정신건강프로그램이 중요한 부분이며, 사회적으로 고립된 독거노인들에게 실질적인 정신건강을 위한 정신건강 프로그램교육이 널리 보급될 필요가 있다. 더불어, 정신건강프로그램이 활성화됨으로써 사회적으로 고립된 독거노

인들이 정신건강을 회복하여 사회의 일원으로 행복하게 생활할 수 있도록 지원할 필요가 있다.

# 목 차

## 논문개요

<b>제1장 서론</b> .....	<b>1</b>
제1절 문제제기 .....	1
제2절 연구목적 .....	3
<b>제2장 이론적 배경</b> .....	<b>5</b>
제1절 독거노인의 개념 및 실태 .....	5
1. 독거노인의 개념과 발생원인 .....	5
2. 독거노인의 실태 .....	7
제2절 독거노인의 사회적 고립과 정신건강 .....	9
1. 노인의 사회적 고립 .....	9
1)노인의 사회적 고립의 개념 .....	9
2)사회적 고립의 선행요인 .....	11
2. 노인의 정신건강 개념 .....	13
3.노인의 정신건강 선행요인 .....	15
1)우울 .....	15
2)스트레스 .....	17
3)자아정체감 .....	18
제3절 노인의 정신건강 프로그램 .....	19
1. 노인의 정신건강 치료 프로그램 .....	19
1)웃음치료 .....	19

2)미술치료 .....	23
3)요가치료 .....	25
4)집단상담 .....	27
2. 독거노인을 위한 정신건강 프로그램 .....	30
1) 정신건강 프로그램의 목적과 구성 .....	30
2) 정신건강프로그램의 실시 방법 .....	30
3) 정신건강 프로그램의 회차별 구성 .....	31
<b>제3장 연구방법 .....</b>	<b>39</b>
제1절 연구 설계 및 대상 .....	39
1. 연구설계 .....	39
2. 연구대상 .....	39
제2절 연구도구 .....	40
1. 사전·사후 인터뷰 .....	40
2. 인터뷰 질문지 .....	41
3. 정신건강 프로그램 .....	42
제3절 연구절차 및 분석방법 .....	43
1.연구절차 .....	43
2.분석방법 .....	44
<b>제4장 분석결과 .....</b>	<b>45</b>
제1절 연구 참여자의 일반적 특징 .....	45
제2절 정신건강 프로그램 시행중의 변화과정 .....	46
제3절 정신건강 프로그램의 효과성 분석 .....	48
1. 사회정서적 고립 .....	48

2. 우울 .....	49
3. 자아존중감 .....	51
4. 스트레스 .....	52
5. 자살생각 .....	53

제5장 결론 및 제언 .....	55
-------------------	----

참 고 문 헌

ABSTRACT

부        록

## 표 목 차

<표-1> 정신건강프로그램의 목표 및 구성 .....	31
<표-2> 2회기 구성내용 .....	32
<표-3> 3회기 구성내용 .....	33
<표-4> 4회기구성내용 .....	35
<표-5> 5회기구성내용 .....	36
<표-6> 6회기구성내용 .....	37
<표-7> 7회기구성내용 .....	38
<표-8> 연구설계 .....	39
<표-9> 인터뷰 질문주제 .....	42
<표-10> 정신건강프로그램구성 .....	42
<표-11> 연구 참여자의 일반적 특성 .....	45
<표-12> 프로그램 과정별 독거노인의 변화과정 .....	47
<표-13> 사회정서적 고립에 대한 사전·사후 인터뷰내용 .....	49
<표-14> 우울에 대한 사전·사후 인터뷰내용 .....	50
<표-15> 자아존중감에 대한 사전·사후 인터뷰 내용 .....	52
<표-16> 스트레스에 대한 사전·사후 인터뷰 내용 .....	53
<표-17> 자살생각에 대한 사전·사후인터뷰 내용 .....	54

# 제1장 서론

## 제1절 문제제기

통계청 장래인구추계에 따르면 우리나라의 저출산·고령화속도는 세계 어느 나라 보다 급속히 진행되고 있다. 통계청에 따르면, 2012년에는 65세 이상 노인이 11.8%, 2036년에는 29.3%를 차지하고 2040년에는 32.3%에 달해 초고령 사회에 도달할 것으로 전망하고 있다. 또한 전체 독거노인 가구 수는 2005년 31.9%, 2007년 32.7%, 2012년 35.0%, 2020년 36.5%, 2035년 38%로 계속 증가할 것으로 예측되고 있다(통계청, 2012).

이처럼 노인인구와 독거노인의 증가는 다양한 문제를 발생시킬 수 있기 때문에 노인문제에 대한 새로운 시각과 이해가 요구되고 있다(정명렬, 2010). 특히 독거노인들은 배우자와의 사별과 가족의 지원 부재 등으로 인하여 정신적인 고립감의 수준이 매우 높은 실정이다. 정신적인 고립은 우울, 불안한 자아 존중감, 스트레스 등에서 오는 여러 가지 병적 증세들을 동반하게 되며, 이로 인한 정신적 고통을 받을 수 있는 가능성이 매우 높다. 따라서 가족과 친척의 지원, 사회적 활동 등을 통한 정신적 고립감을 완화시킬 수 있는 다각적인 방안 마련의 필요성이 대두되고 있다(김영주, 2009).

정신적 고립감으로 인한 우울은 노인들의 삶의 질과 매우 연관성이 높으며, 심할 경우 자살 등의 극단적인 선택을 할 수 있을 정도로 매우 위험한 요인이다. 또한 노년기에는 배우자 및 친구의 죽음, 퇴직, 수입원의 감소, 신체적 건강악화, 세대 간의 차이에서 오는 가족과의 갈등 등으로 인한 심리적·정신적 스트레스가 가중되며(김영미, 2013), 이러한 노인의 스트레스는 신체적 건강에도 영향을 미치게 되어 여러 가지 기능장애를 유발하게 된다. 노인들의 기능

장애는 신체활동과 신체손상 문제에 대한 대처능력을 저하시키고, 타인에 대한 의존도를 높이게 되어 낮은 자아존중감을 동반하게 된다(이현희, 2008. 재인용). 특히 독거노인은 고독감과 상실감으로 인한 우울과 스트레스에 매우 취약한 상황에 처해있으며, 이로 인한 신체기능장애 및 만성질환 등의 신체적 요인은 삶의 질이나 만족도를 저하시키는 가장 큰 원인이 되고 있으며(김미령, 2011), 심할 경우 자살로 이어지기도 한다.

우리나라의 노인의 자살률은 OECD 가입국가에 비하여 월등하게 높게 나타나고 있다. 2002년에서 2004년 동안 우리나라를 제외한 OECD 가입 국가들의 노인 평균 자살률이 65세 이상 75세 미만은 43.2명, 75세 이상노인은 60.4명이었으나, 우리나라의 경우 2004년 기준 65세 이상 75세 미만 노인 자살률은 64.9명, 75세 이상노인은 109.6명으로 OECD 평균에 비해 월등히 높은 것으로 나타나고 있다(보건복지가족부, 2008). 또한 2011년 현재 65세 이상 노인의 자살률은 10만 명당 79.7명으로 전체 자살률 31.7명의 두 배에 이르는 등 심각한 상황이다(보건복지가족부, 2012). 이렇게 우리나라에서 노인의 자살률이 높게 나타나는 것은 노인의 정신적 빈곤이 상대적으로 높기 때문인 것으로 보고되고 있다(김미령, 2011; 김영미, 2013).

이상의 논의를 종합하면, 노인은 정신적 고립감으로 인하여 우울과 스트레스에 취약하며, 낮은 자존감 등의 원인으로 인하여 자살률이 다른 연령대에 비하여 상대적으로 높게 나타나고 있다. 이러한 문제는 향후 급속한 고령화 사회로 접어드는 우리나라의 경우 매우 심각한 사회문제를 초래할 가능성이 매우 높으며, 특히 정신적 고립감에서 고통 받고 있는 독거노인의 경우 문제의 심각성을 더하고 있다.

따라서 노인 자살의 중요한 원인인 정신적 고립감에서 벗어나려면, 신체적, 심리적 안정이 보장되어야 하는데, 정신건강교육은 정신적 빈곤율을 낮출 수 있는 유용한 방안으로 제시되고 있다. 정신건강교육은 노인으로 하여금 긍정

적인 자아개념을 심어주게 되어 자아존중감을 높일 수 있으며, 그 결과 정신적 고립감에서 벗어나게 할 수 있다. 이러한 교육은 자연스런 신체적 노화현상을 받아들이고 건강을 유지하는데 도움을 줄 뿐만 아니라 정신건강의 유지에 도움을 줄 수 있을 것이다(최숙리, 2009). 이러한 정신건강교육은 독거노인들에게 있어 특히 중요한데, 그 이유는 홀로 생활하는 독거노인들은 다른 노인들에 비하여 사회적 지지기반이 취약하여 여가활동이나 경제력 등에서 매우 취약하여 정신적 고립감의 정도가 매우 심각한 수준이기 때문이다.

이에 본 연구는 독거노인의 정신건강 향상을 위한 프로그램 개발 연구를 통하여 독거노인들의 정신적 고립감 수준을 낮추어 삶의 질을 향상시킬 방안을 제시하고자 한다.

## 제2절 연구목적

본 연구의 목적은 독거노인이 사회적 고립에서 벗어나 건전한 여가생활을 통해 건강하고 행복한 노년의 삶을 영위하는데 도움을 주고자 하는 것이다. 이를 위해 독거노인을 대상으로 정신건강프로그램을 활용한 교육이 고립과 우울, 스트레스, 자아존중감, 자살생각 등 정신건강을 위협하는 요인들과 어떠한 관련성이 있는가를 분석하여 정신건강프로그램의 실효성을 분석하고, 정신건강 프로그램을 개발하는 데에 시사점을 제시하고자 한다.

첫째, 독거노인에 대한 참고문헌 등의 자료를 이용하여 정신건강을 이해하고 사회적 고립으로 인한 영향을 파악하여 문제점을 도출하고 개선방안의 필요성을 제시한다.

둘째, 정신건강프로그램 시행 전, 독거노인들의 고립감, 우울, 자아존중감, 스트레스, 자살생각에 관한 척도를 이용하여 심층면접을 통해 정신건강상태를

파악한다.

셋째, 선행연구에서 효과성이 인정된 프로그램을 바탕으로 독거노인의 정신건강프로그램을 개발하고 시행한다.

넷째, 정신건강프로그램 시행 후 독거노인들을 대상으로 심층면접을 통하여 프로그램의 효과성과 실효성을 분석하여, 그 결과를 바탕으로 정신건강프로그램의 필요성에 대한 시사점을 제시한다.

## 제2장 이론적 배경

### 제1절 독거노인의 개념 및 실태

#### 1. 독거노인의 개념과 발생원인

##### 1) 독거노인의 개념

노인에 대한 정의는 법률에 명시된 연령이나 시장에서 이루어지는 퇴직연령에 의해 정의할 수 있다. 우선 노인복지법에 의하면 노인을 65세 이상인 자로 정의하였고 보건복지부에서 수행하는 노인일자리 사업의 대상 연령도 65세 이상이다. 하지만 사회적으로 퇴직연령을 55세 이상으로 하고 있고 고령자고용 촉진법의 적용 대상 또한 55세 이상의 고령자이다. 또한 지역사회 노인복지시설이나 복지관 이용 대상자는 65세 이상인 경우가 많다. 이렇게 노인에 대한 정의는 노인복지법, 노인 고용, 노인복지센터 이용 등 여러 측면에 따라 상이하게 정의될 수 있고, 최근에는 기존에 절대적이었던 생물학적 노화에 따른 노인에 대한 구별보다 생산적 노후, 사회적 노화에 대한 개념이 많은 영향을 미치게 됨에 따라 노인에 대하여 연령으로 구분하는 것은 쉽지 않다. 이렇게 다양하게 정의되고 있는 노인에 대하여 본 연구에서는 노인을 노인복지법에 의한 연령 즉, 65세 이상의 노인으로 정의하고자 한다.

노인에 대하여 독거(獨居)라는 수식이 붙은 독거노인이란, 배우자 및 친족, 비친족 중 누구하고도 함께 거주하거나 가계를 함께 하지 않는 단독세대 또는 그 상태에 있는 노인을 의미한다. 이를 쉽게 정의하면 독거노인(獨居老人)이란 1인 가구 즉, 홀로 사는 65세 이상의 노인을 말한다. 이와 같은 독거노인에 대

한 개념은 크게 광의와 협의의 개념으로 이해할 수 있다. 광의의 개념은 독거노인을 배우자 및 친족, 비 친족 중 누구하고도 함께 거주하거나 가계를 함께하지 않는 단독 세대, 또는 그 상태에 있는 노인으로 정의하고 있다. 이와 관련하여 김미영(1997)은 65세 이상으로 사회적으로 인정하는 노인 혼자서 가구를 형성하고 있는 독신노인을 의미하고, 노인이 속한 세대를 구분하는 범주의 하나이며, 배우자 및 친척이나 일반인 중 어느 누구와도 거주나 가계를 함께 하지 않는 단독세대 또는 그 상태에 있는 노인으로 정의하고 있다. 한편, 독거노인에 대한 협의의 개념은 절대빈곤상태에 놓여 있음과 동시에 기본적인 욕구를 충족하지 못해 국민기초 생활보장법에 의해 보호를 받아야 하는 노인 1인 독신 가구로 정의하고 있는데, 이와 관련하여 박영두(1997)는 절대빈곤 상태에 놓여 있음과 동시에 고독, 빈곤, 발병의 문제나 가사서비스 원조 및 재가 보호의 필요에 대응하여 줄 수 있는 인적자원을 세대 속에 포함하지 못하고 있고, 가족의 경제적 지원이나 선제지병에 대한 보호나 간호, 정서적인 유대감 형성 등 부양기능을 제공받지 못해 가장 취약한 상태에 있는 계층으로 정의하고 있다.

간혹 독거노인을 노인 단독가구의 개념과 동일하게 인식하는 경우가 있다. 노인 단독가구란 만 60세 이상의 노인이 자녀 및 친척과 동거하지 않고 독신 또는 부부로 독립된 가구형태로 생활하고 있는 가구로 독거노인과는 개념적으로 유사하나 독거노인에 대한 정확한 개념과는 차이가 있는데, 이는 노인 단독가구는 재가노인 중 노인으로만 구성된 세대로서 1인 가구가 아닌 노인 부부가구를 포함한 개념이기 때문이다.

이상과 같이 노인과 독거노인의 개념적 정의를 바탕으로 본 연구에서는 독거노인을 65세 이상의 1인 단독 거주하는 노인을 독거노인으로 구분하여 정의하고자 한다.

## 2) 독거노인의 발생원인

독거노인의 발생원인은 노인의 독립에 대한 욕구와 사회 및 가족구조의 변화에서 찾아볼 수 있다(최태은, 2011).

첫째, 독거노인의 발생원인은 노인의 독립욕구의 증대에서 찾아볼 수 있다. 현대의 노인은 서구의 노인과 마찬가지로 경제적 독립을 이루는 사례가 늘어나고, 건강상태도 양호해짐으로써 노인 스스로 혼자 사는 독거생활을 원하는 경우가 많아지고 있다. 노년기의 독거원인은 개인적, 가족적, 경제적 배경에 따라 매우 다양하나 노인의 독립에 대한 욕구나 가족구조의 변화 이외의 원인으로 이혼, 미혼, 사별이 있다. 노년기에 접어들면 배우자의 상실로 인해 혼자 살아가야할 가능성이 높기 때문이다. 이는 사별로 인한 무배우자 노인인구의 증가를 의미한다(정경희, 1998).

둘째, 독거노인의 발생은 사회 및 가족구조변화로 설명할 수 있다. 산업사회 이후 사회구조의 따라 가족구조가 변화되었다는 점이다. 과거 우리사회에서의 노인부양은 일반적으로 가정에서 이루어졌고 부양할 가족이 없는 경우에만 시설에 수용되어 왔으나 우리사회의 산업화·도시화는 가족구조를 급속히 핵가족화 시키면서 자녀와 별거하여 노인 혼자 살거나 노인 부부만 사는 가정이 늘어나게 되었다. 한편 경제불황, 여성취업증가, 가족구조의 변화, 가족가치관 변화는 노인에 대한 부양체계의 변화를 가져와 독거노인이 증가하고 있는 것이다(변용찬, 1997).

## 2. 독거노인의 실태

한국 노인실태조사는 1994년부터 보건복지부지 원사업으로 세 차례 시행되었고, 2007년에 노인복지법이 개정된 이후<sup>1)</sup> 2008년과 2011년에 한국보건사회

연구원에 의해서 노인실태조사가 수행되었다(이정관·김준현, 2013). 하지만 별도의 독거노인 실태조사는 이뤄지지 않았으며, 가구형태에 따른 분석의 일환으로 독거노인 실태가 부분적으로 제시되어 왔을 뿐이다. 한편, 독거노인에 대한 연구는 1990년대 이후 부분적으로 이뤄져 왔다. 이러한 노인실태조사 결과와 독거노인 연구 결과들을 종합하여 우리나라 독거노인들이 처해 있는 실태를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 독거노인들은 일반 노인들에 비하여 여성의 비율이 높다. 일반적으로 여성의 평균수명이 높기 때문에 노인 가운데 여성의 비율이 높게 나타나지만, 독거노인의 경우에도 여성 비율이 훨씬 높다(이신숙·김성희, 2011). 2008년에 이뤄진 노인실태조사 결과에 따르면, 65세 이상 노인 가운데 여성의 비율은 59.8%로 남성과 여성의 비율이 4:6 정도였으나, 65세 이상 독거노인 가운데 여성의 비율은 87.4%로 남성과 여성의 비율이 거의 1:9 정도로 많은 차이를 보이고 있다(한문식 외, 2008).

둘째, 독거노인들은 일반 노인들에 비해 경제적 빈곤율이 높다. 독거노인의 경제적 특성을 조사한 결과와 연구 결과를 보면, 독거노인의 빈곤율이 다른 계층에 비해 높다는 점을 공통적으로 지적하고 있다(허소영, 2010). 2008년 노인실태조사결과에서도 월가구소득이 50만원 미만인 노인의 비중이 일반 노인의 경우에는 전체 노인 중 28.9%를 차지하고 있었지만, 독거노인의 경우에는 68.5%를 차지하고 있는 것으로 나타났다. 또한 조사대상 노인의 44.6%는 월가구소득이 100만원 이상 이지만, 독거노인의 경우에는 불과 8.8%만이 월 소득이 100만원 이상인 것으로 조사되었다.

셋째, 노인들은 신체적인 기능이 약화되어 일상적인 보행과 활동이 어렵고, 질병을 가지게 되지만, 독거노인들은 다른 노인들에 비해 건강하지 못하다(이신숙·김성희, 2011). 2008년 노인실태조사 결과에 따르면, 65세 이상 노인 가운데

---

1) 개정된 「노인복지법」 제5조에는 3년에 한 번씩 노인 보건 및 복지에 관한 실태조사를 시행하고 그 결과를 공표하도록 규정하고 있다.

데 기본적 일상생활 수행능력이나 도구적 일상생활 수행능력에 1개 이상 제한이 있는 노인들은 전체의 28.4% 수준인 것으로 조사되었다. 하지만 독거노인의 경우에는 기능상태에 제한이 있는 경우가 전체의 32.6% 수준으로 보다 높게 조사되었다.

넷째, 독거노인은 신체적 건강상태뿐 아니라 정신건강 혹은 정서적 측면에서도 많은 문제점을 나타내고 있다. 노년기에는 관계욕구를 충족시키는 데 문제가 발생하기 쉬운데, 특히나 독거노인은 고독감을 크게 느끼고 여가활동에 있어서도 TV시청이나 라디오 청취 등이 주류를 이루고 있어 생활만족도가 낮고 소외 정도가 높은 것으로 보고되고 있다(이신숙·김성희, 2011).

## **제2절 독거노인의 사회적 고립과 정신건강**

### **1. 노인의 사회적 고립**

#### **1) 노인의 사회적 고립의 개념**

국어사전에서 고립은 ‘다른 사람과 어울리어 사귀지 아니하거나 도움을 받지 못하여 외톨이가 됨’이라고 명시하고 있다. 박미진(2010)에 의하면 사회적 고립은 사회적 네트워크 크기가 작고, 사회적 네트워크범위가 좁으며, 상호작용빈도가 낮은 경우를 말하며 이들은 사회적으로 단절되어있다고 볼 수 있다(Conwell & Wait, 2009). 사회적 고립은 외부와의 접촉이 없으며, 어느 체계에 속해 있다는 소속감이 부족하여 만족스러운 관계를 유지하는데 어려움이 있으며, 네트워크 질에 있어서 신뢰하지 못하거나 학대받거나 돌봄을 받지 못하는 것과 관련된다고 볼 수 있다(Nicholson, 2009). 우리가 밥을 먹지 않으면

병에 걸리는 것과 같이 고립은 다른 사람과 어울리어 사귀지 아니하거나 도움을 받지 못하여 외톨이가 되는 것이다(정명렬, 2010).

사회적 고립이 발생하는 원인에 대하여 정명렬(2010)은 첫째, 사회적 무관심이다. 사회적 무관심은 일차적으로 가족에서부터의 무관심으로 시작된다. 전통적인 가족관계는 기성세대(노인)에 대한 경험의 가치를 인정함으로써 대가족 생활에서 노인의 위치는 권위가 있었지만, 현재는 다양한 매체의 발달, 특히 IT의 발달로 인한 다양한 지식전달 체계에 의하여 기성세대(노인)의 경험의 가치는 저하되어 그 필요성이 상실되어가고 있다. 이러한 현상은 가족에서 시작하여 사회까지 전이되어 기성세대(노인)에 대한 의견은 무시되고 받아들이지 않는 현상으로 나타나고 있다.

둘째, 우리 한국사회의 전통적인 풍습에 의해 말하지 않는 것이 덕으로 여겨 어느 누구와 상의 한다거나 속내를 표현하는 것이 서투른 것도 하나의 요인으로 작용하고 있다.

셋째, 노인의 직업 및 직위의 상실로 인한 고립으로 노년기 정년 등으로 인한 은퇴는 노인의 경제적 지위의 상실로 이어져 사기와 자신감이 저하되는데서 그 원인을 찾을 수 있다.

넷째, 역할의 축소 및 상실로 인한 고립이다. 노년기에는 경제력뿐만 아니라 신체적 기능저하로 인하여 가족에게 도움을 주는데 있어 매우 제한적이고, 사회활동에 제약을 받을 수 있기 때문에 고립이 발생하기 쉽다.

다섯째, 자신의 자괴감에 의한 주변 사람과의 단절로 인한 고립이다. 경제력의 상실과 신체적 기능 약화는 자신의 존재가치에 대한 회의적인 인식으로 인하여 자괴감에 빠지기 쉽다. 이러한 자괴감은 자신 스스로 주변과의 관계단절로 이어져 고립을 발생시키게 된다.

이와 같은 상황에서 발생한 고립은 그 자체의 문제보다는 고립으로 인하여 발생될 수 있는 심리상태에 의한 문제가 심각하다. 고립으로 인한 인관관계

부재로 인한 다양한 심리상태 조절능력 상실로 인한 우울증의 원인이 되며, 더 나아가 자살의 원인이 될 수 있다(정명렬, 2010).

## 2) 사회적 고립의 선행요인

선행연구들은 노인의 사회적 고립을 예측할 수 있는 요인으로 노인개인의 특성과 노인의 주변 환경 등을 제시하면서 이러한 사회적 고립이 생활만족도를 저해하거나 자살생각을 증가시키는 것으로 보고하였다. 이에 본 연구에서는 사회적 고립 예측요인을 개인적요인과 지역사회요인으로 구분하여 살펴보고자 한다.

우선 노인의 사회적 고립을 예측할 수 있는 개인적 요인에 관하여 선행연구에서는 신체적 건강상태, 우울과 인지기능, 개인주거지특성요인, 인구사회학적요인을 제시하고 있다. 박미진(2013)연구에 의하면 노인의 사회적 고립을 예측하는 변수는 크게 건강과 관련되는 변수와 주거특성에 관한 것으로 나타났다(Nicholson, 2009). 건강변수는 신체적 건강변수와 정신적 건강변수로 나눌 수 있는데, Cacioppo와 Hawkey(2003)는 사회적 관계를 위한 인간욕구에 관한 심리적 이론으로 사회적 고립과 건강과의 관계를 강조하였다. 그리고 Hawthorne(2008)은 노인의 경우 혼자 사는 경우와 집밖으로 나가기 어려운 상태가 사회적 고립의 위험을 높인다고 보고하였다. 박연환과 강희선(2008)의 연구에서도 만성질환의 수가 많을수록, 건강상태가 좋지 못하다고 인식할수록 노인의 사회적 고립을 예측하는 것으로 나타났다. 또한 노인의 사회적 고립은 정신건강과의 관계가 있음을 주장하고 있다. Bassuk 등(1999)은 인지기능저하가 사회적 고립의 선행변인이 됨을 보고하였으며, Howat 등(2004)은 인지기능이 저하되거나 치매를 진단받은 경우, 우울한 경우에 사회적 고립의 위험도가 높아진다고 보았다. 또 다른 노인의 사회적 고립을 예측하는 개인적 요인으로

거주지특성을 들 수 있다(Nicholson, 2009). 노인의 주거상태가 자가인 경우는 거주지의 안정성으로 인해 사회적 고립의 위험이 낮아지는 것으로 보고되었다. 그리고 주택의 형태가 공동주택인지 일반주택인지에 따라라도 사회적 고립이 달라 질수 있음을 보고하였다. Lien-Gieschen(1993)은 주택의 유형이 지역사회구성원간의 상호관계를 반영하고, 익명성과 거주자간의 상호작용을 예측할 수 있다고 보았다.

다음으로 선행연구에서는 노인의 사회적 고립을 예측할 수 있는 지역사회요인으로 지역사회특성을 반영하는 노인인구비율, 기초생활수급대상자비율, 노인학대발생비율, 노인복지시설수를 제시하고 있다. 노인이 거주하는 지역사회와 이웃환경의 특성은 노인의 삶의 질과 건강에도 영향을 미치고 있음을 보고하고 있다. Kubzansky et al.(2005)은 지역사회맥락으로 65세 이상 노인인구비율, 빈곤비율, 거주안정성, 사회경제적 이득 등을 이웃환경의 특성으로 파악하여 노인 우울에 미치는 영향을 연구하여 지역사회의 빈곤율이 높을수록 노인의 정신건강정도가 낮아짐을 보고하였고, 이웃환경의 연령 구조적 특성이 개인의 건강과 삶의 질에 유의미한 영향요인임을 보고하였다. Lang 등(2009)은 지역사회에 거주하는 65세 이상 노인이 거주하는 지역사회 빈곤과 이웃환경의 박탈(deprivation)정도가 건강의 유약함과 관련된다고 보고하였다. 또한 Gainey et al. (2010)은 개인의 노화변화과정에서 불리한 지역의 특성(낮은 사회적 경제적 지위, 높은 범죄율)을 가진 지역에 거주하는 노인이 좋은 지역에 거주하는 노인에 비해 건강상태가 좋지 못했다고 보고하면서 노인이 처해 있는 환경적 압박이나 문제환경이 건강에 좀 더 취약할 수 있게 한다고 하였다. 지역사회내 노인학대발생비율이나 노인의 범죄율발생비율도 지역사회 맥락속에서 이해될 수 있다. Friedman 등(2012)은 지역사회내 노인복지기관과 시설은 노인의 경제적 어려움이 경제불평등의 문제를 완화시켜 줄 수 있는 지역사회요인으로 작용할 수 있고, 노인에게 사회적 지지의 기능을 할 수

있다고 하였다. Vega 등(2011)도 역시 사회복지기관은 개인의 사회적 네트워크의 결속을 도와주고, 대인관계를 지속시켜줄 수 있는 역할을 하게 된다고 보아 지역사회내 적응을 도와줄 수 있는 보호요인으로 작용할 수 있음을 강조하였다. Gainey 등(2010)은 노인복지시설이 지역사회내 충분히 존재한다면, 사회적 교류의 기회가 증가하고, 노인의 문제를 해결할 수 있는 자원이 되며, 노인을 보호할 수 있는 사회적 체계가 될 수 있음을 강조하였다.

## 2. 노인의 정신건강개념

정신장애 진단 및 통계편람(DSM-IV-TR)에 따르면 노년기에 직면 할 수 있는 정신건강상의 문제로 정동장애, 불안장애, 신체형 장애, 해리장애, 적응장애 등을 설명하고 있다(김기태 외, 2009).

먼저 정동장애에 해당하는 우울증은 노년기에 발생하는 가장 일반적인 정신 질환이다. 노인들에게 나타나는 우울감은 흔히 있는 것이지만 절대로 등한시하고 가볍게 생각해서는 안되는 것이다(이정균, 1996). 그런데 노인 우울증은 그 증상을 다른 문제로 착각하기 때문에 임상적 사정이 매우 어렵다. 신체적 문제가 때때로 심리적 문제인 것처럼 나타나기도 하며, 또한 심리적 스트레스와 갈등이 명백한 신체적 어려움으로 나타나기도 한다(Greene, 1986).

불안장애는 거의 모든 정신과적 장애의 구성요소를 포함하고 있으며, 노인들에게는 기존에 생각했던 것 보다 더 널리 퍼져있는 장애이다. 심각하고 지속적인 불안은 건강한 노인에게도 장애를 초래할 수 있다(김동배 외, 2007). 불안반응의 사정은 불안장애와 다른 조건을 구분하는 것이 필요하며 그리고 어떤 요인들이 불안의 원인이 되는지를 파악하는 것이 필요하다. 다른 연령집단과 마찬가지로 노인에게서도 불안장애는 현재 생활방식의 검사와 정신사회적 병력에 대한 정보를 수집하는 것이 필요하다.

노인성 건강염려증은 전문가가 흔히 접하지만 다루기 힘든 신체형 장애의 한 유형이다(김동배 외, 2007). 건강염려증은 남성노인보다 여성노인에게서 더 흔하게 발견되며, 그리고 이 증상은 겉으로 보기에는 생물학적 혹은 내과적 증상인 것 같지만 실제로는 심리적 문제이며 항상 노인과 노인의 가족, 친구, 특히 케어 제공자와의 관계에 영향을 끼친다.

편집반응은 노년기에서 가장 일반적인 정신의학적 문제이다. 이러한 느낌은 경미한 불신감에서부터 자신의 집이 도청당하고 있다는 망상적 의심까지 범위가 다양하다(김기태 외, 2009). 주요 특성은 지속적인 피해망상 혹은 질투심이 존재하는 것이다(DSM-IV). Pfeiffer(1977)는 편집적 사고는 다양한 감각결핍, 특히 청각, 시각, 지능에서 감소를 가진 사람들에게 보편적이라고 주장했다. 이러한 주장에 따르면 노화로 인해 감각기능의 저하가 두드러지게 나타나는 노년기에 나타나는 편집적 증상은 인지지도(cognitive map)에 있는 빈 공간을 채우려고 노력하는 것(Pfeiffer, 1977)으로 볼 수도 있다.

그리고 적응장애는 노인들이 관리할 수 없는 현재의 어려움과 함께 결합된 스트레스적인 생활사건이 누적될 때 나타날 수 있다.

선행연구들(홍주우, 1999; 강필원, 2001; 김경숙, 2005; 김오복, 2007)에 따르면 노인들의 정신건강에 영향을 미치는 요인으로는 여러 가지가 있는 것으로 나타났는데, 그 가운데 성별, 종교유무, 학력수준, 자아존중감, 신체적 건강상태, 경제력, 사회적지지 등의 요인에 대한 연구결과들은 거의 서로 일치하고 있다. 즉 성별은 남성일수록 그리고 학력과 자아존중감은 높을수록, 신체적 건강상태와 경제력은 양호할수록 그리고 사회적 지지를 많이 받을수록 정신건강은 양호한 것으로 나타났다.

최근 우리나라에서는 핵가족화, 노인에 대한 가족부양 의식의 감소로 노인 부부세대, 독거노인세대가 증가하면서 많은 수의 노인들이 정신건강이 위협받고 있다. 즉, 사회와 가정에서의 고립감과 자아상실감을 경험하고 있는 것이다

(Kim & Baik, 2003; Kim & Jung, 2004). 이러한 정신건강의 위협요인들은 결과적으로 우울, 외로움, 심리적 소외감 등을 발생시키는 원인이 되고 있다 (Adams, Sanders, & Auth, 2004).

이에 본 연구에서는 노인의 사회적 고립으로 인한 문제점인 우울과 스트레스, 자아정체감에 대하여 살펴보려고 한다.

### 3. 노인의 정신건강 선행요인

#### 1) 우울

우울의 사전 의미는 ‘근심스럽거나, 답답하여 활기가 없음’을 뜻한다. 즉 우울은 슬픔과 절망 등과 같은 감정으로 특징되는 심리적 장애인데, 그 심각성의 정도는 경미한 것으로부터 치명적인 것까지 범위가 넓다. 우울은 기분이 일시적인 상태를 넘어서 2주 이상 일상생활에 지장을 줄 때 치료가 필요한 의학적 질병인 우울증이 된다(임금선, 2010).

우울의 발생요인에 대하여 다양한 요인이 보고되고 있다. 특히 노인 우울증의 원인으로 유전, 관절염, 고혈압, 심장 질환 등 다른 질병을 치료하기 위해 사용한 약물의 부작용, 또는 질병자체로 인한 우울 발병 등 여러 가지로 원인으로 설명되고 있다(임금선, 2010). 그러나 노인 우울의 가장 큰 원인으로 지지받고 있는 것은 스트레스 등 외부환경으로부터 영향을 받는 반응성 우울이다.

우울의 발생요인에 대하여 Jarvik(1976)은 노인에게는 누구나 우울한 경향이 약간은 있을 수 있으나 신체적 불편, 배우자 사망, 경제 사정의 악화, 사회와 가족으로부터의 고립, 일상생활에서 자기 통제의 불가능, 그리고 지나온 세월에 대한 회한 등 노령화에 따른 다양한 스트레스로 인하여 우울 경향이 증가

한다는 것을 보고하고 있다. 또한 Savikko 등(2005)은 노인의 우울에 대하여 노년기에 접어들면서, 건강악화와 신체적 기능의 감퇴로 인한 사회활동의 어려움, 퇴직, 배우자나 친구의 사별 등으로 공식적, 비공식적 관계가 축소되거나 단절되는 사회적 고립감을 경험하게 되며, 이로 인하여 우울증상이 나타난다는 연구결과를 제시하였다.

국내 연구에서 하양숙(1990)은 노인들은 신체적, 심리적, 경제적, 사회적으로 상실감을 경험하고 그와 관련하여 우울증이 유발되는데 노인 스스로 지각한 건강악화와 경제적 빈곤은 노인들에게 우울을 더욱 심화시키는 요인으로 보았으며, 한삼성(2010)은 생물학적 요인, 사회·심리학적 요인, 환경적 요인 등이 복합적으로 작용하여 나타나는 현상으로 설명하고 있다. 특히 노인의 우울 정도는 경제적 능력이 저하되었을 때, 현재의 건강상태가 나쁠 때, 사회적 활동이 적을 때 우울증상이 나타난다고 하였다. 또한 손자영(2010)은 노인에게 우울은 질병, 신체적 능력 저하 등으로 주변사람들에게 의지해야 하는 일이 많아지거나, 죽음에 대한 두려움의 증가 등으로 삶이 의미를 상실하고, 노화에 대해 부정적 인지를 갖거나 삶의 과정에서 변화, 상실 및 갈등과 적응요구 등이 클수록 노인 우울이 증가한다는 것을 밝히고 있다.

이상의 우울 발생에 대한 선행연구에서는 공통적으로 노년기의 은퇴에 따른 경제적 어려움과 가족과 사회에 대한 역할 축소, 배우자 사별 및 친구와의 사별로 인한 인간관계 네트워크의 축소, 노화로 인한 신체기능 약화와 건강상태 악화 등으로 가족 및 기타 타인에 대한 의존이 높아짐에 따른 삶의 의욕상실이 고립을 발생시키고, 그 결과 우울 증상을 경험하는 것으로 보고 있다.

## 2) 스트레스

스트레스의 사전적 의미는 적응하기 어려운 환경에 처할 때 느끼는 심리적·신체적 긴장상태를 말한다. 그러므로 스트레스는 우리의 일상생활에서 가장 혼란스러운 감정이나 행동의 원인이 될 뿐만 아니라 현대 질병의 50-70%는 스트레스와 관련이 있다(남기민·이정은, 2012).

노인 스트레스의 특징은 각 영역별 스트레스원이 서로 밀접한 관계가 있으며, 한 영역의 요인이 다른 영역에도 영향을 미친다. 예를 들면, 노인은 퇴직과 더불어 변화되는 경제적 불안감과 사회나 가정에서의 역할변화로 인한 심리적 문제가 축적되어 고독이나 소외감 및 죽음에 대한 공포에 이르기까지 신체적, 심리적, 사회적인 면에서 해결되어야 할 많은 문제를 가지고 있다(남기민·이정은, 2012). 따라서 이로 인한 스트레스는 특정한 한 요인에 의해 발생되는 것이 아니라 자신과 자신을 둘러싼 환경 등 전체적인 상황들에 의해서 발생된다.

노인 스트레스 발생요인의 심리적인 영역 중 중요하게 인식되는 것으로 상실, 고독, 우울 등을 들 수 있다. 전통적인 사회관념 속에서 일생을 살아온 노인 세대들은 현대와 같이 급변하는 사회 속에서 과거와 같은 가정생활이나 가족부양 등을 기대하기 점차 어려워 졌다. 이와 함께 평생을 통해 쌓아왔던 역할의 변화, 혹은 상실, 사회활동으로 부터의 이탈, 은퇴로 인한 경제적 빈곤과 심리적 고독, 사회적 고립 등에 직면하여 여생을 살아갈 수밖에 없다(배정이 외, 2013). 따라서 이러한 노년기 삶의 환경변화는 노인 스트레스의 발생원인이 된다. 또한 노인 스트레스 발생의 가장 중요한 요인은 상실감이다. 노년기에 일어나는 두 가지 중요한 사건이 은퇴와 배우자 상실이며, 그 결과 경제적 수입상실, 역할과 지위상실, 사별, 고립감, 인지기능 상실 등을 동반한다. 따라서 이들 사건들이 노인 스트레스의 원인이 된다(배정이 외, 2013).

### 3) 자아정체감

자아정체감은 인간이 자기가 누구이며 어디에 있었으며 어디로 향해 가고 있는가에 대한 것으로서 과거·현재·미래에 대한 연속성을 인식하고, 자신을 독특한 의미를 지니고 있는 존재로서 인지하며 자기 탐색적 물음에 대한 대답으로 자신의 능력·위치·역할 등에 대한 지각과 정의를 포함한 통합적인 자기상으로 정의할 수 있다(김희경, 2006).

노인의 긍정적인 자아정체감 형성은 개인의 적응과 자아실현을 도울 뿐만 아니라, 인생의 만족도를 높이는 필수적인 요인이 된다. 또한 나이가 들어갈수록 죽음의 문제에 직면하여 시간에 대한 전망이 축소되면서 내향성이 증가하고, 이러한 과정에서 기존 가치와 목표에 대한 재정의와 자아에 대한 성찰이 증가한다. 즉 노인은 나이가 들어 갈수록 개인의 신체에 대한 민감한 반응을 보이며 과거·현재·미래를 동등하게 볼 수 있게 되고, 개인의 생애와 보다 넓은 사회환경 속에서의 자신의 위치를 파악하면서 자아에 대한 재평가가 이루어진다(장인순, 2006).

노인 자신은 스스로 건강이 좋다고 지각할수록 긍정적 자아상을 유지하게 되고 사회에서 삶의 주류 속으로 자신을 통합하는데 기여하기 때문에, 건강상태 지각은 자아정체감에 중요한 요소가 된다고 하였다(김희경, 2006). 그러나 65세 이상 노인의 80~85%는 하나 이상의 만성질환을 앓고 있으며, 이들 중 80%는 통증을 경험하고 있으며, 노인은 통증 때문에 절망하기 쉽고 자신의 삶을 불행하다고 느껴 부정적으로 삶을 평가하면서 자아정체감 형성에 문제를 초래할 수 있다(정경희·오영희·이윤경, 2003). 특히 독거노인이 여가 등 사회활동을 활발히 한다는 것은 고독, 고립, 무력감을 감소시킬 수 있는 방안이 될 수 있는데, 68.5%의 독거노인이 여가활동이 없다고 응답하여 독거노인의 사회활동이 미미한 것으로 보고되고 있다(장인순, 2006). 이렇듯 미미한 사회활동은 자아

정체감 형성에 부정적인 영향을 미치게 된다.

독거노인은 나이가 많고 사회적 활동이 적으며 배우자가 없고 교육정도가 낮은 특성으로 인하여 외로움을 더 크게 지각하고 있어 자아정체감을 형성하는데 있어 많은 난제들을 가지고 있다(김선옥, 1994). 또한 노인의 자아정체감 형성에 주변의 대인관계망으로부터의 사회적 지지가 매우 중요한데, 독거노인의 경우 사회적 특성과, 독거노인이라는 개인적 특성 및 노년기의 특성에 따른 심리적 변화로 인해 사회적 관계에 제한을 받게 되므로 긍정적 자아정체감 형성이 어려운 현실로 이는 삶의 불만족을 초래하는 중요한 원인이 된다(김수현·강현정·김윤정, 2008).

### 제3절 노인의 정신건강 프로그램

#### 1. 노인의 정신건강 치료 프로그램

##### 1) 웃음치료

웃음은 활기찬 신체 과정들을 촉진함으로써 건강하다는 느낌을 가지게 하고, 내장과 횡격막을 움직이는 운동효과를 유발한다(김용운, 1997). 웃음은 오늘날 사망 원인 제 1위인 스트레스의 부정적인 영향을 제거하는데 도움이 되며, 우리가 만족을 느낄 수 있는 건강한 정서와 육체를 만들어 준다. 웃음은 다양한 신체부위에 긍정적인 영향을 미치는데, 즉 웃음은 혈압을 낮추고, 근육을 풀어주며, 혈액 순환을 개선시키고 체내 산소량을 증가시키며, 기분을 북돋아 주고, 희망을 품게 해주며 의사소통을 증진시키며 무엇보다 중요한 것으로서 건강 유지의 열쇠인 면역체계를 증강시킨다는 사실이 과학적으로 입증되었다(문병교, 2007). 과학적으로 입증된 웃음의 효과는 크게 세 가지로서 인체

면역력 향상과 스트레스 경감효과 그리고 운동효과로 나타나 있다. 이때 폭소의 경우 횡격막을 이용한 빠른 복식호흡을 하게 됨으로써 가슴과 위장, 어깨 주위의 상체 운동을 한 것과 같은 효과를 얻는다(이요셉, 2006)

사람들은 기분으로 자신들의 진행 중인 정신과정을 바꿀 수 있다고 하는데 (Isen, 1993), 웃음치료 임상실험 결과에 의하면 긍정적인 기분은 비자발적인 웃음인 억지웃음을 통해서도 얻을 수 있었다. 즉, 사람들의 부정적인 마음·생각·기분·정동·감정·성격·기질 등이 억지웃음을 통해서 긍정적인 방향으로 전환되었다. 비록 부정적인 생각이 들 때라도 우리가 억지웃음이라도 웃는다면 보다 긍정적인 방향으로 바뀌어 우리 인체 내 부신에서 만들어지는 뇌 속의 신경전달 물질인 도파민이 활성화 된다고 한다. 억지웃음은 웃음운동이라고도 하는데, 인간은 60세가 넘으면 몸의 마모와 손상의 징후를 보이기 시작하면서, 웃을 수 있는 능력도 저하된다. 이때 웃음운동은 노인들이 활력을 유지하고 우울증에서 벗어 날 수 있도록 하는데 도움이 된다(문병교, 2007).

웃음과 유머는 부정적인 사건에 관련된 우리의 기분장애를 경감시켜주는 완충제 역할을 한다. 특히 웃음과 유머는 우리의 문제점을 객관적인 태도로 바라 볼 수 있게 하여, 문제를 해결할 수 있는 통찰력을 갖도록 해준다. 우리는 웃음과 유머를 통해서 우리의 환경으로부터 우리 스스로가 자신을 보호 할 수 있는 보호감과 자신을 통제할 수 있는 통제감을 가지게 된다(Isen, 1993).

웃음치료의 선구자인 Norman Cousins는 의사도 포기했던 난치병을 코미디 영화를 보면서 웃음으로 자신의 질병을 고쳤는데, 그는 웃음은 적극적이고 긍정적인 마음과 삶을 향한 의지를 뜻하는 하나의 상징이며, 웃기만해서는 안 되고 웃음 요법을 이해하는 의사와의 협력이 있을 때 힘이 발휘된다(이요셉, 2006)고 하였다. 이러한 웃음에 관한 이론을 바탕으로 웃음에 치료적인 개념을 도입하여 건강에 유익한 웃음을 갖게 하는 것이 웃음치료이다(이요셉, 2006). 웃음치료의 신체적 효과로는 웃음의 초기효과로서 심박동수, 혈압, 호

흡수가 증가하나 그 후에는 상대적으로 짧은 이완기가 이어지면서 혈압은 하강하고 전신순환, 소화촉진, 체내, 포화산소가 증가되어 스트레스와 연관된 각종 신체증상을 감소시킨다(Fry & Savin, 1988). 특히 박장대소의 웃음은 우리 몸의 650개 근육 중 231개의 근육을 움직이고, 심혈관계, 호흡계, 근골격계에 영향을 미쳐 전신운동의 효과와 동일하며 상체는 물론 위장, 가슴, 근육, 심장까지 움직이게 만들어 상당한 운동효과를 가져온다고 한다. 놀람, 불안, 초조, 짜증 등은 교감신경을 자극시켜 심장을 상하게 하는 반면에, 웃음과 유머는 부교감신경을 자극해서 심장을 진정 시키고, 몸을 안정 시켜준다. 결과적으로 웃음치료는 근육의 긴장을 완화 시켜주고 심폐기능을 강화시켜서 각종 신체증상을 감소시키며 탁월한 운동효과가 있어 스트레스에 대한 대처기전에 영향이 있음을 알 수 있다(최영남, 2008). 건강한 웃음은 인간 사이에 유대관계를 높여주고, 긴장감을 줄여주고, 불안감을 해소시켜주며, 희망을 불어 넣고, 최종적으로 우리에게 건강을 준다(최영남, 2008). 웃으면 자신감이 생기고, 생활에 활력이 솟구치고, 늘 긍정적인 상상을 지속할 수 있다.

오늘날 전 세계적으로 웃음치료를 활용한 활동이 활발해지고 있다. 웃음이 인간들에게 유익한 효험이 있다는 생리학적 속성들에 대한 연구결과가 미국에서는 한 세기 이상 계속적으로 발표되고 있으며(김정애, 2011), 미국의 각 병원에서는 이미 암, 고혈압, 심장병, 정신적인 스트레스 등의 치료에 웃음을 이용하고 있다. 그리고 유머문고를 개설하고 코미디 치료단을 발족하는가 하면, 각 기업에서는 편 경영을 위해서 임직원들을 웃음치료 연수에 활발히 참석시키고 있다. 영국에서는 이미 1991년에 보건국에서 ‘웃음소리 클리닉’을 허가했다.

우리나라에서는 현재 서울대에서 암 환자를 위한 웃음교실과 웃음클리닉을 개설하여 실시하고 있으며, 원자력병원의 호스피스 웃음교실, 신촌 세브란스 병원 등 여러 곳에서 웃음치료프로그램을 실시하고 있다. 그리고 현재 전국

보건소 254개중 50%에서 그리고 전국 복지관 410개소 중 70곳에서 웃음치료 프로그램을 실시하고 있는 것으로 나타났다.

지금까지 우리나라에서 실시된 웃음치료를 이용한 연구들로는, 웃음치료가 당뇨병 환자(김은정, 2009)나 암환자(이임선, 2008)의 불안과 우울에 미치는 영향, 장애아 부모의 정신건강에 미치는 영향(송미림, 2008), 그리고 중년기여성의 우울에 미치는 영향(김지선, 2007)등에 대한 연구들이 있는데, 이러한 연구들에서는 모두 웃음의 긍정적인 효과가 입증되었다. 노인을 대상으로 실시된 웃음치료 연구에서도 웃음이 노인의 우울을 감소시키는데 효과(고혜진, 2008)가 있고, 수축기 혈압을 감소시키며(김영선, 2006), 노화현상을 줄이고 질병예방 효과(명수영, 2010)가 있는 것으로 나타났다.

특히 이와 같은 웃음치료를 활용하여 노인을 대상으로 연구한 문헌들을 살펴보면, 김영선(2006)은 노인에 대한 일회성 웃음요법이 스트레스 반응에 미치는 영향에 관한 연구에서 일회성 웃음요법 50분을 실시 해 본 결과 일회성 웃음요법이 노인의 기분을 상승시키며, 수축기혈압과 혈중 코티졸을 감소시키는데 효과가 있음을 입증하였다. 고혜진(2008)은 웃음치료가 노인의 우울증에 미치는 영향에 관한 연구에서 복지관 방문 65세 이상 노인 87명의 실험 군과 대조군에서 1개월간 4회 1시간씩 웃음치료를 시행한 결과, 웃음 치료는 비용이 효과적이면서 쉽게 접근할 수 있는 중재방법으로, 지역사회 노인에게 의미 있게 우울을 감소시키는 효과를 가진다고 밝히고 있다. 명수영(2010)은 웃음치료 프로그램의 효과에 관한 연구에서 웃음치료 프로그램이 노인의 우스운 상황에 대한 반응을 보다 적극적으로 만들고, 기분상태를 긍정적으로 변화시키는 효과가 있음을 확인하였다. 정종순(2008)은 웃음치료 프로그램을 1주 1회, 60분씩 5주간 실시 해 본 결과 노인들의 한 달 평소 운동량이 증가되어 노화현상을 줄이고, 질병을 예방하고 얼굴 표정이 매우 밝아졌으며, 가까운 이웃과 함께 더불어 체험하고 느끼는 스킨십의 효과를 통해 삶의 활력소를 높여 주었

으며, 생체 바이오 리듬효과를 증진시켜 건강을 유지하게 해 주는 효과가 있음을 입증하였다. 이와 같이 노인을 대상으로 한 웃음치료는 정신건강 뿐만 아니라 신체건강증진에도 효과가 있음을 선행연구에서 밝히고 있다.

## 2) 미술치료

미술치료는 창작을 통하여 심리적, 정서적, 갈등을 완화시키고 긍정적이고 창조적으로 살아갈 수 있도록 도와주는 치료법으로 창작활동을 통한 내면세계의 외면화 과정 속에서 개인의 갈등적인 심리상태나 정서 상태를 파악하고 조화롭게 해결하도록 도와줌으로써 개인의 병리적인 정신구조를 재편성하게 하는 것으로 이루어진다(한국미술치료학회, 2000).

미술치료의 특성을 집단 심리치료에 적용한 것이 집단미술치료이며, 여기에서 그림은 내면세계에 간직된 인간감정을 자유롭게 표출하는 것과 동시에 언어로써 서로 부딪치는 감정을 완화시키며, 카타르시스효과를 가지는 것과 함께 감정교류의 역할을 한다. 즉, 집단미술치료의 목적은 집단의 한 일원으로서의 개인적인 체험이고 자기통찰이며 미술을 매체로 하여 생활문제해결에 필요한 태도와 자기관리 능력을 습득하고 대인관계 기술을 향상시켜주는 것이라고 할 수 있다(한국미술치료학회, 2000).

이러한 미술의 치료적 특징에 관하여 김진숙(2006)은 다음과 같이 설명하고 있다. 첫째, 미술은 한 개인이 모든 것을 포함한다. 예술 작업 과정은 우리의 모든 것인 몸, 마음, 정신을 활용하여 통합하는, 인간이 발견한 소수의 방법들 중 하나를 제공한다. 둘째, 미술을 창조하는 것은 아이디어들을 볼 수 있도록 드러내는 방식이며 따라서 새로운 생각과 느낌이 유도될 수 있다. 셋째, 언어 전 단계에서 고착화된 성격장애, 중독증, 섭식장애에 대하여 미술치료가 그들의 혼란된 내면을 표현하고, 보게 하고, 받아들이게 하는데 도움을 줄 수 있

다. 넷째, 미술은 독특한 표현을 가능하게 한다. 이것은 내면의 심리적 통합을 하는 작업에 유용하며 미술치료와 자아개발에 도움이 된다. 다섯째, 미술 작품은 환자와 치료사를 연결하는 다리 역할을 하며 둘 사이에서 변화 또는 교류 매체로 작용한다. 여섯째, 미술은 유연하고 용도가 넓으며 정상인들을 위한 심리 치료적 접근을 가능하게 한다. 일곱째, 창작 과정을 배우는 경험이 될 수 있다.

한편, 노인 미술치료는 ‘창의적-자기실현적 관점’ 과 ‘장애 및 병에 의한 관점’에 따라 강조점이 달라진다(정여주, 2003). 노인 집단미술치료에서는 두 관점을 모두 고려하여 프로그램을 구성하는데 일반적인 노인의 경우에는 ‘창의력-자기실현적 관점’에 초점을 두고 장애와 질병의 예방을 고려하고, 장애를 앓고 있는 노인의 경우에는 ‘장애 및 병에 의한 관점’에 초점을 두어서 질병의 예방과 완화에 목적을 세운다. 일반적으로 ‘창의력-자기실현적 관점’에서는 노인의 주체적 체험을 통하여 예술적 잠재력을 계발하고, 삶을 회고하며, 균형 있고 조화로운 삶을 유지하도록 한다. 또 노인은 집단 미술치료를 통하여 참여성과 사회적 관계를 유지하여 심리적 안정감과 자신감을 얻으며, 자신의 삶을 수용하고 독립성과 자아실현을 이룰 수 있다. ‘장애 및 병에 의한 관점’에서는 시각적, 촉각적, 운동적, 자극을 통하여 뇌 세포의 활동을 자극하고 감각 기능과 신체의 장애와 노인성 질병을 예방하거나 완화하는데 있다. 이렇게 집단미술치료는 관점에 따라 자신의 삶을 돌아보게 되고, 지나온 삶의 애환을 표현하며 공감을 받을 수 있고, 스스로에 대한 노인의 자기 개념을 긍정적으로 갖게 하고, 집단의 역동과 지지를 통하여 원활한 대인관계를 이루면서 삶의 질을 향상시킬 수 있다(심경혜, 2005).

### 3) 요가치료

요가는 인간본성의 이해와 자신 주변 환경과의 조화로움을 이루어가며 자신의 개발을 어떻게 구상하고 실행하는 지에 대해 구체화 시키는 과학적 산물이라고 할 수 있다. 국내에서는 요가의 정신·신체적 효과에 대한 긍정적인 연구가 적극적으로 진행되고 있다. 즉, 꾸준한 요가 수련으로 신체적, 정신적 변화로 인해 건강한 생활을 할 수 있게 된다.

현대의학에 의해 밝혀진 바에 따르면 요가의 효능은 각종 호르몬의 작용을 활발히 하고 내장기능을 향상시키며 세포조직부터 기관에 이르기까지 인체에 영향을 주어 이를 안정시키고 또한 강화한다고 한다.

그동안 요가 수련과 관련된 선행연구를 살펴보면 철학적 관점에서의 연구(이지나, 1995)가 이루어졌고, 생활체육활동의 참여 경험이 장기간에 걸쳐 생활만족도에 지속적인 영향을 미친다는 연구 결과들이 수행된 바 있다(이종길, 1992).

전자장비의 고도화로 의식상태의 변화에 따른 신체적 변화(뇌파, 근전도, 전기피부반응) 등을 객관적으로 기록할 수 있게 되면서 요가와 명상에 따른 심신의 변화를 임상적으로 알아볼 수 있게 되었는데(김안득 2011), 이와 관련된 선행연구를 살펴보면 다음과 같다. 이창원(2005)의 연구는 중년여성을 대상으로 요가수련이 스트레스 해소에 미치는 영향을 규명한 결과 요가수련이 스트레스 대처법으로 긍정적인 효과가 있는 것으로 나타났다. 요가수련이 수련자의 생활만족에 영향을 미친다는 민경자(2003)의 연구는 요가 수련이 일생주기 동안 일상생활 전반으로 전이될 수 있음을 시사하고 있다. 민경자(2003)는 요가활동 참가와 몰입경험 및 생활만족의 관계를 규명한 결과, 참가기간이 길수록 정신몰입경험, 활동몰입경험 및 시공간 개념 결여경험 등 몰입 경험이 높게 나타나 요가 활동 참가는 생활만족을 높이는 중요한 사회적 활동으로 결론

내렸다.

요가 효과로는 이완·고요·긴장해소·안정을 이루며 스트레스 해소에 직접적 영향을 미친다. 따라서 요가는 아사나를 수행하여 육체의 틀어짐을 바로잡고, 호흡을 수행하여 마음의 틀어짐을 바로잡으며, 명상을 수행하여 자신의 내면에서 일어나는 것을 지켜보면서 자신을 성장시켜 나가는 실천수행법이다(김안득, 재인용, 2011).

김신흠(2012)은, 성별에서 심리적 생활만족도에서 남자가 여자보다 높은 것으로 나타났고, 여자는 사회적 생활만족도에서 높은 것으로 나타났다. 연령별로 보면 60대에서 심리적 생활만족도 요인이 가장 높게 나타났고, 사회적, 휴식적, 생리적, 환경적, 교육적 등 모든 요인에서는 70대가 가장 높은 것으로 나타났다. 교육수준을 보면 대학교 보다는 중고등학교, 기타에서 생활만족도 요인이 높은 것으로 나타났다. 건강상태에서는 대부분의 요인에서 통계적으로 유의한 차이를 보였고, 건강상태가 좋은 노인들에서 요가참여도가 높은 것으로 나타났다. 이순영(1986)은 요가수련생의 연령에 따른 자아존중감 차이를 분석한 결과 가정적 자아존중감에서 유의한 차이가 나타났으며, 정신건강에 따른 결과에서는 강박감, 대인공포증, 불안. 공포감에서 유의한 차이가 나타났다. 또한 신체 활동이 부자연스러운 노인들에게 무용/동작 치료 프로그램이 신체 활동을 향상시키고 자기 발견과 현실 참여 기회 부여를 통해 삶의 보람을 찾을 수 있도록 하는데 효과적일 수 있다는 가능성이 제시되었다. 따라서 건강을 위해 적용되는 요가는 노인의 연령층에서도 정신적, 신체적 경험을 적용할 수 있다. 요가의 경험은 인간의 성격 내면에 존재하고 있는 모든 내적 자원을 활성화시키는 방법이므로 신체와 정신 및 감정들의 조화를 이루어 과거와 현재, 미래적 자신의 모든 삶을 조화롭게 가꾸어 삶을 반추하고 정리해보며 진정한 노후의 삶 속에서도 진정한 자아실현을 할 수 있는 수행방법이라 생각된다. 또한 건강한 죽음을 받아들일 수 있어 앞으로 닥칠 두려움을 지혜롭게 넘

길 수 있는 좋은 방법이 될 수 있다고 생각된다.

김안득(2011)는 건강한 노인을 대상으로 요가를 적용하여 신체적, 정신적 에너지의 지각의 효과와 긍정적, 부정적 기분상태의 효과를 사정하였으며 그 결과 요가는 노인들에게는 단순하고 배우기가 쉬우며 신체적, 정신적 에너지를 높일 수 있으므로 긍정적인 감정을 유지할 수 있다고 주장하였다. 또한 Malhotra(1997)도 요가가 노인에게 생리적, 심리적으로 영향을 미친다는 연구가 보고하였다. 이들의 연구는 신체적으로도 약화되어 있는 노인에게 신체적, 정신적으로 능력을 높이고 접하기 쉬운 요가의 장점을 이야기 하고 있다.

#### 4) 집단상담

상담이란 인간이 주체가 되고 인간을 대상으로 하는 목표지향적인 활동으로 인간을 어떻게 보느냐에 따라서 여러 가지 상담관계 방법이 있을 수 있다. 이런 관점에서 학자에 따라서 다소 다른 견해가 있지만 집단원의 바람직한 성장을 목표로 한다는 점에서는 일치하고 있다(설기문, 1981).

집단상담은 주로 비정상인을 대상으로 하는 집단치료와는 다른 정상인들의 부적응을 돕기 위한 필요성에 의해 정상인들을 대상으로 하는 집단상담이 발달하게 되었다. Mahler(1969)는 집단상담을 상호존경과 수용의 분위기 속에서 자기성장을 목표로 하여 보다 깊은 수준의 자기이해와 자기수용을 촉진시키기 위해 집단 상호작용을 이용하는 하나의 과정이라고 하였다. Gazda(1975)는 집단상담은 허용적이고 신비로운 분위기 속에서 이해와 수용을 바탕으로 집단구성원이 사고와 행동으로 바람직한 방향으로 이끌 수 있도록 도와주는 대인관계의 과정이라 정의하였다.

집단상담의 특징은 대상은 정상범위의 수준에 속하는 소수인이며, 집단상담에서 다루는 문제는 지금 여기(Now & Here)의 장면을 중심으로 한 집단 내

에서 개인의 성장 및 정상적인 발달에 관한 것으로, 집단상담의 분위기는 수용적이고 편안함을 느낄 수 있어야 하고 진솔성, 정직성, 개방성이 강조되며 집단상담 후 상호간에 Feedback이 가능함으로 상호보조 및 상호치료의 기회가 제공되는 장이라 할 수 있다.

집단상담의 목적은 첫째, 자기에 대한 이해를 증진시키고 개인적 성장에의 자신감을 갖도록 하고 둘째, 개인 및 사회생활 면에서의 발달과제를 해결해 나가는데 필요한 사회적 기술과 대인관계 능력을 발전시키고 셋째, 자기통제와 문제해결 및 의사결정의 능력을 향상시키고 타인과의 대화에서 공감적 경청자가 되는 동시에 자신의 의사 소통능력을 향상시킨다(이장호·김정, 1992). 김충기(1992)는 집단상담의 목적으로 각 참여자로 하여금 개인적인 문제를 집단에 내어놓고 토의함으로써 각자의 방법으로 그 문제를 해결 하도록 돕는 것으로 감정의 바람직한 표현, 자기발산의 촉진, 자기문제 해결의 장, 집단이나 생활에서의 자아개념의 강화 및 협동심 고취와 대인관계 기술의 향상이라고 하였다.

인간은 여러 집단 속에서 인간관계를 통해 자기의 생활목표를 추구하면서 살아가고 있다. 가족과 친척, 이웃, 친구 등과의 관계 속에서 심리사회적인 의존욕구를 충족하는 노인에게 집단상담은 더 많은 영향을 미친다(송대현·박한기, 1972). 사회적 지원망과의 상호작용은 노년기에 경험하는 사회적 지위와 역할 상실에서의 소외감을 줄일 수 있으며스트레스에 대한 완충작용을 하게 된다(최정하, 1992). 지지집단의 유용성에 따르면 지지집단은 타인에게 도움을 준다는 새로운 역할을 노인들이 말도록 함으로써 역할지지를 제공한다고 하였다(정은숙, 1994). 또한 동료로부터 자신이 가진 문제에 대해 해결 전략을 제공받을 수 있고 소속감과 안정감을 갖게 해주어 노년기에 불가피한 여러 가지 상실들을 상쇄시킨다고 하였다. 전통적 가치에 입각한 노인들은 현실적인 상황에 기대하는 것을 받아들이기 어렵고 신축성 있게 대처하지 못하는 완고한

태도에서 부적응을 보인다(이남표, 1979). 이러한 완고한 태도를 집단 구성원들이 집단상담을 통해 지적해 주고 행동의 변화를 제시해 줄 수 있다는 측면을 보았을 때, 노인에게는 집단상담이 효과적이라고 할 수 있겠다. 또한 노인 대상자들의 문제가 자신들의 소외감이나 상실감, 그리고 발달상에 경험하는 공통적인 것일 경우 유사한 경험을 서로 공유할 수 있도록 대화의 장을 만들어 주는 집단상담은 노인에게 매우 효과적이다. 이러한 효과들은 생활에서 기인하는 고독감과 소외감을 줄일 수 있음은 물론 적절한 수준의 활동기회를 제공하여 노인들의 심리적, 사회적 안녕이나 생활 만족도를 증진시킬 수 있다(정은숙, 1994).

노인상담은 노인의 신체적, 정신적, 정서적 그리고 사회적 안녕에 관심을 둔다. 이런 전반적인 목적을 이루기 위하여 노인상담은 노인들의 자긍심을 증가시키는 것, 문제 해결 기술을 개선하는 것, 상실을 대처 하도록 돕는 것, 위기 상황을 해결하는 것, 그리고 스트레스를 처리하는데 목적이 있다(김기태, 2002). 자긍심의 증가에 있어 심리적 지지와 자아구축 전략 은 노인들로 하여금 이런 태도를 극복하는데 도움이 되고 후일의 생활에 잠재력을 발휘할 수 있게 한다. 문제 해결능력의 증가는 그들의 문제 상황을 처리하는 능력이 다르다. 그들은 그들 자신의 자원들과 기술을 신뢰하기 시작함으로써 자기 가치감이 증가된다. 상실에 대한 대처에서 노인집단상담은 노화는 불안과 우울을 야기하는 상실을 가져오고 그들의 삶에서 매우 중요한 사람의 상실을 경험하게 될 때 상실에 대한 대처와 위기상황을 해결 할 수 있게 되고 스트레스 감소의 효과도 줄 수 있다. 집단상담은 특히 노인들에게 거의 주어지지 않는 자기이해, 자기수용, 자기개방의 기회를 제공하고 집단원 상호간의 신뢰감을 높여 서로의 이해를 증진시키고 상호 존중함으로써 자아존중감을 향상 시킬 수 있다. 또한 공통의 문제를 가진 사람들이 집단 구성원들 간의 상호작용을 통해 정서적 지지를 극대화 하고 새로운 유대관계를 형성하도록 도와준다(정은

속, 1994). 또한 노인집단상담은 노인들의 불안을 감소시켜 주며 자신이 이해 받고 있다는 느낌을가지게 하여 노인들이 직면한 대부분의 문제를 해결 하는데 이용되고 있다(Peter, et al., 1999).

## 2. 독거노인을 위한 정신건강 프로그램

### 1) 정신건강 프로그램의 목적과 구성

본 프로그램의 목적은 첫째, 고립된 독거노인들에게 정신건강과 고립을 이 해시켜 활동함으로써 정신건강을 증진시키고자 하며, 둘째, 독거노인들이 여러 프로그램을 통하여 정신건강에 활력을 제공받아 우울과 침체된 생활에서 벗어나고, 보다 나은 노후생활을 위해 건강한 삶으로 이끄는 효과를 나타내고자 한다.

이와 같은 목적을 달성하기 위한 정신건강 프로그램은 집단상담과 웃음치료, 미술치료를 병행하였다. 우선 집단상담을 통하여 독거노인들의 정신건강 상태를 파악하고, 독거노인들 간의 지지를 확보하였다. 웃음치료를 통해서 독거노인들의 긍정적 정신건강 향상을 도모하였고, 미술치료를 통하여 독거노인들에게 심리적 안정감을 주고자 하였다.<sup>2)</sup>

### 2) 정신건강 프로그램의 실시방법

본 프로그램은 사회적으로 고립된 독거노인들에게 여러 문제들을 직면하고 해결하는데 중점을 두었다. 따라서 각 섹션은 지식과 정보를 중심으로 이루어져있고, 독거노인들이 현명하게 대처할 수 있도록 여러 예시와 경험들을 여러 차례 교육을 하였다.

정신건강프로그램은 매주 1회, 총 8회의 모임횟수를 기본으로 시간은 60분

---

2) 이론적 배경에서 “요가운동”의 경우에도 독거노인의 정신건강증진에 효과가 있는 것으로 이야기되고 있으나, 본 연구의 프로그램의 구성 여건상 요가운동을 프로그램 내용에서 제외하였음.

으로 하였으며, 상황에 따라 더 많은 시간이 소요되었다. 각 회의 진행은 강의, 활동, 소집단 토의 및 경험사례발표 등으로 구성하였다.

<표-1> 정신건강프로그램의 목표 및 구성

회기	목표	활동내용
도입 1-2회기	그룹간의 친밀감 및 관계형성	사전에 척도검사 후 독거노인들의 정신적 건강의 이해와 사회적 고립의 이해에 대해 배우고 자신의 경우와 비교하여 참고하도록 한다. 우울징후와 자살징후를 간략하게 소개한다.
진개 3-6회기	노인들간의 상호작용과 정신건강향상	노인상담, 웃음치료, 지점토공예을 통해서 정신건강향상과 노인들과의 상호작용을 증진시킨다.
종결 7-8회기	노인들 간 변화된 정서확인	이야기들어주기를 함으로써 스트레스를 해소해 정신건강에 도움을 준다. 독거노인들의 정신건강에 있어 변화된 정서를 확인한다. 사후검사로 클로징한다.

### 3) 정신건강 프로그램의 회차별 구성

#### (1) 1회기

정신건강 프로그램의 강사소개 및 사전 인터뷰로 정신건강을 측정·분석하였다. 또한 그룹 간의 친밀감을 형성하며 전체 정신건강 프로그램의 내용, 진행방법, 준수사항 설명하였다.

#### (2) 2회기-독거노인의 정신건강의 이해

독거노인들에게 정신건강의 개념을 교육하고 정신건강의 긍정적인 차원과 부정적인 차원을 주지시킨다. 독거노인의 정신적 웰빙은 독거노인의 정신건강교육을 통해 이룰수 있으며 독거노인의 정신건강교육은 궁극적으로 독거노인

의 삶의 질을 높일수 있다. 독거노인에게 정신건강교육의 목적은 독거노인들이 우울과 자살에 취약한 상태에 있다는 것을 알리는 것이다. 구체적으로 독거노인에게 우울이 만연해 있다는 사실과, 우울증이 노인자살을 설명하는 요인 중 단일요인으로 결정요인(NIH, 1992; 오은경, 2003 재인용)이라는 것이다. 정신건강에 취약한 독거노인들에게 일상생활에서 스트레스와 좌절을 이겨낼 수 있는 방법을 제시하고, 정신건강을 지켜줄 7가지 수칙에 대해 알아본다.

<표-2> 2회기 구성내용

주제	독거노인의 정신건강이해
수업목표	참석자들에게 정신건강에 대해 이해를 도모하고 우울증과 자살의 증상을 간략하게 소개한다.
수업내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신건강은 부정적인 측면뿐 아니라 긍정적인 측면으로 보편적인 설명하기 (우울과 자살에 대해 간략하게 소개하기).</li> <li>• 자신의 장점, 약점, 있는 그대로 수용하기.</li> <li>• 정신건강을 위한 일상생활에서의 대처방법(일상생활에서 스트레스와 좌절을 이겨낼 수 있는 능력등 강의)</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>①신체운동</li> <li>②운동의 효과(신체적 효과, 심리적 효과)</li> <li>③근육이완효과 / 명상</li> <li>④적절한 자기주장과 효과적인 거절하기</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신건강을 지켜줄 7가지 수칙 알아보기</li> <li>①긍정적으로 세상을 본다.</li> <li>②감사하는 마음으로 산다.</li> <li>③반갑게 마음에 담긴 인사를 한다.</li> <li>④하루3끼 맛있게 천천히 먹는다.</li> <li>⑤상대방의 입장에서 생각한다.</li> <li>⑥하루 한번 누구라도 칭찬한다.</li> <li>⑦일부러 라도 웃는 표정을 짓는다.</li> </ul>
과제	7가지수칙 실행하기
준비물	이름표, 연필, 메모지

### (3) 3회기-독거노인의 사회적 고립으로 인한 영향과 대응

독거노인은 은퇴·자녀출가와 같은 급격한 생활변화, 직업상실로 인한 경제적

어려움, 신체적 정신적 기능의 감소, 인간관계 및 가족 관계의 단절로 인한 외로움 및 사회적 고립등이 우울의 원인일수 있다(허준수·유수현, 2002) 이렇게 우울은 삶의 만족도를 저하시킬뿐만 아니라 노인자살의 위험성을 높이는 것으로 보고되고 있다(정명렬, 2010)

우울증 환자의 증상으로 사회성 저하, 집중력 저하, 의욕상실 및 불안초조, 자아존중감 저하라는 것을 나타낸다. 노인의 우울은 스트레스와 적응과정에서 불안이나 갈등과 더불어 흔히 나타나는 부정적 정서 상태이며, 흔히 신체상의 변화에 대한 부적응과정으로 근심, 침울, 무력함, 무가치함을 나타내는 정서장애이다(임금선, 2010).

독거노인의 사회적 고립을 알아보고 정신이 건강한 독거노인의 삶으로 이끌 수 있게 고립해소 방안을 모색하고자 한다. 첫째, 독거노인의 서로간의 네트워크를 형성시켜주고 소통을 한다면 우울정도와 자살생각은 줄어든다. 둘째, 노인의 여가 생활로 이끄는 것이 고립해소에 좋다. 셋째, 사회활동참여로 자원봉사나 교육프로그램참여는 고독, 역할상실, 정신건강문제를 해결할수 있다(정명렬, 2010).

<표-3 > 3회기 구성내용

주제	독거노인의 사회적 고립의 이해
목표	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 독거노인의 사회적 고립이 정신건강에 미치는 영향</li> <li>• 우울과 자살에 대해 구체적으로 알아보고 대응하기</li> </ul>
수업 내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 우리가 체감하지 못하는 우울의 경로에 관한 원인 알아보기에서 무엇이 있을 까요?</li> <li>• 계속되는 고립으로 정신이 불안하여 외롭고 무서움에서 벗어나기는 어떻게 해야 할까요?</li> <li>• 자기비하나 부정적인 말을 반복하는 경향에서 벗어나기 위해서 어떻게 해야 할까요?</li> <li>• 자신을 무가치하는 생각에서 가치 있다고 의식을 전환하려면 어떻게 해야 할까요?</li> <li>• 정신이 건강하려면 어떻게 해야 할까요?</li> </ul>

과제	사회적 고립으로 인한 외로움에서 벗어나 정신건강을 되찾기 위해 사회적 활동하기
준비	이름표, 연필, 메모지

#### (4) 4회기-노인상담

독거노인들은 신체적 노화현상을 받아들이고 정신건강의 유지도 노인이 대처해야 할 큰 일이다. 독거노인들은 소외감이나 우울감이나 고립감까지 심화되어 경험하게 된다. 질적으로 우수한 삶을 살수 있도록 독거노인들의 정서지원을 통한 심리적 안정감을 제공해야한다. 노인의 신체적·심리적·성격적 특성을 고려한 방법으로 활용되기 시작한 회상요법은 노인들에게 지난 과거를 돌이켜 보게함으로써 시간의 흐름에 따른 개인의 발달과정을 이해하는데 도움을 준다(최숙리, 2009). 추억과 자아성찰과 더불어 서로 이야기 나누기를 통해서 내적인 연속적 자원을 제공해줌으로써 노인으로 하여금 자신의 독자성과 가치를 발전하도록 돕는 작용을 한다.(정영,1994). 집단회상을 활용할 때는 집단 상호작용을 통한 지지체계를 구축하여 사회적 고립감을 해소할수 있으며 과거를 재통합해서 자신의 능력에 대한 새로운 희망을 제공하게 된다(전시자, 1989).

회상은 구체적인 즐거웠던 경험의 재이미, 자부심과 성취감의 재확인, 자신의 과거 잘못에 대한 후회와 용서를 구함, 과거의 불쾌하거나 고통스러웠던 경험의 미화, 감정의 발산, 다른 사람을 가르치고자 하는 기능, 무료함을 덜어줌, 면담자를 자신과 친밀한 관계가 형성된 자로 인식해주는 등의 기능이 있다(전시자, 1989).

이렇게 회상요법은 독거노인들에게 자신의 과거를 돌아봄으로써 과거의 긍정적인 자아상과 현재의 생을 동일시함으로써 상실감이나 우울, 죄책감 등이 감소되며 그 결과 자아성취감이나 통합감을 얻을 수 있다.

<표-4>4회기구성내용

주제	집단상담
목표	회상의 의미를 알고 지난 인생을 되짚어보고 현재의 나를 바로 알기위한 상담
수업내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 회상의미는 개인의 경험, 흥미, 과거사를 나눔으로써 친밀한 관계형성하기 위한 의도임을 설명하고 둘이 짝을 지어 수업에 참여한다.</li> <li>• 서로 손을 잡고 눈을 감으며 조용한 음악으로 신체적, 심리적, 성격적 특성을 고려한 방법으로 지난 과거를 돌이켜 보도록 한다.</li> <li>• 마음속 과거를 서로 이야기하며 자기표현을 효과적으로 하게한다.</li> <li>• 서로 이야기를 들어주며 상대방의 속마음을 이해하고 서로의 모습과 마음을 보듬어 주며 사랑의 마음을 갖는다.</li> <li>• 과거의 죄책감, 내부 갈등, 상실에 대해 깊은 상처를 받아들이고, 위기에서 극복하고, 자신의 숨겨져있는 자아를 발견하여 내적 강화에 도움이 되게 한다.</li> </ul>
과제	현재의 삶에서 과거를 정리하고 행복 만들기
준비	이름표

(5) 5회기-웃음치료

웃음요법은 신체화에 대처하는 능력을 향상시켜 통증을 경감하고, 우울과 불안을 감소하는 영향을 준다고 할수 있다. 본 연구에서 나타난 이러한 결과는 웃음요법이 정신적 건강에 유익을 주는 중재로 긴장, 불안, 우울, 적의, 분노와 같은 불쾌한 기분이나 스트레스에 벗어나게 하는 유용한 대처전략이 될수 있음을 시사한다(박형우, 2010). 따라서 제5기 프로그램으로 독거노인에게 웃음요법을 사용하여 스트레스, 불안, 우울, 기분을 조절하여 심리적 안정을 도모 신체적·정신적 건강에 유용한 작용을 하고자 한다.

<표-5 > 5회기 구성내용

주제	웃음치료
목표	웃음은 스트레스, 불안, 우울, 기분을 조절하여 심리적 안정감을 도모 신체적·정신적 건강에 유효한 작용을 하게 한다.
수업 내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 즐거운 분위기를 형성하여 이완된 상태에서 마음의 문을 열고 몸의 긴장을 풀어준다.</li> <li>• 웃음기법과 유머 등으로 흥미와 재미를 가중하여 웃음의 양을 증대시킨다.</li> <li>• 웃음의 건강효과를 증대하기 위해 자발적인 웃음을 갖도록 유도하되 가능하면 웃음을 크게, 길게 웃도록 한다.</li> <li>• 개인별 훈련에서 파트너, 그리고 집단별로 라포(Rappott) 형성하여 웃음을 최대한 공감한다.</li> <li>• 교육자는 독거노인의 적절한 스트레스 해소를 위해 자신의 스트레스에 대해 말하는 시간을 갖고 웃도록 유도한다.</li> </ul>
과제	아침에 일어나서 거울 보며 스스로 큰 소리로 웃음 만들기
준비물	이름표

(6) 6회기-지점토공예

지점토는 평면표현의 재료에서는 느낄 수 없는 질감과 촉감을 제공하며 촉감성은 피부를 통하여 느껴지는 촉감으로 표현활동을 하면서 느껴지는 편안함과 안정감 등의 심리적 특성을 가지고 있다. 지점토를 이용한 미적 체험은 조형요소의 원리인 조화와 균형, 변화, 선과 형, 그리고 양감과 동세들을 이용하여 손으로 빚어 만들기, 오려 만들기, 붙여 만들기, 끈 모양으로 엮어 만들기 등 다양하고 창의적으로 표현할수 있다.(이미경, 2012). 이러한 이유로 지점토 공예는 독거노인들에게 정신적으로 많은 효과성을 주고 있으며 독거노인들에게 창의성으로 향상시킬 수 있다. 따라서 제6회기 프로그램으로 지점토 공예를 설정하였으며 이를 통해 독거노인들의 대근육운동과 소근육운동을 활성화, 정서적 이완과 긴장을 완화, 자연과의 일체감, 후각, 미각, 촉각 등의 기능을 활성화 등을 추구하고자 한다.

<표-6 > 6회기 구성내용

주제	지점토의 공예
목표	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 대근육운동과 소근육운동을 활성화한다.</li> <li>• 정서적 이완과 긴장을 완화한다.</li> <li>• 자연과 일체감을 느낀다.</li> <li>• 후각, 미각, 촉각등의 기능을 활성화한다.</li> </ul>
수업내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 설명을 듣고 참가자는 각자 과일을 한 개씩 가져온다.</li> <li>• 참고작품을 보면서 아이디어를 떠올릴수 있도록 시간을 준다.</li> <li>• 참고작품을 감상하며 각자 크기에 맞는 점토를 떼어내어 자기 앞에 둔다.</li> <li>• 점토를 손으로 꼭꼭주무르기, 비비기, 굴리기, 뭉치기등을 반복하여 기본모형을 보여주며 과일모양을 만들기위한 기본모형만들기</li> <li>• 과일모양의 큰 더어리를 만들고 세부적인 사과꼭지나 나뭇잎등을 만들어 붙여 작품을 완성한다.</li> <li>• 다른 학생의 작품을 감상하며 물감으로 색을 곱게 칠할수 있게 잘 말려둔다.</li> </ul>
과제	남은 지점토를 이용해서 자신이 원하는 모양만들어보기
준비물	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 과일을 참가자수만큼 준비하여 테이블위에 둔다.</li> <li>• 각자 자리에 신문지를 펴서 테이블위에 준비해둔다.</li> <li>• 지점토, 신문지, 지점토칼, 과일(사과, 바나나, 칩외)</li> </ul>

(7) 7회기-이야기로 표현하기

독거노인들이 이야기하며 자신의 욕구를 충족하도록 하는 것이 7회기의 주제이다. 7회기의 목표는 이야기를 함으로써 독거노인의 욕구를 파악할수 있고, 적절한 대처를 해줌으로써 정서적 지지를 제공할수 있다. 수업내용으로 두명씩 짝을 지어 자신의 얘기를 소탈하게 이야기한다. 현재 독거노인들에게 직면한 경제적 문제, 신체적 문제, 정서적인 문제 등으로 그들의 문제를 이야기함으로써 서로 들어보고 독거노인들이 스스로 대처할 수 있도록 한다.

따라서 제7회기에서는 독거노인들이 이야기함으로써 과거를 정리하고 단절된 고독감에서 벗어나 내적 신념 강화시키기를 설정하였다.

<표-7 > 7회기 구성내용

주 제	이야기 표현
목표	어르신들이 이야기를 함으로써 독거노인의 욕구를 파악하여 고립되고 소외된 노인들에게 사회적 관계망 역할(정서적지지)을 해 준다.
수업 내용	<p>1. 두명씩 짝을 지어 자신의 이야기를 하는 시간으로 자신의 이야기를 소탈하게 이야기한다. 서로의 과거를 공감하고 서로 위로하며 이야기를 끝고나간다.</p> <p>①경제적 문제-실업과 지출증가, 의료비 증가등                  ②신체적 문제-노화로 인한 만성질환, 치매                  ③정서적 문제-친구나 자녀들과 정서적이고 감정적인 유대관계를 원하고 노인들은 자신의 존재가치를 인정받고 싶어하지만 잘 되지 않는 문제등.</p> <p>2.사회적 지지란? 타인과 의미있는 상호작용의 결과로 얻게 되는 것으로, 가족·친구·이웃등의 사회구성원에 의해 제공된 여러 형태의 도움과 원조를 의미한다(배지연외, 2005).</p> <p>사회적 지지가 노인의 신체적·정신적인 영향력을 미친다. 우울증으로 전이되는 것을 미연에 방지하거나 우울에 대한 영향을 완충시켜주는 효과가 있다(김미혜 외, 2000)</p> <p>여러문제를 겪고 있는 독거노인들은 다른 독거노인들과 이야기하는 방식으로 그들에게 사회적 지지중, 정서적지지의 도움을 받을수 있다.</p>
과제	여러 가지 문제에 대한 해결책을 생각해보기
준비물	이름표

(8) 8회기-종료

정신건강프로그램이 끝난 후, 사후 인터뷰를 시행한다. 프로그램 진행자가 모든 회기를 정리하고 감사의 마음을 전하고 종료한다.

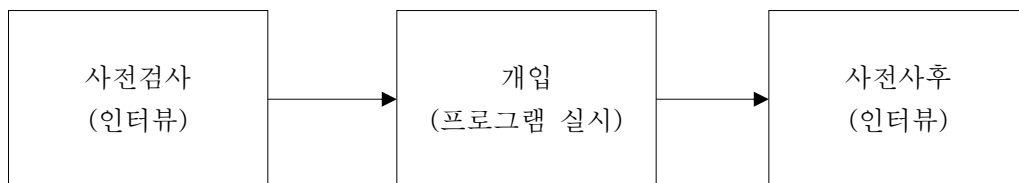
## 제3장 연구방법

### 제1절 연구설계 및 대상

#### 1. 연구설계

본 연구는 독거노인을 대상으로 정신건강 프로그램의 효과성 검증을 통하여 사회적 고립감이 정신건강에 미치는 영향에 관한 연구이다. 이에 본 연구에서는 선행연구를 통하여 정신건강 프로그램을 구성하고, 이를 독거노인을 대상으로 실시하여 그 효과를 규명하였다.

따라서 본 연구에서는 독거노인을 대상으로 사전 인터뷰를 통하여 현재의 사회적 고립감과 정신건강 상태를 분석한 다음, 정신건강 프로그램을 실시한 후 동일한 방식으로 인터뷰를 진행하여 그 효과성을 검증하였다. 이와 같은 연구설계는 <그림-8>와 같다.



<그림-8> 연구설계

#### 2. 연구대상

본 연구의 실험참여자는 서울특별시 D구에 65세 이상 홀로 거주하는 독거

노인으로 저소득 단독세대이며, 거동이 불편하지 않고 인터뷰에 응답할 수 있게 의식이 있으며, 언어적·비언어적 의사소통이 가능한 대상자로 선정하였다.

실험 참여자는 총 10명으로, 이들을 대상으로 사전인터뷰와 정신건강 프로그램 실시 및 사후 인터뷰를 진행하였다.

## 제2절 연구도구

### 1. 사전·사후 인터뷰

인터뷰는 정보제공자에게 질문을 던져 그들의 생각을 도출해 내는 방법으로 구술 문화적 특징이 있는 방법론이다. 본 연구의 실험대상은 65세 이상 독거노인으로 실험대상자들은 경제적으로 어려운 생활을 하고 있으며, 오랜 기간 동안 독거생활로 인하여 불안정한 심리상태를 지니고 있다. 따라서 이들을 대상으로 설문문을 통하여 주관적인 정신건강 상태를 분석한다는 것에 한계가 있다는 판단으로 인터뷰를 진행하였다.

인터뷰는 일반적으로 다음의 절차에 따라 진행을 한다(이경서, 2001). 첫 번째는 주제설정이다. 연구와 관련하여 인터뷰를 진행하는 데 있어서 목적과 관련된 개념들을 명확히 해야 한다. 두 번째는 설계이다. 설계는 연구의 목적을 달성하기 위한 인터뷰의 전체 구조를 계획하는 단계이다. 세 번째는 실시이다. 이는 연구자와 인터뷰 대상자가 직접 만나 준비했던 질문들을 제시하고 이에 대한 응답자의 답을 듣는 과정이다. 네 번째는 전사단계이다. 전사는 응답자와의 면접내용을 문서로 남겨 자료화하는 것이다. 다섯 번째는 분석이다. 이는 인터뷰하여 작성된 자료들을 연구 목적에 맞게 의미를 파악하고 분류하는 것이다. 여섯 번째는 확증의 단계로 진행된 인터뷰 내용의 신뢰성과 타당성을

두고 평가하는 것이다. 연구의 마지막 단계는 보고인데 그동안 연구자가 조사한 내용을 타인에게 보고하는 과정이다.

인터뷰는 다음의 세 가지 방법으로 구분할 수 있다. 첫째, 구조화된 인터뷰(Structured interviewing)이다. 이는 잘 훈련된 연구자가 미리 준비한 질문을 모든 응답자에게 동일하게 질문하는 것이다. 이 방법은 이미 질문의 내용이나 진행방법이 구조화되어 있기 때문에 인터뷰 세팅(setting) 구조에 있어 유연성이 거의 없어 감정적인 측면을 간과할 수 있는 단점이 있지만 합리적인 대답을 이끌어 낼 수 있는 인터뷰라고 할 수 있다. 둘째는 비구조화된 인터뷰(Unstructured interviewing)이다. 이 방법은 인터뷰를 할 때, 개방형 질문이나 유연성 있는 인터뷰로 구조화된 인터뷰보다 사회 구성원들의 복잡한 행동을 이해하려는 시도를 많이 하고 있어 가장 많이 쓰이는 기법이다. 셋째로는 그룹인터뷰(Group interviewing)가 있다. 이것은 일반적으로 포커스 그룹(focus group)이라고 일컬으며 생산자 혹은 수용자의 집단의 의견을 수집할 목적으로 토론을 하는 방법을 말한다.

본 연구에서는 독거노인의 정신건강 상태를 측정하기 위하여 비구조화된 인터뷰 질문지를 활용하여 인터뷰를 진행하였다. 비구조화된 인터뷰는 인터뷰 대상자의 복잡한 심리상태를 이해하는 데 있어 매우 유용한 방법이기 때문이다. 특히 독거노인들은 구조화된 질문에 자신의 감정상태를 배제하고 정확하게 응답하기에는 한계가 있으므로 비구조화된 개방형 질문을 통하여 자유롭게 자신의 생각이나 심리상태에 대하여 설명하게 함으로써 보다 정확한 정신건강 상태를 파악할 수 있기 때문에 유용한 방법이라 판단하였다.

## 2. 인터뷰 질문지

독거노인들의 정신건강 상태를 파악하기 위한 인터뷰 질문지는 사회정서적

고립감, 우울, 자아존중감, 스트레스, 자살생각 영역의 5개 영역으로 구성하였다. 각 역영별 구체적인 질문 주제는 <표 >와 같다.

질문은 정형화된 질문보다는 질문주제에 맞도록 인터뷰 대상자가 이야기 할 수 있는 질문으로 하였다.

<표-9 > 인터뷰 질문주제

조사도구	질문주제
사회정서적 고립감(9문항)	친구, 신뢰, 외로움, 조직의 구성원, 접촉유무, 신입, 이해유무, 나에게 대한 이야기거리, 흥미로운 사람
우울(4문항)	생활만족, 앞날의 희망, 무력감, 침착함
자아존중감(4문항)	가치 있는 삶, 장점, 실패생각, 자랑거리
스트레스(4문항)	건강유무, 노후대책, 경제사정, 이웃환경의 변화
자살생각(4문항)	죽음소망, 자살충동, 자살계획, 유서

### 3. 정신건강 프로그램

본 연구에서 독거노인의 사회적 고립감을 해소하여 정신건강을 증진시키기 위한 프로그램은 <표 >와 같다.

정신건강 프로그램은 선행연구를 바탕으로 독거노인의 정신건강을 증진시키기 위한 프로그램으로 구성하였다. 본 프로그램은 총 8회기로 구성되어 있으며, 집단상담, 미술치료, 웃음치료 등 노인들의 정신건강을 위한 다양한 프로그램 중 그 효과성이 입증된 프로그램을 바탕으로 구성되었다.

<표-10 > 정신건강 프로그램 구성

구분	회기	내용
도입	1회기	도입/ 사전 인터뷰
사회적고립과	2회기	독거노인의 정신건강이해

정신건강이해	3회기	독거노인의 사회적 고립으로 인한 영향과 대응
치료프로그램 시행	4회기	노인상담(회상요법으로)
	5회기	웃음치료
	6회기	지점토공예(미술치료)
	7회기	이야기로 표현하기
사후 인터뷰	8회기	사후 인터뷰로 마무리 한다.

### 제3절 연구절차 및 분석방법

#### 1. 연구절차

본 연구의 대상자는 경제적으로 어려움을 겪고 있으며, 사회적으로 고립된 생활을 하고 있는 독거노인으로 구성되어 있다. 정신건강 프로그램은 주 1회 독거노인들이 방문하기 용이한 거주지 내의 경로당에서 실시하였다.

독거노인 집단을 10명으로 구성하고 1회 당 약 60분 동안 8회기로 진행되는 방식이며, 프로그램 운영은 연구자와 보조 운영자 1명이 운영하였다. 독거노인 정신건강 프로그램은 2013년 8월부터 2013년 10월에 걸쳐 프로그램이 진행되었다.

정신건강 프로그램을 실시하기 전에 사전인터뷰를 통하여 독거노인들의 사회적 고립감과 우울, 자살 성향 등 정신건강의 상태를 파악하였다. 또한 정신건강 프로그램을 실시하기 위하여 실험에 참여한 독거노인들에게 정신건강 프로그램에 대한 설명을 통해 충분한 이해를 바탕으로 프로그램을 진행하였다. 프로그램 진행 중 건강상태 등을 이유로 프로그램에 참여하지 못하는 경우 언제든지 중도에 불참이 가능하다는 점도 사전에 설명하였다.

정신건강 프로그램을 진행하는 동안 중도에 불참한 경우는 없었으며, 실험에 참가한 독거노인 10명은 8주 동안 프로그램에 성실히 참여하였다.

정신건강 프로그램을 중용한 후 사후 인터뷰는 사전인터뷰와 동일한 방식으로 진행되었다.

## 2. 분석방법

본 연구에서 진행한 정신건강 프로그램의 효과를 분석하기 위한 분석방법은 내용분석을 통하여 분석하였다.

내용분석은 메시지의 특정한 특성을 객관적·체계적으로 분석해서 누가, 왜, 무엇을, 어떻게, 누구에게 전달해서 어떠한 효과를 가져왔는가를 추리하는 문헌적 연구방법의 하나이다. 즉 메시지가 분석대상이 되며, 잠재적 내용의 분석까지 포함하는 분석범위를 지닌다. 내용분석은 시간과 비용 측면에서 경제적이며, 특별한 연구 설비, 다수의 연구 인력을 필요로 하지 않고 장기간에 걸친 자료를 가공, 분석할 수 있다는 장점이 있다. 물론 기록으로 남은 것만 조사가 가능하다는 점과 타당도 확보에 어려움이 있으며, 자료의 제한이 있는 단점 또한 있다. 하지만, 연구방법에 있어서 내용분석 방법은 다양한 장점을 지니고 있기에 많은 연구 분야에서 사용되어 오고 있다(김성태, 2005).

본 연구에서 내용분석을 활용한 이유는 독거노인의 정신건강 상태를 파악하기 위하여 비구조화된 인터뷰를 진행하였으며, 인터뷰 결과를 기록한 자료를 토대로 독거노인의 정신건강 상태를 파악하였기 때문이다.

## 제4장 분석결과

### 제1절 연구 참여자의 일반적 특징

본 연구에 참여한 독거노인의 일반적 특징을 살펴보면 <표-11>와 같다.

<표-11>에서와 같이 독거노인들은 대부분 여성(9명)으로 연령은 80대 5명, 70대 4명, 60대 1명으로 나타났다. 독거노인들의 학력은 중졸자 2명을 제외하고 나머지는 초등졸 이하의 낮은 학력을 나타내고 있으며, 종교는 있는 경우가 5명, 없는 경우가 5명으로 나타났다.

또한 독거노인들의 이전직업은 노동 4명, 농사 3명, 운전기사 1명, 식당 1명, 공장 1명으로 주로 육체적으로 힘이 드는 직업에 종사한 것으로 파악되었다. 독거노인들의 자녀는 3명을 제외하고 나머지 6명은 자녀가 있는 것으로 조사되었는데, 이는 자녀가 있으면서도 홀로 독거하는 노인이 증가한다는 최근 통계(통계청, 2012)를 반영하고 있는 것으로 분석되었다. 또한 기초수급대상으로 수급을 수령하는 노인이 3명으로 나타났으며, 미수급자나 차상위 계층으로 현재 대기 중인 노인이 7명인 것으로 조사되었다. 이는 자녀가 있는 경우 기초수급대상자에서 제외 된다는 규정에 의한 것으로 해석된다.

<표-11> 연구 참여자의 일반적 특성

사례번호	성별	연령	학력	종교	이전직업	자녀수	독거기간	수급여부
1. 황00	여	68	초중퇴	무	노동	0	5년	기초생활
2. 정00	여	83	초중퇴	무	노동	2	13년	차상위
3. 홍00	여	79	초졸업	기독교	노동	4	5년	미수급
4. 안00	남	80	중졸업	무	운전기사	0	45년	기초생활

5. 김00	여	76	중졸업	무	노동	4	40년	미수급
6. 김00	여	82	초중퇴	불교	농사	6	5년	미수급
7. 노00	여	81	무학	무	농사	5	18년	미수급
8. 김00	여	75	중졸업	불교	식당일	2	26년	미수급
9. 김00	여	74	초중퇴	기독교	공장	0	30년	기초생활
10. 황00	여	80	무학	기독교	농사	5	19년	미수급

## 제2절 정신건강 프로그램 시행 중의 변화과정

독거노인들을 대상으로 정신건강 프로그램을 진행하는 과정별 나타난 효과는 <표-12>와 같다.

프로그램 시행초기의 1회기와 2회기에는 처음 대면한 독거노인들은 얼굴이 초췌한 모습이었으며, 귀찮아하는 표정과 활력이 없어 보였다. 또한 서로 만남이 어색하고 서로에 대해 무관심한 상태였다. 또한 교육에 대하여 부정적인 생각을 가지고 있는 것으로 나타났다.

3회기의 독거노인 사회적 고립에 대한 이해에 대한 강의에서 독거노인들은 교육내용에 수긍하는 반응을 보였으나 정신건강이 개선된 상태는 아니었다.

4회기 회상요법을 활용한 집단 상담에서는 교육에 적극적으로 참여하려는 의지를 보이는 독거노인들이 나타났으며, 자신의 현재 상황을 이해하고 직시하려는 자세를 보였다.

5회기 웃음치료와 6회기 미술치료(지점토 공예)에서는 독거노인들이 어색함과 즐거움이 교차되는 반응을 보였다. 웃음치료에서는 평소 웃음이 적었던 환경으로 인하여 매우 어색한 반응을 보였으나 점차적으로 적극적으로 참여하는 모습을 보였으며, 지점토 공예에서는 교육에 몰두하면서 정서적 안정감을 보이기 시작하였다.

7회기 자신을 이야기로 표현하는 과정에서는 자신의 마음속 이야기를 표현하면서 현실에 적극적으로 대처하려는 자세를 보였다.

<표-12 > 프로그램 과정별 독거노인의 변화과정

단계	회기	주제	목표	경험 및 심리상태 반응
구들간의 친밀감 및 관계 형성	1회기 2회기	자기소개 및 정신건강프로그램 개요 소개	참석자들에게 정신건강 이해를 도모하고, 우울증과 자살증상소개	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 처음 만난 독거노인들은 얼굴이 초췌한 모습도 보이고 귀찮아하는 표정과 활력이 없는 분위기와 서로 만남이 어색하고 서로에 대해 무관심한 표정도 보였다.</li> <li>• 교육을 통해 정신도 건강해야 몸도 건강할수 있다는 생각을 하게되고, 우울에 대해 인식하게 된다. '개인 사생활을 왜알려고 해?' 하며 부정적인 언어 사용한다.</li> </ul>
	3회기	독거노인의 사회적 고립의 이해	독거노인의 사회적 고립이 정신건강에 미치는 영향과 우울과 자살에 대해 구체적알아보기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 고립에 대한 정보 습득 기회를 얻게 되어서 다행이다하는 반응을 하였고 자신이 고독하다는 듯 끄덕였다. 우울징후에 대해서 자기자신을 점검하는 듯하는 표정이었다. 역할상실로 무력감이나 외로움이 표정에 역력히 나타남.'죽지못해 사는거여, 밤을 세웠어' 하며 불면중에 시달린다고 하고'미친 사람처럼 실롱 실롱 죽었으면, 좋겠징'하며 죽고싶다는 생각을 늘한다며 허망한 표정을 한다.</li> </ul>
독거노인들의 상호작용과 정신건강 향상	4회기	희망요법으로 상담한다.	희망의 의미를 알고 지난 인생을 되짚어보고 현재의 나를 바로 알기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 초기와는 달리, 몇명의 어르신들은 교육을 받는 시간을 기다리며 달라진 모습을 보였다. 자신의 과거를 검토하며 안타까움과 원망을 하기도 하지만 어쩔수 없이 '앞으로는 잘 지내야 되지 않겠나'하는 자발적인 표현을 했다. '그대로 쪽 사는거야' '이제 늙었으니 까'하는 표현으로 현재를 수용하는듯했다.</li> </ul>
	5회기	웃음치료로 긍정적인 정신건강만들기	분노와 같은 불쾌한 기분, 스트레스 벗어나기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 긴장되고 경직된 얼굴이 아닌 눈 맞춤으로 서로 바라보며 눈을 맞춘다. 교육시 웃음이 작아 그냥 미소 짓는듯하는 어르신도 있었으나 나중후반부에 결국 화통하게 웃었다. '웃으니 기분이 좋아 지네' 긍정적인 즐거움을 표현하기도 하며 프로그램 교육이 만족스러운 표현을 했다. '웃으니 스트레스가 풀리네.'</li> </ul>
	6회기	피부를 통해 안정된	대근육, 소근육운동을 활성화하고,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 타인을 배려하는 마음으로 정리정돈등 주변을 챙겨 주며'무얼 만드나?'하고 적극성을 띤 표현 '부드럽네</li> </ul>

		축감표현	정서적 이완과 긴장을 완화한다.	아주'하고 만족하는 표현을 하며 정서적으로 편안함과 긴장완화에 도움이됐다. 교육내용에 대해 관심이 집중된다. 지점토를 떼어내며 과일을 만드는 모습이 몰두되어 정서적으로 안정감을 볼수 있었다. 다른 작품을 감상 비교하기도 하며 자신의 작품에 만족스러운 표정으로 자신감을 표현한다. 다른 작품을 만드는데 도와주는 배려도 한다.
변화된 정서 확인	7회기	독거노인의 가슴속 이야기 들어주기	자신의 심리상태를 이야기함으로써 과거 정리	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 어르신들은 이야기를 통해 수다쟁이가 된 듯 속내를 들어내며 정신적인 힐링을 경험한다. 그리고 자기비하하는 언어보다 자신의 생각이 맞음을 표현하고 '죽을 힘으로 살겠다'고 한다.' 이대로 살면 그리 나쁘지 않다'는 표현도 한다. '누구한테 스트레스를 받느냐에 달라'하며 자신의 의사가 들어가는 이야기를하며 당당하게 힘이 있는 표현을 한다.</li> </ul>
사후 인터뷰	8회기	효과측정	인터뷰	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신건강 프로그램 효과측정을 위한 사회정서적 고립, 우울, 자아존중감, 스트레스, 자살생각에 대한 인터뷰</li> </ul>

### 제3절 정신건강 프로그램 효과성 분석

#### 1. 사회정서적 고립

독거노인들의 사회정서적 고립감에 대한 정신건강 프로그램 사전 인터뷰 분석에서 대부분의 독거노인들은 세상에서 혼자라는 고립감을 많이 느끼는 것으로 분석되었다. 이러한 고립감은 우울하고 슬픈 감정을 유발(사례10; #10)시켜 정신건강을 악화시키는 요인으로 작용하는 것으로 나타났다. 또한 혼자라는 고립감은 자식과의 정서적 거리감(#10)도 가중 시키는 결과를 가져올 뿐만 아니라 혼자가 편하다는 자포자기의 심리상태(#3)를 나타내기도 한다는 것을 알

수 있었다. 또한 사회정서적 고립감은 타인에 대해 신뢰를 못하게 되는 심리 상태(#2)와 외출에 대한 부정적 생각(#3)을 하게하는 원인이 되기도 한다는 것을 파악할 수 있었다.

이렇게 독거노인들의 고립감을 해소하기 위한 정신건강 프로그램을 실시한 이후에는 사회정서적 고립감이 많은 약화된 것으로 파악되었다. 독거노인들은 정신건강 프로그램 이후 더불어 사는 것에 대한 긍정적 심리상태(#1), 심리적 건강상태의 회복(#2), 타인과의 거리감 해소(#5), 외출에 대한 긍정심리(#6), 친구에 대한 호의적인 감정(#10) 등으로 심리적 변화를 느낀 것으로 분석되었다.

이상의 결과에 따라 독거노인들을 대상으로 실시한 정신건강 프로그램의 효과를 파악할 수 있었으며, 독거노인들은 프로그램 참여 후 정신적 건강상태의 회복을 확인할 수 있었다.

<표-13 > 사회정서적 고립에 대한 사전·사후 인터뷰 내용

정신건강프로그램 전	정신건강프로그램 후
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 나 혼자서만 고독하게 사는 거야(#1).</li> <li>• 친구도 없고, 사람도 못 믿겠고..(#2),</li> <li>• 혼자있는 게 제일 편해, 사생활을 밝히고 싶지 않아. 집에만 있고 싶어..(#3).</li> <li>• 이 세상에 나 혼자라는 생각, 외롭지..(#5)</li> <li>• 혼자있습게 외롭기도 하재잉..(#6).</li> <li>• 혼자있어서 우울하지, 걱정되고 슬프고, 자식한테 거리감이 느껴지지(#10).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사람은 만족이 없어, 더불어 사는 거지(#1).</li> <li>• 주인집에 의지하고 살아(#2).</li> <li>• 요즈음은 괜찮아졌는데 ,컨디션이 좋아지고 (#3)..</li> <li>• 사람들 사이에 거리감은 없어유(#5).</li> <li>• 경로당에 마실와서 같은 노인네들이랑 얘기한게 재미나지(#6).</li> <li>• 경로당에 친구있으면 웃음으로 살고 친구들이랑 얘기하잖아(#10)</li> </ul>

## 2. 우울

독거노인들의 우울에 대한 사전 인터뷰 분석에서 독거노인들은 대부분 심한 우울을 경험하고 있는 것으로 분석되었다. 우울에 대한 독거노인들의 정신건

강 상태는 매우 안좋은 상태로 분석되었는데, 대부분 독거노인들은 현재의 생활에 대하여 죽지 못해 사는 것(#1), 희망이 없음(#2), 행복감을 전혀 느끼지 못함(#3), 무력감(#4), 불안한 심리상태(#9), 슬픔(#10) 등으로 표현하고 있었다. 이러한 결과는 독거노인들이 혼자 사는 것에 대하여 삶의 의미를 찾지 못하여 무기력감이나 슬픔, 막연한 불안감 등의 심리상태를 보이는 것으로 해석할 수 있다.

이상과 같이 우울을 경험하고 있는 노인들을 대상으로 정신건강 프로그램을 시행한 결과 노인들의 우울 증상이 많이 호전된 것으로 분석되었다. 독거노인들은 정신건강 프로그램에 참여를 하면서 외로움에 대처할 수 있는 심리적 안정감을 찾고 있었으며(#1), 삶에 의욕이 높아 졌고(#2, #3), 심리적으로 안정된 상태를 유지(#4)하는 것으로 분석되었다. 또한 지루하지 않고(#9), 심리적으로 안정된 상태(#10)를 유지하는 것으로 나타났다.

이러한 결과로 볼 때, 정신건강 프로그램은 독거노인들의 우울감을 약화시켜 삶의 의욕과 심리적 안정감 형성에 긍정적 영향을 미치는 것으로 판단된다.

<표-14 > 우울에 대한 사전·사후 인터뷰 내용

정신건강프로그램 전	정신건강프로그램 후
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 죽지못해 사는 것이여, 사는게 사는게 아니여, 내가 무엇인지 아무리 생각해봐도 그려..(#1)</li> <li>• 나 자신은 별 볼일 없고 앞날에 대해 희망적이지 않아(#2)</li> <li>• 사는 재미가 없어, 하늘도 무심하지..내 행복을 모두 가져간 것 같아. 아무것도 하기 싫어(#3)</li> <li>• 무력감을 느끼기도 하고, 먹는거 관심 없고, 이래나 저래나 마찬가지..(#4).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 외로움은 머릿속에 갖고 있는거야, 나혼자만 외로움을 간직하는 거야(#1).</li> <li>• 얼굴이 많이 좋아졌죠.(의욕이 생김)(#2)</li> <li>• 요즈음은 괜찬아 졌는데 컨디션이 좋아지고,, 운동좀 해볼려고.(#3).</li> <li>• 날씨가 선선하니깐 태평하고, 하니깐 편안해보이고.(#4)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 생활은 죽지못해 사는거지, 침착하지 못하고 침착하지 못할 때있어. 안절부절 못할 때 있어(#9).</li> <li>• 혼자있어서 우울하지. 자식한테 거리감느껴지지,, 외롭지.혼자있으면 걱정되고 슬프지..(#10)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지루하거나 권태롭지 않아.(#9)</li> <li>• 탄사를 앞두고 편안하게 생각하지...안절부절하지 않아.(#10)</li> </ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 3. 자아존중감

자아존중감에 대한 사전인터뷰 결과, 독거노인들은 매우 낮은 자아존중감을 나타내고 있었다. 독거노인들은 자신에 대하여 정체성의 상실(#1), 자기비하(#2, #10) 등의 생각을 지니고 있는 것으로 나타나 자아존중감이 매우 낮은 상태를 확인할 수 있었다.

그러나 정신건강 프로그램 시행 후 독거노인들은 자아존중감을 회복하고 있는 것으로 분석되었다. 프로그램 참여 후에 자신에 대한 긍정적 태도(#1, #2)를 지니게 되었으며, 어려움에 대처할 수 있는 자신감(#10)을 지니게 되었음을 확인할 수 있었다.

이러한 결과는 독거노인들을 위한 정신건강 프로그램이 그들의 자아존중감을 높여 삶에 긍정적으로 대처할 수 있는 정서적 자신감을 향상시키는데 중요한 역할을 하고 있음을 확인하였다.

<표-15 > 자아존중감에 대한 사전·사후 인터뷰 내용

정신건강프로그램 전	정신건강프로그램 후
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 내가 밋인지, 아무리 생각해봐도 그러여.(#1)</li> <li>• 나 자신은 별 볼일 없고(#2).</li> <li>• 나는 좋은 점이 없어(#10)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 내가 고상한 사람이야, 나 혼자 우아하게 산다해.(#1)</li> <li>• 주인이 보살펴주어서 이제는 걱정 없이 살 수 있어(#2).</li> <li>• 걱정해봤자 누가 도와주지 않아(#10).</li> </ul>

#### 4. 스트레스

스트레스에 대한 사전인터뷰 결과, 독거노인들은 건강 때문에 스트레스를 가장 많이 느끼며, 또한 자식과의 관계로 인한 스트레스가 가중되고 있음을 알 수 있었다. 독거노인들은 치매 때문에 걱정(#1), 몸의 통증(#2, #7), 관절로 인한 행동제약(#3), 건강에 대한 염려(#8) 등의 건강 원인으로 스트레스를 받고 있으며, 그 외 자식에 대한 서운한 마음(#1, #2), 경제적 어려움(#10)으로 인하여 스트레스를 받는 것으로 분석되었다.

이러한 독거노인들이 정신건강 프로그램에 참여한 이후 스트레스 요인에 대하여 적극적으로 대처하는 경향을 확인할 수 있었다. 독거노인들은 프로그램 시행 후 운동을 시작(#1), 건강에 대한 적극적인 대처(#2), 건강상태 호전(#3, #7), 긍정적 생각(#8, #10) 등의 심리상태로 변화되어 스트레스 요인에 대하여 적극적으로 대처하고 있는 것을 확인할 수 있었다.

이상의 결과에 따라서 정신건강 프로그램이 독거노인들로 하여금 스트레스를 줄이려는 자발적인 노력을 추동하는 하나의 기제가 되었음을 확인하였다.

<표-16 > 스트레스에 대한 사전·사후 인터뷰 내용

정신건강프로그램 전	정신건강프로그램 후
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건망증이 보통이 아니야, 치매걸릴까봐 걱정된다니까. 제발 허리 좀 아프지 않았으면,,,수양 아들도 패심하고(#1).</li> <li>• 자식은 별로 보고 싶지 않아, 패심하기만 하지, 누가 알겠어, 몸이 사지가 쭈시고 잠도 안오고.(#2)</li> <li>• 다리, 무릎, 허리가 아프니깐 걷기가 힘들어요, 머리도 어지럽고(#3).</li> <li>• 그거 말 못 알아먹겠네..그렇지..그것싸..너무 많이 아파서 밥도 못먹고(#7).</li> <li>• 건강이 나쁠까봐 걱정이 되(#8).</li> <li>• 노후대책이 없어..걱정이 되야..경제적으로 어렵지..(#10)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 운동도 하고 나혼자 신나게 돌아당겨..땀흘러가며..(#1)</li> <li>• 잠은 좀 자지. 약을 먹으니 좀 덜 아파..(#2)</li> <li>• 요즈음은 편찮아졌는데..컨디션이 좋아지고...식사는 그냥저냥.(#3)</li> <li>• 조금..이만치 아팠는데 이제 요만치 아파..(#7)</li> <li>• 앞날에 좋은 일 하고 사니깐 별일 없다고 생각하지(#8).</li> <li>• 그냥 편안하게 사는 거야.(#10)</li> </ul>

## 5. 자살생각

정신건강 프로그램 사전 인터뷰에서 독거노인들은 현재의 삶에 회의를 느끼고 있으며, 자살위험이 높은 것으로 분석되었다. 독거노인들은 가끔 죽었으면 좋겠다는 막연한 생각을 하고 있으며(#1), 살고 싶다는 의지도 매우 약한 것으로 나타났다(#8). 또한 지금 당장 죽어도 좋다는 생각(#10)을 하고 있는 것으로 분석되었다.

그러나 정신건강 프로그램에 참여한 후 독거노인들은 삶에 대한 애착과 가치에 대하여 긍정적으로 생각하고 있는 것으로 나타났다. 독거노인들은 현재의 삶이 가치가 있으며(#8), 삶을 지속적으로 살고 싶다는 의지가 강한(#1, #10) 것으로 분석되었다.

<표-17 > 자살생각에 대한 사전·사후 인터뷰 내용

정신건강프로그램 전	정신건강프로그램 후
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 너무 아팠을 때는 미친 사람처럼 실롱실롱 죽었으면 좋겠지(#1).</li> <li>• 죽고 싶지..(#8).</li> <li>•</li> <li>• 오늘이라도 죽었으면.. 그런 생각도 하지..(#10).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 저승사자가 와서 가자고 해서 안갈려고 싸웠단 얘기야..(#1)</li> <li>• 죽고 싶지 않아, 마음으로 오래 살고 싶어. 살 가치가 있다고(#8).</li> <li>• 만사를 앞두고 편안한 생각을 하지, 눈 딱 감고 싶지 않다는 생각들어..(#10).</li> </ul>

## 제5장 결론 및 제언

본 연구는 독거노인의 사회적 고립으로 인한 정신건강이 우울과 자살생각에 이르는 여러 가지 정신적 증세를 살펴 파악하고 정신건강프로그램 교육으로 인한 정신건강에 미치는 효과성을 분석·적용하여 자신의 가치를 높여 질 좋은 노후의 삶을 목표로 필요성을 가지고 연구하였다.

자료수집은 독거노인의 정신건강상태를 파악하고 독거노인들이 생활하면서 나타나는 심리적 현상을 심층면접으로 주로 사용하였다. 어르신들의 속내를 자연스럽게 이끌기 위해 개방형 반구조 면접지침을 사용하였다. 자료수집을 위한개별심층면접은 2013년 8월 19일부터 10월7일까지 약 2개월간 진행되었다. 교육은 주1회 60분 정도 소요되었다. 서울시 D구의 경로당에서 10명을 대상으로 정신건강프로그램 적용 및 설문 인터뷰를 하여 연구 분석한 효과성은 다음과 같다.

이 연구결과에 의하면 정신건강프로그램이 독거노인의 심리적 행복감에 효과가 나타났다. 이 심리적 행복감은 정신건강 프로그램교육을 통하여 회복되고 정서적 안정감을 되찾아 성공적인 노년의 삶으로 이끄는 데 도움이 되었다. 사회적으로 고립된 독거노인들의 정신건강을 위해 다양한 정신건강프로그램은 개발·시행되어야 한다. 5개의 각 영역(사회정서적 고립감, 우울증, 자아존중감, 스트레스, 자살생각)에서 정신건강프로그램 교육 전과 후를 비교할 때, 연구 참여자 10명 모두에게서 분명하게 정신건강이 향상되는 효과를 나타냈고 독거노인들이 자신의 정신건강상태를 인식하게 되었다. 이번 정신건강프로그램으로 인해 독거노인들의 삶의 질이 보다 나아졌음을 알 수 있는 기회였고 독거노인의 정신건강이 한 단계 향상 되는 효과를 보았다.

독거노인들은 계속되는 사회적 고립으로 일상생활에서 무력해지고 자신의

존재를 부정하며 삶의 의욕을 상실하게 되고 이에 따라 우울증으로 연계된다. 인간관계로 맺어져있는 가족과 사회, 정부가 공동으로 독거노인의 정신적 건강에 관심을 갖고 이에 대한 필요성을 인지하고 사각지대의 정신적으로 취약한 독거노인들의 정신적 복지를 위해 사회적으로 정신건강프로그램을 활성화 시켜야한다.

사회적으로 고립된 독거노인은 대화 단절로 인해 우울증이 발생되고, 신체적인 만성질환 때문에 신체 건강이 허약하여 삶에 대한 자신감을 잃고 자신의 일을 스스로 해결해 나아가고자 하는 의지가 상실되어 자아존중감이 낮아지는 것으로 나타났다. 불면증, 건강염려증, 자식이 보고 싶어서, 건강약화, 노후대책, 경제적 어려움, 앞날의 비관적 희망 등은 스트레스의 요인이 되었다. 너무 아팠을 적에, 경제적으로 처참함을 느낄 때, 가족으로부터 버림받는 등 사회에서의 무관심 등으로 자신의 처지를 비관하고 사는 게 마음에 안 들어 자살생각을 하게 되는 것으로 나타났다. 이러한 문제점을 보완하고자 독거노인들의 정신건강을 회복하고 심리적 안정에 영향을 줄 수 있는 효과를 나타낸 정신건강프로그램을 개발하여 설문조사와 함께 교육에 적용하여 연구하였다. 그리고 정신건강프로그램을 이용하여 자신감을 회복하고 자존감을 길러서 건강한 생활로 유지하고 향상시키는 효과를 얻었다.

독거노인의 사회적 고립으로 인한 정신건강연구를 밝히고 독거노인의 정신건강향상을 검증하고자 한 본 연구 주요 결과에 대한 정책적, 실천적 함의는 다음과 같다.

첫째, 고립으로 인한 독거노인의 정신건강을 위한 해결책으로 적극적인 서비스지원이 필요하다. 사회보장기본법 제3조의 사회서비스개념은 인간다운 생활보장과 국민의 삶의 질 향상을 지원하는 제도를 포괄하는 개념으로 종래 사회복지서비스를 사회서비스로 대체 복지, 보건의료, 교육, 고용, 주거, 문화, 환경 분야에서 새로운 복지수요인 돌봄, 정보의 제공, 역량개발, 사회참여 지원

을 사회서비스에 포함한다(보건복지부, 2013)고 하였듯이 독거노인의 정신건강 교육지원은 다양하게 개발되고 적극적 보급이 촉구된다.

둘째, 사회적으로 고립된 노인들은 정신적 건강을 위해서 국가의 개입 즉, 국가가 우리나라의 모든 가족에게 지지하는 제도뿐만 아니라 각 가족에서 유대관계를 향상시킬 수 있는 정신건강프로그램을 고안해야한다.

가족친화문화 조성 및 사회적 가족 구성 지원을 들 수 있다. 홀로 사는 노인이 사망한지 한 달 만에 발견되는 고독사 등의 문제는 가족관계가 원만하지 못하고 단절됨으로써 발생하는 것으로, 가족 간의 유대관계 강화가 정부의 그 어떤 지원보다 중요하다고 할수 있다(보건복지부, 2012). (가족관계증진)을 위해 가족 간 원만한 갈등해소법 및 원활한 소통을 위한 대화법 등 가족 간 유대관계 증진을 위한 교육프로그램을 제공하고, (부모님께 전화하기 캠페인)매주 일정요일을 ‘가족 사랑의 날’로 정해 부모님께 안부 전화하는 운동을 확산시켜 나가고자 한다. 현재 독거노인의 96.7%가 평균 3.86명의 생존자녀가 있고, 자녀가 주 1회 이상 접촉하는 비율은 34.9%이다. 가족의 기능이 제대로 작동하지 않는 독거노인의 경우, 홀로 사는 노인들끼리 ‘사회적 가족’으로서 서로 의지하면서 살 수 있도록 유도해 나갈 계획이다(보건복지부, 2012)라고 하였다. 보건복지부 관계자는 “독거노인의 문제는 정부의 지원확대만으로 해결될 문제가 아니며, 민관 협력을 통해 독거노인에 대한 돌봄 문화가 사회전체로 확산되는 것이 중요하다.”고 강조했다(보건복지부, 2012).

셋째, 노인의 평균수명은 길어져 노인인구는 늘어나고 삶은 예전보다 풍요로워 졌는데 부모-자식 가족관계는 오히려 각박해지고 있다. 부모-자식 간의 가족관계에서 서로의 입장을 이해할 수 있는 따뜻한 효 등 사랑교육으로 가족관계가 망가지지 않게 예방하고자 정신건강프로그램이 다양하게 활용·지원되어야 한다.

이 연구의 한계는 다음과 같다.

첫째, 더 많은 연구 참여자들이 참여하고 다섯 개 영역에서 보다 다양한 삶의 형태의 측면에서 연구 분석 되었으면 하는 아쉬움의 한계를 느꼈다.

둘째, 설문지에 대한 연구 참여자들이 응답이 포괄적이며, 응답에 기피하는 경향이 있어 정확도를 높이는데 한계점이 있지만 참여자들의 프라이버시를 침해하는 것을 방지하기 위해 믿고 시행하였다.

## < 참고 문헌 >

### [국내문헌]

- 고혜진(2008). 웃음치료가 지역사회 노인의 우울증과 인지기능에 미치는 영향. 경북대학교 의학대학 석사학위논문.
- 김기태(2002). 우리나라 재가노인복지 서비스의 개선방안연구. 건양대학교 경영행정대학원 석사논문.
- 김기태·박봉길(2000). 독거노인의 생활만족도와 사회지지망: 지역복지관의 서비스를 제공받고 있는 노인을 중심으로. 한국노년학. 20(1), 153-168.
- 김기태·성명옥·박봉길·이은희·최송식·최희경·박미진(2009). 노인복지론. 공동체.
- 김동배·김유심·문수경·박민아·손의정·채수진·홍은진 역(2007). 노년기 정신건강. 학지사.
- 김미영(1997). 독거노인의 건강상태기능에 관한 연구, 광주광역시를 중심으로한 국보건학회지 J. Korea Community Health Nursing Academic Society Volume11, 2, 94-105,
- 김미령(2011). 베이비붐세대, X세대, 준고령세대 여성이 삶의 질 구성요소 비교연구. 노인복지연구, 51, 7-34.
- 김미혜·이금룡·정순돌(2000). 노년기 우울증 원인에 대한 경로분석. 한국노년학, 20(3), 211-226.
- 김선옥(1994). 한국노인의 만족감과 고독감에 관한 연구. 건국대학교교육대학원 석사학위논문.
- 김성태(2005), 국내 내용분석 연구의 방법론에 대한 고찰 및 제언, 커뮤니케이션이론, 1(2), 87-104.

- 김수현·강현정·김윤정(2008). 농어촌 여성 독거노인의 사회적 관계망이 삶의 질에 미치는 영향, 한국가족복지학, 13(3), 51-71.
- 김신흠 (2012). 노인의 요가참여가 생활만족도에 미치는 영향, 명지대학교대학원 석사학위논문.
- 김안득(2011). 요가·춤명상 프로그램이 중년여성의 스트레스 완화에 미치는 효과, 영남대학교대학원 박사학위논문.
- 김영미(2013). 노인의 우울 및 스트레스가 자살생각에 미치는 영향. 한남대학교 행정복지대학원 석사학위논문.
- 김영선(2006). 노인에 대한 일회성 웃음요법이 스트레스반응에 미치는 영향. 부산대학교대학원 박사학위논문.
- 김영주(2009).남녀별 독거노인과 동거노인의 건강습관, 스트레스, 우울, 자살생각 비교. 기본간호학회지, 16(3), 333-334
- 김용운 (1997). 웃음 건강학. 도서출판 메르헨.
- 김은정 (2009). 웃음치료가 당뇨병 환자의 우울 및 불안에 미치는 효과연구. 서강대학교 공공정책대학원 석사학위논문.
- 김정애 (2011). 웃음치료 프로그램이 노인의 정신건강과 기분상태에 미치는 효과에 관한 연구. 동국대학교대학원 석사학위논문.
- 김지선 (2007). 웃음요법을 적용한 강강술래 프로그램이 중년여성의 갱년기 증상 및 우울에 미치는 영향. 한양대학교대학원 석사학위논문.
- 김진숙 (2010). 샤머니즘과 예술치료, 학지사
- 김충기 (1992). 청소년의 가치관과 생활태도. 경기교육 115, 11-15.
- 김희경 (2006). 노인의 자아통합감과 영향 요인. 노인간호학회지. 8(1), 25-36.
- 남기민·이정은 (2012). 노인의 일상생활 스트레스와 성공적 노화의 관계: 가족탄력성의 매개효과를 중심으로. 노인복지연구, 57, 85-112
- 명수영 (2010). 노인을 대상으로 한 웃음치료 프로그램의 효과. 한양대학교임

- 상간호정보대학원 석사학위논문.
- 문병교 (2007). 웃음요가. 문학마당.
- 민경자 (2003). 요가활동참가와 몰입경험 및 생활만족의 관계, 서울산업대학교 대학원 석사학위논문.
- 박미진 (2010). 빈곤 노인의 사회적고립이 생활만족도에 미치는 영향: 지역사회 인식의 매개효과, 한국노년학, 30, 895-910.
- 박연환·강희선(2008). 복지회관 이용노인의 사회적고립감 예측요인. 대한간호학회지, 38(5), 712-1719.
- 박영두 (1997). 생활보호대상 독거노인의 사회복지서비스에 관한 연구. 동국대학교대학원 석사학위논문.
- 박형우 (2010). 웃음요법 프로그램이 정신건강에 미치는 효과, 전주대학교체육대학원 대체의학교실 스트레스연구, 18(3), 287-294.
- 배정미·김희현·양미경·김희진·김정희·임현희(2013). 한국노인의 스트레스와 관리 방안, 한국위기관리논집, 9(3), 175-194.
- 배지연·김원형·윤경아(2005). 노인의 우울 및 자살생각에 있어서 사회적 지지의 완충효과. 한국노년학, 25(3), 59-73.
- 변용찬 (1997). 고령화사회의 노인복지종합대책. 보건복지포럼. 4('97.1). 20-26.
- 보건복지가족부 (2008). 독거노인 보호정책, 우리가 만들어 간다!-수요자중심의 정책·서비스개발을 위해 국민모니터집단 구성·운영 7월 8일.
- 보건복지가족부(2008). 보도자료: 노인자살 시도 주요원인은 건강문제-몸과마음이 아픈 노인, 자살위험 더 크다.
- 보건복지부 (2013). 정책-사회서비스.
- 설기문 (1981). 정서적 지지간호를 병행한 집단 등공예작업이 시설노인의 인지 기능과 우울에 미치는 영향. 경북대학교 박사학위논문.
- 손자영 (2010). 사회적 지지가 노인 우울에 미치는 영향 연구, 한양대학교대학원

원 석사학위논문.

송대현·박한기(1972). 한국노인들의 자존심에 관한 연구. 한국노년학회, 12, 79-91.

송미림 (2008). 웃음치료 프로그램이 장애 부모의 정신건강 및 활성산소에 미치는 효과성 연구. 대전대학교 보건스포츠 대학원 석사학위논문.

심경혜 (2005). 집단미술치료가 우울증 노인의 생활 만족도와 자아 존중감 향상에 미치는 효과성연구. 성균관대학교대학원 석사학위논문.

오은경 (2003). '자살생각' 경험자의 심리 사회적 특성 연구 : 사이버 자살위기 상담을 중심으로. 용인대학교대학원 석사학위논문.

이경서(2001). 조사방법론, 학문사.

이남표 (1979). 아동의 세계와 노인의 세계. 광장 학술지 71, 31-34.

이미경 (2012). 노인 미술교육 프로그램개발- 대구광역시 노인복지회관을 중심으로. 영남대학교대학원 석사학위논문.

이순영 (1987). 노인활동개발을 위한 DANCE THERAPY에 관한 연구, 상명여자대학교대학원 석사학위논문.

이신숙·김성희 (2011). 농어촌 독거노인의 생활실태 및 복지욕구 조사: 전라남도를 중심으로. 지역발전연구, 11(1): 23-60.

이요셉 (2006). 하루5분 웃음운동법. 팝콘북스.

이장호, 김정(1992). 상담의 연구방법. 서울: 박영사.

이정관·김준현(2013). 서울특별시 독거노인의 실태에 관한 연구. 서울도시연구, 14(3), 191-211.

이정균 (1996). 정신의학. 서울: 일조각.

이종길 (1992). 사회체육활동과 생활만족의 관계, 서울대학교대학원 박사학위논문.

이지나 (1995). 요가(yoga) 수행법 연구: 고전요가와 하타요가 수행법에 관한

- 비교 연구, 서울대학교대학원 석사학위논문.
- 이창원(2005). 요가수련이 스트레스에 미치는 영향 연구, 원광대학교 동양대학원 석사학위논문.
- 이현희(2008). 주간보호센터와 노인요양시설을 이용하는 치매노인의 일상생활 수행능력, 인지기능, 우울의 비교연구. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 임금선 (2010). 오인의 우울과 자살생각에 대한 노인생명존중프로그램의 중재 효과, 대구한의대학교대학원 박사학위논문.
- 장인순(2006). 일부 지역사회 독거노인의 여가활동유형과 건강상태, 자아존중감, 사회적 지지와의 관계연구. **한국보건간호학회지**, 20(2), 130-140.
- 전시자 (1989). 회상에 관한 개념 분석. **대한간호학회지**, 19(1), 92-98.
- 정경희 · 오영희 · 이윤정(2003).지역별노인복지현황과정책과제.한국보건사회연구원보고서. 2003-13.
- 정명렬(2010).노인의고립이노인자살생각에미치는영향,조선대학교정책대학원 사회복지 석사학위논문, pp. 1-32.
- 정여주 (2010). 미술치료의 이해. 학지사.
- 정영 (1994). 회고요법이 노인의 죽음불안, 자아통합과 생활만족에 미치는 효과, 가톨릭대학교 대학원 박사학위논문.
- 정은숙(1994). 노인의 심리사회 문제 완화를 위한 지지집단 지도에 관한 연구. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 정인순(2011).명상프로그램이노인의정신건강에미치는효과성검증,동의대학교 행정대학원 사회복지학과 석사학위논문,pp.13-15.
- 정종순 (2007). 웃음치료 프로그램의 효과연구, 조선대학교대학원 석사학위논문.
- 최숙리(2009).회상을활용한집단상담이노인의자아통합감과대인관계의 미치는 효과-복지관 이용여성 노인을 중심으로-pp.43~44.

- 최영남(2008). 웃음치료 프로그램의 사회복지적응에 관한 연구. 명지대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 최정하, 서병숙 (1994). 도시노인의 사회적 지원망에 관한 연구. 한국노년학, 12(1), 65-76.
- 최태은(2011). 독거노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 남부대학교대학원 사회복지학석사학위논문.
- 통계청(2008).노인자살사망률
- 통계청(2012).2012년장래인구추계,<http://kostat.go.kr>
- 하양숙(1991). 집단 회상이 노인의 심리적 안녕에 미치는 영향에 관한 연구, 서울대학교대학원 박사학위논문.
- 한국미술치료학회(2000). 미술치료의 이론과 실제. 동아문화사.
- 한문식·박명화·하정철·신임희·김한곤·이신영·조준행·김혜령·김은주·김정선·박명화·이재모·김은정·임영미·홍귀령·송준아.2008. 『2008년도 노인 실태조사: 전국 노인생활실태 및 복지요구조사』 보건복지부·계명대학교 산학협력단 허소영(2010). “쪽방지역에 홀로사는 남성노인의 삶의 경험” 『한국노년학』 30(1): 241-260.
- 한삼성(2010). 노인의 우울증 경험에 관한 관련요인 분석. 대구한의대학교대학원 박사학위논문.
- 허소영(2010). 쪽방지역에 홀로 사는 남성 노인의 삶의 경험. 한국노년학, 30(1), 241-260.
- 허준수, 유수현(2002). 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 정신보건과 사회사업.13, 7-35.
- 홍주우(1999). “노인의 자아존중감 및 사회적 지지가 정신건강에 미치는 영향연구”, 이화여자대학교대학원 석사학위논문.
- Adams, K. B., Sanders, S., & Auth, E. A. (2004). Loneliness and

- depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. *Aging & Mental Health*, 8, 475-485.
- Bassuk, S. S., Glass, T. A., and Berkman, L. F. (1999). "Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons" *Ann Intern Med*, 131(3), 165-173.
- Cacioppo, J. T., & Hawkey, L. C. (2003). Social isolation and health, with emphasis on underlying mechanism. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3supple), 39-52.
- Conwell, E. Y., L., J. Waite (2009). Measuring Social Isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *Journal of Gerontology: Social Science*, 64B(SI), i 38-46.
- Friedman, D., Parikh, N. S., Giunta, N., Fahs, M. C., and Gallo, W. T. (2012). "The influence of neighborhood factors on the quality of life of older adults attending New York City senior centers results from the Health Indicators Project", *Qual Life Res*, 21(1), 123-131.
- Fry, W. F. & Savin, M (1988). Mirthful Laughter and Blood Pressure Humor, 1, 4-62.
- Gainey, R. R., Payne, B. K., and Kropf, N. (2012). "Neighborhood disadvantage and refusal of formal services among cases reported to adult protections services", *Journal of Evidence-based Social work*, 7(4), 348-360.
- Gazda, G. M. (1975). Group counseling instruction: Objectives established by experts. *Counselor Education and Supervision*, 15(1), 21-27.
- Greene, R. R. (1986). *Social Work with the aged and their families* (1st ed.),

New York: Aldine de Gruyter.

- Hawthorne,G.(2008).“Perceived social isolation in a community sample:its prevalence and correlates with aspects of peoples’ lives”, *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology*, 43, 140-150.
- Howat,P.,Iredell,H.,Grenade,L.,Nedwetzky.A.,andCollins,J.(2004). “Reducing social isolation amongst older people implications for health professionals.” *Geriaction*, 22(1), 13-40.
- Isen, A. M (1993). Positive affect and decision making, In M, Lewis & J. M. Haviland(Eds), *Handbook of emotions*(261-277) New York; Guilford press.
- Jarvik, L. F. (1979). Aging and depression : some unanswered questions. *Journal of Gerontology*, 31, 324-325.
- Kim, H. N., & Jung, M. S.(2004). The study for activating elderly’s utilization of leisure programs based on the needs of the elderly using community welfare institutions. *Journal of Welfare for the Aged*, 26, 263-285.
- Kim, O. S., & Baik, S. H. (2003). The relationships among loneliness, social support, and family function in elderly Korean. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33, 425-432.
- Kubzansky,L.D.,Subramanian,SV.,Kawachi,I.,Fay,Me.E.,andSoobader, M.J.(2005). “Neighborhood Contextual influence on depressive symptoms in the elderly ”, *American Journal of Epidemiology*, 162(3), 253-260.
- Lang,I.A.,Hubbard,R.E.,Andrew,M.K.,Llewellyn,D.J.,Melzer,D.,and Rockwood, K.R.(2009). “Neighborhood Deprivation, Individual

- Socioeconomic Status, and Frailty in older adults”, *Journal of Gerontology*, 57(2), 1776-1780.
- Lien-Gieschen T.(1993).“Validation of social isolation related to maturational age: Elderly”, *Nursing Diagnosis : ND: The official Journal of the North American Nursing Diagnosis Association*, 4(1), 37-44.
- Mahler, C. A. (1969). *Group counseling in the schools*. Boston: Houghton Mifflin.
- Malhotra, B. R (1997). *Yoga and its physiological and psychological impacts on the elderly*, University of Southern California : MSC.
- Nicholson, N.R.(2009). Social Isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced nursing*, 19, 1342-1352
- NIH(1992). Diagnosis and treatment of early melanoma. *Journal of the American Medical Association*, 268, 1314-1319.
- Peter, et. al(1994). *Clinical Manual of supportive psychotherapy*. 박민철 역 (1999). *지지 정신치료*, 서울: 하나의학사
- Pfeiffer, E.(1977). Psychopathology and Social Pathology, In J. E. Birren and K. W.Schaie(Eds.), *Handbook of Psychology of Aging*(650-671). New York: Van Nostrand Reinhold Co.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkala, K. H.(2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(3), 223-233.
- Vega, W.A., Ang, A., Rodriguez, M.A., and Finch, B.K.(2011). “Neighborhood Protective Effects on depression in Latinos ”, *Am J Community Psychol*, 47(1-2), 114-126.

## **ABSTRACT**

### **Mental Healthy Study on Isolated Seniors Who Live alone**

**Eungyu Joung**

**Department of Social Welfare**

**Graduate school of Social Welfare**

**Sungshin Women's University**

**Directed by Prof. Kim, Taehyun**

The purpose of this study is to examine the mental health of isolated seniors who live alone and to devise the mental health program for improving the statement of mentally ill seniors. By using social-emotional isolation scale, depression scale, self-esteem scale, stress scale, suicide thought scale, this study is to understand mental health and to seek healthy lives of isolated seniors. The program of improving mental health is to expose lives of seniors, suggest problem-solving ways and implement actual program.

The Korea where has been on the top position of Committing suicide in OECD showed that isolation was the main factor of leading bad mental health such as depression and suicide.

The major finding was obtained in this study as following.

Mental healthy programs made mental-ill seniors who lived alone improve social interaction. And the seniors who lived alone had self-esteem and could have better communication with other old people through

attending many programs. And through programs for seniors who live alone, seniors who lived alone could be lead to getting involved in good welfare condition. Through many diverse programs, seniors who lived alone were mentally satisfied on their lives.

As a result, for the successful aging of the elderly, we should give many lonely old seniors opportunities for approaching not only inmost health condition, but also mental health. The programs for lonely seniors could function as successful mental health and better quality of life.

From the nation's support, the seniors who lived alone could be beneficial from systemically organized welfare system. And the seniors' participants also could laed to improving the mental health.

## 부록: 인터뷰 질문지

문항 구분	문항내용
우울	1. 당신은 평소 자신의 생활에 만족하십니까? 2. 당신은 앞날에 대해서 희망적이십니까? 3. 당신은 가끔 무력감을 느끼니까? 4. 당신은 가끔 안절부절 못하고 침착하지 못하니까?
자살 생각	1. 죽고 싶은 소망은? 2. 자살하고 싶은 충동을 통제할수 있는가? 3. 자살에 대해 깊게 생각했을 때 구체적인 방법까지 계획했습니까? 4. 자살하려는 글(유서)를 쓴적이 있습니까?
자아 존중 감	1. 나는 적어도 내가 다른 사람만큼 가치있는 사람이라고 생각하니까? 2. 나는 내가 장점이 많다고 생각하니까? 3. 나는 대체로 내가 실패한 사람이라고 생각하는 경향이 있습니까? 4. 나는 내 자신이 자랑할 만한 것들이 별로 없다고 느끼니까?
스트레스	1. 나는 나의 건강이 걱정됩니까? 2. 노후대책이 없어 걱정입니까? 3. 병원비나 약값으로 경제적으로 어렵습니까? 4. 최근의 주거 및 이웃환경에 큰 변화가 없었습니까?
사회 정서 적 고립	1. 친한 친구가 없는 것 같이 느끼니까? 2. 다른 사람을 신뢰하는 것이 두렵습니까? 3. 외로움을 느끼니까? 4. 나는 사회집단이나 조직의 구성원이라고 느끼지 않습니까? 5. 오늘 다른 사람과 접촉했다고 느끼지 않습니까? 6. 나는 다른 사람을 잘 믿지 못하니까?

- |                                |
|--------------------------------|
| 7. 나는 이해받고있는 것 같지 않습니까?        |
| 8. 나는 다른사람들에게 말할 필요가 없다고 느낍니까? |
| 9. 나는 흥미로운 사람이라고 느끼지 않습니까?     |