

재가 노인의 돌봄 유형에 따른 우울 영향요인

이한이¹ · 안지연² · 장선영³

¹한양대학교 간호대학, 부교수 · ²경인여자대학교 간호학과, 부교수 · ³한서대학교 간호학과, 부교수

Factors Influencing Depressive Symptom Based on the Type of Care for Older Adults Living at Home

Hanyi Lee¹ · Jiyeon An² · Sunyoung Jang³

¹*College of Nursing, Hanyang University, Associate Professor*

²*Department of Nursing, Kyung-in Women's University, Associate Professor*

³*Department of Nursing, Hanseo University, Associate Professor*

한국간호연구학회지 『별책』 제8권 제2호 2024년 6월

The Journal of Korean Nursing Research

Vol. 8, No. 2, June. 2024

재가 노인의 돌봄 유형에 따른 우울 영향요인

이한이¹ · 안지연² · 장선영³

¹한양대학교 간호대학, 부교수 · ²경인여자대학교 간호학과, 부교수 · ³한서대학교 간호학과, 부교수

Factors Influencing Depressive Symptom Based on the Type of Care for Older Adults Living at Home

Hanyi Lee¹ · Jiyeon An² · Sunyoung Jang³

¹College of Nursing, Hanyang University, Associate Professor

²Department of Nursing, Kyung-in Women's University, Associate Professor

³Department of Nursing, Hanseo University, Associate Professor

Abstract

Purpose : This study examined how different types of care – formal and informal – affect depressive symptoms in older adults at home. **Methods** : Using data from the 2020 National Survey on Older Adults in South Korea, which included responses from 498 older adults receiving care, we conducted logistic regression analyses to identify factors influencing depressive symptoms based on the type of care received. **Results** : The analysis showed significant differences in depressive symptoms between formal and informal care. In the formal care group, a better perceived health status was associated with a lower likelihood of depressive symptoms ($OR = 0.47, p < .001$), while an higher number of chronic disease ($OR = 1.15, p = .007$) and higher dependency in instrumental daily activities ($OR = 1.08, p < .001$) increased the risk of depressive symptoms. Conversely, improved cognition was linked to reduced depression risks ($OR = 0.96, p < .001$). In the informal care group, similar trends were observed. Notably, Living arrangements (with family) significantly influenced depressive symptom, highlighting the importance of family support in care dynamics. Accessibility to essential facilities and adequacy of care also emerged as important factors in reducing depressive symptoms risks across both care types. **Conclusion** : The study suggests the importance of tailored interventions that enhance care accessibility and adequacy, particularly in informal settings, to improve mental health outcomes among the elderly.

Key words : Aged, Depression, Home care services, Home nursing, Independent living

I. 서론

1. 연구의 필요성

핵가족화와 더불어 부양의식의 약화 등으로 가족의 노인 돌봄에 대한 인식은 변화하고 있다. 비록 가정은 돌봄이 필요한 노인들의 최고의 돌봄 장소이며 가능한 가정 내에서 돌봄을 받는 것이 노인의 건강과 삶의 질을 위해 제시되고 있으나[1], 노인을 돌보는 가족의 부양부담감의 증가는 다양한 사회문제를 야기한다[2]. 노인 가족의 부적절한 환경에서 노인을 잘 부양하지 못한다는 죄책감과 노인수발로 인한 스트레스, 과중한 부양부담감의 증가는 다시금 공적돌봄의 필요성과 적절성에 대한 관심을 증가시키고 있다[2]. 특히 우리 사회의 급속한 인구고령화는 노인들의 돌봄의 해결을 위한 지속적인 사회경제적 고민을 불러일으키며 국가적 차원의 정책적 지원이 시급함을 인식시켰다.

2008년 이후 우리나라의 노인돌봄체계는 크게 국가가 제공하는 서비스인 공적돌봄과 가족, 친구, 친지, 간병인 등이 제공하는 사적돌봄으로 나누어 볼 수 있으며, 노인대상 재가서비스에 의한 공적돌봄에는 노인 돌봄서비스와 노인장기요양보험이 포함된다[3]. 노인 돌봄서비스는 사회적으로 단기간 돌봄이 필요한 독거 및 중증질환 노인에게 노인돌봄기본서비스, 노인돌봄 종합서비스, 단기가사서비스, 독거노인 사회관계활성화 사업이다. 이러한 돌봄서비스의 비연속성, 분절성 및 파편성의 문제점이 드러나면서 2020년 2월 노인 돌봄 서비스를 통합하여 일상생활에 어려움이 있는 취약한 노인에게 개인별 욕구에 따라 돌봄을 받는 맞춤형 돌봄 서비스로 변경하여 제공하고 있다[4]. 국민기초생활보장 수급자와 저소득층을 중심으로 지원하는 제한적인 노인돌봄서비스를 벗어나, 돌봄이 필요한 노인이라면 누구나 도움을 받을 수 있는 보편적인 제도를 마련한 공적돌봄제도로 2008년 노인장기요양보험을 도입하였다. 이러한 국가적 돌봄지원에도 불구하고, 우리나라는 전통적인 유교사상과 효 사상에 기반을 둔 강한 가족주의 가치가 지배적이어서 가족구성원이 노인을 돌보는 것이 보편적인 상황이다[5].

가족과 개인의 노인 돌봄의 부담을 줄이기 위하여 공적돌봄 제도가 도입되었지만, 공적돌봄의 확대가 가족의 돌봄 부담을 줄여주는지에 대해서는 다양한 견해가 있다[6]. 또한 가족구성원에 의해서 돌봄이 시행되는 사적돌봄의 경우 적절한 교육이나 프로그램 참여 등이 없이 돌봄을 제공하는 경우들이 있어 노인들의 질환에 따른 부양가족과 주변인들의 간호방법에 대한 교육 요구가 증가하고 있으며, 최근에는 공적돌봄의 품질에 대한 관심이 증가하면서 정책적인 관리의 필요성도 대두되고 있다[7]. 이렇듯 돌봄 형태의 다양성과 복잡성이 심화함에 따라 돌봄 형태에 따른 돌봄 대상 노인에게 제공되는 돌봄의 질적인 적절성과 효율성에 대한 논의가 필요한 시점이다.

돌봄은 노인에게 정서적 측면이나 일상생활수행, 경제적 지원 등의 직·간접적인 도움을 포함하는 총체적인 활동으로 정서적 지지 프로그램의 강화는 중요한 문제이다. 특히 노인의 우울은 코로나19 팬데믹과 더불어 우울증 환자가 급증하면서 최근 그 심각성이 대두되고 있다[8]. 우울은 삶의 질을 크게 저하시키는 데, 고령일수록 혈관의 위험 요인, 심각한 수준의 인지장애, 뇌구조의 변화 등과 관련성이 더 높아진다. 치매나 우울증상은 그 질환을 지닌 노인뿐만 아니라 보호자도 심한 우울증상이 생기게 한다. 실제로 생의 후반기에 와서 가장 빈번하게 경험하는 정서적인 어려움은 우울증이며, 이로 인하여 고령자들의 삶의 질은 급격히 저하된다[9]. 노인의 우울증상은 신체적·정서적·사회적 문제를 가중하므로 노인의 우울증상에 대한 지속적인 연구의 중요성이 부각되고 있다.

노인의 우울 영향요인으로 성별, 나이, 학력, 경제수준 등의 개인적 요인 이외에도 흡연, 음주와 같은 건강행동요인과 삶의 만족도, 스트레스 등의 정신건강요인이 유의한 것으로 보고되었다[10]. 노인 우울증의 원인으로는 신체적 질병, 경제 사정의 악화, 배우자의 죽음, 소외와 고립 등을 들 수 있다[11]. 또한 노인이 되면서 질병의 발생 및 악화, 은퇴로 인한 수입의 감소, 배우자의 죽음과 사회적 역할 감소 등도 피할 수 없는 우울증의 원인이 된다[12]. 이렇듯 노인의 우울증상에 영향을 주는 요인은 노인의 개인적 특성

뿐만 아니라 노인의 사회환경의 영향을 받는다는 것이 여러 연구에서 다루어졌으나 현재 제공되는 노인 돌봄의 유형에 따른 우울증상의 차이나 우울증상의 영향에 대한 연구는 미비한 실정이다. 또한 돌봄의 유형에 따라 돌봄의 성격과 질, 사회적 지지의 정도가 다를 수 있기 때문에 돌봄 유형을 구분하여 노인의 정신 건강을 이해하는 것이 중요하다. 따라서 본 연구에서는 공적돌봄과 사적돌봄을 이용한 노인의 우울증상을 포괄적으로 이해하기 위하여 노인의 우울증상에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 하였다. 이를 통해 돌봄의 차이에 따른 노인의 우울증상을 감소시키기 위한 차별화된 프로그램 개발뿐만 아니라, 더 나아가 돌봄을 제공받는 유형에 따른 노인들의 정신건강을 향상시킬 수 있는 간호전략 개발에 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 재가 노인의 돌봄 유형별 우울증상에 영향을 미치는 요인을 탐색적으로 조사하고자 실시하였으며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 연구 대상자의 일반적 특성, 건강 특성, 사회적 특성 및 돌봄 유형에 따른 우울증상의 차이를 파악한다.
- 2) 연구 대상자의 돌봄유형별 일반적 특성, 건강 특성, 사회적 특성에 따른 우울증상의 차이를 파악한다.
- 3) 연구 대상자의 돌봄유형별 우울증상에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 재가 노인의 우울증상에 미치는 영향을 돌봄 유형별로 알아보기 위한 이차 자료분석을 통한

서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 2020년도에 실시된 노인실태조사(<https://data.kihasa.re.kr/kihasa/>)를 원시 자료로 활용하였다. 노인실태조사는 노인복지법 제5조에 근거하여 우리나라 노인의 복지에 대한 욕구와 현재 생활 실태를 파악하여 노인복지 정책을 수립하는데 필요한 기초자료를 마련하기 위하여 3년 주기로 수행되는 조사로 전국의 만 65세 이상 노인을 대상으로 조사되고 있다. 2020년에는 10,097명을 조사하였으며 이 중 본 연구에서는 일상생활을 수행하는데 타인으로부터 돌봄을 받고 있는 노인 594명 중 우울증상과 관련된 질문에 대해 응답하지 않은 96명을 제외한 498명을 최종 분석에 이용하였다.

3. 분석변수

본 연구에 활용된 문항은 다음과 같다.

1) 돌봄 유형

돌봄 유형은 공적돌봄과 사적돌봄으로 분류하였다 [13]. 공적돌봄은 장기요양보험서비스와 노인 돌봄 서비스를 받는 경우이다. 장기요양보험서비스는 방문요양, 방문간호, 방문목욕, 주야간보호서비스 등을 포함하고 노인돌봄서비스는 가사·간병서비스, 노인돌봄서비스 등 각종 공공 돌봄 서비스와 맞춤형노인돌봄서비스 등을 포함한다. 사적돌봄은 가족, 친척, 이웃, 친구, 지인과 개인 차원에서 고용한 인력의 돌봄을 제공 받는다고 응답한 경우이다.

2) 일반적 특성(통계변수)

일반적 특성은 성별, 연령, 교육수준, 가구소득수준으로 구성하였다. 교육수준은 대상자의 교육수준 분포를 고려하여 무학, 초등학교 졸업, 중학교 졸업 이상으로 분류하였다. 가구소득수준은 월평균 가구 총소득을 4분위로 재분류하였다.

3) 건강 특성

건강 특성은 주관적 건강인지, 만성질환의 수, 도구적 일상생활활동 의존도, 인지기능으로 나누어진다. 주관적 건강인지는 평소 본인의 건강상태에 대해 건강이 ‘매우 나쁘다’부터 ‘매우 건강하다’의 5점으로 질문하였고 점수가 높을수록 본인의 건강이 좋다고 인지하는 것이다. 만성질환의 수는 순환기, 내분비계, 근골격계, 호흡기계, 신경정신계, 감각기, 암, 소화기계, 비뇨생식기계 등의 30가지 만성질환 중 의사에게 진단받고 3개월 이상 앓고 있는 질환의 총 개수를 계산하였다. 도구적 일상생활활동 의존도는 복잡한 일상생활 기능을 평가하는 도구로 Won 등[14]이 개발한 한국형 도구적 일상생활활동(Instrumental activities of daily living, IADL) 측정도구를 이용하였다. 총 10문항으로 몸단장, 집안일, 식사준비, 빨래, 투약관리, 금전관리, 외출의 3점 Likert 척도 7문항과 물건구매, 전화사용, 교통수단 이용의 4점 Likert 척도 3문항으로 평가한다. 가능점수는 10-33점으로 점수가 높을수록 의존성이 높음을 의미한다. Won 등[14] 연구에서의 Cronbach's $\alpha = .94$ 이며, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .92이었다. 인지기능은 치매선별용 한국어판 간이정신상태검사(Mini Mental Status Examination for Dementia Screening, MMSE-DS)로 측정되었고 지남력, 기억력 및 주의 집중력, 계산력, 판단력, 이해력 등을 측정하였다. Kim과 Kim[15]의 연구에서 MMSE_DS의 총점은 30점으로 산출하였고, 점수가 높을수록 인지 기능 수준이 좋은 것을 의미한다. Kim과 Kim[15] 연구에서의 Cronbach's α 는 .86이었고, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .90이다.

4) 사회적 특성

사회적 특성은 가족 동거 유무, 필요시설 접근성, 돌봄 충분도로 구성하였다. 가족 동거 유무는 독거와 비독거로 분류하였다. 필요시설 접근성은 생활에 필요한 편의시설, 사회복지시설, 의료기관 등의 거리에 대한 만족 정도를 5점 척도로 측정하여 점수가 높을수록 필요시설 접근성에 대해 만족하는 것을 의미한다. 돌봄 충분도는 가족이나 친척, 장기요양서비스 등

을 통해 받는 도움이 충분한지에 대한 본인의 지각을 의미하는 것으로 ‘매우 충분하다’부터 ‘매우 부족하다’까지의 5점 척도로 응답하였고, 점수가 높을수록 충분하다고 생각하는 것이다.

4) 우울증상

우울은 단축형 노인 우울척도(Short Form of Geriatric Depression Scale)로 측정하였으며 15문항으로 구성되어 있다[16]. 본 연구에서는 긍정적 의미를 가진 5문항을 역문항 처리 후 총점 8점 이상인 경우 우울증상이 있는 것으로, 7점 이하를 우울증상이 없는 것으로 범주화하였다. 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .90이었다.

4. 윤리적 고려

본 연구에서 활용한 연구자료인 노인실태조사는 한국보건사회연구원 생명윤리위원회의 승인(제2020-36호)을 받아 수행되었다. 또한 개인정보보호법 및 통계법에 따라 개인을 추정할 수 없도록 비식별 조치된 자료를 보건복지데이터포털 홈페이지에서 모든 저자가 보안서약을 하고 연구 계획서를 작성하여 제출한 뒤 승인 받아 분석에 활용하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 IBM SPSS Statistics 26.0을 이용하였으며, 노인실태조사는 표본의 모집단 대표성을 확보할 수 있도록 표본을 수집하고 이를 분석에 활용할 수 있도록 가중치를 제공한다. 이에 본 연구는 노인실태조사에서 제공한 가중치를 적용하여 자료 분석을 실시하였다. 대상자의 일반적 특성, 건강 특성, 사회적 특성과 우울증상은 실수, 백분율, 평균과 표준오차로 분석하였으며, 돌봄 유형에 따른 대상자의 일반적 특성, 건강 특성, 사회적 특성 차이는 카이제곱 검정과 t 검정으로 분석하였다. 대상자의 우울증상에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위해 이항 로지스틱 회귀분

석을 실시하였다. 자료의 제시는 가중치지 않은 빈도와 가중치를 적용하여 추정된 백분율, 평균, 표준오차, 오즈비(Odds Ratio, OR)와 95% 신뢰구간을 이용하였다. 통계검정을 위한 유의수준은 $\alpha = .05$ 로 하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성, 건강 특성, 사회적 특성 및 돌봄 유형에 따른 우울증상의 차이

대상자의 일반적 특성, 건강 특성, 사회적 특성 및 돌봄 유형에 따른 우울증상의 차이는 Table 1과 같다. 대상자 중 우울증상이 없는 대상자는 270명(52.4%),

우울증상이 있는 대상자는 228명(47.6%)이다. 대상자의 일반적 특성에 따른 우울증상 여부의 차이를 살펴보면 남성 중 우울증상이 있는 대상자는 86명(48.3%), 여성 중 우울증상이 있는 대상자는 142명(47.1%)으로 성별에 따라 우울증상이 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p < .001$). 우울 증상이 없는 대상자의 나이는 79.54 ± 0.02 세이고 우울증상이 있는 대상자는 79.17 ± 0.02 세로 나타났다($p < .001$). 중학교 졸업 이상 중 우울증상이 있는 대상자는 78명(50.1%), 초등학교 졸업자 중 우울증상이 있는 대상자는 86명(43.5%), 무학인 대상자 중 우울증상이 있는 대상자는 64명(48.6%)으로 나타났다($p < .001$). 가구소득수준에 따른 우울증상 여부를 살펴본 결과 4분위 대상자에서는 49명(41.9%), 3분위 대상자 54명(50.5%), 2분위 대상자 67명(56.2%),

Table 1. Comparison of General, Health Related, and Social Characteristics by Depressive Symptom ($N = 498$)

Characteristics		Variables	Total		Non-depressed (n=270, 52.4%)		Depressed (n=228, 47.6%)		X ² / t(p)
			n [†]	%	n [†]	%	n [†]	%	
			M±SE		M±SE		M±SE		
Demographic	Gender	Male	184	40.1	98	51.7	86	48.3	62.39(< .001)
		Female	314	59.9	172	52.9	142	47.1	
	Age		79.37±0.01		79.54±0.02		79.17±0.02		16.55(< .001)
	Level of education	≥Middle school	166	41.3	88	49.9	78	50.1	1479.90(< .001)
		Elementary school	190	32.6	104	56.5	86	43.5	
		Uneducated	142	26.1	78	51.4	64	48.6	
	Monthly household income	IV(Highest)	126	34.9	77	58.1	49	41.9	5526.62(< .001)
		III	116	23.2	62	50.0	54	50.0	
		II	131	22.8	64	43.8	67	56.2	
I (Lowest)		125	19.1	67	55.4	58	44.6		
Health related	Perceived health status		2.24±0.01		2.50±0.01		1.94±0.01		228.46(< .001)
	No. Chronic disease		3.47±0.01		3.03±0.01		3.95±0.01		−148.27(< .001)
	IADL		17.06±0.01		15.84±0.01		18.41±0.01		−151.27(< .001)
	Cognition		20.30±0.01		21.13±0.01		19.39±0.02		91.34(< .001)
Social	Living arrangements	With family	329	78.8	185	53.3	144	46.7	438.47(< .001)
		Alone	169	21.2	85	49.4	84	50.6	
	Accessibility to essential facilities		3.55±0.01		3.62±0.01		3.45±0.01		58.13(< .001)
	Adequacy of care		3.21±0.01		3.50±0.01		2.89±0.01		236.50(< .001)
Type of care	Formal		139	24.7	73	57.9	66	42.1	1758.61(< .001)
	Informal		359	75.3	197	50.6	162	49.4	

† unweighted, IADL=Instrumental Activities of Daily Living.

1분위 대상자 58명(44.6%)이 우울증상이 있는 것으로 나타났다($p < .001$).

대상자의 건강 특성에 따른 우울증상 여부의 차이를 살펴보면 대상자의 주관적 건강인지는 우울증상이 없는 대상자는 2.50 ± 0.01 점, 우울증상이 있는 대상자는 1.94 ± 0.01 점으로 이었으며($p < .001$), 우울증상이 없는 대상자의 만성질환의 수(3.03 ± 0.01)가 우울증상이 있는 대상자의 만성질환의 수(3.95 ± 0.01)보다 통계적으로 유의하게 적었다($p < .001$). 도구적 일상생활활동 의존도 역시 우울증상이 없는 대상자 점수(15.84 ± 0.01)가 우울증상이 있는 대상자의 점수(18.41 ± 0.01)보다 통계적으로 유의하게 낮았다($p < .001$). 인지기능은 우울증상이 없는 대상자(21.13 ± 0.01)가 우울증상이 있는 대상자(19.39 ± 0.02)보다 높았다($p < .001$).

대상자의 사회적 특성에 따른 우울증상 여부의 차이는 다음과 같다. 가족과 함께 사는 노인 중 우울증상이 있는 대상자는 144명(46.7%)이고 독거노인 중 우울증상이 있는 대상자는 84명(50.6%)으로 나타났다($p < .001$). 필요시설 접근성의 점수는 우울증상이 없는 대상자는 3.62 ± 0.01 점, 우울증상이 있는 대상자는 3.45 ± 0.01 점으로 나타났으며($p < .001$), 돌봄 충분도도 우울증상이 없는 대상자의 점수가(3.50 ± 0.01)가 우울증상이 있는 대상자의 점수(2.89 ± 0.01)보다 높았다($p < .001$).

공적돌봄을 받는 대상자는 139명(24.7%)이고, 사적돌봄을 받는 대상자는 359명(75.3%)이었으며, 공적돌봄을 받는 대상자 중 우울증상이 있는 대상자는 66명(42.1%), 사적돌봄을 받는 대상자 중 우울증상이 있는 대상자는 49.4%이다($p < .001$).

2. 돌봄 유형별 일반적 특성, 건강관련 특성, 우울증상의 차이

공적돌봄을 받는 남성 중 우울증상이 있는 대상자는 21명(48.8%), 여성 중 우울증상이 있는 대상자는 45명(38.9%)으로 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p < .001$). 우울 증상이 없는 대상자의 나이는 82.27 ± 0.03 세이고 우울증상이 있는 대상자는 81.56 ± 0.03 세로

나타났다($p < .001$). 중학교 졸업 이상 중 우울증상이 있는 대상자는 15명(41.3%), 초등학교 졸업자 중 우울증상이 있는 대상자는 30명(42.5%), 무학인 대상자 중 우울증상이 있는 대상자는 21명(42.3%)으로 나타났다($p = .002$). 가구소득수준에 따른 우울증상 여부를 살펴본 결과 4분위 대상자에서는 5명(24.0%), 3분위 대상자 17명(51.7%), 2분위 대상자 21명(50.3%), 1분위 대상자 23명(29.5%)이 우울증상이 있는 것으로 나타났다($p < .001$). 건강 특성에 따른 우울증상 여부의 차이를 살펴보면 우울증상이 없는 대상자의 주관적 건강인지는 2.05 ± 0.01 점, 우울증상이 있는 대상자는 1.71 ± 0.01 점으로 이었으며($p < .001$), 우울증상이 없는 대상자의 만성질환의 수(3.41 ± 0.01)가 우울증상이 있는 대상자의 만성질환의 수(3.91 ± 0.01)보다 통계적으로 유의하게 적었다($p < .001$). 도구적 일상생활활동 의존도 역시 우울증상이 없는 대상자 점수(19.05 ± 0.02)가 우울증상이 있는 대상자의 점수(22.09 ± 0.03)보다 통계적으로 유의하게 낮았다($p < .001$). 인지기능은 우울증상이 없는 대상자(18.94 ± 0.02)가 우울증상이 있는 대상자(16.36 ± 0.04)보다 높았다($p < .001$). 사회적 특성에 따른 우울증상 여부의 차이는 가족과 함께 사는 대상자 중 우울증상이 있는 대상자는 27명(39.2%)이고 독거노인 중 우울증상이 있는 대상자는 39명(46.5%)으로 나타났다($p < .001$). 필요시설 접근성의 점수는 우울증상이 없는 대상자는 3.61 ± 0.01 점, 우울증상이 있는 대상자는 3.40 ± 0.01 점으로 나타났으며($p < .001$), 돌봄 충분도도 우울증상이 없는 대상자의 점수가(3.20 ± 0.01)가 우울증상이 있는 대상자의 점수(2.95 ± 0.01)보다 높았다($p < .001$).

반면, 사적돌봄을 받는 남성 중 우울증상이 있는 대상자는 65명(48.2%), 여성 중 우울증상이 있는 대상자는 97명(50.3%)으로 통계적으로 유의한 차이가 있었으나($p < .001$), 나이에 따른 우울증상 여부는 통계적으로 유의한 차이가 있지 않았다($p = .745$). 중학교 졸업 이상 중 우울증상이 있는 대상자는 63명(52.2%), 초등학교 졸업자 중 우울증상이 있는 대상자는 56명(43.9%), 무학인 대상자 중 우울증상이 있는 대상자는 43명(51.1%)으로 나타났다($p < .001$). 가구소득수준에

Table 2. Comparison of General, Health Related, and Social Characteristics between Formal and Informal Cared Elderly Based of Depressive Symptom ($N=498$)

Characteristics	Variables	Formal Care						Informal Care						
		Non-depressed				Depressed		Non-depressed				Depressed		$\chi^2/ t(p)$
		n [†]	%	n [†]	%	n [†]	%	n [†]	%					
		M±SE		M±SE		M±SE		M±SE						
		(n=73, 57.9%)		(n=66, 42.1%)		(n=197, 50.6%)		(n=162, 49.4%)						
Demographic	Gender	Male	20	51.2	21	48.8	968.39(< .001)	78	51.8	65	48.2	142.86(< .001)		
		Female	53	61.1	45	38.9		119	49.7	97	50.3			
	Age		82.27±0.03		81.56±0.03	18.05(< .001)	78.51±0.02		78.51±0.02	0.33(.745)				
		≥Middle school	20	58.7	15		41.3	68	47.8		63	52.2		
	Level of education	Elementary school	29	57.5	30	42.5	12.17(.002)	75	56.1	56	43.9	1814.99(< .001)		
		Uneducated	24	57.7	21	42.3		54	48.9	43	51.1			
		IV(Highest)	11	76.0	5	24.0		66	54.8	44	45.2			
	Monthly household income	III	15	48.3	17	51.7	5135.20(< .001)	47	50.6	37	49.4	3515.87(< .001)		
		II	23	49.7	21	50.3		41	41.2	46	58.8			
		I (Lowest)	24	60.5	23	39.5		43	52.7	35	47.3			
Health related	Perceived health status		2.05±0.01		1.71±0.01		78.36(< .001)	2.67±0.01		2.01±0.01		235.34(< .001)		
	No. Chronic disease		3.41±0.01		3.91±0.01		−38.44(< .001)	2.89±0.01		3.96±0.01		−153.21(< .001)		
	IADL		19.05±0.02		22.09±0.03		−79.48(< .001)	14.63±0.01		17.38±0.01		−161.92(< .001)		
	Cognition		18.94±0.02		16.36±0.04		61.20(< .001)	21.95±0.01		20.24±0.02		83.02(< .001)		
Social	Living arrangements	With family	35	60.8	27	39.2	576.52(< .001)	150	51.5	117	48.5	512.70(< .001)		
		Alone	38	53.5	39	46.5		47	46.0	45	54.0			
	Accessibility to essential facilities		3.61±0.01		3.40±0.01		37.82(< .001)	3.62±0.01		3.48±0.01		45.48(.001)		
	Adequacy of care		3.20±0.01		2.95±0.01		50.05(< .001)	3.62±0.01		2.88±0.01		251.68(< .001)		

† unweighted, IADL=Instrumental Activities of Daily Living; No.: Number.

따른 우울증상 여부를 살펴본 결과 4분위 대상자에서는 44명(45.2%), 3분위 대상자 37명(49.4%), 2분위 대상자 46명(58.8%), 1분위 대상자 35명(47.3%)이 우울증상이 있는 것으로 나타났다($p<.001$). 건강 특성에 따른 우울증상 여부의 차이를 살펴보면 우울증상이 없는 대상자의 주관적 건강인지는 2.67 ± 0.01 점, 우울증상이 있는 대상자는 2.01 ± 0.01 점으로 이었으며($p<.001$), 우울증상이 없는 대상자의 만성질환의 수(2.89 ± 0.01)가 우울증상이 있는 대상자의 만성질환의 수(3.96 ± 0.01)보다 통계적으로 유의하게 적었다($p<.001$). 도구적 일상생활활동 의존도 역시 우울증상이 없는 대상자 점수(14.63 ± 0.01)가 우울증상이 있는 대상자의 점수(17.38 ± 0.01)보다 통계적으로 유의하게 낮았다($p<.001$). 인지기능은 우울증상이 없는 대상자

(21.95 ± 0.01)가 우울증상이 있는 대상자(20.24 ± 0.02)보다 높았다($p<.001$). 사회적 특성에 따른 우울증상 여부의 차이는 가족과 함께 사는 대상자 중 우울증상이 있는 대상자는 117명(48.5%)이고 독거독인 중 우울증상이 있는 대상자는 45명(54.0%)로 나타났다($p<.001$). 필요시설 접근성의 점수는 우울증상이 없는 대상자는 3.62 ± 0.01 점, 우울증상이 있는 대상자는 3.48 ± 0.01 점으로 나타났으며($p<.001$), 돌봄 충분도도 우울증상이 없는 대상자의 점수가(3.62 ± 0.01)가 우울증상이 있는 대상자의 점수(2.88 ± 0.01)보다 높았다($p<.001$)(Table 2).

3. 돌봄 유형별 우울증상 영향요인

대상자의 일반적 특성(성별, 나이, 교육수준, 가구

Table 3. Predictive Factors Affecting Depressive Symptom by Type of Care

(N= 498)

Characteristics	Variables [†]	Formal care				Informal care			
		OR	<i>p</i>	95% CI		OR	<i>p</i>	95% CI	
				Lower	Upper			Lower	Upper
Health related	Perceived health status	0.47	<.001	0.462	0.485	0.40	<.001	0.394	0.404
	No. Chronic disease	1.15	.007	1.143	1.160	1.11	<.001	1.107	1.118
	IADL	1.08	<.001	1.074	1.080	1.06	<.001	1.056	1.060
	Cognition	0.96	<.001	0.953	0.958	0.96	<.001	0.959	0.962
Social	Living arrangements [‡]	1				1			
	With family								
	Alone	0.49	.203	0.165	1.466	1.12	<.001	1.082	1.149
	Accessibility to essential facilities	0.72	<.001	0.704	0.727	0.94	<.001	0.928	0.949
	Adequacy of care	0.69	<.001	0.677	0.705	0.37	<.001	0.370	0.378

OR=Odds Ratio; IADL=Instrumental Activities of Daily Living; No.: Number.

[†]Adjusted demographic variables(gender, age, level of education, monthly household income)[‡]reference: with family

소득수준)을 통제한 후 실시한 로지스틱 회귀분석 결과, 공적돌봄을 받는 노인은 건강 특성 중 주관적 건강인지가 높아질수록 우울증상이 있을 가능성이 0.47배 낮아졌으며($p<.001$, 95% CI=0.462-0.485), 만성질환의 수가 많아질수록 우울증상이 있을 가능성이 1.15배 높아졌다($p=.007$, 95% CI=1.143-1.160). 또한 도구적 일상생활활동의 의존성이 높아지는 경우 우울증상이 있을 가능성이 1.08배 높아졌고($p<.001$, 95% CI=1.074-1.080), 인지기능 수준이 좋아질수록 우울증상이 있을 가능성이 0.96배 낮아졌다($p<.001$, 95% CI=0.953-0.958). 사회적 특성 중에서는 가족과의 동거 여부가 통계적으로 유의한 영향 요인은 아니었으나($p=.203$), 필요시설 접근성에 만족할수록 우울증상이 있을 가능성이 0.72배 낮아졌으며($p<.001$, 95% CI=0.704-0.727), 돌봄 충분도가 높아질수록 우울증상이 있을 가능성이 0.69배 낮아졌다($p<.001$, 95% CI=0.677-0.705).

반면 사적돌봄을 받는 노인은 건강 특성 중 주관적 건강인지가 높아질수록 우울증상이 있을 가능성이 0.40배 낮아졌으며($p<.001$, 95% CI=0.394-0.404), 만성질환의 수가 많아질수록 우울증상이 있을 가능성이 1.11배 높아졌다($p<.001$, 95% CI=1.107-1.118). 또한 도구적 일상생활활동의 의존성이 높아지는 경우 우울증상이 있을 가능성이 1.06배 높아졌고($p<.001$, 95%

CI=1.056-1.060), 인지기능 수준이 좋아질수록 우울증상이 있을 가능성이 0.96배 낮아졌다($p<.001$, 95% CI=0.959-0.962). 사회적 특성 중에서는 가족과 함께 살고 있는 노인보다 독거 노인인 경우 우울증상이 있을 가능성이 1.12배 높아졌고($p<.001$, 95% CI=1.082-1.149), 필요시설 접근성에 만족할수록 우울증상이 있을 가능성이 0.94배 낮아졌으며($p<.001$, 95% CI=0.928-0.949), 돌봄 충분도가 높아질수록 우울증상이 있을 가능성이 0.37배 낮아졌다($p<.001$, 95% CI=0.370-0.378)(Table 3).

IV. 논 의

본 연구는 2020년도 노인실태조사 원시자료를 활용하여 공적돌봄과 사적돌봄을 받는 65세 이상 노인을 대상으로 돌봄 유형별 우울증상의 영향요인을 파악함으로써 재가 노인의 우울증상 관리를 위한 기초자료를 제공하기 위함이다.

본 연구에서 전체 재가 노인 대상자 중 47.6%는 우울 증상이 있는 것으로 나타났고, 돌봄 유형별로는 공적돌봄 집단에서 우울증상이 있는 노인은 42.1%, 사적돌봄 집단에서 우울증상이 있는 노인은 49.4%로 나타나 사적돌봄을 받는 노인의 우울증상 비율이 더 높

게 나타났다. 선행 연구 중 돌봄을 받는 노인을 대상으로 우울증상의 비율을 조사한 연구는 치매 노인에 국한되어 있거나, 돌봄 유형이 명시되지 않은 경우라서 본 연구결과와 우울증상의 비율을 비교하는데 한계가 있다[17, 18]. 우리나라 일개 도시에 거주하는 장기요양급여 인정 노인의 우울증상 수준을 조사한 Yoon 등[17] 연구에 의하면, 시설 급여를 받는 1등급 노인의 경우 83.6%가 우울증이 있는 것으로 나타났고, 재가급여를 받는 2-3등급 노인의 경우 67-82.1%의 우울증 유병률로 나타났다. 2017년도 노인실태조사 원시자료를 이용한 Kim[18] 연구에서는 부부 가구에서 돌봄을 받는 노인의 우울 비율은 31.8%로 나타났다. Kim[18] 연구는 본 연구와 우울증상 측정방법은 동일하지만 연구대상자를 부부 가구로 제한하였고, Yoon 등[17] 연구에서는 우울 측정방법이 본 연구와는 다르기 때문에 돌봄을 받는 노인의 우울증상 수준을 평가할 때는 연구대상자의 특성 및 우울증상 측정방법 등을 고려할 필요가 있다.

본 연구에서 공적돌봄을 받는 노인 중 우울증상이 있는 노인의 비율이 사적돌봄을 받는 노인 중 우울증상이 있는 노인의 비율보다 더 낮게 나타난 것은 우리나라 공적돌봄 특성의 영향으로 보여진다. 우리나라에서는 공적돌봄을 신청하여 수급을 받더라도 가족돌봄이 크게 감소하지 않는 특성이 있으며, 독거노인이 아닌 경우라면 공적돌봄이 종료된 일과 이후에 가족돌봄이 부분적으로 제공되는 경우가 있어서 돌봄 수혜 노인의 입장에서는 돌봄의 질과 양이 충분할 수 있다[6]. 연구결과에서 사적돌봄에서 노인의 우울증상 비율이 더 높게 나타난 것은 사적돌봄 영역에 적절한 지원 및 자원의 투입이 필요하다는 것을 시사한다. 사적돌봄을 받는 노인의 우울을 이해할 때는 가족 부양자와 노인 사이의 상호작용의 영향을 고려해야 할 필요가 있다. 선행연구에 따르면 가족 부양자의 우울은 돌봄 수혜자의 우울에 직접적인 영향을 준다[19]. 따라서 기능적으로 제한된 노인을 재가에서 직접 돌보는 돌봄 제공자인 가족부양자의 신체불편감, 정신적 스트레스, 경제적 부담감 등으로 인해 돌봄 수혜자인 노인과의 갈등이 심화되는 경우도 있으므로, 사적돌

봄의 경우 돌봄 제공자와 노인 모두 우울의 위험이 크다고 볼 수 있다[20]. 2017년도 노인실태조사 결과에 따르면, 돌봄 제공 노인의 우울 비율은 21.1%, 돌봄 수혜 노인의 우울 비율은 31.8%[18]로 우리나라 전체 노인의 우울 유병률인 12.6% 보다 높은 수치로 나타나[21], 사적돌봄의 돌봄 제공자와 노인을 대상으로 한 심리정서적 지원과 상담 및 교육을 제공하는 국가적 접근이 필요하다.

돌봄 유형별 우울증상에 대한 영향요인을 살펴보면, 공적돌봄의 경우 가족동거여부를 제외한 모든 변수(주관적 건강인지, 만성질환의 수, 도구적 일상생활 활동 의존도, 인지기능, 필요시설 접근성, 돌봄 충분도)가 우울증상에 대한 영향요인으로 나타났고, 반면 사적돌봄의 경우 가족동거여부를 포함한 모든 변수(주관적 건강인지, 만성질환의 수, 도구적 일상생활 활동 의존도, 인지기능, 필요시설 접근성, 돌봄 충분도)가 우울증상에 대한 영향요인으로 나타났다. 선행연구에서도 재가 노인의 경우, 주관적 건강인지가 낮을수록[22, 23], 만성질환의 수가 많을수록[23, 24], 도구적 일상생활 활동 의존도가 높을수록[22, 23], 인지기능이 낮을수록[24], 필요시설 접근성이 낮을수록[25] 우울할 가능성이 높은 것으로 확인되어 본 연구결과와 맥락을 같이 한다. 사회적 특성 중 필요시설 접근성은 노인 우울에서는 최근 연구에서 활용되고 있는 변수로 본 연구에서는 생활에 필요한 편의시설, 사회복지시설, 의료기관 등 거리에 대한 만족도로 측정하였다. 생태학적 관점에서 노인의 우울증상에는 지역의 맥락효과 또는 근린효과(neighborhood effect)가 작용하게 되는데 노인은 신체 및 인지기능의 저하로 거주지역에서 타지역으로의 이동이 쉽지 않아서 거주하는 지역사회의 영향을 직접 받기 때문이다[26]. 이러한 점을 고려할 때, 노인의 우울증상을 관리하기 위해서는 지역사회 내 근린자원과 보건 의료자원의 연계 및 공급이 필요하다.

사회적 특성 중 돌봄 충분도는 기존 연구에서 흔히 사용되지 않는 변수로 가족이나 친척, 장기요양서비스 등을 통해 받는 도움이 충분한지에 대한 본인의 지각을 의미하는 것으로 노인 관점에서의 돌봄의 양과

질을 평가할 수 있는 변수이다[6]. 돌봄 충분도는 공적 돌봄과 사적돌봄 모두에서 우울증상에 대한 영향요인으로 나타났는데 이는 노인의 돌봄에서는 돌봄의 양과 질이 중요함을 시사하는 결과이다. 사적돌봄의 경우 24시간 내내 돌봄이 이루어져야 하는 구조 탓에 노인이 돌봄 충분도가 낮다고 인지하게 되는 경우 우울증상과 같은 부정적 심리상태가 초래될 수 있다고 생각된다. 돌봄 제공 노인과 돌봄 수혜 노인의 우울을 조사한 선행연구에 의하면, 돌봄 제공 노인의 우울에는 본인의 경제적 수준 및 자녀의 현금 지원과 같은 변수가 우울에 영향을 준 반면, 돌봄 수혜 노인의 우울에는 자녀의 정서적 지원, 자녀에게 정서적 지원 제공, 친구·이웃·지인과의 연락 빈도가 우울에 영향을 미치는 것으로 나타나 특히 돌봄을 받는 노인에게는 돌봄을 충분히 받고 있다는 지각이 중요함을 알 수 있다[18]. 공적돌봄을 받는 노인의 경우 한 달에 사용할 수 있는 급여의 한도액과 경제적 능력에 따라 서비스 이용시간이 정해지기 때문에 실제 서비스 이용시간이 희망하는 서비스 이용시간보다 적을 경우 돌봄 충분도가 낮다고 인지할 경우 부정적인 건강상태와 관련이 있을 수 있다고 판단된다.

한편, 연구결과 우울증상에 영향을 미치는 요인 중 가족동거여부에서 사적돌봄과 공적돌봄의 차이가 나타났다. 사적돌봄 노인의 경우 가족동거여부에서 독거노인이 비독노인에 비해 우울증상이 있을 확률이 1.12배 높게 나타났으나, 공적돌봄 노인의 경우 가족동거여부는 유의한 영향을 미치지 않았다. 사적돌봄을 받는 노인의 경우 돌봄 제공자의 인원수 또는 가족돌봄 자원에 따라서 사적돌봄의 유지 또는 공적돌봄으로의 진입이 결정된다[3]. 즉, 가족 돌봄 자원이 적은 독거노인인 경우 필요시 돌봄이 제공되지 않는 돌봄 공백이 발생할 수 있음을 의미한다. 독거노인의 경우 가족 또는 지인에 의해 돌봄이 제공되더라도 지리적 거리가 멀거나, 돌봄 외 다른 역할로 인해 돌봄 시간이 부족하게 되어 돌봄의 질이 저하되면서 결국 노인의 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있다[27, 28]. 2020년도 노인실태조사 원시자료를 활용하여 노인가구형태별 노인의 우울을 조사한 Yun과 Lee[23]의 연

구에서도, 우울 비율이 독거노인가구, 자녀동거노인가구, 노인부부가구 순으로 나타났다. 이는 독거노인의 우울증 문제가 단순히 개인적 문제가 아닌, 보다 구조적인 해결방법을 필요로 하는 문제임을 강조한다. 독거노인의 경우 가족에 의한 사적돌봄을 받고 있을지라도 가족과의 접촉과 지지의 빈도가 낮아서 오히려 우울증상을 악화시킬 수 있으므로, 적절한 시기에 공적돌봄으로 이행될 수 있도록 적극적인 홍보와 조기진입을 위한 제도적 보완이 필요하겠다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 돌봄유형별로 노인의 우울증상에 어떠한 영향요인이 있는지 파악하였고, 주요한 결과로는 사적돌봄 노인이 공적돌봄 노인보다 우울증상이 있을 비율이 높았고, 영향요인에는 주관적 건강인지, 만성질환의 수, 도구적 일상생활활동 의존도, 인지기능, 가족동거여부, 필요시설 접근성, 돌봄 충분도로 확인되었다. 반면, 공적돌봄 노인에서는 사적돌봄 노인의 영향요인과 유사했으나 가족동거여부는 유의하게 나타나지 않았다. 공적돌봄과 사적돌봄 모두에서 만성질환의 수가 많거나, 도구적 일상생활활동 의존도가 높거나, 인지기능이 낮은 경우, 또는 주관적으로 건강하다고 인지하는 경우 우울증상이 있을 가능성이 낮으므로 돌봄 노인의 건강수준 및 기능에 대한 지속적인 사정평가와 관리는 돌봄 영역에서 핵심이라 할 수 있다. 또한 노인이 지각할 때 필요시설 접근성 만족도가 높거나 돌봄 충분도가 높으면 우울증상이 있을 가능성이 낮으므로 노인이 이용할 수 있는 필요시설 접근성은 국가 차원에서 지원할 필요가 있고, 노인을 단순 돌봄의 대상으로 보기보다는 스스로가 돌봄의 범위와 내용에 대해 의사결정할 수 있는 주체적 존재로서 이해하는 사회적 인식 변화가 필요하다.

본 연구는 횡단적 자료분석으로 우울증상과 영향요인의 인과관계에 대한 해석에 다소 무리가 있으며, 노인실태조사 원시자료에 대한 이차 자료분석으로 우울증상에 영향을 주는 외생변수를 분석에 모두 포함하

지 못하였기에 결과 일반화에 주의가 필요하다. 이와 같은 한계점에도 불구하고 본 연구는 취약한 건강 및 기능수준으로 다양한 돌봄 형태에 의지할 수밖에 없는 노인의 특성을 이해하고 이들의 우울증상 수준 개선을 위한 대책을 마련하는데 기초자료로 활용될 수 있을 것이다. 또한 돌봄유형별 노인의 우울증상에 영향을 주는 요인을 중심으로 공적돌봄의 효율성을 제고하고, 사적돌봄에 대한 제도적 지원체계를 검토할 필요성이 있으므로 추후 반복연구는 물론 세분화된 돌봄유형별(가족돌봄, 혼합돌봄, 시장돌봄 등) 노인의 우울증상 평가를 위한 연구를 제안하는 바이다.

References

1. Sury L, Burns K, Brodaty H. Moving in: Adjustment of people living with dementia going into a nursing home and their families. *International Psychogeriatrics*. 2013;25(6):867-876. <https://doi.org/10.1017/s1041610213000057>
2. Seeher K, Low LF, Reppermund S, Brodaty H. Predictors and outcomes for caregivers of people with mild cognitive impairment: a systematic literature review. *Alzheimer's & Dementia*. 2013;9(3): 346-355. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.01.012>
3. Oh GL. Influence of family culture on formal and informal care systems for older persons [dissertation]. Seoul: Hanyang University; 2023. p. 1-69.
4. Lee SH, Kim JM. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): pandemic and the challenge of public health. *Korean Journal of Family Practice*. 2020;10(2):87-95. <https://doi.org/10.21215/kjfp.2020.10.2.87>
5. Hu B, Shin P, Han EJ, Rhee Y. Projecting informal care demand among older Koreans between 2020 and 2067. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(11): 6391. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116391>
6. Lee S, Shin Y. Longitudinal relationship between public care and family care: focusing on home care for older people in South Korea. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2018;38(4):1035-1055. <https://doi.org/10.31888/JKGS.2018.38.4.1035>
7. Yoo KS, So ES. The effectiveness of dementia education for the nursing method of family caregivers of the demented elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2014;25(2):97-108. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2014.25.2.97>
8. Shin SI, Kim YH. A meta-analysis on related variables of elders' quality of life. *Korean Journal of Counseling*. 2013;14(6):3673-3690. <https://doi.org/10.15703/kjc.14.6.201312.3673>
9. Delano-Wood L, Abeles N. Late-life depression: Detection, risk reduction, and somatic intervention. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2005; 12(3):207-217. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi028>
10. Kim DB, Sohn ES. Meta-analysis of the variables related to depression in elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2005;25:167-187.
11. Jang IH, Choi SJ. Elderly welfare in aging society. Seoul: Seoul National University Press; 2010. p. 152-162.
12. Kim HS. A study on epistemology of Korean elder's suicidal thought. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2002;22(1):159-172.
13. Ham S, Hong B. The relationship between formal care and informal care: focusing on home care service for elderly. *Korean Journal of Social Welfare*. 2017;69(4):203-225. <http://doi.org/10.20970/kasw.2017.69.4.008>
14. Won CW, Rho YG, Duk S, Lee YS. The validity and reliability of Korean Instrumental Activities of Daily Living (K-IADL) scale. *Journal of the Korean Geriatrics Society*. 2002;6(4):273-280.
15. Lee JS, Lee SY. Effect on cognitive function in elderly people. *The Korean Journal of Health Service*

- Management. 2015;9(3):201-210.
<https://doi.org/10.12811/kshsm.2015.9.3.201>
16. Cho MJ, Bae JN, Suh GH, Hahm BJ, Kim JK, Lee DW, et al. Validation of Geriatric Depression Scale, Korean version (GDS) in the assessment of DSM-III-R major depression. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 1999;38(1):48-63.
17. Yoon HS, Ji EM, Cho YC. Depression symptoms and its related factors among the elderly people affiliated with long-term care insurance services in urban areas. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2015;16(4): 2674-2683.
<http://doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.4.2674>
18. Kim EK. Study on the depression of spouse caregiver and care recipient. *Asia-pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology*. 2019;9(12):973-985.
<http://doi.org/10.35873/ajmahs.2019.9.12.086>
19. Kwak M., Ingersoll-Dayton B. Relationships between negative exchanges and depressive symptoms in older couples: the moderating roles of care and gender. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2020;37(3):843-864.
<https://doi.org/10.1177/0265407519879504>
20. Han EJ, Na YK, Lee JS, Kwon JH. Factors to influence the family caregivers' burden with the community-dwelling elderly under long-term care insurance system: comparison among sub-dimensions. *Korea Social Policy Review*. 2015;22(2):61-96.
21. Lee H, An JY. The factors influencing frailty among Korean elderly. *Journal of Korean Nursing Research*. 2023;7(3):83-94.
<https://doi.org/10.34089/jkn.2023.7.3.83>
22. Kwon KH. Prevalence and risk factors of depressive symptoms by gender difference among the elderly aged 60 and over. *Korea Gerontological Society*. 2015;35(2):269-282.
23. Yun KS, Lee YJ. Factors influencing depression in older adults according to family structure (older adults living with adult children, a spouse, or alone): data from the 2020 National Older Koreans Data. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2022; 24(1):1-12. <https://doi.org/10.17079/jkgn.2022.24.1.1>
24. Kim, HS, Shin GC. Effects of the types of home care services of long-term care insurance on the elderly's depression. *Journal of Korean Long Term Care*. 2020;8(2):82-104.
<http://doi.org/10.32928/TJLTC.8.2.4>
25. Kim KO. A study on the factors affecting geriatric depression: analysis using the 2020 year survey on the actual conditions of the elderly [dissertation]. Seoul: Chung-Ang University; 2023. p. 1-59.
26. Kim MI, Eo YG, Kim SE. A study of depression in the elderly by individual and community effects. *Health and Social Welfare Review*. 2019;39(2): 192-221. <http://doi.org/10.15709/hswr.2019.39.2.192>
27. Broese van Groenou MI, De Boer A. Providing informal care in a changing society. *European Journal of Ageing*. 2016;13(3):271-279.
<https://doi.org/10.1007/s10433-016-0370-7>
28. Bom J, Bakx P, Schut F, van Doorslaer E. The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: a systematic review. *Gerontologist*. 2019;59(5):e629-e642.
<https://doi.org/10.1093/geront/gny137>