

요양시설에 입소한 노인 가족의 부양집책감과 우울

유선영 · 탁영란

한양대학교 간호학부

Feelings of Guilt and Depression in Family Caregivers after Nursing Home Placement of Older Adults

You, Sun Young · Tak, Young Ran

College of Nursing, Hanyang University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to investigate family caregivers' feelings of guilt and depression and identify factors predicting depression after nursing home placement of older adult family members. **Methods:** Data were collected using questionnaires completed by 112 family caregivers of older adults in nursing homes in Seoul and Gyeonggi Province. Feelings of guilt in family caregivers were measured using the Caregiver Guilt Questionnaire (CGQ) and depression, using the Center for Epidemiological Studies-Depression scale (CES-D). Data were analyzed using t-test, ANOVA, Pearson's correlation, and multiple regression analysis. **Results:** Average score for depression was 22.3 indicating depression status in family members. Factors predicting depression were feelings of guilt ($\beta=.39, p<.001$) and older adults' participation in the decision-making process for nursing home admission ($\beta=.28, p=.001$), which together accounted for 28.7% of the variance in depression. **Conclusion:** Findings show that families of elders in nursing homes experience depression, which can be reduced by a family intervention program designed to decrease feelings of guilt and provide guidance on older adults' participation in decision-making. The nursing home placement process should include help in understanding the importance of the role of family in promoting positive relationships between the elder and their family.

Key Words: Nursing home, Aged, Family caregiver, Guilt, Depression

서 론

1. 연구의 필요성

의학의 발달로 인해 평균수명은 늘어나고 있으며 노년층의 인구 또한 급속히 증가하고 있다. 2012년 통계청 자료에 의하면 65세 이상의 노인인구 비율은 12.2%였으며, 2018년에는 14%로 예상되고 있다. 저출산과 고령화로 인한 젊은 층의 노인부양 부담은 높아져 2012년 노년부양비는 6명당 1명이었

으나, 2018년에는 5명당 1명, 2030년에는 3명당 1명으로 추정되고 있다(Statistics Korea, 2012). 우리나라의 65세 이상 노인 중 88.5%가 만성질환을 가지고 있으며, 2개 이상 만성복합질환 이환율도 63.8%로 나타났다(Ministry of Health and Welfare, 2012). 이와 더불어 치매, 중풍 등의 가족 수발을 요하는 의존성 노인인구의 비중도 점차 증가하고 있어 급속한 노령화로 인한 노인의 건강 문제는 사회적으로 심각한 문제로 대두되고 있다(Seeher, Low, Reppermund, & Brodaty, 2013; Stone & Clements, 2009).

주요어: 요양시설, 노인, 노인 가족, 부양집책감, 우울

Corresponding author: Tak, Young Ran

College of Nursing, Hanyang University, 17 Haendang-dong, Seongdong-gu, Seoul 133-791, Korea.
Tel: +82-2-2220-0700, Fax: +82-2-2295-2074, E-mail: yrtak@hanyang.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 유선영의 석사학위논문 of 축약본임.

- This article is a condensed from the first author's master thesis from Hanyang University.

Received: Sep 24, 2014 | Revised: Nov 1, 2014 | Accepted: Nov 30, 2014

과거에는 전통적인 유교사상과 효 사상에 기반을 둔 강한 가족주의의 영향으로 부모부양을 가족이 책임져야 할 문제로만 생각하였지만, 핵가족화, 맞벌이 부부의 증가, 부양의식의 약화 등으로 가족 내 부모부양에 대한 인식은 변화하고 있다(Lee & Kim, 2009). 비록 가정은 질병이나 노화로 인해 독립 기능이 떨어진 노인들에게 최고의 돌봄 장소이며 가능한 재가에서 돌봄을 받는 것이 노인의 건강, 안녕과 삶의 질을 위해 제시되고 있으나(Brown, 2012; Sury, Burns, & Brodaty, 2013), 노인을 돌보는 가족의 부양부담감의 증가는 다양한 사회문제를 야기한다(Seeher et al., 2013). 가족들은 노인을 돌봄으로 인해 육체적, 정신적, 경제적 소진을 경험하고 있으며 갈등적 가족관계, 감정적인 문제와 사회고립 등을 호소하고 있다(Brodaty & Donkin, 2009; Gonyea, Paris, & de Saxe Zerden, 2008; Hong & Son, 2007; Mast, 2012). 또한 부담감과 긴장으로 피로, 수면장애를 유발하며, 면역기능의 저하, 혈압과 혈당의 상승으로 상처회복이 지연되며, 심혈관계 질병 발생률이 증가하고 있다(Miller, Rosenheck, & Schneider, 2012). 무엇보다 노인 가족이 부적절한 환경에서 노인을 잘 부양하지 못한다는 죄책감(Yun, 2010)과 노인수발로 인한 스트레스, 과중한 부양부담감의 증가는 노인의 요양시설 입소의 주원인이 되기도 한다(Seeher et al., 2013; Tsai & Tsai, 2013). 이러한 노인 가족의 부담을 덜어주며 고령이나 노인성 질병 등의 이유로 일상생활을 수행하기 어려운 노인을 지원하기 위해 우리나라에서는 2008년 8월부터 장기요양보험 제도가 도입되었다. 장기요양보험 도입 이후 요양시설의 수는 꾸준히 증가하여 2008년 1,332개소에서 2010년 2,429개소, 2012년 2,610개소로 증가하였으며, 장기요양시설 이용자 수는 2013년 2월말 34.3만 명에 이르고 있다(Ministry of Health & Welfare, 2014).

노인은 요양시설 입소로 인해 기존의 친숙했던 물리적, 관계적 환경의 단절을 경험하게 된다(Miller et al., 2012; Sury et al., 2013). 요양시설에 입소하게 되는 노인은 치매, 뇌졸중, 암 등의 다양한 질환을 가지고 있으며(Goh, Hwang, & Oh, 2009; Majerovitz, 2007; Lee, 2012), 입소 후에 두려움, 불안, 스트레스의 유발로(Goh et al., 2009) 노인의 행동적 증상이 심해져 우울, 안절부절 못함, 인지의 저하와 허약성 증가, 낙상의 위험률이 증가하게 된다(Brown, 2012; Goh et al., 2009; Sury et al., 2013). 노인의 요양시설 입소는 '이동 후 스트레스 증후군(relocation stress syndrome)'이라고 진단되어지며 입소는 노인에게 현저한 스트레스를 유발하는 사건이 됨을 의미한다(Goh et al., 2009).

노인의 요양시설 입소로 인해 노인 가족의 객관적 부담감은 입소 전보다 감소한다 할지라도(Lee, 2012; Stone & Clements, 2009), 주관적 부담감과 부양죄책감, 우울 등은 오히려 상승하게 된다(Majerovitz, 2007; Yun, 2010). 이는 노인의 입소 자체가 가족이 경험하는 부양죄책감과 우울을 감소시키는 결정 요인이 아니기 때문이다(Sury et al., 2013; Yun, 2010). 우리나라의 경우 전통적으로 내려오는 유교적 영향으로 부모를 요양시설에 보내는 것에 대해 노인 가족 스스로 '현대판 고려장'이라 여기며, 이로 인한 노인 가족의 오명과 죄책감 등의 감정은 더욱 증가하게 된다(Lee, Kim, & Kim, 2010). 무엇보다 노인의 요양시설 입소로 인해 노인의 가족은 새로운 역할과 의무 그리고 노인을 잘 수발하지 못하는 것에 대한 부양죄책감을 경험하게 된다(Brown, 2012; Sury et al., 2013; Yun, 2010). 뿐만 아니라 노인의 요양시설 입소 후에도 여전히 존재하는 노인의 가족으로서 의무와 역할 과다, 요양시설 직원과의 갈등, 그리고 부양인으로서 역할을 제대로 수행할 수 없었던 것에 대한 죄책감으로 인해 노인 가족 우울 증가의 원인이 된다(Gonyea et al., 2008; Majerovitz, 2007). 결과적으로 노인의 요양시설 입소는 노인의 가족에 있어서도 새로운 환경과 상황에 적응해야 하는 인생의 위기이자 변환적인 시기이며(Brown, 2012; Gaugler, Roth, Haley, & Mittelman, 2008; Sury et al., 2013; Yun, 2010), 이로 인해 노인 가족의 부양죄책감과 우울의 증가는 결국 노인 가족의 긍정적 적응과 삶의 질에 부정적인 영향을 주게 된다(Brown, 2012; Mast, 2012; Sansoni, Anderson, Varona, & Varela, 2013; Seeher et al., 2013; Sury et al., 2013; Yun, 2010). 요양시설에서 노인의 가족은 노인의 건강, 안녕과 삶의 질을 위해서 가장 중요한 치유환경적 요소이다(Son & Yang, 2012). 따라서 노인 가족에 대한 단순한 방문자가 아닌 동반자로서의 인식변화가 요구되어 진다(Brown, 2012; Sury et al., 2013). 무엇보다 노인의 요양시설 입소 후에 노인 가족이 경험하고 있는 부양죄책감, 우울과 우울 관련 예측요인에 대해 파악하며, 노인의 가족 또한 간호가 필요한 대상으로 포함시켜야 한다(Davis, Tremont, Bishop, & Fortinsky, 2011; Mast, 2012; Tasi & Tasi, 2013; Yun, 2010).

기존의 국내 요양시설에서 노인의 가족에 관한 연구는 노인의 부양가족이 경험하는 부정적인 정서와 요양시설 입소 전·후 부정적인 정서에 대한 비교 연구가 주를 이루고 있다. 무엇보다 가족을 요양시설에서 노인의 건강과 안녕을 위한 동반자로, 노인의 가족 역시 돌봄이 필요한 간호대상자로 인식하여 그들이 경험하고 있는 부양죄책감과 우울의 원인을 파악하

려는 연구는 미비한 상태이다. 따라서 본 연구는 요양시설에 입소한 노인의 가족이 경험하고 있는 부양죄책감, 우울에 대해서 알아보며 우울 관련 예측요인을 파악하려고 한다. 이를 통하여 노인의 요양시설에 입소 후에도 노인과 가족의 지속적이며 긍정적인 관계를 돕고 노인 가족의 우울을 경감시킬 수 있는 중재 프로그램 개발에 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 요양시설에 입소한 노인 가족이 경험하는 부양죄책감과 우울에 대해서 알아보며, 우울 관련 예측요인에 대해 파악함을 목적으로 한다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 요양시설에 입소한 노인 가족의 일반적인 특성을 파악한다.
- 요양시설에 입소한 노인 가족의 부양죄책감과 우울을 파악한다.
- 요양시설에 입소한 노인 가족의 일반적 특성과 부양죄책감에 따른 우울을 파악한다.
- 요양시설에 입소한 노인 가족의 일반적 특성, 부양죄책감과 우울의 관계를 파악한다.
- 요양시설에 입소한 노인 가족의 우울 관련 예측요인을 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 요양시설에 입소한 노인의 가족을 대상으로 이들이 경험하는 부양죄책감과 우울에 대해서 알아보며 우울 관련 예측요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상자는 서울, 경기 지역 소재의 5개의 요양시설 중 자료수집을 허락한 2곳의 요양시설에 직접 방문하여 시설장에게 연구의 목적과 과정에 대해서 설명한 후 협조를 구하였다. 연구참여에 동의한 대상자에게 수집된 자료는 연구 이외에 다른 목적으로 사용하지 않을 것과 연구를 허락한 후에도 원하지 않는 경우 언제든지 철회할 수 있으며, 이에 따른 불이익은 없음과 개인정보는 철저히 보장될 것을 설명한 후 연구참여에 대한 서면 동의를 받음으로서 연구의 윤리적 측면을 고려하였

다. 이에 자발적으로 동의한 대상자를 최종적으로 연구에 참여시켰다. 연구대상자 선정기준으로는 첫째, 노인의 요양시설 입소 전부터 노인 부양에 참여한 노인의 가족, 둘째, 노인의 요양시설 입소 후에도 요양시설에 지속적으로 방문하여 노인에게 직접·간접적으로 부양에 참여하는 노인의 가족, 셋째, 본 연구참여에 동의한 요양시설노인의 가족, 넷째, 설문문의 내용을 이해하며 응답할 수 있는 요양시설노인의 가족이었다.

연구대상자 산출근거는 G*Power 3.1.2 프로그램을 이용하여, 통계분석방법은 correlation coefficient로 효과 크기 .30, 유의 수준 .05, 검정력 .90으로 했을 때 최소 표본 크기는 109명이었다. 수집된 130부 중 불완전한 설문을 제외하고 112부를 최종 분석하였다.

3. 연구도구

1) 대상자의 인구사회학적 특성

노인 가족의 인구사회학적 특성으로는 나이, 성별, 최종학력, 종교, 가족의 경제 상태, 노인과의 관계, 요양시설 입소 전 부양기간, 요양시설 방문 횟수, 요양시설 방문 시 머무르는 시간, 요양시설까지 이동시간 그리고 노인과의 친밀도 등으로 총 11문항으로 이루어졌다. 노인에 대한 인구사회학적 특성으로는 노인의 나이, 성별, 질병 명, 장기요양등급, 입소기간 및 요양시설 입소에 대한 의사결정 참여 여부 등 총 6문항으로 구성되어 있다.

2) 부양죄책감

부양죄책감은 Losada, Márquez-González, Peñacoba와 Romero-Moreno (2010)가 개발한 노인가족의 Caregiver Guilt Questionnaire (CGQ)로 22문항 5점 척도로 구성되어 있다. 도구의 사용을 위하여 본 연구자가 원 도구 개발자에게 이메일을 통해 연구목적을 설명하고 사용허가를 받은 후 번안 과정을 거쳤다. 1차 번안된 도구는 서울 소재의 1개 요양시설에 입소한 노인 가족 10명을 대상으로 하여 예비조사를 실시하였다. 예비조사 시 도구 전체의 Cronbach's α 값은 .82였다. 예비조사를 통해 어렵거나 애매한 문항에 대해 본 연구자에 의해 수정이 이루어졌으며, 예비조사 후 수정된 도구는 이중언어자(bilingual person)에 의해 다시 역번안하였다. 역번안된 도구와 원 도구는 이중언어자를 통해 3점 평가 척도를 사용하여 일치도를 측정하였고, 70.1%의 일치도를 확인하여 최종 도구가 완성되었다.

CGQ 도구는 5개의 하위범주로 구성되어있으며 '부양하는

노인을 잘 돌보지 못한 것에 대한 죄책감', '부양인으로서 자신의 임무를 잘 수행하지 못한 것에 대한 죄책감', '자신을 잘 돌보지 못한 것에 대한 죄책감', '돌보는 노인 이외의 다른 가족에 대해 소홀했다는 것에 대한 죄책감', 그리고 '다른 사람에 대한 부정적인 감정에 대한 죄책감'으로 이루어져 있다. 원 도구 개발 당시 도구의 Cronbach's α 는 .88이었으며 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .86이었다.

3) 우울

본 연구에서 우울의 측정은 Center for Epidemiological Studies-Depression scale (CES-D)로 Chon, Choi와 Yang (2001)이 변안한 한국판 CES-D를 사용하였다. CES-D는 총 20문항, 4점 척도로 구성되어 있으며 '0=극히 드물다(일주일 동안 1일 이하), 1=가끔 있었다(일주일 동안 1일에서 2일간), 2=종종 있었다(일주일 동안 3일에서 4일간), 3=대부분 그랬다(일주일 동안 5일 이상)'으로 0~3점으로 채점한다. 각 문항의 점수의 합(0~60점)을 통하여 우울증의 정도를 파악할 수 있다. 우울 절단점(cut-off point)으로 원 도구 개발자인 Radloff (1977)는 16점을 제시하였으며 CES-D 16점 이상은 우울(depression)을 의미한다. 원 도구 개발 당시 일반인을 대상으로 한 도구의 Cronbach's α 는 .91이었으며(Radloff, 1977), Chon 등(2001)의 연구에서 Cronbach's α 는 .91, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .91이었다.

4. 자료수집

자료수집은 H대학 기관생명윤리회의 승인(HY-14-016-2)을 받고 2014년 4월 1일부터 2주간 실시하였다. 자료수집을 위하여 본 연구자가 서울과 경기 소재의 5개 노인요양시설을 방문하여 시설장에게 연구의 목적과 방법에 대해 설명하고 연구에 동의한 2개의 시설을 선정하였다. 연구참여에 동의한 시설에서 노인 가족을 대상으로 설문이 진행되었으며, 설문 장소는 가족들이 편안하게 연구에 참여할 수 있도록 요양시설 내 로비나 가족모임실에서 진행하였고 설문은 15~20분이 소요되었다.

5. 자료분석

수집된 자료는 PASW Statistics 18.0을 이용하여 통계 분석을 실시하였다. 대상자의 일반적인 특성, 부양죄책감과 우울의 정도는 빈도, 백분율, 평균과 표준편차를 분석하였다. 대

상자의 일반적인 특성과 우울의 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하였다. 변수 간 상관관계는 Pearson's correlation으로 확인하였으며 우울 관련 예측요인을 파악하기 위해서 단계적 방법(stepwise method)을 이용하여 다중회귀분석(multiple regression analysis)을 실시하였다.

연구결과

1. 대상자의 인구사회학적 특성

1) 요양시설에 입소한 노인 가족의 인구사회학적 특성

본 연구대상자의 연령은 65세 미만이 90명(80.4%), 65세 이상이 22명(19.6%)이었으며, 평균 연령은 52.90 ± 12.43 세였다. 성별은 여성이 71명(63.4%), 교육수준은 대졸 이상이 58명(51.8%), 종교가 있는 경우는 83명(74.1%), 경제적 수준은 중 이하가 79명(70.5%)으로 가장 높게 나타났다.

가족대상자와 관계는 아들 32명(28.6%), 며느리 26명(23.2%), 딸 22명(19.6%), 배우자 11명(9.8%), 사위 6명(5.4%) 순이었다. 한 달 평균 요양시설 방문 횟수는 4.47 ± 5.35 회이었다. 요양기관까지의 이동시간은 1~3시간이 66명(58.9%)이었으며, 평균 1.39 ± 1.48 시간이었다. 부양기간은 1~5년이 41명(36.6%), 평균 부양기간은 5.94 ± 7.55 년이었다. 노인과의 친밀감 정도는 친밀한 경우가 67명(59.8%), 보통 이하인 경우가 45명(40.2%)이었다. 요양시설노인 가족의 부양죄책감은 88점 만점에 36.26 ± 8.86 점으로 나타났다(Table 1).

2) 요양시설에 입소한 노인의 인구사회학적 특성

요양시설에 입소한 노인의 연령은 80대 이상이 59명(52.7%)이었으며, 노인의 평균 연령은 80.77 ± 7.07 세이었다. 노인의 성별은 여성(80명, 71.4%)이 남성(32명, 28.6%)에 비해 두 배 이상 높았으며 진단명은 다중응답으로 치매(83명, 74.1%), 뇌졸중(25명, 22.3%), 암(13명, 10.7%) 순이었다. 노인의 요양시설 입소 거주 기간으로는 1~3년이 65명(58.0%)이었으며, 평균 입소 기간은 2.81 ± 2.84 년이었다. 노인의 요양시설 입소 시 입소에 관한 의사결정에 참여하지 않은 경우는 83명(74.1%), 참여한 경우는 29명(25.9%)이었으며, 치매노인 중 의사결정에 참여한 경우는 18명(16.0%)이었다(Table 1).

2. 부양죄책감과 우울

부양죄책감은 88점 만점에 평균 36.26 ± 8.86 점이며, 우울

Table 1. General Characteristics of Residents and their Family Caregivers

(N=112)

Variables	Characteristics	Categories	n (%)	M±SD
Family caregivers	Age (year)	< 65	90 (80.4)	52.90±12.43
		≥ 65	22 (19.6)	
	Gender	Female	71 (63.4)	41 (36.6)
		Male	41 (36.6)	
	Education	< College graduate	54 (48.2)	58 (51.8)
		≥ College graduate	58 (51.8)	
	Religion	Yes	83 (74.1)	29 (25.9)
		No	29 (25.9)	
	Economic status	High	33 (29.5)	79 (70.5)
		≤ Middle	79 (70.5)	
	Family relationship	Spouse	11 (9.8)	32 (28.6)
		Son	32 (28.6)	
		Daughter-in-law	26 (23.2)	
Daughter		22 (19.6)		
Son-in-law		6 (5.4)		
Others (grandkids, siblings)		15 (13.4)		
Frequency of visits per month (time)	< 1	18 (16.1)	77 (68.8)	4.47±5.35
	1~5	77 (68.8)		
	> 5	17 (15.1)		
Travel time to facility (hour)	< 1	32 (28.6)	66 (58.9)	1.39±1.48
	1~3	66 (58.9)		
	> 3	14 (12.5)		
Duration of caregiving (year)	< 1	29 (25.8)	41 (36.6)	5.94±7.55
	1~5	41 (36.6)		
	6~10	21 (18.8)		
	> 10	21 (18.8)		
Intimacy with resident	≤ Moderate	45 (40.2)	67 (59.8)	
	High	67 (59.8)		
Feeling of guilt by family caregivers	Normal	18 (16.1)	94 (83.9)	36.26±8.86
	High	94 (83.9)		
Residents	Age (year)	< 80	53 (47.3)	80.77±7.07
		≥ 80	59 (52.7)	
	Gender	Female	80 (71.4)	32 (28.6)
		Male	32 (28.6)	
	Comorbidity [†]	Dementia	83 (74.1)	25 (22.3)
		Stroke	25 (22.3)	
		Cancer	13 (10.7)	
		Others	4 (3.5)	
	Level of long-term care benefits	Level 1	9 (8.0)	59 (52.7)
		Level 2	59 (52.7)	
		Level 3	39 (34.8)	
		Non-beneficiary	5 (4.5)	
	Duration of stay in nursing home (year)	< 1	18 (16.1)	65 (58.0)
1~3		65 (58.0)		
> 3		29 (25.9)		
Participation in decision-making related to placement to nursing home	No	83 (74.1)	29 (25.9)	
	Yes	29 (25.9)		

[†] Multiple answers.

은 60점 만점에 평균 22.34±8.80점이었고, 총 112명의 대상자 중 우울 정상군은 31명(27.7%), 우울군은 81명(72.3%)으로 나타났다(Table 2).

3. 일반적 특성에 따른 우울의 차이

노인 가족의 연령에 따른 우울은 65세 이상인 경우 65세 미만에 비해 우울이 높게 나타났다($t=5.18, p=.025$). 노인 가족의 학력이 대졸 미만인 경우가 대졸 이상에 비해 우울이 높았다($t=8.08, p=.005$). 노인 가족의 경제 수준이 중 이하인 경우가 상에 비해 우울이 높게 나타났다($t=4.00, p=.048$). 노인 가족의 성별, 종교, 노인과의 관계, 방문 횟수, 요양시설까지 이동시간, 노인 부양기간 그리고 친밀감에 따른 우울의 차이는 없었다. 노인의 일반적인 특성에 따른 우울의 차이는 요양시설 입소 시 입소에 관한 노인의 의사결정 참여 여부에 따라 유의한 차이를 보였으며, 노인이 의사결정에 참여하지 않은 경우의 노인 가족의 우울이 의사 결정에 참여한 경우보다 높게 나타났다($t=8.98, p=.003$). 노인의 연령, 성별, 질병명, 입소 기간 등은 따른 우울의 차이는 나타나지 않았다(Table 3).

4. 일반적 특성, 부양죄책감과 우울 간의 관계

노인 가족의 연령, 학력, 경제 상태와 노인의 요양시설 입소 시 입소에 관한 의사결정 참여 여부 그리고 부양죄책감을 독립변수로 하여 노인 가족의 우울과의 상관관계를 분석하였다. 우울은 노인 가족의 연령($r=.21, p=.025$)과 양의 상관관계가 있었으며 학력($r=-.26, p=.005$), 경제상태($r=-.28, p<.001$)와 노인의 요양시설 입소 시 의사결정 참여 여부($r=-.27, p=.003$)와는 음의 상관관계를 보였고 노인가족의 부양죄책감($r=.39, p<.001$)과는 양의 상관관계가 나타났다. 이는 가족의 연령이 높을수록, 노인 가족의 요양시설 입소 전의 부양죄책감이 클수록 우울 정도가 높으며 노인의 요양시설 입소 시 의사 결정에 참여할수록, 학력이 높을수록 그리고 경제상

태가 높을수록 우울이 낮았다(Table 4).

5. 우울 예측 요인

요양시설에 입소한 노인 가족의 우울 관련 예측요인을 파악하기 위해 노인 가족의 연령, 학력, 경제 상태와 노인의 요양시설 입소 시 입소에 관한 의사결정 참여 여부 그리고 부양죄책감을 독립변수로 하여 다중회귀분석을 실시하였다. 분석 결과 노인의 요양시설 입소 시 의사 결정($\beta=.28, p<.001$)과 입소 전 부양죄책감($\beta=.39, p<.001$)이 우울에 유의하게 영향을 미쳤다. 즉, 노인의 요양시설 입소 시 입소에 관한 의사 결정에 참여하지 않은 경우, 부양죄책감이 높은 경우 우울이 높아지는 것으로 나타났다(Table 5). 다중공선성진단 분석결과 잔차의 독립성 검증인 Durbin-Waston test의 통계량은 2.14, 공차한계(tolerance limit)는 .62~.91, 분산팽창지수(Variance Inflation Factor, VIF)는 1.08~1.59로 다중공선성의 문제가 없음이 확인되었다.

논 의

본 연구는 요양시설에 입소한 노인 가족이 경험하는 부양죄책감과 우울에 대해서 알아보고 우울 관련 예측요인을 파악하였다.

본 연구의 대상자인 요양시설에 입소한 노인 가족의 평균 연령은 52.90±12.43세로 나타났다. 노인의 가족은 연령적 특성으로 인해 신체적, 정서적인 변환 위기를 경험하게 되며 노인을 돌봄으로 위기는 가중되므로 노인 가족 역시 돌봄이 필요한 간호 대상자에 포함시켜야 한다(Gaugler et al., 2008; Mast, 2012; Tsai & Tsai, 2013). 본 연구에서 요양시설노인 가족의 여성 비율은 63.4%로 나타났으며, 이는 여성이 남성에 비해 돌봄제공자로서의 역할이 높음을 의미한다(Stone & Clements, 2009). 여성의 노인에 대한 부양 비율은 요양시설 입소 전에도 높게 나타났으며, 이는 입소 전의 노인 돌봄에

Table 2. Level of Feelings of Guilt and Depression in Family Caregivers

(N=112)

Variables	Categories	n (%)	M±SD	Range
Feelings of guilt	Normal	18 (16.1)	15.31±4.72	8~21
	Feelings of guilt	94 (83.9)	39.01±6.28	22~53
	Overall	112 (100.0)	36.26±8.86	8~53
Depression	Normal	31 (27.7)	11.92±3.89	5~15
	Depression	81 (72.3)	26.41±6.58	16~42
	Overall	112 (100.0)	22.34±8.80	5~42

Table 3. Difference in Depression in Family Caregivers by General Characteristics

(N=112)

Variables	Characteristics	Categories	Depression		
			M±SD	t or F	p
Family caregivers	Age (year)	< 65	21.62±8.81	5.18	.025
		≥ 65	26.01±8.02		
	Gender	Female	22.08±8.44	0.01	.951
		Male	22.43±9.23		
	Education	< College	24.62±8.87	8.08	.005
		≥ College	20.21±8.87		
	Religion	Yes	23.21±8.84	2.66	.105
		No	20.03±9.25		
	Economic status	High	19.83±7.84	4.00	.048
		≤ Middle	23.40±8.87		
	Family relationship	Spouse	27.05±7.44	6.62	.250 [†]
		Son	20.85±8.63		
		Daughter in law	23.02±10.06		
		Daughter	22.64±7.61		
Son in law		26.20±12.61			
Others		19.21±7.63			
Frequency of visits (time)	< 1	19.83±6.89	0.85	.429	
	1~5	22.85±8.63			
	> 5	23.22±10.22			
Travel time to facility (hour)	< 1	20.02±9.00	1.73	.181	
	1~3	23.28±8.65			
	> 3	24.23±2.42			
Duration of caregiving (year)	< 1	21.41±7.65	2.56	.058	
	1~5	24.44±9.22			
	6~10	18.41±8.20			
	> 10	23.63±8.81			
Intimacy	≤ Moderate	22.21±7.01	0.01	.915	
	High	22.42±9.88			
Residents	Age (year)	< 80	23.00±8.82	0.43	.511
		≥ 80	21.82±8.81		
	Gender	Female	22.81±8.62	0.92	.339
		Male	21.04±9.03		
	Comorbidity	Dementia	22.02±8.62	0.63	.535
		Stroke	23.81±9.26		
		Cancer	20.05±9.85		
	Approval level [†]	Level 1	23.04±9.23	0.41	.813 [†]
		Level 2	23.02±9.01		
		Level 3	21.41±8.80		
		Non	20.02±7.81		
	Length of residence [†]	< 1	18.05±8.01	5.87	.053
		1~3	23.88±9.63		
		> 3	21.83±5.64		
Participation in decisions	No	23.81±8.80	8.98	.003	
	Yes	18.27±7.21			

[†]Nonparametrics statistics: Kruskal-Wallis test; [‡]χ² (chi-squared distribution).

Table 4. Correlations among Variables

(N=112)

Variables	1	2	3	4	5	6
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
1. Depression	1					
2. Age of Family caregivers	.21 (.025)	1				
3. Education level of family caregivers	-.26 (.005)	-.37 (< .001)	1			
4. Economic status of family caregivers	-.28 (< .001)	-.39 (< .001)	.52 (< .001)	1		
5. Resident participation in decisions	-.27 (.003)	.36 (< .001)	-.12 (.196)	.10 (.302)	1	
6. Feelings of guilt by family caregivers	.39 (< .001)	-.14 (.256)	-.21 (.025)	-.17 (.070)	-.12 (.187)	1

Table 5. Predictive Factors for Depression in Family Caregivers of Older Adults in Nursing Home

(N=112)

Variables	B	SE	β	t	p	Tolerance	VIF
(Constant)	19.17	4.87		3.96	< .001		
Age of family caregivers	2.98	2.11	.13	1.41	.161	.70	1.42
Education level of family caregivers	-1.91	1.77	-.10	-1.07	.284	.62	1.59
Economic status of family caregivers	-1.50	1.44	-.10	-1.04	.300	.66	1.50
Resident participation in decisions	5.69	1.67	.28	3.40	< .001	.91	1.08
Feelings of guilt by family caregivers	8.54	1.87	.39	4.56	< .001	.87	1.14

R²=.31, Adj. R²=.28, F=9.92, p< .001

SE=standard error.

대한 여성의 역할이 노인의 요양시설 입소 후에도 지속적으로 유지되기 때문이다(Miller et al., 2012; Sury et al., 2013).

노인과의 관계는 배우자, 아들, 며느리, 딸 뿐만 아니라 사위와 손주 역시 노인의 부양가족으로 노인의 요양시설 입소 후에도 노인의 돌봄에 직접, 간접적인 영향을 주는 의미 있는 대상자들이다(Brown, 2012; Goh et al., 2009). 무엇보다 아들과 며느리의 비율은 각각 28.6%와 23.2%로 총 51.8%를 차지하였고, 딸과 사위의 비율은 19.6%, 5.4%로 총 25.0%로 나타났는데, 이는 국내의 연구(Lee & Kim, 2009)와 대만의 연구(Tsai & Tsai, 2013)와 유사한 결과로 요양시설노인의 부양에 대한 아들과 며느리의 돌봄의 비율이 높았다. 그 이유로는 아직도 우리나라와 대만과 같은 동양권 국가에서는 유교적인 영향으로 부모에 대한 돌봄의 역할에 있어 아들과 며느리가 딸과 사위에 비해서 중요함을 나타냄을 의미한다. 본 연구에서는 노인의 돌봄을 제공하는 가족들의 평균연령은 52.9세

로, 전통적인 유교교육과 서구화된 서양교육이 혼재된 상태의 세대이며 여전히 부모의 부양에 대한 책임감이 아들이 딸에 비해 더 높아 서구의 연구와는 다른 부양가족의 관계가 나타난 것으로 예상된다. 이에 반해 Stone과 Clements (2009)의 연구에서는 요양시설에 입소한 노인의 가족 중 딸의 비율이 48%, 아들의 비율은 16%로 조사되었다. 이는 서양의 경우 부모부양에 대한 유교주의적 의무와 책임보다는 입소 전의 친밀감이 입소 후의 부양에 더 중요한 영향을 미치는 요소로 나타났기 때문이다(Stone & Clements, 2009; Sury et al., 2013).

요양시설 입소 전 노인과의 친밀 정도는 ‘친밀함’이 59.8%, 보통 이하인 경우가 40.2%로 나타났다. Sury 등(2013)은 노인 가족과 노인의 친밀한 정도가 가족의 요양시설 방문 횟수, 머무르는 시간에 영향을 준다고 친밀감이 높은 경우 노인 가족은 노인과의 지속적인 관계를 유지하기 원한다고 하였다. 또

한 관계의 정도에 따라서 요양시설 입소 후 가족은 노인 삶의 질, 우울, 질병 발생률 등에 영향을 주며 요양시설에서의 긍정적인 적응에 중요한 요인이 된다(Brown, 2012; Sury et al., 2013). 따라서 노인이 요양시설 입소 전에 노인과 가족의 친밀감을 높일 수 있는 중재와 정책적 지원이 요구되어 진다.

본 연구에서 요양시설 입소 시 노인이 의사결정에 참여한 경우는 25.9%에 불과하였으며 의사결정 참여자 중 치매 노인의 의사결정 참여는 16.0%로 나타났다. 이는 치매 노인인 경우 치매라는 질환으로 인한 인지기능의 저하로 요양시설 입소 결정을 노인 스스로 할 수 없다고 가족들은 인식하며 이로 인해 노인이 배제된 채 요양시설 입소의 결정이 이루어지게 된다(Brown, 2012; Goh et al., 2009; Sury et al., 2013; Tyrrell, Genin, & Myslinski, 2006). 또한 노인의 요양시설 입소는 부양가족에게 있어서 도리에서 벗어난 죄스러운 오명으로 여겨지며 노인의 의사가 무시된 채 가족들의 결정으로 이루어지고 요양시설 선택에 있어서도 노인의 의견보다는 가족의 편의가 우선되어진다(Goh et al., 2009; Lee et al., 2010). Tyrrell 등(2006)의 치매노인을 대상으로 한 연구에서 요양시설 입소 전의 의사 결정에 참여한 경우는 54.8%로 본 연구의 16.0%에 비해 세배 이상 높은 비율이다. 이는 요양시설 입소에 대한 노인의 의사결정 참여의 중요성에 대해서 인지하며(Tyrrell et al., 2006) 입소 전, 입소 시에 적극적인 교육과 기회가 제공되기 때문이다(Sury et al., 2013). 또한 요양시설 입소에 관한 정보 제공에 있어서도 획일적인 접근보다는 노인의 인지 정도와 감정 상태, 노인 가족과의 상호관계 정도에 따라 다양한 맞춤형의 중재가 이루어져야 한다. 이는 노인의 요양시설 입소에 대한 적극적인 의사참여가 노인의 요양시설 입소 이후의 긍정적인 적응과 삶의 질 향상에 중요한 요소이기 때문이다(Brown, 2012; Sury et al., 2013). Goh 등(2009)은 요양시설에 입소한 노인들의 입소 초기의 적응에 영향을 주는 조건으로 독립성과 자율성이라고 하였으며 이것은 노인의 입소에 관한 의사결정의 참여와 노인 스스로의 입소 전의 준비가 선행되어야 한다고 하였다. Sury 등(2013)의 연구에서는 치매로 인해 인지기능의 손상을 받은 노인일 경우라도 입소에 관한 의사결정을 제공하고 스스로 새로운 환경에 적응할 수 있도록 준비하는 것이 노인의 요양시설 입소의 삶의 질과 안녕을 위해서 필요하다고 하였다. Brown (2012)의 요양시설에 입소한 치매노인과 가족에 관한 연구에서 요양시설 입소 전에 노인에게 입소와 관련된 의사결정의 기회를 제공해 주며 노인이 스스로 준비할 수 있는 것이 요양시설 입소 후 노인의 적응에 긍정적인 영향을 미치며 무엇보다 노인 가족의 죄책감

과 우울, 부담감을 감소시킨다 하였다. Sury 등(2013)의 연구에서는 요양시설 입소로 인한 노인과 가족의 긍정적인 적응을 위하여 요양시설 입소 전부터 요양시설 입소 후의 교육과 중재를 강조하고 있다. 무엇보다 요양시설에서 입소 전 노인의 질병과 인지 능력에 상관없이 노인의 관점에서 입소에 대한 준비를 도우며 노인 스스로가 주체가 되어 적극적으로 요양시설 입소에 대한 의사결정 참여와 지지를 격려하고 있다.

본 연구에서는 CGQ를 사용하여 요양시설에 입소한 노인 가족이 경험하는 부양죄책감에 대해 측정하였다. 본 연구에서의 요양시설노인 가족의 부양죄책감의 점수는 각 문항의 합으로 88점 만점에 36.26 ± 8.86 점으로 나타났다. Roach, Laidlaw, Gillanders와 Quinn (2013)의 재가노인 가족의 부양죄책감은 27.61점으로 나타나 노인의 가족인 경우 부양죄책감을 경험하고 있었다. 무엇보다 노인의 성인 자녀의 경우 부양죄책감은 32.43점으로 배우자 26.58점에 비해 높게 조사되었다. 본 연구에서는 부양죄책감이 36.26점으로 조사되었는데 이는 노인이 요양시설 입소 후에도 노인 가족의 높은 수준의 부양죄책감을 나타낸 결과이다. Yun (2010)의 재가노인 부양자와 요양시설 입소 노인의 부양자를 대상으로 한 부양죄책감에 대한 비교 연구에서는 요양시설 입소 노인의 부양자가 재가노인에 비해 부양죄책감이 높게 나타났다. 이는 요양시설 입소가 노인뿐만 아니라 노인 가족에게도 위기적인 사건이며 노인에 대한 역할이나 의무가 사라진 것이 아니라 새로운 역할로 전이되며 우리나라와 같이 부모 부양에 대한 의무가 높은 유교주의적 사고가 남아있는 경우 입소 전의 부양죄책감은 여전히 잔존하거나 상승하는 결과를 나타낸다. Hennings, Froggatt와 Payne (2013)의 연구에서도 가족은 노인을 요양시설로 보냄으로 입소 전에 비해 신체적 부담감, 스트레스 등이 줄어든다 하여도 죄책감의 감정은 오히려 증가하는 결과가 나타났다. 이를 통해 노인의 요양시설 입소 후 노인 가족은 부양죄책감을 경험하게 됨을 인식하고 노인 가족의 부양죄책감을 낮출 수 있는 중재가 무엇보다 요구되어진다.

본 연구의 대상자의 우울은 22.34점으로 나타났으며 이는 Park과 Kim (2011)의 50~60대 일반인의 우울점수 13점과 Losada 등(2010)의 재가노인 부양자의 우울인 18점에 비해서 높은 결과였다. 요양시설에 입소한 노인 가족을 대상으로 한 Davis 등(2011)의 연구에서는 우울이 18.5점으로 조사되어 이는 요양시설에 입소한 노인 가족이 일반인이나 재가 부양자 가족에 비해서 우울이 높음을 의미한다. 본 연구에서 측정된 우울 도구는 역학적 우울 조사에 사용하는 CES-D로 절단점으로는 16점을 이용하며 본 연구에서 대상자에게서 조사

된 CES-D 점수는 22.34점으로 유력 우울증에 해당한다. 이는 요양시설에 입소한 노인 가족의 우울이 높음을 인식하고 이들의 우울을 낮추기 위한 중재가 필요함을 나타낸다. Gaugler 등(2008)은 요양시설노인 가족의 우울을 낮추기 위해 상담과 지지의 중재를 적용하였고 이를 통하여 우울이 감소하였다. 이는 무엇보다 가족을 위한 상담과 지지를 통한 중재는 입소 시부터 가족을 간호의 대상으로 포함하고 이들의 우울을 낮추기 위한 적극적인 중재의 중요성을 나타내는 결과였다.

선행연구에서 노인 가족의 우울에 영향을 미치는 요인으로 교육 수준, 경제 상태 그리고 입소 시 노인의 적극적인 의사참여 여부가 보고되었다(Majerovitz, 2007; Sury et al., 2013; Tsai & Tsai, 2013). 본 연구에서 우울에 영향을 주는 요인은 노인의 요양시설 입소 결정에 대한 참여와 노인 가족의 부양죄책감으로 나타났다. 노인의 요양시설 입소에 대한 결정시 적극적인 참여는 노인의 요양시설 입소 후의 적응을 위해서도 매우 중요한 요소이다. 의사 결정 참여는 요양시설 입소 후 생활에서 자율성을 비롯한 일상생활에 대한 다양한 선택의 기회를 부여하게 하고 자신의 삶을 독립적으로 인식하게 하도록 영향을 준다(Goh et al., 2009). 이는 요양시설 입소 결정시 노인의 참여로 노인의 긍정적인 적응을 도모하며 노인의 가족의 우울을 낮추는 영향요인으로 유추된다. Sury 등(2013)의 연구에서도 노인의 요양시설 입소 결정에 대한 참여의 중요성에 대해서 기술하였으며 노인의 인지 손상 여부와 상관없이 노인의 요양시설 입소에 대한 의사 결정 참여의 기회를 제공해야 한다고 주장하였다. 이를 통하여 노인, 노인 가족, 요양시설이 노인의 요양시설 입소 전부터의 적극적이고 긍정적인 입소를 준비하게 되며 이를 통해 요양시설 입소라는 가족 위기를 능동적으로 대처하며 긍정적인 노인과 가족의 적응을 도모할 수 있다. Lee 등(2010)의 요양시설 입소 노인과 가족에 대한 연구를 보면 요양시설 입소에 대한 노인과 가족의 수동적인 대응은 노인의 부적응, 가족 간의 갈등과 죄책감, 우울을 초래하여 요양시설 입소 후 노인과 가족의 긍정적인 관계형성을 저해하는 요인이 되기도 한다. 이를 위해서는 정책적인 차원에서 노인에게 입소에 관한 의사결정에 참여의 중요성을 교육 홍보하며 이를 위한 적극적인 지원과 중재가 요구되어진다.

우리나라에서는 2008년도 장기요양제도의 도입으로 인해 요양시설의 수와 입소하는 노인의 수도 급격히 증가하고 있으며 요양시설의 노인과 가족에 대한 연구도 본격화되기 시작하였다. 하지만 아직도 요양시설 내 노인의 가족에 대한 연구는 부족한 상태이며 무엇보다 요양시설 내의 가족의 역할과 중요성에 대한 연구는 미비한 상태이다. 요양시설에서 노인과 노

인 가족이 지속적으로 의미 있는 관계를 유지하며, 긍정적인 적응을 위해 노인 가족에 대한 깊이 있는 이해가 필요하다. 이를 위해서는 노인 가족이 요양시설 입소 노인의 삶의 질과 긍정적인 적응을 위한 가장 중요한 치유환경의 요소임을 인식하여야 하며 노인 가족은 방문자로서의 역할이 아닌 동반자적인 관점과 간호 대상자로서의 인식변화가 요구되어진다. 무엇보다 요양시설 입소 노인 가족이 경험하는 우울에 대해 이해하며 부양죄책감은 우울에 중요한 예측요인임을 파악하고 노인 가족의 부양죄책감을 낮출 수 있는 중재와 연구가 필요하다. 이를 위해서는 요양시설노인 가족이 경험하는 부양죄책감과 노인 가족의 부양에 대한 정신적 육체적 부담감을 줄일 수 있는 중재와 국가적인 지원과 홍보가 필요하다. 또한, 노인의 가족 역시 요양시설에서 간호가 필요한 대상자임을 파악하고 그들이 경험하고 있는 부정적인 정서인 부양죄책감과 우울을 낮출 수 있는 다양한 프로그램과 중재가 개발되어야 한다.

결론 및 제언

본 연구는 요양시설에 입소한 노인 가족이 경험하는 부양죄책감과 우울에 대해서 알아보고 우울 관련 예측요인을 규명하고자 시행되었다. 이를 통하여 노인 가족의 우울을 경감시키기 위한 중재와 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 한다.

본 연구의 결과, 요양시설에 입소하는 노인의 가족은 유력 우울군에 해당하였다. 우울 관련 예측요인으로는 노인의 요양시설 입소 시 의사결정 참여 여부와 노인 가족의 부양죄책감이었다. 요양시설노인 가족의 우울을 낮추기 위해서는 노인의 인지능력이나 질병의 상태와 상관없이 노인이 입소에 대해 적극적으로 의사결정에 동참하게 함이 요구되어진다. 이를 위해 노인이 요양시설 입소에 관한 의사결정에 참여할 수 있도록 입소 전부터 노인과 가족에게 교육이 필요하며, 노인에게 입소에 대한 의사결정 참여의 기회가 제공되어야 한다. 또한 요양시설에 입소한 노인의 가족이 경험하는 부양죄책감을 낮추기 위한 중재가 필요하다.

본 연구결과, 노인의 요양시설 입소로 인해 노인과 가족은 인생 후반기의 변환적인 위기 사건을 경험하게 되며, 요양시설 입소 후 노인과 가족의 긍정적인 적응을 돕기 위한 가족 역할의 중요성에 대해 파악하여야 한다. 요양시설에서 노인의 가족은 노인의 건강, 안녕 그리고 삶의 질을 향상시키는 일차적 치유환경 요소로서 중요한 역할을 하므로 요양시설에서 가족에 대한 동반자적인 인식 변화가 요구되어진다. 뿐만 아니라 요양시설에 입소한 노인 가족이 경험하고 있는 부양죄책감

과 우울을 낮추기 위한 지속적인 연구와 중재 프로그램의 개발이 요구되어진다. 이를 위해서는 요양시설에 입소한 노인 가족을 단순한 노인의 방문자의 관점이 아닌 간호가 필요한 대상자로서의 인식변화가 필요하다.

본 연구결과를 토대로 다음과 같이 제안하고자 한다.

첫째, 요양시설 입소 전 노인과 가족의 긍정적인 관계가 지속될 수 있도록 친밀도를 높일 수 있는 중재가 필요하다.

둘째, 요양시설 입소 전 노인과 가족의 긍정적인 적응을 위하여 요양시설 입소에 대한 노인의 의사결정 참여에 대한 중요성을 높이고 적극적인 참여를 위한 교육과 중재 개발이 필요하다.

셋째, 요양시설에 입소한 노인의 가족 역시 간호의 대상으로 파악하며 이들이 경험하는 부양죄책감과 우울을 낮추기 위한 간호중재 프로그램 개발이 필요하다.

넷째, 요양시설에서 시설장을 포함한 직원들이 요양시설에서 가족 역할의 중요성을 인지할 수 있는 연구와 교육 프로그램 개발이 필요하다.

다섯째, 요양시설 입소 노인의 가족을 돌봄의 대상으로 포함하며 그들이 경험하는 우울을 낮출 수 있는 후속 연구와 정책적인 지원이 필요하다.

REFERENCES

- Brodsky, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*(2), 217-228.
- Brown, J. (2012). *The most difficult decision: Dementia and the move into residential aged care* (Discussion Paper No. 5). North Ryde, NSW: Alzheimer's Australia NSW.
- Chon, K. K., Choi, S. C., & Yang, C. Y. (2001). Integrated adaptation of CES-D in Korea. *Korean Journal of Health Psychology, 6*(1), 59-76.
- Davis, J. D., Tremont, G., Bishop, D. S., & Fortinsky, R. H. (2011). A telephone-delivered psychosocial intervention improves dementia caregiver adjustment following nursing home placement. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 26*(4), 380-387.
- Gaugler, J. E., Roth, D. L., Haley, W. E., & Mittelman, M. S. (2008). Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University caregiver intervention study. *Journal of the American Geriatrics Society, 56*(3), 421-428.
- Goh, J., Hwang, I., & Oh, H. (2009). The experiences of the newly admitted elderly residents in nursing home. *Journal of the Korean Gerontological Society, 29*(2), 477-488.
- Gonyea, J. G., Paris, R., & de Saxe Zerden, L. (2008). Adult daughters and aging mothers: The role of guilt in the experience of caregivers burden. *Aging & Mental Health, 12*(5), 559-567.
- Hennings, J., Froggatt, K., & Payne, S. (2013). Spouse caregivers of people with advanced dementia in nursing homes: A longitudinal narrative study. *Palliative Medicine, 27*(7), 683-691.
- Hong, S.-W., & Son, H.-M. (2007). Family caregivers' experiences utilizing a nursing home for their elderly family members. *Journal of Korean Academy of Nursing, 37*(5), 724-735.
- Lee, H. S. (2012). Caregiver burden in caring for elders before and after long-term care service in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing, 42*(2), 236-247.
- Lee, J. Y., & Kim, Y. A. (2009). Relationship between family burden, family support depression, and satisfaction of the elderly caregiver. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 20*(1), 41-48.
- Lee, Y. J., Kim, J. H., & Kim, K. B. (2010). An ethnography on stigma of families having old people admitted to nursing home in Korea. *Journal of the Korean Gerontological Society, 30*(3), 1005-1020.
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacobba, C., & Romero-Moreno, R. (2010). Development and validation of the Caregiver Guilt Questionnaire. *International Psychogeriatrics, 22*(4), 650-660.
- Majerovitz, S. D. (2007). Predictors of burden and depression among nursing home family caregivers. *Aging and Mental Health, 11*(3), 323-329.
- Mast, M. E. (2012). To use or not to use: A literature review of factors that influence family caregivers' use of support services. *Journal of Gerontological Nursing, 39*(1), 20-28.
- Miller, E. A., Rosenheck, R. A., & Schneider, L. S. (2012). Caregiver burden, health utilities, and institutional service use in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 27*(4), 384-393.
- Ministry of Health and Welfare. (2012). 2011 Elderly Survey (Issue No. 11-1352000-000672-12). Seoul: Author.
- Ministry of Health & Welfare. (2014, June 17). *Publication of '2013 statistical yearbook on the long-term care insurance for the elderly'*. Retrieved August 4, 2014, from http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=301390&page=1
- Park, J. H., & Kim, K. W. (2011). A review of the epidemiology of depression in Korea. *Journal of the Korean Medical Association, 54*(4), 362-369.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression

- scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Roach, L., Laidlaw, K., Gillanders, D., & Quinn, K. (2013). Validation of the Caregiver Guilt Questionnaire (CGQ) in a sample of British dementia caregivers. *International Psychogeriatrics*, 25(12), 2001-2010.
- Sansoni, J., Anderson, K. H., Varona, L. M., & Varela, G. (2013). Caregivers of Alzheimer's patients and factors influencing institutionalization of loved ones: Some considerations on existing literature. *Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunità*, 25(3), 235-246.
- Seeher, K., Low, L. F., Reppermund, S., & Brodaty, H. (2013). Predictors and outcomes for caregivers of people with mild cognitive impairment: A systematic literature review. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 9(3), 346-355.
- Son, J.-H., & Yang, N.-W. (2012). A study on characteristics of considering healing environmental concept in domestic healthcare architectures schematic design - Focusing on the prizewinner of healthcare architecture design competition since 2000. *Journal of the Architectural Institute of Korea Planning & Design*, 28(7), 125-132.
- Statistics Korea. (2012, September 27). *2012 Statistics on the aged*. Retrieved May 27, 2013, from http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=260368
- Stone, L. J., & Clements, J. A. (2009). The effects of nursing home placement on the perceived levels of caregiver burden. *Journal of Gerontological Social Work*, 52(3), 193-214.
- Sury, L., Burns, K., & Brodaty, H. (2013). Moving in: Adjustment of people living with dementia going into a nursing home and their families. *International Psychogeriatrics*, 25(6), 867-876.
- Tsai, H. H., & Tsai, Y.-F. (2013). Prevalence and factors related to depressive symptoms among family caregivers of nursing home residents in Taiwan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(7), 1145-1152.
- Tyrrell, J., Genin, N., & Myslinski, M. (2006). Freedom of choice and decision-making in health and social care: Views of older patients with early-stage dementia and their carers. *Dementia*, 5(4), 479-502.
- Yun, E.-G. (2010). A research on the how caregiving burden for the frail elder effect on caregiver's guilt: Comparing between home-care elderly and nursing home elderly. *Journal of Welfare for the Aged*, 47, 289-307.