

노인의 돌봄전이유형이 건강에 미치는 영향: 라이프코스 관점의 적용*

Effect of Care Transition Types on Elder Health: Applying the Life Course Perspective

국립재활연구소
연구원 류주연**

National Rehabilitation Research Institute
Researcher Ryu, Juyeon

〈목 차〉

I. 연구의 필요성	IV. 결과분석
II. 이론적 배경	V. 결론
III. 연구방법	참고문헌

〈초록〉

본 연구의 목적은 라이프코스 관점을 적용하여 배우자를 돌보는 노인의 돌봄전이유형이 건강에 미치는 영향을 분석하는 것이다. 구체적으로 돌봄전이유형은 ①비돌봄→비돌봄, ②비돌봄→돌봄, ③돌봄→돌봄, ④돌봄→비돌봄으로 구분하였고 건강은 신체적 건강과 우울로 살펴보았다. 한국고용정보원의 고령화연구패널(KLoSA) 2-6차 자료(2008-2016년)를 재구성한 후 총 3,987명으로부터 10,199건의 관찰값을 도출하였다. STATA 16.0 프로그램을 활용해 패널분석모형으로 분석하였다. 분석결과, 신체적으로는 ‘비돌봄→비돌봄’일 때 보다 ‘비돌봄→돌봄’과 ‘돌봄→비돌봄’에서 건강이 낮아졌다. 정신적으로는 ‘비돌봄→돌봄’과 ‘돌봄→돌봄’에서 우울이 높아지는 것으로 나타났다. 이러한 결과를 토대로 노년기 배우자돌봄제공자가 신체적 건강과 우울을 증진할 수 있는 방안을 제언하였다.

주제어 : 노인, 돌봄전이유형, 신체적 건강, 우울

〈Abstract〉

This study uses the life course perspective to analyze the health effects of care transition types on elderly persons who care for their spouses. To this end, the care transition types were divided into ① non-care→non-care, ② non-care→care, ③ care→care, and ④ care→non-care, and health was defined as physical health and the absence of depression. The study used the second through sixth datasets(2008-2016) from the Korea Longitudinal Study of Aging. This resulted in 10,199 observations from 3,987 persons, which were analyzed as a panel analysis model using the STATA16.0 program. The analysis found that physical health was lower in the non-care→care and care→non-care transition types than in the non-care→non-care type. Depression increased in the non-care→care and care→care types. These results suggest that practical and social measures are needed to improve physical health and depression in the elderly who are providing care for their spouses.

Key words : elderly persons, care transition types, physical health, depression

*본 연구는 저자의 2020년 박사학위논문에서 제시한 연구의 한계 및 후속연구를 위한 제언 등을 반영하여 전면 재분석하여 작성하였음.

**주저자, 교신저자 : 류주연(juyeon16@gmail.com)

I. 연구의 필요성

노인에 대한 사회적 돌봄이 강화되고 있지만 돌봄제공자로서 가족의 역할은 여전히 중요하다. 특히, 커뮤니티케어 등 지역사회중심의 돌봄을 지향하는 사회적 기조에서 가족이 갖는 의미는 더욱 강조될 수밖에 없다. 가족의 협력과 참여가 중요한 만큼 돌봄제공자로서의 역할이 가족구성원의 삶에 어떤 영향을 미치는지에 대한 충분한 이해가 필요한 것이다.

일반적으로 다수의 연구에서 돌봄제공자가 경험하는 어려움이 보고되고 있다. 가족을 돌보는 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 삶의 만족도가 낮고 우울이 높으며 신체적으로도 건강하지 않다는 것이다(김민정 외, 2017; 김영란·김영일·김민정, 2017; 김주현, 2016; 이서연, 2017; Pinquart & Sorensen, 2003). 하지만 일부 연구를 중심으로 도출된 돌봄제공의 긍정적인 영향은(박주희, 2017; 이현주, 2005; Moen, Robinson & Dempster-McClain, 1995) 돌봄을 제공하는 것이 부정적인 결과로 귀결되지는 않는다는 것을 뒷받침한다. 돌봄제공자의 경험은 다양할 수 있는 것이다(Ghosh, 2010).

돌봄제공자의 현실을 살펴보기 위한 방법 중 하나는 돌봄경험을 과정으로 접근하는 것이다. 이러한 시각에서 돌봄제공자는 단지 돌봄을 제공하는 행위를 하는 사람이 아니라 처음 돌봄제공자가 되어 끝날 때까지의 전체적인 과정을 경험하는 사람으로 이해된다. 이는 돌봄제공자가 돌봄과정의 어디에 위치하고 있는가에 따라 경험이 달라질 수 있다는 것을 보여줌으로써 돌봄제공자의 경험을 다각적으로 살펴보는 것을 가능하게 한다.

본 연구에서는 돌봄과정을 이해하기 위해 돌봄전이라는 개념을 적용하였다. 돌봄전이는 돌봄제공이라는 장기적인 과정에서 발생하는 역할, 정체성 등의 변화를 의미하는 것으로 돌봄전이의 적용을 통해 돌봄과정을 단계적으로 구분해서 살펴볼 수 있다(Gitlin & Wolff, 2011). 이는 돌봄경험이 고정되지 않은 것임을 보여주며 돌봄과정에서 나타나는 여러 번의 전이에 따른 차이에 주목할 수 있게 한다. 실제 관련 선행연구에서는 돌봄제공자가 되거나 지속, 종결할 때와 같은 상황에서 돌봄제공자의 경험이 달라진다는 결과를 통해 돌봄전이가 가지고 오는 변화를 설명하고 있다(류주연, 2020; 이서연, 2018; Liu & Lou, 2017).

한편, 노인을 돌보는 가족이라 할지라도 노인과 가족구성원 간의 관계에 따라 경험은 차이가 있다. 배우자, 자녀 등 가족 구성원에 대한 기대가 달라 부모를 돌보는 것과 배우자를 돌보는 것, 형제나 자매를 돌보는 것 등이 상이한 경험으로 나타나기 때문이다(Liu & Lou, 2017). 그 중에서도 노인을 돌보는 배우자돌봄제공자에 주목할 필요가 있다. 이들은 주로 노년기에 속하는 경우가 많으며, 부부관계가 갖는 독특한 특성에 따라 상대에 대한 돌봄의 책임과 부담이 크기 때문이다(Hirst, 2005;

Liu & Lou, 2017; Seltzer & Li, 1996). 또한 오늘날 사회구조의 변화로 자녀에 의한 돌봄은 감소하고 배우자 돌봄이 늘어나고 있는 추세를 감안했을 때 배우자에 의한 돌봄 중요성이 더욱 강조될 가능성이 높다. 실제 서울시 조사에서는 치매노인을 돌보는 주돌봄자의 35%가 배우자로 가장 많은 비중을 차지하였으며(이동영 외, 2014), 노인실태조사에서도 노인의 62.1%가 배우자를 돌본다고 응답하고 있어(정경희 외, 2017) 배우자 돌봄에 대한 관심은 앞으로 더욱 중요해질 것으로 예상할 수 있다.

이러한 상황에서 노인을 돌보는 배우자돌봄제공자는 노년기 심신 기능의 쇠퇴와 돌봄부담의 이중고를 경험할 가능성이 높다는 점을 주지해야 할 것이다. 이는 배우자 돌봄제공자로서의 삶에서 건강이 갖는 중요성을 뒷받침하는 것으로 건강의 위협이 높은 만큼 건강에 대한 관심이 필요하다는 것을 보여준다. 더불어 돌봄제공자의 건강은 돌봄제공자 개인의 삶에 있어서만이 중요한 것이 아니다. 돌봄제공자의 건강이 돌봄의 질을 결정지을 수 있다는 점에서 돌봄대상자의 삶을 고려했을 때에도 관심 있게 다루어져야 하기 때문이다(Monahan & Hooker, 1995).

이를 종합하여 본 연구는 라이프코스 관점을 적용하여 배우자를 돌보는 노인이 돌봄과정에서 겪는 돌봄전이에 관심을 두고 건강과의 관계를 살펴보고자 한다. 라이프코스 관점의 적용은 돌봄을 사건으로 보는 시각에서 벗어나 과정으로 접근해야 함을 이론적으로 설명하고 전이의 개념을 통해 과정에서 나타나는 변화에 체계적으로 접근하면서 본 연구에 중요한 방향을 제시한다. 나아가 라이프코스 관점은 가족 간의 삶이 서로 연결되어 있으며, 생애주기나 시간성 등에 따른 차이를 보여주어 노년기라는 특정 시기에 배우자를 돌보는 사람에 대한 체계적인 접근이 필요하다는 것을 보여줄 수 있다. 따라서 본 연구에서는 돌봄전이유형이 건강에 미치는 영향은 어떠한가를 연구질문으로, 돌봄전이를 돌봄제공자로서 역할 변화에 따라 구분하여 노년기 배우자돌봄제공자가 경험하는 돌봄전이유형이 신체적·정신적 건강에 어떤 영향을 주는 지 확인하고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 라이프코스 관점과 돌봄전이의 연구

본 연구는 라이프코스 관점을 적용하여 구체화한다. 라이프코스 관점은 시간(time), 맥락(context), 과정(process)을 통해 인간의 생을 다면적이고 역동적으로 이해하면서(Elder, 1994, p.4-5) 삶을 '단일 사건(single event)'이 아닌 시간의 흐름에 따

라 움직이고 변화하는 과정으로 바라본다(한경혜, 2008; Moen et al., 1995). 이에 과정에서 나타나는 시간성과 맥락을 고려하는 데, 시간성은 시간의 흐름에 따라 삶이 변화한다는 것을(Elder, Johnson & Crosnoe, 2003), 맥락은 개인과 가족, 지역 사회, 사회제도 등 환경과의 관계로 개인을 사회구조 안에서 바라보아야 함을 의미한다(Mayer, 2003; Moen et al., 1995). 그 결과, 개인은 성장과 노화를 거쳐 변화하며 교육이나 노동, 가족 등 사회적 영향 하에서 자신의 라이프코스를 만들게 된다(Elder et al., 2003).

본 연구에 있어 라이프코스 관점은 어떤 방향을 제시할까? 이를 크게 시간성과 맥락의 두 가지 측면으로 살펴볼 수 있다.

첫째, 라이프코스 관점의 시간성은 돌봄제공자의 돌봄경험을 과정으로 접근하면서 돌봄전이의 중요성을 설명한다. 돌봄제공자가 되는 것은 단일한 사건이 아니며 장기간 이어지는 과정이다. 따라서 돌봄제공자의 경험은 시간의 흐름과 함께 변화하게 된다. 이를 설명하는 개념이 궤적과 전이이다. 전이는 단기적으로 하나의 상태에서 다른 상태로 변화하는 것을 말하며 궤적은 전이들이 연결된 장기적인 과정을 의미하는 것으로 하나의 궤적은 여러 번의 전이로 이루어진다(Elder, 1995). 즉, 전이는 장기적인 궤적에서 나타나는 단기적인 변화에 주목하는 것으로 역할의 획득이나 종결, 상태의 변화 등에 따라 삶의 구조가 변화한다는 것을 설명한다. 그 결과 돌봄제공자는 돌봄을 제공하면서 여러 번의 전이를 경험하게 되며 돌봄제공자의 건강이 전이에 따라 달라질 수 있는 것이다. 이처럼 라이프코스 관점의 적용은 돌봄제공자의 건강을 이해하기 위해서는 돌봄전이가 미치는 영향을 고려하는 것이 필요하다는 것을 설명한다.

관련하여, 돌봄전이의 개념과 특성은 실제 돌봄전이와 관련된 연구를 통해서도 확인할 수 있다. Blank(2017)는 돌봄전이를 생활상, 조건, 지위가 기존과 다르게 변화하는 경로로 정의하였고, Gitlin & Wolff(2011)는 시간적 속성을 가진 복잡하고 역동적인 과정으로 이해하였다. Firbank & Johnson-Lafleur(2007)는 개인을 둘러싼 삶의 조건이나 맥락에 의해 영향을 받는다는 점을 근거로 돌봄의 과정에서 나타나는 변화와 적응의 과정으로 설명하였다. 주로 돌봄전이가 돌봄 과정에서 나타나는 특정 변화라는 것을 확인할 수 있으며, 이전과 다르다는 점에서 전후를 비교해 변화를 확인하여 시간적 속성을 가진 역동적인 개념임을 보여준다. 이에 돌봄전이를 다룬 일부 연구자들은 두 시점 사이에서 돌봄제공자로서의 역할변화로 돌봄전이를 이해하고 있다. 구체적으로 비돌봄상태의 유지, 돌봄시작으로의 변화, 돌봄지속의 유지, 돌봄종결로서의 변화가 그것이다. 다만 연구자들에 따라 모두 포함하거나(류주연, 2020; Kaufman et al., 2018; Liu & Lou, 2017) 시작과 종결과 같이 역할의 변화가 가시적으로 드러나는 부분만 전이로 이해하기도 한다(이서연, 2018; 조규영·전혜정, 2011). 일부 차이는 있을지라도 이러한 접근은 돌봄제공자가 아니었던 개인이 돌봄

제공자로서의 역할을 부여받고 종결하는 데에 이르는 전반적인 과정을 모두 아우를 수 있게 한다.

둘째, 라이프코스 관점에서는 개인의 인구학적 특성만이 아니라 가족, 사회적 환경 등 다양한 맥락을 고려해야 함을 설명한다. 돌봄제공자로서의 경험은 하나의 요인에 따라 결정되는 것은 아니다. 돌봄전이를 비롯하여 돌봄제공자가 돌봄과정에서 겪게 되는 다양한 환경적 영향이 돌봄제공자의 건강에 직·간접적으로 영향을 미치게 된다(한경혜, 2008). 특히, 맥락이 가지고 있는 시간성을 고려하는 것이 중요해 돌봄전이가 발생했다는 것 외에도 돌봄전이가 일어나기 이전의 상황을 반영하는 것이 필요하다. 돌봄전이가 이루어진 결과만이 아니라 초기의 돌봄제공자가 가지고 있는 인구학적인 특성이나 가족의 특성, 사회적 관계 등이 돌봄전이를 결정하는 것은 물론 돌봄전이에 따른 경험에 영향을 미치기 때문이다.

이를 종합하여 본 연구에서는 돌봄전이를 돌봄과정에서 특정 역할의 시작이나 종결, 혹은 상태변화 등 특정 전환을 거치며 이전 상태와는 다른 새로운 적응이 필요한 단기적인 과정이라고 정의하고자 한다. 이는 돌봄제공자의 역할변화에 따라 다양한 전이가 발생할 수 있음에 기초한 것이다. 동시에 돌봄전이가 건강에 미치는 영향을 제대로 확인하기 위해 개인을 둘러싼 다양한 맥락을 고려할 것이다.

2. 노년기 배우자돌봄제공자의 건강과 돌봄전이 간의 관계에 대한 선행연구 고찰

WHO(1946)는 건강을 단지 질병이 없거나 쇠약하지 않는 것이 아니라 신체적·정신적·사회적으로 완전히 안녕(well-being)한 상태로 정의한다(WHO, 2014 ‘재인용’). 또한 최근의 논의에서는 WHO의 건강개념이 갖는 개념에 더하여 건강의 역동적 특성을 강조하고 있다. 역동이란 자기 자신을 관리하고 적응할 수 있는 능력을 의미하는 것으로(Huber et al., 2011) 개인의 생애주기, 능력, 사회문화적 영역에서 발생하는 다양한 욕구와 이의 충족이라는 역동적 관계에 대한 이해를 강조한다(Nordenfelt, 2001; Bircher, 2005 ‘재인용’).

노년기에 배우자를 돌보는 상황에서 발생하는 욕구는 돌봄제공자의 다면적인 안녕 즉, 건강과 밀접한 관련이 있다. 노년기라는 생애주기가 노화로 인해 심신기능의 저하가 발생하는 시기이기 때문이다. 더불어 노화와 함께 돌봄제공의 역할로 인한 부담이 건강 악화를 초래할 수 있다는 점에서 건강의 중요성이 상당히 높아진다. 무엇보다 돌봄제공자를 다룬 84편의 선행연구를 분석한 Pinguart & Sorensen(2003)은 돌봄제공자는 돌봄을 제공하지 않는 사람들에 비해 건강이 나쁘다는 것을 주장하였으며, 일각에서는 돌봄제공자를 ‘숨겨진 환자(hidden patient)’라 명하면서 돌봄대상자에 가려져 열악한 건강상태가 보이지 않지만 실질적으로는 환자라며 이들에 대한 관심을 촉구하였다(Fengler & Goodrich, 1979). 특히 부부관계에서 돌

봄이 발생할 때 다른 가족돌봄제공자에 비하여 건강이 더욱 나빠진다는 우려가 제기되고 있다는 점도 간과할 수 없다. 부부는 결혼을 통해 상호의존적인 동반자적 관계를 토대로 가정을 꾸려왔고 노후를 설계해왔으나 어느 한쪽이 돌봄대상자가 되면서 기존의 역할과 균형이 와해되고 이로 인해 상대에 대한 책임감과 상실감 등이 나타나게 된다(Monahan & Hooker, 1995; Seltzer & Li, 1996). 배우자 돌봄제공자는 다른 관계의 가족돌봄제공자에 비해 우울하고(Pinquart & Sorensen, 2003), 삶의 만족도는 낮으며(김민정 외, 2017; 조규영·전혜정, 2011) 신체적 부담이 크다(이서연, 2017; Pinquart & Sorensen, 2003; Seltzer & Li, 2000)는 선행연구의 결과는 이를 뒷받침한다. 다만, 일부에서는 돌봄을 제공할 때 건강이 더욱 좋다는 긍정적인 결과가 보고되고 있어 배우자 돌봄제공자의 건강에 있어서도 나쁘다고 단정하기 보다는 다각적으로 접근하는 것이 필요하다(Kramer & Lambert, 1999).

최근 돌봄전이를 주제로 한 연구가 이루어지면서 돌봄전이가 건강에 미치는 영향이 일부 보고되고 있다(류주연, 2020; 이서연, 2018; 조규영·전혜정, 2011; Kaufman et al., 2018; Liu & Lou, 2017). Kaufman et al.(2018)의 연구에서는 비돌봄상태를 유지하는 때에 비하여 돌봄에 시작하고 종결할 때, 그리고 지속할 때 모두 우울이 높아지는 것으로 나타났다. Liu & Lou(2017)의 연구에서는 돌봄지속에서는 유의하지 않았고 돌봄을 시작하게 되고 종결하게 될 때만 비돌봄을 유지하는 경우에 비해 우울이 높았다. 조규영과 전혜정(2011)은 돌봄시작으로의 전이만을 연구하면서 비돌봄을 유지하는 경우에 비해 돌봄을 시작할 때 우울이 높아지고 삶의 만족도가 낮아지는 것을 확인하였다. 대부분의 선행연구가 정신적 영역에 집중한 것에 비하여 이서연(2018)과 류주연(2020)은 건강을 다면적으로 접근하여 신체적 건강과 우울을 모두 확인하고 있다. 이서연(2018)은 비돌봄을 유지하는 경우에 비해 돌봄을 시작할 때 신체적 건강과 우울이 악화되고, 돌봄을 지속할 때에 비해 돌봄을 종결할 때는 우울이 완화된다고 보았다. 다만, 이서연(2018)의 연구는 노년기 배우자 돌봄제공자만이 아니라 중년기를 포함해 노인을 돌보는 가족돌봄제공자 모두가 대상이라는 차이가 있다. 또한 비돌봄지속과 돌봄시작, 돌봄지속과 돌봄종결을 구분해 분석함으로써 돌봄과정에서 돌봄지속이 갖는 특성을 반영하지 않았다. 류주연(2020)의 연구에서는 신체적 건강은 비돌봄유지에 비해 돌봄시작과 돌봄지속, 돌봄종결이 모두 나쁘고, 우울은 돌봄시작에서 높았으나 돌봄종결에서는 낮은 것으로 나타났다. 다만, 비돌봄유지, 돌봄시작, 돌봄지속, 돌봄종결의 모든 부분을 다루었으나 일반화된 추정방정식으로 분석함으로써 비돌봄유지형과의 차이에 주목하여 전이의 영향에 대한 해석에 한계가 있으며 연구대상이 전 기간 부부가 모두 지역사회에 거주하는 경우로 한정되어 있었다는 제한이 있다(류주연, 2020).

구체적으로, 비돌봄상태를 유지하는 것에 비하여 돌봄으로의 시작이나 종결은 유의한 차이가 있는 경향이 많았다(류주연, 2020; 이서연, 2018). 대부분 시작은 일관적으로 건강이 악화되는 결과로 나타났으나(류주연, 2020; 이서연, 2018; 조규영·전혜정, 2011; Dunkle et al., 2014; Kaufman et al., 2018) 종결에서는 돌봄을 종결함으로써 악화되는 것만이 아니라 우울이 완화되기도 하면서 보다 다양한 결과가 보고되고 있다(류주연, 2020; 이서연, 2018; Dunkle et al., 2014; Kaufman et al., 2018). 반면, 물리적 역할의 변화가 없었던 돌봄지속은 나빠진다는 보고와 함께 유의한 결과가 나타나지 않았던 결과도 찾아볼 수 있다(류주연, 2020; Dunkle et al., 2014; Kaufman et al., 2018; Liu & Lou, 2017). 이는 본 연구의 필요성에서도 언급했듯이 돌봄전이에 따라 돌봄제공자의 경험이 부정적으로 혹은 긍정적으로 달라질 가능성이 높다는 것을 일정부분 설명한다. 즉, 돌봄의 과정 중에서 전이에 따라 결과가 달라질 수 있다는 것이다. 그러나 이러한 선행연구의 결과만으로는 노년기 배우자돌봄제공자의 신체적·정신적 건강이 돌봄전이유형에 따라 어떤 차이를 보이는지를 설명하기에는 한계가 있다. 따라서 본 연구에서는 건강을 개인의 다면적 영역에서의 안녕으로 정의하고 이를 신체적·정신적 건강으로 구분하여 돌봄전이유형과의 관계를 확인하고자 한다.

III. 연구방법

1. 연구자료 및 연구자료 구축

본 연구는 한국고용정보원(2018)이 구축한 고령화연구패널(KLoSA) 2~6차(2010~2016년) 자료를 이용하였다. 고령화연구패널은 2006년부터 제주도를 제외한 전국의 만 45세 이상자 중 일부를 임의표집방법으로 선정하여 2년마다 조사한 자료이다(한국고용정보원, 2018). 분석을 위하여 5개의 개별 자료를 t시점, t+1시점의 서로 연속된 두 자료씩(2&3차, 3&4차, 4&5차, 5&6차) 패널 개체별로 연결한 후 이를 최종적으로 하나의 자료로 결합하였다. 1차 자료를 활용하지 않은 것은 신체적 건강을 측정하기 위한 일부 변수가 포함되어 있지 않기 때문이다. 본 연구는 배우자를 돌보는 노인이 경험하는 돌봄전이유형에 따른 건강을 살펴보고자 하는 것으로 연구대상과 선정은, 첫째, t시점 기준 배우자가 있는 만 60세 이상의 노인으로 한정하였다. 단, 배우자의 건강상태가 연구의 주요 변수이기에 부부를 연결하여 변수를 활용하고자 t시점에서 배우자도 KLoSA의 참여자인 경우로 제한하여 t시점에서 부부가 모두 패널조사의 참여자라는 특성을 갖는다. 둘째, 돌봄전이유형을 확인하기 위해 다음과 같은 조건을 적용하였다. 최소 연속된 두 조사에 모두 참여한 자를 선정하여 각 응답자의 배우자 돌봄유무를 확

인하였다. 이 때 부부 관계에서는 배우자를 돌보는 것이 원래 부터 지속하던 지원이나 도움으로 생각해 돌봄제공자임에도 불구하고 스스로를 돌봄제공자로 인식하지 못하는 경우가 있다(Seltzer & Li, 1996). 이에 ① 스스로를 돌봄제공자로 인식하는 경우와 ② 돌봄을 받는다고 응답한 사람의 배우자를 추적하는 두 가지 방법으로 돌봄제공자를 선정하였다. 또한 배우자의 다른 가족을 돌보는 경우는 제외하였다. 이런 과정을 거쳐 총 3,987명을 선정하여 10,199건의 관찰값을 도출하였다. 자료는 시간갭이 있는 불균형 패널의 형태이다.

2. 변수의 측정

1) 종속변수: 건강

종속변수인 건강은 t+1시점의 신체적 건강과 정신적 건강으로 측정하였다. 먼저 신체적 건강은 주관적 신체적 건강으로 측정하였다. 이는 개인이 자신의 건강수준을 평가하는 것은 객관적 건강까지 편향되지 않게 보여준다고 알려져 있으며(Wright et al., 1999), 특히 노인의 경우 신체적 기능이 쇠퇴하는 시기라는 점에서 객관적 지표보다는 주관적 문항을 살펴보는 것이 신체적 건강수준을 확인하는 데에 적합할 것으로 판단하였기 때문이다. 주관적 신체적 건강은 신체적 건강을 대표하는 지표로 활용하는 바, 편의상 이하 신체적 건강으로 표기하였다. 이를 위하여 Monahan & Hooker(1995)의 척도를 참고하여 5개 질문에 대한 평균으로 측정하였다.; (1)본인의 건강 상태에 대해 어떻게 생각하십니까?(‘1=나쁨’~‘5=최상’), (2)신체적인 통증이 있습니까?(‘1=있음’~‘2=없음’), (3)건강상태는 지난 기본조사 당시에 비해서는 어떻습니까? (‘1=매우 나빠짐’~‘5=전혀 그렇지 않다’), (4)건강상태로 인해서 일을 하시는 데 지장이 있으십니까?(‘1=매우 그렇다’~‘5=전혀 그렇지 않다’), (5)동년배의 다른 분들과 비교했을 때, 자신의 건강상태에 대해 어느 정도 만족하고 계십니까?(‘0=100점’). 이 중 5점 척도가 아닌 것은 모두 5점 척도로 환산하여 평균을 도출하였으며 점수가 높을수록 신체적으로 건강한 것을 의미한다. 탐색적 요인분석 결과 5개의 문항이 모두 적합하였고 Cronbach alpha 결과 .78로 신뢰할 수 있다.

정신적 건강은 t+1시점의 우울을 통해 측정하였다. 우울은 정신건강을 보여주는 단면으로(염지혜, 2013) 연령이 증가할수록 우울이 심해해지는 것으로 나타나는 만큼 노인의 정신건강 중에서도 적극적인 관심이 필요한 영역으로 알려져 있기 때문에(신원우, 2011; 이은령·강지혁·정재필, 2013) 정신적 건강을 측정하는 지표로 활용하였다. 우울은 CES-D10의 10개 문항(0~3점)을 활용하였는데 이 중 2개의 긍정적 문항은 역코딩하였다.: 부정지표(귀찮고 괴로운 느낌, 집중이 어려움, 우울하다는 생각이 들, 두려움, 힘듦, 외로움, 어떤 일을 할 엄두가 나지 않음, 잠을 못 잠), 긍정지표(불만없음, 잘 지냄). 각 응답은 평균으로 계산하여 활용하였으며 소수점을 정리하기 위해 10을

곱해 30점 만점으로 변환하였다. Cronbach alpha 결과 .83으로 신뢰수준을 확보하였다. 점수가 높을수록 우울이 높은 것으로 정신적 건강이 나쁜 것이다.

2) 독립변수: 돌봄전이유형

배우자돌봄제공자의 돌봄전이유형은 t시점과 t+1시점에서 돌봄제공자로서의 역할 변화에 따라 이를 위하여 t시점에 돌봄여부(비돌봄=0, 돌봄=1)와 t+1시점의 돌봄여부(비돌봄=0, 돌봄=1)를 확인하여 4가지 유형으로 구분하였다.: (1) ‘비돌봄→비돌봄’, (2) ‘비돌봄→돌봄’, (3) ‘돌봄→돌봄’, (4) ‘돌봄→비돌봄’.

3) 통제변수

통제변수로 선행연구를 토대로(이서연, 2018; 조규영·전혜정, 2011; Connell, 1994; Dunkle et al., 2014; Kaufman et al., 2018; Liu & Lou, 2017; Schulz et al., 2001) 건강에 영향을 미치는 것으로 연구되어 온 t시점의 주요변수(연령, 성별, 배우자의 신체적 건강, 배우자의 정신적 건강, 근로유무, 소득 수준, 부부만족도)를 활용하였다. 특히, t시점의 자료를 활용함으로써 돌봄전이가 이루어지기 전의 상황 등 초기 돌봄제공자의 특성을 반영하는 것이 가능하다. 이 외에도 패널데이터라는 점에서 다 시점 자료의 특성을 반영하는 변수(t시점 건강, t+1시점의 연도효과)를 통제하였다. 연령은 (1)60대, (2)70대, (3)80대 이상으로, 성별은 (1)남성, (2)여성으로 구분하였다. 배우자의 신체적 건강과 우울은 배우자가 직접 응답한 변수를 활용하여 종속변수의 건강과 동일하게 측정하였다. 주로 배우자가 건강하지 않을 때 돌봄의 욕구가 발생하거나 심화되며(Pearlin et al., 1990), 상대의 건강과 연결되는 것으로 나타나고 있다(De Frias, Tuokko & Grossberg, 2005). Cronbach alpha는 신체적 건강이 .76, 우울이 .83이었다. 근로여부는 (1)근로하지 않음, (2)근로함으로 구분하였으며, 소득 수준은 연평균가구 총소득을 활용하여 (1)1000만원 미만, 1000만원 이상~2000만원 미만, 2000만원 이상~3000만원 미만, 3000만원 이상~4000만원 미만, 4000만원 이상~5000만원 미만, 6000만원 이상의 7개 구간으로 구분하여 활용하였다. 부부 만족도는 0~100점으로 측정하였다. 특히, 부부만족도는 배우자 관계에서 돌봄이 이루어지고 있다는 측면에서 중요한 의미를 가진 변수이다. 일반적으로 부부간의 관계가 좋을수록 심신의 건강이 좋은 것으로 보고되고 있으며(Walker & Luszcz, 2009) 이전 부부관계가 현재의 돌봄제공에 영향을 미치기도 하며 돌봄제공자로서의 역할을 선택하는 데에도 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(이순미·김혜경, 2009). 다만 부부관계가 좋을 때 배우자에 대한 기대감이 높았던 만큼 돌봄상황에서는 문제가 되는 경우도 있다(백주희, 2007). 이 외에도 다시점 자료의 특성상 건강은 자기상관이 높은 변수라는 점에서 t시점의 건강수준이 t+1시점의 건강에 밀접한 영향을 줄 가능성이 높아 이를

통제하였다. 종속변수와 동일한 방법으로 구성하였으며 Cronbach alpha는 신체적 건강 .77, 우울 .82였다. 또한 각 시점에서의 관찰되지 않은 영향을 통제하기 위하여 t+1시점을 더미 변수화하여 적용하였다.

3. 분석방법

본 연구자료의 분석을 위해서 STATA 16.0통계패키지를 활용하여 패널분석모형을 실시하였다. 패널분석모형을 활용한 이유는 패널구조에 따른 반복측정된 자료의 특성을 고려하고 이에 따라 나타나는 개체들의 관찰되지 않은 이질성을 모형에서 반영하여 오류를 줄이는 것이 가능하기 때문이다. 본 연구의 추정식은 다음과 같다.

$$\text{건강}_{i(t+1)} = \alpha + \beta_1 \text{돌봄전이}D2_{i,t,t+1} + \beta_2 \text{돌봄전이}D3_{i,t,t+1} + \beta_3 \text{돌봄전이}D4_{i,t,t+1} + \beta_4 X_{i,t} + u_{it}$$

위의 식에서 종속변수인 건강_{i(t+1)}은 t+1시점의 건강으로 건강은 신체적 건강과 우울을 각각 사용하였다. 이에 추정식은 신체적 건강에 대한 식과 우울에 대한 식으로 제시되는 것이다. 독립변수인 돌봄전이는 t시점과 t+1시점 사이에서 나타나는 돌봄제공자로서의 역할변화를 유형화한 것으로 D2, D3, D4의 더미변수로 제시하였다. ‘비돌봄→비돌봄’을 기준으로 D2는 ‘비돌봄→돌봄’, D3는 ‘돌봄→돌봄’, D4는 ‘돌봄→비돌봄’을 각각 의미한다. X_{i,t}는 독립변수 외에 종속변수에 영향을 미치는 것으로 나타나는 통제변수로의 인구사회학적 변수를 포함한다. u는 패널변수가 가지고 있는 개인의 미관찰 이질성이다.

구체적인 분석을 위하여 고정효과모형과 확률효과모형, 합동OLS모형을 각각 분석한다. 이는 패널데이터가 가지고 있는 특성을 고려하여 가장 적합한 분석결과를 추정하기 위함이다. 고정효과와 확률효과모형은 오차성분모형으로 u_{it}인 오차가 시간에 걸쳐 변하지 않는 오차m_{it}와 i와 t에 걸쳐 변하는 e_{it}로 구성되어 있다고 보는 데, 이 때 m_{it}가 종속변수와 상관이 없을 때는 임의효과, 반대로 관련이 있을 때는 고정효과모형이 적합하다(한치록, 2017). 이를 확인하기 위해서는 하우스만검정을 이용하여 결과에 따라 영가설을 기각하게 되면 고정효과모형을 선택하게 된다(한치록, 2017). 본 연구결과 패널개체별로 데이터가 차이가 있어 패널효과를 고려해야 하여 합동OLS는 적합하지 않았으며, 하우스만검정에서는 귀무가설이 기각되는 것으로 나타나 고정효과모형을 중심으로 분석한다(결과분석참고). 다만 고정효과모형은 시간불변변수의 추정량은 도출할 수가 없기 때문에 이러한 경우에 한하여 필요시 합동OLS나 확률효과모형에 근거하여 설명할 것이다.

IV. 결과분석

1. 인구사회학적 특성

KLoSA의 2~6차 자료를 통해 구축한 만60세 이상 노인 3,987명을 반복측정한 개별관찰값 10,199건의 돌봄제공자로서 역할변화와 돌봄제공여부에 따른 인구사회학적 특성은 <표 1>과 같다. 결과는 두 시점에 걸친 돌봄제공자로서의 역할변화를 고려하여 t시점의 돌봄제공여부에 따라 구분하였다. 돌봄제공자와 비돌봄제공자의 기본 특성이 드러날 수 있다는 점에서 특정전이를 경험할 때 나타나는 변화를 간접적으로 확인할 수 있다.

첫째, 노년기에 배우자의 돌봄전이유형의 분포를 확인하고자 t시점과 향후 2년 뒤인 t+1시점에서의 돌봄제공자로서의 역할변화를 살펴보았다. ‘비돌봄→비돌봄’의 경우가 86.37%로 대부분을 차지하였으며, ‘비돌봄→돌봄’은 4.35%, ‘돌봄→돌봄’은 3.95%, ‘돌봄→비돌봄’은 5.32%로 나타났다.

둘째, 비돌봄제공자 중 95.20%는 t+1시점 후에도 비돌봄 상태를 유지하고 있었으며 비돌봄에서 돌봄제공자가 된 경우는 4.80%였다. t시점에서 돌봄제공자인 경우 57.40%는 2년 후인 t+1시점에 더 이상 돌봄을 제공하지 않았으며, 42.60%만이 배우자를 계속 돌보는 것으로 나타났다.

셋째, 연령대는 비돌봄제공자의 경우 60대(51.82%)가 가장 높은 비율을 차지했으며 70대(40.37%), 80대 이상(7.81%)순이었지만 돌봄제공자는 70대(49.26%)가 가장 많았고 60대(33.72%), 80대 이상(17.02%) 순으로 차이가 있었다. 평균연령도 비돌봄제공자는 69.61세인 반면 돌봄제공자는 72.74세로 돌봄제공자의 경우가 고령자 비중이 더욱 높았다.

넷째, 성별은 비돌봄제공자 중 남성이 55.96%, 여성이 44.04%, 돌봄제공자 중에서는 남성 29.60%, 여성 70.40%였다. 돌봄제공여부에 따라 성별의 분포는 상대적으로 큰 차이가 있었으며 특히 돌봄제공자 중 여성의 분포가 남성에 비해 약 2.5배 정도 높은 것을 알 수 있다.

다섯째, 근로를 하고 있는 지를 살펴본 결과 전체적으로 근로를 하지 않는 경우가 64.13%로 경제활동을 하는 경우인 35.87%보다 높았는데, 돌봄제공자는 20.93%만이 근로를 하는 것으로 나타났다. 반면, 비돌봄제공자는 37.39%가 근로활동을 하고 있어 돌봄제공여부에 따라 근로상황이 달랐다. 한편 연평균 가구소득은 비돌봄제공자가 2055.05만원이었으나 돌봄제공자는 1541.87만원이었고 분포정도를 살펴봐도 돌봄을 제공하는 경우는 2000만원 미만인 전체의 58.46%였지만 비돌봄은 72.83%로 돌봄제공자의 경제수준이 더 낮았다.

여섯째, 배우자의 건강상태는 전체적으로 신체적 건강은 5점 만점에 2.27점이었다. 그 중 비돌봄일 때는 2.31점이었으나 돌봄제공자의 배우자는 1.84점으로 낮았다. 우울은 전체 평균이 30점 만점에 7.18점으로, 비돌봄제공자의 배우자는 6.73점,

〈표 1〉 돌봄제공 여부에 따른 인구사회학적 특성 분포 (결합자료)

(단위: %)

		전체 N = 10,199건	t시점의 돌봄제공여부	
			비돌봄 n = 9,253(90.72%)	돌봄 n = 946(9.28%)
돌봄전이 유형 t→t+1	비돌봄→비돌봄	86.37		
	비돌봄→돌봄	4.35		
	돌봄→돌봄	3.95		
	돌봄→비돌봄	5.32		
t+1돌봄 제공여부	비돌봄	90.72	95.20	57.40
	돌봄	9.28	4.80	42.60
연령대	60대	51.82	53.67	33.72
	70대	40.37	39.46	49.26
	80대 이상	7.81	6.87	17.02
성별	남성	53.52	55.96	29.60
	여성	46.48	44.04	70.40
종교	무	51.66	52.64	42.07
	유	48.34	47.36	57.93
근로유무	무	64.13	62.61	79.07
	유	35.87	37.39	20.93
소득수준 (연평균)	1000미만	30.27	28.74	45.24
	1000~2000미만	29.52	29.72	27.59
가구	2000~3000	16.56	17.06	11.63
총소득 : 만원)	3000~4000	11.09	11.57	6.34
	4000~5000	4.99	5.04	4.55
	5000이상	7.57	7.87	4.65
		M(SE)	M(SE)	M(SE)
평균연령(세)		69.90(6.23)	69.61(6.10)	72.74(6.77)
연평균가구총소득(만원)		2007.70(1923.67)	2055.05(1952.40)	1541.87(1541.81)
배우자의 신체적 건강(0~5) 우울(0~30)		2.27(0.51)	2.31(0.49)	1.84(0.54)
		7.18(5.32)	6.73(4.93)	11.60(6.77)
부부만족도(0~100)		65.33(16.19)	67.05(15.61)	59.26(19.69)

돌봄제공자의 배우자는 11.60점으로 차이가 났다. 즉, 돌봄이 필요한 배우자의 신체적 건강과 우울이 모두 좋지 않았다. 마지막으로 부부만족도는 전체적으로 100점 만점에서 65.33점으로 나타났다. 비돌봄제공자는 67.05점이었던 반면, 돌봄제공자의 경우 59.26점이었다.

2. 배우자돌봄제공자의 돌봄전이유형별 건강

노년기에 배우자에 대한 돌봄제공자로서의 돌봄전이에 따른 신체적 건강과 우울의 수준을 살펴보았다. 〈표 2〉는 각각의 돌봄전이유형에 따라 t시점, t+1시점에서의 신체적 건강과 우울 수준, 두 시점간의 건강수준증감수준과 증감률을 제시하였다. 이 때 건강수준은 개별 관찰값의 인구사회학적 특성의 영향력이나 시점의 특수성이 고려되지 않은 단순한 평균값이다.

먼저, 신체적 건강 수준을 살펴보면, t시점에서 '비돌봄→비돌봄'은 5점 만점에 2.46점으로 가장 높았고, 그 뒤로 '비돌봄→돌봄' 2.39점, '돌봄→돌봄' 2.28점, '돌봄→비돌봄' 2.25점의

순으로 낮아졌다. t+1시점에서도 '비돌봄→비돌봄'이 2.42점으로 가장 높았고 '비돌봄→돌봄'은 2.27점, '돌봄→돌봄'은 2.26점이었으며 '돌봄→비돌봄'은 2.19점이었다. 두 시점 간에 신체적 건강 수준의 차이를 살펴보면 모든 유형에서 감소하고 있지만, 특히 역할이 변화하는 '비돌봄→돌봄'과 '돌봄→비돌봄'에서 증감률이 큰 것을 볼 수 있다,

우울에서는 t시점에서 '비돌봄→비돌봄'이 6.66점으로 우울이 가장 낮아 정신적으로 가장 건강하였고, 그 뒤를 '비돌봄→돌봄' 7.48점, '돌봄→돌봄' 8.90점, '돌봄→비돌봄' 9.03점이 따랐다. t+1시점에서는 '비돌봄→비돌봄'이 6.70점으로 우울이 가장 낮았고 '비돌봄→돌봄' 8.21점, '돌봄→비돌봄' 8.75점, '돌봄→돌봄' 8.99점의 순으로 우울이 높아졌다. 두 시점의 증감수준은 신체적 건강에서와 같이 역할이 변화하는 '비돌봄→돌봄'과 '돌봄→비돌봄'이 가장 큰 폭으로 변화하였으나 '돌봄→비돌봄'은 t+1시점에서 우울 수준이 오히려 낮아져 정신적 건강이 t시점에서 보다 좋아졌다는 차이가 있다.

〈표 2〉 돌봄전이유형별 신체적 건강과 우울 수준

(N = 10,199건)

돌봄전이	신체적 건강 M(SE)			우울 M(SE)		
	t	t+1	증감률	t	t+1	증감률
비돌봄→비돌봄	2.46(0.49)	2.42(0.50)	-1.63%	6.66(4.93)	6.70(5.20)	1.52%
비돌봄→돌봄	2.39(0.45)	2.27(0.44)	-5.02%	7.48(4.89)	8.21(5.13)	9.76%
돌봄→돌봄	2.28(0.46)	2.26(0.46)	-0.88%	8.90(5.79)	8.99(5.95)	1.01%
돌봄→비돌봄	2.25(0.45)	2.19(0.49)	-2.67%	9.03(5.38)	8.75(5.65)	-3.10%
전체	2.44(0.49)	2.39(0.50)	-2.05%	6.91(5.03)	6.97(5.30)	0.87%

*증감률: ((t+1/t)*100)-100

3. 돌봄전이유형이 건강에 미치는 영향

1) 신체적 건강

배우자돌봄제공자의 돌봄전이유형이 신체적 건강에 미치는 영향을 분석한 결과는 〈표 3〉과 같다. 합동OLS, 고정효과모형, 확률효과모형을 모두 활용하여 적합한 모형을 선정하기 위한 검정과정을 거쳤다. 반복측정된 패널개체의 특성상 개체의 이질성을 고려해야 하는 것이 필요했으며, 고정효과모형과 확률효과모형에서는 하우스만검정결과 고정효과모형이 적합한 것으로 나타났다($p = .000$). 따라서 분석결과는 고정효과모형의 추정결과를 중심으로 제시한다.

공통적으로 세 모형에서 다른 조건이 동일할 경우, 비돌봄 상태를 유지하는 ‘비돌봄→비돌봄’일 때보다 ‘비돌봄→돌봄’과

‘돌봄→비돌봄’은 신체적 건강에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 반면, ‘돌봄→돌봄’에서는 통계적으로 유의하지 않았다.

이 외에 근로를 하지 않은 경우에 비하여 근로를 했을 경우에는 신체적 건강이 더 좋아지는 것으로 나타났다. 반면, t시점에서의 신체적 건강수준은 t+1시점의 신체적 건강에 오히려 부정적인 영향을 미쳐 모든 조건이 동일한 경우 이전에 건강이 좋아졌어도 이후 건강이 더욱 낮아질 수 있다는 가능성을 보여주었다. 즉, 노인이 비록 건강했을지라도 앞으로 더 건강해질 보장이 없으며 오히려 나빠질 수 있다고 해석할 수 있다. 그러나 다른 두 모형과는 상반되는 결과라는 측면에 유념하여 후속 연구를 통해 관련 논의를 이어가야 할 것이다. 변화년도의 연도효과는 모두 유의하였다.

〈표 3〉 돌봄전이유형이 신체적 건강에 미친 영향

(N = 10,199건)

		종속변수: t+1시점의 신체적 건강		
		합동OLS	고정효과	확률효과
돌봄전이유형 (t→t+1)	비돌봄→돌봄	-.05(.02) [*]	-.05(.02) [*]	-.06(.02) ^{**}
	돌봄→돌봄	-.01(.02)	-.05(.03)	-.02(.02)
	돌봄→비돌봄	-.07(.02) ^{**}	-.09(.03) ^{**}	-.07(.02) ^{**}
연령대(t)		-.09(.01) ^{***}	.00(.02)	-.10(.01) ^{***}
성별(t)		-.03(.01) ^{***}	-	-.04(.01) ^{***}
종교유무(t)		.01(.01)	.02(.01)	.01(.01)
배우자건강	신체적 건강(t)	.03(.01) ^{***}	.01(.01)	.03(.01) ^{***}
	우울(t)	-.00(.00)	.00(.00)	-.00(.00)
부부만족도(t)		.00(.00) ^{***}	.00(.00)	.00(.00) ^{***}
근로유무(t)		.03(.01) ^{***}	.04(.02) ^{**}	.04(.01) ^{***}
소득수준(t)		.03(.00) ^{***}	-.00(.01)	.03(.00) ^{***}
t시점 신체적 건강		.36(.01) ^{***}	-.21(.01) ^{***}	.29(.01) ^{***}
연도효과 (t+1)	2012	.22(.01) ^{***}	.15(.01) ^{***}	.22(.01) ^{***}
	2014	-.07(.01) ^{***}	-.05(.01) ^{***}	-.06(.01) ^{***}
	2016	.05(.01) ^{***}	-.10(.01) ^{***}	.04(.01) ^{***}
	상수	1.45(.05) ^{***}	2.86(.06) ^{***}	1.64(.05) ^{***}
rho		-	.64	.10
하우스만검정		-		$p = .000$

* $p < .001$, ** $p < .01$, *** $p < .05$, + $p < .10$

2) 우울

〈표 4〉는 배우자 돌봄제공자의 돌봄전이가 우울에 미친 영향을 분석한 결과이다. 적합한 모형을 선정하기 위하여 합동 OLS, 고정효과모형, 확률효과모형을 모두 활용하였다. 반복측정된 패널개체의 특성을 고려하였으며, 고정효과모형과 확률효과모형에서는 하우스만검정을 실시하여 고정효과모형이 적합한 것을 확인하였다($p = .000$). 따라서 분석결과는 고정효과모형의 추정결과를 중심으로 제시하고자 한다.

비돌봄상태를 유지하는 ‘비돌봄→비돌봄’에 비하여 ‘비돌봄→돌봄’과 ‘돌봄→돌봄’은 우울을 악화시키는 것으로 나타났다. 반면, 돌봄을 종결하는 ‘돌봄→비돌봄’은 유의하지 않았다. 이외에 t시점에 배우자의 우울이 유의하여 배우자가 우울할수록 응답자 역시 우울해졌으며, 부부만족도가 높았을수록 우울이 낮아졌다. 이는 기존의 부부관계가 배우자 돌봄제공자에게 영향을 미칠 수 있다는 이순미와 김혜경(2009)의 연구와 일치하는 결과이다. t시점의 우울정도는 유의한 요인으로 검정되었는데 t시점의 우울이 높을수록 t+1시점에는 오히려 우울이 낮아지는 것으로 나타났다. 그러나 이는 고정효과로 접근했을 때의 결과에서만 나타나 다른 모형과는 반대되었으며 선행연구(Dunkle et al., 2014; Kaufman et al., 2018)와도 일치하지 않는다. 다만 Dunkle et al.(2014)의 연구에서는 이전 시점에서의 결과만이 아니라 인지, 신체 등의 여러 건강관련 영역에서 초기에 건강이 아무리 좋았을지라도 이후에 낮아지면 오히려

우울에 부정적인 경향을 보이는 결과도 확인할 수 있었다고 나타나 이에 관한 지속적인 관심이 필요할 것이다. 변화년도의 연도효과는 부분적으로 유의하였다

V. 결론

본 연구에서는 라이프코스 관점을 적용하여 노년기 배우자 돌봄과정에서 나타나는 돌봄전이유형이 건강에 미치는 영향을 확인하고자 하였다. 이를 위하여 돌봄전이유형은 ‘비돌봄→비돌봄’, ‘비돌봄→돌봄’, ‘돌봄→돌봄’, ‘돌봄→비돌봄’으로 구분하였고 건강은 신체적·정신적 건강으로 각각 살펴보았다. 주요 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 돌봄전이유형별 특성을 이해하고자 비돌봄제공자와 돌봄제공자를 구분하여 인구사회학적 특성을 비교하였다. 그 결과 두 집단의 특성은 서로 상이하였다. 연령으로는 돌봄제공자는 70대가 가장 많았으나 비돌봄제공자의 경우 60대의 분포가 가장 많았고 평균연령도 돌봄제공자 72.74세, 비돌봄제공자 69.61세로 나타났다. 상대적으로 노화가 심화되는 고령에서 배우자를 돌보는 경우가 더 많다는 것으로 돌봄제공자의 건강에 대한 관심이 중요함을 보여준다. 성별은 돌봄제공자에서 여성의 비중이 남성보다 약 2.5배 정도 더 높은 것으로 나타나 사

〈표 4〉 돌봄전이유형이 우울에 미친 영향

(N = 10,199건)

		종속변수: t+1시점의 우울		
		합동OLS	고정효과	확률효과
돌봄전이유형 (t-t+1)	비돌봄→돌봄	.49(.21) [†]	.56(.25) [†]	.55(.21) [†]
	돌봄→돌봄	.12(.23)	.78(.35) [†]	.20(.25)
	돌봄→비돌봄	-.22(.20)	.22(.26)	-.05(.20)
연령대(t)		.37(.07) ^{***}	-.02(.15)	.47(.08) ^{***}
성별(t)		.21(.09) [†]	-	.32(.11) ^{**}
종교유무		-.04(.09)	.07(.13)	-.07(.09)
배우자건강	신체적 건강(t)	-.01(.09)	-.08(.11)	-.06(.09)
	우울(t)	.14(.01) ^{***}	.04(.01) ^{**}	.14(.01) ^{***}
부부만족도(t)		-.03(.00) ^{***}	-.01(.00) [*]	-.03(.00) ^{***}
근로유무(t)		-.48(.09) ^{***}	-.12(.17)	-.53(.10) ^{***}
소득수준(t)		-.03(.03)	.04(.06)	-.06(.03) [†]
t시점 우울(t)		.38(.01) ^{***}	-.18(.01) ^{***}	.27(.01) ^{***}
연도효과 (t+1)	2012	-.50(.15) ^{***}	.17(.11) [†]	-.43(.12) ^{***}
	2014	-1.00(.12) ^{***}	-.18(.12)	-.93(.12) ^{***}
	2016	-1.41(.12) ^{***}	-.67(.14) ^{***}	-1.41(.10) ^{***}
	상수	5.33(.43) ^{***}	8.68(.54) ^{***}	5.91(.46) ^{***}
rho		.67	.18	
하우스만검정				p = .000

[†]p < .001, ^{**}p < .01, ^{***}p < .05, [†]p < .10

회적 성 역할에 따라 여성의 돌봄참여가 높다는 주장과 일치한다(Miller & Cafasso, 1992). 근로 여부를 살펴보면 비돌봄제공자는 근로를 하는 경우와 하지 않는 경우의 차이가 크지 않았지만 돌봄제공자에서는 근로를 하지 않는 경우가 근로를 하는 경우보다 약 4배 정도 많았고 소득수준은 돌봄제공자가 비돌봄제공자에 비하여 낮았다. 배우자의 건강과 부부만족도는 돌봄제공자의 경우 비돌봄제공자에 비해 좋지 않았다. 전반적으로 돌봄제공자와 비돌봄제공자는 차이가 있고 돌봄제공자가 상대적으로 어려운 상황임에 노출되어 있는 것이다. 이러한 결과는 돌봄전이유형 중에서도 '비돌봄→돌봄'이나 '돌봄→비돌봄'처럼 물리적인 역할 변화가 발생할 때 개인의 삶이 이전과는 달라질 가능성이 높아지는 만큼 적응의 과업이 커지면서 어려움이 발생할 수 있음을 간접적으로 보여준다.

둘째, t시점과 t+1시점에서 신체적 건강과 우울의 평균을 비교한 결과, t시점 보다 t+1시점이 건강하지 않은 것으로 나타나 시간이 지나면서 신체적 건강과 우울이 모두 악화된다고 볼 수 있다. 그러나 돌봄전이유형별로 살펴보면 양상은 부분적으로 차이가 있었다. 먼저, 신체적 건강과 우울은 동일하게 '비돌봄→돌봄', '돌봄→비돌봄'의 유형일 때 변화 수준이 커 물리적인 역할 변화가 건강과 관련될 가능성을 확인할 수 있다. 이때, '돌봄→비돌봄'에서는 신체적 건강은 나빠졌지만 우울은 좋아졌다. 이는 신체적 건강과 정신적 건강이 다른 결과로 나타날 수 있다는 것을 보여준 결과로(류주연, 2020; 손승·이상록, 2019) 한 단면만을 살펴본다면 건강의 상이한 결과를 확인할 수 없었다. 한편, '돌봄→돌봄'에서 신체적 건강과 우울의 수준은 좋지 않지만 두 시점간의 변화율은 미묘한 수준에 그쳤다. 이처럼 다른 영향력을 고려하지 않았을 때 돌봄전이유형별로 건강 수준은 상이한 것으로 나타났다.

셋째, 돌봄전이유형이 신체적 건강에 미치는 영향을 살펴본 결과 '비돌봄→비돌봄'일 때 보다 '비돌봄→돌봄'과 '돌봄→비돌봄'일 때 좋지 않았다. 그러나 '돌봄→돌봄'과 신체적 건강간의 관계는 유의하지 않았다. 이러한 결과는 라이프코스 관점이 설명하는 바와 같이 돌봄의 장기적인 과정이며 이러한 과정을 구성하는 전이에 따라 건강이 달라질 수 있다는 것을 보여주었다. 이 때 '비돌봄→돌봄' 과 같이 돌봄제공자로서 역할을 시작할 때 신체적 건강이 나빠지는 것은 이서연(2018)과 류주연(2020)의 연구와 동일한 결과로 이전에 수행하지 않았던 돌봄제공자라는 새로운 역할과 과업에 노출되는 만큼 신체적 어려움이 증가한다고 해석할 수 있다(김주현, 2016; 이인정, 2006; Montgomery & Kosloski, 2009). 다음으로 돌봄을 종결하는 '돌봄→비돌봄'에서도 신체적 건강이 나빠졌다. 이러한 결과는 t+1시점에 비돌봄 상태임에도 불구하고 건강이 악화되었다는 점에서 개인의 삶이 연결되고 지속되는 만큼 돌봄제공자로서의 경험이 종결이후까지 일정부분 영향을 미칠 수 있다는 가능성과 연결하여 해석할 수 있다. 지금 상황만을 보는 것만으로는 삶을 제대로 바라보지 못하는 것임을 주장하는 라이프코스

관점의 주장과 같이(Crosnoe & Elder, 2002), 현재 돌봄과업이 없다할지라도 이전의 경험이 개인의 건강에 영향을 줄 수 있다는 것이다. 동시에 이는 돌봄제공 유무로 접근했을 때는 드러나기 어려운 결과로 돌봄제공자로서의 역할을 끝낸 이후에도 지속적인 개입이 필요하다는 것을 알 수 있다. 한편, 역할이 전면적으로 바뀐 다른 두 유형('비돌봄→돌봄', '돌봄→비돌봄')과 달리 '돌봄→돌봄'에서 유의하지 않았다. 이는 급격한 변화가 나타나는 전이가 아닌 경우에 점차적으로 역할에 적응할 수 있기 때문이라고 이해해 볼 수 있다(Crosnoe & Elder, 2002). 단지 돌봄제공자여부에 따른 문제가 아니라 삶의 과정에서 역할이 변화하는 경험들이 가져오는 새로운 전환이 요구하는 적응이 신체적으로 부담을 발생할 수 있다는 사실에 대한 이해가 필요할 것이다.

넷째, 돌봄전이유형이 우울에 미치는 영향에서는 '비돌봄→비돌봄' 보다 '비돌봄→돌봄'과 '돌봄→돌봄'이 더 우울해졌고 '돌봄→비돌봄'은 유의하지 않았다. '비돌봄→돌봄'에서 우울이 높아진 것은 선행연구와도 일치하는 결과로(류주연, 2020; 이서연, 2018; 조규영·전혜정, 2011; Liu & Lou, 2017) 원치 않았던 돌봄제공자로서의 역할을 수행하게 되면서 정신적으로 부정적인 영향을 받는다고 이해할 수 있다. 특히, 돌봄제공이라는 새로운 과업에 대한 부담은 물론 앞으로 배우자와의 노후를 세세하게 준비해야 하는 걱정으로 다가올 수 있을 것이다. 또한, '돌봄→돌봄'에서도 우울이 높은 것은 Kaufman et al.(2018)의 결과와 일치했다. 이러한 결과는 돌봄을 지속할수록 우울이 증가할 수 있다는 결과와 연결되어(Townsend et al., 1989), 돌봄을 계속할 때 돌봄제공자가 뒷에 걸린 느낌을 받는다는 주장을 통해 지지할 수 있다(Skaff, Pearlin & Mullan, 1996).

이처럼 돌봄전이유형과 건강간의 관계를 살펴보았을 때, 전반적으로 돌봄전이유형에 따라 신체적 건강과 우울이 다르다는 것을 확인해보았다. 신체적 건강에서는 역할의 변화에 따라 상대적으로 급격한 전이라 할 수 있는 '비돌봄→돌봄'과 '돌봄→비돌봄'의 유형일 때 건강이 악화되었지만, 우울은 결과적으로 t+1시점에 돌봄을 제공하는 '비돌봄→돌봄', '돌봄→돌봄'에서 악화된 것을 알 수 있다. 따라서 돌봄제공자의 신체적·정신적 건강을 함께 이해함으로써 실제 돌봄제공자의 삶을 고려할 수 있도록 해야 할 것이다.

이와 같은 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 도출하였다. 첫째, 배우자를 돌보기 시작하는 노인의 어려움에 대응할 수 있는 정책적 기반이 마련되어야 한다. 비돌봄제공자에서 돌봄제공자가 될 때 노인들의 신체적 건강과 우울은 모두 악화되는 것으로 나타난 만큼 전반적인 건강을 아우를 수 있는 정책적 기반과 서비스의 마련이 필요하다. 현재 우리나라는 노인돌봄 정책(예, 노인장기요양법, 치매관리법 등)이 돌봄대상자의 건강수준에 따라 대상이 되는 경우가 많다. 대부분 초기에는 돌봄대상자의 건강이 상대적으로 양호한 경우가 많아 서비스 대

상이 되기 어려워 돌봄제공자의 건강은 악화될 가능성이 높음에도 정작 서비스의 접근성은 낮을 수 있다. 따라서 돌봄대상자의 건강수준 여부 이외에 돌봄제공자라는 역할을 수행하고 있는 노인을 정책 내로 포함할 수 있도록 대상의 적용범위를 확대하는 것이 필요하다. 이러한 정책적 기반을 토대로 돌봄을 처음 제공하게 될 때 필요한 다양한 서비스가 마련되어야 할 것이다.

둘째, 노년기 배우자 돌봄에 따른 신체적 부담에 대응하기 위한 실질적인 서비스가 필요하다. 돌봄전이유형에 따라 건강이 달라질 수 있다는 점을 고려해야 하며, 특히 시작과 종결에서 주의 깊은 관심이 가지고 전이유형별 특성을 고려한 다양한 서비스가 구축될 수 있어야 할 것이다. 구체적으로 돌봄을 시작할 때에는 배우자라는 성인을 돌보는 새로운 과업을 수행하는 데에 신체적 부담을 줄이고 부상을 당하지 않을 수 있는 돌봄 지식과 기술을 습득할 수 있는 교육이 선행되어야 한다. 또한 돌봄을 제공할 때의 경험이 종결 이후의 삶에도 영향을 미칠 수 있기에 돌봄제공자로서 역할하는 와중에서도 신체적 부담을 최소화할 수 있는 서비스가 마련되어야 할 것이다.

셋째, 배우자를 돌보게 되거나 돌보는 노인의 우울을 완화할 수 있는 개입이 필요하다. 배우자를 돌보게 되면 기존에 만들어 온 노후에 대한 계획을 전면적으로 바꾸어야 할 가능성이 높아진다. 이러한 경험이 가져올 수 있는 정신적 어려움을 고려하여, 돌봄제공자라는 역할을 수행하는 상황 하에서 어떻게 노후를 준비해야 하는 지를 함께 고민하고 다룰 수 있는 전문적 서비스가 필요하다. 배우자와의 노후를 재계획하고 새로운 역할과 상황을 받아들이고 적응할 수 있는 지원이 이루어져야 할 것이다. 이 외에도 배우자를 지속적으로 돌볼 때 신체적으로는 점점 익숙해질 수 있지만 우울은 지속될 가능성이 높다는 점을 유념하여 정신건강을 개선하기 위한 대응이 필요하다. 현재의 노인돌봄정책은 사회적 돌봄을 제공하는 것에 중점을 두고 있어 돌봄제공자의 우울을 완화하기 위한 직접적인 서비스를 찾아보기 어렵다. 돌봄제공자라는 자격으로 돌봄을 지속하는 동안 꾸준히 지지받을 수 있는 안정적인 체계 구축이 필요할 것이다. 관련하여 현재 치매환자의 보호자를 중심으로 운영되는 자조모임을 확대해 배우자를 돌본다는 공통점을 가진 노인들이 모여서 함께 지지하고 노하우를 나누며 관계할 수 있는 기회를 마련하는 것도 유용할 것이다.

넷째, 일반 노인을 대상으로 하여 돌봄과 관련한 인식을 강화하는 것이 필요하다. 비돌봄상태였다가 배우자를 돌보게 되는 것이 배우자의 건강악화라는 가족 내 환경 변화로 인한 일종의 준비되지 않은 선택일 수 있다는 점을 고려할 필요가 있다. 고령화에 따라 배우자돌봄이 발생할 가능성이 높은 현실에서 갑자기 돌봄제공자가 되는 것에 대한 충격을 완화할 수 있도록 일반 노인을 대상으로 노인복지관, 50+센터 등 노인들이 활용할 수 있는 기관을 통해 기본적인 돌봄 교육이 이루어지는 것이 유용할 수 있을 것이다.

다섯째, 노년기 배우자돌봄제공자가 돌봄을 종결한 이후에 까지 일정기간 지원을 하는 것이 필요하다. 신체적 건강은 돌봄종결이 이루어진 후에도 나뉘었다. 개인의 삶이 과정으로 이루어지는 만큼 돌봄을 종결했다고 하여 돌봄제공자로서 경험하였던 상황에서 바로 빠져나가는 것이 아니며 비돌봄제공자로서의 새로운 과업에 적응하는 과정이 필요하다. 돌봄과업을 종결한다고 하여 다시 신체적 건강이 좋아지는 것은 아니라는 점을 유념하여 돌봄역할이 종결되었다고 서비스 이용 자격을 박탈해서는 안 될 것이며 종결 후라도 지속적인 관심을 가지고 스스로의 건강상태를 알고 관리할 수 있도록 교육하는 등 신체 건강을 유지하기 위한 개입이 이루어져야 할 것이다.

이러한 함의에도 불구하고 본 연구는 다음과 같은 한계를 갖는다. 첫째, 자료의 특성상 돌봄전이를 2년에 걸친 변화로 확인하였다는 점으로 전이의 영향을 보다 분명히 보여주기 위해서는 보다 짧은 시간간격으로 발생하는 전이를 확인하는 것이 유용하였을 것이다. 둘째, 각 돌봄전이유형과 건강 간의 관계를 다루면서 이들 사이에서 영향을 미칠 수 있는 풍부한 변수를 고려하지 못하였다. 돌봄제공시간이나 돌봄강도, 돌봄의 자발성과 같은 요인이 패널데이터에서 조사되지 않았거나 결측이 많아 활용하지 못하였는데 이러한 부분이 다루어졌다면 돌봄전이를 둘러싼 다양한 맥락을 반영할 수 있었을 것이다. 셋째, 돌봄제공자였다가 돌봄을 종결하는 경우는 돌봄대상자의 사망, 회복, 시설 입소, 이양 등 어떤 이유로 돌봄을 종결했는지에 따라 결과가 달라질 가능성이 있다(류주연, 2020; Kaufman et al., 2018). 그러나 본 연구에서는 이를 고려하지 못하였다는 한계가 있다.

참고문헌

- 1) 김민정 · 김영란 · 정재훈 · 이태용(2017). 뇌졸중 환자 보호자의 부양부담감 및 우울감과 정신건강관련 삶의 질과의 관련성. 한국산학기술학회논문지, 18(7), 208-218.
- 2) 김영란 · 김영일 · 김민정(2017). 뇌졸중 환자 보호자의 SF-8을 이용한 신체건강관련 삶의 질 융복합연구. 한국융합학회논문지, 8(12), 119-127.
- 3) 김주현(2016). 한국여성노인의 가족돌봄과 생활만족도. 한국인구학, 39(2), 49-70.
- 4) 류주연(2020). 노년기 배우자돌봄제공자의 돌봄전이유형과 건강: 자기돌봄과 사회적 지지의 조절효과. 이화여자대학교 박사학위논문.
- 5) 박주희(2017). 장기요양노인을 돌보는 가족의 부양부담과 생활만족도의 관계에서 사회적지지 자원의 조절효과. 한국가족자원경영학회지, 21(3), 121-139. DOI : 10.22626/jkfma.2021.25.1.001.

- 6) 백주희(2007). 부양 전 부부관계의 질과 결혼기간이 치매노인 부양자의 스트레스가, 복지감, 삶의 질에 미치는 영향. 한국노년학, 27(1), 255-272.
- 7) 손성 · 이상록(2019). 노년기 신체건강과 정신건강 결합 변화 궤적의 유형과 영향 요인: 중국노인을 대상으로. 사회과학 연구, 30(4), 41-65. DOI : 10.16881/jss.2019.10.30.4.41.
- 8) 신원우(2011). 노인의 신체 및 정신 건강 문제와 생활만족도 간의 관계. 노인복지연구, 54, 135-163. DOI : 10.21194/kjgsw.74.3.201909.29.
- 9) 염지혜(2013). 도시노인과 농촌노인의 주관적 건강상태 궤적에 대한 비교 연구. 농촌사회, 23(1), 193-239. DOI : 10.31894/JRS.2019.10.29.2.7.
- 10) 이동영 · 박명화 · 이송자 · 김연화 · 김진하 · 김효정 · 이혜자(2014). 서울시 치매관리사업등록 치매노인관리현황 조사. 서울광역치매센터.
- 11) 이서연(2017). 노년기 수발경험에 따른 건강 변화. 한국산학기술학회 논문지, 18(10), 642-651.
- 12) 이서연(2018). 중노년기부양자의 부양단계에 따른 건강연구. 서울대학교 박사학위논문.
- 13) 이순미 · 김혜경(2009). 남성노인의 배우자 돌봄에 관한 연구. 가족과 문화, 21(4), 63-94.
- 14) 이은령 · 강지혁 · 정재필(2013). 노인우울에 미치는 요인. 한국콘텐츠학회 논문지, 13(7), 290-300.
- 15) 이인정(2006). 기능손상노인의 아내 수발자와 며느리 수발자의 부담요인의 차이에 관한 연구. 사회복지연구, 31, 161-193.
- 16) 이현주(2005). 노인부부가구에서 치매 배우자를 돌보는 남편의 수발 경험에 관한 연구. 이화여자대학교 박사학위논문.
- 17) 정경희 · 오영화 · 이윤경 · 오미애 · 강은나 · 김경래 · 황남희 · 김세진 · 이선화 · 이석구 · 홍송이(2017). 2017년도 노인실태조사. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
- 18) 조규영 · 전혜정(2011). 부양자 역할로의 전이가 정신건강에 미치는 영향에 관한 종단연구: 가족관계만족도의 매개효과 검증. 한국가족관계학회지, 16(1), 117-141.
- 19) 한경혜(2008). 라이프코스 관점에서 본 은퇴경험의 남녀차이. 한국사회학, 42(3), 86-118.
- 20) 한국고용정보원(2018). KLoSA조사개요. https://survey.keis.or.kr/klosa/klosa_01.jsp 에서 2020. 01. 인출
- 21) 한치록(2017). 패널데이터강의. 서울: 박영사.
- 22) Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. Medicine, Health Care and Philosophy, 8, 335-341.
- 23) Blank, L. J. (2017). Exploration of the older adult informal caregiver self-care promoting well-being. Arizona State University(Ph.D).
- 24) Connell, C. M. (1994). Impact of spouse caregiving on health Behaviors and physical and mental health status. The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research, 9(1), 26-36. DOI : 10.1177/1533331759400900105.
- 25) Crosnoe, R., & Elder, G. (2002). Successful adaptation in the later year: A life course approach to aging. Social Psychology Quarterly, 65(4), 309-328. DOI : 10.2307/3090105.
- 26) De Frias, C. M., Tuokko, H., & Grossberg, T. (2005). Caregiver physical and mental health predicts reactions to caregiving. Aging & Mental Health, 9(4), 331-336. DOI : 10.1080/13607860500089674.
- 27) Dunkle, R. E., Feld, S., Lehning, A. J., Kim, H., Shen, H. W., & Kim, M. H. (2014). Does becoming an ADL spousal caregiver increase the caregiver's depressive symptoms?. Research on Aging, 36(6), 655-682. DOI : 10.1177/0164027513516152.
- 28) Elder, G. H. (1994). Time, human agency, and social change: Perspectives on the life course. Social Psychology Quarterly, 57(1), 4-15. DOI : 10.2307/2786971.
- 29) Elder, G. H. (1995). The life course paradigm: Social change and individual development. In P. Moen, G. H. Elder, Jr., & K. Lüscher (Eds.), Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development (pp. 101-139). American Psychological Association.
- 30) Elder, G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, B. (2003). The emergence and development of life course theory. In J. T. Mortimer, & M. J. Shanahan (Eds.), Handbook of the life course. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- 31) Fengler, A. P. & Goodrich, N. (1979). Wives of elderly disabled men: The hidden patients. Gerontologist, 19, 175-183. DOI : 10.1093/geront/19.2.175.
- 32) Firbank, O. E., & Johnson-Lafleur, J. (2007). Older persons relocating with a family caregiver: Processes, stages, and motives. Journal of Applied Gerontology, 26, 182-207. DOI : 10.1177/0733464807300224.
- 33) Ghosh, S. (2010). Caregiver adaptation to multiple caregiving roles: As a spouse and a parent. University of Wisconsin-Madison. (Ph.D.)
- 34) Gitlin, L. N., & Wolff, J. (2011). Family involvement in care transitions of older adults: What do we know and where do we go from here?. Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 31(1), 31-64. DOI : 10.1891/0198-8794.31.31.
- 35) Hirst, M. (2005). Carer distress: A prospective, population-based study. Social Science & Medicine, 61(3), 697-708.

- DOI : 10.1016/j.socscimed.2005.01.001.
- 36) Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H., Jadad, A. J., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health?, *BMJ*, 343 (4163), 235-237. DOI : 10.1136/bmj.d4163.
- 37) Kaufman, J. E., Lee, Y., Vaughn, W., Unuigbo, A., & Gallo, W. T. (2018). Depression associated with transitions into and out of spousal caregiving. *The International Journal of Aging and Human Development*, 0(0), 1-23. DOI : 10.1136/bmj.d4163.
- 38) Kramer, B. J., & Lambert, J. D. (1999). Caregiving as a life course transition among older husbands: A perspective study. *The Gerontologist*, 39(6), 658-667. DOI : 10.1093/geront/39.6.658.
- 39) Liu, H., & Lou, W. Q. V. (2017). Continuity and changes in three types of caregiving and the risk of depression in later life: A 2-year prospective study, *Age & Ageing*, 46(5), 827-832. DOI : 10.1093/ageing/afx032.
- 40) Mayer, K. U. (2003). The sociology of the life course and lifespan psychology: Diverging or converging pathway?. *Understanding Human Development*, 463-481.
- 41) Miller, B., & Cafasso, L. (1992). Gender differences in caregiving: Fact or artifact?. *Gerontologist*, 32, 498-507. DOI : 10.1093/geront/32.4.498.
- 42) Moen, P., Robinson, J., & Dempster-McClain, D. (1995). Caregiving and women's well-being: A life course approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 259-273. DOI : 10.2307/2137342.
- 43) Monahan, D. J., & Hooker, K. (1995). Health of spouse caregivers of dementia patients: The role of personality and social support. *Social Work*, 40(3), 305-314. DOI : 10.1093/sw/40.3.305.
- 44) Montgomery, R. J. V., & Kosloski, K. D. (2009). Caregiving as a process of changing identity: Implications for caregiver support. *Journal of the American Society on Aging*, 33(1), 47-52.
- 45) Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594. DOI : 10.1093/geront/30.5.583.
- 46) Pinquart, M. & Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267.
- 47) Schulz, R., Beach, S. R., Lind, B., Martire, L. M., Zdaniuk, B., Hirsch, C., Jackson, S., & Burton, L. (2001). Involvement in caregiving and adjustment to death of a spouse. *Journal of American Medical Association*, 285(24), B123-129. DOI : 10.1001/jama.285.24.3123.
- 48) Seltzer, M. M. & Li, L. W. (1996). The transitions of caregiving: Subjective and objective definitions, *The Gerontologist*, 36(5), 614-626. DOI : 10.1093/geront/36.5.614.
- 49) Seltzer, M. M. & Li, L. W. (2000). The dynamics of caregiving. *Gerontologist*, 40(2), 165-178. DOI : 10.1093/geront/40.2.165.
- 50) Skaff, M. M., Pearlin, L. I., & Mullan, J.T. (1996). Transition in the caregiving career: Effect of sense of mastery. *Psychology and Aging*, 11(2), 247-257. DOI : 10.1037/0882-7974.11.2.247.
- 51) Townsend, A., Noelker, L., Deimling, G., & Bass, D. (1989). Longitudinal impact of interhousehold caregiving on adult children's mental health. *Psychology and Aging*, 4(4), 393-401. DOI : 10.1037/0882-7974.4.4.393.
- 52) Walker, R. B., & Luszcz, M. A. (2009). The health and relationship dynamics of late-life couples: A systematic review of the literature. *Ageing & Society*, 29(3), 455-480. DOI : 10.1017/S0144686X08007903.
- 53) WHO. (2014). Basic documents, 49th ed. Geneva: WHO.
- 54) Wright, L. K., Hickey, J.V., Buckwalter, K., Hendrix, S., & Kelechi, T. (1999). Emotional and physical health of spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease and stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 552-563. DOI : 10.1046/j.1365-2648.1999.01124.x.

- 투 고 일 : 2020년 12월 04일
- 심 사 일 : 2021년 01월 26일
- 계 재 확정 일 : 2021년 02월 13일