

여성가장의 우울과 지각된 건강상태*

신유선 · 최순옥 · 김숙남**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

여성이 가정을 주도하고 생계를 이끌어가는 여성가장 가족은 현대의 여러 가족 유형중 그 증가율이 두드러진 형태로서 1994년도 통계청 조사에 의하면 우리 나라 전체 가구의 약 0.4%에 해당된다고 한다. (보건복지부, 1995). 여성가장은 배우자와의 사별, 장기간의 별거, 이혼, 유기 및 배우자의 정신적 경제적 무능력 등 다양한 원인으로 발생하게 되는데 그 중 사별과 이혼이 가장 주요한 원인이다(김진섭, 1996). 이렇게 여성가장은 계속 증가하고 있지만 사회적 관심은 아직 미흡한 편이어서 가족부양에 따르는 그들의 경제적, 심리적 부담과 고통은 심각한 수준에 이르고 있다.

여성가장이 겪는 일반적인 어려움 중 가장 큰 어려움은 가족부양자 상실로 인한 경제적 어려움으로, "새로운 빈곤층으로서의 여성" 또는 "빈곤의 여성화"라는 표현이 생겨날 정도이다. 이는 결혼 자체가 경제적 자원의 원천이었던 여성들은 물론이거니와 현재 직업을 가지고 있는 여성가장이라 할지라도 상대적으로 수입이 낮은 직업군에 속해 있기 때문이다(성정현, 1998; 안명자, 1994). 경제적인 빈곤은 여성가장들의 가장 큰 스트레스 요인인

'자녀의 앞날에 대한 걱정'을 더욱 가중시키고(한국가족학 연구회편, 1993) 그로 인해 여성가장 자신들의 건강을 돌보는데 소홀하게 되어 건강관리에 어려움을 겪고 있다 (Duffy, 1995).

최근 조사에 의하면 가족의 생계를 꾸려나가야 하는 여성가장들은 경제적 어려움으로 의료혜택을 받기 어려울 뿐 아니라 특히 여성 가장 실직자는 관절염이나 소화성 궤양 등 장기간의 치료를 요하는 질병을 앓고 있는 경우가 많아 건강상태가 좋지 않은 편이라고 나왔다(부산광역시, 2000). 개인이 지각하는 건강상태는 건강증진이나 삶의 질의 중요한 요인으로 전반적인 신체적 정신적 건강상태를 나타내어 주는 지표이다(Farmer & Ferraro, 1997). 우리나라 여성가장을 대상으로 한 선행연구를 살펴본 결과 여성가장들의 건강지각 상태를 조사한 연구를 찾아볼 수 없었다. 여성가장과 같은 소외된 여성들의 건강유지, 증진은 가족이나 사회, 국가적 차원에서 관심을 가져야 할 부분이며, 총체적으로 인간의 건강문제를 돕는 학문인 간호는 다양한 현장에서 이러한 여성들에게 건강관리를 스스로 할 수 있는 능력을 키우는데 직접적인 역할을 함으로서 간호실무 영역의 확대가 이루어 질 것이다.

또한 여성가장들이 겪는 정서적 문제를 살펴보면, 이혼이나 사별후 여성들은 절망감과 책임감을 심하게 느껴 매

* 이 논문은 2000년도 부산가톨릭대학교의 연구지원비에 의해 연구되었음

** 부산가톨릭대학교 간호대학

우 우울한 상태가 된다고 한다(한국여성개발원, 1988). 남편없이 홀로 된다는 것은 그 원인이 무엇이든 심각한 상실을 경험하고 특히 배우자 사망으로 홀로된 여성의 경우는 상실의 고통으로 심리적인 단절을 경험하게 되기도 한다.

여성건강 간호학에서 다루어진 우울에 대한 기존의 연구들을 보면 '산후 우울', '주부 우울', 또는 '폐경 우울' '갱년기 우울'을 주고 다루고 있으며 여성가장을 대상으로 한 연구는 거의 없는 실정이다. 그의 타 분야에서도 우울이 여성가장의 적응과정의 한 요인으로서만 부분적으로 조사된 바 있다(김영희, 1996). 뿐만 아니라 최근까지의 국내 여성건강에 대한 연구영역을 살펴보면 여성의 생식기능 및 질병과 관계된 연구가 대부분으로, 상실을 경험한 과부나 이혼녀를 대상으로 한 사회 문화적 맥락으로 발생하는 여성건강과 관련된 연구는 소수에 불과하다(이정지 등, 2000). 그러므로 확대된 여성건강의 개념이 주요한 사회적, 학문적 이슈로 부각되고 있는 요즘, 여성가장 집단을 간호의 대상으로 새로이 부각시키고 그들을 돌보기 위한 간호전략을 세우는 것은 중요하다고 생각된다.

따라서 본 연구에서는 여성가장의 우울정도와 지각된 건강상태를 확인하고 이에 따른 관련 특성을 파악하여 여성가장이 성공적으로 적응할 수 있도록 돕는 사회적 정책 마련 및 여성가장 간호 프로그램 개발에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 여성가장의 우울과 지각된 건강상태를 파악한다.
- 2) 여성가장의 일반적 특성에 따른 우울과 지각된 건강상태를 파악한다.
- 3) 우울과 지각된 건강상태 간의 관계를 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 여성가장

여성으로서 대외적으로는 가족을 대표하고 대내적으로는 여러 가지 사항에 대한 결정권을 가지고 있는 사람 즉, 가정을 주도하고 생계를 이끌어 나가는 사람을 의미하며(이윤석, 1995), 본 연구에서는 부산에 위치한 <YWCA>와 <일하는 여성의 집>에 등록되어 있는 여성가장들을 의미한다.

2) 우울

우울은 스트레스 적응과정에서 불안이나 갈등, 근심, 침울, 무력감, 무가치감을 나타내는 정서장애로서, 한 개인 주변의 객관적 사건과는 관계없이 보여지는 병리현상이며, 외적인 자극과 관계없이 자신의 내적 요인에 의해 지배되는 기분이 저조한 상태이다 (Feibel & Springen, 1982; Lewis, 1983).

본 연구에서는 김광일 등 (1984)이 표준화한 간이 정신진단검사 (Symptom Checklist-90-Revision, SCL-90-R) 중 우울에 해당하는 13문항으로 측정된 점수이다.

3) 지각된 건강상태

개인의 신체적, 정신적 안녕에 대한 자기 평가 (Moor, Newsome, Tiansawad, 1993)를 말하는 것으로 본 연구에서는 대상자 자신의 건강과 안녕상태를 측정하는 Ware (1979)의 건강지각 도구에 의해 측정 한 점수이다.

4. 연구의 제한점

본 연구는 일개지역에 거주하는 여성가장을 대상으로 하였으므로 연구결과를 일반화하는데 제한점이 있다.

II. 문헌 고찰

여성건강의 목적은 여성으로 하여금 생의 과정에서 일어나는 요구와 변화에 적절히 대처할 수 있도록 도와서 건강을 유지, 증진할 수 있을 뿐 아니라 사회, 경제, 정치, 문화 및 환경적 맥락 속에서 발생하는 여성의 문제와 이로 인한 건강문제에 대한 관심과 대처방안을 모색하여 여성들의 삶의 질을 향상시킬 수 있도록 돕는데 있다(이경혜, 1997). 이를 위해서는 여성이 가지고 있는 건강요구나 건강에 대한 신념, 가치, 경험을 중시하여야 하며, 여성을 건강관리에 대한 자기결정을 할 수 있고 건강관리에 참여할 수 있는 능력을 가진 자로 고려하여야 한다.

Kjervik 과 Martinson(1986)은 여성건강의 영역을 크게 1) 여성의 스트레스와 건강, 2) 여성의 건강과 질병에 영향을 미치는 생물·사회적 요인, 3) 여성의 생활경험, 4) 상실 등의 4가지 영역으로 분류하였다. 이러한 맥락에서 여성가장은 여성건강 영역의 4가지 틀에 비추어 볼 때 상실로 인해 발생하는 여성 건강문제로 볼 수 있겠다.

Kjervik 과 Martinson(1986)의 분류와 최근 20년간

우리나라에서 연구된 여성건강과 관련된 간호학 선행논문들을 고찰하여 보면(이숙희, 박영숙, 1998), 제 4영역에 속하는 상실을 경험한 과부나 이혼녀를 대상으로 한 연구는 소수에 불과하다(이정지 등, 2000). 또한 간호실무에서도 여성의 생식능력과 관련된 건강문제에 중심적 관심을 가지므로써 사회·문화적인 특성에 따르는 취약 여성집단의 건강문제에는 상대적으로 관심이 적은 편이었다.

여성가장이란 여성으로서 대외적으로는 가족을 대표하고 대내적으로는 가족에 대한 여러 가지 결정권을 가지고 있는 사람 즉, 가정을 주도하고 생계를 이끌어 나가는 사람을 의미한다(이윤석, 1995). 여성 가장의 발생은 여러 원인에 기인하지만 그중 사별과 이혼이 가장 주요한 원인이다. 사별로 인한 여성가장의 발생은 모든 연령층에서 남성이 여성보다 사망률이 높은 생물학적 요인 외에 최근에 급증하고 있는 교통사고와 산업화의 산물로 인한 중년 남성의 사망률 증가에서 기인한다(안명자, 1994; 이윤석, 1996). 또한 이혼으로 인한 여성가장의 발생도 이혼율의 급증 뿐 아니라 이혼 경향의 특징에 있어서도 자녀가 있는 부부의 이혼이 증가하였으며, 1990년 가족법의 개정으로 미성년 자녀의 친권 및 양육권이 어머니에게 돌아감에 따라 이혼으로 인한 여성가장이 더욱 증가하게 되었다(김진섭, 1996).

여성가장이 겪는 어려움은 경제적 문제, 정서적 문제, 역할 문제, 대인관계와 사회적 문제 등 크게 네 가지로 볼 수 있다. 본 고찰에서는 여성가장의 지각된 건강상태와 우울을 여성가장이 겪는 어려움들과 관련지어 기술하고자 한다.

여성가장이 겪는 일반적인 어려움 중 첫 번째 고충은 가족부양자 상실로 인한 경제적 어려움이다. 결혼자체가 경제적 원천이었던 여성들은 자신에게 경제적 자원이나 뚜렷한 기술이 없음을 발견하게 되면서 낮아진 생활수준을 극복하는 것이 대한 두려움과 변화된 생활에 대한 당혹감을 경험하게 된다. 또한 직업을 가진 여성가장들이라 하더라도 대부분 노동시장에서 전문직 보다는 단순 노무직, 행상, 청소원 등과 같이 수입이 낮은 직업군에 속해 있어 열악한 노동조건으로 인해 자신들의 건강을 돌 볼 경제적, 정신적 여력을 남겨 놓지 못한 채 자신의 건강을 방치한 상태로 살아가게 한다(부산광역시, 2000). 이와 같은 빈곤과 여성의 건강상태와의 관계에 대한 선행연구에서도 가난이 여성건강을 해치는 가장 큰 요인이라고 하였다(Leslie & Swider, 1986).

여성가장이 겪는 두 번째 고충은 배우자의 부재로 인해

대두되는 정서적인 문제이다. 이혼이나 사별에 의해 여성들은 절망감과 책임감을 심하게 느끼며 매우 우울한 상태가 된다고 하였다(한국여성개발원, 1988). 우울은 생활사건과 의미 있는 관계가 있는데 특히 가까운 친지의 죽음, 이혼, 은퇴 등의 상실과 관련된 부정적인 생활사건이 많을수록 우울의 정도가 심해진다(연규월, 1992; Lloyd, 1992). 남편 없이 홀로된다는 것은 원인과 무관하게 상실을 경험하게 되며, 이는 여러 상실을 초래하는 생활사건 중에서 가장 심한 스트레스를 주는 상황적 위기사건이다. 이렇게 볼 때 다양한 원인으로 인해 가장이 된 여성은 우울증에 빠질 위험이 높은 대상이라 할 수 있다.

Fishel(1986)은 독신여성, 결혼, 별거, 이혼, 과부의 건강문제를 비교했는데, 이들 집단의 약 60%에서 불안이나 분노, 우울증상이 나타났다고 보고했으며 빈곤층 여성가장들을 대상으로 한 김영희(1996)의 연구에서는 직업이 없는 빈곤층 편도들은 만성적 빈곤과 경제적 불안정으로 인하여 많이 우울해 하고 앞날을 걱정하고 있다고 하면서 여성가장의 우울은 자신 뿐 아니라 자녀에게까지 부정적인 영향을 미친다고 하였다.

여성가장이 겪는 세 번째 고충은 여성가장에게 주어지는 역할변화의 문제이다. 현대사회를 살아가는 대부분의 성인 여성들은 여성의 심리적 완숙과 적응이 어머니, 아내라는 여성의 역할에 달려있다는 규범아래서 성장해 왔다. 즉, 여성의 행복은 남편과 아이에게 헌신함으로써 찾을 수 있다고 배워온 것이다. 이런 현대 여성에게서 결혼생활이 끝났다는 것은 여성으로서 자기존중감의 가장 중요한 원천이 상실됨을 의미한다. 따라서 이들의 지위가 어머니와 아내로부터 갑자기 독신 또는 홀로 된 여성가장으로 변화하게 되는 것은 이들에게 매우 당혹스럽고 어려운 상황일 것이다. 결혼 기간 중에 그들은 어머니나 아내로서의 역할을 충실히 하는 사람으로 익숙해졌기 때문에 새롭게 제기되는 역할과 생활양식으로 전이하는데 어려움을 겪게 된다. 결국 여성가장은 통상적인 어머니와 가정주부의 역할과 경제적으로는 가장으로서의 역할을 해야하며 또한 아버지가 수행해야 할 역할까지도 담당해야 하는 것이다(정 은, 1994). 이러한 과도한 역할 부담은 경제적 어려움과 함께 과도한 스트레스원으로 작용하여 여성가장의 건강에 부정적 영향을 미치게 된다.

그리고 네 번째 고충은 대인관계와 사회적 문제이다. 홀로 됨으로 인해 문제는 증가하지만 인적·물적 자원은 급격히 감소하게 된다. 다시 말하자면 여성가장들은 정신적, 실제적 도움을 제공받을 다양한 가족 및 사회적

관계망 지원의 필요성이 증가하지만, 오히려 가족 및 사회적 관계망의 축소를 겪게 되는 경우가 많다(성정현, 1998). 특히 이혼한 여성의 경우에는 이혼에 대한 부정적인 인식 때문에 이혼한 사실을 남에게 알리기 꺼려하여 기존의 인간관계마저 단절되거나 사회활동에 참여하는 것, 새로운 대인관계를 형성하는 과정에서 더욱 어려움을 겪는 것으로 나타났다(조희선, 1991).

여성들은 배우자 지지를 포함한 가족들의 지지를 받고 건강에 대한 관심이 높을 때 건강행위의 실천도가 높아진다고 한다 (Duffy, 1995). 이런 점에서 볼 때 가족 및 사회적 관계망의 축소로 사회적 지지 및 가족의 지지가 적을 것으로 예상되는 여성가장들은 일반여성들에 비해 건강행위 실천율이 낮으리라 생각된다. 자녀를 가진 이혼 여성의 건강행위에 대한 Duffy (1995)의 연구에서도 대상자의 1/3에서 이혼 전 보다 건강행위가 감소하였다고 보고하였다.

그런데 개인의 건강행위는 개인이 자신의 건강을 어떻게 지각하고 있는가에 중요한 영향을 받는다. 지각된 건강상태란 현재 자신의 건강에 대한 주관적인 평가로서 개인의 건강증진 행위에 영향을 미치는 동기부여 요인의 하나로 제시되고 있으며, 이는 의사가 규정하는 건강과도 밀접한 관계가 있다 (Christiansen, 1981; Pender & Pender, 1987). 따라서 여성가장들의 지각된 건강상태 수준을 파악하는 것은 여성가장을 위한 건강증진 전략 개발에 중요한 사정자료를 제공해 주게 된다.

지금까지 이루어진 여성가장을 중심으로 한 연구는 대부분이 사회과학 분야에서 여성가장의 심리적 적응과정이나 역할에 초점을 맞추어 이루어졌으며(김영희, 1996; 성정현, 1998; 신화영 & 조병은, 1996), 신체적 건강상태에 관한 연구는 외국연구에서는 이루어 졌으나(Duffy, 1995) 국내연구에서는 찾아볼 수 없었다.

따라서 여성가장이 겪는 가장 혼란 심리적 문제인 우울과 여성가장들의 건강지각상태 수준을 사정하고 그 관련성을 파악하는 것은 여성가장에 대한 이해와 여성가장을 위한 간호중재 프로그램 개발을 위한 기초적 연구로 의의가 있다고 사료된다.

III. 연구 방법

1. 연구 대상 및 자료수집

본 연구의 대상자는 부산에 소재한 'YWCA'와 '일하는

여성의 집'에 등록된 여성가장 516명 중에서 20-60세 사이에 있는 자로, 질문지 해독이 가능하며, 본 연구의 목적을 이해하고 참여하기를 동의한 자 185명을 편의표집 하였다. 자료수집 기간은 2000년 2월부터 7월까지 6개월 동안이었고 자료수집 방법은 구조화 된 설문지를 배부하고 자가보고식으로 응답한 후 회수하였으며, 그 중 분석이 적절하지 않은 30부를 제외한 155부를 최종 분석 하였다.

2. 연구도구

1) 우울

본 연구에서 사용한 우울측정도구는 김광일 등 (1984)이 표준화한 간이 정신진단검사 (Symptom Checklist-90-Revision, SCL-90-R) 중 우울에 해당하는 13문항의 4점척도 (최고 52점에서 최저 13점)로 측정된 점수를 말하며, 13~26점은 우울하지 않은 상태, 27~32점은 경한 우울상태, 33~38점은 보통의 우울상태, 39점 이상은 심한 우울상태를 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha = .869 이다.

2) 지각된 건강상태

본 연구에서 사용한 지각된 건강상태 측정도구는 대상자 자신의 건강과 안녕상태를 측정하는 Ware (1976)의 건강지각 도구를 유지수, 김조자, 박지원 (1985)이 번안한 총 32문항 중 현재의 건강상태 7 문항과 미래의 건강상태 4문항 등 총 11문항을 이용하여 4점척도로 측정된 점수를 말하며, 33점 이상은 지각된 건강상태가 좋음, 32-23점은 지각된 건강상태가 보통임, 22점 이하는 지각된 건강상태가 낮음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha = .856이다.

3. 자료분석 방법

자료분석은 SPSS 10.0 WIN PC+ Program을 이용하였다. 일반적 특성은 빈도와 백분율로, 우울과 지각된 건강상태 정도는 평균과 표준편차로, 인구사회학적 특성에 따른 우울과 지각된 건강상태의 차이는 ANOVA와 t-test로, 우울과 지각된 건강상태와의 관계는 Pearson's Correlation Coefficient으로 분석하였으며, 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha로 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 여성가장의 일반적 특성

본 연구의 대상인 여성가장의 평균연령은 42세이었으며, 40대 연령층이 83명 (53.9%)으로 가장 많았고, 20대 연령층은 3명 (1.9%)으로 가장 적었다. 학력은 대부분이 고졸이상이었으며 (79.3%), 78.7%가 종교를 가지고 있었고, 월수입은 50만원 이하가 127명 (89.4%)으로 가장 많았다.

여성가장이 된 사유는 이혼이 55명 (36.7%), 사별이 42명 (28.0%)으로 나왔으며, 결혼생활 기간은 10년 이상이 106명 (68.4%)으로 가장 많았다. 여성가장이 된 기간은 3년에서 9년 사이가 67명 (43.3%)으로 가장 많았고, 대상자 모두가 부양가족을 가지고 있었으며, 이혼이나 별거의 경우 전남편과의 관계에서는 '전혀 연락을 하지 않고 있다'고 한 사람이 48명 (66.7%)으로 가장 많았다 <표 1>.

<표 1> 여성가장의 일반적 특성 N=155

특 성	구분	실수(명)	백분율(%)
연 령	20-29	3	1.9
	30-39	44	28.6
	40-49	83	53.9
	50세 이상	24	15.6
	학 령	초등졸	6
	중졸	25	16.7
	고졸	104	69.3
	대졸	15	10.0
종 교	유	115	78.7
	무	31	21.3
월수입	50만원 이하	127	89.4
	100만원 이하	15	10.6
여성가장이 된 사유	이혼	55	36.7
	사별	42	28.0
	미혼	1	0.7
	별거	17	11.3
	남편의 무능력	13	8.7
	기타	22	14.7
남편과 결혼생활 한 기간	2년 이하	4	2.6
	3년 - 9년	45	29.0
	10년 이상	106	68.4
여성가장이 된 기간	2년 이하	42	27.0
	3년 - 9년	67	43.3
	10년 이상	46	29.7

현재 부양 가족수	2명 이하	103	66.5
	2명 이상	52	33.5
전남편과의 현재 관계	자주 연락을 하고 있다	4	5.6
	가끔 연락을 하고 있다	20	27.8
	전혀 연락을 하고 있지 않다	48	66.7

* 각 특성에서 무응답 제외

2. 여성가장의 우울

여성가장의 우울상태는 <표 2>와 같다. 여성가장의 우울점수범위는 13점에서 52점이며, 평균우울 점수는 30.8(±5.1)이었다. 우울정도에 따라 구분하여 보면, 여성가장의 83.2%에서 경증이상의 우울상태로 나타났으며, 3.9%는 심한 우울상태로 나타났다.

<표 2> 여성가장의 우울 N=155

우울점수(정도)	실수 (%)
13 - 26점 (우울하지 않은 상태)	26 (16.8)
27 - 32점 (경한 우울상태)	70 (45.2)
33 - 38점 (보통의 우울상태)	53 (34.2)
39점 이상 (심한 우울상태)	6 (3.9)

여성가장이 경험하는 우울을 구체적으로 살펴보기 위하여 우울문항들의 평균평점을 비교하여 보면 <표 3>과 같다. 가장 우울정도가 높은 문항은 '9. 매사에 걱정이 많다', '1. 성욕이 감퇴되었다', '2. 기운이 없고 침체된 기분이다' 의 순으로 나타났으며, 낮은 문항은 '3. 죽고 싶은 생각이 든다', '장래가 희망이 없는 것 같다' 의 순으로 나타났다.

<표 3> 여성가장의 우울 문항 분석 N=155

문 항	평균평점 (표준편차)
9. 매사에 걱정이 많다	2.7(0.7)
1. 성욕이 감퇴되었다	2.6(0.6)
2. 기운이 없고 침체된 기분이다	2.6(0.6)
13. 허무한 느낌이 든다	2.5(0.6)
12. 매사가 힘들다	2.5(0.6)
8. 기분이 울적하다	2.5(0.7)
7. 외롭다	2.4(0.7)
6. 자책을 잘 한다	2.4(0.7)
4. 울기를 잘한다	2.4(0.7)
5. 어떤 함정에 빠져 헤어날 수 없는 기분이 든다	2.1(0.6)
10. 매사에 관심과 흥미가 없다	2.1(0.5)
11. 장래가 희망이 없는 것 같다	2.1(0.6)
3. 죽고 싶은 생각이 든다	2.0(0.6)

3. 여성가장의 지각된 건강상태

여성가장의 지각된 건강상태는 11점에서 44점의 범위를 보였고, 평균 지각된 건강상태는 28.3 (평균점 2.6)이었다. 지각된 건강상태의 정도에 따라 구분하여 본 결과, 여성가장들의 14.2%에서만 자신의 건강상태가 좋다고 지각하고 있었고, 9.0%에서는 자신의 건강상태를 나쁘다고 지각하고 있었다.

<표 4> 여성가장의 지각된 건강상태 N = 155

지각된 건강상태(정도)	실수(%)
11점 - 22점(지각된 건강상태가 나쁨)	14 (9.0)
23점 - 32점(지각된 건강상태가 보통임)	119 (76.8)
33점 - 44점(지각된 건강상태가 좋음)	22 (14.2)

4. 여성가장의 일반적 특성에 따른 우울과 지각된 건강상태

여성가장의 일반적 특성에 따른 우울과 지각된 건강상태는 <표 5>와 같다.

여성가장의 일반적 특성에서 종교유무에 따라 우울정도에 차이가 있었는데 ($t=-2.852, p=.005$), 종교가 있는 군이 종교가 없는 군보다 우울정도가 낮은 것으로 나타났다. 여성가장의 월수입에서는 50만원 이하군과 100만원 이하군에서 그룹간에 유의한 차이를 보여 ($t=4.255, p=.000$) 월수입이 높은 군에서 우울정도가 낮음을 알 수 있었다.

기타 일반적 특성에 따른 우울정도에는 차이가 없었으

<표 5> 여성가장의 일반적 특성에 따른 우울과 지각된 건강상태

특성	구분	우울		지각된건강상태	t or F
		Mean(SD)	p		
연령	20-29	31.7(4.7)	.142	28.3(.6)	1.140
	30-39	30.4(5.3)	.935	29.2(4.1)	.335
	40-49	30.9(5.0)		28.3(4.2)	
	50세 이상	30.8(5.7)		27.2(5.6)	
학력	초등졸	30.3(5.8)	.999	29.8(5.3)	1.508
	중졸	29.9(3.7)	.395	29.2(4.2)	.215
	고졸	31.2(5.7)		28.0(4.4)	
	대졸	29.2(5.2)		30.0(4.0)	
종교	유	30.3(5.0)	-2.852	28.7(4.3)	1.907
	무	33.1(4.6)	.005	27.7(4.4)	.257
월수입	50만원 이하	31.3(5.0)	4.255	28.3(4.1)	-.908
	100만원 이하	27.2(3.3)	.000	29.3(4.7)	.366
여성가장이 된 사유	이혼	30.9(5.0)	.412	28.4(5.1)	.567
	사별	30.9(5.4)	.840	27.9(3.6)	.725
	별거	31.6(4.6)		27.4(3.4)	
	남편의 무능력	31.5(5.0)		28.6(4.5)	
	기타	30.0(6.0)		29.0(4.4)	
남편과 결혼생활 한 기간	2년 이하	33.3(6.0)	.831	24.3(8.0)	1.834
	3년-9년	30.1(4.9)	.438	28.7(4.3)	.163
	10년 이상	31.0(5.1)		28.3(4.3)	
여성가장이 된 기간	2년 이하	29.2(5.7)	2.574	28.8(3.5)	1.249
	3년-9년	31.7(4.3)	.080	28.6(4.6)	.290
	10년 이상	31.0(5.5)		27.4(5.1)	
현재 부양 가족수	2명 이하	30.5(5.0)	-.944	28.7(4.5)	1.309
	3명 이상	31.3(5.3)	.347	27.7(4.2)	.193
전남편과의 현재 관계	자주 연락을 하고 있다.	31.0(3.4)	.142	25.5(3.1)	1.140
	가끔 연락을 하고 있다.	30.8(4.8)	.935	27.8(3.9)	.335
	전혀 연락을 하고 있지 않다.	30.8(4.8)		28.4(5.1)	

며, 지각된 건강상태는 여성가장의 일반적 특성에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

5. 여성가장의 우울과 지각된 건강상태간의 상관관계

〈표 6〉 여성가장의 우울과 지각된 건강상태간의 상관관계

변수	우울
지각된건강상태	-.499(.000)

여성가장의 우울과 지각된 건강상태는 상관계수 $r = -.499(.000)$ 로 역상관 관계가 있는 것으로 나타났다.

V. 는 의

최근 경제적 위기 및 증가하는 이혼율 등으로 가족이 해체되는 경우가 많아짐으로 인해 여성가장 가족은 증가하는 추세이며 이는 주요한 사회문제로 대두되고 있다. 여성가장들은 가족부양자 및 배우자 상실로 인한 경제적 어려움과 정서적 고통 그리고 과중한 역할부담감, 사회적 지지체계 및 대인관계의 축소로 인하여 우울증과 불안에 시달리는 경우가 많다. 또한 경제적 어려움과 시간의 여유 부족 등으로 의료혜택을 받기 어려울 뿐 아니라 건강행위 실행에 있어서도 일반여성보다 감소하리라 예상된다.

따라서 본 연구에서는 여성가장을 위한 간호전략 개발의 기초적 자료로 여성가장들의 정서적 문제중 가장 흔한 우울과 지각된 건강수준을 파악하고자 이루어 졌다.

본 연구의 대상인 여성가장의 평균연령은 42세로 대부분이 중년기 여성들이었으며, 월수입도 대부분이 50만원 이하로 경제적 수준이 낮은 상태였다. 그리고 여성가장이 된 사유도 이혼과 사별이 대부분의 이유였으며, 대상자 모두가 1명 이상의 부양가족을 가지고 있었다. 이는 여성가장 발생의 주요 원인이 이혼과 사별이고 (김오남, 1998; 안명자, 1994; Janet, 1986), 여성가장 가족 대부분이 빈곤층이라는 선행 조사 (이윤석, 1995; 대통령직속 여성특별위원회, 1998)와 일치하는 결과였다. 또한 대상자 대부분이 여성건강관리 측면에서 특별히 관심이 요구되는 시기인 중년기 여성이라는 것은 주목 할만한 사실이다. 삶의 과정에서 중년기는 건강과 체력의 저하에 의한 신체적 문제와 역할변화와 갈등, 상실

감 등으로 인한 심리적인 문제로 인해 위기를 맞는 시기이다 (유은광 등, 1999). 따라서 중년기에 있는 여성가장들은 신체적인 문제 뿐 아니라 경제적인 빈곤 그리고 가정을 책임져야 하는 과다한 역할을 안고 있는 여성들로서 노동시장에서는 나이 제한으로 불리한 여건을 가지고 있어 이중, 삼중의 고통을 경험하고 있음을 알 수 있다.

본 연구의 대상인 여성가장들의 평균 우울점수는 30.8으로 경증의 우울상태로 나타났다. 그리고 83.2%에서 경증이상의 우울상태로 나타났으며, 3.9%에서는 심한 정도의 우울상태로 나타났다.

여성우울에 대한 국내의 연구결과에서 일반여성을 대상으로 우울정도를 조사한 결과 평균적인 우울정도가 그리 높지 않은 것으로 나타났다(양광희, 한혜라, 1997) 그러나 중년여성을 대상으로 한 연구에서는 평균적으로 경우울증에 속하여 중년여성의 우울정도가 일반여성에 비해 높다는 것을 지지하고 있었다(김혜영, 1996; 권숙희, 1996; 신경림, 1999). 그리고 경증의 우울정도가 나타난 비율을 보면 본 연구의 대상인 여성가장에서는 경증이상의 우울상태가 83.2%인데 비해, 서울에 거주하는 중년여성들에서는 33.1%에서, 대구지역의 중년여성에서는 34.8%, 부산지역의 중년여성에서는 14.2%로 나타나 일반 중년여성보다 여성가장들의 우울정도가 심하다는 것을 알 수 있다. 이상의 결과는 사별한 여성의 80-100%에서 우울이 발생한다고 보고된 Parkes(1971)의 연구와 편모들의 59.6%에서 우울정도가 높게 나왔다고 보고한 Hall 등(1991)의 연구와 유사한 결과를 보였다. 그러나 때로는 빈곤층 편모들의 우울 정도가 만성적이어서 스스로 심각하다고 느끼지 못하거나, 위장된 우울(masked depression)로 인해 우울정도가 낮게 평가되는 경우도 있다는 것을 간과해서는 안된다(Jume, 1979).

우울정도를 측정하는 문항 중 '매사에 걱정이 많다'의 문항이 평점 2.7으로 우울정도가 가장 높게 나타나, 빈곤층 여성이 겪는 긴장의 대부분이 일상생활에 내재된 만성적인 생활조건으로 인한 '앞날에 대한 걱정'이라고 한 Belle (1982)의 연구와 일치하는 결과를 보였다.

여성에게 있어 우울은 여성건강에 영향을 미치는 상호관련적인 요인으로 여성들에게 의존성의 증가, 정신운동의 지연과 위축, 사회적 고립, 약물 및 알콜에 대한 의존성의 증가, 의욕 또는 사기 저하 등을 가져 와 결국 여성의 삶에 부정적인 영향을 미쳐 삶의 질을 저하시킨다(이정균, 1992; 조성수, 정숙형, 최석, 성난직, 박기홍,

1997). 생활사건과 우울증은 의미 있는 관계가 있는데, 특히 상실과 관련된 부정적인 생활사건인 이혼은 질병을 일으키는 생활 변화에 두번째로 높은 예보자이며 이혼인구의 반정도는 입원한 환자와 같은 정도의 높은 우울상태이고, 우울의 정도는 이혼 후 적응 여부와 관련이 있다고 하였다 (Guttman, 1993).

방선옥(1992)의 연구에 의하면 여성가장들은 심리적, 정신적 문제에 대한 전문적인 조력에 대한 욕구가 가장 높다고 한다. 따라서 여성가장들의 건강한 삶을 조력하기 위해 신체적인 문제뿐 아니라 사회적, 심리적 지지를 위한 전문적인 개입이 매우 필요하다고 볼 수 있다.

본 연구의 대상인 여성가장들의 지각된 건강상태를 보면 평균 평점이 2.6으로 중간정도로 나타났는데, 이는 여성노인들을 대상으로 한 이영희와 최수정(2000) 연구에서의 2.6과 같은 수준이다. 그리고 여성가장들의 14.2%에서만 자신의 건강상태가 좋다고 지각하고 있었고, 9.0%에서는 건강상태를 나쁘다고 지각하고 있었다. 이 결과는 서울, 경기지역에 거주하는 일반 성인들의 대부분이 그리고 일반중년 여성의 50.5%에서 자신의 건강을 대체로 양호하게 인지하고 있다는 조사 결과(전정자, 김영희, 1996; 유은광, 김명희, 김태경, 1999)와 비교할 때 여성가장의 건강상태가 낮음을 시사해주고 있다.

건강증진 또는 삶의 질 혹은 삶의 만족도에 중요한 요인으로 받아들여지고 있는 지각된 건강상태란 개인의 신체적, 정신적 안녕에 대한 자기 평가를 말하는 것으로 개인의 전반적인 건강상태를 나타내는 주요 건강지표이며(Farmer & Ferraro, 1997), Maddos 와 Douglass (1973)는 의사가 규정하는 건강과 대상자가 지각하는 건강과는 의미 있는 관련이 있다고 하였다. 또한 지각된 건강상태는 개인의 건강증진 위에 영향을 미치는 동기부여 요인일 뿐 아니라(김귀분 등, 1998; 장성옥 등, 1999; Pender & Pender, 1987) 더 나아가 삶의 질에 직접적인 영향 요인이기도 하다(오복자, 1994).

우리나라 일반성인을 대상으로 건강염려 문제 및 이유를 조사한 오진주(1997)의 연구에 의하면 건강 염려는 각 연령층 모두에서 높게 나왔으며 건강을 염려하는 이유로 20-59세의 연령층에서 생활유지의 염려와 자식에 대한 걱정을 가장 큰 원인으로 지적하였다. 이런 점에서 볼 때 가정의 생계를 책임져야 하는 여성가장에게 있어 건강은 생계수단 만큼이나 소중한 재산이므로 그들의 건강에 대한 염려는 다른 대상보다 더 높으리라고 생각된다.

최근 여성가장의 보건실태를 조사한 결과에 의하면

(부산광역시, 2000), 여성가장의 20.6%만이 자신들의 건강상태를 양호하다고 지각하고 있고, 특히 저소득층 여성가장들은 경제적 어려움과 시간적인 여유가 없어서 또는 건강진단을 받을 만한 필요성을 느끼지 못해서 등의 이유로 71.3% 에서 질병예방을 위한 건강진단을 추진하지 않고 있다고 한다.

건강은 인간다운 생활을 영위하는데 있어 경제력 못지 않게 중요하다. 특히 가족의 생계와 심리적 구심의 역할을 하는 여성가장에 있어서 건강의 상실은 가족에게 경제적 어려움 외에 또 다른 부담과 고통을 주게 된다. 자신의 건강상태에 대한 지각이 자신의 건강증진 행위의 수행과 더 나아가 삶의 질에 영향을 미친다는 점을 고려할 때 여성가장들의 건강을 돌볼 수 있는 종합적인 대책이 필요하다고 본다.

여성가장의 우울에 영향을 미치는 일반적 특성을 보면 종교가 있는 군에서 그리고 월수입이 50만원 이하인 군보다 100만원 이하인 군에서 우울정도가 낮게 나왔다. 이러한 결과는 편모의 우울정도에 영향을 미치는 사회인구학적 변수로 대졸이상인 집단, 월평균 소득이 높은 집단, 재정적 지원이 높은 집단 우울정도가 낮게 나타났다는 김오남(1998)의 결과와 아버지나 남편의 부재보다는 소득수준의 저하가 이혼이라는 사건보다 이혼한 편모의 적응에 더욱 큰 영향을 미친다고 한다고 선행연구들의 결과(신화용, 조병은, 1996; Choi, 1992)와 일치한다.

여성가장들의 경제적 실태를 조사한 최근의 조사(부산광역시, 2000)에 의하면 월수입이 50만원 이하인 여성가장가족이 21.6%나 되며 100만원 이상인 가족은 불과 25.2%에 불과해 그들의 소득 수준은 거의 최저 생계비 수준인 것을 알 수 있다. 이러한 경제적인 빈곤은 여성가장 자신들의 건강을 돌보지 못하여 건강관리에 어려움을 겪게되고 만성적인 우울을 경험하게 된다(부산광역시, 2000; Duffy, 1995).

여성가장의 일반적 특성에 따른 지각된 건강상태는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 그러나 일반 중년여성을 대상으로 한 이숙자 등(1996)의 연구와 노인을 대상으로 한 Melanson 등(1987)의 연구에서는 교육수준이 높을수록 건강지각이 높게 나타났다.

여성가장의 우울과 지각된 건강상태간의 역상관관계는 Leinien 등(1999)의 여성노인을 대상으로 한 연구 결과와 그리고 중년여성을 대상으로 한 유은광 등(1999)의 결과와 유사하다. 그러므로 여성가장의 성공적인 적응을 위한 심리 프로그램운영시 그 효과를 높이기 위해

대상자의 건강지각 상태를 고려하는 것이 바람직 할 것이다.

이상의 연구결과를 종합적으로 볼 때 여성가장들은 일반 여성들에 비해 우울의 정도가 높을 뿐 아니라 일반여성들에 비해서도 자신의 건강상태에 대한 지각도 낮은편이다. 그리고 여성가장들 대부분은 경제적 빈곤상태에 빠져 있으며 이러한 경제적인 문제는 여성가장들이 직면한 가장 큰 어려움이고, 이는 우울에 영향을 변수임이라고 볼 수 있겠다. 따라서 여성가장들의 건강한 삶을 조력하기 위해 그들의 건강을 돌볼 수 있는 종합적인 대책과 아울러 사회적, 심리적 지지를 위한 전문적인 개입 그리고 그들의 경제적인 안정을 도모할 수 있는 지원방안이 모색되어야 할 것이다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 여성가장의 우울정도와 지각된 건강상태를 확인하고 이에 따른 관련요인을 규명하여 여성가장의 성공적인 적응을 돕는 사회적 정책 마련 및 간호중재 프로그램 개발에 필요한 기초자료를 제공하기 위하여 시도되었다.

연구를 위한 자료수집은 2000년 2월부터 7월까지 6개월 동안 이루어졌으며, 연구대상자는 부산에 있는 'YWCA'와 '일하는 여성의 집'에 등록된 여성가장 516명중에서 20-60세 사이에 있는 여성가장 155명을 대상으로 편의 표출하였다.

연구도구에서 우울측정도구는 김광일 등 (1984)이 표준화한 간이 정신진단검사 (Symptom Checklist-90-Reversion, SCL-90-R) 중 우울에 해당하는 13문항을 이용하였고, 지각된 건강상태 측정도구는 대상자 자신의 건강과 안녕상태를 측정하는 Ware (1976)의 건강지각도구를 유지수, 김조자, 박지원 (1985)이 번안한 도구를 이용하였다.

수집된 자료분석은 SPSS 10.0 WIN PC+ Program을 이용하여 평균, 표준편차, ANOVA와 t-test 및 Pearson's Correlation Coefficient로 분석하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1. 여성가장의 우울은 최고 52점에서 평균 30.8점 (SD=±5.1)이 나왔고, 지각된 건강상태는 최고 44점에서 평균 28.3(SD=±4.4)으로 나왔다.
2. 여성가장들은 83.3%에서 경증이상의 우울을 경험하

고 있었으며, 그중 3.9%는 높은수준의 우울을 경험하고 있었다. 지각된 건강상태는 9.0%에서 건강상태가 낫다고 지각하였으며, 76.8%에서 자신의 건강을 보통으로 지각하는 것으로 나왔고, 8.4%에서는 건강상태가 좋다고 지각하고 있었다.

3. 여성가장의 일반적 특성에 따른 우울과 지각된 건강상태의 차이분석에서는 종교($t=-2.852, p=.005$)와 월수입($t=4.25, p=.000$)에서 차이를 보였다.
4. 여성가장의 우울과 지각된 건강상태는 상관계수 $r=-.499(.000)$ 로 역상관 관계가 있었다.

이상의 연구결과를 통하여 볼 때, 여성가장들은 대부분이 우울을 경험하고 있었으며 지각된 건강상태도 보통이하의 수준이었다. 그리고 우울과 지각된 건강상태와의 관련성도 유의미하였다. 따라서 여성가장들의 적응을 위한 간호중재 프로그램 개발 및 여성가장에 대한 기초적 이해자료로 본 연구결과가 활용되기를 바라며 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 빈곤층 편모의 생활환경의 스트레스로 인해 생성되는 우울한 정서상태를 완화시킬 수 있는 방안을 모색할 수 있는 연구 및 지원 프로그램 등이 요구된다.
2. 여성가장을 위한 간호전략 및 다양한 프로그램 개발을 위해 여성가장 집단을 대상으로 하는 더 많은 후속연구들이 필요하다고 본다.

참 고 문 헌

- 권숙희 (1996). 중년여성의 갱년기 증상과 우울에 관한 연구. 여성건강간호학회지, 2(2), 235-253.
- 김광일, 김재환, 원호택 (1984). 간이정신진단검사 실시요강(Korean Manual of Symptom Checklist-90-Reversion). 중앙적성연구소.
- 김귀분, 정은연 (1998). 일반성인의 지각된 건강상태 및 건강증진생활양식이 생활만족에 미치는 영향. 성인간호학회지, 10(3), 548-557.
- 김영희 (1996). 빈곤층 편모의 스트레스가 부모역할 수행에 미치는 영향 : 심리적 디스트레스의 매개 역할 중심으로. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 김오남 (1998). 편모가족의 가족 스트레스와 심리적 복지. 전남대학교 대학원 박사학위논문.
- 김진섭 (1996). 사회변동과 이혼률 추이분석. 서울대석사학위논문.

- 김혜영 (1996). 중년기 여성의 우울과 자아 정체감에 관한 연구. 계명대학교 대학원 석사학위논문.
- 대통령직속 여성특별위원회 (1998). 여성특별위원회 소식, 제2호.
- 박정은 (1992). 여성건강의 현황과 대책. 한국여성학회 제 8차 춘계학술대회보고서, 163-191.
- 방선옥 (1992). 이혼적응을 위한 프로그램에 관한 조사 연구. 서울여대 대학원 석사학위논문.
- 보건복지부 (1995). 모자가정 조사결과 ('94년말 기준). 부산광역시 (2000). 저소득 여성가장의 실태 및 정책과제. 보건복지여성국 여성정책과.
- 성정현 (1998). 성역할태도와 이혼여성 적응에 관한 연구. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 신경림 (1999). 중년여성의 우울증상 실태조사 연구. 성인간호학회지, 11(4), 858-870.
- 신화영, 조병은 (1996). 편모가 인지한 자원과 편모의 심리적 적응. 가족학논집, 8, 57-76.
- 안명자 (1994). 친족지원과 사별한 편모의 심리적 복지감. 한국교원대학교 대학원 석사학위논문.
- 양광희, 한혜라(1997). 일반여성의 피로와 관련요인에 관한 연구. 성인간호학회지, 9(1), 112-123.
- 연규월 (1992). 생활사건 스트레스와 우울정도. 논총.
- 오진주 (1997). 우리나라 일반성인의 연령별 건강행위 및 관련요인에 대한 비교연구. 성인간호학회지, 9(2), 286-296.
- 이경혜 (1997). 여성건강을 위한 개념적 모형. 대한간호학회지, 27(4), 933-942.
- 이숙자, 박은숙, 박영주 (1996). 한국중년여성의 건강증진행위 예측 모형 구축. 간호학회지, 26(2), 320-336.
- 이숙희, 박영숙 (1998). 여성건강에 관한 간호연구 분석 : 1988-1997. 여성건강간호학회지, 4(1), 105-120.
- 이영희, 최수정 (2000). 노인의 건강지각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 대한간호학회지, 30(4), 880-892.
- 이윤석 (1995). 도시지역 여성가장가구의 생활실태에 대한 연구. 서울대학교 대학원 석사학위 논문.
- 이정균 (1992). 정신의학. 서울:일조각, 206-209.
- 이정지, 신경일, 최순옥, 김숙남, 이부현 (2000). 실직 여성가장을 위한 집단상담 프로그램 개발-생의 의미에 미치는 효과검증. 대한간호학회지, 30(4), 982-994.
- 오복자 (1994). 위암환자의 건강증진행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 오세원, 엄용섭 (1980). 우울병의 발병된 사회환경적 요인에 대한 고찰. 신경정신의학, 19(3), 234-245.
- 유은광, 김명희, 김태경 (1999). 중년여성의 건강증진행위와 갱년기 증상, 우울과의 관계 연구. 대한간호학회지, 29(2), 225-237.
- 유지수, 김조자, 박지원 (1985). 청소년들의 건강지각, 건강행위, 건강상태와의 상관관계 연구. 연세논총, 169-712.
- 장성옥, 박영주, 이숙자, 박은숙 (1999). 노인의 지각된 건강영향요인, 건강관행 수행과 건강상태 지각에 관한 연구. 성인간호학회지, 11(3), 499-510.
- 조성수, 정숙형, 최석, 성낙진, 박기홍 (1997). 가정주부에서 우울경향과 신체증상 및 약물사용과의 관계. 가정의학회지, 18(5), 490-500.
- 조희선 (1991). 모자가족과 부부가족의 가족스트레스에 관한 비교연구. 성심여대 대학원 박사학위논문.
- 전정자, 김영희 (1996). 성인의 건강증진 생활양식과 자아존중감 지각된 건강상태와의 비교 연구. 성인간호학회지, 8(1), 41-54.
- 정은 (1994). 상배여성의 사회적응을 위한 심리사회적 접근. 숭실대학교 대학원 박사학위논문.
- 한국여성개발원 (1988). 과부의 적응과정과 사회적 지원. 여성연구, 3(1), 112-131.
- 한국가족학 연구회 편 (1993). 이혼과 가족문제. 도서출판 하우.
- Belle, D. (1982). Lives in Stress: Women & Depression. Beverly Hills, CA:Sage, 133-178.
- Choi, N.G. (1992). Correlates of the Economics Status of Widowed and Divorced Elderly Women. Journal of Family Issues, 13(1), 38-54.
- Duffy, M.E. (1995). Factors Influencing the Health Behaviors of Divorced Women with Children. Journal of Divorce & Remarriage, 22 (3/4), 1-12.
- Farmer, M.M., & Ferraro, K.F. (1997). Distress and Perceived Health : Mechanisms of Health decline. Journal of Health and Social Behavior, 39, 298-311.

- Feibel, J.H., & Springen, C.J. (1982). Depression and Failure to Resume Social Activities after Stroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 63, 276-278.
- Fishel, A.H. (1986). Separation and Divorce : Contemporary Women's Health. Addison-Wesley Publishing Company, Health Science Division, Menlo Park, California.
- Goetting, A. (1980). Divorce outcome research: Issues & Perspectives. Journal of Family Issues, 2, 350-3787.
- Guttman, J. (1993). Divorce in Psychosocial Perspective : Theory and Research. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
- Hall, L.A., Gurley, D.N., Sachs, B., & Kryscio, R.J. (1991). Psychological Predictors of Maternal Depressive Symptoms, Parenting Attitudes, and Child Behavior in Single-Parent Families. Nursing Research, 40(4), 214-219.
- Janet, G.K. (1986). Contemporary Women's Health. Addison-Wesley Publishing Company.
- Jum, D.C. (1979). MMPI Interpretation Manual for counselors and clinicians(2nd Ed.). Accelerated Development Inc.
- Kjervik, D.K., & Martinson, I.M. (1986). Women in Health & Illness : Life Experience and Crises. W.B. Saunders Com.
- Leininen, R., Heikkinen, E., & Jylha, M. (1999). A Path Analysis Model of Self-rated Health Among Older People. Aging, 11(4), 209-220.
- Lewis, K. (1983). Grief in Chronic Illness and Disability. Journal of Rehabilitation, July-Sep., 8-11.
- Lloyd, A. (1992). Responding to change : News focus. Nursing Times, 88(9), 18-19.
- Maddos, G. L., & Douglass, E. B. (1973). Self Assessment of Health. Journal of Health and Social Behavior, 14, 87-93.
- Moor, B.S., Newsome, J.A., Payne, P.L., & Tiansawas, S. (1993). Nursing Research : Quality of Life and Perceived Health in Elderly. Journal of Gerontological Nursing, 19(11), 7-14.
- Parkes, C.M. (1971). The first year of bereavement. Psychiatry 33, 444-467.
- Pender, N.J., & Pender, A.R. (1987). Health Promotion in Nursing Practice(2nd). Norwalk CT : Appleton and Lange.
- Ware, J.E. (1979). Health perception questionnaire. Instruments for measuring nursing practice and other care variables. Hyattsville, Maryland : DHEW pub.

-Abstract-

key concept : Matriarchs, Depression, Perceived Health Status.

A Study of Depression and Perceived Health Status in Matriarchs

*Shin, Yoo Sun · Choi, Soon Ock
Kim, Sook Nam**

The purpose of this study is to provide the basic data for developing a social policy program and group counseling program that will help matriarchs adapt successfully by investigating the level of depression and perceived health status in them.

The data was collected from the period February to July, 2000 which included 155 matriarchs who registered at the 'YWCA', 'Working Women Center' located in Busan.

The matriarche's depression was measured through a questionnaire composed of 13 selected items which correspond to depression of

* Pusan Catholic University, College of Nursing

SCL-90-R scale and the tool for perceived health status measured by Ware(1976) translated by Yoo Ji Soo, Kim Jo Ja and Park Ji Won (1985).

The data was then analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA and pearson correlation coefficient. The result of which are, as follow:

1. The mean score of depression was 30.8 (SD= ± 5.1) from a range of 13 to 52, and perceived health states was 28.3 (SD= ± 4.4) from a range of 11 to 44.
2. 83.3% of the matriarchs have experienced mild depression and above and 3.9% of them experienced high level of depression. 9.0% of the matriarchs perceived their health status low and 78.6% of them have perceived their health status moderately.
3. There was a significant difference statistically in the degree of depression according to the

religion($t=2.852$, $p=.005$) and income($t=4.25$, $p=.000$).

4. There was also a negative correlation between depression and perceived health status ($r=-.499$, $p=.000$)

In conclusion, the majority of matriarchs have experienced depression and perceived their health status below moderately, and there was a significant correlation between depression and perceived health status. Considering these facts therefore, We recommend that this data be used in developing nursing intervention program and in understanding matriarchs. Finally, it is suggested that the nursing assistance for matriarchs should not be limited only to physical support but also psychological and systematic support as well.