

유방암 환자의 건강관련 삶의 질이 우울증상에 미치는 영향*

하 은 혜†

숙명여자대학교 아동복지학과

본 연구에서는 유방암 환자의 신체기능 및 신체증상 등 건강관련 삶의 질이 우울증상에 미치는 영향력을 규명하였다. 384명의 유방암 환자가 연구에 참여하여 한국판 유방암 환자의 삶의 질 척도(EORTC QLQ-BR23)로 건강관련 삶의 질을 평가하였고 우울증상 역학조사 척도(CES-D)로 우울증상을 평가하였다. 그 결과 신체상, 성적 기능, 성적 흥미, 미래 전망 등 4가지 기능 수준과 팔증상, 가슴증상, 치료 부작용, 모발 손실로 인한 괴로움 등 4가지 증상 수준 등 건강관련 삶의 질은 우울증상 총점과 우울정서, 긍정적 정서 부족, 대인관계 문제 및 신체적 저하를 유의하게 예측하였다. 하위요인별로 보면 신체상과 미래전망이 부정적일수록, 가슴증상과 치료부작용이 심할수록 우울증상 총점이 증가하였다. 미래전망이 부정적일수록, 가슴증상과 치료 부작용이 심할수록 우울정서가 심하였고, 신체상이 부정적일수록 긍정적 정서가 부족하였다. 또한 신체상과 미래전망이 부정적일수록, 가슴증상과 치료 부작용이 심할수록 대인관계 문제가 심하였다. 미래전망이 부정적일수록, 가슴증상과 치료부작용이 심할수록 신체적 저하가 심하였다. 이와 같은 결과를 통해 유방암 환자의 우울증상에 미치는 건강 관련 삶의 질의 중요성을 확인하였고 우울증상에 대한 심리학적 개입의 중요성과 방향에 대해 논의하였다.

주요어 : 유방암, 우울증상, 건강관련 삶의 질, 신체상, 미래전망, 가슴증상

* 본 연구는 숙명여자대학교 SRC여성질환연구센터 특별연구비지원으로 수행되었음(2010).

† 교신저자 : 하은혜, 숙명여자대학교 아동복지학과, 서울특별시 용산구 효창원길 52

Fax : 02-710-9209, E-mail : graceha@sookmyung.ac.kr

유방암은 세계 여성에서 가장 흔한 종양인데 2007년 중앙암등록본부의 우리나라 통계에 따르면 연평균 증가율 6.6%로 최근 급속히 증가하고 있고, 한해 발생자수 11,606명, 9년 유병자수가 67,810명으로 전체 여성암 중 각각 15.1%를 차지하여 갑상선암에 이어 두 번째로 흔한 것으로 조사되었다. 최근 조기 발견과 치료방법이 향상되어 진단 5년 후 생존율이 89%가 될 정도로 생존율이 증가 되었다(Fann et al., 2008). 국내에서도 유방암 완치율이 83%로 높아졌으나 서구식 생활의 영향으로 유방암 환자 수가 매년 10%씩 빠르게 늘어나면서 사망률도 2006년을 기준으로 10년 전보다 53.5%나 늘었다(한국보건사회연구원, 2006).

유방암은 다른 암보다 완치율이 높아 생존기간이 긴만큼 재발도 빈번하므로 치료과정 동안 환자들이 질병 및 치료에 따른 부작용 등으로 많은 어려움을 겪게 된다. 특히 재발에 대한 심한 불안에 시달린다는 점과 비교적 젊은 나이에 발병하는 우리나라 특성을 고려할 때 이들의 생존기간 동안 정서적 고통 완화와 삶의 질 관리가 무엇보다 중요하다.

유방암 환자 다수가 여성에게 중요한 의미를 갖는 가슴절제 수술로 인해 신체상이 손상되고 여성성에 대한 상실감, 부부관계의 문제, 대인관계 예민성, 우울증상과 자신감의 저하 등 심리적 문제들을 겪는다(Fann et al., 2008). 암 진단의 충격, 암의 예후와 재발에 대한 걱정 등 정신적 고통과 스트레스도 흔히 겪게 된다(Burgess et al., 2005).

특히 우울장애는 유방암관련 심리장애 중에서 가장 많이 연구되었다. 정신장애 진단 및 통계편람(DSM-IV-TR, APA, 2000)에 따르면 우울증상에는 우울한 기분, 의욕 및 에너지 저하, 집중력 저하, 지나친 죄책감, 수면 및 식

욕 저하 등의 생장 증상 등이 포함된다. 유방암환자의 우울장애 유병율 조사결과는 방법에 따라 매우 다양해서 구조화된 면접법을 통해 진단한 경우 15-25%가 우울장애로 나타났고(Green et al., 1998), ZDS(Zung Depression Scale)나 BDI(Beck Depression Index)와 같은 자기보고 검사를 통해 평가한 경우 15-30%가 우울증상을 호소하였다(Fann et al., 2008). 국내에서는 채영란(2005)의 연구에서 BDI를 적용했을 때 11-13점의 경증 우울집단은 6.7%, 14-20점의 중등도 우울집단은 21%, 21점 이상의 심한 우울 집단은 13.3%로 나타났다. 하은혜 등(2008)이 CES-D(Center for Epidemiological Studies-Depressions Scale)를 적용했을 때 우울증상집단은 31%, CES-D와 DSM-IV-TR(APA, 2000) 진단 기준을 중복적용 했을 때 14%가 우울장애 집단으로 확인되었다.

유방암 환자의 우울증상은 유방암 치료에 의한 생존률에도 많은 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(Andritsch, Dietmaier, Hofmann, Zloklikovits, Samonigg, 2007; Somerset, Stout, Miler, & Musselman, 2004). 이에 따라 유방암 환자의 우울증상에 영향을 미치는 요인을 규명하고 적극적인 개입 및 예방적 접근이 필요하다.

유방암 환자의 우울증상에는 심리사회적 변인의 영향력이 매우 큰 것으로 확인되었다. 인구학적 변인가운데 환자의 연령이 어릴수록, 사회경제적 수준과 학력이 낮은 경우 우울증상이 심하였다(Somerset, Stout, Miller, & Musselman, 2004).

암관련 요인의 경우 진단 시 암의 병기에 따라서는 차이가 없다는 결과도 있는 반면(Bardwell et al., 2006; Scheier, & Helgeson, 2006), 낮은 기수에서 장기 생존율 증가와 재발율이

공변하여 오히려 우울증상이 심하다는 결과도 있다(Barracough et al., 1992; Graham, Ramirez, Love, Richards, & Burgess, 2002). 수술이외에 받는 항암화학적 치료(항암제), 항암호르몬치료, 방사선 치료 등의 보조적 치료와 관련해서는 화학적 치료집단이 다른 보조적 방법에 비해 우울증상이 심하였으며, 특히 화학치료로 인한 부작용이 우울증을 심하게 하고 전반적인 삶의 질도 떨어뜨리는 것으로 나타났다(Leedham, & Ganz, 1999; Schagen et al, 1999). 또한 유방암 가족력이 있는 경우, 신체적 기능의 손상이 있는 경우, 통증이 심각한 경우, 피로, 수면 장애 등과 우울장애의 관련성도 지적되었다(Dodd, Miaskowski, & Lee, 2004).

심리적 특성을 보면 최근에 개인적인 상실 경험이 있는 경우, 이전의 정신과적 치료경험이 있는 경우, 생활사건 스트레스가 많을수록, 사회적 또는 부부관계에서의 지지가 부족할수록, 사회적 기능이 떨어질수록 우울장애가 심하였다(Somerset, Stout, Miller, & Musselman, 2004). 하은혜 등(2008)은 암환자의 심리장애에 대한 생물심리사회적 모델(biopsychosocial)을 적용하여 유방암환자의 우울장애 발병에 대한 다양한 예측변인을 암관련 요인, 개인적 특성, 유방암 관련 신체증상, 심리사회적 특성 등 4개의 영역으로 구분하여 통합적으로 검증한 바 있다. 그 결과 암관련 요인, 개인적 특성, 유방암관련 신체증상 등 객관적 요인의 설명력은 유의하지 않았고 특히 낙관주의와 같은 심리사회적 변인의 영향력이 큰 것으로 나타났다.

이와 같이 유방암 환자의 우울증상에 미치는 심리사회적 요인이 다양하게 검증된바 있으나 일반인에게는 물론 생명을 심각하게 위협하는 질병인 암을 겪는 환자에게 매우 중요한 적응 지표이자 심리학적 개입의 대상이 되

는 삶의 질과 관련지은 연구는 제한적이었다.

삶의 질(Quality of Life)이란 전반적인 삶의 경험들에 대한 주관적인 평가와 만족으로 오직 개인에 관련되어 있으며 신체적 안녕, 정서적 안녕, 사회적 안녕 및 기능적 안녕 상태이다(Ferrell, Wisdom, & Wenzel, 1989). 그런데 특히 암과 같은 질병의 경우 질병자체가 주는 건강관련 위험성이 워낙 크기 때문에 건강관련 삶의 질(Health Related Quality of Life)의 측면에서 주로 연구되고 있다. 건강관련 삶의 질이란 건강 수준 또는 질병정도에 의해 영향 받는 기능 상태에 대한 평가이다(Ware, Kosinski, & Dewey, 2000). 미국 식품의약국이 임상치료 후 효과지표로 기존의 생존율이나 병태 생리적 지표이외에 환자의 건강관련 삶의 질을 평가할 것을 권고하면서 건강관련 삶의 질에 관한 관심이 고조되었고(이은현, 2007) 특히 암환자의 치료 후 경과 연구에 많이 적용되었다.

건강관련 삶의 질과 우울증상의 관계에 대해 직접 규명한 연구는 최근까지 부족한 가운데 주로 상관관계 연구이거나 우울증상이 삶의 질에 미치는 효과를 검증한 연구(Karekoyun-Celik, Gorken, Sahin, Orcin, Alanyali, & Kinay, 2010)가 대부분이었다. 즉 일차 진료기관에서 일반 성인의 우울증상이 삶의 질에 미치는 효과를 규명한 결과 우울증상이 모든 삶의 질 하위요인에 영향을 주었다(Lima & Fleck, 2011). 유방암, 난소암 등 부인과 암 환자의 우울, 불안증상과 삶의 질이 부적 상관관계를 보였다는 결과(Miller, Pittman & Strong, 2003, Wenzel et al, 2002, Bodurka-Bevers et al, 2000)도 있다. 또한 유방암 환자의 우울증상 수준에 따라 건강관련 삶의 질에 차이가 있었다(Ruiz, Garde, Ascunce, Del Moral, 1998). 한편 부인과 암환자

의 삶의 질을 장기적으로 추적한 결과 치료 후 6-12개월에 가장 나빴고 5년 후의 상태를 추적한 결과 해가 갈수록 점차 개선되는 경향이 있는데 특히 정서적, 기능적 안녕은 상당히 좋아지는 반면 신체적 안녕은 변화 없이 나쁜 상태로 나타났다(Perman, 2003). 하지만 이와 같은 선행연구에서는 신체적 안녕, 정서적 안녕, 사회적 안녕 및 기능적 안녕 상태 등을 의미하는 일반적인 삶의 질을 적용하여 암환자에게 핵심적인 건강관련 요인의 영향력을 체계적으로 검증하지 못하였다.

건강관련 삶의 질이 건강 수준 또는 질병 정도에 의해 영향 받는 기능 상태에 대한 평가이므로 암환자의 적응, 심리적 장애와 관련해서는 일반적 삶의 질 가운데 신체적 안녕이 강조된 건강관련 삶의 질에 초점을 둘 필요가 있다. 다양한 암환자들을 대상으로 질병관련 요인 및 건강관련 삶의 질이 우울증상에 미치는 영향을 규명한 결과 신체적 안녕, 사회적 역할, 정서적 기능, 통증, 수면장애, 구토 등이 우울증상을 예측하였다(Mystakidou, Tsilika, Parpa, Katsouda, Galanos, & Vlahos, 2005).

지금까지 유방암환자를 대상으로 건강관련 삶의 질이 우울증상에 미치는 영향을 직접 검증한 연구는 제한적인 가운데 유방암 환자의 건강관련 삶의 질을 평가하는 EORTC QLQ-BR23(Breast23:The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Breast Cancer Modul; Fayers, Aaronson, & Bjordal, 2001)가 사용된 연구가 있다. 즉 유방암 환자 155명을 대상으로 건강관련 삶의 질 가운데 신체상과 성적 기능 두 하위요인이 우울증상에 미치는 영향력을 규명한 결과 신체상이 우울증상에 영향을 미치는 변인으로 확인되었다(김수현, 전은영, 이원희,

2006). 그러나 이 연구는 건강관련 삶의 질 이외의 다른 예측변인들을 포함하였기 때문에 신체상과 성적 기능 외에 건강관련 삶의 질 척도 전체를 사용하여 비교하지 못하였다. 또한 수술 후 4주 이내 환자 49명을 대상으로 우울증상에 대한 예측력을 검증한 연구(최배정, 박재홍, 최병무, 한성호, 김성환, 2011)에서 신체상이 낮을수록, 가슴 증상이 심할수록, 전신치료 부작용이 심할수록 우울증상이 심한 것으로 예측되었다. 그런데 이 연구에서는 수술 후 4주 이내의 환자들을 대상으로 하였기 때문에 암의 진단 및 치료 경과에 견주어 볼 때 수술과정에 있는 일부환자 대상이었으므로 우울증상은 물론 삶의 질이 매우 나쁜 집단에 해당할 뿐 아니라 집단 내 편차도 적은 특성을 보였기 때문에 그 결과 해석이 제한된다. 또한 이 연구에서는 우울증상 뿐 아니라 불안증상에 대한 예측 요인을 함께 검증하는 과정에서 건강관련 삶의 질 이외의 다른 변인들을 함께 다루었기 때문에 건강관련 삶의 질의 우울증상 예측력에 대해서는 우울증상 총점만을 다루어 우울증상에 미치는 영향력을 체계적으로 검증하지 못하였다. 또한 두 연구 모두 암환자 자료수집의 어려움 때문이기는 하지만 사례수가 매우 적어 연구결과를 일반화하는데 어려움이 있다.

유방암 환자에서 발병률이 높은 여러 심리장애 가운데서도 가장 심각하고(Coyne, Palmer, Shapiro, Thompson, & DeMichele, 2004) 치료 후 경과 및 생존율에도 영향을 주는 우울증상을 다루는데 있어 위와 같이 암환자의 주요 적응지표로 강조되고 있는 건강관련 삶의 질의 영향력을 규명하는 것이 중요하다.

건강관련 삶의 질과 우울증상에 대한 관계를 체계적으로 규명하기 위해서는 임상적 진

단의 기본 축인 DSM-IV-TR(APA, 2000)의 진단 준거와 관련 우울증상의 하위 차원인 우울한 기분 등 정서적 특성과 대인관계 문제, 그리고 신체적 기능저하 등 증상 특성에 미치는 영향력을 구체적으로 검증할 필요가 있다. 이를 통해 유방암 환자의 우울증상 하위요인에 대한 영향력과 구체적 영향요인을 확인할 수 있고 이들에 대한 심리학적 개입에서 보다 초점화된 접근이 가능할 것이다.

이에 따라 본 연구에서는 유방암 환자의 건강관련 삶의 질이 우울증상에 미치는 영향력을 규명하였다. 구체적으로 신체상, 성적 기능, 성적 흥미, 미래전망 등 4개의 기능 수준과 팔증상, 가슴증상, 치료 부작용, 모발증상 등 4개의 증상 수준이 우울증상 총점 및 하위요인에 미치는 영향력을 검증하였다.

방 법

연구대상

연구대상 및 절차

2007년 10월부터 2008년 3월까지 6개월 간 Y대학병원 유방암클리닉과 S대학병원 유방암센터에서 조사된 연구대상 128명(하은혜 등, 2008)과 2009년 8월부터 2010년 7월까지 12개월간 국립암센터에서 조사된 연구대상 256명(하은혜 등, 2011)을 통합한 384명의 자료를 분석하였다. 조사대상자는 유방암 진단 및 수술을 받은 후 외래진료를 받고 있는 환자로서 연구대상자 선정기준은 다음과 같다. 1) 유방암 환자로서 병기가 0-4기인 자 2) 최초 유방암 진단 및 수술 후 치료가 끝난 지 24개월 이내 3) 재발이나 다른 부위로 전이가 되지

표 1. 연구대상의 인구통계학적, 의학적 특성 (N=384)

변인	n (%)	
연령	20-29세	5(1.3)
	30-39세	62(16.1)
	40-49세	185(48.2)
	50-59세	103(26.8)
	60-69세	29(7.6)
교육수준	중졸이하	59(15.5)
	고졸	174(45.6)
	대졸이상	148(38.9)
결혼상태	미혼	28(7.3)
	기혼	310(80.9)
	사별	12(3.1)
	별거	25(6.5)
	이혼	6(1.7)
	사실혼	2(0.5)
암기수	0	22(5.9)
	I	155(41.9)
	II	143(38.7)
	III	48(13.0)
	IV	2(0.5)
절제수술 여부	절제수술안받음	22(5.7)
	부분절제	265(69.2)
	완전절제	6(25.1)

않은 자 4) 다른 만성 질환이 없는 자 5) 연구 참여에 동의한 환자. 연구대상의 인구사회학적, 의학적 특성은 표 1과 같다.

측정도구

인구학적, 의학적 상태에 관한 질문지.

연령, 결혼상태, 교육정도, 사회경제적 수준 등의 인구학적 특성에 관한 질문과 환자가 받은 의학적 처치의 종류(항암제 치료, 방사선 치료, 호르몬 치료, 모든 치료 종료) 및 수술의 종류(완전 절제, 부분절제)를 질문하는 문항, 수술 후 경과된 기간, 유방암 가족력 여부 등의 질문이 포함되었다.

우울증상 역학조사 척도(CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depressions Scale).

우울척도는 일반인을 대상으로 우울 증후군의 역학적 연구를 위해 미국 정신보건연구원에서 개발한 CES-D를 국내에서 신승철 등(1991)이 번안한 것을 사용하였다. 모두 20개의 문항의 자기보고형 질문지이며 지난 일주일 동안 경험한 빈도에 따라 각 문항에 대해 0(전혀 없었다)-3(매일 있었다)점까지 평정하게 되어 있어 가능한 점수 범위는 0-60점이다. 하위요인의 경우 전경구와 이민규(1992)가 제시한 우울정서, 긍정적 정서, 대인관계, 신체적 저하 등 4개 요인을 사용하였다. 우울정서의 경우 우울한 기분, 슬픔 등의 우울정서를 평가하고 긍정적 정서의 경우 행복감, 다행감 등 긍정적 정서가 부족한 것을 평가하며 대인관계의 경우 대인관계 흥미저하 및 관계의 어려움을, 신체적 저하의 경우 피로감, 수면 및 식욕 등 생장증상을 평가한다. 하위척도의 점수가 높을수록 각 특성이 심한 것을 의미한다. 그런데 타당화 연구에서 제시된 명칭인 긍정적 정서와 대인관계의 경우 그 의미를 긍정적 특성으로 오해될 소지가 있어 본 연구에서는 ‘긍정적 정서 부족’, ‘대인관계 문제’로 하위척도 명을 명확하게 사용하였다. 전경구와 이민규(1992)에서 총점의 Cronbach $\alpha=.89$ 로 나타났고, 본 연구에서 우울정서의 Cronbach $\alpha=.92$, 긍정적 정서의 부족 .76, 대인관계 문제 .73, 신체적 저하 .43, 총점의 $\alpha=.92$ 로 나타났다.

한국판 유방암 환자의 삶의 질 척도 (EORTC QLQ-BR23: The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Breast Cancer Module).

삶의 질 척도는 유방암 환자들의 현재 기능

및 증상 수준을 측정하기 위해 널리 쓰이는 평가도구로 총 23문항으로 구성된 EORTC QLQ-BR23(Fayers, Aaronson, & Bjordal, 2001)를 사용하였다. 한국판 EORTC QLQ-BR23은 Yun 등(2004)이 타당화 하였는데 이 연구에서 Cronbach $\alpha=.72\sim .91$ 로 나타났다.

이 척도는 신체상, 성적 기능, 성적 흥미, 미래 전망 등 4가지 영역에서의 기능 수준을 재는 기능 척도 8문항과 팔증상, 가슴증상, 치료 부작용, 모발 손실로 인한 피로움 등 증상 수준을 평가하는 증상 척도 15문항으로 구성되어 있다. 신체상은 유방암 치료와 관련된 변화된 신체상을 평가하고, 성적 기능 및 성적 흥미의 경우 현재 성기능과 흥미수준을 평가하며, 미래전망의 경우 앞으로의 건강이나 적응에 대한 판단을 평가한다. 또한 증상 수준에서는 팔증상의 경우 암치료와 관련된 팔증상의 정도를, 가슴증상의 경우 수술 후 느끼는 가슴증상의 정도, 치료부작용은 수술 및 보조치료와 관련된 부작용, 그리고 모발손실로 인한 피로움의 경우 항암화학적 치료에 따른 모발손실로 인한 고통의 정도를 평가한다. 이 척도의 계산은 EORTC 편람(Fayers, Aaronson, & Bjordal, 2001)에 따라 긍정적 점수로 변환하여 각 하위요인에 대해 0-100점으로 환산하였다. 기능 수준의 경우 점수가 높을수록 기능이 우수한 것을 의미하며 증상 수준의 경우 점수가 높을수록 증상이 심각한 것을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach $\alpha=.72-.90$ 이었다.

자료 수집 및 분석

먼저 연구계획서를 조사기관 내 임상시험 심사위원회(Institutional Review Board)에 제출하여 연구과정에 대한 승인을 받았다. 이후 연

구 대상자 선정 기준에 해당하는 경우 외래 방문 시 대상자들에게 연구의 목적과 작성절차에 대해 설명한 다음 연구 참여에 서면으로 동의하도록 하였다. 동의한 경우 외래 내 면담실에서 설문지를 작성하였다. 암환자 대상 연구에서는 암환자의 특성상 설문조사에 집중하는데 어려움이 있고 피곤해 하는 경우가 많으므로 연구보조원이 설문작성을 도와주는 형식을 취한 선행연구들(황숙연, 2009; Chae & Seo, 2010) 이 있다. 이를 참조하여 본 연구에서는 설문을 작성하기 힘들어하는 경우 대학생 연구보조원들이 설문 내용을 불러주고 답하도록 하였다.

수집된 자료는 SPSS 15.0을 사용해 분석하였다. 연구대상의 인구통계학적 특성 및 질병관련 특성을 분석하기 위해 빈도분석을 실시하였고 평가도구의 평균과 표준편차를 산출하였다. 건강관련 삶의 질이 우울증상에 미치는 영향력을 규명하기 위해 신체상, 성적 기능, 성적 흥미, 미래 전망 등 4개 기능 척도와 팔증상, 가슴 증상, 치료 부작용, 모발 손실로 인한 괴로움 등 4개 증상 척도를 독립변인으로 하고 우울증상 총점과 우울정서, 긍정적 정서 부족, 대인관계 문제, 신체적 저하 등 CES-D의 4개 하위요인 각각을 종속변인으로 하여 중다회귀 분석을 실시하였다.

결 과

측정변인의 평균, 표준편차 및 상관관계

연구대상의 EORTC QLQ-BR23으로 평가한 건강관련 삶의 질과 CES-D로 평가한 우울증상의 평균 및 표준편차와 하위척도 간 상관관계

가 표 2에 제시되어 있다.

각 척도의 수준을 비교하고자 EORTC QLQ-BR23의 경우 국내 타당화 연구(Yun et al, 2004)에서 통제집단으로 사용된 일반 여성의 점수와 비교하였다. 일반집단의 신체상 79.2, 성적 기능 21.4, 성적 흥미 32.8, 미래전망 52.4 점이었고 팔증상 22.8, 가슴증상 10.1, 치료부작용 24.7, 모발손실로 인한 괴로움 33.0이었다. 이와 비교할 때 유방암 환자인 본 연구대상의 신체상 62.96, 성적 기능 19.92, 성적 흥미 33.72, 미래전망 40.54점이었고, 팔증상 32.93, 가슴증상 24.28, 치료부작용 33.21, 모발손실로 인한 괴로움 52.90이었다. 이에 따라 일반 여성에 비해 모든 척도에서 매우 높은 수준으로서 유방암 환자의 건강관련 삶의 질이 매우 낮은 것을 보여주었다. 또한 우울증상의 경우 전체 중년여성 대상으로 CES-D를 적용한 김은정, 오경자와 하은혜(1999)에서 나타난 우울증상 총점이 17.84인 것과 비교하면 비슷한 수준이지만, 오경자, 김은정과 하은혜(1999)에서 나타난 비우울 중년여성 집단의 평균점수 14.3점 보다는 우울한 수준을 나타내었다.

상관관계 분석 결과를 보면 건강관련 삶의 질 총점과 우울증상 총점의 부적 상관관계가 높았고($r=-.60, p<.001$), 기능 총점($r=-.47, p<.001$) 및 증상 총점($r=.55, p<.001$)과 우울증상 총점 간 상관관계가 유의하였다. 성적 기능과 성적 흥미 요인과의 상관관계 일부를 제외하고 건강관련 삶의 질과 우울증상 총점 및 하위요인 간 상관관계가 대부분 유의하였다.

건강관련 삶의 질이 우울증상 총점에 미치는 영향

건강관련 삶의 질이 우울증상 총점에 미치

(N = 384)

표 2. 평가척도의 평균과 상관관계

	신뢰성	성적 기능	성적 용이	미래 전망	기능 충점	행동 충점	가슴 부작용	모발 손실	중장 충점	심외 충점	우울 정서	공정 정서	대인 관계 문제	신체 적 거하	우울 충점	
신뢰성																
기 능	성적기능	.08														
	성적용이	.13	.85													
	미래전망	.45	.02	.00												
	기능충점	.67	.64	.65												
	행동충점	-.29	-.08	-.16	-.17	-.26										
	가슴부작용	-.52	-.03	-.10	-.25	-.28	.47									
	모발손실	-.44	-.13	-.23	-.30	-.40	.44	.42								
	중장충점	-.38	-.08	-.08	-.30	-.35	.19	.22	.51							
	심외충점	.42	.13	.17	.34	.42	-.63	-.76	-.63	-.67						
	우울정서	.65	.46	.51	.58	.85	-.54	-.61	-.84	.51	-.57					
우 울 충 점	공정 정서부 족	-.49	-.10	-.16	-.43	-.46	.56	.45	.38	.27	.38	.38				
	대인관계 문제	-.26	-.03	-.20	-.16	-.21	.18	.17	.20	.27	.28	.38				
	신체 적 거하	-.49	-.11	-.19	-.41	-.43	.56	.44	.50	.50	.83	.38				
	우울 충점	-.26	-.18	-.26	-.24	-.31	.59	.38	.44	.44	.58	.26	.35			
	우울 충점	-.30	-.12	-.25	-.42	-.47	.58	.45	.55	.60	.94	.58	.90	.67		
	평균(표준편차)	62.96 (28.08)	19.92 (21.25)	33.72 (26.49)	40.34 (29.73)	137.75 (67.70)	32.93 (22.31)	24.28 (19.45)	33.21 (41.06)	25.71 (66.63)	575.45 (113.35)	6.76 (5.85)	4.66 (2.86)	3.89 (3.68)	1.96 (1.61)	17.27 (31.61)

* p < .05, ** p < .001.

표 3. 건강관련 삶의 질이 우울증상 총점에 미치는 영향에 대한 중다회귀분석 (N=384)

종속 변인	독립 변인	β	t	R ²	F
우울 증상 총점	신체상	-.19	-2.31*	.57	17.53***
	성적기능	-.11	-0.95		
	성적흥미	-.02	-0.17		
	미래전망	-.21	-2.90**		
	팔증상	.05	0.58		
	가슴증상	.21	2.81**		
	치료부작용	.29	3.05**		
	모발손실	.08	1.10		

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

는 영향력을 규명하기 위해 중다회귀분석을 실시하였다. 분석에 앞서 독립변수 간 다중공선성을 점검하기 위해 각 변인 간 공차한계와 분산팽창인자(VIF)를 검증한 결과 공차한계는 .32-.74로 0.1이상이었고, 분산팽창인자(VIF)는 1.35-3.26으로 모두 10이하로 나타나 다중공선성의 문제는 없는 것으로 확인되었다. 따라서 건강관련 삶의 질 8개 하위변인 모두가 회귀식에 투입되었다.

표 3에 제시되어 있는 바와 같이 건강관련 삶의 질은 우울증상 총점에 대한 예측력이 유의하였고 그 설명력은 57%였다($F=17.53$, $p <$

.001). 건강관련 삶의 질 하위요인 중 신체상($\beta = -.19$, $p < .05$), 미래전망($\beta = -.21$, $p < .01$), 가슴증상($\beta = .21$, $p < .01$), 그리고 치료 부작용($\beta = .29$, $p < .01$)이 우울증상의 증가를 유의하게 예측하였다.

건강관련 삶의 질이 우울증상 하위요인에 미치는 영향

건강관련 삶의 질이 우울증상 하위요인 각각에 미치는 영향력에 대한 중다회귀 분석 결과는 다음과 같다.

표 4. 건강관련 삶의 질이 우울정서에 미치는 영향에 대한 중다회귀분석 (N=384)

종속 변인	독립 변인	β	t	R ²	F
우울 정서	신체상	-.13	-1.51	.55	15.70***
	성적기능	-.11	-0.89		
	성적흥미	.03	0.26		
	미래전망	-.25	-3.25**		
	팔증상	.05	0.58		
	가슴증상	.25	3.14**		
	치료부작용	.28	2.89**		
	모발손실	.09	1.17		

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

표 4에 제시되어 있는 바와 같이 건강관련 삶의 질은 우울증상의 하위요인인 우울정서를 유의하게 예측하였고 그 설명력은 55%였다($F=15.70, p<.001$). 하위요인 중 미래전망($\beta=-.25, p<.01$)과 가슴증상($\beta=.25, p<.01$), 그리고 치료 부작용($\beta=.28, p<.01$)이 우울정서의 증가를 유의하게 예측하였다.

표 5에서와 같이 건강관련 삶의 질은 우울증상의 하위요인인 긍정적 정서 부족을 유의하게 예측하였고 그 설명력은 18%였다($F=2.93, p<.01$). 긍정적 정서 부족에 대해서 건강관련 삶의 질 하위요인 중 신체상의 예측력이

유의하였다($\beta=-.26, p<.05$).

표 6에 제시되어 있는 바와 같이 건강관련 삶의 질은 우울증상의 하위요인인 대인관계에 대한 예측력이 유의하였고 그 설명력은 48%였다($F=11.99, p<.001$). 건강관련 삶의 질 하위요인중 신체상($\beta=-.22, p<.05$), 미래전망($\beta=-.22, p<.01$), 가슴증상($\beta=.22, p<.01$), 그리고 치료 부작용($\beta=.24, p<.05$)이 대인관계 문제의 증가를 유의하게 예측하였다.

표 7에서와 같이 건강관련 삶의 질은 우울증상의 하위요인인 신체적 저하를 유의하게 예측하였고 그 설명력은 47%였다($F=11.81, p<$

표 5. 건강관련 삶의 질이 긍정적 정서 부족에 미치는 영향에 종다회귀분석 (N=384)

종속 변인	독립 변인	β	t	R^2	F
긍정적 정서 부족	신체상	-.26	-2.27*	.18	2.93**
	성적기능	-.09	-0.58		
	성적흥미	-.13	-0.83		
	미래전망	.06	0.61		
	팔증상	.10	0.86		
	가슴증상	-.03	-0.25		
	치료부작용	.01	0.05		
	모발손실	.13	1.27		

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

표 6. 건강관련 삶의 질이 대인관계 문제에 미치는 영향에 대한 종다회귀분석 (N=384)

종속변인	독립변인	β	t	R^2	F
대인 관계 문제	신체상	-.22	-2.45*	.48	11.99***
	성적기능	-.03	-0.27		
	성적흥미	-.04	-0.29		
	미래전망	-.22	-2.71**		
	팔증상	.00	-0.05		
	가슴증상	.22	2.66**		
	치료부작용	.24	2.26*		
	모발손실	.06	0.76		

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

표 7. 건강관련 삶의 질이 신체적 저하에 미치는 영향에 대한 중다회귀분석 (N=384)

종속 변인	독립 변인	β	t	R ²	F
신체적 저하	신체상	.03	0.37	.47	11.81***
	성적기능	-.18	-1.43		
	성적흥미	.05	0.39		
	미래전망	-.24	-2.88**		
	팔증상	.02	0.21		
	가슴증상	.18	2.09*		
	치료부작용	.51	4.79***		
	모발손실	-.10	-1.13		

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

.001). 신체적 저하에 대해서 건강관련 삶의 질 하위요인 중 미래전망($\beta = -.24, p < .01$), 가슴증상($\beta = .18, p < .05$), 그리고 치료부작용($\beta = .51, p < .001$)의 예측력이 유의하였다.

논 의

본 연구에서는 암환자에서 특별히 강조되는 건강관련 삶의 질이 유방암 환자의 우울증상에 미치는 영향력을 규명하였다. 4개의 기능 수준과 4개의 증상 수준 등 삶의 질 하위요인이 우울증상 총점 및 하위요인에 미치는 영향력을 확인하고 중요 예측요인을 검증한 결과를 논의하면 다음과 같다.

먼저 유방암 환자의 우울증상 총점에 대해서 신체상, 성적 기능, 성적 흥미, 미래전망 등 4개의 기능 수준과 팔증상, 가슴증상, 부작용, 모발증상 등 4개의 증상 수준이 우울증상 총점에 미치는 영향력은 57%로 상당히 높은 수준이었다. 건강관련 삶의 질 하위요인 가운데 기능 수준과 관련해서는 신체상이 나쁠수록, 미래전망이 비관적일수록, 그리고 증상 수

준과 관련해서는 가슴증상과 치료 부작용이 심할수록 우울증상이 심하였다.

이를 통해 건강관련 삶의 질이 우울증상에 직접 영향을 준다는 것을 확인할 수 있었다. Figueiredo, Cullen, Hwan, Rowland, & Mandelblatt (2004)은 유방암 환자들의 정신건강의 예측요인에 대한 경로분석을 통해 유방암 수술 방법(유방부분절제술 또는 유방전체절제술)과 외모에 대한 선호도(preference of appearance)가 신체상에 영향을 미치고, 신체상은 유방암 환자의 정신건강에 장기영향(long-term effect)을 미치는 것으로 확인한 바 있다. 본 연구 결과는 신체상이 우울증상의 주요 예측 요인으로 확인된 김수현, 전은영과 이원희(2006)의 연구와 일치하였다. 또한 본 연구에서 사용된 평가 도구인 EORTC QLQ-BR23을 적용하여 유방암 환자의 건강 관련 삶의 질이 우울증상에 미치는 영향력을 규명한 최배정 등(2011)의 연구에서 신체상, 가슴증상, 치료 부작용이 예측요인으로 확인된 결과와 유사하다. 다만 이 연구와는 달리 본 연구에서는 미래 전망이 비관적인 것도 중요한 예측요인으로 나타났다. 미래전망의 경우 DSM-IV-TR(APA, 2000)의 주요 우울

장애 11개 진단 가운데 하나인 ‘희망이 없다는 느낌’ 과 일치되는 항목으로 우울증상과 직접 관련 있으므로 우울증상의 예측요인으로 나타난 것이 우울증상 특성을 잘 설명하는 것으로 볼 수 있다. 한편 이런 차이는 최배정 등(2011)의 연구대상이 수술 후 4개월 이내의 비교적 급성단계 환자였으므로 미래전망에 대한 수준이 다르기 때문이었을 가능성도 있다. 실제 EORTC QLQ-BR23의 국내 타당화 연구(Yun et al, 2004)에서 미래전망의 연구대상 평균점수인 31.8점에 비해 최배정 등(2011)의 평균점수는 57.1점으로 월등히 높은 수준을 나타낸 것에서도 이런 가능성을 확인할 수 있다. 본 연구대상의 미래전망 평균점수는 40.5로 이 두 집단의 중간정도 점수에 해당하였다.

다음으로 건강관련 삶의 질 하위요인이 우울증상 하위요인 각각에 미치는 영향력을 규명한 결과 모든 우울증상 하위요인에 대한 설명력이 유의하였다. 우울증상 하위요인 별로 보면 우울정서에 대해서는 미래전망이 비판적일수록, 가슴증상이 심할수록, 그리고 치료 부작용이 심할수록 우울정서가 심한 것으로 나타났다. 또한 긍정적 정서 부족에 대해서는 신체상의 예측력만 유의하였다. 우울증상의 하위요인인 대인관계 문제에 대해서는 신체상이 나쁠수록, 미래전망이 부정적일수록, 가슴증상이 심할수록, 그리고 치료 부작용이 심할수록 대인관계가 나빠졌다. 또한 신체적 저하의 경우 미래전망이 부정적일수록, 가슴증상이 심할수록 그리고 치료부작용이 심할수록 신체적 저하가 심한 것으로 나타났다.

지금까지 건강관련 삶의 질과 우울증상의 하위요인의 관계를 직접 검증한 결과가 제한적이므로 이 결과를 비교하는데 어려움이 있으나 우선 건강관련 삶의 질이 우울증상 하위

요인에 미치는 영향력이 상당히 높은 것을 확인할 수 있었다. 우울 증상의 하위요인 가운데 우울정서에 대한 설명력이 55%로 가장 높았고, 대인관계 문제 48%, 신체적 저하 47%로 상당히 높은 수준이었다. 이는 신체관련 증상이나 기능 수준에 대한 자각이 신체증상으로 표현되는 우울증상은 물론 우울한 기분이나 대인관계 문제로 표현되는 우울증상 등에 직접 연관될 수 있음을 보여 주는 것이다. 또한 우울증상 총점과 하위요인 모두에 비교적 일관되게 영향을 주는 요인은 가슴증상과 미래전망으로서 유방암 수술에 따른 가슴의 통증이 직접 우울증상과 연관될 수 있다는 것을 시사한다.

건강관련 삶의 질과 우울증상을 직접 비교한 결과는 아니지만 여성 개개인의 삶의 질이 성기능과 밀접한 관계가 있으며 일반여성은 물론 유방암 환자의 성생활이 우울증상과도 관련이 있다는 것이 다수의 연구(김혜영, 소향숙, 채명정, 김경미, 2008; 배정미, 2004)에서 제기된 바 있다. 그런데 본 연구에서는 건강관련 삶의 질 하위요인 가운데 성적 기능이나 성적 흥미 두 요인 모두 우울증상 총점은 물론 하위요인 모두에 대해 예측요인으로 나타나지 않았다. 이 두 요인은 유방암 환자에게 EORTC QLQ-BR23를 적용한 최배정 등(2011)의 연구에서도 우울증상 총점에 대한 예측변인으로 확인되지 않았다. 수술 후 4주 이내인 최배정 등(2011)의 연구대상의 경우 성적 기능이나 성적 흥미 요인의 변산자체가 크지 않기 때문일 가능성도 있다. 그런데 수술 및 치료 후 24개월 이내 환자를 대상으로 한 본 연구에서 나타난 이와 같은 결과의 해석에 어려움이 있는데 이 결과를 터키에서 유방암 환자의 우울증상이 건강관련 삶의 질에 미치는 영향

을 검증한 결과 우울증상이 신체상, 통증, 팔 증상 등을 예측하였으나 성적 기능이나 성적 흥미 등은 예측하지 못한 결과(Karekoyun-Celik, Gorken, Sahin, Orcin, Alanyali, & Kinay, 2010)와 관련지어 볼 수 있다. 연구자들은 이 결과에 대해 터키의 사회문화적 특성으로 여성들이 성문제에 대해 적극적으로 표현하고 답하기 어려운데 따른 결과일 수 있다고 하였다. 실제 본 연구에서도 건강관련 삶의 질의 다른 하위요인에 비해 성적 기능에 대한 응답율은 기타 척도와 유사하였으나 성적 흥미에 대한 응답율이 62%로 상당히 낮았다. 이러한 응답 결과는 전통적으로 내려오는 유교사상 때문에 한국여성의 성을 드러내어 나타내기를 꺼려하는 사회문화적 영향이 반영된 것이라 할 수 있다. 이와 함께 본 연구 대상자 대부분이 적극적 치료 및 투병과정에서 이와 같은 성생활에 대한 부분은 소홀히 하거나 삶의 질과 관련 중요요인으로 작용하지 못했을 가능성도 있다. 다른 한 요인으로 폐경에 의한 성적 행동상의 점수 차이를 보인 박정윤과 이은옥(2001)의 결과를 고려할 때 본 연구 대상자들의 연령을 보면 50대 이후의 폐경기에 해당되는 사례가 전체의 1/3인 점도 영향을 주었을 가능성이 있다.

본 연구의 제한점과 후속연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 세 기관에서 환자를 모집하는 과정에서 평가시기가 최대 3년의 차이를 보였다. 선행 연구들에서 심리학적 요인들의 관계를 규명하기에 매우 제한적인 사례들이 보고된 문제점을 극복하기 위해 적정수의 환자를 모집하고자 하였으나 암환자의 특성상 일정수의 자료수집에 어려움이 컸기 때문이었다. 그럼에도 후속연구에서는 이와 같은 평가시기의 요인을 고려한 자료수집이 요구된다.

둘째, 본 연구에서 성적 기능이나 성적 흥미가 우울증상을 예측하지 않은 것으로 나타난 결과에 대해 앞에서 논의하였는데 이와 관련한 특성을 규명할 필요가 있다. Stanton, Danoff-Burg, & Huggins(2002)는 유방암 진단을 받은 지 평균 6년이 지난 환자들을 대상으로 우울과 성생활을 조사한 결과, 우울증상은 치료 후 1년이 지난 뒤 호전되기 시작하는 반면, 성생활에서는 치료 후에도 심각한 문제를 겪고 있는 것으로 나타났다. 또한 Polinsky(1994)의 보고에 따르면, 유방암 진단을 받은 지 8년이 지난 후에도 약 57%의 환자들이 우울증상과 성기능 장애를 경험하는 것으로 나타났으며, 우울증상과 성기능은 유의한 부적 상관관계를 보이는 것으로 나타났다. 이와 같은 결과를 고려한다면 연구대상의 진단 및 치료시기가 영향을 줄 수 있으므로 후속연구에서는 진단 후 경과를 넓게 설정하여 표집하고 시간요인에 따른 분석이 요구된다. 셋째, 본 연구대상의 특성상 성생활 여부 및 빈도, 폐경여부가 우울증상과 연관될 수 있으므로 후속연구에서는 성생활 여부 및 빈도, 폐경여부에 대한 확인과 이에 따른 비교분석이 필요하다.

이런 제한점에도 불구하고 본 연구의 결과는 유방암 환자의 우울증상에 대한 심리학적 개입에 있어 관련 요인을 규명함으로써 개입의 기초자료를 제시하였다는데 의의가 있다. 특히 암과 같은 치명적인 질환에 대해 현재 이루어지고 있는 질병자체에 대한 치료에서 나아가 우울장애와 같은 심리장애에 대한 개입의 필요성과 함께 실제 개입에 있어 유방암 환자의 신체상, 가슴증상 등 신체 증상과 관련한 문제를 직접 다루어 줌으로써 우울증상의 호전을 촉진할 수 있다는 것을 확인한 결

과이다.

참고문헌

- 김수현, 전은영, 이원희 (2006). 유방암 환자의 우울에 영향을 미치는 요인. *중앙간호학회지*, 6(2), 133-142.
- 김은정, 오경자, 하은혜 (1999). 기혼여성의 우울증상에 대한 취약성: 스트레스 경험 및 대처과정을 중심으로. *한국심리학회지, 여성*, 4(1), 1-14.
- 오경자, 김은정, 하은혜 (1999). 임상적 우울 집단과 준 임상 우울집단의 심리사회적 특성 비교. *한국심리학회지, 임상*, 8(1), 95-104.
- 김혜영, 소향숙, 채명정, 김경미 (2008). 유방암 생존자의 삶의 질, 성기능 및 우울: 성생활 집단과 비성생활 집단 간의 비교. *중앙간호학회지*, 8(2), 77-85.
- 박정윤, 이은옥 (2001). 유방암 생존자와 정상 여성의 성적 행동 비교. *중앙간호학회지*, 1(2), 180-190.
- 배정미 (2004). 여성의 성기능 장애와 결혼 적응도, 우울 및 위기감과의 관계 연구. *정신간호학회지*, 13(4), 467-475.
- 신승철, 김만권, 윤관수, 김진학, 이명선, 문수재 등. (1991). 한국에서의 the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)의 사용. *신경정신의학*, 30(4), 752-767.
- 이은현 (2007). 한국 암특이형 삶의 질(CQOL) 개발 및 평가. *대한 간호학회지*, 37(3), 324-333.
- 전경구, 이민규 (1992). 한국판 CCES-D 개발연구 I. *한국심리학회지, 임상*, 1(1) 65-76.
- 채영란 (2005). 유방암 절제술을 받은 여성의 지각된 건강상태, 우울 및 삶의 질의 관계. *성인간호학회지*, 17(1), 119-127.
- 최배정, 박재홍, 최병무, 한성호, 김성환 (2011). 유방암 수술 환자의 불안, 우울에 영향을 미치는 인자. *생물치료정신의학*, 17(1), 87-95.
- 하은혜, 이선희, 유은승, 김종훈, 강한석, 노정실, 이근석 (2011). 유방암 환자의 화병과 우울증상의 관계. *한국심리학회지, 여성*, 16(1), 115-133.
- 하은혜, 서주은, 정 준, 양정현, 남석진, 이정언, 백혜진 (2008). 유방암 환자의 우울장애 예측변인. *한국심리학회지, 임상*, 27(4), 961-976.
- 한국보건사회연구원 (2006). *보건복지동향*.
- 황숙연. (2009). 유방암 생존자의 삶의 질과 영향 요인. *정신보건과 사회사업*. 33, 257-287.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th rev ed(text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association Inc.
- Andritsch, E., Dietmaier, G., Hofmann, G., Zloklikovits, S., & Samonigg, H. (2007). Global quality of life and its potential predictors in breast cancer patients: an exploratory study. *Supportive Care in Cancer*, 15(1), 21-30.
- Bardwell, W. A., Natarajan, L., Dimsdale, J. E., Rock, C. L., Mortimer, J. E., Hollenbach, K., et al. (2006). Objective cancer-related variables are associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 2420-2427.

- Barracough, J., Pinder, P., Cruddas, M., Osmond, C., Taylor, I., & Perry, M. (1992). Life events and breast cancer prognosis. *British Medical Journal*, 304, 1078-1081.
- Bodurka-Bervers, D., Basen-Enquist, K., Carmack, C. L., Fitzgerald, M. A., Wolf, J. K., de Moor, C. & Gershenson, D. M. (2000). Depression, anxiety and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 8, 302-308.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham J., Richard, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330, 702-705.
- Chae, Y. R., & Seo, K. (2010). Health-Related Quality of Life in Women With Breast Cancer in Korea: Do Sociodemographic Characteristics and Time Since Diagnosis Make a Difference? *Oncology Nursing Forum*, 37(4), 295-303.
- Coyne, J. C., Palmer, S. C., Shapiro, P. J., Thompson, R., & DeMichele, A. (2004). Distress, psychiatric morbidity, and prescriptions for psychotropic medication in a breast cancer waiting room sample. *General Hospital Psychiatry*, 26(2), 121-128.
- Dodd, M. J., Miaskowski, C., & Lee, K. A. (2004). Occurrence of symptom clusters. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 76-78.
- Fann, J. R., Thomas-Rich, A. M., Katon, W. J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B. A., et al. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry*, 30, 112-126.
- Fayers, P. M., Aaronson, N., Bjordal, K. (2001). *EORTC-C30 Scoring Manual. 3rd ed.* Brussels: EORTC.
- Ferrell, B. R. Wisdom, C., & Wenzel, C. (1989). Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. *Cancer*, 63(11), 2321-2327.
- Figueiredo, M. I., Cullen, J., Hwang, Y. T., Rowland, J. H., Mandelblatt, J. S. (2004). Breast cancer treatment in older women: does getting what you want improve your long-term body image and mental health? *Journal of Clinical Oncology*. 22(19), 4009.
- Green, B. I., Rowland, J. H., Krupnick, J. L., Epstein, S. A., Stockton, P., Stern, N. M., et al. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder in woman with breast cancer. *Psychosomatics*, 39, 102-111.
- Graham, J., Ramirez, A. J., Love, S., Richards, M., & Burgess, C. (2002). Stressful life experiences and risk of relapse of breast cancer: Observational cohort study. *British Medical Journal*, 324, 1420-1423.
- Karekoyun-Celik, O., Gorken, I., Sahin, S., Orcin, E., Alanyali, H., & Kinay, M. (2010). Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical Oncology*, 27, 108-113.
- Leedham, B., & Ganz, P. A. (1999). Psychosocial concerns and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Invest*, 17, 342-348.
- Lima A. F. B. S & Fleck M. P. A. (2011).

- Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(3), 245-251.
- Miller, B. E., Pittman, B. & Strong, C. (2003). Gynecologic cancer patients' psychosocial needs and their views on the physician's role in meeting those needs. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 13(2), 111-119.
- Mystakidou, K., Tsilik,a E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2005). Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Quality of Life Research*, 14, 1825-1833.
- Pearman, T. (2003). Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer survivors. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(33), 1-6.
- Polinsky, M. L. (1994). Functional status of long term breast cancer survivors: Demonstrating chronicity. *Health Social Work*, 19, 165-173.
- Ruiz, M. A., Garde, S., Ascunce, N., Del Moral (1998) A: Intervenci psicologica en pacientes con cancer de mama. *An Sis San Navarra*, 21, 119-124.
- Schagen, S. B., van Dan, F. S., Muller, M. J., Boogerd, W., Lindeboom, J., & Bruning, P. F. (1999). Cognitive deficits after postoperative adjuvant chemotherapy for breast carcinoma. *Cancer*, 85, 640-650.
- Scheier, M. F., & Helgeson, V. S. (2006). Really, disease doesn't matter A commentary on correlates of depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 2407-2408.
- Somerset, W., Stout, S. C., Miller, A. H., & Musselman, D. (2004). Breast Cancer and Depression. *Oncology*, 18(8), 1021-1034.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies a predictors of adjustment. *Psychooncology*, 11, 93-102.
- Ware, J., Kosinski, M., & Dewy, J. E. (2000). *How to Score Version Two of the SF-36® Health Survey (Standard & Acute Forms)*. 3rd. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporate.
- Wenzel, L. B., Donnelly, J. P., Fowler, J. M., Habbal, R., Taylor, T. H., Aziz, N. & Cella, D (2002). Resilience, reflection, and residual stress in ovarian cancer survivorship: a gynecologic oncology group study. *Psychooncology*, 11(2), 142-153.
- Yun, Y. H., Park, Y. S., Lee, E. S., Bang, S. M., Heo, D. S., Park, S. et al. (2004). Validation of the Korean version of the EORTC QLQ-C30. *Quality of Life Research*, 13, 863-868.

1 차원고접수 : 2011. 10. 28.

심사통과접수 : 2011. 12. 1.

최종원고접수 : 2011. 12. 12.

The Influence of Health Related Quality of Life on Depressive Symptoms of Breast Cancer Patients

Eun Hye Ha

Department of Childwelfare and Studies

The purpose of this study was to examine the influence of health related quality of life on depressive symptoms in breast cancer patients. The 374 breast cancer patients were recruited and they were assessed on cancer related variables, sociodemographic variables, EORTC QLQ-BR23 and CES-D. The results showed as follows. First, there were significant correlations among depressive symptoms and all variables of health related quality of life including physical functioning and physical symptoms. Second, multiple regression analysis showed that all variables of the health related quality of life including body image, sexual functioning, sexual enjoyment, future perspective, arm symptoms, breast symptoms, side effects of systemic therapy, and upset by hair loss significantly predicted the increasing of depressive symptoms. Third, future perspective, breast symptoms, and side effects of systemic therapy significantly predicted of depressive mood, and body image significantly predicted loss of positive mood. Body image, future perspective, breast symptoms, and side effects of systemic therapy showed significant effects on interpersonal relationship. And future perspective, breast symptoms, and side effects of systemic therapy were significant predictors of physical deterioration. Finally it was discussed the important influences of the health related quality of life on the depressive symptoms in breast cancer patients and the future directions of psychological intervention for the breast cancer patients.

Key words : breast cancer, depressive symptom, body image, future perspective, breast symptoms