대한민국 의사의 주관적 건강상태에 있어서 생활습관, 스트레스 및 만성질환의 중요성

오 수 현 · 김 진 숙
대한의사협회 의료정책연구소

Importance of lifestyle, stress, and chronic diseases in self-rated health of Korean doctors

Su Hyun Oh, PhD · Jin Suk Kim, PhD

Research Institute for Healthcare Policy, Korean Medical Association, Seoul, Korea

The quality of medical services and the health of patients can be guaranteed when the doctors are healthy. In this study, we used the data from the 2016 Korean Physician Survey and analyzed the relationship of lifestyle, stress, and chronic diseases status with the self-rated health of Korean doctors. Among 7,631 doctors in Korea, 2,336 (30.6%) reported their self-rated health as 'good', 4,462 (58.5%) as 'moderate', and 833 (10.9%) as 'bad'. The multinomial logistic regression analysis, showed that factors related to the self-rated health were age, type of healthcare facility, smoking, exercise, sleep duration, stress, and chronic diseases status. Since doctors' lifestyle, stress, and chronic disease status were closely related to their self-rated health, it is imperative to prepare measures to protect doctors' health in an intensive medical environment, where too many patients require treatment, due to the characteristics of the medical system in Korea.

Key Words: Korean doctors; Self-rated health; Life style; Stress; Chronic disease

서론

주관적 건강상태는 자기가 인식하고 있는 자신의 건강상태와 건강수준을 바탕으로 스스로 건강을 평가하는 방법이다[1]. 일반적으로 건강상태는 임상진료를 통해 객관적 지표로 측정되지만 최근에는 의학적 진단여부와 관계없이 개인이 느끼는 신체적, 정신적 상태가 개인의 건강수준을 보여

주는 중요한 기준으로 제시되고 있다[2]. 주관적 건강상태는 다수의 연구에서 현재 건강상태를 알 수 있는 유효한 대리변수로 활용되고 있으며[3-5], 특히 미래의 건강상태를 반영하는 사망률을 유의하게 예측할 수 있는 지표로 알려져 있다[6,7]. 즉 주관적 건강상태는 개인의 과거, 현재, 미래의 건강상태를 반영하는 단순하고 가장 보편적인 지표라고 할 수 있다[8]. 주관적 건강상태는 의학적 지식과 일치할 수도 있으나 의학적 견해와 일치하지 않을 수도 있고, 일치되지 않을 경우 개인의 건강에 나쁜 영향을 줄 수도 있다. 그러므로 어떤 인자들이 주관적 건강상태에 영향을 미치고 있는지 확인하는 것은 매우 중요하다[7].

주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인은 다양하나, 주요 연구에서 연령, 성별 등을 포함하여 교육수준, 소득, 고용상

Received: August 11, 2020 Accepted: August 28, 2020

Corresponding author: Jin Suk Kim
E-mail: philiakjs5426@kma.org

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

태 및 생활환경 등 사회·경제적 요인들이 주관적 건강상태에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다[9-11]. 이외에도 흡연, 음주, 운동 등과 같은 생활습관[12-14]과 혈압, 당뇨, 고지혈증과 같은 만성질환[15-18], 스트레스와 피로도와 같은 정신건강학적 요인이 주요 원인으로 보고되고 있다[15,19].

보건의료체계에서 의사의 역할은 매우 중요하다. 의사는 주로 앉아서 업무를 수행하는 대표적인 전문직의 하나로서, 일반인보다 생활습관병 발생위험이 높을 수 있고 감염이나 과로와 같은 열악한 진료환경에 노출되어 있어 건강상의 위험을 경험할 확률이 일반인들보다 높을 수 있다. 따라서 의사의 평소 생활습관과 건강상태를 파악하는 것이 중요한데, 이는 의료서비스 제공 주체인 의사가 건강해야 서비스의 질과 환자의 건강이 함께 담보될 수 있기 때문이다[20]. 일반적으로 의사는 의학지식을 많이 가지고 있기 때문에 건강할 것이라고 생각하지만 업무특성상 바쁜 일정과 스트레스, 생활습관 변화와 유해물질에 대한 노출증가로 인해 의사가 일반인에 비해 암 유병률이 약 3배 정도 높다는 연구결과가 보고된 바 있으며[21], 의사의 평균수명이 일반인보다 짧다는 연구결과 또한 존재한다[22].

지금까지 성인, 노인, 청소년 등 일반 국민 중 특정 계층을 대상으로 주관적 건강상태 관련 요인을 탐색한 국내외 연구들은 다수 발견되나[15,23,24], 우리나라 의사의 주관적 건강상태와 관련된 연구는 거의 없는 실정이다. 이에 본 연구는 우리나라 보건의료체계에서 핵심적인 역할을 담당하는 의사의 주관적 건강상태 수준을 살펴보고 생활습관, 스트레스 및 만성질환 요인에 따른 주관적 건강상태의 차이를 분석하고자 하였다.

연구대상 및 방법

1. 연구자료 및 대상

본 연구는 대한의사협회 의료정책연구소가 2016년 수행한 전국 의사조사 자료를 이용한 횡단면 기술연구이다. 2016년 전국 의사조사는 대한의사협회 회원 데이터베이스에 등록(정보 비공개 및 E-mail 정보 미등록 회원 제외)되어 있

는 77,997명을 대상으로 온라인 설문조사 방식을 이용하여 2016년 11월 21일부터 2017년 1월 8일까지 약 7주간 진행되었다. 조사에 응답한 대상자는 8,564명(13.8%)이었다[20]. 본 연구는 전체 대상자에서 특정 직역인 전공의, 공보의, 기타 직역 근무자 및 국외 근무자, 결측치를 제외한 7,631명을 최종 분석대상으로 선정하였다.

2. 변수

1) 종속변수

본 연구의 종속변수인 주관적 건강상태는 연구대상자 스스로 생각하는 자신의 건강수준을 의미하며 “평소 선생님의 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?”라는 질문에 대해, 매우 나쁨, 나쁨, 보통, 좋음, 매우 좋음으로 응답하게 하였다. 이 중 매우 나쁨과 나쁨을 ‘나쁨’으로, 보통은 ‘보통’으로, 좋음과 매우 좋음을 ‘ 좋음’으로 재분류 하였다.

2) 독립변수

독립변수는 기존 연구 및 2016 전국 의사조사의 변수를 고려하여 성별, 연령, 결혼상태 등 인구학적 변수와 직역, 취득 전문과목, 근무기관 종류 등 근무관련 변수를 포함하였으며, 생활습관 관련 변수로는 흡연, 음주, 운동, 수면시간을 고려하였다. 또한 스트레스 정도와 만성질환 유무 변수를 포함하였다.

직역은 개원의, 봉직의, 교수로 구분하였다. 취득 전문과목은 크게 내과계열, 외과계열, 지원계열 및 전문의 미취득 계열로 구분하였다. 내과계열은 내과, 신경과, 정신건강의학과, 소아청소년과, 피부과, 결핵과, 재활의학과, 가정의학과가 포함된다. 외과계열은 외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 산부인과, 안과, 이비인후과, 비뇨기과, 응급의학과가 포함된다. 지원계열은 마취통증의학과 영상의학과, 방사선종양학과, 병리과, 진단검사의학과, 예방의학과, 핵의학과, 직업환경의학과로 분류하였다.

근무기관 종류는 의원, 병원, 종합병원, 상급종합 병원, 요양병원, 보건기관(보건소, 보건지소, 보건의료원), 의과대학, 기타(치과병의원, 한방병의원, 군병원 등)로 분류하였다.

생활습관 관련 변수는 흡연, 음주, 운동, 수면시간을 고려하였다. 흡연은 ‘현재 담배를 피우십니까?’라는 질문에, 매일

피움, 가끔 피움, 과거에 피웠으나 현재 피우지 않음, 피운적 없음으로 응답하게 하였다. 음주는 ‘술을 얼마나 자주 마시니까?’라는 질문에, 최근 1년간 전혀 마시지 않았다, 한 달에 한 번 미만, 한 달에 한 번 정도, 한 달에 2-4번, 일주일에 2-3번 정도, 일주일에 4번 이상으로 응답하게 하였다. 운동은 ‘평소 최소 10분 이상 계속 숨이 차거나 심장이 빠르게 뛰는 운동이나 신체활동을 하고 계십니까?’라는 질문에, 예, 아니오로 응답하게 하였다. 수면시간은 하루 평균 수면시간에 대해, 6시간 미만, 6시간 이상 7시간 미만, 7시간 이상 8시간 미만, 8시간 이상으로 구분하였다.

스트레스는 ‘평소 일상생활 중에 스트레스를 어느 정도 느끼고 계십니까?’라는 질문에, 대단히 많이 느낀다, 많이 느끼는 편이다, 조금 느끼는 편이다, 거의 느끼지 않는다고 응답하게 하였다. 만성질환 유무는 ‘현재 만성질환을 보유하고 계십니까?’라는 질문에, 예, 아니오로 응답하게 하였다.

3) 자료분석

대상자의 주관적 건강상태, 인구학적 및 근무 관련 특성을 포함하여 생활습관, 스트레스 및 만성질환에 대한 기술통계를 제시하였으며, 주관적 건강상태와 관련된 요인을 파악하기 위해 카이제곱 검정을 이용한 단변량 분석을 시행하였다. 이후 단변량 분석에서 P값이 0.05 이하인 변수를 포함하여 생활습관, 스트레스, 만성질환과 주관적 건강상태와의 연관성을 파악하기 위해 다항 로지스틱 회귀분석을 시행하여 교차비와 95% 신뢰구간을 제시하였다. 모든 분석은 IBM SPSS Statistics ver.19.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA)을 사용하였으며, 유의수준은 0.05로 설정하였다.

분석결과

1. 연구대상자 특성에 따른 주관적 건강상태 차이

연구대상자 7,631명 중 자신의 주관적 건강상태를 ‘ 좋음’으로 인식하고 있는 사람은 2,336명(30.6%), ‘보통’은 4,462명(58.5%), ‘나쁨’은 833명(10.9%)으로 나타났다 (Table 1). 성별에 따른 주관적 건강상태는 거의 차이가 없었다($P=0.500$). 연령군에 따라서는 20대를 제외하면 연령

이 높아질수록 자신의 건강상태를 좋다고 인식하고 있었다($P=0.000$). 직역에 따른 주관적 건강상태는 개원의에 비해 교수가 긍정적으로 평가하고 있었으나, 유의미한 차이는 없었다($P=0.095$). 취득 전문과목에 따른 주관적 건강상태는 거의 차이가 없었다($P=0.069$). 근무기관 종류에 따라서는 치과나 한방병의원 등으로 분류된 기타기관을 제외하고는 요양병원에 근무하는 의사가 자신의 건강상태를 가장 긍정적으로 평가하고 있었다($P=0.016$). 결혼상태에 따른 주관적 건강상태의 차이는 없었다($P=0.554$).

생활습관 중 흡연의 경우 주관적 건강상태를 ‘ 좋음’이라고 응답한 사람 중 ‘매일 피움’ 19.4%, ‘과거에 피웠으나 현재 피우지 않음’ 34.3%, ‘피운적 없음’은 32.4%로 흡연을 하는 의사에 비해 하지 않는 사람이 자신의 건강상태를 긍정적으로 평가하고 있었다($P=0.000$). 음주에 따른 주관적 건강상태 차이는 없었으며($P=0.177$), 운동은 하루 10분 이상 하고 있다고 응답한 의사가 그렇지 않은 의사에 비해 자신의 건강상태를 좋다고 인식한 비율이 약 2배 이상 높게 나타났다($P=0.000$). 수면시간에 따른 주관적 건강상태 차이는 ‘8시간 초과’라고 응답한 의사가 ‘6시간 미만’이라는 의사에 비해 자신의 건강상태를 좋다고 인식하고 있었다($P=0.000$). 스트레스와 주관적 건강상태와의 관계는 건강상태를 좋다고 인식한 의사 중 스트레스를 ‘대단히 많이 느낀다’라고 응답한 비율은 11.8%, ‘거의 느끼지 않는다’ 66.8%로 스트레스는 많이 느낄수록 자신의 건강상태를 부정적으로 평가하고 있었다($P=0.000$). 만성질환 유무에 따른 주관적 건강상태는 ‘ 좋음’으로 평가한 의사 중 만성질환이 있다고 응답한 의사는 23.4%, 없다고 응답한 의사는 34.0%, ‘나쁨’으로 평가한 의사 중 만성질환이 있다고 응답한 의사는 19.0%, 없다고 응답한 의사는 7.1%로 만성질환이 있다고 응답한 의사는 그렇지 않은 의사에 비해 자신의 건강상태를 부정적으로 평가하고 있었다($P=0.000$).

2. 생활습관, 스트레스 및 만성질환에 따른 주관적 건강상태 차이와 관련 요인

주관적 건강상태에 대해 ‘보통’에 비해 ‘ 좋음’이라고 응답한 의사의 경우 연령, 근무기관 종류, 흡연, 운동, 스트레스,

Table 1. General characteristics and differences of self-rated health by related variables

Variable		Self rated health			Total	P-value
		Good health (n=2,336)	Moderate health (n=4,462)	Bad health (n=833)		
Sex	Male	1,943 (30.7)	3,678 (58.2)	699 (11.1)	6,320 (82.8)	0.500
	Female	393 (30.0)	784 (59.8)	134 (10.2)	1,311 (17.2)	
Age (yr)	≤29	3 (30.0)	6 (60.0)	1 (10.0)	10 (0.1)	0.000 ^{a)}
	30–39	524 (27.2)	1,113 (57.8)	290 (15.0)	1,927 (25.3)	
	40–49	753 (27.8)	1,664 (61.5)	289 (10.7)	2,706 (35.5)	
	50–59	687 (33.6)	1,170 (57.3)	186 (9.1)	2,043 (26.8)	
	60–69	285 (37.7)	418 (55.3)	53 (7.0)	756 (9.9)	
	≥70	84 (44.4)	91 (48.1)	14 (7.4)	189 (2.5)	
Job position	Doctors with their own hospital	987 (29.5)	1,963 (58.6)	397 (11.9)	3,347 (43.9)	0.095
	Employed doctor	908 (31.1)	1,710 (58.6)	298 (10.2)	2,916 (38.2)	
	Professor	441 (32.2)	789 (57.7)	138 (10.1)	1,368 (17.9)	
Specialty	Internal	987 (30.0)	1,930 (58.7)	373 (11.3)	3,290 (43.1)	0.069
	Surgery	943 (31.2)	1,770 (58.5)	314 (10.4)	3,027 (39.7)	
	Support	306 (30.4)	603 (59.8)	99 (9.8)	1,008 (13.2)	
	No specialty certification	100 (32.7)	159 (52.0)	47 (15.4)	306 (4.0)	
Type of healthcare facility	Clinic	1,096 (29.8)	2,148 (58.4)	431 (11.7)	3,675 (48.2)	0.016 ^{a)}
	Hospital	195 (28.2)	421 (60.8)	76 (11.0)	692 (9.1)	
	General hospital	505 (31.6)	948 (59.3)	145 (9.1)	1,598 (20.9)	
	Tertiary hospital	372 (32.1)	643 (55.4)	145 (12.5)	1,160 (15.2)	
	Convalescent	111 (35.2)	181 (57.5)	23 (7.3)	315 (4.1)	
	Health institution	7 (28.0)	16 (64.0)	2 (8.0)	25 (0.3)	
	Medical school	36 (33.0)	65 (59.6)	8 (7.3)	109 (1.4)	
Marital status	Etc.	14 (24.6)	40 (70.2)	3 (5.3)	57 (0.7)	0.554
	Unmarried	120 (28.9)	238 (57.3)	57 (13.7)	415 (5.4)	
	With spouse	2,155 (30.8)	4,094 (58.5)	752 (10.7)	7,001 (91.7)	
	Bereaved	12 (26.1)	30 (65.2)	4 (8.7)	46 (0.6)	
Smoking	Divorced	49 (29.0)	100 (59.2)	20 (11.8)	169 (2.2)	0.000 ^{a)}
	Everyday	190 (19.4)	617 (63.0)	172 (17.6)	979 (12.8)	
	Occasionally	118 (21.9)	373 (69.3)	47 (8.7)	538 (7.1)	
	Ex-smoking	864 (34.3)	1,414 (56.2)	239 (9.5)	2,517 (33.0)	
Frequency of drinking	None-smoking	1,164 (32.4)	2,058 (57.2)	375 (10.4)	3,597 (47.1)	0.177
	None for last one year	331 (32.0)	576 (55.7)	128 (12.4)	1,035 (13.6)	
	Less than once a month	346 (28.9)	714 (59.6)	138 (11.5)	1,198 (15.7)	
	Once a month	285 (30.8)	536 (57.9)	104 (11.2)	925 (12.1)	
	2–4 times a month	763 (31.7)	1,414 (58.8)	229 (9.5)	2,406 (31.5)	
	2–3 times a week	475 (30.0)	934 (59.0)	173 (10.9)	1,582 (20.7)	
Exercise	Above 4 times a week	136 (28.0)	288 (59.4)	61 (12.6)	485 (6.4)	0.000 ^{a)}
	Yes	1,513 (41.3)	1,933 (52.7)	220 (6.0)	3,666 (48.0)	
	No	823 (20.8)	2,529 (63.8)	613 (15.5)	3,965 (52.0)	
Sleep duration (hr)	<6	258 (27.4)	511 (54.2)	174 (18.5)	943 (12.4)	0.000 ^{a)}
	6≤X<7	853 (29.2)	1,748 (59.8)	320 (11.0)	2,921 (38.3)	
	7≤X<8	935 (32.8)	1,663 (58.4)	249 (8.7)	2,847 (37.3)	
	≥8	290 (31.5)	540 (58.7)	90 (9.8)	920 (12.1)	
Stress	Very often	130 (11.8)	631 (57.2)	342 (31.0)	1,103 (14.5)	0.000 ^{a)}
	Often	663 (21.9)	1,994 (65.7)	377 (12.4)	3,034 (39.8)	
	Occasionally	1,370 (42.3)	1,759 (54.4)	106 (3.3)	3,235 (42.4)	
	A few times/never	173 (66.8)	78 (30.1)	8 (3.1)	259 (3.4)	
Chronic disease	Yes	573 (23.4)	1,411 (57.6)	464 (19.0)	2,448 (32.1)	0.000 ^{a)}
	No	1,763 (34.0)	3,051 (58.9)	369 (7.1)	5,183 (67.9)	

Values are presented as number (%).

^{a)}P<0.05.

Table 2. Differences of self-rated health by lifestyle, stress and chronic diseases

Variable		Self rated health (ref: moderate)					
		Good health			Bad health		
		OR	95% CI	P-value	OR	95% CI	P-value
Age (yr)	≤29	0.592	0.133–2.642	0.492	1.778	0.180–17.538	0.622
	30–39	0.580	0.407–0.826	0.003 ^{a)}	2.192	1.154–4.166	0.017 ^{a)}
	40–49	0.580	0.412–0.818	0.002 ^{a)}	1.049	0.558–1.970	0.882
	50–59	0.734	0.522–1.031	0.075	0.815	0.433–1.534	0.527
	60–69	0.770	0.539–1.100	0.150	0.692	0.353–1.357	0.284
	≥70 (ref)	-	-	-	-	-	-
Type of healthcare facility	Hospital	0.946	0.775–1.154	0.582	0.858	0.640–1.150	0.305
	General hospital	1.191	1.031–1.376	0.018 ^{a)}	0.635	0.505–0.797	0.000 ^{a)}
	Tertiary hospital	1.382	1.173–1.630	0.000 ^{a)}	0.709	0.554–0.906	0.006 ^{a)}
	Convalescent	1.018	0.778–1.333	0.894	0.648	0.399–1.051	0.078
	Health institution	0.558	0.219–1.422	0.222	1.133	0.241–5.338	0.874
	Medical school	1.137	0.731–1.769	0.570	0.563	0.256–1.240	0.154
	Etc.	0.606	0.319–1.151	0.126	0.400	0.115–1.392	0.150
	Clinic (ref)	-	-	-	-	-	-
Smoking	Everyday	0.633	0.524–0.764	0.000 ^{a)}	1.373	1.097–1.717	0.006 ^{a)}
	Occasionally	0.603	0.479–0.760	0.000 ^{a)}	0.664	0.469–0.941	0.021 ^{a)}
	Ex-smoking	1.010	0.891–1.145	0.878	1.003	0.820–1.227	0.977
	None-smoking (ref)	-	-	-	-	-	-
Exercise	Yes	2.313	2.073–2.580	0.000 ^{a)}	0.492	0.412–0.587	0.000 ^{a)}
	No (ref)	-	-	-	-	-	-
Sleep duration (hr)	<6	1.108	0.885–1.387	0.370	1.700	1.242–2.326	0.001 ^{a)}
	6≤X<7	1.009	0.845–1.205	0.918	1.015	0.772–1.334	0.915
	7≤X<8	1.063	0.892–1.266	0.495	0.938	0.710–1.238	0.650
	≥8 (ref)	-	-	-	-	-	-
Stress	Very often	0.109	0.077–0.153	0.000 ^{a)}	4.116	1.933–8.764	0.000 ^{a)}
	Often	0.161	0.120–0.215	0.000 ^{a)}	1.660	0.784–3.513	0.185
	Occasionally	0.363	0.273–0.484	0.000 ^{a)}	0.561	0.261–1.205	0.138
	A few times/never (ref)	-	-	-	-	-	-
Chronic disease	Yes	0.582	0.511–0.662	0.000 ^{a)}	3.758	3.151–4.483	0.000 ^{a)}
	No (ref)	-	-	-	-	-	-

OR, odds ratio; CI, confidential interval; ref, reference.

^{a)}P<0.05.

만성질환 여부가 영향을 미치는 것으로 나타났다(Table 2).

연령에 따른 의사들의 주관적 건강상태의 차이는 70대 이상보다 30대와 40대가 건강상태를 좋다고 인식할 가능성이 각각 0.58배(0.407–0.826, 0.412–0.818)였다. 근무기관 종류에 따라서는 의원에 근무하는 의사에 비해 종합병원은 1.19배(1.031–1.376), 상급종합병원은 1.38배(1.173–1.630) 자신의 건강상태를 좋다고 인식하고 있

었다. 생활습관 중 흡연상태에 따른 주관적 건강상태는 흡연을 하지 않은 의사에 비해 매일 흡연을 하는 의사는 건강상태를 좋다고 인식할 가능성이 0.63배(0.524–0.764), 가끔 흡연을 하는 의사는 0.60배(0.479–0.760)였으며, 운동은 하지 않은 의사에 비해 평소 10분 이상 운동을 하는 의사가 주관적 건강상태를 2.31배(2.073–2.580) 좋다고 인식하고 있었다. 스트레스에 따른 주관적 건강상태는 ‘거의 느끼

지 않는다'고 응답한 의사에 비해 '대단히 많이 느낀다'는 의사는 0.10배(0.077-0.153), '많이 느낀다'는 의사는 0.16배(0.120-0.215), '조금 느낀다'고 응답한 의사는 0.36배(0.273-0.484) 좋다고 인식하고 있었다. 만성질환 유무에 따라서는 만성질환이 없는 의사에 비해 만성질환이 한 개 이상 있는 의사가 주관적 건강상태를 좋다고 인식할 가능성이 0.58배(0.511-0.662)였다.

다음으로 주관적 건강상태에 대해 '보통'이라고 응답한 의사들에 비해 '나쁨'이라고 응답한 의사의 경우 연령, 근무기관 종류, 흡연, 운동, 수면시간, 스트레스, 만성질환 보유 여부가 영향을 미치는 것으로 확인되었다(Table 2).

연령에 따라서는 70대 이상에 비해 30대가 자신의 건강상태를 2.19배(1.154-4.166) 나쁘다고 인식하고 있었다. 근무기관 종류에 따라서는 의원에 근무하는 의사에 비해 종합병원은 0.63배(0.505-0.797), 상급종합병원은 0.70배(0.554-0.906) 주관적 건강상태를 나쁘게 인식하고 있었다. 흡연상태에 따라서는 자신의 건강상태를 나쁘다고 인식한 의사는 '피운적 없다'고 응답한 의사에 비해 '매일 피운다'는 의사가 1.37배(1.097-1.717) '가끔 피운다'는 의사는 0.66배(0.469-0.941)였다. 운동에 따른 주관적 건강상태의 차이는 운동을 하지 않는 의사에 비해 평소 10분 이상 운동한다고 응답한 의사가 자신의 건강상태를 0.49배(0.412-0.587) 나쁘다고 인식하고 있었으며, 매일 8시간을 초과해서 수면을 취하는 의사에 비해 수면시간이 6시간 미만이라고 응답한 의사가 1.70배(1.242-2.326) 자신의 건강상태를 나쁘게 평가하고 있었다. 스트레스에 따른 주관적 건강상태 인식의 차이는 스트레스를 '거의 받지 않는다'고 응답한 의사에 비해 '많이 받는다'는 의사가 4.11배(1.933-8.764) 건강상태를 나쁘다고 평가하였다. 만성질환 유무에 따른 주관적 건강상태는 만성질환이 없는 의사에 비해 만성질환을 한 개 이상 보유한 의사가 3.75배(3.151-4.483) 자신의 건강상태에 대해 나쁘다고 인식하고 있었다.

우리나라 의사들의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인은 연령, 근무기관 종류, 흡연, 운동, 수면시간, 스트레스, 만성질환 유무 등으로 나타났다. 특히, 흡연, 운동 등 평소 생활습관을 포함하여 스트레스 및 만성질환의 보유 여부가

의사들의 주관적 건강상태에 많은 영향을 미치는 것으로 밝혀졌으며, 주관적 건강상태가 현재 건강상태를 나타내는 유의미한 지표임을 고려했을 때, 우리나라 의사들의 건강관리 중요성에 대해 시사하는 바가 크다.

결론

본 연구는 우리나라 의사의 생활습관과 만성질환 유무에 따른 주관적 건강상태의 차이를 분석하였다. 먼저 우리나라 의사 7,631명 중 주관적 건강상태를 ' 좋음'으로 인식하고 있는 사람은 2,336명(30.6%), '보통'은 4,462명(58.5%), '나쁨'은 833명(10.9%)으로 나타났다. 2016년 통계청 조사결과에 따르면 우리나라 성인의 주관적 건강상태에 대해 '매우 좋다' 또는 '좋은 편이다'라고 인식한 사람은 남성은 51.3%, 여성은 43.1%였다[25]. 우리나라 일반 성인에 비해 의사의 주관적 건강상태에 대한 긍정적인 인식이 오히려 낮았다. 실제로 국내 연구결과 일반인에 비해 암 유병률이 남자 의사는 2.5배, 여자 의사는 3.9배 높은 것으로 보고되었다[21].

분석결과, 의사의 주관적 건강상태와 관련이 있는 요인은 연령, 근무기관 종류, 흡연, 운동, 수면시간, 스트레스, 만성질환 유무로 나타났다.

연령은 주관적 건강상태에 영향을 미치는 대표적인 인구사회학적 변수로 70대보다 30-40대 의사가 자신의 건강상태를 부정적으로 인식하고 있는 경향이 있었다. 이는 연령이 높은 의사에 비해 30-40대 의사들이 장시간 근무시간에 따른 업무강도가 높고 스트레스가 많은 원인이 건강상태에 영향을 주는 것으로 판단할 수 있다.

흡연, 운동은 주관적 건강상태의 주요한 영향요인이라는 국내외 연구와 유사한 결과를 보여주었다[12-14]. 즉 흡연을 많이 하는 사람과 운동을 하지 않는 사람이 부정적인 건강인식을 가질 가능성이 높았는데, 흡연과 운동은 의사의 경우도 동일하게 주관적 건강상태에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 음주는 주관적 건강상태와 관련이 없다는 연구결과가 존재하며[26], 본 연구에서도 음주와 주관적 건강상태는 유의한 연관성을 보이지 않았다. 의사의 수면시간도

주관적 건강상태와 관련이 있었으며, 특히 수면시간이 6시간 미만인 의사는 주관적 건강상태를 부정적으로 인식하는 경향이 있었다. 특히 스트레스는 주관적 건강상태와 밀접한 영향이 있는 것으로 나타나 의사의 건강관리를 위해서는 스트레스를 유발하는 다양한 원인을 분석하고 해결방안을 모색해야 함을 시사한다. 만성질환 유무에 따른 주관적 건강상태 인식은 이미 일반 성인을 대상으로 한 국내외 다양한 연구결과를 통해 연관성이 있다고 알려진 바[15-18], 의사에 있어서도 동일한 연구결과를 보여주었다. 의사의 생활습관과 스트레스, 만성질환이 주관적 건강상태와 밀접한 연관성이 있는 것으로 나타나 의사들의 건강관리에 대한 개인적 차원의 관리뿐 아니라 제도적, 정책적 차원의 개선방안 마련이 필요하다.

본 연구는 전국의사조사 결과를 활용하여 우리나라의 의사의 주관적 건강상태와 영향을 미치는 요인을 생활습관 및 스트레스, 만성질환 등을 중심으로 최초로 규명하였다는 점에서 의의를 지닌다. 그러나 본 연구는 다음과 같은 제한점을 지닌다. 첫째, 2016 전국의사조사 데이터를 활용하여 2차 자료를 분석한 횡단면 기술연구라는 근본적인 한계를 가지고 있어 의사의 주관적인 건강상태에 미치는 다양한 변수들을 활용하지 못했다. 향후 연구에서는 우리나라 의사의 주관적 건강상태에 미치는 다양한 변수를 투입하여 관련 요인을 보다 폭넓게 살펴볼 필요가 있다. 둘째, 주관적 건강상태는 현재의 건강상태를 측정할 수 있는 유용하고 광범위하게 활용되어 온 변수지만 임상검사보다는 주관적인 측면이 있다는 한계가 있으며, 특히 사회경제적 수준이 높은 사람은 자신의 건강상태를 높게 평가하는 경향도 강하다는 연구결과도 존재한다[7]. 셋째, 근무기관 종류에 따른 주관적 건강상태의 차이는 그 원인을 규명해내지 못하여, 향후 연구에서는 다양한 변수에 대한 분석과 이에 대한 실증적 연구가 요구된다.

이러한 제한점에도 불구하고 이미 많은 선행연구에서 주관적 건강상태는 현재 건강상태를 반영하는 중요한 지표로 활용되고 있으며, 사망률과의 관련성도 높은 것으로 나타났다. 우리나라 의료체계에서 핵심적인 역할을 담당하는 의사의 건강상태에 대한 중요성은 백번 강조해도 지나치지 않다. 의료

인의 수면부족과 스트레스가 업무집중력을 떨어뜨려 의료사고로 이어질 수 있다는 결과는 다수 보고되고 있다[27,28]. 의사가 건강해야 질 높은 진료가 가능하며, 국가의 보건의료체계가 원활히 작동할 수 있다. 그러나 우리나라 의료환경 특성상 하루에 많은 환자들을 진료해야 하는 강도 높은 근로여건 속에서 의사의 건강관리를 위한 대비책은 마련되어 있지 않다. 의료현장에서 높은 업무강도에 따른 수면부족과 스트레스가 의사의 과로사로 이어지는 안타까운 현실을 계속 마주하고 있다. 일반인에 비해 의학적인 지식이 많은 의사가 스스로 느끼는 주관적 건강상태에 대한 이번 연구결과는 상당한 의미를 지닌다고 할 수 있다. 의사의 과도한 노동과 희생을 강요하는 분위기속에서 한국의 보건의료체계가 성장했다면 이제는 환자와 의사가 함께 건강한 삶을 살 수 있는 제도적 환경을 만들기 위한 개선방안 마련이 시급하다.

찾아보기말: 대한민국 의사; 주관적 건강상태; 생활습관; 스트레스; 만성질환

ORCID

Su Hyun Oh, <https://orcid.org/0000-0002-7153-4961>

Jin Suk Kim, <https://orcid.org/0000-0002-0782-4518>

Conflict of Interest

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

References

1. Bailis DS, Segall A, Chipperfield JG. Two views of self-rated general health status. *Soc Sci Med* 2003;56:203-217.
2. Statistics Research Institute. Korean quality of life indicators 2017. Seoul: Statistics Research Institute; 2017.
3. Benyamini Y, Idler EL, Leventhal H, Leventhal EA. Positive affect and function as influences on self-assessments of health: expanding our view beyond illness and disability. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2000;55:107-116.
4. Kim SH, Wolde-Tsadik G, Reuben DB. Predictors of perceived health in hospitalized older persons: a cross-sectional and longitudinal study. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:420-426.
5. Rodin J, McAvay G. Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults. *J Gerontol* 1992;47:373-384.

6. Benyamini Y. Why does self-rated health predict mortality? An update on current knowledge and a research agenda for psychologists. *Psychol Health* 2011;26:1407-1413.
7. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:21-37.
8. Murray J, Dunn G, Tarnopolsky A. Self-assessment of health: an exploration of the effects of physical and psychological symptoms. *Psychol Med* 1982;12:371-378.
9. Yoon BJ. Differential effects on self-rated health by socioeconomic class. *J Health Info Stat* 2016;41:35-42.
10. Bailis DS, Segall A, Mahon MJ, Chipperfield JG, Dunn EM. Perceived control in relation to socioeconomic and behavioral resources for health. *Soc Sci Med* 2001;52:1661-1676.
11. Subramania SV, Kawachi I, Kennedy BP. Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US. *Soc Sci Med* 2001;53:9-19.
12. Holdsworth C, Mendonca M, Pikhart H, Frisher M, de Oliveira C, Shelton N. Is regular drinking in later life an indicator of good health? Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *J Epidemiol Community Health* 2016;70:764-770.
13. Wang MP, Ho SY, Lo WS, Lai MK, Lam TH. Smoking is associated with poor self-rated health among adolescents in Hong Kong. *Nicotine Tob Res* 2012;14:682-687.
14. Manor O, Matthews S, Power C. Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *Int J Epidemiol* 2001;30:600-607.
15. Lee JM, Kye SS, Lee JH, Seo JM, Yoon JK. The relationship between metabolic syndrome and self-rated health in healthy Korean men. *Korean J Fam Pract* 2015;5:806-811.
16. Barger SD, Muldoon MF. Hypertension labelling was associated with poorer self-rated health in the third US National Health and Nutrition Examination Survey. *J Hum Hypertens* 2006;20:117-123.
17. Finkelstein MM. Hypertension, self-perceived health status and use of primary care services. *CMAJ* 2000;162:45-46.
18. Shin HY, Shin MH, Rhee JA. Gender differences in the association between self-rated health and hypertension in a Korean adult population. *BMC Public Health* 2012;12:135.
19. Grzywacz JG, Almeida DM, Neupert SD, Ettner SL. Socioeconomic status and health: a micro-level analysis of exposure and vulnerability to daily stressors. *J Health Soc Behav* 2004;45:1-16.
20. Lee JC, Kim SY, Kim KH, Seo KH, Kim HS. 2016 Korean physician survey. Seoul: Research Institute for Healthcare Policy; 2017.
21. Kim HL, Park HJ, Sim YH, Choi EY, Shim KW, Lee SW, Lee HS, Chun H. Cancer prevalence among physicians in Korea: a single center study. *Korean J Fam Med* 2016;37:91-96.
22. Korean Medical Association. A study on the identification of members and causes of death. Seoul: Korean Medical Association; 2000.
23. Shin HG, Kim JH, Kwon HW, Hong A, Youn JH, Han YJ, Kim YI. The relationship of blood pressure with subjective health awareness and health related quality of life. *Korean J Fam Pract* 2016;6:660-667.
24. Kim KM, Kim HK, Rhee HS. Mediating effects of health-promotion behaviors on the correlation between self-perceived health and medical care utilization among older adults. *Korean J Health Serv Manag* 2019;13:179-190.
25. Statistics Korea. 2016 Social survey. Deajeon: Statistics Korea; 2017.
26. Park SB. Recognition status of health related to smoking, alcohol drinking, and stress in a working place. *J Korean Acad Fam Med* 2001;22:1814-1822.
27. Kang EK, Lihm HS, Kong EH. Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. *Korean J Fam Med* 2013;34:36-42.
28. Kim HJ, Kim JH, Park KD, Choi KG, Lee HW. A survey of sleep deprivation patterns and their effects on cognitive functions of residents and interns in Korea. *Sleep Med* 2011;12:390-396.

Peer Reviewers' Commentary

의사의 건강수준은 의사 개인의 문제를 넘어 의사가 속한 조직, 의사가 상대하는 환자와 가족, 의사가 활동하는 지역사회에 많은 영향을 주고 있다. 그러나 우리나라 보건의료의 중추적 역할을 담당하고 있는 우리나라 의사에 대한 객관적 또는 주관적 건강수준에 대한 평가는 매우 부족한 상태이다. 이 논문은 2016년 전국 의사조사 자료를 다항로지스틱 회귀분석으로 의사의 생활습관, 스트레스 및 만성질환이 의사들의 주관적 건강상태에 미치는 영향을 검증하였다. 선행연구 및 연구자의 가설과 마찬가지로 의사의 업무 스트레스와 수면부족 등 근로환경이 의사들의 주관적 건강상태에 미치는 영향이 통계적으로 유의미하게 확인되었다. 또한, 의사의 노동권과 근로환경 등이 한국의 의료체제와 진료환경에 미치는 영향이 상당히 크다는 점을 강조하고 있다. 그동안 노동권의 대상으로 취약계층만을 인식했던 지금까지의 논의를 전문직으로 확대해야 한다는 점을 제시하고 있다는 점에서 이 논문의 학술적 가치와 정책적 시사점이 클 것으로 판단된다.

[정리: 편집위원회]