대한예방한의학회지 제5권 제1호(2001년 6월)
Kor. J. Oriental Preventive Medical Society 2001:5(2):10-30

소형 사업장 근로자들의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인

장용남, 이은경*, 정명수*, 전선영*, 김상덕*, 정재열*, 장두섭**, 송용선*, 이기남*
원광대학교 한의과대학 예방의학교실, *원광대학교 한의학전문대학원 第3의학과
**일본 산업의과대학 산업생태학연구소

A Study on the Factors Affecting Health Promoting Lifestyles of Workers in the Small Scale Industries

Yong-Nam Jang, Eun-Kyoung Lee*, Myong-Soo Chong*, Sun-Young Jun*, Sang-Deok Kim*, Jae-Yeal Jeoung*, Doo-Sub Jahng**, Yung-Sun Song*, Ki-Nam Lee*

Dept. of Preventive Medicine, College of Oriental Medicine, *Dept. of Third Medicine, Professional Graduate School, Wonkwang University. **Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational & Environmental Health, Japan

Oriental medicine needs to be armed with theories on health-improvement concept under it and basic data matching its views, in order to participate in the health-improvement service in industrial work places.

The Orient medicine health-improvement program defines factors that determine individuals' lifestyle, and provides information and technologies for workers to practice in life.

To that end, this research compares and analyzes health-improvement concept and health care, defines relations between individuals' health state and their lifestyle as the basic data needed to perform health-improvement business for workers.

1. The subjects employed for this research is categorized into; by gender, males 52.1% and females 47.9% with no big difference between them; and by age, 20s, 6.1%, 30s. 33.9%, 40s, 34.1%, and 50s, 24.8% with 30-50 accounting for most of it.

By marriage status, unmarried represents 7.1%, and married 79.1% with most of them married; by revenue, under one million won represents 3.0%, 1-2 million won 26.4%, 2-2.49 million won 11.2%, above 2.5 million won 11.2%, and 1-2.5 million won a majority.

By living location, owned houses represents 65.4%, rented houses 14.7%, monthly-rented 9.5%; and by education, elementary and middle school represent 16.9%, high school and its dropouts 22.6%, and junior college and higher 51.6%, with high school and higher occupying most of the group.

2. By job, office workers and managerial workers represent 12.3%, part-timers 21.0%, manual workers 11.4%, jobless 0.6%, professionals 35.6%, service 0.6%, housewives 8.4%, and equipment/machinery operation/assemblers 10.1%. Of this, jobless and part-timers, totaling three, are dropped from this research.

By years worked, 0-3.9 years represents 9.7%, 4-7.9 years 6.7%, 8-14.9 years 18.4%, above 15 years 28.7%, and no respondents 36.5%.

3. The degree of the subjects practicing life-improvement lifestyle, on a scale of 1 to 4, is an average of 2.69, personal relations 3.04, self-realization 2.92, stress management 2.76, nutritional state 2.73, responsibility for health 2.47, and athletic activities 2.18, with personal relations earning the highest points and athletic activities the lowest.

As for factors influencing health-improvement lifestyle, there is no significant difference between gender, age, and marriage status. Meanwhile, there is significant difference between revenue, dwelling pattern, education level, etc. That is, higher income-bracket, owned houses, rented houses, monthly-rented houses, and higher-educated, in this order, show higher average in health-enhancement lifestyle.

By job, housewives, manual workers, office workers, professionals, equipment/ machinery operation/ assemblers, and part-timers, in this order show higher points, while there is no difference with significance by years worked.

4. Factors that affect health-improvement lifestyle are shown below. Self-realization is influenced by age, marriage status, type of dwellings, and level of education; responsibility for health by type of dwellings; athletic activities by gender and age; nutrition by age, marriage status and type of dwellings; personal relations by marriage status; and stress management by type of dwellings.

5. Areas with high points by job show this: in self-realization, office workers, manual workers, housewives, professionals, equipment/ machinery operation/ assemblers, in this order, show difference with significance; in the area of responsibility for health, manual workers, housewives, equipment/ machinery operation/ assemblers, professionals, office workers and part-timers, in this order, do.

In athletic activities, manual workers, housewives, office workers, professionals, equipment/ machinery operation/ assemblers, and part-timers, in this order, show difference with significance; in nutrition, housewives, office workers, manual workers, professionals, equipment/ machinery operation/ assemblers, and part-timers, in this order do; and in stress, housewives, office workers, manual workers, professionals, equipment/ machinery operation/ assemblers, part-timers, in this order do.

By years worked, more years showed higher points in the area of responsibility for health and nutrition; in the area of athletic activities, above 15 years, 4-8 years, below 4 years and 8-14 years, in this order, show higher points; and no difference shows in realization, personal relation, and stress area.

6. To look at correlation between overall and divisional health-improvement practice degree, this researcher has analyzed it using Person's correlation coefficient. Self-realization, responsibility for health, athletic activities, nutrition, support for personal relations, and stress management show significant correlation with the sub-divisions, while all health-improvement lifestyle shows significant correlation with the six sub-divisions.

Key words: HPLP(health promoting lifestyle profile), lifestyle, health promotion, health examination, industrial health

서 론

1. 연구의 필요성

우리 나라에 서양의학이 들어온 이래 우리 나라의 주도적인 의학체계로의 역할을 해오고 있지만 전통적으로 이어져온 한의학 역시 국민건강증진에 많은 공헌을 하고 있을 뿐 아니라 현재의 의료체계가 부딪치고 있는 한계에 대안으로서 한의학의 비중은 높다.[11] 최근 의료체계 내로의 한의학의 위상은 전무하였으나 제도권 진입을 위한 정책적, 학문적인 측면에 대한 노력의 결과 공중보건한의사제도, 한방의료보험확대와 산재요양지정기관으로의 책정 등 제도권내로의 진입은 점차로 확대되는 추세이기는 하나 전체 의료체계 속에서 차지하고 있는 한의학의 비중은 아직 미미한 실정이다.[12] 한의학의 핵심은 양생에 의한 건강유지와 건강상태가 균형을 잃어갈 때 조기에 바로잡는, 이른바 예방의학적인 내용에서 찾을 수 있다.[13] 전염병이나 사회환경들

11) 신현규등, 한의학 중장기 연구개발 활성화 방안에 관한 연구, 한국한의학 연구소, 1998

12) 맹웅재, 이기남, 김종인, 원석조, 한방의료 정책의 기본방향과 발전방안에 관한 연구, 한국한의학 연구원, 1999

13) 서동진, 이기남, 한의학 연구방법론에 관한

이 보건상의 주된 문제였을 시기에는 이를 조절해 줄 수 있는 서양의학이 큰 역할을 했다면 질병의 양상이 변해가고 있는 작금의 현실에서는 한의학의 예방의학으로서의 역할에 큰 주목을 해야한다.[14]

또한 한의학의 보건의료 체계 내 진입이라는 관점에서 보더라도 임상의학이라고 하는 것은 전체 보건의료체계에서 일부분을 담당할 뿐이고 보건학의 역할이 크다. 그렇기 때문에 한의학에서도 우리 나라 보건의료 전반의 문제에 대한 연구와 참여방안을 찾아야 한다.[15]

우리 나라의 보건의료상의 문제는 여러 측면이 존재하나 그 중에서도 현대사회에서 중요하게 부각되는 영역은 산업보건이다. 근대화가 진전되면서 건강문제는 큰 변화를 겪어왔는데 그 특징은 사회가 조직화되고 의료가 사회화되면서 질병의 양상이 개인차원에서 사회적 차원의 문제로 변해간 점이다. 공업화에 따라 자신이 조절할 수 없는 작업환경에서 집단적으로 작업하게 되므로 인해 한사람의 과실이나 질병이 주변에 있는 모든 사람에게 영향을 미치게 되었고 새로운 기계, 새로운 화학공정, 새로운 동력이 끊임없이 개발됨에 따라 각각 특유한 위험이 증가해 가는 것이다. 모든 생산과정에서 기계화에 따른 스피드가 요구되고, 심리적으로도 이들의 영향을 받지 않을 수 없게 된 것이다.[16] 그리고 근로자의 건강과 생명이 제대로 보호받지 못했을 경우 산업기반 자체가 흔들리는 상황에 도달하게 되면서 근로자의 건강유지의 문제가 개인차원에서 사회적 차원으로 받아들여지게 되는 인식의 확대가 일어나게 된다. 산업보건이 대상으로 하는 것은 환자가 아닌 직장에서 일하는 사람들로서 경제활동을 하고 있는 모든 인구들을 대상으로 하여 그들의 작업형태와 주변 환경이 개인과 집단의 보건문제에 미치는 영향을 연구하고 개선하는 영역이다.[17] 한의학이 산업보건에 참여할 수 있다면 현 산업보건 상 부딪치고 있는 많은 한계들에 대한 대안을 제시하고 미비점들을 보완하면서 우리 나라 산업현실에 맞는 산업보건 체계를 세울 수 있을 것이다.

산업사회 발전과 국민생활수준의 향상으로 전염성 질환은 어느 정도 퇴치된 것이 사실이나 인구의 고령화, 운동부족, 흡연, 과음 및 불균형한 식생활 등이 더 큰 건강위험요인이 되고 있고 그 결과 만성 퇴행성 질환중심으로 질병양상이 변화하고 있다.[18] 이는 근로자의 건강문제에서도 반영되는데 외국에서는 피부질환, 반복 외상관련 질환, 천식, 알레르기성 질환, 직업성 암 등 오랜 시간에 걸친 작업에 의한 질병들에 대한 연구를 축적해 가고 있는데 반해 우리의 현실은 변화되는 직업성 질환양상에 적절히 대응하지 못하는 형편이다.[19] 이런 만성퇴행성 질환은 주로 개인의 생활양식에 기인하는 것으로 개인의 생활양식이 건강을 증진시킬 수 있는 쪽으로 변화되는 것이 중요하다. 이처럼 사회적으로 요구되는 건강증진 사업은 크게 학교, 산업장 및 지역사회로 나누어 개발되어 왔으며[20] 이 세 영역 모두 국민보건에 있어서 중요한 의미를 갖고 있다. 그리고 1988년 건강증진 전문위원회의 보고서에서도 "산업장에서의 건강증진은 아직도 발전의 초기 단계에 불과하지만 건강증진 프로

고찰, 대한예방한의학회지, 1997

14) 성현제, 신현규, 한의학 중장기 예측 기획연구, 한국한의학연구소, 1998

15) 이은경등, 산업보건에의 한의학적 참여방안에 관한 연구, 대한예방한의학회지 제 3권 2호, 2000

16) 정규철, 직업성질환, 고려의학, 1999

17) 예방의학과 공중보건 편집위원회, 예방의학과 공중보건, 계축문화사, 2000

18) 노동부 보도자료, 1999

19) 직업·환경의학의래협의회, 직업성 질환 감시체계의 필요성http://neoleo.peacenet.or.kr/html/necessity.htm.

20) Every and Feldman, 1984

그램은 근로자와 그의 가족, 더 나아가서 지역사회의 건강을 개선하는 잠재능력이 있다."고 지적하고 있다. 이와 더불어 우리 나라에서 국민건강증진법(1995.1., 법률 제 4914호)을 제정하여 1995년 9월 1일부터 실시하게 된 것은 이러한 현실을 반영한 것이다.[21] 하지만 현재까지 우리 나라에서는 근로자의 건강증진을 위한 적절한 프로그램 개발이 거의 없었다고 볼 수 있으며 실질적인 근로자의 건강증진과 건강보호를 위한 기초자료의 연구조사 역시 극히 부분적이며 단편적으로 이루어지고 있는 실정이다.[22] 이에 따라 점차 그 중요성과 관심이 증가되어 가고 있는 산업장 근로자의 건강증진사업에 대한 실태를 파악하고 이들의 일반적 특성과 건강수준의 관계를 분석하며 이들의 건강수준과 직업병에 영향을 미치는 요인이 무엇인지를 파악하고, 이러한 결과를 바탕으로 산업장 근로자의 전반적인 건강문제를 종합적으로 분석, 그들의 건강수준을 규명하여 건강한 직장생활과 건강한 삶을 영위할 수 있도록 건강증진모델의 개발 등이 이루어져야한다.[23]

한의학은 진보적 건강관에 기초하고 있는 개인의 건강관리능력 향상 등 건강증진 프로그램[24]을 수립하는데 탁월한 장점을 갖는다. 건강에 대한 생의학적 모델에 기초한 산업보건 상 기존의 연구들은 주로 유해물질에 대한 연구에 집중되었으나[25] 건강관리가 소극적 예방에서 적극적 건강증진으로 확대되어 가고 접근방식도 의학적 접근에 국한되지 않고 포괄적이고 다양해지는 현실에서 한의학의 적극적 참여가 요구된다.[26] 하지만 현재까지 한방의료에서 근로자의 건강증진을 위한 적절한 프로그램 개발을 위한 노력은 없었으며 실질적인 근로자의 건강증진과 건강보호를 위한 기초자료의 연구조사 역시 극히 부분적이며 단편적으로 이루어지고 있는 실정이다.

이에 산업장의 개인적 특성에 따른 건강증진 생활양식에 관한 연구를 위해 ①산업장 근로자들이 일상생활에서 행하는 건강증진생활양식 이행정도를 파악하고 ②근로자의 건강증진을 위한 보건교육의 방향 및 ③프로그램의 한의학적 내용개발의 기초자료를 얻고자 본 연구를 계획하였다.

2. 연구의 목적

산업장 건강증진 서비스에 한의학이 참여하기 위해서는 한의학적 건강증진의 개념에 대한 이론적 정비와 한의학적 관점에 맞는 기초자료가 필요하다. 기존의 산업보건 연구를 통해 특정 유해물질이 건강수준에 미치는 영향은 상당부분 규명되었으나 건강문제를 관리하는데 주변 환경의 영향보다 주체적 역량이 더 중요함을 강조하는 한의학적 접근법에 대한 이론적 근거를 갖기 위해서는 개인의 건강상태와 생활양식과의 관계에 대한 규명이 필요하다. 또한 개인의 생활양식을 결정하는 요인이 무엇인지를 규명

21) 서연옥역, 예방적 건강행위로부터 건강증진에 이르기까지 : 긍정적 건강개념의 발달, 대한간호 통권 171호, 1995
22) 조정인, 산업장 근로자의 건강증진 생활양식의 신천과 그 영향요인에 관한 연구, 서울대학교 석사학위논문, 1996
23) 남철현, 보건교육및 건강증진, 계축문화사, 1998
24) 전통적 보건사업과 건강증진사업의 차이는 의료전문주의에서 벗어나 근로자 개인과 집단의 건강관리능력을 중시한다는 점과 지역사회환경이 건강행태에 미치는 영향을 중시하고 정치적 의사결정과정을 통해 건강한 환경을 확보하려고 노력한다는 점에 있다.
25) 이수일, 최근에 제기되는 직업성 질환, 대한의사협회지 제 40권 제 5호, 1998
26) 건강증진의 접근방법에는 의학적적 접근, 행태적 접근, 사회환경적 접근 등으로 대별된다.

	의학적 접근	행태적 접근	사회환경적 접근
대상문제	생리학적 위험요인, 질병	행태학적 위험요인	사회적-환경적 위험요인
사업대상	고위험 개인	고위험집단	고위험 환경/사회
사업수단	의학적 관리, (위험요인)검진	보건교육, 지지	지역사회 변화
수행책임	의료전문가, 개인	보건전문가, 개인	지역사회
목표	사망 및 유병수준의 개선	생활습관의 개선	건강수준의 형평 사회적 지지 증가 건강행태의 개선
지역사회참여	전문가의 지시		지역사회 구성원의 참여

하여 근로자가 건강증진생활양식을 삶 속에서 구현할 수 있는 정보와 기술을 제공하는 것이 한방 건강증진 프로그램이다. 본 연구에서는 이를 위한 기초자료로 개인의 건강상태와 생활양식과의 관계를 규명하고자 한다.

① 서양 예방의학에서 건강증진 및 생활양식과 관련된 선행연구와 한방문헌고찰을 토대로 한 한의학적 건강증진 생활양식에 관한 이론적 근거를 제시하면서 한의학적 양생학의 개념과 서양의학의 건강증진 생활양식과의 연관성을 고찰하였다.

이런 과정에서 가장 중요하게 다루었던 점은 한의학적 養生學을 정립하는 과정이 서양예방의학의 체계에 한의학적 내용을 끼워 넣는 과정이 아니라 서양의학이 극복하지 못한 의학관의 한계에 대한 대안적 접근이 되어야 한다는 것이었다. 서양예방의학은 사회구조적 한계뿐 아니라 의학적 한계에 봉착해있고[27] 한방예방의학을 정립하는 과정에서 서양예방의학의 한계를 답습하는 것보다는 동서양 의학관의 차이에 대한 고찰에서부터 시작한 한의학 특성이 살아있는 보건서비스의 내용을 제시하고자 하였다.

② 편의표집에 의해 선정한 대상자들에게 설문지를 사용하여 자료를 수집하는 서술적 조사연구를 통해 건강상태 및 건강증진생활양식과 조사대상자의 인구사회학적인 특성을 분석해서 생활양식에 영향을 미치는 요인을 규명하였다.

건강증진사업을 진행하기 위해서는 건강에 긍정적인 영향을 미치는 생활양식과 생활양식에 영향을 미치는 요인에 대한 역학적 조사가 필요하며[28] 이는 연령집단별로 건강위험인자나 생활양식 및 건강실천행위 등이 모두 다르게 나타나고 보건서비스는 관리하고자 하는 집단의 역학적 특성에 대한 기초조사에서 출발하게 된다.[29] 이를 바탕으로 한의학이 근로자의 건강증진사업을 진행하기 위해서는 관리하고자 하는 대상집단에 대한 역학적 기초자료에 근거해서 특성에 맞는 프로그램을 준비해야 한다.

문헌고찰

1. 건강증진

건강증진이란 사람들로 하여금 스스로의 건강에 대한 통제를 증가시키는 과정이며, 또한 자신

27) 이종찬, 서양의학의 두얼굴, 한울, 1992

28) 전우택, 사회의학 연구방법론, 연세대학교 출판부, 1999

29) 백도명, 산업보건의 발전방향, 안전보건, 1994

들의 건강을 개선하게 하는 과정이다.[30] 이는 사회적, 정치적 과정을 포괄하는 종합적 과정이라고 할 수 있는데 건강증진은 개인이 기술과 능력의 강화를 꾀하는 활동뿐만 아니라 사회적 환경적 경제적 조건들을 변화시켜 이들 여러 조건들이 공중과 개인의 건강에 미치는 영향력을 격감시키려는 활동들을 포함한다.[31]

2. 건강증진 생활양식

건강증진 생활양식은 개인이나 집단에게 주어진 안녕 수준을 높이고 자아실현 및 개인적 만족감을 유지하거나 높이기 위한 방향으로 취해지는 통합된 행위이다. 건강증진행위와 건강보호행위는 건강한 생활양식의 상호보완적인 요소로서 건강한 생활양식은 다양한 요인에 의해 영향을 받는다.[32] Pender(1982)는 개인의 다양한 인지-지각요인(건강에 대한 중요성, 지각된 통제위성격, 유능하고자 하는 소망, 자아인식, 자아존중감, 건강에 대한 정의 , 지각된 건강상태, 건강증진 행위의 지각된 유의성)과 이에 영향을 미치는 조정요인(인구학적 변수, 대인관계변수, 상황변수)에 의해 건강행위에 대한 의사결정이 내려지며, 건강증진 행위를 자극하는 행동의 계기와 방해하는 장애점이 작용하여 건강증진행위를 결정하게 된다는 건강증진모형을 제안하였다.[33]

3. 건강증진에 대한 선행연구

건강증진행위를 설명하기 위해 많은 용어들이 사용되고 있는데, 초기의 용어들은 예방적인 건강행위, 질병 및 질환예방, 건강보호, 건강을 보호하는 행위, 건강부정 행위, 위험을 감소시키는 행위 등의 부정적인 건강개념을 내포하고 있었다. 최근 들어 건강행위의 용어들은 건강을 긍정적인 관점으로 정의하려는 움직임을 보이고있다. 이러한 일반적인 용어들은 건강행위, 건강증진, 건강을 증진시키는 행위, 건강을 향상시키는 행위, 건강습관, 건강실천, 건강유지, 건강한 생활방식 등의 긍정적인 건강개념과 관련되어 있음을 알 수 있다.[34]

건강증진행위의 개념전개에 중요하게 영향을 미치는 것은 Leavel과 Clark의 예방단계에 관한 연구이다.[35] 1, 2, 3차 예방단계의 정의는 역학에서부터 시작되었고 건강에 대한 생의학 모델의 근거가 되었다. 이 모델에서 1차 예방에는 건강증진과 특수한 보호가 포함되는데 건강증진은 건강한 생활과 좋은 환경상태를 위한 교육에 초점을 두는 반면, 특수한 보호는 건강에 대한 위협을 최소화시키는 면역, 환경위생, 직업적 위험으로부터의 보호 등에 관련된 것이다. 1차 예방에 건강위협으로부터의 보호와 건강증진이 포함되긴 했으나 실제적인 강조는 질병예방에 두었다.[36]

1979년에 미국 공중보건 사업국은 '건강한 국민'을 발표하면서 건강에 대한 3가지 국가전략-예방적인 건강서비스, 건강보호, 건강증진-을 세웠으나 이 시기에는 건강을 보존하고 질병을 예방하는 것을 우선 순위에 두었고 건강증진은 관심을 끌지 못했다. 1990년 국민 건강을 목표로 한 '2000년대의 건강한 국민'을 발표할 때에야 비로소 건강증진과 개인의 책임에 일차적인 강조를 두게 되었다. 즉 건강을 긍정적인 개념으로

30) WHO(1986), Ottawa charter for health promotion, International conference on Health promotion, Ottawa, Canada, Nov, 17-21.
31) 김공현 김광기 공역, 건강증진 용어 해설, 한국보건간호학회지 제 12권 제 2호, 1993
32) 이경식, 일차보건의료와 보건제도, 서울 보건간호사회침 간호학탐구, 연세대학교 간호정책연구소, 제 3권 1호, 1995
33) 전경자등 산업장 건강증진 프로그램 개발에 관한 연구, 서울대학교 보건대학원 박사학위논문, 1994
34) 서연옥역, 앞의 논문
35) 예방의학과 공중보건 편집위원회, 앞의 책
36) 윤은자, 대학생의 건강증진 생활양식 이행, 건국대학교 의과대학 간호학과, 1996

생각하게 되었고 개인은 자신의 건강과 국민의 건강에 영향을 미칠 수 있다고 보았다. 3가지의 건강전략의 순서가 건강증진에 일차적 강조를 두고 그 다음이 건강보호, 예방적인 서비스의 순으로 바뀌었다.[37]

1950년부터 1970년까지의 건강관련문헌은 국가의 목표인 '건강한 국민'에서처럼 예방적인 건강에 초점을 두었다. Kulbok이 고찰한 연구에서는 사람들이 어떤 이유에서 예방적인 건강서비스를 이용하지 못하는가를 설명하였다. 이 연구들에서는 주로 혼자서 하는 예방적인 행위(예: 흉부 X선 감기 예방주사, 치과 방문)을 다루었고 1970년대에는 건강증진, 건강보호, 질병예방행위의 범위 등에 대해 사람들의 행동이유를 연구한 논문은 적은 편이었으며 다수의 사회심리적 모델들을 통해 내적인 힘(태도와 신념)과 외적인 힘(준거집단이나 사회적 지위)의 영향력을 건강행위의 중요한 근거로 제시하였다. 또, 1970년대까지는 건강행위의 영역에 대한 문제는 제기되지 않았는데, Kulbok은 건강증진을 위한 연구에 필요한 것은 건강행위개념의 기초적 본질에 관한 연구라고 주장하였다.[38] Pender[39]가 1970년부터 1982년까지 건강증진 및 질병예방에 관련된 연구를 검토한 결과를 보면, 연구들에서 나타났던 예방적 건강행위에는 예방적인 서비스, 개인의 건강실천, 건강습관을 포함하고 있다. 즉 건강증진 생활양식 도구(Health Promoting Lifestyle Profile: HPLP)에서는 건강증진 생활양식을 '개인의 안녕수준이나 자아실현, 성취감을 유지하고 향상시키는데 도움이 되는 자기 창시적 행동이나 지각의 다차원적인 유형'으로 정의했고 여러 연구들에서 주요 변수로 HPLP를 이용하여 건강증진행위나 건강실천과 인구사회학적 변수들, 사회적 지지, 자가보고 한 건강상태 지각한 스트레스 등의 상관관계를 조사해 왔다.[40]

Kulbok, Laffrey, Duffy들은 건강행위의 이론적 기원과 정의들을 비슷하게 제시했으며, 건강증진 행위에 대한 다차원적 개념의 전개에 관해서는 부분적인 일치를 보였다. 그들은 예방적 건강행위, 1차적 예방행위, 건강행위에 건강증진, 질병예방, 건강유지를 포함하여 정의하였다. Walker등은 건강증진행위와 건강보호행위의 차이를 인정했으며 Kulbok와 Walker 등은 다차원성을 다루었다. Kulbok은 긍정적 건강행위나 부정적 건강행위의 유형에 초점을 둔 반면, Walker는 행동과 인식이 포함된 건강증진 생활양식의 영역에 초점을 두었다. 행동과 인식이 포함된 생활방식의 개념화는 행위의 동의어나 조작적 측정방법으로 과학적 조사를 할 필요가 있다. Pender와 Duffy는 고도의 안녕을 유지하기 위해 건강증진행위와 활동의 균형이 필요함을 강조했다. Laffrey는 개인의 선택과 자아실현이 건강증진행위를 결정한다고 했으며 Kulbok은 건강증진행위를 촉진하는 역할을 하는 간호사들이 개인의 선택과 자원을 이해해야 한다고 주장했다.[41] 기존의 문헌을 검토한 결과 개인의 자가관리에 대한 추세를 살펴볼 수 있었으며 건강관련 행위를 수행하는데는 지각된 장애 뿐 아니라 건강신념, 건강가치, 지지체계, 자원, 개인의 건강개념을 선택하고 수행하는 개인의 권리와 능력 등 다양한 차원의 개념들이 중요함을 알 수 있다. 또한 서로 다른 대상자들에게서 서로 다른 건

37) 이경식, 일차보건의료와 보건제도, 서울 보건간호사회침 간호학탐구, 연세대학교 간호정책연구소, 제 3권 1호, 1995

38) 이관희, 박재용, 한창현, 윤석옥, 지역주민의 건강행태와 국민건강증진법에 대한 인식 및 태도, 보건교육, 건강증진학회지,제16권 2호, 1999

39) Pender,N.J.&Pender,A.R.(1986). Attitudes subjective norms and intentions to engage in health behaviors, Nursing Research,35(1)15-18.

40) 신혜숙, 여성건강증진, 대한간호 제 36권 제 5호 통권 193호, 1997

41) 오복자, 건강증진행위의 영향요인분석, 삼육대학교 간호학과, 1998

강증진행위가 있음을 강조하고 있고 이는 건강행위의 설명을 위한 다양한 접근과 관점, 건강증진을 위한 개념화와 측정방법에 대한 계속적인 연구로 이어져야 한다고 밝히고 있다.[42]

요약하면 건강의 개념이 변화하고 있고 건강과 관련한 주된 연구의 흐름 또한 개인이 건강관련 행위가 건강상태에 미치는 영향을 규명하고 이 건강행위을 결정하는 요인에 대한 종합적이고 포괄적인 접근을 한다고 볼 수 있다. 산업보건서비스가 근로자들의 사회경제적 지위의 상승과 보조를 맞추어 발달해 오는 역사적 과정에서 근로자에 대한 복지적 접근이라는 성격이 많았고 이는 직업성 질환의 원인을 연구하는 과정에서도 근로자 개인의 문제는 제외한 채, 사회구조적, 작업환경적 요인을 더 중요시하는 경향으로 나타났다.[43] 하지만 건강에 대한 접근이 개인의 행태적 요인에 대한 강조와 행태에 영향을 미치는 요인에 대한 포괄적인 관리측면으로 변화해 가는 현실은 산업보건서비스의 진일보한 변화를 요구하는데 그 내용은 근로자의 건강관리를 위험인자를 줄인다는 부정적 접근이 아닌 건강을 증진시킨다는 긍정적 접근으로, 관리대상을 외부에서만 찾기보다는 근로자 자신과 주변 환경모두를 포함시키는 포괄적 대상으로 변화시키는 연구를 수행하여야겠다.

4. 양생(養生)의 개념

양생(養生)이란 동양의학적인 특성을 가진 용어로써 인간의 체질을 증강시키고 질병을 예방하여 연년익수(延年益壽)는 이론과 방법을 제시하고 있다.[44] 한의학은 인체와 천지자연과의 조화, 정신과 육체를 동일시하는 전일적(全一的) 관념과 음양(陰陽) 조화 그리고 예방사상을 바탕으로 발전해 온 학문이다.[45] 그래서 과거부터 양성(養成), 양생(養生), 도생(道生) 등으로 불리는 예방의학이 임상의학과 더불어 발전되어 왔다. 한의 예방의학은 치미병(治未病) 사상의 1차 예방의학을 크게 중시하였으며 아울러 2차, 3차 예방의학에 속하는 예방사상이 한의학의 전반에 걸쳐 기술되어 있고, 임상에 응용하는 것으로 임상의학과 예방의학과는 불가분의 관계를 맺고 있다.[46] 동양의학의 양생학(養生學)은 『황제내경(黃帝內經)』에서부터 시작하여 그 후 역대 양생학자(養生學者)들에 의하여 다듬어지고 만들어진 독특한 이론과 방법이다. 그 기초 이론 체계의 핵심 내용에는 음양오행론(陰陽五行論), 장부

42) 서연옥역 앞의 논문

43) 최재욱, 노동조합의 종합건강진단 실시 전략, 노동과 건강, 노동과 건강 연구회, 1999

44) 나창수 맹웅재 공편 한의학 기초이론, 의성당, 2000

45) 김광호, 김동영 편저, 동의 노년양생학, 서원당, 1999

46) 첫째, 한의 예방의학은 주로 1차 예방의학을 중요시한 특징을 가지고 있으면서도 전체적으로 1차, 2차, 3차 예방의학의 체계로 구성되어 있다. 둘째, 질병발생 다요인설에 의하면 환경, 병인, 숙주간의 균형된 상태를 건강이라고 하는데 한의학은 이중 숙주와 환경을 특히 중시하고 있음을 알 수 있다. 다시 말하면 숙주》환경>병인 관계로 이해할 수 있는데, 지금까지 대부분의 한의사들이 주로 알고 있는 '정기존내, 사불가간(正氣存內, 邪不可干)'한다는 것은 한의학의 전체 이론이 아닌 일부 이론이며, '허사적풍, 피지유시(虛邪賊風, 避之有時)' 등의 전염성이 강한 역려지사(疫癘之邪)를 피해야 하는 것도 한의학의 이론 중에 포함되어 있다. 셋째, 첫째 둘째 내용의 자연적인 결과로 한방 예방의학의 특징은 비약물위주의 치료법을 강조하고 있다고 할 수 있다. 넷째, 한의 예방의학은 치료의학과 상호보완적으로 발전하고 있으며 숙주, 환경, 운동, 침구, 선천 후전적인 방법 등 한의학적인 모든 방법을 포함하고 있으며, 또한 전일적 관념, 천인상응, 심신통일 등의 한의학의 기본철학을 내용으로 하고 있는 종합 예방의학이다. (이상운, 이선동, 한의 예방의학의 특징에 관한 문헌적 고찰, 대한예방한의학회지, 제 1권 제 1호, 1997)

경락론(臟腑經絡論), 기일원론(氣一元論), 천인상응론(天人相應論) 등이 있다. 이러한 이론 하에서 양생의 기본 원칙은 신체와 정신을 기르고 음(陰)과 양(陽)의 조절과 기(氣)를 기르고 정(精)을 보존하며 기혈(氣血)을 통하게 하고 정기(正氣)를 기르고 사기(邪氣)를 몰아내는 것이다.[47] 천지간의 자연 현상과 인간은 서로 밀접한 관계를 갖고 있기 때문에 인간은 자연 현상의 법칙에 순응하여야 노쇠(老衰)를 예방하고 장수할 수 있다는 천인상응(天人相應) 이론은 가장 중요한 이론 중에 하나이다. 이러한 이론 하에 양생(養生)의 기본원칙으로는 형체와 정신을 함께 기르고, 음(陰)과 양(陽)의 적절한 협조를 이루게 하며, 기거(起居)를 신중하게 하고, 장부(臟腑)를 조화롭게 하며, 동(動)과 정(情)을 적절하게 시행하고, 기(氣)를 기르고 정(精)을 보존하며, 기혈(氣血)을 통하게 하고, 정기(正氣)를 기르고 사기(邪氣)를 쫓아내도록 하며, 사람과 지역과 사시(四時)에 따라 섭생(攝生)원칙을 지키는 일 등이 있다. 따라서 양생(養生)의 수단과 방법은 다양하다. 기공(氣功)과 도인술(導引術)에 의하여 정신과 형체를 조양(調養)하고, 침구(鍼灸)요법과 안마(按摩), 추나(推拿)요법과 같은 외치술(外治術)이 있으며, 그 외 보건영양과 식이요법, 음식금기, 자연요법, 복약요법, 그리고 개인위생과 환경위생 등이 이에 속한다고 볼 수 있다.[48]

한의학에서 양생학(養生學)의 위치는 치료의학의 보조적 영역이 아니라 핵심적 영역을 차지하고 있다. 의학이론의 출발이 조직병리학, 해부학인 양방의료와는 달리 천인(天人)합일(合一)의 정체관(整體觀)에서 출발하여 정신과 형체의 조섭(調攝)을 중시하고 예방을 위주로 하는 치미병(治未病)사상으로 시작한 한의학은 치료영역보다 양생(養生)영역을 보다 더 중시했고 이는 한의학 최고(最古)의 경전인 황제내경(黃帝內經)의 첫 출발인 상고천진론(上古天眞論)에 상고시대인을 들어 건강한 사람의 상태 및 조건을 이야기하고 그렇게 살아가기 위한 양생법(養生法)을 첫머리에 둠으로써 양생학(養生學)을 의학이론의 첫 시발로 삼고 있음을 알 수 있다. 이는 서양의학의 출발이 조직병리학인 점과 대별되는데 서양의학은 질병을 중심으로 한 의학으로 구조적 병변을 야기하는 질병을 분류하고 그 질병을 몸에서 제거하고 퇴치하는 것이 의학의 주요 목표가 된다.[49] 생의학적 의학관에 기초한 서양의학이 전염병의 퇴치와 의료테크놀로지의 발달에 힘입은 생명연장에 성공하는 과정에서 다른 의학관을 물리치고 절대적 가치를 획득했다고는 하나 의학이론 내에 건강증진내용의 부실이라는 의학관의 차이에서 비롯된 태동적 한계를 가질 수밖에 없게 된다.[50] 하지만 한의학은 이론의 출발점이 건강한 상태를 유지할 수 있는 방법을 추구하는 것이기 때문에 양생의 방법론에 대한 다양한 내용을 갖고 있다는 점에서 서양의학과 대별되는

47) 이기남, 나도 백세를 산다. 영림사, 1996

48) 이선동, 김명동 외, 미병상태의 학문적 임상적 중요성과 의의에 대한 고찰, 대한예방한의학회지, 1997

49) 이러한 사실을 극명하게 보여주는 예는 서양의학사전에서 찾아볼 수 있다. 어느 서양의학사전을 살펴봐도 건강과 연관된 용어보다는 질병과 연관된 용어들이 압도적으로 더 많음을 쉽게 알 수 있다.(이종찬, 근대 서양의학의 역사적 성격과 구조, 서양의학의 두얼굴, 한울, 1992)

50) 생의학적 의학관이란 ①정상적인 생물학적 기능으로부터의 이탈로 질병을 정의한다. ②특정 병인이 존재한다는 교리를 갖는다. ③질병은 보편적이다. ④의학은 과학적 중립성을 갖는다는 네가지 가정을 갖고 있으며 이상의 가정들이 현대의학의 틀을 형성하고 있다.
그리하여 환자 개인이 몸에 발생한 질병을 발견하고 퇴치하는 것을 의학의 기본 목적으로 설정하게 된다.
(Mishler EG et al, Social Contexts of Health, Illness, and Patient Care, Cambridge:Cambridge University Press, 1981, pp.1-23.)

특징을 갖는다고 할 수 있다.

연구내용 및 방법

1. 연구설계

본 연구는 편의표집에 의해 선정한 근로자를 대상으로 설문지를 사용하여 자료를 수집하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

산업근로자 한방무료검진사업은 산업한의학과에서 산업보건에 한방의료의 참여방안을 위해 진행하는 사업 중 1차적으로 진행하는 사업이며 그 내용은 건강증진생활양식에 관한 설문, 근골격계 자각증상, 체질판별을 위한 세 가지 형식의 설문지와 맥진기, 근육조영기를 이용한 측정 및 그 내용에 기초한 한의사의 최종적인 상담 등을 포함한다. 하지만 본 사업팀만의 독자적인 검진 및 자료수집을 하지 못하고 양방검진팀과 같이 보조를 맞추다보니 대상이 산업장 근로자에 국한되지 못하고 의료원에 정기검진을 받는 대상자들을 모두 포괄하게 되어 대상자의 직종분류가 일관적이지 못한 제한점을 갖게되었다.

본 연구는 5월 25일부터 8월 10일까지 두뇌한국 21 연관 산업체인 원광의료원의 검진팀과 함께 시행한 산업 근로자 한방무료검진사업의 일환으로 진행한 설문조사를 기초자료로 하여 자료를 수집하였다. 양방정기건강검진팀과 같이 산업장을 사전 방문하여 한방건강검진을 설명하고 한방검진 수검희망자를 대상으로 연구목적을 설명하고 설문지를 배포하고 자기기입하게 한 후 검진당시에 수거하였다. 총 수거된 설문지는 585건이었고 설문입력과정에서 불성실한 설문 48건을 누락시켜 본 연구에 사용한 설문자료는 총 537건이었다.

3. 연구 도구

사용한 설문지는 근로자 개인의 건강상태 판단과 개인별, 집단별 위험요소 파악 및 그에 맞는 건강증진행위 지도를 위한 기초자료로써 건강증진 생활양식정도 설문지를 사용하였다. 연구도구는 구조화된 질문지를 이용하였으며, 질문지의 내용은 인구사회학적 특성에 관한 문항, 건강증진 생활양식에 관한 53문항을 포함하여 총 문항으로 구성되었다.

Walker 등[51](1987)이 개발한 건강증진 생활양식 측정도구를 직접 번역하여 우리 나라 실정에 맞는지 적합성과 표현을 검토한 후에 5항목을 수정, 보완하고 임의로 5항목을 추가하여 전체 53항목으로 한 건강증진 생활양식 측정도구로 작성하였다. 이 건강증진 생활양식의 53문항은 자아실현 12문항, 건강책임 14문항, 운동 6문항, 영향 6문항, 대인관계 6문항, 스트레스 관리 9문항 등의 6개 영역으로 분류하였다. 건강증진 생활양식의 점수는 대상자의 생활양식이 각 문항내용에 부합되는 정도에 따라 '전혀 그렇지 않다' 1점, '별로 그렇지 않다' 2점 '약간 그러하다' 3점 '매우 그러하다' 4점으로 하여 측정하였으며, 건강증진 생활양식 총 점수는 각 문항 점수의 합을 문항수로 나눈 점수를 사용하여 평점이 높을수록 건강증진 생활양식 실행정도가 높은 것을 의미한다. Walker등의 측정도구 개발 당시 신뢰도 검사결과 건강증진 생활양식의 Chronbach's α=.92, 각 영역의 Chronbach's α =.70-90이었다[52].

---

51) Walker,S.N., Sechrist,K.R. & Pender,N.J.(1987). The Health Promoting Life Styles Profile: Development and Psychometrid Characteristics, Nursing Research, 36(2), 76-81.
Walker,S.N., Volkan,K. Sechrist,K.R. & Pender,N.J.(1988). Health Promoting Life Styles of older adults: comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns, ANS, 11(1), 76-90.

52)

4. 자료처리 및 분석방법

수집된 자료는 SPSS/9.0 PC 를 이용하였으며, 분석방법은 다음과 같다.

1) 연구대상자의 인구사회학적 특성과 사회 및 경제적 특성으로 분류하고 백분율과 빈도를 구하였다.

2) 연구대상자의 건강증진 생활양식의 이행정도는 평균과 표준편차를 이용하여 4점척도화하여 평균 및 평점의 차이를 비교하였다.

3) 연구대상자의 인구사회학적 특성, 사회 및 경제적 특성과의 제 변수와의 관계를 비교하는데 성별은 T- test, 그 외는 ANOVA를 이용하여 건강증진 생활양식 이행의 차이를 비교하여 관련성을 알아보고자 하였다.

4) 연구대상자의 직업별 특성으로 분류하여 백분율, 빈도를 나타냈고, 건강증진 생활양식의 이행정도는 평균과 표준편차를 이용하였으며, 제 변수와의 관계는 T-test와 ANOVA를 이용하였다.

5) 연구대상자의 건경증진 생활양식과 각 영역별 상관관계는 Person's correlation coefficient를 이용하였다.

연구결과 및 고찰

1. 일반적 특성

연구대상자의 인구학적 특성은 <표1-1>과 같다. 남자는 280명으로 52.1%이고 여자는 257명으로 47.9%이며 연령대는 20대가 33명으로 6.1%, 30대가 182명으로 33.9%, 40대는 183명으로 34.1%, 50대는 133명으로 24.8%이며 무응답이 6명이었다. 결혼상태는 미혼이 38명으로 7.1%, 기혼이 425명으로 79.1%, 별거, 이혼, 사별 등이 27명으로 5.0%였으며 무응답이 47명이었다.

<표 1-1> 인구사회학적 특성의 분류

특성	구분	빈도	
		N	%
성별	남	280	52.1
	여	257	47.9
연령별	20대	33	6.1
	30대	182	33.9
	40대	183	34.1
	50대	133	24.8
	무응답	6	1.1
결혼상태	미혼	38	7.1
	기혼	425	79.1
	기타	27	5.0
	무응답	47	8.8

연구대상자의 사회 경제적 특성은 <표1-2>와 같다. 수입은 100만원미만은 16명으로 3.0%이고, 100-200만원사이는 142명으로 26.4%이고, 200-249만원사이는 60명으로 11.2%, 250만원이상은 60명으로 11.2%이다. 무응답자는 259명으로 48.2%였다. 주거형태별로는 자가가 351명으로 65.4%, 전세는 79명으로 14.7%, 월세는 51명으로 9.5%, 기타가 19명으로 6.9%이었고 무응답자가 37명으로 3.5%이었다. 교육수준은 중졸이하가 91명으로 16.9%, 고졸 및 중퇴가 121명으로 22.6%, 전문대이상이 277명으로 51.6%, 무응답자는 48명으로 8.9%이었다.

Walker,S.N.,Kerr,M.J.,Pender,N.J.&Sechrist, K.R.(1990). A spanish language version of the Health Promoting Life Styles Profile, Nursing Research,39(5),268-273.

Walker,S.N.,Sechrist,K.R.& Pender,N.J.(1987). The Health Promotion Lifestyle Profile: Development & Psychometric Characteristics, NR,36,76-81.

<표 1-2> 사회 · 경제적 특성

특성	구분	빈도	
		N	%
수입	0-99만원	16	3.0
	100-199만원	142	26.4
	200-249만원	60	11.2
	250만원이상	60	11.2
	무응답	259	48.2
주거형태	자가	351	65.4
	전세	79	14.7
	월세	51	9.5
	기타	19	6.9
	무응답	37	3.5
교육수준	중졸이하	91	16.9
	고졸 및 중퇴	121	22.6
	전문대이상	277	51.6
	무응답	48	8.9

본 연구에서는 일반적 항목을 묻는 설문에서 나온 무응답을 처리하는 과정에서 답하지 않은 항목에 대해 통계에서 제외하였으며 그중 수입 영역은 일반적으로 응답자들이 답하기를 꺼려하는 항목으로 무응답자가 절반 가까이 되기 때문에 이후 통계 결과에서 참고할 여지가 있다고 생각된다.

2. 직업력

1) 연구대상자의 직업력은 <표2>과 같다. 사무직, 관리직은 66명으로 12.3%, 임시직은 113명으로 21.0%, 노동직은 61명으로 11.4%, 무직은 3명으로 0.6%, 전문직은 191명으로 35.6%, 서비스업은 3명으로 0.6%, 주부는 45명으로 8.4%, 장치, 기계조작, 조립원은 55명으로 10.1%였다. 연구대상자의 근무년수는 0-3.9년은 52명으로 9.7%, 4-7.9년은 36명으로 6.7%, 8-14.9년은 99명으로 18.4%, 15년이상은 154명으로 28.7%, 무응답자는 196명으로 36.5%였다.

<표 2> 직업력

특성	구분	빈도	
		N	%
직종	사무관리직	66	12.3
	임시직	113	21.0
	노동직	61	11.4
	무직	3	0.6
	전문직	191	35.6
	서어비스업	3	0.6
	주부	45	8.4
	장치, 기계조작, 조립원	55	10.1
근무년수	0-3.9년	52	9.7
	4-7.9년	36	6.7
	8-14.9년	99	18.4
	15년이상	154	28.7
	무응답	196	36.5

3. 건강증진 생활양식 이행정도

연구대상자집단의 건강증진 생활양식 이행정도의 평균 및 4점으로 표준화한 평균평점과 표준편차는 <표3>과 같다. 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계, 스트레스 관리를 포함한 건강증진생활양식의 총 평균은 142.4이고 총 평점은 2.69이었다. 각 영역별 평점은 대인관계 3.05, 자아실현 2.92, 스트레스관리 2.76, 영양상태 2.73, 건강책임 2.47, 운동영역 2.18의 순으로 대인관계가 가장 높고 운동영역이 가장 낮았다.

Lusk[53]등이 자동차 부품회사의 근로자를 대상으로 연구한 결과는 전체 건강증진 생활양식

53) Lusk-SL Kerr-MJ, Ronis-DL(1995), Health Promoting Lifestyle of Blue-Collar, skilled Trade, and White-Collar Workers, Nuring Research

<표 3> 건강증진 생활양식 이행정도

변수	평균 (평균평점)	표준편차 (평균평점)	범위
건강증진생활양식 (212)	142.4(2.69)	20.4(0.38)	151
자아실현(48)	35.0(2.92)	5.8(0.48)	36
건강책임(56)	34.6(2.47)	6.7(0.48)	40
운동(24)	13.1(2.18)	3.6(0.60)	17
영양(24)	16.4(2.73)	3.3(0.55)	18
대인관계(24)	18.3(3.05)	2.9(0.48)	18
스트레스관리(36)	24.9(2.76)	4.0(0.44)	27

2.60으로 본 연구결과의 2.69보다 낮았으며 각 영역별을 비교해보면 자아실현 3.04, 대인관계 2.86, 스트레스관리 2.49, 영양 2.47, 건강책임 2.24, 운동 2.18의 순서로 본 연구와 비슷한 결과를 보였다. 또한 조 등[54]이 전자제품회사의 근로자를 대상으로 연구한 결과를 살펴보면 전체 건강증진생활양식 2.51로 본 연구결과의 2.67보다 낮았으며 각 영역대별로 비교해 보면, 대인관계 2.86, 자아실현 2.82, 스트레스관리 2.53, 영양 2.52, 운동 2.22, 건강책임 2.08로 본 연구결과와 비슷했으나 건강책임영역과 운동영역이 바뀐 결과를 나타냈다. Pender[55]의 근로자를 대상으로 연구한 결과는 전체 건강증진생활양식이 2.86으로 본 연구의 결과보다 높았으며, 각 영역별을 비교해보면 자아실현 3.22, 운동 3.15, 대인관계 3.12, 영양 2.74, 스트레스관리 2.48, 건강책임 2.33의 순서로 나타났다.

위의 결과들을 볼 때 산업장 근로자들이 대체적으로 운동과 건강책임의 영역에서 실행정도가 낮다고 볼 수 있는데 산업장 근로자를 위한 건강증진 프로그램에서의 운동을 위한 운동지도 프로그램과 건강책임을 위한 건강측정이나 보건지도 프로그램을 적극적으로 활용한다면 건강증진 생활양식의 실천정도를 높일 수 있을 것이다.

4. 일반적 특성과 건강증진 생활양식 이행

건강증진 생활양식 실천정도에 영향을 준다고 볼 수 있는 개인적 특성, 즉 성별, 연령, 결혼상태 등으로 건강증진 생활양식 실천정도를 비교한 결과는 <표4-1>과 같은데 성별(P=0.331), 연령별(P=0.808), 결혼상태별(P=0.175) 유의한 차이는 없었다. 또한 수입, 주거형태, 교육수준 등 연구대상자의 사회경제적 특성과 건강증진 생활양식 실천정도를 비교한 결과는 <표4-2>과 같은데 수입별로는 유의한 차이를 나타나서(P=0.025) 수입이 높을수록 건강증진 생활양식의 평균이 높았고, 주거형태에 따라서도 자가, 전세, 월세의 순서로 평균이 높았다(P=0.002). 또한 교육수준에 있어서도 교육수준이 높을수록 건강증진생활양식의 평균이 높은 것으로 나타났다.(P=0.014)

<표 4-1> 인구학적특성과 건강증진생활양식이행

특성	구분(N)	건강증진 생활양식 평균 (Mean)	건강증진 생활양식 표준편차 (S.D)	T or F	P value
성별 (537)	남(280)	142.46	20.68	.973	.331
	여(257)	140.75	19.98		
연령별 (531)	20대(33)	139.45	16.05	.325	.808
	30대(182)	141.17	19.38		
	40대(183)	141.84	22.46		
	50대(133)	142.88	19.65		
결혼상태 (430)	미혼(38)	139.39	17.24	1.748	.175
	기혼(425)	142.12	20.66		
	기타(27)	135.11	17.40		

54) 조정인, 산업장 근로자의 건강증진 생활양식의 신천과 그 영향요인에 관한 연구, 서울대학교 석사학위논문, 1996

55) Pender,N.J.(1982). Health Promotion in Nursing Practice, Norwalk. CT: Appleton Century-Crofts.
Pender,N.J.(1987). Health Promotion in Nursing Practice(2nd ed), Norwalk. CT: Appleton & Lange.

<표 4-2> 사회·경제적 특성과 건강증진 생활양식 이행

특성	구분(N)	건강증진 생활양식		T or F	P value
		평균 (Mean)	표준편차 (S.D)		
수입 (278)	100이하(16)	131.37	26.17	3.154	.025
	100-199(142)	142.0	20.13		
	200-249(60)	144.8	18.53		
	250이상(60)	147.37	17.25		
주거형태 (518)	자가(351)	143.53	18.94	5.110	.002
	전세(79)	138.40	22.08		
	월세(51)	133.07	22.45		
	기타(19)	138.13	23.56		
교육 (489)	중졸이하(91)	136.09	24.45	4.276	.014
	고졸 및 중퇴 (121)	141.21	20.48		
	전문대이상 (277)	143.40	20.35		

<표 5> 직종별 건강증진 생활양식이행과의 관계

특성	구분(N)	건강증진 생활양식		T or F	p value
		평균 (Mean)	표준편차 (S.D)		
직종	사무직,관리직 (66)	145.12	18.43	4.703	.000
	임시직(113)	134.04	21.50		
	노동직(61)	147.46	23.67		
	무직(3)	147.33	24.01		
	전문직(191)	142.60	18.92		
	서어비스업(3)	125.33	21.78		
	주부(45)	148.29	17.11		
	장치,기계조작, 조립원(55)	138.45	18.50		
근무년수	0-3.9년(52)	137.84	18.65	1.508	.212
	4-7.9년(36)	140.53	21.10		
	8-14.9년(99)	142.51	20.26		
	15년이상(154)	144.32	19.22		

5. 직업력에 따른 건강증진 생활양식 이행정도

연구대상자의 직종 및 근무년수에 따른 건강증진생활양식 이행정도를 검증한 결과는 <표5>과 같다. 직종별 건강증진 생활양식 이행정도는 유의한 차이를 나타냈는데(P=0.000) 주부(148.29), 노동직(147.46), 사무관리직(145.12), 전문직(142.60), 장치기계조작조립원(138.29), 임시직(134.04)의 순으로 높게 나타났고 근무년수에 따라서는 유의한 차이가 없었다.(P=0.212)

6. 제 특성과 건강증진 생활양식 각 영역과의 차이

건강증진 생활양식 실천정도에 영향을 준다고 볼 수 있는 개인적 특성, 즉 성별, 연령, 결혼상태, 수입, 가옥형태, 교육수준 등으로 건강증진 생활양식 실천정도를 비교한 결과는 <표6-1,2>와 같다. 성별에서 보면 운동영역에서 남자 13.7평점, 여자 12.1평점으로 유의한 차이로 남자가 더 높은 실행정도를 보였고(P<0.001), 나머지 영역에서는 유의한 차이가 없었다. 연령에서는 자아실현영역에서 30대, 20대, 50대 이상, 40대의 순서로 30대의 연령층(35.9)이 가장 높은 점수로 유의한 차가 있었고(P<0.05), 운동영역에서는 40대, 50대 이상, 20대, 30대의 순서로 40대(13.4)가 가장 높은 점수로 유의한 차(P<0.05)가 있었으며, 영양에 있어서는 연령대가 높을수록 점수가 높아 유의한 차이(P<0.05)를 나타냈다. 하지만 건강책임, 대인관계, 스트레스관리 등에서는 연령대별로 유의한 차이가 나타나지 않았다. 결혼상태에 따라서는 자아실현(P<0.01), 영양상태(P<0.01), 대인관계별(P<0.05)로 유의한 차이가 나타났는데, 자아실현에서는 미혼자(35.6)가, 영양상태에서는 기혼자(16.5)가, 대인관계에서는 미혼자(P<0.05)가 유의하게 실행정도가 높았다.

연구대상자의 사회경제적 특성과 각 영역과의 차이를 나타낸 <표6-2>을 보면, 수입에서는 건강책임영역(P<0.05)에서만 유의한 차이를 나타냈

<표 6-1> 인구학적 특성과 건강증진 생활양식 각 영역과의 차이

특성		성별		연령				결혼		
구분		남	여	20대	30대	40대	50대이상	미혼	기혼	기타
자아실현	M	31.5	34.5	35.0	35.9	34.5	34.9	35.6	35.0	31.4
	S.D	5.70	6.8	4.5	5.0	6.1	5.9	4.6	5.8	7.2
	TorF	1.305		3.290*				5.236**		
건강책임	M	34.3	34.6	32.5	34.1	34.6	35.5	32.5	34.6	34.1
	S.D	6.8	6.5	7.0	6.4	7.3	6.7	7.5	6.6	6.5
	TorF	-.445		1.863				1.748		
운동	M	13.7	12.1	13.0	12.3	13.4	13.2	13.0	13.0	13.0
	S.D	3.5	3.5	3.1	3.7	3.7	3.6	3.4	3.6	3.5
	TorF	5.188***		3.081*				.002		
영양	M	16.1	16.5	15.1	16.1	16.5	16.8	14.6	16.5	15.1
	S.D	3.2	3.3	3.3	3.5	3.2	2.8	4.0	3.1	2.9
	TorF	-1.281		2.813*				7.706**		
대인관계	M	18.1	18.2	18.9	18.3	17.9	18.2	18.7	18.6	16.9
	S.D	3.0	2.9	2.4	2.6	3.2	2.9	2.5	2.5	3.3
	TorF	-.199		1.329				3.274*		
스트레스관리	M	25.0	24.7	24.9	24.4	25.1	24.8	25.0	24.7	25.0
	S.D	4.1	3.9	3.1	3.8	4.0	4.0	3.1	4.12	3.7
	TorF	.410		.909				1.22		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

는데 수입이 높을수록(250만원이상 35.6) 건강책임이행정도가 높았다. 가옥형태에 따라서는 자아실현(P<0.01), 건강책임(P<0.05), 영양(P<0.01), 스트레스관리(P<0.05)의 영역이 유의한 차이를 나타냈는데 모두 자가주택, 전세주택, 월세 등의 순서로 이행정도가 낮게 나타났다. 교육수준별로는 자아실현(P<0.001)과 스트레스관리(P<0.05)의 영역에서 유의한 차이를 나타냈는데 두 영역 모두 교육수준이 높을수록 이행정도가 높게 나타났다. 그러나 건강책임, 운동, 영양, 대인관계 등에서는 유의한 차이가 나타나지 않았다.

7. 직업력에 따른 건강증진 생활양식 각 영역과의 차이

연구대상자의 직업력과 건강증진 생활양식 각 영역과의 차이를 검정한 결과는 <표7-1,2>과 같다. 직종별로 살펴보면 대인관계를 제외한 전 영역에서 유의한 차이를 나타냈다. 자아실현(P<0.001)에서는 사무관리직, 노동직, 주부, 전문직, 장치기계조작조립원, 임시직의 순서로 유의한 차이를 나타냈다. 건강책임영역(P<0.05)에서는 노동직, 주부, 장치기계조작조립원, 전문직, 사무관리직, 임시직의 순서로 유의한 차이를 나타냈다. 운동의 영역(P<0.05)에서는 노동직, 주부, 사무관리직, 전문직, 장치기계조립조립원, 임시직의 순서로 유의한 차이를 나타냈다. 영양의 영역

<표 6-2> 사회·경제적 특성과 건강 증진 생활양식 각 영역과의 차이

특성		수입(278)				가옥형태(518)				교육수준(489)		
구분		100 이하	100-199	200-249	250 이상	자가	전세	월세	기타	중졸 이하	고졸 및중	전문대 이상
자아실현	M	32.6	36.0	36.3	35.7	35.3	34.4	32.1	34.2	32.0	34.8	35.8
	S.D	6.7	5.1	5.3	5.4	5.3	6.7	7.3	6.6	7.7	5.6	5.0
	TorF		2.238				4.579**				15.217***	
건강책임	M	30.9	34.1	35.2	35.6	35.0	34.1	31.9	33.3	33.4	35.0	34.5
	S.D	7.5	6.8	6.3	5.6	6.3	7.2	6.5	7.7	7.2	6.6	6.6
	TorF		2.635*				3.704*				1.247	
운동	M	12.3	13.0	13.9	14.2	13.2	12.2	12.5	13.0	13.0	12.6	13.1
	S.D	3.8	3.8	3.7	2.7	3.6	3.7	3.6	3.9	3.7	3.4	3.7
	TorF		2.558				1.611				.820	
영양	M	14.9	16.1	16.7	17.0	16.7	15.7	15.3	15.1	15.7	16.1	16.5
	S.D	4.4	3.4	2.7	2.7	3.1	3.3	3.4	3.6	3.5	3.3	3.1
	TorF		2.506				5.802**				2.203	
대인관계	M	16.9	18.2	18.0	18.1	18.3	17.8	17.8	18.3	18.1	18.5	18.2
	S.D	4.2	2.6	2.8	2.8	2.7	3.6	3.8	3.1	3.9	2.9	2.5
	TorF		1.531				.975				.555	
스트레스관	M	23.8	24.8	25.8	25.1	25.1	24.1	23.4	24.2	23.8	24.5	25.1
	S.D	5.5	4.0	3.4	3.9	3.7	4.6	4.4	4.2	4.6	4.1	3.7
	TorF		2.093				3.715*				3.644*	

M±S.D(평균±표준편차) T or F(T value or F value) *p<.05 **p<.01 ***p<.001

(P<0.01)에서는 주부, 사무관리직, 노동직, 전문직, 장치기계조립조립원, 임시직의 순서로 유의한 차이를 나타냈다. 스트레스관리(P<0.001)에서는 주부, 사무관리직, 노동직, 전문직, 장치기계조립조립원, 임시직의 순서로 유의한 차이를 나타냈다.

근무년수와 건강증진생활양식 각 영역과의 차이를 살펴보면, 건강책임(P<0.05), 운동(P<0.05), 영양(P<0.05)의 영역에서 유의한 차이를 나타냈고 자아실현, 대인관계, 스트레스영역에서는 차이가 나타나지 않았다. 건강책임과 영양영역에서는 근무년수가 높을수록 실행정도가 높은 것으로 나타났고 운동에서는 15년 이상은 13.6점, 4-8년 사이는 12.7점이었고, 4년 이하와 8-14년은 12.4점으로 같은 점수를 나타냈다.

조 등[56]의 연구를 살펴보면 건강증진 생활양식의 총 평점(P<0.004)은 사무직 근로자 2.50, 생산직 2.47, 기술연구직 2.38의 순서로 사무직 근로자가 가장 높은 점수로 직종간의 유의한 차이가 있는 것으로 나타났고 각 영역별로 보면 건

56) 조정인 앞의 논문

57) 윤진, 산업장 근로자의 건강증진행위및 결정요인에 관한 연구, 이화여자대학교 석사학위논문, 1990

58) Lusk-SL Kerr-MJ, Ronis-DL(1995), Health Promoting Lifestyle of Blue-Collar, skilled Trade, and White-Collar Workers, Nuring Research

56) 조정인 앞의 논문

<표7-1> 근무년수별 건강증진 생활양식 각 영역과의 차이 M±S.D(평균±표준편차) f(f value)

구분	자아실현			건강책임			운동			영양			대인관계			스트레스관리		
	M	S.D	TorF	M	S.D	TorF	M	S.D	TorF	M	S.D	TorF	M	S.D	TorF	M	S.D	TorF
0-3.9년 (52)	35.4	5.4		32.2	6.8		12.4	3.8		15.3	3.6		18.3	2.8		24.2	3.6	
4-7.9년 (36)	36.0	5.2	.145	34.0	6.9	2.672 *	12.7	4.0	3.120 *	15.7	3.1	3.078 *	18.0	3.0	.226	24.4	4.2	1.532
8-14.9년 (99)	35.9	5.3		34.9	6.4		12.4	3.6		16.5	3.4		18.3	2.8		24.7	4.1	
15년이상 (154)	35.4	5.3		35.1	6.2		13.6	3.4		16.6	2.6		18.1	2.6		25.4	3.7	

M±S.D(평균±표준편차) T or F(T value or F value) *p<.05 **p<.01 ***p<.001

강책임(P<0.002)은 사무직 근로자가, 운동(P<0.0004)과 영양(P<0.0001)에서는 생산직 근로자들이 유의하게 높게 고찰하였다. 윤진[57]의 산업장 근로자에 대한 연구결과와 비교해 보면 그의 연구 대상자들의 직종간(생산직과 사무직)에 유의한 차이가 없었다. Lusk 등[58]의 연구결과를 보면 생산직, 사무직, 기술직간에 전체 총점과 각 하부영역(건강책임을 제외한 나머지 영역)에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.(F=3.53-14.00, P=0.03-0.001) 즉 자아실현, 운동, 대인관계에서는 사무직이 다른 직종보다 높았고 생산직 근로자들이 영양과 총 점수에서 유의하게 높았다.

8. 전체 및 영역별 건강증진 생활양식 이행정도간의 상관관계

전체 및 영역별 건강증진 생활양식 이행정도간의 상관관계를 보기 위해 Person's correlation coefficient로 분석한 결과는 <표 8>과 같다. 전체 및 각 영역별 건강증진 생활양식 이행정도간의 상관관계를 보면 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계지지, 스트레스 관리는 모든 하부영역과 유의한 상관관계를 보였고 전체 건강증진 생활양식을 6개 하부영역 모두와 유의한 상관관계를 보여주었다.

57) 윤진, 산업장 근로자의 건강증진행위및 결정요인에 관한 연구, 이화여자대학교 석사학위논문, 1990

58) Lusk-SL Kerr-MJ, Ronis-DL(1995), Health Promoting Lifestyle of Blue-Collar, skilled Trade, and White-Collar Workers, Nuring Research

<표7-2> 직종별 건강증진 생활양식 각 영역과의 차이

구분	자아실현			건강책임			운동			영양			대인관계			스트레스관리		
	M	S.D	TorF	M	S.D	TorF	M	S.D	TorF	M	S.D	TorF	M	S.D	TorF	M	S.D	TorF
사무직, 관리직(66)	36.41	4.97		34.26	6.57		13.47	3.05		16.86	2.74		18.41	2.52		25.71	3.55	
임시직 (113)	31.94	7.07		32.67	6.85		12.35	3.56		15.48	3.44		17.95	3.60		23.65	4.36	
노동직 (61)	35.87	5.94		36.49	7.36		14.25	3.99		16.72	3.30		18.46	3.11		25.67	4.57	
무직 (3)	37.67	3.51		34.0	6.56		14.67	5.86		16.67	4.16		18.67	1.15		25.67	4.72	
			6.489			2.532			2.301			3.125			1.835			3.822
전문직 (191)	35.75	5.09	***	34.50	6.69	*	12.77	3.81	*	16.49	3.31	**	18.21	2.56		24.87	3.75	***
서어비스업 (3)	30.67	11.68		33.3	3.21		11.00	3.46		14.0	3.61		15.0	7.55		21.33	2.08	
주부 (45)	35.78	4.69		36.29	5.57		13.49	2.97		17.53	3.31		19.16	2.63		26.04	3.42	
장치,기계 조작,조립원 (55)	34.24	5.49		34.65	5.76		12.64	3.05		15.6	2.66		17.53	3.00		23.80	3.69	

M±S.D(평균±표준편차) T or F(T value or F value) *p<.05 **p<.01 ***p<.001

<표 8> 전체 및 영역별 건강증진 생활양식 이행정도간의 상관관계

	(HPLP)	SA	HR	EX	NT	IS	SM
건강증진 생활양식(HPLP)							
자아실현(SA)	.819**						
건강책임(HR)	.823**	.478**					
운동(EX)	.664**	.405**	.513**				
영양(NT)	.673**	.399**	.584**	.346**			
대인관계 지지(IS)	.700**	.701**	.378**	.340**	.314**		
스트레스 관리(SM)	.845**	.685**	.597**	.491**	.503**	.594**	

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

결론 및 제언

근로자의 건강증진을 위한 보건교육의 방향과 프로그램의 한의학적 내용개발의 기초자료를 얻고자 2000년 5월 25일부터 8월 10까지 원광의료원 양방 정기건강검진 수검자를 대상으로 건강

증진생활양식에 대한 설문조사를 실시하여 분석한 결과 본 연구에서 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 연구대상자의 일반적 특성에서 성별은 남자(52.1%)와 여자(47.9%)의 성별분포에 별 차이는 없었으며 연령대는 20대(6.1%) 30-40대(68.0%), 50대는 24.8%으로 30-50대 사이가 대부분을 차지했다. 결혼상태는 기혼자(79.1%)가 대부분이었으며 수입은 100-250만원 사이가 과반수 이상이었다. 주거형태 별로는 자가가 65.4%, 전세는 14.7%, 월세는 9.5%이었고 교육수준은 고졸이상이 대부분을 차지했다.

2. 연구대상자의 직업력은 사무관리직은 12.3%, 임시직은 21.0%, 노동직은 11.4%, 무직은 0.6%, 전문직은 35.6%, 서비스업은 0.6%, 주부는 8.4%, 장치, 기계조작, 조립원은 10.1%이었다. 근무년수는 0-3.9년이 9.7%, 4-7.9년은 6.7%, 8-14.9년은 18.4%, 15년이상은 28.7%, 무응답자는 36.5%였다.

3. 연구대상자의 건강증진생활양식 이행정도를 4점척도로 보면 총평점이 2.69이고 대인관계(3.04)가 가장 높고 운동영역(2.18)이 가장 낮게 나타났다.

건강증진 생활양식에 영향을 주는 일반적 특성으로는 수입이 높을수록, 자가, 전세, 월세의 순서로, 교육수준이 높을수록 건강증진생활양식의 평균이 유의성 있게 높은 것으로 나타났으며 직업력에서는 주부, 노동직, 사무관리직, 전문직, 장치기계조작조립원, 임시직의 순서로 높게 나타났고 근무년수에 따라서는 유의한 차이가 없었다.

4. 건강증진 생활양식 각 영역에 영향을 미치는 요인을 보면 자아실현은 연령과 결혼상태, 가옥형태, 교육수준이, 건강책임은 가옥형태가, 운동영역은 성별, 연령이, 영양은 연령, 결혼상태, 가옥형태 등이, 대인관계는 결혼상태가, 스트레스관리는 가옥형태가 영향을 미치는 것으로 나타났다.

5. 건강증진 생활양식 각 영역에 대하여 직종별로 살펴보면 자아실현에서는 사무관리직, 노동직, 건강책임영역과 운동영역에서는 노동직, 주부가 높았으며 유의한 차이를 나타냈다. 영양과 스트레서 영역에서는 주부, 사무관리직이 높았으며 유의한 차이를 나타냈다. 근무년수에서는 건강책임과 영양영역에서는 근무년수가 높을수록, 운동에서는 15년 이상이 높게 나타났으며 자아실현, 대인관계, 스트레스영역에서는 차이가 나타나지 않았다.

6. 전체 및 영역별 건강증진 이행정도간의 상관관계를 보기 위해 Person's correlation coefficient로 분석한 결과 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계지지, 스트레스 관리는 모든 하부영역과 유의한 상관관계를 보였고 전체 건강증진 생활양식을 6개 하부영역 모두와 유의한 상관관계를 보여주었다.

이상을 보면 건강증진 생활양식의 하부영역 중에서 운동영역이 제일 낮고 대인관계가 가장 높게 나타난 것으로 보아 근로자를 대상으로 한 보건관리에서 운동프로그램을 제공하는 것이 중요하다고 여겨지며 건강상담과정에서 파악한 근로자들의 운동경향이 주로 정기적인 운동이 아닌 비정기적으로 몰아서 하는 형태였던 점과 근골격계 이상의 호소양상이 주로 작업자세와 연관된 점을 감안한다면 산업장에서 휴식시간을 활용하여 틈틈이 할 수 있는 운동프로그램을 제공하는 것이 중요할 것으로 사고되며 이 분야에 한의학적인 기공체조 등이 적용될 수 있을 것으로 여겨진다.

따라서 건강증진 생활양식과 각 영역에 따라 영향을 미치는 요인이 각각 다르게 나타나는 것으로 보아 이후에는 연령집단별로 세분화시켜 건강증진생활양식에 영향을 미치는 요인들을 연구하는 것이 필요하리라 사료된다.

감사의 글

이 논문은 교육부 BK21 사업지원에 의하여

이루어졌으며, 이에 감사한다.

참고문헌

1. Every and Feldman, 1984
2. Lusk-SL Kerr-MJ, Ronis-DL(1995), Health Promoting Lifestyle of Blue-Collar, skilled Trade, and White-Collar Workers, Nursing Research
3. Mishler EG et al, Social Contexts of Health, Illness, and Patient Care, Cambridge:Cambridge University Press, 1981, pp.1-23.
4. Pender,N.J.&Pender,A.R.(1986). Attitudes subjective norms and intentions to engage in health behaviors, Nursing Research,35(1)15-18.
5. Pender,N.J.(1982). Health Promotion in Nursing Practice, Norwalk. CT: Appleton Century-Crofts.
6. Pender,N.J.(1987). Health Promotion in Nursing Practice(2nd ed), Norwalk. CT: Appleton & Lange.
7. Walker,S.N., Sechrist,K.R. & Pender,N.J.(1987). The Health Promoting Life Styles Profile: Development and Psychometrid Characteristics, Nursing Research, 36(2), 76-81.
8. Walker,S.N., Volkan,K. Sechrist,K.R. & Pender,N.J.(1988). Health Promoting Life Styles of older adults: comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns, ANS, 11(1), 76-90.
9. Walker,S.N., Kerr,M.J., Pender,N.J. & Sechrist,K.R.(1990). A spanish language version of the Health Promoting Life Styles Profile, Nursing Research, 39(5), 268-273.
10. WHO(1986), Ottawa charter for health promotion, International conference on Health promotion, Ottawa, Canada, Nov, 17-21.
11. 김공현 김광기 공역, 건강증진 용어 해설, 한국보건간호학회지 제 12권 제 2호, 1993
12. 김광호, 김동영 편저, 동의 노년양생학, 서원당, 1999
13. 나창수 맹웅재 공편, 한의학 기초이론, 의성당, 2000
14. 남철현, 보건교육 및 건강증진, 계축문화사, 1998
15. 노동부 보도자료, 1999
16. 맹웅재, 이기남, 김종인, 원석조, 한방의료정책의 기본방향과 발전방안에 관한 연구, 한국한의학연구원, 1999
17. 백도명, 산업보건의 발전방향, 안전보건, 1994
18. 서동진, 이기남, 한의학 연구방법론에 관한 고찰, 대한예방한의학회지, 1997
19. 서연옥 역, 예방적 건강행위로부터 건강증진에 이르기까지 : 긍정적 건강개념의 발달, 대한간호 통권 171호, 1995
20. 성현제, 신현규, 한의학 중장기 예측 기획연구, 한국한의학연구소, 1998
21. 신현규 등, 한의학 중장기 연구개발 활성화 방안에 관한 연구, 한국한의학 연구소, 1998
22. 신혜숙, 여성건강증진, 대한간호 제 36권 제 5호 통권 193호, 1997
23. 예방의학과 공중보건 편집위원회, 예방의학과 공중보건, 계축문화사, 2000
24. 오복자, 건강증진행위의 영향요인분석, 삼육대학교 간호학과, 1998
25. 윤은자, 대학생의 건강증진 생활양식 이행, 건국대학교 의과대학 간호학과, 1996
26. 윤진, 산업장 근로자의 건강증진행위 및 결정요인에 관한 연구, 이화여자대학교 석사학위논문, 1990
27. 이경식, 일차보건의료와 보건제도, 서울 보건간호사회, 간호학탐구, 연세대학교 간호정책연구소, 제 3권 1호, 1995
28. 이관희, 박재용, 한창현, 윤석옥, 지역주민의 건강행태와 국민건강증진법에 대한 인식 및 태도, 보건교육, 건강증진학회지, 제 16권 2호, 1999
29. 이기남, 나도 백세를 산다. 영림사, 1996
30. 이상운, 이선동, 한의 예방의학의 특징에 관한

문헌적 고찰, 대한예방한의학회지, 제 1권 제 1 호, 1997
31. 이선동, 김명동 외, 미병상태의 학문적 임상적 중요성과 의의에 대한 고찰, 대한예방한의학회지, 1997
32. 이수일, 최근에 제기되는 직업성 질환, 대한의사협회지 제 40권 제 5호, 1998
33. 이은경 등, 산업보건에의 한의학적 참여방안에 관한 연구, 대한예방한의학회지 제 3권 2호, 2000
34. 이종찬, 근대 서양의학의 역사적 성격과 구조, 서양의학의 두 얼굴, 한울, 1992
35. 이종찬, 서양의학의 두 얼굴, 한울, 1992
36. 전경자 등 산업장 건강증진 프로그램 개발에 관한 연구, 서울대학교 보건대학원 박사학위논문, 1994
37. 전우택, 사회의학 연구방법론, 연세대학교 출판부, 1999
38. 정규철, 직업성질환, 고려의학, 1999
39. 조정인, 산업장 근로자의 건강증진 생활양식의 실천과 그 영향요인에 관한 연구, 서울대학교 석사학위논문, 1996
40. 직업·환경의학외래협의회, 직업성 질환 감시체계의 필요성 http://neoleo.peacenet.or.kr/html/necessity.htm.
41. 최재욱, 노동조합의 종합건강진단 실시전략, 노동과 건강, 노동과 건강 연구회, 1999