

## 사업장 건강증진사업의 실태 및 건강증진 프로그램 요구도\*

김영임\*\* · 정혜선\*\*\* · 이소영\*\*\*\* · 김순례\*\*\*\*\* · 김숙영\*\*\*\*\* · 이강재\*\*\*\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

사업장은 작업의 특성과 연관된 여러 가지 유해환경과 건강위험요인을 지니고 있어 적절한 안전·환경관리가 필요한 조직으로서(Lee, Lee, Lee, Hong, & Song, 2000) 2003년 현재 국내 사업장 수는 3,187,916개로 매년 증가하고 있다.

근로자 건강진단 결과에서 전체 질병 유소견자 중 직업병 유소견자는 감소한 반면, 일반 질병 유소견자가 증가하고 있고, 이 중 대부분이 만성 퇴행성질환에 해당되는 것으로 보고되고 있어(Ministry of Labor, 2000), 산업화에 따른 근로 환경의 변화와 근로자 개인의 생활습관에 기인되는 만성 퇴행성 질환의 위험요인을 관리하고 건강생활 실천을 이끌 수 있는 사업장 건강증진 사업의 중요성이 강조되고 있다.

정부에서는 1994년부터 사업장 건강증진 시범사업을 추진하여 근로자의 건강관리를 통한 근로생활의 질 향상을 도모하고 있으며(Yun et al., 2000), 1996년에는 산업안전보건법에 근로자 건강증진사업 관련 근거 조항을 신설하였고 1997년 동 시행규칙과 시행지침을 발표

함으로써 근로자 건강증진운동의 효율적인 추진을 위한 법적 제도적 기틀을 마련하기 시작했다(Ministry of Labor, 2000).

그러나 사업장 건강증진사업이 기존의 건강검진 기틀을 활용할 수가 있고 지속적인 사업이 가능하며 구체적인 건강증진 사업의 개발과 적용이 용이하여 사업의 효율성이 높음에도 불구하고, 99.0%가 소규모 사업장인 현실에서 사업장 독자적으로 건강증진사업을 전개한다는 것은 사업주나 조직 간부의 인식부족과 가용 자원의 부족으로 인해 매우 제한적인 실정이다(Jang et al., 1999).

지금까지 사업장 건강증진 사업에 대한 연구결과를 보면, 근로자들의 건강수준 향상(Hyun, Yun, & Choi, 2001; Park et al., 1998), 만성질환 이환율 감소(Song, 2000), 업무 수행능력 증가(Bernacki & Baun, 1984), 의료비 절감, 산업재해 발생을 감소, 생산성 향상 및 사업장 이미지 향상(O'Donnell & Harris, 1994) 등 그 효과성이 검증되고 있다. 그러나 국내연구의 경우 일부 사업장을 대상으로 한 사업장 보건관리 조사는 활발히 진행되고 있으나(Jung, 1999; Kim, 2001; Kim, Jung, Park, & Kang, 1990; Yun et al., 2000), 전국 사업장을 대상으로 한 건강증

\* 이 연구는 2005년 보건복지부 국민건강증진기금에 의해 수행되었음

\*\* 한국방송통신대학교 간호학과

\*\*\* 가톨릭대학교 산업보건대학원

\*\*\*\* 가톨릭상지대학 간호과

\*\*\*\*\* 가톨릭대학교 간호대학(교신저자 e-mail: slkim@catholic.ac.kr)

\*\*\*\*\* 을지대학교 간호대학

\*\*\*\*\* 순천향대학교병원

진사업실태에 관한 연구는 일부가 있을 뿐(Kim et al., 1999; Lee et al., 2000; Park et al., 1998) 매우 제한적이다.

연구자들은 전국 사업장에서 실시되고 있는 건강증진 프로그램의 운영 실태와 건강증진 프로그램에 대한 요구도 및 프로그램 운영의 애로사항을 파악함으로써 효과적인 사업장 건강증진 프로그램 개발에 필요한 기초 자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 전국 사업장의 건강증진사업 운영 실태 및 건강증진 프로그램 요구도를 파악하는 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 전국 사업장의 건강증진 사업 운영 실태를 조사한다.
- 2) 전국 사업장의 건강증진 프로그램에 대한 요구도를 조사한다.
- 3) 전국 사업장 특성에 따른 건강증진 사업 수행과 요구도의 차이를 비교한다.
- 4) 전국 사업장 건강증진사업 수행의 애로사항과 개선방안에 대한 의견을 조사한다.

## 3. 용어 정의

- 건강증진사업: 1986년 Ottawa 국제회의에서 정의한 건강증진(Health Promotion)을 목적으로 수행되는 사업으로 보건교육, 질병예방, 영양개선, 건강생활실천 등을 통해 국민의 건강을 증진시키는 사업을 말하며(Health Measure, 2005), 본 연구에서는 근로자의 건강위험요인을 감소시키고 건강에 유익한 생활양식의 실천을 위한 교육, 상담, 관리 등의 사업을 의미한다.

# II. 연구 방법

## 1. 연구대상

사업장 건강증진사업의 운영 실태를 파악하기 위해 전국 사업장 중 300개 사업장을 임의 선정하여, 이들 사업장의 보건관리자 또는 관리감독자 중 연구목적에 이해하고 참여를 수락한 자 1명씩을 대상으로 하였다.

## 2. 연구도구

### 1) 대상자 특성

사업장의 업종 및 규모를 포함한 사업장 특성 7문항과 응답자인 보건관리자의 인구사회학적 특성 8문항이 포함되었다.

### 2) 사업장 건강증진사업 운영실태

사업장의 건강증진사업 운영 실태를 조사하기 위한 도구는 간호학 교수 3인과 보건학 교수 1인을 포함한 연구자 5인이 실제 사업장에서 실시되고 있는 주요 프로그램을 조사하여 공통 항목으로 구분한 뒤 생활습관, 질환예방, 예방서비스, 건강보호의 4개 영역 25개 문항의 설문지를 개발하여 내용 타당도검정을 거쳐 수정·보완한 도구를 사용하였다. 각 프로그램의 수행여부를 '예', '아니오'로 응답하도록 구성되었으며 도구의 내적 일관성은 Cronbach  $\alpha$ 값은 .89이었다.

### 3) 건강증진 프로그램에 대한 요구도

사업장의 건강증진 프로그램 요구도는 건강증진프로그램 운영 실태조사를 위해 개발한 4개 영역 25문항 중 건강증진 프로그램에 대한 요구도를 포함하였으며, 5점 척도로써(범위: 25점~125점) 점수가 높을수록 프로그램요구도가 높음을 의미한다. 도구의 내적 일관성은 Cronbach  $\alpha$ 값은 .91이었다.

4) 건강증진 업무 수행 시 애로사항과 효과적 개선방안을 조사하기 위한 도구는 연구자가 개발한 도구를 사용하였으며 시간, 장소, 기자재 등 물리적 환경, 예산확보, 담당 전문가 활용, 사업주의 관심, 근로자의 참여 등 14 문항으로 구성된 5점 척도로써 점수가 높을수록 애로사항이 많음을 의미한다. 도구의 내적 일관성은 Cronbach  $\alpha$ 값은 .84이었다.

### 5) 기타

사업장 건강증진 프로그램에 대한 근로자의 반응과 효과적 프로그램 수행을 위한 개선의견 파악은 개방형 질문을 사용하였다.

## 3. 자료수집

자료수집은 2005년 1월 1일부터 1월 30일까지 전국

300개 사업장의 사업주 및 보건관리자에게 연구목적과 절차에 대한 협조공문 발송 후, 참여를 동의 한 290개 사업장 보건관리자를 대상으로 하였다. 중·소규모 사업장은 조사원이 직접 사업장을 방문하여 연구 목적을 설명하고 참여에 동의한 대상자로부터 자료를 수집하였다. 대규모 사업장은 전화로 연구 목적을 설명한 후 참여에 동의한 대상자들에게 설문지를 우편 발송하여 자료수집 후 수거하였다. 전체 300부를 배부하여 290개가 회수되었고 응답이 불충분한 10부를 제외한 280부가 분석에 활용되었다.

#### 4. 자료분석

통계분석은 SAS 8.1 통계 패키지를 이용하였으며, 무응답을 제외하고 분석하였다.

사업장 특성, 응답자 특성, 건강증진 프로그램 운영실태, 프로그램 요구도는 백분율로 제시하였으며, 사업장 특성에 따른 건강증진 프로그램 운영과 요구도의 차이는 t-test와 ANOVA를 이용하여 분석하였다.

### Ⅲ. 연구 결과

#### 1. 사업장 특성과 보건관리자의 특성

사업장의 특성을 살펴본 결과, 38.8%의 사업장이 서울에 위치하여 가장 많았고, 경기지역 22.5%, 부산경남 지역 18.1%의 순이었다. 업종은 제조업 52.8%, 비제조업 47.2%이었으며 사업장의 규모는 50인 미만 사업장이 41.1%, 50인 이상 300인 미만 사업장 38.5%, 300인 이상 20.4%이었다. 또한 48.3%의 사업장에 안전보건위원회가 설치되어 있었으며, 보건관리자가 전임으로 채용된 사업장은 25.4%이었다.

사업장별 보건관리자나 감독자의 일반적 특성은 남자 56.2%, 여자 42.0%이었으며 연령은 평균 37.4±9.3세로 30~40세 미만이 41.7%로 가장 많았다. 현 직장의 근무경력은 평균 6.9±6.9년이었으며, 총 근무경력은 평균 12.7±8.4년이었다. 고용형태는 86.9%가 정규직이었고 근무부서는 총무·관리부서 근무자가 60.0%로 가장 많았고 직책은 36.7%가 일반사원이었다(Table 1).

#### 2. 건강증진 프로그램 운영 실태

본 연구에서는 사업장 건강증진 프로그램의 운영 실태를 조사하기 위하여 생활습관, 질환예방, 예방서비스, 건강보호의 4개 영역에 대한 25개 항목을 조사하였다.

생활습관 영역에서 가장 많이 실시되고 있는 프로그램은 금연 프로그램으로 48.9%의 사업장에서 실시되고 있었으며, 다음으로 운동 42.1%, 식생활개선 27.0%의 순으로 실시하고 있었다. 질환예방 영역에서는 49.6%의 사업장에서 근골격계질환관리 프로그램을 실시하고 있었고, 이어서 고혈압 관리 48.8%, 당뇨병관리 43.9%의 순이었다. 예방서비스 영역에서는 성희롱 예방 프로그램이 47.5%로 가장 많이 실시되고 있었다. 건강보호 영역에서는 보호구 착용 지도 49.4%, 청력보존 프로그램 36.1%의 순이었으며 시력보호 프로그램이 22.0%로 가장 낮았다. 모든 영역을 포괄하여 사업장에서 가장 실시율이 높은 프로그램은 근골격계질환관리(49.6%)이었으며, 가장 실시율이 낮은 프로그램은 자살예방(4.8%)이었다(Table 2).

#### 3. 건강증진 프로그램에 대한 요구도

사업장의 건강증진 프로그램에 대한 요구도를 생활습관, 질환예방, 예방서비스, 건강보호의 4개 영역으로 살펴본 결과, 생활습관 영역에 대한 요구도가 가장 높았고 이어 질환예방 영역에 대한 요구가 높은 것으로 조사되었다. 요구도가 가장 높은 건강증진 프로그램은 운동프로그램으로 4.1±0.8점이었으며, 다음으로 금연, 스트레스 관리, 고혈압관리, 근골격계질환관리 등의 순으로 조사되었다. 가장 요구도가 낮은 프로그램은 자살예방이었으며, 기타 사이버중독 예방, 성교육, 약물 오남용 등도 요구도가 비교적 낮은 것으로 조사되었다(Table 3).

#### 4. 사업장 특성에 따른 건강증진 프로그램 수행

사업장의 특성을 업종(제조업, 비제조업)과 규모(소, 중, 대)로 구분하여 각 유형에 따른 건강증진 프로그램 수행정도를 비교한 결과는 <Table 4>와 같다.

업종에 따른 건강증진 프로그램 수행정도는, 생활습관과 질환예방영역에서는 제조업이 비제조업에 비해 프로그램 실시율이 높았고 당뇨병 관리, 근골격계질환관리 프로그램은 두 군간에 유의한 차이가 있었다( $\chi^2=4.74$ ,  $p=.02$ ,  $\chi^2=9.28$ ,  $p=.00$ ). 예방서비스영역에서는 전염병 예방, 성교육, 암 검진을 제외한 6개 영역에서 제

<Table 1> General Characteristics of Workplace and the Health Care Manager

(N=280)

Characteristic	Category	n(%) or Mean±SD	
Workplace	Region	Seoul	107(38.8)
		Gyeonggi	62(22.5)
		Incheon	26( 9.4)
		Daejeon, Chungcheongdo	11( 4.0)
		Busan, Gyeongsangdo	50(18.1)
		Gwangju, Cheonrado	14( 5.1)
		Others	6( 2.2)
		Type of workplace	Manufacturing industry
		Non manufacturing industry	125(47.2)
	Size of workplace (Number of employee)	<50	111(41.1)
		50~< 300	104(38.5)
		≥300	55(20.4)
	Safety commitment	Have	130(48.3)
		No	139(51.7)
	Health care manager	Non	144(52.2)
		Full time	70(25.4)
Part time		38(13.8)	
Entrustment		24( 8.7)	
Labor union	Have	109(39.4)	
	Non	168(60.6)	
Health care manager	Gender	Male	159(56.2)
		Female	119(42.0)
	Age(yrs.)		37.4±9.36
		≤ 29	63(22.7)
		30~<40	116(11.7)
		≥ 40	99(35.6)
	Marital status	Married	202(72.4)
		Unmarried	77(27.6)
	Career(present workplace)		6.94±6.89
		< 5	141(50.9)
		5~< 10	58(20.9)
	Career(total)		12.7±8.43
		<5	39(14.1)
		5~< 10	64(23.2)
	Type of employment	≥10	173(62.7)
		Regular	238(86.9)
	Working area	Irregular	36(13.1)
		Management	144(60.0)
		Production line	24(10.0)
Environment & safety		27(11.3)	
Management aid		17( 7.1)	
Others		28(11.7)	
Position	Employee	95(36.7)	
	Manager	37(14.3)	
	Department chief	64(22.6)	
	Factory manager	44(17.0)	
	Director	19( 7.3)	

〈Table 2〉 Operation State of Health Promotion Program in Workplace

(N=28)

Part	Health promotion program	Operation n(%)	
		Yes	No
Lifestyle management	1. No smoking	128(48.9)	134(51.1)
	2. Alcohol drinking management	67(26.9)	182(73.1)
	3. Reformation of dietary life	65(27.0)	176(73.0)
	4. Exercise	104(42.1)	143(57.9)
	5. Overweight management	59(24.1)	186(75.9)
	6. Stress management	56(23.3)	184(76.7)
Disease prevention	7. Hypertension management	121(48.8)	127(51.2)
	8. DM management	108(43.9)	138(56.1)
	9. Hyperlipidemia management	101(41.4)	143(58.6)
	10. Liver disease management	95(37.3)	147(60.7)
	11. Muscular skeletal disease management	120(49.6)	122(50.4)
	12. First aid care	85(35.4)	155(64.6)
Prevention service	13. Suicide prevention	11( 4.8)	218(95.2)
	14. Prevention of cyber addiction	13( 5.7)	215(94.3)
	15. Fatigue prevention	54(23.1)	180(76.9)
	16. Oral Health	41(17.8)	189(82.2)
	17. Communicable disease prevention	67(29.1)	163(70.9)
	18. Drug use & Drug abuse	28(12.4)	198(87.6)
	19. sexual harassment prevention	112(47.5)	124(52.5)
	20. sex education	53(23.0)	177(77.0)
	21. Cancer screening	77(32.6)	159(67.4)
Health protection	22. Prevention of optical defect	51(22.0)	181(78.0)
	23. maintain of hearing	86(36.1)	152(63.9)
	24. Prevention of respiratory problem	61(26.2)	172(73.8)
	25. Putting on a safeguard	119(49.4)	122(50.6)

〈Table 3〉 Needs of Health Promotion Program in Workplace

(N=280)

Part	Health promotion program	Mean±SD	Ranks
Lifestyle management	1. No smoking	4.06±0.94	2
	2. Alcohol drinking management	3.88±0.93	9
	3. Reformation of dietary life	3.82±0.88	13
	4. Exercise	4.08±0.82	1
	5. Overweight management	3.88±0.89	10
	6. Stress management	4.05±0.86	3
Disease prevention	7. Hypertension management	4.02±0.87	4
	8. DM management	3.95±0.90	7
	9. Hyperlipidemia management	3.95±0.87	6
	10. Liver disease management	3.94±0.92	8
	11. Muscular skeletal disease management	3.99±0.91	5
	12. First aid care	3.86±0.97	11
Prevention service	13. Suicide prevention	3.07±1.02	25
	14. Prevention of cyber addiction	3.12±1.04	24
	15. Fatigue prevention	3.78±0.93	14
	16. Oral Health	3.47±0.94	21
	17. Communicable disease prevention	3.51±1.02	20
	18. Drug use & Drug abuse	3.32±1.00	22
	19. sexual harassment prevention	3.53±1.09	19
	20. sex education	3.27±1.11	23
	21. Cancer screening	3.85±0.97	12

<Table 3> Needs of health promotion program in workplace(continued)

(N=280)

Part	Health promotion program	Mean±SD	Ranks
Health protection	22. Prevention of optical defect	3.59±0.95	17
	23. maintain of hearing	3.67±1.05	16
	24. Prevention of respiratory problem	3.57±1.04	18
	25. Putting on a safeguard	3.71±1.10	15

조업의 프로그램 실시율이 높았고, 피로예방의 경우 두 군간 유의한 차이가 있었다( $\chi^2=68.4, p=.02$ ). 건강보호영역의 경우 시력보호를 제외한 청력보존, 호흡기문제 예방, 보호구 착용에서 제조업이 비제조업에 비해 프로그램 실시율이 높았으며, 청력보존프로그램의 수행정도에는 유의한 차이가 있었다( $\chi^2=30.2, p=.00$ ).

사업장 규모에 따라서는, 금연, 식생활 개선, 운동,

고혈압 관리, 당뇨병 관리, 고지혈증 관리, 간질환 관리, 근골격계질환관리, 응급처치, 전염병 예방, 성희롱 예방, 성교육, 암 조기검진, 청력보존, 호흡기 보호, 보호구 착용지도 등 16개 프로그램에서 대규모 사업장이 중소규모 사업장에 비해 실시율이 높았으며, 두 군 간에 유의한 차이가 있었다(Table 4).

<Table 4> Operation State of Health Promotion Program according to the Type & Size of Workplace

Health promotion program	Manufacturing (n=140)		Non manufacturing (n=125)		$\chi^2$	p	Workplace Size						$\chi^2$	p
	Operation n(%)						Operation n(%)							
	Yes	No	Yes	No			<50 (n=111)		50~(300) (n=104)		≥300(n=55)			
<b>Lifestyle management</b>														
1. No smoking	68(52.3)	62(47.7)	50(42.7)	67(57.3)	0.16	.08	37(36.6)	64(63.4)	50(52.1)	46(47.9)	36(67.9)	17(32.1)	14.1	.00
2. Alcohol drinking <sup>m</sup>	33(27.7)	86(72.3)	28(24.1)	88(75.9)	0.55	.31	23(25.3)	68(74.7)	24(25.3)	71(74.7)	16(31.4)	35(68.6)	0.76	.68
3. Diet reformation	32(27.8)	83(72.2)	27(24.1)	85(75.9)	0.55	.31	15(17.6)	70(82.4)	26(28.0)	67(72.0)	20(39.2)	31(60.8)	7.72	.02
4. Exercise	48(41.4)	68(58.6)	47(40.9)	68(59.1)	1.00	.52	30(33.3)	60(66.7)	36(38.3)	58(61.7)	33(64.7)	18(35.3)	14.1	.00
5. Overweight <sup>m</sup>	29(25.0)	87(75.5)	23(20.2)	91(79.8)	0.43	.23	19(21.3)	70(78.7)	24(25.5)	70(74.5)	13(25.5)	38(74.5)	0.53	.77
6. Stress <sup>m</sup>	28(25.0)	84(75.0)	25(21.7)	90(78.3)	0.64	.33	22(25.6)	64(74.4)	22(23.4)	72(76.6)	10(20.4)	39(79.6)	0.46	.79
<b>Disease prevention</b>														
7. Hypertension <sup>m</sup>	61(52.1)	56(47.9)	50(43.5)	65(56.5)	0.19	.11	27(31.4)	59(68.6)	43(44.8)	53(55.2)	46(85.2)	8(14.8)	39.6	.00
8. DM <sup>m</sup>	59(50.4)	58(49.6)	41(36.3)	72(63.7)	4.74	.02	23(26.7)	63(73.3)	36(37.9)	59(62.1)	44(83.0)	9(17.0)	44.5	.00
9. Hyperlipidemia <sup>m</sup>	51(44.3)	64(55.7)	42(36.8)	72(63.2)	0.28	.15	25(29.4)	60(70.6)	35(36.5)	61(63.5)	36(70.6)	15(29.4)	23.9	.00
10. Liver disease <sup>m</sup>	49(42.6)	66(57.4)	38(33.9)	74(66.1)	0.22	.11	22(26.2)	62(73.8)	36(38.3)	58(61.7)	32(61.5)	20(38.5)	16.9	.00
11. Musculoskeletal disease <sup>m</sup>	66(57.9)	48(42.1)	43(37.7)	71(62.3)	9.28	.00	22(27.2)	59(72.8)	46(47.9)	50(52.1)	47(88.7)	6(11.3)	48.8	.00
12. First aid care	46(40.0)	69(60.0)	34(30.1)	79(69.9)	0.13	.07	21(25.6)	61(74.4)	30(31.9)	64(68.1)	31(58.5)	22(41.5)	16.2	.00
<b>Prevention service</b>														
13. Suicide <sup>p</sup>	3(2.8)	105(97.2)	7(6.4)	103(93.6)	3.33	.17	3(3.8)	75(96.2)	5(5.5)	86(94.5)	1(2.0)	49(98.0)	1.02	.60
14. Cyberpunk <sup>p</sup>	3(2.8)	106(97.2)	8(7.4)	100(92.6)	0.13	.10	4(5.1)	75(94.9)	6(6.7)	84(93.3)	1(2.0)	49(98.0)	1.41	.48
15. Fatigue <sup>p</sup>	18(16.4)	92(83.6)	32(28.8)	79(71.2)	68.4	.02	19(23.5)	62(76.5)	24(25.8)	69(74.2)	7(14.0)	43(86.0)	2.71	.25
16. Oral Health	17(15.7)	91(84.3)	22(19.8)	89(80.2)	0.48	.27	7(8.9)	72(91.1)	20(22.0)	71(78.0)	10(20.0)	40(80.0)	5.67	.06
17. Communicable disease	37(33.6)	73(66.4)	28(25.7)	81(74.3)	0.24	.12	13(16.5)	66(83.5)	21(23.1)	66(76.9)	28(54.9)	23(45.1)	24.6	.00
18. Drug use & abuse	9(8.4)	98(91.6)	17(15.7)	91(84.3)	0.14	.07	7(9.0)	71(91.0)	14(15.6)	76(84.4)	5(10.2)	44(89.8)	1.90	.38
19. sexual harassment <sup>p</sup>	52(46.8)	59(53.2)	53(46.9)	60(53.1)	1.00	.55	15(19.0)	64(81.0)	52(55.3)	42(44.7)	40(76.9)	12(23.1)	46.1	.00
20. sex education	25(22.9)	84(77.1)	25(22.7)	85(77.3)	1.00	.55	5(6.3)	74(93.7)	21(23.1)	70(76.9)	24(46.2)	28(53.8)	28.5	.00
21. Cancer screening	40(36.0)	71(64.0)	33(29.2)	80(70.8)	0.32	.17	10(12.5)	70(87.5)	29(31.5)	63(68.5)	34(64.2)	19(35.8)	38.8	.00
<b>Health protection</b>														
22. Optical defect <sup>p</sup>	19(17.6)	89(82.4)	31(27.4)	82(72.6)	0.11	.05	13(16.5)	66(83.5)	24(26.4)	67(73.6)	12(23.1)	40(76.9)	2.46	.29
23. Hearing maintain	52(47.4)	60(52.6)	27(23.9)	86(76.1)	30.2	.00	16(19.5)	66(80.5)	34(36.2)	60(63.8)	33(63.5)	19(36.5)	26.5	.00
24. Respiratory problem <sup>p</sup>	32(29.1)	78(70.9)	25(22.3)	87(77.4)	0.28	.16	16(20.3)	63(79.7)	22(23.9)	70(76.1)	21(40.4)	31(59.6)	7.05	.03
25. Put on safeguard	66(56.9)	50(43.1)	44(39.3)	68(60.7)	7.14	.00	33(39.3)	51(60.7)	40(43.5)	52(56.5)	41(75.9)	13(24.1)	19.9	.00

m.: management p.: prevention

## 5. 사업장 특성에 따른 건강증진 프로그램의 요구도

건강증진 프로그램에 대한 사업장의 요구도를 제조업과 비제조업으로 구분하여 비교한 결과, 모든 프로그램에서 비제조업이 제조업에 비해 건강증진 프로그램 요구도가 높았으며, 운동, 비만관리, 스트레스 관리, 간질환 관리, 응급처치, 자살예방, 사이버 중독, 피로예방, 구강보건, 전염병 예방, 약물남용, 성희롱 예방, 암 검진, 시력보호영역 등에서 두 공간 유의한 차이가 있었다. 규모에 따라서는 대규모 사업장이 소규모 사업장에 비해 요구도가 높았는데 영역별로는, 생활습관과 질환예방 영역에서는 대규모 사업장이 중소규모 사업장에 비해 요구도가 높았고, 예방서비스 영역에서는 자살예방, 사이버 중

독, 전염병 예방 프로그램은 중규모 사업장이 요구도가 높았으나 그 외 프로그램에서는 모두 대규모 사업장이 요구도가 높았다. 건강보호영역에서는 시력보호를 제외한 청력보존, 호흡기질환 예방, 보호구 착용영역에서 대규모 사업장이 다른 사업장에 비해 요구도가 높았고 유의한 차이가 있었다(Table 5).

## 6. 건강증진 업무 수행 시 애로사항

건강증진 업무 수행 시의 애로사항은, 시간을 확보하기 어려운 것이 가장 큰 어려움이었고 이어 예산 부족, 법적 규정의 미비, 외부전문가 활용의 어려움, 근로자의 인식 부족 등의 순으로 나타났다. 제조업과 비제조업의

<Table 5> Needs of Health Promotion Program according to the Type & Size of Workplace

Health promotion program	Manufacturing (n=140)	Non manufacturing (n=125)	t	p	<50 (n=111)	50~(300 (n=104)	≥300(n=55)	F*
	Mean±SD				Mean±SD			
<b>Lifestyle management</b>								
1. No smoking	4.02±0.98	4.09±0.93	0.36	.55	3.70±0.99	4.29±0.85	4.37±0.69	14.2
2. Alcohol drinking <sup>m</sup>	3.79±1.01	3.98±0.86	2.40	.12	3.52±0.98	4.01±0.89	4.29±0.70	14.5
3. Diet reformation	3.70±0.99	3.92±0.77	3.56	.06	3.54±0.89	3.92±0.90	4.10±0.73	8.42
4. Exercise	3.87±0.94	4.27±0.62	14.4	.00	3.72±0.91	4.21±0.70	4.43±0.57	16.9
5. Overweight <sup>m</sup>	3.75±1.01	4.03±0.75	5.61	.02	3.55±0.99	4.07±0.75	4.13±0.74	11.3
6. Stress <sup>m</sup>	3.82±0.98	4.30±0.64	19.7	.00	3.73±0.97	4.23±0.74	4.29±0.67	12.0
<b>Disease prevention</b>								
7. Hypertension <sup>m</sup>	3.96±0.99	4.10±0.73	1.51	.22	3.61±0.89	4.18±0.77	4.44±0.64	21.1
8. DM <sup>m</sup>	3.88±0.99	4.05±0.79	2.05	.15	3.55±0.88	4.14±0.81	4.30±0.76	17.9
9. Hyperlipidemia <sup>m</sup>	3.86±0.99	4.06±0.71	3.22	.07	3.56±0.89	4.13±0.75	4.28±0.73	17.5
10. Liver disease <sup>m</sup>	3.83±1.03	4.07±0.75	3.97	.04	3.57±0.94	4.10±0.83	4.28±0.76	14.1
11. Musculoskeletal disease <sup>m</sup>	3.89±1.02	4.06±0.75	2.07	.15	3.54±0.89	4.19±0.82	4.41±0.73	23.0
12. First aid care	3.73±1.03	4.02±0.88	5.30	.02	3.51±0.96	4.02±0.95	4.10±0.81	9.68
<b>Prevention service</b>								
13. Suicide <sup>p</sup>	2.91±1.05	3.26±1.02	6.69	.01	2.72±1.02	3.28±1.01	3.22±0.92	7.80
14. Cyberpunk <sup>p</sup>	2.91±1.03	3.32±1.06	8.99	.00	2.77±1.07	3.33±0.98	3.27±0.95	7.90
15. Fatigue <sup>p</sup>	3.56±1.01	4.01±0.81	13.8	.00	3.40±0.95	3.97±0.93	4.00±0.70	11.6
16. Oral Health	3.32±1.00	3.67±0.86	7.58	.00	3.11±0.95	3.66±0.92	3.67±0.72	10.2
17. Communicable disease	3.38±1.07	3.68±0.97	4.92	.02	3.11±1.04	3.74±1.01	3.73±0.80	11.1
18. Drug use & abuse	3.14±0.99	3.54±0.99	8.94	.00	2.98±1.02	3.52±0.94	3.60±0.91	9.43
19. sexual harassment <sup>p</sup>	3.37±1.10	3.66±1.10	4.08	.04	2.93±1.08	3.84±1.01	3.90±0.83	23.7
20. sex education	3.16±1.14	3.34±1.10	1.53	.21	2.72±1.01	3.55±1.08	3.63±1.00	18.9
21. Cancer screening	3.72±1.05	3.97±0.86	3.92	.05	3.36±1.01	4.14±0.83	4.14±0.76	21.3
<b>Health protection</b>								
22. Optical defect <sup>p</sup>	3.49±0.98	3.75±0.92	4.03	.04	3.15±0.95	3.85±0.84	3.84±0.89	16.0
23. Hearing maintain	3.78±1.10	3.59±0.98	1.66	.20	3.17±1.04	3.84±0.88	4.16±0.97	19.0
24. Respiratory problem <sup>p</sup>	3.58±1.10	3.59±0.99	0.01	.90	3.18±1.03	3.79±0.92	3.92±0.98	12.3
25. Put on safeguard	3.82±1.09	3.57±1.12	2.84	.09	3.33±1.07	3.80±1.05	4.20±0.98	11.6

m.: management p.: prevention \*p<.001

차이를 비교한 결과, 모든 항목에서 비제조업이 제조업에 비해 애로사항에 대한 점수가 높았다. 항목별로는 시간을 확보하기가 어렵다, 기자재가 부족하다, 정보가 부족하다, 외부 전문가의 활용이 어렵다, 예산지원이 부족하다, 근로자들의 인식이 부족하다, 프로그램을 운영할 자신이 없다, 프로그램 내용 구성이 어렵다는 항목에서 두 군 간에 유의한 차이가 있었다.

사업장 규모에 따라서는, 시간을 확보하기가 어렵다, 정보가 부족하다, 예산지원이 부족하다, 사업주의 관심이 부족하다, 근로자들의 건강에 큰 도움이 되지 않는다고 생각한다, 프로그램을 운영할 자신이 없다 등의 항목에서 군간에 유의한 차이가 있었다. 즉, 중대규모 사업장에서는 시간을 확보하기가 어렵다가 가장 애로사항을 느끼는 항목이었고 소규모 사업장에서는 예산지원이 부족하다가 가장 점수가 높은 것으로 조사되었다(Table 6).

### 7. 사업장 프로그램에 대한 근로자의 반응

사업장 내에서 실시했던 건강증진 프로그램에 대한 근로자의 반응을 조사한 결과는 근골격계질환관리가 가장 좋은 반응을 보였었고 이어, 금연·절주·운동 등을 포함한 생활습관 개선에 관한 항목의 순으로 나타났다. 업

종별로 제조업에서는 근골격계질환관리가 가장 좋았다고 반응하였으며, 비제조업에서는 생활습관 개선 프로그램이 가장 좋았던 것으로 조사되었다. 사업장 규모별로는 대규모와 소규모 사업장에서는 생활습관 개선 프로그램이 가장 좋았다고 하였고, 중규모 사업장에서는 근골격계질환관리 프로그램이 가장 좋았다고 하였다(Table 7).

### 8. 건강증진사업의 효과적 개선방안

사업장 보건관리 담당자들을 대상으로 효과적인 건강증진 사업수행을 위한 방안에 대해 조사한 결과, 사업주의 의식개혁과 인력, 내용, 시간 등의 자원 확보가 효과적인 개선방안에 가장 중요하다고 응답하였으며, 그 다음으로 근로자의 자발적 참여가 필요한 것으로 조사되었다. 업종에 따라서는 제조업의 경우 사업주의 의식개혁이 가장 효과적인 방안이라고 하였고, 비제조업에서는 근로자의 자발적인 참여와 자원의 확보라고 응답하였다. 또한 대규모 사업장에서는 자원의 확보가 가장 효과적인 방안이라고 하였으며, 중규모 사업장에서는 근로자의 자발적인 참여, 소규모 사업장에서는 법적 제도의 강화가 가장 효과적인 방안이라고 응답하였다.

〈Table 6〉 Bottlenecks to Operate the Health Promotion Program according to the Type & Size of Workplace

Contents	Manufacturing (n=140)	Non manufacturing (n=125)	Total	t	p	<50 (n=111)	50~(300 (n=104)	≥300 (n=55)	F	p
1. Difficulty in securing time	3.54±1.00	3.96±0.86	3.74±0.97	12.7	.00	3.50±1.02	3.99±0.82	3.71±0.99	6.83	.00
2. Lack of place	2.96±1.00	3.14±1.06	3.05±1.05	2.10	.15	3.06±1.05	3.01±1.08	3.16±1.00	0.38	.68
3. lack of tool & materials.	3.37±0.91	3.60±0.89	3.49±0.91	4.47	.03	3.65±0.76	3.44±1.00	3.36±0.93	2.41	.09
4. lack of information	3.35±0.95	3.60±0.84	3.47±0.92	4.92	.02	3.70±0.71	3.44±0.93	3.20±1.13	5.10	.00
5. Difficulty in use of professional	3.29±0.93	3.71±0.86	3.49±0.92	14.5	.00	3.61±0.76	3.51±0.96	3.31±1.10	1.94	.14
6. Lack of Budget	3.54±0.90	3.86±0.89	3.67±0.93	7.78	.00	3.89±0.74	3.57±0.97	3.49±1.05	4.74	.01
7. Lack of perceive of client	3.39±0.95	3.64±0.86	3.49±0.92	4.86	.02	3.52±0.88	3.51±0.99	3.42±0.92	0.23	.79
8. Lack of participation	3.33±0.93	3.55±0.90	3.43±0.93	3.74	.05	3.38±0.95	3.51±0.99	3.40±0.81	0.50	.60
9. Lack of owner's concern.	3.31±1.00	3.38±1.03	3.31±1.01	0.29	.58	3.52±0.88	3.10±1.09	3.44±1.07	4.84	.01
10. Lack of law & norm	3.46±0.93	3.66±0.84	3.52±0.92	3.34	.07	3.67±0.81	3.41±1.05	3.49±0.86	2.12	.12
11. Lack of utility in health promotion	2.51±1.02	2.72±0.98	2.60±1.02	2.77	.09	2.92±0.96	2.59±1.00	2.09±1.02	12.8	.00
12. Timeless due to working load	3.25±0.94	3.46±0.98	3.34±0.97	3.13	.07	3.40±0.87	3.41±1.02	3.15±1.04	1.56	.21
13. without self-confidence	2.77±0.94	3.13±0.91	2.93±0.96	9.74	.00	3.28±0.81	2.90±0.98	2.40±0.93	17.1	.00
14. Difficulty to making program	3.01±0.95	3.38±0.87	3.18±0.95	10.2	.00	3.43±0.74	3.15±0.98	3.84±1.13	7.42	.00



<Table 7> Best program in employee's response according to the type & size of workplace

Contents	Manufacturing (n=140)	Non manufacturing (N=125)	Total	$\chi^2$	p	(50	50~(300	≥ 300	Total	$\chi^2$	p
						(n=111)	(n=104)	(n=55)			
			N(%)			N(%)					
Lifestyle improvement	23(28.4)	20(30.8)	43(29.4)			15(29.4)	12(21.8)	16(36.4)	43(29.9)		
Disease management	6( 7.4)	14(21.5)	20(13.7)			8(15.7)	9(16.4)	4( 9.1)	21(13.4)		
Muscular skeletal management	30(37.0)	14(21.5)	44(30.1)	11.53	0.11	13(25.5)	19(34.5)	14(31.8)	45(30.6)	18.0	0.20
Cardiovascular management	4( 4.9)	2( 3.1)	6( 4.1)			2( 3.9)	4( 7.3)	1( 2.3)	7( 4.5)		
F/U of health	3( 3.7)	3( 4.6)	6( 4.1)			2( 3.9)	3( 5.5)	1( 2.3)	6( 3.8)		
Others	2( 2.5)	3( 4.6)	5( 3.4)			0( 0.0)	4( 7.3)	1( 2.3)	5( 3.2)		
Never participated in	10(12.3)	9(13.8)	19(13.0)			11(21.6)	3( 5.5)	5(11.4)	19(12.7)		

<Table 8> Improvement plan to operate the health promotion program according to the type & size of workplace

Contents	Manufacturing (n=140)	Non manufacturing (n=125)	Total	$\chi^2$	p	(50	50~(300	≥ 300	Total	$\chi^2$	p
						(n=111)	(n=104)	(n=55)			
			n(%)			n(%)					
1. Reform the owner's awareness	19(22.6)	9(16.4)	28(19.6)			9(19.1)	7(14.3)	13(27.7)	29(20.2)		
2. Voluntary participation of employee	14(16.7)	11(20.0)	25(17.6)			4( 8.5)	14(28.6)	7(28.0)	25(17.5)		
3. Enforce of law system	14(16.7)	10(18.2)	24(16.2)	7.91	0.24	12(25.5)	7(14.3)	5(10.6)	24(16.8)		
4. Secure resource (men, contents, time)	15(17.9)	11(20.0)	26(19.6)			3( 6.4)	10(20.4)	14(29.8)	27(18.9)	44.8	0.00
5. Governmental funds	2( 2.4)	5( 9.1)	7( 6.8)			9(19.1)	1( 2.0)	0( 0.0)	10( 7.0)		
6. Continuous participation	6( 7.1)	6(10.9)	12( 8.8)			8(17.0)	4( 8.2)	0( 0.0)	12( 8.4)		
7. Systemic education	14(16.7)	3( 5.5)	17(11.5)			2( 4.3)	6(12.2)	8(17.0)	16(11.2)		

#### IV. 논 의

경제사회의 성장과 초고속 정보화사회의 진전에 따라 질병양상의 변화를 포함한 보건·의료환경의 변화는 가속되고 있으며, 이러한 변화 속에 국민 개인의 건강증진, 삶의 질에 대한 요구가 확산되면서 우리나라에서는 1995년 국민건강증진법의 제정을 시작으로 제도적인 장치 마련과 더불어 국가적 차원에서의 적극적인 건강관리 정책이 시작되어왔다. 특히 인구의 25%인 근로자를 포함하는 사업장은 근로자의 건강문제가 개인의 문제뿐 아니라 가정, 지역사회 및 국민 건강과도 밀접한 관련이 있고(Kang, 1997), 건강증진의 경우 개인의 건강행위 뿐 아니라 직업 환경도 중요한 영향을 미치는 것으로 보고되고 있어(Lee, Moon, Park, & Oh, 2005) 미국과 일본 등의 선진외국에서는 1970년대 후반 이후 본격적으로 사업장 건강증진 프로그램을 개발·적용하여 근로자의

건강수준과 조직의 생산성 향상을 도모하고 있는 실정이다(Hollander & Lengermann, 1988; O'Donnell & Harris, 1994; Popp, 1989). 따라서 우리나라에서도 사업장의 건강관리에 대한 정확한 실태 조사를 통해 구체적인 사업장 건강증진 프로그램을 도입할 필요성이 제기되는 시점이다.

이에 본 연구는 전국 소·중·대규모 사업장 중 연구에 참여한 사업장의 건강증진 프로그램 운영 실태와 건강증진 프로그램에 대한 요구도를 파악하여 근로자의 건강증진과 효과적인 사업장 건강관리 지원방안에 대한 기초 자료를 제공하고자 시도되었다.

본 연구결과, 사업장의 특성은 280개 사업장 중 61.3%가 서울, 경기지역에 위치하고 있었으며 업종은 제조업 52.8%, 비제조업 47.2%, 사업장의 규모는 50인 미만 사업장이 41.1%, 50인 이상 300인 미만 38.5%, 300인 이상 20.4%로 조사되어 업종이나 규모

의 분포가 유사하였는데 이는 본 연구에서 대상 사업장의 표본 할당 시 군집표본으로 대상자를 설정한 것에 기인한 것이다. 48.3%의 사업장에 안전보건위원회가 설치되어 있었고 보건관리자를 전임으로 채용한 사업장은 25.4%에 그쳤다. 보건관리자의 특성은 남자 56.2%, 여자 42.0%이었고 평균 연령은 37.4세이었다. 고용형태는 86.9%가 정규직이었고 근무부서는 총무·관리부서 근무자가 60.0%로 가장 많았고 직책은 일반사원인 경우가 36.7%로 가장 많았다. Lee 등(2000)의 연구에서는 400개 사업장 중 제조업이 81.7%, 건강증진사업 관리자는 79.2%가 여자로 간호사가 75.6%로 조사되어 본 연구와 차이가 있었는데 이는 전국 규모로 조사한 것은 본 연구와 동일하지만 Lee 등(2000)의 연구는 근로자 수 50인 이상의 사업장만을 연구대상으로 한 대상자의 차이가 영향을 미친 것으로 생각된다.

건강증진 프로그램의 운영 실태를 조사하기 위하여 생활습관, 질환예방, 예방서비스, 건강보호의 4개 영역 25개 항목을 통해 조사한 결과, 주로 실시되는 프로그램은 근골격계질환 관리(49.6%), 보호구착용(49.4%), 금연(48.9%), 고혈압관리(48.8%)의 순이었다. 전국 중·대규모 사업장을 대상으로 한 연구에서는 보건관리, 운동, 영양, 정신건강의 순으로 조사되었으며(Lee et al., 2000), 소규모사업장 기술지원사업에 참여한 사업장의 경우 보건교육, 건강상담, 질병조기검진 등이 주를 이루는 것으로 조사된 것(Han, Kim, & Ha, 2002)을 살펴볼 때, 사업장의 규모에 따라 실시되는 건강증진 프로그램의 실시유형은 차이가 있다는 것을 알 수 있었다.

또한, Kim(2001)의 연구에서는 사업장 보건관리의 내용은 사후관리(76.2%), 보호구 착용지도 및 개인위생관리(74.6%), 직업병 예방과 보건교육(70.6%), 환경관리(53.2%), 유해물질 취급지도(25.0%), 건강증진 프로그램의 적용(7.7%)로 조사되어, 건강증진 프로그램 운영이 매우 저조했는데 이는 소규모 사업장의 경우 보건관리선임자의 의무가 없을 뿐 아니라 작업환경이 열악하고 재정여건이 취약하여 보건관리대행기관으로 하여금 보건지도 등을 지원하게 하고 있으나 이들 보건관리대행기관의 보건관리실태는 주로 보건교육과 건강상담을 주로 하고 있는 실정으므로 건강증진 프로그램을 실시할 여건이 부족하다는 여러 연구결과(Jang et al., 1999; Jung et al., 1998; Kim et al., 2005; Park et al., 1998)를 확인해주는 것으로 생각된다.

다음으로, 건강증진 프로그램에 대한 요구도를 조사한

결과, 생활습관영역과 질환예방영역에 대한 요구가 높았고, 프로그램별로는 운동프로그램, 금연, 스트레스관리, 고혈압관리 등의 순으로 조사되었다. 이는 사업장 근로자 건강진단결과 직업성 질환은 감소하는 반면, 만성질환 이환율이 증가되고 있다는(Ministry of Labor, 2000) 시대적인 흐름과 무관하지 않은 것으로 여겨지며, 생활습관의 변화를 통한 만성질환의 적극적인 관리와 각 사업장의 고위험 환경분석 및 고위험 노출 대상자의 건강관리 방안도 모색이 되어야할 것으로 사료된다. 근로자의 건강증진 프로그램 요구도에 대한 Yoon(2000)의 연구에서는 운동(73.3%), 스트레스관리(60.4%), 체중조절(40.0%)의 순으로 조사되어 본 연구 결과 생활습관 영역에 대한 대상자의 요구도가 높았던 것은 선행연구를 지지해주는 것이다.

이어 사업장의 특성에 따른 건강증진 프로그램 운영 실태를 비교한 결과, 제조업과 비제조업 사업장의 프로그램 운영이 차이가 있었는데, 당뇨병 관리, 근골격계질환관리, 청력보존, 보호구 착용지도는 제조업에서 유의하게 실시율이 높았고, 비제조업에서는 피로예방 프로그램에서만 제조업에 비해 실시율이 높았다. 규모에 따라서는 금연, 식생활 개선, 운동, 고혈압 관리, 당뇨병 관리, 고지혈증 관리, 간질환 관리, 근골격계질환 관리, 응급처치, 전염병 예방, 성희롱 예방, 성교육, 암 조기검진, 청력보존, 호흡기 보호, 보호구 착용지도 등 16개 항목에서 대규모 사업장이 중·소규모 사업장에 비해 현저히 실시율이 높았고 유의한 차이가 있었다. 제조업을 주 대상으로 한 Lee 등(2000)의 연구에서는 건강증진 프로그램의 실시율이 보건교육, 운동, 영양의 순으로 조사되었으며, Kim(2001)의 연구에서는 사후관리, 보호구착용, 직업병예방, 작업환경관리 등의 순으로 조사되어 본 연구는 이들 연구결과와 큰 차이가 없음을 알 수 있었다. 이러한 사업장의 보건문제는 구체적 업종에 따라 다르지만 전반적으로 제조업이 비제조업에 비해 유해환경에 노출될 가능성이 높고 산재 발생률도 높은 것으로 보고되므로(Kim 등, 1999) 제조업에서의 프로그램 운영은 이들 위험요인을 제거하거나 적절한 교육이나 안전용구의 착용 등으로 연결되는 것으로 생각된다. 한편, 대규모 사업장이 소·중규모 사업장에 프로그램 운영율이 높은 것은 보건관리대행업체의 관리를 통해 사업장 건강관리를 운영하고 있는 소규모 사업장에서 건강증진 프로그램을 실시한다는 것이 쉽지 않다는 선행연구와 일치하는 것으로(Jang et al., 1999; Kim, 2001; Park et al.,

1998). 중·소규모 사업장의 건강증진 프로그램의 활성화 위한 구체적인 접근방안이 절실함을 지적해주는 단면으로 생각된다. Lee 등(2000)이 중·대규모 사업장을 대상으로 1989년부터 1995년까지의 보건관리활동을 조사한 결과에 의하면, 초기에는 20%정도의 사업장에서 실시하던 수준에서 1995년 이후 60~70%이상 사업장에서 현저하게 보건관리, 운동관리, 영양관리, 심리관리 등의 프로그램을 수행하고 있었는데 이는 1993년부터 국고에서 소규모사업장에 대한 국고지원이 시작된 것과 더불어 사업장의 건강관리에 대한 인식과 사회적 분위기가 점차 확산되고 있다는 것 등이 이러한 사업장 건강증진사업 활성화에 긍정적인 영향을 미쳤을 것으로 생각된다. 본 연구의 대상자는 소규모 사업장이 41.1%이고 전임으로 보건관리자가 선임된 곳이 25.4%에 그치므로 중대규모 사업장에 비해 실시율이 좀 낮았던 것으로 추측된다.

한편, 사업장의 특성에 따른 건강증진 프로그램에 대한 요구도를 비교한 결과, 운동, 비만관리, 스트레스 관리, 간질환 관리, 응급처치, 자살예방, 사이버중독 예방, 피로예방, 구강보건, 전염병예방, 약물 오·남용예방, 성희롱 예방, 암 조기검진, 시력보호 등 14개 영역에서 제조업에 비해 비제조업이 건강증진 프로그램의 요구도가 높았고 유의한 차이가 있었다. 이는 프로그램 운영 실태에서 제조업이 비제조업에 비해 건강증진 프로그램의 운영이 활발한 것과 관련이 있는 것으로 생각된다. 즉, 비제조업 사업장의 경우 제조업 사업장에 비해 건강증진 프로그램이 활발히 운영되지 않고 있으므로 사업장 건강증진 프로그램에 대한 요구가 높다는 것을 지적해주는 단면으로 여겨진다. 한편, 사업장 규모별로는 25개 모든 항목에서 규모에 따라 유의한 차이가 있었는데, 중규모 사업장에서는 자살예방, 사이버중독 예방, 전염병 예방, 시력보호 프로그램에 대한 요구가 높았고, 그 외 항목에서는 대규모 사업장이 요구도가 높았던 반면, 소규모 사업장은 전 항목에서 가장 요구도가 낮았으며 통계적으로도 유의한 차이가 있었다. 이러한 차이는 여러 선행연구에서 지적한 바와 같이 사업주의 인식부족, 보건교육 실시 기회의 부족, 재정적 어려움(Kim, 2001; Park et al., 1998) 등의 요인과 환경적 요인이 소규모 사업장의 요구도에 영향을 미친 것으로 생각된다. 물론, 건강증진 프로그램에 대한 요구도는 사업장의 특성과 사업주의 인식, 근로자의 인식 이외에도 인적, 물적 자원을 포함한 다양한 요인들이 복합적으로 관련되므로(Kim, 2001;

Park et al., 1998; Yoo, Kim & Kang., 1996) 이들 변인에 대한 분석을 통한 확인이 필요하다. 본 연구에서는 이러한 영향변인에 대한 분석까지는 이르지 못했으며 추후 연구를 통해 영향요인을 분석하는 것이 적합한 프로그램 개발을 위해 선행되어야 할 것으로 생각된다.

그 외 건강증진 프로그램의 요구도에 관한 다른 연구에 의하면, Yoo, Kim과 Kang(1996)의 연구에서 일개 지역 40개 사업장의 건강증진 프로그램 수요를 조사한 결과, 정기검진(26.2%), 건강상담(16.3%), 운동(15.4%)의 순으로 조사되었고 Kim 등(1990)의 연구에서도 종래의 건강검진에 대한 불만과 개선 요구가 지적되었는데 이는 사회발전에 따른 건강에 대한 인식 증가와 의료의 질에 대한 요구와 관련이 있으며, 이러한 요구에 부응한 질적인 건강검진 및 지속적인 관리에 대한 접근이 절실할 것으로 여겨진다.

한편, 담당 보건관리자의 건강증진 업무 수행 시의 애로사항을 조사한 결과, 시간 확보의 어려움이 가장 큰 어려움이었고, 다음으로 예산의 부족, 법적 규정의 미비, 외부 전문가 활용의 어려움, 근로자 인식 부족의 순이었다. 업종에 따라서는 모든 항목에서 비제조업이 제조업에 비해 애로사항 점수가 높았는데 이는 비제조업의 건강증진 프로그램 실시율이 제조업에 비해 저조한 것과 관련이 있을 것으로 생각된다. 본 연구에서는 사업장 특성에 구체적인 업종 유형과 활용 가능한 자원의 분포 등 환경적 요인을 포함하지 못하여 이들 요인의 영향을 분석하지 못한 제한점이 있으며 추후 연구를 통해 다양한 자원을 포함한 환경적 변인을 분석할 필요성이 있다. 사업장 규모에 따라서는 시간부족, 정보부족, 예산부족, 사업주의 인식부족, 활용자원 부족, 확산부재 등의 항목에서 소규모 사업장이 중·대규모 사업장에 비해 애로사항 점수가 높았다. Lee 등(2000)의 연구는 50인 이상의 중·대규모 사업장을 대상으로 하여 직접 비교할 수는 없지만 예산부족(25.3%), 사업주의 무관심(21.4%), 전문지식의 부족(16.3%) 등이 건강증진사업을 실시하지 않은 주요 이유로 지적되었고, Han 등(2002)의 연구에서는 인식부족, 사업주의 비협조적 태도, 비효과적 사업 지침 등이 사업진행의 어려움으로 조사되어 본 연구에서 소규모 사업장의 사업수행 애로사항은 이들 선행연구와 큰 차이가 없음을 알 수 있었다. 소규모사업장의 보건관리 관련 다른 연구들에서도 시간적 제한과 부족한 예산 지원 등은 각 사업장의 자율적인 보건관리능력을 진작하는데 적지 않은 방해요인이 될 수 있다고 보고된 바 있

다(Kim, 2001; Park et al., 1998; Yun et al., 2000). 따라서 사업장의 건강증진사업 활성화를 위해서는 규모에 따른 지원과 접근방법의 차이를 인지하는 것이 필요하며 특히 소규모사업장에서는 사업주의 인식과 협조를 이끌기 위한 방법과 예산상의 지원 등 실제적인 운영에서의 어려움을 해결하는 것이 매우 중요할 것으로 여겨진다.

사업장 내에서 실시되었던 건강증진 프로그램 중 근로자가 가장 선호한 프로그램을 조사한 결과, 25개 프로그램 중 근골격계질환관리가 가장 좋은 반응을 보였었고 이어, 금연·절주·운동 등을 포함한 생활습관 개선에 관한 항목의 순으로 조사되었다. 제조업에서는 근골격계질환관리, 비제조업에서는 생활습관 개선 프로그램, 대규모와 소규모 사업장에서는 생활습관 개선 프로그램, 중규모 사업장에서는 근골격계질환관리 프로그램이 가장 좋았던 것으로 조사되어 업종과 규모에 상관없이 근골격계질환 관리와 생활습관 개선 프로그램은 근로자가 선호하고 있었다. 사무직(55.5%), 생산직(45.5%) 근로자를 대상으로 조사한 Yoo 등(1996) 연구에서는 정기검진, 운동 프로그램, 체중관리하였고, 81.8%가 사무직근로자를 대상으로 한 Yoon(2000)의 연구에서는 운동, 스트레스관리, 체중관리로 보고된 것과 비교할 때, 본 연구에서 근로자들이 건강생활실천을 위한 생활습관 관련 영역을 선호하는 것으로 조사된 것은 선행연구를 지지해주는 것이다.

한편, 효과적인 사업장 건강증진사업 수행을 위한 방안을 조사한 결과, 사업주의 의식개혁과 인력, 자원 확보가 가장 높은 응답을 차지하였다. 제조업의 경우 사업주의 의식개혁, 비제조업에서는 근로자의 자발적인 참여와 자원의 확보가 중요하다고 하였으며 대규모 사업장에서는 자원의 확보, 중규모 사업장에서는 근로자의 자발적인 참여, 소규모 사업장에서는 법적 제도의 강화가 가장 효과적인 방안이라고 응답하였다. 이는 5년간 보건관리대행업체의 보건관리를 받아온 소규모 사업장 근로자의 건강증진변화를 분석한 Park 등(1998)의 연구와 비교할 때, Park 등(1998) 등의 연구에서는 건강 위험요인에 대한 태도는 변화가 없었으나 건강증진에 대한 지식이 증가하였고 규칙적 식사, 혈압관리 등 생활양식에 관한 영역에서 건강행동의 실천정도가 유의하게 증가하였으므로 사업장의 특성과 접근성에 부합하는 구체적인 프로그램을 적용한다면 소규모 사업장의 경우에도 사업장 건강증진에 기여할 수 있을 것으로 생각된다.

외국의 경우, 유럽에서는 전체 사업장의 90%이상이 소규모 사업장으로 구성되어 있음에도 사업장 보건관리를 사회적 보건관리체계와 연관하여 운영하고 있으며(David, 1995), 싱가포르의 소규모 사업장 보건관리를 국가의 일차보건의료와 결합하여 지원하고(Jorma, Suvi, & Mikhail, 1994) 일본과 중국은 지역보건센터나 기관을 이용한 보건관리 프로그램을 운영하고 있다(Jung, 1999). 또한, 미국은 1976년 The National Health Information and Health Promotion Act 제정 후 1980년 건강증진과 질병예방을 위한 국가목표를 설정하였고(Popp, 1989), 전국 66% 사업장에서 1가지 이상의 건강증진 프로그램을 시행하고 있다(Hollander & Lengermann, 1988). 우리나라의 경우, 근로자의 건강이 기업 생산성과 직결됨을 인식하면서 근로기준법과는 별도로 1981년 산업안전보건법을 제정·공포하면서 사업장 건강관리의 기반을 조성하였고(Lee et al., 2000) 이에 따라 사업장은 보건관리자를 선임하거나 중·소규모 사업장은 보건관리대행업체의 도움을 받아 건강관리를 도모하고 있으나 사업의 효과성에 대해 논란이 있는 실정이다. 물론 다른 나라의 프로그램을 직접 적용할 수는 없으나 사업장 건강증진 프로그램의 효과적 운영을 위해서는 사업주의 건강증진에 대한 인식증진과 예산, 가용 자원의 확충 등 환경적 요인을 마련하는 것이 전제조건이 되어야 하며 각 사업장 특성과 근로자의 요구도에 맞는 다양한 프로그램의 개발과 보급이 시급한 실정이다.

질병양상의 변화로 만성질환 관리를 위한 바람직한 생활습관 및 건강생활의 실천에 대한 관심이 주목되고 있으며 사업장은 효과적으로 접근할 수 있는 건강관리 분야로서 사업장의 활성화와 생산성 향상 및 국민보건향상과 국가 생산성을 증진할 수 있는 지름길이라고 할 수 있다.

따라서 사업장 건강관리의 중요성에 대한 인식확대 및 필요성을 유도해야 하며, 다양한 사업장 건강증진 프로그램을 개발 운영하고 효과적인 사업장 건강관리를 위한 간호활동을 제시가 요구된다. 이는 근로자의 건강증진 및 가족의 건강과 삶의 만족에 긍정적 영향을 미쳐 국민 건강증진에 이바지할 것으로 생각된다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 사업장 건강증진 사업실태와 건강증진 프로

그럼 요구도를 파악하기 위하여 전국 280개 사업장을 대상으로 2005년 1월 1일부터 1월 30일까지 사업장의 보건관리자 또는 관리감독자 중 연구목적에 이해하고 참여를 수락한 자 각 1명씩을 대상으로 자료수집 하였으며 그 결과는 다음과 같다.

사업장의 특성은 제조업 52.8%, 비제조업 47.2%로 구성되었으며, 규모는 50인 미만 사업장 41.1%, 50인 이상 300인 미만 사업장 38.5%, 300인 이상 사업장 20.4%이었고, 보건관리자를 전임으로 채용하고 있는 사업장은 25.4%이었다. 사업장에서 실시하고 있는 건강증진프로그램은 근골격계질환관리를 가장 많이 하고 있었으며, 프로그램에 대한 요구는 생활습관영역과 질환예방영역에 대한 요구도가 높았다. 건강증진프로그램 업무수행시 애로사항은 시간확보, 예산부족, 근로자의 인식부족 등의 순이었으며, 비제조업이 제조업에 비해 애로사항 점수가 높았다. 사업장에서 실시된 건강증진 프로그램에 대한 근로자의 반응은 근골격계질환관리, 생활습관 개선프로그램이 좋은 것으로 나타났으며, 효과적인 사업수행을 위한 방안으로는 사업주의 의식개혁, 자원 확보 등이 필요하다고 제안하였다.

이와 같은 연구결과를 토대로, 사업장 건강증진 프로그램이 효과적으로 운영·관리되기 위해서는 건강증진 프로그램에 대한 인식의 확대와 예산지원, 그리고 각 사업장의 요구에 맞는 다양한 프로그램의 개발 등이 시급하며 실제적인 운영을 위한 적극적인 지원과 관리대책에 대한 방안이 모색되어야 할 것으로 생각된다.

본 조사를 기초로 하요 다음과 같은 후속연구에 대한 제언을 하고자 한다.

1. 연구의 일반화를 높이기 위해 보다 많은 사업장을 포함한 사업장 건강증진 프로그램 실태조사가 요구된다.
2. 보건관리자의 선임 유무, 사업장의 특성 등이 건강증진사업의 운영에 미치는 영향에 대한 추후연구를 실시할 필요가 있다.
3. 사업장 특성에 맞는 다양한 건강증진 프로그램의 개발 및 평가를 통해 사업장별 사업의 우선순위를 파악하고 사업실시 이후의 변화에 대한 추적연구를 할 필요가 있다.

## References

- Bernacki, E., & Baun, W. (1984). The relationship of job performance to exercise adherence in a cooperate fitness program. *JOM*, 26(7), 529- 536.
- David, W. (1995). *The identification and assessment of occupational health and safety strategies in Europe*. (1), European Foundation.
- Han, Y. R., Kim, S. G., & Ha, E. H. (2002). The experience of occupational health care providers in the government-funded subsidized occupational health program for small scale industries: Use of focus group interview. *Korean J Occup Environ Med*, 14(4), 392-407.
- Health Measure (2005). *National Health Promotion Law*. Seoul: Soomunsa.
- Hollander, R. B., & Lengermann, J. J. (1988). Corporate characteristics and worksite health programs: Survey finding Medicine from Fortune 500 companies. *Soc Sci Med*, 9-26.
- Hyun, H. J., Yun, S. N., & Choi, E. O. (2001). Effects of exercise program for workers in small enterprises. *J Korean Comm Nurs*, 12(2), 338- 343.
- Jang, W. K., Bae, S. S., Ju, Y. S., Seo, D. W., Chang, I. S., & Chung, K. R. (1999). *Planning of community-worksites health promotion programs*. Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Jorma, R., Suvi, L., & Mikhail, M. (1994). Health protection and health promotion in small-scale enterprises. WHO. FOIH.
- Jung, H. S., Paek, D. M.g, Kim, E. H., Kim, J. Y., Ha, E. H., June, K. J., Kim, S. M., Park, H. S., & Lee, B. I. (1998). Employee's and employer's awareness of occupational health program in SSE. *Korean J Occup Health Nurs*, 7(1), 83-96.
- Jung, M. H. (1999). Direction of Nursing Activities toward better health management in small and medium sized enterprises. *Hanyang J Med*, 19(1), 67-71.
- Kang, Y. W. (1997). *Analysis of health promotion*

- relating factors for employees. Unpublished master's thesis, Kyeongsan University, Daegu.
- Kim, D. H., Jung, K. D., Park, J. H., & Kang, P. S. (1990). A study on improvement of health care in the small-scale industries. *Korean J Occup Environ Med*, 2(1), 84-92.
- Kim, E. M. (2001). *A study of the status of occupational health management in small-scale enterprises-Kwang-ju city and Chonnam province*. Unpublished master's thesis, Chonnam National University Graduate School, Chonnam.
- Kim, J. Y., Paek, D. M., Kim, E. H., Ha, E. H., Kim, S. M., Park, J. S., June, K. J., Jung, H. S., & Park, H. S. (1999). The occupational health status of the small scale industries participated in the 1997 subsidiary program on health care management. *Korean J Occupa Med*, 11(1), 33-51.
- Kim, Y. I., Kim, S. L., Jung, H. S., O, S. Y., Park, S. M., & Kim, S. Y. (2005). *The development and implementation of health promotion programs within workplace*. Report on health promotion fund, Ministry of Health & Welfare, 2005.
- Lee, K. H., Lee, W. C., Lee, K. S., Hong, H. S., & Song, Y. E. (2000). The survey of worksite health promotion activities. *Korean J Occup Health*, 39(2), 63-75.
- Lee, M. S., Moon, I. O., Park, K. O., & Oh, Y. A. (2005). Changes of perceived health status, health behaviors, and work environments in manufacturing factory population: Analyzing the national worksite health status surveys in 1998 and 2003. *Korean Public Health Research*, 31(1), 55-64.
- Ministry of Labor (2000). *The result of health examination in worker 1999*.
- O'Donnell, M. P., & Harris, J. S. (1994). *Health promotion in the workplace*. (2nd ed.). Clifton Park, NY: Delmar Publishers Inc.
- Park, C. Y., Lee, K. S., Koo, J. W., Yim, H. W., Kim, J. A., & Ahn, B. Y. (1998). The changes of knowledge, attitudes and practice about health promotion in workers taking group occupational health service for 5 years. *Korean J Occup Environ Med*, 10(2), 203-213.
- Popp, R. A. (1989). An overview of occupational health promotion. *AAOHN J*, 37(4), 113-120.
- Song, J. S. (2000). *The cost-effectiveness analysis of occupational health service*. Unpublished doctoral dissertation, The Graduate School of Yonsei University, Seoul.
- Yoo, J. S., Kim, S. B., & Kang, P. S. (1996). Demand of work-site Health Promotion Program for employees. *Korean J Occup Med*, 8(2), 239-248.
- Yoon, K. H. (2000). *Study on the Health Promotion Needs in Company Employees*. Unpublished master's thesis, The Graduate School of Yonsei University, Seoul.
- Yun, S. N., Kim, Y. I., Jung, H. S., Kim, S. L., Yoo, K. H., Song, Y. S., & Kim, H. J. (2000). Current state of occupational health in small-scale enterprises of Korea. *J Korean Comm Nurs*, 11(1), 90-104.

- Abstract -

## A Survey of Workplace Health Promotion Activities and their Health Promotion Program Need\*

*Kim, Young Im\*\* · Jung, Hea Sun\*\*\**

*Lee, So Young\*\*\*\* · Kim, Soon Lae\*\*\*\*\**

*Kim, Souk Young\*\*\*\*\* · Lee, Kang Jae\*\*\*\*\**

**Purpose:** This study attempted to access the health promotion activities and employee's health promotion needs in workplaces. **Methods:** Subjects were 280 health care managers employed at small to large scale enterprises in national-wide areas of Korea. The instrument was a structured questionnaire included characteristics of workplace and respondents, health promotion activities, health promotion needs, and bottlenecks to operate programs. Data was analyzed using SAS 8.1 by applying  $\chi^2$ -test, t-test and ANOVA. **Results:** 1. 25.4% of the total workplaces employed health care managers. 2. Musculoskeletal management programs(49.6%) were the highest

operating program. 3. The highest needs of health promotion programs were lifestyle management and disease prevention. 4. Health promotion activities were significantly different according to the type and size of workplaces. The programs were more frequently applied in manufacturing industries than non-manufacturing and in large-scale enterprises than small and middle-scale enterprises. 5. The needs of health promotion programs were high in non-manufacturing industries than manufacturing industries in all programs. 6. The major bottlenecks to operate programs were the difficulty in securing time, lack of budgets and lack of legal regulations. **Conclusions:** Health promotion activities were linked to their work environments including budgets, time, and law. Therefore, to operate effective health promotion programs in workplaces, various health promotion programs are required to be developed and systems for governmental support and management should be established.

**Key words :** Workplace, Health promotion

---

\* Supported by Grants of Health Promotion Funds at Ministry of Health & Welfare

\*\* College of Nursing, Korea National Open University

\*\*\* Department of Health Science, The Catholic University of Korea

\*\*\*\* Department of Nursing, College of Catholic Sangji

\*\*\*\*\* College of Nursing, The Catholic University of Korea, Correspondence

\*\*\*\*\* College of Nursing, Eul Ji University

\*\*\*\*\* Soon Chun Hyang University Hospital