

근로자의 건강증진 생활양식 실천에 관한 연구

Health Promoting Lifestyles of Korean Employees

조 동 란* · 박 은 옥**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

질병의 양상이 만성퇴행성 질환 중심으로 변화되고, 국민의료비가 급격하게 증가함에 따라 건강관리 측면에서 치료보다는 질병예방과 건강증진을 중요시하는 경향으로 나아가고 있으며, 정부와 보건의료전문가들은 건강증진사업이라는 새로운 시도를 전개하고 있다.

건강증진은 변화하는 질병양상에 대처하여 건강수준을 향상시키기 위한 대표적인 접근 전략이다. O'Donell (1989)은 '건강증진은 최적의 건강상태를 향해 생활양식을 변화시킬 수 있도록 돕는 과학이며 예술이다. 최적의 건강은 신체적, 정서적, 영적, 지적 건강의 균형상태를 말한다. 생활양식은 의식의 강화, 행동의 변화, 바람직한 건강습관을 지지하는 환경조성의 결합을 통하여 강화될 수 있다.' 라고 건강증진의 개념에 대해 정의하고 있으며 이것이 가장 널리 통용되고 있다. 이러한 건강증진의 실천 문제는 개개인의 생활태도를 변화시킴으로써 생활양식의 변화를 꾀하는 것이라고 할 수 있다.

외국에서는 근로자의 건강보호를 위하여 생활습관교정 등을 주요 내용으로 하는 건강증진사업이 체계적으로 이루어지고 있다. 미국에서는 50인 이상 사업장의 65%가 질병예방 및 건강증진 프로그램을 제공하고 있

다. 금연프로그램이 가장 많고 건강위험사정, 요통예방, 스트레스관리, 운동 및 체력관리, 직장 밖에서의 사고예방 등이 주요 활동이며, 체중관리, 고혈압관리, 영양지도 등도 이루어지고 있다(Christenson et al, 1988; Fielding et al, 1989).

우리 나라에서는 1995년 국민건강증진법이 제정. 공포되어 범 국민적으로 건강증진운동을 펼쳐 나가고 있으며, 사업장에서도 이 법에 의하여 금연구역을 설정하고 건강증진에 관한 교육을 실시하는 등의 의무를 갖게 되었다.

한편 사업장의 건강문제의 양상도 국민 전체와 유사하여, 고령취업자수의 증가로 만성퇴행성 질환이 주를 이루며, 여성 근로자수의 증가로 여성들의 건강관리와 신중 화학물질이 생식기계에 미치는 영향이 새로운 문제로 부상하고 있다(노동부, 1997).

근로자 건강진단 결과 직업병의 유소견율은 감소하고 있으나 일반 질병의 유소견율은 증가하고 있으며, 소화기, 순환기, 내분비 계통의 질환이 3대 질환으로 나타나고 있다(노동부, 1997).

원인이 불분명하고 치유가 잘 되지 않는 만성 질환의 예방과 관리에 관한 여러 연구결과들에 의하면 환경과 생활양식의 개선이 효과적인 건강관리의 주요 관건이 된다는 사실을 밝히고 있다. 대표적인 것으로 음주와 흡연, 잘못된 식사습관과 운동부족 등을 들 수 있다. 심장

* 한국산업안전공단 산업안전교육원

** 서울대학교 보건대학원 박사과정

질환이나 암, 뇌혈관질환, 사고와 간 질환, 당뇨병, 고혈압 등의 만성질환들이 이러한 요인들에 의해 유발되거나 악화된다. 이러한 습관을 개선해 주기 위하여 보건복지부에서는 우리나라 국민들의 보건과 위생상태를 고려하여 바람직한 건강행태에 대한 '국민건강생활지침'을 만들어 국민들이 실천하도록 홍보하고 권장하고 있다(변중화 등, 1995).

사업장건강증진 사업은 근로자 개인의 건강관리에 대한 인식을 개선하고 건강에 대한 바람직한 태도를 형성하게 하여 스스로 올바른 생활양식을 실천하게 함으로써, 개인이 가지고 있는 건강잠재력을 최대화 하여, 질병과 재해를 예방하고 건강수준을 향상시키기 위하여 시행된다.

근로자의 건강위험 요인을 파악하고 이를 개선시켜주는 방법으로는 작업환경의 개선과 건강습관의 개선을 들 수 있다. 유해 작업환경의 개선은 당연히 회사의 책임이겠으나, 개인의 생활습관 개선도 사업주의 지원이 필수적인데, 건강증진사업에서 건강한 생활습관을 실천할 수 있는 분위기를 조성하고 격려하는 것이 사업장에서 담당하여야 할 중요한 부분이다.

질병발생 후의 치료와 보상보다는 훨씬 적은 노력으로 직업병을 예방하고 근로자의 건강수준을 향상시키는 효과를 얻을 수 있으므로, 사업장의 근로자 건강증진 사업의 중요성은 근로자의 건강문제와 직업과의 관련성, 근로자의 생산성 및 보건관리사업의 비용, 효과라는 측면에서 더욱 강조되고 있다. 근로자 건강수준의 향상은 기업의 생산성을 증가시키고 기업의 이윤창출에 크게 이바지하고, 나아가 기업의 이미지 제고에도 기여하게 된다. 따라서 질병발생 이후의 치료와 보상비 보다 비용이 훨씬 적게 들고 효과는 더 큰 근로자의 건강증진사업에 투자할 가치가 있다.

직업병의 예방을 위해서 뿐만이 아니라 재해예방을 위해서도 건강증진활동이 필요하다. 위험한 상황에서 재빨리 피할 수 있는 순발력과 위험상황에서 탈출하거나 견디어 낼 수 있는 체력을 평소에 길러 놓아야 하기 때문이다. 같은 상황이라도 체력증진이 되어 있는 근로자의 피해가 적을 것은 자명한 사실이다. 산업재해로 인한 경제적 손실이 국가예산의 약 1/10이나 되므로, 건강증진을 통한 재해의 감소에 따른 금전적 이득 또한 막대하리라 생각된다.

결과적으로 근로자 건강증진사업을 통하여 직업병과 산업재해의 예방은 물론 근로자 건강수준의 향상과 사업장의 경비손실의 방지 및 생산성 향상에 기여할 것으

로 기대된다.

한국산업안전공단에서는 사업장 건강증진 시범사업을 1993년부터 실시해 오고 있으며, 노동부가 지원을 하고 건강진단 결과를 참고하여 보건관리자가 선임된 사업장을 중심으로 대상 사업장을 확대하고 있다. 또한 모든 사업장에서 건강증진활동을 할 수 있도록 법적 근거를 마련하는 일도 아울러 추진하고 있다. 건강증진 시범사업의 주요 내용은 설문조사를 통하여 건강문제를 파악하고 장비를 대여하여 체력을 측정할 후 분석해 주고, 교육자료를 제작 지원하고 세미나를 개최하는 등이다(한국산업안전공단, 1993). 이와 함께 산업안전교육원에서는 건강증진전문과정을 개설하여 전문적인 교육을 통한 지도자양성을 하고 있다. 이러한 사업에 보건관리자가 적극 동참함으로써 건강증진사업이 시범사업장뿐만이 아니라 전국의 사업장으로 확산되어야 할 것이다.

사업장 건강증진사업과 건강증진 전문교육과정을 통한 교육이 수년간 시행되어 왔으므로 이에 대한 중간평가가 요구된다. 그 일환으로 근로자의 건강증진 생활양식 실천정도를 조사하고자 한다. 본 연구의 결과는 사업장 건강증진 사업과 교육수행의 기초자료로 제공될 수 있을 것이다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 사업장의 건강증진사업 수행현황과 근로자의 건강증진 생활양식의 실천정도를 파악하여 사업장 건강증진사업과 교육수행의 기초자료로 제공하는 데 있다.

이상과 같은 목적을 달성하기 위한 구체적 목적은 첫째, 사업장 근로자의 건강증진 생활양식 실천정도를 파악하고, 둘째, 근로자의 일반적 특성에 따라 건강증진 생활양식의 실천정도를 비교 분석하며, 셋째, 근로자가 건강증진사업에 참여하지 못하는 이유를 파악하는 것이다.

3. 용어의 정의

건강증진생활양식 : 개인이나 집단에게 주어진 안녕 수준을 높이고 자아실현 및 개인적 만족감을 유지하거나 높이기 위한 방향으로 취해지는 활동으로서, 인간의 활성화 경향의 표현이다(Pender, 1982).

II. 문헌 고찰

초기 건강증진의 개념은 생의학적 모형에 기초한 의

학의 한계, 높은 의료비로 인한 부담, 자조(self-help)와 건강에 대한 개인의 책임을 강조하는 사회적, 정치적 분위기 등을 포함한 여러 가지 요인에 대한 대응으로 대두되었다.

Lalonde Report(1974)에서는 건강관리의 장을 크게 생물학적 요인, 환경적 요인, 생활양식 요인, 보건의료 조직 요인으로 구분하고 이들이 건강에 미치는 영향의 정도를 규명하였는데, 그 중 생활양식이 전체의 60% 정도를 차지하는 것으로 보고되었고 이에 따라 건강수준에 대한 개인적 책임이 강조되었다.

건강한 생활양식이란 협의적으로는 흡연, 과식과 같은 나쁜 건강습관의 단순한 회피이며 광의적으로는 건강상태에 중요한 영향을 주는 것으로서, 인간이 통제할 수 있는 모든 행위라고 할 수 있다(Walker et al., 1988).

생의학과 행동과학에서 환경, 유전적 소인, 개인의 습관 및 행위와 건강, 질병결과와 같은 요소 사이에 인과관계가 많이 발견되었는데, 부정적인 건강결과와 흡연, 영양부족, 운동부족, 비만, 알코올중독, 스트레스 행위 사이에 유의한 관계가 증명되었다(Dwore, Kreuter, 1980).

건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인이 여러 가지 있을 수 있는데, Pender(1987)는 건강증진 모형에서 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인으로 건강증진 행위를 습득하고 유지하기 위한 일차적인 동기기전으로, 건강의 중요성, 건강통제위, 자기효능성, 건강의 정의, 지각된 건강상태, 건강행위의 지각된 유의성, 건강행위의 지각된 장애성 등을 포함한 인지-지각 요인과 인구학적 요인, 생물학적 특성, 대인관계 요인, 상황적 요인, 경험적 요인 등을 포함하는 조정요인, 행동의 가능성을 나타내는 행동의 계기로 구분하여 제시하였다. Pender의 원래 모형은 매우 방대하여 개념을 분석하기가 어렵기 때문에 이 모형의 일부 개념만을 채택한 연구들이 이루어져 왔다.

연구의 대상은 여러 지역에 있는 어린이에서부터 노인까지의 건강인이나 환자인 근로자, 학생, 주부, 의사, 군인 등으로 다양하였고, 이들의 건강증진 생활양식의 실천 정도에 영향을 미치는 요인은 자아존중감, 건강통제위, 자기효능, 직업만족도, 지각된 건강상태, 건강개념, 건강에 대한 지식, 건강에 대한 관심도, 사회적 지지, 성취감, 적응능력, 조화 등의 요인과 성, 연령, 교육수준, 종교, 결혼상태, 직업, 등인 것으로 나타났다(김정희, 1985; 최정숙, 1987; 전현숙, 1988; 이경순 등, 1989; 이태화, 1990; 윤진, 1990; 이광옥 등, 1990; 안

혜경, 1992; 표지숙, 1992; 박미영, 1993; 이정은, 1994; 오복자, 1994; 서연옥, 1995; 박인숙, 1995; 박재순, 1995; 이숙자 등, 1996; 조정인, 1996; 박나진, 1997; 박소영, 1997; Arakelian, 1980; Christiansen, 1981; Muhlenkamp et al., 1986; Pender, 1987; Duffy, 1988; Weitzel, 1989; Gillis, 1994; Kushnir et al., 1995; Lusk et al, 1995).

그 중에서 사업장의 근로자들을 대상으로 한 연구를 고찰해 보면 다음과 같다.

윤진(1990)의 연구에서는 근로자들의 건강행위를 결정하는 요인은 내적 통제위와 교육수준 등인 것으로 보고되어 있다.

조정인(1996)이 산업장 근로자를 대상으로 한 연구에서 개인특성별 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 주요 변수로는 직종, 결혼상태, 연령, 성별인 것으로 나타났으며 건강상태와 직업만족도도 유의한 차이를 나타내었다.

박나진(1997)의 연구에서는 근로자의 건강행위 중에서 평균점수가 가장 높은 영역은 자아실현이고 가장 낮은 영역은 운동이며, 근로자의 개인적 특성 중에서 연령, 결혼, 근무경력 이 유의한 변인으로 나타난 것으로 보고되어 있다.

Lusk 등(1995)의 사업장의 육체노동자, 숙련공, 사무직 근로자를 대상으로 한 직종간의 비교 연구에서는 건강증진 생활양식에 유의한 차이를 나타내었다.

이상의 연구에서 개인의 건강증진 생활양식 실천 정도에 영향을 주는 일반적 특성은 교육수준, 직종, 결혼상태, 연령, 성별, 근무경력 등이라고 할 수 있다.

한편 건강증진 생활양식의 실천을 개인적 책임으로만 돌릴 수 없으며, 건강증진에 있어 개인 및 사회의 책임을 동시에 강조하고 있는데, 사회적 책임을 강조하는 이러한 건강증진 개념은 1차 건강증진 국제회의의 오타와 현장에 잘 나타나고 있다. 오타와 현장은 건강증진을 통한 모든 사람들의 건강평등 실현에 초점을 두어, 현재의 건강 불평등을 줄이고 모든 사람들이 건강잠재력을 최대한 발휘할 수 있도록 동등한 기회와 자원을 확보하고자 하는데 목적을 두고 있으며, '건강증진은 개인과 지역사회가 건강결정 요인을 관리할 수 있는 능력을 증가시켜 건강수준을 향상시킬 수 있도록 하는 과정이다.' (WHO, 1986)라고 정의하고 있다. 또한 이러한 과정은 변화를 이루고자 하는 개인과 지역사회의 직접적인 참여를 필요로 하며, 동시에 건강에 기여하는 환경을 조성하는 방향으로 정책이 행해져야 한다고 강조하고 있다.

그러므로 본 연구에서는 개인의 건강증진 생활양식의

실천 정도와 이에 영향을 미치는 개인의 특성 뿐만이 아니라 개인의 생활양식을 개선하는데 도움을 줄 수 있는 사업장의 건강증진사업수행과 근로자의 참여상태 등에 대해서도 파악하고자 한다.

III. 연구 방법

1. 연구의 대상 및 자료수집 방법

본 연구는 한국산업안전공단 산업안전교육원에서 실시한 교육에 참석한 근로자 중 615명을 대상으로, 1997년 6월에서 12월 사이에 설문지를 이용한 조사방법으로 시행되었다.

건강증진의 생활양식을 측정하기 위한 도구는 Walker, Sechrist, Pender가 HPLP(Health-Promoting Lifestyle Profile)을 개발하였고, 이를 이용한 연구가 많이 수행되었다.

사람의 건강과 건강증진 행위는 그 사람이 속한 문화적 맥락을 떠나서는 이해될 수 없으며 그들의 환경적, 문화적, 사회적 조건을 고려하여야 접근 가능한 것이다(Pender, 1987). 따라서 그 사회의 건강개념, 전통적인 건강신념, 전통적인 건강행위 등에 대한 고려가 필요하다. 이러한 이유에서 본 연구에서는 한국성인을 대상으로 개발한 박인숙(1995)의 건강증진 생활양식 측정도구를 이용하였다. 이 도구는 건강증진 생활양식 4점 척도의 측정도구이며 식이, 운동, 휴식, 정신건강관리 등 11개의 하부 영역, 60개 문항으로 구성되어 있다. 연구도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha = 0.92이다.

2. 자료분석 방법

수집된 자료는 전산입력 후 SAS 프로그램을 이용하여 분석하였다. 사업장 건강증진사업의 수행 정도와 건강증진 생활양식의 이행 정도는 빈도 또는 평균과 표준편차를 구하였으며, 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인에 관하여는 변수의 성격에 따라 t검정과 분산분석(ANOVA) 방법을 이용하여 분석하였고, Duncan grouping으로 집단간 차이를 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구대상의 특성

설문에 응답한 근로자는 남성이 71.1%로 여성의 2배

〈표 1〉 연구 대상 근로자의 특성별 분포

특 성	구 분	근로자수	구성비(%)
성	남	437	71.1
	여	177	28.7
	무응답	1	0.2
연 령	20-29세	275	44.7
	30-39세	255	41.5
	40-49세	75	12.2
	50세 이상	10	1.6
결혼상태	미혼	254	41.3
	기혼	361	58.7
종 교	없음	318	51.7
	기독교	122	19.8
	불교	112	18.2
	천주교	55	8.9
	기타	8	1.3
교육수준	전문대	239	38.9
	대학	275	44.7
	대학원	11	1.8
	기타	90	14.6
전 공	간호학	113	18.3
	기타	501	81.5
	무응답	1	0.2
업 종	제조업	312	50.7
	서비스업	125	20.3
	건설업	151	24.6
	기타	27	4.4
규 모	49명 이하	37	6.0
	50-299명	243	39.5
	300-499명	110	17.9
	500-999명	91	14.8
	1000-1999명	67	10.9
	2000-2999명	18	2.9
3000명 이상	49	8.0	
직 책	보건관리자	121	19.7
	안전관리자	46	7.5
	기타	448	72.8
경 령	1-4년	356	57.9
	5-9년	160	26.0
	11-20년	79	12.8
	21년 이상	20	3.3
직 급	사원	351	57.1
	대리	173	28.1
	과장 이상	91	14.8
건강증진	없음	481	78.2
	있음	133	21.6
경험	무응답	1	0.2
계		615	100.0

이상이었고 20대의 연령층이 44.7%로 가장 많았으며, 30대(41.5%)를 포함하면 전체의 86.2%가 되어 비교적 젊은 연령층이 대부분임을 알 수 있었다. 응답자의 58.7%는 기혼이었고 반수 이상(51.7%)이 종교를 가지고 있지 않았으며 종교별로는 기독교(19.8%)와 불교(18.2%)가 비슷한 수준을 차지하였다. 교육수준은 대학졸업자가 44.7%로 가장 많았고 전문대졸업자(38.9%)를 포함하면 전문대졸업자 이상이 전체의 85.4%로 나타났다. 연구대상 근로자가 소속된 사업장의 분포를 보면, 업종별로는 제조업이 50.7%로 가장 많았으며, 규모별로는 50인에서 299인 사이의 중소규모 사업장이 39.5%로 가장 많이 차지하고 있었다(표 1).

사업장의 건강증진사업을 주로 시행하는 인력이 보건관리자인 경우는 19.7%이었고 안전관리자인 경우는 7.5%이었으며, 기타에 응답한 경우가 72.8%로 대부분을 차지하였다. 이들의 경력은 1-4년이 57.9%로 가장 많았고 반수 이상인 57.1%가 일반 사원이었고 과장급 이상은 14.8%이었다(표 1).

건강증진 생활양식의 실천 정도에 영향을 미칠 것으로 생각되는 변수로서 조사한, 과거에 건강증진교육을 받은 경험이 있는지의 여부에서는, 21.6%만이 교육을 받은 것으로 나타났으며 이들 중 대부분은 산업안전공단 지도원에서 실시한 교육에 참여하였다고 응답하였다(표 1).

2. 근로자의 건강증진 생활양식의 실천정도

근로자들의 건강증진 생활양식의 실천정도는 박인숙(1995)이 개발한 60개 항목으로 구성된 4점 척도의 측정 도구로 자기 기록법으로 조사하였으며, 항목별과 하부 영역별로 분석하였다.

조사결과 건강증진 생활양식 측정도구 60개 항목의 평균 평점은 2.66이었다.

건강증진 생활양식의 하위 영역별 분석은, 11개 하위 영역의 각 영역별 항목수의 차이에서 오는 득점수의 차이를 보정하기 위하여 각 영역의 최고 점수가 4점이 되도록 표준화한 후 비교하는 방법으로 실시되었다. 그 결과 '조화로운 관계'영역의 생활양식이 평점 3.11로 가장 많은 실천정도를 나타내었고 그 다음은 '위생적 생활(2.90), '정서적 지지'(2.85)의 순이었으며, '전문적인 건강관리'영역의 평점이 2.02로 가장 낮은 것으로 나타났다. (표 2)는 각 영역별 실천정도의 순위와 이에 포함되는 항목의 실천정도를 다 득점 순서로 정리한 것이다.

실천정도가 가장 높은 것은 '내의는 면제품으로 갈아 입는다.'로 4점 만점중 평균점수가 3.29이었으며, 가장 낮은 점수를 기록한 항목은 '혈압을 정기적으로 측정한다.'(1.78점)이었다. 3.0점 이상을 기록한 항목은 총 6가지로 대부분 개인위생과 인간관계에 관한 사항이었다. 반면에 2.0점 이하의 점수를 기록한 항목은 2가지로 전문적인 건강관리 영역에 속하는 것으로 나타났다. 이들을 포함한 하위 10가지의 항목 중에는 정기적인 건강검진, 금연, 운동, 식사, 스트레스 대처에 관한 사항 등이 들어있음을 알 수 있다(표 2).

<표 2> 건강증진 생활양식의 영역 및 문항별 실천정도

영역	순위	항목	평균	표준편차
조화로운 관계	1	· 대인관계를 원만하게 가진다.	3.11	0.50
		· 가족간의 분위기가 화목하다.	3.18	0.67
		· 사람과의 관계에서 신뢰를 유지한다.	3.15	0.73
		· 동료나 이웃과 조화롭게 생활한다.	3.13	0.65
			2.99	0.70
위생적 생활	2	· 내의는 면제품으로 입고 자주 갈아 입는다.	2.90	0.47
		· 외출에서 집에 돌아왔을 때 손발을 깨끗이 씻는다.	3.29	0.76
		· 목욕을 자주 한다.	3.26	0.76
		· 식사 후에는 양치질을 한다.	3.19	0.73
		· 음식을 먹기 전에 손을 깨끗이 한다.	2.99	0.86
		· 집(차, 사무실)의 환기를 자주 한다.	2.97	0.81
		· 집이나 사무실을 깨끗하게 청소하고 지낸다.	2.88	0.78
			2.88	0.79
정서적 지지	3	· 주위 사람들과 편안하게 대화할 수 있다.	2.85	0.59
		· 마음을 터놓고 이야기할 수 있는 친구가 있다.	2.99	0.74
		· 마음이 맞는 사람들과 모임을 갖는다.	2.96	0.88
		· 정서적인 지지가 필요할 때 나를 도와줄 사람이 있다.	2.77	0.82
			2.70	0.86

<표 2> 계속

영역	순위	항목	평균	표준편차
규칙적 식사	4	· 규칙적인 시간에 식사를 한다.	2.84	0.87
		· 하루 세끼 식사를 거르지 않는다.	2.93	0.91
		· 아침식사는 꼭 한다.	2.86	1.03
			2.72	1.10
자아 실현	5	· 긍정적인 사고방식으로 생활한다.	2.78	0.50
		· 목표를 가지고 생활한다.	2.96	0.82
		· 문제를 회피하지 않고 적극적으로 대처한다.	2.86	0.75
		· 즐거운 마음으로 일을 한다.	2.80	0.68
		· 자신감이 있는 생활을 한다.	2.79	0.72
		· 열심히 집중해서 하는 일이 있다.	2.77	0.69
		· 자신의 생활(직업)에 만족감을 느낀다.	2.73	0.79
· 감사하는 생활을 한다.	2.69	0.78		
		2.66	0.79	
건강 식이	6	· 과일과 야채 등 섬유질 음식을 많이 섭취한다.	2.56	0.50
		· 집에서 정성껏 조리한 음식을 주로 섭취한다.	2.79	0.81
		· 식물성 단백질을 많이 섭취한다.	2.72	0.90
		· 인공 첨가물, 조미료가 들어 있지 않은 음식과 자연식품을 섭취하려고 노력한다.	2.64	0.72
		· 균형있는 영양섭취를 한다.	2.49	0.93
		· 육류보다 생선류를 많이 섭취한다.	2.46	0.74
		· 음식을 잘 씹고 천천히 먹는다.	2.42	0.83
		2.39	0.82	
휴식 및 수면	7	· 몸이 좋지 않을 때는 휴식을 취한다.	2.56	0.59
		· 일을 한 후에 적절히 휴식한다.	2.72	0.80
		· 적당한 수면을 취한다.	2.63	0.79
		· 과로는 피한다.	2.60	0.84
		· 일찍 자고 일찍 일어난다.	2.44	0.78
		2.41	0.91	
운동 및 활동	8	· 가능한 한 많이 걸으려고 노력한다.	2.54	0.51
		· 정상체중 유지를 위해 노력한다.	2.75	0.90
		· 활동시 신체 각 부위를 골고루 움직이려고 노력한다.	2.74	0.90
		· 평소에 바른 자세로 앉거나 걷는다.	2.67	0.84
		· 건강과 관련된 서적이거나 신문기사를 관심있게 읽는다.	2.59	0.78
		· 일주일에 3-4번 적어도 20분동안 활발하게 운동한다.	2.50	0.86
		· 하루에 3번 이상 심호흡을 한다.	2.21	1.03
		2.04	0.87	
식이 조절	9	· 술은 과하게 마시지 않는다.	2.53	0.57
		· 건강에 해롭다고 알려진 음식은 먹지 않는다.	2.68	1.04
		· 식사 전에는 간식을 피한다.	2.68	0.90
		· 과식을 피한다.	2.53	0.90
		· 담배는 피우지 않는다.	2.46	0.80
		· 자극성이 많은 음식을 피한다.	2.26	1.40
		2.26	0.84	
자아 조절	10	· 내 나름으로의 긴장과 압박감을 풀 수 있는 방법을 찾으려고 노력한다.	2.52	0.56
		· 가끔 자기만의 시간과 생활을 가지면서 여유를 찾는다.	2.68	0.78
		· 여가시 좋아하는 취미활동을 한다.	2.67	0.81
		· 속이 상할 때에는 자신의 감정을 솔직하게 표현하여 감정을 정화시킨다	2.53	0.87
		· 스트레스의 원인을 파악하여 적극적 대처한다.	2.51	0.85
			2.21	0.79

〈표 2〉 계속

영역	순위	항목	평균	표준편차
전문적인 건강관리	11	· 정기적으로 건강검진을 한다.	2.02	0.66
		· 몸에 이상을 느끼면 조기에 전문가의 도움을 구한다.	2.33	1.02
		· 건강문제에 대해 전문가와 상의한다.	2.08	0.84
		· 혈압을 정기적으로 측정한다.	1.89	0.86
			1.78	0.85
계			2.66	0.37

3. 건강증진 생활양식 실천의 영향 요인

건강증진 생활양식의 실천정도에 영향을 미치는 요인을 구명하기 위하여 근로자의 인구학적 특성 및 전공과 교육이수 경험여부 등의 변수별 특성에 따라 비교 분석하였다.

근로자의 특성별로 건강증진 생활양식의 실천정도를 비교하기 위하여 60개 항목의 총 평균 평점을 변수의 성격에 따라 t 검정과 분산분석 방법을 이용하여 분석하였고 Duncan 검정 방법으로 집단간의 차이를 분석하였다.

그 결과 성별로는 여성(2.74)이 남성(2.63)보다 실천정도가 높은 것으로 나타났으며(t=3.32, p=0.0009). 연령별로는 50대의 연령층에서 평점 2.99로 가장 많이 실천하고 그 다음이 40대의 2.73, 30대(2.67), 20대(2.63)의 순으로 연령이 많을수록 건강증진 생활양식의 실천률이 높은 것으로 나타났고(F=4.24, p= 0.0009), Duncan검정결과 50대와 다른 연령층간의 실천률의 차이가 명백한 것으로 분석되었다(표 3).

결혼상태별로는 기혼자가 평점 2.70으로 미혼인 근로자(2.61)보다 실천정도가 높았다(t=0.92, p=0.0036). 교육수준별로는 대학원 졸업 이상의 학력을 가진 근로자가 평점 2.78을 기록하여 가장 실천도가 높은 것으로 조사되었으나 이들이 전체의 2% 미만인 것을 감안한다면, 기타의 학력수준 중에서는 전문대학(2.71), 기타(2.68)의 순으로 통계적으로 유의한 차이로 나타났다(F=3.89, p=0.0090). Duncan 검정 결과는 집단간 인원수의 차이로 그 차이를 인정할 수 없는 것으로 검정되었다(표 3).

사업장에서 주로 건강증진사업을 담당하는 인력은 보건관리자 중에서도 간호사이므로 사업수행의 주체인 이들의 실천정도는 어떠한가에 관심을 가진 분석으로 간호학 전공과 기타의 전공간의 건강증진 생활양식 수행 정도의 비교를 실시하였다. 그 결과 간호학 전공자의 실천정도의 평점이 2.75로 기타 학문 전공자(2.64)보다

실천정도가 높은 것으로 나타났으며, 이는 99% 유의수준에서 통계적으로 매우 유의한 차이인 것으로 검정되었다(t=2.73, p=0.0065)(표 3).

업종별로는 서비스업종 종사 근로자들의 실천률이 평점 2.72로 가장 높고 그 다음이 제조업종(2.68)인 것으로 나타났으며 이는 통계적으로 유의한 차이인 것으로 검정되었다(F=2.96, p=0.0316)(표 3).

〈표 3〉 근로자의 특성별 건강증진 생활양식의 실천정도

특성	구분	평균	t	F	p
성	남(n=437)	2.63	3.32		0.0009
	여(n=177)	2.74			
연령	20-29세(n=275)	2.63		4.24	0.0056
	30-39세(n=255)	2.67			
	40-49세(n=75)	2.73			
	50세 이상(n=10)	2.99			
결혼상태	기혼(n=361)	2.70	2.92		0.0036
	미혼(n=254)	2.61			
교육수준	전문대학(n=239)	2.71		3.89	0.0090
	대학(n=275)	2.61			
	대학원(n=11)	2.78			
	기타(n=90)	2.69			
공	간호학(n=113)	2.75	0.36	2.73	0.0065
	기타(n=501)	2.64			
업종	제조업(n=312)	2.68		2.96	0.0316
	서비스업(n=125)	2.72			
	건설업(n=151)	2.60			
	기타(n=27)	2.61			
규모	~49(n=37)	2.61		0.7	0.6487
	50-299(n=243)	2.65			
	300-499(n=110)	2.66			
	500-999(n=91)	2.69			
	1000-1999(n=67)	2.73			
	2000-2999(n=18)	2.60			
3000~(n=49)	2.69				
건강증진	있음(n=133)	2.81	5.33		0.0000
교육경험	없음(n=481)	2.62			

규모별로는 상근로자 1,000인에서 2,000인 사이 규모인 사업장의 근로자가 평점 2.73으로 가장 많이 실천하고, 그 다음이 500인에서 999인 사이와 3,000인 이상의 규모(2.69)인 것으로 비교적 큰 규모의 사업장에서 많이 실천하는 것으로 나타났으나, 이는 통계적으로 유의한 수준은 아니었다($F=0.70, p=0.6487$)(표 3).

근로자의 건강증진 생활양식 실천 정도에 영향을 미칠 것으로 생각되는 주요 변수는 과거에 건강증진에 관한 교육을 받았는지의 여부이다. 조사결과는 교육을 받은 경험이 있는 집단의 실천정도 평균 평점이 2.81로 교육 경험이 없는 집단의 2.62 보다 높았다($t=5.33, p=0.0000$)(표 3).

4. 근로자의 건강증진사업 참여정도

이러한 건강증진사업에 참여하는 근로자는 전체 응답자의 12.4%에 불과하여 매우 저조하였고 참여자의 대부분이 한가지의 프로그램에 참여하고 있었으나, 3가지 이상에 참여하는 근로자도 극소수(0.8%) 있었다. 한편 근로자들이 건강증진 프로그램에 참여하지 않는 가장 큰 이유는 시간부족(21.5%)으로 지적되었다(표 4).

〈표 4〉 근로자의 참여정도 및 미참여 사유 (n=615)

구분	응답자 수(%)	구분	응답자 수(%)
참여사업 수		미참여 사유	
0	440(87.6)	시간부족	108(21.5)
1	53(10.6)	공간, 시설미비	58(11.6)
2	5(1.0)	비용부담	20(4.0)
3	1(0.2)	효과, 기대미흡	20(4.0)
7	1(0.2)	필요성 못느낌	38(7.6)
계	615(100.0)	기타	15(3.0)

〈표 5〉 건강증진사업의 종류별 근로자의 참여율 (n=615)

건강증진사업	응답자 수	%
체력측정	17	3.4
영양지도	7	1.4
금연	7	1.4
단주	2	0.4
유방암자가검진	2	0.4
체중조절	2	0.4
스트레스관리	8	1.6
운동지도	33	6.6
기타	5	1.0

〈표 5〉는 근로자들이 가장 많이 참여하는 건강증진 프

로그램은 운동지도로 전체 연구대상자의 6.6%가 참가하고 있음을 보여 준다.

V. 논 의

사업장의 건강증진사업은 근로자의 건강수준을 향상시키고 사업주에게는 비용의 감소와 이미지제고, 등의 유익성이 있어 결과적으로 생산성 향상에 기여한다. 외국에서의 많은 연구결과들이 이를 뒷받침하고 있으며 우리나라에서도 건강증진사업을 포함한 사업장의 건강관리가 효과적이라고 보고된 바 있다(이병국 등, 1987; 양봉민 등 1992; 조동란, 1994; Faulkenberry et al., 1987; Eriksen, 1988; Leigh, 1989; Bertera, 1990; Erfurt, 1991; Golaszewski et al., 1992; Wilson, 1992).

근로자들의 건강증진생활양식 실천 정도는 전체 문항의 평균 평점이 2.66으로 박인숙(1995)연구의 2.68보다 낮고, 박소영(1997)연구의 3.16보다 상당히 낮았다.

성인들이 건강에서 가장 중요한 행위를 영양, 수면, 운동, 정신적 안녕 등으로 인지(Harris et al., 1979; Laffrey, 1990)하고 있음에도 불구하고, 실천률에 있어서는 이러한 영역에서 낮게 나타난 것은 최하위를 기록 하였던 박나진(1997)의 연구결과와 유사하였는데, 이에 대해 두 가지 관점에서 생각해 볼 수가 있겠다. 첫째 이유는 근로자 개인의 지식과 관심 및 의지의 결여이며, 두 번째는 사회적 여건이 실천을 지지해 주는 방향으로 조성되어 있지 못한 결과일 것으로 짐작된다. 교육을 통한 지식의 함양과 관심의 고취 및, 건강증진에 관련된 행동을 실천하려는 의지를 가지고 있는 근로자를 위한 사업장에서의 운동기구의 마련, 휴식시간과 장소의 제공 등의 여건조성이 실천률을 훨씬 높여 줄 것이므로 사업장에서의 여건조성을 위한 노사간의 노력이 요구된다.

본 연구의 결과는 박소영(1997)의 연구에서 '조화로운 관계'가 가장 높은 실천률을 나타낸 것과 같으나, 박인숙(1995)의 연구와 전현숙(1988)의 연구에서 '위생적 생활'이 최상위로 기록되었던 것과 '자아실현'이 가장 높은 점수를 기록하였던 박나진(1997)의 연구와는 약간의 차이가 있었다.

본 연구를 포함하여 박인숙(1995), 전현숙(1988)의 연구결과가 '전문적 건강관리' 영역의 실천정도를 가장 낮게 나타낸 반면 박소영(1997)의 연구에서는 같은 영역이 최상위에서 세 번째의 높은 실천률을 나타내었다

데, 이는 연구의 대상이 후자의 경우 건강관리의 전문가인 양호교사이므로 건강에 대한 지식과 관심이 비전문가보다 높기 때문인 것으로 해석된다.

사무직 근로자를 대상으로 한 안혜경(1992)의 연구에서 '직장에서의 신체검진'이 가장 높은 실천률을 보인 것은 본 연구에서 '정규적으로 건강검진을 한다.'가 총 60개의 항목 중 52위를 기록하여 낮은 실천정도를 보인 것과는 차이가 있는 결과이었다. 이는 근로자들의 건강진단 참여율이 거의 100%에 육박하고 있음을 감안해 볼 때, 본 연구의 응답자들이 정기적인 건강검진을 직장에서의 건강검진이 아닌 임의 건강진단으로 해석하였기 때문인 것으로 생각된다.

직장에서의 법정 정기 건강진단에 참여하는 것만으로는 건강진단 항목의 제한성 때문에 기타의 건강문제를 조기에 발견하기에는 미흡하다. 전문가의 상담을 필요로 하나 시간상, 직무상의 제약 등으로 전문가에게 접근하기에 어려운 경우가 많을 것이므로, 사업장 내 건강관리실에서의 근로자에 대한 건강관리 서비스가 강화되어야 할 것으로 생각된다.

본 연구에서는 '혈압을 정기적으로 측정한다'와 '건강문제에 대해 전문가와 상담한다'가 나란히 최하위와 그 다음을 기록하고 있으므로 건강관리실도 존재하지 않는 사업장이라면 상황에 맞게 보건관리 대행기관의 간호사의 방문 시에 서비스가 이루어질 수 있도록 하여야 하겠다. 특히 사무직 근로자의 경우 2년에 한 번씩 정기 건강진단이 행해지므로 고혈압의 발견이 적시에 이루어지기가 어려우므로 이러한 서비스의 중요성이 요구되는 결과라 하겠다.

개인적인 특성별 영향요인으로는 성, 연령, 결혼상태, 교육수준, 전공, 건강증진 교육경험, 에서 집단간 건강증진 생활양식 실천정도의 차이가 유의한 것으로 나타났는데 이를 구체적으로 보면 다음과 같다.

성별로는 여성이 남성보다 건강증진 생활양식을 많이 실천하여 기존의 많은 연구들(Belloc et al., 1972 ; Breslow et al., 1980 ; Branch et al., 1984 ; Walker et al., 1988 ; Pender et al., 1990)과 일치하였으나, 유의한 차이가 나타나지 않았던 국내의 연구들(김정희, 1985 ; 이태화, 1990 ; 윤진, 1990 ; 박인숙, 1995)과는 다른 결과이었다. 이는 뚜렷한 증거를 제시할 수는 없으나 남성이 여성보다 사회활동이 많은 관계로 건강행위의 실천에 제약을 많이 받기 때문인 것으로 생각된다.

연령별로는 연령이 증가할수록 실천률이 높게 나타났는데 이러한 결과는 많은 선행 연구들(Belloc et al.,

1972 ; Breslow et al., 1980 ; Brown et al., 1985 ; Brown et al., 1986 ; Walker et al., 1988 ; Pender et al., 1988 ; 이태화, 1990 ; 박인숙, 1995 ; 조정인, 1996 ; 이숙자 등, 1996 ; 박나진, 1997 ; 박소영, 1997)과 일치하는 결과이다. 이는 젊은 사람들은 건강에 자신감이 있어 건강행위에 관심이 적으며 나이가 들수록 자신의 건강에 대한 우려와 관심도가 높아지기 때문인 것으로 해석된다.

결혼상태별로는 기혼자가 더 많이 실천하여 결혼한 사람이 더 건강한 생활양식을 행하고 결혼상태가 건강보호에 영향을 준다는 연구들(Berkerman et al., 1979 ; Verbrugge, 1979 ; 김정희, 1985 ; Brown et al., 1986 ; 조정인, 1996 ; 박나진, 1997)과 일치하는 결과로 결혼에서 오는 안정감과 가족의 지지 그리고 가족에 대한 책임감이 자신의 건강행위의 실천정도에 영향을 미침으로서 나타나는 결과로 생각된다.

교육수준이 건강증진 생활양식의 실천정도에 영향을 것으로 분석되었으나 학력수준별로 뚜렷한 양상을 나타내지는 않았다. 이는 교육과 건강행위 실천정도와 의 유의한 관계를 보고한 선행연구들(Brown et al., 1983 ; Hanner, 1986 ; Pender, 1987 ; Rokowsk, 1987 ; Duffy, 1988 ; Riffle, 1989 ; Sobal, 1990 ; 윤진, 1990 ; 박인숙, 1995 ; 박재순, 1995 ; 서연옥, 1995)에서도 나타난 바와 같은 결과이다.

건강증진 생활양식의 실천정도의 차이를 사업장의 특성별로 분석한 결과, 업종별로는 서비스업에 종사하는 근로자의 실천률이 가장 높았고 그 다음이 제조업으로 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다. 사업장의 규모별로는 대체로 규모가 커질수록 실천정도가 높았으나 유의한 차이로 나타나지는 않았다.

전공별 비교에서는 간호학을 전공한 근로자가 기타 전공자 보다 건강행위를 더 많이 실천하는 것으로 나타났는데 이는 간호사가 사업장 건강증진사업의 주체로서 합당한 인력임을 간접적으로 입증해 주는 결과라고 생각된다.

건강증진 교육경험 여부에 따른 집단간의 비교에서는 교육을 받은 집단에서의 건강증진 생활양식의 실천정도가 높게 나타났는데, 이러한 결과로 보아 사업장에서의 건강증진 교육이 강화되어야 함과 동시에 산업안전공단에서 실시하는 교육에 참여할 기회를 많이 제공하는 것이 건강증진 생활양식 실천정도의 제고에 도움이 될 것으로 생각된다.

사업장의 건강증진사업에 참여하는 근로자는 전체 연

구대상의 12.4%에 불과하여 매우 저조한 참여율을 나타내었는데, 이들이 참여하지 못하는 이유는 시간부족과 공간 및 시설부족으로 제시되고 있다. 사회적 지지가 긍정적인 건강관행에 영향을 미친다는 연구결과(Muhlenkamp et al., 1986)로 볼 때, 근로자들의 건강증진 생활양식 실천정도를 높이기 위해서는 사업장의 여건조성이 중요함을 시사해 주는 결과라고 생각된다. 한편 필요성을 느끼지 못하는 근로자가 7.6%이고 효과에 의문을 갖고 사업내용이 기대에 미흡하기 때문(4.0%)이라는 응답이 비록 소수이기는 하나 필요성에 대한 교육의 실시와 사업내용의 강화가 요구된다 하겠다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 1997년 6월에서 12월 사이에 한국산업안전공단 산업안전교육원에서 실시된 교육에 참석한 사업장 근로자 중 615명을 대상으로, 사업장 근로자의 건강증진 생활양식의 실천정도과 이에 영향을 미치는 요인을 규명하고자 시도되었다.

건강증진 생활양식의 측정도구는 4점 척도의 60문항으로 구성되어 있으며 조화로운 관계 등 11개의 하부 영역으로 구성된 박인숙(1995)이 개발한 도구를 이용하여 자기 기록식 설문조사 방법으로 자료를 수집하였다.

수집된 자료는 변수의 성격에 따라 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 구하여 비교하였고 t 검정과 분산분석 방법으로 집단간 평균의 차이를 검정하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

- 1) 근로자의 건강증진 생활양식의 실천정도는 전체 60 문항에 대한 평균 평점이 4점 만점 중 2.66이었고 '조화로운 관계' 영역의 실천정도(3.11)가 가장 높았으며 '전문적인 건강관리' 영역의 실천정도(2.02)가 가장 낮았다.
- 2) 건강증진 생활양식의 실천정도에 영향을 미치는 요인은 사업장의 업종과, 개인적 특성 중성, 연령, 결혼상태, 교육수준, 전공, 건강증진 교육경험으로 나타났다. 구체적으로는 건강증진 사업의 실시와 지원을 가장 많이 하는 서비스업종의 근로자가, 여성이, 나이가 많을수록, 기혼자가, 간호사가, 건강증진에 대한 교육경험이 있는 집단이 건강증진 생활양식을 더 많이 실천하는 것으로 나타났으나, 교육수준별로는 전문대학 졸업자의 실천정도가 가장 높았다.
- 3) 근로자의 참여정도는 12.4%에 불과하여 매우 저조하였는데 참여하지 않는 가장 큰 이유는 시간부족이었고

그 밖의 이유로는 공간 및 시설 미비 등이 제시되었다.

이상과 같은 결과를 토대로 근로자의 건강증진 생활양식 실천정도의 제고를 위하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

- 1) 근로자의 건강증진 생활양식 실천정도에서 '전문적인 건강관리' 영역의 실천률이 가장 낮게 나타났으며 '정기적인 혈압측정'과 '전문가에게 건강상담'이 60개의 항목 중 최하위를 기록하였는데, 이는 직장인으로서 시간과 업무상의 제약 때문인 것으로 판단된다. 따라서 건강관리실에서의 서비스를 강화하고, 건강관리실이 없는 사업장에서는 산업보건관리 대행기관 간호사의 방문시 건강관리 측면의 서비스에도 관심을 기울여 주어야 할 것이다.
- 2) 건강증진에 대한 교육경험이 있는 집단에서 건강증진 생활양식의 실천정도가 높았으므로, 사업장에서의 교육을 활성화 할 수 있도록 한국산업안전공단의 무료 지원의 확대와 산업안전교육원의 건강증진 전문화과정 등의 교육에 참여할 수 있는 지원과 인센티브 제도의 도입 등 정부 차원의 지원과 제도마련이 필요하다.
- 3) 교육의 내용은 실천정도가 낮으며 교육을 통해서 행동변화를 기대할 수 있는 운동 및 활동, 수면 및 휴식, 식사 금연 등의 습관을 개선하기 위한 실천방법을 습득시켜 줄 수 있는 측면이 더욱 강화된 것으로 보완하여야 하겠다.
- 4) 사업주의 건강증진사업에 대한 인식을 개선하여 사업장 건강증진사업을 활성화시키기 위해서는, 기존의 건강증진사업의 효과를 증명하고 제시할 수 있는 평가가 이루어져야 할 것이다.

이상과 같이 사업장의 건강증진 프로그램을 강화하고 근로자들의 참여를 높여 근로자들의 건강증진 생활양식의 실천정도를 제고시킴으로서, 근로자 개인의 건강증진과 직업병을 비롯한 만성 질병의 예방뿐만이 아니라 기업의 생산성향상과 이미지제고에도 크게 기여할 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

- 강귀애 (1992). 국민학교 육학년 학생들의 건강증진행위에 관련된 요인. 이화여자대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 김정희 (1985). 예방적 건강행위와 건강통제위 성격 성향과의 관계에 대한 연구. 대한간호학회지, 49-61.

- 노동부 (1997). 1996년도 근로자 건강진단 결과 분석. 대한가정의학회 (1995). 한국인의 평생 건강관리. 서울 : 고려의학.
- 대한가정의학회 (1996). 한국인의 건강증진. 서울: 고려의학.
- 문영한 (1992). 산업장에서의 건강증진 프로그램 개발 : 산업장의 집단보건관리. 연세대학교 보건대학원 및 산업보건연구소 자료집.
- 박나진 (1997). 산업장 근로자의 건강증진행위에 영향을 미치는 변인 분석. 부산대학교 대학원 석사학위 논문.
- 박미영 (1993). 대학생의 건강증진 생활양식과 관련된 요인 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위 논문.
- 박소영 (1997). 초등학교 양호교사들의 건강증진 생활양식의 실천정도 와 영향요인 분석. 서울대학교 보건대학원, 석사학위 논문.
- 박인숙 (1995). 건강증진 생활양식의 측정도구 개발에 관한 연구. 부산대학교 대학원 박사학위 논문.
- 박재순 (1995). 중년 후기 여성의 건강증진 행위 모형 구축. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 변중화, 김혜련 (1995). 국민건강증진 목표와 전략. 한국보건사회연구원.
- 서연옥 (1995). 중년 여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형. 경희대학교 대학원 박사학위 논문.
- 선한승 (1992). 현장근로자의 의식성향 분석 : 산업조직 심리적 접근방법. 한국노동연구원.
- 양봉민, 김진현, 이석연 (1992). 산업보건사업의 경제성 분석 - 직업병 예방사업의 비용 편익 분석 -. 산업보건 연구 논문집, 254-276.
- 안혜경 (1992). 대도시 사무직 근로자의 건강관리 행위의 관련요인 및 실천도에 관한 연구. 부산대학교 대학원 석사학위 논문.
- 오복자 (1994). 위암환자의 건강증진 행위와 삶의 질에 측도형. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 윤진 (1990). 산업장 근로자의 건강증진 행위와 그 결정요인에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 이경순, 오복자, 임은숙 (1989). 일반인과 환자의 건강증진 생활양식에 대한 비교연구. 삼육대학 논문집, 21.
- 이광욱, 양순옥 (1990). 한국인의 건강생활 양상에 대한 실체이론 연구. 간호과학, 이화여자대학교 간호학연구소, 2, 65-86.
- 이병국, 이광목, 안규동 (1987). 모 연취급 사업장에서 의 산업보건사업이 근로자 건강증진에 미치는 효과. 한국의 산업의학, 26(3), 63-72.
- 이숙자, 박은숙, 박영주 (1996). 한국 중년여성의 건강증진 행위 예측모형. 간호학회지, 26(4).
- 이정은 (1994). 학령 후기 아동의 건강지각과 건강증진 행위. 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문.
- 이태화 (1990). 건강증진행위에 영향을 미치는 변인 분석. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 전경자 (1994). 산업장 건강증진 프로그램 개발에 관한 연구 - 건강행위의 변화의도 예측요인 및 대상의 유형 분류를 중심으로 -. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 전현숙 (1988). 일부 도시 주민의 건강개념, 건강행위, 건강상태에 관한 조사연구. 적십자 간호전문대학 논문집, 10, 145-173.
- 조동란 (1994). 사업장 보건관리 사업의 형태별 수행성과 분석. 서울대학교 대학원, 박사학위 논문.
- 조동란, 전경자 (1993). 일부 산업장에서의 건강증진 활동 실태. 산업간호학회지, 제3권, 71-85.
- 조정인 (1996). 사업장 근로자들의 건강행위 실천과 영향요인에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원, 석사학위 논문.
- 최명애, 정성태 역 (1995). 평생건강. 서울: 현문사.
- 표지숙 (1992). 노인들의 건강통제위와 건강증진 행위와의 관계 연구. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 한국산업안전공단 (1993). 근로자의 건강증진. 제26회 산업안전보건대회 기술세미나 자료집.
- 한국산업안전공단 (1997). 건강증진. 건강증진전문과정 교재.
- 한국산업안전공단 (1997). 근로자건강증진. 보건관리자 신규과정 교재.
- 한국산업안전공단 (1997). 산업안전보건법령집.
- Arakelian M (1980). An assessment and nursing application of the concept of control. Advances in Nursing Science, 3, 25-42.
- Barnes C., Given C. (1988). worksite hypertension control. AAOHN Journal, 36(3), 113-116.
- Bausell RB (1986). Health-seeking behavior among the elderly. Gerontologist, 26, 556-559.
- Belloc NB & Breslow L (1972). Relationship of physical health status and health practices. Preventive Medicine, 1, 409-421.
- Berkman LF, Syme L (1979). Social networks, host

- resistance, and mortality, A nine year follow-up study of Alameda County residents. Am J Epidemiol, 109, 186-204.
- Bertera R. L., (1990). the effects of workplace health promotion on absenteeism and employment costs in a large industrial population. American Journal of Public Health, 80(9), 1101-1105.
- Branch LG, Jette AM (1984). Personal health practices among the elderly. AM J Public Health, 17, 1126-1129.
- Breslow L, & Enstrom JM (1980). Persistence of health habits and their relationship to mortality. Preventive Medicine, 9, 469-483.
- Brown JS, McCreedy M (1986). The hale elderly: Health behavior and its correlates. Res Nurs Health, 9, 317-329.
- Brown N, Muhlenkamp AF, FOX L & Osborn M (1983). The relationship among health beliefs, health values, and health promotion activity. Western Journal of Nursing Research, 5(2), 155-163.
- Christenson GM, Kiefhaber A (1989). The National survey of worksite health promotion activities. AAOHN Journal, 36(6), 262-265.
- Christiansen KE (1981). The determinants of health promoting behavior, Doctoral dissertation, Rush University.
- Duffy ME (1988). Determinants of health promotion in midlife women. Nursing Research, 37, 356-362.
- Erfurt J.C., Foote A, Heinrich M., (1991). The cost-effectiveness of work-site wellness program for hypertension control, weight loss, and smoking cessation. Journal of Occupational Medicine, 33(9), 962-970
- Erikson M., (1988). Cancer prevention in workplace health promotion. AAOHN Journal, 36(6), 266-271.
- EWLES L., SIMMETT I. (1993). Promoting Health : A Practical Guide 2nd ed., London: Scutari Press.
- Faulkenberry J., Palos L., Canel M., (1987). cancer screening : an educational program for employees. AAOHN Journal, 35, 478-484.
- Fielding JE, Piserchia PV (1989). Frequency of worksite health promotion activities. AJPH, 79(1), 16-20.
- Golaszewski T., Snow D., Lynch W., Yen L., Solomita D., (1992). A Benefit - to - cost analysis of a work - site health promotion program. Journal of Occupational Medicine, 34(12), 1164-1172.
- Harris DM, Guten S (1979). Health-protective behavior: An exploratory study. J Health Soc Behav, 20, 17-29.
- Hollander RB, Lengermann JJ. (1988). Cooperate characteristics and worksite health programs : Survey finding from Fortune 500 companies. Social Science Medicine, 26(5), 491-501.
- Krick J, Sobal J (1990). Relationship between protective. J. Comm Health, 15, 19-34.
- Laffrey SC (1986). Development of a health conception scale. Research in Nursing and Health, 9, 107-113.
- Lalonde M.A. (1974). A new Perspective on the health of Canadians. CMNHW.
- Leigh B., Guisinger D., Fech J., (1989). Blood pressure screening in the workplace. AAOHN Journal, 37(1), 14-23.
- Muhlenkamp AF, Brown N, Sands M (1985). Determinants of positive health activities of nursing clinic clients. Nursing Research, 34, 327-332.
- Nieswender M. E., (1980). cost effectiveness - making good 'cents' out of hearing conservation -, Occupational Health and Safety. March, 57-60.
- O'Donell M. (1986). Definition of health promotion. American Journal of Health Promotion, 1(1).
- Pender NJ (1982). Health promotion in nursing practice. New York, Appleton Century-Crofts.
- Pender NJ (1987). Health Promotion in Nursing Practice, ed 2, Norwalk, Conn, Appleton & Lange.
- Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. Nursing Research, 39, 326-332.
- Prohaska TR, Leventhal EA, Leventhal H (1985). Health practices and illness cognition in young, middle aged, and elderly adults. J Gerontol, 40,

569-578.

- Rogers B. (1994). Occupational Health Nursing: Concepts and Practice. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Rokowsk W (1987). Persistence of personal health practices over a 1-year period. Public Health Rep, 102, 483-493.
- Walker SN, Volkan K, Sechrist KR, Pender NJ (1988). Health-promoting lifestyles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. Advances in Nursing Science, 11, 76-90.
- Weitzel MH (1989). A test of the health promotion model with blue collar workers. Nursing Research, 38, 99-104.
- WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion.
- Williamson G. D., (1988). the year 2000-worksites health promotion -. AAOHN Journal, 30(6), 285-288.
- Willy JA, Comacho TC (1980). Life-style and future health: Evidence from the Alameda Country Study. Preventive Medicine, 9, 1-21.
- Wilson M. G., Edmunson J., Dejoy D., (1992). cost effectiveness of work - site cholesterol screening and intervention program. Journal of Occupational Medicine, 34(6), 642-649.

— Abstract —

Key concept : Health Promoting Lifestyles, Employees

Health Promoting Lifestyles of Korean Employees

Cho, Tong Ran* · Park, Eun Ok**

Introduction : In Korea, national attention to the workplace health promotion programs (HPP) for

* Associate Professor, Industrial Safety Training Institute, Korea Industrial Safety Corporation.

** Doctoral candidate, Graduate School of Public Health, Seoul National University.

employees began in early 1990s. Governmental supports for the HPP and education programs have given to the employees.

The purpose of this study is to find the performance degree of employees' health promoting lifestyle(HPL).

Subjects and Methods : For this study, 615 employees who attended governmental educations were selected as research samples.

The tool for measuring HPL used in this study was developed for Korean by In-Sook Park in 1995. It is composed of 4-point scaled 60 items and divided into 11 subcategories. The data were collected by self reporting questionnaires from June to December in 1997.

Those data were analyzed percentile, mean, standard deviation, ANOVA, t-test with SAS program.

Major findings are as follows:

1. The total mean score of the employees' HPL performance was 2.66. The average scores of 'harmonious relationships' category were the highest as 3.11, whereas the one of 'professional health maintenance' were the lowest as 2.02. The remains were 'sanitary life'(2.90), 'emotional support'(2.85), 'regular diet'(2.84), 'self achievement'(2.78), 'healthy diet'(2.56), 'rest and sleep'(2.56), 'exercise and activity'(2.54), 'diet control'(2.53), 'self-control'(2.52).
2. The factors affecting HLP were category of industries and sex, age, marital status, education level, major, educational experience of health promotion, among personal characteristics. The employees of service industries, female, older age, married, nurse, educated for health promotion, graduated from junior college performed HLP more than the others.
3. The participation rates of employees for HPP were 12.4%, because of limited time and facilities and equipments.

Recommendations :

1. The regulation for performing the health pro-

motion programs in the industries is essential for activating industrial health promoting movement.

2. More governmental supports for educations and services for health promotion programs in the industries are needed.
3. For behavioral changes of the employees, the contents of educations have to consist of exercise and activity, rest and sleep, diet and smoking habits.
4. The evaluating studies for ready made health promotion programs in the industries are expected.