

사업장 규모별 금연 및 절주 프로그램 공급 실태 및 수요

장혜정·장윤업

경희대학교 경영대학 의료경영학 전공

〈 목 차 〉

| | |
|-----------|----------|
| I. 서론 | V. 결론 |
| II. 연구방법 | 참고문헌 |
| III. 연구결과 | Abstract |
| IV. 고찰 | |

I. 서론

우리나라 노동부에서 수년간 근로자의 건강진단 결과를 분석한 자료에 따르면, 생활습관 변화 및 근로인구의 중·고령화와 함께 산업환경의 변화에 따른 직무 스트레스 요인 증가 등으로 작업 관련성 질환이 매년 증가하고 있는 추세이다. 2002년 건강진단을 실시한 사업장 근로자 중 15%가 이상 소견을 보인 것으로 나타났다, 특히 근로자들에게는 소화기 질환이 가장 많았다(노동부, 2003). 국내에서 근로자를 대상으로 한 연구에서도 근로자의 건강문제는 흔히 직업병과 산업재해로 표현되나 실제로는 일반적인 근로자 건강문제는 일반 국민과 마찬가지로 만성 퇴행성 질환이나 생활양식과 관련된 질

환의 비중이 압도적으로 높기 때문에 실질적인 근로자 건강증진 사업의 중요성을 강조한 바 있다(조동론과 전경자, 1993). 사업장에 근무하는 대부분의 근로자가 포함되는 20세 이상 성인에서 흡연율은 남성과 여성 각각 61.2%, 6.0%였는데(한국금연운동협의회, 2002), 특히 우리나라의 20세 이상 성인 남성의 흡연율은 세계 1위로 나타났다(WHO, 1999). 한편 음주의 경우에도 18세 이상 성인 남성과 여성의 음주율이 각각 94.6%, 80.7%로 매우 심각한 수준이다(한국음주문화연구센터, 2000). 따라서 사업장을 통한 금연 및 절주 프로그램의 확대실시가 필수적이라고 판단된다(보건복지위원회, 2002).

이와 같이 사업장 건강증진 사업은 매우 중요한데, 우리나라에서는 1986년 건강증진에 관한 오타와(Ottawa) 국제회의(The First Interna-

교신저자 : 장혜정

서울시 동대문구 회기동 1 경희대학교 경영대학 의료경영학전공
전화번호: 02-961-9432, E-mail: hjchang@khu.ac.kr

tional Conference on Health Promotion) 이후 이 사업의 중요성이 부각되면서 일부 대기업의 근로자들을 대상으로 시작되었다(대한산업보건협회, 1993). 이후 1996년에는 산업안전보건법상에 근로자 건강증진사업 관련 근거조항이 제정되었으며, 1997년에는 시행규칙을 마련하였고, 1998년에는 구체적인 시행지침을 제정하여 사업장 건강증진 운동을 실시하고 있다. 한국산업안전공단(1993)에서 전국의 648개 사업장을 대상으로 건강증진 활동실태를 조사한 결과에 의하면, 전체 사업장 중 66.2%에서 건강증진과 관련된 활동을 실시 혹은 지원하고 있었다. 이 비율은 업종별로는 제조업과 운수·창고업에서 가장 많았는데 한 가지 이상의 운동모임을 지원하는 사업장이 84.9%로 조사되었지만, 금연, 스트레스 관리, 영양지도, 여성건강관리를 위한 활동에 대한 지원은 매우 적은 것으로 나타나 문제점으로 지적되고 있었다. 또한, 사업장 규모별로도 건강증진 사업에 참여하는 인력이나 프로그램 면에서 차이를 보이는 문제점도 보였다(정영일 등, 1999).

한편, 외국에서는 사업장 건강증진 프로그램이 더욱 활성화 되어있다. 미국의 경우에는 1976년 국가보건정보와 건강증진법(The National Health Information and Health Promotion Act)을 제정한 이후 건강증진과 질병예방을 위한 국가 목표를 설정하였으며, 사업장에서의 건강증진 프로그램도 이 시기에 시작되어 체계적이고 대규모로 이루어지고 있다(Hollander 등, 1985). 직장 내 건강증진 프로그램은 1970년대 중반 이후에 급격히 증가하였는데, 1985년과 1992년에 실시한 사업장의 건강증진 활동에 관한 조사결과에 의하면 건강증진 활동을 최소한 한 가지라도 실시하고 있는 사업장

이 1985년 66%에 비해 1992년에는 81%로 증가하였다(Fielding과 Piserchia, 1993). 내용적인 측면에서도 1992년에 실시한 사업장 건강증진 사업은 1985년도에 비하여 사업이 다양해지고 증가되어, 재해·상해 예방사업, 금연운동, 약물 예방사업, 영양사업, AIDS 교육, 정신건강, 암교육, 비업무재해 및 산전교육 등의 순으로 실시되고 있는 것으로 조사되었다(ODPHP, 1992).

이와 같이 국·내외에서 사업장을 통한 건강증진 프로그램의 중요성이 꾸준히 강조되고 있다. 이러한 프로그램에 대한 효과도 입증되었는데, 사업장 프로그램은 근로자가 참여하기 편리하고 비용이 적게 들고 건강정보를 쉽게 얻을 수 있으며, 동료 근로자들이 서로 건강행위의 변화를 자극하도록 도와주고 있다. 또한, 회사가 근로자들의 건강행위를 강화하는 정책과 실천 방안을 채택하도록 편익을 제공하며, 이같은 프로그램은 기업의 문화나 풍토의 변화 및 근로자의 애사심과 이직률을 줄이는 효과가 있다고 보고된 바 있다(Jacobson 등, 1990). Foster 등(1985)의 연구에서도 보건교육 프로그램은 비교적 비용이 적게 들고 근로자에게 이익이 크고, 근로자의 건강증진으로 인해 사업주에게도 이득이 있다고 보고되었다. 국내에서는 최재욱(1999)의 연구에서 사업장 인구는 고정된 집단이며 프로그램을 수행하기 위한 접촉이 용이하며, 사회적·조직적인 특성으로 치료효과를 증대시킬 수 있으며, 건강증진 프로그램의 실시 후 결근율 감소, 의료비의 절감, 종업원 사기의 진작, 이환율의 감소 등과 같은 다양한 효과를 보고한 바 있다. 이러한 측면에서 종래의 의료기관 중심의 지역사회 활동과 연계된 사업장 중심의 건강증진 프로그램은 중요한 사업적 의의를 지니고 있다고 할 수 있다.

그런데, 이렇게 중요한 사업장 건강증진 프로그램이 적절한 공급전략체계를 갖추기 위해서는 사업장 공급자원의 실태를 면밀히 파악하고 있어야 하며, 더 나아가서는 건강증진에 대한 근로자들의 요구도를 이해하고 있어야 한다. 이를 위한 국내 연구로 사업장 건강증진의 기본적인 정의와 개념에 대한 연구, 건강증진 프로그램의 종류에 대한 조사 연구, 그리고 건강증진 프로그램의 요구도 조사 연구 등이 진행되었으나(이상숙 등, 1994; 유중선 등, 1996; 이지현, 1996), 종업원 복지에 대한 제도 및 지원체계가 상이한 사업장의 규모별 실태에 기초하여 프로그램 제공을 위한 전략을 도출하기 위한 근거자료로는 미흡하다.

이에 본 연구는 근로자 건강의 주요 위험요인인 흡연 및 음주에 대하여, 사업장 건강증진을 위한 프로그램의 자원과 프로그램의 제공체계를 구축하기 위한 현황 자료를 확보함을 목적으로 하였다. 구체적으로, 사업장에서 제공하는 금연 및 절주 프로그램에 대하여 공급자원 및 수요조사를 통하여 공급실태를 파악하고, 아울러 수요조사를 통한 향후 프로그램 제공의도를 근거로 각 사업장 건강증진 프로그램에 대한 수요를 추정하고자 하였다. 또한, 프로그램 제공에 있어서 장애요인을 조사하여 사업장 건강증진 사업의 활성화를 위한 전략을 도출하고자 하였다. 이를 통해 우리나라 근로자의 금연 및 절주를 위한 기초 자료를 마련하고, 근로자의 요구에 부응하는 사업장 건강증진 프로그램을 구축하는 데 기여할 수 있을 것으로 기대한다.

II. 연구방법

1. 연구자료

본 연구의 대상 사업장은 『전국 기업체 총람』(대한상공회의소, 2000)에 등록된 모든 제조업과 서비스업 중에서 종사자수가 50인 이상인 사업장 총 6,954개소이다. 이들 사업장을 사업장 규모별로 층화표본추출하기 위하여 종사자수를 기준으로 50~299인 사업장을 중규모 사업장으로, 300인 이상 사업장을 대규모 사업장으로 구분하였다. 소규모 사업장은 본 연구대상에서 제외시켰는데, 그 이유는 사전조사(pretest)에서 접근성이 낮을 뿐만 아니라, 대부분의 사업장에서 공식적인 건강증진 프로그램이 없는 것으로 판명되었기 때문이다.

2000년 현재 중규모 사업장은 6,131개소, 대규모 사업장은 823개소로 분리되었고, 각 규모별로 표본틀을 작성하였다. 사업장 규모별 표본틀에서 계통추출 하였는데, 중규모 사업장은 9.8%에 해당되는 600개소를, 그리고 대규모 사업장은 48.6%에 해당되는 400개소를 계통추출하였다.

2000년 5월 1일부터 6월 30일까지 2개월간 우편설문을 통하여 건강증진 프로그램에 대한 수급현황을 파악하기 위한 조사를 실시하였다. 표본 사업장 중 우편설문에 응답한 총 사업장수는 111개소로 응답률은 11.1%이었으며, 이 중 중규모 사업장 응답수는 61개소로 응답률은 10.2%, 대규모 사업장 응답수는 50개소로 응답률은 12.5%를 보였다.

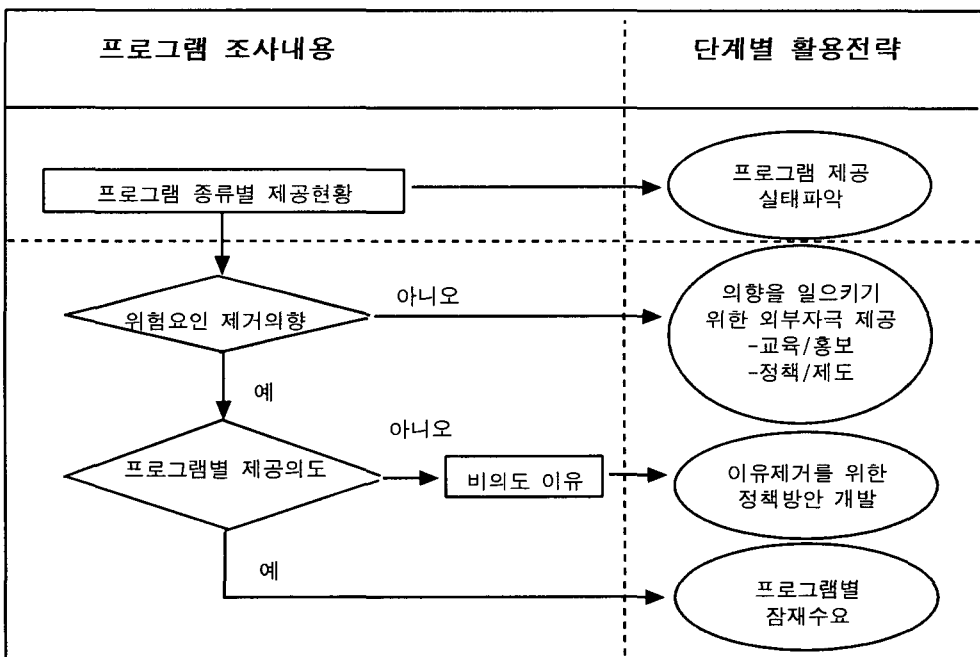
2. 조사방법

조사는 3단계로 이루어졌다(<그림 1> 참조). 우선 1단계에서는 건강관련 프로그램을 제공한 실적 및 공급자원 현황을 분석한 후, 2단계에서 건강위험요인을 사업장을 통하여 제거할 의향이 있는지를 파악하였다. 그리고 마지막 3단계에서 향후 프로그램을 제공할 의사가 있는지를 조사하였다.

구체적으로는 사업장의 공급자원으로 건강관리실과 건강상담원 인력보유 현황을 조사하였으며, 건강상담원은 의사, 간호사, 영양사로 구분하여 조사하였다. 프로그램 제공현황에서 프로그램의 종류는 기존 문헌에서 효과가 있다고 입증된 서비스 지원과 관련된 프로그램으로서 현재 사업장에서 실시하고 있는 프로그램을 선정하였다(장혜정 등, 2003; 장혜정 등, 2004). 구체

적으로 금연프로그램은 상담실(보건관리실)을 통한 개인상담, 사무실 및 공장 내 금연, 별도 흡연구역 설정, 외부강사 초청강의, 홍보활동(홍보물 게시, 교육 자료배부), 금연 동호회 활동지원, 금연보조용품 지원, 근무시간 중 사외 금연교실 참가지원, 금연결정자 사보게재, 금연수당 인센티브 지급의 10종의 프로그램을 조사하였으며, 절주프로그램은 상담실(보건관리실)을 통한 개인상담, 외부강사 초청강의, 홍보활동, 절주 동호회 활동지원, 근무시간 중 사외 절주교실 참가지원, 절주결정자 사보게재, 절주수당 인센티브 지급의 7종의 프로그램을 조사하였다.

이들 프로그램 종류별로 현재 공급하고 있는 현황을 파악하고 흡연과 음주 관련 건강위험요인을 제거할 의향이 있는지에 따라 제공 의향이 없는 경우의 장애요인을 조사하였으므로, 영역별로 프로그램 제공 유무에 따라서 조사 내용이



<그림 1> 사업장 공급자원 및 수요조사의 개념 틀

달라진다. 프로그램을 제공한 경험이 있는 경우, 제공실적, 비용 등 프로그램 제공 실태와 함께 향후 지속적인 제공의사를 조사하고, 프로그램을 제공한 경험이 없는 경우, 향후 제공의도를 조사하고, 만약 제공할 의도가 없을 경우 장애 요인을 조사내용으로 한다.

3. 분석방법

수집된 자료 또한 조사단계에 따라 다음 3단계로 분석하였다. 1단계에서는 응답기관의 공급 체계 현황을 파악하기 위하여 사업장의 보건관리실, 건강상담원 인력 및 상담현황을 파악하여 기술통계를 산출하였으며, 2단계에서는 건강증진 대상 영역별 프로그램 종류별로 최근 2년간 경험비율을 도출하였다. 마지막 3단계에서는 과거 2년간 영역별 이용경험이 없는 경우에 대하여 향후 2년간 제공 의향과 의향이 없는 이유를 파악하였다. 모든 단계에서 전체 현황을 파악함과 아울러 사업장의 규모별로 구분하여 통계를 산출하였고, 또한 카이제곱 검정법을 실시하여 사업장 규모별 차이에 대한 통계적인 유의성을 검정하였다. 이때 빈도수가 낮은 항이 많은 교차표의 경우에는 Fisher's Exact Test를 수행하

였다. 또한 전체 모집단을 대상으로 현재 프로그램을 제공하고 있는 사업장의 총 규모를 추정해보고 이들은 지속적으로 프로그램을 제공한다는 가정 하에, 향후 추가적으로 제공할 의도가 있는 사업장의 규모를 추정하여 잠재수요를 파악하였다. 이때 수요추정에는 포본틀에서 활용한 모집단인 중규모 사업장 6,131개소, 대규모 사업장 823개소를 활용하였다.

III. 연구결과

1. 사업장 규모별 자원 및 프로그램 공급 현황

사업장에서 보유한 건강관리실과 건강상담원 인력 현황을 사업장 규모별로 <표 1>에 제시하였는데, 응답사업장의 건강관리실 보유율은 사업장 규모별로 대규모 76.6%, 중규모 19.3%이었으며, 이 규모별 차이는 유의수준 1%에서 통계적으로 유의하였다. 또한, 건강상담원 인력은 중규모 사업장의 경우 영양사 34.4%, 간호사 32.8%, 의사가 13.1%로 영양사가 가장 높은 비율을 차지하였으나, 대규모 사업장의 경우 간호사 70.0%, 의사 28.0%, 영양사 28.0%로 간호사

<표 1> 보건관리실, 건강상담원 인력 및 상담 현황

| 구 분 | 사업장 규모별 보유율 및 프로그램 제공률(%) | | 사업장 규모별 차이검정 | |
|------------|---------------------------|------|----------------|----------------|
| | 중규모 | 대규모 | | |
| 건강관리실 | 19.3 | 76.6 | 33.4 (p<0.001) | |
| 건강 상담원 | 의사 | 13.1 | 28.0 | 3.8 (p=0.051) |
| | 간호사 | 32.8 | 70.0 | 15.2 (p<0.001) |
| | 영양사 | 34.4 | 28.0 | 15.5 (p<0.001) |
| 프로그램 제공 | 흡연예방 및 금연방법 | 26.2 | 66.0 | 17.6 (p<0.001) |
| | 음주예방 및 절주방법 | 22.9 | 46.0 | 14.2 (p<0.001) |

가 가장 높은 비율을 차지하였다. 이는 대규모 사업장이 중규모 사업장보다 건강상담원 인력의 보유율이 양적으로 높음을 나타낼 뿐만 아니라, 구성적인 측면에서도 대규모 사업장에서 간호사, 의사의 보유율이 높음을 보인 것이다. 이러한 사업장 규모별 건강상담원 인력의 보유율 차이는 유의수준 1% 하에서 통계적으로 유의하였다.

건강증진 프로그램의 제공 현황은 중규모의 경우 흡연예방 및 금연방법 26%, 음주예방 및 절주방법 22.9%의 비율로 나타났으며, 대규모의 경우 흡연예방 및 금연방법 66.0%, 음주예방 및 절주방법 46.0%로 중규모보다 대규모의 사업장에서 제공률이 높았다. 이러한 사업장 규모별 프로그램 제공률 차이 또한 각 프로그램별로 유의수준 1% 하에서 통계적으로 유의하였다.

2. 영역별 프로그램 제공 현황

1) 금연프로그램

사업장에서 제공되는 금연 프로그램별 최근

2년간 제공실적은 사업장 규모별로 <표 2>에 제시하였는데, 금연 프로그램의 제공률은 전반적으로 대규모 사업장이 높았다. 중규모의 경우 ‘별도 흡연구역 설정’ 84.8%, ‘사무실 및 공장 내 금연’ 82.5%, ‘홍보활동’ 54.2%, ‘상담실(보건관리실)을 통한 개인상담’ 19.6%, ‘외부강사 초청강의’ 17.9%, ‘금연결정자 사보게재’ 8.8%, ‘금연수당 인센티브 지급’ 3.5%, ‘금연 동호회 활동지원’ 3.5% ‘금연보조용품 지원’ 1.7%, ‘근무시간 중 사외 금연교실 참가지원’ 1.7% 순이었으며, 대규모의 경우 ‘별도 흡연구역 설정’ 91.1%, ‘홍보활동’ 88.9%, ‘사무실 및 공장 내 금연’ 88.6%, ‘상담실(보건관리실)을 통한 개인상담’ 77.3%, ‘외부강사 초청강의’ 42.2%, ‘근무시간 중 사외 금연교실 참가지원’ 15.9%, ‘금연결정자 사보게재’ 11.9%, ‘금연 동호회 활동지원’ 9.1%, ‘금연보조용품 지원’ 8.9%, ‘금연수당 인센티브 지급’ 0.0%의 순으로 나타났다. 중규모와 대규모의 사업장 모두 ‘흡연구역 설정’이 가장 높은 제공률을 보였다. 특히, 규모별 차이가 두드러진 프로그램으로는 ‘상담실을 통한 개인상담’이 중규모

<표 2> 금연프로그램 최근 2년간 제공 현황

| 프로그램 종류 | 프로그램 제공률(%) | | 사업장 규모별 차이 검정 $\chi^2(p\text{-value})$ |
|---------------------|-------------|----------|---|
| | 중규모 | 대규모 | |
| 상담실(보건관리실)을 통한 개인상담 | 12(19.6) | 39(77.3) | 33.1 (p<0.001) |
| 사무실 및 공장내 금연 | 50(82.5) | 44(88.6) | 0.8 (p=0.371) |
| 별도 흡연구역 설정 | 52(84.8) | 46(91.1) | 0.9 (p=0.343) |
| 외부강사 초청강의 | 11(17.9) | 21(42.2) | 7.2 (p=0.007) |
| 홍보활동 | 33(54.2) | 44(88.9) | 14.4 (p<0.001) |
| 금연 동호회 활동지원 | 2(3.5) | 5(9.1) | 1.4 (p=0.237) |
| 금연보조용품 지원 | 1(1.7) | 4(8.9) | 2.8 (p=0.094) |
| 근무시간 중 사외 금연교실 참가지원 | 1(1.7) | 8(15.9) | 7.0 (p=0.008) |
| 금연결정자 사보게재 | 5(8.8) | 6(11.9) | 0.3 (p=0.584) |
| 금연수당 인센티브 지급 | 2(3.5) | 0(0.0) | 1.5 (p=0.221) |

와 대규모 사업장 각각 19.6%와 77.3%, ‘외부강사 초청강의’가 17.9%와 42.2%, ‘홍보활동’이 54.2%와 88.9%, ‘근무시간 중 사외 금연교실 참가지원’은 1.7%와 15.9%으로 이들 4종 금연프로그램은 사업장 규모별 차이에 따라 제공률이 유의수준 1%하에서 통계적으로 유의하였다.

2) 절주프로그램

사업장에서 제공되는 절주 프로그램별 최근 2년간 제공실적은 사업장 규모별로 <표 3>에 제시하였다. 절주 프로그램의 규모별 제공률 역시 전반적으로 대규모 사업장이 높았다. 중규모의 경우 ‘홍보활동’ 32.1%, ‘별도 상담실을 통한 개인상담’ 15.7%, ‘절주결정자 사보게재’ 7.6%, ‘외부강사 초청강의’ 5.9%, ‘절주 동호회 활동지원’ 3.7%, ‘근무시간 중 사회 절주교실 참가지원’ 1.9%, ‘절주수당 인센티브 지급’ 1.9% 순이었으며, 대규모의 경우 ‘홍보활동’ 68.6%, ‘상담실을 통한 개인상담’ 64.9%, ‘외부강사 초청강의’ 24.2%, ‘절주 동호회 활동지원’ 9.1%, ‘근무시간 중 사회 절주교실 참가지원’ 9.1%, ‘절주결정자 사보게재’ 3.2%, ‘절주수당 인센티브 지급’ 0.0%의 순으로 중규모와 대규모의 사업장 모두 ‘홍

보활동’이 가장 높은 제공률을 보였다. 특히, 사업장 규모별 차이가 두드러진 프로그램으로는 ‘상담실을 통한 개인상담’이 각각 15.7%와 64.9%, ‘외부강사 초청강의’가 5.9%와 24.2%, ‘홍보활동’이 32.1%와 68.6%로 이들 3종 절주프로그램은 사업장 규모별로 제공률 차이가 유의수준 1%에서 통계적으로 유의하였다.

3. 향후 프로그램 제공 의도

1) 금연프로그램

최근 2년간 금연프로그램 제공경험이 없는 사업장을 대상으로, 향후 2년 이내 제공의도를 조사하였고, 더 나아가서 의도가 없을 경우의 장애요인을 조사한 결과, 각 프로그램별 제공의도를 갖고있는 비율은 사업장 규모별로, 그리고 프로그램에 따라 큰 차이를 보였다(<표 4> 참조). 중규모의 경우 ‘별도 흡연구역 설정’ 50.0%, ‘상담실을 통한 개인상담’ 43.2%, ‘홍보활동’ 35.0%, ‘금연 동호회 활동지원’ 20.0%, ‘금연결정자 사보게재’ 16.7%, ‘금연보조용품 지원’ 14.6%, ‘외부강사 초청강의’ 13.9%, ‘사무실 및 공장내 금연’ 12.5%, ‘근무시간 중 사외 금연교실 참가지원’ 9.8%, ‘금연수당 인센티브 지급’

<표 3> 절주프로그램 최근 2년간 제공 현황

| 프로그램 종류 | 프로그램 제공률(%) | | 사업장 규모별 차이 검정 x ² (p-value) |
|---------------------|-------------|----------|---|
| | 중규모 | 대규모 | |
| 상담실(보건관리실)을 통한 개인상담 | 10(15.7) | 32(64.9) | 22.4 (p<0.001) |
| 외부강사 초청강의 | 4(5.9) | 12(24.2) | 5.9 (p=0.015) |
| 홍보활동 | 20(32.1) | 34(68.6) | 11.3 (p<0.001) |
| 절주 동호회 활동지원 | 2(3.7) | 5(9.1) | 1.1 (p=0.294) |
| 근무시간중 사외 절주교실 참가지원 | 1(1.9) | 5(9.1) | 2.4 (p=0.121) |
| 절주결정자 사보게재 | 5(7.6) | 2(3.2) | 0.7 (p=0.403) |
| 절주수당 인센티브 지급 | 1(1.9) | 0(0.0) | 0.6 (p=0.439) |

10.3%의 순으로 나타나, 별도 흡연구역 설정의 제공의도율이 가장 높았다. 한편, 대규모의 경우에는 ‘홍보활동’과 ‘외부강사 초청강의’가 각각 60.0%, 50.0%로 높은 제공의도율을 보였으며, 다음으로 ‘금연결정자 사보게재’ 34.6%, ‘금연동호회 활동지원’ 28.6%, ‘금연보조용품 지원’ 27.6%, ‘상담실을 통한 개인상담’ 22.2%, ‘금연수당 인센티브 지급’ 14.8%, ‘근무시간 중 사외 금연교실 참가지원’ 11.5%의 순으로 나타났다. 특히, ‘외부강사 초청강의’의 경우 향후 금연프로그램의 제공의도에 대하여 사업장의 규모별 차이가 유의수준 1%에서 통계적으로 유의하였다.

주 장애요인으로는 ‘효과 없음’과 ‘이용실적 저조’, ‘비용부담’으로 나타났으며 프로그램의 종류에 따라 ‘시간확보 곤란’, ‘흡연자 반대’에 대한 응답도 있었다. 장애요인 중 ‘효과 없음’을 중요한 요인으로 응답한 프로그램은 ‘별도 흡연구역 설정’ 62.5%, ‘사무실 및 공장 내 금연’ 54.6%,

‘홍보활동’ 46.7%로 많은 비율을 차지하였으며, ‘비용부담’을 중요한 장애요인으로 응답한 프로그램은 ‘금연수당 인센티브 지급’ 45.8%, ‘금연보조용품 지원’ 45.3%, ‘금연동호회 활동지원’ 29.4%, ‘외부강사 초청강의’ 28.0%로 나타났다. 그리고 ‘시간확보 곤란’을 중요한 요인으로 응답한 프로그램은 ‘근무시간 중 사외 금연교실’ 55.4%, ‘외부강사 초청강의’ 30.3%로 나타났다.

2) 절주프로그램

최근 2년간 절주프로그램별로 제공경험이 없는 사업장을 대상으로 향후 2년 이내 제공의도를 조사하였고, 더 나아가서 의도가 없을 경우의 장애요인을 조사한 결과, 각 프로그램별 제공의도가 있는 비율은 금연프로그램에서와 마찬가지로 프로그램에 따라 규모별 차이를 보였다(<표 5> 참조). 중규모의 경우 ‘상담실을 통한 개인상담’ 38.9%, ‘홍보활동’ 37.5%, ‘절주

<표 4> 향후 금연프로그램 제공의도

| 프로그램 종류 | 향후 2년간 프로그램 제공의도율(%) | | 사업장 규모별 차이검정 $\chi^2(p\text{-value})$ | 의도가 없는 이유(%) | | | | | |
|---------------------|----------------------|----------|---------------------------------------|--------------|---------|-------|---------|--------|------|
| | 중규모 | 대규모 | | 효과 없음 | 이용실 적저조 | 비용 부담 | 시간확 보곤란 | 흡연자 반대 | 기타 |
| 상담실(보건관리실)을 통한 개인상담 | 26(43.2) | 11(22.2) | 1.3 (p=0.254) | 36.3 | 21.2 | 18.2 | 15.2 | 6.0 | 18.2 |
| 사무실 및 공장내 금연 | 8(12.5) | 0(0.0) | 0.4 (p=0.527) | 54.6 | 18.2 | 9.1 | 0.0 | 36.4 | 0.0 |
| 별도 흡연구역 설정 | 31(50.0) | 0(0.0) | 2.3 (p=0.129) | 62.5 | 12.5 | 0.0 | 0.0 | 12.5 | 12.5 |
| 외부강사 초청강의 | 8(13.9) | 25(50.0) | 7.7 (p=0.006) | 28.0 | 23.3 | 28.0 | 30.3 | 0.0 | 7.0 |
| 홍보활동 | 21(35.0) | 30(60.0) | 1.0 (p=0.317) | 46.7 | 33.3 | 26.7 | 13.3 | 0.0 | 6.7 |
| 금연 동호회 활동지원 | 12(20.0) | 14(28.6) | 0.7 (p=0.403) | 33.3 | 27.5 | 29.4 | 9.5 | 3.9 | 11.8 |
| 금연보조용품 지원 | 9(14.6) | 13(27.6) | 1.8 (p=0.180) | 30.2 | 24.5 | 45.3 | 3.8 | 1.9 | 9.4 |
| 근무시간중 사외 금연교실 참가지원 | 6(9.8) | 6(11.5) | 0.1 (p=0.752) | 21.4 | 21.4 | 7.2 | 55.4 | 1.8 | 7.2 |
| 금연결정자 사보게재 | 10(16.7) | 17(34.6) | 2.7 (p=0.100) | 38.6 | 22.7 | 9.0 | 2.3 | 18.2 | 20.5 |
| 금연수당 인센티브 지급 | 6(10.3) | 7(14.8) | 0.3 (p=0.584) | 33.9 | 11.9 | 45.8 | 3.4 | 5.1 | 11.9 |

동호회 활동지원' 23.7%, '절주결정자 사보게재' 21.1%, '외부강사 초청강의' 17.5%, '절주수당 인센티브 지급' 12.8% '근무시간 중 사외 절주교실 참가지원' 10.3%의 순으로 나타나 '상담실을 통한 개인상담'의 제공의도율이 가장 높았다. 대규모의 경우에는 '홍보활동' 71.4%, '상담실을 통한 개인상담' 42.9%, '절주결정자 사보게재' 38.5%, '외부강사 초청강의' 39.1%, '절주 동호회 활동지원' 21.7%, '근무시간 중 사외 절주교실 참가지원' 12.5%, '절주수당 인센티브 지급' 12.5%의 순으로 나타나 '홍보활동'의 제공의도율이 가장 높았다. 특히, '홍보활동'의 경우 향후 절주프로그램의 제공의도에 대하여 응답한 사업장의 규모별 차이가 유의수준 5%에서 통계적으로 유의하였다.

주 장애요인으로서는 '효과 없음'과 '이용실적 저조', '비용부담'으로 나타났으며 프로그램의 종류에 따라 '시간확보 곤란', '음주자 반대'에 대한 응답도 있었다. 장애요인 중 '효과 없음'을 중요한 요인으로 응답한 프로그램은 '홍보활동'

50.1%, '외부강사 초청강의' 38.6%, '상담실을 통한 개인상담' 37.9%의 비율을 보였으며, '비용부담'을 중요한 장애요인으로 응답한 프로그램은 '절주수당 인센티브 지급' 50.9%, '외부강사 초청강의' 29.5%로 나타났다. 그리고 '시간확보 곤란'을 중요한 요인으로 응답한 프로그램은 '근무시간 중 사외 절주교실 참가지원' 51.9%, '외부강사 초청강의' 27.3%로 나타났다.

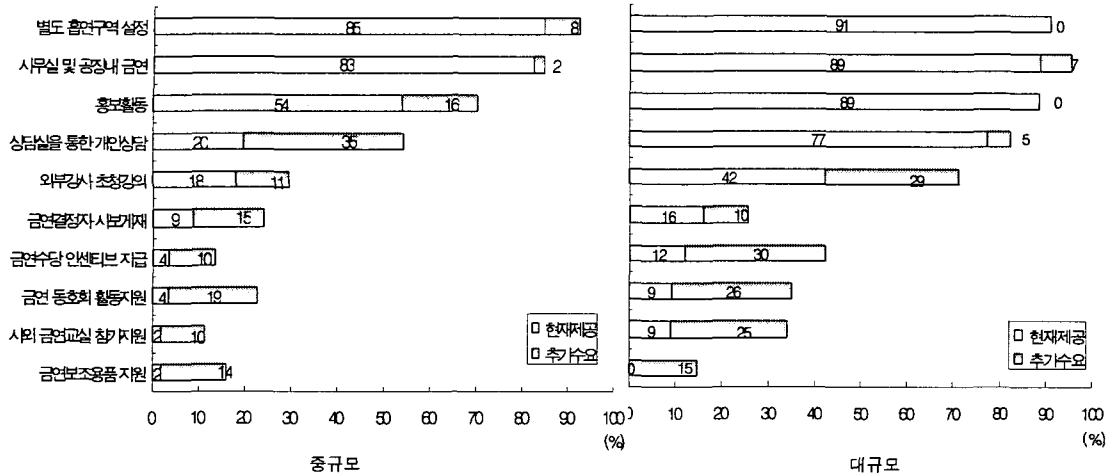
4. 수요 추정

1) 금연프로그램

본 연구의 조사결과를 활용하여 금연프로그램의 현재 제공 사업장 및 향후 추가수요 사업장의 구성비를 <그림 2>에 제시하였다. 이 구성비를 기초로 프로그램을 실시하는 실제 사업장 규모 그리고 향후 실시할 가능성이 있는 잠재적인 규모를 파악하기 위해서 모집단 사업장수에 구성비를 적용하였다. 그 결과, 중규모 사업장의 경우 현재 제공되고 있는 프로그램은

<표 5> 향후 절주프로그램 제공의도

| 프로그램 종류 | 향후 2년간 프로그램 제공의도율(%) | | 사업장 규모별 차이검정 $\chi^2(p\text{-value})$ | 의도가 없는 이유(%) | | | | | |
|---------------------|----------------------|----------|---------------------------------------|--------------|---------|-------|---------|--------|------|
| | 중규모 | 대규모 | | 효과 없음 | 이용실 적저조 | 비용 부담 | 시간확 보곤란 | 음주자 반대 | 기타 |
| 상담실(보건관리실)을 통한 개인상담 | 24(38.9) | 21(42.9) | 0.07 (p=0.797) | 37.9 | 31.0 | 17.2 | 17.2 | 6.7 | 10.3 |
| 외부강사 초청강의 | 11(17.5) | 20(39.1) | 3.6 (p=0.058) | 38.6 | 22.7 | 29.5 | 27.3 | 4.6 | 6.8 |
| 홍보활동 | 23(37.5) | 36(71.4) | 4.5 (p=0.034) | 50.1 | 25.1 | 25.1 | 8.4 | 4.2 | 8.4 |
| 절주 동호회 활동지원 | 14(23.7) | 11(21.7) | 0.03 (p=0.861) | 28.3 | 32.6 | 25.1 | 8.4 | 4.2 | 8.4 |
| 근무시간중 사외 절주교실 참가지원 | 6(10.3) | 6(12.5) | 0.1 (p=0.783) | 27.8 | 25.9 | 7.5 | 51.9 | 3.8 | 5.6 |
| 절주결정자 사보게재 | 13(21.1) | 19(38.5) | 2.3 (p=0.128) | 37.7 | 26.7 | 11.1 | 2.2 | 17.8 | 15.5 |
| 절주수당 인센티브 지급 | 8(12.8) | 6(12.5) | 0.00 (p=0.970) | 34.0 | 13.2 | 50.9 | 3.8 | 5.7 | 9.4 |



<그림 2> 금연프로그램의 제공 사업장 및 추가 수요 사업장 구성비

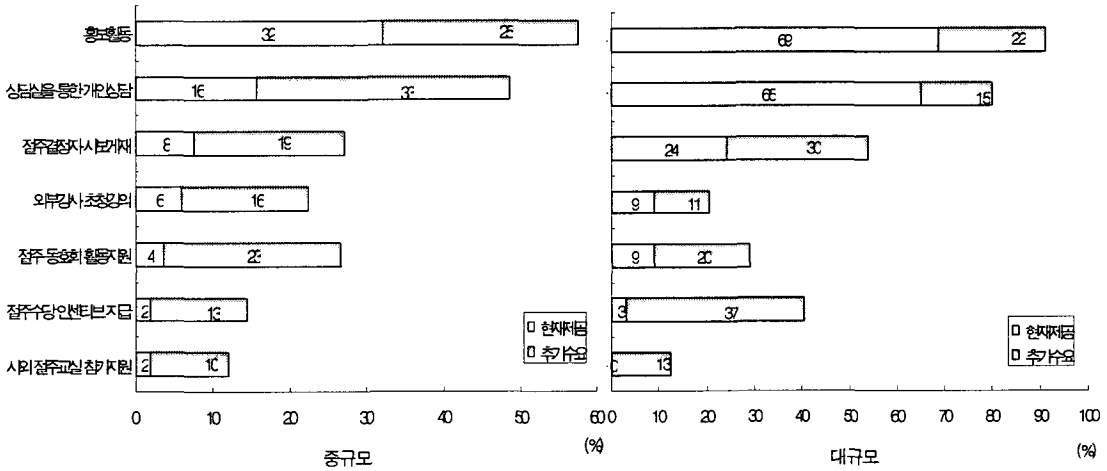
‘별도 흡연구역 설정’이 5,199개소에서 제공되고 있는 것으로 추정되며, 다음으로 ‘사무실 및 공장 내 금연’ 5,058개소, ‘홍보활동’ 3,323개소로 높은 제공 사업장수를 보였다. 그 밖에도 ‘상담실을 통한 개인상담’, ‘외부강사 초청강의’, ‘금연결정자 사보게재’, ‘금연 동호회 활동지원’, ‘금연수단 인센티브 지급’의 순으로 제공되고 있었다. 또한, 프로그램별 추정된 추가수요 사업장 수는 ‘상담실을 통한 개인상담’이 2,129개소, ‘금연 동호회 활동지원’ 1,183개소, ‘홍보활동’ 983개소로 높은 추가수요를 보였다. 한편, ‘별도 흡연구역 설정’과 ‘사무실 및 공장 내 금연’은 현재 제공 사업장수는 많으나 향후 추가수요가 낮은 프로그램으로서, 각각 466개소와 134개소의 낮은 추가수요를 보이고 있다.

한편, 대규모 사업장의 경우 현재 제공되고 있는 프로그램은 ‘별도 흡연구역 설정’이 750개소로 가장 많은 사업장에서 제공되고 있는 것으로 추정되었으며, 다음으로 ‘홍보활동’은 732개소, ‘사무실 및 공장 내 금연’은 729개소의 사업

장에서 제공되는 것으로 추정되었다. 그 밖에도 ‘상담실을 통한 개인상담’, ‘외부강사 초청강의’, ‘사외 금연교실 참가지원’, ‘금연결정자 사보게재’, ‘금연 동호회 활동지원’의 순으로 제공되고 있었다. 또한, 프로그램별 추정된 추가수요 사업장 수는 ‘금연결정자 사보게재’ 251개소, ‘외부강사 초청강의’ 238개소, ‘금연 동호회 활동지원’ 214개소로 높은 추가수요를 보였으며, 현재 제공 사업장수는 많으나 추가수요가 낮은 프로그램으로는 ‘홍보활동’ 55개소, ‘상담실을 통한 개인상담’ 41개소이고, ‘별도 흡연구역 설정’과 ‘사무실 및 공장 내 금연’은 추가수요가 없는 것으로 나타났다.

2) 절주프로그램

금연프로그램에서와 마찬가지로 절주프로그램에 대해서도 현재 사업장에서 제공하고 있는 사업장 및 추가수요 사업장의 구성비를 <그림 3>에 제시하였으며, 프로그램을 실시하는 사업장 규모 및 실시할 가능성이 있는 잠재적인 규



<그림 3> 절주프로그램의 제공 사업장 및 추가 수요 사업장 구성비

모를 금연프로그램과 동일한 방법으로 추정하였다. 그 결과, 중규모 사업장의 경우, 현재 제공되고 있는 프로그램은 ‘홍보활동’ 1,968개소, ‘상담실을 통한 개인상담’ 963개소로 높은 제공 사업장수가 추정되었으며, 그 밖에도 ‘절주결정자 사보게재’, ‘외부강사 초청강의’, ‘절주 동호회 활동지원’, ‘사의 절주교실 참가지원’, ‘절주수당 인센티브 지급’의 순으로 제공되고 있었다. 그러나, 프로그램별 추정된 추가수요는 ‘상담실을 통한 개인상담’ 2,011개소, ‘홍보활동’ 1,561개소, ‘절주 동호회 활동 지원’ 1,399개소의 순으로 ‘상담실을 통한 개인상담’의 수요가 가장 많이 증가할 것으로 예상된다.

대규모 사업장의 경우, 현재 제공되고 있는 프로그램은 ‘홍보활동’ 565개소, ‘상담실을 통한 개인상담’ 534개소로 높은 제공 사업장수가 추정되었다. 그 밖에도 ‘외부강사 초청강의’, ‘절주 동호회 활동지원’, ‘사의 절주교실 참가지원’, ‘절주결정자 사보게재’, ‘절주수당 인센티브 지급’의 순으로 제공되고 있었다. 그러나 프로그램별 추

정된 추가수요는 ‘절주결정자 사보게재’ 307개소, ‘외부강사 초청강의’ 244개소, ‘홍보활동’ 185개소, ‘절주 동호회 활동 지원’ 162개소 등의 순으로 ‘절주결정자 사보게재’의 수요가 가장 많이 증가할 것으로 예상된다.

IV. 고 찰

본 연구의 조사결과 대부분의 대규모 사업장에서 건강관리실을 보유하고 있었으나, 중규모 사업장의 경우 건강관리실 보유율이 상대적으로 낮게 나타났다. 또한 건강상담원 인력의 경우에도 대규모 사업장에 비하여 중규모 사업장은 매우 낮게 나타났고, 금연 및 절주 프로그램의 경우에도 대규모 사업장에 비해 중규모 사업장이 상대적으로 제공률이 낮게 나타나, 중규모 사업장의 건강상담을 위한 공급자원 및 제공 프로그램이 부족함을 알 수 있었다. 이는 사업장 건강증진 사업의 현황에 대하여 조사한 다른 연

구결과와도 일관성이 있다. 정영일 등(1999)의 연구에서는 대기업형에만 의료담당이 있고 중소기업에는 없으며, 중소기업에도 필요에 따라 의무실과 건강증진을 위한 인력 확충의 필요성을 지적하고 있다.

금연 및 절주 프로그램의 현재 제공률과 향후 제공의도율을 사업장 규모별로 순위에 따라 비교한 결과, <표 6>과 같이 프로그램의 현재 제공률 및 제공의도율은 사업장 규모별 및 프로그램별로 서로 다른 양상을 보였다. 전반적 특징을 살펴보면, 금연 및 절주 프로그램의 현재 제공 비율이 높을수록 사업장이 상대적으로 낮은

비용과 노력으로 실시할 수 있는 소극적인 프로그램이며, 비율이 낮을수록 상대적으로 높은 비용과 지속적인 노력이 투입되어야 실시할 수 있는 적극적인 프로그램이라는 것을 알 수 있다. 예컨대, 현재 제공되고 있는 우선순위가 높은 금연 프로그램은 중규모와 대규모 모두 '별도 흡연구역 설정', '사무실 및 공장 내 금연', '홍보활동'으로 사업장 내에서 상대적으로 부담 없이 실시할 수 있는 프로그램들이며, 절주 프로그램의 경우에도 중규모와 대규모 모두 주로 '홍보활동', '상담실을 통한 개인상담'이 높은 순위에 있음을 알 수 있다. 그러나 대규모 사업장의 경

<표 6> 건강증진 프로그램의 제공률과 향후 제공의도율의 사업장 규모별 순위 비교

| 영역 | 현재 제공 현황 | | | 향후 제공 의도 | | |
|----|--------------|-----|-----------|--------------|-----|-----|
| | 프로그램 | 중규모 | 대규모 | 프로그램 | 중규모 | 대규모 |
| 금연 | 별도 흡연구역 설정 | 1 | 1 | 별도 흡연구역 설정 | 1 | 10 |
| | 사무실 및 공장내 금연 | 2 | 3 | 상담실을 통한 개인상담 | 2 | 6 |
| | 홍보활동 | 3 | 2 | 홍보활동 | 3 | 1 |
| | 상담실을 통한 개인상담 | 4 | 4 | 금연 동호회 활동지원 | 4 | 4 |
| | 외부강사 초청강의 | 5 | 5 | 금연 결정자 사보게재 | 5 | 3 |
| | 금연 결정자 사보게재 | 6 | 7 | 금연보조용품지원 | 6 | 5 |
| | 금연 동호회 활동지원 | 7 | 8 | 외부강사 초청강의 | 7 | 2 |
| | 금연수당 인센티브 지급 | 8 | 10 | 사무실 및 공장내 금연 | 8 | 9 |
| | 금연보조용품지원 | 9 | 9 | 금연수당 인센티브 지급 | 9 | 7 |
| | 근무시간중 사외 | 10 | 6 | 근무시간중 사외 | 10 | 8 |
| | 금연교실 참가지원 | | | 금연교실 참가지원 | | |
| 절주 | 홍보활동 | 1 | 1 | 상담실을 통한 개인상담 | 1 | 2 |
| | 상담실을 통한 개인상담 | 2 | 2 | 홍보활동 | 2 | 1 |
| | 절주결정자 사보게재 | 3 | 6 | 절주 동호회 활동지원 | 3 | 5 |
| | 외부강사 초청강의 | 4 | 3 | 절주결정자 사보게재 | 4 | 4 |
| | 절주 동호회 활동지원 | 5 | 4 | 외부강사 초청강의 | 5 | 3 |
| | 근무시간중 사외 | 6 | 5 | 절주수당 인센티브 지급 | 6 | 7 |
| | 절주교실 참가지원 | | | | | |
| | 절주수당 인센티브 지급 | 7 | 7 | 근무시간중 사외 | 7 | 6 |
| | | | 절주교실 참가지원 | | | |

우 향후 제공의도가 있는 프로그램으로 '외부강사 초청강의'도 높은 비율로 나타나 중규모 사업장에 비해 상대적으로 대규모 사업장이 적극적으로 프로그램을 실시할 의향이 있는 것을 알 수 있다. 이는 중규모 사업장의 경우 자체적인 기반 및 여력의 부족으로 외부의 지원이 필요함을 시사한다고 할 수 있다.

구체적으로, 금연 프로그램의 현재 제공률과 향후 제공의도율을 비교해 보면, 중규모 사업장의 경우 '금연동호회 활동 지원'과 '금연보조용품 지원'은 현재 제공률은 낮으나 향후 제공의도율이 높은 것으로 나타났으며, '사무실 및 공장 내 금연', '외부강사 초청강의'는 현재 제공률에 비하여 향후 제공의도율이 낮은 것으로 나타났다. 대규모 사업장의 경우 '외부강사 초청강의', '금연 결정자 사보게재', '금연 동호회 활동 지원', '금연보조용품지원'은 현재 제공률에 비하여 향후 제공의도율이 높은 것으로 나타났으며, '별도 흡연구역 설정', '사무실 및 공장 내 금연'은 현재 제공률에 비하여 향후 제공의도율이 낮은 것으로 나타났다. 중규모와 대규모 사업장 모두 향후 프로그램을 제공할 의향이 없는 이유로 효과가 없거나 비용에 대한 부담이라고 응답한 경우가 많았는데, 특히 중규모 사업장의 경우에는 비용적인 부담이 있는 프로그램은 향후에도 제공할 의향이 적은 것으로 나타나 재정적인 지원이 필요한 것으로 판단된다. 이와 같은 문제에 대해서는 최재욱(1999)의 연구에서도 언급되었는데, 건강증진 사업의 재정원이 전적으로 사업주에게 의존하고 있으며 공공부문의 역할이 미약하다고 지적하였다.

절주 프로그램의 현재 제공률과 향후 제공의도율에서는 중규모 사업장의 경우 '절주 동호회 활동지원'은 현재 제공률은 낮으나 향후 제공의

도율이 높은 것으로 나타났으며, 대규모 사업장의 경우에는 '절주결정자 사보게재'가 현재 제공률은 낮으나 향후 제공의도율이 높은 것으로 나타났다. 절주 프로그램의 경우에도 대규모 사업장에 비하여 중규모 사업장에서는 비용적인 부담이 있는 프로그램은 향후에도 제공할 의향이 적은 것으로 나타나, 중규모 사업장의 적극적인 재정적 지원과 효과적인 프로그램을 위한 제도적 뒷받침이 필요할 것으로 판단된다.

이렇게 국내 중규모 사업장의 건강증진 사업이 취약한 원인에는 국내 정책 및 제도의 미흡함도 한 역할을 한다. 예컨대, 국내에서 사업장 건강증진을 위해 노동부와 한국산업안전공단의 지원 및 지도하에 사업장별로 건강증진 시범사업장을 선정하여 시범 사업이 실시되고 있으나, 이는 일부 대기업을 중심으로 진행되고 있는 실정이다(한국산업안전공단, 1996). 이에 비해, 미국의 경우 흡연 및 음주에 대해 상담하는 일차의료(Primary Care) 공급자의 비율을 75%이상으로 증가시켰으며, 엄격히 흡연을 금지하는 작업자의 비율을 75%이상으로 증가시켰다(US DHHS, 1998). 또한, 영국도 금연서비스에 대한 국가적 정보망 개발을 위해 2000년 1월에 NHS는 1600만 파운드의 예산을 배정하였으며, 50명 이상의 사업장의 60% 이상에 음주정책의 채택을 확장하였다(US DHHS, 1990).

향후 금연 및 절주 프로그램을 제공할 의도가 없는 이유 중에 효과가 없을 것이라고 응답한 경우가 가장 높은 비율을 차지하였는데, 이는 금연 및 절주 프로그램의 효과에 대하여 입증된 과학적 근거가 증명되고 교육되어야 함을 의미한다. 한편, 프로그램의 효과가 낮은 이유로는 사업장이 의료기관이 아니기 때문에 보건학적 체계적 접근 방법이 취약하기 때문이라고 판단

된다. 정영일 등(1999)의 연구 결과에서도, 산업장의 건강증진 사업은 보건소와 연계하여 추진하는 것이 효율적이라고 하여, 비효과적인 프로그램의 개선방안을 제시하고 있다. 따라서 사업장과 보건소 그리고 지역사회를 연계할 수 있는 협조체제를 구축할 수 있는 방안을 마련해야 할 것이다.

한편, 본 연구는 우편설문조사방법을 택함에 따라 응답한 사업장이 전체적으로 약 11%에 그치는 낮은 응답률을 보였다. 이는 Jackson(2003)에서 제시한 일반적인 우편설문조사의 응답률 13~14%, 혹은 Tourangeau 등(2002)에서 제시한 계절별 응답률 13~18%에 약간 못 미치는 정도이다. 본 연구에서와 같이 낮은 응답률은 응답 표본 사업장에 대한 선택편향(selection bias)이 발생할 수 있다는 제한점이 있다. 즉, 금연과 절주 프로그램을 잘 실행하고 있는 사업장에서의 응답률이 실행이 미비한 사업장에서의 응답률보다 높음으로 인하여, 응답하지 않은 사업장이 무시할 수 없는 결측치(nonignorable missing value)일 수 있다는 것이다. 이러한 경우 본 연구에서의 금연 및 절주 프로그램의 제공률 및 제공의도를 추정량이 실제 무작위 표본의 추정량보다 과대 편향(over-biased)될 수 있다(Little and Rubin, 1987). 따라서 최근에는 우편설문보다 응답률이 높은 전화설문 혹은 인터넷 조사 등의 대안이 논의되기도 하며, 각각의 방법들의 응답률을 높이기 위한 다양한 전략들을 개발하고 있다. 본 연구와 같은 조사연구에서는 더욱 적극적인 노력으로 응답률을 높이거나, 아니면 이미 조사된 편향된 추정량을 보정하기 위해서 향후 응답하지 않은 사업장을 추가적으로 조사할 필요가 있을 것이다.

V. 결 론

사업장의 금연 및 절주 프로그램은 근로자들의 건강을 관리하는 보건관리의 일환으로 추진되는 것으로, 향후 전체 국민의 건강증진을 위해서 중요하다. 또한, 사업장 건강증진은 그 대상이 구체적이고 한정적이기 때문에 참가율이 높고 효율적이며 노동력의 교체율이 적으므로 중장기 활동에 적합하고, 참여근로자의 건강이득 뿐만 아니라 기업에도 결근을 감소, 의료비 절감, 사기의 고취, 이환을 감소, 후생복지를 위한 기업의 이미지 향상 등의 이익을 줄 수 있다고 하여 중요성이 확대되고 있다(O'Donnell, 1994).

이에 본 연구에서는 사업장의 건강증진 프로그램의 수요에 적합한 공급체제를 갖추기 위한 기초자료를 마련하고자, 사업장의 공급자원인 인력 및 프로그램의 종류 및 현황을 조사하였다. 구체적으로, 건강증진 프로그램 중 금연, 절주 영역에서의 프로그램 제공현황 분석, 위험요인 제거의향 파악 및 향후 프로그램 제공의도 조사의 3단계로 조사를 설계하였고, 중규모 및 대규모 사업장 111개소로부터의 응답한 자료를 분석하여 다음과 같은 결론을 도출하였다.

첫째, 균형 있는 건강증진 프로그램을 제공하기 위해서는 중규모 사업장의 인력과 프로그램의 확충이 요구된다. 본 연구의 조사결과 대규모 사업장에서는 대부분 건강관리실을 보유하고 있었으나, 중규모 사업장의 경우 건강관리실 보유율이 상대적으로 매우 낮게 나타났다. 또한 건강상담원의 인력의 경우에도 대규모 사업장은 간호사 보유비율이 높은 반면, 중규모 사업장은 매우 낮게 나타나 공급자원의 확충을 위한

정책적인 방안이 마련되어야 할 것이다.

둘째, 사업장의 건강증진 프로그램의 공공부문의 재정적인 지원이 필요하다. 현재 제공되고 있는 프로그램의 대부분은 상대적으로 효과가 낮고 재정적인 투자가 적게 요구되는 소극적인 프로그램이 대부분이었다. 이러한 소극적인 프로그램 중심으로 제공되고 있는 양상은 지원이 부족하거나, 비용적 부담으로 인하여 제공하지 못하고 있는 경우가 대부분이므로, 추가적으로 필요한 자원 및 비용에 대해서 정부 혹은 공공단체에서 직접 및 간접적으로 지원하는 방향도 고려해야 할 것이다.

마지막으로, 현재 홍보물 게시, 교육자료 배부 등의 프로그램은 제공 경험률이 높으나 이는 대규모 사업장을 중심으로 이루어지고 있으므로 중규모 사업장의 홍보활동을 확대하여 실시하여야 하며, 지역사회와 보건의료체계와의 연계를 위한 보건소 인력의 활용, 지역사회 보건소 내의 건강증진 관련 보건교육 담당자의 배치 등의 방법도 도모할 수 있을 것이다. <접수일자: 4월15일, 게재확정일자: 9월18일>

참고문헌

김일순. 건강증진 - 새시대 의료의 새로운 지평. 간호학 탐구 1993;2(2):12-20.

노동부. 소규모사업장 보건관리 국고지원사업의 현황과 과제. 산업보건세미나 2003:4-6.

대한산업보건협회. 대한산업보건협회 30년사. 1993.

보건복지위원회. 우리나라의 알코올 문제실태와 정책방. 2002.

유중선, 김석범, 강복수. 산업장 근로자들의 건강증진 프로그램에 대한 수요. 대한산업의학회지 1996;8(2):239-248.

이강숙, 박정일, 이원철, 이세훈. 중소기업 근로자에서의 건강위험평가. 한국의산업의학 1994;6(1):42-55.

이지현. 군 간부의 건강증진 프로그램 요구도 및 영향요인 분석. 연세대학교 대학원 1996.

장혜정, 노맹석. 금연프로그램에 대한 인지도, 이용의도 및 영향요인. 보건교육·건강증진학회지 2003;20(3):1-18.

장혜정, 심재선, 박종애. 절주프로그램의 인지도 및 이용의도에 영향을 미치는 요인 연구. 보건교육·건강증진학회지 2004;21(1):243-257.

정영일, 이현경. 산업장 건강증진 사업의 이룬과 실제. 보건교육·건강증진학회지 1999;16(1):203-232.

조동란, 전경자. 일부 산업장에서의 건강증진 활동 실태. 한국산업간호학회지 1993;3:71-85.

최재욱. 사업장 건강증진사업의 현황과 대안. 건강보장연구 1999;3:65-94.

한국금연운동협의회. 2002. Available at: http://www.kash.or.kr/user/0_data_01.htm.

한국산업안전공단. 건강증진. 1993.

한국음주문화연구센터. 한국인의 음주실태. 2000.

Brubaker B. Health Stability and change: A Study of urban black youth. American Journal of Public Health 1983;70:504-513.

Fielding J, Piserchia P. Frequency of worksite health promotion activities. American Journal Public Health 1993;79:16-20.

Foster JL, Jeffery RW et al., A worksite weight control program using financial incentives Collected Through Payroll Deduction. Journal of Occupational Medicine 1985; 27(11).

Hollander et al. Cost-effectiveness and cost-benefit analyses and of occupational health promotion in Everly GS. & Feldman R. HL. Occupational Health Promotion. John Wiley & Sons 1985.

Jacobson MI, Yenny SL, Bisgard JC. An organizational perspective on worksite health promotion. Journal of Occupational Medicine - State of the Art Review 1990;

5(4):653-664.

Jackson NB. Opinions to spare? Click here. <http://www.nytimes.com/2003/07/03/technology/circuits/03surv.html>. accessed in 2004.09.15.

O'Donnell M, Harris JS. Health promotion on the workplace. 2nd edition. Delmar Publishers INC 1994.

ODPHP(Office of disease prevention and health promotion). National survey of worksite health promotion activities 1992.

Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice - 3rd edition. Appleton & Lange 1996.

Tourangeau R, Steiger DM, Wilson D. Self-administered questions by telephone: Evaluating interactive voice response. Public Opinion Quarterly. 2002;66:265-278.

US DHHS. Healthy People 2000 1990.

US DHHS. Healthy People 2010 Objectives-Draft 1998.

WHO. Alcohol. A Global Overview 1999.

<ABSTRACT>

A Study on the Supply and Demands for Worksite Health Promotion Programs

Hyejung Chang · Yoonup Chang

Department of Health Services Management, College of Business Administration, Kyung Hee University

This study investigates the worksite resources and programs for health promotion services, especially in areas of smoking cessation and alcohol-reducing. Health promotion program is important for employees and employers to promote their productivity and enhance their quality of life. To explain the worksite health promotion programs, a three-stage survey model was established and 111 worksites filled up the questionnaire. Stages of the model included the supply status of worksite health programs, attitudes to get rid of health risks, and behavioral intentions to provide health promotion programs in the near future. The results of this study are as follows. First, the facility and personnel for health promotion services are not equipped sufficiently in the middle-sized worksites. Second, provided programs are not good enough in both quantity and quality, because most worksites provide inefficient and low-cost programs. Third, worksites provide the programs such as advertisement, education materials especially in large-sized worksites, but not in middle-sized worksites. Therefore, worksites need to be supported with a public institution for efficient programs and continuing legal and systematic support for middle-sized worksites should be emphasized.

Key words: Worksite Health Promotion, Smoking Cessation, Alcohol-Reducing