

고혈압자의 환자역할행위 이행증진을 위한 프로그램개발에 관한 연구*

최부옥** · 차영남** · 장효순** · 김영희***

I. 서 론

1. 연구배경 및 필요성

우리나라의 중요한 사망원인을 보면 1950년대까지만 해도 전염성질환이나 결핵이 사망원인의 대부분을 차지하였으나 1980년대에는 심혈관계질환이 전체사망의 반 이상을 차지하고 있다(한국인구보건연구원, 1984).

심혈관계질환의 대표적인 증상인 고혈압이 중요시되게 된 이유는 첫째, 고혈압은 질병자체의 이환기간이 길고 치료나 예방에 완전성이 없으므로 일단 이환상태가 되면 일생동안 지속적인 관리를 받아야 하며 둘째, 중년기이후의 연령층이 가정, 사회, 직장에서 그 책임과 역할이 크기 때문에 고혈압이 호발하는 중년층의 사망이나 장기간의 활동력상실은 사회적으로 큰 손실을 가져오며 셋째, 고혈압은 혈압 그 자체가 문제시되기 보다는 합병증으로 인한 사망율이 높고 뚜렷한 신체적 증상이 없이도 생활패턴의 자극적 변화에 의해 혈압에 상당한 변화를 초래하기 때문이다.

실제로 의료서비스조직이 국민들에게 보다 근접되어 있는 선진국에서도 모든 고혈압자의 반수 이상이 고혈압 여부를 진단받지 못하고 있으며 고혈압으로 진단 받은 사람의 절반은 치료를 받지 못하고, 치료를 받고 있는 사람의 절반은 실제로 만족할만큼 혈압조절이 안된

상태에 있다(Wassertheil, 1979).

고혈압은 일시적인 치료나 간호로서 문제가 해결되는 것이 아니며 치료에 완전성을 기할 수 없으므로 지속적인 혈압조절관리가 중요하다.

일반적으로 건강문제를 가진 것으로 판정된 후 환자로서의 역할이행은 30~60%밖에 미치지 못하고 있다(Becker and Maiman, 1980). 특히 장기적 섭생을 요하고 신체적 자각증상이 뚜렷하지 않은 고혈압증은 환자역할이행이 문제해결의 관건이라고 본다.

환자역할행위에 영향을 미치는 요인은 Health Belief model에 의하면(Becker, 1974) 질병에 대한 개인의 신념과 Interpersonal Variable로서 의료전문가와 의 상호작용, 의료기관의 근접 등이 큰 변수가 되고 있다. 그러므로 환자역할이행을 높이기 위해서는 환자와 서비스제공자간의 지속적인 접촉으로 1,2차예방수준의 서비스를 제공함으로써 환자역할행위의 변화를 유도해야 할 것이다.

이와 같은 1,2차예방수준에서 서비스를 제공할 수 있는 인력은 의사보다는 간호사가 성공적이다. 그 이유는 간호사는 보다 환자나 그 가족과 심리적으로 밀접한 관계에 있기 때문이다.(Gross, 1984).

따라서 일차보건의료조직의 최말단에서 활동하는 보건진료원을 통해 고혈압관리프로그램을 운영해봄으로써 환자역할이행 수준을 평가하여 우리나라의 주요 건강문제해결의 가능성을 타진하고자 본 연구를 시도하

* 이 논문은 1986년도 문교부 자유과제 학술연구조성비에 의하여 연구되었음.

** 예수간호전문대학

*** 전 예수간호전문대학

였다.

2. 연구의 목적

본 연구는 보건진료원을 통해 고혈압관리프로그램을 투입함으로써 이 프로그램의 적용과 확대가능성을 타진하고자하며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 집단검진을 통하여 고혈압자를 색출, 등록한다.
- 2) 실험군에게 보건진료원과의 주기적 접촉을 통해 환자역할행위이행을 촉진시키는 간호서비스를 1년간 투입한다.
- 3) 실험군과 대조군의 환자역할이행수준을 비교한다.
- 4) 결과에 따라 고혈압관리프로그램모형을 제시한다.

3. 가설

이러한 연구목적에 달성하기위해 다음과 같은 가설이 제기되었다.

가설1: 고혈압관리프로그램을 투입한 실험군은 대조군보다 환자역할행위이행이 높을 것이다.

가설2: 고혈압관리프로그램을 투입한 실험군은 대조군보다 대상자의 혈압이 더 낮아질 것이다.

II. 이론적배경

1. 건강신념모델

건강신념모델(Health belief model)은 Kurt Lewin의 사회심리학적 이론을 기초로 초기에는 예방적 건강행위를 설명하기 위하여 개발되었으나 그후 여러학자에 의해 수정, 보완되어 건강, 질병과 관련된 행위를 개인의 지각을 기초로 분석하여 건강과 관련된 행위를 예측하고자 만들어졌다.(Rosenstock, 1974; Mikbail, 1981).

이 모델에서 건강행위의 원인이 되는 신념은 개인의 심리적 지각에 따라 결정되며, 지각은 개인의 인구학적 변인과 구조적 및 사회심리적변인, 의료인과 의료행위에 대한 만족도, 환자의 의료인과의 관계등에 의해 영향을 받는다고 한다(Mikbail, 1981).

건강과 관련된 행위(health-related behavior)를 Kasl과 Cobb(1966)는 건강행위(health behavior), 질병행위(illness behavior), 환자역할행위(sick role behavior)로 구분하였으며 그후 Kasl(1974)은 만성병환자의 역할행

위를 Baric(1969)은 고위험자의 행위(at risk behavior) 등을 제안 하였다. 위에 제시된 건강과 관련된 행위중 본 연구대상자는 본 연구팀에 의해 고혈압자로 등록되어 환자역할행위를 수행하도록 되어 있으므로 고혈압자의 치유를 위한 치료적행위 이행은 환자역할행위로 볼 수 있다. 환자역할행위란 질병에 이환된 사람이 다시 건강을 회복하기 위하여 처방된 지시사항을 따르는 행위로서 약물 및 식사요법, 운동, 개인적습관, 추후검사, 추후약속 및 치료계획 등 지시된 행위를 이행하는 것을 말한다(최영희, 1980).

전술한 바와 같이 인간의 행위는 개인의 주관적인 지각현상에 따라 좌우되므로 환자역할행위에 바람직한 변화를 일으키려면 건강에 대한 신념이나 행위양상을 변화시키는 것이 효과적이며 따라서 건강행위와 관련된 신념을 확인하여 신념변화를 위한 증재로서 바람직한 건강행위를 이끌 수 있으리라 본다(Champion, 1984).

이 행위에는 여러가지 요인들이 관련되나 Rosenstock(1974)에 의하면 건강상태와 관련하여 그 사람이 취하고자 하는 행동의 가능성은 그 행동을 취하도록 준비된 개인의 심리상태와 제한된 행위에 포함된 지각된 비용이나 장애점이 고려된 지각된 이익성에 의해 결정된다고 하였다. 즉 질병에 대한 민감성과 심각성이 어떤 내용의 건강행위를 취하는 이행에 영향을 주며 또한 그러한 건강행위를 취함으로써 얻을 수 있다고 생각되는 이익성이 장애성보다 많을때 이행의 가능성이 높아진다고 하였다.

결론적으로 건강신념모델은 건강행위를 설명하는데 있어 광범위하게 사용되고 있으며 건강문제에 대해서 왜 그러한 행위를 하는지, 그들의 의사결정에 영향을 주는 것은 무엇인지에 대해서 통찰력을 주었을 뿐 아니라 건강과 관련된 행위를 설명하는데 새로운 방법을 제공하였다.(Mikbail, 1981)이에 본 연구팀도 고혈압자의 환자역할행위이행을 증진시키고자 건강신념모델을 연구의 주요기틀로 선택하였다.

2. 사회적지지

사회적지지(social support)는 사회적 유대감을 통해 안위를 얻고자하는 인간의 요구를 반영하는 개념으로서 임상에서 중요하게 다루어지고 있으며 앞으로 계속 연구되어야 하는 주요 개념이다(Norbeck, 1981). 지지란 붙들어서 버팀, 부지하여지님 등의 뜻을 가진 말로서

(이희승, 1961) 실제적인 사회적지지뿐 만 아니라, 의미 있는 신체적 접촉, 사회적조망 등으로 학자에 따라 여러 형태로 설명하고 있고 그 정의도 조금씩 다르다(김시연, 지성애, 1985).

Cobb(1976)는 사회적지지를 “개인이 보살핌과 사랑을 받는다고 믿도록하고 자신을 귀하고 가치있다고 믿도록하며 의사전달과 상호의무의 망조직에 들어있다고 일게하는 정보”라고 정의하였다.

최(1983)는 사회적지지만 복합적인 차원의 개념으로 사회적 지지체와의 상호작용을 통해 대상자에게 주어지는 정서적이며 실제적인 도움으로서 대상자가 목적을 향하여 움직여 나가도록 간호사 또는 가족구성원에 의해 직접 제공되는 어떤 입력이라고 요약하였다.

그런데 사회적지지는 건강상태에 중요한 영향을 끼친다고 한다. 즉 사회적지지가 질병에 대한 과민성을 높게하는 유해한 요인이나, 자극적 요인을 사전에 예방하거나, 차단하게 함으로써 질병이 발생되지 못하도록 하며, 어떤 자극이나 위기를 경험할때 그 사실에 대한 개인의 인지적평가에 긍정적인 영향을 주고 정보와 심리적지지를 주어 그 위기에서 빨리 적응할 수 있도록 해주는 것으로 생각되고 있다(Lin, and others, 1979) 또, 한 최근의 연구에서 사회적지지가 위기나 변화에 적응하는데 영향을 주는 하나의 중재요인의 역할을 갖는다고 제시하고 있다.

이러한 사회적지지는 Norbeck(1981)에 의하면 대상자의 인구학적 특성에 따라 그 요구정도 및 이용할 수 있는 지지정도가 결정되며, 또한 건강과 질병의 연속선상의 다양한 상황에 따라 대상자의 사회적지지 요구정도 및 이용할 수 있는 지지정도가 결정된다고 한다. 예를 들어 만성질환의 상황에 있을때에는 중간정도의 강도로서 오랫동안 지속적으로 지지가 이루어져야하는 반면 교통사고를 당했을 경우에는 매우 강도있는 지지가 짧은기간 요구된다는 것이다.

한편 사회적지지의 근원중 가족과 간호사는 중요한 지지근원으로서 건강행위에 영향을 주는 것으로 알려져왔다.

따라서 가족과 간호사는 고혈압환자에게 사회적지지를 제공할 수 있고, 환자는 제공된 사회적지지를 통하여 건강에 이로운 결과를 가져올 수 있게되어 환자역할행위 이행에 변화를 가져올 수 있다.

결론적으로 사회적지지는 건강행위에 영향을 주는 주요개념으로서 사회적지지를 증가시켜 질병으로부터

의 회복에 바람직한 영향을 줄 수 있다고 보아 본 연구에서도 간호사와 의미있는 가족의 지지를 통하여 만성질환자의 역할이행에 증진을 가져오고자 하였다.

3. 환자역할행위이행과 관련된 선행연구

환자역할행위이행을 증진시키는 적극적인 중재방법으로 건강신념모델의 심각성을 올려주는 방법, 교육적 중재방법, 사회적지지방법, 계약적중재 등이 있는데 본 절에서는 건강신념모델과 사회적지지와 관련된 연구를 중심으로 기술하고자 한다.

Inui(1976) 등은 그들의 연구에서 교육중재를 통한 신념과 행위의 변화를 제시하였는데 고혈압에 관한 재교육을 받은 의사그룹이 재교육을 받지않은 의사그룹에 비해 고혈압의 심각성, 민감성, 이익성이 증가하였으며 진료행위에도 변화를 일으켰다. 나아가 실험군에 속한 의사가 치료하는 환자가 고혈압을 더욱 심각하고 민감하게 인식할 뿐 아니라, 약물복용등 이용율이 높았고 혈압이 잘 조절되었음을 보고하였다.

또한 Taylor(1979)는 고혈압환자를 대상으로 그들의 치료이행에 관한 연구에서 환자의 질병에 대한 지각과 그의 건강에 대한 신념에 의해 이행여부가 크게 결정된다고 보고하였고, Haefner(1970)와 그의 동료들도 교육을 받은 대상자에서 질병에 대한 민감성과 이익성이 증가했을 뿐 아니라 건강행위를 잘 이행하는 것을 보고하였다.

Earp(1982)은 보건간호사의 정규적인 가정방문 및 의미있는 가족의 참여가 고혈압관리에 미치는 효과에 대한 연구에서 대조군에 비해 정규적인 가정방문만 실시한 집단과 정기적인 방문외에 의미있는 가족을 포함시킨 집단에서 혈압관리가 잘 되었음을 보고하면서 가족이나 간호사의 지지가 혈압관리에 중요함을 시사하였다.

Wiber와 Barrow(1969)는 혈압조절에 미치는 보건간호사의 가정방문효과를 연구하고자 보건간호사로 하여금 규칙적으로 가정방문을 하여 고혈압에 대한 특성 및 약물복용의 중요성을 교육시키고, 혈압을 측정토록 하였다. 그 결과 이러한 시도가 있기 전에는 고혈압환자의 15%만이 혈압이 조절되었으나, 보건간호사의 가정방문이 시도된 2년후에는 80%가 조절되었다. 그러나 프로그램 종료 2년 후에는 29%만이 조절되었다. 결론적으로 보건간호사의 접촉이 있었던 기간에 환자의 이행

행위가 증가하여 혈압이 조절되었으므로, 혈압관리를 위해서는 지지체와의 상호작용을 통한 지속적인 프로그램투입이 중요함을 제시해주고 있다.

O'Brien(1980)은 혈액투석을 받고 있는 환자를 대상으로 지지체와의 이행과의 관계를 연구하였는데 가족이나 친지의 1차적집단구성원과 의사 간호사등의 2차적집단구성원과의 강한 지지적체제가 혈액투석 환자의 이행과 긍정적인 관계가 있음을 보고 하였다.

Heizeliman과 Badgley(1970)는 심장질환의 위험요인이 있는 45~59세 남자를 중심으로 운동프로그램(physical activity)에 대한 반응과 효과를 조사한 연구에서 부인이 운동프로그램에 대해 긍정적으로 반응한 경우 80%의 남편이 운동프로그램에 참여했으나, 부인이 부정적여거나 중립적으로 반응한 경우 40%의 남편이 참여하였음을 밝혀 부인의 지지가 남편의 운동프로그램 참여에 중요한 요인임을 밝혔다.

최(1983)는 결핵환자를 대상으로 환자교육과 사회적 지지로 구성된 지지적 간호중재가 환자역할행위와 환자에 대한 가족지지 행위를 증가시킬 수 있음을 조사한 연구에서 지지적 간호중재가 환자역할행위 및 가족지지행위를 증가시켰음을 보고하였다. 또한 연구결과를 기반으로 만성질환의 만성적인 특성과 대부분의 치료가 가정에서 이루어진다는 특성때문에 치료에 대한 환자의 요구는 환자의 환경으로서 간호사에 의한 환자교육과 사회적지지, 가족내 의미있는 가족에 의한 사회적 지지이며 이를 증가시키는 것이 바람직하다고 주장하였다.

박(1984)은 당뇨병환자를 대상으로 환자역할행위에 대한 영향을 실험한 연구에서 간호사와 가족에 의해 사회적지지를 받은 군이 받지않은 대조군보다 이행행위가 현저히 높아졌고, 혈당치와 뇨당치가 현저하게 저하되어 사회적지지가 환자역할행위이행을 증진시켰음을 확인하였다.

그의 전주예수병원에서 지역사회를 중심으로 보건의료전달체계를 이용하여 고혈압관리를 실시한 내용을 기반으로 문(1986)등은 도시종합병원과 치료형태 및 환자의 특성, 치료지속도등을 비교 분석하였는데 도시종합병원을 방문한 환자중 49%가 1회 방문으로 치료가 중단되었으나, 농촌지역에서는 1회 방문으로 중단된 환자는 24%로 나타나 농촌지역에서 일차보건의료전달체계를 활용한 고혈압관리가 치료의 지속도를 높이는데 보다 효과적임을 보여주어, 의료인의 지지가 고혈압관

리에 효과적임을 알 수 있다.

이상의 연구를 종합해 보면 건강신념과 사회적지지가 환자역할행위이행과 상관관계가 있으며 중재를 통한 건강신념의 변화 및 사회적지지가 환자역할행위이행에 변화를 초래할 수 있음을 알 수 있다.

Ⅲ. 보건진료소중심의 고혈압관리모형

1. 고혈압관리모형의 기본방향

고혈압환자의 관리프로그램은 다음의 기본적 접근방향에 의해 개발하였다.

1) 고혈압발생 및 혈압상승의 문제는 신체적, 심리적 및 사회문화적 차원에서 이해되어야 한다. 왜냐하면 고혈압은 유전적 소인뿐만 아니라 병리적 변화, 정신적 스트레스 및 건강습관과 식습관 유형에 따라 발생할 소지가 많기 때문이다.

2) 고혈압은 일단 약물치료를 시작하면 일생동안 약물치료를 계속해야하기 때문에 경제역혈압상태에 있는 환자에게는 비약물치료로서 전신적요법(혹은 일반적요법)이 제공되어야 한다. 따라서 고혈압관리프로그램에서는 개인의 인지작용과 가족의 지지를 고려해야만이 지속적인 혈압관리를 할 수 있다. 이러한 측면에서 의학, 심리학, 교육학적 접근방법이 전반적인 혈압관리에 상호협조적으로 도입되어야 한다.

3) 고혈압관리프로그램은 지속적이어야 하므로 의료인과 환자와의 접촉이 용이해야하고 그 비용이 저렴해야 한다. 고혈압은 성인병질환으로서 중년기이후에 대부분 발생하는데 중년기이후의 성인은 가정이나 사회에서의 책임과 역할이 크기때문에 경제적으로도 의료비지불에 어려움을 가질 뿐만 아니라 혈압상승 자체로 인한 신체적 증상이 뚜렷하지 않아서 지속적인 혈압관리에 제한점을 갖고 있으므로 의료인, 그중에서도 특히 일차보건의료조직의 지속적인 지지가 있어야 한다.

4) 프로그램의 접근방법은 개별적인 것과 가족적인 것을 포괄해야 한다. 개별적인 접근방법은 개인을 대상으로 사정(신체검진을 통한 환자발견) -등록-관리(치료, 교육 및 상담)-평가 및 환류(주기적인 혈압측정 및 측정결과의 자기인식)의 과정으로서 한 개인이 보건진료원과의 관계를 유지하면서 개인적인 문제해결 즉 고혈압관리를 해나가는 일련의 과정이다.

가족적 접근방법은 고혈압환자를 둘러싸고있는 가정

환경으로서 가정내에 함께 살고있는 구성원들과의 유대관계를 통해 가족성원들의 심리적지지로 혈압의 지속적인 관리의 가치관과 행동변화를 유도하는 것이다. 왜냐하면 고혈압환자는 개인적인 교육기회의 부족과 성격으로 인하여 현재의 상황에서의 절제와 극복능력을 내양하지 못하기 때문에 가족전체의 지지하에서 올바른 건강지식, 건강신념의 변화, 그리고 환자역할이행을 증진하여 고혈압관리의 효과성을 기대할 수 있기 때문이다.

이상과 같은 기본방향을 설정한 후 연구팀은 문헌(Gross 1984, Becker & Mairan 1980, Swain & Steckel 1981, 최영희 1983, 강현숙 1984)을 기초로 하여 고혈압 관리지침의 초안을 작성하고 실험지역의 보건소장 및 보건진료원과 함께 이를 검토하여 "고혈압관리모형"을 개발하였다.

2. 고혈압관리모형

고혈압관리프로그램은 고혈압자 개인의 요구와 필요성에 따라 구체적으로 개발하는 것이 기본이다. 그리고 일반적으로 프로그램개발을 위해서는 프로그램의 대상, 목적, 내용을 그 기본요소로 해야할 것이다.

본 연구에서 대상은 20세이상의 고혈압으로 진단을 받은 사람이므로 목표와 내용을 중심으로하여 고혈압 관리모형을 다음과 같이 구상하였다.

1) 목적

모든 고혈압자에게 공통되는 프로그램의 목적은 다음과 같다.

- ① 고혈압발생에 관한 지식 습득.
- ② 고혈압의 계속적 관리의 중요성 인식.
- ③ 고혈압관리와 관련하여 환자로서의 역할 이행.

이와 같은 일반적 목적을 달성하기 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- ① 고혈압자 발견 및 등록 : 본태성고혈압자와 이차

성고혈압자를 사정하여 이차성고혈압자는 보건소 및 전문의료인에게 의뢰하고 본태성고혈압자에게는 본인이 소지할 약속카드를 작성하여 주기적인 방문일자를 명시하여주며 보건진료소에는 고혈압등록부를 작성하여 비치한다.

- ② 고혈압발생기전, 혈압조절을 위한 전신요법, 고혈압예방에 관한 교육기능강화.

- ③ 지속적인 고혈압관리프로그램 참여에 대한 책임 있는 결정능력제고.

- ④ 주기적인 보건진료소방문을 통한 혈압측정 및 신체검진실시.

2) 내용

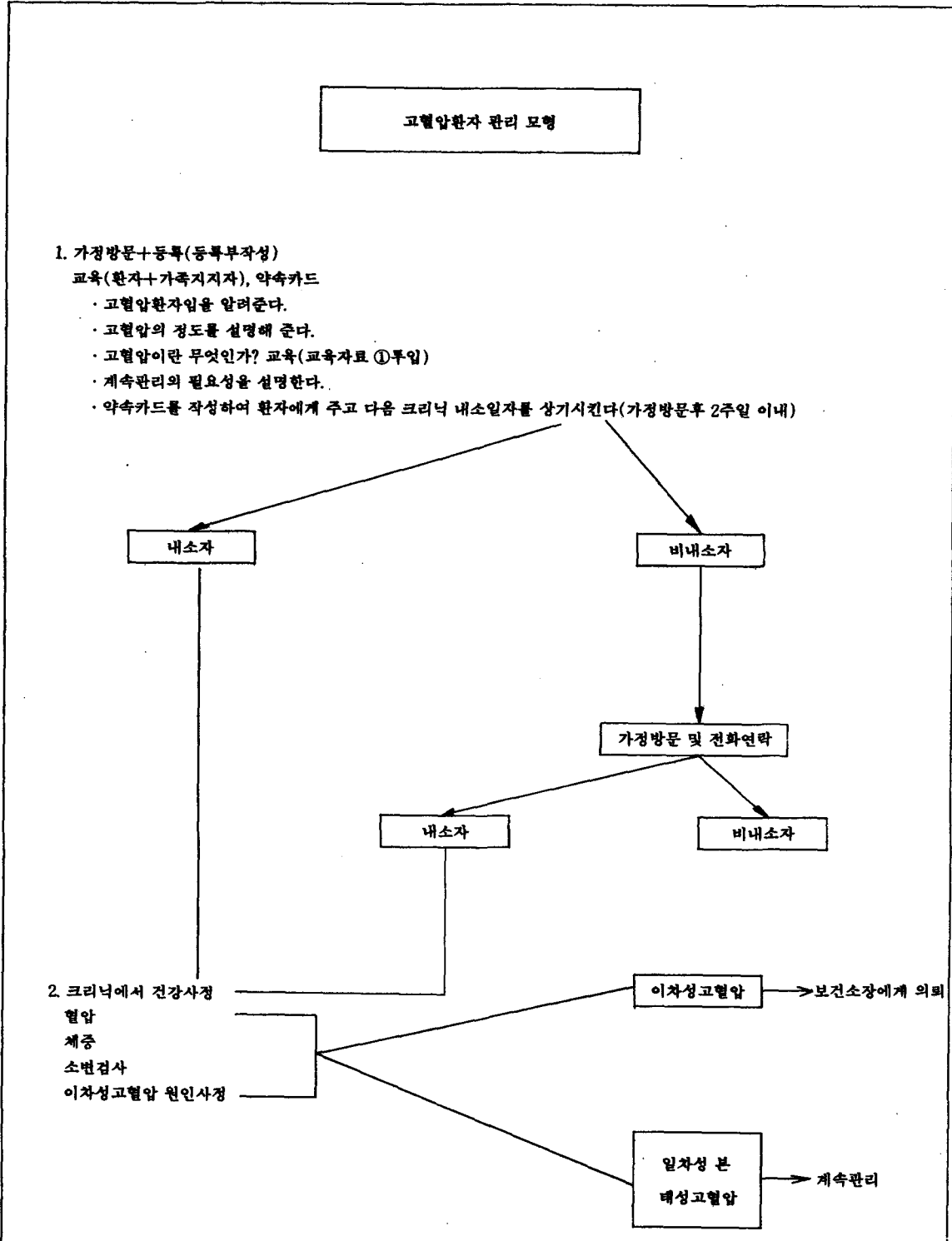
- ① 계속적이고 주기적인 환자관리 : 고혈압환자 관리모형에 따른다(그림1 참조)

② 가족지지자관리

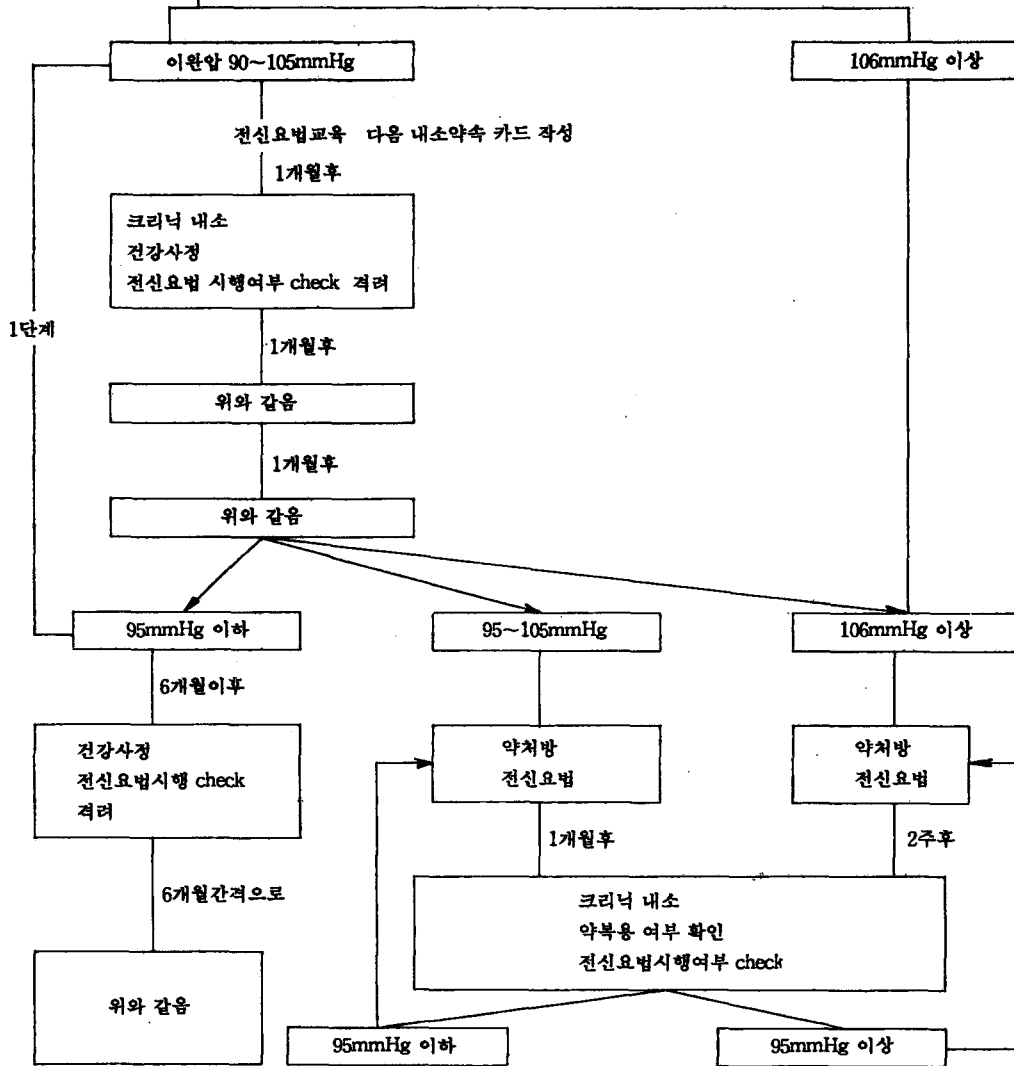
- 고혈압자를 등록하기위해 처음 환자가정을 방문할때 가족지지자임을 인식시킴
- 고혈압자의교육에 사용한 내용과 동일한 교육자료 배부
- 고혈압자의 환자역할이행을 수시로 점검하고 격려하도록 권유.

- ③ 고혈압자 및 가족지지자를 위한 교육 : 교육내용은 기초조사에서 수집된 고혈압과 관련된 과거력 및 현재력, 건강신념에 관한 자료를 분석한 결과를 기초로하여 연구대상자에 적합하다고 판단된 자료를 연구팀이 직접 개발한 5종으로 건강신념측면 2종, 환자역할측면 2종, 가족지지측면 1종이다. 교육자료는 대상자의 교육수준에 맞추어서 글씨를 적게 하고 가능한 그림으로 표현하고자 하였으며 혈압상승의 위험에 대해 경각심을 주기위해 보건진료원이 환자가정을 방문하거나 환자가 보건진료소를 방문할 때에 환자 또는 가족지지자에게 내용의 순서에 관계없이 한장씩 배부하므로써 교육효과를 높이고자 하였다.

<그림1>



3. 본태성고혈압일 경우



참 고 사 람

- ① 모든 환자의 매번 혈압재는 방법을 동일시킨다.
방법 : 누운상태로 왼쪽 상박에서 혈압을 잰다.
- ② 사업기간중 신환 발견시 처리방법
관리지침에 따라 중간에 사업대상에 포함시킨다.
- ③ 1차 약속일에 진료소 비내소자에 대하여
진료소장이 고혈압등록부의 기타란에 표시한다.
- ④ 약속일로부터 1주일 이내에 진료소를 방문하지 않으면 즉시 가정방문하여 내소를 권유한다.
- ⑤ 진료소방문약속 비이행자에게는 4에 따라 2회까지 가정방문하고 그래도 진료소를 방문하지 않을때는 진료소장이 직접 가정방문하여 진료소 내소를 권유토록 한다.

IV. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 유사실험연구방법으로 시행하였다. 실험군과 대조군을 무선적으로 배치한 후 실험군에 대해서만 고혈압관리프로그램을 투입하고 환자역할행위에 대한 사후조사를 실시하여 두집단의 사후조사결과의 차이로서 실험처치의 효과를 측정하였다. 다만 실험군에 대해서는 건강신념의 변화를 측정하기 위하여 사전-사후조사의 차이를 측정하여 실험처치에 따른 효과를 측정하였다.

2. 연구진행절차

연구진행은 다음과 같이 네단계이다.

1) 제1단계(연구대상지역 선정)

연구대상지역으로는 환자의뢰와 행정적 협조가 용이할 것으로 판단된 전라북도 임실군을 선정하고 임실군 보건소의 추천을 받아 실험을 하는데 있어서 외부효과를 가능한 줄이고자 비교적 교통이 불편한 4개 보건진료소를 일차적으로 선정하였다. 그중 무선적으로 2개소(세심보건진료소, 도봉보건진료소)를 실험군으로, 다른 2개소(둔기보건진료소, 둔덕보건진료소)를 대조군으로 하였다. 이차적인 단계로는 보건진료소장과 마을이장의 협조를 얻어 관할지역에 실제로 거주하는 20세이상 성인의 명단(실험군 1,065명, 대조군 374명)을 작성하였다.

2) 제2단계(연구대상자 선정 및 기초조사 실시)

연구대상자인 고혈압자를 발견하기위해 1987년 2월 10일부터 2월 18일 사이에 20세이상 성인의 혈압을 측정하였다. 이 단계에 앞서 혈압측정 및 기초조사표 작성을 위해 J간호전문대학 3학년생 12명에게 본 연구의 목적 및 혈압측정요령과 조사표작성에 관한 훈련을 2일간 실시하고 연구대상과 유사한 타지역에서 실습을 거치

게한 후 실습결과를 연구팀이 확인하므로써 조사자들간의 측정오차를 줄이도록 하였다.

혈압측정방법은 Aneroid manometer 혈압계를 이용하였으며 충분히 안정을 취하게 한 후 누운 자세에서 왼쪽상박에서 혈압을 3회측정하였다. 3회측정혈압의 평균치가 140/90mmHg 이하(정상 혹은 저혈압)이면 연구대상에서 제외하였으며 140/90mmHg이상(경계역혈압 혹은 고혈압)일 경우에는 1주일후에 다시 위와 같은 방법으로 3회의 혈압측정하여 그 평균치가 140/90mmHg 이하이면 다시 연구대상에서 제외하고 140/90mmHg 이상인 사람에게는 고혈압과 관련된 병력 및 개인력, 그리고 고혈압에 대한 건강신념등을 질문지를 이용하여 조사하였다.

고혈압의 진단은 「WHO」기준에 의하면 1주일이상의 간격을 둔 두차례의 측정으로 매번 3회측정의 평균치로 하여 수축기혈압이 160mmHg이상이거나 이완기혈압이 95mmHg이상으로 정의하였으나 본 연구에서는 초기단계의 고혈압자에게 비약물요법을 통한 혈압관리프로그램을 투입하고자 하는 특성때문에 경계역혈압자도 연구대상에 포함하였다.

경계역혈압을 포함한 고혈압유병율은 실험군이 10.7%, 대조군이 11.1%이며(표1) 성 및 연령별 유병율은 표2와 같다.

〈표1〉 실험군과 대조군의 고혈압 유병율 비교

구 분	실험군	대조군
20세 이상의 실제거주인구	1,065*	374*
혈압측정인구	948	361
고혈압연구대상자(유병율)**	101(10.7%)	40(11.1%)
경계역 혈압 (Borderline Hyp.)	44	11
고혈압 (Definite Hyp.)	57	29

** 경계역혈압자+고혈압자
20세이상 혈압측정인구 ×100

*실험군과 대조군의 실제거주인구의 차이가 큰 이유는 보건진료소 관할인구의 차이때문이다.

〈표2〉 연구대상자의 성 및 연령별 고혈압 유병율 비교

특성	구분	실 험 군						대 조 군					
		Borderline Hyp.		Dofinite Hyp.		계		Borderline Hyp.		Dofinite Hyp.		계	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
성	남자	25	6.1	24	5.9	49	12.0	3	2.2	12	8.6	15	10.8
	여자	19	3.5	33	6.1	52	9.7	8	3.6	17	7.7	25	11.3
	계	44	4.6	57	6.1	101	10.7	11	3.0	29	8.0	40	11.1
연령	20~29	7	6.5	2	1.9	9	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	30~39	4	2.8	4	2.8	8	5.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	40~49	5	2.5	8	4.0	13	6.4	1	1.3	2	2.5	3	3.8
	50~59	10	4.1	11	4.5	21	8.6	3	2.9	9	8.6	12	11.4
	60~69	9	6.3	20	13.9	29	20.1	4	5.3	9	11.8	13	17.1
	70*	9	8.4	12	11.2	21	19.6	3	6.0	9	18.0	12	24.0
계	44	4.6	57	6.1	101	10.7	11	3.0	29	8.0	40	11.0	

Borderline Hypertension : $140 \leq SBP(160$ or $90 \leq DBP(95$ Definite Hypertension : $SBP \geq 160$ or $DBP \geq 95$

3) 제3단계(고혈압관리프로그램 투입)

앞에서 제시된 고혈압관리모형에 따라서 프로그램을 1987년 4월부터 1988년 3월까지 1년간 투입하였다. 프로그램진행에 있어서 연구대상자들은 혈압관리모형에 의거하여 보건진료소를 스스로 방문하고 추후관리를 받도록 하였으나 실제 자의적인 보건진료소방문이 이루어지지 않았으므로 이 지역에서 지역사회간호실습중인 간호학생들과 함께 보건진료원이 연구대상자를 가정방문하여 프로그램이 진행되었다.

4) 제4단계(사후조사 실시)

연구의 주목적인 환자역할이행증진을 위하여 프로그램종료후에 환자역할이행수준, 가족지지도, 건강신념을 측정하였다. 사후조사에서는 사전조사에서와 같이 훈련된 간호학생을 활용하여 질문지를 조사하였으며 기간은 1988년 4월 18일부터 4월 22일까지이다.

연구대상자 141명중 전출, 사망, 면접불능 및 거부 등의 이유로 사후조사에서 자료수집이 완료된 분석가능 대상은 실험군이 78명, 대조군이 31명이다.

3. 연구도구

1) 고혈압환자역할이행 측정도구

환자역할이행행위는 주관적이행과 객관적이행으로 구분하였다. 주관적이행은 문헌고찰을 통해(김영숙등 1986, 이향련 1985, Luckmann & Sorensen 1980, Gross 등 1984) 본 연구팀이 개발한 것으로 식이요법이행, 술

및 담배의 제한 정신적 및 신체적 스트레스의 감소, 배변조절, 약물요법, 보건진료소방문 등을 내용으로한 10문항이며 이행의 정도는 최저1점(전혀 하지않았다)에서 최고5점(아주 잘 하고있다)의 Likert 5 Scale로 측정하였다. 객관적이행은 혈압으로 측정하였다.

2) 고혈압에 대한 건강신념 측정도구

고혈압에 대한 건강신념은 문헌고찰을 통해(김수지 1985, Becker 1974, 최영희 1980, 최영희와 신공범 1983, Champion 1984 등) 본 연구팀이 개발하였으며 지각된 민감성 및 심각성이 11문항, 지각된 이익성 12문항, 지각된 장애성 9문항이다. 신념의 정도는 최저1점(전혀 그렇지 않다)에서 최고5점(매우 그렇다)의 리커트타입으로 측정하였다. 이 도구는 실험군에서 사전조사에 이용하고 다시 사후조사에서 동일하게 사용되 단 사후조사에서는 이미 환자 자신이 고혈압자임을 인식하고 있었으므로 이에 알맞도록 사전조사에서 사용한 도구의 어휘를 수정하여 사용하였다.

3) 가족지지도 측정도구

문헌고찰(Norbeck 1981, Norbeck 등 1981, Brandt & Weinert 1981, Cobb 1976, 박오장 1984, 최영희 1983)을 근거로 하여 객관적인 지지행위와 환자가 주관적으로 지각하는 가족지지도로 구분하여 본 연구팀이 가족지지도 측정도구를 개발하였다. 질문지의 내용은 실제적지지도와 정서적지지도에 관한 것으로서 객관적가족지지도와 환자의 지각된가족지지를 각각 11문항으로 하였으며 리커트타입의 최저1점(전혀 안해주었다)에서 최고5점

(항상 해주었다)까지로 하였다.

4. 분석방법

자료의 분석은 spss를 이용하였으며 대상자의 일반적 특성은 백분율로, 일반적 특성과 환자역할이행, 건강신념, 가족지지의 관계는 ANOVA로 분석하였다. 실험군과 대조군의 환자역할 행위이행의 차이는 t-test로써 통계적 검증을 하였다.

5. 연구의 제한점

1) 본 연구를 통해 개발된 고혈압환자역할이행, 건강신념, 가족지지를 측정하기 위한 도구는 신뢰도와 타당도검증에 있어서 과학적인 절차를 충분히 거치지 못하였으며 조사대상지역의 실정에 국한하여 사용하도록 개발하였으므로 위와 같은 변수들을 측정할 예비도구

에 불과하다.

2) 연구대상자들의 고혈압이환기간을 고려하지 않고 분석하였으므로 이환기간에 따른 환자역할이행, 건강신념, 가족지지의 정도에는 차이가 있을 수 있다.

3) 연구대상자가 본 연구의 시작이전부터 타의료기관에서 추후관리를 받은 경우 이에 대한 통제를 하지 않았으므로 타의료인에 의한 상호작용영향이 실험결과에 영향을 미칠 수 있다.

V. 연구 결과 및 고찰

1. 대상자의 제 특성 및 두 집단간의 유사성

1) 인구 사회학적 제 특성 및 두 집단간의 유사성
인구 사회학적 제 특성 및 두 집단간의 유사성 검정은 <표3>과 같다.

<표3> 인구 사회학적 제 특성 및 두 집단간의 유사성 검정

특성	구분	실험군(N=78)	대조군(N=31)	계(N=109)	
		실수(백분율)	실수(백분율)	실수(백분율)	
성별	남	38(48.7)	11(35.5)	49(45.0)	$\chi^2=1.081$ df=1 P=0.299
	여	40(51.3)	20(64.5)	60(55.0)	
연령	60세미만	35(44.9)	12(38.7)	47(43.1)	$\chi^2=0.138$ df=1 P=0.710
	60세이상	43(55.1)	19(61.3)	62(56.9)	
결혼상태	미혼	2(2.6)	0(0)	2(1.8)	$\chi^2=1.249$ df=2 P=0.536
	기혼	63(80.8)	24(77.4)	87(79.8)	
	사별	13(16.7)	7(22.6)	20(18.3)	
교육정도	무학	49(62.8)	21(67.7)	70(64.2)	$\chi^2=2.333$ df=3 P=0.506
	국졸	23(29.5)	6(19.4)	29(26.6)	
	중졸	3(3.8)	1(3.2)	4(3.7)	
	고졸	3(3.8)	3(9.7)	6(5.5)	
직업	농업	68(87.2)	25(80.6)	93(85.7)	$\chi^2=0.932$ df=2 P=0.628
	상업	1(1.3)	1(3.2)	2(1.8)	
	무	9(11.5)	5(16.1)	14(12.8)	
경제상태	상	8(10.3)	0(0)	8(7.5)	$\chi^2=3.953$ df=2 P=0.139
	중	28(35.9)	9(31.0)	37(34.6)	
	하	42(53.8)	20(69.0)	62(57.9)	
종교	있다	21(26.9)	18(58.1)	39(35.8)	$\chi^2=8.0564$ df=1 P=0.005
	없다	57(73.1)	13(41.9)	70(64.2)	
의료보장	있다	73(93.6)	30(96.8)	103(94.5)	$\chi^2=0.037$ df=1 P=0.848
	없다	5(6.4)	1(3.2)	6(5.5)	
가족형태	핵가족	57(73.1)	25(80.6)	82(75.2)	$\chi^2=0.336$ df=1 P=0.562
	대가족	21(26.9)	6(19.4)	27(24.8)	

성별은 두 집단 모두 각각 51.3%, 64.5%로 여자가 많았고 연령은 두 집단 모두 60대가 전체의 30% 이상을 차지했으며 결혼상태는 기혼이 실험군 대조군 별로 80.8%, 77.4%로 많았는데 이는 대상자의 평균 연령과 관계가 있으며 교육정도는 두 집단 모두 무학이 60% 이상을 차지해서 대상자의 대부분이 저학력인 것으로 나타났다.

직업은 두 집단 모두 80% 이상이 농업이었고 경제상태 역시 두 집단 모두 하에서 높게 나타났고 종교는 실험군에서는 없다가 73.1% 대조군에서는 41.9%였으며 두 집단 모두 90% 이상이 의료보장을 받고 있는 것으로 나타났는데 이는 농촌의료보장제도의 실시와 관계가 있다.

가족형태에 있어서는 두 집단 모두에서 핵가족이 70% 이상의 높은 비율을 나타낸 것으로 보아 농촌의 가족형태의 변화를 엿볼 수 있었고 이상의 인구 사회학적 특성에서 종교를 제외하고는 두 집단간의 유사성이 검증되었다.

2) 고혈압 병력과 관련된 제 특성 및 두 집단간의 유사성

대상자의 고혈압 병력과 관련된 제 특성 및 두 집단간의 유사성 검정은 <표4>와 같다.

<표4> 고혈압 병력과 관련된 제 특성 및 두 집단간의 유사성 검정

특성	구분	실험군(N=78)	대조군(N=31)	계(N=109)	
		실수(백분율)	실수(백분율)	실수(백분율)	
약물치료	전혀안함	63(80.8)	24(77.4)	87(79.8)	$\chi^2=7.539$ df=1 P=0.11
	처방없이 불규칙복용	3(3.8)	4(12.9)	7(6.4)	
	처방없이 규칙복용	0(0)	1(3.2)	1(0.9)	
	처방따라 불규칙복용	7(9.0)	2(6.5)	9(8.3)	
	처방따라 규칙복용	5(6.4)	0(0)	5(4.6)	
기타치료	안함	51(65.4)	24(77.4)	75(68.8)	$\chi^2=4.959$ df=3 P=0.175
	음식조절	22(28.2)	3(9.7)	25(22.9)	
	한방치료	4(5.1)	3(9.7)	7(6.4)	
	민간요법	4(1.3)	1(3.2)	2(1.8)	
뇌졸중 경험	있음	10(12.8)		13(11.9)	$\chi^2= 1.017$ df=1 P=0.897
	없음	68(87.2)	28(90.3)	96(88.1)	
뇌졸중 가속력	있음	22(28.2)	3(9.7)	25(22.9)	$\chi^2=2.594$ df=1 P=0.107
	없음	56(71.8)	25(80.6)	81(74.3)	

* 무응답 3명

고혈압 약물치료, 기타 치료에 있어서는 두 집단 모두에서 과반수 이상이 이행을 안하고 있었으며 뇌졸중 경험에 있어서도 경험이 없는 경우가 두 집단 모두 80% 이상이었다. 뇌졸중 가족력에서는 가족력이 없는 경우가 두 집단 각각 71.8%, 80.6%로 월등히 높았고 이상 고혈압과 관련된 제 특성에서 두 집단간의 유사성이 검증되었다.

다 역할행위이행 정도가 높을 것이다"라는 가설을 검증하기 위해 프로그램 투입후 실험군·대조군의 역할행위 이행을 비교분석하였다. <표5>에서 보는 바와 같이 실험군의 역할행위이행 점수가 대조군보다 유의한 차이로 높게 나타났으므로 (p=.000) 제1가설을 지지되어 본 연구에서 시행한 고혈압 관리 프로그램이 고혈압자의 역할행위이행을 증진시킬 수 있다는 연구 결과를 제시할 수 있게되었다.

2. 고혈압 관리 프로그램 투입의 효과 분석

역할행위이행 증진을 위한 고혈압관리 프로그램의 효과를 분석하기 위하여 본연구에서 설정한 가설을 검증한 결과는 다음과 같다.

1) 제1가설 검증

"고혈압관리 프로그램을 투입한 실험군은 대조군보

<표5> 고혈압 관리 프로그램 투입에 따른 두 집단간의 역할행위 이행의 비교분석

	실험군(N=78)	대조군(N=31)	T	P
	Mean±S.D	Mean±S.D		
역할이행	37.718±5.34	27.871±6.09	8.34	0.000

이는 고혈압 환자와 건강계약을 하고 고혈압관리를 한 실험군에서 대조군보다 건강행위 이행이 높아졌다는 이(이향련, 1985)의 연구, 만성 질환자에 대한 환자 교육과 사회적 지지로 구성된 지지적 간호중재가 환자 역할이행을 높인다는 최(최영희, 1983)의 연구, 재활강화교육이 자가간호수행을 높여준다는 강(강현숙, 1984)의 연구와 일치하며, 국외 연구에서는 Earp등(1982)은 보건간호사의 가정방문, 가족의 참여로 구성된 고혈압 관리가 치료이행을 높여준다고 보고했으며 Steckel, Swain (1977)은 혈압하강을 위한 계약이 역할이행을 증가시켜준다고 했고 Swain, Steckel (1981)은 환자교육과 관리를 내용으로 한 계약이 고혈압자의 방문 약속이행을 증진시켰다고 보고했다. 또 Sackett(1975)등은 환자 교육, 사회적 지지로 구성된 프로그램 투입 후 고혈압자의 투약행위, 역할행위가 증가되었다고 했으며, Haefner와 Kirscht(1970)는 교육을 받은 대상자가 건강행위를 잘 이행한다고 보고했는데 이상의 연구결과들은 본 연구 결과를 뒷받침 해 주고 있다.

2) 제2가설 검정

“고혈압관리 프로그램을 투입한 실험군은 대조군보다 대상자의 혈압이 더 낮아질 것이다”라는 가설을 검정하기 위해 프로그램 투입 후 실험군·대조군의 혈압을 측정하여 변화의 차이를 비교 분석하였다. <표6>에서 보는 바와 같이 수축기압·이완기압 모두에서 실험군의 혈압변화가 큰 것으로 나타났으며 이완기압에서는 유의한 차이를 나타내어($P < 0.05$) 제2가설을 부분적

으로 지지되었고, 따라서 본 연구에서 시행한 고혈압 관리 프로그램이 혈압조절에 효과가 있다는 연구결과를 제시할 수 있다.

이상의 연구결과는 건강계약으로 고혈압자의 혈압이 실험군에서 유의하게 큰 변화를 나타냈다는 이(이향련, 1985)의 연구, 농촌지역에서 등록, 교육, 정기적 접촉, 가정방문을 주 내용으로 한 고혈압 관리 프로그램을 실시한 후 혈압의 평균치가 감소되었다는 김 등(김기순 등, 1981)의 연구와 일치하며 국외연구에서는 Wilber, Barrow(1969)는 보건간호사의 가정방문 프로그램후 초기에는 15%, 2년후에는 80%가 혈압이 조절되었으며 프로그램 종료 2년후에는 다시 29%가 감소되었다고 보고하였으며 Inui(1976)는 환자교육을 실시한 후 실험군에서 혈압조절이 잘 되었다고 했고 Earp등(1982)은 가정방문, 가족지지를 받은 실험군이 대조군보다 이완기 혈압변화가 더 큰 것으로 보고했다.

그 외에도 Sackett등(1975)은 환자교육사회적 지지를 내용으로 하는 프로그램이 실험군에서 혈압을 감소시켰다고 했고, Steckel, Swain(1977), Swain, Steckel (1981)은 교육과 관리를 위주로 한 혈압하강을 위한 계약이 혈압하강에 효과가 있는 것으로 보고했으며 Krishan 등(1979)은 지역사회 고혈압 클리닉 운영이 혈압조절에 효율적이라고 했는데, 이상의 결과에서 환자교육, 정기적 접촉, 가정방문, 가족지지를 내용으로 하는 고혈압 관리 프로그램이 혈압조절에 큰 도움이 되는 것으로 결론지을 수 있으며 이는 본 연구결과와도 일치된다.

<표6> 고혈압 관리 프로그램 투입에 따른 두 집단간의 혈압변화의 비교분석

혈압	집단	program 투입전	program 투입후	변화의 평균치	S.D	t.	p.
수축기압	실험군	158.615±16.95	144.039±23.90	14.577	19.08	1.67	0.097
	대조군	161.161±18.64	153.613±19.39	7.548	21.47		
이완기압	실험군	94.385±11.69	87.936±14.56	6.449	14.21	2.0	0.048
	대조군	92.936±14.87	92.774±12.60	0.161	16.28		

실험군 N=78 대조군 N=31

3. 고혈압 관리 프로그램 투입에 따른 두 집단간의 역할행위행의 항목별 구성비율

대상자 두 집단의 역할행위행의 항목별 구성비율 4 평점은 <표7>과 같다.

실험군의 각 항목별 구성비율에서는 ‘지시 받은대로 누울 규칙적으로 복용했다’(3,786), ‘술 마시는 것을 제

한했다’(3,705)의 순으로 역할이행이 높은 것으로 나타났고 ‘변비가 생기지 않도록 주의했다’(1,346)가 제일 낮은 것으로 나타났다. 대조군의 각 항목별 구성비율에서는 ‘술 마시는 것을 제한했다’(3,484)의 순으로 역할이행이 높은 것으로 나타났고 ‘변비가 생기지 않도록 주의했다’(1,194)의 항목이 제일 낮은 것으로 나타났다.

〈표〉 고혈압 관리 프로그램 투입에 따른 두 집단간의 역할행위 이행의 항목별 구성비율

항	목	실행군 (N=78)			대조군 (N=31)			실수 (백분율)
		진행하지 않았다	안하는 편이다	보통이다	하는 편이다	안하는 편이다	잘하고 있다	
1. 혈압측정, 상담을 위해 자주 진료소를 방문했다.		25 (32.1)	22 (28.2)	15 (19.2)	12 (15.4)	4 (5.1)	2.333	산술평균
2. 기름기가 많은 음식을 제한했다.		18 (23.1)	14 (17.9)	13 (16.7)	11 (14.1)	22 (28.2)	3.064	산술평균
3. 짠 음식을 제한했다.		8 (10.3)	11 (14.1)	15 (19.2)	19 (24.4)	25 (32.1)	3.538	산술평균
4. 술마시는 것을 제한했다.		14 (17.9)	8 (10.3)	4 (5.1)	13 (16.7)	39 (50.0)	3.705	산술평균
5. 담배를 제한했다.		14 (17.9)	11 (14.1)	4 (5.1)	6 (7.7)	43 (55.1)	3.679	산술평균
6. 신체적인 파로를 피하였다.		4 (5.1)	9 (11.5)	20 (25.6)	29 (37.2)	16 (20.5)	3.564	산술평균
7. 마음을 편하게 하려고 노력했다.		6 (7.7)	14 (17.9)	14 (17.9)	29 (37.2)	15 (19.2)	3.423	산술평균
8. * 지시받은대로 약을 규칙적으로 복용했다.		0	4 (5.1)	5 (6.4)	5 (6.4)	0	***	3.786
9. **혈압이 오르는 증세가 있을 때 진료소에 가서 상의했다.		33 (42.3)	4 (5.1)	1 (1.3)	2 (2.6)	1 (1.3)	1.390	산술평균
10. 번거가 생기지 않도록 주의했다.		66 (84.6)	3 (3.8)	3 (3.8)	6 (7.7)	0	1.346	산술평균

* 비례당 64 (82.1%) ** 비례당 37 (47.4%) *** 비례당 20 (64.5%)

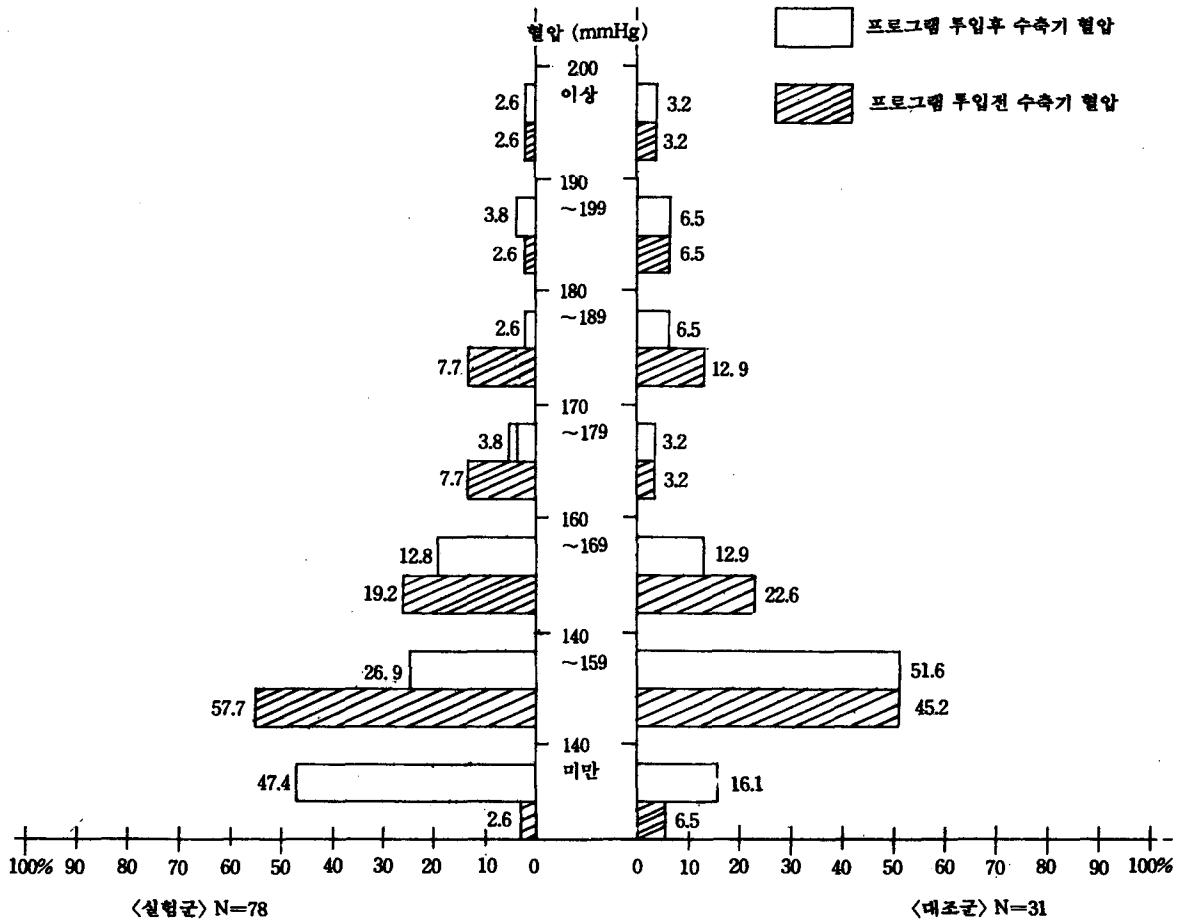
4. 고혈압 관리 프로그램 투입에 따른 두 집단의 혈압 분포

실험군, 대조군의 고혈압 관리 프로그램 투입 전후의 수축기 이완기 혈압분포는 <그림2, 3>과 같다.

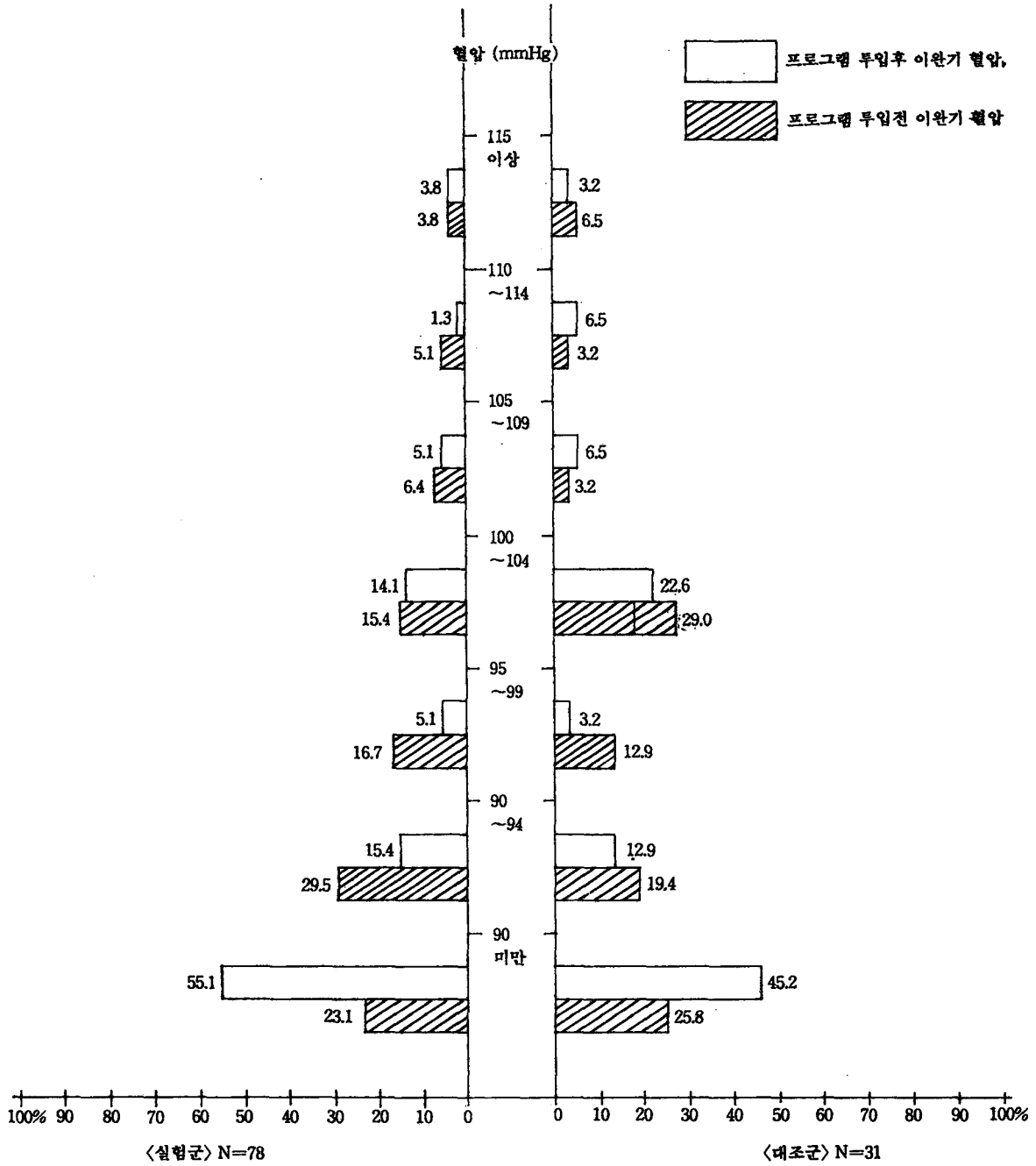
두 집단의 수축기 혈압분포를 비교해 보면 프로그램 투입 후 140미만의 정상 혈압군에서 두 집단 모두 증가를 보였으나 실험군에서는 44.8%의 월등한 증가를 보였고 경계선 고혈압인 140~159군에서는 실험군에서는 30.8% 감소되었으나 대조군에서는 오히려 6.4% 증가를 보였다. 이는 실험군에서는 치료적 접촉과 교육을 중심 내용으로 한 고혈압 관리 프로그램을 통해 경계선 고혈압이 조절되어 정상 혈압으로 내려간 반면 대조군에서는 별로 변화를 보이지 않은 것으로 사료된다. 그 외 170

~179에서 실험군에서는 감소를 보였으나 대조군에서는 증가가 없었고 180이상에서는 두 집단 모두 큰 증가를 보이지 않으며 비슷한 분포를 나타내었다

두 집단의 이완기 혈압분포에서는 90미만의 정상 혈압군에서 프로그램 투입 후 두 집단 모두 증가를 보였으나 실험군이 32% 더 큰 증가를 보였고 경계선 고혈압인 90~94에서는 두 집단 모두 감소를 보였으나 대조군(6.5%감소)에 비해 실험군이(14.1%) 더 큰 감소를 나타냈다. 이 역시 실험군에서는 고혈압 관리 프로그램을 통해 경계선 고혈압이 조절되어 정상 혈압으로 내려갔기 때문인 것으로 사료된다. 그 외에 95~99, 100~104에서는 두 집단이 큰 차이없이 감소를 보였으나 105이상의 혈압군에서는 실험군은 약간의 감소를 보인 반면 대조군에서는 오히려 증가 현상을 나타냈다.



<그림2> 고혈압 관리 프로그램 투입에 따른 수축기 혈압 분포



<그림3> 고혈압 관리 프로그램 투입에 따른 이완기 혈압 분포

5. 고혈압 관리 프로그램 투입에 따른 두 집단간의 매개변수의 비교

고혈압 관리 프로그램이 매개변수에 미친 영향을 검증하기 위해 두 집단간의 매개변수를 비교분석하였다.

<표8>에 따르면 실험군이 이의성, 지각된 가족지지, 가족지지행위에서 높은 점수를 나타냈으나 이의성에서만 유의한 차이를 나타냈고($p=0.000$) 민감성·심각성·장애성에서는 대조군이 높은 점수를 나타냈으나 큰 차이는 없었다. 이는 프로그램 투입의 결과로 건강신념 중 이의성에 대한 지각이 높아진 것으로 사료되며 환자교육이 고혈압자의 민감성·심각성을 증가시켰다는 Inui (1976)의 연구결과와는 상반되며 환자교육이 질병에 대한 민감성과 이의성을 증가시켰다는 Haefner와 Kirscht (1970)의 연구결과와는 부분적으로 일치된다.

<표8> 고혈압 관리 프로그램 투입에 따른 두 집단간의 매개변수의 비교분석

매개변수	실험군(N=78)	대조군(N=31)	t.	p.
	Mean±S.D	Mean±S.D		
민감성 심각성	27.423± 7.90	28.226± 7.81	-0.48	0.632
이의성	49.282± 7.53	42.161± 6.10	4.69	0.000
장애성	26.628± 5.11	27.323± 4.65	-0.66	0.513
지각된 가족지지	42.923±12.69	39.710±12.82	1.19	0.237
가족 지지행위	41.167±13.86	37.968±11.20	1.14	0.255

최(최영희, 1983)는 지지적 간호중재가 건강신념과 가족지지행위를 높혀준다고 보고함으로써 본 연구결과와는 차이를 보였는데 이는 본 연구의 대상자가 농촌지역의 주민이므로 본 연구 프로그램에서 가족지지를 강화했으나 실제적인 가족지지가 잘 이루어지지 않은 것으로 사료되며 혈압조절 집단과 조절되지않은 집단 사이에 건강신념에 차이가 없었다는 Devon등(1984)의 연구결과도 유념해 볼 수 있다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 보건진료원을 통한 고혈압관리프로그램을

운영해봄으로써 고혈압관리프로그램의 적용과 확대가능성을 타진하고자 시도되었다.

전라북도 임실군내 4개보건진료소지역을 선정하여 2개소를 실험군으로, 다른 2개소를 대조군으로 20세 이상의 성인에서 고혈압자를 발견하였다. 고혈압유병율은 실험군이 10.7%, 대조군이 11.1%이다.

보건진료원의 주기적 관리, 건강신념변화를 위한 교육강화 및 가족지지 등을 내용으로하는 고혈압관리프로그램을 1987년 4월부터 1988년 3월까지 1년간 실험지역에 투입하였다.

프로그램종료후 환자역할행위이행, 건강신념, 가족지지에 대해 질문지를 이용하여 고혈압관리프로그램의 효과를 측정하였다.

자료분석대상은 실험군 78명, 대조군 31명, 전체 109명의 고혈압자이다.

본 연구결과를 근거로 하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1) 고혈압관리 프로그램 투입의 효과분석

고혈압관리 프로그램의 효과를 분석하기 위하여 가설을 검정한 결과는 다음과 같다. 제1가설 "고혈압관리 프로그램을 투입한 실험군은 대조군보다 역할행위이행 정도가 높을 것이다."는 지지되었다($p=.000$) 제2가설 "고혈압관리 프로그램을 투입한 실험군은 대조군보다 대상자의 혈압이 더 낮아질 것이다."는 부분적으로 지지되었다.(이완기압: $p<0.05$)

2) 고혈압관리 프로그램투입에 따른 두집단간의 매개변수의 비교분석에 있어서는 실험군이 이의성, 지각된가족지지, 가족지지행위에서 높은 점수를 나타냈으나 이의성에서만 통계적으로 유의한 차이를 나타냈고($p=0.0000$) 민감성, 심각성, 장애성에서는 대조군이 높은 점수를 나타냈으나 통계적 유의성은 보이지 않았다.

3) 이상과 같은 결과에 따라 본 연구에서 제시한 고혈압관리모형은 고혈압자의 환자역할이행증진과 혈압저하에 효과가 있는 것으로 평가할 수 있다.

2. 제언

1) 고혈압자의 생활패턴변화를 적극적으로 유도하기 위해서는 개인적 변수로서 연령, 교육수준을 고려한 다양한 교육강화프로그램이 개발되어야 한다.

2) 환자역할이행에 영향을 미치는 다른 변수들을 규명할 수 있는 요인의 조작화와 도구개발을 위해 실증적

연구가 필요하다.

3) 보건진료소가 설치되지 않은 지역에서 주민과의 접촉이 비교적 용이한 보건간호사를 고혈압관리사업에 참여시키기 위해서는 보건간호사의 기존업무의 효율을 증가해볼 필요가 있으며 정부단위의 통합보건사업에서 고혈압자 조기발견 및 환자역할행위이행을 강화시키는 시범 연구의 시행을 제안한다.

참 고 문 헌

- 김수지, 간호이론, 서울:수문사, 1985.
- 김영숙의 8인, 성인간호학, 서울:수문사, 1986.
- 이희승, 국어대사전, 서울:민중서관, 1961.
- 한국인구보건연구원, 인구 보건지표 및 통계, 서울:한국인구보건연구원, 1984.
- 강현숙, 재활강화교육이 편마비 환자의 자가간호수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구, 연세대학교 대학원, 1984.
- 김기순외, 일부 농촌지역 고혈압 관리사업의 추적 조사 (2), 한국 의학회지, 1981, 3(1), 45~54.
- 김시현, 지성애, 노인의 사회적 지지와 건강상태와의 관계분석 연구, 중앙의대지, 1985, 10(1), 123~137.
- 문정주의, 고혈압 환자의 치료 지속도에 관한 연구, 가정의, 1986, 7(12), 10~21.
- 박오장, 사회적 지지가 당뇨병 환자의 역할행위이행에 미치는 영향에 관한 연구, 연세대학교 대학원, 1984.
- 이향련, 자가간호 증진을 위한 건강계약이 고혈압자의 건강행위이행에 미치는 영향, 연세대학교 대학원, 1985.
- 최영희, 고혈압 환자의 치료지시 이행에 관한 연구, 간호학회지, 1980, 10(2), 73~85.
- , 지지적 간호중재가 가족지지행위와 환자역할행위에 미치는 영향에 관한 연구, 연세대학교 대학원, 1983.
- 최영희, 신평법, Health Belief와 Health Behavior에 관한 문헌적 고찰, 최신의학, 1983, 26(2), 162~163.
- Gross, F., and others, *Management of Arterial Hypertension*, WHO, 1984.
- Kisl, S.V., The health belief model and behavior related to chronic illness, ed. Becker, M.H., *The Health Belief Model and Personal Health behavior*, New York: Charles B. Slack, 1974.
- Luckmann, J., Sorensen, K.C., *Medical-Surgical Nursing*, 2nd ed., Philadelphia: Saunders co., 1980.
- Rosenstock, I.M., Historical origin of the health belief model, ed. Becker, M.H., *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*, New York: Charles B. Slack, 1974.
- Taylor, D.W., Patient Perception and Compliance: Recent studies of the Health belief Model, ed. R. B. Hynex, *Compliance in Health Care*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.
- Becker, M.H., Maiman, L.A., Strategies for enhancing patient compliance, *Journal of Community Health*, 1980, 6(2), 113-135.
- Brandt, P.A., Weinert, C., The PRQ-A Social support measure, *N.R.*, 1981, 30(5), 277-280.
- Champion, V.L., Instrument development for health belief model constructs, *A.N.S.*, 1984, 6(3), 73-85.
- Cobb, S., Social support as a moderator of life Stress, *Psychosomatic Medicine*, 1976, 38(5), 300-314.
- Devon, H.A., Powers, M.J., health beliefs, adjustment to illness, and control of hypertension, *Research in Nursing and Health*, 1984, 7(1), 10-16.
- Earp, J.L., and others, The effects of family involvement and practitioner home visit on the control of hypertension, *American Journal of Public Health*, 1982, 72(10), 1146-1153.
- Haefner, D.P., Kirscht, J.P., Motivational and behavioral effects of modifying health belief, *Public Health Reports*, 1970, 85(6), 478-484.
- Heinzelmann, F., Bagley, R.W., Response to physical activity programs and their effects on health behavior, *Public Health Reports*, 1970, 85(10), 905-911.
- Inui, T.S., Williams, J.W., Improved outcomes in hypertension after physician tutorials, *Annals of Internal Medicine*, 1976, 84(6), 646-651.
- Krishan, I., the Mayo three-community hypertension control program, *Mayo Clin. Proc.*, 1979, 54, 299-306.
- Lin, N., and others, Social Support, stressful life event and illness: A model and empirical test, *J. of Health and Social Behavior*, 1979, 20, 108-119.
- Mikbail, B., The health belief model: A review and critical evaluation of the model, research, and prac-

- tice, *A.N.S.*, 1981, 4(1), 65-82. Cited from Baric, L., Recognition of the "at risk" role—A means to influence health behavior, *Int. J. Health Ed.*, 1969, 12, 24-34
- Mikbail, B., The health belief model : a review and critical evaluation of the model, research, and practice, *A.N.S.*, 1981, 4(1), 65-82. Cited from Kasl, S.V., Cobb, S., Health behavior, illness behavior, and sick role behavior, *Arch Environ Health*, 1966, 12, 246-266.
- Mikbail, B., The health belief model : A review and critical evaluation of the model, research, and practice, *A.N.S.*, 1981,4(1), 65-82. Cited from Lewin, Kurt; *A Dynamic Theory of Personality*, ed 2, New York, John Wiley and sons; 1970.
- Norbeck, J.S., Social Support : A model for clinical research and application, *A.N.S.*, 1981, 3(4), 43-59.
- Norbeck, J.S., and others, The development of an instrument to measure social support, *N.R.*, 1981, 30 (5), 264-269.
- O'Brien, M.E., Hemodialysis regimen compliance and social environment, a panal analysis, *N.R.*, 1980, 29(4), 250-255.
- Sackett, D.L., and others, Randomized clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension, *Lancet*, 1975, 1205-1207.
- Steckel, S.B., Swain, M.A., contracting with patients to improve compliance, hospitals, *J.A.M.A.*, 1977, 51, 81-84.
- Swain, M.A., Steckel, S.B., Influencing adherence among hypertensives, *Research in Nursing and Health*, 1981, 4, 213-222.
- Wasserthiel-Smoller, etc, Recent status of detection, treatment, and control of hypertension in the community, *Journal of Community Health*, 1979, 5(2),
- Wilber, J.A., Barrow, J.G., Reducing elevated blood pressure : experiance found in a community, *Minnesota Medicine*, 1969, 52, 1303-1305.

-Abstract -

An experimental Study on the Development of a Program for the Promotion of the Compliance with Sick Role Behavior in the Hypertensives

*Principal Researcher : Choi, Boo Ok**
*Researcher : Cha, Young Nam**
*Jang, Hyo Soon**
*Kim, Young Hee***

This experimental study was undertaken to gauge the possibility of application and extension of a program for hypertension care to be operated by Community Health Practitioners. Four community health posts were selected. Two places were experimental groups and the other two control groups. The study was carried out from April 1987 to March 1988.

In this study the hypertensives were screened form a group of adults who were over 20 years old. The rate of prevalence was 10.7% in the experimental group, and 11.1% in the control group.

The hypertension care program was composed of three parts : regular care by CHPs, reinforcement of education and family support for the changing of health beliefs.

The data for this analysis is based on 109 the hypertensives, with 78 from the experimental group and 31 from the control group.

After the program was completed, the results obtained were as follows :

- 1) Sick role behavior compliance in the experimental group were significantly higher than the control group.
- 2) Blood pressures were decreased in both systolic and diastolic in the experimental group. Diastolic

* The Margaret Pritchard Junior Nursing College
 **Former instructor of MPJNC

pressure was strikingly decreased from those of the control group and showed statistical significance ($p < 0.05$).

- 3) In the experimental group, benefits, perceived family support and family support behavior were high, out benefits was significantly higher than those of the control group($p=0.000$). Sensitivity,

seriousness and barriers were high in the control group, but not statistically significant.

- 4) In conclusion, it is revealed that hypertension care program developed in this study has an effect of decreasing blood pressure and promoting sick role behavior compliance.