

농촌지역 일차건강관리 기관의 고혈압환자 관리실태* -전남지역을 중심으로-

정영해** · 강혜영*** · 정미영****

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

그 동안 정부는 농어촌 지역 주민의 건강 관리 요구를 충족시키기 위해 여러가지 사업을 펼쳐 왔다. 지역에 필요한 인적 자원을 확보하기 위해 1979년부터 공중보건의제도를 시행하여, 일차적 건강 관리는 보건지소에서 주로 담당하고 있다. 보건지소에서는 가족계획, 결핵관리, 모성관리 및 예방접종과 같은 전통적인 건강 관리 사업에 치중해 왔지만, 최근에는 고혈압이나 당뇨병 등 성인병 관리에도 점차 비중을 두고 있다.

한편, 농어촌 중에서도 벽오지 주민의 건강 관리 요구를 충족시키기 위하여 정부에서는 보건진료원제도를 운영하고 있다. 이는 1980년 12월 31일자로 공포된 '농어촌 보건 의료를 위한 특별조치법'에 근거한 것으로, 1981년부터 보건진료원을 양성하여 현재 전국에 2,038개소가 설치되어 운영 중에 있다. 보건진료원은 지역사회 간호사로서, 정해진 교육과정을 거쳐 도서벽지의 보건진료소에 배치되어 지역 주민들과 함께 부락에 거주하면서 그들의 건강 문제 해결에 한 몫을 담당하고 있다. 이들은 지역 주민의 일차적인 접촉자로서 질병 예방을 위한 건강교육과 질병 예방

활동, 가족의 건강 문제 상담, 학교 아동의 건강 관리, 응급 환자의 신속 처리 및 후송, 기타 발생 환자의 추구 관리 등의 일차건강관리와 치료서비스를 제공한다(김화중, 1991).

이러한 노력의 결과, 농어촌 지역에서 급성 질환과 전염병은 점차 줄어들고 있는 반면, 인구의 노령화와 함께 만성퇴행성 질환은 늘어나고 있다(보건복지부, 1993). 만성퇴행성 질환은 질병의 진행 양상 및 특성이 독특하여 개인이나 가족은 물론 지역사회에도 많은 문제를 남기게 되고, 조절은 가능하나 완치가 어렵고, 증상이 뚜렷하지도 않으면서 평생 치료와 자가간호를 계속해야 하는 어려움이 있다(우선혜와 오현숙, 1994; 송근희, 1989). 또한, 만성질환에 대한 자가간호가 제대로 이루어지지 않거나 합병증이 발생하면 반복하여 입원하게 되고, 퇴원 후에도 장기적이고 지속적인 외래 진료 및 가정 간호를 받아야 한다. 따라서, 대상자들이 스스로 건강을 증진하고 자가간호를 할 수 있도록 교육하고 관리하며, 가능한 최적의 의료 혜택을 받을 수 있게 도와주는 건강관리자가 필요한 실정이다. 농어촌 지역에서 이러한 역할은 일차건강관리기관의 몫이다.

보건소법 제6조(1991.3.8. 전면 개정)에 의하면, 보건복지부가 잠정적으로 정한 가정간호사업의 대상자로는 만성질환자, 수술 후 조기 퇴원 환자, 모자보건

* 이 연구는 사단법인 광주사회조사 연구소의 지원(KSRC-MUAN-9408-01p)으로 이루어졌음

** 사단법인 광주사회조사연구소 책임연구원

*** 전남대학교 의과대학 간호학과

**** 전남 신안군 매화보건진료소 보건진료원

대상자, 재활간호 대상자, 65세 이상 노인환자, 기타 통원에 의한 요양이 곤란한 환자가 포함된다. 이 법에 따라, 보건요원들이 주민들 속으로 파고들어 만성퇴행성질환이 있는 대상자를 찾아내고, 관리하나, 그 수준은 매우 낮아, 건강관리사업으로서의 만성퇴행성질환의 관리는 아직 정착되지 않은 상태이다.

인구의 노령화와 함께, 만성퇴행성질환 관리 요구가 점차 증가하는 이 때, 만성퇴행성질환 중 비교적 유병율이 높고 장기적인 관리를 필요로 하는 고혈압 환자들을 대상으로 일차건강관리기관(보건소, 보건지소 및 보건진료소)에서 실시하는 가정방문, 투약, 혈압측정, 건강교육 및 건강상담, 의뢰 활동 등이 얼마나 효과적으로 이루어지고 있는지 그 실태를 파악하여 추후 활동 방향을 제시하기 위한 정보로 삼고자 한다.

2. 연구의 내용

본 연구는 일차건강관리자들의 고혈압 대상자들에 대한 관리 활동을 파악하고자 한 것으로 구체적으로 는 :

- 1) 고혈압관리활동에 대한 대상자의 인지도,
- 2) 고혈압관리활동에 대한 대상자의 수용도,
- 3) 고혈압관리활동에 대한 대상자의 만족도,
- 4) 고혈압에 대한 대상자의 건강지식,
- 5) 고혈압관리에 필요한 건강행위 실천도 및
- 6) 제 변수들 간의 상관관계를 파악하고자 한다.

II. 이론적 배경

인간은 살아가면서 나름대로의 생활양식을 익히고 개발해 간다. 급격한 사회적 환경의 변화에 따라 우리 사회의 생활 여건은 전통적인 생활양식에서 벗어나, 생활 전반에서 개인화 경향이 나타나고, 식습관과 가족 형태가 바뀌어 가고 있다. 또한, 절적인 삶을 추구하는 경향이 커지고, 생활 수준이 전반적으로 높아짐에 따라 육체적 활동이 점차 감소하게 되었다. 이와 같은 현상과 함께 만성퇴행성질환에 의한 사망률도 증가하고 있으며(통계청, 1993), 복지서비스 요구의 증가와 함께 만성퇴행성질환에 대한 건강관리가 중요한 문제로 대두되고 있다. 이미 정부에서는 보건지소 및 보건진료소로 하여금 만성질환 중 비교적 유병율이 높은 고혈압을 관리할 수 있도록 하였다. 고

혈압관리에 관한 선행연구에서 Cunningham과 Hill(1982)은 대상자에게 개별적인 접근을 시도하는 것이 고혈압환자 관리와 혈압 조절에 효과적임을 시사하였다.

고혈압관리에 관한 연구에서는 주기적인 가정방문과 교육의 중요성이 계속 주장되어 왔다. Earp 등(1982)은 고혈압환자 관리를 위해서 환자 및 가족을 대상으로 실험 연구한 결과, 정규적인 가정방문을 받은 군이 대조군에 비해 혈압 조절이 유의하게 향상되었음을 보고하면서, 고혈압관리에 있어, 가족이나 간호사의 지지와 더불어 정규적인 가정방문의 중요성을 강조하였고, Lindberg(1987)도, nurse practitioner가 지역 내에서 대상 주민들을 주기적으로 방문함으로써 그들의 건강관리 요구를 통합하는데 중요한 역할을 하였다고 보고하였다. Yan(1992)은 고혈압환자를 대상으로 가정방문, 건강교육과 같은 중재 프로그램을 실시한 결과, 중재군이 비중재군보다 건강행위 실천을 잘 한 것으로 나타났으며, 이완기 혈압 또한 27.8%의 감소율을 보인다고 보고하였다. 또한, Miyake(1993)에 의하면 40세 이상 성인 남녀를 대상으로 지역사회 중심 고혈압 조절 프로그램에 건강진단, 건강교육 및 의뢰 활동을 포함시켜 13~15년동안 조사한 결과, 비참여자보다 참여자에서 혈압이 낮아지고, 뇌졸중의 유병율도 감소하였다.

Fortmann 등(1990)과 Levine과 Bone(1990)은 장기간에 걸친 계획된 건강교육 프로그램이 고혈압 조절에 상당히 유의한 결과를 보였음을 보고한 바 있고, Curzio 등(1990)은 병원 중심의 고혈압환자 관리보다는 지역 내에서의 nurse practitioner중심의 관리가 환자의 혈압 조절이나 추후 관리에 효율적임을 주장하였다. 또한, Steckel과 Swain(1977)은, 1~6개월 동안 병원을 방문한 고혈압환자들의 병원 방문 약속 실천과 혈압 하강 및 체중 감소 등의 행위 증진을 목적으로 한 실험 연구에서, 건강계약군은 대조군에 비해 방문 약속을 보다 잘 지켰으며, 혈압이 저하되었고, 체중도 유의하게 감소되었다고 보고하였다. 이들은 또한 고혈압환자의 건강행위 실천을 증가시키는 방법에 관한 연구(1981년)에서 건강계약에 건강교육을 첨가하여 115명의 고혈압환자들을 일반 간호를 받은 군, 건강교육을 받은 군 및 건강계약을 받은 군 등의 세 군으로 나누어 분석하였는데, 건강계약군에서 지식 증가 뿐 아니라 정규적인 병원 방문 약속 실천을 잘하는 것으로 나타났으며, 혈압 역시 유의하게 저하되었다고 하였다. 우리나라에서도, 성당이나 아

파트 주민을 대상으로 건강계약을 주고 고혈압에 관한 교육을 실시하여 고혈압에 대한 건강행위 실천도를 연구한 결과, 계약군의 건강행위가 증진되었다는 보고가 있다(이항련, 1986).

가정방문이나 건강교육 및 건강계약의 중요성에 대한 연구에 덧붙여 건강 전문인과 고혈압 대상자간의 상호작용도 효과적인 고혈압관리에 영향을 미치는 요인으로 보고되었다. Schoenberger 등(1972)은 경증 및 중등증의 고혈압환자의 연구에서, 의사들이 취하는 거만한 태도 때문에, 처음 진단받은 고혈압환자의 절반 이상(55%)이 두 번째 약속부터 지키지 않게 되었다고 하였으며, Davis(1966)는 의사가 환자에게 직접 부정적인 표현을 하거나 형식적이고 거만한 태도를 취함으로써 나타날 수 있는 곤란한 관계가, 건강행위의 실천도를 낮추는 것과 관련 있음을 강조하였다.

또한, Finnerty(1982)는, 잘 훈련받은 의사들이, 복합된 문제의 진단과 치료에는 흥미가 있으나, 고혈압과 같이 장기간 동안 변화가 적은 환자에 대하여는 도전의 가치가 낮아져 흥미를 잃는 경향이 있으므로, 진단받은 고혈압환자가 남은 생애 동안 약물 섭취, 식이 조절과 운동 등 자가간호를 수행할 수 있도록 교육하고 관리하는 것은 간호사의 중요한 역할이라고 하였다. 이러한 역할 부담은 의사에게 다른 일을 할 수 있도록 할 뿐 아니라 병원에서는 더 적은 비용으로 더 많은 환자를 관리할 수 있어서 매우 효율적인 일이다. 그 한 예로 Alderman과 Schoenbaum(1975)은 잘 훈련된 간호사로 하여금 뉴욕시에 있는 큰 백화점에서 고혈압환자의 발견과 자가간호요법 교육을 시도한 결과 아주 성공적이었다. 즉 첫째에 80%의 환자의 혈압이 조절되었으며, 처음 진단받은 고혈압환자의 97%가 계속 치료 하에 있어 적절한 관리를 받을 수 있을 뿐 아니라, 대상자의 사회생활에 지장을 주지 않는 좋은 프로그램으로 평가되었다.

고혈압관리의 큰 문제점은, 자신이 고혈압임을 모르는 채 살거나, 알고도 방치하는 데 있다. 이희발 등(1981)이 대학병원 외래에서 고혈압환자의 발견 및 진료를 위해 8,748명을 조사한 결과, 고혈압환자의 54%가 고혈압임을 모르고 있었고, 31%는 알면서도 치료를 받지 않고 있었으며, 10%는 불충분한 치료를 받고 있었다. 이 중 적절한 치료를 받아 혈압이 조절되었던 환자는 전체 고혈압환자 중 5%미만이였다. 이처럼 고혈압은 증상도 없이 혈압만 높은게 대부분

이고, 자각 증상을 느끼는 대상자 중에서 12.5%, 즉 고혈압환자 8명 중에 한 사람 만이 적절한 관리를 받고 있는 실정이다(최혜경, 1990). Kim 등(1992)은 영남 지역 도시와 농촌 주민 716명을 대상으로 한 연구에서, 고혈압의 원인을 알고 있는 자가 46.4%로 절반에 못 미치고, 계속 치료의 필요성을 인지하고 있는 자는 38.3%에 그쳤다고 보고하였다.

문정주와 김기순(1986)은 도시 종합병원과 농촌의 일차건강관리기관을 비교하여 고혈압환자 관리 실태를 분석한 결과, 도시 종합병원 환자의 49%가 1회 방문으로 중단한 반면 농촌의 일차건강관리기관에서는 24%인 것으로 나타나, 종합병원보다는 대상자들이 근접한 위치에 있는 일차건강관리기관을 통한 의료인의 지지가 치료를 지속시키는데 효과적임을 보고하였다. 또한 최부옥 등(1989)은 전북 임실군 4개 보건진료소를 선정하여 20세 이상 성인 남녀를 대상으로, 지역 조사시 발견 등록된 고혈압환자 141명에게 가정방문을 통한 고혈압관리 프로그램을 1년간 실시한 결과, 실험군이 대조군에 비해 건강행위 실천에 효과가 있었음을 밝힌 바 있다.

이들 선행연구를 통해, 효과적인 고혈압관리를 위해서는 주기적인 가정방문, 가족이 참여하는 건강교육과 건강계약 실시 및 지역사회, 가족 및 의료인의 지지와 상호작용이 중요한 요인임을 알 수 있다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 대상 및 설계

본 연구는 일차건강관리기관인 보건지소 및 보건진료소에 등록된 고혈압환자를 대상으로 한 설문지에 의한 조사 연구이다. 전남 도내 21개 군 중 임의 추출한 두개 군의 31개 보건진료소에 등록된 고혈압환자와, 동일 군내에서 만성질환 관리를 하고 있는 9개 보건지소에 등록되어 있는 모든 고혈압환자를 대상으로 하였다. 선정된 두개 군 중 한곳의 보건진료소 지역의 일부 고혈압환자들은 보건소에서 직접 관리 요원이 나와 관리하는 건강 전달 체계가 이루어져 있었기 때문에, 이 지역의 대상자들은 지역적으로는 보건진료소 관할 지역이지만, 관리기관별로는 보건소 직접 관리지역으로 구분하였다.

표본은 층화임의추출법으로 추출하였다. 고혈압 관리자에 따라 층을 나누어, 31개 보건진료소에 등록된

모든 고혈압환자(741명)중 각 보건진료소에서 남·여 한 명씩 62명, 만성질환을 관리하고 있는 9개 보건진료소(264명)에서 남·여가 적어도 한 명씩은 포함되도록 하여 각 3명씩 27명을 단순임의추출(simple random sampling)하고 보건소 직접 관리지역의 22명 중 접촉이 가능한 21명을 모두 추출, 총 110명을 면접조사하였다.

2. 용어 정의

만성퇴행성 질환자: 질병의 성격이 영구적이고, 치료와 간호가 필요한 질환을 말하며, 심장병, 고혈압, 암, 관절염, 결핵, 당뇨, 간경화증, 폐기종 등 미국 만성질환관리위원회에서 만성이라고 정의한 질환을 앓고 있는 사람.

고혈압관리 대상자: 만성퇴행성 질환자 가운데 일차건강관리기관에 고혈압으로 등록된 사람. 수축기 혈압이 160mmHg 이상이거나 이완기 혈압이 95mmHg 이상인 경우 중증으로 분류하고, 수축기 혈압이 140mmHg 이상이거나 이완기 혈압이 90~95mmHg인 경우 경증 고혈압관리 대상자로 분류.

3. 연구 도구

본 연구에서는 대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 배경을 조사하고, 고혈압환자의 관리 실태를 파악하기 위해 여러가지 도구를 사용하였다. 사용된 도구에는 고혈압관리활동에 대한 인지도, 수용도 및 만족도, 고혈압에 대한 건강지식과 고혈압 조절 관련 건강행위 실천도 등이 포함되었다.

1) 조사 대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 배경
성별, 연령, 동거 가족 수, 학력, 합병증 유무, 거주 지역(보건지소 지역, 보건진료소 지역) 및 관리기관(보건소, 보건지소, 보건진료소) 등이 포함되었다.

2) 고혈압관리활동에 대한 인지도
인지도 측정도구는 김영희와 최부옥(1986)의 문헌을 참고로 저자가 개발하였다. 이 도구는 혈압 측정(검사), 투약(처치), 의뢰 활동, 가정방문, 상담, 교육 활동 등 총 6문항으로 구성되었다. 각 활동을 관리활동으로 인지하고 있으면 1점, 그렇지 않으면 0점을 주어, 최저 0점에서 최고 6점으로 점수화하였다. 도구

의 신뢰도(Cronbach's α)는 0.74이다.

3) 고혈압관리활동에 대한 수용도

일차건강관리기관의 고혈압관리활동에 대한 수용도의 측정도구 역시 김영희와 최부옥(1986)의 문헌을 참고로 저자가 개발하였다. 일차건강관리기관의 6가지 활동을 혈압 측정, 투약, 의뢰 활동, 가정방문, 상담 및 교육 활동 등 총 6문항으로 구성하였다. 각 관리 활동이 도움이 되면 1점, 그렇지 않으면 0점을 주어 최저 0점에서 최고 6점으로 점수화하였다. 이 도구의 Cronbach's α 는 0.76이다.

4) 고혈압관리활동에 대한 만족도

일차건강관리기관의 활동의 만족도를 고혈압관리를 중심으로 측정한 도구는 Hinshaw와 Atwood(1977)가 개발한 것을 참고로 저자가 수정·보완하였으며, 이 도구의 Cronbach's α 는 0.86이다.

도구의 항목으로는, 자유로운 질문이 가능하다, 매우 친절하다, 건강 문제를 알고 관리를 잘 해준다, 가족의 건강 문제에 대하여 자유롭게 이야기할 수 있다, 주민 건강에 관심을 가지고 있다, 아픈 사람의 말을 정말 이해하며 들어준다, 건강이나 치료법에 대해 잘 설명해 준다 등의 총 8가지이다. 각 문항에 긍정적인 경우 1점, 부정적 또는 중립인 경우 0점으로 하여 최소 0점에서 최고 8점으로 점수화하였다.

5) 고혈압에 대한 건강지식

고혈압에 대한 건강지식 측정도구는 이향련(1986)이 개발한 것을 수정·보완한 것으로서 도구의 신뢰도(Cronbach's α)를 이향련은 0.63이라고 보고하였고, 서승미(1989)는 0.72라고 보고하였는데, 본 연구에서는 0.84로 다른 연구에 비해 높았다.

이 도구는 고혈압 대상자들이 알아야 할 건강지식을 측정하는 것으로, 고혈압의 원인과 조절 요법의 내용 및 조절 요법의 필요성, 잘못 알 수 있는 내용 등의 총 16문항으로 구성되었다. 각 문항을 잘 알고 있으면 1점, 잘못 알고 있거나 모르면 0점을 주어 최소 0점에서 최고 16점으로 점수화하였다.

6) 고혈압 조절에 관련된 건강행위 실천도

고혈압 조절에 관련된 건강행위 실천도 측정도구는 이향련(1986)이 개발한 것을 수정·보완한 것으로, 이향련은 Cronbach's α 를 0.8이라고 보고하였고, 서승

미(1989)는 0.55라고 보고하였는데, 본 연구에서는 0.56으로 이향련의 보고보다 낮았다.

이 도구는 대상자들이 취하고 있는 건강행위 중 혈압 측정 및 약물 복용 등 치료 활동과 관련된 내용, 음식 조절과 관련된 활동과 기호식품 제한과 관련된 건강행위 등의 총 12문항으로 구성되었다. 각 항목을 규칙적으로 실천하는 경우 2점, 가끔 하면 1점, 실천을 못하는 경우 0점으로 최소 0점에서 최고 24점으로 점수화하였다.

4. 자료 수집 방법

자료는 1994년 8월 29일부터 9월 10일까지 훈련받은 4명의 조사원에게 이 연구의 목적과 방법을 잘 설명한 후 대상자(110명)에게 직접 찾아가서 면담을 통해 설문지를 읽어 주면서 수집하도록 하였다. 자료의 신뢰도를 높이기 위하여 완성된 설문지의 20%를 무작위로 추출하여 전화로 검증하였다.

5. 자료 분석 방법

연구 대상자의 일반적 특성 및 질병과 관련된 배경 변수와 일차건강관리기관 이용시 장점, 고혈압관리활동에 대한 대상자들의 인지도, 수용도 및 만족도, 고혈압에 대한 건강지식과 고혈압 관련 건강행위 실천도 등에 포함된 각 항목은 빈도수와 백분율로 산출하였고, 일반적 특성과 제 변수들 간의 관련 정도는 t-test 또는 ANOVA로 분석하였다. 관리기관에 따른 차이를 보기 위하여, 관리자를 통제된 ANOVA(nested design)를 이용하였다. 각 변수들 간의 관계는 상관관계로 나타내었다. 수집된 자료는 SPSS-PC로 분석하였다.

6. 연구의 제한점

본 조사 연구의 결과는 향후 일차건강관리기관의 고혈압관리활동의 길잡이로 활용되겠으나, 몇 가지 제한점을 염두에 둘 필요가 있다.

(1) 고혈압관리를 중점 사업으로 시행한 기간이 짧기 때문에, 관리 활동의 효과를 평가하기에는 다소 이르다.

(2) 보건지소 관리지역과 보건소/보건진료소 관리지역은 각 건강관리 요원이 담당하는 지역의 크기에

차이가 있고, 관리 활동 방식 또한 차이가 있기 때문에, 단순 비교는 어렵다.

(3) 보건소/보건진료소 관리지역의 결과가 보건지소 관리지역보다 낮게 나온 데는, 실질적인 차이 외에 다른 요인도 작용한 것으로 보인다. 예를 들면, 지역적/관리체계적 특성상 보건소나 보건진료소 관리지역의 대상자들이 관리 요원에게 좋은 평가를 안겨주기 위하여, 사실에 입각한 응답보다는 '모범답'에 가까운 답을 했을 가능성이 있다.

(4) 대상자들의 연령과 교육정도 등 제3의 변수를 통제된 고급의 통계 기법을 사용하기에는 표본의 크기가 다소 작으므로, 더 큰 표본을 이용하여 구체적인 요인을 선별하는 과정이 필요하다.

(5) 보건소 관리지역은 이 지역만의 특성이므로, 이를 제외한 분석을 할 필요성이 있다.

IV. 연구결과 및 논의

1. 조사 대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 배경

조사 대상자의 일반적 특성 및 질병과 관련된 배경은 다음과 같다(표 1). 연구의 설계에 의하여, 남녀 비율은 대략 50%정도였으며, 연령별로는 65세 이상의 대상자가 54.5%로서 보건소 관리지역이 가장 노령이었고, 보건진료소, 보건지소 관리지역의 순이었다. 교육 수준별로는 국졸 이하가 전체의 82%정도로, 보건소 관리지역의 학력이 보건지소나 보건진료소 관리지역의 학력보다 높은 경향을 보였다. 현재의 결혼 상태별로는 약 20%정도가 배우자와 사별한 상태였으며, 본인 외 동거 가족 수는 동거인이 1명인 군이 가장 많았고, 독거군도 약 15%로 상당히 높았다. 대상자가 가입한 보험의 종류를 살펴보면, 전체의 약 67%가 보험에 가입해 있고, 생활 보호나 영세민 보조, 국가유공자로서 혜택을 받는 사람이 19%이며, 보험이 없거나 보호 혜택을 받지 않는 '일반'도 약 14%에 달했다. '일반'의 비율은 보건진료소 관리지역이 약 10%로 가장 낮았다. 제 특성을 종합해 볼 때, 보건소 관리지역의 대상자들의 환경이 그 외의 지역에 비해 다소 낮게 보인다.

질병 관련 배경을 보면, 합병증이 있다는 군이 전체의 34.5%에 달하여, 만성질환의 문제점인 합병증의 만연을 쉽게 알 수 있었으며, 이 비율은 보건소 관리지역이 19% 다소 낮은 경향을 보였다. 고혈압 상

〈표 1〉 조사대상자의 일반적 특성 및 질병과 관련된 배경

응답자	특 성	전 체	보건소	보건지소	진료소	χ^2
		N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
성별	남자	54(49.1)	13(61.9)	12(44.4)	29(46.8)	1.75
	여자	56(50.9)	8(38.1)	15(55.6)	33(53.2)	
연령	65세 이상	60(54.5)	14(66.7)	11(40.7)	35(56.5)	3.41
	65세 미만	50(45.5)	7(33.3)	16(59.3)	27(43.5)	
교육수준	무학	48(43.6)	5(23.8)	14(51.9)	29(46.8)	6.02
	국졸 이하	42(38.2)	9(42.9)	9(33.3)	24(38.7)	
	그 이상	20(18.2)	7(33.3)	4(14.8)	9(14.5)	
결혼상태	사별	22(20.0)	3(14.3)	5(18.5)	14(22.6)	0.72
	기혼	88(80.0)	18(85.7)	22(81.5)	48(77.4)	
본인의 동거가족수	없음	17(15.5)	3(14.3)	4(14.8)	10(16.1)	5.71
	1명	60(54.5)	15(71.4)	11(40.7)	34(54.8)	
	1명 이상	33(30.0)	3(14.3)	12(44.4)	18(29.0)	
보험종류	의료보호	21(19.1)	4(19.0)	6(22.2)	11(17.7)	2.44
	의료보험	74(67.3)	13(61.9)	16(59.3)	45(72.6)	
	일반	15(13.6)	4(19.0)	5(18.5)	6(9.7)	
합병증	있다.	38(34.5)	4(19.0)	10(37.0)	24(38.7)	2.78
	없다.	72(65.5)	17(81.0)	17(63.0)	38(61.3)	
고혈압 종류	중증	19(17.3)	7(33.3)	4(14.8)	8(12.9)	4.73
	경증	91(82.7)	14(66.7)	23(85.2)	54(87.1)	
마지막으로 혈압 잴 시기	1달 이내	68(62.4)	19(90.5)	12(46.2)	37(59.7)	10.17**
	그이상	41(37.6)	2(9.5)	14(53.8)	25(40.3)	

* p<.05

** p<.01

태는 중증이 전체의 17%로, 현재 관리를 받고 있는 사람의 대부분이 경증 고혈압으로 분류되었는데, 중증 고혈압 수는 보건소 관리지역의 대상자 가운데 상대적으로 많았다. 대상자들이 모두 고혈압관리를 위해 등록되었는데도 불구하고 문정주 등(1991)이 전북 지방 산간지에서 조사한 확정적 고혈압 유병율 13.5%와 비교하여 통계적으로 유의하게 높지 않은데, 이는 전반적인 지역사회 중심의 조사를 통해 확인할 필요가 있다. 마지막으로 혈압을 잴 시기별로는 1달 이내에 잴 사람이 전체의 62%에 달하였으며, 보건소 관리지역(90.5%)이 보건지소(46%)나 보건진료소 관리지역(60%)보다 훨씬 높아 유의한 차이를 보였다.

2. 일차건강관리기관 이용시 좋은 점

응답자들이, 보건지소 및 보건진료소 이용시 좋은

점으로 지적한 사항은 〈표 2〉에 정리된 것과 같다. 응답자의 64.5%가 가장 좋은 점으로 집과 거리가 가까운 것을 꼽았으며, 다음이 대하기가 편하다(45.5%), 치료비가 싸다(40%), 친절히 가르쳐 준다(38%)의 순이었다. 한편 약의 효과나 처치, 검사 등 보건지소 및 보건진료소의 기능 때문에 좋다고 꼽은 사례는 매우 미약한 것으로 나타났으며(<3%), 특히, 상담이나 가정방문, 예방접종이나 소독 등을 꼽은 사람은 전혀 없는 것으로 나타났다. 이러한 결과는, 보건지소 이용에 가장 큰 영향을 주는 요인은 인근 병 의원까지의 소요 시간과 이용 편의도 등이라는 강중두(1990)의 결과와 일치한다.

근접성에 대한 의견은 관리기관에 따라 매우 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데, 보건진료소 관리지역에 거주하는 대상자들이 근접성을 장점으로 꼽은 것(81%)이 보건지소 지역(33%)보다 두 배 이상 높

〈표 2〉 일차건강관리기관 이용시 좋은 점

응답내용	전체	보건소	보건지소	진료소	x ²
	N(+)(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
거리가 가까워 좋다	71(64.5)	12(57.1)	9(33.3)	50(80.6)	19.0***
대하기 편하다	50(45.5)	14(66.7)	6(22.2)	30(48.4)	9.9**
치료비 싸서 좋다	44(40.0)	14(66.7)	8(29.6)	22(35.5)	8.0*
친절하다	42(38.2)	13(61.9)	4(14.8)	25(40.3)	11.4**
약 효과있다	3(2.7)	1(4.8)	0(0.0)	2(3.2)	-
처치/치료를 해줘 좋다	2(1.8)	0(0.0)	0(0.0)	2(3.2)	-
혈압을 재줘 좋다	1(0.9)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.6)	-
큰병원에 의뢰해줘 좋다	1(0.9)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.6)	-

* p<.05 ** p<0.1 *** p<.01

† 각 항목에 대해 '그렇다'고 응답한 사람 수

았다(p<.001). 또한, 대하기가 편하다는 항목과 친절히 가르쳐 준다는 항목 등 심리적 부담감에 대하여 보건소 관리지역이 다른 관리기관의 지역보다 월등히 높았고, 보건지소의 경우가 가장 낮아, 보건소에서 관리하는 지역에 거주하는 대상자들이 세 배 이상 좋은 평가를 내리는 것을 알 수 있다(p<.01).

한국인구보건연구원에서 조사(1985)한 바에 의하면, 보건진료소의 치료비가 싸다고 생각하는 지역 주민은 조사 대상자 978명의 78.9%에 달하고 있었으며, 가까운 거리가 동기가 되어 의료 기관을 방문한 경우는, 보건진료소 81.8%, 약국 12.2%, 병의원 3.8% 보건소와 지소가 각각 1.0%, 0.8%순으로 나타났다. 본 조사에서 치료비가 싸기 때문에 좋다고 응답한 비율(40%)은 이 조사 결과와 유의하게 다른데, 이는 전 국민의 의료보험의 확대 실시로 인하여 어떤 의료기관을 방문하더라도 별 차이가 없기 때문에, 상대적으로 싸다는 느낌이 적게 들기 때문인 것으로 사료된다. 그러나 치료비가 싼 것이 좋은 점이라는 생각은 관리기관에 따라 차이가 있었는데(p<.05), 보험보유율이 모든 관리지역에서 비슷한 점으로 미루어 볼 때, 치료비가 실제로 차이가 나지는 않을 것이므로, 심리적 부담감의 차이로 보인다. 또한 보건진료소 주민의 74.7%가 근접성을 좋은 점이라고 응답한 것은, 앞에 인용한 연구 결과와 일관성 있는 것으로, 벽오지의 주민들에게 보건진료소는 높은 근접성으로 손쉽게 이용할 수 있는 일차건강관리기관임을 확인할 수 있다.

3. 고혈압관리활동에 대한 인지도

일차건강관리기관의 고혈압관리활동에 대한 대상자들의 인지도를 알아보았다(표 3). 대부분의 응답자들이 검사(혈압 측정)활동을 일차건강관리기관의 활동으로 인지하고 있었으며(94%), 다음으로는, 많이 인지하고 있는 것부터 순서대로 보면, 치료/투약(81%), 환자이송/의뢰, 가정방문, 상담, 교육(49%)의 순이다.

검사(혈압 측정)를 일차건강관리기관의 고혈압관리활동이라고 인지하고 있는 사람의 비율은 대상자의 관리기관에 따라 유의한 차이를 보였는데, 보건진료소 관리지역(97%)과 보건소 관리지역(95%)이 보건지소 지역(85%)보다 다소 높은 인지도를 보였으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 상처 치료나 투약에 대한 인지도는 보건소 관리지역(90.5%), 보건진료소 관리지역(85.5%), 보건지소 지역(63%)의 순으로 나타났다(p<.01), 가정방문과 상담 활동에 대한 인지도 또한 보건소, 보건진료소, 보건지소 관리지역의 순으로 유의한 차이를 보였다(p<.01). 환자 이송/의뢰, 건강교육에 대한 인지도는 관리기관에 따른 차이가 유의하지 않았다. 박정환 등(1986)이 실시한 공중보건의사들의 업무 수행에 관한 연구에서, 보건지소장의 80%가 직접 환자 진료 활동 이외에 상담 및 교육, 가정방문 등의 활동이 요구되는 모자보건 및 가족계획에 관한 업무를 전혀 수행하지 못하고 있다는 보고는 이러한 결과를 뒷받침해 준다. 그 이유로서,

〈표 3〉 관리기관 별 고혈압관리활동 인지도

관 리 활 동	전 체	보건소	보건지소	진료소	x ²
	N†(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
혈압측정	103(93.6)	20(95.2)	23(85.2)	60(96.8)	4.35
치료/투약	89(80.9)	19(90.5)	17(63.0)	53(85.5)	7.71*
의뢰활동	75(68.2)	16(76.2)	15(55.6)	44(71.0)	2.83
가정방문	66(60.0)	16(76.2)	9(33.3)	41(66.1)	11.26**
건강상담	59(53.6)	13(61.9)	9(33.3)	37(59.7)	5.96
건강교육	54(49.1)	11(52.4)	11(40.7)	32(51.6)	1.00

* p<.05 ** p<01

† 각 항목을 인지하고 있는 사람 수

박정한 등은, 보건지소장이 이러한 업무를 스스로의 업무라고 간주하지 않고 있기 때문이라고 보고하였다.

또한 김영희와 최부옥(1986)은 보건진료소의 업무 인지도를 환자 간호 및 치료(96.5%), 모자보건/가족 계획 상담(90.8%), 환자이송/의뢰(90.8%), 건강상담 및 교육(83.2%), 가정방문(67.1%) 순이라고 보고하였다. 이처럼 두 연구 모두에서 상담, 교육, 가정방문 등의 활동에 대한 인지도가 낮은 것은, 주민들이 건강 증진이나 예방 활동보다는 투약이나 의료 처치 등 직접 볼 수 있는 건강관리를 선호하기 때문인 것으로 사료된다.

일차건강관리기관의 활동에 대해 대상자들이 인지한 정도를 6점 만점으로 하여 각 변수와의 관련 정도를 알아보았다(표 4). 평균 인지도는 3.6점으로 낮은 편이었으며, 성별이나 연령, 교육 정도, 결혼 상태, 동거 가족 수 또는 보험의 종류 등 변인에 따른 차이는 거의 없었으나, 관리기관별로 볼 때, 보건소와 보건진료소 관리지역의 대상자들의 인지도가 각각 4.0점과 3.8점으로 보건소 지역보다 1점 정도 높게 나타나 유의한 차이를 보였다(p<.001). 이처럼 보건소와 보건진료소 관리지역의 대상자들이 더 높은 인지도를 보인 것은, 관리자와 잦은 접촉을 한 결과라고 생각된다. 보건진료소 관리지역의 대상자들이 자주 접촉할 수 있는 요인으로는, 지역적으로 제한되어 있고, 지역 내에 경쟁 건강관리 기관이 없으며, 보건진료원이 지역에 거주하여 지역민들과의 rapport가 형성되어 있는 점 등을 들 수 있겠고, 보건소 관리지역은 매주 정기적으로 지역을 방문하여 관리하였기 때문인 것으로 보인다.

〈표 4〉 제 변수 별 인지도^a 비교

응답자	특성	N	Mean±SD	t or F
전체		110	3.6±1.46	
성별	남	4	3.7±1.36	0.99
	여	56	3.4±1.56	
연령	65세 이상	60	3.5±1.68	0.65
	65세 미만	50	3.7±1.15	
교육정도	무학	48	3.3±1.70	1.29
	국졸이하	42	3.8±1.22	
	그 이상	20	3.7±1.26	
결혼상태	사별	22	3.3±1.64	0.88
	기혼	88	3.6±1.42	
본인의	없음	17	3.1±1.54	0.99
동거	1명	60	3.7±1.40	
가족수	2명 이상	33	3.6±1.54	
보험종류	생보/영세민/유공자	21	3.4±1.57	0.13
	지역/직장/공무원	74	3.6±1.51	
	일반	15	3.5±1.13	
관리기관	보건소	21	4.0±1.26	7.06***
	보건지소	27	2.7±1.46	
	보건진료소	62	3.8±1.39	

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

^a총 6점 만점

4. 고혈압관리 활동에 대한 수용도

고혈압관리 중심의 활동에 대한 대상자들의 수용도 <표 5>를 살펴보면, 치료나 투약이 도움이 된다고 응답한 사람이 가장 많아 전체의 85.5%에 이르고, 검사(혈압 측정)가 도움이 된다는 응답이 79%, 환자 이송/의뢰가 67% 순으로 높은 편인데 비해, 가정방문(54%), 교육(51%), 상담(49%)은 낮은 편이었다. 관리기관에 따라 비교해 볼 때, 건강교육을 제외한 모든 항목에서 보건소 관리지역의 대상자들의 수용도가 가장 높았으며, 보건지소 관리지역의 수용도는 모든 항목에서 최하위를 기록했다($p < .05$). 특히 가정방문에 대한 수용도는 4배 이상의 차이를 보였다.

김영희와 최부옥(1986)의 보건진료소 지역 주민의 건강 실태 변화 조사에서, 의료 기관의 방문 목적별로 볼 때, 진찰 및 진료를 위해 보건진료소를 방문한 사람은 90.7%였고, 보건지소를 방문한 사람은 67.9%였으며, 건강상담은 보건진료소 2.6%, 보건지소는 0%로 나타나, 본 조사 결과와 흡사한 성향을 보였다. 또한 보건진료원의 활동에 대하여 도움이 되었다는

응답이 72.3%로, 전체적으로 비교적 높은 수용도를 보인 본 조사 결과와 일관성이 있다. 또한 가정간호사업의 수요 측정과 모형 설정을 위한 조원정 등(1991)의 연구에 의하면, 대상자들이 서비스 활동에 대해 긍정적으로 수용한 항목들은 혈압 측정(82.0%), 치료(79.7%), 건강상담(78.5%), 건강교육(75.8%)의 순이었는데, 본 조사 결과 역시 치료나 검사 등 가지적이고 구체적인 활동에 대한 수용도가 높게 나타났다. 반면에 교육이나 상담 등 그 효과를 확인하기까지 오랜 시간이 걸리는 활동에 대해서는 훨씬 낮은 수용도를 보였는데, 이와 같이 일상적인 생활의 변화를 요구하는 건강 증진 및 예방 활동, 즉 가정방문, 건강교육 및 건강상담 활동에 대한 인지도와 수용도가 일관성 있게 낮은 것은 앞으로 일차건강관리기관이 풀어야 할 숙제이다. 문정주 등(1991)은 고혈압군에서 정상혈압군보다 평균 염분 섭취량이 다소 낮은 결과가 나온 이유로 4년 이상의 고혈압관리 활동을 들었는데, 이처럼 장기간에 걸친 지속적인 교육과 상담 활동이 요구된다.

<표 5> 관리기관 별 고혈압관리활동 수용도

관 리 활 동	전 체 N ⁺ (%)	보건소 N(%)	보건지소 N(%)	보건진료소 N(%)	x ²
혈압측정	87(79.1)	20(95.2)	17(63.0)	50(80.6)	7.65*
치료/투약	94(85.5)	19(90.5)	19(70.4)	56(90.3)	6.55*
의뢰활동	74(67.3)	17(81.0)	12(44.4)	45(72.6)	8.97*
가정방문	59(53.6)	17(81.0)	5(18.5)	37(59.7)	20.60***
건강상담	54(49.1)	13(61.9)	7(25.9)	34(54.8)	8.00*
건강교육	56(50.9)	11(52.4)	9(33.3)	36(58.1)	4.63

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$
 † 각 항목에 대하여 도움이 된다고 응답한 사람 수

총 6점 만점의 건강관리 활동에 대한 수용도는 평균 3.4점으로 상당히 낮게 나타났다(<표 6>). 수용도는 성별이나 연령 등 제 변수에 있어서 유의한 차이가 없었다. 관리기관별로는 보건소, 보건진료소, 보건지소 관리지역의 순으로, 최소한 1.4점의 차이가 나는 등 유의한 차이를 보였다($p < .001$). 이는 보건소의

관리 요원이 정기적으로 지역을 방문하여 대상자를 관리하고, 보건진료원이 지역 내에서 거주하면서 24시간 이용 가능한 일차적 접촉자로서의 역할을 수행함으로써, 그들의 관리 활동에 대해 대상자들이 잘 인지하고 수용하기 때문인 것으로 사료된다.

〈표 6〉 제 변수 별 수용도^a 비교

응답자	특성	N	Mean±SD	t or F
전체		110	3.4±1.55	
성별	남	54	3.4±1.54	0.41
	여	56	3.3±1.58	
연령	65세 이상	60	3.2±1.37	0.95
	65세 미만	50	3.5±1.69	
교육정도	무학	48	3.0±1.65	1.69
	국졸이하	42	3.6±1.45	
	그 이상	20	3.5±1.47	
결혼상태	사별	22	3.3±1.43	0.09
	기혼	88	3.4±1.59	
본인의	없음	17	2.6±1.27	2.10
동거	1명	60	3.5±1.44	
가족수	2명 이상	33	3.4±1.80	
보험종류	생보/영세민/유공자	21	3.5±1.72	0.09
	지역/직장/공무원	74	3.3±1.56	
	일반	15	3.3±1.35	
관리기관	보건소	21	4.1±1.26	12.35***
	보건지소	27	2.2±1.63	
	보건진료소	62	3.6±1.36	

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

^a총 6점 만점

5. 고혈압관리활동에 대한 만족도

일차건강관리기관의 고혈압관리활동에 대한 대상자들의 만족도(표 7 참조)는, 자유롭게 질문할 수 있다(86%), 매우 친절하다(84.5%), 주민들의 건강 문제에 관심이 있다(82%), 이해하며 들어준다, 잘 설명해 준다(각각 79%), 특 터놓고 얘기할 수 있다(56%) 등 비교적 높은 것으로 나타났다. 지역사회간호사의 활동에 대한 주민들의 만족도에 관한 Ramsey 등(1993)의 연구에서 nurse practitioner의 활동에 대해 대상자의 97%가 상당히 만족한 것과 일관성있는 결과라 하겠다. 그러나 부정적인 질문을 한 경우 -알긴 하나 해주는 것이 없다와 잘 설명하려고 하지 않는다- 에 그렇지 않다고 응답한 비율은 상대적으로 낮았다(각각 48%, 45.5%).

표에서 보는 것과 같이, 거의 모든 항목에 있어서 보건소 관리지역의 대상자들이 가장 높은 만족도를 보였으며, 보건지소에서 관리하는 사람들이 가장 낮은 만족도를 보였다. 이러한 차이는 통계적으로 매우 유의한 것으로(모두 p<.05), 보건소 관리지역의 만족도가 높은 것은, 관리 요원이 고혈압관리라는 특수 목적을 위하여 정기적으로 방문하는 등 집중적으로 활동하기 때문인 것으로 파악된다. 또한, 보건진료소 관리지역의 만족도가 보건지소 관리지역보다 훨씬 높은 것은, 적극적인 활동과 함께 대상자 가까이에서 관리 활동을 수행하기 때문인 것으로 사료된다.

〈표 7〉 관리기관 별 고혈압관리활동 만족도

내 용	전 체				χ ²
	N ⁺ (%)	보건소 N(%)	보건지소 N(%)	보건진료소 N(%)	
자유로운 질문가능하다.	95(86.4)	19(90.5)	18(66.7)	58(93.5)	11.91**
매우 친절하다.	93(84.5)	20(95.2)	18(66.7)	55(88.7)	9.27*
관심이 있는것 같다.	90(81.1)	19(90.5)	15(55.6)	56(90.3)	16.59***
이해하며 들어준다.	87(79.1)	19(90.5)	12(44.4)	56(90.3)	25.97***
잘 설명해 준다.	87(79.1)	20(95.2)	16(59.3)	51(82.3)	10.11**
얘기하기 편하다.	62(56.4)	15(71.4)	8(29.6)	39(62.9)	10.86**
알긴하나 해주는건 없다.†	53(48.2)	16(76.2)	6(22.2)	31(50.0)	13.97***
잘 설명하지 않는다.‡	50(45.5)	14(66.7)	5(18.5)	31(50.0)	12.23**

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

† 각 항목에 대하여 '그렇다'고 응답한 사람 수

‡ 각 항목에 대하여 '그렇지 않다'고 응답한 사람 수

고혈압관리활동에 대한 대상자들의 만족도는 8점 만점에 평균 5.6으로 약간 높은 편이다(표 8). 만족도는 여자보다는 남자가, 무학보다는 교육을 받은 사람이, 동거인이 있는 사람이 혼자 사는 사람보다 다소 높은 경향을 보였으나, 연령이나 보험의 종류에 따른 차이는 없는 것으로 나타났다. 그러나 배우자를 사별한 사람보다는 그렇지 않은 사람이 유의하게 높은 만족도를 보였으며, 관리기관에 따라서도 보건소, 보건진료소, 보건지소의 순이었으며 그 차이가 유의했다($p<.05$). 인지도나 수용도와 같이, 만족도 또한 보건지소 관리지역이 훨씬 낮은 점수를 보였다. 종합해볼 때, 보건진료소 관리지역의 대상자들이 일차건강관리 사업을 더 많이 인지하고, 수용하며, 만족하고 있음을 알 수 있다.

〈표 8〉 제 변수 별 만족도^a 비교

응답자	특성	N	Mean±SD	t or F
전체		110	5.6±2.45	
성별	남	54	6.0±2.45	1.82
	여	56	5.2±2.41	
연령	65세 이상	60	5.4±2.71	1.06
	65세 미만	50	5.9±2.10	
교육정도	무학	48	5.0±2.54	2.90
	국졸이하	42	6.1±2.24	
	그 이상	20	6.1±2.45	
결혼상태	사별	22	4.6±2.15	2.11*
	기혼	88	5.9±2.48	
본인의	없음	17	4.6±1.94	2.87
동거	1명	60	6.1±2.42	
가족수	2명 이상	33	5.3±2.60	
보험종류	생보/영세민/유공자	21	5.3±2.73	0.26
	지역/직장/공무원	74	5.6±2.45	
	일반	15	5.9±2.15	
관리기관	보건소	21	6.8±1.84	15.51**
	보건지소	27	3.6±2.71	
	보건진료소	62	6.1±2.03	

* $p<.05$

** $p<.01$

^a총 8점 만점

6. 고혈압에 대한 건강지식

고혈압에 대한 대상자들의 건강지식 정도를 항목마다 살펴보면 다음과 같다(표 9). 80% 이상의 대상자들이 고혈압은 평생 동안 조절하여야 하고, 스트레스로 악화될 수 있으며, 음식을 싱겁게 먹어야 한다는 것을 알고 있었고, 2/3 이상이 저지방식이 필수적이고 혈압은 변할 수 있으며, 먹는 음식과 관계가 있음을 알고 있었다. 고혈압의 원인이 불명임을 알고 있는 사람과 중년 이후에 주로 생기는 질병이라는 것, 운동으로 어느 정도 조절이 가능한 것 등을 바르게 알고 있는 사람도 각각 절반 이상으로 나타났다. 또한 일단 혈압이 조절되어도 재발이 가능한 것과, 심장, 신장, 뇌에 합병증을 초래할 수 있음, 비만과 밀접한 관계가 있음 및 체중 조절로 혈압 조절이 어느 정도 가능함을 아는 사람은 30~47% 정도로 나타났다. 그러나, 고혈압이라도 언제나 심한 증상을 동반하지는 않는다고 알고 있는 사람과 가족적 소인이 있는 질병임, 빈혈도 고혈압에 걸릴 수 있음을 아는 사람은 각각 채 20%에도 미치지 못했다. 서비스별로 비교해 보면, 거의 모든 항목에서 보건소에서 직접 관리하는 지역의 대상자들이 옳게 응답한 비율이 가장 높고 보건진료소 지역 대상자들이 가장 낮은 편이다. 그러나 그 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 고혈압 지식과 관련하여 Kim 등(1992)의 조사-평생 동안 치료하여야 함(38.9%), 저염식이로 혈압이 내릴 수 있음(66.5%), 고혈압의 원인이 불명임(46.4%), 규칙적인 운동으로 혈압을 내릴 수 있음(67.5%), 일단 조절되어도 계속 치료해야 함(38.3%)-와 비교해 볼 때, 대체로 지식 수준이 다소 높게 나왔다.

Swain과 Steckel(1981)은, 고혈압 조절을 위한 건강교육 및 건강계약 간호중재 실험연구에서, 건강교육군보다 건강계약군에서 방문 약속 실천 및 건강지식이 효과적으로 향상되었음을 보인 바 있다. 또한, 서승미(1989)는, 종합병원과 병·의원에서 치료를 받는 고혈압환자들의 건강지식과 건강행위 실천도 조사 연구에서, 고혈압이 가족적 성향이 있음(40.2%)과 고혈압은 항상 심한 증상을 동반하지 않음(33.0%) 및 빈혈환자도 고혈압이 될 수 있음(25.0%)에 대해 낮은 건강지식 수준을 보인 것으로 보고하였는데, 이는 본 연구 결과와 유사하다. 고혈압의 발병 시기가 중년 이후이고, 대부분의 고혈압환자들이 노년기에 있는 점을 고려하여, 건강지식 향상을 위해 조금

〈표 9〉 고혈압에 대한 지식정도

내 용	전 체 N ⁺ (%)	보건소 N(%)	보건지소 N(%)	진료소 N(%)	χ^2
평생 조절이 중요하다.	90(81.8)	20(95.2)	23(85.2)	47(75.8)	4.25
스트레스로 악화될 수도 있다.	90(81.8)	20(95.2)	23(85.2)	47(75.8)	4.25
싱겁게 먹는 것이 중요하다.	88(80.0)	20(95.2)	21(77.8)	47(75.8)	3.81
기름을 먹으면 혈압이 내린다. †	80(72.7)	18(85.7)	20(74.1)	42(67.7)	2.59
혈압은 항상 일정하다. †	78(70.9)	18(85.7)	19(70.4)	41(66.1)	2.92
음식과 관계가 없다. †	75(68.2)	16(76.2)	20(74.1)	39(62.9)	1.85
정확한 원인은 모른다.	70(63.6)	16(76.2)	16(59.3)	38(61.3)	1.80
중년 이후에 주로 생긴다.	67(60.9)	17(81.0)	15(55.6)	35(56.5)	4.39
운동으로 어느정도 조절가능	65(59.1)	16(76.2)	18(66.7)	31(50.0)	5.30
일단 조절되면 재발 않는다. †	52(47.3)	13(61.9)	15(55.6)	24(38.7)	4.37
비만과 밀접한 관계가 있다.	37(33.6)	9(42.9)	11(40.7)	17(27.4)	2.48
심장, 신장, 뇌에 합병증 가능	47(42.7)	10(47.6)	10(37.0)	27(43.5)	0.58
체중감소로 어느정도 조절가능	33(30.0)	7(33.3)	15(55.6)	11(17.7)	12.94**
가족에 내려오는 병이다.	21(19.1)	5(23.8)	5(18.5)	11(17.7)	0.38
빈혈은 고혈압 걸리지 않는다. †	21(19.1)	1(4.8)	8(29.6)	12(19.4)	4.74
항상 심한 증상이 나타난다. †	14(12.7)	4(19.0)	1(3.7)	9(14.5)	2.91

* p<.05 ** p<.01

† 각 문항에 대해 '그렇다'고 응답한 사람 수

‡ 각 문항에 대해 '그렇지 않다'고 응답한 사람 수

더 적극적이고 효과적인 교육 방법을 개발할 필요가 있다 하겠다.

체중 감소는 혈압 하강에 도움이 된다(이향련, 1986 ; Finnerty, 1982). 그러나, 이러한 사실을 알고 있는 사람은 응답자의 30%에 불과해, 고혈압관리 대상자들의 체중 감소 노력이 만족스럽지 못할 것으로 보인다. 체중 감소에 대한 지식은 보건지소 지역이 55.6%로 가장 높았으며, 보건진료소 지역이 17.7%로 가장 낮았다(p<.01). 고혈압 등 비전염성 질환에 대한 지식의 경로는 약60%가 대중매체를, 24%가 소책자를, 12.5%가 친구나 친척을 들었으며, 5%미만의 의료 종사자를 꼽은 결과(Kim 등, 1992) 등을 종합하여 볼 때, 건강교육은 건강관리자와 환자의 일대일 접촉 방식뿐만 아니라, 가족, 이웃, 기타 매체 등 다각적인 경로를 이용한 방법을 개발 이용하는 것이 효과적일 것으로 보인다.

각 문항에 대하여 옳게 알고 있으면 1점을, 틀리게 알고 있으면 0점을 주어 16점 만점의 도구로 지식 정도를 측정하였을 때, 대상자들의 평균 점수는 8.4점으로, 겨우 절반을 넘어서는 정도이다(표 10). 고혈압

에 대한 지식은 여자보다는 남자가, 65세 이상보다는 미만이, 무학보다는 교육을 받은 사람이, 사별한 사람보다는 그렇지 않은 사람이, 또한 혼자 사는 사람보다는 동거 가족이 있는 사람이 유의하게 높은 것으로 나타났다(p<.01). 관리기관별로는, 보건소 관리지역이 보건지소 관리지역보다 높게 나타났으며, 보건진료소 관리지역이 가장 낮은 점수를 보였다(p<.05).

보건소와 보건진료소 지역의 대상자들이 보건지소 지역보다 고령이고, 또한 연령이 많은 사람들의 지식 정도가 더 낮은데도 불구하고, 보건소 관리지역 대상자들의 지식이 보건진료소 지역보다 높은 것으로 보아, 고령자들도 더욱 적극적으로 교육하면, 질병에 대한 지식이 더욱 높아질 것으로 보인다. 실제로 분산 분석 결과 같은 연령군에서도 관리기관의 종류에 따라 지식 정도가 유의하게 다른 것으로 나타났다(p<.05). 앞으로 일차건강관리기관에서는 건강교육 및 건강계약 등 여러가지 중재 활동을 통하여 고혈압에 대한 대상자들의 건강지식을 향상시킬 수 있도록 다각적인 활동을 하여야 할 것이다.

〈표 10〉 제 변수 별 고혈압 지식정도^a

응답자	특성	N	Mean±SD	t or F
전체		110	8.4±3.88	
성별	남	54	9.6±3.27	3.36**
	여	56	7.3±4.09	
연령	65세 이상	60	7.6±4.20	2.76**
	65세 미만	50	9.5±3.19	
교육정도	무학	48	6.9±4.16	9.51**
	국졸이하	42	9.1±2.96	
	그 이상	20	10.8±3.43	
결혼상태	사별	22	5.0±4.06	5.15**
	기혼	88	9.3±3.35	
본인의 동거 가족수	없음	17	5.1±3.67	8.81**
	1명	60	9.3±3.22	
	2명 이상	33	8.6±4.28	
보험종류	생보/영세민/유공자	21	7.5±3.93	0.79
	지역/직장/공무원	74	8.6±4.1	
	일반	15	8.7±3.13	
관리기관	보건소	21	10.0±2.90	3.08*
	보건지소	27	8.9±4.06	
	보건진료소	62	7.7±3.97	

* p<.05 ** p<.01

^a총 16점 만점

7. 고혈압 조절에 관련된 건강행위 실천도

고혈압을 조절하기 위해 필요한 건강행위 중 12가지에 대한 대상자들의 실천 실태를 알아보았다(표 11). 측정 관련 행위로 약물 복용, 혈압 측정과 체중 측정을 알아보았는데, 처방해 준 대로(규칙적으로) 약물을 복용한다고 응답한 사람이 60%에 달해 비교적 높은 실천율을 보였으며, 규칙적으로 혈압을 측정한다고 응답한 사람도 53%에 달하였다. 이 두 가지 항목은 관리기관별로도 매우 유의한(p<.01) 차이를 보였다. 특히, 보건소 관리지역의 100%가 혈압을 규칙적으로 측정한다고 하였고, 규칙적으로 약물을 복용한다고 응답한 사람도 95%에 달했다. 이러한 응답은, 보건지소 관리지역의 22%, 48%와 확연히 대비되는데, 이는 다른 기관에 비해 보건소 관리지역의 대상자 수가 적고, 일주일에 한번씩 직접 지역을 방문하여 집중적인 관리를 실시하고 있기 때문일 것으로 사료된다. 그러나 체중을 규칙적으로 측정하는 군은

12%에도 못 미쳤고, 전혀 측정하지 못한다는 군도 절반이 넘었다. 보건소 관리지역은 다소 높은 체중 측정율을 보였으나, 통계적으로 유의하지는 않았다.

약물 복용이나 혈압 측정의 실천과는 달리, 스트레스 줄이기, 운동하기, 체중 조절 등 생활/운동 관련 행위는 매우 낮게 나타났다. 스트레스를 줄이기 위하여 노력하는 군은 39%에 그쳤고, 거의 날마다 10분 이상 운동한다고 응답한 사람은 응답자의 18%에 불과하였으며, 이 비율은 Kim 등(1992)의 보고(15.9%)와 일관성이 있다. 두 가지 행위 모두 보건소, 보건진료소, 보건지소 관리지역의 순으로 나타났는데, 조사 과정에서 관찰된 바에 의하면, 다수의 응답자들이 '육체노동(농사)을 하면 별도의 운동은 필요 없다'고 말하여, 운동에 대한 이해가 확실하지 않은 것을 알 수 있었다. 또한 체중 조절을 위하여 먹는 양을 줄여 먹는다고 응답한 사람은 하나도 없었으며, 5명만이 줄이려고 노력한다고 응답하였다.

음식과 관련된 건강행위를 살펴보면, 단 음식이나 고지방 음식, 고염 음식 모두 40~50%가 거의 먹지 않거나 먹지 않으려고 노력한다고 하여, 상당히 높은 실천율을 보였는데, 이는 Kim 등(1992)이 보고한 저염식이 실천율 26.4%와 대조적이다. 그러나 이러한 음식을 전혀 신경 쓰지 않고 먹는다고 응답한 군도 각각 36%, 31%, 25.5%로 서너 명에 한 명은 전혀 실천하지 못하는 것으로 파악됐다.

커피, 술, 담배 등 기호식품에 대하여는 관리기관과 상관없이, 거의 하지 않는다는 응답이 2/3를 넘었는데, 커피를 적게 마시는 것은 전통적인 기호식품이 아니기 때문인 것으로 보이나, 술과 담배 등 전통적 기호식품에 대한 실천도가 이처럼 높은 것은 매우 바람직한 일이다. 기호식품의 실천율은, 규칙적으로 실천하는 군을 비교해 볼 때, 보건진료소, 보건지소, 보건소 관리지역의 순이다.

식이와 관련하여 Moser(1980), 이향련(1986) 및 이은일 등(1986)은 고지방 음식 제한, 열량 제한, 간식 제한 및 적절한 운동 등을 규칙적으로 실천할수록 체중이 감소되고, 체중이 감소되면 혈압이 감소된다고 보고하였다. 이처럼 체중 조절이 혈압 조절의 중요한 요인인데도, 대상자들의 실천도가 낮은 이유는, 우선 체중 조절의 중요성에 대한 지식이 낮은 것들 들 수 있으며(앞 절 참조), 식이나 운동과 같이 오래 길들여진 생활 습관의 변화를 가져오는 것은, 이향련의 보고처럼, 매우 어려운 문제이기 때문이다. 또한

〈표 11〉 고혈압 조절 관련 건강행위 실천 정도

행 위	실천정도	진 체	보건소	보건지소	진료소	x ²
		N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
약 복용	규칙적으로	66(60.0)	20(95.2)	13(48.1)	33(53.2)	13.82**
	가끔	30(27.3)	1(4.8)	9(33.3)	20(32.3)	
	전혀 안/못	14(12.7)	0(0.0)	5(18.5)	9(14.5)	
혈압측정	규칙적으로	58(52.7)	21(100.0)	6(22.2)	31(50.0)	29.46***
	가끔	46(41.8)	0(0.0)	18(66.7)	28(45.2)	
	전혀 안/못	6(5.5)	0(0.0)	3(11.1)	3(4.8)	
체중 측정	규칙적으로	13(11.8)	5(23.8)	1(3.7)	7(11.3)	5.18
	가끔	40(36.4)	8(38.1)	10(37.0)	22(35.5)	
	전혀 안/못	57(51.8)	8(38.1)	16(59.3)	33(53.2)	
스트레스 줄이기	규칙적으로	43(39.1)	10(47.6)	8(29.6)	25(40.3)	1.76
	가끔	20(18.2)	3(14.3)	6(22.2)	11(17.7)	
	전혀 안/못	47(42.7)	8(38.1)	13(48.1)	27(41.9)	
매일 10분이상 운동	규칙적으로	20(18.2)	4(19.0)	2(7.4)	14(22.6)	8.11
	가끔	4(3.6)	0(0.0)	3(11.1)	1(1.6)	
	전혀 안/못	86(78.2)	17(81.0)	22(81.5)	47(75.8)	
체중 조절	가끔	5(4.5)	4(4.8)	2(7.4)	2(3.2)	0.76
	전혀 안/못	105(95.5)	20(95.2)	25(92.6)	60(96.8)	
단음식 가리기	규칙적으로	55(50.0)	10(47.6)	11(40.7)	34(54.8)	2.15
	가끔	15(13.6)	4(19.0)	4(14.8)	7(11.3)	
	전혀 안/못	40(36.4)	7(33.3)	12(44.4)	21(33.9)	
지방음식 가리기	규칙적으로	48(43.6)	11(52.4)	12(44.4)	25(40.3)	1.91
	가끔	28(25.5)	6(28.6)	6(22.2)	16(25.8)	
	전혀 안/못	34(30.9)	4(19.0)	9(33.3)	21(33.9)	
짬음식 가리기	규칙적으로	44(40.0)	12(57.1)	9(33.3)	23(37.1)	6.62
	가끔	38(34.5)	3(14.3)	13(48.1)	22(35.5)	
	전혀 안/못	28(25.5)	6(28.6)	5(18.5)	17(27.4)	
커피 가리기	규칙적으로	84(76.4)	15(71.4)	20(74.1)	49(79.0)	0.85
	가끔	11(10.0)	3(14.3)	3(11.1)	5(8.1)	
	전혀 안/못	15(13.6)	3(14.3)	4(14.8)	8(12.9)	
술 가리기	규칙적으로	71(64.5)	11(52.4)	17(63.0)	43(69.4)	5.82
	가끔	18(16.4)	7(33.3)	4(14.8)	7(11.3)	
	전혀 안/못	21(19.1)	3(14.3)	6(22.2)	12(19.4)	
담배 가리기	규칙적으로	71(64.5)	11(52.4)	18(66.7)	42(67.7)	2.85
	가끔	11(10.0)	4(19.0)	2(7.4)	5(8.1)	
	전혀 안/못	28(25.5)	6(28.6)	7(25.9)	15(24.2)	

* p<.05

** p<.01

*** p<.001

이러한 효과를 확인하기 위해서는 6개월 내지 1년 이상의 긴 시간이 경과되어야 하기 때문에(Moser, 1980) 약물을 복용에서 얻어지는 것과 같은 즉각적인 보상이 없는 것도 한 이유로 사료된다. Gillum과 Barsky(1974)는 만성질환자들의 건강행위 실천도를 높이기 위해서는, 지금까지의 행동 습관은 최소한도로 변화시키면서도 실천이 가능한 방법을 제시하여야 한다하였다. 따라서 고혈압환자들의 건강행위 실천도를 높이기 위해서는, 대상자들의 행동 습관을 고려한 protocol개발이 절실하다.

Finnerty(1982)는 담배를 끊는 것이나 체중을 감소시키는 것이 혈압 하강에 도움이 된다고 보고하였고, Degoulet 등(1983)의 연구에 의하면 비만증과 흡연자가 건강행위 실천에서 높은 탈락율을 나타내며, Cambien 등(1985)과 Adams와 Leverland(1985)도 과체중인 고혈압환자를 관리하는데는 많은 문제가 발생한다고 보고하였다. 식이요법을 이용하여 혈압을 조절하기 위해서는, 발견 초기부터 새로운 식습관을 기를 수 있도록 실천 가능한 방법을 개발하여, 가능한 한 빠른 시일 안에 교육을 시작할 필요가 있다. 식이요법의 효과를 극대화하기 위하여, 장기간 동안 꾸준히 교육, 평가, 수정하는 단계를 반복하여 관리를 강화할 필요가 있다. 아울러 처음부터 생활 습관의 변화물 크게 가져오는 것은 어려울 뿐만 아니라 탈락의 소지가 높기 때문에, 변화가 적은 건강행위부터 점차 변화시키는 것이 바람직하다하겠다.

각 항목에 대하여 실천 정도에 따라 0점, 1점 또는 2점을 주어 12가지 문항에 대하여 총 24점 만점으로 측정된 실천도에 대하여, 대상자들은 평균 12.8의 비교적 낮은 점수를 보였다(표 12). 실천도는 여자가 남자보다 유의하게 높게 나타났으며($p < .05$), 의료보험을 가지고 있는 사람이 그렇지 않은 사람들 보다 다소 높은 경향을 보였다($p = .074$). 그 밖에 연령이나 교육 정도, 결혼 상태, 동거 가족 수 등의 변인에 따라서는 유의한 차이를 보이지 않았다.

그러나 관리기관별로 약간의 차이를 보였는데($p = .053$), 보건소 관리지역이 14.3으로 가장 높았으며, 보건지소 관리지역이 11.6으로 가장 낮았다. 이는 대상자들의 응답이 성실하다고 할 때, 적은 수의 대상자를 집중적으로 관리하는 것이 지식 정도뿐만 아니라 실천도에서도 효과가 있는 것으로 사료되므로, 보건지소 관할구역도 소형화하는 방안을 검토해 볼 필요가 있다.

〈표 12〉 제 변수 별 고혈압관리행위 실천도^a 비교

응답자	특성	N	Mean±SD	t or F
전체		110	12.8±3.79	
성별	남	54	12.1±4.05	2.00*
	여	56	13.5±3.41	
연령	65세 이상	60	12.7±3.95	0.46
	65세 미만	50	13.0±3.62	
교육정도	무학	48	12.1±3.68	1.62
	국졸이하	42	12.1±3.86	
	그 이상	20	13.9±3.77	
결혼상태	사별	22	12.6±3.54	0.34
	기혼	88	12.9±3.86	
본인외 동거 가족수	없음	17	11.8±3.41	0.73
	1명	60	13.1±3.80	
	2명 이상	33	12.9±3.97	
보험종류	생보/영세민/유공자	21	11.5±3.98	2.67
	지역/직장/공무원	74	13.4±3.50	
	일반	15	11.9±4.44	
관리기관	보건소	21	14.3±3.04	3.02
	보건지소	27	11.6±4.01	
	보건진료소	62	12.9±3.79	

* $p < .05$

** $p < .01$

^a총 24점 만점

8. 제 변수들 간의 상관관계

앞에서 살펴본 인지도, 수용도, 만족도, 건강지식과 실천도 등 제 변수들 간의 상관관계를 분석하였다. 연령과 각 변수간에는 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났으나, 이미 살펴본 바와 같이, 연령과 지식간에는 유의한 역상관($r = -.355$)이 있다. 즉, 나이가 많을 수록 지식수준은 더 낮아지는 경향을 보인다.

일차건강관리기관의 활동에 대한 인지도와 수용도 및 만족도간에는 유의한 순상관($r \geq .65$)관계가 있는데, 이것은 매우 중요한 결과로, 활동의 인지도와 수용도를 높이면 대상자들의 만족도 또한 높일 수 있을 것으로 보인다. 이와 관련하여, 정미영(1995)의 보건진료원의 고혈압관리활동에 관한 조사 연구에서도, 보건진료원 활동에 대한 대상자들의 만족도와 수용도 간에 유의한 상관관계가 있는 것으로 보고하였다. 또한, 보건진료소 지역의 결과가 다른 지역보다 높게 나온 데는 보건진료원들에게 조사 시기를 사전에 알렸기 때문에 조사 결과에 영향이 있을 수 있다는 의견이 제기되었으나, 자료 검토 결과 이러한 가능성도 배제할 수 있었다.

〈표 13〉 제 변수들 간의 상관계수

			인지도	수용도	만족도	건강지식	행위실천도
연	령		-.040	-.080	-.143	-.355***	-.048
인	지	도		.713***	.686***	.203*	.030
수	용	도			.655***	.249**	.152
만	족	도				.304***	.086
건	강	지식					.243**

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

고혈압 지식 정도는 인지도, 수용도, 만족도와 그리 높지는 않지만 유의한 순상관(.20≤r≤.25) 관계가 있으며, 행위의 실천도와도 유의한 순상관 관계(r=.243)가 있다. 즉, 지식이 높은 사람은 실천도도 높은 것을 알 수 있다. 그러나 실천도는 인지도, 수용도, 만족도와는 아무런 직접적인 상관관계가 없었다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 농어촌에서 일차건강관리를 맡고 있는 보건소, 보건지소 및 보건진료소의 고혈압환자 관리 실태에 관한 연구이다. 대상자는 전남 도내 21개 군 중 두 개 군을 임의로 추출하여, 그 지역 보건진료소와 보건지소에서 관리하고 있는 고혈압환자 1027명 중 110명을 무작위로 추출하였다. 자료는 훈련된 면접 조사자가 각 가정을 방문하여 면담을 통해 수집한 것으로, 분석한 결과는 다음과 같다.

1. 고혈압관리활동에 대한 인지도는 혈압 측정(94%), 치료/투약(81%), 환자이송/의뢰, 가정방문, 건강상담, 건강교육의 순으로 나타났다. 관리기관을 비교해 볼 때, 보건소와 보건진료소 관리지역의 인지도는 서로 비슷한 수준으로, 보건지소 관리지역의 인지도보다 다소 높게 나타났다. 가정방문과 치료/투약에 대하여 관리기관간의 차이가 유의하게 나타났다(p=.05). 인지도는 평균 3.6점으로 낮게 나타났으며, 보건지소, 보건진료소, 보건소 관리지역의 순으로 높아졌으나(p<.05), 다른 배경 변인에 따른 차이는 없었다.

2. 고혈압관리활동에 대한 수용도는 치료/투약(85.5%), 혈압 측정(79%), 환자 이송/의뢰(67%), 가정방문(54%), 건강교육(51%), 상담(49%)의 순이었다. 관리기관별로 볼 때, 모든 항목에 있어서 보건지소 관리지역의 수용도가 유의하게 낮은 것으로 나타났다(p<.05). 6점 만점의 수용도 역시 평균 3.4점으로 낮

게 나타났다. 이 또한 보건지소, 보건진료소, 보건소 관리지역의 순으로 높아졌으며(p<.001), 기타 변인에 따른 차이는 없었다.

3. 고혈압관리활동에 대한 대상자들의 만족도는 대체로 높은 것으로 나타났다. 자유롭게 질문할 수 있다(86%), 매우 친절하다(84.5%), 주민들의 건강 문제에 관심이 있다(82%), 이해하며 들어준다(79%), 건강이나 치료 방법에 대해 잘 설명해 준다(79%), 툭 터놓고 얘기할 수 있다(56%) 등 긍정적으로 나타났다. 거의 모든 항목에 있어서, 보건지소 관리지역 대상자들의 만족도가 유의하게 낮게 나타났다(p<.01). 8점 만점의 만족도는 평균 5.6점으로 다소 높았으며, 관리기관에 따라 유의한 차이를 보였고, 배우자와 사별한 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 유의하게 높은 만족도를 보였다(p<.05). 기타 변인에 따른 차이는 없었다.

4. 고혈압에 대한 건강지식은, 항목에 따라 편차가 심했다. 고혈압은 평생 동안 조절하는 것이 중요하다고 스트레스로 악화될 수 있다(각각 81.8%)는 사실을 옳게 알고 있는 사람이 가장 많았으며, 저염식이(80%), 저지방식이(72.7%) 등 음식과 관계가 있음(68.2%)을 아는 사람이 그 다음이었다. 다음으로는 혈압은 변할 수 있음(70.9%), 고혈압의 원인이 불명임(63.6%), 중년 이후에 주로 생기는 질병임(60.9%), 운동으로 어느 정도 조절이 가능함(59.1%)의 순이었다. 그러나, 고혈압이라도 언제나 심한 증상을 동반하지는 않음(12.7%), 유전적 소인이 있는 질병임과 빈혈도 고혈압에 걸릴 수 있음(각각 19.1%)을 아는 사람은 매우 적었다. 체중 감소로 고혈압이 어느 정도 조절 가능하다는 항목 이외에는 관리기관에 따라 유의한 차이가 없었다.

16점 만점의 도구로 측정하여 본 지식 정도는 평균 8.4점으로, 겨우 절반을 넘어서신 정도인 가운데, 남자가, 65세 미만인, 교육을 조금이라도 받은 사람이, 사

별하지 않은 사람이, 또한 혼자 사는 사람보다는 동거 가족이 있는 사람이 유의하게 높았다($p < .01$). 관리기관별로는, 보건소 관리지역이 보건지소 관리지역보다 높게 나타났으며, 보건진료소 관리지역이 가장 낮은 점수를 보였다($p < .05$).

5. 대상자들의 고혈압 지식 실천도는, 60%가 규칙적으로 약물을 복용하고 52.7%가 규칙적으로 혈압을 측정하나 체중 측정은 11.8%로 매우 낮게 나타났다. 생활 운동 관련 행위를 실천하는 군은 1/3 이하로 매우 낮았으며, 음식과 관련된 건강행위를 실천하는 군은 40~50%정도로 비교적 높은 편이었다. 또한 커피(76.4%), 술(64.5%), 담배(64.5%) 등의 기호식품도 비교적 규칙적으로 제한하는 것을 알 수 있었다. 관리기관에 따른 건강행위 실천 정도의 차이는 보건소 관리지역이 통계적으로 유의하지는 않지만 상대적으로 높은 건강행위 실천 수준($p = .053$)을 보인 것으로 나타났다.

이 연구의 제한점을 감안하더라도, 현 상태에서 고혈압관리 실태를 파악할 수 있는 유용한 자료이므로, 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 한다.

(1) 체중 조절과 같이 혈압 조절에 직접적인 효과를 미치는 항목에 대한 고혈압 대상자들의 지식을 높이기 위하여 정기적인 가정방문과 교육 활동을 활성화한다.

(2) 농어촌 지역의 인구 노령화에 따른 노인 인구를 대상으로 한 교육 자료 및 방법을 개발한다.

(3) 농촌 지역의 식생활에 맞게 고혈압환자의 식단을 개발한다. 지역의 음식 문화를 감안한 식단의 개발을 위하여 영양사, 식품공학자 등과 협력한다.

(4) 보건지소와 같은 광역의 서비스 체계를 보건진료소와 같은 작은 지역 단위로 전환시킬 것을 검토해 볼 필요가 있다.

참 고 문 헌

- 강종두(1990). 농촌지역 보건지소 이용에 영향을 미치는 요인 분석. 예방의학회지 23(3), 316-323.
- 김모임(1991). 보건진료원 활동성과 향후활동 방향. 보건진료원제도 운영개선에 관한 연구(보건진료원제도 평가위상을 중심으로), 한국보건사회연구원, 81-137.
- 김영희, 최부옥(1986). 보건진료소 지역주민의 건강실태변화조사. 최선의학, 29(2), 175-83.
- 김화중(1991). 지역사회간호학, 수문사.
- 문정주, 김기순(1986). 고혈압환자의 치료지속도에 관한 연구: 한 종합병원과 농촌의원을 비교하여. 가정의학 7(12), 10-21.
- 문정주, 함선희, 최경애, 육미이, 채영희, 김기순(1991). 일부 농촌지역 주민의 요증 전해질 측정을 통한 식염 섭취량 추정과 고혈압과의 관계 연구. 예방의학회지 24(1), 8-15.
- 박정현, 천병렬, 우극현(1986). 보건지소 공중보건 일반의사의 업무수행정도 와 수련개선방안. 예방의학회지 19(2), 193-202.
- 서승미(1989). 고혈압환자의 역할이행에 관한 연구. 전남대학교 대학원 석사학위논문.
- 송근희(1989). 가정간호 요구에 관한 조사연구. 중앙대학교 대학원 석사학위논문.
- 우선혜, 오현숙(1994). 만성질환자의 자가간호 수행과 가정간호 요구에 관한 연구. 대한간호 33(1), 80-90.
- 이은일, 김순덕, 차철환(1986). 일부 근로자들의 고혈압 치료형태에 관한 연구. 예방의학회지 19(2), 203-12.
- 이향련(1986). 자가간호 증진을 위한 건강계약이 고혈압 환자의 건강행위 이행에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 이희발, 배종화, 송정상, 김명식, 최영길(1981). 대학병원 외래에서의 고혈압환자의 발견과 진료. 대한내과학회지 25(1), 74-82.
- 정미영(1995). 보건진료원의 고혈압환자관리에 관한 조사연구. 전남대학교 대학원 석사학위논문.
- 조원정(1991). 가정간호사업의 필요성. 대한간호 30(1), 6-10.
- 조원정, 김용순, 김수희, 김진순, 연기순, 이광옥, 한경자(1991). 가정간호사업의 수요측정과 모형설정을 위한 연구. 대한간호 30(2), 54-75.
- 최부옥, 차영남, 장효순, 김영희(1989). 고혈압자의 환자역할행위 이행증진을 위한 프로그램 개발에 관한 연구. 대한간호학회지 19(1), 5-23.
- 최혜경(1990). 만성질환의 유병양상 및 진료추이 분석. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 통계청(1993). 한국의 사회지표.
- Adams CE and Leverland MB(1985). Environmental and behavioral factors that can affect blood pressure. Nurse Practitioner (November),

- 39-50.
- Alderman MH and Schoenbaum EE(1975). Detection and treatment of hypertension at the work site. New England J. Medicine 293, 93.
- Cambien F, Chretien JM, Ducimetiere P, Guize L and Richard J(1985). Is the relationship between blood pressure and cardio vascular risk dependent on body mass index? American J. of Epidemiology 122(3), 434-51.
- Cunningham S and Hill M(1982). Current status of high blood pressure control. Nurse Practitioner, 37-44.
- Curzio JL, Rubin PC, Kennedy SS and Reid JL (1990). A comparison of the management of hypertensive patients by nurse practitioners compared with conventional hospital care. J. of Human Hypertension 4(6), 665-70.
- Davis MS(1966). Variations in patients' compliance with doctors' orders: Analysis of congruence between survey responses and results of empirical investigations. J. of Medical Education, 41, 274-88.
- Degoulet P, Menard J and others(1983). Factors predictive of attendance at clinic and blood pressure control in hypertensive patients. British Medical J. 287(9), 66-93.
- Earp JL and others(1982). The effect of family involvement and practitioner home visit on the control of hypertension. American J. of Public Health 7(1), 1146-53.
- Finnerty FA(1982). The problem of noncompliance in hypertension. Bull. N.Y. Academy of Medicine 58(2), 195-202.
- Fortman SP, Winkleby MA, Flora JA, Haskell WL and Taylor CB(1990). Effect of long-term community health education on blood pressure and hypertension control: The Stanford Five-city project. American J. of Epidemiology 132(4), 629-46.
- Gillum RF and Barsky AJ(1974). Diagnosis and management of patient noncompliance. J. of American Medical Association 228(12), 1563-7.
- Kim BS, Kim KH, Lee CU, Shin HR and Park HJ(1992). The knowledge, attitude, and practices related to noncommunicable diseases among Korean adults residing in urban and rural areas-Focusing on hypertension, diabetes, and cancer. 한국보건교육학회지 9(1), 14-28.
- Levine DM and Bone L(1990). The impact of a planned health education approach on the control of hypertension in a high risk population. J. of Human Hypertension 4(4), 317-21.
- Lindberg SC(1987). Adult preventive health screening: Update. Nurse Practitioner (May), 19-38.
- Miyake S(1993). Long-term hypertension control in a community comparison of stroke incidence and hypertension control between participants and nonparticipants in health examinations. Nippon Koshu Eisei Zasshi-Japanese J. of Public Health 40(8), 606-23.
- Moser M(1980). Hypertension: How therapy work. American J. of Nursing, 927-41.
- Ramsey P, Edwards J, Lenz C, Odom JE and Brown B(1993). Types of health problems and satisfaction with services in a rural nurse-managed clinic. J. of Community Health Nursing 10(3), 161-70.
- Schoenberger JA, Stamler J, Schekelle RB and others(1972). Current status of hypertension control in the industrial population. J. of American Medical Association 222, 559.
- Steckel SB and Swain MA(1977). Contracting with patients to improve compliance. Hospitals 51, 81-4.
- Swain MA and Steckel SB(1981). Influencing adherence among hypertensives. Research in Nursing and Health, 4, 213-22.
- Yan D(1992). Primary analysis on hypertension community control in east city. Chung-Hua Lin Hsing Ping Hsueh Tsa Chih 13(6), 348-50.

– Abstract –

Key words : primary health care, hypertension,
rural health, CHP.

The control of the hypertension in rural primary health care settings in Korea

Chung, Younghae · Kang, Haeyoung**
Chung, Mi-Young****

The control of the chronic degenerative diseases becomes a challenge in Korea as the aging of the population progresses. Accordingly, the importance of the control of the hypertension, one of the major chronic degenerative diseases, in the primary health care settings increases. However, such control activities are still minimal. This study gives brief description of how the rural residents who are currently registered for the control of the hypertension feel about the activities of the health centers, subcenters and the CHP posts, in relation to the control of the hypertension. We also describe the knowledge and practice of the registered hypertensive

In general, the knowledge, the acceptance and the satisfaction of the respondents about the hypertension control activities were not very high. Respondents being managed by the health center showed the highest knowledge, acceptance and satisfaction, and those being managed by the subcenters ranked lowest.

The knowledge about the hypertension was not satisfactory. There were great variations among the items in terms of the proportion answered correctly. As many as 60% of the respondents take medication regularly but only 4.5% were practicing weight control regularly.

Despite some limitations of the study, the results can be very useful for those planning hypertension control programs. The educational materials and the dietary protocols need to be developed in accordance with the regional social and food pattern, so that they can be utilized with minimal modification for each beneficiary. We also suggest to minimize the area a health personnel covers. In other word, running several small health posts at village level would be more effective than running a subcenter at the township level, in terms of the hypertension control.

* Senior Researcher, Kwangju Social Research Center, Kwangju 502-235, Korea

** Professor, Dept. of Nursing, Chonnam National University, Kwangju 501-757, Korea

*** CHP, Maewha CHP Post, Abhae-myun, Shinan-gun, Chonnam 535-810, Korea