한국농촌간호학회지 제3권 제2호(2008)
Journal of Korean Academy of
Rural Health Nursing
Vol. 3, No. 2. 2008

주요용어 : 고혈압 관리

보건진료소 만성질환 관리사업
- 고혈압대상자 관리 프로그램 운영사례 -

강 희 경*

1. 고혈압관리 사업의 필요성

1970년대 이후는 의료보장의 기틀이 다져지는 시기로 동시에 의료보호 환자들은 민간의료기관에서 푸대접 받음과 의료비가 비싸므로 이용할 수 없게 되면서 자연스럽게 공공보건기관인 보건소를 이용하게 되었고 당연히 보건소에서 수용할 수밖에 없었다. 이 시기엔 보건소의 주요업무로 진료기능과 전염병 예방기능에 전력을 다했다.

1980년대는 의료혜택을 받지 못하는 벽오지 국민을 대상으로 저렴하고 질 좋은 의료혜택을 주기 위한 보건진료원에 의한 일차보건의료 접근방법으로 1980년 12월 농어촌보건의료 특별조치법을 근거하여 일차의료 혜택과 방역, 구휼행정을 시행하였다. 보건기관에서 하는 주된 업무는 가장 시급한 급성 질환의 일차 진료와 외상 등 응급환자, 전염병 관리가 주가 되었고 만성퇴행성 질환에 대한 관심은 적었다.

1990년내 초기에는 급·만성전염병의 감소와 만성 퇴행성 질환의 증가, 정신질환자 급증과 더불어 수명연장으로 노인 인구증가가 있었다. 또한 건강에 대한 관심이 고조되면서 건강에 대한 지식을 알기를 원했고, 건강에 대한 국민의 기본권을 인식하기 시작했다.

우리나라의 주요 사망원인들을 돌이켜 보면, 1950년대에는 결핵을 수위로, 1960년대에는 병명미상과 호흡기질환(결핵포함)이 상위권을, 1970년대부터 뇌혈관질환과 악성신생물이 급격히 부상하고, 1980년대에는 순환기질환이 수위를 완연히 차지하게 되었다. 1990년대에 들어와서는 분명하게 3대요인으로 순환기계질환(뇌혈관질환, 심장병, 고혈압성 제질환), 각종 암질환, 사고(손상, 중독 등)가 1, 2 ,3위를 고수하면서 증가하였다. 2008년도 통계청의 우리나라의 3대 사망원인을 살펴보면 악성 신생물(암), 뇌혈관질환, 심장질환으로 전체사망자의 48.3%(11만 8,332명)를 차지하고 있다. 특히 고혈압은 심혈관질환, 뇌졸중, 당뇨병의 직접적인 원인으로 작용하며 최근에는 결장암, 후두암, 신장암 등 일부 암 발생에도 관련될 정도로 건강에 미치는 영향이 매우 크다(지선하, 2009).

1990년대 초 우리나라 고혈압 유병율은 남자 12.2%, 여자 11.1%(임경순, 1992)로 일부농촌지역의 고혈압은 19.0%(서울대학교 지역의료체계시범사업단, 1993)로 보고되었다. 2000년 초 30세 이상 성인의 경우 29.8%(남자 34.4%, 여자 26.5%)로 보고된 바 있다(보건복지부, 2002). 전국의 58개 농촌지역의 성인 고혈압 유병율은 29.9%(대한공중보건의사협회, 1999), 고령인구가 많은 농촌지역 고혈압 유병율은 32.6%(남자 32.8%, 여자 37.8%)로(충북보건진료원회 연구팀, 2003) 세월이 흐를수록 고령화된 농촌지역의 고혈압 유병율이 높아지고 있음을 알 수 있다.

일개 대도시 주민을 조사한 고혈압 유병율〈표 1〉을 살펴보면 남자의 경우 60대가 68.9%로 가장 높았고, 70대 이상 62.7%, 50대 48.6%, 40대 33.7%로 연령이 높아짐에 따라 유병율도 증가하는 경향이 있다(노현송, 2006)

* 충북 충주시 노은면 수룡보건진료소장(교신저자 E-Mail: khk2029@hanmail.net)

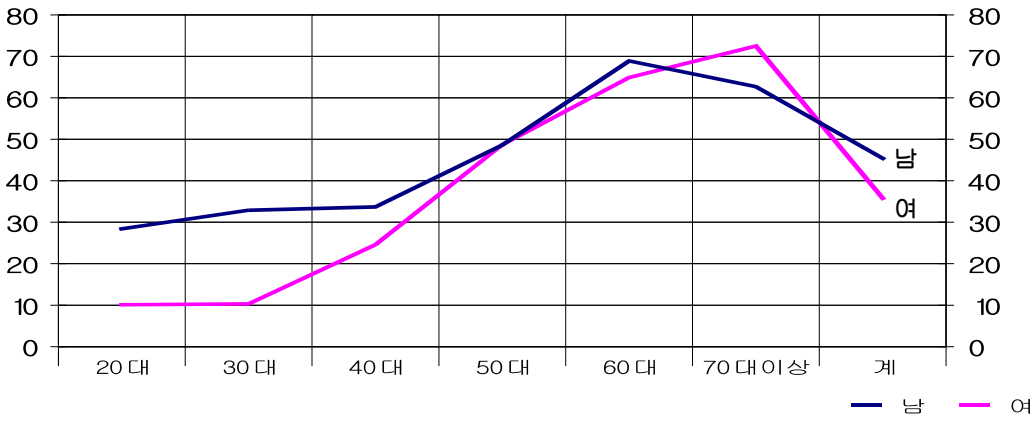
〈표 1〉 연령별 고혈압 유병율

나이/성별	남(45.4%)	여(35.8%)
20대	28.4	10.1
30대	32.9	10.3
40대	33.7	24.6
50대	48.6	48.7
60대	68.9	64.9
70대이상	62.7	72.5

자료원 : 노현송, 2006

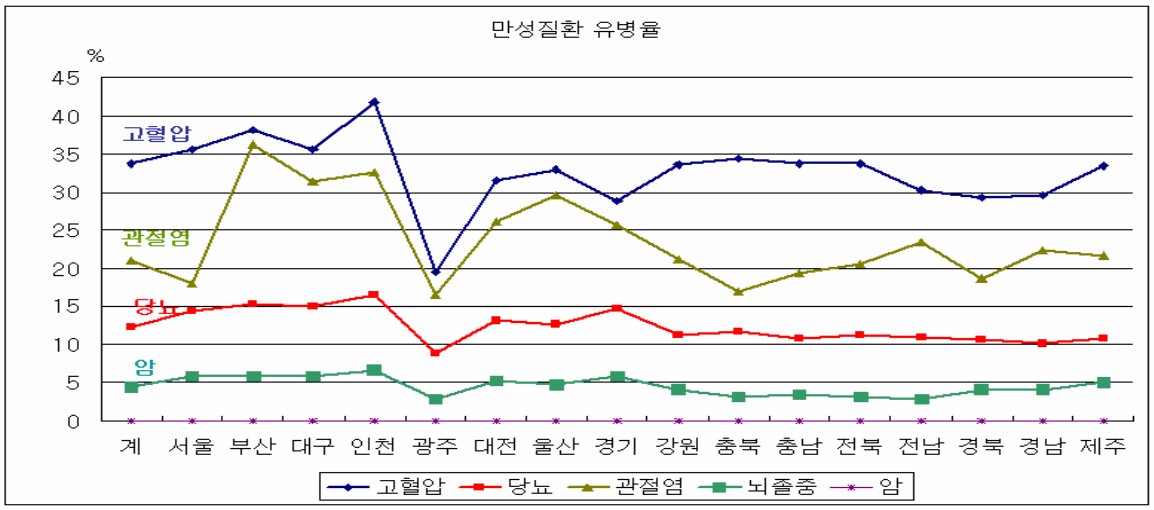
전국 보건소가 실시한 맞춤형 방문건강관리사업에서 대상자들의 만성질환 유병율 현황을 살펴보면 고혈압 34.7%, 당뇨 12.6%, 관절염 22.6%, 뇌졸중 4.7%, 암 유병율 2.7%로 고혈압이 가장 높았으며〈표 2〉 2005년 국민건강영양조사와 비교 시 고혈압 유병율은 (1000명당 125명이 351명 증가) 2.7배로 높았다(건강증진사업단, 2009).

고혈압 유병률을 제3기 국민영양조사(2006)에 따르면 30세 이상 대상자의 고혈압 유병률은 남자 30.2%, 여자 25.6%로 남자가 높은 것으로 보고되었다. 남자는 60대에 52.5%로 가장 높았으며 연령이 높을수록 증가하였다가 70대 이후로 감소하였다. 반면 여자는 60대와 70대의 유병률이 50% 이상으로 높았으며 연령이 높을



자료원 : 노현송, 2006

〈그림 1〉 성별, 연령별 고혈압 유병율



자료원 : 2008년 맞춤형 방문건강관리사업 결과보고, 건강증진사업단, 2009

〈그림 2〉 만성질환 유병율

수록 증가하였다. 전체적으로 교육수준 및 가구소득수준이 낮을수록 유병률이 높은 양상을 보였으며, 직업별 비교시 농업종사자(39.6%)와 비교시 농업종사자(39.6%)와 기능단순노무직(27.1%)의 유병률이 높았다.

따라서 노령인구가 급증하고 있는 농어촌 지역에 사망위험요인이 높은 만성퇴행성질환(고혈압, 당뇨, 관절질환, 고지혈증, 치매 등)에 대한 관리가 절실하게 필요하다. 고혈압관리는 순환기질환과 뇌혈관질환의 일차예방사업 중에서 가장 효과적이고 중요한 것이다.

2. 고혈압 관리사업의 내용

1) 고혈압 관리사업의 목적

고혈압 관리사업의 목적은 고혈압 대상자의 건강수준 향상으로 혈압 및 증상을 관리하여 합병증 발생 예방 및 자가관리 실천율을 향상하고자 한다.

만성질환과 관련된 체계적인 정보제공과 국가차원의 접근을 통해 당뇨병·고혈압 등 주요 만성질환의 유병율을 감소시키고 만성질환으로 인한 사망과 장애를 최소화시키는 것(국민건강증진종합계획: Health Plan 2010)에도 부합된다.

2) 고혈압 대상자 관리사업의 목표

첫째, 정상혈압 유지와 고혈압 일차예방으로 건강수준을 향상시킨다.

둘째, 고혈압의 이차 예방으로 위험요인 관리를 위한 치료 순응도 향상시킨다.

셋째, 건강한 생활습관 실천으로 의료이용, 의료비의 감소시킨다.

넷째, 혈압관리에 대한 자가관리와 삶의 만족도를 향상시킨다.

다섯째, 보건의료 인력의 고혈압 관리능력을 향상시킨다.

여섯째, 고혈압 환자와 의료진, 관련된 모든 조직의 긴밀한 유대관계를 증진시킨다.

3) 고혈압 관리의 시대적 변화

(1) 1980년대

가. 고혈압 기준(WHO권고 기준)

경계성 고혈압을 수축기압 140~160mmHg 이완기압 90~95mmHg로 보았으며 고혈압으로 약물치료시작은 160/95mmHg 이상으로 3주 이상 계속될 때 하였다.

나. 대상자 관리

진료소 내소자 중 40세 이상 성인을 대상으로 측정하여 신규자를 발견하였고 일차적 약물(Thiazide계통의 이뇨제, 기타항고혈압제인 레셀핀0.25mg)을 투약과 함께 개인상담 등 관리를 하였다. 일차약물 복용하여도 조절이 되지 않을 경우 시내에 있는 병·의원에 의뢰하였다.

다. 기록방법

질환별 등록대장을 수기로 작성·관리 하였고 기록을 동일하게 남기기 위해 먹지를 이용해 작성하기도 했다. 기록물 관리가 미흡한 시기이다.

라. 기관별 연계체계

보건기관이 의료기관과의 연계를 할 수 있도록 조직은 되어 있으나 보건진료원은 준 공무원으로 신분보장이 없었기에 보건기관에서도 소외가 되었다. 교통편, 전화연락체계가 미흡하고 문화적인 혜택이 거의 없었으며, 사회적 관심조차 없었기에 보건 기관과의 연계도 원활하지 않았다.

마. 추후관리

급성질환이나 외상 등 직접적인 치료 즉 진료관리를 하는 현실이었기에 고혈압 예방보다는 치료중심으로 병원에 전적으로 의존하였다. 뇌졸증 발생 후 재활 중심으로 혈압측정과 투약지도 관리, 개별상담을 하였다.

(2) 1990년대

가. 고혈압 기준(WHO권고 기준)

수축기압 130mmHg 미만 이완기혈압 85mmHg 미만일 때 정상으로 보았다. 높은정상 130~139/85~89 mmHg으로 주의 관찰하고 고혈압 명명기준을 고혈압 1기 140~159/90~99mmHg 이상일 때 투약치료 시작하였다. 고혈압 2기 160~179/100~109mmHg 이상, 고혈압 3기 180~209/110~119mmHg 이상, 고혈압 4기 210/120mmHg 이상으로 3대 성인병 중 하나로 분류하였다.

나. 대상자 관리

진료소 내소자 중 30세 이상 성인을 대상으로 측정하여 신규자가 발견하면 무조건 병의원으로 의뢰를 해야 했다. 고혈압 치료약물 중 기타 항고혈압제인 레셀핀 0.25mg을 사용 약품목록에서 제외시켰고, 투약 복용관리만 하도록 하였다. 조절이 되지 않을 경우 보건지소나 병·의원 의뢰하였으며, 의뢰를 하였더라도 병원을 가는 일이 잘 이뤄지지 않아 고혈압 대상자는 본인이 알면서도 그대로 방치되는 경우가 많았다. 혈압측정과 의뢰, 개

별교육 및 상담, 가족상담 등으로 관리를 하였다.

다. 기록방법

초반부에는 질환별 등록대장을 수기로 작성관리 하였다가 컴퓨터 보급으로 중반부에 진료 프로그램이 만들어지면서 컴퓨터에 입력을 하여 관리를 하였으나 미흡한 부분이 있어 만성질환(고혈압, 당뇨)관리 전산화를 위한 진료원들의 자발적인 개발도 있었다. 1998년 전국 진료프로그램 보급하였다.

라. 기관별 연계체계

정부에서 일차보건의료사업계획대로 시행하고자 하는 의지가 있었다. 보건기관 연계관리의 중요성이 인식되면서 기관 연계가 이뤄지고 체계적인 관리를 시작한 시기로 볼 수 있다. 예를 들어 혈압약 복용이 필요한데 경제적 부담으로 방치된 영세한 주민을 의료보호 1종을 받을 수 있도록 면사무소에 찾아가 필요한 서류를 준비하고, 이제껏 측정된 검사 자료와 의뢰서를 첨부하여 보건지소나 병·의원에 의뢰하여 고혈압을 치료할 수 있도록 하는 체계가 수월해졌다.

마. 추후관리

병원에 의존하였던 치료중심에서 건강증진을 도모하기 위해 먼저 지역진단을 통한 잘못된 생활습관이나 위험요인을 파악 후 그에 따른 체계적인 보건교육을 시작하였고 혈압측정과 투약 지도관리, 개별적 맞춤형관리를 추구하였다. 매년 합병증예방 검진과 자아성취감 조사 등 종합적인 건강관리를 통해 만성질환자 관리와 질환예방을 위한 운동실천프로그램과 생활습관 변화 도모하는 프로그램이 활성화가 된 시기이다(90년대 후반).

보건진료원 및 보건의료진들의 만성질환(고혈압, 당뇨)관리 능력 향상을 위한 활발한 연구와 전국학술 대회 활성화, 운동경연대회 등으로 차별화된 만성질환자 관리를 추구하며 고혈압자 정보공유·교류가 시작되었다.

(3) 2000년대 이후

가. 고혈압 기준(JNC 제7차 기준:Joint National Committee)

정상 120/80mmHg 미만, 고혈압 전단계 120~139/80~89mmHg부터 관심을 갖고 치료의 기준을 잡고 있다. 고혈압 1기 140~159/90~99mmHg, 고혈압 2기 수축기압 160mmHg 이상일 때 이완기압 100mmHg 이상일 때라고 구분하였다.

나. 대상자 관리

진료소내소자 중 20세 이상 성인을 대상으로 측정하여 신규자가 발견되면 보건지소나 병원에 있는 의사에게 진단을 의뢰하여 확진을 받은 후 치료지침에 의하여 투약관리를 한다. 의뢰 시 의뢰서와 회신서를 보내어 의사소견이 있는 회신서를 꼭 받아 놓고 그에 따른 투약진료를 할 수 있도록 하였다(보건복지부, 2002).

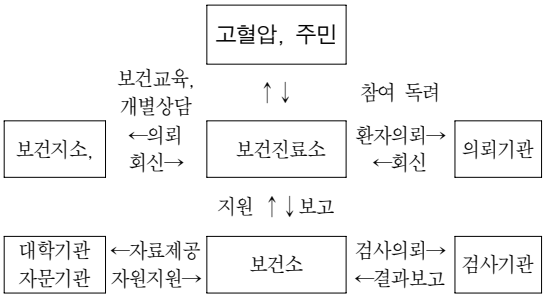
투약관리는 일차적 약물(Thiazide계통의 이뇨제)이외 칼슘길항제와 β1-수용체인 제제를 사용할 수 있도록 하였다. 보건진료원이 의사의 진단 후 치료 지침에 의한 진료 가능한 질환에 고혈압, 당뇨도 포함되었다. 이는 방치된 고혈압 자를 위한 관리방법으로 허락된 방침인 듯하다. 내소한 자 이외에도 직접방문, 화상진료 방법으로 관리를 하고 있다.

다. 기록방법

맞춤형 방문건강관리 및 만성질환자 관리사업으로 질병별 등록관리가 통일된 보건진료소 정보시스템을 이용한 업무전산화로 이뤄지고 있다.

라. 기관별 연계체계

지역사회 의뢰망을 구축하고 만성질환 코호트화를 하면서 고혈압이외의 만성질환자자 조기발견을 추구하여 예방사업과 건강증진을 도모하고 있다〈그림 3〉.



〈그림 3〉 지역사회 의뢰망

마. 추후관리

만성질환은 잘못된 생활습관에서 온다는 것과 약물과 운동, 식이, 정서적 안정이 함께 병행해야 효과적인 건강관리가 된다는 연구결과 생활습관 개선 프로그램, 종합적인 개별 맞춤형 건강관리 프로그램이 활성화가 되는 시기이다.

- 고혈압환자 자가관리 향상을 위한 프로그램 운영 (농어촌주민을 위한 맞춤형 프로그램 -12주 고혈압 길라잡이)
- 고혈압 등 만성질환 유병율, 치료율, 조절율 조사와 만족도 조사

이외 16개 시·도 만성질환 관리사업 지원단, 각 시군 건강증진사업지원단 등 구성, 각 시군마다 건강운동 조성을 위한 운동장, 공원, 건강증진 동아리 지원 등으로 생활속 건강관리로 변화하고 있다.

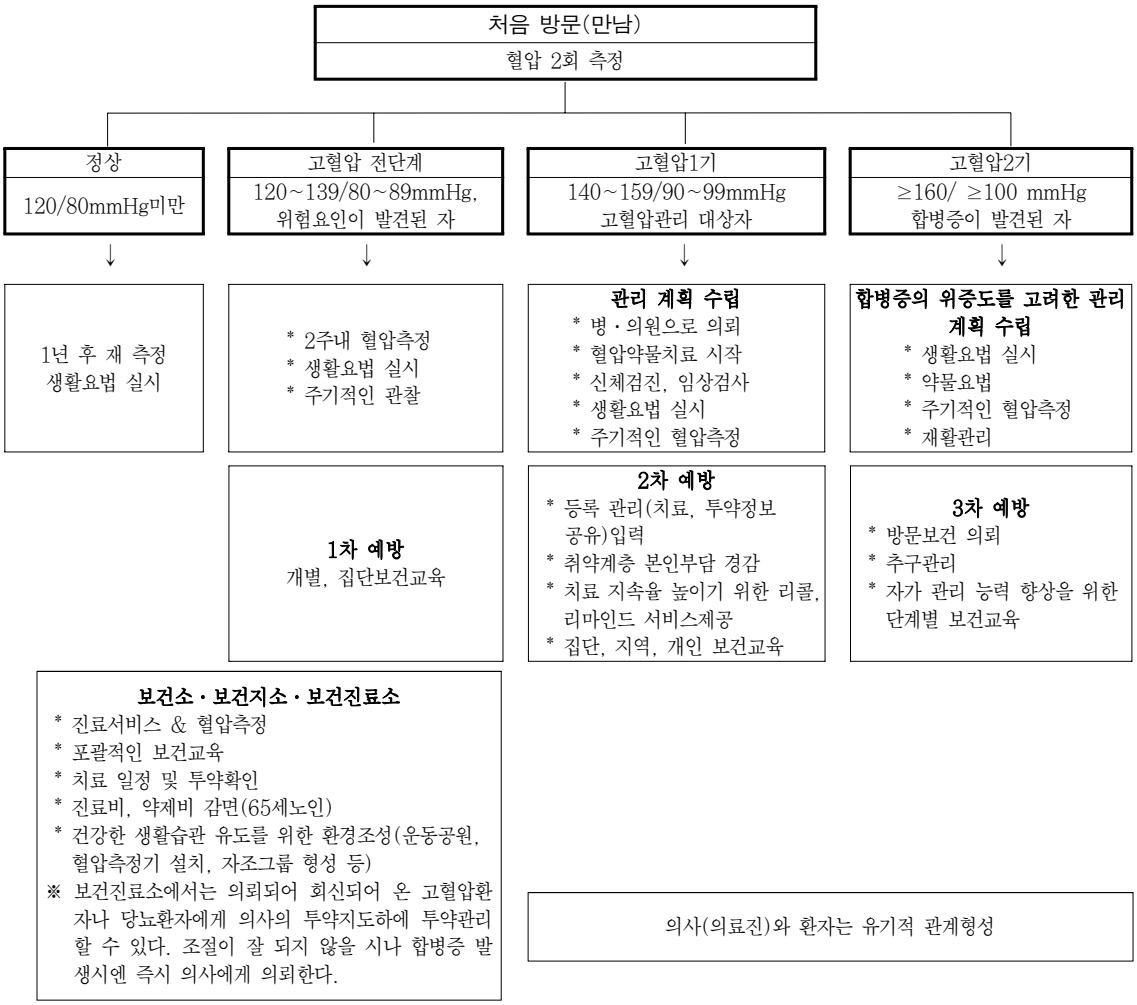
결론적으로 고혈압환자 자가관리에 있어서도 지역사회 고혈압관리를 책임지고 있는 보건의료인들이 확실한 신념을 가지고 노력하고 대처할 때에 고혈압환자의 치료에 대한 순응도가 높아지며 지속유지율도 증가한다(임경순, 2002).

4) 고혈압 관리 체계도〈그림 4〉

그 외 대학병원, 병·의원, 만성질환관리사업단, 면사무소, 방문보건요원, 대학기관 가정간호사, 요양보호사 등 지역기관들과 연계하여 포괄적인 서비스 제공이 되게 한다.

3. 고혈압관리의 프로그램 소개

농어촌 지역의 농한기를 이용한 건강한 겨울나기 프로그램으로 보건인력이 고혈압자들과 주 3회 12주 동안 보건교육과 운동요법, 이완요법을 실천한 후 자가 관리가 가능하도록 도와주는 프로그램으로 구성되어 있다.



자료원 : 임경순(2002)에서 재인용

〈그림 4〉 고혈압 관리 체계도

첫째, 준비단계 (운영 2개월 전)

① 사업계획서작성

② 프로그램 운영을 위한 회의: 운영협의회, 마을건강원회의

③ 프로그램 안내 및 참가 신청서(부록1,2) 발송 : 관할 지역 내 고혈압자

④ 프로그램 진행에 필요한 물품(부록6) 구입: 현수막, 이정표 등

⑤ 보건교육 자료(부록7) 점검, 기초 검사 실시 기관과 연계

⑥ 사업 홍보를 위한 현수막 설치 등 홍보

⑦ 각 지역별 프로그램 참여 희망자 선정 및 동의서 작성 및 수거

⑧ 고혈압 관리 전산프로그램 설치 & 참가자 명단(부록3) 작성

⑨ 등록자에 관한 사전교육 실시(입교식): 기관 단체장 초청

- 프로그램 진행표(부록5)와 대형 출석부를 제작 부착한다.

⑩ 설문지 작성 : 표준화된 도구사용(별첨3)

⑪ 사전 기본 검사(부록4): 키, 몸무게, 혈압, 심전도, 흉부엑스레이, 안저검사, 혈액검사 : TC, HDL, LDL, TG, 크레아티닌(Cr), 혈당, 복부, 둔부 둘레

둘째, 운영단계 (주 3회, 12주 운영)

① 보건교육

고혈압의 올바른 이해와 관리 주 1회 수요일 집단교육 실시

교육내용: 교육 자료집 참조(개별교육 실시)

② 운동요법 : 걷기운동, 스트레칭, 근력운동 (3회 / 주 - 월,수,금)

- 단계별 운동방법 / 정상체중 유지와 유산소운동 추구
- 준비물: 운동화, 장갑, 마스크, 만보기, 단체복, 아령, 스텝박스, 초시계

⇒ 운동요법의 평가(운동요법과 측정결과 관리 체크리스트 이용)

③ 이완요법: 복식호흡 보조요법 실시

- 운동요법 실시 후 앉아서 복식호흡을 단계별로 실시

셋째, 프로그램 마무리단계 (12주 후 한 달 이내)

- 12주 후 사전에 했던 임상적 검진 및 설문 실시
- 걷기 대회 및 수료식 실시

넷째, 자가 관리 단계 (운동 후 한 달 뒤~)

12주 프로그램 후 자가 관리를 증진시키는 단계로 자가 모임(동우회모임) 결성하여 월1회 산행가기, 식후 동네한바퀴돌기, 월1회 전화하고 혈압측정하기 등 지속적인 이행을 추구함

◎ 고혈압 자가 관리 프로그램 사진소개

준비단계⇒

운영협의회 회의

사업설명회

입교식

설문지작성 & 신체계측

근력 및 체력검사

혈액검사

실천 단계⇒

노인율동

근력체조(세라밴드 이용한 체조)

여가선용(화분가꾸기)

걷기운동 & 걷기대회

집단보건교육

레이크레이션(웃음치료)

마무리 단계 ⇒ 시상과 식사

수료식

단체사진

다함께 식사

4. 사업결과

1) 정상혈압 유지와 고혈압 일차예방으로 건강수준을 향상
2) 고혈압으로 올 수 있는 합병증 예방과 건강생활실천으로 의료비용 절감 효과
3) 고혈압의 위험요인 관리를 위한 치료 순응도 향상
4) 혈압관리에 대한 자가 관리 즉 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 분위기 조성과 삶의 만족도 향상
5) 운동의 필요성 인식과 생활 속에 운동 활성화 기반 조성
6) 농어촌 노인들의 육체적·정신적 건강증진, 사회활동, 교육, 여가활동 지원 등의 다양한 프로그램을 제공하여 농어촌 노인의 건강욕구에 대응하는 종합 프로그램 운영
7) 노인복지회관과 경로당을 연계한 여가프로그램 운영 활성화
8) 학회지 논문발표, 농한기 운동발표, 보건의료인 교육관리(만성질환관리사업발표) 등으로 보건의료인력의 고혈압관리 능력 향상과 긴밀한 유대관계를 증진

결론적으로 고혈압환자 자가관리에 있어서도 지역사회 고혈압관리를 책임지고 있는 보건의료인들이 확실한 신념을 가지고 노력하고 대처할 때에 고혈압환자의 치료에 대한 순응도가 높아지며 지속유지율도 증가한다(임경순, 2002).

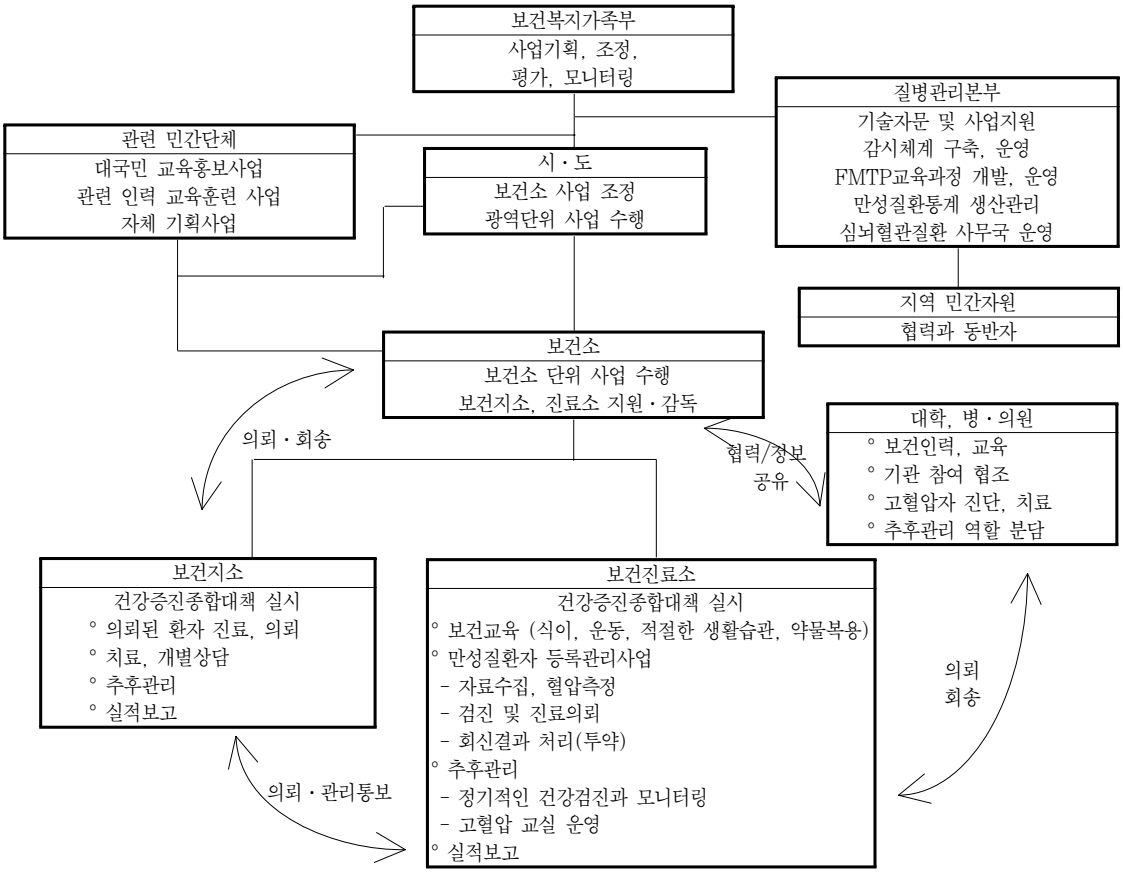
5. 사업수행체계

1) 만성질환 관리사업 수행 체계도〈그림 5〉
2) 보건기관 수행 사업내용
(1) 지역사회 진단 및 기획
① 고혈압 관련문제 현황파악 ② 보건의료자원 현황파악 ③ 목표설정 ④ 계획수립

(2) 지역사회 예방교육·홍보
① 지역신문, 지역방송 등 대중매체를 통한 광고, 기사 게재 협조요청
② 반상회보, 보건소 홈페이지 등 관련내용 게재
③ 교육기관, 종교단체, 시민단체, 사업장 등 기관을 통한 교육 및 홍보
④ 내소자 개별 교육 및 홍보
⑤ 캠페인을 통한 교육 및 홍보
(3) 사업추진의 협력체계 구축
① 보건기관 자체 사업 추진
② 지역의사회, 보건의료전문단체, 부녀회 등 지역단체모임과 협력을 통한 사업추진
③ 교육청, 만성질환지원사업단 등 관련기관과 협력을 통한 사업추진
(4) 환자 조기발견과 관리
① 고혈압 기준(JNC-7)에 의거 혈압 측정 후 등록관리
② 기초 평가 후 개별적 보건교육 실시
③ 적절한 처방과 주기적인 관리 실시
④ 진료실과 보건사업부서의 유기적인 정보 공유 및 협력체계 구성
(5) 보건지소와 보건진료소 지원, 감독 - 보건소
(6) 의뢰된 환자 관리와 회송, 보건소에 실적 보고 - 보건지소, 보건진료소

6. 기타

1) 보건지소와 보건진료소 사업수행의 차이점
(1) 보건지소
치료, 개별상담, 대상자 의뢰, 기록관리를 내원환자 중심으로 하는 보건지소는 보건지소장과 진료보조 보건요원, 방문보건요원으로 구성되어 보건진료소에서 의뢰



〈표 5〉 만성질환 관리사업 수행 체계도

되어 오는 환자에 대한 관리 통보를 하고 치료 중심적인 만성질환관리이다.

진료와 상담은 주로 공중보건의가 담당하고, 접수 및 연락을 취하는 보건요원이 있으며 방문 담당하는 요원이 있어 찾아가는 서비스체계를 유지하고 있다.

(2) 보건진료소

1인 보건진료원이 고혈압자들의 생활을 이해하고, 의료진과 환자와 가족간에 rapport 형성된 맞춤형 개별교육하면서 직접 방문을 하거나 내원환자를 혈압 측정하여 환자 발견하고 의뢰하고 회신된 결과에 따라 투약 치료, 기록관리를 하는 수혜자적 관점으로 접근하는 만성질환자관리로 찾아가는 서비스체계로 만성질환자의 환경적, 사회적, 치료적 요인을 고려하는 것이 가장 큰 차이일 것이다.

2) 사업 수행 시 어려운 점

(1) 잘못된 생활습관을 올바른 생활습관으로 변화 주기가 힘듬
(2) 주민의 인식변화와 인지도, 지속률 상승 미흡
(3) 기관연계 어려움 및 행정적인 업무 취약
(4) 다른 업무와 함께하는 진료소의 업무와 혼자 근무하는 보건진료원, 보건의료진 업무 과중과 스트레스 증가

7. 결론

급성질환의 일차진료와 외상 등 응급환자, 전염병 관리가 주가 되었던 1970년대와 1980년 초와 달리 서서히 급·만성전염병의 감소와 만성 퇴행성 질환의 증가, 정신질환자가 급증되면서 사람들은 오래 살게 되었고 그에 따른 노인 인구 증가가 급속히 일어난 1980년 중반부터 만성질환에 관심을 가질 수밖에 없었다. 또한 건강에 대한 관심이 커지면서 건강에 대한 국민의 기본권을 인식하기 시작했고 초고령화 지역인 보건진료소지역에서는 퇴행성, 만성적 질환 중심으로 지역주민의 요구에 맞는 만성질환관리 프로그램 필요하게 되었다. 체계적인 관리는 1990년 후반부터 시작하였다고 하여도 과언이 아니다.

전국 보건소가 실시한 맞춤형 방문건강관리사업에서 대상자들의 만성질환 유병율 현황에서 고혈압이 가장 높은 것을 알 수 있다.

고령인구가 많은 농촌지역 고혈압 유병율은 32.6%(전미양 등 충북chp reserch team, 2003)로 세월이 흐를수록 고령화된 농촌지역이 고혈압 유병율이 높아지고 있음을 알 수 있다.

따라서 노령인구가 급증하고 있는 농어촌 지역에 사망위험요인이 높은 만성퇴행성질환(고혈압, 당뇨, 관절질환, 고지혈증, 치매 등)에 대한 관리가 절실하게 필요하다. 고혈압관리는 순환기질환과 뇌혈관질환의 일차예방사업 중에서 가장 효과적이고 중요한 것이다.

'고혈압환자 자가관리 12주 프로그램'은 자가관리를 증진시키는 프로그램으로 스스로 건강에 관심을 갖고 운동과 식이관리, 이완요법으로 마지막 약물요법 실시하여 치료의 순응도와 자기 건강관리로 올바른 생활습관을 지속적으로 이행함을 추구한다.

결론적으로 고혈압환자 자가관리에 있어서도 지역사회 고혈압관리를 책임지고 있는 보건의료인들이 확실한 신념을 가지고 노력하고 대처할 때에 고혈압환자의 치료에 대한 순응도가 높아지며 지속유지율도 증가한다(임경순, 2002)고 밝힌 것처럼 프로그램 운영 시 보건진료원의 역할이 건강상담가로, 운동처방사로, 영양사로, 보건교육가로 전체적인 조화를 이루게 하는 코디네이터 역할을 감당할 때 프로그램의 결과가 가장 좋을 것으로 생각한다.

혼자의 근무로 미숙한 행정적인 업무도 있겠지만 지역의 코디네이터로 사회전반을 살펴보고 환자 중심적인 접근으로 지역주민에게 질 좋은 서비스 제공이 필요할 것이다.

고혈압 대상자의 건강수준 향상으로 혈압 및 증상을 관리하여 합병증 발생 예방 및 자가 관리 실천율을 향상하고자 한 고혈압 관리사업의 목적과도 부합된다.

참 고 문 헌

구성수 (2004). *우리나라 도시성인의 대사증후군의 유병율 및 관련요인에 관한 연구*. 한림대보건대학원 박사학위논문, 춘천.

국민고혈압사업단 (2006). 보건교사를 위한 고혈압의 최신지견과 창의적 교육.

국민고혈압사업단 http://www.hypertension.or.kr

경북 상주시 보건소 (2003).지역주민들의 고혈압 현황 파악과 고혈압관리 보건사업발표.

김숙영 등 (2007). 농어촌 여성노인의 질환이환 실태 및 건강증진방안. 을지대학교 건강증진사업지원단. 건강증진기금 연구사업.

김종연 (2003). *농촌지역 성인들의 대사증후군 유병율 및 관련 요인*. 경북대학의학과 의과대학 박사학위 논문, 대구.

김주영 (1979). *중도시 일부 아파트주민을 대상으로 한 고혈압에 관한 연구*. 충남대학교대학원 석사학위 논문, 대전.

노현송 (2006). *일 지역사회 주민의 고혈압 실태와 고혈압 수준별 위험요인*. 충남대학교대학원 의학과 예방의학과 박사학위논문, 대전.

대한공중보건의사협회 (1999). 농어촌지역 성인의 고혈압 유병률. 대한내과학회지, 56(3).

박혜순 등 (2003). *일차의료에 내원한 성인에서 대사증후군의 유병률 및 관련 요인에 관한 연구*. 울산대학교 의과대학 건강증진기금사업지원단. 건강증진기금 연구사업.

방문보건관리사업 및 만성질환 유병율, 데일리 서프라이즈, 2007.11.21, 정대훈.

보건사회부 (1989). 보건진료소 관리운영지침.

보건사회부 (1990). 보건진료원용 환자진료지침서.

보건복지부 (1995). 보건진료원 환자진료지침서.

보건복지부 (1996). 국민건강증진기본시책.

보건복지부 (2001). 2001 질병관리 사업지침.

보건복지부 (2002). 보건진료원 환자진료지침서.

_____. 제2기 국민영양조사.

보건복지부 질병관리본부 (2005). 제3기 국민영양조사.

보건복지가족부 (2009). 주요 만성질환관리사업 안내.

송기철 (2006). 일부농촌지역 주민들의 대사증후군 유병실태와 관련요인. 충남대학원보건학 박사학위논문. 대전.

서울대학교 지역의료체계시범사업단 (1993). 심혈관질환관리 - 원인·증상·치료·예방교육 홍보용 교재, 보건사회부지원연구사업.

임경순 (2002). 고혈압·당뇨관리의 실제(지역사회중심). 보건진료원회. 부광기획.

정복선 등 (2006). 고혈압 자가관리 이행증진프로그램이 본태성고혈압 환자의 신체생리 지수. 지식 및 자가관리 이행도에 미치는 영향. *대한간호학회지. 36*(3), 551-560.

지선하 (2003). 우리나라 고혈압관련 질환 사망률의 최근 추이(1981~2002).국민고혈압사업단 연구보고서.

충북 충주시보건소 (2003). 충주시 당뇨발견사업결과 및 만성질환관리 사업소개 발표.

충북보건진료원회 연구팀 (2003). 보건진료소 관할 농촌지역 주민의 고혈압 유병율, 건강형태 및 고혈압 관리 양상. *지역사회간호학회지, 14*(3), 507-519.

충북보건진료원회 연구팀 (2004).농어촌 주민을 위한 맞춤형프로그램 고혈압 자가 관리 길잡이. 보건교육 자료.

충북보건진료원회 연구팀 (2006). 고혈압 자가관리 길잡이Ⅱ 워크샵 자료.

통계청 (2007). 사망 및 사망원인 통계.

www.htnclinic.co.kr