

고혈압 환자들의 관점에서 본 혈압관리에 대한 지식, 태도, 실천: 질적연구

이석구, 전소연¹⁾

충남대학교 의과대학 예방의학교실, 대전보건대학 응급구조과¹⁾

The Knowledge, Attitude and Practice of Blood Pressure Management from the Patient's Viewpoint: A Qualitative Study

Sok-Goo Lee, So-Youn Jeon¹⁾

Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Chungnam National University,
Department of Emergency Medical Technology, Daejeon Health Sciences College¹⁾

Objectives : This study adopted a qualitative method to explore the layman's beliefs and experience concerning high blood pressure and its management in order to develop a strategy to increase adherence to proper medical treatment.

Methods : Semi-structured interviews that focused on personal experiences with hypertension and its management were conducted with 26 hypertensive patients. The participants were selected according to a BP above 140/90 mmHg (hypertension stage 1), based on the seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC-VII). The interviews lasted for approximately 30 minutes (range: 20-60 minutes). The resulting questions were formulated into open-ended questions. The interview questionnaire was composed 17 items to examine non-adherence to treatment and 19 items to examine adherence to treatment.

Results : Most participants recognized that the direct cause of high blood pressure was unhealthy behavior rather than inheritance. Thus, the hypertensive patient believed they could recover their blood pressure to a normal level through removing the direct cause of

hypertension (weight reduction, diet, exercise) instead of taking drugs. The reasons for these statements were that the drugs for controlling hypertension are not natural or they are artificial, and they may have side effects, and drugs are not treatment for the root cause of hypertension. Most of the hypertensive patients chose to manage their behaviors as soon as they knew their blood pressure was high. Therefore, we should not divide the subjects into two groups according to their taking drugs or not, but they should be divided into two groups according to their willingness or not to manage their condition.

Conclusions : For developing a strategy for an individual approach to hypertension management, we need to develop a client-centered attitude and strategy. That is, we need to tailor our approach to individual cases to avoid generalizations and stereotyping when developing an adherence increasing strategy.

J Prev Med Public Health 2008;41(4):255-264

Key words : Hypertension management, Patient's viewpoint, Qualitative study

서론

고혈압은 30세 이상 성인에서 30% 이상 (남자 34.4%, 여자 26.5%)으로 유병률이 매우 높은 질환 중 하나이다 [1]. 더욱이 나이가 증가함에 따라 이와 비례하여 급격히 증가(30대 2.3%, 40대 8.7%, 50대 23.2%, 60대 35.6%, 70세 이상 42.4%)할 뿐만 아니라 [2], 단순한 약물치료만으로는 소기의 결과를 가져올 수 없다는 점 때문에 의사, 환

자 모두에게 관리가 어려운 질환이다. 그동안 지역사회 단위의 고혈압관리 사업은 1980년대 중반부터 서울대학교의 경기도 연천군사업, 한림대학교의 강원도 화천군사업 등 많은 연구와 현장 접목이 있었으며, 최근에도 충남대학교의 천안시사업, 경북대학교의 대구광역시 심뇌혈관질환 고위험군 등록관리 시범사업, 연세대학교의 국민고혈압사업단 운영 등 다른 질환에 비하여 매우 많은 연구와 사업경험을

가지고 있으며, 특히 지역사회 접근에 있어서는 매우 경험이 풍부한 만성질환이다.

그러나 이러한 많은 경험과 시간을 투자하였음에도 불구하고 점차 증가하는 고혈압 환자들을 효과적으로 관리할 수 있는 국가 전략이 아직까지 개발되지 못하고 있으며, 과거의 사업결과로서 고혈압 관리율이 적정 수준으로 향상되었다거나 이로 인한 후유증이 감소하였다는 개선점을 찾을 수 없는 것 또한 고혈압관리에 있어 가지고 있는 문제점이라 할 수 있다. 1990

접수: 2007년 11월 21일, 채택: 2008년 5월 21일

이 논문은 2006년도 충남대학교 학술연구비의 지원에 의하여 연구되었음.

책임저자: 전소연 (대전광역시 동구 가양2동 77-3번지, 전화: 042-670-9413, 팩스: 042-670-9413, E-mail: jsy0416@hit.ac.kr)

년 우리나라 전체를 대상으로 한 연구에서 인지율 25%, 치료율 16%, 관리율 5%로 파악되었고 [3], 농어촌지역을 대상으로 한 연구에서는 인지율 51.7%, 혈압이 높다는 말을 들은 사람 중 치료율 46.6%, 고혈압약 복용자 중 관리율 25.9%라고 보고하였다 [4]. 진주시를 대상으로 한 연구에서는 인지율 52.5%, 치료율 34.4%, 고혈압자 중 관리율 12.9%, 고혈압약 복용자 중 관리율 37.5%로 나타났고 [5], 과천시민을 대상으로 한 연구에서는 고혈압 인지율 53.3%, 치료율 40.8%라고 보고하였다 [6]. 2005년 국민건강영양조사 [2]에서는 30세 이상 성인의 인지율 56.3%, 치료율 49.0%, 고혈압약 복용자 중 관리율 55.1%로 나타났다. 다른 한편으로 고혈압은 첫째, 의학적으로 증상이 없는 정상적인 상태나 기능을 가진 사람들이 많다는 점, 둘째로 한 기관만의 접근으로는 불가능하고 지역사회와 다양한 기관이 참여하는 매우 복합적인 접근을 필요로 한다는 점, 셋째는 계획, 수행, 평가에 필요한 정보시스템이 필요하다는 점에서 다른 만성질환과는 차이점을 가지고 있다.

그동안 고혈압 관리에 대한 연구의 주요 관점은 위에서 본 것처럼 문제의 규모를 파악하거나, 고혈압관리와 관련한 역학적 자료의 확보를 위한 전문가적 측면의 계량적 연구가 많았다. 그러나 만성질환관리에 있어 공통적으로 대두되고 있는 사회계층간 다양한 질병개념, 관리에 대한 동기화 차이와 장애요인의 차이가 있음을 인정하고 그러한 차이가 왜 생겨나는지에 대한 연구가 부족하다. 사람들은 전문가가 이상적인 건강행태 또는 환자역할행태를 요구하면 단순히 따라가는 수동적인 존재가 아니며 이익과 손해의 균형 속에서 자신의 환경에 받아들일 수 있는 치료행동을 결정하는 존재라는 인식이 필요하다.

성공적인 고혈압 관리를 위해서는 의학적 접근과 지역사회적 접근이 조화를 이루어야 하며, 효과적인 전략을 개발하기 위해서는 먼저 고혈압 환자에 대한 이해가 우선 되어야 한다. Weaver 등 [7]은 고혈압 진단을 받은 환자들을 대상으로 진단 받은 전후 상황에서 고혈압 위험요인에 대한 개인의 생각을 탐구하는 연구를 수

행하여 고혈압이 있을만한 위험요인에 노출된 적이 없었다고 부정하는 집단과 이를 수용하는 집단으로 나누어짐을 발견하였고, 이에 따른 약물치료 순응도가 다르다고 하였다. Weiss 등 [8]은 고혈압자들이 약물치료와 위험요인 등 고혈압 관련 정보를 전문가인 의사보다는 친구, 직장 동료, 가족, 대중매체, 인터넷 등 비전문가에게 정보를 얻는 것을 더 선호하며, 이렇게 얻은 정보에 의해 약물치료 순응 등 고혈압 관리행동을 결정한다고 밝혔다. 이 밖에도 의사들의 약물처방에 대한 기대감 [9], 고혈압 치료에 대한 믿음과 태도가 약물치료 순응 등에 미치는 영향 [10], 약물순응의 주관적 장애 및 촉진요인 연구 [11] 등 많은 연구들이 이루어지고 있으나, 국내에서는 관련 연구가 희박하다.

이전에 수행된 많은 수의 사회경제적 접근이나 행태이론을 통한 정신심리적 접근은 인구집단 전체에 대한 이해나 결과 예측은 가능하나 한 개인 단위로 볼 때는 의사결정 과정이 복잡하여 요인들 간의 영향 예측이 불가능하다. 이러한 배경 하에서 이 연구는 다양한 환경 속에서 살고 있는 고혈압 환자들의 시각으로 본 고혈압 관리에 대하여 살펴보고자 하였다. 즉, 적절하지 못한 고혈압 관리율을 향상시키기 위해서는 지금까지의 정량적 연구에서 파악되지 못한 불순응 이유를 찾아내는 노력이 필요하며, 특히 외국의 연구경험에서 질적 연구를 통하여 많은 중요한 요인들을 밝혀내고 있음에 비추어 우리나라에서도 고유한 문화와 사회환경 속에서 불순응의 원인을 탐색하려는 노력이 요구된다. 이를 위하여 고혈압 환자 개인을 대상으로 고혈압에 대한 지식(원인 인식, 정보 탐색), 태도(의사, 약물치료 및 결과, 고혈압), 실천, 지각된 이익, 지각된 장애 등을 보다 환자 중심적인 측면에서 접근하여 고혈압 순응도를 개선하는 데 도움을 주고자 하였다.

연구대상 및 방법

1. 연구참여자 선정

미국 고혈압합동위원회 제7차 보고서 (JNC-VII) [12] 기준으로 140/90 mmHg(고혈

압 1기) 이상의 고혈압이 있다고 의사로부터 진단(진단 받은 지 1년 이상 경과한 자)을 받은 사람을 연구대상으로 하였으며 이들을 대상으로 심층면담을 실시하였다. 연구결과의 개인간 차이가 반영될 수 있도록 30세 이상 고혈압자가 성별, 연령별, 사회계층별로 골고루 포함될 수 있도록 하는 heterogeneous sampling [13]을 이용하였으며 이를 위해 다양한 고혈압 환자 관리 기관을 선정하였다. 이들 기관들로는 고혈압등록관리사업을 하고 있는 보건소와 내원 환자가 등록되어 있는 개인 의원, 근로자 건강관리를 하고 있는 산업체 부설 건강관리실과 주기적 근로자 건강관리 서비스를 제공하는 보건관리대행기관에 등록되어 있는 고혈압자 중에서 고혈압 약물치료를 하고 있는 군과 하지 않은 군으로 크게 대별하여 연령별, 성별, 사회계층별로 5-10명을 추천받아 연구진이 다시 적정 대상자를 선정하였으며, 대상자들과의 전화 통화 후 참여를 수락한 대상자를 최종 면담 대상자로 선정하였다. 이렇게 선정된 대상자들의 면담 장소로는 총 8곳으로 보건소(농촌 1개소, 도시 2개소), 의료기관(도시 1개소), 산업장(2개소), 군청(1개소), 아파트단지 관리사무소(1개소)로 대상자들이 근무하거나 지정하는 곳으로 하였다. 면담기간은 6월 15일부터 8월 16일까지 약 2개월간이었다.

2. 질문지

질문지의 구성은 기존의 연구결과들을 종합하여 고혈압 환자들이 관리행동(치료 또는 건강행동)을 선택하는 과정 속에서 발생할 수 있는 주요 요인들을 추출하여 이를 기초로 질문지 초안을 개발하였으며 고혈압에 대한 연구 경험이 풍부한 전문가를 대상으로 자문을 구한 다음 질문 내용을 보완하였다. 이후 고혈압 환자에 대한 면담을 통하여 문항을 조정하고 용어 표현을 보다 고혈압자 중심으로 수정하여 최종 질문지를 개발하였다. 또한 수년 동안 지역사회 고혈압 관리 사업에 대한 정량분석에서 얻어진 결과를 토대로 이를 보완할 수 있는 소규모의 정성분석을 수행하는 순서로 연구를 진행하였다.

면담은 반구조화된(semi-structured) 형식

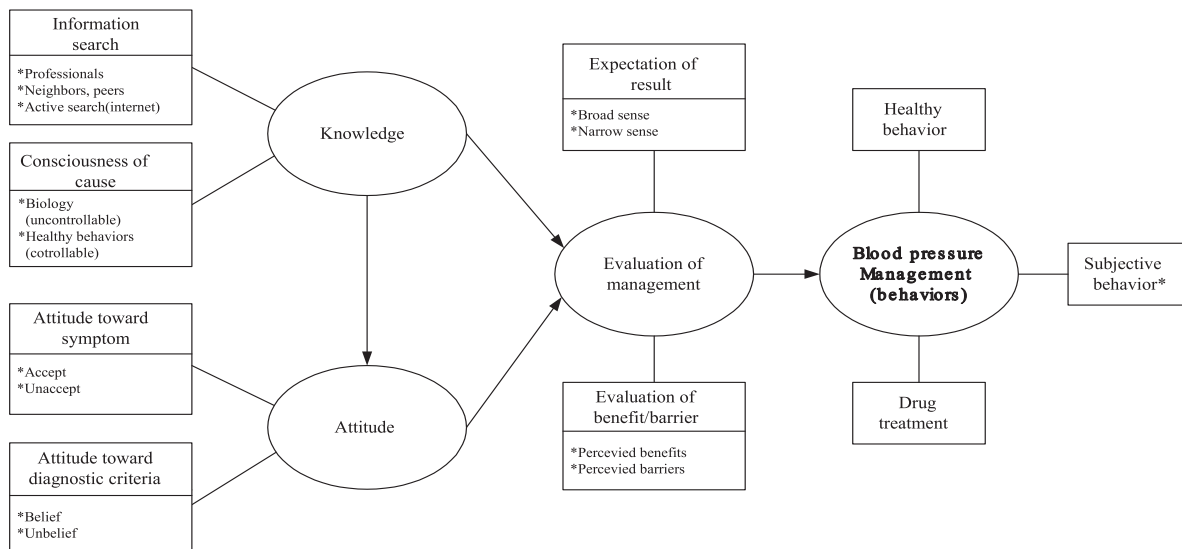


Figure 1. The relationship between knowledge, attitude, edvaluation, management of high blood pressure.

* Subjective behaviors is not professional's recommended health behavior but behavior selected by individual viewpoint

으로 진행되었고, 면담 질문은 개방형 (open-ended) 질문으로서, KAP(knowledge, attitude, practice) 이론을 근거로 한 지식, 태도, 실천에 해당하는 문항과 장애요인을 추가하여 지각된 이익(perceived benefits), 지각된 장애(perceived barriers) 문항을 포함하였다 (Figure 1). 지식의 세부 문항으로는 원인인식/지식(3문항)과 정보탐색(1문항)이었고, 태도의 세부 문항으로는 의사(1문항), 약물치료 및 결과(3문항), 고혈압(2문항)이었으며 실천의 세부 문항으로는 건강행동/약물치료의 선택(3문항)을 포함하였다. 또한, 지각된 이익은 2문항, 지각된 장애는 4문항으로써 세부 문항까지를 포함하면 약물치료 비순응자용 17개 항목, 순응자용 19개 항목으로 구성하였다 (Appendix 1). 약물치료 순응자에게는 약물치료의 장애요인과 일시 중단이유에 대하여 추가하여 질문하였다.

3. 자료수집

면담자, 보조면담자, 기록자 3명이 모든 면담에 대하여 참여하였으며, 면담 장소는 참여자가 접근하기에 용이하고, 편안히 평소의 생각을 진솔하게 표현할 수 있도록 친숙하고, 다른 사람들의 접근이 차단된 별도의 분리된 공간으로 선정하였다. 참여자 1인당 평균 면담시간은 30분이었으며, 최소 20분에서 최고 60분까지 소요되었다.

면담 절차는 Ulin 등 [14]이 제안한 방법을 준용하여 진행하였으며, 면담 전에 긴장을 풀 수 있도록 약간의 다과를 제공하였고, 친숙해질 수 있도록 약 5분 정도로 소개하는 시간을 가졌다. 이후에 연구 목적과 진행 방법 등을 간단히 설명한 다음 연구에 참여할 것인지를 다시 한 번 확인하였으며, 구술 자료의 정확성과 신뢰성 확보를 위하여 녹음 및 컴퓨터를 이용한 기록과 메모에 대해서도 동의를 얻은 다음 면담을 수행하였다.

참여자의 자연스러운 사고 흐름에 장애를 주지 않기 위하여 질문 순서는 원래 계획된 순서와 다르게 진행하기도 하였으며, 불명확한 답변은 구술 중에 또는 면담 후 다시 질문하여 참여자의 의견을 정확히 파악하기 위하여 노력하였다.

면담자료 수집은 심층면담이 진행되는 현장에서 기록자가 노트북 컴퓨터를 이용하여 참여자가 구술하는 대로 받아 적었으며, 동시에 녹음을 하여 면담 직후 기록한 내용을 보완하는 방법으로 수행하였다. 이렇게 정리된 면담 기록지는 다시 연구진들이 녹음테이프를 이용하여 기록지의 정확성을 재검토하여 수정하였다.

결과

1. 참여자의 특성

면담 참여자는 총 26명이었다. 성별로는 남자 17명, 여자 9명이었고, 연령대별로는

31-39세 5명, 41-49세 7명, 51-65세 7명, 65세 이상 7명이었으며 평균 연령은 54.3세이었다. 약물치료 순응자는 17명, 비순응자는 9명이었다.

의사로부터 고혈압 진단을 받고, 약물을 복용하기 전까지 금연, 절주, 운동, 식이요법 등 건강행동 개선을 실천한 참여자는 14명이었으며 그렇지 않은 경우는 12명이었다. 고혈압 가족력이 있는 경우는 19명, 없는 경우는 7명이었으며, 고혈압관련 신체 증상이 있는 경우는 14명, 없는 경우는 12명이었다 (Table 1).

2. 지식

1) 원인인식/지식

자신의 고혈압 발생 원인을 가족력이라고 한 경우는 참여자 26명 중 5명, 불건강한 생활습관은 19명으로 나타났다. 가족력이라고 응답한 5명은 대부분 고연령자이었으며 저연령층(40대)은 1명에 지나지 않았다. 또한 고혈압 가족력을 가진 참여자 19명 중 자신의 고혈압 발생 원인을 가족력이라고 한 경우는 5명, 불건강한 생활습관은 13명이었다.

젊은 고혈압 환자의 경우 혈압이 높은 이유를 운동부족과 과식으로 인한 체중의 증가 및 비만(6명), 직장에서의 업무에 따른 스트레스 증가(7명), 사회생활 유지를 위한 지나친 음주(7명) 등에서 원인을 제시하고 있었으며, 가족력이라고 응답한

Table 1. Characteristics of interview participants

Case	Age	Sex	Education	Blood pressure (mmHg)	Duration of hypertension (years)	Drug medication	Duration of uptake of behavioral modification*	Family history	Recognition of cause of hypertension	Preferred method of management	Perceived symptom
1	49	Male	College	110/ 70	2	Yes	1 month	Yes	Life style	Drug	Yes
2	81	Female	No	120/ 80	20	Yes	None	Yes	Life style	Drug	Yes
3	54	Male	High	160/100	25	No	1 month	Yes	Familial	Healthy behavior	Yes
4	38	Male	High	170/100	7	No	6 month	No	Life style	Healthy behavior	No
5	72	Female	No	140/ 80	5	Yes	None	No	Life style	Drug	No
6	71	Male	Elementary	135/ 80	1	Yes	7 month	Yes	Life style	Healthy behavior	No
7	58	Female	Elementary	140/ 80	20	Yes	10 year	Yes	Familial	Healthy behavior	Yes
8	46	Female	Middle	150/ 90	2	No	2 year	Yes	Life style	Healthy behavior	Yes
9	62	Male	High	130/ 90	1	Yes	None	Yes	Life style	Drug	No
10	47	Male	High	140/110	3	No	None	Yes	Life style	Healthy behavior	No
11	55	Male	College	140/ 90	6	No	6 month	Yes	Life style	Healthy behavior	No
12	44	Male	College	130/ 90	25	Yes	None	Yes	Life style	Healthy behavior	Yes
13	45	Male	College	160/110	7	Yes	7 year	Yes	Familial	Healthy behavior	No
14	34	Male	College	145/100	3	No	3 year	Yes	Life style	Healthy behavior	No
15	57	Male	Elementary	120/ 90	13	Yes	1 year	No	Life style	Drug	Yes
16	58	Male	College	130/90	7	Yes	1 year	No	Life style	Healthy behavior	Yes
17	44	Male	College	135/ 95	4	No	4 year	Yes	Life style	Healthy behavior	Yes
18	36	Male	High	140/ 90	2	No	None	No	Life style	Healthy behavior	No
19	47	Male	Middle	140/ 80	1	Yes	None	Yes	Life style	Healthy behavior	Yes
20	36	Male	College	130/ 70	3	Yes	1 month	Yes	Life style	Drug	Yes
21	38	Male	College	140/100	6	No	6 year	Yes	Life style	Healthy behavior	No
22	76	Female	Elementary	120/ 80	2	Yes	None	Yes	Familial	-	No
23	57	Female	Elementary	125/ 85	3	Yes	None	Yes	Familial	-	No
24	71	Female	Elementary	130/ 85	8	Yes	None	Yes	Age	-	Yes
25	69	Female	Elementary	120/ 70	2	Yes	None	No	-	-	Yes
26	67	Female	Elementary	135/ 85	6	Yes	None	No	Life style	-	Yes

* The time duration from diagnosing by doctor to starting behavioral modification for hypertension management before drug intake.

경우는 많지 않았다.

“전에는 못 느끼다가 2003년도 직장에서 안전사고가 한 번 났었거든요. 그것 때문에 그런 건지는 모르지만 신경이 더 예민해진 것 같아요. 화도 잘 내고 스트레스도 많이 받고 하는 것이 고혈압 원인인 것 같아요(참여자 20).”

고혈압 환자들은 혈압이 높아진 이유를 자신들의 불건강한 생활습관에 기인한다고 생각하는 경우가 많았다. 따라서 고혈압이 있다는 의사의 진단에 대한 처음 반응으로 운동과 체중조절을 실천하거나 음식을 조절하는 행동으로 고혈압 관리를 스스로 시작하는 경우가 있었다. 즉, 혈압이 높다는 의사의 진단이 내려지면 고혈압 원인에 대한 인식과 함께 고혈압의 원인을 해결하기 위하여 자신의 건강행동을 개선하고자 하는 의지를 가지게 될 뿐만 아니라 실천도 하게 되는 것이다.

뿐만 아니라 이들 중의 일부는 건강행동 개선이 고혈압 관리에 있어 자신들에게 필요한 것이므로 의사에 의한 약물처방을 불필요하거나 임시적인 것으로 인식하고, 건강행동 개선만이 보다 합리적인 선택이라고 믿고 있어 약물치료를 비합리적인

것으로 인식할 수도 있다.

“4년 전 회사 건강검진 145에 90 나왔어요. 처음에는 안 믿겨졌다가 몇 번 재보고 내가 혈압이 높아졌구나 했어요. 심각하구나, 운동을 해서 살을 빼야지 생각을 했어요. 약을 먹으면 일시적인 거고, 근본적인 치료가 아니고... 저는 주원인이 운동 부족과 과체중이기 때문에 그것을 해결하면 바로 고혈압이 해결이 된다고 생각했어요. 고혈압의 원인을 체중으로만 봐서요(참여자 17).”

2) 정보탐색

고혈압 환자인 경우 고혈압에 대해 모르거나 또는 지식이 부족한 것에 대하여 정보탐색을 하거나, 지식이 있는 경우는 자신의 혈압이 높다는 사실을 안 순간부터 혈압이 높게 된 이유를 나름대로 평가할 뿐만 아니라 이로 인해 생길 수 있는 건강 결과를 생각하면서 필요한 관리 행동을 선택하는 경향이 있었다.

“금방 고혈압 약 먹은게 아니라 제가 저녁에 조깅도 하면서 약을 안 먹고 견디 불려고 했다가 헬스를 하고... 조심을 했는데도 금방 좀 이상해져서 재보니까 올라가더라고요. 그래서... 고혈압이 그렇게

큰 병인지 몰랐죠. 그렇게 하고 나서 답답하니까 사실 잘 알려주는 사람도 없고... 서점에 가서 하루 종일 혈압과 당뇨책을 보았어요(참여자 1).”

“혈압이 높다는 이야기를 듣고 인터넷 같은 것 찾아보고, 리플릿 같은 것도 보고... (참여자 11).”

3. 태도

1) 의사들의 처방 및 권고에 대한 반응
사람들은 자신이 고혈압이라는 사실을 다른 질병치료 목적으로 병원을 방문하거나 또는 건강검진에서 우연히 발견하고, 혹은 스스로 고혈압에 의한 증상이라고 생각되는 불편함의 원인을 확인하기 위해 병원을 방문함으로써 고혈압이라는 사실을 알게 되었다. 일단 혈압을 측정하고 높다는 사실이 밝혀지면 대부분 의사의 진찰(진료)을 받게 되고, 의사에 의해 건강행동 개선과 동시에 대부분 약물복용에 대한 처방과 권고를 받게 된다.

그런데 처음으로 자신의 혈압이 높다고 알게 된 고혈압 환자들은 의사로부터 단지 두 가지에 대해서 들었다고 하였다. 첫째는 혈압이 약을 먹어야 할 만큼 높다는

사실, 두 번째는 약을 평생 먹어야 하며 동시에 체중조절 등 건강행동을 개선하여야 한다는 것을 들었다고 기억하고 있었다. 반면에 고혈압 환자들은 현재의 증상이 고혈압에 의한 것인지? 약을 먹다가 중간에 중단하게 되면 어떤 일이 생기는지? 어떻게 평생 빠트리지 않고 약을 먹을 수 있는지? 약이란 음식물과 같은 자연 상태의 물질이 아닌데 계속 먹게 되면 몸에 다른 이상이 생기지 않는지 등 많은 의문과 자신의 생각을 정리할 시간이 필요함에도 불구하고, 단지 위와 같은 전문가 중심적인 결정과 지시를 기억할 뿐이었다. 의사들의 행동에 대하여 고혈압 환자들은 ‘진료 대기 환자들이 많기 때문에 미안해서 구체적으로 물어볼 수가 없음’, ‘의사들이 많이 바쁜 것 같아서’, ‘갑자기 무엇부터 물어봐야 할지 정리가 안 되어’ 등의 응답을 하고 있었다.

“고혈압 약을 먹으니까 머리가 많이 빠져요. 물어보니까 연세가 많으면 그렇다고 고혈압하고는 상관없다고.... 의사한테는 안 물어보고 약국에서 물어봐서.... 의사는 바쁘는데 어떻게 일일이 물어봐요?(참여자 5).”

이러한 결과로 처음 혈압이 높음을 알게 된 고혈압 환자들은 의사와의 대면에서 자신의 혈압을 관리하기 위한 충분한 정보를 얻을 수 없게 되어, 많은 경우 의사들과의 처음 대면에서 약물투약을 결정하는데 별 도움이 되지 않는다고 생각하고 있었다.

2) 약물치료 및 결과에 대한 태도와 기대

전문가와 고혈압 환자 사이의 약물치료 및 결과에 대한 태도와 기대에 있어서의 차이는 매우 크게 나타났다. 전문가들은 약물치료의 기대효과로 적정 혈압의 유지와 고혈압으로 인한 후유증 예방에 있으나, 고혈압 환자들은 약물치료에 대해 개인마다 다양한 태도와 기대를 보였다. 고혈압 약물치료를 받는 이유를 보면 후유증 예방 9명, 불안감 감소 5명, 신체증상 완화 5명, 가족의 행복 유지 2명 등으로 나타났다.

사위와 아들이 모두 뇌혈관질환으로 사망한 한 노인 고혈압 환자의 사례를 보면

고혈압으로 인해 뇌혈관질환이 생길 경우는 곧바로 같이 살고 있는 딸 가족에게 부담을 지우게 될 것이므로, 의사가 권고한 약물치료를 통하여 후유증이 예방된다는 기대를 많이 하고 있으며, 이는 현재 같이 살고 있는 참여자의 딸도 이 노인의 약물치료를 대해 매우 강한 지지를 하고 있다고 응답하고 있었다.

“고혈압 무섭지, 남들 보니까 무서워... 중풍에 걸린 이가 더러 있어요. 사위도 공무원하다가 혈압이 터져서... 나는 굉장히 신경을 써요. 죽을 때까지 먹으라고 했으니까 죽을 때까지는 내가 먹지 싶어. 딸이 자꾸 먹으라고 해요. 아침에 약 챙겨다 놓고...(참여자 2).”

고혈압 가족력이 있지만 자신은 스트레스 때문에 고혈압이 발생하였다고 하고, 정신적으로 편안하고, 규칙적인 생활을 하는데 건강에 아무런 문제가 없으며, 현재 고혈압 관리를 위하여 규칙적 등산을 한다고 응답한 한 젊은 참여자의 예에서는 약을 복용한다는 사실 자체가 고혈압으로부터 발생할 수 있는 악결과에 대한 불안 심리로부터 해방될 수 있으며, 특히 여가생활 중에 어떤 신체증상이 고혈압과 관련되어 나타나는 것은 아닐까 하는 불안감을 없애주는 이점이 있다고 대답하였다.

젊은 남자 참여자의 경우 약을 먹는 것은 통상 젊은 사람이 하는 행동이 아니며, 약물치료는 노인들이나 하는 것으로 만일 자신이 나이가 들게 되고 그 때에도 혈압이 지금보다 높으면 약을 먹을 수도 있다는 생각을 가지고 있었다.

“체중조절을 좀 해보자.... 나이가 그때는 30대 초반이어서 혈압 약을 먹는 게 좀 아니라고 생각했어요. 혈압 약은 나이 드신 분이 드시는 거라는 선입견이 있고요. 제 힘으로 조절을 할 수도 있을 거라는 생각이 있고, 아직은 나이가 젊어서 혈압 약을 먹는 게 적합한 것 같지는 않은 것 같고...(참여자 14).”

3) 고혈압과 주관적 건강 인식

고혈압 환자이면서 나이가 많은 연령층에서는 일상생활에 지장이 없으면서, 몸에 특별한 증상이 없는 상태를 건강이라고 생각하고 있었으며, 젊은 연령과는 달리 여가활동이나 업무능력을 지적하지는

않았다.

반면에 직장을 다니는 비교적 젊은 연령층의 고혈압 환자들은 비슷한 연령에 비하여 업무능력이나 여가활동에서 차이를 느끼지 못하기 때문에 건강하다고 응답하여 상대적인 비교를 하고 있었으며, 일부 참여자는 일을 하거나 육체활동을 한 다음 날 피곤하지 않거나 평소의 업무 수행 후 육체적 부담이 없음을 건강하다는 이유를 들었다.

“혈압 빼놓고는 건강하죠. 남들보다 뒤지지 않고 아무 문제없고, 직장생활도 아무 문제없고요(참여자 16).”

또한 나이와 관계없이 고혈압 환자들은 자신들이 느끼는 건강을 후유증이 없는 한 고혈압 보유와는 관련짓지 않고 있었으며, 고혈압으로 인하여 불편함을 가지고 있지도 않은 것으로 보였다.

4. 실천

1) 건강행동/ 약물치료의 선택

대부분의 참여자들은 고혈압을 관리하기 위하여 약물치료와 규칙적 건강행동 실천 중 어느 것을 선택하겠는가의 질문에서 비록 건강행동에 대한 실천에 있어서는 부족하지만 약물 순응자 및 비순응자 모두에서 약물보다는 건강행동의 개선을 선택(참여자 21명 중 15명)하였다. 그 이유로서 약물은 음식과 달리 부자연스러운 것이며, 부작용이 있을 수 있고, 원인적 치료가 아니라는 의견을 보였다. 이러한 결과로 미루어 고혈압 환자들은 약물에 대한 부정적인 태도나 믿음이 상당히 강하게 자리잡혀 있음을 알 수 있었다.

“약을 먹으면 아무래도.... 모든 약이 그렇잖아요. 약을 안 먹는 것보다는 안 좋은 거잖아요. 부작용, 화학약품, 자연스럽지 않은 거라고 생각했죠(참여자 14).”

2) 신체증상과 약물치료

전문가와 고혈압 환자들 사이에 가장 큰 차이 중 하나가 고혈압에 의한 신체증상에 대한 것이었다. 고혈압 관련 자각증상이 있다고 호소하는 경우는 참여자 26명 중 14명으로 나타났다. 자각 증상은 주로 뒷목 땀김(참여자 8명), 두통(참여자 5명), 어지러움(참여자 2명)이었다.

고혈압 환자들은 신체증상이 있는 경우

자신의 혈압이 더욱 높아져서 그렇다는 반응을 보이며, 이때 약물치료를 시작하게 되는 경우가 많았다. 뿐만 아니라 고혈압 약물 복용과 동시에 기존의 신체 증상이 호전되거나 없어지는 경우 이를 고혈압 약물치료에 의한 효과로 인식하게 되고, 이러한 경험은 고혈압 환자들이 계속해서 약을 먹게 되는 중요한 요인으로 작용하고 있었다.

“뒹굴이 땀고 머리가 아플 때가 있어요. 신경을 많이 쓰면 그랬는데 고혈압 약을 먹고 한 2시간 있으면 머리가 맑아요(참여자 15).”

또한 약물치료를 받고 있는 환자가 중간에 끊으려는 시도를 하였으나 약을 끊은 후 신체증상이 나타나서 고혈압 약을 다시 먹게 되는 경우가 있었다.

“혈압이 눈으로 왔다고 약을 먹으라고 해서 먹었어요. 그러다가 3일 정도 약을 안 먹고 끊어봤더니 안 되겠어요. 어지러워서... 그래서 계속 먹었어요(참여자 16).”

고혈압 환자들은 신체증상이 있는 경우 약물치료 순응도가 훨씬 높았다. 자각증상이 있다고 한 참여자 14명 중 11명에서 약물치료를 받고 있었고, 신체증상이 없다고 한 참여자 12명에서 약물치료 순응자는 6명으로 나타났다.

3) 혈압수준에 대한 반응

자신이 고혈압임을 알게 되는 경우는 건강검진이나 다른 질병의 치료를 위해 의료기관을 방문하였다가 우연히 발견되는 경우가 많기 때문에 고혈압이라는 진단을 받고난 후 인정을 하지 않으려고 하며, 따라서 고혈압 관련 특별한 증상이 없는 경우 그냥 무의식적으로 잊고 지내는 경우가 있다.

“4년 전 회사 건강검진 145에 90 나왔어요. 처음에는 안 믿겨졌다가 몇 번 재보고 내가 혈압이 높아졌구나 했어요. 그전에는 120에 80이 나와서, 40대까지는 혈압이 계속 그런 줄 알았죠. 혈압이 높다는 소리를 들을 때 인정이 잘 안되더라고요(참여자 17).”

혈압 수준은 고혈압자들이 약을 먹는데 중요하게 작용하는 한 요인으로 보이는데, 일테면 혈압이 140/90 mmHg 정도에서 약간 상회하는 경우 약물치료를 받아야 하

는 정도는 아니라고 생각하는 경우가 있었으며, 특히 여러 번의 혈압 측정 중 한 번이라도 이보다 낮게 나오는 경우 고혈압 환자들은 이를 주로 기억하고 있었고, 전문가들은 주로 높은 쪽의 혈압 측정 기록을 근거로 약물치료의 필요성을 주장하고 있었다. 이러한 현상은 자신에게 유리하거나 혹은 직업적 특성에 의한 판단 기준을 적용하는 현상으로 정확한 기록과 판단기준에 대한 전문가와 고혈압 환자간의 합의가 없는 상황 하에서는 동일 혈압 수준에 대하여 선택적인 행동을 취하게 될 우려가 있다. 이는 비교적 젊은 연령층에서 고혈압 약물치료를 기피하는 이유를 합리화하는 원인이 될 수 있다.

또한 의사가 고혈압으로 진단하고 약복용을 권고하였음에도 불구하고, 혈압수치의 잦은 변동과 이에 따른 불신으로 인해 약물복용과 건강행동 실천 모두 하지 않게 되었다.

“2년 전 건강검진에서 혈압이 높다고 들었어요. 혈압이라는 것이 어떤 때는 140, 150도 나왔다가 어떤 때는 120밖에 안 나오고 하나니까... 제가 높은지를 정확하게 모르겠어요(참여자 18).”

4) 자신의 약물치료에 대한 합리화 및 전파 행동

약물 복용을 하는 고혈압 환자가 고혈압이 있지만 약물복용을 하지 않는 직장 동료, 친구, 이웃을 만났을 경우 자신의 경험과 정보 한계 내에서 고혈압 약물치료의 필요함을 주장하고, 이러한 행동을 통하여 다른 사람들에게 자신의 고혈압 치료 행동을 합리화하려는 행동을 보이는 경우도 있었다.

또한 약물치료를 중요시 하는 고혈압 환자가 비순응자를 만났을 경우 고혈압 치료에 대한 자신의 신념을 전파하려는 의도를 가지고 있었으며, 심지어는 전문가에게 관련 자료를 요청하여 자신들이 직접 약물치료의 필요성을 전달하겠다는 의지를 표명하기도 하였다.

“회사에서 정기검진을 했을 때 140/90, 140/100입니다. 혈압이 높습시다 해도... 혈압만 가지고는 고혈압이라는 개념이 잘 안와요. 그래서 저는 주변에 직원들이나 후배들이 모이면 고혈압과 약물치료에 대

한 얘기를 꼭 해줘요. 제 후배들이 제 얘기를 들으면 자기가 진짜 고혈압이라고 생각하고, 나 때문에 신경쓰게 되었다고 해요. 주변에서 얘기안하면... 일반사람들은 아마 감감이 없을 겁니다(참여자 1).”

사람들은 공식, 비공식 인적 네트워크를 형성하고 있으며 이러한 인적 네트워크에서 다루어지는 토론 주제는 매우 다양한데 특히 건강에 대한 관심이 증가하는 성인기 이후가 되면 건강에 대한 주제도 많이 거론될 것이다. 이때 고혈압을 가진 사람들이 모이게 되면 약물치료에 대한 찬반양론이 대두될 것이며, 자연스럽게 정보와 경험을 교환하고, 사람들은 서로 자신의 행동이나 믿음이 합당하다는 주장을 하게 될 것이다.

5. 지각된 이익과 장애

고혈압 환자들 중 현재 약물치료를 받지 않고 있는 비순응자의 경우 그 이유를 평생 복용과 매일 복용해야 하는 부담감(참여자 5명), 약물치료의 필요성을 느끼지 못함(참여자 3명), 약을 먹을만큼 혈압수치가 높지 않음(참여자 2명), 약물의 부작용 및 중독성(참여자 2명)으로 들었다.

“약을 왜 안 먹냐고 하면 한번 먹으면 죽을 때까지 먹어야 되는데 약을 어떻게 챙겨먹냐고 했어요. 한 번이나 빠질 수도 있고 그러는데... 사람이 살다보면, 힘들면, 시간이 딱딱 지쳐지는 것도 아니고 그러면 잊어먹고...(참여자 9).”

약물치료에 대한 이익과 장애는 고혈압 환자마다 다양하게 나타나고 있으며, 가족 중에 고혈압으로 인한 후유증 발생 및 사망, 신체증상 등이 약물 투여에 대한 태도와 얻을 수 있는 기대를 다르게 만들고 있었다.

고찰

고혈압은 만성질환 중에서도 유병률이 높아 직장이나 가족 중에서 혹은 이웃들에게서 친숙하게 볼 수 있으며, 관련 지식도 전문서적이거나 드라마, 기타 대중매체를 통하여 많이 스며들어 있는 일상생활 속에서 매우 익숙한 질병 중 하나이다. 또

한 고혈압은 관리방법이 많이 개발되어 있으며, 관리 비용도 비교적 저렴하고, 진단이나 추적 검사방법이 매우 간단하여 거부감도 별로 없을 뿐만 아니라 1-2개월에 한번 정도의 외래 방문을 통해서도 충분히 관리될 수 있는 매우 관리가 용이한 질병이다.

이러한 측면에서 보면 고혈압은 논리적으로 다른 만성질환보다 약물치료 순응도가 매우 높을 것 같음에도 불구하고 실제에 있어서는 매우 낮게 관찰되고 있으며, 더욱이 일상생활 중에 고혈압으로 인한 후유증 등 나쁜 결과를 많이 경험하게 되는데도 불구하고 순응률은 매우 낮은 편이다.

성별에 있어서는 여성이 남성보다 약물치료 순응도가 높은 편이고 [15-20], 연령이 증가할수록 순응도도 증가하며 [6,17,21-26], 가족력도 같은 방향으로 작용하고 [6], 교육수준은 일관된 경향은 보이지는 않지만 교육수준이 높으면 당연히 약물치료 순응도도 높아질 논리적 개연성은 충분히 있다 [6,20,21,27-31]. 이 밖에도 약물부작용이 중요한 영향 요인이 되며, 의사들이 생각하는 장애요인들로서는 생활양식 변화의 어려움, 고혈압에 대한 이해부족, 경제적 부담, 시간비용 등을 들고 있다 [24]. 이러한 고혈압 치료순응도와 관련한 인구사회학적 특성들은 고혈압 관리 사업을 계획하는 데 있어 중요한 우선순위 대상자를 선정하는 기준을 제공하거나, 국가 단위의 고혈압 정책개발 등에 도움이 될 수 있을 것이다.

그러나 고혈압 환자를 일선 현장에서 대면하게 되는 보건사업 요원이나 진료 의사의 경우는 고혈압을 가진 사람들에 있어서 고혈압에 대한 믿음이나 태도 또는 관리행동에 대한 태도, 의사결정과정, 관리 행동을 통하여 얻게 되는 주관적 이익과 손실, 그리고 약물에 대한 주관적 경험이나 정보에 대한 반응들은 매우 중요하게 이해되어야 하는 것들이다.

이러한 측면에서 본 연구는 기존의 연구가 전문가 중심적이고 주로 사회경제적 및 정신심리적 연구에 초점이 맞춰진 데 비하여 다양한 사회문화적 배경을 가진 고혈압 환자의 시각에서 고혈압에 대한

인식과 관리에 대한 태도를 파악하고 이러한 지식이나 태도가 어떻게 실천에 영향을 미치는지를 알아보고자 질적 연구를 수행하였으며, 면담은 반구조화된 형식의 개방형 질문을 사용하였다.

고혈압은 일반적으로 유전, 비만, 과도한 염분섭취, 높은 스트레스와 같이 명확하지 않은 경우와 신장질환이나 대사질환과 같은 특정 질환이 원인이 되어 생긴다 [12]. 참여자들은 자신의 혈압이 높아지게 된 원인에 대하여 체중증가, 스트레스, 음주 등과 같은 불건강한 생활습관의 결과라고 인식하고 있어 상당 부분 문제의 원인에 대한 자각을 유전 등 비통제적인 것이 아닌 자신의 통제가 가능한 것에 두고 있었으며, 이러한 자각 속에서 원인을 제거하거나 완화하기 위한 다양한 노력들을 하고자 하는 의도를 가지고 있거나 실천에 옮기고 있는 것으로 나타났으며 이러한 결과는 선행연구의 결과와 일치하였다 [9,10]. 따라서 문제의 원인이 자신의 불건강한 생활습관에 있기 때문에 약을 먹는 것으로서는 근본적인 대책(완치)이 될 수 없다는 강한 믿음을 보였다. 또한 약물치료를 순응하기 이전에 자신의 오래된 불건강한 생활습관을 변화시켜야 한다고 인식하고, 변화를 위한 시도를 수행하였다 [32]. 따라서 단지 고혈압 환자를 약물치료를 받는가의 여부로 대별하고 약을 먹지 않는 집단을 보건사업의 주된 대상으로 바라보는 전문가 중심적 사고는 바람직스럽지 않으며, 포괄적 의미에서 건강행동을 포함하는 관리행동을 할 의지나 실천이 없는 군에 대한 적절한 개입이 보다 수요자 중심적인 개입이 될 것이며, 사업의 효과도 높일 수 있을 것이다 [33].

즉, 약물치료를 중심으로 영향요인을 연구한 기존 계량적 연구들의 한계가 될 수 있는 점은 고혈압자들이 스스로 인식한 원인인식과 이에 따르는 건강행동을 간과하고 오로지 전문가 중심적인 약물투여나 건강행동 실천 여부에만 관심을 가져 환자들이 스스로가 결정하는 건강행동 실천에 대해서는 이해가 부족하다는 점이다. 또한 고혈압 관리 의지가 있거나 실천을 하고 있지만 부적절 하거나, 적정 혈압으로 유지되지 않는 참여자에 대한 세심한 접

근도 요구된다. 이러한 점은 많은 연구와 경험에 의해 검증된 근거중심 건강행동이 아닌 단지 고혈압자의 주관적 경험이나 준거인들의 추천에 의한 주관적 건강행동이 고혈압 수준에 영향을 주지 못하거나 오히려 건강에 해를 끼치는 경우도 발생할 우려가 있기 때문이다.

처음으로 자신이 고혈압임을 알게 된 경우에 통상 직장동료, 가족, 이웃 또는 인터넷 등을 통하여 정보를 탐색하여 합리적 결정을 내리려는 노력을 하며, 여기에서 중요한 정보원들은 앞서 언급한 예들이다. 이전에 수행된 연구결과를 보면 전문가인 의사에게 얻는 정보보다 오히려 비전문가(가족, 친구 등)에게서 얻는 정보들을 더 중요하게 생각하고, 이러한 정보로부터 얻은 지식으로 약물치료 순응여부 등 고혈압 관리에 대한 태도가 결정된다고 하였다 [8]. 단순한 고혈압 정보를 담은 리플릿은 고혈압자 자신이 고혈압에 대해서 충분한 지식을 얻기에는 부족하였다 [34]. 또한 젊은 연령층은 고연령층 고혈압 환자에 비해서 훨씬 더 많은 정보를 얻고자 하며, 정보탐색을 위한 행동을 더욱 활발히 할 가능성이 있다 [35,36]. 특히 직장인들의 경우에는 회사 내 선협자들의 의견과 권고가 중요하며, 가족에 있어서는 배우자의 지원이 매우 중요하다고 지적하고 있다. 따라서 고혈압 관리 행동을 도입하기 이전이거나 안정화되기 이전까지는 기존에 보건소 등에서 제공되고 있는 간단한 정보가 아닌 충분히 의사결정을 할 수 있도록 보다 구체적이고 상세한 정보가 제공되어야 한다. 또한 고혈압을 잘 관리하고 있는 순응자들이 비순응자에게 자신들의 경험을 나누어 주고 정확한 정보를 줄 수 있도록 준비해 줄 필요가 있을 것이다.

사람들은 어떠한 건강행동을 함에 있어서 대상 행동에 대하여 아무런 태도나 의지가 없는 것이 아니라 스스로의 결정과정을 통하여 어떠한 행동을 할 것인지 또는 하지 않을 것인지를 결정하게 된다. 고혈압 환자의 경우에도 마찬가지로 의료전문가들에 의하여 고혈압이라는 진단을 받은 경우라 할지라도 사람마다 이러한 진단을 받아들이고 관리 행동을 결정하는데 일정 기간을 필요로 하게 된다. 따라서 의

료전문가들은 처음 고혈압임을 알게 된 고혈압 환자들에게 약물치료만을 강요할 것이 아니라 충분히 자신의 의사를 결정할 수 있도록 시간을 주어야 하며, 그 결정 과정에 단계적으로 적절히 개입하여 합리적 의사결정을 할 수 있도록 지원하는 개입이 필요하다. 즉, 환자중심 의사소통 방법이 매우 중요할 것이다 [37]. 더욱이 처음 의료전문가와 접촉한 경우 의사들의 권고가 너무 약물치료에만 국한되고, 다양한 궁금증에 대하여 제한적 정보밖에 제공받지 못했다는 의견이 지배적으로 처음 고혈압을 알게 된 참여자들에 대한 의료전문가들의 세심한 단계적 개입이 필요하다 [34]. 약물치료를 받지 않는 고혈압 환자들의 경우 의사와의 관계에 있어서 상호작용이 부족함을 지적하였고, 또한 의사들은 매우 권위적이고, 자신의 치료에 충분한 시간을 제공하지 않았고, 약물치료나 질병에 대한 정보를 충분히 제공하지 않는다고 하였다 [10,34]. 많은 연구에서 의사와 환자와의 관계는 고혈압 관리에 있어서 매우 중요함을 지적하고 있으며 [35,36], 의사는 고혈압 관리에 있어서 건강행동의 개선을 요구하지만 이에 대한 이익에 대해서는 정확하고, 충분하게 제공하지 않는다고 보고하고 있다 [34].

사람들이 어떤 행동을 결정하는 의사결정과정은 의료전문가들이 생각하는 것처럼 단순하지만은 않다. 만일 어떤 사람이 불건강한 행동을 한다면 자신은 불건강한 행동에 대한 이익과 손실을 비교 검토하여 균형 있는 결정을 했을 가능성이 높다. 예를 들어 담배를 피우는 사람은 담배의 해독을 모르거나 혹은 안 피우는 사람보다 지식이 낮기 때문에 담배를 피우고 있다고 생각하는 것이 어려울 것이다. 즉, 담배를 피움으로써 얻는 이익과 손실을 이해하고 이 중에서 자신의 결정을 하게 될 것이다 [38]. 따라서 전문가 중심적 견해에서는 단지 고혈압 환자를 약물치료 순응군과 비순응군으로 나누고 관리 방안을 수립하지만, 고혈압자 중심적 사고에서 보면 고혈압을 알게 된 후부터 다양한 정보원을 이용하여 자신들만의 대처법을 생각하고 이를 실행에 옮기게 되는데 이러한 비율은 전문가들이 생각하는 것 이상으로 매우 높다는 사실에 유의해야 한다.

고혈압자는 자신이 접촉하게 되는 정보원에 의해 이익을 과소평가하고 장애를 과대평가할 수 있기 때문에 순응도가 낮아질 수 있으므로 정보원에 대한 적절한 교육과 함께 이를 이해하여 접근하려는 노력이 필요하다.

건강에 대한 정의는 전문가와 일반인 사이에 차이가 있으며, 일반적으로 의료전문가들은 보다 협의의 개념으로 일반인들은 보다 광의의 개념으로 이해하고 있다고 보고하고 있다 [39]. 고연령층의 고혈압자는 일상생활에 지장이 없으면서, 몸에 특별한 증상이 없는 상태를 건강이라고 생각하고 있었고, 비교적 젊은 연령층의 고혈압자들은 비슷한 연령에 비하여 업무능력이나 여가 활동에서 차이를 느끼지 못하기 때문에 건강하다고 하였다. 나이와 관계없이 고혈압자들은 자신들이 느끼는 건강은 후유증이 없는 한 고혈압 보유와는 관련짓지 않고 있었으며, 고혈압으로 인하여 불편감을 가지고 있지도 않았다.

고혈압 약물치료에 대한 비순응 고혈압자들의 반응을 보면, 장기간 복용 시 몸에 해로움을 줄 수 있는 물질 [10,34], 자연스럽지 못한 화학물질 [33]이라거나 한 번 시작했다가 중단하면 처음부터 먹지 않는 것보다 더 문제가 생길 수 있다는 생각, 그리고 노인들이나 고혈압 약을 먹는 것이라는 의견 등과 같이 매우 부정적인 인식을 가지고 있으므로 보건교육이나 의료전문가의 진료 현장에서는 약에 대해 보다 구체적으로 접근해야 할 필요가 있다. 반면에 고혈압 약물치료를 받고 있는 사람들은 삶을 유지하고, 스트레스를 경감시키며, 질병이 악화되는 것을 방지할 수 있다는 점 등 정서적으로 안정감을 얻을 수 있다고 하였다 [10].

고혈압자들은 신체증상이 있는 경우 자신의 혈압이 더욱 높아져서 그렇다는 반응을 보이며, 이때 약물치료를 시작하게 되는 경우가 많고, 고혈압 약물 복용과 동시에 기존의 신체 증상이 호전되거나 없어지는 경우 이를 약물치료에 의한 효과로 인식하게 되고, 이는 고혈압자들이 계속해서 약을 먹게 되는 중요한 요인으로 작용하고 있었다 [34]. 또한 두통, 어지러

움 등 자각적인 신체증상이 있는 경우 약물치료 순응도가 높을 가능성이 있다 [10].

고혈압 약물치료에서 얻을 수 있는 이익과 손실에 있어서 순응자들은 매우 긍정적인 태도를 가지고 있었다. 특히 의료전문가적 시각은 협의적으로 적정 혈압 유지에 있겠지만 순응자들은 보다 포괄적인 이익을 경험하고 있어 의료전문가들은 보다 포괄적이고 고혈압자 중심적인 이익과 손실에 대하여 논의할 수 있어야 한다. 이러한 점은 의료전문가와 고혈압자 사이의 신체 증상에 대한 태도에서 특히 두드러지는데 고혈압자들은 두통, 어지러움 등을 고혈압의 중요 증상으로 생각하고 있음에도 불구하고 [10], 의료전문가는 신체 증상을 고혈압과 직접 관련이 없는 객관적 증상이 아닌 것으로 무시하는 경향이 있다 [33,40]. 따라서 이를 보다 세심하게 이해하고 지지하도록 하여 포괄적인 측면에서 고혈압 관리의 효과로서 격려할 필요가 있다.

참여자마다 혈압이 높음을 인지한 시기나 그 때의 상황을 정확히 기억하고 있었는데 이러한 현상은 급성 질환과 달리 고혈압은 한번 발견되면 이후 시간의 경과나 약물치료에 관계없이 계속해서 혈압을 의식하고 있음을 알 수 있었다. 약물치료 비순응자의 경우는 자신의 혈압 수준 중 낮은 수준을 주로 기억하고 약물 미치료의 이유를 합리화 하는데 사용하고 있으며, 의료전문가의 경우에는 오히려 높은 경우를 지적하는 경향을 보였는데 이는 고혈압자들의 위험성을 보다 강조하려는 성향이 있기 때문이다 [33]. 또한 의사로부터 처음 고혈압이라는 진단을 받고난 고혈압자들은 매우 놀랍고, 충격으로 받아들여졌다고 하였으며 고연령층의 경우는 진단과 치료에 대해 보다 수용적인 반면에 젊은 연령층은 그렇지 않은 것으로 보고한 연구도 있었다 [35]. 고혈압자 중에서 약물 복용을 하는 사람이 그렇지 않은 친구, 직장동료, 이웃 등을 만났을 경우 고혈압에 있어서의 약물치료가 필요함을 자신의 경험과 정보를 한계 내에서 주장하고, 자신의 고혈압 치료행동을 합리화하려는 행동을 보였다 [35].

결국 고혈압 환자들은 질병의 원인에 대

한 인식을 자신의 불건강한 생활습관이라고 인식하는 경우가 많으며 이들 중 일부는 정보탐색 활동을 통하여 약물치료를 포함하는 관리행동에 대한 기대를 하게 되고 이때 그 기대되는 이익은 보다 광범위하며, 단지 신체증상의 완화에 머물지는 않는 것으로 보인다. 이러한 원인인식과 태도를 가진 고혈압자들은 원인의 근본적 해결을 위하여 생활양식을 개선하려는 시도를 하게 되며, 여기에서 혈압이 더 높아지거나 건강행동 개선을 여러 가지 이유로 더 이상 못하게 되는 경우 약물치료를 받아들여지게 된다. 이 때 비교적 젊으며, 혈압수준이 높지 않은 경우 약물치료로부터 별다른 이익을 얻지 못하게 되면 약물치료를 중단하고 다시 건강행동 개선으로 돌아가는 경우도 있다. 그러나 자신의 고혈압 원인을 가족력이나 다른 생물학적 원인 등 비통제적인 것으로 이해하는 경우는 주로 노인들에서 높으며, 이럴 경우 약물치료에 대한 지각된 장애를 인식하고 있었으며, 치료에 대한 기대감도 신체증상 완화 등 매우 협적 이익을 지각하고 일부가 곧 바로 약물치료를 선택하게 된다. 이들 중 강한 지각된 장애를 가지는 경우는 약물치료를 거부하고 나름대로 판단한 건강행동 개선(예를 들면 건강식품 등)을 통하여 자신의 건강을 관리하려는 경향을 보이기도 한다. 또한 약물치료에 대한 태도로서 평생 먹어야 한다는 것을 환자들은 매우 강박적으로 받아들이고 있었으며, 원인적 치료가 아니라는 점에서 약물치료에 대한 거부감을 가지고 있었다.

결론적으로 고혈압을 가진 사람들은 어떠한 행동을 선택하던 간에 이익과 손해 사이에서 균형 잡힌 나름대로의 믿음과 판단을 하고 있다. 따라서 고혈압의 집단적 접근에 있어서는 문제가 다르겠지만 개별 대상자를 관리하는 보건요원과 의료전문가들은 고혈압 환자들의 인식과 태도를 이해하여 수요자 중심의 친화적인 관리프로그램을 개발할 필요가 있다.

참고문헌

1. Korea Institute for Health and Social Affairs, Ministry of Health and Welfare. *Major Disease*

and Health-Related Behaviors in Korea: An In-Depth Analysis of 2001 National Health and Nutrition Examination Survey. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2003. p. 76. (Korean)

2. Korea Institute for Health and Social Affairs, Ministry of Health and Welfare. *The Third Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANESIII): Illness of Adults*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2006. p. 65. (Korean)

3. Jones DW, Kim JS, Kim SJ, Hong YP. Hypertension awareness, treatment and control rates for an Asian population: Results from a national survey in Korea. *Ethn Health* 1996; 1(3): 269-273.

4. Kim CY, Lee KS, Khang YH, Yim J, Choi YJ, Lee HK, et al. Health behaviors related to hypertension in rural population of Korea. *Korean J Prev Med* 2000; 33(1): 56-68. (Korean)

5. Ha YC, Chun HJ, Hwang HK, Kim BS, Kim JR. The prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, and related factors in rural Korea. *Korean J Prev Med* 2000; 33(4): 513-520. (Korean)

6. Choi YH, Nam CM, Joo MH, Moon KT, Shim JS, Kim HC, et al. Awareness, treatment, control, and related factors of hypertension in Gwacheon. *Korean J Prev Med* 2003; 36(3): 263-270. (Korean)

7. Weaver NF, Murtagh MJ, Thomson RG. How do newly diagnosed hypertensives understand 'risk'? : Narratives used in coping with risk. *Fam Pract* 2006; 23(6): 637-643.

8. Weiss MC, Montgomery AA, Fahey T, Peters TJ. Decision analysis for newly diagnosed hypertensive patients: A qualitative investigation. *Patient Educ Couns* 2004; 53(2): 197-203.

9. Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP. Expectations of blood pressure management in hypertensive African-American patients: A qualitative study. *J Natl Med Assoc* 2004; 96(4): 442-449.

10. Lukoschek P. African Americans' beliefs and attitudes regarding hypertension and its treatment: A qualitative study. *J Health Care Poor Underserved* 2003; 14(4): 566-587.

11. Ogedegbe G, Harrison M, Robbins L, Mancuso CA, Allegrante JP. Barriers and facilitators of medication adherence in hypertensive African Americans: A qualitative study. *Ethn Dis* 2004; 14(1): 3-12.

12. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The JNC 7

report. *JAMA* 2003; 289(19): 2560-2572.

13. Patton MQ. *Qualitative Evaluation and Research Methods*, 2nd ed. London: SAGE publications; 1990.

14. Ulin PR, Robinson ET, Tolly EE. *Qualitative Method in Public Health: A Field Guide for Applied Research*. San Francisco: Jossey-Bass; 2004. p. 71.

15. Bae SS, Lee IS, Kim SM, Woo SO, Lee YJ, Kim BY, et al. Factors affecting patients compliance with antihypertensive medication in a rural area. *Korean J Health Policy Admin* 1994; 4(1): 25-48. (Korean)

16. Goh UY, Kim JS, Wen Y, Lim MK, Go MJ. Prevalence and epidemiologic characteristics of hypertension in a rural adult population. *Korean J Epidemiol* 1996; 18(1): 55-63. (Korean)

17. Lee SG. *Treatment Intention and Compliance in Newly Detected Hypertensive Patients* [dissertation]. Chuncheon: Hallym University; 2000. (Korean)

18. Lee SG, Bae SS. The relationship between treatment intention and compliance in newly detected hypertensive patients. *Korean J Prev Med* 2001; 34(4): 417-426. (Korean)

19. Shea S, Misra D, Ehrlich M, Field L, Francis CK. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in a inner-city minority population. *Am J Public Health* 1992; 82(12): 1607-1612.

20. Kyngaes H, Lahdenperae T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. *J Adv Nurs* 1999; 29(4): 832-839.

21. Lee SW, Kam S, Chun BY, Yeh MH, Kang YS, Kim KY, et al. Therapeutic compliance and its related factor of patients with hypertension in rural area. *Korean J Prev Med* 2000; 33(2): 215-225. (Korean)

22. Kam S, Kim YK, Chun BY, Lee SW, Lee KE, Ahn SG, et al. Treatment status and its related factors of the hypertensives detected through community health promotion program. *J Agri Med Community Health* 2001; 26(2): 133-146. (Korean)

23. Nissinen A, Tuomilehto J, Korhonen HJ, Piha T, Salonen JT, Puska P. Ten-year results of hypertension care in the community: Follow-up of the North Karelia hypertension control program. *Am J Epidemiol* 1988; 127(3): 488-499.

24. Clark LT. Improving compliance and increasing control of hypertension: Needs of special hypertensive populations. *Am Heart J* 1991; 121(2 Pt 2): 664-669.

25. Stockwell DH, Madhavan S, Cohen H, Gibson G, Alderman MH. The determinants of hypertension awareness, treatment and control

- in an insured population. *Am J Public Health* 1994; 84(11): 1768-1774.
26. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, de la Cruz Troca JJ, Guallar-Castillón P, del Rey Calero J. Blood pressure in Spain: Distribution, awareness, control, and benefits of a reduction in average pressure. *Hypertension* 1998; 32(6): 998-1002.
27. Bae SS, Kim J, Min KB, Kwon SH, Han DS. Patient compliance and associated factors in the community-based hypertension control program. *Korean J Prev Med* 1999; 32(2): 215-227. (Korean)
28. Gonzalez-Fernandez RA, Rivera M, Torres D, Quiles J, Jackson A. Usefulness of a systemic hypertension in-hospital educational program. *Am J Cardiol* 1990; 65(2): 1384-1386.
29. Branche GC Jr, Batts JM, Dowdy VM, Field LS, Francis CK. Improving compliance in an inner-city hypertensive patient population. *Am J Med* 1991; 91(1A): 37S-41S.
30. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Socioeconomic status and disease. *WHO Reg Publ Eur Ser* 1991; 37: 113-146.
31. Saounatsou M, Patsi O, Fasoí G, Stylianou M, Kavga A, Economou O, et al. The influence of the hypertensive patient's education in compliance with their medication. *Public Health Nurs* 2001; 18(6): 436-442.
32. Unger T. Patient-doctor interactions in hypertension. *J Hum Hypertens* 1995; 9(1): 41-45.
33. Connell P, McKeivitt C, Wolfe C. Strategies to manage hypertension: A qualitative study with black Caribbean patients. *Br J Gen Pract* 2005; 55(514): 357-361.
34. Gascón JJ, Sánchez-Ortuño M, Llor B, Skidmore D, Saturno PJ, Treatment Compliance in Hypertension Study Group. Why hypertensive patients do not comply with the treatment: Results from a qualitative study. *Fam Pract* 2004; 21(2): 125-130.
35. Morecroft C, Cantrill J, Tully MP. Patients' evaluation of the appropriateness of their hypertension management: A qualitative study. *Res Social Adm Pharm* 2006; 2(2): 186-211.
36. Laaksonen R, Duggan C, Bates I. Desire for information about drugs: Relationships with patients' characteristics and adverse effects. *Pharm World Sci* 2002; 24(5): 205-210.
37. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine: A professional evolution. *JAMA* 1996; 275(2): 152-156.
38. Lucas K, Lloyd B. *Health Promotion Evidence and Experience*. London: SAGE Publications; 2005. p. 111.
39. Naidoo J, Wills J. *Health Promotion; Foundations for Practice*, 2nd ed. London: Bailliere Tindall; 2000. p. 9.
40. Sharkness CM, Snow DA. The patient's view of hypertension and compliance. *Am J Prev Med* 1992; 8(3): 141-146.

Appendix 1. A questionnaire

A. 지식(Knowledge)

1. 원인인식/지식

- 1) 무엇이 고혈압이라고 생각하십니까?
- 2) 고혈압은 왜 생긴다고 생각하십니까?
- 3) 왜 자신에게 고혈압이 생겼다고 생각하십니까?

2. 정보탐색

- 4) 고혈압이라는 얘기를 들었을 때 어떤 행동을 하였습니다습니까?

B. 태도(Attitude)

1. 의사

- 5) 고혈압의 후유증이나 관리방법에 대한 의사의 설명에 대하여 어떤 생각을 가지게 되었습니까?

2. 약물치료 및 결과

- 6) 고혈압으로 인해 앞으로 자신에게 어떤 결과가 올 것이라고 생각하십니까?
- 7) 고혈압 약을 잘(안) 먹고 있는 이유는 무엇입니까?(약복용 후 변화, 신체증상 경험 등)
- 8) 주변에 고혈압이나 후유증으로 고생하거나 사망한 사람이 있습니까?

3. 고혈압

- 9) 고혈압이라는 얘기를 들었을 때 그때의 심정은 어떠했습니다습니까?
- 10) 고혈압에도 불구하고 현재 건강하다고 생각하십니까?

C. 실천(Practice)

- 11) 약을 먹는데 누구 말을 중요하게 생각하십니까?
- 12) 앞으로 계속 약을 (안)먹을 생각입니까?
- 13) 고혈압 약물 투여를 최종적으로 결정할 사람은 누구입니까?

D. 지각된 이익(Perceived benefit)

- 14) 금연, 절주, 운동 등이 자신의 고혈압에 대하여 도움이 된다고 생각하십니까?
- 15) 고혈압 약이 후유증을 예방하는데 어느 정도 기여한다고 생각하십니까?

E. 지각된 장애(Perceived barrier)

- 16) 혹시 금연, 절주 등이 아니고 고혈압 약만 먹는다면 약을 더 잘 먹을 것 같습니다습니까?
- 17) 약을 잘(안) 먹는 사람들은 왜 그렇다고 생각하십니까?
- 18) 고혈압 약을 먹는데 가장 어려운 점은 무엇입니까?
- 19) 고혈압 약을 중간에 일시 중단했다면 그 이유가 무엇입니까?

* 18, 19번 문항은 약물치료 순응자에게만 해당됨.