

고혈압환자관리를 위한 동서간호학적 접근

김귀분* · 김세란** · 채정숙***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

1708년 Rer Stephen Hales에 의해 혈압이 처음 발견된 이후 혈압에 대한 연구는 꾸준히 계속되어 왔다 (MacMahon 등, 1990 ; 김완희 등, 1985).

고혈압 그 자체는 뚜렷한 자각증상이 없기 때문에 간과되기 쉽지만 생명을 위협할 정도로 무서운 순환기 계통의 질환인 뇌출혈, 뇌경색증, 심근경색증, 협심증, 심부전, 신부전 등의 발생이 혈압 정도와 깊은 상관성이 있음이 이미 전세계적으로 인식되면서 동·서양을 막론하고 고혈압에 대한 관심이 커지고 있다(김기순, 1997 ; 천병렬, 1997 ; 김선미, 1998). 생활수준이 향상되고 평균 수명이 연장되면서 고혈압의 발생빈도 또한 매년 증가 추세를 보이고 있는데, 우리나라의 통계조사에서도, 고혈압 유병률은 의료보험 자료에서는 7.5% 내외로 추정되며, 지역사회를 대상으로한 연구결과는 이보다 훨씬 높은 10-20% 정도로 추산된다(김기순 등, 1981 ; 김일순 등, 1981 ; 서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 1993). 또한 30세 이상 인구의 약 24-35%가 140/90mmHg 이상인 고혈압 환자로 알려져 있으며, 이는 대한공중보건학회의사가 1997년도 초에 전국 농어촌 지역을 대상으로 조사한 결과에서 30세 이상 인구의 약

31.49%가 1기 이상의 고혈압 환자로 나타난 것과 일치되는 결과이다(김영택, 1997).

또한 고혈압을 비롯한 순환기계통의 질환은 일본, 미국 등 대부분의 국가에서 전 인구의 주요 사망원인이 되고 있고, 우리나라의 경우도 고혈압으로 인한 사망율은 거의 30% 내외로 추정된다(서일 등, 1993 ; 이정균, 1994).

이렇듯 고혈압은 여러 혈관성 질환들의 유병률을 증가 또는 악화시키는 반면, 고혈압이 잘 치료될 경우 뇌졸중으로 인한 사망률은 57%, 관상동맥질환으로 인한 사망률은 절반 가량으로 줄일 수 있다는 보고가 있다(김선미, 1998).

현재 고혈압의 치료제는 많이 개발되어 그 효과 역시 탁월하지만 거기에는 자주 부작용과 독성이 나타나며, 약의 복용을 중단할 경우 그 효과도 사라지는 것으로 나타났다(김선미, 1998).

따라서 혈압을 조절하기 위해서는 지속적인 투약으로 평생 조절이 요구되며, 거기에 따르는 경제적인 어려움을 고려할 때, 약을 사용하여 혈압을 낮추는 치료방법에는 한계가 있음이 드러난다(Patel, 1975 ; Freis, 1971).

이러한 투약의 문제점은 '약을 사용하지 않고도 면역의 증강을 통해 병이 낫을 수 있다'는 사고로 의료의 관점을 전환시켜 놓았다.

명확한 원인을 알 수 없는 본태성 고혈압의 경우, 특별한 치료법 없이 개인의 생활습관 변화와 정신·심리

* 경희대 의대 간호학과 교수

** 경희대 대학원 간호학과 박사과정생

*** 경희대 대학원 간호학과 석사과정생

적 긴장 해소, 약물의 꾸준한 복용 정도가 강조되고 있으며, 다른 한편에서는 심리와 생리의 인과관계 연구가 이루어지면서 고혈압이나 스트레스를 심리·정신적인 수련을 통해 조절하고자 하는 시도들도 이미 오래 전부터 진행되어 왔다(Sollier, A. & Axolt, G, 1969 ; Jacobson, 1938).

이제 인간의 질병은 정신, 육체 및 환경과의 상호작용의 표현이라는 광의의 체계 안에서 통합적으로 논의되고 연구되어져야 한다(김홍경, 1995, 김완희, 1994 ; 정우열, 1996). 이러한 건강의 전일적인 접근법은 전혀 새로운 시도가 아니라 여러 민족들의 많은 전통문화에서 찾아볼 수 있으며, 그들의 자연철학과 정신훈련 속에 이미 포함되어 있었다(권봉숙, 1997 ; Fritjof Capra, 1989).

특히, 동양의학은 양생의학(정우열, 1994 ; 최삼번, 손숙영, 1997)이라 불릴 정도로 치료 이전에 예방을 중시해 왔는데, 이러한 동양의학의 양생사상은 현재 서구의 최신의학과 과학으로도 해결할 수 없었던 수많은 난제들과 과학문명의 부작용들에 대한 명쾌한 해답을 던져 주고 있다. 동양의학의 장점은 침습적인 방법을 사용하지 않고도 신체내의 질병을 신체 외부에서 관독하고 기능을 조정하는 치료방법에 있다(이영중, 1995 ; 문희자 등, 1997).

최근 들어 간호학에서도 우리의 문화와 정서에 맞는 독창적인 한국 간호이론을 확립하고자하는 노력이 서서히 움트고 있다.

현재 간호의 한의학적 접근을 시도한 연구들이 꾸준히 보고되면서(김귀분, 1991 ; 김남초, 1992 ; 안성희, 1997 ; 문희자 등, 1996 ; 신혜숙, 1994 ; 권봉숙, 1997) 한방간호의 새로운 기틀을 마련코자 노력하고 있다. 특히 간호에 '氣' 개념을 도입하면서 새롭게 떠오른 '氣' 간호치유법은 불균형 상태의 기를 복구하고 복돋워 주어 외부에서 침입하는 병원균에 대한 저항력을 강화시키고 아울러 인체 내의 음기와 양기의 균형잡힌 조화를 가능하게 하여 신체 각 기관의 기혈을 활성화시키고 질병을 근본적으로 치유하고자 하였다(정우열, 1996 ; 김광호, 1996). 이러한 한방적 간호중재는 간호를 풍성하게 할 뿐만 아니라 대상자에게는 신체적인 건강유지와 함께 심리·정신적인 면에서도 간호서비스에 대한 만족감과 편안함을 줄 수 있는 유용한 접근법이라 할 수 있다(김설자, 1997).

우리나라의 경우, 만성질환에 있어서 많은 환자들이 전통의학이나 민간요법을 이용하고 있으나 아직까지도 한방치료나 민간요법의 효과 및 부작용에 대한 과학적

이고 체계적인 검증은 미비한 실정이다. 따라서 이에 대한 연구가 계속적으로 이루어져야 함은 물론, 전통의학을 단순히 비과학적이거나 미신적이라는 말로 도외시하기 이전에 우리 고유의 독자적인 치료법으로의 입지를 부여해 주고, 국민건강에 적극 활용할 수 있는 방안을 모색해야 할 것이다.

이에 본 연구자는 문헌을 통해 고혈압 환자 관리를 위한 동서간호학적 접근을 확인해 보고자 한다.

2. 목 적

본 연구는 고혈압 환자 관리를 위한 동서간호학적 접근을 문헌을 중심으로 고찰해 보고자 시도되었다.

- 1) 고혈압 환자간호관리의 전반적인 상황을 고찰한다.
- 2) 고혈압 환자관리에 대한 동·서 간호학적 견해를 파악한다.
- 3) 고혈압 환자관리에 대한 동·서 간호학적 통합을 시도한다.

II. 고혈압 환자간호관리 현황

혈압이란 심장에서 혈액을 몸의 각 부분으로 내보내기 위해 심장이 수축 또는 이완할 때 동맥 혈관벽에 미치는 압력을 말하며, 고혈압은 이 압력이 여러 원인에 의해 병적으로 높아진 상태라 할 수 있다.

고혈압은 크게 본태성 고혈압과 이차성 고혈압으로 나뉜다.

본태성 고혈압은 혈압을 높일 수 있는 원인 질환 없이 나타나는 혈압상승으로, 고혈압 환자의 90%를 차지하며 혈관수축을 일으키는 개체의 여러가지 내·외적 인자의 복합요인에 기인된다고 할 수 있다(박상연, 1983).

이에 비해 이차성 고혈압은 각종 신장질환, 심혈행장애, 항이노 호르몬인 Aldosteron의 과다분비, Cushing 증후군, Norepinephrine과 Epinephrine의 분비를 증가시키는 부신종양 등에 의해 혈압이 상승되는 것을 말한다. 전체 고혈압환자의 약 10%를 차지하며, 2차성 고혈압이 의심될 때에는 반드시 정밀검사를 받아 보아야 한다(의학교육연수원, 1996). 현대 서구의학에서는 일단 혈압을 떨어뜨리는 것을 고혈압 치료의 일차목표로 삼는다. 그리하여 나라마다 각기 체계적인 관리를 위한 치료지침을 설정하고 있는데, 미국의 경우, 제5차 합동조사연구 보고(JNC 5)에 준하여, 약물치료의 시작기준을 140/90mmHg(특히, 표적 장기 장애나 위험인자가 있는

경우)으로 하고, 150/95mmHg 이상이면 표적장기의 손상이나 위험인자가 없어도 약물치료를 개시하도록 규정하고 있다. 또한 고혈압의 정도가 Stage 3(확장기압 > 110mmHg)까지 진행된 경우에는 1-2주간의 단기 관찰 후 고혈압이 지속될 경우 즉시 치료를 시작하며, Stage 3 단계를 벗어난 경우(>210/>120mmHg 이상)에는 관찰할 것도 없이 치료를 시작하도록 권하고 있다(표 1, 표 2 참조).

혈압유지의 적정선에 대해서도 조금씩 차이가 있는데, JNC 5에서는 강압목표를 140/90mmHg으로 정하고 가능하면 130/85mmHg까지 내릴 것을 권하는데 비해 WHO/ISHmmHg 지침에서는 젊은이는 120-130/80mmHg, 노인은 140/90mmHg 정도로 낮출 것을 권하고 있다(이방현, 1997).

그러나 허혈성 심질환을 앓고 있는 경우, 이완기압이 85mmHg 이하로 낮추면 오히려 심질환의 위험성이 증가된다는 보고가 있어 WHO와 영국의 지침에서는 이완기압이 80mmHg 미만이고 수축기압이 잘 조절될 때는 단계적으로 약제를 줄이거나 중단할 것을 권하기도 한다(이방현, 1997).

<표 1> 표적장기 손상에 의한 고혈압의 분류(WHO/ISH)

Stage 1	장기 손상 없음
Stage 2	다음의 장기 중 하나 손상 · 좌심실 비대 · K-W: II · 단백뇨 or Creatinine > 1.2-2.0mg/dl · 동맥의 죽상경화증
Stage 3	장기손상으로 인한 증상 및 증후 · 심장-협심증, 심근경색증, 심부전 · 뇌-뇌졸중, TIA, 고혈압성 뇌증 · K-W: III-IV · 신장-Creatinine > 2.0mg/dl, 신부전 · 혈관-박리성 동맥류, 동맥폐쇄증 질환(증상)

<표 2> 강압제 투여 개시의 혈압기준

치료지침	수축기압	이완기압	위험인자(+) 시의 혈압기준
JNC(1993)	140	90	
	150	95	90(이완기혈압)
WHO/ISH(1993)	160	95	140/90
영국(1993)	160	100	90(이완기혈압)
Canada(1993)	160	100	140/90
Australia(1994)	160	95	140/90
New Zealand(1992)	150	90	

일반적으로 약물치료시 적용되는 원칙은 혈압이 조절되는 한, 가장 소량으로, 가장 적은 횟수로, 그리고 부작용은 없도록 하는 것이다. 따라서 1차 약만으로 효과가 잘 나타나지 않을 경우, 용량을 늘리는 것은 효과도 물론 상승되겠지만 그에 따른 부작용의 위험도 증가하므로, 약의 용량을 올리기보다는 서로 작용이 다른 약을 추가시키거나 약을 교체함으로써 적은 양을 사용하고자 강압의 효과를 높이고 부작용의 발생을 억제시킬 수 있는 방법이 추천되고 있다.

여기서 우리는 서구의학의 장점이면서도 가장 큰 맹점을 엿볼 수 있는데, 즉, 약물에 대한 의존도가 상당히 높다는 것이다. 고혈압의 예에서도 알 수 있듯이 약물을 통해 혈압을 평생토록 조절해야 한다는 사실은 환자에게 심적으로나 경제적으로 부담이 아닐 수 없으며, 특히 약물의 부작용을 고려했을 때 이러한 방법이 최선책인가에 대해서는 다시 한번 생각해 볼 여지가 있다.

고혈압은 그 발생을 미리 예방하는 것도 중요하지만 이에 못지 않게 발생한 고혈압환자를 적절히 관리하는 것도 매우 중요하다. 그러나 우리나라의 경우, 아직도 고혈압환자의 거의 반수 이상이 본인이 고혈압이라는 사실 자체도 모르고 지내거나 고혈압이라는 사실을 알았다 하더라도 대수롭지 않게 여기는 경우가 많은 것으로 나타났다(한성현 등, 1986; 이은일 등, 1986; 임송 등, 1994). 즉, 고혈압을 진단 받은 후 계속 치료받는 경우는 20%에 불과하며 65% 이상의 환자들이 한두 번의 료기관을 방문하다가 치료를 중단하고 있는 실정이다. 농촌지역 고혈압 등록환자를 대상으로 한 조사결과에서도 47.2%가 1회의 방문으로 치료를 중단했고, 18.9%는 2회, 33.9%만이 3회 이상 병원을 방문하였다고 보고하고 있다(김혜원 등, 1996). 김영택(1997)의 일개 보건소 고혈압 환자의 혈압 관리율 조사에 의하면, 전체 고혈압 환자 중 적정 관리되고 있는 환자는 37%(제1기)-28%(제2기)에 지나지 않았으며, 그중 1기에 적정관리되고 있던 환자가 2기에 적정관리되는 비율은 61%로 나타났고, 1기에 적정관리 되지 못한 환자가 2기에 적정관리되는 비율은 1%에 지나지 않았다. 이런 현실은 미국 등 선진국의 경우에도 예외는 아니며(김영택, 1997), 이렇듯 고혈압환자의 추후관리의 어려움과 중요성이 부각되면서, 이에 대한 연구도 계속 진행되어 왔다. Cunningham과 Hill(1982)은 전체적인 집단교육보다는 대상자에게 개별적으로 접근하는 것이 고혈압환자의 관리와 조절에 효과적임을 검증하였고, Earp(1982)의 연구에서도 고혈압의 적절한 관리를 위해서는 가족이나

간호사의 지지와 함께 정규적인 가정방문의 중요성이 강조되었다.

그 외에 효율적인 고혈압 관리에 영향을 미치는 요인으로 대상자와 건강관리자간의 상호작용, 질병에 대한 환자 개인의 신념, 환자의 평소 생활습관, 의료기관의 근접 등을 들고 있다(Schoenberger 등, 1972; Gillum & Barsky, 1974).

고혈압 관리와 관련된 국내의 연구로는 최부옥 등(1989)이 보건진료소를 중심으로 고혈압환자 관리모형을 제시하여, 프로그램(모형)을 적용한 연구가 있는데, 실시결과 환자역할이행 정도가 높아지고 이완기 혈압이 조절되는 것으로 나타났다.

이러한 여러 연구결과들은 지역사회 건강요원들이 중심이 된 정규적인 가정방문과 계속관리가 고혈압과 같은 만성질환자 관리의 최선의 방법임을 시사하지만, 우리나라의 경우, 보건소법 제6조(1991. 3. 8. 전면 개정)에서도 규정된 바대로 지역사회 건강요원들이 지역주민들 속에 파고들어 대상자를 색출하여 관리하고 있다고는 하나 그 수준은 아직까지 매우 미비하며 건강관리사업으로 정착되지 못한 상태이다(정영해 등, 1994).

이러한 관리상황을 고려할 때, 가장 효과적인 고혈압 관리를 위해서는 병원중심이 아닌 지역사회중심의 관리체계를 확보하고, 주기적인 가정방문과 가족 및 사회의 지지체계 구축, 건강교육과 꾸준한 건강실천 확인, 대상자와 의료인간의 신뢰와 긴밀한 상호작용이 필요한 것으로 사려된다.

III. 고혈압 환자관리의 동서간호학적 견해

동·서 의학이 갖는 치료접근의 차이를 간단하게 표현하면, 동양의학은 변증병치(辨證病治)의 학(學)인데 반해, 서양의학은 변인병치(辨因病治)의 학(學)이라는 것이다.

이것은 두 의학이 갖는 서로 일치될 수 없는 견해차인 동시에, 서로가 갖고 있지 못한 독특한 특성이리라 하겠다. 즉, 명확한 고혈압 진단에 따라 공식과도 같은 치료의 틀이 결정되는 서양의학과는 대조적으로 동양의학에서는 여러 변증으로 고혈압을 표현하고 있으며 담당의사의 판단과 환자의 체질에 따라 상이한 치료법이 얼마든지 나올 수 있다는 점이다. 이러한 의학적인 견해와 관점의 차이를 전제로, 고혈압에 대한 동·서 간호학적 접근이 어떻게 이루어져 왔는지를 고찰해 보려고 한다.

먼저 고혈압에 대한 서양간호학적 접근을 살펴보면

크게 두 가지로 대별될 수 있는데, 하나는 혈압관리 차원의 접근이고, 다른 하나는 이완요법이나 대체요법 등을 통한 혈압조절을 위한 간호중재이다.

일반적으로 고혈압은 일단 발생하면 완치방법이 없기 때문에 지속적인 조절만이 건강을 유지할 수 있는 최선의 방법이라 여겨지고 있다(Kaplan, 1985). 많은 임상 전문가들에 의해 추천되고 있는 고혈압 관리의 공식은 약물요법, 식이요법, 운동요법, 스트레스 관리, 금연, 체중조절 등이며, 이러한 치료원칙 중 어느 한가지 요소도 간과됨이 없이 통합관리될 때 비로소 성공적인 고혈압 관리가 이루어지는 것이다. 그러나 고혈압에 대한 자가 관리는 말처럼 쉬운 일이 아니기 때문에, 여러 연구자들은 고혈압 환자들이 스스로 치료적 섭생을 지속적으로 잘 유지해 나갈 수 있도록 하는 방법을 찾고자 하는 연구를 꾸준히 진행시켜 왔다.

권봉숙(1990)과 Power & Jalowiec(1987)은 고혈압 환자들이 자가관리를 잘 이행하기 위해서는 고혈압에 대한 올바른 정보전달이 필요함을 주장하였고, 아는 것과 행하는 것이 별개임이 확인되면서 지식을 행동으로 유도하기 위한 체계적인 교육중재의 필요성이 강조되기도 하였다(박오장 등, 1988). 그리하여 이영희(1995)는 지식을 행동으로 옮기기 위한 자기효능증진 프로그램을 고혈압 환자들에게 적용하여 유의한 효과가 있음을 확인하였다. 또한 이향련(1985)의 연구에서는 자가간호 증진을 위한 건강계약이 고혈압 환자의 건강이행에 효과가 있음을 확인하고 건강계약이 고혈압 환자를 위한 유용한 간호중재의 한 방법임을 입증하였다.

이와 같은 관리중심의 간호와 더불어 최근에는 약물을 사용하지 않거나 약물요법과 병용하여 혈압의 하강이나 조절을 유도할 수 있는 간호중재법도 활발히 검증되고 있다.

Benson, H., Rosner, B. A., Marzetta, B. R., & Klemchuk H. M.(1974)은 직관적 명상이 고혈압 환자들의 혈압을 낮출 수 있음을 보고하였다. Benson, H., Shapiro, D., Tursky, B. & Schwartz, G. E.(1971)은 조작적 조건형성(Operant Conditioning)과 지속적인 생리적 피드백(Continuous Physiological Feedback)이 고혈압 환자들의 수축기 혈압을 낮추는데 효과적으로 이용될 수 있음을 보고하였고, 그후 Schwartz, G. E., & Shapiro, D.(1973)는 바이오 피드백을 본태성 고혈압환자를 위한 통합치료 프로그램의 한 요소로 제시하였다. Jacobson, E.(1938)은 점진적 근육이완훈련을 개발하여 근육긴장과 혈압에 미치는 영향을 연구하였다.

Deabler, H. L. 등(1973)는 근육의 긴장이완이 고혈압 환자의 혈압을 낮추는데 효과적이라는 결과를 얻었으며, 박상연(1983)은 본태성 고혈압환자 17명을 대상으로 이완요법의 혈압하강 효과를 보는 실험을 통해 이완요법이 수축기와 이완기혈압 모두에 유의한 하강효과가 있음을 입증하였다. 이들 연구들은 환자의 육체적인 긴장을 이완시킴으로서 교감신경계의 활성도를 감소시키고 이러한 신경계의 활동감소와 긴장완화는 혈압을 낮춘다고 하는 Jacobson의 이론을 지지해 주고 있다.

Longworth(1982)는 6분간의 등마사지 효과를 검증하는 실험을 하였는데, 연구결과 실험군의 심박동율과 근전도는 처치전에 비해 처치후에 유의하게 증가하였고 혈압은 떨어졌다. 피부온도에서는 유의한 변화가 없었으며 Spielberg의 상태불안측정 도구에 의한 자가불안측정에서는 마사지 처치 후 불안이 유의하게 감소되었고 이완감도 경험한 것으로 나타났다. 또한 미국에 사는 한국 이민노인들을 대상으로 손마사지를 시행한 조경숙(1996)의 연구에서는 손마사지가 노인들의 수축기혈압과 맥박수를 감소시키고 이완을 증가시키는 것으로 나타났다.

이상을 종합해 볼 때, 서양의 고혈압환자 관리를 위한 간호접근은 약물요법과 일반요법을 환자 스스로 일상에서 꾸준히 유지해 나갈 수 있도록 하는 관리차원의 간호와 자율신경의 자가조절능력을 강화시킴으로서 심신을 이완시키고 몸의 불균형을 바로잡아 혈압이나 동통, 스트레스를 해결해 보고자 하는 간호중재 모색의 방향으로 접근이 진행되어 왔다고 볼 수 있다.

그러면 이제 한의학적 관점에서 보는 고혈압의 견해와 한방간호학적 접근에 대해 살펴 보기로 하겠다.

혈압은 본래 서양의학적 개념으로, 동양에서는 고래(古來)로 혈압을 측정할 수 있는 마땅한 도구가 없었기 때문에 고혈압이나 저혈압이라는 용어 자체를 동양의학 고문(古文)에서는 찾아볼 수가 없다. 그러나 비록 혈압에 대한 수치적 인식이나 고혈압이라는 명칭 자체는 없었다 할지라도 변증(辨證)의 방법과 환자가 호소하는 증상에 근거하여 원인을 분석하고 주요한 증후를 택하여 병명을 설정하고 있다(김완희 등, 1985; 오정환 등, 1994).

많은 한의학자들에 의해 고문(古文)에 기재된 내용과 변증병치(辨證病治)의 임상경험을 토대로 서양의학에서 말하는 고혈압과 비교적 일치할 수 있는 병명들을 탐색하는 연구가 진행되어 왔으며 그 결과, 중풍증(中風證), 현운증(眩暈證), 간풍증(肝風證), 간양증(肝陽證) 등이 고혈압에 해당함을 밝혔다(상해시 고혈압연구소,

1978; 孫伯揚, 1982; 詹文濤, 1983).

오정환 등의 조사(1994)에 의하면 한의학 문헌에 실린 고혈압 범주에 속하는 증상들은 30여종 이상으로 표현되어 있는데, 이를 종합하여 고혈압을 동양의학적으로 설명하자면, 간(肝), 신(腎), 심(心)에 주요 병위(病位)가 위치하며, 음양(陰陽)의 실조(失調)에 근본하여, 풍(風), 한(寒), 담(痰), 어(瘀)의 형태로 표현되는 허실상겸(虛實上兼)한 질병이라 정의내릴 수 있다.

고래(古來)의 한의학 문헌에도 이미 증상에 해당하는 증후에 대한 기술(記述)과 그 치료법이 나와 있는 것으로 미루어 고혈압증을 변증적 방법으로 치료해 왔다고 볼 수 있으며, 이는 음양조화에 따른 근본적인 치료의 가능성을 시사한다고 할 수 있다(김완희, 1985).

고혈압증의 한의학적 원인(病因病理)은 크게 세가지로 요약될 수 있다(오정환 등, 1994).

첫째는 정지소상(情志所傷)으로 뇌노우사(惱怒優思)가 간기(肝氣)를 막아 간(肝)이 화(火)하게 되고 간양(肝陽)이 편항(偏亢)하면서 간풍(肝風)으로 전환되어 간양상항(肝陽上亢)하게 된다. 또한 우(優), 사(思), 노권(勞倦)으로 심비(心脾)가 손상되는 경우 심비음혈(心脾陰血)이 소모(消耗)되고 2차적으로 간(肝)의 음혈(陰血)에 영향을 주므로 혈허간왕(血虛肝旺)의 고혈압이 된다.

두번째는 음식실절(飲食失節)로, 기포실의(飢飽失宜)하고 기식비감후미(嗜食肥甘厚味)하며 주식무도(酒食無度)하면 비위(脾胃)를 손상시켜 습(濕)하면서 탁(濁)해지고 기허담조형(氣虛痰阻型)의 고혈압이 초래된다.

세번째는 내상허손(內傷虛損)으로 나이가 들면서 신기(腎氣)가 허(虛)해져 간양(腎陽)이 부족하면 간(肝)이 유양(濡養)을 받지 못하게 되고 간음(肝陰)이 부족해지고 간양(肝陽)이 편항(偏亢)되어 화(火)를 발(發)하거나 풍(風)이 초래된다. 병이 깊어지면 음(陰)의 손상(損傷)이 양(陽)에 미쳐 음양구허(陰陽俱虛)의 고혈압을 이룬다(오정환 등, 1994).

이경섭(1979)은 고혈압의 증례를 통해 중풍전조증이거나 두통, 현운 등을 고혈압의 범주로 보았고, 따라서 이러한 두통이나 현운(眩暈)의 병인(病因)인 풍사(風邪), 화(火), 습담(濕痰), 간신(肝腎)의 허쇠(虛衰)를 고혈압의 병인(病因)으로 보았다.

呂志杰 등(1990)은 연령, 체질, 음식, 장기간의 정신 긴장, 정신노동, 흡연과다 등이 체내의 음양실조(陰陽失調)를 야기시켜 고혈압이 초래된다고 하였고, 기본

병기(病機)는 본허표실(本虛標實), 상성하허(上盛下虛)이며, 잘못 치료될 경우 심통(心痛), 중풍(中風) 등이 발생한다고 하였다.

고혈압증은 그 주요병기(病機)가 본허표실(本虛標實)한 질환으로 비록 주요 관제장기(臟器)는 간(肝), 심(心), 신(腎)이지만 결국은 오장육부(五臟六腑) 각 장기의 음양평형실조(陰陽平衡失調)이다. 그러므로 어느 한 장부에 국한시켜 고혈압증을 논할 수는 없다. 따라서 병의 예방과 치료시에 반드시 인체내 오장육부의 전체적 상황을 고려하여 각 장부 중 어느 장기의 음양평형실조에 기인하여 본병(本病)이 발생하게 되었는지에 대하여 장부, 경락, 변증의 방법을 통하여 구분지어 치료에 임하여야 한다.

고혈압의 침치료는 변증(辨證)과 자가증상에 따라 해당 혈(穴)을 보(補)하거나 사(瀉)하는 방법으로 이루어진다. 고혈압은 간(肝)에 사기(邪氣)가 항성(亢盛)해져 목왕극토(木旺克土)된 상태이므로 평간강역(平肝降逆), 건비활혈(健脾活血)할 수 있는 혈(穴)을 취해야 한다(신천호, 1992).

일단 증상을 판별하여 치료원칙과 선정을 결정하며, 급한 경우에는 응급혈(應急穴)을 사용하여 증상을 떨어뜨리는 것을 우선으로 한다. 그런 후에는 근본의 치료를 위해 장상학(臟象學)적인 변증을 파악하여 장부(臟腑)의 허실에 따라 완만하게 서서히 치료해 나가는 것이다.

이에 행간혈(行間穴)을 취해 간(肝)을 사(瀉)해 주고, 삼음교혈(三陰交穴)로서 비(脾)를 건강하게 해주며 삼음(三陰)을 조리하고, 족삼리혈(足三里穴)을 취해 위(胃)를 건강하게 해 주고 탁(濁)한 사기(邪氣)를 몰아내며, 혈해혈(血海穴)로서 혈(穴)을 활발히 순행시켜 경(經)을 고르게 하는 사법(瀉法)을 취한다.

그런 다음 호소하는 증상에 따라 두통이 심하면 용천혈(湧泉穴)을 취하고, 구허혈(丘墟穴)로 담(膽)을 사(瀉)해 준다. 두부(頭部)의 태양혈(太陽穴), 인당혈(印堂穴)을 점자출혈(點刺出血) 시키면 머리와 눈이 맑아지는 효과가 있고, 풍지혈(風池穴)은 간(肝), 담(膽)을 맑게 하고 두통을 멈추게 한다. 협늑통(脇肋痛)이 심할 때는 지구혈(支溝穴)에 양릉천혈(陽陵泉穴)을 배합한다. 불안, 초조하며 화를 잘 내고 식욕이 없을 경우 중완혈(中腕穴)을 취하여 부기(腑氣)를 통하게 하고 운화(運化)를 도우며, 건리·장문혈(建里·章門穴)로 간위(肝胃)를 편하게 해 준다.

그외에도 현기증, 두통, 이명, 입이 쓰고, 트림이 나며, 가슴이 답답하고, 화를 잘 내고, 식욕이 없고, 불안

하여 잠을 못 자고, 맥이 강(弦)하고, 혀질(舌質)은 검붉은 빛을 내며, 혀태(舌苔)는 누렇고, 근격한 증상을 보일 수 있는데, 한의학에서는 이를 간(肝)에 사기(邪氣)가 항성(亢盛)한 것으로 보며 평간강역(平肝降逆), 건비활혈(健脾活血)하는 혈(穴)을 취해야 한다(신천호, 1992).

이와 함께 약물요법을 병용할 수 있는데, 한방의 고혈압 치료약의 특징은 서양의 혈압강화제와 같은 즉효성이 없으며, 혈압강하 자체만을 목적으로 하지 않는다는 것이다. 즉, 환자 개개인의 심신의 안팎에서 나타나는 부조화를 파악하여 이들의 균형을 회복할 수 있도록 여러 성질의 초근목피(草根木皮)를 조절·배합하여 이용한다.

결론적으로 고혈압에 대한 한의학적 치료원리는 변증(辨證)에 대한 접근이 주(主)가 되고, 환자 자신이 자각(自覺)하는 증상(症狀)의 치료를 병행하는 철저한 변증병치(辨證病治)의 접근법을 채택하며, 치료시 단순히 혈압강하에만 목표를 두지 않고 기체(機體)의 음양(陰陽)을 정리하고 근본적으로 내재한 원인을 제거하는데 중점을 둔다고 할 수 있다. 이러한 한의학적 관점을 기초로, 한방간호학적 측면의 고혈압관리는 조리(調理)를 통한 간호관리와 경락지압, 경락마찰법, 단전호흡법, 요가, 기공훈련 등을 통한 건강증진의 양생간호로 나누어 볼 수 있다.

조리(調理)란, 질병이나 사고에 대해 본격적인 치료를 받은 후, 일상적인 활동은 하더라도 신체기능이 불균형된 상황에서 이를 시정하고 극복하기 위해 행동이나 기거, 음식 등에 주의할 기을이는 여러 조치를 말하며, 환자교육과 추후관리가 요구되는 간호의 고유 영역이라 할 수 있다.

고혈압은 주로 간(肝), 신(腎), 비(脾)에서 나타나는 음양의 부조화로 볼 수 있으므로 조리(調理)간호 역시 여기에 초점을 맞추어야 한다.

간(肝)과 관련해서 내경(內經)의 음양응상대론(陰陽應相大論)편에 보면, ‘노상간(怒傷肝 : 화를 내면 간이 상한다)’이라는 글이 나오는데, 여기에서 간병(肝病)의 간호원칙은 마땅히 정신간호가 주(主)가 됨을 알 수 있다. 따라서 스트레스를 줄이고 이완시킬 수 있는 증재를 통해 간(肝)기운이 창건(暢建)하는 것을 풀어주어야 한다. 울화(鬱火)나 스트레스가 꼭 차있는 상태이면 음식 섭취를 절제시키고, 간양항성(肝陽亢盛)인 경우에는 화가 나 있거나 긴장된 상태에서 작업하는 것은 피하도록 한다. 내경(內經)의 생기통천론(生氣通天論)편에

보면, 대노(大怒)한 후에는 의식이 혼미해지거나 갑자기 어지러워지는 곁증(闕證)이나 중풍질환이 발생할 수 있다고 하였다.

또한 신(腎)이 정(精)을 저장하지 못하는 신허증(腎虛證)인 경우에는 정기(精氣)를 보(補)할 수 있도록 간호원칙을 세워야 한다. 내경(內經)의 사기장부병형(邪氣臟腑病形)편에서는, '무거운 것을 들고 난 후 과도한 성생활을 하거나, 땀을 흘린 후 목욕하면 신(腎)을 상한다'라고 했다. 따라서 피로를 적게 하고 휴식을 충분히 취하고 짜게 먹지 말아야 하며, 특히 성생활에 주의해야 하는데, 50세 이후에는 신(腎)기능이 더욱 쇠하기 때문에 더욱 절제해야 한다(옥도훈, 1994).

비위(脾胃)의 손상을 막기 위해서는 음식 간호에 주의 기울여 폭식과 폭음을 삼가고 지방질이 많거나 단 음식도 절제해야 한다.

간화(肝火)를 일으킬 수 있는 술이나 기름기가 많은 음식, 자극성이 강한 음식의 섭취를 절제해야 하며, 옥수수, 메밀, 수수와 같은 거칠고 가는 곡식을 곁들여 주식으로 삼아야 한다. 부식으로서는 미나리, 양파, 콩, 오이, 호박과 김이나 미역 등의 해조류를 먹어야 하며, 식용기름은 콩기름, 참기름, 유채기름 등의 식물성 기름을 사용해야 한다. 이러한 식품은 혈압을 내리는 작용이 있으며, 그 중 미나리, 김, 미역, 양파, 해삼, 녹두는 혈압을 떨어뜨리고, 해조류, 산사, 녹차잎 등은 혈지방을 내리는 작용이 있다. 콜레스테롤이 높은 음식도 금해야 하는데, 여기에는 계란노른자, 동물성지방, 내장류, 갑각류 등이 있다. 이상은 고혈압을 간(肝), 신(腎), 비(脾)의 변증으로 본 경우로, 이에 대한 조리(調理) 차원의 간호접근이라 할 수 있다(문희자 등, 1997).

그러나 이러한 조리(調理)만으로는 질병에 보다 적극적으로 대처할 수 없다. 따라서 이와 함께 한방간호에서는 건강의 유지와 증진 차원의 양생(養生)간호를 더불어 병용하고 있는데, 이미 그 효과를 인정받고 있는 특수 양생간호에는 쑥뜸, 경혈(經穴)마찰법, 경혈지압, 기공훈련, 수지침, 요가 등이 있다.

양생(養生)이란 자신의 생명을 보양(保養)한다는 뜻으로, 불로장수무병(不老長壽無病)을 바라는 마음으로 일상생활에서 할 수 있는 건강실천 방법이라 볼 수 있다(문희자 등, 1997).

최근 양생간호와 관련지을 수 있는 동양의 여러 건강증진 요법들에 대한 관심이 증대되면서 지속적인 연구와 검증이 활발히 진행되고 있다.

김남초(1993)의 연구에서는 단전(丹田)호흡이 본태

성 고혈압환자의 혈압 및 스트레스 조절에 유의한 효과가 있음이 입증되었고, Patel C.(1973)은 요가를 통한 이완이 고혈압환자의 혈압하강에 효과가 있음을 보고 하였다.

경혈지압은 한의학의 경혈(經穴)을 기초로 여기에서 양의 수기(手技)요법이라 할 수 있는 마사지와 Chiropractic 등의 이론이 가미된 요법인데, 기혈(氣血)의 통로인 경락(經絡)에 분포하는 반응점인 경혈(經穴)을 일정한 형식에 따라 압력을 가함으로써 기혈(氣穴)의 순행을 원활히 하는 방법이다(고광석, 1993). 일반적으로 고혈압에 선택되는 경혈(經穴)에는 백회혈(百會穴)→천주혈(天柱穴)→태능혈(太陵穴)→합곡혈(合谷穴)→곡지혈(曲池穴)→삼음교혈(三陰交穴)→족삼리혈(足三里穴)→현종혈(懸鍾穴)→견정혈(肩貞穴)→심유혈(心俞穴)→격유혈(膈俞穴)→신유혈(腎俞穴)→기문혈(期門穴)→관원혈(關元穴)→용천혈(湧泉穴)이 있는데, 이를 삼압법(三壓法)을 활용하여 순서대로 지압(指壓)하며 1회 시술은 20분을 초과해서는 안된다. 시술이 끝나면 10분 정도 휴식을 취하게 하며, 1일 1회가 원칙이나 유약(幼弱)한 만성질환자인 경우에는 격일(隔日)로 실시한다(고광석, 1993).

경혈마찰은 2-3천년전 도가(道家)의 수도자들에 의해 전해 내려온 건강법으로, 마찰로서 몸에 흐르는 경락과 경혈에 자극을 주어 해당 증상을 치료하는 방법이다(채일번, 1992).

고혈압에 효과적인 경혈마찰로는 두천(頭天)마찰이 있는데, 이는 앞이마의 머리카락이 난 자리에서부터 뒤통수의 머리카락이 끝난 자리까지 옆손가락을 모두 사용하여 머리를 앞에서 뒤로 곱게 쓸어 넘기듯이 약간 힘을 주어 누른 상태로 밀어 내려가는 것으로, 36회 반복한다. 경락학적으로 머리의 중앙에는 독맥(督脈)이, 그 양옆으로는 방광경(膀胱經)이 그 바깥쪽에는 담경(膽經)이 흐르며, 백회혈(百會穴), 천주혈(天柱穴), 풍지혈(風池穴)이 경락을 따라 분포되어 있어, 두통, 어지러움증, 대머리, 신허증(腎虛證) 등에 효과가 있는 것으로 알려져 있다(채일번, 1992).

수지법(手指法)은 전신에 분포하는 경락과 경혈의 치료점들이 손바닥에도 분포한다는 가정하에 손바닥내의 상응(相應)점에 침이나 뜸으로 자극을 주거나 사혈(瀉血) 또는 지압시킴으로서 해당 장기의 질환과 증상을 치료하는 방법이다(유태우, 1995).

요가나 단전호흡은 복기(腹氣)를 통해 정신을 통일하고, 호흡을 이용하여 우주와 마음을 통하게 하는 방법이

며(문희자 등, 1997), 기공(奇功)이란 기(氣)의 단련으로, 조심(調心), 조식(調息), 조신(調身)을 통하여 질병을 치료하고 예방하여 건강을 증진시키고 잠재능력을 개발하는 것을 목적으로 하는 일종의 심신단련 방법이다(김광호, 1996). 이때 정신을 집중시키는 부위를 단전(丹田)이라 하는데, 이마의 중간부위의 상단전(上丹田)과 심장 근처의 중단전(中丹田), 배꼽아래 하복부에 위치한 하단전(下丹田)의 세부위로 나뉘며, 주로 하단전(下丹田)을 연마하는 것이 기본이 된다. 내경(內經)에서도 '치미병(治未病; 성인(聖人)은 병(病)이 나기 전에 고친다)'라고 하여 예방을 으뜸으로 삼았으며 기를 이끌어 순환시키는 법과 팔다리를 주무르고 운동시키는 기수련법을 소개하고 있기도 하다.

이러한 방법들은 단지 단편적인 증상만을 떨어뜨리는 데 그치지 않고, 신체와 정신을 이완시킴으로써 스트레스를 완화하고 면역력을 증강시키는 작용도 있음이 여러 연구를 통해 밝혀지고 있다(안성희, 1997; Patel, 1973; 김남초, 1993).

이와 같이 양생법들은 인체 장부를 조화롭게 할 뿐만 아니라 기혈(氣血)의 흐름을 원활히 소통시켜 허실(虛實)을 개선하고 사기(邪氣)를 몰아내어 건강을 증진시키고 질병을 예방하며 더 이상의 합병증이 발생하지 않도록 한다. 즉, 앞서 말한 불로장수무병(不老長壽無病)을 위한 전통적인 생활실천운동이라 할 수 있다.

IV. 고혈압 환자간호관리를 위한 동·서 간호학의 통합적 견해

과거에는 동·서 의학의 견해 차이로 인해, 서로가 서로의 학문을 인정하려 하지 않는 경향도 있었으나, 최근에는 동·서 의학을 접목시킴으로서 서로의 맹점을 보완하려는 노력들이 전세계적으로 일고 있다. 이미 서양에서는 대체의학이라는 용어로 한의학 뿐만 아니라 세계의 모든 전통의학을 총괄하는 작업을 진행하고 있다.

동양에서도 고혈압에 대한 한방적 분형(分型)과 서방적 분기(分期)의 통합연구가 여러 학자들에 의해 시도되고 있는데, 상해시 고혈압연구소(1978)의 연구결과에서는 서양의학 분류상 고혈압 후기에 속하는 환자는 음양이허(陰陽二虛)의 현상이 점차 증가하는데, 즉 음허양항(陰虛陽亢)에서 음양이허(陰陽二虛)로 병정(病情)이 진전되고 있음을 확인하였다. 1기에는 양항(陽亢)이 주(主)가 되므로 교감신경 흥분증상이 출현하고, 2기에는 신음(腎陰)이 나타나 허증(虛證)이 주(主)가 되는 간신

음허(肝腎陰虛)의 증상을 보인다(오정환 등, 1994).

詹文濤(1983)의 연구에서는 간양상항형(肝陽上亢型)의 95%가 경계고혈압(境界高血壓)에 속하면서 중추신경기능 문란, 교감신경 흥분성이 증가하는 것으로 나타났고, 간신음허형(肝腎陰虛型)은 66.7%가 1-2기에 속하면서 신경계통의 이상흥분 현상이 존재하고 심(心), 뇌(腦), 신(腎) 등에 병리현상이 나타남을 확인하였다. 심신양허형(心腎陽虛型)은 99%가 고혈압의 2-3기에 분포하며, 심(心), 신(腎), 뇌(腦) 등에 기능부전이 나타난다고 보고하고 있다.

이상을 종합해 볼 때 간양상항형(肝陽上亢型)은 경계고혈압과 고혈압 1기의 환자에게 분포하며, 간신음허형(肝腎陰虛型)은 대부분 고혈압 1기와 2기에, 음양양허형(陰陽兩虛型)은 고혈압 3기에 분포한다고 볼 수 있다.

이러한 분형(分型)과 분기(分期)의 결합은 동서의학의 통합적 치료뿐만 아니라 동서간호학의 통합적 간호중재의 가능성을 시사한다.

즉, 지금까지 포괄적으로 행해졌던 간호중재를 분기와 분형에 따라 나누고, 환자가 나타내는 증상, 증후를 고려하여 고혈압 관리를 위한 간호중재 계획을 새롭게 세울 수 있다.

또한 고혈압에 대한 한방적 분형인 간양상항형(肝陽上亢型), 간신음허형(肝腎陰虛型), 음양양허형(陰陽兩虛型)에 따른 간호중재 개발을 통해 좀더 구체화된 형태로 고혈압환자 관리를 위한 동서간호중재 전략을 모색해야 할 것이다. 이에 따라 고혈압환자 간호관리의 새로운 틀을 아래와 같이 제안해 본다.

분기상(分期上) 경계고혈압(境界高血壓)이나 제1기 고혈압으로 분류되면서 분형상(分型上) 간양상항형(肝陽上亢型)인 경우에는, 일반요법과 함께 간양상항(肝陽上亢)의 상태를 억제시키는 조리와 양생 간호중재를 실시한다.

분기상(分期上) 제2기 고혈압으로 분류되면서 분형상(分型上) 간신음허형(肝腎陰虛型)인 경우에는, 일반요법과 약물요법을 실시하면서 간신음허(肝腎陰虛)를 억제할 수 있는 조리와 양생간호를 병용한다.

분기상(分期上) 제3기 고혈압으로 분류되면서 분형상(分型上) 음양양허(陰陽兩虛)인 경우에는, 일반요법, 약물요법과 함께 음양양허(陰陽兩虛)를 억제할 수 있는 조리와 양생간호를 병용한다. 이는 동양의학이 갖는 증상(症狀)중심의 진단을 간호에 적극적으로 활용하고자하는 시도이며, 서양의 원인(原因)중심 간호진단과 동양의 증상(症狀)중심 진단의 접목을 통해 새로운

한국적 간호상을 정립해 보고자 함이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 고혈압 관리에 대한 전반적인 상황과 동·서 간호의 견해 차이를 파악하고 이를 통해 고혈압관리의 동·서 간호학적 통합을 모색하고자 시도되었으며, 문헌을 통해 확인된 서양의 분기(分期)적인 고혈압관리와 동양의 분형(分型)적인 고혈압관리를 통합하여 보다 한국적인 독특한 고혈압 간호중재방법의 틀을 제시코자 하였다.

국내·외 연구문헌을 통하여, 간양상항형(肝陽上亢型)은 경계고혈압과 고혈압 1기의 환자에게 주로 나타나며, 간신음허형(肝腎陰虛型)은 대부분이 고혈압 1기와 2기에, 음양양허형(陰陽兩虛型)은 고혈압 3기에 분포한다는 사실을 확인할 수 있었는데, 이러한 분형과 분기의 결합은 동·서 의학의 통합적 접근뿐만 아니라 동·서 간호를 통합한 구체적인 고혈압 간호관리 중재의 수립 가능성을 시사하고 있다.

즉, 지금까지 포괄적이거나 단편적으로 행해졌던 고혈압 간호중재에서 환자가 호소하는 증상과 증후에 따라 분기별로 나누고, 이에 해당하는 분형적 접근을 통해 구체적이고 체계화된 동서간호중재로 바꾸어 가는 노력이 필요하다.

이에 고혈압환자 간호관리의 새로운 틀을 아래와 같이 제안해 본다.

- 1) 분기상(分期上) 경계고혈압이나 제1기 고혈압으로 분류되면서 분형상(分型上) 간양상항형(肝陽上亢型)인 경우에는, 일반요법과 함께 간양상항(肝陽上亢)의 상태를 억제시키는 조리와 양생 간호중재를 실시한다.
- 2) 분기상(分期上) 제2기 고혈압으로 분류되면서 분형상(分型上) 간신음허형(肝腎陰虛型)인 경우에는, 일반요법과 약물요법을 실시하면서 간신음허(肝腎陰虛)를 억제할 수 있는 조리와 양생간호를 병용한다.
- 3) 분기상(分期上) 제3기 고혈압으로 분류되면서 분형상(分型上) 음양양허형(陰陽兩虛型)인 경우에는, 일반요법, 약물요법과 함께 음양양허(陰陽兩虛)를 억제할 수 있는 조리와 양생간호를 병용한다.

또한 이러한 고혈압 간호중재의 기본틀을 기초로 하여, 고혈압에 대한 한방적 분형인 간양상항형(肝陽上亢型), 간신음허형(肝腎陰虛型), 음양양허형(陰陽兩虛型)에 따라 이에 대한 구체적인 간호중재 방안도 계속적

으로 모색되어야 할 것이다.

이밖에도 전통건강양생요법들에 대한 활발한 연구가 이루어져 과학적인 이론의 바탕에서 검증되어야 한다. 이러한 전통요법의 개발은 우리문화의 고유성을 살리고 한방간호를 확고히 다지는 기초가 될 것이다.

참 고 문 헌

고광석 (1993). 경혈지압과 척추교정요법. 서울: 청문각.

권봉숙 (1990). 고혈압환자 역할행위에 영향을 미치는 요인 분석. 부산대학교 대학원 석사학위논문.

권봉숙 (1997). 노장의 건강담론 분석에 관한 연구. 부산대학교 대학원 박사학위논문.

김광호 (1996). 한의학적 기의 응용. 경희대학교 한방간호학연구회 제3차 학술대회.

김귀분 (1991). 한국인의 건강관행에 대한 민속과학적 접근. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.

김기순 (1997). 지역사회 고혈압 관리체계. 한국농촌의학회지, 22(2).

김기순, 박창엽, 이행훈, 정성욱 (1981). 일부 농촌지역 고혈압 관리 사업의 추적 조사 (I). 한국역학회지, 3(1), 45-54.

김남초 (1993). 본태성 고혈압 대상자에게 적용한 단전 호흡술의 혈압하강 효과에 관한 연구. 이화여자대학교 박사학위논문.

김선미 (1998). 고혈압 치료제와 약제선택의 유의점. 가정학회지, 19(3).

김설자 (1997). 기의 간호학적 접근방안. 제4회 동서간호학연구소 학술대회.

김영택 (1997). 일개 보건소 진료실 고혈압 환자의 혈압 관리율 평가 경험. 한국농촌의학회지, 22(2).

김완희 (1985). 고혈압의 동의학적 견해에 대한 고찰. 동서의학, 10(3).

김완희 (1994). 한의학의 건강관. 경희대학교 한방간호학연구회 제1회 학술대회.

김완희, 김광중, 황순옥 (1985). 고혈압의 동의학적 견해에 대한 고찰. 동서의학, 10(3).

김일순, 서 일, 오희철, 이영호, 오대규 (1981). 강화지역의 일반 성인을 대상으로 한 고혈압의 위험요인 연구. 한국역학회지, 3(1), 37-43.

김혜원, 윤방부 (1986). 한 농촌병원 등록 고혈압 환자의 치료중단에 대한 추후 조사. 가정의학회지, 7(1).

김홍경 (1995). 동양의학혁명. 신봉백초: 서울.

- 문희자, 석소현, 오혜경, 백숙희 (1997). 정, 기, 양생법에 관한 문헌 연구. 동서간호학연구지, 2(1).
- 문희자, 정숙자 (1996). 사상체질 이론의 간호학적 접근. 한국보건간호학회지, 10(1).
- 박상연 (1983). 이완훈련이 본태성 고혈압 환자의 혈압 하강에 미치는 영향. 중앙의학, 44(1).
- 박오장, 홍미순, 소향숙, 장금성 (1988). 당뇨병교육이 당뇨병 환자의 역할행위 이행에 미치는 영향. 간호학회지, 18(3), 281-288.
- 서울대학교 지역의료체계 시범 사업단 (1993). 만성 퇴행성 질환 관리사업 개발-고혈압과 당뇨병을 중심으로. 서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 27-64.
- 서 일, 지선하, 김일순 (1993). 한국에서의 심혈관계 질환의 변천 양상. 한국역학회지, 15(1), 40-46.
- 신천호 (1992). 문답식 침구학. 서울: 성보사.
- 신혜숙 (1994). 한방간호 이론구축을 위한 연구. 경희대학교 박사학위논문.
- 안성희 (1997). 단전호흡이 면역세포와 스트레스에 미치는 효과. 제4회 경희대 동서간호학연구소학술대회.
- 오정환, 정지천, 이원철 (1994). 고혈압증의 장부변증을 통한 분형과 분기의 상호결합에 대한 고찰. 대한한의학회지, 15(1).
- 옥도훈 (1994). 한방간호개론. 서울: 의성당.
- 유태우 (1995). 고혈압의 수치침요법. 서울: 음양맥진출판사.
- 의학교육연구원 (1996). 가정의학. 서울대학교 출판부.
- 이경섭 (1979). 고혈압병인에 대한 고찰. 제한동의학술원 1세기 기념논문집, 38-41.
- 이방현 (1997). 고혈압의 약물치료. 순환기, 27(3).
- 이영중 (1995). 음식양생. 제2차 경희대학교 한방간호학연구회.
- 이영취 (1995). 효능기대 증진 프로그램이 자기효능과 자가간호 행위에 미치는 영향. 성인간호학회지, 7(2), 212-227.
- 이은일, 김순덕, 차철환 (1986). 일부 근로자들의 고혈압 치료 형태에 관한 연구. 예방의학회지, 19(2).
- 이정균 (1994). 순환기 질환 발생 양상의 시대적 변화. 대한의학협회지, 37(11).
- 이향련 (1985). 자가간호 증진을 위한 건강계약이 고혈압 환자의 건강행위 이행에 미치는 영향. 연세대학교 대학원, 박사학위논문.
- 임 승, 천병렬, 예민해 (1994). 농촌지역 60세 이상 노인 인구의 고혈압 유병률 및 관리형태. 한국농촌의학회지, 19(2), 129-140.
- 정영해, 강혜영, 정미영 (1994). 농촌지역 일차건강관리 기관의 고혈압환자 관리실태. 지역사회간호학회지, 5(2).
- 정우열 (1994). 한의학과기. 정신과학회지, 창간호.
- 정우열 (1996). 간호의 한의학적 접근을 위한 기의 이론과 실제 ; 새로운 패러다임의 의학과 간호관. 경희대학교 한방간호학연구회 제3차 간호학술대회.
- 조경숙, Snyder M. (1996). Use of Hand Massage to Increase Relaxation in Korean-American Elderly. 대한간호학회지, 26.
- 채일번 (1992). 중국인의 경혈마찰법. 서울: 행림출판.
- 천병렬 (1997). 농촌지역 고혈압의 역학적 특성. 한국농촌의학회지, 22(2).
- 최부옥, 차영남, 장효순, 김영희 (1989). 고혈압자의 환자 역할행위 이행증진을 위한 프로그램 개발에 관한 연구. 대한간호학회지, 19(1), 5-23.
- 최삼변, 손숙영 (1997). 한방양생법. 성보사.
- 한성현, 김양호, 이성수 (1986). 우리나라 일부 농촌지역 사회에서 고혈압의 위험요인 및 환자 관리상태에 관한 연구 (I). 한국역학회지, 8(1), 23-26.
- Benson, et al. (1971). Decreased Systolic Blood Pressure through Operant Conditioning Techniques in Patients with Essential Hypertension. Science, 173, 740-741.
- Benson, H., Rosner, B. A., & Marzetta, B. R., Klemchuk, H. M. (1974). Decreased Blood Pressure in Pharmacologically Treated Hypertensive Patients who Regularly Elicited the Relaxation Response. The Lancet, 23, Feb., 289-291.
- Cunningham, S., & Hill, M. (1982). Current Status of High Blood Pressure Control. Nursing Practitioner, 37-44.
- Deabler, H. L., Fidel, E., Dillenkoffer, R. L., Elder, S. T. (1973). The Using of Relaxation and Hypnosis in Lowering High Blood Pressure. The American Journal of Clinical Hypnosis, 16(2), 75-83.
- Earp, J. L. et al. (1982). The Effect of Family Involvement and Practitioner Home Visit on the Control of Hypertension. American J. of Public Health, 7(1), 1146-53.
- Freis, E. D. (1971). The Chemotherapy of Hyper-

tension, Journal of American Medical Association, 298(7), 1009-1014.

Fritjof Capra (1989). The Turning Point. 서울: 범양사.

Gillum, R. F., & Barsky, A. J. (1974). Diagnosis and Management of Patient Noncompliance. Journal of American Medical Association, 228(12), 1563-7.

Jacobson, E. (1938). Progressive Relaxation. Chicago: University of Chicago Press.

Kaplan, R. M. (1985). Non-drug Treatment of Hypertension. Annals of Internal Medicine, 102, 359-373.

Longworth, J. (1982). Psychophysiological effects of Slow Stroke Back Massage in Normotensive Females. Advances in Nursing Science, 4(4), 44-61.

MacMahon, S., Peto, R., Culter, J., et al. (1990). Blood Pressure, Stroke and Coronary Heart Disease. Part 1. Prolonged Differences in Blood Pressure : Prospective Observational Studies Corrected for the Regression Dilution Bias. Lancet, 335, 765-773.

Patel, C. (1973). Yoga and Bio-feedback in the Management of Hypertension, The Lancet, Nov. 10, 1053-1055.

Patel, C. (1975). 12-Month Follow up of Yoga and Bio-feedback in the Management of Hypertension. The Lancet, Jan. 11.

Powers, M., & Jalowiec, A. (1987). Profile of the Well-controlled, Well-adjusted Hypertensive Patient. Nursing Research, 36(2), 106-110.

Schoengerger, J. A., & Stamler J., & Schekelle R. B. (1972). Current Status of Hypertension Control in the Industrial Population. J. of American Medical Association, 222, 559.

Schwartz, G. E., & Shapiro, D. (1973). Bio-feedback and Essential Hypertension : Current Findings and Theoretical Concerns. Seminars in Psychiatry, 5(4).

Sollier, A., & Axolt, G. (1969). Japanese Archery : Zen in Action. New York: Walker Weather Hill.

謝 權 (1984). 李仲守教授治療高血壓病經驗隅錄. 新中醫, 11, 5.

上海市 高血壓研究所 (1978). 高血壓病, 上海科學技術出版社.

孫伯揚 (1982). 中醫治療高血壓病的臨床體會, 新中醫, 4, 23.

呂志杰 등 (1990). 降壓延壽湯治高血壓病87例臨床觀察, 新中醫, 11, 22.

李富生, 牛滿山主編. 상견병중의임상치료진전, 중국중의약출판사, 145-147.

詹文濤 (1983). 高血壓病的中醫理論及防治規律探討, 雲南中醫雜誌, 1, 20.

- Abstract -

An Approach of the Eastern-Western Nursing Sciences for the Management of Hypertensive Patients

Kim, Kwuy Boon* · Kim, Ce Ran**
Chae, Jeong Sook***

This study was carried out to understand the general conditions about management of hypertension and the differences in opinions between the Eastern-Western Nursing Sciences. In this context, this study was aimed to find out a possible integration of the Eastern-Western Nursing Sciences for the management of hypertension and to suggest a distinct frame of Korean nursing intervention method which is unique for the hypertensive patients by combining two hypertensive management systems originated from the Western type, "mainly classified by stage", and the Eastern type, "typically classified by form" as they are identified in the literature.

From the research literature including both domestic and foreign, this study identified that exuberance of Yang of the Liver form mainly appeared to the patient who is at a border hypertension or the first stage of hypertension, Deficiency of Yin of the

* Professor, Department of Nursing, Kyung Hee University

** Doctoral Course, Department of Nursing, Kyung Hee University

*** Master Course, Department of Nursing, Kyung Hee University

Liver and Kidneys form mostly appeared to the first stage and the second stage of Hypertension and Deficiency of the both of Yin and Yang form appeared to the third stage of Hypertension. These unifications of the types of Hypertension classified by stages and forms suggest the possibility not only of integration of the Eastern-western Medicine but also of establishment for the intervention of specific nursing management which is the united Eastern-western Nursing Science for the Hypertension.

Hence, the new frame for the nursing management of Hypertensive patient is suggested as follows :

- 1) In case of the exuberance of Yang of the Liver form, as classified by form which is categorized to the border Hypertension or the first stage of Hypertension, nursing intervention should include general therapy, cooking meal and neutral care to restrain the condition of the exuberance of Yang of the liver.
- 2) In case of the deficiency of Yin of the liver and the Kidneys form, as classified by form which is

categorized to the second stage of Hypertension, nursing intervention should include both the general and drug therapy and their use in combination with cooking meal and neural care to restrain the condition of the deficiency of Yin of the Liver and Kidneys.

- 3) In case of the deficiency of both of Yin and Yang form, as classified by form which is categorized to the third stage of Hypertension should include both the general therapy and drug therapy and their use in combination with cooking meal and neural care to restrain the condition of deficiency of the both of Yin and Yang

In addition, using this basic frame of Hypertensive management, a specific way of nursing intervention, which is suitable for exuberance of Yang of the Liver form, deficiency of Yin of the Liver and Kidneys form, and deficiency of both of the Yin and Yang form and classified by Korean herbal medicine related to hypertension, should be pursued continuously in the future.