

한·양방 협진에 관한 일반인들의 인식 조사

정연민 · 조성우

동의대학교 한의과대학 한방재활의학과교실

Survey on Perception Level of the East-West Collaborative Medical Practices among the General Public

Yeon-Min Jeong, K.M.D., Sung-Woo Cho, K.M.D.

Department of Korean Rehabilitation Medicine, College of Korean Medicine, Dong-eui University

RECEIVED September 19, 2018
ACCEPTED December 29, 2018

CORRESPONDING TO
Sung-Woo Cho, Department of
Korean Rehabilitation Medicine,
College of Korean Medicine, Dong-eui
University, 52-57 Yangjeong-ro,
Busanjin-gu, Busan 47227, Korea

TEL (051) 850-8671
FAX (051) 867-5162
E-mail luxy@daum.net

Copyright © 2019 The Society of
Korean Medicine Rehabilitation

Objectives The purpose of this survey was to investigate the using experiences and attitudes of general public toward the East-West collaborative medical practices (EWCMP).

Methods We selected objects in general public and structured questionnaires were administrated to both 295 offline participants and 795 online participants. The data was collected from 15 to 28 February 2016 and analyzed statistically by frequency, χ^2 cross-over analysis with SPSS software.

Results The total number of participants was 1,090 and 66.1% of them has heard but only 19.5% has ever used EWCMP. For participants who has used EWCMP, the decision to use it was made by themselves (53.2%), 44.0% of them was satisfied with EWCMP, 89.4% of them showed revisiting intention to EWCMP hospital, and 72.2% of them showed the intention to introduce EWCMP to others. And 52.3% of them were optimistic about the prospects of EWCMP, especially in the field of disease treatment (49.9%) and rehabilitation (20.6%). On the reasons for lack of development of EWCMP, 31.9% of them listed prejudices existing on both sides firstly (31.9%). Preferred type of EWCMP was to use both western and Korean medical treatment at the same weight (53.9%). To promote EWCMP, it is required to confirm the concept of collaborative medical practice to the medical professions and government authorities (29.5%).

Conclusions Considering low proportion of utilization and positive attitude toward the EWCMP among general populations, it is need to introduce or advertise EWCMP to them. (J Korean Med Rehabil 2019;29(1):41-61)

Key words Integrative medicine, Survey research, Korean Medicine

서론»»»»

우리나라의 의료 제도는 1951년 의료법의 제정 이후 줄곧 전통의학인 한방과 서양에서 유입된 현대의학인 양방이 공존하는 이원화 체계를 유지해 오고 있다. 이러한 의료 제도는 국민들의 의료선택권을 넓히고 다양한 의료를 접하게 할 수 있다는 긍정적인 측면도 있지만, 중복 진료로 인한 시간적·경제적 손실, 한약과 양약의 무분별

한 병용, 그리고 두 의료 영역 간의 불신 초래 등의 부정적인 측면도 있다¹⁾. 이로 인해 한·양방의 특징과 장점을 잘 결합하여 국민의 건강 증진을 도모하고 경쟁력 있는 신의료체계를 구축하기 위한 한·양방 협진의 필요성이 꾸준히 제기되어 왔고²⁾, 이러한 요구에 따라 정부는 국가적 차원에서 한·양방 협진을 활성화하기 위해 2009년 1월 의료법을 개정하여 병원급 의료 기관에서의 협진이 제도적으로 가능하게 하였으며³⁾, 2010년에는 국립의료 기관

중 처음으로 부산대학교 내에 한방병원을 개원하고 정책적으로 한·양방 협진을 실시하도록 하고 있다.

국내외적으로도 인구구조의 노령화, 만성퇴행성 질환의 증가, 서양 의학적 접근 방법의 한계, World Health Organization (WHO) 등이 중심이 된 전통의료의 효용성에 대한 국제적 관심의 고조 등으로 인한 보건의료 환경의 변화에서 한방 의료의 가치와 중요성을 새롭게 인식하는 분위기가 조성되어 한·양방 협진은 양적으로 증대되어 왔고 더불어 이에 관한 연구들도 1990년대부터 협진 시행 초기인 2010년에 이르기까지 꾸준히 이루어져 왔지만, 주로 정책 측면에서의 이론적 고찰이나 협진 병원에 대한 분석, 이해 당사자인 기존 의료인 및 예비 의료인 대학생 등을 대상으로 한 연구들이 수행되어 왔다⁴⁾. 특히 협진의 핵심 주체인 의사와 한의사 간의 협진에 대한 인식과 태도를 비교하는 방식이 주요한 이슈로 다루어져 온 반면, 또 다른 한 축이 되는 객체이자 의료소비자인 일반인들의 의견은 그다지 고려되지 못하였다⁵⁾.

현재까지 한·양방 협진에 대한 일반인의 태도나 의식을 조사한 것으로는 Goo 등⁴⁾의 연구, Jeong 등⁵⁾의 연구, Yoon과 Kim⁶⁾의 연구, Yoo⁷⁾의 연구, Kim⁸⁾의 연구, Kim⁹⁾의 연구, Kang¹⁰⁾의 연구가 있다. 이 중 일부 연구는 현재의 협진에 대한 태도나 의식을 파악하기에 비교적 오래되었으며^{6,9)}, 한·양방 협진 의료 기관을 방문한 환자만을 대상으로 한 연구^{6,8,9)}에서는 일반인의 태도를 반영하기에 다소 한계가 있었다. Kang¹⁰⁾의 연구는 일반 주민들을 조사하였지만, 그중에서도 의료 이용자인 환자만을 대상으로 하고 있어 현재 질병이 없는 잠재적 의료 이용자의 의견을 반영하기에는 어려움이 있었다. Goo 등⁴⁾의 연구에서는 전라남도 광주광역시에 위치한 4개 직장의 생산직 또는 행정직 근무자를 연구 대상으로 하고 있으며, Jeong 등⁵⁾의 연구에서도 부산 P대학병원 외래를 방문한 의료 이용자와 응급처치 교육과정에 참여한 의료 이용 가능성이 있는 자들을 대상으로 선정하고 있어 일반인들의 특성과 인식을 온전히 파악하는 데 한계가 있었다. 또한 대부분의 연구가 제도 도입 초기인 2010년 전후에 집중되어 있어 제도 시행 이후 협진의 실제적인 효과나 의료소비자의 평가 등에 대한 현황은 거의 파악되지 않고 있다.

본 연구에서는 이러한 기존 연구의 제한점을 고려하여 의료 이용자인 환자와 잠재적 의료 이용자, 특정 병원 이용자나 특정 직종 종사자 등 대상에 아무런 구분을 두지

않고 모든 일반인을 무작위로 연구 대상에 선정하였다. 이를 통해 본격적인 협진 제도 시행 6년이 지난 지금 일반 국민들의 협진 이용 현황 및 인식 정도와 의견을 조사 분석하여, 향후 관련 정책을 수립하거나 바람직한 협진 모델을 연구하는 데 기초 자료로 제공하고자 하였다.

대상 및 방법»»»»

1. 연구 대상

본 연구에서는 현재 의료 이용자와 의료 이용 가능성이 있는 대상자, 협진 병원 이용 유경험자와 무경험자, 특정 직종 종사자 등 대상자에 아무런 구분을 두지 않고 전체 일반 국민들을 무작위로 대상자에 선정하였다. 그러한 만큼 조사의 유의성을 높이기 위해 최대한 많은 대상자를 확보하고자 노력하였으며, 조사에 참여한 일반인은 모두 1,090명이었다. 본 연구는 동일한 설문 양식(Appendix I)을 이용한 온라인 조사와 오프라인 설문조사의 두 가지 방법으로 행해졌으며, 설문조사 기간은 2016년 2월 15일~2월 28일까지 약 2주간 실시되었다.

온라인 설문조사는 오프라인 설문지와 동일한 양식을 이용하였으며, 네이버 오피스의 네이버 폼 서비스(<http://me2.do/GhXqxQlc>)를 통해 배포되고 수집되었다. 온라인 조사는 주로 Social Network Service (Facebook, Instagram, Kakaostory) 등을 통해 홍보하였으며, 포털사이트 네이버(Naver)와 다음(Daum)의 회원 수가 많은 Cafe를 중심으로 조사 목적을 설명한 소개 글 게시를 통한 방법으로도 대상자를 모집하였다.

오프라인 설문조사는 스마트폰과 인터넷 활용도가 떨어지는 대상자 군을 위해 보완적으로 실시되었으며 연구자가 직접 유동인구가 많은 서면~범일동, 광안리~수영, 연산동~시청, 동래~명륜동, 중앙동~남포동 등의 부산 시내 지역에서 일반인들에게 설문조사의 목적을 간략히 설명하고 구두동의를 받은 후 본인이 현장에서 설문지를 작성하도록 하였으며 작성된 조사지는 바로 회수하였다. 전체 조사자 1,090명 중 온라인 설문은 795명, 오프라인 설문은 295명이었다.

2. 연구 도구

본 연구에 사용한 도구는 자가기입방식 설문지이며 Goo 등⁴⁾의 연구, Jeong 등⁵⁾의 연구, Song 등¹¹⁾의 연구에서 사용된 선행연구 도구들을 수정 보완하여 설문지를 개발하였다. 사용된 설문지의 내용은 크게 연구 대상자의 인구통계학적인 특성 8개 문항과 한·양방 협진에 관련된 이용 경험 7개 문항, 태도 6개 문항의 세 가지로 구성하였다.

구체적인 설문 내용 중 연구 대상자의 일반적 특성은 성별, 연령, 결혼 상태, 최종 학력, 직종, 건강 상태, 일차 방문 의료 기관, 진단 받은 질병 등이었다. 한·양방 협진 이용 경험과 관련 특성은 협진 용어 인지와 협진 이용 경험 등 2개 문항, 협진 이용 경험이 있는 경우 협진 이용시기, 협진 만족도, 협진 재이용 의사, 협진 소개 의향 등 3개 문항, 협진 이용 경험이 없는 경우 협진을 이용하지 않은 이유 1개 문항이었다. 한·양방 협진에 대한 태도는 협진 활성화 전망, 협진 비활성화의 문제점, 협진으로 효과가 기대되는 분야, 선호하는 협진 유형, 협진에서 강화되었으면 하는 한방 치료 분야, 의료계와 정부의 추진 과제 등 6개 문항이었다.

3. 자료 분석 방법

수집된 자료는 데이터 코딩 후 SPSS software for windows, version 18.0 통계프로그램(IBM Corp., Armonk, NY, USA)에 입력하여 분석하였으며, 설문지의 구성이 이용 경험과 태도에 대한 조사를 위주로 한 내용이므로 빈도분석, 교차분석 등의 통계 방법을 이용하였다. 특히 일반인들을 연구 대상으로 한 만큼 본 조사의 독립변인 가운데 조사 대상자의 일반적 특성에 따른 이용 경험과 태도의 차이를 분석하는 데 초점을 맞추었으며, Chi-Square test를 실시하여 교차분석하였고 양측 검정하였다.

결과»»»»»

1. 조사 대상자의 일반적 특성

조사 대상자의 일반적 특성은 다음과 같다(Table I). 전체 대상자의 성별은 ‘남성’이 51.2%였고, 연령은 ‘30대’가

40.7%로 가장 많았다. 결혼 상태는 ‘기혼자’가 69.0%였고, 최종 학력은 ‘대졸자’가 61.4%로 가장 많았다. 직업은 직장에서 근무 중인 ‘근로소득자’가 50.5%로 가장 많았고, 자신의 평소 건강 상태가 ‘건강한 편’이라고 생각하는 사람이 33.3%, ‘보통이다’라고 생각하는 사람이 51.7%를 차지

Table I. General Characteristics of Respondents

Characteristics	Categories	Frequency	%
Gender	Male	558	51.2
	Female	532	48.8
Age (years)	18-29	136	12.5
	30-39	444	40.7
	40-49	209	19.2
	50-59	214	19.6
	≥60	87	8.0
Marital status	Single	338	31.0
	Married	752	69.0
Highest level of education	≤Middle school	34	3.1
	High school	288	26.4
	College	669	61.4
	Master, Doctor	99	9.1
Job	Salaried worker	550	50.5
	Owner-operator	238	21.8
	Financial and rental income earners	14	1.3
	Public officer, Soldier	31	2.8
	Student	33	3.0
	Homemaker, Job applicants	162	14.9
	Other	62	5.7
	Health status	Very healthy	66
Healthy	363	33.3	
Normal	564	51.7	
Unhealthy	94	8.6	
Very unhealthy	3	0.3	
Medical facilities preferred	General hospital	232	21.3
	Hospital and clinic	736	67.5
	Cooperative hospital	21	1.9
	Korean Medicine clinic and hospital	97	8.9
	Public health center	4	0.4
Present illness	No	531	48.7
	Yes	559	51.3

했다. 일차적으로 선호하는 의료 기관은 ‘병·의원’이 67.5%로 가장 많았으며 ‘종합병원’이 21.3%로 그 다음이었다. 평소 앓고 있는 질환은 ‘없다’는 사람이 48.7%로 가장 많았으나 질환이 있는 사람들은 ‘소화기계 질환’ 14.0%, ‘고혈압’ 12.2%, ‘근골격계 질환’ 10.6% 등의 순서로 나타났다.

2. 조사 대상자의 한·양방 협진 이용 경험

조사 대상자의 한·양방 협진 이용 경험은 다음과 같다(Table II). 조사 대상자 중에서 한·양방 협진에 대해 들어본 경험이 있는 경우는 66.1%였으나 실제 이용한 경험이 있는 경우는 19.5%에 불과하였다. 이용 경험이 있는 사람 중 한·양방 협진을 받은 계기는 ‘스스로 필요하다고 생각해서’가 53.2%이며, ‘의료인이 소개해 주어서’ 협진을 받은 경우는 6.0%에 불과하였다. 한·양방 협진에 있어서 만족도는 ‘만족함’이 44.0%였고, 재이용 의사가 있는 사람은 89.4%였으며, 타인에게 권유 의사가 있는 사람은 72.2%였다. 한편 한·양방 협진을 이용한 경험이 없는 경우 그 이유는 ‘협진에 대해 잘 몰라서’가 33.8%로 가장 많았고, 그 다음으로 ‘건강상의 문제가 없어서’가 33.6%, ‘협진을 하는 병원이 없어서’가 24.7%를 차지하였다.

조사 대상자의 일반적 특성에 따른 한·양방 협진 이용 경험에 대한 결과는 다음과 같다(Table III). 통계학적으로 유의한 사항만 기술하면 대상자의 특성별 차이에 있어 성별로는 ‘남자’ 61.3%, ‘여자’ 71.1%로 ‘여자’의 응답률이 높았다($p=0.001$). 연령별로는 ‘60세 이상’이 78.2%로 가장 높은 응답률을 보였으며, 다음으로 ‘50~59세’ 군이 78.0%, ‘40~49세’ 군이 71.8%, ‘30~39세’ 군이 61.7%, ‘18~29세’ 군이 44.9% 순으로 연령이 높을수록 응답률이 높았다($p<0.001$). 결혼 상태별로는 ‘기혼자’가 70.9%로 ‘미혼자’ 55.3%보다 높았으며($p<0.001$), 최종 학력별로는 ‘석·박사’ 군에서 76.8% ($p=0.018$)로 가장 높았다. 선호하는 의료 기관별로는 ‘협진 병원’ 군이 90.5%로 가장 높은 응답률을 보였으며, 다음으로 ‘한의원과 한방병원’ 군에서 85.6% 순이었다($p<0.001$). 질병유무별로는 평소 앓고 있는 질환이 있는 군에서 70.8%로 질환이 없는 군 61.0%보다 높았다($p=0.001$). 기타 직종($p=0.120$) 및 평소 건강 상태($p=0.362$)는 통계적으로 유의하지 않았다.

조사 대상자의 일반적 특성에 따라 한·양방 협진을 이용해 본 적이 있는가에 대한 결과는 연령별로는 ‘60세

이상’에서 42.5%로 가장 높았고, 다음으로 ‘50~59세’ 군 33.6%, ‘40~49세’ 군이 19.1%, ‘30~39세’ 군이 11.9%, ‘18~29세’ 군이 8.1% 순으로 연령이 높을수록 응답률이 높았다($p<0.001$). 결혼 상태별로는 ‘기혼자’가 22.5%로 ‘미

Table II. Experiences of Respondents toward East-West Collaborative Medical Practices (EWCMP)

Categories	Frequency	%
Familiarity		
Yes	720	66.1
No	370	33.9
Experience		
Yes	213	19.5
No	877	80.5
EWCMP user		
Motive		
Own volition	115	53.2
Introduction of surrounding people	36	16.7
Mere chance visit	52	24.1
Introduction of medical personnel	13	6.0
Satisfaction		
Satisfied	95	44.0
Neutral	117	54.2
Not satisfied	6	2.8
Reuse opinion		
Yes	193	89.4
No	23	10.6
Recommendation opinion		
Yes	156	72.2
Indifferent	48	22.2
No	12	5.6
EWCMP nonuser		
Non use factor		
No health problems	294	33.6
Unfamiliarity	295	33.8
No EWCMP hospital	216	24.7
Red-tape formalities	3	0.3
High cost	7	0.8
Long waiting time	5	0.6
Poor curative effect	9	1.0
Poor facilities	2	0.2
Other	43	4.9

혼자' 13.0%보다 높았으며(p<0.001), 최종 학력별로는 '중졸 이하' 군에서 55.9%로 가장 높았다(p<0.001). 평소 건강 상태별로는 '매우 나쁘다' 군에서 100%로 가장 높았고(p<0.001), 선호하는 의료 기관별로는 '협진 병원' 군이 57.1%로 가장 높았다(p<0.001). 질병유무별로는 평소 앓

고 있는 질환이 있는 군에서 23.8%로 질환이 없는 군 15.1%보다 높았다(p<0.001). 기타 성별(p=0.219) 및 직종(p=0.179)은 다소 군별 차이는 있었으나 통계적으로 유의하지 않았다.

Table III. Experiences toward East-West Collaborative Medical Practices (EWCMP) Based on General Characteristics

Characteristics	Categories	Familiarity		Experience	
		Yes	No	Yes	No
Gender	Male	342 (61.3)	216 (38.7)	101 (18.1)	457 (81.9)
	Female	378 (71.1) [†]	154 (28.9)	112 (21.1)	420 (78.9)
Age (years)	18-29	61 (44.9)	75 (55.1)	11 (8.1)	125 (91.9)
	30-39	274 (61.7)	170 (38.3)	53 (11.9)	391 (88.1)
	40-49	150 (71.8)	59 (28.2)	40 (19.1)	169 (80.9)
	50-59	167 (78.0)	47 (22.0)	72 (33.6)	142 (66.4)
	≥60	68 (78.2) [†]	19 (21.8)	37 (42.5) [†]	50 (57.5)
Marital status	Single	187 (55.3)	151 (44.7)	44 (13.0)	294 (87.0)
	Married	533 (70.9) [†]	219 (29.1)	169 (22.5) [†]	583 (77.5)
Highest level of education	≤Middle school	25 (73.5)	9 (26.5)	19 (55.9) [†]	15 (44.1)
	High school	174 (60.4)	114 (39.6)	66 (22.9)	222 (77.1)
	College	445 (66.5)	224 (33.5)	107 (16.0)	562 (84.0)
	Master, Doctor	76 (76.8) [*]	23 (23.2)	21 (21.2)	78 (78.8)
Job	Salaried worker	361 (65.6)	189 (34.4)	111 (20.2)	439 (79.8)
	Owner-operator	158 (66.4)	80 (33.6)	49 (20.6)	189 (79.4)
	Financial and rental income earners	10 (71.4)	4 (28.6)	5 (35.7)	9 (64.3)
	Public officer, Soldier	23 (74.2)	8 (25.8)	7 (22.6)	24 (77.4)
	Student	14 (42.4)	19 (57.6)	3 (9.1)	30 (90.9)
	Homemaker, Job applicants	111 (68.5)	51 (31.5)	23 (14.2)	139 (85.8)
	Other	43 (69.4)	19 (30.6)	15 (24.2)	47 (75.8)
	Health status	Very healthy	39 (59.1)	27 (40.9)	18 (27.3)
Healthy	234 (64.5)	129 (35.5)	65 (17.9)	298 (82.1)	
Normal	378 (67.0)	186 (33.0)	110 (19.5)	454 (80.5)	
Unhealthy	66 (70.2)	28 (29.8)	17 (18.1)	77 (81.9)	
Very Unhealthy	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0) [†]	0 (0.0)	
Medical facilities preferred	General hospital	133 (57.3)	99 (42.7)	45 (19.4)	187 (80.6)
	Hospital and clinic	483 (65.6)	253 (34.4)	121 (16.4)	615 (83.6)
	Cooperative hospital	19 (90.5) [†]	2 (9.5)	12 (57.1) [†]	9 (42.9)
	Korean medicine clinic and hospital	83 (85.6)	14 (14.4)	33 (34.0)	64 (66.0)
	Public health center	2 (50.0)	2 (50.0)	2 (50.0)	2 (50.0)
Present illness	No	396 (70.8) [†]	163 (29.2)	133 (23.8) [†]	426 (76.2)
	Yes	324 (61.0)	207 (39.0)	80 (15.1)	451 (84.9)

Values are presented as n (%).
*p<0.05. †p<0.01.

3. 조사 대상자의 한·양방 협진에 대한 태도

조사 대상자의 한·양방 협진에 대한 태도는 다음과 같다(Table IV). 한·양방 협진의 향후 활성화 전망에 대해서는 긍정적인 의견이 52.3%로 부정적인 의견 12.6%보다 훨씬 많았고, 만약 활성화되지 않는다면 '의사와 한의사의 편견' 때문일 것이라는 응답이 31.9%였다. 한·양방 협진으로 효과가 기대되는 분야에 대해서는 '치료 분야'가 49.9%, 다음으로 '재활 분야'가 20.6%를 차지하였다. 선호하는 한·양방 협진 형태는 '한방과 양방이 대등하게 결합된 형태'가 53.9%로 과반수를 차지하였으며, 다음으로는 양방 위주에 한방이 보조하는 형태가 29.9%였다. 협진 과정 중에서 더욱 강화되었으면 하는 한방 치료는 '침 치료'가 33.8%로 가장 많았고, 한·양방 협진에서 정부와 의료계가 추진해야 될 과제는 '협진에 대한 명확한 개념 정립'이 29.5%, '협진에 대한 표준 진료 지침 개발'이 20.5%, '한의학의 과학적 표준화와 객관화'가 17.9% 순이었다.

조사 대상자의 성별에 따른 한·양방 협진에 대한 태도는 다음과 같다(Table V). 협진 활성화의 향후 전망에 대해서는 여자(49.2%)가 남자(37.3%)보다 긍정적으로 응답한 비율이 높았다($p < 0.001$). 협진이 향후 비활성화된다면 그 문제점은 무엇인가에 대해서는 여자(33.8%)가 남자(30.1%)보다 '의사와 한의사의 편견' 때문이라고 응답한 비율이 높았고($p = 0.031$), 협진이 가장 도움이 되는 분야에 대해서는 여자(52.1%)가 남자(47.8%)보다 '치료 분야'라고 응답한 비율이 높았다($p < 0.001$). 바람직한 협진 모델에 대해서는 여자(60.5%)가 남자(47.7%)보다 '한방과 양방이 동등하게 결합된 형태'라고 응답한 비율이 높았고($p < 0.001$), 협진 과정 중 더욱 강화되었으면 하는 한방 치료에 대해서는 남자(38.0%)가 여자(29.3%)보다 '침 치료'라고 응답한 비율이 높았으며($p < 0.001$), 협진 활성화를 위한 의료계와 정부의 과제에 대해서는 여자(29.7%)가 남자(29.4%)보다 '협진에 대한 명확한 개념 정립'이라고 응답한 비율이 높았다($p = 0.035$).

조사 대상자의 연령에 따른 한·양방 협진에 대한 태도는 다음과 같다(Table VI). 협진 활성화에 대한 향후 전망은 60대 이상(59.8%)에서 긍정적으로 응답한 비율이 가장 높았고, 50~59세(53.7%), 40~49세(49.3%)의 순서였으며, 18~29세와 30~39세에서는 '보통이다'라고 응답한 비율이 가장 높았다($p < 0.001$). 협진이 향후 비활성화

된다면 그 문제점은 무엇인가에 대해서는 60대 이상(47.1%)에 '의사와 한의사의 편견' 때문이라고 응답한 비율이 가장 높았고 50~59세(41.1%), 40~49세(39.2%)의 순서였으며, 30~39세에서는 '질병에 대한 접근 방법의 차이' 때문이라고 응답한 비율(29.1%)이 가장 높았고, 18~29세에서는 '정보와 홍보의 부족' 때문이라고 응답한 비율이 가장 높았다($p < 0.001$). 협진이 가장 도움이 되는 분야에 대해서는 40~49세(63.2%)에서 '치료 분야'라고 응답한 비율이 높았고($p < 0.001$), 바람직한 협진 모델에 대해서는 60대 이상(66.7%)에서 '한방과 양방이 동등하게 결합된 형태'라고 응답한 비율이 높았으며($p = 0.019$), 협진 과정 중 더욱 강화되었으면 하는 한방 치료에 대해서는 60대 이상(44.8%)에서 '침 치료'라고 응답한 비율이 높았다($p = 0.004$). 대상자의 연령과 협진 활성화를 위한 의료계와 정부의 과제는 다소 군별 차이는 있었으나 통계적으로 유의하지 않았다($p = 0.232$).

조사 대상자의 결혼 상태에 따른 한·양방 협진에 대한 태도는 다음과 같다(Table VII). 협진 활성화에 대한 향후 전망은 기혼자의 경우 긍정적으로 응답한 비율(45.5%)이 가장 높았으나, 미혼자의 경우 중립적으로 응답한 비율(43.2%)이 가장 높았다($p = 0.005$). 협진이 향후 비활성화된다면 그 문제점은 무엇인가에 대해서는 기혼자의 경우 '의사와 한의사의 편견' 때문이라고 응답한 비율(36.8%)이 가장 높았으나, 미혼자의 경우 '정보와 홍보의 부족' 때문이라고 응답한 비율(33.1%)이 가장 높았다($p < 0.001$). 협진이 가장 도움이 되는 분야에 대해서는 기혼자(55.2%)가 미혼자(38.2%)보다 '치료 분야'라고 응답한 비율이 높았고($p < 0.001$), 협진 활성화를 위한 의료계와 정부의 과제에 대해서는 미혼자(34.0%)가 기혼자(27.5%)보다 '협진에 대한 명확한 개념 정립'이라고 응답한 비율이 높았다($p = 0.036$). 기타 바람직한 협진 모델($p = 0.106$) 및 협진 과정 중 더욱 강화되었으면 하는 한방 치료($p = 0.495$)는 다소 군별 차이는 있었으나 통계적으로 유의하지 않았다.

조사 대상자의 최종 학력에 따른 한·양방 협진에 대한 태도는 다음과 같다(Table VIII). 협진 활성화에 대한 향후 전망은 중졸 이하(61.8%)에서 긍정적으로 응답한 비율이 가장 높았으며, 고졸(44.4%), 대졸(42.0%), 석·박사(40.4%)의 순서였다($p = 0.006$). 협진이 향후 비활성화된다면 그 문제점은 무엇인가에 대해서는 중졸 이하(44.1%)에서 '의사와 한의사의 편견' 때문이라고 응답한 비율이 높았고

Table IV. Attitudes of Respondents toward East-West Collaborative Medical Practices (EWCMP)

Categories	Frequency	%
Activation prospect		
Very positive	100	9.2
Positive	470	43.1
Neutral	383	35.1
Negative	102	9.4
Very negative	35	3.2
Problem of inactivation		
Prejudice between MD and KMD	348	31.9
Difference in approach to disease	267	24.5
Incompletion of law and system	143	13.1
Lack of information and advertisement	288	26.4
Other	44	4.0
Helpful field		
Prevention	97	8.9
Diagnosis	61	5.6
Treatment	544	49.9
Rehabilitation	225	20.6
Uselessness	30	2.8
Indifference	133	12.2
Preference form		
WM dominant-KM complementary	326	29.9
KM dominant-WM complementary	50	4.6
WM=KM	588	53.9
Prefer current dual system	126	11.6
Korean medical treatment field to focus		
Acupuncture	368	33.8
Moxibustion	64	5.9
Herbal medicine treatment	194	17.8
Physical therapy	236	21.7
Chuna	89	8.2
Herbal acupuncture	51	4.7
KM special care	88	8.1
Task of government and medical world		
Clear concept establishment	322	29.5
Critical pathway development	223	20.5
Scientific Standardization of KM	195	17.9
Unify name of disease and diagnosis	101	9.3
Open curriculum between WM and KM	45	4.1
Support cooperation study	140	12.8
Make statistics of disease that meet international criteria	19	1.7
Other	45	4.1

MD: Medical Doctor, KMD: Korean Medical Doctor, WM: Western Medicine, KM: Korean Medicine.

Table V. Attitudes toward East-West Collaborative Medical Practices (EWCMP) Based on Gender

Categories	Total	Gender	
		Male	Female
Activation prospect			
Very positive	100 (9,2)	65 (11,6)	35 (6,6)
Positive	470 (43,1)	208 (37,3)	262 (49,2) ⁺
Neutral	383 (35,1)	197 (35,3)	186 (35,0)
Negative	102 (9,4)	59 (10,6)	43 (8,1)
Very negative	35 (3,2)	29 (5,2)	6 (1,1)
Problem of inactivation			
Prejudice between MD and KMD	348 (31,9)	168 (30,1)	180 (33,8) ⁺
Difference in approach to disease	267 (24,5)	121 (21,7)	146 (27,4)
Incompletion of law and system	143 (13,1)	81 (14,5)	62 (11,7)
Lack of information and advertisement	288 (26,4)	162 (29,0)	126 (23,7)
Other	44 (4,0)	26 (4,7)	18 (3,4)
Helpful field			
Prevention	97 (8,9)	56 (10,0)	41 (7,7)
Diagnosis	61 (5,6)	28 (5,0)	33 (6,2)
Treatment	544 (49,9)	267 (47,8)	277 (52,1) ⁺
Rehabilitation	225 (20,6)	98 (17,6)	127 (23,9)
Uselessness	30 (2,8)	27 (4,8)	3 (0,6)
Indifference	133 (12,2)	82 (14,7)	51 (9,6)
Preference form			
WM dominant-KM complementary	326 (29,9)	185 (33,2)	141 (26,5)
KM dominant-WM complementary	50 (4,6)	35 (6,3)	15 (2,8)
WM=KM	588 (53,9)	266 (47,7)	322 (60,5) ⁺
Prefer current dual system	126 (11,6)	72 (12,9)	54 (10,2)
Korean medical treatment field to focus			
Acupuncture	368 (33,8)	212 (38,0) ⁺	156 (29,3)
Moxibustion	64 (5,9)	30 (5,4)	34 (6,4)
Herbal medicine treatment	194 (17,8)	115 (20,6)	79 (14,8)
Physical therapy	236 (21,7)	100 (17,9)	136 (25,6)
Chuna	89 (8,2)	34 (6,1)	55 (10,3)
Herbal acupuncture	51 (4,7)	21 (3,8)	30 (5,6)
KM special care	88 (8,1)	46 (8,2)	42 (7,9)
Task of government and medical world			
Clear concept establishment	322 (29,5)	164 (29,4)	158 (29,7) ⁺
Critical pathway development	223 (20,5)	110 (19,7)	113 (21,2)
Scientific Standardization of KM	195 (17,9)	109 (19,5)	86 (16,2)
Unify name of disease and diagnosis	101 (9,3)	47 (8,4)	54 (10,2)
Open curriculum between WM and KM	45 (4,1)	24 (4,3)	21 (3,9)
Support cooperation study	140 (12,8)	60 (10,8)	80 (15,0)
Make statistics of disease that meet international criteria	19 (1,7)	14 (2,5)	5 (0,9)
Other	45 (4,1)	30 (5,4)	15 (2,8)

Values are presented as n (%).

MD: Medical Doctor, KMD: Korean Medical Doctor, WM: Western Medicine, KM: Korean Medicine.

^{*}p<0,05. ⁺p<0,01.

Table VI. Attitudes toward East-West Collaborative Medical Practices (EWCMP) Based on Age

Categories	Total	Age (years)				
		18-29	30-39	40-49	50-59	≥60
Activation prospect						
Very positive	100 (9,2)	13 (9,6)	36 (8,1)	15 (7,2)	32 (15,0)	4 (4,6)
Positive	470 (43,1)	56 (41,2)	144 (32,4)	103 (49,3)	115 (53,7)	52 (9,8) ⁺
Neutral	383 (35,1)	57 (41,9)	198 (44,6)	60 (28,7)	48 (22,4)	20 (23,0)
Negative	102 (9,4)	9 (6,6)	47 (10,6)	24 (11,5)	12 (5,6)	10 (11,5)
Very negative	35 (3,2)	1 (0,7)	19 (4,3)	7 (3,3)	7 (3,3)	1 (1,1)
Problem of inactivation						
Prejudice between MD and KMD	348 (31,9)	20 (14,7)	117 (26,4)	82 (39,2)	88 (41,1)	41 (47,1) ⁺
Difference in approach to disease	267 (24,5)	47 (34,6)	129 (29,1)	41 (19,6)	35 (16,4)	15 (17,2)
Incompletion of law and system	143 (13,1)	8 (5,9)	66 (14,9)	29 (13,9)	30 (14,0)	10 (11,5)
Lack of information and advertisement	288 (26,4)	52 (38,2)	117 (26,4)	52 (24,9)	47 (22,0)	20 (23,0)
Other	44 (4,0)	9 (6,6)	15 (3,4)	5 (2,4)	14 (6,5)	1 (1,1)
Helpful field						
Prevention	97 (8,9)	15 (11,0)	46 (10,4)	10 (4,8)	21 (9,8)	5 (5,7)
Diagnosis	61 (5,6)	10 (7,4)	30 (6,8)	8 (3,8)	7 (3,3)	6 (6,9)
Treatment	544 (49,9)	46 (33,8)	199 (44,8)	132 (63,2) ⁺	118 (55,1)	49 (56,3)
Rehabilitation	225 (20,6)	37 (27,2)	93 (20,9)	31 (14,8)	45 (21,0)	19 (21,8)
Uselessness	30 (2,8)	1 (0,7)	17 (3,8)	7 (3,3)	5 (2,3)	0 (0,0)
Indifference	133 (12,2)	27 (19,9)	59 (13,3)	21 (10,0)	18 (8,4)	8 (9,2)
Preference form						
WM dominant-KM complementary	326 (29,9)	47 (34,6)	155 (34,9)	56 (26,8)	48 (22,4)	20 (23,0)
KM dominant-WM complementary	50 (4,6)	5 (3,7)	21 (4,7)	11 (5,3)	11 (5,1)	2 (2,3)
WM=KM	588 (53,9)	63 (46,3)	218 (49,1)	122 (58,4)	127 (59,3)	58 (66,7) ⁺
Prefer current dual system	126 (11,6)	21 (15,4)	50 (11,3)	20 (9,6)	28 (13,1)	7 (8,0)
Korean medical treatment field to focus						
Acupuncture	368 (33,8)	39 (28,7)	146 (32,9)	77 (36,8)	67 (31,3)	39 (44,8) ⁺
Moxibustion	64 (5,9)	12 (8,8)	22 (5,0)	7 (3,3)	21 (9,8)	2 (2,3)
Herbal medicine treatment	194 (17,8)	22 (16,2)	97 (21,8)	33 (15,8)	25 (11,7)	17 (19,5)
Physical therapy	236 (21,7)	30 (22,1)	92 (20,7)	49 (23,4)	54 (25,2)	11 (12,6)
Chuna	89 (8,2)	12 (8,8)	42 (9,5)	17 (8,1)	12 (5,6)	6 (6,9)
Herbal acupuncture	51 (4,7)	4 (2,9)	16 (3,6)	13 (6,2)	13 (6,1)	5 (5,7)
KM special care	88 (8,1)	17 (12,5)	29 (6,5)	13 (6,2)	22 (10,3)	7 (8,0)
Task of government and medical world						
Clear concept establishment	322 (29,5)	50 (36,8)	127 (28,6)	71 (34,0)	49 (22,9)	25 (28,7)
Critical pathway development	223 (20,5)	23 (16,9)	80 (18,0)	45 (21,5)	49 (22,9)	26 (29,9)
Scientific Standardization of KM	195 (17,9)	19 (14,0)	84 (18,9)	40 (19,1)	42 (19,6)	10 (11,5)
Unify name of disease and diagnosis	101 (9,3)	14 (10,3)	38 (8,6)	16 (7,7)	27 (12,6)	6 (6,9)
Open curriculum between WM and KM	45 (4,1)	4 (2,9)	20 (4,5)	9 (4,3)	7 (3,3)	5 (5,7)
Support cooperation study	140 (12,8)	20 (14,7)	65 (14,6)	18 (8,6)	26 (12,1)	11 (12,6)
Make statistics of disease that meet international criteria	19 (1,7)	3 (2,2)	9 (2,0)	3 (1,4)	2 (0,9)	2 (2,3)
Other	45 (4,1)	3 (2,2)	21 (4,7)	7 (3,3)	12 (5,6)	2 (2,3)

Values are presented as n (%).

MD: Medical Doctor, KMD: Korean Medical Doctor, WM: Western Medicine, KM: Korean Medicine.

*p<0,05. ⁺p<0,01.

Table VII. Attitudes toward East-West Collaborative Medical Practices (EWCMP) Based on Marital Status

Categories	Total	Marital status	
		Single	Married
Activation prospect			
Very positive	100 (9,2)	28 (8,3)	72 (9,6)
Positive	470 (43,1)	128 (37,9)	342 (45,5) ⁺
Neutral	383 (35,1)	146 (43,2)	237 (31,5)
Negative	102 (9,4)	29 (8,6)	73 (9,7)
Very Negative	35 (3,2)	7 (2,1)	28 (3,7)
Problem of inactivation			
Prejudice between MD and KMD	348 (31,9)	71 (21,0)	277 (36,8) ⁺
Difference in approach to disease	267 (24,5)	95 (28,1)	172 (22,9)
Incompletion of law and system	143 (13,1)	44 (13,0)	99 (13,2)
Lack of information and advertisement	288 (26,4)	112 (33,1)	176 (23,4)
Other	44 (4,0)	16 (4,7)	28 (3,7)
Helpful field			
Prevention	97 (8,9)	30 (8,9)	67 (8,9)
Diagnosis	61 (5,6)	28 (8,3)	33 (4,4)
Treatment	544 (49,9)	129 (38,2)	415 (55,2) ⁺
Rehabilitation	225 (20,6)	75 (22,2)	150 (19,9)
Uselessness	30 (2,8)	7 (2,1)	23 (3,1)
Indifference	133 (12,2)	69 (20,4)	64 (8,5)
Preference form			
WM dominant-KM complementary	326 (29,9)	112 (33,1)	214 (28,5)
KM dominant-WM complementary	50 (4,6)	20 (5,9)	30 (4,0)
WM=KM	588 (53,9)	165 (48,8)	423 (56,3)
Prefer current dual system	126 (11,6)	41 (12,1)	85 (11,3)
Korean medical treatment field to focus			
Acupuncture	368 (33,8)	113 (33,4)	255 (33,9)
Moxibustion	64 (5,9)	21 (6,2)	43 (5,7)
Herbal medicine treatment	194 (17,8)	67 (19,8)	127 (16,9)
Physical therapy	236 (21,7)	64 (18,9)	172 (22,9)
Chuna	89 (8,2)	27 (8,0)	62 (8,2)
Herbal acupuncture	51 (4,7)	13 (3,8)	38 (5,1)
KM special care	88 (8,1)	33 (9,8)	55 (7,3)
Task of government and medical world			
Clear concept establishment	322 (29,5)	115 (34,0) [*]	207 (27,5)
Critical pathway development	223 (20,5)	62 (18,3)	161 (21,4)
Scientific standardization of KM	195 (17,9)	48 (14,2)	147 (19,5)
Unify name of disease and diagnosis	101 (9,3)	24 (7,1)	77 (10,2)
Open curriculum between WM and KM	45 (4,1)	15 (4,4)	30 (4,0)
Support cooperation study	140 (12,8)	51 (15,1)	89 (11,8)
Make statistics of disease that meet international criteria	19 (1,7)	9 (2,7)	10 (1,3)
Other	45 (4,1)	14 (4,1)	31 (4,1)

Values are presented as n (%).

MD: Medical Doctor, KMD: Korean Medical Doctor, WM: Western Medicine, KM: Korean Medicine.

^{*}p<0,05. ⁺p<0,01.

Table VIII. Attitudes toward East-West Collaborative Medical Practices (EWCMP) Based on Highest Level of Education

Categories	Total	Highest level of education			
		≤Middle school	High school	College	Master, Doctor
Activation prospect					
Very positive	100 (9.2)	1 (2.9)	33 (11.5)	60 (9.0)	6 (6.1)
Positive	470 (43.1)	21 (61.8) [†]	128 (44.4)	281 (42.0)	40 (40.4)
Neutral	383 (35.1)	12 (35.3)	101 (35.1)	234 (35.0)	36 (36.4)
Negative	102 (9.4)	0 (0.0)	25 (8.7)	68 (10.2)	9 (9.1)
Very negative	35 (3.2)	0 (0.0)	1 (0.3)	26 (3.9)	8 (8.1)
Problem of inactivation					
Prejudice between MD and KMD	348 (31.9)	15 (44.1) [†]	100 (34.7)	197 (29.4)	36 (36.4)
Difference in approach to disease	267 (24.5)	5 (14.7)	68 (23.6)	172 (25.7)	22 (22.2)
Incompletion of law and system	143 (13.1)	3 (8.8)	23 (8.0)	98 (14.6)	19 (19.2)
Lack of information and advertisement	288 (26.4)	6 (17.6)	87 (30.2)	176 (26.3)	19 (19.2)
Other	44 (4.0)	5 (14.7)	10 (3.5)	26 (3.9)	3 (3.0)
Helpful field					
Prevention	97 (8.9)	1 (2.9)	32 (11.1)	57 (8.5)	7 (7.1)
Diagnosis	61 (5.6)	1 (2.9)	14 (4.9)	42 (6.3)	4 (4.0)
Treatment	544 (49.9)	22 (64.7) [†]	138 (47.9)	333 (49.8)	51 (51.5)
Rehabilitation	225 (20.6)	6 (17.6)	51 (17.7)	144 (21.5)	24 (24.2)
Uselessness	30 (2.8)	0 (0.0)	2 (0.7)	20 (3.0)	8 (8.1)
Indifference	133 (12.2)	4 (11.8)	51 (17.7)	73 (10.9)	5 (5.1)
Preference form					
WM dominant-KM complementary	326 (29.9)	3 (8.8)	82 (28.5)	208 (31.1)	33 (33.3)
KM dominant-WM complementary	50 (4.6)	2 (5.9)	21 (7.3)	24 (3.6)	3 (3.0)
WM=KM	588 (53.9)	27 (79.4) [†]	155 (53.8)	356 (53.2)	50 (50.5)
Prefer current dual system	126 (11.6)	2 (5.9)	30 (10.4)	81 (12.1)	13 (13.1)
Korean medical treatment field to focus					
Acupuncture	368 (33.8)	16 (47.1)	96 (33.3)	221 (33.0)	35 (35.4)
Moxibustion	64 (5.9)	2 (5.9)	18 (6.3)	41 (6.1)	3 (3.0)
Herbal medicine treatment	194 (17.8)	4 (11.8)	43 (14.9)	118 (17.6)	29 (29.3)
Physical therapy	236 (21.7)	4 (11.8)	72 (25.0)	145 (21.7)	15 (15.2)
Chuna	89 (8.2)	3 (8.8)	19 (6.6)	59 (8.8)	8 (8.1)
Herbal acupuncture	51 (4.7)	2 (5.9)	16 (5.6)	29 (4.3)	4 (4.0)
KM special care	88 (8.1)	3 (8.8)	24 (8.3)	56 (8.4)	5 (5.1)
Task of government and medical world					
Clear concept establishment	322 (29.5)	9 (26.5)	90 (31.3)	202 (30.2)	21 (21.2)
Critical pathway development	223 (20.5)	9 (26.5)	57 (19.8)	130 (19.4)	27 (27.3)
Scientific standardization of KM	195 (17.9)	5 (14.7)	50 (17.4)	121 (18.1)	19 (19.2)
Unify name of disease and diagnosis	101 (9.3)	3 (8.8)	38 (13.2)	52 (7.8)	8 (8.1)
Open curriculum between WM and KM	45 (4.1)	1 (2.9)	5 (1.7)	32 (4.8)	7 (7.1)
Support cooperation study	140 (12.8)	5 (14.7)	30 (10.4)	94 (14.1)	11 (11.1)
Make statistics of disease that meet international criteria	19 (1.7)	0 (0.0)	4 (1.4)	13 (1.9)	2 (2.0)
Other	45 (4.1)	2 (5.9)	14 (4.9)	25 (3.7)	4 (4.0)

Values are presented as n (%).

MD: Medical Doctor, KMD: Korean Medical Doctor, WM: Western Medicine, KM: Korean Medicine.

*p<0.05. †p<0.01.

($p=0.002$), 협진이 가장 도움이 되는 분야에 대해서는 중졸 이하(64.7%)에서 '치료 분야'라고 응답한 비율이 높았다($p=0.001$). 바람직한 협진 모델에 대해서는 중졸 이하에서 '한방과 양방이 동등하게 결합된 형태'라고 응답한 비율(79.4%)이 가장 높았으며, 고졸(53.8%), 대졸(53.2%), 석·박사(50.5%)의 순서였다($p=0.028$). 기타 협진 과정 중 더욱 강화되었으면 하는 한방 치료($p=0.273$) 및 협진 활성화를 위한 의료계와 정부의 과제($p=0.286$)는 다소 군별 차이는 있었으나 통계적으로 유의하지 않았다.

조사 대상자의 평소 건강 상태에 따른 한·양방 협진에 대한 태도는 다음과 같다(Table IX). 협진 활성화에 대한 향후 전망은 건강 상태가 '매우 나쁘다' 군(100.0%)에서 긍정적으로 응답한 비율이 높았고($p<0.001$), 협진이 가장 도움이 되는 분야에 대해서는 건강 상태가 '매우 나쁘다' 군(100.0%)에서 '치료 분야'라고 응답한 비율이 가장 높았다($p<0.001$). 협진 과정 중 더욱 강화되었으면 하는 한방 치료에 대해서는 건강 상태가 '매우 건강하다' 군에서 '침 치료'라고 응답한 비율(36.4%)이 가장 높았으며, '매우 나쁘다' 군에서는 '한방물리요법'이라고 응답한 비율(66.7%)이 가장 높았다($p=0.006$). 협진 비활성화의 문제점($p=0.084$)과 바람직한 협진 모델($p=0.474$) 및 협진 활성화를 위한 의료계와 정부의 과제($p=0.433$)는 다소 군별 차이는 있었으나 통계적으로 유의하지 않았다.

조사 대상자의 선호하는 의료 기관에 따른 한·양방 협진에 대한 태도는 다음과 같다(Table X). 협진 활성화에 대한 향후 전망은 '한의원·한방병원'을 선호하는 군에서 긍정적으로 응답한 비율(48.5%)이 가장 높았으며, '협진 병원(47.6%)', '병·의원(44.2%)', '종합병원(37.9%)' 등의 순서였다($p<0.001$). 협진이 향후 비활성화된다면 그 문제점은 무엇인가에 대해서는 '보건소'를 선호하는 군에서 '의사와 한의사의 편견' 때문이라고 응답한 비율(50.0%)이 가장 높았고, '한의원·한방병원(46.4%)', '협진 병원(38.1%)', '병·의원(31.5%)' 등의 순서였으며, '종합병원'을 선호하는 군에서는 '정보와 홍보의 부족' 때문이라는 응답률(31.5%)이 가장 높았다($p=0.041$). 협진이 가장 도움이 되는 분야에 대해서는 '협진 병원'을 선호하는 군에서 '치료 분야'라고 응답한 비율(66.7%)이 가장 높았고($p=0.015$), 바람직한 협진 모델에 대해서도 '협진 병원'을 선호하는 군에서 '한방과 양방이 동등하게 결합된 형태'라고 응답한 비율(76.2%)이 가장 높았으며($p<0.001$), 협진 과정 중 더

욱 강화되었으면 하는 한방 치료에 대해서도 '협진 병원'을 선호하는 군에서 '침 치료'라고 응답한 비율(66.7%)이 가장 높았다($p=0.046$). 협진 활성화를 위한 의료계와 정부의 과제에 대해서는 '협진 병원'을 선호하는 군에서 '협진에 대한 명확한 개념 정립'이라고 응답한 비율(38.1%)이 가장 높았고, '한의원·한방병원'을 선호하는 군에서는 '협진에 관한 표준 진료 지침 개발(23.7%)', '보건소'를 선호하는 군에서는 '한의학의 과학적 표준화와 객관화(50.0%)'라고 응답한 비율이 가장 높았다($p=0.040$).

고찰»»»»

고대 중국에서 유래된 전통의학을 수용하고 있는 동아시아의 한중일 삼국 중 우리나라는 전통의학이 제도권 내에서 수용되어 있지만 중국과 일본과는 다른 상황의 의료 환경에 처해 있다. 중국은 중의대와 서의대학 안에 중서의 결합학과를 개설하여 인력을 안정적으로 배출하고 서양의학과 중의학의 조화를 이루려는 노력을 꾸준히 하고 있다¹²⁾. 일본의 경우 메이지 유신 이후 한의사제도는 폐지되었지만 2001년 문부과학성에서 의과대학 핵심교육 과정에 한의학 교육의 필요성을 제기하면서 2004년 전체 의과대학에서 한의학 교육이 이루어졌다. 일본 동양의학 학회를 중심으로 한 의사 대상의 다양한 한의학 세미나와 연수교육도 활발하게 이루어지고 있다¹³⁾. 한국은 2002년에 이미 WHO에 의해 국가의 전통의학 및 보완대체의학의 수준을 나타내는 3단계 중 현대의학과 가장 통합이 잘 이루어진 상태를 나타내는 'integrative' 범주에 분류된 바 있으며, 특히 전통의학 정책과 교육 부문이 발달하였다고 평가되었다¹⁴⁾. 그러나 우수한 대외적인 평가에도 불구하고 복잡하게 얽힌 이해관계 속에서 상호 학문에 대해 철저하게 배타적인 자세와 의사소통의 어려움, 법적 제도적 미비의 문제로 통합진료(integrative practice) 또는 한·양방 협진이 순조롭게 발전하지 못하고 있는 실정이다. 이에 정부는 환자들이 의료서비스를 이용함에 있어 필요 시 2개의 의료 기관을 각각 방문하는 불편을 해소하고 더 좋은 의료기술을 발전시킬 수 있는 토대를 마련하기 위해 2010년 의료법을 일부 개정하여 병원급 의료 기관에서 한·양방 협진을 시행하고 있지만 현재까지 병원 경영차원에서의 협진에 주로 관심이 집중되고, 초보적인 형태의

Table IX. Attitudes toward East-West Collaborative Medical Practices (EWCMP) Based on Health Status

Categories	Total	Health status				
		Very healthy	Healthy	Normal	Unhealthy	Very unhealthy
Activation prospect						
Very positive	100 (9.2)	15 (22.7)	37 (10.2)	39 (6.9)	9 (9.6)	0 (0.0)
Positive	470 (43.1)	17 (25.8)	174 (47.9)	241 (42.7)	35 (37.2)	3 (100.0)*
Neutral	383 (35.1)	19 (28.8)	102 (28.1)	224 (39.7)	38 (40.4)	0 (0.0)
Negative	102 (9.4)	10 (15.2)	31 (8.5)	51 (9.0)	10 (10.6)	0 (0.0)
Very negative	35 (3.2)	5 (7.6)	19 (5.2)	9 (1.6)	2 (2.1)	0 (0.0)
Problem of inactivation						
Prejudice between MD and KMD	348 (31.9)	15 (22.7)	107 (29.5)	195 (34.6)	29 (30.9)	2 (66.7)
Difference in approach to disease	267 (24.5)	19 (28.8)	97 (26.7)	131 (23.2)	19 (20.2)	1 (33.3)
Incompletion of law and system	143 (13.1)	8 (12.1)	48 (13.2)	75 (13.3)	12 (12.8)	0 (0.0)
Lack of information and advertisement	288 (26.4)	16 (24.2)	94 (25.9)	146 (25.9)	32 (34.0)	0 (0.0)
Other	44 (4.0)	8 (12.1)	17 (4.7)	17 (3.0)	2 (2.1)	0 (0.0)
Helpful field						
Prevention	97 (8.9)	10 (15.2)	32 (8.8)	42 (7.4)	13 (13.8)	0 (0.0)
Diagnosis	61 (5.6)	3 (4.5)	23 (6.3)	29 (5.1)	6 (6.4)	0 (0.0)
Treatment	544 (49.9)	21 (31.8)	170 (46.8)	304 (53.9)	46 (48.9)	3 (100.0)*
Rehabilitation	225 (20.6)	7 (10.6)	87 (24.0)	111 (19.7)	20 (21.3)	0 (0.0)
Uselessness	30 (2.8)	6 (9.1)	13 (3.6)	10 (1.8)	1 (1.1)	0 (0.0)
Indifference	133 (12.2)	19 (28.8)	38 (10.5)	68 (12.1)	8 (8.5)	0 (0.0)
Preference form						
WM dominant-KM complementary	326 (29.9)	25 (37.9)	104 (28.7)	168 (29.8)	27 (28.7)	2 (66.7)
KM dominant-WM complementary	50 (4.6)	5 (7.6)	14 (3.9)	26 (4.6)	5 (5.3)	0 (0.0)
WM=KM	588 (53.9)	28 (42.4)	199 (54.8)	306 (54.3)	55 (58.5)	0 (0.0)
Prefer current dual system	126 (11.6)	8 (12.1)	46 (12.7)	64 (11.3)	7 (7.4)	1 (33.3)
Korean medical treatment field to focus						
Acupuncture	368 (33.8)	24 (36.4)*	129 (35.5)	183 (32.4)	31 (33.0)	1 (33.3)
Moxibustion	64 (5.9)	6 (9.1)	20 (5.5)	37 (6.6)	1 (1.1)	0 (0.0)
Herbal medicine treatment	194 (17.8)	15 (22.7)	75 (20.7)	91 (16.1)	13 (13.8)	0 (0.0)
Physical therapy	236 (21.7)	7 (10.6)	74 (20.4)	129 (22.9)	24 (25.5)	2 (66.7)
Chuna	89 (8.2)	7 (10.6)	18 (5.0)	55 (9.8)	9 (9.6)	0 (0.0)
Herbal acupuncture	51 (4.7)	2 (3.0)	26 (7.2)	22 (3.9)	1 (1.1)	0 (0.0)
KM special care	88 (8.1)	5 (7.6)	21 (5.8)	47 (8.3)	15 (16.0)	0 (0.0)
Task of government and medical world						
Clear concept establishment	322 (29.5)	16 (24.2)	106 (29.2)	171 (30.3)	29 (30.9)	0 (0.0)
Critical pathway development	223 (20.5)	10 (15.2)	75 (20.7)	117 (20.7)	18 (19.1)	3 (100.0)
Scientific standardization of KM	195 (17.9)	14 (21.2)	75 (20.7)	88 (15.6)	18 (19.1)	0 (0.0)
Unify name of disease and diagnosis	101 (9.3)	8 (12.1)	32 (8.8)	51 (9.0)	10 (10.6)	0 (0.0)
Open curriculum between WM and KM	45 (4.1)	4 (6.1)	17 (4.7)	21 (3.7)	3 (3.2)	0 (0.0)
Support cooperation study	140 (12.8)	10 (15.2)	40 (11.0)	81 (14.4)	9 (9.6)	0 (0.0)
Make statistics of disease that meet international criteria	19 (1.7)	2 (3.0)	7 (1.9)	10 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
Other	45 (4.1)	2 (3.0)	11 (3.0)	25 (4.4)	7 (7.4)	0 (0.0)

Values are presented as n (%).

MD: Medical Doctor, KMD: Korean Medical Doctor, WM: Western Medicine, KM: Korean Medicine.

*p<0.01.

Table X. Attitudes toward East-West Collaborative Medical Practices (EWCMP) Based on Preferred Medical Institution

Categories	Total	Medical facilities preferred				
		General hospital	Hospital and clinic	Co-operative hospital	KM clinic	Public health center
Activation prospect						
Very positive	100 (9.2)	29 (12.5)	49 (6.7)	4 (19.0)	16 (16.5)	2 (50.0)
Positive	470 (43.1)	88 (37.9)	325 (44.2)	10 (47.6)	47 (48.5) ⁺	0 (0.0)
Neutral	383 (35.1)	87 (37.5)	263 (35.7)	6 (28.6)	25 (25.8)	2 (50.0)
Negative	102 (9.4)	19 (8.2)	78 (10.6)	1 (4.8)	4 (4.1)	0 (0.0)
Very negative	35 (3.2)	9 (3.9)	21 (2.9)	0 (0.0)	5 (5.2)	0 (0.0)
Problem of inactivation						
Prejudice between MD and KMD	348 (31.9)	61 (26.3)	232 (31.5)	8 (38.1)	45 (46.4)	2 (50.0) [*]
Difference in approach to disease	267 (24.5)	65 (28.0)	181 (24.6)	3 (14.3)	17 (17.5)	1 (25.0)
Incompletion of law and system	143 (13.1)	25 (10.8)	96 (13.0)	4 (19.0)	18 (18.6)	0 (0.0)
Lack of information and advertisement	288 (26.4)	73 (31.5)	193 (26.2)	6 (28.6)	15 (15.5)	1 (25.0)
Other	44 (4.0)	8 (3.4)	34 (4.6)	0 (0.0)	2 (2.1)	0 (0.0)
Helpful field						
Prevention	97 (8.9)	33 (14.2)	53 (7.2)	2 (9.5)	9 (9.3)	0 (0.0)
Diagnosis	61 (5.6)	10 (4.3)	45 (6.1)	0 (0.0)	6 (6.2)	0 (0.0)
Treatment	544 (49.9)	97 (41.8)	373 (50.7)	14 (66.7) [*]	58 (59.8)	2 (50.0)
Rehabilitation	225 (20.6)	51 (22.0)	151 (20.5)	4 (19.0)	18 (18.6)	1 (25.0)
Uselessness	30 (2.8)	13 (5.6)	15 (2.0)	0 (0.0)	2 (2.1)	0 (0.0)
Indifference	133 (12.2)	28 (12.1)	99 (13.5)	1 (4.8)	4 (4.1)	1 (25.0)
Preference form						
WM dominant-KM complementary	326 (29.9)	77 (33.2)	229 (31.1)	5 (23.8)	15 (15.5)	0 (0.0)
KM dominant-WM complementary	50 (4.6)	13 (5.6)	26 (3.5)	0 (0.0)	8 (8.2)	3 (75.0)
WM=KM	588 (53.9)	116 (50.0)	390 (53.0)	16 (76.2) ⁺	65 (67.0)	1 (25.0)
Prefer current dual system	126 (11.6)	26 (11.2)	91 (12.4)	0 (0.0)	9 (9.3)	0 (0.0)
Korean medical treatment field to focus						
Acupuncture	368 (33.8)	86 (37.1)	237 (32.2)	14 (66.7) [*]	30 (30.9)	1 (25.0)
Moxibustion	64 (5.9)	16 (6.9)	41 (5.6)	0 (0.0)	7 (7.2)	0 (0.0)
Herbal medicine treatment	194 (17.8)	37 (15.9)	130 (17.7)	2 (9.5)	23 (23.7)	2 (50.0)
Physical therapy	236 (21.7)	52 (22.4)	171 (23.2)	3 (14.3)	10 (10.3)	0 (0.0)
Chuna	89 (8.2)	12 (5.2)	66 (9.0)	2 (9.5)	9 (9.3)	0 (0.0)
Herbal acupuncture	51 (4.7)	13 (5.6)	30 (4.1)	0 (0.0)	8 (8.2)	0 (0.0)
KM special care	88 (8.1)	16 (6.9)	61 (8.3)	0 (0.0)	10 (10.3)	1 (25.0)
Task of government and medical world						
Clear concept establishment	322 (29.5)	79 (34.1)	216 (29.3)	8 (38.1) [*]	18 (18.6)	1 (25.0)
Critical pathway development	223 (20.5)	30 (12.9)	164 (22.3)	5 (23.8)	23 (23.7)	1 (25.0)
Scientific standardization of KM	195 (17.9)	47 (20.3)	126 (17.1)	4 (19.0)	16 (16.5)	2 (50.0)
Unify name of disease and diagnosis	101 (9.3)	22 (9.5)	67 (9.1)	0 (0.0)	12 (12.4)	0 (0.0)
Open curriculum between WM and KM	45 (4.1)	7 (3.0)	27 (3.7)	1 (4.8)	10 (10.3)	0 (0.0)
Support cooperation study	140 (12.8)	32 (13.8)	98 (13.3)	0 (0.0)	10 (10.3)	0 (0.0)
Make statistics of disease that meet international criteria	19 (1.7)	4 (1.7)	10 (1.4)	1 (4.8)	4 (4.1)	0 (0.0)
Other	45 (4.1)	11 (4.7)	28 (3.8)	2 (9.5)	4 (4.1)	0 (0.0)

Values are presented as n (%).

KM: Korean Medicine, MD: Medical Doctor, KMD: Korean Medical Doctor, WM: Western Medicine.

^{*}p<0.05. ⁺p<0.01.

협진, 소위 '양방진단 한방 치료'의 수준을 크게 벗어나지 못하고 있다¹⁵⁾.

한·양방 협진의 문제점을 합리적으로 분석하기 위해 그동안 이루어진 선행 연구들을 살펴보면 시기적으로 제도 도입 초기인 2009~2010년을 전후해 집중되고 있어 본격적인 제도 시행 이후의 실제적인 이용 실태를 파악하기 힘들다는 점, 조사 대상이 이해 당사자들 중 의사와 한의사 중심의 의료전문직, 협진 병원 종사자, 예비 의료인 대학생, 담당 공무원 등 협진의 주체이자 의료 및 정책 공급자를 중심으로 편중되어 있었다는 점, 조사 대상자 수가 양적으로 부족하다는 점 등의 한계가 있었다. 따라서 한·양방 협진의 문제가 가지는 의료사회학적 함의에 비해 이 주제에 대한 객체이자 의료소비자인 일반인들에 대한 심도 있는 논의가 부족했던 현실에서 본 연구의 필요성을 찾아볼 수 있다.

설문 결과 한·양방 협진이란 용어를 들어본 경험이 있는 사람은 66.1%로, 약 반수가 응답한 2010년 제도 도입 당시 결과⁵⁾보다는 높아졌으나 의·한의·간호 대학생의 87.1%가 응답한 결과¹⁶⁾보다는 여전히 낮았는데, 이는 한·양방 협진이 의료 전공자들에게는 비교적 보편화된 개념이나, 아직 모든 일반인들에게까지는 확산되지 않은 개념임을 알 수 있다. 또한 협진 용어 인지도에 비해 전체 대상자 중 실제 이용 경험이 있는 사람은 19.5%에 불과하였고, 협진을 받지 않은 이유로 '협진에 대해 잘 몰라서'라고 대답한 대상자가 가장 많았던 것을 볼 때 일반인을 대상으로 협진에 대한 교육과 홍보가 더욱 필요함을 시사한다. 뿐만 아니라 건강상의 문제가 없어서 협진을 이용하지 않은 경우를 제외하면 협진에 대해 잘 모르거나 협진을 하는 병원이 없어서 서비스를 이용하지 못했다는 응답이 절대 다수를 차지하였는데, 국민건강보험공단 요양기관 중별 공식 분류에 협진 병원이 따로 산정되어 있지 않아 정확한 숫자는 알 수 없으나 일반인들이 느끼기에 협진 수요보다 협진 병원의 공급이 매우 부족한 실정임을 알 수 있다. 따라서 현재 협진이 주로 시행되고 있는 한의과대학 부설병원 및 일부 병원 외에 대다수의 일반 병원들이나 종합병원급에서도 협진 진료 과목을 지속적으로 확대 개설할 필요가 있다고 할 수 있다.

한·양방 협진 유경험자가 협진을 받게 된 계기는 개인적 판단에 의해 스스로 필요하다고 생각해서가 과반수를 차지하였으며, 의료인이 소개한 경우는 매우 적었다.

이는 조사 대상자들이 일차적으로 선호하는 의료 기관이 병·의원이나 종합병원 등 양방 의료 기관이 대다수였던 점을 감안하였을 때, 양방 의료인의 한방 의료 선호도나 신뢰도, 협진 의뢰 빈도가 매우 떨어짐을 의미한다. 이러한 결과는 의료인을 조사 대상으로 실시한 연구에서 한의사의 74%가 협진을 의뢰한 경험이 있었던 반면 의사들의 경우 협진을 실시한 경험이 전혀 없었던 연구 결과¹⁷⁾와 일맥상통하는데, 이는 협진에 대한 의료전문직 간의 태도 차이나 한·양방 의학의 성격상 치료 영역의 제한에서 오는 결과를 반영한 것으로 생각된다.

한·양방 협진 유경험자에 있어서 협진 만족도는 44%인 반면 불만족도는 2.8%로 나타났고, '재이용 의사 있음'이 89.4%인 반면 '재이용 의사 없음'은 10.6%로 나타났다. '권유 의사 있음'이 72.2%인 반면 '권유 의사 없음'은 5.6%로 대체적으로 만족도가 매우 높게 나타났는데, 이는 한 의사나 간호사와는 달리 의사 중 약 43%만이 협진을 찬성하는 것¹⁸⁾과는 대조적으로 의사에 비해 일반인은 협진에 대해 훨씬 긍정적인 만족도와 인식을 가지고 있는 것으로 해석된다.

일반인들은 여자, 기혼자, 연령이 높을수록, 평소 건강 상태가 나쁠수록 한·양방 협진이라는 용어에 대해 들어본 경험이 많고 실제 이용해 본 경험도 많으며 긍정적인 전망을 지닌 것으로 파악되었는데 이는 우리나라의 의료체제와 사회문화적인 측면을 고려하였을 때 개인적인 경험 수준에서 직·간접적인 의료서비스 이용 빈도가 많아짐을 반영한 것으로 볼 수 있으며, 협진 병원이나 한의원·한방병원을 선호할수록 마찬가지로의 결과가 나타난 것은 한방 치료의 선호도와 협진의 이용 경험 간에 상관관계가 있음을 시사한다. 그중에서도 특히 고령자일수록 협진 이용 경험과 의사가 높은 것으로 나타나 점점 고령화되고 있는 현 시대에서 협진에 대한 기대감은 높다고 하겠다. 다만 최종 학력이 높을수록 협진에 대해 잘 아는 것으로 나타났으나 실제 이용 경험은 떨어졌는데, 이는 고학력자가 기존에 갖고 있는 의료 지식을 토대로 하여 협진진료보다는 양방이나 한방 진료 중 명확히 한쪽을 선택하기 때문으로 생각된다. 평소 질병을 가지고 있는 사람은 의료서비스 전반에 대한 관심이나 이용 빈도를 봤을 때 협진에 대해 잘 알고 이용 경험도 상대적으로 많을 것으로 예측되었으나 결과는 오히려 정반대였다. 이것은 유병 및 치료 기간이 긴 만성, 난치성, 또는 생활습관성 질병에서

협진이 아직 홍보나 치료 성과의 축적이 부족한 현실을 반영한 것으로 보이며, 향후 협진 활성화를 위해서는 협진이 효과적이고 의료소비자의 수요가 많은 진료 분야를 우선적으로 선택해 표준 진료 지침을 개발하고, 역량을 집중시켜야 할 것으로 생각된다. 인구학적 특성에 따른 이러한 결과들은 일반적인 의료 이용에 미치는 관련 요인¹⁹⁾이나 Goo 등⁴⁾의 선행연구 결과와 대체로 유사하였다.

일반인들은 한·양방 협진의 향후 활성화 전망에 대해서는 낙관적으로 생각하는 편이었으나 만약 활성화되지 못한다면 의사와 한의사의 편견 때문이라고 응답한 비율이 가장 높아 일반 국민들에게도 의사와 한의사 간의 상호 배타적인 인식이나 이해관계의 충돌이 우려스러운 수준인 것으로 보인다. 이러한 결과는 협진에 관해 상당히 적극적이고 긍정적인 태도를 가지고 있는 한의사에 비해 협진 의뢰 경험이나 권유의향, 치료 효과나 필요성에 대한 기대 등에서 상당 수준 반대 입장을 가지고 있는 의사들의 부정적인 태도에서 기인¹⁷⁾하며 오랜 협진의 역사에도 불구하고 현재까지도 이런 인식은 지속되거나 오히려 증가²⁰⁾한 것으로 나타나 양 집단 간의 편견과 갈등 해소가 여전히 협진 제도 정착과 확대의 필수 조건이라 생각된다.

한·양방 협진이 가장 도움이 되는 분야는 치료 분야가 52.1%로 가장 높았으며 그 다음 순위로는 재활 분야였는데, 이는 많은 일반인들이 질병의 예방이나 진단, 치료 후 양생과 같은 건강관리 및 증진 측면보다는 실제적인 질병의 치료와 재활이라는 측면에서의 협진 효과에 대한 기대 심리를 반영한 것으로 보인다. 선호하는 협진 유형은 과반수에서 한방과 양방의 동등한 결합이었으며 차선책으로 양방 위주에 한방이 보조하는 형태였는데, 이는 협진 모델에 관해 조사된 거의 모든 선행연구 결과와 일치하였으며, 의사나 의대생만이 아직 의학과 한의학의 학문적 동등성을 덜 인정^{16,17)}하는데 반해 일반인들은 한의사나 다른 직종과 같이 동등한 위치에서 같이 진료하는 방식을 가장 원하는 것으로 해석된다.

협진 과정 중에 더욱 강화되었으면 하는 한방 치료로는 침 치료와 한방물리요법, 약물치료(한약) 등이 높게 나타났는데, 이러한 결과는 협진이 필요하거나 효과적인 것으로 생각되는 질환에 침 치료와 물리요법이 일차적으로 활용되는 근골격계 통증 질환과 한약이 중점적으로 활용되는 순환계 질환이 가장 많이 선택되었던 선행 연구 결과^{5,10)}

를 뒷받침하는 것으로 생각된다.

한·양방 협진의 활성화를 위한 의료계와 정부의 추진 과제로는 협진에 대한 명확한 개념 정립이라는 응답이 가장 많아 제도 시행 후 6년이라는 시간이 흘렀음에도 아직 일반인들에게 협진 용어나 내용이 일관되고 분명하게 인식되고 있지 못하고 있다는 것을 알 수 있다. 실제 조사 과정에서도 협진을 보건복지부에서 내린 정의와 같이 ‘한 질환에 대해 하나의 의료 기관 내에서 의사와 한의사 양쪽으로부터 검사, 진료, 치료 등을 받는 것’이라고 규정하였음에도 여전히 대상자들이 혼돈스러워 하는 모습을 볼 수 있었고, 특히 자가보고형 조사 방법을 선택하였기에 개인마다 협진에 대한 이해가 달랐을 가능성이 존재하며, 선행 연구들에서도 협진을 어떻게 정의하고 응답하였느냐가 결과에 영향을 주었을 것으로 생각된다. 이는 협진에 대한 정보와 협진 병원의 보급 부족 때문으로 보이며, 향후 국민들의 인식 변화와 제도 정착을 위해 지속적인 홍보와 연구가 필요하다고 하겠다. 그 다음으로는 협진 표준 진료 지침의 개발이 필요하다는 응답이 많았는데 이를 고려해 볼 때 의료공급자나 정부에서는 양방 의료와 한방 의료의 장점을 활용한 의료서비스 제공을 위해 다각적인 노력이 필요하며, 의료계 차원의 표준 프로토콜 개발과 정부 차원의 지원과 정책 수립이 병행되어야 할 것이다. 한의학의 과학화와 표준화라고 응답한 비율도 높아 국민과 의사들에게 신뢰를 회복하기 위한 한의학계 전체의 노력도 요구되며, 한·양방 간 협력 연구의 지원을 통해 공동학술연구 및 교류 협력을 촉진하는 과정도 이루어져야 할 것이다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 우선 온라인 조사 대상자의 경우도 인터넷이나 스마트폰 활용도에 따라 연령이나 기타 인구학적 특성별로 대상군의 일부 편중을 보였고, 이를 보완하기 위한 오프라인 조사 대상자도 연구 과정의 현실적인 시간적, 공간적 제약으로 인해 부산 시내에 거주하는 인구로 한정되어 연구 결과를 우리나라 전체 국민들을 대표하여 일반화하는 데 한계가 있었다. 또한 설문 당시에 대상자들에게 협진 관련 용어나 내용에 대한 설명이 되었음에도 불구하고 이것이 대상자들에게 충분히 인식되었는가에 대한 의문이 존재하는데 이는 선행 연구들에서도 연구자나 대상자들 간에 협진 개념에 대한 상이한 정의나 인식도를 보여줬고, 그에 따라 결과도 각각 다르게 나왔기 때문이다. 뿐만 아니라 현재 협진이 하나

의 유형으로만 존재하는 것은 아니므로 다양한 유형을 고려할 수 있고, 이러한 다양성이 자료 수집 과정에 반영되었을 가능성도 존재한다. 향후 설문조사 형식의 질 높은 연구 수행을 위해서는 연구 방식을 더욱 구체적이고 세밀하게 설정해 문항과 대상자를 구성하고 결과를 분석하는 데도 편향이 생기지 않도록 하는 노력이 필요하며, 이런 한계를 극복하고 한·양방 협진을 활성화하기 위한 후속 연구를 기대하는 바이다.

결론»»»»

1. 일반인들의 협진 용어 인지 비율은 66.1%였으나 경험 비율은 19.5%에 불과하여 큰 차이를 보였다.
2. 한·양방 협진 이용자들은 스스로 필요하다고 생각해서 이용한 경우가 가장 많았으며, 대체적으로 높은 만족도와, 재이용 및 권유 의사를 가지고 있는 것을 감안할 때 협진에 대해 비교적 긍정적인 입장을 보였다.
3. 한·양방 협진을 이용하지 못한 이유 중 협진에 대해 잘 모르기 때문이라는 응답이 가장 높음을 감안할 때 협진에 대한 교육과 홍보를 통해 인식을 높이는 것이 필요하며, 다음으로는 협진을 하는 병원이 없어서 이용하지 못한 경우가 많아 협진 병원의 확대 보급이 필요함을 알 수 있었다.
4. 한·양방 협진의 향후 활성화 전망에 대해서는 대체적으로 긍정적이었으나, 활성화되지 못한다면 의사와 한의사 간의 편견 때문일 것이라는 응답이 높아 두 의료 영역 간의 편견 해소와 개방적인 자세가 요구된다.
5. 일반인들은 한방과 양방이 동등하게 결합된 형태의 협진을 가장 선호하는 것으로 나타났으며, 차선책으로는 양방 위주에 한방이 보조하는 형태였다.
6. 한·양방 협진을 실시하면 상대적으로 효과가 좋을 것으로 기대되는 분야는 치료와 재활 분야였으며, 이 과정에서 더욱 강화되었으면 하는 한방 치료는 침 치료와 한방물리요법, 약물 치료(한약)였다.

References»»»»

1. Lee ES. A study on utilization of oriental medical care. 1st ed. Daejeon:Korea Institute of Oriental Medicine. 1999:1-5.
2. Lee SY, Byon YC. The present condition and the improvement method for Western Medicine-Korean Medicine cooperative practice system, 1st ed. Seoul:Korean Institute for Health and Social Affairs, Policy report, 1997.
3. National Law Information Center, Ministry of Government Legislation. Medical law [Internet] 2009 [cited 2010 Mar 16]. Available from: URL:http://www.law.go.kr/LSW//lsInfoP.do?lsiSeq=91333&chrClsCd=010202&urlMode=lsInfoP&efYd=20090130#0000.
4. Goo JG, No HI, Hong SM, Kang IS, Lee YH, Han DW. Workers' attitude about a system of collaborative hospital practice between Western and Traditional Korean Medicine. Kor J Oriental Preventive Medical Society. 2009;13(2):129-46.
5. Jeong IS, Kim YJ, Lee WC. Utilization and attitude toward the east-west collaborative medical practices among healthcare consumers. Kor J Oriental Preventive Medical Society. 2010;14(2):43-56.
6. Yoon BJ, Kim YH. A study on the patients' disease status and the consciousness for co-operative treatment of western and oriental hospital. Kor J Annual Bulletin of Institute of Hospital Management. 1996;2(1):39-53.
7. Yoo KH. A study of the attitude on cooperative treatment of the inpatients at the hospital with both the western and oriental medical department [dissertation]. Seoul (KR):Kyung Hee University; 2000.
8. Kim PS. A research onto medical care utilization of patients visiting the collaboration oriental-western medical centers [dissertation]. Iksan (KR):Wonkwang University; 2001.
9. Kim DH, Lee KH. Utilizing patterns and attitude on collaborating care of Korean Traditional Medicine and Western Medicine among cerebral apoplexy patients. Kor J of Hospital Management. 2004;9(2):76-101.
10. Kang IS. Hospital patients' attitude to a system of collaborative practice between Western Medicine and Traditional Korean Medicine [dissertation]. Seoul (KR):Hanyang University; 2009.
11. Song MS, Yoo YK, Choi CH. Study on attitudes of officials depending on system of collaborative practice between Traditional Korean Medicine and Western Medicine. Kor J Oriental Physiology & Pathology. 2014;28(4):446-51.
12. Yoon KJ, Kang SH, Cho JK, Kang HW. Cooperative service status and delivery system between Traditional Chinese Medicine-Western Medicine. 1st ed. Seoul:Korea Institute for Health and Social Affairs. 2012.
13. Cho KH. Discovering Japanese Traditional Medicine. 1st

- ed, Seoul:Koonja Publishing, 2010;9-11.
14. World Health Organization (WHO). WHO traditional medicine strategy 2002-2005. 1st ed, Geneva: Department of Essential Drugs and Medicine Policy, WHO, 2002:1-64.
 15. Yoo WK, Kim KS. A study on the recognition of students of oriental medical school on cooperative system between Oriental and Western Medicine. *Kor J Oriental Preventive Medical Society*. 2005;9(2):77-91.
 16. Jeong IS, Lim BM, Lee WC. Attitude of Western Medicine, Korean Medicine, and nursing students toward the east-west collaborative medical practices. *Kor J Oriental Preventive Medical Society*. 2010;14(1):25-35.
 17. Kwon YK, Lee HJ. Attitudes of medical professions towards the cooperated medical treatments of Korean Oriental Medicine and Western Medicine. *Kor J Oriental Physiology & Pathology*. 2006;20(1):10-4.
 18. Seol SH. Comparative study on the determinants of health service utilization between urban and rural area [dissertation]. Seoul (KR):Yonsei University; 2008.
 19. Ryu JS, Lim BM, Cho BM, Lee WC, Yoon TH. Consciousness on co-operative practiced between doctors who working in cooperative practicing hospitals and general hospital. *Kor J Oriental Preventive Medical Society*. 2009;13(3):29-41.
 20. Min HJ, Ryu JS, Yun YJ. Changes on the attitudes of doctors toward cooperative practices between Western Medicine and Traditional Korean Medicine. *Kor J Oriental Preventive Medical Society*. 2012;16(1):15-29.

Appendix I»»»»

귀하의 의견과 가장 가까운 항목에 표 해 주십시오.

■ 다음의 질문은 귀하의 일반적 특성에 대한 질문입니다.

1. 귀하의 성별은 어떻게 되십니까?
 ① 남자 ② 여자
2. 귀하의 연령은 어떻게 되십니까?
 ① 18~29세 ② 30~39세
 ③ 40~49세 ④ 50~59세
 ⑤ 60세 이상
3. 귀하의 결혼 상태는 어떻게 되십니까?
 ① 미혼 ② 기혼
4. 귀하의 최종 학력은 어떻게 되십니까?
 ① 중졸 이하 ② 고졸
 ③ 대졸 ④ 석·박사
5. 귀하의 직업은 어떻게 되십니까?
 ① 근로소득자(직장인)
 ② 자영업자(사업)
 ③ 금융 및 임대소득자
 ④ 공무원·군인
 ⑤ 학생
 ⑥ 가사노동 및 취업준비자
 ⑦ 기타()
6. 같은 나이의 다른 사람들과 비교하여 본인의 건강 상태는?
 ① 매우 건강하다 ② 건강하다
 ③ 보통이다 ④ 나쁘다
 ⑤ 매우 나쁘다

7. 귀하께서 평소에 일차적으로 가장 선호하시는 의료 기관은?
 ① 종합병원 ② 병·의원
 ③ 협진 병원 ④ 한의원, 한방병원
 ⑤ 보건소
8. 귀하께서 평소에 앓고 계신 질환이 있으시다면 어떤 질병입니까? (중복 가능)
 ① 없다 ② 고혈압
 ③ 당뇨병
 ④ 근골격계 질환(관절염 등)
 ⑤ 심장 질환(협심증, 심근경색 등)
 ⑥ 뇌혈관 질환(뇌졸중, 파킨슨병 등)
 ⑦ 소화기계 질환(위장병 등)
 ⑧ 호흡기계 질환(천식, 기관지염 등)
 ⑨ 비뇨기계 질환(신부전증 등)
 ⑩ 간담도계 질환(간염, 지방간 등)
 ⑪ 대사성 질환(비만, 고지혈증 등)
 ⑫ 피부 질환(아토피, 건선 등)
 ⑬ 악성 신생물(암)
 ⑭ 기타()

2009년 1월 의료법 개정으로 병원급 이상 의료 기관 내에서 의과, 한의과, 치과 병원이 각각 진료 과를 개설하여 서로 협력하여 진료, 치료하는 협진이 가능하게 되었습니다. (2010. 1. 31. 시행)

특히 한·양방 협진 제도는 동양의학과 서양의학 상호 간에 장점을 극대화하는 동시에 단점을 최소화함으로써 효율적이고 편리한 진단과 치료가 가능하게 하기 위한 노력의 일환으로 볼 수 있습니다.

■ 다음의 질문은 한·양방 협진에 대한 질문입니다.

9. 귀하께서는 한·양방 협진이란 용어를 들어본 경험이 있으십니까?
 ① 있다 ② 없다
10. 귀하께서는 한·양방 협진을 이용해 본 경험이 있으십니까?
 ① 있다(☞ 11번으로)
 ② 없다(☞ 15번으로)

=====

<한·양방 협진 이용 유경험자>

11. 한·양방 협진을 받게 된 계기는 무엇입니까?
 ① 스스로 필요하다고 생각해서
 ② 주변 사람들이 소개해 주어서
 ③ 방문한 병원이 협진 병원이라
 ④ 의료인이 소개해 주어서
12. 한·양방 협진에 대한 만족도는 어느 정도입니까?
 ① 만족 ② 보통
 ③ 불만족
13. 한·양방 협진을 재이용할 의사가 있으십니까?
 ① 있다 ② 없다
14. 한·양방 협진을 귀하의 주위 분들에게 권유할 의사가 있으십니까?
 ① 권유하겠다 ② 모르겠다
 ③ 권유하지 않겠다

<한·양방 협진 이용 무경험자>

15. 한·양방 협진을 받아 본 적이 없으시다면 그 이유는 무엇입니까?
 ① 건강상의 문제가 없어서
 ② 협진에 대해 잘 몰라서
 ③ 협진을 하는 병원이 없어서
 ④ 협진 절차가 번거로워서
 ⑤ 비용이 비싸서
 ⑥ 진료 받기까지 시간이 오래 걸려서
 ⑦ 치료 효과가 별로 없어서
 ⑧ 시설이 나빠서
 ⑨ 기타()

=====

16. 한·양방 협진이 향후 더욱 활성화 될 것이라고 생각하십니까?
 ① 매우 그렇다 ② 그렇다
 ③ 보통이다 ④ 그렇지 않다
 ⑤ 매우 그렇지 않다
17. 한·양방 협진이 향후 활성화되지 못한다면 어떤 문제점 때문이라고 생각하십니까?
 ① 양·한의사의 편견
 ② 질병에 대한 접근 방법의 차이
 ③ 법적, 제도적 미비
 ④ 정보와 홍보의 부족
 ⑤ 기타()
18. 한·양방 협진은 다음 중 어떤 부분에 가장 도움이 된다고 생각하십니까?
 ① 예방 분야 ② 진단 분야
 ③ 치료 분야 ④ 재활 분야
 ⑤ 도움이 안 된다 ⑥ 잘 모르겠다
19. 한·양방 협진 모델 중에서 가장 바람직하다고 생각되는 형태는 어떤 것입니까?
 ① 양방 위주에 한방이 보조하는 형태
 ② 한방 위주에 양방이 보조하는 형태
 ③ 한방과 양방이 대등하게 결합된 형태
 ④ 한방과 양방이 이원화된 형태
20. 한·양방 협진 치료 과정 중에서 더욱 강화되었으면 하는 한방 치료는 무엇입니까?
 ① 침 치료 ② 뜸 치료
 ③ 약물 치료(한약) ④ 한방물리요법
 ⑤ 추나 치료 ⑥ 약침 치료
 ⑦ 기타 한방특수치료
21. 한·양방 협진 활성화를 위해 의료계, 정부가 추진해야 할 과제 중 가장 중요하다고 생각되는 것은 어떤 것입니까?
 ① 협진에 대한 명확한 개념 정립
 ② 협진에 관한 표준진료지침 개발
 ③ 한의학의 과학적 표준화와 객관화

- ④ 한·양방 간 질병명, 진단명 통일
- ⑤ 한·양방 간 상대방 학문 교과과정 개설
- ⑥ 한·양방 간 협력 연구 지원
- ⑦ 국제 기준에 맞는 질병 통계 작성
- ⑧ 기타:

☺ 끝까지 설문에 응해 주셔서 대단히 감사합니다 ☺