

뇌졸중 환자의 양·한방 협진에 대한 연구

동의료원 기획과

김 대 환

경남정보대학 물리치료과

김 지 혁

A Study on Cooperative Treatment with Both the Western and Oriental Medical Department in C.V.A patients

Kim,Dae-Hwan, MPH.

Dept. of planning office, Dongeui Medical Center

Kim,Chi-Hyok, R.P.T, MPH.

Dept. of Physical Therapy, Kyungnam college of Information & Technology

-ABSTRACT-

The primary purpose of this study was to provide the basic materials for C.V.A inpatients' actual use of medical service at the hospital with both the western and oriental medical department and the attitude on cooperative treatment.

The results of this study were as follow:

First, the subjects' general characteristics including job, monthly mean income and age made statistical differences to their pathological characteristics such as part of primary paralysis, detailed name of disease and cause of elicitation.

Second, their general characteristics including religion and job produce statistical difference to their actual use of medical service, like medical institution form, term of treatment and type of medical institution at first-aid.

Third, through the awareness of cooperative treatment system, the effect of C.V.A treatment and the shorten of the C.V.A treatment term were higher at oriental medical department inpatients and cooperative treatment serviced inpatients than western medical department inpatients and cooperative treatment non-serviced inpatients.

Fourth, the biggest problem on current dual medical system is increase medical expenses and the biggest reason on not vitalized cooperative service is prejudice of both parts.

Key Words : C.V.A, actual use of medicine, actual use of cooperative treatment, attitude on cooperative treatment

I. 서론

1. 연구의 필요성

과거 병원의 소비자인 환자들은 의료를 시혜나 인술로 보았으나 지금은 소비자 의식의 연장으로 하나의 상품으로 생각하여 의료서비스를 받는 것을 환자의 권리라고 생각하는 경향이 두드러지게 나타나고 있다. 또 소비자의 생활수준 향상으로 보건과 건강에 대한 관심이 고조됨으로써 소비자의 의료서비스에 대한 기대수준이 높아져 질적 측면에서의 경쟁이 더욱 치열해 질 것이다. 최근 의사의 공급 증가와 병원 신설 등의 추세를 고려해 볼 때, 앞으로의 병원경영은 점차 어려워 질 것으로 예상된다. 이러한 경향들은 병원정책이나 경영에 적잖은 영향을 미치고 있다(박창식, 1996).

현재의 획일화된 건강보험 체계와 양·한방으로 이원화된 우리의 의료체계는 복잡해진 현대의 일상에 찌든 국민의 만성적인 각종 성인병과 여러 가지 난치병을 치료하기에는 다소 미흡한 것이 사실이다(남궁인, 1989).

따라서 본 연구는 부산시내의 동일구내 양·한방 동시개설병원인 D 의료원의 뇌졸중 입원환자를 대상으로 진료이용실태와 협진에 대한 태도를 연구하여 보다 양질의 협진 의료서비스를 제공할 수 있는 방법을 모색하고 여러 제도와 법률상의 미비로 인해 아직까지 규모와 이용률이 떨어지는 양·한방 협진병원의 의료서비스 체제가 더욱 활성화되는 계기를 마련하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 양방과 한방으로 이원화된 우리나라의 의료체계 하에서, 양방병원과 한방병원 동시개설 의료기관에 입원해 있는 뇌졸중 환자들을 대상으로, 진료이용실태 및 협진이용실태 분석과 뇌졸중 치료를 위한 양·한방 협진에 대한 입원환자의 태도를 파악하는데 일반적인 목적이 있으며, 이를 위한 구체적인 목표는 다음과 같다.

첫째, 뇌졸중 입원환자의 뇌졸중 증상을 파악한다.

둘째, 뇌졸중 입원환자의 진료이용실태를 파악한다.

셋째, 뇌졸중 입원환자의 양·한방 협진이용실태를 파악한다.

II. 연구방법

1. 조사대상 및 방법

본 연구의 대상자는 부산광역시내의 종합병원 등급의 양방병원과 대학부속 한방병원이 동일구내 동시개설 의료기관인 D 의료원 내에 뇌졸중 입원환자를 대상으로 하였고, 의사소통

이 가능한 환자로서 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여를 허락한 환자들을 대상으로 하였다.

조사의 기간은 2002년 3월 30일부터 4월 4일까지 조사였으며, 설문지를 배포하고 조사 대상자가 직접 기입하거나 마비 등으로 인해 기재가 불가능한 대상자는 보호자의 도움을 받아 기입하도록 하여 회수하는 방법으로 하였다. 부실하게 기재된 자료를 제외하고 최종적으로 총 170부의 자료를 실질분석에 이용하였다.

2. 조사내용

조사내용은 기존에 개발된 설문지를 참고로 보완·수정하여, 구조화된 설문지를 이용하였다. 질문의 내용은 뇌졸중 입원환자의 뇌졸중 증상에 관한 3문항, 진료이용실태에 관한 3문항, 양·한방 협진이용실태에 관한 17문항, 협진에 대한 태도에 관한 9문항, 일반적인 사항 8문항으로 구성하였다.

협진에 대한 태도를 측정하기 위해 이동희(1998)의 기존 선행연구의 설문내용을 일부 수정한 9문항으로 구성하여 협진기대효과, 양방과 한방으로 이원화된 현행 의료체계에 대한 인식, 협진비활성화 원인에 대한 문항으로 구성하였다. 협진에 대한 태도 측정은 Likert scale의 5점 척도로서 “매우 그렇다” 5점, “그렇다” 4점, “보통이다” 3점, “아니다” 2점, “결코 아니다” 1점을 주었으며, 신뢰도는 협진기대효과에 대한 태도(Cronbachs'α = .8685), 현행 의료체계 문제점에 대한 태도(Cronbachs'α = .6413), 협진비활성화 이유에 대한 태도(Cronbachs'α = .7244)이었다.

3. 자료처리 및 분석

자료의 분석은 SPSS(Statistical Package for Social Science) for Windows를 이용하여 분석하였으며, 연구대상자의 일반적인 특성을 분석하기 위하여 빈도, 백분율을 산출하였다. 또한, 연구대상자의 일반적인 특성에 따른 뇌졸중 증상, 진료이용실태, 양·한방 협진이용실태 등을 파악하기 위하여 χ^2 검증(Chi-Square test)을 실시하였으며, 연구대상자의 특성에 따른 협진인식도, 협진만족도를 살펴보기 위해 t검증(t-test)과 일원배치분산분석(One-way ANOVA)을 변수에 따라 실시하였다. 그리고 협진에 대한 태도를 파악하기 위해 대상자의 일반적인 특성에 따른 협진기대효과의 차이검증은 각각 변수의 특성에 따라 t-test 또는 One-way ANOVA를 실시하였으며, ANOVA 후 $p < .05$ 이상 수준에서 유의미한 차이가 있는 변수는 Duncan's 사후검증을 하였다.

Ⅲ. 결과

1. 일반적 특성

본 연구의 대상자인 뇌졸중 입원환자의 일반적인 특성은 표 1과 같다.

표 1. 연구대상자의 일반적인 특성

특성구분	빈도(명)	백분율(%)
진료기관	양방 80	47.1
	한방 90	52.9
성별	남자 74	43.5
	여자 96	56.5
연령	50세 이하	19.4
	51 ~ 60세	27.0
	61 ~ 70세	31.2
	71세 이상	22.4
학력	중졸 이하	48.2
	고졸 이상	51.8
종교	불교	54.0
	기독교	21.8
	천주교	11.8
	없음	12.4
직업	농업 / 자영업	27.6
	가정주부	35.9
	무직 / 노무직	17.1
	공무원 / 기타	19.4
거주지	부산광역시	73.5
	경상남도	19.4
	기타	7.1
월평균소득	100만원 이하	48.8
	101~150만원	26.5
	151만원 이상	24.7
보험형태	국민건강보험	78.8
	의료급여	16.5
	산재 / 자보	1.2
	일반	3.5
전체	170	100.0

2. 뇌졸중 증상

1) 뇌졸중으로 인한 주된 마비부위

뇌졸중으로 인한 주된 마비부위를 연구대상자의 일반적인 특성에 따라 살펴본 결과 표 2와 같다. 직업($\chi^2 = 19.419, p < .01$), 월평균 소득($\chi^2 = 10.619, p < .05$) 변인이 통계적으로 유의미한 차이를 보였다.

표 2. 뇌졸중으로 인한 주된 마비부위

특성	구분	오른쪽	왼쪽	기타	전체	χ^2 (p)
		편마비	편마비	마비		
진료기관	양방	39 (48.8)	31 (38.8)	10 (12.5)	80 (47.1)	5.079 (0.059) df=2
	한방	26 (28.9)	48 (53.3)	16 (17.8)	90 (52.9)	
성별	남자	30 (40.5)	32 (43.2)	12 (16.3)	74 (43.5)	0.549 (0.760) df=2
	여자	35 (36.5)	47 (49.0)	14 (14.5)	96 (56.5)	
연령	50세 이하	18 (54.5)	11 (33.3)	4 (12.2)	33 (19.4)	11.357 (0.078) df=6
	51 ~ 60세	20 (43.5)	19 (41.4)	7 (15.1)	46 (27.0)	
	61 ~ 70세	18 (34.0)	24 (45.3)	11 (20.7)	53 (31.2)	
	71세 이상	9 (23.7)	25 (65.8)	4 (10.5)	38 (22.4)	
학력	중졸 이하	30 (36.6)	43 (52.4)	9 (11.0)	82 (48.2)	3.259 (0.196) df=2
	대졸 이상	35 (39.8)	36 (40.9)	17 (19.3)	88 (51.8)	
직업	농업/자영업	13 (27.7)	28 (59.4)	6 (12.8)	47 (27.6)	19.419 (0.004) df=6
	가정주부	19 (31.1)	33 (54.1)	9 (14.8)	61 (35.8)	
	무직/노무직	17 (58.6)	4 (13.8)	8 (27.6)	29 (17.2)	
	공무원/기타	16 (48.5)	14 (42.4)	3 (9.1)	33 (19.4)	
월평균소득	100만원 이하	28 (33.7)	40 (48.2)	15 (18.1)	83 (48.8)	10.619 (0.031) df=4
	101~150만원	14 (31.1)	21 (46.7)	10 (22.2)	45 (26.5)	
	151만원 이상	23 (54.8)	18 (42.9)	1 (2.4)	42 (24.7)	
전체		65 (38.2)	79 (46.5)	26 (15.3)	170 (100.0)	

2) 뇌졸중 초기 진단명

뇌졸중 초기 진단명을 연구대상자의 일반적인 특성에 따라 살펴본 결과 표 3과 같다. 연령($\chi^2 = 10.334$, $p < .05$), 직업($\chi^2 = 31.420$, $p < .05$) 변인이 통계적으로 유의미한 차이를 보였다.

표 3. 뇌졸중 초기 진단명

특성	구분	뇌경색	뇌혈전	뇌출혈	지주막 하출혈	기타	전체	χ^2 (p)
진료 기관	양방	37 (46.3)	8 (10.0)	26 (32.5)	5 (6.3)	4 (5.0)	80 (47.1)	7.574 (0.108) df=4
	한방	50 (55.6)	7 (7.8)	20 (22.2)	1 (1.1)	12 (13.3)	90 (52.9)	
성별	남자	32 (43.2)	9 (12.2)	24 (32.4)	2 (2.7)	7 (9.5)	74 (43.5)	4.919 (0.296) df=4
	여자	55 (57.3)	6 (6.3)	22 (22.9)	4 (4.2)	9 (9.4)	96 (56.5)	
연령	50세 이하	9 (27.3)	2 (6.1)	15 (45.5)	2 (6.1)	5 (15.0)	33 (19.4)	10.334 (0.046) df=12
	51 ~ 60세	29 (63.0)	3 (6.5)	10 (21.7)	2 (4.3)	2 (4.3)	46 (27.0)	
	61 ~ 70세	29 (54.7)	5 (9.4)	13 (24.5)	1 (1.9)	5 (9.4)	53 (31.2)	
	71세 이상	20 (52.6)	5 (13.2)	8 (21.1)	1 (2.6)	4 (10.5)	38 (22.4)	
학력	중졸 이하	43 (52.4)	6 (7.3)	22 (26.8)	1 (1.2)	10 (12.2)	82 (48.2)	4.159 (0.385) df=4
	고졸 이상	44 (50.0)	9 (10.2)	24 (27.3)	5 (5.7)	6 (6.8)	88 (51.8)	
직업	농업/자영업	27 (57.4)	8 (17.0)	9 (19.1)	1 (2.1)	2 (4.4)	47 (27.6)	21.420 (0.032) df=12
	가정주부	38 (62.3)	3 (4.9)	16 (26.2)	1 (1.6)	3 (5.0)	61 (35.9)	
	무직/노무직	10 (34.5)	4 (13.8)	4 (13.8)	3 (10.3)	8 (27.6)	29 (17.1)	
	공무원/기타	12 (36.4)	-	17 (51.5)	1 (3.0)	3 (9.1)	33 (19.4)	
월평균 소득	100만원 이하	43 (51.8)	8 (9.6)	17 (20.5)	4 (4.8)	11 (13.3)	83 (48.8)	9.811 (0.279) df=8
	101~150만원	20 (44.4)	3 (6.7)	19 (42.2)	1 (2.2)	2 (4.4)	45 (26.5)	
	151만원 이상	24 (57.1)	4 (9.5)	10 (23.8)	1 (2.4)	3 (7.1)	42 (24.7)	
전체		87 (51.2)	15 (8.8)	46 (27.1)	6 (3.5)	16 (9.4)	170 (100.0)	

연령별 전체 뇌졸중 빈도에서는 61~70세가 31.2%로 1위, 51~60세가 27.1%로 2위, 71세 이상이 22.4%로 3위, 50세 이하가 19.4%로 4위의 순이었는데, 이는 김상호(1996)의 60대 34.7%, 50대 33.6%, 70대 이상 16.2%와 비슷하였다. 직업별 전체 뇌졸중 빈도에서는 가정주부가 35.9%로 1위, 농업/자영업이 27.6%로 2위, 공무원/기타직업이 19.4%로 3위, 무직/노무직이 17.1%로 4위였는데, 이는 김병하 등(1995)의 보고와 비슷하였다. 이밖에 진료기관별로는 한방의 경우 출혈성 뇌졸중에 대한 허혈성 뇌졸중의 비는 2.7로서 양방의 1.4보다 높았다. 이는 박종삼(2001)의 보고인 한방의 출혈성 뇌졸중에 대한 허혈성 뇌졸중의 비 4.3과 양방의 출혈성 뇌졸중에 대한 허혈성 뇌졸중의 비 2.1과는 다소 차이를 보였다. 성별에서는 성별 전체 뇌졸중 발생빈도는 남자 43.5% 여자 56.5%로 남녀의 비가 1:1.29로 나타났는데, 이는 김웅각(1998)의 1:1.36과는 비슷하였으나, 이정근(1997)의 1.01:1과는 다소 차이가 있었다. 학력과 월평균 소득 모두에서 뇌경색이 가장 많았고, 뇌출혈이 그 다음으로 많았다.

3) 뇌졸중 초기 유발원인

뇌졸중 초기 유발원인을 연구대상자의 일반적인 특성에 따라 살펴본 결과 표 4와 같다
연령($\chi^2 = 18.308, p < .05$) 변인이 통계적으로 유의미한 차이를 보였다.

표 4. 뇌졸중 초기 유발원인

특성	구분	수명중	과로	정신적 충격	음주/사고 기타	전체	χ^2 (p)
진료 기관	양 방	15 (18.7)	31 (38.8)	19 (23.8)	15 (18.7)	80 (47.1)	7.757 (0.051) df=3
	한 방	5 (5.6)	35 (38.9)	27 (30.0)	23 (25.5)	90 (52.9)	
성별	남 자	8 (10.8)	25 (33.8)	21 (28.4)	20 (27.0)	74 (43.5)	2.324 (0.508) df=3
	여 자	12 (12.5)	41 (42.7)	25 (26.0)	18 (18.8)	96 (56.5)	
연령	50세 이하	6 (18.2)	19 (57.6)	1 (3.0)	7 (21.2)	33 (19.4)	18.308 (0.032) df=9
	51 ~ 60세	7 (15.2)	23 (50.0)	11 (23.9)	5 (10.9)	46 (27.0)	
	61 ~ 70세	6 (11.3)	12 (22.6)	20 (37.7)	15 (28.4)	53 (31.2)	
	71세 이상	1 (2.6)	12 (31.6)	14 (36.9)	11 (28.9)	38 (22.4)	
학력	중 졸 이 하	10 (12.2)	31 (37.8)	26 (31.7)	15 (18.3)	82 (48.2)	2.501 (0.475) df=3
	고 졸 이 상	10 (11.4)	35 (39.8)	20 (22.7)	23 (26.1)	88 (51.8)	
직업	농어/자영업	5 (10.6)	17 (36.2)	16 (34.0)	9 (19.2)	47 (27.6)	4.851 (0.847) df=9
	가 정 주 부	9 (14.8)	24 (39.3)	16 (26.2)	12 (19.7)	61 (35.9)	
	무직/노무직	2 (6.9)	13 (44.8)	5 (17.2)	9 (31.1)	29 (17.1)	
	공무원/기타	4 (12.1)	12 (36.4)	9 (27.3)	8 (24.2)	33 (19.4)	
월평균 소득	100만원 이하	12 (14.5)	31 (37.3)	27 (32.5)	13 (15.7)	83 (48.8)	8.496 (0.204) df=6
	101 ~ 150만원	4 (8.9)	21 (46.7)	7 (15.6)	13 (28.8)	45 (26.5)	
	151만원 이상	4 (9.5)	14 (33.3)	12 (28.6)	12 (28.6)	42 (24.7)	
전	체	20 (11.8)	66 (38.8)	46 (27.1)	38 (22.3)	170 (100.0)	

3. 진료이용실태

1) 입원진료기관

뇌졸중 입원환자들의 일반적인 특성에 따른 양·한방 입원진료기관별 진료이용실태를 살펴본 결과 표 5와 같다. 종교($\chi^2 = 14.770$, $p < .05$) 변인에서 통계적으로 유의미한 차이를 보였다.

표 5. 입원진료기관

특성	구분	양방병원	한방병원	전체	χ^2 (p)
성별	남자	33 (44.6)	41 (55.4)	74 (43.5)	0.319 (0.572) df=1
	여자	47 (49.0)	49 (51.0)	96 (56.5)	
연령	50세 이하	14 (42.4)	19 (57.6)	33 (19.4)	4.377 (0.224) df=3
	51 ~ 60세	27 (58.7)	19 (41.3)	46 (27.0)	
	61 ~ 70세	25 (47.2)	28 (52.8)	53 (31.2)	
	71세 이상	14 (36.8)	24 (63.2)	38 (22.4)	
학력	중졸 이하	34 (41.5)	48 (58.5)	82 (48.2)	1.991 (0.158) df=1
	고졸 이상	46 (52.3)	42 (47.7)	88 (51.8)	
종교	불교	37 (40.2)	55 (59.8)	92 (54.0)	14.770 (0.022) df=6
	기독교	25 (67.6)	12 (32.4)	37 (21.8)	
	천주교	10 (50.0)	10 (50.0)	20 (11.8)	
	없음	8 (38.1)	13 (61.9)	21 (12.4)	
직업	농업/자영업	19 (40.4)	28 (59.6)	47 (27.6)	4.325 (0.228) df=3
	가정주부	33 (54.1)	28 (45.9)	61 (35.9)	
	무직/노무직	16 (55.2)	13 (44.8)	29 (17.1)	
	공무원/기타	12 (36.4)	21 (63.6)	33 (19.4)	
월평균 소득	100만원 이하	34 (41.0)	49 (59.0)	83 (48.8)	4.319 (0.115) df=2
	101~150만원	27 (60.0)	18 (40.0)	45 (26.5)	
	151만원 이상	19 (45.2)	90 (52.9)	42 (24.7)	
전체		80 (47.1)	90 (52.9)	170 (100.0)	

2) 입원기간

뇌졸중 입원환자들의 일반적인 특성에 따른 입원기간을 살펴본 결과 표 6과 같다. 진료기관($\chi^2 = 10.549$, $p < .05$), 종교($\chi^2 = 20.902$, $p < .05$) 변인에서 통계적으로 유의미한 차이를

보였다.

표 6. 입원기간

특성	구분	한달	1개월	3개월	5개월	전체	χ^2 (p)
		미만	~2개월	~4개월	이상		
진료 기관	양방	29 (36.3)	17 (21.3)	19 (23.8)	15 (18.8)	80 (47.1)	10.549 (0.014) df=3
	한방	45 (50.0)	26 (28.9)	14 (15.6)	5 (5.6)	90 (52.9)	
성별	남자	38 (51.4)	17 (23.0)	9 (12.2)	10 (13.5)	74 (43.5)	6.010 (0.111) df=3
	여자	36 (37.5)	26 (27.1)	24 (25.0)	10 (10.4)	96 (56.5)	
연령	50세 이하	17 (51.5)	4 (12.1)	7 (21.2)	5 (15.2)	33 (19.4)	11.013 (0.275) df=9
	51 ~ 60세	25 (54.3)	10 (21.7)	6 (13.0)	5 (10.9)	46 (27.0)	
	61 ~ 70세	20 (37.7)	18 (34.0)	9 (17.0)	6 (11.3)	53 (31.2)	
	71세 이상	12 (31.6)	11 (28.9)	11 (28.9)	4 (10.5)	38 (22.4)	
학력	중졸 이하	37 (45.1)	19 (23.2)	19 (23.2)	7 (8.5)	82 (48.2)	2.931 (0.402) df=3
	고졸 이상	37 (42.0)	24 (27.3)	14 (15.9)	13 (14.8)	88 (51.8)	
종교	불교	38 (41.3)	26 (28.3)	15 (16.3)	13 (14.1)	92 (54.0)	20.902 (0.013) df=9
	기독교	10 (27.0)	12 (32.4)	12 (32.4)	3 (8.1)	37 (21.8)	
	천주교	15 (75.0)	1 (5.0)	4 (20.0)	-	20 (11.8)	
	없음	11 (52.4)	4 (19.0)	2 (9.5)	4 (19.0)	21 (12.4)	
직업	농업/자영업	19 (40.4)	14 (29.8)	9 (19.1)	5 (10.6)	47 (27.6)	14.221 (0.115) df=9
	가정주부	26 (42.6)	20 (32.8)	13 (21.3)	2 (3.3)	61 (35.9)	
	무직/노무직	14 (48.3)	4 (13.8)	6 (20.7)	5 (17.2)	29 (17.1)	
	공무원/기타	15 (45.5)	5 (15.2)	5 (15.2)	8 (24.2)	33 (19.4)	
월평균 소득	100만원 이하	40 (48.2)	17 (20.5)	19 (22.9)	7 (8.4)	83 (48.8)	8.957 (0.176) df=6
	101~150만원	18 (40.0)	16 (35.6)	7 (15.6)	4 (8.9)	45 (26.5)	
	151만원 이상	16 (38.1)	10 (23.8)	7 (16.7)	9 (21.4)	42 (24.7)	
전체	74 (43.5)	43 (25.3)	33 (19.4)	20 (11.8)	170 (100.0)		

4. 양·한방 협진이용실태

1) 협진인식도

뇌졸중 입원환자의 양·한방 협진에 대한 인식도 차이를 진료기관별, 협진경험유무별로 살펴본 결과 표 7과 같다. 협진의 뇌졸중 치료효과에서는 진료기관($t = 4.527, p < .001$), 협진경험($t = 3.802, p < .001$) 변인이 통계적으로 유의미한 차이를 보였고, 협진의 뇌졸중 치료기간 단축에서는 진료기관($t = 2.979, p < .01$), 협진경험($t = 4.360, p < .001$) 변인에서 통계적으로 유의미한 차이를 보였다.

표 7. 협진인식도 차이검증

항 목	진료기관					협진경험				
	양 방	한 방	전 체	t	p	유	무	전 체	t	p
	Mean	Mean	Mean			Mean	Mean	Mean		
치료효과	3.50	3.98	3.74	4.421	0.000	3.91	3.48	3.70	3.558	0.001
진료절차의 편리성	2.08	1.97	2.02	0.870	0.386	2.01	2.04	2.02	0.178	0.859
비용부담	3.50	3.52	3.51	0.204	0.839	3.56	3.41	3.49	1.237	0.219
치료기간단축	3.35	3.73	3.54	2.965	0.003	3.75	3.19	3.47	4.162	0.000

2) 협진경험

뇌졸중 입원환자들의 일반적인 특성에 따른 협진경험을 살펴본 결과 표 8과 같다. 진료기관($\chi^2 = 7.934, p < .01$), 성별($\chi^2 = 5.044, p < .05$), 연령($\chi^2 = 13.400, p < .01$), 학력($\chi^2 = 4.849, p < .05$), 종교($\chi^2 = 9.514, p < .05$), 직업($\chi^2 = 9.311, p < .05$), 월평균 소득($\chi^2 = 6.969, p < .05$) 변인에서 통계적으로 유의미한 차이를 보였다.

표 8. 협진경험

특성	구분	있다	없다	전체	χ^2 (p)
진료기관	양방	42 (52.5)	38 (47.5)	80 (47.1)	7.934 (0.005) df=1
	한방	66 (73.3)	24 (26.7)	90 (52.9)	
성별	남자	54 (73.0)	20 (27.0)	74 (43.5)	5.044 (0.025) df=1
	여자	54 (56.3)	42 (43.8)	96 (56.5)	
연령	50세 이하	14 (42.4)	19 (57.6)	33 (19.4)	13.400 (0.004) df=3
	51 ~ 60세	29 (63.0)	17 (37.0)	46 (27.0)	
	61 ~ 70세	33 (62.3)	20 (37.7)	53 (31.2)	
	71세 이상	32 (84.2)	6 (15.8)	38 (22.4)	
학력	중졸 이하	59 (72.0)	23 (28.0)	82 (48.2)	4.849 (0.028) df=1
	고졸 이상	49 (55.7)	39 (44.3)	88 (51.8)	
종교	불교	67 (72.8)	25 (27.2)	92 (54.0)	9.514 (0.023) df=3
	기독교	17 (45.9)	20 (54.1)	37 (21.8)	
	천주교	13 (65.0)	7 (35.0)	20 (11.8)	
	없음	11 (52.4)	10 (47.6)	21 (12.4)	
직업	농업/자영업	37 (78.7)	10 (21.3)	47 (27.6)	9.311 (0.025) df=3
	가정주부	33 (54.1)	28 (45.9)	61 (35.9)	
	무직/노무직	15 (51.7)	14 (48.3)	29 (17.1)	
	공무원/기타	23 (69.7)	10 (30.3)	33 (19.4)	
월평균소득	100만원 이하	61 (73.5)	22 (26.5)	83 (48.8)	6.969 (0.031) df=2
	101~150만원	24 (53.3)	21 (46.7)	45 (26.5)	
	151만원 이상	23 (54.8)	19 (45.2)	42 (24.7)	
전체		108 (63.5)	62 (36.5)	170 (100.0)	

3) 전반적인 협진만족도

뇌졸중 입원환자 170명 중 협진유경험자 108명의 전반적인 협진만족도를 대상자의 일반적 인 특성에 따라 살펴본 결과 다음 표 9와 같다. 연령($F = 2.762, p < .05$), 종교($F = 2.643, p < .05$) 변인에서 통계적으로 유의미한 차이를 보였다.

연령에 있어서 71세 이상(3.78)이 가장 높고 51~60세(3.31)가 가장 낮아 유의한 차이가 있었다. Duncan's 사후검증 결과 51~60세 집단, 71세 이상 집단간의 차이로 나타났다.

종교에 있어서 종교 없음(3.82)이 가장 높고 천주교(3.15)가 가장 낮아 유의한 차이가 있었다. Duncan's 사후검증 결과 천주교 집단, 불교와 종교 없음 집단간의 차이로 나타났다.

표 9. 전반적인 협진만족도 차이검증

특성	구분	빈도	Mean	SD	t or F	p	DMR
진료기관	양방	42	3.57	0.77	0.261	0.795	
	한방	66	3.60	0.60			
성별	남자	54	3.61	0.74	0.286	0.776	
	여자	54	3.57	0.60			
연령	50세 이하	14	3.64	0.74	2.762	0.046	a,b
	51 ~ 60세	29	3.31	0.71			a
	61 ~ 70세	33	3.63	0.69			a,b
	71세 이상	32	3.78	0.49			b
학력	중졸 이하	59	3.64	0.69	0.875	0.384	
	고졸 이상	49	3.53	0.65			
종교	불교	67	3.66	0.62	2.643	0.050	b
	기독교	17	3.52	0.72			a,b
	천주교	13	3.15	0.69			a
	없음	11	3.82	0.67			b
직업	농업/자영업	37	3.76	0.55	2.129	0.101	
	가정주부	33	3.39	0.70			
	무직/노무직	15	3.47	0.74			
	공무원/기타	23	2.69	0.73			
월평균 소득	100만원 이하	61	3.56	0.65	0.354	0.703	
	101~150만원	24	3.58	0.71			
	151만원 이상	23	3.69	0.70			

5. 양·한방 협진에 대한 태도

1) 뇌졸중 입원환자의 협진에 대한 태도 비교

뇌졸중 입원환자의 진료기관과 협진에 대한 태도 비교를 살펴본 결과 표 10과 같다. 협진 기대효과($t = 2.338, p < .05$), 협진비활성화이유($t = 2.426, p < .05$)에서 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 협진기대효과와 경우 5점 만점에 한방병원(3.82)이 양방병원(3.58)보다 유의미하게 높게 나왔다. 양방과 한방으로 이원화된 현행 의료체계 문제점의 경우 5점 만점에 한방병원(3.18)이 양방병원(3.07)보다 높았으나 유의미하지는 않았다. 협진비활성화 이유의 경우 5점 만점에 한방병원(3.64)이 양방병원(3.36)보다 유의미하게 높게 나왔다.

표 10. 뇌졸중 입원환자의 협진에 대한 태도 비교

태도	구	분	양방병원		한방병원		전 체		t	p
			M	SD	M	SD	M	SD		
협진 기대효과		1. 양·한방 협진 진료는 진단에 효과가 뛰어날 것 같다.	3.62	0.66	3.83	0.67	3.73	0.67	2.026	0.044
		2. 협진은 환자의 재화에 많은 도움이 될 것 같다.	3.58	0.68	3.88	0.69	3.73	0.69	2.837	0.005
		3. 협진은 질병예방에 많은 도움이 될 것 같다.	3.56	0.69	3.77	0.61	3.67	0.65	2.151	0.033
		진	3.58	0.67	3.82	0.65	3.71	0.67	2.338	0.027
현행 의료체계 문제점		1. 양방과 한방으로 이원화된 현행 의료체계는 국민들의 병원 선택에 혼란을 야기한다.	2.93	0.81	3.08	0.72	3.01	0.77	1.277	0.203
		2. 국민 의료비 상승요인 중의 하나가 이원화된 현행 의료체계 때문이다.	3.32	0.74	3.52	0.69	3.42	0.72	1.794	0.075
		3. 의과대학과 한의과대학의 이원화로 인해 교육비의 낭비를 초래하는 것 같다.	2.97	0.88	2.95	0.76	2.96	0.82	0.154	0.878
		진	3.07	0.81	3.18	0.72	3.13	0.77	1.075	0.385
협진 비활성화 이유		1. 협진이 활성화되지 못하는 이유는 양·한방 양측의 편견 때문이다.	3.46	0.79	3.80	0.70	3.63	0.75	2.932	0.004
		2. 협진진료에 관련된 법적 제도의 미비로 인해 협진진료의 활성화가 어렵다.	3.38	0.72	3.54	0.65	3.46	0.69	1.487	0.139
		3. 질병에 대한 접근 방법의 차이 때문에 협진진료가 활성화되지 못하는 것 같다.	3.25	0.84	3.60	0.74	3.43	0.79	2.859	0.005
		진	3.36	0.78	3.64	0.69	3.50	0.74	2.426	0.049

VI. 고 찰

우리나라 주요 사망원인 통계에 의하면 인구 10만 명당 순환기계통 질환(뇌혈관성질환, 고혈압성질환, 허혈성심장질환, 동맥경화증 등)이 24.6%로 가장 높고, 신생물이 21.7%, 사고사 등이 14.5%이었으며, 뇌혈관질환 사망률에 있어서 연령별로 보면 인구 10만 명당 남녀 전체로는 74.0명으로 가장 높고, 남자의 경우 70.7명 여자의 경우 77.3명으로 가장 높게 나타났다. 특히 연령별로 보면 50대의 경우 85.1명, 60대의 경우 288.9명, 70대의 경우 1134.2명으로 50대 이상에서 뇌혈관질환이 가장 큰 비중을 차지하고 있다(통계청, 1999).

뇌혈관질환인 뇌졸중(Cerebral Vascular Accident : C.V.A)은 임상적으로 혈관 유래의 원인 이외 뚜렷한 다른 원인이 없이 급격한 의식장애나 운동 장애 등의 국소적 대뇌기능 소실의 증상이나 징후가 갑자기 나타나고 24시간 이상 지속되는 일련의 증후군을 말하며(Warlow 등, 1996), 한의학적으로는 중풍(中風)의 범주에 속한다고 할 수 있다(윤진구, 1989; 김한규 등, 1982). 특히, 뇌졸중은 높은 사망률뿐만 아니라, 비록 사망하지 않더라도 소수만이 사회생활로 복귀가 가능할 정도로 회복되고, 생존자의 삼분의 일 이상이 그들의 일상생활에 있어 타인에게 의존하게 되는 심각한 장애를 남긴다(Warlow, 1998; O'Mahony 등,

1999). 또한 치료 및 재활에 있어서도 많은 의료비가 소모되며(Talyor 등, 1996), 사회나 가정에 책임이 큰 40대에서 60대에 대부분 발생하기 때문에 사회적 경제적 측면에서도 손실이 매우 크다 할 수 있다(김정순 등, 1981).

한방은 자연원리에 순응하고 체질을 고려한 종합적이고 근본적인 치료방법으로 재발이 적고, 내과적 만성질환에 우수한 반면 응급환자 처리에 제약이 있고, 투약방법이 불편하며, 진찰의 객관성이 빈약하고(이동희, 1994), 양방은 세균학적, 병리학적으로 발달하여 있으며 외과학 발달과 처치가 용이하고, 투약이 간편하며, 치료법이 국소적이고 만성치료에 부적합하여 과목의 세분화로 진료의 전 과정이 불편하다는 장단점이 있다(김영준, 1991).

1998년도 경북대학교병원 의학연구소와 한국과학재단에서 실시한 「양방과 한방에 대한 인식 조사」에 의하면, 조사대상자 640명 중 32.9%는 양방과 한방을 동시에 이용하고 있었다. 양약과 한약을 같이 복용할 경우 부작용이 증가할 것이라고 생각한 사람이 53.4%로 과반수이었으나, 이로온 효과가 클 것이라고 생각한 사람도 34.7%나 되었다. 특히, 중풍이 생긴 환자가 제일 먼저 가야할 곳은 한방이 63.9%, 양의가 22.4% 이었다. 중풍환자가 한방에 가서 실제로 도움을 받았다고 생각하는 사람은 81%나 되었고, 침술에 대해서는 84.5%가 효과가 있다고 생각하고 있었다. 1999년 8월 현재, 한방병원은 122개 기관으로 한·양방협진 병원은 93개 기관으로 증가했다. 이는 1989년 이전 대비 한방병원은 6.8배, 한·양방협진 병원은 8.5배나 증가한 수치이다. 한방병원 122개소 중 93개소(76.2%)가 한·양방협진을 시행 중이다. 비 협진 기관의 60%는 향후 2년 이내에 협진을 실시할 구체적인 계획을 갖고 있고, 40%는 협진 실시를 고려 중이라고 응답하였다(서동운, 2000). 현재 우리나라 양·한방병원을 가장 많이 이용하고 있는 환자가 뇌졸중환자이므로 이들에 대한 양·한방협진 치료의 접근이 대단히 중요하며(전현선, 1999) 양방과 한방의 단점을 서로 보완하고 질병의 특성에 따른 적합한 의료방법을 모색할 수 있는 양·한방 협진체제의 시급한 정착이 요구되고 있다. 그러나 환자나 가족들의 인식부족과 더불어 수가제도의 획일성, 그리고 양방과 한방으로 이원화된 우리나라의 의료체제로 인하여 뇌졸중 치료의 협진체제는 아직까지 활성화되지 않은 실정이다(박미희, 1999).

우리나라의 의료체계는 오랜 역사 가운데 민족의학으로 발전해온 한의학과 양적·질적 측면에서 이미 상당한 수준에 도달해 있는 서양의학으로 두 축을 이루고 있다. 이는 다른 나라에 비해 하나의 장점이라고 볼 수 있으며 이 두 의료체계의 갈등적 공존은 현 의료계의 특징이기도 하다(유경희, 2000).

본 연구에서 나타난 바에 따르면 뇌졸중 입원환자의 주된 마비부위는 왼쪽편마비가 46.5%로 가장 많았고 오른쪽편마비가 38.2%로 그 다음이었다. 이는 조금씩 다른 조건하에서 선행 연구된 결과인 이미화(2000)의 오른쪽편마비 49.5%, 왼쪽편마비 43.7%와 박미희(1999) 오른쪽편마비 39.0%, 왼쪽편마비 36.0%와는 다른 양상을 보여주고 있었다.

뇌졸중 초기 진단명은 뇌경색이 51.2%로서 가장 많았고 그 다음이 뇌출혈 27.1%, 기타 9.4%, 뇌혈전 8.8%, 지주막하출혈 3.5%의 순으로 나타나 황석재(2000), 전현선(1999)의 선행 연구결과와 다소 비슷한 경향을 보이며, 이 같은 결과는 중전 우리나라에서 허혈성 뇌졸중에 비해 출혈성 뇌졸중이 우세하였던 경향과는 상반되는 결과로 그 원인으로는 평균수명의 연장, 식생활 및 생활양식의 서구화, 고혈압의 치료와 관리의 증가, 진단기술의 발달 등을 들 수 있으며, 뇌졸중 변형의 서구화라는 예상이 현실화되고 있음을 보여준다고 황석재(2000)는 설명하였다.

초기 유발원인 및 발병 시 상태를 전체 순위를 살펴보면 과로가 38.8%로 1위, 정신적 충

격이 27.1%로 2위, 수면 중이 11.8%로 3위, 기타/사고가 16.5%로 4위, 음주가 5.9%로 5위의 순이었으며, 이는 전현선(1999)의 선행 연구결과인 과로 26.7%, 수면 중 26.4%, 기타 25.4%, 정신적 충격 9.8%, 사고 6.1%, 음주 5.6%와 다소 차이를 보였다.

입원진료기관, 입원기간, 협진경험, 전반적인 협진만족도에서 연구대상자의 일반적인 특성 중 종교변인이 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 이는 기존의 선행연구결과에서 환자만족도는 환자의 일반적인 특성 중 성, 연령, 입원기간, 직업, 소득수준, 학력, 기대치, 건강상태 등의 요인은 영향을 미치며 종교, 인종, 사회적 신분 등의 요인은 중요하지 않다(박용익, 1997)는 것과 다른 결과였다.

뇌졸중 입원환자의 협진경험을 보면 양방병원 52.5%, 한방병원 73.3%로 양·한방 동시개설병원 뇌졸중 입원환자 중 63.5%가 협진경험이 있는 것으로 나타났다. 이는 조금씩 다른 조건하에서 선행 연구된 결과인 박미희(1999)의 47.0%, 진삼근(1998)의 54.0%, 이동희(1994)의 45.3%보다 월등히 높게 나타나 뇌졸중 입원환자의 경우 협진을 가장 많이 경험하고 있음을 보여준다.

뇌졸중 협진 유경험 입원환자들의 협진인지경로를 보면, 가족/이웃이 54.6%로 1위, 의사/직원이 22.2%로 2위, 다른 환자가 13.0%로 3위, 대중매체가 10.2%로 4위의 순이었다. 이는 위명주(2000)의 보고인 가족/이웃 41.9%, 대중매체 31.6%, 직원소개 10.3% 다른 환자 7.4%와 다소 차이를 보였다.

양·한방 협진에 대한 태도 중에서 협진기대효과의 경우 한방병원이 양방병원보다 유의미하게 높게 나왔다. 이는 이동희(1998)가 의사와 한의사를 대상으로 연구한 “한·양방 협진 진료체제 개발에 관한 연구”의 결과에서 한의사가 유의미하게 높았다는 것과 같았으며, 유경희(2000)의 “양·한방 동시개설병원 입원환자의 협진에 대한 태도 연구” 결과와 동일하였다. 전체적으로 진단과 재활 그리고 질병예방의 순이었으며, 이는 이동희의 재활, 진단, 질병예방과 유경희의 진단, 재활, 질병예방과 비교된다.

양방과 한방으로 이원화된 현행 의료체계 문제점의 경우 전체적으로 의료비상승, 병원 선택혼란, 교육비낭비의 순이었는데, 이는 이동희의 보고와는 동일하였고, 유경희의 보고인 교육비낭비, 병원 선택혼란, 의료비상승과는 차이를 보였다.

협진비활성화 이유의 경우 전체적으로 양측편견, 제도미비, 질병접근방법차이의 순이었는데, 이는 이동희의 보고인 질병접근방법차이, 양측편견, 제도미비와 유경희의 보고인 양측편견, 질병접근방법차이, 제도미비와 대조된다.

V. 결론

1. 요약 및 결과

본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 뇌졸중 입원환자의 뇌졸중 증상을 알아보기 위해 대상자의 일반적인 특성과 교차분석 한 결과, 뇌졸중으로 인한 주된 마비부위는 직업($p < .01$), 월평균 소득($p < .05$)에서 통계적으로 유의미한 차이를 보였고, 뇌졸중 초기 진단명에서는 연령($p < .05$), 직업($p < .05$)이 그리

고, 뇌졸중 초기 유발원인에서는 연령($p < .05$)이 통계적으로 유의미한 차이를 보였다.

둘째, 뇌졸중 입원환자의 진료이용실태를 알아보기 위해 대상자의 일반적인 특성과 교차분석 한 결과, 입원진료기관에서는 종교($p < .05$)가 유의미한 차이를 보였고, 입원기간에서는 진료기관($p < .05$), 종교($p < .05$)가 그리고 응급조치기관에서는 진료기관($p < .05$), 직업($p < .05$)이 통계적으로 유의미한 차이를 나타냈다.

셋째, 협진에 대한 인식도 중 뇌졸중 치료효과와 치료기간 단축에서 한방병원, 협진유경험자가 양방병원, 협진무경험자보다 점수가 더 높게 나왔으며, 이는 한방병원 협진유경험자가 협진에 대해 긍정적으로 인식하고 있음을 보여준다. 양·한방 협진이용실태를 파악하기 위해 대상자의 일반적인 특성과 교차분석 및 t-검증 한 결과, 협진경험에서는 진료기관($p < .01$), 성별($p < .05$), 연령($p < .01$), 학력($p < .05$), 종교($p < .05$), 직업($p < .05$), 월평균 소득($p < .05$)에서 그리고 협진인지경로에서는 진료기관($p < .05$), 성별($p < .05$), 직업($p < .05$)에서 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 전반적인 협진만족도의 경우 연령에 있어서 71세 이상이 가장 높고 51~60세가 가장 낮았으며($p < .05$), 종교별로는 종교 없음이 가장 높고 천주교가 가장 낮아($p < .05$) 유의한 차이가 있었다. 그러므로 연령과 종교적 배경에 따른 차별화된 협진마케팅이 필요하다.

넷째, 양방과 한방으로 이원화된 현행 의료체계의 가장 큰 문제점을 국민 의료비상승으로 평가하고 있으며, 협진비활성화의 가장 큰 이유는 양방과 한방 양측의 편견 때문인 것으로 생각하고 있었다. 뇌졸중 입원환자의 양·한방 협진에 대한 태도를 파악하기 위하여 대상자의 일반적인 특성과 t-검증 및 분산분석 한 결과, 협진기대효과에 대한 태도는 뇌졸중 입원환자 중 한방병원($p < .01$), 협진유경험자($p < .001$), 공무원/기타직업($p < .01$), 종교 없음($p < .001$), 71세 이상($p < .01$), 남자($p < .05$) 집단에서 점수가 통계적으로 유의미한 차이를 보이며 높았다. 현행 의료체계 문제점에 대한 태도는 뇌졸중 입원환자 중 협진유경험자($p < .01$), 농업/자영업($p < .01$), 종교없음($p < .05$), 중졸이하($p < .05$), 71세 이상($p < .01$), 남자($p < .05$) 집단에서 점수가 통계적으로 유의미한 차이를 보이며 높았다. 협진비활성화 이유에 대한 태도는 뇌졸중 입원환자 중 한방병원($p < .01$), 불교($p < .001$), 남자($p < .05$) 집단에서 점수가 통계적으로 유의미한 차이를 보이며 높았다.

2. 결론

뇌졸중은 현대 사회의 대표적인 만성적 성인병으로 양·한방협진을 가장 많이 이용하는 질병중의 하나이다. 그러므로 양방과 한방의 단점을 서로 보완하여 보다 양질의 협진의료서비스를 제공한다면, 고객만족과 수익성증대라는 일거양득(一舉兩得)의 병원 마케팅 효과를 볼 수 있다. 따라서 더욱 올바른 양방과 한방 협진체제의 구축에 있어서 다음과 같은 결론을 가지고자 한다.

1. 양·한방 동시개설병원 뇌졸중 입원환자의 일반적인 특성에는 뇌졸중 증상, 진료이용실태, 협진이용실태, 협진에 대한 태도에 통계적으로 유의미한 차이를 가지는 변인이 존재하므로, 체계적으로 연구하여 보다 나은 '협진의료서비스'를 제공할 필요가 있다.

2. 협진에 대한 정확한 정의가 미흡하기 때문에 본 연구에서는 '양·한방 상호방문 진료행위'로 간주하였으며, 지속적인 연구를 통해 협진에 대한 명백한 정의를 내릴 필요가 있다.

3. 현재는 환자의 필요성에 의해 이루어지는 협진절차를 협진병원 내에 '양·한방 공동 진료과'를 설치하여, (한)의사의 필요성에 의해 협진이 이루어지도록 유도하여 환자에 대한 경제적, 시간적 부담과 불확실한 자가 판단진료의 부담을 줄여야 할 필요가 있다.

4. 상대적으로 급여수준이 낮은 한방 의료보험 확대방안과 아울러 뇌졸중 등의 특정질환 별로 양·한방 협진 표준 진료모델을 개발하여, 현행 포괄수가제도와 대비되는 '협진표준수가제도'를 중·장기적으로 개발할 필요가 있다.

5. 양·한방협진의 활성화를 위해서는 우선적으로, 의료계와 한의계간의 공동연구 및 공동 학술회 등을 통해 서로의 편견을 버리고, 우리나라 현대인의 질병에 맞는 '제3의학의 창출'에 대한 추진의지가 전제될 필요가 있다.

3. 연구의 제한점

본 연구는 부산시내 D 의료원의 뇌졸중 입원환자 170명(양방병원 입원환자 80명, 한방병원 입원환자 90명)을 대상으로 실증분석 하였기 때문에 분석에 이용된 최종 대상이 다소 부족한 면이 있었으며, χ^2 검증(Chi-Square Test)시 각 셀의 빈도가 5이하인 경우가 발생하였고, 결과의 왜곡현상이 있을 수 있음을 배제할 수 없었다. 따라서 다른 지역 또는 다른 협진병원 뇌졸중 입원환자에까지 연구결과를 일반화하기에는 신중을 기해야 한다. 또한, 뇌졸중 입원환자만을 대상으로 하였기 때문에 외래환자와 입원환자의 차이를 감안하지는 못하였다.

결과적으로 양·한방 협진에 대한 태도를 측정할 수 있는 신뢰도 높은 도구개발과 아울러 후속연구에서는 다양한 특성을 모두 고려하여 보다 많은 연구대상자를 선정함으로써 결과를 일반화 할 수 있도록 연구해 볼 필요가 있다고 사료된다.

<참고문헌>

- 김병하, 이원식. 한방병원 내원 뇌졸중 환자의 사회학적 조사. 한국역학회지 19:2, 1995.
- 김상호. 일반병리학. 고문사, 1996.
- 김영준. 한방의료원 특성에 따른 한의사 양방에 대한 인식 및 태도. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 1991.
- 김웅각. 한방병원 내원 뇌졸중 환자에 대한 역학적 조사. 대한의생명과학회지, 1998. Vol.4, No.2
- 김정순, 이원희. 우리 나라에서 연구 발표된 뇌혈관질환에 관한 문헌 고찰. 한국역학회지, 1981.
- 김한규, 김순철, 조경기. 폐쇄성 뇌졸중에 대한 임상적 고찰. 대한신경외과학회지, 1982 Vol 11, No.4
- 남궁인. 한의학과 양의학의 일원화 필요성에 대한 고찰. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1989.

- 이동희. 한·양방 협진병원 입원환자 의료이용 실태에 관한 조사연구. 경산대학교 보건대학원 석사학위논문, 1994.
- 박미희. 뇌졸중 환자의 양·한방진료 이용실태와 협진 선호성에 대한 연구. 대전대학교 경영행정대학원 사회복지행정학과 석사학위논문, 1999.
- 박용익. 한방병원입원환자의 환자만족도에 영향을 미치는 요인. 한국보건교육학회지, 1997. Vol 14, No.1
- 박종삼. 양방과 한방병원에 입원한 뇌졸중환자의 임상양상 비교. 연세대학교 보건대학원 의학 및 건강증진학과, 2001.
- 박창식. 병원경영을 위한 마케팅전략. 보건과학연구소보, 1996. Vol.6, No.1
- 서동윤. 한·양방 동시 개설 의료기관의 협진현황에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 2000.
- 위명주. 양·한방 협진실태와 만족도 조사연구. 경희대 행정대학원 석사학위논문, 2000
- 유경희. 양·한방 동시개설병원 입원환자의 협진에 대한 태도 연구. 경희대학교 행정대학원 의료행정학과 석사학위논문, 2000.
- 윤진구. 뇌졸중에 관한 임상통계적 연구. 경희대학교 의학석사학위논문, 1989.
- 이동희. 한·양방 협진 진료체제 개발에 관한 연구. 경산대학교 보건대학원 박사학위논문, 1998.
- 이미화. 뇌졸중 치료제인 한약의 효과. 부산대학교 일반대학원 간호학과 간호학석사 학위논문, 2000.
- 이정근. 뇌졸중 환자의 양·한방 진료 선호성에 관한 연구. 대한의무행정관리협회 제4차 연세집, 1997.
- 전현선. 양·한방병원 내원 뇌졸중 환자의 실태와 물리치료 만족도 조사. 경산대학교 보건대학원 석사학위논문, 1999.
- 진삼곤. 양방과 한방병원의 협진체계에 대한 입원환자의 인식도. 고신대학교 보건대학원 병원행정학과, 1998.
- 통계연보(사망원인). 통계청, 1999.
- 황석재. 우리 나라 뇌졸중의 최근 20년간 변화양상에 대한 연구. 경희대학교 대학원 의학과 내과학전공, 2000.
- O'Mahony PG, Thamson RG, Dobson R, Rogers H, James OF. The prevalence of stroke and associated disability. Journal of Public Health Medicine, 1999. 21(2)
- Talyor TN, Davis PH, Torner JC, Holmes J, Meyer JW, Jacobson F. Lifetime cost of stroke in the united states. Stroke 27, 1996.
- Warlow CP, Dennis MS, van Gijn J. Stroke : a practical guide to management. Oxford : Blackwell science, 1996.
- Warlow CP. Epidemiology of stroke. Lancet 352(supplIII), 1998.