

기능성 소화불량의 의한 협진과 통합의료에 대한 한의사, 의사, 환자의 인식도 차이

김금지^{1,2}, 전해진^{1,2}, 고석재^{1,2,3}, 차재명⁴, 박재우^{1,2,3}

¹강동경희대학교 한방병원 한방내과, ²경희대학교 대학원 임상한의학과
³경희대학교 한의과대학 비계내과학교실, ⁴강동경희대병원 내과학교실 소화기내과

Perception Difference between Korean Medicine Doctors, Western Medicine Doctors, and Patients on the Collaborative and Integrated Medicine for the Functional Dyspepsia

Keumji Kim^{1,2}, Hye-jin Jeon^{1,2}, Seok-jae Ko^{1,2,3}, Jae Myung Cha⁴, Jae-Woo Park^{1,2,3}

¹Dept. of Internal Korean Medicine, Kyung Hee University Hospital at Gangdong

²Dept. of Clinical Korean Medicine, Graduate School of Kyung Hee University

³Dept. of Gastroenterology, College of Korean Medicine, Kyung Hee University

⁴Dept. of Internal Medicine, Kyung Hee University Hospital at Gangdong

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study was to investigate the perception difference between Korean Medicine doctors, Western Medicine doctors, and functional dyspepsia (FD) patients on the 'Collaborative and Integrated Medicine (CIM)' for FD management.

Methods: Between February and April 2021, 545 Korean Medicine doctors, 121 Western Medicine doctors, and 186 FD patients were invited to participate in this survey. A questionnaire was developed by both the Korean and Western Medicine doctors and consisted of questions about general perceptions of FD and perceptions of CIM for FD.

Results: Responses from 424 Korean Medicine doctors, 113 Western Medicine doctors, and 153 FD patients were analyzed for the CIM for FD. Significant perceptual differences were noted between Korean Medicine doctors, Western Medicine doctors, and FD patients on the CIM for FD, including necessity, effectiveness, safety, cost, and reliability of CIM for the management of FD ($p<0.001$). The FD patients also more strongly supported the necessity of developing CIM for FD than did the Korean and Western Medicine doctors ($p<0.001$), and 87.6% of the FD patients strongly agreed or agreed with the use of CIM for FD.

Conclusions: A significant perception difference was detected between Korean Medicine doctors, Western Medicine doctors, and FD patients regarding the use of CIM for FD. Patients with FD favored the necessity and were more willing to accept CIM for FD than were the doctors. Therefore, more efforts may be warranted for doctors to promote CIM for FD.

Key words: collaborative and integrated medicine (CIM), functional dyspepsia, survey, perception difference

- 투고일: 2021.11.29, 심사일: 2021.12.17, 게재확정일: 2021.12.17
- 교신저자: 박재우 서울시 동대문구 경희대로 26
경희대학교 한의과대학 한방3내과
TEL: 02-440-6219 FAX: 02-440-6295
E-mail: pjw2907@khu.ac.kr
- 교신저자: 차재명 서울시 동대문구 경희대로 26
경희대학교 의과대학 내과학교실
TEL: 02-440-6113 FAX: 02-440-6296
E-mail: drcha@khu.ac.kr
- 두 교신 저자가 공동으로 균등하게 이 연구에 기여하였음.

1. 서론

기능성 소화불량은 소화성 궤양, 위장관 악성종양, 위식도역류 질환 또는 체장담도 질환과 같은 기질적인 질환이 없으면서, 위장관 증상이 만성적, 반복적으로 나타나는 증상증후군으로, 전형적인 증상들은 조기 포만감, 식후 만복감, 상복부 통증, 상

복부 속쓰림이다¹. 기능성 소화불량의 아형은 식후 불편감 증후군(postprandial distress syndrome, PDS), 명치끝통증 증후군(epigastric pain syndrome, EPS), 중복 증후군으로 구분할 수 있다. 기능성 소화불량은 1차 병원과 지역 병원을 방문하는 기능성 소화기 질환 중 가장 흔한 질환이다². 이 질환의 병태생리가 아직 명확하게 밝혀지지 못하였지만, 위장관 운동성장애, 내장 감각과민, 장-뇌 축의 이상, 심리적 요인 등과 관련이 있다고 알려져 있다³. 기능성 소화불량은 일반적으로 위장관운동 촉진제, 위산분비 억제제와 같은 약물 치료와 헬리코박터 파일로리 제균 치료 등으로 시행하고 있지만⁴, 생리병리가 복잡하고 불명확하여 치료와 관리가 쉽지 않다⁵.

한편, 한의학에서 기능성 소화불량은 내상의 범주로 분류되며, 병위는 주로 비위(脾胃)에 속하고 변증은 비기허약(脾氣虛弱)이 주가 되지만, 간위불화(肝胃不和), 위장정음(胃腸停飲), 식적(食積), 혈어(血瘀) 등 다양한 형태로 나타날 수 있다⁶. 환자에 따라 육군자탕(六君子湯), 반하사심탕(半夏瀉心湯), 보중익기탕(補中益氣湯), 시호소간탕(柴胡疏肝湯)과 같은 한약 처방과 침치료의 유효성과 안정성에 대한 연구가 보고되어 있다⁷. 건강보험심사평가원에서 발표한 2019년 건강보험 통계연보에 따르면, 기능성 소화불량은 한의학 외래 다빈도 질환 상위 8위에 해당할 정도로 한의학 치료가 빈번하게 시행되고 있다⁸.

현대화와 산업화가 진행되면서 인간의 수명은 연장되었지만, 만성퇴행성 질환, 환경성 질환, 스트레스성 질환이 증가하고 있다^{9,10}. 기능성 소화불량과 같이 병태생리가 복잡하고 스트레스가 관여하는 질환들은 서양의학적 치료만으로는 충분히 증상이 조절되지 않는 경우가 많기 때문에, 서양의학 치료에 과학적인 근거가 있는 보완대체의학(collaborative and integrated medicine, CIM)을 융합하는 통합의료가 새로운 치료 패러다임으로 제시되고 있다¹¹. 통합의료란 기존 의료체계와 과학적으로 검증된 보완대체의학 병행하여 치료하는 개념으로, 단순한

한의과 및 의과 협진 치료보다 포괄적인 의학이다¹⁰. 기능성 소화불량 환자들도 치료에 대한 만족도가 높지 않고, 보완대체의학에 대한 수요가 높기 때문에¹², 기능성 소화불량 치료에도 통합의학적 개념이 필요할 것으로 기대된다.

현재까지는 국내에서 기능성 소화불량에 대해 협진이나 통합의학적 개념으로 치료하지 않았기 때문에, 이런 연구에서는 한의사 및 의사들을 대상으로 기능성 소화불량에 대한 협진 및 통합의학 치료에 대한 인식도 차이를 조사하였다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구 대상 및 방법

한의사, 의사 및 기능성 소화불량 환자를 대상으로 기능성 소화불량의 협진 및 통합의학 치료에 대한 설문조사를 시행하였다. 한의사는 대한한 의사 협회에 등록된 한의사 중 이메일 수신에 동의하고 설문 참여를 원하는 한의사를 모집하였으며, 의사는 대한소화기학회에 등록된 의사들 중 이메일 수신에 동의하고 설문 참여를 원하는 의사를 대상으로 모집하였다. 기능성 소화불량 환자는 모 대학병원 소화기내과 외래를 방문하여 로마 기준에 따라 기능성 소화불량으로 진단받은 환자를 대상으로 모집하였다. 모집된 한의사 및 의사를 대상으로 기능성 소화불량에 대한 인식도, 의학 및 한의학의 협진 치료, 통합의학 치료에 대한 인식도를 파악하기 위한 설문조사를 온라인으로 진행하였다. 한편, 기능성 소화불량 환자에 대해서는 유사한 설문지를 대면조사 방식으로 설문조사를 오프라인으로 진행하였다.

온라인 조사를 위해 설문지를 상업용 설문 프로그램(Survey Monkey, www.surveymonkey.com)을 이용하여 온라인 설문 툴로 전환하였으며, 2021년 2월 23일부터 4월 19일까지 총 56일간 설문조사를 진행하였다. 이메일을 수신한 한의사 및 의사들이 자발적으로 설문조사 링크에 접속하여 응답하였다.

기능성 소화불량 환자는 소화기내과 외래에서 모집하였으며, 진료실에 비치된 설문지를 통해 무기명으로 설문에 참여하거나 설문조사 링크에 접속하여 참여하였다. 설문 대상자들의 개인 정보는 수집하지 않았으며 비식별화된 설문지로 연구를 진행하였다. 이 연구는 강동경희대학교병원 기관생명위원회의 승인을 받은 후 진행하였다(IRB file No. KHNCM 2021-01-056).

2. 협진 및 통합의료 용어의 정의

‘협진’ 진료는 한의학과 의학(내과) 진료를 병행하여 치료하는 것으로 정의하였다. ‘통합의료’ 진료는 협진 진료 뿐만 아니라 과학적으로 효과와 안정성이 검증된 보완대체의학까지 편입하여 치료하는 진료로 정의하였다¹⁰. 통합의료의 목표는 환자의 신체적 건강 뿐만 아니라, 심리적, 정신적, 사회적 건강까지 포함하는 환자 중심적 진료를 제공하는 것으로 정의되어 있다¹⁰.

3. 설문지 개발

설문지는 소화기질환에 대한 임상경력이 10년 이상이며 대학병원에 근무하는 의사 및 한의사로 구성된 연구팀에서 공동으로 설문지 초안을 작성하고 3차례의 수정을 거쳐 자체 개발하였다. 의료진 대상 설문지는 응답자 일반사항에 대한 문항 5개(나이, 성별, 임상진료경험, 소속 기관, 전문의 여부), 기능성 소화불량 인식도에 대한 문항 8개, 기능성 소화불량 임상진료 경험에 대한 문항 5개, 기능성 소화불량에 대한 협진 또는 통합의학 진료에 대한 인식도에 대한 문항 10개로 구성하였다. 기능성 소화불량 환자 대상 설문지는 응답자 일반사항에 대한 문항 4개(나이, 성별, 학력, 결혼), 기능성 소화불량 인식도에 관련 문항 8개, 기능성 소화불량 임상진료 경험에 대한 문항 7개, 기능성 소화불량에 대한 협진 또는 통합의학 진료에 대한 인식도에 대한 문항 9개로 구성하였다. 의료진 및

환자 대상 설문 항목들은 최대한 일치시켜서 각 항목에 대해서 서로 비교할 수 있도록 개발하였다.

4. 통계 분석

인구사회학적 특성은 기술 통계로 분석하였으며, 연속 변수는 평균±표준편차로 기술하고, 구간 변수는 응답자 수와 퍼센트로 기술하였다. 각 군별 비교에서 연속 변수의 비교는 t 검정 또는 분산분석을 이용하였다. P 값 0.05 이하를 통계적으로 유의하다고 판단하였으며, 통계프로그램 SPSS 18.0 (Chicago, Illinois, USA)을 이용하여 분석하였다.

III. 연구 결과

설문조사에 한의사는 545명, 의사는 121명, 환자는 186명이 참여하였으며, 불완전 답변을 제외하고 각각 한의사는 424명(77.8%), 의사는 113명(93.4%), 환자는 153명(82.3%)의 답변을 분석하였다.

1. 인구사회학적 특성

한의사는 40-59세(50.7%)가 가장 많이 설문에 참여하였고, 주로 남성(72.4%)이 설문에 참여하였다(Table 1). 약 70% 이상의 한의사들은 한의원(71.0%)에 소속되어 있었고 일반의(73.6%)였다. 한의사 전문의는 26.4%였으며, 전문의 112명 중 한방내과 전문의는 38.4%였다. 의사도 한의사와 비슷하게 40-59세(79.6%)가 가장 많이 설문에 참여하였고, 주로 남성(85.8%)이 설문에 참여하였다. 약 57.5%의 의사들은 종합병원이나 상급 종합병원에 소속되어 있었고, 96.5%가 내과 전문의였다. 기능성 소화불량 환자도 40-59세(48.4%)가 가장 많았지만, 성별은 여성(78.4%)이 더 많았다. 환자들의 학력은 62.1%가 대학졸업 이상이었으며, 74.5%는 기혼 상태였다. 환자 본인의 월 소득은 100만원 이하가 가장 많았고(37.2%), 가계 월 소득은 월 500만원 이상이 가장 많았다(54.4%).

Table 1. Demographic and Social Characteristics of Survey Respondents

Demographic and social characteristics	Korean medicine doctors (n=424)	Western medicine doctors (n=113)	FD patients (n=153)
Age (years) group, n (%)			
20-39	192 (45.3)	17 (15.0)	28 (18.3)
40-59	215 (50.7)	90 (79.6)	74 (48.4)
≥60	17 (4.0)	6 (5.3)	51 (33.3)
Sex, n (%)			
Male	307 (72.4)	97 (85.8)	33 (21.7)
Female	117 (27.6)	16 (14.2)	120 (78.4)
Medical institutions, n (%)			
Primary clinics	301 (71.0)	42 (37.2)	
Hospitals	53 (12.5)	5 (4.4)	
General hospitals	NA	65 (57.5)	NA
Public health center or the military	26 (6.1)	1 (0.9)	
Convalescent hospitals	17 (4.0)	0 (0.0)	
Korean and Western medicine collaboration hospital	27 (6.4)	0 (0.0)	
Specialist board, n (%)			
Internal Korean medicine	43 (10.1)	NA	
Other Korean medicine specialist board	69 (16.3)	NA	NA
Internal medicine	NA	109 (96.5)	
None	312 (73.6)	4 (3.5)	
Education level, n (%)			
Less than middle school			16 (10.5)
High school-university	NA	NA	42 (27.5)
University and more			95 (62.1)
Marital status, n (%)			
Married			114 (74.5)
Single, divorced or widowed	NA	NA	39 (25.5)

FD : functional dyspepsia, NA : not applicable

2. 기능성 소화불량의 진료에 대한 인식도 및 진료경험
 기능성 소화불량에 대한 효과적인 치료에 대한 인식도에 대해 한의사, 의사, 환자군 사이에 통계적으로 유의한 차이가 관찰되었다(Table 2). 기능성 소화불량에 대해 한의학 치료 및 의학 치료가 효과적인지에 대한 인식도가 한의사와 의사들간에 유의한 차이가 있었지만($p<0.001$), 특히 한의학 치료의 효과에 대한 인식도의 차이가 더 크게 관찰되었다. 이러한 인식도는 한의사, 의사, 환자를 비교하더라도 유의한 차이가 관찰되었는데, 가장 효과적인 치료 방법에 대해서 한의사는 한의학 치료를, 의사는 의학 치료를 신뢰하였지

만, 환자들은 협진이나 통합의료에 대한 기대가 유의하게 높았다($p<0.001$). 의료진들 중에서는 한의사들이 의사보다 협진 치료의 효과에 대해 긍정적으로 응답하였지만 의사들은 협진(8.0%)이나 통합의료(14.2%)의 효과에 긍정적이지 않았다. 기능성 소화불량에 대한 진료 경험 중 협진(31.4% 대 3.5%)이나 통합의료(21.2% 대 8.0%)의 진료 경험은 유의하게 한의사가 의사들보다 더 높았다(Table 3). 기능성 소화불량 환자들 중 한의학 치료 경험과 협진/통합의료 진료 경험은 각각 7.7%와 7.8%로 높지 않았다. 한편, 협진 또는 통합의료 치료 중 부작용을 경험한 환자는 8.3%였다.

Table 2. Perception for the Effective Treatment of Functional Dyspepsia

Questionnaires, n (%)	Korean medicine doctors (n = 424)	Western medicine doctors (n = 113)	FD patients (n = 153)	<i>P</i> ^a	<i>P</i> ^b
Internal medicine is effective for the management of FD?				<0.001***	<0.001***
Strongly agree	114 (26.9)	23 (20.4)	32 (20.9)		
Agree	143 (33.4)	69 (61.1)	79 (51.6)		
Neutral	96 (22.6)	18 (15.9)	34 (22.2)		
Disagree	50 (11.8)	3 (2.7)	7 (4.6)		
Strongly disagree	21 (5.0)	0 (0.0)	1 (0.7)		
Korean Medicine is effective for the management of FD?				<0.001***	<0.001***
Strongly agree	316 (74.5)	0 (0.0)	21 (13.7)		
Agree	101 (23.8)	3 (2.7)	60 (39.2)		
Neutral	6 (1.4)	26 (23.0)	49 (32.0)		
Disagree	1 (0.2)	46 (40.7)	17 (11.1)		
Strongly disagree	0 (0.0)	38 (33.6)	6 (3.9)		
What is more effective option for the management of FD?				<0.001***	<0.001***
Korean medicine alone	175 (41.1)	0 (0.0)	7 (4.6)		
Internal medicine alone	3 (0.7)	88 (77.9)	31 (20.3)		
Collaborative medicine	170 (40.1)	9 (8.0)	69 (45.1)		
Integrated medicine	76 (17.9)	16 (14.2)	46 (30.1)		

P^a for between Korean medicine and Western medicine doctors, *P*^b for between three groups, *** P value <0.001

Table 3. Experience for the Management of Functional Dyspepsia

Questionnaires, n (%)	Korean medicine doctors (n = 424)	Western medicine doctors (n = 113)	FD patients (n = 153)
Experience for the management of FD patients	406 (95.8)	112 (99.1)	
Experience of side effects during the management of FD patients	127 (30.0)	54 (47.5)	
Experience of collaborative medicine for the management of FD patients	133 (31.4)	4 (3.5)	NA
Experience of integrated medicine for the management of FD patients	90 (21.2)	9 (8.0)	
Experience of hospitalization for FD			17 (11.1)
Experience of internal medicine for the management of FD			132 (13.7)
Experience of side effects by the use of internal medicine			13 (9.9)
Experience of Korean Medicine for the management of FD	NA	NA	65 (42.5)
Experience of side effects by the use of Korean Medicine			5 (7.7)
Experience of CIM management for FD			12 (7.8)
Experience of side effects by the use of CIM			1 (8.3)

FD : functional dyspepsia, CIM : collaborative and integrated medicine, NA : not applicable

3. 기능성 소화불량의 협진 및 통합의료 진료에 대한 설문

기능성 소화불량의 협진 및 통합의료 진료에 대한 설문에서 진료의 필요성, 진료 제공 의향, 진료 추천 의향에서 모두 한의사가 의사보다 유의하게 더 높았다(Table 4). 한편, 한의사나 의사와 같은 의료진보다 기능성 소화불량 환자들은 협진 및 통합의료의 필요성을 유의하게 높게 평가하였다($p < 0.001$). 또한, 87.6%의 기능성 소화불량 환자들이 협진 및 통합의료의 수용 의향에 대해서도 강하게 동의하

거나 동의하였다. 유사하게, 기능성 소화불량의 협진 및 통합의료 진료의 치료 효과와 안전성에 대해서도 한의사가 의사보다 유의하게 더 긍정적으로 평가하고 있었다($p < 0.001$). 하지만, 의료비용 측면에서 한의사, 의사, 환자 모두 협진 또는 통합의료 치료가 가장 비싼 치료 방법이라고 평가하였다. 기능성 소화불량에 대한 협진 또는 통합의료 진료에 감당할 수 있는 추가 비용에 대해서는 '5만원 이하'를 선택한 응답자의 비율이 가장 많았다(Table 5).

Table 4. Perception for the Collaborative and Integrated Medicine (CIM) for the Functional Dyspepsia

Questionnaires, n (%)	Korean medicine doctors (n=424)	Western medicine doctors (n=113)	FD patients (n=153)	P^a	P^b
Necessity to develop CIM management for FD				<0.001***	<0.001***
Strongly agree	129 (30.4)	4 (3.5)	51 (33.3)		
Agree	216 (50.9)	33 (29.2)	76 (49.67)		
Neutral	46 (10.9)	29 (25.7)	21 (13.7)		
Disagree	25 (5.9)	24 (21.2)	4 (2.6)		
Strongly disagree	8 (1.9)	23 (20.4)	1 (0.7)		
Provision of CIM management for FD				<0.001***	NA
Strongly agree	131 (30.9)	2 (1.8)			
Agree	235 (55.4)	43 (38.1)			
Neutral	37 (8.7)	23 (20.4)	NA		
Disagree	16 (3.8)	18 (15.9)			
Strongly disagree	5 (1.2)	27 (23.9)			
Recommendation of CIM management for FD				<0.001***	NA
Strongly agree	126 (29.7)	3 (2.7)			
Agree	238 (56.1)	48 (42.5)			
Neutral	35 (8.3)	16 (14.2)	NA		
Disagree	18 (4.3)	21 (18.6)			
Strongly disagree	7 (1.7)	25 (22.1)			
Willingness to use of CIM management for FD					
Strongly agree			52 (34.0)		
Agree			82 (53.6)		
Neutral	NA	NA	11 (7.2)	NA	NA
Disagree			7 (4.6)		
Strongly disagree			1 (0.7)		

P^a for between Korean medicine and Western medicine doctors, P^b for between three groups, *** P value <0.001

Table 5. Opinions on the Effectiveness, Safety, Cost and Reliability of Collaborative and Integrated Medicine (CIM) for Functional Dyspepsia

Questionnaires, n (%)	Korean medicine doctors (n=424)	Western medicine doctors (n=113)	FD patients (n=153)	<i>P</i> ^a	<i>P</i> ^b
Most effective treatment option for FD				<0.001***	<0.001***
Korean Medicine alone	122 (28.8)	1 (0.9)	10 (6.5)		
Internal medicine alone	8 (1.9)	60 (53.1)	38 (28.8)		
Collaborative and integrated medicine	276 (65.1)	24 (21.2)	81 (52.9)		
No preference	18 (4.3)	28 (24.8)	24 (15.7)		
Most safe treatment option for FD				<0.001***	<0.001***
Korean Medicine alone	133 (31.4)	2 (1.8)	8 (5.2)		
Internal medicine alone	19 (4.5)	69 (61.16)	31 (20.3)		
Collaborative and integrated medicine	202 (47.6)	8 (7.1)	56 (36.6)		
No preference	70 (16.5)	34 (30.1)	58 (37.9)		
Most expensive treatment option for FD				<0.001***	0.71
Korean Medicine alone	38 (9.0)	14 (12.4)	26 (17.0)		
Internal medicine alone	26 (6.1)	8 (6.2)	16 (10.5)		
Collaborative and integrated medicine	332 (78.3)	86 (76.1)	80 (52.3)		
No preference	28 (6.6)	6 (5.3)	31 (20.3)		
Most reliable treatment option for FD				<0.001***	<0.001***
Korean Medicine alone	71 (16.8)	0 (0.0)	9 (5.9)		
Internal medicine alone	14 (3.3)	72 (63.7)	34 (22.2)		
Collaborative and integrated medicine	303 (71.5)	20 (17.7)	86 (56.2)		
No preference	36 (8.5)	21 (18.68)	24 (15.7)		
Appropriate additional cost (won) for CIM of FD				<0.001***	<0.001***
<50,000	265 (62.5)	70 (61.95)	82 (53.59)		
60,000-100,000	68 (16.04)	14 (12.39)	44 (28.76)		
110,000-200,000	37 (8.73)	5 (4.42)	12 (7.84)		
≥200,000	27 (6.37)	2 (1.77)	7 (4.58)		
Any additional cost is fine	16 (3.77)	0 (0)	0 (0)		
Any additional cost is not allowed	11 (2.59)	22 (19.47)	8 (5.23)		

FD : functional dyspepsia, CIM : collaborative and integrated medicine

P^a for between Korean medicine and Western medicine doctors, *P*^b for between three groups, *** P value <0.001

IV. 고찰 및 결론

이번 연구는 국내에서 처음으로 한의사, 의사, 기능성 소화불량 환자를 대상으로 협진 및 통합의료 진료에 대한 인식을 분석한 국내 최초 연구이다. 현재 국내에서 기능성 소화불량 환자에 대해

한의학 치료와 의학 치료가 각각 개별적으로 시행되고 있으며, 협진이나 통합의료 개념으로 치료되는 경우가 매우 드물기 때문에 한의사와 의사가 공동으로 설문에 참여했다는 데 큰 의의가 있다. 한의사는 의사보다 기능성 소화불량에 대한 협진이나 통합의료에 긍정적으로 평가하고 있었으며,

실제 협진이나 통합의료 진료 경험도 의사보다 더 높았다. 비슷하게, 기능성 소화불량의 협진 및 통합의료 진료의 필요성, 진료 제공 의향, 진료 추천 의향, 치료 효과 및 안전성에 대한 설문에서도 모두 한의사들이 의사보다 유의하게 더 긍정적으로 답변하였다. 한 가지 흥미로운 점은 기능성 소화불량 환자 본인들이 의료진보다 협진 및 통합의료 진료의 필요성과 수용 의향에 대해 더 긍정적으로 평가하였다. 이는 기능성 소화불량에 대한 기존 치료에 대해 만족할 만한 증상 개선이 이루어지지 못하는 경우가 많기 때문인 것으로 보인다⁵.

일반적으로 환자들은 기능성 소화불량과 같이 통상적인 진료에서 만족할 만한 증상 개선이 없을 경우 보완대체의학에서 다른 치료 방법을 찾으려 하는 경향이 있다¹². 기능성 소화불량 환자들 중 개인 중심 치료와 의사 및 환자 상호작용을 중시하며, 장기간의 약물 치료를 원하지 않을 경우 보완대체의학을 더 선호하는 경향이 있다^{13,14}. 실제로, 일반 환자들의 보완대체의학 선호도는 낮지 않은 편이다. 2015년 이스라엘에서 대학병원을 내원한 소화기질환 환자 269명을 대상으로 한 설문조사 연구에서 보완대체의학 이용률은 44%였으며¹⁵, 2018년 발표된 체계적 문헌 고찰에서는 미국과 호주 환자들의 소화기 질환에 대한 보완대체의학 이용률은 23.6%-44%였다¹⁶.

코크란 연합에서는 보완대체의학을 특정 사회 또는 특정 문화의 지배적인 의료 시스템이 아닌 모든 의료 시스템과 그에 수반되는 이론 및 신념을 포괄하는 광범위한 의료 자원의 영역으로 정의하였다¹⁷. 서양에서는 한의학, 중의학, 아유르베다 등 전 세계 전통의학과 명상, 최면, 아로마테라피, 영양요법, 이완요법, 마사지 등을 모두 보완대체의학으로 분류하고 있다^{12,17}. 보완대체의학은 과학적 근거 부족이 주류 의학의 외면을 받는 주된 이유이지만, 최근에는 보완대체의학의 효과와 안전성에 대한 연구가 증가하고 있다¹⁸. 서양에서는 보완대체의학에 대한 수요가 꾸준히 증가함에 따라 독일은

비롯한 유럽 국가는 1970년부터, 미국은 1990년부터 보완대체의학을 과학적으로 검증한 후 기존 의료 체계에 융합시키는 통합의료를 발전시켜오고 있다¹⁰. 한편 국내에서는 정통의학, 주류의학, 제도권의학, 정규의학에 속하지 않는 모든 보건의료체제와 이와 동반된 이론, 신념, 치료행위, 제품 등 치유자원을 모두 합하여 보완대체의학으로 정의하고 있다¹⁹. 서양에서는 서양의학 이외의 모든 의학을 보완대체의학으로 분류하지만, 한의학이 공식적으로 인정되고 있는 국내에서는 한의학과 서양의학을 제외한 모든 의학을 보완대체의학으로 분류하고 있다. 국내에서는 한의학이 제도권 의학으로서 관리되면서 발전해왔기 때문에, 한의학, 의학, 보완대체의학을 병행하여 통합의료로 발전시킬 수 있는 여건이 양호한 편이다¹⁰.

현재 국내 의료는 한의학과 의학이 분리된 이원화 체계로 진료가 시행되고 있으며, 한의학과 의학의 협진 진료가 아직 체계적으로 자리를 잡지 못하고 있다²⁰. 보건복지부에서는 2016년부터 '의한 협진' 시범사업을 시행하여 의한 협진의 제도정착을 위해 노력하고 있지만⁹, 2019년에 일반인을 대상으로 시행한 설문조사에 의하면 협진 치료 경험자는 19.5%에 불과하였다²¹. 이번 연구에서도 기능성 소화불량에 대한 협진 또는 통합의료 치료를 받은 경험이 있는 환자는 7.84%에 불과하였고, 협진 진료를 경험한 의료진의 비율도 높지 않았다. 실제로 기능성 소화불량 환자들은 협진 진료에 대한 선호도가 높았기 때문에 협진을 활성화하기 위한 노력이 필요할 것으로 생각되며, 현재 이루어지고 있는 협진 또는 통합의료 진료는 기능성 소화불량 환자들의 수요를 충족시키고 있지 못하는 것을 감안해야 한다. 협진 또는 통합의료 진료가 활성화되지 못한 이유는 양 의료계의 불신이나 제도적 문제 등 다양한 이유가 존재하고 있겠지만, 특히 의사들의 협진 및 통합의료에 대한 신뢰도가 낮은 것도 중요한 이유로 꼽힌다²². 하지만, 환자들은 협진 및 통합의료 진료를 통해서라도 빠른 호

과를 얻기를 원하고 있다²². 의료 수요자인 환자가 원하는 의료 환경을 구축하기 위하여 향후 한의계와 의료계의 노력이 필요하다고 판단된다.

과거에도 협진 진료에 대한 의료인 혹은 환자의 인식을 알아보는 연구들은 다수 있었으나^{20,21,23}, 이번 연구처럼 기능성 소화불량에 국한하여 조사한 연구는 없었다. 그럼에도 불구하고, 이번 연구는 몇 가지 한계점이 있다. 첫째, 한의사는 1차 의료기관인 한의원에 소속된 응답자의 비율이 높았으나, 의사는 종합병원이나 상급 종합병원에 소속된 응답자의 비율이 높았다. 하지만, 이는 한의사와 의사들의 진료 형태가 다르기 때문으로 종합병원이나 상급 종합병원에 근무하는 한의사의 비율이 낮기 때문으로 해석할 수 있다. 둘째, 협진 및 통합의료 진료는 지역적 및 문화적 선호도 차이가 있기 때문에 이번 설문 결과를 다른 나라에 적용하기는 힘들다. 하지만, 전국에서 다양한 한의사와 의사들이 설문에 참여하였기 때문에 국내 의료진들에게는 일반화할 수 있을 것으로 기대된다. 마지막으로, 설문조사에서 기능성 소화불량에 대해 응답한 의견이 실제 진료 행위와 다를 수 있다. 하지만, 기능성 소화불량에 대한 협진 및 통합의료 진료에 대한 인식도 차이는 그대로 진료 행위 차이로 연계될 가능성이 높다.

결론적으로, 기능성 소화불량에 대한 협진이나 통합의료에 대해 한의사와 의사들의 인식도는 유의한 차이가 있었으며, 기능성 소화불량 환자 본인들이 의료진보다 협진 및 통합의료 진료의 필요성과 수용 의향에 대해 더 긍정적으로 평가하고 있었다. 따라서, 기능성 소화불량에 대한 협진이나 통합医료를 활성화하기 위한 의료계의 노력이 필요할 것으로 생각된다.

감사의 글

본 연구는 보건복지부 통합의료연구지원사업의 지원(HI20C1405)에 의하여 이루어졌다.

참고문헌

1. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, et al. Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology* 2006;130(5):1466-79.
2. Stanghellini V, Chan FKL, Hasler WL, Malagelada JR, Suzuki H, Tack J, et al. Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology* 2016;150(6):1380-92.
3. Vanheel H, Farré R. Changes in Gastrointestinal Tract Function and Structure in Functional Dyspepsia. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2013;10(3):142-9.
4. Masuy I, Van Oudenhove L, Tack J. Treatment Options for Functional Dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2019;49(9):1134-72.
5. Ford AC, Mahadeva S, Carbone MF, Lacy BE, Talley NJ. Functional Dyspepsia. *Lancet* 2020;396(10263):1689-702.
6. Committee of Digestive Disease, National Korean Medicine College. *Gastroenterology*. Seoul: Koonja; 2008, p. 348.
7. Kim K, Je Y, Kim K. The Effect of Sagunja Decoction on Functional Dyspepsia - A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Intern Korean Med* 2021;42(3):259-78.
8. Health Insurance Review & Assessment Service, National Health Insurance Service. 2019 National Health Insurance Statistical Yearbook. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service, National Health Insurance Service; 2020, p. 664.
9. Lee KJ, Lee GR, Song YK. A Report on the Status of Cooperation through the Korean Medicine and Western Medicine Collaboration Process. *J Korean Med Rehabil* 2019;29(3):129-39.
10. Lee SJ. What Does Integrative Medicine Mean to the Physician and the Ministry of Health and Welfare? *J Korean Med Assoc* 2012;55(6):

- 508-11.
11. Pyun KH. New Medical Paradigm: Integrative Medicine and Lifestyle Medicine. *Stress* 2004; 12:1-8.
 12. Chiarioni G, Pesce M, Fantin A, Sarnelli G. Complementary and Alternative Treatment in Functional Dyspepsia. *United Eur Gastroenterol J* 2018;6(1):5-12.
 13. Deutsch JK, Levitt J, Hass DJ. Complementary and Alternative Medicine for Functional Gastrointestinal Disorders. *Am J Gastroenterol* 2020;115(3):350-64.
 14. Franzel B, Schwiengershausen M, Heusser P, Berger B. Individualised Medicine from the Perspectives of Patients Using Complementary Therapies: A Meta-Ethnography Approach. *BMC Complement Altern Med* 2013;13:1-17.
 15. Hung A, Kang N, Bollom A, Wolf JL, Lembo A. Complementary and Alternative Medicine Use Is Prevalent Among Patients with Gastrointestinal Diseases. *Dig Dis Sci* 2015;60(7):1883-8.
 16. Gan WC, Smith L, Luca EJ, Harnett JE. The Prevalence and Characteristics of Complementary Medicine Use by Australian and American Adults Living with Gastrointestinal Disorders: A Systematic Review. *Complement Ther Med* 2018;41:52-60.
 17. Zollman C, Vickers A. What Is Complementary Medicine? *Br Med J* 1999;319(7211):693-6.
 18. Tabish SA. Complementary and Alternative Healthcare: Is It Evidence-Based? *Int J Heal Sci* 2008;2(1):V-IX.
 19. Yoo HH, Shin S, Lee JK. A Study on the Medical Students' Perception of Relationships Medicine(CAM), and Korean Medicine. *J Learn Curric Instr* 2016;16(2):281-300.
 20. Lim EJ, Kim SY, Sohn MS, Choe PN, Oh BS. Research on the Conflicts and Future Direction of Integrative Medicine in Korea. *Korean J Physiol Pathol* 2014;28(2):243-50.
 21. Jeong YM, Cho SW. Survey on Perception Level of the East-West Collaborative Medical Practices among the General Public. *J Korean Med Rehabil* 2019;29(1):41-61.
 22. Chung W, Cho C, Lim Y, Lee H. An Attitudinal Study of Medical Profession for Development of Integrated Medical Model for Medical Consumers. *J Soc Thoughts Cult* 2016;19(1):267-96.
 23. Park JK, Kim CB, Cho KS, Choi SY. Cognitive Discrepancies of the Mutual Development Strategies of Western and Oriental Medicine in Korea - A Comparison between Western and Oriental Medical Practitioners and Health Professionals -. *Korean J Heal Policy Adm* 2000;10(4):57-74.

【부록 1】 의료진용 설문지

■ 응답자 일반사항

1. 귀하의 현재 나이는 몇 세 이십니까? 만 ()세
2. 귀하의 성별은 어디에 해당됩니까?
(1) 남자 (2) 여자
3. 귀하의 임상 진료 경험은 몇 년입니까?
(1) 5년 미만 (2) 5-10년 (3) 10-15년 (4) 15-20년 (5) 20년 이상
4. [의사 선생님 대상 질문입니다]
 - 4-1. 귀하의 소속기관은 어떤 형태입니까?
(1) 의원 (2) 병원 (3) 종합병원/상급 종합병원 (4) 보건소 및 보건지소, 군의관
(5) 요양병원 (6) 협진병원 (7) 기타 ()
 - 4-2. 내과 전문의 자격증을 가지고 계십니까?
(1) 아니오 (2) 예
4. [한의사 선생님 대상 질문입니다]
 - 4-1. 귀하의 소속기관은 어떤 형태입니까?
(1) 한의원 (2) 소화기질환 특화 한의원 (3) 한방병원 (4) 보건소 및 보건지소, 군의관
(5) 요양병원 (6) 협진병원 (7) 기타 ()
 - 4-2. 한의사 전문의 자격증을 가지고 계십니까?
(1) 아니오 (2) 예 (과:)

■ 기능성소화불량에 대한 인식도

“기능성소화불량이란 특별한 기질적 질환이 없으면서 상복부 통증, 상복부 팽만감, 조기 만복감, 식후 포만감 등의 상복부 증상이 만성적, 반복적으로 발생하는 증후군이다.”

1. 기능성소화불량은 지속적 소화불량 증상을 호소하지만, 뚜렷한 기질적 원인이 밝혀지지 않은 질환임을 알고 있다.
(1) 예 (2) 아니오
2. 기능성소화불량은 위내시경과 같은 각종 검사에서 다른 유사 질환을 모두 배제한 후에 진단된다는 사실을 알고 있다.
(1) 예 (2) 아니오
3. 기능성소화불량은 뚜렷한 치료제가 개발되어 있지 않다는 사실을 알고 있다.
(1) 예 (2) 아니오
4. 기능성소화불량은 다양한 소화기증상을 호소할 뿐만 아니라 삶의 질까지 저하될 수 있는 치료가 어려운 질환임을 알고 있다.
(1) 예 (2) 아니오

5. 기능성소화불량의 치료에서 가장 중요하다고 생각하는 것은 무엇입니까?

- (1) 소화불량 증상 개선 (2) 정상적인 식사 가능 (3) 삶의 질 개선
(4) 소화불량에 대한 심리적 안정 (5) 체중 증가 및 영양 상태 개선

6-1. 기능성 소화불량을 치료하는데, 내과 치료가 효과적이라고 생각하십니까?

- (1) 매우 그렇다 (2) 그렇다 (3) 보통이다
(4) 그렇지 않다 (5) 전혀 그렇지 않다

6-2. 기능성 소화불량을 치료하는데, 한의학적 치료가 효과적이라고 생각하십니까?

- (1) 매우 그렇다 (2) 그렇다 (3) 보통이다
(4) 그렇지 않다 (5) 전혀 그렇지 않다

6-3. 기능성 소화불량을 치료하는데, 다음 중 어떤 방식이 더 효과적이라고 생각하십니까?

- (1) 내과 단독치료 (2) 한의학 단독치료
(3) 협진 치료(의과+한의과) (4) 통합의료 치료(의과+한의과+보완대체의학요법)

(한의사만) 7. 귀하는 기능성 소화불량을 치료하는데, 한의과 치료가 필요한 시점은 다음 중 언제라고 생각하십니까?

- (1) 진단을 받을 때부터 (2) 소화불량 증상이 심한 환자에 대해서만
(3) 식사를 거의 못하고 있는 환자에 대해서만 (4) 의과 치료에도 불구하고 효과 없는 환자에 대해서만

(한의사만) 8. 귀하는 기능성 소화불량을 치료하는데, 한의과 치료법으로 다음 중 어떤 것들이 포함되는 것이 가장 좋다고 생각하십니까?

- (1) 한약 치료 단독 (2) 침 치료 단독 (3) 뜸 치료 단독 (4) 한약 + 침 + 뜸 치료 복합
(5) 약침 치료 단독 (6) 주나 요법 (7) 기공 요법 (8) 약선 요법 (식이요법)
(9) 향기 요법 (10) 필요없음

(한의사만) 9. 귀하는 기능성 소화불량을 치료하는데, 협진치료 혹은 통합의료치료가 필요한 시점은 다음 중 언제라고 생각하십니까?

- (1) 진단을 받을 때부터 (2) 소화불량 증상이 심한 환자에 대해서만
(3) 식사를 거의 못하고 있는 환자에 대해서만
(4) 한의과 혹은 의과 치료에도 불구하고 효과 없는 환자에 대해서만

■ 기능성소화불량 임상진료 경험

1. 귀하는 기능성소화불량으로 내원한 환자를 진료한 경험이 있으십니까?

- (1) 없다 (2) 있다

2-1. 귀하는 기능성소화불량 환자를 치료 하던 중 한의과 진료 협진을 의뢰한 경험이 있으십니까[의사대상]?

- (1) 있다 (2) 없다

2-2. 귀하는 기능성소화불량 환자를 치료 하던 중 의과 진료 협진을 의뢰한 경험이 있으십니까[한의사대상]?

- (1) 있다 (2) 없다

3-1. 귀하는 기능성소화불량 환자를 내과 치료 하던 중 부작용을 경험한 적이 있으십니까[의사대상]?

- (1) 없다 (2) 있다

3-2. 귀하는 기능성소화불량 환자를 한의과 치료 하던 중 부작용을 경험한 적이 있으십니까[한의사대상]?

- (1) 없다 (2) 있다

4. 귀하는 기능성소화불량 환자를 치료 하던 중 통합의료 치료를 의뢰한 경험이 있으십니까?

주) 통합의료 치료는 협진 치료 뿐만 아니라 과학적으로 효과와 안전성이 검증된 보완대체요법까지 편입하여 치료하는 의료를 의미합니다.

- (1) 없다 (2) 있다

5. 귀하는 기능성소화불량 환자의 치료 효과를 평가할 때 중요하다고 생각하는 것은 무엇입니까?

- (1) 소화불량의 증증도 감소 (2) 정상적인 식사로 회복 (3) 삶의 질 개선
(4) 경제적인 치료비용 (5) 기타()

■ 기능성소화불량에 대한 협진 또는 통합의료 치료에 대한 인식도

1. 기능성소화불량에 대한 협진 또는 통합의료가 개발될 필요가 있다고 생각하십니까?

- (1) 매우 그렇다 (2) 그렇다 (3) 모르겠다
(4) 그렇지 않다 (5) 전혀 그렇지 않다

2. 기능성소화불량 환자에 대해 '협진 또는 통합의료 치료'가 개발된다면 진료를 제공할 의향이 있으십니까?

- (1) 매우 의향이 있다 (2) 의향이 있다 (3) 모르겠다
(4) 의향이 없다 (5) 의향이 전혀 없다

3. 기능성소화불량 환자에 대해 '협진 또는 통합의료 치료'가 개발된다면 치료 프로그램을 환자 및 보호자에게 추천하시겠습니까?

- (1) 매우 의향이 있다 (2) 의향이 있다 (3) 모르겠다
(4) 의향이 없다 (5) 의향이 전혀 없다

4. 귀하는 기능성소화불량 환자가 '협진 또는 통합의료 치료'를 받지 않는 이유는 무엇이라고 생각하십니까?

- (1) 의료진이 협진 또는 통합의료 치료를 제공하지 않아서
(2) 협진 또는 통합의료가 치료효과가 클 것 같지 않아서
(3) 협진 또는 통합의료로 인해 부작용이 증가할 것 같아서
(4) 협진 또는 통합의료로 인해 의료비용이 증가할 것 같아서
(5) 환자가 협진 또는 통합의료에 대해 잘 몰라서
(6) 기타

5. 기능성소화불량에 대한 '협진 또는 통합의료 치료'의 효과에 대한 귀하의 견해는 무엇입니까?

- (1) 내과 단독 치료가 협진 또는 통합의료 치료보다 효과가 더 좋을 것 같다.
(2) 한의학 단독 치료가 협진 또는 통합의료 치료보다 효과가 더 좋을 것 같다.
(3) 협진 또는 통합의료 치료가 내과 또는 한의학 단독 치료보다 효과가 더 좋을 것 같다.
(4) 모르겠다.

6. 기능성소화불량에 대한 협진 또는 통합의료 치료의 부작용에 대한 귀하의 견해는 무엇입니까?

- (1) 내과 단독 치료가 협진 또는 통합의료 치료보다 부작용이 더 적을 것 같다.
(2) 한의학 단독 치료가 협진 또는 통합의료 치료보다 부작용이 더 적을 것 같다.
(3) 협진 또는 통합의료 치료가 내과 또는 한의학 단독 치료보다 부작용이 더 적을 것 같다.
(4) 모르겠다.

7. 기능성소화불량에 대한 협진 또는 통합의료 치료의 비용에 대한 귀하의 견해는 무엇입니까?
- (1) 내과 단독 치료가 협진 또는 통합의료 치료보다 비용이 더 많을 것 같다.
 - (2) 한의학 단독 치료가 협진 또는 통합의료 치료보다 비용이 더 많을 것 같다.
 - (3) 협진 또는 통합의료 치료가 내과 또는 한의학 단독 치료보다 비용이 더 많을 것 같다.
 - (4) 모르겠다.
8. 기능성소화불량에 대한 협진 또는 통합의료 치료의 신뢰도에 대한 귀하의 견해는 무엇입니까?
- (1) 내과 단독 치료가 협진 또는 통합의료 치료보다 신뢰도가 더 높을 것 같다.
 - (2) 한의학 단독 치료가 협진 또는 통합의료 치료보다 신뢰도가 더 높을 것 같다.
 - (3) 협진 또는 통합의료 치료가 내과 또는 한의학 단독 치료보다 신뢰도가 더 높을 것 같다.
 - (4) 모르겠다.
9. 기능성소화불량 치료를 위한 통합의료에 포함될 보완대체의학 중 어떤 것들이 포함되는 것이 좋다고 생각하십니까? (복수 선택 가능)
- (1) 허브(herb, 페퍼민트 등) (2) 최면요법 (3) 명상요법
 - (4) 이완요법 (5) 심리치료 (6) 바이오피드백 요법
 - (7) 인지행동요법 (8) 생활습관의 교정 (9) 식이 관리
 - (10) 필요 없음
10. 기능성소화불량 치료를 위해 협진 또는 통합의료에 대해 환자가 지불하게 되는 추가적 비용은 어느 정도가 적절하다고 생각하십니까(1회 치료 기준)?
- (1) 5만원 이하 (2) 6-10만원 (3) 11-20만원 (4) 20만원 이상
 - (5) 추가적 비용을 지불할 수 없음 (6) 추가 비용을 얼마든지 지불할 수 있음

♣ 성실하게 응답하여 주셔서 대단히 감사합니다 ♣

【부록 2】 환자용 설문지

■ 응답자 일반사항

1. 환자 분의 현재 나이는 몇 살입니까? 만 ()세
2. 기능성 소화불량으로 진단 받은 나이는 몇 살입니까? 만 ()세
3. 환자 분의 성별은 어디에 해당됩니까? (1) 남자 (2) 여자
4. 환자 분의 학력은 다음 중 어디에 해당됩니까?
 (1) 초졸 이하 (2) 중졸 이하 (3) 고졸 이하 (4) 대학 재학 (5) 대졸이상
5. 환자 분의 결혼 상태는 다음 중 어디에 해당됩니까?
 (1) 미혼 (2) 기혼 (3) 이혼 또는 배우자 사망
6. 환자 분 본인의 월 소득은 어느 정도입니까?
 (1) 소득이 없다 (2) 월 100만원 미만
 (3) 월 100만원 이상-200만원 미만 (4) 월 200만원 이상-300만원 미만
 (5) 월 300만원 이상-500만원 미만 (6) 월 500만원 이상
7. 가계(가족 단위 기준)의 월 소득은 어느 정도입니까?
 (1) 소득이 없다 (2) 월 100만원 미만
 (3) 월 100만원 이상-200만원 미만 (4) 월 200만원 이상-300만원 미만
 (5) 월 300만원 이상-500만원 미만 (6) 월 500만원 이상

■ 기능성소화불량에 대한 인식도

“기능성소화불량이란 특별한 기질적 질환이 없으면서 상복부 통증, 상복부 팽만감, 조기 만복감, 식후 포만감 등의 상복부 증상이 만성적, 반복적으로 발생하는 증후군이다.”

1. 기능성소화불량은 지속적 소화불량 증상을 호소하지만, 뚜렷한 기질적 원인이 밝혀지지 않은 질환임을 알고 있다.
 (1) 예 (2) 아니오
2. 기능성소화불량은 위내시경과 같은 각종 검사에서 다른 유사 질환을 모두 배제한 후에 진단된다는 사실을 알고 있다.
 (1) 예 (2) 아니오
3. 기능성소화불량은 뚜렷한 치료제가 개발되어 있지 않다는 사실을 알고 있다.
 (1) 예 (2) 아니오
4. 기능성소화불량은 다양한 소화기증상을 호소할 뿐만 아니라 삶의 질까지 저하될 수 있는 치료가 어려운 질환임을 알고 있다.
 (1) 예 (2) 아니오
5. 기능성소화불량의 치료에서 가장 중요하다고 생각하는 것은 무엇입니까?
 (1) 소화불량 증상 개선 (2) 정상적인 식사 가능 (3) 삶의 질 개선
 (4) 소화불량에 대한 심리적 안정 (5) 체중 증가 및 영양 상태 개선

6-1. 기능성 소화불량을 치료하는데, 내과 치료가 효과적이라고 생각하십니까?

- (1) 매우 그렇다 (2) 그렇다 (3) 보통이다
(4) 그렇지 않다 (5) 전혀 그렇지 않다

6-2. 기능성 소화불량을 치료하는데, 한의학적 치료가 효과적이라고 생각하십니까?

- (1) 매우 그렇다 (2) 그렇다 (3) 보통이다
(4) 그렇지 않다 (5) 전혀 그렇지 않다

6-3. 기능성 소화불량을 치료하는데, 다음 중 어떤 방식이 더 효과적이라고 생각하십니까?

- (1) 내과 단독치료 (2) 한의학적 단독치료
(3) 협진치료 (의과+한의과) (4) 통합의료치료(의과+한의과+보완대체의학요법)

■ 기능성소화불량 임상진료 경험

1. 기능성소화불량으로 인해 입원을 한 적이 있습니까?

- (1) 없다 (2) 있다

2. [기능성소화불량으로 인한 내과 치료 경험에 대한 질문입니다]

2-1. 내과 치료를 받은 적이 있습니까?

- (1) 없다 (2) 있다

2-2. 내과 치료를 받던 중 부작용을 경험한 적이 있습니까?

- (1) 없다 (2) 있다

3. [기능성소화불량으로 인한 한의학적 치료 경험에 대한 질문입니다]

3-1. 한의학적 치료를 받은 적이 있습니까?

- (1) 없다 (2) 있다

3-2. 한의학적 치료를 받던 중 부작용을 경험한 적이 있습니까?

- (1) 없다 (2) 있다

4. [기능성소화불량으로 인한 협진 또는 통합의료 치료 경험에 대한 질문입니다]

주) 협진 치료는 내과 및 한의학적 치료를 병행하여 치료하는 것을 의미합니다. 통합의료 치료는 협진 치료 뿐만 아니라 과학적으로 효과와 안전성이 검증된 보완대체요법까지 편입하여 치료하는 의료를 의미합니다.

4-1. 협진 또는 통합의료 치료를 받은 적이 있습니까?

- (1) 없다 (2) 있다

4-2. 협진 또는 통합의료 치료를 받던 중 부작용을 경험한 적이 있습니까?

- (1) 없다 (2) 있다

■ 기능성소화불량에 대한 협진 또는 통합의료 치료에 대한 인식도

1. 기능성소화불량에 대한 협진 또는 통합의료 개발 필요 있다고 생각하십니까?

- (1) 매우 그렇다 (2) 그렇다 (3) 보통이다
(4) 그렇지 않다 (5) 전혀 그렇지 않다

2. 기능성소화불량 환자에 대해 '협진 또는 통합의료 치료'가 개발된다면 진료를 받아보실 의향이 있으십니까?
 - (1) 매우 의향이 있다 (2) 의향이 있다 (3) 모르겠다
 - (4) 의향이 없다 (5) 의향이 전혀 없다
3. 기능성소화불량 환자가 '협진 또는 통합의료 치료'를 받지 않는 이유는 무엇이라고 생각하십니까?
 - (1) 환자가 협진 또는 통합의료에 대해 잘 몰라서
 - (2) 의료진이 협진 또는 통합의료 치료를 제공하지 않아서
 - (3) 협진 또는 통합의료 치료효과가 클 것 같지 않아서
 - (4) 협진 또는 통합의료로 인해 의료비용이 증가할 것 같아서
 - (5) 협진 또는 통합의료로 인해 부작용이 증가할 것 같아서
4. 기능성소화불량에 대한 '협진 또는 통합의료 치료'의 효과에 대한 환자 분의 견해는 무엇입니까?
 - (1) 내과 단독 치료가 협진 또는 통합의료 치료보다 효과가 더 좋을 것 같다.
 - (2) 한의학 단독 치료가 협진 또는 통합의료 치료보다 효과가 더 좋을 것 같다.
 - (3) 협진 또는 통합의료 치료가 내과/한의학 단독 치료보다 효과가 더 좋을 것 같다.
 - (4) 모르겠다.
5. 기능성소화불량에 대한 협진 또는 통합의료 치료'의 부작용에 대한 환자 분의 견해는 무엇입니까?
 - (1) 내과 단독 치료가 협진 또는 통합의료 치료보다 부작용이 더 적을 것 같다.
 - (2) 한의학 단독 치료가 협진 또는 통합의료 치료보다 부작용이 더 적을 것 같다.
 - (3) 협진 또는 통합의료 치료가 내과/한의학 단독 치료보다 부작용이 더 적을 것 같다.
 - (4) 잘 모르겠다.
6. 기능성소화불량에 대한 협진 또는 통합의료 치료의 비용에 대한 환자 분의 견해는 무엇입니까?
 - (1) 내과 단독 치료가 협진 또는 통합의료 치료보다 비용이 더 많을 것 같다
 - (2) 한의학 단독 치료가 협진 또는 통합의료 치료보다 비용이 더 많을 것 같다.
 - (3) 협진 또는 통합의료 치료가 내과/한의학 단독 치료보다 비용이 더 많을 것 같다.
 - (4) 모르겠다.
8. 기능성소화불량에 대한 협진 또는 통합의료 치료의 신뢰도에 대한 환자 분의 견해는 무엇입니까?
 - (1) 내과 단독 치료가 협진 또는 통합의료 치료보다 신뢰도가 더 높을 것 같다.
 - (2) 한의학 단독 치료가 협진 또는 통합의료 치료보다 신뢰도가 더 높을 것 같다.
 - (3) 협진 또는 통합의료 치료가 내과/한의학 단독 치료보다 신뢰도가 더 높을 것 같다.
 - (4) 모르겠다.
9. 기능성소화불량 치료를 위한 통합의료에 포함될 보완대체의학 중 어떤 것들이 포함되는 것이 좋다고 생각하십니까? (복수 선택 가능)

(1) 허브(herb, 페퍼민트 등)	(2) 최면요법	(3) 명상요법
(4) 이완요법	(5) 심리치료	(6) 바이오피드백요법
(7) 인지행동요법	(8) 생활습관의 교정	(9) 식이 관리
(10) 필요 없음		

기능성 소화불량의 의한 협진과 통합의료에 대한 한의사, 의사, 환자의 인식도 차이

10. 기능성소화불량 치료를 위해 협진 또는 통합의료에 대해 환자 본인이 지불할 추가적 비용은 어느 정도가 적절하다고 생각하십니까(1회 치료 기준)?

- (1) 5만원 이내 (2) 5-10만원 (3) 10-20만원 (4) 20만원 이상
(5) 추가적 비용을 지불할 수 없음.

♣ 성실하게 응답하여 주셔서 대단히 감사합니다 ♣