Sleep Medicine and Psychophysiology
수면 · 정신생리 23(2): 77-83, 2016

□원 저□

https://doi.org/10.14401/KASMED.2016.23.2.77

의사 대상 불면증 치료 현황 조사 연구

Survey of Insomnia Treatment Status for Doctors

최연선 · 이미현 · 최재원 · 김수현 · 김지철 · 이유진

Yeonsun Choi, Mi hyun Lee, Jae-Won Choi, Soohyun Kim, Jichul Kim, Yu Jin Lee

■ ABSTRACT

Objectives: The present study investigated current practices of insomnia treatment among Korean doctors in clinical settings.
Methods: A total of 100 doctors participated in the present study and filled out a series of survey questions regarding their treatment of insomnia patients.
Results: The results revealed that the primary type of insomnia treatment was pharmacological and that the most popular medication was zolpidem. The majority of doctors reported that they also utilized non-pharmacological treatments such as sleep hygiene education and cognitive-behavioral therapy. However, these treatments tended to result in low satisfaction. In addition, the doctors perceived that patients largely preferred pharmacological treatments to non-pharmacological ones and did not have sufficient knowledge of non-pharmacological treatments.
Conclusion: Many doctors believed that non-pharmacological treatments for insomnia were important, but reported that they were difficult to implement in practice. The results of this study suggest that improved medical conditions for non-pharmacological treatments and education of physicians are necessary to appropriately treat insomnia. **Sleep Medicine and Psychophysiology 2016 ; 23(2) : 77-83**

Key words: Insomnia · Non-pharmacological treatment · Sleep hygiene · Surveys and questionnaires.

서 론

수면 문제는 일상생활에서 흔히 발견되며, 불면증은 다양한 수면장애 중에서도 가장 빈번하게 관찰되는 질환으로 알려져 있다. 불면증의 유병률은 불면증을 정의하는 기준이 무엇인지에 따라, 어떤 인구를 대상으로 연구를 하는가에 따라 차이가 있지만, 기존의 연구 결과들에 따르면 서로 다른 다양한 국가들에서의 다양한 성인 표본들 가운데 약 30% 정도가 하나 또는 그 이상의 불면증 증상을 보고하는 것으로 나타났다(Roth 2007 ; Ancoli-Israel과 Roth 1999). 미국의 경우, population-based 추정에 따르면 불면증을 경험하는 경우는 15%에서 24% 정도에 해당한다는 연구 결과도 보고된 바 있다(Pearson 등 2006 ; Roth 등 2011). 불면증의 유병률은 지속적인 증가 추세에 있으며(Pandey와 Philips 2015), Cho 등(2009)이 국내 성인을 대상으로 불면증의 유병률을 파악하고자 실시한 연구에서도 성인 5명 중 1명 꼴로 불면증을 경험하는 것으로 보고되었다.

불면증의 치료는 크게 약물학적 치료와 비약물학적 치료로 나뉘는데, 약물치료의 경우 특히 벤조다이아제핀 혹은 비벤조다이아제핀 계열의 약물이 급성 불면증의 치료에 효과적이라고 알려진 바 있으며, 그 외에도 항우울제나 항정신병 제제 등의 약물도 불면증의 치료에 사용되고 있다(NIH 1983 ; 1990). 하지만 약물에 대한 내성이나 금단증상, 장기적인 사용의 안정성, 반동성 불면증 관련된 문제 등이 명확히 해결되지 않은 탓에, 만성 불면증의 경우 이러한 약물치료의 효과는 다소 불확실한 것으로 보고되고 있다(Buscemi

Received: November 20, 2016 / **Revised:** December 14, 2016
Accepted: Decembery 19, 2016
본 연구는 정신건강기술개발사업 연구비(과제번호 HM15C1197)를 지원받아 진행된 연구임.
서울대학교 의과대학 서울대학교병원 정신건강의학과 수면의학센터
Department of Psychiatry and Center for Sleep and Chronobiology, Seoul National University College of Medicine and Hospital, Seoul, Korea
Corresponding author: Yu Jin Lee, Department of Psychiatry and Center for Sleep and Chronobiology, Seoul National University College of Medicine, 103 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul 03080, Korea
Tel: 02) 2072-2254, Fax: 02) 744-7241
E-mail: ewpsyche@snu.ac.kr

등 2007). Morin 등(2009)의 연구에서는 불면증 인지행동치료를 단독으로 시행하는 경우에 졸피뎀과 병용한 경우에 비해 관해 및 치료 반응 유지율이 더 높았다(Morin 등 2009). 아울러, 졸피뎀 등의 수면제 처방이 자살사고 및 자살시도와 유의한 관련이 있다는 연구 결과가 보고되기도 해(Brower 등, 2011), 약물학적 치료의 한계가 시사된다.

약물학적 치료 외에, 심리학적, 행동학적 치료와 같은 다양한 비약물학적 치료 역시 불면증의 치료에 효과적이라고 제시된 바 있는데, 인지행동치료나 수면위생 교육, 이완훈련 등이 이에 속한다(Morin 등 2006). 2008년의 미국수면의학회(American Association of Sleep Medicine, AASM) 가이드라인에서는, 일차적 불면증뿐만 아니라 만성적인 공존질환으로써의 불면증의 효과적인 치료로 인지행동치료를 포함한 심리학적, 행동학적 치료를 권고하고 있으며, 가능한 경우 이러한 치료를 일차적인 치료 방법으로 사용하는 것을 권장하고 있다(Schutte-Rodin 등 2008). 불면증 환자에서의 약물치료와 심리학적/행동학적 치료의 효과성을 비교 분석하고자 했던 과거 연구들을 살펴보면, 인지행동치료 같은 비약물학적 치료가 약물치료에 비해 더욱 효과적이었고, 인지행동치료를 단독으로 시행하는 것이 인지행동치료와 약물치료를 복합적으로 시행하는 것과 유의하게 차이가 나지 않는다는 결과가 보고되었다(Sivertsen 등 2006 ; Jacobs 등 2004). 또한 Jacob 등은 인지행동치료와 약물치료를 무작위 비교 연구(Randomized Controlled Trial, RCT)로 직접 비교하는 연구를 시행하여, 인지행동치료와 같은 비약물학적 치료의 효과는 장기적으로 지속되는 반면, 약물치료를 중단한 환자들을 대상으로 장기적으로 추적관찰 했을 때, 약물치료의 효과는 지속되지 않고 오히려 기저선 상태로 돌아왔다고 보고하였다(Jacob 등 2004). 아울러 급성 불면증의 단기적인 치료로 수면제 사용과 같은 약물치료적 접근을 취한다 하더라도 가능하다면 행동치료나 인지치료가 병행되어야 한다는 것이 가이드라인으로 제시되기도 해(Schutte-Rodin 등 2008), 불면증에 대한 비약물학적 치료의 중요성이 강조되고 있다.

그러나 비약물치료의 경우, 국내 진료 현실에서 보험을 적용할 수 있는 수가가 부재하고, 불면증 환자 진료시 충분한 진료시간을 할애하기 어려우며, 의사 대상 관련 교육이 충분히 이루어지고 있지 못한 탓에 인지치료에 기반한 개입 등은 아직 실제적인 임상 장면에서 쉽게 활용되고 있지 못한 실정이다(Sivertsen 등 2006). 약물학적 치료뿐만 아니라 비약물학적 치료가 적극적으로 실시되는 경우에 불면증의 치료 효과가 더욱 향상된다는 과거의 연구 결과들을 고려할 때, 인지행동치료나 이완훈련, 자극-조절 등의 비약물학적 치료 시행을 증진해야 할 필요가 있고, 이를 위해서는 우선 현재의 불면증 치료 실태를 면밀하게 파악할 필요가 있다. 따라서 본 연구에서는 1차, 2차, 및 3차 의료기관에서 종사하고 있는 국내 의사를 대상으로 불면증의 약물학적 및 비약물학적 치료 현황을 파악하고자 하였다.

연구 대상 및 방법

1. 대 상

본 연구는 현재 1차, 2차, 및 3차 의료기관에서 일하고 있는 의사를 대상으로 2016년 7월-8월 기간 동안 온라인 설문조사를 통해 자료를 수집하였다. 서베이 몽키(survey monkey)라는 설문조사를 위한 웹사이트를 통해 구성된 설문조사지를 이메일을 통해 총 312명의 의사들에게 전달하였고, 총 102명이 응답하여, 응답률은 32.7%에 해당하였다. 중복응답을 피하기 위하여 설문에 응답한 IP 주소와 이메일 주소를 교차 확인하였다. 이메일은 서울대학교병원 및 가천대길병원 전공의 및 전임의, 수면관련학회 회원을 중심으로 발송 리스트를 작성하였다. 설문조사에 참여한 102명 중 설문지에 충실히 응답한 100명의 자료를 분석 대상으로 하였다. 본 연구는 서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회의 승인을 받아 진행되었다.

2. 설문조사

수면제 처방 현황, 건강한 수면 교육, 인지행동치료(해당과) 등 불면증 치료 현황에 관한 내용으로 본 연구를 위해 26개의 문항으로 구성된 자체 제작한 설문지를 1, 2, 3차 의료기관에 근무 중인 의사들에게 보내서 응답하도록 하였다. 설문지 문항의 내용은 전공의, 전임의, 교수로 수면의학전문가를 포함하여 구성된 본 연구의 연구진들이 3차에 걸친 논의를 거쳐 치료 실태를 포괄적으로 반영할 수 있을 만한 문항으로 구성하였고, 설문지의 일부 문항을 발췌하여 Figure 1에 제시하였다(Figure 1).

결 과

1. 대상자 특성

설문조사에 참여한 102명 중 100명이 모든 문항에의 응답을 완료하였고, 2명은 중반부부터 응답을 하지 않아 결과분석에서 제외하였다. 100명의 응답자 중 55명(55%)은 여성이었고, 45명(45%)은 남성이었으며, 전체 응답자 중 64명(64%)은 정신건강의학과 전공자였으며, 나머지 36명(36%)은 타과(내과, 외과, 가정의학과 전공자 및 일반의 등)였다.

설문조사를 완료한 100명의 참여자 중, 98명이 불면증 환자의 치료 경험이 있다고 응답하였고, 이들이 가장 자주 선택하는 불면증 치료 방법의 순서는 Table 1에 제시하였다. 약물을 처방한다는 답변이 가장 많았으며, 그 다음으로는 건강한 수면습관 교육(수면위생 교육)과 인지행동치료 순이었다(Table 1). 이러한 빈도 현황은 정신건강의학과 전공자 64명만의 응답을 대상으로 다시 분석했을 때에도 동일하게 나타났다. 본 문항에 무응답한 3명을 제외하고는, 55.7%가 약물치료를 1순위로 선택하였고(N = 34), 건강한 수면습관 교육을 2순위로 선택하는 경우가 57.3%(N = 35), 인지행동치료를 3순위로 선택하는 경우가 77.0% 정도였다(N = 47).

Q1 귀하는 불면증 환자의 진료를 경험하신 적이 있습니까?
○ 예
○ 아니오

Q2. (1번 문항에 "있다"로 응답한 경우) 치료 방법 중 다음 중 가장 자주 선택되는 것은 어떤 것입니까? (빈도 순서대로 숫자 기입)
_____ 약물처방
_____ 건강한 수면습관 교육 (수면위생 교육)
_____ 인지행동치료
_____ 타과 혹은 타병원으로 의뢰
_____ 기타

Q3. 1차적으로 주로 선택하시는 약물은 어떤 것입니까?
○ 졸피뎀 (예. 스틸녹스)
○ 트리아졸람 (예. 할시온)
○ 벤조디아제핀 계통 (예. 알프람, 아티반 등)
○ 항우울제 계통 (예. 아미트립틸린, 트라조돈, 레메론 등)
○ 항정신병제제 계통 (예. 쿼티아핀, 클로르프로마진 등)
○ 항히스타민 제제 계통 (예. 디펜히드라민 등)
○ 멜라토닌 계통 (예. 서카딘)
○ 기타 (구체적으로 명시)

Q4. 1차 선택 약물에 효과가 없거나 부족하다면, 2차적으로 처방하시는 약물은 주로 어떤 것입니까?
○ 졸피뎀 (예. 스틸녹스)
○ 트리아졸람 (예. 할시온)
○ 벤조디아제핀 계통 (예. 알프람, 아티반 등)
○ 항우울제 계통 (예. 아미트립틸린, 트라조돈, 레메론 등)
○ 항정신병제제 계통 (예. 쿼티아핀, 클로르프로마진 등)
○ 항히스타민 제제 계통 (예. 디펜히드라민 등)
○ 멜라토닌 계통 (예. 서카딘)
○ 기타 (구체적으로 명시)

Q5. 2차적 약물 처방 시, 처방 형태는 어떤 것입니까?
○ 기존 약물에 추가 처방
○ 기존 약물에서 2차 약물로 교체
○ 기타 (구체적으로 명시)

Figure 1. Example of survey questions.

2. 불면증의 약물학적 치료 시행 현황

불면증 환자의 내원 시 치료를 위해 일차적으로 선택하는 약물을 조사한 결과, 졸피뎀을 선택한다고 응답한 응답자의 비율이 39.22%로 가장 높게 나타났다(N = 40). 뒤이어 벤조다이아제핀 계통의 약물을 처방한다고 응답한 비율이 26.47%(N = 27), 항우울제 계통의 약물을 처방한다고 응답한 비율이 17.65%로(N = 18) 높게 나타났다(Table 2). 일차적으로 선택한 약물이 효과가 없거나 부족한 경우, 이차적으로 처방하는 약물을 조사한 결과, 벤조다이아제핀 계통의 약물을 처방한다고 응답한 비율이 31.37%로 가장 높게 나타났으며(N = 32), 졸피뎀을 선택한다고 응답한 비율이 25.49%(N = 26), 항우울제를 선택한다고 응답한 비율이 20.59%로(N = 21) 뒤이어 높게 나타났다. 하지만 정신건강의학과 전공자의 응답만을 살펴보았을 때, 일차적으로 벤조다이아제핀 계통의 약물을 선택하는 경우가 37.5%로 가장 많았으며(N = 24), 졸피뎀, 항우울제 계통의 약물이 각각 28.1% (N = 18), 26.6% (N = 17) 순이었다. 이차적으로 처방하는 약물 1순위 역시 벤조다이아제핀 계열 약물이었으며(31.3% ; N = 20), 졸피뎀과 항우울제 계열의 약물이 동일한 비율로 그 뒤를 이었다(26.6% ; N = 17). 한편, 이차적 약물의 처방 시 처방 형태에 대해서는 '기존 약물에 추가 처방한다'라는 응답이 62.75%로 가장 많았고(N = 64), '기존 약물에서 이차 약물로 교체한다'라는 응답이 33.33%로 그 뒤를 이었다(N = 34).

3. 불면증의 비약물학적 치료 시행 현황

불면증 환자에게 비약물학적 치료를 시행하고 있는지에 대한 질문에 전체 응답자 중 88%가 '시행하고 있다'고 응답한 반면 (N = 88), 12%는 '시행하고 있지 않다'라고 응답하였다(Table 3). 비약물학적 치료를 시행하고 있다고 응답한 88명을 대상으로 어떤 치료를 시행하는지 설문조사지에 제

Table 1. Choice of insomnia treatment methods (multiple choices available)

Treatment methods	Order of choice					Response (n)
	1st	2nd	3rd	4th	5th	
Medication	57.14% (n = 56)	35.71% (n = 35)	5.10% (n = 5)	1.02% (n = 1)	1.02% (n = 1)	98
Sleep hygiene education	37.11% (n = 36)	53.61% (n = 52)	5.15% (n = 5)	2.06% (n = 2)	2.06% (n = 2)	97
Cognitive-behavior therapy	1.18% (n = 1)	3.53% (n = 3)	70.59% (n = 60)	21.18% (n = 18)	3.53% (n = 3)	85
Refer to other department/hospital	6.10% (n = 5)	7.32% (n = 6)	14.63% (n = 12)	46.34% (n = 38)	25.61% (n = 21)	82
Others	0.00% (n = 0)	0/00% (n = 0)	11.11% (n = 7)	25.40% (n = 16)	63.49% (n = 40)	63

Table 2. Primary and secondary choice of medication in insomnia treatment

Type of medication total	Response rate (n)			
	Primary choice		Secondary choice	
	Total (n = 100)	PSY (n = 64)	Total (n = 100)	PSY (n = 64)
Zolpidem (e.g., stilnox)	39.22% (n=40)	28.1% (n=18)	25.49% (n=26)	26.6% (n=17)
Triazolam (e.g., halcion)	0.98% (n=1)	0.0% (n=0)	2.94% (n=3)	0.0% (n=0)
Benzodiazepine (e.g., alpram, ativan)	26.47% (n=27)	37.5% (n=24)	31.37% (n=32)	31.3% (n=20)
Antidepressant (e.g., amitriptyline, trazodone, remeron)	17.65% (n=18)	26.6% (n=17)	20.59% (n=21)	26.6% (n=17)
Antipsychotic (e.g., quetiapine, chlorpromazine)	2.94% (n=3)	0.0% (n=0)	12.75% (n=13)	12.5% (n=8)
Antihistamine (e.g., diphenhydramine)	2.94% (n=3)	0.0% (n=0)	0.98% (n=1)	0.0% (n=0)
Melatonin (e.g., circadin)	6.86% (n=7)	4.7% (n=3)	2.94% (n=3)	1.6% (n=1)
Others	2.94% (n=3)	3.1% (n=2)	2.94% (n=3)	1.6% (n=1)

PSY : psychiatrist

Table 3. Current performance of non-pharmacological treatment of insomnia (multiple choices available)

Non-pharmacological treatment	
Yes	No
88% (n = 88)	12% (n = 12)
Treatment methods	Response % (n)
Sleep hygiene education	100.00% (n = 88)
Cognitive-behavior therapy	35.22% (n = 31)
Psychotherapy	19.31% (n = 17)
Exercise	19.31% (n = 17)
Relaxatson therapy	22.72% (n = 20)
Others	1.23% (n = 1)

Table 4. Level of subjective satisfaction among doctors regarding non-pharmacological treatment of insomnia

Level of satisfaction	Response % (n)
Very satisfied	5.68% (n=5)
Satisfied	28.41% (n=25)
Average	56.82% (n=50)
Dissatisfied	9.09% (n=8)
Very dissatisfied	0.00% (n=0)

Table 5. Reasons of not conducting non-pharmacological treatment

Level of satisfaction	Response % (n)
Lack of Effectiveness	21.88% (n = 7)
Lack of consultation hours	56.25% (n = 18)
Lack of insurance coverage	21.88% (n = 7)
Lack of patients' demand	18.75% (n = 6)
Lack of information	28.13% (n = 9)
Others	6.25% (n = 3)

시된 보기 중 선택하도록 하자, 대부분이 건강한 수면습관 교육(수면위생교육)을 시행한다고 응답하였고, 인지행동 치료를 시행하는 비율도 34.83%에 해당했으며 이완요법(22.47%), 정신치료(19.10%), 운동요법(19.10%) 같은 치료를 시행하고 있다고 보고하였다. 비약물학적 치료를 시행하고 있다고 응답한 88명에 대해, 비약물학적 치료의 효과에 대해 의사로서 경험하는 만족도에 대해 질문하였는데, '매우 만족한다' 또는 '만족한다'라고 응답한 비율은 5.68%(N = 5), 28.41%(N = 25)에 그쳤으며, '보통'이라고 응답한 비율이 56.82%(N = 50)로 절반 이상을 차지했고, '불만족한다'이라고 응답한 비율도 9.09%에 해당하였다(N = 8)(Table 4). 한편, 비약물학적 치료를 시행하지 않는 이유를 묻는 질문에, 비약물학적 치료 비시행자 12명과 비약물학적 치료를 실시한다고 응답한 일부 응답자들은 '진료시간의 부족'을 가장 큰 이유로 꼽았으며(56.25%), 그 외에도 '시행 방법에 대한 정보 부족', '효과 부족', '수가의 부재' 등을 이유로 비약물학적 치료를 시행하지 않는다고 보고하였다(Table 5).

치료 장면에서 불면증 환자들이 비약물학적 치료에 대해 어느 정도 관심을 보이는지를 묻는 질문에 응답자의 55%가 '관심이 있는 편이다'라고 응답하였으며(N = 55), 15%는 '매우 관심이 있다'라고 보고하였고(N = 15), 30%는 '관심이 거의 없다'라고 보고하였다(N = 30). 비약물학적 치료에 대해 불면증 환자들이 어느 정도 정확하게 인식하고 있는 것으로 보이는지를 묻는 질문에 전체 응답자의 거의 절반에 해당하는 49%가 '잘못 알고 있는 경우가 조금 있다'라고 응답하였고(N = 49), 36%는 '잘못 알고 있는 경우가 아주 많다'라고 응답하였으며, 응답자의 14%(N = 14), 1%(N = 1) 만이 각각 '상당히 알고 있다', '정확히 잘 알고 있다'라고 보고하였다. 비약물학적 치료에 대해 불면증 환자들이 어느 정도 실천하고 있는지를 평가해보도록 했을 때, 응답자 중 54%는 '(환자들이) 표면적으로 실천하는 정도이다'라고 응답하였으며(N = 54), '실천하고 있지 않는 경우가 많다'라고 응답한 경우도 35%에 해당하였다(N = 35). 환자들이 '상당히 실천하고 있다', 혹은 '잘 실천하고 있다'라고 응답한 경우는 각각 11%(N = 11), 1%(N = 1)에 그쳤다.

4. 불면증 치료 실태

의사들이 생각하는 불면증의 가장 중요한 치료 방법이

무엇인지를 순서대로 나열하도록 한 결과, 비약물학적 치료인 '건강한 수면습관 교육(수면위생 교육)'을 가장 중요한 치료로 인식하고 있는 것으로 나타났다. '약물치료'는 수면위생 교육에 이어 두 번째로 중요하게 생각되고 있는 것으로 나타났으며, '인지행동치료'가 그 뒤를 이었다(Table 6). 반면, 치료 장면에서 불면증 환자들이 가장 원하는 치료는 무엇인지 즉, 의사가 인식하는 환자의 치료적 수요에 대해 순서대로 나열하도록 한 결과, 환자들이 '약물치료'를 원한다고 응답한 경우가 압도적으로 많았으며, 그 뒤를 '건강한 수면습관 교육'이 이었고, '인지행동치료'와 '이완요법'이 각각 세 번째, 네 번째로 선택되었다(Table 7).

한편, 불면증 환자의 진료 시 수면제의 의존 혹은 남용이 의심되는 경우가 있었는지를 묻자, 응답자의 89%가 '그렇다'라고 응답하였고(N = 89), '아니다'라고 응답한 경우는 11%에 그쳤다(N = 11). 불면증 환자의 진료 시 수면제의 의존 혹은 남용이 의심되었던 적이 있다고 보고한 응답자들을 대상으로 당시의 대처 방법을 묻자, 절반 이상인 61.8%가 '기존 투약 약물을 감량하여 유지'하는 방법을 사용한다고 응답하였다(N = 55)(Table 8). 아울러, 불면증 환자의 수면제 복용과 관련하여 주된 문제점이 무엇인지를 묻는 질문에서, 응답자의 과반수인 67%가 '심리적 의존'이라고 응답하여 약물에의 심리적 의존이 수면제 복용의 가장 심각한 문제라고 인식하고 있는 것으로 나타났다(N = 67). 이 밖에도, 내성(18% ; N = 18), 어지러움이나 전향성 기억 상실, 환각, 인지기능 저하 등의 부작용(10% ; N = 10), 금단증상(2% ; N = 2) 등도 수면제 복용과 관련되어 발생할 수 있는 문제라고 보고하였다.

설문조사의 마지막 문항은 자유기술 문항으로, 불면증 환자의 적정 진료를 위해 필요하다고 생각되는 점에 대해 자유롭게 기술하도록 하였는데, 응답자들의 다양한 의견이 보고되었으며, 대표적인 것들은 다음과 같았다 : '환자는 증상의 빠른 완화를 위해, 의사는 진료 시간의 부족으로 인해 약물처방이 우선시 되고 있는 실정으로, 수면위생 교육, 인지행동치료 등의 활성화 도모가 필요하다(예 : 수면위생 교육의 공동화)', '진료환경의 개선 및 수가 조정(예 : 진료 시간의 증가, 수면위생 교육 수가의 신설)', '수면장애 환자의 비약물학적 치료에 대한 필요성 고취', '수면제 등의 약물에 대한 인식의 개선(예 : 미디어를 활용한 국민 대상 인식개선)', '타과에서의 무분별한, 혹은 충분한 설명이 제공되지 않은 수면제 처방 양상의 개선' 등이 기타의견으로 포함되었다.

Table 8. Strategies used in insomnia patients' hypnotic dependence and abuse

Strategies	Response % (n)
Reduce dosage of hypnotics	61.80% (n=55)
Discontinue hyprotics	7.87% (n=7)
Refer to sleep specialist	8.99% (n=8)
Consider non-pharmacological treatment	11.24% (n=10)
Other	10.11% (n=9)

Table 6. Order of importance among various insomnia treatment methods

Treatment method	Order of choice						Total (N)
	1	2	3	4	5	6	
Medication	7.37% (n = 7)	38.95% (n = 37)	24.21% (n = 23)	16.84% (n = 16)	6.32% (n = 6)	6.32% (n = 6)	95
Sleep hygiene education	80% (n = 83)	13% (n = 13)	1% (n = 1)	1% (n = 1)	1% (n = 1)	2% (n = 2)	100
Cognitive-behavior therapy	8.51% (n = 8)	28.72% (n = 27)	28.72% (n = 27)	11.70% (n = 11)	11.70% (n = 11)	10.64% (n = 10)	94
Psychotherapy	1.15% (n = 1)	8.05% (n = 7)	13.79% (n = 12)	11.49% (n = 10)	22.99% (n = 20)	42.53% (n = 37)	87
Exercise	0% (n = 0)	6.82% (n = 6)	21.59% (n = 19)	25% (n = 22)	31.82% (n = 28)	14.77% (n = 13)	88
Relaxation therapy	1.14% (n = 1)	10.23% (n = 9)	15.91% (n = 14)	32.95% (n = 29)	21.59% (n = 19)	18.18% (n = 16)	88

Table 7. Treatments which insomnia patients want to take (doctors' point of view)

Treatment method	Order of choice						Total (n)
	1	2	3	4	5	6	
Medication	80% (n = 80)	7% (n = 7)	9% (n = 9)	2% (n = 2)	1% (n = 1)	1% (n = 1)	100
Sleep hygiene education	14.13% (n = 13)	50.00% (n = 46)	19.57% (n = 18)	9.78% (n = 9)	3.26% (n = 3)	3.26% (n = 3)	92
Cognitive-behavioral therapy	3.70% (n = 3)	13.58% (n = 11)	32.10% (n = 26)	22.22% (n = 18)	19.75% (n = 16)	8.64% (n = 7)	81
Psychotherapy	2.50% (n = 2)	8.75% (n = 7)	8.75% (n = 7)	22.50% (n = 18)	18.75% (n = 15)	38.75% (n = 31)	80
Exercise	1.30% (n = 1)	7.79% (n = 6)	12.99% (n = 10)	19.48% (n = 15)	40.26% (n = 31)	18.18% (n = 14)	77
Relaxation therapy	1.30% (n = 1)	16.88% (n = 13)	19.48% (n = 15)	22.08% (n = 17)	15.58% (n = 12)	24.68% (n = 19)	77

고 찰

본 연구에서는 국내의 임상 장면에서 현재 이루어지고 있는 불면증의 치료 실태를 파악하고자 1차 및 2차, 3차 의료기관에서 근무하는 의사들을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 연구 결과, 약물학적 치료가 우선적으로 사용되는 경우가 가장 빈번하고, 비약물학적 치료인 수면위생 교육과 인지행동치료가 각각 두 번째, 세 번째 치료 방법으로 선택되고 있음을 확인하였다. 전체 응답자의 응답 내용을 분석했을 때, 불면증 환자에게 일차적으로 처방하는 약물은 졸피뎀인 것으로 나타났으며, 벤조다이아제핀 계열의 약물과 항우울제 계열의 약물이 처방되는 경우도 적지 않았다. 그러나, 정신건강의학과 전공자의 응답만을 별도로 분석했을 때는 약물의 처방 양상이 전체 응답 결과와 다소의 차이를 보이는 것을 확인할 수 있었다. 정신건강의학과 전공자의 경우, 불면증 환자에게 일차적으로 처방하는 약물은 벤조다이아제핀 계열의 약물인 것으로 나타났다. 이러한 처방 양상의 차이는, 정신건강의학과를 찾는 불면증 환자의 경우 불안, 우울 등의 정신과적 증상의 동반이 타과 방문 환자에 비해 높아 이러한 정신 증상에 대한 치료와 함께 진행하기 위하여 항불안 효과가 있는 벤조다이아제핀의 처방이 더 많을 가능성을 생각해 볼 수 있다. 또한, 정신건강의학과 전공자의 경우 진료 시 정신과적 증상에 대한 평가를 진행하므로 발견율이 높았을 가능성이 있다. 아울러, 졸피뎀 등의 약물이 상대적으로 부작용이 적고 습관형성이 잘 되지 않는다는 특징과도 일부 관련이 있을 가능성이 있다(Siriwardena 등 2006). 하지만, 이러한 처방 차이의 원인에 대해 향후 연구에서 추가적으로 평가되어야 할 것이다. 한편, 이차적인 약물을 추가해야 하는 경우에는 기존 약물에 더하여 새 약물을 추가적으로 처방하는 경우가 과반수 이상이었으며, 기존 약물에서 교체하는 경우는 응답자의 1/3 정도에 지나지 않았다.

응답자의 80% 이상이 치료 장면에서 비약물학적 치료를 실시한다고 보고하였는데 구체적으로 수면위생 교육을 실시하는 경우가 대부분이었으며 30% 정도는 인지행동치료를 병행하는 것으로 나타났다. 하지만 비약물학적 치료에 대한 응답자들의 만족도는 크게 저조하여, 만족하고 있는 경우가 30% 정도에 불과함을 확인할 수 있었다. 부족한 진료 시간이나 수가의 부재, 시행 방법에 대한 정보의 부족 등 다양한 이유로 비약물학적 치료가 실시되지 않는 경우도 관찰되었다. 이러한 현황은 과거 불면증의 비약물학적 치료에 대한 연구의 한계점에서도 반복적으로 보고되어 왔던 것으로(Sivertsen 등 2006), 비약물학적 치료의 방법이나 기술이 실제 치료 장면에 아직까지 충분히 보급되지 못한 상태임을 반영하는 것으로 생각된다. 한편, 불면증 환자의 치료에 관여하게 되는 의료진들은 환자들이 불면증의 비약물학적 치료에 대해 일정수준의 관심은 있으나 이에 대한 구체적이고 정확한 정보와 내용을 인지하고 있지 못한 경우가 대부분이며(85%), 환자에게 치료를 시행한다 하더라도 이를 충분히 실천하는 경우는 드물다고 평가하였다.

실제 임상 장면에서 약물치료가 가장 빈번하게 사용되고 있는 것과 달리, 불면증 환자를 치료하는 의사들은 건강한 수면습관 교육 즉, 수면위생 교육을 가장 중요한 불면증 치료 방법이라고 보고하였고, 약물치료는 그 다음 순서인 것으로 나타났다. 본 연구에 참여한 대다수의 의사들은 불면증 환자에게서 수면제의 남용과 의존이 의심되는 경우를 경험했다고 보고하였으며, 약물에 대한 심리적 의존 및 내성, 어지러움, 전향성 기억 상실 등, 약물치료의 부작용에 대해서도 인식을 하고 있는 것으로 나타났다. 하지만 의사들은 불면증 환자들이 가장 원하는 치료는 약물치료라고 인식하고 있는 것으로 나타나, 환자의 약물학적 치료에 대한 요구가 비약물학적 치료가 널리 활성화되고 보편화되는 것을 방해하는 요인 가운데 하나일 수 있음을 시사하였다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째로, 치료 실태에 대한 보다 구체적인 정보를 획득하는데 제약이 있었다. 약물학적 치료나 비약물학적 치료를 실시하는 환자의 특성을 구체적으로 변별하지 못하였는데, 급성 불면증 환자의 경우에는 단기적 치료로 약물치료가 필요할 수 있으며, 만성 불면증의 경우에는 비약물학적 치료를 실시하는 것이 더욱 효과적이라고 알려진 기존 연구들에 근거해(Schutte-Rodin 등 2008), 이를 구분하여 정보를 얻을 수 있었다면 치료 실태를 정확히 파악하는데 더욱 도움이 되었을 것으로 생각된다. 둘째로, 본 연구는 의사의 입장에서 바라본 불면증 치료의 실태를 조사하였기 때문에, 환자의 입장에서 정보를 획득하지는 못하였다. 보다 개선된 불면증 치료의 시행을 위해서는 치료를 받는 대상인 불면증 환자의 인식이나 요구 등을 파악할 필요도 있는 바, 추후에는 불면증 환자를 대상으로 치료와 관련된 조사를 실시하는 것도 도움이 될 수 있을 것으로 여겨진다. 세 번째로 설문조사에 참여한 의사의 수가 102명 정도로 전체 의사 집단을 대표하기에는 적은 수이기 때문에 본 연구의 결과를 일반화하기는 어렵고 지역별, 병원 규모별, 전공별 의사들의 분포를 고려하여 설문조사를 시행하지 못하고 일부 병원 및 관련학회 회원에게 설문 조사를 진행하여 연구 결과를 일반화하기 어려울 수 있다. 하지만, 몇 가지 제한점에도 불구하고, 본 연구는 불면증의 치료에 효과적이라고 알려진 비약물학적 치료의 활성화 도모를 비롯하여 보다 적절하고 향상된 수준의 불면증 치료의 시행을

위한 초석으로 현재의 불면증 치료 실태를 면밀히 파악하고자 한 데에 그 의의가 있다. 아울러, 본 연구는 불면증에 대한 치료적 접근의 개선을 위해 부족한 부분이 무엇인지 탐색하여 추후 치료적 개입과 관련한 변화를 도모하는데도 도움이 될 수 있을 것으로 생각된다. 결론적으로 다수의 의사들이 불면증의 비약물학적 치료가 중요하다고 생각하고 있었으나 진료 현실에서 적용하기 힘든 부분이 있다고 보고하였다. 본 연구 결과는 불면증에 대한 적정 치료를 위해 비약물학적 치료를 위한 진료 여건 개선 및 의사대상 교육이 필요함을 제시하였다.

요 약

목 적 : 본 연구는 1차 및 2차, 3차 의료기관에 종사하는 의사 102명을 대상으로 설문조사를 통해 불면증 환자의 치료 실태를 조사하고자 하였다.

방 법 : 총 102명의 정신건강의학과 및 타과 전공 의사들이 설문에 참여하였고, 분석에 포함된 설문조사 대상자는 100명이었다.

결 과 : 실제 치료 장면에서 가장 자주 사용되고 있는 치료는 약물학적 치료였으며, 수면위생 교육과 인지행동 치료 등의 비약물학적 치료도 시행이 되고 있는 것으로 나타났다. 그러나 비약물학적 치료를 시행하더라도 그 효과에 대한 만족도는 높지 않았다. 의사가 보기에 불면증 환자들의 비약물학적 치료에 대한 관심은 일정 수준 있는 것으로 나타났으나 이에 대한 식견이나 의식 수준은 아직 미흡한 것으로 보고되었고, 치료의 실행도 충분히 적절하게 이루어지고 있지는 않은 것으로 보고되었다. 본 연구에서는 추가적으로 의료진이 생각하는 불면증 환자의 적정 진료를 위해 요구되는 점에 대해서도 탐색하였다.

결 론 : 본 연구는, 치료적 개입에 대한 보다 구체적인 정보를 획득하지는 못했다는 점, 환자를 대상으로도 설문을 실시하지는 못했다는 점 등의 제한점을 지니고 있으나, 그럼에도 불구하고 불면증 치료의 개선과 변화를 위해 필요한 현황 조사를 면밀히 실시했다는 점에서 그 의의가 있다. 결론적으로 다수의 의사들이 불면증의 비약물학적 치료가 중요하다고 생각하고 있었으나 진료 현실에서 적용하기 힘든 부분이 있다고 보고하였다. 본 연구 결과는 불면증에 대한 적정 치료를 위해 비약물학적 치료를 위한 진료 여건 개선 및 의사대상 교육이 필요함을 제시하였다.

중심 단어 : 불면증 · 비약물치료 · 수면위생 · 설문지.

References

Ancoli-Israel S, Roth T. Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. Sleep 1999;22:S347-S353.

Brower KJ, McCammon RJ, Wojnar M, Ilgen MA, Wojnar J, Valenstein M. Prescription sleeping pills, insomnia, and suicidality in the national comorbidity survey replication. J Clin Psychiatry 2011;72:515-521.

Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, Bialy L, Tubman M, Ospina M, et al. The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta-analysis of RCTs. J Gen Intern Med 2007;22: 1335-1350.

Cho YW, Shin WC, Yun CH, Hong SB, Kim J, Earley CJ. Epidemiology of insomnia in Korean adults: prevalence and associated factors. J Clin Neurol 2009;5:20-23.

Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, Otto MW. Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia a randomized controlled trial and direct comparison. Arch Intern Med 2004;164:1888-1896.

Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). Sleep 2006;29: 1398-1414.

Morin CM, Vallières A, Guay B, Ivers H, Savard J, Mérette C, et al. Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. JAMA 2009;301:2005-2015.

National Institute of Health. Drugs and insomnia: the use of medications to promote sleep. NIH Consensus Statement Online 1983; 4:1-19.

National Institute of Health. The treatment of sleep disorders of older people. NIH Consensus Statement Online 1990;8:1.

Pandey S, Philips BA. Why is the prevalence of insomnia skyrocketing? And what can be done about it? Sleep Med 2015;16:555-556.

Pearson NJ, Johnson LL, Nahin RL. Insomnia, trouble sleeping, and complementary and alternative medicine: Analysis of the 2002 national health interview survey data. Arch Intern Med 2006; 166:1775-1782.

Roth T. Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. J Clin Sleep Med 2007;3:S7-S10.

Roth T, Coulouvrat C, Hajak G, Lakoma MD, Sampson NA, Shahly V, et al. Prevalence and perceived health associated with insomnia based on DSM-IV-TR; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision; and Research Diagnostic Criteria/International Classification of Sleep Disorders, Second Edition criteria: results from the America Insomnia Survey. Biol Psychiatry 2011;69:592-600.

Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. J Clin Sleep Med 2008;4:487-504.

Siriwardena AN, Qureshi Z, Gibson S, Collier S, Latham M. GPs' attitudes to benzodiazepine and 'Z-drug'prescribing: a barrier to implementation of evidence and guidance on hypnotics. Br J Gen Pract 2006;56:964-967.

Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S, Bjorvatn B, Havik OE, Kvale G, et al. Cognitive behavioral therapy vs Zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults. a randomized controlled trial. JAMA 2006;295:2851-2858.