online © ML Comm
ORIGINAL ARTICLE

J Korean Neuropsychiatr Assoc
2013;52:263-271
ISSN 1015-4817
www.knpa.or.kr

한국형 중독 치료지침서 (I) : 알코올사용장애 치료지침 개발

고려대학교 대학원 보건과학과,[1] 관동대학교 의과대학 명지병원 정신건강의학교실,[2]
건국대학교 의학전문대학원 충주병원 정신건강의학교실,[3]
성균관대학교 의과대학 강북삼성병원 정신건강의학교실,[4]
가톨릭대학교 의과대학 인천성모병원,[5]
부산대학교 의학전문대학원 정신건강의학교실,[6]
다사랑병원,[7] 국립서울병원 정신건강의학과 중독센터,[8]
을지대학교 강남을지병원 정신건강의학과,[9] 인천 참사랑병원,[10]
국립서울병원 정신보건연구과,[11] 용인정신의학연구소 용인정신병원,[12]
중앙대학교 의과대학 대학원,[13] 계요의료재단 계요병원,[14]
가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실,[15]
가톨릭대학교 의과대학 서울성모병원 정신과학교실,[16] 카프마포알코올상담센터,[17]
가톨릭대학교 의과대학 의정부성모병원 정신과학교실[18]

이보혜[1,18] · 김현수[2] · 서정석[3] · 신영철[4] · 기선완[5] · 김성곤[6] · 조근호[7] · 이계성[8] · 최삼욱[9] · 천영훈[10] · 노성원[11] · 오홍석[12] · 윤홍균[13] · 한창우[14] · 조선진[15] · 김대진[16] · 박애란[17] · 이수비[18] · 이해국[18]

Korean Addiction Treatment Guidelines Series (I) : Development of Korean Guidelines for the Treatment of Alcohol Use Disorder

Bo-Hye Lee, MPH[1,18], Hyun-Soo Kim, MD[2], Jeong-Seok Seo, MD, PhD[3], Young-Chul Shin, MD, PhD[4], Seon-Wan Ki, MD, PhD[5], Sung-Gon Kim, MD, PhD[6], Keun-Ho Joe, MD, PhD[7], Kye-Seong Lee, MD[8], Sam-Wook Choi, MD[9], Young-Hoon Chon, MD[10], Sung-Won Roh, MD, PhD[11], Hong-Seok Oh, MD[12], Hong-Gyun Yoon, MD[13], Chang-Woo Han, MD, PhD[14], Sun-Jin Jo, MPH, PhD[15], Dai-Jin Kim, MD, PhD[16], Ae-Ran Park, RN, PhD[17], Soo-Bi Lee, MSW[18] and Hae Kook Lee, MD, PhD[18]

[1]Department of Health Science, Korea University Graduate School, Seoul, Korea
[2]Department of Psychiatry, Kwandong University College of Medicine, Myongji Hospital, Goyang, Korea
[3]Department of Psychiatry, Konkuk University Chungju Hospital, School of Medicine, Konkuk University, Chungju, Korea
[4]Department of Psychiatry, Sungkyunkwan University School of Medicine. Kangbuk Samsung Hospital, Seoul, Korea
[5]Incheon St. Mary's Hospital, The Catholic University of Korea College of Medicine, Incheon, Korea
[6]Department of Psychiatry, School of Medicine, Pusan National University, Yangsan, Korea
[7]Dasarang Central Hospital, Uiwang, Korea
[8]Department of Psychiatry, Addiction Center, Seoul National Hospital, Seoul, Korea
[9]Department of Psychiatry, Gangnam Eulji Hospital, Eulji University, Seoul, Korea
[10]Department of Psychiatry, Incheon Chamsarang Hospital, Incheon, Korea
[11]Department of Mental Health Research, Seoul National Hospital, Seoul, Korea
[12]Yongin Psychiatric Research Institute, Yongin Mental Hospital, Yongin, Korea
[13]Chung-Ang University Graduate School of Medical Course, Seoul, Korea
[14]Keyo Medical Foundation Keyo Hospital, Uiwang, Korea
[15]Department of Preventive Medicine, College of Medicine, The Catholic University, Seoul, Korea
[16]Department of Psychiatry, Seoul St. Mary' s Hospital, The Catholic University of Korea College of Medicine, Seoul, Korea
[17]KARF Mapo Alcohol Counseling Center, Seoul, Korea
[18]Department of Psychiatry, The Catholic University of Korea College of Medicine, Uijeongbu St. Mary's Hospital, Uijeongbu, Korea

Objectives The aim of this study is to develop Treatment Guidelines for Alcohol Use Disorder-the Korean Addiction Treatment Guidelines-using the Adaptation method.

Received May 22, 2013
Revised June 7, 2013
Accepted June 13, 2013

Address for correspondence
Hae Kook Lee, MD, PhD
Department of Psychiatry,
The Catholic University of Korea
College of Medicine,
Uijeongbu St. Mary's Hospital,
271 Cheonbo-ro,
Uijeongbu 480-717, Korea
Tel +82-31-820-3050
Fax +82-31-847-3630
E-mail nplhk@catholic.ac.kr

Copyright © 2013 Korean Neuropsychiatric Association

Methods and Procedures As the Adaptation method of Guidelines, the ADAPTE Manual, which is developed by ADAPTE collaboration is applied. In Part 1 : preparatory work prior to the beginning of Adaptation is performed. In Part 2 : the core phase of the Adaptation in which we searched the guidelines and performed a systematic review of the literature. The two guidelines (of the AU and the UK) are selected by gone through the methodological quality and currency evaluation for guidelines. And, in order to choose the proper recommendations, the contents were evaluated with regard to the applicability and acceptability of guidelines to the domestic. Finally, in Part 3 : the adapted guideline is reviewed externally, with review and plan update. Therefore, in this way, the Korean Guidelines for Treatment of Alcohol Use Disorder, comprised of 55 recommendations, was developed.

Conclusion In this study, Korean Guidelines for Treatment of Alcohol Use Disorder were developed by application of the Adaptation method of ADAPTE. These are the first evidence-based Korean Guidelines for Treatment of Alcohol Use Disorder, which were modified and accepted in accordance with Korean circumstances within the range not damaging the validity of the treatment worth, and it is expected to contribute to improvement in quality and efficiency enhancement of Korean treatment of Alcohol Use Disorder.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2013;52:263-271

KEY WORDS Addiction · Guidelines · Adaptation · Alcohol use disorder · Alcohol use disorder treatment.

서 론

알코올사용장애는 알코올남용과 알코올의존을 포함하는 개념으로, 알코올로 인하여 유발되는 건강문제 중 가장 심각한 문제의 하나이며 보건학적 중요성이 매우 큰 정신행동장애이다.[1] 이러한 알코올사용장애는 각종 질병의 발생 위험성을 높이는 등의 개인적인 건강상 문제를 유발할 뿐 아니라,[2] 가정의 경제적 곤란, 자녀들에게로의 나쁜 영향, 배우자 학대 등의 가족의 기능장애를 초래하고 사고, 비행, 자살, 살인 등의 사회문제를 일으키는 직접적인 동기가 되는 질환이다.[3]

2011년 실시한 전국 정신질환실태 역학조사의 결과에 의하면 알코올사용장애 평생유병률은 13.4%(남자 20.7%, 여자 6.1%)로 우리나라 성인의 정신질환 평생유병률 중 가장 높은 비율을 차지하고 있다.[4] 또한 WHO(2011)의 보고서에 의하면 2004년 한국의 알코올사용장애 일년유병률은 6.76%(남 13.1%, 여 0.41%)로 세계 평균인 3.6%보다 약 1.8배 높으며, 특히 남성의 유병률은 두 배 이상 높게 나타났다. 또한 WHO의 모든 지역들(아프리카 1.1%, 아메리카 5.2%, 지중해동부 0.3%, 유럽 5.5%, 동남아시아 2.4%, 서태평양 4.5%) 중 가장 높게 나타났다.[5]

그러나 우리나라는 이처럼 높은 알코올사용장애 유병률에도 불구하고 그 치료율과 서비스이용률은 매우 낮은 상태이다. 2011년 최근 1년 동안 음주문제로 상담을 받아본 적이 있는 성인은 평생음주자 중 1.4%, 알코올의존 추정자(AUDIT 20점 이상) 중에서는 3.7%로 매우 낮으며,[6] 이는 2008년의 2.2%(평생음주자), 4.5%(알코올의존자)에 비하여 더 낮아지는 경향을 보인다.[7] 또한 알코올사용장애로 정신의료서비스를 이용한 비율은 8.6%로 다른 정신장애(정신병적장애 25.0%, 기분장애 37.7%, 불안장애 25.1%)에 비하여 가장 낮은 의료서비스 이용비율을 보이고 있다.[4]

알코올사용장애의 높은 유병률과 그 폐해의 심각성에도 불구하고, 이처럼 낮은 치료접근성은 치료 필요성에 대한 인식과 치료의 질을 향상시키고자 하는 체계적 노력이 취약하였다는 데서 그 원인을 찾을 수 있을 것이다. 특히 알코올사용장애의 치료는 다양한 직능의 전문가들이 참여하는 다학제적 방식으로 이루어지는 경우가 많기 때문에, 효율적인 치료를 위해서 각 직능 간의 표준화된 치료법이 매우 필요한 분야이다. 국외에서는 체계적 연구를 통한 약물치료 및 정신사회치료에 대하여 표준화된 알코올사용장애의 치료지침서를 개발하고 이를 확산시키고자 하는 노력이 있어 왔으며, 국내에서도 최근 들어 다양한 치료적 개입에 대한 연구가 활성화되고 있어, 이에 따른 치료지침서의 필요성이 크게 대두되고 있다.[8]

근거기반 치료지침서는 특정한 임상환경에서 치료자와 환자의 의사결정을 돕기 위하여 체계적으로 서술된 지식기반의 도구이며,[9] 보건의료 및 임상진료의 질을 향상시키고, 변화시키는 유용한 통합적 방법으로 제안되고 있다.[10,11]

전세계적으로 다양한 임상영역에서 치료지침서가 제안되고 있으며,[12] 우리나라에서도 뇌졸중, 고혈압, 당뇨병 등의 신체질환뿐만 아니라 우울증, 외상 후 스트레스 장애 등과 같은 정신질환에 대한 치료지침서가 개발되어 활용되고 있다.[13,14]

본 연구에서는 지침의 개발방법 중 하나로 수용개작(ad-

aptation)방식을 이용하여 한국형 중독치료 지침서인 알코올사용장애 지침을 개발하였다. 수용개작이란 특정한 문화적, 제도적 상황에 맞게 개발된 지침서를 기타 의료 상황에서 그대로 사용하거나 변경하여 사용하는 체계적인 접근법으로, 새로운 지침서 개발(*de novo*) 방법을 대체하거나 기존의 지침서를 지역 상황에 맞게 수정하는 데 활용될 수 있으며,[15] 근거리뷰와 권고안개발의 중복을 최소화 하면서도 빠른 개발과 일관성 및 질적 극대화가 가능한 방법이다.[16]

본 연구에서는 기존에 개발된 양질의 알코올사용장애 지침서를 효율적으로 활용하여, 진료가치의 타당성을 훼손시키지 않는 범위 내에서 우리나라의 현실에 맞도록 변경 혹은 수용함으로써 최종 권고내용이 우리나라의 현실에 적합하도록 수용개작을 하여 한국형 알코올사용장애 치료지침을 개발하였으며, 그 개발과정에 대하여 소개하도록 하겠다.

연구방법 및 개발과정

알코올사용장애 치료지침서의 수용개작 방법으로 지침서 개발의 국제적 연구그룹인 ADAPTE collaboration에서 개발하여 국제적으로 활용되고 있는 근거기반의 지침인 ADAPTE 매뉴얼의 한국어판을 활용하였다.[15] ADAPTE collaboration은 기존 개발된 지침의 수용개작을 통해 지침의 개발 및 활용을 도모하고자 하는 연구자, 지침개발자, 지침실행자들의 국제적 협력 조직이다. ADAPTE의 수용개작 과정은 3부 9모듈로 이루어져 있으며(그림 1), 각 모듈은 24개의 필수와 선택 단계로 구성되어 있다.

제1부 기획과정(set up phase)은 지침서 수용개작의 준비단계로 운영위원회 설립, 지침서 주제 선정 등 수용개작을 시작하기 전, 준비해야 할 업무를 안내하고 있다. 제2부(adaptation phase)는 주제선정, 핵심질문 파악, 지침서 검색, 지침서의 질, 최신성, 내용, 근거 및 적용성 평가 등을 수행하며, 최종적으로 수용개작에 대한 의사결정을 하여, 수용개작 지침서 초안을 작성한다. 제3부(finalization phase)는, 지침서의 영향을 받을 수 있는 관련 이해당사자들에게 외부검토를 받고, 수용개작된 지침서의 갱신과 검토 계획을 수립하며 최종 문서를 작성하는 단계를 포함하고 있다. 본 연구에서는 수용개작 과정 3부 9모듈의 필수단계들을 모두 수행하여 근거기반의 완성도 높은 알코올사용장애 치료지침서를 개발하였으며, 그 세부 내용은 아래와 같다.

제1부(Phases 1) : 기획(set-up)

제1부는 기획과정으로 지침서 수용개작의 준비단계인 모듈 1로 구성된다.

모듈 1. 준비(Preparation)

모듈 1은 단계 1인 운영위원회 설립, 단계 2 주제선정, 단계 3 수용개작 실행가능성 점검, 단계 4 실무위원회 구성, 단계 5 기획업무수행으로 구성된다.

단계 1로 알코올사용장애 치료지침서의 개발을 체계적으로 진행하기 위하여 대한신경정신의학회 소속의 전문학회인 한국중독정신의학회의 이사(간사)회원 및 관련 연구분야의 전문가(방법론, 통계, 보건학 등)를 포함하여 운영위원회를 구성하였으며, 연구와 관련된 주요 방향 및 내용을 결정하였다.

단계 2는 지침서 주제 선정이다. 본 지침서의 주제는 알코올사용장애의 선별, 평가로부터 치료에 이르는 포괄적인 영역 모두에 대하여 의료기관과 지역사회의 현장 등 다양한 임상적 상황에서 필요로 하는 지식 전반을 포괄하는 것으로 하였으며, 이를 통하여 알코올사용장애 치료의 양적, 질적 향상에 대한 요구와 수요에 부응하고자 하였다.

단계 3은 수용개작의 실행가능성 점검이다. 지침정보센터

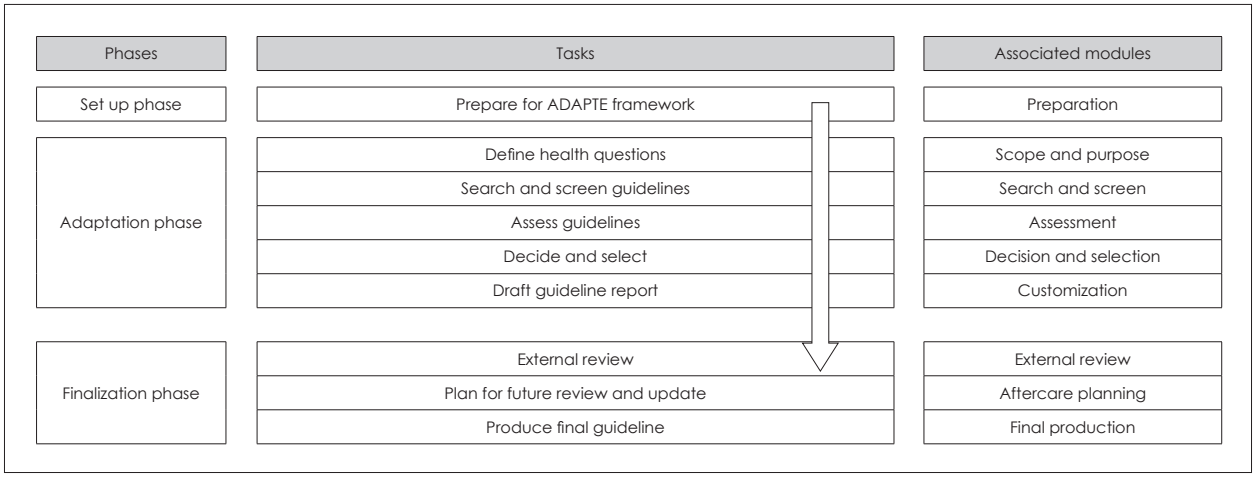

Fig. 1. Outline of the ADAPTE process.

(guideline clearing house)와 전문 단체의 웹사이트 검색을 통하여 선택된 주제에 대한 지침서가 존재하는지 또는 현재 개발 중인지에 대하여 확인하여야 하며, 이에 수용개작 지침서의 유무를 확인하기 위하여 알코올사용장애 치료지침서에 대한 검색을 실시하였다. 알코올사용장애 치료지침서는 현재 국내에 개발된 사례가 없는 실정으로 국내 자료원은 생략하고, 주요 국외 자료원 6곳[The Guidelines International Network(이하 GIN), National Guidelines Clearinghouse(이하 NGC), National Institute for Clinical Evidence, New Zealand Guidelines Group, Pubmed, Scottish Intercollegiate Guidelines Network]에서 검색하였다. 검색결과 6곳의 자료원에서 599개의 지침서가 검색되었으며, 이를 검토하여 실행가능성을 점검하였다. 단계 4로 임상, 방법론, 정보검색의 전문지식을 담당할 실무위원을 운영위원회 중 일부로 구성하였으며, 단계 5 기획업무수행, 단계 6 수용개작 계획의 문서화의 단계를 차례로 진행하였다.

제2부(Phases 2) : 수용개작(adaptation)

제2부는 본격적인 수용개작의 과정으로 모듈 2인 범위와 목적설정, 모듈 3 검색과 선별, 모듈 4 평가, 모듈 5 결정과 선택, 모듈 6 초안작성으로 구성된다.

모듈 2. 범위와 목적(Scope and purpose)

모듈 2는 단계 7인 범위와 핵심질문 결정으로 이루어진다. 지침서의 목적을 구체화하고 본 지침서에서 다룰 범위를 명백하게 결정하기 위하여, ADAPTE collaboration에서 개발한 PIPOH 도구를 사용하여 범위와 목적을 결정하였으며, PICO 도구를 사용하여 핵심질문을 정의하였다. PIPOH는 인구집단(Population, 대상 인구집단의 특성, 나이, 성별, 임상적 특성, 동반 질환 등), 개입방법(Intervention, 논의할 개입방법), 전문가/환자(Professionals/Patients, 지침서의 목표 사용자로서 전문가 혹은 환자), 결과(Outcomes, 환자 결과, 시스템 결과, 공중보건 결과), 의료환경(Healthcare setting, 지침서가 실제 쓰일 의료환경과 지역 상황)으로 이루어진 범위와 목적 설정을 위한 도구이다.

PIPOH 도구를 사용하여 정해진 범위와 내용을 바탕으로 핵심질문을 정의하여 근거의 수집 및 검토가 효율적으로 이루어지도록 하였다. 질문의 구성은 정확하고 명확하게 대답할 수 있도록 구체적이고 구조화된 형태로 만드는 방법인 PICO 도구를 이용하여 작성하였다. PICO는 질병명, 질병의 단계 및 중증도, 성, 연령 등 특성을 구체적으로 기술하는 P(Patient/Problem), 치료법, 진단법, 폭로내용을 정의하는 I(Intervention, Exposure), 중재내용을 비교하는 대조군이 있는지, 있다면 위약인지 기타 중재인지 기술하는 C(Comparison), 치료결과가 무엇인지 기술하는 O(Outcome)로 구성된다.

모듈 3. 검색과 선별(Search and screen)

모듈 3은 단계 8인 지침서 및 관련문헌검토, 단계 9인 검색된 지침서 선별, 단계 10 지침서 수 줄이기로 구성된다. 단계 8인 지침서 및 관련문헌검토의 방법론상의 엄격성을 더하기 위하여 주제 영역과 관련된 모든 지침서에 대한 체계적인 검색을 수행하였다. 검색은 문헌전문가이며, 체계적 문헌고찰의 경험이 있는 가톨릭대학교 의학도서관 사서(정소나)가 진행하였다. NGC, GIN 등과 같은 지침서 정보센터와 각 국가의 데이터베이스, Pubmed 등 총 13개 데이터베이스에서 알코올사용장애 치료지침서를 검색하였으며, 총 609건의 지침서가 검색되었다(표 1). 검색된 지침서는 실무위원회에서 정해진 포함 · 제외기준을 적용하여 초기 선별작업을 실시하였으며, 모듈 2에서 결정된 범위와 목적 및 핵심질문과의 관련성을 검토하여 영국, 호주, 미국의 3가지 지침서가 선택되었다(표 2).

모듈 4. 평가(Assessment)

선택된 지침서들은 표준화된 방법에 의하여 체계적인 평가를 시행하여야 하며, 이러한 평가를 통하여 어떠한 지침서가 적절하며 어떠한 권고를 수용개작 할 것인지에 대해 합리적이고 투명한 결정이 가능하게 된다. 평가모듈은 단계 11 질평가, 단계 12 최신성평가, 단계 13 내용평가, 단계 14 근거평가, 단계 15 수용성과 적용성 평가로 이루어지며, 선택단계인 근거평가를 제외한 4가지 필수평가를 거쳐 이루어졌다.

선택된 3개의 지침서에 대한 질평가는 국제적으로 가장 많이 사용하는 도구인 Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation(이하 AGREE) 도구[17]를 사용하여 이루어졌다. AGREE는 국제적 협력기관인 The AGREE Collaboration에 의해 개발된 도구로 치료지침의 방법론적 질을 평가하기 위하여 6개 영역 23개 항목으로 구성되며, 각 항목은 '매우 동의함'에서 '전혀 동의하지 않음'까지의 4점 척도로 평가한다. 각 지침서당 2명의 연구진이 AGREE 도구를 사용하여 3가지 지침서에 대한 질평가를 시행하였다.

Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation 평가결과 영국과 호주의 지침서가 총점 76점과 75.5점으로 높게 나타났고, 각 영역별 백분율도 평균적으로 우수하였다. 전반적 평가 또한 강력하게 권고함 1인, 권고함 1인으로 우수한 결과를 보였다. 이에 반해 미국 지침서는 63점으로 가장 낮은 점수를 차지하였고, 전반적 평가는 권고함 1명, 권고하지 않음 1명으로 나타났다(표 3).

다음으로 선택된 지침서가 최신성이 있는지 평가하기 위하여 지침서의 출판일과 최종 검색일을 검토하였다. 영국지침서의 경우 출판 2011년, 최종검색 2010년, 호주 출판, 최종검색 2009년, 미국 출판 2006년, 최종검색 2005년으로 미국의 지침서가 가장 최신성이 떨어졌다.

Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation 도구를 사용한 질평가와 최신성 평가 결과를 바탕으로 가장 낮은 평가결과를 받은 미국지침서를 제외하였다. 이로써 최종지침서 두 가지(영국, 호주)가 선정되었다.

지침서를 최종 선택한 후 선택된 지침서에서 적합한 권고안을 선정하기 위하여 각 지침서의 모든 권고사항에 대하여 내용비교표를 작성하여 내용평가를 진행하였다. 지침서의 각 분야별(선별 및 평가, 단기개입, 금단치료, 약물치료, 정신사회치료, 공존질환의 치료)로 권고내용 및 근거수준을

Table 1. Systematic search results for guidelines

DB	n	Keyword
National Guidelines Clearinghouse (NGC)	23+60	(alcohol* or drink*)'and'(abuse)'or Topic=substance abuse
The Guidelines International Network (GIN)	42	(alcohol* or drink*)'
The Guidelines Advisory Committee	0	
Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)	55	alcohol or drink*/guideline
National Institute for Clinical Evidence (NICE)	35	alcoholim * alcohol abuse:
New Zealand Guidelines Group	7	alcohol or alcoholism or drinking
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	1	drink or alcohol
CMA Infobase : Clinical Practice Guidelines (CPGs)	18	drink or alcohol
Cochrane Library	8	alcohol[MeSH]
US Food and Drug Administration	81	alcoholism
Centre for Reviews and Dissemination	219	alcoholism[MeSH]
Catalogue et index des sites medicaux de langue francaise	9	(Alcoolisme.mr[MSH] ET guide ressources.tr[CIS])
MDConsult	14	drink or alcohol
PubMed	37	"Alcoholism"[All Fields] or (("drinking"[MeSH Terms] or "drinking"[All Fields] or "alcohol drinking"[MeSH Terms] or ("alcohol"[All Fields] and "drinking"[All Fields]) or "alcohol drinking"[All Fields]) and ("substance-related disorders"[MeSH Terms] or ("substance-related"[All Fields] and "disorders"[All Fields]) or "substance-related disorders"[All Fields] or "abuse"[All Fields])) and Practice Guideline[ptyp]

Table 2. Selected guidelines

Guideline	Nation	Year
Alcohol use disorders : harmful drinking and alcohol dependence	UK	2010
Treatment of Alcohol Problems	AU	2009
Treatment of Patients With Substance Use Disorders	US	2006

Table 3. AGREE assessment result

Guideline	Total score	Domain 1	Domain 2	Domain 3	Domain 4	Domain 5	Domain 6	Overall assessment
Alcohol use disorders : harmful drinking and alcohol dependence (UK)	76	88.9%	60.0%	71.4%	81.8%	66.7%	83.3%	Strongly recommend (1), recommend (1)
Treatment of alcohol problems (AU)	75.5	77.8%	63.3%	52.4%	95.8%	88.9%	75.0%	Strongly recommend (1), recommend (1)
Treatment of patients with substance use disorders (US)	63	75.0%	26.7%	61.9%	75.0%	11.1%	40.3%	Recommend (1), would not recommend (1)

AGREE : Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation

비교하였다.

다음으로 권고내용의 수용성과 적용성 평가를 진행하였다. ADAPTE에서 권고하고 있는 수용성 · 적용성 평가표를 이용한 평가를 포함하여, 지침서의 국내 수용성 · 적용성 평가를 위한 추가적 국내문헌의 영역별 검색 및 전문가 설문을 진행하였다.

평가표를 이용한 평가결과 연구진들은 영국과 호주지침서 모두 수용과 적용이 가능하다는 결론을 도출하였으며, 국내의 연구현황을 반영하기 위하여 추가적인 평가로 국내문헌에 대하여 체계적 검색을 통한 평가를 시행하였다. 국내 검색 DB(KISS, KoreaMed, DBPia, RiSS, 국회도서관, KMBase, KISEP 등)를 통하여 알코올사용장애에 대한 검색을 시행하였으며, 이 중 관련 없는 문헌, 중복문헌을 제거 후 정리한 결과, 선별(24건), 금단치료(17건), 정신사회(11건), 약물치료(35건), 평가(20건)가 선별되었다. 선별된 문헌은 두 명의 실무위원이 독립적으로 근거수준 및 수용성 · 적용성 검토를 시행하였다. 선정된 문헌은 모두 대부분 사전/후 비교연구 또는 단순대조군 연구이거나 치료 외 영역의 문헌도 극히 일부를 제외하고는 타당성을 갖출 정도의 충분한 표본을 대상으로 한 것이 아니었으며, 약물치료, 정신사회치료영역의 경우 수용개작 가이드라인에 언급된 치료법들이 이미 국내에서 적용되는 것들이기에 특별히 국내 문헌결과를 차용하지 않았다. 다만, 선별, 평가 영역의 경우, 국내 연구문헌들의 근거수준이 높지 않더라도 실제 국내에서 표준화 과정을 거쳐 사용되는 도구들인 경우 전문가합의에 의한 근거를 갖춘 것으로 보고 지침서에 반영하였다.

수용성 · 적용성 평가의 마지막 방법으로 전문가 설문조사를 시행하였다. 권고안의 근거수준 중 권고강도가 전문가의 합의(D)와 일반적 표준(S)의 경우에 해당되거나, 국내 권장사항으로 직접적으로 사용하기 어려운 항목에 대해서 국내 전문가들의 의견을 수렴할 필요가 있는 권고안을 선별한 후, 전문가 설문조사를 실시하였다. 설문은 총 17문항(선별 3문항, 단기개입 2문항, 금단치료 7문항, 약물치료 3문항, 정신사회치료 2문항)으로 이루어졌으며, 평가 척도는 미국의 전문가 컨센서스 지침서[18]에서 사용한 RAND corporation사에서 개발한 9점 척도 수정판을 사용하였다. 결과는 95% 신뢰구간의 최저값이 6.5점 이상인 경우에 가장 높은 선호도(1차 치료 전략), 3.5점 이하면 가장 낮은 선호도(3차 치료 전략), 3.5~6.5점 사이에 해당하는 경우에는 중등도의 선호도(2차 치료 전략)로 결정하였고, 3군 간의 선택 빈도를 카이제곱 검정(chi-square test)으로 전문가 컨센서스 여부를 검정하였다. 보다 자세한 전문가 설문조사의 과정은 한국형 중독치료지침서(II) : 알코올 금단의 약물 치료논문을 통하여 살펴볼 수 있다.[19]

모듈 5. 결정과 선택(Decision and selection)

모듈 5는 단계 16인 평가의 검토 및 단계 17 권고의 선택과 수정으로 이루어져 있다. 모듈 4에서 이루어진 평가결과에 대하여 연구진들은 여러 차례의 회의를 거쳐 검토작업을 시행하였으며, 질평가와 최신성 평가 결과를 바탕으로 가장 낮은 평가를 받은 미국지침서를 제외한 두 가지 지침서(영국, 호주)의 모든 권고를 검토한 후에 수용할 권고와 그렇지 않을 권

Table 4. Categories of evidence and strength of recommendations

Categories of evidence for causal relationships and treatment	
Ia	Evidence from meta-analysis of randomized controlled trials
Ib	Evidence from at least one randomized controlled trials
IIa	Evidence from at least one controlled study without randomization
IIb	Evidence from at least one other type of quasi-experimental study
III	Evidence from non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case-control studies
IV	Evidence from expert committee reports of opinions and/or clinical experience of respected authorities
Categories of evidence for observational relationships	
I	Evidence from large representative population samples
II	Evidence from small, well-designed, but not necessarily representative samples
III	Evidence from non-representative surveys, case reports
IV	Evidence from expert committee reports or opinions and/or clinical experience of respected authorities
Strength of recommendation	
A	Directly based on Category I evidence
B	Directly based on Category II evidence or extrapolated recommendation from Category I evidence
C	Directly based on Category III evidence or extrapolated recommendation from Category I or II evidence
D	Directly based on Category IV evidence or extrapolated recommendation from Category I, II
S	Standard of care

고를 구별하였다. 또한 수용할 권고 중에서는 수정이 필요한 권고와 수정이 필요하지 않은 권고를 구별하여 수정이 필요한 권고는 연구진의 토론과 전문가 의견수렴을 통하여 수정하였다. 또한 국내의 특수한 상황을 고려하여 필요한 임상질문에 대하여는 토론을 통하여 전문가합의 형태로 권고안을 추가하는 방식을 덧붙여 권고안을 최종 결정하였고, 각 권고안별 근거수준을 결정하였다.

근거수준의 결정은 호주의 지침서에서 활용한 Shekelle 등[20]의 근거수준을 따랐다(표 4). 메타분석 또는 체계적 문헌고찰의 결과에 의한 근거를 가장 높은 수준으로 정하였고, 최소 한 개 이상의 무작위 이중맹검 연구로부터의 근거를 다음 수준, 비무작위 방식의 구조화된 연구 또는 이와 유사한 수준으로 잘 구조화된 연구로부터의 근거를 그 다음 수준, 단순대조군 연구로부터의 근거 또는 증례보고로부터의 근거를 그 다음 수준의 근거로 정하였다. 마지막으로 적절한 문헌의 근거는 없으나, 전문가 의견수렴으로부터 도출된 사실을 낮은 범주의 근거로 정하였다.

권고강도는 근거의 수준으로부터 직접적으로 도출하였다. 즉, 가장 높은 근거수준으로 도출된 권고안에는 가장 강한 권고수준인 A, 그 다음 수준의 근거수준으로부터 도출된 권고안은 B, 그 다음은 C 순으로 권고강도를 제시하였다. 그러나 연구의 임상적 중요성이 높지 않아, 거의 연구가 이루어지지 않은 영역이나, 일반적으로 수용되어지는 행위이나 연구결과의 근거수준이 높지 않은 경우에는 그 대안으로 전문가들의 합의(D, expert consensus) 또는 일반적 표준(S, standard of care)을 권고기준 개발의 근거로 활용하였다. 전문가의 합의(D)와 일반적 표준(S)의 경우, 평가모듈의 마지막 방법인 수용성 · 적용성 평가의 전문가 설문의 결과를 반영하여 이루어졌다. 최종 권고안은 이렇게 결정된 근거수준에 따라 권고강도만을 제시하였다.

모듈 6. 초안작성(Customization)

모듈 6은 단계 18인 수용개작 지침서의 초안작성 단계이다. 지침서의 수용개작 모든 과정 전체에 대하여 투명성과 명확성 원칙을 적용하여 초안을 작성하였다.

제 3부(Phases 3) : 확정(finalization)

제3부는 지침의 영향을 받을 수 있는 관련 이해당사자의 검토, 수용개작된 지침서의 갱신과 검토계획 수립을 통한 최종 지침서의 작성으로 구성된다.

모듈 7. 외부검토(External review)

외부검토 모듈은 단계 19 외부검토, 단계 20 관련단체의 승인요청, 단계 21 원진료지침 개발자의 자문, 단계 22 관련 문서와 참고문헌 정리로 이루어진다. 이 중 선택단계인 20, 21을 제외한 필수단계를 진행하였다. 외부검토를 위하여 지침서 초안에 대하여 이해당사자 및 이해담당자를 초청하여 공청회 및 학회발표를 진행하였으며, 지적된 사항에 대하여 내부토론을 거쳐 지침서를 수정 · 보완하였다. 단계는 22 모듈 5의 단계 18인 초안작성에서 함께 진행하였다.

모듈 8. 개정계획(Aftercare planning)

모듈 8은 단계 23인 지침서 개정 계획으로 이루어진다. 본 지침은 영국과 호주지침서의 권고사항을 수용개작 하였으므로, 영국과 호주지침이 개정되는 경우 1년 이내에 반영하는 것으로 원칙을 정하였다.

모듈 9. 최종지침(Final production)

마지막 모듈 9는 단계 24의 최종 진료지침 작성으로 구성된다. 최종적으로 알코올사용장애 치료지침의 수용개작과정 및 최종권고안과 참고문헌을 포함하는 지침서의 전문을 작성하였다. 전체권고안은 선별 및 평가 6, 단기개입 3, 금단치료 17, 약물치료 13, 정신사회치료 9, 공존질환의 치료 7개로 총 55개의 권고안으로 구성되었다. 수용개작의 모든 과정 및 권고안을 포함하는 최종지침서는 한국중독정신의학회 홈페이지 질환별 자료의 중독 일반자료실에 있는 중독치료지침서를 통하여 살펴볼 수 있다.[21]

고 찰

알코올사용장애는 고유의 정신병리를 가지며 효과성이 입증된 다양한 치료방법이 존재하는 일차적인 질병이다.[22] 또한 알코올사용장애는 그 원인에 있어 유전적 소인 등 생물학적 요인과 환경적 요인이 복합적으로 작용하기 때문에, 치료 또한 약물적 치료와 정신사회치료기법을 포함한 다양한 환경적 접근이 함께 효과적으로 이루어져야 한다.[23] 따라서 알코올사용장애의 치료에는 중독성 질환을 전문적으로 치료하는 정신건강의학과 전문의뿐만 아니라, 알코올로 인한 신체적 문제를 치료하는 내과 의사도 참여하며, 나아가 정신사회치료 영역에서는 사회복지사, 간호사, 임상심리사 등 다양한 직역의 전문가들이 함께 참여한다. 이와 같이 알코올사용장애의 치료는 다양한 직능의 전문가들이 참여하는 다학제적 방식으로 이루어지는 경우가 많기 때문에, 효율적인 치료를 위해서 표준화된 치료법의 제시가 필요하다.

치료지침서는 특정한 임상환경에서 적절한 진료에 대한 의료진과 환자의 의사결정을 돕기 위하여 근거기반 의학이

라는 체계적 방법을 통하여 개발된 지침[9]으로 의료의 질과 그 효율성을 향상시키는 도구로서 전세계적으로 그 개발과 활용이 증가하고 있다. 국내에서도 다양한 임상분야에서 근거기반 치료지침서의 중요성이 강조되고 있으며, 다양한 신체질환 및 정신질환에서 치료지침서가 개발되어 활용되고 있다.[13,14] 본 치료지침서는 알코올사용장애의 평가와 치료 전반에 대한 포괄적 내용을 대상으로 하여 체계적 방법을 통하여 개발된 국내에서는 최초의 치료지침서로서, 임상현장에서 의사뿐만 아니라 인접전문가들에게도 치료적 결정에 도움을 줄 수 있는 유용한 지침으로 활용될 수 있을 것으로 판단된다.

연구자들은 치료지침서 개발의 방법으로 수용개작방법을 활용하였는데, 이는 첫째, 포괄적 내용의 알코올사용장애 치료지침서개발을 위하여 일차적으로 치료지침과 관련된 국내외 문헌을 탐색한 결과, 국내에서는 아직까지 알코올사용장애의 모든 영역(선별 및 평가, 단기개입, 금단치료, 약물치료, 정신사회치료, 공존질환의 치료)을 포괄하는 메타분석 또는 체계적 문헌고찰의 연구나, 무작위 이중맹검 연구(Randomized Controlled Trial)가 이루어지지 않고 있음을 인지하였기 때문이며, 둘째, 지침으로서 개발하고자 하는 중요한 임상적 주제들을 포함하고 있으면서 체계적 방법에 의하여 개발된 치료지침이 이미 외국에서 개발되어 있는 것을 확인할 수 있었기 때문이다. 또한 최근 근거기반 치료지침서의 개발방법으로 근거리뷰와 권고안개발의 중복을 최소화 하면서도 빠른 개발과 질적인 극대화 및 일관성이 가능한 방법인 수용개작이 제안되고 있음을 확인하였다.[24] 이에, 본 연구진은 현 상황에서 수용개작의 방법이 가장 적절하다고 판단되었기에 한국형 알코올사용장애 치료지침의 개발 방법으로 수용개작의 방법을 선택하였다.

수용개작방법은 중복을 최소화하면서도 빠르고 효율적으로 지침개발이 가능하지만, 문화적 · 맥락적 차이가 있을 수 있으므로 그 나라의 현실을 고려한 체계적인 평가를 통한 적용이 필요하다.[24] 이에 본 연구에서는 수용개작의 객관성을 갖추기 위하여 국제적인 지침서 질평가 도구인 AGREE 도구를 사용하여 방법론적 질을 평가하였으며, 또한 최신성 평가를 통하여 영국과 호주의 두 가지 지침서를 선정하였다. 또한 권고안에 대한 국내 현실을 반영하기 위하여 선택된 두 가지 치료지침의 모든 권고안에 대하여 평가표를 통한 내용검토와 추가적인 국내문헌 검토를 실시하였으며, 전문가 설문조사를 통하여 수용성 및 적용성을 평가하였다. 또한 모든 권고안은 전문연구진의 토론 및 전문가 의견수렴을 통하여 삭제, 수정 및 수용을 거쳐, 최종적으로 국내현실을 반영한 근거기반의 55개 권고안 및 권고강도를 제시하고 있는 한국형 알코올사용장애 치료지침을 개발하였다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 지침서는 치료자의 전문적 지식이나 임상적 판단을 대신하는 것은 아니다. 아무리 훌륭하게 만들어진 지침이라 할지라도 모든 임상현장에서 의료적 결정은 치료자의 자율적인 판단이 가장 우선시 된다는 점은 당연할 것이다.

둘째, 일부의 알코올사용장애 환자들은 현재 이 지침서에서 논의되고 있는 의학적 치료와 관계없이 스스로 알코올사용장애에서 벗어나기도 한다. 하지만, 이러한 회복의 과정과 기전에 대하여는 과학적으로 밝혀진 바 없으며 본 치료지침서에서 이 부분을 다루지는 않았다.

셋째, 본 치료지침서는 과학적, 의학적 분석방법에 근거하여 개발된 바, 연구근거의 질이 높은 결과가 얼마나 존재하느냐에 따라 권고안을 선택하였다. 따라서 치료현장에서 상식적으로 수용되고 있으나 이러한 질 높은 수준의 근거가 존재하지 않는 것들은 권고안에서 제외될 수 있음을 밝혀둔다.

마지막으로, 수용개작의 방법은 새로운 지침서 개발(*de novo*) 방법을 대체하는 방법으로 중복을 최소화하면서도 빠르고 효율적으로 지침을 개발할 수 있다는 장점이 있으나, 지침 채택에서의 이질성, 투명성, 지침의 유동성 등과 같은 특정한 난제들을 극복해야 하는 어려운 과정으로 아직까지 공식적 평가체계의 연구가 부족하다. 따라서 새로운 지침서 개발방법과 수용개작방법의 이점을 공식적으로 평가하기 위한 노력이 필요할 것이다.

그럼에도 불구하고 본 치료지침은 국제적으로 통용되는 수용개작의 방법을 적용하여 진료가치의 타당성을 훼손시키지 않는 범위 내에서 우리나라의 현실에 맞도록 변경 및 수용한 최초의 근거기반 한국형 알코올사용장애 치료지침서로서, 우리나라 알코올사용장애 치료의 질적 향상 및 효율성 증대에 기여할 수 있을 것이며, 중독성질환의 치료에 있어 근거기반치료를 확산시키는 데 있어 주요한 도구로 활용될 수 있을 것이다.

결 론

본 연구에서는 ADAPTE의 수용개작방법을 적용하여 총 55개의 권고안과 권고강도를 포함한 한국형 알코올사용장애 치료지침을 개발하였다. 이는 국제적으로 통용되는 수용개작의 방법을 적용하여 진료가치의 타당성을 훼손시키지 않는 범위 내에서 우리나라의 현실에 맞도록 변경 및 수용한 최초의 근거기반 한국형 알코올사용장애 치료지침서로 우리나라 알코올사용장애 치료의 질적 향상 및 효율성 증대에 기여할 수 있을 것이다.

중심 단어 : 중독 · 치료지침서 · 수용개작 · 알코올사용장애 · 알코올사용장애 치료.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

1) Lee HK, Lee BH. The epidemiology of alcohol use disorders. J Korean Diabetes 2012;13:69-75.
2) Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, et al. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. Eur Addict Res 2003;9:157-164.
3) Beigel A, Hunter EJ, Tamerin JS, Chapin EH, Lowery MJ. Planning for the development of comprehensive community alcoholism services: I. The prevalence survey. Am J Psychiatry 1974;131:1112-1116.
4) Seoul National University, College of Medicine. The Epidemiological Survey of Psychiatric Illnesses in Korea. Seoul: Ministry of Health & Welfare, Research service study report;2006. p.1-15.
5) World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO Press;2011.
6) Korea Centers for Disease Control and Prevention. The Fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V-2);2011.
7) Korea Centers for Disease Control and Prevention. The Fourth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES IV-2);2008.
8) Kim SG, Shin YC, Lee HK, Lee TG, Gee SW, Lee SG, et al. Addiction Treatment Guidelines Series. Seoul: Korean academy of addiction psychiatry, Ministry of health & welfare alcohol project supporting committee research paper;2011. p.1-171.
9) Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press;1990.
10) Smith TJ, Hillner BE. Ensuring quality cancer care by the use of clinical practice guidelines and critical pathways. J Clin Oncol 2001; 19:2886-2897.
11) Woolf SH. Practice guidelines: a new reality in medicine. I. Recent developments. Arch Intern Med 1990;150:1811-1818.
12) Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. Lancet 2000;355:103-106.
13) cpg.or.kr [homepage on the Internet]. Clinical practice guideline for stroke. Available from: http://cpg.or.kr. Accessed on: April 9, 2013.
14) www.guideline.or.kr [homepage on the Internet]. Hypertension treatment guidelines, Depressive disorders treatment guidelines. Available from: http://www.guideline.or.kr. Accessed on: April 9, 2013
15) Kim SY, Kim NS, Shin SS, Kim DW, Jee SM, Lee SJ. Manual for Guideline Adaptation ver 1.0. Cheongwon: Korea Centers For Disease Control & Prevention, Clinical research coordinating center, Guidelines supporting center;2009. p.1-115.
16) Elbarbary M. International guidelines: Adoption or adaptation by the Saudi Heart Association? J Saudi Heart Assoc 2009;21:181-186.
17) www.agreetrust.org [homepage on the Internet]. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation. Available from: http://www.agreetrust.org. Accessed on: April 9, 2013.
18) Sachs GS, Printz DJ, Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP. The Expert Consensus Guideline Series: Medication Treatment of Bipolar Disorder 2000. Postgrad Med 2000;Spec No:1-104.
19) Kim HY, Lee HK, Lee KS, Joe KH, Choi SW, Seo JS. Korean Addiction Treatment Guidelines Series (II): Pharmacological Treatment of Alcohol Withdrawal. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2013;52:67-75.
20) Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines. BMJ 1999;318:593-596.
21) www.addictionacademy.org [homepage on the Internet]. Addiction Treatment Guidelines Series. Available from: http://www.addictionacademy.org. Accessed on: April 9, 2013.
22) Morse RM, Flavin DK. The definition of alcoholism. The Joint Committee of the National Council on Alcoholism and Drug Dependence and the American Society of Addiction Medicine to Study the Definition and Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. JAMA 1992;268: 1012-1014.
23) McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA 2000;284:1689-1695.
24) Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, Latreille J, Mlika-Cabanne N, Paquet L, et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. Int J Qual Health Care 2006;18:167-176.