

# 만5세 유아의 주의력결핍과잉행동장애(ADHD) 출현과 어머니-교사, 교사-교사간 평정일치\*

## Prevalence of ADHD in 5-Year Old Children Based on Comparative Assessment of ADHD Rating Scale Estimation between Mother-Teacher and Teacher-Teacher

경남대학교 유아교육과  
교수 제경숙

Department Early Childhood Education, Kyungnam University

Professor : Kyung Sook Jae

### ◀ 목 차 ▶

I. 서론  
II. 연구방법  
III. 연구결과

IV. 논의 및 결론  
참고문헌

### <Abstract>

The purpose of this study was to estimate the prevalence of ADHD based on estimation of ADHD rating scale between mother-teacher and teacher-teacher. In total, 491 mothers and 23 teachers rated 689 5-year-old children on the K-ADHDDS. Descriptive statistics, in addition to independent and paired samples t-test were performed. Overall, the percentages of children with ADHD on the rating scale were 3% in combined type, 7.1-8.6% in predominately hyperactive-impulsive type, and 4.2% in predominately inattentive type. Boys tended to show greater tendency of ADHD than girls': Overall, ADHD tendency in boys was 1.3 times greater than girls. Specially, 2.3 times more for hyperactivity, 1.4 times more for impulsivity, and 3.4 more for inattention. The correlation between mothers' and teachers' ratings were .35 for total, .40 for hyperactivity, .24 for impulsivity, and .28 for inattention, and there were no significant differences. Alternatively teacher and teacher ratings were .71 for total, .70 for hyperactivity, .70 for impulsivity, and .67 for inattention, and there were significant differences in inattention subscale( $p < .01$ ).

**주제어(Key Words)** : 주의력결핍과잉행동장애(attention deficit hyperactivity disorder), 과잉행동(hyperactivity), 충동성(impulsivity), 부주의 (inattention), 평정일치(agreement of ratings)

**Corresponding Author** : Kyung Sook Jae, Department Early Childhood Education, Kyungnam University, 449 Wolyoung-dong, Masan, 631-701, Korea Tel: +82-55-249-2319 Fax: +82-55-249-2317 E-mail: khjks@kyungnam.ac.kr

\* 이 연구결과물은 2006 학년도 경남대학교 학술진흥연구비 지원에 의한 것임.

## I. 서론

주의력결핍과잉행동장애(Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD)에 관하여 미국정신의학회(American Psychiatric Association: APA, 2000)의 “정신장애의 진단 및 통계편람(개정 4, DSM-IV)”에 따르면, 주어진 과제에 주의를 기울이거나 주의를 지속함에 있어서 제한된 능력을 보이는 부주의(inattention), 같은 연령대의 또래나 주어진 과제에 비해 활동양이 과도한 과잉행동(hyperactivity), 어떠한 일을 심사숙고 한 후 조직적으로 처리하지 못하고 목적 없이 행동하는 충동성(impulsivity)을 ADHD의 주요증상으로 기술하고 있다. 이런 증상은 최소 6개월간 지속되어야 하고 7세까지 2개 이상의 환경(학교, 가정 등)에서 나타나야 한다.

이에 근거하여 3 가지 이상의 하위 유형 즉 주의력 결핍이 주된 증상인 주의력 결핍 우세형, 과잉행동-충동증상이 주된 증상인 과잉행동-충동 우세형, 그리고 이 둘이 합쳐진 복합형 등으로 구분하고 있다. 과잉행동-충동 우세형이 주의력 결핍 우세형보다 말쑥을 많이 피우고 외향적이어서 쉽게 발견되어 치료의 도움을 받을 기회도 많다. 그러나 주의력 결핍 우세형은 조용하고 몽상적이며 보통 아이들보다 속도가 느리고 자신의 내면세계에 더 빠져드는 특징을 보인다. 이런 경우는 두드러진 외현적 문제 행동이 적어 과잉행동-충동 우세형에 비해 상대적으로 치료의 기회를 놓치는 경우가 많다(Sauve', 2004).

ADHD는 학령기 아동들 가운데 가장 흔히 발견되는 장애들 중의 하나로 DSM-IV에서는 학령기 아동의 3-5%가 ADHD를 가지고 있는 것으로 보고되고 있으며(APA, 2000), 최근에는 더욱 증가하고 있는 추세이다(조봉환, 2000). 이효신(2000)도 조사방법이나 개념의 범위에 따라 다소 다르지만, 다른 장애에 비해 대단히 높은 출현율임은 분명하다고 하였다. Wolraich, Hannah, Pinnock, Baumgaertel, & Brown(1996)도 여러 논란들을 검토한 후 지난 10년 사이에 증가한 것으로 본다 고 하였다. 한편 남아가 여아에 비해 6 배 정도 많다고 알려져 있으나, 출현율과 남녀비에 대한 보고들은 비교적 큰 편차를 보이며, Barkley(1990)는 미국에서 3-20%범위로 큰 차이를 보인다고 하였다.

우리나라에서의 출현율 및 남녀비율도 편차를 보인다. 초등학교의 ADHD 출현율은 7.60%, 남녀비율 2.5: 1(조수철, 신윤오, 1994), 3-4%, 남녀비율 5:1-9:1(안미경, 2001), 5.70% 및 남녀비율 4: 1(임경희, 조봉환, 2004) 등으로 보고되었다. 유아의 출현율은 만 4,5세 2-2.70%, 남녀비율 3: 1(백운선, 2005), 만5세, 3.40% (김혜련, 2001), 만5세 4%(계경숙, 2007) 등으로 나타났다. 그러나 이들 연구에서 사용한

도구들이 DSM-IV의 내용자체로 진단하거나 이에 기초하여 재구성, 표준화된 도구들(Conners 행동평정척도, ADHD-SC4, K-ADHDDS 등)로 다양하고, 출현율의 추정기준도 다를 수 있어, ADHD의 출현율을 확정하기에는 불충분하고 조심스럽다.

ADHD의 진단은 임상가에 의한 부모면접과 아동(유아)의 면접, 행동관찰, 평정도구활용 등을 통해 이루어지며, 다양한 자료원을 통한 포괄적인 평가가 이루어져야 한다. 그리고 자신의 문제를 인식하는 능력이 부족한 유아의 경우, 주관찰자가 되는 부모와 교사에 의한 보고와 평정이 중요한 비중을 차지한다. 그러나 ADHD의 진단은 쉽지 않은 것으로 알려져 있다. Hagin과 Deson(2000)은 ADHD의 행동, 원인, 맥락, 효과 및 심지어는 정의까지도 넓은 편차를 보인다고 하였다. Barkely(1990)는 ADHD 출현여부의 측정의 어려움에 대해 기술하였고, Douglas(1983)는 교사나 부모에 의해 잘못 진단되고 분류된 자료가 시정되기 어려운 문제에 우려를 표명하였다. 한편 진단에 참여한 평정원이 다양하지 않을 때 과잉진단될 위험이 있다는 지적도 있다. Barkley와 Murphy(1998)에 의하면 1971년 Werry 와 Guay의 연구에서 교사평정에 의해 30%의 남아, 12%의 여아가 과잉행동으로, 43%의 남아와 23%의 여아가 부주의로 나타났고, 1996년 Wolraich 등의 연구에서 유치원에서 5학년까지의 아동에게서 11.40%, 하위유형에서 부주의우세형 5.40%, 혼합형 3.60%, 과잉행동/충동성우세형 2.40%가 나타났으나, 이러한 출현율이 문제의 정도, 지속정도, 시작시기, 부모평정 등 추가적 정보와 함께 판단하게 되면 보통 1-4%대로 낮아지고, 이는 APA가 제시하는 3-5%내에 있는 것이라고 하였다(Weyandt, 2001).

ADHD의 진단이 외현적 행동문제(과잉행동과 충동성)의 진단에 비해 주의력문제(부주의)인 아동 특히 유아가 진단에서 누락될 가능성이 높다는 것이 지적되고 있으며, 이는 다시 주의력결핍문제를 상대적으로 많이 보이는 여아들이 진단에서 누락될 가능성을 포함한다(Quinn, 2004). 한편 ADHD가 다른 장애를 많이 수반하기 때문에 진단에 어려움을 미치기도 한다. 즉, 불안장애, 학습장애 등은 ADHD로 잘못 진단될 가능성이 높으며, 잘못된 진단에 따른 잘못된 증가는 오히려 역효과를 끼칠 수 있다.

유아가 생후 3~4세경이 되면 ADHD 특성이 눈으로 확인될 만큼 뚜렷하게 나타나는 것으로 알려져 있음에도 불구하고, 출현율에 대한 보고가 학령기에 많이 나타나는 이유 중의 하나는 유아기 ADHD의 진단의 어려움에 기인한 점도 있다. DSM-IV 매뉴얼에는 이 진단이 4세나 5세 이전의 유아에게 적용하기 어렵다(APA, 2000)는 언급이 있는데, 이는 유아들이 보이는 연령적으로 적절한 행동이 ADHD로 잘못 오

인될 가능성을 우려하는 것이다. 한편 이러한 우려는 역으로 ADHD인 유아를 정상이로 간주하는 오류의 가능성도 포함하고 있다고 볼 수 있다.

Campbell(2007)도 유아기 ADHD 진단의 어려움에 관하여 DSM-IV의 항목이 유아의 행동특성을 설명하기에는 불충분하다는 DSM-IV 저자의 설명을 언급하며 과도진단될 위험을 시사하였다. 따라서 DSM-III-R이나 DSM-IV가 유아기 행동특성의 발달적 의미와 임상적 의미를 결정하는 적절한 지침을 제공하지 못하기 때문에 이로 인해 유아들에게 이러한 진단체계를 사용하는 것이 적절한지에 대한 의문을 제시하였다. Hart, Labey, Loeber, Applegate, & Frick (1995)도 현재의 진단준거가 발달단계의 발달적변화를 제대로 망라하지 못하며 이는 어쩌면 DSM-IV의 항목이 제한된 것에 기인할 수 있다고 지적하였고, 이외에도 하위유형으로 분류하는데 대한 논란이 있다(Weyandt, 2001).

한편 부모나 교사가 ADHD 성향의 유아에 대해 시간이 지나면 해결될 것이라고 믿고 적절한 진단과 중재 및 지원의 기회를 놓치거나 미루는 위험에 대해서도 생각해볼 필요가 있다. 흔히 보호자는 유아의 주의를 기울이는 것이 어렵고 활동을 통제할 수 없는 충동성을 보일 때 정상적인 행동의 일부라고 간주해 버릴 수 있다(박명화, 2000). 적절한 진단과 중재를 받지 못한 유아는 과다한 대근육 활동, 끊임없는 움직임, 놀이 및 활동에의 부적응, 가만히 앉아 있기 어려움 등 때문에 가족에게는 양육시간이 많이 요구되고, 부모가 무능과 좌절을 경험하거나 다른 자녀에 대한 배려가 부족해지거나 부부간의 갈등을 겪는 등의 부담(이효신, 2000; Barkley, 1996; Everett & Evertt, 1996, Pelham, *et al.*, 1997; Sauvé, 2004)을 주게 된다. 유아교육기관에서 여러 명의 어린 유아와 함께 활동해야 하는 교사에게도 어려움을 주는 것은 물론, 누구보다도 유아 자신이 힘들어진다. 따라서 유아기 ADHD의 진단의 어려움에도 불구하고, 진단과 중재를 위한 꾸준한 노력이 필요함을 알 수 있다. 한편 유아교육기관에 비해 구조화 되어있는 초등학교의 환경에서는 학습장애 및 또래와의 관계에서 행동문제들이 더욱 쉽게 파악된다.

ADHD의 진단에 있어서 부모와 교사의 평정은 비교적 일치하지 않는 것으로 알려져 있다. 부모는 일상생활에서의 특성을, 교사는 일상생활과 과제상황에서의 특성을 주로 관찰하며, 교사는 비교대상이 있어 객관화하기 유리한 입장에 있다. 그러나 교사는 학급에서 어려움을 가진 아동들을 찾아내기 쉬우나 문제 아동들의 여러 가지 유형들을 감별하는 면에서는 부모에 비해 정확성이 떨어질 수 있다는 보고도 있다. Touliatis 와 Lindholm(1981)에 의하면 부모와 교사의 평정이 유의미하였으나 낮은 상관율, 남아에 대해 더 높은 상관율을 보였고 부모가 교사보다 더 많은 문제를 보고하였다(김하정,

1997, 재인용).

김용희, 이인혜와 최미례(2001)는 초등학생을 대상으로 ADHD의 하위유형별로 내재화 및 외현화 장애에서 부모와 교사의 평정에서 차이가 있다고 보고하였다. 즉 부모는 교사보다 아동이 내면적인 우울, 불안, 신체적 증상, 위축과 같은 내재화 장애를 더 크게 지각한 반면, 교사는 정상아동을 과소평가하는 경향과 ADHD 혼합형 아동의 외현적인 증상을 더 크게 지각하는 경향이 있었다. 송수미와 김재환(2002)은 6-10세 아동을 대상으로 CBCL과 TRF를 실시한 결과 ADHD 및 우울 불안 아동의 문제 행동에 대한 부모-교사간의 평정의 일치도가 낮고, 주의집중 문제 척도에서 상관이 유의하지 않았다고 보고하였다. 김하정(1998)은 초등학교 1~2학년 대상 부모용 아동행동 조사(CBCL)와 교사용 아동행동조사(TRF)를 통해 아동의 문제행동에 대한 부모와 교사의 평정이 전반적으로 일치하지 않았다고 보고하였다. 안미경(2001)도 초등학교 저학년 아동에 대하여 교사와 부모 평정간 약 1.50% 정도의 차이, 정은선(2005)은 부주의, 충동성은 낮은 상관율, 과잉행동은 일치를 보였고, 아동-교사간 평정이 아동-부모간 평정보다 일치하였다고 보고하였다.

김혜련(2001)은 경북 K시 유아 2267명을 대상으로 어머니와 교사가 평정한 ADHD검사에서 일치하는 유아를 선정하여 이후 가족기능을 살펴보고자 하였는데, 교사 128명, 어머니 83명으로 교사가 더 많이 선별하였으며, 이중 77 명이 일치하였다. 백운선(2005)은 교사집단에 의한 출현율 평가가 더 높은 것으로 보고하였다. 3,4세 유아의 부모와 교사를 대상으로 한 김봉정(2007)의 일치도비교에서 과잉행동과 부주의 행동의 평정은 비교적 일치하였으나 충동성에 대해 부모가 교사보다 유의하게 높게 평정하였고, 제경숙(2007)의 연구에서는 유의한 차는 없었으나 전반적으로 어머니가 교사보다 높게 평정하였다.

한편 교사-교사간 일치를 본 연구는 찾아보기 힘들다. ADHD의 임상적 진단을 위해서는 서로 다른 상황에서 관찰이 이루어진 다양한 자료를 요구하지만, 한편 같은 장면에서 다른 성인이 함께 관찰한 자료도 유용할 것이다. 유아교육현장에서는 연령특성상 한 학급에 두 명의 교사가 들어가는 경우가 드물지 않다. 이에 교사-교사간 평정의 일치도를 살펴보는 것은 도구의 신뢰도를 검증해보는 한 방법이 될 수 있고, 또한 교실상황에서 교사가 놓치기 어려운 관찰항목을 발견하여, 진단의 정확성에 기여할 수도 있을 것이다.

우리나라에서는 ADHD에 관련된 연구가 비교적 늦은 1980년대에 시작되었지만 의학, 간호학, 특수교육, 아동학 및 유아교육 등 다양한 분야에서 폭넓게 연구가 이루어지고 있으며, 중재효과에 대한 연구가 가장 많다. 김영단은 2005

년 RISS-한국학술정보를 통해 검색된 논문 53편을 분석하고 증재연구가 50%라고 보고하였으며, 이후에도 증재연구(예: 오가영, 2006; 정미라, 2006; 조민아, 2008)는 활발하게 이루어지고 있다. 그러나 도구의 표준화(송상진, 2005; 오경자, 이혜련, 1989; 김영신 외, 2003; 이상복, 윤치연, 2004 등), 출현율 및 진단일치(상기 선행연구 등)에 대한 연구는 상대적으로 적다. 그리고 학령기아동에 비해 유아를 대상으로 한 연구가 적다.

이와 같이 ADHD의 진단이 쉽지 않고 선행연구에서 넓은 편차가 보고되고 있으며, 학령기 이전의 유아의 경우 발달적 행동특성으로 인한 더 많은 어려움에도 불구하고 가능하면 빠른 시기에 가급적 정확하게 진단하고자 하는 다각적 노력은 필수적이라고 할 수 있다. 진단에 기초하여 특별한 요구가 있는 유아에게 적합한 증재내용과 방법을 마련할 수 있으며, 지도에 어려움을 겪는 부모와 교사에게 적절한 지원을 할 수 있기 때문이다. 이에 본 연구는 만5세 유아를 대상으로 우리나라에서 표준화된 진단도구의 하나인 K-ADHDDS를 통해 ADHD의 출현율과 성차를 알아보고, 어머니-교사, 교사-교사간 평정일치정도를 알아봄으로써, 유아기 ADHD 진단에 있어서 다양한 도구를 활용한 자료, 하위영역별 진단특성, 문항별 특성, 다양한 상황에서의 평정자료 등의 누적에 기여하고자 한다. 이와 같은 연구목적에 따라 본 연구에서 제시된 연구문제는 다음과 같다.

- 첫째, 만5세 유아의 ADHD 출현율은 어떠한가?
- 둘째, 만5세 유아의 ADHD 특성에 관한 부모-교사간의 평정이 일치하는가?
- 셋째, 만5세 유아의 ADHD 특성에 관한 교사-교사간의 평정이 일치하는가?

## II. 연구방법

### 1. 연구대상

진단검사는 경남의 M시 3개원, C시 2개원 및 G군의 1개원 총 6개 유치원의 교사와 어머니를 대상으로 이루어졌으며, 이 중 G군의 자료는 연구자의 2007년 농촌지역 유아의 ADHD 출현경향과 사회성기술에 관한 연구에서 사용된 바 있다. 대상유치원은 경남의 기관유형 및 도시유형(M시: 도시형, 사립 및 공립; G군: 농촌형, 공립; C시: 여촌형, 사립)에 따라 임의선정된 22개 유치원 중에서 참여를 희망한 6개원을 선정하였으며 회수율은 어머니 93%, 교사 100%로 나타났다.

전체 조사대상 유아들의 수는 689명으로 남아가 355명(51.5%), 여아가 334명(48.5%)이었다. 교사는 22명이 관찰에

참여하였다. 그 중 교사가 관찰에 참여한 대상유아의 수는 531명, 어머니가 관찰에 참여한 대상유아수는 491명이었고, 이 중 교사와 어머니가 모두 조사에 참여한 대상유아수는 338명, 교사 2명이 함께 검사지를 작성한 대상유아수는 131명이었다. 위 연구대상 학급 중에서 한 반에 두 명의 담임교사가 배정되어 지도하고 있는 7개 학급은 두 교사 모두가 응답하도록 의뢰하여 한 유아를 대상으로 두 명의 교사가 응답한 자료를 얻을 수 있었다.

### 2. 검사도구

본 연구에서 사용한 진단지는 “한국 주의력 결핍·과잉행동 장애 진단검사”(K-ADHDDS, 이상복, 윤치연, 2004, 테스피아)로, 본 검사는 DSM-IV-TR(DSM-IV-TR; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th ed. text revision, 2000)의 ADHD 진단기준과 Gilliam Attention Deficit Hyperactivity Disorder Test를 기초로 하여 우리 실정에 맞게 표준화 제작한 것으로 보고하고 있다.

한국 주의력 결핍·과잉행동 장애 진단검사(K-ADHDDS)는 과잉행동, 충동성, 부주의의 3개의 하위 검사로 구성되어 있으며 총 36개의 문항으로 구성되어 있다. 첫 번째 과잉행동 하위검사는 문항 1-13번까지로 큰소리를 지르거나 쉽게 흥분하고 침착하지 못한 행동 등을 진술하고 있다. 두 번째 충동성 하위검사는 문항 14-23번까지로 생각하기 전 행동한다거나 차례를 기다리기 어렵다든지 대화에 불쑥 끼어드는 행동 등을 진술하고 있으며, 세 번째 부주의의 하위검사는 문항 24-36번까지로 집중력이 부족하거나 자주 실수하며 주의가 산만한 행동 등을 진술하고 있다.

하위검사들의 Cronbach's alpha가 .90-.93이었고 전체 문항에서는 .94로 보고되었다. 하위검사의 표준측정오차는 표준점수 1 미만이고, ADHD지수의 표준측정오차는 1.689이었다. 검사-재검사 신뢰도는 .90-.93으로 모두 통계적으로 유의미하였다( $p < .01$ ). 하위 검사들의 평정자간 신뢰도는 .89-.93으로 모두 통계적으로 유의미하였다( $p < .01$ ).

K-ADHDDS는 표준화결과, 표준점수 8-12점까지를 평균 심도로, 13점부터는 평균이상의 심도로 검사요구에 제시하였다. 이에 본 연구에서는 평균심도 범위의 시작점수인 표준점수 8점을 기준으로 그 이상의 점수를 보인 유아를 ADHD 출현경향을 보이는 것으로 간주하였다. 따라서 점수가 높아질수록 하위행동특성을 포함한 ADHD 경향을 보일 가능성이 높을 것이라고 보았다. 그러나 이는 임상적 진단을 위한 작은 부분에 불과하므로 매우 조심스럽다.

K-ADHDDS의 점수화는 하위영역별로 질문내용에 대한 문제가 전혀 없음(드물게 문제를 나타내나 아무런 문제가 없는 경우) 0점, 문제가 가벼움(때때로 문제를 보이거나 가벼

운 문제가 있는 경우) 1점, 문제가 심각함(자주 문제를 보이고 심한 문제가 있는 경우) 2점으로 나타내어 각 하위영역별 점수를 더한 원점수를 표준점수로 전환하여 자료를 처리하였다.

3. 연구절차

조사의 실시는 2007년 10월-12월에 걸쳐 이루어졌다. DSM-IV의 진단지침에 의하면 적어도 6개월 이상의 출현을 보여야한다는 항목이 있는바, 본 연구에서는 교사가 6개월 이상의 관찰기간을 가진 후에 유아의 ADHD의 성향을 평정하도록 하였다. K-ADHDDS는 적어도 2주 이상의 지속적인 관찰을 한 후 평정할 것을 요구한다.

4. 자료분석 방법

질문지는 조사 후 통계 패키지 프로그램인 SPSS 14.0에 코딩되었다. 전체 및 하위영역별로 표준점수 8점 이상의 백분율 및 누적백분율을 어머니와 교사관찰별로 제시하였으며, 어머니-교사, 교사-교사간의 평정일치도를 알아보기 위해 전체 및 하위영역, 그리고 개별문항에 대하여 대응표본

t-검정을 실시하여 상관과 유의차를 검증하였다. 또한 교사의 관찰점수 및 어머니의 관찰점수를 기준으로 유아의 성별 간 평균차이를 독립표본 t-검정으로 분석하였다.

5. 문항의 신뢰도

질문지 답변에 대한 내적 타당도를 알아보기 위하여 Cronbach' α값을 구한 결과 0.80- 0.94로 높게 나타났다.

Ⅲ. 연구결과

1. 조사대상 유아들의 전체적인 ADHD출현경향

본 연구에서 사용한 ADHD 진단도구인 한국 주의력 결핍·과잉행동장애 진단검사지(K-ADHDDS)는, 과잉행동, 충동성, 부주의 표준점수가 각각 8-12점일 때 ADHD 심도를 평균으로 하고, 13점 이상일 때 평균이상으로 판단하는데 여가서는 8점 이상 빈도를 표시하였다.

1) 과잉행동 출현경향

교사관찰에 의한 대상유아의 과잉행동 표준점수는 <표 2>와 같다. <표 2>에서 보는바와 같이 평균이상으로 판단할 수 있는 과잉행동은 교사로부터 관찰되지 않았고, 평균정도의 심도에서 남아 29명(10.40%), 여아 11명(4.40%), 총 40명(7.60%)이 관찰되었다.

어머니관찰에 의한 대상유아의 과잉행동의 표준점수는 <표 3>과 같다. <표 3>에서 보는바와 같이 평균이상으로 판단

<표 1> 문항들의 신뢰도

구 분	교사	어머니
과잉행동	0.87	0.86
충동성	0.80	0.80
부주의	0.90	0.90
전체문항	0.94	0.94

<표 2> 교사관찰에 의한 과잉행동 점수

표준점수	남(n = 278)			여(n = 253)			전체(N = 531)		
	빈도(명)	백분율(%)	누적백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)	누적백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)	누적백분율(%)
12점	1	.40	.40	0	.00	.00	1	.20	.20
11점	2	.70	1.10	1	.40	.40	3	.60	.80
10점	9	3.20	4.30	1	.40	.80	10	1.90	2.70
9점	10	3.60	7.90	4	1.60	2.40	14	2.60	5.30
8점	7	2.50	10.40	5	2.00	4.40	12	2.30	7.60
전체인원	29	10.40		11	4.40		40	7.60	

<표 3> 어머니관찰에 의한 과잉행동 점수

표준점수	남(n = 250)			여(n = 241)			전체(N = 491)		
	빈도(명)	백분율(%)	누적백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)	누적백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)	누적백분율(%)
11점	3	1.20	1.20	1	.40	.40	4	.80	.80
10점	4	1.60	2.80	1	.40	.80	5	1.00	1.80
9점	12	4.80	7.60	4	1.70	2.50	16	3.30	5.10
8점	4	1.60	9.20	4	1.70	4.20	8	1.60	6.70
전체인원	23	9.20		10	4.20		33	6.70	

〈표 4〉 교사관찰에 의한 충동성 점수

표준 점수	남(n = 278)			여(n = 253)			전체(N = 531)		
	빈도 (명)	백분율 (%)	누적 백분율 (%)	빈도 (명)	백분율 (%)	누적 백분율 (%)	빈도 (명)	백분율 (%)	누적 백분율 (%)
13점	1	.40	.40	0	.00	.00	1	.20	.20
10점	9	3.20	3.60	1	.40	.40	10	1.90	2.10
9점	11	4.00	7.60	8	3.20	3.60	19	3.60	5.70
8점	23	8.30	15.90	14	5.50	9.10	37	7.00	12.70
전체인원	44	15.90		23	9.10		67	12.70	

〈표 5〉 어머니관찰에 의한 충동성 점수

표준 점수	남(n = 250)			여(n = 241)			전체(N = 491)		
	빈도 (명)	백분율 (%)	누적 백분율 (%)	빈도 (명)	백분율 (%)	누적 백분율 (%)	빈도 (명)	백분율 (%)	누적 백분율 (%)
10점	6	2.40	2.40	2	.80	.80	8	1.60	1.60
9점	11	4.40	6.80	8	3.30	4.10	19	3.90	5.50
8점	22	8.80	15.60	14	5.80	9.90	36	7.30	12.80
전체인원	39	15.60		24	9.90		63	12.80	

할 수 있는 과잉행동은 어머니로부터 관찰되지 않았고, 평균 정도의 심도에서 남아 23명(9.20%), 여아 10명(4.20%), 총 33명(6.70%)이 관찰되었다.

2) 충동성 출현경향

교사관찰에 의한 대상유아의 충동성 표준점수는 〈표 4〉와 같다. 〈표 4〉에서 보는바와 같이 평균이상(13점 이상)으로 판단할 수 있는 충동성이 남아에게서만 1명 관찰되었고, 평균 정도의 심도에서 남아 43명(15.54%), 여아 23명(9.10%), 총 66명(12.50%)이 관찰되었다. 이 중에서 가장 경미한 8점대의 인원이 가장 많았다(남아 8.30%, 여아 7%).

어머니관찰에 의한 대상유아의 충동성 표준점수는 〈표 5〉와 같다. 〈표 5〉에서 보는바와 같이 평균이상으로 판단할 수 있는 충동성은 어머니로부터 관찰되지 않았고, 평균 정도의 심도에서 남아 39명(15.60%), 여아 24명(9.90%), 총 63명(12.80%)이 관찰되었다. 이 중에서 가장 경미한 8점대의 인원이 가장 많았다(남아 8.80%, 여아 5.80%).

3) 부주의 출현경향

교사관찰에 의한 대상유아의 부주의 표준점수는 〈표 6〉과 같다. 〈표 6〉에서 보는바와 같이 평균이상(13점 이상)으로 판단할 수 있는 부주의는 발견되지 않았고, 평균 정도의 심도에서 남아 19명(6.90%), 여아 3명(1.20%), 총 22명(4.25%)이 관찰되었으며, 10점대의 남아에게서 가장 많이(50%) 관찰되었다.

어머니관찰에 의한 대상유아의 부주의 표준점수는 〈표 7〉과 같다. 〈표 7〉에서 보는바와 같이 평균이상(13점 이상)으로 판단할 수 있는 부주의는 발견되지 않았고, 평균 정도의 심도에서 남아 16명(6.40%), 여아 5명(2%), 총 21명(4.20%)이 관찰되었으며, 교사관찰에서와 같이 10점대의 남아에게서 많이(50%) 관찰되었다.

2. 중복출현경향과 평균심도 이상을 보이는 유아의 점수

한편, 두 가지 이상에서 중복출현을 보이는 유아의 출현율과 평균심도이상의 표준점수를 보이는 유아의 점수분포를 알아보았다.

〈표 6〉 교사관찰에 의한 부주의 점수

표준 점수	남(n = 278)			여(n = 253)			전체(N = 531)		
	빈도 (명)	백분율 (%)	누적 백분율 (%)	빈도 (명)	백분율 (%)	누적 백분율 (%)	빈도 (명)	백분율 (%)	누적 백분율 (%)
11점	3	1.10	1.1	0	.00	.00	3	.60	.60
10점	11	4.00	5.1	0	.00	.00	11	2.10	2.70
9점	4	1.40	6.5	2	.80	.80	6	1.10	3.80
8점	1	.40	6.9	1	.40	1.20	2	.40	4.20
전체인원	19	6.90		3	1.2		22	4.20	

〈표 7〉 어머니관찰에 의한 부주의 점수

표준 점수	남(n = 250)			여(n = 241)			전체(N = 491)		
	빈도 (명)	백분율 (%)	누적 백분율 (%)	빈도 (명)	백분율 (%)	누적 백분율 (%)	빈도 (명)	백분율 (%)	누적 백분율 (%)
11점	2	.80	.80	1	.40	.40	3	.60	.60
10점	3	1.20	2.00	1	.40	.80	4	.80	1.40
9점	9	3.60	5.60	2	.80	1.60	11	2.20	3.60
8점	2	.80	6.40	1	.40	2.00	3	.60	4.20
전체인원	16	6.40		5	2.00		21	4.20	

〈표 8〉 중복 출현을 보이는 유아들의 비율

(교사관찰을 중심으로, N = 531)

구 분	8점이상		9점이상		10점이상	
	빈도(명)	백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)
3가지 영역 모두	8	1.50	6	1.10	2	.40
과잉행동&충동성	27	5.10	14	2.60	5	.90
과잉행동&부주의	11	2.10	9	1.70	3	.60
충동성&부주의	13	2.40	11	2.10	2	.40

〈표 9〉 중복 출현을 보이는 유아들의 비율

(어머니관찰을 중심으로, N = 491)

구 분	8점이상		9점이상		10점이상	
	빈도(명)	백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)
3가지 영역 모두	7	1.40	5	1.60	2	.40
과잉행동&충동성	22	4.50	11	2.20	2	.40
과잉행동&부주의	10	2.00	8	1.00	4	.80
충동성&부주의	14	2.90	11	2.20	2	.80

1) 개인별 하위영역별 점수간 관계

개인별 중복출현을 보이는 유아의 출현율을 교사관찰 및 어머니관찰에 따라 살펴본 결과, 전체적으로 8점대에서 가장 많이 나타나고, 과잉행동과 충동성을 동반하는 비율이 가장 높았다(표 8), (표 9).

2) 평균심도 이상을 보이는 유아들의 점수

평균심도 8점 이상을 보이는 유아들만의 점수를 모아서 영역별로 평균과 표준편차를 산출한 결과가 (표 10)과 같다. (표 10)에서 보는 바와 같이 평균 8.56-9.33의 범위로 나타났다, 교사관찰에서는 과잉행동, 부주의, 충동성의 순으

로, 어머니관찰에서는 부주의, 과잉행동, 충동성의 순이다. 이와 같이, 전체유아를 대상으로 하였을 때는 충동성이 가장 높게 나타났는데, 8점 이상의 대상군에서는 가장 낮게 나타났다. 이는 충동성이 높기는 하나 상대적으로 8,9점대 유아들의 분포가 많기 때문으로 추정된다.

지금까지의 자료를 종합하여 보면, 본 연구대상인 만5세 유아의 ADHD 출현율은 혼합형으로 평균심도이상을 보이는 비율은 교사관찰 3%, 어머니관찰 3.40%로 나타났으며, 과잉행동/충동성우세형은 교사관찰 8.60%, 어머니관찰 7.10%, 부주의우세형은 교사관찰 4.20%, 어머니관찰 4.20%로 나타났다.

〈표 10〉 전체적인 ADHD 출현경향

(각 하위영역 8점 이상)

구 분	교사관찰(N = 531)		어머니관찰(N = 491)	
	평균	표준편차	평균	표준편차
과잉행동	9.18	1.04	9.15	.94
충동성	8.66	.91	8.56	.71
부주의	9.09	.75	9.33	.91

3. 성별 간 주의력결핍 과잉행동성의 차이

유아의 성별에 따른 주의력결핍과잉행동의 점수를 교사관찰, 어머니관찰 별로 산출한 결과, 교사와 어머니 모두 충동성을 가장 높게, 과잉행동, 부주의의 순으로 평정하였으며, 남아에게서 ADHD 특성을 더 많이 관찰한 것으로 보고하였다.

1) 교사관찰에 의한 성별 간 주의력결핍과잉행동점수의 차이

교사들의 관찰점수로 유아들의 성별 간 ADHD 표준 점수의 차이를 검정하였다(표 11). 전체적으로 남아와 여아 모두에 대해 충동성을 가장 높게, 다음으로 과잉행동, 부주의의 순으로 평정하였으며, 남아의 표준점수가 12.66으로 여아의 10.30보다 높았고, 이는 유의수준 1%에서 유의한 차이를 보였다( $t = 5.27, p < .01$ ). 즉 교사들은 여아보다 남아들에게서 ADHD 특성을 더 많이 관찰하고 인식하는 것으로 볼 수 있다.

〈표 11〉 ADHD 표준 점수의 성별 간 차이  
(교사관찰점수를 기준으로)

구분	성별	사례수	평균	표준편차	t
총 점	남아	278	12.66	5.83	5.27**
	여아	253	10.30	4.46	
과잉행동	남아	278	4.03	2.68	5.57**
	여아	253	2.84	2.27	
충동성	남아	278	5.63	1.74	2.76**
	여아	253	5.26	1.40	
부주의	남아	278	2.99	2.24	4.828**
	여아	253	2.20	1.50	

\*\* $p < .01$ .

하위영역별로 살펴본 결과 또한 같다. 즉 세 영역모두에서 남아의 표준점수가 여아보다 유의하게 높았으며( $p < .01$ ), 하위영역 중에서도 특히 과잉행동에서 남아와 여아의 점수차가 큰 것을 알 수 있다.

2) 어머니관찰에 의한 성별 간 주의력결핍과잉행동점수의 차이

어머니의 관찰점수로 유아들의 성별 간 ADHD 표준 점수의 차이를 검정하였다. 전체적으로 남아와 여아 모두에 대해 충동성을 가장 높게, 다음으로 과잉행동, 부주의의 순으로 평정한 것은 교사관찰과 같으며, 남아의 표준점수가 12.67로 여아의 10.36보다 높았고, 이는 유의수준 1%에서 유의한 차

〈표 12〉 ADHD 표준 점수의 성별 간 차이  
(어머니관찰점수를 기준으로)

구분	성별	사례수	평균	표준편차	t
총점	남아	250	12.67	5.75	4.93**
	여아	241	10.36	4.37	
과잉행동	남아	250	3.94	2.65	4.85**
	여아	241	2.88	2.22	
충동성	남아	250	5.60	1.65	1.96
	여아	241	5.33	1.47	
부주의	남아	250	2.97	2.23	3.66**
	여아	241	2.32	1.68	

\*\* $p < .01$ .

이를 보였다( $t = 4.530, p < .01$ ). 즉 어머니들은 교사와 마찬가지로 여아보다 남아들에게서 ADHD 특성을 더 많이 관찰하고 인식하는 것으로 볼 수 있다.

하위영역별로 살펴본 결과 과잉행동과 부주의의 표준점수는 남아평정이 유의하게 높았으나( $p < .01$ ), 충동성에서는 유의한 성차가 발견되지 않았다(표 12).

4. 주의력결핍 과잉행동성에 대한 어머니-교사 간의 평정 일치

유아 1명의 ADHD 행동특성을 교사 1명과 어머니가 평정한 자료를 분석하였다(표 13). 교사와 어머니 간의 ADHD 표준점수는 유의한 정적상관을 보였으며( $r = 0.35, p < .01$ ), 교사가 평가한 표준점수가 어머니가 평가한 표준점수보다 조금 높기는 하였으나 통계적인 유의차는 보이지 않았다. 하위영역별로 살펴본 결과 역시 과잉행동, 충동성, 부주의 영역 모두에서 어머니-교사 간 유의한 정적상관을 보이고( $p < .01$ ), 유의차가 나타나지 않았다.

〈표 13〉 ADHD 표준 점수의 어머니- 교사의 상관과 차이  
( $N = 338$ )

하위영역	구분	평균	표준편차	상관계수	t
ADHD	교사	11.89	5.44	0.35**	1.69
	어머니	11.17	5.35		
과잉행동	교사	3.59	2.62	0.40**	0.50
	어머니	3.52	2.56		
충동성	교사	5.40	1.60	0.24**	0.00
	어머니	5.40	1.55		
부주의	교사	2.52	1.80	0.28**	-0.51
	어머니	2.58	1.91		

\*\* $p < .01$ .

5. 문항별 어머니-교사의 평정차이

전체 혹은 하위영역별로 보았을 때는 유의한 차이를 보이지 않았으나, 문항별로는 유의한 차이를 보인 문항이 발견되었다. 어머니나 교사가 유의하게 더 높게 평정한 영역별 문항은 〈표 14〉, 문항별 어머니 교사 간 차이를 검증한 결과는 〈표 15〉과 같다. 〈표 14〉에서 보는 바와 같이, 비록 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 교사의 평정이 더 높았음에도 불구하고, 문항별로는 어머니들이 자녀들에 대해서 유의하게 높게 평정하는 행동특성(문항)의 수는 과잉행동이 4개, 충동성행동이 1개, 부주의행동이 6개로, 교사의 과잉행동 4개 부주의행동 2개보다 많았다. 이는 과잉행동의 수는 같으나 주로 관찰되는 내용이 다르다는 것, 어머니가 관찰하고 인지하는 부주의행동의 수가 많다는 것을 의미한다. 이들 문항내용들은 다음과 같다.



〈표 14〉 하위영역별 어머니/교사가 더 높게 평정한 문항

하위영역	어머니평정이 높은 문항	교사평정이 높은 문항
과잉행동	(문항4) 가구나 책상 등 높은 곳에 올라간다. (문항7) 어떤 활동(식사나 수업) 중에 자리를 이탈한다 (문항9) 눈에 보이는 물건은 모두 만지작거리다 (문항13) 손가락이나 연필로 책상을 두드리고 의자를 흔든다	(문항1) 소리지르며 이리저리 돌아다닌다 (문항3) 평소에 뭔가 쫓기는 것처럼 뛰어다닌다 (문항6) 안절부절 못하고 손발을 흔들고 꼼지락거리다 (문항11) 조용히 앉아서 부모나 교사의 이야기를 듣지 못한다.
충동성행동	(문항19) 물건을 갑자기 가로챈다	
부주의행동	(문항 27) 계획하는 능력이 부족하다 (문항 28) 계획된 일을 끝마치지 못한다 (문항 29) 부주의로 인해 실수를 자주 한다 (문항 30) 놀이나 활동이 혼란스럽고 주변정돈을 하지 못한다 (문항 33) 어렵다고 생각하는 과제는 쉽게 짜증내고 포기한다 (문항 36) 물건을 자주 잃어버린다	(문항24) 다른 사람의 말에 귀를 기울이지 않는다 (문항32) 사소한 자극에도 쉽게 산만해진다

〈표 15〉 문항별 어머니 - 교사간의 차이 (N = 338)

문항	교사		부모		t
	평균	표준편차	평균	표준편차	
1	0.18	0.41	0.11	0.31	3.27**
2	0.38	0.57	0.34	0.54	1.49
3	0.17	0.42	0.08	0.30	4.01**
4	0.16	0.37	0.26	0.44	-4.75**
5	0.21	0.44	0.21	0.42	0.06
6	0.20	0.41	0.09	0.32	4.32**
7	0.33	0.52	0.43	0.55	-3.24**
8	0.33	0.52	0.37	0.53	-1.75
9	0.25	0.46	0.31	0.49	-2.58*
10	0.29	0.48	0.25	0.45	1.60
11	0.22	0.45	0.17	0.41	2.13*
12	0.41	0.57	0.45	0.59	-1.41
13	0.06	0.23	0.10	0.31	-2.62**
14	0.23	0.45	0.19	0.39	1.82
15	0.32	0.49	0.36	0.49	-1.35
16	0.18	0.37	0.21	0.42	-1.54
17	0.27	0.47	0.29	0.46	-0.56
18	0.26	0.46	0.29	0.46	-0.93
19	0.12	0.32	0.16	0.36	-2.17*
20	0.28	0.46	0.28	0.46	-0.11
21	0.16	0.37	0.20	0.42	-1.74
22	0.10	0.29	0.10	0.30	-0.10
23	0.23	0.42	0.24	0.43	-0.33
24	0.23	0.46	0.18	0.41	2.35*
25	0.19	0.39	0.19	0.43	-0.26
26	0.15	0.36	0.12	0.33	1.61
27	0.32	0.46	0.39	0.52	-2.41*
28	0.23	0.42	0.28	0.48	-2.09**
29	0.19	0.38	0.25	0.45	-2.75**
30	0.30	0.50	0.39	0.54	-3.09**
31	0.40	0.55	0.35	0.50	1.62
32	0.40	0.54	0.32	0.49	2.91**
33	0.33	0.52	0.53	0.58	-6.41**
34	0.25	0.47	0.22	0.45	1.30
35	0.19	0.43	0.17	0.40	0.47
36	0.10	0.30	0.20	0.43	-4.81**

\*p < 0.5, \*\*p < 0.1.

6. 주의력결핍 과잉행동성에 대한 교사-교사 간의 평정일치

유아 1명의 ADHD 정도를 두 명의 교사가 평가하였다. 두 교사 간 ADHD 표준점수는 유의한 정적상관을 나타내었으며( $r = 0.71, p < .01$ ), 통계적인 유의차는 보이지 않았다. 따라서 유아의 ADHD 정도를 평가함에 있어 같은 교실장면에서 대상유아에 대한 교사 간 평정이 일치하는 것으로 볼 수 있다(표 14). 하위영역별로 살펴본 결과, 과잉행동과 충동성에 있어서는 교사-교사 간 유의한 정적상관을 보이고, 유의차가 나타나지 않아 일치하는 것으로 나타났다( $p < .01$ ). 그러나 부주의에서는 교사 간 정적상관은 보였으나 ( $r = 0.66, p < .01$ ). 유의수준 1%에서 유의한 차이를 보였다( $t = 2.74, p < .01$ ). 따라서 유아의 부주의를 평가함에 있어 교사 간 차이가 있다고 볼 수 있으며, 이는 부주의행동이 다른 두 하위행동 특성에 비해 관찰하기 어렵다는 것을 보여준다.

〈표 16〉 ADHD 표준 점수의 교사 - 교사간의 상관과 차이 (N = 131)

하위영역	구분	평균	표준편차	상관계수	t
ADHD	교사 1	10.31	12.37	0.71**	1.77
	교사 2	8.89	9.81		
과잉행동	교사 1	3.42	4.87	0.70**	0.64
	교사 2	3.22	4.05		
충동성	교사 1	2.58	3.02	0.70**	0.99
	교사 2	2.37	5.09		
부주의	교사 1	4.13	5.09	0.66**	2.74**
	교사 2	3.17	3.90		

\*\*p < .01.

IV. 논의 및 결론

본 연구는 유아의 문제 행동 중 ADHD와 하위 요인인 과잉행동, 충동성, 부주의 경향이 취학 전 만5세 유아에게 어느 정도 나타나고 있으며, 평정척도를 통한 부모와 교사, 교사와 교사간의 평정 결과는 어느 정도 일치하는가를 알아보고자 하였다. 이를 위해 K-ADHDDS를 사용하여 부모와 교

사간의 평정을 실시하였으며 연구 결과 및 결과에 따른 논의는 다음과 같다.

첫째, K-ADHDDS를 사용한 평정결과, ADHD성향을 보이는 유아의 대부분이 평균정도의 심도인 표준점수 8-12점 사이에 분포하였으며, 연구대상 유아들은 남녀아 모두 전체 표준점수 평균에서 충동성이 가장 높았으며, 과잉행동, 부주의의 순으로 나타났다. 구체적으로 과잉행동 약 7.20%, 충동성 약 12.50%, 부주의 4.20%, 혼합형은 교사관찰 3%, 어머니관찰 3.40%, 과잉행동/충동성우세형은 교사관찰 8.60%, 어머니관찰 7.10%, 부주의우세형은 교사관찰 4.20%, 어머니관찰 4.20%로 나타났다. 이 표준점수 자체로 ADHD여부를 진단하기에는 무리가 있으나, 임상적소견이 필요한 비율이라고 해석할 수 있을 것이다. 그러나 심각한 정도로 판정할 수 있는 심도 13 이상의 유아는 거의 발견되지 않았다. 이는 김혜련(2001)의 2.70%, 백운선(2005)의 2.70%, 제경숙(2007)의 4%보다 조금 높으나, 척도가 다르고 같은 도구를 사용한 제경숙의 선행연구에서는 심도 10점을 기준으로 한 점을 고려하면, 일반적인 출현분포의 범위 내에 있는 것으로 볼 수 있다. 한편 Barkley와 Murphy(1998), Weyandt(2001)의 의견처럼 교사평정만으로는 높게 나올 수 있다는 것을 지지하는 것일 수도 있다.

둘째, 어머니와 교사들의 평정에 의한 유아의 성별에 따른 평정의 차이를 살펴본 결과 전체평정에서 남아가 여아에 비해 높았으며(1.3배), 하위영역별로 부주의 약 3.40배, 과잉행동 약 2.30배, 충동성 약 1.40배의 순으로 나타났다. 이는 남아의 출현이 높다는 선행연구를 지지하는 것이지만, 본 연구에서의 비율은 전체적으로는 상대적으로 낮고, 부모와 교사가 과잉행동과 부주의에서 남아의 특성을 높게 평정한데 비해, 충동성에서는 유아의 성에 따른 차이를 비교적 적게 보고 있었다. 즉 부모들은 남녀유아 모두에게 충동성을 가장 많이 관찰하지만, 심도에 있어서는 상대적으로 낮게 평정하였다.

하위영역별 구성이 다른 척도와 달라 비교하기가 어렵지만, 같은 척도를 사용하여 비교적 소수의 만3,4,5세 유아를 대상으로 한 박정화(2007)의 연구에서는 남녀 성비가 과잉행동(2.21배), 충동성(1.70배), 부주의(1.38배)의 순으로 나타났으며, 김봉정(2007)의 연구에서는 집단간 유의차가 나타나지 않았고, 부모가 평정한 충동성에서는 유사한 점수였으나 여아가 더 높기도 하였다. DSM-IV가 과잉행동 및 충동성과 부주의로 각 9문항씩 18문항으로 구성된 데 비해, 본 연구에서 사용한 K-ADHDDS는 DSM-IV에 기초하여 한국유아 및 아동을 대상으로 표준화한 것이지만, 과잉행동, 충동성, 부주의의 세 하위영역으로 나뉘어져 있고 문항수 또한 많다(총 36개 문항). 이러한 구성이 위와 같은 남녀차이에 있어서

의 특성을 부분적으로 설명할 수 있을 것으로 보이며, 앞으로 누적된 연구결과를 통해 의미를 찾아나갈 수 있을 것으로 보인다.

셋째, 어머니-교사간 평정일치도를 상관과 유의차검증을 통해 알아본 결과 교사가 더 높게 평정하기는 하였지만 유의차가 나타나지 않았고 대응표본 t검증의 과정에서 산출된 상관은 유의하였으나 상관계수는 낮았다. 김하정(1998)의 연구에서는 부모와 교사가 아동의 주의집중 문제( $r = .33, p < .001$ )와 공격성 문제( $r = .44, p < .001$ )에 있어서 유의하게 일치되는 평정을 했으나 정은선(2005)의 연구에서는 과잉행동( $r = .238, p < .05$ )에서만 유의미한 상관을 보였다. 김봉정(2007)의 부모와 교사의 평정에서 부주의와 과잉행동은 유의한 상관을 보이지 않았으나 충동성에서 유의미한 차이( $t = 3.70, p < .001$ )를 보였다.

한편 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 교사의 평정이 더 높았음에도 불구하고, 문항별로는 어머니들이 자녀들에 대해서 유의하게 높게 평정하는 행동특성(문항)의 수는 11개로, 교사의 6개 문항보다 많았다. 이렇게 문항별로 살펴봄으로써 관찰장면이 다른 두 평정자가 유아의 행동특성에 대해 파악하는 것이 다르다는 것과, 장면에 따라 관찰되기 쉬운 내용들을 파악할 수 있게 되었다. 김봉정(2007)의 연구에서도 문항별 분석을 하였는데, 부모가 높게 평정한 문항 9개, 교사평정 6개였으며, 두 연구에서 일치하는 문항은 30% 정도였다.

넷째, 교사-교사간 평정비교결과는 유의한 상관을 보이고 상관계수도 높았으나 부주의에서 유의한차를 보였다. 유사한 장면에서 유아를 관찰한 두 교사의 상관이 부모-교사의 상관보다 높게 나타난 것은 자연스러운 일이나, 부주의에서 유의차가 나타난 것은 특기할만한 사항이다. 이는 부주의 행동의 관찰과 평정의 어려움에 관한 선행연구들의 결과를 뒷받침하는 것이다. 부주의행동은 주변의 성인들이 관찰하기 쉽지 않은 행동이어서 부주의 자체의 평정신뢰도 논의와 함께 여아, 여성에게서 ADHD가 부족한 현상에 있어 주요한 요인 중의 하나로 지목되고 있다(Quinn, 2004). 그러나 본 연구에서는 부주의에서 남녀아간 유의한 차가 발견되진 않았으나, 여아들도 낮지 않은 분포를 보였다.

교사-교사간 평정의 일치도는 구하기 어려운 자료이다. 같은 대상의 유아나 아동을 같은 장면에서 둘 이상의 교사가 장기적으로 관찰하는 경우는 드물기 때문이다. 그러나 유아 교육현장에서는 한 반을 두 명의 담임교사가 맡고 있는 경우를 종종 볼 수 있다. 본 연구에서 자료를 수집한 경남에서도 주로 사립유치원이나 보육기관에서 이인담임체제를 찾아볼 수 있다. 비록 응답담임의 수는 7쌍(14명)으로 많지는 않으나 이들이 동시에 대상으로 한 유아의 수는 131명이 되므로 의

미 있는 자료로 생각된다. 그러나 앞으로 더 많은 표집을 대상으로 한 연구가 이루어질 필요가 있다.

본 연구에서는 대응표본 t검증을 통해 상관에 기초한 유의차를 알아보았다. 보통 일치도는 상관을 살펴보는데 그치는 경우가 많은데, 대응표본 t검증을 통해 일차적으로 상관의 유의성을 알아보고, 영역별, 문항별 유의차도 검증해볼 수 있어 일치도를 보는데 있어서 설명력을 높일 수 있었다고 사료된다. 이상과 같은 결과 및 논의에 근거한 결론은 다음과 같다.

첫째, K-ADHDDS 도구를 통해 나타난 만5세 유아의 주의력결핍과잉행동의 비율은 혼합형 3%, 과잉행동/충동성 우세형 7.1-8.6%, 부주의우세형 4.20%로 나타나 이는 일반적인 출현분포내에 있는 것으로 볼 수 있다.

둘째, 남아의 비율이 여아에 비해 1.3 배 많으며, 과잉행동이 2.3배, 충동성이 1.4배, 부주의가 3.4 배 높다.

셋째, 어머니와 교사간 평정일치는 유의하나 낮은 상관을, 교사-교사간 평정일치는 유의하게 높은 상관을 보이며 하위영역인, 부주의에서 높은 상관과 함께 유의한 차이를 보여 부주의 행동의 관찰이 어려움을 나타낸다.

임상적으로 ADHD 여부를 진단하는 일은 쉽지 않으며, 다양한 접근을 통해 통합적으로 이루어져야 한다. 따라서 본 연구에서처럼 하나의 검사도구를 통한 비율로 출현율을 추정하는 것은 상당히 제한적이다. 앞으로 다양한 접근방법을 통해 출현율을 추정하고 진단의 신뢰도를 높일 수 있는 방법을 모색하는 기초연구가 누적될 필요가 있다.

## ■ 참고문헌

- 김봉정(2007). 유아의 과잉행동·충동성·부주의행동과 부모와 교사의 평정일치에 관한 연구. 경남대학교 교육대학원 석사학위 청구논문.
- 김영단(2005). ADHD 아동에 대한 국내 연구 동향. 대구대학교 특수교육대학원 석사학위 청구논문.
- 김영신, 소유경, 노주선, 최낙경, 김세주, 고윤주(2003). 한국 어판 부모 및 교사용 ADHD 평가척도 (K-ARS)의 규준연구. **신경정신의학**, 42(3), 352-359.
- 김용희, 이인혜, 최미례(2001). ADHD 아동의 내재화 및 외현화 장애에 대한 부모와 교사의 평가 비교. **사회과학연구**, 40, 11-20.
- 김하정(1998). 아동의 문제행동에 대한 부모와 교사간의 평정일치도. 성신여자대학교 석사학위 청구논문.
- 김혜련(2001). 주의력결핍과잉행동유아의 출현율과 가족기능에 관한 연구. 대구대학교 박사학위 청구논문.
- 박명화(2001). ADHD 유아의 행동문제와 교사의 대처형태에 관한 연구. **한국정서학습장애연구**, 17(2), 117-134.
- 박정화(2007). 유아의 정서지능과 부주의·과잉행동·충동성간의 관계. 경남대학교 교육대학원 석사학위 청구논문.
- 백운선(2005). 주의력결핍·과잉행동유아의 실태 및 부모·교사간의 평가경향 비교. 공주대학교 교육대학원 석사학위 청구논문.
- 송상진(2005). 주의력결핍과잉행동장애의 한국판 평가척도 개발. 영남대학교 박사학위 청구논문.
- 송수미, 김재환(2002). ADHD 및 우울/불안장애 아동의 문제행도에 대한 부모-교사간 평정 일치도. **한국심리학회지: 임상**, 21(4), 856-869.
- 안미경(2001). ADHD-SC4를 통한 주의력결핍 과잉행동아동 출현율 조사연구-부산지역 초등학교 저학년을 중심으로. 대구대학교 석사학위 청구논문.
- 오가영(2006). Theraplay 기법을 적용한 미술치료 프로그램의 효과- 유아의 문제행동 수정 및 모-자녀 관계 증진을 중심으로-. 전북대학교 박사학위 청구논문.
- 오경자, 이해련(1989). ADHD 평가도구로서의 단축형 Conners 평가척도 연구. **대한신경정신의학회 추계학술대회발표지**, 8(1), 135-142.
- 이상복, 윤치연(2004). **한국 주의력 결핍·과잉행동 진단 검사**. 부산: 테스피아.
- 이효신(2000). ADHD 아동의 특성과 증재에 관한 고찰. **정서 학습장애연구**, 16(1), 159-180.
- 임경희, 조봉환(2004). 성, 학년, 지역에 따른 초등학교생의 ADHD 출현율 조사연구. **초등교육연구**, 17(1), 235-260.
- 정미라(2006). 음악치료가 ADHD유아의 주의집중력과 자기통제력에 미치는 효과. **아동교육**, 15(2) 241-255.
- 정은선(2005). 주의력 결핍 과잉행동 장애 (ADHD) 아동에 대한 부모와 교사 간의 평정일치도 연구. 서울교육대학교 교육대학원 석사학위 청구논문.
- 제경숙(2007). 경남 G지역 유아의 ADHD 출현경향 및 사회성기술의 발달. **교육이론과 실천**, 17, 49-70.
- 조민아(2008). 주의력결핍과잉행동장애(ADHD) 아동놀이치료의 현상학적 연구: 치료자-내담자 상호작용을 중심으로. 연세대학교 박사학위 청구논문.
- 조봉환(2000). 인지행동집단상담 프로그램이 ADHD 경향 아동의 행동변화에 미치는 효과. 홍익대학교 박사학위 청구논문.
- 조수철, 신윤오(1994). 파탄적 행동장애의 유병율에 대한 연구. **소아·청소년정신의학**, 5(1), 141-149.

- American Psychiatric Association(2000). *Dignostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.
- Barkley, R. A.(1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for diagnose and treatment*. NY: The Guilford Press.
- Barkley, R. A.(1996). Attention-deficit/hyperactivity disorder: In Mash, E. J. & Barkely, R. A.(Eds.), *Child Psychopathology*(pp 63-112). NY: The Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Murphy. K. R.(1998). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: An clinical workbook*(2nd ed), N. Y. : Guilford Press.
- Campell, S. B.(2007). **유아의 문제행동**. 민성혜(역). 서울: 시그마프레스. (2002년 원저발간).
- Douglas, V. I.(1983). Attention and cognitive problems. In M. Rutter(Ed.), *Developmental Neuropsychiatry* (pp.280-329). NY: The Guilford Press.
- Everett, C. A., & Everett, S. V.(1996). *Family therapy for ADHD*. NY: The Guilford Press.
- Hagin, R. A., & Deson, L. A.(2000). ADHD: Diagnosis. In Guyer, B. P.(Ed), *ADHD: Achieving success in school and in life*(22-37). Boston: Allyn & Bacon.
- Hart, E. L., Lahey, B. B., Loeber, R., Applegate, B., & Frick, P. J.(1995). Developmental changes in attention-deficit/hyperactivity disorder in boys: A four year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 729-749.
- Pelham, W. E., Lang, A. R., Atkeson, B., Murphy, D. A., Gnapy, E. M., Greiner, A. R., et al.(1997). Effects of deviant child behavior on parental distress and alcohol consumption of laboratory interaction. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 413-424.
- Sauve', C.(2004). **주의력결핍과잉행동클리닉**. 한국아동상담센터(편역). 서울: 한울림.(2000년 원저발간).
- Quinn, P. O.(2004). ADHD: Not for 'Boys only'. www.behaviral.net, p 30, July & August.
- Weyandt, L. L.(2001). *An ADHD primer*. Boston: Allyn & Bacon.
- Wolraich, M. L., Hannah, J. N., Pinnock, T. Y., Baumgaertel, A., & Brown, J.(1996). Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder in a country-wide sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 319-324.

접 수 일 : 2009년 5월 29일

심사시작일 : 2009년 6월 2일

게재확정일 : 2009년 7월 13일