

# 특수교육 대상자로서 ADHD 아동의 지원 모형 개발

## Development of Support Models for Children with ADHD as Special Education Subjects

강민채  
중부대학교 초등특수교육과

Min-Chae Kang(lurianna@jbm.ac.kr)

### 요약

본 연구는 특수교육 대상자로서 ADHD 아동에게 효과적이고 효율적인 지원을 제공하기 위해 ADHD 아동에게 타당하고 적합한 지원 모형을 개발하는데 목적이 있다. 이를 위해 다양한 특성과 교육적, 사회적 여건, 그리고 지원 주체와 전달 체계 등을 포괄적으로 고려하였다. 지원 모형을 개발하기 위해 ADHD 아동을 위한 지원 서비스의 실태에 대한 국내외 문헌자료를 분석하였다. 특수교육 대상자로서 ADHD 아동의 적격성과 지원 요구 그리고 이에 대한 관련 전문가들의 인식과 기대를 확인하기 위해 FGI를 실시하였다. 이러한 체계적인 절차와 방법을 통해 도출한 이론적 근거와 실증적 분석결과에 근거하여 특수교육 대상으로서 ADHD 아동에게 타당하고 적합한 지원 모형을 개발하였다. 지원 모형은 전체 학생을 대상으로 선별 과정을 거쳐서 진단 및 평가를 하고 특수교육 대상으로 지원이 필요한 경우 ADHD 아동의 요구에 맞는 개별화 지원 프로그램의 개발을 포함하고 있다. 지원 방법에는 가족지원, 교육지원, 의료지원, 치료지원을 받을 수 있는 체계로 모형을 개발하였다.

■ 중심어 : | 지원모형 | 특수교육 | ADHD | FGI |

### Abstract

This study aims to develop suitable and appropriate support models for ADHD children to provide effective and efficient support for the target children. The diverse characteristics of target area, educational, social conditions, and supporting organization and delivery systems have been comprehensively considered. Domestic and overseas literature review has been performed to analyze the status of support services for ADHD children to develop the model. The FGI was adapted to identify eligibility and expectations for the qualification of ADHD children and the awareness and expectations of relevant professionals. Based on the theoretical rationale and empirical analysis results derived from these systematic procedures, suitable and appropriate support models were developed for ADHD children as a special educational subjects. The support model includes the development of individualized support programs for the needs of the entire ADHD student population, which require screening and assessment of the entire student population and requiring support for special needs. Support methods were developed in a system that supports family support, educational support, medical assistance, and medical support.

■ keyword : | Support Model | Special Education | ADHD | FGI |

\* 이 논문은 2015년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2015S1A5A8011299).

접수일자 : 2017년 05월 17일

심사완료일 : 2017년 05월 30일

수정일자 : 2017년 05월 30일

교신저자 : 강민채, e-mail : lurianna@jbm.ac.kr

## I. 서론

주의력결핍 과잉행동장애(Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD, 이하 ADHD라고 함)는 부주의(inattention), 과잉행동(hyperactivity), 충동성(impulsivity)을 보이는 아동기 질환군으로서 정서장애, 행동장애, 학습장애 등을 동반한다. ADHD는 주로 12세 이전에 나타나 초등학교 입학전후 시기에 진단되지만 이후 성인기까지 지속될 수 있으며, 사회적 기술, 학업 성취 및 직업 기술에 부정적 영향을 미치고 다른 장애와 공존하여 나타날 수 있다.

이렇듯 ADHD 아동들은 성장한 후에도 주요 특성인 주의산만과 과잉행동을 나타내고 있으며 이외에도 다른 여러 가지 사회 부적응 행동을 수반하는 것으로 나타났다. 그러므로 ADHD 증상이 발견되는 즉시 중재를 제공해 주는 것이 필요하다. 또한 사회적 기술은 사람의 전 생애에 걸쳐서 필요하고 이는 유아기부터 발달되기 시작한다. 특히 이 시기에는 언어기능, 인지기능, 신체활동 기능 등이 빠르게 발달하면서 친구들과 친 사회적 상호작용을 통해 다양한 사회적 경험을 함으로써 바람직한 사회적 기술과 사회적 행동을 발전시켜 나간다. 이렇게 아동이 사회적 기술을 성공적으로 획득하게 되면 가정, 지역사회, 학교생활 적응에 긍정적인 영향을 미칠 뿐만 아니라 학교에서의 학업성취도 또한 높은 것으로 나타났다. 따라서 모든 장애와 마찬가지로 ADHD도 조기진단 및 조기개입은 아주 중요하다고 볼 수 있다.

ADHD 아동의 출현율은 진단 기준, 연구 대상의 나이, 조사 지역에 따라서 2-20%로 매우 상이하게 보고되고 있지만 일반적으로 학령기 아동의 3-5% 정도로 알려져 있다. 최근 미국정신의학회에서는 아동의 경우 약 5%, 성인은 2.5%로 제시하고 있다[1].

일반적으로 ADHD는 아동기에 국한되는 것으로 인식되고 있지만 ADHD 아동의 약 50% 정도는 청소년기 ADHD로 이행되고 이들 청소년 ADHD의 30-70%는 성인기에도 심리적 문제를 야기한다. 따라서 DSM-5에서도 ADHD가 청소년기와 성인기에도 진단될 수 있도록 연령에 따른 기준을 제시하고 있으며, 최근 국내에서도 성인기 ADHD에 대한 치료와 중재가 많이 연구되

고 있다[2].

현재 우리나라에서는 ADHD를 법적 장애로 인정하지 않지만 ADHD 아동에 대해서는 교육부와 보건복지부 차원에서 일부 지원이 이루어지고 있다. 교육부에서는 ‘학생정서·행동특성검사’를 통해 정서적으로 어려움을 가지는 학생들을 선별하여 학교 내 Wee 클래스와 전문기관 연계를 통해 사후관리를 제공하고 있다[3].

보건복지부는 2007년부터 사회서비스사업의 일환으로 아동청소년 심리지원(구 문제행동아동 조기개입) 서비스를 제공하고 있다. 이 서비스는 전국가구 평균소득의 100% 이하 가정의 만18세 이하 비장애아동 중, 문제행동 위험군으로 의사 진단서·소견서, 임상심리사·청소년상담사 소견서, 정신보건센터장의 추천서, 교사, 유치원장, 어린이집원장이 심층평가도구(정신보건사업안내)에 의한 검사후 절단점 이상 추천한 아동을 대상으로 하며, 상담 및 언어·인지·놀이·미술 프로그램을 지원한다. 이 서비스의 대상에는 틱장애, 행동장애, 분리불안 등 소아기 발병형, 기타 행동정서 장애 등이 포함될 수 있지만 가장 주된 목표 집단은 ADHD 아동이라고 말할 수 있다[4]. 이렇듯 우리나라 「장애인 등에 대한 특수교육법」의 특수교육 대상자 선정기준에 의하면 ADHD는 별도의 범주로 구분되지 않기 때문에 ADHD 아동들은 정서·행동장애로 진단될 가능성이 높다.

특수교육통계를 살펴보면 2016년 특수교육 대상학생 87,950명 중에서 정서·행동장애를 가진 학생은 전체 2.5%에 해당하는 2,221명이며, 이들은 특수학교(97명) 보다는 대부분 특수학급(1,441명)과 일반학급(683명)에 배치되어 있다. 이는 지난 2015년 2,530명(2.9%), 2014년 2,605명(3.0%), 2013년 2,754(3.2%)에 비해 정서·행동장애를 가진 특수교육 대상학생 수 뿐 만 아니라 전체 대상자 비율에서도 크게 변화가 있는 것은 아니지만 다소 감소하고 있는 것으로 분석될 수 있다[5]. 그러나 지난 2007년부터 교육과학기술부에서 정서행동문제 전반, 특히 우울, 불안, ADHD, 친구관계, 품행, 학습, 인터넷, 자살 등의 조기발견과 예방을 위해 실시하고 있는 ‘학생정서·행동특성검사’ 결과에서는 상이한 양상이 나타나고 있어 정서·행동장애 학생의 발생률은 다르게 해석될 수 있다.

현재 ADHD 아동을 대상으로 하는 대부분의 선행연구들은 치료나 중재의 효과 검증에 집중되어 있으며, 교육적 지원을 주제로 하는 소수의 연구들 또한 특정 프로그램이나 기술 훈련의 효과에 초점을 두고 있으므로 본 연구에서는 ADHD 아동에 대한 특수교육적 지원 요구를 보다 총체적으로 조망하여 필요로 하는 지원의 내용과 범위, 방법, 지원 주체 등을 구체적으로 제시하고자 한다. 따라서 특수교육 대상자로서 ADHD 아동에게 효과적이고 효율적인 교육적 지원을 제공하기 위해서는 ADHD 아동의 다양한 특성과 제반 교육적, 사회적 여건, 그리고 지원 주체와 전달 체계 등을 포괄적으로 고려한 타당하고 적합한 지원 모형을 개발할 필요가 있다.

## II. 이론적 배경

### 1. ADHD 특성 및 지원 실태

ADHD 아동은 충동적이고 산만한 행동상의 특성으로 인해 낮은 학업성취뿐만 아니라 특히 사회성발달에 큰 어려움을 겪는 것으로 알려져 있다. ADHD 아동들이 지닌 과잉행동이나 감정을 조절하지 못해 생기는 충동성으로 인해 일반적인 생활환경에서 적절한 사회적 행동을 배우고 실행하는 것이 쉽지 않아 또래들과의 사이에서 따돌림을 받기 쉬워 외톨이로 지내는 경우가 많다[6][7]. 이는 학령기 이후 아동의 낮은 자존감으로 연결될 수 있으며 심한 경우 사회와의 단절을 선택하기도 한다[8].

특수교육 실태조사에 의하면 정서·행동장애학생 중 58.1%(남 60.5%, 여 49.9%)가 ADHD를 가지고 있는 것으로 조사되었으며, 주 장애가 ADHD가 아닌 정서·행동장애학생들 중에서도 ADHD를 수반하고 있는 학생이 29.9%로 나타났다. 또한 다른 장애영역의 학생들 중에도 ADHD를 수반하는 사례가 높게 나타나고 있는데, 특히 학습장애학생 중 34.1%가 주의력결핍·과잉행동장애를 수반하고 있는 것으로 조사되었다.

최근의 연구들에 의하면 실제로는 특수교육 대상자 선정 업무를 주관하는 특수교육지원센터에 따라

ADHD 아동들이 정서·행동장애로 진단되지 않고 배제되거나 다른 장애로 진단되는 것으로 나타났다. 이렇듯 특수교육지원센터에서는 의뢰되는 ADHD 학생들을 정서·행동장애학생으로 진단하지 않는 것으로 나타났는데, 그 이유는 ADHD가 질병이며 약물치료의 대상이라고 인식하거나 학생의 학업성취와 관련지어 정신지체나 학습장애로 진단하기 때문이라고 한다[9].

선행연구들에 의하면 ADHD에 대한 지원 수준은 매우 낮은 것으로 지적되고 있다. 예를 들어 유연주와 조윤경[10]은 교사에 의해 ADHD 성향을 보이는 학생으로 평정된 초등학교 일반학급 재학 중인 286명을 대상으로 분석한 결과, 이들 중 ADHD로 진단을 받은 경우는 35명, 12.2%에 불과 했으며, 이들 중 특수학급을 이용하는 학생은 8명 2.8%, 그 외 특별한 프로그램을 받고 있는 학생은 26명 9.1%로 나타나, 대부분의 ADHD 아동들이 진단평가부터 아무런 교육적 지원을 받지 못하고 있는 실정이라고 보고하고 있다. 오수진[11]은 정서적·행동적 문제를 지니고 있지만 특수교육 서비스를 받고 있지 못한 ADHD 성향을 보이는 전문제 고등학교 학생들을 위한 특수 교육적 지원의 필요성을 제기하고, 일반학급 내에서 이들에 대한 상담 및 지원, 일반교사를 위한 ADHD 학생 이해 교육 및 연수와 프로그램 제공, 긍정적 행동지원과 특수교육지원센터의 활용 등의 지원방안을 제안하였다.

### 2. ADHD 아동에 대한 외국의 사례

국가별로 살펴볼 때 ADHD를 특수교육 대상 범주로 설정한 국가도 있지만, 미국과 일본처럼 ADHD를 독자적인 분야로 인정하는 것은 아니지만 요구되는 특수교육 서비스는 제공하는 경우도 있다. 미국 특수교육법은 ADHD로 교육적 수행에 제한을 받는 아동에 한해서만 특수교육을 받을 수 있도록 하였다. 미국 정부는 ADHD 아동이 학습장애, 정서장애 혹은 교육수행을 제한하는 기타 건강상의 장애에 해당할 때 특수교육 서비스를 받을 수 있도록 규정하고 있다. 예를 들어 미국의 경우 1991년부터 법이 개정된 이후 ADHD 아동도 특수교육 서비스를 받게 되었다. 장애인교육향상법의 '기타 건강장애(OHI)'로 분류하여 특수교육을 받게 할 뿐

아니라 재활법 504조에 근거하여 합리적 조정을 받을 수 있도록 지원하고 있다[12].

ADHD에 대한 치료현황을 보면 우리나라는 전체 ADHD 중 15%만이 치료를 받고 있으며 미국은 50~60%, 영국과 호주는 30%가 치료를 받고 있는 것으로 나타나 우리나라는 다른 나라에 비해 치료를 받는 수준이 매우 낮은 것을 알 수 있다.

또한 ADHD의 사회적 비용에 대한 EU의 연구에서 EU는 ADHD에 연간 216억 유로(한화 약 28조 3,500억)를 지불하고 있으며, 미국은 ADHD 환자 한 명 당 사회적 비용으로만 연간 5,007불이 소요되고 있다. 이처럼 ADHD를 위한 사회적 비용이 많이 소요되므로 초기에 적극적으로 개입하여 ADHD 아동들의 기능을 회복시키는 것은 개인의 삶뿐만 아니라 사회적으로도 매우 중요하다고 볼 수 있다[13].

### III. 연구방법

#### 1. 연구대상

포커스 그룹은 ADHD 아동에게 서비스를 제공하고 있는 전문가 집단으로 현장에서 10년 이상 경력이 있는 전문가들로 구성하였다. 본 연구에 참여한 전문가 집단은 특수교육 전공 교수 4인, ADHD 아동을 지원하는 Wee 클래스 교사 2인, ADHD 진단 및 지원을 하는 특수교육지원센터 교사 2인, ADHD 아동을 교육한 경험

이 있는 일반교사 4인, 특수교사 4인으로 총 16명이 참여하였다. 특수교육관련 교육 경력은 평균 10년 이상으로 비교적 해당 분야에는 전문가라고 볼 수 있으며 ADHD관련 지원 제도 자체가 비교적 최근에 이루어지고 있어서 직접적인 관련 경력의 경우 평균 4.5년의 경력을 가지고 있었다.

#### 2. 연구방법 및 연구절차

본 연구는 특수교육 대상자로서 ADHD 아동의 지원 모형을 개발하기 위하여 다음과 같은 절차를 거쳤다.

첫째, 지원모형 개발의 기초 작업으로 문헌연구를 수행하였다. 문헌연구는 국내외 ADHD 아동에 관한 단행본과 논문 등의 자료를 분석하여 ADHD 지원과 관련된 주요 변인들을 추출하여 포커스 그룹 인터뷰(Focus Group Interviews: FGI)에 사용될 질문지를 개발하였다.

FGI기법은 어떤 특정 목적을 위해서 준비된 화제를 그 목적에 맞게 모여진 소수의 그룹에서 이야기 하는 과정으로 개인의 반응을 통합하여 가설의 추출과 가설의 검증 등을 목적에 따라 관찰하고 분석하는 방법이다. 본 연구에서 사용된 질문은 FGI 연구방법에 따라 시작질문, 도입질문, 전환질문, 주요질문, 마무리 질문으로 세분화하여 개방형 질문으로 구성하였다. 구성된 질문지는 FGI 연구경험이 있는 교수 2인에게 자문을 받아 최종 질문지를 확정하였다.

둘째, 선행연구에서 도출된 지원 변인과 본 연구의 기초자료로 사용하기 위해 실시한 ADHD 아동에 대한 현장교사들의 지원 실태 연구결과를 사전에 FGI 그룹에 제공하여 사전검토 하도록 의뢰하였다.

셋째, FGI는 다양한 의견을 듣기 위해 전문가들을 8명씩 두 그룹으로 나누어 각각 같은 질문으로 FGI를 시행하여 전문가들이 현장에서 경험하고 느끼는 ADHD 아동 지원에 대한 문제점, 교육적 요구, 개선 방향, 지원 체제 등을 도출하였다.

넷째, FGI에서 도출된 자료를 기반으로 지원 모형을 개발하여 FGI에 참여하지 않은 특수교육 전공 교수 2인에게 의뢰하여 타당도를 확보한 후 최종 모형을 확정하였다.

표 1. 연구대상자의 일반적인 특성

구분		인원	퍼센트	계
근무처	특수교육전공 교수	4	25	16명 (100%)
	Wee 클래스 교사	2	12.5	
	특수교육지원센터 교사	2	12.5	
	일반교사	4	25	
	특수교사	4	25	
교육 경력	6-10년	4	26.7	16명 (100%)
	11-15년	6	40.0	
	16년 이상	5	33.3	
ADHD 관련 경력	5년 이하	9	60.0	16명 (100%)
	5년 ~ 10년	4	26.7	
	10년 이상	2	13.3	

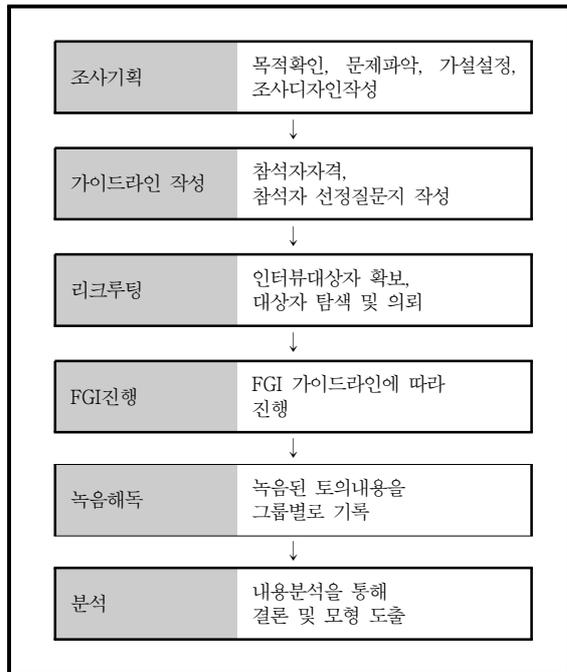


그림 1. FGI 연구절차

### 3. 자료분석방법

본 연구에서 분류된 주제는 선행연구를 기반으로 연구 질문을 만들었으며 신뢰도와 타당도를 높이기 위해

서 연구 질문은 특수교육 전공 교수에게 자문을 받았다. 포커스 그룹에서 토의 된 내용은 녹취를 하여 전사한 후 분석하였으며 최종 지원모형 개발 자료로 사용하였다. 최종 모형은 1차 포커스 그룹에 참여하지 않은 특수교육 전공 교수에게 의뢰하여 타당도를 확보하였다.

## IV. 연구결과

문헌연구와 FGI 결과를 토대로 [그림 2]와 같은 ADHD 아동을 위한 지원 모형이 개발되었다.

### 1. 특수교육 대상자로 ADHD 선정

ADHD 아동 발견과정으로 전체 학생 대상 선별, 의뢰, ADHD 진단 및 평가, 특수교육 지원 여부 판단 과정을 거치는 지원 모형이 도출되었다.

전체 학생을 대상으로 선별 검사를 실시하고 선별된 학생을 대상으로 중재를 실시한 후 중재에 대한 아동의 반응이 낮을 경우 부모의 동의를 얻어 의료기관 또는 특수교육 지원센터에 의뢰하여 평가를 실시한다.



그림 2. ADHD 아동의 지원 모형

평가 결과를 통해 특수교육 지원 여부를 판단하여 지원이 필요한 아동의 경우 개별화 지원 프로그램을 개발하여 지원한다. 그러나 ADHD라고 해도 모두 특수교육 서비스를 받을 필요는 없기 때문에 지원 필요 여부를 판단하여야 한다. 선정여부를 결정할 때는 특수교육 대상여부 뿐만 아니라 위험성을 가지고 있는 아동에게도 추적관찰시스템을 도입하여 관리하고, 상담이 필요한 아동은 상담센터에서 상담을 받을 수 있도록 안내한다.

ADHD 아동들에게는 약물치료를 포함한 의료적 지원 뿐 아니라 학습이나 행동, 생활 등 전반적인 영역에서 특별한 교육적 지원이 필요로 하는 것은 자명하며, 특수교육 대상자로서 적격한 자격이 있으므로 이들 아동들을 특수교육 대상자로 선정하는 것을 가장 우선적으로 고려할 필요가 있다[14]. 특히 많은 아동에게 ADHD가 만성화되기 때문에 조기 판별과 조기중재를 실시하여 아동의 학습능력, 정신건강, 행동문제 개선을 위해 다양한 서비스가 제공되어야 한다.

## 2. 개별화 지원 프로그램 개발

ADHD 아동으로 적격성을 판정 받고 특수교육적 요구가 필요한 아동은 개별화 지원 프로그램 지원 영역으로 가족지원, 교육지원, 의료지원, 치료지원을 받을 수 있는 지원모형이 개발되었다.

특수교육 대상자로서의 선정 여부를 떠나 모든 ADHD 아동에게 특별한 교육적 지원을 제공해야 하지만 개별 아동의 장애 심각성과 인지 수준 및 행동 특성, 교육적 배치, 가족의 요구 등에 따라 지원의 주체, 지원 내용, 지원 범위가 달라져야 할 것이다. 또한 지원의 효과성과 효율성을 고려한 전달체계도 확립될 필요가 있다.

### 2-1. 가족지원

가족지원은 ADHD를 위해서 뿐만 아니라 가족 구성원들을 위해서도 지원 되어야 한다. 장기적인 ADHD 자녀들의 증상들로 인하여 가족문제가 발생 할 수 있으므로 가족들에게 상담지원이 필요하다. 또한 ADHD 자녀들의 증상들을 중재할 수 있는 부모관리 훈련 지원도 필요하다. 부모가 참여한 행동중재가 ADHD 아동의 부적절한 행동을 감소시키고 순응적인 행동을 유도 한다.

따라서 ADHD 자녀를 둔 가정에도 개별화 가족지원 프로그램을 제공하여야 한다.

ADHD 아동은 가정과 지역사회로 구성원으로 살아가게 되며 아동이 속한 다양한 환경들은 아동의 성장과 발달에 영향을 미치게 된다. ADHD 아동의 경우 다른 아동에 비해 가정환경과 부모의 양육태도, 가족의 장애에 대한 인식 등이 더 크게 영향을 미치기 때문에 부모교육의 필요성 또한 강조되고 있다[15-18].

### 2-2. 교육지원

ADHD 아동들은 주의력결핍 및 과잉행동의 증상으로 인하여 학습에 어려움을 가지고 있으며 낮은 학업성취는 아동에게 심리적인 영향을 미쳐 공격적 행동과 같은 문제행동을 유발하는 원인이 되게 한다. 따라서 교육적 지원으로 ADHD에게 행동적 중재 프로그램과 교육적 중재 프로그램을 제공해야 한다.

특수교육 대상자로서 ADHD 아동을 지원하기 위해서는 학교 안에서의 지도 뿐만 아니라 가정과 사회와의 연계가 필요하다. 이를 위해 가장 선행되어야 할 것은 교사 교육 프로그램이다. 교사들은 스스로 ADHD의 특성이나 지도 방법에 대한 전문적인 지식이 부족하다고 느끼고 있으며 이로 인해 교육에 대한 효능감이 낮고 스트레스를 많이 받는 것으로 보고되고 있다 [19-24]. 따라서 교사들의 지식과 인식을 높이고 수업과 학급 운영에서 직접 활용할 수 있는 구체적인 교사 교육 프로그램이 우선적으로 개발되어야 한다.

### 2-3. 의료지원

ADHD에 관한 가장 효과적인 중재방법은 약물치료와 교실 및 환경에서 활용되는 행동수정방법이다. 특히 약물치료는 ADHD 증상 및 관련된 문제행동을 감소시킨다고 보고하고 있다.

우리나라 역학조사를 보면 초, 중, 고등학생의 약 5%가 ADHD를 가지고 있으며 ADHD의 연간 직접의료비는 1,679억, 부모의 작업 손실액은 ADHD 의료비의 10배에 이른다. 현재 우리나라는 전체 ADHD 중 15%만이 치료를 받고 있으며 미국이나 영국과 호주에 비하면 매우 낮은 수치이다. 이는 진료비와 관련 있으며

ADHD는 치료를 위한 사회적 비용이 많이 소요되는 질환이므로 초기에 적극적으로 치료해 기능을 회복시키는 것은 개인의 삶뿐만 아니라 사회적으로도 매우 중요하다. 따라서 ADHD 가족이 조기진단 및 조기 약물치료를 받을 수 있도록 저렴한 비용의 의료지원이 필요하다.

#### 2-4. 치료지원

ADHD를 위한 치료지원으로 비약물 치료지원을 의미한다. ADHD가 가지고 있는 주요증상 뿐만 아니라 ADHD로 인한 2차 증상을 예방하고 치료하기 위하여 다양한 행동중재 프로그램과 다양한 치료 지원이 무상으로 제공되어야 할 것이다. 학교와 학급 차원에서 지도할 수 없는 수준의 문제에 대해서는 전문적인 지원을 위한 지역사회 전문가 또는 전문 기관과의 연계를 통한 지원이 필요하다[20][25-27].

#### 2-5. 정책적 지원

ADHD 아동은 정서·행동장애 영역으로 분류하여 특수교육을 지원하여야 한다. ADHD를 위한 지원 주체의 측면에서 본다면 먼저 국가적 차원에서는 교육부와 보건복지부의 법률들이 서로 협력적으로 시행될 수 있도록 지원 시스템을 연계하여 운영되어야 하며, 각 지역 교육청 차원에서는 가정과 학부모 연수, 교사 연수 지원 및 전문가 인력 확보 등을 통한 지원, 그리고 학교 차원에서는 교사의 지도 전문성 향상을 위한 컨설팅과 연수, 학교 운영 시스템의 변화, 외부 전문가 및 보조 인력의 활용 등의 지원, 학급 차원에서는 행동지원을 위한 대상학생의 정서적 지원과 학급 운영 전략의 변화, 그리고 학업 지원을 위해서 교수전략, 학습자료, 조직 등의 변화 등을 고려해야 한다[18][20][28]. 이를 통해 단편적으로 이루어지는 지원 한계를 극복하고 단일 부처에서 제공하는 지원을 넘어서는 포괄적인 지원 체계 수립이 가능해 진다.

## V. 결론

ADHD 지원체계는 조기 발견의 대상이 되어 특수교

육 적격성이 인정되는 그 시점부터 특수교육 서비스를 제공받아야 한다. 그러나 ADHD를 특수교육 대상자에 포함시키는 문제는 특수교육 전체의 문제로 보고 의견을 조율해야 하며, 특수교육 대상자로 포함시킬 경우 특수교육 대상자 수가 기하급수적으로 늘어나게 되고 결국 예산의 문제와 직결되기 때문에 교육의 문제만 국한되는 것이 아님으로 관련 부서들과의 협조가 필요하다[16].

보건복지부는 ADHD아동 조기중재 서비스를 제공하고 있는 전체 338개 기관을 대상으로 ADHD 아동을 위한 중재로 약물치료와 함께 약물치료의 대안으로서 부모훈련 프로그램, 인지행동치료, 사회기술훈련을 제시하였고 예방적, 통합적 서비스 체계를 강조하였다[29].

ADHD아동 지원을 위한 특수교육지원센터의 역할로는 진단기준, 진단 지침과 진단절차 및 타당한 진단도구의 개발, 담당인력의 전문성 신장 노력, 부모와 교사 중심의 환경적 지원 접근과 더불어 심리·행동적응훈련과 긍정적 행동지원 등 직접적인 중재지원 서비스 제공 체계 구축 및 지역사회 중심, 가족사회 중심 서비스를 통합하고 조직화하여 지속적으로 제공하는 역할 수행하여야 한다[9].

ADHD 장애 특성에 따른 적절한 지원을 받을 수 있도록 보장하기 위해서는 지원의 세부적인 내용을 별도로 개발해 명시할 수 있는 근거를 마련하고 있어야 한다. 따라서 시행령이나 규칙이 제시될 수 있는 근거가 지원의 총괄적인 모형으로 먼저 수립되어야 한다.

우리나라 ADHD 지원 체계가 바람직한 지원 체계로 정립되기 위해서는 관련 정책이 먼저 개선되어야 한다. ADHD의 지원 체계가 바람직한 방향으로 정립되기 위해서는 조기 발견을 통해 선별된 아동과 장애 위험군 아동에 대한 추적관리 시스템 도입하여 관리하여야 한다. 또한 ADHD 지원 관련 조항을 각각 명시하고 연계 서비스 지원을 보장하여 ADHD 발견 즉시 지원을 제공하여야 하며 발생한 비용에 대해서는 국가가 부담하여야 한다. 지원을 할 때는 연령대에 적합한 지원제도를 정비하여 영아기에서 유아기, 유아기에서 학령기 등으로 연결되는 시점의 전이를 위한 체계적 제도 마련도 필요하다. 이와 함께 ADHD 아동들을 돕기 위해 학급

내 지도 및 지원이 효과적일 수 있도록 학교 차원에서는 무엇을 해야 하는 지 또한 학교 밖 차원에서는 학교를 지원하기 위해 어떠한 체계와 지원을 마련해야 하는지에 대해 지원 주체별로 방안을 구분하여 제시하여야 한다[20].

ADHD는 주로 12세 전후의 학령기에 선별되어 평생 지속될 수 있는 장애이기 때문에 예방에서부터 조기선별, 학교 차원의 교육적, 행동적 중재, 약물치료, 가정 중심 중재, 부모 및 가족 지원 등 특별한 지원이 제공되어 한다. 따라서 이들 아동들의 교육적 욕구를 충족시키기 위해서는 그들의 특성에 적합한 교육과정과 관련 서비스를 제공하는 특수교육이 요구된다.

참 고 문 헌

[1] American Psychiatric Association, "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)," Washington DC : Autho, 2013.

[2] 박선영, "성인 ADHD가 직업 장면에서 보이는 어려움에 대한 탐색적 연구," 직업과 고용 서비스 연구, 제9권, 제1호, pp.93-110, 2014.

[3] 교육과학기술부, "13년 학생정신건강 주요사업 추진계획 발표," 2013.

[4] 보건복지부, 2014년 정신건강사업 안내, 2014.

[5] 교육부, 2016 특수교육통계, 2016.

[6] R. A. Barkley, *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.)*, NY: Guilford, 2006.

[7] 윤희봉, 강민채, "ADHD 아동의 사회성기술 관련 연구동향 분석," 특수아동교육연구, 제16권, 제4호, pp.243-261, 2014.

[8] 김철용, *ADHD 아동에 대한 초등학교 교사들의 지식과 대처방안에 관한 상관관계 연구*, 대구교육대학교 교육대학원, 석사학위논문, 2012.

[9] 이상훈, "정서·행동장애학생의 교육지원과 특수교육지원센터의 역할," 정서·행동장애연구, 제29권, 제1호, pp.1-21, 2013.

[10] 유연주, 조윤경, "수도권 지역 초등학교 주의력 결핍 과잉행동장애아동의 실태 조사: 교사 행동평정을 중심으로," 특수아동교육연구, 제10권, 제1호, pp.169-190, 2008.

[11] 오수진, *ADHD 성향을 보이는 전문계 고등학교 학생을 위한 특수교육적 지원 가능성에 관한 연구*, 단국대학교 특수교육대학원, 석사학위논문, 2010.

[12] J. M. Kauffman and T. J. Landrum, *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth(10th ed.)*, Upper Saddle River, N. J.: Pearson Education, Inc, 2013.

[13] <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=187136>.

[14] 정은, 강아름, "주의력결핍 및 과잉행동장애(ADHD)에 대한 교육적 이해," 특수교육저널: 이론과 실천, 제9권, 제3호, pp.109-127, 2008.

[15] 박현진, 허자영, 김영화, 송현주, "ADHD 아동을 위한 인지증진훈련, 사회기술훈련, 부모교육 병합 프로그램 개발 및 효과," 정서·행동장애연구, 제27권, 제3호, pp.25-58, 2011.

[16] 신윤희, 이호신, 정대영, 이상훈, "포커스그룹 인터뷰를 통한 정서·행동장애 개념 정립," 정서·행동장애연구, 제30권, 제1호, pp.231-286, 2014.

[17] 이동환, 이호신, "ADHD 아동을 위한 국내 부모교육 연구 현황 분석," 특수교육재활과학연구, 제51권, 제3호, pp.219-239, 2012.

[18] 이상훈, "정서·행동장애학생과 가족을 위한 지원 방안 탐색 연구," 정서·행동장애연구, 제28권, 제1호, pp.1-24, 2012.

[19] 강민채, 박현주, "ADHD 아동교육에 대한 일반 초등학교사의 스트레스 지각 수준," 발달장애연구, 제18권, 제1호, pp.317-338, 2014.

[20] 김태은, 정구향, 노원경, 정은주, 서영진, 김의정, "정서·행동적 어려움을 지닌 초등학교 학생 지원을 위한 수업 전략과 학습환경 설계," 한국교육과정평가원 우수보고서 시리즈 4, 2013.

[21] 배은경, "초등학교사의 ADHD, 학생정서행동발달

- 선별검사 교사연수에 대한 인식 연구,” 정서·행동 장애연구, 제29권, 제3호, pp.433-457, 2013.
- [22] 서석진, 강미라, 양경애, “ADHD 아동에 대한 초등교사의 인식,” 학습전략중재연구, 제4권, 제1호, pp.79-102, 2013.
- [23] 정영숙, 김장희, “ADHD 아동에 대한 교사의 인식: 긍정심리학 관점의 대안적 고찰,” 한국교원교육연구, 제29권, 제2호, pp.25-48, 2012.
- [24] 황순영, “ADHD아동 부모의 통합학급 교사와의 협력에 대한 만족도와 방해요인 탐색,” 특수아동교육연구, 제13권, 제1호, pp.45-61, 2011.
- [25] 고은영, 정소라, “단일대상연구를 중심으로 한국내 ADHD아동을 위한 비약물적 중재 연구 분석,” 아시아교육연구, 제14권, 제2호, pp.1-27, 2013.
- [26] 반건호, 홍민하, 이연정, 한주희, 오수현, “주의력 결핍 과잉행동장애 치료의 역사적 재조명: 약물 치료적 접근,” 생물정신의학, 제21권, 제2호, pp.37-48, 2014.
- [27] 홍선주, 진경애, 이명진, “ADHD 학생의 뇌영상 진단 및 뇌기반 훈련 프로그램 개발,” 한국교육과정평가원 우수보고서 시리즈 8, 2014.
- [28] 최고은, 권지성, “ADHD성향 아동과 지지체계를 대상으로 한 통합적 지원 프로그램에 대한 평가 연구,” 한국사회복지학, 제65권, 제3호, pp.207-238, 2013.
- [29] 보건복지부, *ADHD 아동 조기개입서비스 모니터링 및 발전방안 연구*, 2009.

저자 소개

강민채 (Min-Chae Kang)

정회원



- 2002년 2월 : 우석대학교 생물학과(이학사)
- 2004년 8월 : 우석대학교 특수교육학과(석사)
- 2008년 8월 : 공주대학교 특수교육학과(박사)

▪ 현재 : 중부대학교 초등특수교육과 교수  
 <관심분야> : 행동수정, 교육공학