

# 주의력결핍과잉행동장애 아동의 증상수준에 따른 약물치료이행 관련요인

곽 윤 경

영남이공대학교 간호대학

## Factors related to Medication Adherence according to Severity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children

Kwag, Youn Kyoung

Department of Nursing, Yeungnam College of Science & Technology, Daegu, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to explore factors related to the medication compliance by severity levels of children on Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD) medication. **Methods:** The method employed in this study was a descriptive correlational and cross-sectional survey design using face-to-face interviews. The survey was conducted from September, to October, 25, 2010 through a self-report questionnaire following consent of 143 mothers. Interview instruments, which were used in the study were CARS, PAI, ADHD knowledge instrument, BDI, a maternal behavior instrument, TAQ, and TAB instrument. Descriptive statistics, t-test, analysis of variance, and Pearson' correlation were used for data analysis. **Results:** Mothers who perceived their children as not hyperactive were significantly higher in accepting medication and positive maternal behaviors than mothers who perceived their children as hyperactive. The mother perceived their children as not hyperactive showed positive correlation to adherence with ADHD medication and ADHD knowledge but a negative correlation with depression and children's ADHD symptoms. There was, however, no correlation between medication adherence and any other variables in the mothers of children with hyperactivity. **Conclusion:** The results of this study indicate that different approaches are needed according to the severity of ADHD in children on medication and children's medication adherence.

**Key Words:** Attention Deficit Hyperactivity Disorders, Adherence, Medication

### 서 론

#### 1. 연구의 필요성

우리나라 학령기 아동의 2~9%, 소아 정신과 의뢰 환자의 8.7%에서 보고되는(Oh & Park, 2007) 주의력결핍과잉행동

장애(Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD)는 주의력 부족, 충동성, 과잉활동을 핵심증상으로 하는 신경발달장애이다.

주의집중 시간이 짧고, 충동적이고 부산하며, 격렬한 정서 반응을 보이는 ADHD 아동의 1차적 문제들은 ADHD 아동의 학교생활 적응을 방해하고, 또래, 교사, 부모와의 관계를 악화

**주요어:** 주의력결핍과잉행동장애, 이행, 투약

**Corresponding author:** Kwag, Youn Kyoung

Department of Nursing, Yeungnam College of Science & Technology, 170 Hyeonchung-ro, Nam-gu, Daegu 705-703, Korea.  
Tel: +82-53-650-9437, Fax: +82-53-625-4705, E-mail: k100479@ync.ac.kr

- 이 논문은 제1저자의 박사학위논문을 바탕으로 추가 연구하여 작성한 것임.  
- This article is an addition based on the first author's doctoral thesis from Yonsei University.

투고일 2012년 10월 22일 / 수정일 2012년 12월 14일 / 게재확정일 2012년 12월 19일

시키며, 낙인과 더불어 부정적 자아개념을 형성하게 할 뿐 아니라, 학습장애, 불안장애, 품행장애, 우울증 등 다른 소아정신장애의 발현을 증가시키게 된다. 그러므로 ADHD 아동의 조기치료는 매우 중요하며, 질병을 가진 아동에 대한 일차적 정보 제공, 치료결정 및 건강관리에 부모는 필수적 역할을 맡게 되므로(Brinkman et al., 2009), 소아정신건강전문가들은 ADHD 아동 치료를 위해 부모와 치료적 동맹을 맺고, 장애에 관한 교육 및 중재 개발, 모니터에 가족을 참여시킬 것을 강조하고 있다(Cormier, 2008).

ADHD 아동을 위한 정신자극제 약물치료는 불면증, 식욕 부진, 틱, 발작 등의 부작용과 사회기술 향상이나 가족갈등 감소, 학업능력 향상에 대한 근거가 미약하고 치료효과가 오래 지속되지 못하는 한계가 있지만, 치료 아동의 약 80%에서 부주의와 충동성 요인을 완화시키고 아동이 보다 적절하게 주위 사람들과 관계를 맺도록 도움으로써 ADHD 아동을 위한 가장 효과적인 치료로 받아들여지고 있다.

그러나 50% 이상의 ADHD 아동 가족들은 처방된 치료를 받지 않거나 치료를 시작해도 6개월 내에 중단하는 등 이행이 불량하며(Brinkman et al., 2009), 이러한 ADHD 아동의 약물치료 불이행 요인으로서는 아동의 성별(남아), 아동의 부족한 인지능력, 심한 ADHD 증상, 공격·반항적인 행동문제, 낮은 사회경제상태, 복약 회수 증가, 복약에 대한 부모의 거부감, 부작용, 약물치료 효과에 대한 인식 부족 등이 보고되고 있다(Gau et al., 2006).

보다 편리하고 안전성이 높은 ADHD 치료약물의 개발과 치료효과 확인으로 ADHD 아동들의 약물치료 이행을 지지하는 전문가들의 노력에도 불구하고 ADHD 아동 가족들은 약물치료보다 행동훈련을 선호하며(Johnston, Hommersen, & Seipp, 2008) 특히, 국내의 경우 ADHD 아동 중 5%만이 약물치료를 받고 있는 현실(Oh, Kim, & Kim, 2008)은 ADHD 아동의 약물치료를 가족의 시각에서 이해할 필요가 있음을 보여주는 바라 하겠다.

이러한 배경 속에 많은 질적 연구가 수행되고 있으며, 오스트레일리아 연구에서 ADHD 아동 어머니들은 정신자극제 치료에 대한 주위의 부정적 정서와 의료진의 약물치료 권유 사이에서 느끼는 양가감정과 혼란으로 치료선택 및 결정이 어렵고, 약물치료 후 자녀의 성격변화와 부작용 우려로 약물치료를 거부하는가 하면, 약물치료에 대한 남편의 긍정적 태도와 치료효과 만족으로 약물치료를 지속하게 된다고 보고하였다(Jackson & Peters, 2008).

라틴 지역 ADHD 아동 어머니들은 약물 부작용 우려,

ADHD 아동의 문제를 단순한 행동문제나 성격, 혹은 기질로 이해하여 의료문제가 아니라고 생각하는 것, 약물치료에 따른 증상 및 행동변화, 사회적 지지, 어머니의 신체건강 및 우울 등으로 인해 대개 약물치료를 원하지 않는다고 하였다(Arica, Fernandez, & Jaquez, 2004).

미국에서는 ADHD 아동이 진단을 받고 치료를 받기까지 진단 지연, 초기 비약물치료 시도, ADHD 진단과 치료 거부, 빠른 약물치료 수용의 과정을 거치며, 사회네트워크가 약물치료를 지지 혹은 단념하게 하는 주요요인이 된다고 하였다(Leslie, Plemmons, Monn, & Palinkas, 2007). 그리고 치료하지 않았을 경우의 예후에 대한 인식, 치료효과와 안전성, 단기간의 시험적 약물복용 등은 ADHD 약물치료를 시작하도록 하는 반면, 약물 의존과 약물 중독, 약물 부작용에 대한 우려는 ADHD 약물치료 선택을 지연시킨다고 하였다. 또한, ADHD 아동 부모들은 약물치료 유지에 대한 확신이 없고, 임의로 ADHD 자녀의 복약을 중단해보며 치료효과, 부작용과 의존에 대한 걱정을 비교 평가하는 것이 약물치료 관련 의사결정에 가장 큰 영향을 미친다고 하였다(Brinkman et al., 2009).

국내 연구에서 ADHD 아동 부모들은 약물의 극적효과에 당황하고 혼돈을 느끼며 약물 부작용으로 인해 약물치료의 지속여부를 고민하지만 그 심각성을 인지해주지 않는 의료진에게 거부감과 불신을 느끼고, ADHD 아동의 치료에 약물투여가 가장 효과적인 방법이라는 것을 알지만 투약을 자가 조절하거나 정지하게 된다고 하였다(Oh & Park, 2007).

이상의 국내외 ADHD 아동 부모의 약물치료 경험에 대한 질적 연구결과들은 나라와 민족에 따라 차이를 보이고 있다. 이를 토대로 ADHD 아동 부모의 약물치료 이행 관련요인을 정리해보면, 사회적 편견, 대중매체의 영향, 남편 및 친정가족, 의료진의 지지와 불신 등의 사회적 요인, 치료효과, 부작용, 약물 의존 및 중독 우려, 약물의 확증성, 약물치료 유지와 중단 경험(약물치료의 이익과 우려에 대한 비교평가) 등의 약물치료 요인, 부모의 자녀 질병에 대한 인식과 지식, 치료수용성, 우울, 신체건강 등의 부모 요인, 약물 복약과 관련한 부모와 자녀 간 갈등을 포함하는 부모-자녀 관계 요인의 네 영역으로 나눌 수 있다.

그러므로 본 연구에서는 약물치료 중인 국내 ADHD 아동 어머니를 대상으로 약물치료 이행수준과 질적연구 결과들에서 도출된 가족변인들 중 부모요인으로 ADHD 아동 어머니의 약물치료 수용성, ADHD 지식, 우울을, 부모-자녀 관계요인으로 양육행동을, 약물치료요인으로 자녀의 ADHD 증상을, 사회적 요인으로 남편의 지지 수준을 확인하고, 어머니가 인

식한 자녀의 ADHD 증상수준에 따라 약물치료 이행 관련요인이 차이가 있는지를 파악하고자 한다. 이는 ADHD 아동 가족들의 적절한 약물치료 이행을 유지·증진시키기 위한 간호중재 개발에 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

## 2. 연구목적

본 연구는 ADHD 아동의 어머니가 인식하는 약물치료이행 관련요인을 파악하고, 이들 요인들이 어머니가 인식한 ADHD 자녀의 증상수준에 따라 차이가 있는지를 밝혀 ADHD 아동과 가족의 약물치료이행을 돕기 위한 것으로, 구체적 목적은 다음과 같다.

- ADHD 아동 어머니의 약물치료이행, 약물치료 수용성, ADHD 지식, 우울, 양육행동, 자녀의 ADHD 증상, 남편의 지지 수준을 파악한다.
- ADHD 아동의 증상수준에 따른 약물치료이행, 약물치료수용성, ADHD 지식, 우울, 양육행동, 남편의 지지의 차이를 파악한다.
- ADHD 아동의 증상수준에 따른 약물치료이행 관련요인을 파악한다.

## 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 ADHD 자녀의 어머니들이 인식하는 자녀의 ADHD 증상수준에 따른 약물치료 이행 관련요인을 파악하기 위한 서술적 비교조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구대상은 전문의로부터 ADHD 진단을 받아 대구 및 경북 지역 대학병원 정신과 및 정신과 병원에서 약물치료를 받고 있는 만 7세에서 12세에 해당하는 ADHD 아동의 어머니 중 구문해석 및 작성이 가능하고 의사소통이 가능해 본 연구 목적을 이해하고 참여에 동의한 자를 임의표출 하였다. 단, ADHD로 진단받은 자녀가 처음 정신과를 방문한 경우이거나 정신지체, 자폐증, 범발달장애 중 하나를 동시에 진단받은 경우는 연구대상에서 제외하였다.

연구의 검정력 확보를 위해 G\*Power 3.0 프로그램을 이용하여 유의수준 .05, 검정력 .95, effect size .15 (medium)로

계산하였을 때 필요한 최소 연구대상자는 138명이었으며, 본 연구 분석에 사용된 최종질문지는 143부였다.

## 3. 연구도구

### 1) 약물치료 이행

치료이행은 병원 방문일을 지키고, 약을 복용하고, 생활습관의 변화를 실천하는 것이다(Trostl, 1997). 본 연구에서 약물치료 이행은 연구자가 Trostl (1997)의 치료이행 정의를 근거로 자녀의 ADHD 진단 이후의 외래방문, 약물복용, 기타 병원에서 권유한 치료지시에 대한 전반적 이행정도를 1~10점으로 평가하도록 개발한 3문항을 사용해 측정하였으며, 점수가 높을수록 약물치료이행을 잘하고 있는 것을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .80$ 이었다.

### 2) 약물치료 수용성

본약물치료 수용성에 사용된 TAQ 도구는 Tarnowski와 Simonian (1992)의 Abbreviated Acceptability Rating Profile을 수정한 도구로 총 8문항의 6점 척도다. 점수가 높을수록 치료 수용도가 높은 것을 의미하며, 수용적 치료 경계점은 28점이다. Tarnowski와 Simonian (1992)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .98$ 이었으며, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .91$ 이었다.

### 3) ADHD 지식

어머니의 ADHD 지식은 Yoo, Ra, Oh와 Kim (2009)이 Jerome, Gordon과 Hustler (1994)의 도구 20문항 중 우리나라 문화에 맞지 않는 1개 문항을 제외한 19문항으로 구성된 척도를 사용하였으며, 점수가 높을수록 ADHD에 대한 지식수준이 높음을 의미한다. 도구의 타당도는 Yoo 등(2009)의 연구를 통해 확보되었으며, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .70$ 이었다.

### 4) 우울

어머니들의 우울을 측정하기 위해서는 Lee와 Song (1991)이 번안한 Beck Depression Inventory (BDI) 도구를 사용하였다. 이 도구는 21문항으로 구성된 4점 척도로, 9점 이하는 '우울하지 않은 수준', 10~15점은 '가벼운 우울수준', 16~23점은 '우울수준', 24~63점은 '중한 우울수준'으로 구분된다. Lee와 Song (1991)의 연구에서 일반인에서 Cronbach's  $\alpha = .78$ , 우울 환자에서 Cronbach's  $\alpha = .85$ 였으며, 본 연구의

Cronbach's  $\alpha = .89$ 였다.

### 5) 양육행동

ADHD 아동 어머니의 양육행동은 Hwang (2008)의 양육 도구를 사용하여 측정하였다. 이는 '애정 대 거부', '자율 대 통제'의 두 하위 요인으로 구성된 20문항의 5점 척도로, 하위요인별 점수가 높을수록 각각 애정양육행동과 자율양육행동 수준이 높은 것을 의미한다. Hwang (2008)의 연구에서 총점, 애정양육행동, 자율양육행동 각각의 Cronbach's  $\alpha = .86, .82, .72$ 였으며 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .85, .84, .70$ 이었다.

### 6) ADHD 증상수준

본 연구에서 자녀의 ADHD 증상수준은 Oh와 Lee (1989)가 번역한 Conners의 ADHD 단축형 평정척도(Conners Abbreviates Rating Scale, ACRS)로 측정하였다. 이 도구는 교란행동 및 주의집중문제, 정서적 안정감의 두 요인으로 구성된 10문항 4점 척도로, 총점이 높을수록 ADHD 문제행동이 심한 것을 의미하며, 증상군 분할점은 16점으로 제시되었다. Oh와 Lee (1989)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .89$ 이었으며, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .88$ 이었다.

### 7) 남편의 지지

본 연구에서 ADHD 아동 어머니가 인식하는 남편의 지지 정도는 Abidin (1992)의 Parenting Alliance Inventory (PAI) 도구를 Shin (1997)이 변안 수정한 5점 척도를 활용하였으며, 이 도구는 총점이 높을수록 남편이 잘 도와준다고 부인이 지각하고 있음을 나타낸다. Shin (1997)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .85$ 였고, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .91$ 이었다.

### 8) 신체건강

본 연구에서 신체건강은 스스로 평가한 자신의 전반적 신체 건강 정도를 1~10점으로 평가하도록 한 점수를 말하며, 점수가 높을수록 전반적 신체건강상태가 양호함을 의미한다.

## 4. 자료수집 및 자료분석

자료수집을 위한 준비로 먼저 사전 조사를 통해 질문지 보완을 거친 후, 대구광역시 1개 대학병원 소아정신과 의사를 방문하여 연구목적과 과정을 설명하고 연구동의를 구하였으며 병원 내 연구윤리심의위원회의 연구승인을 받고(PCR-10-155), 다른 5개 병원의 소아정신과 의사를 방문하여 연구목적

을 설명하고 연구협조를 승인받았다.

자료수집은 2010년 9월부터 10월까지, 대구 및 경북 지역 2개 대학병원 정신과와 4개 정신과 병원에서 ADHD 진단 하에 약물치료를 받고 있는 아동의 어머니를 대상으로 이루어졌다. 외래 진료를 위해 병원을 방문한 ADHD 아동의 어머니에게 서면 혹은 직접면담으로 연구목적과 익명성 보장 및 자유로운 연구참여 철회 등을 설명하고 서면동의를 얻은 후 설문지를 배부하여 자료를 수집하였다. 10월 25일까지 회수된 연구 질문지는 총 149부였으며, 이 중 응답 누락이 많거나 불실한 응답지 6부를 제외하여 총 143부를 통계분석하였다.

수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 프로그램을 이용하여 대상자의 일반적 특성 및 자녀의 ADHD 약물치료 특성은 실수, 백분율, 평균과 표준편차를, 어머니의 ADHD 지식, 우울, 양육행동, 약물치료 이행, 약물치료 수용성, 남편의 지지, 자녀의 ADHD 증상수준은 평균과 표준편차, 최소값, 최대값 등의 기술통계를 구하였다. 자녀의 ADHD 증상수준의 차이에 따른 대상자 일반적 특성 및 자녀의 ADHD 약물치료 특성, 어머니의 ADHD 지식, 우울, 양육행동, 약물치료 수용성, 약물치료 이행, 남편의 지지 차이는  $\chi^2$ -test, t-test, ANOVA를 이용하였으며, 대상자 일반특성 및 주요 변인 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient 으로 검증하였다.

## 연구결과

### 1. 연구대상자의 일반적 특성 및 ADHD 자녀의 약물치료 특성에 따른 분포

본 연구에 참여한 ADHD 아동 어머니의 평균연령은 38세였고, 경제적 수준은 '중상'이라고 응답한 경우가 53.1%로 가장 많았고, '중하'인 경우는 37.1%, '하'의 경우는 9.8%였다. 혼인상태는 결혼을 유지하고 있는 상태가 91.6%로 가장 많았고, 별거 및 이혼, 사별인 경우가 각각 5.6%, 2.8%였다. 종교는 가지고 있는 경우가 52.4%, 가지고 있지 않은 경우가 47.6%로 비등하였으며, 학력은 대졸 이상인 경우가 53.1%로 가장 많았으며, 고졸 이하인 경우가 46.9%였다. 또 직업을 가지지 않은 경우는 55.9%, 직업을 가진 경우는 44.1%로 전업주부가 더 많았고, 건강상태에 대한 평균점수는 6.8이었다.

ADHD 자녀의 평균연령은 10세로 나타났고, 남자는 81.7%, 여자는 18.3%로 ADHD 자녀의 성별비는 약 4:1로 나타났다. ADHD 자녀가 형제자매를 가진 경우가 90.1%로 다수를 이루었고, ADHD 자녀가 외동딸이거나 외동아들로 다른 자녀가



없는 경우는 9.9%에 불과하였다. 서열 순위는 첫째인 경우가 58.2%로 가장 많았고 둘째 이상인 경우는 41.8%였다. 자녀의 ADHD 진단시기는 자녀가 8세였던 경우가 32.2%, 9세 23.8%, 10세 이후 22.1%, 7세 이전이 19.9% 순이었다.

자녀의 ADHD 약물치료 기간은 평균 20개월이었으며, 1일 약물복용 횟수는 1회가 81.3%로 다수였고, 2회 이상은 18.7%로 나타났다. 약물치료 부작용 유무에 대해서는 부작용을 경험한 경우가 67.4%로 보다 많았으며 특별한 부작용이 없었던 경우는 32.6%였다.

요약하면 본 연구대상자인 약물치료를 수행중인 ADHD 아동 어머니들은 대개 30~40대로서 대졸 이상 교육을 받은 중류층의 가정주부가 많았으며, 신체건강은 비교적 양호한 상태였다. ADHD를 가진 그들의 자녀는 대개 소년으로 형제나 자매가 있는 첫째인 경우가 많았고, 초등학교 입학 후 첫 해에 주로 진단을 받았다. 약물치료는 하루 1번 아침에 약물을 복용하는 경우가 다수였으며, 평균 20개월의 약물치료를 받았으며, 약물치료 동안 부작용을 경험한 경우가 많았다(Table 1).

## 2. 어머니가 인식하는 약물치료이행, 약물치료 수용성, 지식, 우울, 양육행동, 남편의 지지, 자녀의 ADHD 증상수준

본 연구에 참여한 대상자들의 약물치료 이행수준은 3~30점까지의 범위 중에서 평균 24.1점으로 나타났으며, 약물치료 수용수준은 측정 가능한 점수 8~48 중 평균 36.5점으로 나타났다. ADHD 지식수준은 0~19점의 범위 중 평균 9.9점이었으며, 각 항목별 평균점수는 Table 3과 같다. 우울 수준은 0~63점 범위 중 평균 9.3점으로 나타나 ‘우울하지 않거나 보통정도 우울상태’에 해당하였고, 양육행동수준은 20~100점까지의 범위 중 64.8점으로 나타났으며, 하위요인 중 애정 대 거부 양육행동과 자율 대 통제 양육행동은 각각 10~50점까지의 범위 중 34.3, 30.6점으로 나타났다. 남편의 지지 수준은 13~65점 범위 중 평균 26.6점으로 나타났으며 구체적인 남편의 지지 항목별 평균 점수는 Table 3과 같다. 자녀의 ADHD 증상수준은 0~30점 범위 중 10.9점이었다(Table 2).

## 3. ADHD 자녀의 증상수준에 따른 일반적 특성, 어머니의 ADHD 약물치료이행, ADHD 약물치료수용, ADHD 지식, 우울, 양육행동, 남편의 지지 차이

Oh와 Lee (1989)가 제시한 부모가 평가하는 ADHD 증상군의 기준점 16점을 기준으로 고증상군과 저증상군으로 나누

**Table 1.** General Characteristics of Subjects (N=143)

| Demographic characteristics |                      | n (%) or M±SD |
|-----------------------------|----------------------|---------------|
| Mother                      | Age (year)           | 38.4±0.56     |
|                             | Economic status      |               |
|                             | High                 | 76 (53.1)     |
|                             | Middle               | 53 (37.1)     |
|                             | Low                  | 14 (9.8)      |
|                             | Marital status       |               |
|                             | Married              | 131 (91.6)    |
|                             | Divorced             | 8 (5.6)       |
|                             | Bereaved             | 4 (2.8)       |
|                             | Religion             |               |
| Child with ADHD             | Have                 | 75 (52.4)     |
|                             | Have not             | 68 (47.6)     |
|                             | Education            |               |
|                             | ≤ High school        | 67 (46.9)     |
|                             | ≥ College            | 76 (53.1)     |
|                             | Occupation           | 63 (44.1)     |
|                             | Have                 | 80 (55.9)     |
|                             | Have not             |               |
|                             | Physical health 1~10 | 6.8±2.03      |
|                             | Age (year)           | 10.1±1.64     |
|                             | Gender               |               |
|                             | Male                 | 116 (81.7)    |
|                             | Female               | 26 (18.3)     |
|                             | Brothers & sisters   |               |
|                             | Have                 | 128 (90.1)    |
|                             | Have not             | 14 (9.9)      |
|                             | Hierarchy            |               |
|                             | The eldest           | 82 (58.2)     |
|                             | Others               | 59 (41.8)     |
|                             | Time of diagnosis    |               |
| ADHD medication             | Before 7 yrs         | 28 (19.9)     |
|                             | 8 yrs                | 46 (32.2)     |
|                             | 9 yrs                | 34 (23.8)     |
|                             | After 10 yrs         | 33 (22.1)     |
|                             | Duration (month)     | 20.7±20.48    |
|                             | Frequency (/day)     |               |
|                             | 1                    | 113 (81.3)    |
|                             | ≥ 2                  | 26 (18.7)     |
|                             | Adverse reaction     |               |
|                             | Have                 | 95 (67.4)     |
|                             | Have not             | 46 (32.6)     |

어, 자녀의 ADHD 증상수준에 따른 어머니와 ADHD 자녀의 일반적 특성 및 치료특성, 어머니의 ADHD 약물치료이행, 약물치료 수용, ADHD 지식, 우울, 양육행동, 남편의 지지 차이

**Table 2.** Levels of Major Variables (N=143)

| Major variables               | Range  | Min | Max | M±SD      |
|-------------------------------|--------|-----|-----|-----------|
| ADHD medication adherence     | 3~30   | 6   | 30  | 24.1±5.04 |
| ADHD medication acceptability | 8~48   | 22  | 48  | 36.5±7.40 |
| ADHD knowledge                | 0~19   | 2   | 17  | 9.9±3.47  |
| Depression                    | 0~63   | 0   | 46  | 9.3±7.22  |
| Parenting behaviors           | 20~100 | 51  | 75  | 64.8±9.11 |
| Affection to rejection        | 10~50  | 22  | 47  | 34.3±5.55 |
| Autonomy to control           | 10~50  | 19  | 42  | 30.6±4.56 |
| Support of husband            | 13~65  | 13  | 64  | 26.6±7.03 |
| ADHD symptom                  | 0~30   | 0   | 26  | 10.9±5.61 |

를 확인한 결과는 Table 4와 같다.

약물치료 중인 ADHD 자녀의 질병수준을 고증상군 그리고 저증상군으로 평가한 두 어머니군의 일반특성의 동질성 여부를 분석한 결과, 두 군간 ADHD 자녀의 성비가 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $\chi^2=4.13, p=.042$ ). 또한, 두 군별 주요 변수의 차이를 분석한 결과, ADHD 약물치료 수용정도, 양육 행동이 유의한 차이가 있었는데, 자녀를 저증상군으로 인식한 어머니들은 고증상군으로 인식한 어머니들에 비해 ADHD 약물치료 수용정도가 유의하게 높고( $t=2.92, p=.004$ ) 긍정적 양육행동이 유의하게 많은 것으로 나타났다( $t=2.52, p=.026$ ).

#### 4. ADHD 자녀의 증상수준에 따른 어머니의 ADHD 약물치료 이행, ADHD 약물치료수용, ADHD 지식, 우울, 양육행동, 남편의 지지간의 관계

대상자들이 인식한 약물치료 중인 ADHD 자녀의 증상수준을 토대로 고증상군과 저증상군으로 나누어, 각 군별 ADHD ADHD 약물치료 이행, 약물치료 수용, ADHD 지식, 우울, 양육행동, 남편의 지지 간의 관계를 살펴본 결과는 Table 5와 같다.

약물치료 중인 ADHD 자녀를 저증상군으로 평가한 대상자들의 약물치료 이행은 약물치료 수용성( $r=.34, p<.001$ ), ADHD 지식( $r=.20, p=.045$ )과는 순상관관계를, 우울( $r=-.22, p=.026$ )과 자녀의 ADHD 증상( $r=-.30, p=.002$ )과는 역상관관계가 나타났다. 그리고 연구대상자의 약물치료 수용성은 양육행동( $r=.24, p=.013$ )과 순상관관계를, 자녀의 증상수준( $r=-.21, p=.039$ )과는 역상관관계를 나타내었다. 대상자의 우

울은 양육행동( $r=-.29, p=.003$ ) 및 남편의 지지( $r=-.43, p<.001$ )와 역상관관계를 나타내었고, 양육행동은 자녀의 ADHD 증상( $r=-.25, p=.010$ )과 역상관관계를 보였다.

반면 ADHD 자녀의 증상수준을 고증상군으로 평가한 대상자들의 약물치료 이행은 약물치료 수용성, ADHD 지식, 우울, 양육행동, ADHD 자녀의 증상, 남편의 지지 등 어떤 변수와도 유의한 상관관계를 보이지 않았다. 다만 연구대상자의 우울이 양육행동( $r=-.33, p=.038$ )과는 역상관관계를, 자녀의 ADHD 증상( $r=.31, p=.049$ )과는 순상관관계를 보였다.

## 논 의

본 연구는 가족의 시각에서 ADHD 아동의 약물치료 이행 관련요인을 파악하고, 이들 요인이 가족이 인식하는 자녀의 ADHD 증상수준에 따라 차이가 있는지를 확인하여 ADHD 아동 가족의 약물치료이행을 돕는 간호중재의 방향을 제안하기 위해 시도되었다.

약물치료 평균기간이 20개월인 본 연구대상자들의 약물치료이행 평균은 24.1점(백분위점수 80.7)으로 나타났다. 이는 Charach, Ickowicz와 Schachar (2004)가 보고한 약물치료 1년 이행을 50~80%와 비교했을 때 매우 높은 수준이지만, 국내 ADHD 아동 약물치료 이행률을 의학적 관점에서 측정한 Yang 등(2012)의 연구결과와 비교했을 때 부모의 자가보고(90.1)나 약물 수세기(94.1)를 통한 이행률보다 낮고, 보다 객관적 측정결과라 할 수 있는 전기적 모니터로 측정한 이행점수(77.6점)보다는 조금 높은 수준이다. Yang 등(2012)의 연구에서와 같이 본 연구에서의 ADHD 자녀의 약물치료 이행률이 국외 연구결과에 비해 높게 나타난 것은 ADHD 약물치료를 받는 국내 ADHD 아동은 전체 ADHD 아동의 5%에 해당되므로(Oh et al., 2008), 본 연구대상자들은 ADHD 아동 약물치료에 아주 적극적인 가족이기 때문으로 사료된다.

본 연구에서 약물치료수용 수준은 평균 36.5점으로 수용적인 치료 경계점 28점을 훨씬 넘어 ADHD 자녀의 약물치료를 매우 수용할 만 하다고 인식하는 것으로 나타난 반면, Krain, Kendall과 Power (2005)의 연구에서 약물치료 경험이 없는 ADHD 아동 어머니들의 약물치료 수용 수준이 25.5점으로 수용경계점보다 낮게 나타난 것은 흥미롭다. 본 연구에서 대조군을 두지 않아 두 연구결과와 비교만으로 약물치료 경험 유무가 가족들의 ADHD 약물치료 수용과 관련이 있다고 보기는 어려우나, ADHD 약물치료 수용에 대한 부모의 신념은 정신자극제 치료경험에 따라 변화될 수 있다 하였으므로

**Table 3.** Mother's ADHD Knowledge & Support of Husband

(N=143)

| Variables          | No | Items  | Answer<br>n (%) or M±SD |
|--------------------|----|--|-------------------------|
| ADHD knowledge     | 1  | If medication is prescribed, educational interventions are often unnecessary.  | 120 (83.9)              |
|                    | 2  | A child can be appropriately labeled as ADHD and not necessarily present overactive.   | 109 (76.2)              |
|                    | 3  | ADHD children are typically better behaved on 1-to-1 interactions than in a group.   | 105 (73.4)              |
|                    | 4  | If a child can play Nintendo for hours, he probably isn't ADHD.  | 95 (66.4)               |
|                    | 5  | ADHD children always need a quite, sterile environment in order to concentrate tasks.  | 88 (61.5)               |
|                    | 6  | ADHD is a medical disorder that can only be treated with medication. The inattention of ADHD children is not primarily of defiance, confrontations and an unwillingness to please others.            | 86 (60.1)               |
|                    | 8  | ADHD children are born with biological vulnerabilities toward inattention and poor self-control.<br>If a child can get excellent grades one day and awful grades the next, then he must not be ADHD. | 80 (55.9)               |
|                    | 10 | ADHD children have a high risk for becoming delinquent as teenagers.   | 75 (52.5)               |
|                    | 11 | ADHD can be caused by poor parenting practice.   | 67 (46.9)               |
|                    | 12 | ADHD can often be caused by sugar or food poisoning.<br>ADHD children misbehave primarily because they do not want to follow rules and complete assignments.   | 65 (45.5)               |
|                    | 14 | ADHD children could do better if they only would try harder.   | 64 (44.8)               |
|                    | 15 | ADHD occurs equally as often in girls as in boys.  | 59 (41.3)               |
|                    | 16 | ADHD often results from a chaotic, dysfunctional family life.  | 53 (37.1)               |
|                    | 17 | ADHD can be inherited.   | 52 (36.4)               |
|                    | 18 | Diets are usually not helpful in treating most children with ADHD.   | 29 (20.3)               |
|                    | 19 | Most ADHD children outgrow their disorder and are normal as adults.  | 24 (16.8)               |
| Support of husband | 1  | My husband and I have common goal on our child's future (personality).   | 3.3±1.06                |
|                    | 2  | My husband and I have frequent conversation on our child.  | 3.2±0.96                |
|                    | 3  | My husband and I cooperate when our child has problems.  | 3.1±0.94                |
|                    | 4  | My husband and I are a good team.  | 3.0±1.02                |
|                    | 5  | Conversation with my husband is a help on our child's problem.   | 3.0±1.09                |
|                    | 6  | My husband and I agree on what our child should and should not do.   | 3.0±0.99                |
|                    | 7  | I agree with my husband when he finds a problem with our child.  | 3.0±1.07                |
|                    | 8  | My husband is a helper in carrying out my parental duties.   | 3.0±1.08                |
|                    | 9  | I believe even in case of separate or divorce my husband and I will cooperate on our child's issues.   | 2.9±0.91                |
|                    | 10 | My husband is a good friend of our child both physically and emotionally.  | 2.8±1.01                |
|                    | 11 | My husband and I agree on understanding our child's characteristics.   | 2.4±1.02                |
|                    | 12 | My husband and I agree on evaluation of our child's capabilities.  | 2.4±0.96                |
|                    | 13 | When our child needs discipline, my husband and I agree on methods.  | 2.4±0.93                |

**Table 4.** Comparison of Hypo-symptom Child's Family and Hyper-symptom Child's Family

| Variables                     | Characteristics    | Categories   | Hypo-symptom<br>child's family<br>(n=103)        | Hyper-symptom<br>child's family<br>(n=40)      | $\chi^2$ or t | p    |
|-------------------------------|--------------------|--|--|--|---------------|------|
|                               |                    |  | n (%) or M±SD                                    | n (%) or M±SD                                  |               |      |
| Mother                        | Age (year)         |  | 39.1±4.76  | 37.3±4.23                                      | 1.83          | .073 |
|                               | Economic status    | High<br>Middle<br>Low                                  | 53 (51.5)<br>40 (38.8)<br>10 (9.7)               | 23 (57.5)<br>13 (32.5)<br>4 (10.0)             | 0.44          | .508 |
|                               | Marital status     | Married<br>Divorced<br>Bereaved                        | 95 (92.2)<br>5 (4.9)<br>3 (2.9)                  | 36 (90.0)<br>3 (7.5)<br>1 (2.5)                | 0.01          | .995 |
|                               | Religion           | Have<br>Have not                                       | 52 (50.5)<br>51 (49.5)                           | 23 (57.5)<br>17 (42.5)                         | 0.73          | .436 |
|                               | Education          | ≤ High school<br>≥ College                             | 47 (46.1)<br>45 (53.9)                           | 20 (48.8)<br>21 (51.2)                         | 0.09          | .669 |
|                               | Occupation         | Have<br>Have not                                       | 43 (41.7)<br>60 (58.3)                           | 24 (60.0)<br>16 (40.0)                         | 1.46          | .244 |
|                               | Physical health    | 1~10   | 6.9±2.10   | 6.7±1.86                                       | 0.56          | .575 |
| Child with ADHD               | Age (year)         |  | 10.2±1.69  | 10.0±1.51                                      | 1.12          | .266 |
|                               | Gender             | Male<br>Female   | 88 (85.4)<br>15 (14.6)                           | 28 (70.0)<br>11 (27.5)                         | 4.13          | .042 |
|                               | Brothers & sisters | Have<br>Have not                                       | 9 (8.7)<br>94 (91.3)                             | 5 (12.5)<br>34 (85.0)                          | 0.69          | .403 |
|                               | Hierarchy          | The eldest<br>Others                                   | 61 (59.2)<br>42 (40.8)                           | 21 (52.5)<br>19 (47.5)                         | 0.98          | .321 |
|                               | Time of diagnosis  | Before 7 years<br>8 years<br>9 years<br>After 10 years | 18 (17.5)<br>30 (29.1)<br>29 (28.2)<br>26 (25.2) | 10 (25.0)<br>16 (40.0)<br>5 (12.5)<br>8 (20.0) | 2.99          | .086 |
|                               | ADHD symptom       |  | 8.2±3.61   | 18.1±2.87                                      | -16.67        | .000 |
| ADHD medication               | Duration (month)   |  | 21.0±21.13                                       | 19.8±18.73                                     | 0.23          | .821 |
|                               | Frequency (/day)   | 1<br>≥ 2   | 82 (79.6)<br>19 (18.4)                           | 31 (77.5)<br>7 (17.5)                          | -0.52         | .603 |
|                               | Adverse reaction   | Have<br>Have not                                       | 33 (32.0)<br>69 (67.0)                           | 13 (32.5)<br>26 (65.0)                         | 0.56          | .454 |
| ADHD medication adherence     |                    |  | 24.2±4.09  | 24.0±5.52                                      | 0.40          | .690 |
| ADHD medication acceptability |                    |  | 37.4±6.70  | 34.3±8.65                                      | 2.92          | .004 |
| ADHD knowledge                |                    |  | 9.6±3.43   | 10.5±3.54                                      | -1.26         | .209 |
| Depression                    |                    |  | 8.5±7.10   | 11.4±7.20                                      | -1.63         | .104 |
| Support of husband            |                    |  | 26.3±6.76  | 27.1±7.68                                      | -0.37         | .712 |
| Parenting behaviors           |                    |  | 66.0±8.90  | 62.0±7.68                                      | 2.52          | .026 |

(Krain et al., 2005), 단기간의 시험적 약물치로나 약물치료 중인 가족들과의 만남 등으로 직접 혹은 간접적 약물치료 경험을 제공하는 것이 ADHD 아동 가족의 약물치료수용에 도

움이 될 것으로 보인다.

대상자들의 ADHD 지식수준 평균은 19점 만점 중 9.9점으로, 보육교사들의 11.3점(59.3%)(Yoo et al., 2009)과 초등



Table 5. Correlations among Major Variables

| Variables | Hypo-symptom child's family (n=103) |                |                |                |                |               |       | Hyper-symptom child's family (n=40) |                |                |                |                |                |       |
|-----------|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|-------|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------|
|           | X1                                  | X2             | X3             | X4             | X5             | X6            | X7    | X1                                  | X2             | X3             | X4             | X5             | X6             | X7    |
|           | r (p)                               | r (p)          | r (p)          | r (p)          | r (p)          | r (p)         | r (p) | r (p)                               | r (p)          | r (p)          | r (p)          | r (p)          | r (p)          | r (p) |
| X1        | 1                                   |                |                |                |                |               |       | 1                                   |                |                |                |                |                |       |
| X2        | .34<br>(.001)                       | 1              |                |                |                |               |       | .09<br>(.566)                       | 1              |                |                |                |                |       |
| X3        | .20<br>(.045)                       | .10<br>(.312)  | 1              |                |                |               |       | .22<br>(.172)                       | .21<br>(.180)  | 1              |                |                |                |       |
| X4        | -.22<br>(.026)                      | -.06<br>(.538) | -.14<br>(.155) | 1              |                |               |       | -.13<br>(.425)                      | -.22<br>(.168) | -.25<br>(.116) | 1              |                |                |       |
| X5        | .16<br>(.105)                       | .24<br>(.013)  | -.11<br>(.261) | -.29<br>(.003) | 1              |               |       | .04<br>(.816)                       | .30<br>(.059)  | .21<br>(.185)  | -.33<br>(.038) | 1              |                |       |
| X6        | -.30<br>(.002)                      | -.21<br>(.039) | -.14<br>(.164) | .16<br>(.110)  | -.25<br>(.010) | 1             |       | .04<br>(.802)                       | .05<br>(.749)  | .19<br>(.229)  | .31<br>(.049)  | -.04<br>(.818) | 1              |       |
| X7        | -.03<br>(.761)                      | -.03<br>(.751) | .15<br>(.122)  | -.43<br>(.001) | .10<br>(.305)  | .01<br>(.920) | 1     | .05<br>(.738)                       | -.09<br>(.582) | .28<br>(.082)  | -.24<br>(.132) | .02<br>(.880)  | -.10<br>(.556) | 1     |

X1=ADHD medication adherence; X2=ADHD medication acceptability; X3=ADHD knowledge; X4=depression; X5=parenting behaviors; X6=symptom of ADHD child; X7=support of husband.

학교 교사들의 16.6점(82.9%)(Oh et al., 2008)과 비교했을 때 매우 낮은 수준이다. 구체적으로, 어머니들은 ADHD 증상 및 교육적 중재의 필요성에 대해서는 비교적 잘 알고 있지만 ADHD 예후 및 원인, 식이요법의 효과성에 대해서는 지식이 부족한 것으로 나타났다. 본 연구의 다수 대상자들이 ADHD 아동은 자라면서 장애를 벗어나 일반 성인과 같아진다고 생각하고 있어, 많은 부모들이 ADHD는 영구적인 상태가 아니라고 믿는다는 Pham, Carlson과 Kosciulek (2009)의 연구결과와 일치하였다. 이는 ADHD 자녀에 대한 어머니들의 기대를 반영하는 것으로, 부적절한 기대감은 자녀양육을 더욱 어렵게 할 뿐 아니라 치료효과에 대한 만족에도 영향을 끼칠 수 있는 만큼, ADHD 아동의 부모들에게 ADHD 자녀의 치료와 예후에 대한 바른 정보를 제공하는 것이 필요하겠다. 그리고 본 연구대상자들은 유전적 소인이나 생물학적 취약성, 혼란스럽거나 비기능적인 가족생활이 ADHD 발현에 영향을 미칠 수 있음에 대해 잘 알지 못했고 ‘식이요법’이 효과적이라고 생각하고 있었는데, 이는 대부분의 부모들이 ‘외부’ 영향요인의 관점에서 ADHD를 바라보며, 식이변경이 성공적인 치료라고 믿는다는 선행연구결과(Pham et al., 2009)와 일치하는 것이다. 이러한 부모들의 시각은 치료자의 생물의학적 시각과는 차이가 있는 것으로, 가족들에게 ADHD 장애 교육으로 부족한 정보를 제공하는 한편 ADHD 자녀를 바라보는 가족의 고충과 기대를 수용적으로 경청하고 부적절한 신념과 정보를 확인하고 수정하며 치료자와 가족이 ADHD 아동을 위한 치료

팀으로서 같은 시각과 입장을 갖도록 노력해야 할 것이다.

본 연구대상자들의 우울은 평균 9.3점으로 우울하지 않은 수준(9점 이하)에 가까웠는데, 이는 Seo, Chang, Jung과 Chei (2003) 연구의 일반아동 어머니의 우울점수 8.2점, 큰 차이가 없는 대신, ADHD 아동 어머니의 우울점수 14.2점, 정서장애 아동 어머니의 우울점수 14.7점과는 큰 차이가 있는 결과로, ADHD 아동의 부모는 정상아동의 부모보다 우울정도가 심하다는 선행연구의 결과와는 상반된다. 본 연구대상자들의 우울 수준이 일반 아동 어머니의 우울수준과 비슷한 수준으로 낮게 나타난 것은 자녀의 증상 수준과 어머니의 우울은 정적상관을 갖는다는 보고(Letourneau, Tramonte, & Willms, 2012)에 근거해 볼 때, 본 연구대상자들이 자녀의 ADHD 증상 수준을 경미하게 인식한 것과 관련되는 것으로 보인다.

본 연구에서 대상자들의 양육행동 점수는 64.8점으로 중위점 60점보다 차이가 크지 않아 전체적으로 바람직한 양육행동과 그렇지 않은 양육행동을 비슷한 수준으로 보이고, 하부영역별로는 애정 대 거부 양육행동 평균은 34.3점으로 중위점수 30점보다 높아 거부적 양육행동보다 애정적 양육행동을 더 많이 하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 본 연구대상자들이 약물치료 중인 ADHD 자녀들의 증상수준을 비교적 경미하게 인식한 것을 고려할 때, ADHD 정신자극제 약물치료로 ADHD 아동은 부모와 교사의 지시를 보다 잘 따르고 그러한 순응을 보다 오래 지속해 다른 사람들과 보다 잘 협력하게 됨으로써 결과적으로 사회적 상호작용이 좋아진 것(Chou et

al., 2009)으로 이해할 수 있겠다.

본 연구대상자들이 인식하는 남편의 지지 평균인 26.6점은 일반 아동의 어머니가 인식하는 남편의 지지점수 49.0점(Shin, 1997)의 절반에 가까운 낮은 수준으로, 이는 자녀가 ADHD를 가진 군이든 그렇지 않은 군이든 어머니들은 자녀의 학업 관련 문제에 비슷한 수준으로 참여하지만 ADHD 아동의 아버지는 가정 내의 활동이나 행사에 적게 참여한다는 Rogers 등(2009)의 연구를 지지하는 결과이다. 특히, 본 연구에서 ADHD 아동 어머니들이 남편의 지지가 가장 부족하다고 답한 항목은 ‘남편과 나는 아이의 특징 파악에 의견이 일치한다(2.4점)’, ‘남편과 나는 아이의 능력을 평가하는 시점이 같다(2.4점)’, ‘아이가 벌을 받아야 할 때, 남편과 나는 대개 같은 방식으로 벌을 준다(2.4점)’ 등으로 어머니들은 ADHD 자녀의 특징과 능력을 파악하고 훈육하는 방식에 있어서 남편의 지지가 특히, 부족하다고 느끼고 있었다. 그러므로 자녀의 장애로 인한 어머니의 가족 내 역할갈등, 자녀양육 부담을 줄이고 이를 통해 어머니의 정신건강에도 긍정적 영향을 미칠 수 있도록 ADHD 아동의 치료 및 양육에 아버지의 참여를 유도하는 것이 필요할 것이다(Nam & Yang, 2005; You, Kim, & Ha, 2011).

본 연구대상자들이 인식한 ADHD 자녀의 증상수준은 평균 10.9점으로 ADHD 증상군의 분할점 16점보다 낮아 경미한 수준으로 나타났는데, 이는 Szobot, Ketzer, Parente, Biederman과 Rohde (2004)의 연구에서 확인된 약물치료 후 ADHD 증상평균 11.9점과 유사한 결과로, 국내외적으로 ADHD 약물치료효과는 거의 비슷한 수준인 것으로 파악된다.

자녀의 ADHD 증상수준을 분할점을 기준으로 고증상군과 저증상군으로 나누어 두 군 별 ADHD 자녀의 일반적 특성 및 치료특성의 동질성을 살펴본 결과, 고증상군에서의 여아 비율이 저증상군보다 더 높았다( $\chi^2=4.13$ ,  $p=.042$ ). 이는 ADHD를 가진 여아의 경우, 부주의 유형(Inattentive type)이 많아 혼합형, 과잉행동형이 많은 남아에 비해 증상이 저평가되어 임상에 의뢰되는 경우가 적어(Groenewald, Emond, & Sayal, 2009) 임상에 의뢰된 ADHD 여아들은 보다 현저한 증상을 가진 경우이기 때문으로 생각된다.

또 고증상군과 저증상군별 연구대상자들의 ADHD 약물치료 수용, 약물치료 이행, ADHD 지식, 우울, 양육행동, 남편의 지지 차이에서 약물치료 중인 ADHD 자녀가 저증상군인 경우, ADHD 약물치료 수용정도가 유의하게 높게 나타난 것은( $t=2.92$ ,  $p=.004$ ) 흥미롭다. 이러한 결과로 볼 때 어머니들은 약물치료 중인 자녀의 ADHD 증상이 개선되었다고 인식할

때 약물치료를 수용할 만 하다고 평가하는 것으로 생각할 수 있으나, 이는 치료수용성은 치료양식에 대한 신뢰와 관계가 있을 뿐 투약효과와 상관이 없으며(Johnston et al., 2008), ADHD 아동 어머니들은 약물치료의 극적 효과와 부작용에 당황하고 가슴 아픔을 느끼며 투약을 지속할지 고민한다는 Oh와 Park (2007)의 연구와는 차이가 있는 것이므로, 약물치료효과와 약물치료수용성의 관계를 확인하는 후속연구가 필요하겠다.

연구대상자가 인식한 ADHD 자녀의 증상수준에 따른 약물치료이행 관련요인을 살펴본 결과 두 군간 관련변인의 차이가 있어, ADHD 아동의 약물치료 이행을 증진시키기 위한 가족 접근 시에는 가족이 인식하는 약물치료 중인 자녀의 ADHD 증상 개선효과를 주시하여 경청하고 이에 따른 차별적 접근이 필요함을 보여주었다.

먼저 약물치료 중인 ADHD 자녀를 저증상군으로 평가한 72%의 대상자들의 약물치료 이행은 약물치료 수용성( $r=.34$ ,  $p<.001$ ), ADHD 지식( $r=.20$ ,  $p=.045$ ), 우울( $r=-.22$ ,  $p=.026$ ), 자녀의 ADHD 증상( $r=-.30$ ,  $p=.002$ )과 상관관계가 있는 것으로 나타나, 이들 군의 약물치료 이행을 지지하기 위해서는 약물치료로 인한 ADHD 자녀의 증상개선에 대한 가족의 인식을 경청하며 약물치료를 긍정적으로 수용할 수 있도록 돕는 한편 ADHD 교육을 제공하여 아버지의 지지부족과 상관( $r=-.43$ ,  $p<.001$ )을 보인 어머니의 우울을 예방하는 접근이 필요할 것으로 생각된다.

반면 ADHD 자녀를 고증상군으로 평가한 대상자들은 28%에 해당되었는데 이들의 약물치료 이행은 자녀의 증상수준을 포함하여 어떤 변수와도 유의한 상관관계가 나타나지 않았고, 다만 자녀의 증상수준과 어머니의 우울이 순상관관계( $r=.31$ ,  $p=.049$ ), 어머니의 우울과 양육행동은 역상관관계( $r=-.33$ ,  $p=.038$ )를 보였다. 자녀의 질병이 심각할수록 높아지는 어머니의 우울 수준은 자녀에 대한 어머니의 민감성, 적절한 상호작용, 애정표현을 감소시키고, 부정적인 상호작용, 불안, 엄격하고 처벌적 양육행동은 증가시켜 자녀의 과잉활동, 적개심, 정서문제에 영향을 주고 가족기능장애, 부부 불화, 남편의 정신건강 저해까지 초래할 수 있다는 보고(Letourneau et al., 2012)가 있다. 그러므로 정신전문가들은 약물치료 중이지만 자녀의 ADHD 증상이 개선되었다고 느끼지 못하는 가족에게도 관심을 쏟아 어머니의 우울을 점검하여 주가족간호자의 정신건강을 도모하는 한편 자녀의 문제행동에 대한 어머니의 바람직한 대처 및 건강한 양육행동을 지지하는 노력이 필요하겠다.

## 결론

본 연구는 문제에 초점을 두고 치료 불이행 요인을 확인하는 접근방법이 아닌 ADHD 아동 가족의 약물치료경험을 토대로 가족의 입장에서 약물치료 중인 아동의 증상수준에 따른 약물치료 이행 관련요인을 조사한 초기 양적 연구이다.

본 연구결과 ADHD 아동 약물치료를 유지 증진시키기 위해서는 자녀의 ADHD 약물치료 효과를 긍정적으로 인식하는 가족들의 경우 가족의 순기능 회복과 증진에 초점을 둔 가족 접근전략이 필요한 반면 그렇지 않은 가족들의 경우 가족의 정신건강 회복 및 가족의 역기능 예방에 초점을 둔 가족접근 전략이 필요함이 제시되었다. 즉, 약물치료 중인 ADHD 자녀의 증상수준을 낮게 평가하는 가족들의 경우 부모교육 및 상담을 통해 주 가족간호자인 어머니의 긍정적 양육행동을 지지하여 부모와 자녀 간의 긍정적 상호작용을 유도하는 한편 ADHD 자녀의 치료와 양육에 대한 남편의 지지를 유도하여 어머니의 역할부담과 그로인한 가족 갈등을 해소하도록 돕고, 자녀의 ADHD 장애와 약물치료 효과에 대한 가족들의 인식을 적극 경청하며 가족들이 자녀의 ADHD 약물치료를 긍정적으로 수용할 수 있도록 도와 가족문제의 합리적 해결을 지지하는 것이 필요하겠다. 반면, 약물치료 중인 ADHD 자녀를 고증상군으로 평가하는 가족의 경우에는 주가족간호자인 어머니의 우울을 점검하고 정신건강을 지지하여 어머니의 우울과 관련하여 발생할 수 있는 부정적 양육행동 및 부모와 자녀 간 갈등을 예방하는 한편, 자녀와 긍정적 관계를 유지하고 건강한 자녀양육을 돕는 부모교육과 가족중재로 가족의 역기능을 예방하는 접근이 필요할 것이다.

## REFERENCES

- Abdin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 407-412.
- Arica, E., Fernandez, M. C., & Jaquez, M. (2004). Latina mothers' stances on stimulant medication: Complexity, conflict, and compromise. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 25*, 311-317.
- Brinkman, W. B., Sherman, S. N., Zmitrovich, A. R., Visscher, M. O., Crosby, L. E., Phelan, K. J., et al. (2009). Parental angst making and revisiting decisions about treatment of ADHD. *Pediatrics, 124*, 580-589.
- Charach, A., Ickowicz, A., & Schachar, R. (2004). Stimulant treatment over five years: Adherence, effectiveness, and adverse effects. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*, 559-567.
- Chou, W. J., Chou, M. C., Tzang, R. F., Hsu, Y. C., Gau, S. S., Chen, S. J., et al. (2009). Better efficacy for the osmotic release oral system methylphenidate among poor adherents to immediate-release methylphenidate in the three ADHD subtypes. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 63*, 167-175.
- Cormier, E. (2008). ADHD: A review and update. *Journal of Pediatric Nursing, 23*, 345-357.
- Gau, S. S., Shen, H. Y., Chou, M. C., Tang, C. S., Chiu, Y. N., & Gau, C. S. (2006). Determinants of adherence to methylphenidate and the impact of poor adherence on maternal and family measures. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 16*, 286-297.
- Groenewald, C., Emond, A., & Sayal, K. (2009). Recognition and referral of girls with ADHD: Case vignette study. *Child: Care, Health and Development, 36*, 767-772.
- Hwang, J. H. (2008). *An analysis of the effects of enneagram program for parent on communication style, child-rearing attitude, and self-esteem*. Unpublished doctoral dissertation, Yeungnam University, Daegu.
- Jackson, D., & Peters, K. (2008). Use of drug therapy in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 2725-2732.
- Jerome, L., Gordon, M., & Hustler, P. (1994). A comparison of American and Canadian teachers' knowledge and attitudes towards ADHD. *Canadian Journal of Psychiatry, 39*, 563-567.
- Johnston, C., Hommersen, P., & Seipp, C. (2008). Acceptability of behavioral and pharmacological treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder: Relations to child and parent characteristics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*, 22-32.
- Krain, A. L., Kendall, P. C., & Power, T. J. (2005). The role of treatment acceptability in the initiation of treatment for ADHD. *Journal of Attention Disorders, 9*, 425-434.
- Lee, Y. H., & Song, J. Y. (1991). A study of the reliability and the validity of the BDI, SDS, and MMPI-D scales. *Korean Journal of Clinical Psychology, 10*, 98-113.
- Leslie, L. K., Plemmons, D., Monn, A. R., & Palinkas, L. A. (2007). Investigating ADHD treatment trajectories: Listening to families' stories about medication use. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 28*, 179-188.
- Letourneau, N. L., Tramonte, L., & Willms, J. D. (2012). Maternal depression, family functioning and children's longitudinal development. *Journal of Pediatric Nursing, 31*, 1-12.
- Nam, H. A., & Yang, S. (2005). Parenting stress and parenting role stress in parents of primary school students. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*, 323-334.

- Oh, H. Y., Kim, S., & Kim, J. S. (2008). Knowledge and attitudes of school nurses to ADHD. *Journal of Korean Academy of Child Health Nursing*, 14, 243-251.
- Oh, K. J., & Lee, H. R. (1989). Assessment of ADHD with abbreviated conners rating scale. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 8, 69-81.
- Oh, W. O., & Park, E. S. (2007). Parenting experiences of parents of children with ADHD: Approaching the normal. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 37, 91-104.
- Pham, A. V., Carlson, J. S., & Kosciulek, J. F. (2009). Ethnic differences in parental beliefs of ADHD and treatment. *Journal of Attention Disorders*, 13, 584-591.
- Rogers, M. A., Wiener, J., Marton, I., & Tannock, R. (2009). Parental involvement in children's learning: Comparing parents of children with and without ADHD. *Journal of School Psychology*, 47, 167-185.
- Seo, M. J., Chang, E. J., Jung, C. H., & Chei, S. Y. (2003). The study of the parenting stress, depression and parenting efficacy on the mother of attention deficit hyperactivity disorder children. *Korean Journal of Woman Psychology*, 8, 69-81.
- Shin, S. J. (1997). *Effects of stress, social support and efficacy on mother's parenting behaviors*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Szobot, C. M., Ketzner, M. A., Parente, J., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2004). The acute effect of methylphenidate in Brazilian male children and adolescents with ADHD: A randomized clinical trial. *Journal of Attention Disorders*, 8, 37-43.
- Tarnowski, J. K., & Simonian, S. J. (1992). Assessing treatment acceptance: The abbreviated acceptability rating profile. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 101-106.
- Trostl, J. A. (1997). The history and meaning of patient compliance as an ideology. In D. S. Gochman, editors, *Handbook of health behavior research*. New York: Plenum Press.
- Yang, J. W., Yoon, B. M., Lee, M. S., Joe, S. H., Jung, I. K., & Kim, S. H. (2012). Adherence with electronic monitoring and symptoms in children with ADHD. *Psychiatry Investigation*, 9, 263-268.
- Yoo, I. Y., Ra, J. S., Oh, E. G., & Kim, M. J. (2009). Knowledge and attitude to attention deficit hyperactive disorder in Korean preschool teachers. *Journal of Korean Academy of Child Health Nursing*, 15, 383-392.
- You, J. O., Kim, H. S., & Ha, T. H. (2011). Factors influencing life satisfaction for mothers of elementary school children. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 242-251.