

청소년 자녀를 둔 부모와 중·고등학교 교사의 정신건강이해력

고희성¹ · 최희승²

서울대학교 간호대학¹, 서울대학교 간호대학 · 간호과학연구소²

Mental Health Literacy among Parents of Adolescents and Teachers in Korea

Ko, Heesung¹ · Choi, Heeseung²

¹College of Nursing, Seoul National University, Seoul

²College of Nursing, the Research Institute of Nursing Science Seoul National University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to investigate the level of mental health literacy (MHL) among parents of adolescents and middle and high school teachers in Korea. **Methods:** A descriptive cross-sectional survey design was used for the present study. Participants were 120 parents and 103 middle and high school teachers in Korea. In 2014-2015 participants completed a survey about two case vignettes (adolescent schizophrenia and depression) and answered questions assessing recognition of these disorders and belief about the helpfulness of interventions and resources. Descriptive analysis, t-test and χ^2 test were performed. **Results:** Schizophrenia was recognized by only 11.6% of parents and 25.2% of teachers. Depression was recognized by 32.5% of parents and 59.2% of teachers. Both parents and teachers acknowledged individual and socio-environmental factors as causes for schizophrenia and depression. However, they were less likely to recognize biological factors as potential causes for mental illness. **Conclusion:** The findings demonstrate the need for education programs for parents of adolescents and teachers to improve their mental health literacy, particularly concerning biological causes of mental illness.

Key Words: Recognition, Schizophrenia, Depression, Parents, School teachers

서론

1. 연구의 필요성

1990년대 이후 정신과 질환의 조기발견 및 조기중재의 중요성이 대두되면서 정신증미치료기간(Duration of Untreated Psychosis, DUP)이라는 개념이 사용되기 시작하였고, DUP는 조현병의 치료 결과에 주요한 예측요인이 되었다[1]. 즉 정신과적 증상이 발생하여 전문적인 치료를 처음으로 시작하기까

지의 기간을 일컫는 DUP가 길수록 일반적으로 치료에 대한 효과가 좋지 않은 것으로 알려져 있다[2,3]. 그런데 우리나라의 DUP는 120주로 미국(52주), 호주(74주), 영국(30주)에 비해 긴 것으로 나타났는데[4], 전문적인 치료를 방해하는 요인 중 하나가 바로 정신질환에 대한 인식부족이라고 보고된 바 있다[5].

대중의 정신질환에 대한 이해 정도를 확인하는 다차원적인 접근으로 정신건강이해력(Mental Health Literacy, MHL)의 개념이 있는데, 이는 ‘정신질환을 인식하고, 관리하며, 예방하는 지식과 신념’으로 정의되며, 여기에는 특정한 정신질환

주요어: 인식, 조현병, 우울증, 부모, 학교 교사

Corresponding author: Ko, Heesung

College of Nursing, Seoul National University, 103 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul 110-799, Korea.

Tel: +82-2-740-8852, Fax: +82-2-740-8852, E-mail: lovisway@snu.ac.kr

Received: Jul 6, 2015 | Revised: Sep 19, 2015 | Accepted: Sep 22, 2015

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

을 인식할 수 있는 능력, 정보를 구하는 능력, 원인에 대한 이해, 자가치료(self-treatments)에 대한 지식, 유용한 전문가와 치료방법에 대한 신념, 도움추구(help-seeking)에 대한 태도 등이 포함되어 있다[6]. 여러 나라에서 20여 년간 대중의 MHL을 확인하기 위한 국가차원의 조사가 수행되었으며 주로 조현병과 우울증의 DSM-IV 진단기준에 맞는 사례를 제시하고 어떤 문제가 있는지 확인하는 방식으로 구성되어 있었다[7].

국가에 따라 그리고 사례구성에 따라 인식률의 차이가 있지만, 전반적으로 정신질환에 대한 인식률이 낮은 것이 기존 연구들의 공통적인 결론이었다[8]. 특히 국내에서 진행된 몇 편의 연구에서 일반 대중 10명중 8~9명은 조현병 증상의 사례를 보고 이를 정신질환으로 인식하지 못하였고[9], 사회복지사 및 사회복지전담 공무원을 대상으로 한 조사에서도 15.5%로 일반 대중과 비슷한 조현병 인식률을 보이는 등[10] 우리나라의 MHL은 서구에 비해서도 매우 낮은 수준이었다. 정신질환에 대한 대중의 낮은 인식률이 자신이나 주변에서 유사한 문제를 보일 때 정신질환이라고 인식하지 못하여 조기발견, 조기중재가 개입될 가능성이 줄어들게 됨을 의미한다.

청소년기는 신체적, 인지적, 사회적 성숙을 통해 아동기에서 성인기로 변화해 가는 시기로, 정신과적 증상이 종종 이 시기에 처음으로 나타나는 것으로 알려져 있다[8]. 2005년에 실시된 서울시 소아청소년정신장애 역학조사에서 주요우울장애의 유병률은 아동기에서 0.5% 이하로 나타나다가 중학생 0.5%, 고등학생의 2.12%로 증가하는 양상을 보였는데[11], 적절한 치료받지 않은 우울증은 청소년의 정서, 사회성, 인지 등 많은 영역의 발달에 부정적 영향을 주게 된다[12]. 또한 조현병은 고등학생, 대학생에 해당하는 후기청소년기에 첫 발병하게 되는 경우가 흔하고, 유병률은 1%정도 이지만, 일단 발병하면 개인의 삶과 사회에 미치는 영향력이 매우 크다. 조현병 발병 초기에 흔히 나타나는 우울감, 불안, 긴장, 걱정, 이상한 생각, 사람을 피하고 집에만 있으려는 모습 등의 비특이적 증상[13]은 청소년기 발달단계 특성과 구별하기 어려운 점이 있다. 더군다나 청소년들은 정신과적 문제로 도움추구(help-seeking)하는 것에 대해 성인보다 더 거부감을 보이며 정신과 치료에 대해 부정적인 인식을 갖고 있기 때문에 청소년들에게 정신과적 문제가 나타났을 때 그들 스스로가 먼저 도움을 요청하는 것이 쉽지 않음을 예상할 수 있다[14].

따라서 청소년을 보호하는 성인들 즉, 부모나 교사에게 청소년의 조현병과 우울증의 증상을 보고 질환으로 인식할 능력

이 있는지 확인하고, 정신과 치료에 대한 그들의 태도를 파악하며 청소년 정신건강과 관련하여 부모와 교사의 교육 요구도를 알아보는 것은 부모와 교사가 게이트키퍼(gatekeeper)가 되어 청소년이 심각한 정신질환으로 진행되기 전에 조기발견, 조기개입을 할 수 있는 적절한 중재를 마련하는 측면에서 기초자료가 될 것이다. 그러나 아직까지 우리나라는 MHL과 관련된 연구가 활발하지 않아 소수만 보고되었으며, 청소년 자녀를 둔 부모와 교사를 대상으로 한 연구는 거의 없는 실정이다. 이에 본 연구는 국내 청소년 자녀를 둔 부모와 중·고등학교 교사를 대상으로 조현병과 우울증에 관한 MHL을 파악하고, 부모와 교사가 인지하는 청소년 정신건강과 관련된 교육 요구도를 확인하고자 시도되었으며 이를 바탕으로 부모와 교사의 MHL을 향상시킬 수 있는 교육적 중재의 전략을 모색하는 데 토대가 될 것이다.

2. 연구목적

본 연구는 국내 청소년 자녀를 둔 부모와 중·고등학교 교사를 대상으로 조현병과 우울증에 관한 MHL (인식률, 원인요인, 치료방법, 치료자원 및 각 질환에 대한 낙인 정도)을 확인하여 그룹별 특성을 파악하고, 부모와 교사가 인지하는 청소년 정신건강과 관련된 교육 요구도를 확인하고자 한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 청소년 자녀를 둔 부모와 중·고등학교 교사의 주요 정신질환(조현병, 우울증)에 대한 MHL을 확인하고 두 그룹간의 특성을 파악하며 청소년정신건강 문제와 관련된 교육 요구도를 확인하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 D지역의 청소년 자녀를 둔 부모와 중·고등학교 교사로 구체적인 기준은 다음과 같다.

- 부모: 청소년 기본법에서 제시하는 후기청소년을 포함한 14세부터 24세(중·고등학생, 대학생)의 자녀를 둔 부모로 설문내용을 읽고 이해하며 동의하는 자
- 교사: 현재 중·고등학교 교사로 재직 중이며 설문참여에 동의하는 자

3. 연구도구

1) 조현병과 우울증의 질환 인식

조현병과 우울증사례를 제시하고 ‘현재 지원(민우)이가 무슨 문제를 갖고 있다고 생각하십니까?’라고 질문하여 개방형으로 답하도록 하였다. 이들 사례는 DSM-VI의 진단 기준을 충족시키는 증상을 바탕으로 구성된 것으로 호주연구[5]에서 최초로 사용된 이후, 일본, 중국, 스웨덴뿐 아니라 국내의 MHL 연구에서도 사용되었다[6,9,14-16]. 국내외의 선행연구 결과와의 비교를 위해 본 연구에서도 동일한 증상을 기술한 Jorm[6]의 사례를 사용했다. 본 연구에서는 사례의 대상자를 10대 후반의 남자로 수정하여 소아청소년정신과 전문의 1인, 정신간호학 교수 1인의 확인을 받아 구성하였으며 조현병과 우울증 사례의 원본은 Table 1에 제시되어 있다.

2) 조현병과 우울증의 원인에 대한 지각

Seo와 Lee[9]가 개발한 문항 중 조상, 팔자소관 등 초자연적 원인을 제외하고 각 사례에 따른 원인 요인을 개인적 원인(무의식적 갈등, 나약한 성격, 의지력 부족), 사회적 원인(대인관계 갈등, 스트레스, 가족 간의 갈등, 부모의 양육태도, 불우한 생활환경), 생물학적 원인(뇌질환, 유전적 요인, 신경전달물질의 이상)의 11문항으로 구성하였다. 도구는 ‘전혀 그렇지 않다(1점)’에서 ‘매우 그렇다(5점)’의 5점 척도로 점수가 높을수록 해당 요인을 질환의 원인으로 인식하는 것을 의미한다. 본 연구의 Cronbach's α 는 조현병 사례에서는 .71, 우울증 사례에서는 .77이었다.

3) 조현병과 우울증의 치료방법에 대한 이해

Seo와 Lee[9]가 개발한 문항을 사용하였다. 각 사례에 따른 치료방법을 심리상담, 외래 약물치료, 정신과 입원치료, 사회

재활치료, 여행, 운동, 취미활동, 종교활동, 명상, 식이요법, 생활습관 변화 등의 11 문항으로 구성하였다. 이 도구는 ‘전혀 그렇지 않다(1점)’에서 ‘매우 그렇다(5점)’의 5점 척도로 점수가 높을수록 해당 요인을 중요한 치료방법으로 인식하는 것을 의미한다. 본 연구의 Cronbach's α 는 조현병 사례에서는 .86, 우울증 사례에서는 .72였다.

4) 조현병과 우울증의 치료자원에 대한 이해

Seo와 Lee[9]가 개발한 문항에 보건소, 정신건강증진센터를 포함시켜 가족, 친구, 성직자, 정신과 전문의, 정신과 간호사, 임상 심리사, 한의사, 의사(내과, 가정의학과) 보건소, 정신건강증진센터, 인터넷 상담, 전화 상담, 혼자 해결함 등의 13 문항으로 구성되었다. 이 도구는 ‘전혀 그렇지 않다(1점)’에서 ‘매우 그렇다(5점)’의 5점 척도로 점수가 높을수록 해당 치료자원을 중요한 치료자원으로 인식하는 것을 의미한다. 본 연구의 Cronbach's α 는 조현병 사례에서는 .91, 우울증 사례에서는 .80이었다. 교사의 경우 실제 교육현장에서 ‘정신과적 증상이 있어서 치료가 필요하다고 생각되는 학생이 있는 경우 어떻게 대응하시나요?’라고 개방형으로 추가 질문하였다.

5) 조현병과 우울증의 정신과 치료에 대한 낙인

정신과 치료에 대한 낙인을 평가하기 위해 Stigma Scale for Receiving Psychological Help (SSRPH)[15]를 한국어로 번안한 도구[9]를 사용하였다. 문항내용은 사례와 같은 문제로 정신과 치료를 받을 경우 남들에게 얼마나 부정적으로 인식될 것인지에 관한 내용으로 총 5문항으로 구성되었으며 ‘전혀 그렇지 않다(1점)’에서 ‘매우 그렇다(4점)’의 4점 척도로 점수가 높을수록 정신과 치료와 관련된 부정적 인식이 높음을 의미한다. 번안 당시 Cronbach's α 는 .84였다. 본 연구의 Cronbach's α 는 조현병 사례에서는 .84, 우울증 사례에서는 .87이었다.

Table 1. Case Vignettes Used in the Survey

Schizophrenia	Jiwon is a 17-year-old who lives at home with his parents. He has been attending school irregularly over the past year and has recently stopped attending altogether. Over the past 6 months he has stopped seeing his friends and begun locking himself in his bedroom and refusing to eat with the family or to have a bath. His parents also hear him walking about in his bedroom at night while they are in bed. Even though they know he is alone, they have heard him shouting and arguing as if someone else is there. When they try to encourage him to do more things, he whispers that he won't leave home because he is being spied upon by the neighbor. They realize he is not taking drugs because he never sees anyone or goes anywhere.
Depression	Minwoo is a 17-year-old who has been feeling unusually sad and miserable for the last few weeks. He is tired all the time and has trouble sleeping at night. John doesn't feel like eating and has lost weight. He can't keep his mind on his studies and his marks have dropped. He puts off making any decisions and even day-to-day tasks seem too much for him. His parents and friends are very concerned about him.

6) 청소년 정신건강 관련된 부모와 교사의 교육 요구도

청소년 정신건강과 관련하여 부모와 교사의 교육 요구도를 확인하기 위해 ‘청소년 정신건강과 관련하여 어떤 교육을 받고 싶으신가요?’ 라고 개방형 질문을 하였다.

4. 자료수집 및 윤리적 고려

본 연구는 연구자가 속한 기관의 생명윤리심의위원회 심의를 거쳐 승인(IRB No. E1411/002-005)을 받았다. D지역의 중학교 한 곳과 고등학교 한 곳에서 학교장과 교사에게 연구의 내용과 목적을 설명하고 각 학교의 한 학급을 임의로 선정하여(중학교 1학년, 고등학교 1학년) 학생 편에 설문지를 보내 부모가 작성하도록 한 뒤 다시 학생 편에 전달받아 담당 교사가 직접 회수하였다. 각 설문지는 불투명한 개별 봉투에 담아 익명성이 보장되도록 하였다. 그 외에도 D지역의 사업체, 커뮤니티 센터 등에서 대상자를 모집하였으며 총 136부를 배부하여 123부가 회수되었으며(회수율 90.4%) 불성실한 응답을 제외하고 부모 설문지는 총 120부가 분석에 이용되었다. 또한 부모 설문을 실시했던 중학교와 고등학교를 포함하여 D지역의 중학교 1곳과 고등학교 6곳(일반고교 3곳, 특성화 고교 2곳, 자율고교 1곳)에서 학교당 10~20여명의 중·고등학교 교사가 설문 참여하였다. 교사 설문지는 총 135부를 배부하여 108부를 회수하였고(회수율 80%) 그 중 불성실한 응답한 경우를 제외하고 최종적으로 103부를 분석에 이용하였다. 부모와 교사 모두에게 설문 참여하기 전에 연구의 목적과 내용에 대해 설명을 읽고 연구 진행도중 원할 경우 언제든지 철회가 가능하고, 이에 따른 불이익이 없음을 명시하였으며, 자발적 참여에 동의하는 경우 서면동의서를 받고 설문조사를 실시하고 대상자에게 소정의 사례품을 전달하였다. 자료수집은 2014년 12월부터 2015년 2월까지 시행되었다.

표본 수는 G*Power 3.12 프로그램을 이용하여 주요분석 방법(χ^2 test와 t-test)에 근거하여 유의수준 .05, 효과크기 0.3, 검정력 .80을 유지하는 조건에서 표본 수는 82명이 산출되었으며 최종적으로 부모 120명의 설문과 교사 103명의 설문이 자료분석에 이용되었다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 이용하여 통계처리를 시행하였다. 대상자의 일반적 특성을 분석하였으며, 조현병과 우울증의 인식률은 실수와 백분율로 분석하였다. 각

질환의 원인, 치료방법, 치료자원에 대한 이해, 낙인 정도는 평균, 표준편차의 서술적 통계치를 구하였고, 질환간의 차이나, 부모와 교사 그룹 간의 차이는 χ^2 test와 t-test를 실시하였다. 부모와 교사의 청소년 정신건강과 관련된 교육 요구도는 빈도에 따른 순위로 기술하였다.

연구결과

1. 대상자의 인구사회학적 특성

청소년 자녀를 둔 부모와 중·고등학교 교사의 인구사회학적 특성은 Table 2 와 같다. 각 가정에서 한 명의 부모가 참여했으며 120명의 부모 중 어머니가 96명(80.0%)으로 아버지 24명(20.0%)에 비해 월등히 많았으며 103명의 교사 중 남성(52.4%)과 여성(47.6%)의 비율은 비교적 비슷하였다. 대상자의 평균연령은 부모 47.5세, 교사 41.8세이었으며, 부모의 교육수준은 대졸이 64명(53.3%), 고졸은 44명(36.8%)이며, 교사는 모두 대학교 졸업 이상이었다. 설문조사 대상학교 중 미션스쿨 한 곳이 포함되었기 때문에 부모와 교사 모두 기독교의 비율이 높았다. 가정의 월수입은 부모와 교사 모두 300~500만원이 이 각각 37.5%, 35.0%로 가장 많은 비율을 차지하였다. 부모의 평균 자녀 수는 2.16명이며 교사의 평균경력은 약 13년이었다. 부모는 지인 중에 정신과적 치료를 경험했던 경우가 25명(20.8%)인 반면, 교사는 가르쳤던 학생이나 지인 중에 정신과적 치료를 경험했던 경우가 60명(58.3%)이었다. 구체적인 진단명은 우울증이 대부분이었으며 그 외에도 조울증, 공황장애, 강박장애, 틱장애, 과잉행동주의결핍장애, 조현병 등 다양한 질환이 포함되어 있었다.

2. 조현병과 우울증의 인식률

본 연구에서 조현병 증상을 보이는 지원이의 사례를 읽고 ‘정신분열병’, ‘정신분열’, ‘환청’, ‘망상’ 등으로 대답한 경우가 지 조현병을 인식하는 것으로 보았다. 부모는 11.6%(14명)가 조현병으로 인식하였고, 39.2%는 다른 정신적 문제(우울증, 정신질환, 공황장애, 강박관념, 트라우마)로, 19.2%는 대인기피, 12.5%는 학교폭력·왕따·교우문제, 9.2%는 은둔형 외톨이·사회성 결여의 순으로 응답하였다. 교사는 25.2%(26명)가 조현병으로 인식하였고, 29.1%는 다른 정신적 문제(우울증, 정신질환, 공황장애, 강박관념, 트라우마)로, 20.4%는 대인기피, 12.6%는 은둔형 외톨이·사회성 결여, 9.2%는 학교

Table 2. Demographic Characteristics of Parents of Adolescents and Teachers

(N=223)

Characteristics	Categories	Parents (n=120)	Teachers (n=103)
		n (%)	n (%)
Gender	Male	24 (20.0)	54 (52.4)
	Female	96 (80.0)	49 (47.6)
Age (year)	25~29	0 (0.0)	7 (6.8)
	35~39	7 (5.8)	38 (36.9)
	40~49	65 (54.6)	38 (36.9)
	50~59	46 (38.7)	18 (17.5)
	60~69	1 (0.8)	2 (1.9)
Education	≤ High school diploma	44 (36.8)	
	Some college	4 (3.3)	
	Bachelor's degree	64 (53.3)	60 (58.3)
	≥ Master's degree	8 (6.7)	43 (41.7)
Religion	Christianity	45 (37.5)	40 (38.8)
	Catholicism	18 (15.0)	17 (16.5)
	Buddhism	11 (9.2)	12 (11.7)
	None	42 (35.0)	31 (30.1)
	Etc.	4 (3.3)	3 (2.9)
Income (10,000 won)	< 200	10 (8.3)	
	200~< 300	19 (15.8)	16 (15.5)
	300~< 500	45 (37.5)	36 (35.0)
	500~< 700	28 (23.3)	31 (30.1)
	≥ 700	16 (13.3)	19 (18.4)
Contact with mentally ill person	Yes	25 (20.8)	60 (58.3)
	No	95 (79.2)	43 (41.7)

폭력·왕따·교우문제 순으로 응답하였다. 우울증의 증상을 보이는 민우의 사례를 읽고 ‘우울’, ‘우울증’으로 대답한 경우까지 우울증으로 인식하는 것으로 보았다. 부모는 32.5%(39명)가 우울증으로 인식하였고, 15%는 학업 스트레스를 포함한 전반적 스트레스, 10.8%는 목표상실·입시중압감, 8.3%는 다른 정신적 문제(주의력 결핍증, 공황장애)의 순으로 응답하였다. 교사는 59.2%(61명)가 우울증으로 인식하였고, 9.7%는 학업 스트레스를 포함한 전반적 스트레스로 그 외에도 심리적 불안, 무기력, 사춘기, 신체문제 등으로 응답하였다.

참여자 중 지인 중 정신과적 치료를 경험한 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 조현병($\chi^2=10.08$, $p=.006$)과 우울증($\chi^2=11.76$, $p=.003$)의 인식률에서 유의하게 높은 것으로 나타났다.

3. 조현병과 우울증의 원인에 대한 이해

조현병 사례에서 부모와 교사 모두 대인관계 갈등(부모: 4.3 ± 0.66 , 교사: 4.4 ± 0.64)과 스트레스(부모: 4.2 ± 0.78 , 교사: 4.4 ± 0.67)를 질환의 주요 원인으로 인식하였고, 그 다음

으로 부모는 무의식적 갈등(3.7 ± 0.98), 나약한 성격(3.5 ± 1.05)을, 교사는 가족간의 갈등(3.6 ± 0.94)과 무의식적 갈등(3.6 ± 0.93)을 원인요인으로 보았다. 그러나 생물학적 요인(뇌질환, 유전적 요인, 신경전달물질의 이상)을 질환의 원인으로 보는 것은 개인적, 사회·환경적 요인에 비해 낮았는데, 교사보다 부모그룹에서 특히 유의하게 낮은 것으로 나타났다($t=-3.63$, $p<.001$). 우울증 사례에서 부모와 교사 모두 스트레스(부모: 4.2 ± 0.65 , 교사: 4.1 ± 0.83)를 질환의 주요 원인으로 인식하였고, 그 다음으로 부모는 대인관계 갈등(3.7 ± 0.94), 무의식적 갈등(3.4 ± 1.01), 의지력부족(3.3 ± 0.91)을, 교사는 대인관계 갈등(3.7 ± 0.86), 무의식적 갈등(3.6 ± 0.92), 가족간의 갈등(3.2 ± 0.88)을 원인요인으로 보았다. 부모와 교사 모두 우울증 사례에서도 생물학적 요인에 대한 이해가 낮았지만, 부모와 교사의 그룹 간 유의한 차이를 보이지는 않았다(Table 3).

4. 조현병과 우울증의 치료방법 및 치료자원에 대한 이해

조현병과 우울증 사례에서 부모와 교사 모두 ‘전문적 상담’의 치료방법이 가장 도움이 될 것이라고 인식하는 것으로 나

타났다(Table 4). 좀 더 구체적으로 보면, 조현병 사례에서 치료방법 중 부모는 전문적 상담, 취미, 운동, 정신과 약물치료의 순으로 도움이 될 이라고 대답하였으나 교사는 전문적 상담, 정신과 약물치료, 사회재활치료, 취미의 순으로 도움이 될 것이라고 응답하였다. 치료 자원에 대해서는 부모는 가족, 친구, 정신과 전문의의 순으로 치료에 도움이 될 것이라고 여기는 반면 교사는 정신과 전문의, 가족, 친구의 순으로 도움이 될 것이라고 응답하였다.

우울증 사례의 치료방법에 대해서 부모와 교사 모두 전문적 상담 다음으로 취미, 운동, 여행 등이었으며, 정신과 약물치료의 유용성에 대한 인식은 조현병에 비해 낮은 것으로 나타났다. 치료자원 중 사람에 대해서는 가족, 친구, 정신과 전문의의 순으로 기관이나 방법에 대해서는 정신건강증진센터가 도움이 될 것이라고 여겼다. 두 사례에서 부모와 교사 모두 정신과 간호사와 임상심리사의 유용성에 대해 비슷한 수준으로 인식하였고, 한의사와 일반 개업의(내과, 가정의학과 등)의 유용성은 낮은 편이었으며 혼자 문제를 해결하려는 노력은 해롭다고 여기는 것으로 나타났다.

교사가 실제 교육현장에서 정신과적 치료가 필요한 학생을 만났을 때 어떻게 대처하는지 묻는 개방형 질문에 대부분의 교사들은 먼저 학생을 주의 깊게 관찰하고, 학부모 면담을 통

해 전문적 상담이나 정신과 치료를 권유한다고 응답하였다. 이 과정에서 교사들은 정신과 치료에 대한 부모의 거부감 때문에 ‘정신과’라는 용어를 직접적으로 사용하지 않고 ‘전문가’, ‘전문병원’ 등의 단어를 사용하여 ‘매우 조심스럽게’ 상담치료를 먼저 받아볼 것을 권유하게 된다고 하였다.

5. 정신과 치료와 관련된 낙인

정신과 치료에 대한 낙인 정도는 조현병 사례에서 부모(2.2 ± 0.87)와 교사(2.1 ± 0.45)간의 유의한 차이가 없었으며 우울증 사례에서도 부모(2.1 ± 0.61)와 교사(2.0 ± 0.53)간의 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 그런데 낙인을 평가하는 도구의 5개 문항 중 ‘정신과 치료를 받는 것은 나약하거나 무능력하다는 증거이다’의 항목에서는 조현병 사례($t=1.98$, $p=.048$)와 우울증 사례($t=3.53$, $p=.001$)에서 모두 해당 문항에 대해 부모가 교사보다 강하게 동의하는 것으로 나타났다(Table 3).

6. 부모와 중·고등학교 교사의 정신건강교육 요구도

향후 부모와 교사의 MHL을 증진시키는 후속 교육을 위해

Table 3. Perceived Risk Factors and Stigma for Receiving Treatment of Schizophrenia and Depression Vignette (N=223)

Variables	Categories	Schizophrenia			Depression		
		Parents	Teacher	t (p)	Parents	Teacher	t (p)
		M±SD	M±SD		M±SD	M±SD	
Perceived Risk Factors	Individual factors	3.5±0.82	3.4±0.75	1.36	3.3±0.78	3.2±0.79	1.35
	Unconscious conflict	3.7±0.98	3.6±0.93	(.173)	3.4±1.01	3.6±0.92	(.178)
	Personality weakness	3.5±1.05	3.3±0.97		3.2±0.91	3.0±0.93	
	Lack of will power	3.5±1.02	3.2±1.09		3.3±0.91	3.0±0.96	
	Social and environmental factors	3.5±0.53	3.8±0.54	-3.32	3.3±0.64	3.3±0.61	-0.17
	Interpersonal conflict	4.3±0.66	4.4±0.64	(.001)	3.7±0.94	3.7±0.86	(.861)
	Stress	4.2±0.78	4.4±0.67		4.2±0.65	4.1±0.83	
	Family conflict	3.4±0.90	3.6±0.94		3.1±0.97	3.2±0.88	
	Parenting attitude	3.2±0.91	3.5±0.89		2.9±0.96	3.0±0.89	
	Deprived background	2.6±0.82	3.0±0.94		2.6±0.99	2.6±0.93	
	Biological factors	2.4±0.83	2.8±0.85	-3.63	2.3±0.90	2.5±0.88	-1.58
	Brain disease	2.5±1.01	3.0±1.03	(<.001)	2.3±0.99	2.5±1.01	(.115)
	Heredity	2.2±0.93	2.6±0.97		2.2±0.94	2.2±0.97	
	Neurotransmitter Imbalance	2.6±1.03	3.0±1.04		2.4±1.06	2.8±1.15	
Stigma for receiving treatment	Stigma (overall)	2.2±0.87	2.1±0.45	1.42 (.157)	2.1±0.61	2.0±0.53	1.71 (.088)
	It is a sign of personal weakness or inadequacy to receive psychiatric treatment	1.8±1.17	1.6±0.61	1.98 (.048)	1.9±0.73	1.6±0.60	3.53 (.001)

Table 4. Perceived Helpfulness of Interventions and Resources for Schizophrenia and Depression Vignette

Variables	Categories	Schizophrenia		Depression	
		Parents	Teachers	Parents	Teachers
		M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
Interventions	Counseling	4.6±0.84	4.8±0.41	4.4±0.58	4.5±0.93
	Hobby	4.0±1.02	3.9±1.03	4.0±0.83	4.1±0.89
	Physical activity	4.0±1.13	3.7±1.05	4.0±0.84	4.1±0.95
	Psychiatric medications	3.9±1.22	4.1±1.08	3.6±1.16	3.7±1.17
	Change lifestyle	3.8±1.18	3.6±0.98	3.7±0.87	3.7±0.95
	Travel	3.8±1.19	3.6±1.28	4.0±0.89	4.0±1.02
	Religion	3.8±1.15	3.5±0.96	3.7±0.95	3.6±0.99
	Psychosocial rehabilitation	3.7±1.24	3.9±1.07	3.4±1.02	3.3±1.00
	Admission to a psychiatric hospital	3.4±1.36	3.6±1.19	3.0±1.16	3.1±1.12
	Meditation	3.3±1.25	3.4±0.96	3.4±1.06	3.6±1.04
	Special diet	2.9±1.24	2.9±1.12	3.0±0.97	3.0±1.07
Resources	Family member	4.6±0.91	4.4±0.76	4.5±0.67	4.5±0.57
	Close friend	4.5±1.06	4.2±0.77	4.4±0.65	4.4±0.60
	Psychiatrist	4.3±1.02	4.5±0.65	4.1±0.86	4.2±0.86
	Psychiatric nurse	3.7±1.18	3.9±0.98	3.4±1.17	3.7±0.85
	Psychologist	3.6±1.23	3.8±1.03	3.3±1.06	3.5±1.20
	Religious leader	3.6±1.17	3.5±1.17	3.5±0.96	3.6±0.74
	General practitioner	2.9±1.18	3.0±1.05	2.7±0.97	2.9±1.16
	Oriental doctor	2.9±1.33	2.9±1.02	2.6±0.87	2.9±1.02
	Community mental health center	3.7±1.25	3.9±0.77	3.5±0.93	3.7±1.10
	Telephone counseling line	2.7±1.28	2.9±1.02	2.6±0.97	3.0±1.13
	Community health center	2.7±1.32	2.7±0.99	2.5±0.85	2.7±0.80
	Web-based counseling	2.6±1.26	2.9±0.99	2.4±0.96	2.9±1.12
	Self-help	1.6±1.31	1.4±1.02	1.6±0.80	1.6±1.10

청소년 정신건강과 관련된 교육 요구도를 조사한 결과 부모들은 사춘기 자녀의 심리상태에 대한 이해, 부모-자녀 관계증진, 자녀와의 대화·소통 방법, 심리상담, 청소년 우울증 대처, 자녀의 스트레스 관리법 등이 있었다.

교사들은 청소년 심리, 학업과 교우관계에서 오는 스트레스 해소법, 감정(분노)조절, 무력감, 반항, 사회적 부적응 등의 청소년 정신건강과 관련된 일반적인 내용뿐 아니라 최근 점점 증가하는 구체적인 정신과 질환(우울증, 조울증, 게임중독, ADHD, 틱장애, 본 연구에서 제시한 사례와 같은 조현병), 자살, 불면과 관련된 전문적 교육 요구도가 있었다. 또한 정신과적 증상이 있는 학생을 대하는 방법과 학생의 부모에게 정신과 치료를 권유하는 방법 등 실제적으로 학생과 부모에게 적용할 수 있는 구체적인 방법에 대한 요구도가 있음이 확인되었다.

논 의

본 연구는 청소년 자녀를 둔 부모와 중·고등학교 교사를 대상으로 조현병과 우울증의 정신건강이해력을 확인하고 청소년

정신건강과 관련된 교육 요구도를 파악하고자 시행되었다. 연구결과 조현병과 우울증 사례 모두 교사가 부모보다 두 배 정도 인식률이 높은 것으로 조사되었다.

인식률에 대한 국외 선행연구를 살펴보면, 조현병 사례에서 호주는 27%[6], 독일은 70.2%[16]의 성인이 조현병으로 인식하고 있음을 보고하였고 사례에 대해 정확한 진단명은 모르지만 정신건강문제로 보는 경우가 호주는 84%[6], 스위스는 73.6%[17]로 비교적 높은 것으로 나타났다. 국내에서도 Jorm [6]의 사례를 변안하여 수도권 성인 1653명을 대상으로 한 연구에서는 조현병의 인식률은 33.5%였고, 정신건강문제로 보는 경우까지 포함하면 61.5%였다[7]. 본 연구에서는 부모와 교사의 조현병 인식률은 각각 11.6%, 25.2%이며, 정신건강문제로 보는 경우까지 포함했을 때 각각 50.8%, 54.3%로 나타났다. 선행연구와 동일한 사례를 사용했음에도 수도권 성인을 대상으로 한 인식률보다 낮은 수준이었다. 이는 관련 의료 기관이나 정신건강 관련 정보에 대한 접근성이 수도권에 비해 상대적으로 낮은 D지역에서 표집 하였던 점[9], 선행연구에서 설문조사원을 파견하여 일대일 면접으로 설문조사를

실시한 것과 달리 본 연구에서는 서면 설문조사 방법으로 실시하였던 점[7], 사례를 구성함에 있어서 증상의 기술은 거의 동일하지만, 성인이 아닌 청소년 사례를 제시한 점 등이 선행 연구와 인식률의 차이를 보인 것이라고 해석할 수 있겠다. 국내 전국 성인 1,197명을 조사한 연구에서는 조현병을 정확히 인식한 경우는 불과 3.6%라고 보고한 바 있는데, 이는 앞의 국내 연구들에서 제시된 사례에서 심각한 증상은 제외하고 일상에서 접할 수 있는 증상을 중심으로 사례를 구성하여 제시한 연구로 이러한 증상의 심각성의 차이가 낮은 인식률과 관련이 있을 것이라고 연구자들은 기술하였다[9].

본 연구에서 제시된 조현병 사례에 환청과 망상 등의 명확한 정신과적 증상이 포함되어 있었지만 대부분의 참여자들이 조현병으로 인식하지 못하였다. 사례를 보고 ‘정신건강문제(우울증, 정신질환, 공황장애, 강박관념, 트라우마)’로 본 경우까지 넓은 의미에서 질환을 인식했다고 보더라도 부모와 교사의 인식률은 각각 50.8%, 54.3%에 불과했다. 나머지 절반은 단순한 대인기피, 사회성 결여, 학교폭력, 왕따, 은둔형 외톨이 등의 일반적인 문제로 여기고 있었으며, 이는 실제 정신과 질환 발병 시 질환으로 인식하지 못하여 전문적인 도움 추구를 하지 않을 가능성이 있음을 시사한다. 낮은 인식률은 조기 발견, 조기개입의 방해요인이 될 수 있으므로 이에 대한 교육적 중재나 대중의 홍보는 중요한 사안이라고 생각된다.

질환의 원인을 이해함에 있어서 호주, 독일 등의 서구에서 20여 년간 일반 대중의 MHL의 변화에 대해 조사한 연구에서 개인적, 사회적 원인에 대해서는 시간이 지나도 중요한 요인으로 견지하면서 과거에 비해 생물학적 원인에 대한 이해가 증가하는 경향을 보였는데, 이는 정신과 질환의 원인요인을 심리사회적 요인과 생물학적 요인의 중요성을 모두 인식하는 균형 잡힌 관점에서 바라보고 있다는 해석을 가능하게 해준다[18]. 그러나 본 연구에서 국내 청소년 자녀를 둔 부모와 중·고등학교 교사는 개인적, 사회·환경적 요인을 조현병의 주요 원인으로 인식하였으며 생물학적 요인에 대한 이해는 상대적으로 부족하였다. 따라서 향후 부모와 교사를 대상으로 청소년의 정신건강 관련 교육을 제공할 경우 질환의 생물학적 요인에 대한 부분을 강화하여 정신과 질환에 대해 올바른 이해를 할 수 있도록 돕는 전략이 필요하겠다. 특히 부모를 대상으로 정신과 질환과 관련된 교육을 할 경우 MHL을 증진시키기 위해 조현병의 일반적인 이해뿐 아니라 생물학적 요인에 대한 부분을 더욱 강조할 필요가 있다고 사료된다.

본 연구에서는 주목할 사항은 부모의 조현병 인식률이 교사보다 낮았고, 질환의 원인 요인 중 생물학적 이해(뇌의 질환,

유전적 요인, 신경전달물질의 이상)가 부족했으며, 치료방법 중에서 정신과 약물치료의 유용성을 낮게 인식하였을 뿐 아니라 치료자원에서는 정신과 의사의 유용성이 가족, 친구 다음을 차지하는 것으로 나타났다는 점이다. 반면 교사는 생물학적 원인에 대한 이해가 부모보다 높았고, 정신과 약물치료를 유용하게 여겼으며 정신과 의사에 대한 유용성 또한 가족, 친구보다도 높게 인식하는 것으로 나타났다. 이는 조현병에 대한 인식률의 차이가 원인요인에 대한 이해, 치료방법, 치료자원까지 영향을 미칠 수 있는 가능성이 제시된 것이라고 볼 수 있다. 주어진 사례를 보고 특정 질환으로 인식하여 명명하는 것은 이미 한 개인이 그 질환과 관련된 도식(schema)을 작동시켜 적합한 행위를 하도록 하기 때문이며, 따라서 질환을 잘 인식할수록 도움추구(help-seeking)행위나 전문적 치료의 선호도가 높다는[8] 설명과 비슷한 맥락이라고 볼 수 있겠다. 본 연구에서는 부모와 교사라는 두 그룹 비교를 통해 조현병의 정확한 인식과 원인에 대한 이해, 치료방법, 치료자원의 연결성이 좀 더 분명하게 드러난 것으로 볼 수 있었다.

우울증의 인식률은 부모 32.5%, 교사 59.2%로 모두 조현병에 비해 두 배 이상 높았는데 우울증은 일반적으로 다른 정신과 질환에 비해 인식률이 높고 ‘삶의 위기’ 또는 ‘성격적 문제’ 등으로 인식하는 것으로 알려져 있다[8,16]. 본 연구에서 부모와 교사는 우울증의 주요 원인으로 ‘스트레스’를 지목하였고, 치료방법으로 전문적 상담, 여행, 운동, 취미, 약물치료 순으로 도움이 될 것으로 응답하여 우울증을 ‘스스로 조절(self-help)’ 가능한 것으로 여기는 것을 볼 수 있었는데, 이는 기존의 연구와 일치된 결과임을 보여준다[8,16]. 그러나 적절한 시기에 치료하지 않은 우울증은 청소년 발달에 부정적인 영향을 주고 만성화 될 가능성이 높으며 삶의 질을 저하시킬 수 있기 때문에 중요하게 다뤄져야 한다[12]. 본 연구에서 우울증의 경우 부모나 교사 모두 인식률이 높지만, 전문적 치료에 대한 인식은 낮으므로 우리사회가 향후 대중매체를 통해 우울증의 홍보나 교육 등을 제공할 때 우울 증상에만 초점을 둘 뿐 아니라 전문적 치료에 대한 중요성을 강조할 필요가 있다고 생각된다.

정신과 치료와 관련된 낙인을 보면 조현병과 우울증 사례에서 유의한 차이를 보이지 않았는데 기존의 선행연구[9]와 일치된 결과였다. 다만, 본 연구에서는 조현병과 우울증 사례에서 모두 부모가 교사보다 정신과 치료를 받는 것을 나약하고 무능력하다고 여기는 경향을 볼 수 있었는데, 이는 질환에 대한 개인의 심리적 측면을 중요하게 여기고 생물학적 측면의 이해가 상대적으로 부족하기 때문이라고 생각할 수 있겠다. 또한

연구참여자들이 조현병(Schizophrenia)을 인식함에 있어서 ‘정신분열병’, ‘정신분열’이라고 응답하였으나 ‘조현병’이라고 응답한 경우는 부모와 교사 모두 단 한 명도 없었다. 이는 질병의 이름이 주는 낙인을 줄이기 위해 2012년 ‘정신분열병’에서 ‘조현병’으로 병명을 개정하였음에도[19] 아직 대중에게 알려지지 않은 한계점을 보여주며, 향후 적극적으로 홍보가 필요함을 시사하는 바이기도 하다.

부모와 교사의 청소년 정신건강과 관련된 교육 요구도를 살펴본 결과 부모는 청소년 정신건강과 관련된 일반적인 내용이 대부분이었지만, 교사들은 일반적인 내용뿐 아니라 특정 질환과 관련된 교육과 실제 정신과적 증상이 있는 학생과 부모를 대하는 방법이나 정신과 치료를 권유하는 방법 등에 대한 실체적이고 구체적인 교육요구가 있음을 확인할 수 있었다. 교사의 경우 다수의 학생을 만나기 때문에 정신적 문제를 가진 학생들을 만날 가능성이 큰데, 본 연구에 참여한 교사의 58.3%가 주변의 지인이나 가르쳤던 학생 중에 정신과 치료를 받은 간접 경험에 있는 것으로 나타났다. 선행연구를 보면 정신과적 질환을 갖고 있는 지인이 주변에 있는 경우, 비슷한 사례에 대한 인식률과 치료방법에 대한 지식이 높은 경향이 있고[20], 조기 정신증으로 치료받은 청소년의 상당수가 교사로 부터 정신과 치료를 권유 받았으며[21] 청소년의 외현화된 문제행동에 대한 인식 정도가 교사가 부모보다 높다는 것[22]을 볼 때, 다수의 학생을 만나게 되는 교사는 누구보다도 정신적 문제를 가진 학생을 만날 가능성이 크고, 또한 증상을 잘 발견할 수 있는 위치에 있다고 할 수 있다. 따라서 교사를 대상으로 구체적인 정신과 질환과 관련된 전문 교육을 제공하여 정신과적 증상을 구별할 수 있는 능력을 강화시킬 수 있다면 정신과적 문제를 조기에 발견하여 궁극적으로 DUP를 감소시키는 데 기여할 수 있으리라 생각한다. 더불어 교사를 대상으로 교육을 제공할 때 지식 전달뿐 아니라 실제 사례를 통해 교육내용을 구성하고, 본 연구에서 조사된 교사의 교육요구에 따라 정신과적 문제가 있는 학생이나 그 부모에게 전문적 치료를 받도록 권유하는 구체적인 상담 방법을 연습해 보도록 하는 것이 실체적이고 유용할 것이라 생각한다.

본 연구는 청소년의 정신적 문제를 조기 발견하여 적절한 도움추구(help-seeking)를 하기 위해 부모와 중·고등학교 교사의 MHL을 확인하였다는 점에서 연구의 중요성과 의의를 들 수 있다. 그러나 국내 일개 지역에서 임의로 대상자를 선정하여 자료수집을 하였고, 대상자 수가 제한적이므로 연구의 결과를 일반화 하는데 신중을 기해야 하며 표본 수를 확대한 연구가 진행되어야 할 것이다. 또한 정신과 문제의 조기발견, 조기개

입을 위해서는 청소년 주변의 게이트키퍼(gate-keeper)인 부모와 교사를 대상으로 정신과 질환에 대한 일반적인 지식뿐 아니라 질환의 생물학적 이해를 통해 MHL을 증진시킬 수 있는 교육적 중재개발과 적용이 필요하며 추후 정신질환의 인식과 실체적인 도움추구 행위와의 연관성에 대해서도 연구되어야 할 것을 제언한다.

결론

청소년 자녀를 둔 부모와 중·고등학교 교사의 조현병과 우울증에 대한 정신건강이해력을 확인한 결과 조현병의 인식률이 매우 낮았고, 질환의 생물학적 요인에 대한 이해가 부족함을 알 수 있었다. 부모와 교사는 청소년의 정신과적 문제를 발견하고 정신건강을 도모할 수 있는 가장 중요한 위치에 있기 때문에, 본 연구의 결과를 토대로 부모와 교사 그룹에 따라, 또한 조현병과 우울증의 질환에 따라 접근방식을 달리하여 부모와 교사의 정신건강이해력을 증진시키기 위한 교육 중재가 개발될 수 있을 것이다. 또한 이를 기반으로 부모와 교사가 청소년의 정신과적 문제를 조기 발견하여 전문적 도움추구(help-seeking)를 촉진시키는 데까지 나아갈 것이라 사료된다.

REFERENCES

- McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biol Psychiatry*. 1999;46(7):899-907.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00084-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00084-0).
- Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettinen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014;205(2):88-94.
- Farooq S, Large M, Nielssen O, Waheed W. The relationship between the duration of untreated psychosis and outcome in low-and-middle income countries: a systematic review and meta analysis. *Schizophr Res*. 2009;109(1):15-23.
- Yoo J, Ahn S, Cho Y, Lee M. A study of duration of untreated psychosis (DUP) for first episode psychosis. *Ment Health*. 2011;2:12-6.
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*. 2010;10(1):113.
- Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mentalhealth literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*. 1997;166(4):182-6.

7. Lee SH, Seo JH. Mental Health Literacy of the Korean Public: a comparison between depression and schizophrenia. *Korean J Soc Welfare Stud*. 2010;41(2):127-58.
8. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*. 2012;67(3):231-43. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025957>.
9. Seo MK, Lee MK. Mental Health Literacy and Vulnerable Group Analysis of Korea. *Korean J Soc Welfare*. 2013;65(2):313-34.
10. Jeon MS. Mental health literacy of community social welfare service provider [master's thesis]. [JinJu]: Kyeongsang National University ; 2013. 33 p.
11. Cho SC, Ko BJ. Epidemiological Report 2005 - The prevalence of child and adolescent psychiatric disorders. Seoul: Seoul Child Adolescent Mental Health Center; 2005.
12. Psychiatry KAOCaA. Adolescent Psychiatry. Seoul: Sigma Press; 2012. 206 p.
13. Kim KK, Kim JH, Park SH, HongHS, Ha YJ, Kim JH. The treatment pathway of schizophrenia. *Mental Health Policy Forum*. 2007;1:76-91.
14. Gonzalez JM, Alegria M, Prihoda TJ. How do attitudes toward mental health treatment vary by age, gender, and ethnicity/race in young adults?. *J Commun Psychol*. 2005;33(5):611-29.
15. Komiya N, Good GE, Sherrod NB. Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *J Couns Psychol*. 2000;47(1):138.
16. Angermeyer MC, Matschinger H. Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(9):526-34. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-003-0676-6>.
17. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Do people recognise mental illness? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;253(5):248-51.
18. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan P, Grabe H, Carta M, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125(6):440-52.
19. Kim SW, Jang JE, Kim JM, Shin IS, et al. Comparison of stigma according to the term used for schizophrenia: split-mind disorder vs. attunement disorder. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*. 2012;51:210-7.
20. Reavley NJ, Morgan AJ, JormAF. Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48(1):61-9.
21. Kim MK. Content analysis on treatment of parents of adolescents with early psychosis [master's thesis]. [Busan]: Pusan National University; 2015. 34 p.
22. Hyun MS, Nam KA, Ahn YM, Kim MY. The Recognitions of adolescents, parents, and teachers for female adolescents' problem behaviors. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005;14(1):13-22.