

## 아내구타 피해여성의 우울증 개선을 위한 통합적 집단프로그램의 효과\*

김재엽 · 양혜원 · 이근영 \*\*

이 연구는 쉼터 거주 아내구타 피해여성을 대상으로 이들의 우울증을 개선시키기 위해 개발된 통합적 집단프로그램의 효과성을 검증하는 데 그 목적이 있다. 이 연구에서는 가정폭력실태와 피해여성의 문제에 관한 연구를 바탕으로 개발된 통합적 집단프로그램을 수행하고 우울증을 중심으로 그 효과성을 평가하였다. 그 결과 실험집단(10명)의 우울증이 비교집단(18명)과 비교하여 유의미하게 감소한 것으로 나타났다. 특히 실험집단의 우울증 하위차원 중 정서적, 인지적, 행동적 증상에서 유의미한 감소를 보였다. 따라서 쉼터에 거주하는 아내구타 피해여성의 우울증을 개선시키기 위한 임상 개입프로그램은 정신건강관리 영역과 함께 폭력에 대한 이해, 의사소통훈련, 사회적 지지망 구축, 경제적 독립성, 자녀양육방법 등을 포함하는 것이 효과적이라고 하겠다.

\* 이 연구는 '98 학술 진흥재단의 학제간 연구기금 지원에 의해 수행된 것임.

\*\* 김재엽 : 연세대 사회복지학과 조교수

양혜원 : 서울신대 사회복지학과 강사

이근영 : 태화기독교사회복지관 사회복지사

## 1. 서론

아내구타는 폭력의 주체가 남성이며 폭력의 피해자가 여성인 가정폭력의 한 형태로서 이로 인해 가정의 질서가 파괴되고 존중받아야 할 인간의 권리가 깨지는 심각한 문제이다. 우리 사회에서는 1980년대 이후 아내구타의 심각성이 인식되기 시작하였고 1998년 7월 1일부터 <가정폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법>과 <가정폭력방지의 피해자 보호 등에 관한 법률>을 시행함으로써 가정폭력이 더 이상 개인의 문제가 아니라 국가가 개입하는 중요한 사회문제임을 명백히 하였다.

우리 사회에서 아내구타는 하나의 보편적인 사회현상으로서 그 발생정도가 이미 위험수위에 달하였다. 1998년에 실시된 김재엽의 전국가정폭력조사에 의하면, 한해동안 우리나라 전국의 가정 중 27.9%에서 아내구타가 발생한 것으로 나타났다. 이는 전국 가정을 1,300만 가구로 추정하였을 때, 약 360만 가구에서 아내구타가 행해진 것으로 추정할 수 있는 것이다.

이러한 아내구타가 피해여성에게 미치는 부정적 영향은 광범위하여, 신체적 손상은 물론 정신건강 전반에 걸쳐 매우 심각한 피해를 가져오는 것으로 알려졌다. 특히 아내구타와 관련된 많은 선행연구에서는 피해여성들의 높은 우울 수준이 공통적으로 지적되고 있다(Andrews & Brown, 1988; Hilberman, 1980; Walker, 1988; 김광일, 1988; 홍창희, 1997). 더욱이 정신적 피해는 장기간 지속되는 것으로서, 원만하게 해결되지 않을 경우 향후 삶에 대한 의지를 상실하게 될 수도 있는 것이다.

그러나 아직까지 우리나라에서는 아내구타 피해자의 정신건강 문제에 개입하는 전문적인 프로그램이 체계적으로 개발되어 실행되지 못하였으며 그 효과성에 대한 연구 또한 매우 부족한 실정이다. 특히 이러한 프로그램은 긴급한 폭력상황에서 남편의 구타를 피해 신체적 안전과 정서적 안정을 찾아 쉼터(*shelter*)를 찾는 여성들에게 더욱 필요하다. 그러나 우리나라 쉼터의 서비스는 아내구타 피해여성의 문제를 체계적으로 다루어줄 수 있는 전문적인 인력 및 재원의 부족으로 이들에게 숙식을 제공하는 수준을 넘어서지 못하고 있는 실정이다(김재엽, 1996). 따라서 쉼터 거주 아내구타 피해자들이 경험하는 정신건강 문제에 효과적으로 개입할 수 있는 전문적 치료프로그램의 개발이 절실하다고 하겠다. 특히 이들이 경험하는 정신건강 문제 중 우울증에 대한 개입을 통해, 이를 감소시킬 수 있는 프로그램이 시급히 요청되는 것이다. 더불어 이러한

프로그램에 대한 효과성 평가가 수행되어 프로그램에 대한 지속적인 수정 및 보완이 이루어져야 하겠다.

따라서 이 연구에서는 쉼터에 거주하는 아내구타 피해여성들을 위한 전문적인 치료 프로그램을 실시하고 우울증을 중심으로 그 효과성을 검증함으로써 아내구타 피해여성과 관련된 후속연구와 개입 프로그램 실시에 필요한 도움을 제공하고자 한다.

## 2. 이론적 배경

### 1) 아내구타 피해여성의 개념

폭력이란, 다른 사람에게 의도적으로 힘(force)을 사용하는 것, 즉 여러가지 목적으로 물리적인 힘을 사용하는 것을 말한다(Gelles & Straus, 1979). Berkowitz(1962)는 타인에게 의도적으로 신체적 혹은 정신적 상처를 입히는 것을 공격행동으로 규정하고 이러한 공격행동이 대상자의 신체적 상해를 의도하는 것일 때 이를 폭력이라고 정의하기도 했다. 특히 이러한 폭력이 1차 집단인 가정 내에서 그 구성원 사이에 발생하게 될 때, 이것을 '가정폭력'이라 한다(김재엽 1996). 가정폭력은 폭력행위의 대상에 따라 부모에 대한 자녀의 부모폭력과 부부간의 부부폭력, 형제간의 형제폭력, 자녀에 대한 부모의 자녀폭력 등으로 분류할 수 있다. 이 중에서도 부부폭력은 가해자에 따라서 남편이 아내에게 행사하는 '아내구타'와 아내가 남편에게 행사하는 '남편구타'로 구분된다. 따라서 이 연구에서 사용하는 아내구타의 개념은 남편이 아내에게 의도적으로 신체적 힘을 사용하는 폭력행위라고 정의하였다. 또한 아내구타 피해여성은 남편이 행사하는 아내구타행위의 대상이 된 아내를 말하는 것이다. 가정폭력에는 신체적 폭력뿐 아니라 정서적, 언어적 그리고 성적 폭력이 포함되지만 이렇게 신체적 폭력으로 연구의 초점을 제한하는 것은 신체적 폭력이 가장 가시적인 문제를 유발하기 때문이다.

## 2) 우울증의 개념

이 연구에서는 여러 정신건강 문제의 하위증상 중 아내구타 피해자들이 가장 보편적으로 경험하는 우울증에 그 초점을 맞추고 있다. 우울증은 '삶의 질에 대한 주관적 평가'나 '정신건강'(mental health)을 측정할 수 있는 유용한 지표이다. 즉 우울증은 심리적 디스트레스의 가장 일반적인 형태로 여겨져서 이를 통해 개인의 만성적인 스트레스를 파악할 수 있는 것이다(채수진, 1998, 재인용).

선행연구에서의 우울증 개념을 살펴보면 Beck(1996)은 그의 임상연구를 통하여 우울증은 서로 다른 하위증상들이 악순환되어 나타나는 것이라고 주장하였다. 즉 우울증은 불쾌한 정서로 나타나는 정서적 우울, 부정적 사고로 표현되는 인지적 우울, 그리고 자기패배적 동기 및 전반적 수동성으로 나타나는 행동적 우울과 신체적 우울의 하위증상들이 서로를 강화하여 나타난다고 하였다.

따라서 이 연구에서는 Beck 등의 연구를 바탕으로 우울증의 개념을 개인의 내적·외적 요인들로 인해 개인을 구성하는 모든 부분이 저하되는 상태로 정의하였다. 또한 우울증의 하위증상은 슬픔을 느끼거나 침울해지는 정서적 저하, 자기자신과 자신의 경험, 미래에 대해 부정적으로 사고하는 인지의 왜곡, 긍정적 동기의 상실로 말미암은 활동성의 저하, 수면장애나 식욕감퇴 등의 신체적 저하로 구분하였다.

## 3) 아내구타가 피해여성의 정신건강에 미치는 영향

아내구타는 피해여성에게 매우 충격적인 경험으로, 이러한 구타경험은 피해여성에게 극심한 정신적 어려움을 가져온다. 아내구타가 피해여성의 정신건강에 미치는 부정적 영향에 대한 구체적인 연구결과를 살펴보면, 먼저 국내 연구로서 김재엽(1998)은 가정폭력전국조사결과, 아내구타 피해여성은 높은 수준의 우울증을 경험하고 있으며 특히 심한 아내구타 피해여성은 심한 자살충동을 나타낸다고 보고하였다. 또한 홍창희(1997)의 연구에서도 아내구타 피해자들의 83%가 우울증을, 56%가 남편에 대한 죄책감을 느꼈으며 자살을 시도한 것으로 나타나서 이들이 경험하는 정신적 피해의 심각성을 보여주고 있다. 한국여성개발원이 아내구타 피해여성들을 대상으로 실시한 조사에서도 응답자의 반 이상이 자존심과 자신감을 잃고 무기력하며 죽고 싶다는 심각한

우울상태에 있는 것으로 나타났다(변화순·원영애·최은영, 1993)

외국의 연구에서도 이와 유사한 결과가 보고되었다. Struass와 Stets(1990)는 심각한 아내구타 피해여성 중 우울증을 경험하는 여성은 일반여성의 4배에 이르고, 이들이 자살을 시도하는 횟수는 일반여성의 5.5배에 달한다고 했다. 또한 Walker(1984)와 Hilberman(1980)은 아내구타 피해자가 만성적인 우울상태에 있으며 낮은 자존감, 불안, 학습된 무기력, 부인, 수치심, 죄책감, 정신신체적 고통을 당하고, 구타 상황에 대해 적절한 대안을 마련할 수 없다고 하였다. Barentt 등(1996)은 왜곡된 인지적 우울증상을 초래할 수 있는 자기비난에 대해, 구타피해여성의 자기비난 수준이 일반여성들보다 더 높게 나타남을 조사하였다. 자기비난은 자살이나 약물남용 등의 부정적 대처기술을 발전시킬 수 있다는 점에서 더욱 개입의 필요성이 요청되는 문제이다(Andrews & Brewin, 1990).

이러한 연구결과들을 종합해 볼 때 아내구타가 피해여성의 우울증에 미치는 부정적 영향은 매우 심각하여 임상적 개입이 시급한 수준이라 하겠으며, 특히 우울증은 이들에게 공통적으로 나타나는 증상으로 그 치료적 개입에서 가장 우선되어야 하는 측면이라고 하겠다.

#### 4) 아내구타 피해여성의 정신건강 증진을 위한 치료프로그램

##### (1) 아내구타 피해여성을 위한 집단프로그램의 효과성 및 개입모델

많은 선행연구들은 아내구타 피해여성을 위한 치료적 개입으로서 집단프로그램의 효과성을 보고하였다(Sinclair, 1984; Campbell, 1986; Lewis, 1983; Weingourt, 1985; Varvaro, 1990; 김재엽, 1996). 집단개입방법은 이들 피해여성들이 갖고 있는 공통된 문제를 수치심 없이 공개하고 자신의 문제를 책임지도록 격려받는다든 점에서 장점을 갖는다. 더욱이 집단은 피해여성들이 구타관계로부터 벗어나고 자신의 삶에 대한 통제력을 얻도록 돕는 안전한 환경을 제공하고, 참여여성들이 서로에게 의미있는 타인이 되므로 구타당한 여성들이 일반적으로 느끼는 소외감을 감소시켜 이들의 정신건강을 증진시키는 데 적절한 도움을 제공한다는 것이다.

아내구타 피해여성에 대한 집단개입은 기간(단계), 기본적인 이론적 접근, 제공되는 정보에 따라 다양한 모델이 있다. 이 중 대표적인 모델로는 Star 등(1979)의 심리

사회적 다단계 치료모델을 들 수 있다. 이 모델은 초기에는 위기개입적 접근을 중심으로 하지만 전반적으로는 구타피해여성들의 다양한 욕구에 따른 다각적인 치료적 개입을 강조하는 통합적인 모델이다. 그 구체적인 내용은 다음과 같은 7단계로 구성된다. 첫번째 단계는 위기상황에 대한 대처로써, 피해여성이 겪게 되는 불안과 공포에 대해 지지적인 반응을 해준다. 2단계는 결혼생활을 탐색해보는 것으로, 피해여성이 자기 자신과 남편에 대해 가지고 있는 느낌을 자유롭게 표현하도록 한다. 3단계는 구타피해 여성이 이용가능한 대안과 자원을 찾아보는 것이다. 4단계는 높은 수준의 불안감을 줄이고 자신의 환경에 대한 통제능력을 증진시키는 것이다. 5단계는 은폐된 감정을 극복하고 적절하게 표현할 수 있는 방법을 배우는 것이다. 6단계는 피해여성이 남편을 떠나야 할지 계속 남편과 함께 살아야 할지에 대한 양가감정을 다루는 것이다. 끝으로 7단계는 구타피해여성에게 건강한 역할모델을 제공하는 것이다.

Hartman(1983)도 그의 복합적 집단모델을 통하여 통합적 프로그램의 필요성을 강조하며 아내구타 피해여성들이 6단계로 구성된 체계적 치료과정을 통하여 피해를 극복해나갈 수 있다고 했다(신은주, 1995, 재인용).

Crites(1990)는 교육적 모델을 개발하였는데 이는 피해여성들에게 아내구타 역동을 교육하는 것을 중심으로 하여, 구타당한 여성의 경험과 현실을 탐색하고, 이들이 결코 남편에게 맞지 않을 권리가 있는 존재임을 강조함을 통해 지지와 이해를 제공하는 것을 주요 내용으로 한다. 이 모델은 특히 동양계 아내구타 여성에 대한 개입에 초점을 두었다.

이와같은 아내구타 피해여성을 위한 개입모델의 공통점은 기본적으로 지지적인 성격의 집단개입이라는 것이며, 폭력에 대한 이해를 통해 자신이 겪고 있는 심리적인 문제를 통찰하는 것에 좀더 초점을 둔 접근과 사회적인 자원과의 연계를 통한 독자적 생활기반을 마련하는 접근, 이것이 단계별로 통합되어 이루어지는 통합적인 접근으로 이해할 수 있다.

아내구타 피해여성에 대한 집단개입의 효과성 연구는 아직까지 많이 이루어지지 못하고 있는 실정이지만, 몇몇 연구에 따르면 개입이 상당히 효과적이라는 결과를 보이고 있다. Trimpey(1989)는 높은 우울과 낮은 자존감을 보이던 피해자들이 집단프로그램 참여 이후 우울증, 자존감과 대처기술에서 유의미한 수준으로 긍정적인 변화를 보였다고 밝혔다. 또한 Tutty 등(1993)은 집단활동에 참여한 피해여성들의 우울증, 자

존감, 결혼생활과 가족에 대한 태도에서 긍정적인 변화가 나타났다고 보고하였다.

## (2) 본 프로그램의 구성내용 및 개발근거

이 연구에서 실시한 아내구타 개입프로그램의 주요 구성내용은 <표 1>과 같다.

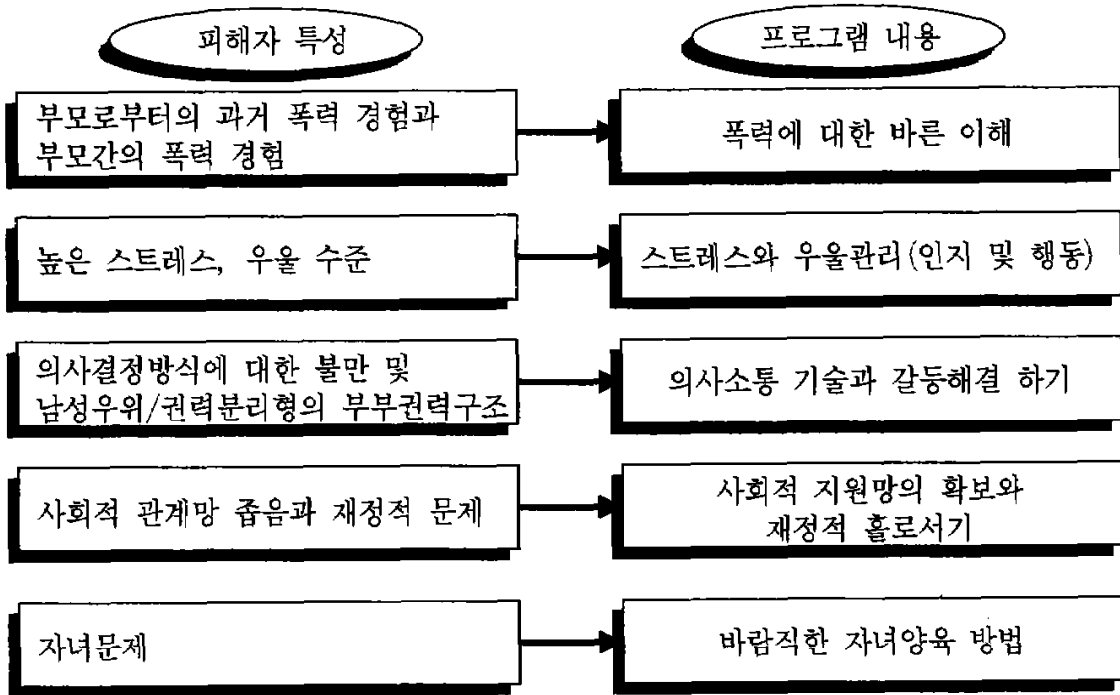
이는 우리나라의 가정폭력실태 조사결과들(김재엽·김동배·최선희, 1998; 조미영, 1998)을 그 주된 근거로 하고 Star 등(1979)의 심리사회적 다단계 치료모델, Hartman(1983)의 복합적 집단모델, Crites(1990)의 교육적 모델 등 다양한 관점을 참고한 것이다.

위의 연구에서 나타난 피해여성의 특징을 살펴보면, 이들은 아동기에 부모로부터 폭력적 체벌을 경험하거나 부모간의 폭력을 관찰한 경험이 비피해여성에 비해 높은 것으로 나타났다(Straus & Gelles, 1990). 피해여성은 정신건강에도 문제를 나타내어 비피해여성에 비해 높은 우울증 및 스트레스, 공격성, 낮은 자존감과 높은 자살충동을 보였다(김재엽, 1998; 홍창희, 1997; 변화순 등, 1993). 또한 부부갈등이 심각하였는데 특히 의사결정에서의 갈등이 많았다(김재엽, 1997). 그리고 이들은 비피해여성에 비해 친척과 친구 등 주변 사람들과의 접촉이 적고 자발적 사회활동이 빈약하여 사회적으로

<표 1> 아내구타 피해여성을 위한 개입 프로그램의 내용

회수	주 제	주 요 내 용	프 로 그 램 내 용
1	1. 프로그램 소개	전체적인 개관	① 함께 인사하기 ② 프로그램 소개
2	2. 폭력의 이해	폭력의 일반적 통념	폭력에 대한 잘못된 생각들 알아보기
3		폭력에서 벗어나지 못하는 이유	폭력을 벗어나기 위해 필요한 것들 알아보기
4	3. 정신건강 관리기술	우울과 스트레스의 이해	나의 우울과 스트레스 알아보기
5		우울과 스트레스의 극복	우울과 스트레스 벗어나기 연습
6		우울과 스트레스의 대처기술 연습	생활에서 우울과 스트레스를 이기는 방법
7	4. 대인관계/부부 관계 증진	의사소통 기법 연습	다른 사람과 기분 좋게 이야기하는 방법 연습
8	5. 독립성 증진	경제적 독립 계획연습	수입만들기 계획하기
9		비경제적 독립 계획연습	이웃만들기 계획하기
10	6. 자녀교육	바람직한 자녀 교육방법 익히기	바람직한 자녀 교육방법 익히기

〈그림 1〉 피해자 프로그램 내용 구성 근거



고립되는 경향을 보였으며 자녀에 대한 폭력행사에 허용적인 태도를 보였다(김재엽, 1999a).

따라서 아내구타 피해여성의 우울증을 개선시키기 위해서는 정신관리영역이 필요하고 가정폭력에 대한 이해, 의사소통 및 부부갈등에 대한 개입, 사회적 관계망 향상, 자녀문제 등과 같이 우울증의 다양한 하위증상에 개입하는 통합적 접근이 필요하다고 본 것이다. 따라서 이 프로그램은 아내구타 피해여성들의 우울증에 대한 정서적, 인지적, 행동적 그리고 사회적 접근을 병행하는 통합적 성격의 집단프로그램으로 구성되었다. 이러한 피해여성의 특징 및 이를 개선하기 위한 프로그램의 구성내용을 종합적으로 정리하면 〈그림 1〉과 같다.



### 3. 연구방법

#### 1) 연구가설

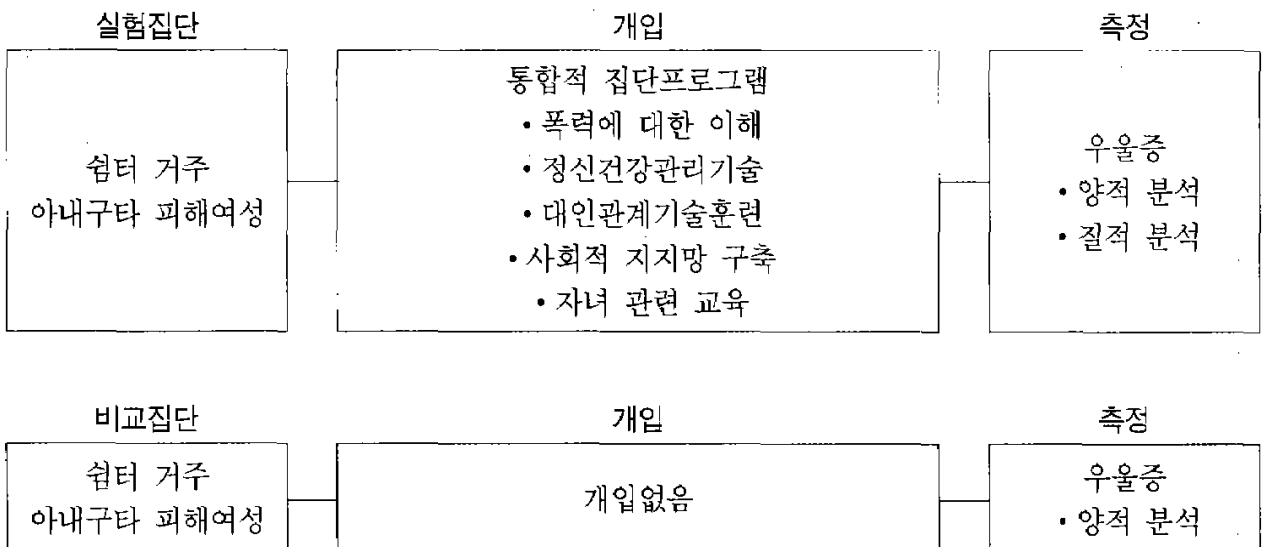
이 연구의 주요 가설은 쉼터에 거주하는 피해여성을 대상으로, 아내구타 피해여성을 위한 통합적 집단프로그램을 실시하는 것이 이들의 우울증을 개선시키는 데 적절한 도움을 제공한다는 것이다. 이 연구의 구체적인 가설은 다음과 같다.

〈가설 1〉 아내구타 피해여성을 위한 통합적 집단프로그램에 참가한 구성원들, 즉 실험집단의 우울증 수준은 참가하지 않은 사람들로 구성된 비교집단의 우울증 수준과 유의미한 차이가 있을 것이다.

#### 2) 연구분석틀

이 연구는 아내구타 피해여성을 위한 통합적 집단프로그램에 참여하는 것을 개입으로 하는 실험집단과 집단개입이 없는 비교집단을 설정하고, 실험집단에 대하여 10회에 걸친 개입을 한 후 각 집단에 대해 프로그램 사전, 사후에 우울증 정도를 측정한다. 이를 분석틀로 나타내면 〈그림 2〉와 같다.

〈그림 2〉 연구의 분석틀



### 3) 조사방법

#### (1) 연구방법 및 도구

이 연구에서는 쉼터 거주 아내구타 피해여성을 위한 통합적 집단프로그램의 효과성을 검증하기 위하여 우울증 수준을 변수로 하여 다음의 연구방법을 활용하였다.

첫째, 자기보고방식을 이용한 설문지를 통하여 실험집단과 비교집단의 우울증 점수의 변화에 대한 통계적인 차이검증을 시도하였다.

둘째, 참여자 개개인의 집단회기별 우울증에 대해 구체적인 측정항목을 정의하고 관찰하여 그 변화양상을 평가하였다. 이는 집단활동의 주진행자와 보조진행자 2인이 각각의 평가를 실시하여 이를 종합하는 방식으로 이루어졌다. 주진행자는 사회복지를 전공한 가족치료전문가로서 박사과정에 재학중이며 보조진행자는 역시 사회복지를 전공하는 석사과정 학생이었다.

#### ① 양적 분석

이 연구에서는 우울증을 측정하기 위해서 Beck이 개발한 우울증척도(BDI: Beck Depression Inventory)를 사용하였다. BDI는 1961년 Beck에 의해 개발된 이래 지금까지 우울증을 측정하는 도구들 중에 가장 널리 사용되고 있는 도구 중 하나로서 우울증의 정서적, 인지적, 행동적, 신체적 증상을 나타내는 21개의 문항으로 이루어진 자기보고식의 질문지이다.

이 연구에서는 이 중에서 18개 문항을 질문하였으며, 각 문항에 대해서는 5점 리커트 척도를 사용하여 ① 전혀 그렇지 않다 ② 별로 그렇지 않다 ③ 가끔 그렇다 ④ 대체로 그렇다 ⑤ 항상 그렇다 중 한 문항에 반응하게 하였고, 이를 합산하여 개인의 총 우울점수로 하였다. 이 연구에서 나타난 측정도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .8917$ 이었다.

#### ② 질적 분석

이 연구에서는 사전·사후에 척도를 통한 우울증 수준의 측정에 따른 양적 분석과 함께 집단회기별로 참여자 개개인의 우울증 수준을 참여관찰을 통하여 측정하여 좀더 구체적인 자료로 활용하였다.

〈표 2〉 실험집단 개별 참가자의 우울증에 대한 관찰 항목

번호	항목	구체적 내용
1	참여정도	집단프로그램 내에서 나타나는 의사표현의 빈도와 적극성의 정도
2	긍정적 언어표현	타인에 대한 칭찬, 공감, 동의를 긍정적인 내용의 언어적 반응 정도
3	부정적 언어표현	실패와 부담에 대한 진술, 자기비난의 부정적인 내용의 언어적 반응 정도
4	울기, 침울한 표정	눈물을 흘리거나 울먹거리는 행동, 침울하거나 기운이 없는 표정과 말투

여기서 집단의 주진행자와 보조진행자는 구조화된 기록양식을 활용하였는데, 이 자료는 Lewinsohn과 그 동료들이 1969년도에 실행했던 우울증 개입집단의 평가항목을 수정 보완하여 사용한 것이다(Fisher & Gochros, 1975, 재인용).

그 구체적인 내용은 〈표 2〉와 같다.

## (2) 연구대상

이 연구의 실험집단은 1998년 11월 현재 A기관 아내구타 피해자 쉼터에 거주해있는 여성들 중에서 집단참여를 원하는 여성을 대상으로 하였다. 비교집단으로는 E, K, T기관의 아내구타 피해여성을 위한 쉼터에 거주하는 여성을 대상으로 하였다.

프로그램은 5주에 걸쳐 주 2회씩, 총 10회가 실시되었으며 각각의 회기는 약 2시간 30분간 진행되었다.

이 프로그램에서 실시한 집단은 폐쇄집단을 원칙으로 하였으나 1회부터 프로그램에 참가한 10명의 여성 중 한 여성이 도중에 집으로 귀가하여 탈락하였고, 3회부터 쉼터에 새로 입소한 2명의 여성이 기관의 요청에 따라 참여하게 되어 최종적인 실험집단은 10명이었다. 한편, 3개 기관에 같은 기간동안 거주한 비교집단은 총 18명이었다. 프로그램을 실시하기 이전과 이후 약 1주간에 걸쳐 BDI를 사용하여 사전조사와 사후조사를 실시하였다.

## (3) 자료분석방법

자료의 양적인 분석은 SPSS/PC+(version 7.5)를 이용하여 통계처리 하였으며, 질적 자료는 양화하여 제시하였다.

(1) 실험집단과 비교집단간의 동질성을 검증하기 위하여 대상자의 인구학적, 폭력적 특성을 교차분석(cross tabulation) 하였다.

(2) 실험집단과 비교집단간의 우울증 정도와 변화량의 차이를 비교하기 위하여 독립표본 평균 차이검증(*independent samples t-test*)을 사용하였다.

(3) 실험집단과 비교집단 각각의 개입 전후의 우울증 정도의 차이를 검증하기 위하여 짝표본 평균 차이검증(*paired samples t-test*)을 사용하였다.

(4) 집단의 주진행자, 보조진행자가 기록한 우울증의 변화양상을 기술하고 양화하여 시각적으로 제시하였다.

#### 4. 연구결과

##### 1) 실험집단과 비교집단의 동질성 확인

실험집단과 비교집단을 구성하는 피해여성들의 연령, 교육정도, 직업, 소득, 폭력의 피해빈도, 피해유형 등이 차이가 있는지 살펴보았다. 실험집단과 비교집단 성원들의 우울증 점수에 유의미한 차이가 있는지 검증하였다. 이는 각각 <표 3, 4, 5>에서 제시하였다.

##### (1) 사회인구학적 특성 비교

피해여성의 사회인구학적 특성을 연령, 직업, 소득, 교육정도 등의 항목에서 비교하였을 때 모든 항목에서 실험집단과 비교집단과의 유의미한 차이는 없었다.

연령분포에서는 20대에서 50대까지 넓은 범위를 보였으나 실험집단과 비교집단 모두 구성원 중 30대가 차지하는 비율이 각각 전체의 70%, 61.1%를 나타내어 두 집단 모두 30대가 주를 이루고 있음을 알 수 있다. 두 집단의 연령간에 통계적으로 유의미한 차이는 없었다.

교육정도는 초등학교 졸업에서부터 대학원 졸업까지 고르게 분포되었고, 이 중에서 53.6%가 고졸(중퇴포함)로서 가장 많은 비율을 차지하였다. 전문대졸 이상의 고학력 여성도 실험집단과 비교집단이 각각 20%, 14.3%를 나타냈다. 통계적으로 볼 때, 두 집단간 유의미한 학력의 차이는 없었다.

직업은 두 집단 모두 전체의 65% 이상이 무직이었고, 통제집단이 실험집단에 비해

〈표 3〉 실험집단과 비교집단의 사회인구학적 특성

단위 : N(%)

구분		실험집단	비교집단	전체	t / $\chi^2$	p
연령	20~29세	1(10.0)	1(5.6)	2(7.1)	.968	.809
	30~39세	7(70.0)	11(61.1)	18(64.3)		
	40~49세	2(20.0)	5(27.8)	7(25.0)		
	50세 이상	-	1(5.6)	1(3.6)		
학력	초등졸	-	1(5.6)	1(3.6)	4.335	.502
	중졸	4(40.0)	4(22.2)	8(28.6)		
	고졸	4(40.0)	11(61.1)	15(53.6)		
	전문대졸	1(10.0)	1(5.6)	2(7.1)		
	대졸	1(10.0)	-	1(3.6)		
	대학원 이상	-	1(5.6)	1(3.6)		
직업	무직(전업주부포함)	10(100.0)	12(66.7)	22(78.6)	4.242	.120
	피고용서비스	-	4(22.2)	3(14.3)		
	단순일용직	-	2(11.1)	2(7.1)		
소득	없음	10(100.0)	13(72.2)	23(82.1)	3.382	.184
	70만원 미만	-	2(11.1)	2(7.1)		
	70만원 이상	-	3(16.7)	3(10.7)		
계		10(100.0)	18(100.0)	28(100.0)		

현재 직업이 있는 여성이 많았으나, 통계적으로 볼 때 유의미하지 않았다.

소득에서는 직업이 없는 여성이 대부분이므로 전체의 80% 이상이 소득이 없었고, 직업이 있는 여성의 경우 소득은 대체로 70만원선인 것으로 조사되었으나 두 집단간에 유의미한 차이를 보이지 않았다.

(2) 폭력에 관한 특성 비교

피해여성들의 정신건강에 영향을 미칠 수 있는 특성 중 남편의 구타와 관련된 특성을 구타빈도와 구타유형을 비교하여 살펴보았다. 구타빈도나 구타유형은 실험집단과 비교집단 사이에 의미있는 차이는 나타내지 않았다.

먼저 구타빈도는 모든 범주에서 고르게 분포되어 있었으며, 실험집단이 통제집단에 비해 구타빈도가 다소 적었으나 유의미한 차이는 보이지 않았다.

〈표 4〉 실험집단과 비교집단의 폭력에 관한 특성

단위 : N(%)

구분		실험집단	비교집단	전체	$\chi^2$	p
폭력 빈도	1년에 1~2회	4(40.0)	3(17.6)	7(25.9)	4.538	.338
	2~3달에 1회	3(30.0)	2(11.8)	5(18.5)		
	1달에 1~2회	1(10.0)	6(35.3)	7(25.9)		
	1주일에 1회	1(10.0)	2(11.8)	3(11.1)		
	1주일에 2회 이상	1(10.0)	4(23.5)	5(18.5)		
소계		10(100.0)	17(100.0)	26(100.0)		
폭력 경험률	1. 물건 던지기	6(60.0)	14(77.8)	20(71.4)	.996	.318
	2. 세게 밀치기	3(30.0)	10(55.6)	13(46.4)	1.688	.194
	3. 뺨 때리기	8(80.0)	16(88.9)	24(85.7)	.415	.520
	4. 발, 주먹으로 때리기	7(70.0)	16(88.9)	23(82.1)	1.564	.211
	5. 물건으로 때리기	2(20.0)	9(56.3)	11(42.3)	3.313	.069
	6. 사정없이 때리기	6(60.0)	11(61.1)	17(60.7)	.003	.954
	7. 칼, 총으로 위협하거나 상해하기	8(80.0)	12(66.7)	20(71.4)	.560	.454
	8. 강제로 성관계 하기	5(50.0)	14(77.8)	19(67.9)	2.274	.132

〈표 5〉 실험집단과 비교집단의 사전 우울증 점수 비교(BDI측정)

구분	집단	사례수	평균	표준편차	t	df	p
우울증	실험	10	2.86	.61	1.050	26	.303
	비교	18	2.58	.72			

주 : \* 우울증 점수가 높을수록 우울정도 심한 것임

구타유형에서는 모든 항목에서 실험집단과 비교집단의 경험 여부에 유의미한 차이를 보이지 않았다. 경험정도는 폭력유형에 따라 차이는 있으나 가장 낮은 경험률 42.3% (물건으로 때리기) 에서부터 가장 많은 경험률 85.7% (뺨때리기) 까지 다양한 분포를 나타내고 있다.

### (3) 사전 우울증점수 비교

집단 참여여성들이 평가한 우울증 평균점수의 경우, 실험집단이 2.86점, 비교집단이 2.58점이었다. 즉, 사전 우울증점수의 평균은 실험집단이 비교집단보다 높게 나타

났다. 그러나 두 집단의 사전 우울증 평균점수에 대한 t검증결과, 통계적으로 유의미한 차이가 없었다.

## 2) 실험집단과 비교집단의 우울증점수 비교

### (1) 우울증점수의 비교

프로그램에 참여한 여성들이 평가한 사전, 사후 우울증 평균점수는 각각 2.86점과 2.36점이었다. 이 두 평균간의 차이에 관한 t검증 결과, 실험집단의 우울증수준은 통계적으로 유의미한 차이를 나타내었다( $p < .05$ ). 즉, 프로그램에 참여한 이후 우울수준에서 통계적으로 의미있는 감소를 보였다고 해석된다. 한편 비교집단의 경우 우울증 사전, 사후검사 평균은 2.58점과 2.67점으로 오히려 0.9점 증가하였다. 이 두 평균간의 차이에 관한 t검증 결과, 비교집단 여성들의 우울증 점수에서는 유의미한 변화가 없는 것으로 나타났다.

### (2) 우울증의 하위 증상별 점수 비교

다음으로 우울증을 정서적, 인지적, 행동적, 신체적 증상의 4개 하위차원으로 구분하여 각각에서 실험집단과 비교집단 성원의 사전, 사후의 변화가 있는지를 검증하였다.

먼저 슬픔이나 죄책감, 수치심 등의 불유쾌한 감정을 많이 느끼게 되는 정서적 우울증상에서 실험집단의 사전, 사후검사의 평균은 각각 3.08점과 2.60점이었으며, 이러한 정서적 우울증상의 감소는 통계적으로 유의미한 것이었다( $p < .05$ ). 반면 비교집단의 정서적 우울증상은 사전, 사후검사의 평균이 각각 2.77점과 2.79이었다. 평균은 약간 증가하였지만 이러한 정서적 우울증상 점수의 증가는 통계적으로 유의미하지 않았다.

인지적 우울증상은 외부세계와 자신, 미래에 대해 부정적인 관점을 가지고 자기를 비난하게 되는 것을 말하는데, 실험집단의 인지적 우울증상은 사전, 사후검사의 평균이 각각 2.80점과 1.90점으로 프로그램 실시 이후 가장 많은 수준의 감소를 보였다. 이러한 두 평균의 차이 역시 t검증 결과 유의미한 변화로 나타났다( $p < .001$ ). 비교집단은 사전, 사후검사의 평균이 각각 2.44점과 2.50점으로 0.06점 정도로 약간의 증가

〈표 6〉 실험집단과 비교집단의 사전·사후 우울증 점수 비교(BDI측정)

구분	처리	실험집단					비교집단				
		평균	사례수	t	df	p	평균	사례수	t	df	p
우울증	사 전	2.86	10	3.131	9	.012*	2.58	18	-.742	17	.468
	사 후	2.36	10				2.67	18			

주 : \*p<.05

〈표 7〉 실험집단과 비교집단의 하위 우울증상별 사전·사후 점수 비교(BDI측정)

구분	처리	실험집단					통제 집단				
		평균	사례수	t	df	p	평균	사례수	t	df	p
정서적 우울	사 전	3.08	10	2.395	9	.040*	2.77	18	-.212	17	.834
	사 후	2.60	10				2.79	18			
인지적 우울	사 전	2.80	10	4.718	9	.001***	2.44	18	-.443	17	.664
	사 후	1.90	10				2.50	18			
행동적 우울	사 전	2.70	10	3.324	9	.009**	2.39	18	-.055	17	.957
	사 후	1.94	10				2.40	18			
신체적 우울	사 전	2.88	10	-.573	9	.581	2.72	18	-1.51	17	.150
	사 후	3.00	10				3.00	18			

주 : \*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

를 보였다. 그러나 두 평균의 차이에 관한 t검증 결과 유의미한 변화는 없었다고 할 수 있다.

긍정적인 동기를 상실하고 활동성이 낮아져 대인관계를 회피하게 되는 행동적인 우울증상의 항목에서는 실험집단의 사전, 사후검사의 평균이 각각 2.70점과 1.94점으로 프로그램 실시 이후 감소하였다. 두 평균의 차이에 대한 t 검증 결과 p<.01 수준에서 유의미한 변화가 있는 것으로 검증되었다. 반면 비교집단에서는 사전, 사후검사의 평균이 각각 2.39점과 2.40점으로 약 0.01점 정도 증가하였다. 그러나 두 평균의 차이에 대해 t 검증하였을 때, 유의미한 변화는 없었다.

신체적인 우울증상은 수면장애, 식욕상실, 쉽게 피곤해지는 것으로 나타나는데, 실험집단의 경우, 사전, 사후검사의 평균이 각각 2.88점과 3.00점으로서 프로그램 실시 이후 오히려 증가하는 경향을 보였다. 그러나 두 평균의 차이에 대한 t검증 결과, 유



의미한 변화는 없었다. 그리고 비교집단도 사전, 사후검사의 평균이 각각 2.72점과 3.00점으로 점수가 증가하였다. 그러나 두 평균의 차이에 대한 t검증 결과, 유의미한 변화는 없었다고 해석할 수 있다. 신체적인 우울증상에서 변화가 나타나지 않은 것은 본 프로그램이 5주간의 단기개입이었으며, 구성내용 중 정신과 의사의 개입은 있었으나 구타로 인한 신체적 후유증에 대한 의료적 개입이 충분히 이루어지지 않았기 때문인 것으로 판단된다.

### 3) 실험집단 개별 참가자의 변화양상

이 연구에서는 집단참여를 통한 참가자들의 개별적 우울증변화를 측정하고자 양적 접근과 질적 접근을 병행하였다. 참여여성들은 양적 도구(BDI)를 활용하여 자신의 우울증수준을 평가하였는데 이들 중 2명의 우울증수준이 증가하였고 8명은 감소하였다. 개별 참가자들의 구체적 우울증점수의 변화량은 다음의 <표 8>에서 제시하였다.

또한 이 연구에서는 개별 참가자의 집단프로그램 내에서의 우울증상과 관련된 변화를 관찰기록하고 각 회기의 내용을 녹음하였다. 이를 통하여 개별 성원들의 변화양상을 그래프를 통하여 시각적으로 제시하고 기술하였다. 우울증의 관찰항목에 해당하는 참여정도, 언어적 표현에서 부정적 표현, 긍정적 표현, 울기나 침울한 표정의 수준을 검토하였다.

이러한 질적 분석에서는 Lewinsohn과 그 동료들이 1969년도에 실행했던 우울증 개

<표 8> 실험집단 참가자가 평가한 우울증점수의 개별변화(BDI측정)

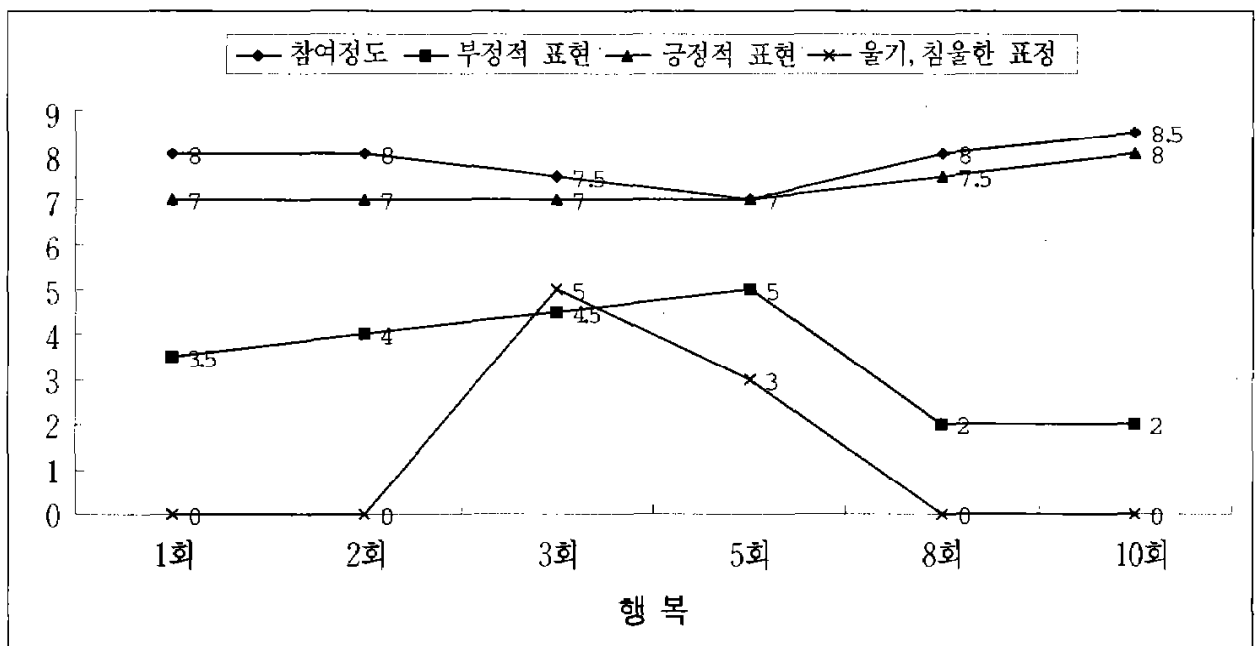
구성원	우울증 사전검사	우울증 사후검사	변화량
행복	3.14	2.76	-.38
백조	2.31	2.46	+.15
사랑	2.84	2.38	-.46
물	2.25	1.80	-.45
달님	2.79	2.45	-.34
샘	2.89	1.68	-1.21
바위	2.50	2.58	+.08
들꽃	2.23	2.0	-.23
미소	3.69	2.93	-.76
믿음	4.01	2.58	-1.43

입집단의 평가항목을 수정 보완하여 사용한 관찰항목(참여정도, 부정적 표현, 긍정적 표현, 울기, 침울한 표정)을 기준으로 하여 개별참가자의 우울증에 대한 변화의 추이를 제시하였다. 각 참가자마다 초기 1, 2회의 상태를 기초선으로 설정하기 위해 제시하였고, 이후에는 약간의 간격을 두어 3회, 5회, 8회, 10회의 관찰점수를 차례로 제시함으로써 그 변화양상을 살펴보았다. 그 결과 전체참여자 중 1인(백조)을 제외한 나머지 9명은 BDI를 통한 양적 조사 결과와 관찰항목을 통한 질적 분석의 결과가 대체적으로 일치하였다.

(1) 행복

행복의 경우, BDI 우울증점수가 사전 3.14점, 사후 2.76점으로 0.38점 감소하였다. 질적 분석에서는 매회 7점 이상의 참여정도와 긍정적 표현점수를 나타내 매우 높은 참여정도와 타인에 대한 긍정적인 태도를 보여주었다. 부정적인 표현은 1, 2회에 3, 4점대에서 3, 5회 5점까지 높아졌으나, 8, 10회에는 2점으로 감소하여 긍정적 변화를 보였으며 이는 양적 분석상에서 나타나는 우울증 점수변화에도 일치하는 것이다. 3회에서 울기 및 침울한 행동이 증가한 것은 집에 두고 온 자녀에 관하여 언급하면서 부정적 감정이 표출되었기 때문으로 보인다. 5회에서 부정적 표현의 증가는 우울증 검사결과, 자신의 예측보다 심한 우울상태라는 결과가 나타난 것이 영향을 미친 것으로 보인다.

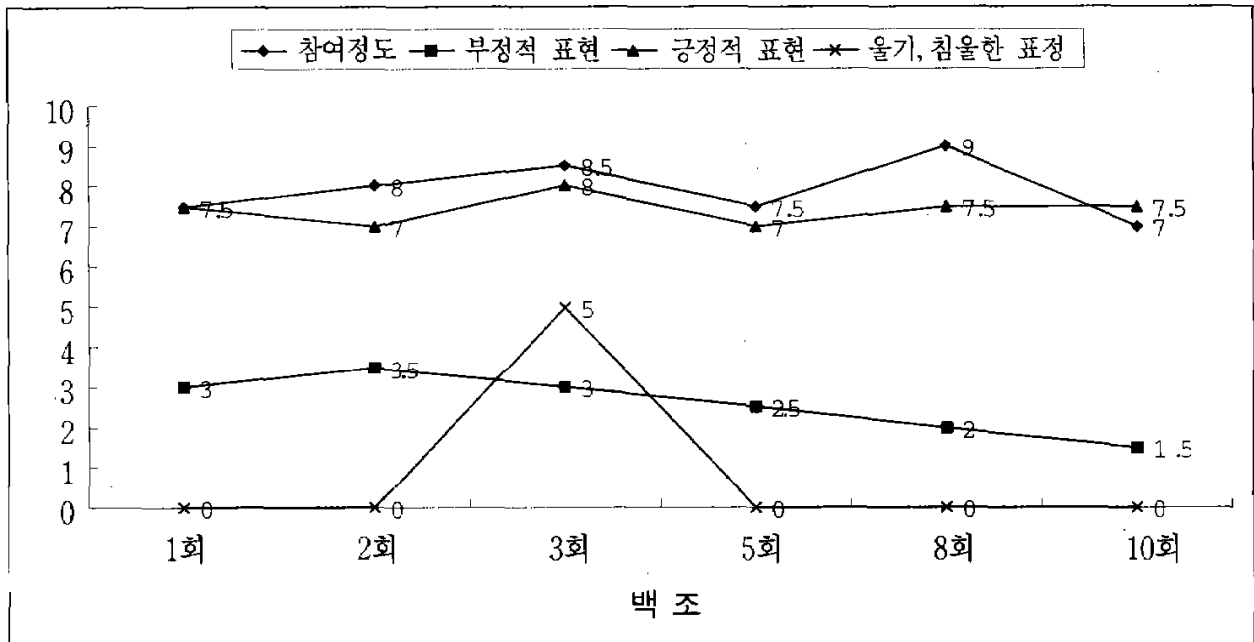
〈그림 3〉



(2) 백 조

백조는 BDI 결과 우울증점수가 사전 2.31점에서 사후 2.46점으로 1.5점 증가하였다. 그러나 진행자들에 의한 질적 분석에서는 참여정도와 긍정적 표현이 관찰된 모든 회기에서 7점 이상의 높은 수준을 유지했다. 특히 부정적 표현은 초기의 3점 대에서 회기가 진행될수록 낮아져 10회에는 1.5점으로 감소되었다. 이렇듯 BDI를 통한 우울증 점수와 질적 분석의 우울증 수준은 차이를 보이는데, 이에 영향을 미쳤다고 생각되는 요인은 다음과 같다. 백조는 집단프로그램이 진행되는 중간에 남편과 전화연락하여 새로운 결합에 대한 논의를 하였다. 이것이 백조에게 매우 큰 스트레스로 작용하였을 것이며, 남편이 정신과 치료를 받을 것, 부부치료에 참가할 것을 지키는 조건으로 집에 들어가기로 하였다. 그러나 백조는 앞으로의 결과에 대해 매우 걱정하고 있었다. 이러한 부담에도 불구하고 백조가 집단프로그램에 매우 협조적이고 의사소통 기술이 뛰어났으므로, 진행자들의 관찰에 의한 항목에서는 우울증상이 감소된 것으로 판단된다.

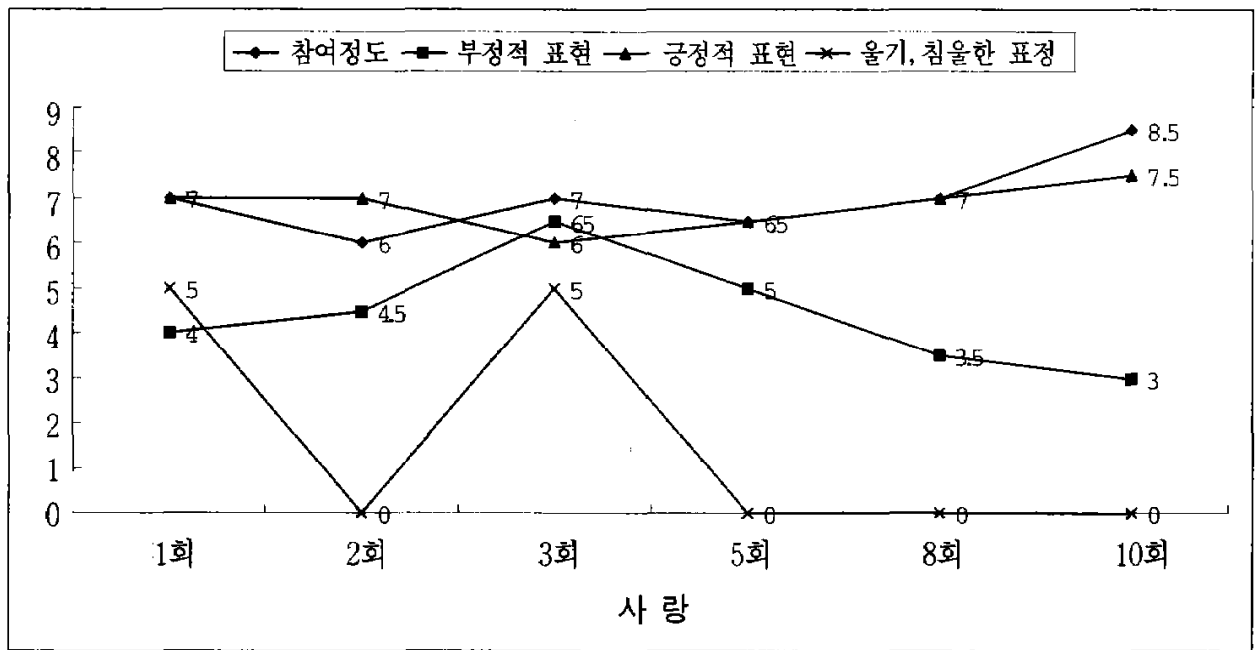
〈그림 4〉



(3) 사랑

사랑의 BDI 우울증점수는 사전 2.84점에서 사후 2.38점으로 0.46점 감소하였다. 질적 분석에서는 1, 2회 6, 7점대의 참여정도와 긍정적 표현정도를 3, 5, 8회까지 유지하다가, 10회에는 8점대까지 증가하였다. 부정적인 표현은 1, 2회 4점대에서 3회 6점대까지 올라갔으나 이후 점점 감소해 10회에는 3점으로 낮아져 양적 분석과 질적 분석간에 일치를 보인다. 3회에서 많은 부정적 표현과 울기, 침울한 행동을 나타낸 것은 폭력에서 빨리 헤어지지 못하고 30년을 지낸 것을 후회하면서 자신에 대한 비난을 표현했기 때문으로 보인다.

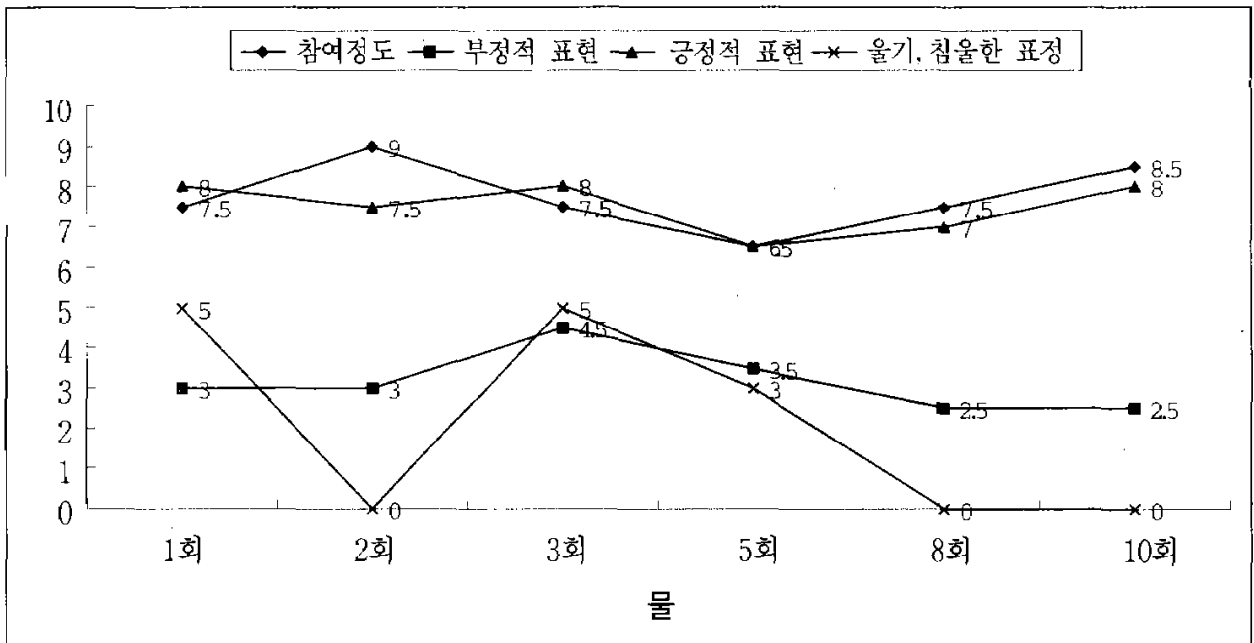
<그림 5>



(4) 물

물의 경우, BDI 우울증 점수가 2.25점에서 1.80점으로 0.45점 감소하였다. 질적 분석에서 참여정도와 긍정적 표현정도는 1, 2, 3회에 7점에서 9점까지 매우 높게 나타나다가, 5회에는 6점대로 떨어졌으며, 8회, 10회가 되면서 점차 증가해 8점대로 복귀하였다. 부정적인 표현은 1, 2회 3점대에서 3회 4점대로 증가했다가 지속적으로 감소하여 10회에는 2점대로 감소하였다. 따라서 양적 조사의 결과와 질적 분석은 상호 일치하는 것이다. 물이 3회와 5회에서 낮은 참여정도를 보이고 높은 부정적 표현, 울기 및 침울한 행동을 나타낸 것은 그 기간동안 건강이 좋지 않았고 집단에 참여하지 않았던 쉼터의 한 피해여성과의 갈등이 증폭되었기 때문인 것으로 여겨진다.

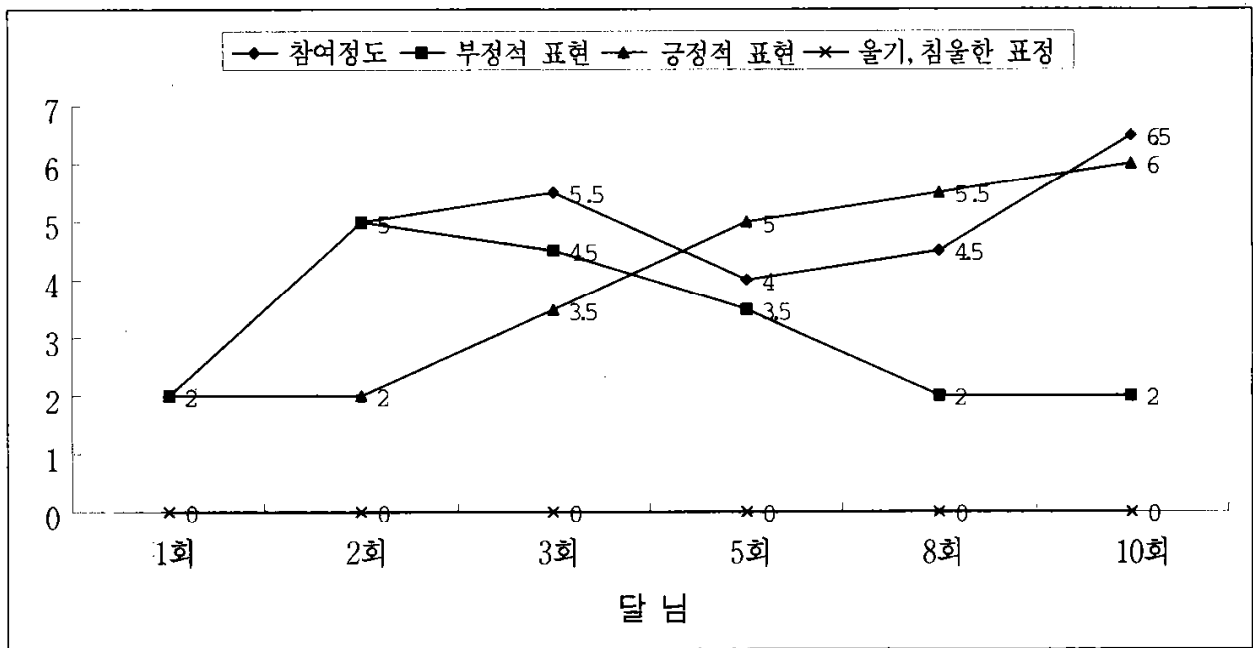
<그림 6>



(5) 달님

달님은 사전 BDI 우울증 점수가 2.79점에서 2.45점으로 0.34점 감소하였다. 질적 분석에서 참여정도는 1회에 2점으로 나타나 구성원 중 가장 저조하였다가 2, 3회 5점 대까지 상승하였고, 5, 8회에는 다소 낮아져 4점대를 유지하였으며, 10회에는 6점대 까지 증가하였다. 긍정적인 표현에서도 또한 1, 2회에 2점으로 매우 낮은 수준을 보 이다가, 회기가 진행될수록 점차로 증가하여 10회에는 6점으로 높아졌다. 부정적 표 현은 1회에 2점에서 2회 5점으로 많이 증가하였으며 점차로 낮아져 10회에는 다시 2 점대로 낮아졌다. 한편 표정상의 변화는 거의 없었으나 그 외 다른 항목에서는 긍정적 변화가 관찰되어 전체적으로 우울증의 개선을 보였다고 판단된다. 따라서 BDI 통한 양적 분석과 질적 분석은 대체로 일관된다고 할 수 있다.

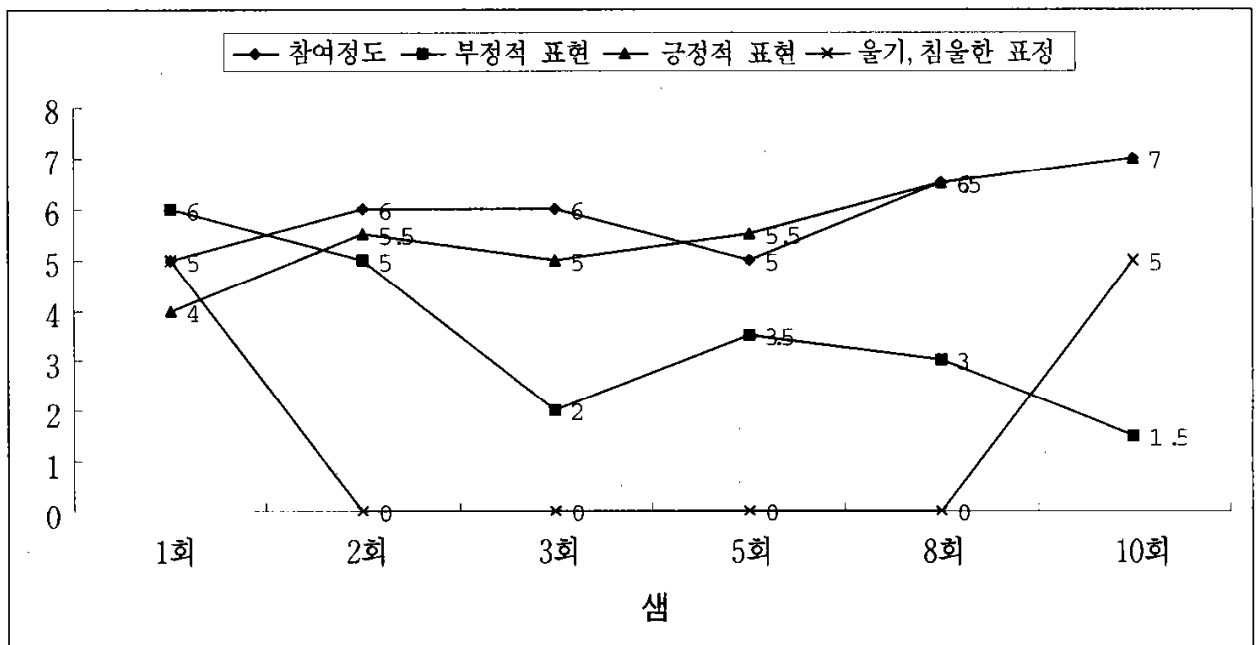
〈그림 7〉



(6) 샘

샘은 BDI 우울증 점수가 2.89점에서 1.68점으로 변화하여 1.21점이라는 큰 폭의 감소를 보였다. 질적 분석에서 참여정도는 1회 5점, 2회 6점 수준을 3, 5회까지 유지하다가 8, 10회에서는 7점까지 증가하였다. 긍정적 표현은 1회 4점에서 2, 3, 5회 5점대로 높아진 뒤, 8, 10회에서는 6, 7점까지 상승하였다. 부정적 표현은 1회, 2회 5, 6점대의 높은 수준에서 3회 2점으로 떨어진 후, 5, 8회 3점대로 약간 증가했다가 10회 1점대로 다시 낮아졌다. 따라서 샘의 경우도 양적 분석과 질적 분석이 일치하는 결과를 보인다. 샘은 1회와 10회에 많이 울었는데 10회에서는 집단의 종료를 아쉬워하는 것으로 그 성격은 매우 다르다고 하겠다. 샘이 이렇게 큰 변화를 보인 것은 집단의 지지적인 환경이 조선족으로서 느껴온 심한 소외감을 감소시키는 데 도움을 주었기 때문으로 판단된다.

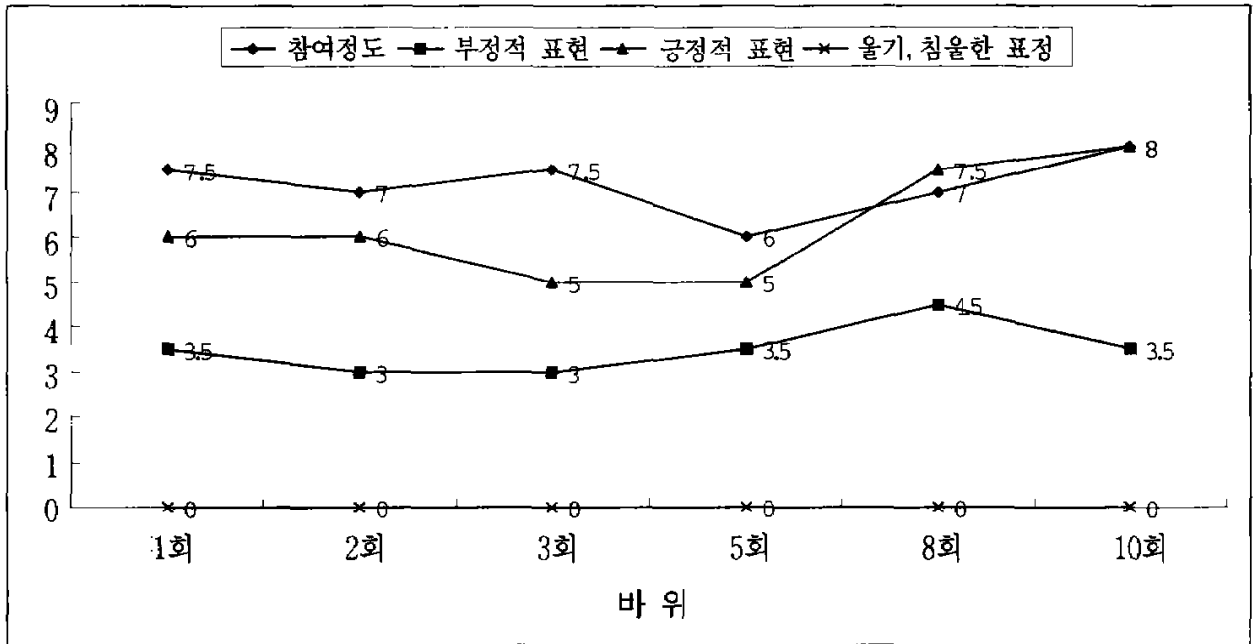
<그림 8>



(7) 바위

바위의 BDI 우울증점수는 사전 2.50점, 사후 2.58점으로 0.08점 증가하였으나 거의 변화가 없다고 할 만큼 소폭의 변화였다. 질적 분석상에서 참여정도는 1~3회에 7 점대를 유지하다가 5회 6점으로 다소 떨어졌으나 8, 10회에 다시 증가해 8점까지 높아졌다. 긍정적 표현은 1, 2회 6점이었고, 3, 5회는 5점이었는데, 8, 10회에는 7, 8 점으로 증가하였다. 부정적 표현정도는 1~4회까지 3점대를 나타내다가 8회 4점대로 높아졌으며, 10회에는 다시 3점대가 되었다. 울거나 표정상의 급격한 변화가 나타난 회기는 없었다. 즉 긍정적 표현이 증가한 것을 제외하고는 전반적으로 변화의 폭이 적어 거의 변화를 보이지 않았다. 따라서 양적 분석과 질적 분석의 결과가 거의 일치하는 것으로 볼 수 있다. 이렇듯 바위가 집단을 통하여 우울증상에 변화를 보이지 않은 것은 바위가 꾸준한 노력에도 불구하고 건강이 회복되지 않았던 것과 연관되는 것으로 보인다. 특히 이 프로그램에서 신체적 건강에 대한 개입이 병행되지 못하였던 것이 한 계점으로 작용한 듯하다.

〈그림 9〉

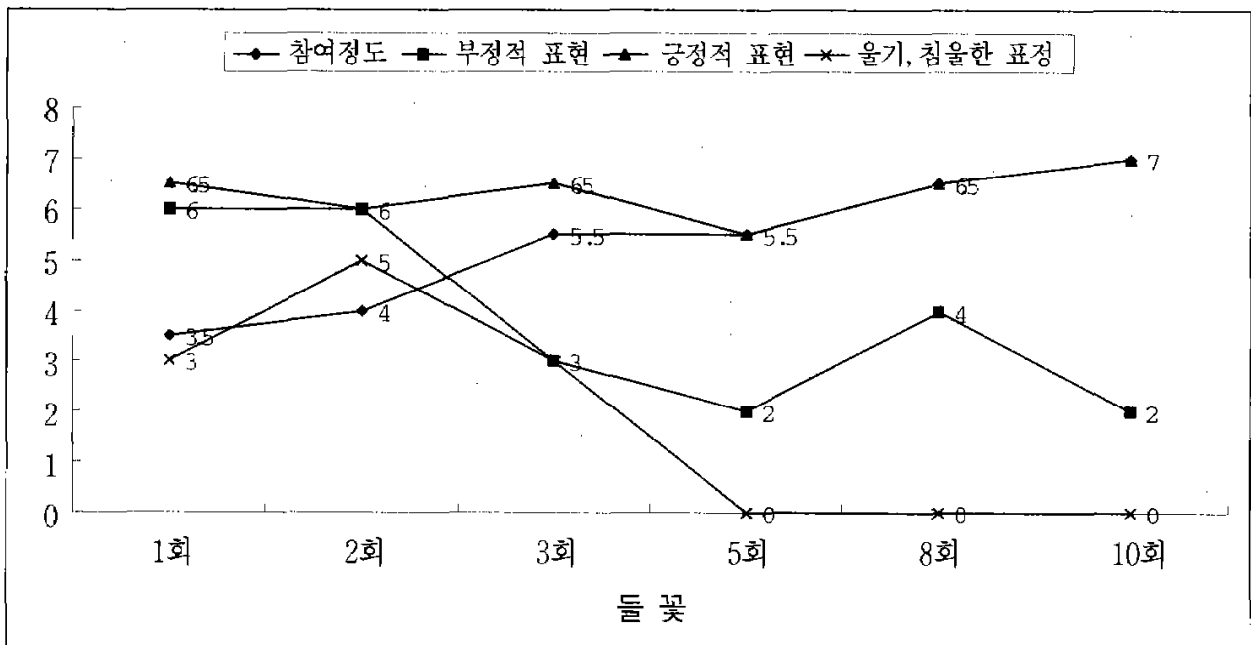




(8) 들꽃

들꽃의 BDI 우울증은 사전 2,23점에서 사후 2,00점으로 0.23점 감소하였다. 질적 분석에서 참여정도는 1회 3점대에서 회기가 지날수록 꾸준히 증가하여 10회에는 7점까지 높아졌다. 긍정적 표현정도는 1, 2회 6점대를 3회까지 유지하다가 5회 잠시 5점대로 떨어졌으나, 8, 10회 다시 높아져 7점을 나타내었다. 부정적 표현은 1, 2회 6점의 높은 수준에서 3, 5회 2점까지 점차 낮아지다가 8회 다시 4점으로 증가했으나, 10회에는 2점으로 낮아졌다.

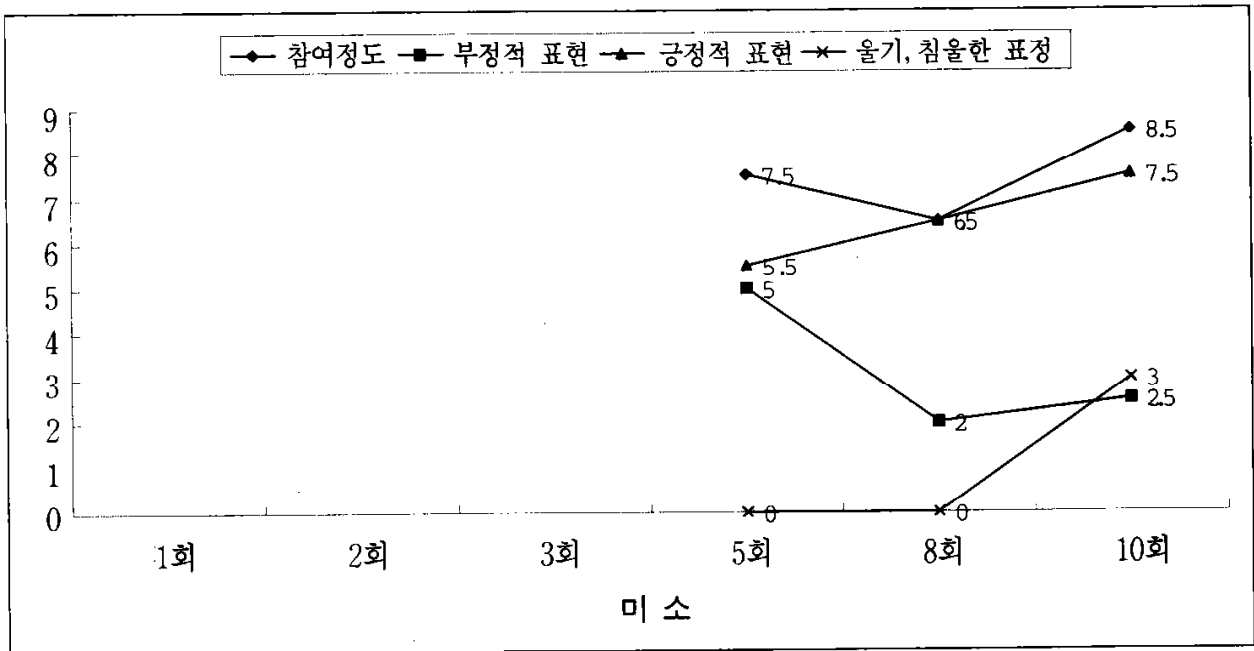
<그림 10>



(9) 미소

미소의 BDI 우울증점수는 사전 3.69점에서 사후 2.93점으로 감소하여 0.76점이 감소하였다. 질적 분석 상에서 참여정도는 5회 7점대에서 8회 다소 낮아졌으나, 10회에는 8점대로 높은 수준을 보였다. 긍정적인 표현정도는 5회 5점대에서 계속 증가하여 10회에는 7점대가 되었다. 부정적 표현은 5회 5점으로 높게 나타났으나 8회, 10회에는 2점대로 낮아졌다. 10회 약간 울먹거렸다. 미소 역시 양적·질적 두 분석간 결과가 일치하고 있다. 미소가 짧은 참여기간에도 불구하고 BDI와 관찰항목을 통하여 비교적 많은 변화를 나타낸 것은 다른 참여자들과는 달리 쉼터 입소 직후에 집단참여 및 사전검사가 이루어졌기 때문으로 보인다. 즉 미소는 사전검사시에 쉼터생활에 적응하지 못한 상태로서, 심한 정서적 불안과 우울을 호소하였다. 그러나 시간이 지나면서 조금씩 쉼터생활에 익숙해져 갔고 더불어 지지적인 집단에 적극적으로 참여함으로써 정서적 안정을 되찾은 것으로 보인다.

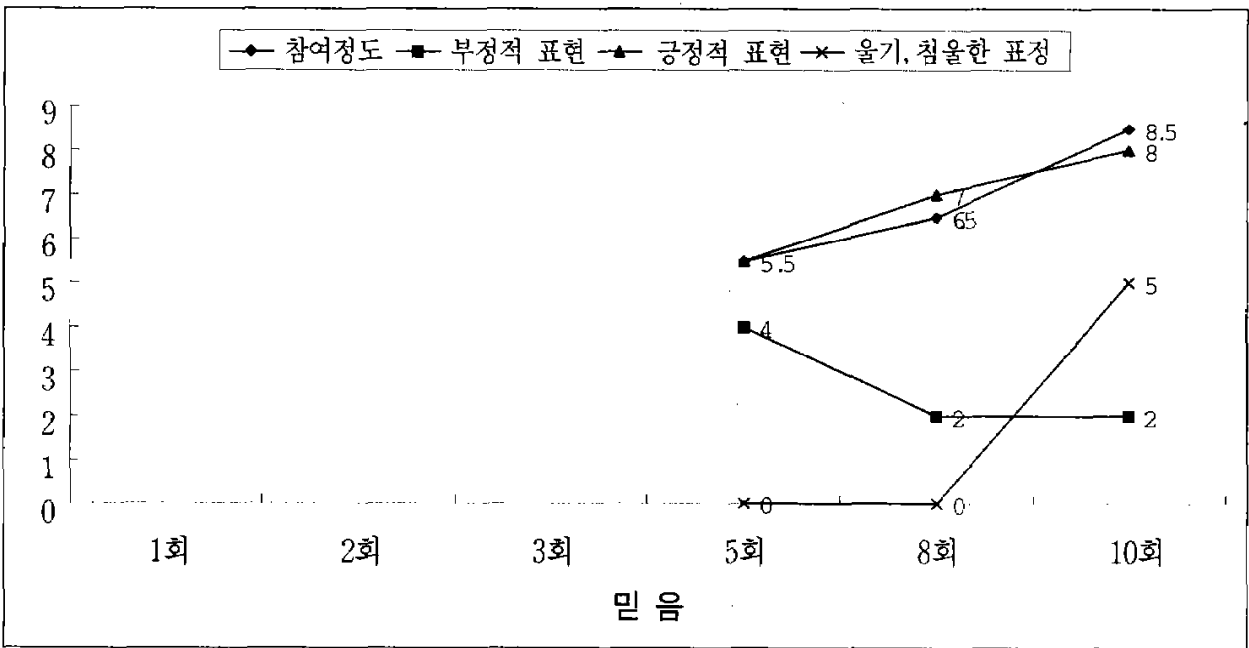
〈그림 11〉



(10) 믿음

믿음의 경우 BDI 우울증 점수가 사전 4.01점에서 사후 2.58점으로 1.43점이나 감소하였는데 이는 참여자들 중 가장 많은 감소를 나타낸 것이다. 구체적인 관찰항목에서, 참여정도와 긍정적인 표현은 5회 5점대에서 8회 6점대로, 10회에는 8점대까지 지속적으로 증가하였다. 부정적인 표현은 5회 4점에서 이후 2점으로 감소하여 BDI 결과와의 일치하였다. 10회에 많이 올랐는데 이는 집단을 끝마치며 헤어짐을 아쉬워하는 것이었다. 미소와 마찬가지로 쉽터에 입소하자마자 집단에 참여하게 되었으므로 정서적인 혼란 상태에서 사전검사가 이루어진 것이 큰 변화폭을 보인 것으로 여겨지며 집단참여가 정서적 안정과 우울감소에 긍정적인 역할을 한 것으로 여겨진다.

<그림 12>



## 5. 결론 및 제언

이 연구는 쉼터 거주 아내구타 피해여성의 우울증을 개선시키기 위해 개발된 통합적 집단프로그램의 효과성을 검증하기 위하여 시행되었다.

아내구타 피해여성은 구타로 인한 다양한 피해영향 중 우울증은 가장 대표적인 증상이다. 기존연구는 우울증을 겪고 있는 아내구타 피해자들을 위한 유용한 방법론으로서 집단개입을 지지하고 있다. 이 연구에서는 가정폭력 실태조사들을 바탕으로 지지적 자조집단, Star 등이 개발한 심리사회적 다단계 접근, Crites 등이 개발한 교육적 접근 등 다양한 관점을 참고하여 개발된 총 10회의 프로그램을 실시하였다. 프로그램의 효과성을 검증하기 위하여 통제집단을 통한 연구설계를 하였는데, 우울증 점수의 변화에서 실험집단(N=10)과 비교집단(N=18)을 비교하여 유의미한 차이가 있는지를 조사하였다. 우울증을 측정하기 위해 양적 조사와 질적 조사를 병행하였다. 양적 도구로는 Beck의 “Beck Depression Inventory(BDI)”를 사용하였다. 또한 집단프로그램 내에서 우울증과 관련된 관찰항목의 변화양상을 질적 방법을 사용하여 제시하고 분석하였다.

구체적인 연구결과로서 첫째, 통합적 집단프로그램에 참가한 여성들이 평가한 우울증은 프로그램 실시 전과 비교하여 통계적으로 유의미한 수준으로 감소하였다. 우울증의 하위증상별로는 정서적, 인지적, 행동적 우울증상이 통계적으로 유의미하게 감소하였으며, 신체적 우울증상은 오히려 증가하였으나 유의미하지 않은 수준이었다. 이는 이 프로그램이 참여집단의 전체적인 우울증 수준을 감소시키는 데 효과적이었음을 입증해주는 결과이다.

둘째, 통제집단 여성이 평가한 우울증 점수는 사전과 사후를 비교하였을 때, 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 하위 증상에서도 유의미한 차이를 보이지 않았다. 이는 실험집단의 경우 참여여성이 평가한 사전, 사후의 우울증 점수가 유의미하게 감소한 것과 함께 본 프로그램의 효과성을 나타내주는 근거가 된다.

셋째, 실험집단프로그램 내에서 관찰된 개별참가자의 우울증을 참여정도/긍정적 언어표현/부정적 언어표현/울기, 침울한 표정을 통해 질적 분석하였다. 전체적인 경향은 회기가 진행될수록 구성원들의 참여정도가 높아지고 다른 구성원들에 대한 긍정적 반응이 많아지며, 실패나 부담에 대한 진술이나 자기비난 등의 부정적 표현이 줄

어드는 변화양상을 나타내었다. 이러한 관찰항목상의 변화를 통해 참여자들의 우울증 문제가 집단프로그램 내에서도 줄어드는 경향을 확인할 수 있다. 즉, 본 프로그램에 참여한 구성원들이 자기보고식으로 응답한 양적인 우울증 점수의 감소뿐 아니라, 집단프로그램 내에서 이루어진 이들의 언어적, 비언어적 표현에 대한 질적 분석을 통해서도 우울증 감소효과를 살펴볼 수 있었다. 즉, 양적 분석과 질적 분석에서 실험집단 전체 참여자 중 1명을 제외한 나머지 9명의 결과가 대체로 일치하는 것으로 나타나 본 프로그램이 아내구타 피해여성의 우울증 개선에 효과적이었다는 것을 입증해주었다.

이 연구를 통해 얻어진 결론을 토대로 하여 다음과 같은 사회복지 임상실천을 위한 제언을 하고자 한다. 첫째, 쉼터에 거주하는 아내구타 피해여성의 우울증 문제를 감소시키기 위한 프로그램은 이들의 우울증 개선과 연관된 다양한 부분을 다루어야 한다. 이 연구에서 실시한 바와 같이 우울증상을 직접적으로 다루는 정신건강관리영역과 함께 폭력에 대한 이해, 의사소통훈련, 사회적 지지망 구축, 경제적 독립성, 자녀 양육방법 등 쉼터 거주 여성의 우울증에 영향을 미치는 다양한 부분을 포함하여 개입하는 것이 효과적이다. 둘째, 이 연구결과, 신체적 우울증상에 대한 효과가 가장 낮은데, 이는 피해여성에게 대한 치료프로그램이 신체적 의료서비스와 연계하여 제공되어야 함을 보여주는 결과라고 할 수 있다. 셋째, 이 연구결과에서는 제시되지 않았으나, 프로그램 진행에서 사회복지임상가로서 제안하고자 하는 점은 아내구타 피해여성들이 이혼이나 별거와 관련된 법적인 서비스와 미래의 독립적 생활을 위한 직업교육, 자녀와 동거할 수 있는 주거시설 등에 대한 욕구가 매우 높았으므로, 프로그램의 효과를 더 높이기 위해서는 이러한 서비스와의 연계가 절실히 요청된다는 점이다.

한편 이 연구의 제한점으로는 집단을 구성하는 성원의 규모가 작고 쉼터에 거주하는 아내구타 피해여성에게 국한되어 있으므로 일반화시키기 어렵다는 점을 들 수 있다. 또한 우울증에 대한 질적 접근이 실험집단에만 적용되었다는 점도 지적할 수 있다. 이러한 제한점을 극복하기 위해서는 더욱 다양한 아내구타 피해여성 집단에 대해서 지속적으로 프로그램을 실시하고 추후조사를 통해 장기적인 효과까지도 검증하려는 노력이 요청된다.

■ 참고문헌

- 김광일. 1988. "아내구타의 대책." 《정신건강연구》 제 6 집. 한양대학교 정신건강연구소.
- 김재엽. 1998. "한국 가정폭력 실태와 사회계층 변인과의 관계연구." 《한국사회복지학》 제 35 호.
- \_\_\_\_\_. 1999a. 미발표연구보고서. 한국가정폭력의 실태 및 원인분석과 통합적 치료 모형개발에 관한 학제간 연구.
- \_\_\_\_\_. 1996. "가정폭력의 피해자와 가해자를 위한 개입방안 연구." 《동광》 제 93 호. 한국 복지재단.
- \_\_\_\_\_. 1997. "부부권력구조와 갈등, 그리고 폭력." 《가족복지학》 제 1 호.
- 김재엽·김동배·최선희. 1998. "노인부부의 스트레스와 갈등, 우울증, 그리고 권력." 《한국 노년학》 제 18 권 제 3 호.
- 신은주. 1995. "아내학대에 대한 페미니스트 접근에 관한 사회사업적 분석." 박사학위논문. 서울대학교.
- 조미숙. 1998. "아내구타가정 아동의 심리·사회적 적응 관련변인 탐색을 통한 사회사업적 접근에 관한 연구."
- 한국여성개발원. 1993. "가정폭력의 예방과 대책에 관한 연구."
- 홍창희. 1997. "가정폭력과 여성의 정신건강." 《부산여자대학교여성연구》 제 8 집.
- Andrews, B. & G. W. Brown. 1988. "Marital violence in the community : A biographical approach." *British Journal of Psychiatry*. 153.
- Andrews, B. & C. R. Brewin. 1990. "Attribution of Blame for Marital Violence : A Study of Antecedents and Consequences." *Journal of Marriage and the Family*. 52, August.
- Barenett, O. W., T. E. Martinez, & M. Keyson. 1996. "The relationship between violence, social support, and self-blame in battered women." *Journal of interpersonal violence*. Vol. 11. NO. 2, June.
- Beck, A. T. 1996. 《우울증 인지치료》 원호택 외 공역. 학지사.
- Berkowitz, L. 1962. *Aggression : A Social-Psychological Analysis*. NY: McGraw-Hill.
- Campbell, J. C. 1986. "A Test of Two Explanatory Models of Women's Responses to Battering." *Nursing Research*. 38(1).
- Crites, L. 1990. "Cross-Cultural Counseling in Wife Beating Cases." *Response/Issue*. 77, Vol. 13, No. 4.
- Fisher, J. & H. L. Gochros, ed. 1975. *Planned Behavior Change*. NY: The Free Press.
- Hilberman, E. 1980. "The 'Wife-Beater's Wife Reconsiderd.'" *American Journal of Psychi-*

- atry. 137.
- Lewis, E. 1983. "The Group Treatment of Battered Woman." *Woman and Therapy*. 2(1).
- Sinclair, D. 1984. *Understanding Wife Assault : A Training Manual for Counsellors and Advocates*, Toronto: Government Bookstore Publication Services.
- Star, B., C. G. Clark, K. M. Goetz, & L. O'Malia. 1979. "Psychosocial Aspects of Wife Battering." *Social Casework : The Journal of Contemporary Social Work*. October.
- Trimpey, M. L. 1989. "Self-Esteem and Anxiety : Key Issues in An Abused Women's Support Group" *Issues in Mental Health Nursing*. 10. pp. 297~308.
- Tutty, L. M., B. A. Bigood, & M. A. Rothery. 1993. "Support Groups for Battered Women : Research on Their efficacy." *Journal of Family Violence*. December
- Gelles, R. J. & M. A. Straus. 1979. "Determinants of Violence in the Family : Towards a Theoretical Integration." Chapter 21 in *Contemporary Theories About the Family*, edited by Wesley R. Butt, Rueben Hill, F. Ivan Nye, & Ira L. Reiss. Vol. 1. NY: Free Press.
- Stets, J. E. & M. A. Straus. 1990. "Gender Difference in Reporting Marital Violence and Its Medical and Psychological Consequences." In *Physical Violence in American Families*, edited by Murray A. Straus & Richard J. Gelles, New Brunswick: Transaction Publishers. pp. 151~165.
- Varvaro, F. F. 1990. "Using a Grief Response Assessment Questionnaire in a Support Group to Assist Battered Woman in Their Recovery." *Response/Issue*. 77. Vol. 13, No. 4.
- Walker, L. E. 1988. "The Battered Woman Syndrome." In *Family Abuse and Its Consequences : New Direction in Research*, edited by G. T. Hotaling et al. NY: SAGE Publication.
- Walker, L. E. 1984. *The Battered Woman Syndrome*. NY: Springer Publishing Company.
- Weingourt, R. 1985. "Never to Be Alone : Existential Therapy with Battered Woman." *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*. 17.

## A Study of Effectiveness of the Integrated Group Program for Battered Women's Depression

Kim, Jae-Yop (Yonsei University)

Yang, Hae-Won (Seoul Theological University)

Lee, Keun-Young (Taewha Christian Social Center)

In this study, the effectiveness of integrated group program for battered women in the shelters carried out and the program's effectiveness concentrating on the depression is evaluated. The integrated group program was developed based on the National Family Violence Survey and other studies about battered women's characteristics.

The major outcomes of the study are following. First, depression score of the test group(N=10) in comparison with the comparison group(N=18) decrease with statistical significance.

Second, among the sub-symptoms of depression, the symptoms of affective, cognitive, and behavioral depression significantly decrease.

These findings show that an integrated program is needed to improve battered women's mental health; it includes not only a mental health intervention but many other services such as family violence education, communication training, social support networking, economic independence improvement and child rearing.