

보건소 방문보건 담당자의 아내학대에 대한 지식, 태도 및 실무

한 영 란*

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

가정폭력은 가족구성원 사이의 신체적, 정신적, 재산상 피해를 수반하는 행위를 말하고 가족구성원 사이의 모든 폭력을 포괄하며 직접인 폭행, 상해, 상습범, 유기, 명예훼손 등과 아울러 심한 욕설과 같은 언어적 폭언 및 의심과 같은 정신적 폭력도 포함한다(Prevention of Family Violence Act, 1997). 아내학대는 가정폭력의 한 유형으로 피해자 개인의 건강과 삶의 질 저하 뿐 아니라 그 가족의 건강, 더 나아가 사회적인 보건문제가 되고 있다. 가정에서 남편의 학대로 고통 받는 여성은 가장 친밀하면서도 가까운 사람으로부터 지속적인 신체적, 정신적, 경제적 및 사회적 학대 등을 복합적으로 받기 때문에 심신이 황폐화되는 최악의 결과를 가져온다. 특히 가족의 주된 건강관리자이며 정서적 지지원인 주부의 황폐화는 가족전체의 건강문제발생 및 관리부실의 근원이 되며, 폭력을 보며 자란 자녀가 다시 폭력을 행사하게 되어 폭력이 세대 간 지속되게 하므로 아내학대는 가족건강관리에서 매우 중요한 건강문제이다. 또한 아내를 학대하는 남편의 70% 정도가 신체적으로 자녀를 학대한다는 연구결과(Frost, 1999)가 있으며 아내학대의 확인은 다른 유형의 가정폭력을 확인하는 중요한 계기가 된다.

2004년 여성부가 전국의 혼인경험이 있는 6,156명을

대상으로 조사한 결과 지난 1년간 부부학대(정서적 학대, 신체적 학대 및 성적 학대포함)를 경험한 비율이 44.6%로 나타났으며 남편의 아내에 대한 학대는 37.3%로 나타났고, 15.7%가 지난 1년간 배우자에게 신체적 폭력을 당했다고 밝혔다(Korean gallop investigation laboratory, 2004). 이러한 발생율은 Kim과 Cho(1998)의 아내구타 발생을 5.6%에 비하여 증가된 결과이다. 2001년 ICN은 4개 대륙의 연구결과를 요약하면서 모든 여성의 20-50% 정도가 배우자로부터 폭력을 당하고 있는 현실점에서 더 이상 가정폭력이 건강영역 밖의 일이 아니므로 간호사가 가정폭력 근절을 위해 적극적 노력을 해야 한다고 강조하였다(Silver & Ludwick, 2002). 이처럼 피해가 심각하며 피해여성인 많은 아내학대는 주된 보건문제로서 현대의 전염병이므로 이에 대한 중재가 시급함을 많은 연구들이 강조하고 있다(Chambliss, 1997; Frost, 1999; Nudelman & Trias, 1999; MacFarlane et al., 1997).

1997년 제정된 가정폭력 방지법에 의해 전국 각 지역에 긴급 여성의 전화 등 상담기관과 여성학대 피해자 중재를 위한 병원이 지정되어 있으나 피해여성과 주변인의 인식부족 등 다양한 이유로 활성화되지 못한 상태이다. 이러한 기관은 피해여성에게 도움을 받을 것이라는 의지가 있어야 활성화 될 수 있는 반면, 보건소 방문보건 담당자는 직접 각 가정을 방문하면서 자연스럽게 피해사례를 발견하고 가까운 이웃으로부터 학대가 의심되는 피해여성을 의뢰받는 방식 등으로 아내학대를 발견하여 핵심적인 중

* 동국대학교 의과대학 간호학과(교신저자 E-mail: hanyr@dongguk.ac.kr)

제와 의뢰로 이들을 도울 수 있는 좋은 위치에 있다.

보건소 방문보건사업은 가구원의 건강문제나 사회·경제적 가족문제를 스스로 관리할 수 없는 가구 및 시설을 방문하여 보건의료서비스를 직접 제공하거나 의뢰·연계함으로써 주민 스스로 건강을 유지·증진할 수 있도록 하는 포괄적인 건강관리사업이다. 우선적인 사업대상은 국민기초생활수급가구 및 차상위 계층이면서 거동이 불편하거나 건강문제를 가진 가족 및 가구원이 대상이며, 고위험 가족을 선별하여 대상가구 분류기준에 따라 관리하도록 되어있다. 고위험가족 선별의 우선적인 기준은 환자가족 중 정신질환자 가족, 마비/와상 환자가족 그리고 취약가구 중 빈곤, 소외, 폭력 및 학대가족이며 이러한 분류에 포함된 가족은 최우선순위 관리대상이 된다 (Ministry of Health & Welfare, 2004). 이처럼 가족폭력은 방문보건의 최우선 대상임에도 불구하고 현재 방문보건담당자는 학대의 문제에 대한 근원적 인식을 가지지 못한 채 단지 외상, 우울의 단일 증상에만 관심을 가지고 대상자를 대하므로 문제의 근원을 중재할 수 있는 중요한 기회를 놓치고 있다(Nudelman & Trias, 1999).

우리나라 방문보건사업의 업무분석(Chin, Lee & Chang, 2004; Ko et al., 2002; Park, 2004; Ryu, Park, Park, Han & Lim, 2003)에 의하면 주요 관리대상이 암, 뇌졸중, 고혈압 등 만성질환자이고, 제공된 업무별로 보면 사정 및 진단, 교육 및 상담이 가장 높은 비율을 차지하고 있는 것으로 나타났다. 또한 전담인력의 부족과 방문보건 이외의 중복업무 등으로 담당자들이 가족중심의 본 업무에 전념할 수 없으므로 인력지원을 해야 한다고 제안하고 있어 현재 방문보건사업에서 폭력 및 학대 가족에 대한 업무를 확인할 수 없었다. 한편 1997년부터 2년간 실시된 공공근로 방문보건사업과 2003년부터 시행되고 있는 대도시 방문보건시범사업을 통해 방문보건사업의 필요성과 효과를 국민들에게 널리 알리는 기회를 가지게 되어 앞으로 방문보건사업의 확대가 기대된다. 이에 지금까지는 제한된 여건에서 폭력 및 학대가족에 대한 업무가 중요하게 다루어지지 못했지만, 앞으로는 폭력 및 학대가족 특히 아내학대문제에 대한 중재가 이루어질 수 있도록 노력해야 할 때라고 생각된다.

아내학대는 본인의 방문간호경험과 방문보건담당자에서 점점 많이 확인되는 추세이나 방문보건담당자가 아내학대 중재를 위한 지식을 어느 정도 가지고 있으며 아내학대에 대한 태도는 어떠한지 그리고 더 나아가 아내학

대를 확인하여 중재하는 실무실태는 어떠한지에 대한 자료가 전혀없다. 이에 본 연구의 목적은 첫째, 보건소 방문보건담당자의 아내학대에 대한 지식과 태도는 어떠한지를 확인하고 둘째, 방문보건담당자가 아내학대 사례를 확인하여 중재하는 실무실태에 대해 조사하고자 한다. 이러한 연구결과는 궁극적으로 방문보건담당자들이 학대로 인해 고통 받고 있는 피해 여성에 대한 이해를 함으로써, 피해사례를 확인하고 중재능력을 키울 수 있도록 하는 교육프로그램 개발을 위한 기초 자료로 활용될 수 있을 것이다.

2. 용어의 정의

아내학대 : 가족폭력(family violence)의 한 유형으로 아직까지 하나로 합의된 용어가 없으나, 문헌에서는 가정폭력(domestic violence), 아내구타 또는 폭행(wife battering) 등의 명칭이 상호 교환적으로 사용되고 있다(Parker & Schumacher, 1977). 아내학대(wife abuse)란 남편이 아내에게 부당하고 부정적인 강제력을 행사하는 것으로서, 배우자에 의한 계획적이고 반복적인 폭력으로 아내에게 신체적, 정신적 사회적 및 경제적 등 복합적 손상을 초래하는 행위로 정의된다(Han, 1996; Walker, 1979). 학대는 신체적, 정신적, 사회적 및 경제적 학대가 복합적으로 일어나는 경우가 대부분이고 이러한 모든 유형을 포함하기가 어려우므로, 본 연구에서는 피해여성을 확인하기 용이한 신체적 학대를 기본적으로 받는 아내학대에 대하여 조사하였다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계, 대상자 및 자료수집

본 연구는 전국 보건소 방문보건담당자를 대상으로 설문조사를 실시한 조사연구이다. 조사 대상자는 전국 243개 보건소 방문보건 담당자중 2명씩 직무교육을 받기위해 지역별로 일정을 달리하여 참석한 교육생을 대상으로 하였다. 먼저 산업보건진흥원의 허락을 받고 참석한 교육생에게 연구의 목적을 설명한 후 이에 동의한 자를 대상으로 하였으며, 연구결과는 단지 연구목적으로만 사용될 것이고 익명으로 사용됨을 알려주었다. 자료수집기간은 2003년 10월부터 2004년 12월까지였으며 대상자의 중복됨이 없도록 지역별 교육일정을 확인하여 설문조사를

실시하였다. 교육 시 참석자는 503명이었으며 설문에 응한 대상자는 408명으로 응답율은 81%였다. 미비한 자료를 제외하고 최종분석에 활용된 설문지는 총 403부였다.

2. 연구도구

설문지는 학교 교사를 대상으로 가정폭력의 자녀를 확인하여 대처하는 실태를 조사한 설문지(Shin, 2001)를 기초로 하고, 아내학대에 대한 문헌고찰을 통해 문항을 수정한 후 3명의 간호학 교수에게 타당도 검사를 받아 최종 작성되었다. 설문지는 일반적 특성 9문항, 관련지식 18문항, 아내학대에 대한 태도 11문항, 중재 실태조사 8문항 등 총 46문항으로 구성되었다.

지식에 대한 설문지는 아내학대의 피해여성이 이용할 수 있는 지역사회 지지기관에 관한 8문항, 현행제도와 법에 관한 10문항 등 총 18문항으로 구성되었고 이에 대한 정답율을 구하였다. 태도에 대한 문항은 '전적으로 동의한다.'에서 '절대로 동의하지 않는다.' 까지 4점 척도로 측정하였으며 점수가 높을수록 아내학대에 대한 잘못된 인식에 동의하지 않는 올바른 태도를 가진 것이며, Cronbach α 는 .76이었다. 중재실태에 대한 문항은 지난 1년간 아내학대 피해여성 확인유무, 지난 1년간 확인한 사례의 수, 사례확인 경로, 중재여부, 중재방법, 중재시 어려움, 피해사례 확인 후 중재하지 않은 이유, 앞으로의 중재의향 등 8문항으로 구성되었다.

3. 자료 분석방법

수집된 자료는 SPSS 프로그램을 이용하여 일반적 특성, 아내학대에 지식, 태도 및 실무실태는 빈도분석 및 평균과 표준편차를 사용하였다. 일반적 특성에 따른 아내학대에 대한 태도간의 차이검증은 ANOVA를 이용하였으며 통계적으로 유의한 항목에 대한 사후검증을 실시하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 특성

분석결과 310명(76.9%)은 간호사였고 93명(23.1%)은 간호조무사였다. 연령은 23세-59세로 평균 41.7세였으며 364명(90.3%)이 기혼이었다. 3년제 대학을 졸업

한 간호사가 218명(54.1%)으로 가장 많았고 학사이상의 학력을 가진 사람이 117명(29%)이었다. 종교는 기독교가 107명(26.6%), 불교가 99명(24.6%), 천주교가 80명(19.9%) 순으로 나타났으며, 방문보건을 담당한 경력은 평균 3.8년이었다. 가정폭력에 대한 교육을 받은 경험이 있는 사람이 58명(14.4%)이었다. 전남(15.4%), 경북(13.4%), 경남(11.2%)지역의 응답율이

<Table 1> General characteristics (N=403)

category	N (%)	
sex	female	400(99.3)
	male	3(0.7)
age	20~29	14(3.5)
	30~39	152(37.7)
	40~49	188(46.7)
	50~59	49(12.2)
marital status	single	23(5.7)
	married	364(90.3)
	others	14(3.4)
education	diploma	218(54.1)
	university	90(22.3)
	above master	27(6.7)
	others	66(16.4)
religion	christian	107(26.6)
	catholic	80(19.9)
	buddhism	99(24.6)
	others	115(28.5)
Job	nurse	310(76.9)
	nurse aids	93(23.1)
Years in the home visiting	< 1	88(21.8)
	1~3 below	120(29.8)
	3~5 below	81(20.1)
	5~7 below	30(7.4)
	> 7	67(16.6)
	missing	15(3.7)
region	Seoul	20(5.0)
	Kyonggi	34(8.4)
	Daegu	17(4.2)
	Daejun	15(3.7)
	Kwangju	19(4.7)
	Ulsan	9(2.2)
	Pusan	21(5.2)
	Kyongbuk	54(13.4)
	Chunbuk	30(7.4)
	Chunnam	62(15.4)
	Chungbuk	28(6.9)
	Chungnam	25(6.2)
Kyongnam	45(11.2)	
Kangwon	14(3.5)	
Previously education	Yes	58(14.4)
	No	345(85.6)

높게 나타났으며 울산(2.2%), 강원(3.5%)지역은 낮은 응답율을 보였다(Table 1).

2. 아내학대에 대한 지식 및 태도

아내학대와 관련된 지식은 피해여성을 돕기 위한 지역사회 지지기관과 현행제도 및 법 두 영역을 측정하였다. 아내학대증재를 위한 지식의 전체 정답율은 51.9%로 중간 정도의 지식수준을 보였다.

아내학대 증재를 위한 지역사회지지기관에 관한 정답율은 평균 44.2%로 낮게 나타났다. 각 문항별로 보면 경찰서(73.4%), 긴급전화(56.8%) 두기관만 50%의 이상의 정답율을 보였고, 가정폭력상담소(49.6%), 긴급한 상황에서 도움을 줄 수 있는 피해여성을 위한 일시보호소 및 쉼터(48.9%), 피해여성과 자녀를 위한 일시 보호 시설 및 쉼터(41.7%), 피해여성과 자녀를 위한 장기보호 시설(33.7%) 법률상담소(25.3%) 및 직업 및 취업의뢰기관(24.3%)순으로 낮은 정답율을 보였다.

현행제도와 법에 관한 정답율은 58%로 지역사회지지 시설보다 높지만 역시 낮은 정답율을 보였다. 가정폭력

가해자 처벌법(83.4%), 피해자 보호법(81.1%), 제3자 신고법(79.7%), 전 배우자나 동거중인 자의 폭력도 가정폭력 가해자로 처벌(59.8%), 형사처벌(58.8%), 피신거주지 비밀보장(57.8%), 신고의무 관련법(53.1%)에 대하여는 50% 이상이 정답율을 보였으나 쉼터 체류기간(38.5%), 가정폭력신고의무자(35.2%), 치료비의 건강보험혜택(32.3%)에 관한 문항은 30%정도의 매우 낮은 정답율을 보였다(Table 2).

아내학대에 관한 태도는 4점 만점에 전체 평균 3.09(SD=.40)로 아내학대에 대한 잘못된 내용에 대부분 동의하지 않는다는 비교적 올바른 태도를 보였다(table 3). 문항별로 보면 아내학대는 남편의 권위를 세우기 위해(3.72±.74), 스트레스(3.45±.76), 여자의 잘못(3.43±.78) 때문에 발생하는 것이 아니며, 학대받는 여성은 학대를 좋아하지 않는다(3.44±.79)와 가정폭력은 사적인 가정문제가 아니다(3.37±.85)라는 것에 높은 정도로 동의하여, 아내학대에 대한 매우 올바른 태도를 보였다. 반면 가난과 실직(2.93±.86), 술(2.77±.96)이 구타발생의 원인이 될 수 있다는 것에 일부 동의하는 태도를 보임으로써 구타발생의 원인에 대한 정확한 이해가

<Table 2> The knowledge which relates with a wife abuse

	category	correction rate(%)
Community support facility	Police Station	73.4
	Hot Line(예: women abuse 1366, child abuse 1391)	56.8
	Center for Family violence counseling	49.6
	Temporary Protection Place and shelter for Women	48.9
	Temporary Protection Place and shelter for Women and Child	41.7
	Long-term Protection Center for Women and Child	33.7
	Legal Counseling or Assistance Office for Family Violence	25.3
	Vocational education and Employment intercession Agency	24.3
mean		44.2
Current system and law	There is the law which punishes the family violence assailant.	83.4
	There is the law which protects the family violence victim.	81.1
	The 3rd can report a family violence	79.7
	Even when ex-spouse or the men who is living together exercises the violence, it can be punish them as the family violence assailant	59.8
	Because the assault in the family is a violent event, it is punished criminally.	58.8
	The residence of the victim must come to hide even though they are family member	57.8
	There is the law regarding a duty to report family violence	53.0
	A statutory period which is staying in shelter for victim is 6 months.	38.5
	There is the law regarding a duty to report family violence of government employee or practitioner	35.2
	Treatment for family violence cannot receive a health insurance	32.3
mean		58.0
total mean		51.9

<Table 3> Attitude toward wife abuse

Item	mean(SD)
When stress is piled up, hitting the wife is possible	3.45(.76)
The battered woman likes a cruelty. if not, she will leave the husband	3.44(.79)
Husband hit his wife because she makes a mistake.	3.43(.78)
It is okay sometimes for the husband to assault the wife to stand the authority of husband	3.72(.74)
The family violence is a private matter and a family matter	3.37(.85)
Family violence is happened because of unemployment and poverty	2.93(.86)
When the assailant apologizes, she forgives and must be reconciled.	2.77(.79)
Hitting is happened when loses self-control because of the alcoholic beverage.	2.77(.96)
The abused woman is only in minimum number.	2.75(.93)
It is not desirable to leave home without take care of her children	2.33(.99)
The assailant could be recovered when he takes a consultation and treatment.	2.32(.84)
total mean	3.09(.04)

부족한 것으로 나타났다. 가해자가 사과하면 용서·화해해야 한다(2.77±.79), 폭력이 심해도 자녀를 두고 가출하는 것은 바람직하지 않다(2.33±.99) 그리고 매 맞는 여성은 극소수(2.75±0.93)라는 것에 일부 동의하는 태도는 올바르지 않은 태도이다(Table 3).

일반적 특성과 아내학대에 대한 태도간의 차이를 검증한 결과 연령에서 통계적으로 유의한 차이(F=3.47, p=.008)를 보였다(Table 4). 30대(34.57±4.87)가 40대(33.28±4.05), 50대(32.12±5.24) 및 20대(31.71±7.17)의 연령 군보다 태도점수가 다소 높은 경향을 보여주었으나 사후검정 결과 통계적으로 유의하게 나타나지 않았다.

<Table 4> Difference of attitude toward wife abuse according to general characteristics (N=403)

category	M±SD	F(p)
sex	female 33.57±5.1 male 29.00±2.00	2.40(.122)
age	20~29 31.71±7.17 30~39 34.57±4.87 40~49 33.28±4.05 50~59 32.12±5.24	3.47(.008)**
marital status	single 33.74±3.61 married 33.53±5.17 others 32.93±4.57	.13(.882)
education	diploma 33.31±5.16 university 33.68±5.50 above master 33.56±4.34 others 33.98±4.53	.33(.802)
religion	christian 33.48±4.31 catholic 33.16±5.31 buddhism 33.67±5.25 others 33.80±5.39	.27(.845)

<Table 4> Difference of attitude toward wife abuse according to general characteristics(continued) (N=403)

category	M±SD	F(p)
Job	nurse 33.44±5.24 nurse aids 33.84±4.59	.42(.518)
Years in the home visiting	< 1 33.14±5.71 1~3 below 33.71±4.34 3~5 below 34.35±4.62 5~7 below 34.87±4.76 > 7 32.63±5.45 missing 34.50±.71	1.44(.208)
region	Seoul 34.65±4.67 Kyonggi 31.65±7.89 Daegu 33.35±4.73 Daejun 31.00±8.22 Kwangju 34.32±5.89 Ulsan 34.00±2.83 Pusan 32.43±6.18 Kyongbuk 33.13±4.04 Chunbuk 33.23±3.64 Chunnam 34.29±3.78 Chungbuk 33.61±4.00 Chungnam 34.38±5.06 Kyongnam 34.73±4.40 Kangwon 34.21±6.10	1.24(.248)
Previously education	Yes 33.12±4.48 No 33.31±6.05	.05(.817)

3. 아내학대에 대한 실무현황

응답자 중 126명(31.3%)은 지난 1년간 아내학대의 피해여성을 확인한 경험이 있다고 했고 나머지는 확인하지 못했다고 응답했다(Table 5). 피해여성을 확인한 경험이 있는 응답자의 피해여성 확인자수는 최소 1명에서

20명까지였고 평균 2.3명이었다(SD=2.5). 피해여성을 확인한 경험이 있다고 응답한 126명에게 피해자를 확인한 경로를 중복 응답하게 한 결과 62명(49.2%)이 다른 건강문제를 상담하던 중 피해사례를 확인하였고, 39명(30.9%)은 신체적 상처를 보고 확인하게 되었다고 응답하여 간호사가 대상자를 만나는 과정에서 발견하는 비율은 높지 않았다. 51명(40.5%)은 이웃의 이야기를 듣고 확인하게 되었으며 피해여성이 직접 상담을 요청하여 확인한 응답자도 34명(26.9%)이었다. 피해여성을 확인한 경험이 있는 126명중에서 중재를 시행한 사람은 48명

(38.1%)이었고 나머지 78명(62%)은 피해사례를 확인하였으나 중재하지 못했다고 했다. 중재를 수행한 48명의 중재전략에 대해 중복 응답하게 한 결과 29명(60.4%)이 학대와 관련하여 신체적 및 정서적 간호를 제공하였고 23명(47.9%)은 학대문제에 대한 상담을 하였으며 12명(25%)은 지역사회에 있는 상담 및 지원기관에 대한 정보를 제공하였다고 응답하였다. 중재를 제공했던 48명을 대상으로 중재를 제공하면서 느꼈던 어려움에 대해 중복 응답하게 한 결과 33명(68.8%)이 가정폭력에 관한 전문지식이 부족하다고 응답했으며, 18명

(Table 5) Case identification and intervention of wife abuse

category		N (%)	
Victim case Identification ¹⁾ (n=403)*	Yes**	126	31.3
	No	272	67.5
Case Identification routes ²⁾ (n=126)	While counseling a different health problem, it discovered	62	49.2
	Talks of neighborhood	51	40.5
	Physical injuries	39	30.9
	Consultation request of victim	34	26.9
	Referral of different agency	3	2.4
	others	5	4.0
Intervention presence ¹⁾ (n=126)	Yes	48	38.1
	No(Knew but didn't)	78	61.9
Intervention methods ²⁾ (n=48)	Physical & emotional care related the abuse	29	60.4
	Counseling about abuse	23	47.9
	Information provision about the community resources	12	25
	Treating the client warmly with concern	8	16.6
	Referral to other agency	4	8.3
Difficulties when providing intervention ²⁾ (n=48)	Lack of knowledge about family violence	33	68.8
	Lack of support facility	18	37.5
	Psychological burden	12	25.0
	Not recognizing as my role	4	8.3
	Lack of time	2	4.2
Reasons why they didn't providing intervention ²⁾ (n=78)	Lack of intervention ability	37	47.4
	The victim did not request a help	34	43.6
	It was private matter that can't intervention	31	39.7
	Burden with a future role & responsibility to the victim	29	37.2
	Support facility absence in near place	28	35.9
	Fear of the possibility which affect adverse effect	24	30.8
	It was thought that intervention was useless	17	21.8
	I felt that it was not serious	17	21.8
	Lack of time	13	16.7
	Not recognized as my role	8	10.3
	Lack of concern	1	1.3
Others	2	2.6	
Intention of intervention in the future ¹⁾ (n=403)*	Yes	233	57.8
	No	5	1.2
	Not sure	135	33.5

1) percentage. 2) positive rate(duplicate answer)

* exception missing data **case mean=2.3(SD=2.5, range 1-20)

(37.5%)은 가정폭력 지원시설의 부족을, 12명(25%)은 아내학대를 다루는 것에 대한 심리적 부담감을 호소하였다. 또한 피해여성을 확인하였으나 중재를 하지 못한 78명을 대상으로 그 이유에 대해 중복 응답하게 한 결과 37명(47.4%)은 중재능력의 부족, 34명(43.6%)은 피해 여성의 도움요청 부재, 31명(39.7%)은 간섭할 수 없는 사적인 문제로 인식했기 때문이라고 답하였으며, 28명(35.9%)은 주변의 지지자원 부재를 원인으로 답하였다. 앞으로 아내학대의 피해자를 발견하면 중재할 의향이 있는지에 대해 233명(57.8%)이 '그렇다' 라고 응답한 반면 135명(33.5%)은 '잘 모르겠다'고 응답하였다.

IV. 논 의

분석결과 방문보건담당자의 평균 연령은 41.7세, 방문경력은 평균 3.8년이었다. 서울지역 보건소 방문간호를 대상으로 한 Ryu 등(2003)의 연구에서는 평균연령 41세, 방문경력은 약 30개월로 나타났고, 14개 대도시 방문보건사업의 간호사를 대상으로 한 Chin 등(2004)의 연구에서는 평균연령이 38.1세, 방문경력이 1.6년으로 나타나 본 연구결과와 유사한 결과였다. 방문보건담당자의 이러한 경력적 특성을 보면, 이들은 이미 폭력 및 학대가족이 최우선 관리 대상자이며, 아내학대를 포함한 가족폭력에서 가족단위 중재의 중요성을 인식하고 있을 것이라고 볼 수 있다. 따라서 가정폭력에 대한 최소한의 교육과 훈련만으로도 폭력을 확인하고 중재할 수 있음을 시사한 것으로 생각된다. 한편 가정폭력에 대한 사전교육을 받은 대상자는 단지 14%에 불과한데, 교육 기회부족으로 인한 담당분야의 전문지식 부족은 담당자로 하여금 중재를 할 수 없다는 무능력함을 느끼게 하므로 이와 관련된 교육과 대응훈련이 필요하다(Dickson & Tutty, 1998).

아내학대 중재를 위한 지식을 분석한 결과 지역사회 지지시설에 대한 정답율은 44.2%, 현행 제도와 법에 대한 정답율은 58%, 전체 정답율은 51.9%로 중간정도의 지식수준을 보였다. 경찰서, 긴급 상담전화에 대해서는 50%이상을 알고 있었으나, 일시보호소에 대해서는 약 40%, 장기보호시설은 30%, 법률상담 및 취업준비를 위한 기관에 대해서는 20%가 그 기능과 역할, 연락처 등에 대해 알고 있었다. 이러한 결과는 방문보건담당자가 피해여성을 위한 상담 시 매우 필수적인 정보인 일시보

호소와 장기보호시설 그리고 기타 법률 및 취업준비를 위한 시설에 대한 지식이 매우 낮음을 보여주고 있다.

또한 현행 제도와 법 부분에서 타 항목은 정답율이 50%이상이었으나, 쉼터에서 머물 수 있는 기간, 가정폭력 피해자의 치료비에 대한 건강보험 혜택여부, 공무원과 관련 기관 실무자의 신고의무에 대해서는 30%의 정답율을 보여 피해여성 상담을 위한 실제적인 정보를 가진 비율이 매우 낮았다. 본 연구도구의 기본 자료가 되었던 Shin(2001)의 교사대상 연구에서는 가정폭력상담소, 일시보호소에 대하여 50%이상 알고 있고 오히려 긴급 상담전화(28%), 병원과 관련된 정보(36.7%)에 대해서는 약 30% 정도의 정답율을 보여 본 연구결과와 차이를 보이고 있는데, 이는 연구대상자의 차이에서 기인된 것으로 생각된다. 즉 Shin(2001)의 연구에서 대상자는 학교교사로 상담소와 보호소 등 지역사회 지지시설에 대한 정보는 알고 있으나, 본 연구 대상자들에 비해 상대적으로 학대피해자를 치료하는 병원에 관련된 정보와 긴급전화에 대해서는 잘 모르고 있는 것으로 생각된다. 아내학대에 대한 중재는 정례적인 사정, 기록지에의 기록, 위험성 사정, 피해자 및 자녀를 위한 안전계획, 적절한 기관에의 의뢰가 핵심적인 부분이다. 특히 지역사회에서 일하는 일차건강관리기관의 간호사는 신체증상 중심의 간호 뿐 아니라 피해여성에게 도움이 되는 다양한 대안에 대한 정보를 가지고 있어야 한다. 특히 피해자와 자녀를 위한 쉼터 및 일시 보호소, 모자원 및 장기보호시설, 더 나아가 법률상담, 직업교육기관 및 취업알선 등에 대한 다양한 정보를 가지고 있으면서 필요시 대상자에게 안전하고 적절하게 정보를 제공해야 한다(Griffin & Koss, 2002; Nudelman & Trials, 1999). 그러나 본 연구결과에서는 일시 및 장기보호시설과 이의 체류기간, 상해치료의 건강보험혜택여부, 피해여성의 자활을 도울 수 있는 기관 및 피해여성의 신고의무자에 대한 지식이 부족한 것으로 나타났다.

본 연구에서 아내학대에 대한 태도분석 결과 전체 평균은 3.09로 옳지 않은 내용에 대해 동의하지 않는 올바른 태도를 가지고 있는 것으로 나타났다. 아내학대가 더 이상 사적인 가정문제가 아니며, 남편의 권위를 세우기 위해서 아내를 학대하면 안 되고, 여자의 잘못으로 인해 학대가 발생하는 것이 아니며, 학대받는 여자는 학대를 즐기는 것이 아니라는 정확한 인식에 근거한 매우 올바른 태도는 고무적인 결과라고 할 수 있다. 반면 가난, 실

직으로 폭력이 발생하며, 술로 인해 폭력이 발생할 수 있다는 것과 학대받는 여성은 극소수라는 것에 일부 동의하는 태도는 폭력의 발생원인과 발생 율에 대한 올바른 인식에서 비롯된 것으로 생각된다. 또한 가정 폭력이 심해도 자녀를 두고 가출하는 것은 바람직하지 않고, 가해자는 상담 및 치료를 받으면 회복될 수 있다는 것에 동의하는 태도는 학대발생 시 대처에 대한 정보 부족으로 인한 결과로 해석된다. Shin(2001)의 교사대상 연구에서는 '남편의 권위를 세우기 위한 아내학대는 괜찮다', '학대받는 여자는 학대를 즐긴다' 등의 문항에 대해서는 전혀 동의하지 않는 바른 태도를 보이고 '가정 폭력이 심해도 자녀를 두고 가출하는 것은 바람직하지 않다', '가해자는 상담 및 치료를 받으면 회복될 수 있다'에 어느 정도 동의하는 바르지 않은 태도를 보여 상기 항목에 대한 태도가 본 연구결과와 거의 일치하고 있다. 이는 우리나라가 아직 아내학대를 피해여성의 입장과 가족건강 측면에서 보기보다는 가족 유지를 우선적인 문제로 보고 있으며 가해자 치료에 대한 정확한 이해가 부족한 때문으로 해석된다.

이상의 결과와 같이 가정폭력에 대한 올바른 태도는 지식의 부족으로 인한 잘못된 신념에서 비롯되는데 Clark(1999)은 가정폭력에 대한 잘못된 신념의 대표적인 것으로 가정폭력은 드물게 발생한다, 술을 포함한 물질남용이 학대를 유발한다, 자녀는 부모가 학대적 일지라도 부모가 필요하다는 것을 제시하였다. 즉 술은 학대발생을 촉진하거나 또는 학대행동의 변명으로 사용될 수 있지만 학대의 원인은 아니고, 학대의 경험과 관찰은 자녀에게 악 영향을 미치므로 이에 대한 신중한 대처가 마련되어야 한다. Walker(1979)의 폭력의 삼 단계 주기이론에 의하면 가해자의 사과와 용서는 단지 폭력주기의 한 단계일 뿐이므로 폭력주기에 대한 이해가 대처에서 매우 중요하며, '남편이 사과하면 용서하고 화해해야 한다는 것'은 폭력의 주기를 이해하지 못하여 효과적으로 대처하지 못한 예에 해당한다. 미국 대도시의 일차건강관리팀을 대상으로 한 연구에서 간호사 및 의료보조인의 50%가 가정폭력의 유병율을 1%이하로 보고 있다는 결과(Sugg, 등 1999)는 본 연구에서 학대받는 여성은 극소수라는 것에 일부 동의하는 태도와 유사한 결과이다. 한편 미국의사협회 및 간호사협회를 포함한 건강기구인정합동위원회(The Joint Commission on the Accreditation of health Care Organization)가 학대사정을 위한 지침과 중재지침을 제시하고 대대적인

교육을 실시했음에도 불구하고, 학대의 피해여성을 확인하는 비율과 효과적인 중재가 기대에 미치지 못하는 것은 보건의료인이 학대의 발생과 유병율, 기간 및 심각성에 대해 잘 알고 있지 못하기 때문이라고 분석한 것(Griffin & Koss, 2002)과 아내학대의 발생을 및 심각성 등에 대한 교육이 가정폭력 교육에서 필수 요소를 강조하는 다 연구결과(Frost, 1999; Griffin & Koss, 2002)를 고려할 때, 아내학대에 대한 올바른 태도를 갖도록 하기 위해서는 아내학대의 발생 및 유병율과 심각성을 이해하도록 돕는 교육이 필수적이라고 생각된다. 이상의 분석결과에 기초하여 잘못된 인식에 기인한 올바른 태도를 변경하여 피해여성의 확인과 중재를 효과적으로 할 수 있도록 하기 위해서는 아내학대의 발생과 유병율, 피해의 심각성, 학대의 발생원인, 폭력의 주기 및 대처방법에 대한 폭력특성에 대한 교육이 필요하다. 또한 피해여성이 지원을 받을 수 있는 단기 및 장기체류시설과 기간, 치료비의 건강보험혜택여부 및 각종 지원시설과 신고의무 등의 내용에 대한 교육도 교육프로그램에 포함되어야 할 것으로 보인다.

실무실태에 대한 분석결과 아내학대의 피해자를 확인한 방문보건담당자는 31%(126명), 1인당 평균 2.3명의 피해자를 확인하여 피해자 확인 비율 및 숫자가 매우 낮았다. Dickson와 Tutty(1996)의 연구에서 방문보건담당자 1인이 1년에 평균 7명의 학대받는 여성을 확인하였고, 영국의 국가보건서비스에서 근무하는 방문보건담당자를 대상으로 한 연구에서는 82%(88명)의 간호사가 피해여성을 확인한 경험이 있으며 간호사 1인당 평균 6.5명의 피해여성을 확인한 것으로 보고하였다(Frost, 1999). 미국의 5개 일차건강관리 클리닉의 보건의료제공자를 대상으로 한 조사에서는 간호사와 보조의료인의 64%가 피해여성을 확인한 경험이 있다고 보고하여(Sugg, Thomson, Tompson, Maiuro & Rivara, 1999), 상기 결과와 비교할 때 우리나라 보건소 방문보건담당자에 의한 아내학대 확인 비율이 매우 낮음을 알 수 있었다.

본 연구에서 피해여성을 확인한 방법은 다른 건강문제를 상담하던 중(49.2%), 이웃의 이야기를 듣고(40.5%), 신체적 상처를 보고(30.9%), 피해여성이 직접 상담을 요청(26.9%)하여 피해여성을 확인한 것으로 나타났다. 영국의 방문보건담당자 24명을 대상으로 한 현상학적 연구에서 아내학대를 인식하게 된 경로는 14명(58%)이

환자가 술선하여 문제를 꺼냈으며, 7명(29%)은 학대여성 및 자녀의 행동변화를 보고 알게 되었다고 보고하여(Frost, 1999) 본 연구와 부분적으로 일치되는 결과를 보였다. 본 연구에서 피해여성의 상담요청이 34명(26.9%)있었는데, 이것은 피해여성이 학대문제를 숨기려고 하고 꺼내기를 거부한다는 이전의 견해와는 다른 것이다. 즉, 보건의료인은 피해여성이 학대사실을 숨기고 방어적 태도를 취할 것을 염려하여 중재를 하지 않지만, 실제로는 피해자 자신의 문제를 사정하고 다루어주기를 바라고 있다는 Chambliss(1997)의 견해를 지지하는 결과이었다. 따라서 적극적인 사례발견 및 그에 대한 중재가 필요하다고 생각된다. 또한 본 연구에서는 신체적 외상을 통해 피해 사례를 확인했지만, 피해자나 자녀의 행동을 보고 확인한 사례는 없었는데 이는 피해자의 신체적 및 행동적 증상을 알고 있지 못하기 때문으로 사료된다.

본 연구에서 중재를 제공할 때의 어려움으로 가정폭력에 관한 전문지식의 부족(68.8%), 가정폭력 지원시설의 부족(37.5%), 아내학대를 다루는 것에 대한 심리적 부담감(25%), 나의 역할로 인식하지 않음(8.3%), 시간부족(4.2%)순으로 나타났다. Frost(1999)는 가정을 방문하였을 때 여러 가지 증후로 학대가 의심은 가지만 확인할 수 없는 경우에, 문제의 성격상 피해자의 안전을 고려하고 지속적으로 좋은 관계를 유지하기 위해서 학대에 대해 질문하고 중재를 하는 것이 어렵기 때문에 이에 대한 전문적 지식이 필요하다고 하였다. 이는 본 연구에서 중재제공시의 어려움으로 전문지식을 든 것과 부분적으로 일치되는 결과로 해석된다. Chambliss(1997)의 연구와 Dickson과 Tutty(1996, 1998)의 연구에서는 중재 제공시의 어려움으로 보건의료인이 가정폭력문제를 다룰 때의 심리적 부담감, 피해자의 거부적 태도에 대한 염려 등 다양한 심리적 어려움과 감정을 들고 있었는데 이는 본 연구에서 나타난 심리적 부담감과 일치하고 있다. 반면 상기 연구에서는 '피해자 지원시설의 부족', '나의 역할로 인식하지 않음'등의 대한 결과는 나타나지 않아 본 연구결과와 차이를 보이고 있다. 이는 우리나라가 아직 아내학대를 위한 지역사회지원시설 및 이에 대한 홍보부족과 보건의료인이 이 문제 해결을 자신의 역할로 인식하고 있지 못한 때문으로 해석된다. 또한 시간이 부족하여 중재가 어렵다고 응답한 자가 단지 4%이었던 점을 고려하면 아내학대 중재에 대한 전문지식과 나의 역할이라는 인식이 있으면 언제든지 중재를 할 수 있는 가

능성을 보여주고 있다고 해석된다.

본 연구에서 피해여성을 확인한 후에도 중재를 하지 않은 이유에 대해 분석한 결과 중재능력의 부족(47.4%), 피해여성의 도움요청 부재(43.6%), 간섭할 수 없는 사적인 문제로 인식(39.7%), 앞으로의 역할 및 피해여성에 대한 책임의 부담감(37.2%), 주변의 지지자원 부재(35.9%), 피해자에게 나쁜 영향을 미칠 것에 대한 두려움(30.8%)의 순으로 나타났다. 보건의료인이 가정폭력에 대해 중재를 하지 못하는 이유에 대해 Stark와 Flitcraft(1996)는 보건의료인의 전통적이고 보수적인 태도, 신체적 건강문제의 강조, 시간적 압박(Dickson & Tutty, 1998에 인용됨)을 언급했다. Dickson과 Tutty(1996)는 중재를 꺼낼 때의 불편한 느낌, 문제의 본질상 사적인 특성, 대상자와의 전체적인 관계에서의 손상우려를 제시했으며, Chambliss(1997)는 무력감, 대상자에게 미칠 영향에 대한 우려, 대상자의 방어적 태도, 전문적 교육의 부족 등을 제시하였다. 이를 본 연구와 비교하면 중재능력부족, 사적인 문제, 대상자에게 나쁜 영향을 미칠 것에 대한 두려움, 시간부족 등은 일치되는 결과이나, 역할과 책임에 대한 부담감, 주변 지원시설의 부재, 중재의 무의미함, 나의 역할로 받아들이지 않음은 차이가 있는 결과이다.

이상의 분석결과에 따르면 학대의 피해여성 확인비율이 낮은 이유의 하나로 피해여성의 다양한 신체적 및 행동적 증상들을 이해하지 못한 것에 기인한 것으로 나타났다. 또한 피해여성 확인 후 중재를 제공할 때의 어려움과 피해여성을 확인한 후 중재를 하지 못한 공통적인 이유로 전문지식의 부족, 심리적 부담감, 나의 역할로 인식하지 않음 그리고 지원시설의 부족 또는 부재를 들었다. 따라서 본 연구에서 분석된 내용에 근거하여 아내학대에 대한 중재를 자신의 역할중의 하나로 받아들일 수 있으며, 아내학대의 확인 및 중재방법을 포함한 전문지식과 학대문제를 다룰 때 수반되는 심리적 부담감 등의 부정적 감정을 다루는 내용을 포함하는 프로그램의 개발이 요구된다. 또한 아내학대를 사적인 문제로 보고 있으며, 중재가 오히려 나쁜 영향을 미칠 수 있을 것을 우려하거나 혹은 시간부족 등이 중재를 하지 못한 이유로 분석되었다. 따라서 특히 처음으로 아내학대에 대한 교육을 받는 대상자들에게는 이러한 바람직하지 못한 태도나 인식을 수정할 수 있는 교육내용을 강조하므로 편견을 불식하고 인식을 전환해야 할 필요가 있다고 생각된다.

McFarlane 등(1997)은 일차건강관리기관의 가정폭

력에 대한 조기확인, 지지교육, 효과적 의뢰 및 추후관리 는 궁극적으로 학대로 인한 손상의 유병율을 75%까지 감소시킬 수 있다고 강조하여 가정폭력 피해자의 확인 및 이에 따르는 중재가 매우 중요함을 강조하였다. 우리나라 는 보건의료인을 위한 가정폭력 중재지침 및 교육제공이 매우 제한적으로 이루어지고 있어(Ministry of Health & Welfare, 2000) 이와 같은 낮은 피해자 확인비율과 대처율을 보이는 것이라 사료되므로 가정폭력에 대한 교육 및 훈련이 시급히 마련될 필요가 있다고 생각한다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 보건소 방문보건담당자의 아내학대에 지식 및 태도 그리고 실무실태를 확인하고자 전국 방문보건담당자 403명을 대상으로 설문조사를 실시한 조사연구이다.

아내학대 중재를 위한 지식의 전체 정답율은 51.9%로 중간정도의 지식수준을 가지고 있었으며 현행 제도와 법(58%)에 대한 지식수준이 지역사회 지지시설(44.2%)보다 높게 나타났다. 일시·장기보호시설과 법률·취업 관련지식, 시설의 이용기준 및 건강보험혜택 등 실제적인 지식이 특히 부족한 것으로 나타났다.

아내학대에 대한 태도는 4점 만점에 전체 평균 3.09(SD=.04)로 아내학대에 대해 올바르지 않은 내용에 대부분 동의하지 않는 올바른 태도를 보였다. 그러나 아내학대의 발생이 가난과 실직, 술 때문이며 가해자가 사과하면 용서해야한다, 폭력이 심해도 자녀를 두고 가출하는 것은 바람직하지 않다는 내용에 대해서는 일부분 동의하는 올바르지 않은 태도를 보였다. 응답자의 일반적 특성 중 연령과 태도 간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다($F=3.47, p=.008$).

피해여성 확인비율은 31.3%(126명), 중재율은 확인자 기준으로 38.1%(48명), 전체 응답자 기준으로는 11%로 매우 낮은 피해자 확인 및 중재비율을 나타냈다. 확인경로로 피해자의 상담요청이 예상외로 높게 나타났으며, 중재 시 어려움으로 전문지식부족, 지원시설의 부족, 심리적 부담감과 나의 역할로 수용하지 않음이 나타났다. 중재를 하지 못한 이유에서도 중재능력부족, 사적인 문제, 역할과 책임에 대한 부담감, 주변 지원시설부재, 중재 시 나쁜 영향우려, 시간부족, 나의 역할로 인식하지 않음이 나타났다.

이상의 연구결과를 볼 때 보건소 방문보건담당자는 아내학대사례를 확인하고 중재해야 할 중요한 위치에 있으

나 이 업무를 자신의 역할로 인식하지 못하며 아내학대에 대한 전문지식이 부족하여 아내학대에 대한 확인비율 및 중재비율이 매우 낮았다. 앞으로 방문보건 담당자가 이러한 역할을 충실히 할 수 있도록 돕기 위해서는 무엇보다도 이 업무를 자신의 역할로 인식할 수 있도록 하는 교육이 필요하다. 교육내용으로는 아내학대의 발생과 유병율, 피해의 심각성, 발생원인, 폭력주기와 대처방법, 피해여성의 신체적 및 행동적 단서와 사정기술 등을 포함하는 전문지식과 기술, 그리고 아내학대문제를 다룰 때의 부담감 등 부정적 감정을 다루는 내용과 함께 피해여성을 지원하는 각종 시설 및 지원프로그램과 활용방법, 관련 법규에 대한 정보가 함께 포함되어야 할 것이다. 이러한 프로그램의 개발과 시행은 궁극적으로 피해여성의 확인 비율을 높이고 피해 대상자에게 적절하고 안전한 중재를 제공함으로써 대상자와 가족의 건강을 보호·증진하게 될 것이며 더 나아가 그 지역사회의 건강을 증진시키게 될 것이다. 전문교육을 받은 담당자의 경우에도 중재 시 어려움으로 전문지식부족을 높은 비율로 호소하였으므로 이에 대한 지속적인 보수교육도 이루어져야 한다. 마지막으로 외국의 결과와는 다르게 방문보건 담당자들이 아내학대에 대한 중재를 실시할 때의 어려움과 실시하지 못한 이유로 '지역사회 지지기관의 부족 또는 부재'가 나타났으므로 이러한 지원시설의 홍보 및 확대개설을 위한 촉진자 역할도 해야 할 것이다.

이러한 결과에 근거하여 첫째, 보건소 방문보건담당자들이 이 업무를 자신의 역할로 수용하고 아내학대에 대한 중재능력을 키울 수 있는 교육프로그램을 개발할 것을 제언하며 둘째, 현존하는 피해여성을 위한 지원시설과 프로그램에 대한 적극적인 홍보와 함께 확대 개설을 촉진하는 활동을 전개할 것을 제언한다.

References

- Clark, M. J. (1999). *Nursing in the community: Dimensions of Community health nursing*, 3ed. Appleton & Lange
- Chambless, L. R. (1997). Domestic Violence: A Public Health Crisis. *Clin Obstet Gynecol*, 40(3), 630-663.
- Chin, Y. R., Lee, I. S., & Chang, H. S. (2004). Analysis of the Effects and Nursing

- Intervention of Home Health Care in Public Health Centers. *J Korean Comm Nurs*, 15(3), 353-364.
- Dickson, F., & Tutty, L. M. (1996). The Role of Public Health Nurses in Responding to Abused Women. *Pub Heal Nur*, 13(4), 263-268.
- Dickson, F., & Tutty, L. M. (1998). The Development of a Measure of Public Health Nurses' Practice Responses to Women Who Are Abused. *J Nurs Meas*, 6(1), 87-103.
- Frost, M. (1999). Health visitors' perceptions of domestic violence: the private nature of the problem. *J Adv Nurs*, 30(3), 589-596.
- Griffin, M., & Koss, M. (2002). Clinical screening and intervention in case of partner violence. *Online J Issues Nurs violence*, 7(1).
- Han, Y. R. (1996). A Grounded theory approach to battered wife's experience in spouse abuse. Unpublished doctoral dissertation, Ewha University of Korea, Seoul.
- Kim, S. K., & Cho, A. J. (1998). Concept Formulation and actual condition investigation of family violence. Korea Institute for Health and Social Affair.
- Ko, I. S., Kim, C. J., Lee, T. W., Lee, K. J., Kim, E. S., Ma, H. Y., Lee, Y. S., & Park, K. M. (2002). Evaluation of Government Assisted Visiting Nursing Services of Health Center in 2000. *J Korean Comm Nurs*, 32(3), 344-354.
- Korean gallop investigation laboratory (2004). Nationwide family violence actual condition investigation. The Ministry of Gender Equality & Family.
- McFarlane, J., Soeken, K., Reel, S., Parker, B., & Silva, C. (1997). Resource Use by Abused Women Following an Intervention Program : Associated Severity of Abuse and Reports of Abuse Ending. *J. of Pub. Health*, 14(4), 244-250.
- Ministry of Health & Welfare, The World Bank (2000). Training Medical professionals in Family Violence. International Workshop on Prevention and Intervention on Domestic Violence.
- Ministry of Health & Welfare (2004). The Management Guide of Home Visiting Nursing Work.
- Nudelman, J., & Trias, H. R. (1999). Building Bridges between Domestic Violence Advocate and Health Care Providers. Violence Against Women Online Resource, www.vaw.umn.edu
- Park, K. M. (2004). Evaluation of Visiting Nursing Services for the Vulnerable Family in Urban Community. *J Korean Comm Nurs*, 15(1), 56-66.
- Parker, B., & Schumacher, D. N. (1977). The battered Wife Syndrome and Violence in the Nuclear Family of Origin : A Controlled Pilot Study. *Am. J. of Pub. Health*, 67, 760-761.
- Prevention of Family Violence Act. (1997). <http://www.moleg.go.kr>.
- Ryu, H. S., Park, E. S., Park, Y. J., Han, K. S., & Lim, J. Y. (2003). A Workload Analysis of a Visiting Nursing Service based on a Health Center in Seoul. *J Korean Acad Nurs*, 33(7), 1018-1027.
- Shin, H. S. (2001). Survey on Intervention status to the child in family violence and School Teacher's Cognition toward Family Violence: Forum for the Settle down Family Violence Education in School. *Seoul Women's Hot line*.1-12.
- Silver, M., & Ludwick, R. (2002). Domestic violence, nurses and ethics: What are the links?. *Online Journal of Issues in Nursing*. <http://www.nursingworld.org/ojin/ethicol>
- Sugg, N. K., Thompson, R. S., Thompson, D. C., Maiuro, R. & Rivara, F. P. (1999). Domestic Violence and Primary Care. *ARCH FAM MED*, 8, JULY/AUG, 301-306.
- Walker, L. E. (1979). The Battered Woman.

New York : Harper & Row, Publishers, Inc.

- Abstract -

Knowledge, Attitude and Practice of Home Visitors in Public Health Centers toward Wife Abuse

*Han, Young Ran**

Purpose: This study investigated knowledge and attitude of home visitors in public health centers toward wife abuse and the actual status of how they were detecting wife abuse and providing interventions. **Method:** Data were collected using questionnaires from October 2003 to December 2004. The subjects were 403 home visitors at Public Health Centers around Korea. The data were analyzed using SPSS program. **Results:** The correction rate of knowledge related to wife abuse was 51.9%. The mean score of attitude toward wife abuse was 3.09

(SD=.40) out of 4, showing that their attitude is right. There was a significant difference in attitude according to age ($F=3.27, p=.008$). One hundred twenty six visitors (31.3%) detected wife abuses and each visitor confirmed 2.3 cases on the average. Forty eight respondents (38.1%) answered that they had provided interventions. **Conclusion:** This result implies that health visitors have difficulties in detecting wife abuse, and even for identified cases, the rate of providing interventions was low. It was because health visitors' educational experience in wife abuse is insufficient and they do not regard this work as their duty. These findings suggest the necessity for developing nursing in-service programs teaching health visitors their duties and knowledge related to wife abuse.

Key words : Wife abuse, Home visits, Knowledge, Attitude, Practice

* Department of Nursing, college of Medicine, Dongguk University