한국사회복지학
Korean Journal of Social Welfare, Vol. 61, No. 1, 2009. 2, pp. 263-291.

성폭력피해자를 위한 의료지원에 대한 전문가의견조사:

경남지역 의사의 성폭력에 대한 태도, 진료실태와 의료지원 필요도를 중심으로*

이 명 신+
(경상대학교 사회복지학과)
이 계 민
(경상대학교 정보통계학과)

[요 약]

성폭력피해자를 위한 의료지원에 대한 전문가 의견조사로서, 의료서비스 제공 주체인 의사의 성폭력 피해자 및 진료에 대한 태도, 의료서비스 제공실태 및 필요한 의료지원에 대한 의견을 조사하였다. 남녀의사 83명으로부터 수집된 설문조사 자료를 토대로, 피해자 치료경험여부와 해당 진료과여부에 따라 의사유형을 분류하여 비교하였다. 치료경험이 있는 의사(type1)는 성폭력피해자 치료비 보장과 정액반응검사, 다양한 법정증언지원에 대한 필요도가 높았다. 치료경험이 없지만 해당 진료과인 의사(type2)는 피해여성에 대한 부정적 견해, 진료에 따르는 현실적 어려움을 예상하는 정도가 높았다. 특화의료지원 및 사정지원방안에 대한 필요도는 낮은 반면, 법정증언 지원방안에 대한 필요도는 높게 나타났다. 치료경험이 없고 해당진료과가 아닌 의사(type3)는 피해여성에 대한 이해도가 높았고 성폭력 관련 법지식과 관련기관에 대한 인지도도 높았다. 반면, 진료시 예상하는 어려움의 정도가 가장 높았으며, 피해여성 진료에 필요한 의료지원방안, 사정지원방안, 법정지원방안에 대한 필요도가 대체로 높게 나타났다. 연구결과를 토대로 의사유형별 차이점에 따라 성폭력피해자 진료가능성을 증진시킬 수 있는 방안과 성폭력피해자를 위한 의료지원방안이 제시되었다.

주제어: 의사의 태도, 특화의료지원, 성폭력피해 사정지원, 법정증언 지원

+ 주저자
* 본 연구는 2006년 경상대학교 학술진흥지원사업 지원금으로 이루어짐.
설문조사가 가능하도록 지원해 주신 경남여의사회 김영채 회장님과 회원들, 그리고 설문조사에 참여해 주신 모든 의사들께 감사드립니다.

1. 서론

성폭력은 개인의 성적 자율권을 침해하고 인간으로서의 존엄성을 유린하는 폭력 범죄로, 성폭력 피해자로 하여금 극심한 고통을 겪게 할 뿐아니라, 신체적 상해를 입히고, 원치않는 임신과 성병감염의 가능성을 증가시키는 한편, 우울증, 외상후 스트레스, 자살시도 및 약물남용 등 후유증을 가져온다는 점에서 피해자의 신체적, 정신적 건강을 위협하는 결과를 초래한다. 이러한 점에서 성폭력피해자의 인권보호는 물론 의료적 보호를 위한 사회적 개입이 절실하며, 성폭력 피해자에 대한 의료적 지원은 주요한 사회적 관심사가 되고 있다.

「성폭력범죄의처벌및피해자보호등에관한법률」이 1994년 제정된 후, 최근에는 「성폭력 근절 및 피해자 보호대책」 수립(여성부, 2008a: 138), 여성폭력피해자를 위한 원스톱지원센터 운영 및 성폭력 전담 의료기관 지정 등 성폭력범죄에 대한 강화된 대응책 및 피해자 보호를 위한 다각적 노력이 이루어지고 있다. 이러한 노력에도 불구하고, 성폭력피해자의 인권보호 및 의료적 지원의 부족 등 성폭력을 둘러싼 오랜 문제점은 변하지 않은 채 남아 있다. 최근의 통계자료에 의하면 성폭력범죄가 계속 증가되고 있으나[1] 신고율에는 큰 변화가 없으며[2] 성폭력범죄에 대한 검찰의 기소율은 도리어 감소되었고[3] 성폭력범죄에 대한 유죄판결율도 여전히 낮은 것으로 나타나고 있다.[4] 특히,성폭력범죄에 대한 신고율 및 고소율이 여전히 극히 낮다는 사실은 실제로 발생된 성폭력 사건의 대다수(97%)가 형사사법기관에 인지되지 않은 채 숨은 범죄로 남겨져 가해자 처벌이 제대로 이루어지지 않고 있음을 의미한다(김승권 외 13인, 2008: 280). 뿐만아니라, 성폭력피해자가 극심한 고통을 겪고 건강상의 위협에 처해 있음에도 불구하고, 성폭력 피해자 입장에서 절실히 필요한 법적 보호와 의료서비스를 충분히 받지 못하고 있다는 현실을 반영한다. 경찰에 신고한 경우 성폭력피해자가 병원에서 의료서비스를 받을 수 있는 가능성이 증가된다는 사실(Konradi, 2003: 957)은 성폭력범죄의 신고여부가 피해자에 대한 법적 보호 및 의료서비스 제공에 있어 주요한 변수가 되고 있음을 시사한다.

성폭력피해자 보호와 의료서비스에 있어 중요한 성폭력범죄에 대한 신고율이 낮은 이유 중 하나는 성폭력범죄를 기소할 수 있는 근거를 제시할 수 있는 법의학적 증거의 확보가 어렵기 때문이다. 성폭력의 경우 시간이 지남에 따라 증거가 소멸되므로(Resnick, Acierno, Dammeryer, and Kilpatrick, 2000: 1324) 법의학적 증거의 확보는 성폭력범죄의 기소 가능성을 증가시킨다. 그러나 현행 의료체계

1) 1980년 인구 10만명 당 10.4명이었던 강간범죄 건수가 2006년에는 27.7명으로 증가되었다(주재선·황보은, 2006: 431; 김승권 외, 2008: 177).
2) 성폭력범죄의 신고는 실제 발생률의 2.2-6.1%에 불과하며(장화정, 2006: 71), 2007년 실시된 전국 성폭력실태조사에서도 성폭력을 경찰에 신고한 사람은 2.3%에 불과한 것으로 나타났다(김승권 외, 2008: 280).
3) 성폭력범죄의 기소율은 1994년 75.9%였으나(대검찰청, 1995; 김엘림·윤덕경·박현미, 2000: 66 재인용), 그 후 매년 감소하다가 2006년에는 41.6%로 감소하였다(여성부, 2008b: 28).
4) 기소된 성폭력범죄 중 2005년 약 40%가 집행유예를 받았고 31.4%만이 유기징역을 선고받았다(김승권 외, 2008: 189).

하에서는 범죄 입증에 필요한 증거확보가 어렵기 때문에 성폭력범죄 사건이 흐지부지되는 경우가 많이 발생하며(Campbell, 2006: 31), 이는 피해자가 성폭력범죄를 신고 또는 고소하기를 기피하는 원인이 된다. 이와 더불어, 성폭력 피해의 특성상 성폭력 발생 직후 응급 의료적 개입이 이루어지지 않을 경우 임신 및 성병예방의 기회를 놓칠 가능성이 있기 때문에, 손상에 대한 즉각적 의료처치가 성폭력 사건발생 후 초기에 이루어지는 것이 중요하다(여성부, 2008b: 32-44).

성폭력피해자를 위한 즉각적인 의료처치와 더불어, 성폭력범죄 기소에 필요한 법의학 증거확보를 위한 의료적 개입의 중대성이 증대됨에 따라, 최근 전국에 여성폭력피해자 원스톱지원센터 15곳, 아동성폭력피해자를 위한 해바라기아동센터 3곳이 마련되었고, 333개의 성폭력전담 의료기관이 지정되는 등 성폭력피해자에 대한 위기개입방안이 마련되었다(여성부, 2008a: 142-143). 원스톱지원센터와 해바라기아동센터는 성폭력피해자를 위한 의료지원기관으로서 응급치료와 법의학증거수집에 있어 중요한 위치를 차지하지만, 전국에 단 18곳으로 대도시지역에 집중되어 있기 때문에 피해자들이 이용하는데 있어 시간적, 지리적 접근성에 한계를 안고 있다. 이에 비해, 성폭력전담 의료기관은 전국에 고루 분포되어 있으며, 성폭력피해자에 대한 보건 상담 및 지도, 성폭력피해의 치료, 기타 신체적, 정신적 치료를 제공하도록 되어있다.[5] 성폭력전담 의료기관에는 일원화된 의학적 검진 및 증거물 수집를 위해 성폭력응급키트가 무료로 제공되지만, 성폭력전담 의료기관에서 조차 성폭력응급키트를 보유하지 않는 경우도 있다.[6]

한편, 일반 의료기관에는 성폭력응급키트가 제공되지 않아 성폭력피해에 대한 법의학적 증거채취가 용이하지 않다. 일반 의료기관은 성폭력피해에 대한 응급치료와 예방조치를 주로 제공하지만, 성폭력피해자들은 그들이 필요로 하는 의료서비스를 지역사회 내에서 충분히 제공받지 못하는 것으로 보인다. 일반 의료기관에서는 의사가 성폭력피해자 치료 및 피해사정에 있어 소극적 태도를 취하거나 진료를 꺼리는 일이 종종 발생하기 때문이다. 2007년에 실시된 성폭력 실태조사에서 성폭력 피해자의 약 20%가 의료기관에서 진료를 거부당한 경험이 있는 것으로 나타났다(김승권 외, 2008: 285). 이처럼 성폭력 피해자 진료를 꺼리거나 기피하는 주된 이유는 성폭력 증거채취 과정의 복잡함과 관련 자료요청(김종오, 2007: 121) 등 성폭력피해자 진료에 따르는 번거로움과 법정 증언 등에 대한 부담 때문인 것으로 보인다.

성폭력 피해자는 성폭력피해에 대한 즉각적인 의료적 처치는 물론, 성폭력범죄의 기소에 필요한 법의학적 증거 확보를 절대적으로 필요로 한다. 이러한 법적, 의료적 욕구충족을 위해 의료진은 응급처치, 진단과 치료, 임신과 성병에 대한 예방조치 등 직접적인 **의료서비스** 뿐아니라, 성폭력피해 검사 및 사정, 법적 증거물 채취 및 기록 등 **법의학적 서비스**를 제공해야 할 필요가 있다(여성부, 2008b: 122). 아울러, 성폭력피해에 대한 의사의 법정증언은 성폭력범죄의 기소에 필요할 뿐아니라, 의사의

5) 성폭력범죄의처벌및피해자보호등에관한법률(제 33조 2항).
기타 치료의 범위는 성병감염여부의 검사, 감염성병 치료, 임신여부 검사, 성폭력피해로 인한 정신질환의 치료로 제시됨(시행령, 제 3조).

6) 2008년 3월 8일자 한겨레신문(제700호)에 의하면, 서울과 부산의 43개의 성폭력전담 의료기관을 전화조사한 결과, 전담의료기관 지정사실을 모르는 경우가 34.8%였고, 성폭력응급 키트를 보유하지 않고 있는 경우가 48%에 달하는 것으로 나타났다.

의료서비스 제공과 직접적으로 연관이 있다는 점에서[7] 성폭력피해자를 위한 의료지원의 범주에 포함될 수 있다. 이처럼, 성폭력피해자를 위한 의료서비스는 법률적 지원을 위한 법의학적 서비스와 불가분의 관계를 지니고 있다는 점에서, 의료서비스 제공 주체인 의사(의료진)로 하여금 치료 및 예방조치는 물론 성폭력피해 사정 및 검사, 법의학적 증거확보, 법정증언 등을 제공할 수 있도록 지원하기 위한 통합적인 의료지원방안을 마련하는 것이 필요하다.

그러나, 현재 우리나라의 의료체계는 성폭력피해자들이 절실히 필요로 하는 다양한 의료서비스를 제공하기에 역부족인 것으로 보인다. 성폭력피해자의 치료와 법의학적 증거수집을 동시에 할 수 있는 원스톱지원센터의 양적 부족과 지리적인 접근성의 한계로 말미암아 모든 성폭력 피해자에게 응급치료 및 기소에 필요한 증거수집의 기회가 제공되지 않는다. 또한 일선 의료기관에서는 성폭력피해자 진료에 따르는 부담으로 인해 진료를 기피하는 현상이 벌어지고 있어, 성폭력으로 인한 손상에 대한 최소한의 치료와 예방조치 조차 제공되지 못하는 일도 흔하다. 뿐만아니라, 대다수의 성폭력피해자가 특별히 훈련받지 않은 의료인 또는 검사관에 의해 검사를 받으며, 성폭력피해자에게 제공되는 의료적 처치에 관한 표준적 지침도 마련되지 못한 실정이다(여성부, 2008b: 2).

이러한 현행 의료체계의 한계를 극복하고자 하는 노력의 일환으로, 여성부는 성폭력피해자를 위한 의료처치와 법적 서비스를 제공하기 위한 표준을 마련하고자, 2008년 「성폭력피해자를 위한 의료업무 매뉴얼」을 발간하였다(여성부, 2008b: 2). 그러나 이러한 지침의 제시만으로 성폭력피해자에 대한 의료서비스가 단시간 내에 개선되거나 의료계의 태도와 인식이 변화되리라고 기대하는 것은 어렵다. 성폭력 피해자를 위한 보다 효과적인 의료지원체계를 마련하기 위해, 성폭력피해자에 대한 의료서비스 제공 주체인 의사의 입장에서 성폭력피해자 진료와 관련된 문제점과 의료서비스 제공에 걸림돌이 되는 요인을 찾아내고 가능한 개선방안을 모색해 볼 필요가 있다.

성폭력 발생률이 높은 현실에 비추어 볼 때, 전 세계적으로 성폭력피해자를 위한 의료지원방안에 대한 경험적 연구는 극히 소수에 불과하다. 데이터베이스를 통해 지난 15년 간 발간된 연구논문을 검색한 결과 성폭력피해여성을 위한 의료서비스에 대한 경험적 연구는 30편에 불과했으며, 그 중에서도 성폭력피해자를 치료한 의사를 대상으로 연구한 논문은 단 7편이었다.[8] 성폭력에 관한 의료관련 국내 문헌은 외국에 비해 그 수가 상대적으로 적을 뿐 아니라(노세현·정진호·노기철·원형섭·배성준·윤연정·서동엽, 2004: 118), 다양한 의료세팅에서의 성폭력피해자 진료실태 및 임상적 고찰(노세현 외, 2004; 김광준, 2005; 윤원식·권인·이귀라·허수영·김사진·최보문, 2003), 아동성폭력(안명옥, 2003), 성폭력증거채취 프로그램 소개(원형섭・윤연정・서동엽, 2002) 등 의료계의 연구가 주를 이루고 있다.

---

7) 성폭력관련 문헌에서 제시되었듯이, 의사가 법정증언에 대한 부담으로 인해 피해자에 대한 의료서비스 제공을 기피하게 될 가능성이 높다는 점에서, 의사의 법정증언은 성폭력 피해자에 대한 의료서비스 제공에 직접적 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다.

8) 데이터베이스를 통해 1990년에서 2005년의 15년 간 성폭력피해여성에 대한 의료서비스 관련 논문을 검색한 결과, 영어와 스페인어로 작성된 논문은 약 30편이 검색되었으며, 대다수 연구가 미국에서 이루어진 것으로 나타났다. 그 중에서도 성폭력피해자 사정 및 치료를 담당한 의사를 대상으로 조사한 경우는 단 7편이었고, 의사를 위한 성폭력훈련 프로그램에 대한 조사는 2편에 불과했다(Martin, Young, Billings and Bross, 2007: 5).

더욱이 성폭력피해자를 위한 의료지원서비스에 관해 의사를 대상으로 조사한 국내의 경험적 연구는 거의 전무한 실정이다. 그 결과, 현재 우리나라의 성폭력피해자 진료 및 의료적 개입 실태에 대해서는 전혀 알려져 있지 않다. 이러한 점에서 우리나라의 실정에 맞는 효과적 의료지원방안을 모색하기 위한 탐색조사로서, 의사를 대상으로 성폭력 피해자 의료지원에 대한 전문가 의견 조사를 실시할 필요가 있다.

본 연구에서는 의사를 대상으로 전문가의견 조사를 실시하기 위해 다음과 같은 연구목적을 수립하였다. 첫째, 의사들이 성폭력피해자에 대해 지니고 있는 태도, 성폭력 관련 법과 지역사회내 관련 기관에 대한 인지 정도를 알아보고자 한다. 의사의 성폭력문제에 대한 인식 및 피해자에 대한 태도는 치료는 물론 성폭력피해 검사 및 법의학적 증거확보 등 의료행위에 영향을 미친다는 점에서 중요하다. 둘째, 성폭력피해자 진료에 대한 의사들의 태도, 그리고 실제로 제공하는 의료서비스 실태를 살펴본다. 셋째, 성폭력피해자 진료에 있어 겪는 어려움과 의료서비스 개선을 위해 필요한 다양한 의료지원방안에 대해 조사하고자 한다.

성폭력은 전국 어느 곳에서나 발생하고 있지만, 원스톱지원센터나 성폭력전담 의료기관은 한정되어 있고, 지리적 접근성의 한계로 인해 모든 피해자가 신속한 시간 내에 필요한 의료서비스를 받기 어렵다는 현실을 감안하여, 본 연구에서는 일선 의료기관에서 일하고 있는 의사를 주된 조사 대상으로 삼았다. 일반의료 기관에서 일하는 일반 의사를 대상으로 조사함으로써 지역사회에서 실제로 성폭력피해자들에게 제공되는 의료서비스 실태를 파악하고, 장차 모든 피해자에게 접근 및 이용가능한 의료서비스를 제공할 수 있도록 의료서비스 개선 및 의료지원을 강화할 수 있는 방안을 모색할 수 있을 것으로 기대된다.

2. 문헌 연구

1) 성폭력 피해자를 위한 현행 의료서비스의 한계

(1) 피해자의 의료적 욕구와 실제 의료서비스 간 괴리

성폭력 피해에 대한 의료처치와 증거채취를 위해 성폭력 발생 후 즉각적인 의료적 개입이 필요함에도 불구하고, 성폭력을 당한 여성의 상당수가 의료서비스를 제공받지 못한 것으로 나타났다. 미국에서 실시된 전국 여성대상 폭력조사(National Violence Against Women Survey)결과, 강간당하거나 폭행중 상해를 입은 성인 여성의 36%만이 성폭행 후 치료를 받았으며(Tjaden and Thoiennes, 1998; Konradi, 2003: 957 재인용), 우리나라의 경우 강간 및 강간미수피해자의 14.3%만이 의료기관을 이용한 것으로 나타났다(김승권외, 2008: 285).

우리나라에서 지난해 전국 원스톱지원센터에서 도움을 받은 성폭력피해자는 전체의 1/3정도에 불과했는데[9] 교통이 불편하고 대기자가 많아서 즉각적으로 도움을 받지 못하는 것으로 나타났다(김승

권 외, 2008: 71). 여성폭력 긴급의료지원센터의 경우 성폭력 발생 후 병원방문까지 72시간 이상 걸린 경우가 20.6%였고, 환자의 96.7%가 진료를 받기까지 1시간 이상 소요한 것으로 나타났다(노세현 외, 2004: 120). 대도시가 아닌 지방의 경우 긴급의료지원센터에의 접근 자체가 어려울 뿐 아니라 시간이 너무 지체되어 즉각적 의료처치와 증거채취가 어려운 경우가 다반사인 것으로 나타났다. 뿐만 아니라, 성폭력과 아동성학대 피해자 치료지침에 따라 증거채취를 위해 "성폭력응급키트"를 언제든지 가용하도록 되어 있지만(노세현 외, 2004: 122), 이를 사용할 경우 2~3시간이 소요되기 때문에 실제로는 성폭력응급키트의 사용을 꺼리는 경우가 많은 실정이다(장화정, 2006: 89).

성폭력피해자는 성폭력으로 인한 상처확인 및 치료, 임신위험에 대한 정보, 응급피임, 전염병의 위험과 예방에 대한 정보 등 다양한 의료적 욕구를 지니고 있으나(Campbell et al., 2005: 315-316), 실제로는 성폭행 후 지역사회에서 도움을 구하는데 많은 어려움에 부딪히게 되며, 필요로 하는 의료서비스를 충분히 제공받지 못하는 것으로 보인다. Campbell과 동료들(2005: 316)과 Campbell(2006: 31)의 연구에 의하면, 성폭력피해자가 폭행이후 응급의료서비스를 청할 때, 대다수는 건강검진과 법정증거수집키트를 받으며(70%; Campbell et al., 2001), 절반 이하가 임신 위험성에 대한 정보 제공받고(40~49%; Campbell et al., 2001; National Victim Center 1992), 20~43%가 응급피임조치를 받는다(Campbell et al., 2001; Amey and Bishai, 2002). 1/3정도는 성병 및 HIV 위험성에 대한 정보 제공받으며(Campbell et al., 2001; Amey and Bishai, 2002; National Victim Center 1992), 34~57%는 성병 예방 및 치료를 위한 약물치료를 받는 것으로 나타났다(Campbell et al., 2001; Amey and Bishai, 2002). 한편, 응급피임 실시 및 성병 예방치료에 있어서는 지역 및 세팅에 따라 많은 차이가 있는 것으로 나타났다(Martin et al., 2007: 6).

(2) 성폭력피해자 진료에 대한 의사의 역할 인식 및 수용적 태도 부족

의사가 성폭력을 심각한 의료적 문제로 인식할수록 성폭력피해자에게 HIV검사 및 성병치료, 성폭력피해에 대한 검사 및 증거채취, 낙태 상담 등 보다 양질의 의료서비스를 제공한 비율이 높았고 피해자를 치료한 경험이 더 많은 것으로 나타났다(Martin et al., 2007: 7). 한편, Martin(2005)은 응급실 의사는 성폭력피해 진단 및 검사를 의사의 전문성을 요하는 의료적 절차가 아니라고 생각하며, 생명의 위협을 받고 있는 응급환자를 우선적으로 치료해야 한다고 믿기 때문에 성폭력피해 검사를 꺼린다고 지적했다(Campbell et al., 2005: 315 재인용). 응급실 의사들이 성폭력피해 진단 및 법정증거수집을 꺼리기 때문에 성폭력피해자들이 검사받기까지 응급실에서 4~10시간 정도 대기하는 일이 흔하게 일어난다(Littel, 2001; Campbell et al., 2005: 315 재인용). 의사들은 성폭력피해자 진료 및 피해사정을 의사의 전문성이 요구되는 것으로 보거나, 시간이 없다는 이유로 진료시 우선순위에서 뒤로 미루어 놓거나 꺼리는 것으로 나타났다.

의사들이 성폭력피해자 진료에 소극적 태도를 취하는 또 다른 이유는 성폭력피해자 진료 및 검사에 장시간을 소요해야 하고, 법정출두시 환자진료를 못하게 됨에 따른 경제적 손실, 법적으로 연루될

9) www.medicalobserver, 433호, 24.

때의 번거로움, 가해자측 비난으로 인한 신상에 대한 불안감 등(안명옥,2003: 44-45)의 실제적인 어려움에 직면하기 때문이다. 특히, 성폭력피해에 대한 증언을 위해 법정출두 소환장을 받게 되면, 의사로서의 자질, 훈련, 경험 및 검사수행 능력 등에 대해 도전을 받을 가능성이 있기 때문에(Ledray, 1999; Littel, 2001; Campbell et al., 2005: 315 재인용), 법정증언에 대한 부담감을 크게 느끼는 것으로 보인다. 성폭력피해 사정 및 치료를 위해 의료기관과 연계할 때 약 성폭력상담소의 30%가 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났는데, 그 이유로 의사의 법정진술에 대한 부담감(46.4%)이 가장 큰 비중을 차지하는 것으로 나타났다(김승권 외, 2008: 415-416).

의사가 성폭력문제를 심각한 의료 문제로 인식하고, 진료시 우선순위를 두며 성폭력피해자 진료시 당연한 의사의 임무로 받아들일 때 성폭력피해자 진료 및 검사에 보다 적극적으로 관여하며, 신속한 피해사정 및 의료처치가 이루어지는 것으로 보인다.

(3) 의사의 성폭력 피해자에 대한 부정적 태도: 제2차 희생의 가능성

성폭력 피해자는 최초로 도움을 구하는 장소인 병원에서 종종 의료진으로부터 무심한 대우를 받거나 비난을 받는 등 예측하지 못한 부정적 경험을 하는 것으로 나타났다. 의사의 41%가 피해자 자신의 부적절한 행동으로 인해 성폭력이 발생했다고 생각하거나(Guedes, Bott and Cuca, 2002; Martin et al., 2007: 5재인용), 의료진의 72%가 성폭력피해자들이 성폭력사실에 대해 말하거나 서비스를 구할 때 믿어주지 않거나 비난하는 등 부정적 태도를 취한 것으로 나타났다(Ulman and Townsend, 2007: 435).

성폭력피해자를 비난하거나 믿어주지 않는 등 의료진의 태도로 인해 피해자가 의료기관과의 접촉에서 겪게 되는 부정적 경험은 “2차적 희생”(Cambell and Raja, 1999)라고 불린다(Campbell et al., 2005: 316 재인용). Campbell과 동료들(1999)은 피해자가 가해자와 알고 있는 경우 최소한의 의료서비스를 받았지만, 높은 수준의 2차적 희생을 경험하게 되어, 결과적으로 외상후 스트레스 증상이 심히 증가되어, 의료서비스를 전혀 구하지 않은 피해자보다 더 부정적인 결과가 초래되었다는 점을 지적하였다(Campbell et al., 2005: 316 재인용). 이처럼, 성폭력피해자에 대한 비난 및 불신 등의 부정적 태도를 취함으로써 의료진이 피해자가 필요로 하는 의료서비스제공을 제대로 하지 못하거나 법의학 증거확보에 지장을 초래할 수 있으므로 이에 대한 의료진의 훈련이 필요하다(Ulman and Townsend, 2007: 436).

(4) 성폭력 피해자 진료를 위한 특별훈련의 부족

성폭력피해자에게 보다 효과적인 의료서비스를 제공하기 위해서는 성폭력피해 진단 및 검사에 대한 특별훈련 역시 필요하다. 의사들 자신도 성폭력 특별훈련프로그램이 유용하고 가치가 있다고 보고 있으며(Parekh, Currie and Brown, 2005; Martin et al., 2007: 5재인용), 성폭력관련 훈련을 받은 의사가 성폭력피해여성에게 보다 나은 의료서비스를 제공한다는 사실에도 불구하고, 이런 특별훈련을 받은 의사는 드문 것으로 나타났다(Martin et al., 2007: 4).

의사는 성폭력피해를 검사하고 증거를 수집하는 과정에서 증거가 오염되거나 파괴되지 않도록 극

도의 주의를 기울여야 하며 이를 위해 성폭력응급키트(rape kit)를 능숙하게 사용하는 것이 기대된다(Campbell et al., 2005: 320). 그러나, 대다수 응급실 의사들은 법의학적 증거수집을 위한 특별한 훈련을 받지 않으며, 그 결과 성폭력응급키트를 사용한 증거수집이 부정확한 경우가 있으며, 특별훈련을 받은 의사조차도 충분히 능숙성을 유지할 만큼 빈번히 법의학적 검사를 수행하지는 않는다(Littel 2001; Campbell et al., 2005: 315 재인용). 성폭력피해 증거수집 뿐 아니라, 성폭력피해 진단 및 사정, 사정결과 문서화 등에 대한 특별훈련 역시 필요하다.

2) 효과적 의료지원을 위한 개선방안 모색

(1) 표준화된 프로토클의 필요성

성폭력관련 프로토클이 있는 병원에서 일한 경험이 있는 의사의 경우 성폭력피해자 진료에 대한 적극적 태도와 실제의 치료경험이 증가되었다는 점에서(Martin et al., 2007: 7), 성폭력 프로토클이 필요하다고 보인다. 미국의 경우 법정에서 사용될 증거수집을 표준화하기 위한 하나의 방안으로, 의료서비스를 원하는 모든 성폭력피해자들로부터 성폭력 범죄의 증거를 채취하고 철저히 문서화하도록 하기 위해 종종 성폭력응급키트라고 불리우는 프로토클이 개발되었다(Campbell et al., 2005: 314). 성폭력 프로토클은 구체적인 성폭력응급키트를 사용하여 증거를 수집하는 기술, 의료적 검사, 상해치료 및 성병예방, 응급피임 등 의료처치의 내용 등을 포함하고 있다(Resnick et al., 2000: 1327).

우리나라에서도 2008년 여성부에서 발간한 「성폭력피해자를 위한 의료업무 매뉴얼」을 통해 비로소 성폭력피해자에 대한 의료적 개입의 표준적 지침이 제시되었다. 「의료업무 매뉴얼」은 성폭력과 관련된 법조항 및 신고의무, 피해자를 대할 때 의사가 취해야 할 태도, 진료시 의사의 구체적인 역할과 책임 등을 명확히 함으로써(여성부, 2008b), 성폭력전담의료기관 뿐 아니라 일선 의료기관에서 사용할 수 있는 의사를 위한 표준적 의료 프로토클을 제시하고 있으며, 모든 의사들에게 의사 역할의 중요성 및 의무에 대한 인식을 증진시키는 데 중점을 두고 있다.

(2) 의료세팅에서의 성폭력 위기개입을 위한 특별 프로그램

미국에서는 성폭력에 대한 전국적인 지침(프로토클)을 토대로 법의학 증거 평가 및 성폭력피해자의 의료서비스에 대한 욕구를 다루기 위한 특별한 프로그램이 개발되었다. 이런 프로그램은 경찰, 피해자 옹호자와 협력 하에 의사와 간호사로 이루어진 다학제 팀에 의해 검사와 치료가 이루어지는 병원토대 성폭력검사 프로그램(hospital-based Sexual Assault Examiner Program)과, 특별훈련을 받은 간호사가 법의학적 서비스를 모두 담당하고 다른 관련기관과 접촉하는 SANE(Sexual Assault Nurse Examiner)프로그램을 포함한다(Resnick et al. 2000: 1327). 이런 특별 프로그램의 장점은 경찰, 검사, 피해 옹호자를 포함하여 성폭력관련 체계 간에 조정을 가능하게 할 뿐아니라, 특별훈련을 받은 전문성을 지닌 의료진에 의해 응급실이 아닌 장소에서 검사가 신속히 이루어진다는 점에서 다른 응급환자 때문에 성폭력검사가 지연되곤 하는 응급실에서 통상적으로 제공되는 치료보다 선호된다(Resnick et

al., 2000: 1327). 이러한 프로그램은 강간 후 72시간내에 신고한 피해자를 위한 응급처치와 법의학 증거수집을 위해 성폭력피해 검사를 담당하는 성폭력전담 간호사와 의사(Sexual Assault Nurse and Physician Examiners)를 고용하도록 하였다(Resnick et al., 2000: 1328).

(3) 성폭력관련 특별 훈련을 받은 전문 의료 인력의 필요성: SANE의 예

많은 성폭력피해자들이 병원 응급실에서 필요한 의료서비스를 받지 못한다는 점에서(Campbell et al., 2005: 320), 성폭력피해자에 대한 의료서비스를 개선하고 법의학증거수집을 용이하게 하기 위해 특별히 훈련받은 간호사들을 중심으로 SANE 프로그램이 마련되었다. SANE은 24시간 내내 생존자에게 최초의 의료보호 및 위기개입을 제공하는 한편, 법의학증거 수집을 담당하고 있다(Campbell, Patterson and Lichty, 2005: 316). SANE으로 인해 의사들은 성폭력피해자 진료시 가지게 되는 법정증인의 역할부담에서 벗어나게 되었으며(Cornell, 1998), 법정증거수집의 질과 지속성이 향상시킴으로써 기소율이 증가되었다(Campbell et al., 2005: 321 재인용). 성폭력범죄의 기소율이 증가된 것은 법정 증거수집의 질 향상(Sievers et al., 2003), 전문가증언 제공(Ledray and Barry, 1998), 긴 기소과정을 참아내는 데 필요한 정서적 지지와 자원을 피해자에게 제공(Seneski, 1992)하였기 때문인 것으로 보인다(Campbell et al., 2005, 325 재인용).

(4) 성폭력피해 사정 및 증거확보를 위한 과학적 시스템 활용의 필요성

성폭력피해자에 대한 성폭력응급키트의 사용은 성폭력범죄 수사에 많은 도움이 되지만, 성폭력피해 증거수집이 보다 어렵고 힘든 상황에서 이용될 수 있는 과학 장비(녹음, 녹화, 정액검사, 유전자 감식 등)의 개발과 활용 역시 필요하다(김종오, 2007: 119-129). 특히, 정액검사는 성폭력 피해자에서 법적인 증거채취과정의 하나로서 유용한 것으로 나타났다(김광준, 2005: 1652). 아울러 법적증거물 확보를 위한 새로운 기술로 혈액, 정액, 머리카락 등에서 DNA fingerprinting하는 방식이 널리 사용되고 있다(윤원식 외 5인: 285). 이와 같은 과학적인 증거확보 및 사정방안이 널리 활용되기 위해서는 전문적인 법의학자나 법의간호사의 참여가 필요하다(김종오, 2007: 121).

지금까지의 문헌조사를 토대로 할 때, 의사가 피해자에게 제공하는 의료서비스는 의사의 성폭력 문제 및 피해자에 대한 태도, 성폭력관련 법지식, 성폭력피해자 진료 및 법의학적 증거수집에 대한 특별훈련, 다각적 의료지원방안의 활용 등 다양한 요인에 의해 영향을 받는 것으로 보인다. 문헌에서 제시된 성폭력피해자를 위한 의료서비스 개선방안의 실현가능성을 보다 면밀히 검토해 보기 위해, 이에 대한 의사의 전문가의견을 조사하는 것이 필요하다.

3. 연구 방법

1) 조사대상자

의사의 성폭력피해자에 대한 태도 및 진료경험을 조사하기 위해, 2007년 1월 22일~2월 14일 동안 경상남도 내의 일반 의료기관에서[10] 성폭력피해자 진료에 관여하거나, 성폭력문제에 관심을 지닌 의사를 중심으로 설문조사를 실시하였다.

〈표 1〉 응답률 및 응답자 분포

		설문대상	응답자	응답률
성별	남	114	23	20.2
	여	200	60	30.0
	계	314	83	26.4

여성의 경우 경남여의사회 회원 200명에게 설문지를 배포하여[11] 60명으로부터 설문지를 회수하였다. 남성의 경우에는 경남의사회 회원 중 성폭력피해자를 진료할 가능성이 있는 산부인과 의사를 중심으로 조사하였다.[12] 경남 지역 114명의 남성 산부인과 의사에게 설문지를 배포하였으나 23명이 설문조사에 참여하였다. 남녀의사 314명 중 83명이 설문조사에 참여하여 26.4%의 응답률을 보였다. 경남 지역 의료기관이 지리적으로 분산되어 있기 때문에 우편조사를 중심으로 설문조사가 이루어졌다.

2) 측정 내용

성폭력에 대한 보다 효과적인 의료지원체계 구축하기 위한 전문가의견 조사로, 의사들의 성폭력피해자 진료 관련 경험 및 개선방안에 대한 의견을 조사하기 위해 연구자가 다음과 같은 항목을 개발하였다.[13]

10) 경남의 경우 여성폭력피해자 원스톱지원센터는 마산에 단 1개가 있고, 해바라기 아동센터는 없으며, 성폭력전담 의료기관도 전국의 8.1%인 27개(시 15, 군 12)에 불과하다. 이런 지역적 특성을 감안하여 피해자들이 지역사회 내에서 쉽게 접근할 수 있는 일선 의료기관(병원)의 의사를 조사의 대상으로 삼았다.

11) 경남여의사회의 지원으로 경남여의사회 회원 215명 중 설문조사 참여에 동의한 200명에게 설문지를 배포하였다.

12) 경남의사회 회원 (약 2900명) 중 남녀 산부인과 의사는 250명이었다. 남성 산부인과 의사 중 설문조사 참여에 동의한 114명에게 설문지를 배포하였다.

13) 설문 문항은 의료진(산부인과 1명, 내과 1명, 가정의학과 1명)의 의견을 참조하여 연구자가 개발하였다.

(1) 피해자의 동의성에 대한 견해(2문항): ① 피해자의 불명확한 거부의사, ② 가해자와 피해자가 아는 관계에서 발생한 성폭력을 피해자가 동의한 것으로 보는지 질문하고, 각 항목에 대한 찬성(1점)과 반대(0점) 여부를 측정하였다.

(2) 피해자에 대한 비난태도(3문항): 피해여성의 ① 단정치 않은 몸가짐 및 행실, ② 저항하지 않음, ③ 심한 노출로 인해 성폭력이 발생한다고 생각하는지 여부에 대한 찬성(1점)과 반대(0점)를 측정하였다.

(3) 의사의 의무에 대한 태도(3문항): 성폭력피해자에 대해 의사가 ① 진단서 발급 의무, ② 치료 의무, ③ 법정증언 의무를 지닌다고 생각하는 지 여부를 조사하였다.

(4) 성폭력법 인지여부(1문항): 〈성폭력범죄의처벌및피해자보호등에관한법률〉에 대해 들어본 적이 있는지 여부를 조사하였다.

(5) 미성년자 치료시 신고의무 인지여부(1문항): '치료를 하던 중 18세 미만의 미성년자가 성폭력을 당한 사실을 알게 된 경우 반드시 신고해야 한다'는 사실을 알고 있는 지 여부를 조사하였다.

(6) 비친고죄 신고의무 인지도(3문항): 비친고죄에 대한 신고의무를 인지하고 있는지 여부(3문항을 제시하고 신고의무 인지시 1점, 모르는 경우 0점)를 조사하였다.

(7) 성폭력 관련기관 인지도(5문항): 5개의 성폭력 관련기관에 대해 알고 있는지 여부(아는 경우 1점, 모르는 경우 0점)를 조사하였다.

(8) 의료서비스 제공여부(13문항): 성폭력피해자에 대한 기본적 치료 및 예방조치, 증거확보를 위한 조치, 신고 및 의뢰관련 서비스 등 13항목의 서비스 제공여부(제공한 경우 1점, 안한 경우 0점)를 조사하였다.

(9) 성폭력 피해자 진료의 어려움(6문항): 치료경험이 있는 경우 성폭력피해자 치료시 직면하는 어려움, 치료경험이 없는 경우 예상되는 어려움의 정도를 측정하기 위해 연구자가 개발한 6문항을 사용하였다. 5점 척도를 사용하여, 높은 점수는 진료의 어려움 정도가 높은 것을 나타내도록 하였다.

(10) 특화 의료지원 필요도(3문항): 성폭력피해자를 위한 특화 의료지원에 대한 필요도를 측정하기 위해 연구자가 개발한 3문항을 사용하였다. 5점 척도를 사용하여 높은 점수는 의료지원방안에 대한 필요도가 높은 것을 나타내도록 하였다.

(11) 성폭력피해 사정지원 필요도(3문항): 성폭력피해 사정지원에 대한 필요도를 측정하기 위해 연구자가 개발한 3문항을 사용하였다. 5점 척도를 사용하여 높은 점수는 사정지원에 대한 필요도가 높은 것을 나타내도록 하였다.

(12) 법정증언지원 필요도(4문항): 의사의 법정증언을 지원하기 위한 방안에 대한 필요도를 측정하기 위해 연구자가 개발한 4문항을 사용하였다. 5점 척도를 사용하여 높은 점수는 법정증언지원에 대한 필요도가 높음을 나타내도록 하였다.

3) 자료분석 방법

조사대상자의 일반적 특성을 파악하기 위해 기술통계를 사용하였고, 의사유형별 차이점을 비교하기 위해 교차 분석와 비모수 검증을 실시하였다. 비모수 검증(Kruskal-Wallis)은 서열척도로 이루어진 단일 항목에 대한 집단 비교를 위해 사용되었다. 통계분석은 SPSS/PC 14.0을 통해 이루어졌다.

4. 연구 결과

1) 조사대상자의 특성

(1) 의사유형 분류기준

성폭력피해자에 대한 의료서비스는 성폭력피해자 진료에 임하는 의사의 자세와 실제 진료경험 여부에 따라 많은 차이가 있을 것이라 예상된다. 산부인과 의사의 경우 성폭력피해자를 치료할 가능성이 가장 높지만 다른 진료과에서도 치료할 가능성이 있다는 점에서, 산부인과 여부에 따른 단순 분류보다는 실제의 치료 경험 여부가 성폭력피해자 진료에 영향을 미칠 것이다. 동시에, 성폭력피해자 진료여부는 특정 진료과에 속하는 지 여부보다는 성폭력피해자 진료를 자신의 일로 받아들이는지에 따라 결정된다고 보인다.

이러한 점에서 본 연구에서는 성폭력피해자 치료경험 유무와 의사자신이 해당 진료과에 속한다고 생각하는 지 여부를 의사유형을 분류하는 기준으로 삼았다. 이러한 기준을 적용하여 성폭력 피해자를 '실제로 치료한 경험이 있는 의사'를 type1, '치료경험이 없지만 해당 진료과인 경우'를 type2, '치료경험이 없고 해당 진료과도 아닌 경우'를 type3로 분류하였다.

〈표 2〉 의사유형 분류 기준

분류기준	type1	type2	type3
실제 치료경험 유무	O	X	X
해당 진료과 여부		O	X

(2) 의사유형별 특성

성폭력피해자를 치료경험 여부와 해당 진료과 여부를 기준으로 의사 유형을 분류할 때, 성폭력피해자를 치료한 경험이 있는 의사(type1)는 26명으로 전체의 31.3%였으며, 치료경험은 없지만 해당 진료과에 속하는 의사(type2)는 15명(18.1%), 치료경험도 없고 해당 진료과에 속하지 않는 의사(type3)는

42명(50.6%)인 것으로 나타났다.

전체 응답자 중 남성이 27.7%, 여성이 72.3%로 여성이 차지하는 비율이 압도적으로 높았다. 성폭력 피해자를 치료한 적이 있는 의사(type1) 중 65.4%가 남성이었으며, 치료경험은 없지만 해당 진료과에 속하는 의사(type2)의 40.0%가 남성이었다. 반면, 치료경험도 없고 해당 진료과에 속하지 않는 의사(type3) 중 남성은 한 명도 없었고 모두(100.0%) 여성인 것으로 나타났다.

〈표 3〉 의사유형별 특성

명(%)

		type Ⅰ	type Ⅱ	type Ⅲ	계
성별***	남	17 (65.4)	6 (40.0)	0 (0.0)	23 (27.7)
	여	9 (34.6)	9 (60.0)	42 (100.0)	60 (72.3)
	계	26 (**31.3**)	15 (**18.1**)	42 (**50.6**)	83
진료과	산부인과	24 (96.0)	8 (53.3)	0 (0.0)	32 (39.5)
	내과	0 (0.0)	2 (13.3)	9 (22.0)	11 (13.6)
	가정의학과	1 (4.0)	3 (20.0)	3 (7.3)	7 (8.6)
	소아과	0 (0.0)	1 (6.7)	12 (29.3)	13 (16.0)
	기타	0 (0.0)	1 (6.7)	17 (41.5)	18 (22.2)
	계	25	15	41	81
평균 연령 ***		49.04	43.33	38.81	42.75
		F=13.758 (p=0.000)			

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

진료과를 살펴볼 때, 산부인과 의사는 전체의 39.5%(32명)로 가장 많았다. 그 다음으로는 소아과의사가 13명(16.0%)으로 많았으며, 내과는 11명(13.6%), 가정의학과는 7명(8.6%), 기타 진료과에 속하는 의사는 18명(22.2%)이었다. 의사유형별로 살펴 보면, 치료경험이 있는 의사(type1) 중 대다수(96.0%)가 산부인과 의사였고, 단 1명 만이 가정의학과 의사였다. 치료경험이 없지만 해당 진료과(type2)인 의사의 경우, 산부인과는 8명(53.3%), 가정의학과는 3명(20.0%), 내과는 2명(13.3%)이었고, 소아과 및 기타 진료과는 각각 1명(6.7%)이었다. 치료경험도 없고 해당 진료과도 아니라고 답한 의사(type3) 중 '기타' 진료과 의사가 17명(41.5%)으로 가장 많았고, 소아과는 12명(29.3%), 내과 9명(22.0%), 가정의학과 의사는 3명(7.3%)이었다.

2) 성폭력 피해자에 대한 태도, 성폭력 법 지식 및 관련기관 인지도

(1) 성폭력문제 및 피해자에 대한 태도

피해자의 '동의성 여부'는 성폭력 여부를 결정짓는 데 있어 주요한 요인으로 간주되는 경향이 있다. "피해자가 거부의사를 명확하게 표현하지 않았다면 성폭력으로 볼 수 없다"라는 견해에 대해 전체 의사의 30.5%가 동의하는 것으로 나타났다. 한편, "서로 잘 아는 사이에서 성폭력 발생한 경우 강간 입증을 위한 구체적 의학적 증거가 필요하다"라고 생각하는 의사의 비율은 전체의 59.0%로 높게 나타

났다.

〈표 4〉 성폭력 문제 및 피해자에 대한 태도

명(%)

			type Ⅰ	type Ⅱ	type Ⅲ	계
동의성	피해자가 거부의사를 명확하게 표현하지 않았다면 성폭력으로 볼 수 없다	예	10 (38.5)	5 (33.3)	10 (24.4)	25 (**30.5**)
		아니오	16 (61.5)	10 (66.7)	31 (75.6)	57 (69.5)
		계	26 (31.7)	15 (18.3)	41 (50.0)	82
	서로 잘아는 관계에서 성폭력이 발생하였다면, 강간임을 입증하기 위한 구체적 의학적 증거가 필요하다	예	16 (61.5)	11 (73.3)	22 (52.4)	49 (**59.0**)
		아니오	10 (38.5)	4 (26.7)	20(47.6)	34 (41.0)
		계	26 (31.3)	15 (18.1)	42 (50.6)	83
피해자 비난	성폭행 당하는 여성들은 일반적으로 몸가짐이나 행실이 단정치 않은 여성이다	예	3 (11.5)	1 (6.7)	1 (2.4)	5 (**6.0**)
		아니오	23 (88.5)	14 (93.3)	41 (97.6)	78 (94.0)
		계	26 (31.3)	15 (18.1)	42 (50.6)	83
	여성이 끝까지 저항하면 강간을 당할 수 없다*	예	4 (15.4)	2 (13.3)	0 (0.0)	6 (**7.2**)
		아니오	22 (84.6)	13 (86.7)	42 (100.0)	77 (92.8)
		계	26 (31.3)	15 (18.1)	42 (50.6)	83
	여성의 심한 노출로 인해 성폭력이 발생한다	예	5 (19.2)	7 (46.7)	10 (23.8)	22 (**26.5**)
		아니오	21 (80.8)	8 (53.3)	32 (76.2)	61 (73.5)
		계	26 (31.3)	15 (18.1)	42 (50.6)	83

성폭력 피해자에 대한 태도를 조사한 결과, “성폭력피해 여성은 일반적으로 몸가짐 및 행실이 단정치 않은 여성이다”라는 견해를 지닌 의사는 전체의 6.0%에 불과했다. , “여성이 끝까지 저항하면 강간을 당할 수 없다”라는 견해에 전체의 7.2%만이 동의하였으나, “심한 노출”로 성폭력이 발생한다는 의견에는 전체의 26.5%가 동의했다.

(2) 성폭력 법 지식 및 신고의무

<성폭력범죄의처벌및피해자보호등에관한법률>에 대해 들어본 적이 있다는 응답은 전체의 65.1%로 2/3가량의 의사가 성폭력관련 법에 대해 알고 있는 것으로 나타났다.

‘근친상간’, ‘장애인’, ‘13세 미만 미성년자’에 대한 성폭력이 비친고죄에 해당하기 때문에 피해자의 의사와 상관없이 신고해야한다는 사실을 정확하게 알고 있는 비율은 각기 88.0%, 85.4%, 90.4%로 상당히 높게 나타났다. ‘18세 미만의 미성년자가 성폭력당한 사실을 치료 중 알게 된 경우 반드시 신고해야 한다’라는 신고의무에 대해 전체의사의 61.7%만이 정확히 알고 있는 것으로 나타났다. 의사와 가장 관련이 있는 ‘치료 중 미성년자의 성폭력사실을 알게 된 경우의 신고의무’에 대해 의사들이 정확히 아는 비율은 비친고죄 신고의무에 비해 상대적으로 낮게 나타났다.

〈표 5〉 성폭력관련 법 지식 및 신고의무

명(%)

법지식 및 신고의무		type I	type II	type III	계
"성폭력범죄의처벌및피해자보호등에 관한법률"에 대해 들어본 적이 있다**	예	20 (76.9)	14 (93.3)	20 (47.6)	54 (65.1)
	아니오	6 (23.1)	1 (6.7)	22 (52.4)	29 (34.9)
	계	26 (31.3)	15 (18.1)	42 (50.6)	83
근친상간에 의한 성폭력은 가족문제이므로 신고할 필요가 없다*	예	7 (26.9)	1 (6.7)	2 (4.8)	10 (12.0)
	아니오	**19 (73.1)**	**14 (93.3)**	**40 (95.2)**	**73 (88.0)**
	계	26 (31.3)	15 (18.1)	42 (50.6)	83
13세 미만의 미성년자가 성폭력피해를 입은 경우 반드시 신고해야 한다	**예**	**21 (84.0)**	**11 (73.3)**	**38 (90.5)**	**70 (85.4)**
	아니오	4 (16.0)	4 (26.7)	4 (9.5)	12 (14.6)
	계	25 (30.5)	15 (18.3)	42 (51.2)	82
장애인을 간음한 사실이 드러난 경우 신고해야 한다	**예**	**23 (88.5)**	**12 (80.0)**	**40 (95.2)**	**75 (90.4)**
	아니오	3 (11.5)	3 (20.0)	2 (4.8)	8 (9.6)
	계	26 (31.3)	15 (18.1)	42 (50.6)	83
치료 중 미성년자(18세 미만)가 성폭력당한 사실을 안 경우 반드시 신고해야 한다	**예**	**12 (46.2)**	**9 (60.0)**	**29 (72.5)**	**50 (61.7)**
	아니오	14 (53.8)	6 (40.0)	11 (27.5)	31 (38.3)
	계	26 (32.1)	15 (18.5)	40 (49.4)	81

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$
진한 글씨는 성폭력 신고의무에 대한 정확한 이해임.

(3) 성폭력관련 기관 및 시설에 대한 인지 여부 및 의뢰경험

성폭력관련 기관에 대한 인지 여부를 조사한 결과, '성폭력상담소'에 대해서는 전체 의사의 78.3%가 알고 있는 것으로 나타나 가장 높은 인지도를 보였으며, 그 다음으로는 아동폭력예방센터에 대한 인지도가 63.9%로 높게 나타났다. '성폭력피해자 보호시설'(54.2%)과 '여성 긴급전화 1366'(45.8%)에 대해서는 전체 의사의 약 50% 정도만 알고 있는 것으로 나타났다. 한편, '여성폭력피해자 one-stop 지원센터'에 대해서 알고 있는 의사는 전체의 37.3%로 가장 낮은 인지도를 보였다. 성폭력관련 기관에 의뢰한 적이 있는지 조사했을 때, 의뢰 비율이 전반적으로 매우 낮은 것으로 나타났다.

〈표 6〉 성폭력관련 기관 인지여부 및 의뢰경험

명(%)

		인지 여부				의뢰 경험
		type1	type2	type3	전체	전체
one-stop 지원센터	**유**	**12 (46.2)**	**5 (33.3)**	**14 (33.3)**	**31(37.3)**	**3 (4.0)**
	무	14 (53.8)	10 (66.7)	28 (66.7)	52 (62.7)	72 (96.0)
성폭력상담소	**유**	**21 (80.8)**	**13 (86.7)**	**31 (73.8)**	**65 (78.3)**	**9 (11.8)**
	무	5 (19.2)	2 (13.3)	11 (26.2)	18 (21.7)	67 (88.2)
성폭력 피해자 보호시설	**유**	**12 (46.2)**	**7 (46.7)**	**26 (61.9)**	**45 (54.2)**	**5 (6.6)**
	무	14 (53.8)	8 (53.3)	16 (38.1)	38 (45.8)	71 (93.4)
여성 긴급전화 1366	**유**	**11 (42.3)**	**9 (60.0)**	**18 (42.9)**	**38 (45.8)**	**2 (2.7)**
	무	15 (57.7)	6 (40.0)	24 (57.1)	45 (54.2)	73 (97.3)
아동폭력예방센터	**유**	**14 (53.8)**	**9 (60.0)**	**30 (71.4)**	**53 (63.9)**	**2 (2.7)**
	무	12 (46.2)	6 (40.0)	12 (28.6)	30 (36.1)	73 (97.3)

3) 성폭력 피해자 진료 실태

(1) 성폭력피해자 진료에 대한 태도

성폭력피해자에 대한 '의사의 의무'에 대해 질문했을 때, '진단서를 발급해야할 의무가 있다'고 생각하는 의사는 전체의 81.5%였으며, 성폭력 피해자를 '치료해야 할 의무가 있다'고 생각하는 의사는 전체의 88.8%였다.

〈표 7〉 의사 의무에 대한 태도

명(%)

			type I	type II	type III	전체
성폭력 피해자에 대한 의사의 의무	진단서 발급 의무	유	20 (76.9)	13 (100.0)	33 (78.6)	66 (**81.5**)
		무	6 (23.1)	0 (0.0)	9 (21.4)	15 (18.5)
		계	26 (32.1)	13 (16.0)	42 (51.9)	81
	치료 의무	유	22 (84.6)	10 (83.3)	39 (92.9)	71 (**88.8**)
		무	4 (15.4)	2 (16.7)	3 (7.1)	9 (11.3)
		계	26 (32.5)	12 (15.0)	42 (52.5)	80
	법정증언 의무	유	13 (50.0)	7 (53.8)	22 (56.4)	42 (**53.8**)
		무	13 (50.0)	6 (46.2)	17 (43.6)	36 (46.2)
		계	26 (33.3)	13 (16.7)	39 (50.0)	78

실제로 성폭력피해자를 치료하였지만, 치료경험이 있는 의사(type1) 중 23.1%는 '진단서 발급의무'가 없다고 보았으며, 15.4%는 '치료해야할 의무'가 없다고 생각하는 것으로 나타났다. 한편, 성폭력 피해자 치료 사실에 대한 '법정증언 의무'가 있는지 질문했을 때, '법정증언 의무가 있다'고 보는 의사는 전체의 53.8%였으며, 실제로 치료한 경험이 있는 의사(type1)의 경우 '법정증언 의무'가 있다고 응답한 비율은 50.0%로 낮았다.

(2) 성폭력 피해자 진료관련 실제 경험

실제로 성폭력피해자를 치료한 경험이 있는 의사(type1)는 전체의 31.3%였으며, '법정증언'을 한 적이 있는 의사는 전체의 3.7%, '증거자료 제출'한 의사는 전체의 25.3%인 것으로 나타났다. 치료경험이 있는 의사(type1) 중에서 단 3명(11.5%)만이 '법정증언'을 한 반면, '증거자료를 제출'한 의사는 20명(83.3%)이었다.

〈표 8〉 성폭력피해자 진료관련 경험여부

명(%)

			type Ⅰ	type Ⅱ	type Ⅲ	전체
성폭력 관련 실제 경험	치료 여부	유	26 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	26 (**31.3**)
		무	0 (0.0)	15 (100.0)	42 (100.0)	57 (68.7)
		계	26 (31.3)	15 (18.1)	42 (50.6)	81
	법정증언 여부	유	3 (11.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (**3.7**)
		무	23 (88.5)	14 (100.0)	41 (100.0)	78 (96.3)
		계	26 (32.1)	14 (17.3)	41 (50.6)	81
	증거자료 제출여부	유	20 (83.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	20 (**25.3**)
		무	4 (16.7)	15 (100.0)	40 (100.0)	59 (74.7)
		계	24 (30.4)	15 (19.0)	40 (50.6)	79

'진료한 적이 있는' 의사의 경우만 살펴볼 때, 법정에서 증언하지 않은 이유로 '법정출두의 번거로움'과 '법정증언이 싫어서'라는 응답이 약 42%로 압도적으로 많았다.

〈표 9〉 법정 증언을 하지 않은 이유

명(%)

법정에서 증언하지 않은 이유	전체	type1
성폭력 피해자를 진료한 적이 없어서	39 (59.1)	
법정출두가 시간이 걸리고 번거로워서	10 (15.2)	10 (38.5)
법정에서 증언하고 신문받는 것이 싫어서	1 (1.5)	1 (3.8)
기타	16 (24.2)	15 (57.7)
계	66	26

(3) 성폭력피해자를 위한 의료서비스 실태

① 성폭력 피해자 치료시 제공한 의료서비스

실제로 성폭력피해자를 치료한 경험이 있는 의사들이 제공한 의료서비스의 내용을 살펴보면, 성폭력피해 치료(100.0%) 외에, '성병 감염여부검사 및 성병치료'(84.0)와 '임신여부 검사'(79.2%)등 기본적인 치료 및 검사가 이루어졌고, 성폭력으로 인해 임신된 경우 '임신중절 수술'을 한 비율은 37.5%에 달했다. 성폭력 사건에 대해 취한 조치를 살펴 볼 때, '경찰에 신고여부 확인'(88.0%)와 '피해 경과시간 확인'(84.0%)한 비율은 비교적 높은 것으로 나타났다. 그러나, 피해자를 치료한 의사 중 88.0%는 '경찰에 신고여부 확인'을 하였지만, 실제로 '경찰에 신고'한 비율은 25.0%에 불과했다.

〈표 10〉 성폭력 피해자에게 제공한 의료서비스

명(%)

성폭력 피해자에게 제공한 의료서비스	예	아니오	계
치료	**24 (100.0)**	0 (0.0)	24
임신여부 검사	**19 (79.2)**	5 (20.8)	24
성병 감염여부 검사 및 성병치료	**21 (84.0)**	4 (16.0)	25
임신확인시 임신중절수술	9 (37.5)	15 (62.5)	24
경찰에 신고여부 확인	**22 (88.0)**	3 (12.0)	25
경찰에 신고	6 (25.0)	18 (75.0)	24
성폭력응급키트 사용	7 (30.4)	16 (69.6)	23
피해 경과시간 확인	**21 (84.0)**	4 (16.0)	25
성폭력피해 증거 사진촬영	7 (30.4)	16 (69.6)	23
성폭력피해에 대한 진술 녹화지원	2 (9.1)	20 (90.9)	22
성폭력피해 증거목록 작성	6 (27.3)	16 (72.7)	22
성폭력피해에 대한 상담 및 정신과 의뢰	7 (28.0)	18 (72.0)	25
성폭력상담기관 의뢰	8 (33.3)	16 (66.7)	24

아울러, ‘성폭력응급키트 사용’(30.4%), ‘성폭력피해 증거 사진촬영’(30.4%), ‘성폭력피해 증거목록 작성’(27.3%) 등 성폭력 피해 증거 확보를 위한 노력은 약 30% 정도에 불과한 것으로 나타났다. 특히, ‘성폭력피해에 대한 진술녹화 지원’을 한 경우는 단 2건(9.1%)에 불과했다. 한편, 성폭력상담기관에 의뢰‘한 비율은 33.3%, ’성폭력피해에 대한 상담 및 정신과 의뢰‘한 경우는 33.3%였다.

② 진단서 발급비 및 치료비 지급실태

성폭력피해자를 치료한 의사 가운데 진단서 발급비를 받은 경우는 36.4%에 불과했으며, 치료비를 받은 경우는 66.7%였다. 치료비를 낸 사람으로 ‘피해자 및 가족’이라는 응답이 77.8%로 가장 많았으며, ‘성폭력상담소’, ‘국가’인 경우가 각기 11.1%로 나타났다. 가해자에게서 치료비를 받은 경우는 단 한 건도 없었다.

〈표 11〉 진단서 발급비 및 치료비

		계
진단서 발급비	지급	8 (36.4)
	미지급	14(63.6)
	계	22
치료비	지급	16 (66.7)
	미지급	8 (33.3)
	계	24
치료비 수납자	피해자 및 가족	14 (77.8)
	성폭력상담소	2 (11.1)
	국가(시, 동,읍면 등)	2 (11.1)
	가해자	0 (0.0)
	계	18

4) 성폭력 피해자 의료지원을 위한 개선방안

(1) 성폭력 피해자 진료에 따르는 어려움

치료한 경험이 있는 의사(type1)의 경우에는 진료시 경험한 실제적 어려움, 치료한 경험이 없는 의사(type2와 type3)에게는 성폭력피해자 진료시 예상되는 어려움에 대해 질문하였다. 각 어려움에 대한 전체의사의 평균[14]을 살펴보면 전반적으로 어려움의 정도가 아주 높은 편은 아닌 것으로 나타났다, '정확한 진단의 어려움'(3.73)과 '법정출두 가능성'(3.70)이 가장 높았으며, '치료비 받기어려움'(3.01)이 가장 낮았다.

〈표 12〉 성폭력 피해자 진료에 따르는 어려움

변수명	의사 유형	N	평균	평균 순위	Kruskal-Wallis	df	prob>
성폭력에 대한 정확한 진단을 내리기 어려움**	1	26	3.33	34.65	9.594	2	0.008
	2	15	3.41	33.27			
	3	42	4.07	49.67			
	전체	83	3.73				
성폭력피해자 치료에 시간이 너무 많이 소요됨	1	26	3.45	38.42	1.368	2	0.505
	2	15	3.83	47.07			
	3	42	3.62	42.40			
	전체	83	3.61				
성폭력 피해사실 증언을 위해 법정출두 가능성***	1	26	2.91	25.96	18.611	2	0.000
	2	15	4.08	46.60			
	3	42	4.05	50.29			
	전체	83	3.70				
가해자의 보복 가능성***	1	26	2.75	27.10	16.073	2	0.000
	2	15	3.66	46.23			
	3	42	3.77	49.71			
	전체	83	3.43				
치료비 받기 어려움	1	26	3.16	46.10	1.262	2	0.532
	2	15	3.00	40.50			
	3	42	2.92	40.00			
	전체	83	3.01				
성폭력피해자 치료비 청구과정 복잡함	1	26	3.54	44.42	2.163	2	0.339
	2	15	3.58	47.67			
	3	42	3.17	38.48			
	전체	83	3.35				

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
5점 척도로 측정한 결과를 비모수 검증(Kruskal-Wallis)을 통해 분석한 결과임.

의사유형별로 비교할 때[15] '정확한 진단내리기 어려움', '증언을 위한 법정출두 가능성', '가해자의

14) 성폭력피해자 진료의 어려움 정도를 알아보기 위해 5점 척도에서의 평균을 제시하였음.

보복 가능성'에 있어서 의사 유형별 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 실제 치료경험이 있는 의사(type1)가 이러한 어려움을 느끼는 정도가 가장 낮은 반면, 치료경험이 전혀 없고 해당 진료과도 아닌 의사(type3)가 이러한 어려움을 예상하는 정도가 가장 높은 것으로 나타났다.

유의미한 차이가 발견되지는 않았지만, 실제로 치료한 적은 없지만 해당 진료과에 속하는 의사(type2)의 경우 '성폭력피해자 치료에 너무 많은 시간 소요', '치료비 청구과정의 복잡함'으로 인한 어려움이 가장 높게 나타났다. 한편, '진료후 치료비 받는 것의 어려움' 치료경험이 있는 의사(type1)가 가장 크게 느끼고 있는 것으로 나타나 현실적인 어려움의 정도가 가장 큰 것으로 보인다.

(2) 성폭력에 대한 특화 의료지원방안 필요도

성폭력피해자에 대한 특화 의료지원방안에 대해 전반적으로 높은 필요도를 지니고 있는 것으로 나타났다. '성폭력응급키트'의 필요성(4.17)이 가장 높았으며, '증거확보를 위한 촬영시설'(4.09)의 필요도도 높게 나타났다. 다만, '성폭력전담 간호사 양성'에 대한 필요도(3.57)는 다른 의료지원에 대한 필요도보다 낮게 나타났다.

의사유형별로 비교할 때, '성폭력응급키트', '증거확보를 위한 촬영시설', '성폭력전담 간호사 양성'에 있어, 유의미한 차이점이 발견되었다. 치료경험이 없고 해당 진료과가 아닌 의사(type3)가 '성폭력응급키트', '촬영시설', '전담간호사 양성'을 필요하다고 생각하는 정도가 가장 높은 것으로 나타났다.

〈표 13〉 성폭력에 대한 특화 의료지원방안 필요도

의료지원방안	의사 유형	N	평균	평균 순위	Kruskal-Wallis	df	prob>
성폭력피해 증거채취를 위한 응급키트*	1	26	3.71	30.58	8.772	2	0.012
	2	14	4.33	45.14			
	3	41	4.40	46.20			
	전체	81	4.17				
성폭력피해 증거확보를 위한 촬영시설*	1	26	3.79	33.71	7.229	2	0.027
	2	14	3.66	35.50			
	3	41	4.40	47.50			
	전체	81	4.09				
성폭력전담 간호사 양성**	1	26	3.00	30.79	12.206	2	0.002
	2	14	3.08	34.79			
	3	41	4.07	49.60			
	전체	81	3.57				

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$
5점 척도로 측정한 결과를 비모수 검증(Kruskal-Wallis)을 통해 분석한 결과임.

(3) 성폭력피해 사정지원방안 필요도

성폭력피해 사정지원 방안에 대한 필요도를 조사한 결과, 전체적으로 사정지원방안에 대한 필요도

15) 서열 척도로 되어 있는 단일 항목에 대한 집단 비교를 위해 비모수 검증을 실시함.

가 상당히 높게 나타났다. '정액반응검사'(4.31)와 'DNA 검사'(4.26)에 대한 필요도가 상당히 높았으며, '사정기준 표준화'(4.06)의 필요도도 높은 편이었다.

의사유형별 비교시 사정지원방안 필요도에 있어, 유의미한 차이점이 발견되지는 않았다. 치료경험이 있는 의사(type1)는 '사정기준 표준화'에 대한 필요도는 가장 낮았으나, '정액반응 검사 실시'의 필요성은 가장 높았다.

〈표 14〉 성폭력피해 사정지원방안 필요도

사정지원방안	의사 유형	N	평균	평균순위	Kruskal-Wallis	df	prob>
성폭력피해 판단 및 사정기준을 표준화	1	26	3.75	33.88	5.603	2	0.061
	2	14	4.00	39.50			
	3	42	4.27	46.88			
	전체	82	4.06				
DNA검사를 최소한의 비용으로 제공	1	26	4.29	40.31	0.869	2	0.648
	2	13	4.00	36.58			
	3	42	4.32	42.80			
	전체	81	4.26				
정액반응 검사 실시	1	25	4.50	44.66	3.210	2	0.201
	2	13	3.91	31.65			
	3	42	4.32	40.76			
	전체	80	4.31				

5점 척도로 측정한 결과를 비모수 검증(Kruskal-Wallis)을 통해 분석한 결과임.

(4) 법정증언 지원방안 필요도

성폭력피해에 대해 의사가 법정에서 증언할 경우 필요한 법정증언 지원방안에 대해 조사한 결과, 전반적으로 법정증언 지원방안에 대한 필요도가 상당히 높게 나타났다.

전체적으로 볼 때, '문서로 증거자료제출'(4.42)의 필요도가 가장 높았으며, '증언을 위한 패널 구성'(4.35), '비디오 진술녹화 증언'(4.17)필요도가 그 다음으로 높았다. 반면, '화상을 통한 증언'(3.98)의 필요도는 상대적으로 다소 낮은 것으로 나타났다.

의사 유형별 비교시, 유의미한 차이점은 발견되지 않았다. 모든 법정증언 지원방안에 있어 치료경험이 없지만 해당진료과 (type2)인 의사들의 경우, '증언 패널구성'(4.50), '문서로 증거자료 제출'(4.50), '화상을 통한 증언'(4.25)의 필요성이 가장 높게 나타났다.

〈표 15〉 법정증언 지원방안 필요도

법정증언 지원방안	의사 유형	N	평균	평균 순위	Kruskal-Wallis	df	prob>
의사의 책임을 분산하기 위해 증언패널 구성	1	25	4.16	35.40	2.406	2	0.300
	2	14	4.50	45.07			
	3	41	4.42	42.05			
	전체	80	4.35				
법정증언에 따르는 시간 및 위험을 줄이기 위해 화상을 통한 증언	1	25	3.87	40.22	0.320	2	0.852
	2	15	4.25	44.30			
	3	42	3.97	41.26			
	전체	82	3.98				
법정출두 대신 평가서,진단서 등 문서로 증거자료 제출	1	26	4.45	42.79	0.268	2	0.875
	2	15	4.50	43.83			
	3	42	4.37	40.86			
	전체	83	4.42				
비디오 진술 녹화장치를 통해 증언	1	25	4.21	37.98	1.198	2	0.549
	2	15	3.75	46.00			
	3	41	4.27	41.01			
	전체	81	4.17				

5점 척도로 측정한 결과를 비모수 검증(Kruskal-Wallis)을 통해 분석한 결과임.

5. 결론 및 제언

성폭력피해자를 위한 의료적 개입에 있어 의사가 담당하는 역할과 책임의 중대성에도 불구하고, 지금까지는 성폭력피해자를 위한 의료지원방안에 대한 사회적 관심이 부족한 편이었다. 본 연구에서는 성폭력피해자를 위한 보다 효과적인 의료지원방안을 탐색하기 위해, 전문가의견 조사를 통해 의료진의 입장에서 성폭력피해자 진료에 대한 태도, 진료 실태 및 필요한 의료지원 개선방안에 대한 의견을 조사하였다. 아울러, 의사가 성폭력피해자 진료를 자신의 일로 받아들이는지 여부와 실제 치료경험을 토대로 의사유형을 분류하여 비교함으로써, 의사유형에 따른 차이점을 토대로 성폭력피해자 진료 가능성을 증진시킬 수 있는 방안을 모색해 보았다.

1) 의사유형에 따른 차별화된 개선방안

(1) 치료경험이 있는 의사(type1)

성폭력피해자에게 실제로 치료를 제공하지만, 관련 법과 신고의무에 대해 정확히 알지 못하는 의사도 상당수 있는 것으로 나타났다. 한편, '진료후 치료비 받는 것의 어려움을 가장 크게 느끼고 있는 것으로 나타나 성폭력피해자 진료에 따르는 현실적인 어려움의 정도가 큰 것으로 보인다. 그러나, 치료경험이 있는 의사(type1)는 치료경험이 없는 의사들(type2와 type3)들이 성폭력피해자 치료시 예상하

는 어려움, 즉, '치료에 많은 시간 소요', '법정출두 가능성', '가해자 보복 가능성'으로 인한 어려움을 가장 적게 느끼는 것으로 나타났다.

한편, 성폭력피해 사정지원방안에 있어, '사정기준 표준화' 필요성을 가장 적게 느끼지만, 정확한 사정을 위해 '정액반응 검사'가 필요하다고 느끼는 정도는 가장 높았다. 이는 성폭력 사정을 위해 표준화된 기준을 확보하는 것이 어려운 현실을 직면하고 있기 때문인 듯 보이며, 이처럼 사정기준 표준화가 어려운 현실에서 가장 확실한 증거를 제공할 수 있는 '정액반응 검사'의 필요성을 가장 크게 느끼고 있는 것으로 보인다.

치료 경험이 있는 의사(type1)를 위해서는 실제로 피해자를 치료하는 과정에서 현실적으로 가장 어려움을 느끼는 성폭력피해자 진료비 보장과 정액반응검사를 할 수 있도록 지원해야 할 것이다. 아울러, 성폭력피해에 대한 법의학적 증거수집, 법정증언을 돕기 위해, 다양한 사정지원방안과 법정증언 지원방안 역시 제공될 필요가 있다.

(2) 치료경험이 없지만 해당 진료과인 의사(type2)

성폭력 진단시 피해자의 동의성 여부를 중시하는 경향, 피해여성에 대한 부정적 견해는 아직까지 진료경험이 없지만 해당 진료과에 속하는 의사들로 하여금 성폭력 피해자 진료를 꺼리게 만드는 요인이 될 수 있다. 뿐만 아니라, 지금까지 치료한 적은 없지만 해당 진료과이기 때문에 막상 치료하게 될 경우 '치료에 너무 많은 시간 소요', '치료비 청구과정의 복잡함'이라는 현실적 어려움을 많이 예상하기 때문에 성폭력피해자 치료에 대해 두려움을 갖거나 치료를 피하고자 하는 마음을 지닐 가능성 큰 것으로 보인다. 한편, 법정출두 대신 '화상증언', '비디오진술 통한 증언' 등 모든 법정지원방안에 대해 가장 높은 필요도를 지니고 있다는 점에서, 진료에 따르는 어려움, 법정증언의 부담 등으로 인해 진료를 꺼리는 것으로 보인다.

스스로를 해당 진료과로 인식하고 있는 만큼, 성폭력피해자와 관련된 부정적 견해를 줄이고 진료에 보다 적극적 자세를 증진시키는 것이 필요하다. 성폭력피해자 진료에 따르는 예상되는 어려움을 감소시키기 위해, 성폭력 문제에 대한 관심 증대 및 인식 전환을 위한시키기 위한 교육을 제공할 필요가 있다.

(3) 치료경험이 없고 해당 진료과가 아닌 의사(type3)

성폭력 피해자를 진료한 적도 없고 해당 진료과도 아니지만, 신고의무, 성폭력 관련기관 인지도는 높은 편이었으며, 피해여성에 대한 편견 및 비난 태도도 가장 낮은 것으로 나타났다. type3에 속하는 의사가 모두 여성이며 연령층이 가장 낮기 때문에 성폭력 문제와 피해자에 대한 이해와 수용적 태도가 높은 것으로 보인다.

전반적으로 성폭력 문제에 대한 인식 및 피해자에 대한 이해도는 높지만, 성폭력피해자를 진료한 경험이 없기 때문에 진료에 대한 두려움이 공존하는 것으로 보인다. 정확한 진단의 어려움, 법정출두 가능성, 가해자 보복 가능성 등 피해여성 진료시 예상하는 어려움의 정도가 가장 큰 것으로 나타났고, 동시에, '전담간호사양성', '성폭력 응급키트', '증거촬영시설', 그리고 다양한 사정지원방안에 대한 필요

도가 가장 높게 나타났다. 이러한 확실한 의료지원방안이 마련되지 않은 상태에서는 피해자를 진료하는 것이 불가능하거나 두렵다고 생각하는 것으로 보인다.

2) 효과적 의료지원체계 구축을 위한 개선 방안

(1) 성폭력피해자 진료에 대한 의사의 수용적 태도 증진을 위한 교육

한 가지 흥미로운 점은 실제로 성폭력피해자 진료한 적이 없는 내과, 소아과, 가정의학과 의사 중에서, 일부 의사는 스스로를 성폭력 진료와 관련된 해당 진료과에 속한다고 본 반면, 다른 일부는 해당 진료과가 아니라고 보고 있는 것으로 나타난 사실이다. 지금까지의 진료경험과 무관하게 의사 자신이 스스로를 성폭력피해자 진료와 관련이 있다고 보는지 여부에 따라 앞으로 진료 가능성에 차이가 있을 것이다. 특히, 해당 진료과에 속하는 의사(type2)는 피해여성에 대한 비난태도 및 성폭력문제에 대한 인식이 전환된다면, 앞으로 진료할 가능성이 높다고 보인다.

성폭력피해자 진료의 가능성을 증대시키기 위해서는 성폭력피해자에 대한 이해와 민감성을 증진시키는 한편, 성폭력 문제에 대한 올바른 인식 제고와 피해자에 대한 편견 및 비난태도를 감소시킬 수 있도록 의사의 인식 및 태도 변화를 위한 교육프로그램이 마련되어야 할 것이다.

(2) 신고의무에 대한 교육 및 인센티브 제공

성폭력피해자 치료에 관한 사항 및 신고의무에 대해 명시하고 있는 〈성폭력범죄의처벌및피해자보호등에관한법률〉에 대해 모르는 의사가 무려 35%에 달했다. 특히, '치료 중 18세 미만 미성년자가 성폭력당한 사실을 안 경우 신고해야 한다'는 사실을 정확히 모르는 의사의 비율이 약 40%에 달했다. 이처럼 의사들이 신고의무에 대해 정확히 알지 못하고 있다는 사실은 실제로 의사에 의한 신고율이 매우 낮다는 현실로 드러나고 있다. 전국아동학대현황보고서(2005: 15-16)에 의하면, 지난 5년간 신고된 아동학대 의심사례 중 신고의무자에 의한 신고율이 27.5%로 낮은 편이었고, 그 중에서도 의료인에 의한 신고가 2.2%로 가장 낮았다.

성폭력 관련법에 대해 잘 알지 못하거나 신고의무를 제대로 인식하지 못하고 있는 의사가 상당수 있다는 점에서 의사를 대상으로 관련법과 신고의무에 대한 교육이 필요하다. 신고의무 위반에 대한 강력한 법적 제재가 마련되지 않은 현실을 감안할 때, 신고의무 위반사례를 감소시키기 위해서는 신고의무 준수시 세금감면 등 인센티브를 제공하는 것이 보다 바람직하다.

(3) 성폭력피해자 진료에 대한 의료비 지급 보장

성폭력 피해자에 대한 '의사의 의무'에 있어 '진단서 발급의무'와 '치료의무'가 있다고 생각하는 의사의 비율이 80%이상 압도적으로 많았음에도 불구하고, 실제로 피해자를 치료한 의사는 약 31%에 불과했다. 이러한 사실은 성폭력 피해자 진료에 대한 의사로서의 의무가 있다고 생각하더라도, 이를 실제로 행동에 옮기는 과정에서 장애요인이 있다는 점을 시사한다.

실제로 피해자를 진료한 적이 있는 의사(type1) 중에서 '진단서 발급비'를 받은 경우는 36.4%에 불과했으며, '치료비'를 받은 경우도 66.7%였다. 더욱이, '진료 후 치료비 받는 것의 어려움'을 가장 크게 느끼고 있다는 사실은 성폭력 피해자를 치료해도 제대로 의료서비스에 대한 정당한 대가를 받지 못하고 있는 의사들의 현실을 반영한다. 이처럼, 피해자 치료 및 진단에 많은 시간이 소요됨에도 불구하고 치료비를 제대로 받지 못하게 될 가능성은 성폭력피해자 진료를 의사들이 꺼리게 되는 요인이 될 가능성이 있다.

2002년 2월 개정된 응급의료에 관한 법률에 의해 성폭력으로 인한 산부인과적 검사 및 처치에 대해 응급실 이용시 건강보험 적용이 가능해졌으며, 신고후 진료비를 여성부 산하 단체들과의 연계를 통해 보상이 가능한 체계가 마련되었다(안명옥, 2003: 34-38). 그러나 시·군·구 지자체의 예산 배정과정에서 의료비지급이 지연되는 경우가 있어, 의료비 예산배정과 지급을 합리화할 수 있는 방안이 요청된다(윤상민, 2006: 386).

(4) 법정증언지원 증진

성폭력피해자 진료와 관련된 '법정증언의 의무'가 있다고 보는 의사는 전체의 54%에 불과했으며, 피해자를 치료한 의사 중 대다수(83.3%)는 성폭력피해에 대한 증거자료를 제출했지만, 실제로 증언한 의사는 11.5%에 불과했다. 피해자를 진료한 의사들이 법정증언을 하지 않은 이유로는 '법정출두가 시간이 걸리고 꺼려져서'라는 응답이 40%이상으로 나타나, 법정증언에 대한 부담감과 어려움이 큰 것으로 보인다. 법정증언을 지원하기 위해, '증언을 위한 패널구성', '화상증언, '비디오진술 증언', '문서증언' 등 법정증언 지원방안이 현실화 된다면, 법정증언의 부담으로 인해 진료를 꺼리는 의사들로 하여금 보다 적극적으로 진료에 참여하게 할 수 있을 것이다.

(5) 성폭력피해 증거확보를 위한 특화 의료지원 증진

성폭력피해자 진료시 의사들이 안게 되는 법정증언의 부담을 줄이는 한 방안으로, 성폭력피해에 대한 철저한 법의학적 증거확보가 필수적이다. 그러나 피해자에 대해 의사가 취한 조치를 살펴볼 때, '성폭력응급키트 사용', '피해증거 사진촬영' 및 '피해증거목록작성'의 비율은 약 30%로 상당히 낮은 것으로 나타났다. 외국의 경우 약 70%의 피해자가 성폭력피해 검진과 성폭력응급키트를 제공받는다는 사실과 비교할 때(Cambell et al., 2005: 316; Cambell, 2006: 31), 우리나라의 경우 성폭력피해 증거확보방안을 강화하는 것이 시급하다. '성폭력응급키트', '증거촬영시설', 이를 담당할 '성폭력전담 간호사 양성' 등의 다양한 특화의료지원방안이 강화될 경우, 의사의 법정증언 부담을 줄일 수 있을 뿐아니라 피해자에 대한 진료의 질을 향상시킬 수 있을 것이다.

(6) 성폭력 사정지원 증진

성폭력 피해를 정확히 사정, 판별하는 것은 피해자 진료 및 기소를 위한 법정증거수집에 있어 필수적이다. 성폭력피해 사정기준을 표준화하는 작업이 현실적으로 많은 어려움을 안고 있는 점을 감안할 때, 보다 과학적이고 객관적 기준을 제공해주는 '정액반응 검사' 및 'DNA검사'의 적극적 도입이 필요

하다.

(7) 지역사회내 자원활용 및 연계망 구축

피해자를 의뢰할 수 있는 성폭력관련 기관에 대한 인지도는 성폭력상담소와 아동폭력예방센터를 제외하고는 대체로 낮은 편이었으며, 실제로 피해자를 의뢰한 비율이 극히 저조하였다. 이는 의사가 피해자를 의뢰할 수 있는 성폭력 관련기관 및 자원에 대한 정보가 부족하기 때문인 것으로 보인다. 성폭력 발생시 즉각적으로 의료서비스를 제공할 뿐아니라, 의료서비스를 받는 과정에서 심리적 지원과 의료절차에 대한 정보제공(정상규, 2007: 158-159), 피해자의 욕구에 따른 기관 의뢰를 위해서는 의료진과 지역사회내 기관 간 업무협조 체계의 구축이 필수적이다. 아울러, 성폭력 사건의 접수 및 수사를 담당하는 경찰과의 협조체계 구축 역시 필요하다. 성폭력피해자를 위한 효과적 개입을 위해 산부인과 및 정신과 의사, 상담원, 성폭력전담 경찰관이 정보를 공유하면서 업무의 협조 및 조정이 가능하도록 유기적인 통합연계망을 구축하는 것이 필요하다(김광준, 2007: 178).

(8) 표준화된 성폭력 프로토클 확립 및 성폭력응급키트 활용의 필요성

여성부에서 발간한 「의료업무매뉴얼」이 제작됨에 따라 성폭력피해자에 대한 표준적 의료 프로토클이 마련되었다. 「의료업무매뉴얼」을 일선 의료기관에 배포하여 성폭력피해자 진료 및 검사에 표준화된 프로토클을 적용하여야 할 것이다. 아울러, 일원화된 법적증거채취를 위해 의료인들은 표준화된 성폭력증거채취 프로그램에 따라 그대로 실행해야 할 필요가 있다(원형섭 외, 2002: 341).

(9) 성폭력전담 의료진 양성을 위한 특별교육 및 SANE 도입 가능성

성폭력피해자를 진료하는 의료진은 성폭력사건의 특성을 잘 알고 있어야 할 뿐아니라 피해자를 최대한 배려하면서 필요한 의료조치를 취할 수 있도록 전문적 지식과 기술을 갖추어야 할 필요가 있다. 전문성을 갖추어야 적절한 의료조치와 증거확보, 피해자에 대한 심리적 지원, 상담소와 후속처리를 위한 연계 등이 유기적으로 이루어질 것이다(안명옥, 2003: 43-44). 의료인을 위한 특별교육에는 성폭력피해자에 대한 응급처치, 의학적 검사 및 사정, 사정결과 문서화, 성폭력응급키트 사용법 등 의료적, 법의학적 내용은 물론, 성폭력관련 법과 신고의무, 피해자를 의뢰할 수 있는 지역사회 내 자원 등에 대한 정보도 포함되어야 할 것이다.

성폭력피해자를 위해 보다 나은 의학적, 법적인 결과를 얻기 위해서는 의사에 대한 성폭력 특별교육 실시는 물론, 미국과 같은 성폭력전담 간호사(SANE)제도의 도입을 고려해 볼 만하다(노세현 외 6인, 2004: 123).

현재 원스톱지원센터 등의 위기개입시설과 특별훈련을 받은 전문 의료인력의 절대적 부족으로 말미암아 다수의 성폭력 피해자들은 필요한 의료서비스 혜택을 제대로 받지 못하고 있다. 이러한 현실을 감안할 때, 의료진이 성폭력피해자에게 응급치료 및 예방조치를 위한 의료서비스를 제공하고 기소에 필요한 법의학 증거를 확보할 수 있도록 돕기 위해 다양한 의료지원방안을 강화하는 것이 필요하

며, 이를 위한 국가 차원의 지원이 요청된다.

3) 연구의 한계 및 후속연구 위한 제언

성폭력피해자를 위한 보다 효과적 의료지원체계를 구축하기 위한 개선방안에 대한 제안에 덧붙여, 본 연구에 내포된 몇 가지 한계를 지적함으로써 후속연구를 위한 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구에서는 경남지역의 의사 중, 여성의 경우 전수조사를 실시하였으나, 남성은 피해자 진료 가능성이 있는 산부인과 의사를 중심으로 표집하였기 때문에 남성은 산부인과에 편중될 수 밖에 없었다. 남성의 특정 진료과 편중으로, 성별 비교 및 진료과별(산부인과 vs. 기타) 비교가 가능하지 않았으며, 치료경험여부와 해당진료과 인지여부에 따른 의사유형 분류가 이루어졌다. 후속연구에서는 편의 또는 목적표본추출을 지양하고 가급적 확률표본추출 방식을 사용할 필요가 있다.

둘째, 전체 응답자의 응답율은 26.4%로 매우 낮았다. 여성의 경우엔 경남 여의사회에서 적극적으로 설문조사를 지원해 주었기 때문에 응답율이 다소 높은 편이었지만, 남성의 응답율은 보다 더 저조한 편이었다. 더욱이, 경남 지역에서 설문조사 참여에 동의한 의사만을 대상으로 설문조사를 실시하였기 때문에, 특수 지역의 특성과 자발적 동의로 인해 조사결과를 일반화하는 데 많은 한계가 있다. 특히, 성폭력 피해자를 직접 진료한 경험이 있는 의사(type1)의 경우 경남이라는 한정된 지역에서 극히 한정된 수의 의사(26명)의 의견이라는 점에서, 후속연구에서는 피해자 치료경험이 있는 의사들을 대상으로 보다 일반화될 수 있는 조사가 이루어져야 할 것이다.

셋째, 본 연구는 의료지원체계 구축을 위한 사전조사로 실시되었기 때문에 탐색조사에 그쳤으며, 따라서 주요 변인간의 인과관계에 대한 조사가 이루어지지 못했다. 후속연구에서는 인과관계를 조사할 수 있는 연구모델을 개발하여 의사들의 성폭력피해자 진료에 영향을 미치는 요인을 파악하여 보다 효과적인 개선방안을 제시하여야 할 것이다.

넷째, 증거확보를 위한 특화 의료지원, 사정지원, 법정증언 지원 필요도에 대한 측정도구는 연구자가 의료진의 의견을 참조하여 개발 사용하였다. 좀더 신뢰성과 타당성이 높은 측정도구 제작이 필요하다.

참고문헌

김광준. 2005. “청소년 성폭력: 성폭력 전문의료기관에서의 경험,” 『대한산부회지』 48(7): 1645-1653.

김승권 외 13인. 2008. 『2007년 전국 성폭력실태조사』 여성가족부.

김엘림・윤덕경・박현미. 2000. 『성폭력·가정폭력 관련법의 시행실태와 과제』 한국여성개발원.

김종오. 2007. “성범죄 사건에 있어서 과학수사기법의 적용에 관한 연구,”『한국경찰학회보』14: 105-132.

노세현・정진호・노기철・원형섭・배성준・윤연정・서동엽. 2004. “여성폭력 긴급의료 지원센터로 내원한 성폭력의 유형분석,” 『대한외상학회지』 17(2): 117-124.

보건복지부·중앙아동보호전문기관. 2005. 『전국아동학대현황보고서』

안명옥. 2003. “아동 성학대,” 한국모자보건학회 제 14회 추계학술대회 연제집, 31-46.

여성부. 2008a. 『2007 여성정책연차보고서』

여성부. 2008b. 『성폭력피해자를 위한 의료업무 매뉴얼』

윤상민. 2006. “성폭력피해자 지원체계의 문제점과 개선방안: 성폭력상담소의 지원을 중심으로,“ 『피해자학연구』 14(2), 381-404.

윤원식・권인・이귀라・·허수영・김사진・최보문. 2003. “성폭행에 대한 임상적 연구,” 『대한산부회지』 46(2), 283-287.

원형섭・윤연정・서동엽. 2002. “성폭력 증거채취 프로그램의 개략,”『대한응급의학회지』13(3), 341-350.

장화정. 2006. “아동성학대의 현황과 아동보호전문기관의 역할,” 『아동성학대 대응 방안으로서의 법체계와 전문기관의 역할』 한국아동학대예방협회, 67-98.

정상규. 2007. “성폭력과 사회복지,“ 『인권복지연구』 2, 138-164.

주재선・황보은. 2006. 『2006 여성통계연보』 한국여성개발원.

Campbell, Rebecca. 2006. “Rape Survivor's Experiences with the Legal and Medical Systems: Do Rape Victim Advocates Make a Difference?” *Violence against Women*, 12(1): 30-45.

Campbell, Rebbeca, Debra Patterson, and Lauren Lichty. 2005. “The Effectiveness of Sexual Assault Nurse Examiner Programs: A Review of Psychological, Medical, Legal, and Community Outcomes, Trauma,” *Violence and Abuse*, 6(4): 313-329.

Konradi, Amanda 2003. “A Strategy for Increasing Postrape Medical Care and Forensic Examination: Marketing Sexual Assault Nurse Examiners to the College Population,” *Violence Against Women*, 9(8): 955-988.

Loughlin, Sue, Carla Spinola, Liz Stewart, Janet Fanslow, and Robyn Norton. 2000. “Emergency Department Staff Responses to a Protocol of Care for Abused Women,” *Health Education and Behavior*, 27(5): 572-590.

Martin, Sandra L., Siobhan K. Young, Debra L. Billings, and C. Christopher Bross. 2007. “Health Care-Based Interventions for Women Who Have Experienced Sexual Violence: A Review of the Literature,” *Trauma, Violence and Abuse*, 8(1): 3-18.

Renner, K. Edward 2002. “Reconceptualizing Sexual Assualt from an Intractable Social Problem to a Manageable Process of Social Change,” pp. 135-153. in *Sexual Violence: Policies, Practices, and Challenges in U.S. and Canada*, edited by James F. Hodgson and Debra S. Kelley, CT: Library of Congress Catalogue-in-publication Data.

Resnick, Hedi, Ron Acierno, Melisa Holmes, Matt Dammeyer, and Dean Kilpatrick. 2000. “Emergency Evaluation and Intervention with Female Victims of Rape and Other Violence,” *Journal of Clinical Psychology*, 56(10): 1317-1333.

Ullman, Sarah E. and Stephanie M. Townsend. 2007. “Barriers to Working with Sexual Assault Survivors: A Quallitative Study of Rape Crisis Center Workers,” *Violence Against Women*, 13(4): 412-443.

An Exploratory Study of the Effecitve Medical Supports for the Sexual Violence Vvictims:

Based on Medical Doctors' Attitudes Toward the Victims, Medical Services Provided and Needs for Medical Supports

Lee, Myung Shin
(Dept. of Social Welfare, Gyeongsang National University)
Lee, Gyemin
(Dept. of Information Statistics, Gyeongsang National University)

This study aims to explore the possible ways to establish the effective medical supports for the sexual violence victims(svv). Using the data collected from 83 male and female doctors who are interested or involved in providing medical services for the victims, the doctors' attitudes toward the victims, medical services provided, and their needs for the possible medical supports were investigated.

For comparison, 3 different groups of doctors were presented. The doctors who had treated svv(type1) seemed to have a difficulty in receiving the fee for the treatment of svv, and to have higher needs for the spermatic(fluid) test as well as the diverse supports for the testimony in courts. The doctors who had no experience of treatment, but were supposed to treat svv(type2) seemed to have negative attitudes toward the victims, and expect more difficulties in treating svv. The doctors of type2 had lower needs for the support for the specialized medical services and assessment of the sexual assault, but higher needs for the testimony supports. The doctors who had no experience of treatment, and were not supposed to treat svv(type3) appeared to have less negative attitudes toward the victims, but more knowledge of law and the community organizations for svv. The type3 doctors seemed to have higher needs for the supports for the specialized medical services, assessment for the sexual assault, and testimony in the courts.

Based on the findings, the intervention strategies to create a new effective medical support system for the sexual violence victims were suggested.

Key words: doctor's attitudes, specialized medical support, assessment support, testimony support

[논문 접수일 : 2008년 12월 14일 게재 확정일 : 2009년 1월 31일]