

SPECIAL ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2019;58(4):284-290
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

신체적 관점에서 본 폭력의 피해에 대한 고찰

강원대학교 의학전문대학원 산부인과학교실

이 향 아

The Review of Victims of Violence from the Perspective of Physical Injury

Hyang Ah Lee, MD, PhD

Department of Obstetrics and Gynecology, Kangwon National University School of Medicine, Chuncheon, Korea

Received October 17, 2019
Revised October 22, 2019
Accepted October 22, 2019

Address for correspondence
Hyang Ah Lee, MD, PhD
Department of Obstetrics and
Gynecology, Kangwon National
University School of Medicine,
156 Baengnyeong-ro,
Chuncheon 24289, Korea
Tel +82-33-258-2307
Fax +82-33-258-1376
E-mail babysaver73@gmail.com

Violence against socially vulnerable victims such as that associated with child abuse, domestic violence, and sexual assault has become a considerable problem in Korean society. Government resources have been invested in establishing effective response systems that can minimize the damage by identifying the causes of violence-related incidents, preventing them, and correcting the underlying problems. The starting point for such solutions is to recognize an incidence involving violence. Because victims do not tend to reveal incidents voluntarily, the ability of health care providers to recognize victims of violence is important. In the case of domestic violence, a victim who comes to the hospital while hiding the actual situation may have suffered more serious physical injuries than reported. A screening tool for child abuse has been developed to distinguish survivors of abuse among children who have come to the emergency room due to trauma. In addition, sexual abuse forensic emergency medical kits have been developed since 2002 and have been put into practice. One-stop service centers and 'Sunflower' Centers can support violence-related health care more systematically than that provided by other means.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2019;58(4):284-290

KEY WORDS Sexual assault · Domestic violence · Child abuse · Physical injury.

서 론

최근 잇달아 발생한 비극적인 아동학대 사망 사건을 계기로 아동학대 문제가 사회적 이슈로 환기되고 있다. 더구나, 아동으로 대표되는 여러 사회적 약자들에 대한 폭력과 학대도 지속적으로 발생하고 있어 이러한 사건들의 발생 원인 파악과 예방 및 사후의 올바른 대처로 피해를 최소화하는 효과적인 대응체계 수립이 요구된다. 현재, 우리나라에서의 학대 연구는 아동, 여성, 노인 등 대상에 따른 각론적 접근으로 이루어져 왔기에 학문적, 사회적 자원의 투입이 효율적으로 이루어지지 못하고 성과도 만족스럽지 못한 상황이다.

이에 본 종설에서는 생애 주기 중 학대와 폭력의 문제가 단발적인 사건이 아닌 반복적, 중복적으로 발생할 수 있다는 관점에서 아동학대, 가정폭력, 성폭력에 의한 피해를 신체 손상의 측면에서 고찰해보고자 한다. 저출산 시대에 아동 양육에 대한 사회 및 국가의 적극적인 책임이 강조되고 가정폭력, 성폭력에 대한 사회적 대응 움직임이 공적 영역으로 인식되고

있는 시대적 흐름에서 의료인은 학대에 관련하여 매우 독특하고 중요한 위치를 가진다. 폭력이나 학대의 사실을 숨긴 채 육체의 상처만 치료받기를 원하며 내원한 피해자들을 발견하여 근본적인 원인의 교정 및 제도의 도움으로 첫발을 내딛게 하는 일, 그것이 반복되는 학대의 고리를 끊는 진정한 치유의 시작이 될 수 있기 때문이다.

아동학대에서의 신체 손상

2018년 보고된 전국 아동학대 현황 보고서에 따르면 전국 아동보호 전문기관의 통계에 따르면 아동학대로 판정된 사례는 36417건이며 이 중 신체학대는 정서적 학대 및 성적 학대와 중복된 것까지 포함하여 약 66%로 큰 비중을 차지한다. 아동학대 신고의무자에 의한 신고는 9151건(27.3%)으로 나타났다. 이 중 의료인에 의한 신고는 325건으로 1.0%에 불과하다.¹⁾ 응급실 방문 소아 중의 아동학대 비율에 대해서는 국가마다 큰 차이를 보고 있는데, 영국의 경우 1.4~6.5%, 이тал

리아의 경우 2%, 미국의 경우 10%까지 보고하고 있다.²⁾ 현재 아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법으로는 아동학대는 의심만 되어도 신고하는 것이 신고의무자의 의무로 되어 있다. 그럼에도 불구하고 의료인들의 신고율이 낮은 이유는 본인의 학대 평가에 대한 확신 부족, 신고 후 진술 과정에서 불편함과 시간 소요, 보호자(가해자)의 항의, 실제 학대가 아님에도 의심만으로 신고한 위양성 사례들을 대처하는데 심리적으로 부담감을 가지기 때문으로 추정된다.³⁾

아동학대의 선별

학대 피해아동이 의료기관에 오게 된다면, 아동학대에 대한 인지능력이 낮은 의료인이 환자의 1차 진료를 대부분 담당하게 된다. 즉 환자를 처음 문진 및 시진하고 신체검사를 하는 의사는 응급실의 수련의 전공의라는 사실이다. 따라서 소아외상 환자 중에서 숨겨진 아동학대 피해자들을 감별, 진단해내는 방법은 늘 고민되었고, 쉽게 교육받고 활용할 수 있는 선별 도구는 필요성은 응급의학과를 중심으로 계속적으로 제기되어 왔다.

해외에서 연구가 제안된 이런 선별 도구들이 몇 가지 있었지만 우리나라 의료 현실에 맞지 않아 잘 쓰이지 않다가 2014년 보건복지부와 대한 소아응급의학회가 주축이 되어 아동학대 선별 도구를 개발하였다. 응급의학과 전문의들과 응급실 간호사들로 구성된 전문가 집단의 자문 및 설문조사를 기반으로 정리된 8항목의 문항을 Findings Instrument for Non-Accidental Deeds(이하 FIND)라 명명하였고 진료 현장에서 실제로 사용하고 있다. 개발된 아동학대 선별 도구 항목은 의학적 경험이 많지 않은 의료인들도 사용할 수 있는 비교적 쉬운 문항들로 구성되었는데 개별적인 문항은 다음과 같다.⁴⁾

〈병력 청취〉

① 환자가 발병 후 혹은 수상 후 특별한 이유 없이 병원에 늦게 왔는가?

② 보호자와 환자에게 병력을 물었을 때 내용이 서로 다르거나 진술이 자주 바뀌는가?

〈환자의 병력〉

③ 환자의 손상병력으로 잘 설명되지 않는 신체검진 소견이 있는가?

〈환자의 나이 고려〉

④ 환자의 나이와 발달 단계를 고려할 때 발생하기 힘든 상황에서 다쳤다고 판단되는가?

⑤ 2세 미만의 머리 손상(두개골 골절, 외사성 뇌출혈)이나 장골(상완골, 대퇴골) 골절 환자인가?

〈신체검사 소견〉

⑥ 환자의 신체검진에서 방임이나 학대를 의심할 만한 소견이 있는가?

⑦ 환자의 청결 상태가 지나치게 불결하거나 영양 상태가 심하게 불량해 보이는가?

FIND 사용자는 의사, 간호사를 대상으로 하여 손상 환자를 대상으로 기본적으로 사용하나 질병으로 방문한 소아의 경우에도 활용할 수 있도록 하였다. 방임, 가족 관계, 발달정도를 묻는 7문항과 머리 손상, 장골골절을 확인한 후 2개 이상 양성인 경우는 관련기관에 신고를, 2개 미만인 경우에는 의심 여부에 따라 신고하거나, 추가적인 면담 혹은 원내 아동 보호팀에 의뢰할 것을 권고하고 있다.

의료인이 진료 과정을 통해 아동학대를 발견하기 위해 노력하는 것이 이후 발생할 수 있는 추가 학대 및 손상을 예방하는 가장 좋은 방법임은 아무리 강조해도 지나침이 없다. 실제 2세 미만 학대 아동 75%가 과거에 손상경험이 있었다고 하며 첫 번째 학대에서 적절한 중재가 없는 경우 약 35%에서 이후에도 계속 학대의 피해자가 되었다는 안타까운 연구 결과가 이러한 사실을 증명해 준다.⁵⁾

아동학대의 평가

아동학대 평가에 대해서 2015년 미국소아과학회에서는 평가지침을 발표하였다.⁶⁾ 지침에서는 평가 방법을 병력 청취, 신체검진, 검사 방법으로 나누어 설명하고 있다. 병력 청취에 있어서는 손상 관련한 부분을 질문하고 현재 아동의 질병 혹은 손상이 설명이 가능한 기전인지, 보호자의 병력 진술에 변경이 있는지, 손상 유형과 아동의 연령, 중증도가 일치하는 소견인지, 발달단계에 가능한 기전으로 다쳤는지, 목격자의 다른 진술이 존재하는지 등이 포함되어 있다. 신체검진에서는 피부 손상부터 머리 손상, 흉부/복부 손상, 골반/회음부 손상, 근골격계 손상을 전체적으로 확인한다. 신체검진을 통해 의심되는 부위에 대해서는 혈액검사나 영상검사를 진행하도록 한다. 다음은 학대 아동들에게서 흔히 관찰되는 임상 양상들을 정리해 보았다.

안면 손상

구강을 포함한 안면 손상은 신체적 학대 사례의 절반 정도를 차지한다. 막 걸음마를 배우는 시기에는 사고로 넘어져 입술이나 입술소대를 다칠 수 있지만, 걷지 못하는 아이의 경우

에는 구타 또는 강제 급식 등에 의한 학대의 징후로 볼 수 있다. 그 밖에 다른 안면 손상에는 다음과 같은 것들이 있다.⁷⁾

- 1) 끓는 물이나 부식성 물질에 의한 화상
- 2) 반복되는 외상으로 인한 치아 골절 또는 변색
- 3) 상악, 하악 등 안면골의 골절
- 4) 재갈로 인한 입 주변의 멍이나 반흔
- 5) 구타에 의한 안구 주위의 멍
- 6) 기저골 골절을 시사하는 너구리 눈 징후, 배틀 징후(귀 뒤쪽의 멍), 고막 뒤의 혈액
- 7) 콧바퀴 혈종, 고막 천공, 이소골 불연속, 뇌척수액 이루와 같은 귀의 외상
- 8) 직접적 외상 또는 강제 이물 삽입에 의한 비중격의 편위나 천공, 콧구멍 사이의 손상
- 9) 머리를 잡아당겨 생긴 외상성 탈모 : 염증 소견 없이 머리카락 뭉치가 빠지거나 부러져 있는 경우, 두피에 멍이나 모간 혈종이 관찰될 수 있다.

타박상

타박상은 학대 아동에서 가장 흔한 손상 형태이다. 고의적인 타박상과 비의도적 손상을 구별하기는 어려운 면이 있지만 멍의 위치나 길이가 손상의 성격에 대한 단서가 될 수 있다. 비의도적 손상은 주로 이마, 사지, 몸통의 전면과 같은 뼈의 돌출부에서 발생하는 반면 엉덩이, 등, 몸통, 성기, 허벅지 안쪽, 뺨, 귓볼, 목 등의 멍은 학대를 시사한다. 고의적 타박상을 구별하는 몇 가지 추가적인 단서들은 다음과 같다.⁸⁾

- 1) 스스로 이동하지 못하는 갓난아이가 비의도적으로 멍이 드는 경우는 1% 이내로 드물다.
- 2) 군집을 이루는 여러 개의 멍은 고의적인 손상에 합당하다.
- 3) 도구 모양의 멍은 고의적 손상을 시사한다.

물린 상처

물린 자국은 신체학대나 성학대와 연관되었을 수 있다. 원형 또는 타원형 멍 또는 찰과상으로 나타나며 중심부는 깨끗하나 가해자의 흡인력에 의해 점상 출혈을 동반할 수 있다. 물린 상처는 물린 직후보다 2~3일 후에 더 확실해질 수 있으므로 진찰과 사진 촬영을 추가로 시행하는 것이 좋다.⁹⁾

화상

화상은 신체 학대의 6~20%를 차지한다. 호주의 화상센터에서 507명의 소아 환자를 조사한 연구에 따르면 8%가 학대나 방임에 의한 화상이며 이들의 사망률은 비의도적 화상보다 높았다고 한다.¹⁰⁾ 타박상과 마찬가지로 손상의 양상이 화상의 원인이나 기전을 추측할 수 있게 해준다.

골절

골절은 신체학대에서 두 번째로 흔히 관찰되는 손상이다. 학대의 종류와 골절의 검사 방법에 따라 55%까지 발견된다. 의도적 손상을 시사하는 골절 양상이 있지만 절대적으로 학대를 의미하는 골절 부위나 형태는 없다.¹¹⁾

가정폭력에서의 신체 손상

1998년 ‘가정폭력 방지를 위한 특례법’이 시행되면서 가정폭력이 발생한 사실을 알게 된 모든 사람이 이를 경찰에 신고할 수 있게 되어 응급실에 내원하는 가정폭력 피해 환자에 대한 의료진의 적절한 대응이 요구되고 있다. 그러나 현재까지 가정폭력 환자의 즉각적인 안전을 평가하고 이에 따른 치료계획의 수립이나 의뢰에 대한 기준 마련이 미진한 상황이다.

가정폭력 환자에 있어서도 환자의 즉각적인 안전을 평가하는 것은 의사가 진료실에서 시행하여야 하는 가장 중요한 일이다. 즉각적인 환자의 안전 평가의 항목으로는 다른 외상 환자에 준하며 폭행의 유형, 외상의 유무, 위치, 중증도, 폭행의 시기와 장소 등을 문진 및 시진하여야 한다. 구체적으로는 피해자를 위협을 하였거나, 무기를 사용하거나 목을 조른 적이 있는지, 이전에도 가정폭력 때문에 입원한 적이 있는지 여부와 동반된 성적 학대 및 자녀에 대한 아동학대가 있는지도 파악되어야 한다.¹²⁾ 피해자가 상담기관이나 경찰서로 내원하는 경우에는 사건의 조사와 동시에 신체 손상의 의료적 지원이 지연되지 않도록 주의를 기울여야 한다. 반면 의료기관으로 바로 내원하는 피해자들의 경우 대부분 피해 사실을 숨기고 신체 손상의 진료만을 원한다는 사실을 의료인은 꼭 기억해야 한다. 이런 특성 때문에 가정폭력에 의한 신체 손상의 통계도 실제의 사건보다 축소되어 집계되는 경향이 있으며 의료기관이 주도된 국내 연구는 거의 전무하다. 2016년 가정폭력에 대한 연구에서도 보면 피해 이후 의료기관으로 바로 내원한 가정폭력 피해자의 경우 95.7%가 신체 손상이 있었고 손상의 중증도 또한 기관이나 경찰서를 경유해 내원한 피해자보다 훨씬 높게 나타났음은 이런 경향을 반영하는 증거이다.¹³⁾ 따라서 1차 진료 시 특별한 원인이 없는 외상을 가진 여성인 경우에는 반드시 가정폭력과 관련된 것인지를 의심하여야 한다. 이러한 의료인의 적극적인 개입으로 인한 숨겨질 수 있는 피해자의 발견은 즉각적인 안전 확보, 반복되는 폭력에의 노출 방지 및 유관기관의 다각적 지원을 받을 수 있는 출발점이 될 수 있을 것이다.

성폭력에 의한 신체 손상

통계청이 발간한 2018년 ‘한국의 사회동향’에 따르면 우리나라의 성폭력범죄 발생 건수는 지난 10년간 꾸준히 증가하고 있는데, 2007년의 1만 4344건에서 2015년에 3만 건을 넘어서서, 인구 10만 명당 60.3건으로 최고치를 기록하였다가, 2016년 소폭 감소하였다. 이러한 증가는 성폭력범죄 발생 자체가 증가한 데에도 원인이 있지만, 성폭력에 대한 사회적 인식이 높아지면서 신고율이 증가하고, 정부의 성폭력 범죄자 처벌 및 피해자 보호지원체계가 강화되어 피해 사례가 이전보다 쉽게 드러나는 데 큰 영향을 받은 것으로 보인다.¹⁴⁾ ‘2017 범죄통계’를 보면 2014년 이후 매년 전체 범죄 건수가 약 10% 내외의 감소를 보이는 반면 유일하게 성범죄만이 매년 8.6% 정도의 증가 추세를 보이고 있다고 한다. 과거 성범죄는 암수율(暗數率)이 높은 범죄였으나, 사회적 인식의 변화에 따라 피해 여성들이 적극적으로 신고에 나서면서 노출되는 성폭력 피해 건수가 증가하고 있지 않은지 추측해 볼 수 있겠다. 2019년 현재 전국에 326개 성폭력 피해자 전담 의료기관이 설치되어 운영되고 있고 방문하는 피해자들은 해마다 늘고 있지만 체계적 전문적인 의료 지원을 제공하면서 동시에 법의학적인 증거 채취를 시행할 수 있는 숙련된 의료진들은 충분하지 않은 현실이다. 의료인들을 교육하기 위하여 2014년 원스톱해바라기아동센터 중사 의료진들을 중심으로 성폭력 피해자 전담의료기관 의료업무 매뉴얼을 제작, 배포하였으며 올해 다시 개정판을 발간하였다.

성폭력 피해자가 겪고 있는 공포와 외상을 줄이고 증거 소실 예방을 위해 모든 환자는 응급으로 분류되어 진료를 시행해야 한다. 생명을 위협하는 신체적 손상이 동반된 경우 법적 증거 채취를 위한 처치보다 적절한 응급처치가 우선이다. 가급적 의료 지원과 증거 채취를 동시에 진행하여야 하고, 의료진과 수사인력이 중복하여 질문하는 것을 최소화하도록 노력하여야 한다. 이렇게 함으로써 의료인에 의한 증거 훼손, 중복 보고 등 의료인과 수사기관에 의한 피해자의 2차 피해를 예방할 수 있다

다음은 성폭력 피해자를 진료하는 담당의사의 역할과 책임에 대하여 정신과 진료를 제외한 항목들을 나열한 것이다.¹⁵⁾

- 응급처치 및 생명을 위협하는 손상에 대한 진단과 진료
- 성폭력 피해 상황 및 부인과, 비뇨기과 병력에 대한 문진
- 피해 부위 파악 및 기록과 진료 및 법적 증거물 채취 및 기록
- 각종 배양 검사 실시 및 성 매개 감염 질병 예방
- 임신 예방
- 추적 관찰

-법적인 증인으로서의 역할

-아동·청소년 성폭력 피해자 신고의무자로서의 역할

부인과적인 측면에서 성폭행 피해자들의 진료함에 있어서 가장 우선으로 생각해야 하는 진료 원칙은 원하지 않는 임신을 막는 것과 성 매개성 질환의 감염을 예방하는 것이다.

신체 손상의 임상 양상

성폭력에 의한 생식기-항문 외상은 강제적인 삽입에 의해 발생한다. 삽입은 발기 또는 불완전 발기, 손가락, 혀를 포함한 신체의 다른 부분 등 다양한 크기와 특성을 가진 물건에 의해 일어날 수 있는데 손상의 원인이 되는 성폭력 행위의 다양한 형태만큼 손상의 형태도 다양하다. 후음순소대, 대음순과 소음순, 처녀막과 항문 주위의 손상이 가장 흔하며, 찰과상, 타박상이 가장 흔하여 후유증을 남길 정도의 외상 빈도는 많지 않다.

성폭력 당시 성기 손상과 신체 손상의 빈도는 보고하는 연구자마다 편차가 매우 큰데, 이는 피해자의 인구학적 특성, 가해자의 인구학적 특성, 폭행 후 의료기관에 내원하기까지의 시간, 검사자의 경험 및 검사 방법 등에 의해 많은 영향을 받을 것으로 추정된다.^{16,17)} 2012년 한 원스톱센터가 있는 응급의료기관의 연구조사에 따르면 성기에 손상을 받은 경우는 4.8%였으며 성기 및 다른 신체의 손상을 받지 않은 경우가 72.5%로 대부분을 차지하였다. 나이별로 보면 청소년기 여성에서 성기 손상이 있는 비율이 9.3%로 성인여성 피해자에서 6.5%에 비해 흔하게 나타났다.¹⁸⁾

2541명의 성폭력 피해자의 외상을 분석한 덴마크의 연구에 따르면 27%가 외성기 외상을 입어 우리나라 연구보다는 더 높게 나타났다. 45세 이상의 여성들이 외성기 및 신체 손상의 비율이 높게 나타난 것도 우리나라 연구와는 상이하다.¹⁹⁾

처녀막은 정상 모양을 규정할 수 없을 정도로 변이가 많기 때문에 급성기의 찰과상 열상 등의 상처가 아니면 외형만으로 손상을 판단하기 힘든 어려운 점이 있다.²⁰⁾

성 매개성 감염

성폭력 피해자들은 성 매개성 질환에 노출될 위험이 있다는 것은 자명한 사실이며 검사 결과가 나오기 전에 예방적 항생제의 처방을 권고한다. 성폭력 피해자에 대한 성병검사로 HIV, B형 간염, 매독에 대한 검사를 기본으로 하며, 미국 질병관리본부에서는 2015년부터 클라미디아, 임질, 트리코모나스 감염에 대한 검사를 추가하였다.²¹⁾ Adlington과 Browne²²⁾의 연구에 따르면 성폭행 피해자들 청소년 중 성 매개성 질환의 감염률은 17.9%였다고 하며 2011년 우리나라의 연구보고에 따르면 성폭행 피해자 성인 여성의 클라미

디어 감염률은 28.9%, 임질은 6.3% 정도로 보고되고 있다.²³⁾

성 매개성 감염은 잠복기를 가지므로 World Health Organization에서는 성폭력 피해자들은 사건 발생 1~2주 후, 3개월 후, 6개월 후 3번에 걸쳐 추적 관찰할 것을 권고한다.²⁴⁾ 감염뿐 아니라 임신에 대한 확인 측면에서도 추적 관찰은 반드시 필요하다. 국내 보고를 살펴보면 2011년 Kim 등²⁵⁾은 11.2%, 2012년의 연구에서는 재진료는 30.7%에서 시행되었다고 한다.¹⁸⁾ 전국적으로 해바라기센터, 원스톱여성아동센터에서 진료 후 추적 관리체계를 전산화하여 점차 체계적으로 하고 있으므로 추적 진료율은 상승하리라고 예측된다.

법의학적인 증거물 채취

성폭력 피해자는 환자임과 동시에 범죄 피해자이기 때문에 발생할 수 있는 질환에 대한 의료적인 처치뿐 아니라 성폭력 범죄 기소에 필요한 법의학적 증거 확보가 동시에 이루어져야 한다. 2002년부터 의료인이 성폭력 사건의 법의학적인 증거 채취를 쉽게 할 수 있고 의료 기관마다 진료의 과정을 보편화한다는 목적하에 성폭력 전담 의료기관을 중심으로 응급키트를 제작, 보급하기 시작하였다(그림 1). 2014년에는 성폭력 피해자 통합지원센터 의료진과 국과수 연구원 등 현장의 의견을 수렴하여 대폭 개선된 응급키트가 현재 사용되고 있다. 증거물 채취는 사건 발생 후 72시간 이내에 시행할 것을 권고하는데, 그 이유는 일반적으로 사건 발생 후 72시간까지 여성 생식기 내에서 가해자 정자의 유전자를 안정적으로 채취 및 분석할 수 있기 때문이다. 하지만 최근에는 DNA 분석 기술 등의 발전으로 사건 발생 72시간 이후에도 법의학적인 근거를 확보할 가능성이 있으므로 의료인의 판단에 따라 필요한 경우에는 모두 시행하도록 하고 있다. 특별히 피해자가 음주나 복용에 의해 심신상실, 항거불능 상태의 준강간인 경우는 피해자가 당한 일을 기억을 하지 못하지만 정황상의 심이 됨으로 모든 단계의 증거를 채취하는 것이 도움이 된다.

응급키트는 1단계부터 12단계까지로 구성되어 있으며 각 단계는 다음과 같다.

-1단계 동의서 : 동의되지 않은 의료 행위는 환자에게 도움은 준다 하더라도 법적으로 문제가 될 수 있기 때문에 의료인 보호 목적에서도 매우 중요하다.

-2단계 성폭력 피해자 진료기록 : 담당 의사가 필요한 과거력 및 문진을 해야 하는 사항들이 기재되어 있다.

-3단계 이물질, 겹옷, 속옷 수집 : 피해자의 팬티나 브래지어는 ‘underpants 봉투’, 겹옷은 ‘outer clothing 봉투’에 각각 담는다.

-4단계 신체의 부스러기 채취 : 오른손과 왼손을 구분하여 다섯 손가락의 손톱을 모두 채취하며 손톱 밑에서 나오는



Fig. 1. Sexual assault evidence collection kit.

부스러기에서 가해자의 DNA를 알 수 있는 조직이나 의복의 일부가 나올 수 있다.

-5단계 가해자의 얼룩 및 타액 채취 : 피해자 신체 부위 등에 묻어 있는 건조된 정액, 혈액, 타액 등이 나올 가능성이 있으므로 면봉을 이용하여 채취한다.

-6단계 가해자가 흘린 음모 채취 : 가해자의 음모가 나올 수 있으므로 채취한다.

-7단계 생식기, 8단계 항문 직장, 9단계 구강 내 증거 채취 : 피해자와 면담 후 질 내 삽입이 있었는지, 항문 삽입이 있었는지, 구강 접촉이 있었는지에 따라 채취하여야 한다. 정자나 가해자의 DNA 정보를 알 수 있는 체액이 채취될 수 있다.

-10단계 혈액 채취, 11단계 소변 채취 : 유전자 분석, 알코올, 음주대사체, 약물, 마약검사 등이 필요한 환자의 경우 시행한다.

-12단계 누락된 부분이 없는지 시행하였던 응급키트의 체크리스트 작성한다.

친고제 폐지 이후 사건으로 의뢰되어 채취한 모든 응급키트는 수사기관이 국립과학수사연구원에 감식 의뢰 및 폐기하는 원칙으로 하며, 피해자가 신고를 원하지 않는 응급키트는 감식 이후 응급키트의 결과지를 수사기관에서 보관하도록 한다.

임신의 예방

미국에서 해마다 성폭행 피해로 인한 임신은 32000건이며 이는 가임기 피해자의 약 5% 정도이다.¹⁵⁾ 따라서 피해 후 5일 이내에 내원한 피해 여성에게는 반드시 75% 정도 착상을 막아주는 levogestrel 성분의 응급 피임약이 제공되어야 하며 다음 생리에정일에도 생리를 하지 않는다면 임신 여부를 반드시 확인하여야 한다.²⁶⁾

성폭행에 의한 임신 중절

우리 법은 낙태죄에 대하여 이원적인 규정체계를 가지고 있다. 형법은 낙태죄 규정을 통하여 낙태를 전면 금지하면서

한편으로 모자보건법은 낙태죄의 특별형법으로 낙태죄의 위법성 조각 사유를 가지게 되어 임신중절을 허용하는 듯하다. 모자보건법 14조와 모자보건법 시행령 15조에 따르면 강간 중 강간으로 임신된 경우 24주 이내의 주수에서 환자 즉 피해자가 원할 경우 산부인과 의사는 위법하지 않게 인공임신중절을 시행할 수 있다고 해석할 수 있지만 현실적으로 피해자들을 진료할 때에는 많은 제약이 따른다.

첫째, 수사 과정에서 강간임을 입증하기 위하여 유전자검사가 필요한 경우 임신 초기에 임신 사실을 인지했다 하여도 검사가 가능한 시기까지 기다려야 한다. 임신 중 태아를 대상으로 할 수 있는 유전자검사 중 가장 정확하며 안전한 검사인 양수검사를 하기 위해서는 임신 13주 이후까지 피해자가 임신을 유지하며 기다려야만 한다. 유전자검사가 가능한 임신 13주 이후와 임신 초기의 중절을 비교하여 보면 출혈, 감염, 패혈증, 자궁경관 무력증, 자궁유착에 의한 불임 등의 시술 합병증이 유의하게 증가하게 되므로²⁷⁾ 피해자는 위험을 감수하고 임신을 유지해야만 한다.

둘째, 피해자의 임신이 '강간 또는 준강간'에 의한 것인지를 판단하는 명확한 기준이 없다. '강간 또는 준강간' 여부에 대한 판단 기준과 절차를 규정하지 않고 '강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우'라고만 명시되어 있기 때문에 어떤 기준으로, 어떤 절차를 거쳐야 하는지 불분명하다. 성폭력 피해자의 사건 진술, 원스톱센터의 상담기록만으로 인공임신중절수술을 시행하였으나 강간이 입증되지 못하였을 경우 임신중절을 선택한 여성은 징역 1년 이하의 처벌을, 시행한 의료인은 2년 이하의 처벌을 받을 수 있다. 2018년 8월 이후 불법 인공임신중절을 시행한 의료인에 대한 행정처분을 발표한 보건당국과 비도덕적 진료 행위로 규정된 중절수술을 전면 거부하는 산부인과 의사들 사이의 마찰이 지속되고 있다. 이러한 현실에서 피해자를 진료하는 의료인들은 강간에 대한 모호한 법적 기준 때문에 더욱 인공임신중절을 주저할 수밖에 없다. 셋째, 임신에 대한 인지가 늦고 인지한 이후에도 산부인과 진료를 포함한 초기 대응이 적절하게 이루어지지 않는 지적 장애인, 청소년들의 경우는 임신 중반기가 되어 내원하는 경우가 빈번하다. 실제로 2009~2012년까지 강간에 의한 인공유산 지원 실태 보고서에 따르면, 임신 '21~24주'에 인공유산을 지원한 경우가 24건(33.8%)으로 가장 높게 나타났다.²⁸⁾ 이 시기의 환자들은 1~2회의 산전검진 초음파만으로 태아의 제태연령이 정확히 몇 주인지 파악하는 것은 거의 불가능하다. 즉 피해자가 임신 유지를 원치 않는다고 하여도 태아 임신 주수가 불분명하므로 임신중절을 할 수가 없어 임신을 유지해야 한다는 것이다.

이러한 현실적인 어려움들의 해결하기 위해 성폭력 피해

판단을 신속히 하여 임신 유무를 가려내고 유전자검사가 필요하다면 검사가 가능한 의료기관으로 피해자를 전원하는 것이 임신 및 인공임신중절로 인한 합병증이 생기지 않도록 피해자를 지원하는 길이라 생각된다. 2019년 4월 헌법재판소는 낙태죄를 헌법 불합치로 판단함에 따라 2020년 말까지 법개정을 앞두고 산부인과학회 및 개원의 협의회에도 임신 중지 허용 시점을 놓고 활발한 논의가 이루어지고 있다. 의료인들이 위법에 의한 처벌을 두려워하지 않도록 개정되는 모자보건법에서는 임신중절수술 허용 시 판단 주체, 절차, 판단 기준 등이 분명히 명시해야 한다고 사료된다.

결론

본 연구에서는 학대 및 폭력에 대한 문제를 신체적인 관점에서 접근하여 주요 폭력의 고유한 특수성을 발표하고자 하였다. 최근 아동 학대 사망 사고가 잇달아 언론에 보도됨에 따라 아동학대에 대한 사회적인 관심이 증가하고 있다. 아동학대와 가정폭력은 발생되지 않도록 노력하는 것은 1차적인 예방 활동이며, 학대가 일어났을 때 즉각적인 응급조치를 포함하여 학대로 인한 손상 치료 및 적절한 대책은 이차적인 예방 활동이라고 말할 수 있다. 물론 1차적인 예방 활동을 강화하면 더 많은 학대를 방지할 수 있을 것이다. 그리고 발생한 학대로 인한 피해 여성, 피해 아동, 피해자 가족, 가해 부모를 위한 장기적 회복과 재발 방지를 모색하는 것은 3차 예방이라고 할 수 있다. 단순한 외상으로 여겨졌던 환자를 학대 피해자로 의심하고 발견해 낼 수 있는 것, 또한 빠른 시간 내에 적절한 관련기관에 신고하여 사회에 노출을 시키는 것이 2차 예방에서 3차로 즉 학대에 재차 노출되는 것을 방지하는 가장 중요한 스텝이다. 즉 아동학대와 가정폭력은 겉으로 드러나지 않는 경우가 많기 때문에 응급진료를 담당할 의료인이 신체증후를 보고 학대의 가능성을 판단하는 것이 매우 중요하다. 응급실에서 피해자들을 1차적으로 진료하는 전공의들이 환자를 놓치지 않도록 폭력 환자들의 신체적 증후에 대한 교육은 필수적이라 생각되며, 교육 내용에 학대 의심환자에 대한 선별 및 평가 방법뿐 아니라 신고 과정과 절차에 대한 내용이 포함될 것을 제안한다. 이런 점에서 한국형 아동학대 선별 도구인 FIND의 개발은 매우 고무적인 시도이다. 진료 현장에서 개발된 선별 도구들을 적용해 본 후 여러 직종의 의료인 의료기관을 대상으로 다시 의견을 취합하고 수정, 보완하는 것이 추후의 과제일 것으로 생각된다.

성폭력의 경우 가정폭력이나 아동학대에 비하여 체계적인 의료 지원을 하고 있으며 응급키트와 의료 지원 매뉴얼이 배

포되어 있어 진료 및 증거 채취 과정도 이미 표준화되어 있다. 이러한 진단과 진료의 표준 매뉴얼들이 산부인과와 응급의학과 의사들에게 숙달될 수 있도록 홍보하고 교육하는 것이 중요하다 하겠다. 현재 모자보건법에서 성폭력에 의한 임신의 경우 24주 이전의 임신중절에 대해서는 합법임에도 불구하고 성폭력임을 증명하기 위해 수 주를 피해자는 위험을 감수하며 임신을 유지할 수밖에 없다. 2020년 낙태에 대한 법률 개정을 앞두고 몇 주까지의 임신중절을 허할 것인가에 대해 산부인과 학회를 중심으로 활발한 논의가 이루어지고 있다. 의학적 중재가 필요하나 생존능이 충분하다고 판단되는 제태연령이 24주로 이후에는 어떠한 경우에도 인공임신중절은 금하고 있었으나 법 개정이 되는 방향에 따라 주수에 관계없이 임신중절이 가능하게도 될 수 있다. 이런 경우 피해자와 의료진에게만 임신의 중단 여부를 결정하도록 한다면 담당 의료진은 윤리적인 문제와 환자의 요구 사이 오는 갈등과 마찰을 피할 수 없을 것이다. 따라서 성폭력 전담 의료기관 내에 의료인뿐 아니라 종교인, 법조인, 사회 복지사 등 다양한 분야의 전문가들로 구성된 생명윤리위원회를 필수로 설치하여 논의와 숙고의 과정을 거친 후 결정하도록 하는 것을 제안하는 바이다.

전술하였던 노력들에 의해서 의사는 전문가로서의 직업 윤리와 위상을 공고히하는 데 기여할 뿐 아니라 의료의 전문성을 높일 수 있을 것으로 생각된다. 보다 중요한 사실은 약자들의 건강과 복리 앞장서서 지켜주는 것이 건강한 사회를 만들어 가야 하는 의사의 책임이자 의무라고 생각된다.

중심 단어 : 성폭력 · 가정폭력 · 아동학대 · 신체손상.

Conflicts of Interest

The author has no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Ministry of Health and Welfare, National Child Protection Agency. Child Abuse & Neglect Korea 2018. Sejong: Ministry of Health and Welfare;2018.
- 2) Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, Scheewe DJ, van de Merwe MH, Vooijs-Moulaert FA, et al. Detection of child abuse in emergency departments: a multi-centre study. Arch Dis Child 2011;96:422-425.
- 3) Flaherty EG, Sege R. Barriers to physician identification and reporting of child abuse. Pediatr Ann 2005;34:349-356.
- 4) Paek SH, Jung JH, Kwak YH, Kim DK, Ryu JM, Noh H, et al. Development of screening tool for child abuse in the Korean emergency department: using modified Delphi study. Medicine (Baltimore) 2018; 97:e13724.
- 5) Skellern CY, Wood DO, Murphy A, Crawford M. Non-accidental fractures in infants: risk of further abuse. J Paediatr Child Health 2000;36: 590-592.
- 6) Christian CW. The evaluation of suspected child physical abuse. Pe-

- diatrics 2015;135:e1337-e1354.
- 7) Kellogg N. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. Pediatrics 2005;116:1565-1568.
- 8) Dunstan FD, Guildea ZE, Kontos K, Kemp AM, Sibert JR. A scoring system for bruise patterns: a tool for identifying abuse. Arch Dis Child 2002;86:330-333.
- 9) Kairys SW, Alexander RC, Block RW, Everett VD, Hymel KP, Johnson CF. Oral and dental aspects of child abuse and neglect: joint statement of the American Academy of Pediatrics and the American Academy of Pediatric Dentistry. Pediatrics 1999;104:348-350.
- 10) Andronicus M, Oates RK, Peat J, Spalding S, Martin H. Non-accidental burns in children. Burns 1998;24:552-558.
- 11) Kocher MS, Kasser JR. Orthopaedic aspects of child abuse. J Am Acad Orthop Surg 2000;8:10-20.
- 12) Eisenstat SA, Bancroft L. Domestic violence. N Engl J Med 1999;341: 886-892.
- 13) Park CW, Lee SH, Choi DY, Yang HY. Victimization characteristics and severity of physical injury by domestic violence. Korean J Fam Pract 2018;8:244-251.
- 14) Statistics Korea. Korean social trends 2018. [cited 2019 Aug 22]. Available from: http://kostat.go.kr/sri/srikor/srikor_pbl/3/index.board?bmode=download&aSeq=372043&sort=1
- 15) Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. Am J Obstet Gynecol 1996;175:320-324.
- 16) Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Physical injury after sexual assault: findings of a large case series. Am J Obstet Gynecol 2004;190:71-76.
- 17) Riggs N, Houry D, Long G, Markovchick V, Feldhaus KM. Analysis of 1,076 cases of sexual assault. Ann Emerg Med 2000;35:358-362.
- 18) Kim SK, Park YK, Kang YD. Analysis of sexual assault victims: based on data from a one-stop service center in Chungcheongnam-do. Korean J Obstet Gynecol 2012;55:736-744.
- 19) Larsen ML, Hilden M, Lidegaard Ø. Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. BJOG 2015;122:577-584.
- 20) Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, Thackeray JD, Shapiro RA, Runyan DK. Has this prepubertal girl been sexually abused? JAMA 2008;300:2779-2792.
- 21) Workowski KA, Bolan GA. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2015;64:1-138.
- 22) Adlington R, Browne R. Management of patients seen post-sexual assault at a North London inner city genitourinary medicine clinic 2005-2008. Int J STD AIDS 2011;22:286-287
- 23) Jo S, Shin J, Song KJ, Kim JJ, Hwang KR, Bhalley H. Prevalence and correlated factors of sexually transmitted diseases-chlamydia, Neisseria, cytomegalovirus--in female rape victims. J Sex Med 2011;8:2317-2326.
- 24) World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization;2003.
- 25) Kim SK, Lee MY, Choi SJ, Ahn TG, Seo JA, Jeong HY. Analysis of sexual assault victims. Korean J Obstet Gynecol 2011;54:37-42.
- 26) Committee on Health Care for Underserved Women. ACOG Committee Opinion no. 592: sexual assault. Obstet Gynecol 2014;123:905-909.
- 27) McNamee KM, Dawood F, Farquharson RG. Mid-trimester pregnancy loss. Obstet Gynecol Clin North Am 2014;41:87-102.
- 28) National Assembly of South Korea. How can we support pregnant victims of sexual violence? [cited 2019 Aug 22]. Available from: <https://dl.nanet.go.kr/SearchDetailView.do?cn=PAMP1000037851>