발 간 등 록 번 호
11-1352000-000546-01

한국의 아동학대 재발생 실태에 관한 연구보고서

보건복지부 · 중앙아동보호전문기관

발 간 사

전국아동보호전문기관은 지난 10년간 아동학대로 인해 위험에 처한 수많은 아이들을 학대로부터 안전하게 보호하며 다시 건강하게 가족의 품으로 돌아갈 수 있도록 아낌없는 지원과 헌신적인 노력을 기울여 왔습니다.

본 연구에서는 전국아동학대사례에 관한 국가아동학대전산시스템을 바탕으로 하여 아동학대 재발생의 원인과 학대 재발생 가정의 다양한 특성을 분석하였습니다. 또한, 이 결과물을 바탕으로 아동학대 재발생 예방을 위한 정책적·실천적 함의 및 향후 연구과제의 방향은 무엇인지 고민해 보았습니다. 이는 아동학대 재발생 원인을 분석하여 아동학대예방사업의 다각적, 통합적 접근은 물론 질적인 향상을 꾀하기 위함입니다.

마지막으로, 본 보고서가 발간될 수 있도록 아낌없는 조언과 연구에 힘써주신 책임연구원인 오승환 교수님께 진심으로 감사드리며, 현장에서 아동의 안전과 행복을 위해 땀 흘리며 수고하는 전국아동보호전문기관 종사자 모두에게 이 자리를 빌려 감사의 마음을 전합니다. 본 연구보고서가 아동학대 관련 정책 마련을 위한 연구에 작은 보탬이 되길 바랍니다.

2012년 3월

중앙아동보호전문기관장 장화정

목 차

제1장 서 론 ▌ 1

제2장 아동학대 재발생의 원인과 현황 ▌ 7

1. 아동 및 학대 사례 특성과 아동학대 재발생 ····· 10
2. 학대행위자 및 가족의 특성과 아동학대 재발생 ····· 11
   1) 학대행위자특성 ····· 11
   2) 가족특성 ····· 11
3. 아동복지서비스 이용 특성과 아동학대 재발생 ····· 12

제3장 국내외 아동학대 재발생의 특성과 관련 요인 분석 ▌ 15

1. 아동학대 재발생의 분석단위 ····· 17
2. 우리나라 재학대 발생 현황 ····· 18
   1) 연도별 아동학대 의심사례 발생현황 ····· 18
   2) 연도별 재신고 사례 발생현황 ····· 19
   3) 연도별 재학대 사례 발생현황 ····· 21
3. 재학대 사례의 현황 및 특성 ····· 23
   1) 재학대 아동의 특성····· 23
   2) 재학대행위자의 특성····· 26
4. 재학대 미발생 사례와 재학대 사례의 아동특성 비교 ····· 30
   1) 피해아동 특성 비교 ····· 30
   2) 학대행위자 특성 비교 ····· 34
   3) 가족 특성 비교 ····· 35
   4) 스크리닝척도 점수 비교 ····· 36

5) 위험사정척도 점수 비교 ····· 38
6) 서비스제공 실적 차이 비교 ····· 39

제4장 결론 ▌ 43

참고문헌 ····· 51

표 목 차

< 표 1 > 연도별 상담신고 접수 현황 ····· 18
< 표 2 > 연도별 재신고 사례 발생현황 ····· 19
< 표 3 > 연도별 재학대 발생현황 ····· 21
< 표 4 > 재학대 아동의 특성 ····· 23
< 표 5 > 재학대행위자의 성별 및 연령 ····· 26
< 표 6 > 재학대행위자의 개인 및 사회적 특성 ····· 27
< 표 7 > 재학대 발생 시 학대행위자의 경제적 특성 ····· 28
< 표 8 > 재학대 미발생 사례와 재학대 사례의 아동특성 비교분석 ····· 30
< 표 9 > 재학대 미발생 사례와 재학대 사례의 조치결과 비교분석 ····· 33
< 표 10 > 재학대 미발생 사례와 재학대 사례의 학대행위자 특성 비교분석 ····· 34
< 표 11 > 재학대 미발생사례와 재학대 사례의 가족특성 비교분석 ····· 36
< 표 12 > 재학대 미발생 사례와 재학대 발생사례의 스크리닝 척도 비교분석 ····· 37
< 표 13 > 재학대 미발생 사례와 재학대 발생 사례의 위험요인 및 보호요인 비교분석 39
< 표 14 > 재학대 미발생 가례와 재학대 발생 사례의 서비스제공 실적 비교분석 ····· 41

그 림 목 차

<그림1> 연도별 상담신고 접수 현황 ····· 19
<그림2> 연도별 재신고 사례 발생 현황 ····· 20
<그림3> 연도별 상담신고건수 대비 재신고율 ····· 20
<그림4> 연도별 재학대 발생현황 ····· 22
<그림5> 연도별 상담신고건수 및 재신고 건수대비 재학대율 ····· 22
<그림6> 재학대 발생 아동 성별 ····· 24
<그림7> 재학대 발생 아동 연령 ····· 25
<그림8> 재학대 발생 아동과 미발생 아동의 성별 비교 ····· 31

제1장 | 서 론

제1장 서론

우리나라는 2000년 아동복지법 개정과 더불어 국가적 차원의 아동학대예방사업의 기반을 마련하였고, 전국 광역시·도에 아동보호전문기관을 설치·운영하고 아동학대예방사업을 지속적으로 전개해왔다. 2000년 개소 당시 전국 광역시 및 도에서 17개소로 운영되던 아동보호전문기관은 현재는 45개소(중앙아동보호전문기관 포함)로 확대 설치·운영되고 있다. 지역아동보호전문기관에서는 아동학대신고전화 운영 및 신고접수 및 현장조사, 피해아동에 대한 격리보호, 응급치료 및 심리치료, 학대행위자 및 가족에 대한 서비스 등 아동학대 사례에 대한 직접서비스와 신고의무자, 아동 및 부모를 대상으로 아동학대예방교육, 아동학대예방을 위한 홍보사업을 실시하고 있으며, 중앙아동보호전문기관에서는 전국 아동보호전문기관 업무지원, 상담원 보수교육, 전산시스템 구축, 아동학대예방정책의 개발, 유관기관과의 네트워크 구축, 아동학대예방 홍보사업 등의 업무를 수행하고 있다.

그 결과 아동학대에 대한 전국민적인 관심이 증가하고 있으며, 아동학대에 대한 사례도 매년 증가하고 있다. 2001년부터 2010년까지 아동보호전문기관으로 신고접수된 총 건수는 74,684건이며 10년간 아동학대의심사례건수는 55,243건에 이른다. 아동보호전문기관의 상담신고 접수 건수는 2001년 4,133건에 비해 2010년 신고건수는 9,199건으로 약 2.2배 증가하였다(보건복지부, 중앙아동보호전문기관, 2010).

이러한 아동학대 현황에 따라 다양한 정책이 도입되어 추진되고 있으며, 특히 아동학대예방을 위한 다양한 노력이 제공되고 있다. 그럼에도 불구하고 아동학대가 발생한 이후 재발생에 대한 관심도는 낮은 편 이었다. 아동학대 문제의 심각성은 학대의 부정적인 영향이 일시적인 현상이 아니라는데 있다. 학대를 경험한 아동들은 신체적, 정신적, 사회적으로 심각한 문제를 나타낼 뿐만 아니라, 성인이 된 이후에도 정상적인 부모로서의 역할수행이나 가

정생활, 사회, 경제적인 측면에서 심각한 어려움을 겪는다(윤혜미, 2000; Straus & kantor, 1994; Wissow & Rote, 1994). 이러한 아동학대의 부정적 영향은 학대를 반복해서 경험하는 경우 더욱 심각해진다. 반복적으로 학대받은 아동들은 학업성취도가 낮고 더 많은 범죄를 저지르며, 부모가 된 후 학대 학대행위자가 되거나 정서 문제, 성 문제, 알코올과 약물 중독과 같은 문제를 더 많이 경험하는 것으로 나타났다(English, 1998; Hamilton, et al., 2002).

우리나라의 아동학대 재신고 사례를 살펴보면, 지난 10년간 총 6,332건이 아동보호전문기관으로 재신고 되었다. 2001년 20건의 재신고로 시작하여 2010년까지 1,262건으로 증가하여 전체 상담신고건수 대비 재신고율은 꾸준히 증가하는 추세를 보인다(보건복지부, 중앙아동보호전문기관, 2010). 따라서 이제는 아동학대의 발생원인 뿐만 아니라 아동학대 재발생에 대한 원인과 대책마련에도 관심을 기울여야 할 필요가 있다. 그러므로 아동복지제도와 아동보호서비스의 근본적인 목적은 아동이 반복적으로 학대의 피해자가 되지 않도록 예방하는데 있다는 것을 고려한다면, 아동학대의 반복적인 발생과 재발생 사례 비율의 증가추세는 주목해야할 심각한 사회적 문제이다. 그러나 반복적이고 만성적인 학대 발생은 아동학대의 중요한 한 가지 측면으로 언급되고 있음에도 불구하고, 국내에서 진행된 아동학대 재발생 관련요인에 대한 연구는 배화옥(2004a, 2004b, 2007)과 김세원(2008)의 연구를 제외하고는 거의 이루어지지 않았다. 이러한 연구의 부재는 국내의 학대 재발생 아동의 특성에 대한 체계적인 분석이 이루어지지 못하고 있음을 의미하며, 더 나아가 “어떠한 아동은 단 한번 학대를 경험하는데 반해, 어떤 아동은 반복적으로 학대를 경험하여 아동보호체계 내로 다시 돌아오는 가?”하는 아동과 가족이 갖고 있는 특성에 대해 알려진 바가 거의 없음을 의미한다. 특히 아동과 가족이 속한 환경적 요인 중 무엇이 아동학대 발생의 위험을 증가시키는지를 설명한 연구는 거의 없다. 아동학대가 가장 빈번하게 재발생하는 원인에 대한 이해의 부족은 정책 및 실천현장에 있어서 아동학대 예방을 위한 효과적인 서비스 제공과 개입을 위해 주목해야할 위험요인이나 보호요인, 개입시점 등에 대한 정보와 근거가 부족

하다는 것을 의미한다. 또한 아동보호서비스 제도 내로 다시 돌아온 아동과 가족에 대해서는 사정과 조사, 서비스 개입 과정이 반복되기 때문에 학대 재발생은 아동보호전문기관 상담직원들의 업무 부담을 더욱 과중시키고, 인력 및 자원, 서비스를 비롯한 사회적 비용의 상당한 지출을 야기한다(배화옥, 2006). 이러한 반복적인 학대가 아동에게 미치는 신체적·발달적 측면에서의 부정적 영향을 최소화하고 아동학대로 인해 발생하는 사회적 비용의 증가를 막기 위해서는 미래의 학대를 예측하고 재발생의 위험을 효과적으로 감소시킬 수 있어야 한다. 이를 위해서는 학대재발생과 관련된 위험요인 및 보호요인에 대한 이해가 선행되어야 한다.

한편 지난 수년간 아동복지제도 내의 전산화된 아동학대관련 데이터베이스의 축적과 연구방법론적 측면에서의 상당한 발전은 재발생 관련 선행연구가 갖는 문제점의 상당부분을 해결하여 체계적인 아동학대 재발생 연구를 가능하게 해주고 있다.

따라서 본 발표에서는 우리나라의 전국아동보호전문기관에 신고 된 아동학대 사례를 대상으로 하여 아동학대 재발생을 예방하기 위한 전략의 첫 단계로 아동학대현황보고서에 나타난 학대 재발생 아동의 특성과 학대행위자 특성을 발견하여 아동학대 재발생 관련 요인을 발견하고자 한다. 둘째, 재학대를 경험하는 아동과 1회 신고 후 종료된 학대아동과 어떤 특성을 보이는 가를 분석함으로써 아동학대 재발생의 특성과 원인을 발견하고자 한다.
이러한 연구는 아동학대 재발생 위험이 가장 높은 대상집단을 발견하여 피학대 아동을 보호하는데 필요한 효과적인 서비스를 제공할 수 있도록 할뿐만 아니라, 아동보호서비스 제도에 다시 돌아올 것으로 예측되는 가족들에 대해 좀 더 장기적인 계획을 세우는데 유용한 근거를 제공할 것이다. 이를 통해 궁극적으로 정책결정자와 실천가들이 보다 효과적인 정책을 수행하고, 미래의 아동학대를 성공적으로 예방할 수 있게 할 것이다.

제2장 | 아동학대 재발생의 원인과 현황

1. 아동 및 학대 사례 특성과 아동학대 재발생

2. 학대행위자 및 가족의 특성과 아동학대 재발생

3. 아동복지서비스 이용 특성과 아동학대 재발생

제 2장 아동학대 재발생의 원인과 현황

아동학대 재발생을 설명하는 이론은 아동학대 원인론과 큰 차이를 보이지 않으며, 가장 대표적인 이론으로서 생태학적 이론(ecological model)이다. 아동학대 생태학적 분석모델(ecological model)은, 아동학대 발생원인을 대표적으로 설명해 온 양대 이론 즉, 정신병리학적 이론(pathological theory)과 사회학적 이론(sociological theory)이 생태학적 관점에서 통합된 모델이라고 할 수 있다. 정신병리학적 이론학자들은 학대행위자의 정신병리 상태를 아동학대의 주요 원인으로 설명하고 학대행위자의 정신병리학적인 면에 초점을 두었다(O'Leary, 1993). 반면 사회학적 이론학자들은 아동을 둘러싼 사회환경이 학대행위자로 하여금 아동학대를 유발하는 주요 원인이 됨을 주장하고 아동학대가 증가하는 사회적 여건에 초점을 맞추었다(Gelles, 1997). 그리고 생태학적 모델은 아동학대를 개인, 가족, 사회, 문화·제도·정치 등 부모와 아동을 둘러싸고 있는 생태체계간의 연속적인 상호작용의 결과로 파악하는 통합이론이다(Belsky, 1993). Belsky는 아동을 시초로 하여 아동의 특성, 아동을 둘러싼 가족환경, 가족이 거주하고 있는 사회환경, 더 나아가 사회의 이념과 제도를 규정하는 문화·정치적 성향 등의 계층적 요소들 사이의 상호관계성(transaction and reciprocity)에 의해 아동학대가 발생한다고 규명하였다(배화옥, 2004b).

이렇게 생태학적 특성에 나타난 아동학대의 원인을 재학대에 적용하여 재학대의 원인을 학대행위자 특성, 피해아동 특성, 가족특성, 사회환경 특성 등으로 나누어 살펴볼 수 있다. 그러나 본 연구에서는 국가아동학대전산시스템에서 구할 수 있는 학대행위자 특성, 피해아동 특성과 사회환경 특성으로는 피해아동과 학대행위자에게 제공된 아동복지서비스 특성을 포함하여 살펴보겠다.

1. 아동 및 학대사례 특성과 아동학대 재발생

아동학대 재발생을 설명하는 많은 연구들은 아동의 특성과 재발생 간의 관계를 설명하였으며, 몇 가지 아동 및 아동이 경험한 학대사례의 특성은 상당히 일관되게 재발생에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 첫째, 아동이 어릴수록 학대 재발생 가능성은 증가하였다(Ferleger et al., 1988; Fluke et al., 1999; Fryer & Miyoshi, 1994; Hamilton & Browne, 1999; Marshall & English, 1999; 배화옥, 2004b; 김세원, 2008).

둘째, 아동의 성별과 재발생간의 관계는 일관된 경향을 보여주지는 않는다. 남자와 여자 간 재발생에 차이가 없는 것으로 나타난 연구(Fluke et al., 1999; Hamilton & Browne, 1999; US DHHS, 2002a)가 있는 반면, 일부 연구에서는 0-6세의 여아의 재발생 위험이 더 높은 것으로 나타났다(Fryer & Miyoshi, 1994; 김세원, 2008).

셋째, 학대가 만성적이고 정도가 심각할수록 학대 재발생의 위험이 높은 것으로 나타났다. 학대빈도가 높고 만성적이며 심각한 정도의 학대가 재발생 가능성이 더 높다는 것을 보여준다(Berkeley Planning Associates, 1983; Cohn, 1979; Ferleger et al., 1988; Marks & McDonald, 1989; 김세원, 2008).

넷째, 아동이 경험한 학대유형에 따라 재발생 위험은 다르게 나타났다. 여러 학대유형 가운데 방임이 가장 빈번하게 재발생하였고(Baird, 1988; DePanfilis & Zuravin, 1999a; Fluke et al., 1999; Inkelas & Halfon, 1997; Levy et al, 1995; Marshall & English, 1999; US DHHS, 2002a; 배화옥, 2004b), 단일학대유형 사례에 비해 중복학대유형(예를 들어, 방임과 신체학대 또는 성학대)사례의 재발생위험이 더 높았다(Herrenkohl et al., 1978; US DHHS, 2002a). 대게 여러 번 의뢰된 아동은 만성적 학대뿐만 아니라 중복학대유형을 더 많이 경험한다(English, 2003).

2. 학대행위자 및 가족의 특성과 아동학대 재발생

1) 학대행위자 특성

선행연구에서 나타난 학대행위자 특성이 아동학대 재발생에 미치는 영향을 정리하면 다음과 같다. 많은 연구를 통해 아동학대 재발생은 아동을 양육하는 부모나 학대행위자의 특성과 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 구체적인 특징은 다음과 같이 정리할 수 있다.

첫째, 학대행위자의 연령은 아동학대 재발생에 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 신고 당시 학대행위자가 어릴수록 재발생 위험은 증가하였다(Barid, 1988; Wagner, 1994; 김세원, 2008). 둘째, 학대행위자의 성별에 따라 학대 재발생은 차이를 보였다. 성학대를 제외한 다른 학대유형에 있어서는 학대행위자가 여성인 경우 학대 재발생이 1/3정도 더 많았다(Way et al., 2001). 셋째, 아동보호자의 정서적 상태 또한 학대 재발생에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 실제로 아동학대의 경우 아동보호자에게서 더 많이 발생하고 있는데, 보호자가 정서적으로 불안정할 때 0-3세 아동에게 신체적 학대가 재발생할 위험은 11.7배 더 높았다(Palusci, 2002).

2) 가족특성

가족특성과 아동학대 재발생과의 관계를 살펴보면 첫째, 가족구성에 따라 재발생이 다르게 나타나는 것으로 분석되었다. 아동이 생물학적 부모가 아닌 양부모(step-parent)와 살 때(Hamilton & Browne, 1999), 학대행위자가 친척이나 비혈연관계인 경우보다 부모인 경우에(Drake, Jonson-Reid, Way, & Chung, 2003). 그리고 부모가 모두 있는 가족보다 한부모 가족인 경우 재발생이 더 많은 것으로 나타났다(Levy, et al., 1995; 배화옥, 2004b; 배화옥, 2006).

둘째, 가족의 경제적 지위가 낮은 경우 재발생과 재의뢰율이 더 높은 것으로 나타났다(Drake et al, 2003; English & Marshall, 1998; Levy, et al., 1995; Way et al., 2001; 배화옥, 2006). Ferleger와 동료들(1988)은 아동기에 학대받은 경험이 없으면서 공공부조를 받고 있는 학대행위자가 학대를 반복해서 행하는 경향이 더 많은 것을 발견했다.

3. 아동복지서비스 이용 특성과 아동학대 재발생

선행연구를 통해 밝혀진 아동학대 재발생에 영향을 미치는 아동학대와 관련된 복지서비스 이용과정상의 특성은 다음과 같다.

첫째, 아동보호서비스 직원이 아동과 가족을 더 자주 접촉할수록 아동학대재발생이 발견될 확률은 증가하는 경향이 있다. 아동보호서비스 직원과의 접촉은 조사기간 초기에 좀 더 빈번하며, 이는 추가적인 학대 발견의 가능성을 증가시킨다. 실제 학대 재발생률은 첫 번째 신고 후 처음 30일 동안 가장 높다(DePanfilis & Zuravin, 1999b; Fryer & Miyoshi, 1994). 한편, 직원의 접촉 빈도는 아동 및 가족의 특성과 서로 연관이 있다. 아동이 행동문제가 더 많고 나이가 많을수록 직원의 방문횟수는 더 많았고, 책임 있는 보호자가 없는 경우 직원의 전화횟수가 더 많았다(Jagannathan & Camasso, 1996).

둘째, 위험사정도구를 이용한 평가 점수로 나타난 가족위험 또한 학대 재발생과 관련이 있었다. 아동보호서비스 제도 직원에 의해“위험 없음”이나“낮은 위험"으로 판단된 가족들은 재발생 가능성이 상대적으로 낮았고,“중간 정도의 위험"으로 판단된 가족들은 재발생 가능성이 좀 더 높았다(Fluke et al., 2001). 김세원(2008)의 연구에서는 아동스크리닝의 점수가 높을수록 재학대가 더 많이 발생하는 것으로 나타났다.

셋째, 학대아동과 관련된 서비스를 받은 집단이 그렇지 않은 집단보다 재발생 위험이 더 높게 나타나기도 하였다(DePanfilis, 1995; Fluke et al., 1999; Gomby, Culross, & Behrman, 1999; Johnson & Clancy, 1989; Littel, 1997; Palusci, 2002)[1]. 또한 서비스와 관련하여 아동보호서비스와 재발생간의 관계를 살펴본 연구의 대부분은 어떠한 서비스 유형이 미래의 학대위험을 감소시키는데 더 효과적이었는지 예측하지 못했고, 연구에 따라 재발생 위험을 감소시킨 서비스유형은 차이가 있는 것으로 나타나고 있다(Steckwren, 2003).

1) 이러한 연구에도 불구하고 서비스를 받은 집단의 더 높은 재발생률이 서비스 제도의 실패라고 단정 짓기는 어려운 이유로는 첫째, 서비스제공자의 감독수준이 높은 경우 상대적으로 추후 학대를 발견할 가능성이 높기 때문에 긍정적인 프로그램 효과를 찾는데 편의가 발생했을 수 있다는 점, 둘째, 아동학대 재발생률은 아동보호서비스 개입기간 동안 고르게 분포되어있지 않다는 점 때문이다(김세원, 2008).

제3장 ▌국내의 아동학대 재발생의 특성과 관련 요인 분석

1. 아동학대 재발생의 분석단위

2. 우리나라 재학대 발생 현황

3장 국내의 아동학대 재발생의 특성과 관련 요인 분석

1. 아동학대 재발생과 분석단위

아동학대 재발생은 대체로 한 명의 학대행위자가 한 명의 아동을 반복적으로 학대하여 발생하는 여러 번의 학대를 의미한다(Greenberg, Bradford, Firestone, & Curry, 2000). 그러나 학대 재발생은 분석단위에 따라서도 다르게 정의될 수 있으며, 분석단위는 크게 아동 또는 가족수준에서 정의될 수 있다. 일반적인 연구에서 아동학대 재발생이란 특정 동일 아동에게 이전의 입증된 학대발생 이후 반복하여 발생한 입증된 학대를 말한다(김세원, 2008). 처음 신고와 후속 신고에서 동일한 유형의 학대가 반복된 경우와 그렇지 않은 경우 모두를 포함한다. 그러나 우리나라 아동학대현황보고서에서 재학대 사례란 아동보호전문기관의 사례개입이 종결된 이후, 재신고된 사례가운데 아동학대로 판정받은 사례로 정의되고 있으며, 이러한 기준에 따라 각종 보고서에 보고되고 있다(보건복지부·중앙아동보호전문기관, 2007:123).

본 연구에서도 이러한 기준에 따라 아동학대 재발생을 정의하여 분석한다. 한편 본 연구에서 사용된 자료는2007년 1월 1일 이후부터 2009년 12월 31일까지 전국아동보호전문기관에 신고되어 국가아동학대전산시스템 등록되어 있는 사례이며, 이들 사례를 2010년 12월 31일까지 추적하여 재발생 여부를 조사한 사례이다.

2. 우리나라 재학대 발생 현황

1) 연도별 아동학대 의심사례 발생 현황

우리나라에서 2001년부터 2010년까지 아동보호전문기관으로 신고접수 된 총 건수는 74,684건이며 10년간 아동학대의심사례건수는 55,243건에 이른다. 아동보호전문기관의 상담신고 접수 건수는 <표 1>에서 알 수 있듯이 2001년 4,133건에 비해 2010년 신고건수는 9,199건으로 약 2.2배 증가하였다. 특히 2004년에는 전년 대비 증가율이 40.4%로 매우 큰 폭으로 증가하였고 꾸준히 증가추세를 보이나 2009년부터는 다소 감소하는 것으로 나타났다. 한편, 아동학대 의심사례 건수는 꾸준히 증가하여 2001년보다 2010년에 약 2.8배 증가하였다. 아동학대 의심사례 건수가 전체 상담신고 건수에서 차지하는 비율은 높아지고 일반상담 건수 비율은 감소하는 추세를 보인다.

<표 1> 연도별 상담신고 접수 현황

(단위 : 건, %)

구분 \ 연도	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	계
아동학대 의심사례 건수	2,606 (63.1)	2,946 (71.7)	3,536 (71.0)	4,880 (69.7)	5,761 (72.0)	6,452 (72.5)	7,083 (74.7)	7,219 (75.4)	7,354 (79.0)	7,406 (80.5)	55,243 (73.0)
아동학대 의심사례 외	1,527 (63.1)	1,165 (71.7)	1,447 (71.0)	2,118 (69.7)	2,239 (72.0)	2,451 (72.5)	2,395 (74.7)	2,351 (75.4)	1,955 (79.0)	1,793 (80.5)	19,441 (28.9)
계	4,133 (100.0)	4,111 (100.0)	4,983 (100.0)	6,998 (100.0)	8,000 (100.0)	8,903 (100.0)	9,478 (100.0)	9,570* (100.0)	9,309 (100.0)	9,199 (100.0)	74,684 (100.0)
전년 대비 증가율	-	-0.5	21.2	40.4	14.3	11.3	6.5	1.0	-2.7	-1.2	

<그림 1> 연도별 상담신고 접수 현황

2) 연도별 재신고 사례 발생 현황

아동보호전문기관에 신고된 사례 중 연도별 재신고 사례 발생건수는 다음 <표 2>와 같다. 10년간 총 6,332건이 아동보호전문기관으로 재신고 되었다. 2001년 20건의 재신고로 시작하여 2010년까지 1,262건으로 증가하여 전체 상담신고건수 대비 재신고율은 꾸준히 증가하는 추세를 보인다.

<표 2> 연도별 재신고 사례 발생 현황

(단위 : 건, %)

구 분 \ 연 도	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
상담신고건수	4,133	4,111	4,983	6,998	8,000	8,903	9,478	9,570	9,309	9,199
재신고 건수	20	103	136	533	573	684	957	930	1,134	1,262
상담신고건수 대비 재신고율	0.5	2.5	2.7	7.6	7.2	7.7	10.1	9.7	12.2	13.7

<그림 2> 연도별 재신고 사례 발생 현황

<그림 3> 연도별 상담신고건수 대비 재신고율

3) 연도별 재학대 사례 발생 현황

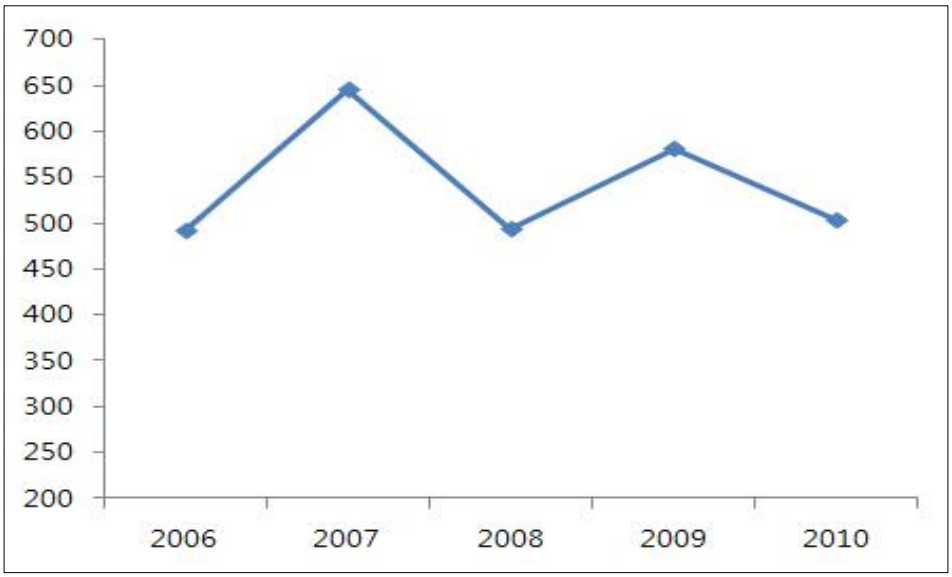
아동학대현황보고서에 아동학대 재발생 현황에 대해 보고한 시점은 2006년부터이다. 2005년까지는 재신고 된 아동에 대한 현황을 분석하였으며, 2006년부터는 재학대 아동을 별로도 분리하여 아동학대 재학대 발생 건수를 제시하고 있다. 재학대 발생아동 건수를 살펴보면 2006년 492건, 2007년 646건, 2008년 494건, 2009년 581건, 2010년 503건으로 기록하여 2007년에 최고를 기록하였음을 보여주고 있다. 상담신고 건수 대비 재학대 발생율을 살펴보면 2006년 5.5%, 2007년 6.8%, 2008년 5.2%, 2009년 6.2%, 2010년 5.5%를 기록하여 매년 5-6%의 비율을 보이고 있다. 재신고 건수 대비 재학대율을 살펴보면 2006년 71.9%로 가장 높은 비율을 기록하였고, 2007년 67.5%, 2008년 53.1%, 2009년 51.2%, 2010년 39.9%로 점차 감소하고 있다.

<표 3> 연도별 재학대 발생 현황

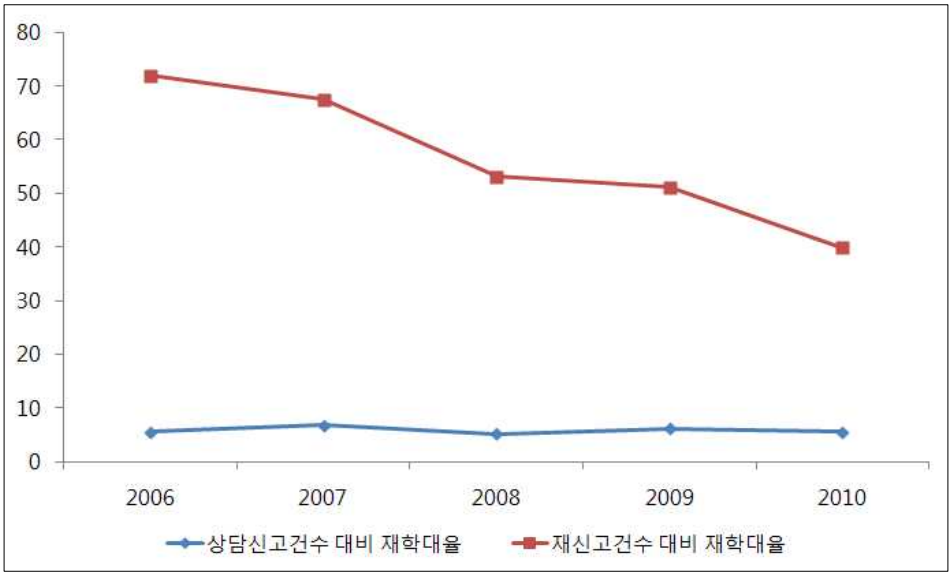
(단위 : 건, %)

구 분	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
상담신고건수	8,903	9,478	9,570	9,309	9,199
재신고 건수	684	957	930	1,134	1,262
재학대 사례	492	646	494	581	503
상담신고건수대비 재학대율	5.5	6.8	5.2	6.2	5.5
재신고건수대비 재학대율	71.9	67.5	53.1	51.2	39.9

자료 : 각 년도 아동학대현황보고서로 재작성



<그림 4> 연도별 재학대 발생 현황



<그림 5> 연도별 상담신고건수 및 재신고건수 대비 재학대율

3. 재학대 사례 현황 및 특성

1) 재학대 아동의 특성

2007년부터 2010년 전국아동학대현황보고서에 나타난 재학대가 발생한 아동의 특성은 다음 <표 4>와 같다.

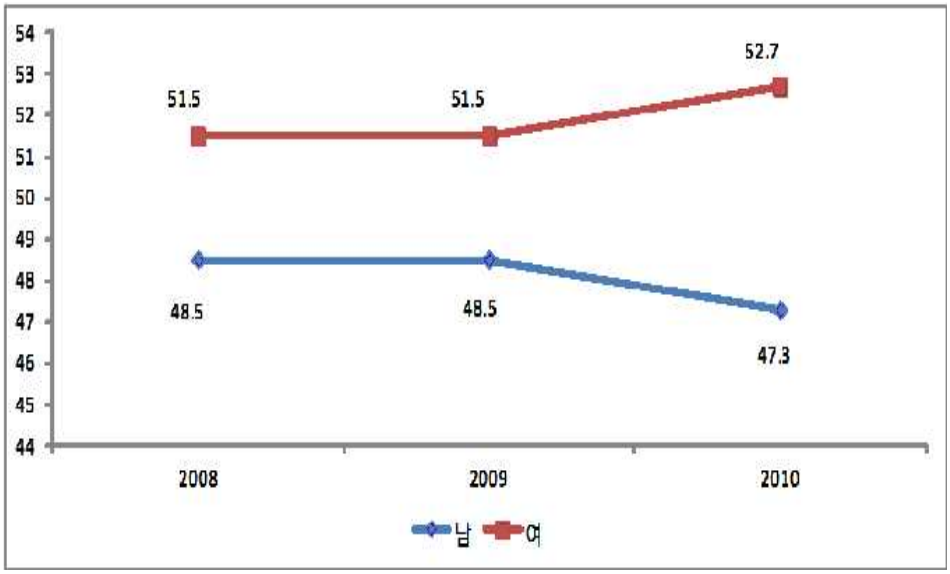
<표 4> 재학대 아동의 특성

(단위 : 건, %)

구 분		2008년	2009년	2010년
재학대 사례		494	581	503
성	남	234(48.5)	282(48.5)	238(47.3)
	여	248(51.5)	299(51.5)	365(52.7)
연령	1세미만	2(0.4)	3(0.5)	1(0.2)
	1-3세	22(4.6)	21(3.6)	15(3.0)
	4-6세	45(9.3)	67(11.5)	39(7.8)
	7-9세	112(23.2)	128(22.0)	114(22.7)
	10-12세	157(32.6)	166(28.6)	157(31.2)
	13-15세	102(21.2)	162(27.9)	139(27.6)
	16-18세	42(8.7)	34(5.9)	38(7.5)
학대유형	신체학대	200(26.7)	196(23.6)	193(24.1)
	정서학대	260(34.7)	268(32.2)	282(35.2)
	성학대	35(4.7)	41(4.9)	40(5.0)
	방임	251(33.5)	325(39.1)	286(35.6)
	유기	3(0.4)	2(0.2)	1(0.1)
재학대 발생시기	종결후 1개월 미만	14(2.8)	22(3.8)	19(3.8)
	종결후 1개월 - 3개월 미만	24(4.9)	26(4.5)	17(3.4)
	종결후 3개월 - 6개월 미만	38(7.7)	31(5.3)	24(4.8)
	종결후 6개월 - 1년 미만	73(14.8)	128(22.0)	83(16.5)
	종결후 1년 - 2년 미만	131(26.5)	114(19.6)	124(24.6)
	종결후 2년 - 3년 미만	97(19.6)	104(17.9)	87(17.3)
	종결후 3년 이상	117(23.7)	156(26.9)	149(29.6)
초기조치	원가정보호	330(66.8)	387(66.7)	362(72.0)
	격리보호	164(33.2)	193(33.3)	137(27.2)
	타기관의뢰	-	-	4(0.8)

(1) 재학대 아동 성별

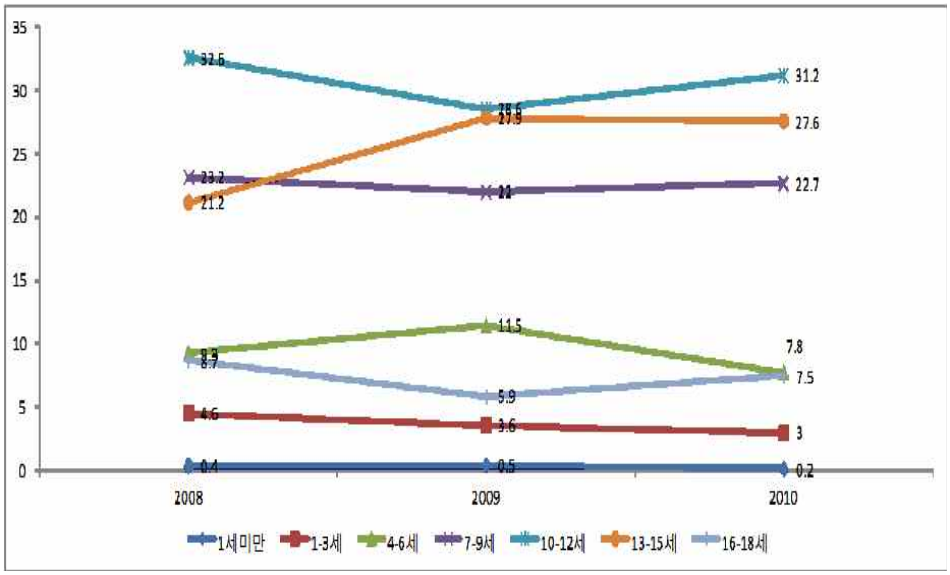
아동 성별 구성을 살펴보면 <그림 6> 와 같다. 남자의 경우 2008년 48.5%, 2009년 48.5%, 2010년 47.3%로 나타나 남자아동보다는 여자아동의 재학대 발생이 더 높은 것으로 나타나고 있다.



<그림 6> 재학대 발생 아동 성별

(2) 재학대 아동 연령

재학대 발생 아동의 연령별 분포를 살펴보면 <그림 7>와 같다. 3년 모두 10세에서 12세의 아동의 가장 높은 발생율을 기록하였고, 2009년과 2010년에서는 13세-15세의 아동이 2번째, 2007년에는 7-9세의 아동의 2번째의 발생율을 기록하였다. 이러한 결과는 아동학대 재발생이 7세부터 15세의 아동에게서 주로 발생하고 있음을 보여준다.



<그림 7> 재학대 발생 아동 연령

(3) 재학대 유형

학대유형을 살펴보면 2008년에는 정서학대가 34.7%로 가장 높게 나타났으나 2009년과 2010년에는 방임이 39.1%, 35.6%로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 정서학대가 32.2%, 35.2%로 높게 나타났다. 그리고 신체학대는 세 번째로 나타나고 있다. 성학대는 5% 미만의 비율을 보이며, 유기는 0.4%이하의 발생율을 보이고 있다.

(4) 재학대 발생 시기

재학대 발생시기를 살펴보면, 2008년의 경우 종결후 1년이상에서 2년미만이 26.5%로 가장 높게 나타났으며, 2009년 이후에서는 종결후 3년이상의 발생이 26.9%, 29.6%로 가장 높게 나타났다. 6개월 미만에 발생한 재발생 비율은 15% 미만으로 적은 편이며, 2년이상의 경우 발생율이 45% 이상으로 높게 나타나고 있다.

(5) 재학대 아동에 대한 초기조치결과

학대 재발생 아동에 대한 초기조치결과를 살펴보면, 원가정보호의 비율이 2008년 66.8%, 2009년 66.7%, 2010년 72%로 더 증가하고 있는 것으로 나타나고 있으며, 격리보호 비율은 2010년 27.2%로 나타났다.

2) 재학대행위자의 특성

(1) 재학대행위자의 성별 및 연령

재학대행위자의 기본적 특성으로서 먼저 성별 분포를 살펴보면 남자가 2008년 67.8%, 2009년 63.3%, 2010년 63.6%로서 여성에 비해 약 2배 정도 높은 비율을 보이고 있다. 연령분포를 살펴보면 40대가 3년 연속 44-49%이상을 기록하여 가장 높은 것으로 나타났으며, 30대가 30%대로 두 번째, 50대가 10-15%로 세 번째로 높게 나타났다. 20대의 경우 5%대를 기록하고 있으며, 나머지 연령대는 낮은 비율을 보이고 있다.

<표 5> 재학대행위자의 성별 및 연령

(단위 : 건, %)

구분		2008년	2009년	2010년
학대행위자 수		494	581	503
성별	남자	335(67.8)	368(63.3)	320(63.6)
	여자	159(32.2)	212(36.5)	183(36.4)
연령	19세이하	5(1.0)	0	0
	20 대	29(5.9)	35(6.0)	17(3.4)
	30 대	146(29.6)	183(31.5)	142(28.2)
	40 대	244(49.4)	258(44.4)	242(48.1)
	50 대	52(10.5)	79(13.6)	82(16.3)
	60 대	8(1.6)	15(2.6)	9(1.8)
	70대이상	8(1.6)	8(1.4)	6(1.2)
	파악안됨	2(0.4)	3(0.5)	5(1.0)

(2) 재학대행위자의 개인 및 사회적 특성

재학대행위자 특성에 대해 중복 조사한 결과를 살펴보면 양육태도 및 방법부족이 30%로 가장 높게 나타났고, 다음으로 사회경제적 스트레스 및 고립이 24% 정도로 나타났다. 세 번째는 중독 및 질환문제가 15%정도로 높게 나타나고 있으며, 가족 간의 종교문제 8%, 어릴 적 학대경험 및 폭력성은 7% 정도로 나타나고 있다. 이러한 결과는 재학대발생도 양육태도 및 방법부족, 사회경제적 스트레스 및 고립, 어릴 적 학대경험 등이 중요한 원인임을 보여준다.

<표 6> 재학대행위자의 개인 및 사회적 특성

(단위 : 건, %)

구분	2008년	2009년	2010년
양육태도 및 방법부족	533(30.3)	691(33.5)	592(32.9)
중독 및 질환문제	266(15.1)	290(14.0)	299(16.6)
성격 및 기질문제	195(11.0)	225(10.9)	166(9.2)
사회경제적 스트레스 및 고립	430(24.2)	482(23.3)	430(23.9)
어릴적 학대경험 및 폭력성	126(7.1)	136(6.6)	123(6.8)
성문제	15(0.8)	13(0.6)	10(0.6)
원치않는 아이	17(1.0)	14(0.7)	8(0.4)
가족 종교문제	143(8.0)	156(7.6)	138(7.7)
기타	23(1.3)	37(1.8)	22(1.2)
파악안됨	26(1.5)	21(1.0)	12(0.7)
소 계	1,774(100)	2,065(100)	1,800(100)

(3) 재학대행위자의 경제적 특성

재학대 발생 시 재학대행위자의 경제적 특성을 살펴보면 <표 7>과 같다.

<표 7> 재학대 발생 시 학대행위자의 경제적 특성

(단위 : 건, %)

구분		2008년	2009년	2010년
직업	입법공무원 관리직	4(0.8)	3(0.5)	2(0.4)
	전문직	7(1.4)	11(1.9)	21(4.2)
	준전문직	3(0.6)	14(2.4)	3(0.6)
	사무직	-	3(0.5)	2(0.4)
	서비스 판매직	19(3.8)	43(7.4)	35(7.0)
	농어축산업	10(2.0)	20(3.5)	20(4.0)
	기능직	23(4.7)	24(4.1)	24(4.8)
	기계정치조작원	6(1.2)	14(2.4)	5(1.0)
	단순노무직	72(14.6)	90(15.5)	79(15.7)
	소규모자영업	23(4.7)	18(3.1)	23(4.6)
	전업주부	46(9.3)	51(8.8)	43(8.5)
	학생	3(0.6)	4(0.7)	1(0.2)
	비정규직	36(7.3)	32(5.5)	39(7.7)
	무직	151(30.6)	175(30.1)	150(29.8)
	기타	43(8.7)	44(7.6)	36(7.1)
	파악안됨	48(9.7)	35(6.0)	20(4.0)
소득	50만원 미만(소득없음 포함)	102(22.7)	127(21.9)	112(22.3)
	50-100만원 미만	82(16.6)	117(20.1)	134(26.6)
	100만원 - 150만원 미만	33(6.7)	103(17.7)	92(18.3)
	150만원 - 200만원 미만	23(4.7)	51(8.8)	56(11.1)
	200만원 - 250만원 미만	14(2.8)	17(2.9)	17(3.4)
	250만원 - 300만원 미만	5(1.0)	15(2.6)	11(2.2)
	300만원 이상	5(1.0)	11(1.9)	5(1.0)
	파악안됨	220(44.5)	140(24.1)	76(15.1)
수급권자 여부	수급권대상	210(42.5)	202(34.8)	201(40.0)
	비수급권대상	242(49.0)	363(62.5)	286(56.8)
	파악안됨	42(8.5)	16(2.7)	16(3.2)

① 재학대행위자의 직업

재학대 행위자의 직업을 살펴보면 3년 모두 무직이 30%로 가장 높은 비율을 차지하고 있으며, 단순노무직이 15%로 2순위, 전업주부 9%로 3순위, 기타 7-8%로 4순위, 비정규직 5-7%로 4순위, 서비스 판매직 4-7%로 5순위 등으로 나타나고 있다. 직업이 없는 학대행위자가 재학대 행위를 하고 있다는 것은 앞서의 사회경제적 스트레스 및 고립과 일맥상통한 결과이다.

② 재학대행위자의 소득 수준

재학대 행위자의 소득구분을 살펴보면 소득없음을 포함한 50만원 미만의 소득자가 22%로 2008년과 2009년에 가장 높게 나타났고, 50만원에서 100만원 미만의 경우 2008년 16.6%, 2009년 20.1%, 2010년 26.6%로 점차로 비율이 증가하고 있으며, 2010년에 가장 높은 비율을 기록하고 있다. 이러한 결과는 월 소득 100만원 미만의 가족에게서 재학대행위가 발생할 가능성이 높음을 보여주고 있다. 100만원-150만원의 경우 2008년 6.7%에서 2009년 17.7%, 2010년 18.3%로 급격하게 증가하고 있으며, 150만원에서 200만원 미만의 비율로 2008년 4.7%에서 2010년 11.1%로 증가하고 있다. 즉 200만원 이하의 가구소득을 기록하고 있는 재학대행위자의 비율이 점차 증가하고 있음을 보여준다. 한편 소득이 파악안된 비율의 경우 2008년 44.5%, 2009년 24.1%, 2010년 15.1%로 크게 감소하고 있다. 미지막으로 수급권자 여부를 살펴보면 수급권자 비율이 2008년 44.%, 2009년 24.1%, 2010년 40%를 기록하여 재학대행위자의 40%가 빈곤가구로서 경제적 어려움을 경험할수록 재학대발생이 높음을 보여준다.

4. 재학대 미발생 사례와 재학대 사례의 아동 특성 비교

1) 피해아동 특성 비교

재학대가 발생하지 않은 사례와 재학대 사례의 아동특성은 다음 <표 8>과 같다.

<표 8> 재학대 미발생 사례와 재학대 사례의 아동 특성 비교분석

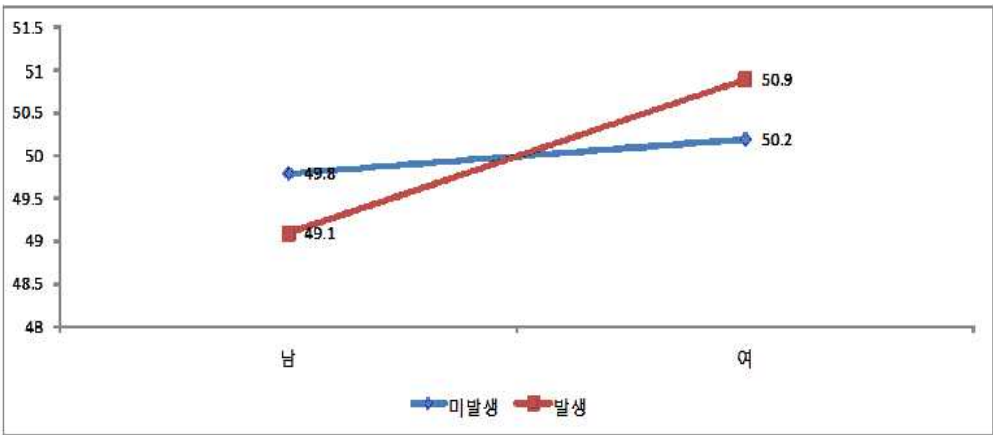
(단위 : 건, %)

구 분		재학대 미발생사례	재학대사례	X^2·t값
성	남	7,599(49.8)	764(49.1)	0.316
	여	7,655(50.2)	793(50.9)	
	계	15,254(100)	1,557(100)	
연령	평균	10.44	11.34	−8.977***
	표준편차	4.27	3.70	
학대유형	신체학대	1,125(7.4)	95(6.1)	8.744
	정서학대	1,865(12.2)	189(12.1)	
	성학대	745(4.9)	64(4.1)	
	방임	5,764(37.8)	578(37.1)	
	유기	130(0.9)	11(0.7)	
	중복학대	5,625(36.9)	620(39.8)	
	소계	15,254(100)	1,557(100)	
학대 발생빈도	거의 매일	7,397(48.5)	786(50.5)	24.689**
	2−3일에 한번	1,992(13.1)	216(13.9)	
	1주일에 한번	1,367(9.0)	152(9.8)	
	2주일에 한번	542(3.6)	58(3.7)	
	1개월에 한번	804(5.3)	83(5.3)	
	2−3개월 한번	621(4.1)	64(4.1)	
	6개월에 한번	247(1.6)	26(1.7)	
	1년에 한번	97(0.6)	8(0.5)	
	일회성	1,210(7.9)	106(6.8)	
	파악안됨	391(2.6)	31(2.0)	
	기타	586(3.8)	27(1.7)	
	소계	15,254(100)	1,557(100)	

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

(1) 아동성별 비교

재학대가 발생하지 않은 아동과 재학대가 발생한 아동의 특성을 살펴보면 먼저 성별 차이 분석에서는 큰 차이가 나타나지 않았다. 이는 성별에 따라서는 차이가 나타나지 않은 김세원(2008)의 연구와 동일한 결과이다.



<그림 8> 재학대 발생 아동과 미발생 아동의 성별 비교

(2) 아동연령 비교

연령에서는 평균의 차이가 나타나고 있는데 재학대를 경험한 아동들의 연령이 11.3세로 약간 더 높은 것으로 나타났다. 이는 재학대의 경우 학대가 발생한 이후에 다시 발생한다는 점에서 최초 학대시점의 연령보다 더 높게 나타나는 결과이다[2].

2) 외국의 선행연구 검토에서는 어릴수록 재학대가 많이 발생하고 있는 것으로 나타나고 있지만 본 분석자료는 재학대 사례의 초기 발생시점 연령을 분석하지 않아 비교가 불가능하다.

(3) 아동학대 유형 비교

학대유형에 있어서 차이가 있는 지를 분석한 결과 학대유형에 있어서도 차이가 나타나지 않았는데, 재학대 미발생 사례의 경우 방임이, 재학대 사례의 경우 중복학대가 가장 높게 발생하고 있지만 통계적인 차이는 나타나지 않아, 방임과 중복학대가 최초학대와 재학대에 경우에도 가장 많이 발생하고 있음을 보여준다. 한편 외국연구 분석에서도 방임의 재발생율이 가장 높고, 중복학대 유형의 재발생위험이 더 높은 것으로 나타나고 있어 방임과 중복학대의 경우 재발생 비율이 높게 나타남을 보여준다.

(4) 아동학대 발생빈도 비교

학대발생 빈도를 살펴보면 통계적으로 유의미한 차이가 나타나고 있는데, 재학대가 발생하지 않은 아동에 비해 재학대 아동의 경우 학대발생빈도가 약간씩 더 증가하고 있음을 보여준다. 즉 거의 매일 발생과 2-3일에 한번 발생하는 비율이 재학대 아동에게서 약간씩 더 높게 나타나고 있다. 이는 학대가 만성적이고 정도가 심각할수록 학대 재발생의 위험이 높은 것으로 나타난 외국이나 국내의 선행연구결과와 일치한다.

(5) 아동학대 조치결과 비교

아래 <표 9>에서 보이듯이 조치결과 비교를 한 결과 초기조치와 최종조치 결과를 살펴보면 양 집단 간에 통계적으로 유의미한 차이가 나타나고 있다.

<표 9> 재학대 미발생 사례와 재학대 사례의 조치결과 비교분석

(단위 : 건, %)

구 분		재학대 미발생사례	재학대사례	X^2
초기 조치결과	원가정보호	10,869(71.3)	1,026(65.9)	41.301***
	친족보호	779(5.1)	66(4.2)	
	가정위탁	36(0.2)	11(0.7)	
	일시보호	2,447(16.0)	326(20.9)	
	장기보호	477(3.1)	54(3.5)	
	기타격리보호	498(3.3)	59(3.8)	
	타기관의뢰	140(0.9)	14(0.5)	
	사망	8(0.1)	1(0.1)	
	소계	15,254(100)	1,557(100)	
최종 조치결과	원가정보호	10,397(68.2)	924(59.3)	65.470***
	친족보호	940(6.2)	91(5.8)	
	가정위탁	83(0.5)	15(1.0)	
	일시보호	899(5.9)	120(7.7)	
	장기보호	1,813(11.9)	243(15.6)	
	기타격리보호	360(2.4)	59(3.8)	
	타기관의뢰	294(1.9)	39(2.5)	
	사망	26(0.2)	2(0.1)	
	가정복귀	442(2.9)	64(4.1)	
	소계	15,254(100)	1,557(100)	

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

재학대가 발생하지 않은 아동의 경우 원가정보호와 친족보호의 비율이 재학대아동보다 높은 반면, 재학대아동의 경우 일시보호와 장기보호 그리고 기타 격리보호의 비율이 약간 더 높은 것으로 나타났다. 최종조치결과에 있어서 재학대가 발생하지 않은 아동의 경우 원가정보호 비율이 68%인데 비해 재학대아동의 경우 59.3%에 불과해 원가정보호 보다는 장기보호와 일시보호 그리고 기타격리보호의 비율이 더 높게 나타나고 있다. 이러한 결과는 재학대아동의 경우 1차 학대의 결과 원가정으로 복귀한 후에 학대가 재발생 했기 때문에 원가정복귀보다는 격리보호의 비율이 높을 수밖에 없는 상황을 반영한 결과이다.

2) 학대행위자 특성 비교

학대행위자 특성을 비교해본 결과 아래 <표10>과 같이 재학대가 발생하지 않은 사례의 학대행위자와 재학대 사례의 학대행위자 특성 간에 통계적으로 차이가 있는 것으로 나타났다

<표 10> 재학대 미발생 사례와 재학대 사례의 학대행위자 특성 비교분석

(단위 : 건, %)

구 분		재학대 미발생사례	재학대사례	X^2·t값
성	남	9,228(60.9)	999(64.3)	7.002**
	여	5,937(39.2)	555(35.7)	
	계	15,165(100)	1,554(100)	
연령	평균	41.4	41.8	−2.875**
	표준편차	9.25	8.83	
피해아동과의 관계	친부	7,552(50.2)	847(54.4)	20.414**
	친모	4,391(28.8)	412(26.5)	
	계부모	540(3.5)	69(4.4)	
	양부모	75(0.5)	7(0.4)	
	친조부모	454(3.0)	47(3.0)	
	외조부모	126(0.8)	6(0.4)	
	친인척 및 형제자매	434(2.8)	37(2.4)	
	기타	1,582(10.4)	132(8.5)	
	소계	15,254(100)	1,557(100)	

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

먼저, 성별을 살펴보면 남자 학대행위자의 비율이 재학대 발생 아동에게서 더 높게 나타났는데, 외국의 경우 성학대를 제외하고는 여자의 재학대율이 더 높게 나타나고 있어 선행연구와 다른 결과를 보여준다. 둘째, 연령을 비교해보면 재학대 발생하지 않은 사례의 학대행위자의 평균연령이 41.4세에 비해 학대행위자의 연령은 41.8세로 약간 더 높은 것으로 나타났다[3]. 셋째, 피해아동과의 관계를 살펴보면 재학대 미발생 아동에 비해 재학대발생 아동의

학대행위자는 친부와 계부모의 비율이 더 높은 것으로 나타났다. 이러한 학대행위자와의 관계는 아동학대 초기 발견시 가족유형 재학대 발생의 위험요인이 될 수 있기 때문에 더 집중적이 개입이 필요함을 보여준다.

3) 가족 특성 비교

가족유형과 수급권자 여부 특성에서 재학대 미발생 아동과 재학대 아동 간에 차이가 있는가를 분석한 결과 통계적으로 유의미한 차이가 나타났다.

먼저 가족유형에서는 재학대 사례의 경우 일반가정의 비율이 낮고, 편부가족과 재혼가정의 비율이 다소 높게 나타나 이들 가정에서 재학대가 많이 발생하고 있음을 보여준다. 이러한 가족유형과 재학대발생과의 관계는 외국의 선행연구에서 아동이 생물학적 부모가 아닌 양부모와 동거할 때 그리고 부모가 모두 있는 가족보다 한부모 가족인 경우 재발생이 더 많은 것으로 나타난 연구결과와 일치하는 결과이다. 둘째, 수급권자 여부를 살펴보면 재학대 아동의 가족의 경우 수급권자 비율이 재학대 미발생 아동의 가정에 비해 13%이상 높은 것으로 나타나 빈곤여부가 아동학대 재발생과 밀접한 관련이 있음을 보여준다. 이러한 결과는 가족의 경제적 지위가 낮을수록 재발생 비율이 더 높다는 외국의 선행연구와 어느 정도 일치하는 결과이다.

이렇게 가족의 유형과 가족의 빈곤이 재학대와의 관계는 외국과 일치하는 연구결과로서 한국에서도 이러한 가족특성이 재학대 발생요인으로서 기능하고 있음을 보여준다.

---

3) 외국의 선행연구 검토에서는 학대행위자가 어릴수록 재학대가 많이 발생하고 있는 것으로 나타나고 있지만 본 분석자료는 재학대 사례의 초기 발생시점의 학대행위자 연령을 분석하지 않고 재학대 발생시점의 학대행위자 연령을 분석하였기 때문에 비교가 불가능하다.

<표 11> 재학대 미발생 사례와 재학대 사례의 가족 특성 비교분석

(단위 : 건, %)

구 분		학대사례	재학대사례	X^2·t값
가족유형	일반가정	4,224(27.7)	338(21.7)	50.945***
	편부가정	4,471(29.3)	518(33.3)	
	편모가정	2,560(16.8)	264(17.0)	
	마혼부모	277(1.8)	28(1.8)	
	재혼가정	1,066(7.0)	152(9.8)	
	친인척보호	957(6.3)	96(6.2)	
	동거	625(4.1)	64(4.1)	
	가정외보호	639(4.2)	67(4.3)	
	소년소녀가정	83(0.5)	6(0.4)	
	미파악	126(0.8)	2(0.1)	
	기타	226(1.5)	22(1.4)	
	소계	15,254(100)	1,557(100)	
수급권자 여부	수급권자	4,213(27.6)	640(41.1)	127.760***
	미수급권자	9,938(65.2)	842(54.1)	
	미파악	1103(7.2)	75(4.8)	
	소계	15,254(100)	1,557(100)	

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

4) 스크리닝척도 점수 비교

스크리닝척도는 현장조사 시 상담원이 직접 현장에서 적용토록 하며, 척도 적용 후 아동학대사례와 일반사례를 구분하고 학대받은 아동의 안전여부를 사정하여 현재 상황이 아동에게 안전하가, 격리를 시급하게 요구하는 가를 판정하는데 기준을 제공하는 목적으로 제작된 척도이다(중앙아동보호전문기관, 2008). 아동요인은 7문항, 보호자 요인은 5문항, 행위자 요인 1문항, 가족요인 4문항, 생활환경요인 4문항, 보호요인 1문항 등으로 구성되어 있으며, 각 문항은 “아니오 0점, 예 1점, 파악불가”등으로 측정되고, 점수가 높을수록 학대위험이 높음을 의미한다.

스크리닝 점수 차이를 살펴보면 생활환경 요인을 제외한 5가지 요인 모두 재학대 발생 아동의 점수가 높게 나타나 현장방문 시 상담원의 평가 더 위험한 것으로 나타나고 있음을 보여준다. 재학대 사례의 경우 재학대 미발생 사례에 비해 아동요인, 보호자요인, 행위자요인, 가족요인, 보호요인 스크리닝 점수가 높게 나타날 경우 재학대가 발생할 가능성이 높음을 알고 이에 따른 사례개입이 필요함을 보여준다.

<표 12> 재학대 미발생 사례와 재학대 발생 사례의 스크리닝척도 비교분석

(단위 : 건, %)

구 분		사례수	평균	표준편차	t값
아동	재학대 미발생 사례	15,254	1.13	1.134	−6.980***
	재학대 사례	1,557	1.36	1.243	
보호자	재학대 미발생 사례	15,254	1.26	.961	−24.900***
	재학대 사례	1,557	2.02	1.167	
행위자	재학대 미발생 사례	15,254	.49	.534	−3.088**
	재학대 사례	1,557	.54	.537	
가족	재학대 미발생 사례	15,254	2.08	1.203	−2.004*
	재학대 사례	1,557	2.14	1.221	
생활환경	재학대 미발생 사례	15,254	.77	.882	−0.943
	재학대 사례	1,557	.79	.941	
보호요인	재학대 미발생 사례	15,254	.30	.466	−3.395***
	재학대 사례	1,557	.34	.510	

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

5) 위험사정척도 점수 비교

위험사정척도는 현장조사를 다녀온 후 상담원이 지속된 상담을 통해 학대가 일어나고 있는 가정과 아동의 위험성과 학대유형, 개별사례의 보호요인과 위험요인 등을 정확히 사정하고 적절한 서비스를 제공하기 위한 목적으로 제작된 척도이다(중앙아동보호전문기관, 2008). 아동요인은 30개 문항, 보호자 요인은 24개 문항, 행위자 요인은 2문항, 가족요인은 8개 문항, 생활환경요인은 5문항, 보호요인은 2문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 “위험요인이 없음, 저 1점, 중 2점, 고 3점, 판정불가” 등으로 평가되며 점수가 높을수록 위험요인이 더 높음을 위미한다. 위험사정 척도 점수를 비교한 결과 아동위험척도와 보호자위험척도에서는 통계적으로 유의미한 차이가 나타났지만 행위자 위험, 가족위험, 생활환경위험, 보호요인 등에서는 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 재학대 사례의 경우 아동위험과 보호자위험 척도에서 더 높은 점수를 기록해 재학대 미발생 사례에 비해 더 위험한 것으로 평가되고 있음을 보여준다[4].

이러한 결과는 스크리닝척도 점수와 차이를 보이는 결과인데 아동위험과 보호자위험의 경우 현장조사와 동일한 차이를 보여주고 있으나 행위자위험과 가족위험 그리고 보호요인은 현장조사 후의 점수에 있어서는 차이가 나타나지 않고 있다. 따라서 재학대 사례의 경우 현장조사 후 작성하는 위험사정척도 중 아동위험과 보호자위험 점수가 스크리닝 점수와 동일하게 높게 나타나 경우 학대 재발생의 위험과 관련 있음을 간접적으로 보여준다.

---

4) 한편 외국의 선행연구에서는 위험사정도구를 이용한 평가 점수가 “위험 없음”이나“낮은 위험"으로 판단된 가족들은 재발생 가능성이 상대적으로 낮았고,“중간 정도의 위험"으로 판단된 가족들은 재발생 가능성이 좀 더 높은 것으로 나타나고 있다.

<표 13> 재학대 미발생 사례와 재학대 발생 사례의 위험요인 및 보호요인 비교분석

(단위 : 건, %)

구 분		사례수	평균	표준편차	t값
아동위험	재학대 미발생 사례	15,254	1.14	1.142	−5.528***
	재학대 사례	1,557	1.31	1.178	
보호자위험	재학대 미발생 사례	15,254	1.28	.980	−18.137***
	재학대 사례	1,557	1.81	1.126	
행위자위험	재학대 미발생 사례	15,254	.50	.537	−1.376
	재학대 사례	1,557	.52	.510	
가족위험	재학대 미발생 사례	15,254	2.08	1.208	−1.168
	재학대 사례	1,557	2.11	1.185	
생활환경위험	재학대 미발생 사례	15,254	.77	.886	−0.505
	재학대 사례	1,557	.78	.909	
보호요인	재학대 미발생 사례	15,254	.30	.469	−1.706
	재학대 사례	1,557	.32	.487	

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

6) 서비스제공 실적 차이 비교

아동보호전문기관은 아동학대 사례의 경우 피해아동에 대한 서비스, 학대행위자에 대한 서비스, 가족에 대한 서비스, 기타 지원 서비스 등 다양한 서비스를 제공하고 있다. 재학대 미발생 사례와 재학대사례에 대한 서비스 제공실적에 차이가 있는 지를 비교분석한 결과는 다음 <표 14>와 같다.

다양한 서비스 중 개별상담, 집단상담 기관상담, 놀이치료, 기타치료, 주변인 상담 그리고 고소고발지원 등 7가지 서비스 영역에 있어서 1회 학대아동과 재학대 발생아동이 받은 서비스 제공실적에 차이가 있는 것으로 나타났다. 개별상담과 집단상담 그리고 기관 상담 등 아동에게 제공되는 서비스의 경우 재학대 아동이 받은 실적이 더 높은 것으로 나타났고, 반면에 놀이치료와 기타치료의 경우 재학대 아동이 받은 서비스 평균이 더 낮은 것으로 조사되었다. 주변인 상담과 고소고발지원의 경우 재학대 아동가족들에게 제공되는 서비스 평균이 더 낮은 것으로 나타났다.

이러한 분석결과는 서비스 유형에 재학대에 미치는 영향이 상이하게 나타난 선행연구와 일치하는 결과를 보이고 있다. 단 재학대아동의 경우 문제가 심각하기 때문에 개별상담과 집단상담 그리고 기관상담 등이 더 많이 제공되고 있음을 보여준다.

<표 14> 재학대 미발생 사례와 재학대 발생 사례의 서비스제공 실적 비교분석

(단위 : 건, %)

구 분		사례수	평균	표준편차	t값
개별상담	재학대 미발생 사례	13,244	17.02	27.299	−3.537***
	재학대 사례	1,373	19.70	26.700	
집단상담	재학대 미발생 사례	1,416	15.24	32.253	−2.390*
	재학대 사례	142	27.02	57.841	
기관상담	재학대 미발생 사례	10,224	11.35	21.747	−3.775***
	재학대 사례	1,128	13.53	17.969	
입원치료	재학대 미발생 사례	541	54.50	88.890	−1.209
	재학대 사례	95	66.86	107.849	
통원치료	재학대 미발생 사례	1,806	4.75	7.549	−0.212
	재학대 사례	261	4.85	5.346	
심리검사	재학대 미발생 사례	3,093	1.95	2.592	0.291
	재학대 사례	287	1.90	2.451	
놀이치료	재학대 미발생 사례	902	15.85	15.958	3.232**
	재학대 사례	106	11.86	11.476	
미술치료	재학대 미발생 사례	1,003	13.13	13.930	−0.654
	재학대 사례	131	13.98	14.040	
가족치료	재학대 미발생 사례	274	8.96	10.168	−0.694
	재학대 사례	29	10.34	10.784	
기타치료	재학대 미발생 사례	1,036	12.70	18.973	2.451*
	재학대 사례	143	9.34	14.805	
학대예방교육	재학대 미발생 사례	2,343	6.38	11.699	−0.105
	재학대 사례	245	6.46	8.870	
타기관의뢰	재학대 미발생 사례	3	1.33	.577	–
	재학대 사례	0[a]	.	.	
학습지원	재학대 미발생 사례	1,914	34.40	92.422	−0.787
	재학대 사례	217	39.53	75.941	
일시보호 서비스	재학대 미발생 사례	2,315	70.06	114.713	0.760
	재학대 사례	391	65.39	96.583	
가정지원 서비스	재학대 미발생 사례	2,945	7.64	18.111	0.873
	재학대 사례	318	6.70	19.439	
사회복지서비스기관연결	재학대 미발생 사례	577	5.41	28.451	0.202
	재학대 사례	60	4.65	21.475	
공적지원연결	재학대 미발생 사례	385	1.50	1.392	−1.341
	재학대 사례	47	1.83	2.839	
기타	재학대 미발생 사례	3,328	6.13	19.684	−1.261
	재학대 사례	432	7.43	23.985	
주변인상담	재학대 미발생 사례	2,291	4.26	7.229	2.338*
	재학대 사례	244	3.53	4.252	
고소.고발지원	재학대 미발생 사례	94	1.72	1.339	3.212**
	재학대 사례	8	1.13	.354	

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

제4장 | 결 론

제 4장 결 론

지금까지 2008년부터 2010년까지 아동보호전문기관에서 재학대사례로 판정된 사례를 중심으로 재학대 미발생 사례와 재학대 사례의 특성 차이를 비교분석하였다. 분석결과를 요약하면 다음과 같다.

재학대 발생아동 건수를 살펴보면 2006년 492건, 2007년 646건, 2008년 494건, 2009년 581건, 2010년 503건으로 기록하여 매년 500건 정도가 발생하고 있다. 상담신고 건수 대비 재학대 발생율을 살펴보면 2006년 5.5%, 2007년 6.8%, 2008년 5.2%, 2009년 6.2%, 2010년 5.5%를 기록하여 매년 5-6%의 비율을 보이고 있다. 재신고 건수 대비 재학대율을 살펴보면 2006년 71.9%로 가장 높은 비율을 기록하였고, 2007년 67.5%, 2008년 53.1%, 2009년 51.2%, 2010년 39.9%로 점차 감소하고 있다. 재학대 발생아동의 특성을 살펴보면 남자아동보다는 여자아동의 비율이 더 높으며, 10세에서 12세의 아동이 가장 높은 발생율을 기록하고 있다. 학대유형으로는 정서학대와 방임이 가장 높게 발생하고 있으며, 종결이후 3년 이상된 사례에서 재학대 비율이 높게 나타나고 있다.

학대행위자 특성을 살펴보면 남자가 여자보다 2배 이상 높은 비율을 보이고 있으며, 40대의 재학대 비율이 가장 높게 나타났다. 특성으로는 양육태도 및 방법부족이 가장 높고, 사회경제적 스트레스 및 고립이 두 번째로 높게 나타나고 있다. 직업으로는 무직과 단순노무직의 비율이 높고, 소득수준으로는 소득없음과 50만원 미만의 가정에서 재학대가 많이 발생하고 있는 것으로 나타났다.

또한 재학대 미발생 사례와 재학대 사례를 비교했을 때 몇 가지 특성들이 나타나고 있다. 아동특성을 살펴보면 연령의 경우 재학대 아동의 연령이 약간 더 높은 것으로 나타나고 있으며, 학대유형발생시기에 있어서 학대가 더 심하게 발생하는 비율이 더 높았다. 학대행위

자 특성의 경우 남자 학대행위자의 비율이 더 높고, 연령이 더 높으며, 친부와 계부모의 비율이 더 높은 것으로 나타나고 있다. 또한 수급권자의 비율이 더 높은 것으로 조사되었다. 재학대 사례의 경우 스크리닝 척도에 있어서 학대사례에 비해 점수가 더 심각한 것으로 나타나고 있으며, 위험사정척도 조사결과에 있어서는 아동위험과 보호자위험이 더 높은 것으로 나타났다.

이러한 결과를 중심으로 몇 가지 정책적 제언을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 아동학대 재발생을 예방하기 위해 표준화된 아동학대 재발생 사정척도가 필요하다. 본 연구의 경우 국가아동학대전산시스템의 제한점으로 인해 재학대 위험요인에 대한 체계적인 분석을 실시하지는 못했지만, 김세원(2008)의 연구와 비교했을 때 몇 가지 일치되는 결과들이 나타나고 있다. 이러한 요인들에 대해 정확하게 사정하여 재학대를 발생시키는 위험요인을 발견하고, 이를 바탕으로 재발생의 요인을 감소시키는 개입들이 필요하다.
분석결과를 보면 재학대 아동의 경우 행위자의 비율은 남성이 높고, 친부 또는 계부모가족이며, 수급권자 가족이고, 스크리닝 점수가 더 높고, 아동과 보호자 위험척도의 점수가 더 높은 것으로 나타났다. 따라서 이러한 특성을 고려하여 일단 초기사례가 보고되면 조사과정에서 신고된 가족의 가족환경을 세심히 파악하여 이상의 특성을 가진 가족이라면 아동학대가 다시 발생하지 않도록 조처를 기울여야 할 것이다. 또한 이상의 결과를 바탕으로 아동학대 재발생 사정척도를 개발할 필요가 있다. 표준화된 재발생 사정척도를 만들어서 이를 근거로 아동학대가 재발생 될 확률이 어느 정도인지를 가늠하고 가능성이 높은 가족을 집중관리함으로써 아동학대 재발생을 방지할 수 있을 것이다(김세원, 2008).

둘째, 빈곤가족에 대한 체계적인 접근이 필요하다. 빈곤과 재학대와의 관계를 살펴보면 빈곤이 중요한 요인으로 나타나고 있다. 신고 된 재학대사례 중 수급권자 가족의 재학대 비율이 높으며 소득수준이 50만원 미만이 가족에게서 재학대 비율이 높게 나타나고 있다. 실

제로 빈곤은 아동학대의 중요한 원인뿐만 아니라 재학대 발생의 중요한 원인임을 보여준다. 실업, 질병 등으로 인한 만성적 빈곤이 가족갈등을 증폭시키고 갈등의 증폭은 우울이나 중독 등 정신보건의 문제를 가져올 수 있으며 이런 상황이 계속되면 생계를 위한 장시간 노동으로 아동을 방임하거나 아동의 발달에 필요한 적절한 반응을 보일 시간과 여유가 없어지며 정신보건상의 문제나 증가된 스트레스가 아동학대로 연결되는 악순환을 예상할 수 있다고 하였다. 따라서 빈곤가족의 경우 아동학대가 발생할 경우 이들을 치료하기는 매우 어려우며 재학대가 발생하기 때문에 이들의 문제를 예방적으로 해결할 수 있는 아동복지의 예방적 접근이 필요하다. 특히 빈곤가족 아동의 경우 방임을 예방하기 위해서는 지역사회 빈곤아동을 전문적으로 보호하고 있는 지역아동센터와의 협조체계를 구축하는 것이 무엇보다도 중요하다. 지역아동센터를 중심으로 빈곤아동에 대한 아동보호체계를 구축하고, 아동보호의 핵심적 기능을 수행할 수 있도록 지역아동센터에 다양한 지원을 제공하는 것은 아동학대 재발생을 막는데 중요한 역할을 할 것으로 예상된다.

셋째, 여러 체계의 집중적인 개입과 다양한 서비스의 개발이 필요하다. 부모의 양육기술부족과 빈곤과 같은 위험요인을 동시에 갖고 있는 가족의 재발생 위험수준은 단순히 두 가지 위험요인의 영향력을 합한 것 이상으로 나타날 것이다. 이러한 경우 부모교육이나 상담만으로는 학대위험감소를 기대하기 어렵다. 현재 아동보호전문기관의 서비스는 아동에 대한 개별상담 및 집단상담, 교육서비스에 상당히 편중되어 있다. 상대적으로 아동의 가족과 생활환경 요인을 변화시켜줄 수 있는 가정지원서비스와 수급권연결 등과 같은 서비스의 비중은 상당히 적은 것으로 나타났다. 그러나 위험수준이 높고 복합적인 욕구를 가진 가족은 지속적이고 포괄적인 서비스 개입이 효과적이며, 학대에 대한 일시적인 개입은 상대적으로 효과가 적기 때문에 학대가 발생한 가족에게 장기간 지지체계가 될 수 있는 프로그램과 위기대응서비스를 결합한 것과 같은 서비스의 다양화가 필요하다(김세원, 2008).

넷째, 장기적인 사례개입과 사후관리의 강화가 필요하며, 이를 위해 인적·물적자원의 지원 및 사례관리 규정의 명확화가 필요하다. 아동보호서비스는 사례개입 도중뿐만 아니라 개입 종결 후에도 상당 기간 학대위험요인 감소에 대한 개입의 효과가 지속될 것을 기대한다. 그러나 사례개입종결은 학대 재발생 가능성을 증가시키는 것으로 나타났다. 사례개입종결 이후에는 아동과 가족 그리고 환경이 시간의 흐름에 따라 변화하기 때문에 서비스의 효과가 장기간 지속되리라고 기대하는 것은 비현실적이다. 따라서 재발생 위험요인을 감소할 수 있을 정도로 충분한 기간 동안 서비스를 제공하고 개입종결 이후에는 일정기간 지속적인 사후관리를 통해 아동과 가족의 위험요인수준을 파악하고 이에 대처할 필요가 있다. 사실 장기적인 사례개입 및 사후관리의 필요성은 지난 몇 년간 실천현장에서 지속적으로 강조된 부분이다. 그럼에도 불구하고 이러한 관리가 잘 이루어지지 않고 있는 주된 이유로는 인적 및 물적 자원의 부족을 꼽을 수 있다. 따라서 아동 및 가족을 반복적인 학대위험으로부터 효과적으로 보호하기 위해서는 아동보호제도 자체에 대한 풍부한 인적·물적 자원의 지원이 선행되어야 하며, 이는 장기적으로는 인력 및 사회적 비용 감소에도 긍정적인 영향을 줄 것이다. 이러한 장기적인 사례관리 도입을 위해서는 아동보호전문기관의 업무수행지침 작성에 있어서 사례종결과정과 사후관리 기간 등 사례관리 관련 업무 규정의 명확화가 필요하다. 2009년 아동학대현황보고서에 따르면 2009년에 발생한 학대아동에 대한 서비스 실적과 2009년 이전에 발생한 학대피해아동에 대한 서비스의 비율이 거의 유사하며, 학대행위자와 피해아동의 부모 및 가족에 대한 서비스의 경우에는 2009년 발생한 사례에 대한 서비스 제공 실적이 약간 더 높은 것으로 나타났다. 이러한 분석결과는 아동보호전문기관 사례관리의 50% 정도가 2009년 이전에 발생한 사례이며, 상담원들이 학대가 발생한 지 1년 이상된 사례를 40% 정도 관리하고 있다는 것으로 의미한다. 이러한 장기간 사례관리는 상담원의 업무를 과중하게 하며, 사례 개입의 효과성을 낮추고, 상담원의 소진을 불러일으키는 중요한 원인이다. 또한, 이는 아동학대 재발생의 위험을 감소시키는데 긍정적으로 작용하기는 하지만 앞서 제시된 상담원의 업무과중의 중요한 요인이 될 수 있다. 따라서 이러한 장기간 사례관리의 문제점을 해결하기 위해 아동학대 재발생 위험요인이 적은

6개월 이상된 사례에 대해서는 사례판정위원회나 전문가 회의 등을 통해 사례종결을 하거나 지역사회의 타기관으로 의뢰하여 상담원들이 직접 서비스를 제공하기 보다는 외부 기관을 통해 서비스를 제공하고 아동보호전문기관에서는 일상적인 사례관리만 담당하는 등의 보완책을 마련할 필요가 있다.

다섯째, 학대행위자에 대해 법적구속력이 있는 상담·치료·수강명령과 같은 처분제도가 마련되어야 한다. 재학대 행위자 중 부모가 차지하는 비율은 80%이상이며, 양육태도와 양육방법에 대한 지식 부족, 사회경제적인 스트레스 및 고립, 어릴 적 학대경험 등이 중요한 원인으로 나타났다. 이러한 행위자들에게는 형사처분보다는 상담 또는 교육 등을 통해 아동들을 잘 양육하고 보호할 수 있도록 성행교정이 우선되어야 하며, 형사처분을 받은 학대행위자라 할지라도 장기적인 재학대 예방과 아동의 보호를 위해서는 상담·치료·교육 수강명령이 필요하다. 따라서 학대행위자의 상담·치료·수강명령 등을 규정한 의무조항을 마련하여 교육 및 상담에 거부적인 행위자라도 재학대 방지 프로그램 및 교육의 참여를 강제할 수 있도록 아동복지법의 개정이 추진되어야 한다.

한편 본 연구의 한계를 지적한다면 본 연구에서 활용된 자료가 연구목적에 부합되게 조사를 통하여 취득된 자료가 아닌 중앙아동보호전문기관에 신고 된 국가아동학대전산시스템을 활용하였기 때문에 아동학대 재발생과 관련된 중요한 변인이 누락되었다. 특히 국가아동학대전산시스템자체의 한계 상 동일사례의 재발생 시기를 추정할 수 없다는 점과 재학대 사례의 경우 초기신고사례를 추적할 수 없는 한계를 가지고 있다는 점 등 재발생 원인을 분석하기 위한 연구방법을 사용하기에는 결정적인 제한점 등을 가지고 있다. 특히 재학대 발생기간(생명표 분석)을 분석하기 위해서는 초기학대 발생과 재학대 발생기간을 분석할 수 있는 자료가 필요하나 이에 대한 자료를 획득하지 못하여 이에 대한 분석을 실시하지 못하였다. 따라서 현재 진행중인 아동보호전문기관의 전산시스템 재구축을 통해 2012년부터는 재학대 사례의 초기신고사례 추적이 가능하므로 이에 따라 재학대 발생기간(생명표 분석)

과 원인에 대한 분석연구가 진행될 필요성이 있다. 또한 아동학대 재발생의 원인으로 제시되고 다양한 변수들에 대한 정보를 구하지 못하여 환경, 지역사회, 문화 등과 같은 거시적인 생태학적 원인들에 대한 연구 분석을 실시하지 못하였다. 후속연수에서는 이러한 점들이 보완되어 연구가 진행될 필요성이 있다.

참 고 문 헌

김세원 (2008). 아동학대 재발생의 영향요인. 서울대학교 박사학위논문.

배화옥 (2004a). 아동학대 재발생의 유형과 요인에 대한 다변량생존분석, 한국아동복지학 18. 63-83.

배화옥 (2004b). 아동학대 재발생실태와 관련요인에 관한 연구, 아동권리연구, 8(4), 611-628.

배화옥 (2006). 아동학대 재신고 사례유형화와 관련요인 비교분석 : 미국 플로리다주 자료를 바탕으로, 아동권리연구, 10(4), 651-678.

배화옥 (2007). 아동학대 유형별 재발생 특성과 관련요인에 대한 생존분석, 아동권리연구, 11(3), 389-411.

보건복지부·중앙아동보호전문기관, (각년도). 전국아동학대현황보고서.

보건복지부·중앙아동보호전문기관, (2008). 아동보호전문기관업무수행지침.

오승환·변귀연 (2009). "아동보호전문기관의 상담원의 직무만족도 결정요인". 아동과 권리, 13(2), 247-274.

윤혜미(2000). 성인의 채벌용인도와 아동의 체벌경험 및 폭력사용에 대한 태도. 한국아동복지학, 10, 82-160.

Baird, C. (1998). Development of risk assessment indices for the Alaska Department of Health and Social Services. In T. Tatara (Ed.). Validation Research in CPS Risk Assessment: Three Recent Studies(Occasional Monography Series No. 2). Washington, DC: American Pubilic Welfare Association.

Baird, C. & Wagner, D. (2000). The relative validity of actuarial-and consensus-based risk assessment systems, *Children and Youth Services Riview*, 22, 839-871.

Berkeley Planning Associates. (1983). Evaluation of the clinical demonstrations of the treatment of child abuse and neglect, vol. 2: The exploration of client characteristics, services and outcomes, Final report and summary of findings(HEW 105-78-1108). Washington, D.C: National Center on Child Abuse and Neglect, Office of Human Development Services, Department

of Health and Human Services.

Cohn, A. (1979). Essential elements of successful child abuse and neglect treatment. *Child Abuse & Neglect*, 3, 491-496.

DePanfilis, D. (1995). The Epidemiology of Child Maltreatment Recurrences. Graduate School of the University of Maryland, Ph. D. dissertation.

DePanfilis, D. & Zuravin, S. J. (1998). Rates, patterns, and frequency of child maltreatment recurrences among families known to CPS. *Child Maltreatment*, 3(1), 27-42

DePanfilis, D. & Zuravin, S. J. (1999a). Epidemiology of child maltreatment recurrence. *Social Services Review*, 73(2), 218-23.

DePanfilis, D. & Zuravin, S. J. (1999b). Predicting child maltreatment recurrences during treatment. *Child Abuse & Neglect*, 23(8), 729-743

Drake, B., Jonson-Reid, M., Way, I., & Chung S. (2003). Substantiation and recidivism. *Child Maltreatment*, 8(4), 248-260.

Eckenrode, J., Powers, J., Doris, J., Munsch, J., & Bolger, N. (1988). Substantiation of child abuse and neglect report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 9-16.

English, D. (1998). Child abuse and neglect: An Ecological Perspective, Panel presentation with others. 12th National Conference on Child Abuse and Neglect, Cincinnati.

English, D. & Marshall, D. (1998). Risk assessment and CPS decision making. In R. Alsop and J. Fluke(Eds.), Summary of Proceedings from the 12th National Roundtavle on Child Protective Services Risk Assessment. Englewood, CO: AHA.

English, D. Brandford, C., & Coghlan, L. (2000). Data-based organizational change: The use of administrative data to improve child welfare programs and policies. child Welfare League of America LXXIX:500-15.

English, D. J. (2003). The importance of understanding a child maltreatment experience cross-sectionally and longitudinally. *Child*

Abuse & Neglect, 27(8), 877-882.

Fergussion, D., & Lynskey, M. (1997). Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 21, 617-630.

Ferleger, N., Glenwick, D., Gains, R., & green, A. (1988). Identifying Correlates of Reabuse in Maltreating Parents. *Child Abuse & Neglect*, 12, 41-49.

Fluke, J. (1991). Risk assessment and workload characteristics. In T. Tatara (Ed.), Fourth National Roundtable on CPS Risk Assessment, Summary of Highlights. Washington, DC: APWA.

Fluke, J. D., Ying-Ying T. Yuan, & Edwards., M. (1999). Recurrence of maltreatment An application of the national child abuse and neglect data system(NCANDS). *Child Abuse & Neglect*, 23(7), 633-650.

Fluke, J., Edwards, M., Bussesy, M., Wells, S., & Johnson, W. (2001). Reducing recurrence in child protective services: Impact of a targeted safety protocol. *Child Maltreatment*, 6(3), 207-218.

Fryer, G., & Miyoshi, T. (1994). A survival analysis of the revictimization of children: The case of Colorado. *Child Abuse & Neglect*, 18(12) 1063-1071

Gibbens, T. C. N., Soothill, K. L., & Way, C. K. (1978). "Sibling and Parent-Child Incest Offenders: A Long-Term Follow-Up." *British Journal of Criminology*, 18(1): 40-52.

Gomby, D. S., Culross, P. L., & Behrman, R. E. (1999). Home visiting: recent program evaluations-analysis and recommendations, *The Future of Children*, 9(1), 4-26.

Greenberg, D., Bradford, J., Firestone, P., & Curry, S. (2000). Recidivism of child molesters: A study of victim relationship with the perpetrator. *Child Abuse & Neglect*, 24(11), 1485-1497

Hamilton, C. & Browne, K. (1999). Recurrent maltreatment during childhood: A survey of referrals to police child protection units in England. *Child*

Maltreatment, 4(4), 275-286.

Herrenkohl, R., Herrenkohl, E., Newman, M., & Egolf, B. (1978). *Final report from the project: An investigation of the effects of a multidimensional program on recidivism/discontinuation of child abuse and neglect*(NCCAN Grant No. 90-C-428). Bethlehem, PA: Lehigh University, Center for Social Research.

Inkelas, M. & Halfon, N. (1997). Recidivism in Child Protective Services. *Children and Youth Services Review*, 19(3), 139-161.

Jagannathan, R. & M. J. Camasso (1996). "Risk assessment in child protective services: A canonical analysis of the case management function." *Child Abuse & Neglect*, 20, 601-614.

Johnson, W. & Clancy, T. (1989). Preliminary findings from a study of risk assessment accuracy and service effectiveness in home-based services physical abuse cases. Presentation at the Third National Roundtable on CPS Risk Assessment Sponsored by the American Public Welfare Association. Washington, DC: APWA.

Johnson, W. & L'Esperance, J. (1984). Predicting the recurrence of child abuse. *Social Work Research and Abstracts,* 20(2), 21-26.

Johnson, W. (1994). Maltreatment recurrence as a criterion for validating risk assessment instruments. In T.Tatara (Ed.) *Seventh National Roundtavle on CPS Risk Assessment, Summary of Highlights*. Washington, DC: APWA.

Kamerman, S.B. & Kahn, A.J.(1990). Social services for children, youth and families in the United States. *Special Issue of Children and Youth Services Review,* 12, 1-179.

Lemmon, J. H. (2006). The effects of maltreatment recurrence and child wdlfare services on dimensions of delinquency. *Criminal Justice Review*, 31(1), 5-32.

Levy, H. B., Markovic, J., Chaudhry, U., Ahart, S., & Torres, H. (1995). Reabuse rates in a sample of children followed for 5 years after discharge from a child abuse inpatient assessment program. *Child Abuse & Neglect*,

19(11), 1363-1377.

Littell, J. (1997). Effects of the duration, intensity, and breadth of family preservation services: A new analysis of data from the Illinois family first experiment. *Children and Youth Services Review*, 19, (1/2), 17-39.

MacMillan, H., Thomas, H., Boyle, M., Shannon, H., Gafni, A., Walsh, C., & Jamieson, E. (2002). The family connections study. Presentation at the ISPCAN Conference. Denver, CO.

Marks, J. & McDonald, T. (1989). *Risk Assessment in Child Protective Services: Predicting the Recurrence of Child Maltreatment*. Portland, ME: University of Southern Maine, National Child Welfare Resource Center for Management and Administration.

Marshall, D., & English, D. (1999). Survival analysis of risk factors for recidivism in child abuse and neglect. *Child Maltreatment*, 4(4), 287-296.

Miller, K., & Knutson, J. (1997). Reports of severe physical punishment and exposure to animal cruelty by inmates convicted of felonies and by university student. *Child Abuse & Neglect*, 21, 59-82.

National Resource Center on Child Maltreatment (2003). *Child maltreatment recurrence: Supplement to the Briefing Paper on Child Maltreatment Recurrence: A Leadership Initiative of the National Resource Center on Child Maltreatment*. Duluth, GA: National Resource Center on Child Maltreatment.

Palusci, V. (2002). Occurrence and recurrence of physical abuse in young children: A secondary analysis of NCANDS. Unpublished master's thesis. Michigan State University, Department of Epidemiology.

Schuerman, J. R., Rzeqnicki, T. L., & Littell, J. H. (1994). *Putting Families First*, Aldine De Gruyter, New York.

Steckwren, J. N. (2003) Rates of, Factors associated with, and Correlates of Child Abuse Recidivism among Families that have had Involvement with Child Protective Services. Doctor of education, California State University.

Straus, M., & Kantor, G. (1994). Corporal punishment of adolescents by parents: A risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating. *Adolescence*, 29, 543-561

Sundell, K., & Vinnerljung, B. (2004). Outcomes of family group conferencing in Sweden: A 3-year follow-up. *Child Abuse & Neglect*, 28, 267-287.

Terling, T. (1999). The efficacy of family reunification practices: Reentry rates and correlates of reentry for abused and neglected children reunited with their families. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1359-1370.

U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children, Youth and Families. (2001). *Child maltreatment 1999; Reports from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children, Youth and Families. (2002a). *Child maltreatment 2000: Report from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children, Youth and Families. (2005). *Rereporting and recurrence of child maltreatment Findings from NCANDS*. Washington, DC: US Government Printing Office.

Wagner, D.(1994). The use of actuarial risk assessment in criminal justice: What can we learn from the experience? In T. Tatara (Ed), S*eventh National Roundtable on CPS Risk Assessment,* Summary of Highlights. Washington, DC: APWA. Walter R. McDonald & Associates, Inc.

Way, I., Chung, S., Jonson-Reid, M., & Drake, B. (2001). Maltreatment perpetrators: A 54-month analysis of recidivism. *Child Abuse & Neglect,* 25, 1093-1108.

Zuravin, S. & DePanfilis, D. (1996). *Child maltreatment recurrences among families served by child protective services, final report*. Baltimore, MD: University of MD at Baltimore.

[연 구 진]

책임연구원 : 오승환(울산대학교 사회복지학과 교수)

공동연구원 : 장화정(중앙아동보호전문기관 관장)

이순기(前 중앙아동보호전문기관 연구개발팀장)

최윤정(중앙아동보호전문기관 연구개발팀장)

김준미(前 중앙아동보호전문기관 연구개발팀 상담원)

김우진(前 중앙아동보호전문기관 연구개발팀 상담원)

전수영(중앙아동보호전문기관 연구개발팀 상담원)

• 한국의 아동학대 재발생 실태에 관한 연구보고서 •

인 쇄 일 : 2012년 3월

발 행 일 : 2012년 3월

발 행 처 : 보건복지부 아동권리과

중앙아동보호전문기관(02-558-1391)

발 행 인 : 보건복지부 장관 임채민

편 집 인 : 중앙아동보호전문기관 관장 장화정

편 집 위 원 : 중앙아동보호전문기관 연구개발팀