creative commons

COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

의학석사 학위논문

성폭력 피해자 통합지원센터에 대한 분석

– 서울해바라기센터와 성폭력상담소 비교분석 및 해외 성폭력 피해자 지원 서비스에 대한 체계적 문헌고찰 –

2023년 2월

서울대학교 대학원
의학과 정신과학전공
지 성 인

성폭력 피해자
통합지원센터에 대한 분석

– 서울해바라기센터와 성폭력상담소 비교분석 및 해외 성폭력 피해자 지원 서비스에 대한 체계적 문헌고찰 –

지도 교수 김 재 원

이 논문을 의학석사 학위논문으로 제출함
2022년 10월

서울대학교 대학원
의학과 정신과학전공
지 성 인

지성인의 의학석사 학위논문을 인준함
2022년 1월

위 원 장	이 유 진	(인)
부위원장	김 재 원	(인)
위 원	곽 영 호	(인)

초 록

성폭력 피해자는 피해 이후 적절한 지원 서비스를 제공 받았을 때 신체적, 정신적 예후가 더 나은 것으로 알려져 있으며 특히 다학제적인 지원 서비스가 더 효과적인 것으로 보고되었다. 이에 따라 국내에서는 의료, 심리, 수사 및 법률 등의 서비스를 한곳에서 제공하는 해바라기센터가 개소되었다. 본 연구에서 우선 기존에 많이 알려진 민간주도형 성폭력상담소의 2008년부터 2018년까지 운영실적과 서울해바라기센터의 2011년부터 2021년까지 서울해바라기센터의 서비스 지원 현황을 비교하였다. 또한 체계적 문헌고찰을 통해 해외 성폭력 피해자 지원 서비스 운영현황을 제시한 29개의 문헌을 분석하여 성폭력 피해자 지원 모델의 특성을 파악하고 해바라기센터의 차별점을 확인하고자 하였다. 서울해바라기센터는 성폭력상담소와 비교하였을 때 의료지원 및 법의학적 증거채취가 중요한 것으로 알려진 1) 강간 및 유사강간 피해자, 2) 13세 미만 아동 성폭력 피해자의 비중이 높았고, 3) 가해자가 가족, 친척, 가족의 동거인인 비중이 높았다. 이는 해바라기센터가 전담 의료진의 의료지원과 법의학적 검사가 가능하고 상주 여성 경찰관의 수사지원을 포함한 통합지원센터라는 것이 강점으로 반영되었던 것으로 보인다. 해외 지원 서비스 분석 결과 의료지원 및 법의학적 검사가 직접 제공하는 곳의 비중이 높았으나, 법률 및 수사지원의 경우 타 기관에 의뢰하는 비중이 높아 단일 기관에서 통합지원이 가능한 해바라기센터의 차별점을 확인할 수 있었다. 향후 성폭력 피해자의 특성과 피해 유형에 대한 추가적인 연구가 필요하며, 효과적인 지원 서비스를 개발하고 접근성을 높이는 것이 중요할 것으로 사료된다.

주요어 : 성폭력 피해자, 통합 지원 서비스, 성폭력 피해자 지원, 해바라기센터, 체계적문헌고찰

학　번 : 2021-26131

목 차

제 1 장 서 론 1

제 1 절 연구의 배경 1

제 2 장 본 론 6

제 1 절 연구의 방법 6

제 2 절 연구의 결과 10

1. 서울해바라기센터와 성폭력상담소 비교 10

1) 피해자 특성 10

2) 성폭력 피해 유형 11

3) 가해자 특성 12

4) 피해자 지원 내용 13

2. 해외 성폭력 피해자 지원 서비스 체계적 문헌고찰 15

1) 문헌의 일반적 특성 15

2) 제공 서비스 유형 19

제 3 장 고 찰 21

제 4 장 결 론 30

참고문헌 35

Abstract 44

표 목차

[표 1] 피해자 성별 10
[표 2] 피해자 연령 10
[표 3] 성폭력 피해 유형.....11
[표 4] 가해자 연령 12
[표 5] 피해자-가해자 관계.....12
[표 6] 피해자 지원내용 13
[표 7] General characteristics of the selected studies.....15
[표 8] Results of the systematic review 17
[표 9] Types of services.....19

그림 목차

[그림 1] PRISMA flow chart of study selection 9

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 배경

성폭력은 개인의 신체적, 정신적 건강을 훼손하는 중대한 범죄로 피해 당시의 고통 및 신체적 손상을 포함한 1차 피해뿐만 아니라 원치 않는 임신, 성매개질환(sexually transmitted infections)감염의 위험에 노출되며, 장기적으로는 정신의학적 문제, 사회적 문제로 이어질 가능성이 높아 전 생애에 걸쳐 영향을 미친다 [6,25,43]. 우리나라 국내 성폭력 피해는 2017년 이후 한해 3만건 이상의 범죄가 접수되고 있으며, 2020년 기준 인구 10만 명당 58.1건의 성폭력범죄가 발생하였다 [7].

또한 성폭력 피해로 인한 사회 경제적 손실도 간과할 수 없는데, 치료비용뿐만 아니라 피해자의 신체적 및 사회적 기능 손상을 고려하였을 때 장기적으로 막대한 사회적 비용이 예상된다 [36,45]. 한국 형사정책연구원의 연구에 따르면 우리나라에서 성폭력으로 인한 사회적 손실은 연간 약 28조 5619억 원으로 추정되며 이는 살인 19조 3976억 원, 상해 8조 1169억 원 등의 다른 강력 범죄와 비교했을 때 매우 높은 비용 수준을 나타낸다 [8].

기존 연구에 따르면 성폭력 피해자에 대한 지원 서비스가 적절하게 제공되었을 때 피해자들의 예후가 더 나은 것으로 연구된 바 있다 [25,46]. Campbell (1998) 등은 성폭력 피해자 지원 서비스는 다학제적으로 제공될 때, 피해자들에게 더 효과적으로 전문적인 지원 서비스가 가능하며 가해자들의 법적 처벌이 더 용이하다고 보고하였다 [26]. WHO에서는 성폭력 피해자 지원가이드라인을 발간하여 성폭력 피해자에 대한 보건 서비스의 지원은 피해 발생 직후 이루어져야 하며, 가능할

경우 의사, 간호사, 사회복지사와 심리학자가 참여하는 다학제팀이 법의학적 검사와 의학적, 심리적 돌봄을 제공하도록 권고하고 있다 [47-49].

해외의 사례를 살펴보면, 미국의 경우 1991년 Sexual Assault Response Teams (SART) 모델이 개발되었는데 이는 성폭력 피해자들에게 효율적인 다학제적 지원을 제공하고 정확한 법의학적 증거 수집을 통해 가해자의 검거 및 체포율을 높이고자 하였다 [23]. 또한 영국은 Sexual Assault Referral Centres (SARCs) 모델이 종합병원에 설치되어 성폭력 피해자들에게 의학 및 법률 서비스를 제공하고 정신건강서비스로 연계하는 통합 지원 서비스로 영국 전역 50개 이상이 운영 중이다 [41]. 또한 아동·청소년 성폭력 피해자를 지원하기 위한 미국의 Children’s Advocacy Center (CAC) 모델은 법의학적 면담, 정신건강 지원, 의료지원, 가족지원을 포함하는 다학제적 서비스를 제공하고 있다 [31].

국내에서도 성폭력 피해자를 위한 보호 및 지원 서비스에 대한 사회적 관심은 꾸준히 증대해왔다 [4]. 1994년 「성폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법률」이 제정된 이후 성폭력 범죄의 처벌뿐만 아니라 피해자 보호와 관련된 정책 개정 및 연구가 진행되어오고 있다. 1994년 성폭력상담소가 설치되었고 1998년에는 보건복지부 지정으로 여성긴급전화 1366이 개통되었다. 여성긴급전화1366은 365일 24시간 가정폭력, 성폭력, 성매매 피해자를 대상으로 내담자의 상황에 따라 긴급구조, 보호를 제공하고 지원기관으로 연계하는 상담을 진행하는 서비스이다. 성폭력상담소는 민간주도형 지원기관으로 2021년 기준 전국 163개의 상담소가 운영 중이다. 성폭력피해자에게 다양한 형태의 상담을 제공하며, 피해자의 피해 정도와 상황에 따라 심리상담, 사례관리를 진행한다. 필요시 의료기관에 인도하는 등의 의료지원과, 수사기관의 조사와 법원의

증인신문 등에 동행서비스를 제공한다. 또한 사법 처리 절차 관련하여 대한법률구조공단 등 관계기관에 지원을 요청하거나 2차 피해 예방을 위해 학생 피해자의 전학을 돕는다. 피해자를 긴급히 보호할 필요가 있을 경우 성폭력피해자보호시설로 연계한다 [19].

이후 2003년 성폭력 피해자가 적절한 조치가 신속하게 받지 못하고 병원, 경찰서, 상담소 등을 전전해야 했던 사례가 사회적 이슈가 되면서 성폭력 피해자의 특수성을 반영한 지원 서비스의 필요성이 논의되었다 [15]. 성폭력 피해자가 수사기관, 의료기관, 심리상담 등의 서비스를 개인적으로 찾아다니는 과정 자체가 외상후 스트레스 장애(posttraumatic stress disorder, PTSD)와 같은 후유증으로 남길 수도 있으며 [33], 특히 초기 개입과정에서 성폭력 피해자들에 대한 지원인력의 잘못된 태도와 대응이 2차 피해를 야기할 수 있고 이러한 2차 피해에 대한 두려움은 신고를 저해하는 요인으로 작용하는 것으로 알려져 있다 [2,9,18]. 2019년 성폭력 안전실태조사에 의하면 성폭력 피해를 경험하였으나 수사기관의 도움을 요청한 경우가 여성의 1.7%, 남성의 0.7%에 불과하였으며, 수사 및 사법체계에서 불쾌한 상황을 경험했다고 응답한 여성이 40.1%였는데, 이들 중 57.1%는 같은 내용을 반복해서 진술하는 경험이 불쾌했다고 응답하였다 [19]. 더불어 성폭력 피해는 HIV, 성매개질환, B형 간염 등의 전염성 질환과 임신 여부 검사를 시행하고, 유효한 법의학적 증거 확보를 위해 훈련된 전문인력이 필요하는 등 특수성이 고려되어야 한다 [2]. 이에 국내에서도 성폭력 피해자를 위한 통합 지원 서비스의 필요성이 대두되었고, 2004년 성폭력 피해 아동 및 청소년에게 전문적 치료 및 서비스 제공을 목적으로 하는 서울해바라기아동센터가 최초 개소하였다. 2005년에는 365일 24시간 의료, 상담, 법률 및 수사지원을 원스톱(one-stop)으로 제공하는 여성학교폭력 원스톱지원센터가 개설되었으며, 이후 앞서 개소한 해바라기아동센터와 원

스톱지원센터의 통합이 논의되어 2010년 성폭력, 가정폭력, 성매매피해자 등을 대상으로 기존 서비스를 통합하여 제공하는 해바라기여성아동센터가 개소하였다. 2014년에는 세 가지 유형의 센터를 모두 '해바라기센터'로 명칭을 통합하였고 2022년 현재까지 전국 39곳에서 운영되고 있다 [15].

해바라기센터는 24시간 상주하는 성폭력 피해자 전담 여성 경찰관이 파견되어 피해 수사를 지원하며, 무료법률구조사업을 통한 소송을 지원하고 재판 과정을 돕는다. 특히 2022년 7월 21일부터는 19세 미만의 아동·청소년 피해자가 법원이 아닌 해바라기센터에서 비디오 등 중계장치를 통해 증언에 참여할 수 있는 영상증인신문 서비스를 전국 34개소에서 시작하였다. 또한 연계 병원에 소속된 산부인과, 정신건강의학과, 응급의학과 의사, 간호사 등으로 구성된 전담 의료진이 법의학적 증거채취와 의료 지원을 담당하며, 성폭력으로 인한 우울증, 외상후 스트레스 장애 등에 대해 정신건강의학과 의사의 진료가 가능하며, 임상심리전문가의 면담 및 심리평가를 통해 피해자의 심리적 어려움을 파악하고 회복을 위해 상담을 지원한다. 피해자의 연령, 성별, 환경 등을 고려한 사례 관리를 통해 보호시설, 성폭력상담소, 사회복지 시설 등으로 연계하는 서비스도 제공한다 [12].

본 연구에서는 우선 국가주도형 통합지원센터인 해바라기센터와 국내에서 가장 인지도가 높은 것으로 보고된 민간주도형 성폭력상담소와 비교하여 향후 성폭력 피해자 지원 서비스 발전을 위한 개선점 및 정책적 함의를 살펴보고자 한다 [19]. 이에 2010년 12월 3일 개소하여 서울대병원에서 위탁 운영하고 있는 서울해바라기센터의 2011년 2월 16일부터 2021년 2월 15일까지 접수된 성폭력 피해사례 데이터와 2008년부터 2018년 상반기까지 성폭력상담소에서 진행한 상담현황과 운영실적을 비교하고자 한다 [16].

현재 세계 각국에서는 성폭력피해자를 효과적으로 지원하고 후유증을 감소시키기 위해 다양한 서비스 모델을 개발하고 있다. 각국의 정책과 이용 가능한 자원에 따라 다양한 모델에서 의료, 법률, 수사 및 상담 서비스를 제공하고 있다. 이에 따라 본 연구에서는 해외의 성폭력 피해자 지원 서비스 운영현황에 대한 체계적 문헌고찰을 통해 해바라기센터의 통합 지원 서비스의 차별점을 도출하고 향후 통합 지원 서비스 개발 연구에 기초자료와 근거를 제공하고자 한다.

제 2 장 본 론

제 1 절 연구의 방법

1. 서울해바라기센터와 성폭력상담소 비교

본 연구는 국내 성폭력 피해자 지원 현황을 파악하고 주요 지원 기관의 특성을 이해하기 위해 2011년 2월 16일부터 2021년 2월 15일까지 서울해바라기센터에 접수된 사례를 후향적으로 분석한 자료와 2018년 여성가족부에서 발간한 『성폭력피해상담 분석 및 피해자 지원방안 연구』에 포함된 전국 성폭력상담소의 2008년부터 2018년 6월까지 운영실적을 비교분석하였다 [16].

2. 해외 성폭력 피해자 지원 서비스 체계적 문헌고찰

해외의 성폭력 피해자 지원 서비스 사례와 국내 지원 서비스를 비교하기 위해 체계적 문헌고찰 방법을 사용하여 실제 성폭력 피해자 지원 현황에 관한 데이터를 포함한 문헌을 고찰하였다. PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta Analysis) 그룹의 체계적 문헌고찰 보고지침, 한국보건의료연구원의 체계적 문헌고찰 메뉴얼에 근거하여 수행하였다 [34,40].

1) 검색전략

해외 성폭력 피해자 지원 기관이나 프로그램 중에서 지원 현황 데이터를 포함한 연구를 대상으로 하여 검색전략을 수립하였다. 검색엔진은 Cochrane library, PsyINFO, Ovid-Medline, CINAHL, EMBASE를 이용하였다. 국외 데이터의 민감도를 높이기 위해 MeSH 용어를 기본으로

유의어와 대안어를 확인하였고, AND와 OR 및 절단검색 방법을 사용하였다. 성폭력 피해자와 관련된 검색어는 partner, dating, sexual, victim*, offen*, molest*, assault*, violenc*, abuse*, Sex offense*, interpersonal violence, rape를 통합하여 검색하였고, 지원 서비스는 multidisciplinary, multifaceted, program*, support*, resource, collaborat*, policy, help seeking, service*, center, centre, advocac*를 통합하여 검색하였다. 검색 시 문헌의 출판기간 및 검색연도는 한정하지 않았으며, 언어를 영어로 제한하였다. 검색어는 서울대학교 의학도서관 소속 전문 사서와 검토하였다.

2) 문헌선택과정

성폭력 피해자를 대상으로 피해 발생 후 제공되는 지원 서비스를 제공하는 문헌 중 논문 원문(full-text)를 확보할 수 있고, 학술지에 영어로 출판된 문헌을 대상으로 하였다. 각 데이터베이스에서 논문을 검색하였으며 서지 관리 데이터베이스인 Endnote를 사용하여 중복문헌을 제거하였다.

포함기준은 (1) 지원 서비스 대상자는 성폭력 피해자이며 성별, 나이는 제한하지 않았다. 성폭력 이외의 다른 폭력을 경험한 피해자도 포함하였으나, 성폭력이 포함되지 않은 기타 폭력 피해자만을 대상으로 한 연구는 제외하였다. (2) 피해자 지원 서비스는 성폭력 피해자에게 지원된 상담, 의료, 법률, 수사지원 등을 포함하였다. (3) 실제 지원 서비스를 받은 피해자의 데이터를 포함한 연구를 포함하였고, (4) 학술지 중복게재 논문은 하나만 포함하였다. 배제기준은 (1) 성폭력이 포함되지 않는 경우, (2) 치료 혹은 프로그램의 효과 검증연구, (3) 서비스 제공자의 관점에 대한 연구, (4) 성폭력피해의 특성 혹은 유병률 연구, (5) 지원 서비스 설명 (지침, 설명서 등), (6) 새로운 서비스 제안을 위한 연구 등은 배제하였다. 최소한의 연구의 질을 보장하기 위해 책, 사설, 기사 등

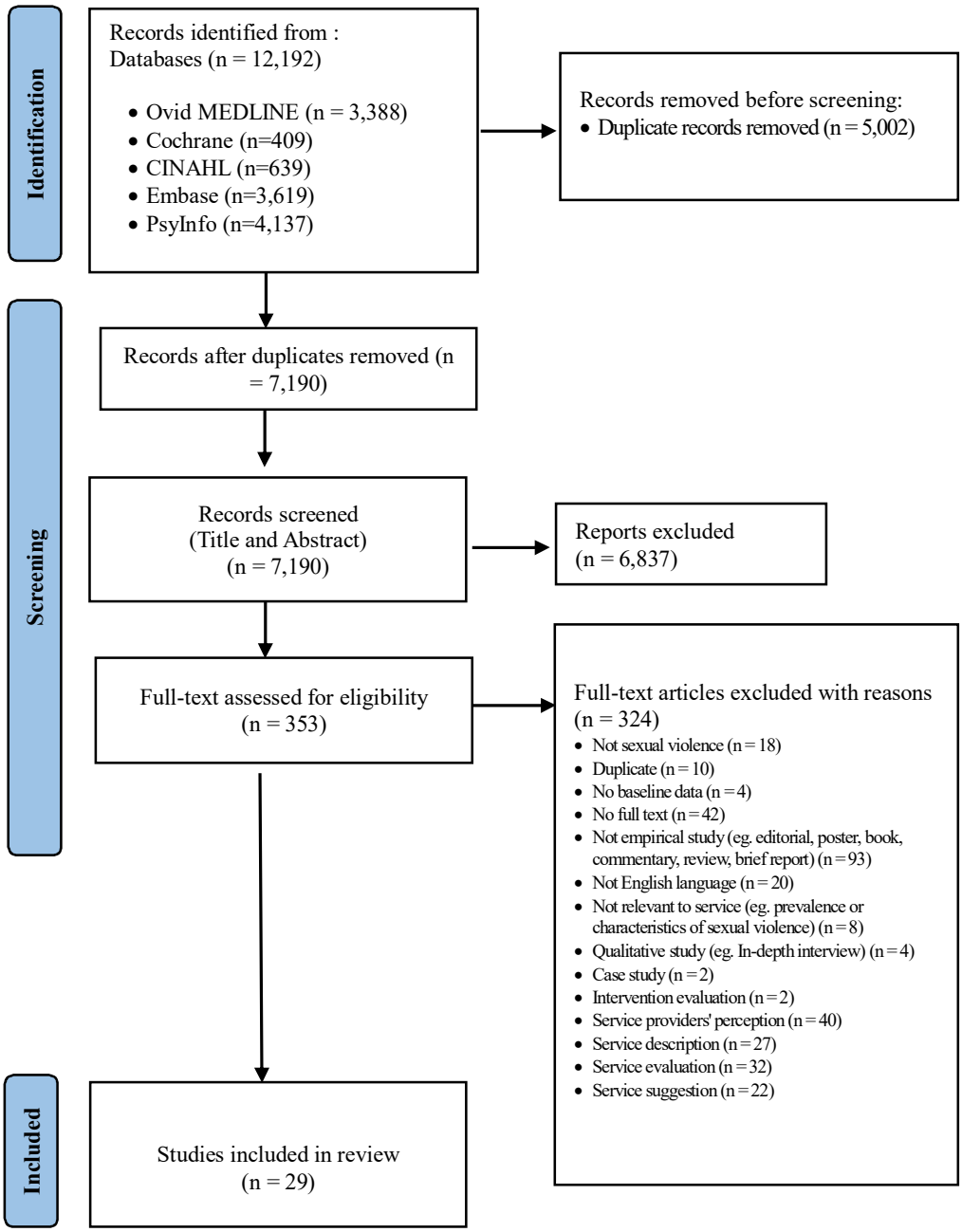
기존 문헌만을 대상으로 연구한 논문 또한 제외하였다. 또한 논문 원문(full-text)을 확보하기 어려운 학회 초록, 포스터(poster)는 제외하였고, 책, 잡지, 웹사이트 자료 등의 자료는 제외하였다. 일차 검색을 통해 초록과 제목을 중심으로 본 연구에 적합한 연구인지 선정하였으며, 논문 원문을 검토하여 정신건강의학 전공 연구자 3인이 검색 결과에 대한 비교 및 논의를 거쳐 분석대상 논문을 최종 선정하였다.

3) 문헌의 질 평가

평가항목을 중심으로 3인의 연구자가 독립적으로 추출과정 및 재검토 과정을 진행하였으며, 불일치 하는 부분은 3인의 연구자가 공동평가하여 논의 후 합의하였다. 3인의 연구자가 공동으로 문헌을 비판적 검토한 후 반복적 문헌 강독을 통해 질적 검토를 보강하였다.

4) 자료분석

최종 선정된 논문에서 논문의 주 저자, 출판연도, 연구목적, 연구대상, 지원 서비스 종류 등을 추출하였다. 3인의 연구자가 교차 검토하였고, 불일치가 있을 경우 논문의 재검토를 통해 합의를 도출하였다.



[그림 1] PRISMA flow chart of study selection

제 2 절 연구의 결과

1. 서울해바라기센터와 성폭력상담소 비교

1) 피해자 특성

[표 1] 피해자 성별

	서울해바라기센터		성폭력상담소	
	N	%	N	%
남	799	6.8	8,353	4.7
여	11,026	93.2	167,550	95.3
전체	11,825	100	175,903	100

미파악 인원 제외하였음.

피해자의 성별은 서울해바라기센터(93.2%)와 성폭력상담소(95.3%) 모두 여성의 비중이 높았고, 남성 피해자의 숫자는 서울해바라기센터 799명, 성폭력상담소 8,353명으로 4-7%를 차지하였다. 『2019년 성폭력 안전실태조사연구』에 따르면 남성 성폭력 피해자의 숫자는 2014년 이후 증가하고 있는 추세로 5% 이상으로 집계된 것과 유사한 수치였다.

[표 2] 피해자 연령

단위: 명(%)

	전체			<13세			13-18세			≥18세		
서울 해바라기 센터[1]	남	여	합계	남	여	합계	남	여	합계	남	여	합계
	750	10,579	11,329 (100)	375	1,312	1,687 (14.9)	110	1,419	1,529 (13.5)	160	6,021	6,181 (54.6)
	전체			<13세			13-19세			≥19세		
성폭력 상담소[2]	남	여	합계	남	여	합계	남	여	합계	남	여	합계
	8,353	167,550	175,903 (100)	1,657	13,979	15,636 (8.9)	2,939	38,448	41,387 (23.5)	2,963	97,185	100,148 (56.9)

[1]미파악 인원 제외하였음.
[2] 2013년부터2018년 상반기까지 수집된 자료임.

[표 2]에 제시된 성폭력상담소에서 수집한 피해자연령의 경우 2011년부터 성별에 따라 분류되고 2013년부터 세부항목이 바뀌면서 10년간

의 연속적인 자료 제공이 어려워 2013년부터 2018년 상반기까지의 자료를 제시하였다. 18세 이상인 성인 피해자는 서울해바라기센터 54.6%, 성폭력상담소 56.9%로 비슷하였으나, 13세 미만 아동 성폭력 피해자의 경우 서울해바라기센터 14.9%로 성폭력상담소 8.9%에 비해서 더 많은 비중을 차지한 것으로 나타났다(X^2=279.9, p<0.001).

2) 성폭력 피해 유형

[표 3] 성폭력 피해 유형

	서울해바라기센터		성폭력상담소		
	N	%	N	%	X^2
강간, 유사강간	4,178	42.4	124,191*	38.2	154.6 (p<0.001)
강제추행	3,488	35.4	134,119	41.2	
디지털성폭력	319	3.2	7,789	2.4	
기타 성폭력	1,864	18.9	59,201	18.2	
전체	9,849	100	325,300	100	

*성폭력상담소는 2013년부터 유사강간이 강간과 함께 조사되었음.

서울해바라기센터에서는 강간, 유사강간이 42.4%로 가장 많은 비중을 차지하고, 성폭력상담소는 강제추행이 41.2%로 가장 높았다. 최근 사회적 이슈가 되고 있는 디지털성폭력의 경우 서울해바라기센터 3.2%, 성폭력상담소 2.4%로 다른 피해 유형에 비해 상대적으로 비중은 적은 편이었다.

3) 가해자 특성(연령, 피해자-가해자 관계)

[표 4] 가해자 연령

단위: 명(%)

	전체	<13세	13-19세	19-60세	≥60세	X^2
서울해바라기센터	6,712 (100)	311 (4.6)	643 (9.6)	5,402 (80.5)	356 (5.3)	426.2 (p<0.001)
성폭력상담소	183,957 (100)	7,322 (4.0)	35,693 (19.4)	130,052 (70.7)	10,890 (5.9)	

가해자 연령 분포를 살펴보면 서울해바라기센터와 성폭력상담소 모두 19세 이상의 성인 가해자가 각각 85.8%, 76.6%로 4분의 3 이상을 차지했으며, 13-19세 사이의 청소년 가해자의 비율은 서울해바라기센터 9.6%, 성폭력상담소 19.4%였다. 주목할 만한 점으로는 사춘기 이전 13세 미만 연령의 가해자가 서울해바라기센터 4.6%, 성폭력상담소 4%를 차지하여 이에 대한 정책적 관심이 필요할 것으로 보인다.

[표 5] 피해자-가해자 관계

	서울해바라기센터		성폭력상담소	
	N	%	N	%
가족, 친척, 가족의 동거인	1,966	24.2	4,203	13.2
(전)애인, 배우자	717	8.8	2,718	8.5
사회적관계	2,130	26.2	12,705	40.0
일시적 관계	741	9.1	2,056*	6.5
모르는 사람	1,207	14.9	5,485	17.3
기타	1,358	16.7	4,601	14.5
전체	8,119	100	31,768	100

*가해자가 '채팅상대자'인 사례의 수

피해자-가해자 관계를 살펴보면 이전 연구들과 유사하게 가해자가 모르는 사람의 경우는 서울해바라기센터 14.9%, 성폭력상담소 17.3%로 아는 사람이 가해자인 성폭력 피해의 비중이 더 높았다. (1)가족, 친척,

가족의 동거인, (전)애인, 배우자를 포함한 친밀한 관계, (2)사회적 관계, (3)일시적 관계, 모르는 사람, 기타로 구분하여 카이제곱검정을 시행했을 때 이 중 가해자가 가족, 친척, 가족의 동거인, (전)애인, 배우자를 포함한 친밀한 관계가 서울해바라기센터 33%로 성폭력상담소 21.8%에 비해 유의미하게 높았다(X^2 = 680.02, p<0.001).

4) 피해자 지원 내용

[표 6] 피해자 지원 내용

서울해바라기센터			성폭력상담소			
유형	N	%	유형	N	%	X^2
상담지원	41,379	36.8	심리정서지원	131,849	54.3	37954.7*** (p<0.001)
심리지원	10,646	9.5				
의료지원†	31,618	28.1	의료기관인도	13,646	5.6	
수사지원*	7,603	6.8	수사법적지원**	41,230	17.0	
사회적 지원	1,784	1.6	시설입소연계	4,650	1.9	
사례관리, 서비스연계, 동행	4,781	4.3	전학지원	216	0.1	
기타 (정보제공)	14,749	13.1	기타	51,417	21.2	
전체	112,560	100	전체	243,008	100	

† 법의학적 검사를 포함함.
* 2012년 1월부터 2021년 4월까지 자료임.
**성폭력상담소의 수사법적지원은 법률정보제공, 형사·사법절차에서의 동행, 소송대리, 법률구조단체에 지원요청 등을 포함한다.
***상담심리지원, 의료지원, 수사법적지원, 그 외 사회적지원 및 기타로 분류하였음.

[표 6]의 피해자 지원 내용을 살펴보면 서울해바라기센터에서는 사례접수, 면담조사를 통해 피해를 평가하고 위기개입을 지원하는 상담지원 분야와 종합심리평가, 심리치료 및 가족치료 등을 제공하는 심리지원 분야로 구분하였다. 상담지원은 36.8%, 심리지원은 9.5%로 총 46.3%의 비중을 차지하였다. 성폭력상담소의 심리정서지원은 54.3%를 차지하였다. 성폭력상담소의 경우 상담원이 상담지원과 심리지원을 모두 담당하며, 초기 상담을 통해 피해자의 피해 정도를 파악하여 필요한 서비스를

제공할 수 있도록 지속상담, 심리상담 서비스를 제공하고, 경우에 따라 사례관리를 진행한다 [13].

의료지원의 경우 서울해바라기센터에서는 응급키트 및 진단장비를 이용한 증거물채취와 산부인과, 정신건강의학과, 응급의학과 의사 등으로 구성된 전담 의료진이 진료를 제공하며, 전체의 28.1%를 차지하였다. 성폭력상담소에서는 의학적 처치가 필요할 경우 연계된 의료기관으로 의뢰하는 서비스를 제공하며 이는 5.6%를 차지하였다.

서울해바라기센터 (46.3%) 및 성폭력상담소 (54.3%)는 모두 상담 및 심리 관련 지원이 가장 높은 비중을 차지하였다. 그러나 의료지원의 경우 서울해바라기센터 28.1%를 차지한 반면, 성폭력상담소에서는 5.6%로 의료지원의 비중이 낮았다.

2. 해외 성폭력 피해자 지원 서비스 체계적 문헌고찰

1) 문헌의 일반적 특성

본 연구는 논문 발행 시작점을 제한하지 않고 2022년 8월 25일까지 출반된 실제 성폭력 피해자 지원 현황에 관한 데이터를 포함한 해외 문헌을 대상으로 체계적 문헌고찰을 시행하였다. 이에 총 12,191개의 문헌 중 29개의 문헌을 선별하여 분석하였다.

[표 7] General Characteristics of the Selected Studies

Variables		N(%)
Publication year	1980~2000	4 (13.8)
	2000~2010	8 (27.6)
	2010~2020	10 (34.5)
	2020~2022	7 (24.1)
Country	North America (USA, Canada)	8 (27.6)
	Europe (UK, Norway, Denmark)	6 (20.7)
	Africa (Ethiopia, Malawi, South Africa, Zimbabwe, Nigeria)	6 (20.7)
	Oceania (Australia)	2 (6.9)
	South America (Brazil)	3 (10.3)
	Western Asia (Turkey, Israel)	3 (10.3)
	Asia (Hong kong)	1 (3.4)
Program setting	Hospital based	26 (89.7)
	Police based	2 (6.9)
	Non-institutional setting	1 (3.4)
Participants characteristics	Female only	13 (48.3)
	Female and male	16 (51.7)

[표 7]에서 제시된 바와 같이 선정된 29 개의 문헌 중 1980 년부터 2000 년까지 출판된 문헌은 4 개(13.8%), 2000 년부터 2010 년까지 출판된 문헌은 8 개(27.6%)였으며, 2010 년부터 2020 년까지 출판된 문헌

이 10 개(34.5%)로 가장 많았다. 2020 년 이후 출판된 논문은 7 개(24.1%)였다. 2000 년 이후 문헌이 증가하는 것으로 고려하였을 때 2003 년 WHO 에서 성폭력 피해자 지원을 위한 가이드라인을 발표한 이후 각국에서 이에 기반한 서비스 지원모델을 개발하고 연구가 증가했던 것으로 보인다 [48].

연구가 진행된 국가는 북아메리카에서 진행된 연구가 8 개(27.6%)로 가장 많았으며 이와 유사하게 유럽에서 진행된 연구가 6 개(20.7%)였다. 이외에 아프리카에서 진행된 연구가 6 개(20.7%)였으며 그 이외에 호주 2 개(6.9%), 브라질 3 개(10.3%), 터키와 이스라엘을 포함한 서아시아 국가가 3 개(10.3%) 그리고 홍콩에서 1 개(3.4%)였다.

각 문헌에서 제시한 모델의 특성의 경우 병원을 기반으로 한 서비스 모델이 26 개(89.7%)로 가장 많았으며, 경찰을 기반으로 한 모델이 2 개(6.9%), 비기관형 모델은 1 개(3.4%)였다.

[표 8] Results of the systematic review

Authors (year)	Country	Name of a center, program or model (opening year)	Participants (n)	Gender	Age range (years)	Type of Services					Setting
						Medical examination, treatment	Forensic medical examination	Mental, psychological service	Legal/Judicial service	Case management	
Ades et el. (2019) [51]	USA (New York)	Engage, Motivate, Protect, Organize, self-Worth, Educate, Respect Clinic (2013)	256	F	32.4 (9.3)†	○*	○	○	△	△	hospital based
Alsen Guney et el. (2020) [52]	Turkey	Izmir Child Advocacy Centers (2020)	400	F/M	1-18	○*	○	○	○	○	hospital based
Bang (1993) [53]	Norway (Oslo)	Oslo rape trauma service (1986)	164	F/M	14-89	○*	○	○	△	○	hospital based
Becerra Torres et el. (2022) [54]	Brazil (Sao Paulo)	Women's Health Care Center at Hospital da Mulher Prof.Dr. Jose Aristodemo Pinotti, scholl of Medical sicences, University of Campinas (N/A)	521	F	10-18	○*	×	○	△	△	hospital based
Bechtel et el. (2008) [55]	USA (New Haven)	Sexual Assault Nurse Examiner team (in pediatric emergency department, Yale-New Haven Children's Hospital) (2005)	60	F/M	5-19	○*	○	△	×	×	hospital based
Bottomley et el. (1999) [56]	UK (London)	Camberwell Clinic (1992)	58	F/M	14-60	○*	○	○	○	×	hospital based
Cangwa et el. (2008) [57]	South Africa, North-West Province	Odi Hospital (N/A)	213	F/M	2-70	○*	○	○	×	○	hospital based
Chiu et el. (2016) [58]	Hong kong	Rainlily (2000)	154	F	13-64	○*	○	○	△	○	hospital based
de Jesus et el. (2022) [59]	Brazil (Sao Paulo)	SEAVIDAS-HCFMRP USP (N/A)	444	F	10-77	○*	○	○	△	○	hospital based
Golan et el. (2012) [60]	Israel	Regional Center for Care of Sexual Assault Victims (2000)	1,992	F/M	1-88	○*	○	○	○	○	hospital based
Goyal et el. (2013) [61]	USA (Philadelphia)	pediatric Sexual Assault Response Team (2008)	184	F/M	10.1 (4.6)†	○	○	○	△	○	hospital based
Herbert et el. (2021) [62]	Australia (Perth)	Multi-agency Investigation & Support Team (N/A)	126	F/M	1-19	△	△	○	○	○	police based
Kerr et el. (2003) [63]	UK (London)	The Haven (1992)	676	F/M	11-66	○*	○	○	○	○	police based
Kille (1986) [64]	Australia	SARS(sexual assault referral service), North-Western General Hospital (1976)	100	F	All	○*	○	△	△	△	hospital based

Kufa et el. (2019) [65]	Zimbabwe	Adult Rape Clinic (2009)	2,343	F/M	All	○*	○	×	△	○	hospital based
Larsen et el. (2015) [66]	Denmark (Copenhagen)	Centre for Victims of Sexual Assault (2000)	2,541	F	12–93	○*	○	○	△	○	hospital based
Logan et el. (2006) [67]	USA (Kentucky)	Sexual Assault Nurse Examiner programs (1998)	444	F/M	14–87	○	○	×	○	○	hospital based
Majeed–Ariss et el. (2019) [68]	UK	Saint Mar's Sexual Assault Referral Centre (1986)	863	F/M	18	○*	○	○	△	○	hospital based
Millar et el. (2002) [69]	Canada (Ontario)	Sexual assault care centre (N/A)	1,118	F	16–36	○*	○	△	△	×	hospital based
Mizrachi et el. (2020) [70]	Israel	Center for victims of sexual assault at the Edith Wolfson Medical Center (2010)	3,941	F/M	1–91	○*	○	○	○	×	hospital based
Mulambia et el. (2018) [71]	Malawi	the Queen Elizabeth Central Hospital One–Stop Centre (Chikwanekwane) (2010)	262	F/M	9.49 (3.9)†	○*	○	○	○	○	hospital based
Murphy et el. (2019) [72]	Ethiopia	Sexual assault clinics (2009)	1,667	F	13.5 (4.6)†	○*	○	○	○	×	hospital based
Okunola et el. (2022) [73]	Nigeria	Moremi Clinic (Ekiti Sexual Assault Referral Centre) (2020)	74	F	10–19	○*	○	×	×	×	hospital based
Sampsel et el. (2009) [74]	Canada (Ontario)	Sexual assault/domestic violence program (2004)	92	F	24.7 (8.8)†	○*	○	○	×	○	hospital based
Santarem et el. (2020) [75]	Brazil (Porto Alegre)	The gynecological emergency unit of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre (2000)	711	F	11–69	○*	○	○	△	○	hospital based
Schei et el. (2003) [76]	Denmark (Copenhagen)	the Copenhagen Center for Victims of Sexual Assault at Rigshospitalet, Denmark (N/A)	158	F	All	○*	○	○	×	○	hospital based
Sodipo et el. (2018) [77]	Nigeria	The Mirabel Centre, sexual assault referral centrae (2013)	2,160	F/M	13.9 (4.4)†	○*	○	○	△	×	hospital based
Solola et el. (1983) [78]	USA (Tennessee)	The Rape Crisis Program (1976)	621	F	2–87	○	○	○	×	○	Non–institutional setting
Stermac et el. (2005) [79]	Canada (Ontario)	Sexual Assault Nurse Examiner programs (in emergency sexual assault care centre) (N/A)	1,018	F	14–85	○	○	○	△	○	hospital based

○=available, ×=not available, △ : available only by referral, ○*=Medical service by doctors is available, † Mean age (Standard deviation); Age range was not provided.

2) 제공 서비스 유형

[표 9] Types of service

Variables		N	%
Medical examination, treatment	available (doctors)	6	20.7
	available (nurses)	5	17.2
	available (doctors & nurses)	17	58.6
	available only by referral	1	3.4
	not available	0	0
Forensic medical examination	available	27	93.1
	available only by referral	1	3.4
	not available	1	3.4
Mental and psychological service	available	23	79.3
	available only by referral	3	10.3
	not available	3	10.3
Legal and Judicial service	available	9	31
	available only by referral	14	48.3
	not available	6	20.7
Case management	available	19	65.5
	available only by referral	3	10.3
	not available	7	24.1

문헌에서 제시하는 성폭력 피해자 지원 모델마다 어떠한 서비스를 제공하는지 파악하기 위해 의료서비스(medical examination, treatment), 법의학적 검사(forensic medical examination), 정신건강 및 심리상담 서비스(mental health and psychological service), 법률 및 수사 지원 서비스(legal and judicial service) 및 사례관리(case management)로 총 5 가지로 분류하였다. 이에 각 문헌에서 성폭력 피해자에게 제공하고 있는 서비스를 표시하였다.

문헌에서 제시된 의료서비스는 성매개질환, HIV 등 감염병 검사 및 치료, 예방적 항생제를 제공하고, 임신 검사와 사후 피임약 제공하는 것을 포함하였다. 29 개 문헌 중 28 개의 문헌에서 응급처치를 포함한 의학적 검사와 치료를 제공하며, 1 곳은 필요시 의료진 혹은 병원에 피해자를 연

계하여 치료를 받도록 하였다. 그 중에서 지원기관에 소속된 전담 의사가 의학적 치료를 제공하는 곳은 6 개 (20.7%), 의사가 아닌 전담 간호사가 담당하는 곳이 5 개 (17.2%)였고, 의사와 간호사가 모두 포함된 곳은 17 개 (58.6%)였다.

생물학적 샘플, 의복, 섬유, 머리카락, 사진 및 영상 등을 포함하는 법의학적 검사는 증거를 수집하여 가해자를 기소하기 위한 중요한 절차이다. 법의학적 검사를 해당 기관에서 제공하는 곳은 27 개, 필요시 법의학적 검사가 가능한 기관에 의뢰하는 곳이 1 개, 제공하지 않는 곳은 1 개였다. 정신건강 및 심리상담 지원 서비스를 제공하는 곳은 29 개의 문헌 중 23 개(79.3%)이었고, 타 기관에 의뢰하는 곳이 3 개(10.3%), 제공하지 않는 곳이 3 개(10.3%) 이었다. 또한 법률 및 수사 지원 서비스의 경우 직접 제공하는 곳은 9 개(31%), 타 기관으로 의뢰하는 곳이 14 개(48.3%)였으며, 6 개(20.7%)는 제공하지 않았다.

마지막으로 사례관리는 초기 지원 이후 상담사가 사례별 일정 기간 동안 후속조치를 지원하는 것으로 19 개(65.5%) 문헌에서 제공하며 타기관에 연계하는 곳이 3 개(10.3%), 제공하지 않는 곳이 7 개(24.1%)였다.

제 3 장 고 찰

본 연구는 서울해바라기센터와 전국 성폭력상담소의 운영실적을 비교하고, 해외 성폭력 피해자 지원 서비스의 현황을 체계적 문헌고찰을 통해 알아보았다.

1. 서울해바라기센터와 전국 성폭력상담소 비교

본 연구에서 나타난 피해자 특성을 살펴보면 성별의 경우 서울해바라기센터의 여성 피해자 비중은 성폭력상담소와 비슷하였으나 남성 피해자의 비중은 성폭력상담소보다 높게 나타났다. 『2019년 성폭력 안전실태조사연구』에 따르면 남성 성폭력 피해자의 숫자는 2014년 이후 증가하고 있는 추세로, 남성 성폭력 피해자는 남성성을 의심받는 것을 두려워하며 타인의 부정적인 반응에 민감하여 여성 피해자에 비해 신고율이 낮고 도움을 요청하기까지 시간이 오래 걸리는 것으로 알려져 있다. 이들은 자신의 남성성이나 성적 정체성을 의심받지 않기 위해 가해자의 폭력으로 인한 신체 손상이 심해 의료적 처치가 필요할 때 신고할 가능성이 높은 것으로 알려져 있다 [28,29,44]. 이러한 점에서 해바라기센터의 남성 성폭력 피해자의 비율(6.8%)이 성폭력상담소에 비해 높은 것(4.7%)은 병원에서 운영하는 해바라기센터의 특성이 반영되었을 수 있다. 그러나 해바라기센터는 여성 경찰관, 여성 상담관 및 산부인과 등 다수의 여성 피해자를 중심으로 서비스를 지원하고 있으며, 성폭력상담소 또한 남성 상담원이나 남성 피해자 지원 매뉴얼 등이 준비되지 않아서 현재 국내 남성 성폭력 피해자에 대한 지원 서비스는 부족한 실정이다. 여전히 남성 성폭력 피해에 대한 사회적 인식이 부족하며, 성폭력 피해 지원 서비스 또한 여성 피해자를 중심으로 계획되고 홍보되고 있다 [14, 29]. 지원기관을 대상으로 남성 성폭력 피해자 지원을 위한 매뉴얼

을 만들고, 전문성 향상을 위한 교육 등이 필요하다. 또한 장기적으로는 남성 피해자들을 위한 쉼터나 그룹치료 등을 운영하는 등의 정책적 관심이 필요하다 [19].

피해자 연령의 경우 18세 이상인 성인 피해자의 비중은 유사하였으나, 13세 미만 아동 성폭력 피해자는 서울해바라기센터가 14.9%로 성폭력상담소 8.9%에 비해 더 높은 비중을 차지했다. 아동의 경우 여러 기관을 거치거나 진술을 반복하는 것이 추가적인 외상이 되거나 스트레스가 되기 때문에 통합 지원 서비스를 선호하는 것이 반영되었을 수 있다 [31,50]. 또한 19세 미만 아동·청소년 성폭력 피해자가 법정에 직접 출석하지 않고도 피해 사실을 진술할 수 있는 영상증인신문과 성폭력 피해 아동의 진술 확보를 위한 아동조사관 지원 서비스 등이 아동·청소년의 추가 피해와 진술이 오염되는 것을 예방할 수 있다는 점과, 성폭력 피해자 전문적인 훈련을 받은 산부인과와 정신건강의학과 의사의 진료가 가능한 것 또한 장점으로 작용할 수 있다.

성폭력 피해 유형을 살펴보면 서울해바라기센터에서 가장 많은 비중을 차지한 유형은 강간 및 유사강간(42.2%)이었으며, 성폭력상담소의 경우 강제추행(41.2%)이 가장 높았다. 강간 및 유사강간의 경우 의학적 검사 및 치료가 필요한 경우가 많고 법의학적 증거 채취가 중요하다. 이에 해바라기센터의 경우 24시간 산부인과 의사의 진료가 가능하다는 점에서 강간, 유사강간 피해자들이 해바라기센터를 선호하는 요인이 될 수 있다.디지털성폭력은 디지털 기기를 이용한 불법촬영 및 유포, 온라인 그루밍 성범죄 등을 포함하는 것으로 서울해바라기센터(3.2%)와 성폭력상담소(2.4%)에 접수된 디지털성폭력의 비중은 다른 성폭력 피해 유형에 비해 상대적으로 적었으나 최근 스마트폰이 대중화되고 온라인 채팅, 게시판 등의 익명의 사회가 활발해지면서 2016년부터 2020년까지 점점 증가하며 사회적인 문제가 되고 있는 성범죄이다 [1]. 2017년 9월 26

일「디지털 성범죄 피해 방지 종합대책」이 수립되고, 2018년 4월부터 여성가족부에서는 디지털 성범죄 피해자 지원센터를 운영하여 24시간 상담, 법률 지원 및 불법촬영물 삭제를 지원하고 있다. 성폭력 피해 영상이 온라인 상에 노출될 경우 완전한 삭제가 어렵기 때문에 장기적으로 피해가 이어지고 피해자가 일상생활로 복귀하는 것을 어렵게 만든다. 특히 온라인 그루밍의 경우 피해자를 온라인 상에서 유인하고 신뢰 관계를 형성한 후에 협박을 통해 피해자를 통제하고 성적인 착취를 하는 것이다. 이는 온라인 상의 피해로 그치지 않고 아동·청소년의 오프라인 성범죄로 이어지는 경우가 많다 [10,17]. 그러므로 향후 디지털 성범죄의 특수성을 고려한 피해자 지원 정책 연구와 대책이 필요하다.

가해자 특성과 관련하여 19세 이상 성인 가해자가 4분의 3 이상의 과반수였으나, 19세 미만의 가해자가 서울해바라기센터는 14.2%, 성폭력상담소는 23.4%로 관찰되어 아동·청소년 가해자들에 대한 더 많은 관심이 필요할 것으로 보인다. 최근 국내 성범죄 가해자의 연령이 점차 낮아지는 추세를 보이고 있으며, 기존 연구에서 청소년의 성적문제 행동에 조기개입을 하지 않았을 경우 재범률이 높고 문제가 만성화한다고 보고된 바 있다. 적법한 절차에 따른 아동·청소년 가해자에 대한 법적 처벌도 중요하지만 이들에 대한 치료적 개입을 통해 성인 가해자로 이어지는 것을 막는 것이 필요하다는 시사점을 제공한다 [1-3].

피해자-가해자 관계의 경우 모르는 사람보다 아는 사람이 가해자인 사례가 더 많았으며. 특히 가해자가 가족, 친척, 가족의 동거인, (전)애인, 배우자를 포함한 친밀한 관계인 경우 서울해바라기센터(33%)가 성폭력상담소(21.8%)에 비해 유의미하게 높았다. 2021년 대검찰청 자료에 따르면, 유죄판결을 받은 성폭력 가해자의 58.7%가 피해자와 모르는 관계였으나 2021년 성폭력상담소에 접수된 사례 중 모르는 사람이 가해자인 경우는 7.7%였는데 이는 실제 성폭력 피해 사례와 사법체계 사이에 현

실적인 격차를 보여준다 [4,5]. 친밀한 관계에서 발생한 성폭력의 경우 가해자가 모르는 사람인 경우에 비해 신고율이 낮은 경향이 있으며, 신고 후에도 피해로 인정되지 않는 경우가 더 많다고 알려져 있어 해당 피해자들에 대한 법률지원과 수사과정에서 세심한 지원이 필요할 수 있겠다 [5-7]. 특히 가족, 친척, 가족의 동거인이 가해자인 경우는 서울해바라기센터 24.2%, 성폭력상담소 13.2%였는데 기존 연구에서 친족 성폭력 피해자의 경우 의료서비스, 정신과 진료, 심리정서지원 서비스를 이용하는 비율이 높은 것으로 알려져 있어, 통합 지원 서비스를 제공하는 해바라기센터 이용도가 높은 것으로 보인다 [8]. 기존 연구에 따르면 친족성폭력은 피해자가 어릴 때부터 시작하여 반복되는 경향이 있으며, 자신으로 인해 가족이 파괴된다는 죄책감과 가해자의 보복에 대한 두려움이 커서 신고가 늦어지거나 피해가 지속되는 경우가 많다 [9]. 주로 학교 선생님이나 인터넷을 통한 검색으로 해바라기센터에 방문하는 경우가 많은 것으로 알려져 있다 [10]. 피해자의 보호자가 동시에 가해자의 가족이라는 친족 성폭력의 특수한 관계를 고려했을 때 피해자가 도움을 요청할 수 있는 교육기관 관계자에게 적절한 교육과 지침을 안내하고, 온라인 매체에 지속적인 홍보를 통해 피해자들의 접근성을 높이는 것이 필요하다. 이번 연구에서는 조사되지 않았으나 향후 피해 유형에 따라 지원 서비스에 접근한 방법을 분석하여, 피해 유형별 접근성을 높이기 위한 추가적인 연구가 필요하다.

서울해바라기센터와 성폭력상담소의 지원실적에서 차이가 관찰되었는데, 의료지원의 경우 서울해바라기센터가 28.1%였으나, 성폭력상담소에서 의료기관으로 인도하는 비중은 5.6%였다. 서울해바라기센터의 경우 서울대학교병원이 운영하며 24시간 성폭력 피해지원에 대해 훈련된 산부인과, 응급의학과 및 정신건강의학과 진료를 직접 제공한다는 점이 강점으로 작용했을 가능성이 있다. 특히 성폭력 피해자는 장기적으로는 대

인관계 어려움, PTSD, 약물중독 및 자살의 위험성이 높은 것으로 알려져 있는데 [18], 자살 위험성을 지속적으로 평가하고 증상에 따라 적절한 약물치료와 입원치료가 필요하다. 해바라기센터의 경우 전담 정신건강의학과 의사의 진료가 가능하며 필요시 입원치료로 연결할 수 있다는 점이 장점으로 작용할 수 있겠다. 성폭력상담소의 경우 전체 피해자 사례수에 비해 의료지원을 받은 수가 낮은 수준이었다. 성폭력 상담소의 의료지원의 경우 기관에서 직접 의료서비스를 제공하는 것이 아니라 필요시 연계된 의료기관으로 피해자를 인도하는 서비스이기 때문에 피해자에게는 의료기관에 별도로 방문하여 다시 진술하는 과정이 부담이 되었을 가능성이 있다.

서울해바라기센터는 상담지원(36.8%)과 심리지원(9.5%)이 총 46.3%를 차지하였고, 성폭력 상담소는 심리정서지원이 54.3%이었다. 기존 연구에서도 기관의 지원을 받는 성폭력 피해자의 대다수가 심리 상담 서비스를 이용하여 심리적 지원에 대한 요구도가 높은 것으로 보고된 것과 유사한 결과였다 [8]. 서울해바라기센터에서는 상담지원의 경우 성폭력 상담원 교육과정을 이수하고 관련 분야 전공의 학사 이상의 학위를 취득한 상담원에 의해 제공되며, 심리지원 경우 정신건강임상심리사 1급을 포함한 임상심리전문가 및 임상심리전문가의 지도 감독을 받는 임상심리사가 담당한다. 이를 통해 임상경험과 전문성을 갖춘 인력을 확보하여 센터 내에서 종합심리평가, 심리치료 등을 제공하는 등 양질의 서비스가 가능하다는 장점을 가진다. 그러나 한정된 예산과 보상체계의 한계로 인해 전문 인력을 채용하거나, 해바라기센터 근무를 통해 경험과 전문성을 쌓은 기존 인력의 유출을 막기에 어려움이 있다. 동시에 현재 채용 조건에서는 임상경험이 적은 전문가의 유입이 어렵다는 제한점이 되기도 하여 지속적인 전문 인력 영입과 유지를 위해서는 개선할 과제로 보인다 [15]. 성폭력상담소의 경우 상담원 교육훈련기관의 교육을 수료한 상담

원이 심리정서지원을 담당하고 있는데, 상담원 교육훈련기관의 범위가 넓고 제한 규정이 없어 부실 교육의 위험성이 있다 [13]. 또한 성폭력 상담소의 운영비는 국비 50%, 지방비 50%로 마련되므로 지역별 차이로 인해 인력 운용과 예산의 차이가 발생할 수 있고, 각 지역별로 의료기관, 법률 자문 등의 가용 자원에 차이가 있다는 점 또한 한계점으로 보인다 [16].

2. 해외 성폭력 피해자 지원 서비스 사례를 통한 고찰

전 세계적으로 성폭력 피해자를 위한 통합 지원에 관심이 높아지고, 2003년 성폭력 피해자를 위한 지원 가이드라인이 발간된 이후 각국에서는 이에 기반한 지원 모델을 개발해왔다 [48]. 본 연구에서 살펴본 바로는 병원을 기반으로 한 서비스 모델이 89.7%였는데, 이는 의료지원, 법의학적 검사 등이 중요한 성폭력 피해에서 병원의 역할이 중요하기 때문이다. 성폭력 피해의 경우 응급 의료 지원이 필요한 경우가 많으며, 법적 효력을 갖는 유의미한 증거 확보가 중요하다. 법의학적 증거가 유효하기 위해서는 신속하고 전문적으로 채취하는 것이 중요하다. 이에 따라 의료진의 역할이 핵심이 되어 병원 기반 서비스가 다수를 차지하는 것으로 이해할 수 있다. 특히 그동안 피해 이후 지원 과정에서 2차 피해에 노출되는 것이 큰 문제점으로 계속 제기되었던 점을 고려하였을 때 병원을 기반으로 한 통합 지원 서비스가 유리할 수 있다.

29개의 문헌 중 28개에서 의료 서비스를 제공하는 것으로 확인되었는데, 기존 연구에서는 훈련되지 않은 의료진이 진료를 거부하거거나 다학제적 상호 협력이 잘 이루어지지 않는 등 적절히 치료받지 못하고 오히려 의료진에 의한 2차 피해가 가중되는 문제점이 제기되어 왔다. 이에 미국에서는 성폭력 피해자를 위한 훈련된 간호사가 응급처치를 제공하고 감염병 및 임신 관련 처치를 시행하도록 하는 Sexual assault nurse

examiner (SANE) 등의 제도가 개발되기도 하였다 [35]. 그러나 성폭력 피해의 경우 신체 손상이 동반되는 경우가 많아 산부인과뿐만 아니라 외과, 이비인후과, 안과, 응급의학과 등의 다양한 다학제적 진료가 필요한 경우가 많다. 이에 점차 성폭력 피해자에게 필요에 따라 병원내 다학제적 치료를 적용할 수 있도록 병원과 밀접하게 연계하는 방향으로 개발된 것으로 보인다. 이는 [표 6]에서 병원에서 운영하는 서울해바라기센터의 의료지원 비중(28.1%)이 성폭력상담소(5.6%)보다 높게 확인된 바와 같이, 병원과 직접 연결된 기관의 의료서비스의 접근성이 높은 것으로 보인다.

법의학적 검사의 경우 해당 기관에서 직접 법의학적 검사를 시행하는 곳이 27개, 타 기관에 의뢰하는 곳이 1개로 성폭력 피해자 지원에 있어 법의학적 검사의 중요성이 반영된 것으로 보인다. 가해자의 DNA를 확보하는 것은 가해자 기소에 결정적인 도움이 되며, 필요한 증거를 훼손하거나 누락하는 것을 최소화하기 위해서는 훈련을 통한 전문성이 요구된다. 이에 여러 국가에서는 일관된 검사 수준을 유지할 수 있도록 법의학적 검사 도구(forensic kit)를 사용하고 있다. 또한 증거로서의 중요성뿐만 아니라 법의학적 검사 자체가 피해자들에게 침습적이고 외상적인 경험이 될 수 있어, 검사 범위를 최소화하고 검사자의 지지적인 태도와 검사시 피해자를 배려하는 환경 조성이 중요하다 [39]. 상기에 제시된 바와 같이 93.1%의 대다수 성폭력 피해자 지원 서비스에서 법의학적 검사를 시행하는 것은 훈련된 법의학 검사자가 법적 효력이 있는 증거 채취율이 높으며 2차 피해를 줄일 수 있다는 기존 연구들이 반영된 것으로 보인다 [2,35]. 이와 유사하게 국내 해바라기센터는 운영 의료기관의 산부인과 전공의 및 전문의가 법의학적 검사를 시행하며, 법의간호사가 보조하고 있다. 그러나 추가인력이 배치되는 것이 아닌 기존 의료인력이 추가로 업무를 수행하게 되어 병원 인력 사정에 따라 진료 공백이

발생하거나 의료진의 과도한 업무 부담이 문제가 되기도 한다 [15]. 이에 수탁 의료기관에서는 법의학적 검사를 위한 교육과 훈련을 체계화하는 것이 필요하며, 장기적으로는 법의간호사 등의 전문인력 양성 및 운용을 위한 정책 수립이 필요할 것이다.

정신건강 및 심리상담 지원 서비스는 79.3%에서 제공하며, 10.3%에서는 타 기관에 의뢰하여 진행하였다. 이는 장기적인 심리적 후유증을 유발하는 성폭력 피해의 특성을 고려한 것으로 보인다. 기존 연구에 따르면 성폭력은 모든 정신질환의 위험성을 높이며 그 중에서도 PTSD를 유발할 가능성이 높고, 자살과 강한 연관성이 관찰되었다 [30,37]. 또한 성폭력 피해자에 대한 효과적인 초기 개입은 즉각적인 스트레스를 완화시키고 장기적으로 예후를 호전시키는 것으로 알려져 있는데 [27], 의료 및 수사기관에서 진술하는 과정에서 발생하는 심리적 소진을 줄이고 장기적 후유증을 최소화하기 위한 초기개입이 필요하다. 특히 트라우마 치료에 효과적인 것으로 알려진 eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), cognitive processing therapy (CPT), prolonged exposure therapy (PE) 및 trauma-focused cognitive behavioural therapy (CBT) 등은 훈련된 전문가가 필요하다 [38]. 국내 해바라기센터는 임상심리전문가와 정신건강의학과 의사가 개입하여 개인심리치료, EDMR, 가족치료, 그룹치료가 제공되며 필요시 입원치료와 약물치료가 가능하다는 점에서 장점을 가진다.

법률 및 수사 지원 서비스는 타 기관을 의뢰하는 곳이 48.3%, 직접 기관에서 제공하는 곳이 31%였다. 이는 법률 및 수사지원 서비스의 경우 변호사와 경찰 등의 전문 인력이 필요하며, 양질의 서비스를 위해서는 진술을 위한 별도의 면담실, 진술녹화 등의 추가 자원이 필요하기 때문에 각 기관의 규모와 예산에 따라 직접 운영하지 않고 다른 기관으로 연계하는 방법도 고려한 것으로 보인다. 성폭력 피해의 경우 재판, 수사

등의 사법 절차 자체가 외상 사건을 마주하는 고통스러운 과정이며, 일부 변호인이나 경찰, 검사 등의 종사자들의 성폭력 피해자에 대한 부적절한 대응이나 잘못된 인식이 문제가 되는 경우가 있다. 기존 해외 연구에 따르면 약 50%에서 집행 인력이 피해자의 보고서를 받지 않거나 조사를 위해 보고서를 전달하지 않으며 신고된 사건 중 22%-25%만이 기소되고, 그 중 10%에서 12%만이 유죄 판결을 받는 것으로 알려져 있다 [26, 28]. 약 6.9%의 문헌에서 경찰 기반의 지원 서비스 모델이었으며, 이는 법률 및 수사기관의 초기대응 과정에서 성폭력 피해자의 2차 피해를 줄이고 원활한 사법절차 진행을 위해 사법기관의 적극적인 협조가 필요함을 시사한다. 해바라기센터의 경우 경찰청과 협업하여 24시간 상주하는 전담 여성경찰관이 수사를 진행하며, 아동조사관, 영상증인신문 등을 지원하고, 무료법률구조사업을 통한 소송지원과 재판과정을 돕는 등 성폭력 피해자에 특화된 서비스를 직접 제공한다는 점에서 차별점을 확인할 수 있다.

마지막으로 사례관리의 경우 초기 지원 이후 65.5%에서 사례별 후속조치를 제공하며 10.3%에서 필요시 타기관에 연계하여 진행하였다. 성폭력 피해자마다 신체 및 정신적 피해가 다르며 장기간의 수사 및 재판과정 중에서 심리적으로 소진되거나 추가지원이 필요한 경우가 있다. 사례관리를 통해 초기에 피해자의 피해 정도와 상황을 평가하고 경과에 따라 적절한 자원을 사례별로 적용할 수 있다. 국내 해바라기센터에서는 경찰관, 간호사, 임상심리전문가, 상담원, 정신건강의학과 의사가 함께 종합사례 회의를 진행하고 있다. 다학제적 평가와 논의를 통해 피해자에게 통합된 지원이 가능하며 한정된 자원을 효율적으로 배분할 수 있다. 또한 피해자가 진술을 반복할 필요 없이 피해자의 경과를 파악함으로써 추가적인 심리적 외상을 줄일 수 있다.

제 4 장 결 론

본 연구는 국가주도형의 통합지원센터인 서울해바라기센터와 민간주도형의 전국 성폭력상담소의 10년간의 운영실적을 비교하여 성폭력 피해자 및 가해자의 특성을 확인하고 각 기관별 특성을 분석하였다. 또한 해외 성폭력 피해자 지원 서비스의 현황을 체계적 문헌고찰을 통해 각 유형을 분석하여 향후 성폭력 피해자 지원 서비스 발전을 위한 시사점을 도출하였다.

본 연구에서 확인된 해바라기센터의 강점으로는 다학제적 의료서비스가 바로 지원 가능하다는 것과 성폭력 피해자에게 필요한 의료, 법률 및 수사, 심리 및 사례관리 서비스가 통합적으로 한곳에서 제공된다는 것이다. 서울해바라기센터 자료 분석에 따르면 의료지원 및 법의학적 증거 채취가 중요한 1) 강간, 유사강간의 비중이 높았고, 2) 13세 미만 아동 성폭력 피해자의 비중이 높았다. 또한 3) 가해자가 가족, 친척, 가족의 동거인인 비중이 성폭력상담소에 비해 더 높았다. 이는 해바라기센터에서 24시간 전담 간호사, 산부인과 의사의 응급처치와 법의학적 증거 채취가 가능하고, 타 의료기관에 방문할 필요 없이 해당 의료기관에서 다학제적 의료 서비스가 가능하다는 것이 강점으로 작용한 것으로 보인다. 전담 정신건강의학과 의사의 진료가 가능하기 때문에 필요시 약물치료와 입원치료를 통해 성폭력 피해자의 자살, 약물중독, PTSD 등의 치명적인 정신과적 문제를 감소시킬 수 있다. 특히 해바라기센터에 아동·청소년 피해자의 유입이 많은 것은 24시간 상주하는 전담 여성경찰관이 있으며, 아동·청소년 전문 법률수사 지원 서비스가 제공되어 진술 오염과 2차 피해를 최소화할 수 있다는 강점이 작용했을 가능성이 있다.

체계적인 문헌 고찰을 통해 살펴본 해외 성폭력 피해자 지원 서비스의 경우 병원을 기반으로 한 서비스 모델이 가장 많았고 대다수에서 의

료서비스, 법의학적 검사. 정신건강 및 심리지원 서비스를 각 기관에서 직접 제공하였다. 이는 해바라기센터와 유사하게 전담 의료진의 의료서비스와 전문적인 훈련을 받은 검사자의 증거를 채취하기 위한 것으로 보이며, 피해 초기의 심리지원이 중요성이 반영된 것으로 보인다. 다만 법률수사지원 서비스의 경우 직접 제공하는 곳보다 타 기관으로 연계하는 곳이 더 많았고, 경찰을 기반으로 한 서비스를 제공하는 곳도 있었다. 해바라기센터는 의료기관과 경찰청과의 협조를 통해 전담 의료진이 운영되며 24시간 여성 경찰관이 상주하여 피해자가 한 곳에서 지원받을 수 있다는 점에서 차별점을 가진다.

성폭력 피해자를 위한 지원 서비스는 고도의 전문성이 필요하며 상당한 비용과 치료기간이 소요되므로 이를 고려한 충분한 물적, 인적 자원이 필요하다. 그러나 현재 의료서비스와 법의학적 검사의 경우 해바라기센터 운영 의료기관의 전담 의료진을 추가로 배치하는 것이 아닌 기존 의료인력을 운용하고 있다. 이에 의료기관의 사정에 따라 수련의나 전문의의 숫자가 부족하거나 충분히 훈련되지 않은 경우도 있으며, 과도한 업무 부담이 문제가 되기도 한다 [15]. 이에 법의학적 검사를 위한 지속적인 교육이 필요하며, 장기적으로는 해외 지원 서비스와 같이 법의간호사 등의 전문인력 양성 및 운용을 위한 정책 수립이 필요하다. 훈련된 전담 간호사가 바로 응급처치와 법의학적 검사를 담당하게 된다면 피해자에게 신속하고 전문적인 서비스를 제공할 수 있을 것이다. 또한 전문성을 갖춘 인력을 확보하기 위해 체계적인 교육체계를 갖추고 현실적인 보상을 제공하기 위한 정책 수립과 각 기관의 유기적인 협조가 필요할 것이다. 본 연구에서 확인한 해바라기센터와 성폭력상담소의 장점과 제한점을 바탕으로 각 기관의 특성을 활용하여 상호보완함으로써 성폭력 피해자들이 효과적인 지원서비스를 받을 수 있도록 하는 것이 필요하다.

주목할 만한 점으로는 서울해바라기센터와 전국 성폭력상담소의 두

기관에서 1) 남성 성폭력 피해자, 2) 디지털 성폭력 피해, 3) 13세 미만의 가해자 사례가 일부 관찰되었다. 우선 남성 성폭력의 경우 2014년 이후 점차 증가하는 추세로 남성 성폭력 피해자는 여성 피해자에 비해 신고율이 낮은 것으로 알려져 있어 향후 남성 성폭력 피해자가 적극적으로 도움을 요청할 수 있는 환경을 조성하고, 이들의 특수성을 반영한 서비스를 제공할 수 있도록 지속적인 연구와 정책 개발이 필요하다. 또한 디지털 성폭력의 경우 최근 스마트폰과 온라인 커뮤니티가 확산되면서 점차 증가하는 추세에 있는 점을 고려하였을 때 향후 더 많은 디지털 성폭력 피해자가 성폭력 피해자 지원기관에 도움을 요청할 가능성이 높다. 이에 각 기관에서는 피해자들의 접근성을 높여 신속하게 필요한 정보를 제공하고 효과적인 지원 서비스로 연결 될 수 있도록 준비해야 한다. 마지막으로 13세 미만의 사춘기 이전 연령의 가해자가 4%대로 나타났는데 국내 성범죄 가해자의 점차 연령이 낮아지는 추세로 아동·청소년 가해자는 재범률이 높고 만성화되는 특성을 고려하였을 때 사법적 형벌에 대한 논의로 그치지 않고, 아동·청소년 가해자에 대한 별도의 치료프로그램과 개입을 위한 연구가 필요하다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 본 연구는 서울해바라기센터의 통계 자료와 성폭력상담소가 기존에 발간한 보고서를 사용하여 척도가 통일되지 않았고, 자료 수집기간이 다르다는 점에서 한계를 가진다. 또한 성폭력상담소의 경우 전국 상담소의 운영실적을 포함하였으나 서울해바라기센터의 경우 단일 기관의 데이터만 사용하였기 때문에 전국 해바라기센터를 대표할 수 없으며 지역의 특수성이 반영되었을 수 있다. 성폭력의 특성상 2차 피해에 대한 두려움 때문에 자료 수집에 협조하기 어려운 경우가 많고, 또한 응급상황에서 양질의 자료를 일정하게 수집하기 어려울 수 있다. 그러나 향후 효율적으로 자료를 수집할 수 있는 프로토콜을 만들고 피해 유형별 심층적인 연구를 지속하여 성폭력 피해자들에

게 효과적인 서비스를 개발하는 것이 필요하다. 점차 사회가 빠르게 바뀌면서 다양한 유형의 피해사례가 발생하는 시대에서 각 기관 간의 학술교류를 통해 다양한 사례를 함께 고민하고 축적된 경험과 전문성을 공유하는 것이 필요할 것으로 보인다. 각 기관별 지원 서비스 특성과 강점을 이해하고 지속적인 협력과 상호보완을 통해 지원 서비스 체계를 발전시키는 것이 필요하다. 또한 본 연구에서는 서울해바라기센터의 자료와 비교하기 위해 해외 성폭력 피해자 지원 서비스의 운영 실적 데이터에 국한된 문헌들을 비교하였다. 그러나 최근 해외에서는 통합 지원 서비스의 각 지원 항목과 개입방법의 효과성을 과학적으로 평가하기 위한 연구가 이미 진행되고 있다. 향후 우리나라도 축적된 경험과 데이터를 바탕으로 통합 지원 서비스의 항목별로 장기적 효과를 적절성을 평가하고, 피해 유형과 사례별 지원 서비스를 개발하는 연구가 진행되어야 할 것이다.

성폭력 피해는 여전히 사회적 문제이며 시대의 흐름에 따라 새로운 유형의 범죄가 발생하고, 피해자들의 고충도 다양해지고 있다. 해외에서는 아동청소년 성폭력 피해자, 성소수자와 남성 피해자를 위한 연구를 진행하고 있으며, 지원기관의 서비스 질을 평가하기 위한 척도를 개발하고 있다. 우리나라에서도 향후 피해 유형이나 피해자 및 가해자의 특성에 따른 차이점을 연구하고 그에 맞는 적절한 지원 방안을 연구할 필요가 있다. 또한 성폭력 피해자들이 조기에 지원을 받을 수 있도록 적극적인 홍보를 통해 접근성을 높이고, 객관적인 척도를 이용하여 지원 기관의 서비스 품질을 유지하고 개선시킬 수 있어야 하겠다. 본 연구에서 확인된 바와 같이 해바라기센터는 성폭력피해자의 신체적, 정신적 회복을 위해 통합 지원 서비스를 제공하는 모델로, 전문성을 확보하고 양질의 서비스를 유지하기 위해서는 향후 지속적인 정부의 지원과 정책적 관심이 필요하며, 통합 지원 서비스를 제공하기 어려운 다른 지원 기관과의 유기적인 협조를 통해 해바라기센터의 자원을 활용하여 더 많은 성폭력

피해자들에게 효과적인 지원 서비스를 제공할 수 있을 것으로 보인다.

참고 문헌

1. 강은영, 주요 범죄의 실태 및 동향 자료 구축(i): 성폭력범죄. 2021, 한국형사ㆍ법무정책연구원: 서울. p. 619.
2. 강은영, 채종민, 홍해숙, 성폭력에 대한 법의학적 대응모델 개발 연구. 연구총서, 2012. 2012(2): p. 1-348.
3. 김기현, 김재원, 박혜영, 한국 성폭력 피해특성에 대한 기초분석: 사례관리 시스템 데이터 분석을 통한 접근. 한국정신건강사회복지학회 학술발표논문집, 2016a: p. 309-337.
4. 김기현, 김재원, 박혜영, 유비, 성폭력 피해특성에 따른 피해경험자 유형화와 지원 서비스 이용양태 연구. 사회복지연구, 2016b. 47(4): p. 255-280.
5. 김기현, 이미정, 이인선, 친족 성인에 의한 아동 성폭력 피해자의 눈을 통해 본 한국의 성폭력 피해자 지원 서비스. 사회복지연구, 2014. 45(1): p. 141-173.
6. 김정규, 김중술, 아동기 성피해의 심리적 후유증: 성인기 정신건강에 미치는 영향을 중심으로. Korean Journal of Clinical Psychology, 2000. 19(4): p. 747-769.
7. 대검찰청, 2021 범죄분석, in 범죄분석. 2021, 대검찰청.
8. 박경래, 김수동, 최성락, 이종한, 범죄 및 형사정책에대한 법경제학적 접근 (ii): 범죄의 사회적 비용추계, 형사정책연구원. 2010.
9. 박찬걸, 성폭력피해자의 2차 피해 방지를 위한 몇 가지 쟁점에 대한 검토. 법학논총, 2018. 35(3): p. 201-220.
10. 신현주, 오세연, 온라인 그루밍 성범죄의 잠재적 성 착취 과정 분석과 정책 과제. 한국범죄정보연구, 2020. 6(2): p. 163-176.
11. 여성가족부, 2021년 성폭력 상담소 및 보호시설 등 운영실적. 2022a.
12. 여성가족부, 2022년 해바라기센터 사업안내. 2022b: 서울.
13. 윤상민, 성폭력피해자 지원체계의 문제점과 개선방안. 피해자학연구, 2006: p. 1-27.
14. 이미정, 정수연, 양혜린, 성폭력ㆍ가정폭력 남성피해자지원현황 및 정책과제. 2018: 서울.
15. 이미정, 장미혜, 이인선, 이아름, 최경숙, 박선주, 성폭력피해자통합지원센터 기능강화 방안. 2014: 서울.
16. 장주리, 김미순, 김보화, 허민숙, 성폭력피해상담 분석 및 피해자 지원

방안 연구. 2018: 서울.
17. 전수아, 권하늬, 정한나, 김수영, 아동청소년 대상 온라인 그루밍 성범죄에 관한 연구. 사회복지연구, 2021. 52(1): p. 97-138.
18. 전종설, 심혜선, 신선아, 성폭력 피해자 지원체계 및 서비스 실태와 개선방안: 성폭력 상담소 및 보호시설 종사자를 중심으로. 보건사회연구, 2014. 34(3): p. 505-537.
19. Ades V, Stephanie X.Rabinowitz, EmilyChemouni Bach, SonyaGoddard, BrianPearson Ayala, SavannahGreene, Judy, An integrated, trauma-informed care model for female survivors of sexual violence: The engage, motivate, protect, organize, self-worth, educate, respect (empower) clinic. Obstetrics and gynecology, 2019. 133(4): p. 803-809.
20. Barbee MG, Evaluation of a child sexual abuse prevention program: A question of efficacy. 1992, ProQuest Information & Learning. p. 2535-2535.
21. Becker JV, Cunningham-Rathner, J., Kaplan, M. S, Adolescent sexual offenders:Demographics, criminal and sexual histories, and recommendations for reducing future offenses. Journal of Interpersonal Violence, 1986. 1(4): p. 431-445.
22. Bramsen RH, Elklit A,Nielsen LH, A danish model for treating victims of rape and sexual assault: The multidisciplinary public approach. Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 2009. 18(8): p. 886-905.
23. Campbell R, Patterson D,Lichty LF, The effectiveness of sexual assault nurse examiner (sane) programs: A review of psychological, medical, legal, and community outcomes. Trauma Violence Abuse, 2005. 6(4): p. 313-329.
24. Campbell R, Rape survivors' experiences with the legal and medical systems: Do rape victim advocates make a difference? Violence Against Women, 2006. 12(1): p. 30-45.
25. Campbell R, The community response to rape: Victims' experiences with the legal, medical, and mental health systems. Am J Community Psychol, 1998. 26(3): p. 355-379.
26. Campbell R,Wasco SM, Understanding rape and sexual assault: 20 years of progress and future directions. J Interpers Violence, 2005. 20(1): p. 127-131.
27. Davies M, Male sexual assault victims: A selective review of the literature and implications for support services. Aggression and violent behavior, 2002. 7(3): p. 203-214.
28. Du Mont J, Macdonald S, White M, et al., Male victims of adult sexual assault: A descriptive study of survivors' use of sexual assault treatment services. J Interpers Violence, 2013. 28(13): p. 2676-2694.
29. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, et al., Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. Clin Psychol Rev, 2017. 56: p.

65-81.
30. Herbert JL,Bromfield L, Evidence for the efficacy of the child advocacy center model: A systematic review. Trauma Violence Abuse, 2016. 17(3): p. 341-357.
31. Jung S, Faitakis M,Cheema H, A comparative profile of intimate partner sexual violence. Journal of sexual aggression, 2021. 27(1): p. 95-105.
32. Kilpatrick DG,Acierno R, Mental health needs of crime victims: Epidemiology and outcomes. J Trauma Stress, 2003. 16(2): p. 119-132.
33. Kim S, Park J, Seo H, et al., Neca's guidance for undertaking systematic reviews and meta-analyses for intervention. Seoul: National evidence-based healthcare collaborating agency, 2011.
34. Ledray, Linda E. Sexual assault nurse examiner, SANE: Development & operation guide. US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office for Victims of Crime, 1999.
35. Linda L, World report on violence and health. 2002: World Health Organization.
36. Liu H, Petukhova MV, Sampson NA, et al., Association of DSM-iv posttraumatic stress disorder with traumatic experience type and history in the world health organization world mental health surveys. JAMA Psychiatry, 2017. 74(3): p. 270-281.
37. Lomax J,Meyrick J, Systematic review: Effectiveness of psychosocial interventions on wellbeing outcomes for adolescent or adult victim/survivors of recent rape or sexual assault. J Health Psychol, 2022. 27(2): p. 305-331.
38. Maier SL, Sexual assault nurse examiners' perceptions of the revictimization of rape victims. Journal of Interpersonal Violence, 2011. 27(2): p. 287-315.
39. Moher D, Shamseer L, Clarke M, et al., Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (prisma-p) 2015 statement. Systematic reviews, 2015. 4(1): p. 1-9.
40. O'Doherty L, Carter G, Lutman-White E, et al., Multi-disciplinary evaluation of sexual assault referral centres (sarcs) for better health (mesarch): Protocol for a 1-year cohort study examining health, well-being and cost outcomes in adult survivors of sexual assault attending sarcs in england. BMJ Open, 2022. 12(5): p. e057449.
41. Olson RM, García-Moreno C,Colombini M, The implementation and effectiveness of the one stop centre model for intimate partner and sexual violence in low- and middle-income countries: A systematic review of barriers and enablers. BMJ Glob Health, 2020. 5(3): p. e0018831.
42. Paolucci EO, Genuis ML,Violato C, A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. J Psychol, 2001. 135(1): p. 17-36.
43. Pino, N.W. and R.F. Meier, Gender differences in rape reporting. Sex roles, 1999. 40(11): p. 979-990

44. Tjaden PG,Thoennes N, Extent, nature, and consequences of rape victimization: Findings from the national violence against women survey. 2006.
45. Tschudin S, Immediate care for women after sexual and physical assault. Ther Umsch, 2005. 62(4): p. 223-229.
46. WHO, Clinical management of survivors of rape : A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations. 2002, World Health Organization: Geneva.
47. WHO, Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. 2003, World Health Organization: Geneva.
48. WHO, Responding to children and adolescents who have been sexually abused: Who clinical guidelines. 2017.
49. Yeaman J, Facilitating prevention and prosecution of child sexual abuse through the multi-disciplinary assessment team. Current Municipal Problems, 1986. 13(2): p. 228-233.

Studies selected for the analysis

51. Ades, V., et al., An Integrated, Trauma-Informed Care Model for Female Survivors of Sexual Violence: The Engage, Motivate, Protect, Organize, Self-Worth, Educate, Respect (EMPOWER) Clinic. Obstet Gynecol, 2019. 133(4): p. 803-809.
52. Alşen Güney, S. and Ö. Bağ, Protective and Supportive Injunctions for Children Exposed to Sexual Abuse: The First Data from Turkey. J Child Sex Abus, 2020. 29(6): p. 627-637.
53. Bang, L., Rape victims-assaults, injuries and treatment at a medical rape trauma service at Oslo Emergency Hospital. Scand J Prim Health Care, 1993. 11(1): p. 15-20.
54. Becerra Torres, A.S., Caroline AlvesWittmann, Barbara ZantutCortes, Maria Teresa FerreiraAlves, Andria CleiaTeixeira, Ana Luizade Azevedo, Renata Cruz SoaresFernandes, Arlete Maria Dos Santos, Care to female adolescents victims of sexual violence at a referral service in Brazil from 2011 to 2018. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 2022. 156(2): p. 276-283.
55. Bechtel, K., ElizabethGallagher, Deborah, Impact of sexual assault nurse examiners on the evaluation of sexual assault in a pediatric emergency department. Pediatric emergency care, 2008. 24(7): p. 442-7.
56. Bottomley, C.P., T. Sadler, and J. Welch, Integrated clinical service for sexual assault victims in a genitourinary setting. Sex Transm Infect, 1999. 75(2): p. 116-9.
57. Cangwa, M.C. and M.K. Pather, The management of sexual assault victims at Odi District Hospital in the North West Province: How can the quality of hospital care be improved? South African Family Practice, 2008. 50(6): p. 45-45d.
58. Chiu WK, Lam WC, Chu NH, et al., Sexual violence cases in a hospital setting in hong kong: Victims' demographic, event characteristics, and management. Hong Kong Med J, 2016. 22(6):

p. 576-581.
59. de Jesus, G.R., et al., Assistance to Victims of Sexual Violence in a Referral Service: A 10-Year Experience. Rev Bras Ginecol Obstet, 2022. 44(1): p. 47-54.
60. Golan, A., et al., The care of sexual assault victims: The first regional center in Israel - 10 years experience. Israel Medical Association Journal, 2012. 14(11): p. 658-661.
61. Goyal, M.K., et al., Enhancing the emergency department approach to pediatric sexual assault care: implementation of a pediatric sexual assault response team program. Pediatr Emerg Care, 2013. 29(9): p. 969-73.
62. Herbert, J.L., Leah Marie, A quasi-experimental study of the Multi-Agency Investigation & Support Team (MIST): A collaborative response to child sexual abuse. Child abuse & neglect, 2021. 111: p. 104827.
63. Kerr, E., CharlotteChowdhury, RimaJawad, RuhiWelch, Jan, The Haven: a pilot referral centre in London for cases of serious sexual assault. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology, 2003. 110(3): p. 267-71.
64. Kille, M.L., A sexual assault referral service based on a hospital in a small Australian town. Med J Aust, 1986. 145(5): p. 189-94.
65. Kufa, K., TapiwaShambira, GeraldGombe, Notion TafaraJuru, Tsitsi PatienceNsubuga, PeterBorok, MargaretIliff, VirginiaMushambi, TimothyTshimanga, Mafuta, Utilisation of Medical Services and Outcomes at Adult Rape Clinic at Parirenyatwa Group of Hospitals, Zimbabwe. African journal of reproductive health, 2019. 23(4): p. 99-107.
66. Larsen, M.L., M. Hilden, and Ø. Lidegaard, Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. Bjog, 2015. 122(4): p. 577-84.
67. Logan, T.K., J. Cole, and A. Capillo, Program and sexual assault survivor characteristics for one SANE program. J Forensic Nurs, 2006. 2(2): p. 66-74.
68. Majeed-Ariss, R., et al., The experiences of sexually assaulted people attending Saint Mary's Sexual Assault Referral Centre for

a forensic medical examination. J Forensic Leg Med, 2019. 66: p. 33-37.
69. Millar, G., L. Stermac, and M. Addison, 'Immediate and delayed treatment seeking among adult sexual assault victims': Erratum. Women & Health, 2002. 36(1).
70. Mizrachi, Y., J. Bar, and G. Barda, Characteristics and trends of sexual assaults in Israel – A large cohort study of 3941 victims. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 2020. 99(7): p. 941-947.
71. Mulambia, Y., et al., Are one-stop centres an appropriate model to deliver services to sexually abused children in urban Malawi? BMC Pediatr, 2018. 18(1): p. 145.
72. Murphy, B.A., et al., Sexual Assault in Ethiopian Contexts: Data From a Large Sample of Women and Girls Presenting at Two Hospital-Based, Limited-Resource Sexual Assault Treatment Clinics. Violence Against Women, 2019. 25(9): p. 1074-1095.
73. Okunola, T.O., et al., Preliminary report of sexual assaults at Ekiti Sexual Assault Referral Centre, Ado-Ekiti, Southwest, Nigeria (Moremi Clinic). Trop Doct, 2022. 52(1): p. 79-83.
74. Sampsel, K., et al., The impact of a sexual assault/domestic violence program on ED care. J Emerg Nurs, 2009. 35(4): p. 282-9.
75. Santarem, M.D., et al., Epidemiological Profile of the Victims of Sexual Violence Treated at a Referral Center in Southern Brazil. Perfil epidemiologico das vitimas de violencia sexual atendidas em um centro de referencia do Sul do Brasil., 2020. 42(9): p. 547-554.
76. Schei, B., et al., Adult victims of sexual assault: acute medical response and police reporting among women consulting a center for victims of sexual assault. Acta Obstet Gynecol Scand, 2003. 82(8): p. 750-5.
77. Sodipo, O.O., et al., The pattern and characteristics of sexual assault perpetrators and survivors managed at a sexual assault referral centre in Lagos. Afr J Prim Health Care Fam Med, 2018. 10(1): p. e1-e5.

78. Solola, A., et al., Rape: Management in a noninstitutional setting. Obstetrics and Gynecology, 1983. 61(3): p. 373-378.
79. Stermac, L., H. Dunlap, and D. Bainbridge, Sexual assault services delivered by SANEs. J Forensic Nurs, 2005. 1(3): p. 124-8.

Abstract

Integrated Service Center for Sexual Violence Victims in Korea

- A Comparison Study with Sexual Violence Relief Center and Systematic Review of Sexual Violence Victim Support Service –

Seong-in Ji

College of Medicine, Dept. of Psychiatry

The Graduate School

Seoul National University

Sexual violence victims have better physical and mental prognoses when appropriate support services are provided; in particular, multidisciplinary support services have been reported to be effective. The Sunflower Center is an integrated support service that provides medical, psychological, judicial, and legal services in one place, to help victims in Korea. In this study, we compared two service centers – the Sexual Violence Relief Center from 2008 to 2018 and the Seoul Sunflower Center from 2011 to 2021. In addition, a total of 29 studies researching the characteristics and activities of overseas sexual violence victim support services were analyzed as part of a systematic literature review. Compared to the Sexual Violence Relief Center, the Seoul Sunflower Center had a high proportion of sexual

violence cases requiring medical service and forensic examination, including 1) rape and non-penile vaginal penetration, 2) child sexual violence, and 3) sexual violence committed by family members and parents' partners. This finding may result from the integrated service model of the Sunflower Center including medical and forensic services by doctors on site and judicial service by female police officers on site. Through a systematic literature review, we found that medical service and forensic examination are provided on site in most studies, suggesting that trained medical staff need to be involved directly. On the other hand, when it comes to the provision of legal and judicial support, a higher proportion of service centers refer rather than provide on site. This suggests that a key strength of the Sunflower Center is the provision of integrated services directly on site. In-depth research is needed to develop effective services and increase accessibility for victims of sexual violence in the future.

Keywords : sexual violence victim, integrated service, sexual violence support, systematic review
Student Number : 2021-26131