

병원 기반 아동학대 선별도구 고찰과 활용방안

정진희 · 곽영호¹서울특별시 보라매병원 응급의학과, 서울대학교 의과대학 응급의학교실¹Review of the Screening Tool for Child Abuse
by Health Care ProviderJin Hee Jung, M.D., Young Ho Kwak, M.D.¹*Department of Emergency Medicine, Seoul Metropolitan Government Seoul National University Boramae Medical Center, Seoul, Department of Emergency Medicine, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea¹*

The recent report regarding the death of children due to child abuse brought on an implementation of an Act on special cases concerning the punishment, etc. of crimes of child abuse in September 2014. According to the report in 2013 by the National Child Protection Agency, there were 10,000 suspected child abuse cases, with about 6,000 confirmed cases. While health care providers are obligated to report suspected child abuse, the rate of report was only less than 1%. Several studies suggest that the ease of screening process for child abuse in hospitals could increase the insight and reporting rate. With regard to the improvement in the perception for child abuse by health care providers in Korea, the authors reviewed the health care provider's roles for the protection of child abuse victims, various kinds of screening tools for child abuse in hospitals, and clinical processes for the evaluation of child abuse by a child protection team.

Key Words: Child Abuse; Early Diagnosis; Hospitals; Health Personnel; Child Welfare

서 론

최근 수년간 학대아동 사망사건이 보도되면서 아동학대에 대한 사회적 관심이 증가하였고, 2014년 9월에는 “아동학대 범죄의 처벌 등에 관한 특례법(법률 제12341호, 2014년 1월 28일 공포, 9월 29일 시행)”이 시행되었다¹⁾. 2013 전국아동학대현황 보고서에 따르면 아동학대 신고는 연간 1만 건, 이 중 아동학대 판정 사례는 6천 건 가량

이다²⁾. 아동학대 신고 의무자 중 의료인에 의한 신고는 전체 신고의무자 중 매년 약 1% (100건 이하)의 비율을 보이고 있으며 10여 년간 신고율의 변화는 보이지 않고 있다^{2,3)}. 피해학대아동의 경우 외상이나 질병으로 병·의원을 방문하는 경우가 발생하기 때문에 신고의무자인 의료인들의 아동학대에 대한 선별은 중요한 역할이 아닐 수 없다. 아동학대의 평가에 있어 의료인의 역할에 대해서는 여러 국가의 소아관련학회나 정부기관에서 학대아동 진료지침을 발표하고 있는데, 의심 증상이나 징후, 학대의심 시 추가적으로 진행해야 할 검사나 신고절차 등의 내용을 담고 있다⁴⁻⁶⁾.

매년 100만 명 이상의 18세 이하 소아청소년환자들이 응급실을 방문하고 있으며 이는 우리나라 소아청소년의 약 10%에 해당되는 인구이다^{7,8)}. 응급실 방문 소아 중의 아동학대 비율에 대해서는 국가마다 큰 차이를 보고 있는데, 영국의 경우 1.4~6.5%, 이탈리아의 경우 2%, 네덜란

Corresponding Author Young Ho Kwak

Department of Emergency Medicine, College of Medicine, Seoul National University, 101 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul, 110-744, Republic of Korea

Tel: +82-2-2072-1629 Fax: +82-2-3672-8871

E-mail: yhwak@snuh.org

드의 경우 0.2%, 미국의 경우 10%까지 보고하고 있다⁹⁻¹⁴⁾. 이에 우리나라 응급실 소아 손상 방문자 수(연간 약 35만 명 가량)에 비춰볼 때 0.1%로 가정하면 350명, 1%로 가정하면 연간 3,500여 명으로 추정할 수 있으며 연간 신고 건수인 100건 미만의 수치와는 큰 차이를 보인다^{2,8)}.

학대아동에 대한 국가적 보호서비스는 국가마다 다른 특성을 보이며 이는 아동학대에 대한 사회적, 문화적 인식에 따라 차이를 보이는 것으로 보인다. 미국과 같이 국가적으로 아동보호서비스가 철저히 이루어지는 국가에서는 일반인부터 아동학대에 대한 인식이 높고, 신고율이 높아서 병원 기반의 아동학대 선별도구 개발 및 사용이 크게 활성화되어 있지 않다. 오히려 약간의 의심만 되어도 즉시 신고할 수 있는 사회적 분위기가 형성되어 있다. 그러나 아직 아동학대에 대한 신고율이 높지 않은 국가들에서는 병원 기반의 아동학대 선별도구에 대한 개발 및 사용에 대해 20여 년 전부터 발표하고 있다¹⁵⁻¹⁸⁾. 아직 국내에는 의료인을 위한 아동학대 선별도구에 대해 연구되거나 보고된 적이 없다. 사회복지분야에서 사용되고 있는 아동학대 점검표의 경우는 너무 많은 항목을 포함하고 있어서 환자를 진료하는 환경에서 사용하기에는 큰 제약이 따른다. 이 글에서는 아직까지 의료인 신고율이 낮은 우리나라의 상황을 고려하여, 아동학대에 대한 인식과 신고율을 높일 수 있는 방법으로 의료인의 학대아동 진료과정에서의 역할을 살펴보고 아동학대 선별도구 개발에 근거가 된 선행 연구들을 고찰하고, 선별도구 사용과 함께 이루어져야 하는 병원 기반 아동보호서비스에 대해 살펴보도록 하겠다.

본 론

1. 의료인의 학대아동 진료과정에서의 역할

아동학대를 발견하고 예방하기 위한 의료인의 역할은 크게 학대의심 환아에 대한 평가와 치료(손상에 대한 즉각적인 치료, 장기치료, 관련 손상에 대한 전문가 협진 등), 아동학대에 대한 신고로 나눌 수 있다. 첫 번째 단계인 아동학대 평가에 대해서 2007년과 2015년 미국소아과학회에서는 평가지침을 발표하였다. 지침에서는 평가방법을 병력청취, 신체검진, 검사 방법으로 나누어 설명하고 있다^{4,5)}. 병력청취에 있어서는 손상 관련한 부분을 질문하고 현재 아동의 질병 혹은 손상이 설명이 가능한 기전인지, 보호자의 병력 진술에 변경이 있는지, 손상유형과 아동의 연령, 중증도가 일치하는 소견인지, 발달단계에 가능한 기전으로 다쳤는지, 목격자의 다른 진술이 존재하는지 등이 포함

되어 있다. 신체검진에서는 피부 손상부터 머리 손상, 흉부/복부 손상, 골반/회음부손상, 근골격계 손상을 전체적으로 확인한다. 신체검진을 통해 의심되는 부위에 대해서는 혈액검사나 영상검사를 진행하도록 한다⁴⁾. 의료인의 진료과정을 통해 아동학대를 발견하기 위해 노력하는 경우 추가적인 학대손상을 예방할 수 있다는 면이 크다고 볼 수 있는데, 실제 2세 미만 학대아동 75%가 과거에 손상경험이 있었다는 보고와 적절한 중재가 없는 경우 약 35%에서 재발한다는 보고가 이를 뒷받침한다^{19,20)}. 또한 육아에 대한 부모교육이나 배우자 폭력사례 발견, 양육자 우울증이나 물질남용 발견 등의 역할도 함께 할 수 있는 것으로 보고되고 있다²¹⁾.

위와 같이 의료인이 아동학대에 대해 의심하고 검사를 시행한 후 신고의 절차까지 한 명의 의료인이 책임과 역할을 담당한다는 것은 큰 부담이 될 수 있다. 이에 여러 선행 연구에서는 의료인의 아동학대 신고 저해요인에 대한 분석을 통해 이를 극복하는 방안들을 함께 제시하고 있다²²⁻²⁶⁾. 신고를 저해하는 주요한 이유로는 학대 여부에 대한 불확실성, 학대평가방법에 대한 지식부족이나 신고절차에 대한 인식 부족, 아동 가족과의 사전 유대관계, 가족의 보복에 대한 두려움, 이전 아동학대 신고의 부정적 경험 등이 포함되어 있다. 이와 같은 저해요인들을 극복하기 위해서 아동학대 평가방법이나 신고 절차에 대한 교육, 신고 이후 과정과 결과에 대한 피드백, 신고의료인에 대한 법적 보호장치, 관계기관과의 사례 및 피드백 공유 방법 등이 제안되었다.

2. 병원 기반 아동학대 선별도구 종류

아직까지 병원 기반 아동학대 선별도구에 대한 질 높은 연구는 많이 이루어지지 못하였다. 연구의 제한점을 가지고 있긴 하지만, 지금까지 병원 기반 의료인의 아동학대 선별 과정이나 지표(도구)에 대한 연구는 2010년에 발표된 두 편의 체계적 문헌 고찰과 최근 다기관 연구로 타당도가 검증된 1편의 연구를 통해 요약할 수 있겠다²⁶⁻²⁸⁾.

영국에서 Woodman 등²⁶⁾이 진행한 연구는 응급실에 방문한 다친 소아를 대상으로 소아의 연령(age group), 반복적인 방문 여부(repeat attendance), 손상유형(injury type, 골절, 멍, 화상, 기타)에 따라 신체학대 및 방임의 증거로서 얼마나 역할을 하는지에 대해 분석하였다. Woodman 등이 사용한 지표는 이전에 연구자들이 발표한 연구결과를 바탕으로 사용되었던 프로토콜과 점검표 검토를 통해 선정되었다^{13,17,18,29-31)}. 영국에서는 사회적으로 2003년 빅토리아 클립비의 학대사망에 대한 보고서 발표 이후 응급실에서의 선별 및 신고 역할에 대해 개선의 목소

리가 있었다³²⁾. 그러나 수많은 다친 아이들이 방문하는 응급실의 경우, 제한된 의료진이 모든 환자를 대상으로 수많은 선별도구항목들을 평가하는 것은 비효율적이며, 또한 소아를 초기진료하는 의료인은 환자가 소아청소년과 진료를 필요로 하는 상태인지 정도만 평가할 수 있는 역할을 할 뿐 학대에 대한 의심/평가 능력은 제한적일 수 있다. 이에 선별도구 항목을 활용하여 아동학대 환자를 놓치지 않도록 교육하고 있으나 상기 세 개의 항목이 그와 같은 역할을 하는지 선행 연구들을 분석하였다. 결과적으로 세 개의 항목은 낮은 민감도를 보였으며 이를 가지고 의료인에게 아동학대를 의심토록 하는 것은 항목이 없는 아동학대를 놓칠 수 있고 불필요한 학대 위양성 소아를 추가 조사하는 결과를 가져올 수 있다고 하였다.

네덜란드의 Louwers 등²⁷⁾이 발표한 연구에서는 응급실 기반의 선별도구 사용 등의 중재(intervention)방법이 아동학대를 확진 사례 발견율을 높이는지 분석하였다. 저자들이 검토한 연구들 중 분석에 적절하다고 판단된 연구는 총 4편이었으며 0~18세 8,987명이 대상이 되었다^{12,15,16,33)}. 네 편의 연구를 순서대로 대상 및 중재방법, 확진사례 발견율을 살펴보도록 하겠다(Table 1). 첫 번째 대상이 된 연구는 Pless 등¹⁵⁾이 발표한 연구로 캐나다에서 5세 이하의 외상환자를 대상으로 4,422명에게 시행된 연구였다. 저자들은 Accident-SCAN이라는 10개 항목의 질문으로 되어있는 점검표를 도입하여 교육받은 간호사들에게 사용하도록 하고 의사의 신체검진 소견을 조합하여 평가하였다. 결과적으로 확진사례가 0.86%에서 1.13%로 향상되었으나

통계학적으로 의미 있는 변화는 아니었다(OR 1.32, 95% confidence interval 0.72-2.4). Sidebotham과 Pearce¹⁶⁾의 연구는 영국에서 시행한 것으로 응급실에 내원한 18세 이하의 환자 2,345명을 대상으로 응급실 의료진들에게 교육과 훈련을 시행한 뒤에 5가지 항목으로 된 점검표를 사용하도록 하였다. 다섯 가지 항목 중 2개 이상 양성인 경우 소아청소년과 의사에게 연락하였으며 이와 같은 중재로 2개월 뒤 학대 의심건수가 0.22%에서 1.32%로 증가하였다. 그러나 이 연구에서는 확진사례에 대해 언급하진 않았다. 연구의 저자들은 이 선별도구로 아동학대에 대한 인식을 높일 수 있었다고 보고하고 있다. Benger와 Pearce¹²⁾는 영국의 응급실에 내원한 5세 이하의 외상 환자 2,000명을 대상으로 전향적 연구를 시행하였다. 중재방법은 4가지 질문으로 된 의무기록(flowchart)을 도입한 것으로 3개월 뒤 학대가 의심되어 사회복지 서비스로 연계된 사례가 0.6%에서 1.4%로 증가하였으나 통계적 유의성은 보이지 않았다(OR 2.33, 95% CI 0.89~6.1). Bleeker 등³³⁾은 네덜란드에서 17세 이하를 대상으로 의료기관에 방문한 학대의심 환자 220명을 대상으로 40개월간 9가지 항목으로 이루어진 점검표를 사용하여 중재술 후에 아동학대 사례가 28 사례 확인되었다고 보고하였다. 그러나 이 연구에서는 도구를 사용하기 전 아동학대 의심 환자에 대한 데이터가 없어 비교하기가 어려웠다.

네덜란드에서는 2007년 아동학대 관련한 법이 개정된 이후 국가단위에서 병원 기반의 아동학대 선별에 대한 적극적인 지원이 있었고, 이를 기반으로 다기관연구를 진행하였

Table 1. Comparisons the item of child abuse checklist from four studies which were finally included in systematic review.

Item of the checklist	Pless et al ¹⁵⁾	Sidebotham and Pearce ¹⁶⁾	Benger and Pearce ¹²⁾	Bleeker et al ³³⁾
Findings examination conform history	V	V	V	V
Delay in seeking medical help	V	V	V	V
Inconsistent history	V	V	V	V
Appropriateness of child/parent behaviour and interaction	V		V	
Child/parent reported or showed evidence of abuse	V			
Skeletal survey required	V			
Other reason to suspect abuse	V			
Previously seen at ED		V		
Head injury or fracture in child <1 yr		V		
Appropriateness of action of parents after injury				V
Perpetrator/witness accompanied child to ED				V

ED: emergency department

다^{14,34}). Louwers 등³⁴)이 3개 병원 응급실에서 ‘Escape’ 이라는 아동학대선별도구를 적용하였다. 간호사가 선별도구를 활용하여 아동학대가 의심되는 환아를 선별하여 의사에게 보고하면 의사는 그 환아의 병력, 신체검진 등을 통해 아동학대의 위험성을 판단하여 확실하다고 생각하는 경우나 아동의 안전이 위협하다고 판단되는 경우, 각 분야 전문가들로 구성된 아동학대평가팀에 의뢰하고, 아동학대평가팀에서는 의뢰된 모든 사례를 검사하고 필요한 행동을 취하였다. 연구 결과 응급실에 방문한 38,136명의 환아 중 18,275명에게 선별도구가 사용되었고, 그중 420명이 선별도구에 의해 아동학대가 의심되었고, 결국 44명이 아동학대가 강력히 의심되는 것으로 밝혀졌다. 선별도구에 의해 아동학대로 의심되지 않았던 17,855명 중에서 아동학대가 강력히 의심되었던 11명을 포함하면 55명이 아동학대가 강력히 의심되었다고 한다. 반면 선별도구를 사용하지 않은 환아 19,861명 중에서는 단 29명만이 아동학대가 강력히 의심되었다. 분석 결과, 아동학대 선별도구가 아동학대를 진단해낼 가능성은 189.8 (97.3~370.4), 민감도 0.8, 특이도 0.98, 음성 예측도는 0.99로 매우 높은 진단력을 보여 주었다. Sittig 등³⁴)은 네덜란드 의학회와 미국 소아과학회 등의 아동학대지침에 따라 응급실에서 선별도구(네덜란드에서 가장 널리 사용된 선별도구 SPUTOVAMOR)를 사용하였다(Table 2). 병력 및 신체검진, 선별도구를 통해 아동학대가 의심되는 경우 소아청소년과 의사에게 협진의뢰 및 아동학대평가팀에게 의뢰되었고, 학대의 심 정도나 환자 상태, 환자의 안전성 정도(safety issue)에 따라 입원 혹은 외래 경과관찰 귀가를 결정하는 과정을 거쳤다. 선별도구 6가지 항목 중 하나라도 이상소견이면 소아청소년과 의사에게 협진하거나 24시간 가동되는 아동학대평가팀에 의뢰되었다. 3,660명의 18세 이하를 대상으로 선별도구를 사용하였고 이 중 1.78%(65명)가 아동학대 의심사례로 의뢰되고 아동학대평가팀(Child Abuse Assessment Team; CAAT)에서 평가한 결과 40명이 가능성이 작아 퇴원, 남은 25명 중 2명은 신고, 9명은 의심

상태로 유지, 16명은 의심되지 않으나 주의요망으로 평가되었다. Louwers와 Sittig 등이 사용한 선별도구 항목은 6가지 중 5가지 항목이 동일한 항목으로 보이며 한 가지 항목 정도가 차이를 보인다.

2014년 Louwers 등²⁸)은 아동학대 선별도구를 활용한 큰 규모의 다기관 연구를 진행하였다. 네덜란드의 7개 병원 응급실에서 23개월동안 104,028명의 환아를 대상으로 학대선별도구를 적용하도록 하였고, 선별도구 사용률은 연구 시작 당시 20%에서 연구가 끝날 무렵에는 67%로 증가하였다. 기존에 다른 종류의 선별도구를 이미 사용하고 있던 병원들에서는 증가세가 뚜렷하지 않았지만, 이전에는 선별도구를 사용하지 않고 있던 병원들에서는 좀 더 뚜렷하게 증가했다. 전체 104,028명의 환아 중 306명이 아동 학대가 의심된다고 아동학대평가팀에 의뢰되었고, 그중 243명이 전문가들에 의해 아동학대로 의심되어 분석에 이용되었다. 아동 학대 피해자로 의심된 환아는 그렇지 않은 환아에 비해 더 어렸고(4.7세 vs. 7.2세), 스스로 응급실에 오는 경우는 더 적었으며, 좀 더 많은 수술이 필요한 문제가 있었고, 입원이 필요한 경우가 많았다. 아동학대로 확진된 환아의 가장 많은 진단은 골절(19%), 화상(8%), 그리고 경증 머리 손상(8%)이었다. 아동 학대가 의심되는 환자군에서 그렇지 않은 군에 비해 선별도구가 더 많이 사용되었다(75% vs. 36%). 선별도구로 아동학대가 의심된 사례를 찾아낼 가능성은 4.88 (95% CI 3.58-6.68)로 선별도구를 사용하지 않은 경우에 비해 유의하게 높았다고 보고하였다.

3. 병원 기반 아동보호 서비스의 형태

의료인들이 아동학대 선별도구를 활용하기 위한 조건으로 병원 기반이나 국가단위의 아동보호서비스 체계는 필수적이다. 국내외 여러 문헌에 따르면 이러한 아동보호서비스팀의 명칭에 대하여 다양한 이름이 혼용되고 있다. 우리나라에서도 ‘학대아동보호팀’, ‘학대아동보호위원회’,

Table 2. Comparisons of child abuse checklist between ‘SPUTOVAMOR’ and ‘Escape instrument’.

Contents of checklist	SPUTOVAMOR ³⁴⁾	Escape ¹⁴⁾
History consistency	V	V
Injury compatible with history and development level (age)	V	V
Delay in ED* attendance (unnecessarily delay)	V	V
Head to toe examination: suspect?	V	V
Interaction of parents (or carer) and child	V	V
Unexplained (other) injury in history	V	
Other signals that make you doubt the safety of the child or other family members?		V

* ED: emergency department

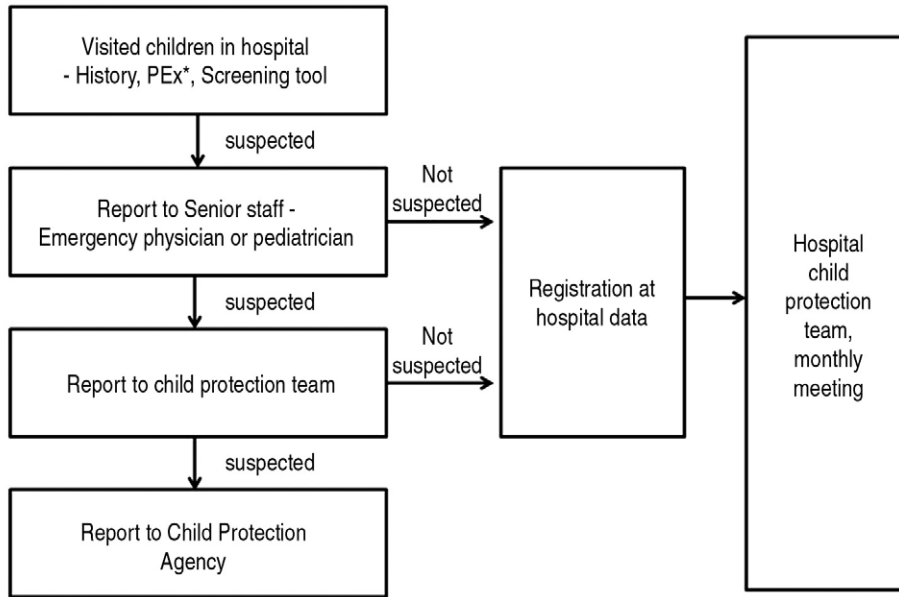


Fig. 1. Clinical process of child abuse detection in the hospital. (* PEx: physical examination)

Table 3. Composition of child abuse assessment team.

Members of child abuse assessment team
Pediatrician specialized in child abuse (chairman)
Social worker (coordinator)
Emergency physician or Pediatrician (main practitioner)
Pediatric surgeon
Pediatric radiologist
Pediatric psychiatrist and psychologist
Emergency nurse
CPS* staff
Advisor forensic medicine
Pediatric dermatologist (on demand)
Pediatric neurosurgeon (on demand)
Pediatric orthopedic surgeon (on demand)
Lawyer (on demand)

* CPS: child protective service

‘학대피해아동보호팀’으로 불리고 있으며, 외국의 경우 ‘Child Abuse Assessment Team (CAAT)’, 혹은 ‘Child Protection Team (CPT)’ 등의 다양한 이름이 사용되고 있다. 우리나라의 현황을 살펴보면 학대피해아동보호팀이 구성된 62개의 병원 중 학대피해아동보호팀이 실제로 구성되어 활동하고 있는 곳은 29개소(46.8%)뿐이었다³⁵⁾. 이와 같은 결과는 지금까지 우리나라의 학대피해아동보호팀의 역할이 충분하지 않았고, 이로 인해 학대로 병원을 방문한 환자들을 잘 가려내지 못하고 충분한 조치를 취하지 못했을 것을 추정할 수 있다. 2014년 보건복지

부와 대한소아응급의학회에서 진행한 연구보고서에서는 아동학대관련한 팀의 명칭에 ‘학대’라는 단어가 들어가는 경우 관련 가족과 팀원들에게 부담이 될 수 있으며 우리나라의 아동학대와 관련된 일을 수행하는 공식 기관의 명칭이 ‘아동보호전문기관’이라는 점을 감안하여 병원 내 전문팀의 명칭도 ‘아동보호팀(Child Protection Team)’으로 사용할 것을 제안하였다³⁶⁾.

Hebert 등³⁷⁾과 Martindale 등³⁸⁾이 발표한 연구 결과들에 의하면 아동보호팀이 아동학대 의심 환자를 발견하고 치료 및 지원을 하는데 유용하였다고 밝히고 있다. Sittig 등³⁴⁾이 발표한 연구 결과를 보면 아동학대 선별 도구에 양성을 보였던 환자를 응급실내에 소아청소년과 의사에게 진료 의뢰를 하였고, 소아청소년과 의사의 진료 후에 아동학대 전문가 및 병원 아동학대평가팀(Child Abuse Assessment Team; CAAT)에 의뢰를 하여 아동학대 의심환자들을 발견하고 이들에게 진료 및 사회적인 지원 등을 해 줄 수 있었다고 하였다(Fig. 1). 아동학대 평가팀은 매달 한 번씩 모임을 갖고 학대 확진사례, 의심사례, 의심되지 않는 사례 여부를 평가하였다고 보고하였다. 미국소아과학회의 아동학대 평가지침에서는 조기에 아동학대 평가팀이 개입함으로써 정확하고 통합적인 평가가 가능하며 참여하는 의료인과 비의료인 사이의 정보 교환이 더 용이해진다고 하였다⁴⁾. 또한 아동학대 평가팀은 학대 의심 아동과 가족에 대해 즉각적이고 좀 더 장기적인 관리를 제공할 수 있다. Louwers 등²⁵⁾도 응급실에서 아동학대 선별의 장벽이 되는 요인과 용이하게 하는 요인들을 언급하면서,

병원 차원에서의 지원, 아동 학대 전문가 유무, 응급실 의료진의 집중적인 교육, 재정적인 지원과 함께 아동학대평가팀의 필요성을 역설하였다. 우리나라 병원의 학대피해 아동보호팀의 아동학대 사망사건개입 경험 연구를 보면 학대가 뚜렷하게 의심되는 사례에 대한 신고와 의뢰가 의료진의 당연한 역할인 동시에 보호자와 대립적인 입장에서 되므로 의료진에게 부담스러운 일로 경험이 되었다고 한다. 이런 단점을 보완하고 의료인들이 아동학대 의심 사례 발생 시 의무적으로 언제든지 부담을 가지지 않고 신고할 수 있도록 하는 병원내 아동보호팀을 통한 제도적 보완이 필요할 것으로 사료된다.

병원 기반 아동보호팀의 구성요원으로는 모든 종류의 학대의 의학적 상태 평가 및 정신적 후유증 평가, 학대 유무 판단에 대해 보다 면밀한 검토를 위해 소아청소년과, 정형외과, 신경외과, 정신과, 산부인과, 법의학과 교수를 포함하며, 다친 아이들을 가장 많이 진료하는 응급의학과 교수와 응급실 Unit Manager가 포함되고, 팀의 간사 역할로 의료사회복지사가 포함된다. 또한 필요한 경우 피부과, 외과, 영상의학과 등의 자문을 구하는 것이 적절하겠다 (Table 3). 위와 같은 기본 조건을 고려하여 아동보호팀의 구성은 병원의 구성원을 감안하여 결정하며, 필수적인 직종

이나 없는 경우에는 외부 자문위원으로 위촉하여 협력하는 것이 바람직하겠다.

결 론

비록 의료인이 사용할 수 있는 아동학대 선별도구에 대한 질 높은 연구들이 아직 부족한 실정이지만, 최근 일부 국가에서 진행된 다기관 연구를 통해 간단한 항목의 아동학대 선별도구와 아동보호서비스팀의 구성은 아동학대 선별검사 시행률을 향상시키고, 학대아동을 좀 더 많이 발견할 수 있음을 확인하였다. 아동학대에 대한 인식과 신고율이 낮은 국가에서 아동학대 선별도구는 의료인들의 인식을 높이는 역할을 할 수 있을 것이며, 병원 기반 아동보호팀의 구성은 의료인의 신고율을 향상시키는데 도움을 줄 수 있을 것이다. 최근 사회적 요구에 시의 적절하게 보건복지부에서 진행한 의료인용 아동학대 선별도구 개발연구는 우리나라에서 시행된 최초의 병원기반 아동학대 선별도구 연구로 보이며, 추후 선별도구의 적극적인 사용을 장려하기 위해서는 실제 의료현장을 통한 타당도 평가 연구가 필요할 것으로 생각된다.

REFERENCES

1. Ministry of Government Legislation. Act on Special Cases concerning the crime of child abuse. Available at: <http://www.law.go.kr>. Accessed May 1, 2015.
2. National Child Protection Agency. 2013 National Child Abuse Fact Sheet. Available at: http://korea1391.org/new_index/. Accessed May 1, 2015.
3. National Child Protection Agency. 2012 National Child Abuse Fact Sheet. Available at: http://korea1391.org/new_index/. Accessed May 1, 2015.
4. Kellogg ND. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* 2007;119:1232-41.
5. Christian CW. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* 2015;135:e1337-54.
6. NSW Department of Family and Community Services. New South West Mandatory reporter guide. Available at: http://www.community.nsw.gov.au/kts/guidelines/documents/mandatory_reporter_guide.pdf. Accessed on October 12, 2014.
7. Statistics Korea. Population Statistics by Age. Daejeon: Statistics Korea;2013.
8. National Emergency Medical Center. 2012 Yearbook of emergency medical statistics. Available at : http://www.nemc.or.kr/egen/filedown.do?fileName=2012_nemc.pdf. Accessed May 15, 2015.
9. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009;373:68-81.
10. Palazzi S, de Girolamo G, Liverani T. Observational study of suspected maltreatment in Italian paediatric emergency departments. *Arch Dis Child* 2005;90:406-10.
11. Gonzalez-Izquierdo A, Woodman J, Copley L, van der Meulen J, Brandon M, Hodes D, et al. Variation in recording of child maltreatment in administrative records of hospital admissions for injury in England, 1997-2009. *Arch Dis Child* 2010;95:918-25.
12. Bengner JR, Pearce V. Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. *BMJ* 2002;324:780.
13. Chang DC, Knight V, Ziegfeld S, Haider A, Warfield D, Paidas C. The tip of the iceberg for child abuse: the critical roles of the pediatric trauma service and its registry. *J Trauma* 2004;57:1189-98; discussion 98.
14. Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, Scheewe DJ, van de Merwe MH, Vooijs-Moulaert FA, et al. Detection of child abuse in emergency departments: a multi-centre study. *Arch Dis Child* 2011;96:422-5.

15. Pless IB, Sibald AD, Smith MA, Russell MD. A reappraisal of the frequency of child abuse seen in pediatric emergency rooms. *Child Abuse Negl* 1987;11:193-200.
16. Sidebotham PD, Pearce AV. Audit of child protection procedures in accident and emergency department to identify children at risk of abuse. *BMJ* 1997;315:855-6.
17. Yamamoto LG, Wiebe RA, Matthews WJ, Jr. A one-year prospective ED cohort of pediatric trauma. *Pediatr Emerg Care* 1991;7:267-74.
18. Wright MS, Litaker D. Childhood victims of violence. Hospital utilization by children with intentional injuries. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:415-20.
19. Ricci L, Giantris A, Merriam P, Hodge S, Doyle T. Abusive head trauma in Maine infants: medical, child protective, and law enforcement analysis. *Child Abuse Negl* 2003;27:271-83.
20. Skellern CY, Wood DO, Murphy A, Crawford M. Non-accidental fractures in infants: risk of further abuse. *J Paediatr Child Health* 2000;36:590-2.
21. Rumm PD, Cummings P, Krauss MR, Bell MA, Rivara FP. Identified spouse abuse as a risk factor for child abuse. *Child Abuse Negl* 2000;24:1375-81.
22. Gunn VL, Hickson GB, Cooper WO. Factors affecting pediatricians' reporting of suspected child maltreatment. *Ambul Pediatr* 2005;5:96-101.
23. Flaherty EG, Sege R. Barriers to physician identification and reporting of child abuse. *Pediatr Ann* 2005;34:349-56.
24. Flaherty EG, Sege R, Binns HJ, Mattson CL, Christoffel KK. Health care providers' experience reporting child abuse in the primary care setting. *Pediatric Practice Research Group. Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:489-93.
25. Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, De Koning HJ, Moll HA. Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatr* 2012;12:167.
26. Woodman J, Lecky F, Hodes D, Pitt M, Taylor B, Gilbert R. Screening injured children for physical abuse or neglect in emergency departments: a systematic review. *Child Care Health Dev* 2010;36:153-64.
27. Louwers EC, Affourtit MJ, Moll HA, de Koning HJ, Korfage IJ. Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. *Arch Dis Child* 2010;95:214-8.
28. Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, Ruige M, van den Elzen AP, de Koning HJ, et al. Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child Abuse Negl* 2014;38:1275-81.
29. DiScala C, Sege R, Li G, Reece RM. Child abuse and unintentional injuries: a 10-year retrospective. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:16-22.
30. Friedlaender EY, Rubin DM, Alpern ER, Mandell DS, Christian CW, Alessandrini EA. Patterns of health care use that may identify young children who are at risk for maltreatment. *Pediatrics* 2005;116:1303-8.
31. TARNlet, Fiona Lecky, Director of the UK Trauma Audit and Research Network, pers. comm., Available at: <http://www.tarn.ac.uk>
32. Laming, L. The Victoria Climbié? Inquiry. Report of an Inquiry. Crown Copyright, London, UK. 2003. Available at: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/273183/5730.pdf
33. Bleeker G, Vet NJ, Haumann TJ, van Wijk IJ, Gemke RJ. [Increase in the number of reported cases of child abuse following adoption of a structured approach in the VU Medical Centre, Amsterdam, in the period 2001-2004]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:1620-4.
34. Sittig JS, Post ED, Russel IM, van Dijk IA, Nieuwenhuis EE, van de Putte EM. Evaluation of suspected child abuse at the ED; implementation of American Academy of Pediatrics guidelines in the Netherlands. *Am J Emerg Med* 2014;32:64-6.
35. Kim K, Lee H, Chung I, Kim J, Kim S. A Qualitative Study on Intervening Work Experiences of Hospital-Based Child Protection Team on Child Abuse Death Cases. *Korean J Soc Welfare*. 2013;65:61-88.
36. Ministry of Health & Welfare, Korean Society of Pediatric Emergency Medicine. Screening tool of child abuse and elderly abuse for health care provider. Ministry of Health & Welfare. 2014.
37. Hebert S, Bor W, Swenson CC, Boyle C. Improving collaboration: a qualitative assessment of inter-agency collaboration between a pilot Multisystemic Therapy Child Abuse and Neglect (MST-CAN) program and a child protection team. *Australas Psychiatry* 2014;22:370-3.
38. Martindale J, Swenson A, Coffman J, Newton AW, Lindberg DM. Recurrent concerns for child abuse: repeated consultations by a subspecialty child abuse team. *Child Abuse Negl* 2014;38:1259-66.