

2019 제9회 맑스코뮤날레

주관단체 세션:
연구공동체 건강과 대안 자료집

(이상윤, 박건)

- . 일 시 : 5월 24일(금요일), 오후1:00-3:00
- . 장 소 : 서강대학교 정하상관(J관) 321호

한국사회 의료 상업화와 노동착취 : 간호노동을 중심으로

이상윤(연구공동체 건강과대안)

1. 현시기 한국의 간호인력 부족 논란의 배경 및 구조

가. 병원간 경쟁의 격화

한국사회에서 환자 유치를 위한 병원 간 '경쟁'은 점점 더 심각해지고 있다. 한국 의료 제도 하에서는 일정 수준 이상의 환자 수 확보가 병원의 유지, 발전을 위해서 중요한 요소이다. 그런데 90년대 중반 이전까지는 전체적으로 병상 자체가 부족했기 때문에 병원간 환자 유치 경쟁이 그리 심하지 않았다. 그러나 90년대 중반 이후 병상 증가로 인해 공급이 수요를 초과하게 되면서 환자 유치가 병원 존립의 중요한 변수로 등장하게 되었다. 본격적인 환자유치 경쟁을 촉발시킨 또 다른 계기는 '서비스 차별화 전략'을 앞세운 서울아산병원, 서울삼성병원 등 대기업 재단 병원의 시장 진입이었다. 대기업 재단 병원의 등장 이전까지는 우수한 의사 인력을 안정적으로 확보할 수 있었던 대학병원이 상대적 우위를 누리고 있었다. 그런데 우수한 의료진과 세계적 수준의 시설과 장비를 갖춘 대기업 재단 병원 등장 이후 이러한 상황은 변하였다. 대기업 재단 병원은 설립 초기부터 장기이식과 같은 고난이도 시술에 연이어 성공하면서 선도병원으로서의 지위를 단기간에 확보하였다. 그리고 '환자 중심' 병원을 표방하면서 기존의 권위적인 서비스 관행을 개선하는 데도 앞장섰고, 그 결과 짧은 시간에 국민들의 기대 수요를 빠르게 잠식하게 되었다.

그 이후 나타난 대기업 재단 병원으로의 환자집중 현상은 의료시설·장비·인력의 고급화를 통한 경쟁관계의 우위를 선점한 선점병원으로서의 차별적 지위를 극대화한 결과라고 할 수 있다. 이후 대기업 재단 병원의 선도적 투자를 뒤따라가기 위한 사립 대학병원, 국립 대학병원들의 적극적인 투자와 서비스 개선 노력이 이어졌다.

현재 대형병원들이 벌이는 시설 확장 및 고급화 경쟁은 시설부족이나 수요예측을 토대로 진행되는 것이 아니다. 이는 치열한 경쟁에서 살아남기 위한 생존경쟁의 귀결이라는 측면이 강하다. 그러므로 적절한 규제 장치가 없는 이상 향후 의료기관 간 환자유치 경쟁은 더욱 치열해 질 가능성이 높다.

나. 병원 노동 환경의 변화

병원 경쟁이 격화됨에 따라 전체 병원의 이윤율은 저하되는 양상을 보이고 있다. 이 개별 병원 차원에서는 노동의 강도를 강화하고 유연성을 증가시키며, 비용을 절감하려는 노력이 치열하게 전개되고 있다. 피나는 비용 절감 노력과 노동 강도 강화 및 노동 유연성 증가 경향은 적극적 병상 확충과 시설 투자와 더불어 최근 병원 환경 변화의 동전의 양면을 이룬다.

특징적인 양상은 병원이 급성기 병상의 환자 재원일수 감소를 위한 노력에 사활을 걸었다는 것이다. 이윤을 재고를 위해서는 병상회전율을 증가시킬 필요가 있는데 이를 위해서는

환자 재원일수를 감소시켜야 한다. 이에 따라 점점 더 병원의 급성기 병상에 입원해 있는 환자의 중증도는 높아진다. 이는 자연스레 간호사의 노동강도를 강화시키는 결과를 낳았다.

병원 간호사 업무의 변화 경향도 두드러진다. 이는 병원 전산화가 진행되면서 더욱 빠르게 변화하고 있다. 이에 따라 병원 간호사의 업무 중 전산 업무 및 행정 업무가 증가했다. 병원 전산화를 이유로 인력 수준을 줄이는 경우도 많은데, 이와 같은 경우에 실제적으로는 전산 업무 부담으로 인해 노동자 한 사람이 행해야 하는 업무가 더 많아지게 된다.

노동의 질을 고려하지 않고 양만을 고려하여 간호 업무에 비정규직을 확대하려는 움직임도 늘어났다. 특정 시간대에만 활용하는 간호사 수가 늘었다.

야간 노동의 양과 강도도 더욱 강해지는 경향이다. 최근에는 야간에 이루어지는 노동의 양을 늘려 전체 노동의 양을 늘리려는 노력이 진행되고 있다. 그 결과 이전에 비해 야간에 이루어지는 검사나 처치의 양이 늘고 있다.

노동 통제를 위해 여러 가지 감시와 통제 수단이 동원되고 있는 것도 최근의 한 경향이다. 최근 병원에도 광범위하게 ERP나 CRM 등의 경영효율화 프로그램이 도입되고 있다. 그리고 제조업에서 이루어지고 있는 다양한 노동 통제 프로그램이 경영 혁신 전략이라는 명목으로 도입되고 있다.

2. 현시기 간호인력 문제 제기의 이유

이상에서 살펴본 바와 같이 현시기 간호 인력에 대한 문제가 제기되는 것은 여러 가지 조건이 반영된 결과이다. 어떤 문제든 문제 제기의 배경에는 특정한 맥락이 있게 마련이다. 간호 인력 문제도 마찬가지다. 한국은 지금껏 꾸준히 간호 인력이 부족했다. 사실 이전에는 훨씬 더 부족했는데 대형병원 위주로 간호 인력 충원이 이루어지면서 그나마 현재는 이전에 비해 나아진 것이 사실이다. 그런데 왜 지금 간호 인력 문제가 불거지고 있는 것일까? 한국보다 훨씬 간호 인력 수준이 높은 선진국에서도 간호 인력 문제는 꾸준히 사회적 논란거리다. 하지만 그곳과 한국은 같은 간호 인력 부족 문제를 논하더라도 그 배경과 구조가 다를 수밖에 없다.

이런 측면에서 최근 드러나고 있는 간호 인력 부족에 대한 논란은 임계점에 다다른 기존 한국의료 체계 모순의 한 현상으로 봐야한다. 상대적으로 낮은 비용, 낮은 서비스 질로도 높은 효과와 만족도를 보였던 한국 의료 체계는 최근 근본적으로 벽에 부딪혔다. 이제는 국민의 만족을 높이고 서비스 질을 높이기 위해 돈이 필요하고 서비스 질이 높아져야 한다는 요구가 생성되고 있다. 대형병원은 정부 규제가 느슨한 틈을 타 이러한 요구를 적극적으로 수용하여 병상 확충, 설비 투자, 인력 충원에 나섰다. 그리고 이러한 양상은 모든 병원으로 퍼져 가야흐로 의료서비스 영역은 무한 경쟁 체제로 돌입하고 있다. 문제는 여기에 있다. 병원 의료서비스 질 향상을 병원 자본의 이윤 동기에 의한 무한 경쟁에 기대고 있는 것, 이것이 현 시기 한국 병원의 근본적 문제이다. 간호 인력 문제는 이 문제로 인해 파생된 부작용의 하나다.

자본의 무한 경쟁에는 양보가 없다. 공동 발전, 상생이라는 개념도 없다. 단지 약육강식, 먹고 먹히는 관계가 있을 뿐이다. 이런 논리가 병원에 도입되면, 의료전달체계나 병원의 지역적 균형 분포와 같은 논의는 설 자리가 없어진다. 그러면 지방의 중소병원은 존립의 근거가 사라지게 된다. 상대적으로 열악한 자본력 때문에 서비스 질 향상을 위한 투자를 감당

하기 힘든 지방의 중소병원들은 서비스 질 향상의 기회를 잃게 되는 것이다. 이는 비단 중소병원만의 문제가 아니다. 대형병원 간호사의 노동의 질 저하도 함께 동반된다. 이윤만 추구하는 대형병원 입장에서는 숙련 노동자를 양산할 이유가 없다. 임금 부담이 높아지기 때문이다. 그러므로 간호사 이직이나 퇴직에 대해서는 관심이 없다. 단지 저임금으로 일할 수 있는 ‘젊고 튼튼한’ 간호사들이 지속적으로 충원되기만 하면 되는 것이다.

3. 현시기 간호 인력 문제의 양상 및 원인

가. 공급 부족보다는 불균형 문제

그러므로 현시기 간호 인력 문제는 간호사 공급 부족의 문제이기보다는 지역별, 병원 의 병상규모별 간호사 인력 수준의 편차가 크다는 것이다. 그리고 이는 병원간의 과당 경쟁으로 인한 것임은 이미 언급한 바 있다.

물론 향후 간호사 공급 부족 문제가 나타나지 않을 것이라는 얘기는 아니다. 향후 한국 병원의 환경이 북구 유럽 수준으로 개선될 경우 엄청난 수의 간호사가 추가로 필요 하게 될 것임을 고려하면 미래에는 간호사 부족 문제가 발생할 수도 있다. 단지 현재 문제의 원인을 간호사 공급 부족 문제로 환원할 수 없다는 것이다. 그러므로 공급 부족 여부에 대한 평가와 대책 마련은 현재 제기되고 있는 더 시급한 문제를 해결한 이후 고려해도 늦지 않다.

나. 숙련 간호사 부족의 문제 : 근본적으로는 노동조건 문제

현시기 병원 간호 인력 문제는 지역별, 병원별 불균형 문제와 더불어 숙련 간호사 부족의 문제이다. 병원에 숙련 간호사가 점점 사라져가고, 그 자리를 신규 간호사나 비정규직 간호사가 채우고 있다는 것이 문제이다. 그리고 신규 간호사의 근무 기간도 점점 짧아져 이직 혹은 퇴직 ‘회전문’의 속도가 점차 더 빨라지고 있다는 것이 문제이다. 이와 같은 현상이 나타나는 이유는 명백하다. 병원의 노동조건이 날이 갈수록 나빠지고 있기 때문이다. 이 역시 날로 격화되어 가는 병원 경쟁으로 인한 것이다. 병원은 경쟁에서 살아남기 위해 비용을 절감하고 노동강도와 노동유연성을 강화하려는데 혈안이 되어 있다. 그리고 그것을 가능하게 하기 위해 간호사들을 강력히 통제하는 시스템을 구축하고 있다. 이러한 상황에서 오랜 시간 버텨낸 간호사들이 적을 수밖에 없다. 많은 간호사들이 늘어나는 업무량, 줄어드는 재량권, 팍팍한 감시와 통제, 늘어나는 노동시간과 야간노동시간 등을 견디다 못해 이직을 하거나 퇴직하게 된다. 이러한 상황은 악순환의 고리를 형성한다.

다. 여성 노동 일반의 문제 및 간호사 정체성의 문제

최근 여성 노동이 증가하고 있지만 그것이 대부분 저임금 장시간 노동 등 노동의 질에 있어서는 문제가 있다는 지적이 많다. 더불어 임신, 출산, 육아 문제가 사회적으로 해결되지 않아 여성 노동 인력의 연령 구조가 전형적으로 ‘좌우가 바뀐 J자’ 구조를 가지는 것도 문제로 지적되고 있다. 이는 대부분의 여성들이 미혼일 때 직장을 가졌다가, 임신, 출산, 육아 등의 이유로 퇴직하게 되고, 아이가 큰 이후 젊었을 때 받았던 임금보다 낮은 임금을 받는

일자리로 편입되는 구조이다. 간호사의 경우도 이와 크게 다르지 않다. 교대노동, 장시간 노동, 높은 노동강도 등으로 인해 많은 간호사들이 결혼 혹은 출산과 더불어 직장을 그만두거나 병원 이외의 일자리를 찾게 된다.

병원내에서 전문직으로서 간호사의 정체성이 위협받는 것도 문제의 한 원인이 된다. 여성이 많은 직종 일반의 문제이기도 하지만 간호사 역시 병원 내에서 자기계발이나 승진의 기회를 가지기가 어렵다. 그리고 병원의 특성상 갖가지 직종의 노동자들이 협력하여 일하게 되는데 그 속에서 전문직으로서 자기 위상에 위기를 겪는 경우가 흔하다. 이는 직종간 혹은 직종내 갈등으로 외화되는 경우가 많은데, 아직도 전근대적인 문화가 일상화된 한국의 병원에서는 이러한 갈등이 증폭되어 간호사들의 이직이나 퇴직을 촉진하기도 한다.

4. 문제 해결을 위해

현재 지방 중소병원들은 고용하고 싶어도 고용할 간호사가 없다. 매년 간호대학을 졸업하고 새롭게 간호사 면허를 따는 이들만 1만 7천 명에 달하고, 간호사 면허를 가지고 있는 이들도 32만 명에 달하는데, 왜 지방 중소병원은 간호사를 뽑지 못하는 것일까?

신규 간호사들은 대부분 수도권 대형병원으로 취직한다. 그런데 대부분 취업한 이후 얼마 되지 않아 그만둔다. 일이 너무 힘들어서, 출산, 육아 등의 문제로 일-가정 양립이 어렵기 때문이다. 간호사들은 왜 지방 중소병원에 안 가는 것일까? 임금 차이가 많이 나기 때문이다. 지방 중소병원에 견줘 수도권 대형병원 간호사의 임금 수준은 최대 2배에 달한다. 다른 일자리에 남녀 임금 격차, 정규직-비정규직 임금 격차 문제가 있다면, 간호사 일자리에선 지역별, 병원규모별 일자리 임금 격차 문제가 존재한다.

간호사 노동시장 이중구조가 고착화되고 심화된 까닭은 정부가 잘못된 정책을 폈기 때문이다. 정부는 간호사 수급 문제를 간호대학 졸업정원 확대 등 간호사 면허자 수를 늘려 해결하려 했다. 이러한 정책은 유휴 간호사 수만 늘렸지 병원에서 실제 근무하는 간호사는 늘리지 못했다. 늘어나는 수에 견줘 그만두는 간호사 수가 더 많았다.

간호사 노동시장 이중구조 개선을 위해서는 정부가 간호사 임금 격차를 해소하고 노동조건을 개선하는 방향으로 정책을 펴야 한다. 동일노동 동일임금 실현을 위해 간호사 최저임금 가이드라인을 설정하고, 지역 공공병원을 중심으로 간호사 인건비에 공공 재정을 투입할 근거를 마련해야 한다. 간호사 노동시간을 단축하고 휴가를 늘려 그 시간에 재충전과 경력 축적 및 재교육이 이루어질 수 있도록 해야 한다. 그래야 간호사 이직률이 낮아지고 지역별, 병원규모별 간호사 인력 수준 차이가 개선된다.

간호사 일자리가 뭐 그리 중요한 일자리라고 정부 재정까지 투입하는 특별한 대책이 필요할까 하는 물음이 제기될 수 있다. 한 사회에서 의료서비스가 가지는 특수성 및 중요성에 대한 사회적 공감대 형성이 선결 과제이다. 한 사회를 건강하게 지탱하는 데 의료가 꼭 필요한 것이라면, 간호사 인력 수준은 환자 안전 및 의료서비스 질을 결정하는 가장 중요한 요인이다. 그간 한국 의료가 외형적 성장 위주의 양적 팽창에 몰두했다면 이제는 질적 성숙으로 나가야 한다. 간호 인력 문제를 해결하지 않고서는 한국 의료의 질적 도약을 이루기는 힘들다. 일자리 정책 측면에서 보더라도 장기 불황시기에 보건의료 및 사회서비스 일자리는 상대적으로 양질의 일자리 확충의 여력이 존재한다. 실제 2008-9년 경제 위기 시기에 OECD 국가 대부분에서 전체 일자리는 줄었어도 보건의료 일자리는 오히려 늘었다. 정부가

적극적으로 보건의료 노동시장에 개입한 까닭이다. 보건의료 일자리 확충은 여성의 일자리 및 사회 참여를 늘린다는 점에서 경제적 선순환 구조를 만들기도 한다.

간호노동을 둘러싼 사회적 담론과 사회적 배제구조: 위계화된 병원 공간과 간호노동의 사회적 가치평가를 중심으로1)

박 건(연구공동체 건강과대안)

연구목적

본 발표문은 병원에서의 간호노동이 위계적인 병원공간과 의료행위, 그리고 의료 노동분업과정에서 어떻게 젠더화되었으며, 이러한 과정을 통해서 간호노동, 혹은 돌봄노동으로서의 간호가 사회적으로 상대적으로 낮게 가치평가되어 있으며, 왜곡된 형태로 사회적으로 인정되어 왔다는 것을 보여주고자 한다. 이를 위해서 간호노동 수행자들에 대한 사회적 무시나 불인정의 과정이 어떻게 병원과 사회에서 이루어지고 있으며, 이를 재해석하고 재의미화할 수 있는 방안을 모색하는 방법을 제시하는 것을 목표로 한다.

이를 위하여 먼저 병원이라는 공간의 특성이 어떻게 노동분업과정에 영향을 미쳤는지 살펴보고자 한다. 이러한 과정에서 단순하게 공간적 특성 뿐 아니라 특정노동의 젠더화 과정이 의료의 노동분업에 영향을 미쳤으며, 병원에서 의료 혹은 의학이라는 개념이 주요 운영원리로 자리잡게 되는 일련의 실천 역시 의료 노동분업에 영향을 미치게 되었다. 그러므로 이러한 내용을 간략히 검토하고, 이 속에서 어떻게 간호노동이 의료의 다른 노동과 다르게 분화되어 왔는지, 그리고 간호노동을 수행하는 간호노동자들에 대한 병원 내외적인 사회적 가치부여 과정을 살펴보고자 한다. 다만, 여기서 언급하는 간호노동은 병원을 중심으로 한 분석이므로, 병원 이외의 공간에서 수행되는 간호노동에 대해서는 추가적인 분석을 통하여 보충되어야 할 것이다.

1. 들어가며

병원은 조직적인 특성을 중심으로 분석되기도 하며, 공간적 특성을 중심으로 설명되기도 한다. 혹은 병원자본의 성격을 중심으로 분석되기도 한다. 따라서 어떤 이에게는 병원은 구성원들의 조직을 위한 자발적 헌신을 통한 갈등해소를 위하여 통제에 의한 일방적인 관리보다 대다수 조직 구성원들의 이해를 바탕으로 하는 자율적 조직의 분위기가 요구되기도 하는 그러한 조직으로 비춰진다(Suh & Lee, 1998, 김세영 · 임세영, 2013:55-56, 재인용). 그러나 폭스(Fox)에게 근대 병원은 관료제적 형태, 정교하고 체계적인 분업과 고도의 전공, 책임, 권한, 권위의 전문화에 기초한 합리적 조직이며 다양한 지위, 역할, 직책이 위계서열의 원리에 의해 짜여지고 초개인적 규칙이나 규범에 의해 통제되는 조직으로 제시된다(1993: 268). 병원의 공간적 측면에서 보면, 자본주의 통치공간의 하나로서의 병원은 체제유지를 위한 정상성과 위생권력을 위한 훈육과 통제 공간이기도 하며, 노동력 재생산 공간

1) 본 발표문은 아직 완성되지 않은 미완성 형태의 발표문입니다.

으로 분석되기도 한다(변혜진, 2013:8).

병원이라는 곳은 물리적 공간이지만, 동시에 특정한 관계를 지속적으로 재생산하는 관계망의 연속으로 구성되어 있으며, 이러한 관계망은 대개 전문적 권위에 의해 뒷받침된다. 위계적인 병원 내에서 발생하는 일부 자율성 역시 이러한 권위를 근간으로 발생하고 있으며, 이는 전문적 권위로 뒷받침된다(폭스, 앞의 책: 269). 이러한 전문적 권위는 병원에서의 치료행위가 어떤 과정에 근거하여 이루어지고 있는지, 그리고 그러한 과정에 대한 사회적인 가치평가의 수준 속에서 결정되는데, 그러한 전문적 권위에 대한 판단은 병원이라는 공간이 특정 형식의 공간으로 변화되는 과정과 근대 의학이 그러한 과정에서 어떻게 발전되어 왔는지 등에 따라 결정되기도 한다.

병원이라는 조직은 도제적이고 위계적인 특수한 조직으로 평가되기도 하는데(이혜용, 2014: 134), 특히 한국의 병원공간은 이른바 ‘생명을 다룬다’ 이유로 이러한 위계성과 권위성, 혹은 수직적 관계를 당연히 하고 있다. 병원 내 의사들의 의사소통에 대한 전반적인 실태를 분석한 논문에 따르면, 이들 의사들의 의사소통에 대한 전반적인 규정은 위계적이고 권위적인 것으로 드러났다(이혜용, 앞의 글). 병원과 유사한 것으로 항상 비유되고 있는 군대, ‘총성없는 전쟁’이나 24시간 이어지는 ‘전투’ 같은 용어를 사용하여 군대와 자주 비교되는 것은 단순히 은유적인 표현만은 아니다. 군인들처럼 수행하는 일의 종류, 소속부서, 서열상 위치에서 자신이 누구인지를 식별해주는 제복을 입는 것(폭스, 1993: 278)을 보더라도 상징적인 비유 이상의 연관성을 가지고 있다는 점이 드러나기도 한다.²⁾ 다만 중세병원이 주로 여행자나 병자들을 위한 안식처로서 가난한 환자를 보호하는 장소로 이용되었던 것(고명숙 외, 2011:205)과 달리,³⁾ 근대적 병원은 돌봄이나 보호의 장소가 아니라 특정한 질병을 치료하는, 전투적 용어로 빌어 표현하면 질병과의 전쟁을 통하여 질병을 제거하는 것을 목적으로 하는 곳이 된다. 환자의 wellbeing이 아니라 환자를 without disease의 상태로 만드는 것에 초점이 있다는 점에서 돌봄이나 전일적 건강(wholistic health)은 병원 조직 내에서 부차적인 것으로 치부된다.

그러나 병원이 위계적인 조직문화를 가지고 있다는 것은 단순히 의사소통 수준에서의 위계성을 의미하는 것이 아니다. 병원에서의 주요 행위, 즉 치료 행위가 이루어지는 과정 자체가 위계성을 갖고 있다는 것을 의미하며, 오히려 이러한 위계성이 병원 조직 내로 침투되는 과정이라고 볼 수 있다. 앞선 폭스의 연구에서의 병원에서의 자율성은 전문적 권위에 의해 보장되지만, 이러한 자율성은 다른 한편 철저한 노동분업과 위계적 질서 속에서 구현된다. 예를 들어 간호사가 수행하는 환자의 진단, 치료, 보호에 관계된 것은 의사의 명시적 지시 하에 수행되며, 이들 지시는 문서로 공식화되고 기록되며, 도덕적·조직적으로 뿐 아니라 법적으로도 구속력을 지닌다(폭스, 앞의 책: 270).

2. 의료과정의 젠더화된 노동분업

-
- 2) 근대적 의미의 국가정치에서는 ‘누가 죽어야 하는지 결정하는’ 것이 중심이었다면, 현대적 수준의 정치는 ‘누가 살아야 하는지 결정하는’ 것이 중심이라는 점을 생각한다면, 현대적 병원이야말로 현대 정치에 어울리는 공간이자 조직일 수 있다.
 - 3) 전근대적 병원이 그렇게 사용될 수 있었던 것은 종교적 신념과 필요에 덧붙여 환자를 가정에서 돌보던 관습이 결합된 결과로 보이지만, 근대적 병원의 변화는 과학기술의 발달이나 생명정치의 측면 등에서 살펴볼 필요가 있다. 또한 근대 한국사회에서 죽음을 맞이하는 장소가 집에서 병원으로 급격하게 이동한 것도 그러한 측면이 어느 정도 작동한 것으로 보인다.

앞서 병원과 군대의 유사함은 군사주의라는 관점에서 볼 때도 공통점이 있다. 즉, 군사주의는 가부장제와의 결합 없이는 유지되기 힘든데, 군사주의는 이러한 집단적 폭력이 가능하며, 그러한 집단이 유지되기 위해서는 이른바 전사로서의 남자다움과 그런 남자다움을 보조하고 보완하는 여자다움의 사회적 형성과 함께 이런 집단의 유지 보존을 위한 훈련과 단일적 위계 질서에 근거한 역할분업들을 자연스럽게 보이도록 하는 여러 제도적 신념적 장치들을 포함하는 개념으로 볼 수 있다(Enloe, 2000, 권인숙, 2007:5 재인용). 즉 의료행위 전체의 과정에서 나타나는 위계적 질서와 역할분업을 자연스러운 것처럼 만드는 제도와 신념적 장치가 병원에서의 의료행위 과정에 내재적으로 녹아들어 있다고 할 수 있다. 이 속에서 간호노동은 특정한 의료행위를 보조하고, 수술전후의 돌봄을 책임지는 부차적인 위치이자 종속적인 역할을 담당하는 사람으로 정체화되고, 이 과정에서 역할분리는 매우 자연스러운 것으로 나타난다.

군대 내 간호장교의 경우 백의의 천사, 헌신, 봉사 등의 이미지가 극화되면서 어머니의 품성과 여성적 희생정신이 요구되는 이들로 분류되는 것은(권인숙, 앞의 책: 6) 의료인으로서의 정체성과 함께 여성으로서의 정체성이 사회적으로 강제된다는 것을 의미한다. 간호장교 뿐 만이 아니다. 전통적으로 여성의 직업으로 간주되어 왔던 간호노동 종사자에 대해 사회는 모성적 돌봄을 강요하였고, 오랫동안 간호는 가정 안에서 어머니로 대표되는 여성에 의해 자녀양육과 가사노동이라는 형태로 혼재된 형태로 존재하였으며, 결국 사회에서 간호노동에 부여하는 사회적 가치는 가사와 양육업무의 연장선 속에서 해석되어 왔다(강성례·이혜경:57). 간호사라는 이미지가 양육이라는 고정된 관념을 유지하도록 하고 있고, 타인의 요구에 언제나 응하는 자기희생적 여성상을 지속시키고 있다는 것이다(이명선, 2005: 917).

그런 의미에서 서구에서와 마찬가지로 한국에서도 여성인 의녀가 의사의 보조적인 역할을 담당해왔다는 점은 우연이 아니다. 전통적으로 여성노동을 통제하는 가부장적 양식은 3가지로 구분되는데, 포용/배제/분리의 3가지 개념을 생각해볼 수 있다(Witz, 1992). 여기서 젠더화된 배제전략은 직업 노동시장에서 보상과 기회에 관하여 남성의 특권화된 접근가능성을 보장하기 위하여 사용되었고, 여성에 관해서는 젠더화된 배제라는 집합적인 기준을 사용하였다. 즉, 직업 사이에 경계선을 만들고 통제하였는데, 이러한 개념은 라르킨이 언급한 ‘직업적 제국주의’과정에서도 드러난다. 이에 따르면 독특한 기능영역 내의 노동의 직업적 분리와 남성지배 직업에 여성이 종속적인 형태로 존재하도록 여성을 그 속에서 가두어 두고 지속적으로 관리하는 형태를 취한다(Witz, 1992).

서구유럽에서 19세기 초 의료서비스 시장의 팽창과 발전은 직업적 전문주의가 등장할 수 있는 사회적 맥락을 제공하였는데, 이 속에서 여성들은 가족관계 외부의 전문화된 교육과 훈련에서 배제되었고, 신흥전문직인 의사직업에서의 배제, 즉 의료행위 자체에서 일차적으로 배제되게 된다(Witz, 1992). 이러한 것에 대해 클라크는 “여성은 잊혀졌고, 새로운 경제조직의 필요에 맞게 그들을 훈련시켜 사회적 지위를 조정하려는 어떤 시도도 없었다. 그리고 그들이 확장된 노동시장에 들어갔을 때, 개별적으로 노동시장에 진입하였고, 남성관계에 의한 투쟁에 보호되지도 못했다.”고 평가하기도 하였다(Clark, 1919, Witz, 1992 재인용). 이러한 일차적인 의료행위에서의 배제는 이후 시간이 경과되면서 여성에게 일부 문호를 개방하는 것으로 변화되었지만, 여전히 주류가 되지 못했고, 집합적 의미에서 여성에게 문호를 개방한 것이 아니라, 개별여성에게 문호를 개방하는 형태로 전환되었다. 그러나 이차적 수준에서의 의료 행위의 노동분업은 인접한 직업 간의 통제 기제를 통하여 제시되었다.

즉, 간호사라는 여성특화 직업을 의사에게 종속적인 형태로 발전시키면서 의료 노동분업을 발전시켜온 것이다(박건, 2018: 6).

3. 돌봄의 관점에서 간호노동에 대한 사회적 가치평가

간호노동의 특성은 여러 가지로 정의할 수 있겠으나, 가장 대표적인 관점 중 하나는 돌봄 노동으로서의 간호노동이다. 이에 대해 여러 가지 주장이 있으나, 간략히 요약하면 간호경험을 여성적인 것과 연관시켜 주관성, 직관적 사고, 총체성, 영성 등을 가치화하는 입장이다(Chinn, 1989, 이명선, 2005:916, 재인용). 예를 들어, 베너 & 부르벨(Benner & Wrubel)은 간호에서 돌봄이 치료와 치유의 핵심임을 밝히고, 간호의 전문성과 더불어 간호사의 핵심요소로서 돌봄의 틀을 제공하기도 하였다(이명선, 2005: 918). 이러한 돌봄의 윤리는 주로 페미니스트 간호를 주장하는 사람들에 의해서 간호노동의 핵심으로 간주되었는데, 진 왓슨의 경우 간호의 기본윤리를 구성하는 것이 돌봄의 철학과 과학이라고 주장하기도 하였다(Porter, 1998: 189). 돌봄은 또한 간호행위의 모범이라는 점에서 도덕적 이상임과 동시에 예술로 평가하여 간호윤리 그 이상의 어떤 것임을 보여주고자 하는 시도도 있다(공병해, 2002: 371).

그러나 간호노동의 중요한 특성으로 돌봄의 중요성을 제기하는 것은 역으로 현재 우리 사회 내에서 저평가되어 있는 돌봄노동 자체와 맞물리면서 그다지 큰 반향을 불러 일으키지 못하고 있다. 여전히 부차적인 것으로 돌봄을 평가하고 있는 사회적 조건 속에서 돌봄을 강조하는 것의 한계를 보여준다고 할 수 있다. 그러한 원인에 대해⁴⁾ 트론토는 돌봄은 남성이 공적영역에서 생산적인 일을 하는 대가로 여성이 해야 하는 일로 인식되었고, 남성의 무임승차 승인과 남성우위적인 논리를 확립시킴으로서 현재에도 돌봄노동의 성별화된 고정관념이 고착되어 있다고 평가한다. 또한 돌봄노동의 대가를 바라보는 구조적 차이로 인해 돌봄노동이 낮은 계급의 일자리로 자리잡게 되면서 저평가되었다고 분석한다. 즉, 사회제도와 관습이 구조화됨에 따라 돌봄노동에 억압의 패턴이 내장된 것으로 보았다.

이렇게 돌봄 자체가 사회적으로 낮은 인식을 가지고 있는 상태에서 간호노동의 돌봄에 대한 사회적 가치를 상승시키는 것, 혹은 돌봄에 대한 정당한 사회적 가치평가가 이루어질 수 있도록 만드는 것만으로는 간호노동의 돌봄적 성격을 부각시켜 정당한 가치평가가 이루어지게 할 수 없을 것이다. 이러한 과정은 전 사회적인 문화적 가치해석 투쟁(이른바 인정투쟁)을 통해서 가능한데, 돌봄노동을 비롯하여 기존에 정당하게 평가되어 오지 못한 다양한 노동 전체에 대한 사회적인 가치를 재의미화하는 과정을 통해서 가능하다. 그리고 병원이라는 공간이 사회 전체의 건강과 보건이라는 의미 속에서 어떤 역할을 해야 하는지에 대한 고민 속에서 공간과 역할의 성격과 의미의 변화 즉, 사회적 건강증진의 목표를 사회적으로 어떻게 구현하는가에 대한 방향성의 전환 속에서 병원의 위상과 역할이 함께 고민되어야만 가능한 전략일 것이다. 그런 의미에서 이런 전략은 장기적인 전략과 시간이 요구되는 것이며, 직접적으로 가능한 것은 병원 조직 내에서 간호노동을 수행하는 사람들에 의한 적극적 참여를 통한 자기실현을 이루어내는 것이며, 자기결정구조를 만들어가는 것이다. 이것의 외화된 형태는 노동조합, 병원모니터링, 병원 행정에 대한 참여나 지역시민들과의 연대 등의 방법

4) 돌봄노동의 저평가된 원인에 대해서는 트론토(Tronto, 2014)의 논의를 구미영 등의 보고서에 재인용하였다(2018).

이 사용될 수 있을 것이다.

4. 병원 내 자기실현 및 자기결정구조에서의 배제

자본주의에서 대표적인 사회적 관계 형태는 회사이며, 이러한 관계에서의 정의실현의 원칙은 업적원리이며(Miller, 1999), 인정의 관점에서 보면 ‘사회적 가치부여’라는 형태로 표현된다. 개인들은 자신들의 독자적인 가치를 인정받고자 하는데, 이는 ‘사회적 가치부여’의 형태로 이루어진다. 예를 들어 전근대적 상황에서는 신분적 질서에 따라 이러한 사회적 가치부여가 이루어져 왔다. 즉, 자신이 얼마나 사회에 기여할 수 있는지에 대한 개별적 속성에 대한 판단과는 무관하게 신분에 고착된 가치가 반영된다. 사회적 명예라고 한다면 특정 집단에 헌신된 역할을 개인이 얼마나 잘 수행했는가에 따라 개인에게 주어지는 가치평가체계인데, 신분질서에 따른 가치부여의 과정에서의 대항이나 헌신은 모두 개성화 과정의 상실로 나타난다. 반면 근대사회에서는 사회적 목표를 실현하는데 각 개인성의 사회적 ‘가치’가 얼마나 기여할 수 있는지 혹은 이미 했는지에 따라서 이루어진다(호네프, 1996:210). 이 속에서 사회적 명예의 개념은 위신의 개념으로 변화되고, 개인적으로 명예를 집단이나 신분이 아닌 개인에게 고착시키는 것으로 나타난다. 따라서 구체적 개인은 사회적 목표를 자기실현을 통해 기여하는 정도에 따라서 사회적 인정을 받게 된다(호네프, 1996:216). 호네프에 따르면 이러한 자기실현 방식에 부여된 가치를 해석하는 것이 사회적 목표를 지배하는 해석과 관련이 되어 있고, 이러한 이차적 해석행위를 문화적인 장기투쟁으로 파악하고 있다.

이제 병원이라는 공간을 살펴보자. 병원은 두 가지 권위기반, 즉 행정적 권위기반과 전문적 권위기반 위에서 움직이는데, 보건 전문인과 의료행정 전문가들의 조정에 의해서 그러한 권위사이의 갈등과 긴장은 조정되거나 무마된다(폭스, 1993: 69). 전문적 권위기반은 의료행위에 있어서 의사들의 행위를 중심으로 관리되고, 조정된다고 한다면 행정적 권위기반은 의료행정 전문가들의 조정에 의해 관리된다고 할 수 있다. 한국의 경우 의료법 제33조에 따라 종합병원, 병원, 요양병원 또는 의원인 경우에는 의사만이 개설할 수 있도록 되어 있는 등 의료인이 아닌 자는 의료기관을 개설할 수 없도록 규정하고 있다. 이에 근거하여 병원의 대표는 의사가 하고 있으며, 병원장 뿐 아니라 특히 대학병원을 비롯한 주요 병원의 경우 주요 보직은 의사들이 맡고 있는 경우가 대부분이다.⁵⁾ 의사집단은 한편으로는 전문직 권위에 기대고, 다른 한편으로는 의료행정 전문가들의 도움을 받은 ‘보직’제도를 통하여 병원공간에서의 자율성을 최대화하고 있고, 이른바 빅5라고 불리는 병원들의 경우 모두 대학과 연계되어 있어, 이들 보직의사들은 교수이자 병원의 의사이며, 관리자의 역할을 하고 있다.⁶⁾ 이러한 점에서 병원 조직의 의사 중심성(혹은 기술중심성)은 여전히 지속되고 있으며,

5) 병원과 반대로 보건소의 경우 비록 「지역보건법」에 근거하여 의사면허 소지자 이외에 보건계열 공무원이 보건소장이 될 수 있다고 규정하고 있어, 2013년 기준 전국 254개 보건소 중 의사가 보건소장을 맡고 있는 경우는 40% 정도로 나타나고 있다. 물론 보건소는 병원의 역할 이외에 포괄적 수준의 지역보건활동을 하고 있다는 점에서 차이가 있을 수 있고, 임금 등의 문제로 의사들이 비수도권, 비도심 지역의 경우 근무를 기피하는 점 등이 고려되어야 할 것이지만, 보건과 건강이라는 관점에서 본다면 보건소에는 의사 이외의 다양한 직군들의 역할이 필요하며, 보건소장으로 반드시 의사가 필요한가에 대한 점을 반증하는 것이기도 하다.

관련 현황에 대해서는 <https://www.medigatenews.com/news/1878730603> “의사 보건소장들의 쓸쓸한 현실” 메디게이트 뉴스, 2015년 11월 25일 참조.

6) 의과대학 교수는 병원과 의과대학의 각종 보직을 맡게 되며 교육자, 감독자, 연구자, 행정가 등의 직무가 겹치는 등 격무에 시달리고 있어 전문직업성의 가치와 정신에 집중해야 한다는 분석이 있다. 이에 대해서는 권복

상대적으로 다른 직군, 대표적으로 간호직군의 조직 내 배제 역시 지속되고 있다고 할 수 있다.

간호노동 종사자의 경우 자기실현의 한 형태로 병원에서의 간호노동자로서의 삶을 선택하였다. 여기서 자기실현의 보장은 단순히 사회적으로 간호노동의 가치를 인정하겠다는 선언수준으로 정리되는 것이 아니다. 왜냐하면 호네트가 치열한 해석투쟁이라고 언급한 것은 단순한 투쟁 그 이상의 사회적 변화를 수반하는 것이기 때문이다. 이에 대해 호네트는 구체적으로 표현하지는 않았지만, 프레이저는 참여 동등(participatory parity)으로 이를 구체화하였다. 즉, 참여 동등을 보장하기 위해서는 사회의 모든 성원이 타인과 동료로서 상호작용할 수 있는 사회적 배치를 허용해야 하며, 이는 물질적 자원의 재분배, 제도화된 문화적 가치의 재의미화, 자기결정구조에 대한 참여의 3차원적 수준에서의 조건이 요구된다(프레이저, 2016). 그리고 이러한 것이 보장되지 않은 경우에 당사자는 사회적인 무시와 모욕을 경험하게 된다. 구체적으로 병원에서의 간호노동 종사자에 대해 살펴보자. 정당한 사회구성원으로서 타인과 상호작용할 수 있도록 할 수 있게 하는 문화적 가치에 대해 살펴보면 간호노동 종사자의 역할이나 직업적 한계는 명확할 뿐만 아니라 종속적이고 부차적인 형태로 그려진다. 이들 종사자의 자기실현을 위한 기존의 문화적 가치부여 상황은 타인을 돌보는 데에서 비롯하는 즐거움이나 노력들에서 찾도록 의미를 협소화한다. ‘돌봄노동자는 누가 돌보나’라는 말에서처럼 즐거움이나 노력들 이외의 다른 여러 가지 것들이 필요함을 드러내고 있다.

“간호사는 절대 이기적이면 안되는 직업이었다.....나는 내 이익보다는 돌봐야 하는 환자가 우선이라고 대답했을 것이다. 하지만 그게 아니었다. 간호사라는 직업은 제대로 된 돌봄을 받아야만 받은 돌봄을 그대로 환자에게 베풀 수 있는 직업이었다. 그 누구의 보호도, 돌봄도 받지 못한 채 내 환자들에게 무한한 돌봄을 베푼다는 것은 시간이 지날수록 나의 영혼을 갉아먹는 일이었다.”(김현아, 2018:56)

병원이라는 사회적 관계 속에서의 자기실현은 단순히 직업에서 오는 즐거움이나 보람에서만 찾아지지 않는다. 구체적인 노동을 수행하는 사람으로서 자신의 노동에 대한 정당한 대우(임금체계나 문제를 넘어서는)를 포함하는 구체적이고도 다양한 측면에서 이루어지게 된다. 간단히 정체성의 측면에서 보더라도 간호노동종사자의 정체성은 단일하거나 획일적인 것도 아니면 항상 그 자리에 머무르는 것도 아니다. 결국 문화적 측면에서 보면, 한편으로는 간호사의 역할이나 직업적 한계를 명확히 하면서 종속화하고, 다른 한편으로는 환자의 생명존중, 보람을 중시해야 한다는 식으로 특정방향으로 식민화하고 있다. 예를 들면, ‘간호를 비롯한 돕는 전문직이 직면하고 있는 어려움은 물질적 보상과 이익을 성공의 척도로 여기는 현대 사회에서 자기현신을 바탕으로 대상자에게 개별적인 돌봄을 수행해야(장금성 외, 2015: 151-152)’ 한다는 점을 강조함으로써 이 속에서 다양한 간호노동종사자들의 다양한 자기실현방식, 대표적으로는 노동자로서의 자기 정체성이라는 측면은 왜곡되거나 애써 무시되고 있다.

다음으로는 자기결정과정에서의 배제의 측면을 이야기할 수 있다. 병원이라는 공간 속에서 이루어지는 많은 결정은 간호노동 종사자의 노동과 일상을 규율하는 정책과 연관된다. 프레이저는 이를 ‘대표’라고 정의하였고, 참여동등을 보장하기 위한 정치라는 제3의 정의원리로 구체화하였다. 보통 이러한 측면은 현실 정치공간, 특히 국가를 상대로 하는 정치공간

규(2011) 참조.

을 규율하는 원리로 이해될 수 있으나, 구체적인 작업장을 고려한다면 이러한 공간 역시 ‘대표’라는 원리를 적용할 수 있다. 예를 들면, 병원공간에서 간호노동 종사자가 획득할 수 있는 권력을 최소화하고, 이 속에서 간호부서에 대한 독립권을 간호노동종사자에게 부여함과 동시에 다른 병원정치에 대한 측면을 배제하는 과정으로 드러난다. 결국 의사는 권력의 하부 대리인으로 작동하게 되며, 이들 의사들이 누릴 수 있는 권력의 크기는 병원자본의 입장에서 본다면 통제가능한 수준에서 최대화시키는 과정 속에 편입된다. 자기에게 영향을 미치는 정책이나 결정에 대해서 본인이 결정할 수 없다는 것은 동료로서 사회적 상호작용을 할 수 있도록 하는 참여동등 원칙을 부정하는 것임과 동시에 자기실현과 자기결정을 동시에 부정하는 것이지만, 이러한 결정구조에 대한 배제는 체계적이고 젠더화되어 있다.

5. 결론에 대신하여 : 참여 동등의 공간과 구조 만들어가기

그렇다면 어떻게 간호노동종사자들 뿐 아니라 다양한 병원 구성원들이 서로 동료로서 정당하게 상호작용할 수 있는 공간과 구조를 만들어 갈 수 있을 것인가?⁷⁾ 앞서 언급했듯이 참여 동등을 보장할 수 있는 물질적, 문화적, 정치적 조건의 보장을 어떻게 특정 작업공간 내에서 구현할 수 있을 것인가의 측면에서 이를 검토해 볼 수 있을 것이다. 호네트에게는 문화적 가치해석 투쟁이라고 이야기되었던 그러한 과정을 전 사회적인 차원에서가 아니라 구체적인 공간에서 수행하는 방식에 대한 문제로 전환시키는 과정에서 이야기 될 수 있을 것이다. 먼저 프레이저의 입장에서 보면, 제도적으로 위계화된 문화가치로 인하여 자신이 필요로 하는 위치를 거부당해서 동등하게 상호작용하는 것을 방해받는 것을 생각해볼 수 있다(프레이저, 2016: 429). 간호노동 종사자에게 부과되어 있는 젠더화된 가치도식들의 문제, 종속적이고 부차적인 이미지들로부터 실제로 이들이 소통의 과정에서 배제되고 무시되어 왔으며, 특히 병원이라는 공간에서 온전한 상호작용의 파트너로서의 지위가 부정되어 왔다. 이것은 한편으로는 극단적으로 임신순번제와 같은 형태로 비공식적으로 제도화되기도 하지만, 다른 한편으로는 이중 유리천장의 형태로 존재하기도 한다.⁸⁾ 이렇게 제도적으로 위계화된 문화가치는 법제화되어 있기도 하며, 정책이나 전문가의 실천을 통해 제도화되기도 하고, 다른 한편으로는 관념의 패턴, 지속적 관습이나 시민사회의 굳어진 사회적 관행 등을 통해서 드러나기도 하지만, 어떤 경우든 제도화된 문화 가치 패턴들이 종속적 행위자가 사회의 온전한 구성원이 될 수 없도록 하고, 동료로 참여하지 못하게 한다는 것은 마찬가지로 이다(프레이저, 2016: 213).

다른 한편, 특정 제도적 현장에서 참여 동등을 방해하는 이러한 조건들을 어떤 방식으로 해소할 수 있을 것인가에 대한 부분이다. 프레이저는 주로 정치 차원에서, 영토국가의 경계 차원에서 누가 대표가 될 수 있을 것인가의 문제를 다루었지만, 이 문제를 좀 더 작은 차원

7) 병원은 의사나 간호사 뿐 아니라 다양한 직군과 역할을 담당하는 종사자들이 존재한다. 따라서 각각의 세부적인 직군들마다 경험하고 있는 물질적, 문화적, 정치적인 수준에서의 무시나 불인정의 순간의 차이가 있을 수 있고, 추가적인 분석이 필요하지만, 이 글에서는 간호노동종사자에 집중하여 원칙을 중심으로 정리하고자 한다.

8) 병원공간 내에서 1차적 유리천장은 의사 직군 이외의 다른 직군들은 승진 등에 있어 한계가 주어지고, 2차적 유리천장은 유리천장을 뚫고 들어온 여성 의사들에 대한 한계로 작동하는 방식으로 생각해볼 수 있다. 물론 직군별로 주어지는 한계는 유리천장이 아니라 콘크리트 천장으로 봐도 무방하다. 본래 이중 유리천장(dual glass ceiling)은 아시아계에 가해지는 천정과 여성에게 가해지는 천정을 합쳐서 사용한 말로, 대나무(아시아계) + 유리(여성)의 이중 유리천장을 의미하는 말로 본래는 사용되었다.

의 문제로 접근하여 다루어 볼 수 있을 것이다. 프레이저의 논의의 흐름은 경계와 대표의 문제로 나아갔지만, 결국 그 핵심에는 의사소통행위이론의 핵심 원리, 즉 결정에 영향을 받는 모든 사람이 결정의 주체로 나아가야 한다는 논리가 바탕이 된다. 그러므로 굳이 프레이저의 논의가 아니더라도 참여 동등을 부정당하고 있는 간호노동 종사자들의 조건을 어떤 원칙 내에서 해결할 수 있을 것인가의 문제를 이러한 과정을 통해서 해소할 수 있을 것이라고 생각한다. 자신의 존재조건에 대해서 영향을 미칠 수 있는 정책이나 규제 등에 대해서 스스로 선택하고 논의할 수 있는 구체적인 방법과 장소를 해당 작업장에서 만들어 주지 않는다면, 누군가의 대리인으로서의 역할, ‘옹호자’로서의 역할만이 자신에게 남겨진 최선의 역할이 되는 불행한 상황을 어떤 이는 맞이할 것이다.

다만 이러한 전반적인 노력이 병원 내에서만 이루어지는 것이 되어서는 안 될 것이다. 예를 들어, 돌봄노동에 부착된 종속성, 부차성이라는 관념이 사회적으로 폐기되지 않는다면, 병원 내 간호노동 종사자의 돌봄을 사회적으로 정당한 것으로 인정하는 것은 어려운 일이 될 것이다. 또한 병원이라는 공간이 포괄적 의미에서의 건강과 돌봄, wellbeing의 장소의 일부로 포섭되지 않는 한, 병원에서의 돌봄노동은 여전히 부차적인 노동으로 남겨질 것이다. 마찬가지로 병원 내 다양한 직군과 역할 등에 대해서 위계적인 노동분업과 특정 노동에 대한 과도한 의미부여라는 기존의 관념과 조직체계가 지속된다면, 해당 노동을 하는 직군의 사람들과 해당 노동을 분리하지 않고 집단적으로 사고함에 따라 여전히 병원공간에서의 정치적 주체로서 누군가를 배제하는 일이 발생한다면, 그것 또한 반드시 해결해야만 하는 선결과제가 될 것이다. 그래서 해결책은 종합적인 노력과 시선이 필요하다는 것을 다시 이야기하고자 함은 아니다. 원칙을 되새김질 하자는 의미일 뿐이며, 우리는 당장 무엇을 할 것인가에 집중하고자 할 때 준거점을 확인할 필요가 있다는 의미이다. 그런 의미에서 먼저 병원에 집중하는 것, 간호노동 종사자들이 자기실현과 자기결정할 수 있는 구조를 병원 내 만들어 가는 것, 그 과정에서 다양한 이해관계자들과 부딪히고, 시민사회와 이야기하기 시작하는 것 그것으로 시작할 필요가 있다는 것을 다시 강조하면서 발표를 마치고자 한다.

참고문헌

- 강성례 · 이해경. 2012. “30대 기혼 여성간호사의 노동과 소진경험에 관한 현상학적 연구”, 『여성학 논집』 제29집 1호, pp.41-78.
- 고명숙 외. 2011. 『간호학 개론』. 수문사.
- 공병혜. 2002. “돌봄의 윤리를 위한 미감적-윤리적 패러다임”, 『대한간호학회지』 제32권 제3호, pp.364-372.
- 구미영 외. 2018. 「돌봄노동의 사회적 가치에 대한 해외정책사례 연구:노인요양보호사를 중심으로」, 한국여성정책연구원.
- 권복규. 2011. “한국 의과대학과 대학병원에서의 의학전문직업성의 의미” 『대한의사협회지』 제54권 제11호, pp.1146-1153.
- 권인숙. 2007. “간호장교의 정체성, 역할과 의식” 『여성학논집』 제24집 1호, pp.3-41.
- 김세영 · 임세영. 2013. “병원 조직문화에 대한 탐구: 서번트 리더십 교육자의 관점에서” 『질적 연구』 제14권 제1호, pp.55-69.

- 김현아. 2018. 『나는 간호사, 사람입니다』. 쌤앤파커스.
- 박 건. 2018. “젠더와 간호노동” 『의료와 사회』 제9호, pp. 6-18.
- 변혜진. 2013. 「공간이론으로 본 한국병원의 자본축적 분석」. 건강과 대안 이슈페이퍼.
- 이명선. 2005. “한국 간호학문에서의 페미니즘”, 『대한간호학회지』 제35권 제5호, pp.914-923.
- 이혜용. 2014. “병원 조직 내 의사 간 커뮤니케이션 실태와 개선방안-위계적 의사소통 체험을 중심으로”, 『언어와 언어학』 제65집, pp.133-162.
- 장금성 외. 2015. 『간호 윤리학과 전문직』. 현문사
- 조금숙. 2015. 「여성들의 산부인과 진료경험으로 본 간호사의 돌봄노동」. 계명대 여성학과 석사학위논문.
- 폭스, 르네이 C. 1993. 『의료의 사회학』. 조혜인 역. 나남출판사.
- 프레이저, 낸시 외. 2016. 『불평등과 모욕을 넘어』 이현재 외 역. 그린비
- 호네프, 약셀. 1996. 『인정투쟁』. 문성훈·이현재 역. 동녘

Porter, Sam. 1998. *Social Theory and Nursing Practice*. PALGRVE: NY

Witz, Anne. 1992. *Professions and Patriarchy*. Routledge: London.

Miller, David. 1999. *Principles of Social Justice*. Cambridge, Mass: Harvard Univ. Press.