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

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

동적 건강 개념을 통한 다층적 돌봄의 논리 구성

-건강 인식의 윤리를 위하여-

연세대학교 대학원

인문사회의학협동과정

차 현 재

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

동적 건강 개념을 통한 다층적 돌봄의 논리 구성

-건강 인식의 윤리를 위하여-

지도교수 여 인 석

이 논문을 박사 학위논문으로 제출함

2025년 7월

연세대학교 대학원

인문사회의학협동과정

차 현 재

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

동적 건강 개념을 통한 다층적 돌봄의 논리 구성

차현재의 박사 학위논문으로 인준함

심사위원장 여인석 (서명)

심사위원 최은경 (서명)

심사위원 김준혁 (서명)

심사위원 이일학 (서명)

심사위원 조태구 (서명)

연세대학교 대학원
인문사회의학협동과정

2025년 7월

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

감사의 글

박사과정에 입학한 지 5년이라는 시간이 흘렀습니다. 2020년 봄, 코로나 팬데믹이 시작되며 비대면으로 학업을 시작했던 기억이 아직도 선명합니다. 그동안 다양한 연구와 업무를 병행하며, 결혼이라는 인생의 큰 전환점도 맞이했습니다.
입학 초기에는 의학과 철학·윤리학의 경계에서 제 위치를 찾는 것이 쉽지 않았습니다. 그러나 의료인문학의 학문적 정체성에 대한 지속적인 성찰을 거치면서, 기존의 의료 체계가 충분히 돌보지 못했던 영역들을 비판적으로 조명하고 이를 돌보는 것이야말로 이 학문의 역할이라는 확신을 갖게 되었습니다. '돌봄'이라는 주제로 학위논문을 작성하겠다는 목표는 막연하기도 했지만, 많은 분들의 도움으로 마침내 결실을 맺을 수 있었습니다.
먼저 지도교수이신 여인석 교수님께 감사의 말씀을 올립니다. 수업에서 풍부한 연구 질문들을 제시해주시고, 학술적 엄밀함과 명료한 글쓰기의 중요성을 가르쳐주셨습니다. 헤매는 제자를 인내심을 갖고 이끌어주신 은혜에 감사드립니다.
김준혁 교수님께 각별한 감사의 말씀을 드립니다. 논문의 전반적인 방향을 세심하게 지도해주셨을 뿐만 아니라, 박사과정 전반에 걸쳐 연구자로서의 삶에 대한 방향까지 이끌어주셨습니다. 교수님의 학문에 대한 진정성은 늘 저에게 큰 귀감이 되었습니다.
이일학 교수님의 변함없는 지원과 격려에 감사드립니다. 초보 연구자인 저에게 아낌없는 격려와 따뜻한 조언을 보내주시며, 용기를 잃지 않고 학문에 몰두할 수 있도록 이끌어주셨습니다. 교수님의 꾸준한 관심과 세심한 지도가 큰 힘이 되었습니다.
바쁘신 가운데에서도 기꺼이 심사를 맡아주신 최은경 교수님과 조태구 교수님께 깊이 감사드립니다. 두 분께서 들려주신 날카롭고도 건설적인 조언들은 제 논문을 한층 더 정교하게 다듬고 완성도를 높이는 데 큰 도움이 되었습니다.
김한나 교수님께서는 언제나 따뜻한 격려와 함께 진심 어린 학문적 조언을 아끼지 않으셨고, 큰 힘이 되어주셨습니다. 강신익 교수님의 깊이 있는 저작들로부터는 이 주제에 대한 근본적인 물음과 방향성을 다시 성찰할 수 있는 귀중한 통찰을 얻을 수 있었습니다. 황임경 교수님께서는 의료인문학이라는 학문의 매력을 일깨워주셨고, 제 길에 대한 확신을 갖도록 이끌어주셨습니다. 서보경 교수님께서는 수업과 아낌없는 조언을 통해 논문의 비어있던 부분을 채울 수 있도록 귀중한 길을 열어주셨습니다.
함께 학문의 길을 걸어온 동료 연구자 김시온, 김희림, 박신영, 이시원, 조한동 선생님께도 깊은 감사의 마음을 전합니다. 의료법윤리학연구원의 박현정, 이정현, 유원후, 유애리 선생님께도 감사드립니다. 어려운 시기마다 나눈 학문적 대화와 일상의 고민들은 제게 큰 위로이자 의미 있는 자극이 되었습니다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

마지막으로 사랑하는 가족들께 깊은 감사를 드립니다.
어머님과 아버님께서는 연구자의 길을 선택한 아들을 한결같이 믿고 지지해주셨습니다. 두 분의 깊은 신뢰와 응원이 없었다면 이 자리에 설 수 없었을 것입니다.
장모님과 장인어른께서도 자주 인사드리지 못하는 사위를 늘 따뜻하게 격려해주셨습니다. 너그러운 마음으로 지지해주신 데 깊이 감사드립니다.
무엇보다도 아내 가영에게 가장 큰 사랑과 감사를 전합니다. 밤늦게까지, 주말에도 논문 작업에 몰두하는 저를 묵묵히 응원하고 함께 견뎌주었습니다. 아내의 헌신과 배려가 아니었다면 박사 과정을 끝맺을 수 없었을 것입니다.
부족한 글이지만 많은 분들의 도움으로 마무리할 수 있었습니다. 이 연구가 끝이 아닌 새로운 출발임을 마음에 새기며, 앞으로 더 나은 연구로 보답드릴 것을 약속드립니다. 다시 한번, 함께해주신 모든 분들께 진심으로 감사드립니다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

차 례

제1장 서론 · · · · · · · · · · · · · · · · · · 1
제2장 의료 분야에서 돌봄의 이론적 기초 · · · · · · · · · · · · · · · · · · 14
2.1. 의료분과별 돌봄의 개념적 양상 탐색 · · · · · · · · · · · · · · · · · · 15
2.2. 생의학적 모델과 돌봄의 배제 · · · · · · · · · · · · · · · · · · 20
2.3. 돌봄 실천의 재정립을 위한 대안적 건강 이론 검토 · · · · · · · · · · 26
제3장 동적 건강 개념과 다층적 돌봄:
복잡성 이론을 통한 돌봄 실천 분석 · · · · · · · · · · · · · · · · · · 37
3.1. 근대 생의학의 발전과 동적 건강 개념으로의 전환 · · · · · · · · · · 39
3.2. 복잡성 이론의 보건의료적 적용 · · · · · · · · · · · · · · · · · · 60
3.3. 다층적 돌봄 논리의 구성 · · · · · · · · · · · · · · · · · · 74
3.4. 단순/복잡/복합적 돌봄 논리의 비교 · · · · · · · · · · · · 145
제4장 다층적 돌봄 논리의 실천적 조건 · · · · · · · · · · · · · · · · · · 156
4.1. 취약성의 재개념화를 통한 돌봄
책임과 경계의 재구성 · · · · · · · · · · · · · · · · · · 162
4.2. 돌봄 지식의 이질적 공동 생산 · · · · · · · · · · · · · · · · · · 171
4.3. 돌봄의 조건으로서 소통불가능성과
관계적 짊어짐 · · · · · · · · · · · · · · · · · · 184
4.4. 소결: 건강 인식의 윤리를 위하여 · · · · · · · · · · · · · · · · · · 202
제5장 다층적 돌봄 논리의 적용:
사회적 고립가구를 지원하는 사회복지사의
현장 경험 분석을 중심으로 · · · · · · · · · · · · · · · · · · 208
5.1. 고독사의 ‘문제화’ · · · · · · · · · · · · · · · · · · 208
5.2. 사회적 고립가구 지원사업 현장
사회복지사의 실천 경험 분석 · · · · · · · · · · · · · · · · · · 213
5.3. 다층적 돌봄의 논리를 통한 현장 경험
분석 · · · · · · · · · · · · · · · · · · 231
5.4. 실천적 함의 도출 · · · · · · · · · · · · · · · · · · 241
제6장 결론 · · · · · · · · · · · · · · · · · · 248

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

참고문헌 · · · · · · · · · · · · · · · · 259
영문 요약 · · · · · · · · · · · · · · · · 280

표 차례

<표 1> 의료분과별 돌봄의 양상 · 19
<표 2> 정적인 건강 개념과 동적인 건강 개념의 비교 · · · · · · · · · · · 59
<표 3> 돌봄 실천에서 단순, 복잡, 복합 문제의 구분 · · · · · · · · · · · 70
<표 4> Safety-I 모델과 Safety-II 모델의 비교 · · · · · · · · · · · · · · 72
<표 5> 필요 중심 접근과 목표 중심 접근의 비교 · · · · · · · · · · · · · 126
<표 6> 돌봄 실천 양상 및 모델에 따른 다층적 돌봄의 논리 유형화 · · · · 147
<표 7> 단순한 돌봄 논리, 복잡한 돌봄 논리, 복합적 돌봄 논리의 비교 · · 155
<표 8> 연구 참여자의 일반적 특성 · 217
<표 9> 다층적 돌봄의 논리를 통한 고립가구 지원의 정책-현장의 간극 분석 234

그림 차례

<그림 1> 말기질환 질병 경로 · 78
<그림 2> 동적 건강 개념과 다층적 돌봄의 실천 도식도 · · · · · · · · · 207

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

국 문 요 약

동적 건강 개념을 통한 다층적 돌봄의 논리 구성: 건강 인식의 윤리를 위하여

본 연구는 현대 보건의료 체계가 복합적 건강 문제에 효과적으로 대응하지 못하는 이론적·실천적 간극을 비판적으로 검토한다. 현재의 보건의료 체계는 여전히 치료 중심의 생의학적 패러다임과 병원·전문가·병리 중심의 구조에 깊이 의존하고 있으며, 그 결과 지속적이고 관계적인 돌봄 실천은 주변화되는 경향이 있다. 생의학적 접근은 질병을 주로 생물학적 현상으로 간주하고 기술적 해결책을 우선시함으로써, 만성질환, 노화, 장애와 같이 시간적 변화, 환경적 조건, 개인의 역량이 복합적으로 작용하는 건강 상태를 충분히 설명하거나 대응하지 못한다. 이에 본 연구는 생의학적 패러다임이 복합적 건강 문제를 단순화하여 다루는 방식의 한계를 비판적으로 분석하고, 건강을 시간성·환경성·역량이 상호작용하는 동적 과정으로 재개념화한다. 나아가 복잡성 이론을 이론적 틀로 삼아 돌봄 문제를 단순, 복잡, 복합 문제로 유형화하고, 각 유형에 적합한 돌봄 전략을 분석함으로써 다층적 돌봄의 논리를 구성하고자 한다.

정적 건강 개념은 건강을 질병의 부재나 정상 범위의 생리적 지표 충족 여부로 간주하며, 이로 인해 건강의 시간성, 환경성, 역량이 체계적으로 배제되는 세 가지 근본적 한계를 드러낸다. 첫째, 건강을 특정한 시점에서 측정 가능한 고정된 상태로 이해할 경우, 시간에 따른 신체와 삶의 변화, 그리고 그에 대한 적응의 과정을 설명하기 어렵다. 이로 인해 건강은 선형적이고 단절적인 문제로 환원되며, 회복이나 유지의 과정을 포함한 보다 복합적인 시간적 흐름이 간과된다. 둘째, 건강을 신체 내부의 생리적 균형으로 한정하는 시각은 환경을 단순한 외부 자극이나 위협으로 축소하여, 건강을 형성하고 유지하는 데 결정적인 영향을 미치는 사회적, 물리적, 제도적 조건들을 체계적으로 반영하지 못한다. 셋째, 건강을 정상 기준의 충족이나 특정 기능 수행 가능성으로 한정할 경우, 개인이 삶의 조건 속에서 조정하고 발현해내는 역량, 즉 관계적이고 유동적인 주체로서의 가능성을 포착하기 어렵다. 물론 현대 의학도 만성질환 관리나 재활의학 분야에서는 건강을 과정으로 이해하는 접근을 일정 부분 수용하고 있으나, 여전히 급성기 질환 중심의 치료 모델이 주류를 이루고 있으며, 복잡하고 변화하는 건강 상태에 대한 돌봄 대응 전략은 제한적인 실정이다. 따라서 기존 생의학적 접근의 성과를 존중하면서도, 건강을 시간적, 환경적, 역량적 요인이 상호작용하는 동적인 과정으로 재개념화할 필요가 있다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

본 연구에서 제시하는 다층적 돌봄 논리는 시간성, 환경성, 역량이라는 세 가지 축과 단순, 복잡, 복합이라는 세 가지 문제 층위를 교차하여 구성된다. 시간성 차원에서는 선형적 시간성에서 벗어나 비선형적이고 지속적인 조정 과정을 강조하고, 환경성 차원에서는 인간-비인간 행위자들의 복잡한 네트워크와 환경-신체의 공동 구성을 중시하며, 역량 차원에서는 결핍이 아닌 개인의 자원에 초점을 맞추고 환경과의 상호작용을 통한 역량 발현에 주목한다.

동적 건강은 변화하는 환경 속에서 개인이 자신의 삶을 지속적으로 조율하고 재구성해 나가는 적응적 과정으로, 일정한 생물학적 기준에 의해 고정된 상태가 아니라, 시간적·환경적 맥락과 주체의 역량이 상호작용하며 구성되는 과정적이고 관계적인 현상이다. 이러한 건강 개념은 돌봄 실천의 성격 또한 재규정하게 만든다. 돌봄은 하나의 일관된 원칙이나 통일된 체계 안에서 안정적으로 실행되는 것이 아니라, 다양한 요구와 판단, 감정과 책임이 책임이 충돌하고 교차하는 가운데 점진적으로 형성된다. 이에 다층적 돌봄의 실천을 고정된 기준에 따라 수행되는 절차가 아니라, 상이한 논리들이 충돌하고 조율되는 과정을 통해 구성되는 복합적인 실천으로 개념화한다. 이때 돌봄 과정에서의 긴장과 어긋남은 단순히 실패나 오류로 간주될 것이 아니라, 오히려 돌봄이 지속 가능하고 정당화되기 위해 감내해야 할 조건이 될 수 있다. 본 연구는 바로 이러한 불일치와 조정의 과정을 통해 돌봄이 가능해지고 지속된다는 점에 주목하며, 돌봄을 단순한 기술이나 필요 충족의 행위가 아니라, 소통의 불가능성과 해석의 차이를 감내하며 협상되는 윤리적·실천적 구성 과정으로 이해하고자 한다.

다층적 돌봄 논리가 현실의 돌봄 현장에서 실질적으로 작동하기 위해서는 다음 세 가지 실천적 조건이 필요하다. 첫째, '취약성의 동적 재개념화'는 취약성을 개인의 고정된 속성이나 결핍이 아니라, 관계적이며 맥락적으로 구성되는 조건으로 이해하는 관점을 의미한다. 이는 돌봄의 대상과 제공자를 이분법적으로 구분하는 기존 틀을 해체하고, 돌봄 관계가 어떻게 형성되고 조정되는지를 근본적으로 재구성하게 만든다. 둘째, '돌봄 지식의 이질적 공동생산'은 의료 전문가의 과학적 지식, 환자의 체험적 통찰, 돌봄 제공자의 실천적 지혜가 위계 없이 상호작용하는 인식론적 전환을 지칭한다. 이러한 전환은 돌봄 실천에 참여하는 주체의 범위를 확대하고, 환자의 경험을 단순한 보조 정보가 아닌 돌봄을 구성하는 필수적인 지식 자원으로 정당화한다. 셋째, '관계적 짊어짐'은 불확실성과 불완전성이 불가피한 상황에서도 타자에 대한 응답을 멈추지 않는 윤리적 태도를 가리킨다. 이는 돌봄이 항상 완전한 이해나 해결을 전제로 하는 것이 아니라, 불확실한 조건 속에서도 관계를 유지하고 실천을 지속하려는 의지를 요구한다. 이러한 윤리적 실천이 일시적인 개인의 헌신에 머물지 않고 장기적으로 지속되기 위해서는, 시간적 여유와 공간적 유연성, 제도적 지원을 포함하는 '돌봄의 인프라'가 반드시 함께 구축되어야 한다. 이는 관계적 짊어짐이 반복적이고 일상적인 실천으로 자리 잡을 수 있도록 뒷받침하는

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

물질적이고 구조적인 기반을 의미한다.

본 연구의 의의는 이론적, 실천적, 정책적 차원에서 다음과 같이 정리할 수 있다. 첫째, 이론적으로 본 연구는 복잡성 이론을 돌봄 연구에 체계적으로 적용함으로써, 기존 연구들이 단일한 돌봄 개념이나 모델에 의존해온 한계를 극복하고자 했다. 이를 통해 문제 유형에 따라 서로 다른 돌봄 논리가 작동함을 분석하고, 복잡성 이론의 설명적 특성과 돌봄의 규범적 함의 사이의 긴장을 생산적으로 활용함으로써, 돌봄 실천의 다층적 구조와 작동 조건을 정밀하게 분석할 수 있는 이론적 틀을 제시하였다. 둘째, 실천적 차원에서는 의료 현장에서 불가피하게 발생하는 소통의 간극과 이해의 어긋남을 실패나 오류로 간주하기보다, 돌봄이 시작되는 출발점으로 재구성함으로써, 현장 실무자들이 경험하는 무력감과 소진을 새로운 인식 틀 안에서 해석하고 대응할 수 있는 방향을 제안하였다. 이는 '완벽한 돌봄'이라는 이상화된 목표 대신, 다양한 조건 속에서 '충분히 좋은 돌봄'을 유동적으로 조율해가는 과정 중심의 실천을 가능하게 한다. 셋째, 정책적 측면에서는 돌봄을 개인의 윤리적 역량이나 일회성 서비스로 환원하지 않고, 그것이 작동하고 지속되기 위한 인프라의 관점에서 접근함으로써, 돌봄의 순환을 위한 구조적이고 장기적인 조건 구축의 필요성을 강조하였다.

결론적으로, '무엇이 건강인가'를 새롭게 묻는 것은 곧 '돌봄이 어떤 방식으로 가능해지는가'를 성찰하는 일이자, 궁극적으로 '무엇이 좋은 삶인가'라는 윤리적 물음으로 나아간다. 건강에 대한 인식은 단지 질병의 유무를 판별하는 진단 기준이 아니라, 어떤 조건 속에서 어떤 삶의 가능성을 지지하고 확장해 갈 수 있는지를 가늠하는 실천의 틀로 작동한다. 본 연구는 이러한 관점에서 좋은 돌봄을 서로를 지속적으로 짊어지며 응답하는 관계적 실천이자, 동적 건강을 구성하는 시간·환경·역량의 토대를 함께 조성해가는 실천으로 이해할 것을 제안한다. 이러한 관점의 전환은 단순히 의료 서비스의 질 향상, 돌봄 인력의 확충, 환자 만족도 제고에 그치지 않고, 건강과 돌봄에 대한 존재론적·인식론적 틀 자체를 재구성함으로써 보다 윤리적이고 지속가능한 돌봄 체계를 구상하고 구현할 수 있는 이론적 토대를 마련한다. 이는 현대 보건의료가 직면한 구조적 한계—단일한 이론 논리의 지배, 환자 경험의 주변화, 돌봄 실천의 단절과 분절—를 극복할 수 있는 대안적 실천 구도와 이론적 방향성을 제시하며, 돌봄이 긴장과 불확실성이 상존하는 현실 속에서도 공동의 '좋음'을 구성해나가는 윤리적 실천으로 기능할 수 있음을 보여준다.

핵심되는 말: 동적 건강, 다층적 돌봄, 복잡성 이론, 취약성, 돌봄 지식, 돌봄의 인프라, 건강 인식의 윤리, 좋은 돌봄

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

1. 서론

인류의 역사에서 돌봄의 실천은 생존과 공동체 유지의 근본적 토대였다. 인간은 태초부터 상호 돌봄의 관계 속에서 존재해왔으며, 이러한 돌봄은 단순한 행위를 넘어 인간 존재의 본질적 양식으로 이해되어 왔다. 영어 단어 'care'는 고대 영어 'caru'(또는 'cearu')에서 유래했으며, 흥미롭게도 그 최초의 의미는 단순한 보살핌이 아닌 '근심', '걱정', '슬픔'과 같은 인간의 내면적 고통과 정서적 상태를 가리켰다. 이 단어의 어원은 더 멀리 프로토-게르만어 'karō'(비탄, 애도)까지 거슬러 올라가며, 오늘날 독일어 'sorge'(근심)나 고트어 'kara'에도 그 흔적이 남아있다.[1] 약 14세기경부터 이 정서적 의미는 점차 확장되어 '주의 기울임', '보살핌'과 같은 타자에 대한 관심과 행위로 발전했다. 즉, 'care'는 본래 타인을 돌보는 행위 이전에, 무언가에 대해 마음을 쓰고 염려하는 존재 방식을 의미했던 것이다.

이러한 어원적 복합성은 라틴어 'cura'의 의미와 병치될 때 더욱 풍요로워진다. 'cura'는 '돌보다', '치료하다', '책임지다'라는 능동적 행위의 의미를 포함하며, 근대 서구 사회에서 의학적·행정적 돌봄을 설명할 때 자주 등장한다. 영어의 'care'와 어원적으로 직접 연결되어 있지는 않지만, 이 두 계통의 단어는 돌봄을 정서적 상태와 실천적 행위라는 이중적 의미로 구성한다는 점에서 깊은 철학적 함의를 지닌다.

로마 신화에서 cura는 인간 존재의 본질적 구성 요소로서 '돌봄'의 의미를 상징적으로 드러낸다. 기원후 2세기경 로마 신화학자 히기누스(Hyginus)가 『Fabulae』에 기록한 이 신화는 인간이라는 존재가 어떻게 돌봄의 관계 속에서 형성되는지를 신화적 서사를 통해 보여준다. 신화에 따르면, 쿠라(Cura)는 어느 날 강가에서 진흙을 발견하고 그것으로 인간의 형상을 만든다. 이 모습을 본 최고신 주피터(Jupiter)는 그 형상에 영혼을 불어넣고, 대지의 여신 텔루스(Tellus)는 육체를 제공함으로써 인간은 비로소 완성된다.

인간 창조에 세 존재가 각각 기여한 뒤, 이들은 피조물에 대한 명명권과 소유권을 두고 갈등을 벌인다. 쿠라는 자신이 인간을 처음 만든 존재이므로 자신의 이름을 붙여야 한다고 주장하고, 주피터는 자신이 영혼을 주었으니 자신의 이름을 붙여야 한다고 맞선다. 텔루스 또한 자신의 흙으로 육체를 만들었으니 명명권이 자신에게 있다고 주장한다. 이 갈등은 결국 시간의 신 사투르누스(Saturnus)의 중재로 해결된다. 그의 판결은 다음과 같다: 인간이 죽으면 영혼은 주피터에게, 육체는 텔루스에게 돌아가지만, 살아 있는 동안에는 쿠라의 소유로 남는다는 것이다. 그리고 이 피조물은 흙(humus)에서 유래했음을 반영해 호모(homo, 인간)라고 불리게 된다.

이 신화는 단순한 창조 설화를 넘어 인간 존재의 본질에 관한 깊은 통찰을 담고 있다.

---

1) *Care*. Online Etymology Dictionary. Retrieved June 5, 2025, from https://www.etymonline.com/word/care

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

인간은 단지 육체적이거나 정신적인 존재로만 환원될 수 없으며, 돌봄이라는 관계적 실천 속에서 비로소 하나의 존재로 성립된다는 점이다. 한니쉬(Halvor Hanisch)에 따르면 살아 있는 인간은 쿠라에 의해 '붙들려 있는(held)' 존재이며, 이 표현은 단순한 비유가 아니라 인간 존재의 실질적이고 근본적인 조건을 상징한다.[2] 돌봄의 개입이 없었다면, 인간은 단지 영혼이거나 육체일 뿐 통합된 존재가 될 수 없었을 것이다. 쿠라는 인간을 형상화한 데 그치지 않고, 인간 생애 전체에 작용하는 지속적인 원리로 기능하며., 돌봄을 통해 인간은 정신과 육체가 결합된 채로 삶을 영위하게 된다.

히기누스의 쿠라 신화는 이후 서양 철학 전통에서 돌봄의 존재론적 의미를 사유하는 중요한 기점이 되어왔다. 세네카(Seneca), 고티에(Gauthier), 헤르더(Herder), 그리고 하이데거(Heidegger) 등 다양한 사상가들은 이 신화를 재해석하며 인간 존재와 돌봄의 관계를 성찰해왔다. 이 신화는 단지 고대적 서사에 머무르지 않고, 인간의 생애 전반—출생에서 죽음까지—에 돌봄이 어떻게 깊숙이 관여하고 있는지를 철학적으로 조명한다. 돌봄은 단지 인간의 삶을 보조하거나 유지하는 기능이 아니라, 인간이 인간일 수 있도록 하는 존재의 조건이자 전제인 것이다. 결국 쿠라 신화는 우리에게 본질적 메시지를 전한다: '돌봄 없이는 인간도 없다'.

이러한 쿠라 신화는 후대 철학자들에게 돌봄의 존재론적 의미를 사유하는 중요한 출발점이 되었으며, 하이데거는 이를 철학적으로 가장 심화시킨 사상가 중 하나이다. 하이데거는 『존재와 시간』에서 이 신화를 철학적으로 재해석하며, 인간 존재(Dasein)의 본질적 특성으로 '염려'(sorge)를 제시한다.[3] 하이데거에게 있어 염려는 세계-내-존재로서 인간이 자신의 존재와 세계에 관여하는 근본적인 방식이자 실존적 구조이다. '존재의 의미는 염려이다'라는 그의 선언은 존재에 대한 염려야말로 인간 실존의 본질적 특징임을 강조한다. 하이데거의 '염려(sorge)' 개념은 단순한 심리적 관심이나 정서적 걱정을 넘어, 인간이 세상과 자신에게 의미를 부여하고 연루될 수 있게 하는 근원적 존재 방식으로 제시된다. 그는 돌봄이 인간의 여러 특성 중 하나가 아니라, 인간 존재 전체를 관통하는 본질적 구조임을 강조한다. 인간은 본질적으로 '돌보는 존재'이며, 이 돌봄은 인간이 세계와 관계 맺고, 의미를 부여하며, 스스로를 이해하는 모든 행위의 전제가 된다.

하이데거는 인간 존재(Dasein)의 근본 구조인 '돌봄'의 의미를 궁극적으로 시간성(Temporality)에서 찾는다.[4][5][6] 『존재와 시간』 제2부에서 그는 '돌봄의 존재론적 의미

---

2) Hanisch, H. (2022). How care holds humanity: the myth of Cura and theories of care. *Medical Humanities*,48(1), e1-e9.
3) Heidegger, Martin. 존재와 시간. 서울: 동서문화사, 2016.
4) Onwuatuegwu, I. N. (2022). Explicating Martin Heidegger's" Dasein" as being-in-the-world. *International journal of health sciences*,6(S5), 5218-5227.
5) Davis, B. W. (2014). *Martin Heidegger: key concepts*. Routledge.
6) Volpi, F. (1992).Dasein as praxis: the Heideggerian assimilation and radicalization of

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

는 시간성이다'라고 선언하며, 인간이 단지 세계 안에 존재하는 것이 아니라 '시간을 통해 존재하는' 존재임을 강조한다. 여기서 시간성은 단순한 시계 시간이나 연대기적 시간 개념이 아니라, 과거, 현재, 미래라는 세 시간 차원을 동시에 살아가는 '탈자적 시간성(ecstatic temporality)'을 의미한다. 여기서 인간 존재는 과거의 조건 속에 던져진 채(던져짐, 사실성), 미래를 향해 자신을 기획하며(기획, 실존성), 현재의 일상 속에서 타인과 관계 맺고 몰두하는 존재(몰두, 전락)로 이해된다. 이러한 시간적 구조들은 서로 분리된 것이 아니라 하나의 통일된 전체로서 작용하며, 돌봄 구조를 성립시키는 근본 조건이 된다. 다시 말해, 인간이 어떤 것에 의미를 부여하고, 걱정하고, 돌보는 존재가 될 수 있는 것은, 단지 돌봄의 결과가 아니라 시간 속에 존재한다는 방식 자체에 근거한다. 과거를 지니고, 미래를 향해 나아가며, 현재를 살아가는 존재 방식이 바로 돌봄을 가능하게 만든다.

보건의료 영역에서 돌봄 실천의 역사 또한 다양한 변화를 겪어 왔다. 고대 의학에서 돌봄은 히포크라테스의 전통에 따라 자연의 치유력을 존중하고 이를 돕는 방식으로 구현되었다. 히포크라테스 의학은 병을 낫게 하는 힘이 자연에 있다고 보고, 의사는 자연스러운 회복을 도와주는 역할을 한다고 보았다. 특히 히포크라테스의 『공기, 물, 장소에 관하여』에서는 환자의 전체적 맥락—기후, 바람, 강수량, 지형, 식이, 생활 습관뿐 아니라 사회적이고 문화적인 환경까지—을 고려한 치료의 중요성이 강조되었다.[7] 예를 들어 히포크라테스는 흐르지 않고 고인 물은 악취가 나며 담즙성을 띠어 이를 마시는 사람이 질병에 취약해진다고 설명했다. 또한 사회적 환경이 신체에 미치는 영향을 '장두족'의 사례를 통해 제시하면서, 문화적 관습이 신체적 변형까지 일으킬 수 있음을 강조하였다. 이처럼 질병은 단지 신체 내부의 문제가 아니라 환경적이고 사회적 요인과의 상호작용에서 비롯된다는 관점이 명확히 드러난다. 따라서 의사는 환자의 신체뿐만 아니라 환자를 둘러싼 환경까지 함께 이해할 필요가 있었으며, 치유의 실천 역시 이러한 환경을 세심하게 살피며 인체의 자연회복력을 높이는 방향으로 이루어졌다.

이러한 전인적 접근은 중세에 들어서면서 종교적 윤리와 결합되어, 새로운 돌봄 실천의 틀로 전환되었다. 중세와 르네상스 시대를 거치며, 돌봄은 종교적 자선과 연민의 실천으로 자리잡았다. 기독교는 질병과 고통을 죄와 구원의 문제와 연결된 영적 경험으로 이해했고, 환자를 돌보는 행위는 '육체를 치유하고 영혼을 구원하는' 신성한 소명으로 간주되었다. 특히 수도원은 단순한 치료의 공간을 넘어, 빈곤, 외로움, 절망, 그리고 영적 고통까지 아우르는 전인적 돌봄의 장소로 기능하였다. 수도자들은 기도와 노동(ora et labora)의 규율 하에 의료 지식과 영적 실천을 함께 수행하였으며, 수도원 내 병동(infirmary)과 숙소(hostel)은 공동체적 치유 공간으로 조직되었다.[8]

---

the practical philosophy of Aristotle.

7) Hippocrates.(2011). 여인석, 이기백. 히포크라테스 선집. 파주: 나남. 42쪽.

8) Risse, G. B. (1999). *Mending bodies, saving souls: a history of hospitals*. Oxford

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

그러나 근대 의학이 발전하면서 의료는 점점 질병의 특정한 측면에 집중하게 되었다. 푸코(Michel Foucault)가 『임상의학의 탄생』에서 지적했듯이, 18세기 말부터 19세기 초에 나타난 '의학적 시선(medical gaze)'은 질병을 환자 신체 내부에 국한된 '눈에 보이는' 병변으로 새롭게 인식하기 시작했다. 이전의 의사들이 환자에게 "무슨 일이 있으신가요?(What is the matter with you?)"[9]라고 물으며 환자의 환경이나 삶의 이야기를 통해 질병을 파악하려 했다면, 이제는 "어디가 아프신가요?(Where does it hurt?)"라는 질문을 던지며, 신체의 특정 부위에 초점을 맞추기 시작한 것이다.

이 질문의 변화는 단순한 언어적 차원이 아니라, 질병 인식과 환자 대응 방식 전반의 근본적 재구성을 의미한다. 고전의학은 질병을 인간과 환경이 맞물려 발생하는 하나의 사건으로 이해했고, 의사는 환자의 진술과 경험 속에서 병의 본질을 추적하려 했다. 하지만 임상의학은 이러한 접근을 해체하고, 병리학적 실재를 공간적으로 식별 가능한 병소로 환원하며, 환자의 몸을 관찰과 분류의 대상으로 전환시켰다. 이로써 병은 더 이상 본질적 실체가 아닌 통계적 규칙성과 패턴의 집합으로 이해되었고, 불확실성은 제거되어야 할 결함이 아니라 분석 가능한 대상으로 전환되었다.

또한 푸코에 따르면, 임상의학의 탄생은 죽음을 더 이상 의학 지식의 한계로 보지 않고, 오히려 병의 진실을 드러내는 '빛'으로 삼게 된 순간에 이루어졌다.[10] 부검은 생전에는 감추어진 병리학적 실체를 가시화할 수 있는 특권적 도구가 되었고, 이로써 의사의 '임상적 시선'은 환자의 몸속 깊은 곳까지 꿰뚫어보는 권력을 획득하게 되었다. 하지만 이러한 시선은 생명과 죽음을 공간화하고 고정화하는 데 치우쳐 있다. 환자의 환경, 시간적 흐름, 사회적 맥락은 분리되거나 배제되며, 질병은 사회적 사건이 아닌 해부학적 변화로 환원된다. 임상은 환자의 몸을 표준화된 관찰대 위에 올려놓고 지식을 생산하는 공간이 되었고, 의학적 진리는 이제 살아있는 경험이 아닌 죽은 육체 위에서 확정되었다.

19세기 후반과 20세기 초에는 세균학, 면역학, 생화학 등의 발전으로 생의학적 패러다임이 더욱 강화되었다. 파스퇴르와 코흐의 세균설, 에를리히의 '마법의 탄환(magic bullet)' 개념 등은 질병을 특정 병원체나 분자적 이상으로 환원하여 이해하는 접근을 견고히 했다. 이러한 환원주의적 관점은 항생제, 백신, 정밀 수술 등의 혁신적 치료법 개발에 기여했지만, 동시에 환자를 질병의 담지자로 대상화하고, 치료(cure)와 돌봄(care)을 분리하는 경향을 심화시켰다. 이 시기 이후 의학은 급속히 전문화되고 기술 중심적으로 변모했으며, 의료인과 환자 사이의 관계는 점차 비대칭적이고 기술적인 성격을 띠게 되었다.

University Press. p. 99.
9) Foucault, M. (2002). *The birth of the clinic.* Routledge. 서문
10) 앞의 책, 8장

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

1.1. 연구 배경 및 필요성

현대 사회에서 돌봄의 의미와 중요성은 여러 구조적 변화와 맞물려 더욱 부각되고 있다. 인구 고령화는 노인 돌봄의 수요를 급증시키는 동시에 돌봄의 사회적 부담과 책임 분배에 관한 근본적 질문을 제기한다. 저출산은 아동 돌봄을 사회적으로 재구성하고, 공동체적 책임 방식을 새롭게 모색할 필요를 제기한다. 의료 기술의 발전으로 인한 평균 수명의 증가는 만성질환 관리의 중요성을 부각시키며, 통제와 치료 중심의 전통적 의료 패러다임의 한계를 드러내고 있다.

최근 코로나19 팬데믹은 의료 체계의 한계를 넘어, 우리 사회에 만연한 돌봄의 부재를 적나라하게 드러냈다. 특히 장애인과 노인 등 취약계층은 팬데믹 상황에서 더욱 가혹한 조건에 처하게 되었으며, 감염 예방을 위한 시설 중심의 대응은 이들을 보호하기보다는 오히려 더 깊은 고립으로 내몰았고, 이로 인해 돌봄의 공백은 더욱 심화되었다. 이러한 현실은 돌봄을 특정 공간에 한정하고 타자성을 배제하는 구조적 문제를 드러내며, 돌봄이 여성에게 전가된 무급노동이나 시장화된 서비스로 축소되어온 흐름 또한 비판적으로 성찰할 필요를 시사한다. 이러한 맥락에서 “의료는 있으나 돌봄은 없다”[11]는 표현은 치료 중심의 의료 체계가 삶의 지속성과 상호의존성을 지탱하는 돌봄의 역할을 충분히 수행하지 못하고 있음을 비판적으로 지적한다.

최근 보건의료가 직면한 주요 과제 중 하나는 ‘돌봄’의 성격이 과거와 비교하여 현저히 복합화·다층화되고 있다는 점이다. 고령화와 저출산이 진행되는 사회적 맥락 속에서, 만성질환, 노화, 정신건강 문제 등 장기적이고 통합적 관리가 필요한 건강 상태가 의료 현장의 일상이 되었다. 이러한 변화는 사회경제적 불평등, 기후위기, 디지털 전환과 같은 구조적 요인과 맞물려, 건강 문제가 더 이상 단순한 생물학적 질병으로 환원될 수 없는 복잡성을 띠게 만들었다. 즉 이러한 복잡성은 단순한 인과관계나 선형적 개입으로는 포착하기 어려운 비선형적 상호작용과 창발성을 드러내며, 건강과 그에 기반한 돌봄 실천을 새롭게 구성할 필요성을 제기한다. 증상 완화나 병리적 이상의 제거를 치료의 종결점으로 간주하는 전통적 접근만으로는 이러한 복합적인 돌봄 요구에 충분히 대응하기 어렵기 때문이다.

돌봄은 특정 시점이나 장소에 한정된 행위가 아니라, 의료적 처치 이후에도 환자의 삶 전반에 걸쳐 다양한 맥락에서 지속되며, 특히 만성질환, 장애, 노화와 같이 장기적이고 변화무쌍한 건강 상태에서는 시간의 흐름에 따라 유동적으로 조정되는 실천으로 나타난다. 그러나 현재의 보건의료 체계는 여전히 병원 중심, 전문가 중심, 질병 중심의 구조를

11) 김준혁. (2022).우리 다시 건강해지려면: 정의로운 건강을 위한 의료윤리학의 질문들. 반비. 108쪽

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

유지하고 있으며, 돌봄을 개인 혹은 전문가의 책임으로 축소하는 경향이 강하고, 표준화된 지표에 기반한 의료적 판단과 행정적 분류, 법정 서식은 건강의 변동성과 맥락성을 충분히 반영하지 못한 채 환자들에게 분절적이고 일관성 없는 서비스를 제공하고 있다. 이러한 상황은 단순한 기술적 문제가 아니라, 지금까지 건강과 돌봄의 개념이 어떻게 정의되고 조직되어 왔는가에 대한 구조적 문제이며, 이에 따라 건강의 이해를 질병의 부재나 치료 이후의 회복으로 국한하지 않고 보다 포괄적이고 관계적인 방식으로 재정의할 필요성이 제기된다.

또한, 의과학적 성과와 정밀의학의 발전, 생성형 AI, 웨어러블 기기 등 데이터 기반 의학의 급속한 진전은 의료적 돌봄과 일상적 돌봄 간의 경계를 점차 흐리고 있다. 전통적으로 병원이나 클리닉 같은 제도화된 공간에서 이루어지던 건강 관리가 이제는 일상생활 전반으로 확장되며, 의료기관 내부의 돌봄을 넘어 환자의 삶의 세계와 유기적으로 연결된 돌봄 체계로의 전환이 요구되고 있다. 특히, 디지털 기술을 활용한 지속적인 모니터링, 원격 진료, 가상 케어의 확산은 돌봄의 시공간적 범위를 재편성함과 동시에, 건강을 위한 돌봄 실천의 의미와 방식에 대한 근본적인 재검토를 촉구하고 있다.

디지털 건강 시장이 급속히 성장하면서, 웨어러블 기술과 모바일 헬스 애플리케이션은 자기돌봄과 역량 강화의 도구로 적극 묘사되고 있다.[12] 이러한 기술이 의료 서비스의 효율성을 높이고 접근성을 개선할 잠재력을 지니고 있음은 분명하나, 문제의 기술적 해결에 치중하는 현재의 담론은 건강의 사회적 맥락과 복잡성을 간과하는 경향이 있다. 기술은 혈당 수치를 실시간으로 측정할 수 있지만, 왜 특정 환자가 식이요법을 지키기 어려운지, 그의 삶에서 음식이 갖는 문화적·정서적 의미는 무엇인지는 포착하지 못한다. 원격의료는 물리적 거리를 극복할 수 있지만, 대면 진료에서 이루어지는 미묘한 소통과 신뢰 형성의 과정은 대체하기 어렵다.

특히 효율성과 개인주의, 신자유주의적 관점에 기반한 디지털 건강 기술은 환자를 자율적 소비자로 재정의하고, 돌봄의 책임을 국가에서 개인 혹은 기관에 이전시킨다. 즉 디지털 기술과 자기관리 중심의 건강 담론이 부상하는 가운데, 돌봄은 점점 더 개인화되고 기술화된 방식으로 재구성되고 있으며, 이는 돌봄의 사회적 책임과 관계적 차원을 희석시킬 위험이 있다. 하지만 돌봄 이론과 실천은 이러한 해결주의적 접근에 문제를 제기함과 동시에, 기술이 돌봄을 보조하고 확장할 수 있는 가능성이 실현되기 위해서는 돌봄이 작동하는 구조적, 제도적, 윤리적 조건에 대한 비판적 성찰이 필수적임을 함께 강조해야 한다.

한편, 만성질환자의 삶이나 노화 과정, 정신건강 문제를 안고 사는 이들의 일상, 혹은 장애를 지닌 이들의 사회 참여 양상에서는, 건강을 선형적이고 고정된 '정상 범주'로 환

12) Howard, M. (2021). Wearables, the marketplace and efficiency in healthcare: How will I know that you're thinking of me?.Philosophy & Technology,34(4), 1545-1568.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

원해 판단하기 어렵다. 예컨대 심장질환이 있더라도 적절한 자원과 지지를 받으며 장기간 기능적으로 살아가는 경우나, 정신질환 진단을 받았음에도 일상생활의 여러 측면에서 자신만의 역량을 발휘하는 사례는 어렵지 않게 발견할 수 있다. 즉, 질병 유무만으로는 개인의 실제 건강 상태나 삶의 질을 설명하기 어려운 상황이 의료 현장 전반에 광범위하게 존재한다. 그럼에도 불구하고 기존 제도와 임상 관행은 종종 '정상 수치'나 '장애 유무'와 같은 이분법적 기준에 따라 개입 우선순위와 자원 배분을 결정한다. 이는 현실의 복합적 건강 문제와 동떨어진 결과를 낳기 쉽다.

이러한 문제의식은 환자 중심 돌봄과 인간 중심 돌봄의 발전으로 이어졌다. 환자 중심 돌봄은 환자의 필요와 선호, 가치를 존중하며, 인간 중심 돌봄은 질병을 넘어 환자의 고유한 삶의 맥락을 통합적으로 이해하고자 한다. 이러한 개념들은 생의학적 모델의 한계를 인식하고 돌봄의 인격적 차원을 반영하려는 노력이다. 이외에도 생물심리사회적 모델(bio-psycho-social model), 생태학적 모델(ecological model), 최근에는 행위자네트워크 이론(ANT)을 비롯한 포스트휴먼 이론에서 파생한 케어 모델들이 제안되며 인간-비인간의 연결 및 상호작용 속에서 돌봄을 재구성하려는 시도가 이루어지고 있다. 하지만 여기서 우리는 질문해야 한다: 이러한 새로운 돌봄 모델의 제안이 건강에 대한 더 나은 이해를 가능하게 하는가? 이 모델들이 현대 건강의 체계적 문제들을 설명하고 해결하는 데 충분한가?

이처럼 다양한 이론적 모델들이 제시되고 확산되고 있음에도 불구하고, 실제 의료 현장에서는 여전히 돌봄이 가정이나 개인의 책임으로 환원되는 경향이 지속되고 있다. 이는 단순히 자원의 부족이나 제도적 한계로만 설명되기 어려우며, 보다 근본적으로는 건강과 돌봄을 어떻게 인식하고 구성하는가에 관한 관점의 문제가 작용하고 있다. 다시 말해, 건강과 돌봄을 바라보는 시각, 돌봄 지식이 생산되고 적용되는 방식, 그리고 돌봄을 조직하고 평가하는 제도적 구조 자체에 대한 재검토가 요구된다.

1.2. 연구 목적

현대 의료 체계에서 다양한 돌봄 이론 및 모델은 충분히 통합되지 못하고 있으며, 구조적·제도적 제약 속에서 그 가치가 충분히 실현되지 못하는 현실에 직면해 있다. 의료의 상업화와 효율성 중심의 의료 관리, 전문화와 분절화된 의료 전달 체계, 기술 중심적 의학 교육 등은 통합적 돌봄의 실현을 어렵게 만드는 요인들이다. 또한 의료 분야에서 돌봄 실천의 가치가 저평가되고, 돌봄 책임이 불평등하게 분배되는 사회적 현실은 의료 영역에서도 '바깥'에서도 돌봄의 주변화를 강화하는 구조적 맥락을 형성한다. 그 결과, 병원 밖에서의 돌봄은 여전히 개인의 책임이거나 금전으로 구매하는 서비스, 혹은 복지 차

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

원의 지원으로만 머물게 되고, 환자들은 분절된 여러 기관을 오가며 일관성 없는 돌봄을 반복적으로 겪게 된다.

본 논문은 먼저 건강을 정적이고 고정된 상태로 이해해 온 기존 개념의 한계를 비판적으로 검토한다. 이어서 복잡성 이론과 동적 건강 개념을 바탕으로, 돌봄의 시간성, 환경성, 역량을 아우르는 개념적 틀을 구성함으로써 돌봄을 주변적인 보조 행위가 아닌 의료의 핵심적인 실천으로 재위치시키고자 한다. 이를 위해 다양한 의료 분야(의학, 간호, 호스피스, 보건학 등)에서 이루어지는 돌봄 실천의 양상을 분석하고, 그로부터 돌봄의 다층적 성격에 대한 이론적·실천적 확장의 가능성을 모색하는 것을 본 연구의 주요한 목표로 삼는다.

구체적으로 본 연구는 다음과 같은 목적을 추구한다.

첫째, 건강 인식의 전환을 위한 이론적 토대를 구축한다. 건강을 질병의 부재나 정상 상태의 유지가 아니라, 환경과의 지속적 상호작용 속에서 형성되는 동적 과정으로 이해할 수 있는 개념적 틀을 제시한다. 이를 통해 건강의 시간적 차원, 환경적 차원, 역량적 차원이 어떻게 상호 연결되어 있는지를 탐구한다.

둘째, 돌봄 실천의 다층적 구조를 분석하고 체계화한다. 보건의료 현장에서 나타나는 다양한 문제 상황을 그 복잡성의 정도에 따라 분류하고, 각 층위에서 요구되는 돌봄의 접근 방식과 실천 논리가 어떻게 다른지를 규명한다. 이를 통해 돌봄이 단일한 모델이나 절차로 표준화될 수 없는 이유와, 상황에 따른 유연한 대응이 필요한 근거를 이론적으로 정립한다.

셋째, 돌봄 지식의 생산과정에서 나타나는 구조적 문제를 분석한다. 현재 의료 체계에서 환자의 경험적 지식과 돌봄 제공자의 실천적 지식이 어떻게 배제되거나 주변화되는지를 검토하고, 다양한 형태의 지식이 상호작용하며 돌봄을 구성해가는 과정을 탐구한다. 이를 통해 돌봄 지식의 공동 생산의 가능성을 모색한다.

넷째, 돌봄 실천에서 나타나는 소통의 한계와 불확실성이 갖는 의미를 재조명한다. 완전한 이해나 합의가 불가능한 상황에서도 돌봄이 어떻게 작동할 수 있는지, 오히려 이러한 소통불가능성이 새로운 돌봄을 위한 조건이 될 수 있음을 탐구한다. 이를 통해 돌봄의 관계적 차원과 윤리적 함의를 심층적으로 분석한다.

다섯째, 지속가능한 돌봄을 위한 구조적 조건을 탐색한다. 개인의 헌신이나 전문가의 역량에만 의존하지 않고 돌봄이 안정적으로 작동할 수 있는 제도적, 물질적, 문화적 기반의 필요성을 제시한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

1.3. 연구 질문

이를 위해 다음과 같은 연구 질문을 설정한다. 첫째, 현대 의료 시스템에서 돌봄이 주변화되는 구조적 요인은 무엇인가? 둘째, 정적 건강 개념의 한계는 무엇이며, 동적 건강 개념은 어떻게 돌봄 실천의 재구성에 기여할 수 있는가? 셋째, 복잡성 이론의 관점에서 단순, 복잡, 복합 문제의 층위에 따라 돌봄 실천의 조건은 어떻게 구분되고 변화하는가? 넷째, 돌봄 지식의 생산과 실천에서 나타나는 인식론적 불균형은 어떻게 조율될 수 있는가? 다섯째, 소통불가능성과 불확실성은 돌봄 실천에서 어떤 의미를 가지며, 어떻게 생산적으로 작용할 수 있는가? 여섯째, 지속가능한 돌봄을 가능하게 하는 제도적·물질적 조건은 무엇인가?

이러한 질문들을 설정하게 된 배경에는, 돌봄이 다양한 분야에서 각기 다른 방식으로 실천되어 왔지만, 여전히 특정한 논리에 종속되고 있는 현실이 자리하고 있다. 돌봄은 의학, 간호학, 호스피스, 공중보건 등 각기 다른 분야에서 고유한 목적과 맥락에 따라 서로 상이한 방식으로 정의되고 실천되어 왔다. 하지만 이러한 다양성에도 불구하고, 지배적인 생의학적 패러다임 하에서 돌봄은 치료 중심의 의료 체계에 종속된 부차적 활동으로 축소되는 경향이 있다. 현대 의료가 급성기 치료와 질병 제거에 전문성을 집중하면서, 지속적인 관계 형성이나 일상적 돌봄의 중요성은 상대적으로 간과되어 왔다. 이는 의료의 전문화와 효율성 추구라는 합리적 선택의 결과이지만, 동시에 만성질환이나 노화와 같은 복잡한 건강 문제에 대응하는 데 있어 통합적 접근의 필요성을 제기한다.

이러한 문제의식에 기반하여, 건강과 돌봄에 대한 인식을 전환하고자 한다. 특히 '동적 건강 개념'을 통해 건강을 생물학적 정상 상태의 유지가 아니라, 환경과의 관계 속에서 변화하고 조율되는 과정적 현상으로 이해한다. 이는 정적 건강 개념이 갖는 한계(시간적, 환경적, 역량의 차원)를 극복하고, 돌봄 실천의 기반을 보다 역동적이고 관계적인 방식으로 재구성하려는 시도이다. 본 연구는 동적 건강 개념을 보다 구체적이고 분석 가능한 이론적 범주로 정립하고자 하며, 이를 위해 복잡성 이론을 핵심적인 분석 틀로 채택한다. 복잡성 이론은 건강과 돌봄이 단일한 원인이나 정형화된 절차로 환원될 수 없는 복합적인 상호작용의 결과임을 전제로 하며, 건강을 구성하는 다양한 요소들이 시간, 환경, 그리고 관계적 조건 속에서 어떻게 상호작용하는지를 이해할 수 있는 유효한 분석적 관점을 제공한다.

이로써 본 연구는 건강과 돌봄에 대한 기존 인식의 윤리를 재고하고, 이를 통해 환자의 고유한 존재 방식과 가치를 존중하는 의료 체계로의 전환 가능성을 모색하고자 한다. 돌봄을 감정적 관계나 추상적 윤리 명령으로 환원하지 않고, 동적 건강 개념이 작동하는 실천적 장으로 분석하여, 돌봄이 기술적 개입의 주변이 아니라 의료 실천의 중심 분석

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

단위로 기능할 수 있음을 밝힌다. 나아가 돌봄을 추상적인 윤리 이상이 아닌, 구체적인 실천과 제도 속에서 구성되고 작동하는 개념으로 정립함으로써, 의료 체계 내에서 어떤 돌봄 요소가 배제되거나 강조되는지, 그리고 그것이 어떤 방식으로 조직되고 작동하는지를 검토한다.

특히 본 논문은 돌봄을 주변화하는 기존 의료 시스템의 구조적 문제를 비판적으로 분석하고, 복잡성 이론과 시스템 이론을 이론적 기반으로 삼아 돌봄이 단순한 해결책이나 일회성 개입이 아닌, 시간적·환경적·관계적 층위를 지닌 복합적이고 적응적인 과정임을 설명한다. 이를 통해 건강에 대한 동적이고 관계적인 이해에 기반한 다층적 돌봄 논리를 구성하고자 한다. 이러한 분석은 돌봄을 단순히 질병 회복의 수단이 아닌, 환자의 삶을 재구성하고 인간 존재의 피어남(flourishing)을 지원하는 윤리적 활동으로 재정의하는 데 기여한다. 결국 본 연구는 돌봄을 의료 영역에서 주변적 활동이 아닌 중심적 가치로 재위치시키고자 한다. 이는 단순히 의료 체계에 '인간중심적' 혹은 '환자중심적' 요소를 보완하자는 차원을 넘어서, 의료 실천의 목적과 가치, 그리고 돌봄 지식과 실천의 구성 방식을 재고하자는 존재론적·인식론적 전환의 요청으로 이어질 것이다.

1.4. 분석 도구: 논리 구성을 통한 돌봄 유형화

아네마리 몰(Annemarie Mol)이 『The Logic of Care』에서 제안하는 '논리(logic)' 개념은 일상적 용례나 형식 논리학에서 말하는 추론 규칙과는 구별되는 독자적 분석 도구이다. 몰은 "나는 '논리'라는 단어를 철학에서 빌려와 그것을 가지고 도망쳤다"[13]고 표현하며, 이 개념이 기존의 논리 개념과 다른 방식으로 재구성되었음을 명확히 밝힌다. 몰에게 '논리'란 특정한 실천 내에서 발견되는 지역적 일관성, 패턴, 스타일을 의미한다. 이는 보편적이고 추상적인 규칙이 아니라, 구체적 시공간에 위치한 실천들에 내재한 '지역적이고, 취약하지만 적절한 일관성'을 가리킨다.[14] 형식 논리가 외재적 기준에 따라 사고의 정합성을 판단하는 도구라면, 몰의 논리는 실천 안에서 스스로를 정당화하는 내재적 합리성(rationale)을 탐색한다.

몰은 자신의 '논리' 개념이 푸코의 '담론(discourse)'이나 존 로(John Law)가 '질서화 방식(modes of ordering)'과 어떤 점에서 구별되는지를 분명히 한다. 그녀는 "내 관심은 사회-물질적 질서가 형성되고 자리 잡는 방식이나 그 과정에 관련된 권력에 있지 않다"[15]고 말하며, 권력 분석이나 담론 구성보다는 특정 맥락에서 무엇이 적절한지를 가늠

13) Mol, A. (2008).The logic of care: Health and the problem of patient choice. Routledge. p.8.
14) 앞의 책, p.8.
15) 앞의 책, p.8.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

하는 실천의 감각에 주목한다. 이처럼 몰의 논리 개념은 추상적 보편성보다는 구체적 실천의 맥락성과 적절성을 중심으로 구성된다는 점에서 철학적·윤리적 의의를 지닌다.[16]

이 개념을 바탕으로 몰은 현대 의료 실천에 공존하는 '돌봄의 논리(logic of care)'와 '선택의 논리(logic of choice)'라는 두 상이한 실천 논리를 대조적으로 분석한다. 이 두 논리는 서로 다른 전제, 가치, 신체 개념, 시간성, 책임의 범위, 도덕적 실천 양식을 내포한다. 선택의 논리는 환자를 자율적 의사결정자로 간주하며, '선택이 환자를 수동적이 아닌 능동적으로 만든다'고 가정한다.[17] 반면, 돌봄의 논리는 결과를 지향하지만 그 결과가 미리 설정되어 있지 않은 '열린 과정'으로서의 돌봄을 강조한다.[18] 이처럼 몰은 결과중심의 명확한 인과관계와 수단-목적 구조에 기반한 전통적 논리와 달리, 의료 실천에 내재한 복잡한 상호작용과 조율의 양상을 조명하기 위하여 논리 개념을 사용한다.

또한 몰이 제시하는 논리 개념은 단순한 이론적 설명을 넘어, 실천에 대한 개입과 개선을 지향하는 개념적 도구이다. 몰에 따르면 돌봄의 논리를 명확히 표현하는 것은 돌봄을 자체적 조건에서, 자체적 언어로 개선하는 데 기여하려는 시도이다.[19] 이는 의료 실천의 외부로부터 적용되는 일반적 원칙이 아니라, 실천 내부에 자리한 패턴과 일관성을 드러내어 그로부터 변화를 가능하게 하려는 시도이다. 결국 몰의 논리는 선택이라는 이상이 케어의 중요한 측면들을 어떻게 은폐할 수 있는지를 비판하며, 돌봄 실천을 그 내부로부터 개선할 수 있는 대안적 관점을 제시한다

본 논의는 몰의 비교 방법론을 바탕으로, 의료와 돌봄 실천에 내재한 다양한 논리들을 복잡성 이론의 틀 속에서 분석하고자 한다. 몰은 고객과 환자, 시민과 신체, 관리와 의술, 개인과 집단 등 이질적인 항목들을 대비시키며, '선택의 논리'와 '돌봄의 논리' 사이의 구조적 차이를 분석한다. 이를 통해 돌봄이 고정된 실체가 아니라, 맥락에 따라 구성되는 관계적 실천임을 밝히고, 각 실천이 작동하는 전제와 조건, 그리고 관계의 층위를 세심하게 추적한다. 본 연구는 이러한 비교 방법을 확장하여, 시간성, 환경성, 역량이라는 세 가지 분석 축을 중심으로 돌봄의 패턴을 복잡성 이론의 유형에 따라 구분하고 비교함으로써, 각 실천 내부로부터 드러나는 돌봄의 고유한 논리를 밝히고자 한다.

이러한 분석은 몰이 예술가 혹은 화학자의 은유를 통해 설명하듯, 얽히고 뒤엉킨 실천의 층위들을 신중하게 분리하고 재조립하는 과정과 닮아 있다.[20] '좋은 돌봄'은 고정된 규범이나 보편적 기준으로 정의될 수 없으며, 다양한 조건과 실천의 상호작용 속에서 구성되는 실천적 이상이다. 본 논의는 이러한 맥락적 구성 가능성에 주목하며, 시간, 환경,

16) 앞의 책 p.100.
17) 앞의 책, p.16.
18) 앞의 책, p.20.
19) 앞의 책, p.84.
20) 앞의 책. p.10.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

역량이 얽힌 돌봄의 형태들을 분해하고, 그것을 새로운 관계 속에서 재배열함으로써, 오늘날 의료 현장에서 요구되는 '좋은 돌봄'의 윤곽을 이론적·실천적으로 탐색하고자 한다. 이 과정은 좋은 돌봄을 단일한 정의로 환원하는 것이 아니라, 오히려 복합적인 실천의 모델에서 그 구성을 물으며 윤곽을 드러내려는 시도에 가깝다.

이 방법론적 접근은 돌봄의 논리를 고정된 경로나 단일한 체계로 환원하지 않고, 상이한 논리들이 충돌하면서도 공존하는 복합적 장으로 바라보려는 시도이다. 이를 통해 본 논의는 돌봄 실천의 유동성과 복잡성을 보다 정교하게 분석할 수 있는 이론적 토대를 구축하고자 한다. 돌봄은 특정한 분과나 규범에 따라 다르게 정의될 뿐 아니라, 시간, 환경, 역량이라는 요소가 교차하며 조율되는 관계적 맥락 속에서 형성되는 실천으로 이해될 수 있다. 이러한 관점에서 본 논의는 돌봄의 다층적 구조와 맥락적 특성을 조망할 수 있는 하나의 분석 틀을 제시하며, 이를 통해 단순한 설명에 머무르지 않고 실제 의료 돌봄 실천을 어떻게 재구성하고 개선할 수 있을지에 대한 논의에 기여하고자 한다.

1.5. 주요 개념 및 용어 사용의 방법론적 전제

본 논문은 돌봄에 대한 고정된 정의를 제공하기보다는, 돌봄이 다양한 맥락과 조건 속에서 어떻게 구성되고 작동하는지를 탐색하고자 한다. 따라서 본 연구에서 '돌봄'이라는 개념은 특정한 이론적 정의나 범주로 환원되지 않으며, 오히려 다층적이고 맥락적인 실천으로 접근된다. 이러한 방법론적 입장은 아네마리 몰(Annemarie Mol)의 방법처럼, 외부에서 규정된 이론으로 실천을 해석하기보다는 실천 내부의 논리와 상호작용을 추적하고자 하는 시도에 가깝다.

이러한 접근이 필요한 이유는 돌봄이 단일한 논리나 체계로 환원될 수 없는 복합적 현상이기 때문이다. 본 논문은 단순한 돌봄, 복잡한 돌봄, 복합적 돌봄이라는 구분을 통해 돌봄 실천의 다양한 논리를 구분하고자 하며, 각 논리는 상이한 존재론적 전제, 시간성 개념, 환경 인식, 행위자 구성 등을 기반으로 작동한다. 현실의 돌봄 실천에서는 이러한 논리들이 서로 충돌하거나 조율되며, 유동적이고 관계적인 실천의 장을 형성한다. 따라서 본 연구는 돌봄을 미리 정해진 개념으로 정의하기보다는, 다양한 논리가 어떤 상황에서, 누구에게, 어떤 방식으로 문제화되고 대응되는가를 중심으로 돌봄의 실천적 조건을 분석하는 데 중점을 둔다.

동일한 방법론적 입장은 '건강(health)' 개념에도 적용된다. 본 논문은 건강을 정태적 상태나 생물학적 정상 범주로 간주하는 기존 관점에 비판적으로 접근하며, 그 대안으로 '동적 건강(dynamic health)' 개념을 제안한다. 이는 건강을 변화하는 환경 속에서 주체가 자신의 삶을 조율하고 재구성해가는 적응적 과정으로 이해하는 것으로, 시간성, 환경

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

성, 역량을 핵심 구성 요소로 한다. 이러한 건강 개념은 돌봄을 질병 제거나 정상 회복을 목표로 한 기술적 개입이 아닌, 건강을 함께 조율해가는 관계적 실천으로 재구성할 수 있는 이론적 기반을 제공한다.

특히 본 논문은 '건강'과 '돌봄'이 서로 독립적인 개념이 아니라, 상호적으로 구성되는 관계에 주목한다. 동적 건강 개념이 건강을 고정된 상태가 아닌 변화 속에서 조정되는 과정으로 이해할 때, 돌봄은 더 이상 단순히 질병을 제거하거나 정상 상태로 복귀시키는 기술적 행위가 아니라, 건강을 함께 조율해나가는 관계적 실천으로 자리 잡는다. 반대로, 돌봄의 방식과 구조는 건강 개념 자체의 형성에도 영향을 미친다. 예컨대 만성질환, 장애, 노화와 같은 조건에서 전개되는 돌봄 실천은, 건강을 단지 병리의 부재가 아니라 의미 있는 삶의 구성 능력과 연결된 실천으로 재구성한다. 이러한 상호작용은 시간성, 환경성, 역량과 같은 요소를 통해 더욱 명확히 드러나며, 건강과 돌봄을 함께 분석할 수 있는 이론적 기반을 뒷받침한다.

또한 '다층적 돌봄 실천'은 돌봄을 단일한 체계가 아닌, 서로 다른 논리들이 중첩되고 상호작용하는 복합적인 장으로 이해하는 개념이다. 이는 복잡성 이론에 기반하여, 문제의 성격과 상황의 맥락에 따라 돌봄 방식이 달라져야 한다는 점을 강조한다. 따라서 본 논문은 돌봄을 '정의'하기보다, 그것이 구성되고 변화하며 작동하는 조건과 양상들을 분석하며, 그로부터 '좋은 돌봄'이 구성될 수 있는 조건을 탐색하고자 한다.

개념을 고정된 정의로 환원하지 않고, 실천의 구체적 맥락 속에서 작동 방식을 분석하는 것은 본 논문의 핵심적인 방법론적 방향성을 이룬다. 먼저, 단일한 이론 틀로 복잡한 돌봄 현실을 단순화하거나 환원하지 않고, 각기 다른 실천 논리들이 교차하고 충돌하는 복합성과 다층성을 있는 그대로 분석의 대상으로 삼는다. 또한, 이론과 실천의 상호작용에 주목함으로써, 고정된 이상이나 규범이 아니라 구체적인 맥락 속에서 '좋은 돌봄'이 구성되는 조건과 가능성을 탐색한다.

결과적으로 본 논문은 돌봄에 대한 단일하고 포괄적인 정의를 제시하기보다, 돌봄을 구성하는 다양한 논리들이 언제, 누구에게, 어떤 조건에서 정당화되고 작동하는지를 분석하고자 한다. 이를 통해 돌봄 실천의 복잡성과 유동성을 반영하는 동시에, 보다 적절하고 윤리적인 돌봄 체계를 구성할 수 있는 이론적 기반을 제공하고자 한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

2. 의료 분야에서 돌봄의 이론적 기초*

최근 의학, 보건학, 사회학, 사회복지학, 문학, 인류학 등 다양한 학문 분야에서 돌봄에 대한 논의가 활발히 이루어지고 있다. 특히 서구의 돌봄 이론은 1980년대 여성주의 이론가들(Carol Gilligan, Nel Noddings)로부터 출발하여, 1990년대 이후 사회정치적 차원으로 확장된 돌봄 윤리를 거쳐, 2000년대 이후에는 국제 관계, 정치 이론, 공공 정책 등 보다 광범위한 영역에서 돌봄의 실천을 모색하는 흐름으로 발전하였다. 이러한 이론적 발전은 돌봄의 개념을 확장하고 새로운 관점을 제시함으로써 돌봄 이론에 학문적·실천적 깊이를 더해왔다.[21]

이러한 이론적 흐름과 더불어, 인구의 고령화로 인한 노인 돌봄 문제, 저출산으로 인한 아동 돌봄 문제, 의료의 발전으로 국가, 지역사회, 공공기관 등 다양한 차원에서 돌봄은 핵심적인 사회적 의제로 부상하고 있다. 의료 영역에서도 돌봄은 간호학과 호스피스 분야에서 오랫동안 핵심 개념으로 자리해 왔으며, 최근에는 만성질환의 증가와 함께 그 논의의 지평이 임상 현장의 다양한 층위로 확장되고 있다. 특히 만성질환의 특성상 환자와 의료진 간의 지속적 관계 형성과 장기적 돌봄 관리가 필수적인 만큼, 돌봄은 더 이상 선택적 보조행위 혹은 안정/회복/재활만을 위한 실천이 아닌 의료의 핵심적 요소로 재조명되고 있다.

그럼에도 불구하고, 의료 실천에서 돌봄은 여전히 주변화되는 경향이 강하다. 기술 중심적 접근과 관료적 시스템 아래에서 돌봄은 치료의 부속적 행위로 간주되며, 제도적으로 충분히 다루어지지 않는다.[22] 이에 본 연구는 다양한 의료 분야에서 실천되는 돌봄의 양상을 분석하고 이를 통해 돌봄의 개념적, 실천적 확장을 모색하고자 한다. 돌봄은 의학, 간호학, 호스피스, 공중보건 등 다양한 분야에서 각각의 목적과 맥락에 따라 다르게 정의되고 실천되고 있다. 하지만 지배적인 생의학적 접근 아래 돌봄은 치료에 종속된 부차적 활동으로 축소되며, 기술 중심적 의료 환경에서 그 가치가 간과되는 경향이 있다. 이에 더하여 각 분과 간의 소통과 협력이 부족할 경우 환자는 결국 분절적이고 불연속적인 돌봄을 경험하게 된다.

이를 분석하기 위해 본 연구는 먼저 생의학적 접근이 의료 체계에서 돌봄을 배제하는

---

*2장의 내용은 차현재, 「건강 개념의 재정립을 통한 보건의료에서의 돌봄 실천 방향성 모색」(의철학연구)에 수록된 논문을 바탕으로 하였으며, 본 논문에서는 박사학위 논문의 목적과 구조에 맞추어 내용을 일부 보완하고 재구성하였다.

21) Baur, V., van Nistelrooij, I., and Vanlaere, L.(2017), "The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices," Medicine, Health Care and Philosophy 20, pp.483-493.

22) Feo, R., and Kitson, A.(2016), "Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems," International Journal of Nursing Studies57, pp.1-11.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

방식과 그 한계를 살펴본다. 또한, 돌봄이 특정 직군(예: 간호사, 요양보호사)이나 성별에 따라 편중되고, 정서적 교류와 같은 돌봄의 관계적 측면이 기술적 치료에 비해 평가절하되는 구조적 문제를 지적한다. 이어서 다양한 대안적 건강 이론－대안적 건강 모델, 포스트휴먼 접근, 건강의 다양한 정의－을 분석하며, 각 이론이 돌봄 실천에서 가지는 의의와 한계를 탐구한다. 마지막으로, 변화하는 의료 환경에 부합하는 돌봄의 실천적 의미를 탐색하고, 이에 적합한 건강 개념의 방향성을 모색하고자 한다.

2.1. 의료분과별 돌봄의 개념적 양상 탐색

의료 돌봄 실천의 다면성을 드러내기 위해 먼저 의학, 간호, 호스피스, 공중보건의 네 개 분과를 구분하여 돌봄을 논의하고자 한다.[23] 먼저 의학의 영역에서, 펠리그리노는 의학을 '단순한 기술적 실천이 아닌, 인간을 향한 돌봄과 윤리적 책임이 결합된 복합적인 인간적 기예'로 규정한다. 그는 환자를 기계적 존재로 환원하는 접근이 초래할 위험을 경고하며, 의학이 질병의 제거에만 국한되지 않고 환자의 인간적 요구에 응답하는 돌봄(care)을 통해 치유와 웰빙을 추구해야 한다고 주장한다. 그는 "의학의 도덕적 힘은 환자의 돌봄에 대한 필요성에 적용되며, 이로부터 발생"[24]한다고 강조하며, 돌봄이야말로 의학의 윤리적 기초임을 분명히 한다.

또한 현대 의학에서는 질병 중심의 의료 실천에서 벗어나 환자중심돌봄(Patient-centered Care)으로의 접근이 강조되고 있다. 환자중심돌봄은 환자의 고유한 선호와 요구를 존중하고 이를 모든 의료적 결정의 중심에 두는 접근법이다.[25] 이 접근법은 주로 환자와 의료 제공자 간의 상호작용에 초점을 맞추며, 환자의 자율성과 권리를 존중하는 돌봄의 중요성을 강조한다. 이는 환자가 건강 상태와 치료 과정에 대해 충분히 이해하고, 그 결정 과정에 능동적으로 참여할 수 있도록 돕는 것을 목표로 하며, 이를 통해 의료 제공자는 환자의 신체적·심리적·사회적·영적 요구를 통합적으로 고려한 맞춤형 돌봄을 제공하게 된다. 이와 유사하게, 미국 의학한림원(Institute of Medicine)도 환자중

23) 물론 호스피스는 의학의 일부이고 공중보건 또한 의학과 겹치는 부분이 많으며, 각 분야가 상호작용하고 실천적으로 겹치는 부분이 많다는 점에서 이러한 구분은 도식적일 수밖에 없다. 구분은 돌봄의 개념과 실천을 각 분야의 특수성과 맥락 속에서 조명하기 위한 분석적 도구로 사용되었으며, 이를 통해 각 분과가 돌봄의 특정 측면에서 기여하거나 한계를 보이는 지점을 보다 명확히 드러내고자 한다. 나아가 분과 간의 경계를 좀더 유연하게 인식하면서, 돌봄의 성격과 상호보완적 관계를 탐구하는 방향으로도 논의를 확장할 수 있을 것이다.

24) Pellegrino, E. D.(1981), A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions. Oxford University Press., pp.34-35.

25) Lusk, J. M., and Fater, K.(2013), "A concept analysis of patient-centered care," Nursing Forum 48(2), pp.89-98

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

심 접근을 '이상적 의료'의 여섯 가지 조건 중 하나로 제시하며 이를 제도적 비전으로 채택하였다.[26]

환자중심돌봄이 환자의 기능적 삶의 개선과 자율성 등 '의료 내부'에서의 돌봄에 중점을 둔다면, 인간(인격)중심돌봄(Person-centered Care)은 환자를 넘어 한 개인의 전체적 필요를 고려하고, 인간을 전체적 존재로 이해하는 돌봄 철학에 기초한 접근이다.[27] 인간중심돌봄의 핵심은 전체론적(생물-심리-사회-영적) 접근으로, 환자의 개별적 필요를 존중하고 환자와의 치료적 관계를 통해 돌봄의 협의와 선택권을 제공하여, 환자가 원하는 수준에서 건강 결정에 참여할 수 있도록 권한을 부여하는 돌봄의 방식이다.[28] 이는 환자가 의료적 돌봄뿐만 아니라 정서적 지지와 인간적 존중을 받을 권리를 가지며, 그 과정에서 환자의 존엄성과 정체성이 유지되도록 돕는 것을 목표로 한다. 인간중심돌봄은 단순한 치료를 넘어서는 윤리적, 관계적 접근을 지향하며, 환자와 돌봄 제공자 간의 진정한 인간적 관계 형성을 중시한다.

의료 분야에서 돌봄 실천이 가장 두드러지는 영역은 간호학이다. 간호학에서 돌봄의 개념은 플로렌스 나이팅게일(Florence Nightingale)의 시대부터 중요한 위치를 차지해 왔으나, 당시에는 주로 환경적 요인과 신체적 간호에 초점을 둔 접근이 지배적이었다. 나이팅게일은 깨끗한 환경 조성과 환자의 신체적 안위를 제공하는 것이 간호의 핵심 역할이라고 강조하며, 간호가 효과적으로 수행되기 위해서는 특정한 지식과 훈련이 필요하다고 주장하였다.[29] 그녀는 간호사의 역할을 "환자가 자연 치유에 가장 적합한 상태에 이를 수 있도록 환경을 조성하는 것"으로 보았으며, 이를 통해 간호는 단순히 물리적 간호에 국한되지 않고 환자의 정신적, 정서적 상태까지 고려해야 한다는 통합적 시각을 제시하였다.

즉 나이팅게일의 간호에서 '돌봄'은 단순한 신체적 치료를 넘어 영적 측면까지 포함하여 환자의 전체적 안위를 고려하는 포괄적인 접근 방식을 취하였다. 이는 환자의 환경을

---

26) 해당 보고서는 1998년 미국 의학한림원이 미국 의료의 질을 향상시키기 위한 전략을 수립하고자 설립한 위원회의 두 번째이자 최종 보고서이다. 이 보고서에서는 향후 10년 동안 강력한 의료 체계를 구축하기 위한 전략과 실행 계획을 제시하며, 의료의 질 향상을 위한 다섯 단계 실천 계획을 설명한다. 첫 단계로 위원회는 여섯 가지 개선 목표를 제안하는데, 이는 환자 안전(safe)을 지키고, 과학적 지식에 기반한 효과적인(effective) 서비스 제공, 환자 중심(patient-centered)의 의료, 적시(timely)에 제공되는 의료, 자원의 효율적(efficient) 사용, 그리고 성별, 인종, 지역, 사회경제적 상태에 따른 의료의 질 차별 해소(equitable)를 목표로 한다. Wolfe(2001), p.234.

27) 이지예, 이세원, & 오의금. (2020). 국내 간호학 문헌에서의 인간중심케어 개념화: 주제범위 문헌고찰.Korean Journal of Adult Nursing,32(4), 354-363.

28) Morgan, S., and Yoder, L. H.(2012), "A concept analysis of person-centered care," Journal of Holistic Nursing30(1), pp.6-15.

29) Nightingale, F.(1992), Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not, Lippincott Williams & Wilkins.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

최적화하여 자연스러운 치유를 촉진하고, 환자 개개인의 필요와 정서적 안정을 고려하며, 윤리적 책임을 다하는 것을 포함한다. 이러한 돌봄 개념은 현대 간호학에서도 여전히 중요한 기준으로 자리 잡고 있으며, 환자 중심의 간호 실천에 있어 중요한 역할을 한다.

20세기 중반에 이르러, 돌봄의 개념은 진 왓슨(Jean Watson)과 매들린 레닌저(Madeleine Leininger) 등의 간호 이론가들에 의해 더욱 정교화되고 확장되었다. 진 왓슨은 1970년대에 돌봄을 단순한 의료 행위가 아닌 초월적이고 전인적인 개념으로 설명하며, 간호사와 환자 사이의 깊은 상호작용을 강조하였다. 그녀는 간호사의 역할을 환자의 신체적 요구뿐만 아니라 정서적, 영적 요구를 충족시키는 돌봄 제공자로 재정의하며, 이는 단순한 질병 치료를 넘어 환자의 경험과 고통에 민감하게 반응하고 그들의 전체적인 존재를 돌보는 것을 포함한다고 주장하였다.[30] 왓슨은 돌봄 관계가 단순한 행동이나 절차가 아니라, 간호사와 환자가 서로 깊이 연결되는 '초개인적(transpersonal) 돌봄'으로 이해하였다. 즉 왓슨은 간호사의 자아 초월적이고 창조적인 힘을 통해 진정한 돌봄이 실현될 수 있으며, 이러한 돌봄은 과학적 근거뿐만 아니라 정신적·존재론적 차원에서도 이루어져야 한다고 주장한다.[31]

한편, 레닌저는 1980년대에 '횡문화적 간호 이론(Transcultural Nursing Theory)'을 제안하며, 돌봄이 환자의 문화적 배경을 반영해야 한다고 강조하였다. 그녀는 각 환자의 문화적 배경을 이해하고 존중하는 것이 돌봄의 필수 요소라고 주장하며, 이러한 접근을 통해 돌봄이 단순한 신체적 간호에 국한되지 않고 환자 개인의 문화적 차이를 이해하고 이를 바탕으로 문화적으로 적합한 돌봄을 제공하는 전인적 접근임을 강조하였다.[32]

간호철학 문헌에 따르면, 간호학에서의 돌봄은 "전문적 지식과 기술, 개인적 성숙, 대인 감수성을 기반으로 한 상호작용적 과정"으로 정의되며,[33] 이는 환자의 신체적, 심리적 요구를 충족시키기 위한 활동과 이를 수행하는 간호사의 태도와 역량을 포함하는 포괄적 개념으로 이해된다. 또한 간호사의 태도와 환자와의 관계, 그리고 이러한 상호작용이 환자의 경험에 미치는 영향을 포함하는 넓은 의미의 개념으로 확장되기도 한다.[34] 종합하자면, 간호에서의 돌봄은 관계적, 실천적, 도덕적 측면을 모두 아우르는 개념으로, 기술적 숙련성을 넘어 환자의 상황을 깊이 이해하고 존중하는 과정 및 관계를 포함한다.

---

30) Alligood, M. R.(2017), Nursing Theorists and Their Work-E-Book: Nursing Theorists and Their Work-E-Book, Elsevier Health Sciences.

31) Blasdell, N. D.(2017), "The meaning of caring in nursing practice," International Journal of Nursing Clinical Practice4(238), p.2.

32) Leininger, Madeleine, and Marilyn McFarland.(1995), Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices.

33) Drahošová, L., and Jarošová, D.(2016), "Concept caring in nursing," Central European Journal of Nursing and Midwifery7(2), p.459.

34) McCance, T. V.(2003), "Caring in nursing practice: the development of a conceptual framework," Research and Theory for Nursing Practice17(2), p.115.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이처럼 돌봄은 환자의 긍정적인 변화와 회복을 도모하며, 간호사의 윤리적 책임을 다하는 중요한 역할을 수행한다고 볼 수 있다.

호스피스 영역은 돌봄에 관한 논의가 활발히 이루어지는 주요 영역 중 하나이다. 대한중환자의학회에서 발간한 「연명의료중단 및 임종기 돌봄 권고안」에서는 돌봄의 개념을 구체적으로 정의하고 있다. 완화 돌봄(palliative care)은 "질병의 완치를 목표로 하지 않고, 증상 완화를 포함한 모든 치료와 돌봄"을 포괄하는 개념이며,[35] 임종 돌봄(comfort care)은 "임종과정의 환자에게 나타날 수 있는 고통스러운 증상을 조절하여 편안한 임종이 되도록 돕는 치료와 돌봄"을 의미한다.

말기 환자 돌봄의 고유한 특징은 질병의 완치보다는 환자의 신체적, 정서적, 영적 요구를 충족하는 전인적 돌봄에 중점을 둔다는 점에 있다. 이를 위해 통증, 호흡곤란, 불안 등 임종기 환자가 경험하는 다양한 증상에 대한 약물적·비약물적 접근이 권장되며, 동시에 환자와 가족의 정서적 요구와 영적 필요를 충족시키는 것도 권장된다.[36] 이와 같은 실천은 환자의 존엄성을 보장하고 평온한 임종을 가능하게 하는 중요한 역할을 한다.

호스피스 돌봄의 또 다른 특징은 다학제적 협력을 통해 환자와 가족의 복합적 요구를 충족하는 것을 목표로 한다는 점이다. 다양한 전문 분야의 의료인과 돌봄 제공자들이 협력하여 신체적 관리뿐 아니라 심리적·정서적 지원 및 윤리적 갈등 해결을 도모하며, 이 과정에서 환자의 자율성을 존중하고 투명한 의사소통과 공유 의사결정을 통해 개별 환자의 가치관과 목표가 반영된 돌봄 계획을 수립한다.

말기 돌봄 분야에서 다학제적 접근이 필요한 이유는 임종기 돌봄이 단순히 생물학적 치료에 그치지 않고 환자와 가족의 다양한 복합적 요구를 포함하기 때문이다. 임종 과정에서는 환자의 신체적 고통 경감뿐 아니라 심리적 안정, 가족과의 관계, 영적 요구, 그리고 윤리적 갈등 해결 등의 여러 문제가 발생할 수 있다. 따라서 이를 효과적으로 해결하기 위해서는 각 분야의 전문가들이 협업하여 환자와 가족의 다양한 필요를 충족시키기 위해 협력해야 한다. 예를 들어, 의사는 환자의 생물학적 상태를 관리하고, 간호사는 신체적 돌봄을 제공하며, 사회복지사나 윤리 자문가는 환자와 가족의 심리적·윤리적 갈등을 조정하고 해결할 수 있다. 이렇게 다학제적 협력을 통해 각기 다른 전문성이 통합되어 비로소 환자의 전인적 돌봄이 가능해진다.

마지막으로, 공중보건에서 돌봄의 개념은 전통적으로 심리학적 및 의료 모델을 통해 다루어져 왔으나, 최근에는 돌봄을 가족 내 책임을 넘어 사회적 지원 체계의 일부로 이해하려는 경향이 확대되고 있다. 이는 돌봄을 단순히 개인적이고 사적인 문제로 한정하지 않고, 사회적·정책적 차원에서 돌봄 제공자와 수혜자의 건강과 복지를 개선할 필요성

35) 연명의료중단 및 임종기 돌봄 권고안, 대한중환자의학회, 2018. 4쪽.
36) Hodgkinson, S., et al.(2016), "Care of dying adults in the last days of life," Clinical Medicine 16(3), pp.254-258.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

을 시사한다.[37] 공중보건은 돌봄을 개인의 책임이나 가족의 역할에 국한하지 않고, 돌봄 제공자와 인구집단의 건강 증진을 위해 과학적 지식과 정책적 지원을 제공하고자 한다. 이를 위해 지역사회와의 협력적 파트너십을 통해 인구집단의 건강과 복지를 향상하며, 돌봄에 대한 사회적 인식 제고와 제도적 지원을 통해 보다 건강한 사회 구축에 기여하고자 한다. 또한, 최근 디지털 헬스케어 기술의 발전은 공중보건에서 돌봄의 방식을 새롭게 정의하고 있다. 이는 병원 안에서의 돌봄을 넘어 다양한 기술적 도구와 플랫폼을 통해 돌봄의 효율성을 증진하고 지리적, 사회경제적 장벽을 넘어 접근성을 확대하려는 시도를 포함한다.

다음 표는 각 분야에서 논의되는 돌봄 논의를 정리한 것이다.

표 1 의료분과별 돌봄의 양상

구분	의학	간호학	호스피스	공중보건
제공자	의사	간호사	다학제팀 [의료인,사회복지사, 종교인, 윤리학자 등]	다학제팀 [보건의료인, 사회복지, 정부, 공공기관]
대상	개별 환자		말기 환자, 가족, 의료진	인구집단, 사회
관계의 범위	대인관계			구조적 관계
주요 영역	인간중심돌봄 환자중심돌봄	관계적 돌봄 정서적 지지	완화돌봄 임종돌봄	정책적 지원 지역사회 돌봄 디지털헬스케어
목적	환자의 전반적인 건강 회복	환자의 신체적, 심리적 요구 충족	말기환자의 삶의 질 유지, 편안하고 존엄한 죽음	질병 예방 및 건강증진 건강 불평등 해소
책임의 근거	전문직 윤리	도덕, 윤리적 책임에 대한 응답	인간의 존엄성	공동체적 책임 공공의 복지
실천적 중점	환자의 자율성, 자기결정권 존중	간호사와 환자간 상호작용, 환자의 정서적 및 영적 요구 충족	환자의 자율성, 자기결정권 존중 고통 완화 및 편안한 죽음	질병 예방, 의료 접근성 개선, 환경 개선

37) Talley, R. C., et al.(2014), "Contributions of public health to caregiving," R. C. Talley and S. S. Travis, eds. Multidisciplinary Coordinated Caregiving: Research·Practice·Policy, pp.209-237.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

건강	신체적 건강 (회복을 중심으로 하되, 치료 과정에서 환자의 전반적인 삶의 질도 고려)	단순한 신체적 상태가 아닌, 전인적 웰빙의 상태 (신체적 정서적 영적 측면을 모두 포함)	삶의 질 중시, 환자가 편안함을 느끼고, 존엄성을 유지하는 상태	신체적, 정신적, 사회적 웰빙을 통합적으로 고려

각 분과에서 공통적으로 나타나는 돌봄의 요소는 다음과 같다. 첫째, 돌봄이 환자 또는 수혜자의 신체적 요구뿐 아니라 정서적, 영적, 사회적 요구까지 포괄적으로 고려해야 한다는 점을 강조한다. 이는 돌봄이 단순한 신체적 치료를 넘어 환자의 전인적 요구를 다루어야 한다는 공통된 인식을 반영하는 것이다. 둘째, 돌봄은 단순히 기술적 수행으로 그치는 것이 아니라, 환자 혹은 인구집단에 대한 윤리적 책임으로 간주된다. 셋째, 돌봄의 맥락에서는 대인관계이든 구조적 관계이든 '상호작용'과 '관계성'이 핵심 요소로 다루어진다. 마지막으로, 환자의 고유한 상황과 요구에 맞춘 개인 맞춤형 접근이 중요하게 강조된다는 점 또한 공통된 특징으로 나타난다.

2.2. 생의학적 모델과 돌봄의 배제

하지만 이는 각 분과에서 바라보는 바람직한 돌봄의 개념을 제시한 것일 뿐이며, 실제 현장에서의 돌봄 실천에는 여러 가지 한계가 존재한다. 본고는 이러한 돌봄 실천의 한계가 현재 의료 체제를 지배하는 생의학 모델과 그로부터 비롯한 이론 및 임상적 실천에서 비롯되었다고 주장한다.

제2차 세계대전 이후, 생의학적 특성을 중심으로 하는 지배적 의학적 패러다임이 확립되었다. 실험실, 병원, 클리닉, 공중보건적 실천이 유기적으로 연결되었으며, 과학적 의학 연구에 대한 투자 증가로 인해 모든 질병을 치료할 수 있다는 믿음이 강화되었다. 이에 따라 임상의학과 공중보건은 질병의 생물학적 기전과 이를 진단, 치료하거나 예방하는 전략을 모색하는 데 주력하게 되었으며, 이후로 항생제 개발 등 다양한 약물 치료법의 개발 속도가 한층 빨라졌다. 또한, 진단, 치료, 예방을 중심으로 한 효과적이고 과학적인 접근법이 정교화되었으며, 근거기반의학(evidence-based medicine) 방법론이 발전함에 따라 오늘날 학계와 정부 기관에서 의료의 주요 이론적 틀로 자리 잡게 되었다. 션 발레스(Sean Valles)는 생의학을 "학계와 정부 기관에서 이루어지는 대부분의 보건 과학 및 보건 기술 연구의 포괄적 이론적 틀"[38]로 설명하며, 생의학적 접근의 지배적 위치를 강조한다. 이러한 생의학적 의료 체계에서 돌봄이 제대로 기능하지 못하는 이유는 다음과

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

같다.

먼저, 생의학적 접근은 질병과 그 원인을 생물학적, 화학적, 물리적 현상으로 한정하여 가시화하고 예측가능한 결과를 확립하는 데 중점을 둔다. 이는 치료 계획을 체계적으로 수립할 수 있도록 하는 장점을 제공한다. 예를 들어, 말기 의료에서 질병 경로(illness trajectory)에 대한 분석이 이를 뒷받침한다.[39] 이 분석에 따르면 암의 질병 경로는 상대적으로 안정된 기능 유지를 보이다가 급격한 하락을 겪으며, 장기부전의 경우는 악화와 완화가 반복되는 불규칙한 경과를 나타낸다. 이와 같은 구분은 예후를 예측하고 돌봄 계획을 수립하는 데 유용하게 활용될 수 있다. 그러나 질병 경로를 고정된 패턴으로 가정함으로써 개별 환자의 상황을 충분히 반영하지 못하며, 환자 중심의 돌봄보다는 질병 자체에 초점을 맞추게 되는 위험을 내포한다. 실제로 관련 연구에서 질병 경로 접근 방식이 신체의 기능적 상태에만 초점을 두고, 지나치게 단순화되어 환자의 개별 상황과 변화하는 요구를 충분히 반영하지 못할 위험이 있다고 지적되었다.[40]

나아가 생의학적 접근은 확실성과 가시성을 강조함으로써 환자의 경험이나 비의학적 신체 표현을 소외시키는 결과를 초래할 가능성이 크다. 이는 단순히 환자의 주관적 경험을 배제하는 데 그치지 않고, 그러한 경험을 생물학적 차원으로 환원하려는 경향으로 이어질 수 있다. 이처럼 의료 환경에서 환자의 경험과 관점이 체계적으로 무시되거나 낮게 평가되는 현상을 돌봄 현장에서의 '인식론적 불공정(epistemic injustice)'[41]이라고 할 수

---

38) Valles, S.(2020), Philosophy of Biomedicine. <https://plato.stanford.edu/eNtRIeS/biomedicine/> (2025년 6월 30일 접속)

39) Comstock Barker, P., and Scherer, J. S.(2017), "Illness Trajectories: Description and Clinical Use# 326," Journal of Palliative Medicine20(4), pp.426-427.

40) Murray, S. A., et al.(2005), "Illness trajectories and palliative care." BMJ 330(7498), pp.1007-1011.

41) 미란다 프리커(Miranda Fricker)는 인식론적 불공정을 증언적 불공정과 해석적 불공정으로 구분하며, 의료에서 이러한 불공정은 환자의 경험이 고정관념으로 인해 평가절하되거나 무시될 때(증언적 불공정)와 의료 언어의 한계로 인해 환자의 경험이 충분히 해석되지 못할 때(해석적 불공정) 발생한다고 설명한다. 이러한 불공정은 객관화된 지식이 중시되는 의료 실천에서 환자의 주관적 경험과 관계적 상호작용이 과소평가되는 경향으로 나타나며, 과학적 지식을 우선시하는 생의학적 관점과 의사와 환자 간 권력 불균형이 이를 더욱 강화한다. Pot, M.(2022), "Epistemic solidarity in medicine and healthcare," Medicine, Health Care and Philosophy25(4), pp.681-692.
Epistemic injustice를 번역할 때 '인식론적 부정의'나 '인식론적 불평등' 등 다양한 번역어가 사용될 수 있다. 이 중 본 연구에서는 '인식론적 불공정'을 채택하는데, 그 이유는 다음과 같다. 먼저, '인식론적 부정의'는 프리커가 철학적 분석의 핵심으로 삼는 '인식론(epistemology)'의 학문적 맥락을 제대로 반영하지 못한다. 프리커의 논의는 단순히 '정의롭지 않음'을 넘어 지식의 생성, 공유, 평가 과정에서 발생하는 구조적이고 체계적인 불공정성에 관한 인식론적 분석이다. 한편, '인식론적 불평등'이라는 번역어는 불평등 자체에 초점을 맞추어 불공정성(injustice)의 의미를 충분히 전달하지 못할 우려가 있다. 프리커는 단순히 지식이나 경험의 비대칭성을 논의하는 것이 아니라, 그 비대칭성이 불공정하게 작용하는 구조적 문제와 관련되어 있다는 점을 강조한다. 결론적으로, 본 연구에서는 프리커의 원래 의도를 충실히 반영하기 위해 '인식론적 불공정'이라는 용어를 채택하였다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

있는데, 이는 의료 환경에서 환자에게서 나온 이야기가 충분히 신뢰받지 못하거나 그들의 경험을 전달할 때 겪는 어려움으로 인해 발생한다. 예를 들어, 어떤 환자가 자신의 증상을 설명할 때 그들의 진술이 정신적 불안정함이나 신뢰 부족 등의 고정관념 때문에 제대로 받아들여지지 않는 경우가 발생할 수 있다.

카렐과 키드의 연구에 따르면, 의학적 지식의 인식론적 특권에는 다음의 근거가 있다. 첫째, 의학은 생리적 메커니즘의 회복을 목표로 하며, 이 과정에서 주로 삼인칭적 시각이 강조되고 일인칭적 서술 및 증언은 배제된다. 둘째, 성과와 목표 달성에 중점을 둔 의료 문화에서는 환자의 의견이 충분히 반영되기 어렵다. 셋째, 대규모 의료 시스템의 특성상 성과를 정량적으로 평가하려는 경향이 강해 환자의 질적 진술은 활용도가 낮게 평가된다. 넷째, 환자의 진술은 일화적이고 상황에 따라 가변적이기 때문에, 장기적이고 체계적인 의사결정 과정에 적합하지 않다고 여겨지는 경우가 많다. 마지막으로, 환자들 사이의 의견 차이가 다양하기 때문에 누구의 진술을 우선시할지 결정하기가 어려운 문제가 존재한다. 이로 인해 결과적으로 환자의 경험과 관점을 의료 실무에서 부차적 요소로 간주하거나 체계적으로 배제하는 결과를 초래한다.[42)]

물론 의료 전문가와 환자는 각각 고유한 인식론적 강점을 지니고 있지만, 의료 실무와 정책에서는 주로 의료 전문가의 지식만이 '진정 중요한(really matters)' 역할을 한다고 여겨진다.[43)] 현대 의학이 '환자중심돌봄'과 '인간중심돌봄'으로의 전환을 시도하고 있음에도, 이러한 전환만으로는 인식론적 특권과 구조적 한계를 완전히 극복하지 못하고 있다. 예를 들어, 의료 현장은 정량적이고 객관적인 데이터를 중시하는 경향이 강해 환자의 주관적 진술이나 심리적 상태는 부차적인 요소로 간주되는 경우가 많다. 이로 인해 돌봄 실천에서도 환자의 전인적 상태를 충분히 고려하지 못하고, 객관적 지표나 생리적 수치에만 집중하면서 환자의 가치나 선호가 배제된 제한적인 돌봄이 이루어지는 경향이 생긴다.

한편 돌봄 실천의 성과나 이에 대한 평가는 정량화하기 어려운 관계적 지표나 비가시화된 형태로 나타나는 경우가 많아, 돌봄이 종종 추상적이고 주관적이라는 인식이 강하게 자리 잡고 있다. 이러한 특성은 돌봄 실천의 효과를 평가하거나 이를 체계적으로 운영하기 위한 지표를 정의하고 측정하는 데 있어 상당한 도전 과제를 제기한다.[44)]

다음으로, 돌봄의 개념이 각기 다르게 정의되거나 모호하게 사용되어 실천 과정에서 제약 요인으로 작용한다. 전문화되고 분과화된 의료의 각 영역에서 돌봄의 정의와 범위

---

42) Carel, H., and Kidd, I. J.(2014), "Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis," Medicine, Health Care and Philosophy 17, p.535.
43) 앞의 책, p.535.
44) Feo, R., and Kitson, A.(2016), "Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems," International Journal of Nursing Studies 57.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

가 상이하게 해석됨에 따라 돌봄에서의 역할 분담과 책임의 경계가 불분명해지며 이러한 모호성은 돌봄에 관여하는 직역 간 협력을 저해하고 제공자, 수혜자의 입장 모두에서 분절된 돌봄으로 이어질 위험이 있다.[45] 특히 돌봄은 단순히 신체적 요구를 넘어 정서적·사회적 요구까지 포괄해야 하는 복합적 과정임에도 불구하고, 이러한 모호성으로 인해 실천의 일관성과 연속성이 저하될 가능성이 크다.

이어서 돌봄의 편중성 문제는 의료 환경에서 돌봄의 가치를 저해하고, 환자를 위한 통합적 의료 실천을 어렵게 만드는 주요 장애물로 작용하고 있다. 이러한 편중성은 크게 성별 고정관념과 직군 간의 역할 분리로 드러난다.

돌봄이 여성적인 역할로 간주되는 성별 편향은 의료 내 돌봄 실천에 구조적 한계를 초래한다.[46] 돌봄의 성별 편향 문제는 의료진의 성별 구성에 국한되지 않고, 간호 혹은 돌봄이 본질적으로 '여성적'이고 치료는 '남성적'이라는 젠더화된 인식과 깊이 연결되어 있다.[47] 돌봄은 공감, 정서적 연결 등 전통적으로 '여성적'으로 간주되는 특성과 연계되는 반면, 치료는 과학적 객관성과 기술적 전문성을 중시하는 '남성적' 활동으로 여겨지는 경향이 있다.[48] 이러한 인식은 여성 의사 비율, 남성 간호사 및 요양보호사 비율의 꾸준한 증가와 무관하게 돌봄을 여전히 부차적이고 특정 성별에 귀속된 역할로 한정시키며, 의료 환경에서 돌봄 실천의 가치를 배제하는 데 기여한다.

또한, 치료와 돌봄의 분리로 인해 돌봄은 특정 직군의 업무로 한정되고, 이러한 직군 간 분절은 통합적 돌봄을 저해하는 요인이 되고 있다. 예를 들어 간호사, 물리치료사, 사회복지사, 요양보호사 등은 돌봄을 담당하는 주요 직군으로, 의사들이 기술적 치료와 진단에 집중하는 동안 환자와의 정서적 연결이나 일상적 돌봄은 다른 직군의 책임으로 전가된다. 이러한 분리된 역할은 의료 전문직 간의 소통 부재를 초래하며, 돌봄이 각기 독립적으로 수행되면서 환자를 위한 통합적이고 조율된 돌봄 제공이 어려워지는 결과를 초래한다. 즉, 돌봄은 전문적이고 통합적인 의료 행위의 일부로서 자리 잡기보다는, 성별

45) 앞의 책, p.4.

46) Treiber, L. A., Jones, J. H.(2015), "The care/cure dichotomy: Nursing's struggle with dualism," Health Sociology Review24(2), pp.152-162.

47) 본 논문에서 논의하는 돌봄의 성별화 경향은 생물학적 성별 분포를 단순히 기술하는 데 그치지 않고, 젠더 고정관념이 의료 환경에서 돌봄의 가치를 어떻게 형성하고 제한하는지를 비판적으로 바라보고자 한다. 돌봄 직군에서 남성의 비중이 점차 증가하는 현상이 있더라도, 돌봄이 여전히 여성적 역할로 인식되고 특정 성별에 고착화되는 경향은 지속되고 있다. 이러한 젠더 고정관념과 구조적 불평등은 결국 돌봄을 특정 직군과 역할에 한정시키고, 기술적 치료에 비해 돌봄의 가치를 부차적이고 종속적인 활동으로 평가절하하는 데 영향을 미칠 수 있다.

48) Kleinman, A., and Van Der Geest, S.(2009), "'Care' in health care. Remaking the moral world of medicine," Medische Antropologie21(1), pp.159.; Masibo, Racheal Mukoya, Stephen M. Kibusi, and Golden M. Masika.(2024), "Gender dynamics in nursing profession: impact on professional practice and development in Tanzania,"BMC Health Services Research24(1), p.1179.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

과 직군에 따라 분리되고 비중이 축소된 채로 다루어지고 있다.

마지막으로, 생의학적 의료 아래 돌봄 실천 과정에서 환자의 자율성을 존중하려는 목표와 의료진의 보호적 접근(온정주의) 사이에서 발생하는 갈등이다. 기존의 생의학적 접근에서는 환자와 의료진 간의 관계를 계약적이고 상호 대등한 것으로 간주하며, 각자의 권리와 의무를 상호 존중하는 관계로 이해한다.[49] 이러한 접근은 환자를 독립적이고 자율적인 도덕적 행위자로 보고, 환자가 자신의 건강에 대한 결정을 내릴 수 있는 권리와 능력을 강조한다. 이에 따라 환자의 자율성은 건강 목표 달성을 위한 중요한 수단으로 간주되며, 의료인은 환자에게 가능한 치료 옵션을 제공하고, 환자가 자신의 가치와 목표에 따라 선택할 수 있도록 해야 한다.

하지만 이러한 접근이 항상 환자의 건강 목표를 달성하도록 하는 것은 아니다. 예를 들어 중환자실에서 생존 가능성이 낮은 치료를 요청하는 환자의 경우, 그 선택이 오히려 환자의 고통을 가중시키고 신체적·정신적 부담을 증가시킬 위험이 있다. 이때 의료인은 환자의 건강을 저해하는 치료를 제공하지 않을 정당성을 가질 수 있으며, 이는 온정주의적 개입의 필요성을 제기한다.[50] 즉, 환자의 자율적 선택을 보장하는 것으로는 환자의 건강과 안녕을 충분히 보장하지 못하는 상황이 존재한다. 또한, 만성 질환자나 장애인과 같이 지속적인 돌봄이 필요한 환자는 독립적이고 자율적인 결정을 내리기 어려운 경우가 많다. 이들의 선택은 심리적·사회적 요인, 가족과 지인 등 다양한 행위자들의 영향을 받아 상황에 따라 달라질 수 있기 때문이다.

이상에서 살펴본 바와 같이, 생의학적 의료 체계에서는 구조적이고 체계적인 여러 요인들로 인해 돌봄이 제대로 실천되지 못하고 있다. 이러한 문제들은 특히 간호 영역에서 더욱 뚜렷하게 나타나는데, 이와 관련하여 간호 분야에서 기본적 돌봄(fundamental care)이 비가시화되고 평가절하되는 현상을 분석한 페오와 킷슨의 연구에서는 그 원인으로 세 가지 명제를 제시한다.[51] (1) 생의학적 모델이 환자의 심리사회적 요구를 통합한 생물심리사회적 모델보다 우위를 점하고 있다. (2) 의료 시스템 자체가 기본적 돌봄의 가치를 충분히 인정하지 않고 있다. (3) 간호사 스스로도 기본적 돌봄의 중요성을 충분히 인식하거나 이를 실천하지 못하는 경우가 많다.

이를 구체적으로 살펴보면, 치료 활동에 더 높은 가치를 두는 생물의학적 접근은 간호사로 하여금 통증 관리, 약물 투여, 수술 후 처치와 같은 기술 중심적 업무에 더 많은 시간을 할애하도록 만든다. 이로 인해 환자의 정서적 지지, 관계 형성, 일상적 편의 제공과

---

49) Kittay, E. F. (2016). 돌봄: 사랑의 노동/박영사.

50) Donaldson, T.(2024), “Human flourishing, the goals of medicine and integration of palliative care considerations into intensive care decision-making,” Journal of Medical Ethics50(8), pp.539-543.

51) Feo, R., and Kitson, A.(2016), “Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems,” International Journal of Nursing Studies57, pp.1-11.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

같은 기본적 돌봄 활동은 우선순위에서 밀려나게 된다. 이러한 접근은 환자의 심리적, 사회적, 문화적 요구를 간과하기 쉬워 돌봄의 다층적이고 포괄적인 본질을 축소시키는 경향을 보인다. 예컨대, 환자를 목욕시키는 행위는 환자와의 관계를 형성하거나 심리적 안정을 제공할 기회로 여겨질 수 있지만, 현대 간호 실무에서는 단순히 신체 청결을 유지하기 위한 절차로 축소되고 있다. 이러한 환원적 접근으로 인해 환자의 심리사회적 요구는 간호 현장에서 실질적으로 무시되거나 평가절하되며, 돌봄은 기술적 처치로 환원되어 간호의 본질적 목적과 환자 중심 간호의 원칙 또한 약화되고 있다.

또한, 의료 시스템 자체가 기본적 돌봄의 가치를 충분히 인정하지 않고 있기에 돌봄 활동 또한 간호사 대신 간호조무사나 간병인에게 위임되는 경우가 많으며, 간호사는 복잡한 약물 투여나 상처 관리와 같은 전문화된 업무를 우선시하게 된다. 이러한 구조는 기본적 돌봄의 질적 저하와 간호사와 환자 간의 소통 단절로 이어지며, 기본적 돌봄의 중요성을 간과하는 문화를 조성한다. 특히, 효율성과 비용 절감을 중시하는 의료 환경에서 기본적 돌봄은 필수적 업무로 인정받지 못하고 부차적 활동으로 평가절하된다.

결국 이로 인해 간호사들조차 기본적 돌봄의 중요성을 충분히 인식하지 못하거나 실천에서 소홀해지는 상황이 초래된다. 이는 간호 업무 환경에서 기술 중심적 간호가 더 권위 있는 활동으로 여겨지는 경향과 깊은 연관이 있다. 간호대학생들은 기본적 돌봄을 기술적 업무에 비해 낮은 가치로 인식하게 되며, 임상 실습에서 만나는 간호사 역할 모델 역시 기술 중심 업무에 주력하는 모습을 보이면서 이러한 인식을 더욱 강화한다. 결과적으로, 이러한 환경은 의료에서 돌봄의 중요성을 점차 약화시키고, 환자의 심리적, 사회적, 정서적 요구를 충족시키지 못하는 구조적 한계를 드러낸다.

종합하자면, 생의학적 접근은 질병을 생물학적, 화학적, 물리적 현상으로 한정하여 가시성과 예측 가능성을 중시함으로써 치료 계획의 체계화와 과학적 접근의 정교화에 기여했지만, 환자의 개별적 상황과 사회적·정서적 요인을 충분히 반영하지 못하는 한계를 드러낸다. 특히 의료 현장에서 통증 관리나 약물 투여와 같은 가시적이고 기술 중심적인 활동을 우선시함으로써, 의료진의 돌봄 업무가 주로 이러한 기술적 작업에 국한되는 문제를 야기한다. 이러한 경향은 결과적으로 환자의 주관적 경험과 비의학적 신체 표현을 소외시키며, 환자의 이야기가 돌봄 현장에서 낮게 평가되는 '인식론적 불공정'을 초래할 수 있다.

또한 치료와 돌봄이 명확히 분리되면서 돌봄은 간호사나 요양보호사와 같은 특정 직군의 업무로 한정되고, 이는 성별에 따른 고정관념과도 깊이 연결되어 있다. 돌봄이 젠더 고정관념에 따라 여성적 역할로 인식되는 경향은 의료 환경에서 돌봄을 특정 성별에 한정시키고, 이를 의료 시스템 내에서 부차적이고 종속적인 활동으로 평가절하하는 데 영향을 미친다. 더불어, 직군간 역할 분리로 인한 돌봄의 분절화는 의료 분과간 협력적 상호작용을 저해하며, 돌봄을 통합적 의료 행위로 정착시키기 어렵게 만든다. 결과적으로, 이러한 인식이 반복되고 지속됨에 따라 의료진 스스로도 돌봄의 중요성을 간과하게 된다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

2.3. 돌봄 실천의 재정립을 위한 대안적 건강 이론 검토

2.3.1 대안적 건강 개념의 검토

그렇다면 이 문제의 해결을 단순히 의료인의 전문직업성이나 양심, 혹은 의료윤리 교육에 맡겨야 할 것인가? 그렇지 않다. 간호 인력을 확충하는 방안 또한 중요한 대안으로 제시될 수 있으나, 단순히 간호 인력을 증원하거나 업무 처리 시간을 늘리는 방식만으로 돌봄의 질을 자동으로 향상시킬 수 없다는 점은 여러 연구에서 확인된 바 있다.[52] 예를 들어, 간호 인력을 늘리더라도 환자와의 질적 상호작용 시간이 비례하여 증가하지 않거나, 일정 수준을 넘어서면 추가적인 인력 투입의 효과가 점차 감소하는 현상이 나타난다.

결국 의료에서의 돌봄 문제는 단순히 인력의 양적 확대나 서비스의 질적 향상(예를 들어, 공감 교육, 커뮤니케이션 교육의 강화)만으로 해결될 수 없는 복합적이고 구조적인 사안이다.[53] 이 문제를 근본적으로 해결하기 위해서는 단편적인 대안에 머무르지 않고, 의료 시스템 전반에 걸친 근본적인 변화가 필요하다. 그러나 단순히 돌봄의 중요성을 강조하는 것만으로는 부족하다. 오히려 현재의 치료 중심 패러다임이 왜 지속되는지, 그리고 돌봄적 접근이 의료의 효율성과 전문성에 어떤 긴장을 야기하는지를 직시해야 한다. 돌봄은 시간 집약적이고 성과 측정이 어려우며, 표준화된 프로토콜로 환원되기 어렵다는 점에서 현대 의료 시스템의 작동 원리와 근본적으로 충돌한다. 이러한 실천의 첫 단계로, 본고에서는 기존의 건강 개념에 대한 근본적인 재검토가 필요함을 주장한다.

이러한 주장의 이유는 다음과 같다. 첫째, 현행 생의학적 접근은 건강을 단순히 질병의 부재나 기능적 정상성으로 환원시키는 경향이 있다. 이는 건강을 객관적으로 측정가능한 결과로만 정의하는 데 초점을 맞추게 한다. 이러한 전제 하에서는 의료진의 역할이 통증 관리, 약물 투여와 같은 가시적이고 즉각적인 결과를 산출하는 데 제한되기 쉽다. 결과적으로 의료 행위에서 돌봄은 치료에 종속된 부차적 역할로 전락하게 되며, 돌봄의 중요성이 간과된다. 나아가 이는 치료와 돌봄 간의 이분법적 구분을 더욱 심화시키며, 돌봄의 질 저하를 초래하여 환자의 전인적 요구를 충분히 충족하지 못하는 의료 환경을 조성한다.

둘째, 돌봄이 필요한 환자의 건강 상태는 고정된 것이 아니라 지속적인 변동성을 내포

52) Maghsoud, F., et al.(2022), "Workload and quality of nursing care: the mediating role of implicit rationing of nursing care, job satisfaction and emotional exhaustion by using structural equations modeling approach," BMC Nursing 21(1), p.273.; Winter, V., et al.(2021), "Nurse staffing and patient-perceived quality of nursing care: a cross-sectional analysis of survey and administrative data in German hospitals," BMJ Open11(11), p.e051133. doi: 10.1136/bmjopen-2021-051133.

53) 최은경. "새로운 의료인문학(들)과 한국 의료인문학의 자리." 의철학연구 (2023): 119-156.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

하며, 이는 돌봄 실천에서 환자와 의료진 모두가 이해하고 인식해야 할 중요한 측면이다. 특히 만성질환 환자들은 진단, 증상 관리, 질병 경과 전반에 걸쳐 다양한 형태의 변동성을 경험한다. 이러한 변동성에 대한 대응은 단순히 의학적 관리의 영역에 그치지 않고, 일상생활의 우선순위 재조정, 사회적 관계의 변화 등 심리적·사회적 측면에까지 깊은 영향을 미친다.[54]

이를 구체적으로 살펴보면, 류마티스 관절염 환자의 경우 증상이 없는 날에는 비교적 일상생활을 잘 유지할 수 있지만, 갑작스러운 통증 악화가 발생하면 기본적인 활동조차 어려워질 수 있다. 이러한 예측 불가능성은 환자로 하여금 직장 업무의 조정, 가족 내 역할 변화, 사회적 모임 참여 제한 등 일상의 여러 측면을 유연하게 관리하도록 요구한다. 이와 같은 사항은 환자의 건강에 중대한 영향을 미침에도 불구하고 기존 건강 개념으로는 파악 및 대응이 어렵다.

건강의 변동성과 불확실성은 만성질환에만 국한되지 않는다. 암 치료의 사례를 보면, 과거에는 수술, 방사선 요법, 화학 요법 등 단기 치료에 초점이 맞춰졌으나, 최근에는 표적 치료와 면역 항암제의 발전으로 암 치료가 지속적 관리의 영역으로 확장되고 있다.[55] 말기 환자의 경우 또한 생존 기간이 짧더라도 건강 상태의 변동성과 불확실성은 더욱 극대화되어, 이에 대한 세심한 대응이 요구된다. 연구에 따르면, 단순한 증상 관리에서 나아가 불확실성을 환자와 함께 받아들이고 적극적으로 대응하는 돌봄 접근이 지속적 의사소통과 결합될 때, 환자는 돌봄 경험을 더 긍정적으로 인식하며, 이를 통해 의료진과 환자 간 신뢰가 강화되는 것으로 나타났다.[56]

셋째, 의료진과 환자 간 건강 개념의 불일치는 돌봄 실천에서의 의사소통을 저해할 수 있다. 구체적으로, 환자는 건강의 가치를 자기 관리와 일상 기능에 초점을 맞추는 반면, 의료 제공자는 이를 완전한 안녕 상태 혹은 기능 유지에 더 중점을 두는 경향이 있다.[57] 이러한 관점 차이로 인해 환자는 신체적 기능은 떨어지더라도 자신의 목표를 수행할 수 있는 돌봄을 원하고, 의료진은 다른 것보다 신체적 기능의 복원과 질병 관리를 우선시하여 환자의 요청과 엇갈리는 결정을 내릴 수 있다. 이처럼 건강에 대한 서로 다른 이해와 접근 방식이 일관된 소통이나 조율 없이 돌봄 실천에 반영된다면, 궁극적으로 돌봄의 질은 저하될 수밖에 없다. 즉 건강 개념은 (의료)분과별 돌봄 실천의 전제이자, 실천 목표

54) Brown, A., et al.(2020), “Managing uncertainty in chronic illness from patient perspectives,” Journal of Excellence in Nursing and Healthcare Practice 2(1).
55) 김준혁, 강철. (2022). 능동적 환자의 요청:‘코로나 19 와 함께 살기’와 관련하여.인문학연구, (53), 37-77.
56) Helping patients and clinicians manage uncertainty during clinical care, Mary Politi, <https://publichealth.wustl.edu/helping-patients-and-clinicians-manage-uncertainty-during-clinical-care/> (2025년 6월 30일 접속)
57) Van Druten, V. P., et al.(2022), “Concepts of health in different contexts: a scoping review,” BMC Health Services Research22(1), p.389.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

혹은 지향의 기준으로 작용할 수 있다.

따라서 돌봄 실천의 기초가 되는 건강 개념을 다양하고도 깊이 있게 검토하는 일은 매우 중요한 과제이다. 이는 단순히 이론적 정교화에 그치는 것이 아니라, 돌봄이라는 실천적 맥락에서 건강 개념이 가지는 의미를 재조명하고, 이를 바탕으로 보다 포괄적이고 유연한 돌봄의 가능성을 탐색해야 한다는 점에서 의의를 갖는다. 더 나아가 돌봄의 의미, 책임, 범위를 규정하는 인식론적 기반으로도 작용할 수 있다.

그러나 건강 개념을 돌봄 논의에 포함시키는 과정에서는 신중한 접근이 필요하다. 일반화된 건강 정의를 무비판적으로 수용하거나 대안적 건강 개념을 규범으로서 맹목적으로 적용할 경우, 오히려 돌봄 실천이 왜곡될 위험이 있기 때문이다.

같은 맥락에서, 김은정은 치유라는 규범적 개념에 대해 비판적으로 성찰하며, 치유의 기준이 특정 사회적 규범과 결합될 때 나타날 수 있는 문제를 경고한다.[58] 치유의 규범은 개인의 고통을 단순히 해결해야 할 과제나 감춰야 할 결핍으로 전환시킬 수 있으며, 회복이 어려운 이들에게는 도달할 수 없는 이상으로 작용해 또 다른 형태의 폭력을 낳을 수 있다.[59] 또한 이러한 치유 중심의 규범은 고통을 단순히 정상화하거나 제거해야 할 대상으로 환원함으로써, 개인의 고통을 비정상적인 것으로 낙인찍거나, 환자들의 주체적 경험과 정체성을 무시할 수 있다.

이러한 맥락에서 강신익은 현대 사회에서 건강 개념이 이상적이고 고정된 상태로 인식될수록 이러한 위험이 더욱 두드러진다고 주장한다. 특정 건강 개념이 이상향으로 자리 잡을 경우, 이는 국가, 전문가, 그리고 자본이라는 외부 권위가 규정한 기준에 의존하게 되고, 결과적으로 획일적이고 일률적인 건강 상태를 모든 개인에게 강요하는 구조를 초래할 수 있다.[60]

이러한 강요는 표면적으로는 모두를 위한 '이상적 건강'을 추구하는 것처럼 보이지만, 그 이면에서는 개인의 주체적 경험과 몸의 다양성을 간과하는 부작용을 낳는다. 모든 사람이 동일한 건강 기준을 충족해야 한다는 암묵적인 기대는 각 개인의 고유한 삶의 방식과 신체적 특성을 억압하며, 실질적으로 사람들이 경험하는 몸의 구체적이고 다층적인 현실을 무시하는 결과를 낳을 수 있다. 이러한 문제의식을 바탕으로, 의료에서 적합한 돌봄 실천을 위해 다양한 대안적 건강 모델들을 검토하고자 한다.

먼저, 기존 생의학적 건강 이해를 비판하며 등장한 건강의 사회적 결정요인(Social Determinants of Health), 그리고 생태학적 모델(Ecological Model) 등의 모델은 생물학적 기초에만 의존하던 건강 개념에서 벗어나 사회적, 심리적, 환경적 요인을 포괄한다는 점에서 의의가 크다. 이 대안 모델들은 단순히 기능적 수준의 질병 치료에 국한되었던

---

58) 김은정(2022), 『치유라는 이름의 폭력』, 강진경·강진영 역, 서울: 후마니타스.
59) 최은경. (2023). 새로운 의료인문학 (들) 과 한국 의료인문학의 자리.의철학연구, 119-156.
60) 강신익. (2020). 건강과 참살이의 계보.의철학연구,29, 3-51.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

의료 실천에 삶의 질 향상과 돌봄의 다차원적 요구를 충족시키는 데 유용한 틀을 제공할 수 있다.

구체적으로, 사회적 결정요인 모델은 건강을 개인의 선택이나 의료서비스에 국한하지 않고, 사회적, 경제적, 환경적 요인들이 건강에 미치는 영향을 강조한다. 윌킨슨과 마멋이 제시한 사회적 결정요인의 예로는 사회적 계층, 스트레스, 초기 생애 환경, 고용 상태, 사회적 지원, 교통 등이 있다.[61] 사회적 결정요인 모델은 건강 형성의 조건을 개선하기 위해 다양한 정책 분야에서 다부문 협력을 추구하며, 개인이 아닌 사회 구조와 환경을 변화의 주요 대상으로 삼는다.

그러나 이러한 구조적 접근의 중요성에도 불구하고, 실제 정책 실행 단계에서는 건강 문제를 다시 개인의 행동 변화로 환원하는 경향이 나타났다. 즉, 정책 초점이 사회적·경제적 조건의 개선보다는 개인의 건강한 생활습관 형성에 쏠리면서, 구조적 요인의 중요성이 오히려 약화되는 문제가 발생한 것이다. 이러한 현상은 '라이프스타일 드리프트(lifestyle drift)'로 불리며, 건강 불평등의 원인을 개인의 선택이나 태도에서 찾는 경향을 심화시켜, 사회적 결정요인 모델이 지닌 근본적인 비판적 함의를 희석시킨다는 비판을 받는다.[62]

이에 더해 사회적 결정요인 모델은 생의학 모델과 유사하게 가시적인 지표(예: 소득 수준, 교육 수준, 주거 상태)를 통해 건강 상태를 분석하려는 경향을 보인다. 이러한 접근은 건강 형성의 다차원성을 간과하게 만들며, 측정되지 않는 요인들을 배제하는 결과를 초래할 수 있다. 예를 들어, 사람들이 경험하는 일상적인 스트레스나 사회적 연결성과 같은 요소는 수치화하기 어렵지만, 이들이 고려에서 배제될 경우 건강의 중요한 측면이 무시된 채로 남게 된다. 이외에도 사회적 결정요인 모델은 인간 중심적인 관점을 벗어나지 못하여 환경과의 상호작용이 간과되는 문제 또한 지적되고 있다.[63]

생태학적 모델은 생물학에서 생물과 환경 간의 상호작용을 탐구하는 개념에서 출발하여 행동과학과 공중보건 분야로 확장되었다. 이 모델은 초기 개인의 환경에 대한 인식에 중점을 두었지만, 점차 환경이 행동에 미치는 직접적인 영향을 강조하는 방향으로 발전하였다.[64] 기존의 행동 모델이 개인의 특성, 기술, 그리고 가까운 사회적 영향을 중심으로 했다면, 생태학적 모델은 지역사회, 조직, 정책과 같은 보다 광범위한 환경적·구조적 요인들을 포괄적으로 분석하는 특징을 지닌다.

---

61) Wilkinson, R., and Marmot, M.(eds.)(1998), Social Determinants of Health: The Solid Facts, World Health Organization.

62) Maller, C.(2018), Healthy Urban Environments: More-than-Human Theories, Routledge.

63) Langmaid, G., et al.(2021), "Applying the Mandala of Health in the Anthropocene," Health Promotion Journal of Australia32, pp.8-21.

64) Glanz, K., Rimer, B. K., and Viswanath, K.(2015), Health Behavior: Theory, Research, and Practice, John Wiley & Sons.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

생태학적 모델은 녹지 면적, 대기 질, 대인관계, 정책 등 다양한 수준의 요인을 통합적으로 고려하며, 건강 행동 연구와 개입에 중요한 틀을 제공한다. 이 접근법은 건강에 영향을 미치는 물리적, 사회적, 정책적 요인들을 포괄적으로 분석할 수 있는 유용한 기반을 제공하지만, 여전히 계량화가능한 지표에 지나치게 의존한다는 한계를 지닌다.[65] 또한 인간 중심적 사고를 유지하면서, 자연을 단순히 인간 건강을 유지하거나 개선하기 위한 배경으로 축소할 위험이 있다.[66] 다시 말해 생태학적 건강 모델은 건강을 맥락적으로 이해하기보다는 여전히 고정된 구조 안에서 정의하려는 경향이 있어, 건강 형성 과정을 단순화할 한계를 지닌다.

결국 사회적 결정요인 모델과 생태학적 모델은 생물학적 요인을 넘어 건강을 사회적·환경적 요인으로 확장했지만, 구조적 요인의 중요성 간과, 계량화가능한 지표에 의존해 일상적 스트레스나 사회적 연결성과 같은 측정하기 어려운 건강 요소를 배제하는 문제를 지닌다. 하지만 앞서 언급했듯이, 돌봄에서의 건강 개념은 환자의 삶의 맥락과 경험을 포함하여 보다 포괄적으로 이해되어야 한다. 이는 일상적 스트레스, 비인간을 포함한 관계망, 그리고 심리적·정서적 상태가 건강에 미치는 영향을 고려하고, 환자가 변화하는 신체적·환경적 조건 속에서 자신의 삶을 지속적으로 재조정할 수 있도록 지원하는 건강 개념을 요구한다.

앞서 검토한 대안적 건강 모델들이 여전히 인간 중심적 패러다임 내에서 건강을 확장하려 했다면, 이와는 다른 차원에서 인간과 비인간의 경계 자체를 재고하는 새로운 접근들이 등장하고 있다. 이어서, 최근 포스트휴먼 접근은 기존의 인간 중심적이고 분절적인 건강 이해를 넘어, 인간과 비인간(예: 기술, 환경) 간의 상호작용과 관계망을 강조하는 방향으로 전환되고 있다. 특히 지구보건(Planetary Health), 원헬스(One Health), 신유물론(New Materialism)에 기반한 이론들은 건강의 관계적 복잡성을 통합적으로 이해하며, 환경의 영향과 물질성을 돌봄 실천에 포함하려는 시도를 보여준다.[67] 이러한 접근은 인간을 중심으로 한 기존의 고정적 건강 정의에서 벗어나 건강을 역동적이고 관계적인 현상으로 재구성하려는 노력을 반영한다.

신유물론은 후기구조주의, 페미니즘, 퀴어 이론, 토착적 존재론 등에 뿌리를 두며, 인간과 비인간 물질성을 중심에 두는 관계적 접근을 제안한다. 이 이론은 건강의 개념을

65) Maller, C.(2018), Healthy Urban Environments: More-than-Human Theories, Routledge.
66) Boulangeat, Isabelle, et al.(2022), "From human-nature dualism towards more integration in socio-ecosystems studies," Human-Nature Interactions: Exploring Nature's Values Across Landscapes, I. Misiune, D. Depellegrin, and L. Egarter Vigl, eds., Springer International Publishing, p.38.
67) Whitmee, S., et al.(2015), "Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health," The Lancet 386(10007), pp.1973-2028.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

개인의 속성으로 간주하는 기존 관점과 달리, 인간과 비인간 간의 상호작용에서 형성되는 관계적 역량으로 정의한다. 예를 들어, 건강은 생물학적, 심리적, 사회적, 물질적 요소들의 상호작용에 의해 구성되는 '어셈블리지(assemblage)'로 이해되며, 고정된 상태가 아니라 끊임없는 '되기(becoming)'의 과정으로 간주된다.[68] 이처럼 신유물론은 인간 행위자뿐만 아니라 기술, 환경, 생물학적 과정과 같은 비인간 행위자들의 역할을 중요하게 인식하며, 건강의 복잡한 네트워크적 속성을 강조한다.

이러한 이론적 토대를 바탕으로 돌봄 실천은 보다 포괄적이고 다층적으로 재구성될 수 있다. 브루노 라투르의 행위자-네트워크 이론(ANT)을 의료 분야의 돌봄 실천에 적용하면, 돌봄은 단순히 인간 행위자 간의 상호작용이 아니라, 인간과 비인간 행위자들이 얽힌 관계망 속에서 발생하는 과정으로 이해될 수 있다. 이는 돌봄이 환자와 의료진 간의 단순한 상호작용을 넘어 약물, 의료 기기, 병원 환경, 정책, 사회적 지원 체계 등 다양한 행위자들이 상호작용하는 복합적인 네트워크에서 이루어지는 것으로 파악될 수 있음을 의미한다.[69] 한 예로, 중환자실에서의 돌봄은 생명유지 장치, 의료진의 판단, 가족의 정서적 지원, 병원의 물리적 환경이 서로 영향을 주고받으며 형성되는 관계적 실천으로 해석될 수 있다.

최근 연구에서는 노인 돌봄 실천에서 물질성, 특히 디지털 기술과 같은 물질적 요소가 수행하는 역할을 탐구하기 위해 신유물론과 포스트휴먼 철학을 적용하여 돌봄 기술을 분석하였다.[70] 해당 연구에서 돌봄은 단순히 인간 행위에 국한되지 않고, 인간과 비인간 행위자의 얽힘이 만들어 내는 실천으로 간주되며, 기술(예: 야간 카메라)이 어떻게 노인 돌봄 장치의 핵심적 행위자로 기능하며 새로운 가능성과 배제를 동시에 만들어 내는지를 탐구한다. 구체적으로 카메라와 같은 기술이 돌봄 대상자를 포함하거나 배제하는 방식을 결정짓고, 인간 이상의 행위자로서 노인의 삶에 개입하는 방식을 보여준다.

하지만 이러한 접근을 돌봄 실천에 적용하기에는 몇 가지 한계가 존재한다. 우선, 건강을 '어셈블리지'로 이해하는 방식은 건강을 구성하는 다양한 요소와 행위자를 분석하는 데 유용하지만, 이를 구체적인 정책적 대안이나 실질적인 돌봄 실천으로 연결하기에는 지나치게 추상적이라는 한계가 있다. 또한, 인간과 비인간 행위자 간의 윤리적 책임 분배가 명확하지 않아, 돌봄의 책임을 정의하거나 건강의 실질적인 요구에 대응하는 데 어려움을 겪을 수 있다. 구체적 사례로, 최근 주목받은 원헬스 접근도 기존 사회 체계의

---

68) Fox, N. J.(2023), "New materialist perspectives on health, illness and health care," Handbook on the Sociology of Health and Medicine, Edward Elgar Publishing, pp.62-75.

69) Flower, M., and Hamington, M.(2022), "Care ethics, Bruno Latour, and the Anthropocene," Philosophies7(2), p.31.

70) Cozza, M., Bruzzone, S., and Crevani, L.(2021), "Materialities of care for older people: caring together/apart in the political economy of caring apparatus," Health Sociology Review30(3), pp.308-322.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

강한 기능적 분화와 폐쇄성으로 인해 이론적 목표를 실질적으로 현실에서 구현하는 데 한계를 드러낸 바 있다.[71] 그럼에도 불구하고, 포스트휴먼 접근은 건강을 관계적이고 비인간 중심적인 관점에서 재해석함으로써, 인간 중심적이고 고정된 건강 이해를 넘어 새로운 돌봄 실천의 가능성을 제시할 잠재력을 지닌다.

지금까지 살펴본 것은 건강에 영향을 미치는 요인들과 그 관계를 설명하는 이론적 '모델'이었다. 이러한 모델들이 건강을 형성하는 메커니즘과 구조를 분석하는 틀을 제공한다면, 이제 살펴볼 건강 '정의'는 건강이 무엇인지, 즉 건강의 본질과 의미 자체를 규정하려는 시도들이다. 모델이 '어떻게' 건강이 형성되고 건강을 구성하는지를 설명한다면, 정의는 '무엇이' 건강인지를 규정하는 것이다. 따라서 돌봄 실천을 위한 적절한 건강 개념을 탐색하기 위해서는 건강의 형성 과정을 설명하는 모델뿐만 아니라, 건강의 의미 자체를 규정하는 다양한 정의들도 함께 검토할 필요가 있다.

먼저, 다양한 단체, 이론가 등에 의하여 제시된 건강 정의의 변화를 살펴볼 수 있겠다. 대표적으로 1948년 WHO는 건강을 '단순히 질병이나 허약함이 없는 상태가 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 완전히 안녕한 상태'로 정의한다. 그러나 이 정의는 만성질환이나 장애를 가진 환자를 건강하지 않은 존재로 간주하고,[72] 사회경제적 요인이나 환경적 맥락을 충분히 반영하지 못한다는 비판을 받아왔다.[73]

이러한 한계는 다음 예시에서 분명히 드러난다. 장애를 가진 개인들은 적절한 환경적 지원(예: 접근가능한 시설이나 보조 기기 제공)과 사회적 수용을 통해 자신의 상태를 건강과 양립할 수 있는 것으로 받아들이고, 사회적 활동과 자아실현을 이어갈 수 있다. 그러나 WHO의 정의는 건강을 고정된 상태로 간주함으로써 만성질환이나 장애를 가진 개인의 건강을 맥락적으로 이해하는 데 한계를 보이며, 돌봄을 건강을 위한 과정이자 목표로 포함하지 못하는 문제를 낳을 수 있다. 더욱이, 의료적 돌봄만으로 WHO가 제시한 '완전한 안녕'이라는 이상적 상태를 충족시키는 것은 사실상 불가능하다. 즉 WHO의 정의는 건강을 고정된 이상 상태로 정의함으로써, 돌봄이 실제로 이루어지는 복합적이고 다층적인 현실을 충분히 반영하지 못한다.

최근 만성질환의 증가와 고령화에 따라 새로운 건강 개념이 제안되고 있다. 대표적으로 후버 등은 건강을 "사회적, 신체적, 감정적 도전 속에서 적응하고 스스로 관리할 수 있는 능력"[74]으로 정의하였다. 이 정의는 건강을 고정적이고 완전한 상태로 보지 않고, 변화하는 환경에 대한 회복력과 조화로운 적응의 과정을 중시한다. 후버 등의 정의는 특

71) 최은주. (2022). 보건의료에서 원헬스에 대한 인식 및 적용의 필요성.한국의료윤리학회지,25(1), 43-57.
72) Van Druten, V. P., et al.(2022), "Concepts of health in different contexts: a scoping review," BMC Health Services Research22(1), p.389.
73) Nobile, M.(2014), "The WHO definition of health: a critical reading," Medicine and Law33, p.33.
74) Huber, M., et al.(2011), "How should we define health?," BMJ 343, p.4163.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

히 긍정적 건강(positive health)이라는 개념 아래 건강이 단순히 질병의 부재가 아니라 삶의 도전 속에서 개인이 적응하고 성장할 수 있는 회복력(resilience)과 자기관리 능력을 포함한 것이라는 점을 강조한다.

또한 크란 등은 장애와 만성질환의 관점에서 건강을 재정의할 필요성을 제기하며, 건강을 "삶의 조건과 환경에 적응하며, 신체적, 정신적, 사회적, 그리고 존재론적 안녕의 동적 균형을 유지하는 것"[75]으로 정의하였다. 이 정의 역시 건강을 이상적인 '완전한 상태'로 보지 않고, 시간이 지남에 따라 변화하며 개인의 상황, 가치, 환경적 요인에 따라 달라질 수 있는 연속적인 과정으로 이해한다. 더불어 장애나 만성질환과 같은 기능적 한계와 건강을 분리하여, 적응과 균형을 통해 자신의 조건에 맞는 최적의 삶을 살아가는 실천을 건강으로 바라본다. 나아가 건강을 단순히 개인의 문제가 아니라, 사회적·환경적 요인과 긴밀히 연결된 동적이고 지속적인 과정으로 재정의한다.

이들의 동적인 건강 정의는 의료에서 돌봄 실천을 설명하는 데 적합하다. 이들의 관점에 따르면, 환자는 변화하는 조건과 상황 속에서 자신의 삶을 지속적으로 조율하며 건강한 상태를 유지할 수 있다. 예를 들어, 하반신 마비를 겪는 환자는 신체 기능의 제한을 경험하지만, 휠체어 사용 등 새로운 생활 방식을 받아들이고, 이를 통해 사회적 관계를 유지하며, 삶의 새로운 의미를 찾아가는 과정을 통해 건강한 삶을 영위할 수 있다. 이러한 건강 개념에 따라 돌봄 실천은 단순한 치료를 넘어 환자가 자신의 환경과 조화를 이루며 살아갈 수 있도록 지원하는 실천이어야 한다는 점이 강조될 수 있다.

그러나 이러한 정의는 포괄적이고 다차원적이기 때문에 이를 평가하거나 측정할 수 있는 구체적인 도구가 부족하다는 한계를 지닌다.[76] 예컨대, 환자의 사회적 관계를 적응 및 균형의 관점에서 진단 혹은 평가하기는 쉽지 않을 것이다. 또한 환자의 맥락적이고 변화하는 조건을 가정하기에, 질환별 구체적인 돌봄 지침을 설계하는 과정에서도 혼란을 초래할 가능성이 존재한다.

지금까지 살펴본 건강 모델과 정의들은 무엇이 건강을 형성하는가 혹은 건강이 무엇인가라는 개념적 차원에 초점을 맞추었다면, 이제 검토할 돌봄 이론들은 (건강을) '어떻게 돌볼 것인가'라는 실천적 차원을 다룬다. 건강 개념이 돌봄의 목표와 방향을 설정한다면, 돌봄 이론은 그 목표를 향한 구체적인 실천의 원리와 과정을 제시한다. 따라서 의료에서의 적절한 돌봄 실천을 모색하기 위해서는 건강 개념뿐 아니라 돌봄 자체의 본질과 과정에 대한 이론적 이해도 함께 검토되어야 할 것이다.

---

75) Krahn, G. L., et al.(2021), "It's time to reconsider how we define health: Perspective from disability and chronic condition," Disability and Health Journal 14(4), p.4.

76) 김준혁, 강철. (2022). 능동적 환자의 요청:'코로나 19 와 함께 살기'와 관련하여.인문학연구, (53), 89쪽.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

2.3.2 돌봄 이론의 의료 실천에서의 적용

1980년대 이후 발전해 온 돌봄 이론은 인간의 상호의존성과 관계성을 중심으로 발전해 온 학문적 틀이라 할 수 있다. 이 이론의 뿌리는 고대 로마의 쿠라(Cura) 신화를 거쳐, 근대 이전에는 종교적·영적 전통 속에서 임종 돌봄이나 영혼 돌봄의 형태로 나타났다. 근대 이후에는 철학과 심리학 분야를 통해 돌봄의 의미가 확장되었으며, 쇼펜하우어와 셸러의 공감(sympathy) 개념, 에릭 에릭슨의 심리사회적 발달 이론 등이 돌봄 개념의 기초를 형성하였다.[77] 현대 돌봄 이론은 나딩스와 길리건의 여성주의적 접근에서 비롯된 논의와, 트론토, 키테이, 버지니아 헬드의 사회정치적 접근을 통해 돌봄을 개인적 차원을 넘어 사회적 실천으로 자리매김하였다. 본고에서는 주로 트론토의 돌봄 이론을 참조하고자 한다.

트론토의 돌봄 이론을 의료적 현장에 적용한 한 연구에 따르면, 트론토의 이론은 간호사들의 정치적 역할을 강화하고 돌봄 실천의 민주화를 촉진하는 데 유용하다.[78] 해당 연구는 트론토의 네 가지 돌봄 요소(관심, 책임, 수행, 응답성)와 돌봄의 네 단계(caring about, caring for, care-giving, care-receiving)를 통해 의료기관 내에서 돌봄 활동이 조직되고 책임이 분배되는 방식을 재조명한다. 특히, '함께 돌봄(caring with)' 개념을 통해 간호사들이 치료 결정 과정에 적극적으로 참여하며, 의사 중심의 권력 구조를 완화하고 간호사, 환자, 가족, 그리고 다른 의료진이 동등하게 의견을 제시할 수 있는 민주적 논의 공간을 제안한다. 이를 통해 중환자실과 같은 환경에서 윤리적 갈등과 도덕적 고뇌를 줄이고, 간호사들이 환자와 가족의 고통을 경감하며 더 나은 돌봄을 제공할 수 있는 길을 모색한다.

이처럼 트론토의 돌봄 이론은 의료 현장에서의 다학제적 접근과 환자 및 가족의 참여를 강조하며, 민주적 돌봄의 원칙을 의료 의사결정 과정에 적용하는 데 유용한 틀을 제공할 수 있다. 특히 그녀가 제시한 돌봄의 단계는 환자의 경험을 중심으로 한 돌봄 프로세스를 설계하거나 분석 및 평가하는 데 활용될 수 있다. 또한, 트론토가 돌봄 관계를 의료인과 환자 간의 이자 관계에 한정하는 것을 비판하며 제안한 돌봄의 삼각화(triangulate) 개념[79]은 의료 돌봄 실천의 복잡성을 이해하는 데 적합한 틀을 제시할 수 있을 것이다. 환자의 복잡한 돌봄 요구는 단순한 양자 관계만으로 해결하기 어려우며, 이를 위해 다양한 전문가들 사이에서의 다학제적 협력과 환자, 돌봄 제공자 간의 세심한

77) Care ethics, Internet Encyclopedia of Philosophy, <https://iep.utm.edu/care-ethics/> (2025년 6월 1일 접속)
78) Laurin, A.-C., and Martin, P.(2022), "Towards democratic institutions: Tronto's care ethics inspiring nursing actions in intensive care," Nursing Ethics 29(7-8), pp.1578-1588.
79) Tronto(2013)/김희강, 나상원 역(2023), 284~285쪽

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

조율이 필요하기 때문이다.

하지만 트론토의 이론을 의료 돌봄 현장에 구체적으로 적용하기에는 다음의 한계 또한 존재한다. 먼저, 트론토는 돌봄을 “가장 일반적인 수준에서 우리가 가능한 세상에서 잘 살 수 있도록 우리의 ‘세상’을 바로잡고 지속시키고 유지시키기 위해 우리가 하는 모든 것을 포함하는 종의 활동”으로 간주하며 “이 세계는 우리의 몸, 자아 그리고 환경을 포함하며 복합적이며 생명 유지의 그물망으로 엮을 수 있는 모든 것을 포함”[80]한다고 정의하였다. 이러한 포괄적 정의는 의료 현장에서 환자와 의료진 간의 관계뿐 아니라 의료서비스를 둘러싼 구조적, 사회적 맥락, 그리고 다양한 기술적 실천들까지도 고려할 수 있는 확장된 관점을 제공한다. 그러나 돌봄의 정의와 범위가 지나치게 포괄적이어서 의료적 돌봄 실천에서 어떤 행위가 돌봄으로 간주될 수 있는지 모호해질 수 있다. 예컨대, 생의학적 돌봄 실천의 주된 활동인 약물 투여나 외과적 처치와 같은 기술적 행위 또한 돌봄으로 간주되기에 이러한 업무를 수행함으로써 다른 돌봄의 업무는 배제되는 ‘무임승차’의 문제가 해결되지 않은 채 남아있을 수 있다.

또한 트론토가 제시하는 돌봄 민주주의는 돌봄을 공적 책임으로 확장하고, 그동안의 구조적 불평등을 인식하며 모두가 시민으로서 돌봄에 대한 책임을 민주적으로 분담하며 실현하려는 이상을 제시한다.[81] 트론토가 지향하는 민주적 돌봄은 모든 시민이 자신의 필요와 타인의 필요를 인식하며, 돌봄의 책임을 공정하고 포용적으로 분담하는 체계이다. 그러나 의료 시스템에서의 돌봄 책임은 기본적으로 의료진에게 편중되어 지정되며, 이를 환자에게 확장하기는 현실적으로 어렵다. 의료적 돌봄 또한 결국 의료진의 전문적 지식과 기술에 기반한 판단에 주로 의존할 수밖에 없기 때문이다.[82]

이외에도 돌봄 이론의 의료적 적용에는 다음과 같은 한계가 존재한다: 돌봄 이론가마다 돌봄의 정의와 관심사가 우선순위와 맥락에 따라 상이하여 의료적 돌봄의 구체적 관심사에 완전히 부합하지 않을 수 있다는 점, 돌봄 이론가들이 대부분 건강 개념을 직접적으로 다루지 않는다는 점,[83] 돌봄 윤리가 주체와 대상 간의 외적인 관계를 전제함으로써 인간 중심주의적 관점을 고수한다는 점,[84] 돌봄 이론이 주로 가족이나 비공식적 돌봄

---

80) Tronto(2013)/김희강, 나상원 역(2023), 67쪽

81) Tronto(2013)/김희강, 나상원 역(2023).

82) 물론 공유의사결정과 같이 환자의 참여와 자기 돌봄의 책임을 분담하는 방향으로 강조될 수 있으나, 이는 트론토가 제시한 민주적 방식의 돌봄 책임 분담과는 거리가 멀다. 민주적 돌봄은 단순히 돌봄의 책임을 환자나 특정 집단에 배분하는 것이 아니라, 힘의 역학과 돌봄 실천의 구체적 조건을 면밀히 분석하여 불평등한 돌봄 구조에서 벗어난 협력적 돌봄 체계를 요구한다.

83) 잉스터의 경우 자신의 돌봄 정의에 생물학적 필요를 포함하지만 이는 기본적인 생존 수준에만 초점을 맞춘 협소한 접근으로, 현대 의료 환경에서 요구되는 복합적이고 총체적인 건강 개념을 반영하지 못한다. Engster(2007)/김희강, 나상원 역(2017).

84) 조태구. (2024). 돌봄, 주체 그리고 삶: 미셸 앙리와 돌봄에 대한 다른 접근 가능성.현상학과 현대철학,102, 69-97.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

제공자의 관점에서 제시되어 의료인의 실천적 관심사와는 일치하지 않을 수 있는 점 등이 있다.

결국, 돌봄 이론은 인간의 상호의존성과 관계성을 중심으로 의료적 돌봄을 재구성하고, 의료 현장에서의 권력 불균형을 비판하며, 돌봄의 프로세스를 설계하거나 평가하는 데 중요한 이론적 틀을 제공할 수 있다. 하지만 돌봄 정의와 범위의 모호성, 건강과 의료의 구체적 맥락을 다루는 데의 한계, 돌봄 관계의 외재성과 돌봄 의무의 우연성 문제, 그리고 의료 현장에서의 돌봄 실천적 관심과 일치하지 않을 한계 또한 지닌다. 따라서 돌봄 이론은 건강의 복잡성과 의료적 돌봄 요구를 반영하여 이론적 틀을 보다 구체화하고 실천적 적용 가능성을 높이는 방향으로 제시될 필요가 있다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

3. 동적 건강 개념과 다층적 돌봄: 복잡성 이론을 통한 돌봄 실천 분석

앞선 논의를 종합해보고자 한다. 의학, 간호학, 호스피스, 공중보건 등 다양한 분야에서 돌봄은 목표와 책임에 따라 다르게 정의되고 실천된다. 이러한 차이는 각 분야의 역할과 특성을 반영한 자연스러운 결과이지만, 동시에 돌봄 실천의 일관성과 연속성을 저해할 수 있다. 특히, 분과별로 상이한 돌봄의 정의와 실천 방식은 환자의 돌봄 요구를 충분히 충족하지 못하고, 돌봄 경험의 단절 및 질적 저하를 초래할 수 있다. 서로 다른 건강 이해 및 소통의 부재는 의료 환경에서 돌봄 실천의 중요한 장애물로 작용한다.

현대 의료의 생의학적 접근은 질병을 생물학적 현상으로 국한하고 기술적 해결책을 우선시하면서, 돌봄을 부차적인 활동으로 축소하는 경향이 있다. 이 과정에서 돌봄은 기술적 치료에 비해 낮게 평가되며, 이에 더해 돌봄과 치료의 분리는 돌봄을 특정 직군, 특히 간호사와 요양보호사의 역할로 제한하는 경향을 강화한다. 이러한 분리는 성별 고정관념과 연결되어 돌봄의 가치를 더욱 평가절하하고, 환자의 정서적·사회적 요구를 소외시키는 구조적 문제를 초래한다. 그 결과, 생의학적 모델 내에서 돌봄은 환자의 복합적 요구와 맥락을 충분히 반영하지 못해 큰 어려움에 직면하고 있다.

현대 의료에서 돌봄의 문제는 단순히 의료진의 윤리적 태도나 노력만으로 해결될 수 없는 구조적이고 복합적인 성격을 띠고 있다. 예를 들어, 간호 인력을 늘리거나 업무 시간을 확대하는 단편적 대안만으로는 돌봄의 질적 향상을 보장할 수 없다는 연구 결과가 이를 뒷받침한다. 이러한 한계를 극복하기 위해서는 돌봄의 이해 및 중요성을 의료 시스템의 중심으로 재위치시키는 일이 필요하며, 이를 위해 건강 개념의 재검토가 필수적이다. 기존 건강 이론들은 건강과 질병에 대한 다양한 관점을 제공했지만, 각 이론의 의의와 한계를 명확히 이해하고 이를 돌봄 이론과 통합적으로 적용하는 것이 중요하다. 이에 본 논문에서는 기존의 건강 이론을 재검토함으로써 돌봄 실천의 기반을 마련하고자 하였다.

첫째, 건강의 사회적 결정 요인과 건강의 생태학적 모델은 생물학적 정상성 중심의 건강 개념을 넘어 사회적, 환경적 요인을 포괄하는 점에서 큰 의의를 지닌다. 사회적 결정 요인 모델은 건강 불평등을 유발하는 사회적·경제적 조건(예: 고용 상태, 주거 조건, 교육 수준)을 강조하며, 건강 형성의 구조적 맥락을 반영하려는 진전을 이루었다. 생태학적 모델은 건강을 개인의 특성뿐 아니라, 지역사회와 정책, 물리적 환경 등 다차원적 요인의 상호작용으로 이해하려 한다. 그러나 실제 정책 실행에서는 여전히 계량화 가능한 지표와 인간 중심적 사고에 의존하는 경향이 강하다. 특히, 정책 실행 과정에서 개인의 행동 변화에 초점이 맞춰지며 구조적 요인의 중요성이 약화되는 '라이프스타일 드리프트

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

(lifestyle drift)' 현상 등이 한계로 보인다.

둘째, 포스트휴먼 접근은 인간과 비인간(예: 기술, 환경) 행위자 간의 상호작용을 강조하며, 건강을 고정된 상태가 아닌 관계적이고 역동적인 현상으로 재구성하고자 한다. 신유물론이나 원헬스 접근은 건강을 인간과 비인간 행위자들 간의 얽힘으로 이해하며, 돌봄 실천의 범위를 확장하는 가능성을 제공한다. 예를 들어, 의료 현장에서 약물, 의료 기기, 병원 환경 등 다양한 행위자를 통합적으로 분석하려는 시도는 돌봄을 단순한 인간 행위로 간주하지 않고 복잡한 네트워크 속에서 실천되는 관계로 이해하게 한다. 하지만 이러한 접근은 아직 추상적이어서 구체적 정책이나 실천으로 연결하기 어려우며, 돌봄 책임 분배의 모호성을 초래할 수 있다는 문제를 지닌다.

셋째, 건강의 정의는 시대와 맥락에 따라 다양하게 변화해 왔다. WHO의 건강 정의는 신체적, 정신적, 사회적으로 완전한 안녕 상태를 강조하며, 건강을 다차원적으로 확장한 점에서 의의를 가진다. 그러나 건강을 이상적이고 고정된 상태로 규정함으로써 만성질환이나 장애를 가진 사람들의 삶의 질과 적응 과정을 충분히 반영하지 못한다는 한계가 있다. 반면, 생물통계학적 정의는 건강을 생물학적 정상 기능으로 이해하며 객관적이고 측정 가능한 기준을 제시하지만, 사회적·환경적 맥락과 인간 경험의 다양성을 간과하는 문제를 드러낸다. 규범적 건강 정의는 개인의 목표와 주관적 경험을 강조하며 건강을 동적이고 맥락적인 상태로 재구성하였으나, 주관성의 강조로 인해 돌봄 실천에서의 객관성과 일관성을 유지하기 어렵게 만드는 한계를 가진다. 이처럼 기존 건강 정의들은 각각의 의의를 지니지만, 환자의 복잡한 맥락을 충분히 반영하기에는 한계가 있다. 이는 돌봄 실천에 있어 보다 동적이고 유연한 접근이 필요함을 시사한다.

최근 만성질환의 증가와 고령화는 건강을 새롭게 정의하려는 시도를 보여준다. Huber 등이 제안한 건강 개념은 건강을 '사회적, 신체적, 감정적 도전 속에서 적응하고 스스로 관리할 수 있는 능력'으로 이해하며, 고정된 상태가 아닌 변화에 적응하는 과정을 강조한다. 이는 만성질환이나 장애를 가진 사람들도 건강한 삶을 유지하며 삶의 질을 높일 수 있는 가능성을 열어준다. 특히 적응력과 회복력을 강조함으로써 돌봄이 단순히 치료를 넘어, 환자가 변화하는 상황에 유연하게 대처할 수 있도록 지원해야 함을 시사한다. 다만, 이러한 동적인 개념은 복잡하고 맥락 의존적이기 때문에 이를 평가하거나 구체적인 실천으로 옮기는 데 어려움이 있으며, 이를 보완하기 위한 체계적 접근이 필요할 것이다.

마지막으로, 돌봄 이론은 인간의 상호의존성과 관계성을 중심으로, 돌봄을 단순히 개인적 차원의 활동이 아니라 사회적이고 구조적인 실천으로 재구성하는 중요한 틀을 제공한다. 트론토의 이론은 돌봄 과정을 체계적으로 이해하고, 환자 중심의 실천을 설계하거나 평가하는 데 유용한 틀을 제공할 수 있다. 그러나 돌봄의 정의가 지나치게 포괄적이고 구체적 기준이 모호해, 의료 현장에서 실천적으로 적용하기 어렵다는 한계를 지닌

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

다. 또한 트론토가 제안하는 민주적 돌봄 이상은 의료진의 전문성에 의존하는 의료 현실과 부합하지 않아, 환자와 가족의 참여를 구체적으로 실현하는 과정에서 실천적 어려움을 동반할 수 있다. 나아가 돌봄 이론은 대체로 건강의 구체적 정의를 직접 다루지 않으며, 의료 시스템 내에서 돌봄의 역할을 효과적으로 조정하기 위한 세부적 지침이 부족하다는 문제도 존재한다.

물론 본 연구의 목표가 돌봄 실천에 적합한 하나의 건강 개념을 제시하는 것, 즉 건강 개념을 단일화하거나 하나의 보편적 건강 개념을 제시하고자 하는 것은 아니다. 건강 개념을 단일화하려는 시도는 의료 현실의 복잡성을 충분히 반영하지 못하며, 다양한 상황에서 부적절한 결과를 초래할 수 있다. 단일한 건강 개념이 모든 의료의 실제 돌봄에 지침이 될 수 없을 것이며, 건강은 맥락 의존적이고, 개인의 삶의 조건과 환경적 요인에 따라 유동적으로 변화할 수 있다.

다만 건강 개념에 대한 이해는 돌봄 실천에 있어 의료진과 환자 간의 관계뿐만 아니라, 실질적인 정책 수립과 의료 환경 설계에도 중요한 영향을 미칠 수 있다. 건강의 정의와 범주에 따라 의료 제공 방식과 돌봄의 우선순위가 달라지기 때문이다. 더 나아가 정책 입안자에게 있어 건강 개념은 개인 혹은 집단의 건강을 개선하고 돌봄의 질을 향상시키는 정책을 수립하는 데 핵심적인 이론적 근거로 작용한다.

이에 본 장에서는 돌봄 실천의 이론적 기반을 강화하기 위해 정적 건강 개념의 한계를 넘어서는 동적 건강 개념을 체계적으로 분석하고, 이를 돌봄 실천과 연결하는 다층적 돌봄 논리를 구성하고자 한다. 기존의 생의학적 패러다임이 건강을 고정된 상태로 이해함으로써 발생하는 돌봄의 제약을 극복하기 위해, 시간성, 환경성, 역량이라는 세 가지 핵심 차원을 중심으로 다양한 돌봄 모델과 이론을 분석할 것이다. 이를 통해 단순, 복잡, 복합 문제의 층위를 포괄하는 다층적 돌봄의 논리를 제시함으로써, 현대 보건의료 환경에서 더욱 유연하고 적응적인 돌봄 실천의 개념적 틀을 마련하고자 한다.

3.1. 근대 생의학의 발전과 동적 건강 개념으로의 전환

3.1.1. 근대 생의학의 발전과 동적 건강 개념으로의 전환

가. 임상의학에서 실험실 의학으로

임상의학의 탄생 이전 시대에 건강은 자연의 거대한 질서 속에 인간이 조화롭게 위치함으로써 얻어지는 균형 상태로, 개인의 신체와 우주적 원리 사이의 조응 관계로 받아들여졌다.[85] 질병은 이러한 평형의 교란, 자연 상태로부터의 일탈을 의미하였다. 건강은 질병이 나타나는 조용한 배경으로서 존재했으며, 환자의 환경적 맥락인 토양, 기후, 계절,

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

비, 가뭄, 전염병 등 다양한 자연 현상을 포함하는 환경적 요인이 건강과 질병의 이해에 중심이 되었다. 당시에는 의학적 권위보다는 세대를 거쳐 전해진 생활 지혜와 계절의 변화에 순응하는 삶의 방식이 건강을 유지하는 핵심 요소로 여겨졌다. 이에 따라 돌봄 관행도 이러한 균형을 회복하기 위한 처방, 식이요법, 그리고 전체론적인 개입을 중심으로 이루어졌다.

18세기 말에서 19세기 초반, 프랑스 파리를 중심으로 의학은 근본적인 변화를 겪었다. '병원 의학'으로 알려진 이 새로운 시대는 1789년과 1848년 사이 프랑스 혁명의 정치적 격변 속에서 탄생했다.[86] 정치적 혁명은 의학적 혁명을 수반했다. 혁명 세력은 앙시앵레짐의 유산으로 간주된 기존의 병원, 의사, 외과의사, 대학 등을 폐지했으나, 곧 군인과 선원에게 의료 서비스가 필요하다는 현실적 요구에 직면했다. 1794년, 푸르크루아의 주도로 세 개의 의학교가 재설립되었고, 이들은 실용성, 병원에서의 교육, 내과와 외과의 통합이라는 새로운 원칙을 기반으로 했다. 이 변화는 단순한 교육 개혁이 아닌, 의학적 사고와 실천 방식의 근본적 전환이었다. 이 시기 병원 의학의 핵심은 "적게 읽고, 많이 보고, 많이 해보는"[87] 실습 중심의 교육이었다.

미셸 푸코는 『임상 의학의 탄생』을 통해 근대 의학의 출현이 단순히 의료 기술의 진보가 아니라 의료 지식의 형성 방식과 존재론적 조건의 근본적 변혁에 기반한 것임을 명확히 드러낸다. 18세기 말 병원의 등장은 이전의 의료 관행을 개선한 수준이 아니라 의료 경험이 가능해지는 공간적, 지각적, 인식론적 토대 자체를 재구성한 사건이었다. 기존 의학에서 병은 주로 개념적으로 분류된 '평면적' 배열 속에서 이해되었으나, 이제는 병원이라는 특정 공간에서 병리학적 실재가 직접 관찰되고 신체 내부로 자리 잡는, 푸코가 명명한 '시선의 공간'으로 전환되었다.[88]

이러한 변화의 핵심에는 정치적 의식의 확산과 공중 위생의 중요성 인식이 자리 잡고 있었다. 당시의 병원은 개인의 질병을 다루는 의료 공간일 뿐 아니라 사회적 통제와 정치적 관리의 핵심 장으로 자리매김하게 되었으며, 그 과정에서 의학적 담론은 물리적, 제도적, 사상적 영역에서 그 작동의 가능성을 확장할 수 있었다. 따라서 병원이라는 공간은 환자와 의사, 학생이 모두 한자리에 모여 병을 관찰하고 분석하는 임상 지식 생산의 중심이 되었고, 이와 동시에 연민과 치료, 실험과 권력이 교차하는 복합적 공간으로 기능하게 되었다.

근대 의학의 새로운 임상적 시선은 병을 개념적 또는 철학적으로 분류하는 것에서 벗어나, 그 본질을 신체 내부의 특정 부위에서 관찰 가능한 병리학적 변화로 국소화하고 공

85) Foucault, M. (2002).The birth of the clinic. Routledge.
86) Bynum, W. (2017). 서양 의학사(박승만, 역). 고유서가. (원서 출판 연도: 2008)
87) 앞의 책.
88) Foucault, M. (2002).The birth of the clinic. Routledge.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

간화하였다. 이는 이전에 질병을 자연 상태나 전체적인 균형의 문제로 접근했던 것과 달리, 근대 임상의학은 해부학적 관찰을 통해 신체 내부의 국소적인 병변을 병리학적 실체로 정의했다. 이에 따라 건강 또한 더 이상 신체의 내적 조화가 아니라, 통계적 확률과 규범을 기준으로 측정되고 평가되는 상태로 점차 인식되었다.

이렇듯 병원 의학이 자리 잡으면서, 의사들은 대규모 환자 집단을 관찰하고 부검을 실시함으로써 생전의 임상 증상과 사후의 해부학적 변화를 긴밀하게 연결 지을 수 있게 되었다(Porter, 1999).[89] 이를 통해 형성된 새로운 '의학적 응시(medical gaze)'는 질병을 인체 내부 구조와 연관지어 파악하려는 근대 의학의 특징을 보여준다. 또한 조반니 모르가니(Giovanni Morgagni)는 1761년에 발표한 저작에서 특정 장기의 병리학적 변화가 질병의 원인이 될 수 있음을 체계적으로 제시하여, 이전에는 막연히 외부 징후로만 이해되던 질병을 인체 내부 구조의 이상으로 해석하는 전환점을 마련했다.

이러한 국소 병리학적 관점은 자비에르 비샤(Xavier Bichat)의 연구에서 더욱 확장되어, 인체를 여러 조직 시스템으로 분절화하고 각 조직의 병리학적 변화를 질병의 본질적 기반으로 재정의하는 인식론적 전환으로 발전했다. 한편 19세기 초 프랑스에서는 임상 현장에서 다양한 장기를 체계적으로 분류하고 관찰함으로써, 보다 과학적인 질병 분류 체계를 구축하려는 노력이 활발하게 이루어졌다. 그러나 19세기 중반에 이르러, 병원 의학은 한계에 도달했다. 병동에서의 관찰과 부검을 통한 지식 확장은 이제 더 이상의 획기적 진전을 이루기 어려웠다. 이를 기점으로 의학의 중심지는 병원에서 실험실로 옮겨가며, 이 실험실 공간에서는 생체의 기능과 질병의 메커니즘을 이해하기 위한 다양한 실험이 이루어졌다.

이어서 실험실 의학(laboratory medicine)이 본격화되며 세포 이론(cell theory)이 중요한 성과로 떠올랐다. 마티아스 슐라이덴과 테오도어 슈반은 식물과 동물이 모두 세포로 구성되어 있음을 주장했으며, 루돌프 피르호(Rudolf Virchow)는 "모든 세포는 세포에서 기원한다(Omnis cellula e cellula)"라는 원리를 통해 생명의 연속성과 세포 단위에서의 병리학적 변화를 강조했다. 이와 같은 시각은 질병을 세포 수준에서 이해하고 설명할 수 있도록 해주었으며, 이로 인해 의학은 점차 미시적 관점에서 인체 기능을 정밀하게 분석하는 단계로 나아가게 되었다.

같은 시기 생리학 분야에서도 클로드 베르나르(Claude Bernard)의 '실험의학(médecine expérimentale)'이 주목받았다. 베르나르는 내부환경(milieu intérieur) 개념을 제시하여 생명체가 항상 일정 범위의 생리학적 상태를 유지한다는 사실을 밝혔는데, 이 개념은 훗날 '항상성(homeostasis)'으로 정착되며 질병 발생 메커니즘과 생체 기능 조절의 핵심 원리를 이해하는 근본적 틀로 자리 잡았다.

---

89) Porter, R. (1999).The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity (the Norton history of science). WW Norton & Company.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

19세기 후반, 세균설의 확립은 의학의 패러다임을 근본적으로 변화시켰다. 수세기 동안 전통적으로 질병이 '나쁜 공기(miasma)'나 체액의 불균형에서 비롯된다고 여겨졌던 믿음은 미생물이 질병의 원인이라는 과학적 발견 앞에서 무너졌다. 레이우엔훅은 17세기에 현미경을 통해 미생물의 존재를 과학적으로 입증하며 미생물 연구의 토대를 마련했다. 이러한 초기 관찰에 기반하여 파스퇴르와 코흐는 이를 체계적 이론으로 발전시켜 미생물이 질병의 원인임을 실험적으로 규명했다. 특히 파스퇴르는 자연발생설을 부정하는 실험을 통해 미생물이 외부에서 유래함을 증명하고, 발효 과정과 감염병 사이의 연관성을 밝히면서 저온살균법과 백신 개발의 기초를 마련했다.

한편 코흐는 보다 정밀한 실험 방법론을 확립하여 세균학을 과학적 연구 분야로 정립했다. 그는 특히 고체배지를 이용한 순수배양법, 특수 염색법, 현미경 사진술을 개발하며 감염병 연구의 정확성과 재현성을 높였다. 그의 가장 중요한 성과는 1882년 결핵균을 분리하여 특정 미생물이 특정 질병의 원인임을 실험적으로 증명한 것으로, 이 연구는 '코흐의 법칙'으로 정리되어 감염병 연구의 표준이 되었다. 세균학의 발전은 질병 치료뿐만 아니라 예방의 가능성을 열어주었고, 감염병 관리에 있어 실험적 증거를 바탕으로 한 접근 방식을 정착시켰다.

세균설의 임상적 적용은 외과학과 공중보건의 발전을 촉진했다. 영국의 조지프 리스터는 파스퇴르의 연구를 바탕으로 소독법을 개발하여 수술 감염률을 획기적으로 낮췄고, 이 성과는 이후 무균 수술법의 발전으로 이어졌다. 또한 공중보건 분야에서도 오염된 물과 음식에 대한 규제, 위생시설 개선, 감염자 격리 조치가 도입되며 감염병 예방에 중요한 역할을 했다. 이와 같은 조치는 19세기 말에서 20세기 초까지 장티푸스, 결핵, 디프테리아와 같은 질병의 발생률을 크게 줄이며, 현대적 의미의 공중보건 체계의 기틀을 마련했다.

나. 근대적 질병관의 형성과 특징

근대 질병관은 크게 세 가지 특징으로 요약할 수 있다. 첫째, 질병 원인의 생물학적 환원, 둘째, 유기체적 몸과 환경의 분리, 셋째, 질병 원인 제거에 초점을 맞춘 의학적 개입이다. 이러한 특징들은 서로 긴밀하게 연결되어 있으며, 함께 근대 의학의 패러다임을 형성했다. 포터[90]는 이러한 변화를 '의학의 근대적 전환(medical modernity)'이라 명명하며, 질병에 대한 객관적이고 과학적인 접근이 이전의 철학적, 형이상학적 접근을 대체했다고 지적했다.

첫째, 근대 의학은 질병의 원인을 개별적인 생물학적 요인으로 환원하는 경향을 보였다. 질병 원인의 생물학적 환원은 세균설, 우생학, 병리학적 질병관이라는 세 가지 주요

90) 앞의 책.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

관점을 통해 구체화되었다. 세균설의 등장으로 질병은 더 이상 추상적 개념이 아닌, 구체적이고 가시적인 미생물 침입의 결과로 이해되기 시작했다. 즉 질병의 주요 원인은 외부에서 인체에 침입한 병원균이며, 이를 제거하거나 방어하는 것이 치료의 핵심이 된다. 세균설은 단순히 새로운 과학적 이론에 그치지 않고, 이후 위생과 공중보건에 대한 개념을 재정립하고 의학적 실천 전반에 영향을 미쳐 근대 의학의 지형을 크게 변화시켰다.[91]

20세기 초 등장한 우생학은 질병과 건강 상태의 차이를 주로 유전적 요인으로 설명하고자 하였다. 프란시스 골턴이 1883년 창안한 우생학은 "좋은(eu)" 것을 "생산(gene)"한다는 의미로, 유전적으로 우수한 인간을 생산하기 위한 과학으로 정의되었다.[92] 우생학자들은 정신박약, 간질, 우울증, 마약 중독 등과 같은 특성이 선천적으로 결정된다고 보고, 이러한 문제들을 억제하거나 제거하기 위해 광범위한 사회적 개입이 필요하다고 주장하였다.

병리해부학의 발전은 질병 이해에 있어 획기적인 전환점을 제공했다. 18-19세기에 걸쳐 활동한 모르가니, 비샤, 루돌프 피르호와 같은 선구적 병리학자들은 질병을 더 이상 막연한 체액 불균형이나 외부적 요인으로 설명하지 않고, 장기·조직·세포 수준에서 일어나는 구체적이고 관찰 가능한 구조적·기능적 변화로 재정의했다.

특히 피르호는 1858년 출간한 『세포병리학(Die Cellularpathologie)』에서 혁신적인 개념을 제시했다. 그는 인체를 "세포 공화국(Zellenstaat)"으로 비유하며, 각 세포가 독립적이면서도 상호의존적인 단위로서 전체 유기체의 건강을 결정한다고 주장했다. 이 관점에 따르면, 질병은 세포의 정상적 기능이 교란되거나 세포 자체가 병리적으로 변화할 때 발생한다. 이러한 세포병리학적 접근은 의학 실천에 심대한 영향을 미쳤다. 질병이 '발견 가능한 구체적 이상'으로 재개념화되면서, 의학적 진단은 이러한 병변을 정확히 식별하는 과정이 되었고, 치료는 이를 교정하거나 제거하는 행위로 이해되기 시작했다. 이는 현대 의학의 환원주의적이고 실증적인 접근법의 토대를 마련했다. 이러한 경향은 질병의 원인을 특정한 수준에서 환원적으로 설명하려는 시도로 이어졌는데, 세균설은 그 원인을 외부의 병원균에서, 우생학은 유전적 요인에서, 병리학적 질병관은 신체 내부의 병변에서 각각 찾음으로써, 질병을 하나의 단일한 원인으로 환원하려는 관점을 강화하였다.

근대 생의학적 질병관의 두 번째 특징은 유기체로서의 신체와 외부 환경 간의 이분법적 분리이다. 특히 클로드 베르나르의 과학주의적 생리학에 영향을 받은 결정론적 질병관은 이러한 이분법을 전제로 질병의 특이성과 명확한 인과관계를 더욱 강조하였다. 병원이 아닌 실험실이 의학 지식 생산의 중심이 되면서, 의학은 환경을 단지 외부적 조건으로 간주하고, 그 영향력을 생물학적 내부 메커니즘과 구분하여 설명하는 경향을 강화

91) Rosen, G. (2015).A history of public health. Jhu Press.
92) Galton, F. (1948). Inquiries into human faculty and its development, 1883.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

하게 된다. 베르나르는 내부환경(milieu intérieur) 개념을 통해 생명체 내부에서 유지되는 안정된 조건과 그 조절 작용에 주목하였다.

그는 내부환경을 인간의 몸에 영향을 미치는 외부와 엄격히 구분하며, 이러한 유기적 내부환경에 대한 탐구가 곧 "생리학 및 실험의학의 참다운 활동분야"[93]이자 생명 작용에 관한 "정상 및 비정상의 조건이 무엇인가를 알기"[94] 위한 중요한 작업이라고 언급하였다. 실험실이라는 통제된 공간은 외부 환경의 영향을 차단함으로써 이러한 작업을 한층 더 용이하게 했고, 이는 실험학자가 장기와 장기 시스템, 질병 사이에 인과적 영향을 확립하는 것에 도움을 주었다.[95] 따라서 질병 치료의 목적은 외부환경의 영향을 측정하기보다는 신체의 자율적 작동 방식, 즉 내부환경을 일정하게 유지하는 방향으로 초점이 맞추어졌다.

셀러스(Christopher Sellers.)는 19세기 근대의학의 역사를 분석하며 의학이 점차 실험실 안에서 과학적 방식으로 연구됨에 따라 환자가 거주하는 장소나 영향을 받는 외적 환경이 무시되는 현상을 '장소중립적 의학'(place neutral medicine)으로 명명한다.[96] 셀러스에 따르면 그러한 경향에 클로드 베르나르의 실험실 의학이 큰 역할을 했으며 이후 실험실 중심의 의학은 외부 요인의 중요성을 체계적으로 배제하기 시작하였다.

근대 질병관이 지니는 세 번째 특징은 질병의 원인을 제거하는 의학적 개입에 초점을 맞추었다는 점이다. 이는 이른바 '제거주의 질병관'을 반영하며, 질병을 '배제되거나 제거되어야 할 유해한 무엇'으로 간주하는 관점이다.[97] 19세기 말에서 20세기 초에 걸쳐 이러한 제거주의적 접근은 의학적 사고와 실천의 주류를 이루었고, 질병을 사전에 예방하거나 사후에 제거하는 일련의 기술적·제도적 수단이 폭넓게 도입되었다.

세균설(germ theory)에 기초한 근대 의학은 백신 접종, 항생제의 활용, 위생 관리 등 병원균을 억제·제거하기 위한 다각적 전략을 발전시켰다. 특히 항생제의 발견은 의학적 '마법의 탄환(magic bullet)' 패러다임을 공고히 하였으며, 특정 병원체나 병리 과정을 목표로 하는 표적 치료(targeted therapy)의 역사적 시초가 되었다.

한편 우생학(eugenics)적 시각에서는 유전적 '결함'을 지닌 개인이나 집단의 생식을 통제함으로써 질병과 사회적 문제를 근본적으로 해결할 수 있다고 여겼다. 미국에서는

---

93) Bernard, C. (1957).An introduction to the study of experimental medicine(Vol. 400). Courier Corporation. 111p

94) 앞의 책, 100p

95) Formosinho, J., Bencard, A., & Whiteley, L. (2022). Environmentality in biomedicine: Microbiome research and the perspectival body.Studies in History and Philosophy of Science,91, 151p

96) Sellers, C. (2018). To place or not to place: Toward an environmental history of modern medicine.Bulletin of the History of Medicine,92(1), 1-45.

97) Rosenberg, C. E. (2007).Our present complaint: American medicine, then and now. JHU Press.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

1920년대 이전까지 27개 주에서 강제 불임법이 제정되었으며, 수천 명의 사람들이 “유전적 결함”을 이유로 불임 수술을 강요받았다.[98] 즉 우생학은 단순한 과학적 이론에 그치지 않고 여러 국가의 사회 정책 및 법률에 심대한 영향을 미쳤으며, 결국 강제 불임 수술, 이민 제한, 결혼 규제 등의 제도적 조치가 시행되는 결과를 낳았다.[99]

임상의학 역시 특정 병변(pathological lesion)의 제거나 교정을 통하여 질병을 치료하고자 하는 방법론을 강조했다. 19세기 중반 마취법과 소독법의 발달은 외과 수술의 안전성과 효과를 비약적으로 높여 다양한 병리적 상태를 제거·교정하는 수술적 개입을 가능하게 했으며, 약물 치료 역시 병리 과정을 직접 교정하는 데 중점을 두었다. 예컨대 19세기 말~20세기 초 사이에는 아스피린, 인슐린, 항생제 등 여러 치료제가 개발되었고, 이는 특정 질환 메커니즘을 직접 겨냥하는 약물 개발 체계를 확립하는 계기가 되었다. 결과적으로, 질병 혹은 병인이라는 ‘나쁜 것’을 찾아내고 제거한다는 제거주의적 관점은 근대 생의학의 연구 방향과 임상적 실천 전반, 더 나아가 질병과 건강 이해에 대한 강력한 은유로서 지속적인 영향을 미치게 되었다.[100]

다. 위험요인과 방법론적 개인주의의 결합: 건강에 대한 개인 책임 담론의 강화

20세기 전반기에 걸쳐 미국의 기대수명은 1900년 47세에서 1950년 66세로 현저히 증가했으며, 이와 유사한 변화가 여타 선진국에서도 관찰된다. 이러한 극적인 수명 연장은 의료 역사의 중요한 전환점을 나타내는데, 급성 전염병이 지배하던 첫 번째 시대에서 만성 질환이 주를 이루는 두 번째 시대로의 전환을 의미한다. 이 과정에서 질병에 대한 과학적 이해도 단순한 질병 원인 모델에서 확률론적으로 더 정교한 ‘다중 요인’ 모델로 발전하게 된다. 특히 심혈관 질환은 1950년대 초에 시작된 프레이밍햄 연구를 통해 새로운 만성 질환의 전형적 사례로 자리 잡았는데, 이 연구는 5,209명의 건강한 성인을 장기간 추적 관찰하며 고혈압, 혈청 콜레스테롤, 흡연 등 다양한 위험요인이 질병 발생과 유의미한 통계적 연관성을 보임을 밝혀내었다.[101]

이렇게 등장한 ‘위험요인(risk factor)’이라는 개념은 1961년 프레이밍햄 심장 연구를 통해 처음 공식적으로 사용되었으며, 이는 질병의 원인을 단일 요소가 아닌 여러 요인의 상호작용으로 이해하는 다원인적 모델의 출발점이 되었다. 다원인적 모델에서 흡연, 식

98) Kevles, D. J. (1995).In the name of eugenics: Genetics and the uses of human heredity(No. 95). Harvard University Press.
99) Kühl, S. (1994).The Nazi connection: Eugenics, American racism, and German national socialism. Oxford University Press.
100) Enserink, M. (2010). Scientists' New Eradication Target: A Word in Their Lexicon.
101) Hajar, R. (2016). Framingham contribution to cardiovascular disease.Heart Views,17(2), 78-81.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

습관, 운동, 스트레스와 같은 행동적 요인들은 심혈관 질환, 암, 당뇨병과 같은 만성질환의 발생에 중요한 역할을 하는 것으로 인식되며, 이러한 요인들이 '수정 가능하고 개입이 가능하다는 특성'에서 임상적 관심을 크게 불러일으켰다.

위험요인 연구는 몇 가지 중요한 특징을 가진다. 우선, 확률적 접근법을 채택한다. 위험요인은 질병의 발생을 확정적으로 예측하지는 않지만, 그 발생 가능성을 높이는 요소로 이해된다. 이는 결정론적 인과관계보다 확률적 관계를 강조하는 것이다. 이러한 확률적 접근은 불확실성을 인정하고, 다양한 요인들의 복합적 영향을 고려한다는 점에서 이전의 단일 원인 모델과 본질적으로 차별화된다. 예를 들어, 흡연은 폐암 발생의 강력한 위험요인이지만, 모든 흡연자가 폐암에 걸리는 것은 아니며, 비흡연자도 폐암에 걸릴 수 있다.

또한 위험요인 연구는 여러 위험요인이 함께 작용하여 질병 발생에 영향을 미치는 다원인 모델을 지향한다. 심혈관 질환의 경우 고혈압, 흡연, 고콜레스테롤, 당뇨병, 비만 등 여러 요인이 복합적으로 작용한다. 이러한 다원인적 모델은 질병의 복잡성을 보다 충실히 반영하며, 다양한 차원의 예방 및 개입 전략을 가능하게 한다. 프레이밍햄 연구를 통해 개발된 심혈관 위험 점수는 여러 위험요인의 조합을 통해 개인의 심혈관 질환 발생 위험을 예측하는 도구로 임상 현장에서 널리 사용되고 있다.[102)]

위험요인 연구는 의학이 치료 중심에서 예방 중심으로 접근 방식을 확장해 가는 과정에서 중요한 역할을 해왔다. 질병 발생 이전에 개입할 수 있는 가능성을 제시하는 위험요인의 개념은, 사후적 치료보다는 잠재적 인구집단에 대해 사전적 개입에 주목하는 예방의학적 접근을 정당화하는 근거가 되었다. 이러한 관점은 의학이 단지 질병을 진단하고 치료하는 데 그치지 않고, 건강 유지와 질병 예방에도 관심을 두게 되는 변화로 이어졌다. 고혈압 관리, 금연 프로그램, 식생활 개선, 신체 활동 증진 등의 전략은 대표적인 위험요인 관리의 사례로, 오늘날 공중보건 정책 전반에서 중요한 위치를 차지하고 있다.[103)]

이 접근은 '다중 요인' 시각을 바탕으로 사회적 맥락을 분절화하고, 책임을 개인에게 귀속시키는 '방법론적 개인주의'와 결합함으로써, 건강을 개인의 선택 문제로 단순화하는 담론을 강화했다.

방법론적 개인주의는 사회 현상을 개인의 선택과 행위로 설명하려는 철학적 입장으로, 20세기 중반 이후 사회과학과 보건학 전반에 적지 않은 영향을 미쳤다. 이 입장은 막스 베버의 사회학적 사유에 뿌리를 두고 있으며, 복잡한 사회 현상 역시 개인 행위자의 동

---

102) D'Agostino Sr, R. B., Vasan, R. S., Pencina, M. J., Wolf, P. A., Cobain, M., Massaro, J. M., & Kannel, W. B. (2008). General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study.Circulation,117(6), 743-753.

103) Rose, G. (1992). The strategy of preventive medicine.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

기와 신념을 분석함으로써 이해할 수 있다는 전제를 바탕으로 한다.[104] 위험요인 분석은 이와 같은 설명 방식과 접목되면서, 질병의 원인을 구조적 요인보다는 개인의 생활 방식과 선택과 연결짓는 방향으로 전개되었다.

이러한 맥락 속에서 '생활습관(lifestyle)'이라는 개념은 점차 건강 담론의 중심 범주 중 하나로 자리 잡게 되었다. 이 용어는 본래 막스 베버의 '생활 태도(Lebensführung)' 개념에서 유래한 것으로, 초기에는 개인이나 집단이 일정한 사회경제적 조건 속에서 삶을 영위하는 방식을 설명하는 데 사용되었다. 이후 '생활습관'이라는 개념은 점차 개인의 소비 양식과 선택을 반영하는 의미로 확장되었으며, 특히 건강 관련 행동을 설명하는 데 밀접하게 사용되기 시작했다.[105] 이러한 접근은 개인이 자신의 건강을 어느 정도 자율적으로 관리하고 조절할 수 있다는 전제를 중심에 둔다.

결과적으로, 위험요인 연구와 생활습관 중심의 건강 담론은 건강 문제를 개인 차원의 책임으로 바라보는 시각을 강화해 왔다. 위험요인 연구는 통계적 연관성을 통해 특정 생활 습관과 질병 간의 관계를 보여주었고, 생활습관 개념은 이를 개인의 선택과 통제 가능성의 문제로 전환하였다. 흡연, 음주, 식생활, 신체 활동 부족과 같은 요소들은 '생활습관 요인'으로 재해석되면서, 이들에 대한 관리는 개인적 노력의 대상으로 간주되었다.

라. 정적 건강 개념의 한계

근대 생의학의 발전과 함께 질병을 이해하는 다양한 관점들이 구성되어 왔다. 제거주의적 질병관은 질병의 원인을 밝혀 이를 제거하면 건강이 회복될 수 있다고 보았고, 결정론적 질병관은 유전이나 환경 요인과 같은 외부 조건들이 질병을 필연적으로 결정한다고 이해했다. 위험요인 접근은 보다 확률적인 관점에서 질병 발생 가능성을 높이는 요소들을 관리하려 하였으며, 생활습관 중심의 건강 담론은 개인이 자신의 건강을 스스로 책임지고 통제해야 한다는 점을 강조하였다. 이처럼 서로 다른 설명 틀을 지닌 질병관들이지만, 흥미롭게도 이들이 형성한 건강에 대한 이해는 공통된 방향으로 수렴한다. 그것은 바로 건강을 고정된 상태로 간주하는 관점, 즉 '정적 건강 개념'이라 할 수 있다. 이러한 개념은 건강을 끊임없이 변화하고 생성되는 과정으로 보기보다는 특정 시점에서 포착 가능한 정태적이고 고정된 상태로 이해한다.

이러한 정적 건강 개념은 근대 생의학의 각 패러다임과 긴밀하게 연결되어 있다. 제거주의적 질병관이 질병을 외부에서 침입하여 제거해야 할 대상으로 보았다면, 그에 따른

104) Weber, M. (1978).Economy and society: An outline of interpretive sociology(Vol. 1). University of California press.
105) Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure.Journal of health and social behavior,46(1), 51-67.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

건강 개념은 자연스럽게 이러한 침입자가 성공적으로 제거된 상태를 의미하게 되었다. 마찬가지로 클로드 베르나르의 결정론적 질병관이 유기체적 몸과 외부 환경을 분리하고 내부환경의 항상성을 강조했다면, 이에 기반한 건강 개념은 이러한 내적 항상성이 안정적으로 유지되는 상태를 가리키게 되었다. 20세기 중반 프레이밍햄 연구가 발전시킨 위험요인 접근법은 건강을 여러 위험요인이 효과적으로 통제된 상태로 재구성했으며, 이후 등장한 생활습관 중심의 건강 담론은 이러한 위험요인 통제의 책임을 사회가 아닌 개인에게 부여했다. 이처럼 정적 건강 개념은 근대 생의학이 발전시켜 온 다양한 역사적·이론적 측면들이 복합적으로 작용하여 형성된 결과물이라 할 수 있다.

정적 건강 개념은 크게 두 가지 접근법으로 나눌 수 있을 것이다.

첫 번째 접근은 건강을 '질병의 부재'로 정의하는 방식이다. 이는 근대 생의학의 제거주의적 질병관과 밀접하게 연결되며, 건강을 질병과 대립하는 개념으로 설정한다. 19세기에 발전한 세균설은 건강을 '병원균이 없는 상태'로, 우생학은 '유전적 결함이 없는 상태'로, 병리해부학적 관점은 '병리학적 이상이 없는 상태'로 규정하였다. 이러한 정의 방식은 건강 자체의 본질보다는 그것과 반대되는 질병을 분석하는 데 초점을 맞추는 특징이 있다. 그 결과 건강은 병리학적 이상이 없고, 생리적 기능이 정상 범위에 있으며, 의학적 개입이 필요하지 않은 상태로 간주된다.

이러한 건강 개념은 클로드 베르나르의 내부환경 이론과 결정론적 질병관의 영향을 받아 형성되었다. 내부환경의 항상성 유지를 강조하는 이 관점에서는 건강을 유기체의 생리학적 지표들이 정상 범위 내에서 안정적으로 유지되는 상태로 이해한다. 이러한 시각은 '장소중립적 의학'이해에서처럼, 건강을 외부 환경과의 상호작용보다는 신체 내부의 생리적 상태에 집중해 설명하려는 경향을 보인다. 다시 말해, 건강은 신체 내부의 균형이 유지되고 병리학적 이상이 발견되지 않는 상태로 간주되며, 이는 제거주의적 질병관과 결합되어 질병이나 그 원인을 제거하면 곧 건강이 회복된다는 선형적 관점을 강화한다.

이처럼 질병 부재로서의 건강 정의는 명확하고 특정 기준을 바탕으로 측정이 용이하다는 장점이 있으나, 건강의 다차원적 성격을 충분히 반영하지 못하는 근본적 한계를 지닌다. 특히 만성질환이나 장애를 가진 사람들은 이 정의에 따르면 '건강하지 않은' 범주에 속하게 된다는 문제가 있다.[106] 더불어, 건강 상태를 고정된 범주로 나누고 정량화된 지표로 설명하려는 경향은 의료 전문가의 진단 및 인식에 과도하게 의존하게 만들 수 있으며, 건강과 질병을 이분법적으로 구분하려는 시도 또한 임상적 현실과 괴리를 보인다. 이처럼 정적인 건강 개념은 건강과 질병을 명확히 분리하고 질병 또는 그 원인을 제거하면 건강이 달성된다고 가정하지만, 실제로 이 경계는 연속적이며 다양한 개인적·환

106) Huber et al. (2011). How should we define health?.Bmj,343.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

경적 요인들에 의해 복합적으로 구성된다.

정적 건강 개념의 두 번째 접근법은 건강을 특정한 기준을 충족하는 상태로 정의한다. 예를 들어, 세계보건기구(WHO)는 1948년 건강을 '단순히 질병이나 허약함이 없는 상태가 아니라, 완전한 신체적, 정신적, 사회적 안녕 상태'로 정의하였다. 이 정의는 건강의 신체적 측면뿐 아니라 정신적·사회적 차원까지 포괄하려는 시도로, 기존의 협소한 개념에 비해 이해의 폭을 넓혔다. 그러나 '완전한' 안녕이라는 이상적이고 절대적인 기준을 제시함으로써 현실과의 괴리를 낳았다는 비판도 제기되어 왔다. 이 정의에 따르면 대부분의 사람은 '건강하지 않은' 상태에 있다고 볼 수 있다. 더불어 건강을 하나의 고정된 상태(state)로 파악함으로써, 건강이 시간의 흐름 속에서 변화하고 조정되는 역동적이고 과정적인 특성을 충분히 반영하지 못한다는 한계도 지닌다.

이러한 정적 건강 개념은 20세기 중반 이후 위험요인 연구와 생활습관 접근법의 발전과 결합하면서 한층 복잡한 양상을 띠게 된다. 위험요인 연구가 제시한 다원인적 질병 모델은 건강을 '다양한 위험요인들이 효과적으로 통제된 상태'로 이해하도록 만들었다. 예를 들어, 1960년대 프레이밍햄 연구를 통해 심혈관 질환과 관련된 여러 위험요인들이 밝혀지면서, 건강은 고혈압, 고콜레스테롤, 흡연 등과 같은 위험요인이 관리되고 있는 상태로 정의되기 시작했다. 이러한 접근은 건강에 대한 생물학적 이해를 일정 부분 확장한 측면이 있으나, 여전히 건강을 측정 가능한 생리학적 지표들의 조합으로 환원하려는 경향을 보였다.

앞서 살펴보았듯 위험요인 중심의 연구와 생활습관에 기반한 건강 담론은 상호 강화 작용을 하며 건강에 대한 개인의 책임을 강조하는 방향으로 나아갔다. 위험요인 연구는 특정 행동과 질병 발생 간의 통계적 연관성을 규명함으로써 생활습관의 중요성을 과학적으로 정당화했으며, 생활습관 접근법은 이러한 위험요인들을 개인의 선택과 책임의 문제로 재구성하였다. 그 결과 건강은 개인이 관리하고 유지해야 할 '상태'로 이해되었고, 이는 건강을 고정된 기준에 따라 판단하고 통제할 수 있다는 정적 건강 개념을 더욱 공고히 하는 데 기여하였다.

본 연구에서는 정적 건강 개념이 간과하는 세 가지 핵심 차원을 중심으로 그 한계를 비판적으로 검토하고자 한다. 첫째는 건강의 '시간적 차원'으로, 정적 건강 개념은 건강을 특정 시점의 고정된 상태로 환원함으로써 건강의 시간적 연속성과 변화 과정을 충분히 포착하지 못한다.

푸코의 임상의학의 탄생에 따르면, 18세기 말에서 19세기 초 사이 질병을 바라보는 방식이 시간적 이해에서 공간적 이해로 전환되었다. 초기 임상의학에서는 '응시(gaze)'를 통해 질병을 시간의 흐름 속에서 읽어내며, 병력과 증상의 발전 과정을 중심으로 질병을 이해했다.[107] 그러나 병리해부학이 등장하면서 '일별(glance)'이라는 새로운 관찰 방식이 자리 잡았고, 이는 증상의 시간적 전개보다 신체 내부의 특정 병변을 직접 포착하는 데

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

공간성에 초점을 맞추었다. 이로써 시간은 공간에 종속되었고, 질병의 진행은 병변이 신체 내에서 확산되는 과정으로 재해석되기 시작하였다.[108]

근대 생의학 모델에서도 건강은 특정 시점에서 측정 가능한 생리학적 지표들의 '정상 범위' 내 존재로 정의되었으며, 질병은 이 범위를 벗어난 상태로 간주되었다. 혈압, 콜레스테롤, 혈당 수치 등과 같은 생체 지표들은 시간의 흐름과 무관하게 특정 순간의 값으로 평가되었고, 이는 건강을 정적이고 고정된 상태로 이해하는 관점을 강화했다. 그러나 이러한 정적인 건강 개념은 생활방식과 환경이 복합적으로 얽혀 장기간에 걸쳐 변화하는 건강과 질병의 특성을 충분히 설명하지 못하는 한계를 드러낸다. 특히 당뇨병, 고혈압, 심혈관 질환과 같은 만성질환의 발병과 진행 과정에서 나타나는 미묘한 시간적 변화와 환경의 영향에 따른 장기적인 적응 기제를 이해하는 데 있어 이러한 관점의 한계가 분명해졌다.

예를 들어, 만성질환 환자의 건강 상태는 특정 순간의 혈압이나 혈당 수치만으로 '건강'과 '질병'을 단순히 구분할 수 없다. 혈당 변동, 계절 변화, 스트레스 반응 등 다양한 시간적 리듬과 패턴이 작용하며, 환자는 식사, 운동, 약물 복용, 감정 변화 등에 지속적으로 적응하면서 혈당을 조절해야 한다. 이에 단일한 시점에서 단순한 수치만으로 건강을 평가하기에는 무리가 있다.

특히 현대 의료 시스템의 구조 자체가 이러한 시간적 단절을 강화하는 측면이 있다. 짧은 진료 시간, 단편적인 의료 기록, 전문화된 진료 체계는 환자의 건강 및 돌봄을 통합적이고 연속적인 과정으로 이해하기보다는 분절된 상태로 접근하게 만든다. 이러한 구조적 한계는 환자의 치료 과정이 시간에 따라 어떻게 조정되고 변화하는지를 충분히 반영하지 못하게 하며, 환자의 적응 과정, 치료 선호도, 그리고 장기적인 건강 변화의 패턴을 고려하는 데에도 어려움을 초래한다.

둘째, 정적 건강 개념은 신체 내부와 외부 환경을 엄격히 구분하는 이분법적 사고에 기반하여 환경적 맥락을 체계적으로 배제한다. 특히 근대 의학이 실험실 중심으로 발전하면서 건강은 외부 환경과의 관계보다는 내부 생리적 균형에 의해 정의되었고, 환자의 거주지나 사회적·물리적 환경은 진단과 치료의 고려 대상에서 점차 제외되었다. 실험실은 외부 요인을 통제하고 배제하는 공간이며, 이러한 방법론은 건강에 대한 이해에서도 환경적 요인을 주변화시키는 결과를 낳았다. 그에 따라 질병과 환경의 관계는 의학의 중심 영역에서 벗어나 공중보건, 산업위생, 열대의학 등으로 분화되었고, 신체와 환경은 분리된 채 다루어지게 되었다. 이처럼 또한 정적 건강 인식은 맥락적 요소들을 단순히 '배경'으로 축소시키며, 개인의 생물학적 상태를 분리된 실체로 간주한다.[109]

---

107) Foucault, M. (2002).The birth of the clinic. Routledge.
108) 앞의 책.
109) Krieger, N. (2013). Epidemiology and the People's Health: Theory and Context.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이처럼 정적 건강 개념은 건강을 특정 시점의 개인 내부 상태로 정의함으로써, 건강의 형성과 유지에 필수적인 환경적 맥락을 체계적으로 배제한다. 이 틀에서는 환경이 건강을 본질적으로 구성하는 요소로 간주되지 않으며, 단지 개인 건강에 외부적으로 영향을 미치는 부차적 요인으로 축소된다. 발레스(Valles)가 제시한 패스트푸드 소비 사례는 이러한 한계를 단적으로 보여준다.[110] 정적 건강의 인식에 따르면 패스트푸드 소비와 관련된 건강 문제는 한편으로는 개인의 자율적 선택과 책임의 문제로, 다른 한편으로는 사회구조적 결정요인의 불가피한 결과로 이해될 수 있다. 이에 따라 정책적 대응도 개인의 행동 변화를 유도하는 교육 캠페인이나, 반대로 패스트푸드 업체에 대한 규제와 같은 환경적 통제로 양분된다. 그러나 두 접근 모두 개인과 환경을 서로 독립된 실체로 간주하며, 일방적 인과관계 속에서 건강을 이해한다는 점에서 정적 건강 개념의 한계를 공유한다.

그러나 실제 패스트푸드 소비는 개인과 환경이 시간 속에서 상호구성적으로 영향을 주고받는 역동적 과정 속에서 형성된다. 개인의 식품 선호와 소비 습관은 생애 전반에 걸쳐 광고 노출, 경제적 조건, 식품 접근성, 사회적 규범 등 다양한 환경 요인과의 지속적인 상호작용을 통해 형성되며, 이렇게 형성된 집단적 소비 패턴은 다시 식품 환경 자체를 재구성하는 데 영향을 미친다. 이러한 복합적인 상호작용은 '개인의 선택' 또는 '환경의 영향'이라는 이분법적 틀로는 포착되기 어렵기 때문에, 건강을 환경과의 지속적인 상호작용 속에서 형성되는 과정으로 이해하려는 관점이 요구된다.

결과적으로, 정적 건강 개념은 개인이나 집단의 역량을 지나치게 단순화하고 고정된 특성으로 이해하게 된다. 앞서 살펴보았듯, 이러한 인식은 시간의 흐름이나 환경과의 상호작용을 충분히 고려하지 않으며, 역량을 유동적이고 변화하는 능력이 아니라 특정 시점에 요구되는 기능이나 정해진 정상 기준으로 간주한다. 하지만 실제로 역량은 고정된 속성이 아니라, 시간의 흐름 속에서 변화하고 환경에 따라 조정되는 특성을 지닌다. 예를 들어, 급성 질환에서의 회복력, 만성 질환과 함께 살아가는 능력, 또는 노화 과정에서 새로운 변화에 적응하는 능력 등은 모두 시기와 맥락에 따라 발현되는 중요한 역량이라 할 수 있다.

역량은 단순히 개인이 지닌 능력이나 자질을 의미하는 것이 아니라, 존재가 주어진 조건 속에서 실제로 무엇을 할 수 있고 어떤 삶을 살아갈 수 있는지를 구성하는 내재적이며 관계적인 힘이다. 역량 개념은 맥락에 따라 다양한 방식으로 이해되어 왔으며, 그중에서도 주목할 만한 두 가지 흐름이 있다. 첫째는 개인의 자유와 실천 가능성에 주목하는 접근으로, 아마르티아 센과 마사 누스바움의 '역량capability 접근법'에서 찾아볼 수

Oxford.

110) Valles, S. (2018).Philosophy of population health: Philosophy for a new public health era. Routledge. pp.62-63.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

있다. 둘째는 존재의 내재적 생성과 관계성을 중심으로 사유하는 접근으로, 스피노자와 들뢰즈의 'potentia/puissance' 개념에서 제안되고 있다.

센(Amartya Sen)은 역량을 '어떤 사람이 삶에서 할 수 있거나 될 수 있는 것들에 대한 실질적인 자유(substantial freedom)'로 이해하며, 개인이 실질적으로 가치 있다고 여기는 삶을 선택하고 실현할 수 있는 능력에 주목한다. 이는 단순한 자원의 소유나 형식적 권리가 아니라, 각 개인이 처한 맥락 속에서 현실적으로 어떤 삶을 살아갈 수 있는지를 중심에 둔 개념이다. 마사 누스바움(Martha Nussbaum)은 역량을 사람이 인간적으로 살기 위해 반드시 필요한 삶의 핵심 요소들을 실현할 수 있는 기초적 자유로 규정하였다. 이와 같은 'capability' 개념은 인간의 삶을 가능하게 하는 조건과 실천의 자유를 강조한다는 점에서 실천적·정치적 함의를 지닌다.[111]

반면, 스피노자 철학에서의 '역량(potentia)'은 보다 근본적인 존재론적 차원에서 사유된다. 스피노자에게 역량은 실재적이고(real), 필연적이며(necessary)인 존재의 본질적 힘을 의미한다.[112] 이는 전통적으로 본성과 구별되던 성질이나 잠재력의 개념과 달리, 존재를 자기원인적으로 작용하는 내재적 힘으로 이해하는 관점이다. 이러한 역량은 프랑스 철학 전통에서 'puissance'로 번역되며, 외재적이고 명령적 성격의 권력(pouvoir/potestas)과 구별되는 자율적이고 창조적인 힘으로 간주된다. 인간이 자신의 존재를 유지하고 확장하려는 코나투스(conatus)를 따라 살아갈 때, 그는 자신의 내재적 역량(potentia)을 능동적으로 표현하며, 이 과정에서 감정의 지배를 극복하고 보다 자유로운 존재가 된다.

질 들뢰즈(Gilles Deleuze)는 스피노자의 사유를 계승하여, 억압적 권력과 생성적 역량을 구분하고, 역량을 고정된 기능이 아닌 관계 속에서 변용되는 힘으로 이해하였다.[113] 특히, 자신만의 삶의 규범을 만들어가는 역량은 존재가 스스로를 유지하고 잠재력을 확장해나가려는 내적 동력이나, 고정된 정체성을 넘어서 새로운 가능성을 열어가는 과정과 밀접하게 연결된다. 이러한 존재론적 접근은 기존의 기능적 능력이나 경제적 조건에 초점을 맞추는 capability 개념과는 강조점이 다르며, 역량을 삶의 표현이자 환경과의 관계 속에서 실현되는 생성적 실천으로 이해할 수 있는 가능성을 제시한다.

이러한 역량에 대한 다양한 이해를 바탕으로, 건강에 대한 관점 역시 환경과의 상호작용 속에서 형성되고 발현되는 역량으로 접근할 때 더욱 입체적으로 이해할 수 있다. 캉길렘의 건강 개념은 이러한 지점을 예리하게 포착한다. 그는 건강을 단순히 생리학적 평균이나 정상 범위, 또는 질병이 없는 상태로 정의하는 협소한 시각을 넘어서 보다 역동

111) 목광수. (2012). 역량 중심 접근법의 윤리적 함의: 아마티아 센의 논의를 중심으로.윤리학,1(1), 79-118.
112) 박기순. (2013). 스피노자에서 potentia 와 potestas 개념: 스피노자의 역량 개념과 그 윤리-정치적 함의에 관한 연구: 스피노자의 역량 개념과 그 윤리-정치적 함의에 관한 연구.사회와 철학, (25), 329-364.
113) Deleuze, G. (2019). *스피노자와 표현 문제*(현영종, 권순모 역). 그린비, pp.271-272.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

적인 개념으로 재해석했다. 캉길렘에게 건강이란 끊임없이 변화하는 환경 속에서 새로운 생물학적 규범을 창조하고 적응해 나가는 규범성(normativity)의 생생한 표현이다.[114] 이런 관점에서 보면, 유기체의 건강은 이미 정해져 있는 기준으로 정상과 병리를 단순히 판단할 수 있는 것이 아니라, 항상 시간(성) 및 환경(성)과의 관계, 그리고 그 환경에 대응하는 실천—즉 자신만의 삶의 규범을 창조해내는 능력—과 밀접하게 연결되어 이해되어야 한다.

코로나19 팬데믹은 기존의 정적 건강 개념과 전문가 중심의 대응 방식이 지닌 한계를 극명하게 드러낸 사건이라 할 수 있다. 먼저, 시간적 차원에서 팬데믹 초기에는 PCR 검사의 양성/음성이라는 이분법적 결과에 의존하는 경향이 두드러졌다. 이는 건강을 고정된 상태로 간주하는 정적 건강 개념의 표현으로, 치틀라(Chitla, V.B.) 등의 연구에 따르면 코로나19 증상과 관련된 데이터는 시간에 따라 지속적으로 변화했음에도 불구하고, 초기 검사 체계는 이러한 시간적 변화를 포착하지 못하고 특정 시점의 바이러스 존재 여부만을 이분법적으로 판단했다.[115] 이러한 접근은 건강과 질병을 연속적인 과정으로 보지 않고 명확히 구분된 범주로 인식하게 하는데, 이는 마치 혈압이나 혈당 수치가 특정 기준점을 넘으면 질병으로, 그렇지 않으면 건강으로 구분하는 이분법적 사고와 유사하다. 이러한 인식은 진단과 대응의 편이성을 제공하지만, 질병의 발생, 진행, 회복 과정에서 나타나는 미묘한 변화와 개별적 다양성을 충분히 반영하지 못하는 근본적 한계를 지닌다.

이에 더해 롱코비드(Long COVID) 증후군은 '회복'과 '질병 상태'의 경계가 생각보다 훨씬 모호함을 입증했다.[116] 기존의 정적 건강 개념에서는 급성기 증상이 사라지면 '회복된' 상태로 간주되었으나, 많은 코로나19 환자들이 급성 감염 이후에도 피로, 인지 장애, 근육통, 호흡 곤란 등 다양한 증상을 장기간 경험하는 현상은 건강과 질병이 단순한 이분법적 상태가 아니라 시간에 따라 변화하는 연속적 과정임을 보여준다. 즉 롱코비드 현상은 단순히 '감염됨'과 '감염되지 않음', 또는 '회복됨'과 '회복되지 않음'의 이분법적 구분으로는 설명할 수 없는 복잡한 건강 상태의 스펙트럼을 드러냈다.

둘째, 환경적 차원에서 칼라위(Kahlawi) 등(2025)의 연구는 이탈리아, 영국, 이집트에서 코로나19에 대한 인식이 문화적 맥락에 따라 근본적으로 달랐음을 보여준다.[117] 이탈

114) Canguilhem, G. (2018). *정상적인 것과 병리적인 것*(여인석 역). 그린비.
115) Chitla, V. B., Lakshminarasimhan, P. S., Kumar, M. M., & Prashanth, B. S. (2024, August). Multivariate Analysis and Detection of Concept Drift in Longitudinal COVID-19 Data: Implications for Adaptive Healthcare Strategies. In2024 Second International Conference on Networks, Multimedia and Information Technology (NMITCON)(pp. 1-11). IEEE.
116) Yong, S. J. (2021). Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments.Infectious diseases,53(10), 737-754.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

리아에서는 의료 시스템 중심의 담론이 발전했고, 영국에서는 정책적 프레임으로 질병을 이해했으며, 이집트에서는 종교적 프레임워크가 질병 인식을 형성했다. 백신이라는 동일한 대상도 각 사회에서 다르게 이해되었는데, 이탈리아에서는 '장기적 회복 과정'의 일부로, 영국에서는 '위기 종료의 촉매제'로, 이집트에서는 '다른 국가들과의 비교 지점'으로 프레임되었다.

이러한 인식의 차이는 과학적 지식의 수준 차이라기보다는, 각 사회의 역사적, 문화적, 제도적 맥락이 건강과 질병에 대한 이해를 구성한다는 사실을 보여준다. 특히 이집트에서 종교적 프레임워크를 통한 질병 이해는 건강과 질병이 단순히 생물학적 현상이 아니라 영적, 도덕적, 존재론적 차원을 포함하는 복합적 경험임을 시사한다. 이처럼 동일한 바이러스에 대한 이해가 각 사회의 문화적, 제도적, 종교적 맥락에 따라 다르게 구성되었다는 사실은 건강을 보편적이고 중립적인 생의학적 현상으로만 볼 수 없음을 보여준다.

이에 더해 코로나19 팬데믹은 건강과 질병의 경험이 단순히 개인의 생물학적 상태가 아니라 사회적 구조와 환경적 맥락 속에서 형성된다는 사실을 명확히 드러냈다. 저소득층, 필수 근로자, 사회적 소외 집단은 감염률과 사망률에서 현저한 불균형을 보였으며, 이는 건강 격차가 생물학적 요인뿐 아니라 사회경제적 조건에 깊이 뿌리내리고 있음을 시사한다.[118] 특히 콜센터, 물류센터, 종교시설, 요양시설 등에서의 집단감염 사례는 개인의 건강 상태나 방역수칙 준수 여부만으로는 설명될 수 없으며, 업무 환경, 주거 밀집도, 경제적 취약성, 사회적 고립 등의 복합적 요인이 주요한 설명 요소로 작용했다.

이러한 현상은 건강을 고정된 생물화학적 상태로 보는 전통적인 '정적 건강 개념'의 한계를 명확히 드러낸다. 건강과 질병은 개인의 내재적 속성이 아니라 특정한 환경 속에서 경험되고 구성되는 사회적 현상이며, 이에 따라 건강은 개인 내부의 생리적 지표가 아니라 사회적 관계, 생활 조건, 제도적 배경 등과의 상호작용 속에서 동적으로 이해되어야 한다. 즉 건강의 결정 요인이 사회구조 속에도 자리 잡고 있으며, 이와 같은 관점을 무시한 기존의 건강 인식은 팬데믹과 같은 복합적 보건 위기를 제대로 설명하거나 대응하지 못한다.

그러나 국내 코로나19 대응은 이러한 환경적, 구조적 차원을 충분히 반영하지 못하고,

---

117) Kahlawi, A., Masri, F., Ahmed, W., & Vidal-Alaball, J. (2025). Cross-Cultural Sense-Making of Global Health Crises: A Text Mining Study of Public Opinions on Social Media Related to the COVID-19 Pandemic in Developed and Developing Economies.Journal of Medical Internet Research,27, e58656.

118) Capasso, A., Kim, S., Ali, S. H., Jones, A. M., DiClemente, R. J., & Tozan, Y. (2022). Socioeconomic predictors of COVID-19-related health disparities among United States workers: A structural equation modeling study.PLOS Global Public Health,2(2), e0000117.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

개인 책임에 기반한 일률적 방역 조치에 집중하였다. 초기 대응은 마스크 착용, 사회적 거리두기, 개인 위생 관리 등 '개인 행위' 중심의 접근이었으며, 그들이 속한 환경에 대한 고려는 적었다. 이는 재택근무가 불가능하거나 밀집 환경에서 일해야 하는 취약계층의 현실을 간과한 것이었다. 확진자 수에 따라 사회적 거리두기 단계를 조정하는 방식 또한 지역별·계층별 감염 취약성의 차이를 포착하지 못했고, 방역 실패의 책임이 개인에게 전가되면서 취약계층에 대한 낙인과 비난이 뒤따르기도 했다. 즉 감염 취약성이 상당 부분 구조적 문제임에도 불구하고, 개인화된 접근은 오히려 건강 불평등을 심화시키는 결과를 낳았다.[119)]

마지막으로 코로나19 팬데믹은 이러한 역동적 역량으로서의 건강 개념의 중요성을 분명히 보여주었으며, 건강을 단순히 질병의 부재가 아닌 변화하는 환경에 적응하고 대응하는 능력으로 이해해야 할 필요성을 드러냈다. 바르카이 등(2023)의 미디어 콘텐츠 종단 분석은 코로나19 팬데믹 기간 동안 일부 대중 건강 콘텐츠에서 건강에 대한 인식이 감염 여부 중심의 단순한 이분법에서, 상황에 맞춰 대응하고 일상생활을 조율하는 실천적 관점으로 점차 확장되는 경향을 보여준다.[120)] 연구자들은 미디어에 게시된 팬데믹 초기(2020년 1-6월)의 495개 영상과, 2년 후(2022년 1-6월)의 620개 영상을 비교 분석했다. 초기 영상들은 "COVID-19: 전파 메커니즘", "COVID-19: 임상 증상" 등 질병을 고정된 실체로 다루며, 대응 방식도 "마스크 착용법", "손 씻기의 중요성" 등 기본적인 방어 행동에 집중되었다. 이 시기에는 건강이 감염 여부를 기준으로 이분화되고, 개인의 역할은 주로 바이러스에 노출되지 않도록 주의하는 소극적인 수준에 머물렀다.

하지만 이후 2022년의 영상들에서는 "COVID-19 백신: 신화와 사실", "COVID-19와 여행: 필수 정보", "팬데믹 시대의 업무 공간 재구성"처럼 건강을 변화하는 환경 속에서 어떻게 관리하고 조율할 수 있을지에 주목하는 콘텐츠가 두드러졌다. 특히 장애인, 기저질환자, 고령자 등 다양한 조건을 지닌 사람들이 팬데믹 속에서 삶을 유지하고 적응해가는 사례를 다룬 영상이 증가한 점은, 팬데믹 하에서 건강에 대한 인식도 점차 더 다양한 상황과 조건을 포괄하는 방향으로 변화했음을 보여준다.

초기 한국의 방역 정책은 감염 차단과 바이러스 통제에 집중하는 '바이러스와의 전쟁' 방식으로, 개인과 집단의 생물학적 안전을 최우선에 두었다. 정부는 확진자 수, 재생산지수(R값), 치명률 등 의학적·역학적 지표를 중심으로 방역 성과를 판단했지만, 이는 건강의 다차원적 측면을 간과한 채, 시민들이 위기 속에서 보여준 적응력, 회복력, 자기관리 능력

119) Cardona, B. (2021). The pitfalls of personalization rhetoric in time of health crisis: COVID-19 pandemic and cracks on neoliberal ideologies.Health Promotion International,36(3), 714-721.

120) Barkay, O., Binay, U. D., & Karakeçili, F. (2023). Evolution of Public Responses to COVID-19: Comparing Changes in People's Emotions, Behaviors, and Precautions at the Onset and End Stage of the Pandemic.Cureus,15(9).

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

등 역량적 차원을 충분히 반영하지 못했다. 실제로 정부가 일률적인 방역 조치를 시행하는 동안, 개인과 집단은 팬데믹이 장기화되면서 각자의 상황에 적응하고 대처하는 능력을 발전시켜 나갔다.[121] 이처럼 방역이 질병의 복합성과 맥락성을 충분히 반영하지 못한 채, 위험의 신속한 제거와 통제에 집중되면서, 건강은 점차 기술적이고 행정적인 관리의 대상으로 축소되었다. 이러한 축소된 인식은 방역을 둘러싼 정치적 갈등과 맞물리며 '폴리데믹(polidemic)' 현상을 더욱 심화시켰고, 이는 건강이 단순한 생물학적 상태를 넘어 사회적 신뢰, 공동체의 상호작용, 나아가 정치적 상상력과도 긴밀히 연결된 문제임을 드러냈다.[122]

이러한 방역 접근 방식의 한계는 팬데믹의 장기화에 따라 더욱 뚜렷해졌다. 한국은 팬데믹 초기 신속한 3T(test-trace-treat) 전략과 철저한 동선 추적을 통해 낮은 감염률과 치명률을 기록하며 세계적인 '성공 모델'로 주목받았으나, 장기화된 팬데믹 속에서 정부 대응은 변화하는 바이러스의 특성, 글로벌 백신 경쟁, 시민들의 누적된 피로도와 신뢰도 감소 등 시간적 변화를 유연하게 반영하지 못했다.[123] 특히, 감염자 수, 사망률, 검사 양성률과 같은 계량적 지표에 집중하며 바이러스 확산을 차단하는 데 주력했던 초기 전략이 오히려 장기적인 정책 적응력을 저해하는 요인이 되었다. 이는 앞서 살펴본 정적 건강 개념의 한계가 국가 정책 차원에서 드러난 사례라고 볼 수 있다. 그 결과, 단기적 감염 지표 중심의 정책이 장기적 건강 영향과 시민들의 사회적 적응 과정을 간과하는 한계를 초래하며, 초기 방역의 강점이 오히려 장기적 사회적 회복력 약화로 이어지는 아이러니를 낳았다.

결과적으로 코로나19 팬데믹은 앞서 논의한 모든 차원에서 건강이 단지 질병의 부재나 고정된 기준값의 정상 여부가 아니라, 변화하는 환경과 사회적 조건 속에서 지속적으로 조율되고 관리되는 삶의 역량임을 분명히 드러냈다. 팬데믹의 전개는 방역의 성패를 넘어, 건강과 질병을 이해하고 접근하는 기존 개념의 한계를 보여주었다. 특히 한국의 대응은 생물학적 지표에 치중한 나머지, 사회적 낙인과 차별, 정신건강 문제, 경제적 손실 등 다양한 사회적 결과를 부차적 문제로 간주함으로써 장기적인 건강 결과를 약화시켰다. 이러한 경험은 건강을 단순한 신체적 안정성으로 이해하는 정적 관점을 넘어서, 시간성, 관계성, 맥락성과 의미 구성까지 포함하는 포괄적이고 역동적인 개념으로 재구성할 필요성을 보여준다.

---

121) 한혜빈, 최현정. (2022). 코로나 19 재난에서 장애가 있는 사람의 경험과 공동체 회복력.재활심리연구,29(3), 17-43.; 홍성희. (2021). 코로나 19 발생 이후 대학생의 일상생활의 변화와 대처에 대한 탐색적 연구.가정과삶의질연구,39(2), 47-61.

122) Kang, C., & Lee, I. (2021). COVID-19 pandemic, transparency, and "Polidemic" in the Republic of Korea.Asian Bioethics Review,13(2), 213-224.

123) Hong, S. Y., & Lim, J. H. (2023). Why is Success of South Korea's Covid-19 Response Fading?.International journal of social determinants of health and health services,53(3), 323-330.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

마. 동적 건강 개념으로의 전환 필요성

이처럼 근대 생의학의 정적 건강 개념은 여러 측면에서 한계를 드러내며, 현대 사회의 복잡한 건강 문제들을 이해하고 대응하는 데 제약이 된다. 질병을 제거의 대상으로 간주하는 제거주의적 질병관, 인과성을 단선적으로 해석하는 결정론적 질병관, 위험요인 연구와 생활습관 담론이 결합하여 강화된 개인 책임 중심의 건강 담론, 그리고 건강을 고정된 상태로 보는 정적 관점 모두는 현대의 다층적 건강 문제에 효과적으로 대응하지 못한다. 이러한 한계를 극복하기 위해, 최근에는 건강을 '정적' 상태가 아닌 '동적' 또는 '과정적' 개념으로 전환하려는 시도가 활발히 이루어지고 있다.

동적 건강 개념은 건강을 고정된 상태가 아니라 변화하는 환경과 도전에 유연하게 대응하는 과정으로 이해한다. 이 관점은 다양한 이론적 전통에서 그 뿌리를 찾을 수 있다. 예컨대, 캉길렘은 건강을 정상이라는 단일 기준에 고정된 상태가 아니라, 변화에 따라 새로운 규범을 창출해내는 생명의 능력으로 보았다. 앞서 살펴본 엥겔의 생물심리사회 모델은 건강을 생물학적, 심리적, 사회적 요인이 상호작용한 결과로 파악하며, 간호학 이론가 베티 뉴먼은 체계 이론을 통해 환경 스트레스에 대한 회복력과 적응을 건강의 핵심 요소로 강조한다. 안토노프스키는 건강 생성 모델을 통해 스트레스 상황에서도 일관성과 통합성을 유지하는 방식에 주목함으로써, 건강을 단일한 상태가 아닌 지속적인 적응의 역동적 과정으로 해석한다.

특히, 캉길렘은 건강을 "단순히 어떤 상황에서 정상적이라는 의미만이 아니라, 가능한 이러저러한 상황에서도 정상적임을 의미"[124]하는 것, 그리고 "불확실한 환경을 수용해낼 수 있는 여지"[125]로 정의한다. 즉 건강한 유기체는 단순히 외부 자극에 적응하는 수동적 존재가 아니라, 환경을 능동적으로 재구성하고 자신의 규범을 새롭게 설정하는 창조적 존재이다. 따라서 건강은 고정된 지표가 아닌, 환경에 능동적으로 반응하고 적응해 나가는 생명체의 유연성과 창발성을 포함하는 개념이다.

같은 맥락에서 닐슨(2024)은 건강을 생명체와 환경 간 상호작용에서 발생하는 관계적, 맥락적 과정으로 재정의할 것을 제안한다. 그는 건강을 외부의 요구에 대해 생명체가 적응하고 조율하는 역량(capacities)으로 보며, 이는 단지 특정 기능 수행의 여부를 넘어서 변화하는 조건 속에서 새로운 균형을 형성하려는 자기조직화 과정을 포함한다.[126] 예를 들어, 신경가소성은 손상된 뇌 기능을 대체하는 새로운 신경 연결망이 형성되는 과정을

---

124) Canguilhem, G. (2018). 정상적인 것과 병리적인 것(여인석 역). 그린비. 223p
125) 앞의 책, 224p
126) Nielsen, T. H. (2024, June). The Dynamics of Disease: Toward a Processual Theory of Health. The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine(Vol. 49, No. 3, pp. 271-282). US: Oxford University Press.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

보여준다. 이는 건강이 고정된 기능 유지가 아니라 변화하는 조건 속에서 기능을 조정하는 유기적 역량임을 잘 드러낸다.

이처럼 동적 건강 개념은 건강을 결과가 아닌 과정, 상태가 아닌 실천, 단일 원인이 아닌 복잡한 상호작용의 산물로 이해한다. 예컨대, 당뇨병 환자의 혈당 관리는 특정 수치의 달성이 아니라, 식이, 운동, 약물, 스트레스 등 다양한 요소들과의 지속적 상호작용을 통해 균형을 조정하는 과정이다. 이때 건강의 핵심은 현재 수치 자체가 아니라 변화하는 조건 속에서 균형을 유지하려는 능력에 있다.

이러한 관점을 더욱 정교하게 설명하기 위해 클로닌저 등(2012)은 건강을 복잡한 적응 시스템으로 이해하며, 기존의 이분법적 모델의 한계를 지적한다.[127] 그들은 건강을 신체적, 정신적, 사회적, 영적 요소들이 상호작용하는 복합적 적응 과정으로 보며, 이를 설명하기 위해 '다중결과성'(multifinality)과 '동일결과성'(equifinality)이라는 개념을 제시한다. 다중결과성이란 동일한 특성이 다양한 건강 결과를 초래할 수 있음을, 동일결과성이란 서로 다른 경로가 동일한 건강 결과를 가져올 수 있음을 뜻한다. 예컨대 가족의 돌봄은 어떤 개인에게는 정서적 피어남(flourishing)을, 또 다른 이에게는 과도한 부담과 스트레스를 유발할 수 있으며, 삶의 질 향상은 공간 변화나 내면의 동기 등 다양한 경로를 통해 실현될 수 있다.

이러한 관점은 건강을 단일한 인과관계나 결정론적 모델로 환원하는 시도를 거부하고, 건강이 다양한 요인들의 복잡한 상호작용을 통해 형성되는 창발적(emergent) 현상임을 강조한다. 예를 들어, 심리적 회복력이라는 특성은 어떤 사람에게는 스트레스 상황에서의 적응과 번영으로 이어지지만, 다른 사람에게는 지나친 자기 압박과 소진으로 이어질 수 있다(다중결과성). 반대로, 심리적 웰빙이라는 결과는 어떤 사람에게는 강한 사회적 지지 네트워크를 통해, 다른 사람에게는 개인적 회복력과 적응 전략을 통해 달성될 수 있다(동일결과성).

이처럼 동적 건강 개념은 현대 의료에서 중요한 의미를 갖는다. 오늘날에는 급성 감염성 질환보다 비감염성 만성질환이 주요 건강 문제로 부상하고 있으며, 세계보건기구(WHO, 2022)에 따르면 전 세계 사망의 71%가 비전염성 질환(NCDs)에 기인한다.[128] 이러한 질환은 완치를 목표로 하기보다는, 환자가 자신의 상태에 적응하고 일상생활을 지속할 수 있도록 지원하는 돌봄 중심의 접근이 요구된다.

또한 동적 건강 개념은 개인별 건강 목표의 다양성과 삶의 맥락을 존중한다는 점에서

127) Cloninger, C. R., Salloum, I. M., & Mezzich, J. E. (2012). The dynamic origins of positive health and wellbeing.International Journal of Person Centered Medicine,2(2), 179.

128) WHO. (2022). Noncommunicable diseases. Retrieved March 1, 2025, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

표 2. 정적인 건강 개념과 동적인 건강 개념의 비교

	정적인 건강 개념	동적인 건강 개념
건강의 정의	질병의 부재, 완전한 웰빙	적응과 균형의 과정
건강 상태	고정적, 이분법적(건강/질병)	연속적이고 유동적
만성질환/장애	건강하지 않은 상태	질병·장애와 함께 건강할 수 있음
환경의 고려	환경적 맥락은 덜 고려됨	사회·환경 요인의 적극적 고려
건강의 판단	외부 진단과 객관적 지표 중심	주관적 경험, 적응력, 회복력 중심
목표	이상적 완전성	변화하는 상황에 적응하여 균형을 유지하는 과정
인과	단선적 인과 관계	복합적 상호작용과 창발성

장애인, 만성질환자, 노인 등 기존 건강 담론에서 소외된 집단에게도 포괄적인 건강 개념을 제공할 수 있다.[129] 이는 건강의 기준을 일률적으로 설정하는 기존 관점의 한계를 보완하며, 다양한 삶의 조건 속에서 실현 가능한 건강을 모색하는 방향을 제시한다.

나아가, 동적 건강 개념은 자율성과 돌봄의 실천에도 중요한 시사점을 제공한다. 건강을 유동적이고 맥락적인 과정으로 이해함에 따라, 환자는 자신의 건강 상태에 대해 수동적으로 따르는 존재가 아니라, 스스로 조정하고 결정하는 참여자로 간주된다. 이러한 관점은 최근 강조되는 공유의사결정(shared decision making, SDM) 개념과도 밀접하게 연결된다. SDM은 환자와 의료진이 상호 협력하는 관계 속에서, 각자의 지식과 경험을 바탕으로 정보를 공유하고, 치료 선택지를 함께 탐색하며, 의사결정 과정에 공동으로 참여하는 실천을 지향한다.[130] 특히, 건강을 고정된 상태가 아니라 조율되어야 할 과정으로 이해할 때, 의사결정 또한 단회적 판단이 아니라 지속적인 상호작용과 조정의 결과로 간주된다. 이때 환자는 자신의 삶의 맥락에 따라 다양한 선택지를 인식하고, 의료진은 그 선택이 지닌 윤리적·실천적 함의를 함께 탐색하게 된다.[131]

---

129) Krahn, G. L., Robinson, A., Murray, A. J., Havercamp, S. M., Havercamp, S., Andridge, R., .. & Witwer, A. (2021). It's time to reconsider how we define health: Perspective from disability and chronic condition.Disability and health journal,14(4), 101129.

130) Bomhof-Roordink, H., Gärtner, F. R., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2019). Key components of shared decision making models: a systematic review.BMJ open,9(12), e031763.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

동적 건강 개념은 의료 실천 전반에서 돌봄의 의미와 방향성을 재구성하는 단초가 된다. 아네마리 몰은 돌봄의 목표를 “환자가 완전한 건강을 회복하지 않더라도 삶을 더 견딜 수 있도록 조정하는 것”이라 보며,[132] 건강을 완결된 상태가 아닌, 맥락에 따라 계속 조정되어야 할 실천으로 이해한다. 동적 건강 개념은 돌봄을 단순히 질병을 제거하거나 지표를 관리하는 행위로 환원하지 않고, 변화하는 삶의 조건에 조율적으로 반응하는 관계적 실천으로 재정의한다. 따라서 동적(혹은 과정적) 건강 개념은 의료 돌봄 실천에 내재된 복잡성과 유동성, 맥락성을 보다 잘 반영할 수 있는 이론적 틀로 기능할 수 있으며, 이를 통해 변화하는 의료 환경 속에서 돌봄의 방향과 조건을 재고하고자 한다.

3.2. 복잡성 이론의 보건의료적 적용

현대 보건의료는 기술과 과학의 비약적인 발전을 경험했지만, 그에 따라 시스템 복잡성도 급격히 증가하였다. 이러한 복잡성 증가는 단순한 기술 고도화에 기인한 것이 아니라, 여러 만성질환을 동시에 지닌 환자의 증가, 인구 고령화, 첨단 의료기술의 발전, 건강에 영향을 미치는 사회경제적 요인에 대한 인식 확대 등 복합적인 요인과 맞물려 있다. 이러한 변화는 단선적 원인-결과 도식으로 환원할 수 없는 의료 현실을 드러내며, 이에 대응하기 위한 다양한 이론적 접근이 등장하였다. 예컨대 낸시 크리거의 생태사회적 건강 이론[133], 인구건강과학(population health science) 이론[134] 등은 생의학적 환원주의의 한계를 비판하고, 건강의 사회적·구조적 결정 요인을 조명함으로써 보건학과 역학 분야에서 새로운 패러다임으로 주목받고 있다.

동시에 건강에 대한 이해 역시 변화하고 있으며 건강을 고정된 상태가 아닌 시간과 맥락에 따라 변화하는 과정, 즉 ‘동적 과정(dynamic process)’으로 바라보려는 흐름이 나타나고 있다. 그러나 이러한 개념은 이론적 가능성에도 불구하고 몇 가지 중요한 한계를 지닌다. 우선, 학계에서 동적 건강에 대한 합의된 정의가 부재하여 다양한 이론가들이

131) 결국 동적 건강 개념의 활용은 공유의사결정을 단순한 ‘선택 권한의 확대 및 보장’이 아니라, 환자와 의료진이 변화하는 조건 속에서 건강을 함께 조율해 나가는 관계적·맥락적 실천으로 재구성할 수 있는 이론적 기반을 제공하는 것으로 나아갈 수 있을 것이다.

132) Mol, A. (2008).The logic of care: Health and the problem of patient choice. Routledge., p.28.

133) Krieger, B. N. (2012). Epidemiology and the People’s Health.Am. J. Epidemiol,175(8), 854-856.

134) Keyes, K. M., & Galea, S. (2016).Population health science. Oxford University Press.; Valles, S. (2018).Philosophy of population health: Philosophy for a new public health era. Routledge.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이를 상이하게 해석하고 있으며, 그로 인해 개념의 통일성과 실천적 적용 가능성이 약화된다. 또한 동적 건강은 그 특성상 유동적이고 관계적이며, 맥락에 민감한 개념이기에 실증적 측정과 평가에 어려움을 수반하며, 이는 정책 설계 및 임상 적용에 있어 현실적인 제약으로 작용한다.

이러한 개념적·실천적 한계를 보완하기 위한 분석 틀로서 복잡성 이론(complexity theory)은 주목할 만하다. 복잡성 이론은 단순한 인과적 설명을 넘어서 비선형성, 창발(emergence), 자기조직화(self-organization), 피드백 루프(feedback loop)와 같은 개념을 통해 의료 시스템의 동적이고 상호작용적인 특성을 설명할 수 있는 이론적 도구를 제공한다. 돌봄의 실제는 다양한 행위자(의사, 간호사, 간병인, 환자와 가족 등)와 조직(병원, 보험기관, 행정기관 등)이 복잡하게 얽혀 있으며, 각자의 맥락에 따라 변화하는 환자 상태와 환경 속에서 작동한다. 이러한 맥락에서는 기계적·선형적 모델로는 설명이 불가능한 예측 불가능성과 상호작용의 중요성이 부각된다.

예컨대 복잡성 이론은 건강을 고정된 상태가 아닌, 시간과 맥락에 따라 형성되는 과정으로 파악하는 데 중요한 통찰을 제공한다. 이는 실천적 함의 탐색으로 이어진다. 최근 연구들은 건강 문제를 단순(Simple), 복잡(Complicated), 복합(Complex)이라는 세 가지 범주로 구분하여, 각 유형에 적합한 대응 전략을 모색하는 방향으로 나아가고 있다.[135] 이러한 분류는 보건의료 개입에 있어 표준화된 절차와 맥락 기반의 유연한 접근 사이에서 적절한 균형을 설정할 필요성을 제기한다.

복잡성 이론은 이론적 개념 이상의 실용적 가치도 지닌다. 현실 세계의 복잡한 현상을 모두 포괄적으로 설명하기보다는, 특정 현상의 핵심 특성을 도식화한 '모형'을 통해 문제를 단순화하고, 체계적 분석과 개입의 발판을 제공한다. 이를 통해 돌봄 실천의 요소들을 분석 가능한 단위로 나누고, 미시적 조정을 통해 거시적 변화로 이어질 수 있는 전략을 설계하는 데 활용할 수 있다.[136] 예컨대, 의료 시스템 내의 작지만 결정적인 상호작용이나 규칙을 조정함으로써 전체 시스템의 긍정적 전환을 유도할 수 있다는 가능성을 제시한다.

본 고찰에서는 복잡성 이론을 다양한 돌봄 실천을 분석하는 틀로 삼는 동시에, 동적 건강 개념의 구체적 적용 가능성을 살펴보기 위한 도구로 활용하고자 한다. 이를 위해 건강 문제를 단순, 복잡, 복합 문제로 구분하고, 각 층위의 특성과 그에 적합한 접근 방

---

135) Liu, S., Foster, T., & Batalden, P. (2022). Simple, Complicated, and Complex Phenomena in Health Care: Using the Triangle to Improve Reliability and Resiliency in Health-Care Systems. InSustainably Improving Health Care(pp. 95-110). CRC Press.

136) Paley, J., & Eva, G. (2011). Complexity theory as an approach to explanation in healthcare: A critical discussion.International Journal of Nursing Studies,48(2), 269-279.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

식을 비교함으로써 복잡성 이론이 제안하는 다층적 돌봄 논리의 가능성을 탐색할 것이다. 이러한 시도를 통해 기존의 정적 건강 개념에 기반한 선형적·환원주의적 돌봄 모델을 넘어서는 새로운 돌봄 이론과 실천 모델의 재구성을 모색하고자 한다.

복잡성 이론(Complexity Theory)은 다양한 요소들이 상호작용하며 비선형적이고 예측 불가능한 방식으로 작동하는 시스템을 설명하기 위한 이론적 프레임워크이다. 이 개념은 단순히 요소가 많은 '복잡한 것(complicated)'과는 구별되며, 요소들 간의 동적인 상호작용 및 그로 인해 발생하는 창발적 특성(emergent properties)에 주목한다.[137]

복잡성 이론의 기원은 1960년대로 거슬러 올라간다. 기상학자 에드워드 로렌츠(Edward Lorenz)는 1961년 기상 예측 모델을 통해, 초기 조건의 미세한 차이가 장기적으로 큰 차이를 초래한다는 '초기 조건에 대한 민감성(sensitivity to initial conditions)'을 발견하였다. 이 현상은 흔히 '나비 효과(butterfly effect)'로 알려져 있으며, "브라질에서 나비가 날갯짓을 하면 텍사스에서 토네이도가 발생할 수 있는가?"라는 은유로 자주 설명된다.[138] 이후 복잡성 이론은 생물학, 물리학(혼돈 이론), 경제학, 컴퓨터 과학(계산 복잡성) 등 다양한 학문 분야로 확장되며, 다양한 현상을 설명하는 범학제적 이론으로 발전하였다.

복잡성 이론은 단순히 구성 요소의 수가 많다고 복잡하다고 보지 않는다. 오히려 요소들 간의 상호작용 구조, 연결 강도, 고유한 상호작용 패턴이 복잡성을 결정짓는 주요 요인이라고 본다.[139] 같은 수의 요소를 갖더라도, 이들 간의 관계망이 더 다양하고 유일할수록 복잡성은 증가한다. 이러한 시스템은 비분해성(non-decomposability)과 비선형성(non-linearity)을 특징으로 하며, 작은 변화가 전체 시스템에 예기치 못한 큰 영향을 미칠 수 있다. 이는 전통적인 환원주의적 접근으로는 설명이 불가능하거나 왜곡될 수 있는 상황을 자주 초래한다.

복잡 적응 시스템(complex adaptive systems)은 복잡성 이론의 핵심 개념 중 하나로, 다수의 행위자(agents)가 상호작용을 통해 환경 변화에 적응하고, 학습하며, 스스로 조직되는 역동적 시스템을 의미한다.[140] 인체의 면역 체계, 뇌의 신경망, 생태계, 사회적 네트워크, 경제 시스템, 그리고 의료 시스템 모두 이러한 복잡 적응 시스템의 대표적인 사례로 간주된다. 이러한 시스템은 비선형적 상호작용을 통해 작은 자극에도 예측 불가능한 구조와 패턴이 창발(emergence)하며, 동일한 개입이라도 맥락에 따라 전혀 다른 결과를 낳을 수 있다. 또한 초기 조건의 미세한 차이가 시간이 흐르며 큰 변화로 확산되는 '민

137) Mitchell, M. (2009). Complexity: A guided tour. Oxford university press.
138) Lorenz, E. N. (2017). Deterministic Nonperiodic Flow 1. InUniversality in Chaos, 2nd edition(pp. 367-378). Routledge.
139) Kannampallil, T. G., Schauer, G. F., Cohen, T., & Patel, V. L. (2011). Considering complexity in healthcare systems.Journal of biomedical informatics,44(6), 943-947.
140) Holland, J. H. (1992). Complex adaptive systems.Daedalus,121(1), 17-30.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

감한 의존성(sensitive dependence)'을 나타내고, 외부의 명시적 통제 없이도 질서나 패턴이 스스로 생성되는 자기조직화(self-organization) 현상을 보인다.[141]

자기조직화는 복잡성 이론의 또 다른 핵심 개념으로, 보건의료 시스템의 조직 원리를 재해석하는 데 기여할 수 있다. 이는 종종 '중앙 통제 없이도 조직화가 가능하다'는 단순한 의미로 오해되곤 하지만, 정확하게는 행위자 간의 반복적 상호작용을 통해 효율적이고 지속 가능한 질서가 자생적으로 형성될 수 있음을 설명한다. 이러한 시각은 위계적이고 명령 중심적인 관리 방식에서 벗어나, 자율성과 협업을 기반으로 한 조직 운영의 가능성을 제시한다. 이는 향후 보건의료 시스템의 구조 개혁과 거버넌스 설계에 중요한 이론적 기반이 될 수 있다.

브레이스웨이트(Braithwaite) 외(2017)는 보건의료 시스템을 복잡 적응 시스템(Complex Adaptive System, CAS)으로 개념화하면서, 보건의료의 실제가 다양한 행위자 간의 상호작용과 지속적인 변화의 과정을 통해 형성된다는 점을 강조하였다.[142] 이들은 CAS의 네 가지 핵심 속성을 다음과 같이 제시한다.

첫 번째 특징은 다양한 개별 행위자(individual agents)이다. 보건의료 시스템에는 환자, 의사, 간호사, 관리자, 정책입안자 등 다양한 역할을 수행하는 행위자들이 존재하며, 이들은 각자의 경험과 지식을 바탕으로 행동하고 의사결정을 내린다. 각 행위자는 환경과의 상호작용을 통해 학습하며, 변화하는 조건에 적응해 나간다. 예를 들어, 의료진은 환자 상태를 기반으로 치료를 조정하며, 환자 역시 자신의 경험과 정보에 따라 행동을 변화시킨다.

두 번째 특징은 상호연결성(interconnections)이다. 보건의료 시스템 내 개별 행위자들은 독립적으로 존재하는 것이 아니라, 복잡한 네트워크 속에서 서로 영향을 주고받는다. 의료진 간 협업, 환자와 의료 제공자 간의 관계, 병원과 지역사회 간의 연계 등 다양한 관계망이 형성되며, 이러한 네트워크를 통해 정보와 자원이 공유된다. 이러한 관계는 단

---

141) Camazine, S., Deneubourg, J. L., Theraula, G., Sneyd, J., & Franks, N. R. (2020). Self-organization in biological systems.
복잡성 이론의 핵심 개념 중 하나인 '자기조직화(self-organization)'는 보건의료 시스템의 조직화 방식을 재해석하는 데 기여할 수 있다. 자기조직화는 종종 잘못 이해되어 혼란을 초래하기도 하지만, 올바르게 이해한다면 조직 내에서 설계나 중앙 통제 없이도 행위자 간의 상호작용을 통해 효율적이고 지속 가능한 조직 형태가 나타날 수 있음을 설명한다. 이는 조직 내 위계적 통제 중심의 관리 방식을 넘어 협력적이고 자율적인 방식의 조직 관리가 보건의료 영역에서도 가능함을 제시하며, 미래 보건의료 시스템 혁신의 핵심 원리로 작동할 수 있을 것이다. Paley, J., & Eva, G. (2011). Complexity theory as an approach to explanation in healthcare: A critical discussion.International Journal of Nursing Studies,48(2), 269-279.

142) Braithwaite, J., Churruca, K., Ellis, L. A., Long, J., Clay-Williams, R., Damen, N., ... & Ludlow, K. (2017). Complexity science in healthcare.Sydney: Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

순한 정보 전달을 넘어, 시스템 내부에서 새로운 구조를 형성하고 기존 구조를 재구성하는 과정으로 작용한다. 특정 행위자의 변화는 예상치 못한 방식으로 전체 시스템에 영향을 미칠 수 있으며, 의료 조직 내 의사결정과 서비스 제공 방식도 이러한 상호작용의 결과로 변화하게 된다.

세 번째 특징은 동적 행동(dynamic Behaviours)이다. 보건의료 시스템은 정적인 구조가 아니라 끊임없이 변화하는 시스템으로, 구성 요소 간의 상호작용이 예측할 수 없는 방식으로 변하며 시간이 지나면서 적응적 변화를 거친다. 의료 정책의 변화, 새로운 치료법의 도입, 환자의 요구 변화 등에 따라 시스템의 작동 방식이 달라질 수 있으며, 피드백 루프(feedback loops)를 통해 변화가 증폭되거나 조절되면서 시스템이 스스로 조정된다. 예를 들어, 새로운 의료 기술이 도입되었을 때 의료진이 이를 학습하고 적용하는 과정에서 기존의 진료 방식이 변화하고, 이로 인해 환자들의 건강 결과와 의료 서비스 제공 방식이 변화하는 등 지속적인 변화를 겪는다.

넷째, 규칙과 거버넌스(rules and governance)는 시스템의 안정성과 방향성을 유지하는 장치로 기능하지만, 이는 고정된 구조가 아니라 상황에 따라 수정되고 재구성될 수 있는 유동적인 체계이다. 공식적인 규정뿐 아니라, 조직 문화나 실무 관행 등 비공식적 규칙 또한 실질적 영향을 미친다. 새로운 의료 기술이 도입될 경우, 기존의 절차와 규칙 역시 이에 적응하며 변화하게 된다.

특히, 복잡성 이론은 보건의료 시스템이 중앙집중적 계획 없이도, 행위자들의 상호작용을 통해 자율적으로 구조화될 수 있음을 시사한다. 이는 의료진, 환자, 보호자 등의 간단한 행위 규칙이 상호작용하며 복잡한 돌봄 체계를 형성할 수 있음을 보여준다. 즉, 미시적 수준의 자율적 상호작용이 거시적 수준의 구조와 질서를 만들어낼 수 있다는 점에서, 기존의 설계 중심적 관점을 넘어선 이론적 가능성을 제시한다.[143]

복잡성 이론은 보건의료 문제에 대한 '결핍에 기반한 설명(deficiency explanation)'의 한계를 비판적으로 재구성할 수 있는 총체적 분석 틀을 제공한다. 전통적으로 의료 현장의 문제는 자원, 인력, 기술의 부족 등 결핍 요인에 의해 설명되어 왔으나, 복잡성 이론은 이를 시스템 내부의 구조적 상호작용과 그 역동성에 주목하여 새롭게 해석한다. 이에 따라 문제 해결 역시 단순한 자원 투입이나 교육 강화에 머무르지 않고, 시스템 내 상호작용 방식과 작동 규칙 자체를 재설계하는 구조적 접근이 필요함을 강조한다.

보건의료 시스템에서 발생하는 문제는 그 성격과 복잡성에 따라 서로 다른 접근 방식이 요구된다. 이에 따라 문제를 단순(Simple), 복잡(Complicated), 복합(Complex)이라는 세 가지 층위로 구분하고, 각 층위에 적합한 해결 전략을 제시하는 분석틀이 활용된다.

143) Paley, J., & Eva, G. (2011). Complexity theory as an approach to explanation in healthcare: A critical discussion.International Journal of Nursing Studies,48(2), 269-279.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이 구분은 복잡성의 '정도'를 양적으로 서열화하는 것이 아니라, 문제의 구조적 특성과 이에 대한 인식 방식, 대응 전략의 '질적 차이'를 반영한다. 특히 데이비드 스노든(David Snowden)과 메리 분(Mary Boone)이 제안한 Cynefin 프레임워크는 이와 같은 층위 구분을 통해 보건의료 문제를 효과적으로 분류하고, 복잡성에 대한 실천적 인식을 체계화하는 데 기여하였다.[144]

가. 단순 문제(Simple Problems)

단순 문제는 인과관계가 명확하고, 표준화된 절차나 규칙으로 일관된 해결이 가능한 유형이다. 흔히 '알려진 것에 대한 알려진 해결책(known knowns)'으로 분류된다.[145] 단순한 문제의 특징은 원인과 결과의 관계가 선형적이고 예측 가능하며, 표준화된 절차와 규칙을 통해 문제 해결이 가능하다는 점이다. 즉 인과관계가 안정적이고 명확하기에 원인과 결과의 예측 가능성이 높고, 표준 지침이나 프로토콜을 통한 해결 가능성이 높다. 예방접종 실시, 수술 전 항생제 투여, 환자 식별 절차, 약물 투여 프로토콜, 병원 감염 예방을 위한 손 씻기 등이 단순 문제의 예이다.[146]

이러한 문제 유형은 의료 시스템 내에서 상당히 빈번하게 발생하며, 특히 반복적이고 절차 중심적인 작업에서 두드러진다. 예방접종 실시, 수술 전 항생제 투여, 환자 신원 확인, 정해진 시간에 약물 투여, 손 위생 지침 준수 등은 표준 절차에 따라 수행되며, 높은 수준의 예측 가능성과 안전성을 요구하는 전형적인 단순 문제들이다. 이러한 절차는 특히 대형 병원이나 응급의료 체계에서 서비스의 일관성과 신뢰성 확보에 필수적인 역할을 하며, 의료 질 관리를 위한 핵심 기반으로 작용한다.[147]

단순 문제는 시스템 구성 요소 간 관계가 정형화되어 있어, 외부 환경 변화에 상대적으로 덜 민감하며, 표준화(checklists), 강제적 절차(forcing functions), 반복 훈련 등으로 통제가 가능하다. 이때 의료진의 자율성은 제한되며, 환자 중심성도 낮게 유지된다.[148]

---

144) Snowden, D. J., & Boone, M. E. (2007). A leader's framework for decision making.Harvard business review,85(11), 68.

145) Thompson, J. P., Coats, T. J., & Sims, M. R. (2015). Known knowns, known unknowns, and unknown unknowns: can systems medicine provide a new approach to sepsis?.BJA: British Journal of Anaesthesia,114(6), 874-877.

146) Liu, S., Foster, T., & Batalden, P. (2022). Simple, Complicated, and Complex Phenomena in Health Care: Using the Triangle to Improve Reliability and Resiliency in Health-Care Systems. InSustainably Improving Health Care(pp. 95-110). CRC Press.

147) 앞의 책,

148) Braithwaite, J., Churruca, K., Ellis, L. A., Long, J., Clay-Williams, R., Damen, N., ... & Ludlow, K. (2017). Complexity science in healthcare.Sydney: Australian

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

환자나 보호자의 의견이 적극적으로 반영되지 않더라도 문제 해결에 큰 영향을 주지 않기 때문이다. 그러나 이러한 절차 기반의 접근은 의료 오류 예방, 감염 통제, 안전관리 등에서 핵심적인 역할을 수행하며, 시스템의 기반 안정성을 확보하는 데 기여한다.

예를 들어, 환자 중증도 분류를 위한 트리아지 시스템은 환자의 증상을 수치화하고 색상 코드로 구분하여 우선순위를 정함으로써, 의료 자원의 효율적 배분과 빠른 대응을 가능케 한다. 또한, ICD-10(국제질병분류)과 같은 분류 체계는 질병과 건강 문제를 보편적 기준으로 정의함으로써, 진단과 치료의 일관성뿐 아니라, 역학 연구, 의료 자원 할당, 보건 정책 설계 등 다양한 차원에서 중요한 기초 자료를 제공한다.

단순 문제에 대한 개입 전략의 핵심은 신뢰성(reliability) 확보이다.[149] 예를 들어, 세계적으로 도입된 수술 전 체크리스트는 수술 관련 합병증과 사망률을 감소시킨 사례로 평가되며, 단순 문제 해결에서의 표준화 도구가 갖는 효과성을 입증한 바 있다. 체크리스트는 단순한 확인 절차뿐 아니라, 팀 커뮤니케이션을 촉진하고 중요 단계의 누락을 방지하는 역할을 하며, 이로 인해 전체 의료 시스템의 안정성과 신뢰도를 향상시킨다. 마찬가지로, 약물 투여 시 필수 확인 절차를 강제하는 프로토콜은 의료 오류 예방과 환자 안전 향상에 효과적인 수단이다.

단순 문제 접근의 강점으로는 절차의 일관성, 품질 관리의 용이성, 교육과 훈련의 표준화 가능성, 책임 분배의 명확성 등이 있으며, 특히 대규모 의료 조직에서 체계적 운영을 가능케 하는 기반을 형성한다. 그러나 환자 맥락의 다양성과 개인화된 돌봄의 요구를 반영하기 어려우며, 변화하는 건강 상태나 복합적인 요구가 있는 환자에게는 제한적일 수 있다. 이 점은 복잡 문제(Complicated Problems)와의 핵심적인 차이를 구성한다.

나. 복잡 문제(Complicated Problems)

복잡 문제(complicated problems)는 여러 구성 요소와 그 상호작용으로 이루어진 문제지만, 전문가의 지식과 경험을 바탕으로 분석과 예측이 가능한 유형의 문제이다. 이는 '해결책은 알려지지 않았지만, 분석과 예측이 가능한 문제'(known unknowns)로 정의되며, 문제 자체는 복잡하더라도 적절한 절차와 전문적 판단을 통해 해결이 가능하다는 점에서 단순 문제와 구별된다.

이와 같은 문제는 구성 요소 간의 상호작용이 정교하고 다양한 조건들이 얽혀 있지만,

Institute of Health Innovation, Macquarie University.

149) Liu, S., Foster, T., & Batalden, P. (2022). Simple, Complicated, and Complex Phenomena in Health Care: Using the Triangle to Improve Reliability and Resiliency in Health-Care Systems. InSustainably Improving Health Care(pp. 95-110). CRC Press.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

각 요소는 명확히 식별할 수 있으며, 문제 해결을 위한 여러 조건적 관계(If/Then) 또한 파악 가능하다. 작용 방식 역시 일정한 규칙성을 지니고 있어, 논리적 분석과 단계적 조율을 통해 해결할 수 있다. 예컨대, 정교한 기계나 항공기의 구조처럼, 많은 부품과 시스템이 상호작용하고 있음에도 불구하고 그 기능은 개별적으로 이해 가능하고, 전체 시스템은 설계와 시뮬레이션을 통해 조정 가능하다. 브로어 등은 복잡 문제의 이러한 구조적 특징이 단지 '난해함'으로 설명되는 것이 아니라, 정의되고 관리될 수 있는 복잡성이라는 점에서 주목할 필요가 있다고 지적한다.[150]

보건의료 영역에서 복잡 문제는 단계적 진단 절차, 돌봄 경로, 고위험 환자의 통합 관리 등에서 발견된다. 예를 들어, 암 치료는 암의 병기 분류, 조직학적 유형, 환자의 나이와 전신 상태, 유전적 요인 등 다양한 정보를 바탕으로 한 정밀한 의사결정을 요구한다. 마찬가지로, 여러 만성질환을 동시에 앓는 고령 환자의 다제복용 관리는 약물 간 상호작용, 장기 기능 평가, 환자의 생활습관 등 복수의 요인을 고려한 통합적 판단이 필수적이다. 이러한 사례는 의료진의 직관적 판단만으로는 감당하기 어렵기 때문에, 방대한 임상 데이터를 기반으로 한 프로토콜과 알고리즘, 전문가 자문 체계 등을 필요로 한다.

이러한 문제를 해결하기 위해서는 전문가의 임상 경험과 과학적 근거에 기반한 표준화된 도구들이 활용된다. 진단 알고리즘, 치료 가이드라인, 임상 의사결정 지원 시스템(CDSS) 등은 복잡한 변수 간의 상관관계를 분석하고, 환자 맞춤형 접근을 가능케 하는 장치들이다. 그러나 이들 도구는 기계적으로 적용되는 것이 아니라, 개별 환자의 맥락에 대한 해석과 의료진의 판단이 반드시 병행되어야 하며, 자율성과 임상적 판단이 제한적으로 요구된다.[151]

이러한 복잡 문제의 중요한 특징은 표준화된 접근이 기반이 되지만, 환자의 개별 조건에 따라 조정 가능성이 열려 있어야 한다는 점이다. 예컨대, 당뇨병 환자의 인슐린 투여는 가이드라인에 따라 설정되지만, 환자의 식습관, 운동량, 스트레스 수준 등 맥락적 요소에 따라 세부 조정이 필요하다. 이는 환자 중심성(patient-centeredness)이 일정 수준에서 작동한다는 것을 의미하며, 문제 해결 과정에서 환자의 정보가 의사결정에 영향을 미치는 구조가 형성된다.

복잡 문제의 대표적인 개입 전략은 돌봄 경로(care pathways)의 설계, 다학제 팀 접근, 전문가 자문 체계, 그리고 환자 맞춤형 프로토콜의 도입 등이다.[152] Liu 등(2022)은

150) Broer, T., Bal, R., & Pickersgill, M. (2017). Problematisations of complexity: On the notion and production of diverse complexities in healthcare interventions and evaluations.Science as Culture,26(2), 135-160.

151) Liu, S., Foster, T., & Batalden, P. (2022). Simple, Complicated, and Complex Phenomena in Health Care: Using the Triangle to Improve Reliability and Resiliency in Health-Care Systems. InSustainably Improving Health Care(pp. 95-110). CRC Press.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이러한 전략들이 조건적 예측 가능성을 높이고, 시스템의 신뢰성을 유지하며, 고도의 복잡성 하에서도 일관된 의사결정을 가능하게 한다고 설명한다. 예를 들어, 급성 심근경색 환자를 위한 표준 경로는 병원 도착 시부터 퇴원 후 추적 관리까지 전 과정을 포괄하며, 응급의학과, 심장내과, 중환자실, 재활의학과 등 다양한 분야 간의 협력을 조율하는 기능을 수행한다.

마찬가지로, 뇌졸중 환자를 위한 임상 경로는 증상 인지에서 급성기 치료, 재활, 이차 예방에 이르기까지 각 단계에서 표준화와 환자 맞춤형 판단을 병행하며, 전체 과정에서의 치료 일관성과 결과 개선을 추구한다. 또한, 의사결정 지원 시스템(CDSS)은 방대한 임상 데이터를 기반으로 알고리즘을 구성하고, 의료진의 실시간 판단을 보완하는 역할을 하며, 복잡한 상황에서의 의사결정 오류를 줄이는 데 기여한다.

복잡 문제 접근의 강점은 다음과 같다. 첫째, 통합적 접근을 통해 다양한 전문가의 협력과 환자의 정보를 연결하고, 둘째, 체계적인 분석과 의사결정 지원을 통해 임상적 판단의 일관성을 유지할 수 있으며, 셋째, 유연한 표준화를 통해 상황 변화에 능동적으로 대응할 수 있다. 그러나 이러한 접근은 높은 자원과 시간, 인력 투입을 요구하며, 의료진과 환자 모두에게 교육적 부담을 초래할 수 있고, 환자의 적극적 참여가 제한되는 경우가 발생한다는 점에서 윤리적 고려 또한 수반된다.

따라서 복잡 문제는 표준화와 판단의 균형, 환자 맞춤성과 시스템 일관성의 조화를 통해 접근해야 하며, 복잡성을 단순화하거나 회피하기보다는 '관리 가능한 복잡성'으로 정교하게 구조화한다.

다. 복합 문제(Complex Problems)

복합 문제(complex problems)는 구성 요소 간 상호작용이 비선형적이며, 결과를 정확히 예측할 수 없고, 시간과 맥락에 따라 성격이 달라지는 문제를 의미한다. 즉 '알려지지 않은 것에 대해 해결책도 알려지지 않은 상태'(알려지지 않은 모르는 것, unknown unknowns)라 할 수 있으며 본질적으로 불확실성과 변화 가능성을 내포한다. 단순하거나 복잡한 문제와 달리, 이 영역에서는 동일한 조건과 개입이 언제나 동일한 결과를 낳지 않으며, 표준화된 프로토콜만으로 해결이 어려운 상황이 반복된다.

Complex 문제의 핵심적 속성은 비선형성(non-linearity), 자기조직화(self-organization), 순환적 인과성(circular causality), 창발성(emergence) 등에 있다.[153] 이와 같은 속성은 개별 구성 요소만 분석한다고 해서 전체 시스템의 작동 원리를 파악

152) 앞의 책.
153) Attena, F. (2014). Complexity and indeterminism of evidence-based public health: an analytical framework.Medicine, Health Care and Philosophy,17, 459-465.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

할 수 없음을 뜻하며, 시스템의 변화는 누적적이거나 직선적이라기보다 예기치 않은 방향으로 발생할 수 있다. 예컨대, 작은 변화가 예상하지 못한 방식으로 전체 시스템에 중대한 영향을 미칠 수 있으며, 이러한 상호작용은 종종 피드백 루프(feedback loops)를 통해 증폭되거나 억제된다.

보건의료에서 공중보건 개입은 복합 문제의 대표적 예다. 정책, 교육, 기술, 서비스는 사회적·문화적·경제적·정치적 맥락과 상호작용하면서 예측 불가능한 결과를 초래한다. 동일한 중재라도 지역과 공동체에 따라 전혀 다른 결과가 발생할 수 있는 이유는, 이러한 중재가 단일한 원인-결과의 틀에서 작동하지 않기 때문이다.

임상 현장에서도 복합 문제는 매우 빈번하게 나타난다. 예를 들어, 다발성 만성질환을 가진 고령 환자의 돌봄은 다양한 질환 간의 상호작용, 환자의 삶의 질, 가족 돌봄 자원, 사회적 관계망 등 수많은 변수에 의해 영향을 받는다. 말기 환자의 치료 계획 조정, 재입원율 감소를 위한 시스템 설계 역시 정해진 답이 존재하지 않으며, 상황마다 다른 경로를 요구한다.[154] 이처럼 복합 문제는 정답을 찾는 것이 아니라, 상황에 맞는 '실험적이고 반복적인 대응'을 통해 점진적으로 해법을 구성해야 하는 특성을 갖는다.

복합 문제에 있어 의료진의 역할은 단지 진단과 처방을 내리는 전문가를 넘어서, 환자와 가족의 가치, 우선순위, 삶의 맥락을 고려하여 공동의 판단과 조정을 수행하는 '관계적 실천자'로 변화한다. Liu 등은 복합 문제에 효과적으로 대응하기 위해 필요한 전략으로 회복탄력성(resilience)의 제고를 강조한다.[155] 회복탄력성이란 예측 불가능한 환경 변화나 충격 속에서도 시스템이 기능을 유지하고 적응해 나갈 수 있는 능력을 의미하며, 복합성을 다루는 핵심적 역량이다.[156] 이러한 회복탄력성을 높이기 위한 전략으로는 환자와 의료진 간 신뢰와 협력의 구축, 맞춤형 치료 계획 수립, 다학제적 팀 접근, 유연한 자원 조정, 지속적인 피드백 메커니즘의 구축 등이 포함된다. 특히 주목해야 할 점은, 건강을 이해하고 실천하는 데 있어 표준화된 기준의 적용보다는 지속적인 학습과 상황에 따른 적응의 과정이 중심이 되어야 한다는 것이다.

---

154) Liu, S., Foster, T., & Batalden, P. (2022). Simple, Complicated, and Complex Phenomena in Health Care: Using the Triangle to Improve Reliability and Resiliency in Health-Care Systems. InSustainably Improving Health Care(pp. 95-110). CRC Press.

155) 앞의 책.

156) Braithwaite, J., Churruca, K., Ellis, L. A., Long, J., Clay-Williams, R., Damen, N., ... & Ludlow, K. (2017). Complexity science in healthcare.Sydney: Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

표 3. 돌봄 실천에서 단순, 복잡, 복합 문제의 구분

	Simple	Complicated	Complex
특징	원인-결과 명확, 예측가능성 분류(Categorize)의 문제	다수의 요소와 상호작용이 포함, 각 단계가 조건적(if/then) 관계를 가짐, 전문가의 지식이 필요 분석(Analysis)의 문제	비선형 상호작용, 맥락 의존, 예측 어려움 탐색&실행(Probe&Act)의 문제
예시	독감 예방접종 시행, 수술 전 예방적 항생제 투여, 환자 접촉 전 손 씻기 절차, 활력 징후 측정, 의무기록 작성	당뇨병 환자에 대한 인슐린 투여 경로, 암 치료	다발성 만성질환 환자 관리, 말기환자의 치료계획 조정, 전염병 확산 제어, 공중보건의 건강증진 중재, 케어 코디네이션
개입	체크리스트, 강제적 확인 절차, 표준 절차	표준화된 돌봄 경로(care pathway), best practice, 환자 상황에 따른 입원 절차 표준화, 알고리즘 및 프로토콜 활용, 동의 및 판단능력 회복, 다학제 협력	전문가/환자/가족과의 협력적 조정, 맥락에 맞춘 유연한 개입
돌봄 실천	규칙 기반, 절차 중심	표준화, 조건적 조정	환자 개별 상황과 가치, 목표에 맞춘 맞춤형, 유연한 접근이 필요, 관계 중심
목표	신뢰성(reliability) 증대, 표준화된 프로세스와 절차 도입	신뢰성 유지, 조건부 상황에 따른 예측가능성 증대	회복탄력성 향상, 적응력 강화

레반더(Sund Levander)와 팅스트롬(Tingström)이 제시한 한 임상 사례를 통하여 해당 층위 구분의 임상적 적용에 대해서 이해해보도록 하자.[157] 고령의 여성 환자 에스더가 응급실을 방문했을 때, 의료진은 정신 혼란(confusion)과 저나트륨혈증을 진단하고 표준 프로토콜에 따라 수액 치료를 시작했다. 이 초기 대응은 복잡 문제(complicated problem)로 접근한 전형적인 사례이다. 그러나 딸 마리아가 제시한 환자의 맥락적 정보(이전의 유사 증상, 요로감염 경험 등)는 단순한 생리학적 원인을 넘어선 '문제의 층위'를 개방시킨다.

이후 의료진은 환자와 가족의 이야기를 중심으로 진단을 재고하고, 복합성을 수용

157) Sund Levander, M., & Tingström, P. (2020). Complicated versus complexity: when an old woman and her daughter meet the health care system.BMC Women's Health,20, 1-11.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

(complexity absorption)하였다. 결국 진단은 요로감염으로 수정되었고, 맞춤형 항생제 치료가 이루어져 환자의 상태는 호전되었다. 이 사례는 복잡함(complicated)에 대한 도구적 접근이 유효했지만, 복합성(complexity)을 반영한 맥락 이해와 환자 서사의 수용 없이는 정확한 진단이 어려웠다는 점을 보여준다.

특히 주목할 만한 점은, 에스더 사례에서 두 해결 방식이 상호배타적인 접근법이 아니라, 상호보완적으로 작용했다는 것이다. 초기의 표준화된 평가는 필요한 구조와 효율성을 제공했지만, 이후 환자에 대한 맥락이 더해짐으로써 더 정확한 진단과 효과적인 치료가 가능해졌다. 이는 복잡함(complicated)과 복합성(complexity)의 접근법이 실제 임상 환경에서 어떻게 통합적으로 활용될 수 있는지를 보여주는 좋은 예시이다.

복합 문제의 접근 필요성은 환자 안전(patient safety) 개념에서도 중요한 전환을 촉발했다. 기존의 Safety-I 모델은 의료 사고의 원인을 찾아 제거하는 방식으로 안전을 정의하였다.[158] 이는 선형적 사고에 기반하며, 사고를 인간의 실수로 간주하고, 이를 규제와 기술을 통해 예방하려 한다. 수술 전 체크리스트, 투약 이중 확인, 전자의무기록 시스템 등은 이러한 접근의 대표적 도구이다. 그러나 이러한 모델은 시스템을 단순하거나 복잡한 기계처럼 전제하고, 복합적인 원인 네트워크를 간과하는 한계를 가진다.

이에 반해 Safety-II 모델은 '시스템이 변화하는 조건 속에서도 지속적으로 잘 작동하는 능력'을 안전의 정의로 제시하며, 사고 예방보다는 성공적 작동의 조건을 강화하는 데 초점을 둔다.[159] 즉, 무엇이 실패를 야기했는가가 아니라, 무엇이 성공을 가능케 했는가를 묻고, 이를 체계화한다는 점에서 방향이 정반대이다. 이는 복합성의 이해와 궤를 같이하며, 실패 원인을 제거하는 것만으로는 충분치 않고, 다양한 조건 하에서 작동 가능한 유연한 시스템을 설계해야 함을 강조한다. 즉 Safety-II는 의료 환경이 복잡하고 역동적이기 때문에, 의료진이 수행하는 실제 업무를 이해하고 지원하는 방식으로 안전을 개선해야 한다고 본다. 기존 Safety-I 모델이 사고의 원인, 혹은 실패의 원인을 분석하는 데 집중했다면, Safety-II는 일상적인 업무 수행 속에서 어떻게 성공적인 결과가 도출되는지를 연구하고, 이를 강화하는 방향으로 나아가야 한다는 점을 강조한다.[160]

---

158) Hollnagel, E., Wears, R. L., & Braithwaite, J. (2015). From Safety-I to Safety-II: a white paper.The resilient health care net: published simultaneously by the University of Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia.

159) Woodward, S. (2019). Moving towards a safety II approach.Journal of Patient Safety and Risk Management,24(3), 96-99.

160) 앞의 책.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

표 4. Safety-I 모델과 Safety-II 모델의 비교

구분	Safety-I	Safety-II
안전의 정의	사고와 오류를 가능한 한 줄이는 것	시스템이 변화 속에서도 성공적으로 작동하는 것
접근 방식	사고 발생 후 원인을 분석하고 해결하는 방식 (사후 대응)	일상적인 업무에서 성공적인 수행 방식을 연구하고 강화하는 방식 (사전 예방)
의료진의 역할	규정을 준수해야 하는 존재	환경에 적응하고 조정하는 주체
사고 분석의 초점	실패 원인을 찾아 제거하는 것	성공적인 수행 방식이 어떻게 작동하는지를 연구하는 것
변동성	변동성을 제거하는 것이 목표	변동성을 적절히 조정하고 활용하는 것이 목표
기본 가정	안전은 절차와 규제 준수를 통해 유지됨	안전은 시스템이 지속적으로 적응하는 과정에서 유지됨

앞서 살펴보았듯, 단순-복잡-복합 문제의 층위는 인과관계의 명료성, 예측 가능성, 표준화 가능성, 전문성 요구 수준, 의사결정 방식, 책임 분배 구조, 의료진과 환자의 역할, 개입 방식, 주요 목표 설정 등에서 상이한 특성을 보인다. 이러한 구분은 보건의료 문제의 이해와 대응을 위한 유용한 분석 틀을 제공하지만, 실제 의료 현장에서는 이들이 엄밀히 분리되지 않고 중첩되어 나타나는 경우가 많다. 예컨대 당뇨병 관리는 혈당 측정과 같은 단순 절차, 약물 조정과 같은 복잡한 의학적 판단, 생활습관 변화와 자기관리 지원이라는 복합적 돌봄 요소를 동시에 포함한다. 따라서 효과적인 당뇨병 관리에는 표준화된 기술 절차, 전문가의 분석적 판단, 환자의 상황에 따른 유연한 대응이 통합적으로 요구된다.

보건의료에서 '돌봄(care)'은 단일한 처치나 기술의 집합이 아니라, 본질적으로 다차원적이고 관계 기반적인 실천이다. 특히 생의학적 패러다임이 의료 실천의 중심적 위치를 점하고 있는 현실에서, 복잡성 이론을 활용한 돌봄 모델 분석은 기존 체계의 한계를 극복하고 보다 통합적인 돌봄 실천을 위한 이론적 기반을 제공할 수 있을 것이다.

복잡성 이론의 분석 틀을 돌봄 이론에 적용하는 것은 돌봄의 본질적 특성과 이론적 정합성을 고려할 때 타당하다. 돌봄은 단선적인 인과관계로 환원될 수 없는 비선형적 상호작용의 산물로서, 다양한 요소들이 지속적으로 영향을 주고받으며 전개된다. 반면, 생

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

의학적 접근은 질병의 원인을 생물학적·화학적·물리적 요인으로 환원하고 이를 가시화하는 데 초점을 맞추며, 이러한 방식은 돌봄의 복잡한 상호작용을 충분히 반영하지 못한다. 실제로 돌봄 실천은 의료진, 환자, 가족, 기관, 지역사회 등 다양한 행위자 간의 예측 불가능하고 변화 가능한 관계망 속에서 이루어지며, 이들 간의 상호작용은 항상 동일한 방식으로 반복되지 않는다.

또한 환원주의적 모델은 돌봄의 관계적·맥락적 차원을 포착하는 데 한계를 지닌다. 생의학 중심의 모델은 가시성, 객관성, 확실성을 강조하는 과정에서 환자의 주관적 경험이나 비의학적 신체 반응을 주변화시키고, 이는 임상 현장에서 환자의 목소리가 제대로 반영되지 않는 인식론적 불공정을 초래할 수 있다. 더불어 앞서 살펴보았듯 돌봄 실천에서 또한 건강은 고정된 상태로 존재하는 것이 아니라, 시간적 변화와 환경적 맥락 속에서 조정되고 형성되는 과정적 개념으로 이해되어야 한다. 복잡성 이론은 이러한 동적 건강 개념을 이론적으로 뒷받침하며, 건강이 단순히 생물학적 요인의 결과가 아니라 다양한 사회적·환경적 요소들 간의 복잡한 상호작용을 통해 구성된다는 점을 인식하게 한다.

본 연구는 정적 건강 개념의 한계를 '시간성', '환경성', '역량'이라는 세 축으로 분석하고자 한다. 이를 단순-복잡-복합 층위의 문제 구분과 연결함으로써, 돌봄 이론과 실천을 통합적으로 재구성할 수 있는 개념적 틀을 제안한다. 이를 통하여 생의학적 패러다임 하에서 돌봄 실천이 비가시화되는 현상을 비판적으로 조망하면서도, 치료적 개입과 표준화된 경로 적용의 중요성을 놓치지 않고 그 한계를 함께 검토하는 데에도 효과적으로 활용할 수 있을 것이다.

다음 절에서는 이러한 분석 축을 바탕으로 다양한 돌봄 이론과 실천 모델을 검토하여, 단순·복잡·복합 문제의 층위를 포괄하는 다층적 돌봄 논리를 구성하고자 한다. 궁극적으로 본 논의는 복잡성 이론의 통찰을 돌봄 실천에 연결함으로써, 정적 건강 개념의 이론적·실천적 한계를 넘어서고자 한다. 이를 통해 변화하는 보건의료 환경과 돌봄 요구에 적합한, 보다 유연하고 통합적인 접근을 제시할 수 있을 것이다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

3.3. 다층적 돌봄 논리의 구성

3.3.1. 돌봄과 시간성(상태에서 과정으로)

가. 생의학에서의 시간성

고전주의 의학에서 질병은 본질적으로 시간적 현상으로 이해되었다. 18세기까지 질병은 특정한 시간적 리듬을 따르는 자연적 과정으로 간주되었으며, 의사의 역할은 이 시간의 흐름을 관찰하고 추적하는 데 있었다. 또한 이러한 “측정의 결과에 따라 의사는 자연의 활동을 지지하고 돕기 위해 개입하거나, 아니면 개입을 포기해야”[161] 했다. 질병은 자연사(natural history)를 가진 실체로 여겨졌으며, 이로 인해 그 시간적 발현의 규칙성 속에서만 파악이 가능하다고 여겨졌다.

그러나 19세기 초, 푸코가 ‘의학적 시선(medical gaze)’의 전환으로 명명한 변화는 질병의 시간성에 대한 이해를 공간적 차원으로 재배치하게 만들었다. 비샤(Bichat)의 병리해부학은 의학적 시선을 질병의 시간적 전개가 아닌, 신체 내부의 병리적 구조에 집중하게 만들었다. 이 전환은 질병의 존재론적 지위를 근본적으로 변화시켰다. 질병은 더 이상 시간 속에서 전개되는 자연적 사건이 아니라, 신체의 특정 부위에 고정된 병변으로 간주되었으며, 의학의 실천은 그 병변을 탐지하고 제거하는 데 집중하게 되었다.

이러한 맥락에서, 아리 슈크(Ari Schick)는 생의학적 패러다임이 임상적 진단이라는 ‘특정 시점’을 중심으로 질병과 건강을 이해한다고 지적한다. 그는 이러한 접근이 질병의 존재 여부를 특정한 시점에서 결정하며, 이후의 모든 의학적 개입이 이 시점의 판단에 종속된다고 설명한다.[162] 즉 질병과 건강을 횡단적 측정(cross-sectional measure)을 통해 포착되는 순간적 상태로 환원하며, 건강을 질병의 부재라는 소극적 개념으로 정의한다. 그 결과, 건강의 시간적 차원은 고려되지 않으며, 건강은 마치 정지된 상태로 간주된다.

슈크에 따르면 생의학적 시간성은 선형성(linearity), 단절성(discontinuity), 순간성(instantaneity), 공간적 국소화(spatial localization)라는 네 가지 주요 특성을 가진다.[163] 선형성은 질병이 ‘발병 → 진단 → 치료 → 회복’이라는 일방향적이고 예측 가능한 경로를 따른다고 가정하는 것으로, 이는 시간을 단일한 방향으로 진행하는 연속체로 보는 근대적 시간 개념을 반영한다. 단절성은 건강과 질병을 명확히 구분되는 별개의 상태로 간

161) Canguilhem, G. (2022). 캉길렘의 의학론(여인석 역). 그린비., 18p
162) Schick, A. (2022). Health as temporally extended: theoretical foundations and implications.History and Philosophy of the Life Sciences,44(3), 32.
163) 앞의 책.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

주하며, 질병을 정상적인 건강 상태의 일시적 단절로 보는 관점이다. 이로써 치료의 목표는 이 단절을 종료하고 원래의 건강 상태로 돌아가는 것으로 설정된다. 순간성은 건강과 질병이 특정 시점에서 결정될 수 있는 상태로 간주하며, 진단의 순간을 특권화하는 특성이다. 이러한 접근은 지속적인 과정이나 장기적 변화보다는 현재의 상태에 초점을 맞춘다. 마지막으로, 공간적 국소화는 병리해부학의 영향으로 질병을 신체 내의 특정 위치에 있는 것으로 간주하는 특성이다. 푸코의 표현대로, '임상의학적 경험은 수직적으로 증상의 표면에서 조직의 표면으로' 이행한다. 이러한 시간성 이해는 질병을 특정 시점에 발생하는 사건으로, 건강을 이러한 사건이 없는 상태로 개념화하며, 이는 크리스토퍼 부어스의 생물통계학적 이론에서 명확하게 구현된다.

이와 같은 개념적 구조는 크리스토퍼 부어스(Christopher Boorse)의 생물통계학적 이론(Biostatistical Theory, BST)에 집약되어 있다. 부어스는 건강을 정상적 기능의 통계적 범위 내에 위치한 생리적 효율성 상태로 정의하며, 질병은 이 정상 범위를 유의미하게 벗어난 상태로 간주한다.[164] 그는 특히 건강을 '질병 없음'이라는 부정적 개념으로 명확히 정의함으로써, 건강 개념을 시간적으로 정지된 상태로 환원시킨다.

부어스의 이론은 다양한 비판을 받았지만 특히 역학의 발전과 함께 시간적 차원에서 더욱 그 한계가 드러난다. 엘로디 지루는 부어스의 생물통계학적 이론이 건강과 질병의 시간성을 충분히 고려하지 못한다고 지적한다.[165] 20세기 중반 이후 감염성 질환은 점차 만성 질환으로 대체되는 질병 패턴의 변화를 보였으며, 이는 건강과 질병의 분포가 시간에 따라 역동적으로 변화한다는 점을 시사한다. 그러나 부어스가 설정한 '준거 집단'(reference class)은 '균일한 기능적 설계를 가진 유기체 집단'이라는 다소 이상화된 모델에 근거하며, 그 시간적 범위 역시 '수천 년의 종 역사'와 '한두 세대보다 긴 기간' 사이를 오가는 모호한 설정에 머문다. 지루에 따르면 이러한 시간적 틀은 질병 양상의 역사적 변화나 인구 집단의 건강 분포 변화를 적절히 설명하지 못한다.

지루는 또한 부어스의 이론이 '위험 요인' 역학이 제시하는 시간적 차원을 간과한다고 비판한다. 역학 연구에 따르면, 현재 건강해 보이는 사람도 특정 위험 요인을 가지고 있다면 미래에 질병에 걸릴 가능성이 높아지며, 이는 건강 개념이 미래 지향적 시간성을 포함해야 함을 의미한다. 그러나 부어스의 건강 개념은 질병이 없는 상태로 정의되기 때문에, 위험 요인을 지니고 있지만 아직 질병으로 진단되지 않은 사람들을 단순히 '건강한' 사람으로 분류한다. 이러한 접근은 현재의 건강 상태와 미래의 질병 위험을 구분하지 못하며, 예방의학적 관점에서 중요한 위험군 개념을 포착하지 못한다. 결과적으로 부

164) Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept.Philosophy of science,44(4), 542-573.

165) Giroux, É. (2015). Epidemiology and the bio-statistical theory of disease: A challenging perspective.Theoretical Medicine and Bioethics,36(3), 175-195.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

어스의 이론은 건강과 질병 사이의 연속성과 시간적 이행 과정을 충분히 반영하지 못하는 한계를 드러낸다.

요약하면, 생의학적 시간성은 질병을 특정 시점에 발생하고 특정 개입을 통해 제거 가능한 선형적이고 단순한 문제로 구성한다. 이러한 모델은 감염성 질환, 외과적 이상, 명확한 병리적 진단이 가능한 상황에서는 높은 효과성과 예측 가능성을 보장한다. 수술 전 체크리스트, 항생제 프로토콜, 영상 진단 장비의 사용은 이러한 단순 문제 층위의 시간성 구조를 충실히 반영한다. 예컨대, 세균 감염이 특정 병원체에 의해 발생하고, 이에 대한 항생제 치료가 명확한 치료법으로 작동하는 경우, 질병은 정상 상태에서의 일시적 이탈로 간주되며, 의료 개입은 신속하고 표준화된 대응을 통해 정상으로의 복귀를 목표로 한다.

나. 질병 궤적 기반 돌봄 모델/돌봄 경로 모델

질병 궤적 모델(Illness Trajectory Model)은 1960년대부터 발전해온 개념으로, 건강과 질병의 연속성을 강조하는 이론적 틀이다. 이 모델은 질병을 단절적 사건이 아닌 환자가 경험하는 연속적 과정으로 이해한다는 점에서 시간성의 측면을 중요하게 다룬다. 1960~70년대 만성질환 연구가 발전하면서, 질병이 단순히 시작과 끝이 있는 사건이 아니라 장기간에 걸쳐 진행되는 과정임이 주목받기 시작했다. 이러한 관점에서 건강과 질병은 연속선상(continuum)에 놓여 있으며, 특정한 고정된 상태가 아니라 지속적으로 변화하는 개념으로 이해된다.

궤적(trajectory)이라는 개념은 글레이저와 스트로스의 1960년대 연구에서 처음 제안되었으며, 특히 《Time for Dying》(1968)에서는 '죽음의 궤적(dying trajectory)'이라는 용어가 등장한다.[166] 이 시기의 궤적 개념은 생리학적 과정을 넘어서, 이를 둘러싼 사회적·조직적 요소까지 포괄하였다. 또한 죽음은 단일 사건이 아닌, 시간과 과정이 필요한 복합적 현상임을 강조하였다. 스트로스와 동료들은 환자, 가족, 건강 전문가들이 죽음의 과정을 관리하고 형성하기 위해 사용하는 다양한 전략과 상호작용을 관찰하며, 이러한 과정을 설명하기 위해 궤적이라는 용어를 도입하였다. 이러한 초기 연구는 궤적을 죽음뿐만 아니라 다양한 질병 관리의 맥락으로 확장할 수 있는 개념적 토대를 마련하였다.

1970년대부터 궤적 프레임워크는 만성 질환 관리 연구로 확장되며 본격적인 이론적 발전을 이루었다.[167] Strauss는 간호사와 사회학자들에게 만성 질환 관리 사례를 분석하

166) Maines, D. (2024).Social organization and social process. Taylor & Francis. p.333.
167) Corbin, J. M., & Strauss, A. (1991). A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework.Scholarly inquiry for nursing practice,5(3), p.155.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

게 하며, 질병 궤적을 생리학적 변화뿐 아니라 그 변화에 대응하는 관리 활동, 이를 조직하는 방식, 그리고 그에 참여하는 사람들의 경험까지 모두 포함하는 개념으로 확장하였다. 특히, 《Social Organization of Medical Work》(1985)에서는 궤적을 단순히 질병의 생리학적 경과만이 아니라, 그 과정을 따라 이어지는 업무, 업무의 조직 방식, 그리고 이에 관여하는 사람들의 경험을 모두 포괄하는 틀로 정리하였다. 이 모델은 병원과 가정에서의 돌봄 과정, 통증 관리, 기술적 개입과 같은 다양한 요소들을 함께 설명할 수 있는 통합적인 분석 도구로 자리 잡았다.

1980년대 후반부터는 질병 궤적 개념이 더 확장되어, 환자의 생애사와 정체성에 미치는 영향을 강조하게 되었다. 코빈과 스트라우스는 질병 궤적 모델을 통해 질병의 시간적 경과뿐 아니라, 질병에 대응하고 조정하려는 행위자들의 다양한 실천을 설명하고자 하였다. 이 모델은 환자가 병을 어떻게 받아들이고 대처하는지를 이해하는 데 도움이 되었고, 단순히 질병의 흐름을 기술하는 것이 아니라 그 흐름을 만들어가고 조율하는 사회적 과정을 함께 분석하는 데 목적이 있었다. 즉, 질병은 단순한 생물학적 변화가 아니라, 환자와 가족, 의료진 간의 상호작용 속에서 구성되는 복합적인 경험이라는 점을 강조하였다.

최근에는 질병 궤적 모델이 말기 질환 환자의 상태 변화를 설명하는 데 널리 사용되고 있다(그림1).[168] 특히 말기 질환 환자의 기능적 쇠퇴 양상을 중심으로 네 가지 주요 경로가 제시된다. 첫째, '급격한 쇠퇴(rapid decline)'는 암 환자에게 흔히 나타나며, 비교적 안정된 상태가 유지되다가 사망 직전 몇 개월 안에 급속한 신체 기능 저하가 발생한다. 둘째, '간헐적 쇠퇴(intermittent decline)'는 심부전이나 만성폐쇄성폐질환(COPD) 환자처럼, 증상이 악화되었다가 다시 회복되기를 반복하는 경우를 말한다. 이러한 경우에는 증상의 예측이 어렵고, 사망 시점을 판단하기 어려운 특징이 있다. 셋째, '점진적 쇠퇴(gradual decline)'는 치매나 노년성 질환에서 보이며, 기능 수준이 서서히 감소하는 양상을 보인다. 마지막으로, '다중질환(multimorbidity)' 경로는 여러 질병이 동시에 진행되는 경우로, 경과 예측이 특히 어렵고 복잡성이 크다.

이처럼 질병 궤적 모델은 환자의 신체적 변화만을 설명하는 것이 아니라, 미래의 치료 계획과 돌봄 결정을 준비하는 데 유용한 도구가 될 수 있다. 예를 들어, 환자와 가족, 의료진이 사전의료계획(Advance Care Planning, ACP)을 논의할 때, 궤적 모델은 환자의 현재 상태와 비슷한 경과를 보여주는 사례를 바탕으로 향후 예상되는 변화에 대해 이야기할 수 있는 구조를 제공한다. 이는 환자가 미래의 불확실성을 미리 이해하고 준비할 수 있도록 도우며, 환자의 가치와 선호를 반영한 돌봄 계획을 수립하는 데 기여한다. 즉 질병 궤적을 중심으로 대화를 진행하면, 단지 의학적 개입이 아니라 환자의 삶 전반에 걸친 다차원적 변화까지 고려하는 접근이 가능해진다.[169]

168) Comstock Barker, P., & Scherer, J. S. (2017). Illness Trajectories: Description and Clinical Use# 326.Journal of palliative medicine,20(4).

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

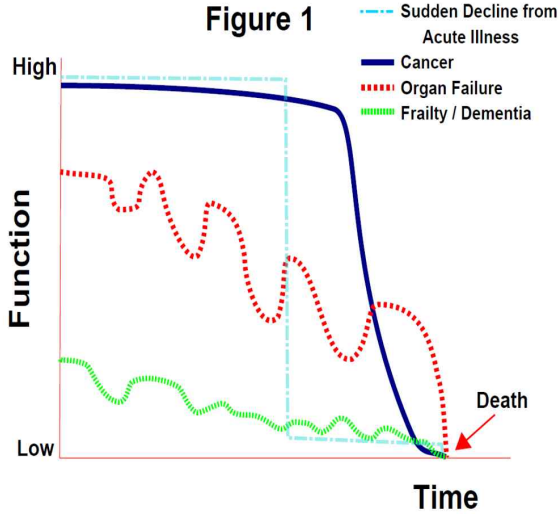

그림 1 말기질환 질병 경로

한편, 질병의 시간성을 다루는 또 다른 시도로 돌봄 궤적(Care Trajectory) 모델은 환자의 의료 경험을 시간적, 공간적 맥락 속에서 통합적으로 이해하기 위한 이론적 분석의 도구로 제안된다.[170] 이 모델은 환자의 상태 변화에 따라 필요한 의료적 대응이 어떻게 달라지는지를 설명하고, 그 과정에서 의료진, 환자, 가족, 조직 간의 상호작용이 어떻게 이루어지는지를 분석한다. 단지 병리적인 치료에 머무르지 않고, 환자의 사회적 배경, 경제적 여건, 의료 접근성 등의 요소를 함께 고려함으로써 보다 복잡한 돌봄 실천을 설계하는 데 기여한다.[171]

돌봄 궤적은 특히 만성질환이나 복잡한 건강 문제를 가진 환자에게 적합한 모델이다. 환자의 진단부터 치료, 관리, 회복(또는 악화)까지의 전 과정을 시간적으로 파악하며, 각 단계에 따라 의료 전략을 조정할 수 있는 틀을 제공한다. 이 과정에서는 다양한 전문 분야의 의료인이 협력하여 환자 중심의 연속적 돌봄을 제공하게 되며, 환자와 가족의 혼란

169) Murray, S. A., Boyd, K., Moine, S., Kendall, M., Macpherson, S., Mitchell, G., & Amblàs-Novellas, J. (2024). Using illness trajectories to inform person centred, advance care planning.bmj,384.

170) Allen, D. (2018). Care trajectory management: A conceptual framework for formalizing emergent organisation in nursing practice.Journal of nursing management,27(1), 4.

171) Ljungholm, L., Klinga, C., Edin-Liljegren, A., & Ekstedt, M. (2022). What matters in care continuity on the chronic care trajectory for patients and family carers?—A conceptual model.Journal of clinical nursing,31(9-10), 1327-1338.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

을 줄이고 치료에 대한 신뢰를 높일 수 있다. 예를 들어, 당뇨병 환자의 경우 진단 이후 자가 관리, 정기적인 검진, 합병증 예방, 필요시 완화의료로 이어지는 전 과정이 하나의 연속적인 돌봄 궤적으로 이해될 수 있다.

물론 돌봄 궤적과 질병 궤적 모델 또한 몇 가지 한계를 가진다. 첫째, 일부 모델은 질병의 진행을 지나치게 선형적 흐름으로 설정하는 경향이 있어, 실제 환자가 경험하는 비선형적이고 변화무쌍한 현실을 충분히 반영하지 못할 수 있다.[172] 동일한 질환을 가진 환자라도 질병의 속도나 양상은 다양하게 나타나며, 예측이 어려운 경우도 많기 때문이다. 둘째, 많은 궤적 모델은 여전히 질병 중심으로 구성되어 있어, 건강 증진이나 예방의 과정, 혹은 비질병 상태에서의 건강 변화에 대한 설명이 부족하다. 셋째, 궤적 모델이 주로 신체적 기능 상태에 초점을 맞추고 있어, 환자의 정서적 요구나 가족의 역할, 사회적 관계 변화 등 중요한 요소들이 충분히 반영되지 못할 위험이 있다.[173]

돌봄 경로(Care Pathway)는 1980년대 초 미국에서 시작된 개념으로, 의료 과정을 체계화하고 효율화하기 위한 실천적 도구로 개발되었다. 당시 의료 체계는 치료의 질은 유지하면서도 비용을 절감할 수 있는 새로운 방식이 요구되었고, 이에 따라 진단 관련 그룹(Diagnosis-Related Groups, DRGs)이 도입되었다.[174] 이 제도는 병원 운영에서 진료 과정을 표준화하고, 일정한 기준에 따라 자원을 분배하는 데 목적이 있었다. 이를 기반으로 뉴잉글랜드 메디컬 센터 등에서는 돌봄 경로를 구체적인 의료 실천으로 개발하였고, 이후 미국뿐만 아니라 영국을 비롯한 여러 국가로 확산되었다.[175]

유럽돌봄경로협회(European Pathway Association)는 돌봄 경로를 "특정 환자군을 대상으로 일정한 기간 동안 최적의 진료 과정을 조직하고, 의사결정을 지원하는 복합적 개입(complex intervention)"으로 정의한다.[176] 이 정의에 따르면, 돌봄 경로는 명확한 목표와 핵심 요소를 설정하고, 다학제적 의료팀과 환자 및 가족이 함께 참여하며, 치료의 흐름을 효과적으로 조정하는 방식으로 구성된다. 또한, 치료 과정에서의 변화를 지속적으로 모니터링하고, 결과를 평가하며, 자원을 효율적으로 사용할 수 있도록 설계된다. 궁극

---

172) Christensen, D. (2015). The health change trajectory model: An integrated model of health change.Advances in Nursing Science,38(1), p.57.

173) Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care.Bmj,330(7498), 1007-1011.

174) Vanhaecht, K. (2010, March). Pathways as complex interventions. InHeart of England NHS Trust Conference, Date: 2010/03/15-2010/03/15, Location: Birmingham.

175) Panella, M., Van Zelm, R., & Sermeus, W. (2012). Care pathways for the organization of patients' care.Bilten: Ekonomika, Organizacija, Informatika v Zdravstvu,28(2), 111.

176) European Pathway Association. (n.d.). About care pathways. Retrieved June 17, 2025, from https://e-p-a.org/care-pathways/

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

적으로 이는 환자 안전을 향상시키고, 치료의 질과 환자 만족도를 높이며, 의료 자원의 낭비를 줄이는 데 기여한다.

돌봄 경로는 다양한 명칭으로도 불리며, 임상 경로(clinical pathway),[177] 통합 돌봄 경로(integrated care pathway),[178] 결정적 경로(critical pathway)[179] 등으로도 사용된다. 이러한 용어들은 모두 특정 질환이나 조건에 맞추어 최적화된 진료 과정을 정리하고, 다학제적 팀의 역할을 조율하며, 환자 맞춤형 치료를 구조화하고자 하는 공통된 목적을 갖는다. 이 경로들은 단순히 일정을 기록하는 것이 아니라, 실제 치료에서 발생할 수 있는 변동을 관리하고, 예상치 못한 상황에 유연하게 대응할 수 있는 기준을 제공한다. 의료진 간 협력, 환자와의 의사소통, 지속적인 질 평가와 같은 요소들이 함께 작동하면서, 전체 치료 과정의 일관성과 신뢰도를 높이는 데 기여한다.

돌봄 경로의 시간성은 치료의 흐름을 구조화하고 조율하는 데 중요한 역할을 한다. 즉 예방, 조기 발견, 진단, 치료, 추적 관찰, 재활, 완화의료까지 포괄하는 시간의 흐름 속에서, 각 단계의 시점과 연결을 구조화함으로써 치료의 연속성을 확보한다.[180]

돌봄 경로는 단일한 방식으로 운영되는 것이 아니라 치료의 예측 가능성과 의료진 간의 협의 수준에 따라 다양한 유형으로 나뉠 수 있다.[181] 첫 번째는 '연쇄(chain)' 모델로, 예측 가능성이 높고 진료 흐름이 명확한 경우에 사용된다. 이 모델은 수술 전후 관리나 항암치료와 같이 치료 일정이 정해져 있고, 일별 혹은 시간 단위로 구체적인 계획이 세워지는 상황에서 효과적이다. 두 번째는 '허브(hub)' 모델로, 질병 경과가 불확실하거나 변화 가능성이 높은 경우에 적용된다. 이 모델에서는 핵심 조정자가 치료 흐름을 유연하게 조정하며, 내과적 치료, 재활, 정신건강 돌봄 등 다양한 요인들이 복합적으로 작용하는 경우에 적합하다. 세 번째는 '웹(web)' 모델로, 환자의 상태가 지속적으로 변화하거나 예측이 어려운 경우에 사용된다. 다중 합병증이나 복잡한 진단이 필요한 환자에게 적용

177) Roeder, N., Hensen, P., Hindle, D., Loskamp, N., & Lakomek, H. J. (2003). Clinical pathways: effective and efficient inpatient treatment.Der Chirurg; Zeitschrift fur Alle Gebiete der Operativen Medizen,74(12), 1149-1155.

178) Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N., & Porteous, M. (1998). Integrated care pathways.Bmj,316(7125), 133-137.

179) Coffey, R. J., Richards, J. S., Remmert, C. S., LeRoy, S. S., Schoville, R. R., & Baldwin, P. J. (1992). An introduction to critical paths.Quality Management in Healthcare,1(1), 45-54.

180) Gartner, J. B., Abasse, K. S., Bergeron, F., Landa, P., Lemaire, C., & Côté, A. (2022). Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: a concept analysis and systematic review.BMC health services research,22(1), 558.

181) Vanhaecht, K., Panella, M., Van Zelm, R., & Sermeus, W. (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions.International Journal of Care Pathways,14(3), 117-123.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

되며, 치료 계획은 주 단위 또는 목표 단위로 조정될 수 있다.

돌봄 경로는 의료 시스템 차원에서도 매우 중요한 역할을 한다. 환자 중심의 돌봄 경험을 향상하고, 의료 자원의 활용을 최적화하며, 돌봄 과정의 오류를 줄이는 데 효과적이다. 또한, 다학제적 협업을 통해 의료진 간의 책임과 역할 분담을 명확히 하고, 돌봄의 일관성과 질적 수준을 높일 수 있다. 예를 들어, 말기 환자에게 제공되는 완화의료에서는 돌봄 경로를 통해 지속적이고 일관된 지원을 제공할 수 있으며, 이는 환자와 가족의 정서적 안정에도 큰 도움이 된다. 돌봄 경로는 단순한 일정표가 아니라, 돌봄의 방향성과 구조를 설정하고, 이를 통해 환자에게 더 나은 치료 결과를 제공하는 하나의 전략으로 기능한다.

다. 생애과정 이론

생애과정 이론(Life Course Theory)은 개인의 삶을 시간적 흐름과 사회적 맥락, 역사적 조건 속에서 분석하는 이론적 틀로, 개인의 발달, 사회 구조, 역사적 변화 간의 상호작용을 탐색한다. 이 이론은 1960년대 사회과학 분야에서 본격적으로 연구되었으며, 엘더(Glen H. Elder)와 같은 선구적인 연구자들에 의해 체계화되었다.[182] 엘더는 삶을 고정된 궤도가 아니라 다중 궤적(multiple trajectories)으로 구성된 동적 과정으로 이해하며, 생물학적 발달과 사회적 맥락의 상호작용이 건강 궤적을 형성한다고 본다.[183]

1970년대에는 데이비드 바커(David Barker)의 연구가 이 이론의 발전에 전환점을 마련하였다. 그는 출생 체중과 성인기 심혈관 질환 간의 인과적 연관성을 밝혀내며, '태아기원설(fetal origins hypothesis)'을 제안하였다. 이는 태아기와 같은 결정적 시기의 환경 노출이 성인기 건강에 장기적 영향을 미친다는 관점을 제시한 것으로, 이후 '성장 프로그래밍(developmental programming)' 개념으로 발전하였다. 이로써 생애 초기 환경이 성인기의 건강 결과를 결정짓는 메커니즘에 대한 과학적 논거가 마련되었다.[184]

1980년대 이후, 생애과정 이론은 역학과 접목되며 '생애과정 역학(life course epidemiology)'이라는 독립된 연구 분야로 발전하였다. 이 접근은 만성질환의 발병에 영향을 미치는 생물학적 요인과 사회적 요인을 통합적으로 분석하려는 시도이며, 건강 궤

182) Carpentier, N., Bernard, P., Grenier, A., & Guberman, N. (2010). Using the life course perspective to study the entry into the illness trajectory: The perspective of caregivers of people with Alzheimer's disease.Social science & medicine,70(10), 1501-1508.

183) Burton-Jeangros, C., Cullati, S., Sacker, A., & Blane, D. (2015). A life course perspective on health trajectories and transitions.

184) Halfon, N., Forrest, C. B., Lerner, R. M., & Faustman, E. M. (2018). Handbook of life course health development.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

적의 형성과 변화에 대한 종합적 이해를 추구하였다.

현재 생애과정 이론은 다양한 학문 간 융합을 통해 발전하고 있으며, 대표적인 접근에는 생애과정 사회학, 생애발달심리학, 생애과정 역학, 생애건강발달 이론(LCHD) 등이 있다.[185] 생애과정 사회학은 시간적 맥락에서 개인의 삶과 사회 구조 간의 관계를 분석하며, 생애 전환과 궤적의 의미를 조명한다. 사회적 지위 변화와 같은 주요 사건이 건강에 미치는 영향을 강조한다. 생애발달심리학은 전 생애에 걸친 심리적·사회적 발달을 다루며, 에릭슨(Erik H. Erikson)의 발달 단계 이론과 발테스(Paul B. Baltes)의 선택적 최적화 및 보상 모델은 각기 발달과 노화의 적응 과정을 설명한다. 생애과정 역학은 특정 시기의 노출과 건강 결과 간의 누적적 인과관계를 탐색한다. 생애건강발달 이론(LCHD)은 건강을 단일한 상태가 아닌 다차원적이고 적응적인 발달 과정으로 파악하며, 생물학적·행동적·사회적 요인의 상호작용을 중심에 둔다.

생애과정 이론은 다음 네 가지 전제를 통해 개인과 사회 간의 상호작용을 설명한다.[186] 첫째, 시간의 중요성은 개인의 발달과 사회적 변화가 특정 시기의 사건과 경험에 의해 어떻게 영향을 받는지를 강조한다. 이는 단순한 시간의 흐름이 아니라, 민감기 또는 결정적 시기의 경험이 건강 궤적에 지속적 영향을 미칠 수 있다는 관점을 포함한다. 예를 들어, 태아기나 유아기의 영양 상태는 성인기의 만성질환 발생에 중요한 영향을 줄 수 있다.

둘째, 사회적·생물학적 통합성은 건강이 단일 요인이 아닌 복합적 요인 간의 상호작용의 결과임을 보여준다. 사회적 계층이나 스트레스와 같은 요인이 생리적 반응이나 질병 진행에 영향을 미치는 방식을 분석하고, 반대로 질병이 개인의 사회적 참여나 관계에 미치는 영향을 탐색한다.

셋째, 구조와 행위의 상호작용은 개인의 선택과 행동이 사회적 구조와 긴밀히 얽혀 있음을 지적한다. 건강 관련 행동은 사회적·문화적·경제적 조건에 의해 형성되며, 다시 이러한 행동이 건강 궤적에 반영된다.

마지막으로, 연결된 삶(linked lives)의 원칙은 개인이 관계망 속에서 살아가며, 이러한 관계가 건강에 결정적 영향을 미친다는 점을 강조한다. 가족, 친구, 배우자 등 주요 타인과의 상호작용은 스트레스 조절, 질병 관리, 건강 행동에 중대한 역할을 한다.

결과적으로, 생애과정 이론은 건강과 질병을 고정된 상태가 아닌 시간 속에서 구성되는 동적 과정으로 이해하며, 다층적 요인 간의 상호작용에 주목한다. 이 이론은 건강 결

185) Halfon, N., Forrest, C. B., Lerner, R. M., & Faustman, E. M. (2018). Handbook of life course health development.

186) Carpentier, N., Bernard, P., Grenier, A., & Guberman, N. (2010). Using the life course perspective to study the entry into the illness trajectory: The perspective of caregivers of people with Alzheimer's disease.Social science & medicine,70(10), 1501-1508.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

과에 영향을 미치는 요인을 탐색하고, 적절한 개입 시점과 전략을 도출하는 데 기여한다.[187]

Valles는 생애과정 이론의 핵심 함의를 두 가지로 요약한다.[188] 첫째, 건강은 특정 시점의 상태가 아니라 전 생애를 관통하는 발달적 궤적으로 이해되어야 한다. 이는 특히 만성질환처럼 장기적으로 진행되는 건강 문제를 이해하는 데 중요한 통찰을 제공한다. 예컨대 죽상동맥경화증은 수십 년에 걸쳐 발생하는 질환으로, 단일 시점의 생리적 지표만으로는 그 복잡성을 설명할 수 없다. 2013년 미국심장학회(ACC)와 심장협회(AHA)는 이러한 관점을 반영하여, 기존의 LDL 수치 중심 접근에서 벗어나 연령, 혈압, 흡연, 당뇨병 등 다양한 요인을 통합적으로 고려한 장기적 위험 평가 방식으로 치료 지침을 변경하였다. 이는 현재 상태뿐 아니라 미래 궤적을 고려한 예방적 개입의 중요성을 보여준다.

생애 과정 이론의 두 번째 교훈은 개인 건강과 인구 건강은 동적으로 상호작용한다는 것이다. 즉 개인 건강과 인구 건강은 서로 영향을 주고받는 동적인 상호작용 속에서 함께 발전한다는 것이다. 개인의 건강 상태는 그들이 속한 사회적, 경제적, 문화적 맥락의 영향을 받으며, 동시에 개인의 건강 행동과 선택이 사회적 맥락에도 영향을 미친다. 예를 들어, 식이 패턴을 고려해 보면, 개인의 식습관은 광고, 식품 접근성, 경제적 조건, 문화적 규범 등 사회적 요인에 의해 형성되지만, 동시에 개인의 식품 선택이 모여 식품 시장과 문화적 규범을 변화시키기도 한다. 이러한 복잡한 상호작용은 건강 증진 전략이 개인 행동 변화에만 초점을 맞추기보다는, 개인과 환경 간의 역동적 관계를 고려한 다차원적 접근이 필요함을 시사한다.

최근 등장한 '돌봄 생애과정 이론(Caring Life-Course Theory, CLCT)'은 기존 생애과정 이론에 돌봄 개념을 통합하여, 돌봄이 건강 발달에 미치는 영향을 정교하게 분석한다.[189] CLCT는 돌봄을 단순히 건강 관리의 도구로 한정하지 않고, 생애 전반에 걸친 인간 경험과 상호작용의 본질적 요소로 간주한다. 또한 해당 이론은 돌봄이 개인적, 관계적, 제도적 차원에서 이루어지는 복합적 과정임을 강조하며, 돌봄 제공자와 수혜자 간의 신뢰 관계 형성, 신체적, 심리사회적, 관계적 욕구 충족의 중요성을 강조한다. 또한, 초기 돌봄 경험이 자기 돌봄 능력과 타인 돌봄 능력, 그리고 개인의 건강 및 웰빙 상태에 장

187) Keyes, K. M., & Galea, S. (2016).Population health science. Oxford University Press.

188) Valles, S. A. (2021). A pluralistic and socially responsible philosophy of epidemiology field should actively engage with social determinants of health and health disparities.Synthese,198(Suppl 10), 2589-2611.

189) Kitson, A., Feo, R., Lawless, M., Arciuli, J., Clark, R., Golley, R., ... & Robinson, S. (2022). Towards a unifying caring life-course theory for better self-care and caring solutions: A discussion paper.Journal of Advanced Nursing,78(1), e6-e20.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

기적으로 영향을 미친다는 점을 강조한다.

결론적으로, 생애과정에 돌봄 실천을 통합하는 것은 돌봄이 생애 전반의 건강과 웰빙을 지원하는 핵심적 역할을 한다는 점을 강조하며, 기존 생애과정 이론의 한계를 극복하고 돌봄을 보다 체계적으로 이해할 수 있는 틀을 제공할 수 있다. 즉 돌봄은 단순히 임상적 대응이 아니라, 개인의 삶, 사회적 맥락, 역사적 조건 속에서 구성되는 실천으로 이해되어야 한다.[190] 또한, 생애과정 이론은 돌봄을 시간과 맥락 속에서 환자와 환경 간의 관계를 형성하는 과정으로 파악하며, 과거의 경험, 현재의 상태, 미래의 가능성을 통합적으로 고려하는 통찰을 제시한다.

라. 몰의 중층적 시간성

네덜란드의 철학자이자 의료인류학자인 아네마리 몰(Annemarie Mol)이 제시한 '돌봄의 논리(logic of care)'는 현대 의료 환경에서 돌봄 실천의 복잡성을 이해하기 위한 이론적 틀을 제공한다. 몰에 따르면, 기존의 '선택의 논리(logic of choice)'는 환자를 자율적 주체로 간주하며 의료를 정보 제공과 선택의 과정으로 이해하지만, 이는 환자의 신체적 조건, 임상 현장의 비선형성, 관계적 맥락 등을 충분히 반영하지 못한다.

이에 몰은 의료를 단순히 객관적 정보를 제공하고 선형적으로 의사결정을 수행하는 과정이 아니라, 신체, 기술, 지식, 그리고 사람들과의 관계 속에서 변화하는 상황에 맞춰 끊임없이 '조정(tinkering)'해 나가는 실천적 과정이며, 신체와 기술, 지식, 그리고 인간관계를 유연하게 조율하는 '의사되기(doctoring)'의 과정이라고 주장한다.[191] 즉, 돌봄의 논리에서는 환자, 의료진, 기술 및 물질적 도구들이 끊임없이 상호작용하며 돌봄이 지속적으로 재조정되므로, 돌봄 실천은 정해진 프로토콜이나 절차의 단순 연쇄가 아니라 예측하기 어려운 신체적 변화와 사회적 맥락에 유연하게 대응하는 '관계적 과정'으로 조망하게 된다.

특히 이 두 논리 사이에 존재하는 근본적인 차이점 중 가장 주목할 만한 측면 중 하나는 시간성에 대한 접근 방식이다. 몰은 선택의 논리가 전제하는 선형적 시간관과 돌봄의 논리가 체현하는 복합적이고 순환적인 시간성 사이의 대조를 통해 의료 현장에서 일어나는 실천들을 새롭게 이해할 수 있는 틀을 제공한다.

선택의 논리가 사실 파악에서 시작하여 가치 판단, 선택, 행동, 그리고 마지막으로 평가로 이어지는 "선형적(linear)"[192]이고 목표 지향적인 시간관을 가정하는 반면, 돌봄의

190) 앞의 책.
191) Mol, A. (2008).The logic of care: Health and the problem of patient choice. Routledge. 12p.
192) 앞의 책, 54p.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

논리는 이러한 요소들이 서로 복잡하게 얽혀 있으며 끊임없이 상호작용한다고 본다. 이러한 비선형적 시간성은 만성질환, 특히 몰의 연구에서 중점적으로 다루는 당뇨병과 같은 질환의 시간성과 깊은 연관성을 갖는다. 당뇨병은 일시적인 상태가 아니라 끊임없이 관리해야 하는 지속적인 조건이며, 이런 맥락에서 돌봄은 특정 시점에 이루어지는 단일한 결정이나 개입이 아니라, 계속해서 적응하고 조정하는 과정이 된다. 만성질환에서는 완전한 치유라는 목표가 비현실적이므로, 돌봄은 질병과 함께 살아가는 방법을 찾는 지속적인 과정으로 변형된다.[193]

몰은 돌봄을 '명확한 시작과 끝이 없는 과정'으로 규정한다. 그녀는 다음과 같이 서술한다. "돌봄은 과정이며, 명확한 경계가 없다. 그것은 끝이 정해져 있지 않다... 돌봄은 (작든 크든) 주고받는 제품이 아니라, 여러 손길이 오랜 시간 함께하며 결과를 만들어가는"[194] 실천이라고 설명한다. 이때 돌봄은 특정 시점에만 작동하는 의사결정이 아니라, 끊임없이 변화하는 몸과 환경에 따라 적응해야 하는 반복적 실천이 된다. 건강은 시간에 따라 예측 불가능하게 변하며, 돌봄 역시 이에 맞춰 지속적으로 조정되어야 한다.

몰은 돌봄이 시간을 선형적으로 펼쳐가는 것이 아니라 '중층적 시간(folding time)'의 형태로, 즉 과거, 현재, 미래가 서로 깊이 연결된 방식으로 구성된다고 설명한다. 이 은유는 돌봄이 단순히 현재의 문제를 해결하는 것이 아니라, 과거의 경험을 통합하고 미래의 가능성을 고려하는 복합적인 시간적 실천임을 시사한다. 예컨대 당뇨병 환자의 현재 혈당 수치는 과거의 식사, 운동, 약물 복용 패턴의 결과이자, 미래의 합병증을 예방하기 위한 현재의 실천을 요구하는 지표가 된다. 이처럼 돌봄은 현재에만 국한되지 않으며, 과거-현재-미래가 긴밀하게 얽힌 시간적 실천이다.

또한, 돌봄의 논리는 평가의 방식에서도 선택의 논리와 구별된다.[195] 선택의 논리에서는 평가가 실행 이후에 독립된 단계로 진행되지만, 돌봄의 논리에서는 평가가 돌봄 행위 내부에 통합되어 있다. 즉 돌봄은 정해진 절차에 따라 일회적으로 시행되는 것이 아니라, 과정 중에 끊임없는 피드백과 조율을 통해 실천 자체가 재형성되는 역동적 구조를 지닌다. 이는 단일한 선택의 문제가 아니라 끊임없는 피드백과 조율을 요구하는 반복적인 순환 과정이며, 돌봄이 정해진 절차에 따라 이루어지는 것이 아니라 변동성과 불확실성을 전제한 실천임을 보여준다.[196]

결국 몰이 『돌봄의 논리』에서 제시하는 시간성은 단순히 돌봄이 시간 속에서 어떻게 조직되는지를 설명하는 기술적 개념이 아니다. 중층적 시간성은 돌봄 실천을 단일한 시작과 끝이 있는 선형적 과정이 아니라, 과거·현재·미래가 얽혀 있는 유동적이고 조정

193) 앞의 책, 28p
194) 앞의 책, 18p
195) 앞의 책, 54p
196) 앞의 책, 78p

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

적인 행위로 이해할 것을 요구한다. 이는 현대 의료 시스템이 중시하는 가시성, 효율성, 표준화, 측정 가능성과 근본적으로 충돌하며, 돌봄을 최종적인 해결이 아닌 끝없는 조율과 응답의 과정으로 자리매김한다. 몰에 따르면, 돌봄은 반복적인 실패와 좌절 속에서도 이를 받아들이고 다시 조정하며 나아가는 실천이며, 삶과 질병의 이야기는 때로 죽음으로 끝나더라도 그 과정은 계속된다.[197] 돌봄은 완전한 치유를 보장하지 않지만, 바로 이러한 불완전함 속에서 좋은 삶을 향해 나아가려는 꾸준한 실천으로 존재한다.

마. 복잡성 이론을 적용한 분석

생의학적 시간성은 명확한 선형적 인과관계, 단절성, 순간성, 공간적 국소화라는 특성을 지니며, 이는 단순(Simple) 문제의 시간성 구조와 깊이 맞닿아 있다. 이 관점에서 질병은 특정 원인(예: 병원체, 외상)에 의해 발생하는 예측 가능한 현상으로 간주되며, '발병 → 진단 → 치료 → 회복'이라는 일직선의 경로를 따라 진행된다고 본다. 질병은 정상 상태에서의 '일시적 이탈'로 정의되고, 돌봄은 이 이탈을 제거하여 원래의 건강 상태로 복귀시키는 것을 목표로 한다.

예를 들어, 부어스의 생물통계학적 이론에서 건강은 '질병 없음'이라는 부정적 개념으로 정의되며, 이는 건강을 시간적으로 정지된 상태로 환원시키는 경향을 보인다. 또한 푸코가 지적했듯이, '의학적 시선'은 질병을 신체 내부의 고정된 병변으로 파악함으로써 질병의 시간적 흐름보다는 공간적 위치에 더 큰 의미를 부여하며, 이는 질병의 시간성이 공간성에 종속되는 국소화된 이해를 강화한다. 이러한 시간성 이해는 특히 감염성 질환이나 외상처럼 비교적 명확한 원인과 해결책이 존재하는 경우에 효과적으로 작동하며, 수술 전 체크리스트, 항생제 프로토콜, 환자 식별 절차와 같은 표준화된 의료 프로토콜을 통해 의료의 예측 가능성과 신뢰성을 높이는 데 기여한다. 이러한 생의학적 시간성은 예측 가능한 문제를 정해진 해결책으로 다루는 단순 문제의 시간성과 유사한 구조를 갖는다.

이러한 시간성에 기반한 접근 방식은 근대 의학의 괄목할 만한 성과에 기여했으며, 이는 단순 문제 해결의 효과성을 입증하는 사례들로 볼 수 있다. 항생제의 발견과 체계적 활용은 과거에는 치명적이었던 폐렴, 결핵, 수막염과 같은 감염성 질환들을 효과적으로 통제할 수 있게 했으며, 표준화된 항생제 프로토콜은 급성 감염 치료의 신뢰성을 크게 향상시켰다. 외과적 기술의 발전 측면에서도 마취, 무균 기술, 수술 도구의 혁신은 복잡한 외과적 시술을 안전하고 효과적으로 수행할 수 있게 했으며, 이는 질병을 공간적으로 국소화하고 시간적으로 특정 순간에 개입하는 생의학적 시간성 이해를 명확히 반영한다.

197) 앞의 책, 78p

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

X-레이, CT, MRI와 같은 첨단 영상 기술의 발전은 의사들이 신체 내부의 이상을 비침습적으로 식별하고 특성화할 수 있게 함으로써 진단의 정확성과 효율성을 크게 향상시켰다. 이러한 접근은 수술 전 체크리스트, 환자 식별 절차, 약물 투여 프로토콜과 같은 표준화된 도구를 통해 의료 서비스의 일관성과 안전성을 높이는 데 기여했으며, 특히 대형 병원이나 응급의료 체계에서 의료 질 관리를 위한 핵심 기반으로 작용하고 있다.

그러나 생의학적 시간성은 만성 질환이나 복합적인 건강 상태와 같은 문제를 충분히 설명하지 못하는 근본적 한계를 가지고 있다. 당뇨병, 심혈관 질환, 자가면역 질환과 같은 만성 질환은 명확한 시작과 끝이 없이 장기간에 걸쳐 진행되며, 안정기와 악화기가 반복되는 복잡한 양상을 보인다. 이러한 질환들은 단순히 치료하는 것이 아니라 지속적인 관리와 조정이 필수적이며, 이는 질병을 특정 시점에 파악하여 선형적으로 다루는 생의학적 시간성과 근본적으로 충돌한다. 엘로디 지루가 지적한 바와 같이, 부어스의 생물통계학적 이론은 '위험 요인' 역학이 제시하는 시간적 차원을 간과한다는 비판을 받는다. 현대 역학 연구에 따르면, 현재 건강해 보이는 사람도 특정 위험 요인을 가지고 있다면 미래에 질병에 걸릴 가능성이 높아지며, 이는 건강 개념에 미래 지향적 시간성이 포함되는 경향을 보여준다. 또한 생의학적 시간성은 질병의 사회적, 환경적, 문화적 맥락을 충분히 고려하지 못하는데, 실제 건강과 질병은 단순한 생물학적 요인을 넘어 광범위한 사회적 결정 요인들의 영향을 받기 때문이다. 이러한 맥락적 요소들은 선형적이고 예측 가능한 인과관계로 환원되기 어려우며, 단순 문제의 프레임이 가진 근본적 제약을 드러낸다.

한편, 단순 문제를 넘어서 보다 복잡한 의료 상황을 설명하기 위해, 현대 의료 시스템에서는 질병 궤적 기반 돌봄 모델과 돌봄 경로 모델이 복잡 문제(complicated problem)를 다루는 실천 틀로 제안될 수 있다. 이러한 모델들은 치료의 예측 가능성을 추구한다는 점에서 단순 문제(simple problem)와 일부 유사하지만, 그 구조는 더 복잡하고 조건적인 특성을 지닌다. 즉, 이 모델들은 다양한 변수와 조건적 관계를 포함하며, 하나의 정해진 답이 존재하는 것이 아니라 여러 전문가의 협력과 조정 과정을 필요로 한다. 또한 단순한 증상 대 증상 치료가 아닌, 환자의 전반적인 질병 진행 과정과 그에 따른 돌봄 필요를 포괄적으로 다루는 체계적인 틀로 기능한다.

예를 들어, 심장 우회 수술의 돌봄 경로에서는 수술 전 환자의 생리적 지표(혈압, 심폐기능, 당 조절 상태 등)를 종합적으로 평가하고, 수술 중 필요한 기술과 장비를 적절히 선택하며, 수술 후에는 재활과 회복을 위한 단계별 계획을 수립해야 한다.[198] 이러한 일

198) Liu, S., Foster, T., & Batalden, P. (2022). Simple, Complicated, and Complex Phenomena in Health Care: Using the Triangle to Improve Reliability and Resiliency in Health-Care Systems. InSustainably Improving Health Care(pp. 95-110). CRC Press.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

련의 과정은 단순히 정해진 절차를 따르는 것이 아니라, 환자의 상태 변화와 각 단계의 위험 요소를 고려한 세심한 조정과 협의를 요구한다. 이러한 특성은 돌봄 경로와 궤적 모델이 치료를 정해진 단계의 집합이 아닌, 조정과 협력이 요구되는 동적 과정으로 이해하고 있음을 보여준다.

질병 궤적 모델 역시 단순한 병리학적 진행을 설명하는 선형적인 경로가 아니라, 시간의 흐름 속에서 발생하는 환자의 경험, 의료진의 개입, 그리고 이들 사이의 상호작용을 함께 포함하는 모델이다. 실제로 많은 질병은 단순한 일방향의 흐름이 아니라, 악화와 호전이 반복되거나 안정기와 위기 상황이 교차되는 양상을 보인다. 특히 심부전이나 만성 폐 질환과 같이 간헐적 쇠퇴 경로를 따르는 질환에서는 이러한 비선형적 시간 흐름이 두드러진다. 또한 질병의 진행 속도나 각 단계가 지속되는 시간은 환자마다 다르며, 이를 정확히 예측하기는 어렵다. 이러한 특성으로 인해 환자와 의료진은 치료 시기, 증상 관리, 가족 대응, 향후 계획 설정 등 다양한 복잡한 결정 과제에 직면하게 된다.

이러한 돌봄 과정은 의료진과 환자, 가족이 함께 '시간에 따른 조정 작업', 즉 일종의 시간적 작업(temporal work)을 수행해야 함을 의미한다. 이 작업은 고정된 계획에 따라 일방적으로 진행되기보다, 변화하는 상황에 맞춰 유연하게 조정되어야 한다. 예측 불가능성과 시간적 불확실성이 내재된 복잡한 질병 상황에서, 돌봄은 기술적 개입을 넘어 공동의 협의와 판단을 포함하는 과정으로 나타난다.

이러한 경로를 설계하고 실행하기 위해서는 사전에 문헌 검토, 임상 가이드라인 분석, 전문가 의견 수렴 등의 절차를 거쳐 표준화된 개입을 정리해야 한다. 실제 적용 단계에서는 각 기관의 자원, 환자군의 특성, 지역 의료 환경을 고려하여 경로를 조정하고 운영하는 유연성이 필요하다. 돌봄 경로와 궤적 모델이 표준화 문서를 넘어 실제 임상 판단과 의사소통을 지원하는 도구로 기능하기 위해서는 다학제적 팀의 긴밀한 협력이 전제된다. 의사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사 등 다양한 직역의 전문가들이 각자의 전문성을 바탕으로 공동의 목표를 향해 조정하고 상호작용할 수 있어야 하며, 이 과정에서 환자 중심의 관점이 중요한 역할을 한다.[199]

이 모델의 또 다른 중요한 특징은 조건적(If/Then) 의사결정 구조를 중심으로 작동한다는 점이다. 예를 들어, 환자의 혈당 수치가 특정 기준을 초과할 경우 식이 조절과 함께 약물 치료를 시작하고, 고관절 수술 이후 일정 시간 내에 자가 보행이 어려울 경우 재활치료 계획을 조정한다는 식의 의사결정이 이에 해당한다. 질병 궤적 모델에서도 암 환자의 기능 저하가 특정 단계에 도달하면 완화의료 상담을 시작하는 등의 조건적 판단

199) Gartner, J. B., Abasse, K. S., Bergeron, F., Landa, P., Lemaire, C., & Côté, A. (2022). Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: a concept analysis and systematic review.BMC health services research,22(1), 558.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이 포함된다. 이러한 구조는 단일한 해답이 있는 것이 아니라, 상황에 따라 유동적으로 대응하면서도 일정한 기준을 갖춘 '복잡한' 판단 체계를 구성하는 방식이다.

질병 궤적 및 돌봄 경로 모델이 복잡 문제로서 직면하는 한계와 도전도 중요한 고려사항이다. 특히 치료의 표준화와 환자 맞춤형 돌봄 사이의 긴장 관계는 해결하기 어려운 과제이다. 치료 과정을 명확히 구조화하고 효율성을 높이는 데 있어 표준화는 필수적이지만, 지나치게 획일적인 접근은 환자 개인의 특성과 요구를 반영하는 데 한계를 초래할 수 있다. 의료진은 환자의 질병 궤적을 참고하여 적절한 판단을 내려야 하지만, 각 환자의 질병 진행 양상과 사회적 배경은 매우 다양하므로 단일한 경로로 모두 설명하기는 어렵다.[200]

또한 다학제적 협력이 항상 원활하게 작동하는 것은 아니다. 다학제적 협력의 실현에서는 전문 영역 간의 경계, 권력 불균형, 의사소통 장벽, 서로 다른 전문 문화 등이 효과적인 협력의 장애 요인으로 작용한다. 특히 지배적인 생의학적인 시스템 하에서 분과별, 직역별로 분절된 의료 시스템에서는 돌봄의 연속성을 유지하고 다양한 전문가 간의 원활한 정보 공유를 보장하는 것이 어렵고 결과적으로 경로 설계에서 환자의 참여가 제한되는 경향을 보인다.[201]

마지막으로, 질병 궤적 모델이 질병의 흐름을 비교적 선형적인 과정으로 가정하는 경향은 현실의 복잡한 질병 경험을 충분히 포착하지 못할 수 있다. 실제로 질병은 환자의 사회적 지위, 교육 수준, 경제적 자원, 가족 돌봄 구조 등에 따라 다른 양상으로 나타나며, 이러한 요소가 충분히 반영되지 않을 경우, 모델은 특정 집단의 경험에만 맞춰진 틀로 작동할 위험이 있다.[202] 따라서 궤적 및 경로 모델의 효과적인 작동을 위해서는 유연한 구조와 사회적 맥락에 대한 고려가 중요한 요소로 작용한다.

셋째, 복잡성 이론의 틀에서 생애과정 이론을 조망하면, 이 이론이 복잡 문제(complicated problem)와 복합 문제(complex problem)의 경계에 위치하는 독특한 특성을 지닌다는 점이 드러난다.

---

200) Roeder, N., Hensen, P., Hindle, D., Loskamp, N., & Lakomek, H. J. (2003). Clinical pathways: effective and efficient inpatient treatment.Der Chirurg; Zeitschrift fur Alle Gebiete der Operativen Medizen,74(12), 1149-1155.

201) Wind, A., van der Linden, C., Hartman, E., Siesling, S., & van Harten, W. (2022). Patient involvement in clinical pathway development, implementation and evaluation -A scoping review of international literature.Patient education and counseling,105(6), 1441-1448.

202) Dufour, I., Bolster-Foucault, C., Vedel, I., & Quesnel-Vallée, A. (2021). Examining the concept of healthcare trajectories in older adults with major neurocognitive disorder using the '6w'multidimensional model of care trajectories: a mixed methods systematic review protocol.Science of Nursing and Health Practices,4(2), 101-110.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

우선, 생애과정 이론은 복잡 문제의 특성을 부분적으로 내포하고 있다. 예컨대, 건강에 영향을 미치는 다양한 요인을 식별하고 이들의 상호작용과 시간적 패턴을 분석하여 건강 궤적을 설명하려는 체계적 접근은 복잡 문제의 핵심 특성과 맞닿아 있다. 이 이론은 연령, 성별, 사회경제적 지위, 교육 수준, 생활 환경 등 여러 요인이 독립적으로가 아니라 상호적으로 작용하며, 특히 특정 시기의 경험이 이후 발달 과정에 불균형적으로 영향을 미칠 수 있음을 강조한다. 민감한 시기(sensitive periods) 개념은 태아기, 유아기, 청소년기와 같은 특정 생애 단계에서의 경험이 장기적인 건강에 미치는 영향을 조명하며, 이를 바탕으로 조건부 예측 모델을 구성하는 시도와도 연결된다.

또한 생애과정 이론은 질적·양적 자료를 활용해 다양한 요인을 추적하고 분석하는 정교한 연구 프레임워크를 제공하며, 이는 복잡 문제를 다루는 체계적 방식의 일환이다. 예를 들어, 생애과정 역학(life course epidemiology)에서는 태아기 환경(모체 영양, 스트레스, 독소 노출), 출생 상태, 아동기의 성장 패턴, 사회경제적 지위, 교육, 직업, 생활습관, 사회적 관계 등 다양한 변수들이 건강에 미치는 영향을 장기적으로 추적한다. 이러한 다층적 요인에 대한 정밀한 분석은 높은 수준의 방법론적 엄격성과 통계적 기술을 요구하며, 복잡 문제의 분석 가능성과 구조화 가능성을 보여준다.

이어서, 생애과정 이론은 다학제적 전문성의 통합을 특징으로 한다. 생물학, 의학, 역학, 심리학, 사회학, 인류학, 경제학, 통계학 등 다양한 학문 분야의 지식과 방법론을 통합하여 건강 발달의 복잡한 과정을 이해하고자 한다. 이러한 전문성 기반 접근은 복잡 문제를 해결하는 데 있어 전형적인 특성이다. 예를 들어, 생애 과정 건강 발달(LCHD) 모델을 완전히 이해하기 위해서는 후생유전학(epigenetics), 발달 생물학, 심리사회적 발달 이론, 사회생태학적 모델, 시스템 이론 등 다양한 지식 영역에 대한 이해가 필요하다. 이러한 다학제적 통합은 전문가의 지식과 경험이 문제 해결의 핵심 요소가 되는 복잡 문제의 성격을 명확히 드러낸다.

이러한 특성들은 생애과정 이론이 조건부 예측 가능성, 분석적 체계성, 다학제적 통합이라는 복잡 문제의 핵심 요소들을 상당 부분 포괄하고 있음을 보여준다. 즉, 생애과정 이론은 건강 발달의 복잡하지만 분석 가능한 측면에 주목하며, 근거 기반 실천의 견고한 이론적 토대를 제공한다.

그러나 생애 과정 이론은 동시에 복합 문제(complex problem)의 특성 또한 분명히 보여준다. 먼저, 생애과정 이론은 건강 발달이 비선형적이며 창발적인 과정을 따른다는 점을 강조한다.[203] 하폰(Halfon) 등은 건강은 '복잡하고 비선형적인 과정을 통해 생애 전반에 걸쳐 지속적으로 발전하는 역동적이고 창발적인 능력'임을 강조하며, 건강 결과를 개

203) Halfon, N., Larson, K., Lu, M., Tullis, E., & Russ, S. (2014). Lifecourse health development: past, present and future.Maternal and child health journal,18, 344-365.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

별 요인의 단순 합이 아닌 이들의 복잡한 상호작용에서 창발되는 특성으로 간주한다. 동일한 스트레스 노출 상황에서도 개인의 유전적 소인, 과거 경험, 사회적 지지, 대처 능력, 문화적 배경 등에 따라 전혀 다른 건강 궤적이 형성될 수 있다는 점은 예측 불가능성과 다변성을 잘 보여준다.

둘째, 생애과정 이론은 건강 발달의 맥락 의존성과 역사적 특수성을 강조한다. 동일한 환경 요인이라도 개인의 사회문화적 배경, 시대적 조건, 생애 시점에 따라 건강에 미치는 영향은 달라질 수 있다. 예컨대, 경제 불황이 건강에 미치는 영향은 사회복지 제도의 유무, 문화적 규범, 가족 구조 등에 따라 국가 혹은 지역마다 상이하다. 또한 코호트 효과(cohort effects)는 특정 시기를 공유하는 세대가 고유한 건강 위험 요인과 경험을 갖는다는 점에서 역사적 특수성을 반영한다.

셋째, 생애 과정 이론은 개인의 주체성(agency)과 자율성(autonomy), 그리고 이에 기반한 의도적 행위와 적응적 변화의 중요성을 인식한다. 개인은 단지 외부 요인의 수동적 수용자가 아니라, 환경과 상호작용하며 자신의 건강 발달에 능동적으로 참여하는 존재로 간주된다.[204] 시간에 따라 축적된 학습과 예기치 않은 대응 방식은, 복합 문제의 핵심인 적응성과 창발성과 연결된다.

넷째, 생애과정 이론은 건강이 다양한 시간 척도에서 발생하는 변화의 누적 결과라는 점을 인식한다. 분자 수준의 변화는 나노초 단위로 발생하며, 생리적 반응은 수 초에서 수 분, 생활 습관은 수 일에서 수 개월, 발달과 질병의 누적은 수십 년에 걸쳐 형성된다. 이러한 다중 시간성(multi-temporality)은 서로 다른 시간 층위에서 비동기적으로 상호작용하며 건강 궤적을 구성한다. 예컨대 스트레스는 단기적으로는 호르몬 수치 변화를, 중기적으로는 행동 패턴 변화, 장기적으로는 만성질환 발생에 영향을 줄 수 있다. 이러한 시간성은 건강의 인과적 이해의 복잡성을 증가시키며, 단선적 모델로는 설명하기 어려운 복합성의 핵심 요소가 된다.[205]

이와 같은 특성은 생애과정 이론이 비선형성, 맥락 의존성, 창발성, 자율성, 시간성, 다층적 상호작용 등 복합 문제의 핵심 요소들을 포괄하고 있음을 보여준다. 건강 발달은 근본적으로 불확실하고 예측하기 어려우며, 효과적인 개입을 위해서는 고정된 규범이나 단일 해법보다는 유연하고 맥락에 적합한 통합적 접근이 특징적으로 나타난다. 따라서 생애과정 이론은 단순하거나 일회적인 개입을 넘어서는 다차원적·적응적 전략의 특성을 보여준다.

---

204) 앞의 책.

205) 이러한 변화들은 항상 동시에 발생하거나 조화를 이루는 것이 아니라, 각각 다른 시간 척도에서 서로 영향을 주고받으며 불규칙하게 나타날 수 있다(비동기적 상호작용). 이는 건강과 질병을 예측하는 일을 더욱 어렵게 만든다. 따라서 생애 과정 이론은 건강을 단순한 한순간의 사건으로 보는 것이 아니라, 다양한 시간 척도에서 지속적으로 상호작용하며 형성되는 과정으로 이해해야 함을 강조한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이처럼 생애과정 이론은 건강을 시간의 흐름 속에서 형성되고 변화하는 과정으로 이해하는 데 기여했지만, 몇 가지 한계와 도전도 내포한다. 우선, 이 이론은 특정 시기의 사건이 건강 궤적에 미치는 장기적 영향을 강조하지만, 이러한 영향이 어떻게 완화되거나 재구성될 수 있는지에 대한 논의는 상대적으로 부족하다.[206] 즉 생애 전환기－예컨대 결혼, 이혼, 직업 변화 등－가 건강에 미치는 영향은 분석되지만, 그 변화의 양면성과 적응 과정은 충분히 다루어지지 않는다. 또한 축적 모델이나 경로 모델과 같은 주요 틀은 장기적인 종단 데이터를 요구하며, 복합적 요인을 통계적으로 분리해 검증하는 데 실증적 한계를 지닌다. 더불어, 생애과정 이론은 돌봄의 개념과 그 관계적·제도적 역할을 체계적으로 통합하지 못했다는 비판이 제기된다. 건강 발달 과정에서 돌봄은 핵심적 요소임에도 불구하고, 기존 논의에서는 돌봄의 다층적·상호의존적 특성이 명확히 조명되지 않았으며,[207] 이는 돌봄 실천자와 정책 결정자 간의 협력 기반 약화로 이어질 수 있다. 마지막으로, 이론과 정책 간의 간극 역시 주요한 제약이다. 생애 초기 개입의 효과가 수십 년 후에 나타난다는 점은 단기적 성과를 요구하는 정책 환경과의 충돌을 낳는다. 또한, 현재 이론은 특정 집단을 대상으로 한 정책 제안에 국한되는 경향을 보이며, 보다 포괄적이고 다층적인 건강 정책 설계를 위해서는 실증적 근거의 축적과 맥락화가 추가로 요구된다.

마지막으로, 몰의 시간성 개념은 돌봄을 복합적(complex)인 문제로 이해하는 관점을 제시한다고 볼 수 있다. 돌봄의 논리에서 시간의 흐름은 비선형적이며, 중첩되고 접혀 있다(folds). 즉 돌봄은 독립되고 단일한 선택의 연속이 아닌 지속적이고 조정(adjustment)되는 과정 속에서 돌봄이 형성된다. 돌봄에서는 정보 수집, 가치의 판단, 행동, 평가가 분리된 단계가 아니다. 돌봄은 단순히 의학적 공간(병원, 클리닉)에 국한되지 않고, 일상생활의 다양한 영역(직장, 가정, 여행 등)으로 확장된다. 당뇨병 환자에게 돌봄은 의사를 만나는 짧은 순간이 아니라, 매일의 식사, 운동, 혈당 측정, 인슐린 주사 등 일상의 모든 순간에 걸쳐 있다.

몰은 돌봄의 과정을 “전문가, 기계, 약물, 신체, 환자 및 관련된 사람들로 이루어진 팀(team)에 의해 수행되며, 그 팀 내 과제는 끊임없이 재분배된다”고 설명한다.[208] 이 돌봄 팀(care team)은 중앙의 고정된 통제 없이도 행위자 간 상호작용을 통해 질서와 패턴을 형성하는데, 이는 복합적 적응 시스템(complex adaptive system)에서 나타나는 자기조직

206) Burton-Jeangros, C., Cullati, S., Sacker, A., & Blane, D. (2015). A life course perspective on health trajectories and transitions.
207) Lawless, M. T., Tieu, M., Golley, R., & Kitson, A. (2024). How and where does “care” fit within seminal life-course approaches? A narrative review and critical analysis.Journal of Advanced Nursing,80(3), 871-883.
208) Mol, A. (2008). The logic of care: Health and the problem of patient choice. Routledge. 18p

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

화(self-organization)와 창발성(emergence)의 특성과 일치한다. 예컨대, 당뇨병 관리에서는 환자, 의사, 간호사, 가족, 혈당 측정기, 인슐린 등이 돌봄의 행위자로 함께 작동하며, 이들 간의 상호작용은 단일한 목표를 향한 고정된 절차가 아니라, 지속적으로 변화하는 구성과 역할 분담을 포함하는 동적 시스템으로 기능한다. 환자의 상태 변화, 기술의 발전, 치료 목표의 조정에 따라 돌봄 팀의 구조 역시 변화한다.

몰은 이러한 시스템 안에서 환자가 단순한 수동적 존재가 아닌, 적극적으로 참여하는 행위자임을 강조하며 '능동적 환자(active patient)'라는 개념을 제시한다.[209] 이는 환자가 의료진의 결정을 수용하는 객체가 아니라, 질병과 함께 살아가는 과정에서 다양한 행위자들과 협력하며 돌봄 실천에 능동적으로 개입하는 존재로 위치함을 보여준다. 즉 단일 전문가의 개입만으로는 충분하지 않으며, 다양한 분야의 주체들이 각자의 전문성을 바탕으로 협력하는 방식(돌봄 팀)이 중요하게 작동한다.

복합적 문제에는 단일하고 결정적인 해결책(solution)이 존재하지 않으며, 돌봄은 변화하는 상황에 따라 지속적인 학습과 피드백을 기반으로 조정된다. 이러한 적응적 조정(adaptive adjustment)은 모니터링, 평가, 피드백 과정을 동반하며, 고정된 경로가 아닌 반응적이고 상호작용적인 방식으로 전개된다. 몰 역시 돌봄이 모든 문제를 완전히 해결하거나 고통을 제거할 수 없음을 분명히 하며, 그럼에도 불구하고 삶의 질을 향상시키고 고통을 완화하기 위한 지속적이고 반복적인 조정(tinkering)이 필요하다는 점을 강조한다.

3.3.2. 돌봄과 환경성(통제에서 생성으로)

히포크라테스의 『공기, 물, 장소』는 고대 의학에서 몸과 환경 간의 관계를 어떻게 사유했는지를 보여주는 중요한 문헌이다. 그는 계절, 바람, 수질, 강수량과 같은 자연환경의 요소뿐 아니라 섭생, 생활습관, 사회 관습과 같은 사회문화적 환경이 인간의 건강에 미치는 영향을 종합적으로 분석하였다. 이러한 통합적 접근은 환경과 신체 사이의 상호작용을 이론적으로 체계화한 시도로, 현대의 환경의학이나 생태학적 건강 모델의 원형으로 이해할 수 있다.

히포크라테스는 환경이 인체에 미치는 영향을 구체적 사례를 통해 정교하게 설명했다. 예를 들어 '흐르지 않고 고인 물은 악취가 나고 시간이 지날수록 담즙성이 되며, 이 물을 마시는 사람은 마르고 배가 고프게 되며 여름과 겨울에 치명적 질병에 걸리기 쉽다'[210]고 언급하며, 수질과 건강 간의 인과적 연관성을 포착하였다.

더욱 중요한 점은 히포크라테스가 물리적 환경 요인뿐만 아니라 사회문화적 환경 요

209) 앞의 책, pp.79-82.
210) Hippocrates.(2011). 여인석, 이기백. 히포크라테스 선집. 파주: 나남. 42p.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

인이 신체에 미치는 영향에도 깊은 관심을 보였다는 것이다. 그는 '장두족'의 사례를 통해 특정한 문화적 관습이 어떻게 신체적 특성의 형성에 영향을 미칠 수 있는지 분석했다. '머리가 긴 사람이 고귀하다고 생각하는' 풍속이 있는 장두족은 아기때부터 머리를 강제로 짓눌러 길게 하는 습속이 있었으며 이것이 시간이 지남에 따라 본성으로 자리잡게 되어 결국 신체를 변형시켰다고 설명한다.[211] 이는 몸을 변화시키는 환경을 생물학적 조건에 한정하지 않고 사회문화적 맥락으로까지 확장해 이해했음을 보여준다.

같은 맥락에서 그는 정치적·사회적 제도(nomoi) 또한 건강과 체질에 영향을 미친다고 보았다. 예컨대, 아시아인은 유럽인보다 '성격이 호전적이지 않고 유순한 이유'를 분석하면서, 자연환경적 요인(큰 변화를 보이지 않는 일정한 계절)과 함께 정치적 요인(전제적 왕권 체제)을 함께 고려한다. 반면 유럽인들은 '왕의 지배를 받지 않고 스스로를 자율적으로 다스리며 자발적으로 어려움을 감내하므로 더 용감하고 호전적인 성향을 지니고 있다'고 분석함으로써, 정치적 환경이 성격과 심리적 기질에 미치는 영향을 인식했다.[212]

고대 의학에서 의사의 주요 역할은 환경적 요소를 깊이 이해함으로써 인체의 자연 치유 능력을 극대화하는 것이었다. 의사가 '환자의 몸을 읽는다'는 것은 곧 '환경을 읽는다'는 것과 같았고, 의사는 의술을 성공적으로 행하기 위해서 그 지역의 바람, 태양의 떠오름, 물의 성질, 지역 사람들의 섭생법, 생활습관을 알아야 했다.[213] 의사는 환자의 체액 불균형을 교정하기 위해 사혈, 식이요법, 하제 사용 등의 치료적 개입을 시도했지만, 이는 기본적으로 자연의 치유력을 돕고 인체의 균형을 회복시키기 위한 보조적 수단으로 이해되었다.

장기설(miasma theory)은 질병이 부패한 물질에서 발생한 독기나 유해한 증기가 공기를 오염시켜 전파된다고 보는 이론이다. 이에 따르면, 늪지, 쓰레기 더미, 도살장, 묘지 등 악취가 나는 장소가 질병의 진원지로 간주되었으며, 이로부터의 공기 정화와 순환이 질병 예방의 핵심 전략으로 제시되었다. 반면 감염설은 질병이 특정 인물이나 사물과의 직접적 접촉을 통해 전파된다고 보며, 격리와 차단이 핵심 조치로 강조되었다. 두 이론은 질병의 전파 메커니즘에는 차이가 있었지만, 모두 비위생적 환경에 대한 개입과 감염원의 제거를 중시했다는 공통점을 지닌다.

이러한 이론을 바탕으로 고대와 중세 사회는 다양한 환경적 개입 전략을 발전시켰다. 대표적인 예가 격리 및 검역 제도이다. 12세기 이후 유럽 전역에서는 나병 환자들을 사회로부터 격리하여 수용하는 병원(lazar house, leprosarium)이 설립되었고, 14세기 흑사병 이후 항구 도시들에서는 입항자와 선박에 대한 검역 절차(quarantine)가 도입되었다.[214] 예컨대 베네치아는 최초의 공식 검역소인 라자레토(lazaretto)를 설치하고 40일간

211) 앞의 책, 64-65p
212) 앞의 책.
213) 앞의 책, 21-24p

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

의 격리를 시행하였으며, 이 제도는 다른 유럽 도시로 확산되었다. 전염병 발생 시에는 시체의 신속한 매장, 감염 가구에 대한 표시, 공공 집회 금지, 이동 제한 등의 조치도 시행되었으며, 이는 개인의 건강을 넘어 공동체 전체의 안전을 위한 집합적 건강 전략으로 기능하였다.

환경 위생에 대한 관심도 중세 이후 공공보건의 핵심 영역으로 부상했다. 고대 로마는 상하수도, 공중목욕탕, 쓰레기 처리 시설 등 선진적인 도시 위생 인프라를 갖추고 있었으며, 이는 일찍이 집단적 건강 개입의 기반이 되었다. 중세 도시는 전반적으로 위생 상태가 악화되었지만, 14세기 대규모 페스트 유행 이후 많은 도시들이 거리 청소, 쓰레기 수거, 도살장·묘지 규제, 식품 판매 감독 등 위생 법규를 도입하며 제도적 대응을 강화했다. 이러한 제도적 노력은 근대 공중보건 체계의 기원을 형성하였으며, 병원과 국가가 공동체의 건강을 책임지는 초기 형태로 평가될 수 있다.

근대의학에서도 환경에 대한 관심은 지속되지만 이전과는 조금 다른 양상을 보인다. 이는 18세기 <공기, 물, 장소>를 번역하여 다시금 그 중요성을 환기시킨 파리의 학자인 코라이(Coray)의 연구에서 잘 드러난다. 그는 이 책의 서론에서 인간의 건강에 미치는 환경의 영향에 주목하면서도 자연이 인간의 건강에 해가 될 때는 이에 적극적으로 개입하여야 한다고 주장한다.[215] 히포크라테스의 영향을 받은 이러한 의학이론들은 18세기와 19세기 전반까지 주목을 받았지만, 이후 '자연'에 대한 또다른 사고를 전개하는 과학적인 의학 이론들에 의해 주변화되었다.

사후부검, 동물실험 등이 가능해지면서 질병은 점차 체액의 불균형으로 인한 상태가 아닌 장기, 조직, 세포의 국소적 수준에서 설명되기 시작하였다. 질병은 환자의 몸 안에서 육안으로 확인할 수 있는 것이 되었고, 이러한 가시성을 바탕으로 의사는 환자의 증상과 원인을 파악하고 질병을 분류하는 등 지식 체계를 구성해나갔다. 한편, 미셸 푸코는 19세기 이러한 병리해부학의 전개와 동시에 통계학적 의학의 탄생을 목격한다. 이는 다수의 사람들을 대상으로 하는 의학의 출현이자 따라서 의학 지식을 통해 건강을 이루는 환경 혹은 "인구집단의 총체를 감시할 가능성"[216] 또한 시작되었다는 것을 말한다.

푸코가 <임상의학의 탄생>에서 분석한 '의학적 시선'(medical gaze)의 변화는 단순한 관찰 방식의 변화가 아니라, 의학 지식의 구성 원리 자체의 변화를 의미한다. 병원이라는 제도적 공간은 질병을 그 자연적·사회적 맥락에서 분리하여 표준화되고 통제된 환경에서 관찰할 수 있게 함으로써, 질병에 대한 새로운 객관화와 가시화를 가능하게 한다. 이는 질병을 환자의 총체적 생활세계로부터 분리하여 독립적인 인식 대상으로 구성하는

---

214) Risse, G. B. (1999).Mending bodies, saving souls: a history of hospitals. Oxford University Press. pp. 190-195.
215) 여인석. (2003). 히포크라테스와 19 세기 프랑스 의학.의사학,12(2), 168p
216) Foucault, M. (2014). 정신의학의 권력(심세광, 전혜리 역). 난장. 362p

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

인식론적 변화로서, 의학적 지식 생산의 방식 자체를 근본적으로 재구성한다. 병원의 중립적 환경은 질병을 그 사회문화적·생애사적 맥락에서 분리함으로써, 질병의 '순수한' 형태를 관찰할 수 있는 실험실적/교육적 조건을 제공하였다.

19세기 이후 병원은 단순한 치료 공간을 넘어, 인구 집단의 건강을 관찰하고 통제하는 제도로 기능하게 된다. 병원은 점차 질병의 분포를 추적하고 통계 자료를 축적하며, 공공의 건강 상태를 관리하는 중심 기관으로 자리매김한다. 의학은 더 이상 개인의 고통에만 집중하지 않고, 집단 수준에서 건강을 추적하고 조절하려는 실천으로 변화하였다. 이러한 변화는 미셸 푸코가 '생명정치(biopolitics)' 개념을 통해 분석한 핵심 지점이다. 그는 19세기 이후 의학이 개인의 생명을 관리하는 기술에서 나아가, 인구라는 생명 집단을 통치하는 장치로 기능하게 되었다고 보았다. 병원에서 생산되는 통계적 데이터는 인구 수준의 질병 유행과 건강 위험을 가시화하고, 건강이라는 문제를 공공 정책의 핵심 대상으로 전환시킨다. 이러한 제도적 장치들은 곧 국가와 전문가 집단이 건강을 '관리 가능한 자원'으로 접근하는 방식의 토대가 된다.

이러한 변화는 병원이 단순히 환자를 치료하는 공간이 아니라, 건강을 분류하고 관리하는 제도로 작동하게 된 전환을 보여준다. 근대 이후(특히 프랑스 혁명 이후) 병원은 더 이상 사회적 약자를 수용하는 구빈시설이 아니라, 시민 일반이 이용하는 의료기관으로 자리 잡기 시작했고, 그 과정에서 병원 내부의 공간 구성, 인력 운영, 제도 설계 전반이 치료 중심으로 재편되었다. 여인석은 이러한 변화가 단순한 기능 확대가 아니라, 병원이 기존 제도와 결별하고 새로운 개념 질서를 형성한 전환이라고 보았다.[217] 특히 병원이 치료 기능을 중심으로 제도화되기 시작한 시점부터, 오히려 의료 행위 자체가 점차 병원이라는 제도적 공간에 종속되기 시작했다고 보았다. 즉, 병원은 단순히 의료가 이루어지는 장소가 아니라, 의료의 작동 방식과 범위를 재구성하는 구조적 조건으로 작동하게 된 것이다.

산업화와 도시화가 본격화되면서, 병원은 더욱 중요한 생명정치적 공간으로 부상하였다. 콜레라, 장티푸스, 결핵과 같은 감염병은 도시 환경이 질병 확산에 직접적으로 작용한다는 점을 드러내며, 국가의 공중보건 개입을 정당화하였다. 에드윈 채드윅(Edwin Chadwick)과 같은 위생 개혁가들은 하수도 정비, 깨끗한 수돗물 공급, 쓰레기 처리 등을 질병 예방의 핵심 수단으로 간주하였다. 이들은 환경을 더 이상 자연적 배경이 아닌, 사회적으로 구성되고 관리되어야 할 공공 자원으로 인식하며, 건강과 환경을 둘러싼 통치성을 강화하였다.

니콜라스 로즈(Nicholas Rose)는 푸코의 환경 통치성 개념을 현대적 맥락에서 더욱 발전시켰다. 로즈는 '생명 그 자체의 정치학(politics of life itself)'이라는 개념을 통해, 현대

217) 여인석. (2019). 병원의 의료화와 의료의 병원화.의철학연구, 31-57.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

생명과학과 생의학이 어떻게 새로운 형태의 생명정치를 형성하는지 분석한다. 그에 따르면, 유전학, 분자생물학, 신경과학 등의 발전은 생명에 대한 이해와 개입의 수준을 분자적 차원으로 확장함으로써, 새로운 형태의 환경-신체 관계를 구성한다.[218]

이로써 환경은 더 이상 단순한 외부 조건이 아니라, 세포와 유전자 수준에서 신체 내부에까지 침투하고 통제 및 조절 가능한 요소로 이해된다. 이로 인해 건강 위험은 초정밀하게 가시화되고 예측 가능해졌으며, 다양한 바이오데이터와 기술 기반의 자기관리 전략이 확산되었다. 그러나 이러한 기술적 진보는 건강과 질병의 책임을 점차 개인화하고, 생물학적 차원으로 환원시키는 문제를 야기하였다. 즉 환경적 위험은 사회구조적 문제라기보다, 개인이 선택과 실천을 통해 관리해야 할 '생활 습관적 위험'으로 환원된다. 그 결과, 빈곤, 노동환경, 주거 조건 등 구조적 요인은 비가시화되며, 건강 불평등은 개인의 능력 부족이나 책임 회피로 전유된다. 즉, 생명정치는 더 정교해졌지만, 동시에 더 은밀하게 개인을 통제하는 메커니즘으로 작동하게 된 것이다.

20세기 중반 이후, 병원과 기술 중심의 의학에 대한 비판이 본격화되면서, 건강과 환경의 관계를 바라보는 관점도 변화하기 시작하였다. 기존 의학이 질병의 생물학적 원인에만 집중한 반면, 개인의 심리적 상태나 사회적 환경, 삶의 맥락은 충분히 고려되지 않았다는 비판이 제기된 것이다.[219] 이러한 성찰은 의료의 범위를 확장시키며, 건강을 단순한 신체 상태가 아니라 불평등한 사회구조, 인간관계, 생활조건 등 복잡한 삶의 조건 속에서 이해하려는 움직임으로 이어졌다.

이처럼 환경과 건강에 대한 인식은 시대와 사회적 조건에 따라 변화해왔으며, 그에 따라 건강 문제를 진단하고 환경에 개입하는 방식 또한 전환을 거듭해왔다. 환경과 신체의 관계는 고대의 자연철학적 조화 개념에서 출발하여, 근대의 해부학적 병리학, 통치성, 분자 생명과학에 이르기까지 점차 정밀하고 개인화된 통제 대상으로 변형되어 왔다. 이와 같은 역사적 흐름은 단지 기술적 진보의 선형적 결과가 아니라, 건강을 무엇으로 이해할 것인가, 돌봄을 어떻게 조직할 것인가에 대한 철학적·정치적 선택이 작동해온 궤적이기도 하다. 이러한 변화 위에서, 각 시대의 건강·환경 모델이 어떠한 문제의식과 해결 방법을 전제하고 있었는지를 비교할 필요가 있다. 이를 위해 본 장에서는 먼저 '미아스마 이론'을 살펴보고, 이어서 '위험 요인 모델', '건강생성 모델', 그리고 '포스트휴먼 케어 모델'까지의 이론적 전개를 순차적으로 고찰한 후 이를 복잡성 이론의 틀로 분석하고자 한다.

---

218) Rose, N. (2007). The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Princeton University Press. Chapter 1

219) Marmot, M., & Wilkinson, R. (Eds.). (2005).Social determinants of health. Oup Oxford.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

가. 미아스마 이론

질병의 원인에 대한 인류의 이해는 그 시대의 과학적 지식뿐만 아니라 문화적, 사회적, 철학적 가치관을 반영하는 복합적 지식체계로서 역사적으로 진화해왔다. 그중에서도 미아스마 이론은 고대부터 19세기 후반까지 서구 의학사에서 지배적인 패러다임으로 기능했다. 미아스마의 어원은 라틴어를 거쳐 그리스어의 '오염(pollution)'에서 유래했으며, 이는 단순한 물리적 오염뿐 아니라 도덕적 오염까지 포함하는 개념이었다. 고대 의학에서는 바람, 기후, 계절의 불균형과 같은 자연환경의 조건이 지역 주민 전체에게 공통적으로 작용해, 특정 질병이나 체질, 심리 상태를 유발한다고 보았다. 이러한 관점은 질병을 개별 신체의 문제로 환원하지 않고, 환경적 영향이 공통적이면서도 전염적 효과를 낼 수 있다는 이해를 나태낸다.[220]

미아스마 개념은 히포크라테스의 저작에서 더욱 정교하고 의학적으로 체계화되었다. 그는 역병을 신의 벌이나 개인의 죄의 결과가 아니라 자연적인 현상으로 설명하고자 했으며, 공기는 많은 이들에게 동시에 영향을 미치는 질병의 매개로 부각되었다. 「인간의 본성에 관하여(On the Nature of Man)」에서는 체액 이론이 구체화되며, 나쁜 공기와 부패한 환경 요소가 병의 원인으로 언급된다. 이러한 접근은 질병의 원인을 초자연적 인과에서 자연적 인과로 전환하려는 초기 의학의 철학적 시도를 보여준다.[221]

중세와 르네상스 시대를 지나며 미아스마 이론은 더욱 복잡해지고 세분화되었다. 공기의 부패는 보편적 병인론으로 받아들여졌고, 이 부패의 원인은 시체나 음식물 등의 유기물, 늪지나 고인 물에서 나오는 악취성 기체, 남쪽에서 불어오는 바람, 심지어 지진으로 인해 지구 내부에 갇힌 독성 가스의 분출 등으로 설명되었다. 여기에는 행성의 배치나 신의 분노 같은 초자연적 요인도 포함되어, 자연적·초자연적 설명이 뒤섞인 혼합적 병인론으로 작동했다.[222]

18세기 후반에서 19세기 중반에 이르러, 미아스마 이론은 공중보건의 실천적 기반으로 전환된다. 에드윈 채드윅(Edwin Chadwick)과 같은 위생 개혁가들은 도시의 하수, 오물, 쓰레기 등에서 발생하는 미아스마가 콜레라와 같은 역병의 주요 원인이라고 보고, 대규모 환경 개선과 위생 개혁을 추진하였다. 이는 미아스마 이론이 단순한 관념적 구성물이 아니라, 공공 정책과 도시계획에 실질적 영향을 미친 사회-환경적 실천으로 발전했음을 보여준다.[223]

---

220) Horn, E. (2022). WINDS, MIASMA, POLLUTION.Environing Media.
221) Hippocrates.(2011). 여인석, 이기백. 히포크라테스 선집. 파주: 나남. 42p
222) Sterner, C. S. (1948). A brief history of miasmic theory.Bull Hist Med,22, 747.
223) Kokayeff, N. (2012). Dying to be discovered: Miasma vs germ theory.ESSAI,10(1), 24.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이처럼 도시 공간은 감염의 주요 매개 지대로 인식되었고, 위생은 도시를 통치하고 구성하는 핵심 기술로 자리잡았다. 특히 위생은 민간의 자발적 실천이 아니라, 중앙정부 주도의 행정 개입과 규율을 통해 실현되었다. 위생국, 경찰, 기술 관료 기구를 통해 상하수도, 분뇨 처리, 도로 정비 등이 국가 차원에서 조직적으로 추진되었으며, 도시 위생은 감염 통제를 명분으로 하여 도시 공간을 재편하고, 국가가 인구를 규율하는 주요 장치로 기능했다.[224]

19세기 유럽과 북미에서는 공중보건에 대한 이해와 접근법에 관한 주요 논쟁이 벌어졌다. 특히 접촉감염설과 나쁜 공기설(미아스마 이론) 사이의 격렬한 논쟁이 한 세기 동안 지속되었다. 접촉감염설은 질병이 무생물 독소인 독성물질이 사람과 사람의 직접 접촉을 통해 퍼진다고 주장하며, 선박 격리와 방역선 설정을 통한 감염 제한을 주된 전략으로 삼았다. 반면 나쁜 공기설은 지역의 부식된 오염물(배설물, 썩은 음식 등)에서 발생하는 악취성 유기물질이 공기를 오염시켜 질병을 일으킨다고 주장하며, 오염물 청결을 주된 해결책으로 제시했다. 이 외에도 불확정적 접촉설과 발효이론 같은 중간적 입장도 존재했다.[225]

이러한 논쟁은 단지 이론 간의 과학적 대립에 그치지 않고, 경제적 비용, 정치적 권한, 사회적 통제와 같은 제도적 이해관계와도 긴밀히 얽혀 있었다. 예컨대 접촉감염설은 강력한 검역과 통제를 요구했으나, 이는 무역 활동을 제약하고, 노동자 계층에게 부담을 전가할 수 있다는 점에서 정치적 반발을 불러올 위험이 있었다. 반면 미아스마 이론은 오물 제거와 위생 개선을 통해 공공의 건강을 개선할 수 있다는 합리적 명분을 제공하며, 제도 개입의 정당성을 확보하는 데 유리했다.

이후 19세기 후반에 이르러 파스퇴르와 코흐 등에 의해 세균설이 과학적으로 입증되면서, 기존 미아스마 중심의 도시위생론은 전환점을 맞게 된다. 병인론의 중심축이 공기 중의 '기운'에서 병원균이라는 구체적 실체로 이동함에 따라, 위생 정책 역시 대기·환경 정비에서 감염원 통제와 개인 위생, 격리 중심의 방역 체계로 옮겨가기 시작한다. 이로써 도시위생은 물리적 환경의 정화보다는 병원균을 제거하는 전략으로 재구성되며, 위생의 실천 범위와 방식은 더욱 기술화되고 전문화된다.

나. 위험 요인 연구

오늘날 역학적 개입의 핵심 개념인 '위험요인(risk factor)'은 단일한 의학적 발견이 아니라, 근대 산업사회 전반에 걸친 위험 관리와 통제의 논리 속에서 형성된 개념이다. 이 용어는 19세기 말부터 보험, 금융, 농업, 제조업 등 다양한 산업 영역에서 등장하였으며,

224) 박윤재. (2017). 19 세기 말-20 세기 초 병인론의 전환과 도시위생.도시연구, (18), 7-30.
225) Krieger, N. (2018). 낸시 크리거의 역학 이론과 맥락(신영전 외 역). 한울아카데미.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

의료에서는 1922년 직업건강 문헌에 처음 사용된 후, 1950년대 정신의학, 심장학, 역학 분야에서 재등장하였다. 특히 1961년 프레밍험 심장 연구는 이 개념을 보건의료의 중심 어휘로 정착시키는 계기가 되었으며, 1970년대 중반 이후 공중보건의 핵심 도구로 자리 잡았다. 이는 위험요인이 단순한 생의학적 용어가 아니라, 통계적 위험 계산과 통제를 중심으로 한 역사적이고 인식론적인 구성물임을 보여준다.[226]

프레밍험 심장 연구는 1947년 결핵 공중보건 캠페인의 모델을 따라 시작되었으며, 초기에는 심장질환의 조기 발견과 선별기술에 중점을 둔 실용적 연구였다. 1948년 국립심장연구소의 설립과 함께 이 연구는 심장질환의 발생과 진행 과정을 추적하는 전향적 코호트 연구로 전환되었다. 1950년대 후반 도입된 다변량 통계 기법은 위험요인 연구의 방법론을 혁신하는 계기가 되었으며, 이는 다양한 요인을 동시에 분석할 수 있는 가능성을 열었으나, 명확한 가설 없이 데이터를 탐색하는 방식은 과학적 엄밀성에 대한 비판도 초래하였다. 컴퓨터 분석 기술의 발전으로 측정 가능한 거의 모든 요소가 잠재적 위험요인으로 간주되었고, 그 결과 미미한 특성까지도 연구 대상이 되었다.[227]

"위험요인" 접근법이라는 개념은 1960년대 이후 점차 질병에 대한 새로운 접근 방식을 상징하는 표현으로 등장했으며 이 개념이 본격적으로 확산된 것은 1970년대에 들어서였다. 이는 의학 내부의 변화뿐 아니라 미국 사회 전반에 확산된 위험에 대한 인식과 같은 사회적 요인의 영향도 컸다. 또한 이 접근은 중앙집중적 대형 연구의 증가, 실험실 기반 생의학의 위상 강화, 그리고 환원주의에 대한 비판적 반성 등의 흐름과 결합되었다. 그 결과, 질병은 개인의 생리학적, 행동적, 사회적 특성을 특정 확률과 연결하여 설명하는 방식으로 재구성되었다.

또한 연구자들은 심리적 요인이나 스트레스처럼 주관적이고 측정하기 어려운 변수들을 배제하고, 혈압, 콜레스테롤 수치, 체중 등 객관적으로 측정 가능하고 정량화할 수 있는 변수들에 집중했다.[228] 이는 단순한 방법론의 선택이 아니라, 정량성과 객관성을 중시하는 과학적 패러다임의 반영으로서 위험요인 접근법의 성격을 형성하는 데 중요한 영향을 미쳤다.

위험요인 모델의 발전과 함께 20세기 중반에 일어난 또 다른 중요한 전환은 '생활습관(lifestyle)' 개념의 등장과 방법론적 개인주의의 강화였다. 낸시 크리거가 지적하듯, 이 시기에 등장한 행동과학은 '방법론적 개인주의'를 강조하며 질병의 원인을 개인의 생활습

226) Jones, D. S., & Oppenheimer, G. M. (2017). If the Framingham Heart Study did not invent the risk factor, who did?.Perspectives in Biology and Medicine,60(2), 131-150.
227) Aronowitz, R. A. (2011). The Framingham heart study and the emergence of the risk factor approach to coronary heart disease, 1947-1970.Revue d'histoire des sciences,64(2), 263-295.
228) 앞의 책.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

관과 행동으로 환원시켰다.[229] '생활습관'이라는 개념이 역학 문헌에 등장하면서, 개인의 선택과 행동이 건강에 미치는 영향이 강조되었고, 이는 건강 행태를 설명하는 주요 개념으로 자리 잡기 시작했다.

결과적으로 위험요인 개념은 '건강과 질병에 대한 새로운 접근 방식을 상징하는 표현'으로 곧 자리 잡았으며, 개인의 생리학, 행동, 사회적 배경의 정량화 가능한 요소들을 확률적 언어를 사용하여 특정 불리한 결과와 연결시키는 새로운 설명 방식을 제공하였다.[230] 또한 이는 질병의 우연성에 대한 불안을 완화하고, 공중보건 캠페인에서 '건강한 선택'을 권고하는 사회적으로 허용된 수단이 되었다. 나아가 위험요인은 특정 개인이나 집단이 '올바른 행동'을 하고 있으며, 다른 이들은 그렇지 않다는 점을 드러내는 도덕적 기준으로 기능하기도 하며, 이는 다양한 교육 캠페인의 근거로 활용되었다.

구체적으로, 프레밍엄 심장 연구는 개인의 질병 책임성에 관한 관점을 강화하는 데 기여했다. 이 연구는 새로운 양적, 개인주의적, 과학적 접근법을 통해 심장 질환의 발생과 개인 행동 간의 관계를 밝혀냈다. 연구자들은 개인의 특성과 행동(혈압, 콜레스테롤, 흡연 등)에 초점을 맞추었고, 이것이 심장 질환 위험에 미치는 영향을 수량화했다. 이러한 위험 요인 접근법은 여러 이유로 매력적이었는데, 특히 건강을 향한 다양한 행동 선택 사이에서 일종의 '로드맵'을 제공하며, 질병의 우연성을 최소화하는 틀을 제공했기 때문이다. 또한 세속적 시대에 특정 개인과 집단이 옳은 일(적절한 식이요법, 운동)을 하고 다른 이들이 잘못된 일(과식, 흡연, 약물 복용 거부, 운동 부족)을 한다고 말할 수 있는 사회적으로 용인된 수단을 제공함으로써, 현대 과학의 외양을 띠고 개인의 질병 책임에 관한 오래된 관념에 새로운 정당성을 부여한 것이다.[231]

프레밍험 연구는 '정상(normal)'이라는 개념의 재정립에도 결정적인 기여를 하였다. 이 연구는 콜레스테롤 수치와 관상동맥심장질환(Coronary Heart Disease, CHD) 위험 사이의 관계가 정상과 이상의 이분법적 관계가 아니라 연속선상에 있음을 밝혀냈으며, 이는 임상적 판단과 공중보건 정책 모두에 중대한 함의를 남겼다. 특히 1961년 도버(Dawber)는 미국 인구 전체를 분석한 결과, 심장질환 위험이 급격히 증가하는 특정 임계값(threshold)이 존재하지 않으며, 콜레스테롤 수치가 낮더라도 일정 수준의 위험이 계속해서 존재한다는 사실을 지적하였다.[232] 다시 말해, CHD 위험은 특정 수치를 초과했을 때에만 발현되는 것이 아니라, 저위험에서 고위험으로 점진적으로 이동하는 형태를 보인다.

이러한 결과는 건강과 질병을 구분하는 기존의 '절대적 경계선' 모델을 해체하며, 정상

229) Krieger, N. (2018). 낸시 크리거의 역학 이론과 맥락(신영전 외 역). 한울아카데미.
230) Aronowitz, R. A. (2011). The Framingham heart study and the emergence of the risk factor approach to coronary heart disease, 1947-1970.Revue d'histoire des sciences,64(2), 263-295.
231) 앞의 책.
232) 앞의 책.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

과 비정상을 이분법적으로 나누는 방식의 한계를 드러냈다. 전통적으로 임상현장에서는 특정 수치를 기준으로 '정상'과 '이상'을 구분하였고, 이는 의사, 환자, 역학자 모두에게 직관적이고 실행 가능한 판단 기준으로 작동해왔다. 그러나 프레밍험 연구는 이러한 기준이 과학적으로 뒷받침되지 않는 경우가 많음을 보여주었고, '정상'이라는 개념이 생물학적으로 고정된 실체가 아니라, 통계적·정책적 고려에 따라 구성된 것임을 드러내었다.

실제로 이후 공중보건 정책에서 사용된 임계값은 과학적 결정이라기보다는 현실적 고려—정책의 실현 가능성, 비용-효과 분석, 대상 집단의 수용성 등—에 따라 결정된 경우가 많았으며, 그 결과 임계값은 지속적인 논쟁과 재조정의 대상이 되었다. 이러한 상황은 건강 위험을 판단하는 기준이 단순한 생물학적 수치에 의존할 수 없으며, 정상성과 질병성을 이해하는 방식 자체가 맥락적으로 구성되어야 함을 시사한다. 즉, 프레밍험 연구는 '정상'이라는 개념을 연속적 스펙트럼으로 재개념화함으로써, 건강과 질병 사이에 존재하는 경계가 고정적이지 않으며, 시간적·사회적·정책적 맥락에 따라 조정될 수 있는 구성물이라는 점을 부각시켰다. 이는 단순히 질병 예측의 정확도를 높이는 기술적 성취를 넘어, 의학이 건강을 정의하고 통제하는 방식에 대한 변화를 나타냈다.

위험요인 모델에서 환경(environment)은 주로 두 가지 방식으로 다루어졌다. 첫째, 환경은 병원체, 독소, 발암물질 등 질병을 유발하는 '위험의 원천(source of risk)'으로 간주되었다. 둘째, 이러한 요인을 차단하거나 조절하는 '개입의 대상'으로 설정되었다. 이와 같은 이중적 접근은 환경을 인간 건강과 상호구성적인 관계를 맺는 복잡한 요소가 아니라, 외부로부터 통제 가능한 변수로 환원시켰다. 그 결과, 환경은 점차 노출(exposure)과 결과(outcome) 간의 통계적 상관성을 밝혀내는 도구적 대상으로서 구성되었으며, 환경요인은 인간 건강에 위협을 가하는 잠재적 위험으로 전환되었다.

이러한 관점은 환경을 측정 가능한 외재적 요인으로 전락시키며, 복잡한 생태적·사회적 연계성을 배제하게 되는 결과를 가져왔다. 위험요인 모델은 환경 요인을 통제 가능한 개인적 선택 요소(예: 식습관, 흡연)와 통제 불가능한 외부 요인(예: 대기오염, 산업 독성물질)으로 이분화하였고, 이 구분은 건강에 대한 개인적 책임의 범위를 정당화하는 근거가 되었다. 특히 1980년대 이후 '생활습관' 패러다임과 결합하면서 환경 개념은 개인의 행동과 선택을 포함하는 영역으로 확대되었고, 환경적 노출은 점점 더 개인이 식별하고 회피해야 할 '선택의 문제'로 전환되었다. 낸시 크리거(Nancy Krieger)는 이 전환을 비판하며, 환경이 '소비되는(consumables)' 것과 '오염되는(contaminants)' 것이라는 이분법적 범주 속에 배치되었다고 분석하였다.[233] 이는 질병의 구조적 원인에 대한 사회적 개입보다는, 개인 수준에서의 정보 제공과 행동 수정에 정책 초점이 맞춰지도록 만들었다.

결과적으로 위험요인 모델은 건강을 질병이 없는 상태로 간주하고, 건강 유지의 책임

233) Krieger, N. (2018). 낸시 크리거의 역학 이론과 맥락(신영전 외 역). 한울아카데미.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

을 개인에게 강조하는 경향을 보이며, 그로 인해 사회적·정치적·경제적 구조가 질병 발생과 건강 불평등에 미치는 영향을 상대적으로 덜 주목하게 만들었다. 이로 인해 위험요인 모델과 생활습관 중심 담론은 병리중심적 의료의 틀을 강화하는 한편, 즉, 위험요인 모델은 건강과 환경 사이의 복잡한 상호작용을 단순화하고, 개인의 선택과 책임이라는 틀 안에서 관리 가능한 대상으로 환원함으로써, 건강과 환경의 상호작용에 대한 사회적 상상력과 제도적 개입의 폭을 제한하는 결과를 초래하였다.

다. 건강생성이론(Salutogenesis)

건강 생성에 대한 환경의 영향은 고대 페르시아와 히포크라테스 의학에서의 '장소성(place)' 개념을 비롯해, 그리스-이집트 및 로마 도시 구조, 영국의 조경 정원 운동, 18세기 도시 공원 운동 등 다양한 역사적 사례에서 확인된다. 그러나 현대 의료 패러다임이 점차 생화학적·생물학적 접근으로 전환되면서, 환자의 신체는 주변 환경으로부터 점차 추상화되었고, 건강과 환경의 상호작용은 역학, 사회의학, 열대의학 등 특정 분야에서만 제한적으로 다루어져 왔다. 건강생성이론의 흐름은 이러한 단절을 극복하고, 환경과 건강의 관계를 통합적이고 현대적인 맥락에서 재구성하려는 시도로 이해할 수 있다.

건강생성이론은 기존의 병리 중심(pathogenic) 접근이 질병과 그 원인 규명에 집중하는 데 비해, 건강을 단지 질병의 부재로 보지 않고, 건강이 어떻게 형성되고 유지되는지를 탐구한다. 이 이론은 의학사회학자 아론 안토노프스키(Aaron Antonovsky)가 1979년 저서 Health, Stress, and Coping에서 처음 체계화했으며, 이후 Unraveling the Mystery of Health(1987)을 통해 이론적 정교화를 거쳤다. 그는 나치 강제수용소 생존자들을 연구하면서, 극한의 상황에서도 비교적 안정적인 신체적·정신적 건강을 유지하는 사람들을 관찰하였고, 이를 바탕으로 "무엇이 사람들을 건강하게 만드는가?"라는 질문을 중심에 둔 새로운 건강 이론을 전개하게 되었다.

안토노프스키는 건강과 질병을 이분법적으로 구분하는 기존 관점을 비판하며, 이를 하나의 연속선(continuum)으로 파악하는 개념 전환을 제안했다. 이 연속선에서 개인은 완전한 건강(ease)과 완전한 질병(dis-ease) 사이의 어느 지점에 위치하며, 상황에 따라 지속적으로 이동할 수 있는 존재로 이해된다.[234] 이때 개인이 어디에 위치하는지는 스트레스에 대한 대처 능력과 그것을 가능하게 하는 자원 활용 능력에 따라 결정된다고 보았다.

건강생성이론은 개인과 환경의 역동적 상호작용을 중심으로 건강을 설명하며, 단일 원

234) Antonovsky, A. (2002). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. The health psychology reader(pp. 127-139). SAGE Publications Ltd.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

인론을 넘어서려는 이론적 대안을 제시한다. 안토노프스키는 이론 형성 과정에서 한스 셀리(Hans Selye)의 스트레스 반응 이론, 르네 두보스(René Dubos)의 질병 생태학적 통찰, 조지 엥겔(George Engel)의 생물심리사회적 모델 등 다양한 학문적 영향을 받았다.[235]

안토노프스키는 스트레스 상황에서 건강을 유지하거나 회복하는 데 중요한 두 가지 개념을 제시했다. 첫째, 일반화된 저항 자원(GRRs)은 스트레스를 효과적으로 대처하는 데 도움을 주는 다양한 자원으로, 돈이나 주거 같은 물질적 자원, 지식, 정체성, 사회적 지지, 문화적 안정성, 종교·철학 등이 포함된다. 둘째, 일관성 감각(Sense Of Coherence)은 개인이 삶의 자극을 얼마나 이해하고, 통제 가능하며, 의미 있다고 느끼는지를 나타내는 지향성이다. SOC는 이해 가능성(comprehensibility), 관리 가능성(manageability), 의미성(meaningfulness)의 세 요소로 구성되며, 개인의 생애 전반에서 형성되고 강화된다. SOC가 강할수록 개인이 건강 연속선에서 건강에 가까운 지점으로 이동할 가능성이 높다고 안토노프스키는 설명한다.[236]

건강생성이론과 환경의 관계는 안토노프스키의 초기 개념화 이후 지속적으로 확장되고 재해석되어 왔다. 초기 살루토제네시스 모델에서는 개인의 심리적 특성과 내적 자원에 상대적으로 더 많은 관심이 집중되었으나, 이러한 한계는 건강생성이론이 점차 다양한 학문 분야로 확산되고 적용되면서, 환경 요인을 보다 체계적으로 통합하려는 이론적 확장으로 이어졌다.[237]

살루토제닉 환경 건강 모델(Salutogenic Environmental Health Model, SEHM)에서는 환경 요인을 자원(Resources), 맥락 조건(Context Conditions), 스트레스 요인(Stressors)의 세 가지 하위 요소로 분류한다. 자원은 건강을 증진하고 스트레스를 완화하는 긍정적 요인(예: 자연 공간, 사회적 지지, 안정적 주거환경)을, 스트레스 요인은 건강에 부정적 영향을 미치는 요소(예: 공기 오염, 소음, 사회적 고립)를, 맥락 조건은 본래 가치 중립적이지만 환경적 요인이 자원 또는 스트레스 요인으로 전환되는 맥락(예: 특정 기후 조건)을 의미한다. 이러한 포괄적 틀은 건강의 환경적 결정요인을 단순한 인과관계가 아닌 복잡한 상호작용 속에서 이해할 수 있게 한다.

---

235) Menatti, L. (2024). Medicine, healthcare and the environment: from the salutogenic approach towards the salutogenic environments.

236) Tan Yip Ming, C., Rojas-Carabali, W., Cifuentes-González, C., Agrawal, K., Grover, S., Anand, A., ... & Agrawal, R. (2024). Beyond Pathology-Exploring Salutogenesis as a Novel Approach to Eye Inflammatory Disease Prevention and Management: A Perspective.Ocular Immunology and Inflammation,32(10), 2506-2514.

237) Pleyer, J. A., Pesliak, L. D., & McCall, T. (2024). Salutogenic Environmental Health Model—proposing an integrative and interdisciplinary lens on the genesis of health.Frontiers in Public Health,12, 1445181.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

살루토제네시스 관점이 가지는 중요한 의의 중 하나는 기존 병리학적 모델이 충분히 다루지 못했던 환경의 긍정적 기여를 적극적으로 조명한다는 점이다. 병리학적 접근이 주로 오염물질·병원균·유해 물질과 같은 질병 유발 요인에 초점을 맞추는 반면, 살루토제닉 접근은 건강 증진과 웰빙을 촉진하는 환경 요소와 자원을 강조한다. 일부 연구에서는 이러한 관점을 단순히 질병과 그 원인을 밝혀내고 통제하려는 차원을 넘어, 개인의 치유 자원 및 환경 적응 능력에 주목하는 새로운 틀로 소개하기도 한다. 예컨대 톡소플라스마증 예방의 경우, 병리학적 접근은 병원체 제거에 초점을 두는 반면, 살루토제네시스적 접근은 지역적 환경요소를 고려하고, 주민 참여와 교육을 통해 문제를 해결하려는 방식을 제시한다.[238] 즉, 환경을 위험 요소가 아닌 건강 생성의 자원으로 재구성하는 시각이다.

한 연구에서는 출산 경험을 건강생성 관점에서 조망하며, 이 관점이 기존 의료 모델이 임신·출산을 주로 병리적 위험이나 손상 예방의 측면에서 다루어온 것과 달리, 여성의 건강 경험을 연속적인 과정으로 이해하고 긍정적인 요소를 강화하려는 적극적인 건강 증진 접근으로서 중요한 의의를 지닌다고 보았다.[239] 출산은 이 관점에서 단순히 합병증을 예방하고 통증을 관리하는 행위가 아니라, 여성이 자신의 내적·외적 자원을 활용하여 건강에 가까운 지점으로 나아가는 경험적 여정으로 해석된다. 이 과정에서 여성 개개인의 주관적 필요와 가치를 포착하고 돌봄을 제공할 수 있으며, 결과적으로 산모의 심리적 웰빙과 건강 역량을 증진시킨다는 점이 살루토제네시스 기반 돌봄 접근이 갖는 의의라 할 수 있다.

결과적으로 건강생성이론은 환경(생물학적, 심리적, 사회적 요인 등)을 통합적으로 고려함으로써, 건강을 고정된 상태가 아닌 삶 전반에 걸친 연속적이고 생성적인 과정으로 이해하도록 한다. 이는 개인이 자신의 생활세계와 환경 속에서 의미를 구성하고 건강을 조율해 나갈 수 있는 능동적 주체로 자리매김하도록 하며[240], 돌봄 실천과 의료 환경 설계, 교육, 건강 정책 등 다양한 영역과의 연계 가능성을 열어준다.[241] 또한 단기적 치료

---

238) Tan Yip Ming, C., Rojas-Carabali, W., Cifuentes-González, C., Agrawal, K., Grover, S., Anand, A., ... & Agrawal, R. (2024). Beyond Pathology-Exploring Salutogenesis as a Novel Approach to Eye Inflammatory Disease Prevention and Management: A Perspective.Ocular Immunology and Inflammation,32(10), 2506-2514.

239) McKelvin, G., Downe, S., & Thomson, G. (2025). Exploring childbirth experiences through a Salutogenic lens.Midwifery,142, 104276.

240) Röhrich, C., Giordano, J., & Kohls, N. B. (2021). Narrative view of the role of health promotion and salutogenesis in the treatment of chronic disease: viability and value for the care of cardiovascular conditions.Cardiovascular Diagnosis and Therapy,11(2), 591.

241) Menatti, L. (2024). Medicine, healthcare and the environment: from the salutogenic approach towards the salutogenic environments.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

중심의 돌봄 개입을 넘어, 장기적 건강관리와 삶의 질을 반영하는 체계로의 이행을 모색하게 한다.

라. 포스트휴먼 파생 돌봄 이론

현대 사회가 직면한 다종적(multispecies) 위기와 생태학적 붕괴는 돌봄에 대한 인간 중심적 패러다임의 한계를 더욱 분명히 드러낸다. 이에 따라 포스트휴먼 관점에서 돌봄의 윤리와 실천을 재구성하려는 시도들이 활발히 전개되고 있다. 인류세(Anthropocene)로 명명된 이 시대는 인간 활동이 지구 시스템에 지질학적 수준의 영향을 미치는 시기로, 단순한 환경 문제를 넘어 존재론적·인식론적·윤리적 차원에서의 근본적인 재사유를 요구한다. 포스트휴먼 이론에서 파생된 돌봄 이론은 인간과 비인간 존재들이 얽힌 복잡한 네트워크 속에서 돌봄의 주체, 대상, 방식이 더 이상 인간 중심으로만 규정될 수 없다고 주장한다. 이는 인간의 배타적 행위성과 도덕적 우월성을 해체하고, 다양한 행위자들과의 관계적 상호의존성을 인식하는 돌봄 실천으로 확장된다.[242]

포스트휴먼 돌봄의 이론적 지형은 다양한 철학적 조류와 비판적 전통이 교차하는 장(場)으로 이해할 수 있다. 로지 브라이도티의 비판적 포스트휴머니즘, 캐런 바라드의 행위적 실재론, 도나 해러웨이의 공동 생산(sympoiesis) 개념, 마리아 푸이그 델라 벨라카사의 '돌봄의 문제들(matters of care)'은 각기 다른 방식으로 인간중심주의를 해체하고 보다 관계적이고 물질적인 돌봄 실천을 발전시킨다. 바라드의 '내부-작용(intra-action)' 개념은 존재자들이 선험적으로 분리된 채 상호작용하는 것이 아니라, 관계적 얽힘 속에서 공동으로 구성되며 서로를 통해 존재하게 되는 과정을 설명한다. 바라드의 행위적 실재론(agential realism)은 세계를 고정된 실체들의 집합이 아니라, 끊임없이 이루어지는 관계적 생성의 장으로 이해한다. 이 이론에서 주체와 객체는 '행위적 절단(agential cuts)'을 통해 임시적으로 분리되어 나타나며, 이러한 분리는 여전히 얽혀 있는 관계의 일부로서, 반드시 인간의 의도적 개입에 의해 발생하는 것도 아니다.[243]

바라드는 책임 개념을 '무엇이 중요하게 여겨지고, 무엇이 중요하지 않다고 간주되어 배제되는가'의 문제와 연결시킨다.[244] 그녀에 따르면, 책임은 의식적이고 자율적인 인간

242) Carstens, D. (2020). An ethics of immanence: Posthumanism and the politics of care. InPosthuman and political care ethics for reconfiguring higher education pedagogies(pp. 79-90). Routledge.
243) Murris, K., & Bozalek, V. (Eds.). (2022).In conversation with Karen Barad: Doings of agential realism. Taylor & Francis.
244) Koggel, C., Garrau, M., Prattes, R., Dalmiya, V., Doucet, A., Jewell, E., ... & Visse, M. (2024).Decentering epistemologies and challenging privilege: Critical care ethics perspectives. Rutgers University Press. Chapter 8.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

의 의도에 후행하는 것이 아니라 그 이전부터 작동하는 관계적 조건이며, 인간만의 특권도 아니다. '장애인이 없으면 비장애인 또한 존재할 수 없다'는 점을 인정하는 것이 무엇을 의미하는가라는 질문을 통해, 바라드는 우리의 특권적 위치가 타자들과의 얽힘에 근거하고 있음을 직시할 것을 요구한다. 이는 얽힘의 관계 속에서 발생하는 존재론적·윤리적 책임을 진지하게 받아들이는 태도를 요청하는 것이다.

푸이그 델라 벨라카사는 돌봄을 단순히 인간 간의 관계적 실천이 아니라, 인간을 넘은 세계와의 지속가능성과 번영을 위한 윤리적-정치적 개입으로 재구성하며, 이를 특정한 물질적, 역사적, 정치적 조건 속에서 위치하는 상황적 실천으로 이해한다.[245] 이는 돌봄이 모든 관계적 맥락에서 동일하게 작동하는 보편적 윤리가 아니라, 항상 특정한 물질적-담론적 조건과 권력 관계 속에서 구성되는 특수한 실천임을 강조한다.

이러한 이론적 발전은 인간중심적 윤리학의 핵심인 자율성과 인간 예외주의에 대한 비판과도 밀접히 연결된다. Smith 외에 따르면 인간중심적 돌봄(person-centered care)은 자율성과 존엄성의 존중을 표방하지만, 실상은 합리적이고 자율적인 주체라는 신자유주의적 이상을 전제하며, 이는 인종, 젠더, 계급, 장애 등에 따른 불평등을 재생산할 수 있다.[246] 즉 '인간성'은 중립적이고 보편적인 범주가 아니라, 특정 존재들(백인, 시스젠더, 비장애인 등)에게 특권과 권한을 부여하는 위계적 구성물로 기능해왔으며, 이는 돌봄의 영역에서도 누가 돌봄의 주체이자 대상이 될 수 있는지를 규정해왔다는 것이다.

트론토가 지적한 '특권적 무책임(privileged irresponsibility)'은 일부 집단이 돌봄의 책임에서 스스로를 면제하면서도, 자신의 필요는 언제나 충족될 것이라 기대하는 태도를 의미한다[247] 이러한 관점은 인간이 타자를 돌보아야 할 존재로 상정되기보다, 돌봄의 수혜자로만 위치 지어지는 구조를 고착화하며, 궁극적으로는 환경마저 무한히 착취 가능한 자원으로 대상화하는 시선으로 확장된다. 포스트휴먼 기반 돌봄 이론은 이러한 인간중심적 돌봄의 한계를 극복하고, 다양한 존재들의 상호의존적 관계성에 기반한 보다 포괄적이고인 돌봄의 윤리를 지향한다.

포스트휴먼 돌봄은 또한 돌봄의 물질성과 기술적 중재성에 대한 새로운 이해를 요구한다. 기술의 발전과 함께 돌봄의 실천은 점점 더 다양한 기술적, 물질적 행위자들에 의해 중재되고 있으며, 이는 돌봄의 주체와 객체, 그리고 돌봄의 과정 자체에 대한 재고를

245) de La Bellacasa, M. P. (2017).Matters of care: Speculative ethics in more than human worlds(Vol. 41). U of Minnesota Press.
246) Smith, J. B., Willis, E. M., & Hopkins-Walsh, J. (2022). What does person-centred care mean, if you weren't considered a person anyway: An engagement with person-centred care and Black, queer, feminist, and posthuman approaches.Nursing Philosophy,23(3), e12401.
247) Tronto, J. C. (2013). Caring democracy: Markets, equality, and justice. InCaring Democracy. New York University Press.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

촉구한다. 일본과 같은 고령화 사회에서 로봇 케어의 발전은 단순히 인간 돌봄 노동의 대체가 아니라, 기술과 인간 사이의 새로운 친밀 관계(kinship)와 돌봄의 가능성을 보여준다.[248] 이러한 관점에서 기술적 존재들은 단순한 도구나 객체가 아니라, 돌봄의 네트워크 속에서 특정한 행위성을 발휘하는 행위자로 이해된다. 이는 인간과 기술 사이의 이분법을 해체하고, 인간-기술-환경이 복잡하게 얽힌 네트워크 속에서 돌봄이 어떻게 실현되는지에 대한 새로운 이해를 요구한다.

의료 및 간호 실천의 영역에서도 포스트휴먼 돌봄의 이론은 새로운 시사점을 제공한다. 간호는 전통적으로 인간 환자를 대상으로 한 정서적·임상적 실천으로 이해되어 왔으나, 포스트휴먼 관점은 간호를 인간, 기술, 환경이 얽힌 생태적 네트워크 속에서 수행되는 다종적 실천으로 재구성한다.[249] 간호사는 AI, 웨어러블, 로봇 등 다양한 기술적 존재와 협업하며, 돌봄의 기술적 중재자이자 생태적 조율자로서의 역할을 수행한다. 이러한 실천은 단순히 임상적 기술을 넘어, 기술 접근성과 환경 지속가능성에 대한 윤리적·정치적 책임을 수반한다. 간호사는 기술과의 능동적 협력뿐만 아니라, 기술이 유발할 수 있는 사회적 불평등에 비판적으로 개입해야 하는 정치적 주체로도 인식된다.

브라이언 스미스는 간호를 들뢰즈와 가타리의 '기관 없는 신체(body without organs)' 개념을 바탕으로, 고정된 실체가 아닌 정서적 흐름과 상호작용 속에서 형성되는 역동적 실천으로 설명한다.[250] 그는 인간 주체를 고립된 자율적 존재가 아니라, 만남과 감응을 통해 구성되는 존재로 이해하며, 간호사의 돌봄 실천은 정량화하기 어려운 체화된 지식(embodied knowledge)에 기반한다고 주장한다. 이는 표준화된 의학 지식과는 다른 경험적이고 직관적인 실천 지식이며, 포스트휴먼 관점은 이 지식을 재조명하고 제도적 가시성 부여를 가능하게 한다.

한편 루신다 콜이 제안한 '의학적 포스트휴머니티(medical posthumanities)' 개념에 따르면, 의학과 보건 영역에서의 인간 중심적 사고를 비판하며, 인간과 비인간 존재들의 건강을 통합적으로 이해하고자 하는 이론적 틀을 제공한다. 그녀는 캐리 울프(Cary Wolfe)의 주장에 따라, 포스트휴머니즘은 단지 인간 중심성을 비판하는 데 그치지 않고, 사고 방식 자체를 성찰하는 작업이어야 한다고 본다. 예컨대 종간 감염에 대한 불안은, 단순한 과학적 위험이 아니라 종 경계, 생명 정의, 사회적 연대에 대한 철학적 질문으로 전환된다. 이러한 해석은 포스트휴먼 돌봄이 생물학, 생태, 정치, 문화의 통합된 시야를 통해 건강을 재정의하려는 시도와 맞닿아 있다.[251]

---

248) Baquè, G. (2024). Encounters of care: technological kin and nonhuman care. Ecozon@: European Journal of Literature, Culture and Environment,15(2), 141-155.

249) Zhao, J. (2023). Nursing in a posthuman era: Towards a technology-integrated ecosystem of care.International Journal of Nursing Sciences,10(3), 398-402.

250) Smith, J. B. (2023). Ecologies of care: a posthuman institutional ethnography of nursing.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이와 관련하여, Julianne Meisner 등은 기존의 원헬스(One Health) 접근이 인간, 동물, 환경의 건강을 상호 연관된 것으로 인식하며 인수공통감염병 대응에서 일정한 성과를 거두었음을 인정한다. 그러나 이 접근은 환경의 개념을 일관되게 정의하지 못하고, 인간 중심주의를 암묵적으로 전제하고 있다는 점에서 한계를 지닌다고 지적한다.[252] 기존의 원헬스 담론에서 환경은 종종 인간과 동물 사이의 중립적 매개공간으로 축소되며, 동물 역시 건강의 행위자라기보다 질병의 매개체 혹은 경제적 자원으로만 간주되는 경향이 있었다.

이러한 협소한 환경 이해는 식민주의와 자본주의의 역사적 맥락에서 발생한 건강 불평등의 구조적 원인을 간과하게 만든다. 환경과 생물의 건강을 다룬다고 하면서도, 정치적, 경제적, 사회적 요인을 체계적으로 통합하지 못하는 이론적 불균형이 존재한다. 더욱이 기존 원헬스 정의들은 연구나 실천보다는 정책 수립을 위한 개념적 틀에 머무르는 경우가 많으며, 실제 연구 설계나 지식 생산 과정에서 환경-건강 간의 복합적 상호작용을 충분히 반영하지 못하는 한계를 드러낸다.

이러한 문제의식을 바탕으로 제안된 관계적 원헬스(Relational One Health) 접근은 환경을 생태계와 명확히 구분하여 사회적, 문화적, 역사적, 정치적, 경제적 요소를 포괄하는 다차원적 맥락으로 정의하고, 인간, 동물, 생태계를 모두 건강의 담지자(health bearers)로 인식함으로써 건강의 분포를 상호적이고 집합적인 방식으로 재사유한다. 예를 들어, 브라질의 킬롬볼라(Quilombola) 공동체 사례는 단순히 질병의 전파 경로를 추적하는 데서 나아가, 토지권 박탈이라는 역사적·정치적 맥락이 생태계 파괴를 불러오고, 그 결과로 바이러스 매개체가 증가해 사람들에게 질병이 전파되는 과정을 분석한다. 이처럼 관계적 원헬스는 '누가 왜 건강을 잃는가'를 설명할 때, 생태계 파괴와 감염이라는 생물학적 현상뿐 아니라, 토지 착취, 사회적 불평등, 제도적 차별과 같은 배경을 함께 분석하도록 유도한다.

마. 복잡성 이론을 적용한 분석

단순 문제의 특징은 원인과 결과의 관계가 선형적이고 예측 가능하며, 표준화된 절차와 규칙을 통해 문제 해결이 가능하다는 점이다. 미아스마 이론은 질병을 '나쁜 공기'로부터 비롯된 결과로 인식하며, 그 원인을 부패한 환경(오물, 하수, 습지 등)으로 단순화

251) Cole, L. (2021). Aliens, plagues, One Health, and the medical posthumanities.Configurations,29(4), 453-467.

252) Meisner, J., McLeland-Wieser, H., Traylor, E. E., Hermesh, B., Berg, T., Roess, A., ... Rabinowitz, P. M. (2024). Relational One Health: A more-than-biomedical framework for more-than-human health, and lessons learned from Brazil, Ethiopia, and Israel.One Health,18, 100676.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

하고, 해결책으로는 공기 정화, 환기, 위생 개선 등의 표준화된 조치를 제시했다. 이러한 접근은 복잡한 질병 현상을 단선적 인과관계로 해석하고, 예측 가능한 방식으로 통제 가능하다고 보았다는 점에서 복잡성 이론의 관점에서 '단순 문제(simple problem)'로 분류될 수 있다.

물론, 미아스마 이론 자체가 단순한 사유 체계라는 뜻은 아니다. 이 이론은 공기를 단순한 물질이 아니라 생명과 죽음을 매개하는 '환경 매체'로 이해하고, 사회적 불평등, 권력 구조, 도시의 물리적 조건 등과 긴밀히 연결된 복잡한 사유의 틀을 제시하였다. 그러나 복잡성 이론의 관점에서는 문제의 정의 방식과 해결 전략의 구성 양상이 핵심적인 분석 대상이 되므로, 해당 질병에 대한 대응이 단순화된 인과관계에 기반하고 위생 조치 중심의 일률적인 해결을 시도했다는 점에서, 이는 단순한 문제에 대한 접근으로 해석될 수 있다.

미아스마 이론이 이러한 단순화된 접근을 취했던 데에는 당시의 과학적, 사회적, 기술적 제약이 작용했다. 19세기 중반까지는 미생물에 대한 이해가 미비했고, 현미경 기술 또한 병원체를 관찰하기에는 충분하지 않았다. 이러한 조건에서 악취나 오염된 환경과 같은 관찰 가능한 현상에 근거하여 질병의 패턴을 설명하는 방식은 과학적 추론의 일환이자, 직관적으로 받아들여지기 쉬운 모델이었다. 실제로 산업화 초기 도시의 열악한 위생 상태에서 환경 개선을 통한 단순한 공중보건 조치는 일정한 효과를 거두었고, 이는 이론의 정확성과 실천의 효과성이 항상 일치하지 않음을 보여주는 역사적 사례로 평가할 수 있다. 특히, 위생 개혁가들이 과학적 증거 없이도 깨끗한 환경이 건강을 가져올 것이라 믿었다는 점은 주목할 만하다.[253]

단순 문제 접근의 또 다른 특징은 환자나 시민의 참여가 제한되며, 의료인의 자율성 또한 상대적으로 덜 요구된다는 점이다. 미아스마 이론에 기반한 공중보건 조치는 개인의 의견보다는 전문가(의사, 공중보건 관료)의 판단에 따라 일방적으로 시행되었고, 이는 당시 공중보건의 하향식(top-down) 모델을 반영한다. 또한 질병 원인과 결과가 명확하게 정의된다는 점은 정책의 성과를 측정하고 조정하는 데 유리하게 작용하였다. 예컨대, 환경 개선 이후 질병 발생률의 감소는 직접적이고 가시적인 성공 지표로 활용되었고, 이러한 수치는 정책의 정당성과 지속성을 뒷받침하는 논거가 되었다.

나아가, 미아스마 이론은 공중보건의 체계화와 표준화를 촉진하였다. 도시 내 '건강 위험 구역'의 식별과 분류, 특정 장소(습지, 빈민가 등)의 목록화, 그리고 이에 대한 정형화된 개입 전략의 개발은 도시 계획과 공중보건 정책의 통합적 운영을 가능하게 하였으며, 현대 도시 설계 및 질병 분류 체계 형성에도 영향을 미쳤다. 이러한 체계화는 공중보건이 도시 구조와 건강을 연계하는 제도적 기획의 일부로 자리잡는 과정을 보여준다.

---

253) Kokayeff, N. (2012). Dying to be discovered: Miasma vs germ theory.ESSAI,10(1), 24.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이러한 단순 문제 접근에는 중요한 한계가 존재한다. 가장 두드러진 문제는 질병의 원인과 전파 메커니즘을 지나치게 단순화했다는 점이다. 모든 질병이 오염된 공기에 의해 발생한다는 가정은 병인학적 다양성을 간과했으며, 특히 콜레라와 같은 수인성 질병에 대해 적절한 설명을 제공하지 못하였다. 존 스노우가 1854년 브로드 스트리트 펌프 사건을 분석하여 콜레라의 전파 경로가 오염된 물에 있다는 사실을 밝혀낸 사례는, 미아스마 이론의 설명적 한계를 극명하게 보여주는 전환점이었다.[254]

또한 단순 문제 접근의 환경 통제적 접근은 질병 취약성의 개인차와 사회적 결정요인을 충분히 고려하지 못했다. 미아스마 이론은 모든 사람이 같은 환경에 노출되면 동일한 방식으로 영향받을 것이라 가정했지만, 실제로는 연령, 기존 건강 상태, 영양 상태, 사회경제적 지위 등 다양한 요인에 따라 질병 취약성이 달라질 수 있다. 이러한 차이는 단순한 통제 방식으로는 질병의 복잡한 분포 양상과 건강 불평등을 설명하거나 해결하기 어려운 구조적 특성을 나타낸다. 미아스마 이론의 환경 개선 조치들은 일정 부분 공중보건 향상에 기여했지만, 개별성과 맥락을 무시한 일률적인 대응은 특정 집단의 취약성을 간과하거나 오히려 강화할 위험이 있었다.

결과적으로 미아스마 이론은 단순 문제 접근이 갖는 이론적 효용성과 동시에 구조적 한계를 모두 보여주는 역사적 사례로 평가된다. 단일 원인에 기반하여 명확한 개입 지점을 설정함으로써 빠른 대응이 가능했지만, 복잡한 병리학적, 사회적 맥락을 포착하지 못한 한계도 분명했다. 이후 세균 이론의 대두로 미아스마 이론은 과학적 패러다임으로서의 위치를 잃었지만, 공중보건과 환경 위생을 강조한 실천적 유산은 오늘날까지 지속되고 있다.

의료 돌봄 측면에서 볼 때, 미아스마 이론은 이론적 단순성이 현실에서 구체적이고 실행 가능한 개입 지점(위생, 환경 개선 등)을 도출하는 특성을 보여준다. 이는 질병의 완전한 병인학적 이해가 부족한 조건에서도 효과적인 예방 전략을 구성할 수 있는 인식론적 실천 도구로 기능했다. 이러한 접근은 공중보건과 간호 돌봄에서 위생의 중요성이 지속적으로 강조되는 배경이 되었으며, 이론적 정확성과 실천적 유효성 사이의 복잡한 관계를 보여준다.

반면, 이 이론에 기반한 의료 돌봄의 근본적 한계는 현실의 복잡성을 과도하게 단순화함으로써 인식적 폐쇄성을 초래했다는 데 있다. 질병을 오직 오염된 공기로 설명함으로써, 다양한 병인, 전파 경로, 사회적 맥락, 개인 차이를 포함한 복합성을 사유할 가능성을 구조적으로 차단하였고, 이는 이후 대안적 접근의 등장을 어렵게 만드는 인지적 장벽으로 작용하였다.

다음으로, 위험요인 연구는 다수의 구성 요소와 상호작용이 존재하지만, 전문적 지식

254) 앞의 책.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

과 경험을 바탕으로 분석과 예측이 가능한 '복잡 문제(complicated problem)'의 성격을 지닌다. 이러한 문제는 요소 간의 관계가 단선적이지 않고, 복합적 상호작용을 전제하지만, 그 구성 요소들이 명확히 정의될 수 있으며, 각 요소가 결과에 일정하게 기여하고, 적절한 기법을 통해 해결 방안을 도출할 수 있다는 점에서 단순 문제와 구별된다. 또한 시스템 내 조건적 관계들(If/Then)이 규칙적으로 작동함으로써, 분석적 접근과 예측 가능성이 확보된다는 점에서 복합 문제와도 구별된다. 위험요인 연구가 복잡 문제로서 가지는 효과 및 함의는 다음과 같다.

위험요인 연구는 의학적 인식론에서 분석적 환원주의와 통계적 객관성의 위상을 강화하였다. 복잡한 건강 현상을 개별적으로 측정 가능한 단위로 분해하고, 이들 간의 상관관계를 통계적 기법으로 분석하는 방식은 실증주의 과학관에 기반하여 객관적이고 일반화 가능한 지식을 산출하려는 시도였다. 이 과정에서 스트레스, 감정 등 측정이 어렵고 주관적인 변수들은 배제되었으며, 혈압, 콜레스테롤, 흡연 여부 등 정량화 가능한 지표들이 우선시되었다. 이러한 방법론적 선택은 단순한 기술적 결정이 아니라, 수치화 가능성을 진리 조건으로 삼는 인식론적 전제의 표현이었다. 수치로 포착되지 않는 경험과 맥락은 방법론적으로 주변화되었으며, 이는 특정한 지식 형성의 규범을 반영한 결과였다.

둘째, 위험요인 모델은 건강과 질병에 대한 확률론적 패러다임으로의 전환을 촉진하였다. 전통적인 의학은 인과성이 결정론적이고 선형적이라고 전제하였으나, 위험요인 모델은 개별 변수들이 결과에 영향을 미칠 확률을 계산함으로써, 건강 상태를 연속적인 위험 스펙트럼 위에 위치시키는 관점을 제시하였다. 이로 인해 '정상'과 '병리'의 경계는 점진적이며 상대적인 것으로 재구성되었고, 질병 발생의 임계값은 과학적 사실 자체가 아니라 복잡한 판단의 산물이라는 인식에 영향을 주었다.

셋째, 위험요인 연구는 '다요인성(multifactorial)' 개념을 통해 인과성에 대한 이해를 변화시켰다. 다변량 통계 모델은 질병을 단일 원인이 아닌 복합적 상호작용의 결과로 파악하는 관점을 정착시켰다. 이 과정에서 중요한 점은 통계적 독립성과 실제 개입의 효과성 사이의 불일치 가능성이다. 즉, 통계적으로 유의미한 변수라 하더라도, 실제 개입에서 가장 효과적인 지점이 아닐 수 있다.[255] 이러한 특성은 위험요인 연구가 통계적 상관관계와 인과적 영향력 사이의 복잡한 관계에서 나타나는 인식론적 긴장을 내포하고 있음을 보여준다.

넷째, 위험요인 모델은 환경 개념의 재구성을 통해 인간과 환경의 관계에 대한 특정한 이해 방식을 공고화했다. 환경은 주로 '위험의 원천'이자 '개입의 대상'으로 다루어지며, 건강과 상호구성적인 관계에 있는 총체적 요소가 아닌, 측정 가능하고 통제 가능한 외부

255) Harrell Jr, F. E., Lee, K. L., & Mark, D. B. (1996). Multivariable prognostic models: issues in developing models, evaluating assumptions and adequacy, and measuring and reducing errors.Statistics in medicine,15(4), 361-387.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

변수로 간주되었다. 이 접근법에서는 환경적 요소들이 개별적으로 분석되고, 각 요소의 영향력이 분리된 변수로서 평가된다. 또한 환경 요인은 통제 가능한 개인적 선택 요소(식습관, 운동 등)와 통제 불가능한 외부 요인(대기 오염, 산업 독성물질 등)으로 범주화되었다. 이러한 구분은 건강에 대한 책임의 범위와 관련된 특정한 담론적 틀을 구성하는 특성을 나타낸다.

위험요인 연구는 돌봄 실천의 과학적 정당성 강화와 의료진의 체계적 의사결정 및 맞춤형 개입을 위한 실용적 기반을 제공하는 특성을 보인다. 특히 프래밍험 위험지수(FRS)와 같은 구조화된 도구는 의료진이 환자의 심혈관 위험을 객관적으로 수치화하여 개인별 맞춤 돌봄의 우선순위를 효과적으로 설정할 수 있게 한다.[256] 이는 객관적이고 검증 가능한 돌봄 실천의 가능성과 예방 중심의 의료 패러다임 전환을 통계적 근거를 통해 가능하게 하는 기반으로 작동한다.

그러나 이러한 접근은 정량화 가능한 지표에 대한 과도한 의존을 유발하며, 그 결과 환자의 가치, 선호, 사회문화적 맥락과 같은 정성적 요소들이 주변화될 위험이 있다. 예를 들어, 환자의 삶의 질, 일상 경험, 환경적 조건 등은 단순한 수치로 완전히 포착되기 어렵다. 특히 임상시험에서 설정되는 인구집단의 '동질성' 전제는, 실제 임상현장의 이질적이고 복합적인 환자 조건과 일치하지 않으며, 연구 결과의 적용 가능성을 제한하거나 왜곡할 가능성이 있다. 이는 동질적으로 간주된 집단 내부에도 다양한 개인 차가 존재한다는 점에서, 위험요인 기반 접근과 의료 실천의 현실적 복잡성 사이의 간극을 드러낸다.

살루토제네시스 이론은 복잡(complicated)과 복합(complex) 사이에 위치하는 특성을 지닌다. 복잡한 문제는 다수의 구성 요소와 상호작용을 포함하되 비교적 안정적이고 규칙적인 관계를 따르기 때문에, 살루토제네시스는 이러한 관계를 체계적으로 탐색하고 구조화할 수 있는 이론적 자원을 제공할 수 있다. 특히 일반화된 저항 자원(GRRs)과 일관성 감각(SOC)은 지표는 건강의 다양한 결정 요인을 분석하면서도, 그 상호작용 속에서 개입 가능 지점을 도출하는 데 활용될 수 있을 것이다.

살루토제네시스를 복합적 문제 대응의 관점에서 분석하면, 이는 건강을 단순히 질병의 부재로 보는 환원주의적 관점을 넘어 건강을 개인과 환경 간의 지속적인 상호작용과 적응 과정으로 이해하는 통합적 접근법으로 구성할 수 있다. 안토노프스키의 건강-질병 연속체 개념은 건강을 고정된 상태가 아니라, 다양한 요소 간의 복잡한 상호작용 속에서 지속적으로 변화하는 연속적인 과정으로 이해한다. 그가 제안한 자원 개념 역시 개인이 혼란스러운 환경 속에서도 통일성을 형성하고 가용한 자원을 창의적으로 활용하며 의미를 부여해 나가는 과정을 통해, 복합적 적응 시스템의 자기조직화 특성을 잘 드러낸다.

---

256) D'Agostino Sr, R. B., Vasan, R. S., Pencina, M. J., Wolf, P. A., Cobain, M., Massaro, J. M., & Kannel, W. B. (2008). General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study.Circulation,117(6), 743-753.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

건강생성이론은 의료 시스템이 질병의 진단과 처치에 집중된 관리 체계에서 건강의 유지와 생성을 중심에 둔 체계로의 구조적 전환을 지향하는 특성을 보인다. 살루토제네시스는 건강을 정적 상태가 아닌, 스트레스나 어려움 속에서도 유지되고 회복될 수 있는 역동적 상태로 이해하며, 개인이 건강을 유지하고 증진하는 데 필요한 내적·외적 자원에 주목한다. 이러한 관점은 기존 의료 시스템이 '질병 관리 시스템'의 특성을 보이는 것과 대비되며, 회복력과 건강 생성 가능성에 기반한 의료 실천의 구성을 특징으로 한다.

건강생성이론은 병리 중심적 의료가 질병 유발 요인 및 위험요인에 집중해 온 것과 달리, 건강을 촉진하는 환경적 자원과 요인에 주목하며, 환경의 긍정적 역할을 적극적으로 조명하는 특성을 나타낸다. 이러한 시각은 지역사회 기반 참여 연구, 사회적 처방(social prescribing) 등 사회복지적 접근과의 연계를 통해, 건강의 사회적 결정요인과 건강 불평등 문제에 대응하는 이론적 토대를 제공할 수 있다. 또한 건강 문해력 향상, 자기관리 역량 강화, 환자 교육과 같은 실천 전략에도 적용 가능하며, 실무자들이 복잡한 건강 결정 요인을 분석하고 개입 지점을 도출하는 데 유용한 도구가 될 수 있다. 다만 일관성 감각이나 일반 저항 자원과 같은 핵심 개념들이 실천 현장에서 어떻게 측정되고 적용될 수 있을지에 대한 구체적인 방법론은 아직 충분히 정립되어 있지 않아, 이론의 확산과 실천에는 일정한 제약으로 작용할 수 있다.

살루토제네시스의 실제 적용에는 이론적·실천적 과제 또한 존재한다. 먼저, 디지털 환경, 인간-동물 상호작용, 생태계와의 관계 등 복합적 건강 결정 요인이 모델에 충분히 반영되지 않았다는 비판이 있다.[257] 또한, 해당 분야는 과학적 정당성을 확보하기 위한 증거기반 및 경험적 연구가 아직 충분하지 않으며, '자연 친화성'이나 '환경 회복력' 개념이 자칫 대중적인 생태주의나 유사 과학으로 오인될 가능성도 경계해야 한다.[258]

포스트휴먼 돌봄 이론은 그 특성상 단순히 기술적 개입이나 표준화된 프로토콜로 다루어질 수 없는 복합(complex) 문제의 영역에 위치한다. 이러한 복합성은 특히 비선형적 상호작용과 인간-비인간 행위자 간의 얽힘을 전제로 하는 관계성에서 뚜렷하게 드러난다. 예컨대 간호 실천을 정치적이며 긍정적인 생성의 과정으로 재개념화하는 돌봄의 관점은, 간호사를 단순한 돌봄 제공자가 아니라 사회적·기술적·물질적 네트워크 속에서 끊임없이 변하는 관계의 맥락에 개입하는 행위자로 이해한다. 이처럼 돌봄은 사전에 설정된 목표나 절차의 수행이 아니라, 관계적 상호작용 속에서 유동적으로 형성되는 창발적 실천의 특성을 보인다.[259]

---

257) Pleyer, J. A., Pesliak, L. D., & McCall, T. (2024). Salutogenic Environmental Health Model—proposing an integrative and interdisciplinary lens on the genesis of health.Frontiers in Public Health,12, 1445181.

258) Menatti, L. (2024). Medicine, healthcare and the environment: from the salutogenic approach towards the salutogenic environments.

259) Laurin, A. C., & Martin, P. (2024). Thinking through critical posthumanism:

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이러한 복합성은 돌봄의 주체와 대상에 대한 기존의 인식을 근본적으로 재고하게 만든다. 인간중심적 돌봄 모델의 한계를 비판적 포스트휴머니즘의 관점에서 분석한 연구는 '인간'이라는 범주 자체가 역사적으로 제한적이고 배타적이었음을 드러낸다. 인간성은 중립적이고 보편적인 범주가 아니라, 특정 존재들에 특권과 권한을 부여하는 위계적 구성물로 기능해왔으며, 이는 돌봄의 영역에서도 '누가 돌봄의 주체이자 대상이 될 수 있는지',[260] 혹은 누가 돌봄의 '무임승차권'[261]을 갖게 되는지를 규정해왔다. 이러한 특권화된 무책임성의 해소는 물려받은 얽힌 관계들의 인식과 과거·현재·미래에 대한 책임의 수용을 특징으로 한다. 포스트휴먼 돌봄은 이러한 고정된 범주와 경계를 재구성하여, 돌봄 관계에 참여하는 인간, 동물, 기술, 환경 등 다양한 행위자들의 유동적이고 상호구성적인 관계성에 주목한다.

포스트휴먼 관점에서 돌봄은 더 이상 인간 주체의 일방적 행위로 이해되지 않으며, 인간과 비인간 행위자들의 상호작용 속에서 구성되는 집합적이고 관계적인 실천으로 간주된다. 바라드(Karen Barad)의 '내부-작용(intra-action)' 개념이 보여주듯, 돌봄의 주체와 대상은 고정된 개체가 아니라 관계 속에서 상호적으로 형성되는 존재이며, 이들의 관계는 예측 불가능하고 비선형적인 동적 과정이다. 바라드는 윤리를 고정된 규범이 아닌 '무엇이 중요해지는가(mattering)'의 과정으로 이해하며, 이는 세계의 역동성과 함께 매 순간 구성되고 재구성된다. 우리는 세계와 얽힌 존재로서, 돌봄은 이러한 얽힘 속에서 형성되는 차별적 생성 과정에 대한 책임 있는 응답의 특성을 나타낸다.[262]

아울러 돌봄이 이루어지는 환경 또한 더 이상 단순한 배경이나 외부 조건이 아니라, 행위자 간 상호작용을 통해 특정한 구조와 패턴을 스스로 생성하는 장으로 이해된다. 인간, 기술, 환경, 사물 등은 단순한 도구-사용자의 관계를 넘어서 피드백 루프를 형성하며, 예측할 수 없고 환원 불가능한 속성과 효과를 생성한다. 예컨대 기술은 인간의 행위를 유도하거나 제한함으로써 돌봄의 방식을 형성하며, 인간의 반응은 다시 기술의 설계와 활용 방식에 영향을 미치므로, 돌봄 실천은 고정되지 않고 지속적으로 재구성되는 과정의 특성을 보인다.

포스트휴먼 돌봄 이론은 기존 건강 대응 방식에서 전제해온 환경 '통제' 중심의 접근

Nursing as political and affirmative becoming.Nursing inquiry,31(1), e12606.

260) Smith, J. B., Willis, E. M., & Hopkins-Walsh, J. (2022). What does person-centred care mean, if you weren't considered a person anyway: An engagement with person-centred care and Black, queer, feminist, and posthuman approaches.Nursing Philosophy,23(3), e12401.

261) Tronto, J. C. (2020). Caring democracy: How should concepts travel?.Care ethics, democratic citizenship and the state, 181-197.

262) Koggel, C., Garrau, M., Prattes, R., Dalmiya, V., Doucet, A., Jewell, E., ... & Visse, M. (2024).Decentering epistemologies and challenging privilege: Critical care ethics perspectives. Rutgers University Press. Chapter.8.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

을 비판하며, 환경을 돌봄 실천의 일부로서 함께 '생성'되는 관계적 실재로 재개념화할 필요성을 제기한다. 근대의학에서 환경은 통제 가능한 외부 변수, 즉 신체와 분리된 고정된 조건으로 간주되었고, 건강은 이러한 환경적 요인의 제거나 적응을 통해 달성되는 것으로 이해되었다. 이처럼 환경을 외부로 분절하는 시각은 병리 중심의 보건의료 전략과 결합하여, 기술적이고 표준화된 개입의 방법론적 기반으로 작동했다. 반면, 포스트휴먼 돌봄 이론은 환경을 고정된 외부 조건이 아니라 돌봄 실천을 통해 지속적으로 구성되고 조율되는 '생성의 장'으로 재개념화한다. 이는 인간 주체와 환경 객체의 이분법을 해체하고, 돌봄을 다양한 행위자들이 참여하는 상호구성적 관계망 속의 실천으로 전환하는 특성을 나타낸다.

기술, 생물, 물질, 제도 등은 외부적 요인이 아니라 돌봄 과정에 능동적으로 개입하며, 실천의 형태와 건강의 조건 자체를 변화시키는 요소로 작동한다. 이러한 관계 속에서 환경은 더 이상 통제의 대상이 아니라, 돌봄을 통해 함께 구성되고 재조정되는 동적 조건으로 기능한다. 결국 포스트휴먼 돌봄 이론은 건강을 정적 상태가 아닌, 생성적 돌봄 실천 속에서 구성되는 동적인 과정으로 이해하며, 환경과 건강이 상호 구성적 관계에 놓여 있음을 강조한다. 이러한 시각은 건강과 환경, 주체와 타자, 인간과 비인간을 분리하는 기존의 이원론적 사고를 넘어서는 돌봄의 관계와 실천의 재구성을 특징으로 한다.

3.3.3. 돌봄과 역량(취약성에서 회복탄력성으로)

가. 취약성 보호 접근

취약성(vulnerability)이라는 개념이 의료 분야에서 본격적으로 주목받기 시작한 것은 제2차 세계대전 이후 인간을 대상으로 한 비인도적 실험에 대한 반성에서 비롯되었다. 뉘른베르크 강령과 이후 제정된 헬싱키 선언은 취약한 연구 대상자를 보호하기 위한 윤리적 원칙을 확립했으며, 이는 점차 연구윤리를 넘어 의료 전반으로 확장되었다. 취약성 개념이 처음부터 헬싱키 선언에 포함된 것은 아니었으며, 다섯 번째 개정판인 2000년 이르러 '취약한 집단'(vulnerable groups)라는 표현으로 등장하였다.[263] 이후 취약성의 개념은 '잘못을 당하거나 추가적인 피해를 입을 가능성이 높은' 이들을 지칭하는 것으로 발전했으며, 이들에게는 '특별히 고려된 보호'가 필요하다는 인식이 형성되었다.

초기의 취약성 개념은 주로 '동의 능력의 결여' 또는 '자기 이익을 보호할 수 있는 능력의 부재'와 같은 개인의 내재적 특성에 집중되었다. 벨몬트 보고서(1979)는 '소수 인종',

263) World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

‘경제적 약자’, ‘매우 아픈 사람’, ‘제도적으로 소외된 사람’ 등을 명시적으로 취약 집단으로 분류하였으나, 이들의 취약성을 구성하는 이론적 근거는 충분히 제시되지 않았다.[264] 전통적인 취약 집단 담론은 이들의 결핍과 의존성에 초점을 맞추었고, 결과적으로 이들을 수동적인 존재로 규정하며 행위성과 자율성을 간과하는 경향을 보였다. 이는 특정 집단을 고정된 취약성 상태로 이해함으로써 자율성을 오히려 제약하는 역설을 초래하였다. 황임경은 이러한 경향이 취약성을 개인의 능력 결여로 환원하는 신자유주의적 사고를 반영하며, 구조적 원인을 가리는 결과로 이어진다고 지적한다.[265]

특히 임상 연구에서 취약한 집단의 보호는 연구 윤리의 핵심 원칙으로 자리 잡았지만, 이러한 보호 조치가 오히려 이들의 연구 참여 기회를 제한하는 역설적 결과를 낳기도 한다. 더불어 현재의 취약 집단 분류는 대개 특정 집단의 고정된 특성이나 동질성에 기반해 취약성을 규정함으로써, 사회구조적 요인이나 맥락적 조건에 의해 형성되는 다차원적이고 유동적인 취약성의 복잡한 양상을 간과하는 경향이 있다. 이처럼 특정 인구 집단을 일괄적으로 ‘취약한 대상’으로 분류하는 접근은 의도치 않게 해당 집단에 대한 사회적 낙인을 강화하고, 고정관념을 재생산하는 기제로 작용할 수 있다.[266] 유수정 외(2020)는 이러한 경향이 IRB의 획일적인 기준 및 형식적 접근과 결합될 경우, 오히려 취약한 집단을 위한 안전하고 윤리적인 연구 환경을 조성하기 어렵게 만든다고 지적한다.[267] 즉, 보호라는 명분 아래 연구 참여에서 배제됨으로써, 해당 집단의 건강 문제에 대한 의학적 지식 형성 자체가 저해되는 역설적 상황이 발생할 수 있다.

같은 맥락에서 Florencia Luna는 기존의 연구윤리 담론이 취약성을 특정 하위집단에 고정된 ‘꼬리표(label)’로 간주해 왔음을 비판한다.[268] 벨몬트 보고서, 헬싱키 선언, CIOMS 지침 등은 취약성을 정적인 범주로 설정하며, 인종적 소수자, 여성, 수감자 등을 일반화된 위험군으로 분류하였다. 그러나 이러한 ‘꼬리표’ 방식은 개인 간 차이와 맥락의 다양성을 무시하고, 일률적인 보호만을 허용함으로써 연구 대상자의 실제적 필요를 도외시할 위험이 있다. 일단 취약 집단으로 분류되면, 맥락에 따른 변화가 어렵고, 정작 보호가 필요한 상황을 식별하지 못하거나 반대로 불필요한 과보호가 발생할 수 있다. Luna

---

264) Grabovschi, C., Loignon, C., & Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review.BMC health services research,13, 1-11.

265) 황임경. (2024). 면역성과 취약성의 교차적 관점에서 본 코로나 19 팬데믹 이후 생명/삶의 정치.*횡단인문학*, 71-100.

266) 권수빈, 김선기, 정성조, 차현재, 이상길. (2023). ‘취약성’의 제도화?: 인문사회 분야 IRB 의 ‘취약한 대상’ 연구 심의에서 나타나는 갈등과 쟁점.사회과학연구,34(4), 133-159.

267) 유수정, 최슬비, & 김은애. (2020). 인간대상연구에서 취약성에 대한 접근방식 변화의 필요성과 방향.생명윤리,21(1), 1-24.

268) Luna, F. (2009). Elucidating the concept of vulnerability: Layers not labels.IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics,2(1), 121-139.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

는 이러한 접근이 변화하는 현실에 적절히 대응하지 못하며, 복잡한 윤리적 문제에 단순한 해답만을 제시한다고 지적한다.

예를 들어, 파킨슨병 연구의 약 절반이 고령자의 참여 없이 수행되었다는 사실은 이 문제를 단적으로 보여준다.[269] 고령 환자는 생리학적 특성, 약물동역학, 다약제 복용, 동반질환 등에서 각각 차이가 있기 때문에, 노인을 배제한 연구 결과는 실제 임상에서 환자에게 적용하기 어렵다. 결국 이러한 연령차별은 파킨슨병 연구의 임상적 관련성을 제한하고, 주로 70대 이상인 실제 환자 인구에 대한 연구 결과의 일반화 가능성을 심각하게 손상시켰다. 즉 이는 노인을 취약한 집단으로 분류하고 보호하려는 의도가 역설적으로 이들을 연구에서 배제하고, 결과적으로 이들의 건강 상태와 치료에 관한 지식 발전을 저해하는 결과를 초래할 수 있음을 시사한다.

이러한 비판에 따라, 최근 들어 취약성은 더 이상 개인의 속성이 아니라, 관계적이고 상황적인 개념으로 이해되어야 한다는 논의가 확산되고 있다.[270] 하지만 많은 연구윤리 가이드라인에서는 여전히 취약성을 개인이나 집단의 고정된 속성으로 보는 경향이 있다. 이러한 괴리는 취약 집단의 역량과 자율성을 어떻게 이해하고 존중할 것인가 하는 문제를 제기한다.

취약한 집단 설정 문제는 사회적 인식과 태도에 의해서도 강화된다. 랑만의 연구에 따르면 취약성(vulnerability)이라는 용어는 자율성 부족이나 의사결정 능력 결여와 연관되어 사용될 때 동질적 집단으로서의 노인에 대한 부정확한 고정관념을 강화한다.[271] 이러한 일반화는 노화의 다양성과 개인차를 간과하고, 연대기적 나이만으로 건강상태나 능력을 판단하는 오류를 범한다. Nuffield Council on Bioethics(2007)가 제시한 '자신을 위한 정보에 입각한 판단 능력 부족'이라는 취약성 정의는 노인 집단 전체에 무차별적으로 적용될 수 없으며, 이는 노인의 자율성을 축소하고 가부장적 보호 논리를 강화할 위험이 있다.

그에 따르면 코로나19 팬데믹은 이러한 경향을 더욱 부각시켰다. 공식 담론은 노인을 실질적 취약 집단으로 설정하고 사회적 접촉을 제한할 것을 권고하였으며, 이 과정에서 두 가지 주요 서사가 형성되었다: 첫째, '취약성 서사(vulnerability narrative)'로, 코로나19로 인한 중증 질환과 사망 위험이 높은 연령대임을 강조하며 노인을 매우 동질적이고

---

269) Fitzsimmons, P. R., Blayney, S., Mina-Corkill, S., & Scott, G. O. (2012). Older participants are frequently excluded from Parkinson's disease research.Parkinsonism & related disorders,18(5), 585-589.

270) Zagorac, I., & Stamenković Tadić, B. (2022). Health within illness: The negativity of vulnerability revised.Medicine, health care and philosophy,25(2), 207-217.

271) Langmann, E. (2023). Vulnerability, ageism, and health: is it helpful to label older adults as a vulnerable group in health care?.Medicine, Health Care and Philosophy,26(1), 133-142.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

취약한 집단으로 묘사했다. 둘째, '부담 서사(burden narrative)'로, 노인을 의료 시스템에 부담을 주는 집단으로 묘사하며 병원에서의 환자 분류(triage) 문제와 연관시켰다. 이러한 서사는 노인에 대한 결핍 중심의 관점을 강화하며, 개인의 실제 건강 상태와 관계없이 연령만을 기준으로 취약성을 판단하는 위험성을 내포한다.

이에 더해 환자가 경험하는 취약성은 의료진의 가부장적 태도와 상호작용하며 때로 정당화되거나 더욱 강화될 수 있다.[272] 병리적 취약성(pathogenic vulnerability)은 '보호·지원하려는 명목의 제도나 행위가 역설적으로 취약성을 악화시키는' 경우를 지칭하는 개념으로, Mackenzie를 비롯한 여러 학자들에 의해 제안되었다.[273] 이는 취약한 개인이나 집단을 보호하기 위해 마련된 제도, 정책, 관행들이 실제로는 그들의 취약성을 더욱 심화시키는 역설적 결과를 낳을 수 있음을 강조한다. 병리적 취약성은 특히 의료와 복지 영역에서 중요한 의미를 가지는데, 이는 이러한 영역에서 '보호'와 '자율성'이라는 가치가 종종 긴장관계에 놓이기 때문이다. 이처럼 보호와 안전을 강조하는 접근이 지나치게 일방적이고 경직되게 적용될 경우, 그것은 오히려 취약한 상태에 있는 개인의 자율성, 존엄성, 그리고 사회적 참여 기회를 제한함으로써 그들의 취약성을 더욱 심화시킬 수 있다.

이와 반대로, 취약성을 특정 집단의 내재적 특성이 아니라 모든 인간이 공유하는 보편적 특성으로 간주하는 접근 역시 중요한 한계점을 가진다. 콜에 따르면 취약성을 인간 존재의 본질로 보편화하려는 시도가 겉보기에는 평등하고 윤리적으로 정당해 보일 수 있지만, 실제로는 사회 안에서 구조적으로 반복되고 지속되는 불평등과 권력의 비대칭성을 가리는 효과를 낳을 수 있다고 비판한다.[274] 즉, '모두가 취약하다'는 일반화된 진술은 왜 특정 집단이 유독 지속적으로 더 심각한 위험에 처하는지, 그리고 이러한 불평등이 제도적으로 어떻게 정당화되고 재생산되는지를 설명하지 못한다. 이는 결국 구체적인 차별과 억압의 현실을 탈정치화하거나 비가시화할 위험을 내포한다.

또한, 취약성을 보편화하는 접근은 '잠재적으로 해를 입을 수 있는 상태'(injurability)와 '이미 실제로 해를 입은 상태'(injured) 사이의 중요한 시간적·경험적 차이를 모호하게 만들 수 있다. 콜은 취약성을 '잠재성'과 '가능성'의 차원에서 다룰 경우, 현재 진행 중인 구체적인 피해와 고통의 시급성과 심각성이 약화될 수 있다고 지적한다. 따라서 정치적 저항은 단순한 개념적 논의에서 비롯되지 않으며, 구조적 불의와 지속적인 위협의 현실에 대한 직접적인 응답을 통해 형성된다.[275] 즉 보편적인 취약성에의 호소보다는 특정한 경

272) Dodds, S. (2014). Dependence, care, and vulnerability.Vulnerability: New essays in ethics and feminist philosophy, 181-203.
273) Mackenzie, C. (Ed.). (2014).Vulnerability: New essays in ethics and feminist philosophy. Oxford University Press.
274) Cole, A. (2016). All of us are vulnerable, but some are more vulnerable than others: The political ambiguity of vulnerability studies, an ambivalent critique.Critical Horizons,17(2), 260-277.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

험과 불평등을 분명히 지적하는 것이 더 강한 정치적 효과를 낳을 수 있다는 것이다.

나. 환자 역량 강화 접근

환자 역량 강화(patient empowerment)라는 개념은 1960 - 70년대 시민권 운동과 민주화 운동이라는 사회정치적 맥락에서 등장하였다. 당시 페미니즘, 해방신학, 흑인 인권 운동 등 다양한 사회운동은 기존 제도와 권력 구조에 도전하며, 개인이 자신과 공동체의 삶을 능동적으로 통제할 권리를 주장하였다. 이러한 흐름은 의료 분야에도 영향을 미쳐, 환자를 수동적 수혜자가 아닌, 의사결정에 참여하는 주체로 재정의하려는 흐름을 낳았다.

1980년대에는 에이즈(AIDS) 환자들의 집단적 투쟁이 환자 역량 강화 개념의 전환점을 마련하였다. 특히 1983년 발표된 '덴버 원칙(Denver Principles)'에서는 환자들이 자신을 '환자(patient)'나 '희생자(victim)'가 아니라, '에이즈와 함께 살아가는 사람(people with AIDS)'으로 정체화하며 주체성을 선언하였다.[276] 이는 환자의 개인적 경험과 목소리가 질병 대응에서 중심적 역할을 해야 한다는 인식을 확산시키는 계기가 되었고, 이후 다양한 사회운동－흑인 인권 운동, 여성 운동, 성소수자 운동, 장애인 권리 운동 등－을 통해 역량 강화의 의미는 더욱 확장되었다.

특히 1986년 세계보건기구(WHO)의 오타와 헌장(Ottawa Charter)은 empowerment를 보건의료의 핵심 전략으로 도입하며, 세 가지 원칙－보건 전문가로부터 이용자에게의 권력 재분배, 이용자 참여, 그리고 자기 자신에 대한 전문가로서의 환자 정체성－을 명시함으로써, 환자 중심의 건강관을 제도화하는 데 결정적인 기여를 하였다.[277] 세계보건기구(WHO)는 환자 역량 강화를 "사람들이 자신의 건강에 영향을 미치는 의사결정과 행동에 대해 더 많은 통제력을 갖게 되는 과정"[278]으로 정의한다. 이는 사람들이 자신의 건강에 영향을 미치는 결정을 스스로 내릴 수 있도록 돕는 과정으로, 통제력을 회복하게 하는 것을 목표로 한다. 소극적 정의로서 역량 강화가 결여된 상태는 무력감, 희망 없음, 소외, 피해 의식, 종속, 억압, 의존 등의 요소로 나타난다고 볼 수 있으며, 적극적 정의로는 환자 스스로 지식과 기술을 습득하고, 의사결정에 참여하며, 자율적으로 건강을 관리할 수 있는 과정으로 이해할 수 있다.[279]

---

275) 앞의 책, pp. 272-273

276) Bosi, G., De Santis, M., Hervás, C., Weinman, A., & Bottarelli, V. (2019). Patient empowerment of people living with rare diseases. Its contribution to sustainable and resilient healthcare systems.Annali dell'Istituto superiore di sanita.

277) World Health Organization. (1986, November 21). Ottawa Charter for Health Promotion.

278) Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary.Health promotion international,13(4), 349-364.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

환자 역량 강화는 개인적 차원과 집단적 차원에서 동시에 작동한다. 개인적 차원에서는 주로 개인이 자신의 삶과 관련된 의사결정을 내리고 개인적 생활을 통제할 수 있는 능력을 의미한다.[280] 집단적 차원에서는 환자들이 공동체를 형성하여 정보 공유, 정책 옹호 활동 및 환자 단체를 통한 환자 권익 보호와 지원을 통해 자신들이 속한 지역사회의 건강 결정 요인과 삶의 질에 대해 더 큰 영향력과 통제력을 갖는 것을 목표로 한다.

환자 역량 강화 모델에서 의료진의 역할은 재정의된다. 전통적인 의료 모델에서 의료진은 전문적 지식과 기술을 가진 권위자로서 환자의 치료를 주도하는 역할을 했다면, 환자 역량 강화 모델에서 의료진은 환자의 역량을 강화하는 조력자(facilitator)로 기능한다. 이는 의료진이 환자에게 필요한 정보와 자원을 제공하고, 환자의 의사결정을 지원하며, 환자가 자신의 건강을 관리할 수 있는 능력을 개발할 수 있도록 돕는 역할을 의미한다.[281] 따라서 역량 강화 모델은 기존의 가부장적 의료 모델에서 참여 중심의 모델로 전환하는 계기를 마련하였으며, 이후 건강증진, 환자중심 돌봄, 자기관리 등의 핵심 개념들과 연계되어 보건정책과 실무에서 폭넓게 활용되었다.

희귀질환 환자에게 역량 강화는 정보 접근성과 자기관리의 가능성을 높이는 핵심 전략이 된다. 희귀질환 환자들은 낮은 유병률로 인한 전문 의료 인력 및 정보 부족, 진단 및 치료까지의 긴 대기 시간, 사회적 고립과 정신적 부담 증가 등 여러 어려움에 직면해 있다. 이러한 상황에서 환자 역량 강화는 온라인 커뮤니티 및 정보 공유 플랫폼 활용, 헬프라인 및 지원 서비스 제공, 자가 돌봄 지원, 환자 조직의 역할 강화 등을 통해 희귀질환 환자들이 자신의 건강 관리에 보다 적극적으로 참여하고, 의료 시스템 내에서 목소리를 낼 수 있도록 지원한다.[282]

환자 중심 돌봄 모델(patient-centered care model)은 이러한 역량 강화의 개념을 임상 실천에 적용하려는 시도로 볼 수 있다.[283] 두 개념 모두 의료제공자와 환자 사이의 상호

---

279) 앞의 책.
280) 앞의 책.
281) Halvorsen, K., Dihle, A., Hansen, C., Nordhaug, M., Jerpseth, H., Tveiten, S., ... & Knutsen, I. R. (2020). Empowerment in healthcare: A thematic synthesis and critical discussion of concept analyses of empowerment.Patient education and counseling,103(7), 1263-1271.
282) Bosi, G., De Santis, M., Hervás, C., Weinman, A., & Bottarelli, V. (2019). Patient empowerment of people living with rare diseases. Its contribution to sustainable and resilient healthcare systems.Annali dell'Istituto superiore di sanita.
283) 물론 환자 역량 강화 모델과 환자 중심 돌봄 모델은 밀접하게 연관되어 있지만, 두 개념 사이에는 미묘한 차이가 존재한다. 환자 중심 돌봄이 의료진과 환자 간의 만남 과정에 초점을 맞추는 반면, 환자 역량 강화는 환자가 자신의 건강을 관리하는 능력과 자율성을 강화하는 과정에 더 중점을 둔다. 즉, 환자 중심 돌봄이 의료 서비스 제공 방식의 변화를 강조한다면, 환자 역량 강화는 환자 자신의 권한과 능력 향상을 더 중시한다고 볼 수 있다. Halvorsen, K., Dihle, A., Hansen, C., Nordhaug, M., Jerpseth, H., Tveiten, S., ... & Knutsen, I. R.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

작용, 신뢰, 공감적 소통, 공동의 목표 설정 등을 강조하며, 환자가 자신의 건강과 치료 과정에 적극 참여하도록 유도하고자 한다. 특히 전통적 의료 패러다임(의사의 권위 중심적 모델)을 비판하며, 환자의 삶의 맥락과 경험을 고려한 접근을 지향한다는 점에서 서로를 보완할 수 있다. 여기서 환자의 역량은 자신의 건강 상태와 치료 과정에 대한 이해와 결정에 참여할 수 있는 능력으로 해석되며, 이를 위해 적절한 건강 정보 제공과 교육이 강조된다.

그러나 할보르센(Halvorsen) 등에 따르면, 역량 강화(empowerment) 개념은 의료 서비스 이용자 스스로의 힘을 확장하는 자율적이고 상호적인 과정이라기보다, 의료진이 환자에게 권한을 '전달(giving)'하거나 '할당' 하는 일방적인 방식으로 이해되는 경향이 있다.[284] 이러한 개념적 이해는 기본적으로 권한이 '위에서 아래로(top-down)' 주어지는 것이라는 전제를 내포하고 있으며, 환자가 주체적으로 권한을 '갖는(taking)' 존재가 아니라 의료진이 설정한 조건 속에서 변화해야 할 대상으로 간주된다. 특히 의료진이 환자를 교육하고 지도하는 위치에 있으며, 환자는 이를 수용하고 변화해야 하는 존재로 전제된다는 점에서, 이러한 접근은 가부장적(paternalistic) 관계 구조에 기반하고 있다.

이처럼 임파워먼트 개념은 종종 환자의 자율성과 주체성을 실질적으로 강화하기보다는, 행동 변화를 유도하는 전략적 도구로 기능한다. 의료진이 환자에게 건강 정보와 지식을 제공하고 이를 바탕으로 '올바른' 결정을 내리도록 유도하는 방식은, 역량 강화라기보다는 특정한 의료적 목표(예: 치료 순응도 향상, 건강 생활 실천 등)를 달성하기 위한 수단으로 작동한다. 이러한 접근은 환자의 고유한 경험과 맥락보다는 전문가의 시각을 중심으로 환자의 행동을 교정하려 하며, 참여와 평등이라는 임파워먼트의 본래 가치가 희석된다. 특히 만성질환자나 정신질환자처럼 의료체계에 반복적으로 의존하는 환자들에게 이러한 한계는 더욱 심각하게 나타날 수 있다. 그럼에도 불구하고, 기존의 많은 논의는 권력의 비대칭성과 평등한 관계 형성의 어려움을 충분히 다루지 않은 채, 임파워먼트를 피상적인 참여의 이상으로 제시하는 경향을 보인다.

같은 맥락에서, 바렐라 등에 따르면 기존의 역량 강화 개념은 환자의 내면적 변화나 주관적 경험을 반영하지 못한 채, 여전히 의료진이 환자에게 권한을 '부여하는' 방식으로 이해되는 경향이 강하다.[285] 이러한 접근은 의사 - 환자 관계의 위계 구조를 재생산하며, 환자의 자기 결정성보다는 전문가가 설정한 기준에 따른 순응을 유도하게 된다. 예컨대,

---

(2020). Empowerment in healthcare: A thematic synthesis and critical discussion of concept analyses of empowerment.Patient education and counseling,103(7), 1263-1271.

284) 앞의 책.

285) Varela, A. J., Gallamore, M. J., Hansen, N. R., & Martin, D. C. (2025). Patient empowerment: a critical evaluation and prescription for a foundational definition.Frontiers in Psychology,15, 1473345.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

환자에게 정보를 제공하고 자기관리를 장려하는 방식은 겉보기에 자율성을 존중하는 것처럼 보이지만, 실제로는 환자가 겪는 혼란, 무력감, 고통의 복합적인 경험을 고려하지 않으며, 그들의 행동을 '바람직한 방향'으로 교정하려는 방식에 머무른다.

이와 같은 접근은 역량 강화의 핵심 가치인 참여와 평등을 형식적으로만 유지할 뿐, 실제로는 제도와 권력 관계의 전환을 유보하는 방식으로 기능한다. 나아가 자기 효능감, 동기, 회복력, 자기 조절 등 역량 강화의 핵심 개념들이 통합적인 과정이 아니라 단편화된 항목으로 분리되어 다뤄지는 점도 문제로 지적된다. 이로 인해 역량 강화는 고정된 상태나 목표로 오해되며, 환자의 정체성과 삶의 전환 과정을 충분히 담아내지 못한다. 결국 역량 강화의 출발점이 되어야 할 환자의 고통, 의미 상실, 정체성 혼란 등의 실존적 경험은 주변화되고, 참여는 수단화된다.[286]

다. 목적 지향 돌봄 모델

현대 보건의료 체계는 고령화 사회와 다중질환자의 증가라는 도전적 상황에 직면해 있다. 특히 두 개 이상의 만성질환을 가진 고령 환자들은 복합적이고 지속적인 돌봄 서비스를 필요로 하지만, 그들의 삶의 맥락과 개인적 목표는 의료적 의사결정 과정에서 종종 배제되거나 뒷전으로 밀려난다. 기존의 질병 중심적이고 의료진 주도적인 접근 방식은 환자가 자신의 돌봄에 적극적으로 참여하기 어려운 구조적 한계를 지닌다. 이러한 배경에서 '목적지향 돌봄(Goal-Oriented Care)'은 환자의 개인적 목표와 가치를 중심으로 보건의료 서비스를 재구성하려는 새로운 패러다임으로 부상하고 있다. 노르웨이의 "What Matters to You?"(WMTY) 개입이나 미국의 Goal-Oriented Care 모델은 환자가 중요하게 여기는 목표를 중심에 두고 의료를 조정하려는 대표적인 시도들이다.[287]

'목적지향 돌봄'이라는 개념은 1991년 Mold와 Blake, Becker에 의해 처음 제안되었으며, 이들은 이를 환자와 의사 간의 공동 의사결정 과정으로 정의하고, '목표'를 환자에게 바람직한 결과로 규정하였다. 이후 이 개념은 특히 다중질환자 관리 문헌에서 점차 중요하게 다루어졌으며, 다양한 연구자들에 의해 이론적·실천적으로 발전되었다[288] 이로써 목적지향 돌봄은 환자의 목표, 선호, 필요를 적극적으로 탐색하고, 이를 보건의료 제공의 중심으로 삼는 실천적 접근으로 확장되었다. 즉, 목적지향 돌봄은 환자의 삶의 목표와

---

286) 앞의 책.

287) Oksavik, J. D. (2021). " What matters to you?" Goal-oriented, integrated care for older patients with multimorbidity-a qualitative study.

288) Reuben, D. B., & Tinetti, M. E. (2012). Goal-oriented patient care--an alternative health outcomes paradigm.The New England journal of medicine,366(9), 777.: Vermunt, N. P. C. A. (2018).Collaborative goal setting. Towards a goal-oriented approach of shared decision-making in complex elderly care.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

가치에 기반하여 돌봄과 의사결정을 구성하려는 체계적 접근이다.[289]

이는 단순히 질병을 치료하거나 원인을 제거하는 데 그치지 않고, 환자 개인의 가치와 바람을 최우선으로 고려한다는 점에서 의미가 있다. 나아가 목적지향 통합돌봄(goal-oriented, integrated care)은 이러한 목적지향 돌봄의 원리를 보건의료체계 전반에 적용한 것으로, 환자와 여러 분야의 전문가가 통합된 조직처럼 협력하여 환자의 개인적 목표를 공동으로 달성하려는 돌봄 방식을 의미한다.[290] 목적지향돌봄은 환자 중심적 돌봄의 구체적 실행으로 간주될 수 있으며, 이는 의료 서비스 제공자들이 함께 모여 환자가 서비스 형성에 참여하도록 하고 환자의 목표를 향해 일하도록 함으로써 이러한 목표를 달성하는 촉매제가 된다.[291]

그루드니에비츠(Grudniewicz) 등은 이러한 접근을 통해 기존의 만성질환관리모형(Chronic Care Model, 이하 CCM)을 보완하고자 했다. CCM은 예방과 조기 진단, 자기관리 강화 등을 통해 만성질환 관리를 개선하고자 했으나, 질병 중심적 접근이라는 구조적 한계를 벗어나지 못했다. 실제로 CCM은 단일 질환에 초점을 맞춘 임상 지침에 기반하였고, 이에 따라 다중질환자의 상충하는 건강 목표나 삶의 우선순위를 충분히 반영하지 못했다는 비판이 제기되어 왔다. CCM의 환자 중심성 또한 자기관리 수준이나 생활습관 개선[292] 등 환자 행위에 초점을 맞추는 경향이 강해, 환자의 가치나 삶의 맥락은 부차적으로 다뤄지는 경향이 있었다.

반면 목표 지향 돌봄(goal-oriented care)은 환자의 질병이 아닌 삶 전체에 초점을 맞추며, 각 환자가 중요하게 여기는 목표와 가치를 의료적 의사결정의 출발점으로 삼는 돌봄 방식이다. 이는 단순한 질병 관리를 넘어, 환자의 삶의 의미와 방향성을 반영한 돌봄을 지향한다. 이 모델에서 목표(goal)는 그 자체로 의미 있는 결과이며, 목표를 향한 단계(objective)와 이를 실현하기 위한 전략(strategy)을 구분하여 다층적 접근을 가능케 한다.[293] 목표는 조기 사망 및 장애의 예방, 현재 삶의 질 향상, 개인 성장과 발달의 최적화, 존엄한 죽음의 경험 등 다양한 방식으로 구체화될 수 있다.[294] 예를 들어 "운동을 통

---

289) Oksavik, J. D. (2021). " What matters to you?" Goal-oriented, integrated care for older patients with multimorbidity-a qualitative study. p.9. 재인용.

290) 앞의 책.

291) Grudniewicz, A., Gray, C. S., Boeckxstaens, P., De Maeseneer, J., & Mold, J. (2023). Operationalizing the chronic care model with goal-oriented care.The Patient-Patient-Centered Outcomes Research,16(6), 569-578.

292) Rea, H., McAuley, S., Stewart, A., Lamont, C., Roseman, P., & Didsbury, P. (2004). A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease.Internal medicine journal,34(11), 608-614.

293) JAMES, M. W. (2020).Goal-oriented medical care: helping patients achieve their personal health goals. Full Court Press.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

해 혈압을 낮춘다"는 접근은 질병 지표를 달성하는 데 초점을 둔 것이지만, "딸의 결혼식을 보기 위해 아침마다 조깅을 통해 건강을 유지한다"는 목표는 개인의 삶의 의미에 기반한 상위 수준의 목표 설정을 보여주는 사례이다.

이러한 접근은 다중질환 환자에게 특히 유효한 대안이 될 수 있으며, 불필요한 치료 개입을 줄이고 환자의 치료 만족도 및 삶의 질을 향상시킬 수 있다.[295] Boeykens 등은 목적지향 돌봄이 단회적인 개입이 아니라, 역동적이고 반복적인 과정임을 강조하며, 다음과 같은 세 가지 핵심 단계를 제시한다: ① 환자의 내러티브를 이끌어내는 '목표 도출(goal elicitation)', ② 환자와 의료진 간 협력적 의사결정을 통한 '목표 설정(goal setting)', ③ 목표 달성 여부와 그 의미를 평가하는 '목표 평가(goal evaluation)'. 이 모든 과정에서 환자는 치료의 수동적 대상이 아니라, 자신의 삶을 함께 설계하는 적극적 파트너로 간주된다.

특히 목표 설정 단계에서는 환자와 의료진 간의 신뢰에 기반한 서사적 협상이 핵심적 역할을 하며, 전통적인 건강 지표가 아닌 '삶의 우선순위'와 '핵심 가치'에 기초하여 목표가 설정된다. 이 점에서 목적지향 돌봄은 기존의 환자중심 돌봄(patient-centered care)과는 실질적 차이를 보이며, 환자의 사회적, 문화적, 심리적 맥락까지 돌봄의 범주에 포함시킨다.

목적지향 돌봄은 돌봄을 '필요(needs)' 기반이 아닌 '목표(goals)' 기반으로 재구성한다는 점에서 돌봄 이론과 실천에 있어 전환적 의미를 지닌다. 이는 돌봄 받는 이뿐 아니라 돌봄 제공자(caregiver)의 삶과 목표까지 고려하는 확장된 접근을 가능케 한다. Leslie 등은 기존의 필요 중심 접근이 돌봄을 수행 중심의 과제로 한정하고, 외부 전문가가 문제를 정의하고 해결하는 방식에 의존함으로써, 돌봄 제공자의 주체성과 관계성을 충분히 반영하지 못한다고 지적한다. 특히 사회복지와 공공보건에서 사용되는 '규범적 필요(normative needs)' 개념은, 돌봄 제공자를 외부 기준에 따라 평가하고 위계화하는 경향을 내포하며, 기술 설계 과정에서도 돌봄 제공자의 서사를 배제할 수 있다.[296]

반면 목표 중심 접근은 돌봄 제공자의 내적 동기, 가치, 미래지향성을 출발점으로 삼

294) Mold, J., & Mold, J. W. (2017). Goal-directed health care: redefining health and health care in the era of value-based care.Cureus,9(2).

295) Tinetti, M. E., Naik, A. D., Dindo, L., Costello, D. M., Esterson, J., Geda, M., ... & Blaum, C. (2019). Association of patient priorities-aligned decision-making with patient outcomes and ambulatory health care burden among older adults with multiple chronic conditions: a nonrandomized clinical trial.JAMA internal medicine,179(12), 1688-1697.

296) Leslie, M., Eales, J., Fast, J., Mortenson, W. B., Atoyebi, O., & Khayatzadeh-Mahani, A. (2019). Towards sustainable family care: using goals to reframe the user-centred design of technologies to support carers.International Journal of Care and Caring,3(3), 445-451.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

아, 돌봄을 단순한 과제 수행이 아닌 의미 있는 관계 형성과 자아 실현의 여정으로 재정의한다. 기술은 이러한 목표 실현을 위한 수단으로 기능하며, 돌봄 제공자의 회복탄력성과 관계성, 강점을 반영한 설계를 가능케 한다. 이로써 돌봄의 기능성과 관계성이 통합되며, 사용자 중심 설계(user-centred design)의 원칙 또한 보다 깊이 실현될 수 있다. 이는 돌봄 제공자에게는 자기결정권을, 기술 개발자에게는 지속 가능한 활용 가능성을, 정책 입안자에게는 회복력 있는 돌봄 체계의 기반을 제공할 수 있다.

표 5 필요 중심 접근과 목표 중심 접근의 비교

항목	필요(Needs) 중심 접근	목표(Goals) 중심 접근
핵심 초점	결핍과 문제 해결 (단기적 요구)	바람직한 미래 상태 지향 (장기적 목표)
접근 방식	결핍 기반(deficit-based), 전문가 중심	강점 기반(strengths-based), 이용자 중심
문제 정의 주체	전문가, 정책 입안자, 설계자 등 외부 주체	돌봄 제공자 본인 (자기 성찰과 맥락 기반 정의)
기술의 역할	돌봄 작업(task)의 효율화 또는 간소화	돌봄 제공자의 삶의 균형과 관계 회복을 돕는 수단
돌봄 관계에 대한 이해	작업 중심의 기능적 돌봄	관계 중심의 존재적 돌봄
결과 지향	단기적, 실용적 기술 위주 (ex. 리마인더, 모니터링 도구)	사회적 연결, 회복력, 자기실현을 돕는 장기적 기술 (ex. 자기주도적 일정 관리 앱)
권력 구조	외부 기준에 따른 지원 결정 및 규정 (위계적)	이용자의 목표와 바람에 따른 기술 설계 (협력적)
지속 가능성	단기적 요구 해결에 머무름	장기적으로 돌봄 제공자의 삶과 돌봄 행위의 균형 추구

이러한 접근은 환자, 의료진, 가족, 기관 등 다층적 차원에서 긍정적 영향을 미친다. 환자는 자신의 가치와 선호가 존중받는 돌봄을 경험함으로써 치료 참여도와 순응도가 높아지고, 삶의 질이 향상될 수 있다. 의료진은 환자에 대한 이해도가 증진되며, 돌봄 관계의 질과 직무 만족도 또한 높아질 수 있다.[297] 아울러 불필요한 검사나 과잉진료가 줄어들어, 돌봄의 질 개선과 비용 절감의 가능성도 기대할 수 있다.

297) Boeykens, D., Boeckxstaens, P., De Sutter, A., Lahousse, L., Pype, P., De Vriendt, P., ... & Primary Care Academy. (2022). Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: a scoping review and concept analysis.PLoS One,17(2), e0262843.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

그러나 루벤 등이 지적한 바와 같이, 환자의 개인적 목표가 표준화된 공공 보건 지표나 의료성과와 충돌할 위험성도 존재한다.[298] 예컨대 만성 심부전 환자가 가족과의 여행을 위해 일시적으로 약물 복용을 중단하는 선택은 삶의 의미를 중시한 결정일 수 있으나, 의료적으로는 심각한 부작용이나 치료 실패로 이어질 수 있어, 가치와 안전 사이의 긴장을 드러낸다. 또한 이 개념을 실천적으로 확산하기 위한 평가 지표의 부재는 제도화의 장애 요인이다. 보이컨즈 등은 현재까지 전체 개념을 포괄하는 단일 경험적 지표는 존재하지 않으며, 일부 하위 속성에 대해서만 제한적으로 평가 도구가 개발되어 있다고 지적한다.[299]

라. 회복탄력성 기반 돌봄 접근

회복탄력성(resilience)이라는 용어는 라틴어 resilire에서 파생되었으며, 이는 '뒤로 튀어오르다' 또는 '다시 회복하다'는 의미를 갖는다. 본래 공학 분야에서 외부 충격을 받은 물체가 본래 형태로 회복되는 능력을 지칭하는 개념으로 사용되었으나, 이후 다양한 학문 분야에서 이 개념이 확장되어 왔다. 생태학자 홀링(Holling)은 1973년 「Resilience and Stability of Ecological Systems」에서 회복탄력성을 '생태계가 교란이나 변화에 직면하더라도 핵심 기능과 상호작용을 유지하며 붕괴하지 않고 지속되는 능력'으로 정의하였다.[300]

1980년대 이후 심리학 분야에서 회복탄력성 개념은 개인의 정신건강과 발달과정에 적용되며 급격히 발전했다. 루터(Rutter)는 불리한 환경과 스트레스 요인 속에서도 건강한 발달을 보이는 아동들을 연구하며 resilience를 '스트레스 상황에서 긍정적으로 적응하는 능력'으로 정의하였다.[301] 또한, 워너(Werner)와 스미스(Smith)는 하와이 카우아이 지역의 종단 연구를 통해, 심리적·사회적으로 성공적으로 적응한 고위험 아동들의 사례를 통해 회복탄력성의 경험적 기반을 제시하였다.[302] 이후 회복탄력성은 개인의 특성에 국한

298) Reuben, D. B., & Tinetti, M. E. (2012). Goal-oriented patient care--an alternative health outcomes paradigm.The New England journal of medicine,366(9), 777.; Vermunt, N. P. C. A. (2018).Collaborative goal setting. Towards a goal-oriented approach of shared decision-making in complex elderly care.

299) Boeykens, D., Boeckxstaens, P., De Sutter, A., Lahousse, L., Pype, P., De Vriendt, P., ... & Primary Care Academy. (2022). Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: a scoping review and concept analysis.PLoS One,17(2), e0262843.

300) Holling, C. S. (1973, November).Resilience and stability of ecological systems.

301) Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms.American journal of orthopsychiatry,57(3), 316-331.

302) Lauritsen, J. L. (1993). Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

되지 않고, 가족·공동체·사회적 자원 등을 포괄하는 복합적 개념으로 확장되었다.[303]

최근에는 회복탄력성이 복잡계(complex systems) 이론과 결합되면서 보건학 및 사회과학 분야로 확대되고 있다. 폴케는 사회생태적 시스템 내에서 회복탄력성을 '복잡한 상호작용의 네트워크 속에서 변화와 불확실성에 효과적으로 대응하는 능력'으로 확장하여 설명하였다.[304] 이 개념은 개인이나 공동체 수준을 넘어, 정책·조직·사회 구조 등 거시적 영역에 적용 가능한 개념으로 자리 잡았다. 특히 재난, 공중보건 위기, 기후변화 대응 등에 활발히 응용되고 있다.[305] 최근 논의에서는 회복탄력성을 고정된 성질이 아니라, 시간과 맥락에 따라 형성되는 동적이고 적응적인 과정으로 이해하는 경향이 강화되고 있다.

회복탄력성 기반 돌봄 접근의 이론적 배경을 살펴보면, 이 개념이 다양한 분야에서 상호참조되며 발전해왔음을 알 수 있다. 발달심리학에서는 위험 환경 속에서도 긍정적으로 성장하는 아동들을 중심으로, 정신건강 분야에서는 트라우마와 스트레스 상황에서의 회복과정에서 회복탄력성의 역할이 주목되어 왔다. 지역사회 개발 영역에서는 '지역사회 회복탄력성(community resilience)' 개념이 등장하였으며, 이는 위기 상황에서 공동체가 자원을 활용하여 회복할 수 있는 집합적 능력을 의미한다.[306]

회복탄력성 이론과 건강생성(Salutogenesis) 접근법은 건강을 바라보는 관점에서 긴밀하게 연결된다. 두 접근법 모두 '역경 속에서도 건강을 유지하고 강화할 수 있는 역량'을 핵심으로 하며, 단순한 질병 예방을 넘어 적극적인 건강 유지와 강화를 추구한다.[307] 건강생성 접근법이 개인이 세계를 이해 가능하고, 관리 가능하며, 의미 있다고 인식하는 '통합감(sense of coherence)'을 강조하는 것처럼, 회복탄력성 이론도 역경 속에서도 긍정적 자원을 발휘해 심리적·사회적으로 건강하게 성장할 수 있는 기제에 주목한다.

건강생성 접근법의 핵심 개념인 '통합감'은 회복탄력성 발달에 직접적 영향을 미친다. 통합감을 구성하는 이해가능성, 관리가능성, 의미감은 개인이 역경에 직면했을 때 필요한 심리적 자원으로 작용하여 회복탄력성을 강화한다. 예를 들어, 인지적 요소는 환경을 예측 가능하고 이해할 수 있는 정도를, 관리 가능성은 스트레스 요인을 다룰 수 있는 자

Adulthood.

303) Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development.American psychologist,56(3), 227.

304) Folke, C. (2006). Resilience: The emergence of a perspective for social-ecological systems analyses.Global environmental change,16(3), 253-267.

305) Adger, W. N. (2000). Social and ecological resilience: are they related?.Progress in human geography,24(3), 347-364.

306) Braithwaite, J., Wears, R. L., & Hollnagel, E. (2013).Resilient health care. Ashgate Publishing Group. Chapter 6

307) Harrop, E., Addis, S., Elliott, E., & Williams, G. (2006). Resilience, coping and salutogenic approaches to maintaining and generating health: A review.Cardiff: Cardiff University.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

원과 능력을, 의미감은 삶의 사건이 가치 있고 의미 있다고 느끼는 정도를 나타낸다. 이러한 관점은 회복탄력성의 개념을 단순한 회복에서 변화와 성장의 과정으로 확장시키며, 회복탄력성에 대한 이론적 기반을 더욱 견고하게 할 수 있다. 따라서 살루토제네시스(Salutogenesis)는 개인이 질병과 관련된 스트레스와 역경을 극복하는 과정에서 회복탄력성을 발휘하여 더 큰 건강과 웰빙을 달성할 수 있도록 지원한다.[308]

이러한 접근은 환자가 단순히 질병을 관리하는 수준을 넘어, 고난을 통한 내적 성장의 가능성을 모색하게 한다는 점에서 돌봄의 실천과도 밀접하게 연결된다. 회복탄력성과 건강생성의 상호작용은 현대 의료와 건강 증진 실천에서 건강을 보다 다차원적으로 이해하고 지원할 수 있는 통합적 접근을 가능하게 한다. 즉 건강생성 이론은 회복탄력성 개념에 실천적 적용 가능성을 부여하고, 회복탄력성 이론은 건강생성 관점을 보다 구체화하는 역할을 한다.

한편, 의료 시스템의 회복탄력성에 관한 Lyng 등의 연구는, 이를 구성하는 열 가지 핵심 역량을 도출하였다. 이 역량은 구조(Structure), 학습(Learning), 조정(Alignment), 협력(Coordination), 리더십(Leadership), 위험 인식(Risk awareness), 참여(Involvement), 역량(Competence), 촉진자(Facilitators), 의사소통(Communication) 등이다.[309] 연구자들은 이 역량들이 상호의존적이며, 특정 요소만을 강화하는 접근보다 전체 역량 간의 균형이 중요하다고 주장한다.

이러한 역량은 '맥락화(contextualization)'와 '협업(collaboration)'이라는 두 축을 중심으로 체계화될 수 있다. 맥락화는 특정 상황에 필요한 자원, 경험, 업무, 지식 등을 통합하려는 시도를, 협업은 다양한 행위자 간의 상호작용과 참여를 강조한다. 예를 들어, 위험 인식과 개별 역량은 맥락화에 크게 의존하며, 학습과 조정은 맥락화와 협업 양측 모두에 높은 관련성을 가진다. 반면, 의사소통과 리더십은 보다 일반적인 역량이지만, 이 역시 맥락적 이해를 통해 효과적으로 촉진될 수 있다.

마. 신경다양성 기반 돌봄 접근

신경다양성(neurodiversity)은 인간의 뇌 발달 및 기능에서 나타나는 다양성을 병리적

---

308) Röhrich, C., Giordano, J., & Kohls, N. B. (2021). Narrative view of the role of health promotion and salutogenesis in the treatment of chronic disease: viability and value for the care of cardiovascular conditions.Cardiovascular Diagnosis and Therapy,11(2), 591.

309) Lyng, H. B., Macrae, C., Guise, V., Haraldseid-Driftland, C., Fagerdal, B., Schibevaag, L., & Wiig, S. (2022). Capacities for resilience in healthcare; a qualitative study across different healthcare contexts.BMC health services research,22(1), 474.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이상이 아닌 자연스러운 변이로 간주하는 패러다임이다. 이 개념은 1990년대 후반, 호주의 사회학자이자 자폐인인 주디 싱어(Judy Singer)에 의해 처음 제안되었으며, 생물학적 다양성(biodiversity)의 개념을 인간의 신경학적 차이에 적용한 것이다. 싱어는 자폐증을 비롯한 다양한 신경발달 차이를 병리로 환원하기보다, 인간 존재의 다양한 방식으로 인식할 필요가 있다고 주장했다.

이 용어는 1998년 싱어의 학술 작업과 함께 온라인 자폐인 커뮤니티를 통해 점차 확산되었으며, 그녀는 신경다양성을 새로운 정치적 정체성 범주로 구상했다. 자폐인 커뮤니티가 형성되고 자기 옹호 운동이 활성화되면서, 이러한 개념은 더욱 구체화되고 정교화되었다. 싱어의 선구적 작업은 신경발달적 차이를 가진 개인들이 온라인 커뮤니티를 통해 자신들의 목소리를 내기 시작했던 시대적 상황과 맞물려 발전했으며, 이는 기존의 장애 권리 운동과도 연결되어 보다 포괄적인 사회 변화를 촉구하는 흐름을 형성했다.

신경다양성 운동의 초기 사상적 기반은 1993년 자폐인 짐 싱클레어(Jim Sinclair)의 연설 "우리를 위해 슬퍼하지 마세요(Don't Mourn For Us)"에서 찾을 수 있다. 이 연설에서 싱클레어는 자폐증이 단순히 개인이 '가진' 상태나 질병이 아니라 그 사람의 존재 방식의 근본적인 일부라는 관점을 제시했다. 그는 자폐증이 개인으로부터 분리될 수 없는 것이며, 자폐증을 '치료'하려는 시도가 자폐인의 정체성을 부정하는 것이라고 비판했다.[310] 이러한 관점은 신경다양성 운동의 핵심 원칙이 되었으며, 자폐증과 같은 신경발달적 차이를 병리화하는 전통적 관점에 대한 강력한 도전을 제기했다. 이후 신경다양성 운동은 자폐스펙트럼장애뿐만 아니라 ADHD, 난독증, 투렛 증후군, 그리고 기타 다양한 신경발달적 차이를 포괄하는 개념으로 확장되었으며, 이들 모두를 인간 신경학적 다양성의 자연스러운 표현으로 인식하는 관점을 발전시켰다.

로버트 챕먼(Robert Chapman)과 하비 캐럴(Havi Carel)은 신경다양성 패러다임이 특정한 신경 유형만을 정상 혹은 이상적 기준으로 삼는 기존 전제에 도전한다고 설명한다.[311] 그들은 신경다양성이 단지 병리를 거부하는 데 그치지 않고, 다양한 신경적 조건들이 인류 공동체에 고유한 기여를 할 수 있다는 점을 강조한다. 이에 따라, 신경다양성은 인간 경험의 다양성을 구성하는 핵심 요소로 재조명된다. 이러한 패러다임 전환은 의료적 모델 중심의 이해를 넘어서는 윤리적·사회적 실천의 변화를 요구한다. 특히 자폐증이나 ADHD 등 신경발달적 차이를 지닌 개인에 대한 사회적 인식과 정책적 지원이 변화되어야 함을 시사한다. 챕먼과 캐럴은 이러한 변화가 단순한 관용을 넘어, 특정한 신경학적 차이를 지닌 개인들이 갖는 삶의 방식과 가치에 대한 적극적 인정으로 나아가야 한다

310) Sinclair, J. (1993). Ne nous pleurez pas.Autism Network International,«Our Voice,50(3).

311) Chapman, R., & Carel, H. (2022). Neurodiversity, epistemic injustice, and the good human life.Journal of Social Philosophy.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

고 주장한다.

신경다양성 접근은 통일된 단일 이론이라기보다 다양한 관점을 포괄하는 스펙트럼에 가깝다. 드와이어(Dwyer)는 이를 의료적 모델과 사회적 모델 사이의 중간 지점에 위치시키며, 신경학적 차이를 병리로 간주하기보다 중립적 차이로 이해하는 접근이 필요하다고 주장한다.[312] 드와이어는 의료적 모델이 장애를 개인 내부의 결함으로 환원하는 반면, 강한 사회적 모델은 장애를 전적으로 외부 사회 구조의 산물로 해석하는 경향이 있다고 비판한다. 드와이어는 이 두 입장을 통합하는 방향에서, 개인의 특성과 사회적 맥락의 상호작용을 중시하는 통합적 관점을 제안한다. 이는 특히 자폐증에 대한 이해에서, 개인의 주관적 경험과 사회적 조건 사이의 역동적 관계에 주목하는 점에서 실천적 함의를 지닌다.

이와 같은 배경에서, 자폐증 연구 역시 정상성 중심의 과학에서 신경다양성 기반의 과학으로의 전환이 요구되고 있다.[313] 기존 연구는 첫째, 결핍 중심의 시각으로 자폐인의 강점을 간과하고, 둘째, 개인의 특성만을 강조하여 사회적 맥락을 소홀히 하며, 셋째, 자폐인의 다양하고 복합적인 경험을 포괄하지 못하는 한계를 지닌다. 이에 따라 신경다양성 패러다임은 자폐인의 삶과 경험을 중심에 두고, 그들의 관점이 연구와 실천의 구성 과정에 참여하도록 한다. 이는 기존의 '정상 과학'을 넘어 보다 포용적이고 다층적인 지식 생산 방식으로의 전환을 의미한다.

신경다양성 기반 돌봄 접근은 불가피하게 복잡한 윤리적 질문들을 제기한다. 어거스트 고먼(August Gorman)은 신경다양성의 맥락에서 접근성(access)에 대한 윤리적 문제를 단순한 자원 분배의 문제가 아니라, 환경과 개인 간 상호작용을 조율하는 복합적인 과제로 파악한다.[314] 고먼은 장애에 대한 다양한 모델들—의료적 모델, 사회적 모델, 단순 차이 모델—을 검토하면서, 신경다양성에 대한 윤리적 접근이 이들 모델의 통합적 고찰을 필요로 한다고 주장한다. 특히 자폐증과 같은 신경발달적 조건에서 제기되는 접근성 요구는 단순한 선호의 문제가 아니라, 기본적 권리와 존엄성에 관련된 문제로 간주되어야 하며, 이는 사회가 감수성과 책임을 바탕으로 응답해야 할 윤리적 의무임을 시사한다. 이러한 관점은 신경다양성 기반 돌봄이 단지 개인의 특성을 수용하는 데 그치지 않고, 사회적 환경을 해당 특성에 맞게 조정하는 구조적 책임을 포함해야 함을 강조한다.

부모와 돌봄 제공자의 경험은 신경다양성 돌봄에 대한 일상적 윤리의 중요한 실천 지평을 보여준다. 게르가나 미르체바(Gergana Mircheva)는 자폐 스펙트럼 장애 아동을 둔

312) Dwyer, P. (2022). The neurodiversity approach (es): What are they and what do they mean for researchers?.Human development,66(2), 73-92.
313) Pellicano, E., & den Houting, J. (2022). Annual Research Review: Shifting from 'normal science'to neurodiversity in autism science.Journal of child psychology and psychiatry,63(4), 381-396.
314) Gorman, A. (2023). Neurodiversity and the Ethics of Access.The Bloomsbury guide to philosophy of disability, 414-33.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

불가리아 부모들과의 생애사적 인터뷰를 통해, 부모들이 자녀의 진단 이후 겪는 혼란, 수용, 그리고 정상성 개념에 대한 재해석의 과정을 분석한다.[315] 부모들은 낙인, 제도적 배제, 돌봄 부담이라는 현실적 조건 속에서도 자녀의 정체성을 옹호하며, 자폐를 결핍이 아닌 고유한 존재 방식으로 이해하려는 방향으로 나아간다. 이 과정에서 그들은 기존의 의료화된 장애 개념과 정상화 기준에 저항하고, 새로운 윤리적·정치적 태도를 형성한다. 이러한 돌봄은 단순한 보호나 훈육이 아닌, 상호 취약성에 기반한 정체성 재구성과 윤리적 실천으로 전환된다. 부모는 자녀를 변화시키려 하기보다는, 자신과 사회를 변화시키는 방향으로 돌봄의 경계를 재구성한다.

이러한 실천은 점차 사적 영역을 넘어 정치적 장으로 확장된다. 부모들은 불충분한 복지와 사회적 편견에 맞서기 위해 시민사회에 참여하고, '부모 연대체'를 구성하는 등 공적 개입을 시도한다. 이 과정에서 돌봄은 '사적인 고통'에서 '공적 요구'로 전환되며, 기존 제도에 균열을 가하는 변화의 동력이 된다. 부모는 자녀를 사회에 '적응'시키는 동시에, 사회가 자녀를 수용할 수 있도록 구조를 전환하는 이중의 사회화 과정을 수행한다. 이는 돌봄을 통해 공동체성과 인간다움에 대한 재정의를 가능케 하며, 신경다양성 기반 돌봄의 윤리적·정치적 잠재력을 실증적으로 보여주는 사례가 된다. 미르체바는 돌봄을 희생의 서사가 아니라, 자기 변화와 공동체 전환의 계기로 조명하며, 돌봄의 윤리적 실천이 일상 속에서 확장되는 과정을 설득력 있게 제시한다.

동시에, 현재의 법적·의료적·사회적 인프라가 신경다양성을 얼마나 효과적으로 수용하고 있는지에 대한 비판적 분석 또한 요구된다.[316] 인지적 및 학습 장애를 지닌 개인들의 존재 방식은 종종 신경전형적 기준에 부합하지 않는다는 이유로 구조적 배제를 경험하며, 신경다양성 운동의 목표는 이들까지 포함할 수 있어야 한다. 법제도는 여전히 신경다양성을 지닌 개인의 권리와 필요를 충분히 반영하지 못하며, 이로 인해 발생하는 불평등은 단순한 정책적 미비가 아니라 구조적 차별의 문제로 해석되어야 한다. 이에 따라, 보다 포용적인 법적·의료적·사회적 인프라의 재설계가 요구되며, 이는 신경다양성을 지닌 개인들이 자신의 존재 방식대로 사회에 참여하고 기여할 수 있도록 하는 제도적 조건을 갖추는 것을 의미한다.

신경다양성 기반 돌봄 접근에서 '역량' 개념은 단순한 기능이나 기술의 습득을 넘어서는 복합적인 의미를 지닌다. 이는 신경다양성을 지닌 이가 자신의 고유한 신경학적 특성을 바탕으로 자신의 삶을 주체적으로 영위하고, 사회에 참여하며, 자신만의 방식으로 잠

315) Mircheva, G. (2021). Care Without Limits? The Experience of Parents of Children with Autism Spectrum Disorders.Критика и хуманизъм,3(55), 103-126.

316) Mackenzie, R., & Watts, J. (2011). Is our legal, health care and social support infrastructure neurodiverse enough? How far are the aims of the neurodiversity movement fulfilled for those diagnosed with cognitive disability and learning disability?.Tizard Learning Disability Review,16(1), 30-37.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

재력을 실현할 수 있는 가능성과 그 조건을 포함하는 개념이다. 따라서 신경다양성을 기반으로 한 돌봄은 개인의 신경학적 특성을 존중하는 동시에, 사회적 장벽과 편견을 해소하여 역량이 충분히 발휘될 수 있는 환경을 조성하는 데 초점을 맞춘다.

즉 신경다양성 기반 돌봄 접근에서 역량은 개인의 특성일뿐만 아니라 사회적·환경적 요인과도 밀접하게 연결된다. 즉 개인의 신경학적 특성과 사회적 환경 간의 상호작용을 중시하며, 역량을 이 두 요소의 복합적 산물로 이해한다.[317] 신경다양인의 역량은 적절한 환경적 지원과 사회적 인정이 뒷받침될 때 향상될 수 있으며, 이는 의료적 모델과 사회적 모델을 통합적으로 바라보는 관점과 맞닿아 있다. 자폐인을 비롯한 신경다양인은 자신의 고유한 방식으로 세상과 상호작용하고 의사소통할 수 있는 능력을 지니며, 이 능력은 적절한 사회적 조건이 마련될 때 더욱 뚜렷하게 발현될 수 있다. 따라서 역량은 개인 내부에 고정된 특성이 아니라 환경과의 상호작용 속에서 형성되고 변화하는 것이다.

신경다양성 기반 돌봄 접근에서 역량의 발달은 생애 주기 전반에 걸쳐 이루어지기도 한다. 므살(Michael E. Msall)에 따르면, 장애 진단이나 초기의 의학적 예후가 개인의 전 생애에 걸친 가능성과 역량을 결정짓지는 않는다. 오히려 발달은 특정 시기에 국한되지 않고, 가정, 지역사회, 교육, 의료 체계 간의 지속적인 상호작용 속에서 형성된다. 므살은 여동생 크리스타안의 생애를 통해, 초기 신생아 집중 치료실에서의 비관적 초기 예측에도 불구하고, 참여와 학습의 기회가 주어진다면 신체적·인지적·사회적 기능이 각 시기마다 새롭게 확장될 수 있다는 점을 강조한다.

므살은 이러한 발달이 개인의 내재된 능력에만 의존하는 것이 아니라, '역량 촉진(enablement)'과 돌봄 관계의 질에 달려 있다고 본다. 그의 가족은 의료·교육·지역사회 자원 간의 단절에도 불구하고, 발달 가능성을 신뢰하고 실천해 왔으며, 그 과정에서 신경다양성에 대한 집단적 이해와 수용이 형성되었다. 이는 초기 진단 중심의 고정적 예후를 넘어서, 생애 주기적 관점에서의 유연하고 장기적인 돌봄 접근이 요구됨을 시사한다.

신경다양성 기반 돌봄 접근에서 역량은 기술과 환경적 지원의 역할과도 밀접하게 연관되어 있다. 신경다양인의 역량은 개인의 특성만으로 결정되는 것이 아니라, 이를 뒷받침할 수 있는 법적, 의료적, 사회적 인프라와 같은 구조적 조건에 의해 크게 영향을 받는다. 그러나 현재의 사회 시스템은 종종 신경전형적(neurotypical) 규범을 전제로 설계되어 있어, 신경다양인의 역량이 충분히 발휘되기 어려운 구조적 제약을 내포하고 있다.[318] 이러한 한계를 극복하기 위해서는 개인의 고유한 신경학적 특성을 고려한 환경적 조정과 지

317) Dwyer, P. (2022). The neurodiversity approach (es): What are they and what do they mean for researchers?.Human development,66(2), 73-92.

318) Mackenzie, R., & Watts, J. (2011). Is our legal, health care and social support infrastructure neurodiverse enough? How far are the aims of the neurodiversity movement fulfilled for those diagnosed with cognitive disability and learning disability?.Tizard Learning Disability Review,16(1), 30-37.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

원이 필요하며, 이를 통해 보다 포용적인 돌봄 환경을 조성할 수 있다. 이때 보조 기술(assistive technology)은 신경다양인의 의사소통, 학습, 사회적 참여 역량을 증진시키는 데 중요한 역할을 하며, 이는 역량이 개인과 환경 간의 역동적 상호작용 속에서 형성된다는 점을 잘 보여준다.

같은 맥락에서 신경다양성의 관점에서 역량 접근법의 필요성을 강조한 팔레타(Doug Paletta)는, 전통적인 자원 평등 접근이 신경학적 차이를 충분히 반영하지 못한다고 지적한다.[319] 그는 자원 평등 접근이 모든 사람에게 동일한 자원을 제공하는 데 초점을 맞추는 반면, 역량 접근법은 각 개인이 주어진 자원을 자신의 방식으로 활용할 수 있는 실제 능력과 기회에 주목한다고 설명한다. 이러한 접근은 신경다양인이 고유한 신경학적 특성에 따라 서로 다른 방식으로 세상을 경험하고 반응한다는 점을 전제로 하며, 인간 다양성을 정의 논의의 출발점으로 삼는다는 점에서 신경다양성의 맥락에 더욱 부합한다. 또한 팔레타는 인간 다양성을 존중하는 사회는 다양한 인지적, 감각적, 운동적 능력을 가진 사람들이 자신의 방식으로 번영할 수 있는 환경을 조성해야 한다고 주장한다. 이와 같은 관점은 신경다양성 기반 돌봄이 단순히 결핍이나 장애를 '관리'하는 것이 아니라, 각 개인의 고유한 강점과 가능성을 인식하고 이를 실현하는 실천이라는 점을 분명히 한다.

바. 복잡성 이론을 적용한 분석

복잡성 이론(complexity theory)의 관점에서 볼 때, 취약성에 대한 전통적 접근은 주로 단순 문제(simple problem)의 범주 안에서 다루어져 왔다고 할 수 있다. 이는 취약성을 인과관계가 명확한 현상으로 간주하고, 정형화된 규칙과 절차를 통해 예측 가능하게 해결할 수 있다고 전제하는 방식이다. 이러한 접근은 특정 집단을 '취약한 존재'로 식별하고, 이들에게 일률적인 보호 조치를 적용하는 데 초점을 둔다. 예를 들어, 벨몬트 보고서(Belmont Report, 1979)는 '소수 인종', '경제적 약자', '중증 질환자', '제도적 소외자' 등을 취약 집단으로 분류하며, 이들에게 표준화된 보호 기제를 적용하는 방식을 채택하였다.[320]

이러한 관점에서는 집단이 가진 특정한 사회적·생물학적 특성(예: 연령, 질병 상태, 사회경제적 지위 등)이 취약성의 직접적인 원인으로 간주되며, 이로 인해 이러한 특성을 지닌 집단은 모두 동질적으로 취약한 것으로 분류된다. 예컨대, 연대기적 나이를 기준으로 모든 노인을 일괄적으로 '취약하다'고 간주하는 접근은, 단순 문제에 기반한 환원주의

319) Paletta, D. (2013). Equality, capability and neurodiversity.Ethics and neurodiversity, 39-51.
320) Zagorac, I., & Stamenković Tadić, B. (2022). Health within illness: The negativity of vulnerability revised.Medicine, health care and philosophy,25(2), 207-217.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

적 사고의 대표적인 사례이다. 이러한 분류는 행정적 효율성과 관리상의 편의성을 제공할 수 있지만, 동시에 취약성이 갖는 맥락의존적, 상호작용적 성격을 간과하게 만든다.

취약성을 특정 집단의 속성이 아니라 모든 인간이 공유하는 보편적 조건으로 이해하려는 접근 역시, 여전히 단순 문제 패러다임 안에 머무는 경향이 있다. 이 접근은 집단 분류의 한계를 넘어서는 것처럼 보이나, 실상은 복잡한 현실을 또 다른 방식으로 단순화하는 결과를 낳는다. 다시 말해, '모두가 취약하다'는 보편주의적 주장 아래에서는, 특정 집단이 겪는 구조적 차별과 권력의 비대칭성, 제도적 불평등이 쉽게 가려지거나 희석된다. 그 결과, 누적된 위험과 배제의 맥락을 설명하기 어려워지고, 실질적인 제도 개선이나 정치적 대응의 동력이 약화될 수 있다.

아울러, 취약성을 인간 조건의 일부로 보편화하려는 접근은 '윤리적 공동체'라는 이상에 기반하여 갈등을 도덕적 사안으로 환원하는 경향이 있으며, 이 또한 정치적 긴장을 희석시키는 결과를 초래할 수 있다.[321] 콜(Cole)은 이러한 경향이 취약성을 모호하고 다의적인 개념으로 만들며, 그로 인해 구체적인 정치적 요구나 구조적 불평등에 대한 명확한 비판으로 연결되기 어렵다고 지적한다. 특히, 취약성 연구가 '특권을 가진 이들'의 인식 부족이나 도덕적 감수성을 개선하는 데 집중하게 되면, 실제로 가장 취약한 위치에 있는 사람들은 자신의 고통을 정치적으로 표현하거나, 변화를 요구할 수 있는 언어와 자원을 확보하기 어려워진다. 다시 말해, 취약성 담론이 특권층을 깨우치기 위한 도덕 교육의 장이 될 경우, 그로 인해 취약한 이들의 정치적 발화 가능성이 오히려 약화될 수 있는 것이다.

또한 단순 문제 영역에서는 의사결정과 판단이 주로 전문가의 권위에 의존하며, 환자의 참여는 제한적이다. 이러한 방식은 취약한 이들을 수동적 수혜자로 위치시키고, 전문가의 판단과 개입을 중심으로 하는 위계적 모델을 강화한다. 또한 단순 문제 접근에서는 문제 해결의 권한과 책임이 명확히 분할되며, 특정 전문가 집단이나 제도(예: IRB, 윤리위원회, 병원 조직 등)에 집중된다. 이로 인해 표준화된 지침, 체크리스트, 운영 절차(SOP)를 중심으로 한 대응이 보편화되고, 취약성은 행정적 범주로 관리되기에 용이한 형태로 추상화된다. 예컨대, 임상 연구에서의 취약 집단 보호 절차, 환자 안전 프로토콜, 저소득층 대상 복지 프로그램 등은 모두 이러한 접근의 실례이다. 이러한 표준화는 최소한의 보호 수준을 확보하는 데 기여하지만, 맥락에 따라 달라지는 개별적 요구와 필요를 반영하는 데에는 한계가 있다.

보편적 취약성 담론에서 제안되는 '윤리적 공동체' 개념 또한, 그 자체로는 추상적 이상에 머무를 가능성이 있다. 구체적 갈등이나 권력의 불균형을 조명하기보다는, 보편적

321) Cole, A. (2016). All of us are vulnerable, but some are more vulnerable than others: The political ambiguity of vulnerability studies, an ambivalent critique.Critical Horizons,17(2), 260-277.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

인간 조건에 기반한 도덕적 연대의 강조에 치중함으로써 현장의 제도적 억압이나 정치적 긴장을 설명하는 데에는 역부족일 수 있다.

이러한 단순화 경향은 Safety-I 모델과도 유사하다. 즉, 사전 위험 예측과 제거를 통해 해악을 예방하고, 시스템의 안정성을 확보하는 데 초점을 둔다. 예컨대, 임상시험에서 '최소한의 위험(minimal risk)' 기준을 충족하기 위해 잠재적 위해 요소를 미리 식별하고 배제하는 절차들은, 이 모델과 맥락적으로 연결되어 있다.

단순 문제 패러다임 내에서 취약성을 다루는 접근은 다음과 같은 특징적 한계를 보인다. 첫째, 해당 개인과 집단이 지닌 역량과 사회적 맥락을 충분히 반영하지 못한다. 노인, 장애인, 소수 인종 등의 집단은 집단 내에서도 다양한 건강 상태, 사회경제적 조건, 자원 접근성을 지니고 있음에도, 종종 일괄적으로 수동적이고 보호받아야 할 존재로 간주된다. 그 결과 자율성과 행위성이 제약되고, 필요한 돌봄이나 의료 연구 참여의 기회를 충분히 보장받지 못하는 문제가 발생한다. 특히 의료진이나 연구자가 '과잉 보호'를 명분으로 치료 방향을 일방적으로 결정하거나 연구 참여를 제한할 경우, 환자는 돌봄 관계에서 주체로서 존중받지 못하고 자기결정권 또한 침해받는다. 이러한 접근은 "왜 그들이 취약한가?"라는 맥락적이고 복합적인 원인에 대한 충분한 고찰 없이, 해당 집단을 동질적이고 영구적인 '보호 대상'으로 규정하는 특성을 보인다.

둘째, 이러한 분류는 해당 집단을 임상시험이나 연구에서 배제함으로써 이들에 특화된 의료 지식의 축적을 가로막고, 장기적으로는 의료적 불평등을 심화시킬 수 있다. 특정 집단이 임상연구에서 지속적으로 제외될 경우, 예를 들어 해당 집단의 생애주기나 건강 특성에 적합한 치료나 예방 전략을 개발하는 데 필요한 근거가 부족해질 수 있다. 이는 연구 기회의 제한이 단순한 보호 차원을 넘어, 결국 해당 집단의 의료적 권리를 침해하는 결과로 이어진다는 점에서 단순 문제 접근의 역설적 효과를 드러낸다.

셋째, '취약한 집단'이라는 규정은 이들에 대한 사회적 낙인과 고정관념을 강화하고, 병리적 취약성을 재생산하는 데 기여한다. 취약성을 개인의 고정된 속성으로 간주하는 접근은 제도적 장벽이나 자원 접근성의 결여와 같은 구조적 요인을 간과하며, 근원적 제도 개선 없이 보호와 배제를 반복하는 결과를 낳는다. 이는 기존의 불평등을 고착화할 뿐 아니라, 해당 집단의 사회적 지위와 일상적 경험에도 부정적 영향을 미친다. 즉, 보호 중심의 접근이 오히려 새로운 형태의 취약성을 만들어내는 병리적 효과를 유발하게 되는 것이다.

넷째, 취약성을 모든 인간이 공유하는 보편적 조건으로 간주하는 접근은 표면적으로 기존의 집단 중심 분류에서 벗어나려는 시도로 보이지만, 실제로는 또 다른 형태의 단순화를 통해 취약성의 복잡한 현실을 간과하는 결과를 초래할 수 있다. 취약성의 보편화는 취약성을 맥락에 따라 다양하게 형성되고 드러나는 사회적·정치적 현상이 아닌, 추상적이고 동질적인 인간 조건으로 환원함으로써 현실에 존재하는 권력의 비대칭성, 제도적

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

불평등, 그리고 특정 집단이 겪는 체계적 위험을 가시화하기 어렵게 만든다.

환자 역량 강화 모델은 보건의료 영역에서 복잡 문제(Complicated Problem)의 전형적인 특성을 보여준다. 이 모델의 핵심적인 특징 중 하나는 조건적 관계(if/then)를 통한 분석과 예측이 가능하다는 점이다. 예컨대, 환자가 충분한 건강 정보에 접근하고, 이를 이해하며 적용할 수 있는 능력을 갖출 경우, 자신의 건강 상태를 더 효과적으로 관리하고 의사결정에 적극적으로 참여할 수 있다는 인과적 구조를 설정할 수 있다. 이러한 조건 기반의 인과적 관계는 복잡하나 분석 가능하며, 이를 바탕으로 한 체계적 중재와 지원이 가능하다는 점에서 복잡 문제로서의 성격을 뚜렷이 드러낸다.

또한 환자 역량 강화 모델은 전문가의 다층적 전문성을 필수적으로 요구한다는 점에서도 복잡 문제의 특성을 내포한다. 환자 참여와 역량 강화를 실현하기 위해서는 임상적 전문성뿐 아니라, 교육학적 접근, 의사소통 기술, 심리사회적 지원 역량 등 다양한 전문 지식과 기술이 통합적으로 요구된다. 이는 단순 문제에서와 같이 표준화된 절차만으로는 해결할 수 없으며, 상황에 따른 전문적 판단과 개별화된 적용이 필수적이다. 예컨대, 당뇨병 환자의 자기관리 지원에는 의학적 지식뿐 아니라, 행동 변화 이론, 심리적 중재 기법, 맞춤형 교육 전략이 유기적으로 결합되어야 효과적인 중재가 가능하다.

그러나 환자 역량 강화 접근의 실제 구현 양상을 분석해보면 중요한 구조적 특징이 드러난다. 앞서 언급했듯이, 기존의 환자 역량 강화 접근은 실질적으로 환자가 아닌 의료진을 역량 강화의 주체로 설정하는 경향이 있다.[322] 역량 강화(empowerment) 개념은 명목상 이용자 중심성과 권한 재분배를 지향하지만, 실제 개념 분석에서는 전문가 주도의 기획과 행동 변화 유도를 중심으로 좁게 정의되고 있다. 환자의 건강 역량을 '길러주고' 정보를 제공하며, 결정권을 '지도하는' 과정이 역량 강화로 간주될 경우, 이는 환자의 주체성을 실질적으로 강화하기보다는 의료진이 설정한 치료 방향에 환자가 순응하도록 유도하는 구조에 가깝다. 나아가 임파워먼트의 최종 목표가 환자의 필요(needs)가 아닌 의료 시스템의 목표(예: 비용 절감, 질병 관리, 서비스 효율화 등)에 부합되도록 설정되는 경향도 문제로 지적된다. 이러한 분석은 역량 강화 개념이 환자의 삶의 맥락과 관계성을 고려하지 않은 채, 전통적인 의사-환자 간 위계 구조를 재생산하는 역설적 측면을 보여준다.

환자 역량 강화 모델이 지닌 또 하나의 중요한 특징은, 다양한 이해관계자들 간의 상호작용과 조정이 필수적이라는 점이다. 환자와 의료진뿐만 아니라, 의료기관, 보험회사, 정책 입안자, 지역사회 등 서로 다른 목표와 입장을 가진 여러 주체들이 함께 참여하고

322) Halvorsen, K., Dihle, A., Hansen, C., Nordhaug, M., Jerpseth, H., Tveiten, S., ... & Knutsen, I. R. (2020). Empowerment in healthcare: A thematic synthesis and critical discussion of concept analyses of empowerment.Patient education and counseling,103(7), 1263-1271.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

협력해야 한다. 이 과정에서는 단순히 제도적으로 참여 기회를 보장하는 것을 넘어서, 관계를 어떻게 형성하고 유지하며 전환해 나가는지가 개입의 성패를 좌우하는 핵심 요소가 된다. 민히어(Minheere) 외(2023)는 환자 참여의 질이 제도적 틀보다는 상호작용의 깊이와 관계를 조율하는 능력에 따라 달라진다고 강조한다.[323] 이러한 복잡한 상호작용 구조는 복잡 문제의 전형적인 특징이며, 효과적인 환자 역량 강화를 위해서는 관계의 질과 시스템 전체를 아우르는 통합적 접근이 함께 고려되어야 한다.

복잡한 문제에 대응하는 전략으로서의 환자 역량 강화는 그 자체로 중요한 실천이지만, 이를 어떻게 평가할 것인가는 또 다른 이론적·실천적 과제를 남긴다. 환자 역량 강화의 효과를 평가하기 위해서는 단순한 만족도나 태도 변화에 그치지 않고, 환자의 지식 수준, 자기 효능감, 의사결정 참여도, 건강 행동 변화, 건강 결과 개선 등 단기적·장기적 영향을 포괄하는 다차원적 지표가 필요하다. 그러나 현재까지의 많은 연구들은 단기적이거나 주관적인 측정에 국한되어 있으며, 평가 도구 또한 일관되게 정립되지 않아, 환자 참여의 실질적 효과를 뒷받침할 수 있는 경험적 근거가 부족한 상황이다.[324]

목적지향돌봄 모델은 '복잡(complicated)'성과 '복합적(complex)' 특성을 동시에 지닌 의료 모델로 이해할 수 있다. 우선 이 모델은 체계적 프레임워크와 구조화된 접근을 통해 복잡한 문제 상황에 대응하는 특징을 보인다. 구체적으로는 환자의 목표, 가치, 선호도를 체계적으로 탐색하고, 이를 측정 가능하고 실행 가능한 형태로 구체화하며, 목표 달성을 위한 단계적 계획을 수립하고, 목표 달성 정도를 평가할 수 있는 지표를 개발하는 일련의 절차를 포함한다. 이러한 구조화는 목표 설정을 일관된 프로세스로 정립함으로써, 의료 시스템 내에서 정책적 실행 가능성과 반복 적용 가능성을 높인다. 예를 들어, 'What Matters to You?'(WMTY) 접근법은 환자의 목표를 구조화된 대화를 통해 도출하고 기록함으로써, 이를 의료 시스템 전반에 통합하려는 구체적 방법론을 제시한다. 노르웨이의 가이드라인에 따르면, 이러한 목표는 환자의 독립성과 자기관리 역량을 향상시키는 방향으로 설정되어야 하며, 이를 위해 명확한 절차와 단계가 요구된다.[325]

동시에 목적지향돌봄은 복합적(complex) 특성 또한 강하게 내포하고 있다. 환자 및 보호자의 목표 설정과 달성 과정은 선형적 절차가 아니라, 비예측적이며 맥락 의존적인 관계 속에서 전개된다. 이는 환자의 목표가 단지 의학적 결과나 기능 회복에 국한되지 않

323) Minheere, A., Lambrechts, W., Mampaey, J., Stough, T., Caniëls, M. C., & Semeijn, J. (2023). Patient power and empowerment: mitigating elements of valuable patient participation in healthcare collaboratives.Behavioral Sciences,13(4), 347.

324) Esmail, L., Moore, E., & Rein, A. (2015). Evaluating patient and stakeholder engagement in research: moving from theory to practice.Journal of comparative effectiveness research,4(2), 133-145.

325) Oksavik, J. D. (2021). " What matters to you?" Goal-oriented, integrated care for older patients with multimorbidity-a qualitative study.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

고, 개인의 가치, 문화적 배경, 사회적 관계, 정서 상태 등 다양한 요인의 영향을 받아 형성되기 때문이다. 이러한 요인들은 서로 비선형적으로 상호작용하며, 시간과 환경, 건강 상태에 따라 유동적으로 변화한다. 이처럼 목표 설정은 기술적 조작이 아닌, 환자의 삶의 여정과 의료진과의 관계적 상호작용 속에서 진행되는 성찰적 과정으로 이해되어야 한다. 이와 같은 복합성은 정형화된 접근만으로는 대응하기 어려우며, 환자의 고유한 경험과 상황에 맞춘 조정 가능하고 민감한 돌봄 방식의 특성을 보여준다.

이러한 복합성은 의료진과 환자 간의 관계 속에서도 분명히 드러난다. 목표지향 접근은 표준화된 치료 경로를 따르기보다는, 환자의 개별 조건과 의미망에 따라 돌봄을 조율하며, 목표 설정 역시 고정된 절차가 아니라 역동적이고 맥락적 성격을 지닌 과정임을 시사한다.[326] 질병 중심적 접근에서는 생존율이나 합병증 감소와 같은 객관적 지표가 주요 성과로 간주되지만, 목적지향 접근에서는 생존 그 자체가 환자의 궁극적 목표가 아닐 수도 있음을 인정한다. 어떤 환자에게는 생존 기간의 연장이 아닌, 삶의 특정한 순간을 의미 있게 보내기 위한 건강 유지가 더 중요한 목표일 수 있다. 이는 의료가 환자의 삶의 질과 가치 실현을 어떻게 반영하는지에 대한 목적지향돌봄의 고유한 특성을 보여준다.

목적지향돌봄의 복잡-복합적 특성을 고려할 때, 이 모델의 평가 방식 또한 독특한 양상을 보인다. 전통적인 의학적 결과 지표(생존율, 재입원율, 합병증 발생률 등)만으로는 목적지향돌봄의 가치와 영향을 충분히 포착하기 어렵다. 따라서 환자의 목표 달성 정도, 의사결정에의 참여 수준, 환자 경험의 질, 삶의 질과 웰빙 등 보다 다차원적이고 환자 중심적인 평가 지표가 필요하다. 이 평가에는 정량적 지표와 더불어 질적 평가도 포함되어야 하며, 단기 성과뿐 아니라 장기적 영향까지도 고려하는 총체적 평가 체계가 요구된다.

결국, 목적지향돌봄 모델에서 '역량'은 환자와 환경이 상호작용하는 과정에서 만들어지는 다차원적이고 유동적인 개념이다. 즉, 환자가 원래부터 고정적으로 가지고 있는 능력이 아니라, 의료 환경의 관계 속에서 달라지고 자라나는 역량이다. 예를 들어, 자신의 건강 상태와 치료 옵션을 이해하고, 질환의 복잡성을 고려해 의미 있는 결정을 내리는 능력, 자신의 목표를 위해 의료진·가족·돌봄자와 효과적으로 소통하고 협력하는 능력, 가치 실현을 위하여 약물 복용이나 생활습관 관리를 일상에서 실천 및 조정하는 능력 등이 이에 해당한다. 목적지향돌봄의 핵심은 모든 환자에게 같은 수준의 역량을 설정하는 것이 아니라, 각 환자의 선호와 상황에 맞춰 참여 방식을 조율하는 유연한 접근에 있다.

---

326) Boeykens, D., Boeckxstaens, P., De Sutter, A., Lahousse, L., Pype, P., De Vriendt, P., ... & Primary Care Academy. (2022). Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: a scoping review and concept analysis.PLoS One,17(2), e0262843.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

회복탄력성 기반 돌봄 모델은 복잡 문제와 복합 문제 사이에 위치해있다고 볼 수 있다. 복잡 문제는 여러 구성 요소와 그 상호작용으로 이루어져 있지만, 전문가의 지식과 경험을 통해 분석과 예측이 가능한 유형의 문제를 의미한다. 회복탄력성 접근법은 이처럼 구조화된 분석을 시도하는데, Lyng 등의 연구에서 제시된 의료 시스템 회복탄력성의 열 가지 핵심 역량－구조, 학습, 조정, 협력, 리더십, 위험 인식, 참여, 역량, 촉진자, 의사소통－은 체계적으로 분류되고 평가될 수 있는 요소들로 제안된다.

또한 회복탄력성 접근법은 표준화된 도구와 프로토콜을 기반으로 하되, 환자의 개별 맥락에 따라 조정 가능성을 열어두는 복잡 문제 대응 방식을 취한다. 돌봄 경로(care pathways)의 설계, 다학제 팀 접근, 전문가 자문 체계 등의 전략은 회복탄력성 기반 돌봄의 실행 방식과 일치한다. 예를 들어, 회복탄력성 관점에서 당뇨병 환자 관리는 가이드라인을 기본 틀로 삼지만, 환자의 식습관, 운동량, 스트레스 수준 등 맥락적 요소에 따른 세부 조정을 통합적으로 고려한다. 이는 복잡 문제 해결에 필수적인 '맥락화'와 '협업'의 두 축을 통해 구체화된다. 이는 기계적 적용이 아닌, 환자의 개별적 맥락을 고려한 조건부 적용을 중시하는 복잡 문제 해결의 특징적 양상이다.

회복탄력성 관점은 환자의 주체성과 자기관리 역량을 존중하면서도, 동시에 전문가의 지식에 기반한 체계적인 개입을 중시한다는 점에서 단순한 기계적 접근이나 전적으로 창발성에 의존하는 방식과는 구별된다. 이러한 접근은 '관리 가능한 복잡성'이라는 개념과 맞닿아 있으며, 회복탄력성 기반의 돌봄은 불확실성을 완전히 제거하려 하기보다는, 그것을 체계적으로 조절하고 관리하려는 복잡 문제 해결의 틀 안에서 작동한다.

하지만 회복탄력성 기반 돌봄 모델은 복합 문제(complex problem) 대응의 방식과도 매우 가깝다. Braithwaite 외 연구자들은 의료체계를 '복잡 적응 시스템(Complex Adaptive System, CAS)'으로 이해함으로써, 의료 안전성과 조직 성과에 대한 보다 깊이 있는 접근이 가능하다고 제안한다.[327] 이는 환자 상태의 불확실성, 기술의 발전 속도, 협업 구조의 유동성 등으로 인해 의료 현장이 고정된 관리체계로는 대응하기 어려운 환경임을 전제로 한다.

이와 함께 저자들은 CAS의 다른 특징인 '창발(emergence)'과 '적응(adaptation)'을 통해 의료 조직의 역동성을 설명한다. 창발은 구성원 간 상호작용을 통해 예측 불가능한 결과가 나타나는 현상이며, 이는 의료 생태계의 복잡성과 직접 연결된다. 이러한 창발적 변화는 혼란을 유발할 수 있지만, 동시에 학습과 문제 해결의 계기를 제공함으로써 조직의 회복탄력성 증진에 기여할 수 있다. 의료체계를 CAS로 이해하는 관점은 불확실성과 변화를 억제하기보다 수용함으로써, 그 속에서 회복탄력성을 강화하는 전략의 특성을 보여준다.

---

327) Wears, R. L., Hollnagel, E., & Braithwaite, J. (Eds.). (2015).Resilient health care. Ashgate Publishing, Ltd. Chapter 6.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

파리에스(Pariès) 등은 제네바 대학병원(HUG) 집중치료실(ICU)의 통합 사례를 통해, 회복탄력성이 실제 의료 조직 내에서 어떻게 작동하는지를 분석한다.[328] 두 개의 ICU가 통합되는 과정에서 관리 체계와 조직 문화의 차이로 갈등이 발생하였으나, 중증 환자 치료라는 공동 목표 아래 구성원들은 자발적으로 역할을 조정하고 협업 방식을 조율해 나갔다. 이러한 과정은 단순한 임기응변이 아니라, 자율적 판단과 협력을 통한 조직 차원의 회복탄력성 발현으로 해석된다.

저자들은 이 사례를 '회복탄력성 공학(Resilience Engineering)'의 관점에서 중요한 실천으로 간주한다. 의료진은 예기치 못한 상황 속에서 인력 재배치, 임시 리더십 형성, 정보 공유 등의 방식으로 자율적으로 대응하였고, 그 결과 협업 구조는 안정적으로 유지되었다. 이는 표준화된 절차만으로는 대응이 어려운 비선형적 환경 속에서, 현장의 유연성과 학습 능력의 중요성을 보여주는 사례로 평가된다. 저자들은 이러한 사례를 통해 갈등과 변화의 과정을 학습과 적응의 기회로 전환할 수 있는 가능성을 강조한다.

롭슨(Robson)은 회복탄력성을 조직 차원에서 분석하며, 그 핵심 역량을 대응(responding), 모니터링(monitoring), 학습(learning), 예측(anticipating) 네 가지로 제시한다.[329] 그는 의료 현장을 다양한 변수와 불확실성이 공존하는 환경으로 전제하며, 안전사고를 단지 개인의 실수가 아닌 조직의 역량 부족으로 이해해야 한다고 주장한다. 특히 환자 상태 변화나 과부하와 같은 예측 불가능한 상황에서, 효과적인 모니터링과 대응은 위험의 조기 인식 및 신속한 개입을 가능하게 한다.

나아가 Robson은 학습과 예측이 동시에 작동할 때, 조직의 회복탄력성은 단순한 반응을 넘어 구조적 안전문화로 발전할 수 있다고 본다. 학습은 과거 사건을 분석하고 제도화하는 과정이며, 예측은 축적된 정보에 기반해 미래 위험을 미리 파악하고 대응하는 능력이다. 이 두 가지 요소는 상호 연계되어야 하며, 그래야만 의료 조직 전체의 안전 수준이 향상되고, 구성원들은 안정감 속에서 유연하게 실천할 수 있다. 이러한 통찰은 병동, 외래, 응급실 등 다양한 환경에서 공통적으로 적용 가능하며, 조직 차원의 안전성과 회복탄력성을 통합적으로 강화하는 특성을 보여준다.

공유 리더십(shared leadership) 또한 회복탄력성을 증진하는 효과적인 방식으로 주목받고 있다.[330] 의료 현장은 다양한 전문 인력이 얽혀 있고, 불확실성과 긴급성이 높은 상황이 자주 발생하기 때문에, 전통적인 위계적 리더십은 신속한 의사결정을 방해하거나

328) Pariès, J., Lot, N., Rome, F., & Tassaux, D. (2019). Resilience in intensive care units: the HUG case. InResilient health care(pp. 77-96). CRC Press.
329) Hollnagel, E., & Braithwaite, J. (2013). Resilient health care(1st ed.). CRC Press. Chapter 16.
330) Wears, R. L., Hollnagel, E., & Braithwaite, J. (Eds.). (2015).Resilient health care. Ashgate Publishing, Ltd.. Chapter 6. Creating Resilience in Health Care Organisations through Various Forms of Shared Leadership

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

구성원의 적극적 참여를 제한할 수 있다. 이에 비해 공유 리더십은 여러 전문인력이 '리더' 역할을 동시 혹은 순차적으로 수행하도록 허용함으로써, 갈등 상황이나 예기치 못한 과부하 시에도 유연하게 대응할 수 있게 만든다.

즉 공유 리더십은 구성원 각자가 상황에 따라 유연하게 리더십을 발휘하도록 하여, 자기조직화와 학습 역량을 강화하는 기반이 될 수 있다. 예컨대 중환자실에서 환자의 상태를 가장 잘 이해하고 있는 사람이 일시적으로 리더 역할을 수행하고, 팀이 이를 중심으로 자원을 재조정하는 방식은 상호 신뢰와 명확한 소통에 기초한 적응적 리더십으로 작동한다. 이는 단순한 '임시방편적 대처'가 아니라, 상호 신뢰와 명확한 소통 체계를 바탕으로 조직 전반에 내재된 '적응적 리더십' 패턴이라 할 수 있다.[331] 이러한 구조는 전통적 권위 체계를 넘어서 전문직 간의 동등한 협업과 의견 교환을 가능하게 하며, 학습, 혁신, 신뢰가 결합된 조직문화의 형성을 보여준다.

회복탄력성 접근이 복합 문제 해결에 유효한 이유는, 불확실성과 비선형적 상호작용이 일상화된 의료 현장에서 시스템이 스스로 적응하고 안전을 유지할 수 있는 조정 기제의 특성을 보여주기 때문이다. 전통적인 의료 안전 모델(Safety-I)이 규정과 절차를 통해 오류를 방지하려 했다면, 회복탄력성 접근은 예상치 못한 변동 속에서 전체 시스템이 어떻게 유연하게 작동하는지를 주목한다. 복합적 문제에서는 단일 원인-결과의 수정보다, 시스템 내부에서 창발하는 위험 요인에 대응할 수 있는 적응적 역량의 강화가 핵심임을 보여준다.

의료 돌봄 실천 측면에서의 회복탄력성은 특히 홀나겔(Hollnagel), 브레이스웨이트(Braithwaite) 등의 연구자들에 의해 체계화되었다. "Resilient Health Care"시리즈는 전통적인 환원주의적, 선형적 접근법에서 벗어나 의료 시스템을 복잡적응시스템으로 이해하고, 이 안에서 회복탄력성을 강화하는 방안을 모색한다. 이들은 의료 현장에서 이루어지는 수많은 상호작용, 예측 불가능한 돌발 상황, 다양한 이해관계자의 참여와 조정이 단순히 방해 요소가 아니라, 실제 의료 돌봄이 유지되는 기반이자 역동적 질서의 한 형태라고 본다.[332]

특히 'Muddling Through(유연하게 헤쳐나가기)'[333]로 표현되는 회복탄력성 접근은, 예측할 수 없는 복잡한 현장 속에서도 어떻게 돌봄이 지속될 수 있는지 관심을 둔다. '유연하게 헤쳐나가기'는 단순한 임기응변이 아니라, 조직이 주어진 여건에서 부분적으로 조정하고 실질적인 해결을 도모하며 점진적으로 학습해 나가는 과정으로 이해된다. 즉

331) 앞의 책.
332) Braithwaite, J., Wears, R. L., & Hollnagel, E. (Eds.). (2017). Resilient health care: Volume 3 – Reconciling work-as-imagined and work-as-done. CRC Press.
333) Braithwaite, J., Hollnagel, E., & Hunte, G. (Eds.). (2021). Resilient health care: Volume 6. CRC Press. Chapter 2.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

합리적 의사결정의 불가능성 속에서도 최선의 임시 해결을 모색하는 실천이라 할 수 있다. 이는 분석을 하지 않는 것이 아니라 분석 자체가 불가능한 구조 속에서 잘 버텨나가는 방식이라 할 수 있다. 즉 완전한 정보를 전제로 한 일관된 해결책을 추구하기보다는, 국지적인 맥락에 맞춘 임시적 조치를 실험하고 그 결과를 바탕으로 지속적으로 보완해 나가는 반복적 과정을 통해 안정성을 확보해 나가는 것이다.[334]

복잡성 시스템의 자기조직화나 창발성 특성과 유사하게, 의료 현장에서도 다양한 행위자 간의 미시적 상호작용을 통해 통제되지 않는 상황 속에서도 일상의 안정성과 돌봄의 연속성이 형성될 수 있다. 이는 문제의 근본 원인을 제거하거나 단발성 대책을 제시하는 방식으로는 다층적이고 비선형적인 의료 현실에 충분히 대응할 수 없음을 보여준다. 오히려 의료진과 조직이 변화하는 상황에 따라 우선순위를 재조정하고, 자원을 유연하게 배분하며, 협력적으로 적응해 나가는 일련의 과정이 회복탄력성의 핵심이다. 이러한 관점은 지침 위반 여부만을 따지는 접근에서 벗어나, 일상적 적응과 조정 과정을 분석하고 학습 가능한 자산으로 축적하는 방향성을 제시한다.

예를 들어, 병원에서 가정으로 이어지는 돌봄 전환 과정은 단순한 퇴원이 아니라, 복잡 적응 시스템 내에서 환자와 가족이 예측 불가능한 문제에 직면하는 상호작용의 연속이다. 이때 'muddling through(유연하게 헤쳐나가기)'는 약물 정보 누락이나 서비스 간 연계 부족 등 예상치 못한 '안전 공백(safety gap)'이 발생했을 때 환자와 가족이 자발적으로 대응하며 돌봄을 지속시키는 핵심 메커니즘으로 작동할 수 있다.[335] 특히 퇴원 이후 환자의 상태가 급변하거나 돌발 상황이 발생할 경우, 어느 한 기관이나 전문가만으로는 충분한 대응이 어려울 수 있으며, 병원-가정-커뮤니티가 느슨하게 연결되어 있더라도 필요한 정보를 상호 공유하고, 환자와 가족이 공백을 메우는 주체로 작동함으로써 회복탄력적 안전망이 형성된다.

이러한 맥락에서 환자와 가족은 단순한 수혜자이거나 개별적 노력의 주체가 아닌, 의료 시스템의 회복탄력성을 지탱하는 중요한 참여자로 이해된다. 복잡한 현실에서는 가족이 '지식 운반자'로서 중복 진료를 줄이거나, 가정 내에서 나타나는 미묘한 건강 징후를 조기에 포착해 의료진에게 전달함으로써, 시스템이 미처 대응하지 못한 공백을 능동적으로 메우는 역할을 수행할 수 있다. 퇴원 전후에 환자와 가족의 역할을 명확히 하고 필요한 정보를 사전에 제공하여 이들의 대응 역량을 체계적으로 지원하는 것의 중요성이 드러나며, 의료진과 조직 역시 이들의 유연한 실천을 단순한 비공식적 노력으로 치부하지

334) Lindblom, C. E. (1979). Still muddling, not yet through.Public administration review, 39(6), 517-526.
335) O'Hara, J. K., Baxter, R., & Murray, J. (2021). 'Muddling Through' Care Transitions: The Role of Patients and Their Families. In Resilient Health Care(pp. 147-164). CRC Press.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

않고, 정당한 안전 기제로 인식하는 관점의 변화를 보여준다.

주목할 점은 홀나겔이 이러한 '유연하게 헤쳐나가기'의 관점을 조직 차원의 학습과 제도화로 연결해야 한다고 제안한다는 것이다.[336] 실제로는 매뉴얼을 벗어나 이루어지는 임시방편적 해결 과정이 조직에 중요한 교훈과 개선의 기회를 제공하지만, 이러한 실천 지식이 공식 문서나 교육 과정에서는 제대로 반영되지 않는 경우가 많다. 의료 기관이 이러한 숨은 실천 지식들을 체계적으로 기록하고 분석하여, 향후 더 나은 예측(anticipating)과 대응(responding)에 활용하는 것이 의료의 안전성과 효율성을 동시에 향상시키는 길이자, 복잡한 환경 속에서 조직이 보다 탄력적으로 진화해 나갈 수 있는 방법임을 제시한다.

신경다양성 기반 돌봄 접근은 복잡성 이론의 프레임워크를 통해 살펴볼 때 복합(Complex) 문제의 특성을 보여준다. 우선, 이 접근은 다양한 개별 행위자(individual agents)의 능동적 참여를 전제로 한다. 자폐인을 비롯해 가족, 교사, 치료사, 의료인, 사회복지사, 정책입안자 등 각기 다른 위치와 역할을 가진 행위자들이 돌봄 과정에 개입하며, 이들은 각자의 경험, 전문성, 신경다양성에 대한 이해를 바탕으로 의사결정과 실천을 수행한다. 특히 자폐 아동의 부모는 진단 이후 단순한 돌봄 제공자를 넘어, 옹호자, 교육자, 치료자 등의 다양한 정체성을 동시에 수행하게 되며, 이는 단일한 역할 수행이 아닌 복합적 참여의 구조를 반영한다.

둘째, 신경다양성 기반 돌봄은 정형화된 절차나 일률적인 개입 방식으로는 충분히 대응할 수 없는 특성을 지닌다. 신경다양인의 상태는 고정된 것이 아니라 시간의 흐름, 환경적 변화, 사회적 상호작용에 따라 유동적으로 변화하기 때문에, 돌봄 역시 표준화된 대응이 아닌 유연하고 조정 가능한 실천을 요구한다. 기존의 의학적 관점은 자폐인의 결핍에 집중하고, 개인을 맥락에서 분리하여 일관된 기준에 따라 개입하려는 경향이 있었지만, 신경다양성 관점은 그러한 접근이 자폐인의 실제 경험과 요구를 충분히 반영하지 못한다는 점을 지적한다. 예컨대, 자폐인이 사회적 의사소통에 어려움을 겪는다는 일반화된 전제는, 신경전형인 역시 자폐인과의 상호작용에서 비슷한 어려움을 경험한다는 사실을 간과한다. 이는 돌봄이 일방적 지원이 아니라, 상호성과 맥락을 기반으로 구성되는 관계적 실천의 특성을 보여준다.

복잡성 이론의 관점에서 특히 주목할 또 하나의 요소는 창발성(emergence)이다. 창발성은 시스템 내 개별 요소들이 상호작용하는 과정에서 예측할 수 없는 새로운 패턴이나 특성이 출현하는 현상을 의미한다. 신경다양성 돌봄에서의 창발성은 자폐인 커뮤니티의 자생적 형성과 자기 옹호 운동의 확산 과정에서 관찰된다. 짐 싱클레어의 선구적인 연설 이후, 온라인을 중심으로 형성된 자폐인 커뮤니티는 단순히 개별 자폐인의 활동을 넘어,

336) Braithwaite, J., Hollnagel, E., & Hunte, G. (Eds.). (2021). Resilient health care: Volume 6. CRC Press. Chapter 2.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

집단적 상호작용 속에서 새로운 정체성, 언어, 윤리를 만들어냈다. 이는 기존의 의료 중심 건강 인식에 도전하는 대항적 사유의 흐름이자, 신경다양성 기반 돌봄의 창발적 가능성을 보여주는 사례이다.

신경다양성 접근은 단순한 치료나 처치의 수준을 넘어, 신경학적 다양성이 존중받을 수 있는 사회 구조의 형성을 요청한다. 이는 교육, 고용, 의료, 법제 등 다양한 제도 영역에서의 구조적 전환을 필요로 하며, 신경다양성을 가진 개인들이 자신의 존재 방식을 유지한 채 사회에 참여할 수 있도록 하는 조건 조성을 목표로 한다. 이러한 접근은 단순히 '수용'하는 태도를 넘어서, 신경학적 차이가 지닌 고유한 가치와 가능성을 인정하고 역량을 증진하려는 방향성을 지닌다. 즉 이는 모든 개인이 그들의 고유한 방식으로 성장하고 발전할 수 있는 기회를 제공하면서도, 개인 수준의 돌봄을 넘어서는 '돌봄 환경'(caring environment)을 조성하는 것을 목표로 한다.

이러한 관점에서 환자 참여가 실질적인 변화를 이끌어내기 위한 조건들을 분석해보면, 개별 환자의 준비성과 동기만으로는 충분하지 않으며, 이를 가능하게 하는 제도적·환경적 조건의 성숙이 필수적임이 드러난다. 참여 과정에서 나타나는 긴장, 불균형, 역할 간의 충돌은 단순한 의사소통의 문제를 넘어, 관계 구성의 정치성과 맥락을 반영하는 현상으로 이해될 수 있다. 역량 강화는 개인 내부의 능력을 증진시키는 일차적 차원을 넘어서, 협력적 네트워크를 조정하고 관계적 구조를 재구성하는 사회적 학습의 과정으로 이해된다.[337] 이러한 구조적·관계적 변화에 대한 민감성과 실천은 신경다양성 기반 돌봄 접근의 핵심을 구성하며, 역량을 단지 개인 수준의 과제로 보지 않고 사회적 실천의 일부로 재정립하려는 특성을 보여준다.

337) Minheere, A., Lambrechts, W., Mampaey, J., Stough, T., Caniëls, M. C., & Semeijn, J. (2023). Patient power and empowerment: mitigating elements of valuable patient participation in healthcare collaboratives.Behavioral Sciences,13(4), 347.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

3.4. 단순/복잡/복합적 돌봄 논리의 비교

몰의 방법론이 지니는 핵심적 의의는 실천을 분석하는 새로운 인식론적 접근을 제시한다는 점에 있다. 그가 '논리'를 철학에서 '훔쳐와' 재구성한 것은 단순한 개념적 전용이 아니라, 실천을 이해하는 방식 자체의 전환을 의미한다. 보편적 원칙이나 외재적 기준에 따라 실천을 평가하는 대신, 실천 자체에 내재한 고유한 합리성과 일관성을 포착하려는 이 시도는 규범적 판단과 기술적 분석 사이의 이분법을 넘어선다. 몰은 실천이 작동하는 방식을 그 내부의 관점에서 이해함으로써, 실천을 개선할 수 있는 언어와 개념을 실천 자체로부터 도출하고자 한다. 이는 이론과 실천, 기술과 규범, 분석과 개입 사이의 경계를 재구성하는 방법론적 혁신이다.

이러한 관점에서 본 장은 몰의 방법론을 단순히 적용하는 것이 아니라 확장하고 정교화하려는 시도다. 몰이 '선택의 논리'와 '케어의 논리'라는 이분법적 대비를 통해 돌봄 실천의 특수성을 부각시켰다면, 본 장은 여기에 시간성, 환경성, 역량이라는 세 가지 분석 축을 도입함으로써 돌봄 실천의 다양한 패턴을 보다 세밀하게 분석하고자 한다. 구체적으로는, 몰의 비교적 분석 틀을 확장하여 세 축을 기준으로 돌봄의 패턴을 단순, 복잡, 복잡~복합, 복합의 네 가지 유형으로 유형화하고자 한다. 이러한 구분은 '좋은 돌봄'을 보편적 기준이나 고정된 규범으로 정의하기보다는, 구체적인 조건과 실천의 상호작용 속에서 구성되는 실천적 이상으로 이해하려는 시도에 가깝다.

따라서 이를 통해 본 장은 '좋은 돌봄'의 의미를 미리 설정하지 않으면서도, 각기 다른 조건 속에서 실천되는 다양한 돌봄이 어떻게 '좋음'을 구성하고 추구할 수 있는지를 이론적으로 조명하고자 한다. 나아가 돌봄을 단일한 논리나 체계로 환원하기보다는, 서로 다른 논리들이 충돌하면서도 공존하는 복합적 장으로 파악함으로써, 돌봄의 다층적 구조와 맥락적 특성을 분석할 수 있는 이론적 틀을 제시하고자 한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

표 6. 돌봄 실천 양상 및 모델에 따른 다층적 돌봄의 논리 유형화

구분		단순(simple)	복잡(complicated)	복잡~복합(complicated~complex)		복합(complex)
건강	시간성	**생의학적 시간성**	**질병궤적/케어경로 모델**	**생애과정 이론**		**Mol의 중층적 시간성**
		- 순간성, 단절성 - 선형적 시간성(발병→진단→치료→회복의 일방향적 경로) - 표준화 가능성 높음 - 건강과 질병의 이분법적 구분	-질병 유형별 진행의 패턴화된 시간적 경로 -예측 가능하지만 조건에 따라 변화 -전문가 지식 기반의 단계별 접근 추구 -돌봄 과정의 표준화와 개별화 사이 균형 추구	-건강을 생애 전반의 현상으로 이해 -개인의 발달 경로 고려 돌봄 -개인/인구 건강의 역동적 상호작용 -민감기/결정적 시기의 중요성		-비선형적 시간성 -'시간의 접힘'(과거, 현재, 미래가 연결) -결과가 아닌 과정으로서의 돌봄(일상적 실천으로서의 돌봄) -지속적인 조정(tinkering), 적응적 실천 강조
	환경성	**미아스마 이론**	**위험요인 모델**	**건강생성 모델**		**포스트휴먼 파생 케어 모델**
		-환경을 질병의 직접적 원인으로 간주 -표준화된 공중보건 조치(격리, 검역) -집단적 환경 통제 -전문가 중심의 하향식 관리	-다중 위험 요인의 체계적 분석 -환경 요인의 정량화와 측정(환경을 통제 가능한 변수 집합으로 간주) -통계적 방법론 사용(다변량 분석 등)을 통한 확률적 예측 -분절화된 개입과 관리 전략, 개인 책임화	-건강의 형성 과정에 초점 -자원과 스트레스 요인의 복합적 상호작용 -환경의 긍정적 기여 가능성 강조 -환경 적응력과 자원 활용 능력 중시		-인간-비인간(기술, 물질, 생태계 등) 행위자의 복잡한 네트워크, 불확정적, 생성적 관계성 -환경을 통제 대상이 아닌 돌봄을 통해 함께 형성되는 생성의 장으로 인식(창발적 환경) -환경과 신체의 공동 구성 -돌봄의 경계를 지속적으로 재구성
	역량	**취약성 기반 돌봄 모델**	**환자 역량강화 접근**	**목적 지향 돌봄 접근**	**회복탄력성 기반 돌봄 접근**	**신경다양성 기반 돌봄**
		-취약한 집단을 고정된 범주로 분류 -일방향적 돌봄 제공 -결핍(결함) 기반 -표준화된 보호 조치와 규제 -위험과 해악 제거 중심의 보호 -제한적 역량 강화(보호적 돌봄) -취약성을 개인의 속성으로 간주, 수동성 강조	-환자 자율성과 정보 제공 강조 -지식과 기술 습득을 통한 자기 돌봄 -전문가의 조력자 역할 -다양한 이해관계자 간 조정 필요 -의학적 규범 내재화 -환자중심 돌봄 추구	-결핍 중심에서 가치 중심으로의 전환 -단일 질환 중심에서 다층적 목표 구조로의 확장 -고정된 역량 개념에서 관계적 역량으로의 전환 -결과 중심 평가에서 과정 중심 학습과 참여 평가 추구	-시스템 적응 능력과 유연성 강조 -변화하는 상황에 대응하는 역량 개발 -복잡성의 조절, 관리 추구 -공유 리더십과 자기조직화 -중앙집중적 통제에서 분산된 조정과 상황적 리더십으로	-결핍이 아닌 차이에 초점 -환경과의 상호작용을 통한 역량 발현 -역량을 고정된 능력이 아닌 상황과 맥락에 따라 변화하는 동적 과정으로 인식(역량이 개인에게 내재하는 것이 아니라 관계와 환경 속에서 창발하는 현상으로 이해) -정상성 개념에 대한 도전 -개인이 환경에 적응하는 것뿐만 아니라, 환경 자체가 다양성을 수용하도록 변화

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

현대 보건의료는 눈에 띄는 기술적 발전에도 불구하고, 여전히 돌봄이 제대로 작동하지 않는다는 문제에 직면해 있다. 이는 단지 자원의 부족이나 제도의 미비에서 기인하는 것이 아니라, 건강과 질병을 바라보는 방식, 그리고 돌봄을 구성하는 이론적 전제들 자체에 근본적인 재검토가 필요하다는 점을 시사한다. 본 글은 복잡성 이론의 유형 구분을 통하여 각 유형의 돌봄의 논리를 분석하고자 하며, 이를 통해 돌봄이 단순한 관리 절차나 윤리적 실천이 아니라 다양한 문제 유형과 맥락에 따라 서로 다른 방식으로 구성되고 실천된다는 점을 드러내고자 한다. 나아가 돌봄을 단선적인 도식이 아닌, 다층적이고 유동적인 실천으로 이해할 수 있는 논리의 다음 구분을 제안한다.

3.4.1. 단순한 돌봄의 논리

단순한 돌봄의 논리는 환원주의적 존재론에 기반하여, 질병과 건강을 명확히 구분 가능한 실체로 간주한다. 이러한 전제는 '발병→진단→치료→회복'으로 이어지는 선형적 시간성에 기반한 일방향적 경로를 가정하며, 의료 개입은 이 경로를 따라 체계적으로 진행된다고 본다. 환자의 상태는 단계별로 정의되고 개선되어야 할 대상으로 간주되며, 이러한 접근은 항생제 치료가 요구되는 세균 감염처럼 원인과 경과가 명확한 경우 효과적으로 작동한다. 그러나 만성질환이나 정신건강 문제처럼 다양한 요인이 복합적으로 작용하는 상황에서는, 이와 같은 단순화된 구조가 현실을 왜곡하거나 돌봄의 효과를 저해할 수 있다.

단순 논리에서는 대상에 대한 인식 또한 '표준화된 개인'을 중심으로 구성된다. 이는 모든 환자가 표준화된 생물학적 특징을 공유하며, 동일한 질환에 동일하게 반응할 것이라는 동질성의 가정을 전제로 한다. 이러한 전제는 병리 중심의 관점과 결합되어, 돌봄 실천 또한 병리의 식별과 제거에 초점을 맞춘 관리로 구성된다. 건강은 '질병 없음'이라는 소극적·부정적 개념으로 정의되며, 돌봄의 관심은 주로 병리적 상태에만 집중된다. 그 결과, '정상' 범주에 속하는 사람들은 돌봄 개입의 대상에서 배제된다.

단순한 돌봄의 논리에서 환경은 주로 통제의 대상으로 인식된다. 미아스마 이론에서 볼 수 있듯, 특정 환경 요소(예: '나쁜 공기')가 질병의 직접적 원인으로 간주되며, 이들을 제거하거나 통제하는 것이 건강 유지의 핵심 전략으로 이해된다. 격리, 검역, 위생 개선 등은 이러한 통제 중심적 접근을 잘 보여주는 공중보건의 실천 예다. 이처럼 환경은 돌봄의 수동적 배경으로 기능하며, 대상과의 상호작용보다는 외부 위험 요인으로서 관리되고 억제되어야 할 것으로 간주된다.

이 논리에서 건강에 대한 책임은 '의존적 책임(dependent responsibility)'의 형태로 나타나며, 건강의 관리 주체는 의료 전문가로 설정되고 환자는 지식이나 판단의 권한이 없는 수동적 존재로 구성된다. 건강은 개인이 스스로 생성하거나 돌볼 수 있는 것이 아니

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

라 전문가의 개입을 통해 회복되는 상태로 전제되며, 질병은 특정 병리나 병변으로 환원되고 정상/비정상, 주체/객체의 이분법에 따라 구조화된다. 이러한 논리는 개별적 책임 담론과 결합되어, 건강은 외부 위험을 회피하고 생활 습관을 개선함으로써 개인이 관리해야 할 문제로 전환된다. 이는 19세기 위생 개혁 운동의 이론적 기반을 형성했으며, 오늘날에도 감염병 대응과 환경보건 정책에서 개인의 '생활방식' 개선을 강조하는 방식에 지속적으로 영향을 미치고 있다. 이와 같은 구조는 의료 전문가를 판단과 개입의 주체로, 환자를 치료의 대상으로 고정함으로써 환자의 주체성을 제약하고, 돌봄의 관계적·상호작용적 차원을 축소시키는 구조적 한계를 드러낸다.

이어서, 단순한 돌봄의 논리는 통제와 예측 가능성을 핵심 가치로 삼으며, 이는 표준화된 프로토콜을 통해 불확실성을 제거하고 안전을 확보하려는 실천으로 이어진다. 예를 들어, 수술 전 체크리스트는 동일한 절차를 모든 환자에게 적용함으로써 오류를 줄이고 신뢰성 및 안정성을 높이려는 도구로 기능한다. 돌봄의 질 또한 규격화와 표준화의 수준에 의해 평가되며, 변이를 최소화하려는 체계적 접근이 강조된다. 하지만 이러한 방식은 예측 불가능성과 다양성이 불가피한 돌봄의 현장에서 유연하게 대응하는 데 한계를 드러낸다. 특히 고도로 조직화된 환경에서도 돌발적 상황은 발생할 수 있으며, 이를 감당할 수 있는 적응성과 상황 판단을 통한 조정이 충분히 고려되지 않는 경우가 많다.

궁극적으로 단순한 돌봄의 논리는 정적 건강 개념을 전제한다. 이 개념에서 건강은 고정된 상태로 간주되며, '질병 없음' 또는 '정상적 기능 범위 내 상태'로 정의된다. 이러한 개념화는 건강을 마치 특정 시점에 완전히 달성하거나 잃을 수 있는 불변의 상태로 상정하며, 이는 근본적으로 생물학적 지표에 과도하게 의존하는 접근이다. 예컨대 혈압이나 콜레스테롤 수치가 정상 범위 내에 있으면 '건강하다'고 판단하고, 이런 지표들이 정상에서 벗어나면 '질병 상태'로 규정하는 이분법적 구분이 돌봄 실천의 기초가 된다. 이로써 돌봄은 자연스럽게 이 '이상적 상태'로의 복귀나 유지를 목표로 하는 행위로 구성된다.

또한 생의학적 시간성은 질병을 일정 시점에서 발생하여 특정한 개입으로 제거가능한 선형적 문제로 구성하고, 정적 건강 개념은 건강을 정해진 지표와 상태로 환원하려는 경향을 띤다. 이러한 접근은 생애 전체에 걸친 건강의 변화나 사회적·환경적 요인의 장기적 영향을 충분히 고려하지 못하는 한계를 지닌다. 또한 이러한 논리는 감염성 질환 관리, 외과적 개입 등에서는 높은 효과성과 예측 가능성을 보장하지만, 복합적 인과관계가 작동하는 만성질환, 장기적 감염병 대응, 말기돌봄 등 다층적 건강에 대한 돌봄에서는 그 실천적 한계를 분명히 드러낸다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

3.4.2. 복잡한 돌봄의 논리

복잡한 돌봄의 논리는 체계론적 존재론에 기반하여, 건강과 질병을 구조적 관점에서 이해한다. 이 논리는 방법론적 다원주의를 핵심 특징으로 삼아, 단일 원인-결과 관계보다 다양한 요인의 상호작용을 중시하며, 건강과 질병을 다요인적 체계로 파악한다. 이에 따라 다양한 학문 분야와 접근법을 통합하려는 시도가 이루어진다. 예컨대 당뇨병 관리는 의학, 영양학, 심리학, 사회학 등 다학제적 관점의 통합을 요구하며, 이러한 접근은 단일 학문이 가진 한계를 넘어선 이해와 개입을 추구한다.

확률론적 인과성 역시 복잡한 돌봄의 핵심 요소이다. 결정론적 인과관계 대신, 위험요인의 조합과 상호작용에 따른 확률 기반의 건강 이해가 강조된다. 프레밍험 심장 연구에서와 같이, 고혈압·콜레스테롤·흡연 등 다양한 위험 요인을 통합적으로 분석하여 질병 발생 가능성을 예측하는 접근이 대표적이다. 이는 건강과 질병을 '있다/없다'의 이분법이 아니라, 연속선상의 스펙트럼으로 이해하는 관점으로 이어진다. 특히 만성질환이나 정신건강 문제처럼 장기간 다양한 요인이 작용하는 경우, 이러한 확률 기반 모델은 보다 정교한 설명과 예측을 추구한다.

이에 복잡한 돌봄의 논리는 '관리 가능한 복잡성'이라는 전제에 기반한다. 건강과 질병은 복잡하지만 일정한 패턴과 구조를 갖는 현상으로 간주되며, 이를 식별하고 예측하기 위한 다차원적 분석이 중요시된다. 생물학적, 심리적, 사회적 차원의 변수와 조건적 관계를 종합적으로 고려하는 접근을 추구한다. 예를 들어 만성질환 관리는 생리학적 지표뿐 아니라 심리 상태, 가족 관계, 사회경제적 조건을 함께 고려해야 한다. 이러한 통합적 접근은 생물심리사회적 모델(biopsychosocial model)에서도 잘 드러나며, 건강과 질병을 상호작용하는 요인들의 총합으로 이해한다. 이는 생의학적 모델의 환원주의를 보완하고, 보다 환자 중심적인 돌봄을 추구한다.

복잡한 돌봄의 시간성은 선형적이지 않지만, 여전히 '패턴화'와 '단계화'가 가능하다고 전제된다. 질병 궤적 모델이나 돌봄 경로 모델에서 볼 수 있듯, 다양한 질병의 진행 과정을 예측 가능한 유형으로 분류하려는 시도가 이루어진다. 예컨대 말기 질환 환자의 기능 저하는 '급격한 쇠퇴', '간헐적 쇠퇴', '점진적 쇠퇴', '다중질환' 등으로 구분되며, 이러한 패턴화는 돌봄 제공자가 미래 변화를 예측하고 준비할 수 있도록 돕는다. 질병궤적 모델은 생물학적 변화뿐 아니라 환자의 경험과 돌봄 필요의 변화를 통합적으로 파악하려는 시도로, 돌봄 경로 모델은 진단부터 재활까지의 과정을 체계화하여 돌봄의 연속성과 조정을 촉진하는 실천 도구로 기능한다.

복잡한 돌봄 논리는 환자를 '분류된 개인(classified individual)'으로 구성한다. 이는 동일한 인간으로서의 보편성은 더 이상 전제되지 않지만, 각 개인이 위험군 또는 조건부 지표에 따라 분류될 수 있으며, 그 차이는 통계적으로 모델링 가능하다는 가정을 따른다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

즉, 복잡한 돌봄은 존재론적 이질성을 인정하지는 않지만, '조건부 이질성'—예컨대 연령, 성별, 가족력, 생활습관 등의 변수를 기반으로 한 차이—를 가정하며, 이를 통해 각 환자에게 맞는 개입을 설계하려 한다.

복잡한 돌봄의 논리에서는 표준화된 지침을 그대로 적용하기보다는, 환자의 개인적 특성과 맥락에 따라 조정해야 한다는 원칙이 강조된다. 예를 들어, 당뇨병 환자의 혈당 목표는 연령, 동반 질환, 기대 수명 등에 따라 달라질 수 있으며, 이는 '하나의 기준이 모두에게 적용될 수 없다'는 인식을 반영한다. 이러한 맥락 중심의 조정은 일반적인 권고와 개별 환자의 삶의 조건 사이에서 균형을 찾는 과정이며, 고도의 임상 전문성과 세심한 상황 판단 능력을 필요로 한다. 전문가의 역할은 단순히 근거에 기반한 지침을 전달하는 데 그치지 않고, 이를 해석하고 조정하여 특정 환자의 상황에 맞게 전환하는 역량을 발휘하는 데 있다.

돌봄 대상의 측면에서 복잡한 논리는 '비질환자 선별'의 방식을 따른다. 즉, 질병이 발현되지 않았더라도 예측된 위험도에 따라 돌봄 개입의 대상이 될 수 있다. 이는 예방 중심 보건의료나 건강증진, 유전체 기반 맞춤의료와 같이 질병 이전 상태를 관리 가능한 조건으로 전환시키는 실천과도 연결된다.

자원의 최적화 역시 복잡한 돌봄 논리에서 중요한 원칙이다. 즉 제한된 자원을 가장 효과적으로 활용하기 위한 체계적 접근이 강조되며, 비용-효과 분석, 자원 분배, 서비스 조정 등이 주요 실천 전략이 된다. 돌봄 경로 설계는 진단에서 재활까지 환자의 여정을 구조화하여, 자원 효율성과 돌봄의 질을 동시에 확보하려는 대표적 시도이다. 하지만 이러한 자원 최적화는 단순한 기술적 과제를 넘어, 윤리적 판단과 사회적 가치 선택을 포함한다. 예를 들어, 자원을 어떻게 분배할 것인가, 비용 효율성과 돌봄의 질이 충돌할 때 어떤 기준을 적용할 것인가는 복잡한 윤리적·정책적 질문을 동반할 수 있다.

복잡한 돌봄의 논리는 '조건적 건강' 개념을 전제로 한다. 이는 건강이 정적인 상태나 단일 지표로 환원될 수 없으며, 시간, 환경, 삶의 맥락 등 다양한 조건에 따라 유동적으로 변화할 수 있는 상태임을 전제한다. 이러한 접근은 건강을 보다 유연하게 이해하려는 시도로 보일 수 있으나, 실제로는 이 유동성을 정량화 가능한 변수들 간의 조건적 관계(if/then)로 구조화하고, 기술적으로 예측·통제 가능한 대상으로 환원하려는 경향을 보인다. 이러한 건강 개념은 '위험 중심(risk-centered)' 건강 인식과 연결되며, 건강은 병이 없는 상태가 아니라, 병에 걸릴 '가능성' 혹은 '조건'을 얼마나 잘 관리하고 통제하는가에 따라 정의된다.

그 결과 건강은 관계적인 경험으로 이해되기보다는, 특정 조건 충족 여부에 따라 관리되고 조정되어야 하는 취약한 상태로 간주되며, 환자는 외부적으로 설정된 기준에 따라 지속적으로 자신의 상태를 증명하고 맞추어야 하는 책임 주체로 위치 지어진다. 이는 '개별화된 건강 책임' 모델과 연결되며, 환자는 스스로 위험을 모니터링하고, 예방적 조치

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

를 실천하며, 의료적 판단을 적극 수용하는 생의학적 시민권의 주체로 요구된다.[338]

이러한 조건적 건강 개념은 복잡한 돌봄이 다양한 조건 속의 건강을 고려하는 듯하면서도, 결국 그것을 표준화되고 관리 가능한 틀 속에 배치하려는 기술적·제도적 실천으로 수렴하게 만든다. 이는 환자의 삶을 시간, 환경의 틀에서 전체적으로 조망하기보다 분절된 지표와 관리 가능한 경로로 구성하려는 한계를 드러낸다. 따라서 복잡한 돌봄은 위험 요인을 제거하거나 회피하는 방식에 머무르며, 이는 건강을 개인이 조절해야 할 문제로 재구성함으로써, 관리 실패의 책임을 개인의 선택과 실행 부족으로 환원하고, 구조적·정책적 지원을 간과한 채 건강 책임을 과도하게 개인화하는 문제를 초래한다.

3.4.3. 복합적 돌봄의 논리

복합적 돌봄의 논리는 관계적 존재론과 과정 중심 사고에 기반한다. 관계적 존재론은 존재를 고립된 실체로 보지 않고, 신체, 환경, 기술, 제도, 사회적 맥락이 서로 얽히고 영향을 주고받는 관계망 속에서 구성되는 것으로 이해한다. 이 관점은 개별화된 개체보다 상호연결성과 상호작용의 그물망을 존재의 기본 단위로 간주하며, 건강과 질병 역시 고정된 상태나 속성이 아니라 관계적이고 상황에 따라 유동적인 과정으로 재개념화한다. 예컨대 당뇨병 환자의 건강 상태는 단순히 생물학적 수치나 유전적 요인만으로 설명될 수 없으며, 그 사람의 식품 접근성, 가족 내 돌봄 체계, 의료 시스템과의 상호작용, 그리고 사회적 지지망과의 연결 등 다층적인 요인의 결합 속에서 구성된다. 이처럼 건강은 독립적인 개체 내부의 속성이 아니라, 다양한 행위자들과 환경 사이에서 끊임없이 조정되고 생성되는 역동적 관계의 산물로 이해될 수 있다.

복합적 돌봄은 인간 존재와 삶의 조건이 지닌 고유한 이질성과 맥락적 특수성에 민감하게 반응하는 실천을 핵심 원리로 삼는다. 이 돌봄 논리는 질병의 유무나 특정한 진단 범주, 혹은 질병의 가능성에 따라 대상을 선별하지 않으며, 비질환자를 포함한 모든 존재를 잠재적 돌봄의 주체이자 대상으로 간주한다. 즉, 정해진 기준이나 위험군 분류만으로는 포착할 수 없는 삶의 복잡성과 역사적·환경적·관계적 조건을 반영하여, 각 개인을 그들의 고유한 삶의 맥락과 조건을 중심으로 이해하고자 한다. 돌봄은 지표나 군집으로 환원되지 않는 고유한 삶의 논리를 바탕으로 관계 속에서 상황적으로 구성되어야 하며, 단편적인 정보나 지식만으로는 그 복잡성을 충분히 설명할 수 없다는 문제의식에서 출발한다. 따라서 복합적 돌봄은 표준화된 개입을 통해 차이를 제거하려는 접근이 아니라, 오히려 차이를 드러내고 존중하며, 그 이질성에 조율적으로 반응하는 돌봄을 지향한다. 이는 신경다양성 담론이 보여주듯, 차이를 병리화하거나 결핍으로 간주하는 것이 아니라,

338) Rose, N. (2001). The politics of life itself.Theory, culture & society,18(6), 1-30. Chapter 1&5.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

인간 존재의 정당한 다양성으로 인정하고 존중하는 태도와 맞닿아 있다.

복합적 돌봄은 또한 건강과 돌봄을 개인의 의지나 선택, 혹은 자기 책임의 문제로 환원하는 지배적 관점에 비판적으로 응답한다. 이 논리에서 건강은 결코 순수한 개인 차원의 결과가 아니라, 사회적·정치적·경제적 조건 속에서 형성되는 구조적·집단적 현상으로 이해된다. 돌봄 또한 전문가나 의료 제도에 의해 일방적으로 제공되는 행위가 아니라, 다양한 주체들이 함께 구성하고 실천하는 공동적·관계적인 과정으로 자리매김된다. 예컨대 비만을 단순히 개인의 생활습관이나 식이 교육의 실패로 환원하는 접근은, 식품 접근성과 도시 인프라, 광고 정책, 경제적 불평등과 같은 구조적 요인을 간과한다. 이러한 접근은 복합적 돌봄이 전제하는 '집단적 건강 책임'과 연결되며, 돌봄은 공동의 실천을 통해 이뤄지는 집합적 행위로 재정의된다.

이러한 맥락에서 환경은 더 이상 수동적 배경이나 단순히 관리해야 할 대상이 아니라, 돌봄과 건강의 조건을 형성하는 능동적 요소로 전환된다. 즉 기술, 제도, 물질적 자원 등은 돌봄 과정에 개입하여 그 실천의 가능성과 방향을 구성하는 중요한 행위자로 작동하며, 역량 또한 개인 내부의 고정된 속성이 아니라 환경과의 상호작용 속에서 실현되는 관계적 가능성으로 이해된다. 이러한 확장은 기존의 인간 중심적 관점을 넘어 돌봄 실천의 외연과 내용을 재구성할 수 있는 이론적 기반을 제공한다.

이처럼 복합적 돌봄은 인간 주체만이 중심이 되는 전통적 이해를 넘어, 기술과 환경을 포함한 다양한 요소들이 함께 작용하는 복합적 구성물로 재정의한다. 예컨대 당뇨병 관리에서 혈당 측정기, 인슐린 펌프, 모바일 앱 등은 단순한 보조도구가 아니라, 돌봄 과정에 능동적으로 개입하며 환자의 실천을 매개하는 비인간 행위자로 작동한다. 이러한 행위성의 분산은 돌봄의 위계를 재구성하며, 보다 관계지향적인 돌봄 환경을 구성한다. 포스트휴먼 돌봄 이론은 이와 같은 다양한 행위자의 협력 속에서 돌봄을 재구성하며, 인간-비인간 간의 기존 경계를 흐리며 새로운 실천의 조건을 모색한다.

복합적 돌봄에서 중심적으로 작동하는 또 하나의 원칙은 회복력(resilience)이다. 이 접근에서 돌봄은 정해진 절차나 일률적인 기준에 따라 작동하는 것이 아니라, 변화하는 상황 속에서도 핵심 기능을 유지할 수 있는 유연성과 적응력을 핵심 원칙으로 삼는다. 전통적 관점에서 안전이 오류나 실수의 부재로 이해되었다면, 회복 중심의 관점에서는 예측 불가능성과 불확실성 속에서도 체계가 지속적으로 기능할 수 있는 능력이 더 중요하게 여겨진다. 이때 불확실성은 제거나 예측의 대상이 아니라, 수용하고 함께 조정해 나가야 할 조건으로 인식된다. Hollnagel 등이 제시한 'Muddling Through(유연하게 헤쳐나가기)' 개념은, 이러한 회복 중심의 돌봄이 단순한 임기응변에 그치지 않고, 조직이 주어진 자원과 제약 속에서 점진적으로 조정하고 학습하며 대응 전략을 발전시키는 동적 실천임을 보여준다. 이러한 체계 안에서 환자와 가족은 복잡한 변화에 공동으로 대응하며 회복력을 지탱하는 중요한 행위자로 자리하게 된다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Mol이 제시한 '지속적 조정(tinkering)' 또한 역시 복합적 돌봄의 핵심 실천 양식이라 할 수 있다. 복합적 돌봄은 고정된 목표를 향해 일방적으로 나아가는 선형적 절차로 환원될 수 없으며, 변화하는 상황에 따라 지속적으로 조정되고 적응되는 비선형적이고 개방적인 실천 과정이다. 이와 같은 조정은 기술적 숙련만으로는 충분하지 않으며, 환자의 삶의 맥락, 물질적 조건, 그리고 관계적 요소들을 아우르는 총체적인 접근을 요구한다.

마지막으로, 복합적 돌봄은 기존의 이분법적 경계를 해체하고 새로운 언어와 인식의 가능성을 여는 정치적 실천으로 작동한다. 건강과 질병, 정상과 비정상, 전문가와 환자 사이의 구분은 본질적으로 고정된 실체라기보다 사회적 맥락 속에서 구성되고 역사적으로 형성된 규범적 판단의 결과이다. 신경다양성 논의에서 드러나듯, '정상'이라는 개념은 특정한 문화적 기준과 사회적 기대에 의해 형성된 구성물이므로, 이러한 경계를 다시 설정하는 작업은 단순한 분류 체계의 확장을 넘어서 존재와 가치에 대한 근본적인 시각의 재구성을 요청한다. 이때 경계 작업은 기존 분류에 대한 비판을 넘어 다양한 존재 방식과 차이를 포용할 수 있는 새로운 언어와 범주를 창출하려는 시도이며, 이를 통해 돌봄은 단지 이론적 분석을 넘어 사회적 상상력과 정치적 실천의 토대를 제공하는 개념으로 자리잡을 수 있다.

결과적으로, 복합적 돌봄의 논리는 건강을 고정된 생물학적 상태로 보지 않고, 다양한 조건 속에서 끊임없이 형성되고 변화하는 동적 과정으로 이해한다. 이때 건강은 질병의 부재나 정상 수치의 유지로 환원되지 않으며, 시간의 흐름, 환경과의 상호작용, 사회적 관계 속에서 개인의 역량이 재구성되는 실천적 과정으로 개념화된다. 이러한 관점은 건강을 위험이나 병리의 감소에 국한하지 않고, 일상의 삶 속에서 형성되고 확장되는 역동적 과정으로 파악하며, 이를 통해 개인과 공동체의 역량 확장을 지향한다. 이는 생의학적 모델이 전제하는 '정상성으로의 복귀'나 단순한 위험 관리 중심의 접근을 넘어, 건강과 돌봄 실천에 대한 근본적인 인식론적 전환을 요구한다. 나아가 돌봄은 이상을 교정하거나 리스크를 관리하는 행위를 넘어, 개인과 공동체의 삶의 조건을 지지하고 역량을 확장하는 관계적 실천으로 나아간다.

즉 여기서 건강은 변화하는 삶의 맥락 속에서 실현되는 규범적 역량이며, 단일 지표나 진단으로는 포착할 수 없는 복합적이고 관계적인 개념이다. 즉 건강을 '되어가는 과정(becoming)'으로 이해하며, 변화와 적응, 그리고 가치 있는 삶을 추구하는 실천적 역량을 강조한다. 예컨대 만성질환자의 건강은 단순한 증상 수치의 유무로 환원되지 않으며, 질병과의 공존 속에서 삶의 방향을 끊임없이 조율하는 실천을 통해 구성된다. 이는 회복을 '이전 상태로의 복귀'가 아닌 '새로운 균형의 형성'으로 재개념화하고, 취약성을 상호의존적 관계를 통해 서로를 지지하고 돌볼 수 있는 윤리적 가능성의 토대로 이해하게 한다. 이처럼 복합적 돌봄의 논리에서 동적 건강 개념은, 돌봄을 회복이나 관리에 국한된 행위로 보지 않고, 변화하는 삶의 조건 속에서 서로를 돌보며 함께 살아가는 관계적 실천으

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

로 이해하도록 이끈다.

표 7. 단순한 돌봄 논리, 복잡한 돌봄 논리, 복합적 돌봄 논리의 비교

측면	단순한 돌봄 논리	복잡한 돌봄 논리	복합적 돌봄 논리
존재론	환원주의적, 실체론	체계론적, 구조 중심	관계적, 과정 중심
인과성	선형적(단원인-단인과)	확률론적	창발성
시간성	선형적, 단절적	패턴화, 단계적	비선형적, 다중적, 순환적
환경 개념	통제의 대상	관리의 영역(위험 혹은 자원)	생성의 장(상호구성)
행위성	중앙화된, 위계적	분절적, 조직화된	분산된, 창발적
돌봄 대상	비질환자 배제	비질환자 선별	비질환자 포함
대상 인식	동질성 가정(보편적 표준 환자 모델)	조건부 이질성 가정(위험군, 조건별 차이)	이질성 가정(관계적 특이성)
핵심 가치	통제, 안전, 표준화	효율성, 최적화	응답성, 관계성
불확실성 대응	제거와 최소화	분석과 예측적 관리	수용과 적응적 조정
건강	정적 건강	조건적 건강	동적 건강
건강 인식	병리중심	위험중심	건강중심(건강생성론)
건강 책임	의존적 책임(건강은 전문가의 통제 대상)	개별화된 건강 책임(위험관리, 자기돌봄, 생의학적 시민권)	집단적 건강 책임(상호돌봄, 공동 생성)

물론 실제 의료와 돌봄의 현장에서는 이 세 가지 돌봄 논리가 명확히 분리되어 작동하지 않는다. 오히려 다양한 차원과 층위에서 복합적으로 중첩되며, 때로는 서로 충돌하거나 긴장을 유발하기도 한다. 급성 외상이나 감염성 질환에는 단순한 돌봄의 논리가, 다중질환 관리에는 복잡한 돌봄의 논리가, 생애 말기 돌봄이나 정신건강 영역에서는 복합적 돌봄의 논리가 상대적으로 더 적합할 수 있으나, 실제 현장에서는 이러한 경계들이 유동적이다.

또한 한 환자의 돌봄 과정에서도 문제 유형이 다양하게 공존하며, 상황과 맥락에 따라 적절한 접근 방식이 달라질 수 있다. 예를 들어, 만성 심부전 환자는 급성 악화 시에는 표준화된 응급 프로토콜(단순 논리)이 필요할 수 있으나, 장기적 관리에서는 다양한 요인의 상호작용을 고려한 체계적 접근(복잡 논리)이, 그리고 삶의 질이나 존재적 의미와

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

관련된 문제에서는 관계적이고 맥락적인 돌봄(복합 논리)이 요구된다. 이처럼 다층적인 돌봄 실천에서는 특정 논리 하나만을 배타적으로 적용하기보다, 상황에 따라 다양한 논리를 유연하게 조합하는 관점이 필수적이다.

또한 적절한 돌봄 실천을 위해서는 돌봄 행위에 내재된 전제와 가치, 그리고 그것이 특정한 맥락에서 어떻게 작동하는지를 비판적으로 인식하고 성찰하는 능력이 요구된다. 이는 단순한 개인적 성찰이나 교육적 계기에 머무는 것이 아닌, 돌봄이 어떤 방식으로 구성되고 정당화되는지를 철저히 이해하며, 해당 논리가 실제 상황에서 적절하게 작동하는지를 지속적으로 검토하는 태도를 포함한다. 이러한 인식은 돌봄을 고정된 절차나 기술적 행위로 환원하지 않고, 그 의미와 적용이 항상 맥락적이며 관계적이라는 점을 자각하는 데에서 출발한다. 특정한 돌봄 논리가 언제, 누구에게, 어떤 조건에서 타당한지를 분별하는 판단은, 기술적 숙련이나 절차적 지식만으로는 충분히 확보될 수 없다. 이때 중요한 것은 다양한 돌봄 방식이 개인과 상황에 따라 상이하게 작용할 수 있다는 점을 이해하고, 그 중 어떤 접근이 실제 상황에 가장 적절한지를 가늠하는 실천적 지혜일 것이다.

아울러, 서로 다른 돌봄 논리들 사이에서 발생하는 긴장과 충돌을 인식하고, 이를 조율하며 새로운 실천의 가능성을 탐색하는 능력 또한 필수적이다. 살펴본 것처럼 돌봄은 단일한 이론이나 모델에 의해 완전히 설명될 수 없는 복합적인 실천이며, 다양한 가치, 윤리적 기준, 그리고 분야별 지식 체계가 상호작용하는 과정 속에서 구성된다. 이러한 특성은 돌봄을 고정된 틀에서 이해하는 접근으로는 포착할 수 없는 다층적 성격을 드러낸다. 따라서 적합한 돌봄 실천은 특정한 관점에 고착되기보다는, 서로 다른 논리들을 맥락에 따라 유연하게 연결하고 조율하는 통합적 태도에 기반해야 한다. 이는 다양한 지식과 가치가 교차하는 접점에서 새로운 관계와 실천을 만들어가는 과정이며, 이 과정에서 돌봄 참여자는 지식의 중재자이자 실천의 조율자로 작동한다. 결국 중요한 것은 상이한 논리나 관점을 배타적으로 구분하는 능력이 아니라, 복합적인 현실 속에서 그것들을 통합적으로 적용하고 조정할 수 있는 실천적 역량일 것이다.

본 연구는 돌봄 실천이 하나의 원리나 정형화된 모델에 따라 일관되게 작동하기보다는, 문제의 복잡성과 맥락의 다양성에 따라 서로 다른 실천 논리들이 교차하고 상호작용하며 구성된다고 본다. 이러한 관점에서 본 연구는 이를 '다층적 돌봄'으로 이해하고자 한다. 즉 다층적 돌봄은 동적 건강을 구성하고 유지하는 실천적 활동으로, 문제의 성격과 맥락에 따라 서로 다른 돌봄 논리들(단순-복잡-복합)이 중첩되고 상호작용하면서, 그 긴장과 충돌을 조율해 나가는 과정을 통해 지속적으로 구성되는 복합적 장이다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

4. 다층적 돌봄 논리의 실천적 조건

앞 장에서는 복잡성 이론을 토대로 건강을 시간성, 환경성, 역량의 교차 속에서 구성되는 과정적 현상으로 재정의하고, 이에 상응하는 돌봄의 논리를 단순-복잡-복합 문제 유형과 연계하여 구성하였다. 이때 건강은 더 이상 생물학적으로 정의된 고정된 상태가 아니라, 변화와 상호작용 속에서 조율되는 생성적 과정이며, 돌봄은 이러한 건강을 구성하는 실천적 활동으로 위치 지어진다. 그러나 이러한 각 이론적 돌봄 모델, 이론의 탐구만으로는 돌봄이 실제 현장에서 작동하고 지속되기 위해 요청되는 구체적인 조건들을 충분히 설명해주지 않는다. 본 장에서는 다층적 돌봄 논리가 현실의 다양한 맥락 속에서 작동 가능하도록 하는 세 가지 실천적 조건－취약성의 재구성, 이질적 지식의 공동 생산, 관계적 짊어짐－을 중심으로, 윤리적 돌봄 실천이 구성되는 구체적 방식과 윤리적 기반을 분석하고자 한다.

건강은 객관적으로 주어지는 상태가 아니라, 어떤 맥락에서, 누구에 의해, 어떤 관점에서 인식되는가에 따라 구성되는 관계적 현상이다. 따라서 '무엇이 건강인가'를 묻는 일은 곧 '돌봄이 어떤 방식으로 작동 가능한가'를 함께 묻는 것이며, 이는 건강을 어떻게 인식하고 돌봄을 어떻게 구성하느냐에 따라 전혀 다른 삶의 조건이 만들어진다는 점에서 윤리적 문제로 이어진다. 이로써 건강의 인식은 그것이 어떤 삶을 가능하게 하며, 누가 돌봄의 책임을 지니는지를 묻는 정치적 실천이 된다.

다층적 돌봄 실천은 언제나 하나의 일관된 원칙이나 통일된 체계 안에서 조화롭게 이루어지는 것은 아니다. 오히려 상이한 돌봄의 논리들이 충돌하거나 어긋나고, 때로는 실패를 겪는 과정을 통해 점진적으로 구체화된다. 이러한 맥락에서 돌봄은 요구와 어긋남, 위계와 권한, 감정과 판단이 중첩되는 복잡한 실천의 장으로 이해될 수 있으며, 이를 미리 정해진 이상적 모델로 환원하여 설명하기는 어렵다. 이때 중요한 것은 이러한 긴장과 마찰이 돌봄을 저해하는 요소로만 작용하는 것이 아니라, 오히려 돌봄이 지속 가능하도록 조율되고 구성되는 하나의 조건이 될 수 있다는 점이다.

따라서 이 장에서는, 돌봄의 다양한 실천이 서로 다른 논리들의 충돌과 조율 속에서 어떻게 지속 가능성을 확보할 수 있는지를 살펴보며, 다층적 돌봄이 실제로 작동하기 위해 요구되는 구체적 실천 조건들을 탐색하고자 한다. 이는 단순히 더 나은 커뮤니케이션 기술이나 정보 전달의 정확성을 통해 해결될 수 있는 것이 아니다. 오히려 돌봄 실천이 작동하는 핵심은 소통의 불가능성, 해석의 차이, 가치의 불일치를 단순한 장애나 실패로 간주하기보다, 이를 함께 감내하고 조율해 나가는 과정을 돌봄의 윤리적 조건으로 구성하는 데 있다.

따라서 3장의 분석이 각 돌봄의 실천이 어떻게 작동하는지를 기술적(descriptive)으로

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

파악하는 데 초점을 맞추었다면, 본 장은 이러한 이해를 바탕으로 '어떤 돌봄이 좋은 돌봄인가'라는 규범적 질문에 답하고, 실제 의료 현장에서 적절한 돌봄을 실현하기 위한 구체적 조건과 방향을 제시하는 데 목적이 있다. 즉 복잡성 이론을 통한 분석이 단순한 현상 분석의 도구를 넘어 더 나은 돌봄을 위한 실천적 지침을 제공할 수 있음을 제시하고자 한다.

최근 의료 분야에서는 복잡성 이론의 적용이 활발히 이루어지고 있다. 이는 기존의 환원주의적이고 선형적인 접근 방식이 현대 의료의 복합적인 문제를 해결하는 데 한계를 드러내면서, 그 대안으로서 복잡성 이론이 주목받고 있기 때문이다. BMJ(British Medical Journal)의 일련의 논문들은 이러한 논의를 의료 분야에 본격적으로 도입하는 데 중요한 역할을 했으며,[339] 이후 많은 연구자들이 이 이론을 다양한 의료 맥락에 적용하며, 의료 서비스의 혁신과 제도적 개선을 위한 새로운 지적 도구로 삼고 있다.

복잡성 이론은 다음 세 가지 층위에서 의료에 적용된다. 첫째, 의료 시스템을 이해하는 개념적 분석 틀로서, 둘째, 의료 현상 내 상호작용과 변화를 분석하는 연구 방법론으로서, 셋째, 복잡한 보건의료 체계를 개선하기 위한 실천 전략으로서 기능한다.[340] 이처럼 다층적인 적용은 복잡성 이론이 단지 이론적 담론에 그치지 않고, 보건의료의 실제 문제에 응답하는 실질적 틀로 작동할 수 있음을 보여준다. 물론 복잡성 이론을 통한 돌봄의 이해는 단지 복잡성의 존재를 진단하는데 그치지 않는다. 오히려 문제의 성격에 따라 차별화된 접근이 필요함을 보여주며, 각 돌봄 모델이 작동하는 고유한 논리와 한계를 명확히 드러낸다.

구체적인 적용 분야는 다음과 같다. 전문직 간 교육, 의료 교육, 임상 거버넌스, 근거기반 실천, 일반 진료 상담, 공공보건 간호, 조직 변화 관리, 정신질환자 공동 치료, 산모 및 신생아 의료, 노인 건강관리, 간호 관리자 의사결정, 치의학과 작업치료에서의 문제중심 학습 등은 대표적인 사례이다.[341] 이러한 광범위한 응용은 복잡성 이론이 돌봄의 다양한 층위에서 이론적·실천적 가능성을 지닌다는 점을 뒷받침한다.

복잡성 이론의 문제 유형 구분은 다음의 의의를 지닌다. 먼저, 복잡성 이론은 단순히 현상을 '복잡하다'고 진단하는 데 그치지 않고, 그 복잡성의 본질을 다층적으로 이해하고

339) Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care.Bmj,323(7313), 625-628.; Wilson, T., Holt, T., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity and clinical care.Bmj,323(7314), 685-688.; Plsek, P. E., & Wilson, T. (2001). Complexity, leadership, and management in healthcare organisations.Bmj,323(7315), 746-749.

340) Thompson, D. S., Fazio, X., Kustra, E., Patrick, L., & Stanley, D. (2016). Scoping review of complexity theory in health services research.BMC health services research,16, 1-16.

341) Paley, J. (2010). The appropriation of complexity theory in health care. Journal of Health Services Research & Policy,15(1), 59-61.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이에 적합한 개입을 설계하는 실천적 지혜를 제공할 수 있다. 의료 시스템과 같은 다층적 환경에서 문제의 성격에 따라 차별화된 접근법을 필요로 한다는 점이 이 이론의 핵심적 통찰이다. 모든 문제를 단일한 방식으로 해결하려는 환원주의는 실패할 수밖에 없으며, Cynefin 프레임워크처럼 문제를 단순·복잡·복합으로 구분하고 이에 적합한 전략과 리더십을 적용할 때 실천적 개입의 효과성이 높아질 수 있다.[342]

복잡성 이론의 두 번째 중요한 의의는 표준화와 개별화, 신뢰성과 회복력 사이의 균형점을 모색하는 데 있다. 현대 의료 시스템은 효율성과 일관성을 위해 표준화된 프로토콜과 지침을 발전시켜 왔으나, 이러한 접근은 개별 환자의 맥락과 복합적 증상을 온전히 파악하는 데 한계가 있다. 특히 다중이환, 노인 환자, 만성질환과 같은 복합적 사례에서는 표준화된 접근을 넘어 '복잡성 수용(complexity absorption)'-즉 복잡한 현실을 있는 그대로 받아들이고 이에 적응하는 능력-이 요구된다.[343] 즉 의료 시스템은 초기에 복잡성을 단순화하려 하지만, 환자의 개별성과 맥락을 파악하기 위해서는 점차 복잡성을 수용하고 적응적으로 대응할 수 있는 능력이 필요하다.

복잡성 이론의 세 번째 의의는 불확실성과 창발성을 수용하는 사고방식의 전환에 있다. 복합적 문제는 인과관계가 불안정하고 예측이 어려워 기존의 분석적 접근법으로는 효과적으로 다룰 수 없다. 이런 상황에서는 '실험-감지-대응'이라는 순환적 접근이 요구된다.[344] 이는 미리 정해진 해답을 찾기보다 실험을 통해 패턴을 발견하고 적응적으로 대응하는 과정이다. 복잡성 이론은 이처럼 불확실성과 실패 가능성을 두려워할 것이 아니라, 이를 학습과 혁신의 기회로 삼는 관점의 전환을 촉구한다.

복잡성 이론의 네 번째 의의는 인식론적 성찰을 가능하게 한다는 점이다. 복잡성은 '있는 그대로', 객관적으로 존재하는 것이 아니라 연구자나 실천가의 특정 관점과 '문제화(problematisation)' 과정을 통해 구성된다.[345] 무엇을 복잡하다고 보는지, 어떤 측면의 복잡성을 강조하는지는 특정 관점과 방법론적 선택에 따라 달라진다. 이는 무작위대조시험(RCT)과 같은 전통적 방법론의 한계를 인식하고, 문제의 특성에 따라 다양한 연구 방법을 유연하게 적용해야 함을 시사한다. 더 나아가, 특정 방법론의 선택 자체가 복잡성의 특정 측면을 강조하거나 가리는 '정치적' 행위일 수 있다는 메타적 성찰을 촉구한다.

---

342) Snowden, D. J., & Boone, M. E. (2007). A leader's framework for decision making.Harvard business review,85(11), 68.

343) Sund Levander, M., & Tingström, P. (2020). Complicated versus complexity: when an old woman and her daughter meet the health care system.BMC Women's Health,20, 1-11.

344) Snowden, D. J., & Boone, M. E. (2007). A leader's framework for decision making.Harvard business review,85(11), 68.

345) Broer, T., Bal, R., & Pickersgill, M. (2017). Problematisations of complexity: On the notion and production of diverse complexities in healthcare interventions and evaluations.Science as Culture,26(2), 135-160.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이러한 복잡성 이론의 실천적 함의는 의료 현장에서 특히 중요하다. 표준화된 프로토콜이 적합한 단순 문제(예: 예방접종, 기본적인 위생 관리), 전문가의 분석적 판단이 요구되는 복잡한 문제(예: 심장 수술 경로, 인슐린 주입 조절), 그리고 관계 중심 접근과 적응적 학습이 필요한 복합적 문제(예: 전자의무기록 도입과 활용, 만성질환 환자 관리)를 구분하고 각각에 맞는 전략을 적용함으로써 개입의 효과성을 높일 수 있다. 이는 모든 상황, 집단에 동일한 접근을 찾는 접근의 한계를 넘어, 맥락에 민감한 실천적 지혜를 발전시키는 데 기여할 수 있을 것이다.

결론적으로, 복잡성 이론의 의의는 현대 의료의 복합적 현실을 더 깊이 이해하고 효과적으로 개입할 수 있는 다차원적 통찰을 제공하는 데 있다. 이는 단순히 이론적 관심사가 아니라, 고령화와 만성질환의 증가, 디지털 전환과 같은 복합적 도전에 직면한 현대 의료 환경에서 실천적으로 중요한 의미를 갖는다. 복잡성 이론은 문제 유형에 따른 차별화된 접근, 표준화와 개별화 사이의 균형, 불확실성과 창발성을 수용하는 사고방식, 그리고 복잡성에 대한 인식론적 성찰을 통해 보건의료 시스템의 효과성과 회복력을 높이는 데 기여할 수 있다.

이처럼 복잡성 이론이 보건의료 영역의 문제에 대응하는 데 유용한 분석 틀을 제공하고 있음에도 불구하고, 복잡성 이론이 보건의료 분야에 도입되면서 몇 가지 중요한 개념적 오해와 잘못된 적용이 발생하기도 한다. 특히, 패일리(Paley)는 일부 보건의료 문헌들이 복잡성 이론의 핵심 개념을 잘못 해석하고 있다고 지적했다.[346] 먼저, 자기 조직화(self-organization)의 개념은 복잡성 이론에서 중앙 혹은 외부의 통제 없이 개별 구성요소의 국소적 상호작용을 통해 질서가 형성되는 과정을 의미한다. 그러나 의료 분야에서는 종종 이를 '리더나 관리자 없이 사람들이 스스로 조직을 구성하는 과정', 즉 자발적인 협력의 과정으로 재해석하는 경향이 있다. 케어 코디네이션을 예로 들자면, 이를 '모든 의료진이 논의하여 최적의 결정을 내리는 과정'으로 해석하는 것보다는, 각각의 의료인과 환자 또는 가족이 자신들의 맥락 속에서 개별적 결정을 내리는 가운데 나타나는 상호작용의 패턴을 이해하는 것이 복잡성 이론의 취지에 더 부합한다.

이와 유사하게, '끌개(Attractor)'의 개념 역시 오용되는 경우가 있다. 원래 끌개는 동적 시스템이 특정 상태나 패턴으로 수렴하는 경향을 설명하는 수학적 개념이다. 그러나 의료 담론에서는 이를 종종 '가치'나 '동기'와 같은 심리적 요소로 환원하여 해석한다. 이는 단순한 용어의 번역 오류를 넘어, 복잡계의 패턴 형성 메커니즘에 대한 이해 자체를 흐릴 수 있다. 끌개의 개념은 시스템 내 다양한 요소들이 특정한 방향으로 움직이도록 유도하는 구체적이고 반복적인 상호작용의 집합으로 이해해야 하며, 단순히 개인의 내면적 동기를 지칭하는 것이 아니다.

346) Paley, J. (2010). The appropriation of complexity theory in health care.Journal of Health Services Research & Policy,15(1), 59-61.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

또한 복잡성 이론은 설명적(explanatory) 이론이지 처방적(prescriptive) 이론이 아니다. 그럼에도 이를 일종의 해결책으로 오해하여, 복잡성 이론이 모든 문제에 유효한 지침을 줄 수 있다고 기대하는 경향이 있다. 하지만 복잡성 이론은 특정 결과를 도출하기 위한 명확한 가이드를 제공하지 않으며, 정책적 개입이 어떤 결과를 유도했는지를 사후적으로 설명하는 데 주안점을 둔다. 따라서 복잡성 이론은 정책결정자나 실천가에게 '이렇게 하라'는 지침을 제공하기보다는, '왜 그러한 결과가 나왔는가'를 이해하는 프레임을 제공하는 것이다. 이를 간과할 경우 복잡성 이론은 마치 '모든 것을 설명하는 만능 도구'처럼 과도하게 소비되고 만다.

마지막으로, '비선형성'을 지나치게 강조하여 '작은 변화가 전체 시스템을 크게 변화시킨다'는 식의 단순화된 해석으로 이어지는 오해가 있다. 실제 복잡계에서는 작은 변화가 미미한 영향을 미치기도 하며, 특정한 변화가 의미 있는 결과를 낳는지는 다양한 요인에 따라 결정된다. 핵심은 국소적 상호작용과 전체 패턴 간의 복합적 연계에 대한 이해이다. 단순히 나비효과처럼 모든 변화가 결정적 전환을 야기한다고 보기는 어렵다. 오히려 복잡성 이론은 변화의 규모보다는 변화가 발생하는 구조적 맥락과 상호작용의 배열에 주목해야 함을 강조한다.

이러한 개념적 오해들이 모여 복잡성 이론의 본질을 왜곡시키는 가운데, 우리는 중요한 역설에 직면하게 된다. 복잡성 이론은 본질적으로 설명적(explanatory) 성격을 지니는 반면, '돌봄'이라는 개념은 기술적 용어를 넘어 내재적 가치 차원을 포함하는 윤리적 개념이라는 점이다. 실제로 우리가 어떤 행위나 관계를 '돌봄'이라고 지칭할 때, 그 안에는 이미 규범적 기대와 도덕적 평가가 함의되어 있다. 이러한 성격은 복잡성 이론과 돌봄 실천 사이의 근본적 긴장을 야기한다. 복잡성 이론은 현상을 '있는 그대로' 기술하려 하지만, 돌봄은 본질적으로 '어떠해야 하는가'라는 규범적 함의를 담고 있기 때문이다. 따라서 복잡성 이론을 통해 돌봄을 분석하는 작업은 단순한 현상의 기술을 넘어, '좋은 돌봄'의 조건과 가능성을 모색하는 규범적 영역으로 확장될 필요가 있다.

이러한 맥락에서 스리다르(Chadha-Sridhar)가 제시한 '두꺼운 윤리적 개념(thick ethical concept)'으로서의 돌봄에 대한 분석은 다음의 통찰을 제공한다.[347] 두꺼운 윤리적 개념이란 기술(description)과 평가(evaluation)를 동시에 포함하는 개념으로, 돌봄과 같은 복잡한 현상의 다층적 성격을 포착하는 데 유용하다. 우리가 어떤 행위나 관계를 '돌봄'이라고 묘사할 때, 우리는 단순히 그 현상을 객관적으로 기술하는 것이 아니라, 그것에 대한 일종의 평가적 판단도 함께 내리게 된다. 이는 버지니아 헬드가 강조한 돌봄의 이중적 성격—돌봄이 사회적 실천이면서 동시에 도덕적 가치라는 특성—과 같은 맥락이다.[348]

347) Chadha-Sridhar, I. (2023). Care as a thick ethical concept.Res Publica,29(3), 405-423.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

따라서 돌봄을 하나의 두꺼운 윤리적 개념으로 이해한다면, 이는 단순히 객관적인 행위나 요소들만을 가리키는 것이 아니라, 그 행위에 내재한 평가적 의미와 윤리적 맥락까지도 포함하게 된다. 이러한 평가적 차원은 돌봄이 수행되는 구체적인 상황과 맥락에 따라 달라질 수 있으며, 모든 돌봄이 도덕적으로 '좋은 돌봄'으로 간주되는 것은 아니다. '좋은 돌봄'은 단지 의도나 결과에 의해 결정되지 않으며, 돌봄이 실행되는 과정 전체와 그 과정을 둘러싼 사회적·제도적 조건들이 어떻게 상호작용하는가에 따라 구성된다.

이러한 문제의식은 몰과 로의 복잡성에 대한 이해와도 깊이 맞닿아 있다. 이들은 복잡성을 단순성과 이항적으로 대립되는 개념이 아니라, 현상들이 어떻게 생성되고 상호작용하며 변화하는지를 드러내는 분석적 렌즈로 제시한다.[349] 이로써 이러한 복잡성을 단지 분석의 대상으로만 머무르게 하지 않고, 그 속에서 어떻게 개입하고 조정할 수 있을지를 모색함으로써, 더 나은 돌봄을 실현할 수 있는 가능성을 탐색하는 실천적 과제로 제시한다. 이러한 시도는 돌봄의 윤리적 평가와 실제 실천을 연결하는 데 있어 중요한 이론적 기반을 제공한다. 이처럼 돌봄은 고정된 방식으로 이루어지는 단일한 실천이 아니라, 다양한 질서와 관점이 서로 맞물리고 때로는 충돌하면서 끊임없이 구성되어 가는 동적인 실천의 장이다. 이러한 다층적인 성격은 어떤 돌봄이 '좋은 돌봄'인지 판단하는 일이 결코 단순할 수 없다는 점을 보여준다.

결과적으로, 복잡성 이론을 통해 돌봄의 논리를 구성하는 작업은 다층적 돌봄 실천의 복합적 현실을 보다 깊이 이해하고, 그에 효과적으로 개입할 수 있는 이론적 통찰을 제공한다는 점에서 의의를 지닌다. 그러나 복잡성 이론이 현상을 분석하는 도구를 제공함에도 불구하고, 그것만으로는 다층적 돌봄이 실제로 작동하기에 충분하지 않다. 왜냐하면 앞서 살펴본 세 가지 돌봄 논리—단순, 복잡, 복합—가 현실에서 충돌하지 않고 상호보완적으로 작동하려면, 이들을 가로지르는 보다 근본적인 조건들이 마련되어야 하기 때문이다. 각 돌봄 논리는 서로 다른 전제와 가치를 내포하고 있어, 단순히 상황에 따라 선택하거나 기계적으로 조합하는 것만으로는 생산적 조율이 어렵다. 오히려 이들이 만나고 교차하는 지점에서 발생하는 긴장과 모순을 감당하면서도, 돌봄을 지속 가능하게 만드는 더 깊은 차원의 변화가 필요하다.

이러한 맥락에서 본 장은 다층적 돌봄을 가능하게 하는 세 가지 근본적 조건을 검토하고자 한다. 첫째, 존재론적 차원에서 '누가 돌봄을 필요로 하고 제공하는가'에 대한 고정된 구분을 재검토해야 한다. 단순 논리가 전제하는 의존적 환자, 복잡 논리가 상정하는 위험군별 분류, 복합 논리가 지향하는 상호의존적 주체들이 현실에서 공존하려면, 특

348) Held, V. (2005).The ethics of care: Personal, political, and global. Oxford university press.

349) Law, J., & Mol, A. (2002).Complexities: Social studies of knowledge practices. Duke University Press.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

히 취약성에 대한 보다 유연하고 역동적인 이해가 필요할 것이다. 둘째, 인식론적 차원에서 '무엇이 돌봄에서 유효한 지식인가'라는 질문을 새롭게 제기해야 한다. 의학적 근거, 통계적 분석, 환자 혹은 가족의 체화된 경험이 각각 다른 돌봄 논리에서 중시되는 상황에서, 이러한 이질적 지식들이 위계 없이 협력할 수 있는 조건이 마련되어야 한다. 셋째, 윤리적 차원에서 '왜 우리가 그럼에도 돌봄을 지속해야 하는가'에 답할 수 있어야 한다. 서로 다른 논리가 만날 때 발생하는 소통의 한계와 이해의 간극을 단순한 실패로 간주하지 않고, 그 속에서도 응답하고 조율하려는 윤리적 태도가 다층적 돌봄의 핵심 조건이 될 것이다.

4.1. 취약성의 재개념화를 통한 돌봄 책임과 경계의 재구성

4.1.1 취약성의 동적 재구성

취약성은 현대 윤리학과 돌봄 이론에서 핵심 개념으로, 우연적이거나 예외적인 상태가 아니라 모든 인간이 공유하는 존재론적·필연적 조건으로 이해된다. 마사 파인먼은 취약성을 '해, 부상 및 불행의 임박한 또는 항상 존재하는 가능성'을 포함하는 인간 신체성에서 비롯된 지속적인 특성으로 규정하며,[350] 이를 통해 취약성이 인간의 몸의 실제성과 불가분하게 연결되어 있음을 강조한다. 인간은 질병, 상해, 노화, 죽음과 같은 실존적 위험에 항시 노출되어 있으며, 이러한 조건은 인간관계와 사회구조의 형성에 깊이 관여한다. 중요한 점은 이러한 취약성이 단순한 결핍이나 부정적 상태가 아니라, 상호의존성과 윤리적 관계를 가능케 하는 핵심 매개로 작용한다는 사실이다.

로버트 구딘(Robert Goodin)은 가족, 친구, 고객, 동포 등에게 느끼는 도덕적 책임이 전통적으로 자발적 약속이나 계약에 의해 설명되어 왔으나, 이는 책임의 범위를 지나치게 협소하게 만든다고 지적한다.[351] 그는 도덕적 책임의 정당화는 약속의 유무가 아니라 타인의 취약성, 곧 그들이 특정 상황에서 우리에게 의존할 수밖에 없다는 사실에서 비롯된다고 주장한다. 이러한 논의는 돌봄의 윤리적 범위를 확대하며, 제도적 돌봄의 정당성을 이론적으로 뒷받침한다.[352] 키테이 또한 인간의 불가피한 의존성을 강조하며, 돌봄은 선택의 문제가 아니라 인간 조건에 대한 필연적 응답임을 주장한다. 이처럼 취약성은 인간 존재의 구조적 특성이자 돌봄과 윤리적 연대를 가능케 하는 중심 개념으로 자리매김

350) Fineman, M. A. (2010). The vulnerable subject: Anchoring equality in the human condition. InTranscending the boundaries of law(pp. 177-191). Routledge-Cavendish.
351) Goodin, R. E. (1985). Vulnerabilities and responsibilities: An ethical defense of the welfare state.American Political Science Review,79(3), 775-787.
352) 앞의 책.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

한다.

취약성에 대한 이러한 이해는 돌봄 책임의 분배와 경계 설정에 중대한 함의를 지닌다. 어떤 방식으로 취약성을 개념화하느냐에 따라, 누가, 어떻게, 어느 범위까지 돌봄의 책임을 져야 하는지가 결정된다. 예컨대 취약성을 개인의 특성이나 결핍으로 간주하는 관점은, 돌봄 책임을 개인 또는 그들의 직계 돌봄 제공자에게 국한시키는 경향을 보인다. 이는 돌봄을 사적 영역으로 축소하며, 보다 넓은 사회적·정치적 책임의 가능성을 배제한다. 반면, 취약성을 인간 보편의 조건으로 이해할 경우, 돌봄은 집단적(공적) 책임이자 정치적 실천으로 확장된다. 이러한 관점은 트론토(Joan Tronto)가 『돌봄 민주주의(Caring Democracy)』에서 강조한 주장한 바와 같이 돌봄의 책임이 가정이나 여성의 역할로 국한되지 않고, 사회 전체의 과제로 재구성되어야 함을 시사한다.

앞서 살펴본 '단순한 돌봄'에서의 논의처럼, 취약성 개념은 주로 두 가지 접근에 기반하여 전개되어 왔다. 하나는 노인, 아동, 장애인, 만성질환자 등 특정 집단을 '취약한 존재'로 분류하고 특별 보호의 대상으로 간주하는 방식이며, 다른 하나는 취약성을 모든 인간이 공유하는 보편적 조건으로 이해하려는 존재론적 접근이다. 전자는 정책, 의료, 사회복지 등 제도적 담론에서 흔히 등장하며, 후자는 윤리학 및 철학 담론에서 강조된다. 그러나 두 접근 모두 취약성의 맥락적·관계적 의미를 충분히 포착하지 못한다는 점에서 한계를 지닌다.

특정 집단을 중심으로 한 접근은 우선 취약성을 고정된 속성으로 간주하거나 자율성의 결핍으로 이해하여, 해당 집단의 내적 다양성과 이질성, 그리고 그들이 지닌 역량을 간과하게 만든다. 예컨대 노인을 무조건 '취약한 존재'로 분류할 경우, 실제로는 자율적이고 활발한 활동을 이어가는 이들이 다수 존재함에도 불구하고, 이들 모두가 일률적으로 보호와 배려의 대상으로 간주되는 결과를 초래할 수 있다. 이러한 범주화는 연령만을 기준으로 취약성을 개인의 고정된 정체성의 일부로 간주하는 환원주의적 시각을 강화하며, 단순한 문제 해결 방식에 갇힌 돌봄 체계를 만들 수 있다. 나아가 이 방식은 오히려 해당 집단에 대한 낙인과 타자화, 그리고 돌봄을 받는 존재에 대한 의존적 이미지의 강화를 불러일으킬 수 있다. 즉 취약한 집단 외의 사람들은 자신의 취약성을 부정하거나 이러한 감각을 최소화하고자 할 것이다. 이때 돌봄 실천은 일방적 시혜나 관리의 방식으로 축소된다.

이에 비해, 보편적 취약성에 기반한 접근은 모든 인간이 시간의 흐름과 관계적 조건 속에서 상처 입고 의존할 수밖에 없는 존재임을 강조한다. 이 관점은 취약성을 특정 집단에 귀속된 특성이 아니라, 인간 존재 자체의 조건으로 간주함으로써, 자율성과 독립성을 핵심으로 삼아온 근대적 인간 이해에 대한 중요한 비판으로 작용한다. 이러한 접근은 돌봄을 단지 '취약한 소수'를 위한 윤리적 책임이 아니라, 서로에게 의존하는 존재들 간의 보편적 윤리와 정의의 기반으로 재정립하고자 한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

그러나 이와 같은 보편주의적 접근은 '우리 모두가 취약하다'는 선언에 머물 경우, 구체적 사회 맥락에서의 구조화된 취약성의 차이를 포착하지 못하는 한계를 지닌다. 취약성은 모든 이에게 동일한 방식으로 경험되지 않으며, 그것이 정치적·경제적·제도적 조건 속에서 어떻게 불균형하게 형성되고 분배되는지를 고려하지 못하면, 오히려 가장 심각한 고통을 겪는 이들의 상황이 가려질 위험이 있다. 예컨대 성별, 계급, 인종, 장애 여부 등 다양한 조건들이 교차하는 지점에서 발생하는 복합적 취약성은 단순한 인간 일반의 조건으로 환원될 수 없다. 따라서 이 접근 역시 추상적 보편주의에 머무르지 않기 위해서는, 취약성을 역사적이고 관계적인 구체성 속에서 분석하려는 시도가 병행되어야 한다. 그렇지 않으면 보편주의는 불평등을 설명하지 못할 뿐 아니라, 오히려 그 정치성을 희석하거나 탈정치화할 수 있기 때문이다.

이러한 상반된 접근법은 몇 가지 중요한 공통된 한계를 공유한다. 우선, 두 접근 모두 취약성을 '외부[353]로부터 주어진 조건'으로 전제한다. 예컨대, 특정 집단 중심의 접근에서는 취약성이 노인, 아동, 장애인 등의 정체성과 연동된 고정된 속성으로 간주되며, 보편주의적 접근에서는 인간 존재의 근본적 조건으로서 불가피하게 주어지는 사실로 일반화된다. 그러나 이처럼 취약성을 고정된 특성이나 불변의 조건으로 이해하는 관점은, 개인이 구체적 맥락 속에서 취약성을 어떻게 경험하고 의미화하는지를 간과함으로써 그 역동적이고 상호구성적인 성격을 충분히 반영하지 못한다. 또한 조태구의 분석에 따르면, 이러한 접근은 돌봄을 주는 자와 받는 자를 고정된 주체-대상의 관계로 설정하고, 취약성을 일방적으로 수혜자에게 귀속시킴으로써 돌봄의 존재론적 의미와 윤리적 실천으로서의 근본 가치를 왜곡하게 될 수 있다.[354]

또한, 취약성을 능력의 결핍이나 부족함으로 한정하는 방식은 그것이 인간 존재의 윤리적 기반이자 공동체적 삶의 출발점이 될 수 있는 가능성을 간과한다. 취약성을 부정적으로만 정의할 경우, 돌봄은 단지 결핍을 보완하거나 채우는 행위로 축소되며, 돌봄을 받는 이는 수동적이고 의존적인 존재로만 인식된다. 결과적으로 돌봄의 관계는 고정된 주체-대상 간의 위계 구조로 경직되며, 실제 돌봄 과정에서 나타나는 상호성, 역할의 유동성, 전복 가능성은 충분히 고려되지 않는다. 실제 돌봄의 맥락에서 돌보는 이 역시 신

353) 여기서 '외부'란 개인의 주체성이나 행위성과 분리된, 자신의 의지나 능동적 참여와 무관하게 주어지는 조건이나 상태를 의미한다. 즉, 개인이 스스로 구성하거나 변화시킬 수 없는, 이미 결정되어 부여된 상태를 가리킨다. 특정 집단 중심 접근(전자)에서는 취약성이 노인, 아동, 장애인 등의 범주에 속한 사람들에게 외부로부터 일방적으로 부여된 고정된 특성으로 취급되며, 보편적 취약성 접근(후자)에서는 인간 존재의 근본적 조건으로서 외부에서 필연적으로 주어진 존재론적 사실로 일반화된다. 두 접근 모두 취약성을 개인이 관계적 맥락 속에서 능동적으로 경험하고 재구성하는 과정이 아닌, 외부에서 규정된 불변의 상태로 봄으로써, 취약성의 역동적이고 상호구성적인 특성을 충분히 포착하지 못하고 있다.

354) 조태구. (2024). 돌봄, 주체 그리고 삶: 미셸 앙리와 돌봄에 대한 다른 접근 가능성.현상학과 현대철학,102, 69-97.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

체적·정서적 부담과 책임을 경험하고, 돌봄을 받는 이 또한 능동적으로 반응하고 조율하며, 돌봄을 되돌려주는 역할을 수행하기도 한다. 이러한 관점에서 볼 때, 취약성은 단순한 결핍이 아니라, 타자와의 관계 속에서 자율성과 윤리적 책임이 형성되는 공동의 존재 조건으로 재사유될 필요가 있다.

따라서 취약성을 둘러싼 기존 접근의 한계를 극복하기 위해서는, 취약성을 자율성의 결핍이나 고정된 특성으로 환원하는 것이 아니라, 관계적이고 동적인 역량으로 재개념화하는 시도가 필요하다. 즉, 취약성은 단순히 병들고 약한 상태를 의미하는 것이 아니라, 모든 인간이 관계적 존재로서 서로에게 의존하고 영향을 주고받는다는 점에서 공유하는 존재론적 조건이다. 동시에, 이는 시간의 흐름과 환경적 맥락에 따라 강도와 형태가 달라지는 복합적인 현상이기도 하다. 이러한 맥락에서 개인과 집단의 취약성은 서로 다른 방식으로 경험되며, 특정 조건에서는 일부 개인이나 집단이 더 심각한 수준의 취약성에 노출되기도 한다. 즉 보편성과 특수성, 존재론과 정치성이 동시에 얽힌 개념이라할 수 있다.[355]

취약성의 동적 이해에 대한 한 가지 예로, 플로렌스 루나는 '층(layers)'이라는 은유를 통해 취약성을 설명한다. 이 접근은 취약성을 하나의 본질적이고 고정된 속성으로 보지 않고, 다양한 요인들이 상호작용하며 중첩되는 관계적 구성물로 이해한다. 즉, 개인은 본질적으로 취약한 존재가 아니라, 특정 사회적·정치적·문화적 맥락에 놓일 때 취약성이 드러나거나 심화될 수 있으며, 그 맥락에 따라 취약성의 정도와 양상은 변화한다. 이로써 취약성은 개인 정체성에 붙는 꼬리표가 아닌, 상황과 조건의 상호작용 속에서 형성되는 유동적인 것으로 인식된다.

예를 들어, 낙태가 불법인 국가에 거주하는 여성은 기본적인 재생산 권리의 박탈로 인해 하나의 취약성 층을 지닌다. 여기에 교육 수준이 낮고, 경제적으로 빈곤하며, 이주민 신분이거나 언어적 소수자인 경우, 각 조건은 추가적인 층을 형성하며, 해당 개인의 취약성을 더욱 복잡하고 심화된 형태로 구성한다. 이러한 복합적 취약성은 단일한 정체성으로 설명될 수 없으며, 층위적 접근을 통해 보다 정밀하고 구체적인 분석이 가능해진다. 이는 윤리적 개입이나 정책 설계 시 실효성 있는 대응을 가능하게 하는 실천적 함의를 갖는다. 루나의 분석은 취약성의 범주화와 본질화를 경계하면서도, 구체적 맥락에서 형성되는 실질적 위험과 제약을 드러내는 분석 도구로 기능한다.

4.1.2. 돌봄의 시간성: 동적 건강과 비선형적 돌봄 실천

이러한 취약성의 재개념화와 앞서 살펴본 복합성 이론에 기반한 동적인 건강 개념을

355) Garrau, M. (2024). Privilege and the denial of vulnerability: when care ethics meets epistemologies of ignorance.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

바탕으로, 돌봄의 책임이 재설정될 수 있을 것이다.

먼저, 시간적 차원에서 돌봄은 분절된 행위가 아닌 연속적이고 조율적인 과정으로 재개념화될 수 있다. 전통적으로 돌봄은 특정 시점의 단일한 개입이나 행동으로 이해되었지만, 건강을 생애 전반에 걸친 과정으로 파악한다면 돌봄 역시 지속적이고 유동적인 실천으로 이해되어야 한다. 몰이 제시한 '돌봄의 논리'에서 강조하듯, 돌봄은 "명확한 경계가 없는 과정"이며 "끝이 정해져 있지 않은" 실천이다.[356] 다수의 돌봄 이론가들도 돌봄이 본질적으로 관계적이며, 이러한 관계는 시간적 지속성과 물리적·정서적 근접성을 요구한다고 본다.[357] 그러나 신자유주의적 조건은 이러한 돌봄의 시간성과 관계성을 위협하며, 특히 공공 서비스 영역에서는 돌봄의 연속성과 맥락을 고려하지 못한 채 단편적이고 일회적인 개입으로 이루어지는 분절된 돌봄으로 이어질 위험을 내포한다.

또한 돌봄은 일회적인 개입으로 끝나는 것이 아니라 순환을 형성하며 새로운 국면을 마주하여 다시 첫 단계로 돌아오는 순환적 과정이다. 특히 만성질환 관리에서 이러한 특성이 두드러지는데, 고령 당뇨병 환자의 경우 혈당 관리는 단순히 병원 방문 시점/사회복지사의 방문 시점에서만 이루어지는 것이 아니라 일상의 식사, 운동, 약물 복용, 스트레스 관리 등 삶의 모든 영역에서 지속적으로 이루어지는 조정 과정이다. 이처럼 돌봄은 현재의 건강 문제뿐 아니라, 과거의 환경과 경험, 미래의 가능성, 가족 및 지역사회를 포함한 관계적 맥락을 고려하는 확장된 실천이다.

이러한 시간성은 특히 자기성이 서서히 변화하는 질환인 치매에서 중요한 함의를 지닌다. 티우와 매튜(2024)는 치매를 고정된 인격의 붕괴가 아니라, 시간이 흐름에 따라 자기성이 재구성되고 파편화되는 과정으로 보며, 이에 따라 돌봄도 변화하는 자아 감각을 민감하게 조율하는 방향으로 전환되어야 한다고 주장한다.[358] 환자의 과거 정체성과 삶의 이야기를 단절된 것으로 간주하기보다, 현재 남아 있는 자기성의 단서들을 발견하고 이를 존중하며 연결하는 돌봄이 요구된다. 돌봄 제공자는 이 과정에서 단순한 수행자가 아니라, 환자의 자기서사에 함께 참여하며 삶의 궤적을 구성해나가는 공동 저자로 기능하게 된다. 이러한 치매 돌봄의 사례는 시간성과 관계성을 통합한 돌봄 실천의 구체적 양상을 잘 보여준다.

---

356) Mol, A. (2008).The logic of care: Health and the problem of patient choice. Routledge. p.18.

357) Tronto, J. C. (2013). Caring democracy: Markets, equality, and justice. InCaring Democracy. New York University Press.; Bourgault, S. (2020). Epistemic injustice, face-to-face encounters and caring institutions.International Journal of Care and Caring,4(1), 91-107.

358) Tieu, M., & Matthews, S. (2024, February). The relational care framework: Promoting continuity or maintenance of selfhood in person-centered care. The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine(Vol. 49, No. 1, pp. 85-101). US: Oxford University Press.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

또한 생애과정 이론은 건강이 태아기부터 노년기까지 이어지는 연속적인 발달 과정임을 강조하며, 특정 시기의 경험이 이후 건강 궤적에 지속적인 영향을 미칠 수 있음을 보여준다. 예를 들어, 아동기의 역경 경험(Adverse Childhood Experiences)이 성인기의 심혈관 질환, 당뇨, 우울증 등의 발병 위험을 높인다는 연구 결과는 돌봄의 시간적 범위가 단순히 현재의 증상 관리를 넘어 생애 초기 경험의 영향까지 고려해야 함을 시사한다. 이처럼 돌봄의 시간성을 확장하면, 예방적 개입과 조기 지원의 중요성이 더욱 부각되며, 돌봄의 책임 또한 현재의 증상 완화뿐 아니라 장기적 건강 궤적의 긍정적 형성을 위한 지속적 노력으로 확대된다.

복합적 돌봄의 논리는 시간을 선형적이거나 결과 중심적인 틀로 보지 않는다. 돌봄 지식은 단지 '지금-여기'에 한정되지 않고, 과거의 상처와 미래의 가능성을 함께 고려하는 순환적이고 비선형적인 시간성 위에서 작동한다.[359] 이러한 시간 개념은 과거가 단순히 지나간 것이 아니라, 현재에도 영향을 미치며 미래를 형성하는 데 관여한다는 관점과 맞닿아 있다. 돌봄은 이처럼 현재의 상황을 고립된 시점으로 파악하기보다, 과거의 상처 혹은 경험과 미래의 가능성을 반영하는 시간적 실천이다.

시간성에 대한 이러한 이해는 돌봄 제공자의 역할을 의료적 행위 수행자를 넘어, 환자의 삶의 궤적을 고려하는 통합적 관점의 조정자로 확장시킨다. 특히 다중질환을 가진 노인 환자처럼 여러 기관과 전문가를 거쳐 돌봄을 받는 경우, 돌봄의 연속성과 일관성을 보장하기 위해서는 의료진, 사회복지사, 가족, 동료 환자 등 복수의 주체 간 지속적인 소통과 협력이 필수적이다. 돌봄의 책임은 이처럼 개별 치료의 적절성에 국한되지 않고, 환자의 돌봄 여정을 장기적으로 조율하고 지원하는 과정 전체를 포함한다.

4.1.2. 돌봄의 환경성: 인간 중심주의를 넘어서는 건강의 공동구성

다음으로, 환경적 확장의 측면에서 돌봄은 인간 중심적 개입을 넘어서, 다양한 행위자(인간, 비인간, 기술, 생태계)가 얽힌 네트워크 속에서 이루어지는 실천으로 이해될 수 있다. 이러한 확장은 주체와 객체, 인간과 환경 사이의 이분법을 해체하고, 상호구성적 관계망 속에서 건강과 돌봄 책임의 경계를 재구성한다. 근대 의학이 환경을 통제 가능한 외부 변수로 다루었다면, 확장된 돌봄의 관점에서는 환경이 돌봄 과정에 능동적으로 참여하는 구성요소이자 건강의 공동 생산자로 인식된다. 이는 보건의료에서 돌봄을 기술적 개입이나 감정적 수행이 아니라, 환경 구성의 협력적 조율 과정으로 이해하는 전환을 의미한다.

예를 들어 만성질환 관리의 책임은 사회적, 기술적, 물질적 차원으로 분산되어 있으며,

359) FitzGerald, M. (2024). The commitment to care: an unwavering epistemic decentering.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이들 모두가 돌봄 환경의 핵심적 구성원으로 재인식될 수 있다. 병원 건축가는 자연광과 정원 접근성을 고려한 설계를 통해 치유 환경을 조성하고, 도시 계획가는 걷기 좋은 환경을 통해 심혈관 건강을 지원하며, 식품 유통 체계는 건강한 식품 접근성 확보를 통해 당뇨병 관리에 기여한다. 대기질 규제 담당자는 천식 환자의 호흡기 건강을 좌우하고, 주거 정책은 안전하고 무독성인 환경을 통해 만성 스트레스에 영향을 미친다. 이러한 환경적 개입들은 돌봄의 배경이 아니라 실질적인 구성요소이며, 의료와 비의료 영역이 긴밀하게 얽힌 다층적 돌봄 체계를 형성한다.

이처럼 돌봄의 확장은 인간 중심의 전통적 의료 관계를 넘어서, 기술과 물질적 환경을 포함하는 방향으로 나아가고 있다. 최근 과학기술사회학과 인류학 문헌에서는 돌봄에서 기술을 주요 행위자로 포함하는 논의가 활발하게 전개되고 있다.[360] 이들 연구는 기술을 단순한 외부적 도구가 아니라, 인간의 세계 경험과 자아 인식에 영향을 미치는 능동적인 요소로 간주한다. 예를 들어 럽튼은 디지털 건강 기술이 인간과 물질, 시간과 공간이 얽힌 관계 속에서 작동한다는 점을 강조하며, 디지털 기기나 데이터가 단순한 건강의 수단이 아닌 습관을 형성하고 변화를 유도하는 동반자로 기능할 수 있음을 보여준다.[361]

이러한 관점은 돌봄과 그 책임이 단지 인간 행위자들 간의 상호작용으로 구성되는 것이 아니라, 기술적·물질적 요소들과의 얽힘 속에서 형성된다는 점을 보여준다. 즉, 돌봄 관계는 전통적으로 주체와 대상이 명확히 구분되고 책임이 특정 개인이나 기관에 귀속되는 방식과 달리, 주체와 대상 자체가 생성적 얽힘 속에서 함께 구성되며, 돌봄의 책임 역시 이러한 관계적 얽힘을 통해 감응적으로 구성된다. '돌봄의 물질성(materialities of care)' 개념은 돌봄이 단지 사회적 실천에 머무르지 않고, 물질적 차원에서도 이루어진다는 점을 강조하며, 기술과 환경이 돌봄 과정에서 능동적 역할을 수행할 수 있음을 시사한다. 예컨대 원격 진료 기술에 대한 연구는 기술과 사회적 관계가 얽힌 맥락 속에서 취약성이 어떻게 새롭게 구성되는지를 보여준다.[362] 모니터링 시스템이나 웹캠은 단순한 도구가 아니라, 환자, 간호사, 기술이 함께 구성하는 돌봄 관계 안에서 취약성의 의미와 경험을 재구성하는 매개로 작용한다.

보건의료 분야에서 이러한 논의가 중요한 이유는, 기존의 인간 중심적 패러다임만으로는 현대 보건의료 체계의 복잡성을 충분히 설명하기 어렵기 때문이다. 의약품 개발, 특허 제도, 보험 알고리즘, 진단 기술, 의료 데이터 인프라 등은 종종 인간 환자보다 자본, 기술, 행정 효율성을 우선시하는 구조 속에 위치하며, 환자와 의료인의 대면 관계조차

360) Pols, J. (2015). Towards an empirical ethics in care: Relations with technologies in health care.Medicine, Health Care and Philosophy,18(1), 81-90.
361) Lupton, D. (2017).Digital health: Critical and cross-disciplinary perspectives. Routledge.
362) Pols, J. (2015). Towards an empirical ethics in care: Relations with technologies in health care.Medicine, Health Care and Philosophy,18(1), 81-90.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

비가시적 기술 및 제도적 시스템의 영향을 받는다. 이러한 맥락에서 '인간을 위한 돌봄'이라는 수사는 때로 특정 권력 관계와 배제를 은폐하는 방식으로 작동할 수 있다. '인간성'은 중립적이고 보편적인 범주가 아니라, 특정 주체에게 특권과 권한을 부여하는 위계적 구성물로 작동해왔으며, 이는 돌봄의 영역에서도 '누가 돌봄의 주체이자 대상이 될 수 있는가', 즉 Tronto의 표현을 빌리면 '누가 돌봄의 무임승차권을 갖는가'를 규정해왔다.

예컨대 사회적 고립가구에서 동의 없이 약물이나 감시 기술이 '안전'을 명목으로 도입되거나, 희귀질환 치료제가 '비용효과성' 기준에 따라 제외되는 사례는, 돌봄이 실제로 선택적 관심과 위계 구조 속에서 작동하고 있음을 보여준다. 인간 중심성을 폐기하는 것이 아니라, 인간과 비인간 요소 간의 얽힘을 인정함으로써 보다 포용적이고 정의로운 돌봄을 구성하려는 윤리적 접근이 요구된다.

이러한 관점에서 건강은 더 이상 정상성의 회복이나 질병의 부재로 정의되지 않으며, 의료적 개입도 특정 병리를 제거하는 기술적 행위를 넘어, 환자와 그를 둘러싼 관계적 맥락 속에서 건강한 환경을 공동으로 조성하는 실천으로 확장된다. 돌봄은 특정 주체의 일방적 행위가 아니라, 다양한 행위자들이 관계 속에서 함께 구성하는 집합적 과정이다. 이 과정에서 돌봄의 주체와 대상은 고정된 정체성을 지닌 개별 주체라기보다, 상호 구성적으로 형성되며, 그 관계 역시 비선형적이고 예측 불가능한 방식으로 변화한다. 환경 또한 수동적 배경이 아닌 건강의 공동 생산자로 재개념화되며, 이는 인간 중심적 개입을 넘어서 보다 관계적인 건강 이해의 가능성을 제시한다.

4.1.3. 돌봄과 역량: 동적 취약성과 돌봄 책임

마지막으로, 역량의 관점에서 전통적으로 돌봄은 결핍을 지닌 취약한 이들을 대상으로 보호의 행위로서 이해되어 왔다. 이러한 시각은 돌봄을 일방적인 실천으로 제한하며, 그 목표를 취약성의 제거나 통제에 둔다. 그러나 이제 돌봄의 목적은 취약성의 제거가 아니라, 다양한 맥락에서 개인과 집단이 자신의 역량을 발휘할 수 있는 조건을 조성하는 것에 있다. 이는 이론적 수준의 정의 변경을 넘어서, 돌봄 실천 전반의 전환을 요청한다. 이러한 전환은 돌봄 관계를 '돌보는 자'와 '돌봄 받는 자'의 이분법으로 파악하는 것을 넘어서, 모든 참여자가 각자의 방식으로 돌봄 과정에 기여하는 상호구성적 관계로 이해하게 만든다. 복합적 돌봄 논리는 취약성을 고정된 속성이나 보편적 조건이 아니라, 맥락적으로 형성되고 상호작용적으로 구성되는 동적 상태로 파악한다. 즉, "누가 취약한가?"가 아니라, "어떤 맥락에서, 어떻게 취약성이 형성되고 강화되는가?"를 물어야 한다. 이러한 인식은 단순한 보호를 넘어, 당사자의 역량을 인정하고 지원하는 돌봄 실천으로의 전환을 요청한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

돌봄의 책임 또한 특정 주체나 기관에 고정되거나 균등하게 배분되는 것이 아니라, 상호 돌봄의 역동적 관계망 속에서 유동적으로 분배되고 재조직화될 수 있다. 이는 돌봄을 단순히 '보호', '안전', '예방'이라는 도식적 틀로 환원하지 않고, 공동의 문제를 다양한 참여자들이 함께 해결하며, 돌봄 체계가 유지되도록 지속적으로 조정해 나가는 과정으로 파악하게 한다. 물론 이는 모든 참여자가 동일한 권한과 영향력을 지닌다는 의미는 아니다. 특히 의료 돌봄에서는 전문 지식과 임상 판단이 중요하며, 정보의 비대칭성과 기술적 의존성은 관계의 수평적 구성에 현실적 제약을 가한다. 이러한 조건은 때때로 환자에게 돌봄의 부담을 전가하는 위험으로 작용할 수 있다.

이처럼 돌봄의 주체와 대상 관계, 역량과 취약성에 대한 재고는 돌봄에서 어떤 지식이 유효한 것으로 간주되는지를 다시 묻는 인식론적 문제로 이어진다. 만약 돌봄 과정에 다양한 행위자가 각기 다른 방식으로 기여하고 있다면, 그들이 축적한 지식 또한 일정한 정당성을 가질 수 있다. 환자와 가족이 단순한 수혜자를 넘어 의료 시스템의 회복력을 구성하는 중요한 참여자라면, 그들이 일상 속에서 체득한 실천적 지식 역시 돌봄의 구성요소로 간주될 수 있다. 예컨대 만성질환자가 경험을 통해 익힌 증상 조절의 감각, 돌봄 제공자가 관계를 통해 쌓아온 상호작용의 지혜, 기술 기기를 통해 수집되는 생활 데이터 등은 모두 돌봄 실천을 이루는 의미 있는 지식 자원이다.

하지만 현재의 의료 체계에서는 이러한 다양한 지식들이 위계적으로 구성되어 있으며, 과학적 근거나 전문가의 판단만이 객관적이고 보편적인 것으로 인정받는 경향이 있다. 이러한 구조는 단순한 지식의 분류를 넘어, 누가 돌봄 과정에서 목소리를 낼 수 있는지를 결정하는 권력의 문제로 이어지기도 한다. 따라서 다층적 돌봄 실천을 위해서는, 서로 다른 층위의 지식들이 상호보완적으로 작동할 수 있도록 하는 인식론적 전환이 필요하다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

4.2. 돌봄 지식의 이질적 공동 생산

앞서 살펴본 것처럼, 생의학 중심의 의료에서는 환자가 연구의 주요 이해당사자임에도 불구하고 그의 경험과 실천적 지식이 연구 과정에 충분히 반영되지 않는다는 점에서 인식론적 한계가 드러난다. 전통적인 의료 연구는 연구자와 임상의가 지식을 생산하고 이를 환자에게 일방적으로 적용하는 구조를 전제로 하며, 이로 인해 환자의 주관적 경험, 질병을 통해 형성된 실천적 지식, 그리고 의료 개입이 삶에 미치는 실제적 영향이 제대로 고려되지 못한다. 즉 병원 바깥에서 이루어지는 환자와 가족, 친구, 공동체가 자율적으로 실천하는 돌봄, 건강과 질병에 대한 이야기는 주요한 돌봄 지식으로 간주되지 않는다.

돌봄의 맥락에서 환자의 지식은 단순한 경험 축적이나 정보 수집으로 환원될 수 없으며, 이는 특정한 삶의 조건에서 형성되고 실천을 통해 지속적으로 조정되는, 맥락적이고 역동적인 지식이다. 의료 연구는 통상 통제된 환경에서 객관적 사실의 도출에 초점을 두지만, 환자들은 이를 자신의 일상적 경험과 조건에 맞게 재구성하고 실천하는 과정을 통해 새로운 형태의 지식을 구성한다. 이러한 환자 지식은 실험실에서 생성된 보편적 사실이 아니라, 특정 맥락 속에서 환자가 구성하는 실천적 지식으로 이해되어야 한다.[363] 그러나 이러한 지식이 의료 담론 내에서 유효한 것으로 인정받기 위해서는, 환자의 경험을 단순히 '개인적 이야기'로 수집하는 방식을 넘어서야 한다. 환자 경험은 그 자체로 의미 있으나, 이를 진정성(authenticity)의 영역에만 머물게 할 경우 객관적 정당성을 확보하지 못한 채 주변화될 우려가 있다. 따라서 이는 환자 경험을 비판적으로 성찰하거나 논의의 대상으로 전환하는 것을 가로막고, 결과적으로 의료 제도 내 권력 구조를 재생산하는 데 기여할 수 있다.

의료 지식은 객관적 증거와 주관적 경험 사이의 단순한 이분법 속에서 생산되지 않는다. 오히려, 상이한 인식 체계 간의 대화와 교류 속에서 구성된다. 그러나 이 과정에서 환자의 경험이 의료 전문가에 의해 의도된 방식으로 재구성되면서 맥락이 왜곡되거나 도구화되는 문제가 발생한다.[364] 전문가들이 환자 경험을 활용하는 방식에는 두 가지 경향이 뚜렷하게 관찰된다. 첫째, '경험의 도구화'는 환자 경험을 중요한 정보로 인정하면서도 이를 특정 목적에 봉사하는 도구적 가치로 환원하는 방식이다. 환자의 이야기는 '보다 현실적인 증거'로 활용되지만, 전문가의 목적에 맞게 선택적으로 추출되고 가공된다.

---

363) Pols, J. (2014). Knowing patients: turning patient knowledge into science.Science, Technology, & Human Values,39(1), 73-97.

364) Renedo, A., Komporozos-Athanasiou, A., & Marston, C. (2018). Experience as evidence: the dialogic construction of health professional knowledge through patient involvement.Sociology,52(4), 778-795.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

둘째, ‘경험의 탈주관화’는 환자의 개별적인 경험보다 전형적 환자(patient-as-representative)의 경험을 더 가치 있게 여기는 경향을 말한다. 이러한 경향은 환자 경험을 전문가 지식 체계를 보완하는 수단으로만 한정시키며, 그 고유한 맥락과 의미는 배제된다.

인식론적 불공정(epistemic injustice)은 철학자 미란다 프리커가 체계화한 개념으로, 지식 주체로서의 개인의 능력이 부당하게 훼손되는 현상을 가리킨다. 그녀는 이를 ‘증언적 불공정(testimonial injustice)’과 ‘해석학적 불공정(hermeneutical injustice)’으로 구분한다. 증언적 불공정은 화자의 신뢰도가 정체성 편견에 의해 체계적으로 저해되는 현상으로, 사회적 권력 관계와 연결되어 특정 인종, 성별, 계급, 장애를 가진 이들의 증언이 불신되거나 무시되는 방식으로 작동한다. 프리커는 이를 ‘정체성 권력’의 문제로 설명하며, 이러한 불공정은 단순한 의사소통 오류가 아니라 구조적 불평등의 결과로서 피해자의 지식 생산과 공유를 제한하고, 인간으로서의 존엄성과 자격을 훼손하는 윤리적 해악을 초래한다고 지적한다.[365] 증언적 불공정의 예시로는 참여 편견과 정보 편견이 있으며, 이는 특정 집단이 지식 형성 과정에서 동등한 참여자로 인정받지 못하거나 제공한 정보의 중요성이 과소평가되는 상황을 가리킨다.[366]

해석학적 불공정은 특정 집단이 자신의 경험을 표현하거나 해석하는 데 필요한 개념적 자원을 갖지 못할 때 발생한다. 이는 사회적으로 이해되지 못하는 경험이 적절한 언어로 정식화되지 못한 채 주변화되는 상태를 의미하며, 단순한 개인의 표현 능력 부족이 아니라 구조적 배제의 결과이다. 성희롱이라는 개념이 등장하기 전의 여성 경험이 대표적 사례이며, 최근에는 트랜스젠더 환자들이 정체성과 의료 요구를 표현할 적절한 개념틀이 부족해 오해와 차별을 겪는 사례가 이에 해당한다.[367]

의료에서 인식론적 불공정에 대한 논의는 2010년대 중반부터 본격화되었으며, 하비 카렐과 이안 키드는 이러한 논의를 철학적으로 정교화하며 지형을 형성했다.[368] 그들은 환자들이 질병을 경험하는 과정에서 ‘인지적으로 불안정하거나 감정적으로 과도하다’는 선입견에 노출되어 증언적 불공정에 취약하며, 이들의 경험이 기존의 해석 자원으로는 충분히 설명되거나 공유되지 못함으로써 해석학적 불공정의 대상이 되기 쉽다고 주장한

365) Fricker, M.(2007). Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing. Oxford University Press.
366) Fisher, J. (2023). Epistemic injustice: The silenced voices.International Journal of Mental Health Nursing.
367) Fricker, M.(2007). Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing. Oxford University Press.
368) Carel, H., & Kidd, I. J. (2014). Epistemic injustice in healthcare: a philosophial analysis.Medicine, Health Care and Philosophy,17, 529-540.; Kidd, I. J., & Carel, H. (2017). Epistemic injustice and illness.Journal of applied philosophy,34(2), 172-190.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

다.[369] 이러한 인식론적 불의는 의료 전문가와 제도에 부여된 인식적 특권에서 비롯되며, 환자의 관점을 구조적으로 주변화하는 요인으로 작용한다. 이후 다양한 의료 영역—만성피로증후군, 만성 통증, 아동의 증언, 정신 건강, 임상 의사소통 등—에서 인식론적 불공정에 관한 연구가 발전하였다.[370]

델라 크로스는 여기에 더해, 증언적 불공정이 해악금지의 원칙(nonmaleficence)과 개념적으로 충돌한다고 주장한다. 이는 환자의 진술을 정당하게 신뢰하지 않는 것이 단지 인식론적 문제가 아니라, 치료 대상에게 실질적 해를 가하는 윤리적 실패에 해당한다는 의미이다.[371] 그는 특히 섬유근육통 사례를 통해 이를 설명한다. 섬유근육통은 진단 기준이 명확하지 않고 주로 여성에게 발병하기 때문에 질병의 위상이 낮게 평가되며(pathocentric prejudice), 환자들의 고통 호소는 빈번히 불신된다. 그 결과 환자들은 진단 지연, 부적절한 처방, 치료 불이행 등 실질적 의료 피해를 경험한다.

인식론적 불공정을 해결하기 위한 접근은 개인의 성찰을 넘어, 관계적 실천과 제도적 개입을 포함하는 다층적 방식으로 전개되고 있다. 프리커는 가장 기초적인 수준에서 '증언적 정의(testimonial justice)'와 '해석학적 정의(hermeneutical justice)'라는 인식론적 덕을 제안한다.[372] 증언적 정의는 청자가 화자에 대해 가지는 편견을 자각하고 이를 수정함으로써 적절한 신뢰를 부여하려는 태도이며, 이는 의료인이 환자의 성별, 인종, 사회적 지위, 질병 특성 등에 기반한 선입견이 환자의 증언 평가에 영향을 미치지 않도록 경계하는 노력을 포함한다. 이러한 태도는 단지 인지적 조정에 그치지 않고, 반복적 경험과 훈련을 통해 형성되는 '증언적 감수성(testimonial sensibility)'의 함양을 포함한다. 한편, 해석학적 정의는 환자가 자신의 경험을 적절히 언어화하지 못하는 경우, 이를 표현 능력 부족이 아니라 개념 자원의 결핍으로 이해하려는 태도이다. 이는 의료인이 환자의 표현을 도우며, 새로운 개념 도구를 함께 모색하는 과정에서 실현된다.

---

369) 앞의 책.

370) Blease, C., Carel, H., & Geraghty, K. (2017). Epistemic injustice in healthcare encounters: evidence from chronic fatigue syndrome.Journal of medical ethics,43(8), 549-557.; Buchman, D. Z., Ho, A., & Goldberg, D. S. (2017). Investigating trust, expertise, and epistemic injustice in chronic pain.Journal of bioethical inquiry,14, 31-42.; Harcourt, E. (2021). Epistemic injustice, children and mental illness.Journal of Medical Ethics,47(11), 729-735.; Crichton, P., Carel, H., & Kidd, I. J. (2017). Epistemic injustice in psychiatry.BJPsych bulletin,41(2), 65-70.; Lloyd, H., Britten, N., Naldemirci, Ö., & Wolf, A. (2020). Epistemic injustices in clinical communication: The example of narrative elicitation in person-centred care.Sociology of Health and Illness: a journal of medical sociology.

371) Della Croce, Y. (2023). Epistemic injustice and nonmaleficence.Journal of bioethical inquiry,20(3), 447-456.

372) Fricker, M.(2007). Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing. Oxford University Press.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

보다 구조적인 차원에서, 카렐과 키드는 의료 제도 전반에 내재한 인식론적 불공정의 문제를 해결하기 위해 체계적 개혁이 필요하다고 주장한다. 이들은 환자의 증언이 배제되는 인식론적 구조를 분석하고, 사회적 고정관념의 해체와 더불어 환자의 실질적 의사결정 참여를 보장하는 제도적 기반 마련의 필요성을 강조한다.[373] 또한, 실존적 현상학과 인식론 분석을 결합하여 환자의 질병 경험을 새로운 방식으로 서술할 수 있는 이론적 틀을 제안하고, 환자가 자신의 경험을 보다 명확히 표현할 수 있도록 의료 교육을 개혁해야 한다는 점을 강조한다. 이러한 접근은 단순히 의료인의 인식 변화에 그치는 것이 아니라, 교육, 제도, 문화 전반의 구조적 전환을 통해 환자의 경험을 중심에 두는 의료 실천을 가능하게 하려는 포괄적 기획이다. 특히 질병 경험을 단순한 객관적 사실이 아닌 해석 가능한 삶의 일부로 간주하는 이 관점은, 환자의 주체성과 경험의 가치를 제도적으로 보장하려는 시도와 밀접히 연결된다.

이와 관련하여 '환자 전문성(patient expertise)' 개념은 환자-의료인 관계에서의 인식론적 비대칭성을 재조정하는 데 기여할 수 있는 이론적 틀로 주목된다. 기존의 환자 전문성 개념은 환자의 경험을 단지 주관적이거나 보조적인 정보로 간주해 왔으며, 질병과 치료에 대한 전문적 판단은 의료인의 고유 권한이라는 전제 위에 구축되어 있었다. 특히 환자의 전문성이 '다른 환자'에게 정보를 제공하거나 정서적 지지를 제공하는 데 국한된다는 시각은, 환자가 축적한 인식론적 역량을 충분히 반영하지 못하며, 결과적으로 의료인의 판단에 종속된 환자상을 고착화시킨다. 그러나 만성질환을 장기간 관리해온 일부 환자들은 병리적 특성과 치료법에 대한 의학적 지식뿐 아니라, 일상생활 속에서의 적용 경험, 의료 체계에 대한 이해, 그리고 치료 목표의 윤리적 의미에 이르기까지 통합적 지식을 갖추고 있다. 이는 의료인과 대등한 인식론적 자격(epistemic standing)을 구성할 수 있는 전문성으로 간주되어야 한다.[374]

그러나 최근에는 인식론적 불공정 개념이 의료 환경에 적용되는 과정에서 개념의 타당성과 적용 가능성에 대한 비판적 검토가 제기되고 있다. Nielsen은 최근 문헌에서 이 개념의 한계를 세 가지 측면에서 지적한다.[375] 첫째, 과학적 측면에서 인식론적 불공정에 관한 논의는 경험적 근거의 부족이라는 심각한 한계에 직면하고 있다. 현재까지 이 분야의 많은 주장들은 사례 연구에 의존하고 있으며, 이는 일반화가 불가능하고 연구자의 편

373) Kidd, I. J., & Carel, H. (2017). Epistemic injustice and illness.Journal of applied philosophy,34(2), 172-190.

374) Watson, J. C. (2024). Patient expertise and medical authority: Epistemic implications for the provider-patient relationship. The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine(Vol. 49, No. 1, pp. 58-71). US: Oxford University Press.

375) Nielsen, K. M., Nordgaard, J., & Henriksen, M. G. (2025). Fundamental issues in epistemic injustice in healthcare.Medicine, Health Care and Philosophy, 1-11.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

향에 취약하다는 문제를 안고 있다. 특히 사례들은 환자 경험을 해석하거나 진료 현장의 특정 상호작용을 설명하는 데는 유용할 수 있으나, 이러한 사례들이 실제로 '인식론적 불공정'이라 할 수 있는지에 대한 판단은 모호한 경우가 많다.

둘째, 개념적 측면에서는 과도하게 일반화된 주장이 경험적 검증 없이 반복적으로 인용되며 개념의 명료성을 저해하는 경향이 있다. 예컨대, 환자가 일관되게 배제된다는 주장은 초기 문헌의 가설적 진술에 근거하고 있으며, 이후 연구에서 비판적 검토 없이 사실로 전제되기도 한다. 또한 의료진이 항상 고정관념을 가진 존재로 묘사되는 경향(허수아비 의사, straw clinician)은, 의료인의 복잡한 임상적 판단 과정을 지나치게 단순화시킬 위험이 있다.

셋째, 이론적 측면에서는 프리커의 개념을 의료에 적용하는 과정에서 핵심 구성 요소인 '정체성 편견에 기반한 비의도적 신뢰 결핍'이라는 조건이 누락되거나 잘못 해석되는 경우가 많다. 단순한 정보의 배제나 임상적 오판을 인식론적 불공정으로 간주하는 것은, 프리커가 언급한 '도덕적으로 편향된(prejudicial)' 오류와는 구별되어야 한다. 또한 환자가 인식한 경험만을 근거로 인식론적 불공정을 판단할 경우, 이 판단은 검증 가능성을 상실할 수 있다. 이러한 개념의 과잉 확장은 오히려 의료윤리 담론 전반의 신뢰성을 약화시킬 우려가 있다.

이렇듯 의료 상호작용은 복잡하며, 의사가 환자의 말을 따르지 않는다 해서 반드시 편견에 의한 것이라고 단정할 수는 없다. 임상의 혹은 케어 제공자가 편견이 아닌 다른 이유로 환자의 진술을 무시하거나 가볍게 여기는 사례가 얼마든지 존재할 수 있다. 예를 들어, 시간 제약이나 환자의 안전과 관련된 중대한 우려[376], 혹은 의학적 관련성에 대한 판단 등으로 인해 환자의 요청을 거절하는 경우가 그에 해당한다. 이러한 상황에서 의료진은 환자의 진술을 사실로 인정하되, 임상적 판단에 따라 환자의 요구와는 다른 조치를 취할 수 있다. 이는 오히려 의학적 판단에 기반한 신중한 대응일 수 있음에도 불구하고, 이를 증언적 불공정으로 단순하게 해석할 경우 문제의 복합적 성격을 간과하고 부적절한 해결책으로 이어질 위험이 있다.

부르고는 프리커의 이론이 인식론적 불공정에 대한 대응을 '개인적 덕성(virtue)'에 과도하게 의존한다고 비판한다.[377] 프리커는 '증언적 정의' 및 '해석학적 정의'라는 덕성을 통해 개인이 타인의 증언을 적절히 평가하고 인식론적 불공정을 완화할 수 있다고 주장한다. 그러나 이러한 접근법은 사회구조적 문제를 개인의 도덕적 책임으로 축소시키는 경향이 있다. 부르고에 따르면, 이 접근이 구조적 문제를 개인 윤리로 환원한다는 점에

376) Kok, J., de Kam, D., Leistikow, I., Grit, K., & Bal, R. (2022). Epistemic injustice in incident investigations: a qualitative study.Health Care Analysis,30(3), 254-274.

377) Bourgault, S. (2020). Epistemic injustice, face-to-face encounters and caring institutions.International Journal of Care and Caring,4(1), 91-107.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

서 한계를 지닌다고 지적한다. 이는 인식론적 불공정이 발생하는 사회·정치·경제적 맥락을 간과하며, 개별 행위자에게 과도한 책임을 부여하게 된다.

하코트는 환자가 망상이나 심각한 정신적 고통을 겪고 있는 상황에서, 증언적 불공정을 단순히 '믿을 만한가 아닌가'의 이분법으로 판단하는 것은 부적절하다고 지적한다. 이는 환자의 증언을 수용할 것인가 거부할 것인가의 문제가 아니라, 임상적 판단, 현실 인식, 신뢰의 분배가 복잡하게 얽힌 상황에서 발생하는 인식론적 긴장으로 이해되어야 한다.[378] 하코트에 따르면, 환자는 단순히 자신의 말이 '믿어지는 것'만으로는 충분하지 않다. 환자의 진술을 그대로 수용하는 것이 항상 적절한 돌봄의 방식은 아니며, 무엇보다 중요한 것은 환자가 자신이 '귀 기울여지고 있다'(being listened to)는 감각, 즉 자신의 말과 경험이 진지하게 받아들여지고 있다는 느낌을 갖는 것이다. 이러한 감각이 돌봄 관계의 핵심적인 요소로 작용한다.

해석학적 불공정의 경우 또한 마찬가지이다. 예컨대 만성피로증후군(CFS/ME)을 겪는 환자들은 오랜 시간 동안 자신의 고통을 의학적으로 인정받기 위해 싸워왔으며, 이 과정에서 개념적 빈곤과 진단 기준의 부재는 고통을 심화시켜왔다. 이에 따라 일부 환자들은 자신의 증상이 '신체적'이며 '실재하는 것'임을 증명하기 위해 생의학적 담론을 채택하는 전략을 사용하기도 한다. 그러나 이러한 전략은 역설적으로 의료 전문가의 권위에 기대어 경험을 설명하는 방식으로 이어지며, 환자의 경험적 지식을 주변화하거나 비가시화하는 결과를 낳을 수 있다.[379]

이러한 상황은 해석학적 불공정의 대표 사례처럼 보인다. 제도적으로 승인된 개념 자원의 부재가 환자의 고통을 심화시키기 때문이다. 하지만 번(Byrne)은 이러한 해석이 지나치게 단순화될 수 있음을 지적한다. CFS/ME는 생물학적 지표가 명확히 규명되지 않았고, 진단은 대부분 배제적 방식에 의존한다. 이 같은 개념적 불확실성은 의료 전문가로 하여금 신중한 태도를 취하게 만들며, 진단의 지연이나 주저함을 단순히 선입견의 결과로 해석하는 것은 인식적 불공정 개념의 과도한 확장으로 이어질 수 있다. 오히려 이러한 태도는 질병의 모호성에 대한 정당한 반응일 수 있으며, 정당한 의료적 탐구를 저해하지 않도록 개념의 적용에는 신중함이 요구된다.[380]

번은 또한 인식적 불공정 개념이 환자를 언제나 일관되고 신뢰 가능한 '지식 제공자

---

378) Harcourt, E. (2021). Epistemic injustice, children and mental illness.Journal of Medical Ethics,47(11), 729-735.

379) de Boer, M. L. (2021). Epistemic in/justice in patient participation. A discourse analysis of the Dutch ME/CFS Health Council advisory process.Sociology of Health & Illness,43(6), 1335-1354.

380) Byrne, E. A. (2020). Striking the balance with epistemic injustice in healthcare: The case of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis.Medicine, Health Care and Philosophy,23(3), 371-379.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

(knower)'로 전제하는 문제점을 지적한다. CFS/ME 환자 중 다수가 우울증이나 인지 저하를 동반하며, 특히 아동이나 정신질환을 가진 경우 경험을 일관되고 명료하게 전달하는 데 어려움이 있을 수 있다. 이때 환자의 1인칭 보고를 무비판적으로 수용하는 것은 또 다른 인식론적 오류로 이어질 위험이 있다. 환자의 증언은 중요한 인식 자원이지만, 언제나 명확하고 정확한 지식으로 기능한다고 가정할 수는 없다. 오히려 의료 전문가의 해석적 개입과 판단이 함께 작동할 때, 환자의 경험은 보다 유효한 임상 지식으로 전환될 수 있다. 특히 질병 개념 자체가 불명확한 CFS/ME의 경우, 환자 경험과 의료 전문가의 해석 역량이 긴밀히 상호작용해야 질병에 대한 이해와 개입이 진전될 수 있다.

결국 인식적 불공정 개념은 환자의 지식과 경험이 체계적으로 배제되는 문제를 윤리적으로 조명하는 데 기여해왔으나, 그 개념틀은 의료 실천의 복잡성과 다층성을 충분히 반영하지 못하는 한계가 있다. 의료는 단순한 정보 교환의 장이 아니라, 과학적 불확실성, 시간적 제약, 위험 관리, 윤리 판단, 제도 규범 등이 얽힌 복합적 실천의 공간이다. 그러나 인식적 불공정은 종종 이러한 맥락들을 간과한 채, 모든 신중한 판단과 해석적 유보를 불공정으로 환원하는 경향이 있으며, 이로 인해 개별 의료인에게 과도한 도덕적 책임이 전가될 수 있다.

'환자 전문성'에 대한 강조 역시 일정한 한계를 지닌다. 환자를 의료인의 '대등한 협력자'로 간주하는 담론은 환자의 자율성과 참여를 강화하고자 하는 의도로 제시되어 왔다. 그러나 이러한 접근은 돌봄 관계의 본질적인 비대칭성과 실제 임상 현장의 복잡한 현실을 충분히 반영하지 못한다. 환자가 자신의 질병에 대해 깊은 이해와 실천적 지식을 축적하는 것은 사실이지만, 이 지식이 의료적 전문성과 동일한 성격의 전문성으로 간주될 수 있는지에 대해서는 여전히 의문이 남아 있다.

기존의 논의에서는 의료인이 생리학적 질병(disease)에 대해, 환자는 주관적인 질환 경험(illness)에 대해 각각 고유한 전문성을 지닌다고 구분해왔다. 하지만 실제 임상 현장에서의 지식 교류와 협력은 이러한 이분법적 구분만으로는 설명하기 어렵다. 환자의 전문성은 신체적 경험과 일상 맥락에 기반한 실천적 이해로 구성되며, 이는 과학적 이론과 임상 훈련을 통해 형성된 체계적 지식과는 성격이 다르다.[381] 다시 말해, 환자의 지식은 중요한 자원이지만, 의료적 전문성과 동일한 성격의 전문성으로 보기에는 무리가 있다. 복합적인 의학적 판단과 위험 평가가 요구되는 상황에서는 의료진의 전문성 역시 불가결한 요소이다.

결국 돌봄에서의 협력은 인식론적 평등이나 권력의 균등을 전제로 하기보다는, 서로 다른 성격의 지식들이 상호작용하며 공동으로 생산되는 과정 위에 구축되어야 할 것이다. 의료 현장에서 지식은 특정 주체가 일방적으로 소유하거나 전달하는 고정된 자원이

381) Pols, J. (2014). Knowing patients: turning patient knowledge into science.Science, Technology, & Human Values,39(1), 73-97.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

아니라, 환자와 의료인을 비롯한 다양한 행위자들이 각자의 위치와 경험을 바탕으로 끊임없이 교환·조정하는 실천적 산물이다. 환자는 자신의 신체 경험과 일상적 맥락을 통해 질병을 이해하는 동시에, 의료기기 등을 통하여 정보를 학습하며 자신의 건강에 대한 이해를 확장해 나가고, 의료인은 이러한 환자의 서사와 환경에 주목함으로써 기존의 전문지식을 재조정하고 임상적 판단을 풍부하게 만든다. 따라서 돌봄 지식은 단일한 전문성으로 환원될 수 없는 복수의 지식들이 구체적인 돌봄의 맥락 속에서 관계적으로 조율되고 공동으로 형성되는 과정으로 이해되어야 하며, 환자-의료인 관계 또한 공동의 지식 생성과 실천의 장으로 재구성될 필요가 있다.

과학기술학자 자사노프(Sheila Jasanoff)는 '공동생산(co-production)' 개념을 통해 과학적 지식과 사회적 질서가 어떻게 함께 만들어지는지를 설명한다. 자사노프에 따르면, 우리가 자연 세계에 대해 '아는 것'과 우리가 사회에서 '함께 살아가는 방식'은 서로 분리될 수 없이 얽혀 있다. 즉, 과학적 사실의 발견은 단순히 객관적 진리를 밝혀내는 과정이 아니라, 동시에 새로운 사회적 정체성, 제도, 담론, 그리고 재현 방식을 만들어내는 과정이기도 하다. 예를 들어, 새로운 질병이 '발견'되거나 정의될 때, 이는 단지 생물학적 현상을 기술하는 것이 아니라 환자라는 새로운 정체성, 이를 다루는 의료 제도, 질병을 설명하는 언어, 그리고 진단과 치료의 실천을 동시에 만들어낸다.[382]

이러한 공동생산의 관점은 돌봄 현장에서의 이질적 지식 생산을 이해하는 데 중요한 통찰을 제공할 수 있다. 자사노프의 틀에서 보면, 환자가 자신의 증상을 경험하고 표현하는 것, 의료인이 이를 해석하고 진단하는 것, 그리고 이들이 함께 치료 방향을 모색하는 과정은 모두 건강과 질병에 대한 지식을 생산하는 동시에 환자-의료인 관계, 전문성의 경계, 돌봄의 의미를 함께 구성하는 과정이 된다.

앞서 살펴본 CFS/ME와 같이 개념적 불확실성과 인식적 취약성이 중첩되는 질환의 경우, 의료 전문가와 환자의 관계는 이분법적 지식 주체로 나뉘기보다는, 이질적 인식 공동체로 재구성될 필요가 있다.[383] 즉 CFS/ME를 둘러싼 논쟁은 단순히 의학적 사실 검증 및 정보 전달의 문제가 아니라, 누가 정당한 환자인지(정체성), 어떤 의료 서비스가 제공되어야 하는지(제도), 이 상태를 어떻게 설명할 것인지(담론), 그리고 어떤 검사와 기록이 유효한지(재현)를 동시에 결정하는 과정이다. 이 과정에서 환자는 자신의 삶의 맥락 속에서 신체 증상에 대한 독자적 통찰을 제공할 수 있으며, 의료 전문가는 이를 임상적 훈련과 해석 자원으로 구조화하고 개념화한다. 이와 같은 상호 작용을 통해 진단과

382) Jasanoff, S. (2004). Ordering knowledge, ordering society. InStates of knowledge(pp. 13-45). Routledge.

383) Byrne, E. A. (2020). Striking the balance with epistemic injustice in healthcare: The case of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis.Medicine, Health Care and Philosophy,23(3), 371-379.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

치료는 정보 수집을 넘어 공동의 개념 구성 과정으로 확장된다.

이로써 환자와 가족은 치료의 수혜자일 뿐 아니라, 건강 지식의 공동 생산자로도 기능할 수 있다. 만성질환 관리에서 이들은 환자의 상태를 일상 속에서 지속적으로 관찰·조정하며, 복약, 식사, 수면 등 다양한 요소를 통해 질환 관리를 실천한다. 가족은 종종 의료진보다 먼저 환자의 변화를 감지하고 전달하며, 중요한 중개자 역할을 수행한다. 이러한 돌봄 실천은 주변적 활동이 아니라, 의료적 판단에 실질적 영향을 미치는 핵심 지식의 일부로 기능하며, 지식은 다양한 돌봄 주체들의 상호작용 속에서 분산적으로 형성된다.

이는 학제간 협력에서도 마찬가지이다. 다층적 돌봄의 인식론적 관점에서는 학제 간 협력이 단순히 다양한 전문가들의 지식을 병렬적으로 배열하거나 특정 학문이 타 학문을 포섭하는 방식이 아니라, 구체적 사례와 상황에 기반해 공동의 이해를 구성해 가는 과정으로 이해될 수 있다. 이는 전통적인 학문 중심의 위계적 지식 체계에 대한 성찰을 요구하며, 돌봄 지식이 고정된 분과와 경계 안에서 생산되는 것이 아니라 문제 상황의 맥락에서 다양한 관점이 교차하고 조율되는 과정을 통해 생성된다는 것이다. 이때 중심이 되는 것은 특정 전문성의 우위가 아니라, 돌봄 상황의 복잡성을 통합적으로 이해하려는 인식론적 겸손이다.[384]

여기서 생산되는 건강 지식은 단순히 환자가 진료실에서 의사에게 전달하는 증상에 대한 자세한 설명에 국한되지 않는다. 병원 밖에서 환자와 가족, 친구들이 함께 만들어 가는 일상의 돌봄 실천(가족의 돌봄 노하우, 공동체의 치유 관습, 그리고 환자가 자신의 몸을 통해 표현하는 모든 신호들 등) 모든 것이 질병과 건강을 이해하는 방식을 형성한다. 더 나아가 환자가 자신의 경험을 이야기할 때의 떨리는 목소리, 통증을 설명하며 지칭하는 몸짓, 침묵과 한숨의 리듬까지도 단순한 부가적 정보가 아니라 치유와 건강 경험을 구성하는 핵심 요소가 될 수 있다.

따라서 돌봄에서 건강 지식은 고정된 사실의 집합이라기보다는, 다양한 행위자들 간의 상호작용과 지속적인 조정을 통해 형성되는 동적인 과정으로 이해될 수 있다. 이와 같은 지식-질서의 복합체는 새로운 돌봄 실천의 조건으로 작용할 수 있으며, 변화와 안정화가 반복되는 흐름 속에 놓이게 된다. 돌봄 지식은 이러한 실천의 맥락 속에서 조율되고 재구성되며, 그 과정 자체가 돌봄의 일부를 이루게 된다. 같은 맥락에서 몰(Mol)은 돌봄 실천을 결과를 지향하지만 그 결과가 미리 주어지지 않은 열린 과정으로 설명하며, 돌봄 제공자와 환자가 함께 조정하고 실험하며 최적의 방식을 찾아간다고 설명한다.[385]

---

384) Potter, N. N. (2022). The virtue of epistemic humility.Philosophy, Psychiatry, & Psychology,29(2), 121-123.

385) Mol, A. (2008).The logic of care: Health and the problem of patient choice. Routledge.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이를 보다 구체적으로 설명하기 위해 일부 돌봄 연구자들은 '조정(tinkering)'이라는 개념을 사용한다.[386] 스왈로와 힐먼의 연구에서 tinkering은 치매 진단 과정에서의 불확실성과 환자 및 가족의 두려움, 불안을 다루는 실천으로 등장한다.[387] 저자들은 기억 클리닉에서 의료진이 표준화된 절차를 기계적으로 따르기보다는, 환자의 정서와 반응에 맞춰 검사 방식과 속도를 조정하거나 진단 시점을 유예하는 등 '조정'의 실천을 수행함을 포착한다. 이러한 조정은 단순한 기술의 적용이 아니라, 진단 과정에서 발생하는 정동적 긴장을 완화하고, 환자와 가족이 느끼는 불안과 낙인의 정동을 섬세하게 다루며, 수용 가능한 방식으로 진단을 구성해 가는 돌봄의 방식이다. 이를 통해 저자들은 돌봄이 정해진 지식이나 감정적 배려에 그치지 않고, 변화하는 정동적 상황에 따라 유동적으로 조정되는 실천임을 강조한다.

이러한 맥락에서 돌봄 지식의 이질적 공동 생산은 질병 궤적이나 케어 경로를 고정된 관리 절차로 간주하는 접근을 넘어서, 환자와 의료진, 가족 등 다양한 행위자들이 함께 구성해 나가는 역동적 협상의 장으로 재개념화될 필요가 있다. 질병 궤적과 케어 경로는 의료진에 의해 일방적으로 설계되고 환자에게 적용되는 절차가 아니라, 참여자 간의 지속적인 상호작용과 조율을 통해 구성되는 과정으로 이해되어야 한다. 이 과정에서는 의료적 요소뿐 아니라 환자의 사회경제적 조건, 시간적 경험, 공간적 맥락, 삶의 지향점, 그리고 돌봄의 실현 방식이 통합적으로 고려되어야 한다. 즉, 표준화된 지침의 장점을 유지하되, 환자의 경험과 선호의 변화를 반영할 수 있는 개별화되고 지속적인 돌봄이 함께 실현되어야 한다.

회복탄력성(resilience) 개념은 돌봄의 인식론적 특성을 이해하는 데 있어 유용한 통찰을 제공한다. 이 관점에서 회복탄력성은 예기치 못한 변화나 교란 속에서도 핵심 기능을 유지하고 조정하는 능력을 의미하며, 이는 의료 현장에서 표준 지침만으로는 포착하기 어려운 상황에서 의료진이 경험과 직관에 기반해 유연하게 대응하는 방식으로 구현된다. 예컨대, 간호사가 환자의 미세한 징후를 감지하거나, 의사가 전형적이지 않은 증상 패턴을 빠르게 해석하는 행위는 회복탄력성이 실천적으로 발현되는 사례로 볼 수 있다. 특히 이러한 실천의 경험을 체계적으로 기록하고 분석하는 작업은 향후 더 정교한 예측과 대응 전략을 가능케 한다는 점에서, 의료의 안전성과 효율성을 동시에 향상시키는 기반이 된다.

생애과정 이론(life course theory) 또한 돌봄의 인식론적 지평을 확장하는 데 기여할

386) Pols, J. (2015). Towards an empirical ethics in care: Relations with technologies in health care.Medicine, Health Care and Philosophy,18(1), 81-90.; Molterer, K., Hoyer, P., & Steyaert, C. (2020). A practical ethics of care: Tinkering with different 'goods' in residential nursing homes.Journal of business ethics,165, 95-111.

387) Swallow, J., & Hillman, A. (2019). Fear and anxiety: Affects, emotions and care practices in the memory clinic.Social Studies of Science,49(2), 227-244.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

수 있는 이론적 틀이다. 이 이론은 건강과 질병을 고정된 생물학적 상태가 아닌, 개인의 전 생애에 걸친 경험과 사회적·역사적 조건이 상호작용하며 형성되는 역동적 궤적으로 이해한다. 이러한 관점은 건강을 단일한 결과가 아니라 다층적인 시간성 속에서 구성되는 현상으로 바라보며, 특정 시기의 사회경제적 조건이나 아동기의 경험이 성인기의 건강에까지 영향을 미칠 수 있음을 강조한다.

이에 따르면, 단순히 병력의 수집에 그치지 않고, 생애 전반에 걸친 경험이 현재의 건강 상태와 치료 반응에 어떠한 영향을 미치는지를 통합적으로 탐색할 필요가 있다. 즉, 건강에 대한 지식은 단일 시점의 고정된 '앎'이 아니라, 시간에 따라 축적되고 구성되는 경험적·관계적 지식과 결합될 때 더욱 실천적으로 유의미하다. 생애과정 이론이 돌봄에 제시하는 핵심 함의는 환자의 삶의 궤적을 해석할 수 있는 시간 감각과 감수성이 돌봄 제공자에게 요구된다는 점이며, 이는 환자와 돌봄자가 서로의 관점과 지식을 조율해 나가는 상호작용 속에서 구체화된다. 이러한 인식은 환자 경험의 다양성과 이질성을 전제로 한 복합적 돌봄 접근을 요청한다.

이러한 돌봄 논리의 '이질성' 인식은 인구 집단을 획일적인 기준이나 단일한 특성으로 환원하는 대신, 실질적 삶의 맥락과 경험을 반영한 범주화의 필요성을 제기한다. 인구 집단의 다양성은 단순히 배제되어야 할 '노이즈'가 아니라, 건강 결과에 실질적인 영향을 미치는 정보를 담고 있는 요소가 될 수 있다. 단순한 돌봄 체계에서는 환자나 질병을 병리생리학적 기전이나 고정된 분류로 간주하는 경향이 강하지만, 이는 환자의 일상적 경험이나 사회문화적 맥락을 충분히 포착하지 못한다. 반면 복합적 돌봄 접근은 환자를 단일한 질병 범주로 규정하기보다는, 예를 들어 '치매 환자'라는 호명 대신, '의사소통에 어려움을 겪는 사람들', '일상적 결정에 대한 지원이 필요한 사람들' 등 기능적 상태와 돌봄 요구에 따른 구분을 제안한다. 이러한 유연한 집단의 설정은 병리적 조건뿐 아니라 관계적, 환경적 요소를 반영함으로써 더 정밀한 돌봄 계획 수립에 기여할 수 있을 것이다.

결과적으로 다층적 돌봄을 위한 인식론에서는 책임이 분산되고 관계적으로 구성되며, 단일한 주체가 개인의 건강에 대한 완전한 지식을 소유할 수 없다는 전제를 따른다. 돌봄 지식의 이질적 공동 생산이라는 관점에서 환자 참여는 윤리적 권고를 넘어, 지식 구성의 핵심적 조건이자 실천적 전제가 된다. 이는 지식을 전문가의 소유물로 환원하기보다는, 다양한 주체들이 각자의 경험을 바탕으로 상호작용하며 구성하는 과정적 산물로 바라보는 관점이다.

환자는 자신의 신체 변화나 일상적 맥락(예: 도구 사용에 대한 체화된 기억, 공간에 대한 애착 등)을 통해 건강에 대한 인식을 확장하며, 의료인은 이러한 경험을 바탕으로 전문 지식을 재해석하고 임상적 판단을 정교화한다. 이러한 협력은 지식의 위계적 전달이 아니라 상호 조율과 통합을 통해 실현되는 관계적 실천이다. 따라서 돌봄 지식의 이질적 공동 생산이라는 새로운 인식론적 틀에서 환자 참여는 단순히 윤리적 권고사항이나 이

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

상적 지향점이 아니라, 돌봄 지식이 성립하기 위한 인식론적 전제조건으로 간주된다.

다시 말해, 환자 참여를 적극적으로 이끌어내야 한다는 규범적 주장을 넘어, 환자, 의사, 가족, 영양사, 보험회사 등 다양한 주체들의 참여가 없으면 애초에 좋은 돌봄이 구성되거나 성립할 수 없다. 더 나아가, 이러한 참여는 단순히 환자의 진술을 청취하는 것을 넘어, 진술과 임상적 판단이 결합되는 복합적 상호작용 속에서 이루어진다. 환자는 자신의 신체적 경험과 일상적 맥락을 통해 질병을 이해하고 의료 정보를 학습하면서 건강에 대한 인식을 확장해 나가고, 의료인은 이러한 환자의 서사와 생활 환경에 주목함으로써 기존의 전문지식을 재구성하고 임상적 판단을 보다 맥락에 밀착된 방향으로 발전시킬 수 있다. 또한 환자의 가족이 매일 복약과 식이, 기분 변화 등을 기록한 돌봄 일지를 의료진과 공유함으로써, 병원에서는 감지하기 어려운 일상 속 변화를 기반으로 치료 반응이나 부작용을 보다 세밀하게 판단할 수도 있다.

물론 모든 환자가 동일한 수준의 참여 능력이나 의지를 갖추고 있는 것은 아니다. 특히 응급 상황이나 급성기 치료처럼 시간이 촉박하고 환자의 상태가 위중한 상황에서는, 환자가 돌봄에 적극적으로 참여하기 어렵다는 점을 고려해야 한다. 하지만 환자의 참여 제한을 논의할 때, 이를 단순히 개인의 취약성, 결핍으로만 판단해서는 안 된다. 환자의 참여는 개인의 특성뿐 아니라 그를 둘러싼 환경과 사회적 조건에도 크게 영향을 받기 때문이다. 따라서 효과적인 돌봄을 위해서는 환자가 참여할 수 있는 적절한 환경과 조건을 함께 마련하려는 노력이 필요하다.

예를 들어, 신경다양성 기반 접근은 개인의 고유한 특성을 존중하면서도 그 특성이 충분히 발휘될 수 있도록 환경적 조정과 사회적 지지를 강조함으로써, 제한적 상황에서도 포용적인 돌봄이 가능하다는 점을 시사한다. 결국 돌봄 지식의 생산은 그저 인식론적 평등이나 역량의 균등 분배를 전제로 하기보다, 그와 같은 긴장과 비대칭 안에서, 혹은 이를 통해서 이질적 지식이 서로 영향을 받고 조율되는 과정을 통해 공동으로 구성되어 가는 역동적 실천이라 할 수 있다.

결과적으로 이질적 지식의 공동 생산이라는 인식론적 전환은 동적 건강의 구성으로 이어진다. 즉 건강의 유지 혹은 증진은 다양한 지식 주체들이 함께 구성해가는 생성적 돌봄의 과정 속에서 이해되어야 한다. 동적 건강은 단순히 신체가 외부 조건에 순응하는 상태가 아니라, 질병이나 취약성 속에서도 구체적 환경을 이해하고 다양한 행위자와의 마주침을 통해 자신의 삶을 주도적으로 구성해나갈 수 있는 역량이다. 특히 다층적 돌봄이 요구하는 단순, 복잡, 복합 논리의 교차는 의학적 근거, 통계적 분석, 체화된 경험 등 서로 다른 형태의 지식이 상호작용할 때만 가능하다.

결국 우리는 '환경의 영향을 인식함으로써 더 건강해질 수 있다'는 역설적인 진실에 도달하게 된다. 여기서 말하는 '인식'은 단순한 자각이나 정보의 수용이 아니라, 전문가 지식과 환자 경험, 기술적 데이터와 관계적 지혜가 함께 엮이며 건강이라는 개념이 공동

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

으로 구성되는 과정을 감각하는 행위를 뜻한다. 이는 환경을 건강의 배경이 아닌 구성 조건으로 받아들이는 적극적 시선이며, 우리의 삶 속에서 건강을 둘러싼 제도와 지식, 규범과 감각이 어떻게 조응하고 있는지를 이해하는 감각을 요구한다. 다시 말해, 건강은 인간과 비인간, 제도와 지식, 감각과 해석이 얽힌 구체적인 삶의 맥락 속에서 공동으로 구성되는 결과이며, 그 과정은 우리가 건강을 어떻게 정의하고 돌봄을 어떻게 실천할 것인가에 대한 사회적·윤리적 상상력과도 맞닿아 있다.

이로써 돌봄은 주어진 책임을 이행하는 행위라기보다는, 이미 인식된 책임을 어떻게 조율하고 지속시킬 것인가에 주목하는 관계적 실천으로 이해될 수 있다. 그러나 이질적 지식의 만남은 조화로운 협력 혹은 조화보다는 필연적으로 긴장과 충돌을 수반한다. 환자의 체험적 언어와 의료진의 임상적 언어 사이의 간극, 각자가 지닌 상이한 가치 체계와 의미 구성 방식의 차이는 완전한 상호이해를 불가능하게 만든다. 하지만 다층적 돌봄의 관점에서 이러한 소통의 한계는 단순히 극복해야 할 장애물이 아니라, 새로운 돌봄을 가능하게 하는 조건일 수 있다. 다음 절에서는 이러한 소통불가능성과 긴장이 어떻게 좋은 돌봄의 조건이 될 수 있는지 검토하고자 한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

4.3. 돌봄의 조건으로서 소통불가능성과 관계적 짊어짐

4.3.1. 소통불가능성과 좋은 돌봄의 가능성

앞서 검토한 돌봄 지식의 이질적 공동 생산의 과정은 환자를 포함한 다양한 주체들이 돌봄 지식의 구성에 참여하는 것을 인식론적 조건으로 제시한다. 이러한 전제는 서로 다른 형태의 지식이 상호작용하고 조율되는 과정을 통해 돌봄의 질이 향상될 수 있다는 가능성을 제시한다. 그러나 이러한 논의가 실제 돌봄 현장에 적용될 경우, 다양한 주체 간의 긴장과 충돌이 발생할 가능성 또한 존재한다. 이는 단순한 의사소통의 문제가 아니라, 각 주체가 지닌 상이한 논리적 배경, 언어 사용 방식, 가치 체계, 의미 구성 방식의 차이에서 비롯되는 구조적이고 복합적인 소통의 어려움으로 이어질 수 있다.

의료 현장에서 마주하는 다양한 형태의 지식－예컨대 환자의 체험적 지식, 의료인의 과학적 지식, 가족의 돌봄 지식－은 단순히 상호보완적인 관계로 환원되지 않는다. 이들 지식은 각각 상이한 인과적 전제, 가치 체계, 의미 구성 방식에 기반하고 있으며, 때로는 상충하는 내용을 포함하기도 한다. 이러한 점에서 공동 생산 모델이 전제하는 인식론적 조율은 이상적인 협력이나 조화보다는, 갈등과 긴장을 수반하는 지속적인 조정의 과정으로 이해될 필요가 있다. 본 절에서는 이러한 문제의식을 바탕으로, 의료 현장에서 나타나는 소통불가능성을 단순한 장애가 아니라 돌봄이 성립하는 하나의 조건으로 재검토하고자 한다.

의료 현장에서 환자의 신체적 경험은 진단을 통해 통상적으로 측정 가능하고 표준화된 지표로 전환되는 과정을 거친다. 예컨대 “뼈 속까지 차가운 바람이 든다”는 환자의 표현은 숫자 척도상의 수치로 환산되고, 전신에 걸친 복합적 고통은 특정 부위의 국소 증상으로 축소된다. 이와 같이 환자가 겪는 감각, 정서, 일상의 제약, 관계의 변화 등으로 구성된 생활세계는 의료 체계가 요구하는 과학적 언어와 평가 기준에 따라 분해되고 재구성된다. 의료 시스템은 질병을 포착하기 위해 표준화된 범주와 검증 가능한 증거에 의존하지만, 이러한 체계로는 환자의 고통 전체가 포착되지 않으며, 때로는 그 실재성 자체가 의심받는 상황이 발생한다.

주목할 점은 환자 스스로가 이러한 환원의 논리를 내면화하며, 자신의 경험을 단순화된 형태로 조정하려는 전략을 취하기도 한다는 점이다. 명확한 진단명을 얻기 어려운 만성 통증이나 피로를 겪는 환자들은 의료 체계 내에서 자신의 고통을 가시화하고 정당화하기 위해 생의학적 근거를 적극적으로 탐색하며, 주관적 경험을 객관적 지표에 부합하도록 번역하려는 노력을 기울인다. 이 과정에서 환자들은 자신의 고통이 ‘심리적’이 아니라 ‘신체적’임을 강조하면서도, 의료 시스템이 수용 가능한 범주 안에 자신을 위치시키려

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

한다. 그 결과, 환자들은 자신의 복합적인 경험을 스스로 축소시키는 동시에, 그 정당성을 확보하려는 모순적인 태도를 취하게 된다. 이러한 움직임은 환자의 자기 환원이 의료 시스템의 환원주의적 접근과 다른 동기에서 출발했음에도, 특정 맥락에서는 유사한 논리 구조 안에서 불편하게 공존하게 되는 양상을 보여준다.

의료계는 지난 수십 년간 환자와 의료인 간의 간극을 완화하기 위한 다양한 노력을 기울여 왔다. 의사소통 기술 훈련, 환자 중심 의료, 역량 강화, 공유 의사결정 등의 접근이 제안되고 실제 현장에 적용되어 왔다. 이러한 시도들은 환자의 만족도를 높이고 치료 결과를 향상시키는 데 일정한 성과를 거두었다는 점에서 그 의의를 지닌다. 그러나 이들 접근법은 공통적으로 하나의 전제를 공유하고 있다. 즉, 환자와 의료인 사이의 소통의 간극을 궁극적으로는 '해결'하거나 '해소'할 수 있는 문제로 간주한다는 점이다. 이는 소통의 어려움을 일종의 기술적 결함 혹은 관리 가능한 장애물로 파악하고, 적절한 방법론을 통해 극복 가능한 것으로 전제하는 관점에 기반한다.[388]

환자 중심성을 실현하고자 하는 다양한 모델들은 의료 현장에서의 권력 불균형을 완화하려는 시도로 출발한다. 그러나 이러한 모델들은 실제 임상 상황에서 여러 한계에 직면하게 된다. 예컨대, 일부 환자 참여 모델은 환자를 능동적인 의사결정의 주체로 위치시키고자 하지만, 실제로 환자의 참여 역량은 질병의 중증도, 교육 수준, 문화적 배경 등 다양한 요인에 따라 달라진다. 나아가 의료 전문 지식과 환자의 경험이 실제로 대등한 위치에서 상호 작용할 수 있는지에 대한 근본적인 의문도 제기된다.

지식 번역(knowledge translation) 모델은 과학적 근거를 환자가 이해하고 활용할 수 있는 형태로 전환함으로써, 의료 지식의 임상 적용 가능성을 높이려는 목적을 지닌다. 그러나 이러한 접근은 몇 가지 중요한 문제를 간과하고 있다. 우선, 지식의 전달은 본래 복잡하고 맥락에 깊이 의존하는 과정임에도 불구하고, 이 모델은 종종 이를 과도하게 단순화된 이론적 틀이나 검증되지 않은 절차 위에 구축한다는 비판이 제기된다.[389] 더 나아가, '번역'이라는 은유 자체에도 문제가 제기된다. 이는 의료 지식과 환자 이해 사이에 일정한 의미적 등가성이 가능하다는 전제를 내포하지만, 실제로는 환자의 고유한 경험과 서사가 의료적 언어로 재구성되는 과정에서 그 질적 복합성과 존재론적 특성이 변형되거나 소실되는 경우가 적지 않다.

결국 문제의 핵심은 단순한 정보 전달의 효율성이나 보다 정확한 번역, 소통 기술의 향상, 혹은 표면적인 관계의 평등성에 있는 것이 아니다. 오히려 중요한 과제는 가치, 맥

388) 물론 이러한 전제가 반드시 잘못된 것은 아니지만, 그 실천 과정에서 한쪽의 고유한 언어와 경험이 타자의 언어 체계에 흡수되거나 단순화되는 경향이 발생한다. 이는 상호 이해의 지향이 오히려 일방적 번역과 의미의 축소로 이어질 수 있음을 시사한다.

389) Wensing, M., Grol, R. (2019). Knowledge translation in health: how implementation science could contribute more.BMC medicine,17, 1-6.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

락, 실천이 얽혀 있는 소통 불가능한 지점을 먼저 인식하고, 그 지점을 돌봄이 가능해지는 생산적 조건으로 어떻게 전환하고 조율할 수 있을 것인지에 있다.

이러한 맥락에서 의료 현장을 다시 바라볼 필요가 있다. 의료는 단순한 정보 교환의 공간이 아니라, 과학적 불확실성, 시간적 제약, 위험 관리, 윤리적 판단, 제도적 규범이 복합적으로 작용하는 실천의 장이다. 본 장에서는 이러한 복합성 속에서 나타나는 '소통 불가능성'을 단순한 기술적 결함이나 극복 대상이 아닌, 돌봄이 성립할 수 있는 조건으로 재해석할 필요성을 제기한다. 기존 연구들이 "이 간극을 어떻게 메울 것인가"라는 문제 해결 중심의 질문에서 출발했다면, 본 장은 "이 간극이 돌봄을 가능하게 하는 조건이라면?"이라는 물음을 통해 관점의 전환을 시도한다. 이는 소통의 단절을 단순한 결핍이나 오류로 간주하는 관성에서 벗어나, 그 간극 자체를 새로운 돌봄의 관계와 실천이 출현할 수 있는 기반으로 이해하려는 시도이다. 나아가 이는 단지 수사적 차원의 전환이 아니라, 의료 소통의 '실패'로 간주되어 온 현상들을 돌봄의 가능성이 열리는 인식론적 전환점으로 재위치시키고자 하는 이론적 접근이라 할 수 있다.

이를 위해 먼저 브릭스(Charles Briggs)의 소통불가능성 개념과 벨라카사(de La Bellacasa)가 제시한 '돌봄의 문제'를 통해, 의료 현장에서 나타나는 간극이 단순한 장애물이 아니라 돌봄이 발생하는 근본적인 조건임을 살펴볼 것이다. 이어서 건강을 고정된 상태가 아닌 역동적 과정으로 이해하는 '동적 건강' 개념을 바탕으로, 소통불가능성이 존재하는 상황에서도 돌봄이 어떻게 지속될 수 있는지를 탐색한다. 이러한 논의를 바탕으로 본 연구는 '관계적 짊어짐(relational bearing)'이라는 개념을 제안한다. 이 개념은 완전한 이해나 합의에 도달할 수 없음을 전제로 하면서도, 그 간극 속에서 서로에 대한 윤리적 책임을 지속적으로 감당하고자 하는 실천적 태도를 지칭한다. 마지막으로, 이러한 관계적 짊어짐이 실제로 작동하기 위해서는 개인의 윤리적 결단을 넘어서는 구조적 조건들이 요구된다는 점을 논의한다. 이는 곧 건강을 구성하는 시간적, 환경적, 역량적 조건들—즉 '돌봄의 인프라'—가 어떤 방식으로 구축되어야 하는지를 묻는 실천적 과제로 이어진다.

4.3.2. 소통불가능성의 구조적 이해와 돌봄의 문제

브릭스가 제시한 '소통불가능성'(incommunicability) 개념은 의료 현장에서 발생하는 소통의 문제를 보다 근본적인 수준에서 다시 바라보게 한다.[390] 브릭스에 따르면, 환자나 특정 집단이 '소통 불가능한 존재'로 간주되는 것은 단순히 소통 능력이 부족해서가 아니라, 의료 시스템의 이데올로기적 전제와 실천 현장 간의 괴리에서 비롯된다. 이는 곧 특

390) Briggs, C. L. (2024).Incommunicable: Toward communicative justice in health and medicine. Duke University Press.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

정한 지식이나 경험이 의료 담론의 틀 안에서 표현되거나 인정되지 못하도록 만드는 구조적 메커니즘의 결과다. 즉, 의료적 의사소통의 실패는 정보 전달의 오류가 아니라, 어떤 지식이 '의료적으로 유효한' 것으로 간주되는지를 미리 규정하는 권력 작용의 산물인 것이다. 다시 말해, 어떤 지식과 경험이 의료적으로 유효한 것으로 간주될 수 있는지를 사전에 결정하는 권력이 작동한 결과인 것이다. 이 과정에서 환자의 맥락과 경험은 의료적 관심의 대상에서 체계적으로 제외되며, 특정 집단의 경험은 '말해지기도 전에' 이미 들리지 않는 것으로 분류된다.

브릭스는 이러한 배제가 의료 교육과 실무에서 이루어지는 선택적 듣기를 통해 구체적으로 작동한다고 분석한다. 의료인은 환자의 진술 중 의학적으로 관련 있는 특정한 말하기 구조의 정보를 선별해 듣도록 훈련받으며, 이 과정에서는 객관과 주관, 사실과 감정, 관련성과 무관련성을 구분하는 일정한 기준이 적용된다. 이는 단순히 효율적 진단을 위한 기술적 판단이 아니라, '무엇이 소통 가능한가'를 결정짓는 사회적으로 구성된 듣기의 규범에 따라 작동하는 감시적 구조이기도 하다. 이러한 구조 안에서 환자는 자신의 말하기를 조정해야 하며, 의학적으로 '의미 있는' 방식으로 말하지 못할 경우, '비효율적'이거나 '비협조적인' 환자로 간주되기 쉽다. 결과적으로 의료 현장의 소통은 상호 이해보다는 제도적으로 규정된 듣기 방식에 환자가 얼마나 잘 적응하는가를 중심으로 구성된다.[391] 앞서 언급한 환자의 발화, "뼈 속까지 차가운 바람이 든다"는 은유적 표현은 의학적으로는 '부정확한' 것으로 간주되어 통증 척도나 해부학적 용어로 번역된다. 이 과정에서 환자가 전달하고자 했던 고통의 질적 차원은 소거되며, 의료적으로 가시화되지 않는 영역으로 밀려나게 된다.

이러한 선택적 듣기는 특정한 경험과 고통을 구조적으로 배제하는 방식으로도 작동한다. 정신적 고통이나 사회경제적 곤란은 흔히 '의료의 대상이 아닌 것'으로 간주되어 대화의 범위 밖으로 밀려난다. 이러한 경향은 특히 이주 노동자, 성소수자, 빈곤층 등 의료 접근성이 낮은 집단에게 불균형하게 적용된다. 이들의 차별 경험, 주거 불안정성, 취약한 노동 조건은 건강에 실질적인 영향을 미치지만, 의료적 소통에서는 종종 '무관한 정보'로 분류되어 배제된다. 그 결과, 이들의 건강 문제는 생물학적 개인 문제로 환원되며, 이를 야기한 사회적·구조적 원인들은 가시화되지 않은 채 주변화된다.

그러나 브릭스는 모든 의료인을 일률적으로 비판하지 않는다. 그는 많은 의료 실무자들이 표준화된 프로토콜과 시간적 제약, 제도적 한계 속에서도 환자와의 소통을 개선하고자 하는 진정성 있는 노력을 기울이고 있음을 분명히 인정한다.[392] 문제는 이러한 개인의 선의나 노력만으로는 극복하기 어려운 구조적 조건들이 의료 실천 전반에 깊이 내재되어 있다는 점이다. 예컨대 짧게 설정된 진료 시간, 표준화된 문진표와 평가 도구, 보

391) 앞의 책. p.104.
392) 앞의 책. pp.105-106.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

험 청구를 위한 진단 코드 체계 등은 환자의 복잡한 경험을 특정 범주로 단순화하고 환원하는 방향으로 작동한다.

이러한 맥락에서 소통불가능성은 단순히 개별 의료인의 도덕적 실패나 권력의 남용으로 환원될 수 없다. 오히려 구조적으로 반복되는 배제의 양상들이 개인 간 상호작용 속에서 어떻게 재현되고 있는지를 분석하는 시각이 요청된다. 브릭스는 이 점을 강조하며, 소통불가능성의 문제가 개인의 역량 부족이 아니라 시스템 수준의 제약과 모순에서 기인한 것임을 드러낸다. 그리고 이에 대한 대응으로 '구조적 역량'(structural competency)이라는 개념을 제시한다.[393]

구조적 역량은 건강 문제를 단순한 개인 차원의 문제가 아니라 제도, 정책, 환경 등의 구조적 요인들과 연계하여 이해하고 개입할 수 있는 능력을 의미한다. 이는 기존의 사회적 결정요인에 대한 인식을 넘어서, 구조적 조건들이 개인의 건강과 의료 경험에 어떻게 작동하는지를 구체적으로 분석하고 이에 실천적으로 대응할 수 있는 역량을 포함한다. 특히 주목할 점은, 구조적 역량이 단순히 더 많은 지식을 습득하는 것을 통해 달성되는 것이 아니라, 오히려 자신이 알지 못하는 구조적 맥락을 인정하는 '구조적 겸손'(structural humility)에서 출발해야 한다는 점이다.

브릭스가 인용한 New England Journal of Medicine의 블루베리 농장 노동자 사례는 구조적 역량이 어떻게 구체적인 실천으로 이어질 수 있는지를 잘 보여준다.[394] 이 사례에서 한 의사는 급성 손목 건염을 호소한 여러 환자들이 모두 블루베리 수확 노동자라는 점에 주목하고, 통상적인 진료 절차를 넘어서 현장을 직접 방문한다. 의사는 환자의 요청에 응해 농장을 찾아가고, 블루베리 수확용 빗을 사용하는 반복 동작이 인체공학적으로 부적절한 도구와 결합해 손상 위험을 높인다는 점을 파악한다. 이후 그는 지역 보건요원, 농장 노동자, 금속 가공 전문가, 인체공학자 등 다양한 주체들과 협력하여, 양손형 수확 빗이라는 대안을 공동 개발한다. 그 결과 해당 부상의 발생률은 크게 감소하였고, 환자의 고통을 제도적·기술적 수준에서 해결하기 위한 구조적 개입이 실현된 사례가 되었다.

이 사례는 구조적 역량이 단지 '배경을 듣는 감수성'을 넘어서, 다양한 주체와 자원 사이에서 실질적인 조건 변화를 조직하고 실행하는 실천임을 분명히 보여준다. 이 관점에서 보면, 소통불가능성은 단지 극복해야 할 장애가 아니라, 서로 다른 규범성과 논리 체계가 마주하는 접점에서 새로운 돌봄 실천이 가능해지는 전환의 지점으로 이해될 수 있다.

브릭스의 분석은 소통불가능성을 윤리적 사유의 장으로 전환한다. 그는 타자의 고통과 세계를 완전히 해석하거나 수용하려는 시도를 중단하고, 오히려 이해할 수 없음의 상태

393) 앞의 책. p.106.
394) 앞의 책. pp.106-107.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

에 머무르며 감응하고 책임지는 실천적 태도를 제안한다. 이 과정에서 환자, 의료인, 그리고 돌봄에 참여하는 다양한 주체들은 각자의 위치에서 완전히 표현되지 않는 경험들을 수용하고, 비록 완전한 합의에 도달하지 못하더라도 점진적이고 다층적인 공동의 지식과 실천을 구성해 나갈 수 있다.

그렇다면 완전한 이해와 투명한 소통이 불가능한 상황에서, 우리는 어떻게 의미 있는 돌봄 실천을 구성할 수 있을까? 이 질문에 접근하기 위해서는 지식 형성 과정을 고정된 사실의 인식이 아니라, 관계 속에서 구성되는 동적인 사건으로 재사유할 필요가 있다. 라투르는 과학적 지식과 진리를 자연에 내재한 고정된 '사실의 문제'(matters of fact)로 간주하는 전통적 관점에 의문을 제기하며, 지식은 다양한 행위자들 간의 상호작용과 협상을 통해 구성되는 '우려의 문제'(matters of concern)로 이해해야 한다고 주장한다.[395]

이러한 인식론적 전환은 과학기술을 더 이상 중립적이고 객관적인 진리의 산물로 보지 않게 만들며, 본질적으로 구성적이며 정치적인 문제로 파악하게 만든다. 즉, 과학적 지식은 자연의 본질을 수동적으로 반영하는 것이 아니라, 인간과 비인간 행위자, 기술, 제도, 환경 등이 얽힌 복잡한 네트워크 안에서 형성되는 산물이라는 것이다. 이러한 시각은 의료 현장에도 중요한 함의를 제공한다. 환자의 증상은 단지 생물학적으로 주어진 '객관적 사실'이 아니라, 의료진의 판단, 환자의 서사, 의료기기, 진단 코드, 진료 시간 등 다양한 요소들이 조율되며 공동으로 구성하는 '우려의 문제'로 이해될 수 있다.

이러한 사유는 과학과 정치를 이분법적으로 분리하지 않고, 다양한 존재들이 '사물의 의회'에 참여하여 함께 협상하고 새로운 질서를 구성해 간다는 라투르의 '사물의 정치학'(politics of things)으로 이어진다. 여기서 사물은 단순한 객체가 아니라, 자신을 둘러싼 다양한 주체들을 소집하고, 그 상호작용 속에서 의미와 관심의 지위를 획득하는 정치적 행위자로 간주된다. 그러나 라투르의 이론은 모든 존재가 동등하게 참여할 수 있다는 암묵적 전제를 내포하고 있다는 점에서 비판 가능성이 존재한다. 특히 의료 현장에서는 연합되지 못한 존재들, 즉 의학적으로 설명되지 않거나 배제된 고통, 서사화되지 못한 경험들이 여전히 청취 불가능하고 표준화되지 않은 상태로 남겨지는 위험에 처해 있다.

벨라카사는 이러한 한계를 날카롭게 지적한다. 그녀는 라투르의 '우려의 문제' 개념이 지식 생산의 불확실성과 협상의 과정을 드러냈다는 점에서는 의미가 있지만, 그 네트워크에 포함되지 못한 존재들—말해질 수 없는 고통, 침묵당한 목소리들—에 대한 윤리적 감수성이 부족하다고 비판한다.[396] 사실의 구성이 네트워크 내부의 연합과 협상에 집중될수록, 그 외부에 남겨진 존재들은 더욱더 '들리지 않게' 되며, 이는 의료 실천이 직면한

395) Latour, B. (2004). Why has critique run out of steam? From matters of fact to matters of concern.Critical inquiry,30(2), 225-248.

396) de La Bellacasa, M. P. (2017).Matters of care: Speculative ethics in more than human worlds(Vol. 41). U of Minnesota Press.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

윤리적 과제를 여전히 미완의 과제로 남긴다.

이 지점에서 벨라카사가 제안하는 '돌봄의 문제'(matters of care)로의 전환이 시작된다. 라투르의 '우려'가 사물에 대한 사회적 연루성의 표명에 머무른다면, 벨라카사에게 돌봄은 그 관심을 구체적인 행위와 개입으로 전환시키는 실천적 윤리를 요구한다. 즉 돌봄은 단순히 관심을 표현하는 제스처가 아니라, 소외된 존재들이 발화하고 실존할 수 있는 조건을 만들어가는 정치적이고 윤리적인 실천이다.[397]

이러한 전환은 돌봄을 불확실성과 결핍을 제거하거나 통제하려는 기술적 해결의 논리로부터 분리하고, 오히려 불확실성과 더불어 살아가는 관계적 과정으로 재구성한다. 예측이 어려운 증상을 겪는 환자, 표준화된 진단 체계에 포착되지 않는 고통을 호소하는 사람들, 그리고 해결 불가능한 임상적 상황에 직면하여 판단의 한계와 정서적 소진을 경험하는 의료인 모두는 더 이상 '해결해야 할 문제'로 환원되지 않는다. 이들은 돌봄의 실천 속에서 함께 감응하고 응답해야 할 존재들로 다시 사유된다. 즉, 돌봄은 관계의 안정성과 일치를 전제로 하지 않고, 불완전한 이해와 조율 불가능성을 수용하는 가운데서도 서로에 대한 윤리적 책임을 유지하려는 실천으로 자리매김한다.

아울러 벨라카사는 돌봄을 일방적인 배려나 지원의 행위로 이해하지 않고, 상호작용 속에서 조율되고 형성되는 관계적 실천으로 개념화한다. 이는 돌보는 자와 돌봄 받는 자 사이의 위계를 전제하기보다는, 비대칭성과 상호의존성이 공존하는 윤리적 관계의 구성 가능성을 모색한다. 의료 전문성과 환자 경험은 위계적으로 분리되거나 대립하는 것이 아니라, 각기 다른 지식 체계가 충돌하고 협상하는 과정 속에서 잠정적인 연대와 실천의 장을 열 수 있다. 이때 돌봄은 개인의 선의나 감정적 배려를 넘어서, 서로의 취약성을 인정하고 그 돌봄의 필요를 공동의 책임으로 수용하려는 윤리적 태도 및 실천을 포함한다. 예를 들어 돌봄의 문제로서의 과학기술이란 과학적 사실이나 기술적 산물이 단지 사회·윤리·정치적 가치와 함께 구성되는 것에 그치지 않고, 정동, 물질성, 노동 등의 요소 또한 능동적으로 얽혀드는 과정이다.[398]

벨라카사는 이러한 돌봄의 실천을 통해 "누가 누구의 말을 듣고, 누가 참여자로 포함되며, 누구의 고통이 관련성이 있는 것으로 인식되는지에 대한 질문"[399]을 제기한다. 이는 돌봄이 단순한 감정의 문제가 아니라, 지식 생산의 방식이자 사회적 배제와 포함을 구성하는 정치적 행위임을 의미한다.

나아가 벨라카사는 돌봄의 실천이 반드시 더 많은 '연합'을 통해서만 이루어지는 것은

397) de La Bellacasa, Maria Puig. "Matters of care in technoscience: Assembling neglected things." Social studies of science 41.1 (2011): p.95.

398) 정민영, 민이수, 임소연. (2023). 돌봄물로서의 인공지능: 20대 청년의 인공지능 불안과 취업 스트레스를 중심으로.과학기술학연구,23(2), 112-144.

399) de La Bellacasa, Maria Puig.Matters of care: Speculative ethics in more than human worlds. Vol. 41. U of Minnesota Press, 2017. p.44.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

아니라고 지적한다.[400] 때로는 '절단'이나 '분리'라는 전략적 선택이 기존의 통합 논리에서 비가시화되었던 존재들을 새롭게 드러내고, 그들의 존재와 고통을 사회적으로 의미화하는 데 기여할 수 있다. 이는 기존의 제도적 지식 체계나 전문가 중심 구조에 대한 비판적 거리두기를 통해, 새로운 해석과 실천의 가능성을 여는 돌봄의 정치적 전략으로 기능한다.

예컨대 만성질환이나 정신질환을 앓는 일부 환자들이 의료 시스템 내에서 반복적으로 낙인화되거나 소통 실패를 경험할 때, 그들은 기존 의료체계와의 관계를 일부러 단절하거나 제한하며, 자조 모임이나 동료 관계망 속에서 새로운 돌봄의 방식을 실험한다. 이는 단순한 회피나 이탈이 아니라, 기존의 진단 언어에 포섭되지 않는 자신들의 경험을 바탕으로 대안적인 관계성과 해석의 틀을 구성하는 시도이다. 자폐 당사자나 만성 통증 환자들이 기존의 진단 체계에 의존하지 않고 자조 모임을 조직하거나, 자신의 고통을 해석하고 공유하기 위한 고유한 언어와 서사를 만들어가는 움직임이 이에 해당한다. 이처럼 돌봄은 단일한 통합이나 조화의 논리에 환원되지 않으며, 전략적 분리와 선택적 거리두기를 통해도 실천될 수 있으며, 이를 통해 새로운 정치적 주체성과 돌봄의 가능성이 열릴 수 있다.

또한 돌봄은 단지 이미 존재하는 것을 유지하거나 지지하는 행위에 머무르지 않는다. 오히려 그것은 기존의 과학적 기준이나 의료적 진단으로는 포착되지 않는 고통(예컨대 의학적으로 증명되지 않은 증상이나 정동적·신체적 불편함)을 실재로 인정하고, 그것이 사회적으로 의미를 가질 수 있도록 조건을 조성하는 윤리적 개입이다. 벨라카사에 따르면, 돌봄은 과학적 사실이 결여된 지점에서도 멈추지 않으며, 오히려 불확실성과 비가시성이 존재하는 국면에서 관계적 책임과 응답의 가능성을 구성해내는 실천으로 작동한다.[401]

예컨대 장하원은 자폐증 진단을 하나의 고정된 의료적 실체나 범주로 이해하는 것이 아니라, 다양한 몸, 도구, 지식, 감정들이 얽혀 순간순간 형성되고 조율되는 관계적 사건으로 분석한다.[402] 즉 자폐증은 진단 기준이나 전문가의 판단에 따라 고정된 실체로 존재하는 것이 아니라, 아동, 보호자, 진단 전문가, 진단 도구, 진료실의 환경 등이 구성하는 특정한 관계망 안에서 가시화된다. 이처럼 자폐증은 하나의 '사실'이라기보다, 감지하고 돌보는 실천들 속에서 다르게 상연되는 다중적 존재이다. 장하원의 분석은 의료적 진단이 단지 생물학적 실체를 포착하는 과정이 아니라, 윤리적 선택과 사회적 배제를 동반

400) de La Bellacasa, Maria Puig. "Matters of care in technoscience: Assembling neglected things." Social studies of science 41.1 (2011): p.90.
401) de La Bellacasa, Maria Puig. "Matters of care in technoscience: Assembling neglected things." Social studies of science 41.1 (2011): pp.95-96.
402) 장하원. (2021). 자폐증 진단의 동역학:'사회성'에 반응하는 몸들의 출현. 과학기술학연구,21(2), 203-230.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

하는 사건임을 드러내며, 돌봄의 실천이 그 틈새에서 새로운 관계성과 해석의 가능성을 열어갈 수 있음을 시사한다.

이러한 관점은 과학적 검증만으로 의료 실천의 정당성을 확보하려는 통념에 도전한다. 돌봄은 과학에 대한 거부가 아니라, 그 한계를 인정하면서도 여전히 누군가의 고통에 응답하려는 윤리적 태도이며, 이는 곧 관계를 유지하고 의미를 재구성하려는 실천이다. 따라서 불확실한 진단, 설명되지 않는 증상, 환자의 모호한 정체성 앞에서도 돌봄은 중단되지 않는다. 이는 환자와 함께 그 불확실성을 감내하고, 완전한 해석이 불가능하더라도 관계를 지속하려는 반응성과 책임성으로 전환된다.

결국 벨라카사가 제시하는 돌봄 개념은 의료 현장에서의 소통불가능성을 단순한 실패나 비극이 아닌, 함께 살아가는 존재 조건으로 사유할 수 있도록 하는 이론적 자원을 제공한다. 이때 돌봄은 차이나 간극을 제거하려는 동일화의 시도가 아니라, 그 차이를 인식하고 감당하려는 실천의 윤리로 나타난다. 특히 의학적 지식이 불완전하거나 진단이 불확실한 상황에서도 돌봄은 멈추지 않으며, 이는 명확한 해결책을 제시하는 대신, 끊임없는 조율과 응답을 통해 관계를 유지하려는 윤리적 시도로 구성된다. 나아가 돌봄은 개별 의료인의 태도나 선의에 머무르지 않고, 구조적·제도적 조건 속에서 실현되어야 할 사회적 실천으로 확장된다. 따라서 의료 체계 전반이 소통불가능성과 불확실성을 돌봄의 조건으로 수용하고, 이에 대응하는 방향으로 구조와 실천을 재구성할 필요가 있다.

4.3.3 동적 건강과 돌봄 지식의 재구성

지금까지 살펴본 바와 같이, 의료 현장에서의 소통불가능성은 단순한 정보 전달의 실패나 의사소통 기술의 결핍으로 환원할 수 없는 존재론적이자 구조적인 조건이다. 브릭스의 '구조적 역량' 개념과 Bellacasa의 '돌봄의 문제'는 이러한 간극을 제거해야 할 장애물이 아닌, 돌봄이 시작될 수 있는 윤리적 출발점으로 재구성할 수 있는 이론적 자원을 제시한다. 그러나 이러한 윤리적 제안이 구체적인 실천으로 이어지기 위해서는, 돌봄이 무엇을 향해 작동하는지를 묻는 건강 개념 자체에 대한 근본적 성찰이 요청된다.

브릭스와 벨라카사의 논의는 의료 현장에서의 소통불가능성을 단순한 실패나 결핍이 아닌, 돌봄이 작동할 수 있는 윤리적 조건으로 재해석하는 데 중요한 이론적 기반을 제공한다. 그러나 이러한 인식론적 전환이 실제 돌봄 실천과 제도적 적용으로 이어지기 위해서는, '건강'이 무엇인지에 대한 이해가 고정된 목표가 아니라 과정으로서 이해될 수 있어야 한다. 돌봄이 소통불가능성을 감내하고 조율하는 관계적 실천이라면, 이는 건강에 대한 다층적 접근을 가능하게 한다. 물론 생의학적 건강 지표—혈압, 혈당 수치, 종양 크기 등—는 여전히 중요한 치료 목표로서 기능한다. 이러한 객관적 지표들은 의료진에게 명확한 개입 지점을 제공하고, 환자에게는 구체적인 회복의 척도가 된다. 그러나 소

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

통불가능성을 인정하는 돌봄은 이러한 정량적 목표를 추구하면서도, 동시에 환자가 경험하는 건강의 다른 차원들—일상생활의 질, 관계의 회복, 의미 있는 활동의 재개 등—을 함께 고려할 수 있는 공간을 연다.

이는 건강 개념 자체를 대체하려는 시도가 아니라, 오히려 생의학적 치료의 효과성을 높이는 보완적 접근이 될 수 있다. 예컨대 당뇨병 환자의 혈당 조절이라는 명확한 의학적 목표는 유지하되, 환자가 식습관 변화에서 겪는 문화적 갈등이나 인슐린 주사에 대한 심리적 저항을 이해하려는 노력이 더해질 때, 궁극적으로 치료 순응도와 건강 결과 모두가 향상될 수 있다. 따라서 소통불가능성을 수용하는 돌봄은 정적 건강 개념을 부정하기보다는, 그것이 실현되는 과정에서 발생하는 복잡성과 다양성을 인정함으로써 더 효과적인 치료적 관계를 구축하는 방식이라 할 수 있다.

더욱이, 고정된 건강 개념은 건강을 개인의 노력이나 실패로 환원하거나, 반대로 제도의 책임으로만 치환하는 이분법적 사고를 강화한다. 이러한 시각은 건강이 실제로는 자연, 사회, 제도, 기술, 감각, 지식 등 다양한 요소들의 상호작용 속에서 구성된다는 점을 가린다. 따라서 소통불가능성을 수용하는 돌봄 윤리가 구체화되기 위해서는, 건강을 시간적, 환경적, 역량적 요인들이 얽히는 역동적 과정으로 이해해야 한다. 이러한 건강 개념의 재사유는 단순한 개념 확장이 아니라, 돌봄 윤리가 임상, 정책, 제도적 실천과 접속할 수 있는 개입의 기반이 된다. 즉, '무엇이 건강인가'를 새롭게 묻는 것은 곧 '돌봄이 어떤 방식으로 작동 가능한가'를 묻는 일이기도 하다.

정적 건강 개념의 근본적인 한계는 건강이 구성되는 과정의 복잡성과 맥락성을 충분히 반영하지 못한다는 데 있다. 실제 환자의 건강 경험은 단일한 생리학적 수치나 진단명으로는 포착되지 않으며, 시간, 정서, 관계, 사회적 조건이 중첩된 다층적 현상으로 나타난다. 예컨대, 류마티스 관절염 환자가 염증 수치가 높음에도 불구하고 가족과의 교감을 통해 심리적 안정감을 느끼는 경우, 혹은 모든 검사 수치가 정상이지만 극심한 피로와 무력감을 호소하는 경우는 건강 상태가 단순히 생물학적 기준으로는 정의될 수 없음을 보여준다. 이러한 경험은 정량화된 지표로는 설명되지 않으며, 환자의 삶의 맥락과 주관적 서사가 의료 담론에서 배제되는 구조적 조건을 드러낸다. 건강을 진단명이나 수치 중심으로만 이해하려는 접근은 단지 의사소통의 기술 문제가 아니라, 상이한 건강 감각이 충돌하고 해석되지 못하는 구조적 지점이며, 이는 소통의 단절과 돌봄의 지향이 본래의 취지에서 벗어나게 되는 결과로 이어질 수 있다.

이러한 정적 개념의 한계를 넘어 제안되는 동적 건강 개념은, 건강을 고정된 상태가 아니라 시간, 환경, 관계의 맥락 속에서 조정되고 구성되는 실천적 과정으로 이해한다. 이를 통해 의료 현장에서 발생하는 다양한 간극을 단순히 해소해야 할 문제로 보지 않고, 돌봄이 이루어지는 조건으로 해석할 수 있는 이론적 틀을 제공한다.

이러한 인식 전환을 통해, 돌봄 현장에서 발생하는 다양한 간극들을 새로운 관점에서

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

조명할 수 있다. 예컨대 환자의 지속적이고 누적된 건강 경험과 의료인의 일시적이고 단편적인 관찰 사이의 간극, 복잡한 생활환경과 통제된 진료 공간 사이의 거리, 그리고 일상 속에서 발휘되는 역량과 임상적 평가 기준 사이의 불일치는 단순히 극복해야 할 문제로 간주되기보다는, 건강이 어떻게 다층적이고 맥락적으로 구성되는지를 드러내는 중요한 '단서'로 이해될 수 있다. 동적 건강 개념은 이러한 간극과 차이를 배제하거나 제거하려 하지 않고, 돌봄이 이루어지는 실질적 조건으로 포착함으로써, 돌봄의 윤리가 현실의 제약 속에서 작동할 수 있는 방법론적 토대를 제공한다.

이러한 간극들은 돌봄을 불가능하게 만드는 장애물이라기보다, 오히려 돌봄이 요청되고 발생하는 구체적인 지점을 지시한다. 이는 돌봄을 완전한 이해나 객관적 진단에 기반한 일방적 수행으로 파악하기보다, 서로 다른 시간성, 지식 체계, 환경적 조건이 충돌하고 교차하는 순간에 이루어지는 관계적 실천으로 이해하도록 이끈다. 따라서 건강과 돌봄 모두는 고정된 평가 기준이나 일관된 정상 상태를 지향하기보다, 변화하는 조건에 유연하게 반응하고 조율해 나가는 과정을 통해 구성되어야 한다. 이는 궁극적으로 지속적인 대화와 공동의 탐색을 통해 구성되는 윤리적 실천으로 제시된다.

생애말기 환자의 사례는 건강 개념이 실제 임상 현장에서 어떻게 전환될 수 있는지를 보여주는 중요한 사례 중 하나다. 특히 중환자실에서 호스피스 병동으로의 전환은 단순히 치료 장소가 바뀌는 것만이 아니라, 건강에 대한 이해 방식 자체가 달라지는 계기가 되기도 한다. 예를 들어 폐암 말기 환자의 경우, 일반적으로는 종양 수치나 폐 기능 저하 같은 생리학적 지표에 따라 건강 상태가 평가된다. 하지만 호스피스 병동으로 전환된 이후에는 생체 수치보다 환자의 편안함, 감정 상태, 남은 시간의 의미 같은 요소들이 더 중요한 기준이 되기도 한다. 이 과정에서 의료진은 "환자가 하고 싶은 말을 다 했는지", "누구를 만나고 싶은지" 같은 질문을 던지며, 환자의 상태를 다른 방식으로 이해하려고 노력한다.[403]

예를 들어, 말기 환자가 반복적인 감염으로 인해 고열과 기침에 시달리는 상황을 생각해보자. 이미 항암 치료는 중단된 상태지만, 환자는 여전히 증상의 고통을 느끼며 지쳐가고 있다. 가족은 환자의 불편함을 줄이기 위해 항생제 처방을 계속해달라고 요청하지만, 의료진은 그 처방이 남은 시간을 더 고통스럽게 만들 수 있다는 점에서 신중해진다. 환자는 말로 표현하기 어려운 피로와 메스꺼움을 안고 있으면서도, 자신의 고통이 남은 시간의 의미를 바꾸는 데 어떤 영향을 줄지 고민하고 있다. 이때 의료진은 단순히 '중단

403) 하지만 실제 의료 현장에서는 이러한 전환이 쉽게 이루어지지 않는다. 호스피스 병상은 부족하고, 전원이 지연되거나 아예 이루어지지 않는 경우도 많다. 환자나 보호자가 전환의 의미를 충분히 이해하지 못한 채 결정이 이뤄지기도 하고, 의료진 역시 시간과 여건의 제약 속에서 깊은 대화를 시도하기 어려운 상황에 놓이곤 한다. 이처럼 현실은 이상적인 돌봄 환경과 거리가 있지만, 그렇기 때문에 오히려 개별적인 순간에서 돌봄이 어떻게 요청되고 이루어지는지를 더 주의 깊게 살펴볼 필요가 있다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

한다' 혹은 '계속한다'는 의학적 판단을 넘어서, 환자가 현재 어떤 상태에 놓여 있는지를 다시 묻고, 환자와 가족 모두의 언어로 그 상황을 함께 해석하려 한다.

이와 같은 장면은 단순히 의학적 조치 여부를 둘러싼 판단을 넘어, 남은 시간을 어떻게 구성하고, 어떤 관계 안에서 살아갈 것인가에 대한 실천적 질문을 던진다. 말기 환자에게 주어지는 '여명'은 통계적으로 계산된 생존 기간이 아니라, 삶의 마무리를 어떻게 함께 준비할 것인가에 대한 윤리적 기획으로 전환된다. 이때 의료진의 역할은 치료의 제공자가 아니라, '마지막 삶'을 해석하고 감당하는 동반자로 변화하며, 환자와 보호자 역시 질병의 최종 국면에서 단일한 답을 찾기보다는 서로의 불안을 안고 시간을 정돈하는 협상에 나선다.

이러한 전환은 개인의 선택만으로는 이루어지지 않는다. 환자의 언어 능력, 가족의 감정적 여력, 의료진의 시간과 감수성, 돌봄 팀 내 의사소통의 원활함, 그리고 제도적 자원의 유무까지, 다양한 조건들이 서로 얽히며 복합적인 조율의 과정을 구성한다. 그 과정은 때로는 실패하고, 때로는 침묵 속에 멈추기도 하지만, 중요한 것은 그 안에서 서로의 요구와 한계를 인식하려는 움직임이 지속된다는 점이다.

이러한 맥락에서 '관계적 짊어짐'이라는 개념을 제안하고자 한다. 이는 명시적 동의나 치료적 성공의 여부와는 무관하게, 불확실성과 차이를 감당하려는 윤리적 감수성과 반복적인 돌봄의 시도 속에서 형성되는 실천이다. 관계적 짊어짐은 완벽한 조율이 아닌, 조율되지 않음을 함께 견디려는 태도에서 비롯되며, 환자와 의료진, 보호자 사이에 존재하는 설명되지 않는 정서적 결과들—침묵, 고개 끄덕임, 재확인의 몸짓, 눈을 맞추는 짧은 순간—과 같은 일상의 제스처들을 통해 감지된다.

4.3.4 관계적 짊어짐: 소통불가능성에 대한 윤리적 실천

본 연구는 '관계적 짊어짐'(relational bearing)이라는 개념을 통해 소통불가능성에 대한 윤리적 응답의 가능성을 모색하고자 한다. 관계적 짊어짐은 소통불가능성이 존재하는 조건 속에서 타자의 고통과 함께 머무르며, 그 간극을 제거하거나 해소하려 하기보다는, 감당하고 조율해 나가는 과정을 통해 관계를 지속하려는 윤리적 실천을 의미한다. 이는 설명되거나 표준화될 수 없는 경험의 차이를 회피하지 않고, 오히려 그 차이를 윤리적 응답의 출발점으로 삼아 새로운 관계를 구성하려는 시도이다. 이러한 맥락에서, 서로 다른 돌봄의 논리에서 발생하는 간극은 단순히 극복되어야 할 문제보다는, 오히려 새로운 돌봄의 가능성이 열릴 수 있는 미결정적 공간으로 이해되어야 한다.

이러한 개념화는 앞서 논의한 이론적 통찰들과도 연결된다. 예컨대 브릭스는 소통불가능성이 개인의 한계라기보다 언어, 제도, 인식의 구조적 조건에서 비롯된 현상임을 지적하며, 이에 대한 대응은 개인의 역량이나 태도만으로는 충분하지 않다고 본다. 따라서

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

돌봄의 실천은 관계적, 집합적인 차원에서 구성될 필요가 있으며, 단순한 정보전달을 넘어선 감수성과 응답성을 포함한다. 또한 벨라카사가 제시한 '돌봄의 문제' 개념은, 돌봄이 단순한 정서적 관심을 넘어서 존재의 가시성과 존속 가능성을 보장하는 물질적·윤리적 개입임을 강조한다. 관계적 짊어짐은 바로 이러한 개입의 구체적인 한 방식으로, 말해지지 못한 고통이나 해석되지 못한 경험을 무시하지 않고, 그것들과 함께 머무르고 반응하려는 실천을 포함한다.

더 나아가, 동적 건강 개념을 구성하는 시간성, 환경성, 역량은 관계적 짊어짐이 구체적인 돌봄 상황 속에서 실천적으로 구성되고 드러나는 방식과 긴밀하게 연결된다. 건강을 고정된 기준이나 생리학적 정상성으로 이해하는 접근은 환자의 다층적인 경험과 삶의 맥락을 포착하기 어렵게 만들며, 소통불가능성을 단순한 오류나 정보의 결핍으로 간주하게 한다. 반면, 건강을 변화하는 조건 속에서 조정되고 구성되는 관계적 과정으로 이해할 때, 돌봄 역시 고정된 책임의 수행이 아니라, 서로 다른 시간성·환경·역량이 교차하는 지점에서 이루어지는 조율의 실천으로 전환된다. 이때 소통의 간극은 단순히 극복되어야 할 문제가 아니라, 돌봄이 요청되고 관계가 형성되는 계기로 작용할 수 있다. 관계적 짊어짐은 바로 이러한 맥락 속에서, 완전한 해석이나 일치를 전제하지 않으면서도 타자의 취약성에 응답하고 그 책임을 지속적으로 감당해 나가려는 윤리적 태도를 지칭한다. 이는 돌봄을 고정된 역할 수행이나 기능적 개입으로 환원하지 않고, 불확실성과 차이가 동반되는 상황 속에서 조율과 응답을 통해 이루어지는 실천으로 사유하게 만든다.

여기서 '짊어짐'이라는 개념은 단순히 책임을 느끼는 감정적 차원을 넘어, 구체적이고 물질적인 무게와 부담을 감내하는 실천적 행위를 내포한다. 예를 들어, 먼저 설명되지 않는 환자의 고통 앞에서 의료진이 그 모호함을 견디며 계속해서 다른 방식으로 이해하려 시도하는 모습이 있다. 또한 명확한 치료 방향을 결정하기 어려운 상황에서도 환자와 가족의 시간을 존중하며 함께 기다리는 인내의 실천이 있으며, 제도적 한계로 인해 충분한 돌봄을 제공할 수 없을 때에도 가능한 범위 내에서 최선의 관계를 유지하려는 노력이 포함된다. 이러한 짊어짐의 무게는 결코 한 개인이 홀로 감당하는 것이 아니다. 의료진이 느끼는 무력감을 동료들과 나누고, 가족의 심리적 부담을 지역사회가 함께 덜어주며, 제도의 경직성을 현장의 유연한 실천으로 보완하는 등, 돌봄을 둘러싼 다양한 주체들이 각자의 위치에서 그 무게를 분담하고 조율해나간다.

결국 관계적 짊어짐은 돌봄이 단순한 책임의 이행이 아니라, 불확실성과 차이를 감수하면서도 서로에게 응답하고자 하는 윤리적 노력으로 구성된다는 점을 보여준다. 이는 돌봄을 정형화된 절차나 기술적 개입으로 환원하지 않고, 다양한 조건과 맥락 속에서 이루어지는 관계의 실천으로 사유하는 관점을 가능하게 한다.

그렇다면 구체적으로 무엇을 짊어지는 것인가? 그것은 고정된 책임이나 사명이라기보

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

다는, 관계 속에서 생성되고 변화하는 다양한 취약성의 집합이다. 예를 들어, 환자가 자신의 고통을 명확하게 언어화하지 못하는 상황은 단지 환자 개인의 한계로 보기 어렵다. 이는 고통을 해석할 수 있는 언어적 틀이나 시간적 여유가 의료진에게 충분하지 않은 현실, 그리고 표준화된 진료 시스템이 개별 상황을 담아내기 어려운 제도적 제약과 맞물려 있다.

이러한 조건은 환자에게는 소외와 단절을, 의료인에게는 무력감과 혼란을, 제도에는 신뢰의 균열을 초래하며, 돌봄 관계 전반에 걸쳐 긴장을 증폭시키는 구조를 형성한다. 관계적 짊어짐'은 이처럼 얽혀 있는 취약성의 상황 속에서 모든 것을 완전히 이해하지는 못하더라도, 그 차이를 회피하거나 단순화하지 않고 감당하며, 그 안에서 응답하고 조율할 수 있는 방식을 함께 모색하는 태도이다. 이는 각자의 위치에서 응답의 가능성을 열고 그것을 유지하려는 끈기와 감수성을 통해 실현된다.

이러한 맥락에서 '무관심'은 단순한 중립이나 비개입이 아니라, 취약성에 대한 응답 가능성을 유예하거나 차단하는 행위로 작동할 수 있다. 예컨대 "그것은 다른 돌봄 제공자의 역할이다"라는 말은 표면적으로는 책임의 분담처럼 보일 수 있으나, 실제로는 응답의 계기를 놓치게 만드는 침묵과 비가시화의 구조를 형성할 수 있다. 소통되지 못한 고통이 반복적으로 응답받지 못하면, 해당 경험은 점차 주변화되고, 결국 돌봄의 회로 바깥으로 밀려나게 된다. 따라서 돌봄은 정해진 역할을 수행하는 기술이 아니라, 어떤 맥락에서 무엇이 적절한 응답인가를 계속해서 묻고 조율해 가는 윤리적 태도로 이해되어야 한다. 이때 '짊어짐'은 단순한 책임 이행이 아니라, 응답 가능성을 포기하지 않고 유지하려는 지속적인 실천을 의미한다.

관계적 짊어짐은 돌봄을 '보호', '안전', '예방' 같은 기능 중심의 틀에 한정하지 않고, 공동의 문제에 함께 개입하고 조율하는 과정으로 확장한다. 이는 돌봄이 제도화된 절차나 고정된 역할 수행이 아니라, 시간과 관계, 환경에 따라 유동적으로 재구성되는 실천임을 보여준다. 물론 모든 돌봄 참여자가 동등한 권한과 자원을 갖고 있는 것은 아니며, 돌봄의 실천은 언제나 권력과 자원의 비대칭 속에서 이루어진다. 그러나 관계적 짊어짐의 관점은 이러한 불균형을 주어진 조건으로 수용하는 데 그치지 않고, 돌봄의 책임이 관계적 맥락 속에서 끊임없이 조정되고 재분배되어야 한다는 윤리적 과제를 제기한다. 다시 말해, 돌봄은 '누가', '어떤 조건에서', '어떻게' 응답할 수 있는지를 함께 사유하고 재조율해 나가는 집합적이고 유동적인 실천이다.

관계적 짊어짐은 돌봄 현장에서 다양한 형태로 구현될 수 있다.

치매 환자에서 흔히 관찰되는 일몰증후군(Sundown Syndrome)에 대한 가족 돌봄제공자의 대응을 살펴보자. 중증 치매 환자가 오후 특정 시간대마다 반복적으로 불안해하고 초조해하며 "집에 가야 한다"고 호소하고 계속해서 배회할 때, 이러한 행동을 충분히 이해하지 못한 채 단순히 인지장애로 인한 지남력 상실로 간주하고, 약물 처방이나 행동

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

제약을 통해 대응하려 할 수 있다. 반면, 환자가 말하는 '집'이 구체적으로 어디를 의미하는지는 알 수 없어도, "어머니가 찾으시는 그 집이 어디인지는 저도 잘 모르겠지만, 그 마음은 이해해요"라고 말하는 딸의 응답은 완전한 이해가 불가능하다는 점을 인정하면서도, 환자의 감정적 현실을 존중하는 태도를 보여준다. 더 나아가 치매로 인해 흐트러진 환자의 시간 감각을 가정의 일상적 리듬 속으로 끌어안는 방안을 찾아나간다.

오후 불안이 시작되는 시간에 맞춰 환자가 과거에 즐겨하던 일상 활동 - 화분에 물주기, 빨래 개기, 저녁 준비 돕기 - 을 함께 하도록 유도하며, 이를 통해 환자는 안정감과 함께 자신이 여전히 가족 구성원으로서 역할을 하고 있다는 소속감을 되찾을 수 있다. 이는 혼란스러운 증상을 통제하려는 시도가 아니라, 환자의 망가진 시간성을 가족의 일상 속에서 새롭게 의미화하며 함께 살아가는 방식을 찾아가는 과정이다.

의료 현장에서도 다음 사례를 생각해볼 수 있겠다. 심장이 빠르게 뛰는 증상을 호소하며 병원을 방문한 환자에게 심전도, 심근효소, 영상검사 등 표준화된 진단 절차를 시행했으나, 뚜렷한 이상 소견은 발견되지 않았다. 의료진은 '검사상 이상 없음'이라는 결론을 제시했지만, 환자는 지속적으로 가슴의 압박감과 불편을 호소했다. 이때 보호자가 "아내가 최근 이직한 이후 일요일 저녁마다 심장이 빠르게 뛴다고 했어요"라고 전하면서, 증상을 새로운 맥락에서 이해할 단서를 제공했다. 심장내과 의사는 "심장 기능에는 문제가 없지만, 이 증상이 무시할 수 있는 것은 아니다"라고 판단하고, 휴가를 권고하는 진단서를 작성했다. 환자는 이를 통해 자신의 상태를 단순한 스트레스 반응으로 치부하기보다, 실제로 조절과 회복이 필요한 신호로 받아들이게 되었고, 휴직 기간 동안 점차 안정을 회복해 나갔다. 이와 함께 의료진은 예방적 약물치료를 유지하면서 정신건강의학과 협진, 직장 내 상담 프로그램 연계, 호흡법 교육 등을 병행하였다.

이처럼 관계적 짊어짐은 불확실성과 미결정성을 회피하거나 제거해야 할 장애물로 보지 않고, 오히려 돌봄이 요청되는 계기이자 관계의 출발점으로 받아들인다. 전통적인 의료 개입이 불확실성을 줄이기 위해 더 많은 검사와 데이터 수집, 예측 모델의 정교화, 표준화된 프로토콜의 적용을 강조해온 것과 달리, 이 개념은 불확실성을 완전히 해소할 수 없는 조건으로 인식하며 그 안에서 어떻게 응답하고 관계를 지속할 것인가에 주목한다. 진단되지 않는 증상, 예측하기 어려운 병의 경과, 설명되지 않는 고통은 종종 해결의 대상으로 간주되지만, 관계적 짊어짐은 이러한 상황들 속에서 함께 머물고 감내하며 돌봄을 지속하려는 실천에 윤리적 의미를 부여한다.

돌봄 실천에서 환자와 의료인의 만남은 단순한 정보 전달이나 기술적 개입을 넘어서, 상호작용을 통해 변화가 유도되는 관계적 사건으로 이해될 수 있다. 환자의 고통은 반드시 언어로 완전하게 설명되지 않더라도, 신체 반응, 표정, 침묵, 감정의 변화와 같은 다양한 방식으로 표현된다. 이와 마찬가지로, 의료인의 개입 또한 단순한 임상적 처치를 넘어 정서적 감응과 상황적 조율의 차원을 포함한다. 이러한 불완전하고 때때로 어긋나는

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

표현들의 교차는 단절의 징후가 아니라, 새로운 이해와 응답의 가능성을 여는 계기가 된다. 특히 소통불가능성이 존재하는 상황에서도 상호 간의 역량을 확장하는 실천은 여전히 가능하며, 이는 환자의 경험적 지식을 주변화하지 않고 의료인의 전문성과 조응하는 고유한 자원으로 인정하는 과정에서 구체화된다. 여기서 중요한 질문은 '같은 언어로 말할 수 있는가'가 아니라, '완전히 이해하지 못하더라도 어떻게 응답할 수 있는가'이다.

관계적 짊어짐은 이러한 돌봄 실천의 과정 속에서 지식이 어떻게 형성되고 공유되는지를 재구성하는 인식론적 전환을 내포한다. 전통적인 의료 모델에서 지식은 전문가의 권위에 의해 통제되었고, 환자는 이를 수동적으로 수용하는 위치에 머물렀다. 반면 관계적 짊어짐의 관점에서는 돌봄 지식이 단일한 주체의 소유물이 아닌, 다양한 행위자들이 관계 속에서 상호작용하며 생성하는 실천적 산물로 이해된다. 이는 단순한 합의 도출이나 일방적 전달이 아닌, 서로 다른 인식 체계와 경험의 긴장을 조율하고 감내하는 과정을 강조한다. 의료인의 과학적 지식과 환자의 체험적 지식은 반드시 통합될 필요는 없으며, 오히려 그 간극 속에서 새로운 감각과 언어, 돌봄의 가능성이 열릴 수 있다.

관계적 짊어짐은 다음의 의의를 갖는다. 첫째, 이는 완전한 이해나 투명한 소통이라는 이상 자체에 대해 성찰을 요청한다. 의료인이 환자의 경험을 온전히 파악할 수 있다는 전제는 실천의 복잡성과 긴장을 가릴 수 있다. 둘째, 이 개념은 모호성과 불확실성을 돌봄의 실패로 간주하기보다는, 예측 불가능한 상황 속에서도 새로운 의미를 공동으로 구성해나가는 과정으로 이해한다. 셋째, 관계적 짊어짐은 돌봄을 개인의 도덕성에 국한하지 않고, 제한된 진료 시간, 비대칭적인 자원 배분, 표준화된 프로토콜 등 구조적 조건과 연결된 정치적 실천으로 확장한다. 이는 돌봄의 윤리를 현실적인 제약 속에서도 지속 가능한 방식으로 재구성하려는 시도다.

표준화된 언어나 임상 지식으로 포착되지 않는 미세한 경험들은 환자와 의료인 모두에게 새로운 실천의 양식을 요청한다. 이때 중요한 것은 각자의 기존 위치를 고정된 정체성으로 간주하기보다는, 불확실성과 미결정성 속에서 함께 머무르고 조응할 수 있는 관계적 태도를 구성하는 일이다. 관계적 짊어짐은 즉각적인 해답이나 이해를 지향하기보다는, 반복적 응답과 감내의 과정을 통해 점진적으로 의미를 구성해나가는 실천을 지향한다. 이로써 돌봄의 목적은 단지 '더 정확하게 아는 것'이 아니라, '함께 응답할 수 있는 조건을 형성하는 것'으로 전환된다.

또한 이러한 돌봄 실천은 건강 지식의 구성 과정 자체를 정치적 실천으로 이해할 수 있게 한다. 누가 어떤 지식의 생산에 참여하고, 어떤 존재가 그 과정에서 배제되는지를 성찰하는 행위는 단순히 윤리적 성찰을 넘어서 제도적 재구성을 요청하는 정치적 작업이다. "나는 당신의 삶을 알 수는 없지만, 함께하겠다"는 의료인의 태도는 전문가적 권위를 포기하는 것이 아니라, 그것을 다르게 행사하려는 윤리적 시도이다. 동시에 이는 환자를 정보의 수용자를 넘어, 건강 지식의 공동 생산자로 재위치시키는 인식론적 전환의

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

실천이기도 하다.

4.3.5 '관계적 짊어짐'의 조건으로서의 돌봄의 인프라

그러나 관계적 짊어짐이라는 윤리적 실천이 현실에서 지속 가능한 실천으로 자리 잡기 위해서는, 단지 개인이나 집단의 일시적인 결단이나 정서적 헌신에만 의존할 수 없다. 동시에 국가나 제도 차원에서의 추상적 책임 선언만으로도 충분하지 않다. 관계적 짊어짐은 차이와 불확실성을 견디고 함께 조율해가는 반복적이고 섬세한 실천이며, 이는 시간과 에너지, 감수성, 물질적 자원이라는 지속적 투입을 필요로 한다. 그러나 오늘날의 돌봄 현장은 제한된 진료 시간, 과중한 업무 부담, 인력과 자원의 불균형, 제도적 경직성과 같은 현실적 제약 속에서, 이러한 윤리적 실천이 쉽게 중단되거나 특정 주체에게 과도하게 전가되는 구조를 지닌다. 따라서 이러한 실천이 일상의 일부로 작동하고 사회적으로 분산되고 공유되기 위해서는, 그것을 가능하게 하고 지속시키는 구조적·물질적 조건이 함께 마련되어야 한다. 이 지점에서 '돌봄의 인프라스트럭처(care infrastructure, 이하 돌봄의 인프라)'라는 개념은 선택이 아닌 요청된 전제 조건으로 등장한다.

돌봄의 인프라는 단지 제도나 물리적 장치의 총합이 아니라, 관계적 짊어짐이라는 윤리적 태도가 반복적으로 실천되고 확장될 수 있도록 하는 조건적 기반이라 할 수 있다. 다시 말해, 관계적 실천의 지속 가능성은 그 실천을 지지하는 시간적·공간적·감각적 기반에 의해 매개된다.

『The Promise of Infrastructure』의 서문에서 저자들이 강조하듯, 인프라스트럭처(infrastructure)는 단지 도로, 병상, 인력과 같은 물리적 기반을 의미하지 않는다. 그것은 돌봄을 어떻게 상상하고 조직할 것인가에 대한 사회적·정치적 결정의 축적이며, 과거의 선택들이 물질로 굳어진 흔적이자 미래를 향한 약속을 매개하는 장치다.[404] 동시에 유지·보수를 통해 지속되는 일상적 실천의 장이다. 다시 말해, 인프라는 배경이 아니라 실천의 조건이다. 즉, 어떤 돌봄이 누구에게, 언제, 어디서, 어떤 방식으로 제공될 수 있는지를 규정하는 구조적 힘이며, 윤리의 구체적 경로를 결정짓는 매개체이다. 이처럼 인프라는 관계적 짊어짐이 고립된 결단이 아닌 사회적으로 순환 가능한 실천이 되도록 만드는 조건을 제공한다. 결과적으로 돌봄의 지속성과 그 불균형한 분포를 이해하기 위해서는, 돌봄을 떠받치는 인프라에 대한 성찰이 필수적이다.

따라서 돌봄의 인프라는 단순한 설비가 아니라, 신체와 감각, 관계와 제도에 깊이 관여하며 돌봄 실천이 작동할 수 있는 시간적·정서적 여건을 구성하는 기반이다. 특히 이는 돌봄의 언어 바깥에 놓여 있거나, 언어화되지 못한 존재들조차 관계 맺고 응답받을

404) Anand, N., Gupta, A., & Appel, H. (Eds.). (2018).The promise of infrastructure. Duke University Press. Introduction.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

수 있는 여지를 마련하는 잠재적 장치로 작동한다. 이를 통해 돌봄은 더 이상 개인의 도덕적 결단이나 임무 수행의 문제가 아니라, 사회적·물질적 조건과의 조율 속에서 가능한 집합적 행위로 재정의된다. 돌봄의 지속은 결단의 문제이기 이전에, 결단이 실천으로 전환되고 유지될 수 있도록 하는 조건의 문제이기도 하다.

서보경의 태국 북부 복막투석 연구는, 말기 신부전 환자들이 정교하고 반복적인 일상 실천을 통해 생명을 유지하는 과정을 조명한다.[405] 말기 신부전 환자들이 생명을 유지하기 위해 수행하는 복막투석은 기술적으로는 비교적 단순한 절차에 기반하지만, 그 성공 여부는 환자와 돌봄 제공자들이 공동으로 형성하는 정교하고 반복적인 실천에 달려있다. 하루 네 차례의 투석액 교환, 철저한 위생 관리, 카테터의 유지 등은 표면적으로는 표준화된 의료 지침에 따르는 것처럼 보이지만, 실제 현장에서는 각자의 주거 환경과 자원 조건에 따라 세밀하게 조정되고 창의적으로 실행된다. 예컨대 수돗물이 없는 가정에서는 알코올 소독으로 이를 대체하거나, 협소한 공간에서는 투석 장비의 위치를 재배치하는 등의 방식으로, 기술은 지역적 조건에 맞게 재구성된다. 이러한 일상의 조율은 단순한 임기응변이 아니라, 돌봄이 어떻게 물질적·환경적·관계적 조건 속에서 유지되고 확장되는지를 보여주는 실천이다.

서보경에 따르면, 인프라는 더 이상 고정된 구조물이나 대규모 시설로만 이해되지 않는다. 오히려 그것은 환자와 가족들이 반복적으로 수행하는 '유지·보수의 습관들'을 통해 형성되고 작동하는 실천적 구조로 이해되어야 한다. 복막이라는 신체 내부의 유연한 막이 의료 기술, 임상 프로토콜, 가정 공간, 그리고 국가 정책과 접속되는 과정은, 인프라의 본질이 고정성과 영속성에 있는 것이 아니라 침투성, 유연성, 다층적 연결 가능성에 있음을 드러낸다. 이처럼 돌봄을 구성하는 지식, 습관, 공간, 감각 등은 눈에 띄지 않지만 반복과 연결을 통해 작동하는 비가시적이고 분산된 인프라로 기능한다.

이러한 관점에서 '돌봄의 인프라'는 돌봄이 일회적 행위나 개인의 도덕적 결단에 국한되지 않고, 시간적, 환경적, 제도적 조건들 속에서 지속적으로 실현될 수 있게 하는 기반으로 이해된다. 이는 건강을 고정된 상태가 아니라 변화와 순환의 과정으로 파악하는 시간성, 환경을 수동적인 배경이 아니라 건강을 함께 형성하는 역동적 요소로 이해하는 환경성, 그리고 개인 혹은 공동체의 고유한 역량이 발휘될 수 있는 여건을 조성하는 노력을 포괄한다.

또한 돌봄의 인프라는 완전한 이해나 표준화된 지침을 전제하지 않는다. 오히려 다양한 돌봄 논리의 충돌과 어긋남이 존재하더라도 돌봄이 중단되지 않도록 조율하고 지속 가능성을 확보하는 응답의 조건을 형성한다. 이 인프라는 완전한 일치가 불가능한 상황 속에서도 관계를 재구성하고, 책임을 함께 감당하려는 실천이 가능하도록 하는 촉진 구

405) Seo, B. K. (2025). Habits of Maintenance: Infrastructure for Chronic Living.Current Anthropology,66(3), 309-331.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

조로 기능한다. 긴장과 불일치의 순간에도 응답을 멈추지 않는 실천은, 윤리적 태도가 특정 행위자에게 고립되지 않고 사회적으로 순환될 수 있는 토대를 요구한다.

따라서 '좋은 돌봄'이란 서로를 짊어지며 응답하는 관계적 실천이며, 건강을 구성하는 시간·환경·역량의 토대를 함께 조성해가는 과정이다. 이는 돌봄을 고정된 기술이나 도덕적 의무로 환원하는 접근을 넘어서, 변화하는 맥락과 조건에 따라 조율되고 재구성되는 실천으로서의 돌봄을 강조한다. 복잡성 이론이 제시한 문제 유형의 구분은, 돌봄 실천이 단일한 방식이나 정형화된 해법으로는 성립될 수 없음을 시사하며, 돌봄이 형성되는 '중간 지대', 즉 개인의 태도와 구조적 조건이 교차하는 공간의 중요성을 부각시킨다. 이 지대는 모든 인간과 비인간 행위자들－의료진, 환자, 가족, 지역사회, 제도, 환경－이 함께 만들어가는 공간으로, 돌봄이 지속될 수 있는 시간을 확보하고 다양한 실천이 실험되고 확장될 수 있는 포용적 환경을 구축한다. 좋은 돌봄은 정답에 도달하는 일이 아니라, 소통불가능성 속에서도 응답을 멈추지 않으려는 태도이며, 완결된 행위가 아닌, 지속적으로 변화하는 관계 속 실천이다. 그리고 그것은 개별 주체에게 책임을 전가하는 방식이 아니라, 함께 감당하고 조율해나가는 지속적이고 집합적인 윤리적 실천이다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

4.4. 소결: 건강 인식의 윤리를 위하여

본 장에서는 다층적 돌봄 실천이 작동하기 위해 요구되는 구조적 조건들에 대한 보다 심층적인 이해를 시도하였다. 복잡성 이론의 적용은 돌봄을 단순(Simple), 복잡(Complicated), 복합(Complex) 문제 유형에 따라 구분함으로써, 이를 일률적인 절차나 기술적 행위로 간주하는 기존 접근의 한계를 지적하고, 문제의 성격에 따른 상이한 대응 논리가 필요함을 드러낸다. 이러한 유형화는 모든 돌봄 상황을 동일한 방식으로 해결하려는 접근이 실제 맥락의 다양성과 복합성을 간과할 수 있음을 시사하며, 각 유형에 적절한 실천 전략의 모색이 필요하다는 점을 강조한다.

하지만 앞서 언급했듯이, 복잡성 이론은 기본적으로 설명적 이론으로, 현상이 왜 발생했는지를 사후적으로 해석하는 데 유용한 도구이지, 무엇을 해야 하는지에 대한 명확한 지침을 제공하는 처방적 이론은 아니다. 따라서 이를 일종의 만능 해결책처럼 과도하게 적용하거나 일반화하려는 시도는 주의가 필요하다. 특히 복잡성 이론의 설명적 성격과 돌봄이 내포한 규범적·윤리적 함의 사이에는 일정한 긴장이 존재한다. 돌봄은 단순한 기술이나 절차가 아니라, '어떻게 관계를 맺고 응답해야 하는가'에 대한 실천적이고 윤리적인 판단을 포함하는 개념이기 때문이다. 그러나 이러한 긴장은 이론과 실천 간의 불일치를 드러내기보다는, 돌봄의 구성 요소와 조건들을 보다 면밀하게 분석하고 이해할 수 있는 계기를 제공할 수 있다. 각 유형별 돌봄의 논리에 기초한 다층적 돌봄 실천은 다양한 상황 속에서 돌봄이 어떻게 작동하며, '좋은 돌봄'이 어떤 조건에서 가능하고 지속될 수 있는지를 파악하는 데 유용한 틀로 작용할 수 있다.

이어서 살펴본 논의에서는, 취약성을 특정 집단의 본질적 속성으로 고정하거나 인간의 보편적 조건으로 일반화하는 이분법적 접근을 넘어서, 그것이 시간적·환경적·관계적 맥락 속에서 구성되는 층위적이고 유동적인 현상임이 강조되었다. 취약성은 고정된 상태가 아니라 다양한 조건들의 중첩과 상호작용을 통해 형성되며, 이에 따라 돌봄의 책임 역시 특정한 주체에게 일방적으로 부여되는 것이 아니라, 관계적 구성 속에서 유동적으로 분배되고 조정된다. 이러한 관점은 돌봄을 단순한 시혜나 보호의 행위로 이해하기보다는, 상호의존하는 존재들 사이에서 조율되고 지속되는 실천으로 재개념화할 수 있는 가능성을 제시한다.

나아가, 이질적인 공동 지식 생산에 대한 탐구는 돌봄 실천에서 지식이 구성되고 작동하는 방식에 대한 근본적인 재사유를 요구한다. 전통적인 의료 모델에서는 전문가가 지식의 권위를 독점해 왔으며, 이 과정에서 환자의 경험은 체계적으로 주변화되거나 배제되어 왔다. 그러나 인식론적 불공정에 대한 비판적 논의는, 환자를 단순히 또 다른 전문가로 위치시키는 방식만으로는 이러한 한계를 극복하기 어렵다는 점을 시사한다. 오히려

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

중요한 것은 서로 다른 성격의 지식들이 돌봄의 구체적인 맥락 속에서 어떻게 상호작용하고 협력적으로 구성되는지를 파악하는 것이다. 이는 지식을 고정된 소유물로 간주하는 관점에서 벗어나, 다양한 행위자들 간의 조율과 교환을 통해 끊임없이 형성되는 실천적 산물로 이해하는 인식론적 전환을 함의한다.

마지막으로, 돌봄 현장에서 발생하는 소통불가능성과 간극이 단순한 기술적 결함이나 개인의 역량 부족에서 비롯된 것이 아니라, 새로운 돌봄이 작동하는 조건이 될 수 있다는 점을 검토하였다. 브릭스의 분석에 따르면, 특정 환자나 집단이 '소통 불가능한 존재'로 간주되는 현상은 의료 시스템의 이데올로기적 전제와 실제 실행 간의 괴리에서 기인한다. 이러한 간극은 의료적 유효성의 기준이 어떻게 설정되고, 어떤 지식과 경험이 정당한 것으로 인정받는지를 결정하는 권력이 제도적으로 작동하고 있음을 보여준다.

이러한 문제의식에 대응하여 브릭스는 '구조적 역량'이라는 개념을 제안한다. 이는 건강 문제를 개인의 책임이나 선택에 국한하지 않고, 제도, 정책, 환경 등 보다 넓은 구조적 조건들과 연결하여 이해하고, 그에 기반한 실천적 개입을 가능하게 하는 능력을 의미한다. 이러한 관점은 벨라카사가 라투르의 '우려의 문제(matters of concern)'를 넘어서 '돌봄의 문제(matters of care)'로 전환할 것을 주장하는 논의와도 밀접하게 맞닿아 있다. 벨라카사는 기술적 해결을 통해 불확실성과 결핍을 제거하려는 접근을 비판하면서, 돌봄을 배제된 존재들이 실질적으로 존재할 수 있는 조건을 조성하는 관계적 행위로 재구성할 것을 제안한다. 이와 같은 시각은 의료 현장에서 환자의 경험과 전문가의 지식이 위계적으로 분리되는 것이 아니라, 서로 다른 형태의 지식이 조우하고 협상하며 잠정적 연대를 형성하는 방식으로 돌봄이 실천되어야 함을 시사한다.

이러한 이론적 논의는 건강 개념에 대한 근본적인 재사유로 이어진다. 기존의 정적 건강 개념은 건강을 질병의 부재나 특정 생물학적 기준의 충족 여부에 따라 규정되는 고정된 상태로 이해해왔다. 이에 반해 동적 건강 개념은 건강을 시간과 환경 속에서 지속적으로 조정되고 구성되는 과정으로 간주하며, 정태적 기준으로는 포착하기 어려운 삶의 변화와 감각에 주목한다. 이러한 관점은 건강을 시간성, 환경성, 역량이라는 세 가지 핵심 축을 통해 구체화하며, 의료 현장에서 발생하는 다양한 간극들을 새로운 시각에서 분석할 수 있는 틀을 제공한다. 예컨대 장기 재활 중인 환자가 일상에서 체감하는 회복의 감각과 의료 기록상 '변화 없음'이라는 판단 사이의 괴리, 계절이나 기후 변화에 따른 증상의 변동과 정적인 진단 기준 사이의 불일치, 또는 돌봄 제공자와 환자 간 건강 목표에 대한 인식 차이는 단순한 오차나 착오로 치부되기보다, 건강이 맥락적으로 구성되는 과정임을 드러내는 단서로 해석될 수 있다.

이러한 맥락에서 본 연구는 '관계적 짊어짐'이라는 개념을 통해 소통불가능성에 대한 윤리적 응답 가능성을 탐색하였다. 관계적 짊어짐은 표준화되지 않는 경험의 간극을 제거하거나 환원하려는 시도에서 벗어나, 그 간극 자체에 머물며 조율과 응답을 지속하는

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

과정을 통해 윤리적 실천을 구성하고자 한다. 이때 '짊어짐'은 단순한 책임 의식을 넘어, 설명되거나 해소되지 않는 고통과 관계 속에서 발생하는 무게를 실질적으로 감당하려는 행위를 의미한다. 나아가 '관계적'이라는 수식어가 결합될 때, 이 짊어짐은 고립된 개인의 의무를 넘어 상호 구성적이고 유동적인 실천으로 확장되며, 그 무게와 책임은 정태적으로 분배되기보다 변화하는 관계와 맥락 속에서 조정되고 공유되는 방식으로 이해된다. 결과적으로 관계적 짊어짐은 돌봄의 부담을 특정 주체에게 일방적으로 전가하지 않고, 돌봄의 책임이 어떻게 관계를 통해 분산되고 재구성되는지를 보여주는 윤리적 개념으로 작동한다.

그러나 관계적 짊어짐이 일시적인 결단을 넘어 지속 가능한 실천으로 자리 잡기 위해서는, 개인의 윤리적 의지나 일회적인 제도적 개입만으로는 충분하지 않다. 돌봄의 인프라는 이러한 실천이 소진되지 않고 유지될 수 있도록 지지하는 구조적 기반으로 작동한다. 여기에는 충분한 시간, 안정적인 공간, 제도적 지원, 기술적 도구 등 건강과 돌봄을 구성하는 물질적·제도적 조건들이 포함되며, 이를 통해 돌봄 참여자들의 윤리적 노력이 지속 가능해질 수 있는 여건이 마련된다. 중요한 점은 이러한 인프라가 단순히 상부 구조로서 주어지는 것이 아니라, 정책 결정자, 의료 기관, 지역 공동체 등 다양한 층위의 행위자들이 상호작용을 통해 구성해 나가는 과정적 산물이라는 점이다. 결국 좋은 돌봄은 소통불가능성 속에서도 멈추지 않고 응답하려는 관계적 짊어짐의 윤리와, 그러한 실천이 지속될 수 있도록 물질적·제도적으로 뒷받침하는 돌봄의 인프라가 긴밀히 결합될 때 가능해진다.

현재까지의 논의를 바탕으로 구성한 다층적 돌봄 실천의 도식은 다음과 같다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

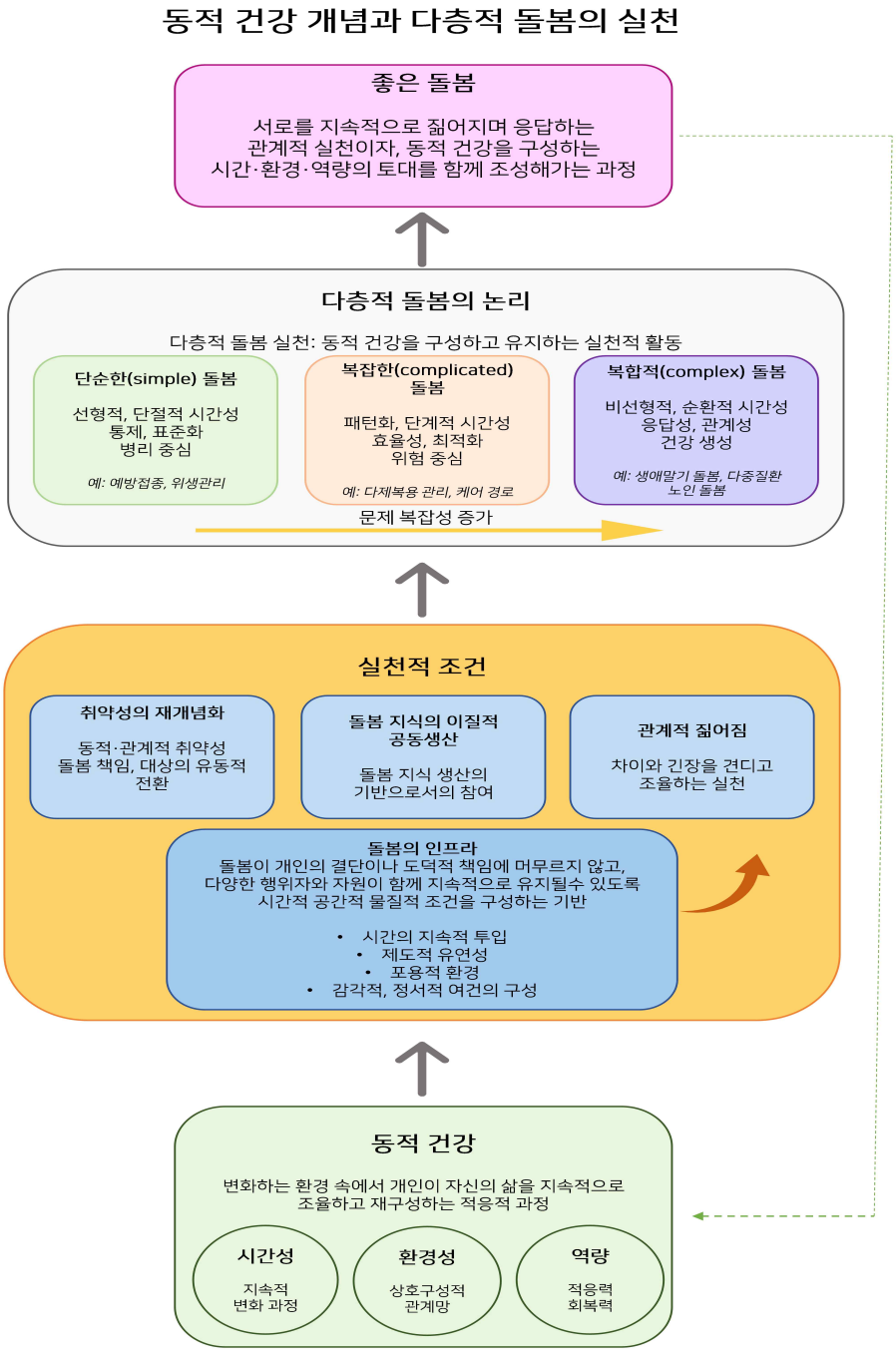

그림 2. 동적 건강 개념과 다층적 돌봄의 실천 도식도

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

현재 건강을 둘러싼 지배적 담론은 생의학적 환원주의와 기술 중심주의에 깊이 포획되어 있다. 이로 인해 건강은 수치화된 지표나 진단 코드로 간주되며, 인간 삶의 복잡한 경험과 맥락은 의료적 판단에서 충분히 반영되지 못한다. 이러한 인식의 편향은 개념적 문제를 넘어, 실제 돌봄 현장에서 환자와 의료진 모두의 소진과 부담을 유발하는 구조적 조건이 된다. 건강의 위기는 종종 기술의 부족이나 자원의 한계로 설명되지만, 보다 근본적으로는 우리가 건강을 어떻게 인식하고 구성하는가에 관한 문제이기도 하다. 디지털 기술이 돌봄의 연결성과 효율성을 높일 수 있는 가능성을 제시했음에도 불구하고, 실제 현장에서는 돌봄 관계가 수동적이고 획일적으로 구성되어 오히려 고립과 취약성을 심화시키는 역설적인 결과를 초래하기도 한다.

건강을 어떻게 이해하느냐의 문제는 단순히 개념을 정의하거나 정보를 축적하는 차원을 넘어, 어떤 삶이 바람직한가에 대한 윤리적 판단과 밀접하게 관련되어 있다. 건강에 대한 판단은 결국 '무엇이 좋은 삶인가'라는 질문을 전제로 하며, 이는 가치평가적 요소를 필연적으로 포함한다. 예컨대 의료 현장에서 이루어지는 여러 결정—치료의 선택, 삶의 질과 생존 기간 사이의 균형, 제한된 자원의 분배 방식 등—은 과학적 근거만으로는 충분히 해석되기 어렵고, 윤리적 판단을 필요로 한다. 그럼에도 불구하고 현대 의학은 이러한 가치 판단의 측면을 종종 과학적 객관성의 언어로 가려버리며, 의료적 결정을 기술적 선택의 문제로 제시하는 경향이 있다.

스피노자가 강조하듯, 인간은 세계와 자신에 대한 인식을 통해 더 넓은 삶의 가능성을 열 수도, 반대로 스스로를 제약된 방식에 가둘 수도 있다. 이러한 통찰은 건강 개념에도 적용될 수 있다. 건강에 대한 인식은 단순히 질병의 유무를 가르는 도구에 그치지 않으며, 우리가 어떤 조건 속에서 어떤 삶의 잠재성을 열어갈 수 있는지를 결정하는 중요한 실천의 틀로 작용한다. 즉 적합한 건강 인식은 개인의 실천 범위를 넓히고 역량을 증대시키는 반면, 부적절한 인식은 외부 조건에 대한 수동적 순응을 강화하며 주체성을 제한한다.

건강을 고립된 개인의 상태가 아니라, 다양한 주체들이 상호작용 속에서 함께 구성하는 관계적 현상으로 이해하는 것이 적합한 건강 인식의 출발점이다. 건강을 관계적으로 구성되는 현상으로 이해할 때, 윤리는 개인의 도덕적 선택이나 책임의 차원을 넘어, 타자와 더불어 살아가기 위한 조건을 함께 조율하고 형성해가는 집합적 실천으로 확장된다. 환자의 건강은 의료진의 전문적 판단, 가족의 돌봄, 사회적 지원 체계, 물리적 환경, 제도적 조건 등 다양한 요소들이 상호작용하는 복잡한 관계 속에서 형성되며, 이 과정에서 각 행위자들은 서로 영향을 주고받으며 변화한다. 이러한 관계망은 때로 삶의 가능성과 회복의 여지를 넓히는 방향으로 작용할 수 있지만, 반대로 변화 가능성을 억제하고 주체성을 위축시키는 억압적인 구조로 작동하기도 한다. 윤리적 과제는 바로 이와 같은 관계적 구성을 평가하고, 어떤 조건과 구성 방식이 회복과 돌봄에 더 적합한지 식별하며

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

실천에 반영하는 데 있다. 따라서 건강 논의는 단순한 정의나 기준 설정을 넘어서, '무엇이 좋은 삶인가'를 묻고 실천하는 윤리적 개입의 문제로 확장되어야 한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

5. 다층적 돌봄 논리의 적용: 사회적 고립가구를 지원하는 사회복지사의 현장 경험 분석을 중심으로

5.1. 고독사의 '문제화'

> 우리나라에는 옛날부터 자랑스러운 미덕으로 되어있는 것이 효도다. …최소한 부모를 부양하는 책임은 다하지 않으면 안된다. 구미에서도 핵가족화의 심화가 빚어내는 문제에 대해 지금 심각한 반성이 일어나고 있다. 예를 들면 영국의 「런던타임즈」는 최근 "핵가족시대라고 해서, 부모를 **고독사**하게 해서 좋은가. 동양식의 대가족주의에서도 배울 것은 배워서 부모의 신변을 돌보아야 할 것이다"라는 사설을 써서 경종을 울리고 있는 것이다… (경향신문.1973.강조는 필자)[406]

이 글에서 소개하는 기사는 1973년 경향신문에 실린 것으로, 한국 언론에서 '고독사'라는 용어가 처음 사용된 사례로 추정된다. 해당 기사는 서구 사회에서 핵가족화가 심화되면서 발생할 수 있는 문제들을 경계하는 내용으로 구성되어 있으며, 기사는 "부모를 고독사하게 해서 좋은가"라는 강한 표현을 인용하며 돌아가실 때까지 부모를 부양하는 동양식 대가족주의의 정신을 잊어서는 안된다고 강조하고 있다. 1977년 한 기사에서는 스웨덴에서 홀로 거주하던 노인이 사망한 뒤 3개월 후에야 발견된

사례를 통해 복지국가의 이면에 존재하는 "소외와 고독, 비인간적인 제도"를 지적하였다.[407] 1982년에는 서독에서 서독 뮌헨에서 자식이 있는 한 노인이 홀로살던 아파트에서 죽은지 7년만에 시체로 발견된 사건을 소개되며 이러한 "불가능한듯한" 일이 서독에서는 일어나고 있다고 소개한다.[408]

이처럼 과거 한국 언론은 고독사를 주로 외국 사례를 통해 소개하며 핵가족화의 부정적 결과로 인식하고 경계하는 시선을 보였다. 그러나 불과 반세기 만에 한국 사회는 전혀 다른 국면을 맞이하였다. 2000년대 중·후반부터 고독사와 사회적 고립이 사회적 문제로 주목받기 시작하였으며, 한때는 고독사가 '혼자 사는 노인'의 문제로 간주되어 독거노인 등 일부 취약계층에 대한 관리와 지원에 한정되었다. 그러나 최근 중·장년층과 청년층에서도 고독사 사례가 발생하면서, 이는 특정 개인이나 연령대의 문제가 아닌, 다양한 생애주기를 아우르는 사회적 문제로 인식되기 시작했다. 고독사는 더 이상 '남의 나라

406) 경향신문, "핵가족화 경향과 부모의 보양 문제". 1973.8.16.일자
407) 동아일보, "코펜하겐 노인천국「요람에서 무덤까지」보장된 사회복지. 1977.1.19.일자
408) 조선일보, "잊혀진 죽음… 7년만에 발견". 1982.6.24.일자

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

문제'가 아니며, 국내 언론은 관련 소식을 거의 매주 보도하고 있다. 나아가 한국은 세계 최초로 '고독사 예방법'을 제정·시행한 국가가 되었고, 고독사를 예방해야 할 정책적 과제로 적극 다루고 있다.

2021년 시행된 「고독사 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조는 2024년 일부 개정을 거쳐, 고독사를 "가족·친척 등 주변 사람들과 단절된 채 사회적 고립 상태에서 생활하던 사람이 자살·병사 등으로 임종하는 것"으로 정의한다. 이 정의는 시간이 흐르며 여러 차례 수정되었는데, 과거에는 '홀로 사는 사람'이나 '시신이 일정 시간이 흐른 후 발견되는 죽음'을 고독사의 기준으로 삼았으나, 현재는 '사회적 고립 상태'라는 보다 포괄적인 개념으로 확장되었다. 보건복지부 자료에 따르면, 고독사로 인한 사망자는 2020년 3,279명에서 2023년 3,661명으로 꾸준히 증가하고 있다.[409] 하지만 '사회적 고립 상태'를 구체적으로 정의[410]하고 측정하기 어렵다는 실무적 한계가 지속되고 있으며, 이로 인해 정확한 통계 구축 및 원인 파악이 쉽지 않은 상황이다.[411] 동시에 사회적 고립이 건강에 미치는 부정적 영향은 다양한 연구에서 확인되고 있다. 최근 연구에 따르면, 사회적 고립은 사망률 증가와 밀접한 관련이 있으며,[412] 사회적으로 고립된 사람들은 그렇지 않은 사람들보다 근골격계 질환과 중증 우울증과 같은 건강 문제를 겪을 위험이 높고, 신체활동 부족, 불균형한 식단, 향정신성 약물 사용 등 건강에 해로운 행동을 할 가능성도 더 큰 것으로 나타났다.[413] 또한, 존스홉킨스 의과대학의 연구에서는 사회적으로 고립된 고령자가 그렇지 않은 고령자보다 치매 발병 위험이 27% 더 높다는 사실이 밝혀졌다.[414] 이러한 결과들은 고립의 문제가 중대한 건강 문제임을 시사한다.

하지만 고독사 현상을 분석하는 데 있어 직면하는 주요한 어려움 중 하나는 의료 기록의 부재 혹은 불충분함이다. 이는 단순히 자료 부족의 문제가 아니라, 고독사를 기존의 의료적 틀 내에서 설명하고 대응하려는 접근 방식의 근본적 한계를 드러낸다. 실제로

---

409) 보건복지부(2024). 2024년 고독사 실태조사 결과 발표 자료.

410) 국내외에서 논의된 사회적 고립의 개념을 살펴보면, 가장 중심적인 요소로 '사회로부터의 고립'이 포함되는 경우가 많았다. 이는 사회적 관계망, 사회적 접촉, 지역사회와의 단절, 사회적 상호작용, 사회참여 등의 측면을 포괄한다. 이와 함께 '사람으로부터의 고립'도 중요한 요소로 다루어졌으며, 타인과의 관계, 개인적 연계망, 비공식적 지원체계와의 교류, 타인과의 접촉 및 상호작용 등이 이에 포함되었다.(곽미선, 박지영, 2024)

411) 곽미선, 박지영(2024). "사회적 고립 및 은둔의 국내 연구 동향 분석: 청년을 중심으로." 청소년학연구 31.8: 195-218.

412) Imamura, K. et al.(2024). Social isolation, regardless of living alone, is associated with mortality: the Otassha study. Frontiers in Public Health, 12, 1365943.

413) Hämmig, O. (2019). Health risks associated with social isolation in general and in young, middle and old age. PloS one, 14(7), e0219663.

414) Huang, Alison R., et al. (2023). "Social isolation and 9-year dementia risk in community-dwelling Medicare beneficiaries in the United States." Journal of the American Geriatrics Society 71.3: 765-773.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

고독사 사례 중 상당수는 생전 의료기관과의 지속적인 접촉이 이루어지지 않았으며, 특히 사망 직전에는 의료 이용이 급감하는 경향을 보인다. 한 연구에 따르면, 고독사자들의 외래 방문 일수는 사망 5년 전부터 1년 전까지는 점차 증가하는 양상을 보이다가(15.4일 → 17.4일), 사망 직전 1년간, 특히 마지막 3개월 동안 외래 방문과 입원은 현저히 감소하였다.[415] 응급실 이용은 소폭 증가했으나, 정기적이고 계획적인 의료 이용은 급격히 줄어드는 특징적인 패턴을 보였다.

사회적 고립과 의료 이용 감소 간의 관계는 단순히 물리적 의료 접근성 문제만은 아니다. 사회적 관계망의 단절은 다음과 같은 여러 차원에서 의료 이용에 영향을 미친다. 첫째, 정기 진료나 입원은 대부분 주변의 권유, 가족의 돌봄, 지인의 도움 등이 있어야 지속되는데, 관계망이 끊기면 아프더라도 병원에 가는 결정을 내리지 않거나 질병을 방치하게 된다. 둘째, 우울증이나 알코올 중독, 정신질환이 있으면 자기 몸을 돌보려는 의지 자체가 약화된다. 실제로 고독사자 중 상당수가 기분장애와 알코올 관련 질환을 가지고 있었으며, 이는 치료 회피 또는 포기 상태에 빠졌을 가능성을 시사한다.[416] 셋째, 노인이든 중장년이든, 의료적 결정 과정에는 '누군가의 손길'이 필요하다. 입원·치료 시 동의서, 간병, 복약 관리 등은 가족이나 보호자가 없으면 진입 장벽이 매우 높아진다. 마지막으로, 병원과의 신뢰, 과거 진료 경험, 복지 서비스 연결 여부 등 시스템적 연속성이 단절되었을 때, 고립된 개인은 점점 의료 시스템 바깥으로 밀려난다.

또한 고독사 현상을 보다 명확히 이해하기 위해서는 '근인(近因)'과 '원인'을 구분할 필요가 있다. 근인은 특정 사건의 직접적 계기를 의미하며, 원인은 이러한 근인이 발생하게 된 배경적 요인을 포함한다. 이 둘은 시간적·논리적 순서와 반드시 일치하지 않으며, 서로 독립적으로 작용할 수도 있다. 이러한 이유로, 사망진단서에 기재된 근인만으로는 질병이나 죽음의 결정적 원인을 충분히 설명하기 어렵다. 특히 스트레스, 생활습관, 주거환경, 사회적 고립 등과 같은 사회적·환경적 요인들은 의학적 인과관계의 틀 안에서는 온전히 포착되기 어렵다. 이러한 한계를 잘 보여주는 사례로 법의학적 부검 자료를 통해 고독사 사례를 분석한 결과, 상당수의 사망 사례가 사인 불명(81.9%)으로 기록되었으며, 부검 이후에도 사인이 밝혀지지 않은 경우가 56.3%에 달하는 등, 원인을 명확히 규정하기 어려운 죽음이 빈번하게 발생하고 있음이 드러났다.[417]

결국 고독사는 단순한 생물학적 혹은 인구학적 요인(고령화와 저출산, 비혼율 증가, 1

---

415) Bai, H., Lee, J. R., Kang, M. J., Jun, Y. H., Koo, H. Y., Yun, J., ... & Lee, H. (2025). Who Dies Alone? Demographics, Underlying Diseases, and Healthcare Utilization Patterns of Lonely Death Individuals in Korea. Journal of Preventive Medicine and Public Health, 58(2), 218.

416) 앞의 책.

417) 나주영(2023). "법의부검 자료를 통한 대한민국 고독사에 관한 고찰." 한국보건사회연구 43.4: 274-288.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

인 가구 증가 등), 낮은 의료 접근성, 단일한 사건(이혼, 사별, 실직 등)으로 설명되기 어려우며, 다양한 생물학적·심리학적·사회구조적 요인이 중첩된 복합적 현상이다. '고독사 위험군' 또한 특정 연령대나 생활습관으로 일률적으로 분류하기 어려울 만큼 이질적이며, 그에 따라 필요한 지원 역시 다양하다. 특히 고독사의 전조로 여겨지는 사회적 고립은 정의와 측정 모두에 어려움이 따른다. 예를 들어, 자발적으로 관계를 단절했거나 연락하는 지인은 있지만 실질적인 돌봄을 기대하기 어려운 경우처럼, 표면적으로 드러난 관계만으로는 고립의 정도를 판단하기 어렵다.

이러한 원인의 모호성과 다층성은 고독사 혹은 사회적 고립을 단일한 원인이나 개인적 차원으로 환원할 수 없음을 시사한다. 또한 이는 고립이 건강에 미치는 부정적 영향이 여러 연구를 통해 확인되었음에도 불구하고, 보건의료 영역에서 고독사 문제가 충분히 조명되지 않는 이유를 일정 부분 설명해준다. 고독사 문제 주변을 부유하는 '외로움'에 내재된 정동, 가족중심주의, 안정된 직장의 부재, 열악한 주거 공간 및 근린 환경, 교육과 돌봄의 결핍 등은 '의학적' 언어로 번역 및 소통될 수 없는 바깥의 언어로 받아들여지기 때문이다. 이러한 원인을 파악하기에 기존 의료의 '건강' 개념은 매우 협소하다.

현재 한국 정부는 고독사 문제를 사회 구조적 위기로 인식하고 제도적 대응에 적극 나서고 있다. 2021년 「고독사 예방 및 관리에 관한 법률」 시행 이후, 2023년에는 「제1차 고독사 예방 기본계획(2023~2027)」을 수립하여 중앙정부 차원의 종합대책을 추진하고 있다. 이 계획은 고독사 위험군 조기 발굴, 사회적 연결 강화, 생애주기별 지원, 사후 지원 및 통계 구축이라는 네 가지 전략을 중심으로 구성되어 있다. 정부는 전국 단위 실태조사를 통해 고독사 위험계층을 파악하고, 심리상담·치료 지원과 정기 안부확인 서비스를 제공하며, 취약 가구에 스마트 플러그·화재·낙상 감지기 설치 등의 지원사업을 전개하고 있다. 또한 중앙 및 지방에 고독사 예방 협의체를 구성하여 경찰·소방·우체국·지역단체 등이 참여하는 민관 공조체계를 강화하고 있다.

서울시 등 지방자치단체 차원에서도 고독사 예방을 위한 다양한 정책이 추진되고 있다. 서울시는 '고립은둔청년 지원 종합대책'과 연계하여 은둔형 외톨이 청년에게 방문 상담과 커뮤니티 프로그램을 제공하고, 중·장년 1인 가구에는 요리 교실, 공동 식사 모임 등을 지원하여 사회 재참여를 돕고 있다. 24시간 외로움 상담콜센터 개설, AI 카카오톡 챗봇 상담 도입 등 비대면 심리지원도 시작되었다. 2024년에는 '외로움 없는 서울' 계획을 발표하고, 향후 5년간 4,513억 원의 예산을 투입하여 고립 예방부터 사회복귀 지원까지 아우르는 대책을 추진하기로 했다.[418]

이처럼 고독사, 사회적 고립 문제에 대한 현재의 정책적 대응은 모니터링 기술의 정교

418) 오마이뉴스. "'외로움 없는 서울'에 총 4513억 투입, 오세훈 "고립·은둔 해결"". https://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0003072396(2025년 6월 1일 접속)

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

화, 위험군의 리스트화, 법제화 중심의 체계 구축이라는 특징을 보이며 점차 구조화되고 있다. 정부와 지방자치단체가 추진하는 고독사 예방 사업은 주로 '고독사 고위험군' 혹은 '사회적 고립가구'를 설정하고, 이들을 조기에 '발굴'하여 개입하는 방식으로 이루어진다. 이러한 접근은 특정 집단을 선별하여 집중적으로 개입함으로써 건강 문제를 예방·완화하고자 하며, 자원의 효율적 분배와 조기 개입을 통한 위험 감소라는 측면에서 일정한 효과를 기대할 수 있다.

하지만 돌봄 전략의 적절성을 평가하기 위해서는, 현재의 정책들이 어떠한 문화적 논리와 의미 체계 속에서 고독사와 사회적 고립을 '문제화'하고 있는지 먼저 살펴보아야 한다. 고립과 고독사는 단순한 객관적 현상이 아니라, 특정한 사회적·역사적 맥락 속에서 구성되고 의미가 부여된 문화적 범주다. 정책이 고독사를 어떻게 명명하고, 어떤 언어로 서술하며, 어떤 대응 방식을 '자연스러운 것'으로 상정하는지는 단순한 행정적 선택이 아닌, 우리 사회가 돌봄, 관계, 죽음에 부여하는 가치와 의미를 반영한다. 따라서 이 글은 고독사 예방 정책의 표면적 내용뿐 아니라, 그 기저에 깔린 문화적 전제와 분류 체계, 그리고 이것이 현장의 실천가들과 당사자들의 일상 경험 속에서 어떻게 해석되고, 협상되며, 때로는 저항받는지를 면밀히 들여다보고자 한다.

이러한 관점에서 볼 때, 현재의 돌봄 전략이 고립의 복합적 양상을 얼마나 섬세하게 포착하고 있는지 질문할 필요가 있다. 고립가구 당사자들이 경험하는 시간의 리듬, 그들이 거주하는 물질적·사회적 환경의 특성, 그리고 이들이 발휘하는 생존과 적응의 다양한 실천들은 정책이 상정하는 표준화된 도식으로 온전히 번역되기 어렵다. 본 연구는 실제 현장에서 사회복지사들이 당사자들과 맺는 관계의 시작부터, 그들이 제도적 언어와 현장의 언어 사이에서 느끼는 간극과 긴장을 분석함으로써, 고독사와 사회적 고립에 대한 '좋은 돌봄'을 구성하기 위한 윤리적·실천적 조건을 도출하고자 한다. 이는 문제에 대한 대응으로서의 정책적 흐름과 현장의 실천 사이의 간극을 드러내는 동시에, 그 속에서 새롭게 상상할 수 있는 돌봄의 가능성을 모색하는 작업이기도 하다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

5.2. 사회적 고립가구 지원사업 현장 사회복지사의 실천 경험 분석

5.2.1. 연구 개요

본 장은 사회적 고립가구 지원사업 초기 단계에 참여한 사회복지사들의 현장 경험을 재분석하여, 고독사 및 사회적 고립 문제에 대한 정책적 접근과 실천적 대응 사이의 구조적 간극과 인식론적 긴장을 다층적으로 살펴보고자 한다. 이를 통해 고독사 예방 정책이 전제하는 돌봄의 논리가 실제 현장에서의 돌봄 실천과 어떻게 교차하거나 충돌하며, 때로는 재구성되는지를 비판적으로 검토한다. 나아가 고독사를 단순한 사회 문제가 아니라, 기존의 문화적 담론과 규범적 가치가 복합적으로 작용한 결과로 파악하며, 정책과 실천의 경계를 비판적으로 분석함으로써 고독사 및 사회적 고립에 대응하는 좋은 돌봄의 윤리적 가능성을 모색하고자 한다.

본 연구는 사회복지 현장에서 고독사 및 사회적 고립가구 지원 사업에 참여한 사회복지사들의 현장 경험과 돌봄 실천에 대한 심층적 이해를 위해 질적 연구 방법론을 채택하였다. 특히, 사회복지사들의 경험과 돌봄 실천에서 드러나는 정책적 접근과 실제 현장 실천 사이의 구조적 간극과 인식론적 긴장을 다층적으로 분석하고자 하였다. 이를 위해 연구는 사회복지사들의 개인적 경험과 사례들을 심도 있게 탐색하는 질적 사례 연구(qualitative case study) 방법론을 기반으로 수행되었다.

질적 사례 연구(qualitative case study)는 특정한 맥락에서 발생한 복합적이고 실질적인 현상을 탐구하기 위한 연구 방법으로, 개별 사례를 깊이 있게 분석하여 현상에 내재된 맥락과 역동성을 총체적으로 이해하는 데 강점이 있다.[419] 본 연구에서 사례 연구 방법론은 사회복지사들의 개별적이고 구체적인 경험을 면밀히 조사함으로써 사회적 고립과 돌봄의 현실을 정책적 이상과의 관계 속에서 입체적으로 분석하는 데 활용되었다.

사회적 고립가구 지원 사업의 초기 현장 경험에 관한 사회복지사들의 인식, 경험, 감정, 관계 형성 방식 등을 총체적이고 다차원적으로 이해하기 위해, 연구자는 기존 심층 면담 자료를 재분석함으로써 돌봄 실천과 정책적 이상 간의 긴장과 모순을 탐색하였다. 이러한 분석을 통해 돌봄 실천이 현장에서 어떠한 방식으로 전개되고 있으며, 이를 통해 정책적 목표가 현장 실천에서 어떻게 재구성되고 있는지를 비판적으로 고찰하였다.

또한 다음과 같은 질문들을 중심으로 고독사와 사회적 고립에 대한 제도적 대응과 현장 실천의 관계를 살펴보고자 한다. 첫째, 고독사 예방 정책이 전제하는 '위험 징후의 조

419) Priya, A. (2021). Case study methodology of qualitative research: Key attributes and navigating the conundrums in its application. Sociological Bulletin, 70(1), 94-110.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

기 발견'이라는 접근은 고립과 돌봄을 어떻게 개념화하고 있으며, 이러한 개념화는 현장의 실천 경험과 어떤 방식으로 교차하거나 긴장을 형성하는가? 둘째, 사물인터넷(IoT) 기반의 감지 기술과 예측 시스템은 돌봄을 어떤 방식으로 구성하고 있으며, 이러한 기술 중심 접근이 현장 실천에 미치는 영향은 무엇인가? 셋째, 지원 과정에서 반복적인 거절과 예측 불가능성이 동반되는 상황 속에서, 사회복지사들은 돌봄 관계를 어떻게 형성하고 조율하는가? 본 연구는 이와 같은 질문들을 통해 고독사 대응을 둘러싼 제도적 담론과 현장 실천 사이의 간극을 분석하고, 돌봄의 시간성·환경성·역량에 대한 이해를 확장하고자 한다.

본 연구는 심층면담(in-depth interview) 자료의 이차적 분석(secondary analysis)을 사용하였다. 여기에서 활용한 심층면담 자료는 2022년 7월부터 8월까지 서울 지역의 종합사회복지관에서 근무하며 최소 6개월에서 최대 17년의 사회적 고립가구 지원 경험을 가진 사회복지사 5인을 대상으로 구축된 것이다.[420] 면담은 반구조화된 질문지를 사용하여 수행되었으며, 면담 시간은 각 대상자당 약 1~2시간이 소요되었다. 참여자들은 자신들의 고립가구 지원 활동 과정에서 겪은 경험과 감정, 갈등, 긴장, 즉흥적인 대응 방식 및 제도와의 상호작용에 대해 자유롭게 이야기하였다.

또한 본 연구는 2022년 6월 중순경 연세대학교 세브란스병원 임상연구보호센터(Institutional Review Board) 심의의 승인을 받았으며, 이에 따라 연구의 목적, 방법론, 진행 과정에 있어 엄격하게 윤리적인 고려를 반영하고자 했다

분석 과정에서 연구자는 이론적 민감성(theoretical sensitivity)을 기반으로 자료를 반복적으로 검토하고 주제별 코딩(thematic coding)을 통해 의미 있는 주제와 패턴을 도출하였다. 자료의 분석은 돌봄 실천이 가지는 현장성과 정책적 규범 사이의 갈등과 긴장에 초점을 맞추었으며, 이를 통해 사회적 고립 및 고독사 대응에 있어 제도적 개입과 현장 실천의 복합적 상호작용을 다층적으로 해석하였다. 또한, 돌봄 실천의 윤리적 가능성과 제약을 탐구하며, 사회복지사들의 돌봄 접근과 관련된 현장 경험의 구체적인 맥락을 상세히 기술하였다. 또한 이 기술을 토대로 본고에서 제시한 '돌봄의 논리' 유형을 기반으로 분석을 시행하였다.

면담에 참여한 사회복지사들은 모두 서울 지역의 종합사회복지관에서 근무하며 사회적 고립가구 지원사업을 담당하고 있는 전문가들로, 최소 6개월에서 최대 3년까지의 고립가구 지원 경험을 보유하고 있었다. 이들은 고립가구 발굴부터 지원, 사례관리, 지역사회 자원 연계에 이르기까지 다양한 실천 경험을 축적해왔으며, 이 과정에서 정책과 현장 실천 간의 긴장과 모순 속에서 즉흥적이고 유연한 방식으로 대응해왔다.

---

420) 해당 면담 자료는 선행 연구인 <사회적 고립가구를 지원하는 사회복지사의 지원 경험에 대한 질적 연구>(차현재 외,2023)에서 사용된 원자료임을 밝힌다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

표 8. 연구참여자의 일반적 특성

참여자	성별/연령대	총 경력(고립가구 지원 경력)	소속 기관	지속적으로 지원중인 인원 수	거주 형태
A	남성/30대	14년(1.5년)	종합사회복지관	70-80명	다세대 주택
B	여성/20대	4년 9개월(0.5년)	종합사회복지관	20명	다세대 주택 쪽방, 고시원
C	여성/20대	2년 2개월(1.1년)	종합사회복지관	40명	다세대 주택, 쪽방, 고시원
D	여성/30대	16년(2.5년)	종합사회복지관	45-50명	다세대 주택
E	여성/40대	17년(3년)	종합사회복지관	100명	임대 아파트

참여자 A는 면담 참여자 중 유일한 남성 사회복지사로, 다가구 주택가에서 중장년층 고립가구를 찾아 지원하는 일을 통해 '발품 팔이'의 중요성을 체득하였다. 단순한 모니터링보다 관계를 만들기 위한 '제안자'와 '지지자' 역할을 강조하는 그는, 고립된 이들이 식생활 지원이라는 작은 접점을 통해 세상과 다시 연결될 수 있도록 돕는다. 그는 복합적 문제를 가진 고립가구를 발굴하고 접근하는 과정에서 지역 통장님, 부동산, 고시원 관리자 등 지역 안에서 신뢰 관계를 쌓는 것의 중요성을 강조한다. 참여자 A에게 고립가구 지원은 무거운 '고독사 예방'이라는 프레임보다 누군가의 문을 두드리고 작은 접점을 만들어 세상과 다시 연결될 수 있는 '기회의 창'을 열어주는 것에 초점을 맞추고 있다.

참여자 B는 도심 쪽방촌에서 고립된 이들을 만나며 '골목골목에 혼자 병들어가는 사람들'의 현실을 마주한 젊은 여성 사회복지사다. 그녀에게 고립 가구 지원 활동은 단순한 업무 분장 이상의 의미를 가졌으며, 특히 자신과 비슷한 나이대의 청년들을 상담하며 감정적 동일시를 경험했다. 그녀는 대상자들과의 신뢰 관계 구축을 위해 익명 펜팔 프로

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

그램을 운영하는 등 창의적 접근법을 시도했으며, 이들에게 가장 필요한 것은 '단지 판단하지 않고 이야기를 들어주는 사람'이라는 점을 강조했다. 그녀는 고립 가구 지원 경험을 통해 현대 도시의 고립 현상이 점진적 관계 단절과 '비빌 언덕'의 부재에서 비롯된다는 점을 깨달았다.

참여자 C는 고립가구 지원 사업에서 현장 경험과 재단 차원에서의 지원 역할을 모두 경험하였다. 그녀는 고시원과 여관을 직접 방문하며 중장년 남성을 만났고, 관계 형성에는 절대적 '시간'이 필요하다는 통찰을 얻었다. 처음에는 거절하던 한 남성이 6개월 후 마음을 열고 결국 암 진단과 치료까지 이어진 사례는 그녀에게 특히 의미 있는 경험이었다. 또한 공통의 취미로 자연스럽게 관계를 형성할 수 있는 지역사회 공간과 다양한 기관이 연계된 지원 네트워크가 필요하다고 강조하였다.

참여자 D는 16년 경력의 사회복지사이지만 고립가구 지원 사업에서 '사회복지를 다시 한다는 느낌'을 경험하였다. 그녀는 고시원과 여관을 오가며 중장년 남성들과 청년들의 깊은 정서적 고립을 관찰했다. 그녀가 개발한 지역상점 쿠폰 시스템은 단순한 생활 지원을 넘어 고립된 사람들이 지역사회와 접촉하는 창구가 되었다. 또한 그녀는 공공근로나 자활 프로그램이 돈을 주는 수단에 그치는 현실을 지적하며, 지역사회에 기여하면서 존중받을 수 있는 중장년층을 위한 실질적 일자리 창출의 시급성을 강조했다.

참여자 E는 영구 임대 아파트 단지에서 17년간 사회복지사로 일하며, '혼자는 살되 홀로 살지 않는 마을'을 만들기 위해 헌신하는 중장년 고립가구 지원 실천가이다. 자살예방 사례 관리에서 시작하여 고립 가구 지원 사업으로 이어진 그녀의 활동은 생활 밀착형 서비스를 통해 주민들이 서로를 챙기는 관계망을 형성하는 데 중점을 두었다. 그녀에게 고립가구 지원은 '내 방에서 불 켜기'부터 시작하는 단계적 회복의 과정이며, 이를 위해서는 사회복지사의 인내심과 지구력이 필수적이라고 강조하였다.

본 연구는 단순히 사회복지사들의 경험과 돌봄 실천을 나열하는 데 그치지 않고, 해당 실천이 내포하는 돌봄의 논리와 가정, 그리고 그것이 정책적 방향성과 맺는 관계를 분석하고자 한다. 특히 각 돌봄 논리가 현장에서 어떻게 발현되고 충돌하며, 사회복지사들이 이러한 긴장을 어떻게 조정하고 협상해나가는지에 초점을 맞출 것이다.

5.2.2. 보이지 않는 징후를 발굴하다

고독사 현상은 단순한 사회문제를 넘어 문화적 담론과 규범적 가치가 복합적으로 작용하는 사회적 구성물이다. 고독사 개념의 역사적 변화를 살펴보면, 일본에서 '고독사(孤獨死, kodokushi)'라는 용어는 1970년대 독거노인의 쓸쓸한 죽음을 계기로 처음 등장하였다. 닐스 달(Nils Dahl)은 이후 일본의 고독사 담론 전개 과정을 네 가지 단계로 분류한다.[421] 1970-80년대에는 고독사가 "놀라움, 불쾌감"을 주는 비정상적 사건으로 여겨져 지

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

식인들 사이에 사회적 고립에 관한 학문적 관심이 증가했고, 1995년 고베 대지진 후에는 임시대피소에서 5년간 230여명이 고독사한 사건이 대대적으로 보도되어 자연재해와 “불안정한 고용상태”가 결합된 현상으로 인식되었으며, 이후 빈곤, 비정규직 및 사회적 배제 맥락에서 논의가 발전하다가, 2010년 이후에는 NHK의 ‘무연(無緣)사회’ 다큐멘터리와 아사히 신문의 ‘외톨이의 나라(kozoku no kuni)’ 명명으로 고독사는 쇠퇴하는 ‘사회의 징후’로 제시되며 특정 재난이나 불안정한 생활환경을 넘어 ‘모든 사람에게 잠재적으로 가능한 죽음’으로 인식되기 시작했다.

이러한 고독사 개념의 변화는 단순히 개념적 진화가 아니라, 사회가 돌봄과 관계의 단절을 어떻게 이해하고 반응하는지를 보여주는 중요한 지표다. 닐스의 분석에 따르면, 고독사는 단지 개인의 고립된 죽음이 아니라, 사회가 ‘좋은 삶’과 ‘바람직한 죽음’의 규범을 구성하고 내면화시키는 하나의 통치 장치로 작동하며, 시민 스스로 이러한 규범을 따르도록 유도하는 역할을 수행한다.[422] 일본에서 ‘무연’(muen)이라는 개념 또한 본래 불교 문헌에서 유래한 것으로, 세속적 유대 관계를 끊은 사람들의 생활양식을 의미했으며, 중세시대까지는 ‘자유’와 ‘독립’을 의미하는 긍정적 개념이었다. 그러나 16세기 말 중앙집권화 이후 점차 부정적 의미로 변화했으며, 현대에 이르러서는 사회적 유대의 상실이라는 부정적 의미만을 지니게 되었다.[423] 이는 관계의 단절에 대한 사회적 인식이 어떻게 ‘문제’로 등장하게 되는지를 보여주는 사례이다.

한국에서는 점차 고독사 문제에 대한 사회적 관심이 높아지면서, 서울시는 2019년부터 ‘사회적 고립가구 지원 사업’을 시작했고, 2022년에는 이를 전국으로 확대하였다. 이 사업은 제도적 지원의 사각지대에 놓인 고립가구를 발굴하고, 이들의 일상 회복을 위한 예방적 돌봄 체계를 구축하는 데 목적을 두고 있었다. 사업 안내문에서 정의된 ‘사회적 고립가구’는 가족과의 단절(공간 고립), 사회적 관계의 부재(관계 고립), 정보 접근의 어려움(정보 고립) 등을 복합적으로 겪는 가구로 명시되어 있었다. 하지만 이러한 제도적, 도식적 정의는 현장의 복잡한 현실을 충분히 안내해주지 못했고, 사회복지사들은 분명하지 않은 기준 속에서 고립의 징후를 스스로 감지하며 실천을 시작해야 했다.

사회적 고립을 판별하기 위한 정량적 도구나 가이드라인은 미비했고, 기존에 활용되던 고립도 측정 척도들은 복잡한 현실을 반영하기에는 지나치게 단선적이었다. 참여자 B가 지적하듯, 오랜 기간 고립된 삶을 살아온 이들은 오히려 낮은 점수를 받는 경우도 있었으며, 이로 인해 고립의 실질적 깊이나 맥락이 오히려 은폐되었다. 참여자 C는 “그거 척

421) Dahl, N. (2020). Governing through kodokushi. Japan’s lonely deaths and their impact on community self-government. Contemporary Japan, 32(1), 83-102.
422) 앞의 책.
423) Kawashima, T. D. (2022). The relationless Japanese society and the practices of belonging during the COVID-19 pandemic. Asian Studies, 10(1), 45-68.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

도는 설문지는 그냥 의례적으로 한번 해보는 거고…”라고 말하며, 실제 판단은 서면 기준이 아니라, 대면 상담을 통해 직관적으로 파악하게 된다고 회상한다. 하지만 이러한 제도적이고 도식적인 정의는 현장의 복잡한 현실을 충분히 안내해주지 못했고, 사회복지사들은 분명하지 않은 기준 속에서 말 그대로 고립의 ‘징후’와 ‘흔적’을 스스로 탐지해나가야 했다.

참여자 D는 ‘핸드폰 명의 변경’과 같은 일상적인 일을 도와줄 사람이 없는 당사자들을 마주하며, “주변에 그런 사소한 걸 알려줄 사람이 없어… 아, 이래서 고립가구구나”라고 느꼈다고 말한다. 이는 고립을 단순히 인구학적 분류나 관계의 수로 환원할 수 없음을 잘 보여준다. 복지사들은 추상적인 ‘고립’ 개념을 제도 바깥의 일상 경험을 통해 구체화하며, 정량적 기준으로는 파악할 수 없는 돌봄의 필요성을 실천 속에서 감지해 나가고 있었다. 이러한 실천적 정의는 사회적 고립을 추상적인 수준보다는 구체적이고 일상적인 차원－예컨대 계좌 개설이나 명의 변경과 같은 행위에서 드러나는 관계의 부재－에서 재고하게 만드는 계기가 되기도 한다.

‘사회적 고립가구 지원 사업’이 처음 시행되던 시기, 사회복지사들은 많은 혼란과 어려움에 직면했다. 당시에는 사회적 고립을 판단할 수 있는 명확한 측정 가이드라인이나 표준화된 기준이 부재했으며, 기존의 척도(예: 사회적 고립도 측정 도구 등)만으로는 고립의 복합적 현실을 충분히 반영하기 어려웠다. 특히 오랜 기간 고립 상태에 익숙해진 대상자의 경우, 실제 고립 상태와 무관하게 낮은 점수가 나오는 등(참여자 B) 정량적 척도로는 고립의 깊이와 맥락을 포착하기 어려운 한계가 있었다. 이로 인해 사회복지사들은 각자의 기관 지침이나 현장 경험에 의존해 고립 가구를 판별하고 지원해야 했고, 그 과정에서 상당한 판단의 부담과 불확실성을 감내해야 했다.

“사회적 관계 척도나 그 사람의 고립인지 아닌지를 판단할 수 있는 어떤 자료가 마땅치가 않아서 거의 그냥, 사실 그거 척도는 설문지는 그냥 의례적으로 한번 해보는 거고 거의 상담을 통해서 이 사람이 어떻구나 뭐 이런 식으로 좀 파악을 해서...”(참여자 C)

″OECD사회적 고립 척도를… 기관에서 자체적으로 변형해서 사용했었어요.″(참여자 C)

각 기관과 사회복지사는 존재하는 표준화된 기준 대신, 관계의 질, 생활 패턴, 주거 상태, 고지서 체납 여부, 음주 흔적, 식생활 규칙성, 정신건강 상태 등 다양한 요소를 종합적으로 고려하여 고립 수준을 평가하고 있었다. 이처럼 초기 단계에서는 정책이 지향하는 단순하고 명확한 기준과 절차가 존재하지 않았으며, 사회복지사들은 개별 상담과 맥락적 판단에 크게 의존할 수밖에 없었다. “발굴 자체가 어렵더라고요. 이분들이 어디 있는지 찾는 것 자체가 어려워요. 차라리 임대 아파트가 있으면 전수 조사를 한다든가 이러면 되는데, 저희는 고시원 빼고는 다 저런 연립주택인데 그 연립주택을 저희가 다 가서 ‘계세요?’ 이게 안 되죠.”(참여자 A) 고립가구의 발굴은 체계적인 절차보다 고시원마다 방문해서 협조 구하기, 상점에 홍보지 돌리기 등 사회복지사의 개별적 ‘발품팔이’와

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

직관, 지역사회와의 비공식적 관계망에 의존하는 실천이었다.

사회복지 경력 15년이 넘은 한 실무자는 이번 사업을 진행하면서 '일을 처음 배울 때와 비슷한 낯섦'을 경험했다고 언급하였다(참여자 D). 사회적 고립가구 지원사업은 기존 노인·저소득층 복지 경험과 달리, 주로 중장년층 1인가구를 대상으로 했기 때문이다. 기존의 노인복지 현장에서는 도움을 제공하면 감사 인사로 되돌아오는 경우가 많았던 반면, 고립가구—특히 자립성을 중시해온 중년 남성—는 이러한 지원을 '간섭'으로 받아들이며 문을 닫는 일이 빈번했다. 반복되는 거절은 사회복지사에게 심리적 위축과 소진을 야기했지만, 동시에 '후원 물품 전달'과 같은 보다 수용 가능한 방식의 우회적 접근을 현장에서 즉흥적으로 모색하게 만들었다.

이처럼 사회적 고립가구 당사자들과의 만남은 기존 사회복지 서비스의 도식인 '위험군 발굴 → 모니터링 → 개입 및 관리'라는 선형적 접근과 일치하지 않았다. 당시 고립가구 지원사업은 '위험군 발굴 → 평가 → 개입 → 관리'라는 일련의 단계적 절차에 기초한 가이드라인을 참조하고 있었으며, 이는 고립 상태를 '발견 - 진단 - 개입 - 회복'이라는 선형적이고 정적인 건강 모델에 근거해 구성한 것으로 해석될 수 있다. 하지만 실제로 고립의 형성과 해소는 이와 같은 선형적 과정으로 설명되기 어렵고, 회복 과정 또한 명확한 종결점을 상정할 수 없는 비선형적이고 불확실한 여정에 가까웠다.

사회가 고독사 및 사회적 고립가구에 대해 주목하게 된 이후, 서울시 등에서는 고독사 위험군을 판단하기 위한 지표(예를 들어, 상실감 누적, 공적 서비스 지원 여부, 이동성 등)를 설정하고,[424] 위험도에 따라 고립가구 유형을 분류하는 등 고위험군의 체계적 분류를 시도했다. 하지만 실제 현장에서 마주한 것은 '고위험군'의 범주만으로는 온전히 포착하기 어려운 고립가구 집단의 이질성이었다. 참여자 D는 "이게 고립으로 가면 문제가 완전히 다양하더라고요. 단순히 혼자 살고 경제적으로 어려워하면 오히려 심플해지는데", 경제적으로 풍족한 경우에도 주변 관계가 좋지 않은 경우, 경제적으로 어렵지만 공적 서비스를 지원 받지 않음에도 다양한 의존 체계에 속해 있는 경우 등 고립의 양상과 원인은 개인마다 상이하다. 또한 청년들의 경우 자신이 고립 상태라고 판단이 되더라도 이를 '입밖으로 꺼내지 않는'(참여자 B) 경우가 대다수였고, 중장년층의 경우 '고립이 만성화되어 이에 무감각해지는 경우'도 존재했다. 이는 사회적 고립이 단일한 인과 혹은 위험요인에 따라 분류되는 것이 아니라 개인의 생애주기와 맥락에 따라 다양한 형태와 원인을 가진 복합적 경험임을 보여준다.

따라서 고독사를 경험하는 개인들은 특정 직업군, 세대, 혹은 계층으로 일괄적으로 분류하기 어렵고, '사회적 고립감'이나 '외로움'과 같은 정동적 지표만으로도 포착되기 어렵다. 클라라 한(Clara Han)은 어떠한 개념을 사회학적 봄주로 설정하여 생성된 선험적 틀

424) 고숙자 외. "고독사 실태조사 설계 연구". 한국보건사회연구원. 2021-83.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

은 그 대상이 처한 다양한 환경milieu에 대한 탐색을 오히려 저해할 수 있다고 지적한다[425]. 고독사 고위험군의 설정 역시 통계적 동질성의 언어로 번역되고, 다시 정책적 실천을 위한 표준화된 관리 프로토콜로 환원되는 과정을 거치게 되며, 이는 결국 돌봄의 개입을 가능하게 하는 동시에 고유한 환경의 배제와 비가시화를 초래할 수 있다.

같은 맥락에서 현장 실천가들은 고립 관련 용어가 비판 없이 사용될 경우, 돌봄 실천에서 오히려 낙인과 수치심을 유발할 수 있다고 경고하였다. 특히 '고독사 예방'이나 '고립가구'와 같은 공식 용어는 대상자에게 낙인감을 유발하여 관계 형성을 어렵게 만들고, 실천 현장에서 오히려 접근을 가로막는 장벽으로 작용하기도 한다. "'고독사 예방 사업이에요. 저희는 사실 그 말씀을 못 드리겠거든요."(참여자 E)라는 증언은 이를 단적으로 보여준다. 실제로 중장년 남성 대상자의 경우, '혼자 살고 고시원에 산다'는 사실을 인식시키는 것만으로도 깊은 부끄러움을 경험하는 사례가 많았다. "그분들은 그런 어떤 사회적인 관념으로 인해서 자기가 실패했다고 생각하시는 경우가 많았거든요… 자기가 혼자 살고 고시원에 살고 이런 것들이 다 너무 부끄러운 거예요."(참여자 C)

한편, 사회복지사들의 돌봄 실천은 고정된 '돌봄 제공자-돌봄 수혜자' 구도 속에서 일방적으로 수행되지 않았다. "그분의 의지를 확인해야 되는 거예요, 저희는. 그 이후에 그분과 같이 가는 거죠"(참여자 E)라는 진술은 돌봄 관계의 출발점이 대상자의 목소리와 의지에 있음을 분명히 보여준다. "이분들은 단 한 번도 저희를 먼저 초대하지 않으셨거든요. 저희는 초대하지 않은 그분들의 삶에 사실은 침범한 사람들인 거예요"(참여자 E)라는 표현은, 돌봄 제공이 항상 환영받는 것이 아니며, 오히려 타인의 삶의 경계를 조심스럽게 넘나드는 일이 될 수 있음을 인식하고 있음을 드러낸다. 즉 돌봄 접근이 단순히 선의나 제도적 의무로 정당화되는 개입이 아니라, 언제나 긴장과 협상을 수반하는 관계적 과정임을 보여준다.

또한 현장의 실천가들은 고립과 그 해소 과정이 단일한 사건으로 발생하거나 단기간의 개입으로 해결되는 문제가 아니며, 오랜 시간에 걸친 관계 형성과 반복적인 접촉을 통해 서서히 이루어지는 과정임을 강조하였다. 고립은 어떤 극적인 계기로 갑작스럽게 생기는 것이 아니라, "스펙타클한 일이 일어나지 않고 되게 자연스럽게"(참여자 B), 일상의 흐름 속에서 점진적으로 형성되는 것일 수 있다. 고립에 대한 회복 또한 단기간의 개입으로는 판단하기 어렵다. 참여자 E는 이렇게 설명했다. "불키기부터 연습하는 분이 있다고 말씀드렸잖아요. 그러니까 하루, 해 뜨는 것과 해지는 것 자체를 모르는 채로 오랜 기간 지내신 분들이 많은 거예요". 고립가구에 대한 지원은 이처럼 일상의 기본적인 리듬조차 흐릿해진 삶의 조건 속에서, 각자의 상태와 속도에 맞춰 조심스럽게 진행되는 '느린 시간'의 실천이었다.

---

425) Han, C. (2018). Precarity, precariousness, and vulnerability. Annual review of Anthropology, 47(1), 331-343.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

“여기까지 오는데 한 3년 걸리는 것 같아요… 올해 정도부터 되니까 (이정도) 관계가 생기고…”(참여자 E). 이는 고립 해소의 과정이 장기간의 축적된 시간과 신뢰를 전제로 함을 보여준다. 또 다른 실천가는 다음과 같이 언급했다. “저는 종결을 안 했어요… 고립은 쉽게 회복되는 성질이 아니고, 관계는 잠깐만 흩어져도 다시 단절될 수 있어서.”(참여자 C) 이와 같은 경험은 제도가 전제하는 ‘사례 종결’이라는 개념이 실제 돌봄의 맥락과 쉽게 부합하지 않을 수 있음을 나타낸다. 따라서 고립 지원은 예측적 개입 혹은 선형적 모델로는 설명하기 어려운 관계의 시간성과 복잡성을 내포하고 있다.

이처럼 사회적 고립가구 지원 사업의 초기 단계에서 사회복지사들은 기존 사례관리 실천의 ‘위험군 발굴 → 평가 → 개입 → 관리’와 같은 선형적 접근을 암묵적으로 전제하였으나, 실제 현장에서는 이러한 도식과의 괴리를 경험하게 되었다. 시간적 측면에서 고립은 발견에서 회복으로 나아가는 일련의 단계나 명확한 ‘종결점’을 따르지 않았고, 장기적이며 비선형적인 흐름 속에서 서서히 드러나는 양상을 보였다. 고위험군의 환경 역시 단일한 방식으로 예측하거나 통제하기 어려운 이질적이고 불확실한 맥락을 지니고 있었다. 역량의 측면에서, 돌봄 제공자와 수혜자 간의 일방적 관계를 전제한 기존의 실천 방식과 달리, 실제 현장에서는 당사자의 의지와 참여 가능성을 존중하는 만남이 더욱 중요한 과제로 부각되었다. ““그니까 무조건 달라고 하시지 않으세요, 그 누구도. 물론 이제 농담처럼 하시기는 하지만, 나 이거 필요해, 저거, 이거 해줘 그러지 않으세요. 그래서 그런지 저도 어느 순간부터 이분들한테 뭐 해드린다는 말씀 잘 안 드리고요, 뭐 같이 할까요?” 이와 같은 참여자 E의 경험은, 실천가의 신중함 및 배려심뿐 아니라 고립가구 당사자가 단순히 도움을 받는 수동적 존재가 아니라 돌봄의 관계에 참여할지 여부를 스스로 판단하고, 자신만의 방식으로 관계를 조율해나가는 능동성을 지녔음을 드러낸다.

5.2.3. 죽음 감지 기술이 상상하는 돌봄

고독사의 개념과 의미가 사회적으로 구성되는 과정에서 언론 매체의 보도 방식은 결정적인 역할을 담당한다. 일부를 제외하고는 시민들이 고독사라는 현상을 직접 경험하기 어렵다는 점에서, 대중의 고독사 인식은 언론의 소식을 통해 간접적으로 형성될 수밖에 없다. 언론 보도에서 고독사는 주로 감각적이고 자극적인 시각적(부패한 시신, 빈 방), 후각적(악취, 썩은 음식) 묘사를 중심으로 재현된다. 최윤주 등에 따르면, 고독사 발견의 주된 계기는 ‘심한 악취 및 위생 문제로 이웃이 신고 또는 방문’한 경우와 ‘한동안 모습을 보이지 않아 이웃이 신고 또는 발견’한 경우로, 이러한 정보가 보도의 중심을 이룬다.[426] 이와 같은 보도는 악취, 부패한 시신, 황폐한 거주 공간 등의 감각적 요소에 초점

426) 최윤주, 전예빈, 신예림, 이수비.(2023). 신문에 보도된 고독사에 관한 탐색적 연구: 2012년~2022 년 기사를 중심으로. 정신건강과 사회복지, 51(1), 117-144.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

을 맞추어 고독사의 현장을 묘사하며, 독자들에게 직접적인 공포감과 혐오감을 유발한다.

이처럼 언론 보도에서 고독사는 단순한 개인의 죽음이 아니라 사회적 배제와 무관심이 빚어낸 비참한 사건으로 재현되며, 특히 '발견되지 않는 죽음'이 주는 두려움이 핵심적 서사로 부각된다. 시신의 부패 정도, 유품의 위치, 주거 공간의 훼손 등 발견 순간의 디테일에 초점이 맞춰지면서 관심은 당사자의 사망 원인이나 구조적 빈곤·고립 문제보다 '얼마나 오래 방치되었는가'라는 문제가 더욱 주목받는다. 이어서 보도는 사각지대를 감지할 IoT 센서나 AI 모니터링 같은 기술· 행정적 관리 장치를 해법으로 제시함으로써 '조기 발견'이 곧 문제의 해결이라는 인식을 강화하게 된다. 결국 언론 보도는 고독사를 '발견되지 않은 상태'가 유발하는 공포에 초점을 맞춘 예외적이고 개별적인 사건으로 구성하며, 이러한 프레이밍은 비가시적 죽음을 조기에 가시화하려는 기술·산업적 개입을 정당화하는 담론적 기반으로 작동하는 한편, 고독사를 초래하는 다층적 구조적 요인에 대한 사회적 성찰을 지연시켜 근본적 해결 방안의 모색을 곤란하게 만든다.

이러한 고독사의 '문제화'는 현상에 대한 문제 인식과 대응을 지나치게 단순화할 위험이 있다. 다수 언론은 충격적인 발견 장면에 서사를 집중하고, 누적적 배경에 대해서는 단편적 언급에 그치거나 생략하면서 고독사를 예기치 못한 사고처럼 재현한다. 이에 따라 대응을 위한 사회적 돌봄 책임, 구조적 개혁의 필요성은 가려지고, 해결 방향은 개인적·단편적 차원으로 축소된다. 특히 청년 고독사의 경우, 타 연령층보다 자발적 고립의 경향성이 높음에도,[427] 언론은 이러한 '자발성'을 낳는 청년의 노동시장, 주거 불안, 취약한 돌봄 체계 등의 맥락은 충분히 조명하지 못하고 있다.

이외에도 고독사는 대중매체와 디지털 플랫폼을 통해 반복적으로 재현되고 소비되는 현상으로 자리잡고 있다. 특수청소업체의 유튜브 콘텐츠가 대표적인 사례로, 빈 술병, 쌓인 배달 음식 용기, 청년의 이력서 등 고독사의 일상적 흔적을 구체적이고 감정적으로 묘사함으로써 시청자들의 직접적인 정서적 반응을 자극한다. 이러한 콘텐츠는 고독사를 개인의 비극적 상황과 강렬한 시각적 인상으로 압축한다. 비록 표면적으로 '사회적 경각심 환기' 및 '고인에 대한 애도'를 목적으로 하고 있으나, 실제로는 고독사 문제의 특정한 부분만을 자극적 이미지와 감정적 서사로 부각시킴으로써, 현상의 복합적이고 구조적인 맥락에 대한 고려 대신 고독사를 사적인 비극 혹은 개별적인 사건으로 환원시킨다.

그러나 고립가구 지원 현장에서 사회복지사들은 종종 다양한 측면에서 예측할 수 없는 순간들을 자주 마주한다. 먼저 고립은 경제적 어려움, 건강 악화, 주거 불안정, 사회적 단절 등 다양한 요인이 중첩되어 발생하며, 이는 단일한 개입 지점이나 표준화된 접근만으로는 대응하기 어려운 복합적 양상을 띤다. 특히 지원 과정에서는 약속 파기, 연락 차단과 같은 돌발적인 사건들이 예측을 무력화시키며, 체계적 관리를 더욱 어렵게 만들었

427) 김현옥, 김소형, 박해선. (2024). 청년의 고독생과 고독사: 언론보도와 학술연구에 관한 비정형 빅데이터 분석 중심. 비판사회정책, (85), 129-166.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

다. “내일 만나기로 했는데 안 나오고 번호를 차단한 적이 있었어요…”라는 한 사회복지사의 언급은 지원 도중 대상자와의 관계가 단 한 순간에 끊어질 수 있음을 보여준다.

사물인터넷(IoT) 기기를 통한 일상 데이터 수집, 빅데이터 기반의 위험군 예측, 인공지능(AI)을 활용한 비대면 안부 확인 등은 고독사 예방 전략의 핵심 수단으로 부상하고 있다. 예컨대, 대구광역시는 민간기업과의 협력을 통해 AI 음성 통화를 기반으로 식사 여부와 건강 상태를 점검하는 ‘CareCall’ 시스템을 도입하고, 생체신호 감지 센서, 스마트 스피커, 돌봄 로봇 등 다양한 기술 기반 장비를 활용하고 있다. 이러한 방식은 대면 모니터링의 공간적·인력적 한계를 보완하고, 돌봄의 사각지대를 줄이는 실효적인 도구로 기능한다는 평가를 받는다.

사물인터넷(IoT) 기반 모니터링 시스템은 고립가구의 일상 활동 패턴, 전기·수도 사용량, 출입문 개폐 여부 등 물리적 지표를 실시간으로 감지하고, 설정된 기준에서 벗어나는 ‘이상 징후’ 발생 시 이를 담당자에게 자동으로 통보하는 방식으로 작동한다. 예컨대 최근 한국전력공사는 지능형전력계량시스템(AMI)과 통신 데이터를 결합하여, 전력 사용량의 평상시 패턴을 학습한 인공지능 알고리즘을 통해 비정상적인 사용 양상을 탐지하고, 이를 사회복지 공무원에게 경보 형태로 전송하는 ‘1인 가구 안부 살핌 서비스’를 지자체에 제공하고 있다. 이 시스템은 추가 센서 설치 없이 기존 전력·통신 인프라를 활용해 초기 비용을 절감하고, 대상자의 사생활 침해를 최소화하는 방식으로 설계되었다는 점에서 효율성과 편의성을 동시에 강조한다.[428]

이러한 개입 방식은 해당 돌봄의 논리가 전제하는 시간성과 정확히 맞닿아 있다. 즉, 고독사와 같은 돌봄 문제를 단순한 선형 인과로 환원하지 않으면서도, 특정한 생활 패턴의 반복과 예외를 포착함으로써 위험 징후를 ‘패턴화’하고, 그 발생 가능성을 ‘단계화’하는 방식으로 예측·개입을 설계한다. 또한 자원의 효율적 배분과 최적화 지향의 가치를 중시한다는 점에서, 이러한 기술적 개입은 돌봄을 예측 가능한 요소로 환원하고, 복합적인 삶의 조건을 정량화 가능한 대상으로 구성하려는 경향을 드러낸다.

하지만 현장의 사회복지사들은 이러한 기술 중심 접근이 돌봄의 전부가 될 수 없음을 경험적으로 지적한다. 고립의 신호는 단순히 생체 신호나 전력 사용량의 정도로 환원되지 않으며, 기술은 당사자의 고유한 일상 패턴 혹은 정서적 요구를 감지하지 못한다.

“정부라고 해야 되나, 서울시라고 해야 되나, 거기서 이제 IoT 위주의 지원을 되게 많이 하거든요... 제가 봤을 때는 그거는 정말로 고독사를 예방하기 위한 거지 고립 가구의 관계망 형성을 위한 건 아니라고 생각해요”(참여자 C)

이러한 맥락에서 참여자 C는 기술이 고독사의 ‘징후’는 탐지할 수 있을지언정, ‘과정으로

428) 한국전력공사. (2021). [전력 빅데이터 분석으로 고독사를 예방한다]. 한국전력공사. https://home.kepco.co.kr/kepco/front/html/WZ/2021_5_6/sub03_07.html. (2025년 6월 1일 접속)

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

서의 고립'에는 접근하기 어렵다는 점을 지적했다. 참여자 A 또한 "거부하시는 분들 꽤 있거든요. '나 죽었나 확인하러 왔어?' 하시거나, 뭔가 감시받는 느낌"이라고 말하는 당사자들이 있었다며, 기술적 개입이 때로 돌봄이 아닌 감시나 통제로 인식될 수 있음을 환기시켰다. 이처럼 현장의 경험은 돌봄이 단순히 위기 가능성을 예측하고 관리하는 기술적 대응에 한정되지 않으며, 대상자의 삶의 맥락과 정서적 반응에 조응하는 섬세하고 관계적인 실천이 함께 요구된다는 점을 시사한다.

참여자 E는 자신들이 기계를 '주민의 안전망'으로서 하나의 도구처럼 활용하고 있다고 강조한다. 특히 암 질환이 있거나 혼자 쓰러진 경험이 있는 고립가구들은 "혹시 밤새 무슨 일이 생기면 어쩌지", "내 마지막 모습이 존엄하지 못하면 어쩌지"와 같은 불안을 지니고 있었으며, 이때 모니터링 기기는 단순한 경보 장치를 넘어 불안과 고립을 완충하는 정서적 매개로 작동하기도 한다. 동시에 사회복지사들은 센서 설치 이후에도 일상적인 만남과 소통을 지속하며, 기술을 돌봄 관계의 대체물이 아니라 관계 형성을 위한 '매개'로 활용하고 있었다. 결국 '기계가 모든 걸 해주는 게 아니라, 기계를 통해 관계를 열어가는 것'이라는 이들의 인식은 기술 기반 돌봄의 한계를 인식하면서도, 기술이 때로는 정서적 안정과 돌봄의 신호를 잇는 실마리가 될 수 있음을 보여준다.

참여자 C는 모금회와 서울시가 "'얼마를 투입해 몇 명을 발굴했는가'를 요구하지만, 이 사업은 성과만으로 보긴 힘들다"고 지적하며, 당사자들의 고유한 돌봄 맥락과 과정을 고려하지 않은 표준화된 성과 측정 방식으로는 고립가구 지원에서 나타나는 장기적이고 질적인 변화를 제대로 포착하기 어렵다고 강조했다. 즉 수치화된 목표와 단기성과 중심의 평가 체계는 고립가구 지원에 요구되는 장기적이고 관계적인 변화를 포착하지 못하며, 돌봄의 질적 실천을 반영하지 못할 위험이 있다.

더 나아가 참여자 C는 "효율이나 성과, 투입 대비 산출로 나타나는 걸 기대하면 오히려 성과를 못 보는 것 같다"며, "더 많이, 더 많이 넣어야지 사실 성과가 보이는 것"이라고 말한다. 이는 고립가구 돌봄이 본질적으로 '충분한 시간과 자원의 지속적 투입'을 요구하는 영역임을 시사한다. 아울러 이는 '돈으로만 해결될 일은 아니'며, 진정한 제약은 예산이 아니라 '함께할 사람'의 부족과 정서적 소진에 있다고 강조하였다. 참여자 D 역시 "예산이 아니라 인력이 부족해요. 두 명이서 울어요"라고 토로하며, 현장 인력이 감당해야 하는 돌봄 책임의 과중한 부담을 전달하였다.

고립가구 지원 사업은 도입 초기부터 사회적으로 애매한 위치에 자리했다. 이 사업이 대상으로 삼은 중장년 및 청년 1인 가구는 외형상 '정상적인' 생활을 영위하는 것으로 보이기 때문에, 장애, 고령, 빈곤 등 전통적인 구조적 취약 계층과는 달리 그 지원 필요성이 즉각적으로 인정되지 않았다. 이러한 맥락에서 고립가구 지원은 '개인의 실패' 혹은 '일시적 곤란'에 대한 시혜적 개입으로 오해받기 쉬웠으며, 특히 청년이나 중장년 남성을 향한 지원은 "젊은데 일도 안 하고 왜 이런 걸 받느냐"는 식의 부정적 시선을 수반했다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

참여자 B의 회상처럼, 주민센터에서 상담을 받은 청년들이 오히려 질책을 경험했다는 사례는 드물지 않다. 참여자 C는 “공원에 나가서 앉아 있자니… 일하는 시간에 아무 일 없이 앉아있는 사람처럼 보이는 그 시선이 싫으신 거죠”라고 전한다. 이 발언은 고립이 단지 관계의 부재나 정서적 외로움의 문제가 아니라, 특정한 시간과 공간 속에서 ‘일하지 않는 몸’에 투사되는 사회적 판단과 밀접하게 얽혀 있음을 보여준다. ‘갈 곳이 없다’는 표현은 단순히 물리적 공간의 부족이 아니라, 일상적 장소들이 품고 있는 규범적 시선으로 인해 특정 몸들이 그곳에서 배제되거나 자격 없음의 감각을 경험하게 된다는 점을 시사한다. 이처럼 고립은 단순히 공적 공간에의 ‘접근 가능성’이 아닌, 그 공간에서 ‘사람들에게 어떻게 보일 것인가’에 대한 사회적 감각과 깊이 맞물려 있었다.

이처럼 제도 바깥에서 형성되는 도덕적 판단은, 지원을 받는 당사자에게 그것을 일시적이고 부끄러운 상태로 내면화하게 만들며, 자립에 대한 강박적 의지로 이어진다. 참여자 D이 전하듯 “그래 지금은 내가 어려우니까 받겠는데, 나 일만 있으면 나 혼자 살아갈 수 있다니까?”라는 말은, 돌봄을 수용하면서도 자기 존엄을 유지하려는 감정적 전략이자, 사회적 낙인에 대한 방어적 반응이기도 하다. 이처럼 고립가구 지원의 초기 단계에서는 돌봄이 제도적으로 제공되기 이전에, 먼저 사회적 인식의 장벽과 정체성의 협상이 동반되어야 했으며, 이는 수혜자의 자존감과 ‘자립’에 대한 사회적 규범 사이의 긴장을 드러내는 실천적 맥락이었다.

영국의 사회학자 캐스웰(Glenys Caswell)은 그의 저서에서 ‘혼자 죽는 것’이 ‘나쁜 죽음’으로 간주되는 문화적·도덕적 전제 자체를 비판적으로 검토한다.[429] 캐스웰에 따르면, ‘함께 죽어야 좋은 죽음’이라는 규범은 객관적 사실이 아니라 사회화 과정을 통해 내면화되는 문화적 구성물이다. 영화, 드라마, 뉴스, 문학 등 다양한 문화 매체는 ‘혼자 죽는 것’을 ‘버려진 것’, ‘사랑받지 못한 것’, ‘외로운 것’으로 표상함으로써 이러한 관념을 강화한다. 이는 죽음에 대한 획일적 규범을 설정하고, 다양한 죽음의 방식과 개인의 선택을 인정하지 않는 결과를 낳는다.

이처럼 고독사를 ‘비정상적 죽음’으로 문제화하는 방식, 그리고 이에 대응하는 방식은 다양한 정치적 함의를 내포한다. 홀로 죽는다는 것이 반드시 비참한 일로만 이해되어야 하는지, 혹은 개인의 선택일 수는 없는지에 대한 질문은 현재 한국 사회의 고독사 대응 담론에서 거의 논의되지 않는다. 대신 고독사는 사회적 규범에서 이탈한 ‘비정상적 죽음’으로 규정됨으로써, 사회적 개입의 필요성과 정당성이 강조된다. 캐스웰의 분석에 비추어 보면, 한국 사회는 고독사를 도덕적 실패나 사회적 관계의 파탄으로 정동화하며, ‘비참한 죽음’이라는 감정적 표상을 제도적 개입의 정당성으로 환원하는 경향을 보인다.

같은 맥락에서 미디어는 자극적인 언어와 도덕적 비난을 활용해 고독사를 ‘사회적 실

429) Caswell, G. (2022). Dying alone: Challenging assumptions. Springer Nature.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

패' 혹은 '개인의 실패'로 프레이밍하는 경향이 있다. 오랜 시간 동안 시신이 발견되지 않은 사례는 '버려진 삶', '비정한 사회'의 상징으로 보도되며, 이는 독자들에게 '절대 이렇게 죽어선 안 된다'는 메시지를 은연중에 전달한다. 한국의 언론 역시 고독사 보도 시 사망 당시 현장 묘사에 집착하며, 죽음 자체보다 '발견되지 않음의 공포'를 중심으로 서사화하는 경향이 있다. 집주인, 이웃, 요양보호사 등 현장을 발견한 사람, 발견 당시 집안의 상황과 물건들, 사망자의 생전 질환과 추정 사인 등을 중심으로 보도하는 언론 행태는 사회적 관계의 본질적 문제보다 '발견되지 않음'의 공포에 초점을 맞춘다.

고립가구를 발굴하기 위한 위험 예측 알고리즘, 모니터링, 성과 지표 기반 평가는 고독사의 징후를 조기에 포착하고 자원의 효율적인 분배에 일정 부분 기여할 수 있다. 하지만 돌봄 과정에서의 비예측성과 급격한 전환—예를 들어 돌연한 연락 두절, 개입 거부, 신뢰 형성의 지연 등—에 효과적으로 대응하지 못하며, 오히려 돌봄을 감시나 개입으로 인식하게 만들어 사회적 낙인과 거부감을 심화시킬 가능성이 있다. 또한 돌봄 책임이 현장 사례관리자나 모니터링 담당자에게 과도하게 집중되면서, 정서적 소진과 실천적 한계를 초래한다는 점에서, 이와 같은 대응 방식은 '과정으로서의 고립'이 드러내는 복합적이고 관계적인 문제들에 구조적으로 취약하다.

5.2.4. 거절의 문턱을 넘어서다

"치열하게 견뎌오시면서 여기까지 오신 분들"이라는 참여자 E의 표현은 고립을 단순한 '문제 상태'로 병리화하기보다 특정 조건과 환경 속에서의 대응과 적응의 결과로 이해하는 관점을 반영한다. 이는 돌봄 실천에서 '무엇을 제공하는가'보다 '어떤 관계를 형성하는가'에 초점을 맞추는 접근으로 이어진다. 참여자 B는 대상자들 중 "자기는 어떤 지원이 필요 없대요. 그냥 내 얘기를 듣고, 얘기를 하고 싶다"고 말하는 이들이 적지 않았으며, "누군가 내 말을 판단하지 않는다는 그게 되게 좀 중요했던 것 같아요"라고 언급하며 관계 형성의 질적 측면을 강조했다. 이와 유사하게 참여자 D는 중장년 남성들과의 간담회에서 정기적인 프로그램 제안에 대해 대상자들이 "그거 필요 없고 대화나 했으면 좋겠어. 대화할 사람이 없어"라고 응답했다고 보고했다. 이러한 사례들은 고립 지원에서 물질적 제공이나 프로그램적 개입 못지 않게 비판단적 경청과 대화가 더 중요한 요소가 될 수 있음을 시사한다.

현장 사회복지사들은 고립가구와의 첫 만남에서 반복적인 거절과 폐쇄적인 반응에 직면하곤 한다. 문이 끝내 열리지 않거나 욕설을 듣는 상황도 드물지 않다. 이에 대해 참여자 E는 "그런데 그게 이제 시간이 지나면 알지만, 예를 들어 저를 거절하는 게 아니라 그냥 이 상황이 싫으신 거잖아요"라고 설명한다. 특히 경험이 적은 사회복지사일수록 이 같은 반응을 낯설고 두려운 거절로 받아들이기 쉽고, 방문 자체를 주저하게 되기도 한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

그러나 장기간 타인과의 접촉 없이 살아온 고립가구에게 누군가가 갑작스레 찾아와 안부를 묻고, 문을 두드리며 '밖으로 나와보자'고 말하는 것은 그들의 오랜 안전지대를 침범하는 일일 수 있다. 이런 맥락에서 거절은 단지 관계 형성의 실패가 아니라, 돌봄 관계가 형성되기 전 반드시 거쳐야 하는 하나의 시작점으로 작용한다. 참여자 E는 "그분들이 저희를 처음부터 환대해 주셨다면, (애초에) 고립되지도 않으셨겠죠"라고 덧붙이며, 거절을 돌봄 관계를 형성하기 위한 필연적인 관계의 문턱으로 받아들이는 감각이 필요함을 강조한다.

사회복지사들은 고립가구를 둘러싸고 있는 다양한 관계망과 환경적 요소를 돌봄 실천의 핵심 맥락으로 인식하며, 이를 적극적으로 활용하고 변형하는 접근을 모색하였다. 이러한 관계적 실천은 전통적인 서비스 제공 모델을 넘어 일상적 활동과 지역사회 자원을 통합하는 형태로 나타난다. 참여자 E는 "빨래 수다방, 소셜다이닝, 텃밭 가꾸기" 등 다양한 활동을 제안하며, 의식주와 같은 기본적인 생활 행위를 관계 형성의 매개로 삼아 생활과 관계가 동시에 이루어지도록 하는 접근을 시도했다. 참여자 B는 고립 청년과 대학생, 또는 고립 청년 상호 간에 익명으로 편지를 주고받는 '편지-펜팔' 활동을 통해, 팬데믹 시기 간접적이고 비대면적인 소통 방식을 시도하였다. 이러한 창의적 실천을 통한 '점진적인' 관계 회복은 일방향적인 서비스 지원이 아닌 당사자 주변의 일상과 지역사회에 뿌리내린 다층적 관계의 재구성을 통해 이루어질 수 있음을 시사한다.

"공간이 있어야 된다고 생각을 했어요... 그분들이 욕구는 있어요. 나가고 싶은 욕구가 있고, 그리고 사람들이랑 관계 맺고 싶은 욕구가 있는데 갈 곳이 없는 거죠."(참여자 B). 사회복지사들은 고립 상태에 있는 사람들이 사회적 관계를 원하면서도, 이를 실현할 수 있는 물리적 공간이나 장소가 부족하다는 현실적인 문제를 인식하고 있었다. 이들은 고립 문제가 단일 기관의 노력만으로 해결되기 어려운 복합적인 사안임을 이해하며, 복지관, 정신건강센터, 동주민센터 등 지역 내 다양한 기관들이 유기적으로 연계하여 협력적으로 대응해야 한다고 본다. 이들의 실천은 단순히 개별적으로 개입하는 것을 넘어, 관계가 형성되고 지속될 수 있도록 제도적, 물리적, 공간적 조건을 조성하고 변화시키는 데까지 돌봄의 범위를 확장해야 한다는데에 동의하였다.

그들은 고립가구 지원 과정에서 표준화된 절차나 분류 체계가 갖는 한계를 분명히 인식하고 있었다. 참여자 B는 "고립 가구를 만날 때는 특히 개별화에 초점을 맞춰, 각 사례를 일종의 연구처럼 접근하게 된다"며, 다른 사업들보다 훨씬 더 유연한 지원 방식이 필요하다고 강조했다. 참여자 C 역시 "획일화된 방식은 지양하는 편"이라며, "어디에 살고 어떤 어려움 때문에 고립되었는지, 이 사람이 어떤 삶의 역사를 지녔는지는 모두 제각각 다르다"고 말했다. 실제로 사회복지사들은 생애주기나 개인적 배경에 따라 고립의 양상과 필요한 지원이 매우 다르게 나타난다는 점을 인식하고, 이러한 다양성에 유연하게 대응하는 실천을 현장에서 이어가고 있었다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

고립가구를 지원하는 과정에서 사회복지사들은 단순한 서비스 제공을 넘어, 당사자가 다시 바깥과 관계 맺을 수 있도록 '이끌어내는' 돌봄의 실천을 중시했다. 참여자 B는 "일을 하고 싶지만 사회 경험을 회피하거나 찾지 못하는 경우가 많다"고 설명하며, 짧은 시간의 활동 기회와 이에 대한 리워드를 통해 고립된 이들이 사회와의 접점을 회복할 수 있는 계기를 만들고자 했다고 회상한다. 특히 청년의 경우, 정형화된 복지 혜택보다는 교통카드, 현금성 리워드, 정신과 상담, 마스크 등 구체적인 필요에 기반한 맞춤형 쿠폰이 보다 효과적인 접근으로 작용했다. 이러한 실천은 개인의 욕구와 생활 맥락을 민감하게 감지하고, 이를 돌봄 관계의 실마리로 삼아 생활 반경과 사회적 연결망을 점차 확장해 나가는 과정으로 이루어졌다. 이와 같은 돌봄은 물질적 지원에 머무르지 않고, 관계적 만남을 통해 이루어져야 한다는 윤리적 태도와도 맞닿아 있다. 참여자 A은 "안 뵙고 이렇게 놓고 오지는 않아요. 왜냐하면 그걸 매개로 자꾸 보려고 하는 거기 때문에"라고 말하며, 단순한 물품 전달이 아니라, 이를 매개로 관계를 지속하려는 실천적 의도를 강조한다. 이처럼 돌봄은 일방적인 '지급', 혹은 필요 충족이 아니라, 조심스러운 유도와 반복적 만남을 통해 관계를 형성해가는 행위로 수행되고 있었다.

한국 사회에서 고독사 담론은 초기에는 외국 사례나 독거노인 문제에 국한되어 인식되었으나, 점차 그 범위가 확대되며 사회적 관심이 고조되어 왔다. 그러나 2010년 일본 NHK 다큐멘터리 <무연사회>의 방영을 계기로 한국에서도 고독사에 대한 논의가 본격화되었고, 이후 청년 및 중장년 비혼층까지 그 대상이 확대되며, 고독사는 이제 누구에게나 발생할 수 있는 '잠재적 죽음'으로 재현되고 있다. 특히 2021년에는 언론과 방송에서 고독사 문제가 전면적으로 부각되었고, 같은 해 「고독사 예방 및 관리에 관한 법률」이 시행되면서 정책적 대응이 가시화되었다. 동시에 고독사 담론은 언론, 드라마, 유튜브 콘텐츠, 특수청소업체 등 다양한 행위자들에 의해 재구성되고 유통되면서 일종의 '고독(사) 산업'으로까지 확장되는 양상을 보이고 있다. 이러한 고독사 담론의 확장은 돌봄 실천가들에게 죽음을 타인의 일이 아닌 자신의 문제로 인식하게 만들었다. 고독사가 '누구에게나 닥칠 수 있는 잠재적 죽음'으로 재현되면서, 실천가들 역시 자신이 그 대상이 될 수 있다는 자각을 점차 가지게 되는 것이다.

이러한 맥락에서 실천가들은 단순한 돌봄 제공 역할 수행을 넘어 그 실천을 통해 자신의 삶과 현재의 관계를 되돌아보거나, 돌봄을 받는 자와의 관계 속에서 경계를 설정하는 데 어려움을 겪기도 했다. 참여자 B는 "그게 좀 장기적으로 이어지면 나도 고립인데… 나는 그럼 여기서 또 도움을 받을 수 있을까"라고 말하며, 내담자의 상황이 자신의 불안과 겹쳐지며 심리적 투영이 발생했던 경험을 회고한다. 즉 그녀는 자신 역시 언제든 동일한 조건에 놓일 수 있다는 자각 속에서 돌봄을 수행하고 있었다. 참여자 D 또한 "혼자 살면 고립감이 있을 수밖에 없어요 … 주말에 진짜 전화도 안 오고… 말 한마디를 안 할 때가 있더라고요"라고 언급하며, 돌봄 제공자 자신도 돌봄의 필요성에서 자유롭지

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

않다는 점을 설명한다.

동시에 돌봄을 개인의 책임으로 환원하지 않고, 공동체 안에서 함께 만들어가는 집단적이고 관계적인 과정으로 전환하기 위해 다양한 방식을 현장에서 실천하고 있었다. 특히 이들은 '고독사 위험군', '고립가구'. '문제 대상'과 같은 고정된 분류와 그 효과에 비판적으로 대응하며, 보다 포용적이고 비낙인적인 언어와 접근을 개발하고자 노력한다. 참여자 A는 "'고독사'라는 이름으로 접근하면 주민분들이 엄청 무거워하신다… 가볍게 산책하듯 동네를 살피자는 방식이 필요하다"고 언급하며 낙인화된 용어의 부정적 영향을 지적했다. 이러한 접근은 '고독사'나 '고립가구' 같은 공식 용어가 지닐 수 있는 낙인 효과를 인식하고, 이를 '마음 이웃'처럼 보다 포용적이고 관계 중심적인 표현으로 바꾸려는 시도를 보여준다. 사회복지사들은 이를 대신해 '마음 이웃'과 같은 보다 포용적이고 관계 지향적인 표현으로 대체하며, 기존의 분류 체계와 범주화된 언어를 비판적으로 조정하였다. 즉 그들은 고독사나 고립이라는 부정적 표상을 앞세우기보다, 이를 공동체 내의 돌봄 실천을 풍성하게 만들기 위한 계기로 전환하고자 하는 대안적 접근을 모색하고 있었다.

이러한 현장 실천가들의 언어적 조정과 대안적 접근은 고독사가 단순한 현상이 아닌 담론적으로 구성되는 문제임을 인식하는 실천적 지혜를 보여준다. 실제로 고독사란 어떻게 명명되고 의미화되는가에 따라 그 대응 방식과 효과가 달라질 수 있다. 이는 일본의 고독사 담론 연구에서도 유사하게 나타나는 현상이다.

오독립(2023)에 따르면 일본의 고독사 문제는 단순한 객관적 사실이나 통계로 정의될 수 없는 담론적 현상이다.[430] 즉 고독사는 '말해지고 쓰이는 방식(how it is spoken and written of)'에 따라 구성되며, 사회적으로 문제시되는 방식도 이러한 담론에 의해 형성된다. 일본에서 고독사 담론은 복지/제도 담론, 개인화 담론, 공동체 담론 세 유형으로 분류되는데, 특히 공동체 담론이 중심적인 지위를 차지하게 되었다.

고독사에 대한 공동체 담론은 '타인과 관계를 맺지 못한 채 조용히 생을 마감했다'는 문제 제기를 바탕으로, 고독사를 공동체의 해체나 붕괴의 결과로 이해한다. 이러한 인식은 자연스럽게 '관계 회복'과 '공동체 재건'을 해결책으로 제시하게 만든다. 그러나 이러한 접근은 "공동체가 있어야 공동체가 생긴다"는 식의 순환적 사고에 빠질 위험이 있으며, 이미 공동체가 부재한 지역에서는 오히려 '스스로 관계를 형성하고, 필요한 도움을 적극적으로 요청해야 한다'는 식의 개인 책임을 강조하는 결과로 이어질 수 있다고 경고하였다.

하지만 현장의 사회복지사들은 이미 존재하는 공동체를 전제하지 않고, 회복된 당사자들을 돌봄의 주체로 재배치하고 '층별 주민 확인 체계'와 같은 미시적 관계망을 구축함으

430) 오독립. (2023). 일본의 고독사 담론: 커뮤니티 담론의 전개와 일본 고령자 복지의 방향성. 일본비평 (Korean Journal of Japanese Studies), 28, 20-61.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

로써 다른 방식의 공동체 형성을 시도하였다. 즉 돌봄을 전문가 중심의 개입이 아닌 지역사회 전체의 공동 실천으로 재구성하려는 다양한 시도를 보여주었다. 이들의 현장 실천에서는 회복을 경험한 당사자들이 빨래방이나 안부살핌 활동을 주도하는 모습이 관찰되었는데, 이는 고립 경험자들이 자신의 경험을 바탕으로 다른 고립 상태에 있는 이들의 상황을 더 잘 이해하고 접근할 수 있는 강점을 활용한 사례이다.

일부 지역에서는 아파트나 다세대주택의 구조적 특성을 활용해, 외부 봉사자보다 오랜 시간 그 공간에 거주해온 주민들이 서로의 안부를 살피는 '층별 주민 확인 체계'를 자발적으로 운영하기도 했다(참여자 E). "그러니까 되게 소소할 수 있지만, 저희는 만난 주민들이 누군가와 계속 관계가 이어지고 서로를 … 혼자 사는 사람은 혼자 사는 사람들끼리 서로 챙겨줘야지,… 그래서 저희가 발견하고 발굴해낸 주민분들을 사회복지사랑만 관계하는 게 아니라, 이렇게 회복되신 일반 주민분들하고 계속 만남을 연결해 드리고 있어요." '회복된' 주민이 다시 타인을 돌보는 주체로 재등장하는 이러한 실천은, 돌봄을 일회성 지원이 아닌 관계의 순환적 실천으로 재구성하고자 하는 시도를 보여준다.

"어쨌든 저희는 그 당사자가 거짓말을 하더라도 그 말을 믿자. 그 말이 앞뒤가 안 맞고 해도 그냥, 그 사람이 힘들고, 도와달라고 하고, 이거 필요하다고 하면 우선 그 사람 말을 바탕으로 믿고..." 라는 참여자 B의 진술은 당사자의 발화를 단순히 검증의 대상이 아닌 지식과 실천의 중요한 원천으로 인정하는 태도를 반영한다. 대상자를 지식과 실천의 공동 구성자로 인식하는 이러한 접근은 특히 청년 고립가구처럼 단지 나이가 어리다는 이유나 사회적 지위가 낮다는 이유로 그들의 말과 경험이 무시되거나 심각하게 받아들여지지 않는 상황에 대응하는 의미를 갖는다. 이는 "젊은데 무슨 문제가 있겠어"라는 식으로 청년들의 경험과 고통이 쉽게 간과되는 현실에 맞서, 그들의 목소리와 경험에 정당한 가치를 부여하고 존중하는 실천이라고 할 수 있다. 현장에서의 돌봄 지식의 생산은 '의뢰 및 평가 절차·간담회'와 같은 제도적 장치를 통해 공식화되기도 하지만, 근본적으로는 대상자, 사회복지사, 지역 주민, 지역 기관들 사이의 일상적 상호작용 속에서 지속적으로 이루어지는 과정으로, 이를 통해 생성된 실천적 지식은 고립이라는 복합적 현상을 이해하고 대응하는 중요한 자원이 된다.

5.3. 다층적 돌봄의 논리를 통한 현장 경험 분석

이어서 사회적 고립가구 지원사업에 참여한 사회복지사들의 현장 경험을 세 가지 돌봄 논리의 틀을 통해 분석함으로써, 고독사와 사회적 고립 문제에 대한 정책적 접근과 실제 돌봄 실천 사이의 간극을 탐색하고자 한다. 앞서 살펴본 것처럼, 고독사는 단순한 사회문제가 아닌 문화적 담론과 규범적 가치가 복합적으로 작용하는 사회적 구성물이다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

한국에서 고독사는 불과 반세기 만에 '독거 노인의 문제'에서 '우리 모두의 잠재적 위험'으로 재구성되었으며, 이에 따라 정책적 대응 또한 빠르게 제도화되었다. 2021년 「고독사 예방 및 관리에 관한 법률」 시행과 함께 고독사 예방이 국가적 과제로 부상하면서, 다양한 형태의 정책적·기술적 개입이 시도되고 있다.

하지만 이와 같은 정책적 대응이 사회적 고립가구 돌봄의 복합적 현실을 얼마나 효과적으로 포착하고 대응하는지에 대해서는 비판적 검토가 이루어지지 않았다. 현재 한국 사회의 고독사 담론은 주로 '발견되지 않은 죽음'이라는 특정 측면에 초점을 맞추며, 이에 따라 정책적 대응 또한 모니터링 기술 확대와 위험군 조기 발굴을 중심으로 구성되는 경향이 있다. 언론 보도에서 고독사는 주로 부패한 시신이나 악취와 같은 감각적 묘사를 통해 재현되며, 이러한 서사는 '조기 발견'을 핵심 과제로 설정하는 정책적 프레임과 맞닿아 있다. 이러한 문제 설정은 고독사를 예방해야 할 비정상적 사건으로 규정하면서, 그 원인과 과정에 대한 깊이 있는 성찰보다는 가시적인 성과, 발굴율 등에 집중하는 경향을 보인다.

그러나 실제 현장에서 사회복지사들이 경험하는 고립가구의 현실은 이러한 접근으로 온전히 포착되지 않는 복합적이고 맥락적인 특성을 지녔다. 고립은 단일한 원인이나 명확한 궤적을 따르지 않으며, 개인의 생애사와 사회적 조건, 주거 환경, 관계 패턴이 복합적으로 얽힌 현상으로 경험되었다. 당사자들의 고립 경험과 특성 또한 표준화된 도구나 정량화된 지표로 분류되기 어려운 이질성을 지닌다. 즉, 정책이 전제하는 고독사 위험의 '예측 가능하고 통제 가능한 대상'이라는 관리적 논리와, 현장에서 실천가들이 마주하는 '관계적이며 과정적인 고립'이라는 현실 사이에는 깊은 간극이 존재했다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

표 9. 다층적 돌봄의 논리를 통한 고립가구 지원의 정책-현장의 간극 분석

돌봄의 논리	단순한 돌봄의 논리	복잡한 돌봄의 논리	복합적 돌봄의 논리
정책적 접근	• '위험군 발굴→평가→개입→관리'의 단계적 프로토콜 • 표준화된 척도와 평가 도구 • 명확한 시작과 종결이 있는 사례 관리 방식	• 위험 요인 기반 고독사 위험군 선별 • IoT, 스마트 플러그 등 모니터링 기술 도입 • 비용-효과 분석과 정량적 성과 평가 • '고독사 예방 사업', '고립가구' 등의 범주화	• 정책적 차원에서 아직 제도화 미흡 • 관계 중심의 질적 변화를 인정하는 평가체계 필요 • 돌봄 제공자를 지지하는 제도적 기반 부족 • 집단적 돌봄 책임에 대한 정책적 인식 부재
현장 돌봄 실천	• 고립은 관계의 점진적 약화와 누적 과정으로 인식 • 회복은 선형적 경로를 따르지 않음 • 당사자별 이질성 강조, 맞춤형 접근 중시 • 척도보다 맥락적 판단과 일상적 관찰에 의존	• 예측 불가능한 상황과 관계적 반응에 유연하게 대응 • 기술을 관계 형성의 보조 수단으로 재해석 • 발굴 건수보다 관계 회복 과정과 질적 변화 과정 중시 • 낙인화된 용어 대신 새로운 표현 사용	• 사례별 유연한 대응 • 일상적 공간과 활동을 매개로 관계 유도 • 당사자를 지식과 실천의 공동 구성자로 인식 • '기다림과 인내'의 가치 강조 • 회복을 미세한 변화와 일상의 새로운 균형 형성으로 해석
주요 긴장 및 간극	• 정책이 상정하는 '관리 가능한 위험'과 현장의 '복합적 관계적 현실' 사이 괴리 • 표준화된 척도와 실제 고립의 이질적 양상 간 불일치 • 단계적 개입 모델과 예측불가능한 회복 과정 간 충돌 • 신뢰 관계 형성에 소요되는 장기적 시간과 단기 성과 중심 평가 간 갈등	• 위험 예측 모델이 포착하지 못하는 복잡한 고립 현실 • '고독사 위험군' 범주화가 초래하는 사회적 낙인과 자기 수치화 • 모니터링 기술이 불신과 감시의 감각을 증폭시키는 효과 유발 • 부정적 사회 시선과 지원의 정당성 확보 어려움 • 자원 최적화 논리와 '더 많이, 더 오래 투입해야 성과가 보이는' 현장 경험 충돌	• 현장의 복합적 돌봄 실천이 제도적으로 충분히 지지받지 못하는 구조적 한계 • 정량적 성과 중심 평가는 미세한 변화와 일상의 회복력을 포착하지 못함 • '머물 수 있는 공간의 부재'과 '관계를 맺고자 하는 욕구' 사이의 간극 • 사회복지사의 정서적 소진과 심리적 부담으로 인한 지속가능한 돌봄 제공 저해 • 개별 실천가의 역량에 의존한 관계 중심 돌봄의 제도화 어려움

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

5.3.1 단순한 돌봄의 논리

단순한 돌봄의 논리는 환원주의적 존재론에 기반하여 건강과 질병을 명확히 구분 가능한 실체로 간주하며, '발병→진단→치료→회복'으로 이어지는 선형적 시간성과 일방향적 경로를 전제한다. 이러한 논리는 고독사 예방 정책의 '위험군 발굴→평가→개입→관리'라는 단계적 프로토콜로 구체화된다. 그러나 사회적 고립가구 지원 사업에 참여한 사회복지사들은 이러한 선형적 접근이 고립의 실제 양상과 맞지 않는다는 점을 반복적으로 지적한다. 그들은 고립이 갑작스러운 사건이 아니라, '일상의 흐름 속에서 관계가 점진적으로 약화되며 누적되는 과정'이라고 설명한다. 이러한 인식은 고립의 과정이 명확한 시작점이나 종결점을 갖기보다, 장기적이고 유동적인 관계의 변화 속에서 서서히 이루어진다는 점을 보여준다.

고립 상태에서의 회복 또한 선형적 경로를 따르지 않았다. 한 사회복지사는 고립 가구와의 신뢰 관계 형성에 약 3년이 소요되었다고 회상했으며, 다른 사회복지사는 고립이 쉽게 회복되는 성질이 아니어서 공식적인 사례 종결을 하지 않았다고 언급했다. 특히 "하루, 해 뜨는 것과 해지는 것 자체를 모르는 채로 오랜 기간 지내신 분들"처럼 일상 리듬이 완전히 무너진 상태에서의 회복은 예측 가능한 단계나 정해진 기간 내에 완료되기 어려운 과정이었다. 더욱이 고립가구와의 만남은 종종 예측불가능한 거절과 단절로 이어지기도 했다. 약속을 했지만 나오지 않거나, 연락처를 차단하는 등 진행 중인 지원 관계가 갑자기 중단되는 경험은 드물지 않았다.

단순한 돌봄 논리는 '표준화된 개인'을 전제로 하여, 동일한 질환이나 문제에 대해 대상자들이 유사하게 반응할 것이라는 동질성을 가정한다. 그러나 고립가구 지원 현장에서 사회복지사들이 마주한 현실은 이러한 가정과 상충되었다. 고독사 예방이나 고립가구라는 일괄적 범주는 현장의 이질적인 상황과 개별적 요구를 충분히 설명하지 못했으며, 사회복지사들은 대상자들의 다양성과 특수성을 지속적으로 강조했다. 예를 들어, 기존의 사회적 고립도 척도는 복합적인 고립의 현실을 반영하지 못했으며, 오랜 기간 고립에 익숙해진 이들이 오히려 낮은 점수를 받는 경우도 있었다. 이는 고립이 단순한 관계 단절이 아니라, 관계에 대한 주관적 인식과 경험의 질을 포함하는 현상임을 보여준다. 특히 같은 '고립가구' 범주 내에서도 청년, 중장년, 노인 등 생애주기에 따라 고립의 양상과 대응 방식은 뚜렷하게 달랐고, 동일한 연령층 내에서도 생애사, 경제적 조건, 주거 환경에 따라 고립과 취약성의 모습은 매우 다층적으로 나타났다.

이러한 이질성은 표준화된 개입 프로그램이나 일률적인 지원 방식의 한계를 드러냈다. 사회복지사들은 고립가구 지원에서 획일화된 방식은 지양하고, 각 사례를 개별화된 접근으로 대응해야 한다고 강조했다. 한 사회복지사는 고립가구 당사자들마다 어떤 삶의 역사를 지녔는지, 어떤 어려움으로 고립되었는지가 모두 제각각 다르기 때문에 맞춤형 접

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

근이 필수적이라고 설명했다.

같은 맥락에서 사회복지사들은 기존에 활용되던 사회적 고립도 측정 척도가 현장의 복잡한 현실을 제대로 반영하지 못한다고 지적했다. 특히 한 사회복지사는 오랜 기간 고립에 익숙해진 대상자들이 오히려 척도 상으로는 낮은 점수를 받는 경우가 많았다고 언급했다. 이는 사회적 고립이 단순히 사회적 관계의 양적 부재가 아니라, 관계에 대한 주관적 인식과 경험의 질적 차원을 포함하는 복합적 현상임을 시사한다.

실제로 사회복지사들은 표준화된 척도보다 대면 상담과 일상적 관찰을 통한 맥락적 판단에 더 의존했다. 그들은 '핸드폰 명의 변경'과 같은 일상적 행위를 도와줄 사람이 없는 경우나, 일상 생활의 리듬이 완전히 무너진 상태 등 표준화된 척도로는 포착되지 않는 미세한 징후들을 통해 고립의 실질적 깊이를 감지하고자 했다. 또한 사회복지사들은 경제적으로 어려운 상황에서는 오히려 필요에 의한 관계망이 형성되기도 하지만, 경제적으로 여유가 있으면서도 주변 관계가 단절된 경우처럼 복합적이고 다양한 고립의 양상을 마주했다. 한 사회복지사는 청년들이 자신의 고립 상태를 잘 인식하면서도 이를 표현하지 않는 경우가 많고, 중장년층은 고립이 만성화되어 이에 무감각해지는 경향이 있다고 관찰했다. 이러한 진술들은 사회적 고립이 단일한 인과관계나 위험요인으로 환원될 수 없으며, 생애주기와 개인적 맥락에 따라 다양한 형태로 나타나는 이질적 현상임을 보여준다.

결국 사회적 고립은 단일한 원인이나 경로로 환원되지 않으며, 개인의 생애사, 사회문화적 맥락, 주거 환경, 관계 패턴이 중첩된 복합적 현상이다. 따라서 표준화된 지표나 절차, 선형적 개입, 통제 중심의 접근만으로는 이러한 현실에 효과적으로 대응하기 어렵다. 사회복지사들은 제도적 틀의 한계 속에서도 당사자의 맥락과 시간성에 맞춰 실천을 유연하게 조율해나갔으며, 척도보다는 현장 판단, 단계적 절차보다는 장기적 관계 형성, 일률적 개입보다는 개별화된 접근을 중시했다. 이를 통해 고독사 예방과 고립 해소가 단순한 위험 관리나 서비스 제공이 아니라 신뢰 회복과 관계 재구성이라는 점진적 과정임을 실천적으로 보여주었다.

5.3.2. 복잡한 돌봄의 논리

복잡한 돌봄 논리는 건강과 질병을 복잡하지만 구조화된 패턴으로 이해하며, 이를 식별하고 예측하기 위한 다차원적 분석을 중시한다. 고독사 예방 정책에서 이는 다양한 위험 요인을 기반으로 고독사 위험군을 선별하는 방식으로 구체화되며, 서울시는 상실감, 공적 서비스 이용 여부, 이동성 등의 지표를 활용해 고립가구 유형을 분류하는 모델을 개발했다. 그러나 사회복지사들은 이러한 위험 예측 체계가 현장의 복잡한 현실을 충분히 포착하지 못한다고 지적한다. 경제적으로 안정되어 있음에도 관계가 단절된 사례나,

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

제도적 서비스에 포함되지 않으면서도 비공식적 돌봄 체계에 의존하는 사례처럼, 고립의 양상은 기존 분류나 척도만으로는 설명되지 않는 경우가 많았다.

지원 과정에서도 예측 불가능한 돌발 상황이 반복적으로 발생했다. 약속 불이행, 연락 두절, 거절과 수용이 교차하는 관계적 반응 등은 고립가구와의 관계 형성 과정에서 직면하는 현실적 어려움을 보여준다. 이러한 역동적 상황들은 고립을 정적 상태로 전제한 위험 예측 모델만으로는 실제 개입과 지원에 필요한 정보를 충분히 제공하지 못한다는 한계를 드러냈다. 사회복지사들은 이러한 불확실성을 고립가구 돌봄의 본질로 받아들이고, 정해진 절차보다 유연한 대응과 지속적인 관계 형성을 통해 실천적 전략을 발전시켜나갔다. 이들은 고립 집단에의 대응이 단순히 측정 및 예측 가능성이 아니라, 관계적 민감성이 요구되는 문제임을 자각하고 있었다.

이처럼 복잡한 돌봄 논리의 특징은 위험 요인이 있는 대상을 조기에 발견하고 개입하는 예방 중심 접근이다. 고독사 예방 정책에서는 '고독사 위험군'이나 '사회적 고립가구'를 선별하여 맞춤형 지원을 제공하는 방식으로 설계되었다. 그러나 현장의 사회복지사들은 이러한 선별과 범주화가 오히려 당사자에게 사회적 낙인과 자기 낙인을 강화하는 역설적 효과를 초래할 수 있다고 지적했다. 즉 '고독사 예방 사업'이나 '고립가구'라는 정책적 범주는 당사자들의 복잡한 생활세계를 단일한 정체성으로 환원시키며, 이는 오히려 관계 형성의 장벽으로 작동하게 된 것이다.

특히 중장년 남성 고립가구의 경우, '혼자 산다'는 사실 자체를 사회적 실패로 내면화하는 경향이 강해, 낙인 효과는 더욱 심각했다. 사회복지사들은 이들이 강한 부끄러움과 자책을 드러내며 지원 자체를 거부하거나 경계하는 모습을 자주 목격했다. 이러한 상황에서 고립의 조기 선별은 제도적 효율을 높일 수 있을지 몰라도, 대상자에게는 자기 낙인의 강화와 자존감 훼손으로 이어질 위험이 있었다. 더불어 중장년·청년 1인 가구는 전통적 취약 계층과 달리 외형상 '정상적인' 삶을 사는 것처럼 보이기 때문에, 이들에 대한 지원은 사회적 정당성을 확보하는 데 어려움을 겪었고, "왜 젊은데 이런 지원을 받느냐"는 식의 부정적 시선도 여전히 존재했다.

이러한 맥락에서 사회복지사들은 낙인화된 용어의 사용을 피하고, '마음 이웃'처럼 보다 포용적이고 관계 중심적인 표현을 사용하는 방식으로 실천을 조정해 나갔다. 더불어 고립을 개인의 실패로 보지 않고, "치열하게 견뎌오시면서 여기까지 오신 분들"이라는 존중의 언어로 재해석함으로써 당사자의 존엄성과 자율성을 인정하려 했다. 이는 제도 중심의 선별 논리를 넘어, 사회문화적 낙인의 효과를 최소화하고 돌봄 관계를 열어가기 위한 현장의 전략적이고 윤리적인 대응이었다.

복잡한 돌봄 논리에서 두드러지는 특징 중 하나는 위험 예측과 관리를 위한 기술적 접근의 확장이다. 고독사 예방 정책에서는 IoT 기기, 스마트 플러그, AI 음성 통화, 생체신호 감지 센서 등 다양한 모니터링 기술이 도입되어, 위험 징후를 조기에 탐지하고 자

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

원 배분의 효율성을 높이는 수단으로 활용되었다. 그러나 이러한 기술 중심 접근은 고립을 고정된 상태로 전제하고 이를 기술적으로 감지하려 한다. 사회복지사들이 지적하듯, 기술이 '죽음'의 징후는 포착할 수 있을지 몰라도, 고립이 형성되고 지속되는 관계적이고 과정적 차원은 포착하지 못한다.

더 나아가 일부 대상자들은 모니터링 기기를 감시나 통제로 인식하며 설치를 거부하거나 불쾌감을 드러냈다. '자신이 죽었는지 확인하러 왔냐'는 반응처럼, 기술적 개입은 의도치 않게 불신을 유발하고 돌봄 관계 형성의 장벽으로 작용할 수 있었다. 그럼에도 사회복지사들은 기술을 완전히 배제하기보다, 이를 정서적 안전망이자 관계 형성의 보조 수단으로 재해석하는 실천을 시도했다. 특히 암 질환이나 낙상 경험이 있는 고립가구에게 기술은 밤 사이 발생할 수 있는 위기에 대한 불안을 완화하는 역할을 하기도 했다.

중요한 것은 기술이 돌봄을 대체하는 것이 아니라, 관계를 열어가는 하나의 매개로 사용될 때 의미를 가진다는 점이다. 실제로 사회복지사들은 센서 설치 이후에도 일상적 만남과 소통을 지속하며, 기계가 모든 것을 해결해주는 것이 아니라 관계 형성의 실마리를 제공하는 것이라는 인식을 공유했다. 이처럼 고립가구 지원 현장에서는 통제와 관리보다 신뢰와 관계 형성을 중심에 둔 실천이 발전해왔으며, 이는 기술 중심 접근과 관계 중심 돌봄 사이의 긴장 속에서 현장이 만들어낸 실천적 균형을 잘 보여준다. 이는 돌봄의 인프라가 단순한 기술적 장치의 확대가 아니라, 관계를 가능하게 하는 다양한 조건들의 집합임을 시사한다.

복잡한 돌봄 논리는 자원의 최적화와 효율적 분배를 핵심 가치로 삼으며, 이는 고독사 예방 정책에서 비용-효과 분석, 서비스 전달 체계의 구조화, 정량적 성과 평가 등으로 구체화된다. 그러나 이러한 접근은 고립가구 지원의 관계적 특성과 충돌하는 지점이 많았다. 사회복지사들은 '얼마를 투입해 몇 명을 발굴했는가' 같은 정량적 지표가 고립 상태의 미세한 변화나 관계 회복의 과정을 제대로 반영하지 못한다고 지적했다. 이들은 성과를 발굴 건수나 종결 수로 측정하기보다는, 당사자의 감정 변화나 신뢰 형성 같은 질적 변화에 주목해야 한다고 강조했다.

특히 고립가구 지원은 효율성을 중심으로 한 자원 분배 논리와 달리, 오히려 장기적이고 반복적인 개입이 요구되는 영역이었다. 여러 사회복지사들은 "더 많이, 더 많이 넣어야 성과가 보인다"고 말하며, 단기적 개입이 아닌 충분한 시간과 자원의 지속적 투입이 실질적 성과로 이어진다고 설명했다. 이는 복잡한 돌봄이 단순한 투입-산출 모델로는 설명되지 않는다는 점을 잘 보여준다.

또한 자원 최적화 논리는 예산의 효율적 활용을 중시하지만, 현장에서 체감되는 진정한 제약은 '예산'보다는 '인력 부족'과 '정서적 소진'이었다. 사회복지사들은 반복되는 방문과 감정노동 속에서 인력 부족과 소진을 심각한 문제로 인식했으며, 관계를 지속적으로 유지할 수 있는 질적 자원의 중요성을 강조했다. 이는 고립가구 지원이 단순한 서비

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

스 전달과 양적 증대와 관련하여 해결될 문제가 아니라, 돌봄 책임의 및 확대 및 재구성과 관련한 문제임을 시사한다.

이처럼 고립가구 지원 현장에서 드러난 복잡한 돌봄 논리의 한계는 고독사와 사회적 고립 현상이 지닌 근본적인 예측 불가능성과 관계적 특성을 반영한다. 고립의 과정은 예측 가능한 패턴이나 조건적 분류만으로는 충분히 이해되지 않으며, 자원 최적화나 위험 관리의 논리로는 포착되지 않는 돌봄의 관계적 차원을 내포한다. 또한 제도적 선별과 범주화는 의도치 않게 사회적 낙인을 강화하고 관계 형성을 저해할 수 있는 역설적 효과를 낳을 수 있다.

그럼에도 사회복지사들은 이러한 제도적 한계 속에서도 창의적인 대응 방식을 발전시켰다. 그들은 위험 예측 모델의 한계를 인식하고 맥락적 판단과 유연한 접근을 발전시켰으며, 기술 중심 모니터링을 관계 형성의 보조적 도구로 재해석했다. 또한 자원 최적화의 논리를 인정하면서도, 그것이 놓치는 관계적 가치와 질적 변화의 중요성을 강조했다. 그들은 제도적 범주화의 한계를 넘어, 당사자의 고유한 맥락과 필요에 기반한 개별화된 접근을 추구했으며, 사회적 낙인의 효과를 최소화하기 위한 언어적·실천적 조정을 시도했다.

5.3.3. 복합적 돌봄의 논리

복합적 돌봄 논리는 인간 존재의 고유한 이질성과 삶의 맥락적 특수성에 민감하게 반응하는 실천을 지향한다. 사회복지사들은 고립가구 지원 과정에서 표준화된 절차나 분류체계의 한계를 분명히 인식하고, 각 당사자의 삶의 조건과 경험에 맞춘 개별화된 접근을 발전시키고자 했다. 한 사회복지사는 고립 가구를 만날 때마다 각 사례를 '일종의 연구'처럼 접근한다고 말하며, 특히 이 사업은 다른 사업보다 훨씬 더 유연한 대응이 필요하다고 강조했다. 고립의 원인, 거주 환경, 삶의 이력은 모두 제각각이기 때문에, 단일한 지표나 분류로는 이들의 필요를 포착하기 어렵다는 것이다.

이러한 실천은 당사자의 지원 거부나 저항을 단순히 '비협조'나 '자기방임'으로 해석하지 않고, 자존감의 보호, 통제감의 유지, 관계 형성에 대한 시험 등의 복합적 맥락으로 이해하려는 태도와 연결된다. 이는 '소통불가능성'을 돌봄의 조건으로 받아들이는 관점과도 접점이 있다. 사회복지사들은 거부를 관계 단절의 표시가 아니라, 관계 형성의 초기 신호로 해석하며, "처음부터 환대를 받았다면 고립되지 않았을 것"이라는 인식을 통해, 소통의 어려움 자체가 돌봄 개입의 정당한 근거가 될 수 있음을 인지하고 있었다. 이와 같은 맥락에서 돌봄은 일방적 개입이 아니라, 간극을 인정하고 당사자의 속도와 방식에 맞추어 관계를 조율해 나가는 실천으로 나타났다.

이질성에 대한 민감한 인식은 시간성의 감각에도 확장되었다. 사회복지사들은 고립이

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

오랜 시간에 걸쳐 서서히 형성된다는 점에서, 그 해소 또한 단기간에 이루어질 수 없다고 보았다. 당사자마다 변화의 속도가 다르며, 어떤 이들은 “불 켜는 것부터 연습”해야 하고, 어떤 이들은 “해가 뜨고 지는 것조차 모르는 삶”을 살아왔다고 설명했다. 이들은 변화의 속도에 대한 존중과 기다림이 필수적인 요소임을 강조하며, 이러한 실천을 통해 복합적 돌봄의 핵심 원리를 구현해 나가고 있었다. 따라서 일상의 리듬이 완전히 붕괴된 상태에서 새로운 시간성을 재구성하는 과정은 단순한 ‘정상성으로의 회복’이 아니라, 각자의 조건 속에서 건강의 의미를 새롭게 구성해가는 역동적 과정이었다.

복합적 돌봄 논리는 환경을 단순한 배경이나 외적 요인이 아닌, 돌봄과 건강을 구성하는 능동적 요소로 간주한다. 사회복지사들 역시 고립가구 지원 과정에서 이러한 환경의 중요성을 인식하고, 관계 형성을 가능하게 하는 물리적·사회적 조건을 조성하기 위한 다양한 실천을 시도했다. 특히 고립 상태에 있는 이들이 관계 맺기를 원하면서도 실제로 머물거나 만날 수 있는 장소가 부재하다는 점은 큰 제약으로 작용했다. 한 사회복지사는 ‘나가고 싶은 욕구, 관계 맺고 싶은 욕구가 있지만 갈 곳이 없다’고 설명하며, 머물 수 있는 공간의 부재가 고립을 심화시키는 구조적 요인임을 지적했다.

이에 대응해 사회복지사들은 일상적 공간과 활동을 매개로 관계를 유도하는 다양한 실천을 전개했다. ‘소셜다이닝’, ‘텃밭 가꾸기’와 같은 생활 밀착형 프로그램은 의식주와 관계 형성을 통합하는 접근이었으며, 팬데믹 상황에서는 ‘편지-펜팔’과 같은 비대면 방식도 활용되었다. 이러한 시도는 물리적 거리나 상황적 제약에도 불구하고 관계의 다양한 가능성과 경로를 실험한 창의적 실천이었다. 이러한 실천들은 돌봄의 인프라를 창조적으로 구성하려는 시도로 이해할 수 있다. 동시에 사회복지사들은 공적 공간이 단지 ‘존재하는가’보다 그 공간에 내포된 사회적 시선과 규범이 더 큰 장벽이 될 수 있음을 인식했다. “일하는 시간에 공원에 앉아 있으면 무위의 사람처럼 보이는 시선이 싫다”는 당사자의 말은, 특정 공간을 둘러싼 규범적 시선이 또 다른 형태의 구조적 배제로 작동할 수 있음을 보여준다.

이러한 인식은 돌봄의 범위를 개인과 기관을 넘어 지역사회 전체로 확장하는 실천으로 이어졌다. 사회복지사들은 복지관, 정신건강센터, 동주민센터 등 다양한 기관들과의 협력을 통해 고립 해소를 위한 다층적 돌봄 환경을 조성하고자 했다. 이는 고립을 개인의 특성이나 책임으로 환원하지 않고, 관계를 형성하고 유지할 수 있는 환경적 조건을 함께 구축하는 집합적 실천의 일환이었다.

또한 사회복지사들은 이러한 집단적 실천의 가능성을 모색하며, 당사자를 단순한 수혜자가 아니라 지식과 실천의 공동 구성자로 인식했다. 한 사회복지사는 “그 사람이 힘들고, 도와달라고 하고, 필요하다고 하면 우선 그 사람 말을 바탕으로 믿자”고 말하며, 당사자의 발화를 검증이 아닌 신뢰와 실천의 출발점으로 삼는 태도를 보여주었다. 이는 고립 가구 주요 당사자인 청년과 중장년층에 대한 사회적 편견에 맞서, 그들이 지나온 삶

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

과 목소리에 정당한 가치를 부여하려는 실천으로도 이어졌다.

이러한 관계적 인식은 지역사회를 돌봄의 주체로 재구성하는 시도로 확장되었다. 회복을 경험한 당사자가 빨래방이나 안부살핌 활동을 주도하거나, 오랜 기간 한 공간에 거주한 주민들이 자발적으로 '층별 안부 확인 체계'를 운영하는 사례는, 돌봄이 전문가 중심 개입을 넘어 일상적 관계 안에서 지속 가능하게 실현될 수 있음을 보여준다. 즉 당사자와 지역 주민 간의 연결을 지원하고, 회복된 주민이 다시 타인을 돌보는 주체로 등장하는 관계의 순환성을 실천의 중심에 두었다.

또한 사회복지사들은 고립가구 지원 과정에서 예측 불가능한 상황과 불확실성에 유연하게 대응하는 실천을 발전시켰다. 이들은 특히 '기다림과 인내'의 가치를 강조하며, 당사자가 마음을 열고 변화를 시도하기까지는 충분한 시간이 필요하다고 보았다. 한 사회복지사는 이를 "마음을 여는 시간, 용기를 내는 시간, 행동으로 나아가는 시간"이라고 표현하며, 변화는 점진적이며 개별적 리듬을 따른다고 설명했다.

이러한 기다림은 수동적 대기가 아니라, 당사자의 속도와 반응에 맞춘 능동적이고 조율된 실천이었다. 사회복지사들은 '10분씩 10번 쪼개서' 만나는 방식처럼 기존의 개입 관습을 유연하게 벗어나, 거절과 실패를 수용하면서도 관계 형성을 지속하는 돌봄을 실천했다. '문 두드리기'와 같은 접근은 당사자의 물리적·심리적 경계를 존중하면서도 관계를 이어가기 위한 전략이었다. 즉 거절은 관계 형성의 실패가 아니라, 돌봄의 과정에서 피할 수 없는 한 국면으로 이해되었다. 사회복지사들은 자신들이 초대한 적 없는 타인의 삶에 들어서는 존재임을 자각하며, 돌봄을 조심스럽고 관계 중심적인 실천으로 구현해 나갔다. 이는 표준화된 개입이 아니라, 경계에 민감하게 반응하고 넘어서는 복합적 돌봄의 윤리이자 전략이다.

복합적 돌봄 논리는 건강을 고정된 생물학적 상태가 아니라, 다양한 조건 속에서 끊임없이 형성되고 조정되는 동적인 과정으로 이해한다. 사회복지사들은 고립가구의 회복을 단순히 '이전 상태로의 복귀'나 '고립 해소'로 환원하지 않고, 미세한 변화와 새로운 균형의 형성으로 해석했다. 한 사회복지사는 "옷 색깔이 달라지고, 화장을 시작하고, 표정과 눈빛이 달라졌다"고 말하며, 이처럼 외형적 변화들이 내면의 회복과 역량 회복의 징후로 읽힌다고 설명했다. 이는 회복을 표준화된 지표로 측정하기보다, 당사자의 감정, 표현, 분위기 속에서 감지되는 다층적인 과정으로 인식하는 태도를 보여준다.

또한 특정 사례에 따라 회복의 조짐이 보인다 해도 공식적인 사례 종결을 하지 않고 관계를 유지하는 선택은, 지속적 관심이 없이는 언제든 재고립의 상태에 처할 수 있다는 인식에서 비롯된 것이었다. 이러한 접근은 단지 고립을 해소하는 데 그치지 않고, 각자의 조건에서 새로운 균형을 모색해가는 과정을 지지하는 실천으로 이어졌다.

고립가구 지원 현장에서 사회복지사들이 발전시킨 다양한 실천은 복합적 돌봄 논리의 가능성을 구체적으로 보여준다. 이들은 당사자의 이질성과 맥락에 민감하게 반응하며,

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

환경을 재구성하고 관계 중심의 실천을 확장했으며, 돌봄의 집단적 책임과 지식의 공동생산, 회복력과 지속적 조정의 실천을 통해 불확실성에 유연하게 대응했다. 또한 건강을 동적인 과정으로 이해하며, 미세한 변화와 당사자의 역량 강화에 주목하는 실천을 전개해왔다. 이러한 복합적 돌봄은 고립가구 지원을 단순한 서비스 제공이 아니라, 삶의 맥락 속에서 관계를 재구성하고 자원을 재분배하는 총체적 실천으로 전환할 수 있는 가능성을 보여준다.

그러나 이러한 실천은 여전히 정책적·제도적 구조와의 긴장 속에 놓여 있다. 정량적 성과 지표, 단기적 효율 중심의 자원 배분, 표준화된 절차와 분류 체계는 복합적 돌봄의 유연하고 관계적인 접근을 제약한다. 더불어 사회복지사들이 반복되는 거절, 장기적 관계 형성의 긴장, 예측 불가능한 상황 속에서 경험하는 정서적 소진과 심리적 부담은 단순한 업무 스트레스가 아니라, 소통불가능성 속에서도 지속적으로 응답해야 하는 '관계적 짊어짐'의 무게를 반영한다. 이는 돌봄의 인프라가 물리적 조건뿐 아니라 돌봄 제공자를 지지하는 제도적·정서적 기반을 포함해야 함을 시사한다. 궁극적으로 이러한 실천이 지속되고 제도화되기 위해서는 사회복지사의 개별적 역량에 의존하기보다, 관계 중심의 질적 변화를 인정하는 평가 체계, 장기성과 유연성을 보장하는 자원 배분, 그리고 돌봄 제공자를 지지하는 제도적 기반이 마련되어야 한다. 이러한 조건이 갖추어질 때, 복합적 돌봄의 논리는 보다 현실적인 실천틀로 자리 잡을 수 있을 것이다.

5.4. 실천적 함의 도출

지금까지 살펴본 사회복지사들의 경험과 실천을 세 가지 돌봄 논리의 관점에서 분석한 결과, 고독사 예방과 사회적 고립 해소를 위한 정책과 현장 실천 사이에는 여러 지점에서 불일치와 긴장이 존재함을 확인할 수 있었다. 이러한 괴리는 현행 정책이 고독사를 단순하거나 복잡한 문제로 간주하고, 표준화된 개입과 사례 관리 중심으로 설계된 데에서 기인한다. 그러나 현장에서 사회복지사들이 마주하는 고립은 보다 복합적인 양상을 띠며, 예측 불가능하고 창발적인 특성을 드러낸다. 이에 본 절에서는 앞선 분석을 바탕으로 <2025년 고독사 예방관리 운영지침>을 참조하여, 고독사 예방과 사회적 고립 지원을 위한 보다 적절한 돌봄 실천의 방향을 제안하고자 한다.

5.4.1. 돌봄 논리의 유연한 전환 필요성

현행 「고독사 예방 및 관리에 관한 법률」 제13조 제2항은 "보건복지부장관, 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사는 고독사위험자의 조기 발견, 상담 및 치료를 위하여 필

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

요한 조치를 하여야 한다"고 규정하고 있다. 또한, <2025년 고독사 예방관리 시범사업 운영지침>에서는 주요 추진 원칙 중 하나로 "인공지능(AI), 사물인터넷(IoT) 등 정보기술 활용 및 민간자원 연계를 통한 효율성 제고"[431]를 명시하고 있다. 이러한 정책 방향은 고독사를 '발견되지 않은 죽음'으로 문제화하고, 조기 발견을 위한 기술 기반의 감지 체계를 중심으로 대응을 설계하고 있다는 점에서 특징적이다. 실제로 IoT 센서, 모니터링 시스템, AI 기반 안부 확인, 이웃 중심의 확인 체계 등이 도입되고 있으며, 언론 보도 역시 고독사를 부패한 시신이나 악취와 같은 감각적 이미지로 재현하여 조기 발견의 필요성을 강조하는 데 일조하고 있다. 그러나 이러한 접근은 고독사의 가시적 결과에만 집중할 뿐, 그 근본 원인인 관계 단절과 사회적 고립의 형성과정에는 충분히 주목하지 못하고 있다. 이로 인해 돌봄과 관계 형성을 통한 구조적 개입의 필요성은 여전히 정책에서 주변적인 위치에 머물러 있다.

급박한 위기 상황이나 긴급 개입이 필요한 경우(예: 건강 상태가 급격히 악화된 독거노인, 자살 위험이 높은 고립 청년 등), 단순한 돌봄 논리에 기반한 표준화된 프로토콜과 신속한 개입은 여전히 필요하다. 또한 고위험군을 선별하고 제한된 자원을 효율적으로 배분하기 위한 복잡한 돌봄 논리식의 접근 역시 일정한 역할을 수행할 수 있다. 그러나 이러한 위기 대응 '이후'에는 보다 관계적이고 맥락에 민감한 복합적 돌봄으로의 전환이 필요하다. 면담에 참여한 사회복지사들 역시 고립 해소가 단기 개입으로 해결되는 문제가 아니라, 장기적이고 지속적인 관계 형성을 통해 이루어진다는 점을 공통적으로 강조하였다. 고립된 이들이 변화에 이르기까지는 시간과 인내가 요구되며, 이러한 과정은 일회적 개입으로는 충분하지 않다. 따라서 정책의 초점은 '위험군 발굴'에서 '관계 형성'으로, '모니터링'에서 '신뢰의 지속적 구축'으로 이동할 필요가 있다. 고독사 예방 정책은 단순한 발견 중심에서 벗어나, 관계 기반의 개입 체계로 재구성되어야 한다. 이는 기존의 돌봄 논리를 복합적 논리로 단순히 대체하자는 의미가 아니라, 각 상황의 복잡성과 맥락에 따라 돌봄의 접근 방식을 유연하게 조율하고 전환할 수 있는 통합적 관점과 실천이 필요함을 시사한다.

또한고독사 예방 정책에서 기술의 윤리적 활용 방식에 대한 재고가 필요하다. IoT 센서나 인공지능 기반 안부 확인 장치 등 다양한 기술은 고독사 예방과 고립가구 지원에 일정한 역할을 수행하고 있다. 그러나 이러한 기술이 진정한 '돌봄의 인프라'로 기능하기 위해서는 단순한 감시나 예측 도구를 넘어서, 관계 형성을 가능하게 하는 시간적·환경적 조건의 일부로 재구성될 필요가 있다. 실제로 현장의 사회복지사들은 기술을 보조적 수단으로 해석하며, 장치 설치 이후에도 당사자와의 일상적 만남과 소통을 지속하고 있었다. 기술이 불안을 완화하고 정서적 안정감을 제공할 수 있도록 활용하는 방식이 강조되

431) 보건복지부(2025). 2025년 고독사 예방 및 관리 시범사업 운영지침, p.6.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

었으며, 일부 사회복지사들은 기술이 문제를 해결하기보다는 관계의 단초를 제공할 수 있다는 점을 공유하고 있었다. 이는 기술의 목적을 통제나 효율성에 한정하지 않고, 관계 중심의 실천으로 조율하려는 윤리적 태도를 보여준다.

5.4.2. 시간·환경·역량의 세 차원을 고려한 돌봄 정책 설계

고독사와 사회적 고립에 보다 적절히 대응하기 위해서는, 시간·환경·역량이라는 동적 건강의 세 가지 차원을 통합적으로 고려한 정책 설계가 요구된다. 이는 단순한 기술적 해결이나 행정 절차의 개선을 넘어, 돌봄의 근본적인 구성 원리와 실천 방식을 다시 질문하고 재구성하는 과정이다.

시간적 차원에서 고독사 예방 정책은 '발견 - 개입 - 해결'로 이어지는 선형적이고 단절적인 시간 개념을 넘어, 고립의 형성과 해소가 이루어지는 비선형적이고 순환적인 시간성을 반영할 필요가 있다. 그러나 <2025년 운영지침>은 시범사업을 1년 단위로 설정하고, 발굴된 대상자 중 서비스 제공 비율을 성과 지표로 삼는 방식을 채택하고 있다. 이러한 단기 성과 중심의 접근은 고립 해소의 점진적이고 복잡한 과정을 충분히 반영하지 못한다. 면담에 참여한 사회복지사들의 경험에 따르면, 고립은 갑작스럽게 발생하는 사건이라기보다 일상의 흐름 속에서 서서히 누적되는 과정이며, 그 해소 역시 단기 개입으로 완료되지 않고 오랜 시간에 걸친 관계 형성을 통해 이루어진다. 따라서 정책은 사례 종결이나 일회성 개입보다는, 지속적인 관계 유지와 점진적 변화를 지원할 수 있는 장기적 구조로 재설계될 필요가 있다.

이를 위해 현재 고독사 예방 사업에서 강조되는 단기 성과 지표(예: 발굴 인원, 서비스 제공 건수 등)를 재검토하고, 관계 형성의 질과 지속성을 평가할 수 있는 새로운 기준이 마련되어야 한다. 사업 운영 기간 또한 1년 단위의 단기 프레임에 머무르지 않고, 최소 3~5년 이상 지속 가능한 연속적 시간 구조를 설정할 필요가 있다. 이를 통해 관계 형성과 변화의 과정을 안정적으로 지원할 수 있는 제도적 기반이 구축될 수 있다. 이러한 시간 감각의 전환은 복합적 돌봄 논리에 부합하는 정책 구조로의 이행을 위한 핵심 과제라 할 수 있다.

둘째, 환경적 차원에서 고독사 예방 정책은 환경을 단순히 통제하거나 관리의 대상으로 이해하는 데서 나아가, 관계와 건강이 형성되는 능동적 공간으로 인식할 필요가 있다. <2025년 운영지침>은 '공동체 공간 및 사회적 관계망 형성 프로그램'을 주요 사업 유형으로 제시하며 이러한 관점을 일정 부분 반영하고 있다. 그러나 실제 운영은 개별 프로그램의 기획과 관리에 주로 초점을 맞추고 있어, 지역사회 전체를 관계 형성과 돌봄의 기반으로 확장하려는 시도는 여전히 제한적이다.

물리적 공간, 주거 환경, 디지털 인프라, 지역사회 구조 등은 돌봄이 이루어지는 환경

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

의 물리적 기반을 구성하지만, 이러한 조건만으로는 충분하지 않다. 한 사회복지사는 고립된 이들이 실제로는 타인과 관계를 맺고 외부 활동에 참여하고자 하는 욕구를 가지고 있음에도, 이를 실현할 수 있는 장소나 여건이 부족하다고 지적하며, 공간의 존재나 프로그램 제공만으로는 문제를 해결할 수 없다고 강조했다. 이는 고립이 개인의 심리적 요인이나 의지 부족에서 비롯된 것이 아니라, 관계 형성을 지속 가능하게 만드는 사회적 조건과 환경이 충분히 마련되어 있지 않다는 점을 시사한다. 나아가 이는 단순한 공간 접근성의 문제를 넘어, '일하지 않으면 무가치하다'는 노동 중심의 가치관, '가족 내 돌봄이 당연하다'는 규범 등 돌봄을 둘러싼 사회적 인식과 책임 구조의 재편이 필요함을 보여준다. 고립을 해소하고 돌봄을 실현하기 위해서는 누구나 머물 수 있고, 판단받지 않으며, 관계를 형성할 수 있는 물리적·사회적 환경이 함께 구축되어야 하며, 이는 돌봄의 책임을 사회 전체로 확장하는 포용적 환경 조성으로 이어져야 한다.

현재의 고독사 모니터링 정책은 주로 개인의 주거 공간 내에 기기를 설치하는 방식에 집중되어 있으나, 이를 넘어 지역사회 차원에서 관계 형성을 유도할 수 있는 다양한 공간과 기회를 확대하는 접근이 필요하다. 예를 들어, 세탁 활동 중 자연스럽게 대화가 이루어질 수 있는 공동 공간, 함께 식사를 나누며 소통할 수 있는 프로그램, 또는 공동 텃밭 가꾸기와 같은 활동은 일상적 행위를 매개로 관계 형성이 가능한 환경적 조건을 제공한다. 청년의 경우, 비대면 기술을 활용한 익명 편지 교환과 같은 간접적 소통 방식도 정서적 연결을 형성하는 데 유의미할 수 있다. 또한, 누구나 자유롭게 이용할 수 있는 지역 카페와 같은 개방형 공간은 고립을 완화하고 관계의 출발점을 마련하는 데 기여할 수 있다. 이처럼 환경을 재구성하려는 실천은 고립을 개인의 문제가 아닌, 지역사회 전체의 공간 구조와 조건 속에서 해결하려는 복합적 돌봄의 방향성을 보여준다.

셋째, 역량의 차원에서 고독사 예방 정책은 당사자를 단순히 '위험군'이나 '관리의 대상'으로 규정하기보다, 그들이 지닌 내적 자원과 변화 가능성에 주목하는 건강생성적 돌봄의 관점에서 접근할 필요가 있다. <2025년 운영지침>은 '고독사 위험자'라는 용어를 중심으로 대상자를 정의하고, 이들을 '발굴'하고 '관리'하는 데 초점을 맞추고 있다. 지침에 포함된 '보건복지부 고독사 위험자 판단도구(권고안)'는 결핍 중심의 평가 방식을 채택하고 있으며, 일상생활, 사회적 관계, 경제적 상황, 건강 상태 등 다양한 영역에서 결핍이나 위험 행동을 점수화해 일정 기준 이상일 경우 '위험군'으로 분류한다. 이러한 방식은 위험 요인의 누적과 정량화를 통해 지원 대상을 선별하는 구조로, 돌봄을 위험 관리의 관점에서 접근하는 '위험요인 중심 돌봄'의 특성을 보여준다.

그러나 고립 상태에 있는 이들을 결핍의 관점에서만 바라보기보다, 각자의 방식으로 환경에 적응하며 삶을 지속해온 주체로 인식할 필요가 있다. 건강생성적 관점에서 볼 때, 이들은 어려운 여건 속에서도 일상을 유지해온 존재로 이해될 수 있으며, 이는 그들을 낙인이 아닌 자원을 지닌 존재로 바라보려는 실천적 태도를 반영한다. 또한 사회적 접촉

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

의 회피는 단순한 '문제 행동'이 아니라, 과거 관계에서의 상처로부터 자신을 보호하려는 방어 기제일 수 있다. 이러한 관점은 고립을 병리로 단순화하지 않고, 그것을 삶의 맥락 속에서 형성된 하나의 적응 방식으로 이해하려는 시도로 이어진다.

이러한 접근은 정책의 목표를 위험 통제나 문제 해결에서 벗어나, 건강 자원의 확보와 개인 역량의 회복 및 확장으로 전환시킨다. 예를 들어, 주거 공간에 설치된 모니터링 시스템은 단순히 위험을 감지하는 기술에 그치지 않고, 당사자에게 심리적 안정감을 제공하고 외부 세계와의 연결 가능성을 암시하는 수단이 될 수 있다. 물품 지원 역시 생필품 제공을 넘어서, 그것을 계기로 한 소통의 기회와 방문의 명분을 제공하며, 관계 형성의 출발점으로 작용할 수 있다. 때로는 이를 통해 당사자의 자율성과 자기결정 능력이 회복되기도 한다. 이처럼 돌봄의 목적은 단기적 위기 대응이나 서비스 제공에 국한되는 것이 아니라, 당사자가 자신의 속도와 방식에 따라 새로운 관계와 삶의 방향을 모색할 수 있도록 역량을 확장하는 데 두어야 한다.

다시 말해, 기존의 고독사 예방 정책은 식사 제공, 일자리 연계, 건강검진, 모니터링 기기 설치 등을 통해 당사자의 기능적 생존과 일상 유지에 중점을 두는 경향이 있다. 반면, 건강생성적 돌봄은 보다 포괄적이고 관계 중심적인 실천을 지향한다. 고독사 위험자 판단도구가 주로 사회적 관계의 부재나 심리적 위기에 초점을 맞추는 반면, 건강생성적 관점은 개인이 이미 지닌 관계적 자원과 대처 역량을 확인하고 이를 강화하는 데 초점을 둔다. 예를 들어, 판단도구에 포함된 "문제가 생겼을 때 도움을 줄 사람이 없다"는 질문에 더해, "당신에게 의미 있는 관계나 활동은 무엇인가요?" 또는 "어려운 상황에서 어떻게 대처해 오셨나요?"와 같은 강점 중심의 질문을 병행하는 방식으로 접근할 수 있다.

초기 고독사 및 사회적 고립에 대한 담론과 정책은 사회적 인식의 부족 속에서 기존 사례 관리 방식에 의존하는 경향이 강했다. 그러나 현장의 실천 경험은 고립의 맥락이 단일한 기준이나 기존의 지식만으로는 충분히 포착되지 않는다는 점을 보여주었다. 이에 따라 고립 문제에 대응하기 위해서는, 현장 실천가, 당사자, 기기 관리자, 연구자, 정책입안자 간의 협력 속에서 이질적인 경험과 관점을 결합하는 공동 지식 생산의 관점이 요구된다. <2025년 운영지침>에서도 '민관협의체(지역전문가 등)'의 역할이 제시되어 있지만, 그 범위는 시범사업 계획 수립이나 운영 지원 논의에 국한되어 있으며, 당사자의 참여나 지식 생산 과정에 대한 고려는 여전히 미흡하다.

특히 당사자의 경험과 지식이 반영되는 학습 구조를 마련하는 것이 중요하다. 이는 단순한 형식적 참여를 넘어, 당사자가 자신의 고립 경험에 대해 특권적 지식을 지닌 존재임을 인정하고, 그들의 경험이 정책과 실천 과정에 실질적으로 반영될 수 있도록 하는 인식론적 기반을 포함한다. 실제 현장에서는 당사자의 언어와 감각을 중요한 지식 자원이자 돌봄 실천의 출발점으로 받아들이는 태도가 나타나고 있다. 이러한 접근은 사회적 고립 문제를 전문가 중심의 일방적 개입이 아닌, 상호적이고 책임 있는 관계 속에서 다

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

루어야 한다는 점을 시사한다.

이와 같은 맥락에서, 실천 현장의 경험에 기반한 돌봄 지식의 생산과 활용이 보다 강화될 필요가 있다. 예를 들어 면담 참여자들이 언급한 '문을 두드리는 방식', '기다림과 인내의 태도', '지속적인 접근 방식의 조정' 등은 비록 표준화된 매뉴얼로 단순화하기는 어렵지만, 고립가구 지원에 있어 핵심적인 실천적 통찰을 제공한다. 이러한 지식을 정책과 연계하기 위해서는 사회복지사뿐만 아니라 이웃 주민, 모니터링 담당자 등 다양한 현장 참여자의 경험을 체계적으로 수집하고 분석하며, 그 결과를 실천가, 연구자, 정책 담당자 간에 공유할 수 있는 구조가 마련되어야 한다. 실천 사례에 대한 심층적 이해와 협력적인 지식 생산을 통해, 정책과 실천 간의 간극을 좁히고, 제도 형성과정에 현장의 복합성이 보다 충실히 반영될 수 있을 것이다.

아울러 고독사 예방 정책의 성과를 평가하는 방식에 대한 재검토가 필요하다. 현재 정책은 '고독사 위험자 지원율'과 같은 정량적 지표를 중심으로 성과를 측정하고 있다.[432] 예를 들어, 지자체가 발굴한 고독사 위험자 중 해당 연도에 시범사업 또는 다른 사업에 연계되어 실제로 지원받은 비율이 핵심 지표로 활용된다. 이는 안부 확인, 생활지원, 사회적 관계망 형성, 사후관리 등 다양한 서비스 제공 실적을 수치화함으로써 정책의 효과를 가시화하려는 목적을 가진다. 그러나 이러한 평가는 관계 형성의 질적 변화나 당사자의 일상 회복 과정과 같은 점진적이고 비가시적인 변화를 충분히 반영하기 어렵다.

실제로 면담에 참여한 사회복지사들은 옷차림이나 화장 여부, 표정과 눈빛의 변화처럼 수치화하기 어려운 미묘한 징후들이 당사자의 심리적 회복과 삶의 전환을 가늠할 수 있는 중요한 신호로 작용한다고 지적했다. 이러한 점에서 고독사 예방 정책은 발굴 인원이나 지원율 중심의 정량적 평가를 넘어, 관계 형성의 질적 변화와 시간에 따른 회복 과정을 포착할 수 있는 보완적 지표를 함께 마련할 필요가 있다. 예를 들어, 당사자의 주관적 경험 변화, 사회적 관계망의 확대, 일상 활동의 다양화, 지역사회 참여의 증가와 같은 맥락적이고 복합적인 성과 항목이 고려될 수 있다. 아울러 단기 실적에 한정되지 않고 장기적인 변화를 추적할 수 있는 종단적 평가 체계의 구축 또한 요구된다.

결국 고독사와 사회적 고립에 대한 돌봄의 논리를 근본적으로 재개념화할 필요가 있다. 현재 한국 사회에서 고독사는 주로 '발견되지 않은 죽음'이라는 단일 사건으로 인식되며, 이에 따라 조기 발견과 모니터링을 통한 관리가 정책의 핵심 과제로 설정되어 있다. 그러나 고독사는 돌발적 사건이 아니라, 생애 전반에 걸쳐 점진적으로 축적된 관계 단절과 사회적 고립의 결과로 이해되어야 한다. 이러한 인식의 전환은 고독사에 대한 사회적 대응 방식 또한 근본적으로 재구성할 것을 요구한다. 기술적 감지와 위기 중심 개입을 넘어서, 관계 형성, 포용적 환경 조성, 일상적 돌봄 실천, 그리고 개인에게 집중되었

---

432) 앞의 책, p.76.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

던 책임을 사회 전체로 재배치하는 전환적 접근이 필요하다.

최근 고독사를 둘러싼 담론은 단지 하나의 새로운 사회문제를 지시하는 것이 아니라, 현대 한국 사회가 '죽음', '관계', '돌봄'을 어떻게 이해하고 구성하는지를 보여주는 장이라고 할 수 있다. 고독사는 종종 '발견되지 않은 죽음'이나 '비정상적이고 비참한 삶의 마지막'으로 묘사되며, 이는 고립된 개인에게 수치심과 낙인을 내면화하게 만드는 도덕적 서사로 작동한다. 이러한 언어적 구성은 단순한 표현 방식의 문제가 아니라, 어떤 삶이 돌봄을 받을 자격이 있는지, 어떤 죽음이 사회적으로 '인정'될 수 있는지를 규정하는 규범적 장치로 기능한다. 이에 대응하여, 실천 현장의 사회복지사들은 '고독사 예방', '고립가구'와 같은 병리화된 용어 대신 '마음 이웃'과 같이 보다 관계 중심적이고 덜 낙인화된 표현을 실천적으로 채택하고자 하였다.

동시에 고독사와 사회적 고립은 단순히 개인의 취약성으로 환원될 수 없는, 구조적 맥락 속에서 발생하는 현상이다. 이러한 문제는 노동과 생산 중심의 사회적 가치관, 변화된 가족 구조, 파편화된 주거 환경, 기술 중심의 문제 해결 방식 등 한국 사회 전반의 조건들과 긴밀하게 연결되어 있다. 2021년 고독사 예방정책 시행 이후 4년이 지난 현재까지도 관련 지침은 '발굴 - 개입 - 종결'이라는 선형적 시간성과 위험 관리 중심의 논리에 의존하고 있다. 한편, 일부 실천 현장에서는 돌봄이 단순한 위험 대응을 넘어, 불안정하고 변화하는 삶의 조건 속에서도 누군가가 살아가고 있다는 사실에 주의를 기울이는 '관계적 짊어짐'의 실천으로 이어지고 있었다.

사회복지사들은 완전한 이해에 도달하기 어려운 상황에서도, 당사자의 거절을 돌봄이 중단되는 지점이 아니라 다음 돌봄의 가능성이 열리는 신호로 받아들이며, 그 안에 담긴 복합적 의미를 조심스럽게 감당하고자 했다. 이들은 삶을 이어가는 이들의 세계를 세심하게 관찰하며, 문턱을 넘는 과정 속에서 관계 형성이 이루어질 수 있도록 시간과 환경을 함께 조성해 나가고 있었다.

다층적 돌봄의 논리를 통해 다시 제기되는 '고독사'의 물음은, 돌봄을 단순히 제도적 결함을 보완하거나 서비스를 확장하는 과제로 축소하지 않는다. 오히려 그것은 돌봄이 성립하기 위해 요구되는 보다 근본적인 조건들—말과 몸짓이 오가는 방식, 시간의 누적성과 관계의 형성, 공간에 내재된 규범적 구조—에 대한 성찰을 촉발한다. 이는 우리가 어떤 방식으로 어떤 삶에 응답하고 있는지를 다시 묻게 하며, 문제를 미리 구조화된 해답의 틀에 맞추려는 접근이 아니라, 해답 이전의 미결정성과 열림 자체를 돌봄의 출발점으로 삼아야 함을 제안한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

6. 결론

6.1. 연구 요약

의학, 간호학, 호스피스, 공중보건 영역에서 돌봄은 환자의 전인적 요구를 고려하고 윤리적 책임을 다하며 관계성을 중시한다는 공통된 지향을 보이지만, 생의학적 패러다임의 지배 아래에서 이러한 이상은 지속적으로 좌절되어 왔다. 이러한 현상은 단순히 개별 의료인의 태도나 제도 운영의 문제로 환원될 수 없었다. 생의학적 접근이 초래하는 인식론적 불공정, 돌봄의 젠더화와 직군 간 분절, 그리고 기술 중심주의로 인한 돌봄 실천의 평가 절하는 의료 현장에서 통합적 돌봄 실천을 구조적으로 제약하는 핵심 요인으로 작용하고 있음을 확인할 수 있었다.

이러한 문제의식은 이 문제에 접근하기 위한 첫 걸음으로, 건강 개념 자체를 근본적으로 재검토할 필요성을 제기한다. 근대 생의학의 역사적 전개 과정에서 형성된 정적인 건강 개념은 임상의학에서 실험실 의학으로의 이행, 제거주의적 질병관과 결정론적 접근, 그리고 위험요인 연구와 개인 책임 담론의 결합을 통해 공고화되었다. 이러한 접근은 건강을 질병의 부재, 고정된 상태나 측정 가능한 지표로 환원하면서 시간성, 환경성, 역량이라는 건강의 핵심 차원을 이론적·실천적으로 충분히 반영하지 못했다. 특히 코로나19 팬데믹은 건강과 질병의 이분법적 구분, 환경적 맥락의 간과, 그리고 환경 적응 역량의 과소평가라는 정적 건강 개념의 근본적 한계를 극명하게 드러내는 사건이었다.

이에 대한 대안으로, 동적 건강 개념은 건강을 변화하는 환경과의 지속적 상호작용 속에서 새로운 규범을 창출하는 과정으로 재정의한다. 건강의 시간적 연속성, 환경과의 상호구성성, 그리고 적응적 역량을 포함하는 동적 건강 개념은 단순한 이론적 전환에 그치지 않고, 돌봄을 질병의 제거나 지표의 유지가 아닌 삶의 조건을 지속적으로 조율하는 과정으로 재구성함으로써, 돌봄 중심 전환의 존재론적 기반을 제시한다. 또한 만성질환 시대의 돌봄 실천에 있어, 환자의 적응력과 회복력을 중심에 둔 접근은 하나의 실천적 기반이 될 수 있다.

복잡하고 유동적인 돌봄 실천을 분석하기 위해서는 고정된 기준이나 보편적 원칙이 아니라, 반복되는 실천 속에서 형성된 관계의 패턴과 조정의 양상을 바탕으로 스스로 변화의 방향을 탐색할 수 있는 내재적 분석이 요구된다. 이러한 문제의식에서 본 연구는 아네마리 몰의 '논리(logic)' 개념을 차용, 복잡성 이론을 결합하여 돌봄 실천의 다층성과 맥락성을 드러낼 수 있는 분석 틀을 구성하였다. 복잡성 이론은 보건의료 문제를 단순, 복잡, 복합의 층위로 구분함으로써 각 문제 유형에 적합한 접근 전략을 도출할 수 있도

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

록 한다. 특히 문제의 복잡성이 증가할수록, 기존의 환원주의적 접근이 간과해온 비선형적 상호작용과 창발성을 조명하며, 단순히 실패의 원인을 제거하는 것을 넘어 시스템이 성공적으로 작동할 수 있는 조건을 강화하는 방향으로의 전환을 요구한다.

본 연구가 제시한 세 가지 돌봄 논리는 시간성, 환경성, 역량이라는 세 가지 분석 축을 중심으로 돌봄 실천의 구조를 체계적으로 비교하며, 환자, 의료진, 가족, 기술자, 정책입안자 등 다양한 행위자들이 얽혀 있는 관계망 속에서 각 논리가 어떻게 다르게 작동하는지를 분석한다. 이를 통해 돌봄을 단선적인 개입의 분절적 실천이 아니라, 다양한 행위자 간의 역동적 상호작용으로 재개념화하며, 상이한 목표와 대응이 문제의 층위에 따라 적절히 설정되어야 함을 분명히 한다.

먼저 시간성의 차원에서 볼 때, 돌봄 실천 복잡성 증가의 양상은 건강을 일시적 '상태'가 아닌 전반적 '과정'으로 이해하려는 전환에서 구체화된다. 생의학적 패러다임이 질병을 특정 시점의 고정된 상태로 파악하는 정적 시간성을 특징으로 한다면, 질병 궤적 모델과 케어 경로는 시간의 흐름을 구조화하되 단계적 대응을 가능케 하는 복잡 문제의 특성을 보여준다. 생애과정 이론은 건강을 전 생애에 걸친 발달 궤적으로 간주한다. 몰이 제시한 '돌봄의 논리'의 시간성은 시간을 선형적 흐름이 아닌 과거-현재-미래가 긴밀히 얽혀 있는 복합적 시간성을 강조한다. 이때 돌봄은 명확한 시작과 끝이 없는 지속적인 과정으로, 환자, 의료진, 기기, 약물 등이 '돌봄 팀'을 구성하여 끊임없이 상호작용하고 조율되는 특성을 지닌다.

환경성의 차원에서 볼 때, 돌봄 실천의 복잡성 증가 양상은 환경을 통제 대상으로 보는 관점에서 상호작용 속에서 생성되는 것으로 이해하려는 전환을 통해 드러난다. 히포크라테스의 『공기, 물, 장소』에서 시작된 환경-건강 관계에 대한 사유는 초기에는 인간과 환경의 조화로운 상호작용을 강조했으나, 19세기 병리해부학의 등장과 함께 질병은 환경과 분리된 신체 내부의 국소적 병변으로 이해되기 시작했다. 미아스마 이론은 질병을 '나쁜 공기'라는 단일 원인으로 설명하고 환경 정화라는 표준화된 해결책을 제시했다는 점에서 단순 문제의 특성을 보여주며, 20세기 중반 위험요인 접근은 환경을 측정 가능한 다수의 변수로 분해하고 이들 간의 통계적 상관관계를 분석하는 복잡 문제의 특성을 드러낸다. 안토노프스키의 건강생성이론은 환경을 단순히 위험 요소를 넘어 건강 생성의 자원으로 재구성하며, 포스트휴먼 돌봄 이론은 환경을 고정된 외부 조건이 아니라 돌봄 실천을 통해 지속적으로 구성되고 조율되는 '생성의 장'으로 재개념화한다. 여기서 인간과 환경은 선험적으로 분리된 채 상호작용하는 것이 아니라 관계적 얽힘 속에서 건강을 공동으로 구성한다.

역량의 차원에서 볼 때, 돌봄 실천 복잡성은 취약성 보호 중심의 접근에서 회복탄력성(또는 적응력) 기반의 돌봄으로의 전환을 통해 구체화되는 양상을 보인다. 취약성을 특정 집단의 고정된 속성으로 간주하는 단순한 접근은 보호라는 명목 하에 오히려 당사자

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

의 자율성을 제약하고 병리적 취약성을 재생산하는 역설을 초래해왔다. 이러한 경향은 환자 역량 강화 모델에서도 여전히 의료진이 변화의 기준과 방향을 설정하고 환자는 이에 순응해야 하는 존재로 간주되는 한계로 드러나며, 결과적으로 역량 강화가 환자의 주체성 회복이 아닌 행동 교정의 전략으로 기능하는 문제를 낳았다. 목적 지향 돌봄과 회복탄력성 기반 접근은 환자의 삶의 맥락과 가치를 중심에 두고 불확실성 속에서도 유연하게 적응하는 복잡-복합적 문제 해결 방식을 제시함으로써, 돌봄의 관계적이고 창발적 특성에 대한 대응에 적합하다. 신경다양성 기반 돌봄은 차이를 결핍으로 보기보다 하나의 다양성으로 인식하는 관점 전환을 바탕으로, 개인의 역량이 환경과의 상호작용 속에서 실현될 수 있는 조건을 모색하는 복합적 접근을 제시한다.

이로써 단순한 돌봄의 논리는 통제 가능한 환경, 선형적 시간성, 환원주의적 존재론을 전제로 삼으며, 질병을 식별하고 제거하는 표준화된 개입의 실천 방식으로 구성된다. 이 논리는 예측 가능성과 안전을 중심 가치로 설정하는 경향이 있으며, 비교적 안정된 조건에서 효과적으로 작동한다. 복잡한 돌봄의 논리는 다요인적 인과성과 체계론적 사고를 바탕으로, 조건부 질서의 설계와 위험 관리, 자원의 최적화를 통해 건강을 조정 가능한 상태로 다루는 방식으로 나타난다. 반면 복합적 돌봄의 논리는 관계적 존재론과 창발성, 비선형성에 주목하며, 건강과 돌봄을 고정된 상태가 아닌 변화하는 삶의 과정으로 이해하고, 다양한 행위자와 환경 간의 상호작용 속에서 조율되고 재구성되는 실천으로 전개된다. 이처럼 각 돌봄의 논리는 절대적인 원칙이라기보다는, 특정한 맥락과 문제의 성격에 따라 구체적으로 작동하며 서로 다른 가치와 실천 양식을 구성하는 방식으로 이해된다.

이러한 구분은 단지 설명적 분류를 넘어, 각 돌봄 논리가 특정한 문제 유형과 맥락에서 어떻게 작동하며, 무엇을 드러내고 무엇을 은폐하는지를 파악할 수 있는 분석 도구로 기능한다. 이를 통해 돌봄이 단일한 원리나 절차로 환원될 수 없는 다층적 실천이며, 각 논리가 특정한 맥락과 상황에서 고유한 타당성과 한계를 지님이 드러난다. 실제 의료 현장에서는 이들 논리가 명확히 분리되지 않고 복합적으로 중첩되며 작동하므로, 적절한 돌봄을 위해서는 상황에 따라 다양한 논리를 유연하게 조합하고 조율하는 실천적 지혜가 요구된다. 이러한 분석은 실천자가 돌봄의 전제와 기준을 성찰하고, 다양한 문제의 층위에 적절하게 대응할 수 있는 판단력을 함양하도록 하는 이론적 자원을 제공한다는 점에서 본 연구의 핵심적 기여를 이룬다.

이러한 다층적 돌봄 논리의 실천적 함의는 고독사 예방 정책 사례 분석을 통해 실증적으로 드러났다. 한국 사회에서 고독사가 현재 주요 사회문제로 전환된 과정은 사회적 고립과 고독사가 단순한 인구학적 현상이나 의료적 범주로 환원될 수 없는 복합적 건강 문제임을 보여준다. 사회적 고립가구 지원사업에 참여한 사회복지사들의 현장 경험 분석은 고독사 예방 정책의 제도적 접근과 실제 돌봄 실천 사이에 존재하는 구조적 간극을

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

드러냈다. 단순한 접근이 전제하는 선형적 개입 모델과 표준화된 절차는 고립의 점진적 시간성과 집단의 이질성을 포착하지 못했다. 복잡한 논리 층위에서 이루어지는 위험 예측 체계와 기술 중심 접근은 고립의 관계적·정서적 차원을 충분히 반영하지 못한 채 돌봄을 관리 가능한 이상 징후의 탐지와 개입 대상으로 구성하지만, 이는 고립이 지닌 맥락적·과정적 특성을 포착하는 데 한계를 드러낸다. 이에 대응하여 사회복지사들은 당사자의 맥락과 속도에 맞춘 유연한 실천, 관계 형성을 중심에 둔 장기적 접근, 환경의 재구성과 집단적 돌봄의 가능성을 모색하는 돌봄의 실천을 발전시켰다. 그러나 이러한 현장의 창의적 실천은 여전히 정량적 성과 중심의 평가 체계, 단기적 효율성을 강조하는 자원 배분 구조, 그리고 돌봄 제공자에 대한 제도적 지원 부족이라는 구조적 제약 속에서 개별 실천가의 역량과 헌신에 의존하는 한계를 보였다.

본 연구가 추구한 또 다른 측면은 돌봄 지식의 생산에 대한 인식론적 재검토에 있다. 전통적인 의료 지식 생산 체계가 환자의 경험과 실천적 지식을 체계적으로 배제해온 문제는 단순히 정보의 불균형이나 의사소통의 문제로 환원될 수 없다. 또한 인식론적 불공정 개념은 환자 지식의 구조적 배제와 권력 불균형을 조명하는 데 중요한 윤리적 전환점을 제공했으나, 의료 돌봄 실천의 다층적 상호작용과 판단의 복합성에 대해서는 충분히 이론화하지 못했다. 특히 이 개념은 임상적 맥락에서 발생하는 정당한 해석적 유보나 조정 행위마저 구조적 불공정으로 환원할 위험이 있으며, 이로 인해 오히려 의료 실천의 윤리적 긴장을 단순화할 우려가 있다.

환자 전문성을 의료 전문성과 동등한 것으로 간주하는 접근 역시 환자-의사 관계의 본질적 비대칭성을 간과하는 문제를 보인다. 이에 대안으로 제시된 이질적 지식의 공동생산 관점은 건강 지식의 생성을 단순한 과학적 사실의 발견으로 환원하지 않고, 다양한 행위자들이 각자의 위치와 경험을 바탕으로 지속적으로 조율해가는 관계적 실천으로 재정의한다. 이는 환자, 의료인, 가족, 제도, 기술 등이 상호작용하는 구체적 맥락 속에서 돌봄 지식이 생성되고 구성되며, 그 과정 자체가 돌봄의 일부가 될 수 있음을 보여준다. 이러한 분석은 건강을 고정된 상태가 아닌 생애 전반에 걸쳐 환경과의 관계 속에서 구성되는 과정으로, 돌봄을 이자적 관계를 넘어 다양한 행위자가 참여하는 관계적 실천으로 재개념화한다. 이로써 환자 참여는 윤리적 당위를 넘어 돌봄 지식이 성립하기 위한 인식론적 전제조건임을 논증했다.

이러한 인식론적 조건은 돌봄 실천에서 소통불가능성을 단순한 전달 실패나 극복해야 할 장애로 보던 기존의 관점을 넘어, 돌봄이 성립하고 작동할 수 있는 조건으로 재구성한다. 브릭스(Briggs)의 구조적 역량 개념과 벨라카사(Bellacasa)의 '돌봄의 문제'는 소통의 간극이 개인의 능력 부족이 아니라 제도적·언어적·인식론적 구조 속에서 발생한다는 점을 밝히며, 이를 제거하기보다는 함께 감당하고 조율하려는 윤리적 실천의 필요성을 제기한다. 특히 건강을 상호작용 속에서 구성되는 동적 과정으로 이해할 때, 소통불가능

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

성은 단절이 아니라 서로 다른 지식과 경험이 조우하는 지점이자, 돌봄이 작동하고 건강의 다층성이 드러나는 조건으로 기능할 수 있다.

이러한 맥락에서 제안된 '관계적 짊어짐'은 완전한 이해나 해석의 일치를 전제하지 않으면서도, 그 차이를 함께 감내하고 응답해 나가려는 지속적인 관계적 실천을 의미한다. 이때 돌봄은 단일한 기술이나 고정된 역할 수행이 아니라, 불확실성과 차이를 전제로 하며 그것을 수용하고 조율해 가는 과정으로 재구성된다. 결국, 관계적 짊어짐은 소통불가능성을 돌봄이 출현하는 장소로 전환하며, 돌봄 지식의 형성과 실천의 정치성에 대한 실천을 요구하는 윤리적 태도이자 실천의 방식이다.

그러나 이러한 윤리적 실천이 개인의 결단이나 선의 혹은 제도적 개입에만 의존할 경우 실천의 지속가능성이 약화되거나 돌봄의 부담이 특정 주체에게 과도하게 집중될 위험이 있다. 따라서 돌봄의 인프라, 즉 시간, 공간, 제도, 기술 등 돌봄을 가능하게 하는 집합적 기반이 필요하며, 이는 관계적 짊어짐이라는 윤리적 실천이 소진되지 않도록 지속적으로 뒷받침하는 역할을 한다. 이는 단순히 물리적 시설이나 재정적 자원만을 의미하는 것이 아니다. 돌봄이 이루어질 수 있는 시간적 여유, 관계가 형성될 수 있는 공간적 조건, 다양한 시도를 허용하는 제도적 유연성, 실패 사례에서 배우고 성공 사례에서의 긍정적 요인들을 촉진하는 문화적 분위기 등이 모두 포함된다. 중요한 점은 이러한 인프라가 고정된 구조물이 아니라, 다양한 주체들이 함께 구성하고 조율해가는 동적이고 개방적인 조건이라는 점이다. 이는 돌봄을 단순히 서비스 제공이나 자원분배의 문제로 이해하는 접근을 넘어, 그 지속 가능성과 윤리적 정당성이 구체적인 물질적 기반 위에서 어떻게 형성되는지를 보여준다. 돌봄의 인프라는 단순한 자원의 집합이 아니라, 다양한 행위자들이 참여하여 돌봄의 조건을 유지·보수하며 가능성을 조율해 나가는 공동 생산의 장으로 기능한다.

6.2. 연구의 의의

본 연구의 의의는 다음과 같다.

본 연구는 돌봄을 기존 연구들처럼 단순한 치료의 보조적 활동이나 정서적 지원, 혹은 추상적인 윤리적 이상으로 환원하지 않고, 건강이 실제로 구성되고 유지되는 핵심적인 작동 원리로 재위치시켰다는 점에서 근본적인 의의를 갖는다. 기존 연구들이 돌봄의 중요성을 선언적으로 강조하면서도 그 실천적 복잡성을 구체적으로 분석하는 데에는 한계를 보였던 반면, 본 연구는 단순-복잡-복합 문제 유형에 따라 돌봄 실천의 성격과 요구가 어떻게 달라지는지를 체계적으로 구분하였다. 이를 통해 의료 현장에서 특정 돌봄 방식이 효과를 발휘하거나 실패하는 조건을 설명할 수 있는 개념적 분석 틀을 제시하였으

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

며, 이는 돌봄에 대한 이론화가 추상적 규범 논의에 머무르지 않고 실제 실천의 작동 조건과 한계를 포괄할 수 있도록 확장된 것이라 할 수 있다.

아울러 본 연구는 '관계적 짊어짐'과 '돌봄의 인프라'라는 개념을 중심으로, 돌봄을 개인의 윤리적 헌신이나 제도적 구조 중 어느 한쪽에만 귀속시키지 않고 이들 간의 상호작용 속에서 분석할 수 있는 중간 수준의 이론을 구성하였다. 특히 의료 현장에서 발생하는 소통의 간극과 불확실성을 제거해야 할 장애가 아니라 돌봄이 창발하는 조건으로 재해석함으로써, 기존의 예측, 통제 중심적 의료 모델과는 상반된 대안을 모색하였다. 또한 복잡성 이론의 문제 유형 분류를 시간성·환경성·역량이라는 분석 축과 결합하여, 분절되어 있던 이론적 논의들을 '동적 건강' 개념 아래 통합적으로 재구성하였으며, 이를 통해 돌봄을 개인의 선의나 전문가의 기술에 국한하지 않고 지속가능한 돌봄 실천이 가능하도록 하는 구조적 조건, 즉 '돌봄의 인프라' 개념으로 확장시켰다.

또한 본 연구가 구체적으로 기여할 수 있는 측면은 다음과 같다. 첫째, 교육적 기여 측면에서 본 연구는 기존의 환자중심성, 공감, 전문직 협력과 같은 개별 역량 중심의 교육에서 벗어나, 삶의 조건과 환경을 아우르는 돌봄 역량 교육을 위한 개념적 기반을 제공한다. 의료 교육이 주로 기술적 숙련이나 대인관계 기술에 초점을 맞춰왔던 것과 달리, 본 연구는 문제의 복잡성을 판단하고 그에 적합한 돌봄 접근을 선택할 수 있는 실천적 지혜의 중요성을 강조한다. 이는 돌봄 제공자가 표준화된 프로토콜을 기계적으로 적용하는 것이 아니라, 각 상황의 고유한 맥락을 읽어내고 적절한 돌봄 논리를 선택·조합할 수 있는 실천적 지혜를 함양하도록 하는 교육적 전환의 토대가 될 수 있다.

둘째, 방법론적 기여 측면에서 본 연구는 복잡성 이론의 단순한 설명적 사용을 넘어, 단순-복잡-복합의 구조화된 분석틀과 시간·환경·역량의 교차 분석을 가능하게 하는 실천적 도구를 제안했다. 이는 의료 현장의 실무자들이 자신이 직면한 돌봄 상황의 성격을 체계적으로 분석하고, 그에 적합한 개입 전략을 모색할 수 있는 구체적인 방법론을 제공한다. 특히 이러한 분석 도구는 현장에서의 성공과 실패 경험을 단순한 개인의 역량 혹은 제도의 문제로 환원하지 않고, 문제 유형과 접근 방식 간의 정합성 차원에서 이해할 수 있게 함으로써, 보다 체계적인 돌봄 실천의 개선을 가능하게 할 수 있다.

셋째, 정책적 기여 측면에서 본 연구는 돌봄의 책임을 개별 가족이나 전문가에게 전가하거나 효율성 중심의 자원 분배에만 초점을 맞추는 기존 정책 담론을 넘어, 집단적 책임 분배와 다양한 주체들의 참여를 통한 돌봄 연계의 필요성을 이론적으로 뒷받침한다. 특히 '돌봄의 인프라' 개념은 정책이 단순히 서비스 제공이나 재정 지원에 그치지 않고, 환자·가족·의료진·지역사회가 함께 돌봄을 구성해갈 수 있는 구조적 조건을 마련하는 데 초점을 맞춰야 함을 시사한다. 이는 돌봄 정책이 개별 프로그램의 집합이 아니라, 상호연계된 생태계로서 설계되어야 한다는 정책적 전환의 근거를 제공한다.

넷째, 윤리적 기여 측면에서 본 연구는 정상성 도달이나 완치를 목적으로 하는 기존의

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

돌봄 실천에서 벗어나, 장애와 만성질환 상태에서도 건강을 함께 생성해 나가는 돌봄 실천 과정의 가치를 재정립했다. 동적 건강 개념은 건강이 특정한 기준에 도달하는 것이 아니라, 변화하는 조건 속에서 지속적으로 조율되고 재구성되는 과정임을 보여줌으로써, 완치가 불가능한 상황에서도 의미 있는 돌봄이 가능함을 이론적으로 뒷받침한다. 이는 돌봄 실천이 '정상으로 되돌리는 것'에서 '함께 살아가는 것'으로 그 지향을 확장할 수 있는 윤리적 기반을 제공하며, 특히 고령화와 만성질환의 시대에 더욱 중요한 의미를 갖는다.

6.3. 연구의 한계

본 연구는 다음의 한계를 지닌다.

첫째, 본 연구는 다양한 돌봄 이론과 건강 개념을 통합적으로 분석함으로써 이론적 외연을 넓히는 데 초점을 두었기에, 개별 이론의 심화된 논의나 세부 쟁점에 대한 정밀한 분석은 상대적으로 부족할 수 있다. 복잡성 이론, 생태학적 관점, 위험요인 기반 역학 이론 등 각 이론은 그 자체로도 방대한 철학적 전통과 내적 논쟁을 포함하고 있으나, 본 논문에서는 연구의 문제의식에 부합하는 방식으로 이들을 선별적으로 수용·재구성하는 전략을 택하였다. 이 과정에서 다양한 건강·돌봄 이론을 통합하여 하나의 분석 틀을 구성하면서, 각 이론 및 실천의 구체적 맥락과 고유한 쟁점을 충분히 파고들지 못한 한계가 존재한다. 이는 이론적 깊이보다는 개념적 구조화와 폭넓은 관점 확보를 우선한 전략적 선택이었으나, 일부 이론에 대한 분석이 상대적으로 얕아질 수 있었다. 향후 연구에서는 개별 이론의 깊이와 적용 가능성을 사례 중심으로 정교화함으로써 통합 틀의 설명력을 보완할 필요가 있다.

둘째, 복잡성 이론과 돌봄의 논리를 토대로 한 분석은 주로 문헌 해석과 개념 비교에 의존하며, 광범한 실증 자료를 체계적으로 수집·검증하지 않았다. 사회복지사 인터뷰와 고독사 예방정책 사례로 일정 부분 현실 적합성을 점검하였지만, 여전히 '실천 현장 전체를 대표한다'고 보기는 어렵다. 이는 이론적 재구성에 우선 순위를 둔 연구 목적에 기인하나, 모형의 타당성을 강화하기 위해서는 다기관·다학제적 현장 연구가 병행되어야 할 것이다.

셋째, 창발성·비선형성·관계적 존재론과 같은 복합성 개념은 돌봄이 지닌 실천적 난점을 설명하는 강력한 도구지만, 현장 이해관계자에게는 지나치게 추상적으로 받아들여질 수 있다. 본 연구는 '단순 - 복잡 - 복합'의 유형화로 개념 전달력을 높이고자 했으나, 제도 설계나 정책 문서로 옮겨질 때 여전히 해석의 간극이 남는다. 이는 복합성 언어가 본질적으로 개방적·맥락적이기 때문에 불가피한 측면이 있으며, 구체적 적용 방향성 제시를

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

통해 단계적으로 해소할 수 있을 것이다.

넷째, 본 연구는 다층적 돌봄 논리를 실현하기 위한 구체적인 제도적 설계나 정책적 방안에 대한 논의가 상대적으로 부족하다. '돌봄의 인프라' 개념을 통해 돌봄이 지속가능해지기 위한 구조적 조건의 중요성을 강조하였으나, 이러한 인프라가 어떤 형태로 구축되어야 하며, 기존 제도와 어떻게 연계될 수 있는지에 대한 실천적 지침은 충분히 제시하지 못하였다. 이는 본 연구가 인식론적·윤리적 전환의 필요성을 이론적으로 정초하는 데 주력했기 때문이며, 구체적인 실행 방안은 후속 연구의 과제로 남겨둘 수밖에 없었다.

다섯째, 관계적 존재론에 기반한 돌봄 이해는 구체적인 책임과 의무의 소재를 모호하게 만들 수 있다. 모든 것이 관계 속에서 구성되고 취약성이 관계적으로 형성된다는 관점은 이론적으로는 설득력이 있으나, 실제 의료 현장에서 발생하는 구체적인 실패나 과실에 대한 책임을 희석시킬 수 있다. 특히 의료 시스템의 구조적 문제나 개별 행위자의 윤리적 실패를 모두 '관계적 맥락'으로 설명하는 것은 변화를 위한 구체적 개입 지점을 불명확하게 만들 위험이 있다. 그러나 이러한 한계는 관계적 존재론을 포기해야 한다는 의미가 아니라, 오히려 관계적 이해와 기존의 책임 논의를 어떻게 창조적으로 결합할 것인가라는 새로운 연구 과제를 제시한다고 볼 수 있으며, 추후 연구에서는 관계성 속에서도 책임의 경계와 구체적 실천 지침을 도출하는 방법론적 틀을 개발할 필요가 있다.

6.4. 마치며

캉길렘에 따르면, 환자란 단일한 규범만을 수용할 수 있는 상태에 놓인 존재이다. 건강한 생명체는 환경의 변화에 따라 스스로 새로운 규범을 구성하며, 그에 따라 다양한 조건 속에서도 자신을 재조직할 수 있는 존재이다.

어느 날 사고로 청력을 상실한 두 사람을 예로 들어보자. 병리적 상태에 머무는 자는 기존의 소통 규범에만 의존하며, 소리 없는 세상에 놓인 자신을 단절된 존재로 인식한다. 전화나 회의 같은 청각 중심의 소통 상황을 모두 회피하면서 '들을 수 없다'는 제한에 갇혀 자신의 생활환경 또한 축소시킨다. 반면 건강한 자는 점차 시선과 몸짓, 문자와 기호를 통해 새로운 소통 방식을 스스로 구성해나간다. 자막 기능을 적극 활용하거나 필담을 시도하고, 주변 사람들과 함께 수화를 배우며 기존의 음성 중심 언어 체계를 재구성한다. 나아가 농인 공동체와의 관계를 확장하며 '소리 없는 문화'의 풍부함을 발견한다. 즉, 동일한 청각 손실 상황에서도 건강한 자는 '들을 수 없음'을 다양한 '표현할 수 있음'으로 변환시키며, 감각과 관계의 새로운 규범을 창조해낸다.

이제 이러한 이해를 돌봄 실천의 문제로 확장해보자. 만약 환자가 한 가지 규범만을 수용할 수 있는 자라면, 돌봄의 목표는 무엇이어야 하는가? 병리적 방식의 돌봄은 청력

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

을 상실한 환자에게 보청기나 인공와우를 통해 '듣는 기능'을 회복시키는 데 주력하지만, 이는 '소리로 듣기'라는 단일한 규범만을 전제함으로써, 기술적 보조가 완전하지 않을 경우 환자를 결핍 상태에 머물게 하는 한계를 지닌다. 이 과정에서 환자가 개발할 수 있는 다른 소통의 방식은 쉽게 간과된다. 반면 건강한 방식의 돌봄은 단일한 기능 회복을 넘어 환자가 새로운 소통 방식과 감각의 질서를 탐색하고 수용할 수 있도록 여건을 조성하고자 한다. 이때 돌봄은 결핍을 메우는 기술적 개입이 아니라, 환자의 삶이 재구성될 수 있는 가능성의 공간을 여는 관계적 실천이 된다.

현재 의료의 지배적인 돌봄 환경은 마치 캉길렘이 말한 '한 가지 규범만을 수용할 수 있는 환자'처럼, 단일한 논리-규범만을 수용할 수 있는 구조에 갇혀 있다. 의료 시스템은 질병과 치유의 과정을 선형적이고 예측 가능한 경로로 상정하며, 급성기 치료에서 회복과 재활을 거쳐 완치에 이르는 정형화된 시간표를 환자들에게 획일적으로 적용한다. 생의학적 패러다임 속에서 돌봄은 질병 제거, 수치 정상화, 위험 통제와 같은 기능적 목표에 종속되고, 효율성과 표준화, 측정가능성이라는 운영 원칙이 의료 실천 전반을 지배한다. 병원에서 외래로, 재활센터에서 가정으로 이어지는 돌봄 공간들은 제각기 다른 제도적 기준과 실천 논리로 분절되어 운영되고, 환자는 이들 사이를 오가며 일관되지 못한 돌봄의 파편들을 감당해야 한다.

본 연구가 제시한 '관계적 짊어짐' 개념은 이러한 인식론적·윤리적 전환의 실천적 차원을 구체화한다. 이는 소통불가능성을 단순한 전달 실패나 극복해야 할 장애로 보던 기존 관점을 넘어, 돌봄이 성립하고 작동할 수 있는 조건으로 재구성하려는 시도이며, 완전한 이해나 해석의 일치를 전제하지 않으면서도 그 차이를 함께 감내하고 지속적으로 응답해 나가려는 관계적 실천을 의미한다. 건강을 상호작용 속에서 구성되는 동적 과정으로 이해할 때, 소통불가능성은 단절이 아니라 서로 다른 지식과 경험이 조우하는 지점이자, 돌봄이 작동하고 건강의 다층성이 드러나는 조건으로 기능할 수 있다.

결국, '무엇이 건강인가'를 새롭게 묻는 것은 곧 '돌봄이 어떤 방식으로 작동 가능한가'를 묻는 일이기도 하다. 이러한 관점은 돌봄을 단순한 필요의 충족이나 역할 수행으로 환원하는 접근을 넘어, 돌봄이 성립하고 지속되기 위한 조건과 구조를 함께 성찰해야 한다는 함의를 제시한다. 즉 돌봄을 '하는 것'에 앞서, 돌봄이 '가능해지는 조건들'에 대한 탐구 및 환경 조성이 요청된다.

돌봄은 하나의 정답에 수렴하는 실천이 아니라, 긴장과 불확실성 속에서 끊임없이 조정되고 협의되는 관계적 과정으로 이해되어야 한다. 따라서 '좋은 돌봄'의 의미를 미리 고정하지 않으면서도, 각기 다른 조건 속에서 실천되는 다양한 돌봄이 어떻게 '좋음'을 구성하고 추구할 수 있는지를 탐구할 필요가 있다. 이를 위해서는 돌봄을 단일한 논리나 체계로 환원하기보다는, 서로 다른 돌봄의 논리들이 충돌하면서도 공존하는 복합적 장으로 파악해야 하며, 이러한 접근을 통해 돌봄의 다층적 구조와 맥락적 특성을 보다 정밀

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

하게 포착할 수 있다. 이러한 과정에서 돌봄은 서로를 지속적으로 짊어지며 응답하는 관계적 실천이자, 건강을 구성하는 시간의 흐름, 환경적 조건, 그리고 삶이 피어날 수 있는 잠재성과 역량을 함께 조성해가는 과정 속에서 '좋음'을 함께 구성해가는 실천이 된다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

참고 문헌

국내 논문

강신익. (2020). 건강과 참살이의 계보. 의철학연구, 29, 3-51.

곽미선, 박지영(2024). "사회적 고립 및 은둔의 국내 연구 동향 분석: 청년을 중심으로." 청소년학연구 31.8: 195-218.

권수빈, 김선기, 정성조, 차현재, 이상길. (2023). '취약성'의 제도화?: 인문사회 분야 IRB의'취약한 대상'연구 심의에서 나타나는 갈등과 쟁점. 사회과학연구, 34(4), 133-159.

김준혁, 강철. (2022). 능동적 환자의 요청:'코로나 19와 함께 살기'와 관련하여. 인문학연구, (53), 37-77.

김현옥, 김소형, 박해선. (2024). 청년의 고독생과 고독사: 언론보도와 학술연구에 관한 비정형 빅데이터 분석 중심. 비판사회정책, (85), 129-166.

나주영(2023). "법의부검 자료를 통한 대한민국 고독사에 관한 고찰." 한국보건사회연구 43.4: 274-288.

목광수. (2012). 역량 중심 접근법의 윤리적 함의: 아마티아 센의 논의를 중심으로. 윤리학, 1(1), 79-118.

박기순. (2013). 스피노자에서 potentia 와 potestas 개념: 스피노자의 역량 개념과 그 윤리-정치적 함의에 관한 연구: 스피노자의 역량 개념과 그 윤리-정치적 함의에 관한 연구. 사회와 철학, (25), 329-364.

박윤재. (2017). 19세기 말-20세기 초 병인론의 전환과 도시위생. 도시연구, (18), 7-30.

여인석. (2003). 히포크라테스와 19세기 프랑스 의학. 의사학, 12(2), 168p

여인석. (2019). 병원의 의료화와 의료의 병원화. 의철학연구, 31-57.

오독립. (2023). 일본의 고독사 담론: 커뮤니티 담론의 전개와 일본 고령자 복지의 방향성. 일본비평 (Korean Journal of Japanese Studies), 28, 20-61.

유수정, 최슬비, 김은애. (2020). 인간대상연구에서 취약성에 대한 접근방식 변화의 필요성과 방향. 생명윤리, 21(1), 1-24.

이지예, 이세원, 오의금. (2020). 국내 간호학 문헌에서의 인간중심케어 개념화: 주제범위 문헌고찰. Korean Journal of Adult Nursing, 32(4), 354-363.

장하원. (2021). 자폐증 진단의 동역학:'사회성'에 반응하는 몸들의 출현. 과학기술학연구,21(2), 203-230.

정민영, 민이수, 임소연. (2023). 돌봄물로서의 인공지능: 20대 청년의 인공지능 불안과

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

취업스트레스를 중심으로.과학기술학연구,23(2), 112-144.
조태구. (2024). 돌봄, 주체 그리고 삶: 미셸 앙리와 돌봄에 대한 다른 접근 가능성. 현상학과 현대철학, 102, 69-97.
차현재, 「건강 개념의 재정립을 통한 보건의료에서의 돌봄 실천 방향성 모색」(의철학연구)
최윤주, 전예빈, 신예림, 이수비.(2023). 신문에 보도된 고독사에 관한 탐색적 연구: 2012 년~2022 년 기사를 중심으로. 정신건강과 사회복지, 51(1), 117-144.
최은경. "새로운 의료인문학(들)과 한국 의료인문학의 자리." 의철학연구 (2023): 119-156.
최은주. (2022). 보건의료에서 원헬스에 대한 인식 및 적용의 필요성. 한국의료윤리학회지, 25(1), 43-57.
한혜빈, 최현정. (2022). 코로나 19 재난에서 장애가 있는 사람의 경험과 공동체 회복력. 재활심리연구, 29(3), 17-43.
홍성희. (2021). 코로나 19 발생 이후 대학생의 일상생활의 변화와 대처에 대한 탐색적 연구. 가정과삶의질연구, 39(2), 47-61.
황임경. (2024). 면역성과 취약성의 교차적 관점에서 본 코로나 19 팬데믹 이후 생명/삶의 정치. 횡단인문학, 71-100.

국외 논문

Adger, W. N. (2000). Social and ecological resilience: are they related?. *Progress in Human Geography, 24*(3), 347 - 364.
Allen, D. (2018). Care trajectory management: A conceptual framework for formalizing emergent organisation in nursing practice. *Journal of Nursing Management, 27*(1), 4.
Antonovsky, A. (2002). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. In *The health psychology reader*. SAGE Publications Ltd.
Aronowitz, R. A. (2011). The Framingham heart study and the emergence of the risk factor approach to coronary heart disease, 1947 - 1970. *Revue d'histoire des sciences, 64*(2), 263 - 295.
Attena, F. (2014). Complexity and indeterminism of evidence-based public health: an analytical framework. *Medicine, Health Care and Philosophy, 17*, 459 - 465.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Bai, H., Lee, J. R., Kang, M. J., Jun, Y. H., Koo, H. Y., Yun, J., …Lee, H. (2025). Who Dies Alone? Demographics, Underlying Diseases, and Healthcare Utilization Patterns of Lonely Death Individuals in Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health, 58*(2), 218.

Baquè, G. (2024). Encounters of care: technological kin and nonhuman care. *Ecozon: European Journal of Literature, Culture and Environment, 15*(2), 141 – 155.

Barkay, O., Binay, U. D., & Karakeçili, F. (2023). Evolution of Public Responses to COVID-19: Comparing Changes in People's Emotions, Behaviors, and Precautions at the Onset and End Stage of the Pandemic. *Cureus, 15*(9).

Baur, V., van Nistelrooij, I., & Vanlaere, L. (2017). The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. *Medicine, Health Care and Philosophy, 20*, 483 – 493.

Blasdell, N. D. (2017). The meaning of caring in nursing practice. *International Journal of Nursing Clinical Practice, 4*(238), 2.

Blease, C., Carel, H., & Geraghty, K. (2017). Epistemic injustice in healthcare encounters: evidence from chronic fatigue syndrome. *Journal of Medical Ethics, 43*(8), 549 – 557.

Boeykens, D., Boeckxstaens, P., De Sutter, A., Lahousse, L., Pype, P., De Vriendt, P., ... & Primary Care Academy. (2022). Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: a scoping review and concept analysis. *PLOS ONE, 17*(2), e0262843.

Bomhof-Roordink, H., Gärtner, F. R., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2019). Key components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ Open, 9*(12), e031763.

Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science, 44*(4), 542 – 573.

Bosi, G., De Santis, M., Hervás, C., Weinman, A., & Bottarelli, V. (2019). Patient empowerment of people living with rare diseases. Its contribution to sustainable and resilient healthcare systems. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*.

Boulangeat, I., et al. (2022). From human-nature dualism towards more integration in socio-ecosystems studies. In I. Misiune, D. Depellegrin, & L. Egarter Vigl

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

(Eds.), *Human-Nature Interactions: Exploring Nature's Values Across Landscapes*(p. 38). Springer International Publishing.

Bourgault, S. (2020). Epistemic injustice, face-to-face encounters and caring institutions. *International Journal of Care and Caring, 4*(1), 91 - 107.

Braithwaite, J., Churruca, K., Ellis, L. A., Long, J., Clay-Williams, R., Damen, N., ... & Ludlow, K. (2017). *Complexity science in healthcare*. Sydney: Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University.

Broer, T., Bal, R., & Pickersgill, M. (2017). Problematisations of complexity: On the notion and production of diverse complexities in healthcare interventions and evaluations. *Science as Culture, 26*(2), 135 - 160.

Brown, A., et al. (2020). Managing uncertainty in chronic illness from patient perspectives. *Journal of Excellence in Nursing and Healthcare Practice, 2*(1).

Buchman, D. Z., Ho, A., & Goldberg, D. S. (2017). Investigating trust, expertise, and epistemic injustice in chronic pain. *Journal of Bioethical Inquiry, 14*, 31 - 42.

Burton-Jeangros, C., Cullati, S., Sacker, A., & Blane, D. (2015). A life course perspective on health trajectories and transitions.

Byrne, E. A. (2020). Striking the balance with epistemic injustice in healthcare: The case of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. *Medicine, Health Care and Philosophy, 23*(3), 371 - 379.

Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N., & Porteous, M. (1998). Integrated care pathways. *BMJ, 316*(7125), 133 - 137.

Capasso, A., Kim, S., Ali, S. H., Jones, A. M., DiClemente, R. J., & Tozan, Y. (2022). Socioeconomic predictors of COVID-19-related health disparities among United States workers: A structural equation modeling study. *PLOS Global Public Health, 2*(2), e0000117.

Cardona, B. (2021). The pitfalls of personalization rhetoric in time of health crisis: COVID-19 pandemic and cracks on neoliberal ideologies. *Health Promotion International, 36*(3), 714 - 721.

Carel, H., Kidd, I. J. (2014). Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy, 17*, 535.

Carpentier, N., Bernard, P., Grenier, A., & Guberman, N. (2010). Using the life course perspective to study the entry into the illness trajectory: The

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

perspective of caregivers of people with Alzheimer's disease. *Social Science & Medicine, 70*(10), 1501 - 1508.

Carstens, D. (2020). An ethics of immanence: Posthumanism and the politics of care. In *Posthuman and Political Care Ethics for Reconfiguring Higher Education Pedagogies*(pp. 79 - 90). Routledge.

Chadha-Sridhar, I. (2023). Care as a thick ethical concept. *Res Publica, 29*(3), 405 - 423.

Chapman, R., & Carel, H. (2022). Neurodiversity, epistemic injustice, and the good human life. *Journal of Social Philosophy*.

Chitla, V. B., Lakshminarasimhan, P. S., Kumar, M. M., & Prashanth, B. S. (2024, August). Multivariate Analysis and Detection of Concept Drift in Longitudinal COVID-19 Data: Implications for Adaptive Healthcare Strategies. In *2024 Second International Conference on Networks, Multimedia and Information Technology (NMITCON)*(pp. 1 - 11). IEEE.

Christensen, D. (2015). The health change trajectory model: An integrated model of health change. *Advances in Nursing Science, 38*(1), p.57.

Cloninger, C. R., Salloum, I. M., & Mezzich, J. E. (2012). The dynamic origins of positive health and wellbeing. *International Journal of Person Centered Medicine, 2*(2), 179.

Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior, 46*(1), 51 - 67.

Coffey, R. J., Richards, J. S., Remmert, C. S., LeRoy, S. S., Schoville, R. R., & Baldwin, P. J. (1992). An introduction to critical paths. *Quality Management in Healthcare, 1*(1), 45 - 54.

Cole, A. (2016). All of us are vulnerable, but some are more vulnerable than others: The political ambiguity of vulnerability studies, an ambivalent critique. *Critical Horizons, 17*(2), 260 - 277.

Cole, L. (2021). Aliens, plagues, One Health, and the medical posthumanities. *Configurations, 29*(4), 453 - 467.

Comstock Barker, P., & Scherer, J. S. (2017). Illness Trajectories: Description and Clinical Use #326. *Journal of Palliative Medicine, 20*(4), 426 - 427.

Corbin, J. M., & Strauss, A. (1991). A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 5*(3), 155.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Cozza, M., Bruzzone, S., & Crevani, L. (2021). Materialities of care for older people: caring together/apart in the political economy of caring apparatus. *Health Sociology Review, 30*(3), 308 – 322.

Crichton, P., Carel, H., & Kidd, I. J. (2017). Epistemic injustice in psychiatry. *BJPsych Bulletin, 41*(2), 65 – 70.

D'Agostino Sr, R. B., Vasan, R. S., Pencina, M. J., Wolf, P. A., Cobain, M., Massaro, J. M., & Kannel, W. B. (2008). General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation, 117*(6), 743 – 753.

Dahl, N. (2020). Governing through kodokushi. Japan's lonely deaths and their impact on community self-government. *Contemporary Japan, 32*(1), 83 – 102.

de Boer, M. L. (2021). Epistemic in/justice in patient participation: A discourse analysis of the Dutch ME/CFS Health Council advisory process. *Sociology of Health & Illness, 43*(6), 1335 – 1354.

Della Croce, Y. (2023). Epistemic injustice and nonmaleficence. *Journal of Bioethical Inquiry, 20*(3), 447 – 456.

Dodds, S. (2014). Dependence, care, and vulnerability. In *Vulnerability: New Essays in Ethics and Feminist Philosophy*(pp. 181 – 203).

Donaldson, T. (2024). Human flourishing, the goals of medicine and integration of palliative care considerations into intensive care decision-making. *Journal of Medical Ethics, 50*(8), 539 – 543.

Drahošová, L., & Jarošová, D. (2016). Concept caring in nursing. *Central European Journal of Nursing and Midwifery, 7*(2), 459.

Dufour, I., Bolster-Foucault, C., Vedel, I., & Quesnel-Vallée, A. (2021). Examining the concept of healthcare trajectories in older adults with major neurocognitive disorder using the '6W' multidimensional model of care trajectories: A mixed methods systematic review protocol. *Science of Nursing and Health Practices, 4*(2), 101 – 110.

Dwyer, P. (2022). The neurodiversity approach(es): What are they and what do they mean for researchers? *Human Development, 66*(2), 73 – 92.

Enserink, M. (2010). Scientists' new eradication target: A word in their lexicon. *Science*.

Esmail, L., Moore, E., & Rein, A. (2015). Evaluating patient and stakeholder engagement in research: Moving from theory to practice. *Journal of Comparative Effectiveness Research, 4*(2), 133 – 145.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Feo, R., & Kitson, A. (2016). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International Journal of Nursing Studies, 57*, 1 - 11.

Fineman, M. A. (2010). The vulnerable subject: Anchoring equality in the human condition. In *Transcending the Boundaries of Law*(pp. 177 - 191). Routledge-Cavendish.

Fisher, J. (2023). Epistemic injustice: The silenced voices. *International Journal of Mental Health Nursing*.

FitzGerald, M. (2024). The commitment to care: An unwavering epistemic decentering.

Fitzsimmons, P. R., Blayney, S., Mina-Corkill, S., & Scott, G. O. (2012). Older participants are frequently excluded from Parkinson's disease research. *Parkinsonism & Related Disorders, 18*(5), 585 - 589.

Flower, M., & Hamington, M. (2022). Care ethics, Bruno Latour, and the Anthropocene. *Philosophies, 7*(2), 31.

Folke, C. (2006). Resilience: The emergence of a perspective for social - ecological systems analyses. *Global Environmental Change, 16*(3), 253 - 267.

Formosinho, J., Bencard, A., & Whiteley, L. (2022). Environmentality in biomedicine: Microbiome research and the perspectival body. *Studies in History and Philosophy of Science, 91*, 151p.

Fox, N. J. (2023). New materialist perspectives on health, illness and health care. In *Handbook on the Sociology of Health and Medicine*(pp. 62 - 75). Edward Elgar Publishing.

Garrau, M. (2024). Privilege and the denial of vulnerability: When care ethics meets epistemologies of ignorance.

Gartner, J. B., Abasse, K. S., Bergeron, F., Landa, P., Lemaire, C., & Côté, A. (2022). Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway: A proposed integrative framework for consensus. *BMC Health Services Research, 22*(1), 558.

Giroux, É. (2015). Epidemiology and the bio-statistical theory of disease: A challenging perspective. *Theoretical Medicine and Bioethics, 36*(3), 175 - 195.

Goodin, R. E. (1985). Vulnerabilities and responsibilities: An ethical defense of the welfare state. *American Political Science Review, 79*(3), 775 - 787.

Gorman, A. (2023). Neurodiversity and the ethics of access. In *The Bloomsbury Guide to Philosophy of Disability*(pp. 414 - 433).

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Grabovschi, C., Loignon, C., & Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: A scoping review. *BMC Health Services Research, 13*, 1 - 11.

Grudniewicz, A., Gray, C. S., Boeckxstaens, P., De Maeseneer, J., & Mold, J. (2023). Operationalizing the chronic care model with goal-oriented care. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research, 16*(6), 569 - 578.

Hajar, R. (2016). Framingham contribution to cardiovascular disease. *Heart Views, 17*(2), 78 - 81.

Halfon, N., Larson, K., Lu, M., Tullis, E., & Russ, S. (2014). Lifecourse health development: Past, present and future. *Maternal and Child Health Journal, 18*, 344 - 365.

Halvorsen, K., Dihle, A., Hansen, C., Nordhaug, M., Jerpseth, H., Tveiten, S., ... & Knutsen, I. R. (2020). Empowerment in healthcare: A thematic synthesis and critical discussion of concept analyses of empowerment. *Patient Education and Counseling, 103*(7), 1263 - 1271.

Hämmig, O. (2019). Health risks associated with social isolation in general and in young, middle and old age. *PLOS ONE, 14*(7), e0219663.

Han, C. (2018). Precarity, precariousness, and vulnerability. *Annual Review of Anthropology, 47*(1), 331 - 343.

Hanisch, H. (2022). How care holds humanity: The myth of Cura and theories of care. *Medical Humanities, 48*(1), e1 - e9.

Harcourt, E. (2021). Epistemic injustice, children and mental illness. *Journal of Medical Ethics, 47*(11), 729 - 735.

Harrell Jr, F. E., Lee, K. L., & Mark, D. B. (1996). Multivariable prognostic models: Issues in developing models, evaluating assumptions and adequacy, and measuring and reducing errors. *Statistics in Medicine, 15*(4), 361 - 387.

Harrop, E., Addis, S., Elliott, E., & Williams, G. (2006). Resilience, coping and salutogenic approaches to maintaining and generating health: A review. Cardiff: Cardiff University.

Hodgkinson, S., et al. (2016). “Care of dying adults in the last days of life.” *Clinical Medicine, 16*(3), 254 - 258.

Holland, J. H. (1992). Complex adaptive systems. *Daedalus, 121*(1), 17 - 30.

Holling, C. S. (1973, November). Resilience and stability of ecological systems. *Annual Review of Ecology and Systematics*.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Hong, S. Y., & Lim, J. H. (2023). Why is Success of South Korea's Covid-19 Response Fading? *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services, 53*(3), 323 - 330.

Horn, E. (2022). WINDS, MIASMA, POLLUTION. *Environing Media*.

Howard, M. (2021). Wearables, the marketplace and efficiency in healthcare: How will I know that you're thinking of me? *Philosophy & Technology, 34*(4), 1545 - 1568.

Huang, A. R., et al. (2023). Social isolation and 9 year dementia risk in community dwelling Medicare beneficiaries in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society, 71*(3), 765 - 773.

Huber, M., et al. (2011). How should we define health? *BMJ, 343*, p.4163.

Imamura, K., et al. (2024). Social isolation, regardless of living alone, is associated with mortality: the Otassha study. *Frontiers in Public Health, 12*, 1365943.

Jasanoff, S. (2004). Ordering knowledge, ordering society. In *States of Knowledge*(pp. 13 - 45). Routledge.

Jones, D. S., & Oppenheimer, G. M. (2017). If the Framingham Heart Study did not invent the risk factor, who did? *Perspectives in Biology and Medicine, 60*(2), 131 - 150.

Kahlawi, A., Masri, F., Ahmed, W., & Vidal-Alaball, J. (2025). Cross-Cultural Sense-Making of Global Health Crises: A Text Mining Study of Public Opinions on Social Media Related to the COVID-19 Pandemic in Developed and Developing Economies. *Journal of Medical Internet Research, 27*, e58656.

Kang, C., & Lee, I. (2021). COVID-19 pandemic, transparency, and "Polidemic" in the Republic of Korea. *Asian Bioethics Review, 13*(2), 213 - 224.

Kannampallil, T. G., Schauer, G. F., Cohen, T., & Patel, V. L. (2011). Considering complexity in healthcare systems. *Journal of Biomedical Informatics, 44*(6), 943 - 947.

Kawashima, T. D. (2022). The relationless Japanese society and the practices of belonging during the COVID-19 pandemic. *Asian Studies, 10*(1), 45 - 68.

Kidd, I. J., & Carel, H. (2017). Epistemic injustice and illness. *Journal of Applied Philosophy, 34*(2), 172 - 190.

Kitson, A., Feo, R., Lawless, M., Arciuli, J., Clark, R., Golley, R., ... & Robinson, S. (2022). Towards a unifying caring life course theory for better self care and caring solutions: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing, 78*(1), e6 - e20.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Kleinman, A., & Van Der Geest, S. (2009). "Care" in health care: Remaking the moral world of medicine. *Medische Antropologie, 21*(1), 159.

Kokayeff, N. (2012). Dying to be discovered: Miasma vs germ theory. *ESSAI, 10*(1), 24.

Kok, J., de Kam, D., Leistikow, I., Grit, K., & Bal, R. (2022). Epistemic injustice in incident investigations: A qualitative study. *Health Care Analysis, 30*(3), 254 – 274.

Krahn, G. L., et al. (2021). It's time to reconsider how we define health: Perspective from disability and chronic condition. *Disability and Health Journal, 14*(4), 4.

Krieger, B. N. (2012). Epidemiology and the People's Health. *American Journal of Epidemiology, 175*(8), 854 – 856.

de La Bellacasa, M. Puig. (2011). Matters of care in technoscience: Assembling neglected things. *Social Studies of Science, 41*(1), 90.

Langmaid, G., et al. (2021). Applying the Mandala of Health in the Anthropocene. *Health Promotion Journal of Australia, 32*, 8 – 21.

Langmann, E. (2023). Vulnerability, ageism, and health: Is it helpful to label older adults as a vulnerable group in health care? *Medicine, Health Care and Philosophy, 26*(1), 133 – 142.

Latour, B. (2004). Why has critique run out of steam? From matters of fact to matters of concern. *Critical Inquiry, 30*(2), 225 – 248.

Laurin, A.-C., & Martin, P. (2022). Towards democratic institutions: Tronto's care ethics inspiring nursing actions in intensive care. *Nursing Ethics, 29*(7 – 8), 1578 – 1588.

Laurin, A.-C., & Martin, P. (2024). Thinking through critical posthumanism: Nursing as political and affirmative becoming. *Nursing Inquiry, 31*(1), e12606.

Lauritsen, J. L. (1993). *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood*.

Lawless, M. T., Tieu, M., Golley, R., & Kitson, A. (2024). How and where does "care" fit within seminal life course approaches? A narrative review and critical analysis. *Journal of Advanced Nursing, 80*(3), 871 – 883.

Leslie, M., Eales, J., Fast, J., Mortenson, W. B., Atoyebi, O., & Khayatzadeh-Mahani, A. (2019). Towards sustainable family care: Using goals to reframe the user-centred design of technologies to support carers. *International Journal of Care and Caring, 3*(3), 445 – 451.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Lindblom, C. E. (1979). Still muddling, not yet through. *Public Administration Review, 39*(6), 517 – 526.

Liu, S., Foster, T., & Batalden, P. (2022). Simple, complicated, and complex phenomena in health care: Using the triangle to improve reliability and resiliency in health-care systems. In *Sustainably Improving Health Care*(pp. 95 – 110). CRC Press.

Ljungholm, L., Klinga, C., Edin Liljegren, A., & Ekstedt, M. (2022). What matters in care continuity on the chronic care trajectory for patients and family carers?—A conceptual model. *Journal of Clinical Nursing, 31*(9 – 10), 1327 – 1338.

Lloyd, H., Britten, N., Naldemirci, Ö., & Wolf, A. (2020). Epistemic injustices in clinical communication: The example of narrative elicitation in person-centred care. *Sociology of Health and Illness*.

Lorenz, E. N. (2017). Deterministic nonperiodic flow. In *Universality in Chaos*(2nd ed., pp. 367 – 378). Routledge.

Luna, F. (2009). Elucidating the concept of vulnerability: Layers not labels. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics, 2*(1), 121 – 139.

Lusk, J. M., & Fater, K. (2013). A concept analysis of patient-centered care. *Nursing Forum, 48*(2), 89 – 98.

Lyng, H. B., Macrae, C., Guise, V., Haraldseid-Driftland, C., Fagerdal, B., Schibevaag, L., & Wiig, S. (2022). Capacities for resilience in healthcare: A qualitative study across different healthcare contexts. *BMC Health Services Research, 22*(1), 474.

Mackenzie, R., & Watts, J. (2011). Is our legal, health care and social support infrastructure neurodiverse enough? *Tizard Learning Disability Review, 16*(1), 30 – 37.

Maghsoud, F., et al. (2022). Workload and quality of nursing care: The mediating role of implicit rationing of nursing care, job satisfaction and emotional exhaustion. *BMC Nursing, 21*(1), 273.

Masibo, R. M., Kibusi, S. M., & Masika, G. M. (2024). Gender dynamics in nursing profession: Impact on professional practice and development in Tanzania. *BMC Health Services Research, 24*(1), 1179.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*(3), 227.

McCance, T. V. (2003). Caring in nursing practice: The development of a

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

conceptual framework. *Research and Theory for Nursing Practice, 17*(2), 115.
McKelvin, G., Downe, S., & Thomson, G. (2025). Exploring childbirth experiences through a Salutogenic lens. *Midwifery, 142*, 104276.
Meisner, J., McLeland-Wieser, H., Traylor, E. E., Hermesh, B., Berg, T., Roess, A., ... & Rabinowitz, P. M. (2024). Relational One Health: A more-than-biomedical framework for more-than-human health. *One Health, 18*, 100676.
Menatti, L. (2024). Medicine, healthcare and the environment: From the salutogenic approach towards the salutogenic environments.
Minheere, A., Lambrechts, W., Mampaey, J., Stough, T., Caniëls, M. C., & Semeijn, J. (2023). Patient power and empowerment: Mitigating elements of valuable patient participation in healthcare collaboratives. *Behavioral Sciences, 13*(4), 347.
Mircheva, G. (2021). Care without limits? The experience of parents of children with autism spectrum disorders. *Критика и хуманизъм, 3*(55), 103 - 126.
Mitchell, M. (2009). *Complexity: A Guided Tour*. Oxford University Press.
Mold, J., & Mold, J. W. (2017). Goal-directed health care: Redefining health and health care in the era of value-based care. *Cureus, 9*(2).
Molterer, K., Hoyer, P., & Steyaert, C. (2020). A practical ethics of care: Tinkering with different 'goods' in residential nursing homes. *Journal of Business Ethics, 165*, 95 - 111.
Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing, 30*(1), 6 - 15.
Murray, S. A., et al. (2005). Illness trajectories and palliative care. *BMJ, 330*(7498), 1007 - 1011.
Murray, S. A., Boyd, K., Moine, S., Kendall, M., Macpherson, S., Mitchell, G., & Amblàs-Novellas, J. (2024). Using illness trajectories to inform person centred, advance care planning. *BMJ, 384*.
Nielsen, K. M., Nordgaard, J., & Henriksen, M. G. (2025). Fundamental issues in epistemic injustice in healthcare. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1 - 11.
Nielsen, T. H. (2024, June). The dynamics of disease: Toward a processual theory of health. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine, 49*(3), 271 - 282.
Nobile, M. (2014). The WHO definition of health: A critical reading. *Medicine and Law, 33*, 33.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International, 13*(4), 349 – 364.

O'Hara, J. K., Baxter, R., & Murray, J. (2021). 'Muddling through' care transitions: The role of patients and their families. In *Resilient Health Care*(pp. 147 – 164). CRC Press.

Oksavik, J. D. (2021). "What matters to you?" Goal-oriented, integrated care for older patients with multimorbidity – a qualitative study. *International Journal of Integrated Care*.

Onwuatuegwu, I. N. (2022). Explicating Martin Heidegger's "Dasein" as being-in-the-world. *International Journal of Health Sciences, 6*(S5), 5218 – 5227.

Paletta, D. (2013). Equality, capability and neurodiversity. In *Ethics and Neurodiversity*(pp. 39 – 51).

Paley, J. (2010). The appropriation of complexity theory in health care. *Journal of Health Services Research & Policy, 15*(1), 59 – 61.

Paley, J., & Eva, G. (2011). Complexity theory as an approach to explanation in healthcare: A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies, 48*(2), 269 – 279.

Panella, M., Van Zelm, R., & Sermeus, W. (2012). Care pathways for the organization of patients' care. *Bilten: Ekonomika, Organizacija, Informatika v Zdravstvu, 28*(2), 111.

Pariès, J., Lot, N., Rome, F., & Tassaux, D. (2019). Resilience in intensive care units: The HUG case. In *Resilient Health Care*(pp. 77 – 96). CRC Press.

Pellegrino, E. D. (1981). *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. Oxford University Press.

Pellicano, E., & den Houting, J. (2022). Annual research review: Shifting from 'normal science' to neurodiversity in autism science. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 63*(4), 381 – 396.

Pleyer, J. A., Pesliak, L. D., & McCall, T. (2024). Salutogenic environmental health model—Proposing an integrative and interdisciplinary lens on the genesis of health. *Frontiers in Public Health, 12*, 1445181.

Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *BMJ, 323*(7313), 625 – 628.

Plsek, P. E., & Wilson, T. (2001). Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ, 323*(7315), 746 – 749.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Pols, J. (2014). Knowing patients: Turning patient knowledge into science. *Science, Technology, & Human Values, 39*(1), 73 – 97.

Pols, J. (2015). Towards an empirical ethics in care: Relations with technologies in health care. *Medicine, Health Care and Philosophy, 18*(1), 81 – 90.

Pot, M. (2022). Epistemic solidarity in medicine and healthcare. *Medicine, Health Care and Philosophy, 25*(4), 681 – 692.

Potter, N. N. (2022). The virtue of epistemic humility. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 29*(2), 121 – 123.

Priya, A. (2021). Case study methodology of qualitative research: Key attributes and navigating the conundrums in its application. *Sociological Bulletin, 70*(1), 94 – 110.

Rea, H., McAuley, S., Stewart, A., Lamont, C., Roseman, P., & Didsbury, P. (2004). A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Internal Medicine Journal, 34*(11), 608 – 614.

Renedo, A., Komporozos-Athanasiou, A., & Marston, C. (2018). Experience as evidence: The dialogic construction of health professional knowledge through patient involvement. *Sociology, 52*(4), 778 – 795.

Reuben, D. B., & Tinetti, M. E. (2012). Goal-oriented patient care—An alternative health outcomes paradigm. *The New England Journal of Medicine, 366*(9), 777.

Roeder, N., Hensen, P., Hindle, D., Loskamp, N., & Lakomek, H. J. (2003). Clinical pathways: Effective and efficient inpatient treatment. *Der Chirurg: Zeitschrift für Alle Gebiete der Operativen Medizin, 74*(12), 1149 – 1155.

Röhrich, C., Giordano, J., & Kohls, N. B. (2021). Narrative view of the role of health promotion and salutogenesis in the treatment of chronic disease. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy, 11*(2), 591.

Rose, N. (2001). The politics of life itself. *Theory, Culture & Society, 18*(6), 1 – 30.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*(3), 316 – 331.

Schick, A. (2022). Health as temporally extended: Theoretical foundations and implications. *History and Philosophy of the Life Sciences, 44*(3), 32.

Sellers, C. (2018). To place or not to place: Toward an environmental history of modern medicine. *Bulletin of the History of Medicine, 92*(1), 1 – 45.

Seo, B. K. (2025). Habits of maintenance: Infrastructure for chronic living. *Current*

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Anthropology, 66(3), 309 – 331.

Sinclair, J. (1993). Ne nous pleurez pas. *Autism Network International, Our Voice, 50*(3).

Smith, J. B. (2023). *Ecologies of Care: A Posthuman Institutional Ethnography of Nursing*.

Smith, J. B., Willis, E. M., & Hopkins Walsh, J. (2022). What does person centred care mean, if you weren't considered a person anyway? *Nursing Philosophy, 23*(3), e12401.

Snowden, D. J., & Boone, M. E. (2007). A leader's framework for decision making. *Harvard Business Review, 85*(11), 68.

Sterner, C. S. (1948). A brief history of miasmic theory. *Bulletin of the History of Medicine, 22*, 747.

Sund Levander, M., & Tingström, P. (2020). Complicated versus complexity: When an old woman and her daughter meet the health care system. *BMC Women's Health, 20*, 1 – 11.

Swallow, J., & Hillman, A. (2019). Fear and anxiety: Affects, emotions and care practices in the memory clinic. *Social Studies of Science, 49*(2), 227 – 244.

Talley, R. C., & Travis, S. S. (Eds.). (2014). Contributions of public health to caregiving. In *Multidisciplinary Coordinated Caregiving: Research·Practice·Policy*(pp. 209 – 237).

Tan Yip Ming, C., Rojas-Carabali, W., Cifuentes-González, C., Agrawal, K., Grover, S., Anand, A., ... & Agrawal, R. (2024). Beyond pathology: Exploring salutogenesis as a novel approach to eye inflammatory disease prevention and management. *Ocular Immunology and Inflammation, 32*(10), 2506 – 2514.

Thompson, D. S., Fazio, X., Kustra, E., Patrick, L., & Stanley, D. (2016). Scoping review of complexity theory in health services research. *BMC Health Services Research, 16*, 1 – 16.

Thompson, J. P., Coats, T. J., & Sims, M. R. (2015). Known knowns, known unknowns, and unknown unknowns: Can systems medicine provide a new approach to sepsis? *British Journal of Anaesthesia, 114*(6), 874 – 877.

Tieu, M., & Matthews, S. (2024, February). The relational care framework: Promoting continuity or maintenance of selfhood in person-centered care. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine, 49*(1), 85 – 101.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Tinetti, M. E., Naik, A. D., Dindo, L., Costello, D. M., Esterson, J., Geda, M., ... & Blaum, C. (2019). Association of patient priorities‐aligned decision‐making with patient outcomes and ambulatory health care burden among older adults with multiple chronic conditions: A nonrandomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine, 179*(12), 1688‐1697.

Treiber, L. A., & Jones, J. H. (2015). The care/cure dichotomy: Nursing's struggle with dualism. *Health Sociology Review, 24*(2), 152‐162.

Tronto, J. C. (2020). Caring democracy: How should concepts travel? In *Care Ethics, Democratic Citizenship and the State*(pp. 181‐197).

Valles, S. A. (2021). A pluralistic and socially responsible philosophy of epidemiology field should actively engage with social determinants of health and health disparities. *Synthese, 198*(Suppl 10), 2589‐2611.

Van Druten, V. P., et al. (2022). Concepts of health in different contexts: A scoping review. *BMC Health Services Research, 22*(1), 389.

Vanhaecht, K. (2010, March). Pathways as complex interventions. In *Heart of England NHS Trust Conference*(Date: 2010/03/15, Location: Birmingham).

Vanhaecht, K., Panella, M., Van Zelm, R., & Sermeus, W. (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways, 14*(3), 117‐123.

Varela, A. J., Gallamore, M. J., Hansen, N. R., & Martin, D. C. (2025). Patient empowerment: A critical evaluation and prescription for a foundational definition. *Frontiers in Psychology, 15*, 1473345.

Vermunt, N. P. C. A. (2018). *Collaborative Goal Setting: Towards a Goal-Oriented Approach of Shared Decision-Making in Complex Elderly Care*.

Watson, J. C. (2024). Patient expertise and medical authority: Epistemic implications for the provider‐patient relationship. In *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine, 49*(1), 58‐71. Oxford University Press.

Wensing, M., & Grol, R. (2019). Knowledge translation in health: How implementation science could contribute more. *BMC Medicine, 17*, 1‐6.

Whitmee, S., et al. (2015). Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: Report of the Rockefeller Foundation‐Lancet Commission on planetary health. *The Lancet, 386*(10007), 1973‐2028.

Wilson, T., Holt, T., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity and clinical care. *BMJ,*

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

323(7314), 685 – 688.
Wind, A., van der Linden, C., Hartman, E., Siesling, S., & van Harten, W. (2022). Patient involvement in clinical pathway development, implementation and evaluation – A scoping review of international literature. *Patient Education and Counseling, 105*(6), 1441 – 1448.
Winter, V., et al. (2021). Nurse staffing and patient-perceived quality of nursing care: A cross-sectional analysis of survey and administrative data in German hospitals. *BMJ Open, 11*(11), e051133.
Wolfe, A. (2001). "Institute of Medicine report: Crossing the quality chasm: A new health care system for the 21st century." *Policy, Politics, & Nursing Practice, 2*(3), 233 – 235.Woodward, S. (2019). Moving towards a safety II approach. *Journal of Patient Safety and Risk Management, 24*(3), 96 – 99.
Yong, S. J. (2021). Long COVID or post-COVID-19 syndrome: Putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *Infectious Diseases, 53*(10), 737 – 754.
Zagorac, I., & Stamenković Tadić, B. (2022). Health within illness: The negativity of vulnerability revised. *Medicine, Health Care and Philosophy, 25*(2), 207 – 217.
Zhao, J. (2023). Nursing in a posthuman era: Towards a technology-integrated ecosystem of care. *International Journal of Nursing Sciences, 10*(3), 398 – 402.

국내 도서(번역서 포함)

김은정(2022), 『치유라는 이름의 폭력』, 강진경·강진영 역, 서울: 후마니타스.
김준혁. (2022). 우리 다시 건강해지려면: 정의로운 건강을 위한 의료윤리학의 질문들. 반비. 108쪽
Bynum, W. (2017). 서양 의학사(박승만, 역). 고유서가. (원서 출판 연도: 2008)
Canguilhem, G. (2018). 정상적인 것과 병리적인 것(여인석 역). 그린비.
Canguilhem, G. (2022). 캉길렘의 의학론(여인석 역). 그린비.
Deleuze, G. (2019). 스피노자와 표현 문제(현영종, 권순모 역). 그린비.
Engster, D. (2017). 돌봄: 정의의 심장(김희강, 나상원 역). 박영사.
Foucault, M. (2014). 정신의학의 권력(심세광, 전혜리 역). 난장.
Heidegger, Martin. (2016). 존재와 시간. 서울: 동서문화사.
Hippocrates.(2011). 여인석, 이기백. 히포크라테스 선집. 파주: 나남.
Kittay, E. F. (2016). 돌봄: 사랑의 노동(김희강, 나상원 역). 박영사.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Krieger, N. (2018). 낸시 크리거의 역학 이론과 맥락(신영전 외 역). 한울아카데미.
Tronto, J. C.(2014). 돌봄 민주주의(김희강, 나상원 역). 박영사.

국외 도서

Alligood, M. R. (2017). *Nursing Theorists and Their Work-E-Book: Nursing Theorists and Their Work-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
Anand, N., Gupta, A., & Appel, H. (Eds.). (2018). *The Promise of Infrastructure*. Duke University Press. Introduction.
Bernard, C. (1957). *An Introduction to the Study of Experimental Medicine*(Vol. 400). Courier Corporation.
Braithwaite, J., Hollnagel, E., & Hunte, G. (Eds.). (2021). *Resilient Health Care: Volume 6*. CRC Press. Chapter 2.
Braithwaite, J., Wears, R. L., & Hollnagel, E. (2013). *Resilient Health Care*. Ashgate Publishing Group. Chapter 6.
Braithwaite, J., Wears, R. L., & Hollnagel, E. (Eds.). (2017). *Resilient Health Care: Volume 3 - Reconciling Work-as-Imagined and Work-as-Done*. CRC Press.
Briggs, C. L. (2024). *Incommunicable: Toward Communicative Justice in Health and Medicine*. Duke University Press.
Burton-Jeangros, C., Cullati, S., Sacker, A., & Blane, D. (2015). *A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions*.
Camazine, S., Deneubourg, J. L., Theraula, G., Sneyd, J., & Franks, N. R. (2020). *Self-Organization in Biological Systems*.
Caswell, G. (2022). *Dying Alone: Challenging Assumptions*. Springer Nature.
Davis, B. W. (2014). *Martin Heidegger: Key Concepts*. Routledge.
de La Bellacasa, M. P. (2017). *Matters of Care: Speculative Ethics in More Than Human Worlds*(Vol. 41). University of Minnesota Press.
Foucault, M. (2002). *The Birth of the Clinic*. Routledge.
Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.
Galton, F. (1948). *Inquiries into Human Faculty and Its Development*(1883).
Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. John Wiley & Sons.
Halfon, N., Forrest, C. B., Lerner, R. M., & Faustman, E. M. (2018). *Handbook of*

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Life Course Health Development.

Held, V. (2005). *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*. Oxford University Press.

Hollnagel, E., & Braithwaite, J. (2013). *Resilient Health Care*(1st ed.). CRC Press. Chapter 16.

Hollnagel, E., Wears, R. L., & Braithwaite, J. (2015). *From Safety-I to Safety-II: A White Paper*. The Resilient Health Care Net.

James, M. W. (2020). *Goal-Oriented Medical Care: Helping Patients Achieve Their Personal Health Goals*. Full Court Press.

Kevles, D. J. (1995). *In the Name of Eugenics: Genetics and the Uses of Human Heredity*(No. 95). Harvard University Press.

Keyes, K. M., & Galea, S. (2016). *Population Health Science*. Oxford University Press.

Koggel, C., Garrau, M., Prattes, R., Dalmiya, V., Doucet, A., Jewell, E., ... & Visse, M. (2024). *Decentering Epistemologies and Challenging Privilege: Critical Care Ethics Perspectives*. Rutgers University Press. Chapter 8.

Krieger, N. (2013). *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context*. Oxford University Press.

Kühl, S. (1994). *The Nazi Connection: Eugenics, American Racism, and German National Socialism*. Oxford University Press.

Law, J., & Mol, A. (2002). *Complexities: Social Studies of Knowledge Practices*. Duke University Press.

Leininger, M., & McFarland, M. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices*.

Lupton, D. (2017). *Digital Health: Critical and Cross-Disciplinary Perspectives*. Routledge.

Mackenzie, C. (Ed.). (2014). *Vulnerability: New Essays in Ethics and Feminist Philosophy*. Oxford University Press.

Maines, D. (2024). *Social Organization and Social Process*. Taylor & Francis.

Maller, C. (2018). *Healthy Urban Environments: More-than-Human Theories*. Routledge.

Marmot, M., & Wilkinson, R. (Eds.). (2005). *Social Determinants of Health*. OUP Oxford.

Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Routledge.
Murris, K., & Bozalek, V. (Eds.). (2022). *In Conversation with Karen Barad: Doings of Agential Realism*. Taylor & Francis.
Nightingale, F. (1992). *Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not*. Lippincott Williams & Wilkins.
Porter, R. (1999). *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity (The Norton History of Science)*. W. W. Norton & Company.
Risse, G. B. (1999). *Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals*. Oxford University Press.
Rose, G. (1992). *The Strategy of Preventive Medicine*.
Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton University Press. Chapter 1.
Rosen, G. (2015). *A History of Public Health*. JHU Press.
Rosenberg, C. E. (2007). *Our Present Complaint: American Medicine, Then and Now*. JHU Press.
Tronto, J. C. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*. New York University Press.
Valles, S. (2018). *Philosophy of Population Health: Philosophy for a New Public Health Era*. Routledge.
Volpi, F. (1992). *Dasein as Praxis: The Heideggerian Assimilation and Radicalization of the Practical Philosophy of Aristotle*.
Wears, R. L., Hollnagel, E., & Braithwaite, J. (Eds.). (2015). *Resilient Health Care*. Ashgate Publishing, Ltd.
Weber, M. (1978). *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology*(Vol. 1). University of California Press.
Wilkinson, R., & Marmot, M. (Eds.). (1998). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. World Health Organization.

정부 및 공공기관 자료

고숙자 외. (2021). 고독사 실태조사 설계 연구. 한국보건사회연구원. 2021-83.
보건복지부. (2024). 2024년 고독사 실태조사 결과 발표 자료.
보건복지부. (2025). 2025년 고독사 예방 및 관리 시범사업 운영지침.
대한중환자의학회. (2018). 연명의료중단 및 임종기 돌봄 권고안.
한국전력공사. (2021). [전력 빅데이터 분석으로 고독사를 예방한다].

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

https://home.kepco.co.kr/kepco/front/html/WZ/2021_5_6/sub03_07.html. (2025년 6월 1일 접속)

국제기구 문서

European Pathway Association. About care pathways. Retrieved June 17, 2025, from https://e-p-a.org/care-pathways/
WHO. (2022). Noncommunicable diseases. Retrieved March 1, 2025, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
World Health Organization. (1986, November 21). Ottawa Charter for Health Promotion.
World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects.

신문 기사

경향신문. (1973). 핵가족화 경향과 부모의 보양 문제. 1973.8.16.일자
동아일보. (1977). 코펜하겐 노인천국 「요람에서 무덤까지」 보장된 사회복지. 1977.1.19.일자
조선일보. (1982). 잊혀진 죽음… 7년만에 발견. 1982.6.24.일자
오마이뉴스. "'외로움 없는 서울'에 총 4513억 투입, 오세훈 "고립·은둔 해결"". https://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0003072396(2025년 6월 1일 접속)

온라인 참고자료 및 웹사이트

Care ethics. Internet Encyclopedia of Philosophy. https://iep.utm.edu/care-ethics/ (2025년 6월 1일 접속)
Care. Online Etymology Dictionary. Retrieved June 5, 2025, from https://www.etymonline.com/word/care
Helping patients and clinicians manage uncertainty during clinical care, Mary Politi. https://publichealth.wustl.edu/helping-patients-and-clinicians-manage-uncertainty-during-clinical-care/ (2025년 6월 30일 접속)
Valles, S. (2020). Philosophy of Biomedicine.
https://plato.stanford.edu/eNtRIeS/biomedicine/ (2025년 6월 30일 접속)

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

ABSTRACT

Constructing a Multi-layered Logic of Care through a Dynamic Concept of Health: Toward an Ethics of Health Perception

This study critically examines the theoretical and practical gaps in contemporary healthcare systems' inability to effectively address complex health problems. Current healthcare systems remain deeply rooted in treatment-centered biomedical paradigms and structures centered on hospitals, specialists, and pathology, resulting in the marginalization of continuous and relational care practices. The biomedical approach, by viewing disease primarily as a biological phenomenon and prioritizing technical solutions, fails to adequately explain or respond to health conditions where temporal changes, environmental conditions, and individual capacities interact complexly, such as chronic diseases, aging, and disability. This study critically analyzes the limitations of how biomedical paradigms simplify complex health problems and reconceptualizes health as a dynamic process where temporality, environmentality, and capacity interact. Furthermore, using complexity theory as a theoretical framework, this study categorizes care problems into simple, complicated, and complex types, analyzes appropriate care strategies for each type, and constructs a logic of multi-layered care that transcends reductionist and uniform existing models.

The static concept of health, which regards health as the absence of disease or meeting normal physiological indicators, reveals three fundamental limitations that systematically exclude the temporality, environmentality, and capacity of health. First, understanding health as a fixed state measurable at specific points in time makes it difficult to explain changes in body and life over time and the process of adaptation. This reduces health to linear and disconnected problems, overlooking more complex temporal flows including processes of recovery or maintenance. Second, limiting health to physiological balance within the body reduces environment to mere external stimuli or threats, failing to systematically reflect social, physical, and institutional conditions that decisively influence

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

health formation and maintenance. Third, limiting health to meeting normal standards or performing specific functions makes it difficult to capture the capacities individuals adjust and express within life conditions—their possibilities as relational and fluid subjects. While modern medicine partially accepts process-oriented approaches to health in chronic disease management and rehabilitation medicine, acute disease-centered treatment models still dominate, and care response strategies for complex and changing health conditions remain limited. Therefore, while respecting achievements of existing biomedical approaches, health needs to be reconceptualized as a dynamic process where temporal, environmental, and capacity factors interact.

The multi-layered care logic presented in this study is constructed by intersecting three axes—temporality, environmentality, and capacity—with three problem levels: simple, complicated, and complex. In the temporal dimension, it emphasizes nonlinear and continuous adjustment processes beyond linear temporality; in the environmental dimension, it values complex networks of human-nonhuman actors and co-constitution of environment-body; in the capacity dimension, it focuses on individual resources rather than deficits and attends to capacity expression through interaction with environment.

Dynamic health is an adaptive process where individuals continuously coordinate and reconstruct their lives within changing environments—not a fixed state by certain biological standards, but a processual and relational phenomenon constituted through interactions of temporal-environmental contexts and subject capacities. This health concept also redefines the nature of care practices. Care is not stably executed within one consistent principle or unified system, but gradually forms amid collisions and intersections of different demands and understandings, judgments and emotions, authorities and responsibilities. This conceptualizes multi-layered care practice not as procedures performed according to fixed standards, but as complex practices constituted through processes where different logics collide and are coordinated. Tensions and misalignments in care processes should not simply be regarded as failures or errors, but rather can become conditions that must be endured for care to be sustainable and justified. This study attends to how care is maintained through these processes of discordance and adjustment, understanding care not as simple technique or need fulfillment, but as an ethical-practical constitutive process

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

negotiated while enduring communicative impossibility and interpretive differences.

For multi-layered care logic to function practically in actual care settings, three practical conditions are necessary. First, 'dynamic reconceptualization of vulnerability' means understanding vulnerability not as fixed individual attributes or deficits, but as relationally and contextually constituted conditions. This dismantles existing frameworks that dichotomously separate care recipients and providers, fundamentally reconstructing how care relationships form and adjust. Second, 'heterogeneous co-production of care knowledge' refers to epistemological transformation where medical professionals' scientific knowledge, patients' experiential insights, and caregivers' practical wisdom interact without hierarchy. This transformation expands the range of subjects participating in care practice and legitimizes patient experiences not as mere supplementary information but as essential knowledge resources constituting care. Third, 'relational bearing' indicates an ethical attitude of not ceasing response to others even in situations where uncertainty and incompleteness are inevitable. This requires care not always to presuppose complete understanding or resolution, but willingness to maintain relationships and continue practice under uncertain conditions. For such ethical practice not to remain temporary individual dedication but continue long-term, 'care infrastructure' including temporal allowance, spatial flexibility, and institutional support must be constructed together. This means material and structural foundations supporting relational bearing to establish itself as repetitive and everyday practice.

The significance of this study can be summarized in theoretical, practical, and policy dimensions as follows. First, theoretically, this study systematically applied complexity theory to care research, overcoming limitations of existing research dependent on single care concepts or models. Through this, it analyzed how different care logics operate according to problem types and productively utilized tensions between complexity theory's explanatory characteristics and care's normative implications, presenting a theoretical framework for precisely analyzing multi-layered structures and operating conditions of care practice. Second, in practical dimensions, by reconstructing inevitable communication gaps and understanding misalignments in medical settings not as failures or errors but as starting points where care begins, it proposed directions for interpreting and responding to

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

powerlessness and burnout experienced by field practitioners within new cognitive frameworks. This enables process-centered practice that fluidly coordinates 'good enough care' under various conditions instead of idealized goals of 'perfect care.' Third, in policy aspects, by approaching care not as individual ethical capacity or one-time service but from an 'infrastructure' perspective for its operation and continuation, it emphasized the necessity of constructing structural and long-term conditions for care circulation.

In conclusion, newly asking 'what is health' is both reflecting on 'how care becomes possible' and ultimately advancing to the ethical question of 'what is the good life.' Recognition of health operates not merely as diagnostic criteria for determining disease presence or absence, but as a practical framework determining under what conditions we can care for and open what life possibilities. From this perspective, this study proposes understanding good care as relational practice of continuously bearing and responding to each other, and as practice of jointly cultivating foundations of time, environment, and capacity constituting dynamic health. This shift in perspective does not simply stop at improving medical service quality, expanding care workforce, or enhancing patient satisfaction, but establishes theoretical foundations for envisioning and implementing more ethical and sustainable care systems by reconstructing ontological-epistemological frameworks of health and care themselves. This presents practical possibilities for overcoming structural limitations faced by contemporary healthcare—domination of single theoretical logic, marginalization of patient experience, disconnection and fragmentation of care practice—showing how care can function as ethical practice constituting common 'good' even in reality where tensions and uncertainties coexist.

Key words : Dynamic Health, Multilayered Care, Complexity Theory, Vulnerability, Care Knowledge, Care Infrastructure, Ethics of Health Perception, Good Care