

## 지역사회역량구축과 지역사회간호

안 양 희\*

### I. 서 론

지역사회역량구축은 지역사회의 모든 가능한 자원을 개발하고, 활용하여 건강에 대한 자조능력을 키우고 강화해 나가는 것으로 1990년 이후 지속적인 관심이 되고 있으며, 건강한 지역사회를 만들기 위한 접근방법이다(Poole, 1997). 이러한 접근방법에 의해 지역사회 요구와 환경을 전체적으로 볼 수 있게 하며, 자산을 기반으로(asset-based)한 보건사업 개발, 지역사회조직간의 협동, 지역사회의 적극적 참여 등을 강조한다(Kretzman & McKnight, 1993; Human Resources Development Canada, 1999; Chaskin, Brown, Venkatesh, & Vidal, 2001). 즉 지역사회역량구축 과정을 통하여 지역주민과 각종 지역단체나 조직은 건강관리서비스와 사회복지서비스의 의사결정과정에 직접 참여하여 지역주민의 건강증진과 삶의 질 향상에 기여하며 결과적으로 지역사회는 순 기능을 수행할 뿐만 아니라 지역사회 개발을 이루는 것이다. 최근 노인 인구의 증가로 건강전문인들은 노인의 삶의 질을 증진시키기 위한 각종 프로그램에 초점을 두고 있으며, 이는 노인들이 살고 있는 지역사회에 그들 스스로 기여할 수 있도록 힘을 키우는(Hilderandt, 1994) 것이라 할 수 있다. 우리나라에서도 노인의 건강관리뿐만 아니라 건강잠재력 강화와 생산적인 사회구성원의 역

할수행을 도모하기 위해 중앙정부와 지방자치단체의 공공부문 보건의료·복지 조직과 민간부문의 보건의료·복지기관, 지역주민 및 단체 등의 참여로 운동, 영양, 금연, 절주 등의 각종 건강증진 프로그램이라든가 건강한 노인을 위한 각종 일자리 창출이 이루어지고 있다. 그러므로 지역사회의 역량을 증가시킴은 지역주민의 건강증진과 나아가 효과적인 지역사회 개발과 연결되어 있음을 알 수 있다.

지금까지 보건 및 건강영역에서 지역사회 기반의 힘 키우기 접근과 관련된 연구들은 지역사회 개인의 건강 증진에 초점을 두었거나(Eisen, 1994; Ostrom, Lerner, & Freel, 1995; Ford & Edwards, 1996; Hawe, Noort, King, & Jordens, 1997; Hawe, King, Noort, Gilford, & Lloyd, 1998; Moyer, Coristine, MacLean, & Meyer, 1999; Li et al., 2001), 건강프로그램의 지속적인 유지에 초점을 두었다(Jackson et al., 1994). 한편 간호영역에서 Kang(1995)은 지역사회 보건간호사들이 공공 보건사업에의 참여, 지역사회보건서비스 강화, 공공 보건정책의 협동 등을 통하여 지역사회역량구축의 핵심적 역할을 해야 한다고 주장하였고, Moyer 등(1999)은 지역사회간호 실무에서 집단적 역량구축의 모형을 개발하기도 하였다.

우리나라의 경우, 지역사회 보건간호사들은 실무에

\* 연세대학교 원주의과대학 간호학과 교수(교신저자 E-mail: ahr57@yonsei.ac.kr)

서 지역사회 건강수준 향상에 주도적 역할을 하고 있지만, 지역사회역량 개념을 적용하여 체계적으로 보고된 연구는 거의 없다. 따라서 이 글에서는 지역사회역량의 개념, 역량구축 전략, 건강관리사업에서의 지역사회역량구축을 살펴보고 지역사회간호에의 의의를 논하기 위함이다.

## II. 본 론

### 1. 지역사회역량 개념

지역사회 역량(community capacity)은 community competence, community mobilization, community participation, community empowerment, community partnership 과 혼용되어 사용되고 있으며, 이러한 개념들은 상호 독립적이면서도 상호 연결되어 있다. 지역사회역량은 지역사회가 특정한 일을 하기 위한 특정 힘과 능력을 가지고 있음을 말하며, 이러한 힘과 능력들은 사회의 여러 기능과 연결되어 있다. 아직까지 이 개념에 대해 학자들 간에 분명하게 합의된 정의는 없지만 체계적으로 개념화하려는 노력은 지속되어 왔다. 대표적 예를 들면, Kretzman과 McKnight(1993)는 미래지향적이면서 긍정적 사고로의 전환(paradigm shift)에 초점을 두었다. 요구중심의 접근은 사회의 잠재능력을 간과하기 쉽기 때문에 지역주민들은 의존적인 문제해결 능력을 갖게 되고 문제된 개인에 초점이 맞추어질 수 있다는 것이다. 즉 전통적 사고인 요구중심(need-focused)의 사고로부터 자산중심(asset-focused)의 사고로 변화를 시도하였고, 문제 중심의 사고를 능동적이며 해결중심의 사고로 변화를 유도함으로써 “역량”이라는 측면에서 지역사회 건강문제의 해결을 시도한 시조라 할 수 있다. Aspen Institute(1996)는 지역사회역량구축이란 지역사회 사명감, 자원, 기술의 세 요소의 상호작용에 의해 나타나는 것으로 정의하면서, 이러한 요소들은 지역주민들의 노력, 의지, 실천, 지도력 등에 의해 개발된다고 설명하였다. 구체적으로 사명감은 지역사회가 일할 수 있는 해결책, 기회, 문제에 대한 인식을 함께 나누는 것을 기본으로 지역사회 전체가 행동할 의지가 있음을 말하고, 자원은 재정적, 물리적, 인적자원을 포함하며

이러한 자원들을 활용하는 수단을 의미하며 기술은 개인이나 조직이 가지고 있는 모든 자질과 특수성을 말한다. 반면에 HRDC(1999)는 인적자본과 사회적 자본을 포함한 다차원적이며 순환적 과정으로 정의하였으며 이를 반영하여 최근에 Chaskin 등(2001)은 지역사회역량을 역동적이고 포괄적이며 다차원적인 개념으로 접근하면서 지역사회역량이란 사회의 안녕을 유지, 증진하고 인구집단의 문제를 해결할 수 있는 인적자본, 조직자원, 사회적 자본의 상호작용으로 정의하였다. 즉 인적자본은 지역주민 개인이 가지고 있는 지식, 기술, 지도력 등을 의미하며, 조직자원은 지역사회 내에 존재하는 각종 단체, 조직 등을 말한다. 사회적 자본은 지역주민의 결속력, 사회참여 등과 같은 것으로 사회의 정체성이나 문화 등의 지역 특성을 의미한다.

이상을 종합해 보면, 지역사회역량은 지역 내 자원을 개발하고 활용할 수 있는 사회의 힘과 능력을 말하며, 이는 구성요소들의 상호 역동적인 과정에 의하여 조직, 인구집단, 사회의 다차원적 수준과 지역주민의 건강유지, 증진 및 지역개발에 이르기까지 포괄적인 특성을 지닌다.

### 2. 지역사회 역량구축 전략

지역사회역량 구축은 사회 내의 개인, 조직, 기관 등의 관계 망이 연합되어 기능하는 다차원적이며 역동적 과정이다. 이를 위해 문제 중심보다는 강점이나 자산을 기반으로 한 대상자 접근을 시도하며, 지도력 개발, 동반자적 관계수립, 조직개발, 사회 조직화 등의 전략을 활용하고, 역량구축을 촉진시킬 수 있도록 상황을 조절하는 것이다(Chaskin et al., 2001).

#### 1) 강점/자산 기반의 대상자 접근

강점/자산 기반의 대상자 접근을 위해서는 기존의 문제 중심의 사고를 현재와 미래에 그리고 요구보다는 문제해결에 초점을 두는 사고의 틀 변화(Kretzman & McKnight, 1993; Hawe et al., 1998)가 요구된다. 즉 대상자가 과거에 성공적으로 이루었던 경험이나 현재 잘 하고 있는 점이나 능력을 바탕으로 미래에 도달해야 할 목표에 초점을 두는 사고로의 틀 변화가

필요하다. 따라서 사고의 중심을 지역사회 개인이나 조직/기관이 가지고 있는 강점/자산이 무엇이며, 어떻게 활용하여 문제를 해결할 것인가에 두는 것을 말한다. 이를 위한 방법의 예는 사고의 변화촉진자가 우선 시되는 사업주체 기관장과 지역지도자들에게는 정기회의나 모임을 통해 지역사회 내 문제를 효율적으로 다루기 위해 이 지역의 강점과 활용방안에 대해 브레인스토밍 방법을 활용하여 다루며, 대상자에게 직접 서비스를 제공하는 전문 인력은 강점/자산 기반의 사정과 중재에 대한 교육·훈련을 통해 서비스가 제공되도록 하는 것이다. 예를 들면, 성 매매 여성을 위한 성병예방사업에서 건강관리제공자들이 성 매매 여성들을 보는 시각이 성병감염의 주요 핵심이며, 사회의 문제를 일으키는 구성원으로 이해하고 접근하는 것이 아니라 그들은 사회에 기여할 수 있는 건강한 자원이며, 성병예방을 위한 건강행위를 이행할 수 있다고 인식하는 것이다.

## 2) 지도력 개발

지도력 개발은 일차적으로 개인에 초점을 두며, 지역 지도자들에게 사명감, 기술, 자원 활용, 변화에 대한 전망, 새로운 관계 형성 등을 할 수 있도록 시도하는 것이다(Chaskin et al., 2001). 왜냐하면 지역사회 지도자들은 변화의 매개체로서 지역주민의 정체성 강화를 위한 건강, 교육, 문화, 오락 등 지역사회 전반에 걸친 활동들을 유도해 나갈 수 있기 때문에 역량구축의 핵심요소가 된다. 따라서 그들이 적극적으로 활동하면 할수록 지역사회 활동은 더욱 지지 받을 수 있으며, 또한 계획된 목표를 달성할 수 있게 되므로 지역지도자들의 참여가 무엇보다도 중요하다. 예를 들면, 지도력 개발을 위해 지역지도자들의 운영위원회구성을 하며, 정기적 모임을 통해 지역보건사업에의 사명감을 갖도록 하는 계기를 마련하고, 토의과정을 통해서서는 주민의 건강향상을 위한 전략구상에 동참하도록 하는 것이다. 또한 건강관리서비스 제공자는 지역주민의 건강과 복지를 증진시키는데 주도적 역할을 하는 사람들로서 이들에 대한 지식과 기술은 지역사회역량의 특성이면서 기반을 이루기 때문에 시범사업 제공 전과 수행과정 중에 지식과 기술에 대한 교육과 훈련을 한다. 즉 전문 인력은 전문지식과 기술을 통하여 대상주민의 자

가 관리 능력 향상을 위한 지도력을 발휘할 수 있기 때문이다. 이와 같은 맥락에서 자원봉사자들도 서비스 제공 전과 수행과정 중에 사업수행과 관련된 지식과 기술에 대한 교육과 훈련이 요구된다.

## 3) 파트너십 형성

파트너십 형성은 책임, 권위, 자원, 이점, 장애점 등을 함께 나누는 것이며, 이를 위해서는 지역사회문제에 대하여 공통된 관심을 가지고 있어야 하고, 파트너십 형성의 상황과 내용을 이해해야 하며, 다른 관점에서도 문제를 진단하고 수행할 준비가 되어 있어야 한다(HRDC, 1999). 즉 지역보건사업에 참여하는 단체나 기관이 파트너십을 형성하여 역할과 책임을 명확히 하고, 각 단체나 기관 그리고 사업담당자의 역할을 합의한다. 특히 서로 다른 행정체계 내에서의 동일 대상자에 대한 서비스를 제공해야 되는 상황에서는 동일 대상자에 대한 인식을 함께 하는 노력이 요구된다. 예를 들면, 노인을 위한 보건·복지 통합 서비스를 효율적으로 제공하기 위해서는 보건사업을 제공하는 보건소와 복지사업을 제공하는 읍/면/동사무소 간 파트너십이 요구된다. 현재 이원화된 행정체계 내에서의 파트너십은 두 조직간 그리고 사업담당자 간의 역할에 대한 합의를 이루고, 상호의뢰체계에 의한 협력을 이루는 것이라 할 수 있다.

## 4) 조직개발

조직개발은 계획된 변화로 조직의 효과성을 창출하기 위함이며 행동과학의 지식을 기반으로 이루어진다(Jeong et al., 1995). 능력이 있고 강한 조직은 지역사회문제를 해결하는데 중요한 역할을 하며, 지역사회구성원들이 목표달성을 위하여 함께 행동할 수 있도록 돕는다. 지역사회역량과 관련하여 조직개발은 기존 조직의 강화를 통하여 현재의 역할을 보다 효율적으로 할 수 있도록 하거나 또는 새로운 역할과 기능을 받아들일 수 있도록 한다. 예를 들면, 보건소 조직개발은 보건소장의 지도력에 의해 이루어질 수 있다. 구체적으로 사업을 위한 공간, 인력 등에 대한 재배치라든가, 그에 따른 업무에 대한 역할을 규정하는 것이다.

## 5) 지역사회 조직화

지역사회조직화는 넓게는 지역사회문제를 해결하고 목표를 설정하기 위하여 지역주민들을 모으는 것을 말한다(Jeong et al., 1995). 지역사회 조직화는 오래 전부터 사용되어 온 전략으로 자원 활용의 목적을 위하여 개인, 조직, 관계 망 등을 포함시킬 수 있다. 예를 들면, 자원봉사자들을 모집하고, 교육·훈련하여 배치, 관리하는 것이다. 일반적으로 사회복지영역에서 수행해 온 자원봉사자 관리를 보건간호사가 관리하는 것도 역량의 기반이 될 수 있다. 또한 지역사회 내에 있는 기관, 단체, 조직, 개인사업체 등의 연계망을 구축하여 해당 영역의 서비스를 제공하도록 한다. 이와 같이 지역 내 자원 활용의 정도는 지역사회 역량의 특성 이면서 기반을 이루게 되는 요인의 하나이다.

#### 6) 적극적 상황 유도

상황적 요인은 지역사회 역량구축을 촉진시킬 수도 또는 약화시킬 수도 있다(Chaskin et al., 2001). 적극적으로 참여를 유도하기 위한 예를 들면 신문, 방송, TV, 현수막 등을 통해 지역보건사업에 대해 적극적인 홍보활동을 하며, 사업과정 중에도 사업에 대한 중간평가결과를 신문을 통해 발표하여 보건사업에 참여하는 건강관리 제공자와 지역주민들에게 자긍심을 키우고 결속력을 갖게 할 수 있다. 반면에 정치나 경제적 상황이 불안한 상태에서 보건사업의 추진을 약화시킬 수 있다.

### 3. 지역사회역량구축과 건강관리사업

1970년대 일차건강관리 선언에 의해 그 전략의 하나로 사회참여의 적극적 참여(communitary participation)를 강조하였고, 1980년대 건강증진의 개념은 사회참여 힘 키우기(communitary empowerment)에 초점을 두게 되었으며, 1990년대부터는 건강한 지역사회를 위하여 지역사회역량구축(communitary capacity building) 전략이 사용되고 있다.

지역사회역량의 개념은 Kretzman과 McKnight (1993)가 지역사회 개발을 위한 사고 틀의 전환을 시점으로 Aspen Institute(1996)에서는 지역사회역량구축에 대해 실제로 지역사회 역량을 측정하고 판단할 수 있는 측정 틀을 제시하였고, 최근에 Chaskin 등

(2002)은 지역보건사업의 경험을 근거로 지역사회역량구축 모형(Definitional Model)을 제시하였다. 지역사회구축 모형에서 지역사회역량은 지역주민의 특성이 지역 내 단체/조직과 함께 기능수행을 통하여 형성되며, 이때 활용되는 전략이나 상황적 요인이 지역사회역량구축에 영향을 미치게 되고, 결과적으로 지역사회단체/조직이 달성하고자 했던 목표를 달성하는 것이 성과로 나타난다고 설명한다. 따라서 지역사회 역량은 지역사회 구성원의 응집력, 문제해결 능력, 자원에의 접근도 등에 의하여 특성 지워진다. 예를 들면, 역량이 있는 지역사회는 지역주민들이 지역사회문제에 대해 인식을 함께 하고, 그들이 가지고 있는 지식과 기술에 의해 문제 해결 할 능력과 행동할 의지를 가지고 있으며, 또한 지역사회 내·외적 자원들을 알고 활용할 수 있으며, 지역사회 내 개인, 조직, 기관, 그룹 등이 관련 지식, 기술 및 특수성을 가지고 있는 상태를 말한다. 역량수준은 지역사회마다 다르며, 역량이 있는 지역사회는 순 기능을 하며 또한 건강하다. 즉 건강한 지역사회는 구성원들이 사회의 안녕 유지나 건강증진에 관심이 높고, 지역사회에 적극적으로 참여하며, 문제해결에 초점을 두는 반면에 불건강한 지역사회는 빈곤, 질병, 무관심, 불만 등으로 역기능적이다.

이와 같이 지역사회역량 개념은 오늘날 건강한 지역사회 (Lackey, Burke, & Peterson, 1987), 순 기능의 지역사회(Aspen Institute, 1996; Human Resources Development Canada, 1999) 그리고 지역주민의 삶의 질(Besleme & Mullin, 1997) 차원에서 다루어지고 있다. 역량구축은 지역사회 내 문제나 부족한 점보다는 기존에 있는 능력 또는 강점과 같은 사회의 자산(assets)을 강조하는 전체적 접근(holistic approach)을 사용한다(Kretzman & McKnight, 1993; HRDC, 1999; Chaskin et al., 2001). 이러한 접근은 지역사회 안녕 증진과 유지를 위한 과정을 개발하게 되어 지역사회 체계의 역량을 증가시키게 된다. 예를 들면 Jackson 등(1994)은 심장질병 교육프로그램을 계속 유지하기 위한 Standford Five-City Project에서 지역사회 망(network)전략을 활용으로 사회의 힘을 구축하였으며, Ostrom 등(1995)은 대학교-지역사회 협동평가방법을 통하여 청소년과 그 가족의 자산을 기반으로 한 측면에서 역량

을 구축하였다. 그리고 Li 등(2000)은 관찰지역내 건강관련 기관이나 사회개발 기관들의 일하는 방법을 변화시킴으로서 지역사회에 힘을 키우는 한편, Eisen (1994)은 미국 내 다양한 저 소득층 도시 및 농촌지역을 대표하는 17개 지역을 대상으로 이웃 기반의 지역사회 힘 키우기를 주도적으로 시행하였다. 이상의 연구결과들은 지역사회 역량구축에 의해 지역주민의 건강증진은 물론, 지역사회개발에도 효과적 전략임을 보여주었다. 그러므로 보건/건강전문인은 사회사의 역량구축 전략을 통한 보건/건강관리사업이 필수적으로 요구됨을 알 수 있다.

#### 4. 지역사회 역량구축과 지역사회간호

지역사회역량구축은 지역주민이 지역사회건강을 위해 참여하고 기여할 수 있도록 하기 위한 사고전략으로서 지역사회간호에의 의의를 살펴보고자 한다.

##### 1) 지역사회간호 교육과 실습

지역사회에서 간호실무가 효과적으로 이루어지기 위해서는 교수들은 이론적 지식과 연구결과를 지역사회 실무에 어떻게 적용할 지에 대해 다시 생각할 필요가 있다(Poole & Van Hook, 1997; Poole, 1997)고 본다. 지역사회간호교육에 의해 실무가 이루어지며 이는 곧 사회사의 안녕과 직결되기 때문에 학생들에게 이론적 지식과 연구결과들이 지역사회간호 실무에 어떻게 적용되는 지에 대한 교육이 절대로 간과되어서는 안 될 것이다.

지역사회 역량구축 요소들은 지역사회 간호교육과정 구성에 유용한 틀이 될 수 있으며, 특히 지역사회 간호 실무에서 지침서 역할을 할 수 있다(Kang, 1995). 무엇보다도 지역사회 역량구축은 지역의 건강증진과 안녕에 의해 지역사회 개발을 이루게 되며, 이는 지역 보건/간호사업의 목적이 되기 때문이다. 따라서 지역사회 역량구축 개념이 지역사회 간호교육과정에 적용되어 교육될 필요가 있다.

##### 2) 장기(long-term) 지역보건/간호사업의 필요성

효과적인 지역사회 역량을 구축하기 위해서는 지속할 만한 시간이 요구된다(Nye & Glickman, 2000).

특히 지역사회에 거주하고 있는 저 소득층 또는 소외 계층 대상의 주민들이 가지고 있는 문제는 복잡하고 문제의 뿌리가 깊기 때문에 단기간의 변화란 어려울 수밖에 없다. 대부분 지역사회 보건/간호 사업은 단기간에 성과가 나타나기를 기대하나, 장기간의 사업에 의해 현재 나타난 요구를 충족시킬 수 있으며, 그 결과 사회사의 역량은 축적되어 나타나는 것이다. 일 예를 들면, 역량구축을 위해 기본적으로 이루어지는 교육이나 훈련에 의해 사고의 변화, 태도형성, 및 이행 등은 시간을 요구하는 것이기 때문이다. 따라서 지역사회 보건/간호사업이 일회성의 사업이나 단기간의 사업이 아닌 체계적 과정이나 기획에 의한 장기 사업이 되어야 한다.

##### 3) 파트너십

파트너십 형성은 지역사회역량구축을 위해 필수적이며, 다른 사람과의 의사소통을 통해서 배울 수 있음은 파트너개발을 위한 중요한 기술이 된다(Fulbright-Anderson, Auspos, & Anderson, 2001). 효과적인 파트너십 형성은 서로 배움의 과정(co-learning process)이 되고, 사회사가 힘을 키우기(community empowerment) 위한 중요한 수단이 되어 협동적인 지도력을 개발하게 된다. 이를 통해 사회사는 “우리”라고 하는 결속력을 갖게 되고, 파트너들의 자원을 서로 나눔에 따라 지역보건/간호사업은 효율적 운영이 되며, 궁극적으로 소기의 목적을 달성할 수 있게 된다. 그러나 대부분의 지역보건/간호 교육과 실무에서 일반적으로 나타나는 현상은 파트너들끼리의 갈등관계를 이루며, 그 이유는 불명확한 역할규명과 상대 파트너에 대한 이해부족에서 기인된다고 본다. 따라서 올바른 파트너십의 형성에 의한 역량구축이 중요하다.

##### 4) 사고의 틀 변화(paradigm shift)

지역사회 역량구축은 사고의 틀 변화를 요구하며(Hawe et al., 1998), 사고의 틀 변화는 파트너들끼리의 신뢰감을 형성하게 한다. 파트너들끼리의 적극적 경청, 칭찬, 정서적 지지 등은 고정된 사고를 유연성 있게 만들고, 따라서 다른 사람의 견해를 수용할 수 있게 된다. 실제 보건/간호 교육과 실무에서 다 학문적 접근이나 학제 간 접근 또는 팀 접근에서 현실적으로

부담하는 가장 큰 난점은 무엇보다도 각 전문분야별 관점과 견해가 다르기 때문에 나타나는 문제이다. 이를 위해 사고의 틀 변화를 위한 교육·훈련이 요구되며, 일차적으로 개인적 수준에서 변화시키려는 노력과 의지가 동반되어야 한다. 역량구축을 위해서는 사고의 틀 변화는 기본적으로 선행되어야 할 요소이다.

### III. 결 론

오늘날 최첨단 과학기술의 발전은 인간의 수명을 연장하고 건강을 보다 더 증진시키게 되었으며, 건강전문인들은 지역사회주민에게 효과적인 건강관리와 건강증진을 통해 그들이 살고 있는 지역사회에 공헌할 수 있는 역량을 키우고자 노력하고 있다. 지역사회 역량구축은 지역주민 개인의 건강뿐만 아니라 건강한 지역사회를 목적으로 하며 지역보건/간호사업 전 과정에 적용되는 사고전략으로 지역사회 내의 개인, 조직, 기관 등의 관계 망이 연합되어 가능하는 다차원적이며 역동적 과정이다. 이를 위한 전략은 문제 중심보다는 강점이나 자산을 기반으로 한 대상자 접근을 시도하며, 지도력을 개발하고, 대상자와의 동반자적 관계를 수립하고, 지역의 조직개발과 지역사회 조직화를 통한 자원을 활용하며, 역량구축을 촉진시킬 수 있도록 상황을 조절하는 것이다.

지역사회의 건강수준 향상을 위한 역량구축에 지역사회/보건간호사가 주도적인 역할을 수행하기 위해 그 의의를 살펴보면, 무엇보다도 학생들의 지역사회간호 이론과 실습교육에서 훈련되어질 수 있도록 교수인력은 이에 대한 준비가 필요하고, 지역실무에서는 일회성 또는 단기 보건사업이 아닌 장기사업에 의해 그 효과를 나타낼 수 있어야 한다. 그리고 지역사회 실무나 교육에서 진정한 파트너십에 의하여 서비스 중복과 시간적 경제적 손실을 줄이며, 문제 중심이 아닌 자산/강점 중심으로 현상을 접근할 수 있는 사고의 틀 변화가 요구된다. 이를 통해 지역건강문제를 효율적으로 해결할 수 있으며 건강한 지역사회를 이룰 수 있다.

이 글은 지역사회보건/간호 실무자들에게는 사고 전환의 계기가 될 것이며, 지역사회 간호학자들에게는 새로운 교육 및 연구 관점을 시사해 줄 것으로 기대한다.

### References

- Aspen Institute (1996). *Measuring community capacity building*. Washington DC: Aspen Institute Rural Economic Policy Program.
- Besleme, B., & Mullin, M. (1997). Community indicators and healthy communities. *Natl Civ Rev*, 86, 43-52.
- Chaskin, R. J., Brown, P., Venkatesh, S., & Vidal, A. (2001). *Building community capacity*. New York: Aldin De Gruyter.
- Eisen, A. (1994). Survey of neighborhood-based comprehensive community empowerment initiatives. *Health Educ Q*, 21(2), 235-252.
- Ford, M. E., & Edwards, G. (1996). An empowerment-centered, church-based asthma education program for African American adults. *Health Soc Work*, 21(1), 70-79.
- Fulbright-Anderson, K., Auspos, P., & Anderson, A. (1998). *Community involvement in partnerships with educational institutions, medical centers, and utility companies*. In: the Aspen Institute Roundtable on Comprehensive Community Initiative 2001.
- Hawe, P., Noort, M., King, L., & Jordens, C. (1997). Multiplying health gains: the critical role of capacity-building within health promotion programs. *Health Policy*, 39, 29-42.
- Hawe, P., King, L., Noort, M., Gilford, S. M., & Lloyd, B. (1998). Working invisibly: health workers talk about capacity-building in health promotion. *Health Promot Int*, 13(4), 285-295.
- Hilderandt, E. (1994). A model for community involvement in health (CIH) program development *Soc Sci Med*, 39(2), 247-254.
- Human Resources Development Canada (1999). *Community capacity building*. Retrieved May 15, 2002, from the World Wide Web:

- <http://www.hrdc~drhc.gc.ca>
- Jackson, C., Fortmann, S. P., Flora, J. A., Melton, R. J., Snidor, J. P., & Littlefield, D. (1994). The capacity-building approach to intervention maintenance implemented by the Stanford Five-City Project. *Health Educ Res, 9*(3), 385-396.
- Jeong, H. Y., Gu, B. Y., Lee, J. H., Lee, T. Y., Lee, C. S., Park, S. H., & Hwang, T. J. (1995). *Theory of community development*. Seoul: Backsan.
- Kang, R. (1995). Building community capacity for health promotion: A challenge for public health nurses. *Public Health Nurs, 12*(5), 312-318.
- Kretzmann, J. P., & McKnight, J. L. (1993). *Building communities from the inside out*. Chicago: Kretzmann, J. P., McKnight, J. L.
- Lackey, A. S., Burke, R., & Peterson, M. (1987). Healthy communities: the goal of community development. *J Community Dev Soc, 18*(2), 1-17.
- Li, V. C., Shaoxian, W., Kunyi, W., Wentao, Z., Buchthal, O., Wong, G. C., & Burris, M. A. (2001). Capacity building to improve women's health in rural China. *Soc Sci Med, 52*, 279-292.
- Moyer, A., Coristine, M., MacLean, L., & Meyer, M. (1999). A model for building collective capacity in community-based programs: The elderly in need project. *Public Health Nurs, 16*(3), 205-214.
- Nye, N., & Glickman, N. J. (2000). Working together: building capacity for community development. *Housing Policy Debate, 11*(1), 163-198.
- Ostrom, C. W., Lerner, R. M., & Freel, M. A. (1995). Building the capacity of youth and families through University-Community Collaborations: the development-in-context (DICE) model. *J Adolesc Res, 10*(4), 427-448.
- Poole, D. L., & Van Hook, M. (1997). Retooling for community health partnerships in primary care and prevention. *Health Soc Work, 22*(1), 2-3.
- Poole, D. L. (1997). Building community capacity to promote social and public health: challenges for universities. *Health Soc Work, 22*(3), 163-175.

ABSTRACT

---

## Community Capacity Building and Community Health Nursing

---

Ahn, Yang-Heui(Professor, Department of Nursing, Yonsei University Wonju College of Medicine)

This paper discusses the merits of the community capacity and capacity building concepts, the strategies used for building community capacity and their implications for community health nursing. Community capacity is defined as the interaction of the human capital, organizational resources, and social capital existing within a given community that can be used to improve or maintain the health of the community. Community capacity building is *one approach to promoting community health*. This approach takes a comprehensive, dynamic, and multidimensional view of community needs and circumstances and places an emphasis on asset development, collaboration among community organizations, and community participation. The major strategies for community capacity building involve activities such as facilitating the development of an asset-based approach to community, developing leadership, establishing partnership, organization development, utilizing community resources, and developing public relations. The implications of community capacity for community health nursing are addressed in terms of the need for community health education and practicum, long-term commitment, partnerships, and a paradigm shift. The author suggests that the concept of community capacity building may be useful for improving the health of both the entire community and its individual residents.

Key words : Community capacity, Community health nursing