

지역사회 기반 조직을 이용한 지역사회역량의 측정과 건강증진 기획 -서울시 S구를 중심으로-

정민수*, 길진표**, 조병희*†

* 서울대학교 보건대학원

** 송파구 보건소 건강증진과

I. 서론

1. 지역사회자본과 지역사회역량

보건소 건강증진사업이 당면하고 있는 구조적 문제는 담당인력의 부족으로 충실한 프로그램 기획이나 유지 관리가 어렵다는 점이다. 따라서 사업추진 역량의 외연을 확대하는 것이 필요한데 기존에 운동 동호회나 아파트 부녀회를 참여시키는 방법이 시도되기도 하였다. 그런데 지역사회 단체들의 참여에 대한 이론이나 방법론은 국외에서는 활발하게 제시되고 있으나 국내에는 충분히 소개되지 않고 있다. 이 논문에서는 지역사회역량 또는 사회자본이라는 개념을 제시하고 이를 측정하기 위한 방법론과 실증 사례를 제시하고자 한다.

건강행동을 실천하는 역량은 개개인마다 다르다. 개인의 지식수준이나 동기화의 정도뿐만 아니라 그가 타인과 맺고 있는 사회적 네트워크에 따라 건강에의 관심이나 실천정도가 달라진다. 마찬가지로 지역사회도 구성원들의 특성에 따라 지역사회 차원에서 건강행동을 실천하는 역량은 다르다고 가정할 수 있다. 사회학자들은 흔히 '신뢰'라는 측면에서 지역사회 역량을 바라본다. 어떤 지역이 주민 간에 활발한 상호작용을 통해서 서로 신뢰하고 스스로 규범을 지켜왔다면 그 지역은 향후에 생길 수 있는 지역내 갈등

을 집합적으로 해결하는데 도움을 준다는 것이다. 이것은 그들 내부에 공고하게 만들어진 사회적 네트워크가 갈등에 대해 소통하는데 도움을 주고 서로의 지지관계가 양보와 배려를 활성화하기 때문이다. 이러한 사회자본의 역량을 사회자본(social capital)이라고 부른다(Putnam, 1993, 2000). 경제적 재화나 자본이 주민 간에 경쟁과 긴장 및 갈등을 조성하는 경향이 있지만 사회자본은 신뢰와 응집성에 바탕을 두고 서로 협력을 추구함으로써 지역사회 문제를 최소화할 수 있다. 즉 사회자본은 이러한 갈등을 협력으로 전환시키는 역량이라고 할 수 있다(유재원, 2000). 그런데 이러한 사회자본이 건강증진에도 유용한 도구가 된다는 점이 밝혀지고 있다. 사회자본이 높은 지역이 건강상태가 더 양호하다는 사회역학적 연구들이 다수 제시되었다(Kawachi and Berkman, 2003). 또한 사회자본 개념에 기초한 주민과 지역 조직의 연대를 활용하여 건강증진 프로그램을 추진하는 사례들이 보고되고 있다(Jerry and Paulette, 2007).

사회자본과 개념적으로 유사하지만 지역사회 (보건) 사업에 더욱 근접한 개념으로 제시되고 있는 것이 지역사회역량(community capacity)이다. 지역사회역량 분야의 대표적 연구자인 Minkler(2005)는 사회자본 개념을 "지역사회에 기반한다(community-based)"는 의미를 좀 더 구체적이고 실천적이며 인적 유대를 강조하는 측면에서 "지역사회역량"으로 다시 정의했다. 일부 학자들은 이러한 사회자본을 "지역

교신저자: 조병희

서울시 종로구 연건동 275-1 서울대학교 보건대학원 411호

전화 : 02-740-8873 E-mail: chob@snu.ac.kr

▪ 투고일 09.07.20

▪ 수정일 09.09.14

▪ 게재확정일 09.09.19

<표 1> 지역사회자본에 영향을 주는 지표들

	차원	구성 변수
사회자본의 영향요인	개인 차원	연령, 성, 건강, 교육수준, 고용여부, 주택소유여부
	가족 차원	가족관계에서 위치, 혼인여부, 자녀유무, 부양가족 유무
	지역 차원	도시/농촌, 사회경제적 수준, 네트워크 형성 비율, 지역사회 정체성, 리더십, 치안/안전
	제도 차원	지방자치화 정도, CBO에 대한 인식과 결성의 용이성, 법규, 거버넌스의 구축 정도
사회자본의 구성요소	구조 차원 (사회 네트워크)	CBO의 크기와 범위, 포괄성, 밀도, 다양성
	문화 차원	구체적인 상황에서의 신뢰 및 상호부조(개인들 간의 사회연결 정도), 일반화된 사회적 신뢰(서로 간에 믿고 유대할 수 있는 가능성), 지역사회 너머 제도에 대한 신뢰(공공 거버넌스, 시장, 각종 기관)
사회자본의 결과	개인/가족 차원	유대, 친밀감, 역량, 자기효능, 정치적 관심
	지역사회 차원	자원봉사, 협력, 상호부조, 공동체에 대한 관심과 정체성, 낮은 범죄율, 다양성에 대한 관용, 고유한 제도의 형성
	국가 차원	참여 민주주의, 물질적 번영, 불평등의 감소

* 이 지표는 Stone과 Hughes(2002), Stolle(2000), Narayan과 Cassidy(2001)가 제시한 지표를 종합하여 정리한 것임.

사회자본"이라고 명명한다.¹⁾ 만일 우리가 한 지역의 사회자본의 수준이나 특성을 잘 알고 있다면 건강증진 프로그램의 기획과 전략수립에 매우 유용할 수 있다. 예를 들어 신뢰수준이 높은 지역은 새로운 건강증진 프로그램을 광고하는 것만으로도 주민참여를 기대할 수 있지만 신뢰가 낮은 지역에서는 개인에게 돌아가는 실익을 구체적으로 보여주지 않으면 참여가 어려울 것이다. 그런데 문제는 사회자본 또는 지역사회 역량의 측정이 쉽지 않다는 점이다. 또한 동일한 지역 내에서도 상황과 조건에 따라 그 효과를 예측하기가 다소 어렵다는 한계도 있다(Foley and Edwards, 1999; Newton, 2001). 이러한 한계에도 불구하고 지역 단위에서 신뢰, 협력, 지지와 같은 자원들이 어느 정도 존재하는지 파악하고 그것의 사용가능성, 효과, 그리고 지역사회에 대한 피드백 과정에 대한 연구가 진행된다면 건강증진 기획과 전략수립은 새로운 차원에서 진행될 수 있을 것이다(Foley and Edwards, 1999; Portes, 1998). 이 논문에서는 지

역사회 역량의 핵심 지표인 CBOs(Community-Based Organizations)를 측정하고 이들 CBOs의 파트너십이 건강증진 사업에 어떻게 적용될 수 있는지 논의하고자 한다.

2. 지역사회자본 지표들

지역사회역량의 개념적 기원이 되는 지역사회자본의 구성요소와 영향요인을 정리하면 다음과 같다.

지역사회역량은 지역사회자본의 구성 지표와 중첩되는 부분이 많은데, 지역주민과 CBOs가 얼마나 강하게 유대하고 있는지(즉, 활성화 정도와 참여수준)가 각 지역의 역량 수준을 가르는 잣대가 된다(Portney and Berry, 1997). 지역사회는 이러한 역량을 통해 사회변화의 기초를 만들며(Chaskin and Garg, 1997; Chaskin, 1997), 개인 중심적인 관점에서는 고려되지 못한 새로운 자원으로 재인식된다(Forrest and Kerns, 2001).

본 논문의 연구대상인 지역사회란 자연스럽게 형성된 하나의 하부지역이면서 완전히 닫힌 구조는 아니지만 적절하게 경계를 유지하는 내적 상호관계의 집합이다(Chaskin, 1997: 528-529). 동시에 이들은 공동체 의식과 정체성을 갖

1) 영국의 RERC(Rural Evidence Research Centre)의 정의이다. 이들은 사회자본과 지역사회역량을 유사하게 중첩되는 하나의 개념으로 보았다. OECD 역시 공통된 규범과 가치, 이해심을 가지고 집단 안팎에서 상호 협력하는 정도가 높은 것을 사회자본이 있는 것으로 정의했다. 지역사회역량은 이러한 사회자본이 실천적으로 규정되고 건강증진 프로그램을 통해서 자발적으로 이행되는 상태라고 볼 수 있다. 이러한 의미의 사회자본은 농촌사회학(rural sociology) 분야에서도 자주 연구된다.

2) "일반화된 사회적 신뢰(Generalized trust and reciprocity)"라고 한다(Stolle, 2000: 23). 이러한 신뢰가 얼마나 성숙되었는지 지역사회 내에서 역량의 증진 정도를 파악하는 기준이다.

준 응집성 있는 지역주민들로 구성되는데, 이들이 결합되면 지역사회역량이 된다(Hillery, 1955: 118). 다만, 이것이 하나의 독립된 기능단위가 되는지는 논란이 있는데 집단이라는 정체성을 갖는 최소한의 지역으로 "방어적 동네(defended neighborhood)"라는 정의가 쓰이거나(Suttles, 1972), 걸어서 00분 안에 닿을 수 있는 정도의 반경이라는 기준을 첨가할 수도 있다.

사회자본을 소극적으로 측정한다면 각각의 차원에서 집단 간 차이가 얼마나 있는지를 비모수 검정법이나 교차분석을 통해 살펴보는 것이다. 이때 집단이란 사회경제적 변수(연령, 성, 교육수준, 주거형태, 주거기간)가 될 수 있고, 때로는 지역 내 하위집단으로 정할 수도 있다.³⁾ 그러나 이러한 방법은 사회자본을 그 자체로 정의하지 못한다. 그러므로 개인 수준에서 측정할 것이 아니라 사회자본을 담은 저수지가 되는 지역사회 결사체들(CBOs)과 그것의 네트워크를 측정하는 방향으로 관점을 바꿀 필요가 있다(Nan Lin, 2001; 정민수 등, 2007). 사회 네트워크 자체가 이미 개인의 속성이 아닌 관계적 실체성을 강조한다는 점에서 개인 수준에서 측정되는 사회자본은 사회적 실체로써 지역사회자본의 고유한 부분을 드러내지 못할 가능성이 크다. 그러므로 CBOs에 대한 별도의 조사와 네트워크 분석이 필수적이다. 물론 이러한 단체들은 지역사회 구성원을 통해서만 작동하는 것이고, 그러한 구성원들이 갖는 지역사회에 대한 정체성과 여타의 지역사회 맥락을 고려해야 하지만⁴⁾, 이러

3) 우리나라의 경우 구(區) 안에 동(洞) 간의 역량 차이를 살펴보는 것이 해당된다. 그러나 동 단위가 실질적으로 사회자본의 수준 차이를 가르는 개별 단위가 될지는 의심스러운 부분이 많다. 뿐만 아니라 도농 간의 차이나 해당 지역의 산업 기반도 문제가 될 수 있다. 그러므로 대도시에서 한 구역의 역량을 측정할 경우에는 해당 지역의 역사와 근린공간의 발전과정을 면밀하게 검토하여야 한다.

4) 우리나라에서 지역주민의 지역사회자본 또는 지역사회역량을 조사할 경우 다음과 같은 변수를 고려해야 한다. 첫째는 주거기간이다. 일반적으로 10년 이상 거주한 집단은 이주한 지 1~2년 되는 집단과는 지역사회 정체성의 정도가 완전히 다르다. 둘째는 주거형태이다. 아파트와 같은 집합건물은 단독주택과 근린공간의 구성이나 배치, 그리고 상호작용 방식이 다르다. 그러므로 이들 집단 간에는 사회적 교환의 장애가 있을 것으로 추측된다. 셋째는 주택소유여부이다. 이것은 주거기간과도 상관성을 갖는데, 전세나 임대인 경우 아무래도 지역사회에 대한 애착이 덜하다. 언제나 이사를 염두해 두기 때문이다. 그러므로 지역사회 정체성은 자가주택 소유자이면서 주거기간이 긴 주민들이 주도할 가능성이 크다. 넷째는 교육수준이다. 사회적으로 성공했고 교육수준이 높은

한 제반 조건들은 결국 CBOs의 발달 정도와 조응한다. 그러므로 한 공동체의 지역사회자본이나 지역사회역량을 측정한다고 할 경우 CBOs를 파악하는 것이 우선이 되어야 하며, 그 결과를 통해 CBHOs(Community-Based Health Organizations)의 구축과 이를 이용한 건강증진 파트너십 전략을 기획하는 것이 타당하다(Smith et al., 2005).

지역사회역량은 사회자본보다 구체적인 건강 프로그램의 운용이나 중재 전략을 실행하는데 유용한 개념이다. 그러므로 역량측정 결과를 통해 구체적인 건강증진 프로그램을 수행할 수 있다. 예컨대 한 지역의 지역사회 조직역량을 도출하고 여기서 추출된 CBOs의 네트워크를 활성화하고 구조화하여 지역주민의 필요문제를 해결하는 역할을 줄 수 있다. 이때 행정 당국 또는 지역의 거버넌스⁵⁾는 적절한 자원을 지원하고 CBOs의 네트워크에 파트너십을 구축해준다. 참여 구성원이 꾸러지면 연도별로 사업내용, 지역주민의 건강지표 개선 계획, 그리고 CBOs 파트너십의 강화 정도를 파악하여 프로그램의 성과를 도출하면 된다.

다른 한편으로 지역의 파트너십은 공동체 운동으로 파악할 수도 있다. 특정한 지역의 역량과 사회자본은 그들에게 고유한 것이기 때문에 그들 내부의 문제를 해결하는 방식은 종종 공동체 운동으로 발전한다. 예컨대, 우리나라의 경우 재정적으로 독립된 지역신문을 만들어 운용하며 지역주민 정체성과 역량 고취에 활용한 사례라든지, 재래시장 번영회를 통해 자발적인 시장 활성화를 꾀한 것이 해당된다(강용배, 2004). 이 연구는 지역사회 기반 조직을 대상으로 지역사회역량을 측정하고 건강증진 기획의 측면에서 이를 평가하였다.

집단은 일반적으로 지역사회에 대한 참여가 높다는 것이 통설이다. 그러나 우리나라에서 이러한 가설이 지지될지는 의문이다. 일부 학자는 교육수준이 높은 집단의 경우 '교량적 사회자본(bridging social capital)'의 형성에 주로 참여하기 때문에 지역사회 수준의 '결합적 사회자본(bonding social capital)'의 형성에는 오히려 기여하지 못한다고 주장한다(안성호와 박현근, 2004). 그러므로 여기에 대해서는 좀 더 다양한 실증연구가 필요하다. 결국, 우리나라에서 지역사회자본은 근린공간이 형성된 역사가 길고 자가주택에 사는 주거기간이 긴 주민들이 주를 이루면서 교육수준이 한쪽으로 치우치지 않은 지역에서 가장 많이 축적되었을 가능성이 높다. 그리고 이러한 지역사회자본의 정도는 CBO의 숫자와 네트워크 밀도를 통해 간접적으로 측정할 수 있다. 이것은 지역사회역량으로 개념상 치환된다.

5) 지역사회 공동체 거버넌스 또는 주민자치 거버넌스는 사회회의의 지속가능한 발전을 위한 협의체이다(조명래, 2002: 18).

II. 연구대상 및 방법6)

1. 핵심개념 및 연구대상

1) 조직(Organization)

조직이란 지역사회 구성원들에 의해 만들어진 실체이다. 이것은 정보를 모으고, 정부와 민간 단체에 압력을 가하며, 구성원들의 역량 증진에 기여하며, 지역사회 동원과 참여를 수행한다(Smith et al., 2005). 시민 사회가 미발달 되어 있고, 지역사회로써 역사적 경험이 짧으며, 자원, 기술, 역량이 부족한 지역사회에서는 이러한 조직을 만드는 것이 어려운 도전일 수 있다.

2) 지역사회기반(Community-Based)

지역사회 기반이란 거주자, 기관, 여타의 이해관계자들이 그들의 지역사회와 조직의 역량을 증진하는데 중심적 역할을 맡는 핵심 거주자들이 간여할 때 부여되는 수식어이다. 지역사회에 기반하는 관계에서 나온 협력은 지역사회 전반에 걸친 참여를 가능하게 하고 집합적인 공중보건 행위를 달성하는데 도움을 준다(Smith et al., 2005).

3) 지역사회기반 건강단체(CBHOs)

CBHOs는 지역사회 주민들이 서로 지지하고 공동체를 안전하게 하며, 접근성을 높이고, 건강 및 건강 관련 사회적 서비스를 지역사회에 제공하기 위한 목적으로 만든 공식적이고 법적인 구조이다. 다시 말해, CBHOs는 지역사회 건강증진의 핵심적인 행위자이다. 이들은 어떤 지역사회와 한정된 인구집단에 건강과 사회적 지지 서비스를 제공하는 응집성 있는 의식 공동체이다. 건강관련 문제에 초점을 맞추는 CBHO의 미션은 불건강의 원인을 제거하는데 개입하는 것이다(Smith et al., 2005). 이런 맥락에서 그들은 보건 교육, 봉사활동, 그리고 불건강과 관련된 사례 관리를 한다. CHBOs는 CBOs의 하나인데, 지역사회역량 연구 흐름에 따

6) 사회자본의 측정 정도를 측정하는 설문지는 다양하다. World Bank에서 제시하고 있는 것 이외에도 영국 보건성(Health Development Agency)의 후원을 받아서 University of Surrey와 Social Survey Division(영국 통계청)이 개발한 General Household Survey(2000)의 Social Capital Module에는 지역에 대한 관점, 시민참여, 지역주민의 신뢰와 상호부조, 사회 네트워크, 사회적 지지를 다루고 있다.

르면, 주민들의 집합적 건강증진은 지역사회 발전의 과정 안에서 달성되기 때문이다.

4) 본 연구의 연구대상

우리나라 지역사회 단체 현황을 검토하여 CBOs를 조작적으로 정의하면 "지역사회기반 조직"이란 관내에서 활동하는 단체로 주민들에 의하여 만들어졌고, 비영리적인 활동을 수행하며, 회장, 회원, 규약, 회비 등 단체의 근간을 갖추고, 지속적인 활동을 하는 단체이다. CBOs는 지역사회 정체성을 갖는 동질 집단이어야 하기 때문에 활동영역은 해당 지역사회(관내)이어야 하며, 그 성격은 자발적 결사체(비영리 지역사회단체)이다. 우리나라의 특성상 포교를 위한 종교관련 단체는 제외되는 것이 적절하며, 단체의 외형을 갖고 현재 활동 중인 단체를 대상으로 한다. 본 연구에서는 이러한 원칙에 부합하는 직능단체, 시민단체, 사업자단체, 친목봉사단체, 동호회, 의료단체 등을 조사대상으로 하였다. 각 단체의 정의는 한국민간단체총람(2002)을 따랐다.

2. 연구방법

S구의 지역사회 기반 단체 조사(2009.1~2009.3, S구 보건소 주축)는 관내 총 93개 조직 중에서 조사거부와 시설이 사라진 경우를 제외하고 80개를 대상으로 하였다. 표본은 대표적인 비확률표집 방법인 눈덩이 표집을 통해 수집되었는데, 각기 성격이 이질적인 S구의 대표 CBOs를 선정하고 이들을 정보 제공자(key informants)로 활용하여 웨이브를 진행하는 방법을 취하였다. 이때 구청 내에 존재하는 지역 단체 명부를 활용하여 표집 과정의 편향을 최대한 제거하려고 하였다. 조사는 S구 보건소 건강증진과의 주관 하에 관내 자원봉사자 5명이 수행하였다.

3. 분석도구

분석은 크게 네트워크 분석과 이항 로지스틱 회귀분석을 이용하였다. 네트워크 분석은 CBO 네트워크의 구조와 역량을 진단하기 위한 것이다. 이항 로짓은 CBOs의 일반 속성 변수와 네트워크 변수 중에서 무엇이 지역사회 보건 사업에 대한 결사체의 참여 의지에 영향을 주는지 그 결정 요인을 보는 것이다.

사용된 네트워크 분석 기법은 다음과 같다.

우선 전체 이웃관계(neighborhood degree)이다. 연결정도(degree)란 연결망이 연결될 때 특정 두 노드(node)를 잇는 마디의 개수를 말한다. 즉, Z_{jk} 는 k연결망에서 i행위자로부터 j행위자로의 관계를 의미하며, 여기서 내(in), 외(out)의 구분은 연결망의 방향성을 말한다. 여기서는 자료를 대칭화하였으므로 방향성의 구분은 없다. 이 지표를 통해 지역사회 전반의 CBOs 네트워크 형태와 파트너십을 파악할 수 있다.

$$\text{Out-degree}_{ik} = \sum_{j=1}^N Z_{ijk} = Z_{ik}$$

$$\text{In-degree}_{ik} = \sum_{i=1}^N Z_{ijk} = Z_{jk}$$

다음은 사이성(betweenness)을 보았다. 이것은 연결망 간의 관계에서 중간자적 위치를 하고 있는 노드를 찾아내어, 그들이 전체 연결망 구조에서 정보전달자 혹은 정보차단자로서의 역할을 어떻게 하는지를 보여준다. 계산 방법은 연결의 짝을 추출하여 이를 경유하는 관계에 있는 노드를 찾아내고 그들의 가능한 최단 경로수에서 사이중양성(betweenness centrality)을 판단하는 것이다. 공식은 다음과 같다. 이 지표를 통해 지역사회의 거점이 되는 단체들은 몇 개이며 그들의 관계적 특징은 어떠한지 전체 이웃관계 그림과 중첩시켜 해석할 수 있다.

$$\text{Betweenness centrality} = C_B(P_m) = \frac{\sum_i \sum_j \frac{g_{imj}}{g_{ij}}}{(N^2 - 3N + 2/2)}$$

단, $i < j$ $i \neq j$

마지막으로 응집성(cohesion)이다. 이것은 단체들이 결속하여 무리짓는 속성인데, 이러한 군집이 전체 연결망에서 기능적으로 분화된 속성을 가진 경우 연결망의 자율적인 발전이 잘 이루어진 것이라 할 수 있다. 이러한 응집성을 측정하는 방법에는 여러 가지가 있는데 이 연구에서는 쌍방 구성집단(bi-component)을 분석하였다. 여기서 쌍방 구성집단이라는 것은 두 노드쌍 사이에 최소 두 개의 상이한 경로가 존재하고 결절점(cutpoint)이나 교량(bridge)을 제거하고도 남는 관계의 덩어리이다. 이 지표를 통해 현재 지역사회 CBOs의 군집을 드러낼 수 있고, 당면한 지역의 문제해

결을 위해 어떻게 이 군집을 (재)조직화할 것인지 기획할 수 있다. 공식은 다음과 같다.

$$\text{Bicomponent} = G_k = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n (Z_{ijk} + Z_{jik})}{N(N-1)/2}$$

이항 로짓의 종속변수는 조사된 설문지에 있는 문항으로 보건소 사업에 대한 인식도를 조사한 후에 위와 같은 보건소 사업을 귀 단체에 위탁할 경우 참여할 의지가 있는지를 물어본 것이다. '참여한다'는 응답은 66.3%였고, '참여하지 않는다'와 '미정이다'는 28.8%였다. 독립변수는 조직론적인 관점에서 조직 평가에 들어가는 통제변수(회원수, 설립연도, 예산)와 스스로 네트워크를 맺고 있는 단체의 개수인 '협력개수', CBOs의 경우 여성비중에 따라서 활동성에 차이가 나므로 '여성비중' 변수가 투입되었다. 그리고 네트워크 분석 결과 도출된 '사이성' 지표와 최대 구성집단(본 연구에서는 B5)에 속하는지 여부가 더미변수로 투입되었다. 네트워크상에서의 활동성이나 소속 위치에 따라 보건사업에 영향을 받을 수 있기 때문에 이러한 변수들은 고려하는 것이 필요하다.

III. 연구결과

1. CBOs의 현황

조직의 형태는 직능단체가 40.0%를 차지하였고, NGO는 16.3%에 그쳤다. 회원수는 1명인 단체부터 113,021명인 단체까지 분포했다. 설립연도는 1963년부터 올해 2009년까지 다양했다. 회원수는 평균 3,490명이었는데, 표준편차가 커서 기술통계상의 의미는 없었다. 대부분의 조직은 회원수가 2,000명 이하였고, 일부 조직은 8,000~12,000명의 분포를 보였다. 회원수가 만명 이상인 단체는 세 곳으로 녹색자전거봉사단, 노인종합복지관, 6.25참전유공자회였다.

설립연도는 1980년대 후반부터 2000년 초반이 주를 이루었다. 우리나라의 직능단체, 관변단체가 보통 1980~90년대에 수립되었고, 그 이후에는 시민사회단체가 많이 설립되었다는 선행연구에 부합하는 결과로 보인다(정민수, 2008).

조직 예산은 '없음'부터 150억에 달하는 조직까지 표준 편차가 넓게 나타났다. 예산이 가장 큰 단체는 158억 4797만원이라고 답하였다. 이러한 이상치(influential value)를 제

외하면 절반 이상의 단체들이 1년 예산 5000만원 이하이지만, 10억부터 30억까지는 단체들의 수가 고르게 분포하고 있었다.

<표 2> S구 CBOs의 일반현황

	N	최소값	최대값	평균	표준편차
회원수	76	1	113021	3490.1	15865.5
설립연도	72	1963	2009	1991.8	11.2
예산	68	0	1584797	56377.9	198622.2

여성비중에 대해 조사한 결과, 55.9%가 여성의 비율이 51%를 넘었다. 특히 27.3%는 다수가 여성이 활동하는 단체였다. 서울시 일부 지역 CBOs의 활동에 대한 선행연구에 따르면 여성, 특히 지역사회 주부들은 결사체 활동의 활발함 정도를 가늠하는 중요한 예측지표였다(정민수 등, 2007).

타 단체와의 협력 여부는 87.5%가 '있다'고 답하였다. 보건소 사업에 대한 이해도를 구한 결과 금연사업이 가장 널리 알려졌다(49.3%), 안전도시 사업은 상대적으로 보건소 사업이 아닌 것으로 이해하고 있었다(26.4%). 위탁사업 참여형식은 프로그램 활동에 개별적으로 참가하겠다는 답변이 36.7%로 가장 높았고, 홍보활동은 32.7%로 나타났다. 응답 빈도가 높을수록 참여 강도가 높아진다는 점에서 응답 패턴은 합리적이었다. 그러나 참여의 개입 정도는 상대적으로 낮았다.

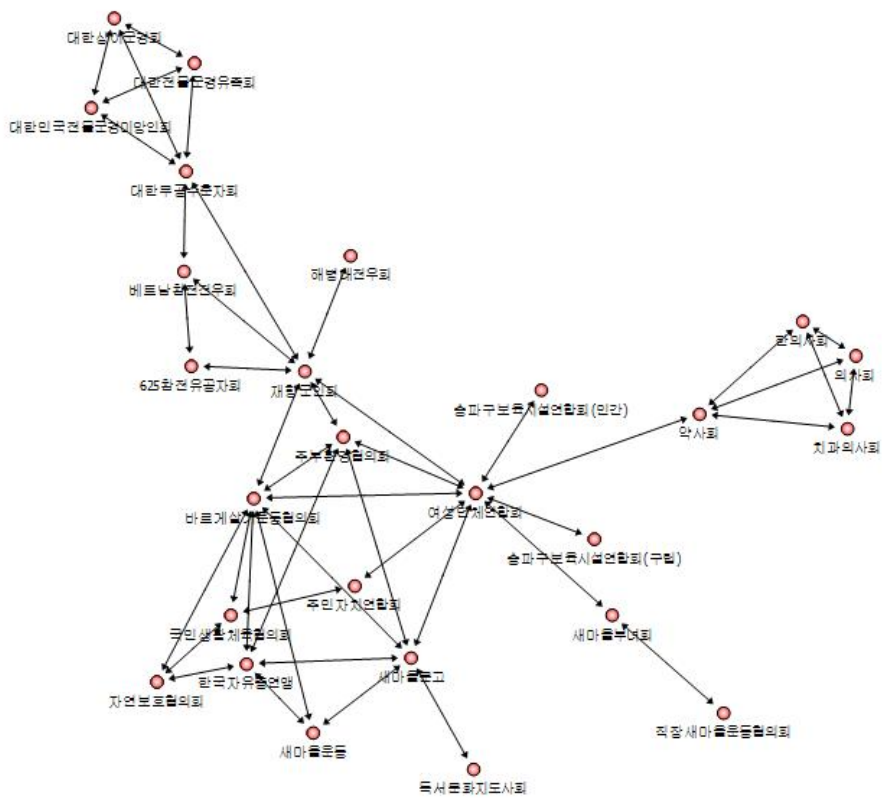
2. CBO 네트워크 분석 결과

CBO 조사 설문지에서 공식/비공식 협력관계를 맺고 있는 단체들을 자가-기입하게 하였고, 이를 80*80의 행렬로 구성하여 S구 결사체들 간의 연결망을 분석하였다. 그 결과 크게 두 개의 군집이 나타났다. 네트워크 분석을 통해 이러한 CBOs의 구조를 다면적으로 살펴보면 다음과 같다.

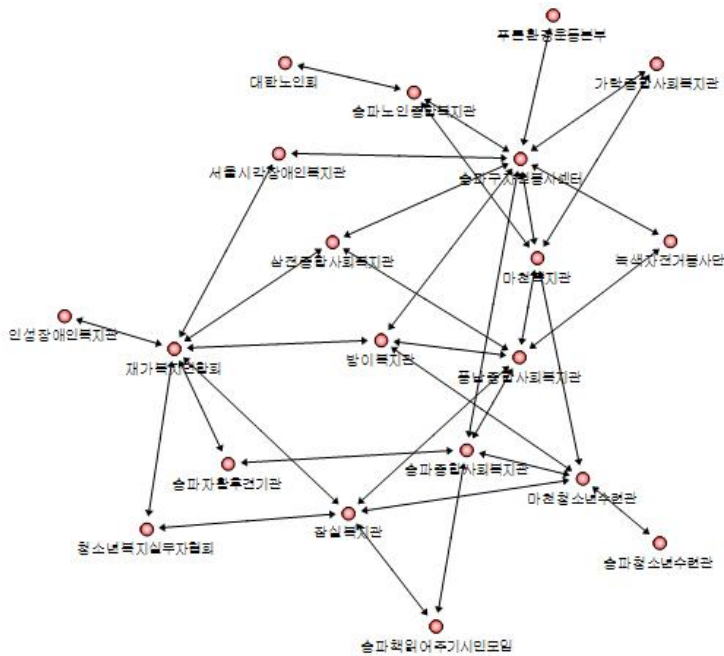
우선 전체 이웃관계이다. 첫째 군집은 재향군인회, 여성단체연합회, 바르게살기운동협의회를 중심으로 하는 연결망이다. 이들 핵심 군집 중심에는 주부환경협의회가 포진하고 있었다. 우선 11시 방향을 보면 군 관련 단체들이 서

로간의 내부 네트워크를 맺고 있음이 보인다. 대한무공수훈자회가 다양한 연결망을 갖고 있지만 외부 단체들과 관계를 맺고 있는 것은 재향군인회이다. 7시 방향은 바르게살기운동협의회가 체육, 환경, 지역사회 대표 관련단체들과 관계를 맺고 있다. 바르게살기운동협의회와 새마을 관련 단체는 설립연도가 오래되었고 일반적으로 지역사회의 대표적인 거점 단체로 인정받고 있다. 여성단체연합회는 여타 직능단체와도 관계하고 있지만, 무엇보다 약사회를 통해 보건의료 단체와 관계를 맺고 있다. 바르게살기운동협의회와 새마을 단체가 직능단체 군집의 중심을 이룬다는 것은 서울시의 다른 지역과 유사한 결과이나 여기에 군 관련 단체가 연결되어 있고, 보건의료 조직도 연결되어 있다는 점은 S구만의 특징이다.

두 번째 군집은 복지관을 중심으로 하는 것이다. 이들은 서로 수평적으로 얽혀 있어서 그림 1과 같은 중심/주변 단체를 찾기가 어렵다. 그러나 S구 자원봉사센터가 상대적으로 중심 노드로 꼽힐 수 있으며, 이를 대상으로 개별 복지관을 단계적으로 참여시키는 건강증진 사업 수립이 가능할 수 있다. 그러나 S구 CBO 연결망의 가장 큰 특징은 복지관들이 직능단체와 완전히 분리되어 있다는 것이며, 동시에 순수한 풀뿌리 단체나 시민사회단체가 거의 없다는 점이다. 전자의 문제는 CBOs 전체를 동원하는 사업을 수립함에 있어서 참여대상의 제약으로 나타날 수 있으며, 후자의 문제는 사업을 수행하는 주체의 적극성과 순수성에 있어서 한계로 귀결될 수 있다. 그러므로 이에 대한 보완책을 마련한 상태에서 파트너십과 위탁 사업의 내용을 정하는 방식이 필요할 수 있다.



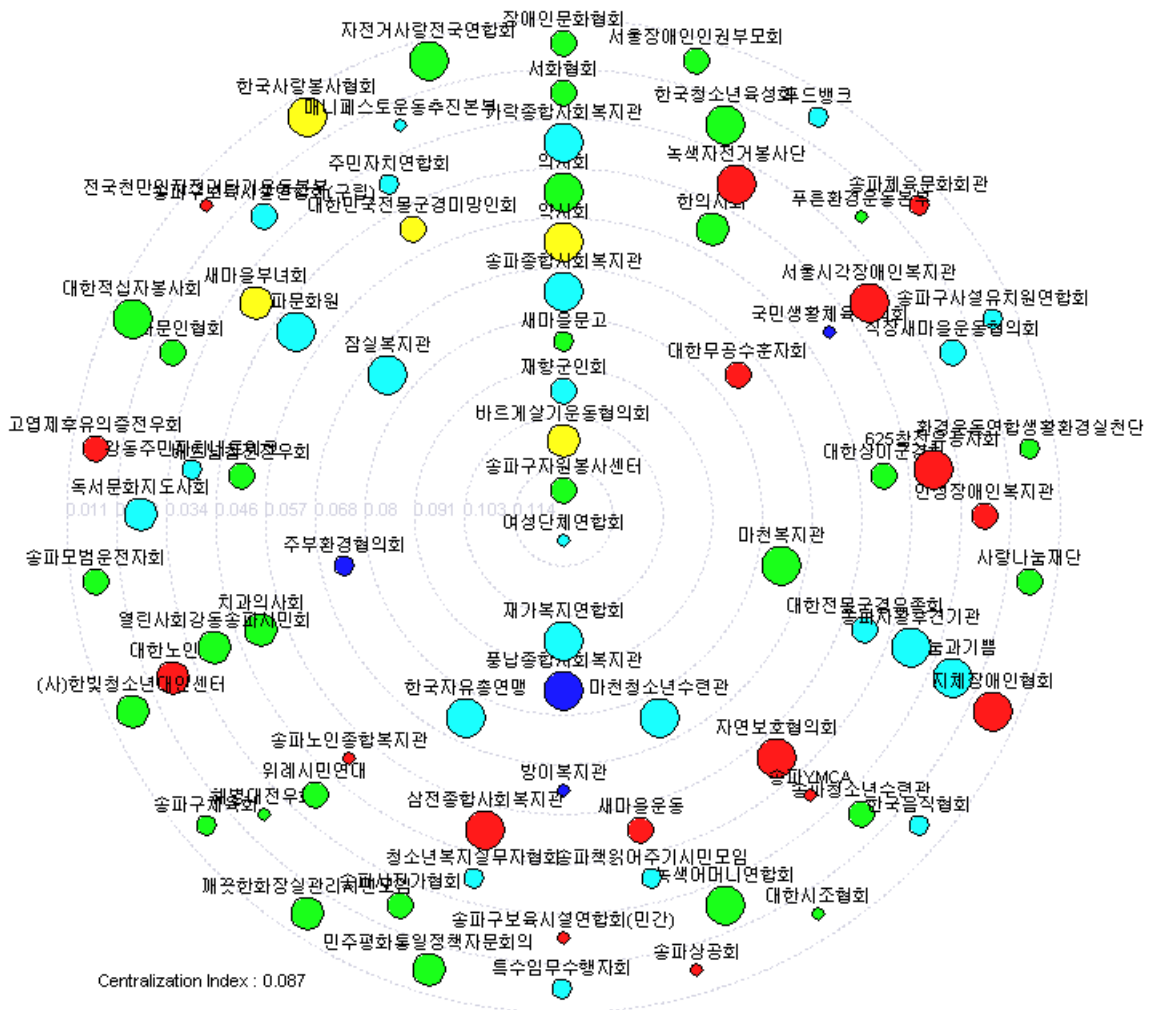
[그림 1] S구 CBOs의 첫 번째 군집 (직능단체 네트워크)



[그림 2] S구 CBOs의 두 번째 군집 (복지관 네트워크)

네트워크 분석 결과를 통해 파트너십 전략을 마련함에 있어서는 직접적인 연결망 존재 여부도 중요하지만 각 조직의 예산, 회원수, 설립연도 등을 통해 개별 조직의 동원 역량을 고려하는 것도 필요하다. 동시에 각 단체의 지역사회 평판을 고려하여 개별 단체에 가중치를 주는 것도 한 방법이다. 조사결과, S구에서 이러한 평판의 순위를 살펴보면 새마을부녀회(9), 바르게살기운동협의회(7), 주부환경협의회(6), S구자원봉사센터(5), 여성단체연합회(4)의 순이었다. 어떤 단체가 동일한 연결망 지위를 갖고 있다면 이들 단체와 우선적으로 협력을 하는 것이 유리할 것이다.

다음으로 속성 변수를 이용한 정교화 분석이다. 우선, 연결망의 중심성 정도(centrality degree)를 보았다. 분석결과 회원수와 예산 같은 조직의 기본속성에 대한 변수들은 노드의 많고 적음과 특별한 관련성을 보이지 않았다. 오히려 활발한 네트워크를 형성하고 있는 중심 단체들은 회원수나 예산이 중위값에 가까운 단체들이었다. 한편, 정부나 지자체의 지원을 받는 단체들은 도형의 크기가 크고 동시에 회원수가 많은 경향을 보였다. 그러나 S구의 CBOs를 이끌어가는 조직은 아니었으며 그들의 공식목표만 이행하는 것으로 판단된다.

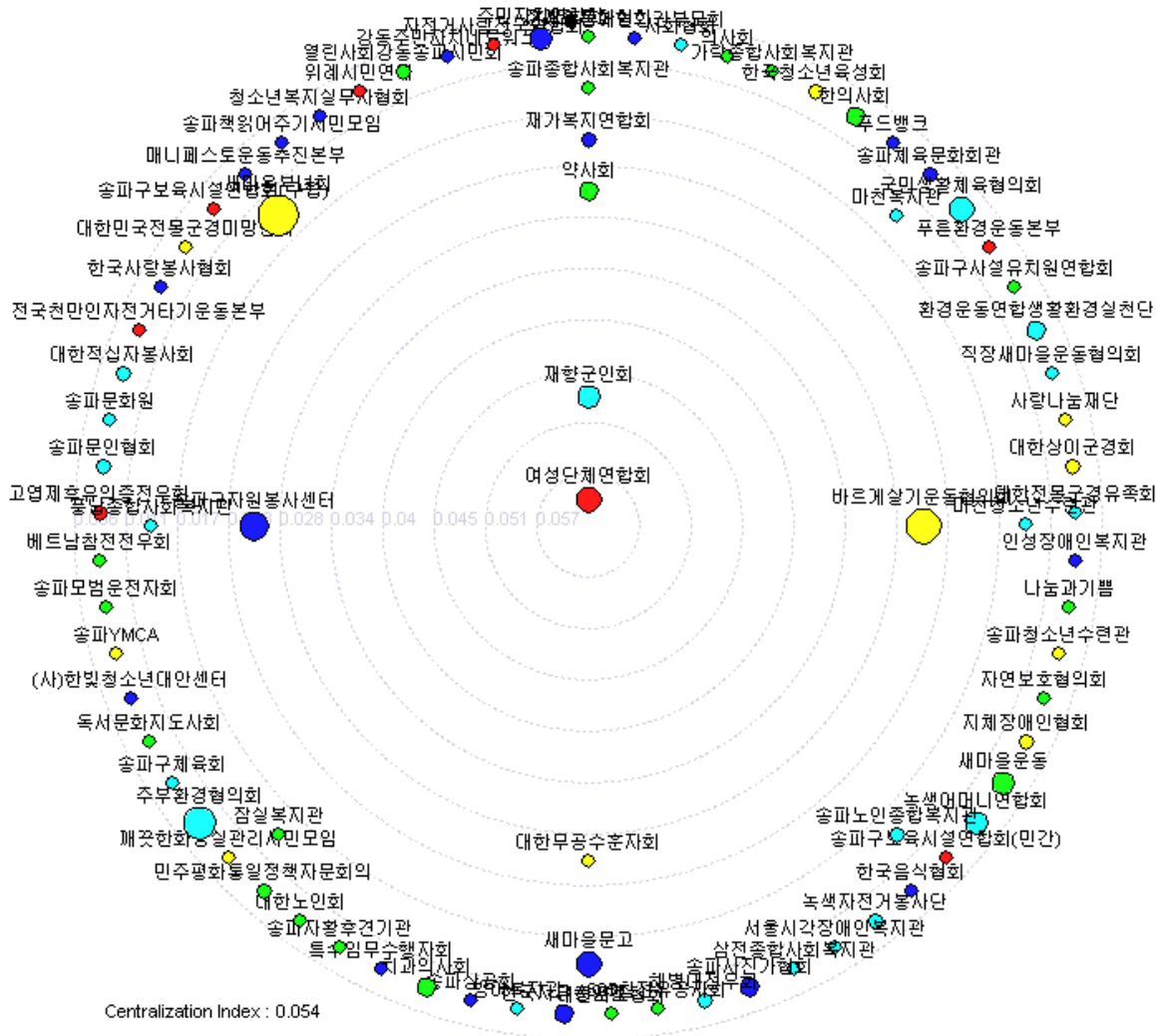


* 회원수: 명암에 따라 다섯 단계로 구분함. 어두운 색깔일수록 회원수가 많은 단체임. 단, 마천청소년수련관, 주부환경연합회, 국민생활체육회, 방이복지관은 무응답임.
 ** 예산: 도형의 크기(1,000만원 이하, 1,001~5,000만원, 5,001~10,000만원, 10,001만원 이상; 예산이 많을수록 도형의 크기가 큼)

[그림 3] S구 CBOs의 중심성 분석

다음은 사이성을 보았다. 분석결과 사이성 점수가 가장 높은 단체는 여성단체연합회였다. 이 단체는 실질적으로 복지관 그룹을 제외하고는 S구 CBOs의 중심이 되며, 단체들 간의 관계에서 독점적인 위치를 점하여서 오피니언 리더의 역할을 할 수 있다. 재향군인회는 사이성 점수가 높기

는 하지만 조직의 목적상 전반적인 참여를 이끄는 데는 제한적일 수 있다. 약사회와 바르게살기운동연합회는 위의 두 단체와 함께 연대할 경우 S구의 전체 CBOs를 동원할 수 있는 주변적 거점 단체라고 할 수 있다.



* 설립연도: 명암에 따라 다섯 단계로 구분함. 어두운 색깔일수록 최근에 만들어진 단체임. 단, 여성단체연합회는 무응답임.
 ** 중요도: 도형의 크기 (다른 단계로부터 중요한 단체라도 표를 받은 경우; 1~9의 값으로 클수록 중요한 단체)

[그림 4] S구 CBOs의 사이성 분석

마지막으로 쌍방 구성집단 지표를 이용해 CBO 네트워크의 응집성을 살펴보았다. 결과에 따르면 위의 6개 쌍방 구성집단이 강한 결사체 조직을 이루고 있었다. 사업을 위

탁하거나 부문 사업을 할 경우 이러한 자연 경계를 알고 있다면 효과적으로 업무를 분할할 수 있다.

<표 3> S구 CBOs의 쌍방구성 집단

쌍방 구성집단	구성단체들	크기	밀도
B1	대한민국전물군경미망인회, 대한상이군경회, 대한무공수훈자회, 대한전물군경유족회	4	1
B2	베트남참전전우회, 재향군인회, 6.25 참전유공자회, 대한무공수훈자회	4	0.833
B3	주민자치연합회, 여성단체연합회, 국민생활체육협의회, 새마을문고, 주부환경협의회, 한국자유총연맹, 재향군인회, 바르게살기운동협의회, 새마을운동, 자연보호협의회	10	0.467
B4	치과의사회, 약사회, 의사회, 한의사회	4	1
B5	송파노인종합복지관, 마천복지관, S구자원봉사센터, 청소년복지실무자협회, 재가복지연합회, 잠실복지관, 송파책읽어주기시민모임, 송파종합사회복지관, 풍납종합사회복지관, 마천청소년수련관, 송파자활후견기관, 방이복지관, 서울시각장애인복지관, 삼전종합사회복지관, 녹색자전거봉사단, 가락종합사회복지관	16	0.250
B6	강동주민자치네트워크, 위례시민연대, 열린사회강동송파시민회	3	1

3. 보건소 사업에의 참여 결정요인

모형은 카이제곱값 16.944로 $p < .018$ 에서 통계적으로 유의했다. -2LL 우도는 29.23이었고, Cox-Snell의 $R^2 = .278$, Nagelkerke $R^2 = .421$ 이었다. Hosmer와 Lemeshow의 검정 유의도는 $p < .164$ 였다. 결과에 따르면 조직의 특성을 결정하는 통제변수와 건강증진 사업 참여에 영향을 미칠 수 있는 속성변수 및 네트워크 변수를 투입한 상태에서 통계적으로 유의한 변수는 협력개수 뿐이었다. 이것은 우리나라 CBOs의 자발적 협력관계가 서구와 달리 건강증진 사업에 어떠한 경향성이나 특성과는 무관하게 무작위적으로 발전했음을 의미한다. 특히, 투입된 변수들이 국외의 선행 연구들이 고려한 것과 유사한 변수들이었다는 점에서(Provan et al., 2004; Provan et al., 2005) 지역사회역량의 척도는 국가와 지역에

따라 고유한 형성과정을 논의해야 할 것으로 생각한다. 예컨대, 협력개수의 경우 지역사회 파트너십의 구조화 정도를 보여주는 지표이지만(정민수 등, 2007; 정민수, 2008), S구의 경우에는 오히려 협력개수가 많을수록 참여를 덜 선호한다는 점에서 새로운 해석이 필요하다. 이것은 파트너십의 증가가 갈등의 증가와 함께 진행된다는 연구(Chaskin et al., 2001)를 지지하는 것으로, 지역사회역량의 증진을 위해서는 유효하고 적절한 파트너십을 재구성할 필요가 있는 것으로 나타났다. 협력관계가 많은 단체는 오히려 기존의 이해관계나 관성에 의해 새로운 사업이나 역량증진에 부정적인 태도를 가질 수 있기 때문이다. 그러므로, 협력개수에 따라서 사업참여 여부와 내용에 대한 층위가 분류되도록 하고 사업 콘텐츠에 따라 회원수나 예산이 적정한 규모인 조직이 개입될 수 있도록 건강증진 기획을 하는 것이 필요하다.

<표 4> 건강증진 사업 참여 여부에 대한 결정요인

	B	S.E.	Wald	유의확률	Exp(B)	95.0% 신뢰구간	
						하한	상한
회원수*	-0.13	0.37	0.12	0.73	0.88	0.43	1.81
설립연도*	0.55	0.50	1.21	0.27	1.72	0.65	4.55
예산*	0.54	0.38	2.02	0.15	1.72	0.81	3.65
협력개수	-0.50	0.25	4.11	<0.04	0.60	0.37	0.98
여성비중	0.14	0.32	0.20	0.66	1.15	0.62	2.14
구성집단**	0.70	0.93	0.57	0.45	2.01	0.33	12.48
사이성	0.06	0.05	1.48	0.22	1.06	0.96	1.16
상수	-3.59	2.55	1.98	0.16	0.03		

* 구간형 변수: 극단치 효과를 제거하기 위하여 5개의 서열형 구간 변수로 리코딩
 ** 쌍방 구성집단: 가장 큰 쌍방 구성집단(B5)에 속하는지 여부에 대한 이항변수

IV. 논의

지금까지 살펴본 바에 따르면, S구의 지역사회역량은 CBOs의 숫자나 연대의 분화, 파트너십 발달 정도에 있어서 서울시의 평균 정도라 할 수 있다. 그러나 거점 단체가 부족하고 서비스 전달 체계가 분리되어 있어서 지역사회 전반의 응집성은 떨어지는 것으로 나타났다. 아래에서는 이러한 경우 어떠한 건강증진 기획을 기획할 수 있는지 논의하고자 한다.

지역사회역량을 이용하여 지역사회 발전과 건강증진 꾀하는 방법은 지역사회 기반 참여연구(CBPR: Community-Based Participatory Research)이다. 이것은 오늘날 가장 널리 활용되는 공동체 건강증진 연구 방법론이며, 매우 실천적인 함의를 갖고 있다(Minkler and Wallerstein, 2003; 정민수 등, 2008). 연구자가 지역 공동체에 동화되어 지역의 문제를 함께 공유하고, 그들 내부에 있는 자원을 결집하여 스스로 문제를 해결할 수 있는 역량을 만들기 때문이다. 여기에는 다양한 수단이 활용될 수 있으나 주민 스스로의 참여를 도모하기 위해서는 아무래도 그 지역사회에서 자생하여 오랫동안 활동해온 CBOs의 역할이 크다. 이미 이들을 이용한 연구는 국내에서도 시도되었으며(정민수 등, 2007), 한국의 시민사회단체 연구에서도 지역사회 풀뿌리 조직의 중요성이 드러났다(정민수, 2008). CBOs를 통해 해당 지역에 대한 정체성을 확인하고, 그들이 당면한 문제점이나 도전과제를 찾을 수 있다. 뿐만 아니라, 이들 조직을 새롭게 조직화하여 문제를 해결하는 대응전략을 세울 수 있으며, 다양한 CBOs 파트너십은 이러한 전략을 수행하는 기구로 활용된다. 그리고, 활동을 마친 후에 결과를 평가하고 지역사회 발전을 위한 더 나은 계획을 수립하는 논의체로 이용된다.

서구에서는 이처럼 지역사회 CBOs 네트워크를 이용한 보건사업의 효과를 실증적으로 보고하고 있다. Provan 등(2003, 2004)은 네트워크 분석을 통하여 CBOs가 구체적인 건강증진 프로그램의 효과를 어떻게 차이하게 만드는지 밝혔고, 이를 토대로 지역사회 네트워크 조사 지표까지 개발하였다(Provan et al., 2005). 그러나 우리나라는 지역사회나 공동체가 형성되고 CBOs가 활동하는 방식이 서구와 달라서 지금까지 이러한 건강증진 전략이 연구되지 못했다. 이 논문은 국내 사회의 역량 측정과 증진방안을 논의한 것으로 선행 연구(정민수 등, 2007)에서 한 단계 더 나아가

실제 CBOs의 특징을 분석하고 건강증진 및 역량 강화 방법을 평가하였다.

조사결과 S구의 CBOs는 다양한 특징들을 보였다.

첫째, 단체의 수는 상대적으로 적지 않은 편이었으나 NGO의 수가 적어서 CBO의 활동영역이나 정도에 제한이 있었다. 시민사회단체가 CBO를 대변하는 것은 아니지만, 이들은 직능단체와 비교하여 시민참여의 강도나 의식, 추진력의 정도가 더 높다. 특히, 순수하게 지역사회를 위해 결성된 풀뿌리 단체의 경우 헌신의 정도가 높고 활동의 범위가 여타의 이해관계에 얽혀 있지 않기 때문에 사회의 중요한 문제를 담고 있는 경우가 많다. 그러나 S구는 지역사회단체들의 활동이 직능단체를 중심으로 움직이고 있었다. 그러므로 핵심 직능단체들이나 거점이 되는 여성단체들의 성격이나 활동범위를 좀 더 확장시키거나 자생적인 풀뿌리 단체들이 나올 수 있도록 지원환경을 마련해야 할 것이다.

둘째, 전반적으로 직능단체 중심의 활동이 많고, 그들이 정부나 구청의 지원을 받다보니 사업이 하향식이 되거나 의례적인 사업을 할 가능성이 높았다. 이러한 것은 지역사회 참여 건강증진 사업에 배치되는 것이며, 내부 자원을 육성하는데 도움이 되지 못한다.7) 그러므로 이를 변화시키는 접근이 필요하다. S구는 지역사회 내 회원들이 다수이며 여성의 활동 정도가 높으며 단체들의 운영도 민주적이므로 이를 심분 활용하여 지역 현안에 다가가는 실질적 활동을 하도록 독려할 필요가 있다. 이 과정에서 일부 직능단체의 강한 이해관계적 성격을 지역사회 헌신적 성격으로 바꿀 필요가 있고, 자원이 풍부한 복지관들과의 연대를 조성할 필요가 있다. 선행 연구(정민수 등, 2007)에서 지역사회역량을 측정할 때 있는 도봉구나 강동구에 비하여 S구에서는 복지관의 수가 더 많음에도 불구하고 이들은 연결망에서 완전히 독립된 파당을 이루고 있어서 역할을 담당하는데 제한적이다. 그러므로 이들과 네트워크를 만들어서 인적, 물적 교류를 활성화하는 것이 좋다.

셋째, 보건소의 사업위탁에 대한 참가의사는 상대적으로 높았으나 보건소 사업에 대한 이해와 관심 정도는 낮았다. 그리고 사업 위탁에 명시적으로 거부 의사를 밝힌 단체

7) 지역사회역량의 증진을 위해서는 단편적으로 채워만 충족시키는 "필요 기반 접근(need-based approach)"이 아니라 사회의 고유한 잠재 자원을 개발하는 "강점 기반 접근(strength-based approach)"이 필수적이다(Minkler, 2005: 32).

들의 경우 지역사회에 대한 참여와 단체의 활동목적을 명확히 분리하거나 양립할 수 없는 것으로 판단하는 사례가 있었다. 이러한 경우는 지역사회 건강증진 사업이나 역량 함양에 대한 이해가 부족한 것이다. 그러므로 단체들 간의 연결망을 활용하여 지역사회에 대한 논의의 장을 만드는 것이 좋다. 참여를 독려하는 것은 바르게살기운동협의회나 새마을문고, 새마을부녀회가 맡는 것이 좋고, 여성단체연합회와 주부환경연합회는 오피니언 리더가 되어 토의를 주관하고 이를 토대로 리더를 만들어야 한다. 그리고 이 과정에서 건강에 대한 전문지식을 갖춘 약사회, 의사회, 한의사회를 참여시켜 사업의 수행에 협조할 수 있도록 요청해야 한다.

본 연구에는 제한점이 있다. 눈덩이 표집을 통해서 조사 대상 단체를 수집하는 과정은 수차례 검토를 한 핵심 CBOs를 통해 모집되었다는 점에서 거의 완벽하게 구성되었다. 그러나 조사를 하는 과정에서 연구진의 직접 방문이 아닌 S구 자원봉사자들을 통해 자료가 수집됨으로써 설문 내용에 대한 충분한 이해가 부족했고 응답자들에게 수집한 정보의 성실도를 통제할 수 없었다. 그러한 점에서 동일한 조사대상을 재조사할 경우 외적 타당도는 큰 변화가 없겠으나 내적 타당도는 더 높아질 수 있다는 점을 밝힌다.

V. 결론

S구의 CBOs는 80-90년대 설립된 직능단체를 중심으로 네트워크를 갖추었고 지역사회 여성 단체들이 핵심 역할을 하는 조직망을 갖추고 있다. 그리고 전반적으로 조직의 건전성이 높아서 이를 자원으로 활용할 경우 지역사회 발전을 위한 리더들을 양성하고 생산적인 논의를 양성하는 공적 토의체가 될 수 있다. 이를 위해서는 보건소나 구청을 중심으로 지역사회 참여에 대한 비전과 개념을 전달하고 이것이 우리지역의 발전에 장기적으로 미칠 영향을 설명하는 파트너십 구축 과정이 필요하다. CBOs를 통한 지역사회역량의 증진 과정에서 CBHOs는 자연스럽게 육성되기 때문에 주민들의 집합적 건강증진 전략도 기존의 보건소 사업보다 파급성이나 실천율이 높아지게 된다.

일견 지역사회자본 또는 지역사회역량은 매우 모호한 개념으로 인식될 수 있다. 그러나 그것을 측정하는데 적절

한 방법론과 측정도구를 갖는다면, 상당한 효과를 낳는 기제가 된다. 특히, 이러한 자원은 지역사회 내에서 언제나 역동적으로 움직이며 그 활성화 정도에 따라 자기발전을 거듭하여 더 큰 역량과 사회자본, 그리고 고유한 정체성을 낳을 수 있다(Nan Lin, 2001: 17-21). 지역사회역량을 미시적으로 측정하는 지표는 아직 체계화되어 있지 못하다. 그러므로 본 연구에서는 지역사회자본에 대한 논의를 지역사회역량으로 가져와서 CBOs의 네트워크를 조사하고 이를 바탕으로 S구의 건강증진 프로그램의 기획방안에 대해 논의하였다. 일반적으로 CBOs 네트워크는 몇 년 주기로 정기적인 조사를 하여야 하며 건강증진 중재가 수행되었을 경우 그 전후의 네트워크 변화와 주민 건강증진 정도를 비교한다. 그리고 사후에 지역사회 구성체의 파트너십 발전 정도를 판단하게 된다(Bush et al., 2002). 지역주민의 주도로 CBOs와 함께 CBHOs를 발전시키고 이들 간의 파트너십을 활성화한다면 지역사회역량은 증진된다. 그리고 그 결과로 지역의 주민자치적 발전과 집합적 건강증진을 꾀할 수 있다. 이것이 '주민기반 건강센터(neighborhood-based health center)'이고 실제로 서구에서는 이러한 유형의 CBHOs가 효과적인 서비스 전달 모형의 근간이다(Smith et al., 2005). 물론 이러한 CBHOs는 각각의 고유한 도시 유형, 종류, 구조, 직업 구성, 인구 분포에 따라 차이가 나기 때문에 주의가 필요하다. 특히, 본 연구의 결과와 같이 CBOs의 네트워크가 무조건 발달하는 것보다는 그것이 갖는 역기능도 고려하면서 지역발전을 위한 전반적인 파트너십의 조직화가 요청된다.

CBOs의 조직화를 통해서 CBHOs도 발달하며 지역주민들의 건강수준 증진도 꾀할 수 있다. 이것은 주민들 스스로의 참여와 헌신이 발현된 지역사회역량의 효과인 것이다. 오늘날의 지역사회 건강증진은 CBHOs가 계획하고, 주창하며, 전달하고, 모니터하며, 문화적으로 수용 가능한 예방 및 일차 의료를 평가할 수 있는 기술적 역량을 개발하는 것을 필요로 한다. 이것은 WHO에서 내세웠던 가장 큰 슬로건 중 하나인 일차보건의료에 대한 새로운 도전이라고 할 수 있다.

참고문헌

- 강용배. 지역사회 정체성과 사회자본 형성요인분석. 안성호 등 지음. 지역 정체성과 사회자본 I. 서울: 다운샘, 2004.
- 시민의 신문. 한국민간단체총연합회, 2002.
- 안성호, 광현근. 동네 수준의 사회자본에 관한 탐색적 연구. 안성호 등 지음. 지역 정체성과 사회자본 I. 서울: 다운샘, 2004.
- 유재원. 사회자본과 자발적 결사체. 한국정책학회보 2000; 9(3): 23-43.
- 정민수. 한국시민사회단체의 연대활동에 대한 네트워크적 접근. 시민사회와 NGO 2008; 6(2): 135-174.
- 정민수, 조병희, 이성진. 지역사회 자발적 결사체의 연결망과 지역사회 역량. 보건행정학회지 2007; 17(4): 54-81.
- 정민수, 정유경, 장사랑, 조병희. 지역사회 기반 참여연구 방법론. 보건교육건강증진학회지 2008; 25(1): 83-104.
- 조명래. 지속가능한 발전과 파트너십: WSSD를 계기로한 정부-기업-NGO 발전 방안. KSDN. 2002 WSSD 기념세미나자료집, 2002.
- Bush R, Dower J, and Mutch A. Community capacity index. Ver. 2. Centre for Primary Health Care. University of Queensland, 2002.
- Chaskin RJ. Perspectives on neighborhood and community: A review of the literature. Soc Serv Rev 1997; 71(4): 527-548.
- Chaskin RJ, Garg S. The issue of governance in neighborhood-based initiatives. Urban Affairs Review 1997; 32(5): 631-661.
- Chaskin RJ, Brown P, Venkatesh S, Vidal A. Building community capacity. Walter de Gruyter, 2001.
- Foley MW, Edwards B. Is it time to disinvest in social capital? J Public Policy 1999; 19(2): 141-173.
- Forrest R, Kerns Ade. Social cohesion, social capital and the neighborhood. Urban Stud 2001; 38(12): 2125-2143.
- Hillery Jr. GA. Definitions of community: Communes and utopias in sociological perspective. Cambridge. Harvard University Press, 1955.
- Jerry Jr. WR, Paulette AMY. Building social capital and community capacity with signature projects: A case study of two diverse delta communities. J Extension 2007; 25(2) (Available: <http://www.joe.org/joe/2007april/a4.php>)
- Kawachi I, Berkman LF eds. Neighborhoods and health. Oxford University Press; 2003.
- Minkler M. Community Organizing and Community Building for Health. Rutgers University Press. 2nd Ed, 2005.
- Minkler M, Wallerstein N. Community-based Participatory Research for Health. Jossey-Bass, 2003.
- Nan Lin. Social capital: theory and research. Walter de Gruyter, 2001.
- Narayan D, Cassidy MF. A dimensional approach to measuring social capital: Development and validation of a social capital inventory. Curr Sociol 2001; 49(2): 59-102.
- Newton K. Social capital, civil society, and democracy. Int Pol Sci Rev 2001; 22(2): 201-214.
- Portes A. Social capital: Its origins and applications in modern sociology. Annu Rev Sociol 1998; 24: 1-24.
- Portney KE, Berry JM. Mobilizing minority communities: Social capital and participation in urban neighborhood. Am Behav Sci 1997; 40(5): 632-644.
- Provan KG, Nakama L, Veazie MA, Teufel-Shone NI, Huddleston C. Building community capacity around chronic disease services through a collaborative interorganizational network. Health Educ Behav 2003; 30(6): 646-662.
- Provan KG, Veazie MA, Teufel-Shone NI, Huddleston C. Network analysis as a tool for assessing and building community capacity for provision of chronic disease services. Health Promot Pract 2004; 5(2): 174-181.
- Provan KG, Veazie MA, Staten LK, Teufel-Shone NI. The use of network analysis to strengthen community partnerships. Public Admin Rev 2005; 65(5): 603-613.
- Putnam RD. Making Democracy Work: Civic traditions in modern Italy. Princeton University Press, 1993.
- Putnam RD. Bowling alone: The Collapse and Revival of the American Community. Simon and Schuster, 2000.
- Smith MB, Graham YJ, Guttmacher S. Community-Based Health Organizations: Advocating for improved health. Jossey-Bass, 2005.
- Stone W, Hughes J. Social Capital: Empirical meaning and measurement validity. Australian Institute of Family Studies, 2002.
- Stolle D. Social capital: A new research agenda? Toward an Attitudinal Approach paper presented for the ECPR workshop 13 Voluntary Associations. Social Capital and Interest Mediation: Forging the Link, Copenhagen, 2000.
- Suttles GD. The Social Construction of Communities. Chicago University Press, 1972.

<ABSTRACT>

The Measurement of Community Capacity Using Community-based Organizations Network and the Development of Health Promotion Plans

Minsoo Jung*, Jin-Pyo Gil**, Byong-Hee Cho*†

* *Graduate School of Public Health, Seoul National University*

** *Songpa District Health Centre, Seoul*

Objectives: The community network is a foundation laid by the local community which has been formed historically and geographically to develop itself. This paper as a Korean way of healthy network survey for the community capacity building is an exploratory research to grasp the character of Korean society and then to organize an resident-governing partnership for that.

Methods: Research objectives are CBOs(Community-Based Organizations) in S-district of Seoul. This region is a new town, however the solidarity and volunteerism of this resident is lively. The survey tool is Cho's CBOs Evaluation Questionnaire which was originated to measure the community capacity. The period of survey is from the January 2009 to the March 2009 and the study organizations which were collected by snowball sampling were 80.

Results: The result shows two main networks: one is the civil society and craft union cluster, the other is welfare organization cluster. Groups of high centrality were organizations whose members are mainly women and craft organizations which were organized before 1990's. The group of high betweenness was the Association of Women's Organizations(0.188). Bi-components were six and they could be divided by organization's aim. In terms of the determinants of the participation to the health center enterprise, only the number of link($B=-0.60$, $p<0.04$) was statistically significant. It means that when organization variables are controlled a tendency appears: the more the voluntary associations network, the less participation in the health enterprise.

Conclusion: CBHOs(Community-Based Health Organizations) enhances residents' spontaneity and cohesion to increase the capability of the local community. If the surveyed healthy network, together the community health project, are used for various community development projects, the existing CBOs including CBHOs will be reorganized and furthered newly. For this it will be needed to construct an effective partnership of healthy network by restructuring the existing networks of voluntary associations.

Key words: Social capital, Community capacity, Health promotion