

# 건강도시사업추진을 위한 개인, 조직, 환경 역량의 평가

김정민, 고광욱\*

고신대학교 의과대학 예방의학교실

## I. 서론

건강도시는 세계보건기구의 '만인을 위한 건강(Health for All)' 전략과 오타와 헌장의 건강증진의 개념을 지역단위에서 실행하기 위한 주요 매개수단으로서 유럽에서 그 정의와 추진 틀 등이 개발되기 시작되어 장기 국제개발 사업으로 발전해왔다. 1987년부터 시작된 유럽 건강도시 1기 사업에 35개 유럽지역의 도시가 참가한 이래로 참가 도시수가 급속히 늘어나고 있으며, 지역적으로도 유럽을 넘어 전 세계적으로 확대되어 현재 아시아, 아프리카, 미주대륙 등에서 2,000여개 도시가 참가하고 있다(남은우, 2007). 우리나라에서는 1990년대 중반이후 건강도시의 개념이 소개되기 시작했으나(문옥륜, 1996), 실제 지역사회 단위에서의 본격적인 사업으로서의 시작은 2004년 대한민국의 건강도시 협의회와 함께 본격화 되어, 현재 48개 지자체가 참여하여 활발히 진행되고 있다(이부옥, 2007).

건강도시는 어떤 특정한 건강수준을 달성한 도시를 지칭하는 것이 아니라, 시민의 건강을 의제화 하여 이를 개선하기 위해 노력하는 도시를 말한다. 어떤 도시라도 현재의 건강수준과 상관없이 건강에 대한 전념과 함께 이를 달성하기 위한 구조와 과정을 갖추었을 때 건강도시가 될 수 있다. 따라서 건강도시사업의 추진을 위해서는 개인, 지역 내 조직 및 지방자치단체들을 포함한 지역사회의 다양한 이해당사자들이 건강에 대해 생각하고 이해

하고 관련된 결정을 내리는 방법을 변화시켜야 할 필요가 있고(Tsouros, 1995), 이를 위해 세계보건기구는 시정(市政) 의사결정권자들로부터 건강도시의 원칙과 추진전략에 대한 명백한 지지획득, 변화를 관리해 나갈 새로운 조직구조의 창설, 건강계획과 다른 특정한 주제들을 포함한 도시의 공유된 비전의 개발, 공식·비공식 네트워크의 개발과 이들과의 협력을 위한 투자의 네 가지를 골자로 하는 새로운 건강도시 접근법을 소개하고 있다(WHO, 2005).

이러한 건강도시의 정의와 새로운 접근법에 따르면, 건강도시사업의 효과적인 추진을 위해서는 사업을 담당하는 개인의 역량을 넘어 건강도시 사업을 위한 분위기를 만들고 영향을 줄 수 있는 사업조직 및 전반적인 지역사회의 환경의 영역까지 확대하여 역량을 강화하여야 한다. 또한 사업의 범위에서는 보건영역을 넘어 행정, 경제, 사회, 문화, 환경 등 시정의 전 분야들을 포함해 나가야 할 필요가 있다. 그러나 우리나라는 각종 사업들이 주로 행정위주로 추진됨으로 인해 지역사회와의 긴밀한 파트너십 형성 및 조직화된 참여와 협력의 토대가 부족한 실정이다. 특히 보건사업의 영역에서는 사업의 주체가 보건소로 한정되어, 지역사회는 사업의 대상으로만 머물러 있었고 지역사회의 다양한 이해당사자들이 사업 추진의 주체가 되는 보건사업의 활성화는 아직 요원한 상황이라 할 수 있다(이명순, 2005; 윤석준, 2007). 따라서 건강도시 사업을 우리나라 지방자치단체의 수준에서 활성화시키

교신저자: 고광욱

602-703 부산광역시 서구 압남동 34 고신대학교 의과대학 예방의학교실

전화: 051-990-6426 팩스: 051-990-3081 E-mail: kwkoh@kosin.ac.kr

\* 본 연구는 2008년도 고신대학교 의과대학 학술연구비 지원에 의해 수행되었음

▪ 투고일 09.05.15

▪ 수정일 09.06.10

▪ 게재확정일 09.06.13

기 위해서는 먼저 사업의 주체가 될 개인, 지역사회 조직 및 전반적인 환경 등 다양한 영역에서의 주체적인 참여를 가능케 하기 위한 체계적인 방법론과 이론적 틀의 개발과 함께 적극적인 역량강화의 노력이 필요하다.

지역사회의 다양한 영역이 가진 역량을 개발하고 각종 보건사업에 대한 참여를 유도해 내기 위한 방법으로서 캐나다(Prairie region health promotion research center, 2004 : Public Health Agency of Canada, 2007), 미국(Aspen institute, 2004), 호주(NSW Health department, 2001)등에서는 다양한 건강증진사업 추진관련 역량측정도구들이 개발되어 사용되고 있다. 각 도구들은 건강증진사업 인력, 건강증진사업 조직 및 지역사회전체 등 각 대상 이해당사자들에 맞춰 건강증진을 위한 역량을 세분화하여 측정하고 평가하도록 설계되어 있으며, 실제 이들 도구들을 사용한 역량의 정량적 산출을 통해 건강증진을 위한 정책적 제언이 일어나고 있다(Fletcher 등, 2008). 각 도구들을 특별히 살펴보면 Public Health Agency of Canada(2007)의 경우 지역사회의 각 역할자들이 상호작용과 파급효과에 의해 지역사회 전반이 건강문제에 대해 대처하는 능력을 강화할 수 있는 능력을 9가지의 영역으로 나누어 정량적으로 평가하도록 설계되어 있으며, Aspen institute(2004)의 도구는 주로 지역사회가 가지고 있는 사회적 자본과 인적 네트워크, 구조와 조직적 측면을 단계적으로 개발하는데 초점을 맞추어 평가하도록 되어 있다. NSW Health Department(2001)의 도구는 주로 지역사회내에서 활동하는 보건의료 자원들을 조직화 하고 동원하여 지역사회와 함께 일하는 능력을 측정하는데 초점을 맞추고 있다. 마지막으로 Prairie region health promotion research center(2004)의 도구는 건강증진을 위한 보건인력 개인의 역량 측면에서뿐만 아니라, 인력 개인의 상호작용의 방향을 결정짓는 구조와 정책 및 문화적 측면에서의 조직역량과 지역사회 전체의 문화와 주민들의 의견과 정치적 의지 등 건강증진의 배경적 측면에서의 환경역량을 각각 정량적으로 측정하고 분석하도록 설계되어 있어 건강의 사회생태적 모형에서의 다양한 결정인자들에 대한 가능한 범위에서의 대처를 촉진하고 있는 등의 차이를 보이고 있다.

이와 같은 세계적인 추세와는 다르게 우리나라는 건강도시 사업의 도입 초기단계로서, 아직 사업의 담당인력

이나 조직적 차원 및 지역사회 전반의 환경적 차원에서 건강도시 사업 추진 역량을 정량적으로 측정하기 위한 시도가 전무한 실정으로서, 관련 분야의 연구와 학술적 연구와 평가가 활발하지 못한 우리나라의 실정에서는 향후의 발전적 제언을 위한 관련 분야의 연구의 필요성이 크다고 생각된다.

본 연구는 건강도시사업 추진을 위한 역량을 사업추진 인력 개인차원의 역량뿐만 아니라 건강의 사회생태적모형의 틀(Bauer 등, 2003)에 따라 개인을 넘어 사업을 추진하는 조직적인 차원의 역량과 정치, 대중, 사회 및 경제 등을 포함하는 거시적인 환경의 차원으로 까지 확장하여 각 차원의 건강도시사업 추진을 위한 역량을 정량적으로 측정하여 평가하고 향후 건강도시 사업추진을 위한 역량 강화전략의 효과적인 개발방안을 모색하기 위한 참고자료를 제시하고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구대상의 선정 및 연구방법

본 연구는 대한민국 건강도시협의회 48개 정회원도시의 건강도시사업인력 총 144명(각 도시당 3명)을 목표 모집단으로 정하여, 이 중 건강도시사업인력의 역량강화를 위해 단기집중 과정으로 개최된 ‘건강도시 역량강화 심화 워크숍’의 참석자를 조사 집단으로 정하였다. 조사 집단 57명에게 설문지를 배포하여 30부를 회수하였고, 완전히 작성한 27명을 분석대상으로 하였다(응답률 42.10%). ‘건강도시 역량강화 심화 워크숍’은 대한민국 건강도시협의회(Korea Healthy Cities Partnership, 이하 KHCP)의 의뢰로 2008년 6월에 2일간 개최되었다. 워크숍 과정 중 개인, 조직 및 환경 역량에 대한 해설 후 조별 토론을 통하여 역량에 대해 이해를 높인 후 자기기입식으로 설문지를 작성하게 하였다.

### 2. 역량평가도구

건강증진사업관련 역량을 평가하기 위해 개발된 다양한 도구들 중 한 가지를 선정하여 본 연구의 역량평가도구 개발을 위한 기초자료로서 활용하였다. 웹 검색과 문헌 고찰

을 통하여 각 도구들에 대한 자료를 수집하여 검토한 후, 연구진 회의를 통해 본 연구의 목적에 부합하는 도구로서 캐나다에서 개발한 건강증진역량 점검표(Health Promotion Capacity Checklist, 이하 HPCC)를 선정하였다(Prairie region health promotion research center, 2004). HPCC는 건강의 사회 생태학적 모형과 오타와 현장의 건강증진 전략을 기반으로 하여 선행된 지역사회 기반의 심혈관 건강증진사업의 경험을 활용하여 개발되었다. 본 연구의 도구 개발을 위한 단계로서 먼저, 연구진 회의를 거쳐 HPCC의 번역을 위한 주요 용어들에 대한 한국어 용어를 선정한 후 HPCC전체를 한국어로 번안하여 개발된 초안을 일개 건강도시 사업 조직의 실무자 3인을 대상으로 하는 1회의 시험평가를 시행하여 번역 용어 및 내용의 적절성과 평가도구의 편집에 대한 수정의견을 청취하여 재편집후 완성하였다.

역량평가도구는 건강증진을 위한 역량을 사회생태학적 관점에서 개인적 차원을 넘어 조직적 차원, 환경적 차

원으로 확대하여 개인, 조직 및 환경의 세 가지 차원에서 평가하고 개선하도록 하고 있으며(그림 1), 개인적 역량은 ‘개인의 지식’, ‘개인의 기술’, ‘개인의 몰입도’, ‘개인의 자원’의 네 가지 영역으로 구성되어 있다. 조직적 역량은 ‘조직의 몰입도’, ‘조직의 문화’, ‘조직의 구조’, ‘조직의 자원’의 네 가지 영역으로 구성되어 있다. 환경적 역량은 ‘정치적 의지’, ‘주민들의 의견’, ‘지원적 기관단체의 확보’, ‘아이디어와 기타자원’의 네 가지 영역으로 구성되어 있다. 각각의 영역은 4점 척도(1점=전혀 그렇지 않다, 2점=그렇지 않다, 3점=그렇다, 4점=매우 그렇다)의 문항 5~6가지로 구성되어 있다. 그리고 주관식 문항으로서 각 영역별로 해당영역에서의 본인 혹은 본인이 속한 조직과 지역사회의 장점, 개선점 및 개선을 위한 방법 등을 묻는 문항을 배치하였다. 평가영역의 각각의 정의는 표 1에 요약 제시하였으며, 주관식 질문에 답한 중심 단어를 정리하여 표 3에 제시하였다.

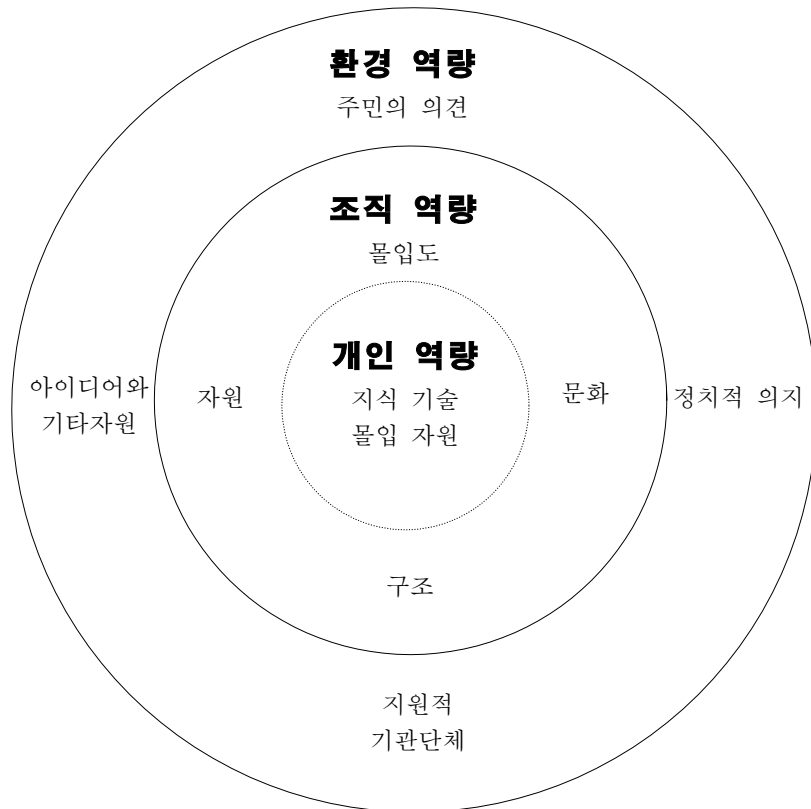


그림 1. 건강도시사업을 위한 개인, 조직, 환경 역량의 구성요소  
(Source: Prairie Region Health Promotion Research Center, 2004)

표 1. 개인·조직·환경 역량의 각 영역별 설명

구분	영역	설명
개인역량	개인의 지식	건강의 정의와 결정인자, 인구집단 건강증진법, 건강도시 접근법 달성을 위한 전략들 및 대상 인구집단의 건강상태와 물리·사회적 환경 및 문화에 대한 지식수준과 이해 능력의 수준
	개인의 기술	사업계획의 효과적 작성·실행·평가, 다양한 대상들과의 효과적 의사소통, 다양한 협력자들과의 원활한 협력, 사업관련 정보의 조직적 수집 및 대상 인구집단 및 지역사회의 역량강화를 위한 기술 수준
	개인의 몰입	건강도시사업업무에 대한 열의·확신·추진력, 형평성·정의·다양성의 존중·지역사회참여에 대한 가치 부여 및 예상가능한 사업상의 위험요소에 대한 유연하고 혁신적이고 의지적인 대처하는 몰입정도
	개인의 자원	건강도시 사업에 투입할 시간, 사업추진을 돕는 학술적 도움, 사업에 협력적인 관리자·동료·협력조직 및 사업에 필요한 재정적 지원의 확보정도
조직역량	조직의 몰입	조직 전체의 건강도시에 대한 지원, 명확히 정의된 건강도시에 대한 비전 및 목표정립, 조직의 정책 및 사업의 건강도시에 대한 지원 및 다양한 단체들과의 협력에 대한 몰입의 정도
	조직의 문화	조직책임자의 건강도시에 대한 지지, 조직의 비판적 성찰·혁신과 학습 분위기, 조직내 건강도시 원리와 가치 실행에 대한 존중, 조직원들 간의 상호 협력 및 역량강화, 열린 의사소통의 수준
	조직의 구조	조직내에서 업무책임의 분산·공유, 각 부서에서의 건강도시 관련지표 산출·보고, 조직구조적으로 내외부 협력 촉진, 조직 차원에서의 인적자원개발 지원 및 조직의 모든 구성원에게 권한부여하는 체계의 성립정도
	조직의 자원	조직내 건강도시관련 식견·기술을 갖춘 직원보유 및 적절투입, 건강도시 사업에 지원하는 충분한 예산, 지역사회 자원개발에 대한 투자, 적절한 사무공간과 인프라·장비에 대한 조직차원의 제공정도
환경역량	정치적 의지	지자체의 건강증진을 위한 적절한 예산지원, 건강도시 원칙 성취를 위한 지도력 제공, 지역의료기관들의 건강도시 사업 예산지원 및 협력, 지역의료기관들의 건강도시개념의 기관운영에 대한 도입 정도
	주민의 의견	주민들의 건강과 그 결정인자에 대한 종합적 이해, 주민들의 건강결정인자에 대해 부서간 책임공유에 대한 요구, 주민들의 건강과 복지에 책임과 주인 의식, 주민들의 지역사회 활동의 활성화, 주민들의 보건의료기관에 대한 건강도시 원칙이 도입에 대한 요구도, 건강도시관련 지역매체의 보도의 수준
	지원적 기관 단체의 확보	다양한 기관단체가 건강결정요인에 대처하는 활동을 하고 있다, 보건의료 이외의 다양한 단체도 건강도시사업 지원한다, 지원단체간의 상호연계가 활발하다, 주민 및 정치권에 대한 옹호활동을 한다.
	아이디어와 기타자원	건강도시에 대한 지역사회의 아이디어가 수렴된다, 사업의 효과에 대한 근거를 지역사회에서 얻을 수 있다, 건강도시사업을 위한 자원과 도구를 얻을 수 있다, 학술적 자원과 실무자간 협력이 이루어진다, 전문적 기술개발의 기회가 있다. 지역사회내에 있다.

(Source: Prairie Region Health Promotion Research Center, 2004)

### 3. 통계분석

조사대상자의 일반특성은 실수와 백분율을 산출하였다. 개인, 조직, 환경적 역량의 각각의 점수는 각 역량을 구성하는 4개 영역의 각각의 평균점을 구한 뒤 다시 이들의 합산평균을 산출하여 파악하였다. 평균점수가 4점 척도(1점=매우 낮다, 2점=낮다, 3점=높다, 4점=매우 높다)의 중간점인 2.5점 미만인 경우 해당 분야의 역량의 개발정도가 낮은 것으로 파악하고, 2.5점 이상인 경우 해당 분야

의 역량이 어느 정도 개발된 것으로 파악하였다. 종속변수인 개인적, 조직적 및 환경적 역량의 평균점수와 일반적 특성 중 성별, 직렬별 및 참가기간별 특성에 대해 차이를 검증하기 위하여 t-test를 실시하였으며, 유의수준은 p값은 0.05미만으로 설정하였다. 통계 분석은 SPSS K 14.0 for Windows프로그램을 사용하였다.

표 2. 조사대상자의 일반적 특성

(N=27)	
변수	대상자 수(%)
성별(26)	
남	7 (26.9%)
여	19 (73.1%)
연령(25)	
20~29	2 ( 8.0%)
30~39	2 ( 8.0%)
40~49	12 (48.0%)
50~59	9 (36.0%)
직급(26)	
5급	3 (11.5%)
6급	9 (34.6%)
7급	11 (42.3%)
8급	2 ( 7.7%)
9급	1 ( 3.9%)
직렬(27)	
간호	15 (55.6%)
보건	4 (14.8%)
의료기술	3 (11.1%)
행정	4 (14.8%)
기타	1 ( 3.7%)
건강도시사업 참여기간(24)	
≤ 12개월	12 (50.0%)
12개월 <	12 (50.0%)

### Ⅲ. 연구결과

#### 1. 일반적 특성

대상자들의 기본적인 인적사항은 표2에 제시하였다. 전체 참가자 27명 모두는 공무원 이었으며, 이 중 시청 행정직원 2인을 제외한 나머지는 모두 보건소 소속이었다. 성별로는 여성이 19명(73.1%)으로 대다수를 차지하고 있었다. 연령별로는 40대가 12명(48.0%)으로 가장 많았고, 그 다음이 50대(9명, 36.0%), 20대 및 30대(각 2명, 8.0%) 순서였다. 직급별로는 7급이 11명(42.3%)으로 가장 많았고, 그 다음이 6급(9명, 34.6%), 5급(3명, 11.5%), 8급(2명, 7.7%), 9급(1명, 3.9%)순서였다. 직렬별로는 간호직이 15명(56.5%)으로 가장 많았고, 그 다음이 보건직(4명, 14.8%), 의료기술직(3명, 11.1%) 이었고 기타 1명이 있었다. 건강도시 사업 참여기간

에 대해서는 전체 참가자들의 평균이 13.6개월로 나타났다. 분석을 위해 참가기간을 12개월로 나누었을 때 12개월 이하 군과 초과 군이 각각 12명으로 같게 나타났다.

#### 2. 개인적 역량

대상자들의 개인적 역량은 그림 2와 같다. 개인적 역량을 구성하는 네 가지 요소들을 각각 살펴보면, 첫 번째로 개인의 몰입도에서 평균이 2.95점(표준편차 0.40점)으로 가장 높게 나타났고, 그 다음은 개인의 자원(2.90±0.44), 개인의 지식(2.63±0.57), 개인의 기술(2.61±0.49) 순서로 나타났다. 그리고 네 가지 요소를 합산한 개인적 역량은 2.77점(표준편차 0.33점)으로 나타났다.

개인적 역량의 각 구성 요소별 주관식 질문에 대한 답변을 중심단어 위주로 정리했을 때, 먼저 개인의 지식 요소에서는 본인이 가지고 있는 개인 지식의 강점에 대해 ‘지역사회에 대한 다양한 정보를 가지고 있다’, ‘건강도시 사업에 활용할 수 있는 관련 행정경험이 풍부하다’, ‘지역사회의 상황을 잘 파악할 줄 안다’ ‘지역사회에 다양한 자료원을 가지고 있다’ 등 주로 담당지역의 지역사회 친밀도와 관련 행정 경험을 꼽았다. 개인의 지식관련 개선하고 싶은 부분에 대해서는 ‘건강도시 개념, 추진전략, 목표설정 방법 등 기본적인 내용의 재정리’, ‘지역사회 연계, 부문 간 협력 등 지역사회 기반 추진 방법’, ‘국내외 우수사례에 대한 학습’ 등 기본적인 내용부터 사례 그리고 지역사회 기반의 특화된 내용까지 다양한 부분에 대한 개선요구가 있었다. 개인의 지식의 개선방법으로는 ‘지자체 내부 자료의 수집 및 타 도시의 전략 분석’, ‘건강도시개념의 구체적 정리 및 정보의 공유’, ‘지식의 확산을 위한 다양한 방법의 시도’ 등이 있었다.

개인의 기술 요소에서, 개인의 건강도시 기술의 장점으로는 ‘계획과 실행 능력우수’, ‘지역사회와의 의사소통 능력’, ‘지역사회와 친밀도 및 폭넓은 인맥’, ‘타 부서와의 협력 능력’ 등으로 주로 비공식적인 네트워크를 통한 협력관계의 기술을 꼽았다. 기술요소 중 개선하고 싶은 부분은 ‘정밀한 계획 작성 및 실행’, ‘사업 평가방법’, ‘창의적인 프로그램 개발 능력’, ‘국제적 감각’, ‘지역사회 참여유도 및 협력 기술’ 등으로 체계적인 사업의 기획과 실행 평가능력으로 대답했다. 개인적 기술의 개선 방법으로는 ‘국내외 우수사례 벤치마킹’, ‘여러 분야의 참여 독려 및 동원’, ‘건강도시 사업경험이 풍부한 타 보건소와 정보 교류’ 등을 꼽았다.

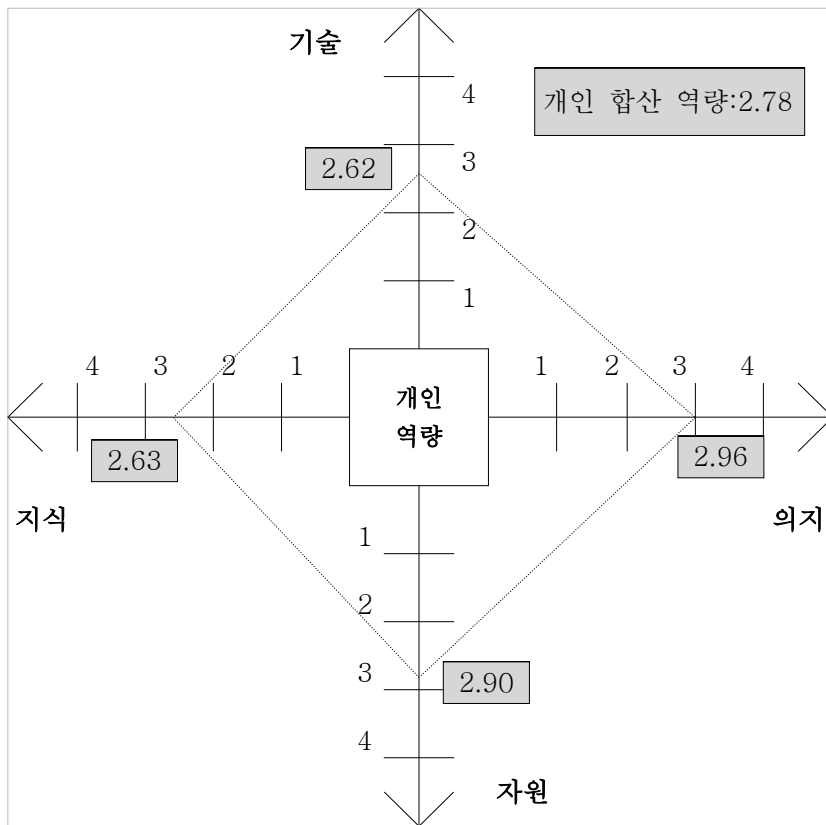


그림 2. 개인역량의 합산 평균점 및 각 영역별 평균

개인의 몰입에서의 강점으로는 ‘업무에 대한 인내심과 지속성이 강하다’, ‘시민의 건강에 대한 책임감을 가지고 있다’, ‘사업의 결과를 지속적으로 확대하고 파급시킨다’ 등으로 대답했다. 몰입에서의 개선할 점으로는 ‘취약계층에 대한 배려가 적다’, ‘건강도시에 대한 확신이 아직 적다’, ‘지역 특성에 대한 고려가 적다’ 등을 꼽았으며 개선책으로는 ‘다양성에 대한 인정과 취약계층에 대한 배려’, ‘건강도시에 대한 더 깊은 이해를 통한 확신의 증가’, ‘다양한 계층들과 폭넓은 대화와 교류’ 등을 꼽았다.

개인의 자원에서 강점으로는 ‘기본적인 자료를 잘 수집하고 활용한다’, ‘여러 직원들과 잘 협력한다’, ‘학술적 자문을 요구할 전문가가 있다’, ‘사업에 몰입할 시간과 기회가 있다’ 등을 꼽았으며, 개선해야 할 부문으로는 ‘전담인력의 부족’, ‘사무공간 확대 및 환경조성’, ‘단체장 및 행정부서의 관심 획득’ 등을 꼽았으며 개선책으로는 ‘타 부서 대상의 건강도시 개념 교육’, ‘전담인력에 대한 교육’ 등 주로 인적자원의 쇄신책을 꼽았다.

### 3. 조직적 역량

대상자들의 조직적 역량은 그림 3과 같다. 조직적 역량을 구성하는 네 가지 요소들을 각각 살펴보면, 첫 번째로 조직의 몰입도에서 평균이 2.76점(표준편차 0.33점)으로 가장 높게 나타났고, 그 다음은 조직의 문화(2.74±0.62), 조직의 자원(2.53±0.62), 조직의 구조(2.36±0.63)의 순서로 나타났다. 그리고 네 가지 요소를 합산한 조직적 역량은 2.66점(표준편차 0.49점)으로 나타났다.

조직적 역량의 각 구성 요소별 주관식 질문에 대한 답변을 중심단어 위주로 정리했을 때, 먼저 조직의 몰입도 요소에서 현재 소속된 조직의 건강도시 몰입도를 물었을 때 ‘어쩔 수 없이 유지하는 정도’, ‘보통 정도’, ‘단체장의 의지가 매우 강하고 최선을 다하고 있다’ 등으로 다양하게 대답하였고 특히 단체장에 따라 분위기가 많이 달라짐을 시사하는 응답이 많았다. 몰입도를 개선하기 위한 방법으로는 ‘전담조직의 환경 및 인력의 보충’, ‘단체장의

표 3. 개인·조직·환경 역량의 각 영역별 강점, 개선점 및 개선방향

영역	주관적 의견의 핵심주제 취합		
	강점	개선점	구체적 개선방향
개인의 지식	지역사회와의 친밀도 및 관련 행정 경험의 풍부함	건강도시기본원리부터 국내외사례에 대한 학습까지	지자체 내부자료 수집, 타 도시의 전략 분석
개인의 기술	지역사회와의 비공식적 네트워크 및 협력유도 능력	체계적인 사업의 기획과 실행 평가 능력	사례탐구와 교류를 통한 체계적 사업추진기술의 개발
개인의 몰입	업무에 대한 지속추진 의지와 시민의 건강에 대한 책임	확신의 부족, 취약계층 및 지역특성에 대한 고려의 부족	건강도시에 대한 더 깊은 이해를 통한 확신의 증가
개인의 자원	자료 수집 및 활용, 협력적 동료 관계, 학술자문, 시간	단체장의 관심, 전담인력의 부족, 기본적인 인프라의 부족	전담인력의 확충 및 타 부서들에 대한 건강도시 교육
조직의 몰입	단체장의 관심과 지원에 따라 조직의 몰입도가 달라짐	단체장의 지원확대, 전담조직 환경 및 인력의 보충	공무원 및 지역주민 교육·홍보, 건강도시 발전계획 작성
조직의 문화	각 지자체별로 조직의 문화에 따라 사업 지원도가 다름	고위결정권자에 접근 등 전반적 분위기 조성위한 기반	단체장대상 및 타 부서직원들에 대한 교육·홍보·연계
조직의 구조	각 지자체별로 건강도시 조직의 구조가 상이함으로 인한 다양한 접근법 필요	건강도시를 일개 단위사업으로 취급함으로써 인력 협력과 참여의 제한점 개선	건강도시 업무 상위부서로 이관, 결정권 부여, 전담부서의 조직과 운영권 독립
조직의 자원	각 지자체별로 건강도시 사업에 투입하는 자원의 질과 양이 상이함	고위 결정권자의 건강도시 사업의 개념 및 추진원리에 대한 이해 증진 필요	고위 결정권자 및 조직 전체에 대한 건강도시 개념 확대, 연계의 강화
정치적 의지	각 지자체별로 결정권자들의 건강도시에 대한 정치적 지원이 상이함	고위 결정권자들에 대한 지속적인 접근 및 홍보를 통한 정치적인지의 획득	정기적 보고 및 교육, 중앙정부차원의 공모사업과 시상 등을 통한 관심환기
주민의 의견	전국적으로 전반적인 주민의 참여 및 협력의 정도가 낮은 수준으로 나타남	주민들의 수준에 맞춘 홍보 및 참여 동기유발을 위한 교육 및 인센티브 제공	홍보대사의 위촉, 다양한 대중매체의 동원
지원적 기관 단체의 확보	지역사회내 파트너십의 개발과 협력의 차원이 낮게 나타남	단체장의 잦은 교체와 이해 부족으로 인한 지자체의 분위기에 영향을 많이 받음	파트너십을 위한 예산 확보와 민간위탁, 필요성에 대한 국가차원의 홍보
아이디어와 기타자원	주로 지역사회내 대학, 전문기관 등 학술적 자원에 대해 주로 접근하고 있음	충분한 업무시간의 확보로 자원탐색 강화, 건강도시 개념 확산으로 자원개발	전담부서 및 전담직원의 확보를 통한 자원 탐색 및 획득을 효율적으로 수행

지원 획득’, ‘전략적 우선순위대로 접근’, ‘정책결정권자들의 건강도시에 대한 관점의 변화’ 등으로 대답하였으며 개선을 위한 구체적인 방법으로는 ‘공무원 및 지역주민 교육, 홍보’, ‘지속적 행정부분과 협조’, ‘장단기 건강도시 조직의 발전계획 작성’ 등으로 대답하였다.

조직의 문화측면에서, 조직의 문화가 건강도시를 지원하는가에 대해 ‘적절하다’, ‘지원하는 편이다’에서 ‘아니다’, ‘비협조적이다’ 등으로 참가자들에 따라 다양했으며,

이는 각 지자체별로 건강도시에 대한 조직의 문화가 상이함을 보여주고 있다. 조직의 문화를 개선하기 위한 방법으로 주로 ‘단체장 및 보건소장 등 고위 결정권자에 대한 브리핑, 설명회, 교육’ 등으로 답한 참가자가 많아 조직의 문화에서 단체장의 영향이 큼을 알 수 있다. 조직의 문화를 개선하기 위한 구체적 방법으로 ‘행정부서 및 타 부서 직원들에 대한 교육 및 연계의 강화’, ‘전반적 분위기 조성위한 기반 마련’ 등으로 대답하였다.

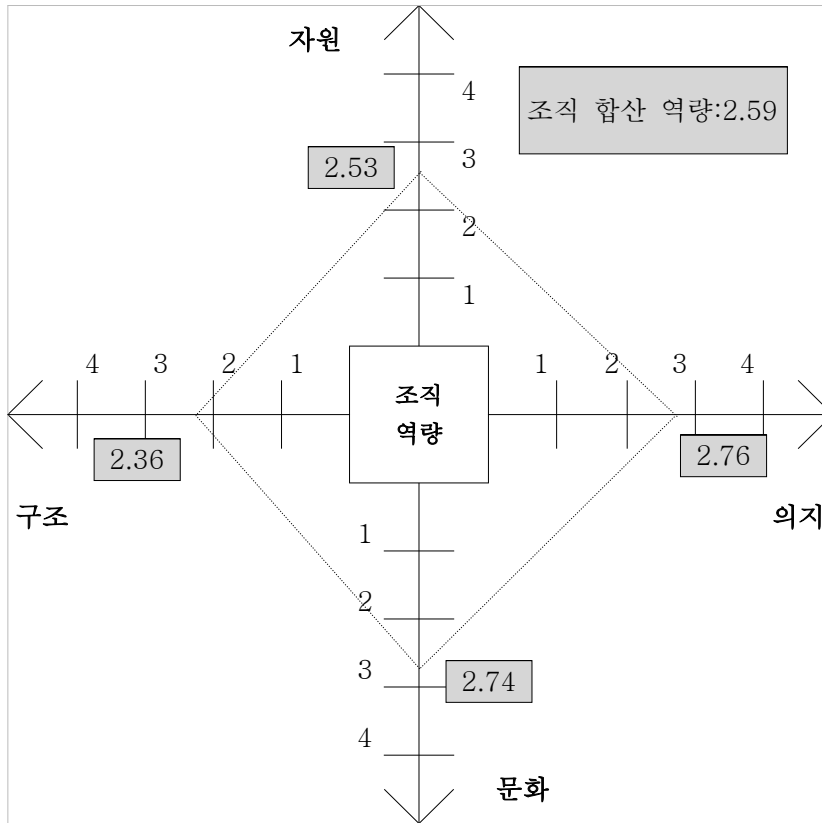


그림 3. 조직역량의 합산 평균점 및 각 영역별 평균점

조직의 구조적인 측면에서, 현재 소속된 지자체의 전반적 구조 및 건강도시 추진조직의 구조가 건강도시사업이 효과적으로 진행되도록 지원하는가에 대해 ‘아니다’, ‘그저 그렇다’, ‘그렇다’ 등으로 다양하게 답하여, 각 지자체별로 조직구조의 차이에 따라 지원정도가 상이함을 알 수 있었다. 조직구조 개선을 위한 구체적 조치로서 주로 건강도시 업무를 상위부서로 이관하여 결정권의 우선순위에 있게 한다와 전담부서의 조직과 독립된 운영권 등으로 대답하였다. 연계와 협력을 주요 접근방법으로 삼는 건강도시의 업무특성에 비해 타 부서나 지자체장이 하나의 단위사업으로 취급함으로 인해 업무추진에서 어려움을 겪고 있음을 알 수 있다.

조직의 자원에서, 현재 소속된 지자체에서 적절한 자원을 제공하는가에 대해 ‘아니다’, ‘있다’ 등 각 소속된 지자체별로 대답이 상이하였으며, 자원 개선책으로서 고위 결정권자 및 조직전체에 대한 건강도시 개념의 확대를 통한 지원의 획득과 연계의 강화 등으로 대답하여, 건강

도시 사업추진을 위한 자원의 확보에서도 단체장을 포함한 고위 결정권자의 의지가 중요함을 나타냈다.

#### 4. 환경적 역량

대상자들의 환경적 역량은 그림 4와 같다. 환경적 역량을 구성하는 네 가지 요소들을 각각 살펴보면, 첫 번째로 ‘지원적 기관단체의 확보’가 평균 2.49점(표준편차 0.85점)으로 가장 높게 나타났고, 그 다음은 ‘주민들의 의견’(2.40±0.59), ‘아이디어와 기타자원’(2.32±0.61), ‘정치적 의지’(2.10±0.50)의 순서로 나타났다. 그리고 네 가지 요소를 합산한 환경적 역량은 2.35점(표준편차 0.36점)으로 나타났다.

환경적 역량의 각 구성 요소별 주관식 질문에 대한 답변을 중심단어 위주로 정리했을 때, 정치적 의지 요소에서 상위기관의 정치적 지원이 있는가에 대해 대상자별로 ‘있다’, ‘없다’, ‘일시적 관심만 보임’ 등 상이하게 대답하여 지자체별로 사정이 다름을 알 수 있다. 정치적 의지를



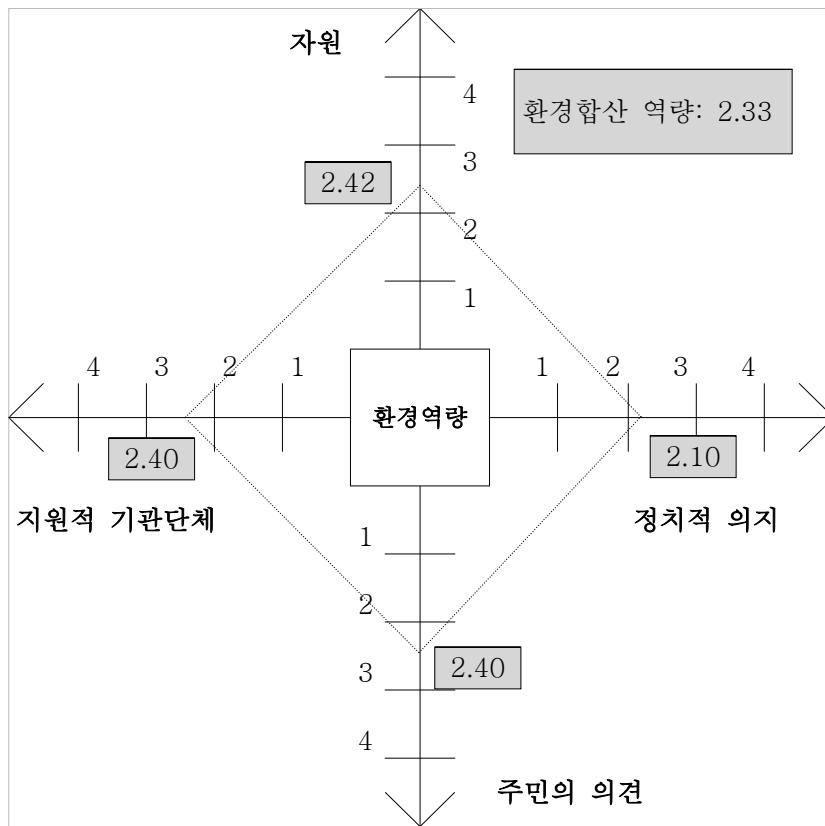


그림 4. 환경역량의 합산 평균점 및 각 영역별 평균점

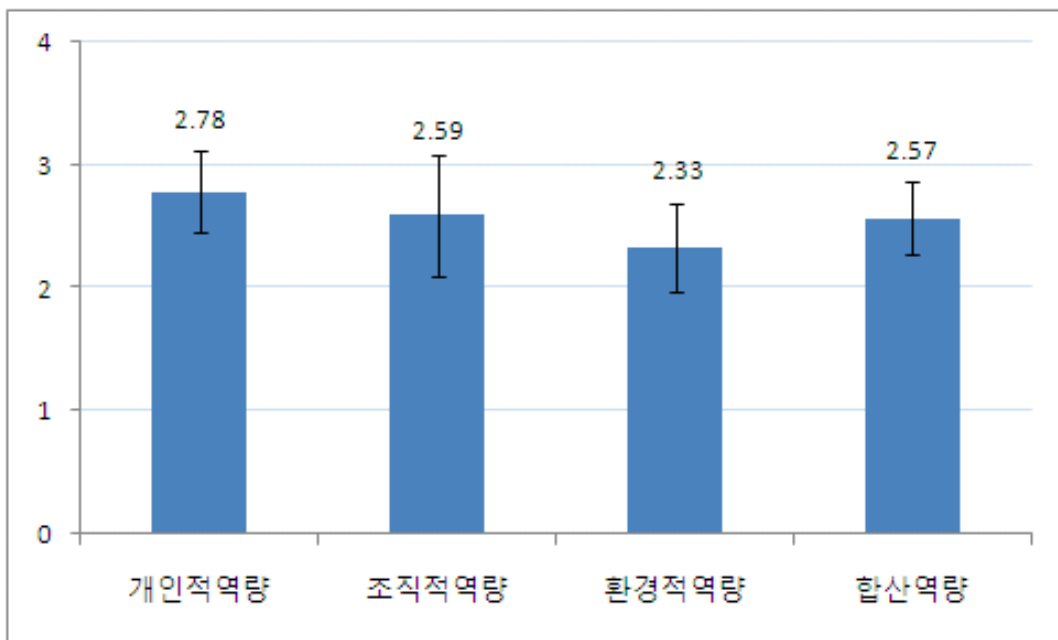


그림 5. 개인역량, 조직역량, 환경역량 및 전체합산역량의 평균

표 4. 성별, 직렬 및 건강도시사업 참여기간 변수에 따른 개인역량, 조직역량 및 환경역량의 평균점의 차이의 비교

변수		Mean±SD	p*
개인역량	성별		
	남성	2.77±0.38	0.928
	여성	2.78±0.33	
	직렬		
	간호직	2.79±0.36	0.686
	기타	2.74±0.31	
건강도시사업 참여기간			
≤12개월	2.81±0.37	0.552	
12개월<	2.73±0.30		
조직역량	성별		
	남성	2.82±0.63	0.140
	여성	2.49±0.41	
	직렬		
	간호직	2.15±0.31	0.141
	기타	2.58±0.28	
건강도시사업 참여기간			
≤12개월	2.60±0.62	0.993	
12개월<	2.60±0.34		
환경역량	성별		
	남성	2.41±0.14	0.481
	여성	2.32±0.43	
	직렬		
	간호직	2.15±0.31	0.001
	기타	2.58±0.28	
건강도시사업 참여기간			
≤12개월	2.27±0.40	0.242	
12개월<	2.44±0.32		

\* t 검정 결과

Note: 직렬 변수의 '기타' 는 보건직, 의료기술직, 행정직 및 기타직렬의 합산

획득하기 위한 방법에 대해서는 '고위 결정권자들에 대해 정기적으로 보고한다', '복지부 등 중앙부처차원에서 시상과 공모 등을 통해 지자체장들이 관심을 갖도록 한다', '지자체장 대상의 교육과 훈련 등을 제공한다' 등으로 지자체장에 대한 접근을 주로 대답하였다.

주민들의 의견 요소에서 주민들의 전반적인 참여정도에 대해 '참가가 적다', '아니다', '노력하고 있다' 등으로 아직 전반적으로 주민들의 참여정도가 낮은 것으로 대답

하였다. 개선책으로서는 주민들의 눈높이에 맞춘 프로그램 및 홍보자료의 개발과 동기유발을 위한 교육 등으로 대답하였으며, 이를 위한 구체적인 방법으로서 '홍보대사의 위촉', '소식지, TV 및 라디오 광고 등 대중매체 활용' 등으로 대답하였다.

지원적인 기관단체 요소에서 지역 내 파트너십의 종류 및 정도에 대해 주로 '미진함', '파트너십 가능단체 모름' 등으로 대답하였고, 구체적으로 파트너십을 맺은 단체의

이름을 거론한 응답자는 한 명 밖에 없는 등 아직 파트너십의 정도에 있어 개발정도가 적은 것으로 나타났다. 파트너십을 방해하는 요소로는 ‘단체장의 잦은 교체’, ‘단체장의 이해 부족’ 등으로 단체장의 이해와 의지에 따라 파트너십에 대한 지자체의 분위기가 달라짐을 보였다. 개선책으로는 파트너십을 위한 예산의 확보와 민간위탁, 파트너십의 필요성에 대한 국가차원에서의 홍보 등으로 대답하였다.

아이디어와 기타자원의 요소에서 지역 내 건강도시를 지원하는 아이디어 및 자원의 풍부한 정도에 대해 ‘대학교수의 자문이 가능’, ‘학술용역 맺은 대학의 지원’ 등 주로 학술적 자원에 대한 대답이 있었다. 방해하는 요인으로는 건강도시 개념의 확산정도가 미흡하여 지원을 획득하지 못하고 시간의 부족으로 자원을 탐색하지 못함 등으로 대답하였다. 개선책으로는 전담부서 및 전담직원의 확보로 자원 탐색 및 획득을 위해 노력한다 등으로 대답하였다.

## 5. 각 영역별 합산역량의 비교

개인적, 조직적, 환경적 영역에서 역량을 구성하는 각각의 요소를 합산한 역량과 세 가지 영역을 모두 합친 전체합산역량의 평균점을 그림 5에 제시하였다. 세 가지 영역 중 가장 평균점이 높은 영역은 개인적 역량으로서 합산평균이 2.78점을 기록하였다. 그 다음은 조직적 역량으로서 평균점이 2.59점을 기록하였고, 환경적 역량은 평균점이 가장 낮아서 2.38점을 기록하였다. 전체 합산역량의 평균점은 2.57점을 기록하였다. 전반적으로 세 가지 영역 모두 2점~3점 사이를 기록하고 있어, 역량의 개발정도가 낮은 것으로 나타났다. 특히 개인에서 조직, 환경의 영역으로 나아갈수록 평균점이 낮아지는 경향을 보였다.

## 6. 역량의 평균점과 일반적 특성의 비교

개인적, 조직적, 환경적 역량과 대상자들의 일반적 특성 중 성별, 직렬 및 건강도시사업 참여기간별 특성에 따른 각 영역별 역량의 평균점수의 차이에 대한 검증결과는 표 4와 같다. 먼저 개인의 역량에서 성별로는 여성의 평균(2.78±0.33)이 남성(2.77±0.38)보다 근소하게 높게 나타났으나, 통계적 유의성은 없었다(p=0.928). 직렬의 경우

대상주의 절반이상을 차지하고 있는 간호직과 기타직으로 나누어 비교했을 때 간호직(2.79±0.36)이 기타직(2.74±0.31)보다 높게 나타났으나 통계적 유의성은 없었다(p=0.686). 건강도시사업 참여기간별로는 12개월 이하인 군이(2.81±0.37), 12개월 초과인 군(2.73±0.30)보다 높게 나타났으나 통계적 유의성은 없었다(p=0.552).

조직적 역량의 경우, 성별로는 여성의 평균(2.49±0.41)이 남성(2.82±0.63)보다 낮게 나타났으나, 통계적 유의성은 없었다(p=0.140). 직렬의 경우 간호직(2.15±0.31)이 기타직(2.58±0.28)보다 낮게 나타났으나 통계적 유의성은 없었다(p=0.141). 건강도시사업의 참여기간별로는 12개월 이하와 초과인 군이 각각 평균 2.60점으로 같게 나타났다(p=0.993).

환경적 역량에서는 성별로 여성의 평균(2.32±0.43)이 남성(2.41±0.14)보다 낮게 나타났다(p=0.481). 직렬별로는 간호직이(2.15±0.31) 기타직(2.58±0.28)보다 낮게 나타났고 통계적 유의성도 확인되었다(p=0.001). 참가기간별로는 12개월 이하인 군이(2.27±0.40) 12개월 초과인 군(2.44±0.32)보다 낮게 나타났다. 통계적 유의성은 없었다(p=0.242).

개인적 역량에서는 여성, 간호직이 근소하게나마 남성이나 기타직렬보다 역량의 평균점이 높게 나타나고, 참가기간에서도 12개월 이하의 군이 기간이 더 긴군보다 역량이 높게 나타났다. 그러나 조직, 환경의 영역으로 확장시켰을 때는 반대로 남성과 기타직의 역량 평균이 더 높아지고, 참가기간도 긴 군에서 짧은 군보다 더 높게 나타나는 것을 볼 수 있다. 환경 역량의 직렬별 비교(p=0.001)외에는 통계적 유의성을 확보하지 못했다.

## IV. 논의

본 연구는 건강도시사업추진을 위한 역량을 건강의 사회생태학적 모형에 기반하여 개인적 영역에서뿐만 아니라 건강도시사업을 추진하는 조직적 영역과 소속된 지방자치단체의 영역까지 확장하여 각 영역의 개발정도를 파악하고, 일반적 특성과의 비교를 통해 역량에 영향을 미친 요인을 파악하는 것을 목적으로 하였다.

연구결과 개인적 역량의 평균은 2.78점으로 나타났고,

조직적 역량의 평균은 2.59점, 환경적 역량의 평균은 2.33점으로 개인에서 조직, 환경의 영역으로 확장시킬수록 역량의 평균점수가 낮게 나타났으며, 세 가지 영역 전체의 합산역량은 2.57점으로 나타났다. 동일한 도구를 사용한 국내외 선행연구에 대한 자료를 구할 수 없는 상황에서, 본 연구의 결과를 각 영역별로 상대 비교했을 때 개인 역량의 평균은 2.78점으로서 4점 척도에서 중간점인 2.5점을 넘어서 어느 정도 개발이 되어있다고 할 수 있으나, 조직적 역량은 2.59점으로 거의 중간점을 보였으며, 환경적 역량은 2.33점으로 중간점 이하를 나타내었다. 개인적 역량이 조직, 환경적 역량보다 상대적으로 높게 나타난 것은, 보건사업의 기획, 실행 및 평가 등의 측면에서 보건소 직원들을 대상으로 2005년부터 시작된 현장전문가 교육(Field Manager Training Program) 등 보건사업 영역에서의 역량개발기회를 주로 개인의 차원에서 제공해 온 것이 영향을 미친 것으로 생각되며, 또한 지방자치제도의 시행 역사가 짧고(윤석준, 2007) 보건사업의 영역에서 민간과 공공의 협력하는 토양이 부족한 우리나라의 현실(이선희, 2007)이 조직적, 환경적 역량의 개발정도가 상대적으로 미흡한 것에 영향을 미친 것으로 생각된다. 향후 역량강화를 위한 전반적인 노력이 필요하며, 특히 조직 및 환경의 영역까지 확대하여 전개해 나가야 할 필요성이 있을 것으로 생각된다.

주관식 문항에 대한 검토결과, 개인적 역량의 영역에서는 전문화되고 체계화된 역량보다 지역사회와의 비공식적인 네트워크 등 기존의 경험적인 면에서 강조점이 많았다. 또한 향후 개인적 역량의 개발을 위해 기존의 건강도시 관련 모범사례에 대한 학습과 타 건강도시 사업조직들과의 정보 및 경험의 교류를 원하는 것으로 나타났다. 이는 대상자들의 건강도시 사업의 실무 담당자들로서 기본적인 지식과 개념적 학습보다는 실제 업무에서 활용가능한 사례와 정보교류를 통한 다양한 업무자료를 요구하는 것으로 생각된다. 향후 개인적 역량의 영역에서의 개발 기회 제공시, 주로 사례와 정보교류 등 실제적이고 활용가능한 측면에서의 접근이 필요하다고 생각된다.

조직적 역량의 영역에서는 조직의 몰입도, 조직의 건강도시에 대한 지원 및 자원의 제공 등에서 다양한 의견을 개진해, 각 조직별로 조직의 분위기가 상이함을 알 수 있었다. 개선책으로는 주로 소속된 지자체의 최고결정권자

들의 관심과 지지의 획득, 타 부서들의 협력과 연계의 획득 등을 꼽았다. 조직내부의 업무가 분업화되어 건강도시 전담 부서의 노력만으로는 업무의 향상이 어렵고 조직내부 전반의 분위기와 협력이 중요하기 때문에 생각된다. 향후 조직적 역량의 강화를 위해서는 각 추진조직의 상이한 구조들에 대한 기본적인 정보의 수집을 통해 효율적인 추진조직의 구조에 대한 모형의 제시와 함께 최고결정권자들의 관심 및 타 부서의 협력 획득을 위한 방법에 대한 집중적인 노력이 필요할 것으로 생각된다.

환경적 역량의 영역에서는 아직 지역사회의 참여가 저조하며, 상위기관인 지자체 행정부서의 관심정도는 자치단체장의 성향에 따라 변이가 큰 것으로 나타났다. 또한 지역 내 파트너십은 전반적으로 미진한 것으로 대담하여 전반적으로 환경적 역량의 수준이 낮음을 알 수 있다. 이는 지금까지 보건소 중심으로 보건사업을 추진해온 우리나라의 전반적인 사업의 분위기에 기인한 것으로 생각된다. 향후 자치단체장의 교체에 크게 영향 받지 않도록 중앙정부 차원에서의 건강도시에 대한 지원과 육성 및 법률적인 근거의 마련이 필요하며, 지역 차원에서도 자치단체장 및 실무 담당자들의 관점을 협력과 파트너십 등으로 옮겨 가는 노력이 필요할 것으로 생각된다.

대상자들의 일반적 특성과 각 역량의 영역과의 비교에서는, 여성과 간호직이 개인적 역량에서는 평균치가 높은 것으로 나타났으나 조직적, 환경적 역량의 영역으로 확대됨에 따라 남성과 기타직군이 더 높은 것으로 나타났다. 여성이 주로 간호직이며, 간호직은 타 직렬에 비해 주로 진료와 방문보건 등 개별적 업무에 투입되어 조직 및 환경적인 차원으로서의 접촉 및 파트너십의 기회가 적은 것이 영향을 미친 것으로 생각된다. 건강도시 사업을 추진하는 인력의 주요한 구성이 간호직과 여성임을 고려하여, 특히 이들 집단들에 대한 조직적 및 환경적 역량의 개발을 위한 노력이 필요할 것으로 생각된다. 그러나 환경 역량의 직렬( $p=0.001$ )외에는 통계적 유의성이 없는 것으로 나타남으로 향후 역량에 영향을 미친 요소들에 대해서는 대상자 숫자의 확대와 함께 더욱 세분화되고 구조화된 일반적 특성관련 변수의 개발에 의한 분석이 필요할 것으로 생각된다.

연구방법적인 측면에서, 본 연구의 역량평가 도구 개발의 기본이 된 HPCC는 캐나다에서 지역사회 기반 심장

질환 예방사업의 경험을 토대로 하여 개발된 것으로서, 전반적인 보건의료 체계 및 담당인력들의 업무특성이 우리나라와 캐나다는 서로 상이하(권순만, 2006), HPCC에서 사용된 용어 및 측정영역의 정의에 대한 타당도에 대한 검증이 필요할 것으로 생각된다. 또한 본 연구는 역량평가 도구를 사용한 단면적 조사연구로서 역량의 개발 정도와 기타 변수들과의 상관관계와 시간적 선후 관계, 인과성 등을 고려할 수 없다. 향후 전향적인 연구를 통해 개인적, 조직적, 환경적 역량에 영향을 미치는 요소들 간의 인과성에 대한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

본 연구는 KHCP의 회원도시들 중 건강도시역량강화심화워크샵에 참가한 인력의 42.10%인 27명을 대상으로 하여 이를 KHCP전체의 역량으로 일반화시키기는 어렵다. 그러나 건강도시사업관련 역량을 사회생태학적 모형에 기반하여 각 영역별로 측정하고 분석한 사례가 없으므로, 본 연구의 결과를 바탕으로 향후 전향적인 대규모의 건강도시 역량관련 연구를 위한 사전조사 자료로서 활용가능성이 있다고 생각된다. 또한 조사단계에서의 시간상의 제한으로 인해 각 회원도시별로 담당자들의 토론에 의해 환경적, 조직적 역량을 평가하지 못하고, 자기기입식으로 작성하게 하여 취합함으로써 편견이 발생할 가능성이 높을 것으로 생각된다. 향후 유사한 연구의 설계 시에는 충분한 조사시간을 확보하여 소그룹별 토론에 의해 조직적, 환경적 역량 부분을 작성케 함으로써 편견을 배제하는 노력이 필요할 것으로 생각된다.

Mc Lean(2005)등은 HPCC는 캐나다 일개 지역에서의 심장건강증진사업의 실행을 통한 학습의 결과로 개발되었고, 이러한 학습이 지식, 기술 및 몰입의 획득에 영향을 미쳐서 새로운 아이디어와 사업들의 실행으로 이어짐으로 실행과 학습의 선순환이 일어난다고 하였다. 역량은 이와 같은 과정 속에서 사람들로 하여금 어떤 행동을 할 수 있도록 능력을 부여하는 특징으로 정의될 수 있다. 또한 HPCC는 캐나다의 일개 지역에서의 실행과 학습을 통해 개발되었지만, 도구와 관련된 통찰과 교훈이 지리적 제한을 넘어 다양한 장소와 대상 집단에서 적용될 수 있을 것이라고 하였고 이는 건강증진 뿐만 아니라 사회사업, 성인교육, 지역개발 및 지역 혹은 도시개발에서의 응용가능성 또한 내포하고 있다. 따라서 앞서 살펴본 바와 같은 제한점에도 불구하고, HPCC를 국내에서 활용한 첫

실행적 경험인 본 연구의 결과는, 학습과정을 통해 건강도시, 건강증진 및 보건교육 등 다양한 분야에서의 실행과 또 다른 학습의 선순환을 불러오는 기초적 자료로서의 가치가 있다고 생각된다.

## V. 결론 및 제언

연구결과 세 가지 영역 전체의 합산역량은 2.57점으로, 중간점인 2.50점을 갓 넘긴 상태로 전반적인 건강도시사업 추진을 위한 역량이 충분하다고 할 수 없는 상황이다. 특히 개인적 역량보다 조직적, 환경적 역량이 평균점이 더 낮은 나타났다. 건강도시는 그 정의와 접근방법이 기존의 보건사업의 영역과 많은 차이를 보이고 있다. 특히, 독립된 단위사업으로서 특정한 지표의 개선을 목표로 하지 않고, 공유된 비전을 기반으로 시정(市政)의 다양한 조직, 부서 및 사업들의 참여와 협력으로 새로운 조직과 구조를 창설할 것을 주문하고 있다. 따라서 효과적인 건강도시사업의 추진을 위해서는 조직적 역량과 환경적 역량의 개발이 필요할 것으로 생각되며, 몇 가지의 제한점이 있지만 본 연구의 결과를 바탕으로 향후 개인적 역량을 넘어 조직적, 환경적 역량까지 함께 개발해 나가야 한다. 몇 가지의 제한점에도 불구하고, 본 연구는 건강도시사업 조직의 역량을 건강의 사회생태학적 모형에 기반을 두어 조직적, 환경적 영역까지 정량적, 정성적으로 측정하여 취약점과 개선을 위한 의견을 제시하였다. 향후 본 연구의 결과를 기반으로, 도구를 개선하고 대규모의 전향적 조사를 실시하여 건강도시 사업추진역량 관련 자료를 축적하고, 조직적 및 환경적 역량의 영역까지 포함하는 역량강화 프로그램을 설계하여 지속적으로 건강도시 사업추진관련 역량을 개발해 나감으로서 우리나라 현실에 맞는 건강도시 사업을 더욱 효과적으로 추진해 나갈 수 있을 것으로 생각한다.

## 참고문헌

- 권순만. 캐나다 보건의료제도와 공공성에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원, 국민건강보험공단. 2006
- 남은우. 건강도시사업 추진과 정책 과제, 보건교육·건강증진학

- 회지 2007;24(2):123-134
- 문옥륜, 제24회 보건의 날 기념 '건강한 도시 가꾸기'를 위한 토론회 자료집. 대한보건협회·보건복지부, 1996
- 윤석준. 지역사회와 시민사회의 건강증진사업 활성화를 위한 주요 논점. 대한보건연구 2007;33(1):22~24
- 이명순. 건강증진사업을 위한 지역사회 참여와 연대 구축. 한국보건교육·건강증진학회 국제 심포지엄 자료집. 2005년 9월
- 이부옥, 대한민국 건강도시 네트워크. 한국보건교육·건강증진학회 2007년도 춘계 학술대회 자료집. 계명대학교, 2007년 4월
- 이선희. 민간 부문의 건강증진 서비스 확충과 발전방안 연구. 대한보건연구 2007;33(1):14-21
- Aspen institute. Measuring community capacity building: A Workbook in progress for rural communities. Version 3-96  
[http://staging.aspeninstitute.org/sites/default/files/content/docs/community%20strategies%20group/Measuring\\_Community\\_Capacity\\_Building.pdf](http://staging.aspeninstitute.org/sites/default/files/content/docs/community%20strategies%20group/Measuring_Community_Capacity_Building.pdf)2004
- Bauer G, 외 5인. Advancing a theoretical model for public health and health promotion indicator development. European Journal of Public Health 2003;13(3):107-113
- Fletcher F, McKennitt D, Baydala L. Community Capacity Building: An Aboriginal Exploratory Case Study. A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health 2008;5(2):9-32
- Mc Lean S, Feather J, Butle D. Building Health Promotion Capacity: Action For Learning, Learning From Action. Presses Universitaires Fribourg, 2005.
- NSW Health department. A Framework for Building Capacity to Improve Health.  
[http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2001/pdf/framework\\_improve.pdf](http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2001/pdf/framework_improve.pdf). 2001
- Prairie region health promotion research centre. Health promotion capacity checklist: A workbook for individual, organizational, and environmental assessment.  
<http://www.prhprc.usask.ca/publications/finalworkbook.pdf>. 2004
- Public Health Agency of Canada, Alberta/NWT Region. Community Capacity Building Tool: A tool for planning, building and reflecting on community capacity in community based health projects.
- Tsouros A. The WHO Healthy Cities Project: state of the art and future plans. Health Promotion International 1995;10(2):133-141
- WHO Regional Office for Europe. Healthy cities and urban governance. What is the Healthy cities approach. homepage.  
[http://www.euro.who.int/healthy-cities/introducing/20050202\\_2](http://www.euro.who.int/healthy-cities/introducing/20050202_2)

<ABSTRACT>

## Assessment of Individual, Organizational, Environmental Capacity for Healthy Cities

Jung-Min Kim, Kwang-Wook Koh<sup>†</sup>

*Department of Preventive Medicine, Kosin University College of Medicine*

**Objective:** The aim of this study was to assess individual, organizational and environmental capacity for members of Healthy Cities Partnership (KHCP) and exploring advanced suggestions for further developing.

**Methods:** Participants were 27. The questionnaire was developed based on Health Promotion Capacity Checklist and it analyzes capacity in 3 levels including individual, organizational and environmental. Each level consists of 4 sections, individual: 'Knowledge', 'Skills', 'Commitment' and 'Resources', organizational: 'Commitment', 'Culture', 'Structure' and 'Resources', environment: 'Public opinion', 'Political will', 'Supportive organizations' and 'Ideas and other resources'. Each section was assessed in a 4-point rating scale and cross-analyzed with basic information.

**Results:** The mean score of 3 levels was 2.57. Among the 3 levels, 'Individual' marks 2.78 points which were top and 'Organizational' marks 2.59 and 'Environmental' marks 2.33. There were no significant factors affecting Healthy Cities capacity of 'Individual' and 'Organizational' level, but just 'specialization' of 'Environmental' had significance.

**Conclusion:** Above the results, this study suggested that just 'Individual' capacity is above median point and other levels were lower. Further efforts for developing Healthy Cities capacity, especially focused on 'Organizational' and 'Environmental' levels, is strongly required.

**Key words:** Healthy cities, Capacity building, Socio-ecological Model of Health.