

개인 및 조직 수준에서의 지역사회 역량 측정과 주관적 건강 수준과의 관계 분석: 서울시 D구와 Y구의 비교

정민수***, 조병희****

* 다나-파버 암 센터

** 하버드 보건대학원

*** 서울대학교 보건대학원

The Measurement of Individual-level and Community-level Community Capacity and their Association with Self-Rated Health Status: A Comparison of D-gu and Y-gu in Seoul

Minsoo Jung****, Byong-Hee Cho****

* Dana-Farber Cancer Institute

** Harvard School of Public Health

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

<Abstract>

Objectives: This study was to measure community capacity using individual-level and organizational-level capacity indicators and illuminated the relationship of community capacity and self-rated health status in two regions in Seoul, Korea. **Methods:** The data from individual surveys were obtained by quota sampling the residents of two autonomous gu in Seoul (N=1,000). The data from organizational surveys were obtained by snowball sampling lists of organizations in the possession of gu offices with a sampling frame (N=153). The survey tools were 6 indicators regarding residents' social capital and a sense of community and 5 indicators regarding community-based organizations and their networks. The analysis methods consisted of the effect of the components of capacity on health status and social network analysis. **Results:** As for capacity on individual levels, while D-gu was mainly developed in individual capacity in terms of social interaction, Y-gu was stronger in a sense of community and cohesion among residents. As for capacity on organizational levels, Y-gu was more developed than was D-gu in associational networks. **Conclusion:** It is necessary to develop health promotion program per community and to strengthen partnerships with and among grassroots organizations based in local communities through the measurement of community capacity.

Keywords: Community capacity, Health indicator, Health promotion, Social network analysis, Seoul

I. 서론

오늘날 중앙집권적 복지국가들은 점차로 그 권한과 기능을 지방에 분산시키는 지방분권을 모색했고, 그와 함께 시민과 지역사회 참여에 대한 관심이 증대되었다. 특히,

비정부조직(non-governmental organizations: NGOs)에게 정 부기능과 역할의 일부를 위탁(outsourcing)하거나 시설을 중심으로 이루어졌던 복지서비스들을 지역사회에서 담당 하게 되는 등의 지역의 책임이 증가되는 변화가 일어나면 서 지역사회의 문제 해결에 지역사회 스스로 주체적으로

교신저자: 조병희

서울특별시 관악구 관악로1 서울대학교 보건대학원 221동 425호

전화: 02-880-2727 Fax: 02-762-9105 E-mail: chob@snu.ac.kr

* 본 연구는 건강증진연구사업의 지원을 받아 수행되었음(일반 900-20090020).

* 본 논문은 2010년도 정부재원(교육과학기술부 인문사회연구역량강화사업비)으로 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었음(NRF-2010-411-J01601).

▪ 투고일: 2011.11.19

▪ 수정일: 2012.03.02

▪ 게재확정일: 2012.03.17

대응해야 할 필요가 커졌다. 이에 따라 '지역사회역량 (community capacity)'이란 개념이 만들어졌는데 특히 건강 도시 운동에서 이 개념이 본격적으로 논의되고 도입되기 시작하였다(Poole, 1997). 서구사회는 그동안 다양한 이론적 모색과 경험적 실전을 통해 이 개념을 발전시켰다 (Minkler, 2005; Minkler & Wallerstein, 2008). 그리고 이제 '지역사회 역량강화'는 정부와 당사자들의 거버넌스 구축이라는 현대 행정의 패러다임 속에서 주요 선진국에서 보건 복지 및 사회정책의 중요한 한 부분이 되었다(Craig, 2007).

과거의 발전전략은 지역에 전문적인 지식이나 기술 또는 서비스를 제공하는 것이었다(Hunt, 2005). 그러나 교육 기회를 제공하고 보건복지 서비스를 제공하는 것으로 저개발지역이 발전되지는 못했다. 특히 보건복지 분야의 경우에는 저소득 빈곤층이나 사회적 소수자들을 대상으로 정책이 집행되는 경우가 많은데 이 경우 정책에 대한 인식이나 참여가 낮은 경우가 많았다(Norton, McLeroy, Burdine, Felix, & Dorsey, 2002). 예를 들어 이들을 대상으로 무료 압검진 사업을 전개할 경우에도 다른 계층보다 참여가 저조하였다. 따라서 우선순위 집단에게 단순히 보건복지 프로그램만 제공하는 것만으로는 정책의 효과를 충분히 얻기 어렵게 된다. 지역사회 역량강화의 주창자들은 문제의 인식부터 정책의 결정과 집행에 이르기까지 지역의 주체적 참여가 없이 이루어지는 외부적 지원은 '자신들의 것'이 아니게 되고 참여는 저조할 수밖에 없게 된다는 점을 강조한다(Minkler, 2005; Wallerstein & Duran, 2006). 이들의 주장은 두 가지 측면에서 건강증진의 새로운 패러다임을 보여준다.

1. 지역사회 기반 접근

건강신념모형, 변화단계 이론, 계획된 행동이론 등에 근거하는 기존의 건강증진 프로그램은 개인의 역량을 증진 하려는 개인 내적 접근(intra-personal approach)에 맞춰져 있었다(Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008). 그런데 비슷한 여건에 처한 여러 사람들이 함께 노력한다면 효과는 더 클 수 있다. 개인 차원의 건강증진 노력은 개인의 부단한 노력이나 실천이 관건이 되기 때문에 소수만이 성공할 수 있고 다수는 탈락하게 된다. 국가적인 차원에서 금연사업이 추진되고 있지만 그 성과가 짧은 시간 내에 가시화되기 어려운 것도 이 때문이다. 반면 조직 또는 지역사회 차원의 건

강증진 전략은 당사자들의 집합적인 노력을 통하여 건강 증진을 달성하려는 시도이기 때문에 건강역량이 부족한 개인들이 누락되지 않고 함께 건강해지는 것이 목표가 된다. 지역사회 건강증진을 달성하기 위해서는 개인과 조직 단체들의 개별적인 역량을 강화시키는 것과 함께 이들을 연대시키는 리더십 같은 자원이 중요하게 된다. 따라서 건강을 위하여 "함께 노력할 준비"가 되어 있는가라는 물음에 대한 답이 지역사회역량의 수준이라고 할 수 있다 (Edwards, Jumper-Thurman, Plested, Oetting, & Swanson, 2000). 그런데 지역사회마다 건강하기 위하여 노력하고 투자할 수 있는 경제적, 사회적, 정치적인 역량의 크기와 특징은 같지 않다. 따라서 지역사회역량 논의에서 핵심은 지역사회의 자발적인 문제해결 능력이 어떠한 수준인지 파악하는 것이다. 이러한 능력은 보통 주민의 참여, 리더십, 지역사회 자원, 사회적 관계의 수준, 그리고 지역사회 조직화 등으로 평가할 수 있다.

참여와 리더십이 원활하게 작동하기 위해서 무엇이 중요한가에 대해서는 학자들의 견해가 조금씩 다르다. Goodman 등 (1998)은 문제를 인식하는 과정을 강조한다. 문제해결을 위하여 어떤 형태의 지역사회 협력과 연대를 구축하기 위해서는 일차적으로 주민들이 자신이 살고 있는 지역사회에 소속감을 지역 주민들과 연결되어 있음을 느끼고, 지역문제에 관심을 갖는 것이 필요하다는 것이다. 이것을 지역사회 인식 또는 공동체의 정체성이라고 부른다(McMillan & Chavis, 1986).

Easterling, Gallagher, Drisko, & Johnson (1998)의 경우에는 상대적으로 자원을 강조한다. 지역사회 역량은 지역사회에 내재된 잠재적 자원을 발굴하고 동원하는 과정이기도 하다. 지역사회에는 문제(여러 가지 보건문제)만 있는 것이 아니라 이를 해결할 수 있는 자원도 갖고 있다고 보는 것이 지역사회역량의 중요한 철학이다. 자원에는 경제적 재화뿐 아니라 지식과 기술, 나아가 비판적 인식을 만들 수 있는 조건이 포함된다. 지역사회의 문제는 한 번의 시도로 해결된다기보다는 지속적으로 변화하는 상황에 대처해야 하기 때문에 항시적으로 문제를 인지하고 이를 해결하기 위하여 방안을 모색하는 학습조직과도 같은 태도를 지녀야 한다는 것이다.

Chaskin (2001)의 경우에는 지역사회 문제를 해결해 나갈 주체의 역할과 그들 간의 사회적 관계를 강조한다. 여

기서 주체는 개인과 조직이 중심이 되고 이들을 연결시켜 주는 사회적조직적 연결망이 또 다른 주체가 될 수 있다. 개인을 동기화시키고, 지식과 기술을 함양하여 건강증진 활동에 나서도록 역능으로 고양시켰을 때(empowered) 개인들은 인적 자본으로 간주할 수 있다. 조직과 조직네트워크는 지역사회의 문제를 집합적으로 해결하는 근간이 된다(Provan, Veazie, Staten, Teufel - Shone, & Huddleston, 2005). 역능화한 개인들은 흔히 개인으로 활동하기보다는 조직에 참여하여 그들의 능력을 크게 확대시키며, 더 나아가 조직 간의 파트너십을 구축하기 때문이다.

2. 지역사회 기반의 관계적 접근

지역사회 역량은 개인, 조직, 네트워크의 세 가지 사회적 행위자의 다양한 조합과 긴밀하게 연관된다. 이것은 역량의 수준을 측정하기 위한 구조적 측면이면서 동시에 교육훈련, 리더십 개발, 조직의 발전, 지역사회의 조직 등과 같은 개입의 지점이 될 수 있다(Chaskin, Brown, Venkatesh, & Vidal, 2001). 그런데 지금까지는 개인 수준의 역량만이 강조되어 왔을 뿐 지역사회 수준에서 이에 대한 논의는 매우 부족했다.

지역의 문제는 대개 집합적인 실체를 통해 작동된다. 지역을 기반으로 한 여러 자발적 조직들(NGOs, 시민단체, 여성단체, 종교단체 등), 중앙 조직 기관의 하부 조직이나 지부(은행, 학교, 소매상), 풀뿌리 조직들(동호회, 친목회, 상가번영회 등)을 포함한다. 조직 수준에서의 지역사회 역량은 이러한 그룹들이 지역사회의 내부와 외부의 다른 큰 시스템들과 연결되어 그들의 기능을 반응적으로, 효과적으로, 효율적으로 잘 수행하는데 달려있다. 지역사회의 욕구가 다양하고 복잡해질수록 다양한 형태의 조직들이 만들어지게 되고 조직 활동을 통하여 그러한 욕구들이 해결된다. 따라서 한 지역사회에 지역기반 단체의 수가 많은 것은 지역사회 역량의 크기를 나타내는 간접적인 지표라 할 수 있다(Jung, Cho, & Lee, 2007; Jung, Gil, & Cho, 2009; Smith, Graham, & Guttmacher, 2005).

네트워크 수준의 지역사회 역량은 개인, 비공식 그룹들, 공식적인 조직들 사이의 관계를 통해서 작동된다. 개인들 사이에서 신뢰, 지지를 제공하고 자원(정보, 연결, 돈)에 대한 접근을 보여주는 긍정적인 사회적 관계의 네트워크는 “사회적 자본”으로 알려져 있다(Coleman, 1988; Putnam,

1993). 즉, 조직이란 여러 사람들로 구성되고 그들 간에 일정 수준 이상의 상호신뢰의 관계가 있어야만 유지 존속이 가능하다. 사회 자본의 개념은 개인과 개인의 관계를 넘어서 공식, 비공식 조직들 사이의 관계로 확장될 수 있다. 조직 네트워크는 지역사회의 역량을 증폭시킨다. 이것은 개인과 조직에 분산되어 있던 지식과 정보, 자원과 리더십의 잠재적 효용성을 배가시킬 뿐만 아니라, 지역사회가 네트워크로 묶이게 되면 개별 조직들이 보다 다양한 자원에 쉽게 접근할 수 있게 되고, 자신에게 부족한 역량을 다른 데에서 빌려와 채울 수도 있게 된다. 한 조직의 우수한 업적이나 접근방법은 빠르게 이웃 조직들에게 전파될 수도 있다. 또한 조직 내부의 의사 결정에 대한 정보를 제공하고, 그들 사이의 구조적 관계의 지속가능성에도 도움을 준다(Laumann, 1973; Powell and Friedkin, 1987).

네트워크 유대는 범위, 강도, 기능, 이용에 있어서 다르고 행위자들 사이에 동일하게 배분된 것도 아니다. 하나의 네트워크는 내부적으로 친밀하고 신뢰가 높지만 다른 네트워크와는 비교적 ‘약한 고리’로 연결된다. 한 네트워크와 개인도 약한 고리로 연결된다. 약한 고리는 개인을 다른 사람에 의해 만들어진 네트워크에 연결시키는데, 친밀한 연결의 네트워크를 뛰어넘어 정보, 자원, 영향력, 기회의 접근을 제공한다. 예를 들어 여성단체 네트워크와 생활운동단체 네트워크는 서로 추구하는 관심사가 다르기 때문에 아예 관계를 맺지 않고 있거나 약한 고리로 연결되어 있을 가능성이 크다. 그러나 일단 약한 고리로라도 연결되어 있게 되면 두 네트워크는 변화하는 상황 조건에서 만들어지는 새로운 기회(niches)를 연대하여 확보할 수 있게 된다. 빈곤한 지역사회에서는 지역을 뛰어 넘는 관계의 유대는 매우 중요하다. 서로 다른 조직들 사이의 연결점에서 활동하는 사람이나 조직들은 지역사회 내에서 중요한 영향력과 힘을 산출할 수 있다. 그들은 보통 거래를 더 잘 협상할 수 있다. 그들은 적절한 정보, 정보에 대한 더 큰 영향력, 이익을 얻을 수 있는 좋은 기회들에 더 많이 접근할 수 있기 때문이다(Burt, 1992; Knoke, 1990).

오늘날 지역사회 역량 개념이 활성화된 이유는 각각의 국가와 사회마다 이를 적절하게 변용하여 활용했기 때문이다. 그런데, 우리나라에는 아직 지역사회 역량에 대한 경험적 파악과 활용이 충분하지 않다. 이 연구는 지역사회의 주민 특성과 자원 분포를 바탕으로 지역사회 역량을 파

악하고 그 효과를 이해하고자 한다. 특히, 지역사회 역량을 주민과 지역사회 단체라는 두 가지 측면에서 측정하여 일차 자료를 만들고 이를 통해 지역의 역량 수준이 주민의 주관적 건강 수준과 갖는 관련성을 서울의 두 지역사회를 통해 밝혀 보고자 한다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구설계

본 연구는 지역사회 역량을 측정하고 이것이 주민의 건강수준과 갖는 관련성을 파악하기 위하여 수행된 횡단면 조사연구이다(Seoul National University, 2010).

2. 연구자료 및 연구대상

연구자료는 2009년 7월에 수행된 “지역사회 건강증진 역량강화를 위한 주민 및 조직 네트워크 조사연구”이다.

지역사회 주민 조사는 D구와 Y구를 대상으로 이루어졌다. 이들은 본 연구에 관심이 있고 지역사회 단체 조사를 수행할 수 있는 보건소 중에서 최종 선정된 곳들이다. 표본은 각 지역마다 500명씩이었다. 통계청의 2009년 서울시 인구통계에 따르면 25개 구에 평균 41만 8천(±13만) 명이 거주하였고 각 구별로 평균 16.9(±3.3)개의 행정동이 있었다. 이를 반영하여 각 구별로 서울시 D구와 Y구를 대상으로 500명의 주민을 성과 연령을 고려한 할당표집 방법으로 추출하였다. 주민 조사는 전문기관인 H리서치에 위탁하여 이루어졌다.

지역사회 단체 조사는 영리를 목적으로 하지 않으면서 지역사회에 자생적으로 만들어져 주민들이 참여하고 활동하는 “지역사회 기반 단체(community-based organizations: CBOs)”를 조사하였다(Smith et al., 2005). 즉, D구나 Y구를 사업대상으로 하거나 각 자치구 주민을 회원으로 하고 있으면서 상근자가 있고 조직 목표와 사업 내용을 갖추고 있는 비영리 민간 단체가 여기에 해당되며, 각 단체 대표자를 대상으로 방문 설문조사가 이루어졌다. 이들은 숨은 모집단(hidden population)의 특성을 갖기 때문에 ‘눈덩이표집(snowball sampling)’에 의거하여 표집을 하였다. 구체적인 방법은 우선, 구청에서 보유하고 있는 지역사회 단체 명부

를 참고하여 조사대상에 부합하는 단체 중에서 선행 연구를 통해 지역사회의 거점 단체로 알려진 단체를 연구진이 추천하고 이를 보건소에서 표집 시작점(initial seeds)으로 정하는 방식을 활용했다. 예컨대, 국내의 연구에 따르면 00시민회, 여성단체연합회, 주민자치회, 바르게살기운동협의회, 새마을지도자협회, 국민생활체육협의회, 00복지관, 의료단체 등은 지역의 여러 단체들과 활발한 파트너십을 갖는 것으로 알려져 있다(Jung et al., 2007; Jung et al., 2009).

단체에 대한 조사 절차는 우선, 연구진이 보건소 담당 부서에 가서 단체 조사에 대한 방법과 노하우를 전수하고 조사표와 매뉴얼을 제공하였다. 보건소는 지역의 자원봉사자를 모집하고 훈련시켜 각 단체를 눈덩이 표집 방법으로 직접 조사하였다. 이러한 방식을 사용한 이유는 지역사회 역량 연구가 보건소의 역량 증진과도 함께 이루어지는 것이 바람직하기 때문이다. 단체 조사표 안에는 CBOs 간에 작년 한해 동안 사업 교류를 한 단체들을 열거하는 문항이 있다. 이를 바탕으로 ‘눈덩이 굴리기’를 한 결과 및 온라인 조사를 통해 보강된 고립 단체들까지 포함한 최종 조사 완료 단체수는 Y구의 경우 77곳, D구는 76곳이었다. 설문 작성기법은 자기기입식으로 조사원들의 면접과 조직 평가가 함께 수행되었다. 설문의 성실한 응답을 위하여 조사협조를 요청하는 해당구의 보건소의 공문을 제시 및 답례품 제공 등을 통하여 응답의 참여와 질을 높였다. 여러 초기점을 통해 더 이상 새로운 단체들이 나오지 않을 때까지 눈덩이 표집을 했기 때문에 이들 간의 네트워크는 각 지역의 CBOs 파트너십의 발달 정도를 대표하는 것으로 간주할 수 있다.

3. 연구변수

1) 지역사회 주민 수준

주민 수준의 지역사회역량 측정 척도는 일곱 영역의 총 42 문항인데, 사회적 지지(3 문항), 사회적 접촉(4 문항), 사회적 참여(6 문항), 지역사회 참여(4문항), 제도 신뢰(2 문항), 개인 신뢰(2 문항), 지역사회 정체성(5 문항)으로 구성되었다<Table 1>. 이 지표들은 우선 사회자본 지표에 근거한다. 사회자본 지표는 세계은행(World Bank)에서 발간한 ‘사회자본 측정 보고서’의 SC-IQ(the Integrated Questionnaire

for the Measurement of Social Capital) 척도를 기초로 개발된 것을 사용하였다(Grootaert, Narayan, Jones, & Woolcock, 2004; Seoul National University, 2006). 이 척도는 ‘구조적 사회 자본’과 ‘인지적 사회자본’을 나누는데, 구조적 사회 자본은 실제 가시화 되어 있는 조직과 네트워크, 집합행동 경험, 갈등과 배제 등을 포함한다. 인지적 사회 자본은 신뢰와 협력에 대한 것인데 구체적 행동으로 드러나지는 않았

지만 타인 또는 정부나 사회제도에 대한 신뢰감, 가상적인 사회적 지지, 지역사회 갈등 해결을 위한 헌신과 기여 의도 등의 내용으로 구성되어 있다. 이 연구는 사회자본 지표에 지역사회 심리학(community psychology) 분야에서 발전되어 온 지역사회 인식에 대한 지표를 추가하여 재구성하였다.

<Table 1> The composite indicators of community capacity of this study

Levels	Constructs	Definition
Individual level	Social support	Share private worries, Borrow some money, Ask household affairs, etc.
	Social contact	Family, Friends, Neighborhoods and colleague
	Social participation	Social gathering, Religion, Volunteer, Occupational work, Civic group participation, etc.
	Community participation	Contributions of money or time, Volunteer experience
	Institutional trust	Trust of the central and the local government
	Individual trust	trust people in general or in community
	A sense of community	Most livable place, Place like hometown, etc.
Organizational level	Neighborhoods degree	Degrees of CBO* partnerships
	Inclusiveness	Ratio of the isolated organizations in the whole network was measured
	Betweenness	Degrees of connection among networks
	Cohesiveness	Clustering degrees of CBO networks
	Activities	Degrees of participation in CBO businesses

*CBO: community-based organizations

첫째, "사회적 지지(유대관계)" 지표이다. 세계은행 척도에서는 불운에 처한 개인에게 가족, 친구, 종교단체, 기업 등 14개 범주의 지역사회 구성원들 중 누가 우선적으로 도움을 줄 것 같은지를 우선순위를 매기는 방식으로 질문하고 있다. 본 연구에서는 이를 단순화하여 "개인적인 고민을 이야기할 수 있는 사람", "일주일치 생활비를 빌려줄 수 있는 사람", 그리고 "갑자기 하루나 이틀 집을 비울 때 아이들을 돌봐줄 수 있는 사람"의 존재 여부를 "예" 또는 "아니오"로 물었다(Cronbach's α =.609).

둘째, "사회적 연결망(사회적 접촉 및 사회적 참여)" 지표이다. 우선 "사회적 참여" 지표에 관하여 세계은행 척도에서는 응답자 및 가족의 지역사회 조직의 참여와 그 조직

의 리더십에 대하여 측정하고 있으나, 본 연구는 전화조사이므로 응답자 본인의 참여 상황에 대해서만 조사하였다. 조직단체의 이름을 적도록 하는 것도 응답을 지체시키는 요인이 되기 때문에 조직의 유형(종교모임, 봉사모임, 직종모임, 친목모임, 취미활동모임, 정당사회단체 등)만을 질문하였다. 참여정도는 비참여, 소극적 참가, 적극적 참가로 구분하여 응답하도록 하였다(Cronbach's α =.505). "사회적 접촉"의 경우에는 부모 형제 등 가족, 친구, 직장 동료, 그리고 친목모임의 사람들과의 사교적 교분 정도를 접촉 횟수의 측면에서 조사하였다. 접촉 횟수는 "거의 없다"부터 "매주"까지 4점 서열척도로 측정하였다(Cronbach's α =.678).

셋째, "지역사회 참여(집합행동)" 지표이다. 세계은행 척도에서는 지역문제 해결을 위한 정치적 행동을 14가지 유형으로 구분하여 본인이 주도했는가 여부와 타인의 권유를 받았는지를 질문하는데, 한국처럼 일반시민의 정치적 행동양식이 성숙되지 못한 상황에서는 상황유형을 단순화하여 질문하는 것이 적합할 것으로 판단된다. 따라서 자원봉사 여부, 공공참여 여부, 선거 참여 여부, 그리고 지역사회를 위한 일에 시간을 할애하거나 돈을 기부할 수 있는지를 "예" 또는 "아니오"로 물었다(Cronbach's $\alpha=0.870$).

넷째, "신뢰관계(개인 신뢰 및 제도신뢰)" 지표이다. 개인 신뢰는 사람을 믿을 만 하다고 생각하는지 또는 경제해야 한다고 생각하는지에 대해 3점 서열 척도로 묻은 세계은행의 조사도구를 사용했는데, 일반적 믿음과 우리 동네 사람들에 국한된 신뢰 두 가지로 구성되었다(Cronbach's $\alpha=0.899$). 반면, 제도신뢰는 중앙정부와 구청 또는 동사무소에 대한 신뢰 두 가지를 리커트 4점 척도로 조사하였다(Cronbach's $\alpha=0.532$).

다섯째, "지역사회 정체성(지역사회 인식)" 지표이다. 세계은행 척도에는 '신뢰관계' 영역에 지역사회 인식이 포함되어 있다. 여기에는 동네사람들이 믿을만한지, 자기이익에만 몰두하는지, 다른 사람의견에 귀 기울이는지, 지역사회가 발전할 것인지, 지역사회 성원으로 받아들여지는지 등을 묻고 있다. 한편 '지역사회 인식'의 측정도구는 Chavis 등(1986)이 제시한 지표 또한 널리 사용되는데 여기에는 지역주민의 지역에 대한 소속감, 영향력, 필요의 충족, 공감대의 네 영역을 측정하는 12문항으로 구성되어 있다. 신뢰관계와 지역사회 인식이 서로 연관되어 있는 개념이기는 하지만 지역사회 역량 개념에서는 지역사회 인식의 독자성이 강조되는 경향이 있기 때문에 Chavis의 척도를 동네에 대한 만족도, 편안함, 의미, 영향력, 그리고 동네사람들의 응집성에 대한 다섯 문항으로 단순화하여 리커트 5점 척도로 조사하였다(Cronbach's $\alpha=0.680$).

교란변수로는 사회인구학적 변수와 사회경제적 변수를 투입하였다. 성, 연령(4점 서열척도), 교육수준(5점 서열척도), 월평균 소득(100만원 이하부터 500만원 이상까지 5점 서열척도), 그리고 거주기간(4점 서열척도)이 포함되었다. 거주기간은 해당 자치구에서 거주한 기간을 의미한다.

반면 종속변수인 주관적 건강수준을 통제하는 변수로 건강행태 변수도 함께 모형이 투입되었다. 흡연은 현재 흡

연 여부를, 음주는 "안 마신다"부터 "거의 매일 마신다"까지 4점 서열척도로, 운동은 "안 한다"부터 "거의 매일 한다"까지 4점 서열척도로 측정하였다.

2) 지역사회 조직 수준

조직수준의 지역사회역량은 CBOs에 대한 연결망 분석을 통해 이루어졌다. CBOs는 그동안 서구의 지역발전과 건강증진 사업에 핵심 주체였으며(Cheadle et al., 2002; Smith et al., 2005), 우리나라의 맥락에서는 지역사회의 비영리민간단체 및 풀뿌리 단체에 해당한다(Jung et al., 2007; Jung et al., 2009). 본 연구에서 CBOs에 대한 연결망 분석은 이웃관계, 응집성, 핵심 단체 및 활동가, 사이성, 사업참여 정도를 대상으로 이루어졌다. 특히, CBOs 네트워크가 지역사회에서 얼마나 조직화 되었는지에 주목하였다.

자료는 앞서 밝힌 "지역사회 건강증진 역량강화를 위한 주민 및 조직 네트워크 조사연구"(2009)의 조직 조사 자료 중 "단체 활동과 외부기관과의 협력"이라는 항목의 조사 결과를 네트워크 자료로 재구성한 것이다. 여기에서는 1) "귀 단체가 2008년에 지역사회와 주민을 위하여 추진했던 (지역과 주민을 위한) 사업들"에 대하여 사업명, 사업내용, 참여인원, 계속/신규 사업 여부를 물었으며, 2) "귀 단체가 이러한 사업을 하면서 관내 다른 단체들과 협력을 하는 경우가 있다면 협력단체명과 협력수준"을 조사하였다. 즉, 월평균 연락 횟수, 교류 내용, 협력 수준에 대한 정보를 바탕으로 자료를 구축하였다. 따라서 본 연구에서 조직 간 "연결(link)"은 지역사회 기반 단체들이 실제 사업을 통해 교류한 것을 의미한다. 연결망 자료를 해석하는 데에는 단체의 기본사항, 회원 구성, 조직 문화 등에 대한 단체의 배경 정보도 함께 활용되었다. 본 연구는 이를 네트워크 지표를 활용하여(Wasserman & Faust, 1994) 다음과 같은 조직수준의 역량 지표로 재구성하였다.

첫째, "이웃관계 연결정도"는 지역사회 네트워크 내에서, 한 단체(node)가 연결되어 맺고 있는 다른 단체의 수 혹은 한 단체에 연결된 선의 수이다. 둘째, "포괄성"은 지역사회 네트워크에서 전체 단체(node) 중에서 고립자(isolated)의 비율이다. 셋째, "사이성"은 한 단체가 지역사회 네트워크 내의 서로 다른 단체들 '사이에' 위치하여 서로를 연결해 주는 정도이다. 한 단체가 다른 단체들 사이의 최단거리를 연결하는 선, 즉 최단 경로(geodesic) 위에

위치하면 할수록 그 단체의 사이성은 높다. 사이성이 높은 단체는 단체들을 효과적으로 연결해주는 브로커적인 역할을 한다고 이해하면 된다. 따라서 지역문제 현안이 수집되어 수립된 의견이 확산되는 거점이 된다. 넷째, "응집성"은 3개 이상의 단체들이 최대로 완전히 연결되어 무리 짓는 속성이다. 응집성 지표 중 무리 짓는 속성이 가장 강한 것을 쌍방 구성집단(bi-component)라고 부르는데 이 연구에서는 응집성 지표로 쌍방 구성집단을 파악하였다. 다섯째, "활동정도"는 이들 지역사회 단체에 지역주민이 참여하고 있는 정도를 의미한다.

3) 주관적 건강수준

이 연구에서의 주관적 건강수준은 평소의 건강상태에 대한 자기 평가적 판단으로 리커트 5점 척도로 측정되었다.

4. 자료분석 방법

통계적 자료분석은 SPSS WIN v. 15.0 (IBM SPSS Institute, Chicago, IL)을 이용하였으며 네트워크 자료분석은 NetMiner III (Cyram, Seoul, Republic of Korea)를 이용하였다. 구체적 절차는 다음과 같다.

첫째, 개인수준의 지역사회역량은 단변량 분석과 회귀 분석에 기반한 다변량 분석으로 이루어졌다. 사회경제학적 변수와 건강행태 및 주관적 건강수준 변수에 대한 기술 통계, 그리고 지역사회역량의 세부 구성요소에 대한 기술 통계는 단변량 분석과 함께 제시되었다. 반면, 주관적 건강수준에 영향을 미치는 지역사회역량 구성요소에 대한 다변량 분석은 지역사회역량 구성요소에 대한 요인추출과 요인 변수를 이용한 OLS 회귀분석의 순서로 이루어졌다.

둘째, CBOs에 대한 연결망 분석은 이웃관계, 응집성, 핵심 단체 및 활동가, 사이성, 사업참여 정도를 대상으로 이루어졌다.

셋째, 지역사회역량의 특성 비교는 Laverack (2005)이 지역사회역량 평가에 사용한 거미줄 도표를 이용하였다. 이때 지표의 상호 비교를 위하여 각 지표는 표준화를 하였다. 다만, 세부 측정영역이 단일하지 않기 때문에 이 방법은 지표 간 비교가 아닌 지역 간 비교의 목적으로만 활용되었다.

III. 연구결과

1. 개인 수준에서의 지역사회역량

1) 연구대상자의 사회경제적 수준과 건강관련 특징

연구대상자의 성별은 D구의 경우 여성이 257명(51.4%)으로 더 많았으나 Y구는 남성이 252명(50.4%)으로 더 많았으나 유의미한 차이는 아니었다<Table 2>. 학력은 D구의 경우 무학이 26명(5.3%), 고졸이 180명(36.4%)인데 반해, Y구는 무학이 8명(1.6%), 고졸이 200명(40.4%)로 교육수준이 약간 더 높았다($p < 0.05$). 월평균 가구소득은 D구의 경우 "100-200만원" 구간이 79명(19.7%)이었으나 Y구는 "500만원 이상" 구간이 86명(21.2%)이었다. 거주기간의 경우 21년 이상 장기 거주자가 D구는 129명(25.8%)인데 반해, Y구는 156명(31.2%)으로 오래 산 주민이 유의미한 수준은 아니지만 약간 더 많았다. 현재 흡연자는 D구가 83명(16.6%)이었고 Y구는 100명(20.0%)이었다. 운동실천율은 D구의 경우 "주 1-2회"가 124명(25.1%)이었으나 Y구는 "거의 매일"이 113명(22.8%)으로 지속적인 운동 실천의 정도가 더 높았다. 그러나 통계적으로 유의미한 차이는 아니었으며, 이러한 현상은 음주와 주관적 건강수준에 있어서도 마찬가지였다. 따라서 개인의 일반적 사회인구학적, 건강행태적 특성에 있어서 두 지역의 표본 간에 두드러진 차이는 없었다.

<Table 2> General characteristics of the two regions

		D-gu(N=500)	Y-gu(N=500)	X ² test
		Frequency(%)	Frequency(%)	
Gender	Male	243(48.6)	252(50.4)	n.s.
	Female	257(51.4)	248(49.6)	
Age	19-29	117(23.4)	102(20.4)	n.s.
	30-39	119(23.8)	127(25.4)	
	40-49	99(19.8)	100(20.0)	
	≥50	165(33.0)	171(34.2)	
Educational Level	Ineducation	26(5.3)	8(1.6)	p<.05
	Elementary School	47(9.5)	48(9.7)	
	Middle School	20(4.0)	23(4.7)	
	High School	180(36.4)	200(40.4)	
	≥College	221(44.7)	215(43.5)	
Monthly Income (million won)	≤100	50(12.4)	45(11.1)	n.s.
	100 to 200	79(19.7)	67(16.5)	
	200 to 300	106(26.4)	98(24.1)	
	300 to 500	106(26.4)	110(27.1)	
	≥500	61(15.2)	86(21.2)	
Length of Residence (years)	≤5	110(22.0)	107(21.4)	n.s.
	6 to 10	111(22.2)	121(24.2)	
	11 to 20	150(30.0)	116(23.2)	
	≥21	129(25.8)	156(31.2)	
Smoking	None	417(83.4)	400(80.0)	n.s.
	Yes	83(16.6)	100(20.0)	
Drinking	None	229(46.1)	246(49.2)	n.s.
	Once or twice a month	115(23.2)	106(21.2)	
	Once or twice a week	100(20.2)	96(19.2)	
	Almost every day	52(10.5)	52(10.4)	
Exercise	None	181(36.6)	192(38.7)	n.s.
	Once or twice a week	124(25.1)	91(18.3)	
	Every other day	87(17.6)	100(20.2)	
	Almost every day	102(20.7)	113(22.8)	
Self-rated Health Status	Unhealthy	55(11.0)	61(12.2)	n.s.
	Normal	186(37.3)	179(35.8)	
	Healthy	257(51.6)	260(52.0)	

*n.s.: not significant

2) 두 지역의 지역사회역량 구성요소별 차이 검토

사회적 지지 수준에 있어서는 두 지역 간에 차이가 없었다<Table 3>. 반면, 사회적 접촉 수준에 있어서는 직장동료와의 접촉의 경우 D구가 Y구보다 통계적으로 유의미하게 접촉이 많았다(p<.05). 사회적 참여 수준에 있어서는 친목모임 참여의 경우 Y구가 D구보다 유의미하게 참여가 많았다(p<.05). 그러나 지역사회 참여, 제도신뢰, 개인신뢰에 있어서는 두 지역 간에 의미 있는 차이가 발견되지 않

았다. 마지막으로 지역사회 정체성의 경우 살기 좋음(p<.001), 편안함(p<.001), 중요한 의미에 있어서 D구가 Y구보다 모두 높은 수준을 보였다. 따라서 사회인구학적 배경에 비하여 개인 수준의 지역사회 역량에 있어서는 7가지 영역 중 4가지 영역에서 부분적으로 의미 있는 차이가 발견되었다. 따라서 요인 분석을 통해 지역사회 역량 요인을 도출하고 이들의 건강 관련 효과성을 검토하는 모형을 개발하였다.

<Table 3> Univariate analyses: The difference of two regions by community capacity components

Components	Measurement Scale	D-gu	Y-gu	T-test (X ² test)
		Mean(S.D.)	Mean(S.D.)	
Social support	Talking to one's problems	0.88(±0.33)	0.89(±0.32)	n.s.
	Living expenses	0.79(±0.40)	0.82(±0.38)	n.s.
	Taking care of children	0.78(±0.42)	0.81(±0.39)	n.s.
Social contact	Family	3.10(±0.94)	3.03(±0.96)	n.s.
	Friends	3.26(±0.95)	3.29(±0.94)	n.s.
	Fellow workers	2.21(±1.39)	2.00(±1.32)	p<.05
	Informal groups	2.39(±1.40)	2.33(±1.39)	n.s.
Social participation	Religious gathering	1.81(±0.93)	1.71(±0.92)	n.s.
	Volunteer gathering	1.40(±0.75)	1.36(±0.74)	n.s.
	Occupational gathering	1.41(±0.74)	1.41(±0.77)	n.s.
	Social gathering	2.12(±0.90)	2.26(±0.92)	p<.05
	Hobby	1.66(±0.86)	1.66(±0.91)	n.s.
	Political party	1.09(±0.38)	1.09(±0.39)	n.s.
Community participation	No experience	366(73.2%)	372(74.4%)	n.s.
	Have experience	134(26.8%)	128(25.6%)	
Institutional trust	Government	2.31(±0.67)	2.31(±0.65)	n.s.
	Local authority	2.81(±0.51)	2.77(±0.51)	n.s.
Individual trust	High	176(38.3%)	211(44.9%)	n.s.
	Low	283(61.6%)	258(55.0%)	
A sense of community	Livability	3.84(±0.78)	3.54(±0.83)	p<.001
	Comfortability	3.71(±0.87)	3.43(±0.87)	p<.001
	Significance	3.02(±0.93)	2.90(±0.91)	p<.05
	Influence	2.20(±0.74)	2.15(±0.73)	n.s.
	Problem-solving	3.24(±0.90)	3.20(±0.94)	n.s.

*n.s.: not significant

3) 지역사회역량 구성요소에 대한 요인추출

개인수준의 지역사회역량 지표를 추출하기 위하여 가장 보편적인 데이터 축약 방법인 요인분석으로 네 개 지표에 대한 요인을 추출하였다. 추출된 단일 요인과 그 결과값은 다음과 같다. D구의 경우 사회적 지지(요인 적재값=1.69, 설명된 분산비=56.41), 사회적 접촉(요인 적재값=1.08, 설명된 분산비=27.08), 사회적 참여(요인 적재값=1.67, 설명된 분산비=27.78), 제도신뢰(요인 적재값=1.32, 설명된 분산비=65.87), 지역사회 정체성(요인 적재값=2.17, 설명된 분산비=43.29)이었다. 반면, Y구의 경우 사회적 지지(요인 적재값=1.65, 설명된 분산비=55.11), 사회적 접촉(요인 적재값=1.23, 설명된 분산비=30.69), 사회적 참여(요인 적재값=1.72, 설명된 분산비=28.70), 제도신뢰(요인 적재값=1.32, 설명된 분산비=65.87), 지역사회 정체성(요인 적재값=2.30, 설명된 분산비=45.91)이었다. 그런데, 지역사회 참여와 개인신뢰 요소는 이분형 질문으로 측정되었기 때문에 요인 분석을 수행하지 않고 문항별 백분율을 산술 평균 내어 회귀모형에 투입하였다.

4) 주관적 건강수준에 영향을 미치는 지역사회역량 구성요소의 비교

사회경제적 변수와 건강행태 변수를 통제한 상태에서 주관적 건강수준과 관련되는 주민들의 지역사회역량의 구성요인들에 대하여 OLS 회귀분석을 지역별로 실시한 결과는 다음과 같다<Table 4>. 단, 통계학적 유의수준인 알파는 .10으로 완화하여 제한적으로 유의미한 변수까지 살펴 보았다. 우선 D구는 젊을수록(B=-0.168, p<.05), 월평균 가구소득이 높을수록(B=0.138, p<.05), 사회적 접촉이 많을수록(B=0.142, p<.05), 사회적 참여가 많을수록(B=0.110, p<.1) 주관적 건강수준이 우수하였다. 반면, Y구는 남성일 때(B=-0.182, p<.5), 젊을수록(B=-0.209, p<.01), 월평균 가구소득이 높을수록(B=0.129, p<.1), 거주기간이 길수록(B=0.140, p<.05), 운동실천율이 높을수록(B=0.106, p<.1), 사회적 지지가 많을수록(B=0.117, p<.1) 주관적 건강수준이 우수하였다. D구의 모형은 전체 변량의 14.1%를 설명하였고, Y구의 모형은 전체 변량의 14.9%를 설명하였다. 연령이나 소득과 같은 사회경제적 변수에 비하여 그 효과는 작지만 사회적 지지, 접촉, 참여가 많을 경우 유의미하게 주관적 건강 수준이 높은 것이 확인되었다.

<Table 4> Multivariate analyses with OLS regression: The relations of community capacity and self-rated health status controlling for socioeconomic status and health behaviors between two regions in Seoul

	D-gu			Y-gu		
	Standardized β	t	p-value	Standardized β	t	p-value
(constant)		6.857			7.635	
Socioeconomic factors						
Gender (ref.=male)	-0.053	-0.734	.464	-0.182	-2.495	<.05
Age	-0.168	-2.449	<.05	-0.209	-3.051	<.01
Education	0.041	0.537	.591	-0.035	-0.554	.580
Monthly income	0.138	2.066	<.05	0.129	1.919	<.1
Length of residence	-0.004	-0.065	.948	0.140	2.277	<.05
Health behavior factors						
Smoking	-0.015	-0.222	.825	0.029	0.399	.690
Drinking	-0.060	-0.865	.388	-0.057	-0.834	.405
Exercise	0.092	1.501	.135	0.106	1.774	<.1
Community capacity factors						

	D-gu			Y-gu		
	Standardized β	t	p-value	Standardized β	t	p-value
Social support	0.053	0.808	.420	0.117	1.889	<.1
Social contact	0.142	2.132	<.05	0.007	0.100	.920
Social participation	0.110	1.742	<.1	-0.010	-0.165	.869
Community participation	0.079	1.290	.198	-0.020	-0.333	.740
Institutional trust	0.066	1.531	.126	0.091	1.458	.146
Individual trust	0.015	0.364	.716	0.026	0.437	.663
A sense of community	0.008	0.172	.863	0.095	1.495	.136

2. 조직 수준에서의 지역사회역량

1) 두 지역 지역사회 기반 단체의 현황

설립연도를 보면 D구의 경우 평균 1991년, 중위수 1995년 이었고, Y구의 경우 평균 1994년, 중위수 1999년이었다. 즉, 평균으로만 봤을 경우에는 큰 차이가 없어 보이지만 중위수를 고려하면 D구는 상대적으로 1990년대 이전에 설립된 단체들이 많았고 Y구는 2000년대 이후에 설립된 단체들이 많았다.

상근자수는 D구가 평균 8.3명, Y구가 5.6명으로 상대적으로 D구 CBOs의 규모가 더 크다고 할 수 있다. 유급 상근자수의 수도 여기에 비례했다. 회원수는 D구가 평균 6.0명, Y구가 평균 5.4명으로 D구의 회원수가 더 많았으나, 회비 납부 회원수는 Y구가 D구보다 네 배 정도 많아서 실질적인 활동이나 기부를 하는 회원수에서는 Y구의 참여도가 더 높았다. 거주자 비중의 경우 Y구는 36개(46.7%)의 단체가 대부분 Y구 주민으로 이루어져 있다고 응답했으나, D구는 12개(15.7%) 단체가 다른 지역 주민이 더 많다고 응답하였다.

조직의 공식화, 민주화 정도를 살펴보면 Y구는 대표선출 방식이 임원진 합의에 의한다는 단체가 35개(45.4%)였으며 D구는 회원 전체가 투표한다는 단체가 31개(40.7%)로 가장 많았다. 정관을 구비하고 있다는 단체도 D구의 경우 71개(93.4%) 단체가 그렇다고 답했으나 Y구는 68개(88.3%) 단체에 그쳤다. 반면, 지난 1년간 예산규모를 보면 D구의 경우 평균 30,825천원(±98,905천원)이라고 답한 반면, Y구는 평균 22,064천원(±45511.9)이라고 답하였다. 즉, D구는 일부 단체의 예산이 매우 커서 평균을 높인 것으로

나타났다. 지난 1년간 공동사업 추진 횟수는 D구의 경우 3.5회(±2.8), Y구의 경우 3.6회(±2.7)였다. 그리고 협력단체 개수는 D구의 경우 1.6개(±2.7), Y구의 경우 1.9회(±2.7)였다. 따라서 Y구의 CBOs가 활동성이 조금 더 높은 것으로 나타났다. 보건소 사업 참여경험 역시 Y구의 경우 37개(48.0%) 단체가 경험이 있었던 반면, D구는 32개(42.1%) 단체에 머물렀다.

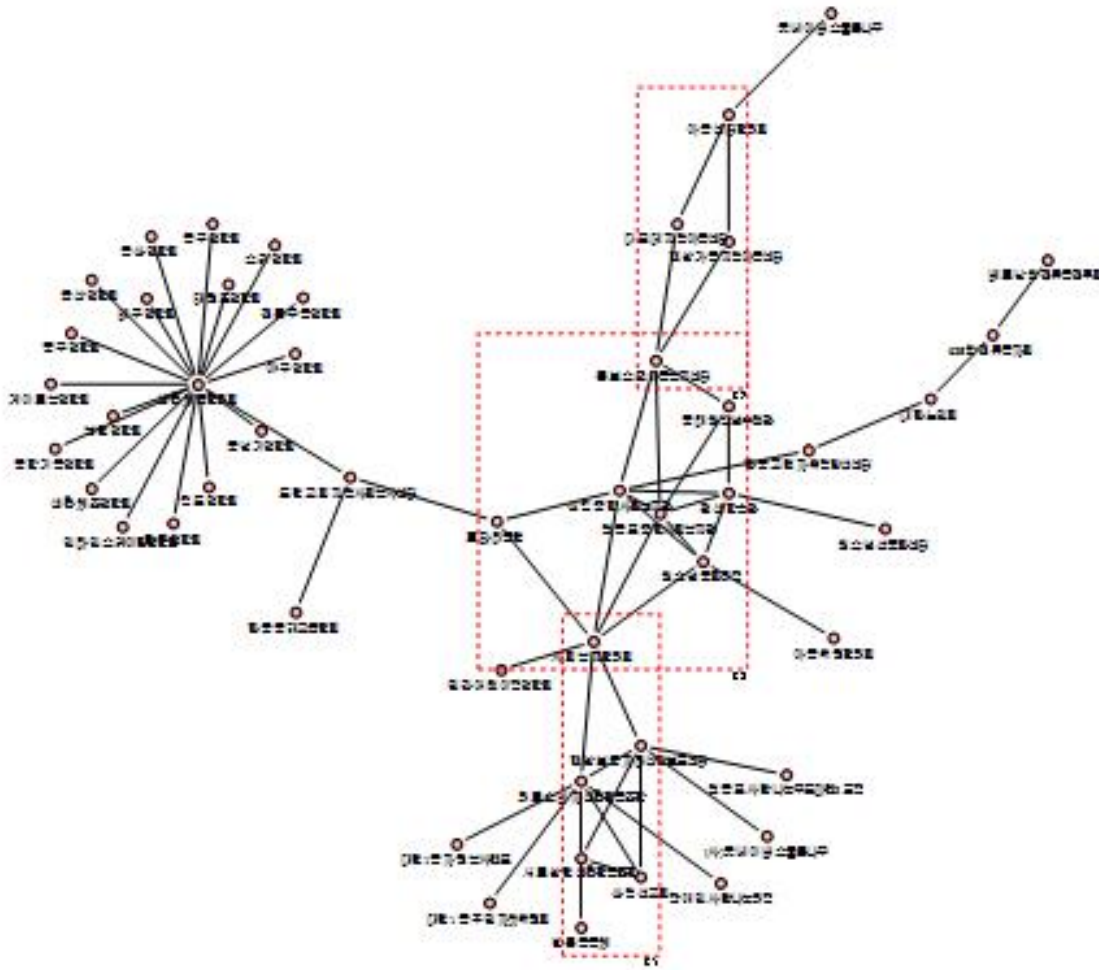
2) 두 지역 지역사회 기반 단체의 사회 연결망

Y구의 경우 네트워크의 전체 밀도는 0.023, 고립자는 21개, 종속자는 34개이었다. D구의 경우 네트워크의 전체 밀도는 0.015, 고립자는 32개, 종속자는 27개이었다. 단체들의 연결정도(링크의 평균 개수)는 Y구가 1.74개, D구가 1.14개로 Y구가 더 많았다. 고립자의 수는 D구가 Y구의 1.5배인데, 네트워크가 전혀 없는 단체가 그만큼 많았다. 일반적으로 CBOs는 예산이나 회원수의 한계로 인하여 사업을 홍보하고 참여를 촉진하기 위해서는 다른 단체와 연대할 수밖에 없고, 공동사업을 통해 역량의 확대를 꾀한다. 그러므로 사업 연대가 없는 단체는 실질적인 활동을 제대로 하지 않는다고 볼 수 있다. 종속자는 하나의 단체하고만 연대하고 있다는 의미로 CBOs 네트워크에서 능동적 역할을 하지 못한다. 이를 종합하여 두 지역의 네트워크 포괄성을 계산한 결과, Y구는 72.73%, D구는 58.44%이었다. 따라서 연결정도와 포괄성 모두 Y구가 D구보다 높은 수치를 보였다.

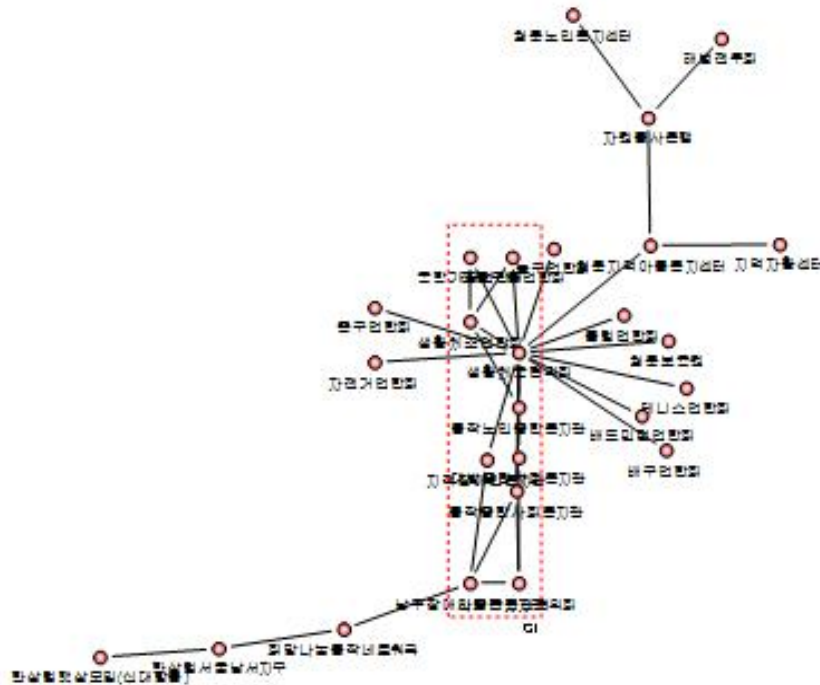
사회 연결망의 구조는 응집성과 사이성으로 파악할 수 있는데, 쌍방 구성집단과 사이 중심성 분석 결과로 이들을

살펴보았다. 우선 쌍방 구성집단의 경우, Y구는 모두 세 개의 집단이 검출되었다[Figure 1]. 첫 번째 집단은 사회복지사업 및 생협을 중심으로 하는 단체이며(크기 6, 밀도 =0.67), 두 번째 집단은 아동센터를 중심으로 하는 단체이고(크기 4, 밀도=0.67), 세 번째 집단은 청소년을 대상으로 하는 사회사업 단체이다(크기 8, 밀도=0.57). 반면에 D구는 하나의 쌍방 구성집단만 검출되었는데[Figure 2], 이들은 복지관과 생활체육 단체로 구성되었다(크기 10, 밀도

=0.356). 두 지역의 쌍방 구성집단이 갖는 의미를 해석하면, Y구는 사회사업이라는 하나의 공통 주제를 가지면서 각각의 쌍방 구성집단이 사업 대상으로 하는 영역이 분화되어 있다. 반면에 D구는 이것이 다소 혼재되어 있으며 생활체육연합회가 추축이 되어 지역사회 CBOs의 네트워크가 만들어지다 보니 실질적인 연대의 폭도 좁았다. 따라서 쌍방 구성집단의 응집성 역시 Y구가 D구에 비하여 우수하였다.



[Figure 1] Bi-components of Y-gu



[Figure 2] Bi-components of D-gu

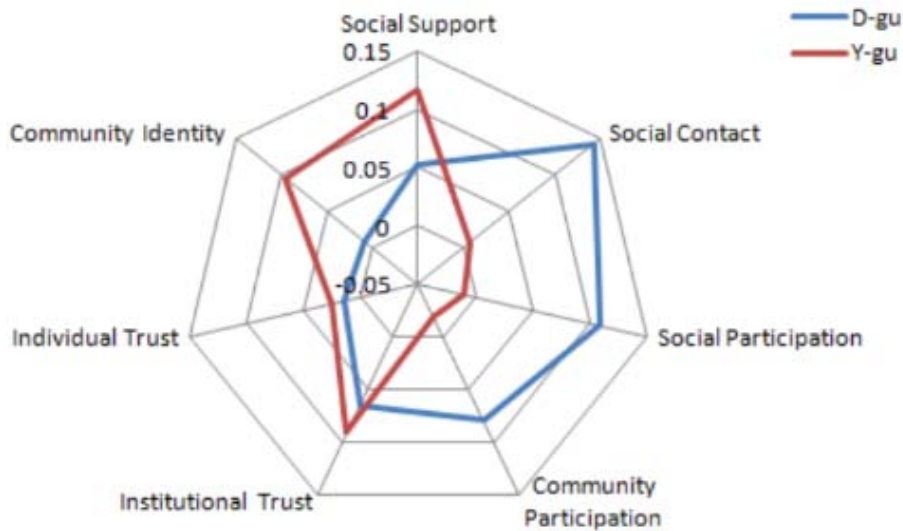
다음으로 사이 중심성의 경우 두 지역의 CBOs 규모를 감안하여 사이성 지수 0.05 이상이 의미 있다고 할 경우, Y구는 생활체육협의회(0.233), 도림교회지역사회봉사센터(0.200), 로타리클럽(0.196), 사회복지협의회(0.159), 신길종합사회복지관(0.146) 등 모두 7개 단체가 검출되었다. 반면, D구는 생활체육협의회(0.088) 하나만이 사이성 지수가 높게 나타났다. 사이성 지수가 높은 단체들이 다양하게 많을 경우 지역사회 전체 네트워크가 여러 개의 거점단체를 통해 다양한 지역사회 욕구를 충족할 수 있지만, 소수의 단체만이 사이성 지수가 높게 나타날 경우 위계화된 파트너십으로 인해 유연성을 발휘할 수 없다.

마지막으로 지역사회 사업개수 대비 사업참여 인원수를 비교해보면, Y구는 사업당 1330.48명이 참가했고 D구는 1298.20명이 참가했다. 즉, Y구에서 사업참여의 폭이 더 넓었다.

3. 두 지역의 지역사회역량 평가

1) 개인수준의 지역사회역량

두 지역에서 주민의 주관적 건강수준에 영향을 미치는 지역사회역량 요인들을 거미줄 그래프로 평가한 결과는 다음과 같다[Figure 3]. 이 그래프는 건강에 영향을 미치는 관련 통제변수를 투입한 상태에서 지역사회역량 요인들의 효과를 표준화 회귀계수를 이용하여 나타낸 것이다. 이 그림에 따르면 두 지역은 영향력 있는 요인들의 측면이 서로 상이하다. 개인신뢰나 제도신뢰 요인은 거의 차이가 없으나, 사회적 접촉, 사회적 참여, 지역사회 참여는 D구가, 사회적 지지와 지역사회희미 요인은 Y구가 높다. D구는 사회적 접촉을 통해 참여 부분이 활성화된 반면, Y구는 상대적으로 긴 거주기간을 바탕으로 사회적 지지가 발달했고, 그 결과 지역사회 인식이 상당히 형성된 것으로 파악된다. 결국, 두 지역의 집합적 건강수준에 영향을 미치는 요인은 사회경제적 수준이나 건강행태와 같은 고전적 요인만으로는 설명할 수 없고 지역주민의 상호관계에서 발현하는 역량 요인들이 함께 관련되는 것으로 풀이된다.



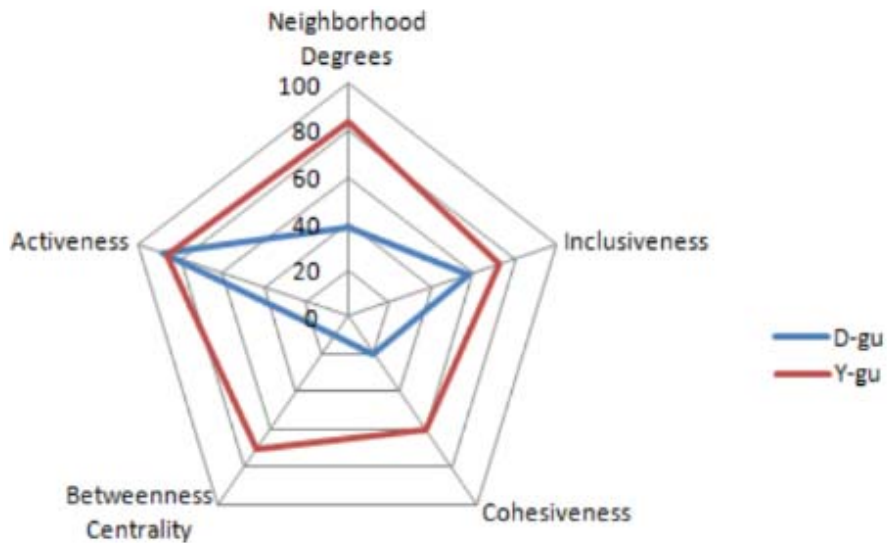
*Correlational coefficients on self-rated health status

[Figure 3] Evaluations on community capacity between Y-gu and D-gu: individual-level

2) 조직수준의 지역사회역량

다음은 두 지역의 지역사회 수준의 역량을 평가한 결과를 거미줄 그래프로 나타낸 것이다[Figure 4]. 결과를 보면, Y구는 D구에 비하여 조직 수준에서의 지역사회역량 수준이 전반적으로 높았다. 즉, CBOs의 수가 상대적으로 많으며 이들이 사회적 네트워크를 통해 상호의존하는 사업 활

동을 더 조직적으로 수행하고 있었다. 그리고 이 과정에서 핵심 역량집단을 구성하여 지역사회 전반에 영향력을 미치는 수준 역시 Y구가 D구에 비하여 우수한 것으로 나타났다. 즉, Y구는 자생적으로 발달한 지역사회 네트워크를 통해 지역사회의 자원 동원과 조직화를 할 수 있는 가능성이 더 높은 것으로 풀이된다.



[Figure 4] Evaluations on community capacity between Y-gu and D-gu: organizational-level

IV. 논의

이 연구는 개인과 조직 수준에서 지역사회 역량을 측정하고 이것이 주민들의 주관적 건강 수준과 갖는 관련성을 두 지역의 사례를 통해 비교·검토함으로써 지역사회 역량을 측정하는 방법을 제안하고 이를 통해 지역사회 역량 증진을 통해 인구 집단의 건강증진을 꾀할 수 있는 가능성을 찾고자 수행되었다.

서구에서 지역사회 역량 개념은 19세기 후반 지역사회 발전(community development)이라는 개념이 등장하면서 점진적으로 논의되었고(Rubin & Rubin, 2008), 지난 수십 년 동안에는 CBOs를 중심으로 하는 다양한 사회사업을 통해 실천적인 함의를 만들어왔다(Smith et al., 2005). 그러나 각각의 지역사회가 가진 고유한 조건과 상황을 강조하다보니 많은 연구들이 비교가능성이나 외적 타당도의 측면에서는 충분히 검증되지 못하였고, 그 결과 지표의 개발이나 평가가 부족했던 것이 사실이다(Eng & Parker, 1994). 그러나 2000년대 이후에는 서구에서도 지역사회역량의 측정도구를 개발하기 시작했고(Laverack & Wallerstein, 2001), 지역사회 조직 수준에서의 모형과 방법론도 논의가 되었다(Robinson & Hales, 2007). 그러나 우리나라에서는 이러한 표준화 작업은 물론이거니와 지역사회 간의 비교도 제대로 시도된 바 없었다.

이번 연구의 대상이 된 두 지역사회는 다소 상이한 공간사회학적 의미를 갖고 있다. 우선, Y구는 1931년 4월 조선총독부령에 따라 경성부(옛날의 한성)가 확장되면서 서울로 편입되었다. 그러나 D구는 1973년 7월 대통령령에 따라 관악구가 생겨나면서 서울로 편입되었고, 이후 1980년대에 분구되었다. 이러한 성립시기의 차이는 Y구에게 상대적으로 강한 정체성을 부여한다. Y구는 D구가 아직 분구되기 전인 1970년대에만 해도 현재의 Y구, 강서구, 양천구, 구로구, 금천구가 합쳐진 커다란 지역이었다. 그러나 D구는 1973년에 신설된 관악구에서 1980년에 분구되었기 때문에 6.25 전쟁 이전 세대에게서는 새로운 지역사회였다. 오늘날 지역사회역량에 대한 논의와 연구에 따르면, 일정한 거주연수 이상 한 지역에 머물렀을 경우 주민은 지역사회에 고유한 의미를 부여할 수 있고 거기서 정체감을 느끼게 된다(Jung & Cho, 2007). 따라서 역사적 발전을 감안할 때, D구에 비하여 Y구는 지역사회 인식이 더 강할 수

있는 조건에 있다. 비록 오늘날 Y구는 여의도동을 포함하고 있다는 점에서 상대적으로 지역 내 이질성도 커 보이지만 역사적으로 50년 정도 먼저 형성되었고 그 과정에서 개인의 사회적 연결망이나 CBOs의 네트워크가 발전할 수 있는 기회가 많았다. 동시에 이러한 발전이 지역사회 역량이나 인식을 강하게 했다면 그것이 지역주민의 건강수준 증진에도 유의한 효과를 줄 수 있는 것이다.

이번 연구에 따르면, 개인수준에서 Y구는 사회적 지지, 제도 신뢰, 지역사회 인식이 강하였다. 이것은 모두 직접적인 사회관계보다는 오랜 기간의 유대가 쌓여 만들어진 것이다. 반면에 D구는 사회적 접촉, 사회적 참여, 지역사회 참여가 발달해 있었는데, 이것은 직접적인 사회적 관계가 활발하다는 의미이다. 두 지역의 역량 지표들은 지역주민들의 집합적인 건강 수준과 유의미한 관련성을 갖고 있었다. D구는 사회적 유대관계를 바탕으로 지역사회가 발달하고 있다면, Y구는 보이지 않는 신뢰와 인식으로 지역사회가 발달하고 있었다. Y구라는 지역사회의 역사가 D구에 비하여 2.3배 더 길다는 점에서 우리나라 지역사회는 초기 단계에서는 D구와 같은 형태이다가 이것이 어느 정도 축적되게 되면 Y구와 같은 형태로 변화할 수도 있다. 또는 각각이 다른 형태로 발전할 수도 있고 D구에서 나타나고 있는 사회적 유대관계가 어떠한 문턱을 넘지 못해 Y구와 같이 지역사회 정체감으로 발달하지 못할 수도 있다. 지역사회역량에 대한 연구를 통해 추론한다면 이러한 과정은 조직수준의 역량 형성과 관련될 가능성이 높다.

조직수준에서 D구는 활동정도만 높을 뿐 여타의 지표들은 의미 있는 반응을 보이지 못하고 있다. 반면에 Y구는 응집성을 제외하고 모든 지표가 골고루 발달하여 있다. 이것은 지역사회기반 단체들이 적절하게 설립되어 있고, 단체들 간의 네트워크를 통해 구조화된 형태로 활동하고 있음을 의미한다. 지역사회역량에 대한 연구들에 의하면 이러한 단체들은 지역 주민들 간의 접촉과 지지를 활발하게 하며 궁극적으로 지역사회에 대한 강한 인식을 형성하게 한다. 그리고 이러한 역량은 곧 지역사회 발전의 밑거름이 되며 동시에 지역의 집합적인 건강수준 증진에까지 연결된다. 지역 내의 다양한 문제에 대한 인식과 이를 해결하려는 활동은 참여와 봉사, 헌신으로 나타나기 때문이다. 이런 역량 요인들은 기존의 건강증진 연구에서 파악하지 못했던 것이고 오늘날 부각되고 있는 건강의 사회적 맥락

이나 근본적 건강결정 요소에 대해 탐구하는 연구자들에게서도 제대로 밝혀지지 못한 것이다. 뿐만 아니라, 지역 사회 건강증진을 위해서 반드시 필요한 연구 내용이기도 하다.

지역사회 역량은 기본적으로 지역 주민들 간의 사회적 관계가 강한 믿음과 신뢰, 다양한 접촉을 통해 활발한 상호작용을 하고 있을 때에만 만들어질 수 있다(Chaskin et al., 2001). 그런데 이것은 개인들의 사회적 연결망으로 환원되는 것은 아니며, 오히려 그러한 사회관계 너머의 무엇이고 그것을 새롭게 규정하는 힘이다. 과연 그러한 맥락적 효과가 우리나라에도 존재하는가? 서구의 지역사회 (community)와 한국에서의 (지역) 공동체가 갖는 의미는 같다고 할 수 없기 때문에 이러한 지역사회 역량의 존재를 확인하는 것은 중요하다(Kim, 2010). 90년대 이후 시민사회 단체들의 등장과 발전은 이들의 존재 가능성을 높인 것이 사실이다(Cho, Jung, & Min, 2007). 그리고 이번 연구는 개인 수준의 역량과 주관적 건강수준 간의 관련성을 밝히고, 지역사회에 자생적으로 발전한 CBOs의 네트워크가 존재한다는 사실을 보여주었다.

물론 지역사회역량을 구성하는 자원과 지표는 다양하게 존재할 수 있다(Kretzmann & McKnight, 1993). 그런데, 지역의 공공자원이나 시설, 그리고 잠재적 자원은 지역사회역량 지표의 비교 항목으로 반영하기가 쉽지 않다. 도농 간의 차이나 서로 공간적으로 완전히 분리된 두 지역의 경우 이러한 분석이 유의미할 수 있으나 서울시 내의 두 지역에서는 지역사회 수준의 자원 요소가 지역사회역량의 차이를 야기할 것으로 기대하기 어렵다. 그런 의미에서 국내외의 선행 연구들도 지역사회 기반 단체의 네트워크를 중요한 지역사회역량의 자원으로 간주하였다(Jung et al., 2007; Jung et al., 2009; Provan, Nakama, Veazie, Teufel - Shone, & Huddleston, 2003; Provan, Veazie, Teufel - Shone, & Huddleston, 2004).

결국, 지역간 비교를 시도한 이번 연구에서 지역사회 수준의 자원이 갖는 의미는 지역사회마다 고유한 맥락을 이해하고 이를 역량 증진의 계기로 삼을 경우 서비스를 받는 수동적인 존재가 아닌 건강 욕구를 창출하는 능동적인 측면에서 건강증진을 다시 바라볼 수 있다는 점이다. 지역사회 주민들의 개인 역량이 물과 같다면 지역사회 단체들은 이들을 담아내는 그릇이라고 할 수 있는데, 개인의 역량이

크다고 할지라도 이들을 엮어주고 결집시키는 풀뿌리 단체가 없을 경우 개인의 역량은 실현되기 어렵기 때문이다.

향후 지역사회역량에 대한 연구는 CBOs와 그들의 네트워크뿐 아니라 이 단체들에 대한 지역 주민들의 참여, 지지, 리더십에 대한 조사로 확장될 필요도 있다. 즉, 지역사회 기반 참여연구(CBPR: community-based participatory research)의 측면에서 개인과 사회의 상호작용을 살펴 봐야 한다(Israel, Checkoway, Schulz, & Zimmerman, 1994; Israel, Eng, Schulz, & Parker, 2005). 국내에서도 최근에 이러한 연구의 이론적 논의가 검토되고 있는데(Jung, Jung, Jang, & Cho, 2008; Yoo, 2009), 사회역량의 리더십을 통해 다양한 결사체들의 관계를 잘 조직화하고 파트너십을 구축할 경우 건강증진을 위한 다양한 시도는 새로운 전기를 맞을 수 있다.

연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 연구대상이 서울시 일부 지역에 국한되어 결과의 일반화에 신중해야 한다. 둘째, 사회적 참여, 사회적 지지, 제도 신뢰에 대한 역량 지표의 경우 크론바하 알파의 신뢰도가 0.65보다 낮으므로 지표 해석에 주의를 할 필요가 있다. 셋째, 개인수준과 조직수준의 자료를 결합할 수 있는 구조가 아니었기 때문에 두 수준의 역량 간의 상호관계에 대해서는 분석하지 못하였다. 즉, 지역사회역량이 집합적 건강수준에 미치는 효과를 엄밀하게 검토하기 위해서는 향후 CBOs를 대상으로 하는 보건사업의 시행 전후를 비교하는 개입 연구나 일정 기간에 걸쳐 지역사회역량의 변화 과정을 관찰하는 종단적 연구가 필요하다. 동시에 각각의 지역사회가 갖는 맥락적 의미를 심층적으로 탐구하는 질적 관찰이 병행되어야 하겠다.

V. 결론

오늘날 건강증진사업에서는 ‘주민참여’를 위한 구체적인 접근전략을 필요로 하고 있다. 즉, 보건소가 지역사회와 동반자 관계에서 사업을 추진할 필요가 있는데, 이를 위해 지역사회 조직화의 핵심인 지역사회역량 강화를 꾀할 필요가 있다. 그런데, 우리나라에는 지역사회를 구성하는 수준(개인 및 단체)에 따라 이를 측정하는 적절한 방법이 아직 없다. 이 연구는 지역사회 역량 지표를 이용해 서

울의 두 지역사회에서 이를 측정하였다. 이 과정에서 지역사회 역량의 단면들과 그것이 주민의 주관적 건강수준과 맺는 관련성을 파악할 수 있었다. 이러한 분석은 지역사회의 집합적 건강수준 증진, 건강 메시지의 효과적 전달, 주민/지역사회 참여적 보건 프로그램의 수행과 관련된 여러 아이디어를 제공한다. 뿐만 아니라, 지역 간 커뮤니티의 특징을 규정하고 지역사회 역량을 비교하는 분석들을 개발하는 것에도 하나의 경험적 근거가 될 것으로 기대된다.

참고문헌

- Burt, R. S. (1992). *Structural holes: the social construction of competition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Chaskin, R. J. (2001). Building community capacity: A definitional framework and case studies from a comprehensive community initiative. *Urban Affairs Review*, 36(3), 291 - 323.
- Chaskin, R. J., Brown, P., Venkatesh, S., & Vidal, A. (2001). *Building community capacity*. New York, NY: Aldine Transaction.
- Chavis, D., Hogge, J., McMillan, D., & Wandersman, A.. (1986). Sense of community through Brunswik's lens: A first look. *Journal of Community Psychology*, 14, 24-40.
- Cho, B. H., Jung, M. S., & Min, S. H. (2007). Health promotion and community capacity: a review of concepts, principles, and measurement. *Korean Journal of Public Health*, 44(2), 95-112
- Coleman, J. S. (1988) Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, 95-120.
- Craig, G. (2007) Community capacity-building: Something old, something new...? *Critical Social Policy*, 27, 335-359.
- Cheadle, A., Sullivan, M., Krieger, J., Ciske, S., Shaw, M., Schier, J. K., & Eisinger, A. (2002). Using a participatory approach to provide assistance to community-based organizations: The Seattle Partners Community Research Center. *Health and Education Behavior*, 29(3), 383-394.
- Eng, E., & Parker, E. (1994). Measuring community competence in the Mississippi Delta: The interface between program evaluation and empowerment. *Health Education Quarterly*, 21, 199-220.
- Easterling, D., Gallagher, K., Drisko, J., & Johnson, T. (1998). *Promoting health by building community capacity: evidence and implications for grantmakers*. Denver, CO: The Colorado Trust.
- Edwards, R. W., Jumper-Thurman, P., Plested, B. A., Oetting, E. R., & Swanson, L. (2000). Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 291-307.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.), (2008). *Health behavior and health education* (4th ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Goodman, R. M., Speers, M. A., McLeroy, K., Fawcett, S., Kegler, M., Parker, E., . . . & Wallerstein, N. (1998). Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education and Behavior*, 25(3), 258-278.
- Grootaert, C., Narayan, D., Jones, V. N., & Woolcock, M. (2004). *Measuring social capital: An integrated questionnaire*. (World Bank Working Paper no. 18). Washington, DC: The World Bank.
- Hunt, J. (2005). Capacity building in the international development context: Implications for indigenous Australia. Discussion Paper No. 278/2005. Canberra, Australia: Center for Aboriginal Economic Policy Research, Australian National University.
- Israel, B. A., Checkoway, B., Schulz, A., & Zimmerman, M. (1994) Health education and community empowerment: Conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Education Quarterly*, 21, 149-170.
- Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J., & Parker, E. A. (2005). Introduction. In B. A. Israel, E. Eng, A. J. Schulz, & E. A. Parker (Eds.), *Methods in community-based participatory research for health*(pp. 3-26). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Jung, M. S., & Cho, B. H. (2007). The influence of community capacity in health status. *Social Science & Health*, 22, 155-184.
- Jung, M. S., Cho, B. H., & Lee, S. C. (2007). The network analysis for community voluntary organizations and its implications for community capacity building toward health promotion. *Korean Journal of Health Policy & Administration*, 17(4), 54-81.
- Jung, M. S., Jung, Y. K., Jang, S. R., & Cho, B. H. (2008) The methodology of community-based participatory research. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 25(1), 83-104.
- Jung, M. S., Gil, J. P., & Cho, B. H. (2009) The measurement of community capacity using community-based organizations network and the development of health promotion plans. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 26(3), 35-48.
- Kim, H. Y. (2010). Community inequalities in health: The contextual effect of social capital. *Korean Journal of Sociology*, 44(2), 59-92.
- Knoke, D. (1990) *Political network: The structural perspective*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Kretzmann, J. P., & McKnight, J. L. (1993) *Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community's assets*. Evanston, IL: Center for Urban Affairs and Policy Research, Neighborhood Innovations Network, Northwestern University.
- Laumann, E. O. (1973) *Bonds of pluralism: The form and substance of urban social networks*. New York, NY: Wiley Interscience.

- Laverack, G. (2005). Evaluating community capacity: Visual representation and interpretation. *Community Development Journal*, 41(3), 266-276.
- Laverack, G., & Wallerstein, N. (2001). Measuring community empowerment: A fresh look at organizational domains. *Health Promotion International*, 16(2), 179-185.
- McMillan, D. W. & Chavis, D. M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14(1), 6-23.
- Minkler, M. (2005) *Community organizing and community building for health* (2nd ed.). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (2008) *Community-based participatory research for health: from process to outcomes*(2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Norton, B. L., McLeroy, K. R., Burdine, J. N., Felix, M. R. J., & Dorsey, A. M. (2002) Community capacity: Concept, theory, and methods. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (pp. 194-227). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Poole, D. (1997). Building community capacity to promote social and public health: challenge for universities. *Health and Social Work*, 22(3), 161-171.
- Powell, W. W. & Friedkin, R. (1987). Organizational change in nonprofit organizations. In W. W. Powell (Ed.), *The nonprofit sector* (pp. 180-192). New Haven, CT: Yale University Press.
- Provan, K. G., Nakama, L., Veazie, M. A., Teufel-Shone, N. I., & Huddleston, C. (2003). Building community capacity around chronic disease services through a collaborative interorganizational network. *Health Education and Behavior*, 30(6), 646-662.
- Provan, K. G., Veazie, M. A., Teufel-Shone, N. I., & Huddleston, C. (2004) Network analysis as a tool for assessing and building community capacity for provision of chronic disease services. *Health Promotion Practice*, 5(2): 174-181.
- Provan, K. G., Veazie, M. A., Staten, L. K., & Teufel-Shone, N. I. (2005). The use of network analysis to strengthen community partnerships. *Public Administration Review*, 65(5): 603-613.
- Putnam, R. D. (1993). The prosperous community: Social capital and public life. *American Prospect*, 35-42.
- Robinson Jr., J. W., & Hales, B. D. (2007). Models and methods for creating sustainable community-based development organizations in diverse communities. *Community Development*, 38, 33-51.
- Seoul National University, Graduate School of Public Health. (2010). *Developing the measures for community capacity in Korea*. Seoul, Korea: The National Health Promotion Fund.
- Seoul National University, Graduate School of Public Health. (2006). *Community capacity assessment and development toward health promotion and healthy city*. Seoul, Korea: Dobong-Gu Health Center.
- Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2008). *Community organizing and development*(4th ed.). MA: Pearson Education.
- Smith, M. B., Graham, Y. J., & Guttmacher, S. (2005). *Community-based health organizations: Advocating for improved health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Wallerstein, N. B., & Duran, B. (2006). Using community-based participatory research to address health disparities. *Health Promotion Practice*, 7(3), 312-323.
- Wasserman, S., & Faust, K. (1994) *Social network analysis: methods and applications*. NY: Cambridge University Press.
- Yoo, S. (2009). Using community-based participatory research(CBPR) for health promotion. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 26(1), 141-158.

<Appendix> General characteristics of two regions

Division	Items	Y-gu	D-gu
History	The birth of the year	1917	1946
Demographical data	Population size	439,151	414,839
	# of the elderly (≥65)	36,661	36,829
	Proportion of the elderly	8.35	8.88
Industrial structure and size	# of business organization	38,134	20,369
	# of workers	283,492	100,482
	Types of business	wholesale/retail, lodging industry, restaurant business, manufacturing industry	wholesale/retail, lodging industry, restaurant business, transportation industry
Budget scale	Business organizations having more than 1,000 workers	19	9
	General accounts(million won)	290,744	242,893
	Tax revenue	344,574	303,007
	Annual expenditure	276,316	221,978
Education	# of schools	88	108
	# of students	51,853	72,561
Culture & sports facilities	Culture facilities	46	40
	Sports facilities	634	304
Medical facilities	Clinics and hospitals	300	238
	Dental clinics & Oriental clinics/hospitals	336	249
Social security	Families for the basic living subsidies	5,120	3,488
	Persons for the basic living subsidies	8,592	6,145

#: Number

*All figures are 2007 statistics.

**Culture facilities includes movie-theaters, venues, auditoriums, concert halls, and community cultural centers.