

건강불평등¹⁾ 완화를 위한 지역사회 주민 참여 접근



A Community-Based Participatory Approach
to Reducing Health Inequalities

허현희 | 서울시 공공보건의료재단 부연구위원

이 글은 건강불평등을 완화하기 위해 국내에서 시행되고 있는 지역사회 주민 참여를 기반으로 한 정책과 사업의 내용 및 성과를 검토하고, 지역 기반 건강형평사업의 발전 방향에 대한 정책적 방안을 제시하는 데 목적이 있다. 비교 분석 결과, 각 지방자치단체에서는 지역의 특성에 따라 주민 참여를 활성화하기 위한 다양한 전략을 사용하고 있었다. 참여형 보건사업은 주민이 일상적인 삶의 터에서 이들의 건강권을 지키는 능력을 찾는 과정에 초점을 맞추고 있다. 따라서 주민이 다양한 건강 결정 요인에 대해 인식하고 능동적으로 움직이려면 형식적인 참여보다는 실질적인 권한을 가져야 한다. 주민이 주도하는 상향적 협력 거버넌스를 통해 지역 기반의 건강형평정책이 지속될 수 있도록 세 가지 방안을 제안한다.

1. 들어가며

최근 한국건강형평성학회가 공개한 ‘건강 격차 프로파일’ 연구 결과를 보면, 지역 및 소득 수

준에 따라 건강불평등이 큰 것으로 나타났다(김양중, 2018). 전국 17개 광역시·도 및 252개 시·군·구를 대상으로 기대수명²⁾과 건강수명³⁾을 분석해 보니 소득 하위 20%에 속하는 사람들은 상

1) 건강불평등(health inequality)이란 건강에서 나타나는 개인들이나 집단들 사이의 차이, 변이, 격차를 지칭하는 일반적인 용어로서, 불공정이나 부당함에서 비롯된 ‘피할 수 있는(avoidable)’ 사회경제적 건강불평등이라는 의미의 건강불공평(health inequity)과 구분된다(한국건강형평성학회, 2007). 그러나 특별히 엄밀한 구분이 필요한 경우를 제외하고는 혼용해서 사용하고 있으므로 이 글에서도 혼용한다.

2) 기대수명은 막 태어난 아이가 앞으로 몇 살까지 살 것인지 기대되는 평균 생존 연수로서 ‘평균수명’을 뜻한다.

3) 건강수명은 기대수명 가운데 질병이나 장애 없이 건강하게 삶을 유지한 기간이다.

위 20%보다 모든 지역에서 기대수명과 건강수명이 짧은 것으로 드러났다. 광역시·도 가운데 기대수명이 가장 긴 서울(83.3세)과 가장 짧은 전남(80.7세)을 비교해 보면 2.6년의 차이가 난다. 지역 간 격차뿐만 아니라 지역 내 건강불평등도 드러났는데, 강원과 전남에서 소득 하위 20%에 속하는 사람은 소득 상위 20%에 속한 사람보다 기대수명이 7.6년 적다. 건강수명은 전남에서 소득 수준에 따른 격차가 13.1년으로 가장 컸다. 이러한 지역과 소득 수준에 따른 건강불평등은 개인의 탓이 아니라 건강을 보호할 수 있는 자원과 건강에 해를 미치는 요인들이 사회적으로 불평등하게 분포하기 때문에 생겨난다. 이러한 건강불평등을 해소하기 위한 방안으로 지역사회 주민이 주체적으로 건강불평등의 원인을 깨닫고 이를 해결하는 과정에 참여하는 전략이 국내외에서 주목을 받아 왔다.

1978년 일차의료에 대한 알마아타 국제학회와 알마아타 선언에서 주민 참여의 원칙을 강조한 이래로 참여는 건강 수준을 높이고 건강불평등을 해결하는 정책과 사업에 방향성과 전략을 도출하는 원리가 되어 왔다. 알마아타 선언 이후 지역사회 주민 참여는 자원이 부족한 저개발 국가에서 주민의 잠재적 역량을 최대한 동원하여 보건의료사업을 가장 비용효과적으로 수행할 수 있게 한다는 지역사회개발론적인 접근부터 주민이 건강정책의 의사 결정에 참여하여 건강권을 실현한다는 인권적인 접근까지 광범위한 범위에서 논의되고 실행되어 왔다(김용익, 1992; De Vos, De Ceukelaire, Malaise, Pérez, Lefèvre,

& Van der Stuyft, 2009).

세계보건기구는 지역사회 주민 참여의 의미를 건강 향상을 위한 수단보다는 다양한 건강 결정 요인에 대한 사람들의 통제력을 강화한다는 목적으로서의 참여의 의미를 강조하고 있다(WHO, 1986). 건강불평등의 원인을 사회, 경제, 성별, 인종을 비롯한 여러 형태의 불평등에서 찾을 수 있다고 보는데, 결국 근본적인 원인은 ‘힘의 불평등(power inequality)’이라고 할 수 있다(Wallerstein, Duran, Oetzel, & Minkler, 2018). 따라서 권한의 재분배를 통한 주민의 통제력을 강화한다는 주민 참여 개념은 건강형평사업의 중요한 전략이다. 특히 사회경제적 자원이 부족하고 사회적으로 배제되어 있는 취약지역 주민이나 소외계층에게는 참여 그 자체가 일상적인 삶에서 건강권을 지키는 능력을 회복하려는 활동이라고 할 수 있어 사회정의와 가치 측면에서 건강형평성을 향상하기 위해서도 중요하다. 최근 10여 년간 국내에서는 정부 주도적인 건강정책 및 보건의료사업의 한계를 인식하고 주민 참여를 기반으로 하는 지역사회 차원의 다양한 시도가 있었지만 이에 대한 통합적인 고찰과 논의는 부족했다.

따라서 이 글에서는 건강불평등을 완화하기 위해 국내에서 시행되고 있는 지역사회 주민 참여를 기반으로 한 정책이나 사업의 내용을 고찰해 보고자 한다. 지역 특성에 따른 주민 참여 보건사업의 협력 구조와 활성화 전략을 살펴보고, 앞으로 지역사회 주민 참여를 지속 가능하게 할 수 있는 방안을 모색할 것이다.

2. 지역사회 주민 참여의 이론과 적용

보건 분야에서 주민 참여 개념의 형성은 알마 아타 선언 이전의 시기인 1960년대 영국, 스웨덴, 미국을 중심으로 시작되었고, 1960년대 후반에는 남미와 아시아 지역 대부분의 국가에서도 거론되었다(김용익, 1992). 알마아타 선언이 제안될 당시 참여의 개념은 보건의료시설과 인력이 부족한 저개발 국가에서 열악한 보건 문제를 최소한의 수준에서 해결하기 위해 주민의 잠재적인 역량을 최대한 동원해야 한다는 시대적 배경을 가지고 있었다. 지역사회 주민 스스로 건강 상태에 대해 이해하고 건강 결과 또는 건강행태를 향상시킬 수 있도록 자가 관리의 책임성과 참여를 강조하거나 보건의료서비스가 효과적으로 전달될 수 있도록 마을건강원(village health worker)을 활용하는 보건사업을 진행했다. 이러한 시도에서 나타나는 주민 참여는 주민들이 가지고 있는 지역사회에 대한 지식과 주민 연결망을 동원하여 보건의료서비스를 가장 효과적으로 전달하도록 하는 것이 목표가 되므로 주민 참여가 도구적인 관점에 국한되는 경향이 있다.

하지만 이러한 수단으로서의 참여는 근본적으로 불평등한 사회구조를 통해 초래되는 건강 불평등을 해소하기 위한 장기적이고 지속 가능한 변화를 담고 있지 못해 학자들은 ‘권한 강화(empowerment)로서의 참여’의 개념에 주목하기 시작한다(Wallerstein, 1992). 권한 강화로서의 참여는 파울루 프레이리의 교육철학이론을 바탕으로 지역사회 주민, 특히 소외된 사람들이

정보와 자원 접근성을 획득하고 궁극적으로 자신들의 삶에 영향을 미치는 요인에 대해 통제력을 갖게 되는 과정이라고 보았다. 이러한 관점은 주민을 보건사업의 단순한 수혜자나 대상으로 보지 않고, 능동적인 행위자로서 그들의 건강에 영향을 미치는 사회적, 경제적, 정치적 조건을 개선하는 의사 결정 과정에 관여할 것을 제시했다. 권한 강화로서의 참여 관점에서는 주민이 우선순위를 정하고, 건강정책과 보건의료사업을 계획, 실행, 평가하는 모든 단계에 참여하는 과정이 매우 중요하다. 학자들은 정치적인 과정에서 자원과 권한이 재분배되고 소외된 주민들이 그들의 삶에 영향을 미치는 요인들을 이해하고 통제권을 갖는 능력이 향상되는 결과는 권한 강화의 근본적인 내용이라고 주장했다.

주민 참여가 권한 강화의 기제로 작동하려면 동원이나 형식적 참여가 아닌 주인의식을 가진 능동적 참여를 기반으로 해야 한다. 참여에 관한 고전적 이론인 ‘참여의 사다리모형’에서는 참여의 단계를 크게 세 가지로 분류하고 있다(Arnstein, 1969). 의사 결정권을 가진 세력이 어떤 목적을 위해 주민을 동원하거나 의도에 맞춰 행동하게 하는 비참여 단계가 있고, 정보 제공, 형식상 발언 기회 제공, 회유가 이루어지는 명목상의 참여 단계가 있는데 이 단계에서는 지역사회의 발전적인 변화를 이끌어 내기보다는 현상 유지에 머무르게 한다. 참여의 본질적인 의미를 담으려면 지역사회 구성원이 의사 결정에 동등한 협력자로 참여하고 주체자로서의 권한을 통해 결정권을 행사하는 시민 권한의 확보 단계로

나아가야 한다. Laverack(2007)은 이를 발전시킨 '지역사회 기반 상호작용 사다리모형'에서 권한 강화를 최상위 단계에 두었는데 자조, 상호 협력, 지역사회 기반 조직의 역량을 바탕으로 사회 및 정치 운동 등 다양한 활동의 가능성을 넓힐 수 있는 상태를 일컫는다. 이 모형에서는 권한 강화를 낮은 수준의 참여와 구분했는데, 상위 단계에 이르려면 지역사회가 통제권을 가지는 단계를 거쳐야 한다. 지역사회 구성원들이 높은 수준의 참여를 통해 사회적 영향력을 발휘하려면 다양한 이해관계자와 협력하는 단계(community engagement), 자기결정력에 기반한 건강 문제 해결의 대안 마련과 의사 결정에 참여할 수 있는 주민조직화(Community organization), 외부 지원 조직이 지역사회 주민을 도와 자원의 재분배, 경제·정치적 기회 확보, 사회개발을 하는 과정인 지역사회개발(community development)의 단계를 거쳐 지역의 강점과 자산을 체계적으로 쌓는 과정인 역량 쌓기(capacity building) 단계를 거쳐야 한다. 지역사회 주민이 건강정책이나 보건의료사업에 부분적으로 관여하는 단계에서 참여를 통한 권한 강화의 최상위 단계에 이르려면 지역사회 주민들이 권한이 없는 상태(powerlessness)에 대한 근본적인 원인을 이해하고 권한을 되찾는 활동에 참여하는 과정이 꼭 필요하다.

이러한 권한 강화로서의 참여에 대한 관점은 지역 기반 참여형 보건사업(CBPR: Commu-

nity-based participatory research)⁴⁾의 전통에 스며들었다(Israel, Checkoway, Schulz, & Zimmerman, 1994). 학계를 포함한 보건의료 전문가를 중심으로 한 보건사업에서 대상화되었던 지역사회 주민은 상호 평등하게 보건사업에 참여하고 주체로서 건강할 권리를 찾아 나섰다. CBPR에는 지식의 민주화, 연구방법론의 탈식민지화, 기득권에 의해 주변화된 정체성을 가진 계층의 권한을 되찾는 원리가 포함되어 있다(Wallerstein et al., 2018). 권한 강화로서의 참여의 관점을 적용한 대표적인 해외 사례로는 하와이 대학과 연방정부가 지원하고 있는 하와이 원주민을 위한 참여형 보건사업과 연구를 꼽을 수 있다. 하와이 원주민에 대한 보건의료 연구는 하와이 원주민 85%로 구성된 지역자치조직이 연구윤리심의위원회(IRB)에 반드시 참여하여 연구의 윤리성과 적절성 등을 심의하고 동의해야 비로소 연구를 시작할 수 있다(Fong, Braun, & Tsark, 2003). 또한 우선순위 선정부터 사업 평가까지 보건사업의 전 과정에 원주민이 전문가와 동등한 권한을 가지고 공동 사업 주체로 참여하고 있다.

3. 국내 지역사회 주민 참여형 보건사업의 역사

국내에서 시도된 지역사회 주민 참여형 보건사업의 역사를 거슬러 올라가 보면, 1969년 선교의사였던 시블리 박사(J. Sibley)에 의해 경남

4) 직역하면 '지역 기반 참여형 연구'라고 해야 하지만 학계를 포함한 전문가와 지역사회 주민의 파트너십을 기반으로 건강불평등 문제 해결을 위한 실천까지 포함하는 연구이므로 이 글에서는 독자의 이해를 돕기 위해 '지역 기반 참여형 보건사업'으로 칭한다.

거제도에서 참여형 ‘지역보건사업’을 처음 시도했던 것을 알 수 있다(지역보건의료발전을 위한 모임, 2012; 조병희, 2010). 마을 주민들을 사업에 적극적으로 참여시키고 건강증진의 주체를 의사가 아닌 주민으로 바꿔 중간 수준의 기술을 터득한 보건요원조직을 양성하고 보건소와 병의원을 연계하는 의료전달체계를 구축하려고 노력했다. 마을단위 주민보건요원인 마을건강원을 활용한 주민 참여형 사업은 70년대와 80년대 시범사업 차원에서 추진되다가 1986년 전국의 보건진료소 지역에 마을건강원을 두도록 하여 전국 범위로 확대됐다(김용익, 1992). 하지만 마을건강원들은 간단한 진료, 예방서비스의 제공 및 보건교육의 실시, 주민과 보건의료제공자 사이의 정보 전달 매개자로서의 역할은 일부 수행했으나 주민 참여의 구심점 역할을 하는 건강리더로 자리매김하지 못했다. 또 마을건강원과 이들을 통한 주민 조직이 전국적인 범위에서 자생력을 갖지 못했다. 따라서 보건의료인력과 시설이 부족하고 보건의료 취약지역의 분포가 넓었던 1970년대에 보건의료 전문 인력의 역할을 대신하는 데 그쳤다고 평가하고 있다.

80년대까지 진행했던 주민 참여형 보건사업의 전략에서 마을건강원의 양성과 함께 주요 전략으로 꼽을 수 있는 두 가지는 지역사회 주민조직 사업과 자조적인 재정사업이다(김용익, 1992).

지역사회 조직화를 바탕으로 구성된 ‘지역보건위원회’는 지속적으로 기능하지 않았고, 정부 주도의 보건진료소 및 보건진료소의 주민 참여 조직은 형식화되어 유명무실해졌다. 신용조합 형태의 재원 조달 기전은 일부 지역에 한정되었다. 세계보건기구에서 제안한 주민 참여의 원리를 기반으로 시도된 국내의 주민 참여형 보건사업에 쏟은 노력은 긍정적으로 평가해야겠지만 엄밀하게 따져 봤을 때 권한 강화로서의 참여 원칙을 실현했다고 보기 어렵다(김용익, 1992).

이러한 지역사회 중심 참여형 사업은 70년대와 80년대 시범사업 차원에서 추진되다가 90년대 들어 단절되었다. 2000년대 초반까지의 국내 지역사회 보건사업은 중앙정부 주도로 시행되었고 사업의 주체가 보건소로 한정되어 있어 지역사회의 참여가 수동적이거나 제한적이고, 지역사회개발에 대한 체계적인 방법론이나 이론의 활용이 부족하다는 지적을 받아 왔다(이명순, 2005). 기존 지역사회 보건사업의 중심은 보건소를 중심으로 관 주도로 진행되는 하향식 만성질환 관리 사업, 금연 사업, 영양 및 신체활동 증진 사업 등으로 개인의 건강 신념, 태도, 행동을 개선하는 데 중점을 둔 하위 흐름(downstream)⁵⁾ 사업이었다. 그러나 개인의 건강은 생애주기 동안 노출되는 사회적 환경 — 유년 시기의 경험, 교육, 경제적 상태, 직업, 거주지

5) 건강의 사회적 결정 요인의 프레임워크에 따르면, 건강을 결정하는 요인은 크게 두 가지 범주로 분류되고 있는데 근접 수준의 요인인 하위 흐름 요인(downstream determinants)과 원거리 수준의 요인인 상위 흐름 요인(upstream determinants)으로 나뉜다(Braverman, Egerter, & Williams, 2011). 개인 수준의 건강 신념, 태도, 행동 등은 하위 흐름 요인이며, 사회경제적 자원과 기회, 주거 및 노동 환경 등은 하위 흐름에 영향을 주는 경로에 위치하는 상위 흐름 요인이다.

외 주변 환경, 사회보장제도, 의료보장체계 등 — 에 영향을 받는다는 사회적 결정 요인(Marmot & Wilkinson, 2006)에 대한 이해가 확산되고 건강형평정책과 사업에 대한 연구가 진행되면서 지역사회를 중심으로 이웃이나 지역사회의 결속력과 신뢰, 지역사회 자원 네트워크, 생활터 환경 개선 등을 포함한 지역사회 역량 강화에 초점을 맞춘 지역사회 참여형 중재 사업에 대한 관심이 늘어났다.

지역사회의 권한 강화에 초점을 맞춘 주민 참여형 보건사업은 지방자치단체 수준에서 먼저 시도되었다. 부산이 2007년부터 건강취약지역인 반송동을 중심으로 참여형 보건사업을 수행한 것이 권한 강화로서의 참여 원칙을 적용한 국내 참여형 보건사업의 첫 시도라고 할 수 있다. 그 이후 경남, 강원, 경북, 서울 등의 지역에서 민·관·학의 파트너십을 통해 각 지역의 특성에 맞게 꾸준히 주민 참여형 보건사업이 확산되고 있다. 중앙정부 차원에서는 보건복지부를 중심으로 2012년부터 2014년까지 3년에 걸쳐 지역사회 참여형 건강증진 모형 개발을 위한 건강증진보건소 시범사업을 전국 16개 보건소를 대상으로 시행했었다(유승현, 2012). 또 2007년부터 4년마다 한 번씩 작성하는 ‘지역보건의료계획’에 지역사회 주민의 참여를 포함하도록 작성 지침이 개발되었다. 이러한 중앙정부의 관심으로 시범사업 후에도 참여형 사업의 중요성은 지속적으로 부각되고 있다.

4. 권한 강화와 협력을 통한 국내 주민 참여형 보건사업

최근 10여 년 사이에 전국적으로 확산되고 있는 건강한 마을 만들기 사업은 기존의 정부 주도 보건사업 및 정책이 건강형평성을 향상하는 데 한계점이 있다는 것을 인식하고, 지역사회 맥락과 주민의 의견을 반영한 보건사업을 만들고자 하는 국내 지역사회 주민 참여형 보건사업의 흐름을 나타내고 있다(윤태호, 2016). 이러한 흐름은 Laverack(2007)의 연구에서 제시한 참여형 사업의 발전 단계에서 나타난 이해관계자와 협력하는 단계와 주민조직화 단계에서 출발하여 지역 역량을 강화하는 단계로 이어지고 있다. 국내의 다섯 개 광역지자체에서 진행되고 있는 주민 참여형 보건사업의 추진 배경, 사업 내용, 사업 주체, 성과, 확산 요인과 한계점 등을 비교 분석해 본다.

가. 부산시 건강마을사업

부산시 건강마을사업은 2007년부터 2009년까지 사회경제적 취약지역인 반송동에서 진행된 ‘건강한 반송 만들기’ 시범사업에서 시작되었다. 2008년 부산의 건강 수준이 전국에서 가장 낮아져 있다는 보고서가 발표되면서 반송 건강마을사업의 성공 사례는 부산시 보건 실무자들에게 주목을 받게 되어 더 많은 지역으로 확산되었다(윤태호 등, 2013). 2007년 반송 지역 시범사업을 기반으로 하여 2010년 9개 지역에서 3년

동안 사업을 진행하였고, 매년 사업 지역을 확대해 2016년 기준 총 17개 동에서 주민 참여를 통한 ‘건강한 마을 만들기’ 사업을 진행하고 있다.

부산의 참여형 보건사업의 행정 지원 구조에서는 보건소와 복지관의 파트너십이 중요한 요소인데, 보건소 인력이 복지관의 주민조직화 및 지역개발 전략을 배울 수 있도록 최소 2년간의 파트너십 인큐베이팅 기간을 확보하고 있다. 주민 참여 내용으로는 마을 주민이 건강코디네이터가 되어 주민 참여를 촉진하는 역할을 하고 있는 것을 들 수 있다. 마을별로 주민 코디네이터를 중심으로 건강동아리 리더, 보건소와 복지관 담당자들이 모여 정기적인 회의인 ‘실무 네트워크’를 열어 주민 요구도가 높은 사업을 선정해 지역 자원과 협력해 추진하고 다양한 건강동아리와 건강지킴이단 등을 자발적으로 운영하고 있다. 대학의 지원단은 기술 및 교육을 지원한다. 2010년(1차 연도)과 2012년(3차 연도)을 비교한 자료에 따르면, 표준화사망률이 높은 취약지역 주민의 ‘전반적 생활 만족률’과 ‘마을 환경 만족률’에 대해 전반적으로 긍정적인 변화가 있었다(윤태호 등, 2013). ‘마을 관계의 돈독함’과 ‘마을 안전에 대한 긍정적인 인식’도 증가하는 추세를 보이거나 급격히 증가하였다. 흡연율은 거의 대부분의 지역에서 감소하였고 걷기 실천율은 증가하였다.

나. 경상남도 건강플러스 행복플러스 사업

경상남도는 높은 표준화사망률을 감소시키고

지역 간 건강불평등을 완화하는 것을 목표로 ‘건강플러스 행복플러스 사업’을 진행하고 있다(정백근 등, 2012). 2004년부터 2007년까지 표준화사망률이 지속적으로 높은 40개 취약 읍·면·동을 대상으로 2010년부터 6년 동안 보건소와 읍·면·동사무소, 주민건강위원회가 중심이 되어 건강마을 만들기 사업을 진행했다. 사업 지원 구조는 보건소와 읍·면·동사무소가 협력하고 대학의 지원단이 기술과 교육을 지원하는 형태이다. 주민 참여 내용을 살펴보면, 공식적인 주민 의사 결정 조직인 건강위원회를 중심으로 위원장과 마을 주민 코디네이터가 주민 참여를 촉진하고 있다. 건강위원회의는 이통장 등 마을의 대표, 지역의 자생 단체인 청년회, 부인회, 적십자 봉사회 등의 대표자, 일반 주민으로 구성되었고 지역사회 보건 문제를 해결하는 보건사업을 기획하고 수행하는 주체이자 의사 결정 기구가 되어 보건소와 협력하고 있다.

2010년과 2013년의 건강행태 자료를 비교하면 전체적으로 건강취약지역의 건강검진율이 유의하게 증가하였고 40세 이상의 위암 검진율이 유의하게 증가하였다(김장락, 정백근, 박기수, 강윤식, 2014). 이는 대부분의 건강위원회 위원이 건강검진 및 암 검진율 향상을 위해 마을별로 캠페인을 확산하고 노인을 직접 방문하여 설득하거나 차량을 제공하는 등의 적극적인 지원 활동을 했기 때문이었다. 지역사회 수준의 임파워먼트 점수도 모든 지역에서 증가했다. 건강위원회 위원들의 역량 강화 정도를 측정한 질적 연구에서는 건강위원회의 민주적 회의 운영 능력, 지역

의 주요 건강 관련 자원과의 파트너십 구축, 건강 문제 해결 방안을 찾는 능력이 향상되었다고 보고되었다. 또 위원들이 정책결정자들의 건강정책에 대한 인식을 변화시키고 정치적 참여를 증가시켰다고 보고했는데, 강변 오물 불법 소각 단속 강화, 걷기 코스 단장, 운동기구 설치 지원, 상수도 시설 조기 완공, 주민을 위한 민간 목욕시설 유치 등을 근거로 들었다.

다. 강원도 건강플러스사업

강원도는 2008~2012년 5년 연속 건강 수준이 전국 최하위였으며, 강원도 내의 시·군 간 건강 격차가 매우 컸다(강원도 통합건강증진사업지원단, 2017). 특히 3대 주요 사망 원인(암, 심장, 뇌혈관질환 사망률)이 전국 수준보다 매우 높게 나타났다. 이에 참여형 보건사업인 건강플러스사업을 2013년부터 진행하여 2017년 기준 8개 시·군, 19개 읍·면·동에서 진행하고 있다. 주요 사업 내용은 주민 참여 활성화를 통한 주민 주도 보건계획 세우기와 지역건강협의체 구성 및 운영이다. 주민들로 구성된 건강위원회가 핵심 주체 조직이며, 주민 코디네이터가 실무를 담당하고 보건소, 읍·면·동사무소, 지역사회 자원 등은 행정적인 지원을 하고 있다. 대학 지원단은 기술과 교육 지원을 하고 있다.

‘지역사회건강조사’ 자료를 활용하여 사업 시행 전에 건강취약지역인 사업 대상 지역과 이와 비슷한 대조군 마을을 선정하고, 이 지역의 사업 시행 전 3년(2011~2013), 시행 후 3년

(2014~2016)의 건강지표를 비교하여 사업 효과성을 실증적으로 분석했다. 이 사업의 핵심 요소인 주민 역량 측면에서는 상호부조율, 사회활동 참여율, 이웃과의 연결망이 증가하고 이웃과의 연결 단절률(주 1회 이하)이 감소하였는데, 건강플러스마을사업이 주민 역량 강화를 통해 마을 전체에 ‘건강하고자 하는 분위기’를 확산시킨 것으로 분석하였다. 건강지표 분석 결과 건강플러스마을사업 시행 후 흡연율, 금연 계획률, 금연 시도율, 고위험음주율, 신체활동 실천율, 걷기 실천율, 주관적 비만 인지율, 스트레스 인지율, 우울감 경험률, 건강검진 수진율, 암 검진율, 고혈압 약물 치료율의 지표가 향상되었다. 또한 대조군 마을과의 비교 결과에서도 금연 계획률, 금연 시도율, 고위험음주율, 신체활동 실천율, 걷기 실천율, 주관적 비만 인지율, 스트레스 인지율, 우울감 경험률, 건강검진 수진율, 암 검진율, 고혈압 약물 치료율에서 건강플러스마을의 지표 향상 정도가 더 높았다.

라. 경상북도 건강새마을 조성 사업

경상북도는 2014년부터 2016년까지 3년간 건강취약지역 20개 마을을 선정하여 ‘건강새마을 조성 사업’을 추진했다(강민정, 김건엽, 홍남수, 2015). 선정 기준은 331개 읍·면·동의 3년간(2008~2010년) 표준화사망률과 23개 시·군의 5년간(2008~2012년) 지역사회건강조사 분석 결과를 토대로 한 것이다. 이 사업은 마을건강위원회와 협의회를 운영하는 지역 주민 조직화 사

업을 통해 기반을 조성하고 주민 주도형 건강증진사업을 수행하고 지역건강네트워크를 활성화하는 전략을 따르고 있다.

사업 지원 구조는 경남과 비슷한데 보건소와 읍·면·동사무소가 협력하고 있다. 마을건강위원회는 주민 주도형 건강새마을 조성 사업을 계획하고 실행하며 유지하기 위한 핵심 조직으로서 의사 결정 기구 역할을 담당하고 있다. 위원회는 이장을 비롯한 부녀회장, 주민자치조직, 주민소모임 리더 등으로 구성되어 있는데, 보건소 및 읍·면·동사무소와 연계하며 건강사업 실행에 참여한다. 마을 주민 중에서 마을건강지기가 선발되어 주민의 참여를 촉진하고 건강위원회와 보건소의 매개자 역할을 담당하고 있다. 대학 지원단은 기술 자문과 교육 지원을 하고 있다.

건강위원회 위원 대상 설문조사 결과, 대다수 위원이 주민 참여형 보건사업이 기존의 보건소 주도 사업에 비해 효과적이라고 답했다(강민정 등, 2015). 건강취약지역 주민이 직접 참여하기 때문에 주인의식이 고취되고, 지역 실정을 잘 아는 주민이 직접 사업을 주도하므로 만족도가 높고, 지역 주민 간 신뢰가 형성되고 지역에 대한 애착이 증가했기 때문이라고 보고했다. 건강마을사업의 효과로는 건강에 대한 인식 변화, 건강의식 고취, 건강 결과 향상, 마을 전체의 소통 및 활기와 참여의식 증대로 나타났다.

마. 서울시 소생활권 건강생태계 조성 사업

서울시는 지역 주민 참여의 기전을 바탕으로

로 한 보건사업과 협력 거버넌스 구축을 시민건강국의 중요한 업무 중 하나로 규정하고 있고, 2012년부터 주민 참여형 건강마을, 건강친화마을 조성, 취약 여성 건강관리사업, 소생활권 건강생태계 조성 사업 등을 추진해 왔다(서울시 소생활권 건강생태계 기반 조성 사업지원단, 2016). 이 중 대표적인 주민 참여형 보건사업인 ‘소생활권 건강생태계 기반 조성 지원 사업’은 2015년부터 건강증진사업 부문에 대한 주민 참여가 지속 가능하도록 소생활권(인구 10만 명, 행정동 3~4개 포함)을 중심으로 추진되었다. 2015년 4개 자치구에서 시작되었으며 점차 확대되어 2018년에는 10개 자치구에서 시행되고 있다.

사업 지원 구조를 보면, 보건소와 지역 주민의 삶에 뿌리를 두고 있는 지역 기반 조직(CBO: community-based organization)이 수평적 민관 파트너십을 이루어 주민 참여형 보건사업을 촉진하는 주체 역할을 하고 있다. 특히 CBO의 코디네이터는 주민을 조직화하고 주민리더를 양성하여 지역의 건강의제를 발굴하고 공론화하는 과정을 거쳐 우선순위를 정해 건강 문제를 해결하는 데 적극적으로 참여할 수 있도록 실천계획을 세우는 주체이다. 서울시 사업 지원단은 교육 및 기술 지원을 하고 있다.

민관 파트너십에 참여하는 활동가와 보건소 직원을 대상으로 한 설문조사에서 ‘민관 협력 역량’을 ‘사업의 구조 및 비전,’ ‘민관 협력,’ ‘지역사회와 주민의 변화’ 등의 세부 영역으로 나누어 평가했는데, 2016년과 2017년 결과를 비교했을 때 유의하게 민관 협력 역량이 강화되었다. 참여

주민을 대상으로 한 설문조사에서는 건강소모임에 적극적으로 참여하는 것이 우울감을 낮추는데 직접적인 영향을 미쳤고, 삶의 질에는 건강 역량과 공동체 의식을 통해 간접적으로 긍정적인 영향을 미쳤다. 이 사업의 강점은 그동안 보건사업의 대상자나 수혜자로 여겨졌던 건강취약지역의 주민이 건강증진사업의 초기부터 능동적으로 참여하고 보건(지)소와 협력하여 사업을 운영하

는 경험을 쌓으며 역량이 강화되었다는 점이다. 일부 지역에서는 주민건강위원회와 같은 자치조직을 형성할 수 있는 단계가 되어 주민이 건강형평성을 실천하는 주체로 성장하고 있다.

바. 국내 주민 참여형 보건사업 비교 분석

최근 10년간 진행된 주민 참여형 보건사업에서 지향하는 공통된 목표는 주민의 조직화를 통

표 1. 지방정부 주민 참여형 보건사업 사례 비교

지역	도시		농촌		
	부산	서울	경남	경북	강원
사업명	건강한 마을 만들기	소생활권 건강생태계 조성 사업	건강플러스 행복플러스	건강새마을 조성 사업	건강플러스
시작 연도	2010년~	2015년~	2010년~	2014년~	2013년~
사업 지원 기간	3년	1년	6년	3년	사업 기간 없음
대상 지역	동 단위	소생활권 (인구 10만 명)	읍·면·동 단위	읍·면·동 단위	읍·면·동 단위
사업 방식	공모형		지정형(건강취약지역)		지정형(해당 지역 응집력 사전조사 기반)
사업 지원 주체	시, 보건소, 복지관, 지원단(대학)	시, 보건소, CBO, 지원단	도, 보건소, 읍·면·동 사무소, 진주 YMCA, 지원단(대학)	도, 보건소, 읍·면·동 사무소, 지원단(대학)	도, 보건소, 읍·면·동 사무소, 지원단(대학)
예산	광역지자체 차등 지급 (사업계획서 평가 기반)	광역지자체 동일 지급	광역지자체 동일 지급	광역지자체 동일 지급	보건소 자체 예산
예산 주 사용처	보건소 지원	CBO 활동 지원 (코디네이터 인건비)	주민 코디네이터 인건비, 건강위원회 지원	마을건강지기 인건비, 건강위원회 지원	마을코디네이터 인건비, 건강위원회 지원
촉진 주체	보건소-복지관-코디네이터	보건소-CBO 코디네이터	보건소-읍·면·동 사무소-코디네이터	보건소-읍·면·동 사무소-마을건강지기	보건소-읍·면·동 사무소-마을코디네이터

한 주민의 권한 강화다. 기존의 보건사업에서는 주민 참여를 수단으로 인식하는 경향이 강했고 ‘자발적으로’ 봉사하도록 하는 수준의 참여를 독려하는 방향성이 있었는데, 최근 지자체에서 진행하고 있는 참여형 사업은 주민의 주체성과 민관 파트너십에 상호 평등하게 참여하는 것을 강조하고 있다. 지역사회 참여형 사업에서 공통적으로 보이는 특징은 두 가지다. 첫째, 기존의 보건사업이 보건의료인력의 전문성과 자원을 기반으로 주도적으로 중재사업을 계획하고 수행하는 하향식 접근법을 사용한 반면, 참여형 보건사업은 주민자치조직의 리더십을 배양하여 지역사회의 건강 문제를 발굴하고 지역사회 자치적으로 해결할 수 있는 역량을 강화하는 상향식 접근 방법을 따르고 있다. 둘째, 건강의 사회적 결정 요인인 사회경제적 기회 및 자원, 생활 환경과 노동 환경, 지역사회 구성원 간의 신뢰와 네트워크 등을 포함하는 사회적 자본 등에 대한 사회적 관심을 주민 스스로 환기시키고 건강에 영향을 미치는 보건의료서비스 영역 이외의 부문까지 의사결정 과정에 참여하는 주민건강공동체를 개발하려는 노력을 하고 있다.

주민 참여형 보건사업의 지원 구조는 지역의 특성에 따라 상이하였다. 주민을 조직화하고 주민리더십을 배양하는 것은 보건의료서비스 제공 중심으로 인력이 구성된 보건소의 기존 업무 영역이 아니었기 때문에 보건소는 다양한 지역사회 파트너와 연계하고 있었다. 농촌의 경우 지역사회 자원이 부족하기 때문에 보건소가 행정력을 가진 읍·면·동 사무소와 연계하고 있는 반면,

도시에는 지역사회 자원이 상대적으로 풍부하므로 부산의 보건소는 복지관과 연계했고 서울은 CBO와 연계하여 주민 참여 활성화를 지원했다.

주민 참여를 활성화하는 주체는 주민 코디네이터 또는 마을건강지기로 불리는 주민 활동가였다. 그들은 마을건강원과 비슷한 역할을 담당했는데, 보건의료기관과 주민 사이의 정보 전달 매개자이자 예방서비스 및 보건교육 제공을 돕는 주체이다. 이전 마을건강원과 다른 특징은 지역마다 수준 차이는 있지만 주민조직화의 중심축이자 지역건강리더로서 자리매김하고 있다는 점이다. 그들은 신뢰와 공동체 의식을 고양하고 교통 지원, 의료 및 사회서비스 신청 관련 문서 작성, 정서적 지지 등 다양한 사회적 지지를 제공하며 주민 참여 활성화를 촉진하는 역할을 수행하고 있었다. 이는 국외에서 건강형평성 향상을 위해 양성하고 있는 주민보건요원(lay health worker)의 역할 및 기능과 닮아 있다. 이들을 통한 참여형 접근 방법은 보건의료전문가에 대한 의존성을 줄이고 보건 프로그램의 문화 및 지역 감수성(local sensitivity)을 높여 프로그램에 대한 주민의 주체성과 수용성을 향상시킬 수 있다 (Heo & Braun, 2014). 또한 장기적으로는 지역사회의 변화를 생성하고 지속할 수 있는 역량을 강화하며, 프로그램이나 정책의 개발과 개선 방안에서 지역사회의 여러 이해관계자들을 포함하여 보건사업 자체의 역량도 강화하며, 결국 건강 결과에 긍정적인 역할을 미치게 된다.

5. 건강불평등 완화를 위한 지역보건사업의 발전 방향

국내에서 지금까지 불평등은 주로 소득, 교육, 젠더 등의 관점에서 다루어져 왔고 건강 문제에 대해서는 상대적으로 사회적 관심이 부족했다. 따라서 정책입안자와 국민이 건강불평등에 대해 인식하고 필요한 정책을 요구할 수 있도록 하는 사회 인지도 향상에 초점을 둔 커뮤니케이션 활동이 선행되어야 한다. 최근 한국건강형평성학회가 연구 결과를 토대로 각 지역의 시민단체와 협력하여 지방선거에서 건강불평등을 의제화한 노력은 좋은 선례가 될 수 있다. 주민이 일상적인 삶의 터에서 그들의 건강권을 지킬 수 있는 역량을 키우고 지역보건사업의 의사 결정에 적극적인 주체로 관여하는 것은 건강형평정책의 중요한 전략이다. 그러나 국내 참여형 사업의 사례 분석에서 예산과 행정 지원의 비지속성, 보건소 담당 공무원의 인식과 경험 부족, 짧은 사업 기간 내 성과 위주의 평가 방식 등이 사업의 확산을 저해하는 요인으로 드러나고 있어 이를 보완하기 위한 대책이 필요하다. 지역 수준에서 지속적인 참여와 협력이 이루어지는 구조를 정착시키기 위한 정책을 다음과 같이 제안한다.

가. 참여형 보건사업 인프라 구축

참여형 보건사업의 한계점에서 거론했듯이 주민조직화를 통한 역량 강화는 단기간에 이뤄지기 어렵다. 역사적으로 오랜 권위주의 시기를 거

치면서 한국의 지역사회는 수동성이 내재화된 것처럼 보인다. 따라서 주민들이 자발적이며 민주적인 방식으로 보건사업에 참여하리라는 보장이 없으므로, 장기적인 관점에서 지역 리더십을 세우고 주민을 조직하는 데 자원과 노력을 지속적으로 쏟아야 한다. 하지만 지자체 수준에서 진행되고 있는 참여형 보건사업에 대한 인력과 예산 확보는 단기적이며 지속적이지 않아 대책 마련이 시급하다.

동 단위 보건 기능 강화는 참여형 사업의 지속성 확보를 위한 인프라 강화 전략이 될 수 있다. 국내에서는 가장 먼저 주민 참여형 사업을 추진한 부산에서 2017년부터 건강마을사업의 경험을 가지고 있는 지역을 중심으로 건강취약지역까지 포함하여 마을건강센터를 개설, 주민 역량을 지속적으로 개발할 수 있는 인프라를 구축했다(윤태호, 2017). 건강마을사업의 주민 코디네이터가 마을건강센터에서 주민 참여 촉진 활동을 지속할 수 있어 지역 역량이 쌓일 수 있는 구조를 마련했다고 평가할 수 있다. 서울시 중구에서는 2015년부터 동주민센터 내에 참여형 보건지소를 설치하여 주민조직화를 통한 참여형 사업을 시작했다. 지역사회 참여형 보건사업이 먼저 시작되고 인프라를 갖추게 된 부산과 달리 서울 중구에서는 참여형 보건사업 인프라를 구축한 후 주민 참여형 보건사업의 활성화를 촉진하고 있다. 두 사례 모두 동 단위 보건 기능 강화를 통해 주민 참여 사업을 지속적으로 개발하는 전략이며 커뮤니티 케어와 연계성이 있어 확산 가능성이 높다.

나. 상향식 참여 거버넌스 구조화를 위한 법적 근거 마련

참여형 보건사업에서 주민은 사업의 주체이며, 참여형 보건사업은 주민의 일상적인 삶의 터에서 이들의 건강권을 지키는 능력을 찾아내려는 시도라고도 볼 수 있다. 즉 이미 주민으로 지역에서 목소리를 내 왔던 사람들이 아니라 발언권을 얻지 못했던 사람들이 공적인 장에서 자신의 목소리를 낼 수 있도록 조건을 마련하기 위한 토대가 되는 사업이라고도 할 수 있다. 다양한 행위자들이 다양한 주제에 관심을 두고 능동적으로 움직이려면 주민이 실질적인 권한을 가져야 한다. Fung과 Wright(2001)는 ‘권한 강화된 참여적 거버넌스(empowered participatory governance)’를 구조화하기 위해서는 의사 결정 단계가 문제의 소재지로 가능한 한 많이 내려가야 한다고 언급했다. 따라서 일반 주민들이 지역 보건의료사업 등의 의사 결정에 참여할 수 있는 구조가 마련되어야 한다. 권한이 강화된 주민이 참여하는 협치 구조를 통해 정부 보건의료체계와 주민이 속한 생활 세계의 거리를 좁히고 둘 사이에서 상호 책무성을 강화할 수 있다.

서울시의 경우 보건 분야에서 참여를 통한 협력 거버넌스를 구축하기 위해 시민건강위원회, 시립병원 시민참여위원회, 보건(지)소의 주민건강위원회 등 다양한 위원회 제도를 운영하고 있다. 그러나 서울시 전체 위원회 제도에 대해 당사자 대상 설문조사를 한 결과, 위원회 위원의 다양성과 전문성이 부족하고 실질적인 정책 결정 과

정에 참여하지 못함에 따라 관련 법적 근거를 재 정비하거나 신규 조례를 제정하고 세부 운영 지침을 개발해야 하는 과제를 안고 있는 것으로 드러났다(서울협치협의회, 2017). 미국의 연방정부에서는 보건소(community health center)의 프로그램과 서비스가 지역 주민의 필요에 맞게 진행되도록 보장하기 위해 지역에서 선출된 지역 이사회에 의해 운영되도록 하고 있는데 일반 주민이 51%를 차지하도록 법적 근거를 마련하고 있다는 점은 눈여겨볼 필요가 있다(Shin, Sharac, Alvarez, & Rosenbaum, 2011).

다. 지역 기반 건강불평등 완화 사업의 평가 체계 재정비

지역사회 주민 참여형 보건사업은 궁극적으로 지역공동체를 복원하고 그 내부의 권력관계를 새로이 구성하는 과정을 담고 있다. 지역 수준의 건강불평등은 주민의 자율적인 역량 강화와 자발적인 참여가 있을 때에만 해결될 수 있는데, 지역사회 내 변화 역량은 다양한 행위자 간 소통과 상호 이해를 통해 강화될 수 있다. 특정한 이슈를 해결하기 위해 결합하는 느슨한 연대는 다양한 건강의제를 논의하며 신뢰를 형성하는 강한 연대로 발전해야 하고, 이러한 발전은 일정한 과정을 거치면서 이뤄질 수 있다.

따라서 주민 참여형 보건사업은 특정한 보건 이슈나 문제를 얼마나 효율적으로 해결하느냐를 통해 평가될 수 없다. 지역의 건강불평등 문제를 해결하는 과정에 주민들이 얼마나 주체적으

로 참여했는가, 그 과정을 통해 주민들이 어떠한 변화를 겪었는가라는 과정적인 의미를 강조해야 한다. 또 건강형평사업은 보건 프로그램, 의료 서비스, 지역 기반의 보건사업뿐만 아니라 건강의 사회적 결정 요인의 상부 흐름 구조에도 관심을 두어야 하기 때문에 사회정책을 평가할 수 있는 평가체계를 마련해야 한다(Wallerstein et al., 2018). 지역사회 기반의 참여적 관점으로 건강형평정책을 측정할 때에는 질적·양적 자료 모두 개인 수준과 사회 맥락 수준 사이의 상호 관련성을 분석하는 데 필요하다. 예를 들면, 건강형평성 영향평가(health equity impact assessment), 디지털 스토리텔링, 시각자료의 매핑, 지오코딩, 사회적 결정 요인 측정지표 등의 평가지표를 개발하고 활용하는 일이 중요한 과제로 남아 있다.

6. 나가며

우리는 왜 지역 기반 건강형평정책과 사업에서 참여를 논하는가? 우리가 당면하고 있는 건강불평등을 주민의 참여 없이 행정의 힘만으로는 해결할 수 없기 때문이다. 건강불평등 문제는 사회구조와 보건의료체계로 인해 발생하는 문제부터 생활터에서 일어나는 문제까지 다양한 이해관계와 지역의 관심사가 얽혀 있어 개인이나 단일 기관이 풀 수 없다. 따라서 주민, 정부, 시민단체, 시장 등 여러 주체군이 대화의 장에 나와 토론하고 합의하여 해결해야 한다.

이렇게 권한 강화된 협력 거버넌스가 구축된다면 주민의 참여를 이끌어 내기 위해 정책의 우

선순위를 정하는 결정 과정뿐만 아니라 실행 과정에 직접 참여하여 의견을 제시하고 결정 권한을 행사하도록 하는 것이 필수다. 기존의 방식으로 행정에서 일방적으로 정책의 방향과 실행계획을 세우고 주민의 의견을 듣는 형식적인 참여(동원)의 틀에서 벗어나야 할 것이다.

Rifkin(1996)은 참여가 마법의 탄환은 아니며 권력 관계, 역사적·사회적 맥락을 이해하고 대안을 찾는 복잡하고 반복적인 과정이라고 말했다. 건강불평등을 해소하기 위한 지역사회의 노력이 장기적인 관점에서 지역 감수성을 가지고 반복적으로 지속되길 바란다. ■

참고문헌

- 강민정, 김건엽, 홍남수. (2015). 건강새마을 조성사업 주민참여 모니터링(정책연구보고서 2015-03). 경북행복재단.
- 강원도 통합건강증진사업지원단 (2017). 2017년 강원도 건강플러스 지침서. 강원도: 동지원단.
- 김양중. (2018. 6. 4.). '기대수명' 과천 86살·영양 79살 ...고흥 고·저소득자 '건강수명' 차이 21년. 한겨레 신문. <http://www.hani.co.kr/arti/society/health/847527.html>에서 2018. 6. 17. 인출.
- 김용익. (1992). 보건의료 주민참여의 정의와 전략에 대한 연구. 보건행정학회지, 2(2),

- 90-111.
- 김장락, 정백근, 박기수, 강윤식. (2014). 지역사회조직화 전략의 중간 결과평가. *농촌의학·지역보건*, 39(3), 146-160.
- 서울시 소생활권 건강생태계 기반 조성 사업지원단. (2016). 2015년 서울시 소생활권 건강생태계 기반 조성사업 결과보고서. 서울: 동 지원단.
- 서울시 소생활권 건강생태계 기반 조성 사업지원단. (2017. 12. 5.). 2017 소생활권 건강생태계 조성사업 결과보고회 발표자료. 서울: 동 지원단.
- 서울협치협의회. (2017. 12. 15.). 서울시 위원회제도 혁신에 관한 정책 권고. <http://gov.seoul.go.kr/archives/106776>에서 2018. 5. 8. 인출.
- 유승현. (2012). 지역사회건강증진을 위한 참여. *보건교육·건강증진학회지*, 29(4), 57-66.
- 윤태호, 유동철, 김종건, 김창훈, 김유미, 석연실 등. (2013). 2012년 부산광역시 건강도시 사업지원단 사업 최종보고서 <건강한 마을 만들기>. 부산.
- 윤태호. (2016). 참여형 보건사업에서 '참여'는 무엇을 의미하나? 지역건강과 참여, 다시 길을 묻다. 새로운 이론 모색을 위한 연속 토론회. 대전: 농촌의학지역보건학회/시민건강증진연구소.
- 윤태호. (2017). 부산시 마을건강센터 사업의 경험. 대한예방의학회 가을학술대회 지역보건 컨퍼런스 발표자료. 부산.
- 이명순. (2005). 건강증진사업을 위한 지역사회 참여와 연대구축. *한국보건교육건강증진학회 학술대회 발표논문집*. 231-252.
- 정백근, 김장락, 강윤식, 박기수, 이진향, 조선래 등. (2012). <사례보고> 경상남도 지역 간 건강불평등 완화사업. *농촌의학·지역보건*, 37(1), 36-51.
- 조병희. (2010). 지역사회 중심 건강증진의 과거와 현재. *보건교육·건강증진학회지*, 27(4), 1-6.
- 지역보건의료발전을 위한 모임. (편). (2012). 지역보건 60년의 발자취 2권. 서울: 동 모임.
- 한국건강형평성학회. (2007) 건강형평성 측정 방법론. 서울: 동 학회.
- Arnstein, S. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4), 216-224.
- Fung, A., & Wright, E. O. (2001). Deepening democracy: Innovations in empowered participatory governance. *Politics & Society*, 29(1), 5-41.
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: coming of age. *Annual Review of Public Health*, 32, 381-398.
- De Vos, P., De Ceukelaire, W., Malaise, G., Pérez, D., Lefèvre, P., & Van der Stuyft, P. (2009). Health through

- People's Empowerment: A Rights-Based Approach to Participation. *Health and Human Rights*, 11(1), 23-35.
- Fong, M., Braun, K., & Tsark, J. (2003). Improving Native Hawaiian Health through community-based participatory research. *Californian Journal of Health Promotion*, 1, Special Issue: Hawaii, 136-148.
- Heo, H. H., & Braun, K. L. (2014). Culturally tailored interventions of chronic disease targeting Korean Americans: a systematic review. *Ethnicity & Health*, 19(1), 64-85.
- 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(2), 149-170.
- Laverack, G. (2007). Health promotion practice: building empowered communities. McGraw-Hill Education.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2006). *Social Determinants of Health*. New York: Oxford University Press.
- Rifkin, S. (1996). Paradigms lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes. *Acta Tropica*, 61(2), 79-92.
- Shin, P., Sharac, J., Alvarez, C., & Rosenbaum, S. (2011. 3). Community health centers in an era of health reform: An overview and key challenges to health center growth. Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1079&context=sphhs_policy_facpubs에서 2018. 5. 8. 인출.
- Wallerstein N., Duran, B., Oetzel, J., & Minkler, M. (Eds). (2018). Community based participatory research for health: Advancing social and health equity. San Francisco: Jossey-Bass.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6, 197-205.
- World Health Organization(WHO). (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO.