

〈중설〉

# 건강증진을 위한 지역사회 기반 참여연구의 적용 방안

유승현

서울대학교 보건대학원 / 서울대학교 보건환경연구소

## I. 머리말

지역사회의 사회, 인구, 문화적 다양화를 고려한 보건 연구의 필요성이 강조되고 다양한 지역사회 특색과 맥락에 맞는 맞춤형 보건사업에 대한 관심이 높아진 가운데, 해당 지역사회와 당면 보건문제에 대한 이해 및 현장성과 실천력을 중심에 둔 지역사회 기반 참여연구(Community-Based Participatory Research: CBPR)가 건강증진 연구 및 사업의 지향점으로 제시되고 있다. CBPR의 핵심은 해당 지역사회 구성원들이 보건전문가, 연구자들과 동등한 협력자로서 당면 보건문제를 파악하고, 결정된 해결책을 실행에 옮기는 일련의 과정에 주도적으로 참여하는 것이며, 그 과정을 통해 지역사회 내의 관련 조직, 단체들의 연결망이 조성, 확대, 강화되고 지도력이 개발되어 지역의 건강증진을 위한 자생적, 지속적인 역량(community capacity)이 향상되는 것이다. 지금까지 국내에서는 CBPR 또는 참여형 실행연구(Participatory Action Research: PAR)가 보건, 사회복지, 교육 등의 분야에서 언급되었지만 실제 적용은 미약하거나 단편적인 사례들이고, 전반적으로 CBPR을 지역사회 현장에서 어떻게 실현할 것인지에 대한 구체적인 조작화(operationalization) 방안의 제시와 논의는 아직 미흡한 편이다. 따라서 이 논문에서는 지역사회 건강증진 상의 CBPR의 특징과 의미를 짚어보고, 선행연구에서 공통적으로 활용된 조작화 방안들을 제시, 논의하고자 한다.

## II. 지역사회 기반 참여연구(Community-Based Participatory Research: CBPR)의 개요와 특징

CBPR은 연구와 관련된 모든 사람들이 동등한 협력자로 참여하는 접근법으로 협력자들이 각자의 분야와 위치에서 가지고 있는 고유의 능력과 역량에 가치를 둔다(Community Health Scholars Program, n.d.). CBPR은 지역사회 구성원들이 중요하다고 인식하는 당면문제를 대상으로 하며, 지식과 실천의 결합을 통해 건강증진과 건강불평등 해소를 위한 사회 변화의 성취를 목적으로 한다. 이러한 CBPR은 기존의 연구자 중심 접근법과는 확연히 다르기에(Faridi 등, 2007) 특징적인 면모들을 살펴볼 필요가 있다.<sup>1)</sup>

### 1. 지역의 정의

CBPR에서의 community는 행정구역상의 지리적 지역사회에 국한되지 않고 정체성을 공유하는 공동체를 포괄한다. 따라서 관심사, 문화, 체제 등을 공유하고 소속감, 공동체의식을 공유하는 집단으로서의 community는 학교나 직장, 군대와 같은 조직과 동호회, 부녀회, 소비자단체, 학부모회, 환우회, 소수자단체 등의 모임이 다양하게 포함되는데 이를 Israel 등(2003)은 정체성 공동체(community of identity)라고 하였다. 디지털 시대에 인터넷을 매개체로 건강정보와 건강생활에 관한 사회적지지(social support)를 교환하거나 건강증진 행위를 함께 실천

교신저자: 유승현

서울 종로구 연건동 28 서울대학교 보건대학원

전화: 02-740-8861 팩스: 02-745-9104 E-mail: syoo@snu.ac.kr

▪ 투고일 09.02.12 ▪ 수정일 09.03.18 ▪ 게재확정일 09.03.28

1) CBPR 원칙과 특징에 대해서 Israel 등(2003)이 자세히 논의하고 있다.

하는 online community도 이러한 정체성 공동체로서의 community에 해당한다. 실제 북미 영어권 60개 선행연구의 검토보고서에 의하면 CBPR 연구대상 community가 인종/민족 공동체(40%), 건강주제에 대한 공동체(30%), 지리적 지역사회(20%), 직업군 공동체(8%)의 순으로 나타났다(Viswanathan 등, 2004). 현대사회에는 인구, 문화, 사회적 다양화와 함께 여러 주제와 특성에 따른 정체성 공동체들이 혼재하기에, 이들 현장과의 교류가 없는 연구는 필연적인 한계를 가지며, 보건사업 역시 일괄 사업 모형에 기초해서는 효과와 효율성을 기대하기 어렵다.

## 2. 참여의 의미와 범위

건강증진 연구의 주제, 방법, 활용이 연구자와 연구기금 제공기관에 의해 결정되는 것이 기존의 방식이었다면, CBPR은 기존 연구에서의 연구자와 대상자의 관계와는 다른 방향을 제시한다(Faridi 등, 2007). 지역사회 구성원이 아닌 외부인 전문가들이 건강증진 연구나 사업을 개발한 뒤 지역사회에 적용하여 수행함으로써 지역사회를 연구/사업의 단순한 대상으로 설정하는 방식을 지역사회 설치형(community-placed)이라고 할 때(Minkler, 2005), 지역사회 기반형(community-based) 연구는 연구 및 사업의 주제, 기법, 목적, 활용 등의 설정과 수행을 지역사회 내에서 구성원들과 협력체를 형성하여 함께 진행한다. 지역사회 기반형 연구는 지역사회가 주도하는 연구이자 사회의 요구와 반응에 호응하는 연구이기에 지역사회 구성원들의 적극적이고 직접적인 참여가 필수적이다(National Institutes of Health(NIH), 1996). 다시 말해 CBPR은 연구의 기획부터 평가 및 결과 반영에 이르는 전 과정에 대표성 있는 지역사회 구성원들의 지속적이고 적극적인 참여를 중요한 기본 전제로 하고, 지역사회 구성원들이 단지 설문조사 대상이나 교육 프로그램 참석자에 그치는 것이 아니라 해당 지역사회에서 어떤 조사와 교육이 왜 필요하며 어떻게 진행하고 활용할 것인지에 대한 의사결정자이자 수행자의 역할을 담당함을 말한다. 지역사회 구성원과 연구자 사이에 연구 목적이나 우선순위가 상충했을 때 또는 지역사회가 지리적으로만 정의되었을 때 기존의 지역사회 건강증진의 효과와 지속성에 제한점이 있었다는 점을 상기하면(Merzel과 D'Afflitti, 2003), 정체성 공동체를 포함하는 지역사회 기

반의 참여형 건강증진 연구 및 사업은 그 필요성과 적절성이 정당화된다. '지역사회 구성원의 참여'는 보건교육-건강증진을 사람들이 살고 있는 현장에서부터 시작하려는 기본 원칙(Nyswander, 1956)임은 물론, 구성원들의 건강문제를 그들의 참여 없이 결정, 추진하는 것은 비윤리적이라는 지역사회 보건 및 CBPR의 윤리 규정으로 받아들여지고 있다(Israel 등, 2003).

같은 보건 주제에 대해서라도 지역사회의 특성과 맥락에 따라 인식과 중요도가 다를 수 있으므로 질적, 양적으로 역량 있는 효과적인 건강증진 프로그램은 지역사회 구성원과의 직접 교류를 통해 기획, 수행되어야 한다. 건강증진 기획-수행-평가에 이르는 전 과정에 지역사회 구성원들이 구체적인 역할분담, 조사평가, 과제수행, 의사결정을 담당하는 것은 해당 지역사회에 적합한 건강증진 접근법의 파악과 운영에 근간을 제공하는 한편, 참여 경험을 통해 지역사회 구성원들의 역량이 강화될 뿐 아니라 지역사회 구성원들과 건강증진 관련 단체, 정부기관 간의 협력체계가 개발되어 지역사회 전체의 역량(community capacity)이 증진될 가능성이 높아진다. 따라서 CBPR은 지역사회 구성원의 주도적 참여를 바탕으로 건강증진 프로그램 역량강화, 참여자 역량강화, 관련 조직 및 지역사회 역량강화를 구현하고자 하며(Minkler, 2005), 역량개발 및 강화(capacity development & empowerment)는 지속가능한 지역사회 건강증진의 주요 요소이다(Merzel과 D'Afflitti, 2003)

## 3. 과정과 실천

'참여'와 이어지는 CBPR의 또 하나의 특성은 '실천'이다. 참여를 통해 파악된 지역의 건강증진주제와 그 관련요소들에 대해 구성원들이 목표와 해결방안을 설정하고 지역의 역량 및 협력 연결망을 활용하여 성취하는 과정과 실천 활동이 모두 CBPR의 영역에 포함된다. 그리고 참여와 협력, 경험의 과정인 CBPR은 그 자체로도 건강증진을 위한 지역사회/공동체 차원의 실천 활동이 될 수 있다(Cook, 2008). 이러한 실천적 측면을 강조하여, 근래의 CBPR은 지역사회 기반 참여연구 및 사업(community-based participatory research and practice: CBPRP) 또는 지역사회 기반 참여형 보건(community-based participatory public health: CBPPH)이라는 용어로 확

대 사용되기도 한다.

이외에도 CBPR은 학계의 연구결과를 해석, 설명하여 보건사업현장으로 전파하는 참여적 연결체제로서의 가능성도 가지고 있다. 기존의 보건의료 연구체계에서는 연구정보와 결과를 건강증진사업 현장으로 전이하여 실제로 활용하는 현장 전이율이 낮다는 비평이 대두된 가운데(Ioannidis, 2004), 미국 질병통제예방센터(Centers for Disease Control and Prevention: CDC) 산하 예방연구센터(Prevention Research Centers: PRC) 프로그램은 'Research to Practice'를 추진목표의 하나로 선정하고(PRC, 2006a) PRC의 핵심연구영역마다 1개 이상의 CBPR을 수행하도록 정하고 있다(PRC, 2006b; 2008).

#### 4. 질적 연구방법

CBPR은 연구방법이라기보다는 연구의 태도, 또는 성격에 해당한다(Minkler, 2005). 그리고 CBPR이 질적 연구방법 위주로 진행된다고 알려져 있지만 배타적인 것은 아니고, 질적, 양적 방법을 복수로 혼용할 수 있다(Merzel과 D'Afflitti, 2003; Minkler, 2005). 다만 CBPR이 과정 위주의 연구로서 연구자, 지역사회 구성원, 민관단체 대표자들이 대화하고 토론하는 회의가 주요 기전이고, 지역사회에서 당면 보건문제가 가지는 의미나 배경에 대한 이해를 중시하는 점에서 질적 연구방법이 활용가치를 인정받는 것이 사실이다. CBPR에서 양적연구가 설문 조사 측면에서 유용한 한편 질적 연구는 대상 및 주제에 적합한 조사도구와 방법 개발, 맥락에 맞는 개입 프로그램(interventions) 개발, 참여와 관찰을 통한 현장 지식의 반영 등에 적절하다. 선행연구들도 질적 연구의 유용성을 보고하고 있고, 효과적인 CBPR 적용을 위해서 참여 관찰 형식의 질적 연구와 정기적인 양적조사(surveillance)의 보완적 혼합 활용이 제시되었다(Cook, 2008). CBPR에서 자주 활용되는 질적 연구방법에는 참여관찰(participant observation), 보고서, 기획서, 기사 등의 문헌검토(document review), 주요제보자(key informant)를 포함한 참여 대상의 심층면접(in-depth interview), 초점집단토론(focus group), 명목집단기법(nominal group process), photovoice 등이 있고, 그 밖에 다른 집단과정(group process)기법들이 적용되기도 한다.

이중 비교적 생소할 수 있는 photovoice(Wang과 Burris,

1994; 1997)는 지역사회의 참여자들이 건강한 삶, 주요 보건주제, 삶의 질 관련 주제 등에 대한 자신의 의견과 입장을 사진을 통해 표현하고 사진의 의미를 면접이나 토론의 형식으로 논의하는 방식이다. 지역사회 구성원의 시각에서 본 실제 생활 현장의 모습을 보건정책 결정이나 보건사업 기획과 수행 과정에 반영한다는 점에서, 그리고 사진촬영, 선정, 토론의 과정을 통해 지역사회 구성원들이 발언권을 가지고 성찰력, 참여의식, 주인의식 등의 역량을 함양한다는 점에서 photovoice는 사진 콘텐츠 이상의 의미와 구성단계를 가진 보다 심도 있는 과정이다. Photovoice는 photo novella, photo narrative 등으로 불리기도 했는데, 1회용 카메라에 이어 디지털기기의 보급화와 함께 활용성이 향상되었다고 볼 수 있다. 지금까지 인종, 연령, 문화적으로 다양한 대상 집단과 보건 및 사회 주제에 대한 CBPR의 방법으로 여성 건강과 여성 문제(Wang, 1999; McIntyre, 2003), 노숙자 문제(Wang, 2003), 청소년 개발과 적응(Strack 등, 2004; Streng 등, 2004), 유방암 생존자의 삶의 질(Lopez 등, 2005), 노인들의 만성통증(Baker와 Wang, 2006), 지역사회 역량강화(Wang 등, 2004; Castleden 등, 2008) 연구 등에 photovoice가 적용되었다.

### III. 지역사회 기반 참여형 연구의 조작화 (operationalization)

#### 1. 참여: 참여자 조직 및 협력체 구성

미국 국립보건원(National Institutes of Health: NIH)과 산하 기관들이 지원하는 지역사회 기반 보건 연구에서는 연구의 전 과정에 지역사회 구성원들의 의견을 반영하고 소통하기 위해 지역사회 자문단(community advisory board) 또는 운영위원회(steering committee)를 설치하고 운영하기를 권장 내지는 필수 항목으로 지정하고 있다(NIH, 2006; 2008). Kone 등(2000)도 연구자와 지역사회의 협력을 위한 방안으로 지역사회 자문단의 구성과 CBPR의 적용을 강조하였다. 이전의 연구에서는 참여자 조직의 역할이 연구자들에게 해당 연구에 대한 지역사회의 의견과 반응을 전하는 자문역 위주였다면, CBPR에서는 자문 이상으로 주도적이고 직접적인 의사결정 및 지역사회 보

건활동 기구의 역할을 담당한다. 참여자 조직은 지역사회 공동체가 가지고 있는 보건문제에 관련된 당사자들이자 해당 지역사회의 특성과 장단점, 요구도 등 주요 정보를 제공하는 대표기구로서 당면문제에 대한 의사결정 과정에서 실질적인 협력자로 인정받아야 한다(Minkler와 Pies, 2005). CBPR에는 참여자 조직과 연구자, 보건전문가, 관련 정부기관과 민간단체들이 공동참여하면서 협력적 연결망을 구축하고 지역사회 협력체(community partnership)를 이뤄 자원을 공유하고 각자의 전문성을 상호 활용하여 효율과 상승효과를 도모한다. 그러므로 지역사회 자문단, 운영위원회 외에 지역사회 활동위원회(community action board), 지역사회 위원회(community board) 등으로도 명명되는 참여자 조직은 참여자 공동체를 대표하는 조직이자 해당 지역사회에 대한 전문가의 모임이며, 지역사회가 연구자 및 협력기관과 소통하는 창구이고 지역사회 연합의 주요 구성원이기도 하다.

참여자 조직은 일반적으로 해당 지역사회에 대한 이해도, 지역사회 내에서의 인지도와 신뢰도, 문제 해결을 위한 참여의식과 실천력을 가진 대표성 있는 구성원들로 형성된다. 기존의 조직 중 CBPR에서 참여자 조직으로 활용될 수 있는 사례로는 반상회, 입주자 대표회, 학부모모임, 노동자조합, 환우회, 학생회 등이 있으며 이밖에도 다양한 종류와 형태의 참여자 조직이 가능하다. 참여자 조직의 규모에 대해서는 특정한 규칙이 있지 않아서, 10여명 내외의 비교적 소규모인 경우가 많지만 그 이상의 대규모일 경우 편의를 위한 하부조직을 설치하기도 하고, 미국 질병통제예방센터(CDC)의 Planned Approach to Community Health(PATCH) 모델에서 제안하는 바와 같이 목적과 역할에 따라 규모를 달리하는 다층 구조가 될 수도 있다. 참여자 조직은 보통 정기적인 회의와 토론을 통해 정보수집, 의사결정, 계획수립, 계획수행을 하므로 명확한 회의 운영지침, 합리적인 소통과 의사결정 원칙(Yoo 등, 2008a; 2008b), 운영상의 리더십(Cook, 2008; Yoo 등, 2008a) 등이 중요한 필요조건이자 성패의 변수가 된다. 또한 소수일지라도 꾸준히 참여하는 핵심 회원들의 여부도 중요 요소로 파악되고 있다(Yoo 등, 2008a; 2008b).

참여자 조직 구성원들 중에서도 리더십을 가지고 선도적으로 활동하는 opinion leader, innovator, 또는 early

adopter 들을 CBPR에서는 program champion이라고도 한다. 이들은 이미 공적, 사적으로 선도자 역할의 경험이 있는 경우가 있지만, CBPR 과정을 통해서 새로운 선도자로 등장하기도 한다. Program champion들은 소속 지역사회 공동체와 당면한 보건문제에 대해 현장에 밀착된 정보와 식견을 제공할 뿐 아니라 참여자 조직의 모집, 구성, 운영에 중추적 역할을 한다. CBPR은 선도자들을 발굴하고 함양하는 과정이기도 하며, 이 과정과 지역사회 협력체를 통해 자율적으로 지속가능한 건강증진을 도모하는 지역사회 역량강화에 목적을 둔다.

## 2. 실천 과정: 6단계 과정모형

참여자 조직이 의사결정을 거쳐 자신들의 지역사회 보건계획을 실현하는 과정을 순차적이고도 반복 가능한 단계로 설명하는 6단계 과정모형(Yoo 등, 2004; 2008b)은 이전의 CBPR 사례들이 CBPR 원칙과 특징에 초점을 맞추는 동안 CBPR을 실제로 어떻게 수행하는지에 대한 조작화 방안은 상대적으로 구체화되지 않았다는 인식에서 비롯되었다. 참여자 조직과 리더십의 경험 정도에 따라 CBPR에 활용할 수 있는 체계가 이미 존재할 수 있고 동등한 협력관계를 근본으로 하는 CBPR에서 연구자가 일방적으로 특정 진행방침을 주장하는 것은 바람직하지 않으나, 기존의 체계나 형식이 없는 신생 참여자 조직이나 보다 구체적인 CBPR 진행 방안을 원하는 지역사회, 연구자, 협력체에게 안내역할을 하기 위해 CBPR 6단계 과정모형이 제시된 것이다. 일반적인 CBPR 과정에는 참여자 조직 구성, 당면 보건 과제 선정, 해결책 개발-실행-평가, 평가결과의 차기 적용, 지역사회 협력체와의 협조 등이 포함되는데 6단계 과정모형은 이러한 구성요소들을 포함하면서 구체적으로 어떻게 각각의 요소를 구현할지에 관심을 두었다. 6단계 과정 모형은 미국 내에서 인종, 연령, 지역적으로 다양한 지역사회/공동체와의 CBPR에 적용되었고(Yoo 등, 2004; 2008b), 지역사회 건강증진 모형의 일례로 소개된 바 있다(Bartholomew 등, 2006). 장기효과나 결과평가의 측면에서 보완이 필요하고 한국에서의 적용 사례 연구가 요구되나, 지금까지의 적용 결과에 따르면 6단계 과정모형은 단계별 수행과제 제시를 통한 CBPR의 조작화, 단계별 성취감에 의한 동기부여, 매뉴얼화 가능성, 사회생태학적 체계의 도입 등

의 의미를 가지는 것으로 보인다. 6단계에 대한 설명은 다음과 같다.

### (1) 1단계: 지역사회와의 동화(Entry into Community)

지역사회와 연구기관, 관련 기관들이 CBPR에 협력적인 참여를 하기로 결정하기 위해서는 서로의 관심사, 기대치, 전문성, 경험, 제한점 등에 대한 이해가 선행되어야 한다. CBPR에 참여해서 이루고자 하는 바가 각기 무엇인지, 현 시점에서 참여가 어떤 의미를 가지는지, 이전에 보던 연구나 사업에 참여한 경험이 있는지, 경험의 결과가 어떠했는지, CBPR 참여와 관련한 지역사회나 연구기관의 분위기는 어떤지 등을 논의하고 관련 정보 수집을 통해 연구자는 대상 지역사회 공동체의 여건과 상황에 대한 이해를 얻고 잠재 참여자 조직 구성원은 CBPR 과정에 대한 이해 향상과 함께 동등한 협력자이자 진행의 주체로서의 위치를 가지게 된다. 이러한 일종의 선행학습의 방법으로는 설명회, 공청회와 같은 토의, 지역사회 행사나 반상회 등 모임의 견학과 참여관찰, 지역사회 현장 방문, 도보(walking tour) 또는 자동차로 지역사회 전방을 돌아보고 분위기를 체험하기(windshield tour), 신문이나 방송매체의 기사와 지방자치단체, 기관, 민간단체의 보고서나 홈페이지 같은 문헌자료 고찰 등을 예로 들 수 있다. CBPR 협력의 발상과 제안은 대상 공동체 구성원, 관련 단체나 부서가 하기도 하고 연구자 측에서 시작하기도 하는데, Cook(2008)은 지역사회/공동체 구성원들에 의해 시작된 CBPR일 경우 실제 건강증진사업 등으로 이행될 가능성이 더 높은 것으로 보고하였다.

지역사회와 연구자가 상호 선행학습을 하는 과정에서 program champion을 비롯한 참여자 조직 잠재 구성원들이 파악되므로, 이들을 모집하여 참여자 조직을 구성한다. 참여자 조직, 지역의 관련 기관과 단체들이 CBPR의 동등한 협력자로 참여하기에 동의하면 연구자와 양해각서(memorandum of understanding: MOU) 또는 합의각서(memorandum of agreement: MOA) 형식의 협의서를 체결하는데, 이들 협의서는 특별한 법적효력은 없지만 CBPR에 참여하는 공동의 목적, 각자의 역할, 연구의 범위 등을 명문화하고 확인하는 상징적인 의미가 있다. 또한 연구자는 체결된 협의서를 소속기관 연구윤리위원회 심사에 참가동의서 용도로 활용할 수 있다. 구성

된 참여자 조직은 일반적으로 월례회의 같은 정기 회의를 통해 활동하게 되는데, 회의의 간격과 빈도를 비롯한 진행 형식, 의사결정 방식, 역할 분담 원칙, 회의록 형식과 작성 등의 운영지침이 1단계에서 준비되어야 한다.

요약하면, 1단계에서는 지역사회 건강증진이라는 공동의 목표에 관련된 각자의 입장과 역량, 기대치를 이해하고 협력에 동의하여 이후 단계 진행을 위한 체계를 마련한다. 또한, 지역사회 내의 유관 기관과 단체들과 협력하여 참여자 조직 구성을 추진하면서 지역사회 협력체(community partnership) 개발의 기초를 다질 수 있다. 1단계는 CBPR의 기본 전제 중 하나인 동등한 협력과 참여가 갖춰지고 시작된다는 점에서 이후 단계에 근간을 제공하는 중요한 단계이며, 경우에 따라서는 1단계 자체가 하나의 연구 사업으로 상당한 시간과 자원을 요할 수 있다.

### (2) 2단계: 보건문제 파악(Issue identification)

운영체계가 구비된 참여자 조직의 우선 과제는 해당 지역사회 공동체가 당면한 보건문제를 파악하는 것이다. 일단 브레인스토밍(brainstorming)을 통해 보건문제들을 나열하기 위해 6단계 과정모형에서는 그룹 토론 방식으로 명목집단 기법(Nominal Group Process)을 활용한다. 참여자 조직 내에서 5-7명으로 1개 조씩을 구성한 뒤 각 조마다 ‘우리 지역의 보건관련 주요안건은 무엇인가’ 또는 ‘우리 지역사회 구성원들의 건강에 영향을 미치는 요소는 무엇인가’라는 의제에 대해 조원 간 논의 없이 각 개인별로 응답목록을 작성한다. 조원 각자의 목록이 완성되면 돌아가면서 1인당 한 번에 한 응답씩 발표를 하고 그 응답을 칠판이나 플립차트(flip chart)에 적어서 조 내의 응답들을 총망라하는데, 이때 개개의 응답에 대한 토론은 보류한다(Gilmore와 Campbell, 2005). 총망라된 응답들이 목록형식으로 기록되고 나면 그 중에서 의미가 불분명하거나 오해의 소지가 있는 의견들에 대해 비로소 토론을 해서 명료한 최종 목록을 작성한다. 참여자 조직이 1개 조 이상의 명목집단 과정으로 구성된 경우, 모든 조의 최종 목록을 취합하여 참여자 조직 전체의 최종 목록을 완성한다. 명목집단 기법에서 초반에 조별 논의를 생략하는 것은 모두의 의견을 균등히 반영하고 특정한 의견에 의해 의사결정이 좌우되는 것을 방지하기 위해서이다.

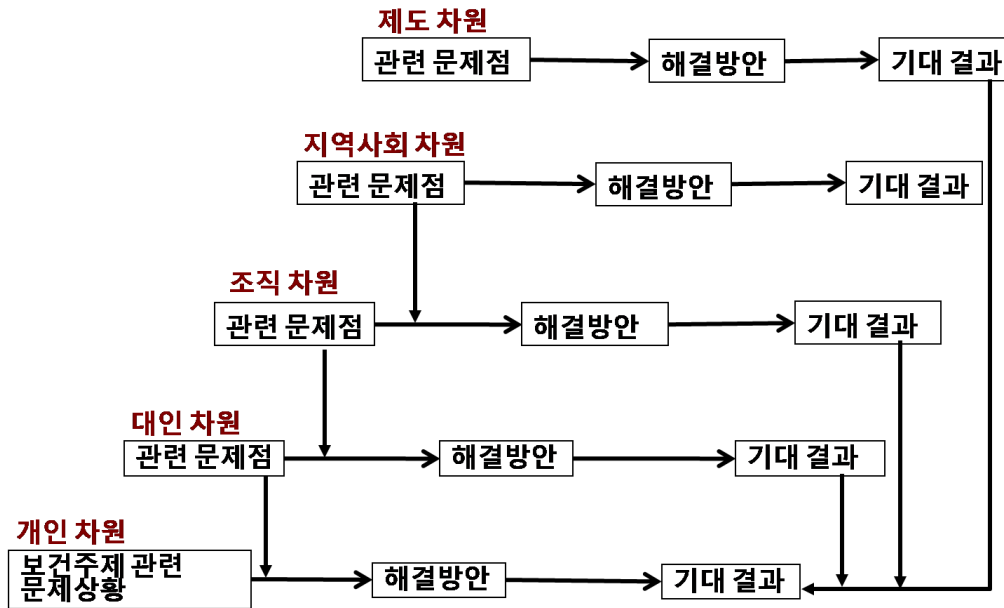


그림 1. 기본모형

**(3) 3단계: 보건문제 우선순위 선정 (Issue prioritization)**

명목집단기법은 3단계에서도 이어져서, 2단계에서 완성한 최종 목록상의 응답들에 대해 점수화나 투표를 거쳐 우선순위를 결정한다. 우선순위 결정은 순차투표, 동시투표, 점수화, 스티커투표 등의 방법을 적용할 수 있다. 우선순위 1, 2, 3위까지를 결정하는 경우, 순차투표는 1순위 응답 선출을 위한 거수 또는 종이 투표를 한 뒤, 순서대로 2순위 선정 투표, 3순위 선정 투표를 하는 방식이고, 동시투표는 참여자 조직 구성원들이 각자 투표용지에 1, 2, 3순위를 적어 낸 후 총 득표를 개표하는 방식이다. 점수화 방식은 참여자 조직 구성원 한 사람 당 각자의 1순위 항목에는 1점, 2순위 항목에는 2점, 3순위 항목에는 3점을 배점해서 모든 구성원들이 채점한 점수를 합산한 뒤 총점이 가장 적은 응답을 1순위로 한다. 스티커투표는 참여자 조직 구성원들에게 단순 도형 모양의 스티커를 1인당 3개씩 배부하고 각자 선택한 1, 2, 3 순위 항목마다 플립차트에 스티커를 하나씩 붙여서 부착된 스티커의 총합으로 우선순위를 결정한다. 이러한 결정방식 중 참여자 조직의 선호도와 여건에 따라 해당 지역사회의 보건문제 우선순위를 정하는 것이다. 실제 적용 사례에서는 사안과 상황에 따라서 명목집단 토론을 통해 만장일치의 단일의견이 파악되기도 한다(Yoo 등,

2008b).

명목집단기법은 참여자 모두에게 동등한 참여 기회를 부여하고, 의사결정이 일부의 의견에 압도되거나 집단 역학에 의해 대표성을 잃는 것을 방지하려는 시도이다. 이는 지역사회 보건과 직결된 현장 당사자들의 다양하고도 정리된 의견을 직접, 평등하게 수렴할 수 있는 질적 방법인 반면, 안전과 의견에 따라 시간이 많이 소요될 수 있고, 그러므로 한 번에 복수의 안전을 다루기에는 무리가 있을 수 있으며, 숙련된 진행자가 필요하고, 참여자들이 제시된 질문에 대해 명료한 의견목록을 작성할 수 있는 역량을 보유하고 있어야 한다는 전제조건이 따른다.

**(4) 4단계: 우선순위 보건문제에 대한 해결전략 수립(Strategy development)**

4단계의 출발은 전 단계에서 제 1순위로 선정된 안전이 해당 지역사회 공동체의 건강에 미치는 영향, 1순위 건강문제가 해당 지역사회 공동체에서 발현하는 기전, 그동안 문제해결을 위해 시도했던 방안, 지역사회에 이미 존재하는 관련 서비스 등에 대한 참여자 직원들의 심화 토의를 통해 1순위 안전에 대한 이해를 높이고 현재 상황의 맥락을 파악하는 것이다. 이 과정에서 정보수

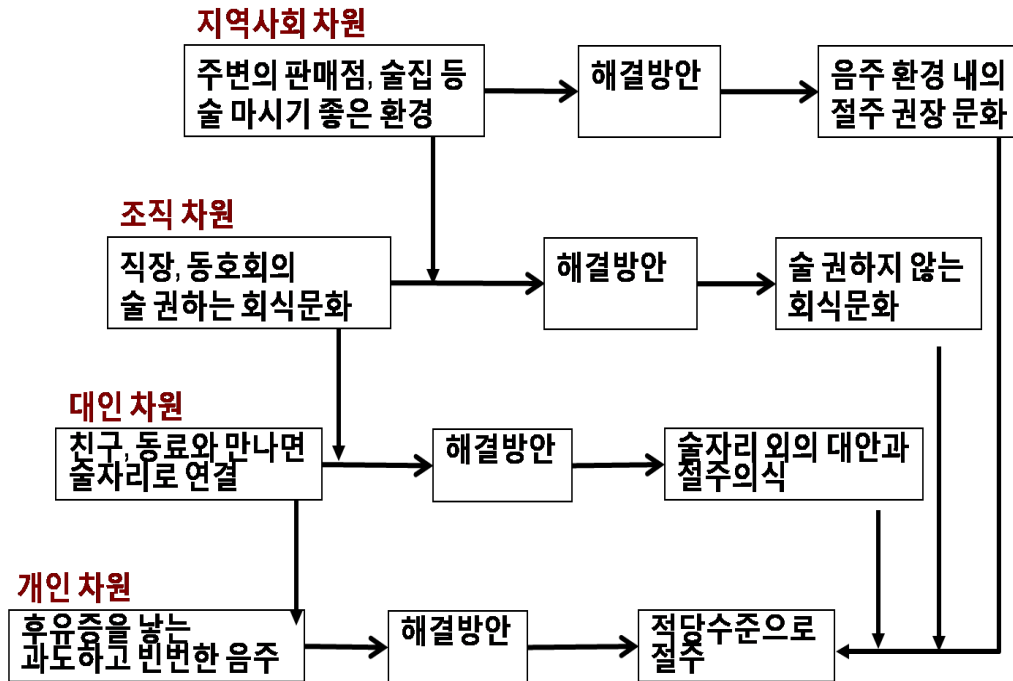


그림 2. 절주 예시

집과 자료 확보를 하고, 앞으로의 협력 가능성 타진을 위해 지역사회 내외의 유관기관과 단체와 연결망을 맺으며 지역사회 협력체(community partnership)를 구성하거나 기존의 연결망을 활용할 수 있다.

심화 토의 내용을 정리하고 해결방안을 구상하는 주요도구로서 6단계 과정모형에서는 사회생태학 모델링(social ecological modeling) 기법을 이용한다. 건강문제를 개인차원, 대인차원, 조직차원, 지역사회차원, 제도차원의 상호관계와 맥락상에서 이해하고 건강증진전략을 구상하고자 하는 보건학적 사회생태학의 전제에 기초하여, Goodman(2000)은 참여자 조직원들과 토의를 통해 그림 1 모형의 빈칸을 채워가는 사회생태학 모델링을 제안하였다. 사회생태학 모델링의 기본모형(그림 1)에서 보듯이 모형의 각 행은 건강행동에 연관된 사회체계 상의 여러 차원(개인 ↔ 가족, 동료 등의 대인 ↔ 회사, 학교 등의 조직 ↔ 소속 지역사회 ↔ 법규, 규정 등의 제도 등)으로 구성되고 각 열은 현재의 문제 상황 - 해결방안 - 기대결과의 3 요소로 되어있다. 해당 건강문제나 지역사회의 상황에 따라 기본모형의 행수는 가변적이나 각 행이 문제 상황 - 해결방안 - 기대결과의 3개의 상자로 구성되

는 것은 고정적이다.

예를 들어 6단계 과정 모형의 1단계에서 구성된 참여자 조직이 2-3단계에서 절주를 해당 지역사회 공동체의 1순위 보건문제로 선정하고 4단계에서 자신들의 음주문화와 절주문제, 지금까지 지역사회 내에서 시도했던 절주관련 노력들을 논의한다면 그림 2와 같은 사회생태학 모형을 구성할 수 있다. 이 예시에서는 개인의 위험행동인 과도한 음주를 동료/친구와의 음주문화(=대인차원), 직장/모임의 회식문화(=조직차원), 주류와 판매업소의 접근성(=지역사회차원)과 연계하여 해결방안을 모색하고 있는데, 이는 개인의 과음행동을 개선하는 데는 개인차원의 개입만으로는 불충분하고 대인, 조직, 지역사회차원이 모두 고려된 종합적인 접근이 필요하다는 의미이다. 위에서 설명한 바와 같이, 그림 2 예시의 각 행별 ‘문제 상황 - 해결방안 - 기대결과’ 구조는 그림 1의 기본모형과 같으나, 행의 수는 개인차원, 대인차원, 조직차원, 지역사회차원의 4개 층으로 구성되어 그림 1 기본모형에서 변형된 양상을 보인다.

### (5) 5단계: 전략의 실행(Implementation)

5단계에서는 4단계에서 사회생태학 모델링을 통해 참여자 조직이 구상한 해결방안들을 실행에 옮긴다. 실행을 위해서 참여자 조직 내의 역할분담이 필요하고, 지역사회 협력체 연결망을 활용하여 관련 기관, 단체와 협력적으로 해결방안을 수행한다. 그림 2의 경우라면, 과음 위험행동을 하는 개인들에게 절주 교육과 홍보를 하는 한편(=개인차원 해결방안) 친구·동료의 사회적 지지를 구하고 절주노력에 동참을 유도하는 동료교육(peer education)적 접근을 시도하고(=대인차원 해결방안), 직장·동호회와 주류 판매 업소에 바람직한 음주문화와 절주를 권장하는 캠페인(=조직차원 및 지역사회차원 해결방안)을 진행하기 위해 구청, 보건소, 시민단체, 사업체, 동호회, 관련 업소 등과의 연계가 필수적이다. 이 예시에서 참여자 조직원의 역할은 지역사회 협력체 연결망과의 연결책, 절주 교육 및 홍보 내용과 전달매체의 지역사회 타당성 검토, 캠페인 선도자 등으로 다양하게 모색될 수 있으며, 필요한 교육훈련을 이수한 후 일반인 보건지도자(lay health advisor)로서 직접 절주 교육 및 캠페인을 담당할 수도 있다.

여기서 강조할 점은 개인, 대인, 조직, 지역사회 등 다차원의 해결 방안 수행이 차원 간 연계 없이 병렬적이기 보다는 효과와 효율을 고려하여 전략적으로 연계되어야 한다는 것이다. 다차원으로 여러 협력자들과 해결방안을 실행하다 보면 내용이나 필요자원이 중복될 가능성이 있으므로 사전에 전략적으로 연계된 수행계획과 실행으로 중복과 자원낭비를 예방하고 상승효과를 도모해야 한다. 또한, 관련자들의 명확한 역할분장과 함께 구체적인 일정표와 정기 보고서, 간담회를 통해 진행상황을 관리하는 것이 실행 측면 뿐 아니라 참여자들의 동기부여 측면에서도 도움이 된다. 자주 활용되는 일정표의 형식으로는 일정에 따라 진행도와 완료상황을 표시하는 형식(Gantt Chart)과 수행순서와 선후관계, 담당자를 일정과 함께 표시하는 형식(PERT Chart)이 있다.

### (6) 6단계: 전환(Transition)

4단계에서 기획한 내용을 5단계에서 수행완료하고 나면 전환단계인 6단계에 이른다. 6단계의 전반부는 5단계까지의 수행내용과 결과에 대한 평가과정이고, 후반부

는 2가지 유형으로 나뉜다. 유형 1은 5단계까지의 평가를 마친 후 차기 우선순위 안건으로 주제를 전환하여 이전 단계의 전략개발과 수행을 반복하는 것인데, 앞서 3단계에서 선정했던 제 2순위 안건을 차기 안건으로 채택하여 3-5단계를 반복할 수도 있고, 새로운 제 1순위 안건 파악을 위해 2-5단계를 반복하기도 한다. 유형 2는 참여자 조직 회의의 진행 양식을 변환하는 것으로, 참여자 조직 내의 리더십이 정착되어 참여자 조직 활동의 외부 의존도를 줄이고 독립성을 향상시키는 것이다. CBPR이 참여자 위주이지만 처음 시도하는 지역사회 공동체의 경우 외부 연구자나 전문가의 진행 보조가 필요하게 되는데, 6단계 과정 모형의 반복실행을 거쳐 참여자 조직과 지역사회 협력체의 역량이 강화되고 지속가능성을 보유하는 시점에서 진행의 외부의존도를 줄이는 전환이 이루어진다. 유형 1, 2의 전환이 가능하기 위해서는 6단계 전 과정에 거쳐 각 단계마다 과정평가가 강조되어야 하며, 참여자 조직이 6단계 운영에 숙달될 때까지 필요한 협조를 제공할 관련담당자의 훈련과 자질이 충분히 준비, 고려되어야 한다.

## 3. 기법과 평가

### (1) 연구방법의 혼용

참여, 협력, 실행의 과정을 중요시하는 CBPR의 특성상 질적 연구방법이 자주 활용되어왔고 선행 CBPR 사례들에서도 관찰 위주의 질적 연구인 경우 실제적인 사업이나 조직 활동으로 이어진 비율이 높았다(Cook, 2008). 그러나 CBPR이 질적 연구방법에 한정된 것은 아니고, 설문개발을 위한 사전조사와 같이 양적 연구와 연계하여 사용되기도 한다. CBPR에 바람직한 연구방법으로 Cook(2008)은 질적 관찰과 양적 조사(surveillance)의 보완 기법을 제시했고, Leung 등(2004)은 CBPR과 연계한 역학 연구방법을 논의하기도 하였다.

앞서 설명한 photovoice와 명목집단기법 외에 CBPR에서 자주 활용되는 질적 연구방법은 초점집단토론(focus groups), 참여관찰(participant observation), 문헌검토(document review), 심층면접(in-depth interview) 등이 있고, CBPR의 협력자 간 공동의 목적 설정과 참여 동의를 얻기 위해서나 지역사회 사전조사의 목적으로 사용하는 visioning 기법도 있으며, 참여자 조직이나 지역사회 협력체의 회의 진행에



적용되는 집단과정(group process)기법들이 있다. CBPR에서의 참여관찰은 주로 연구자가 참여자 조직, 지역사회 협력체 회의와 여타 활동현장에 참가해서 교류하며 직접 관찰한 내용을 기록, 정리, 분석하는 형식이고 문헌검토는 해당 지역사회와 우선순위 안전에 관련한 기존의 사업 기획서와 보고서, 통계자료, 회의 기록, 신문 등의 기사, 홈페이지 자료, 관련 논문 등을 수집, 분석하여 주요 사실과 논지 등을 정리, 파악하는 것이다. 초점집단토론은 6-8명의 집단 토론기법이고, 심층면접은 해당 사회의 주요정보자를 파악해서 준구조화(semi-structured) 혹은 비구조화(open-ended) 면담형식으로 진행하는 경우가 많다. Visioning은 브레인스토밍 식의 토의를 통해 지역사회 구성원들이 이상적으로 생각하는 소속 사회의 미래상과 관련 세부영역을 도출하는 것으로, 성명문이나 문구로 도출해낼 수도 있고 그림이나 로고로 도출할 수도 있다. 참여자 조직이나 지역사회 협력체와 같은 집단 활동에 관련된 집단 내 역학관계(group dynamics), 갈등 완화, 신뢰 형성, 리더십 개발, 의사 결정 등의 요소에 대해서는 Becker 등(2005)이 논의하였다.)

## (2) 과정 평가(Process evaluation)

건강증진사업의 평가는 목적 달성 여부와 사업 효과에 대한 과학적 판단, 이후 관련 사업의 개발과 수행에 유용한 정보 제시, 지역사회 주민의 참여와 지지 증대, 정책적 결정을 위한 판단 근거 제공을 위해 필요하다(Plumb 등, 2008). 특히 과정 평가는 수행에 대한 책임성과 정확성을 확인하는 일차적인 질 관리 기전이자, 특정 사회의 구조와 참여과정에 대한 실증 정보 제공 기전이다. 이론과 근거에 기반을 둔 우수한 건강증진 사업 일지라도 수행상의 오류(=implementation error 또는 3종 오류(Type 3 error)) 발생 시 기대성과를 달성할 수 없다는 점에서(Basch 등, 1985) 과정 평가는 특별한 중요성을 가진다.

CBPR은 그 자체가 유기적인 과정이고, 지역사회와 보건주체에 따라 같은 틀을 적용한 CBPR이라도 각기 특징

적으로 다르게 전개될 수 있으므로 CBPR 진행을 모니터링하기 위한 과정 평가가 필수적이다. 연구자와 연구대상 간의 경계선을 의도적으로 모호하게 하는 CBPR의 특성은 과정 평가에서도 지역사회 구성원들이 평가자의 역할을 협력적으로 담당하는 것을 강조한다. 그러면서 지역사회 구성원이 건강증진을 위한 노력에 적극적으로 개입하는 과정에서 도출된 방법론, 주요 활동가, 연구진, 보건 의료서비스를 파악하고 이들의 대두 과정과 역할을 평가하는 것이다(Plumb 등, 2008). Plumb 등(2008)은 CBPR 과정 평가의 영역으로 사회의 협력, 집단 역학(group dynamics), 사회의 참여를 들었고 세부 지표로 연구 주체가 지역사회 구성원들로부터 도출되었는지, 사회 협력체가 사회 내부 및 외부의 단체들로 다양하게 구성되었는지, 협력체 구성원들이 CBPR의 전 과정에 걸쳐 참여했는지, 참가자들 간에 빈번하고 자유로운 의사소통과 상호교류가 있었는지, 문서화된 협력체 원칙과 지침이 있는지 등을 선정하였다. 그 밖에도 일반적인 과정 평가에서는 역할분장 및 권한 공유 정도, 참여도, 기여도, 담당자 변경정도, 참가자 중도 탈락 정도, 일정준수 정도, 평가시기 현재의 사업항목 당 진행도와 계획준수 정도, 사업에 대한 참가자의 의견 및 제안과 만족도, 회계 진행 상황 등을 측정한다. 즉, 과정 평가는 주기적으로 담당조직의 활동, 책임자 업무수행, 참가자의 참여와 반응을 모니터링 하는 시스템 수행능력 평가를 포함하는 것이며, 과정 평가의 자료로는 설문, 면접, 그룹 토론, 현장 관찰을 통해 수집한 자료와 함께 사업 수행 매뉴얼, 사업 계획서, 협의서, 회의록, 일정표, 정기보고서, 매체 등에 보도된 기사, 온라인 게시판에 등록된 의견, 관련 이메일, 사진 자료 등도 동원된다. 표 1은 6단계 과정모형의 적용 시 현장 관찰, 사업 계획서, 협의서, 회의록, 일정표, 정기보고서, 관련 이메일 자료 등에 근거한 과정 평가 도구의 예로, 각 단계 별로 표의 해당 내용을 기입함으로써 CBPR 진행 상황을 파악하고 복수의 사회가 참여한 경우 사회 간 상호 비교를 할 수 있게 한다.

2) 뿐만 아니라 Becker 등의 논의가 수록된 동 저서(Israel 등, 2005)에는 이 문단에서 설명한 질적 기법들이 CBPR 맥락에서 어떻게 활용될 수 있는지, 그리고 CBPR에서 설문개발을 위해 질적 연구방법이 어떻게 연계되는지에 대한 보다 자세한 설명과 논의가 사례와 함께 포함되어있다.

표 1. 6단계 과정모형 진행 확인표

단계	수행 내용	참여자 조직		
		1	2	3
1 단계	프로젝트 진행자 교육			
	지역사회 대표자와 프로젝트 팀의 상호 소개 회의 (회의 일자)			
	협력 동의서 작성 (작성 일자)			
	참여자 조직 구성 (구성일자, 명단, 연락처)			
	참여자 조직 내 역할 분담			
	참여자 조직 정기회의 운영 시작 (시작 일자)			
	1 단계 과정 평가			
2 단계	지역사회 보건 안전에 대한 논의			
	논의 결과 목록 작성			
	목록 내용에 대한 참여자 조직 구성원의 합의			
	2 단계 과정 평가			
3 단계	목록 상 항목의 우선순위 결정			
	제 1순위 안전에 대한 합의 (제 1순위 안전 명)			
	3 단계 과정 평가			
4 단계	제 1순위 안전이 지역사회 건강에 미치는 영향 토의			
	사회생태학 모형의 소개			
	사회생태학 모형 활용에 대한 합의			
	사회생태학 모형 구성			
	4 단계 과정 평가			
5 단계	사회생태학 모형에 따른 해결방안 실천계획 수립			
	실천계획 수행을 위한 참여자 조직 내의 역할 분담			
	실천계획 수행을 위한 일정표 마련			
	각 실천계획 항목 이행 완료 확인			
	5 단계 과정 평가			
6 단계	1-5단계 결과 평가			
	성과 및 개선 사항 논의			
	새로운 우선순위 안전으로 전환			
	새로운 우선순위 안전에 대해 상위 단계 반복			
	참여자 조직의 지속가능성 확보			
	참여자 조직과 프로젝트 팀의 협력에 대한 총괄 평가			

**(3) 회의 기록 유형**

Cook(2008)은 바람직한 CBPR 연구방법으로 관찰(=질적 방법)과 조사(surveillance = 양적 방법)의 보완적 사용을 제시했는데, 이에 부응할 수 있는 실행도구의 하나가 회의록 및 보고서의 구성이다. CBPR의 주요 기전은 참여자 조직 및 지역사회 협력체의 정기 회의이므로 이들 회의의 내용, 형식, 참석자, 일정, 진행상황, 의결사항, 필요 자원 등을 회의록에 일관성 있게 작성하면 과정 및 결과 평가의 중요한 자료가 된다. 꾸준한 회의록 작성은 그 자체로 과정 평가의 한 방법이 될 수 있고, 회의록을 정리하고 검토하는 것은 정기보고서의 토대가 된다.

표 2의 참여자 조직 월례 회의록 예시에서는 회의 일

시, 장소, 참석자 등을 명시한 뒤 지난 회의 이후의 경과를 확인하고 이번 회의의 안전을 나열한 다음, 안전 별로 논의한 구체적인 수행 계획을 정리하고 다음 회의 때까지 진행할 사항, 다음 회의 일정 등을 기록하도록 하고 있다. 특히 4번 항목과 9번 항목에서 미리 정해진 안전 외에 회의 참석자들의 참여 현장 경험에 바탕을 둔 의견들을 매 회의마다 기록한다. 보통 회의록은 작성된 후 회의 참석자들 간에 회람하여 오거나 누락분을 교정한 후 참여자 조직 전원에게 전달하므로, 안전에 관한 회의 내용은 물론 4, 7, 9번 항목들도 참여자 조직 전체가 공유할 수 있다.

표 2. 참여자 조직 회의록의 예시

회의록 구성요소	내용
1. 회의 일시, 장소	연, 월, 일, 시, 장소
2. 참석자 명단	참석자 및 불참자 목록 회의록 기록자 성명
3. 경과보고	지난 달 회의에서 결정사항 항목 별 진행내용 이월 항목 표시 항목 별 논의, 변경 사항
4. 활동 중 발생한 유의사항 및 앞으로 반영할 점	
5. 이번 달 회의 안건 목록	
6. 안건 목록 별 논의 사항	안건 관련 주요 정보 수행할 내용 목록 담당자 명시 수행 기한 필요 자원 기타 관련 의견
7. 다음 달 회의까지 수행할 사항 및 담당자 확인 요약	
8. 공지 사항	
9. 기타 의견	3, 4, 6, 7, 8 항목의 논의 사항 외의 기타 의견
10. 다음 달 회의 일시, 장소	연, 월, 일, 시, 장소

표 2의 예시는 공인된 표준은 아니나 회의록으로서 갖추어야 할 기본항목들을 포함하고 있다. 따라서 참여자 조직의 특성과 지역사회 보건 우선순위에 따라 보정을 거쳐 활용할 수 있을 것이다. 참여자 조직원들 간의 정보 전달 및 공유 목적 외에 일정 형식을 갖춘 회의록의 꾸준한 작성은 CBPR의 과정 및 결과 평가 시 회의 빈도, 꾸준하고 일관된 참여, 주요 안건의 유형, 참여자 조직 회의의 유형과 특성, 일정 및 수행 과정 등을 파악하는데 필수 자료를 제공하는 중요 기전이다.

## IV. 논의

### 1. 개혁신산(Diffusion of Innovation)과 CBPR

최근 지역사회 역량에 대한 연구가 늘어나고(강대선, 2007; 강대선과 류기형, 2007; 안양희, 2007; 정민수와 조병희, 2007; 정민수 등, 2007; 홍현미라, 2006; Nam & Engelhardt, 2007) CBPR의 가치와 필요성에 대한 논의가 대두되고 있으나(정민수 등, 2008; Yoo, 2006), 한국의 실제 보건사업 및 연구 현장에서 CBPR의 적용은 제한적이

다.3) CBPR이 보편적으로 이해되기 보다는 하나의 새로운 연구 동향으로 인지되기 시작하는 시점에서 한국에서의, 한국적 특성에 맞는 CBPR의 적용 과정에 개혁신산이론(Diffusion of innovation; Rogers, 1995)적 접근을 고려해볼 수 있다. 개혁신산이론에서의 개혁이란 기존의 방식이나 인식과는 다른 새로운 것, 즉 새로운 물건이나 행동, 의식, 프로그램이고, ‘개혁’이 사회체계 구성원들의 의사소통 및 정보습득 경로를 통해 전파되고 받아들여지는 과정이 바로 ‘혁신’이다. 그러므로 보건학자, 보건의료전문가, 보건소 및 관련 기관, 시민 단체, 지역사회 구성원들 사이에 CBPR이 지역사회의 건강증진을 위한 새로운 시도라는 ‘개혁’으로 전파 - 채용 - 실행 - 정착되는 과정이 필요하다. 이를 위해서는 참여와 대화, 실천과 과정 위주의 CBPR에 대한 관련 각계의 이해가 우선되어야 하고, 건강증진 사업과 연구의 한국적 맥락에서 개혁신산의 선도역할을 할 early adopter의 등장과 활약이 절대적이며, CBPR이 수행될 수 있는 시간적, 재정적, 제도적 여건과 이해가 마련되어야 한다.

3) 2008년도 한국직무스트레스학회 추계학술대회 심포지엄과 2008년 보건관리대행기관협의회 산업보건세미나에서 참여적 연구를 주제로 강연과 사례발표를 하였다.

CBPR에 대한 이해와 여건이 조성되는 한편으로는 실제로 동기화와 참여에 기초한 CBPR의 수행이 시도되어야 한다. CBPR은 규모보다는 무엇에서 어떻게 출발하는가가 관건이다. 따라서 주도적 협력자가 될 early adopter와 program champion들을 발굴하여 CBPR에 대한 공감을 얻고, 그들의 사회적 연결망을 통해 잠재적 참여자들을 파악하는 것이 한 가지 전략이 될 수 있다. 지역사회 주민이나 공동체 구성원들이 실생활에서 경험하고 공감하는 우선순위 안전을 주제로 하고, 안전의 도출 과정에 실제 당사자들의 의견을 직접 반영하는 것이 CBPR의 원칙이므로, 내 의견이 받아들여지고 그 의견에 대해 무엇인가가 이루어질 것 같다는 기대와 믿음이 CBPR에 대한 참여와 동기화 요소로 작용한다. 때문에 CBPR 전략들이 현장에서 전파력 있는 사람들과 협력체계를 구축하고, 당사자들의 의견을 반영하여 현실적이고 실리적인 사업을 개선하기를 공통적으로 강조하는 것이다. 그동안 많은 연구가 지역사회 구성원들을 대상으로 조사를 했으며 그 조사의 결과 보고나 결과에 의한 사업개발에 있어서는 지역사회 구성원 당사자들을 배제함으로써 동기화와 참여를 저하시키는 측면이 있었다. CBPR의 현장성과 실천적 측면을 강조하고, 작은 성과도 부각시켜서 인정하고 장려함으로써 공동체의 자기효능감을 향상시키고 내외부에 모범이 되게 할 때 동기화 강화 및 역량개발의 효과를 기대할 수 있다.

개혁확산의 논지로 CBPR을 시도, 적용함에 있어서 또 하나의 '개혁'으로 도입해야 할 것이 '지역사회'의 정의이다. 인터넷의 전파와 더불어 '커뮤니티'라고 하면 인터넷 동호회 등을 떠올리게 되었으나 '지역사회'라는 용어는 행정적인 동(洞), 구(區)로 쉽게 인식되어 있고, 지역사회 보건사업을 담당하는 보건소, 구청 등도 행정구역 별로 존재한다. 그러나 사람들이 일상 대부분의 시간을 보내는 생활터와 거주지의 행정구역이 다른 경우가 많고, 관심사와 행동양식을 공유하는 온라인 공동체들이 존재하는 현대의 특성 상 행정구역 단위의 관(官) 주도형 하향식(top-down) 보건사업은 CBPR의 상향식(bottom-up) 전개와 대치되면서 제한점을 가진다. 그리고 관 주도형 보건사업도 행정적인 지역사회 중에서 인구 밀도와 공공 자원 보유도의 차이가 있는 도시와 농촌의 특성이 다르고, 도시에서도 아파트 단지와 일반 주택가의 구별이 필

요하며, 주택가 중에서는 형성된 지 최소한 20년이 넘고 다양한 지역사회 단체, 조직들이 활동하는 구도심일수록 지역사회 정체성이 상대적으로 분명하다(정민수 등, 2007)는 점에서 각 행정구역적 지역사회마다 자신의 특성과 보건우선순위, 지역사회 자원과 역량을 지역사회 구성원의 참여를 통해 파악한 기틀 위에 구성되어야 한다.

지역사회 공동체 구성원 기반(grassroots)의 상향식 건강증진 기획과 수행을 위해서는 구성원 개인과 함께 지역사회 민간단체(community-based organizations: CBO)의 존재와 역량이 중요한 역할을 한다. CBO는 지역사회에서 자생적으로 만들어진 조직으로 지역사회가 당면한 문제를 스스로 해결하기 위해 존립한다는 기능적 필요성을 갖고 있다. 뿐만 아니라, CBO 활동가들 역시 지역 주민이기 때문에 CBPR이라는 '개혁'을 '확산'시키는 early adopter이자 지역사회 구성원 입장에서 참여와 수행을 선도하는 program champion으로서의 잠재력을 가진다. 그러므로 각 지역사회 공동체 별로 이러한 CBO가 어느 정도 있으며, 그들의 유형과 역량이 어떠한지에 대한 탐색적 연구를 선행함으로써, 지역의 성격과 문제를 진단할 수 있을 뿐만 아니라, 한국적 성격에서 가장 잘 작동할 수 있는 CBPR의 하부 구성단위를 인식할 수 있다.

그리고 CBPR이라는 개혁의 확산이 발생할 수 있는 여건이 마련되어야 하는데 이는 개혁 확산에서 개혁의 특성만큼이나 확산의 여건도 성공을 좌우하는 결정 요소이기 때문이다. 특히 CBPR처럼 복잡하고 난해하다고 여겨질 수 있거나 가시효과가 나타나기까지 시간이 소요될 수 있는 개혁의 경우에는 도입과 채택의 여건, 채택자의 역량이 중요하다. CBPR과 같은 과정 중심의 연구와 중간매개 평가에 대한 이해와 지지, 1년 미만의 단기 연구가 아닌 중장기 연구와 장기간의 효과와 변화관찰을 가능하게 하는 계속연구과제에 대한 제도적 지원, CBPR 진행과 혼합 연구방법의 훈련, 기관 간 협력이나 민-관 협력에 대한 개방성과 지지 기반의 확보가 CBPR이라는 개혁의 확산을 촉진하는 근본 여건의 예이다.

## 2. 지역사회 협력체와 상승효과

사회적, 경제적, 환경적 건강 결정요인을 개선하고 해소하기 위한 접근법으로 연구자, 보건의료전문가, 지역

사회 구성원들이 모두 연계된 종합적이고 참여적인 보건 연구 및 사업이 필요하게 되었고(Israel 등, 2006), 지역사회 여러 부문의 단체와 개인이 공동의 목표를 달성하기 위해 협업하는 지역사회 협력은 참여적 지역사회 보건의 특징적이고도 중요한 전략이다. 그동안 지역사회 보건 연구는 흡연, 운동, 약물 사용 등 건강행동의 개선부터 감염률, 사망률 같은 인구 단위의 건강지표 상의 변화, 지역사회 체계 및 환경의 개선에 이르는 지역사회 협력 효과의 근거를 축적해왔다(Roussou와 Fawcett, 2000). 건강증진 같은 사회의 변화를 추구하기 위한 지역사회 협력체의 성공 요건으로는 명확한 사명과 목적 표명, 실천 중심의 기획, 협조적이고 지지적인 리더십 개발, 전개 상황에 대한 기록 문서화와 지속적인 피드백, 기술적인 지원의 제공, 재정 자원의 확보, 지역사회에 의미 있는 결과의 성취를 들 수 있으며(Roussou와 Fawcett, 2000), 지역사회 협력체의 지속가능성은 (1) 협력체 구성원의 관계와 책임 지속, (2) 협력관계를 통해 축적한 지식, 기술, 역량, 가치의 지속, (3) 협력체 자체 및 인력, 자원, 프로그램, 정책의 지속에 달려있다(Israel 등, 2006). 그리고 기능적인 협력체는 효과적인 리더십과 운영, 자원의 충족, 지속성 보유, 효율과 성과의 달성 등의 조건을 충족시키며 전체가 부분의 합보다 큰 상승효과를 낸다. Lasker 등(2001)은 지역사회 협력체의 상승효과 결정 요건으로 협력체 구성원의 다양성, 공동목표의 구체적 설정을 통한 협력체 구성원의 동기 부여, 문제 해결을 위한 협력 과정을 통한 협력체의 역량 강화, 협력체 구성원 간의 지속적인 대화와 연결망 확산, 가용자원, 리더십 등을 들었다.

기존의 지역자원을 중복 없이 효과적으로 활용하기 위한 작업으로 지역사회 자원 목록 작성(Community Resource Inventory)나 지역사회 자원 지도(Asset Mapping), 지역자원들 간의 관계망 파악(Network Analysis) 등 지역사회 사정(Community Assessment)이 필요하다. 여기서 자원이란 가용예산이나 시설, 인력 뿐 아니라 보건사업, 프로그램, 전문성, 신뢰, 참여의식 같은 무형 자원도 포함한다. 지역사회 사정은 여러 지역사회 건강증진 기획모형들이 공통적으로 강조하는 작업으로, 지역자원에 대한 파악과 이해라는 1차적인 목적 외에 지역 단체 및 기관 공동의 관심분야 및 목적 도출, 협력 가능성 파악, 공

동체 의식 함양 등의 효과도 기대할 수 있다.

지역사회 구성원들이 협력하여 건강 문제를 포함한 지역사회 내의 여러상황에 대한 성찰력을 키우고 해결 방안을 결정하는 과정은 이전의 유사 경험 여부의 영향을 받는데, 특히 실패나 좌절, 갈등의 경험은 CBPR 시도에 장애가 되거나 본래의 성결과 의도를 변질시킬 수도 있다. 그러므로 협력체 구성원 각자의 입장과 특성을 이해하되, 협력체가 합의하는 공공의 목적을 설정하여 구체적이고 명확히 명시하고는 것, 협력체 운영 원칙에 의거하여 활동과정을 지속적으로 모니터링 하는 것이 상기 여러 조건들을 만족하는 기초가 될 것으로 보인다.

### 3. CBPR의 평가

프로그램 평가는 사업 목적의 달성 여부를 판단하고 수행에 대한 책임성을 부과하며 이후 관련 사업을 실시할 경우 수행정도를 개선하기 위해 필요하다. 뿐만 아니라 평가 과정을 공유하면서 지역사회 주민의 참여와 지지를 증대시킬 수 있고, CBPR 프로그램을 통해 얻을 수 있는 효과에 대한 과학적 근거를 제시하기 위해서 반드시 요청된다. 또한, 평가는 관련 정책결정을 위한 판단 근거가 된다(Plumb 등, 2008).

사회·물리적 환경과의 복잡한 연관성 속에서 다차원의 건강증진을 목표로 하면서 심도 깊은 참여를 강조하고 연구의 전개 과정을 중요시하는 CBPR의 특성은 현장에 맞는 현실성, 실행성, 지속가능성 등이 장점인 한편으로 기존의 평가 방법과 도구의 적용이 어려운 제한점이 있다(Minkler 등, 2003). 실험-대조군 구조의 평가 설계가 지역사회의 맥락과 참여를 강조하는 CBPR의 전체와 대치될 수 있고, 비교적 장기간의 양적/질적 방법의 혼합 적용이 요구되기 때문이다. 한편 CBPR은 참여를 통해 지역사회 의견의 건강증진 프로그램에 반영하여 프로그램의 질과 적절성을 높임과 동시에 참여 자체가 건강증진에 기여한다고 가정하고 있는데(Buchanan, Miller & Wallerstein, 2007), 지역사회 건강증진에서 참여의 목적과 의미에 관한 연구는 다수 보고되었고 참여와 건강증진 프로그램 간의 효율 증대, 지속가능성, 자원의 균등분배 측면의 과학적 근거는 제시되었으나 참여가 건강에 미치는 영향에 대한 연구 결과는 불확실하다(Wallerstein과 Duran, 2006).

CBPR의 결과 측정 지표와 평가 틀의 정립이 과제로 지적되는 가운데(Faridi 등, 2007) Green 등(2003)은 CBPR 프로젝트의 평가 원칙으로 연구가 지역사회 의견으로 시작되었는지, 참여의 형평성을 고려했는지, 참여에 제약이 되는 요소에 대한 개선 노력이 있는지, 참여자와 외부 자원 간의 협력이 추진되는지, 연구 참여자들이 연구결과로부터 이익을 얻는지, 연구자와 참여자 간에 연구결과와 소유권과 전파에 대한 구체적인 합의가 있는지 등을 제시했다. 즉 CBPR의 평가는 CBPR의 결과로 지역사회에 새로운 구조나 문제해결 체계가 생겨났는지, 새로운 지도자들이 나타났는지, 주인의식과 시민참여가 심화되었는지 처럼 지역의 참여의 효과로 어떤 중간 결과가 나타났는가에 초점을 맞추는 것이다(Minkler 등, 2003). Minkler 등(2003)은 이러한 평가항목들의 적용을 통해서 CBPR의 수행과 건강증진의 관계상 중요한 매개변인을 도출해낼 수 있으리라고 제안하였다. 보다 최근의 CBPR 평가 연구에서도 문헌고찰에 근거한 CBPR의 평가 항목으로 협동, 집단역학, 참여(=이상 과정평가 항목), CBPR이 연구방법에 끼친 영향, 지역사회 및 지역사회 기관에 끼친 영향, 연구기관에 끼친 영향, 보건의료 서비스 및 정책에 끼친 영향(=이상 결과평가 항목)을 사용했다(Plumb 등, 2008). 이 연구에서 과정평가와 결과평가의 각 항목마다 세부 지표가 설정되었는데 과정평가의 '참여' 부문은 연구과제가 지역사회에 의해 제시되었는가, 참여자들이 연구주제 결정, 연구 설계, 연구 수행, 자료 분석, 결과 전달에 이르는 전 과정에 참여하였는가, 참여자간 협력의 동등한 균형이 유지되었는가의 3개 지표로 구성되었다. 또한 결과평가의 '지역사회와 지역사회 기관에의 영향' 부문 세부 지표에는 CBPR 참여를 통해 지역사회 기관이 얻은 이익, 보건 주제 관련 지식의 증대, CBPR의 결과가 지역사회에서 가지는 의미 등 6가지가 포함되었다. 이 외에도 최근에는 CBPR을 적용한 무작위 대조군 실험 연구(randomized controlled trial: RCT)들도 시도되어 기존의 결과평가 틀과의 조합이 이루어지고 있다(Pazoki 등, 2007).

## V. 맺음말

다양화, 복잡화하는 현대의 지역사회 보건은 건강형평성 및 사회적 건강 결정요인 문제들과 연계되어 새로운 연구 및 사업의 패러다임을 요구하고 있다. CBPR은 지역사회 특유의 건강문제에 직접 당면한 당사자들이 주도적으로 문제해결에 참여하면서 연구자 및 관련기관과의 동등한 협력관계 속에 문제를 진단하고 해결방안을 모색하여 실천을 추구하는 상호 협동과정이자 지역사회가 보유하고 있는 유무형의 자산에 기반을 두고 지역사회 건강증진을 위한 역량을 개발해나가는 과정이다. 이렇게 참여와 실천의 과정인 CBPR의 실제 현장 적용은 소속감과 공동체 의식을 공유하는 구성원들로 형성된 참여자 조직과 관련 조직들이 협력체를 이루어 추진하게 되며, 추진 전략의 하나로 6단계 과정모형을 들 수 있다. 6단계 과정모형을 포함한 CBPR의 현장 적용 방안은 양적 연구방법과 질적 연구방법의 혼용을 권장하고 과정평가의 실시를 강조한다. CBPR은 특히 미국을 중심으로 건강형평성과 사회적 건강 결정요인의 개선에 대한 새로운 보건 연구와 사업의 조류로 인정되면서 사회생태학적, 시스템적 사고의 견지에서 보다 체계적이고 종합적인 건강증진 모형으로 자리 잡고 있다. 최근 한국에서는 '맞춤형', '지역특화', '지역사회 협력' 등이 지역사회 건강증진에서 눈에 띄는 용어들인데 이들 용어의 본질적 의미를 되새겨 재정립하고 현실적 효과성을 증진시키는 데 CBPR의 원칙과 기법들이 의미 있는 기여를 할 수 있고, '지역사회 참여', '역량 개발', '협력', '혁신'을 필요 요소로 하는 건강도시 사업, 또는 기타 체계와 과정 위주의 보건사업에도 적용을 시도해볼만하다고 여겨진다. CBPR이 한국의 보건소 중심 하향적 보건사업체계와 보완적으로 병행 또는 혼용될 수 있는 가능성에 대한 시도도 필요하다. 한국형 CBPR의 적용과 평가 체계 구축을 위해서는 일단 개혁확산이론에 입각한 CBPR의 시도와 확산이 선행될 필요가 있고, 지역사회 건강증진을 공동의 목적으로 하는 민-관의 협력과 상승작용이 추구되어야 한다. 이를 위해서는 종합적이고 과정형 연구인 CBPR에 대한 이해와 여건 마련, 전문가의 양성이 요구된다.

## 참고문헌

- 강대선. 지역사회복지 자산화를 위한 지역사회역량의 분포특성 및 접근방향 - 제주도 대상. 대한국토·도시계획학회지 국토계획 2007; 42(4): 221-232.
- 강대선, 류기형. 지역사회복지계획의 기반조성을 위한 지역사회응집력과 지역사회참여의 관계에 관한 연구. 한국사회복지학 2007; 59(1): 27-53.
- 안양희. 지역사회역량구축과 지역사회간호. 한국보건간호학회지 2007; 21(1): 102-109.
- 정민수, 조병희. 지역사회역량이 주민 건강수준에 미치는 영향: 2006년 서울시 도봉구 주민 건강행태조사를 중심으로. 보건과 사회과학 2007; 22: 153-182.
- 정민수, 조병희, 이성천. 지역사회 자발적 결사체의 연결망과 지역사회 역량. 보건행정학회지 2007; 17(4): 54-81.
- 정민수, 정유경, 장사랑, 조병희. 지역사회 기반 참여연구 방법론. 보건교육·건강증진학회지 2008; 25(1): 83-104.
- 홍현미라. 미국의 지역사회자본 구축정책 사례와 한국에 주는 시사점. 사회복지정책 2006; 25: 107-131.
- Baker TA, Wang CC. Photovoice: Use of a participatory action research method to explore the chronic pain experience in older adults. Qualitative Health Research 2006; 16(10): 1405-1413.
- Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. 2006. Planning health promotion programs: An intervention mapping approach. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2006.
- Becker AD, Israel BA, Allen AJ III. Strategies and techniques for effective group process in CBPR partnerships. In Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA. (Eds.) Methods in Community-Based Participatory Research for Health. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2005. pp. 52-72.
- Basch CE, Sliepecevic EM, Gold RS, Duncan DF, Kolbe LJ. Avoiding type III errors in health education program evaluation: A case study. Health Education Quarterly 1985; 12(3): 315-331.
- Buchanan BR, Miller FG, Wallerstein NB. Ethical issues in community-based participatory research: Balancing rigorous research with community participation in community intervention studies. Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action 2007; 1(2): 153-160.
- Castleden H, Garvin T, Huu-ay-aht First Nation. Modifying Photovoice for community-based participatory research. Social Science & Medicine 2008; 66: 1393-1405.
- Community Health Scholars Program. Goals and competencies. Ann Arbor, MI: University of Michigan School of Public Health [cited November 25, 2008]. Available from <http://www.sph.umich.edu/chsp/program/index.shtml>
- Cook WK. Integrating research and action: A systematic review of community-based participatory research to address health disparities in environmental and occupational health in the USA. Journal of Epidemiology and Community Health 2008; 62: 668-676.
- Faridi Z, Grunbaum JA, Gray BS, Franks A, Simoes E. Community-Based Participatory Research: Necessary next steps. Preventing Chronic Disease [serial online] 2007 Jul; 4(3). [cited on November 25, 2008]. Available from [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/06\\_0182.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/06_0182.htm)
- Goodman RM. Bridging the gap in effective program implementation: From concept to application. Journal of Community Psychology 2000; 28(3): 309-321.
- Green LW, Geroge MA, Daniel M et al. Guidelines for participatory research in health promotion. In Minkler M, Wallerstein N. (Eds.) Community Based Participatory Research for Health. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2003. pp. 419-428.
- Ioannidis JA. Materializing research promises: Opportunities, priorities, and conflicts in translational medicine. Journal of Translational Medicine 2004; 2(1): 5. Available from <http://www.translational-medicine.com/content/2/1/5>
- Israel BA, Schulz JAJ, Parker EA, Becker AB, Allen AJ III, Guzman JR. Critical issues in developing and following community-based participatory research principles. In Minkler M, Wallerstein N. (Eds.) Community-Based Participatory Research for Health. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2003. pp. 56-73.
- Israel BA, Krieger J, Vlahov D, Ciske S, Foley M, Fortin P, Guzman R, Lichtenstein R, McGranaghan R, Palermo A, Tang G. Challenges and facilitating factors in sustaining community-based participatory research partnerships: Lessons learned from the Detroit, New York City and Seattle Urban Research Centers. Journal of Urban Health 2006; 83(6): 1022-1040.
- Kone A, Sullivan M, Senturia K, Chrisman N, Ciske S, Krieger J. Improving collaboration between researchers and communities. Public Health Reports 2000; 115: 243-248.
- Lasker RD, Weiss ES, Miller R. Partnership synergy: A practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. The Milbank Quarterly 2003; 79(2): 179-205.
- Leung MW, Yen IH, Minkler M. Community-based participatory research: A promising approach for increasing epidemiology's relevance in the 21st century. International Journal of Epidemiology 2004; 33(3): 499-506.
- Lopez ED, Eng E, Robinson N, Wang CC. Photovoice as a community-based participatory research method: A case study with African American breast cancer survivors in rural eastern North Carolina. In Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA. (Eds.) Methods in Community-Based Participatory Research for Health. San Francisco, CA:

- Jossey-Bass, 2005. pp. 326-348.
- McIntyre A. Through the eyes of women: Photovoice and participatory research as tools for reimagining place. *Gender, Place and Culture* 2003; 10(1): 47-66.
- Merzel C & D'Afflitti J. Reconsidering community-based health promotion: Promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health* 2003; 93(4): 557-574.
- Minkler M. Community-based research partnerships: Challenges and opportunities. *Journal of Urban Health* 2005; 82(suppl2): ii3-ii12.
- Minkler M, Blackwell AG, Thompson M, Tamir H. Community-based participatory research: Implications for public health funding. *American Journal of Public Health* 2003; 93(8): 1210-1213.
- Minkler M & Pies C. Ethical issues and practical dilemmas in community organization and community participation. In Minkler M. *Community organizing and community building for health*. 2nd ed. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. pp. 116-133.
- Nam EW, Engelhardt K. Health promotion capacity mapping: the Korean situation. *Health Promotion International* 2007. [Advance Access published March 6, 2007. doi:10.1093/heapro/dam004]
- National Institutes of Health. Community-Based Prevention/Intervention Research in EHS. NIH Guide 1996; 25(39). [cited on November 25, 2008]. Available from: <http://grants.nih.gov/grants/guide/rfa-files/RFA-ES-96-008.html>
- National Institutes of Health. Funding opportunity announcement: Community-Based Participatory Research at NIMH (R21). 2006. [cited on December 4, 2008]. Available from: <http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PA-R-07-004.html>
- National Institutes of Health (NIH). Funding opportunity announcement: Community participation research targeting the medically underserved (R01). 2008. [cited on December 4, 2008]. Available from: <http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PA-R-08-075.html>
- Nyswander D. Education for health: Some principles and their application. *Health Education Monograph* 1956; 14: 56-70.
- Pazoki R, Nabipour I, Seyednezami N, Imami SR. Effects of a community-based healthy heart program on increasing healthy women's physical activity: A randomized controlled trials guided by community-based participatory research (CBPR). *BMC Public Health* 2007; 7: 216. Published online as doi:10.1186/1471-2458-216. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/216>
- Plumb M, Collins N, Cordeiro JN, Kavanaugh-Lynch M. Assessing process and outcomes: Evaluating community-based participatory research. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action* 2008; 2(2): 87-97.
- Prevention Research Center. Program strategic plan: Mission, vision, and goal statements, 2006a. [cited on November 26, 2008]. Available from: <http://www.cdc.gov/prc/about-prc-program/strategic-planning-mission-vision-goal-statements.htm>
- Prevention Research Center. Policy statement for Core Research Projects. 2006b. [cited on November 26, 2008]. Available from: <http://www.cdc.gov/prc/about-prc-program/program-policy.htm>
- Prevention Research Center. Description of the logic model for the Prevention Research Centers (PRC) Program. 2008. [cited on November 26, 2008]. Available from: <http://www.cdc.gov/prc/program-evaluation/logicmodel.htm>
- Rogers EM. *Diffusion of Innovation* (4th ed.). New York: Free Press, 1995.
- Rouso ST, Fawcett SB. A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annual Review of Public Health* 2000; 2: 369-402.
- Strack RW, Magill C, McDonagh K. Engaging youth through photovoice. *Health Promotion Practice* 2004; 5(1): 49-58.
- Streng JM, Rhodes SD, Ayala GX, Eng E, Arceo R, Phipps S. Realidad Latina: Latino adolescents, their school, and a university use photovoice to examine and address the influence of immigration. *Journal for Interprofessional Care* 2004; 18(4): 403-415.
- Viswanathan M, Ammerman A, Eng E, Gartlehner G, Lohr KN, Griffith D, Rhodes S, Samuel-Hodge C, Maty S, Lux, L, Webb L, Sutton SF, Swinson T, Jackman A, Whitener L. Community-Based Participatory Research: Assessing the Evidence. Evidence Report/Technology Assessment No. 99 (Prepared by RTI-University of North Carolina. Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0016). AHRQ Publication 04-E022-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. July 2004.
- Wallerstein NB, Duran B. Using community-based participatory research to address health disparities. *Health Promotion Practice* 2006; 7(3): 312-323.
- Wang CC. Photovoice: A participatory action research strategy applied to women's health. *Journal of Women's Health* 1999; 8(2): 185-192.
- Wang CC. Using photovoice as a participatory assessment and issue selection tool: A case study with the homeless in Ann Arbor. In Minkler M, Wallerstein N. (Eds). *Community-Based Participatory Research for Health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass 2003. pp. 179-196.
- Wang CC, Burris MA. Empowerment through photo novella: Portraits of participation. *Health Education Quarterly* 1994; 21(2): 171-186.



- Wang CC, Burris MA. Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Education & Behavior* 1997; 24(3): 369-387.
- Wang CC, Morrel-Samuels S, Hutchison P, Bell L, Pestronk RM. Flint Photovoice: Community building among youths, adults, and policymakers. *American Journal of Public Health* 2004; 94(6): 911-913.
- Yoo S. Community-based participatory approaches and a social ecological model for school-based sex education. *Journal of Korean Society for School Health Education* 2006; 7: 19-32.
- Yoo S, Weed NE, Lempa ML, Mbondo M, Shada RE, Goodman RM. Collaborative community empowerment: An illustration of a six-step process. *Health Promotion Practice* 2004; 5(3): 256-265.
- Yoo S, Butler J, Elias TI. The functioning of small groups that address community health issues: The Blue Ribbon Health Panel experience. A manuscript under review. 2008a.
- Yoo S, Butler J, Elias TI, Goodman RM. The 6-step model for community empowerment: Revisited in public housing communities for low-income senior citizens. *Health Promotion Practice* 2008b. [published OnlineFirst on April 14, 2008 as doi:10.1177/1524839907307884]

<ABSTRACT>

## Using Community-Based Participatory Research(CBPR) for Health Promotion

Seunghyun Yoo

*Seoul National University Graduate School of Public Health /  
Seoul National University Institute of Health and Environment*

Community-Based Participatory Research(CBPR) has gained attention as a public health approach to develop community health interventions to address health disparities in recognition of the community relevance of specific health issues associated with social determinants of health. It emphasizes community involvement in equal partnership with researchers and public health professionals to address community-identified needs. The characteristics and principles of CBPR discussed in this paper highlight participatory nature, capacity development, partnership building, and process-orientation of CBPR. A 6-step process model for community empowerment is then introduced as a CBPR operationalization strategy. Mixed methods research approaches are valuable in CBPR as well as process evaluation. For the application of CBPR in Korean contexts, the Diffusion of Innovation theory is suggested as a theoretical framework for implementation. Building public health partnerships between public and private sectors to create partnership synergy is a necessary condition for successful CBPR for health promotion in Korea. Accompanying critical factors for the CBPR application include: common understanding of CBPR and its values, establishment of the definition of 'community,' 'community-based' and 'participation' in community health, development of accommodating research infrastructure for CBPR, recognition of the importance of program evaluation (particularly process evaluation), and training CBPR specialists.

**Key words:** Community-Based Participatory Research(CBPR), Participatory Action Research(PAR), Community Partnership, Community Capacity Building, Process Evaluation