

주민주도형 건강증진전략이 수반하는 가치: 경상남도 건강플러스 행복플러스 사업을 중심으로

김장락[†], 정백근, 박기수, 강윤식

경상대학교 의학전문대학원 예방의학교실 및 건강과학연구원

The values evident in strengthening community actions: health plus happiness plus projects in Gyeongsangnam-Do

Jang-Rak Kim[†], Baekgeun Jeong, Ki-Soo Park, Yune-Sik Kang

Department of Preventive Medicine, School of Medicine and Institute of Health Sciences, Gyeongsang National University

<Abstract>

Objectives: his study was performed to examine whether a community organization strategy had been driven by core values explicit in Ottawa Charter and to give some suggestions for using values in health promotion practice in Korea. **Methods:** We searched literature online with key words of ‘values’, ‘health promotion’, and/or ‘Ottawa Charter’, etc, and reviewed published papers on design, implementation, and evaluation of Health Plus Happiness Plus Projects in Gyeongsangnam-Do, a community organization strategy. **Results:** Evident core values since Ottawa Charter had been holistic definition of health, empowerment, community participation, addressing the impact of broader determinants of health, reducing social inequities and injustice, and intersectoral collaboration. A community organization strategy was good at realization of most values. Some ways for value-driven health promotion practice were suggested. **Conclusions:** More discussion and debate on values in health promotion are needed in Korea.

Key words: Ottawa Charter, Health promotion, Community organization, Empowerment, Community development

I. 서론

새로운 공중보건의 세계적인 움직임에 대한 반응으로서 1986년 개최된 세계보건기구의 첫 번째 건강증진 국제회의에서 건강증진의 오타와 헌장이 채택되었다. 이에 따라 건강의 전제 조건으로서 폭넓은 사회환경적 건강의 결정요인이 인정되고, 건강증진의 전략과 영역이 제시되었다. 건강증진은 ‘사람들이 자신의 건강에 대한 통제력을 높이고 건강을 향상시킬 수 있도록 하는 과정’으로 정의되었다(WHO, 1986). 이를 통해 건강증진의 핵심가치가 명백하게 드러나게 되었는데, 먼저 과정으로서의 건강증진 정의에

따라 건강의 결정요인에 대한 통제력 향상을 통해 건강을 향상시킬 수 있는 개인과 지역사회의 역량을 의미하는 임파워먼트가 중요한 가치로 대두되었다(Birse, 1998). 그 외에도 전인적 개념의 건강(holistic health) 정의(Bauman et al., 2007), 사회적 정의 및 형평성(Sindall, 2002), 지역사회 참여, 사회환경적 건강 결정요인의 강조, 그리고 부문 간의 협력 등이 건강증진 개념에 내재된 핵심가치(core values)로 받아들여지고 있다(Birse, 1998).

옥스퍼드 사전에 따르면 가치란 ‘개인이나 지역사회에서 인정되는 표준이나 원칙’이며, 무엇이 가치가 있다는 것은 중요하거나 해를 만하다는 것이다(Carter, 2012; Parker et

Corresponding author : Jang-Rak Kim

Department of Preventive Medicine, School of Medicine, Gyeongsang National University,

Jinjudaero-ro 816 beon-gil 15, Jinju, 52727, Korea

주소: (52727) 경상남도 진주시 진주대로 816길 15 경상대학교 의학전문대학원 예방의학교실

Tel: +82-55-772-8092, Fax: +82-55-772-8090, E-mail: jrkim@gnu.ac.kr

• Received: August 17, 2015

• Revised: September 15, 2015

• Accepted: September 23, 2015

al., 2007). 특히, 건강증진 분야는 과학적 근거(evidence)도 중요하지만, 가치가 사업을 상당 부분 이끌어나가는 역할을 한다는 데 많은 문헌이 의견의 일치를 보이고 있다 (Bauman et al., 2007). 건강증진사업에서 가치는 사업 추진에 필수적 요소의 하나로 사업목적의 형태로 나타나므로, 건강증진사업은 이에 따라 전략이 마련되고 수행되어야 한다(Birse, 1998; Kahan & Goodstadt, 2001). 어떤 가치에 따라 사업을 하는가는 건강증진 평가 방법에도 영향을 미치며, 가치에 기반을 두지 않고서는 효과적인 건강증진사업이 될 수 없다고 한다(Bauman et al., 2007; Raphael, 2000).

따라서 건강증진의 기획, 수행 및 평가 전과정에서 건강증진의 가치를 명백하게 하는 것이 필요하다. 그러나 실제 사업에서는 이러한 가치가 잘 드러나지 않고, 건강증진의 수행과 평가가 항상 가치에 기반을 두는 것도 아니다 (Carter, 2012; Kahan & Goodstadt, 2001). 건강증진 프로그램의 디자인, 수행, 그리고 평가에 흔히 사용되는 건강증진의 모델도 건강증진에 내재된 가치와 원칙을 분명하게 표현하고 있지는 않다. 따라서 건강증진의 중심으로 생각되는 많은 가치와 원칙이 수사(rhetoric)에 그치고 있는 실정이다 (Gregg & O'Hara, 2007). 많은 학술적 논의에도 불구하고 심지어 건강증진의 핵심가치가 무엇인가에 대해서도 아직 합의가 없으며, 우리나라에서는 더욱 그러하다(Gregg & O'Hara, 2007).

Gregg와 O'Hara(2007)은 건강증진사업을 크게 현대적 건강증진과 전통적인 건강증진의 둘로 나누어 건강증진의 핵심가치가 구현되는 정도를 고찰하였다. 그 결과 대부분의 건강증진사업의 가치는 양극단보다는 두 접근을 연결하는 선상의 어느 지점에 위치에 놓이게 된다고 하였다. 현대적 건강증진은 전인적이고도 생태학적이며, 건강을 적극적으로 만들어 갈 수 있다(salutogenic)는 생각에서 출발하여 지역사회 참여와 임파워먼트를 강조하는 접근인 반면, 건강증진사업의 상당부분을 차지하는 전통적 건강증진은 신체의 질병에 일차적으로 관심을 가지며, 억지참여를 유도하고 강권하는 경향이 있다(Gregg & O'Hara, 2007). 오타와 건강증진 현장에서 제시한 다섯 가지 영역 중 하나인 지역사회 활동 강화는 지역사회개발 전략으로 지역사회 참여와 임파워먼트를 중시하는 점(WHO, 1986)에서 현대적 건강증진 접근이라 할 수 있다. 이러한 접근은 우리나라에서도 최근 주민주도형의 주민참여형 건강증진전략으로 지

역사회 통합건강증진사업의 하나로 권장하고 있으며, 특히, 경상남도에서는 2010년 이후 건강플러스 행복플러스 사업이라는 이름으로 수행해 오고 있다(Ministry of Health and Welfare & Korea Health Promotion Foundation, 2015; Jeong et al., 2012)

이에 이 연구는 우리나라의 건강증진사업 중 주민주도형 건강증진전략이 건강증진의 핵심가치가 바탕이 되고 있는지 경상남도 건강플러스 행복플러스 사업을 사례로 살펴보고, 이를 근거로 향후 우리나라 건강증진사업에서 이러한 가치가 충분히 구현될 수 있는 방안에 대해 제언을 하고자 수행되었다.

II. 연구방법

1. 문헌고찰 및 건강증진의 핵심가치 선정

세계보건기구의 오타와 헌장 발표 이후의 건강증진 분야에서 가치와 관련된 논문을 찾아내고, 건강증진에 내재된 핵심가치를 선정하기 위하여 인터넷을 이용하여 문헌을 검색하였다. 검색 엔진은 Google 및 PubMed, 검색어로는 'value', 'health promotion', 그리고 'Ottawa Charter' 등을 사용하였다. 필요한 경우 일차로 검색된 문헌이 인용한 참고문헌을 인터넷으로 재검색하였다. 문헌의 검색은 2015년 7월에서 8월 사이에 이루어졌다. 그 결과 이 연구에서 고려할 건강증진의 핵심가치로는 오타와 헌장에서 명백하게 드러나는 것으로 여러 문헌에서 공통적으로 인정하는 전인적 개념의 건강, 임파워먼트, 지역사회참여, 건강의 사회환경적 결정요인 강조, 사회적 불평등 완화, 부문 간의 협력을 선정하였다(Birse, 1998; Sindall, 2002; Bauman et al., 2007; Gregg & O'Hara, 2007). 또한, 이러한 핵심가치의 의미, 정의 및 고려할 점 등을 문헌을 찾아서 고찰하였다.

2. 경상남도 건강플러스 행복플러스 사업

경상남도는 통계청 발표에서 2005년부터 2007년까지 3년 연속으로 전국 광역시도 중에서 표준화사망률이 가장 높았다. 이에 경상남도는 지역 간 건강 불평등 수준을 완화할 목적으로 표준화사망비가 가장 높은 40개 읍면동을 대상으로 6년간 지역 당 1억4천만 원의 예산으로 2010년부터

건강플러스 행복플러스 사업을 수행하고 있다(Jeong et al., 2012). 이 사업을 사례로 검토하기 위하여 필요한 구체적인 내용에 대해서는 건강플러스 행복플러스 사업 목적, 사업 과정 및 사업체계에 대한 보고, 사업 과정 중 건강위원회 교육에 대한 보고, 그리고 사업의 중간 평가에 대한 보고 등을 참고하였다(Jeong et al., 2012; Kim et al., 2011, 2014). 우리나라의 주민주도형 건강증진사업은 광역 시도 수준에서 여러 형태로 수행되고 있는데, 이 연구에서는 경상남도 건강플러스 행복플러스 사업을 검토 대상으로 하였다. 그 이유는 이 사업이 40개 읍면동의 많은 지역에서 6년간의 비교적 장기간 진행되고 있고, 사업의 목적, 과정 및 평가에 이르는 전과정이 논문 형태의 문서로 출판되어 있기 때문이다.

3. 주민주도형 건강증진전략이 수반하는 가치의 검토

이에 따라 이 연구는 오타와 현장에서 명백하게 드러나는 건강증진의 핵심가치가 주민주도형 건강증진전략인 경상남도 건강플러스 행복플러스 사업에 충분히 적용되어 구현되고 있는지를 주로 검토하였다.

Ⅲ. 연구결과

건강증진의 핵심가치별로 건강플러스 행복플러스 사업에서 그 가치가 어떻게 적용되고, 구현되고 있는지 요약하면 표 1과 같다(Table 1).

1. 전인적 개념의 건강

건강증진의 오타와 현장은 세계보건기구의 건강 정의인 ‘건강은 단순히 질병이 없거나 허약하지 않다는 것을 말하는 것이 아니라, 신체적, 정신적 그리고 사회적으로 완전한 안녕 상태임’을 재확인함으로써 건강증진은 전인적 개념의 건강(holistic health) 정의를 기본적인 가치로 포함하게 되었다(WHO, 1986). 즉, 사람들은 전인적으로 취급되어야 하는 존재로 질병이 발생할 수 있는 신체 부분의 합이 아니다(Bauman et al., 2007). 건강은 신체적 능력뿐 아니라 사회적이고 개인적 자원임을 강조하는 적극적 개념으로, 건

강증진은 건강 분야만의 책임이 아니라 건강한 생활양식을 넘어 웰빙(well-being)을 추구한다(WHO, 1986).

건강플러스 행복플러스 사업은 공모 형식으로 작명된 사업 명칭이 ‘건강플러스 행복플러스’라는 데서 알 수 있듯이, 건강뿐 아니라 영어로 웰빙에 해당하는 의미인 행복을 강조하고 있다. 자문교수들은 이 사업 명을 ‘행복하기 위해서는 건강해야 하고, 또 행복하게 되면 건강이 따라 온다’는 의미로 해석하여 사업의 목적으로 신체적 및 정신적 건강과 행복을 구분 없이 강조하고 있다. 공식적인 사업 목표의 하나도 사업 대상 지역 주민들의 안녕(well-being) 수준을 향상시키는 것으로 설정되어 있다(Jeong et al., 2012).

2. 임파워먼트(empowerment)

오타와 현장에서 건강증진은 ‘사람들이 자신의 건강에 대한 통제력을 높이고 건강을 향상시킬 수 있도록 하는 과정’으로 정의하였는데, 이를 위해서는 ‘자신들의 삶에 영향을 미치는 요인에 대한 통제력을 행사하는 것을 도우는 과정’인 임파워먼트가 필요하다(Gibson, 1991; WHO, 1986). 따라서 모든 건강증진사업의 근거에는 임파워먼트의 개념이 있다고 볼 수 있다(Birse, 1998). 지역사회 임파워먼트를 통한 건강증진사업을 지역사회조직화(communitary organizing)라고 하며, 이는 지역사회 집단을 도와서 스스로 문제점 규명, 자원 동원, 전략 수립, 그리고 사업 수행 등을 하게 도와주는 과정이다(Minkler et al., 2008). 우리나라 지역사회 통합건강증진사업의 주민주도형 건강증진전략이 여기 해당한다고 할 수 있다. 또한 임파워먼트야 말로 지역사회조직화와 다른 지역사회 건강증진사업을 구분하는 핵심 개념이다(Birse, 1998). 심지어 Macdonald와 Davies(1998)는 ‘임파워먼트 과정이 없으면 건강증진이 아니다’라고까지 하였다(Raphael, 2000). 임파워먼트는 권력을 획득하는 수단으로 다른 사람이 부여할 수 있는 것이 아니라 그것을 추구하는 사람 자신에 의해서만 얻을 수 있다(Laverack, 2006). 따라서 임파워먼트를 통한 건강증진사업에서는 건강교육의 참여 방법론이 필수적이다(Kim et al., 2011). 참여 학습 과정은 위험요인이 있는 사람들의 불건강한 건강행태 교정을 목적에서 오히려 임파워먼트를 떨어뜨리는(disempowering) 전통적인 방법과 구분된다(Bauman et al., 2007).

<Table 1> Core values evident in strengthening community actions: Health Plus Happiness Plus Projects in Gyeongsangnam-Do

Core values	Application of the values in Health Plus and Happiness Plus Projects
Holistic definition of health	◦ Setting improvement of both health and happiness as a project goal (explicit in the project title)
Empowerment	◦ Education of health committees by co-learning and participatory learning process, not by lectures
Public participation	◦ Active participation in joint decision with health centers by volunteer health committee members
Addressing the impact of broader determinants of health	◦ Passive participation by community residents ◦ Emphasizing social and environmental factors as well as health behaviors for determinants of health ◦ In reality, most activities of health committees were limited to health behaviors
Reducing social inequities and injustice	◦ Selection of 40 project areas with highest standardized mortality ratios (eup, myeon, dong)
Intersectoral collaboration	◦ Encouraging health committees to mobilize resources by building partnerships with the organizations within and outside the communities

건강플러스 행복플러스 사업은 지역사회 임파워먼트를 통한 지역사회 건강 활동 강화를 목표로 하였기 때문에 건강위원 교육의 대부분은 참여학습 방법을 적용하였다. 즉, 사업의 선정(지역사회 건강조사 보고회에서 토의하고 듣기) 단계, 문제를 제기하는 토의(대화)를 통하여 우선순위 사업을 선정하고 건강문제 해결을 위한 전략과 세부사업을 결정하는 단계, 실천하고 성찰하는 단계의 건강위원회 활동의 전과정에서 외부 전문가의 의견 제시는 최대한 배제하였다(Kim et al., 2011). 임파워먼트는 보통 과정으로 기술되지만 역량함양(capacity building)이 지역사회의 주요 활동일 때는 결과 변수가 될 수 있다(Judd et al., 2001). 임파워먼트는 보통 폭넓게 개인, 지역사회, 그리고 조직이 자신들의 삶에서 통제력을 증가할 수 있게 하는 사회적 과정으로 정의되는데, 이 중 개인 수준의 심리적 임파워먼트는 ‘인지된 통제력’ 설문으로 측정할 수 있다(Minkler et al., 2008). 건강플러스 행복플러스 사업을 3년 간 수행한 후의 양적인 중간 평가 결과, 지역사회수준의 심리적 임파워먼트 점수가 유의하게 증가하였다고 한다(Kim et al., 2011). 그러나 광범위한 개념의 임파워먼트 수준 향상에 대해서는 질적인 평가 방법이 더 필요하다(Brandstetter et al., 2012). 하지만, 지역사회 임파워먼트는 늦고도 오랜 기간의 소요되는 과정이기 때문에 몇 년이 경과하여 사업이 종료되어도 완전한 성취란 있을 수 없다고도 할 수 있다(Laverack &

Labonte, 2000).

3. 지역사회 참여

오타와 헌장 이래 참여는 임파워먼트와 함께 건강증진 가치를 나타내며, 건강증진의 개념적 틀을 구성한다(Brandstetter et al., 2012). 모든 건강증진 활동은 적극적인 지역사회 참여를 강조하는데, 특히, Labonte(1993)는 개인과 지역사회가 자신들의 삶과 생활환경에 영향을 미치는 요인을 정의, 분석 그리고 실행하도록 하는 과정, 즉 지역사회 건강 활동의 전과정에서의 적극적인 지역사회 참여를 강조하였다(Birse, 1998). Minkler와 Wallerstein(1997)은 지역사회 참여는 개인과 지역사회가 목적을 달성하기 위해 역량을 함양하는 과정의 전단계로 임파워먼트와 연결이 되는 것이라고 하였다. 따라서 참여는 임파워먼트의 전제 조건으로 기술되기도 하지만, 반대로 임파워먼트를 통해서 사람들이 힘을 획득하고, 그 힘을 행사하는 것이 참여라는 시각도 있어, 임파워먼트와 참여의 상호관계에서 인과성은 알기 어렵다(Kinyashi, 2006). 어쨌든 두 용어는 건강증진의 가치로 자주 함께 사용된다(Brandstetter et al., 2012). 참여는 여러 가지 형태를 띠고 다양한 정도로 나타나는데, Pretty(1994)는 참여의 일곱 계단을 제시하였다. 가장 낮은 단계의 수동적 참여로부터 건강조사 등에서 정보

만 제공하는 참여, 자문을 받는 참여, 물질적 유인을 받기 위한 참여, 기능적 참여, 상호작용적 참여, 그리고 자기 동원(또는 진정한 참여)을 하는 참여가 있다(Kinyashi, 2006).

건강플러스 행복플러스 사업은 당초 영국의 대규모 건강불평등완화 사업인 헬스 액션 존 (Health Action Zone)을 벤치마킹하였다(Jeong et al., 2012). 따라서 건강플러스 행복플러스 사업은 헬스 액션 존 사업의 '3 Ps', 즉 파트너십(partnership), 참여(participation), 그리고 지역(place)이라는 세 원칙을 공유하고 있다(Barness et al., 2005). 건강플러스 행복플러스 사업의 일차 목표는 건강위원회의 임파워먼트이고, 이를 통해 지역사회 구성원의 건강 및 행복 수준을 높이는 지역사회 활동을 촉진하는 것이므로 지역사회 참여의 당사자는 건강위원과 일반 주민의 두 부류가 있다고 할 수 있다. 건강플러스 행복플러스 사업의 기본 조직은 지역별로 주민 중심의 건강위원회로 사업 초기에 사업 지역 읍면동 사무소와 시, 군 보건소의 추천을 받은 15-20명의 위원으로 구성되어 있다(Jeong et al., 2012). 건강위원회는 무보수 명예직으로 회의 참석 시에 식사를 제공받는 외에는 물질적 유인이 없었지만, 대부분은 건강위원회에 적극 참여하여 건강 활동을 진행하였다. 이와 같은 참여는 이미 중요한 결정이 외부 기관에 의해서 이루어진 상태에서 지역의 건강문제의 우선순위를 선정하고, 이를 해결하기 위한 전략 및 세부 사업에 대해 의사결정을 한다는 점에서 Pretty의 참여 계단 5단계인 기능적 참여에 해당하는 것으로 판단된다(Kinyashi, 2006). 몇 년의 사업 기간이 경과함에 따라 대부분의 건강위원회는 민주적 회의 운영 능력 및 건강문제에 대한 해결 방안을 찾는 능력이 향상되었다고 하여 일부 건강위원회는 6단계인 상호작용적 참여로 수준이 높아지고 있다고 생각된다(Kim et al., 2014). 40개 건강위원회 중 17개 건강위원회는 2015년까지 예산이 지원되므로, 2016년 이후 사업의 지속 여부는 건강위원회의 의지와 재원의 독자적 마련에 달려 있다. 만약 외부 특히, 중앙이나 지방 정부의 재정 지원이 없이도 사업을 지속적으로 유지하고 스스로 자원을 동원하는 건강위원회가 생긴다면, 이는 7단계인 자기동원 또는 진정한 참여 단계라 할 수 있을 것이다. 하지만, 이러한 건강위원회의 노력이 일반 지역 주민의 건강 습관의 변화를 유도하는 데는 효과가 제한적이어서, 중간 평가를 위한 지역사회 건강조사에서는 건강검진율의 향상은 있었으나, 흡연을 감소와 걷기 실천

율의 증가는 가져오지 못하였다. 2단계로 지역사회 일반 주민의 적극적인 참여를 이끌어내기 위해서는 읍면동 소재지가 아닌 마을 단위 건강 활동의 강화 필요성이 제시되었다(Kim et al., 2014). 이러한 제한점에도 불구하고 그 간의 우리나라 건강증진사업이 관주도로 건강 전문가들이 지역의 문제를 규정하고 해결 방법을 처방하는 하향적인 형태로 진행되어 주민참여도 보조적인 역할만 수행할 수밖에 없었던 점에 비추어 보면, 비록 일부 주민에 한정되기는 해도 높은 수준으로 참여하는 건강위원회가 지역 건강증진사업을 주도한다는 점에서 건강플러스 행복플러스 사업의 의의가 있다고 할 것이다(Cho et al., 2010).

4. 건강의 사회환경적 결정요인 강조

오타와 헌장에서는 건강의 전제조건으로 평화, 주거지, 교육, 식량, 소득, 안정적인 생태계, 지속가능한 자원, 그리고 사회정의 및 형평성을 제시하고, 이들이 충족되어야 건강 수준의 향상이 가능하다고 하였다(WHO, 1986). 이는 건강증진 사업이 개인의 생활양식과 의료전달체계를 넘어서는 더 넓은 수준의 보다 근본적인 건강결정요인인 사회환경적인 조건을 인식하고 이에 개입할 필요성이 있음을 제시하는 것이다(Birse, 1998). 이와 같은 폭넓은 건강결정요인은 Whitehead와 Dahlgren이 개인의 행태적 요인, 사회 및 지역사회의 관계, 생활 및 작업 조건, 그리고 사회 전반의 경제적, 문화적 그리고 환경적 조건으로 층을 나누어 정리한 바 있다(Whitehead, Dahlgren, & Gilson, 2001). 임파워먼트를 높이기 위한 문제 제기형 교육 과정에서 비판적의식(critical consciousness)이 성숙하게 되면 개인적 수준의 심리적 임파워먼트가 지역사회 임파워먼트로 연결되는데, 이렇게 되면 건강문제의 원인으로 더 근본적인 건강결정요인을 연결시킬 수 있게 된다(Minkler & Wallerstein, 1997). 그래서 임파워먼트 수준이 높은 지역사회는 건강의 좀 더 근본적인 결정요인에 관심을 가질 수 있다(Birse, 1998).

건강플러스 행복플러스 사업은 1차 연도에 지역별 지역사회 현황 분석을 위해 외부 기관에서 네 개 집단(기초생활보장수급자, 청장년층, 노년층, 그리고 공무원 및 지역사회 유지 집단)에 대한 초점집단인터뷰와 대표 표본 220가구의 220명에 대한 설문조사를 수행하였다. 그 결과는 건강위원 및 일부 주민들에게 지역사회건강조사 보고회 및 보고서를 통해서 환류해서 이듬해부터의 본격적인 건강위

원회의 건강 활동에 활용하도록 하였다. 초점집단인터뷰는 지역의 건강결정요인 등을 중심으로, 건강조사 설문조사는 건강행태 및 질병 이환 등의 내용을 주로 조사하였다(Jeong et al., 2012). 초점집단인터뷰에서는 지역의 건강수준이 상대적으로 나쁜 이유로 좋지 않은 건강행태 뿐만 아니라, 지역사회의 의료서비스 부족, 낮은 경제적 상태, 그리고 수질, 토양 및 대기 오염 등 환경오염을 중요한 건강위해 요인으로 공통적으로 언급하였다(An et al., 2011). 그러나 실제 건강위원회의 우선 건강 활동 사업을 보면 대부분은 건강행태 개선 사업(대부분의 건강위원회에서 걷기 및 운동 실천율 향상, 또는 건강걷기를 향상 사업을 채택)이고, 환경 문제 개선은 주로 걷기 코스 단장 및 운동 기구 설치 등 건강행태와 직결되는 것이었다. 일부 건강위원회는 지역 쓰레기 무단 투기 및 소각 방지, 상수도 시설 조기 완공, 민간 목욕 시설 유치 등의 더 폭넓은 건강결정요인에 대한 건강 활동을 하기도 하였다(Kim et al., 2014). 임파워먼트와 비판적의식의 함양 사이의 연관성에 비추어 볼 때, 사업 기간이 경과하면 건강 위원회가 좀 더 근원적인 건강결정요인인 사회경제적 측면에 대한 활동을 할 것으로 기대하였으나, 실제로는 그렇지 않았다. 그 이유는 이 사업이 광역 및 기초 단위 정부의 재원으로 이루어지기 때문에 사업 자문 교수들이 건강의 사회경제적 결정요인과 이에 따른 체제에 비판적일 수 있는 시각을 특별히 강조하지 않았고, 지역 유지 중심의 건강위원 또한 보수적 성향을 많이 가지고 있기 때문으로 판단된다.

5. 사회적 불평등 완화

오타와 헌장은 건강증진은 건강형평성을 달성하는 것에 집중해야 하며, 건강증진 활동의 목표는 현재의 건강 수준의 차이를 감소시키고, 모든 사람들이 자신들의 건강 잠재력을 최대한 획득할 수 있도록 동등한 기회와 자원을 보장하는 것임을 명시하고 있다(WHO, 1986). 많은 연구에서 가난은 나쁜 건강과 조기 사망의 가장 중요한 위험요인이다. 즉, 절대적 빈곤에 따른 불충분한 영양, 적정 주택, 위생 및 깨끗한 상수도의 접근성 부족 때문에 건강하기 어렵다. 상대적 빈곤에 따른 사회적 불평등 또한 사회심리적 영향으로 인해 나쁜 건강의 원인이 된다(Whitehead et al., 2001). 이러한 사회적 불평등을 완화하기 위해서는 모든 개인, 가족 그리고 지역사회가 건강을 뒷받침할 수 있는 환경에서

생활하고 일할 수 있어야 한다(Birse, 1998).

건강플러스 행복플러스 사업의 목적은 사망률이 높은 경상남도 내의 지역 간 건강불평등 완화를 이룰 위해 표준화 사망비가 가장 높은 40개 읍면동 지역을 사업 대상으로 하고 있다(Jeong et al., 2012). 가난과 같은 건강의 사회적 결정요인에 따른 건강불평등 완화를 위한 건강증진사업은 지역 사회 임파워먼트 전략이 적절하다고 한다(Laverack, 2006). 왜냐하면, 가난한 환경에 수반하는 무기력(powerlessness)은 '자신의 운명에 대한 통제력 부족'을 말하는 것으로 나쁜 건강의 핵심적인 사회적 결정요인이기 때문이다(Wallerstein, 2002). 건강플러스 행복플러스 사업은 2년 이후 지침을 통하여 읍면동 지역 안에서도 사회경제적 상태가 좋지 않은 지역 소외 계층(예: 지역아동센터의 어린이, 독거노인 등)은 가난으로 인한 무기력으로 인해 건강위원회의 사업에 참여도가 낮을 것으로 예상하고, 이들에 대해서는 별도의 활동을 권장하고, 평가요소로 반영하였다.

6. 부문 간의 협력

오타와 헌장에서 건강의 전제조건은 건강 분야만으로 보장될 수 없으므로 건강증진은 연관 분야, 즉 정부, 건강 및 다른 사회경제적 분야, 비정부기관, 지방 정부, 산업 및 언론 분야 등에 의한 활동이 조정되어야 함을 제시하고 있다(WHO, 1986). 건강이 단순히 질병이 없다는 신체적 개념만을 말하는 것이 아니라 개인적 및 사회적 자원으로서의 적극적 개념이기 때문에 건강증진사업이 부문 간의 협력을 요하는 것은 당연하다고 하겠다(WHO, 1986). 부문 간의 협력은 '더 효과적이고 효율적이면서도 지속가능한 방식으로 함께 건강 활동을 하기 위해 건강 분야와 다른 분야 사이에 수립된 관계'로 정의되며, 같은 수준(지리적 또는 행정구역)에서 형성되는 수평적 협력과 다른 수준 사이에서 형성되는 수직적 협력으로 나눌 수 있다(Danaher, 2011). 또한 건강은 다른 분야의 정책에 의해서도 영향을 받는다는 근거가 확실함에 따라서 최근에는 '모든 정책에서 건강'(Health in All Policies[HiAP]) 전략이 제시되었다(Stahl et al., 2006). '모든 정책에서 건강'에 대한 알테라이드 선언에서는 정부의 모든 수준(기초, 광역, 중앙 및 국제)의 모든 분야가 정책 개발의 핵심요소로서 건강과 웰빙을 포함해야 정부의 목표를 달성할 수 있음을 강조하고, 연계된(joined-up) 정부라는 새로운 형태의 공공경영(governance)

이 필요하다고 하였다(WHO, 2010).

건강플러스 행복플러스 사업에서도 헬스 액션 존의 '3 Ps' 원칙 중 하나인 파트너십 구축을 처음부터 매우 강조하였다. 헬스 액션 존에서 파트너십의 정의는 모호하기는 하지만, 단독으로 사업을 할 때보다 더 나은 사업의 수행을 목표로 여러 부분 즉, 공공, 민간, 봉사 및 기타 분야 간의 공동 관심사를 추구하는 것을 특징으로 하기 때문에 부분 간의 협력과 유사한 의미로 사용되었다(Barness et al., 2005). 건강플러스 행복플러스 사업에서 부문 간의 협력을 강조하는 것은 이것이 건강증진 사업의 핵심 가치일 뿐 아니라, 현실적인 문제 때문이기도 하다. 즉 사업 2년 차 이후 5년간 예산이 매년 2,000만원으로 코디네이터 인건비, 행사비, 그리고 회의비 등의 필요 경비를 제외하면, 실제 사업을 할 수 있는 예산이 거의 없기 때문에 사업 수행은 건강위원의 자발적 노력에 의하거나 보건소를 비롯한 행정 기관 및 지역 내의 여러 영역의 기술과 인력 등을 활용하지 않을 수 없기 때문이다(Jeong et al., 2012). 따라서 사업 2년차 이후는 지침을 통하여 읍면동 내에서 뿐 아니라 시, 군 수준의 상위 기관과의 파트너십을 구축하도록 의무화하고, 매년 하반기에 건강위원회 주관으로 열리는 지역 건강토론회를 파트너 기관과의 협력을 논의하는 기회로 활용하도록 권장하였다. 사업 3년 후의 평가에 따르면 대부분의 건강위원회는 지역 내의 건강관련 자원과의 수평적인 파트너십을 어느 정도 구축하고 있다(Kim et al., 2014). 건강플러스 행복플러스 사업은 건강위원회가 2개 이상 있는 시, 군 단위에서는 건강위원회 간 협의체를 구성하여, 입법 활동이나 정책 변화 같이 동시에 많은 사람에게 영향을 주는 전략을 시도하도록 권장하였다. 시 또는 군 수준의 건강관련 조례 제정, 정책 제안, 또는 예산 요청 등을 할 수 있다면 보다 강력한 시스템적 변화가 가능할 것이고, 시, 군 또는 광역 단위의 상위 수준 기관의 수직적 협력이 용이할 것이지만, 아직 일부 시, 군에서만 건강위원회 협의체가 구성되어 있다(Kim et al., 2014).

IV. 논의

이 연구는 우리나라의 건강증진사업 중 주민주도형 건강증진전략인 경상남도 건강플러스 행복플러스 사업이 건

강증진의 오타와 현장의 핵심가치를 충분히 구현하고 있는지 살펴보았다. 그 결과 건강플러스 행복플러스 사업은 전인적 개념의 건강, 임파워먼트, 지역사회참여, 건강의 사회환경적 결정요인 강조, 사회적 불평등 완화, 그리고 부문 간의 협력의 대부분의 건강증진 가치를 구현하고 있다고 판단된다. 미흡한 부분은 일반 지역사회 주민의 전폭적인 참여 미진, 건강의 근원적인 건강결정요인 중 사회경제적 요인에 대한 접근 부족, 그리고 높은 수준의 기관과의 수직적 협력 부족 등을 들 수 있다. 건강플러스 행복플러스 사업은 전인적 건강 개념을 추구하고, 지역사회 참여와 임파워먼트를 중시한다는 점에서 전통적이라기보다는 현대적인 건강증진사업이라고 할 수 있다. Gregg와 O'Hara(2007)는 대부분의 건강증진사업에서 가치는 현대적인 건강증진과 전통적 건강증진의 양극단에 위치한다기보다는 두 접근법을 연결하는 선상의 어느 지점에 놓이게 된다고 지적하였다. 이와 같이 건강플러스 행복플러스 사업도 현대적 의미의 건강증진 접근법이지만 건강증진의 핵심가치를 완전히 구현하고 있지는 못한다. 다만, 전통적인 건강증진 접근보다는 오타와 현장의 핵심 가치 구현에 더 유리한 위치에 있다고 판단된다.

전통적인 건강증진 전략에서는 지역사회주민이 아닌 건강전문가와 보건당국이 건강문제를 정의하고 문제 해결을 위한 전략을 개발하여 수행한다. 지역주민들과 집단은 건강증진 사업에 적극적 참여하도록 요청받지만, 임파워먼트의 원칙에 의해 뒷받침되지는 않는다(Birse, 1998). 1980년대에 들어 사회환경적 조건은 등한시하고 건강한 생활양식에 대한 개인의 책임만 강조하는 것은 사회적 책임은 무시하는 '희생자비난'이라고 인식되었다. 이에 따라 지역사회가 먼저 건강문제(보통 사회환경적 요인)를 정의하고, 자신들의 생활 조건을 비판적으로 분석하고, 그것을 향상시키기 위해 함께 노력한다는 지역사회개발 또는 사회환경적인 현대적 전략이 대두되었다(Birse, 1998). 이러한 전략은 건강 및 건강증진 과정을 위한 자원에 초점을 맞추는 Antonovsky(1987)가 제시한 건강지향적(salutogenic) 접근과 일맥상통한다. 그리고 이 이론의 배후에 있는 철학이야말로 오타와 현장의 요체와 잘 맞아떨어진다고 한다(Eriksson & Lindström, 2008). 건강지향적 모형에 의한 활동은 넓은 의미에서 지역사회개발, 특히, 상향식 주민주도형의 건강증진활동과 유사하므로, 이런 접근을 따르는 건강플러스

행복플러스 사업이 현대적 의미의 건강증진의 핵심 가치에 기반을 두는 것이 당연하다고 할 것이다(Antonovsky, 1996). 그러나 이것이 건강증진의 핵심 가치를 구현하기 위해서 건강증진사업은 언제나 주민주도형의 건강증진전략으로 추진되어야 한다는 것을 의미하는 것은 아니다. 주민주도형 건강증진전략이 모든 건강문제를 해결하는 만병통치는 아니기 때문에 전통적 건강증진을 포함하는 다양한 전략 속에서 주민주도형의 현대적 건강증진전략도 필요한 것이다(Ife, 2003). 또한 주민주도형의 건강증진전략을 추진할 때는 주의해야 할 점도 있다. 하나는 건강불평등 완화가 목적인 경우는 건강에 취약한 주변부(marginalized) 인구집단을 주요 대상으로 하게 되는데, 이렇게 되면 건강 사업에 더 관심이 많고, 접근성도 더 높은 덜 취약한 인구 집단을 대상으로 할 때보다 어려움이 있어 윤리적 문제를 낳을 수 있다는 것이다(Bauman et al., 2007). 즉 주변화된 인구집단은 자주 자신들의 문제와 요구조차 명확하게 표현하지 못하여 사업에 배제되는 경우가 많다는 '임파워먼트의 역설'에 주의해야 한다(Laverack & Labonte, 2000). 다른 하나는 사업 추진 과정에서 지역사회 역량 구축의 목적을 분명하게 하여야 한다는 것으로, 그렇지 않은 경우의 극단적인 예는 히틀러의 청소년단에서 볼 수 있다. 따라서 주민주도형 건강증진전략에서는 더욱 분명한 가치 지향이 있어야 한다는 것이다(Ife, 2003).

가치란 '개인이나 지역사회에서 인정되는 표준이나 원칙'이기 때문에, 건강증진 분야의 가치가 무엇인지에 대해서는 건강증진 분야 전문가의 합의가 필요하다(Parker et al., 2007). 이 연구는 건강증진의 핵심가치로는 오타와 헌장에서 명백하게 드러나고, 여러 문헌에서 공통적으로 인정하는 전인적 개념의 건강, 임파워먼트, 지역사회참여, 건강의 사회환경적 결정요인 강조, 사회적 불평등 완화, 그리고 부문 간의 협력만을 선정하였다. 오타와 헌장을 중심으로 논의하는 이유는 오타와 헌장이 건강증진에 대한 핵심 가치를 처음으로 제시하였고, 채택된 지 30년이 가까운 세월이 지나도록 여전히 건강증진의 기본 문서로 인정되고 있기 때문이다(Potvin & Jones, 2011). 그러나 실제로는 건강증진의 핵심가치가 무엇인지 공식적으로 합의된 적은 없다(Gregg & O'Hara, 2007). Ife(2000)는 건강증진의 5가지 원칙 범주 별로 포괄적인 범위의 가치를 제시한 바 있다. 즉 생태학적 원칙(전인론, 지속가능성, 다양성, 균형), 사회

정의 원칙(구조화된 취약함의 해결, 임파워먼트, 요구 규명 및 인간의 권리), 지역중시원칙(지역적 지식, 문화, 자원, 기술 및 과정을 중시), 과정중시원칙(과정, 결과 및 비전, 과정의 성실성, 의식 고양, 참여, 협조와 합의, 개발의 속도, 평화와 비폭력, 포용과 지역사회 구축), 그리고 지구적이면서도 지역적 원칙(지구적이면서도 지역적, 그리고 반식민주주의적 실행)이다. 건강플러스 행복플러스 사업은 오타와 헌장의 6가지 핵심 가치 외에도 Ife(2000)의 5가지 범주 중 지역중심원칙 및 과정중시원칙에 부합하는 가치를 추구하고 있다. 주민주도의 상향식 사업을 추구하면서 보건소가 아닌 지역 주민 중심인 건강위원회가 최고 의결권을 가지고 있어서 지역 주민에게 맞는 사업 전략을 세우도록 하고 있다. 너무 가시적인 결과에 얽매이지 않도록 하기 위해서는 행정적으로 매달 정기적 회의, 지역건강포럼 및 교육 참여 등의 최소한의 산출만을 요구하고, 정기회의 및 주민과의 건강 활동 자체가 행복한 과정이 되어야 함을 강조하였다. 이외에도 Murhpy, Raeburn와 Rootman 등이 건강증진의 가치와 원칙을 기술한 바 있다. 이들 사이에는 일부 공통점이 있기는 하지만 모든 건강증진 활동에 공통적으로 인정되는 가치와 원칙은 없다(Gregg & O'Hara, 2007). 특히, 점점 다원화되어가는 사회에서 하나의 문화, 종교 또는 학문적 시각에 따른 가치만 존재하는 것이 아니기 때문에 사회가 요구하는 윤리 문제에 부응하기 위해서는 공통적인 가치를 산출해낼 필요가 있다. 지금까지 공동체주의(communitarianism)가 직관적으로 건강증진 가치와 부합하는 것으로 여겨져 왔다. 하지만, 지역사회의 가치가 소수 집단의 이익을 지키는 것 같은 다른 가치와 상충된다면 어떻게 해야 할까(Sindall, 2002)? 예를 들면, 공동체주의는 사회의 공통 '선'에 주목을 하기 때문에 집단의 건강을 보호하기 위해서는 공공장소에서 흡연을 금지하는 입법으로 개인의 흡연 권리를 제한할 수 있다(Parker et al., 2007). 한편, Bauman 등(2007)은 어느 사회의 지배적인 이데올로기에 따라서도 건강증진의 핵심 가치가 설자리를 잃게 될 수 있음을 호주의 예를 들어 설명하였다. 즉, 많은 서구 다른 나라들처럼 호주 정부도 더 보수적, 개인주의적 그리고 경제 우선적 시각으로 바뀌면서 건강증진사업이 개인주의적 가치에 기반한 생의학적 모형에 따른 개인 설득과 행태변경 전략에 의존하는 전통적인 건강증진 접근 쪽으로 어느 정도 후퇴하게 되었다. 이는 건강증진의 많은 핵심 가치가

오늘날 호주의 연구비 지원 기관과 정책입안자, 그리고 아마도 젊은 세대에 의해 공유되고 있지 않고 있기 때문에 판단된다(Bauman et al., 2007). 가치에 대해서는 건강증진 분야에 종사하는 전문가, 개인 그리고 기관 간에도 큰 차이가 있을 수 있다. 건강증진에 대한 전문가의 가치는 어느 정도는 합의가 있다고 할 수 있으며, 지난 이, 삼십년 간 대체로 일정하게 유지되어 왔다. 그런데 건강증진사업 담당자의 개인적 가치는 매우 다양하고, 심지어 서로 충돌하기도 한다. 예를 들면, 개인의 책임, 효율, 친환경적, 근거중심 접근, 합의 방식으로 결정을 도출, 적절한 과정, 시의 적절성, 또는 그 반대쪽의 가치 등이 있을 수 있다(Bauman et al., 2007).

이상의 연구 결과와 논의를 바탕으로 향후 우리나라 건강증진사업에서 건강증진의 핵심가치가 충분히 구현될 수 있는 방안에 대해 학계 및 연구기관과 정부(중앙 및 지방 정부)로 구분하여 제언을 하면 다음과 같다. 먼저 학계 및 연구기관은 다음과 같은 역할을 할 수 있을 것이다. 첫째, 학계는 건강증진사업 평가에 가치를 반영하는 연구를 수행해야 한다. 즉 건강증진의 가치와 원칙을 실제 사업에 적용하면 더 나은 건강수준과 건강형평성을 달성할 수 있다는 실증적인 연구 결과를 산출해야 한다(Potvin & Jones, 2011). 또는 역학적인 객관적 자료 뿐 아니라, 건강증진의 핵심가치인 임파워먼트나 참여 방법론에 의한 자료를 반영하는 종합적인 평가를 수행할 필요가 있다(Judd et al., 2001). 둘째, 관련 학회에서 건강증진 전문가들은 심포지엄이나 학회지의 논문 투고 등의 활동을 통해서 (우리나라에서) 건강증진의 핵심가치가 무엇이고, 이를 사업에 반영하기 위해서는 어떻게 해야 할지 등에 대해 더 많은 논의를 해야 한다(Bauman et al., 2007). 그리고 건강증진 사업 담당자를 대상으로는 이들 가치를 반영하는 건강증진 윤리에 대한 교육이 필요하다(Sindall, 2002).

국가는 건강증진사업 정책을 수립, 집행하거나 사업 또는 연구비를 지원하는 가장 중요한 기관으로서 중앙 및 지방 정부는 역할로는 다음을 생각해 볼 수 있다. 첫째, 집권하는 정부의 가치나 시각에 따라 정책이 쉽게 변화하지 않도록, 보건복지부는 건강증진의 핵심가치를 중심으로 비전을 제시하고, 중, 장기적 정책을 수립한 다음 이를 국민건강증진종합계획 등에 명시하고 실행해야 한다. 이를 위해서는 보건복지부의 건강 부문 조직이 현재처럼 사업 영역

중심이 아닌 가치 또는 대상자 중심으로 재편될 필요가 있다. 둘째, 여러 부처에 걸쳐져 있는 복잡한 건강문제를 해결하기 위하여 보건복지부는 다른 정부 부처와 협력하여 더 나은 규제 방식, 혁신적인 정책, 그리고 새로운 기전 및 도구 개발을 합동으로 모색할 수 있어야 하며, 이때 보건복지부는 건강증진의 핵심 가치를 지키기 위해 중심적인 역할을 해야 할 것이다(WHO, 2010). 이를 위해서는 개별 정부 부처보다 높은 차원의 건강위원회를 두고 의사결정을 하거나 업무를 조정하는 것이 바람직할 것이다. 셋째, 지역 수준의 참여와 임파워먼트의 수준 향상을 위해서는 국가 권한의 수직적 권한 이동이 필요하다. 이는 2011년 출범한 ‘지방행정체개편특별위원회’가 지역사회조직화 모형으로 제시한 협력형, 주민조직형, 또는 통합형 주민자치회 제도가 현실화된다면 가능할 것이다(Korean Society for Agricultural Medicine & Community Health, 2012). 이중 협력형 주민자치회는 건강플러스 행복플러스 사업의 읍면동 건강위원회의 기능을 확대한 것과 유사하다. 넷째, 보건복지부는 건강증진사업 지침 등을 통해서 보건소 건강증진사업이 건강증진 가치에 따라 사업 추진을 하도록 방향을 제시하여야 한다. 현재 사업 안내서에서도 주민참여형 건강증진전략 추진의 권장, 모든 사업에서 높은 수준의 주민의 참여와 부문 간 협력 중시, 그리고 지역 내 건강형평성 고려 등을 하고 있지만 이를 더욱 강화하거나 확대할 필요가 있다 (Ministry of Health and Welfare & Korea Health Promotion Foundation, 2015). 다섯째, 보다 다양한 영역의 건강증진 활동이 일어나기 위해서는 시민사회, 민간기업, 또는 민간 병의원의 역할도 중요하므로, 보건복지부는 건강증진의 핵심 가치와 일치하는 민간 영역의 건강 활동에 대해서는 재정적 또는 제도적 지원을 해야 할 것이다(WHO, 2005). 여섯째, 광역 지방자치단체 수준에서도 건강증진사업에서 부문 간의 협조가 활발하게 일어나야 한다. 광역시도는 보건복지부의 건강증진 정책 및 지침을 단순히 전달하는 현재의 역할에서 벗어나 건강증진 정책을 수립 및 기획 과정에서 자율성의 확대, 역량 함양, 그리고 예산 확보 등을 해야 한다.

이 연구를 통해 우리나라 건강증진사업에서 건강증진의 핵심 가치가 충분히 구현될 수 있는 방안을 찾고자 하였으나, 검토 대상 사업이 우리나라의 일개 사업에 그치고 제언의 범위도 학계와 정부에 한정된 제한점이 있다. 그러나 건

강증진의 가치에 대해서 우리나라 학계의 논의가 부족한 현실에서 건강증진의 기획, 수행 및 평가 전과정에서 건강증진의 가치를 명백하게 하고자 시도하였다는 데서 이 연구의 의의를 찾을 수 있다. 이를 계기로 우리나라에서도 건강증진의 가치 논쟁이 촉발되기를 기대한다.

V. 결론

건강증진에서 가치는 실제 사업에서 잘 드러나지 않고, 사업의 수행과 평가의 기반이 언제나 되는 것도 아니어서 단순히 수사에 그치는 경우가 많다. 따라서 건강증진의 기획, 수행 및 평가 전과정에서 건강증진의 가치를 명백하게 하는 것이 필요하다. 이에 우리나라의 건강증진사업 중 주민주도형 건강증진전략인 경상남도 건강플러스 행복플러스 사업이 건강증진의 오타와 현장에서 명백하게 드러나는 핵심가치를 충분히 구현하고 있는지 살펴보았다. 그 결과 건강플러스 행복플러스 사업은 전인적 개념의 건강, 임파워먼트, 지역사회참여, 건강의 사회환경적 결정요인 강조, 사회적 불평등 완화, 그리고 부문 간의 협력 등의 대부분의 건강증진 가치에 기반을 두고 있었다. 미흡한 부분도 있지만, 대체로 주민주도형의 건강 활동에 의한 상향식 건강증진전략이 전통적인 건강강증진 접근보다 오타와 현장의 핵심가치 구현에 더 유리한 위치에 있다고 판단된다.

향후 우리나라 건강증진사업에서 건강증진의 핵심가치가 충분히 구현되기 위해서는 학계 및 연구기관의 가치와 연관된 학술활동 및 인력 교육 등이 필요하다. 정부는 핵심가치 중심의 비전 및 정책 수립, 범정부적 협력, 국가 권한의 수직적 이동, 건강증진 지침을 통한 사업 방향 제시, 그리고 시민단체, 민간기업, 또는 민간 병의원의 역할 제고를 위한 재정적 및 제도적 지원 등을 강구할 필요가 있다.

References

An, S. A., Sim, M. Y., Jeong, B. G., Kim, J. R., Kang, Y. S., Park, K. S., & Yeum, D. M. (2011). A study on elderly people in health inequality in vulnerable health areas centering around agriculture

and fisheries areas. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 31, 673-689.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-18.

Barness, M., Sullivan, H., Benzeval, M., Judge, K., & Mackenzie, M. (2005). Public policy under New Labour. In M. Barness, M., H. Sullivan, M. Benzeval, K. Judge, & M. Mackenzie (Eds.), *Health action zone* (pp.17-28). London and New York: Routledge.

Bauman, A., O'Hara, L., Signal, L., Smith, B., Ritchie, J., Parker, E., & Rissel, C. (2007). A perspective on changes in values in the profession of health promotion. *Health Promotion Journal of Australia*, 18, 3-6.

Birse, E. (1998). The role of health promotion within integrated health systems. Center for Health Promotion. Retrieved from <http://sites.utoronto.ca/chp/download/RptsandPresents/roleofHP.pdf>

Brandstetter, S., McCool, M., Wise, M., & Loss, J. (2012). Australian health promotion practitioners' perceptions on evaluation of empowerment and participation. *Health Promotion International*, 29, 70-80.

Carter, S. M. (2012). What is health promotion ethics? *Health Promotion Journal of Australia*, 23, 4. Retrieved from <http://www.publish.csiro.au/?paper=HE12004>

Cho, B.H. (2010). Developing the measures for community capacity in Korea. School of Public Health, Seoul National University. Retrieved from <http://report.ndsl.kr/repDetail.do?cn=TRKO201100000361>

Danaher, A. (2011). Reducing health inequities: enablers and barriers to inter-sectoral collaboration. Wellesley Institute. Retrieved from <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2012/09/Reducing-Health-Inequities-Enablers-and-Barriers-to-Intersectoral-Collaboration.pdf>

Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23, 190-199.

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.

Gregg, J., & O'Hara, L. (2007). Values and principles evident in current health promotion practice. *Health Promotion Journal of Australia*, 18, 7-11.

Ife, J. (2003). Strengthening communities conference, "people, place, partnerships". Sydney: Centre for Human Rights Education, Curtin University of Technology. Retrieved from <http://info.humanrights.curtin.edu.au/local/docs/StrengtheningCommDevelop.pdf>

Jeong, B. G., Kim, J. R., Kang, Y. S., Park, K. S., Lee, J. H., Jo, S. R., . . . Sim, M. Y. (2012). The strategies to address regional health inequalities in Gyeongsangnam-Do: Health Plus Happiness Plus Projects. *Journal of Agricultural Medicine and Community Health*, 37, 36-51.

Judd, J., Frankish, C., J., & Moulton, G. (2001). Setting standards in the evaluation of community-based health promotion programmes-a unifying approach. *Health Promotion International*, 16, 367-380.

- Kahan, B., & Goodstadt, M. (2001). The interactive domain model of best practices in health promotion: developing and implementing a best practices approach to health promotion. *Health Promotion Practice, 2*, 43-67
- Kim, J. R., Jeong, B., Park, K. S., & Kang, Y. S. (2011). Applications of the participatory learning process in health promotion. *Journal of Agricultural Medicine and Community Health, 36*, 130-142.
- Kim, J. R., Jeong, B., Park, K. S., & Kang, Y. S. (2014). The mid-term outcome evaluation of community organization: three-year experience of Health Plus Happiness Plus Projects in Gyeongsangnam-Do. *Journal of Agricultural Medicine and Community Health, 39*, 146-160.
- Kinyashi, G. F. (2006). Towards genuine participation for the poor: critical analysis of Village Travel and Transport Project (VTTP) Morogoro, Tanzania. Institute of Rural Development Planning Dodoma Tanzania. Retrieved from http://www.eldis.org/fulltext/genuine_participation.pdf
- Korean Society for Agricultural Medicine & Community Health. (2012). Conference proceedings in fall (pp.3-29). Korean Society for Agricultural Medicine & Community Health.
- Laverack, G. (2006) Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *Journal of Health, Population and Nutrition, 24*, 113-120.
- Laverack, G. & Labonte, R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning, 15*, 255-262.
- Ministry of Health and Welfare & Korea Health Promotion Foundation. (2015). Guide for integrated community health promotion programs in 2015 (pp.104-105). Ministry of Health and Welfare & Korea Health Promotion Foundation.
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (1997). Improving health through community organization and community building. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education* (pp.241-252). San Francisco: Jossey-Bass, Inc.
- Minkler, M., Wallerstein, N., & Wilson, N. (2008). Improving health through community organization and community building. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education* (pp.287-300). USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Parker, E., Gould, T., & Fleming, M. (2007). Ethics in health promotion-reflections in practice. *Health Promotion Journal of Australia, 18*, 69-72.
- Potvin, L., & Jones, CM. (2011). Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. *Canadian Journal of Public Health, 102*, 244-248.
- Raphael, D. (2000). The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International, 15*, 355-367.
- Sindall, C. (2002). Does health promotion need a code of ethics? *Health Promotion International, 17*, 201-203.
- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). Health in all policies, prospects and potentials. Finland: Ministry of Social Affairs and Health. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf
- Wallerstein, N. (2002). Empowerment to reduce health disparities. *Scandinavian Journal of Public Health, 30 (Suppl. 59)*, 72-77.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G., & Gilson, L. (2001). Developing the policy response to inequities in health: a global perspective. New York: Oxford University Press. Retrieved from <http://www.ais.up.ac.za/med/scm870/developingpolicychallenginginequitieshealthcare.pdf>
- WHO. (1986). The Ottawa Charter for health promotion. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO. (2005). The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. WHO.
- WHO. (2010). The Adelaide statement on health in all policies: moving towards a shared governance for health and well-being. *Health Promotion International, 25*, 258-260.