

우리나라 공적개발원조(ODA) 모자보건
분야의 지역사회참여 활성화 전략 연구
- 에티오피아 아르시존 모자보건사업 사례 -

연세대학교 보건대학원

국제보건 전공

김 명 선

우리나라 공적개발원조(ODA) 모자보건
분야의 지역사회참여 활성화 전략 연구
- 에티오피아 아르시존 모자보건사업 사례 -

지도 김 소 윤 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함




2014년 6월 일

연세대학교 보건대학원

국제보건 전공

김 명 선

김명선의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원 김 소 운 
심사위원 전 병 울 
심사위원 이 태 화 

연세대학교 보건대학원

2014년 6월 일

“이 논문은 한국국제협력단의 KOICA/WFK장학금 지원을
받아 연구되었음(장학증서번호: 제 2012-004 호).”

“This paper was supported by The KOICA/WFK
Scholarship funded by the Korea International Cooperation
Agency (Scholarship Certificated No. 제 2012-004 호).”

감사의 말씀

표현해 내는 순간 그 가치가 반감될까 두렵습니다. 얼마나 많은 분들께 온 마음으로 감사를 드려야 할 지 짧은 어휘력으로는 감히 다 표현할 길이 없기 때문입니다. 오늘이 있게 도와주신 모든 분들께 글로써나마 감사를 전합니다.

먼저, 논문의 계획부터 눈물로 시작해버린 저를 위로해주시고, 안개 속을 헤맬 때마다 한 줄기 빛으로 길을 찾을 수 있게 도와주시고 지도해 주신 김소윤 교수님께 깊이 감사드립니다. 바쁘신 중에도 시간을 할애하여 굵직한 선을 잡아 논문이 길을 찾아 갈 수 있게 이끌어 주셔서 얼마나 감사한지 모릅니다.

늘 소녀 같은 감성을 지닌 듯하지만 또 한편 냉철한 직관력과 합리성을 지니신 이태화 교수님, 어떤 인연이 또 저를 교수님 곁으로 이끌고 에티오피아를 만나게 했는지는 모르겠지만, 교수님과 함께했던 그 시간이 참으로 감사하고 행복했습니다. 언제 또 함께 드넓은 들판을 바라보며 마끼야또 한 잔 함께 마실 수 있을까요.

전병을 교수님께도 감사드립니다. 학생 한 사람 한 사람을 기억해 주시려 애쓰시는 그 모습이 참 인상적이었습니다. 상대방을 진심으로 기억한다는 것, 소중한 자산 하나 얻는 것이겠지요.

김의숙 교수님, 제가 어떻게 글로 이 감사함을 다 표현할 수 있을까요. 교수님을 생각하는 것만으로도 이렇게 벅찬 가슴을 어떻게 글로 적을 수 있을까요. 에콰도르가 제게 준 크나큰 축복입니다. 교수님의 열정과 사랑을 저도 감히 배워가고 싶습니다. 이현경 교수님, 언제 봐도 편안하고 따뜻하게 미소 지어 주시는 그 모습에서 위로를 느낍니다. 감사합니다. 에티오피아 헤토사 그 불모의 센터에서 제가 정착할 수 있게 도와주신 서경 교수님. 그때 따뜻한 식사 한 끼 못 해드린 것이 내내 가슴에 후회로 남습니다. 교수님과 끊어진 다리 때문에 짐지고 흙탕물 건너다니던 그 기억은 평생 아찔하고도 즐겁게 남을 겁니다. 바쁘신 중에도 자문 진행에 의견을 주시고 도와주신 이명근 교수님께도 감사드립니다. 제 석사과정의 첫 페이지를 열 수 있게 해주신 손명세 교수님과 오희철 교수님께도 감사드립니다. 제게 귀한 경험 나누어 주신 7분의 전문가 분들께도 감사를 드립니다.

한국국제협력단(KOICA)에는 특별한 감사함을 전하고 싶습니다. 처음 KOICA와 인연을 맺은 1994년 이후 긴 세월 동안 열사의 땅 사우디로, 잉카의 제국 페루로, 적도의 땅 에콰도르로, 커피의 나라 에티오피아로 저를 이끌었습니다. 그동안 저를 성장시켰고 축복 같은 사랑을 받게 했습니다. 또한, 학비 걱정 잊고 공부할 수 있도록 KOICA/World Friend Korea 3기 장학금의 기회를 주신 것에 다시 한번 감사드립니다.

세계 '코이카'라는 세 글자를 처음 알게 해주신 88년도 대구정신병원에서 근무하셨던 이제는 이름도 잊어버린 선생님, 그 짧은 인연이 제 삶의 방향을 바꾸었습니다. 감사합니다. 뽀얀 피부에 그리도 곱던 홍서연 선생님, 이젠 헤토사에서 혼자 씩씩한 전사가 되어가고 있겠지요. 한번도 화내는 것을 본 적 없는 안현미 선생님, 참 예쁜 이민혜 선생님, 친절환 이수정 선생님, 씩씩한 이은혜 선생님, 씩씩한 박선희 선생님, 당찬 이새롬 선생님, 천상 여자 임수진 선생님, 모두 에티오피아가 맺어준 인연입니다. 감사합니다. 국제보건동기들 찬주·우리·곤이·미주·해희·미경·상은·주영 좋은 인연 고맙습니다. 시간 불문 번역 부탁에도 빠른 회신 영어해결사 주영 고맙습니다. 에티오피아 가족여러분께도 감사를 전합니다. 2년 동안 지독히도 저를 행복하게 만들어 주시고 사랑해 주셔서 정말 감사했습니다.

마지막으로, 사랑하는 우리 가족, 건강한 모습으로 곁에 계셔주셔서 감사합니다. 엄마. 한국에 있으면서도 뭐가 그리 바쁜지 얼굴도 자주 못 보여드리는 못난 딸내미 옆에 오래오래 건강하게 계셔주세요. 사랑합니다. 오빠와 언니들, 동생, 조카들, 바람처럼 왔다가 또 금방 사라지는 사람이 이번에 이렇게 길게 있으면서도 얼굴 자주 못 봐서 미안합니다. 이 작업 끝나면 오순도순 같이 이야기 나눌 수 있기를 희망하면서, 사랑을 담은 감사를 보냅니다. 그리고 논문 진행이 거북이 걸음이라 힘들어 하는 저로 인해 함께 힘들고 안타까워하면서 무한 격려와 용기를 보내준 내 친구 꽃님이. 고맙습니다. 제가 여기에 일일이 감사를 전하지 못했더라도 양해 부탁드립니다.

이제 다시, 받은 사랑을 돌려줄 길을 찾아 떠날 준비를 합니다. 처음 품은 열정과 사랑이 식지 않기를 희망하며, 여러분의 행복과 건강을 간절히 소망합니다.

김명선 드림

차 례

국문 요약	ix
I. 서론	
1. 연구의 배경 및 필요성	1
2. 연구 목적	3
2. 연구 방법	3
II. 공적개발원조(ODA) 모자보건 분야	
1. 공적개발원조 국제동향	5
2. 우리나라 공적개발원조 동향	10
III. 공적개발원조 모자보건 분야 지역사회참여 활성화 전략	
1. 지역사회참여	18
2. 지역사회참여 활성화 전략	33
IV. 에티오피아 아르시존 모자보건사업 사례	
1. 사업 총괄개요	48
2. 지역사회참여 활성화 전략 분석	57
가. 프로그램별 수행과정 분석	57
나. 과정지표에 따른 분석	100
다. 결과	113

V. 고찰	124
VI. 결론 및 제언	128
참고문헌	130
부록	135
Abstract	152

표 차례

표 1. ODA 사업수행단계	11
표 2. KOCA 대외무상협력실적 통계(2012)	14
표 3. 지역사회참여 연속체(Community Engagement Continuum)	24
표 4. 주민참여 유형	26
표 5. HEW의 업무영역	50
표 6. 헤토사보레다 보건소 인력현황	51
표 7. 교육훈련프로그램 참여주체별 참여수준	78
표 8. 위원회 운영현황(2010-2011년)	81
표 9. 지역사회조직 위원회별 참여수준	87
표 10. 공중보건훈련센터 개소식위원회	97
표 11. 지역경연대회 준비위원회	98
표 12. 지역사회참여 과정지표에 따른 분석틀	100
표 13. 과정지표에 따른 분석: 보건소(보건의료인력) 역량강화	101
표 14. 과정지표에 따른 분석: 지역사회주민 역량강화	105
표 15. 과정지표에 따른 분석: 지역사회참여 활성화	109

그림 차례

그림 1. 연구 틀	4
------------------	---

부 록 차 례

부록1. IRB 심의결과 통보서	135
부록2. Ranking scale for five process indicators for community participation	136
부록3. 전문가 자문결과	137
부록4. 사업 추진경위	141
부록5. 사업의 개념적 틀	143
부록6. 에티오피아 아르시존 가족계획 및 모자보건 성과평가 매트릭스	144
부록7. 사업 과정평가(2011) 및 영향평가(2012) 결과	145

[약어정리]

AZHD	Arsi Zonal Health Department
CBOs	Community Based Organizations
CBPR	Community Based Participatory Research
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CPS	Country Partnership Strategy
CSO	Civil Society Organization
DAC	Development Assistance Committee
FGAE	Family Guidance Association Ethiopia
FMOH	Federal Ministry of Health
HEW	Health Extension Worker
HLF-4	High level forum 4
HWrHO	Hetosa Woreda Health Office
INGO	International Non Governmental Organization
KOICA	Korea International Cooperation Agency
MDGs	Millennium Development Goals
M & E	Monitoring & Evaluation
MOU	Memorandum of Understanding
MoFED	Ministry of Finance and Economic Development
NGO	Non Governmental Organization
ODA	Official Development Assistance
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
ORHB	Oromia Regional Health Bureau
OJT	On Job Training
PMC	Project Management Consultancy
R & D	Research & Development
UNFPA	United Nation Population Fund
UNDP	United Nation Development Program
USAID	United States Agency for International Development
UNICEF	United Nation Children's Fund
WHO	World Health Organization

국 문 요 약

우리나라 공적개발원조(ODA) 모자보건 분야의

지역사회참여 활성화 전략 연구

-에티오피아 아르시존 모자보건사업 사례-

본 연구는 우리나라 공적개발원조(ODA) 모자보건 분야의 지역사회참여 활성화 전략을 모색하기 위한 단일 사례연구로써 질적 연구방법을 활용하였으며, 문헌고찰과 참여관찰, 전문가 자문을 통해 자료를 수집하였다. 선행연구를 고찰하고 전문가 자문과 연구대상 사업의 사례분석을 통해 참여에 영향을 주는 주요한 과정지표를 도출하고 이것이 참여수준의 변화에 어떻게 영향을 미치는지 알아보기 위해 Rifkin (1990)의 틀을 재구성한 분석틀을 이용하여 분석하였다.

결과는 다음과 같다. 선행연구 검토 결과 참여를 통한 지역사회역량강화는 지역주민의 건강증진에 긍정적으로 기여하는 것으로 나타났다. 지역사회참여를 촉진시켜 참여의 수준을 변화시키는 7가지 과정지표는 리더십(leadership), 네트워크(network), 자원(resource mobilization), 관리(management), 교육훈련(Training & Education), 이익(Benefit), 정보(Information)이며, 이러한 지표는 단독으로 또는 상호 연계성을 가지고 참여에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

지역사회의 참여는 정보 획득을 통한 인식과 동기부여를 통해 시작된다. 외부의 리더십에 의해 촉발되고 지역사회 내부의 리더에 의해 촉진된다. 실무적용이 가능한 교육훈련의 기회 확대를 통해 참여는 촉진되고 가용 자원의 유무도 참여에 영향을 미친다. 참여는 네트워크나 사회적 관계에 의해 촉진되거나 영향을 받으며, 관리(management) 측면에서 책임의 이양과 분명한 역할부여 및 업무 분담은 참여의 수준을 증가시키는 것으로 나타났다. 적절한 보상기제의 작동으로 이익(benefit)이 획득될 때 참여는 촉진되며, 이익은 경제적 보상만을 의미하지는 않는다.

결과를 토대로, 지역사회참여 전략의 적용원칙은 첫째, 참여 주체별 차별화된 참여 전략 수립, 둘째, 대상자의 업무영역별·역할별 차별화된 참여전략 수립, 셋째, 참여

대상이 지역사회에 미치는 영향력 수준별 차별화된 참여전략 수립, 넷째, 참여를 촉진시키기 위한 참여 주체별 교육훈련 계획 수립이 요구된다.

마지막으로, 개발도상국에서 수행되는 지역보건사업 중 특히 모자보건 사업에서의 지역사회참여 활성화 전략(안)을 다음과 같이 제안하고자 한다.

첫 번째, 상향식(Bottom-up) 접근방식으로 일차보건의료체계의 최하단위인 보건소와 보건지소의 역량강화가 우선되어야 한다. 역량강화는 서비스의 질을 향상시켜 지역사회의 참여를 이끌어 낼 수 있는 촉매 역할을 한다. 보건소의 역량강화는 보건의료인력과 주민건강요원(HEW)의 역량강화로부터 시작되며, 이들의 역량은 개인역량이 조직역량으로 이어지고 결국은 지역사회역량으로 연결될 수 있는 가교역할을 하게 된다. 다만, 교육은 업무에 적용 가능한 실무역량강화를 목표로, 장기적인 관점에서 체계적으로 계획된 단계별 교육과 현장 실무교육(OJT)이 수반되어야 한다.

두 번째, 지역사회의 참여는 주요 참여주체의 역할과 기능에 따라 상이하게 나타나므로 각 구성원의 수준에 맞는 참여활성화 방안을 모색하여야 한다. 개발도상국 농촌지역을 기반으로 하는 보건 분야, 특히 가족계획 및 모자보건사업의 지역사회주민참여 1차 목표는 지역사회가 정보를 제공받을 수 있는 최소한의 '동원' 수준의 참여라도 활성화되어야 한다는 것으로, '최대한 다수에게' '최대한 직접교육의 기회제공'을 위해 참여 기회를 확대하여야 하며, 참여를 통한 이익(benefit)획득이 가능할 수 있어야 한다. 질적 서비스 획득은 지역사회가 받을 수 있는 최소한의 '이익'이어야 한다.

세 번째, 롤 모델화를 통한 공동성장을 목표로 우리나라가 공적개발원조 지원국으로서 수원국의 파트너로 함께 일하는 현장 사업수행 인력 역량이 준비되어 있어야 한다. 이들의 역량강화를 위한 장기계획과 투자의 필요성을 제안하는 바이다.

아프리카 에티오피아의 예를 다른 국가로 확대 적용하기에는 다소 무리가 따르나, 공적개발원조 보건사업 중 특히 모자보건 분야 지역사회기반 사업에서 중요하게 대두되는 역량강화 사업을 기획하고 수행함에 있어서 고려해야 할 사항들을 하나의 예시로 제시하고자 하였다는데 그 의의가 있다.

핵심어 : 공적개발원조, 에티오피아, 모자보건, 지역사회참여

I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

최근 국제사회는 세계화에 따른 다양한 보건문제 해결을 위해 관심을 집중하고 있다. 세계화로 인해 보건문제가 개별 국가 단위를 넘어 범국가적 영향력을 발휘할 수 있다는 점과 이를 위한 해결에 적극적인 동참이 필요하다는 사실에 이의를 제기하지 않는다. 개발도상국 또는 저개발국가의 빈곤과 관련된 건강문제 해결을 위해 국제사회와 다양한 국제기구들은 지속적인 노력을 기울이고 있음에도 불구하고 높은 모성 사망률과 아동사망률은 결국 경제성장의 원동력인 생산인구의 감소로 이어져 빈곤의 악순환은 계속되고 있다. 이러한 상황에서 국제사회는 공적개발원조(ODA, Official Development Assistance)¹⁾의 효과성과 지속가능한 개발 등의 이슈에 관한 논의를 진행하고 있다. 특히, 보건 분야 원조효과성과 주인의식 강화를 통한 지속적이고 실질적인 개발성과 달성을 위해서는 공여국 중심의 원조체제에서 탈피하여 파트너 국가의 요구(needs)에 근거한 사업의 계획과 지역사회가 주체적으로 참여할 수 있는 환경 조성의 필요성이 중요하게 제기되고 있다. 파트너 국가의 적극적인 참여를 통한 변화를 이끌어 낼 수 있을 때 보건체제 전반에 걸쳐 개선을 이루어 낼 수 있는 정책 수립²⁾이 가능할 것이다.

이러한 국제적 흐름 속에서 우리나라도 국제사회의 기준에 부합된 공적개발원조 수행을 위해 국별 지원 전략을 수립하고 보건사업 모형들을 제시하고 있다. 아울러 최근에는 지금까지의 보건사업이 하드웨어 중심의 인프라구축 사업에서 지역사회기반 통합적 역량개발(capacity development)을 위한 프로그램형 사업으로 변화되고 있어, 공적개발원조 사업의 전략 및 원조모델 개발의 중요성 뿐만 아니라 사업 수행 방식에 있어서의 변화 또한 요구되고 있다. 지역기반 보건사업은 수행방식에 있어서 정부주도의 수직적, 하향식(top-down) 접근으로는 지속성 유지 및 주민참여의 확산

¹⁾ ODA(Official Development Assistance)는 공적개발원조로 쓰여 왔으나 최근 개발협력으로 변화되어 혼용되고 있다.

²⁾ 국제개발협력시민사회포럼(KoFID). 2011.

이 어려우므로 주민주도의 상향식(bottom-up) 사업방식으로서의 전환³⁾과 지역사회 구성원들이 건강증진을 위해 노력하고 건강불평등 감소를 위한 사회적 변화 성취에 공동의 책임을 지는 참여의 실천은 중요하다⁴⁾. 그러나 공적개발원조 지역보건사업에서 주민참여가 활발히 전개되기 위해서는 주민참여에 대한 방법론적 논의에 국한해서는 안 될 것이며(김용익 등, 1990), 주민참여가 가능할 수 있는 부분에 집중하여 많은 대안이 개발되어야 할 것이다(김용익, 1992)⁵⁾.

많은 선행연구들이 참여의 기본적인 이론, 방법론과 더불어 중요성과 당위성에 대한 강조는 하고 있으나 구체적인 대안 제시는 없는 실정이다. 따라서 이상과 실제를 분석하여 실질적인 참여에 이르는 일련의 단계설정과 구체적 사례에서의 적합성 검토의 필요성이 제기되었다⁶⁾. 그러나 우리나라 국내 보건사업에서 지역사회 참여 실제사례를 연구한 질적 사례연구를 찾아보기 어려운 현실에서 개발도상국 공적개발원조 보건사업에서의 구체적 사례연구는 더욱더 찾아보기 어렵다. 다만, 최근 신혜정 등(2010)의 사례연구와 박선희(2013)⁷⁾가 공적개발원조 사업을 대상으로 한 연구를 수행하였다. 박선희(2013)는 공적개발원조 보건사업에서 지역사회참여가 지역사회의 자조(Self-Reliance)능력과 역량을 제고하는데 유효한 전략이자 사업의 필수요소라고 하였으므로 본 연구는 구체적인 사례연구의 중요성과 필요성에 주목하였다.

이에, 본 연구에서는 에티오피아 아르시존에서 수행된 공적개발원조 지역사회기반 가족계획 및 모자보건사업 사례 연구를 통해 지역사회참여활성화 전략을 분석하고 공적개발원조 보건 분야의 사업성과 재고를 위한 사업모형 개발의 근거자료로 활용될 수 있도록 전략(안)을 제안하고자 한다.

3) 차성란, 2011. pp.24

4) 신혜정, 김의숙, 유병욱, 이현경. 일차보건의료 역량 개발을 위한 지역사회 기반 참여형 국제보건사업 모델 개발: 에콰도르 일개 지역을 중심으로 한 사례연구. 지역사회간호학회지 2010;21(1):31-42.

5) 김용익. 보건의료 주민참여의 정의와 전략에 대한 연구. 보건행정학회지 1992; 2(2): 90-111.

6) 고성주, 1989. pp.23.

7) 박선희. 한국 공적개발원조 보건사업의 지역사회참여 활성화 방안 [석사학위 논문]. 서울: 연세대학교 보건대학원; 2013.

2. 연구 목적

본 연구는 우리나라 공적개발원조(ODA) 모자보건 분야의 지역사회참여 활성화 전략을 모색하기 위해 선행연구를 통해 지역사회참여의 장애요인과 촉진전략을 고찰하고, 사례 분석을 통해 실증적으로 검토하여, 전략(안)을 제안하고자 한다.

3. 연구 방법

에티오피아에서 공적개발원조사업의 일환으로 수행된 ‘지역사회기반 가족계획 및 모자보건사업’을 대상으로 한 도구적 단일 사례연구로써⁸⁾ 질적 연구방법을 활용하였다. 분석 대상은 2009년 1월부터 2011년 12월까지 3년 동안 진행된 사업 중 보건의료인력 및 지역주민 역량강화와 지역사회참여 활성화가 주요 대상이다.

자료 수집을 위해 문헌고찰, 참여관찰, 전문가자문을 활용하였다. 문헌고찰은 선행연구자료, 국내외 단행본, 학회 논문자료, 관련 보고서, 국제개발협력 수행기관의 간행물, 보고서, 통계자료, 연구대상 사업과 관련된 자체 보고서 등과 인터넷 검색자료 등을 활용하여 공적개발원조 현황과 지역사회참여관련 논의를 검토하였다.

전문가자문은 공적개발원조 사업수행 경험이 최소 1회 이상 있고, 지역사회참여전략을 활용하여 사업을 수행한 경험이 있는 보건 및 지역개발 분야 전문가 총 7인을 대상으로, 사업단계별 주요 참여주체, 참여주체별 참여수준(형태)과 참여의 장애요인, 참여촉진전략 등 실제 현장에서의 적용현황에 대해 이메일을 이용하여 서면으로 질문을 구하고 추가 의견이 필요한 경우 전화 또는 이메일로 확인하였다.

참여관찰은 본 연구자가 사업의 프로젝트 매니저(PM)로 2009년 12월부터 2011년 12월까지 현지에 2년 파견되어 사업을 직접 수행함으로써 연구 대상 사업의 전 과정에 개입하고 사업 진행에 대한 관찰이 이루어졌다.

⁸⁾ John WC 저, 조홍식, 정선욱, 김진숙, 권지성 공역. 질적연구방법론: 다섯가지 접근. 2nd Edition. 서울: (주)학지사, 2010. pp.111. 도구적 단일사례 연구는 사례연구의 한 유형으로 하나의 이슈나 관심에 초점을 맞춘 후 이 이슈를 예증하기 위한 하나의 경계를 가진 체계(사례)를 선택하는 것이다.

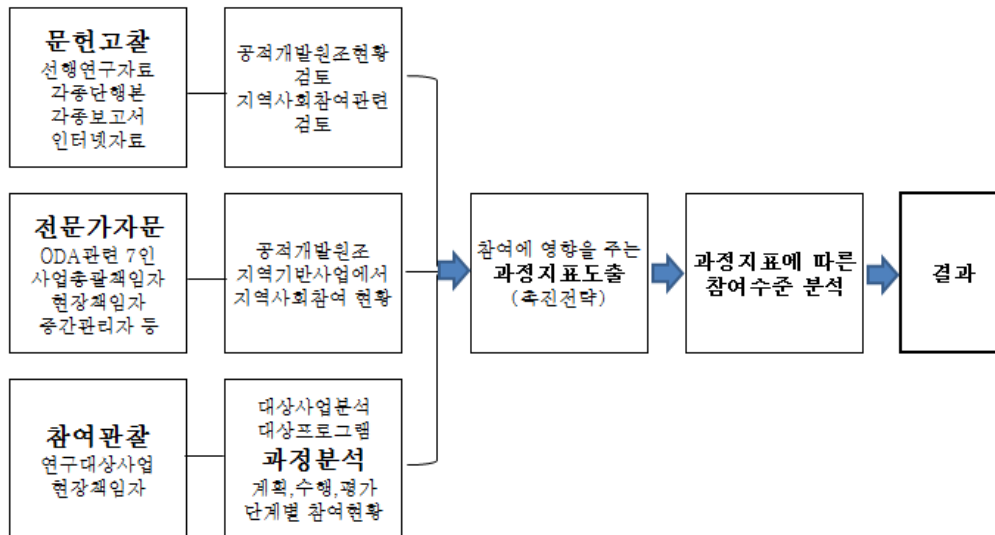


그림 1. 연구 틀.

연구의 분석 방향은 다음과 같다. 선행연구결과를 바탕으로 지역사회참여의 장애요인과 촉진전략을 고찰하고, 전문가 자문을 통해 실제 공적개발원조 지역사회기반사업 현장에서의 현황을 검토한다. 지역사회참여 활성화가 사업의 최종 성과달성에 긍정적으로 기여한다고 가정할 때, 이러한 성과를 달성하기 위한 사업영역 중 특히 보건의료인력 및 지역주민 역량강화와 지역사회 활성화 활동을 중심으로 연구의 주요 개념인 지역사회참여 수준을 프로그램의 계획, 수행, 평가 단계에 따라 과정을 분석한다. 지역사회참여의 복합적인 과정을 파악하기 위해 프로그램의 과정 분석과 전문가자문 결과를 바탕으로 지역사회참여에 영향을 주는 지표를 도출하고, 이 지표가 참여수준의 변화에 어떻게 작용하는지를 알아보기 위해 Rifkin (1990)이 제시한 참여 변화 분석틀을 근거로⁹⁾ 재구성한 틀을 이용하여 분석한다.

⁹⁾ Rifkin SB. WHO Geneva. Community Participation in MCH/FP programmes: An analysis based on case study materials. 1990. pp.17.

II. 공적개발원조(ODA) 모자보건 분야

본 장에서는 연구대상 사업이 우리나라 공적개발원조의 한분야인 대외무상협력 사업의 일환으로 실시된 바, 공적개발원조에 대한 이해를 위해 간단히 개념과 최근동향, 모자보건 동향을 고찰하였다.

1. 공적개발원조¹⁰⁾ 국제동향

가. 주요 동향

대규모의 본격적인 개발협력이 시작된 것은 세계대전 이후 미국의 유럽복구지원 프로그램인 마샬플랜¹¹⁾(Marshall Plan: 1948-1951)이며, 마샬플랜의 성공은 외부적 원조에 의해 상이한 조건에 처한 빈곤국가의 문제를 해결할 수 있다는 낙관적 전망을 가져다주었다. 이후 60여 년 동안 국제사회의 개발협력 노력에도 불구하고 여전히 세계인구의 5분의 1이 절대빈곤에 처해 있어 개발협력에 대한 효과성 논란도 지속되고 있다¹²⁾.

개발협력은 개발도상국의 경제사회발전과 복지향상을 위해 제공되는 공적개발원조(ODA)와 공적수출신용 등 기타공적자금(OOF, Other Official Flows) 및 직접투자, 증권투자 등 민간자본흐름(PF, Private Flows)을 포괄하는 용어이다. 그러나 일반적으로 개발원조기관에서 개발협력을 지칭할 때는 개발도상국의 경제개발과 빈곤퇴치를 목적으로 하는 공적개발원조(ODA)를 의미한다. 국제개발협력은 포괄적인 개념으로 개발도상국의 경제사회발전을 촉진시키기 위해 국제사회가 다양한 협력방식을 통

10) 이하의 국제개발협력 관련 내용은 한국국제협력단(KOICA)의 ‘국제개발협력의 이해’ 등의 자료를 주로 사용하여 재편집하였다.

11) 마샬플랜: 제2차 대전 후의 서구제국에 대한 미국의 원조계획으로 그 목적은 서구제국의 경제성장을 촉진하고 나아가서 공산주의의 확대를 저지시키려는 것으로 유럽부흥계획(ERP)라고도 불린다.

12) KOICA ODA 교육원. 국제개발협력의 이해, 2012.

해 공동으로 활동하는 것으로써 공여국이 수원국을 일방적으로 돕는 시혜적 관점보다는 상호 파트너십이 강조되는 관점이며, 원조를 넘어서는 총체적인 협력방식의 필요성을 함의하고 있다. 국제개발협력은 국가 간의 협력활동 뿐만 아니라 국제연합(UN, United Nations), 세계은행(WB, World Bank), 경제협력개발기구(OECD)와 같은 국제기구의 활동과 시민단체, 개인들의 활동까지도 모두 포함하는 광범위한 협력 활동이다¹³⁾.

국제사회가 정치·경제·환경적 변화 속에서 원조에 대해 진행한 다양한 논의의 핵심은 원조규모의 꾸준한 증가요청에 대한 대응(more aid)과 증가하는 원조액의 효과적인 집행을 위한 노력(better aid)이었다. 이러한 노력에도 불구하고 절대빈곤, 기아, 질병과의 싸움, 양성평등의 더딘 개선, 새롭게 인류를 위협하는 기후변화 등 세계적인 광범위한 문제들은 부담감과 위기의식으로 다가왔다. 이러한 상황에서 21세기 인류가 달성해야 할 목표로 경제적 복지, 사회개발, 그리고 지속가능한 환경이라는 과제가 제시되었고 이를 해결하기 위해 ‘글로벌 파트너십’ ‘주인의식’ ‘공여국의 원조일치’ 등이 강조되었다. 2000년대 이후 공적개발원조의 효과성 재고를 위한 다양한 노력과 원조의 개발효과 개선을 통해 더 나은 결과를 달성하기 위한 별도의 공동 노력이 필요하다는 합의가 이루어지고 공여국 및 개발도상국 대표들이 모여 2003년 로마 제1차 고위급회의를 시작으로 2011년 부산 제4차 고위급회담(HLF-4)까지 4차례 회의가 진행되었다.

2005년 3월 파리에서 개최된 고위급 포럼에서 원조 효과성 재고를 위한 핵심원칙으로 수원국의 주인의식(ownership), 원조일치(alignment), 원조조화(harmonization), 원조성과 관리(managing for results), 상호책임성(mutual accountability) 강화¹⁴⁾을 제시하였다. 이후 2008년 9월 가나의 수도 아크라에서 열린 3차 회의에서 파리선언의 중요성을 재확인하고 목표달성을 위한 이행 노력을 다시 한번 강조하였다. 2011년 11월 부산에서 개최된 제4차 고위급회의(HLF-4)에서는 이전까지의 ‘원조효과성’ 논의에서 ‘개발효과성’¹⁵⁾으로 개념을 확대하고 원조에 참여하는 기업 등 민간의 중요

13) KOICA. 국제개발협력의 이해, 2012. pp.77.

14) KoFID. Issue Brief 1호, 2011.

15) 개발효과성은 원조를 포함하는 일체의 다른 개발수단과 개발자원, 다양한 개발주체들이 지구촌 극빈층의 빈곤극복과 인권 보장 및 지속가능한 경제와 환경을 달성할 수 있도록 개발의 우선목표를 일치시키고, 주민들의 삶과 공동체에 긍정적인 변화를 유도할 수 있도록 빈곤과 불평등의 근본적인 원인을

성과 인권, 젠더, 평등 등을 강조함으로써 이전의 협의보다 훨씬 많은 개발행위자의 범위를 포괄하였다¹⁶⁾. 이 회의에서는 개발도상국의 발전을 위한 재원과 제공자로서 신흥개발도상국의 역할에 대한 관심이 부각되면서 개발도상국간 협력방식인 남남협력(south-south cooperation)과 공여국을 포함한 개발도상국간 협력방식인 삼각협력(triangular cooperation)이 기존 원조의 대안적인 방안으로 제시되었다. 전통적인 공여국 그룹에 속하지 않던 DAC 비회원국, 기업, 재단 등 민간부문 이해당사자들에게 대한 파트너십의 중요성이 제기되었다¹⁷⁾. 또한, 원조효과성 및 개발효과성의 이행 점검을 위한 10개의 글로벌 모니터링지표로 수원국 우선순위 반영, 원조의 예산화, 상호책임성, 수원국 시스템 활용, 비구속화, 원조예측성, 투명성, 시민사회, 민간분야, 양성평등 등이 선정되었다¹⁸⁾.

이렇듯 원조의 효과성을 검증하기 위해서는 평가가 중요한 부분이며, 국제개발협력분야에서 개발효과성을 강조하는 최근 개발패러다임의 변화는 성과중심 사업관리의 중요성을 더욱 강조하고 있다. 1960-70년대부터 활발히 진행되던 원조효과성에 대한 논의와 1980년대 원조규모의 감소 등을 배경으로 원조사업의 개선과 M & E (Monitoring & Evaluation)을 통한 사업의 효과성 입증의 필요성이 대두되었고, 다양한 모니터링 및 평가 방법이 개발되기 시작하였다¹⁹⁾. 1980년대 본격적으로 도입된 논리모형(Logical Framework)은 체계적인 사업기획과 모니터링 및 평가를 가능하게 했으며, 1990년대 참여적 접근방법(Participatory Approach)의 필요성이 인식되면서 개발사업의 다양한 이해관계자가 함께 기획하고 수행하는 M&E가 확대되었다²⁰⁾. 개발협력에서 모니터링과 평가의 목적은 ‘학습’과 ‘책임성²¹⁾의 확보’로 정부예산을 사용

치유하고자 하는 장기적이고 포괄적인 개발성과 목표 개념이다.

16) ODA Watch. 파리선언을 넘어서: 원조효과성 심화를 위한 제안, 2012.

17) 박수경, 이주영. 부산 세계개발원조총회(HLF-4)의 주요 논의와 성과. KIEP 지역경제포커스 2011; 5(48): 1-13.

18) 홍상희. 부산글로벌파트너십 출범과 우리나라 ODA 정책과제. 한국국제협력단. 국제개발협력, 2012; (3): 11-21.

19) KOICA ODA교육원. KOICA사업의 이해, 2012. & KOICA 프로젝트 기획, 모니터링 및 평가 방법론, 2012.를 근거로 재구성하였다.

20) KOICA. ODA 교육원. KOICA 사업의 이해, 2012.를 기반으로 재구성하였다.

21) 책임성이란 위임자가 어떤 업무를 대리인에게 위임하는 상황에서 대리인이 위임자에게 업무의 진행상황과 결과에 대해 보고할 의무를 의미하며, 예산의 분배, 할당, 사용문제에 대한 책임을 의미하는 재정책임성(Financial Accountability)과 결과에 대한 성과책임성(Performance Accountability)으로 구분된다.

한 원조사업이 의도했던 성과를 달성했는지, 달성했다면 어느 정도인지²²⁾ 파악하기 위함이다. OECD/DAC의 평가원칙은 파트너십(Partnership), 공정성(Impartiality), 객관성(Objectivity), 투명성(Transparency), 신뢰성(Credibility)이며, 5대 평가기준은 적절성(Relevance), 효과성(Effectiveness), 효율성(Efficiency), 영향력(Impact), 지속가능성(Sustainability)이다²³⁾.

최근의 개발협력평가는 DAC의 개발평가네트워크(Evalunet, DAC Network on Development Evaluation)²⁴⁾를 중심으로 수행되며, 공여국 및 수원국간 평가파트너십 강화, 개발평가의 전반적인 품질강화, 다양한 주제에 대한 평가방법 및 절차 개발 등이 주요 논의의 관점이다. 또한, 수원국의 평가역량강화(Evaluation capacity development), 공동평가(Joint evaluation)방식, 평가의 품질확보(Quality assurance of evaluation)를 위해 신뢰할 수 있는 평가 절차 및 방법, 평가성(Evaluability)²⁵⁾, 수혜자 시각 반영(Beneficiary perspective on evaluation)을 통한 평가의 신뢰성 확보 등이 중요하게 논의되고 있다. 개발협력 성과평가 방법에서도 계량적 방법 위주의 정량평가에서 수혜자 조사를 강화한 정성평가가 보완적 방법으로 제시되고 있으며, 개발원조 효과성에 대한 지속적인 비판이 제기되면서 개발사업 및 정책이 실제로 어떠한 영향력 및 파급효과를 가져오는지에 대한 명확한 결과를 확인하기 위해 실시하는 영향평가(Impact evaluation) 또한 중요하게 대두되고 있다.

나. 모자보건 분야 동향

개발협력분야에서도 건강과 보건의 매우 중요한 영역²⁶⁾으로, 새천년개발목표(MDGs, Millenium Development Goals) 가운데 3개가 보건 분야와 직접 관련이 있고, 나머지 또한 보건과 간접적으로 상호관련성이 높은 만큼 보건의 중요성은 매우 크다. 보건 분야 국제개발협력의 규모는 1990년 56억 달러에서 2010년 268억 달러로

22) KOICA. ODA 교육원. KOICA 사업의 이해, 2012. pp.123-155.

23) 권순만 등. 서울대 산학협력단. 보건의료분야 국제개발사업 수행체계 및 프로그램 개발, 2010.

24) 개발평가네트워크 Evalunet: OECD/DAC의 6개 산하작업반 중 하나로 DAC 회원국 또는 회원평가담당자와 전문가들이 모여 평가경험을 공유하고 학습하며, 서로 간 상이한 평가절차 및 방법들을 조정하고 새로운 평가 가이드라인 및 방법론을 개발하는 장이 되고 있는 원조평가전문그룹이다.

25) 평가성은 개발사업 또는 프로그램이 신뢰할 수 있는 방법으로 평가될 수 있는 정도를 의미한다.

26) KoFID. Issue Brief 5호, 2011.

증가²⁷⁾하였으며, 전체 공적개발원조의 16%를 차지하고 있다. 보건 분야 중 모자보건은 더욱 중요하게 다루어지고 있음에도 불구하고 2010년 실시된 MDGs 중간평가 결과 모성보건 영역의 향상은 특히 그 진전이 느리다. 2011년 세계은행 통계자료에 따르면 MDGs 4항(유아사망률 감소)은 목표치의 약 69%, MDGs 5항(모성 건강증진)은 57%를 달성한 것으로 추산되며 전체 8개항 중 가장 낮은 진행정도를 보인다. 매년 세계적으로 약 35만 8천명의 여성이 임신과 출산으로 인해 사망하고 있으며 1990년대비 2008년까지 약 34%가량 감소²⁸⁾되었다. 모성 사망의 60%를 차지하는 주된 요인은 출산 후 출혈, 감염, 임신 중 고혈압(자간증), 폐쇄 분만²⁹⁾으로 주로 임신과 관련이 있다.

모자보건 향상을 위해 중요한 가족계획 및 인구보건 현황을 보면, 개도국의 여성 40%, 아프리카지역 여성 75%는 피임을 하지 않고 있으며, 사하라이남 아프리카지역 여성 24%가 출산을 연기하거나 아이를 갖지 않기를 원하지만 가족계획 서비스의 혜택을 받지 못하고 있다. 그러나 가족계획 서비스 제공만으로도 모성 사망의 20-35%를 감소³⁰⁾시킬 수 있다. 70-80년대를 통해 지속적으로 확대되어 오던 지원이 점차 축소되어 왔으나, 2000년 새천년개발목표와 2010년 캐나다 무스코카 이니셔티브(muskoka initiative)³¹⁾를 계기로 유엔(UN)은 보건 분야 목표달성을 위한 전 세계적인 협력을 다시 촉구하기에 이르렀고 이러한 영향으로 모자보건 향상의 핵심적인 요소인 가족계획 및 인구생식보건에 대한 중요성은 점차 크게 부각되었다. 2012년 7월 영국에서 개최된 'London Summit on Family Planning'은 모자보건 중 가족계획에 대한 회의였으며 2020년까지 개발도상국 내 1억 2천만 명 이상의 여성이 피임약을 사용할 수 있도록 지원할 것에 대해 약속하였으며, 본 회의는 여성의 가족계획과 피임에 대한 '선택의 권리(right for choice)³²⁾'를 존중하고 강조하는 인식개선에 기여하였다. 세계보건기구에서는 포괄적인 모자보건 분야의 지원과 함께 가족계획을 포함한 인구생식보건에도 관심을 집중하고 있으며, 피임활용을 증가 및 가족계획 미충족

27) KoFID. Issue Brief 5호, 2011.

28) 오충현 등, 2011. pp.20.

29) 오충현 등, 2011. pp.21.

30) 이훈상, 2013. pp.22.

31) 2015년까지 모자보건 증진을 위해 73억불 추가 확보를 위해 G8 회원국 50억불, 비회원국 23억불을 지원 공약하고 이를 통해 모성 및 신생아, 5세 미만 아동 보건증진에 기여하고 이를 위해 개도국 보건체제강화 및 가족계획을 중점 지원하고자 하였다(이훈상, 2013. pp.23.).

32) 이훈상, 2013. pp.24.

수요를 감소시키기 위한 지역 대민접근 활동과 교육, 피임 부작용에 대한 교육, 경제적으로 수용가능한 질 좋은 수준의 가족계획 서비스 제공, 가족계획 상담 등 네 분야에 지원을 집중할 것을 제시하고 있다.

2. 우리나라 공적개발원조 동향

가. 주요 동향

우리나라는 OECD/DAC 가입을 통해 지금까지 수행해오던 공적개발원조 규모의 증가뿐 아니라 수행방식 및 사업평가에 있어서도 국제적 규범을 준수하기 위한 다양한 노력을 기울이고 있다. 2010년 10월 공적개발원조의 중장기 추진 전략과 원칙을 표명한 ‘국제개발협력 선진화 방안’을 마련하고 개발협력의 기본정신, 목표 및 기본 원칙과 정책방향을 제시하고 공적개발원조의 질적 향상 및 효과성 제고를 위한 전략적 기반을 강화하였다. 공적개발원조 규모를 DAC 평균 0.31%를 기준으로 2015년까지 ODA/GNI(Gross National Income) 비율을 0.25% 확대한다는 계획과 유·무상 비율을 40:60 수준으로 유지하며, 비구속성원조³³⁾ 비율을 2008년 36%에서 2015년 75% 수준으로 높인다는 계획을 제시하였다.

3대 선진화 전략의 주요 이행 방안으로 개발협력 콘텐츠 개발, 원조시스템의 효과적 개편, 국제 활동 참여강화와 국제개발협력 기반 확대를 제시하고 이를 위해 국민적 공감대 확보, 국민과 함께하는 개발협력, 국제개발협력 전문 인력 양성에 필요한 방안을 제시하고 있다. 그러나 이것은 정책의 방향성을 제시하는 정도로 구체적인 성과를 내는 데 한계가 있다는 판단 하에 보다 적극적인 대책마련 방안으로 대국민 홍보 및 개발교육, 우수한 국제개발협력 사업의 발굴, 기획, 집행, 감리 및 평가 등의 역할을 수행할 수 있는 전문인력 양성, 국제개발협력 업무방식의 국제규범과의 조화 필요성을 제시하고 있다³⁴⁾.

³³⁾ 비구속성(untied) 원조: 모든 공여국 및 개발도상국으로부터 관련 재화 및 서비스를 자유롭게 구매하여 개도국 지원에 사용되는 ODA 총칭. 재화와 서비스가 공여국 또는 제한된 국가들로부터 구매되어 개도국에 지원되는 구속(tied)원조와는 대조되는 개념이다.

³⁴⁾ KOICA, ODA 교육원: KOICA 사업의 이해, 2012.

표 1. ODA 사업수행단계

단계	해당기간	세부 내용	비고
사업 기획 단계	수원국 사업요청서 접수부터 사업수행기관(PMC) 선정 시점까지	<ul style="list-style-type: none"> • 수요 발굴 및 사업 요청 • 타당성 조사: 조사단 구성 및 현지조사 • 대체적 사업기획: 수요조사 기반 • 사업 심사 및 승인: 타당성조사결과를 기반으로 사업선정위원회 구성 • 실시협의단 파견 • 구체적 사업 기획(사업 집행계획 포함) • 정부간 협의 R/D체결: 프로젝트 개요 및 양국 분담사항 명시 	<ul style="list-style-type: none"> • 유·무상 통합 CPS 작성(3년 단위)
사업 수행 단계	사업수행기관 선정부터 직접 사업이 진행되는 단계	<ul style="list-style-type: none"> • 사업 세부집행계획 수립 및 입찰을 통한 사업 수행기관 선정 포함 • 사업 활동 수행 • 모니터링을 통한 사업관리 	<ul style="list-style-type: none"> • Baseline survey 실시기간
사업 완료 단계	사업 수행이 완료되는 시점	<ul style="list-style-type: none"> • 사업 종료 및 평가 • 평가는 사업 시작시점의 기초선 조사(Baseline), 중간평가, 종료평가, 영향평가 등 	<ul style="list-style-type: none"> • CPS 환류, 2차 사업, 타 사업 등

우리나라 공적개발원조 사업의 초기 기획 단계부터 집행, 완료, 평가 단계까지의 사업수행체계는 먼저, 수원국의 사업요청서를 받는 시점부터 사업수행기관(PMC, Project Management Counselling)을 선정하는 시점까지의 사업기획단계로 사업요청, 타당성조사, 실시협의단 파견, 정부 간 협의(MOU, Memorandum of Understanding), 사업시행자 선정의 순으로 진행된다. 사업수행단계는 사업수행기관이 선정되고 직접 사업이 진행되는 단계이며 이 과정에서는 필요에 따라 중간평가가 이루어지기도 한다. 사업완료단계는 사업 수행이 완료되는 시점이며 사업의 완료여부를 평가하는 종료평가가 이루어진다.

2009년 5월 공적개발원조 통합평가체계 구축을 결정하고 국제개발협력위원회산하 통합평가소위원회를 구성하여 통합평가지침 및 매뉴얼을 작성하는 등 통합평가체계의 법적·제도적 기반을 마련하였다. 이후 2010년 10월 발표된 국제개발협력선진화방안의 발표에 따라 원조시스템의 효과적 개편을 위해 통합평가시스템의 도입을 추진하였다. 현재 공적개발원조 통합평가는 평가의 전문성과 객관성을 높이기 위해 시행기관별 자체평가와 총리실 소위평가로 구분하여 실시하고 있다. 공적개발원조 사업

에서는 원조사업의 효율성 증진을 위해 정성평가의 한계를 극복하고 사업의 성과를 계량화하고 사업의 단계별 구분을 가능하게 하는 사업의 논리모형(Logical Model)³⁵⁾을 주로 활용한다. 논리모형은 투입(Inputs), 활동(Activities), 산출(Outputs), 성과(Outcomes), 영향(Impact)의 5단계로 구분된다. 우리나라 평가시스템은 정책 및 프로그램 평가의 취약성, 일부 기관을 제외한 자체평가 부재, 통합평가를 위한 지침 및 가이드라인의 체계화 미실시, 평가결과에 대한 환류 및 활용미숙이 문제점으로 지적되고 있어(권율, 2006), 개발효과성 제고 측면에서 공정하고 투명한 평가시스템과 선진화된 평가방법론 마련³⁶⁾ 등에 대한 필요성이 대두되고 있다.

한국국제협력단의 사업평가는 크게 사업종료평가와 사후효과평가로 구분되며, 사업종료평가는 사업종료 후 6개월 이내, 사후효과평가는 3년 이내에 실시한다³⁷⁾. 사업종료 시 사업추진현황, 목표달성도, 예산집행내역, 사업 실시효과 및 실적 평가, 자립발전성 전망 및 사업 실시교훈, 사업 연장 및 사후관리 필요성 등을 주요 내용으로 평가한다. 일반적인 프로그램·프로젝트 평가는 계획수립, 집행, 성과를 평가하게 된다. 한국국제협력단의 평가기준은 OECD/DAC에서 제시한 5대 평가기준을 준용하며, 파트너십, 공정성, 객관성, 투명성, 신뢰성(진실성) 등을 5대 원칙으로, 적절성, 효과성, 효율성, 영향력, 지속가능성 등 5개 평가기준을 규정하고 있다³⁸⁾. 한국국제협력단은 사업기획 단계에서의 평가에 대한 고려미흡, 투입과 산출물 위주의 사업관리 및 평가, 정성적 평가에 치우쳐 온 제한적 평가방법의 사용, 평가 전문 인력의 부족을 현안문제로 인식하고³⁹⁾ 이에 대한 개선방안과 현실적 대안으로써 기획 단계부터 모니터링과 평가고려, 평가방법의 다양화, 평가결과의 활용 강화, 평가 이해관계자의 역량강화를 위한 지속적인 교육과 매뉴얼 개발 등을 제시하고 있다.

35) 한국국제협력단. 프로젝트 기획, 모니터링 및 평가 방법론, 2012d. PDM(project design matrix) 또는 Logical framework는 프로젝트의 다양한 요소 및 이들 사이의 관계 등에 대한 논리적, 객관적 규명에 도움을 주며, 해당 프로젝트가 무엇을 어떻게 달성하려 하는지, 프로젝트 달성을 위해 어떤 가정이 필요하며 달성하고자 하는 목적 등을 어떻게 모니터링과 평가를 하는지에 대해 요약한 매트릭스이다. Logical framework(LF)와 Logical framework approach(LFA)는 서로 혼용되어 사용되기도 하나 LF는 문서이며, LFA는 그 문서를 이용한 프로젝트 기획방법(project design methodology)이다.

36) 김대용. 한국의 개발협력, 2012. pp.113.

37) 김대용. 한국의 개발협력, 2012. pp.113.

38) 평가관련 자세한 사항은 KOICA 개발협력사업평가 가이드라인, 2008.을 참고할 수 있다.

39) 차은주. 국제개발협력 평가 동향과 협력단의 과제. 한국국제협력단, 국제개발협력, 2010;(2):64-81.

일반적으로 평가는 평가목적에 따라 이론·논리평가, 과정평가, 성과평가, 효율평가로 나뉘고, 평가방법에 따라 질적평가, 양적평가, 다중방법평가로 구분된다. 이 중에서 과정평가는 사업의 충실도, 모집도, 전달도, 수용도, 배경맥락 등을 평가 영역으로 한다⁴⁰⁾. 과정평가는 프로세스 평가(process evaluation)로도 설명될 수 있으며, 프로그램이 계획에 따라 실행되고 있는지, 서비스 전달에서 프로그램이 어떻게 운영되고 문제에 중점을 두는 지에도 관심을 가진다⁴¹⁾. 과정평가는 프로그램에 실제 발생하는 상황을 찾아내는데 초점을 맞추는 것으로 프로그램은 어떻게 구성되고, 프로그램의 핵심적인 특성은 무엇이며, 누가 참여하는지, 무엇을 하는지, 참여자들은 어떤 경험을 하는지, 프로그램 중 어떤 것이 작동하고 어떤 것이 작동하지 않는지 등에 대해 답을 하게 된다. 이처럼 과정평가는 광범위한 설명적 접근방법의 하나로 프로그램의 형성과 집행, 프로그램의 배경이 되는 전반적인 문제 상황에 관한 것을 총체적으로 도출해 내는 것이다⁴²⁾.

역량강화 활동의 평가⁴³⁾는 성과달성에 필요한 역량의 영역을 5가지로 분류한다. 첫째, 사업의 목적과 목표로 사업수행의 이유와 목표의식은 역량조사의 가장 기본적인 정보를 제공한다. 둘째, 리더십으로 이것은 프로젝트 성패를 좌우하는 중요한 요인이다. 셋째, 자원은 인적, 기술적, 재정적 자원으로 사업의 목표달성에 가장 핵심적인 역량이다. 넷째, 사업홍보를 위한 외부활동(Outreach)은 사업 본연의 임무 외의 사업옹호 등을 위한 활동이다. 다섯째, 서비스, 산출물(outputs), 결과물(outcomes)로 사업의 목적이나 목표를 수행하기 위해 제공되는 서비스를 말한다. 역량강화활동의 수준은 역량강화를 통해 의도한 방향으로 성과를 향상시키는 것이며, 역량강화의 효과는 세 단계로 평가된다. 먼저, 역량강화사업 실행과정으로 활동의 양과 질을 평가 대상으로 한다. 다음으로, 지식의 변화단계로 특정 영역에 초점을 맞추어 역량강화활동의 결과물을 평가한다. 마지막으로, 사업의 주요 수혜자의 변화로 역량강화 활동의 궁극적인 목표인 수혜자에게서 나타난 변화를 평가한다.

40) 유승현. 보건사업 및 프로그램 평가: 국제보건의료학회 춘계학술대회자료, 2014. pp.65.

41) 손혁상. 한국국제협력단 평가교육과정 자료집, 2013.

42) 강문호, 오영아. 과정평가의 평가요소와 질적방법. 학계학술대회 발표논문집 2010; 285-310.
Available from URL: <https://www.google.co.kr/>

43) 손혁상. 한국국제협력단. 민관협력사업 성과관리 프레임워크 개발연구:CSO 역량강화활동 평가 가이드라인, 2013b.을 기반으로 재구성하였다.

역량강화활동 중 교육훈련의 평가는 개인단위에서 이루어지는 행위로 개인의 지식 변화를 평가하는 KAP(Knowledge, Attitude, Practice)의 변화를 본다. 각 개인의 지식습득 및 태도, 행위의 변화가 행동변화로 연계되고 궁극적으로 실천으로 이어져 사업의 목표를 달성하는데 기여하는 구조를 지닌다. 첫 단계인 지식 변화는 훈련내용, 훈련방법의 적절성, 훈련에 대한 수요가 불일치할 경우 발생하지 않으며 교육시행 후 교육을 통해 습득한 지식을 활용할 기회가 주어지지 않을 경우 습득된 지식은 강화되지 않고 다음 단계로 이행될 수 없다.

이러한 평가 방법의 제 논의들을 기반으로 연구대상 사업의 분석에 과정평가 방법을 활용하였다.

나. 모자보건 분야 동향

우리나라는 OECD/DAC 가입을 통해 더욱 활발해진 개발협력과 원조 예산 증액은 보건 분야에도 영향을 미쳤으며, 국제개발협력선진화방안 마련 및 모자보건 공적개발원조 사업모형개발 등 높은 정책적 의지를 보이고 있다.

표 2. KOICA 대외무상협력실적 통계(2012)

분야/ 사업유형	총계(원)	비율%	프로젝트	개발조사	연수생 초청	봉사단 파견	민관협력	물자지원
총계(원)	501,338		241,838	19,668	49,790	88,707	30,939	4,439
비율%		100	48.2	3.9	9.9	17.7	6.2	0.9
보건	80,683	16.1	57,913	953	3,049	9,823	8,199	527
교육	133,317	26.6	70,471	0	4,386	48,280	9,403	245
공공행정	75,174	15.0	29,454	4,592	23,531	9,497	4,323	2,956
농림수산	66,236	13.0	36,213	976	7,434	9,646	5,998	273
산업에너지	65,582	13.1	35,341	11,591	6,382	9,809	1,440	439
긴급구호	2,230	0.4	0	0	1,262	173	588	0
기타	79,117	15.8	12,440	1,557	3,747	1,478	988	0

* 단위: 백만 원, 긴급원조, 행정성경비, 개발인식증진, 국제기구 협력사업은 미 표기

* 출처: KOICA 홈페이지, 저자 재구성

한국국제협력단의 분야별 지원실적 중 보건 분야는 2010년 18.1%에서 2011년 13.7%로 감소하였다가 2012년 16.1%로 다시 증가하였다⁴⁴⁾. 2012년 한국국제협력단 대외무상원조실적 통계에 따르면, 총 무상원조사업 중 보건 분야는 16.1%를 차지하며 이 중 프로젝트 71.8%, 연수생 초청 3.8%, 봉사단파견 12.2%, 민관협력 10.2%, 물자지원 0.7%를 차지⁴⁵⁾하고 있다. 보건 분야 지원은 교육(26.6%), 공공행정(15%)과 함께 전체 원조의 우선순위를 차지하고 있다. 세계보건기구(WHO)에서는 한 국가의 보건환경 개선을 위해 6가지 보건의료체계(Health System Framework)⁴⁶⁾의 제 요소가 구축되어야 한다고 하였으나 우리나라의 보건 분야 사업은 대부분 단기간에 성과를 보여줄 수 있는 인프라구축(병원건축), 의료시설 및 기자재 지원, 초청연수 등에 집중되어 있다. 보건 원조의 80% 이상이 3년 이내 단기프로젝트 사업으로 진행되며, 저개발국가의 모자보건 환경 개선을 위해 중요한 보건인력개발과 보건교육제공 사업은 단기 연수생 초청과 해외봉사단 파견 사업으로 구성되어 있어 수원국의 지속가능한 보건의료시스템 개선을 위한 중장기 정책 수립에 대한 기여도가 낮은 점이 문제로 지적되고 있다(KoFID, 2011). 공적개발원조에 대한 질적 재고의 필요성이 증가하고 원조효과성 재고를 위한 국제수준의 원조운영체계 및 평가체계 구축을 위한 개선에 노력을 기울이고 있으나 보건의료분야의 특수성에서 비롯되는 문제점 해결을 위해서는 보건의료분야 공적개발원조에 대한 전문적 기술 확보와, 보건의료분야 국제개발 사업의 표준화 작업을 통해 사업 기획, 수행, 평가, 환류의 각 단계마다 보건사업의 특성이 반영되도록 할 필요성이 여전히 제기(권순만 등, 2010)되고 있다.

인구 및 가족계획분야 지원현황을 살펴보면, 우리나라는 세계 최빈국이자 수원국의 역사를 지녔음에도 불구하고 빠른 경제성장과 보건 분야의 개선을 이루어낸 성공적인 경험을 보유한 국가로 특히 가족계획 및 모성보건 분야의 비교우위를 지닌다. 우리나라의 가족계획 성공요인은 첫째, 강력한 정책의지와 지속적인 추진, 둘째, 대한가족계획협회 등 민간의 적극적 활동, 셋째, 보건네트워크와 보건인력의 활용으로 보건소 단위의 사업 운영, 넷째, 산업화과정의 소자녀관 형성과 보건의료시설의 발달, 여성의 교육수준 및 지위향상 등 긍정적인 사회 변화, 다섯째, 외국정부와 NGO,

44) Available from: URL:<http://www.koica.go.kr> (검색일자: 2014.04.13.)

45) 2012 KOICA 대외무상원조실적 통계, Available from: URL:<http://www.koica.go.kr>

46) WHO Health system framework: 6 building Blocks of health system, Leadership & Governance, Health workforce, Service delivery, Information support, Medical products & technology, Financing을 필요성을 강조하였다.

재단 등 외부의 지원으로 예산 확보, 여섯째, 각 영역간의 파트너십으로 정부와 민간의 역할 분담과 ‘가족계획어머니회’ 활동 등 지역사회의 적극적인 참여 등⁴⁷⁾으로 평가되고 있다. 우리나라의 인구 및 가족계획 관련 분야 지원 현황은 총 공적개발원조 대비 2006년 0.01%, 2010년 0.13%로 상대적으로 낮으며, 인구 및 가족계획⁴⁸⁾과 관련된 지원은 모두 무상원조 형태로 지원되었다. 미국과 UNFPA(United Nation Population Fund)의 경우 인구정책 및 행정관리분야에 많은 지원이 이루어지고 있는 반면, 한국은 인구 및 생식보건부문 교육 분야에 많은 지원이 이루어지고 있다.

관련 분야 정책 현황을 보면, 한국국제협력단 국제개발협력선진화 전략에서도 보건 분야 5대 중점분야의 하위 프로그램으로 인구 및 가족계획이 선정되었고, 중점 프로그램으로 가족계획 보급 및 생식 건강향상, 임신 및 출산 관리 향상, 아동 보건 향상, 임산부 및 아동 영양 향상 프로그램을 추진하고 있다. 가족계획 보급 및 생식 건강 향상을 위한 3대 실행과제는 가족계획 인식도 개선, 가족계획률 증가 및 불안정한 낙태 개선, 청소년기 안전하지 않은 성행동양식 감소이다⁴⁹⁾. 사업 추진방식 측면에서 국제사회의 다양한 기구 및 기관들의 지원이 대부분 HIV/AIDS에 연관된 하향식(top-down) 방식의 사업을⁵⁰⁾ 수행하므로 한국적 가족계획 성공경험을 바탕으로 가족계획을 포함한 통합 모자보건사업을 지역사회기반 상향식(bottom-up) 방식으로의 추진이 제시되고 있다.

다. 우리나라의 에티오피아 보건의료분야 지원현황

에티오피아의 중요한 국가개발 정책방향은 2000년에 빈곤감소 전략인 PRSP (Poverty Reduction Strategy Plan)를 근간으로 한다. 2002년 지속적인 개발과 빈곤감소 프로그램을 마련하였다. 2003년에는 지속성장과 빈곤감축을 위한 새로운 경제사회개발정책으로 빈곤중식을 위한 가속적이고 지속적인개발계획(PASDEP, Plan for

47) 이훈상, 2013. pp.18-19,

48) CSR코드는 OECD/DAC에서 원조목적별로 표준화한 코드로 총 5자리의 숫자로 이루어져 있으며, 앞의 3자리는 특정 섹터와 분야를 나타내는 코드이며, 뒤의 두 자리는 세부 섹터를 나타내는 코드로 이루어져 있다. 인구증가 문제 해결을 위한 지원 CSR 분류코드는 세 가지: CSR 13010: 인구정책 및 행정관리 분야, CSR 13030: 가족계획 분야, CSR 13081: 인구 및 생식보건부문 교육 분야이며, CSR 13020: 생식보건분야, CSR 13040: HIV/AIDS 및 성병관리 분야이다.

49) 조한솔. KOICA 개발정책 포커스 2012; (13).

50) 이훈상, 2013, pp.31.

Accelerated Sustainable Development to End Poverty)를 선언하였다⁵¹⁾. 현재는 2010년 발표된 중장기 경제사회개발정책의 3단계 계획으로 2010/2011-2014/2015년까지 성장과 변화계획(GTP, Growth and Transformation Plan) 정책을 마련⁵²⁾하였다. 이러한 국가개발 정책방향에 따라, 보건의료 정책은 빈곤과 관련된 공공질병 특히 말라리아, 결핵, 유·소아 질병과 HIV/AIDS의 퇴치를 주요 목적으로 하고 있으나 관련 인프라는 여전히 미비하다. 에티오피아 MDGs 이행현황 중 목표5. 모성사망률 감소 부문이 2015년 목표인 290명에 턱없이 모자라는 32% 달성률(1990년 871명에서 2009/10년 590명으로 감소)을 보였다. 합계출산율은 2005년 5.4명에서 2011년 4.8명으로 감소추세이며 숙련된 보건의료 인력에 의한 출산율은 2010년 기준 18.5%이다⁵³⁾.

우리나라의 에티오피아 지원현황은 2007-2011년 기준 무상원조가 대부분을 차지하며 2007년 3.3백만 불에서 2011년 11.61백만 불로 약 3.5배 증가하였다. 사업형태는 프로젝트(15.62백만 불), 초청연수(3.01백만 불), 봉사단(8.53백만 불), 긴급원조(0.25백만 불), 물자지원(0.44백만 불), 기타(1.08백만 불)이었으며, 교육 분야 30.3%, 보건 분야 28%, 농림수산 13.1% 등이 주요 지원분야였다. 국가개발전략의 목표는 빈곤완화와 지속가능한 성장으로 모자보건과 식수, 농업과 농촌지역개발 및 영농기술 훈련, 기술직업 교육훈련, 전력 및 도로 인프라 구축이 중점분야로 선정되었으며, 이 중 보건 분야는 보건의료 및 환경개선을 위해 가족계획과 모자보건 강화와 식수개발을 주요 내용으로 하며, 모자보건상황 개선 및 취약지역 주민들의 보건환경 개선을 목표로 하고 있다⁵⁴⁾.

보건의료 환경개선 협력분야는 모자보건서비스 강화를 통한 모자보건 상황 개선 프로그램으로, 에티오피아 GTP 2011-2015 보건 분야 정책우선순위인 가족계획향상을 포함한 모성 및 영·유아 보건개선과 HIV/AIDS, 결핵, 말라리아 등 주요 전염성 질환 예방이라는 점에서 정책적으로 일치한다. 특히, 에티오피아 보건 분야 개발 프로그램 IV(HSDP IV, Health sector development program IV. 2010/2011-2014/2015)에서는 지역사회를 전략의 핵심가치의 하나로 설정함으로써 지역사회기반 전략 실행과 에티오피아 인구의 약 84%를 차지하는 농촌거주민들에 대한 의료서비스 제공이 강조되고 있다. 에티오피아는 중점지원대상국 중의 하나로 개발협력정책 방안은 에티오피아의 국가개발계획과의 일치성을 강조하고 있다.

51) 전영숙, 2010.

52) 대외경제정책연구원(KIEP). 이진상. 변용. 동부아프리카 2개국의 사회경제개발 역량강화를 위한 협력 방안 연구, 2012.

53) 국제개발협력위원회. 에티오피아 국가협력전략 2012-2015, 2012. pp.278.

54) 국제개발협력위원회. 에티오피아 국가협력전략 2012-2015, 2012.

Ⅲ. 공적개발원조 모자보건 분야 지역사회참여 활성화 전략

1. 지역사회참여

모든 사람들의 건강 향상과 동시에 의료자원의 효율적인 사용을 위한 대안으로 제시된⁵⁵⁾ 일차보건의료(PHC, Primary Health Care)를 배경으로 지역사회참여가 지역보건사업에서 하나의 중요한 쟁점으로 부각⁵⁶⁾되었다. 1978년 세계보건기구(WHO)의 알마아타 선언에서 일차보건의료를 지역보건사업의 기본적 전략으로 채택하였고 지역사회참여는 일차보건의료의 핵심요소로 등장하게 되었다. 1970년대 후반부터 본격화된 우리나라 일차보건의료정책에서도 지역사회참여는 지역보건사업의 핵심적 전략으로 채택되어 많은 지역보건사업이 지역사회참여에 주력하였고, 보고된 많은 사업들은 지역사회참여를 일차적 목적으로 하거나 사업의 한 요소로 표방(김용익 등, 1990)하였다. 그러나 지역보건사업에서의 주민참여는 그 강조와 노력에도 바람직한 수준의 참여가 되지 못하였고(김용익 등, 1990), 지속성에 있어서의 한계점도 드러냈던 것으로 많은 연구결과에서 평가되고 있음에도 불구하고, 일차보건의료가 건강에 긍정적 기여를 한다고 평가된⁵⁷⁾ 지역사회보건과 일차보건의료에서 그 중요성은 여전히 강조되고 있다.

가. 지역사회 개념

지역보건사업에서 지역사회참여전략은 지역사회에 대한 개념정립에 따라 다르게 구성될 수 있으므로 지역사회 개념에 대한 검토가 필요하다(김용익 등, 1990). Community는 ‘한 장소, 한 지역 또는 한 나라에 사는, 하나의 공동체로 인식되는 사람들’이라는 뜻을 내포하므로 ‘지역사회, 지역주민, 주민’ 등으로 번역이 가능하다(김용익, 1992). 조병희 등(2010)에 따르면 지역사회는 사회적, 조직적 공간으로써 단순

55) 최지숙. 일차보건의료가 건강에 미친 영향. HIRA 정책동향 2010; 72-5.

56) 김용익 등, 1990. pp.161.

57) 최지숙, 2010. pp.73.

한 개인의 집합체가 아니라 여러 가지 조직과 단체에 참여하고 있으므로 조직단체의 집합체⁵⁸⁾이다. 지역사회는 농촌 오지의 경우도 사회·정치·경제·문화의 제 측면에서 다른 지역과 관련되어 있어 고립된 사회로 볼 수 없으며, 빈부의 차이를 비롯한 여러가지 차이로 인하여 각각 상이한 집단으로 구성되어 있기 때문에 내부적으로도 동질한 집단으로 볼 수 없을 뿐만 아니라 사회계층별, 성별, 연령집단별, 지역별, 직업별로 각기 다른 보건문제와 문제해결의 조건을 가지기 때문에 동질적 집단으로 규정하기 힘들다(김용익 등, 1990). 김창엽⁵⁹⁾은 지역사회 건강증진개념 측면에서 지역사회는 프로그램의 공급자이자 대상으로, 건강문제가 발생하고 동시에 해결되는 실제적인 장(field)으로서 이해되어야 한다고 하였다. 지역사회참여 논의에서는 지리적 영역에 대한 규정보다는 어떠한 시각으로 바라보느냐가 중요하며 이는 곧 참여하는 주민을 어떻게 볼 것인가와 직결된다(고성주, 1989)⁶⁰⁾. 지역사회를 폐쇄성과 문화적 독특성, 동질성을 가진 것으로 규정하는 경우, 일차보건의료에서 사업의 실패 원인을 주로 주민의 전통적 가치관에 기반한 숙명론과 분과주의, 이기심, 변화에 대한 저항성 등으로 간주하는(고성주, 1989) 오류를 범하게 되므로 신중하게 고려되어야 한다.

지역사회기반(community-based)이란 거주자, 기관, 여타 이해관계자들이 그들의 지역사회와 조직의 역량을 증진시키기 위해 중심적 역할을 담당하는 핵심 거주자들이 간여할 때 부여되는 수식어⁶¹⁾이다(정민수 등, 2009).

이상의 논의 결과를 바탕으로 본 연구에서의 지역사회 개념을 살펴보고자 한다. 공적개발원조(ODA)에서는 수원국의 책임감과 주인의식이 사업의 성과에 크게 영향을 미치므로 수원국의 참여를 중요하게 고려해야 한다. 그러나 여기서 수원국의 참여는 일반적으로 수원국 중앙정부, 보건행정기관 등을 의미하는 경우로 지역사회는 배제될 수 있다. 본 연구대상 사업은 지역사회를 기반으로 하였으므로 지방보건·행정기관과의 협력이 무엇보다 중요하며, 지역주민의 참여 또한 중요한 요소로 고려되어야 한다. 그러므로 본 연구에서는 참여의 대상을 규정하기 위해 지역사회에 대한 조작적 정의를 다음과 같이 하였다. 아르시존 헤토사보레다를 지리적 경계로 사업

58) 조병희 등, 2010. pp.26.

59) 김창엽, 지역사회 건강증진사업에서의 부문간 협력. 인터넷 검색자료.

60) 고성주, 1989. pp.17.

61) 정민수 등, 2009. pp.38.

대상지역인 아르시존과 헤토사보레다 지역 내의 주민, 보건소 및 보건지소, 보건의료 인력, 지방정부 공무원, 지역사회기반조직(CBOs) 등을 모두 포함하는 것으로 한다. 지역사회기반조직은 지방정부기관과 보건소 및 보건지소 등은 별도로 구분하였으므로 이를 제외한 모든 조직을 포괄하며, 조직에 소속된 구성원을 포함한다. 공적개발 원조 사업의 수행을 위해서는 더욱 거시적인 관점에서 수원국 중앙정부와의 협력과 파트너십 등이 논의될 수 있으나 본 연구의 주요 대상 개념이 지역사회참여이므로 거시적인 관점에서의 수원국과의 파트너십 이슈는 논의에서 제외한다.

나. 지역사회참여의 의미

1) 지역사회참여 개념

지역사회참여는 지역이라는 공간 범위를 기반으로 하지만 보건의료 문제의 결정요인은 지역이라는 공간 범위와 보건의료 부문만의 문제영역을 넘어서므로 지역단위의 보건개발에서 '지역'이라는 공간범주화는 지역사회참여의 뜻을 제한할 수 있다(김용익, 1992). 또한, 참여의 주체인 주민을 어떻게 인식하느냐에 따라 개념과 전략의 수립에 중요한 차이가 발생한다(김용익, 1992).

일차보건의료에서 지역사회참여는 제공자와 수요자 모두에게 이익이 될 관리기술 개선의 '수단' 또는 과정을 강조하는 참여 그 자체를 '목적'으로 하며(고성주, 1989), 전문가가 기획한 프로그램에 의해 변화되는 수동적 대상이 아니라, 보건의료서비스의 전달, 계획, 시행, 평가 등 모든 과정에 적극적으로 개입하여 의사결정과 일정부분 책임을 지는 것이다(김공헌, 2003)⁶²⁾. 그러나 지역사회참여의 당위성에 대한 인정과는 대조적으로 보건교육이나 서비스의 대상자로만 인식하는 동원 개념의 소극적 참여로 보는 제한적 관점은 여전하다(박선희, 2013)⁶³⁾. 지역사회참여의 구성요소는 '주민의 책임, 주민의 능력 향상, 적극적 역할부여' 등이다(문정주, 1991)⁶⁴⁾. 지역사회는 그들의 전통적 가치관 속에서 높은 수준의 협동 및 사회적 연대 형성이 가능하고 필요시 놀랄만한 조직 활동의 수행능력을 보유함에도 불구하고 이것이 인정되고 활용되지 못하

62) 김공헌. 지역사회보건개발과 지역사회참여. 산업보건 2003;181:22-31.

63) 박선희, 2013, pp.36.

64) 문정주, 1991. pp.17.

고 있으며, 지역사회의 현황과 특성이 고려되지 못한 채 외부의 요구에 의해 인위적인 ‘현대식’ 주민조직이 도입될 경우 참여는 오히려 억제된다(문정주, 1991. pp.9).

유승현(2012)에 의하면, 지역사회역량으로써의 참여는 주민들이 소속 지역의 제반문제에 관심을 가지고 사업의 기획, 수행 및 평가 단계에서 지역의 상황에 적합한 사업을 개발하고 결정하는데 중요한 역할을 하며 의사결정을 하는 과정으로, 과정을 함께 경험함으로써 지식과 기술, 경험이 증강될 수 있어 참여는 역량강화의 과정이자 발전된 역량의 형태이다(유승현, 2012). 참여는 개인차원의 활동만이 아니라 각종 규모와 유형의 조직, 지역 내의 모임, 단체, 기관차원에도 해당되며, 협력⁶⁵⁾과 함께 지역사회역량의 주요 영역이자 역량강화전략이다(유승현, 2012). 지역사회참여는 그 자체의 과정으로 지역사회역량을 강화함으로써 사업을 효과적으로 진행하고 사업의 지속성을 높일 수 있도록 하는 요인이며, 사업과정 그 자체가 그에 참여한 지역의 학습과정이 될 수 있다⁶⁶⁾. 그러므로 참여를 통한 주민역량강화와 실천적 측면에서의 참여가 갖는 의의는 무엇보다 중요하다⁶⁷⁾.

2) 지역사회참여 형태

지역사회참여가 개념적 원칙으로 주장된 것에 비해 실제 활동의 제 측면을 기반으로 한 참여 단계에 대한 논의는 부족하였다(고성주, 1989). 지역보건사업에서는 자발적 참여가 주로 논의되었으나 실제 적용에 있어서는 자발적 참여라고 할 수 없는 측면이 높고, 사업목표 달성의 필요불가결한 요소로 간주되어 이에 대한 논의에서도 이상적 형태(ideal type)로서의 참여가 강조되어 실제적 형태(real type)로서의 참여의 여러 측면은 간과되었다(김용익 등, 1990).

Arnstein(1969)⁶⁸⁾은 참여의 영향력을 기준으로 개입(manipulation), 치료(therapy), 정보제공(information), 자문·상담(consulting), 위로·설득·회유(placation), 파트너십·공

65) 협력은 특성이 다른 다수의 조직들이 관계형성과 공동의 작업에 참여하여 공유하는 목적을 이루기 위해 관계를 형성하고 각자의 역할과 목표를 정하여 함께 일하는 것이다(유승현, 2012. pp.65).

66) 송미령 등, 2004, pp.89.

67) 송미령 등, 2004, pp.90.

68) Arnstein, 1969의 참여 8단계는 박종혁, 2006과 유승현, 2012등의 자료에 인용된 내용을 기반으로 하였다.

동협력(partnership), 권한위임(delegated power), 주민자치(citizen control)의 8단계 모형으로 설명하였다. 권한의 유무에 의한 결정권 발휘 정도에 따라 개입과 치료는 비 참여 수준, 정보제공, 자문, 위로는 형식적 참여수준, 파트너십, 권한 위임, 주민자치는 본질적 참여수준으로 구분된다(Arnstein, 1969; 박종혁, 2006; 유승현, 2012 재인용). 비 참여(non-participation)는 결정권을 가진 쪽이 어떤 목적을 위해 사람들을 동원하거나 의도에 맞춰 움직이게 하는 차원이며, 형식적 참여(tokenism)는 정보제공, 형식상의 발언기회 제공, 회유가 이루어지는 상태로 발전적인 변화보다는 현상유지에 머무르며, 본질적인 참여(citizen power)는 지역사회 구성원이 의사 결정과 권한 사용에 파트너로 동참하고 협상권, 결정권을 발휘하는 단계이다. 김용익 등(1990)은 참여결과에 따라 실질적 참여와 형식적 참여로 구분하였으며, 주민 참여가 보건사업 시행과정 뿐 아니라 계획과 조정과정에서 지역사회 주민의 의사 반영 정도에 따라 실질적 참여인가 형식적 참여인가가 구분된다.

참여 동기에 따라 주민의 자발성 정도에 근거하여, 자발적(voluntary) 참여, 유도된(induced) 참여, 강요된(compulsory) 참여로 분류된다(WHO 1987; 고성주, 1989; 김용익 등, 1990). 강요된 참여는 보건사업에 필요한 인력과 사업비를 주민 의사와는 상관없이 전체적 사업 계획에 따라 동원(mobilization)하는 것이며, 유도된 참여는 보건사업에서 가장 흔히 나타나는 참여 형태로 보건사업으로부터 일정한 반대급부(incentive)가 약속되어 참여하는 형태로 가족계획사업에서 시술자에 대한 보상금제도가 대표적인 사례이다.

지역사회참여는 지역의료체계의 보건의료인과 지역사회간의 관계구조에서 발생하는 사회적 과정이라는 관점에서, 주민참여의 주도성(initiative)에 따라 주도, 개입, 협력, 협조, 동원의 다섯 단계로 분류하였다(김용익 등, 1990). 동일한 유도된 참여라도 권한이양 정도에 따라 협조와 협력단계로 구분되며, 협조단계에서는 보건사업의 계획과 조정과정이 여전히 제공자 측에 독점되어 있는 반면 협력단계에서는 주민들의 의사가 반영되도록 하는 것이다(김용익 등, 1990). 고성주(1989)는 개발자(donor)와 주민간의 권력관계를 기준으로 지역사회참여를 설명하였다. 동원단계는 주민의 자발적 참여정도가 아주 낮은 형식적이고 강제된 참여로 전통적인 전염병 관리 사업에서 활용되었다. 협조단계는 참여에 대한 반대급부(incentive)를 제공하여 참여를 유도하며 가족계획사업에서 자주 사용된다. 협력단계는 설득의 방식에 의한 참여 방법이

강조되며, 개발의 결과가 상호이익을 증진시킬 수 있다는 합의를 바탕으로 참여가 권장되거나 주도권은 여전히 개발자에게 있다. 협력단계에서의 참여 동기는 반대급부가 아니라 사업결과에 따른 이익의 사전합의라는 점이 다르다. 개입단계는 주민 측에 의한 정보공개 요청과 의사결정과정에서 개입하려는 참여형태로 사업의 주도권 일부에 대한 이양 요구가 있다. 동반단계에서는 개발자와 주민이 상호 대립적 모순관계에 있지 않고 이를 극복한 단계로 동등한 참여 비중이 강조된다. 주민주도 단계는 주민 스스로 자주관리가 강조되는 단계로 자기관리 및 자조가 가능한 단계이다.

미국 CDC(2011)⁶⁹⁾의 ‘지역사회참여 연속체 community engagement continuum’ 모형에서 지역사회참여는 필요한 정보제공 수준의 참여형태로 시작하여 점차 의사결정권을 지니고 권한을 공유하는 역능화단계로 발전함을 보여주고 있다. 이러한 참여 전략단계는 정보제공-의견 참고-관여-협력-임파워먼트(empowerment)의 단계로 설명되므로 흔히 임파워먼트 모형⁷⁰⁾이라고도 한다(유승현, 2012; 박선희, 2013 재인용).

첫째, 정보제공(informing): 지역 내에서 벌어지는 일들과 참여·의견표시 기회의 시기 및 장소에 대한 정보 제공의 단계로 정보 획득을 통해 주민들의 반응이 형성된다⁷¹⁾. 이 단계는 무엇이 진행되는지, 의사 결정이나 행동에 필요한 정보제공 등 사업에 대해 알리는 정도의 지역사회와의 일방적인 접촉단계⁷²⁾이다. 둘째, 의견 참고(consulting): 지역사회 의견정보 투입(input)이 시작되는 초기단계로 지역사회의 관심사, 요구도, 건강현황, 서비스이용, 전략제안, 사업에 대한 반응 등의 정보를 수집할 수 있다. 설문, 토론, 방문, 관찰, 의견게시판이나 제안함, 서비스 상담센터, 공청회 등 다양한 조사기전을 복합적으로 사용한다. 이상의 참여 도입단계에서는 참여의 목적과 참여 대상의 명확한 규정이 중요하다. 참여의 수준, 대상 지역사회의 규정, 참여 규모, 주요 참여 대상에 대한 명확한 확인과 이해가 요구된다. 셋째, 관여(involve): 사업수행 현장에서 지역사회와 직접 대면하고 교류하며 제시한 문제가 지속적으로 다뤄지는지 확인하는 과정(GSA, Government of South Australia 2009; 재인용)이다. 지역사회 현장에 직접 가서 관계를 형성하고 공식·비공식 리더십과 함

69) CDC. CDC Principles of community engagement 2nd Edition, 2011. pp.8.

70) 유승현, 2012. pp.62-63.의 내용을 기반으로 재구성하여 설명하였다.

71) 유승현, 2012. pp.62.

72) 박선희, 2013. pp.19.

게 일한다. 넷째, 협력(collaborating)은 지역사회 변화 창출에 필수적인 파트너십을 형성(CDC, 2011; 재인용)하는 단계로, 자료제공이나 업무협조 차원이 아니라 사업기획, 의사결정, 전략개발을 위한 관련 주체들과의 권한 공유와 서로 동등한 협력자로 역할을 담당하는 것으로 협력기관들의 책임의식, 지속의지와 사명감이 장기간 수반되어야 한다. 다섯째, 역능화(empowering)⁷³⁾ 단계는 지역사회가 사업 추진 전 과정에 결정권을 가지고 협력적 과정을 진행하는 것(GSA, 2009; 재인용)이다. 이 단계는 지역사회가 자주적이고 독립적인 의제 파악과 대응활동을 해 나가는 과정이자 역량이다. 이 단계에서는 지역사회에 존재하는 자산, 동력을 활용해야 하므로 기획력, 분석력, 전략이해, 자원동원, 네트워킹, 조정능력, 리더십, 판단력, 적응력 등 지역사회 역량이 요구된다(CDC, 2011; 재인용).

표 3. 지역사회참여 연속체(Community Engagement Continuum)

지역사회 참여·영향·신뢰·의사소통 흐름의 수준 증가				
Outreach	Consult	Involve	Collaborate	Share Leadership
정보제공	의견 참고	관여	협력	임파워먼트
비 참여	묻고 답하기	참여기회 제공	양방향 의사소통	공유된 리더십
일부주민참여	참여주민 증가	참여주민 다양	전 주민 참여	강한 유대감
일방적 의사결정 및 정보제공	주민 관심사 이해 및 청취	양방향 의사소통 계획단계간여 상호협력	쌍방향 의사소통 계획과 실행 전 영역의 협력	주인의식으로 주도적 의사 결정, 강력한 파트너십 구축
아웃리치 대상	관계 형성	파트너십 생성	협력과 신뢰구축	확대된 건강 결과 및 신뢰관계

* 출처: CDC, 2011; 박선희, 2013 재인용; 저자 재구성

본 연구에서는 이러한 주민참여의 제 논의들을 바탕으로 주민참여의 단계를 주민 주도(initiative) 정도와 계획, 수행, 평가 단계에의 개입정도에 따라 동원, 협조, 협력, 동반, 주도의 수준으로 설정하였다. 참여수준이 증가할수록 사업의 계획과 수행, 평

⁷³⁾ empowerment는 권한부여, 권한이양, 역량강화 등으로 번역되거나 임파워먼트로 표기되나 ‘부여’나 ‘이양’은 방향성 문제에 대한 논의가 요구되어 유승현은 empowerment를 임파워먼트로, empowering은 역능화로 표기하였다.

가과정에 지역사회 영향력은 증가하고 신뢰는 강화되며, 의사소통의 채널은 다양하며, 그 수준도 증가하게 된다.

동원(mobilization) 단계는 일방적 정보제공과 의사결정이 이루어지며 지역사회의 의사개진 기회가 주어지지 않는 형태로 일방적 교육 대상으로 교육을 받거나 정보를 제공받는 경우에 해당된다.

협조(assistance) 단계는 어떤 형태로든 의견을 제안하고 투입할 수 있는 기회가 제공되는 형태로 설문, 집회, 워크숍 등에 참가하여 의견 제안을 하거나 교육 후 평가에의 참여와 토론을 통해 의견 개진이 가능하다. 그러므로 어떤 형태로든 의견 개진이 가능한 평가가 이루어지는 교육에 참가하는 경우가 해당된다. 자발적인 선택에 의해 보건의료서비스를 이용하는 경우도 해당된다. 사업의 계획과 조정, 수행과 평가는 사업팀이 주도하는 형태이며, 관계가 형성되기 시작한다.

협력(cooperation) 단계는 계획단계에 간여하여 의사가 반영되고 수행단계는 사업팀과 함께 공동 수행하며 평가에는 제한적이고 수동적인 참여가 이루어진다. 실질적인 최종 결정권은 사업팀에 있다. 또한, 사업 수행과정에서 지역사회 구성원은 부여된 역할에 따라 본인의 의사와 판단에 의해 자발적 활동을 수행한다.

동반(partnership) 단계는 사업 기획, 수행, 평가단계에 간여하고 공동 수행한다. 사업의 기획과 의사결정, 전략개발 등에 동등한 영향력을 발휘한다.

주도(initiative) 단계는 지역사회가 완전히 자발적인 의사결정에 따라 활동을 계획하고 주도적으로 사업의 계획과 수행, 평가를 진행한다. 사업팀은 기술자문 형태로 지원한다.

가족계획 및 모자보건사업의 지역사회참여 원칙은 적용되는 프로그램에 따라 참여 주체들의 동기가 다양함을 인식하고 참여의 수준이 고려되어야 한다. 급성·전염성 질병 관리의 목적에 의해 참여가 강요되는 경우를 제외하고는 주민의 자발적 의사결정에 의한 선택이 존중되어야 한다. 참여를 위해 지역사회의 물적, 경제적 자원이 강제되어서는 안되며, 지역사회는 참여를 통한 이익(benefit)이 확보될 수 있어야 하며(고성주, 1998. pp.51.) 이익에는 질적인 보건서비스의 획득이 포함되어야 한다. 참여에 대한 올바른 인식과 수용의 자세를 가질 때 참여를 통한 성과 달성이 가능할 것이므로 지속적인 상호학습과 교육훈련이 진행되어야 할 것이다.

표 4. 주민참여 유형

임파워먼트 모형 CDC, 2011.	주민 주도정도 (initiative)	계획·수행·평가 단계의 의사결정 개입과 자발성 정도	참여 동기 WHO 1987	참여 결과	개발 방법론
역능화 Empowering	주도 Initiative	계획, 수행, 평가 단계에 지역사회 주도적 의사결정 지역사회 자발적 활동 -외부의 지원과 기술자문 -리더십과 네트워크 작동	자발적 참여	적극적 실질적 참여	Bottom - up
협력 Collaborating	동반 Partnership	계획, 수행, 평가 단계에 개입 공동 의사결정 계획, 수행, 평가단계에 동참 지역사회의 주도적 수행			
관여 Involving	협력 Cooperation	계획단계에 개입하여 의사 반영 공동수행 평가단계에 제한적, 수동적 참여 지역사회가 본인의 의사와 판단에 의해 제한적 활동 수행 실질적 최종결정권은 사업팀에 있음	유도된 자발적 참여	혼합형 참여 - 참여 주체에 따라 참여 수준은 다양화	↑ ↓ Top - down
의견 참고 Consulting	협조 Assistance	자발적 의사결정에 의한 서비스 이용 평가에 의견제시 개입 가능한 교육 참가 제한적 방법으로 의견개진 계획단계에 지역사회 의사 반영 안 됨 계획과 조정, 평가는 사업팀 주도 수행에 수동적 참여			
정보제공 Informing	동원 Mobilization	사업팀의 일방적 의사결정 사업팀의 일방적 정보제공 의사개진 기회 없음	유도된 참여	수동적 형식적 참여	

* 출처: 고성주, 1989; 김용익 등, 1990; 박종혁, 2006; 유승현, 2012; 신예철, 2012 저자 재구성

4) 지역사회참여 장애요인

주민주도 사업은 정부주도 사업방식과 비교하였을 때 주민의견수렴을 위한 소요시간이 요구되며, 주민자치를 위한 역량이 배양되기까지 시행착오 등 여러 가지 어려움이 예상 된다(차성란, 2011)⁷⁴. 지역사회참여의 장애요인을 크게 사회체계측면과 지역사회측면, 사업수행자측면으로 나누어 고찰하였다.

포괄적인 사회체계측면의 장애요인으로, 사회경제적 구조(문정주, 1991), 관료주의(고성주, 1989; 김용익 등, 1990), 보건의료전문주의(고성주, 1989; 문정주, 1991), 중앙집권체계(문정주, 1991)가 대표적이다. 첫 번째, 사회경제적 구조요인으로 이것은 구조화된 불평등(문정주, 1991)과 지역사회의 비동질적 특성(박선희, 2013)에 의해 발생된다. 하나의 지역 내에 존재하는 다양한 계층과 집단에 내재되어 있는 구조화된 불평등이 계층 간 이해의 대립을 유발시키고, 소외계층의 참여가 어렵게 만들며(문정주, 1991), 이러한 구조화된 불평등은 지역사회 내에서 뿐 아니라 국가적으로도 존재하여 다양한 방법으로 지역사회의 사회경제적 구조에 관여함으로써, 지역사회참여에 간접적인 영향력을 행사한다(고성주, 1989). 국제보건정책의 빠른 변화와 정책결정자들의 비판적 검토 없는 정책수용으로 국제사회는 점점 지원대상국 주민의 건강과는 거리가 멀어지게 되고, 개발도상국에 대한 국제사회의 지원은 지역보건사업의 외부에 대한 의존성을 심화시켜 외부의 지원이 종료되면 사업은 주민의 의사와는 무관하게 사업은 철수하거나 지속되는 경우라도 확대적용이 어렵게 된다(고성주, 1989).

두 번째, 관료주의는 지역사회참여에 대한 잘못된 인식에서 기인한다. 지역사회참여를 지역사회로부터 노동력과 재원을 추가로 동원하는 방편으로 인식하여, 실질적인 참여보다 실행단계의 형식적 참여가 이루어지는 요인으로 작용한다. 관주도적 하향식 수행방식에 익숙한 관료들은 지역사회참여의 가치에 대한 이해부족으로 기존 통제체제에 대한 위협으로 인식하게 된다(문정주, 1991). 보건사업의 계획, 조정, 평가과정이 제공자에 의해 독점되는 의사결정 과정에서 지역사회 소외, 보건행정과정에 대한 정보독점, 하향식 보건행정구조(김용익 등, 1990)는 전형적인 관료주의적 형태이다. 세 번째, 보건의료 전문주의는 보건의료분야의 특수성과 제공자 중심적 사고방식에서 기인한다(김용익 등, 1990; 문정주, 1991). 전문가의 역할이 절대적인 의료

⁷⁴ 차성란, 2011. pp.25.

모형(the medical model)에서는 지역문제 규정이나 해결방식 제공은 전문가들에 의해 이루어지므로 지역사회참여가 부진하다⁷⁵⁾. 네 번째, 중앙집권체제로 모든 정책 결정과 자원에 관한 통제 및 자원분배의 권력을 중앙정부가 가지므로 보건정책 결정에 지역사회참여는 어렵게 된다(문정주, 1991).

지역사회 측면의 장애요인은 지역사회의 사회·문화, 역사적 배경 등에 대한 이해를 통해 조심스럽게 접근되어야 하며, 편견을 갖지 않도록 주의가 요구된다. 첫 번째, 주민들의 참여역량 부족⁷⁶⁾으로 참여를 위한 전제조건인 의사표현 및 의사소통역량의 부족 등에서 기인되며, 기본교육의 제공이 요구된다. 두 번째, 사업필요성에 대한 주민들의 인식부족으로(조병희 등, 2010). 인식개선을 위한 정보제공의 필요성이 대두된다. 세 번째, 지역사회에 내재한 ‘의존과 방관자’적 성향(지은구, 2006; 신예철, 2012)⁷⁷⁾과 주민의 무력감(helplessness), 패배주의 성향으로, 이것은 본질적인 국민성으로 해석하기 보다는 역사적, 사회적 상황의 결과로 인식하고 극복하기 위한 노력이 요구된다(고성주, 1989; 박선희, 2013). 네 번째, 참여에 대한 금전적 보상요구(박선희, 2013)로 오랜 시간의 외국 원조에서 오는 편견과 불신, 참여에 대한 금전적 보상에 대한 기대심리는 지역사회에 부정적 관행으로 고착되어 있다⁷⁸⁾. 사업 이전에는 자연스럽게 이루어지던 행사 참여와 역할에 ‘일당’을 기대하는 분위기가 암묵적으로 형성된다(송미령 등, 2004). 다섯 번째, 보건의료인들의 ‘냉담한 태도’는 보건의료 전문주의와는 또 다른 관점으로 지역사회참여가 이루어질 경우 보건의료인들의 업무량 증가와 주민들과의 분쟁의 소지 증가, 주민의 요구사항이 많아진다는 점은 지역사회참여에 대한 보건의료인들의 부정적 견해의 요인이 되므로, 지역사회참여와 함께 지역의료인의 참여는 해결해야할 어려운 과제로 작용한다(김용익 등, 1990).

사업수행자 측면에서의 장애요인은 이를 해결하기 위한 사업수행측의 역량강화 교육훈련의 필요성이 강하게 요구되는 부분이다. 첫 번째, 사업수행 측의 참여에 대한 인식부족(조병희, 2010)으로 지역보건사업에서 지역사회를 사업 대상으로만 규정하고 사업의 보조적 역할수행 정도로 참여를 인식 하는 것이다⁷⁹⁾. 두 번째, 사업수행 인력

75) 조병희 등, 2010. pp.14.

76) 김용익 등, 1990. pp.191.

77) 지은구, 2006. pp.62. & 신예철, 2012. pp.55.

78) 박선희, 2013. pp.39.

79) 조병희 등, 2010, pp.14.

의 역량부족으로 참여 개념에 대한 인식과 경험부족에서 기인된다, 특히, 통합적 시각과 파트너십역량 부족은 개인적인 문제의 차원을 넘어 공여국의 공적개발원조 수행 환경의 질적인 문제로까지 확대될 수 있다(박선희, 2013). 현지 파견인력에 대한 인식개선이 우선되고, 교육훈련시스템의 구축과 현지 사업수행 인력에 대한 전문가 관리체계의 개선이 절실히 요구된다(박선희, 2013). 세 번째, 공적개발원조사업의 단기성, 성과중심의 평가방식은 지역사회참여를 이끌어내는 데 장애요인이 된다(박선희, 2013). 네 번째, 공적개발원조사업의 구조적특성 측면에서 행정처리의 경직성과 사업 분야별 분절적인 접근방식은 ‘사람 중심’ ‘지역사회 시각 중심’의 참여적 접근방식을 현실에 적극적으로 적용하기 어렵게 한다(박선희, 2013). 다섯 번째, 지역사회참여전략의 한계와 변화하는 현실상황을 반영한 새로운 참여전략의 부재는 또 다른 장애요인이다. 김용익(1992)에 따르면, 우리나라 지역보건사업에서 주민참여의 실패원인은 국가의 보건의료현황 등 상황변화를 반영하지 못한 전통적 지역개발론적 전략의 적용(마을건강원)과 의사결정과정에서 주민참여 기전인 지역보건위원회와 운영협의회 등의 한계점, 급격한 도시화에도 불구하고 도시화와 산업화 정도에 맞는 보건의료 주민참여전략 개발의 부재, 주민 소외 원인의 기저에 깔려있는 집단적 갈등문제로 참여를 하는 쪽과 받아들이는 쪽의 동시 변화가 필요하나 대부분의 시범사업에서는 참여하는 쪽인 주민의 변화만을 강조하고 추구하였다는 점이 지적되었다. 지역범위 내에서 일어나는 주민참여일지라도 그 극복을 위해서는 전사회적인 차원에서 변화가 요구된다(김용익, 1992)고 하는 점은 시사하는 바가 크다.

5) 역량강화(Empowerment)

지역사회참여는 역량강화와 밀접한 관련성을 지닌다. 참여를 통해 지역의 개입이나 조직의 역량이 강화되고, 강화된 역량을 통해 지속적인 참여가 이루어질 수 있으며, 지역의 자주성과 주인의식이 강화될 수 있는 순환구조에 따라 참여와 역량강화는 상호연계성을 지니는 개념이다. 따라서 역량강화의 개념적 고찰과 참여를 통한 지역사회 역량강화와의 관련성을 살펴보고 개발도상국을 대상으로 하는 공적개발원조와 개발과정에서의 역량개발의 의미 등에 대해 고찰하였다.

곽재성, 김달현(2012)⁸⁰)에 따르면, 역량(capacity)은 ‘한 기능을 실현하는데 필요한 숙련기술, 지식과 자원’으로 ‘문제해결 능력이며, 선택을 알려주고 우선순위를 규정하

고 미래를 계획'한다⁸¹⁾. 능력이 구체적인 영역에서의 기술과 지식 등을 의미한다면, 역량은 특정한 문제나 목표를 성취할 수 있는 힘으로 '능력들의 총체적인 결합'⁸²⁾이다. 임파워먼트는 일반적으로 '역동적 개념' '능력을 신장시키는 독특한 하나의 과정' (김우택, 1996; 한명수, 1999 재인용)으로 설명된다. 한명수(1999, pp.145)는 임파워먼트를 외부의 촉매(catalyst)없이 개인 내부에서 발생하는 개인수준과, 파워를 주거나 받는 최소한 두 사람 간에 발생하여 '대인간 신뢰'가 강조되는 집단수준, 관리자들과 관리 및 의사결정상 책임을 실무수행자에게 이양하여 실무 수행자의 책임 범위를 확대를 통해 그들에게 잠재되어 있는 능력과 창의력을 최대한 발휘하게 하는 조직수준으로 설명하였다. 임파워먼트는 과정적 개념이며, 단순히 권한을 부여하거나 위임해 주는 과정이 아니라 권한을 부여받아 자신의 능력을 키워가는 과정이다(한명수, 1999).

개인의 지식수준, 동기화 정도, 타인과의 사회적 네트워크에 따라 건강행동을 실천하는 역량이 다르듯 지역사회도 구성원들의 특성에 따라 건강행동 실천 역량은 다르다(정민수 등, 2009, pp.35)⁸³⁾. 국내외 연구자들은 주민의 주도적·자발적 참여를 지역공동체역량의 핵심요소로 제시하고 있다⁸⁴⁾. 조병희 등(2010)에 따르면 “지역사회역량은 건강만을 설명하는 개념이 아니며 지역사회발전이라는 큰 맥락” 내에 존재하는 개념으로 역량의 정도에 따라 지역의 집합적 건강수준이 달라지므로 보건학적 관점에서 지역사회역량은 중요한 의미를 지닌다⁸⁵⁾. 지역사회역량은 ‘주민들이 스스로 자신의 지역문제를 찾아내고 해결해 나갈 수 있는 자질·능력’⁸⁶⁾으로 문제해결을 위해 주체적 지위를 가지고 외부전문가들과 대등한 권한을 유지하며 상호작용할 수 있는 능력을 필요로 한다(차성란, 2011, pp.28). 조병희 등(2010)은 개인, 조직, 네트워크의 세 가지 사회적 행위자가 긴밀한 연관성을 가지는 것으로 사회적 행위자들에 따른 역량강화 수준을 다음과 같이 규정하였다⁸⁷⁾. 개인 수준은 인적 자원과 리더십이 관련되며 인적자원은 개인의 지식과 기술, 자원, 지역사회 향상을 위한 활동에의 참여 등이 포함되며, 개별 구성원들이 인적 자원을 이용하여 변화창출, 타인 동원, 행동

80) 박재성, 김달현. 한국수출입은행. 한국의 개발협력 2012;(3):39-94.

81) 박재성, 김달현, 2012. pp.53.

82) 차성란, 2011. pp.28.

83) 정민수 등, 2009. pp.35.

84) 신예철, 2012. pp.41.

85) 조병희 등, 2010. pp.2.

86) 유학열 등, 2008. pp.4.

87) 조병희 등, 2010. pp.39-41.

촉진을 통해 리더십을 행사하게 된다. 조직수준은 다양한 조직들이 내·외부적 체계와 유기적으로 연결되어 효과적으로 기능을 수행함으로써 지역사회 역량이 강화될 수 있다. 네트워크 수준은 개인, 비공식 그룹들, 공식적인 조직들 사이에 신뢰와 지지를 바탕으로 긍정적 사회관계망 구축을 통해 지역사회 역량이 강화된다. 조직 네트워크는 지역사회 역량을 획기적으로 높여주며, 개인과 조직에 분산되어 있던 지식과 정보, 자원과 리더십의 잠재적 효용성을 배가시킬 수 있다.

지은구(2006, pp.54-55)는 지역사회역량강화 원칙으로 상황인식, 자발적 참여, 조직화, 요구수립을 제시하였다. 자발적 문제의식의 성장으로 상황에 대한 객관적 판단 능력인 상황과 문제 인식의 주체이자 문제해결의 직접적 주체인 주민들의 자발적 협조가 참여를 통해 이루어져야 하며, 지역사회의 문제는 개인의 문제로 인식하고 접근해서는 해결하기가 어려우므로 문제해결의 의사소통구조인 조직화를 통해서 가능하다. 요구수립원칙은 “요구를 하지 않으면 어떤 것도 이루어지지 않는다.”는 것이다. 요구수립과정은 개선을 위한 토대 구축 과정으로 지역사회 역량강화 원칙이 구체적인 행동으로 나타나는 것이라고 할 수 있다.

개발도상국의 발전과정에서의 역량개발⁸⁸⁾은 지속가능한 발전을 위해 중요하다. 원조 성공사례로 제시되는 경우라 하더라도 실제로는 실패로 끝나는 경우가 많은 것이 현실이다⁸⁹⁾. 개발도상국가의 역량 없이는 발전을 기대하기 어려우며, 역량개발은 발전의 근본적인 활동요소이므로 개발도상국의 공적개발원조는 재정적 지원 뿐만 아니라 지속적인 인적개발이 무엇보다 중요하다⁹⁰⁾. 개발의 과급효과와 지속가능성의 최적화, MDGs 달성을 위한 효과적인 접근방법, 주인의식·지도력·자부심 배양의 중요성을 인식하기 위해 역량개발은 필요하며(곽재성 등, 2012, pp.44), 지속가능한 역량개발을 위해 단순한 지식과 기술이전은 불충분하며, 개발에의 참여과정을 통해 가능해진다. 외부의 지원은 역량개발의 견인차로서의 역할에 한계를 지니므로, 내생적인 변화과정을 유도할 수 있는 장기적인 노력이 요구된다. 이를 위해 원조기구의 간접역할보다는 변화과정의 관리와 관련된 역할지원의 필요성이 제기되고 있다.

88) 본 단락의 발전과정에서의 역량개발은 한국수출입은행에서 발간한 한국의 개발협력 2012 제3호 곽재성, 김달현의 발전과정에 있어서 역량개발의 역할을 토대로 정리하였다.

89) 곽재성, 김달현(2012), pp.39.

90) 곽재성, 김달현(2012), pp.39.

한국 보건진료원의 임파워먼트 연구 사례⁹¹⁾ 고찰을 통해 개발도상국 지역기반 보건사업에서 보건의료인력 및 주민건강요원(HEW, Health Extension Worker)의 역량 강화 중요성 및 필요성을 검토하고자 한다. 한명수(1999)는 우리나라 보건진료원들의 임파워먼트 과정을 실무중심으로 연구한 결과 현실인식, 변화 시도, 성과확인 및 임파워먼트 경험, 성취지향 단계로 설명하였다. 첫째, 현실인식 단계는 업무에 대한 자신감이 결여되어 무능력감을 절감하고 다양화된 기록서식은 행정업무의 가중을 초래하여 지식부족으로 인한 무력감과 업무 회피로 이어졌다. 둘째, 변화시도 단계에서는 ‘책임감’ ‘의무감’ ‘필요성’ ‘사명감’에서 기인한 업무몰입으로 현실에서 인식한 부정적인 상황을 변화시키기 위해 자신의 지식수준을 향상시켰고, 지역사회 자원연계와 행정업무 수행능력향상을 위해 실무지도감독을 통한 개선과 집단교육을 통해 대처해 나갔다. 셋째, 성과확인 및 임파워먼트경험 단계는 자존감, 동기유발 등 긍정적 정서 반응을 경험하고 성과를 통한 주변의 인정으로 자신감이 증가되며 자존감을 경험하게 되었다. 주민들과 ‘신뢰’가 형성되고 이것은 자부심과 자존감을 높이며, 강한 동기유발의 촉매제가 되었다. 넷째, 성취지향 단계는 ‘자신의 업무에 흥미와 애착을 가지고 또다른 성과를 기대하며 새로운 행위를 추구해 가는 단계’로 자신의 직무에 대한 통제력획득과 만족감은 임파워먼트의 최종적인 결과이자 특성으로 나타났다. 한명수(1999)는 임파워먼트를 상황 극복 과정으로 설명하였다. 무력한 상황인식은 첫 번째 단계로 임파워먼트가 부정적인 상황인식 단계부터 시작되는 일련의 과정이며(한명수, 1999, pp.158) 업무에 대한 실제적 성과 확인은 전환점이 되었다. 임파워먼트 과정에서 보건진료원의 실무특성은 업무수행 중 경험하는 무능력감 극복을 위한 노력이 실무수행에 필요한 지식습득 활동으로 나타나며, 지식은 임파워먼트에 영향을 미치는 개인요인(김우택, 1996; 한명수, 1999 재인용)이므로 임파워먼트를 위해서는 새로운 정보와 지식제공이 필수적이다.

이러한 연구결과를 통해 일차보건의료를 담당하는 인력의 역량강화가 보건의료 서비스의 질적 향상 뿐 아니라 지역사회참여를 활성화시키는 중요한 촉매역할을 할 수 있음을 알 수 있다. 이는 곧 개발도상국의 보건의료지원체계의 최일선에서 근무하는 보건소의 보건의료인력 및 주민건강요원(HEW)의 역량강화의 중요성과 필요성을 강하게 시사하고 있다.

91) 한명수. 보건진료원 실무에서의 임파워먼트. 간호학탐구 1999; 8(1):141-69. 본 연구 사례는 한명수(1999)의 연구결과를 토대로 작성하였다.

2. 지역사회참여 활성화 전략

가. 주요전략

지역사회참여전략의 성공을 위해서는 국가의 경제적·정치적 수준 등을 고려한 현재 상황에 적합한 전략 수립과, 참여의 주체와 참여를 수용하는 측 쌍방의 변화가 동시에 진행되어야 할 것이다(김용익, 1992). 지역사회참여전략은 참여주체의 명확한 규정과 적합한 참여의 단계설정, 참여 동기 파악⁹²⁾, 명확한 목적, 지역사회에 기본정보 및 참여의 인식수준 파악(CDC, 2011. pp.44-53) 등이 우선되어야 한다. 참여가 효과적인 사업목표달성을 위한 ‘수단’인지, 참여를 통해 역량과 권한의 강화를 위한 ‘목적’인지에 따라 참여 수준과 동기의 차이가 발생하므로⁹³⁾ 지역사회 상황과 특성에 대한 충분한 이해와 명확한 인식이 우선되고, 참여주체를 파악하고 사업에 연결함에 있어서 친편일률적 접근방식은 지양해야 한다. 유승현(2012)은 이미 참여 경험이 있는 기존 협력자 중심으로 사업을 시작할 것을 제안하였다(CDC, 2011; Michigan Public Health Training Center, 2010. 재인용).

1) 선행조건

지역사회참여를 통한 사업의 운영은 예상되는 여러 장애점에도 불구하고 의견수렴과 갈등해결 과정에서 주민 간 유대 형성과 자치역량이 강화된다는 장점⁹⁴⁾을 지닌다. 지역사회참여가 가능하기 위해서는 지역보건의료 문제에 대한 주민의 주체적 인식이 선행되어야 한다(고성주, 1989). 문정주(1991)에 따르면, 1987년 세계보건기구에서 제시한 6가지 주민참여의 조건은 주민의 의사를 수용하려는 정책적 의지, 주민의 의견이 영향력을 발휘할 수 있는 제도적 장치, 비판적 분석을 위해 필요한 정보의 주민대상 공개, 표현과 집회의 자유 보장, 의사 표현을 가능하게 하기 위한 기본 교육 제공, 주어진 정보를 검토해 볼 시간적 여유이다. 이 중에서 가장 중요한 조건은 국가정책부분이다.

⁹²⁾ 유승현, 2012. pp.60.

⁹³⁾ 유승현, 2012. pp.61.

⁹⁴⁾ 차성란, 2011. pp.25.

WHO(Regional office for Europe, 2002)에서 제시한 전제조건은 의지와 전념, 자원, 개방적 태도, 의사소통 역량, 진행기술과 조정능력 등이다. 참여자들의 이해와 기술을 바탕으로 사업진행을 위한 인력과 체계의 준비가 필요하며, 교육훈련⁹⁵⁾이 요구된다. 지역사회와 수행측 모두 참여의 의미, 범위, 그에 수반하는 과정에 대한 이해와 수용이 필요하다. 김용익(1992)은 정치적 지원(political commitment), 관료들의 활동방식의 재설정(bureaucratic reorientation), 최소한의 기본적 보건의료체계 구성과 의료혜택 제공(minimum basic health structure and coverage)을 제시하였다. 그러나 이러한 조건들은 각국의 상황과 발전단계에 의해 결정되므로 대상국가의 정치·문화적 상황, 경제적 수준, 보건의료자원의 발전과 조직화 정도, 의학수준의 발전정도가 고려되어야 할 것이다(김용익, 1992). 지역사회기반 1차 의료기관 확충 및 지역사회 간호 등의 제도강화가 요구되며 주민참여 조직, 지방자치 및 정치의 민주화와 함께 주민참여기전 마련이 필요하다(김용익, 1992).

이러한 논의들을 바탕으로 지역사회참여 활성화를 위한 선행조건을 정책과 제도, 자원, 환경적 측면으로 제시하고자 한다. 첫째, 정책과 제도측면에서 주민참여제도 마련(조경훈, 2005)과 정책적 자극(송미령 등, 2004)이 요구된다. 제도는 주민참여 행동을 이끌어 내기 위해 인간의 의사결정과 행동에 영향을 주는 중요한 요소이다(하정봉 등, 2013). 국가적으로 기본적인 일차보건의료체계 구축 등 국가정책 수립이 우선되어야 한다. 또한 표현과 집회의 자유가 보장될 수 있는 제도적 환경이 마련되어야 한다. 둘째, 자원의 확보로 경제적 자원뿐 아니라 지역사회의 참여를 이끌어 낼 수 있는 인적자원의 확보를 위해 선행교육훈련이 우선되어야 한다. 참여에 관여하는 인력과 지역주민을 대상으로 기본교육이 제공되어 참여를 통해 상호변화를 유도할 수 있는 역량을 강화시켜야 한다. 셋째, 환경적 측면에서는 지역사회의 주체적인식과 지역사회 참여의식개발, 참여통로확장 및 참여환경조성이 우선되어야 한다. ① 지역사회의 주체적 인식을 위해 지역사회 보건문제에 대한 올바른 정보제공을 통해 지역사회가 그들이 당면한 현실적 문제를 인식하고 이를 해결하기 위한 노력에 동참할 의지를 고취시켜 나가야 한다. ② 지역사회 참여의식개발(조경훈, 2005)은 주민이 자유롭고 자발적인 의사에 따라 참여가 결정될 수 있도록 지역사회 구성원과 수행기관 모두 참여와 참여과정에 대한 올바른 인식과 수용적 태도가 형성되어야 한다. ③ 참

⁹⁵⁾ 유승현, 2012. pp.61.

여통로확장 및 참여환경조성(송미령, 2004; 조경훈, 2005)으로 참여의 접근기회 확보와(지은구, 2006, pp.56) 적극적인 참여기회가 보장될 수 있어야 한다. 경청과 반영을 통해 실질적 참여의 효과가 크다는 인식을 심어주어야 지속적인 참여로 연결되며(지은구, 2016), 의사결정과정에서 주민들의 개인적·조직적 개입활동이 가능할 수 있도록 참여환경이 갖추어져야 한다(고성주, 1989).

2) 지역사회참여 촉진전략

지역사회참여는 여러 가지 촉진전략에 의해 단계가 변화하게 된다. 정민수 등(2008)은 지역사회기반 참여연구의 과제해결을 위해 작용한 중요한 촉매제로 신뢰와 과정, 재원의 공평한 분배를 제시하였다⁹⁶⁾. 신뢰(trust)를 통해 사람들 간의 협력행위가 증대되며(하정봉 등, 2013) 신뢰관계구축은 주민참여의 중요한 강화요인이 된다. 공동의 참여와 민주적의사결정이 비록 어렵더라도 원칙에 따라 공감대를 형성하고 참여의 과정에서 합의와 조정이 이루어져야 한다. 참여를 위해서는 비용, 시간, 헌신이 필요하며, 재원의 공평한 분배는 참여에 대한 보상이나 대가가 아니며 지역사회 전체의 성장과 개발에서 그 의미를 찾을 수 있다.

선행연구결과를 바탕으로 지역사회참여의 주요한 강화요인이자 촉진전략을 사회·제도적 측면, 재정·경제적 측면, 참여의식 제고 측면, 사업수행 과정적 측면에서 고찰하였다. 첫 번째, 사회·제도적 측면에서 ① 지도자의 리더십(이재준 등, 2003⁹⁷⁾; 송미령 등, 2004; 조병희 등, 2010; 신예철, 2012; 박선희, 2013)은 주민의 잠재능력을 끌어내어 동기부여 시키고 참여를 확대·유지시키기 위한 중요한 요인으로 작용한다. 초기단계에는 전문적인 리더에 의한 리더십과 신뢰를 통한 참여가 중요하지만 점차 지역사회 스스로 리더십과 전문성을 개발하고 축적하는 것이 역량강화 측면에서 필요하다(조병희 등, 2010; 신예철, 2012)⁹⁸⁾. 마을지도자의 선도와 주민의 적극적인 참여가 중요한 요소로⁹⁹⁾ 리더십 개발 과정에서는 지역사회 인식(a sense of community), 즉 공동체의식이 강한 지역사회 유지들은 주요한 강화요인으로서 역할

96) 정민수 등, 2008. pp.95-96.

97) 이재준 등, 2003. pp.44.

98) 조병희 등, 2010. pp.31.

99) 이재준 등, 2003. pp.44. & 신예철, 2012. pp.41.

을 한다¹⁰⁰). ② 조직간 네트워크¹⁰¹)와 사회적 관계, 사회적·조직적 연결망(조병희 등, 2010)이 강조된다. 특히 지역사회 내 자생조직들 간의 네트워크를 동기화시켜서 참여시키고 활용하여야 한다.

두 번째, 재정·경제적 측면에서 ① 외부로부터의 지속적인 관심과 지원(이재준 등, 2003¹⁰²); 송미령 등, 2004¹⁰³)은 사업에 따른 지속적인 사업비의 투자도 포함되며, 사업의 지속성 확보를 위해 최소한의 기본자금 확보의 중요성이 대두된다(박석권, 1995). 이러한 외부로부터의 지원과 관심은 주민참여를 촉발하는 계기가 된다¹⁰⁴). ② 통합프로젝트 지원으로 일정기간 동안 몇 가지 사업이 지속적으로 실시된 경우 지속적인 주민참여 유도효과 발생으로 사업성과에 영향을 주게 된다(송미령 등, 2004). ③ 적절한 보상기제 작동(송미령 등, 2004)은 단지 경제적 보상만이 아니라 참여에 따른 긍지와 보람, 역할에 대한 만족감 등 비경제적 측면이 중요하게 작용한다(송미령 등, 2004). 지역사회참여는 참여주체의 여타 활동이 일정부분 제한되므로 개인이 참여로 인한 기회비용보다 이익(benefit)이 더 큰 경우에 참여가 더 적극적으로 일어날 수 있다(하정봉 등, 2013)¹⁰⁵). ④ 경제적 인센티브제공(송미령 등, 2004, pp.107)은 투입된 사업비 액수가 높을수록 참여 동기 부여가 강화된다(송미령 등, 2004)는 관점으로 이재준 등(2003)¹⁰⁶은 투입된 사업비 뿐만 아니라 마을자원의 개발을 통한 소득증대를 참여활성화 요인으로 제시하였다.

세 번째, 참여의식 제고 측면에서 ① 주민에 대한 계몽활동은 주민스스로 참여의식을 가지고 지속적으로 진행되어야 한다. ② 실질적으로 필요한 교육훈련 기회확대(송미령 등, 2004)로 지역사회의 관심과 이해증진을 위한 교육을 강화해야 하며 교육을 위한 다양한 방법과 정보체계 구축이 요구되며(조경훈, 2005)¹⁰⁷ 가용자원에 대한 정보의 확보(지은구, 2006, pp.56)는 참여의 시작이 될 수 있다.

100) 조병희 등, 2010. pp.31.

101) 조병희 등, 2010. pp.15.

102) 이재준 등, 2003, pp.46.

103) 송미령 등, 2004. pp.90.

104) 이재준 등, 2003. pp.53.

105) 하정봉, 김종백. 2013. pp.70.

106) 이재준 등, 2003, pp.44.

107) 조경훈, 2005. pp.29.

네 번째, 사업 수행 과정적 측면에서 ① 계획과정의 장기화(송미령 등, 2004)는 계획과정 자체가 좋은 상호학습 과정이자 주민역량강화 과정으로써 교육훈련의 장이 될 수 있다. 비전을 실행 가능한 계획으로 구체화시키려는 노력 과정에서 참여는 활성화 될 수 있다(이재준 등, 2003. pp.45.). ② 수행과정과 평가에 개입 가능한 평가메커니즘 확보(지은구, 2006, pp.56)는 지역사회참여를 활성화시킨다. ③ 역할분담(송미령 등, 2004)을 통해 적극적인 지역사회참여가 이루어진다. 다양한 활동에 모든 구성원이 동등하게 참여하는 것이 아니라 각자 잘 할 수 있는 일을 중심으로 참여하는 형태가 바람직한 역할분담이라고 할 수 있다(송미령 등, 2004). 사업의 준비와 계획 단계에서는 정부나 전문가가 상당한 역할을 발휘하지만, 시행 및 관리운영 단계에서 정부나 전문가는 단지 조력자로 활동할 뿐 지역사회의 다양한 활동 참여가 이루어진다(송미령, 2004).

지역사회참여의 긍정적 효과는 참여 범위의 확대로 인해 지역사회가 사업의 수혜자에서 구체적 참여활동으로의 역할변화와 새로운 지도자 발굴, 주민들의 지역사회에 대한 자신감과 가능성 발견, 역할부여로 긍지와 보람 등 정서적 충만감이 나타날 수 있다. 반면 부정적 효과는 지나친 경제적 측면의 강조로 보상기대와 소수에게 집중될 수 있는 의사결정구조의 강화로 방관자·소외자 다수 발생, 지역사회 내 갈등 초래로 사업의 지속성 저해의 결정적 요인으로 작용하기도 한다(송미령 등, 2004). 그러므로 참여 대상자별, 참여 단계별 적절한 촉진전략의 활용을 통해 참여를 활성화시키고 사업의 목표를 달성할 수 있는 전략 모색에 심혈을 기울여야 한다.

3) 지역사회 역량강화전략

선행연구검토를 통해 참여를 통한 지역사회역량강화를 위해 활용되는 주요전략들을 고찰하였다. 이러한 전략들은 지역의 다양한 상황과 조건에 따라 각각 다른 접근법이 필요할 수 있다는 점은 중요하게 고려되어야 한다(조병희 등, 2010, pp.38).

지역사회조직활성화: 지역사회역량은 가능한 많은 주민과 지역조직을 참여시키고 연대하여 이루어져야 하며, 참여와 이를 이끌어내는 리더십은 지역사회역량 확인의 최소한의 과정이다(108). 지역사회조직활성화 전략에는 지역사회에 내재되어 있는 조직을 확인하고 활성화시키는 조직개발과 새롭게 조직되는 지역사회조직화로 나뉜다.

조직개발은 기존조직의 강화를 통해 현재의 역할을 보다 효율적으로 할 수 있도록 하거나 새로운 역할과 기능을 수용할 수 있도록 하는 것으로 보건소 조직개발은 보건소장의 지도력에 의해 이루어질 수 있다¹⁰⁹⁾. 지은구(2006)¹¹⁰⁾에 따르면, 지역사회 역량강화를 위해 조직 상호간의 지지와 행동이 중요하게 작용하고, 협력과 조정을 통해 지역사회가 필요로 하는 서비스를 제공할 수 있다. 지역주민의 힘의 소유가 지역주민의 역량을 강화하는데 매우 중요하므로 주민들의 역량을 모으는 중요한 중개 구조로 지역조직을 고려하였다.

지역사회 조직화(organization)는 보건위원회와 마을건강원이 대표적이다. 보건위원회는 주민을 대표하는 조직으로 역할 및 기능이 명확해야 하고, 권한과 책임에 대한 분명한 규정이 있어야 하며, 사업에 대한 권한 및 통제력을 가져야 한다(고성주, 1989). 또한, 사업계획 및 내용에 대한 단순보고나 협조요청에 대한 수동적이고 형식적인 운영이 아니라 적극적인 의견제시를 통해 요구가 반영될 수 있도록 해야 한다. 지역사회를 대표하여 계획수립, 우선순위결정, 사업수행감독 등에 참여하여 수행측과 지역사회를 매개하는 조직이다(문정주, 1991). 지역사회참여가 실현되는 운영위원회는 사업의 자문과 의사결정권을 실제로 가지고 있어야 한다¹¹¹⁾. 이러한 지역사회조직은 사업의 전 과정에 걸쳐 지속적인 동기부여가 되어야 하며¹¹²⁾, 교육을 통해 위원들은 자신들의 경험을 체계화하고 조직 활동에 자신감을 갖게 된다¹¹³⁾.

마을건강원은 분명한 역할부여와 수행, 지역보건문제에 대한 주민의 의견 대변, 주민조직운영, 주민참여사업의 선도자로서 역할을 할 수 있는 권한위임이 필요하다(고성주, 1989). 주민대표로서의 마을건강원의 역할은 마을보건문제와 주민들의 의사를 대변하는 ‘의견대표자’이므로 사업측에서 일방적으로 사전에 정할 수 없으며, 역할내용은 주민의 이익과 직결되어야 한다(김용익 등, 1990). 주민의 의견대표자로서의 역할은 중요하게 강조되며, 주민의 의견이 제시되고, 보건사업 과정에 반영될 경우 주민들의 호응도와 참여도는 증대될 것이다(김용익 등, 1990, pp.186-198). 마을건강원

108) 조병희 등, 2010. pp.30.

109) 안양희, 2007. pp.104.

110) 지은구, 2006. pp.51.

111) 김용익 등, 1990. pp.187.

112) 문정주, 1991. pp.17.

113) 문정주, 1991. pp.17-22.

제도는 이들의 역할수행이 지속적으로 가능할 수 있는 정책적, 제도적 기반마련이 선행되어야 하며, 국가 보건의료체계에서 관리되고, 지속적인 역량강화가 이루어져 나가야만 그 실효성을 기대할 수 있을 것이다.

지역포럼 활용: 지역사회 문제와 요구를 파악하기 위한 가장 광범위한 여론추출 방식 중의 하나로 지역주민들의 관점에서 시급히 해결해야 할 요구나 문제를 결정하기 위한 하나의 방식이므로 지역주민들이 스스로 의식의 고취를 통한 역량을 강화할 수 있는 학습의 장이 될 수 있다(지은구, 2006, pp.61).

자조와 참여: 지역개발실천모델이 강조하는 자조(self-help)는 역량을 스스로 강화하는 방법으로 주민들이 자신들의 문제를 해결하기 위해 사용할 수 있는 강력한 무기이자 힘이며, 역량강화를 통해 구체화될 수 있으며 주민들이 문제를 해결하는 결정과정에 참여함으로써 역량이 강화된다(지은구, 2006, pp.61-62). 지역사회에 내재된 다양한 문제는 지역사회의 의존성과 방관자적 태도로 나타나며, 의존적 사회결정구조를 주체적 의사결정구조로 바꾸는 것이 자조와 역량강화를 통해 가능하다¹¹⁴⁾.

교육훈련: 교육훈련은 개인의 역량향상 측면에서는 개인에 기여하지만 개인의 역량강화는 조직의 역량강화의 기초가 된다는 점에서 둘은 밀접하게 관련된다(서재호, 2008, pp.68)¹¹⁵⁾. 지역사회역량강화는 구성원들에 대한 역량강화와 직접적으로 연관되고, 인적역량강화는 지역사회 역량강화를 의미한다(지은구, 2006, pp.64). 그러므로 인적역량강화를 위한 교육훈련은 참여를 유도하기 위한 중요한 수단이 될 수 있다. 개발의 주체가 ‘인간’이라는 점에서 인적자원개발(human resource development)의 중요성(장미정, 2008, pp.8)이 강조되고, 사업지속성의 가장 중요한 핵심은 인력을 통한 유지(장미정, 2008, pp.53)이므로 교육을 통한 지역사회역량강화는 무엇보다 중요하다. 지역사회 지도자들은 변화의 매개체로서 지역사회활동 전반을 유도해 나갈 수 있기 때문에 핵심요소가 된다¹¹⁶⁾. 지식과 기술은 지역사회역량의 특성이자 기반이므로 이에 대한 교육과 훈련을 통해 지도력을 발휘할 수 있도록 해야 한다.

114) 지은구, 2006, pp.62.

115) 서재호, 2008, pp.68.

116) 안양희, 2007, pp.104.

지역주민 교육: 교육훈련의 대상자로 고려되어야 하는 주요한 주체는 보건의료인력과 지역주민이다. 모성과 영유아 건강수준은 공중보건에서 가장 기본이 되는 건강수준지표이며¹¹⁷⁾ 모성사망률이 높은 개발도상국에서 여성자신 뿐 아니라 아이들의 생존에도 가족계획은 큰 역할¹¹⁸⁾을 한다. 그러므로 가족계획사업에서 지역사회인식 변화를 위한 교육은 매우 중요하다. 개발도상국 여성의 인식개선 및 교육을 통한 수태조절이 지역개발에 있어서 가장 중요한 요소이며(장미정, 2008, pp.25), 가족계획 프로그램에 참여하는 남녀는 자녀의 출산간격을 조절하기 위한 결정을 내리는데 필요한 정보를 제공받기를 원한다(조한슬, 2012, pp.34). 지역사회주민교육의 필요성에 대한 교육효과평가 자료에 따르면, 계몽교육 참여회수가 거듭됨에 따라, 특히 미혼자의 경우 이상자녀수와 성 선호태도가 소자녀관 및 ‘성구별 없이’로 기울어가는 경향을 보였고, 유배우자의 피임실천율과 수용의사에서도 차이를 보였으며, 미혼자의 경우 앞으로의 불임수술 수용의사에서도 차이를 보였다(김홍주, 2002, pp.66)¹¹⁹⁾. 지역사회 여성 대상 보건교육의 효과는 다른 가족구성원을 대상으로 한 교육보다 그 파급효과가 높으며, 남편을 비롯한 지역 내 정책결정자, 리더, 남성을 교육사업에 포함시키는 것이 효과적이다(장미정, 2008, pp.45). 전통 가족의 규범이 가족행동과 가치의 근간으로 남아있는 한, 자녀의 필요성은 가족이라는 틀에서 결정되므로 여성이 소자녀를 원해도 가족이 아들과 다자녀를 원한다면 다산 출산형태는 바뀌어 질 수 없고 이러한 가치관 하에서는 출산력 억제 불가능하다(김홍주, 2002, pp.63).

다수 주민들의 자발적 참여가 필요한 사업의 경우 지역리더 뿐만 아니라 일반 주민 대상 교육이 요구된다(차성란, 2011, pp.39). 지역주민 대상의 교육은 교육 내용의 다양성과(고성주, 1989) 수원국의 문맹률 및 교육정도에 따라 교육 방법을 선택하고, 활자이용 교육보다 영상매체, 직접적인 단체상담 등이 효과적이다(장미정, 2008, pp.44). 교육은 ‘반복적, 지속적’으로 이루어져야 하며(차성란, 2011, pp.31) 집합식·강의식 교육보다는 토론과 실습위주, 마을로 찾아가는 현장밀착형, 마을좌담회, 공동사업추진(김정흠, 2009; 차성란, 2011, pp.33. 재인용)등의 방법이 효과적이다. 우리나라의 가족계획 사업에서는 국민의 자발적 동의확보를 위해 계몽 방식을 가장 널리 사용하였고, 다음이 홍보와 교육 이었다. 전체를 대상으로 사업에 대한 ‘알리기’가 선행

117) 김혜련. 한국보건사회연구원. 모자보건지표의 변화 추이와 정책과제. 보건복지포럼, 2013.

118) 이훈상, 2013. pp.55.

119) 김홍주, 2002. pp.66.

되고, 질적 서비스 제공으로 '실천율'을 높인 다음, 예방에 주력하였다(김홍주, 2002, pp.63). 지역보건사업에서 주민보건교육은 교육장에 참석하는 것으로만 인식되어 참석인원수가 보건교육사업의 척도로 평가되었고, 이러한 주입식 보건교육 전략은 보건의료서비스에 대한 주민들의 의존성을 강화하는 요인이 되므로(고성주, 1989, pp.58) 주의가 요구된다.

보건의료인력 교육: 사하라 이남 아프리카지역 보건의료인력의 양적·질적 부족현상은 보건의료의 질과 양에 밀접한 관련이 있어 그 심각성이 더욱 부각된다(김주연, 2012, pp.3)¹²⁰. 개발도상국의 보건의료인력 문제는 분포의 문제와 역량의 문제, 인력 유출의 문제로 구분되며 특히 역량문제는 부적합한 업무부여와 업무관련 교육시행기관 부족이 요인으로 대두된다(김주연, 2012, pp.3). 일차보건의료사업의 성과는 보건의료인력의 교육에 따라 다르게 나타나며, 가장 중요한 관건은 이들의 교육에 대한 참여의식이므로 기술적인 참여 유도가 필요하고, 의사, 간호사, 마을건강요원이 교육의 주 대상자가 된다(박석권, 1995, pp.1). 교육은 수원국 정부의 우선순위에 따라 계획되어야 하고, 수행하는 업무내용에 따라 적합한 역할수행역량을 향상시켜 주어야 하며, 교육내용 또한 역할에 적합하도록 구성되어야 한다(서재호, 2008, pp.69). 너무 많은 유사한 원론적 교육은 실질적 업무추진에 도움이 안 되며 지나친 교육 동원으로 피로감을 느끼므로 실질적으로 도움이 될 수 있는 다양한 교육 내용과 방법에 대한 고려가 필요하다(송미령 등, 2004, pp.110). 교육내용은 일차보건의료와 실습위주 교육, 현장적응력을 강화시켜 줄 수 있는 현업교육으로 현장실습과 결부된 교육진행이 요구된다(김주연2012, pp.82). 단편적 의료상식 주입이 아니라 관련되는 다양한 내용을 포함하고(고성주, 1989, pp.58), 기초교육 후 실제 상황에서 숙련될 수 있도록 실무교육을 실시하고 교육수료에 대한 기준마련 등 제도적 지원이 요구된다(장미정, 2008, pp.44). 개발도상국가의 보건의료인력 교육훈련은 충분한 역량발휘를 위한 의료물품 및 기자재의 지속적인 지원을 위한 자금지원 등의 방안이 고려되어야 한다(김주연, 2012, pp.43-44).

많은 선진공여국들이 개발도상국에 대해 시행하는 보건의료인력 양성 사업유형은 전문가교육, 실무자 대상 장기연수, 대학원 진학, 초청연수, 대학교환프로그램 등을

¹²⁰ 김주연, 2012. pp.3.

통한 전문성 강화(김주연, 2012, pp.42-43) 등 좀 더 거시적인 차원의 국가보건의료체계 강화를 위한 전문 인력을 양성하는 형태로 진행되고 있다. 아프리카 인구의 대다수가 거주하는 농촌지역사회를 대상으로 시급히 제공되어야 하는 일차보건의료 서비스의 담당인력들에 대한 체계적이고 효과적인 교육기회 제공이나 현장실무 중심의 교육은 제대로 이루어지지 않고 있는 실정에서 결국 농촌지역사회는 지속적인 의료사각지대, 의료소외계층으로 전락할 수밖에 없는 위기에 처하게 되는 것이 현실이다. 이러한 상황에서 효과적인 교육훈련의 중요성은 더욱 강조된다.

사회적 자본: 지은구(2006, pp.64)는 사회적 자본으로서의 신뢰와 협동을 강조하였다. 지역사회역량이 강화되기 위해서는 주민들이 신뢰와 협동이라는 사회적 자본을 통해 결합과 교량 역할¹²¹⁾을 함으로써 가능하다. 사회적 자본에 대한 학자들의 견해는 조금씩 차이가 있으나 공통적으로 ‘신뢰’를 중요한 사회적 자본의 구성요소로 보았다. 사회적 자본은 상호협력을 한다면 지역사회 번영이 가능하리라는 전제를 근거로 역량강화에 기초를 제공하며, 지역사회 기능유지를 위한 윤택유 역할을 통해 사회적 거래비용이 감소하여 경제적 측면의 발전이 가능하게 될 것이며, 상호 호혜적이고 신뢰를 바탕으로 하는 연계를 강조함으로써 지역전체의 역량강화를 위한 문화적 기초가 된다. 결국 사회적 자본의 확충을 통해 지역사회 역량은 강화된다(지은구, 2006, pp.66). 그러므로 사회자본으로서의 신뢰가 낮은 지역에서는 개인에게 돌아가는 실익을 구체적으로 보여주지 않으면 참여가 어려울 것이다(정민수 등, 2009, pp.36).

경제적 자본: 경제적 자본은 지역사회 자립을 통한 역량강화의 물리적 토대를 제공하며, 자립 경제 능력의 상실은 외부 의존도를 심화시키고 결국 중요한 의사결정 과정에서 지역주민들이 배제될 수 있다(지은구, 2006, pp.68). 그러므로 지역사회 역량강화를 위한 조건으로 경제적 자본의 개발과 확충이 고려되어야 한다. 예산의 확보는 사업지속성 확보와 연관되므로 매우 중요하며, 예산 실태 파악 및 체계적인 예산확보 기획이 필요하다(장미정, 2008, pp.48)

¹²¹⁾ 지은구(2006, pp.65)는 Putnam의 이론을 이용해 사회적 자본을 설명하였고, 사회적 자본의 두 가지 유형으로 결합자본과 교량자본을 설명하였다. 결합자본(bonding capital)은 이미 알고 있는 사람들을 더욱 가깝게 하도록 하는 것이고, 교량자본(bridging capital)은 잘 알지 못하는 사람을 함께 하도록 하는 사회적 자본 유형이라고 하였다.

적극적 상황유도와 홍보활동: 적극적 참여 유도를 위해 신문, 방송, 현수막 등을 통한 적극적 홍보활동을 전개하고 사업과정에 대한 중간평가와 결과에 대한 공유를 통해 참여자들의 자긍심과 결속력을 강화시켜 나간다¹²²⁾.

하의상달식(Bottom-up) 접근법: 조직성원의 지식과 기술을 배양하는 데 초점을 둔 이론으로 건강증진 효과 달성을 위해 보건소 직원들의 지식, 기술 및 방법론에 대한 전문성과 숙련도를 높여야 한다는 관점에서 이들에 대한 교육훈련이 강화된다(조병희 등, 2010, pp.37).

파트너십(Partnership) 접근: 관련 조직 간의 협력관계 구축에 초점을 두며, 조직 간에 지식과 정보를 양방향으로 공유함으로써 동반관계를 형성하고 이를 통해 프로그램 개발에 필요한 자원이 생성될 수 있다. 지역사회에서 영향력 있는 인물들은 각기 다른 조직에서 활동하므로 이들이 참여하고 있는 조직단체들을 구성하는 것도 효과적인 방법이다(조병희 등, 2010, pp.37). 이러한 파트너십 형성을 위해서는 공통된 관심이 요구되며 지역보건사업에 참여하는 단체나 기관의 역할과 책임에 대한 명확한 합의가 이루어져야 한다¹²³⁾.

나. 선행연구검토

지역보건사업에서 지역사회참여 관련연구는 1980년대와 90년대에 다양하게 이루어졌으나, 2000년대를 지나면서 점차 감소하였다. 최근 지역사회기반참여연구나 건강증진과 관련하여 다시금 활발하게 이루어져오고 있다.

연구의 시기 및 학자에 따라 차이는 있으나, 지역사회참여전략의 개념과 의의, 주요 전략에 대한 연구가 주를 이루고 있다. 일차보건의료와 지역사회참여를 보건진료소를 중심으로 한 연구(김남송, 김기순, 1985), 지역보건개발에서 주민참여의 개념과 전략에 대한 비판적 의료인류학의 시각에서 연구(고성주, 1989), 90년대 보건의료정책의 발전방향 모색을 위해 지역보건사업과 주민참여 개념과 제 문제점에 관한 연구(김용익 등, 1990), 보건에 있어서 주민참여 방향고찰을 위한 보건행태, 의식변화의

122) 안양희, 2007. pp.105.

123) 안양희, 2007. pp.104.

새로운 입장관련 연구(김대희, 1990), 지역보건사업에 있어서 주민참여 조직에 관한 사례연구로 고산지역 보건의료사업을 중심으로 한 연구(문정주, 1991), 보건의료 주민참여의 정의와 전략에 대한 연구(김용익, 1992), 일차보건의료로서의 지역사회간호에 대한 고찰(최정명, 1994), 농촌 일차보건의료 사업에서의 지역사회 참여에 관한 실험적 연구(박석건, 1995), 보건진료원 실무에서의 임파워먼트 단계에 대한 사례연구(한명수, 1999), 지역사회보건개발과 지역사회 참여(김공현, 2003), 지역사회역량이 주민 건강수준에 미치는 영향을 서울시 도봉구를 중심으로 한 연구(정민수, 조병희, 2007), 지역사회기반 참여연구 방법론에 관한 연구(정민수 등, 2008), 주민참여 활성화를 위한 지역사회조직사업 사례연구(박미애, 2008), 건강증진을 위한 지역사회 기반 참여연구의 적용 방안에 관한 연구(유승현, 2009), 주민참여형 지역개발 사례연구(강승모, 2009), 일차보건의료 역량 개발을 위한 지역사회 기반 참여형 국제보건사업 모델 개발을 위한 에콰도르 일개 지역을 중심으로 한 사례연구(신혜정 등, 2010), 지역사회건강증진을 위한 참여 이해와 적용에 관한 연구(유승현, 2012), 한국 공적개발 원조 보건사업의 지역사회참여 활성화 방안에 관한 연구(박선희, 2013) 등이 본 연구와 관련한 대표적인 지역사회참여관련 연구이다.

참여를 통한 지역사회역량강화는 지역주민의 건강증진에 긍정적으로 기여하고 있는 것으로 선행연구결과 나타나고 있다. Rifkin 등(1988)¹²⁴⁾은 일차보건의료에서의 지역사회 참여 연구에서 프로그램에의 더 큰 참여가 허용될수록 더 나은 결과를 달성 한다¹²⁵⁾고 하였으며, 안양희는(2007)¹²⁶⁾ 지역사회 역량구축이 지역주민의 건강증진과 지역사회개발에도 효과적임을 설명하였고, 정민수 등(2007; 2011)은 지역사회에 대한 참여는 건강수준에 대해 정(正)의 관계를¹²⁷⁾, 역량증진과 건강증진의 긍정적 순환관계를¹²⁸⁾ 설명하였다. Marston 등(2013)¹²⁹⁾은 모성 및 신생아 보건관련 지역사회 참여효과 연구(systematic review) 결과 지역사회참여는 모성 및 신생아 보건에서

124) Rifkin SB, Muller F, Bichmann W. Primary health care: On measuring Participation. Soc. Sci. Med. 1988;26(9): pp.931-40. pp.937.

125) Rifkin et al.,1988. pp.937.

126) 안양희, 2007. pp.106.

127) 정민수, 조병희. 2007. pp.169.

128) 정민수, 조병희. 2011. pp.12.

129) Marston C, Renedo A, McGowan CR, Portela A. Effects of Community Participation on Improving Uptake of Skilled Care for Maternal and Newborn Health: A Systematic Review. PLoS ONE 2013;8(2):e55012.doi:10.1371:1-9.

긍정적인 영향을 나타낸 것으로 나타났다. Rosato et al.,(2008)에 따르면, 에티오피아에서는 말라리아 프로젝트에서 여성그룹을 효과적으로 활용한 경우 5세 이하 아동사망률이 40% 감소하였고, 인도에서는 신생아가정간호 프로젝트관련 한 연구결과 감염으로 인한 신생아 사망률이 36% 감소한 것으로 나타났다¹³⁰⁾.

우리나라의 지역보건사업의 역사를 살펴보면, 지역보건사업¹³¹⁾의 출발점은 1950년에 제정된 국민의료법에 따라 1951년에 전국에 500여 개 보건진료소 설치가 명기된 것을 기점(문옥륜, 2012)¹³²⁾으로 하여 60여 년의 역사를 지닌다. 지역보건의료 개발기인 1962년부터 1996년의 기간은 경제개발 5개년계획을 정책수단으로 보건의료부문이 국가경제개발계획의 한 부문으로 인식되고, 민간부문과 공공부문에서 지역보건사업이 추진되었다. 각 대학의 농어촌지역 시범보건사업의 시작과 새마을운동 등의 전국 진행으로 지역보건개발이 사회개발의 일환으로 시작되어 지역보건개발의 활성화시기였다.

3차 경제개발 5개년 계획기(1972-1976)는 산업화에 따른 도시개발의 진행으로 이농현상과 소득불균형, 빈곤계층의 확대현상으로 이를 해소하기 위한 조치가 필요하게 되었고 보건의료시설확대와 요원확보(보건지소 의사 확보), 질병예방 및 관리강화, 모자보건향상이 주요내용이었다. 이 시기에는 1970년대 초에 시작된 각 대학의 지역사회 시범보건사업이 활발하게 진행된 시기였다. 마을건강원 사업은 KHDI¹³³⁾가 강원도 홍천군, 전북 옥구군, 경북 군위군의 3개 군을 대상으로 종합적 보건의료전달체계 사업¹³⁴⁾으로 실시하였으며, 보건진료원과 마을건강원이라는 새로운 보건인력개발에 주력하였다. 마을건강원은 주민 중에서 지역사회참여 일환으로 일하는 보건봉사원으로 보건진료소당 5-10명의 배치되어 지역주민의 건강문제에 대한 자료수집과 연락 및 간단한 보건교육활동을 수행하였다.

130) Rosato et al., 2008. pp.964.

131) 지역보건의료발전을 위한 모임. 지역보건 60년의 발자취 2, 2012. 이하의 내용은 해당 도서를 참고로 내용을 정리하였다.

132) 지역보건 60년의 발자취 2, 2012. pp.16.

133) 한국보건개발연구원(KHDI, Korea Health Development Institute. 1976-1981): 정부 방침에 따라 1991년 가족계획연구원과 통합되어 한국인구보건연구원(KIPH, Korea Institute for Population and Health)로 개편되었다가 1989년 한국보건사회연구원(KISAHA, Korea Institute for Health and Social Affairs)로 개칭되어 현재에 이르렀다.

134) 1976년 4월부터 1980년까지 4년 9개월간 추진. 사업의 중점은 기존보건의료서비스 전달체계의 재편성 및 보완, 중간층의 보건요원인 보건진료원(CHP, Community Health Practitioner)의 개발, 훈련 및 활용, 지역사회의 참여, 자원조달기구의 설치, 경영정보체계의 개발 및 운영이었다.

이 시기에는 1978년 알마아타선언 이후 보편화된 일차보건의료개념을 바탕으로 지역사회시범보건사업이 거제보건사업을 효시로 본격화되었다. 1969년 시작된 거제지역사회보건사업은 우리나라 초유의 대규모 시범보건사업으로 이후 유사사업들의 좋은 길잡이 역할을 수행하였다. 전주예수병원 지역사회보건사업(1970년 시작)은 예수병원이 전북 완주군 소양면에서 1975년까지 수행되었고 완주군 용진면 1차 보건의료사업(1976-1981), 완주군 고산지역 5개면에서 종합보건의료사업(1982년 시작)을 실시하였다. 1971년부터 실시된 춘성군 지역사회보건사업은 서울대학교보건대학원이 수행하였으며, 예방보건사업에서 시작하여 주민들의 의료에 대한 요구로 진료소 기능을 확대하였다. 1972년 이화여자대학교 의과대학이 남양주군 수동면에서 수행한 수동면 지역사회보건사업은 외부에 의존하지 않고 순수하게 주민조직을 통해 재원을 조달하기 위하여 지역사회개발보건의회가 조직되었다. 보건사회부가 WHO와 UNICEF의 원조로 실시한 용인군 다목적 일선보건요원 개발사업(1972-1977)으로 효율적, 효과적이며 경제적 부담이 적은 보건의료전달체계 개발을 위한 다목적 보건요원화 사업으로 일선 보건요원의 기능을 기존의 단일목적 사업수행에서 통합 또는 다목적으로 변경, 수행하도록 하였다. 1974년부터 연세대학교 의과대학 예방의학교실이 강화 지역사회보건사업을 수행하였다. 이 사업은 보건지소의 활성화를 통해 모자보건, 가족계획 등의 1차 보건의료서비스에 역점을 두어 면단위시범사업을 실시하였다. 고려대학교의 여주 지역사회보건사업(1982-1986)은 기존 지역사회자원을 최대한 활용하고 리더를 효과적으로 연결하는 지역사회병원중심 보건의료 전달체계모형을 개발하였다. 음성 지역사회보건사업(1985-)은 순천향대학이 충북 음성군에서 수행하였으며, 의료공급자와 수혜자 양측의 접근방법을 모색하는 것에 주력하였으며, 모자보건과 가족보건사업의 통합을 시도하고 건강진단을 통한 질병의 조기발견과 적절한 치료를 시도한 것이 특징이다.

우리나라는 경제성장과 함께 지역보건향상도 진행되었으며, 지역보건사업은 일차보건의료전략을 기반으로 특히 지역주민의 참여가 강조되었다. 우리나라 지역보건사업에서 지역사회참여전략 적용사례는, 김용익(1992)에 따르면 우리나라에서는 주민참여의 개념이 무엇인지 정확히 규정한 예는 흔치 않으며 시도된 주민참여전략은 마을건강원사업, 지역사회 주민조직사업으로 지역보건시범사업을 위해 조직한 사업운영위원회와 보건지소 운영지원협의회와 보건진료소 운영협의회 등이 있으며, 지역사회 자조적 재정사업이었다. 보건진료원의 업무는 각 지역에 설치된 보건진료소를 중심

으로 수행되며, 운영의 자율성과 독립성이 부여되고 운영에 필요한 재정은 보건진료원의 진료업무를 통해 얻은 수익금에 의존하였다. 보건진료소 운영과 관련한 마을건강원이나 운영협의회는 주민참여를 유도하기 위해 개발된 지역조직이었다(한명수, 1999)¹³⁵⁾. 우리나라의 대표적인 시범사업들에서 규정하는 마을건강원의 역할은 간단한 진료와 예방서비스의 제공과 보건교육 실시, 주민 및 보건의료제공자 간의 정보 전달 매개자, 건강에 대한 지도자 또는 주민참여의 구심점 역할이었으나 세 번째 역할은 사실상 성취되지 못하였다고 한다. 지역사회 주민조직사업은 지역보건시범사업을 위한 사업운영위원회 조직과 보건사회부가 보건지소와 보건진료소에 조직한 보건지소 운영지원협의회와 보건진료소 운영협의회 두 가지 형태가 있다. 주로 지역의 유지들로 구성되었으며 주요 임무는 보건지소 및 보건진료소의 활동에 대한 감시 및 운영기금 관리였으므로 바람직한 의미의 주민참여조직으로 보기는 어려우며 실제 기능도 미미하여 사실상 유명무실 하였다. 지역사회 자조적인 재정사업의 형태로 춘성·춘천의 의료보험조합 및 완주군 용진면 신용협동조합은 성공적인 사례로 평가되었다. 그러나 보건의료 주민참여의 개념을 실현하려는 다양한 노력과 일정한 수준까지의 달성정도는 긍정적으로 평가되나 지역사회의 자조능력 강화 수준으로는 이루어지지 못하였다.

다양한 노력에도 불구하고 현재 우리나라에서 보건의료 주민참여의 다양한 시도 중 활발하게 제 기능을 하는 기전은 거의 없는 것으로 평가 된다.

이러한 현실에서 개발도상국을 대상으로 하는 공적개발원조 지역보건사업에서의 지역사회참여 전략을 적용하기 위해서는 더 많은 고민과 노력이 요구되며, 사업형성 단계부터 지역사회를 면밀히 분석하고 지역사회 요구 파악과 문제분석이 우선되어야 할 것이다.

135) 한명수, 1999. pp.143.

IV. 에티오피아 아르시존 모자보건사업 사례

1. 사업 총괄개요

아르시존 가족계획 및 모자보건증진사업의 배경과 주요내용, 성과를 중심으로 고찰하였다. 지역사회의 배경은 에티오피아와 사업대상지역 현황을 중심으로, 사업총괄개요에서는 사업요청 배경, 사업의 주요내용과 성과를 고찰하였다.

가. 에티오피아 현황

에티오피아 전체면적은 110만km², 인구밀도는 75.3/km²로 세계에서 27번째로 큰 나라이며 84%가 농촌에 거주하고 있다. 2010년 세계보건기구 자료에 따르면, 총인구는 약 8,300만 명이며 인구증가율 2.1%, 합계 출산율 4.8명, 기대수명은 여성 56세, 남성 53세이다. 2011년 에티오피아 보건복지부 통계자료¹³⁶⁾에 따르면 5세 미만 아동사망률은 88명, 영아사망률은 59명, 모성사망률은 676명, 훈련된 보건의료인력에 의한 출산보조는 10%, 15세에서 49세 여성의 현대적 피임방법을 통한 피임실천률 27%, 최소 4회 산전진찰률 19%, 출산 후 2일 이내 산후관리율 44.5%, 가족계획 미충족 수요(unmet need) 25.3%로 나타났다. 2010년 기준 1인당 총 국민소득(GNI)은 1,040불이며, 1997-2007년 간 경제성장률은 연평균 6.2%로 1987-1997년의 2% 대비 빠른 성장률을 보이고 있다.

에티오피아 연방체제는 9개의 주(region)와 2개의 행정도시¹³⁷⁾로 구성된다. 보레다는 정책 및 행정의 기본단위이며 1개 보레다는 약 25개의 케벨레(kebele)¹³⁸⁾로 구성

¹³⁶⁾ 에티오피아 FMOH. Health and Health related indicators, 2011.

¹³⁷⁾ 9개 주는 Afar, Amhara, Benshangul-Gumuz, Gambella, Harari, Oromia, Somali, Southern Nations National People(SNNP), Tigray 이며, 2개의 행정도시는 수도 Addis Ababa 와 Dire Dawa 가 있다.

¹³⁸⁾ 에티오피아의 행정단위는 Region(주), Zone(도), Woreda(군), Kebele로 이루어져 있고 하나의 Kebele는 인구 약 5,000명으로 구성되며 하부단위는 Sub-Kebele(3-8개의 가레로 구성), Gare(가레, 마을단위로 보통 30가구 정도로 구성되어 있음) 단위로 이루어져 있다.

된다. 공공보건의료행정은 주(region) 보건청에서 담당하고 있으며, 보건의료체계는 1992년 신정부의 정책으로 지방분권화 되면서 보건정책개발 및 실행 등 의사결정과정은 연방(region)보건청, 지역(zone)보건국, 보레다(woreda)보건과를 통해 이루어진다. 1997년부터 추진하고 있는 보건의료 개발프로그램(HSDP, Health Sector Development Program)은 지방 분권화된 일차보건의료서비스가 예방 및 기본적인 치료서비스를 포함하도록 하는데 목표를 두고 있다.

에티오피아 보건의료시스템¹³⁹⁾은 일차보건의료기관(PHCU), 군(District) 병원, 도(Zonal) 병원과 전문병원(specialized hospital)의 4단계로 구분되며, 일차보건의료기관인 보건소는 인구 25,000명 당 1개소, 군병원은 25만 명 당 1개 병원, 도병원은 인구 100만 명 당 1개 병원이 담당한다. 전문병원은 관할지역 인구 500만 명 당 1개의 병원이 서비스를 제공한다. 보건소는 통합 일차보건의료 서비스를 제공하며 건강증진과 예방, 치료를 담당한다. 1개 보건소(health center)는 5개의 보건지소(health post)를 관할하며, 케벨레 단위로 1개 보건지소가 있으며, 약 1,000가구의 인구 약 5,000명을 담당하고, 2명의 주민건강요원(HEW, Health Extension worker)이 근무하고 있다. 에티오피아 정부의 보건의료개발계획에 따라 2003년부터 훈련되어 파견된 주민건강요원은 2010년 기준 약 34,000명이며, 15,000개의 보건지소가 건축되었다.

주민건강요원은 가정방문을 통한 아웃리치활동을 주로 한다¹⁴⁰⁾. 주민건강요원은 최소 고교졸업으로 주민건강요원이 되기 위한 1년 과정의 통합 상급과정 특별교육을 이수하여야 한다. 일반적인 지역 건강증진요원이나 마을건강원과는 구별되며 국가보건체계 내에 고용되어 월급을 수령한다. 활동의 주요 목적은 모성사망률 감소이며, 3개의 주요사업영역과 16가지의 세부 활동영역을 담당하고 있다. 주민건강요원은 보건소의 관리감독체계 하에 있으며, 근태관리는 마을이장(Kebele leader)을 중심으로 마을단위 관리체계에 놓여있다.

¹³⁹⁾ Federal Ministry of Health of Ethiopia. Addis Ababa: Planning and program department, Ministry of Health, Health Sector Development Program III(2005/6-2009/10), 2005.

¹⁴⁰⁾ Medhanyie A, Spigt M, Kifle Y, Schaay N, Sanders D, Blanco R, Geertjan D, Berhane Y. The role of health extension workers in improving utilization of maternal health services in rural areas in Ethiopia: a cross sectional study. BMC Health service research 2012;12(352):1-9.

표 5. HEW의 업무영역

1. 가족보건 분야 (family health)	2. 환경보건 분야 (Environmental health)	3. 질병예방 및 통제 분야 (Disease prevention and control)
예방접종	화장실 건축과 이용	에이즈 및 성병예방관리
가족계획	개인위생	결핵예방관리
모성보건	식수위생	말라리아 예방관리
청소년생식보건	하수 및 쓰레기관리	응급구호
영양	식품위생	
	가옥위생	
	질병매개곤충관리	

4. 보건교육(Health education)

* HEP(Health extension package)

사업대상지 오로미아주는 에티오피아 9개 주 중 가장 면적이 큰 주로 약 3,000만 인구가 거주하며, 전체 인구의 약 40%를 차지하고 있다. 그 중 약 87%가 농촌에 거주하며 합계 출산율은 6.4명으로 전국에서 가장 높다. 아르시존은 오로미아주의 18개 존 중 하나이며, 24개의 보레다와 1개의 행정구역으로 나뉘며 498개 계벨레, 58개의 도시(urban·town)로 구성되고 총 인구는 아셀라 타운(Asella town)을 제외하고 약 30만 명이며 연간 인구성장률은 2.9%¹⁴¹⁾이다. 아르시존(Arsi zone) 관할지역의 의료기관은 2개의 병원, 90개의 보건소, 27개 Clinic, 477개의 보건진료소가 있고, 보건의료인력 수는 의사 11명, Health Officer 59명, 조산사 포함 분야별 간호사 총수 748명, 환경위생담당자 67명, 주민건강요원(HEW) 982명이 활동하고 있다. 헤토사 보레다(Hetosa woreda)는 아르시존의 25개 보레다 중 하나이며 다시 23개의 계벨레와 2개의 행정 도시로 나뉜다. 인구 약 13만 명(14-49세 약 3만 명, 22%)으로 이루어져 있으며, 대부분 농업에 종사하고 있다. 2013년 기준, 4개 보건소, 23개 보건지소가 있으며, 행정부와 보건소에 근무하는 보건의료인력은 약 60여 명, 행정인력 23명, 주민건강요원(HEW)은 46명이 있다. 의사는 없다. 조산사는 각 보건소별로 1-2인이 근무하고 있으며, 보건소에서는 조산사와 간호사에 의해 출산 보조가 이루어지고 있다.

¹⁴¹⁾ Arsi Zone health department annual report, 2012.

표 6. 헤토사보레다 보건소 인력현황

직종	이따야 HC	보루 HC	시부 HC	왈라르기 HC	WrHO	Total
Health officer	02	01	0	0	01	04
간호사(BSC)	0	0	0	01	0	01
간호사(diploma)	9	6	3	3	10	31
조산사	01	01	02	01	0	05
임상병리	02	02	01	01	0	06
약품관리	01	01	01	01	03	07
환경위생	0	01	0	0	01	02
기타	0	01	0	0	01	02
행정인력	8	4	4	3	04	23
Total	23	17	11	10	20	81

* HC: Health center, WrHO: Woreda health office, 2013.

2010년 헤토사보레다 패널조사 결과에 따르면¹⁴²⁾, 문맹률은 평균 41%였으며 여성은 약 60%, 남성은 23%였다. 평균 38%가 무학이었으며, 특히 여성은 약 50%, 남성은 25%로 교육수준의 남녀차이가 컸다. 헤토사보레다 15세-49세 가임여성들의 모자보건실태를 살펴보면, 가정분만을 95%, 시설분만율은 5.1%에 불과하다. 전통산파에 의한 분만 73%, 가족이나 이웃, 친척 등의 분만 보조 19%, 훈련된 인력에 의한 출산은 8% 수준이었다. 1회 이상 산전관리율 약 65%, 4회 이상 산전관리율은 약 20% 수준이었다. 그러나 보건소에서의 산전관리율은 약 37%, 보건지소의 산전관리율은 48%로 나타나 HEW 대상 안전분만 교육의 필요성이 대두되었다. 산후관리율은 약 19%였으며, 이 중 약 34%만이 1주일 이내 산후관리를 받는 것으로 나타났다.

나. 사업 주요내용

본 연구 대상사업은 한국국제협력단 공적개발원조사업의 일환으로 연세대학교 간호대학 간호정책연구소가 수행하였다. 한국국제협력단이 개발도상국에서 진행한 공적개발원조 프로그램형 사업 최초의 지역사회기반 가족계획 및 모자보건사업(이훈상, 2013. pp.2)¹⁴³⁾이었다. 사업시작 전 1차 데이터수집, 기초선 조사(Baseline survey) 및

¹⁴²⁾ 한국국제협력단, 연세대학교 간호정책연구소. 에티오피아 아르시준 가족계획 및 모자보건증진사업 최종보고서, 2011.

¹⁴³⁾ 이훈상, 2013. pp.2.

종료시점조사(Endline survey), 종료평가 및 영향평가까지 모두 수행된 대표적인 보건 분야 공적개발원조 사업이라는 점이 큰 의미를 가진다.

사업 수행기간은 2008년 12월부터 2010년 12월까지 2년이었으며, 공중보건훈련센터 건축 및 기자재제공, 양질의 서비스제공, 보건의료인력 역량강화, 지역사회 인식 변화 및 활성화를 기본 내용으로 340만 불의 예산으로 추진되었다. 공중보건훈련센터 건축지연으로 가족계획 및 모자보건증진프로그램의 효과적인 수행에 어려움이 있었다. 2010년 사업종료시점 평가를 통해 가족계획 및 모자보건사업의 장기계획 수립과 수원국이 주인의식을 가지고 주도적으로 사업을 이끌어 갈 수 있는 여건과 기반 조성의 필요성이 대두되어 2011년 1년 간의 사후관리 사업기간이 연장되었다. 이 기간 동안에는 지속적인 가족계획서비스의 확대를 통한 지역주민의 요구충족과 양질의 서비스제공을 위해 보건의료인력 역량강화와 공중보건훈련센터를 중심으로 지역사회의 가족계획 및 모자보건 장기계획을 수립하여 운영하도록 기술지원에 초점을 맞추고 기술이전을 도모하였다. 한국국제협력단과 연세대학교 간호대학 간호정책연구소는 수원국 지역보건행정부와 함께 사업의 단계별 모니터링 및 평가를 통해 성공요인과 제한점을 분석하고, 지속적으로 사업에 반영시켜 연계성을 가지고 추진할 수 있도록 하였다. 이러한 부분은 사업성과 달성에도 크게 기여한 것으로 평가된다.

사업의 요청배경은, 1950년 인구 1,800만 명에서 2006년 7,800만 명으로 약 5배 증가한 에티오피아는 식량부족 문제가 더욱 악화되고 있었다. 특히, 전체 인구의 84%가 거주하고 있는 농촌지역과 저학력계층에서 출산율이 2배 이상으로 나타나고 있어 가족계획사업을 통해 농촌지역의 적절한 출산율 관리 및 모성건강수준 향상이 절실히 필요한 상황 이었다¹⁴⁴⁾. 사업요청 당시 에티오피아 정부에서는 보건소를 중심으로 가족계획교육 및 시술을 실시하고 있었으며, 보건지소를 기반으로 주민건강요원들이 직접 마을을 찾아다니며 가족계획교육을 제공하고 있는 상황이었다. 국제 NGO인 Path Finder 등이 지역사회기반 가족계획사업을 실시하고 있었으며, 일부 주민건강요원들에게 보건기술교육을 실시하고 있었으나 이 교육조차도 장소 및 교통수단 부족으로 불참하는 등 실효성을 거두지 못하고 있었다¹⁴⁵⁾. 또한, 훈련된 보건의료인력 부족, 가족계획에 대한 지역주민들의 지식과 경험부족, 피임사용에 대한 부정적

144) 한국국제협력단. 에티오피아 가족계획 및 모자보건사업 사전타당성조사 결과보고서, 2007.

145) 한국국제협력단. 에티오피아 가족계획 및 모자보건사업 사전타당성조사 결과보고서, 2007.

태도, 재원부족은 가족계획서비스 접근성을 어렵게 하였고 가족계획실천을 저해하는 요소로 작용하고 있었다. 이러한 상황에서 에티오피아 정부는 우리나라 정부에 가족계획사업 요청서를 제출하였고, 이것이 수용되어 우리나라 정부에서는 공적개발원조 중 무상원조를 전담하는 한국국제협력단(KOICA)을 중심으로 이후 사업형성 과정이 추진되었다.

사업의 목적은 에티오피아 오로미아주 아르시존 헤토사보레다 지역주민의 가족계획에 대한 인식과 실천율을 증가시켜 여성들의 원치 않는 임신율을 감소시키고 궁극적으로는 출산율을 저하시키는 것을 목적으로 지역사회기반 주민참여전략을 바탕으로 양질의 가족계획 및 모자보건 서비스 제공, 보건의료인력 교육, 지역주민교육을 주요사업내용으로 수행되었다. 단기목표는 가족계획서비스 접근도 향상, 가족계획 인식변화, 보건의료인력의 가족계획 및 모자보건 서비스 역량강화, 피임실천율 증가였으며, 원치 않는 임신율 감소, 출산율 감소, 모성 및 신생아 사망률 감소를 장기목표로 하였다.

사업의 체계적인 추진을 위한 개념적 틀은, 사업의 최종성과 달성을 위한 4대 주요사업영역의 포괄적 중재를 통해 서비스 접근성 향상의 지지적환경조성과 서비스 질 개선, 지역사회 주인의식 향상이라는 중간성과를 달성하고, 궁극적으로는 원치 않는 임신 감소, 출산율 감소, 모성 및 신생아 사망률 감소를 장기목표로 하고 있다. 이를 위하여 Bottom-up 접근, 현지시스템과의 일치, 파트너십, 지역사회참여, 성인지적접근 등 5가지 주요전략을 적용하였다. 정부기관 뿐만 아니라 다양한 개발원조 NGO 및 자원봉사단체와의 파트너십을 통하여 사업에 필요한 인적·물적 자원을 연계하고 가용자원을 활용하였다. 더욱이 지역사회를 조직화하고, 이를 기반으로 주민 자조활동을 강화함으로써 사업에 대한 주인의식을 향상시켰다. 여성의 피임의사결정 지지를 통한 여성의 임파워먼트 향상과 남성참여를 통한 부부 협력적 의사결정을 유도하기 위한 접근전략을 택하였다. 사업 시작부터 종료까지 체계적인 모니터링과 평가를 실시하였고, 에티오피아 가족계획 및 모자보건증진을 위해 국가보건의료체계 내에서 주민참여 및 부문 간 협력을 기본원리로 하는 일차보건의료(Primary Health Care [PHC])의 개념과 새마을운동의 근면, 자조, 협동정신을 통한 지역개발전략, 부녀회를 중심으로 금전적 동기부여와 함께 출산율감소를 성공적으로 이끈 우리나라 가족계획사업 전략의 통합을 기본철학으로 하였다.

사업 추진체계는 수행기관인 연세대학교 간호대학을 중심으로 우리나라 정부(한국국제협력단, 주에티오피아 한국대사관), 에티오피아 정부(재정경제부, 보건부, 오로미아주 보건청, 아르시존 보건국, 헤토사보레다 보건과)와 다양한 국내외 NGO 간의 파트너십을 통해 유기적이고 협력적인 관계 형성과 사업성과 향상을 위해 긴밀한 업무협조가 이루어졌다. 에티오피아 현지사업운영을 위해 아디스아바바 오로미아보건청 내에 아디스사무소가 설치되고 헤토사보레다 공중보건훈련센터 내에 헤토사사무소가 설치되었다. 아디스사무소는 2010년 12월 철수하고 헤토사사무소가 사업수행을 위한 단일창구 역할을 하였다. 헤토사사무소는 2009년 2월부터 2010년 4월까지 공중보건훈련센터 개소 이전에는 아르시존 보건국 내 건물을 제공받아 설치되었다가 2010년 4월 센터로 이전하였다. 아디스사무소는 사업관리인력(PM) 1명, 현지연구원 1명으로 구성되어 수원국 정부 및 국제 NGO 등 사업 파트너와의 협력체제구축을 주 기능으로 하였고, 헤토사사무소에는 사업관리인력(PM) 1명, 현지연구원 1명, 오로미아보건청 소속 파견인력 3명, 공중보건훈련센터 운영관리인력, 행정 1명, 운전기사 1명, 경비 4명, 청소 4명, 비서 1명, 통역 1명 등 인력 총 16명의 인력이 실질적인 현지 사업운영팀 이었다.

사업의 주요성과¹⁴⁶⁾는 사업의 목표달성도 평가를 위해 기초선 조사, 결과평가, 종료평가와 2011년 영향평가 타당성 분석을 위한 사업종료평가를 통해 사업의 적절성, 효율성, 효과성을 평가하는 과정평가가 있었고, 2012년 영향평가를 통해 사업의 단기 성과와 중·장기성과 달성도를 평가하였다. 2012년 ‘에티오피아 아르시존 가족계획 및 모자보건 증진사업 영향평가 보고서’에 따르면 동 사업은 지역사회 특성을 고려하고 지역사회 접근성이 좋은 보건인력인 주민건강요원(HEW) 역량강화를 통해 수혜자인 가임여성들의 가족계획에 대한 지식증가(임플라논에 대한 지식 93.9%) 및 태도변화를 유도하고 궁극적으로 가족계획 실천율(35%→60%)을 높여 모자보건 향상에 기여한 것으로 평가되었다¹⁴⁷⁾.

사업의 장기목표인 가족계획 실천율은 사업 시작 시점 37.7%(2009) 대비 2011년 53.2%(15.5% 증가), 2012년 60%(22.3% 증가)로 향상되었다. 특히 사업의 중점대상 가족계획 방법이었던 장기피임(임플란트) 실천율은 2009년 1.7% 대비 2011년

¹⁴⁶⁾ 한국국제협력단. 아르시존 가족계획 및 모자보건사업 영향평가보고서, 2012.를 기반으로 정리하였다.

¹⁴⁷⁾ 영향평가 결과 나타난 인구 사회학적 특성 등은 생략하였으며, 성과 중심으로 정리하여 부록으로 별첨하였다. 세부내용은 한국국제협력단 홈페이지, ODA 도서관을 통해 평가서 열람이 가능하다.

25.9%(24.2% 증가), 2012년 27.2%(25.5% 증가) 증가한 것으로 나타났다. 원치 않는 임신율은 2009년 50.7%에서 2012년 21.1%로 현저히 감소한 것으로 나타났으며, 6개월 내에 가족계획 참여 의사는 2009년 14.3% 대비 2011년 28.9%(14.6% 증가), 2012년 48.5%(41.6% 증가)으로 나타났다.

다. 사업 주요전략

사업을 성공적으로 이끌 수 있었던 요인을 정책적 측면과 사업 목적 및 전략적 측면, 사업의 수행방식 및 시스템 측면으로 나누어 고찰하였다. 먼저, 정책적 측면에서는, 에티오피아의 정책 및 제도에 부합하는 사업수행이었다는 점과 에티오피아 보건 정책을 공유하고 제도 내에서 실행, 수원국 지방정부의 사업정책을 수용하고 동참할 수 있는 사업방향을 설정하였으며, 국제사회의 개도국 지원전략의 우선순위인 MDGs 달성에 기여하기 위한 목적과 가족계획사업 재활성화 노력에 부합하였다.

두 번째, 사업의 목적 및 전략적 측면에서는, Bottom-up 접근전략을 활용한 사업 운영으로 지역보건소와 보건지소의 역량강화를 통한 공동사업수행 방식을 선택하였고 파트너십 접근전략으로 국내외 NGO와의 적극적인 연계와 다양한 자원봉사활동을 유치하고 타 분야 연계를 통한 사업운영이 이루어졌으며, 지역사회참여전략, 적극적인 상황유도 홍보활동전략으로 지역주민을 대상으로 한 다양한 사업 홍보를 위해 문화 친화적 방법을 통해 가족계획에 대한 인식개선 유도, 리더그룹개발로 지역사회 영향력 있는 종교지도자 활용, 지역사회교육의 다양화전략으로 대상자, 교육방법, 교육장소 등의 확대, 실무적용이 가능한 보건의료인력 교육훈련, 아웃리치 전략을 통해 교육의 결과가 서비스 제공으로 연결될 수 있도록 함으로써 지역사회 만족도를 증가시켰다.

세 번째, 사업수행방식 및 시스템측면에서는, 부족한 인프라 해소와 지역의 요구를 충족시킬 수 있는 사업운영프로그램 투입, 한국인 사업 책임자의 현장 상주를 통한 적극적인 현장 개입, 현지 사업수행인력의 지역사회 롤모델화, 팀 접근방식, 수행과정과 평가에 개입 가능한 평가메커니즘 확보로 주인의식과 책임의식 강화, 정기적인 사업 진행사항 공유 및 의견수렴 채널구축, 프로그램 운영주체의 변화 시도 및 역할 분담을 통한 참여촉진과 책임감 증대, 추가된 안전분만키트 사업으로 프로젝트 내

프로젝트 형태의 통합프로젝트 지원, 목표 및 전략 관리를 위한 지속적 모니터링 및 체계적 평가시스템이 도입이었다.

이러한 긍정적인 성공요인에도 불구하고 다양한 장애요인도 확인되었다. 장애요인은 에티오피아의 사회문화적 특성 측면, 사업 수행환경 측면, 행정적 측면으로 나누어 고찰하였다. 먼저, 에티오피아의 사회문화적 특성 측면에서, 에티오피아의 자녀관¹⁴⁸⁾, 지리적 특성과 노동집약적 농업중심 사회, 남성 우월주의, 조혼, 일부다처제 등 문화적 요소, 낮은 교육수준·높은 문맹률, 다 언어 국가의 언어적 제한점, 높은 이슬람교 비율의 종교적 특성, 현지인들의 적극성과 주인의식 및 자발성 부족, 기본 인프라 부족 등이었다. 두 번째, 사업수행환경 측면의 장애요인으로는, 사업기획 및 평가단계에서의 에티오피아 중앙정부의 관심부족, 국제사회의 원조지원정책의 빠른 변화, 금전적 보상요구, 사업평가를 위한 객관적 자료 확보의 어려움, 주민건강요원(HEW)들의 행정업무 과다로 인한 협조 미비, 현지 보건소인력들의 업무 수행에 대한 경직성과 잦은 교체, 건축공정의 지연으로 인한 사업진행의 차질이 발생하였다. 세 번째, 행정적 측면에서의 장애요인은, 사업의 단기성으로 인해 분야 및 사업 특성을 고려한 장기적 관점의 사업계획 불가능, 에티오피아 내의 사업지역인 지방정부와 중앙정부간 적절한 의사소통 부족, 근접지역에서 시행하는 우리나라의 개발협력 사업과의 연계부족, 공적 개발원조 사업의 행정체계의 경직성으로 인한 장애요인이 있었다.

이를 통해 다음과 같은 사업의 시사점을 확인할 수 있었다. 첫째, 정책적 측면에서 요구(needs)기반 사업으로 철저한 사전조사, 글로벌 파트너십으로 타 부문과의 협력 체계 구축, 보건과 지역개발의 통합접근전략, 수원국 시스템 활용은 사업초기부터 계획되어야 한다. 둘째, 사업운영관리 측면에서 파트너십을 통한 현지사업운영체계 구축, 적극적인 현장 개입과 M&E 체계화가 필요하다. 셋째, 인력개발 및 역량강화 측면에서 장기적인 계획과 차별화된 전략으로 실무적용이 가능한 교육훈련이 보건소와 보건지소를 중심으로 이루어져야 한다. 보건의료 및 지역사회 지도자 개발을 위한 교육훈련이 적용되어야 한다. 넷째, 지역사회참여 활성화 측면에서 지역사회조직화와 조직개발, 주민교육 대상자 및 참여기회 확대, 올바른 정보제공, 주민교육 대상자별 차별화된 교육 전략 및 도구개발이 필요하다.

¹⁴⁸⁾ 자녀관이란 부부들이 왜 자녀를 필요로 하는지에 대한 의식으로 전통적 농경사회 가치관에서는 자녀의 필요성은 노동가치와 가족의 계승이라는 의식과 관련이 많았다(김홍주, 2002. pp.73.)

2. 지역사회참여 활성화 전략 분석

가. 프로그램별 수행과정 분석

과정평가는 프로그램에 실제 일어나는 상황을 찾아가는 데 초점을 맞추어 프로그램의 핵심 특성은 무엇이며, 프로그램이 어떻게 운영되고, 어떤 문제가 있으며, 누가 참여하고 무엇을 하였으며, 참여자들은 어떤 경험을 하는지에 대한 답을 찾게 된다. 또한, 공적개발원조사업은 신혜정 등(2010)의 사례연구와 같이 사업기획과 수행, 평가 단계에 수원국이 얼마나 주도적으로 주인의식을 가지고 참여를 하게 되는지 그 일련의 과정을 분석하게 된다. 전문가 자문을 통해 공적개발원조 실제 현장에서의 지역사회참여 현황을 분석한 결과 계획, 수행, 평가 단계별 참여수준이 참여 주체별로 상이하게 나타났으며, 사업의 수행단계에 대비하여 기획과 평가단계의 참여는 부족한 것으로 나타났다.

이러한 이론적 틀을 기반으로 본 연구에서는 프로그램 내용별로 기획, 수행, 평가 단계별 과정을 분석하였다. 보건의료인력 및 지역사회주민 역량강화와 지역사회참여 활성화 프로그램을 분석의 주요 개념인 참여전략을 중심으로 단계별 진행 과정에서 주요 참여주체, 참여주체별 참여형태, 참여의 주요 장애요인과 해결방안에 대해 분석하고 이를 통해 참여에 영향을 주는 주요 지표를 도출하고자 한다. 이 지표는 참여수준의 변화에 영향을 주는 지표로 각각의 지표에 따른 참여수준의 변화를 분석하는 기초로 활용된다.

1) 보건의료인력 역량강화

보건의료인력 역량강화의 필요성은 사업 타당성조사 결과에서 대두되었다. 사업대상지의 일차보건의료와 가족계획사업 부진요인으로 교통 및 수도, 전기 등 필수 하부인프라의 낙후, 기본 시설 및 기구의 열악한 상태, 시설의 운영 및 관리능력 부족, 훈련받은 인력의 적응능력저하 등이 확인되어 인력역량강화가 우선되어야 할 필요성이 강하게 요구되었다. 의료기관과 교통수단의 부족으로 가족계획서비스 접근도가 낮으며, 보건인력의 수준저하로 양질의 서비스 제공이 어려운 실정이었다. 보건소의

인력들은 가족계획 뿐 아니라 현재 제공되고 있는 일차보건서비스의 3분의 2 이상에서 재훈련이 필요하다고 인식하고 있었다. 사업 타당성조사를 위해 지방정부 보건담당자, 보건소 및 보건지소 책임자 및 담당자 면담이 이루어졌고, 현장방문이 진행되었다. 보건의료인력의 장기피임 교육현황 분석결과 헤토사보레다 보건과 간호인력 10명, 3개 보건소 간호인력 26명 총 36명 중 장기피임시술 교육을 이수한 사람은 3명이며, 나머지 33명은 교육을 이수한 적이 없는 것으로 파악되었다.

교육추진현황은 보건의료인력 각 직역군의 교육수준과 기대역할에 맞는 교육계획을 가지고 기초교육과 심화교육, 보수교육, 실무교육을 통해 가족계획 서비스 제공이 가능한 실무역량강화를 목표로 하였다.

(가) 장기피임 기초교육

기획단계: 아르시존 보건국의 요청에 의해 헤토사보레다와 아르시존 9개 지역의 보건의료인력을 대상으로 아르시존 보건국이 공동기획 하였다. 9개 보레다와의 교육조정은 아르시존 보건국에서 담당하였고 교육 대상자 관리 및 교육장소 조정은 해당 보건소가 소속된 9개 보레다 보건과와 보건소에서 담당하였다.

수행단계: 2010년 3월 15일부터 4월 23일까지 7일 동안 9개 지역 16개 보건소를 직접 방문하여 장기피임 기초과정 교육을 실시하였다. 자원봉사자로 사업에 합류한 모자보건전문가와 아르시존 보건국장, PM이 중심이 되어 진행되었다.

평가단계: 총 9개 보레다 18개 보건소의 292명 계획대비 16개 보건소 230명이 교육을 이수하여 약 79%의 달성율을 보였다. 교육 효과평가를 위해 전·후 지식평가를 실시한 결과 전(31점)·후(56점)로 지식이 증가하였고 참가자들은 토론을 통해 의견을 개진하였다. 교육에 적극적인 태도와 질의응답이 있었고 이 전에는 장기피임교육은 거의 없었던 것으로 확인되었다. 1개 보건소당 평균 1인이 장기피임 심화교육을 받은 것으로 확인되었으나, 실제 서비스 제공으로 연결되지 않고 있어 교육의 요구도가 높았다.

장애요인: 짧은 교육시간 배정과 우기로 인한 도로유실, 교통통제 등으로 일정변경 및 취소하는 경우가 있었다. 보건국장의 적극적인 협력으로 해결해 나갔다.

결과: 아르시존 보건국의 적극적인 동반과 협력, 9개 보레다 보건과 및 16개 보건소장은 교육조정에 협조, 교육생들은 교육에 동원되고 교육 평가에 의견을 개진하는 협조 수준이었다.

(나) 장기피임 심화교육

기획단계: 교육대상자는 간호인력 33명을 선정한 후 1, 2차로 나누어 교육계획을 수립하고 헤토사보레다 보건과와 함께 1, 2차 교육대상자를 결정하였다. 이 과정에서 보건의료체계상 보건소 간호사 및 주민건강요원의 업무와 서비스 질을 관리감독 해야 할 보레다 보건인력이 교육훈련 되어 있지 않을 경우 현실성 없는 관리감독이 이루어질 것이라는 보레다의 제안을 수용하고 교육 대상자로 배정하였다.

수행단계: 1차 장기피임 심화과정은 외부기관(FGAE) 완전 위탁교육으로, 2009년 10월 27일부터 11월 6일까지 15명을 대상으로 실시하였다. 2차 심화과정은 총 17명을 대상으로 2010년 6월 10일부터 19일까지 외부기관(FGAE)에 의뢰하여 센터기반으로 실시하였다. 아셀라 병원 산부인과의사, FGAE 강사 2인과 3인의 실습지도 외부강사가 진행하였다. 총10일 교육으로 3일 이론교육, 2일 이론과 실습모형을 통한 삽입 기술교육이 병행되고, 5일의 임상실습교육으로 기본규정을 준수하였다. 임상실습을 위해 아셀라 FGAE클리닉과 3개 보건소 및 11개 보건지소를 중심으로 사전에 지역사회에 홍보하여 클라이언트를 확보하고 4개의 그룹으로 나누어 각 그룹별로 실습지도 강사가 동행하여 깨벨레 단위에서 임상실습지도가 이루어졌다. 훈련생 1인당 최소 5인의 클라이언트를 대상으로 실습 수행 시 수료할 수 있도록 규정되어 있으며, 2차 교육대상자 전원 수료하였다.

평가단계: 교육평가는 전·후 지식평가와 만족도평가, 교육 최종일 토론을 통한 의견 청취 및 프로그램 총괄평가가 이루어졌다. 사전평가 평균 55에서 사후평가 평균 66.23으로 KAP(Knowledge, attitude, practice) 변화가 있었다. 프로그램의 시작과 종료 시점의 모니터링은 헤토사보레다 보건과장과 아르시존 보건국장이 참여하였다.

장애요인: 교육생들의 시간 미 준수, FGAE의 운영미숙 및 조정과 협조 부족이 지적되었다. 강사의 임의변경, 임상실습 기간의 감독관 부족, 매뉴얼 등 교육자료 준비부족 등이 확인되었다. 사업팀 모니터링을 통해 시간엄수를 제안하고, 실습 감독관으로 1차 교육을 이수한 센터 인력을 추가 배치하였다. 강사의 임의 변경건과 매뉴얼 준비부족에 대해서는 FGAE와 논의를 진행하였으나 해당 교육기간에는 조정이 불가능하여 추후 교육계획 시 개선하기로 협의하였다.

결과: 헤토사보레다, 보건소, 주민건강요원이 협력하여 임상실습 클라이언트 확보가 가능할 수 있도록 지원하였다. 헤토사보레다는 계획부터 평가단계까지 협력하였으며, 보건소는 클라이언트 확보가 가능할 수 있게 주민건강요원을 지원하는 형태로

협조하였으며, 주민건강요원은 지역사회 홍보 및 클라이언트 상담과 등록 등을 담당하는 동원과 협조 수준이었다.

(다) 장기피임 보수교육

기획단계: 보수교육은 기초교육이 끝난 후 업무현장에서의 실무적용과정을 모니터링 하고 그 결과 확인된 문제점을 개선하고 지식 및 기술을 강화시키기 위해 계획되었다. 1차 심화교육 이수자 15명과 2차 이수자 17명을 대상으로 아웃리치를 통한 실무교육(OJT, on job training) 기간 동안 확인된 장기피임시술 기술과 상담기법 향상을 위해 계획하였다. 모니터링은 보레다 보건과와 함께 진행하였으며, 보건과와 교육일정이 논의되었다.

수행단계: 1차 2010년 4월 16일부터 17일까지, 2차 2010년 9월 22일부터 23일까지 센터기반 2일 교육이 실시되었다. 1차 강사는 모자보건전문가로 파견된 산부인과 전문의와 아르시존 보건국장, PM, 사업팀 현지 연구원이 담당하였고 2차는 아르시존 보건국장, 아셀라병원 산부인과 의사, 보건소 교육받은 간호사, 센터 인력으로 구성되었다. 1일 이론과 1일 실습으로 OJT 모니터링 결과를 통해 확인된 주요한 문제점을 보완하는 형태로 이루어졌다.

평가단계: 지식평가(전·후조사)와 교육 만족도조사가 이루어졌고 교육생들은 교육 후 평가에서 본 사업에서 제공한 교육을 통해 역량이 강화되었으며, 이러한 역량을 가까운 시일 내에 아웃리치 캠페인을 통해 서비스로 연결 짓도록 노력하겠다고 밝혔다.

장애요인: 교육대상자의 참여의식 부족과 보레다 보건과의 기획력 부족이 주요 장애요인이었다. 개인사정으로 인한 불참으로 대상자 조정이 불가피하였고, 보수교육 기간 중 보레다 보건과의 갑작스런 보건의료인력 미팅 일정으로 인해 2일째 교육을 만나질 줄여 진행하였다. 장기피임의 또 다른 방법인 자궁내장치(IUCD)의 모형실습은 클라이언트를 대상으로 한 실제적인 실습기회의 부재로 교육효과가 저하되었다. 보건의료인력들의 낮은 영어수준으로 인해 영어강의의 이해도가 낮았다.

결과: 1차 15명 중 3명 불참으로 2명이 교체되어 참가하여 총 14명, 2차 17명 중 1명 불참, 1명 1일만 참석으로 총 15명이 교육을 이수 하였다. 실습도구로 닭을 이용하여 교육생들의 실습효과를 높일 수 있었고, OJT를 통해 파악된 문제점 중심으로 진행된 교육은 대상자들의 관심과 참여를 적극적으로 유도할 수 있었다. 특히 중요

한 문제로 지적된 감염관리 교육을 강화하고 2차 교육에서는 현지인 강사를 활용하여 언어적인 문제를 해결하였다. 실습강사로 투입된 보건소 간호사 1인은 장기피임 심화과정 교육 후 실무역량이 뛰어나 IFHP의 장기피임 교육 시 실습강사로 활동한 바, 보수교육의 강사로 활용하여 역량을 강화시켜 나갔다. 센터 보건인력 또한 1차 교육이수 후 뛰어난 실무역량과 Health officer 자격을 갖추었기에 강사로서의 실무 교육을 위해 투입하였다.

(라) 장기피임 실무교육: 아웃리치

기획단계: 2010년도까지 가족계획서비스 질적 향상 및 가족계획서비스 접근성 강화와 교육 후 실무교육 현장으로의 활용을 목적으로 아웃리치¹⁴⁹⁾가 적극 활용되었다. 아웃리치를 통해 보건의료인력들의 기술력을 평가하고 이후 보수교육을 통해 문제점들을 개선해 나가는 방식으로 구성되었다. 또한, 서비스 제공뿐만 아니라 지역사회 교육과 홍보의 장으로도 활용되었다. 지역사회 홍보는 보건소장의 책임과 깨벨레 리더의 협조 하에 HEW와 TOT가 담당하고, 대민 홍보와 가정방문을 통해 사전 상담을 실시하고, 클라이언트를 등록한 뒤 아웃리치 당일 서비스제공 유무를 모니터링 하도록 하였다. 대민 홍보를 위한 시장기반 홍보 및 교육에는 지역사회기반조직인 문화공연 팀을 이용하여 홍보의 효과를 높였다.

사업 초반에는 사업팀이 주도적으로 보레다와의 논의를 거쳐 아웃리치를 계획하고, 보건소 및 HEW, TOT는 수행에만 동원되고 협조하였다. 공동 평가과정은 거치지 않았으며, 결과 공유만 이루어졌다. 그러나 점차 이러한 운영 방식은 보건소와 지역사회의 협력을 얻어내는 것에 한계가 있을 뿐 아니라, 보건소에서도 아웃리치는 단지 사업의 목적에 의해 수행되는 사업팀의 업무로 인식되어 아웃리치로 인해 추가

¹⁴⁹⁾ 아웃리치(outreach)란 보건의료서비스를 제공하기 위해 의료 접근성이 떨어지는 에티오피아 농촌지역의 의료접근성을 높이기 위해 보건인력들이 지역사회로 직접 찾아가서 제공하는 교육, 서비스 제공, 상담 등 일련의 활동을 말한다. 국가에 따라 표현법이 다르며, 캠페인(campaign)이라고 표현되기도 한다. 본 사업에서는 교육과 서비스 제공을 위해 주로 이루어졌으며, 교육훈련의 장으로 활용되었다. 서비스 제공을 위한 아웃리치는 필요한 텐트, 의료물품, 소모품, 의자, 책상, 사무용품 등 모든 물품을 준비하여 가져가고 보건소와 보건지소에서 인력들이 동행한다. 그러나 마을단위 캠페인의 경우 지역사회 주민들이 의자나 책상 등을 자발적으로 지원해 주는 형태로 도움을 받기도 하였다. 아웃리치의 규모에 따라 준비 물품과 참여 인력은 크게 차이가 나므로 지역 보건소와 지역사회와의 협력 없이 진행할 수는 없다.

되는 업무에 난색을 표하는 경우도 발생하였다. 이러한 문제점 확인 후 보건서비스 관리위원회와의 논의를 거쳐 사업 수행방식에 변화를 시도하였다.

보건과 및 보건서비스관리위원회와의 논의 결과 아웃리치의 전략적 차원에서도 변화가 요구되었다. 매 회 아웃리치 종료 후 평가에 따라 아웃리치 접근방식, 서비스의 범위 등에 대한 전략적 논의가 이루어지고 적용시켜 나갔다. 아웃리치의 접근 방식은, 시장 등 공공장소 기반, 지역(클러스터) 기반, 깨벨레 기반, 마을단위, 보건소 및 보건지소 기반으로 상황에 따라 적용하였다. 서비스의 범위는 초반기에는 가족계획 중심이었으나 점차 가족계획서비스 뿐만 아니라 예방접종, 산전·후 관리, 에이즈 관리 및 보건교육을 함께 실시하는 통합모자보건 서비스 형태로 내용이 확대될 필요성이 제기되어 변경하였다. 아웃리치에서 지속적으로 확인되는 문제점인 지역사회 대상 홍보의 문제(시간부족, 수행부족)를 해결하기 위해 HEW, TOT, 깨벨레 리더 등 지역사회와의 적극적인 협력체계의 구축을 위한 접근방식을 고려하였다.

2010년과는 달리 2011년에는 센터 뿐 아니라 지방 보건행정기관의 프로그램 운영역량 강화를 통해 양질의 가족계획서비스가 제공될 수 있도록 하기위해 보레다의 2011년도 보건사업계획 중 가족계획서비스 확대 및 지역사회활성화 부분을 지원하는 방향으로 아웃리치를 연계하였다. 이를 위해 보레다의 계획을 공유하고 4개 보건소와 연계하여 아웃리치 계획을 공동수립하고 각각의 보건소가 주도적으로 아웃리치를 실시하도록 지원하였다. 먼저 보건서비스관리위원회를 통해 아웃리치 목적과 시행 시기를 장기적인 관점에서 계획하고, 구체적인 계획은 보건소와의 논의를 통해 세부적 일정계획과 접근전략, 실시기간, 투입 대상, 역할분담, 물품계획 및 인력투입계획 등을 진행하였다. 이때부터 주민건강요원이 기획회의에 참석하고 의견이 계획에 반영되었다. 사업팀은 보건소의 계획(안)을 검토하고 기술적 지원과 조정을 실시하였다. 아웃리치를 모니터링 할 감독인력은 보레다 보건과에서 배치되고 아웃리치 수행과정 모니터링 및 서비스 결과를 취합하여 보고하는 역할을 담당하였다.

수행단계: 아웃리치가 계획되고 최종 일정과 장소, 투입 인력이 확정되면, 아웃리치 시작 약 1달 전에 보건과, 보건소, HEW, TOT, 깨벨레 리더 등 투입되는 모든 인력이 참가한 사전오리엔테이션을 진행하였다. 이때 아웃리치 일정, 일정별 해당된

마을 및 장소, 일정별 투입인력과 업무분장에 대해 안내하고 지역사회 홍보 전략이 논의되었다. 아웃리치는 2009년 6월 지역주민의 피임요구도 파악 및 본격적인 아웃리치 전략구상을 위해 헤토사보레다 시장을 기반으로 실시한 시범아웃리치를 시작으로 2011년 10월까지 총 11차에 걸쳐 실시되었다.

평가단계: 아웃리치 후에는 수행평가를 통해 확인된 문제와 개선방안을 논의하고, 지역사회의 요구에 기반하여 접근전략을 결정하였다. 평가에서 확인된 문제점과 해결방안 모색을 통해 차기 아웃리치의 접근전략 수립에 반영하여 서비스의 질적 향상을 도모하였다. 사업 초반에는 보건서비스관리위원회를 중심으로 평가가 이루어졌으나, 평가 결과가 보건소장을 통해 지역사회로 환류(feedback)되지 못하였다. 결국 평가방법을 변경하여 총괄평가를 보건서비스관리위원회를 중심으로 센터에서 진행하고 총괄평가 결과를 바탕으로 각 보건소별로 보건소장이 중심이 되어 HEW, TOT, 깨벨레 리더들이 함께 참석한 가운데 진행하도록 하고 보건과와 함께 모니터링 하였다. 총괄평가에 지역별 결과보고는 보건소장이 하도록 위임하였다. 이러한 평가방법의 변경으로 지역사회가 문제를 함께 인식하고 개선을 위한 노력에 주인의식과 책임감을 가지고 실천해 나갔다.

결과: 계획과 평가단계에서는 배재된 채 수행단계에만 참여하던 보건소와 지역사회의 역할을 증대시키고 아울러 보건소가 자체적으로 아웃리치를 운영할 수 있는 역량강화를 위해 공동 계획과 수행, 평가를 진행하는 방식으로 변화를 꾀하였다. 이러한 운영방식의 변화를 통해 아웃리치가 사업팀의 사업에서 보건소의 중요한 사업으로 인식되고, 계획과 수행, 평가 과정을 통해 문제점을 스스로 확인하고 해결점을 찾아가는 과정에서 보건소의 역량이 강화되어 나가는 것으로 평가되었다. 처음에는 “outreach proposal”을 작성에 대한 개념과 방법조차 모르고, 위원회의용 보고서를 찢어진 한 장의 종이에 작성해 온 뒤 긴장된 모습으로 떨면서 보고하던 보건소장들이 이후에는 계획(안) 작성과 보고서 작성에 향상된 모습을 보였고, 사업팀의 계획이 없는 경우도 지역사회의 요구를 확인하고 스스로 아웃리치를 계획하고 네트워크를 활용하여 진행하였다. 사업팀에서는 기술지원과 필요물품을 지원하였다.

이러한 일련의 과정을 통해 보건소와 보건의료인력들의 역량은 강화되어 나갔고, 지역보건문제 사정을 통해 가족계획 중심에서 통합 모자보건 아웃리치로의 변화가

가능할 수 있게 되었다. 1차 장기피임 실무교육을 받은 간호사는 2차 교육 대상자를 임상지도하고 실무기술을 평가한 뒤 이 후의 교육과정에 반영하였다. 장기피임 심화 교육을 받은 간호사는 이후 주민건강요원의 임플라논 교육 OJT의 임상실습 지도를 담당하였다. 이러한 아웃리치 수행에서 예산운영은 사업팀이 담당하였으며, 예산 이외의 운영은 보건소 중심으로 진행되었다. 계획서와 보고서 작성의 문제점을 확인하고 사업팀에서는 공통된 양식의 계획서 샘플과 서비스 결과 취합 양식을 개발하여 제공하였고, 아웃리치 물품의 관리운영이 제대로 이루어지지 않아 물품대장 양식을 개발하여 보건소 담당자를 교육하는 등의 기술지원을 하였다.

주요 참여주체는 명성병원, IFHP, TOT, HEW, 보건의료인력, 보건소, 깨벨레리더, CBOs(뮤직밴드, 문화공연팀 등), हे토사 보건과, 아르시존 보건국, 지역주민, 주요 위원회 및 지역주민 위원회원 등이었으며, 봉사단 및 외부봉사자가 일시적으로 참여하는 경우도 있었다. 주요 참여주체별 참여수준은 동원에서 협조, 협력, 동반과 주도까지 참여 주체별로 시간의 경과와 업무분담 정도, 책임감 이양과 적절한 보상기제, 지속적인 외부의 관심과 지원, 참여기회의 확대에 따라 다양하게 변화하였다.

(1) 보건의료인력 역량강화 교육단계별 참여수준

기획단계: 참여주체별 참여수준은 ① 기초과정과 보수교육의 경우 기획단계에서 보레다 보건과는 교육일정과 대상자 선정에 협력하고 보건소는 교육생 선정에 의견을 개선하는 협조 수준으로 참여하였다. ② 심화과정의 임상실습 계획을 위해 보건과, 보건소, HEW 등이 협력 수준으로 참여하였다. 지역사회기반조직인 FGAE는 1, 2차 심화교육을 위탁받아 운영하였으므로 기획단계에서 주도적으로 참여하였고, 아르시존 보건국은 자문을 제공하는 정도의 협력 수준이었다. 아셀라병원(아다마의대)은 강사를 지원받기 위해 논의하는 과정에 협력 수준으로 참여하였다. IFHP은 물품 지원 논의와 교육자문을 통해 협력하였다. ③ 실무교육의 기획과정에서 보건과는 일정조정 및 인력투입, 지역선정 등 전반적인 계획과정에 동반자로서 참여하였다. 보건소는 초기에는 협조 수준으로 참여하였으나 점차 협력과 동반 수준으로 발전하였고, 최종적으로 주도의 수준으로 변화하였다. HEW는 지역선정 및 일정조정에 협조 수준에서 협력 수준으로 참여하였다.

수행단계: 참여주체별 참여수준은 ① 기초과정, 보수교육 수행과정에서 보레다 보건과는 협조 수준, 교육생인 보건의료인력은 교육을 수강하고 교육평가를 하며 의견을 개선하는 협조 수준, 아르시존 보건국은 협조 수준으로 참여하였다. ② 심화과정은 임상실습으로 인해 더 많은 참여주체의 참여가 이루어진다. 보건과는 동반, 보건의료인력(교육생)은 협조, 보건소는 협력 수준으로 지역사회 홍보 및 임상실습을 조정하며, HEW는 지역사회 홍보 및 클라이언트 확보와 임상실습에 협력하는 수준, FGAE는 주도, 지역주민은 서비스를 제공받는 협조 수준, 께벨레 리더는 일정부분 지역사회 홍보를 담당하는 협조 수준으로 참여하였다. 일부 보건의료인력은 임상실습 강사로서의 협력 수준으로 참여하였다. ③ 실무교육의 경우 아웃리치 운영으로 보건과는 동반, 보건의료인력은 협력, HEW의 협력, 아르시존 보건국은 협조, 보건소는 초기의 협조단계에서 점차 협력과 동반, 주도 수준으로 참여하였다. 또한, 지역사회리더, TOT, 지역주민 등 다양한 참여주체가 협조 수준으로 참여하게 되며, CBOs 중 보레다 청년회 문화팀이 아웃리치 홍보 활동에 협력하였다.

평가단계: 참여주체별 참여수준은 보건소와 보건의료인력들은 기초교육과 보수교육에서는 평가단계의 참여가 동원 수준 정도로 거의 이루어지지 않았으나 실무교육이 반복될수록 참여수준은 증가하였다. 사업에서 책임이양과 업무분담을 통해 보건소의 역할과 기능을 강화시킬 수 있도록 지속적인 지원이 이루어졌고 보건소가 아웃리치를 주도적으로 기획하고 운영하는 단계로 변화하면서 평가 또한 보건소 기반으로 진행되었으며 보건소 관할지역 HEW와 TOT, 께벨레 리더가 모두 평가회의에 참여하게 되고 활동과정을 공동평가하게 되면서 참여 수준도 증가하게 되었다.

(2) 보건의료인력 역량강화 참여 결과

참여의 문제점: 금전적 보상요구, 높은 예산의존도, 참여역량부족, 운영관리 능력부족, 의사소통채널 부족, 정보전달체계 부재, 무기력감, 타 NGO와의 일정중복, 계획되지 않은 중앙정부의 급박한 업무계획 및 지시로 인해 보건의료인력들이 동원되는 예측하지 못한 상황으로 교육일정 조정에 어려움이 발생하였다.

활용된 촉진전략: 보건의료인력 교육훈련 프로그램의 진행 과정에서 활용된 주요 참여 촉진전략은 지도자의 리더십, 역할분담을 통한 분명한 업무지시와 업무분장, 실질적으로 필요한 교육훈련의 기회확대를 통한 역량강화, 다양한 주민참여 환경조성,

외부로부터의 지속적 관심과 지원, 계획·수행·평가에 개입 가능한 메커니즘 확보, 수원국의 보건계획과의 일치 등 이었다.

참여결과: 보건의료인력 교육훈련의 기획·수행·평가 과정별 참여주체와 참여수준을 분석한 결과 지방 보건행정부서의 참여수준은 동반 수준으로 기획부터 평가까지 공동으로 진행되었으며, 일차보건의료를 제공하는 보건의료인력들의 참여수준은 협조와 협력수준의 단계까지 나타났다. 보건소의 경우 협조단계의 참여에서 점차 동반, 주도의 수준으로까지 참여수준이 확대되었으며, 보건의료인력들의 가족계획 관련 역량은 강화되어 사업성으로 연결되어 나타났다. 책임이양과 역할부여, 사업기획부터 평가까지 개입 가능한 참여기제 작동은 참여수준을 변화시켰다.

제한점: 보건의료인력 역량강화 측면에서 진행된 실무교육 전략인 아웃리치에 지역주민은 수행단계에서 교육이나 서비스를 제공받는 대상으로 동원과 협조정도의 제한적인 참여가 이루어졌다. 그러나 자발적 의사에 따른 참여였다.

시사점: 지역사회가 주인의식을 가지고 지역사회 보건향상을 위한 활동에 주도적으로 참여하게 하기 위해서는 보건소와 보건지소의 역할과 리더십이 무엇보다 중요하다. 지역사회의 가용자원을 분석하고 개발하여 조직화시켜 나갈 수 있어야 하며, 네트워크를 통해 협력적 관계를 구축하고 유지·관리할 수 있는 역량이 요구된다. 일차보건의료체계의 최일선 보건의료인력의 역량강화는 보건서비스의 질적 향상을 가져오게 되고, 지역사회의 만족도를 증가시키며, 지역사회와 함께 협력적 파트너십을 구축하여 지역보건 향상을 위한 지역사회의 공동노력이 가능할 수 있는 기반을 마련할 것이다. 이러한 중요성을 지닌 보건의료인력 역량강화프로그램은 실무적용이 가능할 수 있도록 기초교육-심화교육-실무교육(OJT)-보수교육 등 단계별 교육과 이에 대한 모니터링과 평가, 환류가 이루어질 수 있도록 계획되어야 한다. 아웃리치 등 실무교육을 위한 다양한 참여 기회와 환경을 조성하고 물품지원 등의 경제적 인센티브가 고려되어야 한다. 또한, Learning by doing이 가능할 수 있는 현업교육이 지속적으로 이루어 질 수 있어야 하며, 동료와의 상호학습이 가능할 수 있는 체계를 마련하도록 동기부여 시키고 지지하여야 한다. 보건의료인력 교육훈련의 목표는 교육을 통해 지식과 기술 역량이 강화되고, 강화된 역량은 실무역량의 향상으로 보건서비스의 질을 향상시킬 수 있어야 하며, 이러한 과정에서 업무에 대한 자신감이 획득되고, 지역사회에 기여하고 있다는 자존감의 향상과 함께 조직의 역량으로 연결되어 결국 지역사회 역량을 이끌어 낼 수 있는 리더십을 발휘할 수 있도록 하여야 한다.

2) 지역사회주민 역량강화

타당성 조사결과 주민건강요원의 역량문제는 직접적인 서비스제공의 기회부족으로 인해 실무능력이 저하되어 있어 현장 실무교육 중심의 재훈련이 필요한 것으로 파악되었다. 또한, 지역사회 주민의 가족계획에 대한 지식부족과 부정적 인식, 지역사회 참여부족 등이 가족계획사업의 장애요인으로 확인되었다. 지식과 정보전달의 유용한 매체로서의 역할을 지역사회 주민지도자가 할 것으로 확인하였으며, 주민지도자들의 모임은 활성화되었으나 실제로 지역에서 필요로 하는 역할을 담당하는 방법을 모르고 있어 이들에 대한 리더십과 지역사회 활성화 방법 등에 대한 교육의 필요성이 대두되었다. 지역사회 역량강화 부분에서는 지도자 그룹에 대한 교육을 살펴보고자 한다. 주민건강요원은 에티오피아 보건체계의 최하조직으로 구축되어 있어 보건인력으로 간주되나 본 연구에서는 지역사회와 밀착되어 업무를 진행하는 특성과 지역사회 보건지도자로서의 역할에 강조점을 두고 지역사회 주민역량강화 부문에서 다루었다.

(가) 주민건강요원(HEW) 교육훈련

주민건강요원의 교육훈련은 가족계획에 대한 기초이론과 상담기법에 대한 기초교육과 보수교육, 장기피임인 임플라논 삽입기술에 대한 심화교육으로 진행되었다. 기초교육과 보수교육의 단계별 참여현황을 먼저 검토해 보고자 한다.

계획단계: 기초교육은 사업팀이 기획하고 집행위원회와 헤토사보레다 보건과가 논의하여 결정하였다. 안전분만키트 교육을 위해 보레다 행정부와 보건과는 지역사회 산과 현황과약과 교육생 소집에 협력하였다. 아르시존 보건국과 아셀라병원은 교육강사 섭외를 위해 함께 논의하였다.

수행단계: 사업 초기에는 주민들의 피임 수용과 실천을 유도하기 위해 주민건강요원을 대상으로 2009년 5월 12일부터 7월 5일까지 가족계획 상담기법 기본교육 후 5월 사전조사 기간 동안 700명의 주민을 대상으로 일대일 가족계획 상담훈련 실무교육(OJT)을 실시하였다. 1차 보수교육은 2009년 11월 7일 헤토사보레다 주민건강요원 43명을 대상으로 하였고 2010년 9월 20일 헤토사보레다 HEW 43명을 대상으로 2차 보수교육을 제공하였다. 강사는 사업팀 현지 보건인력 4인이 담당하였으며, 센터기반으로 상담기법과 대화기법, 환자이송체계에 대해 교육하였다. 2010년 11월 6일 주민

건강요원과 산파들을 대상으로 안전한 분만에 대한 기본지식과 안전분만키트에 대한 인식과 사용방법을 교육하였다.

평가단계: 실무교육은 2009년 12월부터 3월까지 케벨레 기반 아웃리치를 통해 상담 기법과 주민교육 기술에 대한 OJT를 실시하였고, 사업팀과 보레다 보건과장이 모니터링 하였다. 2010년까지 사업수행평가 결과 주민건강요원의 가족계획 상담기술 향상에 초점을 두고 지속적인 교육을 실시하였으나, 이들의 역량은 충분히 향상되지 못한 것으로 파악되었다. 이것은 주민건강요원들의 과중한 업무와 낮은 보수에 따른 동기부족, 젊은 미혼여성인 주민건강요원에 대한 지역사회의 신뢰감 부족 및 이에 따른 의욕저하 등이 복합적 요인으로 작용하여 교육의 효과가 제한적인 것으로 평가되었다.

결과: 2010년 평가결과 주민건강요원의 지속적인 역량강화 및 장기피임법 임플라논의 삽입기술에 대한 교육의 필요성이 대두되고 에티오피아 보건정책상 보건의료인력으로 제한하던 임플라논 삽입기술을 주민건강요원이 수행할 수 있도록 교육의 기회를 확대하고 있는 것으로 확인됨에 따라 2011년도에는 주민건강요원을 대상으로 교육 참여기회를 확대하였다. 2011년도 주민건강요원 교육전략의 변화는 가족계획 중심에서 전반적 업무능력 향상을 위한 교육기회의 확대와 다양성을 특징으로 하였다. 이러한 현업교육의 기회확대를 통해 업무수행역량이 향상되고 자신감이 증가되는 것으로 평가되었다. 또한, 보건지소 업무환경개선을 위해 보레다 보건과와 보건소는 업무지원체계를 구축하고, 정기적인 현장 업무실사를 통해 문제점을 확인하고 환류하여 주민건강요원의 현업교육을 강화하였다.

다음은 주민건강요원의 장기피임(임플라논) 심화과정 교육을 단계별로 분석하였다.

기획단계: 주민건강요원 임플라논 삽입기술 심화과정 교육은 오로미아 보건청을 통해 정책적 허용성과 교육훈련에 대한 기준을 확인한 뒤 아르시존 보건국, 헤토사 보레다 보건과와 논의를 통해 진행하였으며, IFHP에 교육훈련 관련 자문을 구했다. 오로미아 보건청에서 교육교재를 지원하였고, 아르시존 보건국과 함께 센터 기반 교육으로 공동운영하였다. 헤토사보레다와의 협력을 통해 교육대상자와 임상실습 강사 선발, 실습 일정조정 및 지역사회 홍보가 이루어질 수 있도록 협력하였다. 교육대상자는 23개 케벨레 당 2명의 HEW 46명 중 우선적으로 1명을 교육하기로 결정하고, 보레다 보건과와 관할지역 보건소가 선발을 담당하였다.

수행단계: 2011년 8월 16일부터 20일까지 5일 과정으로 진행되었다. 이론교육 주강사는 아르시존 보건국 인력이 담당하고 센터 사업팀 인력 1명은 부강사로 참여하

였다. 실습 지도강사는 헤토사보레다 보건의료인력 중 교육을 통해 역량이 강화된 우수인력을 선발하여 임상실습 지도와 아웃리치 운영관리의 역할을 부여하였다. 1일 이론교육과 1일 모형실습, 3일 간의 임상실습으로 총 5일 교육이 구성되었다. 실습교육은 아웃리치와 연계하였으며, 교육생 1인당 5명의 클라이언트를 대상으로 실습하여야 교육을 수료할 수 있었으나 교육 종료 시 11명이 수료할 수 없어 추가 임상실습 계획 하에 9월까지 총 21명 모두 수료하였다.

평가단계: 교육생들의 교육 전·후 지식변화 평가와 교육만족도 평가와 교육 진행에 대한 과정평가가 이루어졌다. 교육 전·후 지식변화는 13.3에서 15.4점으로 향상되었다. 교육에 대한 만족도 평가는 5점 척도 평가결과 4.22점으로 대단히 만족 또는 만족으로 나타났다. 교육 대상자들의 임플라는 삽입에 대한 자신감은 여전히 부족한 것으로 평가결과 나타났으며, 이에 대한 지속적인 실무교육의 필요성과, 나머지 주민건강요원에 대한 교육 기회제공, 임플라는 제거교육에 대한 요구 등이 확인되었다. 또한, 업무 현장에서 서비스제공이 가능하도록 임플라는 삽입을 위한 충분한 물품공급의 필요성과 영어로 된 교육 매뉴얼의 현지어 번역의 필요성이 제기되었고, 교육 후 모니터링과 지속적 평가를 위한 리뷰미팅(review meeting, 분기평가회)이 제안되었다.

참여의 문제점: 사회경제적 구조요인으로 2명의 주민건강요원 중 1명만 교육대상자로 정함으로써 소외된 동료 주민건강요원의 협조가 이루어지지 않아 실습을 위한 클라이언트 확보 및 아웃리치 조정이 어려웠다. 또한, 주민건강요원들의 낮은 영어능력으로 매뉴얼 활용저하, 실습강사들의 운영관리 역량부족, 사회문화적 요인으로 무슬림 라마단 기간의 금식에 따른 체력과 의욕저하도 하나의 문제로 지적되어 교육일정 조정 시 고려해야 할 사항으로 대두되었다.

활용된 추진전략: 지도자의 리더십과 계몽활동, 외부의 지원, 조직간 네트워크 활용이었다. 공중보건훈련센터 인력과 보건소, 보레다 담당자의 협력을 통해 소외된 1명의 주민건강요원을 설득하고 차기 교육을 최대한 빠른 시일 내에 계획하여 교육훈련에서 소외되지 않도록 할 것을 이해시키고 협조를 유도하였다. 교육생들의 수료를 위해 보건소와 센터, 보건지소가 클라이언트 확보 방안을 함께 모색하였다. 실습강사 역량부족은 일일 모니터링을 통해 결과를 공유하고, 사업팀과 보레다 보건과에서 적극 개입하였다. 영어 매뉴얼은 국가교육에서 사용하는 것으로 현지어 번역에 어려움이 있어 강사들의 교육도구인 PPT는 현지어로 제작하여 활용하였다.

참여결과: 교육 종료 시 임상실습 기준을 통과하지 못하여 미 수료한 주민건강요원 11명은 센터와 보건소, 보레다가 협력하여 클라이언트를 확보하도록 지원하고 지

속적인 모니터링을 통해 최종적으로 모두 수료할 수 있었다. 주체별 참여수준 분석 결과 아르시존 보건국과 보레다 보건과가 함께 기획과 수행, 평가에 협력과 동반 수준으로 참여하였고, 보건소는 수행과 평가에서 협력수준으로, 보건의료인력은 대체적으로 수행과 평가 과정에서 협력 수준으로 참여하였다. 이것은 교육을 통해 역량강화 된 보건의료인력이 강사로서 활용됨으로써 'learning by teaching'을 통해 스스로 배워가는 역할 기여를 하고 있는 긍정적인 결과로 평가되었다.

제한점: 교육의 대상인 주민건강요원들이 평가단계에서는 교육 종료시점에서 교육과정평가와 토론(discussion)을 통해 의견을 개진하는 소극적인 참여와 TOT들은 수행과정에만 협조와 협력의 수준으로 참여하였을 뿐 기획과 평가에서는 배제되어 있었다.

(나) 주민보건지도자(TOT) 교육훈련

지역사회의 지식과 정보전달의 유용한 매체로써 역할기대가 타당성 조사 결과 확인되어 주민보건지도자들이 모자보건·생식보건·가족계획에 대해 이해하고, 이를 바탕으로 그들 주변의 지역주민들에게 효과적 방법의 교육과 상담을 제공함으로써 지역사회 전체에 걸친 가족계획 인식과 피임실천율을 증가시키기 위해 실시되었다.

기획단계: 헤토사보레다 보건과 뿐만 아니라 행정부와의 논의를 통해 주민보건지도자의 교육 필요성과 목적을 설명하고 협의를 통해 진행하였다. 교육대상자는 25개 계벨레별 남성 2명, 여성 2명, 청소년 2명(남1, 여1)으로 구성하고 대상자 선발을 위한 선정기준을 결정하였다. 교육 수준에 대한 기준은 읽고 쓰기가 가능한 사람으로 하였으며, 이는 교육을 통해 획득한 정보를 지역사회에 전달할 수 있어야 하기 때문이었다. 헤토사보레다 행정부에서 계벨레 리더를 수신인으로 한 공문과 선정기준 현지어본이 별첨되어 HEW를 통해 전달되었고, 대상자 선발 후 계벨레 공문을 통해 보레다로 보고토록 하였다. 총 150명 계획 대비 138명이 대상자로 선발 보고되었다.

수행단계: 2010년 6월부터 8월까지 남성 50명, 여성 43명, 청소년 45명을 대상으로 2일 간의 교육을 실시하였다. 각 그룹을 2팀으로 나누어 총 6회 12일 간 진행하였고 2010년 10월과 12월에 보수교육이 실시되었다, 교육 후 주민보건지도자들은 주민건강요원과 긴밀한 협조관계를 유지하며 가족계획에 대한 지역사회 홍보와 가정방문 상담 역할을 수행하였다. 2011년도에는 1차례의 본 교육과 2차례의 보수교육이 실시

되었다. 센터 보건의료인력들이 강사로 참여하였고 센터 기반으로 실시되었다. 2010년 8월에 진행된 청소년 주민보건지도자 교육의 경우 한국의 보건전문가와 연계하여 센터 보건의료인력 4인을 대상으로 또래집단 교육(Big brother) 방법에 대한 선행교육으로 강사로서의 TOT 교육을 먼저 제공하고, 청소년 주민보건지도자 교육훈련 시 보조강사로 참여하여 OJT를 실시하였다.

교육평가: 교육 전·후 지식변화 평가와 교육 과정 평가가 이루어졌다. 교육 후 주민보건지도자들의 활동현황 평가 및 모니터링을 통해 1차 교육을 이수한 138명 중 활동이 부진하거나, 지역을 이주한 대상자 파악결과 총 77명(남 29명, 여 28명, 청소년 20명)만이 활동을 하는 것으로 확인되었다. 그러나 TOT의 활동에 대한 필요성 및 중요성을 HEW, 보건소 및 보레다 단위에서 모두 제시하여 위원회를 중심으로 추가 선발에 대한 논의를 통해 각 깨벨레에서 총 60명(남 19명, 여 16명, 청소년 18명)을 다시 선발하였다.

참여의 문제점: 주민들의 참여역량 부족, 의존과 방관자적 성향과 무력감, 금전적 보상요구, 사업필요성에 대한 주민들의 인식부족, 제도적 장치 부재가 주요 장애요소였다. TOT 선정기준을 정하고 보레다 행정부의 협력을 얻어 깨벨레 리더와 주민건강요원이 중심이 되어 대상자를 선발토록 하였으나, 측근을 선발하거나, 깨벨레 리더와 논의하지 않고 주민건강요원이 자신의 재량으로 선정하여 보내거나, 읽고 쓰지 못하는 대상자가 다수 포함되어 있어 교육 진행 뿐 아니라 업무수행에 차질이 발생하였다. 교육 후 활동에 대한 평가에서는 소극적인 활동과 깨벨레 리더나 주민건강요원과의 네트워크와 의사소통 채널 부재, 이들을 관리감독할 수 있는 지역사회 내 모니터링 시스템 부재, 청소년의 경우 졸업 후 결혼이나 직업으로 인한 이동 등으로 탈락자 발생, 주민보건지도자로 교육을 받았으나 지역사회의 사회문화적 특수성으로 나이가 어리거나 여성의 경우 의견 개진의 어려움 및 자신감 결여로 인해 마을단위 모임 등에서도 그룹교육을 수행하지 못하는 등 문제점들이 확인되었다. 또한, TOT의 역할과 기능에 대한 인식부족도 하나의 장애요소였다.

활용된 촉진전략: 교육 진행 시 깨벨레 리더, 주민건강요원, 보레다 행정부처장, 보건과 책임자, 보건소장 등이 참여하여 이들의 고충을 듣고 함께 해결방안을 논의하였다. 아웃리치를 통한 OJT를 위해 지역사회 홍보 및 방문 상담이라는 명확한 역할부여와 활동 결과에 따른 적절한 보상기제를 적용하였다. 아웃리치 활동 결과 평가를 통해 사전등록된 클라이언트의 실제 서비스 실천 수에 따라 수당을 차등 지급하는 인센티브 차등제를 적용하였다. 역량강화를 위해 참여를 통한 교육훈련의 기회

확대로 업무 수행능력이 향상될 수 있도록 하였다. 제도적 장치 미비의 문제는 해결할 수 없는 사업 외적환경요인이었다.

참여결과: TOT는 국가보건의료체계의 통제와 관리를 받는 것이 아니라 정치와 행정체계의 관리체계에 놓이는 지역사회 지도자로 분류되어 행정부의 참여와 권한이 증가되었다. 행정부와 깨벨레 리더는 기획과 선발, 평가단계에서 협력과 동반 수준으로 참여하였고, 보레다 보건과는 협력 수준으로, 주민건강요원은 선발과정에 관여함으로써 협력과 동반 수준으로 기획과 평가에 참여하였다.

제한점: TOT 교육과 활동기여도에 대한 평가가 이루어지지 못하였다. 교육을 진행함에 있어서도 기본적인 교육수준이 낮아 지식전달이 어려웠고, 이후 활동과정에 대한 모니터링 체계도 구축되지 못하였다. 주민건강요원과 깨벨레 리더를 중심으로 구축되어야 하는 의사소통과 모니터링 채널은 작동하지 않아 평가회의나 보수교육 시 TOT를 통해 깨벨레 리더의 관심부족과 관리미흡 문제가 지속적으로 제기되었다. 활동 결과가 좋은 일부 TOT의 경우 지역사회 안내자, 촉진자, 리더로서 역할을 하는 경우도 있었지만 에티오피아 농촌지역의 사회·문화적 정서상 정치적 파워가 있는 남성 리더가 아닌 경우에는 영향력도 미비할 뿐더러 발언의 기회 확보도 어려운 것으로 확인되었다. 결국 1년 여가 지난 상태에서 TOT에 대한 종합적인 평가를 거쳐 138명 중 77명을 제외하고 전원 새로운 인력으로 선발·교체하고, 재교육을 실시하였다.

(다) 지역사회 리더그룹 교육

지역사회 리더그룹 교육은 종교지도자, 행정공무원, 여성·청소년, 학교 교사, 존(zone) 및 가레 리더 등 지역사회에서 영향력 있는 리더들의 가족계획 인식변화 및 지역사회 활성화를 촉진시키기 위해 실시하였다.

교육계획: 1차 종교지도자 교육 목적은 지역주민들을 대상으로 가족계획에 대한 인식변화를 유도하기에 앞서 지역사회 영향력이 큰 종교지도자들의 인식변화를 도모하고, 가족계획에 대한 의식파악과 사업에 대한 홍보를 위해 계획되었다. 2차 리더그룹 교육 목적은 2년 간의 사업 결과를 공유하고 향후 지속될 사업 계획에 대한 정보공유를 포함하였다. 3차 교육은 타 기관과의 파트너십을 통해 가족계획을 홍보하고 협력관계를 유지하기 위한 목적이 주였다. 1차 종교지도자 교육계획은 헤토사보레다 행정부와 협력의 협력을 통해 이루어졌다. 대상자 선정에 대해 논의하고 최종적으로 25개

계벨레 당 각 5명을 기준으로 125명을 계획하였다. 보레다 행정부에서 공문을 통해 계벨레 리더에게 알리고, 각 계벨레 리더와 HEW가 마을단위에서 논의하여 선발하고 결과를 센터로 통보토록 하였다. 2010년 12월 2차 지도자그룹 교육은 대상자를 종교지도자, 학교 교사, 보레다 32개 행정부처공무원, 청년회·여성회, 마을지도자, 보건행정직원 등으로 다양하게 확대하였다. 교육의 목적을 알리고 대상자 선정, 교육 일정, 교육 장소, 전략 수립을 위해 보레다 행정부, 교육과, 여성과, 보건과와 함께 논의하였다. 행정부는 공무원, 마을지도자, 청년회에 대한 부분을 결정하였으며, 교사는 교육과에서, 여성회 회원들은 여성과에서 의견을 개진하였다. 계벨레 리더는 종교지도자와 마을단위 리더를 선발하는 과정에 개입하였다.

수행단계: 2010년 5월 31일 헤토사보레다 종교지도자, HEW, 헤토사보레다 주요 행정부처장 등 180명 계획 대비 148(82.2%)명을 대상으로 사업에 대한 홍보와 가족계획 인식변화를 위해 1일 워크숍 형식으로 진행하였다. 종교지도자 총 105명(84%)이 참가하였고, 이슬람교, 정교 지도자 모두 영구 피임에 의한 단산과 유산에는 찬성하지 않으나 터울조절을 위한 가족계획에는 반대하지 않는다고 피력하였다. 2차 지도자 교육은 2010년 12월 16일부터 29일까지 본 사업의 종료시점에서 사업결과를 공유하고 가족계획에 대한 지역사회 참여활성화를 위해 종교지도자(146명/계획대비 195%), 헤토사 공무원(403명/81%), 헤토사지역 학교 교사(619명/98%), 청년협회 대표(310명/89%), 여성협회 대표(591명/95%), 존 및 가레 단위 대표(536명/ 79%), 보건소 행정 직원(23명/56%), 적십자 자원봉사자(53명/100%)가 대상이었다. 2차 지도자 교육의 특징은 헤토사 32개 부처(sector) 공무원과 에티오피아 최소 행정단위인 계벨레 이하 존과 최소 마을단위인 가레 대표들까지 교육대상자로 포함하였다는 것이었다.

평가단계: 교육 전·후 별도의 지식변화를 측정하거나 교육과정에 대한 만족도 평가가 이루어지지 못하는 못하였으며, 교육 후 참가자들의 토의를 통해 교육 효과에 대한 간접적인 평가가 이루어졌고 퀴즈를 통해 교육내용의 중요한 메시지 인지도를 재확인하였다. 부작용에 대한 여러 가지 질의가 많은 부분을 차지하였고, 가족계획에 대한 정보획득의 장벽이 여전히, 지역사회 의사소통 채널이 부족함을 확인하였다.

참여의 문제점: 보건의료인들의 교육에 대한 냉담한 태도는 참여율 저조(56%)로 나타났다. 주말교육으로 진행되었다는 점도 보건의료인력들의 참여를 이끌어 내는데 하나의 장애요인으로 작용하였다. 참여에 대한 보상기대는 전반적인 장애요인이었다. 다수의 대상자 선발과 소집, 효율적인 교육운영관리의 어려움도 확인되었다.

활용된 촉진전략: 지도자의 리더십, 조직간 네트워크, 적절한 보상기제, 교육훈련 기회확대 등이 중요한 촉진전략으로 활용되었다. 또한, 보레다 행정부장(군수)의 사업에 대한 이해와 전폭적 지지는 중요한 요소로 작용하였다. 이것이 가능할 수 있었던 요인은 사업과의 신뢰구축으로, 사업의 시작단계부터 자문위원회 활동을 해왔으며, 사업의 진행과정을 함께 논의하고 공유하면서 이러한 신뢰구축의 기반이 마련된 것으로 평가된다. 조직간 네트워크는 각 부처별 담당이 결정되고 통신 인프라가 부족한 지역적 특성을 극복하고 대상자가 소집되어 교육이 진행될 수 있는 기반을 확보해 주었다. 또한, 교육훈련의 기회가 많지 않은 대상자들에게는 교육기회를 획득할 수 있는 것 자체가 참여를 동기화시킬 수 있는 요소로 작용하였다.

참여결과: 기획단계에서는 보레다 행정부, 교육과, 여성과, 학교, 보건과 등의 지역 사회 기관들이 동반 수준으로 참여하였고, 깨벨레 리더는 일정부분 협조하였다. 지역 사회주민들은 동원 수준으로 참여하였고 보건의료인력들은 일정부분 의견을 제시하는 정도의 협력 수준이었으며, 지역사회기반조직인 문화팀은 교육도구로써의 연극공연을 위해 협조하였다. 수행단계에서는 전체그룹이 교육대상자로 동원되었고, 문화팀은 연극공연을 통한 협력 수준의 참여가 이루어졌다. 평가단계에서는 공통적으로 교육 후 토의시간을 거쳐 의견을 개진하는 협조 수준이었다.

제한점: 대중을 상대로 1일 교육으로 운영된 교육의 효과를 측정해 볼 수 있는 대안을 찾지 못하였다. 교육 전·후 지식변화 평가방법을 적용할 수도 없었을 뿐 아니라 교육의 효과에 대한 평가가 이루어지지 않았다. 또한, 금전적 보상이 제공되지 않는 교육을 논의하였으나 부응하지 못했으며, 출장비가 모든 참가자들에게 지급되어야 했다는 것이 제한점으로, 예산확보가 어려운 경우 이러한 대대적인 교육실행은 불가능할 수 있기 때문이다.

청소년 리더그룹 교육은 지역사회 청소년들의 안전한 성행동에 대한 태도, 실천을 높이기 위해 실시되었다. 특히 청소년들의 경우 또래집단(peer education) 영향력이 큰 집단으로 또래집단 리더 교육이 중요한 것으로 파악되어 교육이 실시되었다.

계획단계: 보레다 행정부, 보레다 교육과, 학교의 협조를 통해 진행되었다. 해당학교 교장 및 담당교사와 교육일정과 대상자를 결정하였다. 청소년 또래집단 지도자 교육일정 결정과 대상자 선발은 학교에서 담당하였고, 교육 시 중요한 주의사항(콘돔의 직접 관찰금지), 협조사항 등을 학교로부터 요청받고 교육 진행 시 참고하였다. 청소년 TOT 교육을 받은 2명을 보조강사로 활용하기 위해 선발을 위한 TOT 역량

평가 및 활동 결과 평가는 주민건강요원과 논의를 통해 결정하였다. 2011년 고등학교 학생대상 교육은 보레다 교육과의 승인을 득한 후 학교와 논의하였다. 교장과 교사들이 교육계획을 교내 공지하고 9-12학년을 대상으로 신청자를 받은 후 대상자를 선발·등록하여 공문으로 센터에 제출하였다.

교육수행: 1차 학생 또래집단 지도자 교육은 1개 초등학교 8학년 여학생 28명을 대상으로 4일간의 기본교육과 1일간의 보수교육이 진행되었다. 교육 내용 및 방법은 청소년 리더의 중요성, 자존감, HIV/AIDS 예방지식, 의사소통 기술, 또래 교육방법 등에 대하여 강의, 그룹 활동, 게임, 상황극을 통해 진행되었다. 교육 강사는 우리나라에서 파견된 보건전문가와 보조강사 2인으로 진행되었다. 2차 학생 또래집단 지도자 교육은 2011년 7월 고등학교 남녀 학생 442명을 대상으로 10일에 걸쳐 10개 그룹으로 나뉘어 진행하였다. 센터기반으로 주말 1일 교육으로 진행되었으며, 교육 강사는 센터 보건인력 3인과 헤토사 보레다 훈련받은 보건의료인력 2인이 참여하였다. 센터 행정인력들이 교육생 등록 및 운영을 지원하였다.

평가단계: 교육 전·후 지식변화 평가를 통해 교육효과를 평가하였다. 전체 그룹 평균 교육 전 3.7에서 후 4.5로 지식이 향상된 것으로 평가되었다. 과정평가는 운영진이었던 사업팀 인력들이 실시하였다. 교육 결과는 500명 계획대비 442명으로 88.4%의 달성률을 보였고, 교육 등록 대상자 확인이 가장 큰 어려움으로 보고되었다. 사전에 등록된 교육대상자를 확인하는 과정의 어려움과, 이중수강 등의 행태가 드물게 확인되었고, 시간 미 엄수, 교육 수당에 대한 요구 등 태도의 문제가 제기되었고, 1일 교육 일정의 부족이 지적되었다. 교육 결과보고서는 참가자 명단과 함께 보레다 교육부를 통해 학교로 전달되었다.

참여의 문제점: 금전적 보상기대와 불평등의 문제가 발생하였다. 총 2천 5백여 명의 학생 중 대상자의 수를 500명으로 제한함으로써 요구가 있어도 기회를 획득하지 못하는 경우가 발생하고, 이는 미등록 학생의 눈속임을 통한 참여 시도와 센터를 방문하여 대상자 제한에 대한 공개적인 항의 등의 형태로 나타났다. 또한, 시골 고등학교들에게 주어지는 교통비 명목의 출장비(50비르, 한화 약 3,000원)는 학생들을 교육에 대한 목적보다 더 큰 유혹으로 작용할 수도 있다는 현지 인력들의 지적이었다.

활용된 촉진전략: 이러한 문제점을 해결하기 위해 활용된 전략은 리더십, 적절한 보상기제, 교육기회 확대 등 이었다. 센터 사업인력 중 지역사회 인지도가 있는 행정인력이 대상자를 면담하고 설득을 통해 이해시키고 상황을 조정함으로써 교육운영이 순조롭게 진행될 수 있도록 리더십을 발휘하였다. 또한, 미등록 대상자 중 면담결과

교통비를 수령하지 않고도 교육을 받고자 하는 장거리 참여 학생의 경우는 사업팀 회의를 통해 교육을 받을 수 있는 기회를 부여하였다. 주민보건지도자(TOT)교육을 받은 2명은 보조강사로서의 역할수행으로 역량을 확장시켰고, 참여를 통한 성취도와 만족감은 보상기제로 작용하여 이후에도 여러 가지 사업 활동에 적극 참여하게 되는 계기가 되었다.

참여결과: 기획단계에서 학교와 보레다 교육과는 동반 수준으로, 지역사회 주민인 학생들은 동원 수준과 자발적인 교육신청을 통해 협조 수준으로 참여하였으며, 2명의 TOT는 협조 수준으로 참여하였다. 수행단계에서 학생들은 동원 수준이었고, TOT는 협력 수준으로 참여하였다. 교육평가에는 모두 적극적인 의견을 피력하는 협조 수준이었다. 학생교육 결과 평가를 통해 청소년들의 가족계획 지식정도를 간접적으로 평가해 볼 수 있었고, 이들의 높은 교육요구는 이후 년도의 사업내용으로 포함되어 지속적으로 확장되었다.

제한점: 교육시간에 대한 부족으로 1일 교육효과의 적절성과 교육 후 또래집단과의 정보공유 유무에 대한 모니터링이 이루어지지 못하였다.

고등학교에서는 HIV/AIDS 학생클럽이 운영되고 있으며, 생물교사가 클럽활동 지도와 생식보건 및 기초 보건교육을 담당하는 것으로 확인되었다. 그러나 교육은 정규화 되어 있지 않으며, 교사들을 대상으로 하는 별도의 교육프로그램은 없었다. 이러한 환경에서 학교중심 청소년대상 가족계획 홍보 및 교육의 필요성이 크게 대두되었고, 이를 운영할 교사대상 TOT 교육의 중요성이 제기되어 실시하였다.

계획단계: 헤토사보레다 교육과 및 3개 학교와 함께 논의하여 교육 대상자와 일정을 조정하였고 강사 조정을 위해 아다마 의대와 협력하였다. 교육부를 통해서 교육 대상자 및 일정 안내공문이 학교로 발송되었다. 총 11명의 교사가 선정되었다.

수행단계: 2011년 7월 6일부터 8일까지 3일의 일정으로 진행되었다. 센터 기반 이론교육 중심으로 구성되었으며, 아다마 의대에서 외부강사를 초빙하고 센터 보건인력 3인이 공동운영하였다. 교육과 질의응답, 토론 등의 방식으로 진행되었다.

평가단계: 교육 전·후 지식변화 평가로 사전조사 12.4에서 사후조사 14로 향상되었다. 교육 종료시점 평가를 위해 보레다 교육과장 및 각 학교의 교장을 함께 초청하여 학교 생식보건교육 문제점과 향후 협력방안을 논의하였다. 또한, 교육받은 교사들의 학교 내 활동 모니터링과 생식보건교육이 정규과목으로 배정될 수 있는 방법에 대한 논의도 이루어졌으나 현실적으로 정규화는 어려운 것으로 나타났다. 교사들이

생식보건교육에 활용할 교구가 없음을 확인하고, 교재였던 PPT를 CD와 인쇄물로 제작하여 배포하였다. 제안사항으로 학교 기반 생식보건 교육을 위한 지속적인 지원 요구와 추가 인센티브(가방 등)에 대한 요구가 있었다.

참여의 문제점: 교사들이 학기 중에는 교육 참가가 불가능하여 제한된 방학 기간만을 이용해야 한다는 점과 인센티브에 대한 기대심리는 타 NGO와의 비교형태로 나타났다. 생물교사들이 실제 학교에서 생식보건 교육활동을 할 수 있는 시간적, 물리적(교구 부재) 여건이 조성되어 있지 못하다는 점이 참여환경의 문제로 나타났다.

활용된 촉진전략: 외부로부터의 지속적인 관심과 지원, 조직 간 네트워크와 사회적 관계, 실질적으로 필요한 교육기회 확대였다. 교사들이 3개 학교에서 참여하여, 상호 경쟁적이면서 협력적인 관계로 교육 참여가 촉진되었고, 시간 엄수 등에 대한 자체 규정에 대한 협조가 쉽게 이루어졌다. 또한, 생식보건에 대한 교육 요구도가 높았던 상황에서 제공된 시의적절한 교육이었다. 학교 교육을 진행하기 위한 참여환경 조성을 위해 교재 및 교구를 지원하였다.

참여결과: 보레다 교육과 및 학교는 기획단계에서 동반자적 수준으로 참여하였고, 평가단계에서는 협조의 정도로 참여하였다. 교사들은 수행과 평가에 동원과 협조의 수준으로 참여하였다. 지역사회기반조직인 아다마 의대(강사)는 기획과 수행단계에서 협조와 동반의 수준으로 참여하였으나 평가단계에는 참여하지 못하였다.

제한점: 2011년 사업 종료로 교육된 교사들의 활동 결과를 평가할 수 없었고, 생식보건 교육을 정규과목화 할 수 있는 제도적·환경적 여건 마련이 어려웠다.

시사점: 종교지도자, 행정공무원그룹, 학교 교사 등 다양한 지역사회 영향력 있는 지도자를 개발하고 교육기회를 제공함으로써 사업에 대한 이해와 지도자들의 역할에 대한 중요성을 인식하도록 해야 한다. 이를 통해 지도자들이 지역사회 주민들에게 긍정적인 영향을 미칠 뿐 아니라 지역사회 촉진자이자 안내자의 역할을 수행할 수 있도록 고려하여야 한다. 교육에서 간과하지 말아야 할 것은 사업의 진행경과와 결과 및 향후 진행될 사업계획을 공유하여 지도자그룹이 사업에 대한 흐름을 총괄적으로 이해할 수 있도록 해야 한다.

표 7. 교육훈련프로그램 참여주체별 참여수준

		교육훈련프로그램																		
		보건의료인력									주민건강요원 (HEW)			주민보건지도자 (TOT)			지역사회지도자그룹			
참여주체	활동영역	기초교육 & 보수교육			심화교육			실무교육(OJT)			심화교육			가족계획교육			교육 홍보			
		계획	수행	평가	계획	수행	평가	계획	수행	평가	계획	수행	평가	계획	수행	평가	계획	수행	평가	
	오로미아보건청											협력								
	아르시존보건국	동반	협조	협조	협력	협조	협력	협력	협조	협력	동반	동반	협력							
정부 기관 단위	보레다 행정부							협조: 초기 아웃 리치	협조: 초기 아웃 리치	동원	협조		동원	동반	협조	협력-동반		주도: 리더 그룹 교육, 동반: 청소 년, 교사 교육	동원	협조: 교사 교육, 협력: 리더 그룹 교육
	보레다 보건과	협력	협조	동반	협력	동반	동반	동반	동반	동반	동반	협력: 아웃 리치, 동반: 교육 관리	협력-동반	협력	협조	협력		주도: 리더 그룹 교육	동원	협조

표 7. 계속

		교육훈련프로그램																	
		보건의료인력									주민건강요원 (HEW)			주민보건지도자 (TOT)			지역사회지도자그룹		
참여주체	활동영역	기초교육 & 보수교육			심화교육			실무교육(OJT)			심화교육			가족계획교육			교육 홍보		
		계획	수행	평가	계획	수행	평가	계획	수행	평가	계획	수행	평가	계획	수행	평가	계획	수행	평가
	보건소	협조	동원-협조	협조	협력	협력	협력	협조-협력-동반-주도	협조-동반-주도	협력-동반-주도	협조	협력: 미이수자 실습 지원	협력		협력: 업무 평가				동원
일차 보건 의료 단위	보건의료인력	동원	동원-협조	협조	협력	협조, 협력: 강사	협조	동원	협력	협조-협력-동반		협조-협력: 미이수자 지원, 동반: 강사	협력: 강사						동원
	주민건강요원 (HEW)				동원	협력: 실습		협조-협력	협력-동반	동원-협력-동반	동원	동원: 교육, 협력: 실습 조정	협조-협력	동반: 선발		협력: 업무 평가			
위원	보건서비스관리 위원회(HSMC)					협력		동반	동반	협력-동반	협력	동원	협력	협조					

표 7. 계속

		교육훈련프로그램																	
		보건의료인력						주민건강요원 (HEW)						주민보건지도자 (TOT)			지역사회지도자그룹		
활동영역		기초교육 & 보수교육			심화교육			실무교육(OJT)			심화교육			가족계획교육			가족계획 교육·홍보		
		계획	수행	평가	계획	수행	평가	계획	수행	평가	계획	수행	평가	계획	수행	평가	계획	수행	평가
참여주체	실행위원회 (ZAC)				협력														
	자문위원회(AC)				협조									협조	협력				
지역사회 기반 조직	파트너 NGOs	협력: IFHP			협력: IFHP					협력: 간헐적			협력: IFHP			협력: 매뉴얼			
	CBOs				협력: 아셀라 병원, 주도: FGAE	협력: FGAE	협력: FGAE	협력: 공연 기획	협력: 문화 공연 팀									동반: 학교, 협조: 아다 마 의대	동반: 아다 협조: 학교
지역 주민 단위	주민보건지도자 (TOT)								협조	동원-협력			협조: 실습, 협력			협력: 상대 평가	협조: 청소 년강사	협력: 청소 년 강사	협조: 청소 년 강사
	지역 리더그룹								협조									동원: 교사	협조: 교사
	계벨레 리더								협조	동원-협력					협력: 선발		협조	동원	협조
	지역일반주민				협조				동원-협조				협조					동원	협조

3) 지역사회참여 활성화

지역사회참여를 활성화시키기 위한 전략으로 지역사회조직화, 인식개선 교육홍보, 지역개발 및 소득창출활동, 파트너십, 홍보 활동을 활용하였다.

(가) 지역사회 조직화: 각종 위원회 조직

지역사회 공무원과 주민대표들로 구성된 지역위원회를 활성화함으로써 지역사회의 자발적 참여 계기를 마련하였다. 사업대상지역의 관련 정부기관, 민관기관의 협조를 요청하고 지방공무원, 지역주민 등의 적극적인 참여를 유도하여 효율적인 사업 수행을 위해 위원회가 구성되었다. 각 위원회의 참가인원 및 구성은 그 역할과 기능에 따라 다소 유동적으로 이루어졌다.

표 8. 위원회 운영현황(2010-2011년)

위원회 종류	조직 목적 및 구성	횟수	인원
사업기반구축 단계			
운영위원회	- 사업진행을 위한 주요 이슈 논의 - 보건국 공무원과 관련 전문가들	6	143
지역위원회	- 주민대표	3	
집행위원회	- 운영위원 및 지역위원 중 핵심위원	3	18
사업활성화 단계			
실행위원회	- 아르신 수준에서 사업진행에 따른 제반사항 검토 및 논의 - 사업 기반구축 단계의 3개 위원회 통합	12	126
자문위원회	- 보레다 수준에서 훈련센터 운영관리 논의 - 헤토사보레다 주요 행정기관 실무자	11	74
보건서비스관리위원회	- 보건소와 훈련센터의 협력체계 구축 - 헤토사 보건소 대표 및 보건국 관계자	15	152
주민위원회	- 지역사회 활성화 및 지역사회 주민의 자발적 참여 유도		
모델마을(남성)위원회	- 주민대표들로 구성	29	482
여성위원회		24	394
청소년위원회		24	394
주민교육센터주위원회	- 3개 지역의 주민교육센터 운영활성화 및 자발적 참여 유도 및 책임의식 강화	2	27
시부 소위원회		3	231
불차나 소위원회	- 주위원회: 보레다 행정부, 보건과, 보건소장, HEW 및 마을리더로 구성	4	30
보루 소위원회	- 소위원회: HEW, TOT, 교사로 구성	4	314
총계		140	2,385

사업기반구축단계인 2009년 2월 현지 사업관리자 2인이 파견되고 현지사무소를 설치하면서 본격적인 사업에 착수함과 동시에 각종 위원회를 조직하였다. 2월 24일 보건국 공무원 및 전문가 12명으로 구성된 운영위원회(zonal committee), 주민대표 7명으로 구성된 지역위원회(local committee)가 조직되고, 2009년 3월 12일 운영위원 및 지역위원 중 핵심위원들 9명으로 구성된 집행위원회(active committee)를 조직하여 정기적인 회의를 통해 사업에 대한 구체적인 전략을 논의하였다. 월 1회 정기회의를 통하여 사업진행관련 주요 사항들을 논의하고 사업전략수립 및 방향설정 등 의사결정을 위한 핵심적 역할을 수행하였다. 2009년 말까지 사업기반 구축단계에서 집행위원회는 3회의 정기회의에 18명의 위원이 참가하였고, 운영위원회는 6회의 정기회의에 143명(2009년 8월 지역주민 포함 90명 참가)의 위원이 참가하였으며, 2009년 12월을 끝으로 2010년에 실행위원회로 통합되었다. 운영위원회는 사업대상지역의 범위에 대한 논의와 변경 등 주요사안을 논의하고 결정하였다. 지역위원회는 2009년 4월부터 5월까지 패널조사 실시를 위한 사전조사 활동에 투입되어 7명의 위원들이 3-4개 계별레를 담당하여 마을대표를 접촉하고 계별레별 가구원정보를 파악하였다. 그러나 정기적인 운영회의는 활성화되지 못하였으며, 2010년 사업기반구축단계에서 조직되었던 지역위원회는 사실상 해체되고, 주민참여집단을 다양화하여 여성, 남성, 청소년 위원회의 3개 주민위원회로 세분화시키고 활성화함으로써 지역주민들의 자발적인 참여계기를 마련하였다.

사업 활성화단계에서 사업기반구축을 위해 조직된 운영위원회, 지역위원회, 집행위원회를 통합하여 2010년 5월 하나의 실행위원회(zonal active committee)로 재구성하였다. 사업 진행에 따라 새로운 기능과 역할이 요구되는 위원회의 필요성이 대두되어 새로운 위원회들이 조직되어 운영되었다. 지방정부 공무원과 보건소 중심으로 구성되어 계획 및 평가, 자문 등에 간여하는 의사결정협의체로서의 기능을 담당하는 실행위원회, 자문위원회, 보건서비스관리위원회가 있으며, 지역사회주민들로 구성된 자조모임활동을 위한 여성위원회, 모델마을위원회, 청소년위원회, 마지막으로 지역사회 주민과 보건소가 함께 3개 주민교육센터의 운영관리 및 활성화를 위한 지역사회 단위조직인 주민교육센터 운영위원회가 있다.

(1) **실행위원회(zonal active committee)**: 2009년 3월 12일 조직되었던 집행위원회와 운영위원회가 통합되어 사업이 활성화 단계로 전환되던 2010년 5월에는 조남

보건국, 보레다보건과 및 센터 사업팀과의 논의를 거쳐 그 역할 및 기능에 따라 실행위원회로 통합되면서 KOICA 현지사무소, 오로미아 보건청, 조날 보건국, 보레다 행정부, 보레다 보건과, 아다마의대, 아셀라병원, 에티오피아 가족계획협회(FGAE), 3개 보건소, 이따야타운 지역사회 리더 등 총 11명으로 재구성되었다. 그 기능은 아르시존 수준에서 사업진행에 따른 제반사항을 검토하고 논의하는, 주요 의사결정협의체로서의 역할과 기능을 수행하였다. 공중보건훈련센터 활용방안을 구체화하고 아웃리치 및 보건의료인력 교육, 주민교육 방안을 구체화하는데 주요 역할을 수행하였다. 2010년도에는 월간 회의로 운영되었으며, 총 10회 회의에 106명의 위원이 참여하였고, 2011년에는 분기별 회의를 통해 사업 진행에 대한 결과 공유 및 자문을 수행하였다. 분기별 계획에도 불구하고 실질적으로는 6개월에 1회 회의가 진행되었으며, 총 2회 회의에 20명의 위원이 참가하여 총 12회 회의에 126명의 위원이 참여하였다.

(2) **자문위원회(advisory committee)**: 2010년 5월 26일 센터 운영방안 모색 및 내부규정(안)작성 등 센터의 운영관리를 위한 자문을 제공하고, 센터 운영관리와 관련한 주요 의사결정협의체로서의 역할과 기능을 위해 헤토사보레다 수준에서 주요 행정기관의 핵심 실무진으로 구성되었다. 조날보건국장, 보레다 행정부장(군수), 기술학교 교장, 재정과장, 교육과장, 농업과장, 안전과장, 행정(political)과장, 보건과장 및 센터 인력 2인 총 8명으로 구성되었다. 그러나 조날보건국장은 실행위원으로 참여하고 있어 자문위원으로서의 실질적인 참여보다는 필요시 자문을 하는 형태로 참여하였다. 위원회장은 보레다 행정부 장인 군수가 담당하였으며, 매월 정기적인 회의와 필요시 비정기적인 회의를 진행하였다. 2010년 5월부터 5회(26명 위원), 2011년 6회(48명 위원)의 회의를 운영하였다. 공중보건훈련센터의 기능강화와 운영자문을 위해 훈련센터 사용기준, 차량 이용기준, 센터 물품의 사용기준 등 센터 운영관리를 위한 규정을 수립함으로써 운영관리기준의 현실성과 유효성을 확보하였다. 또한, 3개 주민교육센터 운영관리 및 활성화 방안마련을 위한 활동과 3개 주민자조그룹 활동인 모델마을, 여성회 소득창출활동, 청년 벽돌제작 활동 등의 추진과정에 확인되는 문제점 개선 및 해결방안을 함께 모색하고 다양한 방면에서 자문을 하였다.

(3) **보건서비스관리위원회(health service management committee)**: 사업이 활성화되고, 보레다와의 협력을 통해 전개되고 있는 다양한 활동들에 대한 체계적인 모니터링과 평가의 필요성과, 서비스의 질적 향상을 도모할 필요성이 대두되기 시작

하면서 2010년 5월 18일 조직되었다. 센터와 보건소의 협력방안 모색과 가족계획 서비스의 질적 향상을 위한 공동 모니터링과 평가 기능과 역할을 수행하였다. 보레다 행정부장(군수)을 위원장으로 보레다 보건과장, 보레다보건과의 모자보건전문가, 주민건강요원감독관, 3개 보건소 모자보건담당 간호사 및 보건소장, 센터 인력 3인을 포함하여 총 10명으로 구성되었다. 그러나 보레다 행정부장은 명목상 위원장으로 중요한 사안이 발생하였을 경우에 대비하여 해결방안을 제시하거나 자문을 하였고, 실질적인 위원회 장은 보레다 보건과장이 담당하였다. 매월 정기적인 회의가 진행되었고, 중요한 활동이 수행된 경우 비정기적 회의가 진행되었다. 2010년 8회(79명), 2011년 7회(73명)의 회의가 실시되었다.

참여결과: 사업 활성화 단계의 주요 3대 위원회인 실행위원회, 자문위원회, 보건서비스관리위원회는 프로젝트의 과정을 모니터링하고 공중보건훈련센터의 운영에 대한 자문과 지역사회 요구기반 활동에 대한 논의와 자문을 적극적으로 수행하였으며, 가족계획서비스의 질적 향상 방안모색을 위해 사업팀과 협력하였다. 실행위원회와 자문위원회는 동반 수준으로, 보건서비스관리위원회는 주도 수준으로 그 역할을 수행하였다.

(4) 여성위원회(women association committee): 2010년 2월 4일 샤키샤라라 여성회원 27명으로 구성된 자조모임으로 소득창출 활동을 통해 여성의 사회참여율을 증가시키고 가족계획 사업의 홍보 및 인식변화를 위한 모델로 활용하기 위함이었다. 매월 자체적인 회의 진행과 필요시 비정기적인 회의를 진행하게 하였으며, 센터 인력과 PM은 자문 역할을 하였다. 2010년 15회(289명)와 2011년 14회(139명)의 회의가 개최되었다. 새롭게 구성된 위원회가 아니며, 기존의 조직을 개발하여 활성화시킨 예이다. 2014년 현재까지 자조적인 활동을 계속하고 있다.

(5) 모델마을위원회(model community committee, male committee): 30가구 단위로 구성된 최소단위 마을인 가레를 중심으로 2010년 2월 4일 구성된 자조모임으로, 지역사회 개발 및 소득창출 활동을 통한 지역개발을 목적으로 30명의 가구 대표들로 구성되었다. 매월 정기적인 자체 회의와 필요시 비정기적인 회의를 진행하였으며, 센터 인력과 PM은 자문 역할을 하였다. 이 위원회는 조직 당시 마을의 남성들 중심으로 구성되었으나 점차 여성들의 참여가 증가하면서 모델마을위원회로 성장하

였다. 사업팀과 함께 활동하고 참여를 통한 학습 기회가 증가되면서 점차 여성의 참여가 늘어났으며, 적극적인 활동 양상을 띠었다. 조직 당시 가래4 마을이 선택된 가장 큰 이유가 지역사회에서 가장 소외되고 낙후된, 100% 이슬람교를 가진 폐쇄적인 마을로 소개된 것에 비하면 크게 달라진 점으로 평가되었다. 2010년 15회(305명), 2011년 18회(260명)의 회의가 개최되었다. 2014년 현재까지 활동이 지속되고 있다.

(6) 청소년위원회(youth association committee): 2010년 2월 4일 태권도를 매개로 자생적으로 조직된 위원회로 22명의 태권도 팀원으로 구성되었고 매월 정기적인 회의와 필요시 비정기적인 회의를 기본으로 하였다. 회원의 수 변동은 지속적으로 있었으나 자체적인 활동 운영규칙과 관리 시스템을 가지고 운영되었다. 태권도를 통한 체력 단련을 통해 지역사회 활성화에 크게 기여하였다. 자조모임으로 조직되어 2014년 현재까지 운영되고 있다. 2010년 12회(231명), 2011년 12회(163명)의 회의가 개최되었다.

참여결과: 1차 년도에 운영되었던 지역위원회는 2010년 3개 지역주민 위원회로 세분화 되어 활성화되었다. 지역사회 주민들을 대상으로 가족계획사업을 홍보하고, 인식변화를 유도하는데 중요한 매개역할을 하였으며, 다양한 지역개발활동에 주도적으로 참여하여 지역사회를 활성화하는데 기여하였다. 3개 위원회 중 모델마을위원회와 여성위원회는 사업팀의 외부적인 자극에 의해 개발된 조직으로, 지속적인 개입과 관심에 의해 활성화된 지역사회 자조모임이었다. 지역사회개발 및 소득창출 활동을 통해 궁극적으로 보건향상에 기여할 수 있는 계기를 마련하고자 하였다. 청소년위원회는 사업팀의 외부적 자극에 의해 자생적으로 조직되었으나, 자체적으로 활성화된 자조모임이었고, 태권도에 대한 관심과 열망으로 활성화된 예로, 다양한 사업 활동에서 태권도 시범을 통해 지역사회 참여를 활성화 시키는 지원군으로서의 역할을 수행하였다. 3개 지역위원회는 운영과 관리의 주도권을 위원회에서 가지고 있는 자조적 모임으로 사업팀은 기술적 자문역할을 수행하였다.

(7) 주민교육센터 운영위원회: 주민교육센터의 운영책임은 2011년을 기점으로 헤토사보레다 보건과에 두고 주민교육센터가 속한 계벨레에서 직접 운영 하도록 하였다. 지역사회 주민이 효과적으로 주민교육센터를 관리운영 할 수 있도록 지원하기 위하여 운영매뉴얼을 개발하고 주민교육센터기반 주민 홍보 및 교육활동을 진행하였

다. 2011년 지역사회에 인수인계를 통해 자체적인 운영책임을 위임하였다. 이러한 배경에서 주민교육센터 운영주위원회 및 소위원회가 2011년 5월 10일 구성되었다.

㉔ **주민교육센터 주위원회(HEC main committee):** 주민교육센터(HEC, health education center)의 활용방안 모색 및 M & E, 유지관리 및 교육내용 관리, 이용대상 선별 등의 역할을 수행하며, 보레다 행정부, 보건과, 깨벨레 리더, 3개 보건소장, 2명의 센터 인력 총 8명으로 구성되었다. 격월로 회의가 계획되었고 본 회의에서 논의된 사항은 소위원회와 공유하도록 하였다. 2011년 2회 회의가 실시되었으며, 총 27명의 위원이 참가하였다.

㉕ **주민교육센터 소위원회(HEC sub committee):** 주민교육센터의 실질적인 활용 및 관리운영 팀으로 깨벨레 리더 1명과 주민건강요원 2명, 훈련받은 TOT 6명, 교육받은 교사 1명을 중심으로 총 10명의 위원으로 구성되었고 2명의 센터 인력이 자문으로 참가하였다. 헤토사보레다 행정부 장관 보건과장의 관리감독 하에 오로미아 공중보건훈련센터의 자문을 받아 자체적으로 운영되도록 하였다. 3개 주민교육센터를 기반으로 구성되어 3개 소위원회에 총 30명이 활동하였다. 매월 정기적인 회의를 자체적으로 운영하도록 하였고 주요한 사항은 주위원회에 보고하거나 논의하도록 하였다. 주민교육센터위원회는 가족계획에 대한 지역사회 인식 재고를 위한 홍보, 지역사회 동원 전략을 모색하기 위한 활동을 전개하였다.

참여결과: 주민교육센터운영위원회는 동원 수준에서 시작되어 협조와 협력의 단계를 거쳐 주도의 수준으로 변화하였으나, 실질적인 운영은 활발하지 못하였다. 그것은 3개 지역에 있는 주민교육센터의 건립부터 당초의 사업 계획에서 변경되어 추진되었고, 보레다 중심에 위치한 공중보건훈련센터의 지역사회 접근성 개선을 위해 깨벨레 단위에 sub-center를 건립하여 접근성을 개선해주려던 애초의 목적과는 다른 건축결과와 지역선정이 타당하지 못했던 문제점으로 인해, 제 기능을 하기 어려운 상황에서 지역사회로 운영의 책임을 이양하였다. 그러므로 운영위원회의 자주적인 활동을 기대하기에는 무리가 있었던 것으로 평가되었다.

표 9. 지역사회조직 위원회별 참여수준

	정보제공	의견참고	관여	협력	임파워먼트
	동원	협조	협력	동반	주도
운영위원회(ZC)			○	○	
지역위원회(LC)		○사업초반			
집행위원회(AC)			○	○	
실행위원회(ZAC)			○	○	
자문위원회(ADC)			○	○	
보건서비스관리위원회(HSMC)				○	○
여성위원회(WA)	○최초접촉	○조직단계		○운영초반	○운영후반
모델마을위원회(MC)	○최초접촉	○조직단계	○운영초반	○운영후반	○운영후반
청소년위원회(YC)	○최초접촉	○조직단계		○활성화	○활성화
주민교육센터운영위원회(HECC)		○조직단계		○이양 전	○이양 후

* 주요 논의 사안에 따라 동일 위원회 내에서도 참여수준 차이 발생

(나) 지역사회 인식개선 교육홍보

지역사회 주민들의 인식개선을 위한 교육 목적은 가족계획의 의미와 중요성을 지역사회에 인식시키고, 가족계획과 모자보건관련 서비스 획득경로에 대한 정보전달을 목적으로 하였다.

지역사회 인식개선 교육의 방법적 측면의 전략은 일대일 상담과 주민교육 도구개발, 인식변화 캠페인이었다. 일대일 가족계획 상담은 가정방문 형태의 직접적인 주민교육을 위해 가족계획 상담기법 교육과정을 이수한 주민건강요원과 TOT를 활용하여 부부 또는 여성을 대상으로 1대 1 가족계획 상담을 실시하였다. 아웃리치기반, 보건소 및 보건지소 방문 클라이언트 대상 상담, 주민건강요원 및 주민보건지도자의 가정방문을 통한 상담 등이 진행되었다.

지역사회 교육을 위해 문화적으로 수용이 가능하고 주민친화적인 지역사회 교육을 위하여 다양한 교육 매체가 개발되었다. 현지 오로모어로 10분 분량의 가족계획 교육 드라마를 제작하였으며, 연극 시나리오도 개발하였다. 개발된 연극 시나리오로 현지 공연팀을 활용하여 공연을 통하여 가족계획의 중요성을 알리고 청소년 문화공연팀은 이를 통해 동기부여 되고 역량이 강화되었다. 그러나 개발된 영화는 전기 인프라가 부족

한 현장에서는 활용도가 낮았고, 내용적인 측면에서도 지역 특수성이 고려되지 못한 점이 확인되어 거의 활용되지 못하였다. 연극의 경우 주민 수용도가 높았으며, 사업초반 지역사회 청소년을 대상으로 연극팀을 구성하고 팀 운영을 위해 지역사회 지도자를 발굴하였으나 금전적 보상요구 등 자조적 활동이 지속되지 못하였다. 대안을 모색하기 위해 지역사회 자원을 개발하던 중 헤토사보레다 청소년 문화공연팀을 확보하고 이를 활용하여 센터 기반, 깨벨레 기반으로 가족계획 홍보용 연극을 공연하였다. 공연 시나리오는 사업팀 현지 인력들의 검증을 통해 수정 보완된 후 공연에 이용되었다.

사업 초반 집행위원회를 통해 지적된 가족계획 서비스 확대의 걸림돌인 지역사회 인식부족문제를 개선하고 가족계획서비스에 대한 지역사회 인식향상을 목적으로 캠페인이 비정기적·정기적 계획 하에 지속적으로 진행되었다. 인식변화캠페인은 크게, 센터 기반, 시장 기반, 깨벨레 기반, 학교 기반, 아웃리치 기반, 3개 주민교육센터 기반, 교회인근 지역사회 기반으로 진행되었으며, 사업팀 자체 계획과, 보레다 행정부 및 보건과의 협력, 타 파트너 NGO와의 협력, 지역사회기반조직과의 협력, 자원봉사단과 연계 등을 통해 이루어졌다. 파트너 및 협력기관이나 깨벨레, 교회 등에서 교육요청이 있을 경우 사업팀 보건의료 인력이 교육을 진행하였다. 주로 그룹교육으로, 교육대상자는 유치원, 초등학교부터 성인, 노년에 이르기까지 다양하였다.

교육대상자에 따라 교육 내용이 결정되고, 배정된 시간에 따라 교육 방법 및 교육 기자재가 결정되었다. 깨벨레 기반 교육의 경우 강의 및 토의를 중심으로, 시장기반 교육의 경우 문화공연팀과의 협력을 통해 춤과 음악이 있는 주민 친화적 캠페인을 실시하였다. 시장 기반 교육홍보는 주로 아웃리치 실시 전, 아웃리치에 대한 대민홍보 및 주민참여를 촉진시키기 위해 진행되며, 헤토사보레다 보건과 및 3개 보건소 보건인력들이 교육담당으로 배치되어 공연팀과 함께 교육을 진행하고 주민들의 질의에 대답을 할 수 있도록 팀을 구성하였다. 모자건강 및 가족계획 중요성, 가족계획 방법과 각각의 장단점, 가족계획 상담과 시술을 받을 수 있는 장소 안내, 보건소에서 제공하는 서비스의 종류 및 유·무료 여부 안내, 남성 참여의 중요성 등이 지역사회 인식변화 교육의 주요 내용이었으나 대상자와 실시 장소에 따라 차별을 두었고, 필요에 따라 일반 위생교육도 함께 제공하였다. 또한, 시장 등 공공장소에 배너를 설치하고 가족계획 홍보 및 간접 교육을 실시하였다.

이러한 다양한 교육홍보 활동 외에 인식변화 캠페인의 주요 전략은 센터 기반 정기적인 대규모 행사 진행으로 이러한 행사는 외부 자원봉사단 방문과 연계하여 연 1회 정도 실시되었다. 대표적인 활동은 센터 개소식행사, 지역경연대회, 한·에티오피아 문화의 날 등이며, 지역사회에 즐거운 자극을 줄 수 있는 기회와 사업 홍보기회로 활용되었으며, 행사 기획부터 준비, 수행까지 지역사회가 함께함으로써 참여의식과 공동체 의식을 향상시킬 수 있는 계기가 되었다.

지역사회 인식개선 교육 대상자 측면의 전략은 가족계획 및 모자보건 사업의 주 대상(target)인 지역사회 여성뿐만 아니라 남성, 청소년, 유·아동 등 대상자를 다양화하였다. 또한, 종교지도자 및 공무원을 포함한 지역사회 영향력 있는 리더그룹 교육을 통하여 지역사회에 가족계획에 대한 긍정적 인식 변화가 이루어질 수 있도록 유도하였다. 그러나 중요한 것은 농촌지역사회 주민, 특히 사회적 활동의 제약과 지리적 접근성의 제한으로 교육이나 정보에 노출될 기회가 적은 지역사회 여성을 대상으로 한 교육의 기회가 넓어질 수 있는 전략적 접근이 요구되었으며, 이것은 아웃리치의 다양한 접근전략을 통해 가능하였다.

서비스 중심의 아웃리치 전략은 2010년 6월부터 주민들의 인식변화를 유도하기 위한 홍보캠페인 중심의 아웃리치로 변경하고, 지역사회 요구와 수요에 따라 가족계획 서비스를 제공함으로써 ‘교육이 서비스로 연결’ 될 수 있도록 하였다. 가족계획은 요구가 발생한 즉시 서비스를 선택할 수 있도록 하는 것이 전략적으로 중요하며, 요구는 시간이 경과하면서 변화하여 결국 서비스 제공으로 연결되지 못하는 양상으로 나타났다. 이것은 아웃리치 전 일대일 상담을 통해 확보된 예비 클라이언트가 실제 서비스를 제공 받을 수 있는 아웃리치 당일에는 나타나지 않는 것으로 이론적 근거를 확인할 수 있었다. 헤토사 25개 케벨레를 순회하며 가족계획 인식변화를 위한 캠페인을 벌이고, 피임요구도가 있는 대상자에게 해당지역 보건소 간호사 및 HEW들이 피임시술을 즉시 제공하도록 연계하였다. 아웃리치의 방법적인 측면에서도 사업초기 가족계획 중심에서 사업후기의 통합 모자보건서비스 제공으로 변경됨으로써 사회의 다양한 대상자가 아웃리치 사이트를 찾게 되고 교육의 기회에 더욱 노출될 수 있었다. 집계결과에 따르면 3년 동안 교육의 기회에 노출된 지역주민은 헤토사보레다 전체 인구의 약 84%에 달하였다.

참여결과: 지역주민 인식개선 교육홍보 활동의 참여주체는 보레다 보건과, 보건소, 지역주민, 지역사회기반조직, 다양한 파트너들이었다. 보레다 보건과와 보건소는 협력과 동반 수준으로, 지역사회 기반조직은 협력을, 지역주민은 동반의 수준으로 참여하였다. 다양한 파트너들은 협력과 동반 수준으로 참여하였다.

(다) 지역개발 및 소득창출활동

헤토사보레다 지역은 지역이 광활하고 주거지역이 산재해 있으며, 주로 타운과 시장을 중심으로 주민들이 많이 모이나 마땅한 여가선용이나 소득창출활동은 거의 없는 실정이었다. 지역사회 주민들의 결속력을 강화하고 지역사회 활성화를 통하여 가족계획 인식변화를 유도하기 위하여 지역사회 주민 자조모임을 활성화 하였다.

공중보건훈련센터에서는 지역주민의 가족계획에 대한 자연스럽고 긍정적인 수용과 지역사회 주민의 응집력을 강화하고, 지역사회의 주인의식을 강화하기 위해 지역주민대상 다양한 프로그램을 개발, 운영하였다. 센터가 개소한 이래 2010년에는 11개의 프로그램이 개발되어 운영되었다. 사진반, 축구반, 태권도반, 통역반이 2010년 1월 대학생 봉사활동과 연계하여 조직되었으며, 음악·연극반, 청소년 영어반, 바구니반, 요리반이 센터의 주도로 2010년 5월에, 뜨개질반, 구슬공예반, 수예반 등이 2010년 8월 봉사단 활동과 연계하여 구성되었다. 이러한 주민교육 프로그램은 봉사단 활동이 종료된 후 즉시 중단되거나, 2개월에서 6개월간 센터의 관리 하에 운영되다가 중단되었고, 태권도와 바구니 반은 2011년까지 자조적으로 지속되었다. 2011년에 유아교육 프로그램이 구성되었고, 12월에 봉사단과 연계한 프로그램은 일회성으로 운영되고 중단되었다. 태권도와 유아교육은 지역사회 지도자를 개발하고 2013년까지도 자체적으로 운영되고 있다. 교육프로그램은 센터 자체개발 프로그램의 경우 지역사회 지도자를 개발하여 자조모임 형태로 운영되도록 지원하였다. 프로그램들은 기술훈련을 통한 소득창출활동과의 연계 가능성 모색, 여성의 사회참여 기회 확대, 사회적 네트워크 형성과 지역사회 결속력 강화를 통한 가족계획 인식변화 유도가 목적이었으나 소득창출과 연계되지 못하고 지속성확보의 어려움으로 대부분 중단되었다.

참여의 문제점: 지속성확보의 어려움과 기술훈련이 소득창출활동으로 연계되지 못한 점과, 이들이 역량을 발휘하는 자조모임으로 성장하기 위해서는 뚜렷한 목적과 동기가 있어야 할 뿐만 아니라 팀 리더의 리더십도 중요한 부분이었으나, 리더들의

조직운영 경험부족도 한계점이었다. 지속적인 외부의 지원과 관심이 필요한 상태였으나 PM을 비롯하여 사업팀의 역량부족과 사업 우선순위에 밀려 지속적인 지원은 이루어지지 못하였다.

참여결과: 지역사회는 동원 수준으로 참여하여 경우에 따라서는 협조와 협력의 단계까지 참여수준이 변화하였다. 참여수준 변화에는 팀 리더의 역할과 생산품의 판매를 통한 수익창출 등 참여를 통한 이익이 발생할 때였다. 태권도 팀의 경우 사업팀에 의해 촉발되었으나 동반 수준을 넘어 주도적 수준으로 변화하였다.

시사점: 기술훈련 프로그램 계획 시, 지역사회 자원 활용가능성과 습득한 기술의 향후 활용가능성, 활동으로 인한 소득창출 가능성을 고려하여야 하며, 여가활동성 청소년 프로그램은 니즈(needs)나 관심 정도를 사정(assessment)한 후 구성되어야 한다. 자조모임으로 성장 가능하도록 지도자 개발·훈련이 되어야 하며, 활동의 결과로 이익이 창출될 수 있도록 고려되어야 한다.

지역사회주민들의 자립의지 함양과 가족계획실천에 대한 동기부여를 위하여 조직된 3개의 주민위원회를 중심으로 지역개발 및 소득창출 활동이 이루어졌으며 모델마을위원회, 샤키샤라라 여성위원회가 대표적이었다.

모델마을 상수도설치 프로젝트는 2009년 12월 실시된 아웃리치 결과 지역사회 참여도가 비교적 높고, 타운 지역과 근거리에 위치하여 프로젝트 결과가 다른 지역사회로 영향력을 미칠 수 있는 지역 중, 하나의 마을 단위(gare)를 선정하여 모델마을로 개발하기 위함이었다. 보레다행정부와 샤키샤라라 께벨레 리더그룹과의 논의를 거쳐 샤키샤라라 가레 중 지역사회에서 가장 소외되고 열악한 환경에 처해있는 가레 4 지역(30가구)을 모델마을로 개발해 줄 것을 요청받았다. 2010년 2월 4일 현지를 방문한 보건전문가와 마을 대표들 미팅을 통해 지역사회문제를 사정하고 가장 우선순위 요구인 가구당 개별 상수도 설치를 목표로 정하였다. 마을대표들과의 개별상수도 설치를 위한 소요예산을 확인하고, 달성목표를 2010년 11월로 설정한 후 구체적인 활동계획에 돌입하였다. 지역사회가 자금을 마련할 수 있는 종자돈(seed money) 마련을 위해 바자회를 통한 수익창출활동을 진행하였고, 30가구 1일 1비르¹⁵⁰⁾ 저축운동을 장려하고 마을총무와 부대표가 매일 저축액을 모으고 기록하여 나갔다. 뿐만

150) 1에티오피아 비르(ETB)는 한화 약 60원에 해당한다.

아니라 재활용 플라스틱 수집 및 판매, 센터와 연계한 작업 활동 수당 중 60% 저축 운동, 청소년 드라마 팀 활동 및 공연을 통한 수익금 저축, 1차 바자회로 마련한 종자돈 불리기를 위해 농지 구입 및 판매 등의 운동을 진행하였다. 2010년 8월 경북 새마을봉사단 및 영남대의료팀이 이러한 마을의 소식을 접하고 금일봉을 전달하였으며, 재방문한 보건전문가와 보레다 수도권 담당자, 지역주민대표 미팅을 통해 현실성 있는 예산확보 방안을 재검토하였다. 총 상수도 설치예산 중 공사비용은 마을주민들의 노동력투입, 설비 부품구입 등을 수도 아디스에서 마을사람들이 직접 구입하는 것으로 결정하여 예산절감이 가능하였다. 사업팀은 이러한 활동이 가능할 수 있도록 자원을 연계하고 기술적 지원을 하였다. 2010년 2월에 계획된 활동이 2010년 11월 30가구 상수도설치 완료로 목표달성 되었다.

샤키샤라라 여성회 카페테리아 운영 프로젝트는 샤키샤라라 여성회와 함께 진행한 것으로 지역 자치조직이며, 사업팀에 의해 개발되고 활성화되었다. 종자돈 마련을 위해 월 5비르 모금운동을 진행해 오고 있었으며, 보레다 여성과의 관리체계에 속해 있었다. 2009년 아웃리치 결과를 근거로 실적이 우수한 껌벨레 중 선정되었으며, 모델마을 가레4와 동일지역으로, 프로젝트가 성공할 경우 지역사회 파급력이 높을 것으로 판단되어 선정하였다. 2010년 2월 4일 보건전문가의 방문을 계기로 소득창출활동 여성모델로 개발되었고 활동목표는 여성회의 요구를 기반으로 수립하였다. 미팅 결과 수익창출활동에 대한 요구도가 높았고, 수익창출활동의 동기는 가정경제에 도움이 되고 싶다는 것이었다. 지속적인 논의를 통해 활동범위와 목표를 설정하였다. 목표달성을 위한 종자돈 마련과 카페 운영 및 회계 관리에 대한 역량강화를 위해 시범카페를 운영하기로 결정하였다. 종자돈 확보를 위해 바자회 물품지원으로 기반을 마련하였다. 또한, 센터 기반 기술훈련 프로그램으로 개발된 구슬공예반을 여성회원들로 구성하고 회원 중 기술을 가진 사람을 팀 리더로 선발하여 자조활동으로 운영하였다. 지역에서 생활 속 활용도가 많은 품목을 제작하고 판매하여 자금을 마련해 나갔다. 공중보건훈련센터 내 작은 공간을 카페테리아로 제공하였고, 2010년 5월부터 2010년 12월까지 시범 카페테리아 형태로 전통 수제커피 및 빵을 판매하고 수익을 자체관리 하였다. 2011년 독립을 계획하고 여성회는 껌벨레 리더와 협의하여 건축을 위한 땅을 무상으로 공급받았다. 경북 새마을봉사팀과 영남대의료팀이 기증한 금일봉을 전달하여 재 동기부여 시키고, 여성회 회원들이 자체적으로 건축 소위원회를 구성하여 2011년 8월부터 카페테리아 건축에 돌입하였다. 본격적인 카페테리아 운영

은 2012년에 가능하였으나, 바자회 활동, 자체 기금 마련활동은 지속되었다. 이러한 활동을 통해 샤키샤라라 여성회원들은 참여를 통한 학습기회로 역량이 강화되었고, 여성의 사회활동 참여와 수익창출활동으로 가정경제에 기여할 수 있다는 자신감과 자존감이 향상되었다.

참여의 문제점: 두 위원회 모두 1차적인 목표 달성은 하였으나 여전히 많은 현실적 문제들에 노출되어 있다. 가족계획에 대한 인식변화 및 피임실천율은 증가한 것으로 평가되었으나, 궁극적으로 지역사회의 보건향상을 위한 여타 활동으로 연결시키지 못한 부분은 과제로 남았다. 지속적인 외부의 지원과 관심이 요구되었으며, 주민의 참여역량 부족, 의존적이고 방관자적인 성향, 무력감은 참여를 어렵게 하였다.

참여결과: 두 위원회 모두 시작 단계에서는 동원 수준으로 참여하였으나 점차 협력과 동반, 주도 수준으로 참여의 수준이 변화하였다. 헤토사보레다 행정부와 여성과는 협력과 동반 수준으로 지원을 아끼지 않았다.

시사점: 지역개발 및 소득창출활동을 통한 지역사회참여 활성화를 촉진시키기 위해서는 지역사회역량이 증대될 수 있도록 문제사정과 분석 단계에서부터 지역주민들이 함께 동참하고, 지역사회 요구를 기반으로 활동계획이 수립되어야 한다.

지역사회가 제시하는 의견이 타당하지 않을 경우라도 반박에는 주의해야 하며, 수용이 불가능한 이유를 납득이 가능한 언어로 설득력 있게 설명하여야 한다. 그러나 지역사회가 동의하지 않을 경우 그들에게 과제로 제시하여 타당하지 않은 이유를 스스로 찾도록 해야 한다. 또한, 지속적인 외부의 개입과 지원이 필요하며, 지방 행정부의 동의와 지원이 기반이 된 활동을 목표로 선택하고, 지방 행정부와 진행과정을 지속적으로 공유하여 문제의 해결방안 모색을 위한 공동의 노력을 기울여야 한다.

장기적 비전을 갖되 달성 가능한 단기목표를 수립하여 지역사회가 성공경험을 통해 긍정적 성취감을 경험할 수 있도록 해야 한다. 가레4 마을 1비르 저축운동은 보레다 행정부장(군수)에 의해 모델사례로 지역사회에 소개되었다. 회의에는 가레4 마을주민들이 함께한 자리여서 주민들의 자긍심은 상상 이상이었다. 논의와 진행에 시간이 많이 소요되고 다양한 장애요인이 발생하지만 지역사회가 함께 해결해 나갈 수 있도록 주도권과 책임을 이양함으로써 주인의식과 책임감을 향상시켜 나가야 한다.

(라) 파트너십 구축

다양한 부문별, 참여 주체별로 파트너십이 구축되었다. 각각의 기관별 기능과 특성에 따른 역할을 규명하고 사업과의 협력방안에 대해 함께 논의한 뒤 효율적인 협력방안 모색을 위해 역할분담이 이루어졌다. 사업 진행과정에서는 사업에 필요한 핵심인력, 물품, 교육자료 등을 협조 받는 등 가용자원을 최대한 활용함으로써 효율적이면서 비용효과적인 사업을 추진하는데 기여하였다. 또한, हे토사보레다 보건과 및 보건소는 사업을 공동 수행하는 중요한 파트너로서, 보레다 행정부는 행정적인 지원에 적극적 동반자로 협력하였다.

NGOs와 다양한 전문기관과의 통합적 파트너십 구축으로 효율적인 사업 추진이 가능할 수 있도록 하였고, 사업의 홍보효과 극대화, 국제적 수준의 평가체계 도입 등이 가능하였다. 사업 초반 NGOs와의 파트너십은 정보공유, 자문, 협력의 3가지 유형으로 이루어졌다. 이러한 사업 초반의 NGOs 협력파트너들은 2011년 사업 기간 동안에는 더욱 확대되었다.

지역사회를 활성화하기 위해 다양한 자원봉사단체와 연계하여 봉사단을 파견하였으며, 개별전문가 자원봉사자를 모집하여 파견하였다. 자원봉사단체 및 개인 자원봉사자들을 유치하고, 그들의 기술을 사업추진 과정에서 필요한 요소에 접목시킴으로써 사업효과를 증대시키고자 하였다. 봉사단 연계활동은 보건의료전문 봉사단, 기술교육전문 봉사단, 대학생 봉사단으로 구분되었다. 이러한 봉사단 연계 프로그램의 특기사항은 다양한 지역사회자원을 봉사단활동과 연계시킴으로써 지역사회의 참여통로 확대를 통한 학습기회의 제공이었다. 보건의료봉사팀의 활동에 보건의료인력들은 통역지원 및 우리나라의 전문의와 공동진료 형태로 참여함으로써 역량을 강화시켜 나갔다. 대학생 봉사단 및 기술전문 봉사단의 활동을 통해 지역사회주민들은 보건교육의 기회 획득과 소득창출활동으로 이어질 수 있는 기술훈련의 계기를 마련하였고 지역사회참여 활성화를 유도하였다. 이것이 결국 가족계획 실천을 위한 적극적 참여로 연결될 수 있는 기반을 제공하였다.

참여결과: 파트너십 구축의 참여주체는 다양하였다. 아르시존 보건국, 보레다 보건과, 보레다 행정부, 지역사회기반 조직, 보건소, 보건의료인력, 주민건강요원, 각종 위

원회, 지역주민 등이 대표적이었다. 지역주민들은 동원 수준으로 참여가 이루어졌으나 일부 프로그램의 경우 협조와 협력 수준으로 변화하였다, 아르시존 보건국과 보레다 보건과는 일반 봉사단의 활동에는 협조 수준으로, 의료봉사단의 경우 협력과 동반 수준으로 참여하였다. 보레다 행정부 및 위원회는 협조 수준으로, 지역사회기반 조직은 동원부터 주도까지 프로그램에 따라 참여 수준이 달랐다. 보건소와 보건의료인력들은 협력 수준, 주민건강요원은 협조와 협력 수준이었다.

참여의 문제점: 다양한 참여주체별 목적의 다양성으로 조정에 어려움이 있었으며, 봉사단의 분야별, 팀별 목적과 활동내용이 상이하여 절충이 어려운 경우도 발생하였다. 사업목적에 대한 참가자들의 인식부족과 연계활동에 대해 공적개발원조 사업이 가지는 경직성과 이해부족도 장애요인의 하나였다.

시사점: 봉사단 연계활동 및 파트너십 구축은 사업의 목적 달성을 위한 과정이자 수단으로 연계되고 활용되어야 한다. 목적에 대한 합의가 불분명할 경우 기대했던 효과에 미치지 못할 수도 있다. 긍정적 성과를 이뤄내기 위해서는 협력하는 두 집단의 목적과 협력 내용에 대한 사전 합의가 반드시 필요하다. 파트너십의 참여주체는 다양하나 지방정부(행정, 보건)와 보건소는 협력을 넘어 동반 수준으로 진행되어야 하며, 주도의 수준으로 참여할 수도 있다. 지역사회참여의 중요한 주체이자 지역사회활성화를 위한 촉진자로서의 지방정부(행정, 보건)와 보건소의 역할과 기능의 중요성은 이들 주체들의 역량강화가 무엇보다 필요하고 우선되어야 함을 의미한다. 그러나 보건소의 역량강화에서 간과하지 말아야 할 부분은 보건의료인력 이외의 조직 구성원들에 대한 교육기회의 확대와 참여환경 조성이다. 모든 교육이 보건의료인력들에 집중되어 있고, 교육이 곧 출장비라는 소득창출의 한 수단으로 이해되기도 하는 에티오피아 현실에서는 소외감으로 인한 조직 내 갈등과 비협조의 요인이 되기도 하므로 주의해야 한다.

(마) 홍보 활동

홍보 활동은 사업성과 달성을 위한 지역사회참여 활성화에 중요한 역할을 하므로 사업 계획단계부터 전략적으로 고려될 필요성이 있으며, 사업 추진과정에서도 다양한 방법의 홍보전략 수립과 적용이 수반되어야 한다. 본 연구대상 사업에서 활용한 주요 홍보 전략은 사업로고(BI, Brand Identity) 개발 및 활용, 사업설명회 및 워크숍 개최, 뉴스레터, 홍보영상물 제작 및 활용, 배너·티셔츠·조끼·모자 등 물품활용, 대규모 행사개최 등이었다.

사업 수행과정에서 필요에 의해 많은 홍보물이 제작되었으나 현장에서 가장 효과적인 물품은 BI가 새겨진 티셔츠였다. 특히, 부르기 쉽고 강렬한 BI는 KOICA와 함께 지역사회에 사업을 홍보하는데 크게 기여하였다. BI가 인쇄된 티셔츠는 헤토사보레다 뿐 아니라 아르시존과 인근도시에서도 발견될 정도로 그 활용도가 컸다. 홍보 물품들은 다양한 행사에서 지역사회의 참여를 촉진시키기 위한 촉진전략(인센티브)으로써 활용되기도 하였다.

사업에서 홍보를 위해 활용한 주요 전략 중 또 하나는 대규모 행사의 개최 및 활용이었다. 지역사회참여를 통해 사업홍보가 대대적으로 일어난 것은 개소식이었다. 2010년 5월 공중보건훈련센터 개소식과 연계하여 가족계획사업의 지역사회 대상 홍보기회로 활용하였다. 개소식을 위해 보레다 행정부를 중심으로 지역사회 전체가 협력과 동반의 관계로 준비하였다. 개소식 준비운영위원회는 행사준비를 위해 구성된 특별위원회로 보레다 군수를 주축으로 자발적으로 조직되었다. 개소식준비위원회로 명명된 임시위원회는 1개의 주위원회와 9개의 소위원회로 구성되었고, 물품담당 위원회는 2개의 하부 위원회로 세분화되었다. 총 140명의 위원회원이 지역사회 주민들과 함께 계획하고 준비하여 행사를 주최하였다.

개소식에는 오로미아 주정부 대통령, 주에티오피아 한국대사를 비롯하여, 오로미아 보건청, NGOs 파트너, 아르시존 도지사를 비롯한 관련 인사, 헤토사보레다 행정관청 및 지역주민 모두가 참여하는 지역사회 축제의 장이자 사업을 홍보할 수 있는 기회였다. 행사 참가인원은 정확한 파악이 불가능하였으며, 약 5천 명 이상 만 명 가까이로 추산되어 전체 헤토사 지역단위 축제의 한마당이었다. 에티오피아 선거를 얼마 남겨 두지 않은 시점에서 오로미아 주정부 대통령이 참석하게 되는 대규모 행사라는 점이 사업외적 환경요인으로 작용하여 더욱더 보레다 행정부에서 지역사회참여를 촉진시키려는 동기부여의 계기가 되었다. 개소식 행사는 헤토사보레다에서 주도적으로 진행하였고 사업팀은 협력하는 차원의 주객이 전도된 형태였으나 주객전도가 너무나 당연히 수용되는, 지역사회의 조직력과 참여역량을 유감없이 보여주는 성공적인 행사로 평가되었다.

표 10. 공중보건훈련센터 개소식위원회

위원회 명	인원	참여 대상	역할
Main committee	13	보레다 행정 분야별 대표	총괄
Logistic committee	18	지역사회	물품공급
-Chair committee	6	지역사회	의자확보
-Tent committee	8	지역사회	텐트확보
Purchasing committee	7	보레다 행정 분야별 대표	물품구매
Security committee	7	경찰서 및 Kebele police office	안전관리
Food committee	30	20 members and 10 members from community for food collection	음식준비
Decoration committee	15	센터 인력 및 보레다 보건부 대표	행사장장식
Sanitation committee	12	보레다 행정부 및 지역사회 대표	위생관리
Awarding committee	7	센터 인력 및 보레다 대표	상품준비
Mobilization committee	8	보레다 행정부 및 지역사회 대표	지역홍보
Facilitator committee	9	센터 인력 및 보레다 행정부 대표	행사진행
총 계	140		

개소식과 더불어 지역사회참여 활성화를 위한 홍보효과를 높였던 행사는 2010년 11월 12일 개최된 지역경연대회였다. 본 사업의 평가 및 홍보, 지역사회참여 활성화를 목적으로 2년 사업을 종료하는 시점에 개최되었다. 다양한 협력기관 및 지역사회 주민 총 700여 명이 참가하였으며 민속공연과 퀴즈대회, 우수자 시상, 협력기관 감사패 전달, 2년간의 사업결과 보고 및 2011년 계획공유 등이 프로그램으로 구성되었다. 2년 동안의 사업성과를 가족계획활동 중심으로 평가하고 지역사회와 함께 공유한 뒤 성과평가를 통해 우수 보건의료인력 및 지역사회를 대상으로 시상하여 동기부여 시키고, 본 사업과 센터의 역할과 기능에 대해 홍보하였다. 계벨레 리더와 교육받은 TOT가 강연자로 가족계획 실천을 통해 획득한 계벨레별 경험을 공유하였다. 행사의 목적을 보레다와 공유하여 행사준비를 위한 준비위원회가 자발적으로 구성되고 각 위원회별 역할분담이 이루어졌다. 진행사항 점검을 위해 위원회 회의를 4회 진행하였고, 진행과정상의 문제점을 점검하고 해결방안을 함께 모색해 나갔다. 기획단계에서 참가자 출장비에 대한 제안이 보레다 행정부로부터 있었으나 행사의 성격과 목적을 재설명하고, 행사가 갖는 의미를 강조하는 설득작업을 통해 출장비 지급은 하지 않는 것으로 최종 결정하였다. 보레다 행정부가 행사 목적에 동의하고 지역사회의 참여를 촉진시켰으며 행사기획 및 준비 등 일련의 과정에서 지방정부의 적극적인 협력과 리더십이 발휘되었다.

참여결과: 홍보 활동의 기본(안)은 사업의 틀 안에서 고려되나 계획, 수행, 평가는 지역사회와 공동으로 진행하였다. 지역사회주민은 동원과 협조와 협력 형태로 참여 수준이 다양하였다. 지역사회기반조직은 협력 수준으로, 지방행정부와 보건과, 보건소 등은 동반과 주도 수준으로 참여하였다.

참여의 문제점: 행사준비를 위한 조정과정에 시간과 노력이 요구되고, 행사운영방식이 우리나라의 경우와 상이한 점에 대한 이해와 수용이 필요하였다.

시사점: 일련의 행사진행은 계획과 수행에 지역사회가 적극적으로 이니셔티브 (initiative) 되었기에 가능하였다. 프로그램의 목적을 분명히 설명하고 목적에 대한 동의가 이루어져야만 협력과 동반이 가능하다. 행사의 목적이 왜곡되지 않는다면, 행사운영방식과 내용이 우리나라의 형식에 다소 맞지 않더라도 현지의 문화나 방식을 존중해 줄 필요가 있다.

표 11. 지역경연대회 준비위원회

위원회 명	인원	참여 대상	역할
Main committee	5	Woreda administration Woreda women affairs Woreda Health office Woreda political office KEY FP staff	총괄
Selection Committee	4	Aman Rafiso(보건과장) Hailu Tamesgen(TC) Halima Naneso(HEW감독관) Niguse Lema(TC)	성과평가 및 우수자 선정
Logistic committee	3	Oumer T.(TC) Halima N.(HEW 감독관): 리더 Mariam(여성과)	물품담당
Awarding committee	3	Chala G.(TC) Getachew T.(WrHO): 리더 Mariama Husen(여성과장)	상장 및 상품담당
Decoration committee	3	Sofia M.(TC) Abdi Husen(보건과): 리더 Nuri Abote(행정과장)	행사장 준비, 장식

시사점: 지역사회주민 인식개선을 위한 교육과 홍보활동은 다양한 이해관계자들을 대상으로, 수행하고 있는 사업이 달성하고자 하는 궁극적인 목표를 공유하고, 사업의

내용과 정보를 제공할 수 있도록 인식개선 홍보 캠페인과 교육 전략을 구상하여야 한다. 주민들을 최대한 많은 교육기회에 노출시키고 최대한 많은 주민들이 정보를 직접 획득할 수 있도록 다양한 채널과 방법을 활용하여야 한다. 교육대상자는 다양하게 구성되고, 대상자별 교육 내용과 방법은 차별화를 두고, 일방적인 전달방식의 주입식 연설형 교육은 지양하여야 하며 문화친화적인 방법을 활용한다. 아프리카 농촌 환경을 고려할 때 엔터테인먼트에 접할 수 있는 환경이 조성되어 있지 않으므로 지역사회기반조직을 이용한 연극공연 등은 효과적으로 활용되었다. 정보접근성이 떨어지는 지리적 특성을 고려하여 door to door 형태를 권장하나 보건소 기반, 시장, 지역사회 회의장 등 공공장소, 농촌지역 마을단위, 학교, 종교기관 등 다양한 장소를 활용한다.

지역사회 태도변화를 위해서는 정보의 획득과 지식수준의 변화가 선행되어야 한다. 선행연구들에서도 참여촉진을 위해서는 인식이 선행되어야 한다고 하였다. 일차보건의료에서 지역사회참여 전략이 주창하고 있는 지역사회의 주인의식과 책임의식이 강화된 실질적인 참여를 이루어내기 위해서는 시간이 요구되고 그 달성가능성이 요원할지라도 아프리카 농촌지역에서 수행되는 모자보건사업 지역주민 교육의 목표는 지역주민들, 특히 교육받지 못하고 사회적 활동이 제한된 농촌 여성들이 가족계획에 대한 정보조차 획득하지 못하고, 니즈(needs)가 있음에도 제공되는 무료서비스를 획득할 수 있는 기회조차 얻지 못하는 현실을 감안할 때, 그들이 누릴 수 있는 최소한의 보건서비스에 대한 정보를 제공받고 서비스를 자발적으로 선택할 수 있도록 동원과 협조 수준의 참여라도 최대한 활성화시키는 것이다.

다양한 분야별 협력(multi-sectoral collaboration)을 통해 교육제공 기회의 확대가 가능하며, 예산절감의 한 방법이 된다. 에티오피아의 경우 교육 참가 대상자에게는 국가기준에 따라 출장비(perdiem)가 지급되어야 하며, 이것은 사업의 큰 장애요소로 작용하거나 참여를 저하시키는 요인이 되기도 한다. 그러나 협력을 통한 교육은 타 NGO나 기관, 지역사회에서 진행하고 있는 모임이나 활동에 사업에서는 교육인력 등을 지원하는 형태로 접근하기 때문에 출장비 지급은 불필요하며, 사업팀은 지역사회와의 협력에 적극적이라는 긍정적인 인식과 함께 교육제공이라는 목적을 달성할 수 있게 된다.

나. 과정지표에 따른 분석

문헌고찰을 통해 확인한 지역사회참여 촉진전략을 기반으로 전문가 자문과 연구 대상사업 프로그램의 계획, 수행, 평가 단계별 참여촉진전략을 분석한 결과를 통해 지역사회참여에 영향을 주는 주요한 지표를 도출하였다. 지역사회참여를 위한 7가지 과정지표는 첫째, 리더십(leadership), 둘째, 네트워크(network), 셋째, 자원(resource mobilization), 넷째, 관리(management), 다섯째, 교육훈련(Training & Education), 여섯째, 이익(Benefit), 일곱째, 정보(Information)이며, 이 과정지표에 따른 참여수준의 변화를 보건소(보건의료인력) 역량강화, 지역사회 역량강화, 지역사회참여 활성화를 중심으로 분석하였다.

표 12. 지역사회참여 과정지표에 따른 분석틀

indicator	임파워먼트 모형	정보 제공 informing	의견 참고 consulting	관여 involving	협력 collaborating	역능화 empowering
	주민주도 정도에 따른 참여수준	동원 mobilization	협조 assistance	협력 cooperation	동반 partnership	주도 initiative
Leadership 영향력 있는 리더의 유무	<ul style="list-style-type: none"> 신뢰할 만한 영향력 있는 리더가 존재하는가? 리더십을 발휘할 수 있는가? 					
Network 네트워크, 사회적 관계	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크가 가능한 조직이 존재하는가? 네트워크를 통한 활동연계가 가능한가? 					
Resource Mobilization 외부의 지속적 관심과 지원	<ul style="list-style-type: none"> 활용 가능한 외부 자원이 존재하는가? 자원을 활용할 방법이 존재하는가? 					
Management 책임과 역할분담	<ul style="list-style-type: none"> 운영에 대한 책임이 주어지는가? 역할분담이 이루어지는가? 					
Training & Education 실무적용가능유무	<ul style="list-style-type: none"> 계속교육의 기회가 주어졌는가? 교육의 결과로 현업 적용이 가능한가? 					
Benefit 적절한 보상기제	<ul style="list-style-type: none"> 참여의 결과로 획득 가능한 이익이 있는가? 이익은 투자한 시간과 노력을 상쇄할 만큼 가치 있는가? 					
Information 정보제공 및 홍보	<ul style="list-style-type: none"> 필요한 정보제공이 있었는가? 정보공유를 통한 참여기회가 확보되었는가? 					

* 출처: Rifkin SB et al.,1988. 저자 재구성

표 13. 과정지표에 따른 분석: 보건소(보건의료인력) 역량강화

indicator	임파워먼트 모형	정보제공 informing	의견 참고 consulting	관여 involving	협력 collaborating	역능화 empowering
	주민주도 정도에 따른 참여수준	동원 mobilization	협조 assistance	협력 cooperation	동반 partnership	주도 initiative
Leadership 영향력 있는 리더의 유무	<ul style="list-style-type: none"> 사업팀의 촉발 및 리더-보건소의 수동적 참여 -보건과의 수동적 개입 계획과 평가에 참여환경 미 조성 일방적 정보제공 	<ul style="list-style-type: none"> 사업팀의 촉발 및 리더-보건과의 수동적 개입 -보건소의 수동적 참여 및 소극적 의사표현 수행에 소극적 참여, 계획과 평가에 참여환경 미 조성 교육기회 제공 	<ul style="list-style-type: none"> 사업팀의 촉발 및 리더-보건소장 중심 개입-보건과 개입 및 지원 계획과 평가에 소극적 참여, 수행에 적극적 참여, 수혜에 적극적 참여, 수혜에 적극적 참여, 수혜에 적극적 참여, 수혜에 적극적 참여 교육을 통한 역량강화 	<ul style="list-style-type: none"> 사업팀의 촉발 및 리더-보건소장 중심 개입-보건과 개입 및 지원 계획과 평가에 소극적 참여, 수행에 적극적 참여, 수혜에 적극적 참여, 수혜에 적극적 참여, 수혜에 적극적 참여 교육을 통한 역량강화 	<ul style="list-style-type: none"> 사업팀의 촉발 -보건소 중심 개입과 리더-보건과 지원 계획, 수행, 평가에 적극적 참여환경 조성 및 참여경로 확대 강화된 역량으로 업무에 대한 자신감 획득 업무분담 및 책임이양 	<ul style="list-style-type: none"> 보건소 중심 촉발 및 리더-보건과 및 사업팀의 지원 계획, 수행, 평가에 적극적 참여환경 조성 및 참여경로 확대 개인의 역량이 조직의 역량으로 연결 자발적 업무수행 외부의 관심과 지원 필요
Network 네트워크, 사회적 관계	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크 가능한 조직이 존재하고 활동연계 가능 보건소의 무관심과 조직이 부재로 연계 안 됨 	<ul style="list-style-type: none"> 보건소의 무관심 지속 자원의 조직화 여전히 안 됨 네트워크 접촉 시작 	<ul style="list-style-type: none"> 가용자원에 대한 사업팀의 정보 공유 및 보건소의 인식 활용방법에 대해 논의 시작 	<ul style="list-style-type: none"> 가용자원의 활용과 관리 운영에 대한 사업팀의 자문 네트워크를 활용한 실무적용에 공동참여 기회 제공 	<ul style="list-style-type: none"> 보건소가 가용자원의 활용을 시도하고 관리운영 시작 사업팀의 자문과 지원 	

표 13. 계속

<p>Resource Mobilization 외부의 지속적 관심과 지원</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 외부자원이 존재하고 확보가능성 있음 • 보건소는 자원 확보를 위한 타당한 방법을 모름 • 외부자원 미활용 	<ul style="list-style-type: none"> • 사업팀의 운영주도 • 보건소 지원요청은 부재하고 사업팀도 보건소의 실질적인 요구 파악 안 됨 	<ul style="list-style-type: none"> • 사업팀이 운영을 주도하나 보건소 의견 청취 • 보건소는 계획과 평가에 소극적 참여를 통해 요구 제시 • 모니터링과 평가 및 결과 환류 • 보건소의 상황과 요구에 대한 인식과 소극적 수용 	<ul style="list-style-type: none"> • 보건소의 요구를 수용하고 타당성을 검토한 후 사업팀의 적극적 지원 • 보건소 인력들의 교육 참여환경조성 • 문제해결을 위한 공동의 노력 	<ul style="list-style-type: none"> • 보건소가 리드할 수 있도록 기술적 자문 • 물품지원 등의 경제적 인센티브 제공으로 적극적 참여환경 조성
<p>Management 책임과 역할분담</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 사업에 대한 운영책임은 사업팀에 있음 • 역할분담 없음 	<ul style="list-style-type: none"> • 보건소에 대한 책임과 역할분담은 여전히 없음, • 소극적이고 수동적 참여자세 • 보건과에 소극적인 역할분담 	<ul style="list-style-type: none"> • 보건소에 계획과 평가과정에 대해 소극적인 책임부여 • 수행과정에 일정부분 책임부여와 역할 분담 • 보건과에 역할분담 • 사업팀의 단계별 수행과정에 공동참여 시킴으로써 수행을 통한 학습기회 제공 	<ul style="list-style-type: none"> • 계획, 수행, 평가 과정에 적극적 책임이양, 보건소 중심 추진 • 최종결정권은 사업팀이 가지나 보건소 의견을 최대한 수용하고 지지함 • 보건과에 부분적 책임이양과 명확한 역할분담 	<ul style="list-style-type: none"> • 보건소에 책임이양과 명확한 역할분담 -계획, 수행, 평가를 보건소장 책임 하에 진행 • 보건과(WrHO)의 명확한 역할분담 • 사업팀은 자문과 지원을 통해 최종 책임자 역할 수행

표 13. 계속

<p>Training & Education 실무적용가능유무</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 기본교육제공 • 추가교육 및 실무교육 거의 없음 • 실무 자신감 결여 	<ul style="list-style-type: none"> • 심화과정 교육제공 • 현장 실무교육과 모니터링 • 모니터링 결과 환류 없음 • 실무적용 능력 및 자신감 낮음 	<ul style="list-style-type: none"> • 모니터링 결과 문제점 분석 및 환류 • 보수교육 제공 • 현업교육 병행과 모니터링 • 실무적용 능력 및 자신감 향상 • 동료지도 형태로 나타남 	<ul style="list-style-type: none"> • 지속적인 현장 실무교육과 현업교육 제공 • 강화된 역량 활용 기반 및 환경조성 • 실무적용과 향상된 역량에 대한 자신감 증가 • HEW 업무 관리감독 체계 구축을 통해 역량 활용기회 제공 	<ul style="list-style-type: none"> • 보건소가 독립적이고 주도적으로 계획, 수행, 평가를 할 수 있는 인적자원 확보 • HEW가 중심이 되어 TOT 조직화 및 관리운영-보건소가 감독 및 지원 • 외부 자원 및 가용 자원의 조직을 위한 네트워크 활용
<p>Benefit 적절한 보상기제</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 참여수당 획득 • 교육에 대한 기대 및 만족감 낮은 상태 	<ul style="list-style-type: none"> • 참여수당 획득 • 가족계획 서비스 제공에 대해 뿌듯해함 	<ul style="list-style-type: none"> • 금전적 보상 획득 • 강화된 역량의 활용 기회 확대 • 역할기대에 대한 자신감, 만족감 상승 • 보건인력 외 보건소인력의 교육 등 참여기회 확대를 통한 동질감 	<ul style="list-style-type: none"> • 금전적 보상 • 참여과정에서 획득하는 긍지와 보람 • 서비스 제공을 통해 증가하는 지역사회 만족도는 보건소 서비스 이용율 증가로 나타남 • 업무 수행에 대한 자신감 향상 	<ul style="list-style-type: none"> • 상호 신뢰감 형성 • 지역사회 요구를 충족시켜 줄 수 있다는 보건소 자체 역량 향상에 대해 자긍심을 나타냄 • 개인의 역량강화가 조직의 역량강화에 기여함에 대한 만족감

표 13. 계속

<p>Information 정보제공 및 홍보</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 사업과 프로그램의 목적에 대해 일부 책임자를 제외한 인력에 대해서는 사전정보 미 제공 • 교육 참여 시 기본정보 제공수준 	<ul style="list-style-type: none"> • 사업기획단계에서 보건과에 사업의 목적 및 내용에 대한 정보제공 • 보건소 대상 사업의 정보제공 미흡 • 지역주민단위 사업의 정보제공 기회 미흡 • 계획과 평가에의 참여환경 미조성 및 환류 시스템 미흡 	<ul style="list-style-type: none"> • 보건과 중심의 기획과 위원회 중심의 평가 진행 • 기획 및 평가단계에 보건소 참여 <ul style="list-style-type: none"> -사업의 목적, 주요 내용 및 진행과정에 대한 정보공유 및 문체접 공유 -보건소장 중심의 소극적 정보제공 수준 	<ul style="list-style-type: none"> • 보건과의 계획을 사정하고 사업계획에 반영 • 계획, 수행, 평가 단계에 보건소가 적극 개입함으로써 정보공유 대상이 보건소 이외의 지역사회(HEW, TOT, 깨벨레 리더) • 보건의료인력 외 보건소 구성원들에 대한 정보제공 기회 확대 	<ul style="list-style-type: none"> • 계획, 수행, 평가에 보건소가 주도 • 계획단계에서 사업이 추구하고 있는 목표와 보건소의 계획 내용이 일치하는지 검토하고 결과에 대한 환류 • 보건소가 계획한 프로그램을 지원할 수 없는 경우 타당한 이유에 대한 명확한 설명
----------------------------------	--	--	--	---	--

표 14. 과정지표에 따른 분석: 지역사회주민 역량강화

indicator	임파워먼트 모형	정보제공 informing	의견 참고 consulting	관여 involving	협력 collaborating	역능화 empowering
	주민주도 정도에 따른 참여수준	동원 mobilization	협조 assistance	협력 cooperation	동반 partnership	주도 initiative
Leadership 영향력 있는 리더의 유무	<ul style="list-style-type: none"> • 사업팀의 촉발 및 리더 • 지방행정부, 보건과, 교육과, 여성과의 소극적 의견개진 • 보건소 및 HEW 리더역할 없음 • 지역사회리더 보건 분야 역할 미흡 	<ul style="list-style-type: none"> • 사업팀의 촉발 및 리더 • 지방행정부처들의 계획단계에의 의견개진 및 일부 반영 • 보건소의 소극적 개입 • 지역사회리더의 소극적 반응 • 정보제공 및 교육기회 제공 	<ul style="list-style-type: none"> • 사업팀 촉발 및 리더 • 계획단계에서 지방행정부처들의 적극적 개입 및 의견 반영. 평가에 소극적 개입 및 결과 공유 • HEW 현업교육 계획, 수행, 평가에 보건과와 보건소의 적극적 개입 • 계획, 수행, 평가에 지역사회참여 기회확대 • 일부 종교지도자가 교육 수료 후 지역사회 교육에 협력적 관계 유지-지속되지 못함 	<ul style="list-style-type: none"> • 사업팀 촉발 및 지원 • 보건과의 책임과 역할부여로 HEW교육 수행과 평가에 적극개입 • 행정부와 HEW, 케벨레리더에 역할부여를 통해 TOT교육 기획단계에 적극적 개입 • 리더그룹교육을 위한 계획단계에 행정부와 교육과의 적극적 개입 	<ul style="list-style-type: none"> • 사업팀 촉발 및 정보공유와 지원 • 리더그룹교육 계획단계에서 행정부, 교육과, 여성과, 보건과의 행정관리 시스템을 활용한 주도적 참여 • HEW, TOT들은 내적 리더십을 발휘하여 업무 역할 수행 	

표 14. 계속

<p>Network 네트워크, 사회적 관계</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 네트워크와 사회적 관계에 대한 지역사회의 인식 없음 • 사업팀의 주도로 교육기회 제공과 다양한 네트워크 형성 시도 • 지역사회는 교육을 통해 새로운 네트워크가 형성되나 이에 대한 인식은 여전히 낮음 • 사업팀과 보건과가 HEW, TOT, 케벨레리더, 보건소의 네트워크를 조직하고 활성화시키기 위해 노력하나 네트워크를 조직적으로 운영하는 리더의 부재 • 지속적인 교육 및 업무 현장에서의 네트워크 활용 및 운영 기회확대 • 보건소 중심 네트워크 강화로 HEW 업무지원체계 구축 • HEW, TOT, 케벨레리더의 업무분담을 통해 역할강화-사회적 관계망을 이용한 활동 • TOT 및 지역사회 리더들의 사회적 관계망을 통한 활동 전개
<p>Resource Mobilization 외부의 지속적 관심과 지원</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 사업팀의 지역사회 투입 • 지역사회의 사업에 대한 인식부재 • 사업팀의 지역사회 사정 및 의견청취 • 지역사회 의견 참고 수준 • 사업팀의 목적에 따라 활동전개 결정 • 사업팀의 지역사회 분석 및 결과 공유 • 사업팀의 지역사회 요구 수용 및 소극적 반영 • 계획, 수행, 평가단계의 지역사회 참여기회 확대 및 환경조성 • 지역사회 요구의 적극적 수용과 해결을 위한 공동노력-HEW 현장업무감독과 지원체계 구축, TOT 재교육, 학교 교육도구 제공 등 • 활동 수행을 위한 환경조성 및 지속적 모니터링과 평가를 통한 환류-HEW 활동물품 지원, TOT 역할수행 평가 및 환류

표 14. 계속

<p>Management 책임과 역할분담</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 책임이양 및 역할분담 없음 	<ul style="list-style-type: none"> • 교육과 정보제공을 통한 인식변화 시도와 역할수행에 대한 요청 	<ul style="list-style-type: none"> • 계획, 수행, 평가 단계별 각 대상자의 역할 부여, 책임이양은 미흡 • 계획과 평가단계에의 참여수준 및 영향력 낮음 	<ul style="list-style-type: none"> • 계획, 수행, 평가 단계별 각 대상자의 역할 부여와 TOT 성과평가에 의한 차등보상제 적용 • 평가단계의 참여기회 및 통로 확대로 문제의 공유 및 해결방안에 대한 공동논의 • 역할분담에 따른 소극적 책임이양-책임 불이행에 따른 제재조치 없음 	<ul style="list-style-type: none"> • 평가단계의 참여기회 확대로 문제인식 및 해결방안 모색 • 교육훈련을 통해 강화된 역량은 자신의 역할에 대한 분명한 인식과 책임감 고양
<p>Training & Education 실무적용가능유무</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 교육훈련 기회 부족 • 기본교육 기회제공 	<ul style="list-style-type: none"> • 기본교육제공 후 실무투입 • 수행결과 체계적 모니터링 및 평가 체계 미흡 	<ul style="list-style-type: none"> • 보수교육 및 실무교육기회 제공 • 모니터링 및 평가결과 소극적 환류 	<ul style="list-style-type: none"> • HEW의 업무 요구에 따른 심화교육 제공과 업무현장에서의 현업교육 • 모니터링 및 평가결과 적극적 환류 • 실무교육 기회확대 및 참여 환경 조성 	<ul style="list-style-type: none"> • 경제적 인센티브로 필요한 물품제공을 통한 업무환경 조성 • 외부의 지속적 관심과 지원 필요

표 14. 계속

<p>Benefit 적절한 보상기제</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 금전적 보상기대 -참여수당 획득 	<ul style="list-style-type: none"> • 금전적 보상 • 교육욕구 충족 	<ul style="list-style-type: none"> • 금전적 보상 • 역할수행에 대한 자신감 • 참여기회의 확대 제공과 정보공유를 통해 소속감과 동질감 형성 	<ul style="list-style-type: none"> • 성과 획득의 반복으로 인한 만족감과 자신감 증가 • 경험을 통해 올바른 정보에 대한 신뢰감은 역할 수행의 자신감으로 표출 	<ul style="list-style-type: none"> • 적절한 보상기제를 통한 업무 만족감 및 역할에 대한 자신감, 지역사회의 신뢰 확보 • 지역사회의 질적 서비스 제공에 대한 만족감
<p>Information 정보제공 및 홍보</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 기초적인 정보의 일방적 전달 • 소극적 사업 홍보 • 정보전달 방법의 획일성-강연, 연설 	<ul style="list-style-type: none"> • 정보 전달 및 의견 청취 • 정보전달 방법 및 홍보 방법의 변화 시도 -사업팀의 일방적 접근방식 지속 	<ul style="list-style-type: none"> • 정보전달의 통로 확대 • 지역사회 지도자그룹 교육 및 활용 • 교육방법의 다양화 및 CBOs 등 파트너와의 연계활동 	<ul style="list-style-type: none"> • 교육과 홍보 활동에 동참 등 참여 기회 확대 및 참여환경 조성 • 교육을 통해 획득한 정보를 지역사회에 활용할 수 있는 참여기회 제공 	<ul style="list-style-type: none"> • 사회적 관계망을 통해 획득한 정보의 활용 및 지역사회에 정보 제공

표 15. 과정지표에 따른 분석: 지역사회참여 활성화

indicator	임파워먼트 모형	정보제공 informing	의견 참고 consulting	관여 involving	협력 collaborating	역능화 empowering
	주민주도 정도에 따른 참여수준	동원 mobilization	협조 assistance	협력 cooperation	동반 partnership	주도 initiative
Leadership 영향력 있는 리더의 유무	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 조직별, 지역별, 단위별 리더 존재 사회적 역할에 따른 역할수행 비활성화 사업팀에 의한 촉발 	<ul style="list-style-type: none"> 사업팀에 의한 리더그룹의 조직화 -조직된 그룹에 따른 역할부여와 사업에 대한 기본정보 공유를 통한 리더십 자극 지역사회 리더개발 	<ul style="list-style-type: none"> 사업팀의 요구에 의한 조직의 운영 -사업의 목적 및 내용 등 다양화된 정보 공유 조직에 따라 역할 기대 및 기여도 차이가 존재 -리더십 활용 환경조성과 역할 부여를 통해 리더십 발휘 개발된 리더를 중심으로 활동전개 	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 조직의 목표 달성을 위해 리더십을 발휘하고 사업팀은 지원과 자문 반복된 성과 달성과 공동 활동을 통해 리더십 증대 	<ul style="list-style-type: none"> 달성 가능한 목표의 수립과 외부의 지속적 관심과 지원이 있을 경우 리더십 발휘 및 강화 	
Network 네트워크, 사회적 관계	<ul style="list-style-type: none"> 다양한 네트워크 존재 미 연계 및 비활성화 지역사회 가용 네트워크의 분석 	<ul style="list-style-type: none"> 사업의 목적과 프로그램 내용에 따른 가용자원 개발 및 조직 	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 활성화에 네트워크 활용 네트워크를 활성화시킬 수 있는 교육도구개발 및 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회의 참여 확대 기회 및 참여경로 제공 각각의 네트워크가 상호 연계할 수 있는 환경조성 	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크와 사회적 관계를 활용함으로써 획득하는 결과에 대한 인식은 성취감으로 작용 	

표 15. 계속

<p>Resource Mobilization 외부의 지속적 관심과 지원</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 사업팀 지역사회 사정 및 분석 	<ul style="list-style-type: none"> • 가용자원의 개발 및 조직과 역할에 따른 참여기반 제공 • 지역사회의 요구 분석을 위한 공동논의 단계 	<ul style="list-style-type: none"> • 달성 가능한 공동목표 설정과 행동계획 • 계획을 실행해 나갈 수 있는 환경을 조성하고 사업 외의 외부 자원을 연계 	<ul style="list-style-type: none"> • 목표 달성을 위한 공동 활동 수행 • 목표 달성을 통한 성취감 획득 • 수행결과에 대한 공동 평가 및 자문 • 외부의 지속적 관심과 지원은 지역사회의 소속감을 증대시킴 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회의 주체적 인식과 자발적 활동 수행을 위한 지속적 관심과 지원 • 기술자문 요구됨
<p>Management 책임과 역할분담</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CBOs의 특성 파악 단계 • 1차적 접촉으로 관계형성 	<ul style="list-style-type: none"> • 행정관료 및 지역사회 리더로 구성된 위원회의 경우 역할에 대한 논의를 통해 조직운영 가능 • 지역사회주민 조직의 경우 조직의 기능과 조직원들의 기능이 불분명한 경우가 많으므로 이에 대한 분석과 의견 청취 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 주민조직의 고유한 역할과 책임의 존중 및 새로운 역할 부여가 요구될 경우 논의를 통한 결정-일방적 책임이양 및 업무부여는 안됨 • 새로운 역할부여가 필요한 경우 본인의 의사 수용과 존중 	<ul style="list-style-type: none"> • 역할 수행 환경 조성 • 책임의 이양은 지역사회주민조직의 자발적인 합의에 의해 이루어짐 • 책임 불이행에 대한 조치 및 처벌 방안에 대해 자체논의에 의해 결정, 타당성이 결여된 경우 사업 의견을 개진하여 재 논의토록 유도 	<ul style="list-style-type: none"> • 목표의 성취와 더불어 부여된 역할의 수행에 따른 책임감은 좀 더 나은 역할수행 기대로 나타남

표 15. 계속

<p>Training & Education 실무적용가능유무</p>	<ul style="list-style-type: none"> 최소한의 정보제공 수준의 교육제공 	<ul style="list-style-type: none"> 교육기회 확대 -대상 및 지역 등 지역사회주민 조직은 공동기획에 참여함으로써 학습의 기회 획득 	<ul style="list-style-type: none"> 교육기회 확대-대상, 교육방법, 지역 등 전달하고자 하는 중요한 메시지의 반복교육 공동 수행에 참여를 통한 학습기회 제공 	<ul style="list-style-type: none"> 교육을 통해 획득한 정보를 활용할 수 있는 참여기회 확대 파트너십 프로그램에 공동참여를 통한 학습 수행결과와 공동평가 및 새로운 목표의 공동수립 과정에 참여를 통한 학습 	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회주민 조직들은 가용자원을 확인하고 활용할 수 있는 방안을 모색하며, 지역개발을 위한 활동을 주체적으로 수행하기 시작
<p>Benefit 적절한 보상기제</p>	<ul style="list-style-type: none"> 금전적 보상기제 -지역사회조직은 사회적 원칙에 따라 금전적 보상기제가 있으나 사업팀의 분명한 목적 설명을 통해 미지급 	<ul style="list-style-type: none"> 금전적 보상기제 지속 -설득을 통해 회유 종자돈 마련을 위한 바자 물품 지원 등 활동의 기반 마련을 위한 간접적 보상 수익창출이 가능한 활동의 기회 제공 	<ul style="list-style-type: none"> 교육 기회 제공 참여를 통한 학습기회 제공 소속감, 공동체 의식 인식 평가결과의 공유와 결과에 따른 시상을 통해 동기부여 활동 수행에 참여 기회 확대 및 참여 결과로 획득한 수익창출 	<ul style="list-style-type: none"> 공동 활동을 통해 불가능할 것으로 인식된 목표를 달성함으로써 성취감과 자긍심 고취 기획과 수행, 평가에 주체적으로 참여함으로써 자신들의 의견이 수용됨에 대한 긍지와 보람 	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회의 리더십 발휘에 따른 자존감 향상 공동의 문제인식과 이를 해결하기 위한 공동노력을 통해 지역사회 공동체 의식과 신뢰감 형성 지역사회는 질적 보건서비스 획득 가능

표 15. 계속

<p>Information 정보제공 및 홍보</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 기초적인 정보의 일방적 전달 • 소극적 사업 홍보 • 정보전달 방법의 획일성-강연, 연설 • 지역사회의 특성에 대한 파악 미흡 	<ul style="list-style-type: none"> • 정보 전달 및 의견 청취 • 정보전달 방법 및 홍보 방법의 변화시도-사업팀의 일방적 접근방식 지속 	<ul style="list-style-type: none"> • 사업의 목적 및 내용 등 정보 공유 • 정보전달의 통로 확대 • 지역사회지도자그룹 교육 및 활용 • 교육방법의 다양화 및 CBOs 등 파트너와의 연계활동 • 교육의 반복 및 대상자의 다양화 • 가족계획의 주요 메시지 강조 	<ul style="list-style-type: none"> • 교육과 홍보활동에 지역사회 동참 등 참여 기회 확대 및 참여환경 조성 • 교육을 통해 획득한 정보를 지역사회에 활용할 수 있는 참여기회 제공 	<ul style="list-style-type: none"> • 올바른 정보 제공 및 획득에 의한 인식 변화로 가족계획 서비스에 대한 요구도와 만족도 증가
----------------------------------	---	---	--	---	--

다. 결과

지역사회참여를 위한 7가지 과정지표에 따른 참여수준의 변화를 알아보기 위해 Rifkin(1988)의 틀을 이용하여 재구성하였다. 각각의 지표가 보건의료인력 및 지역주민 역량강화와 지역사회참여 활성화의 주요 참여주체별 참여수준 변화에 어떻게 영향을 미치는지를 분석하였다. 참여의 수준은 동원-협조-협력-동반-주도의 단계였으며, 이러한 참여수준의 변화를 통해 임파워먼트 되는 과정을 살펴보았다. 각각의 지표에 따른 결과분석의 근거를 마련하기 위해 2011년과 2012년의 종료평가와 영향평가를 위해 실시한 초점집단면담내용을 활용하였다.

활용된 초점집단면담 내용은 연세대학교 간호정책연구소가 실시한 사업 종료평가 주민초점집단 면접결과¹⁵¹⁾와 한국국제협력단 평가팀에서 실시한 영향평가 초점집단면담결과¹⁵²⁾를 참고로 관련 내용을 재구성하였다. 초점집단 면접은 2010년 9월, 2011년 10월, 2012년 7월 3차례에 걸쳐 현지조사 시기에 실시되었다.

1) 리더십

참여는 외부의 리더십에 의해 촉발되고 지역사회내부의 리더에 의해 촉진된다. 그러나 참여의 과정을 통한 학습과 계획·수행·평가에의 참여환경 조성 및 경로가 확대됨으로써 역량은 강화되고, 강화된 역량은 자신감 증대로 개인의 내적 리더십을 자극하여 참여의 수준을 향상시켜 주도적 참여가 가능하게 됨으로써 임파워링 된다. 리더십을 개발하고 교육훈련을 통한 업무 자신감 증대 및 역할분담과 책임이양이 수반될 경우 리더십은 강화되었다.

‘지역사회 리더그룹은 리더로서의 역량을 발휘해 지역사회 참여를 활성화시키는 역할을 수행하였다.’

“우리 주민들은 현대적인 피임법을 두려워한다. 지역사회지도자, 계별레 리더를 교육시켜 주민들에게 교육시킨 부분은 사람들의 인식을 바꾸게 하는데 도움이 되었다(주민 대표).”

151) 한국국제협력단, 연세대학교 간호정책연구소, 사업종료보고서, 2011. 내용을 기반으로 재구성하였다.

152) 한국국제협력단, 영향평가보고서, 2012, pp.22. 152) 본 초점집단면접(FGI)내용은 한국국제협력단의 영향평가보고서를 기반으로 필요한 내용을 정리하였다. 인용 내용은 글자체를 달리하여 표시하였다.

“농촌지역에는 주민보건지도자와 지역사회 리더들이 있기 때문에 주민들 간에 가족계획 사용이 증가하고 있어요(가족계획 사용자).”

“이파야 시장에서 어떤 사람이 가족계획 홍보를 하고 있었는데 한 여성이 아이를 많이 낳는 것이 나중에 아이들이 커서 돈을 많이 벌수 있는 자산이라고 얘기하는 것을 들었어요 나는 가족계획은 당신과 아이들의 건강을 위한 것이라고 말하며, 홍보하는 사람의 말을 들어보라고 말했어요(여성 지도자).”

2) 네트워크 활용, 사회적 관계, 사회적·조직적 연결망

지역사회에 존재하는 네트워크를 강화시켜 주거나 새로운 네트워크를 형성하여 참여의 기회를 확대시켜 줄 때 지역사회는 사회적관계의 확장을 통해 협력하는 수준으로 변화하였다. 보건소와 지역사회가 가용자원을 확인하고, 조직하여 활용할 수 있도록 참여환경을 조성하고 참여를 통한 학습이 가능할 수 있도록 지원한다. 보건소가 자원을 조직하고 활용을 시도할 경우 외부의 기술적 자문이 제공된다. 지역사회 주민들은 지역사회 네트워크를 활용해 서로 협력하는 수준으로 참여가 변화하였다.

“모임에서 아웃리치를 위해 서로 협력해요(여성).”

‘주민보건지도자교육은 개별레 리더라 좋은 관계를 형성하고 서비스 제공자들과도 협조적인 관계를 형성하는데 큰 도움이 됨...(2010년 주민초점집단 면접결과)’

사회적 관계와 연결망을 통해 지역사회는 협력 수준으로 참여가 일어나고 이러한 참여를 통해 사회적 관계는 더욱 강화되어 나가며 역량이 변화하는 모습을 나타내었다.

“자금을 마련하기 위해 모두 힘을 합하게 되었어요 이전에는 이런 경험을 한 적이 없어요(남성).”

“아웃리치 나갈 때 훈련된 주민건강요원들이 함께 상의하여 활동 진행을 적극적으로 돕고 주민들에게 홍보했어요 지역주민들은 함께 배우고 돕는 것을 배웠어요(공중보건훈련센터 지역사회개발팀장).”

또한, 지역사회는 다양한 사회적 관계와 연결망을 통해 정보를 획득하게 되며 이것은 가족계획을 위한 피임을 결정할 때 주변인의 영향을 많이 받는 이들에게 보건

의료인력이 아닌 이웃은 피임을 실천하기 위한 참여를 촉진시키게 된다.

“시술받은 사람들이 다른 사람들에게 다시 알려줘요(여성).”

“시장이나 지역모임 등 다양한 정보제공 통로를 통해 가족계획 정보를 접하고(가족계획 미 참여자).”

“사람들을 만나는 시장 같은데서 서로 정보를 교환하고, 남편들이 정보를 얻어와(가족계획 참여자).”

3) 외부의 지속적 관심과 지원

보건소와 지역사회의 역량을 강화시키고 이들의 참여를 촉진시키기 위해서는 상당한 시간과 노력이 요구된다. 그러나 지역사회와의 신뢰가 형성되고 나면 동원이나 협조 수준으로 참여가 일어났던 이들이 협력과 주도 수준으로 역량이 증가된다. 외부의 지원은 보건소와 지역사회의 문제 상황을 분석하고 이들의 요구를 수용하고 반영하여 문제 해결을 위한 공동 노력의 형태로 이루어져야 한다. 참여환경이 조성될 수 있도록 물품지원 등 경제적 인센티브 제공이 고려되어야 하며, 지속적인 모니터링과 평가 결과를 공유하고 개선을 위한 방안을 함께 모색해 나가야 한다. 지역사회 참여 활성화를 위해서는 사업 이외의 외부자원과의 적극적인 연계 등 지속적인 지원이 이루어지는 경우 지역사회가 고립되지 않고 관심을 받고 있다는 것에 대해 소속감을 갖게 됨으로써 참여는 활성화된다.

“나는 이 프로젝트가 가족계획 방법과 관련된 지역사회 인식을 바꾸기 위해 일하고 있는 것을 알아요…… 우리에게 어떻게 함께 일하는지, 바자회를 어떻게 하는지, 생활수준을 어떻게 향상시키는지를 가르쳐 주었어요 우리는 우리의 꿈을 이룰 수 있는 기회가 되어 너무 기쁘요”(여성)

“장기피임에 대한 소문과 종교지도자들의 반대로 인해 아직도 현대적 피임법 사용에 제약이 있다(가족계획 참여자).”

이러한 인터뷰 결과를 통해 알 수 있듯이 지역사회 인식변화를 위한 지속적인 교육 홍보가 더욱 필요한 것으로 판단된다. 뿐만 아니라 지역사회 인식변화를 위한 장기계획과 전략을 가지고 대상자별 접근방법을 고려해야 한다.

4) 책임과 역할분담

책임의 이양과 분명한 역할부여 및 업무 분담은 참여의 수준을 증가시키는 것으로 나타났다. 계획과 수행, 평가과정에 개입 가능한 메커니즘을 확보하고 참여의 통로를 확대하였을 때 이들의 참여수준은 증가하고 역량은 강화되었다. 주민보건지도자들은 교육 후 지역사회에서 무엇을 어떻게 해야 하는지를 분명하게 인지하지 못한 상태로 지역사회로 돌아갔고, 사업팀도 이 부분을 간과한 상태였다. 그러나 모니터링을 통해 문제를 확인하고 이를 해결하기 위해 정보를 공유하고 분명한 역할을 부여한 경우 활동의 변화가 일어났다. 또한, 실적평가에 의한 차등보상제를 적용하면서 더욱 개선되었다. 이것은 책임부여와 분명한 역할분담이 효율적인 참여를 유도한다는 점을 나타낸다고 볼 수 있다.

‘한 여성대표는 주민보건지도자 교육을 받은 후, 피임을 하고 있는 부녀자들이 롤 모델이 되어 지역주민 모임 등에서 가족계획 교육을 하고.’

지역행정부장(군수)은 사업의 내용을 지속적으로 함께 공유하고 사업운영 동반자로서의 참여를 유도함으로써 사업에 대한 책임감과 역할에 대한 인식이 강화되었다. 이러한 책임감은 동반의 수준을 넘어 주도적으로 참여하는 수준으로 사업에 적극 협력하였다.

‘헤토사보레다 행정부장은 사업을 마을지도자들에게 알리고 주민보건지도자를 지역사회에 소개하였으며, 모델 마을을 선정하여 수도를 설치할 수 있도록 격려. 행정적인 문제에 적극적으로 개입하고 훈련센터에서 발생하는 문제해결을 위해 적극적으로 참여하면서 이 사업의 주인이라고 생각하며 행정적 처리를 도왔다.’

주민건강요원(HEW)은 가족계획 상담기법 교육을 이수하고, 아웃리치에서 실무교육이 제공되고, 사업팀과 보건의료인력의 감독 하에 지역주민대상 그룹교육을 실시할 기회를 제공받았다. 이러한 역할부여를 통해 역량이 강화되고 지역주민과의 신뢰적 관계가 형성되면서 주민들의 서비스 이용률 증가로 나타났다.

“지역사회 안에서 우리를 잘 아는 사람이 상담해 주는 것을 선호한다(가족계획 참여자).”

“외부에 있는 사람에게... 그들이 훌륭한 상담을 제공해 줄 수도 있지만, 우리를 잘 아는 사람은 알려주기 힘든 비밀을 제공하거나 상담자와의 좋은 대화분위기 형성... 대부분의 주민들은 자신을 잘 아는 상담자를 원한다(가족계획 참여자).”

“훈련받은 HEW를 통해서 알맞은 정보를 쉽게 제공받을 수 있어 좋은 것 같다(가족계획 미 참여자).”

이러한 현실을 감안하여, HEW와 같이 지역사회와 1차적인 접촉이 이루어지는 최 일선 보건인력들의 역량강화를 통한 서비스의 질적 개선은 무엇보다 중요한 참여 촉진요인으로 작용한다. 이들의 참여가 동반수준을 넘어 주도의 단계로 임파워링 된다면 모성건강 향상에의 기여도는 크게 나타날 것이다.

5) 실무적용 가능한 교육훈련 기회확대

실무적용이 가능한 교육훈련의 기회확대는 업무에 대한 자신감 향상과 만족도 증가, 역할수행에 대한 긍지와 보람을 경험함으로써 동반과 주도 수준으로 참여 수준이 증가되었다. 이러한 업무에 대한 자신감은 보건서비스의 질적 향상을 가져왔고 지역주민의 만족도 증가와 서비스 이용률 증가의 선순환구조로 나타났다. 그러나 지역사회가 주도적인 업무수행을 할 수 있기 위해서는 외부의 지속적 관심과 지원이 필요하며, 참여가 이루어질 수 있는 환경조성과 참여기회가 지속적으로 확대되어야 한다.

“가족계획 서비스에 대한 지역사회 만족도_사업 전·후 여성이 84.4%에서 93.6%로, 남성이 77.2%에서 87.5%로 증가한 것으로 통계적으로 유의... 이것은 가족계획 서비스 제공 주요 인력인 간호사와 HEW에 대해 지속적으로 단계별 교육훈련을 제공하여 지역주민들에게 양질의 서비스 제공을 촉진.”

“KOICA 사업으로 진행된 교육에서 이론 및 실습과정이 실제 현장에서 적용_자신감을 주었다(HEW).”

실무적용이 가능한 교육훈련 기회만큼 중요한 사항은 교육 후의 지속적인 모니터링과 평가와 이에 대한 결과의 공유이다. 모니터링이 이루어지더라도 결과에 대한 공유가 이루어지지 않으면 요식행위와도 같은 결과를 초래한다.

“예전에 00에 의해 가족계획에 관한 교육을 받은 적이 있는데 그 이후에 우리가 어떻게 진행하고 있는

지에 대한 follow up이 없었다. KOICA는 한 달에 한 번 또는 두 달에 한 번 follow up을 하는 우수한 follow up 시스템을 가지고 있어. (보건인력/HEW).”

교육의 방법과 내용은 지역사회가 필요한 것이어야 하며, 효과적인 교육 방법에 대한 고려가 필요하다. 많은 원조 주체들의 유사한 교육 패턴의 반복은 교육 피로감과 매너리즘을 유발시켜 교육을 위한 교육만을 수료하게 되는 경우가 실제로 다수인 점을 감안하여 고려되어야 한다.

“HEW에 맞는 단계별 교육(이론교육, 생닭을 통한 모의 실습, 아웃리치를 통한 실습)을 제공한 점이 매우 효과적.(HEW).”

“추후 보수교육을 통해 피드백 및 재교육 기회를 가져 역량을 더욱 견고히 하는 계기가 되었음.(HEW).”

주민건강요원들은 실무적용이 가능한 교육훈련으로 협력 수준으로 참여가 이루어졌으며, 지속적인 현업교육과 현장실사를 통해 임플라는 서비스를 직접 제공할 수 있는 주도 수준으로 역량이 강화되었다.

“KOICA 사업 전 단기피임만을 제공. KOICA 사업과 협력하여 장기피임 서비스 제공. 교육 및 상담을 통해 가임여성이 피임방법을 선택할 수 있도록 도움.(HEW).”

“주민건강요원들의 업무 수행능력을 증가시켜 지역 주민들의 장기 피임에 대한 접근성이 높아져.(보건의로 인력).”

6) 적절한 보상기제

적절한 보상기제는 초기에는 금전적 보상기대가 주를 이루나 프로그램의 목적과 내용에 따라 조정되어야 한다. 금전적 보상요구가 사업의 목적과 일치하지 않는 경우는 리더그룹을 설득하고 이들이 목적에 동의할 경우 지역사회참여 촉진자로서의 역할을 수행하게 된다. 역량강화를 통한 업무수행 자신감, 만족감, 자긍심의 향상 등 비 경제적 보상을 경험할 수 있는 기회의 확대가 요구된다. 지역사회는 목표달성을 통한 성취감의 경험을 통해 참여수준이 증가되었다. 주민보건지도자들은 지역사회 내에서 리더십을 발휘할 수 있다는 자존감이 증가되고 이러한 자존감은 지역사회를

위한 기여로 나타나 역할 수행에 대한 만족감을 보상받음으로써 동원 수준에서 협력 수준으로 참여가 촉진되었다.

‘주민보건지도자로 교육받은 참여자들은 지역주민모임이나 가정방문을 통해서 직접 피임법의 종류, 부작용 및 부작용 발생 시 대처법에 대해 가족계획 교육을 하였다. HEW와 함께 지역사회 계몽 활동에 참여.’

‘지역주민 여성들이 시술로 인한 통증에 대한 두려움을 나타내었으나, 여성 주민보건지도자의 경우 본인이 직접 임플란트 시술 후 통증이 없음을 주민들에게 홍보하여 여성들이 수용적인 태도를 보인 것으로 나타나.’

적절한 보상기제는 활동을 평가하고 성과에 따라 인센티브를 제공하는 형태로 진행될 수도 있다. 2010년 11월 지역경연대회를 통해 우수 참여자, 우수 기관, 우수 마을 등에 대한 시상식과, 25개 지역대표와 700명의 지역사회 구성원이 모인 자리에서 각 계벨레별 활동 결과를 공유한 후 지역사회 참여의 수준은 변화하였다. 한 계벨레 리더는 경연대회 종료 전 가진 전체 토론시간에 “우리 계벨레가 순위가 낮다는 것이 부끄럽다. 더 노력하겠다.”라는 의지를 밝혔고, 2011년 실제 그 계벨레의 활동은 눈에 띄게 달라졌다.

“...사실 어떤 계벨레 리더는 예전에 보건정보제공이나 홍보 요청에 협조적이지 않았지만, 지금은 완전히 바뀌었어요(공중보건훈련센터 지역사회개발팀장).”

‘지역주민 대표들은 대상으로 실시한 초점집단면접 결과... 본 사업의 활동에 대해 이해하고 공감하고... 성과를 얻어가는 것에 만족감과 자신감이 생긴 것을 확인...’

7) 정보제공

지역사회주민들은 정보획득을 통해 가족계획 서비스를 이용할 수 있는 협조 수준으로의 변화가 일어났다. 정보제공은 지역사회 참여를 촉발시키는 출발점이 된다. 지역사회는 참여기회 확대를 통해 다양한 교육에 접근할 수 있는 참여경로가 확보되고 이로써 교육을 통해 획득한 정보를 다시 지역사회로 전달하는 형태로 나타났다. 수동적 정보수용자에서 능동적 정보제공자로 참여수준이 변화하였다. 지역사회 주민들은 그들이 누릴 수 있는 무료서비스조차 정보를 제공받지 못해 이용하지 못하며, 보건의료인력들은 적극적으로 정보를 제공할 의지도 나타내지 않는 경우가 많으므로

정보제공의 방법과 장소, 대상자 확대를 통해 지역사회가 정보제공자로부터 직접 정보제공을 받을 수 있는 기회를 확보할 수 있도록 해야 한다. 2012년 봉사단과의 연계활동 중 지역사회교육을 위해 보건소에서 이용할 수 있는 서비스의 내용과 유·무료 이용 가능한 서비스 내용을 정리한 교육도구를 준비하여 시장 및 거리 홍보를 하는 단계에서 지역주민들은 이러한 기본 정보조차 갖고 있지 못한 것이 확인되었다.

‘사업이해관계자 초점집단 면담결과 사업의 전략적 강점은 보건 분야 단독 사업이 아니라 분야간 협력, 지역사회 활성화를 위한 소득창출 사업 등 지역개발 연계, 다양한 지역사회 홍보활동 활용을 통한 주민 인식 변화 등.’

“KOICA 사업을 통해 큰 변화가 있었다. 특히, 타운(town)을 방문하여 사람들을 동원한 캠페인, 보건의료인력 교육 등이 지역주민 인지도 높이는 데 효과적으로 판단(보건국장).”

“KOICA 사업 이전에는 남편이나 여성들이 가족계획에 대한 정보를 제대로 얻을 수 없었다(가족계획 미참여자).”

정보제공의 통로는 다양하게 구성되어야 한다. 또한, 이러한 지역사회 홍보에서는 사업에서 전하고자 하는 중요한 메시지를 지속적으로 전달하여 지역주민들이 인식할 수 있도록 한다. 홍보의 방법은 다양하게, 지역사회의 문화 친화적 방법을 이용한다.

‘KOICA 사업을 통해서 가족계획 방법이 다양하다는 것에 대해 인식. 가족계획이 여성과 아이들의 건강 증진에 유용하다는 것을 알게 되었다. 사회활동이 제한적인 에티오피아 농촌지역사회 특성을 고려하여 지역사회 단위의 주민교육 뿐 만 아니라 다양한 프로그램에 여성들의 참여를 적극 유도한 결과로 분석.’

‘..에티오피아의 종교적, 문화적 특성을 고려하여 산악제한보다는 터운조절의 중요성을 강조한 것이 영향을 미친 것으로 평가.’

아프리카, 특히 에티오피아는 인구의 80% 이상이 농촌지역에 거주하며 주거지역은 지역적으로 넓게 산재해 있으며, 산악 지형에 도로·교통 인프라가 열악한 상황에서는 평생 한 번도 타운(town)을 방문해 보지 못한 여성들과 보건의료인에 의한 교육을 단 한 번도 경험하지 못한 농촌 여성들이 많은 것이 현실이다. 이러한 지역주민들에게 최소한 한 번이라도 교육에 노출될 수 있는 동원 수준의 참여라도 최대

한 활성화 시켜야 한다. 정보를 획득한 사람은 주변사람에게 정보를 전달하게 되며, 정보제공-정보획득-주체적 인식-요구발생-요구충족을 위한 행동으로 참여의 수준은 변화한다.

“지역사회 내에 만연해 있던 가족계획에 대한 잘못된 인식이_ 시술훈 받은 주민들이 주변 사람들에게 다시 설명해주고 이러한 방법을 통해 가족계획에 대한 주민들의 인식이 자연스럽게 바뀐 것으로 나타나.”

“터울조절과 산아 제한에 대하여 들은 것을 가족들에게 먼저 말하고 이웃에 말했다(주민 남성).”

“HEWs, 훈련된 주민보건지도자가 우리에게 가족계획에 대해 가르쳐주었어요 지금 우리는 가족계획을 하고 있고 가족계획의 홍보대사예요(여성주민).”

바르고 정확한 정보제공은 지역사회의 참여를 촉진시키는 요인이 된다. 정보제공은 반복되어야 하며, 부정적인 정보를 가지고 있는 대상자에 대해서는 보건인력들에 의한 인식변화 유도 보다 때로는 그들과 동일한 지역주민 중 가족계획에 대한 긍정적인 경험을 가진 사람을 통해 제공되는 것이 더 효과적인 경우가 많다.

“_KOICA가 가족계획 사업을 통해 피임에 대한 정확한 지식과 교육 등을 제공하여 장기피임법에 대한 장점과 오해가 적어졌다(가족계획 사용자).”

“부인 2명과 20명의 가족들이 있다_ KOICA 사업 전까지는 아이들이 생기는 것이 선택이라고 생각하지 않았다. 지금은 생각이 바뀌어_ 부인이 자델(Jadelle)을 사용_ (주민 남성).”

“임플란트를 하고 부작용이 생기면 다시 뺄 수 있다는 걸 몰랐다. 영구적으로 가지고 있어야 된다고 알고 있었다(주민 여성).”

정보제공과 교육홍보가 중요한 것은 분명하나 동일한 내용의 반복이나, 동일한 교육방법의 반복은 지양해야 한다. 교육방법의 다양화와 지역사회의 관심분야를 파악하여 보건 이외의 이슈를 함께 다루어야 한다. 지역사회 인식변화는 긴 시간과 노력을 요하는 장거리 마라톤이므로 지역사회가 사업팀 및 보건의료인력과 공감과 신뢰 관계를 형성할 수 있도록 운영팀의 역량이 강화되어 지역사회 롤 모델로서의 역할 수행이 요구된다.

‘가족계획에 대한 남성의 동의가 여전히 부족한 것으로 나타나 지역사회 주민대상 인식변화를 위한 지속적인 교육 및 홍보의 중요성이 대두.’

“남편이 원하지 않아서 아웃리치 때에도 피임시술을 받을 수가 없다(여성 지도자).”

힘들게 형성된 지역사회의 참여 의지가 보상받을 수 있는 보건의료체계와 보건의료인력들의 준비가 선행되어야 하며, 주민들은 참여 결과로써 획득 가능한 이익(benefit)이 보장되어야 한다. 지역사회가 획득할 수 있는 가장 큰 이익은 필요한 질적 서비스를 제공받는 것이다. 또한, 교육이 제공됨과 동시에 서비스가 제공될 수 있는 상황이 가족계획 참여를 높인다. 교육과 동시에 서비스가 제공되지 않으면, 오늘 서비스를 요구했던 여성이 내일은 오지 않는다. 오지 않는 요인은 다양하여 ‘시간을 낼 수가 없거나, 다시 방문할 비용이 없거나, 참여 의사가 바뀌었거나’ 등 다양한 요인에 의한다. 아래 면담 대상자가 말한 여성이 만약 당일 시술을 못 받았다면 다음에 다시 올 수 있는 확률이 얼마나 될 것인가 짐작해 볼 수 있는 일이다.

“남편들이 원하지 않아 여성들은 아픈 척하고 몰래 시내에 나가서 시술을 받기도 한다(여성 지도자).”

‘...교육으로 그치지 않고 직접 서비스 제공으로 연결되어 자녀의 태움 조절을 위한 실천으로 이어져...’

이러한 분석의 결과를 바탕으로 보건의료인력 및 주민건강요원(HEW)의 역량강화에 의한 지역사회참여 활성화 과정의 변화 단계를 살펴보면, 각각의 지표는 단독으로 작용하는 경우도 있고 몇 가지 지표가 동시에 작용하는 경우도 있었다. 보건의료인력과 주민건강요원(HEW) 교육훈련을 통한 지역사회참여 활성화는 다음과 같은 일련의 과정으로 진행되었다.

첫 번째, 동원 수준의 정보제공이 이루어진다. 참여는 정보제공을 통한 지역사회의 ‘인식’으로부터 출발하며 참여를 통한 이익(benefit)이 획득될 때 더욱 활성화 된다. 이러한 이익은 지역사회의 요구에 부응하는 질적 서비스의 제공이며, 이것은 보건의료 인력들의 실무적용 가능한 교육훈련에 의해 이루어진다. 실제 요구되는 역할 대비 업무 수행능력이 결여된 경우 자신감 상실과 업무회피로 이어진다(한명수, 1999).

두 번째, 외부의 리더십에 의해 촉발된 협조수준의 교육 참여가 이루어진다. 교육 과정에의 참여를 통해 업무에 대한 자신감이 증가되며, 외부의 지속적인 관심과 지원을 통해 참여 기회가 확대됨으로써 이러한 자신감은 강화된다. 한명수(1999)는 실무에서의 지도감독으로 개선방법에 대한 교육을 통해 변화시도가 가능하다고 하였다. 보건의료인력 교육과 동시에 지역사회 주민 대상 교육과 홍보가 함께 이루어진다. 지역사회 주민교육은 리더그룹을 시작으로 그 대상과 장소, 교육방법의 범위를 확대시키며 지속시켜 나간다.

세 번째, 외부의 지원을 통한 다양한 참여기회의 확대과정에서 보건의료인력과 주민건강요원의 업무역량은 향상되고 결과적으로 지역사회주민들은 질적으로 향상된 서비스를 제공받을 수 있게 됨으로써 주민들의 만족도는 증가된다. 주민들은 제공된 가족계획 정보에 따라 자발적으로 서비스를 선택함으로써 협조 수준으로 이용한다.

네 번째, 주민들의 증가된 만족도는 서비스 이용을 증가와 다양한 요구로 나타나며, 지속적으로 제공된 교육과 확대된 참여의 기회로 지역사회는 네트워크가 형성되고, 사회적 관계와 연결망을 이용해 상호 정보를 공유하고 다른 지역의 참여를 유도하게 된다. 이러한 현상은 보건소를 자극하게 되고 보건소는 지역의 요구에 부응하기 위해 활동하기 시작한다.

다섯 번째, 교육결과에 대한 모니터링과 평가를 통한 환류(feedback)가 이루어지고 협조 수준의 재교육과 추가·보수교육, 지속적인 협력수준의 실무교육을 통한 참여 기회 확대로 이어진다.

여섯 번째, 외부적 지원에 의해 강화된 역량을 적용할 수 있는 업무수행이 가능한 참여환경이 지속적으로 조성되고 부분적 책임이양, 역할부여, 명확한 업무분담 등 동반수준의 참여를 통해 책임감과 리더십을 강화시켜나간다. 적절한 보상기제의 활용으로 업무평가를 통해 역할 확장의 기회를 제공한다. 이러한 과정에서 업무의 성취를 통한 만족감, 긍지와 보람, 자신감 등을 경험하게 된다.

일곱 번째, 수행 단계에 제한되었던 참여를 기획과 수행, 평가에 개입할 수 있는 참여 메커니즘을 확보하고 참여경로를 확대한다. 사업목적을 공유하고, 문제점을 함께 인식함으로써 해결을 위한 공동노력과정에서의 참여를 통한 학습이 가능하게 된다. 이러한 과정에서 내적 리더십이 성장하고, 문제해결을 위해 지역사회 네트워크를 활용하고 조직하며 주도적 참여단계로 변화하게 된다. 이 단계에서는 지속적인 기술지원이 요구된다. 이러한 일련의 참여를 통한 역량강화와 리더십의 성장은 다른 지역사회 구성원의 참여를 유도하게 되는 참여수준의 변화를 가져오게 된다.

V. 고찰

국가 간의 합의에 의해 수행되는 공적개발원조사업의 특성상 공여국의 입장에서 수원국의 지역사회는 수혜자적 관점으로 접근하지만 실제 사업수행 현장에서는 수혜자적 관점을 넘어 협력과 동반자적 관계를 통해 사업을 함께 수행하는 파트너로서의 인식전환이 필요하다.

지역사회참여 논의가 지역개발분야에서 시작되었다는 역사적 배경을 고려해 볼 때 우리가 추구하는 이상적인 수준의 실질적 참여의 개념을 공적개발원조 지역사회기반 보건사업에 그대로 적용하기에는 다소 무리가 따른다. 특히 가족계획 및 모자보건사업에서 지역사회 주민의 참여는, 최소한의 정보를 제공받는 동원수준에서 시작되어 자발적 의사결정에 따라 서비스를 제공받는 협조수준으로의 변화만이라도 일어난다면, 그것은 실질적인 참여수준 그 이상의 의미로 평가될 수 있을 것이다. 한 걸음 더 나아가 서비스 획득을 통해 경험한 만족감이 사회적 관계망을 통해 주변으로 전달되어 지역사회 참여를 촉진시키는 역할을 한다면, 이상적인 참여수준으로 평가하기에 충분할 것이다.

참여는 정보 제공과 획득을 통한 지역의 인식으로부터 출발하며, 참여를 통한 이익(benefit)이 획득될 때 더욱 활성화 된다. 이러한 이익은 지역의 요구에 부응하는 질적 서비스의 제공이며, 이것은 보건의료인력들의 실무적용 가능한 교육훈련에 의한 역량강화를 통해 가능해진다. 지역기반보건사업에서 일차보건의료체계의 최일선에 있는 보건소와 보건지소 인력들의 역량강화는 지역사회참여 활성화를 위한 필수불가결한 기본요소로서 실무적용이 가능한 체계적 교육훈련 과정에서 지역사회는 올바른 정보와 질적 서비스라는 이익 획득이 가능하게 된다. 보건소 및 보건지소 인력역량강화와 함께 고려되어야 할 것은 지역사회대상 교육·홍보이며, 이것은 다양한 대상자별 접근전략이 고려되어야 하고 지역사회 주민들이 참여 가능한 다양한 경로가 확보되어야 한다.

사례분석 결과를 토대로 개발도상국의 공적개발원조 지역사회기반 보건사업의 지역사회참여 전략의 적용원칙을 다음과 같이 제안한다.

지역사회참여전략의 적용원칙은 첫째, 참여주체별 차별화된 참여전략의 수립, 둘째, 대상자의 업무영역별·역할별 차별화된 참여전략 수립, 셋째, 참여 대상이 지역사회에 미치는 영향력 수준별 차별화된 참여전략 수립, 넷째, 참여를 촉진시키기 위한 참여주체별 교육훈련 계획 수립이 되어야 한다.

이러한 원칙을 기반으로 다음과 같은 지역사회참여 단계별 전략수립이 요구된다. ① 참여 주요주체 분석, ② 참여 주체별 역할과 기능 분석 ③ 참여 주체별 참여가능 형태 분석 ④ 정보제공 및 참여촉발 ⑤ 역할수행이 가능한 역량강화 교육훈련 ⑥ 역량 활용이 가능한 참여환경과 기반조성 ⑦ 모니터링과 평가 및 환류(feedback) ⑧ 참여의 통로 및 기회 확대 ⑨ 외부의 지속적 관심과 지원 ⑩ 적절한 보상기제 적용 ⑪ 책임이양과 역할분담 ⑫ 내적 리더십 성장 및 발휘이다.

첫째, 참여 주요주체 및 역할과 기능이 분석되면 역할에 부합하는 참여전략을 수립하고, 사업단계별 참여 가능한 메커니즘을 개발하여야 한다. 계획과 수행, 평가단계의 참여를 통해 목적을 공유하고 문제를 인식하며 이를 해결하기 위한 공동의 노력 과정을 통해 책임의식과 역량을 강화시켜 나가야 한다.

둘째, 정보제공을 통해 상황과 문제를 인식하고, 참여가 촉발될 수 있는 동기를 부여하여야 한다. 올바른 정보제공은 참여촉진을 위한 첫 번째 단계이자 지속되어야 하는 연속성의 활동이며, 단순한 정보제공에서 정보공유 단계로의 전환이 요구된다. 사업 시작단계에는 외부의 리더십으로 참여가 촉발되나, 점차 지역의 리더십을 개발하고 활용하여야 하며, 내적 리더십이 성장할 수 있는 기회와 지원이 이루어져야 한다.

셋째, 교육훈련은 반드시 실무에 적용 가능한 교육훈련이어야 하며, 지속적인 현업 교육과 보수교육, 실무교육이 병행되어야 하고, 강화된 역량을 활용할 수 있는 참여 기반 및 환경의 조성 및 참여기회의 확대가 이루어져야 한다. 이러한 일련의 과정에는 지속적인 모니터링과 평가를 통해 현황을 분석하고 결과의 환류(feedback)가 이루어짐으로써 문제를 개선하기 위한 공동의 노력이 이루어지게 된다.

넷째, 평가체계 구축과 참여기회 확대를 통해 참여수준이 수행단계에서 주로 이루어짐으로써 저하될 수 있는 목적의식과 주인의식을 고취하고, 참여과정은

통한 역량강화와 공동학습을 위해 계획에서 평가단계까지 참여기회가 확대되어야 한다.

다섯째, 참여 통로 및 기회의 확대 제공을 위해 다양한 프로그램이 개발되어야 한다. 프로그램은 보건 분야로만 제한하지 않는 다양화가 필요하며, 자조모임활동이 가능할 수 있도록 고려되어야 한다. 다양한 네트워크와 사회적 관계망, 분야별 파트너십 구축과 연계를 통해 가능할 수 있다. 또한, 자조활동을 위해 지도자를 개발하고 역할부여를 통해 동기부여 시켜야 한다.

여섯째, 외부의 지속적인 관심과 지원이 요구되며, 필요한 기술지원과 적절한 보상기제가 작동되어야 한다. 활동이 가능할 수 있도록 물품지원 등의 경제적 인센티브 제공이 고려되고 지역사회 참여환경이 조성될 수 있는 기본 자원의 확보가 가능할 수 있도록 문제와 요구를 파악해야 한다.

일곱째, 단계별 책임이양과 수행 가능한 역할부여를 통해 업무수행으로 인한 성취감과 만족감을 증가시킨다. 지역사회의 역량수준을 파악하여 장기적 목적 하에 달성 가능한 단기목표를 수립하고 성취를 통한 긍정적 경험의 축적과 내적 리더십의 성장과 발휘가 가능할 수 있도록 전략이 수립되어야 한다.

이러한 단계별 참여수준에 영향을 미치는 주요 촉진전략은 리더십, 네트워크와 사회적 관계, 책임이양과 역할분담, 실무적용이 가능한 교육훈련, 적절한 보상기제, 정보제공 및 홍보, 외부의 지속적인 관심과 지원이다. 이러한 전략들은 독립적으로 활용되거나 동시에 복합적으로 적용되기도 함으로써 참여를 통한 역량강화가 가능할 수 있도록 참여수준의 변화와 향상에 기여하므로 사업의 수행흐름과 현황 분석을 통해 단계별로 적절한 촉진전략을 효율적으로 활용하여야 할 것이다.

본 연구는 사례분석을 통해 공적개발원조 보건사업에서의 지역사회참여 활성화 전략의 실증적 시사점을 제공함에도 불구하고 몇 가지 제한점을 갖는다.

첫째, 본 연구는 유사한 비교대상 사업이 없는 상황에서 적용된 단일 사례연구라는 점으로 연구 결과를 일반화하는데 제한점을 갖는다. 이는 후속적으로 좀 더 다양

한 사례연구를 통해 공적개발원조 모자보건 분야의 지역사회참여전략이 조사되고 검증되어야 할 필요성을 시사한다.

둘째, 본 연구는 연구자가 참여하고 관찰하여 분석과정에 다소 주관적인 개입이 가능할 수 있어 객관화하는데 문제점이 제기될 수 있다. 그러나 향후 좀 더 다양한 사례연구를 통해 현장에서 실질적으로 활용 가능한 지역사회참여전략을 도출해 낼 수 있는 기반을 제공할 수 있을 것으로 사료된다.

셋째, 본 연구는 지역사회참여 활성화전략을 도출하기 위해 보건의료인력 및 지역주민 역량강화 프로그램을 중심으로 기획에서 평가까지 단계별 과정을 분석하고 이를 통해 확인된 참여과정지표를 요소로 참여의 변화수준분석을 시도하였으나 평가과정의 개연성이 미흡하였다고 볼 수 있다. 이는 이후 충분한 이론적 검토와 분석지표를 이용하여 지역사회 참여주체를 대상으로 연구를 진행해 볼 필요성을 시사한다.

이러한 한계점에도 불구하고 본 연구는 한국국제협력단 최초의 지역사회기반 프로그램형 보건사업이자 영향평가를 통해 성과를 평가한 최초의 사업이라는 의미를 지닌 공적개발원조사업을 대상으로 질적 연구를 수행함으로써, 양적연구에서 밝힐 수 없었던 프로그램의 적용과정을 분석하여 지역사회참여활성화 전략방안을 모색해 볼 수 있었다는 점에서 의미가 있다.

마지막으로, 일개 국가 내에서도 지역마다 다양한 건강결정요인에 따라 보건문제는 상이한 결과와 현상으로 나타날 수 있고 특히, 이러한 결정요인이 더욱 크게 작용할 수 있는 아프리카 에티오피아의 예를 다른 국가로 확대 적용하기에는 다소 무리가 따르지만, 공적개발원조 지역사회기반 모자보건사업에서 중요하게 대두되는 지역사회참여활성화를 위한 역량강화 프로그램을 기획하고 수행함에 있어서 고려해야 할 사항들을 하나의 예시로 제시하고자 하였는데 그 의의가 있다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 우리나라 공적개발원조 모자보건 분야의 지역사회참여 활성화전략(안)을 제안하고자 수행한 단일 사례연구이다. 문헌고찰과 참여관찰, 전문가자문을 통해 자료를 수집하였다. 문헌고찰을 통해 지역사회참여 전략에 대한 개념적 틀을 구축하고 사업 사례분석을 통해 실증적으로 검증하고자 하였다. 단일 사례연구라는 한계점을 보완하기 위해 7인의 국제개발협력사업 수행경험이 있는 전문가로부터 자문을 구하였다.

모든 사람들의 건강 향상을 목표로 주창된 일차보건의료에서 지역사회주민참여는 하나의 전략이자 목표로·수단이자 방법으로 지역사회보건사업의 핵심요소로 논의되고 있다. 그러나 그 강조와 노력에도 불구하고 모두가 이상적으로 생각하는 실질적 참여는 이루어지지 못하고 있으나 지역사회참여가 보건사업의 성과에 긍정적으로 기여하고 있음을 연구를 통해 확인하였다.

최근 국제사회의 개발협력에 대한 새로운 패러다임의 변화는 원조의 효과성이 개발효과성으로 개념이 확장되고 성과중심관리가 강조되면서, 개발도상국의 빈곤퇴치에 기여할 수 있는 원조사업의 효과성 논의와 함께 우리나라 공적개발원조 사업모형도 프로그램형 지역사회기반 보건사업들로 활발히 전개되고 있다.

공적개발원조사업의 중요한 요소는 수원국의 책임의식과 주인의식을 강화하고 사업의 지속성을 확보하는데 있다. 이러한 관점에서 지역사회주민참여는 중요한 전략으로 제시될 수 있다. 그러나 전통적 보건개발 참여전략인 주민위원회, 마을건강원 사업을 개발도상국 아프리카에 적용하기에는 현실적인 한계와 장애가 있다. 마을건강원 사업이 성공하기 위해서는 수원국 일차보건의료체계의 최하단위 조직으로 편입되어야 한다. 국가 보건의료시스템의 정책적기반이 조성되지 않은 상황에서의 마을건강원 전략은 그 실효성과 지속성 확보를 기대하기 어렵다. 그러므로 일차보건의료체계의 최하단위인 보건소와 보건지소 주체인 보건의료인력의 역량강화가 우선되어야 하며 더불어 지역주민의 인식개선을 위한 교육홍보가 병행되어야 한다. 질적 서비스의 획득과 만족감이라는 보상기제는 지역사회의 참여를 더욱 활성화시킨다.

본 논문에서는 연구결과를 토대로 개발도상국에서 수행되는 지역보건사업 중 모자보건사업에서의 지역사회참여활성화 전략(안)을 다음과 같이 제안하고자 한다.

첫 번째, 상향식(Bottom-up) 접근방식으로 일차보건의료체계의 최하단위인 보건소와 보건지소의 역량강화가 우선되어야 한다. 역량강화는 서비스의 질을 향상시켜 지역사회의 참여를 이끌어 낼 수 있는 촉매 역할을 한다. 보건소의 역량강화는 보건의료인력과 주민건강요원(HEW)의 역량강화로부터 시작되며, 이들의 역량은 개인역량이 조직역량으로 이어지고 결국은 지역사회역량으로 연결될 수 있는 가교역할을 하게 된다. 단, 교육은 업무에 적용 가능한 실무역량강화를 목표로, 장기적인 관점에서 체계적으로 계획된 단계별 교육과 현장 실무교육(OJT)이 수반되어야 한다.

두 번째, 지역사회의 참여는 주요 참여주체의 역할과 기능에 따라 상이하게 나타나므로 각 구성원의 수준에 맞는 참여활성화 방안을 모색하여야 한다. 개발도상국 농촌지역을 기반으로 하는 보건 분야, 특히 가족계획 및 모자보건사업의 지역사회주민참여 1차 목표는 지역사회가 정보를 제공받을 수 있는 최소한의 '동원' 수준의 참여라도 활성화되어야 한다는 것으로, '최대한 다수에게' '최대한 직접교육의 기회제공'을 위해 참여 기회를 확대하여야 하며, 참여를 통한 이익(benefit)획득이 가능할 수 있어야 한다. 질적 서비스 획득은 지역사회가 받을 수 있는 최소한의 '이익'이어야 한다.

세 번째, 롤 모델화를 통한 공동성장을 목표로 우리나라가 공적개발원조 지원국으로서 수원국의 파트너로 함께 일하는 현장 사업수행 인력 역량이 준비되어 있어야 한다. 이들의 역량강화를 위한 장기계획과 투자의 필요성을 제안하는 바이다.

본 연구는 에티오피아 일개 농촌지역을 기반으로 수행된 모자보건사업 사례를 통해 참여를 통한 보건의료인력 및 지역주민 역량강화가 지역사회참여 활성화로 이어지고, 결국은 사업성과 달성에 기여하게 되는 선순환구조를 보여주고자 하였으나 연구자의 경험을 기반으로 한 단일 사례연구라는 한계점을 지니는 바, 더 많은 질적 사례연구를 통해 공통분모를 찾아내고 개발도상국에서 적용 가능한 참여전략 모형을 만들어 갈 수 있기를 기대하며, 공적개발원조 지역보건사업에서의 지역사회참여전략 사례연구가 더 활성화되기를 제안하는 바이다.

참고문헌

국내자료(가나다순)

- 강문호, 오영아. 과정평가의 평가요소와 질적방법. 하계학술대회 발표논문집 2010; 285-310. Available from URL:<https://www.google.co.kr/>
- 고성주. 지역보건개발에서 주민참여의 개념과 전략: 비판적 의료인류학의 시각[석사학위 논문]. 서울: 서울대학교 보건대학원; 1989.
- 곽재성, 김달현. 한국수출입은행. 한국의 개발협력 2012;(3):39-94.
- 구자인. 한국농촌공사. 현장중심 경영의 강화와 파스(PAS)모델, 2007.
- 권순만, 박건희, 송정국, 윤난희, 정 연, 한현진. 서울대 산학협력단. 보건의료분야 국제개발사업 수행체계 및 프로그램개발, 2010.
- 권 율. 우리나라 ODA사업의 효과성 제고방안: 모니터링과 평가를 중심으로. 한국 국제협력단. 국제개발협력 2006;(3):22-39.
- 김공현. 지역사회보건개발과 지역사회참여. 산업보건 2003; 181:22-31.
- 김대용. 한국 개발협력사업 평가의 현황 및 과제. 한국수출입은행. 한국의 개발협력, 2012(3): 97-116.
- 김용익, 김종호, 안문영, 이종구. 한국보건사회연구원. 90년대 보건의료정책의 발전 방향: 지역보건사업과 주민참여, 1990.
- 김용익. 보건의료 주민참여의 정의와 전략에 대한 연구. 보건행정학회지 1992; 2(2): 90-111.
- 김주연. 한국 보건의료 ODA사업 효과성 제고를 위한 연구: 보건의료인력 양성방안 제안을 중심으로[석사학위 논문]. 서울: 경희대학교 NGO대학원;2012.
- 김창엽. 지역사회 건강증진사업에서의 부문 간 협력. Available from URL:http://www.google.co.kr/www.cykim.pe.kr/HP_coll.hwp/(검색일자: 2014.03.16.).
- 김혜련. 한국보건사회연구원. 모자보건지표의 변화 추이와 정책과제. 보건복지포럼, 2013.
- 김홍주. 한국 사회의 근대화 기획과 가족정치: 가족계획사업을 중심으로. 한국인구학 2002; 25(1):51-82.
- 국제개발협력위원회. 에티오피아 국가협력전략 2012-2015, 2012.
- 국제개발협력시민사회포럼(KoFID). (사)글로벌발전연구원(ReDI). Issue Brief 5호; 원조효과성과 개발효과성, 2011.
- 나백주. 지역사회의학과 일차보건의료. 2010. Available from: URL:<http://google.com/www.snu-dhpm.ac.kr/pds/files/pdf>.

- 대외경제정책연구원(KIEP). 이진상, 변웅. 동부아프리카 2개국의 사회경제개발 역량강화를 위한 협력방안 연구, 2012.
- 문정주. 지역보건사업에 있어서 주민참여 조직에 관한 사례 연구: 고산지역 보건의료 사업을 중심으로[석사학위 논문]. 서울: 서울대학교 보건대학원; 1991.
- 문홍빈. 임파워먼트를 위한 지역사회 조직 사례연구: 광명YMCA 생활협동운동을 중심으로[석사학위 논문]. 서울: 가톨릭대학교 사회복지대학원; 2000.
- 박미애. 주민참여 활성화를 위한 지역사회조직사업 사례연구[석사학위 논문]. 대구: 대구대학교 사회복지대학원; 2008.
- 박선희. 한국 공적개발원조 보건사업의 지역사회참여 활성화 방안[석사학위 논문]. 연세대학교 보건대학원; 2013.
- 박수경, 이주영. 부산 세계개발원조총회(HLF-4)의 주요 논의와 성과. KIEP 지역경제포커스 2011; 5(48): 1-13.
- 박종혁. 서울의대 의료관리학교실. 지역사회참여, 2006. Available from: URL: <http://www.google.co.kr>.
- 서재호. 교육훈련을 통한 기초자치단체 사회복지 담당공무원의 역량강화 방안 연구. 한국지방자치학회보 2008;20(3): 65-87.
- 손혁상. 한국국제협력단. 민관협력사업 성과관리 프레임워크 개발연구: CSO 국제개발 실적 평가 매뉴얼, 2013a.
- 손혁상. 한국국제협력단. 평가교육과정 자료집, 2013b.
- 송미령, 성주인. 한국농촌경제연구원(KREI). 주민참여형 마을개발사업의 평가와 모형 정립, 2004.
- 신예철. 지역 만들기에 있어서 지역공동체 역량이 지속적 참여와 참여확대에 미치는 영향연구: 지역 만들기 공동체와 지역 문화 활동 공동체의 역량 비교 분석을 중심으로[박사학위논문]. 서울: 한양대학교 도시대학원; 2012.
- 신혜정, 김의숙, 유병욱, 이현경. 일차보건의료 역량 개발을 위한 지역사회 기반 참여형 국제보건사업 모델 개발: 에콰도르 일개 지역을 중심으로 한 사례연구. 지역사회간호학회지 2010;21(1): 31-42.
- 안양희. 지역사회역량구축과 지역사회간호. 한국보건간호학회지 2007;21(1): 102-109.
- 오충현, 이훈상, 지나윤. 한국국제협력단. 모자보건 ODA 프로그램 모델 연구, 2011.
- 유승현. 건강증진을 위한 지역사회 기반 참여연구의 적용 방안. 보건교육 건강증진학회지 2009; 26(1): 141-58.

- 유승현. 지역사회 건강증진을 위한 참여: 이해와 적용. 보건교육·건강증진학회지 2012; 29(4): 57-66.
- 유승현. 보건사업 및 프로그램 평가: 국제보건의료학회 춘계학술대회자료, 2014.
- 유학열, 박철희, 한상욱, 조봉운. 충남발전연구원. 부여읍 주민혁신 역량강화 추진 방안, 2008.
- 이성훈. 2015 패러다임 전환-어떻게 준비 할 것인가. 6th DAK TALK 개발협력연대이야기 2014; 37.
- 이훈상. 한국국제협력단. 가족계획 및 생식보건 ODA 프로그램 현황 연구, 2013.
- 이재준, 이상문. 지속가능한 농촌발전을 위한 주민참여 요인분석에 관한 연구. 대한국토·도시계획학회지: 국토계획2003; 38(3): 39-55.
- 전영숙. 한국의 대 아프리카 해외원조활동 발전방안 연구: 에티오피아 농촌개발 분야를 중심으로[석사학위 논문]. 서울: 고려대학교 정책대학원; 2010.
- 정민수, 정유경, 장사랑, 조병희. 지역사회 기반 참여연구 방법론. 보건교육건강증진학회지 2008; 25(1): 83-104.
- 정민수, 조병희. 지역사회역량이 주민 건강수준에 미치는 영향: 2006년 서울시 도봉구 주민건강 행태조사를 중심으로. 보건과 사회과학 2007; 22: 153-82.
- 정민수, 길진표, 조병희. 지역사회 기반 조직을 이용한 지역사회역량의 측정과 건강증진 기획: 서울시 S구를 중심으로. 보건교육·건강증진학회지 2009; 26(3): 35-48.
- 정민수, 조병희. 지역사회역량이 건강에 미치는 영향에 대한 다수준 분석: 사회의 질 증진에 주는 함의. 보건교육·건강증진학회지 2011; 28(4): 1-14.
- 조경훈. 지방자치시대의 지역경제발전에 관한 주민 참여 차이 연구[석사학위 논문]. 서울: 인하대학교 경영대학원; 2005.
- 조병희, 유승현, 정민수, 장사랑, 김보람, 최성은. 보건복지가족부. 지역사회 건강증진 역량강화를 위한 주민 및 조직네트워크 조사연구, 2010.
- 조한슬. 한국국제협력단 개발정책포커스: 글로벌 도전과제와 개발협력(인구와 가족계획), 2012; (13).
- 지역보건의료발전을 위한 모임. 지역보건 60년의 발자취 2, 2012.
- 지은구. 지역사회 역량강화 방안에 관한 연구. 한국지역사회복지학 2006; 19: 47-75.
- 차성란. 가족친화마을 만들기를 위한 주민역량강화 방안: 살기 좋은 마을 만들기를 위한 주민역량강화 프로그램 분석을 기초로. 한국가족자원경영학회지 2011; 15(3): 23-42.

- 최지숙. 일차보건의료가 건강에 미친 영향. HIRA 정책동향; 2010: 72-5.
- 차은주. 국제개발협력 평가 동향과 협력단의 과제. 한국국제협력단. 국제개발협력 2010; (2): 64-81.
- 한국국제협력단. 에티오피아 가족계획 및 모자보건사업 사전타당성조사 결과보고서, 2007.
- 한국국제협력단. 개발협력사업평가 가이드라인, 2008.
- 한국국제협력단. 에티오피아 가족계획 및 모자보건증진사업 실시협의 결과보고서, 2009.
- 한국국제협력단. 연세대학교 간호대학 간호정책연구소. 에티오피아 아르시존 가족 계획 및 모자보건증진사업 최종보고서, 2011a.
- 한국국제협력단. 에티오피아 아르시존 가족계획 및 모자보건증진사업 영향평가 I 종료평가 최종보고서, 2011b.
- 한국국제협력단. 에티오피아 아르시존 가족계획 및 모자보건증진사업 영향평가보고서, 2012a.
- 한국국제협력단. ODA 교육원. 국제개발협력의 이해, 2012b.
- 한국국제협력단. ODA 교육원. KOICA 사업의 이해, 2012c.
- 한국국제협력단. 프로젝트 기획, 모니터링 및 평가 방법론, 2012d.
- 한국수출입은행. 한국의 개발협력, 2011(4): 55-76.
- 한국보건사회연구원. 모자보건 ODA 사업모형개발, 한국국제보건의료재단(KoFIH), 2011.
- 한명수. 보건진료원 실무에서의 임파워먼트. 간호학탐구 1999; 8(1): 141-69.
- 한명수. 보건진료원 실무에서의 임파워먼트[석사학위논문]. 서울: 연세대학교 대학원; 1999.
- 하정봉, 길종백. 주민참여에 영향을 주는 요인에 관한 연구: 이익, 제도, 이념을 중심으로. 한국지방정부학회 2013: 67-89.
- 홍상희. 부산글로벌파트너십 출범과 우리나라 ODA 정책과제. 한국국제협력단. 국제개발협력, 2012; (3): 11-21.
- KoFID(국제개발협력시민사회포럼). Issue Brief 1호, 2011.
- KoFID(국제개발협력시민사회포럼). Issue Brief 5호, 2011.
- KOICA 홈페이지, www.koica.go.kr
- John WC 저, 조홍식, 정선욱, 김진숙, 권지성 공역. 질적 연구방법론: 다섯 가지 접근. 2nd Edition. 서울: (주)학지사, 2010.
- ODA Watch. 파리선언을 넘어서: 원조효과성 심화를 위한 제언, 2012.

국외자료(abc순)

- Arsi Zone health department annual report, 2012.
- CAG consultants. Participation: Atheoretical context, 2011. Available from: URL:
<http://www.google.com/www.cagconsultants.co.uk>.
- CDC. Principles of community engagement 2nd Edition, 2011.
- FMOH, Health and Health related indicators, 2011.
- Federal Ministry of Health of Ethiopia. Addis Ababa: Planning and program department, Ministry of Health, Health Sector Development Program III(2005/6-2009/10), 2005.
- Margan MA, Lifshay J. Community engagement in public health. 2006. Available from: URL:http://www.cchealth.org/public_health/pdf/community_engagement_in_ph.pdf.
- Marston C, Renedo A, McGowan CR, Portela A. Effects of Community Participation on Improving Uptake of Skilled Care for Maternal and Newborn Health: A Systematic Review. PLoS ONE 2013; 8(2): e55012.doi: 10.1371: 1-9.
- Medhanyie A, Spigt M, Kifle Y, Schaay N, Sanders D, Blanco R, Geertjan D, Berhane Y. The role of health extension workers in improving utilization of maternal health services in rural areas in Ethiopia: a cross sectional study. BMC Health service research 2012; 12(352): 1-9.
- Oakley P. Community involvement in health development: An examination of the critical issues, WHO, Geneva, 1989.
- Rasato M, Laverack G, Grabman LH, Tripathy P, Nair N, Mwansambo C, Azad K, Marrison J, Bhutta Z, Perry H, Rifkin S, Costello A. Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. Alma-Ata: Rebirth and Revision 5. 2008;372:962-71. Available from: URL:<http://www.google.com/www.thelancet.com>.
- Rifkin SB, Muller F, Bichmann W. Primary health care: On measuring Participation. Soc. Sci. Med. 1988;26(9): 931-40.
- Rifkin SB. Community participation in maternal and child health: family planning programmes: An analysis based on case study materials. WHO. Geneva.1990.

부 록

부록 1. IRB 심의결과 통보서



연세대학교 보건대학원 생명윤리심의위원회
 Institutional Review Board, Yonsei University Graduate School of Public Health
 서울특별시 서대문구 연세로 50 (우) 120-752
 Tel. 02-2228-2530 Fax. 02-313-3292 Email. ygph_irb@yuhs.ac

심의결과통보서

수신	성명	김명선	소속(전공)	국제보건
과제번호	2014-120			
연구과제명	국문	국제보건사업에서의 지역사회기반 가족계획 및 모자보건사업 전략 분석 : 에티오피아 아르시존 사업을 중심으로 한 사례연구		
	영문	Strategy analysis of Community based Family Planning & MCH project on ODA "The case study of Arsi zone project in Ethiopia"		
연구목적	<input checked="" type="checkbox"/> 학술용 <input type="checkbox"/> 기타			
연구종류	<input checked="" type="checkbox"/> 인간대상연구 <input type="checkbox"/> 인체유래물 연구 <input type="checkbox"/> 기타			
연구기관	<input checked="" type="checkbox"/> 단일기관 <input type="checkbox"/> 다기관(참여기관 수)			
심의종류	<input type="checkbox"/> 정규 심의 <input checked="" type="checkbox"/> 신속 심의 <input type="checkbox"/> 심의 연체			
심의일자	2014년 2월 25일 (화)			
심의대상	<input checked="" type="checkbox"/> 연구계획서(신규)		<input checked="" type="checkbox"/> 책임연구자	
	<input type="checkbox"/> 연구계획서(보완)		<input checked="" type="checkbox"/> 연구대상자 동의서(설명문 포함)	
	<input type="checkbox"/> 계획서 변경		<input type="checkbox"/> 중재기록서	
	<input type="checkbox"/> 중간보고서		<input checked="" type="checkbox"/> 2 연구대상자 모집 광고	
	<input type="checkbox"/> 중지 또는 종료보고서		<input type="checkbox"/> 연구대상자 작성 일지(Daily)	
	<input type="checkbox"/> 결과보고서		<input type="checkbox"/> 기타 연구대상자에게 제공되는 문서	
	<input checked="" type="checkbox"/> 기타: 연구대상자 동의서 연체 사유서			
연구위협수준	<input checked="" type="checkbox"/> Level I(최소위험)		<input type="checkbox"/> Level II(최소위험에서 약간 증가)	
	<input type="checkbox"/> Level III(심각한 후유증 초래 가능)		<input type="checkbox"/> Level IV(사망 또는 기형 초래 가능)	
심의결과	<input checked="" type="checkbox"/> 승인 <input type="checkbox"/> 수정 후 승인 <input type="checkbox"/> 수정 후 신속심의 <input type="checkbox"/> 보완 <input type="checkbox"/> 반려 <input type="checkbox"/> 보류			
과제승인일	2014년 2월 25일 (화)		승인 유효기간	2014년 7월 11일까지
심의의견	-			

연세대학교 보건대학원 생명윤리심의위원회 위원장



부록 2. Ranking scale for five process indicators for community participation

indicator [range]	narrow, nothing 1	restricted small 2	mean, fair 3	open, much good 4	wide very much excellent 5
Leadership(L)					
[wealthy minority→variety of interests]					
Organization(O)					
[created by planners→community organization]					
Resource Mobilization(RM)					
[small commitment+limited control→good commitment+committed control]					
Management(M)					
[professional induced→community interests]					
Needs Assessment(NA)					
[professional view→community involved]					

* 출처: Rifkin SB et al.,1988. Rifkin은 factors in programme formation으로 Descriptive factors 와 Action factors로 나누어 제시하였다. Descriptive factors: Cultural, Economic· social and political, Historical, Government policy, Decentralization, Local level organization, Core-periphery communication을 제시하였고 Action factors로는 Assessment of needs, Community organization, Programme management, Resource mobilization, Leadership development, Attention to the needs of the poor를 제시하였다.

부록 3. 전문가 자문결과

본 연구가 가지는 한계점인 단일사례연구의 제한점을 보완하고, 문헌조사 결과 획득할 수 없었던 개발도상국에서의 지역사회참여 전략의 현장 적용 현황을 검토하기 위해 국제개발협력¹⁾ 수행경험이 있는 전문가 7인으로부터 자문을 구하였다. 문헌조사 결과 나타난 참여전략의 장애요소와 촉진전략, 사업단계별 참여 주체, 참여 촉진자, 중개자, 참여 수준을 실증적 경험을 바탕으로 응답할 수 있게 구성하였다. 조사 방법은 메일을 통해 서면으로 진행하였다. 연구대상자 설명문을 통해 자발적인 응답과 회신이 가능함을 전제 하였으며, 회신을 받고 추가로 필요한 사항은 메일이나 전화로 재 질문하여 보완하였다.

표 1. 자문 전문가 특성

Code	성별	총경력 (년/월)	ODA경력 (년/월)	ODA사업 총 수행건수 (참여전략 건수)	직책	기관	사업수행대륙
1	여	3/6	2/1	2(2)	현장책임자(PM)	학교	아프리카
2	남	15/0	11/0	21(0)	총괄책임자(PI)	학교	중남미
3	남	25/0	20/0	12(8)	총괄책임자(PI)	학교	아시아
4	여	12/6	6/6	7(7)	중간관리자	NGO	중남미, 아시아
5	여		5/0	7(7)	총괄책임자(PI)	학교	아시아
6	여	10/3	2/6	3(3)	사업팀원	학교	아프리카
7	여	21/0	6/0	6(3)	분야전문가	학교	아프리카, 중남미

7인의 전문가들은 국제개발협력사업 수행경험이 최소 2년 이상 20년까지 다양하였다. 국제개발협력사업 총 수행 건수는 최저 2건에서 최대 21건으로 나타났고, 참여전략을 적용한 사업건수도 2건에서 8건까지로 나타났다. 단, 1명의 전문가(21건의 수행경험)는 참여전략을 적용하지 않은 것으로 답하였다. 사업 내 역할은 분야전문가, 현장PM, 사업총괄책임자, 중간관리자, 사업팀원 등으로 구성되었다. 주로 보건 분야 및 교육과 지역개발분야에서 사업을 수행하였고 보건 분야가 가장 많았으며, 사업수행 지역은 아시아, 아프리카, 중남미로 다양하였으나 아프리카가 4명으로 가장 많았다. 사업에서 참여전략을 적용한 경험은 6명이었으며, 1명은 공적개발원조사업의 계획변경 시 행정 처리의 경직성으로 인해 적용하지 못하였다고 답하였다. 주로 지역주민교육(4명)에서 참여전략이 가장 많이 적용되었고 보건의료인력(3명)과 마을

¹⁾ 이 부분은 공적개발원조로 한정할 경우 정부간 사업으로 한정될 수 있어 ODA를 공적개발원조로만 한정하지 않고 포괄적인 국제개발협력 사업으로 그 폭을 확대적용 하였다.

건강원교육에 적용하거나 지역사회조직인 위원회를 통해 적용하였다고 답한 경우는 2명으로 동일하였다.

사업의 계획, 수행, 평가 단계별 참여가 가장 활발하게 일어난 것은 참여주체에 따라 차이가 있었으나 수행단계에서 가장 활발하게 일어났고, 그 다음이 기획과 평가의 순이었다. 계획 단계에서의 주요 참여주체는 지방정부 공무원, 보건소, 지역사회리더 순이었고, 참여의 수준을 주민주도 정도에 따라 분류하였을 때 동원부터 주도까지 참여주체별로 다양하였으나, 지역사회리더와 주민들은 동원, 지방정부공무원과 보건소는 협조부터 동반, 주도 수준의 참여가 일어났다. 수행의 주요 참여주체는 지방정부 공무원, 보건소, 지역사회리더, 주민 순이었으며, 협조부터 협력과 동반, 주도의 수준까지 참여가 이루어졌으나, 주민과 리더, CBOs는 주로 협력의 수준으로, 지방정부와 보건소는 동반의 수준으로 이루어졌다. 평가단계에서는 주로 지방공무원과 보건소, 중앙정부가 참여하였으며, 협력부터 주도의 수준까지 다양하였으나 주로 협력과 동반의 수준으로 참여가 이루어졌다. 단, 1인의 전문가는 계획, 수행, 평가 단계별 참여주체가 다른 수준의 참여를 나타내는 것으로 응답하여, 재 면담 결과 동일주체가 시간의 경과에 따라, 활동의 내용에 따라 참여의 수준은 달라졌으며, 외부로부터의 지속적인 관심과 지원으로 경제적 인센티브가 제공될 경우 참여의 수준이 달라졌다고 하였다.

지역사회를 지역주민으로 그 범위를 축소하여 확인한 결과 수행에서 가장 많은 참여가 이루어졌고 계획과 평가단계의 참여는 유사하였다. 참여의 수준은 협조의 수준이 가장 많았으며, 협력의 수준이 그 다음으로 나타났다. 이러한 사업단계별 참여 주체에 대한 분석결과 주민, 지역사회 리더, 지역기반조직은 기획에는 참여를 하였으나 평가에의 참여는 저조하였다. 계획, 수행, 평가 단계에서 참여의 수준은 다르나 모든 단계에 참여가 이루어진 예는 3명이 답하였으며, 계획과 평가에는 참여가 이루어지지 않고 수행에만 참여하는 경우가 2명, 평가에 미 참여의 경우가 1명으로 나타났다. 또한, 계획과 수행, 평가의 참여주체가 모두 다른 경우도 1명의 예에서 나타났다.

표 2. 사업단계별 주민, 리더, 지역기반조직의 참여유무

	계획-수행-평가단계 참여	건수
주민,	수행(참여), 계획과 평가(미 참여)	2
지역사회리더, CBOs	계획과 수행(참여), 평가(미 참여)	1
	계획, 수행, 평가 모든 단계에 참여수준은 다르나 참여	3
계획, 수행, 평가의 참여주체가 모두 다름		1

지역보건사업에서 가장 중요한 핵심주체는 중복선택방법으로 지방정부 행정가 및 간부, 보건소 및 보건의료인력 등 담당공무원이라고 대답한 경우는 각각 6명이었으며, 마을리더그룹은 5명이 답하였다. 보건인력, 마을건강요원 및 주민교육 참여결정권자는 지방정부 행정가가 가장 높게 나타났으며, 그 다음이 보건소 및 보건인력 순으로 나타났다. 주민교육의 경우 리더그룹이 관여하는 경우도 있었으며, 참여가 원활하도록 이끌어내는 중재자 역시 참여 결정권자와 유사한 지방정부 행정가 및 보건소의 역할로 나타났다. 이러한 결과는 지방정부 행정가와 보건소의 사업 수행을 위한 파트너로서의 중요성과 이들의 역량강화가 우선적으로 요구됨을 간접적으로 나타낸다고 볼 수 있다. 참여 장애요인으로 지역사회 의의존과 방관자적 성향, 무력감 등이 가장 많은 경우로 지적되었고 사회·경제적 구조, 관료주의, 주민들의 참여역량 부족, 사업 필요성에 대한 주민들의 인식부족, 참여에 대한 금전적 보상요구, 사업수행인력의 역량부족이 동일한 순으로 제기되었다. 장애요인과 참여촉진전략의 우선순위를 알아보고자 하였으나 전문가의 대답이 대부분 다르게 나타나 확인이 불가능하였다. 참여 장애요인 발생 시 해결방안으로 인센티브제공, 지속적 관심과 독려, 현지 전문 인력 및 지방행정가와 협력, 지역리더활용, 지속적 교육과 홍보를 통한 인식개선 등으로 답하였다.

참여 촉진전략으로 적절한 보상기제와 주민계몽활동 및 정보제공이 가장 많은 대답(6명)으로 나타났으며, 조직간 네트워크 활용 및 실질적인 교육훈련 기회 확대(5명), 지도자의 리더십, 주민 간 역할분담을 통한 적극적 참여(4명), 주민참여 통로 확장 및 참여환경조성, 경제적 인센티브제공, 일정기간 동안 몇 가지 사업을 지속적으로 지원(3명)하는 순서로 나타났다. 참여가 사업성과에 미친 영향에 대해서는 대체로 긍정적(4명)이거나 매우 긍정적(3명)으로 나타났으며, 이러한 긍정적 평가의 이유는 지역사회 보건문제 해결을 위한 주민참여 역량강화(5명), 사업에 대한 인식 및 이해증가(4명), 사업에 대한 신뢰 및 협력관계구축(4명), 사업에 주민들의 의견반영(3명), 사업에 주민들의 참여기회확대(3명), 사업에 대한 주민만족도 제고(3명), 사업에 대한 지역사회의 책임성 확보(2명), 사업의 지속성 확보(2명) 등으로 나타났다. 효율적인 사업예산사용 측면에서는 아무도 동의하지 않았다. 7명 모두 국제개발협력사업에서 지역사회참여전략을 지속적으로 적용할 것이라고 하였으나 지역사회참여 사업 수행성과 평가결과 아쉬운 점은 수원국의 제도 및 참여환경의 미비(5명)와 지역사회조직, 지방정부 및 리더들과의 협조 미비(2명), 주민들의 참여부족(1명)으로 지적하였다.

이러한 결과는 현재 국제개발협력(공적개발원조) 지역사회기반 보건사업에서의 참여전략은 사업성과에 긍정적 영향을 미치며, 지속적으로 고려되어야 할 전략이다. 그러나 사업 단계별 참여 수준은 수행단계에서 가장 활발하였으며, 평가에서 가장 부진한 것으로 나타나 향후의 주민참여 전략 수립 시 참여가 활성화되고 참여를 통한 지역사회 역량의 강화를 위해서는 계획에서 평가단계까지 참여 기회가 확대되어야 할 필요성을 시사한다. 참여를 통한 역량강

화와 사업의 지속성 확보, 사업에 대한 책임과 주인의식 고취를 위해 사업의 계획부터 평가까지 참여가 가능할 수 있는 환경을 조성하고 참여의 채널을 확대해 나가야 할 것이다. 특히, 지역사회 주민과 리더그룹, 지역사회기반 조직의 적극적인 참여를 유도하기 위한 리더의 개발과 참여활성화 전략이 무엇보다 중요할 것으로 판단된다. 또한, 참여 주체별 참여 기전과 수준에 차이를 나타내었다. 그러므로 다양한 참여주체별 참여의 수준을 책임정도와 역할에 따라 차별화하고 효과적인 참여가 이루어질 수 있도록 하는 것이 모두를 동일한 수준의 참여로 이끌기 위해 소모되는 자원보다 효율적일 것으로 판단된다. 지역사회기반 사업에서 지방정부와 보건소, 지역사회 리더들은 지역사회의 참여를 이끌어 내는 중재자이자 촉진자로서의 역할을 하는 것으로 본 자문결과에서도 나타났다. 주요 참여주체가 지방정부 공무원과 보건소, 지역사회 리더라는 점은 국제개발협력사업의 직접적 접촉 파트너인 지방정부와 보건소의 역할의 중요성과 역량강화의 중요성과 필요성을 제기하고 있다. 참여를 어렵게 하는 장애요인 중 사업수행 인력의 역량부족은 사업 수행측의 인적자원의 준비와 역량강화에 대한 고려가 이루어져야 함을 나타내고 있다.

부록 4. 사업 추진경위²⁾

- ① 사업요청서 접수 및 검토: 한국국제협력단 총재(현, 이사장)가 에티오피아 방문 시 가족계획사업의 중요성을 인식하고 에티오피아 재정경제개발부(MoFED)장관과 사업지원에 대해 논의하였다. 2007년 6월 에티오피아 정부의 사업요청서가 접수되고 당해 7월 사전조사단이 파견되어 조사를 거친 뒤 8월에 2007년 예비사업으로 선정되었다.
- ② 사전조사단 파견: 2007년 7월 사전조사단이 현지로 파견되어 사업수행체계 파악, 사업추진여건 조사, 적정사업비 및 사업기간 등을 파악하였다. 조사단은 외부전문가 2인과 한국국제협력단 현지사무소 소장 등 총 3인으로 구성되어 12일간 관련 정부부처 방문 및 관계자 면담과 4곳의 사업 후보지 현장 방문을 통한 사업 타당성 조사를 실시하였다. 주요 방문기관 및 면담은 관련정부부처인 재정경제개발부(MoFED/인구기획국장), 관련 정부기관인 아르시존 보건국(국장) 및 교육국(국장), SNNPR주 보건청장, Wolaita Sodo 보건국 부국장 면담 등이 이루어졌으며, 9개의 보건의료기관(병원, 보건소, 보건지소 등)을 방문하고 기관 책임자 및 담당자 면담을 실시하였다. 더불어 에티오피아에서 유사사업을 수행하고 있는 INGO인 Path Finder, 현지 가족계획협회(FGAE) 등을 방문하고 담당자를 면담하였다. 면담 주요결과는 ‘에티오피아 추진 환경 상 가족계획요원 훈련의 절실성과 효과적인 사업 수행을 위해서는 부족한 관련 의료기자재 지원의 필요성이 공통적인 의견으로 제시되었다. 이를 근거로 3개 사업 분야(인프라 구축, 역량강화·국내 초청연수, 전문가 파견), 총 사업기간 3년, 총 사업비 340만 불 등의 개략적인 사업아웃라인을 협의하였다. 해당 조사기간에는 보건 정책책임자 뿐만 아니라 보건소 및 보건지소 보건담당자, 주민건강요원, 마을주민(원로, 부녀회장 등 리더), 병원 관계자, 타 공여국 사업 책임자, NGO·INGO 책임자 등의 면담과 현장방문을 통해 수원국의 보건의료를 포함한 현황파악 및 수원국의 요구(needs)를 분석하였다.
- ③ 사전 타당성조사: 2007년 12월부터 2008년 4월까지 ‘에티오피아 가족계획사업 타당성조사’를 연세대학교 간호대학 간호정책연구소에서 용역사업으로 실시하였으며 사업의 범위와 장소, 구체적 사업내용³⁾을 결정하였다.
- ④ 2008년 4월 기본사업계획안에 대하여 사업개요서(Project concept paper)의 내용을 PMC 협력 국제평가전문가와 한국국제협력단 현지사무소 소장이 수원국 행정담당자와 논의를 통해 사업내용에 대해 협의하고 가족계획훈련센터 건립에 대한 요구를 확인하였다.
- ⑤ 2008년 4월 건축회사인 신화 엔지니어링과 건축(CM) 용역을 체결하였다.
- ⑥ 2008년 6월 사전 타당성 조사기관과 한국국제협력단 담당자들 간의 향후 사업 추진을 위

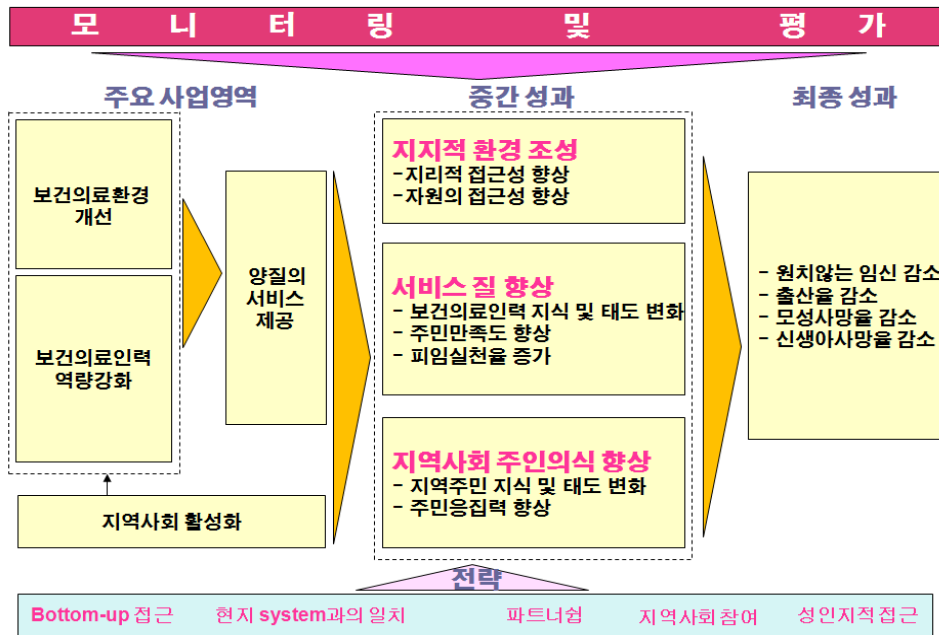
²⁾ 한국국제협력단. 에티오피아 가족계획 및 모자보건증진사업 실시협의 결과보고서, 2009.

³⁾ 주요 사업내용은 지역사회 기반 가족계획센터 건립 및 기자재, 물품 제공, 보건인력 및 주민지도자 교육, 장기피임법 시술 등 가족계획 및 모자보건 서비스 제공과 지역사회 교육으로 잠정 기획되었다.

한 간담회를 개최하고 전문가 장기파견과 가족계획 파일럿사업 추진 및 기자재부분의 최소화 교육사업위주의 진행을 논의하였다.

- ⑦ 실시협의단 파견: 2008년 8월 에티오피아 정부와의 양해각서(MOU, Memorandum of Understanding) 체결을 위한 실시협의단이 사업범위 등 최종협의, 사업구체화를 위한 현장조사, 사업범위 최종확정 등을 목적으로 파견되었다. 협의단은 외부전문가 2인과 한국 국제협력단 담당자 2인 총 4인으로 구성되며 파견기간은 총 8일이었다. 외부전문가는 사전조사단과는 다른 인력으로 교체되어 사업타당성에 대한 재검토를 하게 된다. 에티오피아 정부와 사업운영 및 양측의 분담사항에 대해 논의하고 합의를 이끌어 내었고 관련 기관방문 및 담당자 면담이 이루어졌다. 주요 방문기관 및 면담대상자는 오로미아 보건청장, 아르시존 도지사, 아르시존 보건국장, 건강관리국장, 헤토사보레다 군수, 헤토사 보건소장, 수데(Sude) 군수 및 보건소장 면담, 디갈로띠조 지역방문, 가족계획협회(FGAE), 유관기관인 명성병원, Path Finder 담당자 면담 등을 통해 관련 사항을 재점검하고 협의하였다. 이 기간 동안 구체적인 사업추진계획과 예산이 구성된다.
- ⑧ PMC선정 및 사업실시: 2008년 12월 연세대학교 간호대학 간호정책연구소가 사업수행기관으로 선정되고 본격적인 사업 착수에 들어가게 되었다.
- ⑨ 사업기간 연장 결정: 2010년 말 2년 간의 본 사업 종료시점 평가결과 2008년 타당성조사 및 실시협의 등 행정적 절차에 많은 시간이 소요되어 본격적인 사업은 2008년 12월부터 시작되었고, 또한 공중보건훈련센터 및 주민교육센터 건립공사 지연 등 실질적인 주요사업 성과영역의 진행에 차질을 초래하여 1년 사후관리사업이 연장되었다.

부록 5. 사업의 개념적 틀



* 출처: 사업종료보고서, 2011.

부록 6. 에티오피아 아르시존 가족계획 및 모자보건 성과평가 매트릭스

평가	성과수준	성과항목	성과측정 세부질문	성과지표(Indicators)
종료평가	산출물 (Output)	<ul style="list-style-type: none"> 인프라 강화 모자보건 및 가족계획 서비스 접근성 강화 	<ul style="list-style-type: none"> 모자보건 및 가족계획 서비스 확대 되었는가? 보건의료 기초 훈련 시설 개선되었는가? 보건인력의 모자보건 역량강화 교육이 제공되었는가? 	<ul style="list-style-type: none"> 단기/장기 피임시술 횟수 가족계획 상담횟수 콘돔 사용률 안전분만키트 배포 수 및 교육 횟수
	초기성과 (Initial outcome)	<ul style="list-style-type: none"> 보건의료인력 역량강화 가족계획 지식 증가 	<ul style="list-style-type: none"> 역량강화 서비스가 적절하게 제공되었는가? 역량강화 서비스로 인해 지식이 증진되고 효과적이었는가? 	<ul style="list-style-type: none"> 보건의료인력 역량강화 교육 횟수 및 교육효과 테스트 점수 주민건강요원 교육 효과 테스트 점수 가족계획 피임방법 종류 지식 유무 교육서비스 만족도
	중기성과 (Intermediate outcome)	<ul style="list-style-type: none"> 가족계획 인식 증가 가족계획 태도변화 	<ul style="list-style-type: none"> 인식향상 의식 개선 인식향상으로 인한 가족계획 참여할 의향 변화되었는가? 단기피임에서 장기피임으로 전환할 의향이 있는가? 	<ul style="list-style-type: none"> 가족계획에 대한 의식 변화 주민 가족계획 태도 변화 단기피임에서 장기피임 전환 의향
영향평가		<ul style="list-style-type: none"> 가족계획 실천 증가 	<ul style="list-style-type: none"> 가족계획에 참여하고 있는가? 도구를 이용한 피임을 실천하고 있는가? 	<ul style="list-style-type: none"> 피임실천율 단기피임 및 장기피임 실천율
	장기성과 (Long-term output/Impact)	<ul style="list-style-type: none"> 가족계획 원치 않는 임신율 감소 모성건강증진 	<ul style="list-style-type: none"> 원치 않는 임신이 감소하였는가? 태아와 산모의 건강이 증진되었는가? 	<ul style="list-style-type: none"> 합계출산율 신생아 사망률 모성사망률 감소

* 출처: 한국국제협력단, 2012a. pp.25.

부록 7. 사업 과정평가(2011) 및 영향평가(2012) 결과

1. 과정평가 결과⁴⁾

본 종료평가는 2011년 한국국제협력단에 의해 사업 영향평가의 근거마련을 위해 실시되었으며 과정평가와 성과평가로 구성되었다. 사업수행활동의 과정평가를 통해 사업의 정책적, 전략적 적합성과 효율성, 효과성을 평가하고 중·단기 사업성과 평가를 실시하였다. 이 평가는 OECD/DAC의 5대 평가기준 중 사업의 적절성, 효율성, 효과성을 평가하였으며 이 결과를 중심으로 고찰하였다. 과정평가로서 적절성 평가는 정책 및 제도, 목표 및 전략, 사업수행 환경 및 체제를 기준으로, 효율성 평가는 사업수행환경 및 체제를 중심으로, 효과성평가는 의도한 산출물, 목적, 목표 달성 정도를 평가하였다.

가. 적절성 평가

적절성은 정책 및 제도 측면, 사업목표 및 전략적 측면, 사업수행환경 및 체제 측면에서 평가되었다.

- ① 정책 및 제도측면에서 수원국 국가정책 및 보건정책과의 부합정도, 우리나라 공적개발원조정책과의 부합정도를 평가하였다. 수원국 국가정책 중 빈곤감소정책과 사업목표는 특히 인구문제, 여성개발, 인적자원개발 등 세부핵심목표와 일치하며, 여성보건인력교육, 여성위원회 소득창출활동, 분만키트제공 등의 사업요소는 여성개발 잠재력확대 목표에도 부합하는 것으로 평가되었다. 수원국 보건정책과 사업목표는 합계출산율, 모성 및 아동사망률 감소 목표에 부합하며, 목표달성을 위한 세부 활동 중 보건인력교육, 가족계획서비스 제공 등은 인적자원개발, 정보, 교육 및 상담과 연관성이 높은 것으로 평가되었다. 우리나라 공적개발원조정책과는 중점협력분야인 보건 분야의 보건시설 확충 및 보건인력역량강화를 통한 보건환경개선과 관련되며, 지역사회기반 인구관리 및 가족계획 사업은 정책과 일치한다. 새마을운동 정신을 적용한 지역개발, 부녀회 중심의 소득창출 동기부여 전략 반영 등은 우리나라 개발경험을 사업에 적용하도록 한 공적개발원조 정책에 부합되는 것으로 평가되었다.
- ② 사업목표 계획 및 전략적 측면에서 MDGs 달성과의 부합여부는 극심한 빈곤과 기아의 근절(목표1), 모자보건 향상(목표5), 개발을 위한 글로벌파트너십조성(목표7)에 부합되며, 여성위원회를 활용한 소득창출활동은 성평등 촉진과 여성권익향상(목표3)과 관련이 있는

4) 한국국제협력단, 연세대학교 간호정책연구소. 에티오피아 아르시존 가족계획 및 모자보건증진사업 최종 보고서, 2011.과 한국국제협력단. 에티오피아 아르시존 가족계획 및 모자보건증진사업 영향평가 I 종료평가 최종보고서, 2011.을 기반으로 정리하였다.

것으로 평가되었다. 해당지역 요구도와의 부합정도 평가에서 지역선정의 적절성은 국가 전체 인구대비 40%가 거주하는 오로미아주는 합계출산율(6.2) 대비 피임실천율은 13.6%로 매우 낮은 지역으로 인구증가조절을 위한 가족계획 사업지역으로 적절하다고 평가되었다. 투입요소의 사업목적에 대한 적절성은 타당성조사를 통해 사업대상지의 일차보건의료와 가족계획사업 부진요인을 파악하고 보건의료 환경개선 및 보건의료인력 역량강화를 통한 양질의 서비스 제공이 가능하도록 사업요소가 구성되고 보건의료 환경개선 및 지리적 접근성 향상을 위한 건축 및 기자재 제공이 이루어져 적절한 것으로 평가되었다. 또한, 아르시존 내 타 공여기관의 사업요소를 비교 분석하여 가족계획서비스 접근성 향상을 위해 주민건강요원 및 보건인력의 역량강화에 초점을 맞추고, 상향식 접근법을 기본으로 하였으며, 가족계획의 직접 수혜대상자인 가임기 여성 뿐 아니라 의사결정에 영향을 주는 다양한 이해관계자를 파악하고 교육한 것이 사업효과성 측면에서 긍정적으로 평가되었다.

- ③ 사업수행 환경 및 체제 측면에서 지역사회 특수성에 대한 고려를 통해 지역 내 다양한 커뮤니티 및 리더집단을 활용하고 사회적 분위기 및 비밀유지 부분에 신뢰를 줄 수 있고 친숙한 사람들을 통해 서비스를 제공받는 것이 긍정적이었다고 평가되었다. 사업수행과정의 적절성은 사업의 수혜자를 직접수혜자인 여성뿐 아니라 남성을 포함하였고, 여성위원회 활용 등 여성 집단을 적극 활용하여 젠더 및 환경에 대한 고려가 이루어진 것으로 평가되었다.

나. 효율성 평가

효율성은 사업투입요소의 효율성과 사업수행체제의 효율성으로 나누어 평가되었다.

- ① 사업투입요소 측면에서는 비용효율성 평가로 예방프로그램으로써의 서비스 비용절감, 사업비용 대비 효과, 사업연계성, 사업비용 절감 측면에서 평가되었다. 가족계획 예방프로그램의 특성상 비용효율적이며, 1인당 피임시술비용이 약 13.5달러로 일반적 아프리카 평균인 27.6달러의 50% 수준으로 절감효과를 보였다. 사업비용 대비 효과측면에서는 ‘낮은 수준의 의료인에게 업무를 위임하거나 고객과 직접 접하는 현장직원이 결정할 수 있도록 권위를 부여함으로써 좀 더 효율적인 업무구성’을 통해 비용효과가 증대하였다. 사업연계성 측면에서는 동일지역에서 수행되는 한국국제협력단의 교육사업 및 지역개발사업과의 연계를 시도했다는 점은 긍정적으로 평가되나 결과적으로는 동일지역 인프라구축 이외의 연계를 통한 효율성은 부족한 것으로 평가되었다. 사업비용 절감 측면에서는 타 NGO와의 정보공유, 기술자문, 가족계획 물자 및 교육자료 공유, 위탁훈련, 클라이언트 의뢰 및 후송 등의 업무연계를 통해 효율성을 확보한 것으로 평가되었다.
- ② 사업수행체제의 효율성 측면에서는 다양한 이해관계자를 파악하고 현지 상황에 맞는 사업구축과 프로젝트 수행체계 수립과 관리를 위한 의사소통 채널을 구축하였으며, 다양한

이해관계자와의 협력을 통한 지속적인 교육이 이루어진 점 등은 기관 간의 연계를 통한 사업 수행 및 관리체계가 효율적인 것으로 평가되었다. 의사소통 및 정보의 효율성 측면에서는 수원국 내 의사소통 및 정보전달시스템에서 보레다-존-주보건청과의 의사소통이 원활하지 않아 사업의 진행에 영향을 받은 것으로 평가되며, 사업운영팀 및 한국국제협력단과의 의사소통 채널에도 개선이 필요한 것으로 평가되었다. 우리측과 수원국 측의 의사소통 및 정보교환은 공중보건훈련센터와 아르시존 보건국, 헤토사보레다 보건과 및 오로미아 보건청과 지속적으로 업무 협력체계를 구축하였으나 오로미아 보건청 차원의 보건관리통합시스템에 의한 관리체계구축 등의 개선점이 요구되었다. 중앙정부 뿐만 아니라 지방정부 및 지역사회의 의견을 반영하여 사업이 계획되었고, 집행위원회(Active committee)를 통해 실질적 운영체계를 구축하고 지역사회를 기반으로 한 의사소통 채널을 구축하기 위한 지속적인 노력과 지속적인 카운터 파트너(Counter partner)인 헤토사보레다와 분기별 사업계획서, 격주 간 계획서 및 월간보고서, 분기보고서 등을 공유함으로써 유기적 정보교환을 위해 노력하였다. 그러나 중앙정부부터 주민에 이르는 위계질서체계와 다양한 이해관계자들로 인해 의견조율의 어려움이 발생하고 정보공유와 의사전달체계상 많은 시간이 요구된다는 점은 단점으로 평가되었다. 건축의 지연으로 사업기반구축의 어려움과 사업지연으로 일정관리의 효율성 문제가 발생한 것으로 평가되었다.

다. 성과평가: 효과성⁵⁾

성과평가는 사업의 성과모형에 따른 효과성을 중심으로 목표달성도를 평가하기 위해 사업의 산출물과 초기성과의 달성정도에 대한 평가가 이루어졌다. 가족계획 및 모자보건 서비스 접근도 향상 측면의 평가 결과는, 첫째, 서비스공급 측면에서의 접근도 재고 평가로 센터건립을 통한 인프라 확충과 기자재 제공을 통해 서비스 접근성이 높아졌다. 공중보건훈련센터는 센터를 기반으로 다각적인 프로그램을 진행하고, 센터 기반 가족계획 및 모자보건 서비스 제공, 아웃리치 서비스, 지역사회 자조모임 활용 등의 접근성 활성화에 활용되었다. 지역사회 조직화를 통한 각종 위원회 구성과 운영을 적극적으로 활용하였다. 공무원 및 전문가 집단으로 구성된 위원회를 통한 서비스 질적 향상과 확산 방안에 대한 전략적 논의가 이루어지고, 이를 통해 지역사회로의 정보 확산을 위한 지역사회 내 주민자조모임을 촉진시켰다. 또한, 센터는 지역 내 다양한 기관들의 교육 및 행사의 장으로 활용되었다.

둘째, 수요자 측면에서의 서비스 접근도 재고 평가로 2009년 6월부터 2010년 12월까지 총 26,962건의 장·단기 피임시술 및 일대일 상담이 제공되었고, 장기피임 서비스가 2,027건으로

⁵⁾ 한국국제협력단, 연세대학교 간호정책연구소. 에티오피아 아르시존 가족계획 및 모자보건증진사업 최종보고서, 2011.과 한국국제협력단. 에티오피아 아르시존 가족계획 및 모자보건증진사업 영향평가 I 종료평가 최종보고서, 2011.을 기반으로 정리하였다.

단기피임 177건 대비 약 11배 이상 제공되었다. 2011년 사후관리 사업 기간 동안 서비스 제공은 계속되어 사업기간 동안 총 2,884건의 장기피임서비스와 887건의 단기피임서비스가 제공된 것으로 집계되었다.

표 1. 가족계획 서비스 제공 실적

구분	사업실적(명)		총 계
	2009-2010	2011	
장기피임 서비스 소계	2,027	857	2,884
Jedelle	532	6	538
Implanon	1,489	849	2,338
IUCD(자궁내피임장치)	6	2	8
단기피임 서비스 소계	177	710	887
Depo(주사제)	153	511	664
Pills(경구피임약)	24	199	223
1: 1 상담	14,992	5,956	20,948
Implant 제거기술	72	279	351
Condom 배포	9,694	380	10,074
총 계	26,962	8,182	35,144

서비스 만족도의 경우 서비스제공 전·후 비교에서 2010년 말 기준 남녀 모두 10% 이상 증가한 것으로 나타나 여성 84%에서 93.6%, 남성 77.1%에서 87.5%로 증가하였다. 보건인력교육을 통한 질적 서비스제공 측면에서는 센터 전문인력 강사교육(TOT)을 통해 공중보건훈련센터가 자체적으로 전문 강사인력을 확보할 수 있도록 하여 자체적인 교육운영이 가능하도록 하였다. 보건소 보건의료인력과 주민건강요원의 단계별 교육을 통해 가족계획 기술능력 향상과 서비스 접근성 향상, 질적 서비스 제공이 가능하도록 일련의 교육을 실시하였다. 역할 전수를 통한 지역 보건보조인력 확충을 위해 학교 생식보건교육 실시를 위한 교사교육, 전통산파교육, 주민지도자(TOT) 교육 등을 실시하였고 각 대상자별 업무에 대한 역할을 부여하였다. 초기성과 달성에 대한 성과평가는 보건인력역량강화, 가족계획 지식변화, 지역사회 내 가족계획 파트너십 구축으로 나누어 평가하였다.

첫째, 보건인력역량강화의 교육효과에 대한 평가는 사업 전·후 지식변화와 교육프로그램에 대한 만족도 평가가 이루어졌다. 간호사의 장기피임에 대한 교육 전·후 지식변화는 다소 증가한 것으로 나타났으며, 교육 프로그램 만족도에서는 실습의 효과성에 대한 만족도가 가장 높았고 장기피임 기술에 대한 자신감에 대한 만족감이 높았다. 그러나 심화교육 기간의 적절성에 가장 낮은 만족도를 나타내어 교육기간 연장에 대한 고려 등이 제시되었다. 실무교육(OJT) 및 보수교육에 대한 평가는 업무수행에 필요한 실무적용의 기회획득으로 직무수행에 대한 자신감을 획득할 수 있었다는 것에 큰 만족도를 나타내었다. 또한, 보수교육이 일회적인

직무능력교육이 아니라 학습한 내용을 환기시켜 주는 계기가 되었으며, 이러한 환류(Feedback) 시스템에 대해 만족도를 나타낸 것으로 평가되었다.

둘째, 가족계획의 지식변화 측면에서는 피임방법의 종류에 대한 지식수준이 평균 3.8개에서 5.1개로 증가하였고 장기피임에 관한 지식은 사업 전·후 48.2%에서 93.7%로 약 2배 증가하였다. 동 사업을 통해 가족계획과 관련된 잘못된 지식을 바로잡을 수 있었으며, 가족계획이 단순한 산아제한의 목적만이 아니라 모자의 건강증진을 위해 중요하며, 건강한 자녀양육을 위한 교육기회 제공 등을 위해서는 자녀수계획이 중요하다는 인식 재고 등이 나타나 가족계획에 대한 개념 및 정의를 올바르게 정립하는데 기여한 것으로 평가되었다. 셋째, 지역사회 내 가족계획 파트너십구축 측면에서는 사업계획 단계부터 에티오피아 개발정책에 부합될 수 있도록 중앙부처 뿐 아니라 여러 관계부처와의 협력을 고려하여 설계되었고, 실 수혜자인 지역주민에게 가족계획사업의 과급을 위해 지방정부와 지역사회까지 연결할 수 있는 네트워크 구축을 시도하였다. 지방정부 뿐 아니라 다양한 지역사회기반 조직 활용, 각종 위원회 등 지역사회 조직화를 통한 파트너십 구축, 각 지도자들을 통해 지역사회에 대한 책임의식을 고무시키고 지역사회참여 활성화를 통한 사업의 효과성을 증대시켰다고 평가되었다.

2. 영향평가 결과⁶⁾

2012년 '에티오피아 아르시존 가족계획 및 모자보건 증진사업 영향평가 보고서'에 따르면 동 사업은 지역사회 특성을 감안, 접근성이 좋은 보건인력인 주민건강요원(HEW) 역량강화를 통해 수혜자인 가임여성들의 가족계획에 대한 지식증가(임플라논에 대한 지식 93.9%) 및 태도변화를 유도하고 궁극적으로 가족계획 실천율(35%→60%)을 높여 모자보건 향상에 기여한 것으로 평가되었다⁷⁾. 사업의 장기목표인 가족계획실천율은 사업 시작시점 37.7%(2009) 대비 2011년 53.2%(15.5% 증가), 2012년 60%(22.3% 증가)로 향상되었다. 특히 사업의 중점대상 가족계획 방법이었던 장기피임(임플란트) 실천율은 2009년 1.7% 대비 2011년 25.9%(24.2% 증가), 2012년 27.2%(25.5% 증가) 증가한 것으로 나타났다. 원치 않는 임신율은 2009년 50.7%에서 2012년 21.1%로 현저히 감소한 것으로 나타났으며, 6개월 내에 가족계획 참여 의사는 2009년 14.3% 대비 2011년 28.9%(14.6% 증가), 2012년 48.5%(41.6% 증가)로 나타났다.

이를 세분화하여 초·중기성과, 중기성과, 장기성과 달성을 고찰한 결과는 다음과 같다.

- ① 초·중기 성과달성: 동 사업은 가족계획에 대한 적절한 서비스 접근성을 양적으로 확대하고 질적으로 향상시킴으로써, 헤토사 여성의 가족계획에 대한 지식을 증진시켰다.

⁶⁾ 한국국제협력단. 영향평가 보고서, 2012.를 근거로 성과 결과를 정리하였다.

⁷⁾ 영향평가 결과 나타난 인구 사회학적 특성 등은 생략하였으며, 성과 중심으로 정리하였다. 세부 내용은 한국국제협력단 홈페이지, ODA 도서관을 통해 평가서 열람이 가능하다.

- 가족계획 서비스 접근성 강화: 공중보건 캠페인, 훈련센터 및 보건소에서 피임서비스를 제공한 결과, 본 사업의 요소였던 캠페인과 장소에서 가족계획 서비스를 제공하고 있다는 사실을 인지하는 가임여성이 증가하였다.

표 2. 가족계획 서비스 제공 장소 인식정도

구 분(단위: %)	2009년	2011년	2012년
KOICA 캠페인	-	10	19.8
공중보건훈련센터	-	18.2	37.7
보건소 캠페인	-	24.6	39.4
정부 보건소	50.2	42.4	77
정부 보건지소	58.3	92.6	94.7

- 보건의료인력 역량강화: 간호사, 주민건강요원, 간호사 외 보건인력 등을 교육한 결과, 대다수의 가임여성이 주민건강요원을 통해 가족계획에 대한 정보를 얻고 있었음이 발견되었다.

표 3. 가족계획 정보 출처 및 서비스 제공자 선호도

구 분(단위: %)	2009년	2011년	2012년
HEW를 통한 정보획득	28.6	86.3	89.4
KOICA 캠페인을 통한 정보획득		29.6	48.1
HEW를 통한 서비스 획득 선호도	19.8	71.5	74.4
간호사를 통한 서비스 획득 선호도	16.3	5.6	7.1
의사를 통한 서비스 획득 선호도	48.9	22.2	17.4

- 가족계획 지식 증가: 동 사업은 장기피임 실천율, 특히 임플라논을 통한 장기피임 실천에 중점을 두었는데 2011년 사업지역의 가임여성이 비 사업지역에 비해 약 3배 이상 임플라논에 대한 지식이 높은 것으로 나타났다.

표 4. 가족계획 지식증가

구 분(단위: %)	2009년	2011년	2012년
장기피임법 임플라논에 대한 지식: 사업지역	-	93.9	96.7
장기피임법 임플라논에 대한 지식: 비 사업지역	-	30.6	31.4

* 에티오피아 전역의 가족계획 관련 지식은 86%

- ② 중기 성과 달성: 가족계획 지식의 증진을 통해 가족계획에 대한 태도가 긍정적으로 변화한 것으로 평가되었다.

- 가족계획 태도 변화: 이상적인 피임시작 시점에 대한 인식 변화 등이 나타났다.

표 5. 가족계획 태도변화 지표

구 분(단위: %)	2009년	2011년	2012년
이상적인 첫 출산연령에 대한 변화	18.7세	19.4세	20.1세
이상적인 피임시작 시기: 첫 출산 이후	26.8	40.9	57.4
이상적인 피임시작 시기: 넷째 이상 출산 이후	41	10.7	12.1

- ③ 장기성과(영향력 및 지속가능성) 달성: 가족계획 지식 및 태도변화로 인해 가족계획실천율이 증가했으며 원치 않는 임신율이 감소하여 동 사업의 장기성과를 달성한 것으로 평가되었다.
- 가족계획실천율 증가: 사업지역과 비 사업지역의 피임사용률은 유사한 수치를 나타내고 있으나 피임방법에 큰 차이를 나타내고 있다. 사업지역은 장기피임율이 높은 반면 비 사업지역은 단기피임율이 높았다.

표 6. 가족계획실천율 변화

구 분(단위: %)	2009년	2011년	2012년
피임실천율(사업지역/비사업지역)	37.7/-	53.2/54.5	60/64
장기 및 영구피임 사용율(사업지역/비사업지역)	2.8/-	27.6/7.6	29.4/6.7
장기피임 임플란트 실천율(사업지역/비사업지역)	1.7/-	25.9/4.2	27.2/5.8
단기피임 실천율(사업지역/비사업지역)	32.7/-	25.2/45.9	29.1/57

- 원치 않는 임신율 감소: 가임여성들의 약 50%가 가장 최근의 출산과 현재의 임신이 원한 것이었다고 응답하여 원치 않는 임신의 비율이 2009년 50.7%에서 2012년 21.1%로 현저히 감소하였으며, 사업시작 시점인 2009년 이후로 사업지역에서는 가족계획에 참여하지 않은 여성들에 대한 향후 가족계획 참여의사 응답비율이 증가하였다.

표 7. 가족계획 관련 인식변화

구 분(단위: %)	2009년	2011년	2012년
원치 않는 임신율 변화	50.7	-	21.1
가족계획 관련 논의대상 변화: 논의함/남편	66/73.7	55.2/96	75.8/95.3
가족계획 의사결정 주체 변화: 아내주도 (사업지역/비사업지역)	8.5/-	14/44.2	21.6/38.4
가족계획 의사결정 주체 변화: 남편주도 (사업지역/비사업지역)	5.7/-	6.8/30.3	16.6/30.6
가족계획 의사결정 주체 변화: 부부함께 (사업지역/비사업지역)	85.8/-	79.2/25.4	61.8/31
6개월 이내에 가족계획 참여의사 (사업지역/비사업지역)	26/-	47/29	57/41

= Abstract =

**A Study on Activation Strategies for Community Participation
in ODA(official development assistance) to Maternal and Child Health
- A case of the MCH project in the Arsi zone, Ethiopia -**

Myeong-Seon Kim
Graduated School of Public health
Yonsei University

(Directed by Professor So-Yoon Kim, M.D., Ph.D.)

This paper presents a single case study to search for activation strategies for community participation in maternal and child health as official ODA. The study employed a qualitative methodology and collected data through literature review, participant observation, and expert consultation.

The investigator identified major process indexes influencing participation by examining previous research findings and analyzing expert consultations and the case of the subject project and conducted analysis with the reorganized analysis framework of Rifkin(1990) to investigate their impacts on changes to the participation level.

The findings were as follows: the examination results of previous studies show that community capacity building through participation turned out to make positive contributions to the better health of residents.

There were seven process indexes to facilitate community participation and thus change the participation level, and they were leadership, network, resource

mobilization, management, training & education, benefit, and information. Those indexes turned out to facilitate participation alone or through interconnectivity.

Community participation begins with perception and motivation through information acquirement. It is started by external leadership and facilitated by inside leaders of the community. However, what is important ultimately is the growth of internal leadership through capacity building. Participation is promoted by the expanded opportunities of education and training capable of application to actual works and affected by usable resources, which is why an environment allowing for participation should be created through ongoing external interest and supports. It turned out that participation was facilitated or influenced by a network or social relationship. In terms of management, the participation level was raised by transfer of responsibility and clear granting of role and division of labor. Participation was also facilitated when the operational benefit of a proper reward mechanism was obtained. Benefit did not just mean an economic reward.

The case analysis results reveal several principles to apply community participation strategies including setting differentiated participation strategies by the subjects of participation, by the job areas and roles of subjects, by the level of influence on the community among the subjects, and making education and training plans to promote participation by the subjects of participation.

Finally, the study proposed the following activation strategies for community participation in community based health projects, especially maternal and child health projects, in developing nations:

First, it should be a priority to build the capacity of health centers and posts, the lowest units of the primary health care system, as a bottom-up approach. Capacity building improves the quality of service and thus serves as a catalyst to induce participation from the community. At health centers, capacity building starts with the capacity building of health professionals and health extension

workers(HEWs), whose capacity plays the roles of a bridge between individual capacity and organizational and further community capacity. They should be accompanied by stepwise education systematically planned from a long-term perspective and on job training(OJT) under the goal of building actual work capacity applicable to jobs.

Secondly, they should search for participation activation plans fit for the level of each member since there is a broad variance in community participation according to the roles and functions of the main participation subjects. In health program based on agricultural areas in developing nations, especially family planning and MCH program, the primary goal of community residents' participation is to activate even the participation of minimum "mobilization" level to provide the community with information. It is critical to expand participation opportunities by offering "maximum opportunities of direct education" to "the greatest number of people" and allow them to obtain benefits through participation. The acquirement of qualitative service should be the minimum "benefit" offered to the community.

Finally, Donor country should prepare the capacity of manpower to perform on the field as an ODA donor nation and a partner for the recipient country under the goal of joint growth through role modeling. The present study proposes a need for long-term plans and investments to build their capacity.

There are some limits to expanding and applying the case of Ethiopia in Africa to other countries, but the case is significant in presenting as examples what should be taken into consideration when planning and carrying out a capacity building project, which had emerged with importance in ODA health projects, especially community based maternal and child health projects.

Key words : official development assistance, Ethiopia, maternal and child health, community participation