



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

조 정 민 교수지도
석사학위 청구논문

PTT 모델을 근거로 한 보건소 방문간호사의
문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성
및 문화 역량과 영향요인 연구

2021

성신여자대학교 일반대학원
간호학과
김 영 애

PTT 모델을 근거로 한 보건소 방문간호사의
문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성
및 문화 역량과 영향요인 연구

조 정 민 교수 지도

이 논문을 석사학위 논문으로 제출함

2020년 11월

성신여자대학교 일반대학원

간호학과

김 영 애

인 준 서

김영애의 석사학위 논문으로 인준함

2020년 11월

심사위원장 _____인

심사 위원 _____인

심사 위원 _____인

성신여자대학교 대학원

논문개요

본 연구는 PTT(Papadopoulos, Tilki & Taylor) 모델을 이론적 기반으로 지역사회 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성 및 문화역량을 파악하고 영향요인을 확인함으로써 지역사회 방문간호사의 문화역량을 향상하고 프로그램 개발에 기초자료를 제공하기 위하여 연구를 진행하였다.

연구대상은 S시 25개 보건소에 근무하는 방문간호사 250명으로, 2020년 8월 10일부터 9월 30일까지 구조화된 설문지를 이용하여 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성 및 문화역량을 측정하였다. 연구 도구는 총 55문항으로 일반적 특성 7문항 성별, 나이, 결혼 여부, 종교, 근무기간, 가족 동거 여부, 교육수준, 문화 관련 특성 6문항 다문화 관련 교육 여부, 외국어 교육 여부, 외국어 대화 수준, 외국인 접촉기회, 외국인 환자 접촉 기회, 해외 체류 경험 과 문화적 인식 6문항, 문화적 지식 10문항, 문화적 수용성 12문항, 문화역량 14문항으로 이루어졌다. 수집한 자료는 연구 목적 및 변수의 특성에 따라 실수, 백분율, 평균, 표준편차, t-test, ANOVA, Pearson 상관계수, 다중회귀 분석으로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

첫째, 대상자의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화역량 평균은 각각 5점 만점에 문화적 인식 2.74점, 문화적 지식 2.28점, 문화적 수용성 2.53점, 문화역량 3.26점이었고, 모든 문항의 평균은 2.70점으로 확인되었다.

둘째, 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성 및 문화역량의 상관관계로 방문간호사의 문화적 인식은 문화적 지식($r=.555, p<.001$),

문화적 수용성($r=.524, p<.001$), 문화 역량($r=.499, p<.001$)과 유의한 상관관계를 보였다. 문화적 지식은 문화적 수용성($r=.663, p<.001$), 문화 역량($r=.434, p<.001$)과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났으며 문화적 수용성은 문화 역량($r=.627, p<.001$)과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

셋째, PTT 모델을 근거로 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량에 영향을 미치는 요인을 확인한 결과 방문간호사의 문화적 인식에 영향을 미치는 요인은 외국어 대화 수준($\beta = .158, p=.007$), 문화 역량($\beta=.457, p<.001$)이었고, 방문간호사의 문화적 지식에 영향을 미치는 요인으로는 외국어 대화 수준($\beta=.190, p=.001$), 외국인과의 접촉 빈도($\beta=.160, p=.007$), 문화적 인식($\beta=.458, p<.001$)으로 나타났다.

방문간호사의 문화적 수용성에 영향을 미치는 요인은 문화적 지식($\beta=.602, p<.001$)으로 나타났고 방문간호사의 문화 역량에 영향을 미치는 요인은 종교, 가족과의 동거 여부, 문화적 수용성($\beta=.599, p<.001$)이었다.

본 연구 결과를 기반으로 지역사회 방문간호사의 문화 역량을 함양시키기 위해서는 PTT 모델이 제시한 단계적 요인들을 사정하고 그 결과를 바탕으로 대상자의 상황에 맞는 영향요인을 포함한 프로그램 개발 및 적용이 필요한 것으로 나타났다.

목 차

논문 개요

I. 서론	1
1. 연구의 필요성 및 의의	1
2. 연구의 목적 및 내용	3
3. 용어 정의	4
II. 문헌고찰	7
1. PTT 모델	7
2. 문화 역량	10
III. 연구방법	14
1. 연구설계	14
2. 연구대상	14
3. 연구도구	14
4. 자료수집 방법	15
5. 자료분석 방법	16
6. 연구의 제한점	16

IV. 연구결과	17
1. 방문간호사의 일반적 특성 및 문화적 특성	17
2. 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량	19
3. 방문간호사의 일반적 특성과 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량과의 차이	20
4. 방문간호사의 문화적 특성과 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량과의 차이	22
5. 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량 간의 관계	25
6. PTT Model을 근거로 한 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량에 대한 영향요인	26
V. 논의	29
VI. 결론 및 제언	33
1. 결론	33
2. 제언	35
참고문헌	36
ABSTRACT	42
부록	45

표 목 차

<표 1> 방문간호사의 일반적 및 문화적 특성	18
<표 2> 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량	19
<표 3> 방문간호사의 일반적 특성에 따른 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량 차이	21
<표 4> 방문간호사의 문화적 특성에 따른 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량 차이	24
<표 5> 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량 간의 관계	25
<표 6> 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량에 영향을 미치는 요인	28

그림 목 차

<그림 1> 문화 역량 개발을 위한 PTT(Papadopoulos, Tilki&Taylor) 모델	9
---	---

부 록 목 차

[부록1] 설문지	
[부록2] 도구 사용 허락 서신	
[부록3] 생명윤리위원회 연구승인서	
[부록4] 연구대상자 설명문, 동의서	

1. 서론

1. 연구의 필요성 및 의의

보건복지부는 국내 보건 의료체계의 지속가능성을 제고하고 환경변화에 대응하고자 모든 국민이 부담 가능한 비용으로 적절한 보건의료 서비스를 제공하고 있다. 지역사회 기반 환자 중심의 의료체계 구축, 안전 강화, 필수 의료중심의 의료공공성 확보강화에 보건의료 정책을 중점적으로 추진하고 있다. 더불어 지역사회 통합돌봄 기본계획을 핵심 추진과제로 건강과 의료 항목에서 보건소 방문 건강관리, 가정간호, 노인 만성질환 전담 예방 및 관리 그리고 지역자원 연계 운영을 주요 내용으로 포함하였다(보건복지부, 2019-a). 지역사회 통합돌봄서비스의 효과적인 실행을 위해서는 다양한 보건의료 요구를 충족하는 방문 간호 서비스의 필요성을 강조하고 있다. 방문 건강관리사업은 전국 보건소에서 취약 계층을 대상으로 하여 건강 문제를 사정하고, 가정방문을 통해 건강증진 서비스를 직접 제공하거나 지역사회 건강자원을 연계하여 건강증진 활동을 하는 사업이다(한국건강증진개발원, 2018). 방문 건강관리사업의 대상자는 영아와 노인, 저소득 만성질환자, 북한 이탈주민과 다문화 가족 등 다양한 취약 계층을 포함하고 있으나 방문 건강관리수행은 만성질환자 관리에 집중되어 있고 취약가족에 대한 관리는 낮은 편으로 확인되었다(박정숙과 오윤정, 2014).

서울시는 건강 형평성 제고를 위하여 2015년부터 『서울시 찾아가는 동주민 센터 방문 건강관리사업』을 실시하고 있다. 동 단위 행정복지센터에 배치된 방문 보건 간호사가 건강 취약 계층 가정(빈곤 위기가구, 건강 위험군) 및 65세 이상 어르신 보편 가정방문을 통해 지속적인 건강관리 서비스

를 제공하고 있다. 또한 서울 아기 건강 첫걸음 사업(임산부 영유아 가정방문 건강관리)을 통하여 가정방문에 동의한 모든 출산가정으로 임신부터 출산, 태어난 아기가 만 2세가 될 때까지의 과정을 돕는다. 전문 인력의 가정방문 건강관리를 통해 모든 아동에게 '건강한 미래를 위한 공평한 출발'의 발판을 제공함으로써 건강 불평등 해소에 이바지하고자 한 것이다. 보건소 방문 건강관리사업의 대상자 중 특히 다문화 가족은 1900년대 이후 국제결혼과 이주노동이 활성화되면서 해마다 증가하였고 2019년 다문화 인구동태 통계에 의하면 다문화 혼인의 비중과 전체 출생 중 다문화 출생의 비중이 2018년도에 비해 0.4 % 증가하였다(국가 통계 포털, 2019). 이에 보건복지부(2018)는 지역사회 방문간호사 직무에 다문화가족에게 제공하는 서비스 문제 목록을 제시하고 서비스 수행 여부를 기록하고 있다. 그런데도 다문화 가족은 국내 보건 의료체계와 의료자원에 대한 정보 부족, 언어적 장벽 등으로 인한 의료서비스 이용에 여전히 어려움을 느끼고 있다 (이정미와 강서영, 2019). 이와 같은 문제를 극복하기 위해서는 보건의료 서비스 제공자 측면에서 다문화 가족과 같은 다른 문화적 배경을 지닌 대상자들의 특성을 이해하고 이들과 상호작용할 수 있는 기술과 태도, 문화 역량을 갖춘 간호사가 필요하다(양순옥, 권명순과 이승희, 2012). 즉, 문화 역량이란 다양한 문화와 인종의 문화적 환경의 범위 안에서 이들과 효과적으로 업무를 수행하기 위한 능력을 배경으로 가진 개인, 가족, 지역사회를 의미한다(Campinha-Bacote, 2002). 문화 역량은 특히 다양한 문화적 배경을 가진 사람들을 접하는 간호사, 사회복지사, 교사 등의 실천가들에게 중요한 핵심역량으로 언급되었다. 또한 보건의료 서비스를 제공하는 일선에 있는 간호사는 이러한 문화적 역량을 갖추기 위해 노력해야 함을 강조하고 있다(최소연, 2012). 특히 보건소 방문간호사는 2000년대 이후 국제결혼과 이주노동의 활성화로 인해 국내에 유입되는 다문화 가족이 점차 증가하는 상황에 맞추어 지역사회 돌

봄 대상자에게 더욱 효과적인 간호 중재를 제공하기 위하여 문화 역량을 중요한 핵심역량으로 요구받고 있다. 그러나 국내 간호 분야 문화 역량 연구는 주로 임상 간호사(박정숙, 2011; 장미정, 2016; 명정경, 2016; 이지영, 2017; 김미중, 2019), 보건진료원을 대상으로 한 연구(이은지, 김윤경, 이현경, 2012; 양순옥, 권명순, 이승희 2012), 간호 대학생을 대상으로 한 연구(김덕희와 김성은, 2013; 이미자, 2016; 정인희와 조주연, 2019; 조영미와 석소현 2019)가 있으나, 방문간호사의 문화 역량에 관한 연구는 미흡한 실정이다. 이에 본 연구의 목적은 PTT(Papadopolos, Tilki & Taylor) 모델을 이론적 기틀로 하여 지역사회 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성 및 문화 역량을 파악하고 이에 영향을 미치는 요인을 확인하고자 한다.

2. 연구의 목적 및 내용

본 연구는 S 지역 보건소 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량을 파악하고 이에 대한 영향요인을 확인함으로써 방문간호사의 문화 역량 강화를 위한 프로그램 개발에 기초자료를 제공하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 방문간호사의 일반적 특성과 문화적 특성을 확인한다.

둘째, 방문간호사의 일반적 특성 및 문화적 특성에 따른 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량의 차이를 확인한다.

셋째, PTT 모델을 근거로 한 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성과 문화 역량에 영향을 미치는 요인들을 파악한다.

3. 용어 정의

1) 문화적 인식

(1) 이론적 정의

문화적 인식이란 우리가 사는 사회에 존재하는 다양한 집단이 가지고 있는 서로 다른 문화를 인지하고, 그것을 바탕으로 본인과 다른 사회의 문화적 배경의 차이를 이해하고 존중하는 것을 의미한다(Campinha-Bacote, 2007).

(2) 조작적 정의

본 연구에서는 Caffrey, Neander, Markle, Stewart(2005)에 의해 개발된 The Caffrey Cultural Competence in Healthcare Scale(CCCHS)와 Schim, Benkert, Doorenbos, Miller(2003)에 의해 개발된 Cultural Competence Assessment(CCA)를 박정숙(2011)이 번안한 도구로 측정한 점수를 말하며 점수가 높을수록 문화적 인식이 높은 것을 의미한다.

2) 문화적 지식

(1) 이론적 정의

문화적 지식이란 문화 집단 간의 유사성과 차이점, 건강과 질병에 대한 문화의 영향, 건강 불평등에 대한 이해를 의미한다(Campinha-Bacote, 2007).

(2) 조작적 정의

본 연구에서는 Caffrey, Neander, Markle, Stewart(2005)에 의해 개발된

The Caffrey Cultural Competence in Healthcare Scale(CCCHS)와 Schim, Benkert, Doorenbos, Miller(2003)에 의해 개발된 Cultural Competence Assessment(CCA)를 박정숙(2011)이 번안한 도구로 측정한 점수를 말하며 점수가 높을수록 문화적 지식이 높은 것을 의미한다.

3) 문화적 수용성

(1) 이론적 정의

문화적 수용성이란 다른 문화에 대한 편견을 갖는 것이 아니라 서로 협력하는 태도로서 주류인 거주민이 다문화 사회의 구성원으로 살아가는데 필요한 비교적 적은 능력을 의미한다(Campinha-Bacote, 2007).

(2) 조작적 정의

본 연구에서는 Caffrey, Neander, Markle, Stewart(2005)에 의해 개발된 The Caffrey Cultural Competence in Healthcare Scale(CCCHS)와 Schim, Benkert, Doorenbos, Miller(2003)에 의해 개발된 Cultural Competence Assessment(CCA)를 박정숙(2011)이 번안한 도구로 측정한 점수를 말하며 점수가 높을수록 문화적 수용성이 높은 것을 의미한다.

4) 문화 역량

(1) 이론적 정의

문화 역량이란 사람들의 문화적 신념, 행동, 요구를 고려하여 효과적인 간

호를 제공할 수 있는 능력을 의미한다(Papadopolulos, 2006).

(2) 조작적 정의

본 연구에서는 Caffrey, Neander, Markle, Stewart(2005)에 의해 개발된 The Caffrey Cultural Competence in Healthcare Scale (CCCHS)와 Schim, Benkert, Doorenbos, Miller(2003)에 의해 개발된 Cultural Competence Assessment(CCA)를 박정숙(2011)이 번안한 도구로 측정한 점수를 말하며 점수가 높을수록 문화 역량이 높은 것을 의미한다.

국내 연구들(안정원, 2015; 박정숙과 오윤정, 2014; 김덕희와 김성은, 2013)에서는 문화 역량을 문화 행위로 표현되어 이용하였으나 본 연구에서는 PTT 모델을 근거로 문화 역량을 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량으로의 발달 되는 마지막 단계로 보았고 모델에서는 문화 역량 개념 안에 문화 행위가 포함되어 있기에 이론적 모델에 맞추어 문화 역량으로 표현하였다.

II. 문헌고찰

1. PTT(Papadopoulos, Tilki & Taylor) 모델

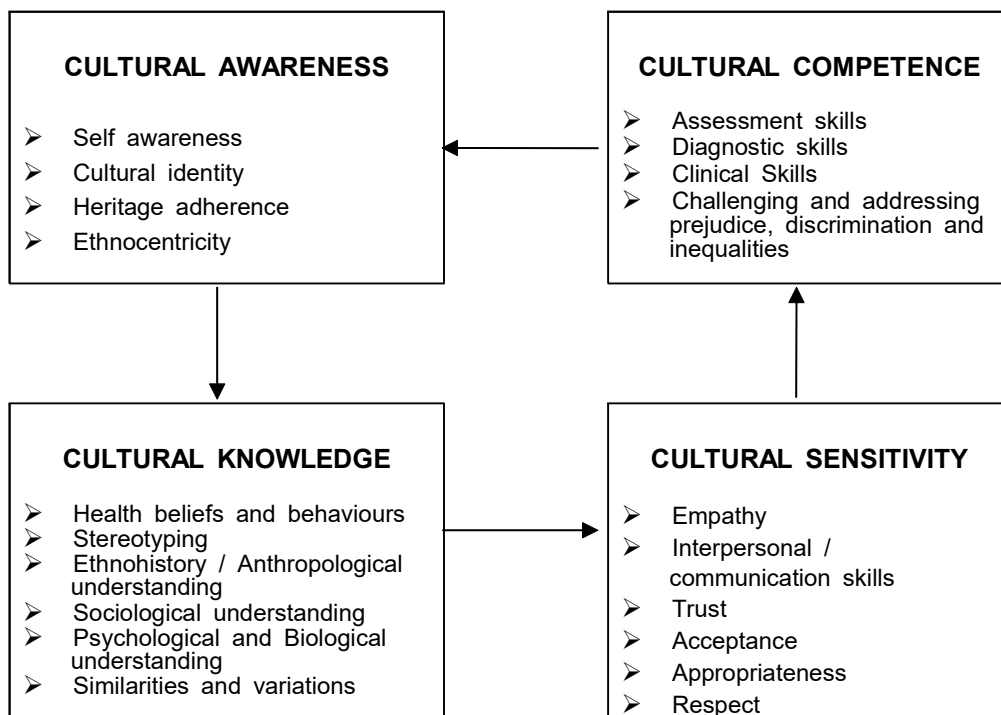
PTT(Papadopoulos, Tilki, & Taylor, 1998) 모델은 문화적 역량을 개발하는 데 중점을 두고 있다. 모델의 구성요소인 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 민감성, 문화 역량이 단계적으로 개발된다는 이론(이미자, 2016)으로 본 연구에서는 문화적 민감성을 측정 도구의 부재로 문화적 민감성에 포함된 요소인 문화적 수용성으로 수정하여 이론적 기틀을 수정하였다.

문화적 역량이란 사람들의 문화적 신념, 행동, 요구를 고려하여 효과적인 의료를 제공할 수 있는 능력으로, 문화적 역량은 과정이자 결과물이며 개인적, 전문적 삶에서 지속해서 획득되는 지식과 기술의 합성 결과이다(Campinha-Bacote, 2002). 이 모델에서 문화 역량을 개발하는데 첫 번째 단계인 문화적 인식은 다음 단계인 문화적 지식 개발의 선행요인으로 문화에 대한 편견과 신념을 인지하고, 본인의 문화적 배경과 전문적 배경을 탐색하는 과정(Papadopoulos, 2006)으로 보았고, 문화적 지식은 문화적 수용성을 개발하는데 선행요인으로 의료전문가가 대상자의 문화에 관하여 관심을 두고 관련 지식을 습득하는 것을 의미한다. 또한 대상자가 속한 문화의 건강 관련 신념과 치료행위, 문화적 가치 및 인류학적 특징을 이해하는 것으로도 볼 수 있다. 문화적 수용성은 문화 역량의 선행요인이며 간호 대상자를 치료적 파트너로 고려하고 신뢰, 수용, 존중, 공감적 태도를 보이는 것이다. 문화 역량은 이러한 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성이 융합되어 문화적으로

적절한 건강 사정, 진단, 임상 기술을 수행하는 것이며 의료전문가가 대상자의 문화적 맥락 안에서 효과적으로 일할 능력과 가능성을 달성하기 위해 지속해서 노력하는 과정이다(Campinha-Bacote, 2002). 즉, 문화적으로 역량이 있는 상태(being)가 아니라 역량 있게 되어가는(becoming) 과정임을 뒷받침하고 있다. 또한 다양한 문화 가치와 신념을 가진 대상자를 이해 존중하며 대상자 문화에 적합하고 의미 있는 간호를 제공하기 위하여 문화적 역량을 높이기 위한 교육이 필요하다. 이 교육은 일시적으로 끝나는 것이 아니라 지속적인 과정의 연속이 되어야 한다(Campinha-Bacote, 2002; 채덕희와 강경화, 2013).

PTT(Papadopoulos, Tilki, & Taylor, 1998) 모델은 보건의료인의 문화 역량의 증진을 설명하는 목적으로 개발된 이론이다. 이전에 획득한 문화적 인식이 문화적 지식에 영향을 주고, 문화적 수용성을 촉진하여 단계별 발달을 통해 문화 역량으로 융합되어 다시 환류하는 순환적 구조로 작동한다고 설명한다(Papadopoulos, I, 2006). 마지막 단계인 문화적 역량은 다른 연구들(안정원, 2015; 박정숙과 오윤정, 2014; 김덕희와 김성은, 2013)에서는 문화적 기술 또는 문화적 행위로 표현된 영역이다. 선행연구 중 간호 대학생의 문화적 역량증진 프로그램 개발에 관한 연구는 PTT 모델을 이론적 기틀로 한 단계적 개발과정 적용 연구(이미자, 2016)가 있다. 이와 더불어 간호 대학생을 위한 북한 이탈주민 관련 다문화 인식 연구는 PTT 모델을 활용한 다문화 대상자를 위한 문화적 효능감 증진 프로그램으로 관련 교육에 적용할 수 있는 방법론을 제시해 주었다고 할 수 있다(박진경, 2019). Papadopoulos, Tilki & Taylor(1998)는 문화적 역량에 관한 ‘양방향 문화기술 개발모형(Transcultural Skills Development Model)’을 제시하였다. 사회복지 영역에서는 사회복지 전공 대학생의 문화 역량 영향요인 연구에서 Papadopoulos, Tilki & Taylor(1998)의 모형은 순환적인 반복 과정의 경험을 강조하고 있

어 문화 역량에 적합한 모델로 연구되었다고 평가되고 있다(고이숙, 2019). 또한 사회복지 실천에서의 문화적 역량 연구에서는 '문화적 인식'의 획득이 '문화적 지식'에 영향을 주고, 이는 다시 '문화적 민감성'을 촉진해 최종적으로 이들 3요소가 통합하는 '문화 역량'을 성취하게 한다는 것이다(장은동, 2012).



<그림1> 문화 역량 개발을 위한 PTT(Papadopoulos, Tilki&Taylor) 모델

2. 문화 역량

문화는 자연 상태에서 벗어나 일정한 목적 또는 생활 이상을 실현하고자 사회 구성원에 의하여 습득, 공유, 전달되는 행동 양식이나 생활양식의 과정 및 그 과정에서 이룩하여 낸 물질적·정신적 소득을 통틀어 이르는 말이다(국립국어원, 2020). 문화는 해당 문화권 당사자의 질병 원인에 대한 인식, 질병 경험의 해석, 신체적·정신적 건강 행위, 출산 과정, 의료체계 내에서의 의사소통 및 보건의료 서비스 이용행태 등에 영향을 미친다. 문화에 대한 긍정적인 태도를 형성하는 것은 문화 역량을 획득하는 가장 초기 단계며 간호사는 문화적 태도로 인한 논점에 대해 잘 알고 있어야 한다(Kumar-Tan, Beagan 2007).

문화 역량은 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 기술, 문화적 접촉, 문화적 욕구의 단계를 따라 습득되고, 문화가 개인의 행동과 생각에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 인식은 환자를 위한 전반적인 치료와 치료 계획을 계획·수립할 수 있게 한다(Campinha-Bacote, 2002). 문화적 인식은 의료 제공자가 대상자 문화의 가치, 신념, 생활방식, 문제 해결전략에 대해 안목을 가지고 민감하게 대응하고, 인간에게는 자민족 중심주위적 성향이 있으므로 문화적 인식을 개발하는 과정에서 다른 문화와 본인의 문화 배경에 대해 가진 편견과 편향을 깊이 살펴볼 필요가 있다(Campinha-Bacote, 1999). 문화적 지식은 간호사가 다문화 가정을 돌보면서 다양한 문화적, 인종 집단에 대하여 타당한 교육적 기반을 추구하고 획득하는 단계이고(이병준, 박응희, 한현우, 2010; Papadopoulos. 1998), 문화적 민감성은 집단 간에 존재하는 문화적 다양성에 대해 공통점과 유사성을 인지하고 다문화 집단에 대한 개방적 태도와 유연한 사고를 갖게 되는 것을 의미한다(오원옥, 2011; Majumdar, Browne, Roberts, Carpio, 2004). 문화적 기술은 다문화 대상자의 문화적 배경에 따라

언어적, 비언어적 의사소통 기술, 치료적 신뢰 관계 형성 등의 기술을 이용하여 다문화 대상자의 신체 사정을 정확하게 수행하고 대상자의 건강 문제와 관련된 문화 배경을 수집하는 능력을 의미한다(Campinha-Bacote, 2002). 즉, 문화 역량은 건강과 관련된 문화의 체계적인 사정, 문화적으로 적합한 신체 사정, 문화 간 의사소통 능력을 포함한다고 할 수 있다(이미자, 2016). 간호학에서의 문화적 역량에 대한 인식은 Leininger(1989)에 의해 시작되었으며 문화적 간호의 다양성과 보편성의 문화 돌봄 이론(The theory of culture care Diversity and universality)을 제시하면서 간호에 영향을 미치는 요인을 묘사하기 위해 해돋이 모델(Sunrise Model)을 보여주었다. Leininger 이론은 인류학에서 유래되었으며 세계관, 사회구조, 기타 인용된 자원과 관련된 건강 돌봄의 다양성과 보편성을 찾고 비슷하거나 서로 다른 문화를 가진 사람들이 각각의 문화에 적합한 방법으로 안녕(wellbeing) 또는 건강의 회복유지 및 죽음을 맞이할 수 있도록 한다. 또한 문화적으로 일치하는 돌봄 제공 방법을 찾는 것이 그 목표이다. 문화 역량을 향한 간호 기술을 개발하는 것은 환자가 치료 계획을 이해하는데 가장 좋은 의사소통을 하는 것이다. Lampley, Little, Beck-Little과 Xu(2008)은 간호사의 교육 수준, 문화간호 경험 및 문화에 대한 지속적 교육이 문화적 역량을 증진 시키는 영향요인으로 보고하고, 간호사의 언어 또는 비언어적 의사소통의 중요성, 종교적 신념, 건강에 대한 이해, 독특한 행동 양식을 이해하는 것이 중요하다고 주장하였다. 문화는 언어, 사고, 의사소통, 행위, 관습, 신념, 가치를 규정지며 건강에 대한 신념, 질병에 대한 인식과 관리에 영향을 미친다(International Council of Nursing, 2014). 미국 보건 교육협회는 보건 분야 교육자 대상의 연구에서 인종, 보건교육 학위, 다문화 환자 비율, 문화 역량 프로그램 참가 횟수가 문화 역량에 영향을 주는 요소로 보고하였다(Raffy Luquis, Perez 와 Kathleen, 2006).

국내 간호학에서 연구된 문화 역량에 관한 선행연구 들을 살펴보면 문화적 역량에 미치는 영향요인(장미정, 2016; 이정수, 2017), 병원 간호사의 다문화 환자 간호 경험(민지영, 2018), 문화 역량증진 프로그램의 효과(박진경, 2019; 이미자, 2016; 박명화와 박은아, 2013), 간호 대학생의 다문화 인식과 문화적 역량이 다문화 수용성에 미치는 영향(조영미와 석소현, 2019), 간호사의 문화적 역량에 대한 통합적 고찰(손현미, 제민지, 이병준, 2014) 등 다양한 변수로 연구를 진행하였다. 간호사의 문화 역량에 영향을 미치는 요인에 관한 연구로 김선희(2013)는 문화간호에 대한 교육 요구, 관심 정도, 외국인 환자 돌봄 경험이 문화 역량에 영향을 준다고 주장하였다. 박정숙(2011)은 일반적 특성으로 나이, 근무 기간이 간호사의 문화 역량에 영향을 미치는 것으로 보았고, 다문화 관련 특성으로는 외국어 수강 경험, 문화와 관련된 수업 경험이 문화 역량과 상관관계가 있는 것으로 보고하였다. 이정수(2017)는 근무부서, 직위, 외국어 수강 경험, 다문화 대상자 의료경험, 김미중(2019), 장미정(2016)은 다문화 교육 경험, 문화 간 의사소통 능력, 외국어 유창성이 문화 역량에 영향을 미치는 것으로 밝혀냈다. 양선이, 임효남, 이주희(2013), 김라미(2015), 김미중(2019)은 해외여행 경험, 외국어 실력, 외국인 교류 경험, 외국인 친구 등을 영향요인으로 언급하였다. 간호사의 다문화 인식과 문화 역량에 관한 선행연구에 따르면 국내 간호사의 문화 역량은 다문화 사회를 대표하는 국가에 비해 상대적으로 낮은 수준이었으며 다문화 교육에 대한 필요성은 간호사 대부분이 공감하고 있으나 현재 간호사 직무역량 강화교육이나 보수교육에는 아직 문화 역량이나 다문화 교육에 관한 내용은 포함하지 못하고 있다(김라미, 2015; 이재영과 주현옥, 2013). 따라서 간호사의 문화적 역량을 높이는 방안 마련에 관심을 가질 필요가 있다. 이는 대한민국 사회에서 살아가는 다문화 가족들에게 단순히 인종이나 민족의 차이에 대한 인식의 중요성을 깨닫게 하는 수준을 넘어서, 대상자들이 건강

하고 행복한 삶을 살아갈 수 있도록 지역사회 공공보건의료 전달체계에 이
바지할 것으로 사료된다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 PTT 모델을 근거로 보건소 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량을 확인하고 영향요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 S시 25개 보건소에서 방문 건강관리사업을 담당하고 있는 방문간호사로서 연구의 목적을 이해하고 동의한 자를 대상으로 편의 표집으로 조사하였다.

목표 대상자 수는 다중 회귀분석을 위한 연구대상자 표본 수는 G*Power (Version 3.1)을 이용하여 산출하였다. 유의수준 5%(양측검정), 중간 정도의 효과 크기 (0.15), 검 정력(Power)은 95%, 예측변수 16개로 계산하였을 때, 필요한 표본 수는 204명이었으며 탈락률 20%를 고려하여 필요한 표본 수는 245명으로 산출되었다. 총 270부의 설문지가 배포되었고, 260부가 회수되었으며 불완전한 응답을 한 10부를 제외한 250부가 최종분석에 사용하였다.

3. 연구도구

본 연구에서 문화적 역량 측정 도구는 국내 간호 연구에서 많이 사용하고 있는 Caffrey Cultural Competence in Healthcare Scale(CCHHS)와 Cultural

Competence Assessment(CCA)로 종합병원 근무 간호사의 문화적 역량 조사연구를 위해 박정숙(2011)이 번역하여 수정, 보완한 설문 도구를 사용 허가를 받아 사용하였다. 설문지의 내용은 성별, 연령, 결혼 여부, 종교, 근무기간, 가족 동거 여부와 교육 수준에 대한 일반적 특성 7문항, 다문화 관련 교육 여부, 외국어 교육 여부, 외국어 대화 수준, 외국인 접촉 기회, 외국인 환자 접촉 기회, 해외 체류 경험의 문화 관련 특성 6문항, 문화적 수용성 12문항, 문화적 지식 10문항, 문화적 인식 6문항, 문화 역량 14문항으로 총 55문항으로 이루어졌다. 방문간호사의 적합한 일반적 특성과 문화적 특성에 대한 설문 문항 구성을 위하여 도구의 내용 타당도 검증하였다. 간호학 교수 1명과 보건소에 근무하는 간호사 3인으로 구성된 실무자의 의견을 반영하여 최종 구성된 설문지를 이용하였고, 간호사 10명 대상으로 예비조사를 하여 대상자 설문지의 이해 정도를 파악하고 문항을 검토하였다. 각 문항은 ‘매우 그렇다’ 5점, ‘그렇다’ 4점, ‘조금 그렇다’ 3점, ‘그렇지 않다’ 2점, ‘전혀 그렇지 않다’ 1점의 Likert 5점 척도로 구성하였다. 점수가 높을수록 각각의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화적 역량이 높음을 의미한다. 박정숙의 연구에서 도구 신뢰도 Cronbach’s α = .90이었고 본 연구에서는 문화적 인식 Cronbach’s α = .63, 문화적 지식 Cronbach’s α = .92, 문화적 수용성 Cronbach’s α = .88, 문화 역량 Cronbach’s α = .91, 도구의 전체 Cronbach’s α = .94였다.

4. 자료수집 방법

본 연구는 연구에 참여한 대상자를 연구자가 소속해 있는 성신여자대학의 기관윤리심사위원회로부터(SSWUIRB-2020-025) 승인을 받은 후 수행하였다. 자료수집 기간은 2020년 8월 20일부터 9월 30일으로, 연구자는 S시 25

개 자치구 각 보건소 방문간호 담당자에게 방문하여 연구의 목적, 자료수집 기간 및 방법을 먼저 설명하고 협조를 얻은 후 본 연구의 목적을 설명하고 동의서와 함께 설문에 동의한 방문간호사에게 설문지를 배부하였다. 설문지는 자가 보고식으로 작성하도록 하였고 작성 후에는 개인정보 보호를 위하여 밀봉하여 보관하였다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 정확한 분석을 위하여 SPSS 21.0 프로그램을 이용하였다.

1) 대상자의 일반적 특성 및 문화적 특성은 실수와 백분율의 빈도분석과 기술통계로 분석하였다.

2) 대상자의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량은 평균과 표준편차의 기술통계로 분석하였다.

3) 대상자의 일반적 특성과 문화적 특성에 따른 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량의 차이와 변수 간 관계는 t-test와 ANOVA, Pearson's correlation coefficient를 이용하고, ANOVA 분석 결과 유의한 차이가 있는 변수는 사후검정으로 Scheffe's test 방법을 이용하여 분석하였다.

4) 대상자의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량의 영향요인을 파악하기 위해서 다중 회귀분석을 실시하였다.

6. 연구의 제한점

본 연구의 제한점은 연구대상자를 S시 보건소 방문간호사를 대상으로 250명의 자료만을 분석한 결과이므로 연구 결과를 전체 보건소 방문간호사로 일반화하는데 제한점이 있다.

IV. 연구결과

1. 방문간호사의 일반적 특성 및 문화적 특성

연구대상자의 일반적 특성 및 문화적 특성은 <표 1>과 같다. 일반적 특성 중 연령은 20~29세 17명(6.8%), 30~39세 55명(22%), 40세 이상 178명(71.2%)이었다. 결혼 상태는 미혼 57명(22.8%), 기혼 193명(77.2%)이었다. 종교는, 개신교 80명(32%), 가톨릭 53명(21.2%), 불교 24명(9.6%), 기타 93명(37.2%)이었다. 근무경력은 1~4년 101명(40.4%), 5~9년 88명(35.2%), 10년 이상 61명(24.4%)이었다. 가족과 동거 여부의 경우 가족과 동거를 하는 대상자는 223명(89.2%), 동거하고 있지 않은 대상자는 27명(10.8%)이었다. 교육수준의 경우 전문대 졸업 98명(39.2%), 대학교 졸업 142명(56.8%), 대학원 졸업 10명(4%)이었다.

문화적 특성은 다문화 교육을 받은 대상자가 85명(34%), 받지 않은 대상자가 165명(66%)이었다. 외국어 교육 경험의 경우 외국어 교육을 받은 대상자가 128명(51.2%), 받지 않은 대상자가 122명(48.8%)이었다. 외국어 대화수준의 경우 ‘전혀 유창하지 않다’라고 응답한 연구대상자가 145명(58.0%)으로 가장 많았으며 ‘유창하지 않다’라고 응답한 연구자 103명(41.2%), ‘유창하다’고 응답한 연구자 2명(0.8%)인 순이었다. 외국인과의 접촉 빈도의 경우 ‘전혀 접촉하지 않는다’라고 응답한 대상자가 123명(49.2%), ‘가끔 접촉한다’라고 응답한 연구대상자가 123명(49.2%)으로 같았고, ‘자주 접촉한다’라고 응답한 대상자는 4명(1.6%)이었다. 외국인 환자와 접촉 빈도의 경우 ‘전혀 접촉하지 않는다’라고 응답한 대상자가 149명(59.6%), ‘가끔 접촉한다’라고 응답한 대상자가 101명(40.4%)이었으며 ‘자주 접촉한다’라고 응답한 대상자는 없었다. 해외 체류 경험의 경우 해외 체류 경험이 있는 대상자는 47명

(18.8%), 해외 체류 경험이 없는 대상자는 203명(81.2%)으로 나타났다.

<표1> 방문간호사의 일반적 특성 및 문화적 특성

(N=250)

특성		구분	n	%
일반적 특성	나이	20~29세	17	6.8
		30~39세	55	22.0
		40세 이상	178	71.2
	결혼상태	미혼	57	22.8
		기혼	193	77.2
	종교	개신교	80	32.0
		가톨릭	53	21.2
		불교	24	9.6
		기타	93	37.2
	근무경력	1~4년	101	40.4
5~9년		88	35.2	
10년 이상		61	24.4	
가족과 동거 여부	유	223	89.2	
	무	27	10.8	
교육 수준	전문대 졸업	98	39.2	
	대학교 졸업	142	56.8	
	대학원 졸업	10	4.0	
다문화 교육 경험	유	85	34.0	
	무	165	66.0	
외국어 교육 경험	유	128	51.2	
	무	122	48.8	
외국어 대화 수준	전혀 유창하지 않다.	145	58.0	
	유창하지 않다.	103	41.2	
	유창하다.	2	0.8	
외국인과 접촉 빈도	전혀 접촉하지 않는다.	123	49.2	
	가끔 접촉한다.	123	49.2	
	자주 접촉한다.	4	1.6	
외국인 환자와 접촉 빈도	전혀 접촉하지 않는다.	149	59.6	
	가끔 접촉한다.	101	40.4	
	자주 접촉한다.	0	0.0	
해외 체류 경험	유	47	18.8	
	무	203	81.2	

2. 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량

방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량의 관계는 <표 2>와 같다. 방문간호사의 문화 역량은 5점 만점에 3.26점으로 가장 높았으며 문화적 인식 2.74점, 문화적 수용성 2.53점, 문화적 지식 2.28점 순으로 나타났다.

<표 2> 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량

(N=250)

항목	$M \pm SD$
문화적 인식	2.74±0.65
문화적 지식	2.28±0.62
문화적 수용성	2.53±0.57
문화 역량	3.26±0.57
계	2.70±0.60

3. 방문간호사의 일반적 특성과 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량과의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 문화적 인식은 연령 ($F=1.214, p=.300$), 결혼 상태($t=1.552, p=.122$), 종교($F=1.844, p=.140$), 근무경력($F=.378, p=.686$), 가족과 동거여부($t=-1.919, p=.056$), 교육수준($F=1.307, p=.273$)이었으며 통계적으로 유의하지 않았다.

대상자의 일반적 특성에 따른 문화적 지식은 연령($F=0.062, p=.940$), 결혼 상태($t=0.107, p=.915$), 종교($F=1.45, p=.229$), 근무경력($F=0.364, p=.695$), 가족과 동거여부($t=-0.079, p=.937$), 교육수준 ($F=0.713, p=.491$)이었으며 통계적으로 유의하지 않았다.

대상자의 일반적 특성에 따른 문화적 수용성은 연령($F=0.837, p=.434$), 결혼상태($t=0.996, p=.320$), 종교($F=0.473, p=.701$), 근무경력($F=0.237, p=.789$), 가족과 동거여부($t=0.247, p=.805$), 교육수준($F=1.612, p=.202$)이었으며 통계적으로 유의하지 않았다.

대상자의 일반적 특성에 따른 문화 역량 정도는 종교($F=3.104, p=.027$)와 가족과 동거 여부($t=2.481, p=.016$) 항목이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 종교의 경우 사후 검증 결과, 하위 집단 간 유의한 차이는 나타나지 않았으며 가족과 동거 여부의 경우 가족과 동거하는 집단이 동거하고 있지 않은 집단보다 역량의 점수가 더 높은 것으로 나타났다.

<표 3> 방문간호사의 일반적 특성에 따른 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량의 차이

(N=250)

특성	구분	n	문화적 인식			문화적 지식			문화적 수용성			문화 역량			
			M±SD	t or F (p)	Scheffé	M±SD	t or F (p)	Scheffé	M±SD	t or F (p)	Scheffé	M±SD	t or F (p)	Scheffé	
일반적 특성	연령	20~29세	17	2.97±1.42			2.33±0.65	0.062		2.70±0.64	0.837		3.22±0.41	1.511	
		30~39세	55	2.74±0.55	1.214 (.300)	-	2.27±0.56	(.940)	-	2.52±0.59	(.434)	-	3.15±0.57	(.223)	-
		40세 이상	178	2.71±0.57			2.28±0.64			2.51±0.56			3.30±0.59		
	결혼 상태	미혼	57	2.85±0.9	1.552 (.122)	-	2.29±0.59	0.107 (.915)	-	2.59±0.6	0.996 (.320)	-	3.17±0.55	-1.397 (.164)	-
		기혼	193	2.70±0.56			2.28±0.63			2.50±0.56			3.29±0.58		
	종교	개신교	80	2.86±0.55			2.39±0.62			2.56±0.58			3.37±0.59		
		가톨릭	53	2.76±0.58	1.844 (.140)	-	2.26±0.71	1.45 (.229)	-	2.56±0.58	0.473 (.701)	-	3.36±0.56	3.104* (.027)	-
		불교	24	2.57±0.62			2.18±0.57			2.54±0.53			3.22±0.50		
		기타	93	2.66±0.77			2.22±0.58			2.47±0.58			3.13±0.57		
	근무 경력	1~4년	101	2.73±0.76			2.25±0.64			2.52±0.64			3.17±0.61		
		5~9년	88	2.70±0.59	0.378 (.686)	-	2.33±0.60	0.364 (.695)	-	2.49±0.50	0.237 (.789)	-	3.32±0.56	2.268 (.106)	-
		10년 이상	61	2.80±0.55			2.26±0.64			2.56±0.56			3.33±0.53		
	가족과 동거 여부	유	223	2.71±0.57	-1.919 (.056)	-	2.28±0.62	-0.079 (.937)	-	2.53±0.57	0.247 (.805)	-	3.29±0.57	2.418* (.016)	
		무	27	2.96±1.12			2.29±0.64			2.50±0.63			3.01±0.58		
	교육 수준	전문대 졸업	98	2.66±0.57			2.27±0.57			2.46±0.51			3.22±0.55		
대학교 졸업		142	2.78±0.71	1.307 (.273)	-	2.27±0.66	0.713 (.491)	-	2.55±0.62	1.612 (.202)	-	3.28±0.60	0.928 (.397)	-	
대학원 졸업		10	2.90±0.45			2.51±0.53			2.76±0.40			3.45±0.38			

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

4. 방문간호사의 문화적 특성과 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량과의 차이

대상자의 문화적 특성에 따른 문화적 인식 정도는 다문화 교육 이수 여부($t=2.462, p=.015$), 외국어 교육 이수 여부($t=3.382, p=.001$), 외국어 대화 수준($F=9.777, p<.001$), 외국인 접촉 빈도($F=4.466, p=.012$), 외국인 환자와 접촉 빈도($t=-2.556, p=.011$)에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 다문화 교육과 외국어 교육을 이수한 집단, 외국어 대화 수준이 전혀 유창하지 않은 집단보다 유창하지 않은 집단이, 외국인을 전혀 접촉하지 않은 집단보다 가끔 접촉하지 않은 집단이 외국인 환자와 가끔 접촉하는 집단의 문화적 인식이 높은 것으로 나타났다.

대상자의 문화적 특성에 따른 문화적 지식 정도는 다문화 교육 이수 여부($t=3.197, p=.002$), 외국어 교육 이수 여부($t=4.612, p<.001$), 외국어 대화 수준($F=19.898, p<.001$), 외국인 접촉 빈도($F=10.702, p<.001$), 외국인 환자와 접촉 빈도($t=-2.201, p=.029$)에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 다문화 교육과 외국어 교육을 이수한 집단, 외국어 대화 수준이 전혀 유창하지 않은 집단보다 유창하지 않거나 유창한 집단이, 외국인을 전혀 접촉하지 않은 집단보다 외국인을 가끔 접촉하거나 자주 접촉하는 집단이, 외국인 환자와 가끔 접촉하는 집단의 문화적 지식이 그렇지 않은 집단보다 높은 것으로 나타났다.

대상자의 문화적 특성에 따른 문화적 수용성 정도는 다문화 교육 이수 여부($t=2.830, p=.005$), 외국어 교육 이수 여부($t=4.383, p<.001$), 외국어 대화 수준($F=17.719, p<.001$), 외국인 접촉 빈도($F=6.156, p=.002$), 외국인 환자와 접촉 빈도($t=-2.702, p=.007$), 해외 체류 경험($t=2.137, p=.034$)으로 문화적 특성의 모든 요인에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 다문화 교육

과 외국어 교육을 이수한 집단, 외국어 대화 수준이 유창하지 않거나 유창한 집단, 외국인을 가끔 접촉하거나 자주 접촉하는 집단, 외국인 환자와 가끔 접촉하는 집단과 해외 체류 경험이 있는 집단이 그렇지 않은 집단보다 문화적 수용성 점수가 높은 것으로 나타났다.

대상자의 문화적 특성에 따른 문화 역량의 정도는 다문화 교육 이수 여부 ($t=1.979$, $p=.049$), 외국인 접촉 빈도($F=4.467$, $p=.012$)에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 다문화 교육을 이수한 집단과 외국인을 전혀 접촉하지 않는 집단보다 가끔 접촉하거나 자주 접촉하는 집단이 통계적으로 유의하게 문화 역량 점수가 높은 것으로 나타났다.

<표 4 > 방문간호사의 문화적 특성에 따른 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량의 차이

(N=250)

특성	구분	n	문화적 인식			문화적 지식			문화적 수용성			문화 역량			
			M±SD	t or F (p)	Scheffé	M±SD	t or F (p)	Scheffé	M±SD	t or F (p)	Scheffé	M±SD	t or F (p)	Scheffé	
다문화 교육 이수 여부	유	85	2.88±0.78	2.462*		2.45±0.6	3.197*		2.66±0.52	2.830**		3.36±0.54	1.979*		
	무	165	2.66±0.57	(.015)		2.19±0.61	(.002)		2.45±0.59	(.005)		3.21±0.59	(.049)		
외국어 교육 이수 여부	유	128	2.87±0.71	3.382**		2.45±0.63	4.612***		2.67±0.53	4.383***		3.30±0.59	1.217		
	무	122	2.60±0.56	(.001)		2.10±0.57	(.000)		2.37±0.58	(.000)		3.22±0.56	(.225)		
문화적 특성	외국어 대화 수준	전혀 유창하지 않다 ^a	145	2.59±0.54		2.10±0.61			2.36±0.53			3.20±0.59			
		유창하지 않다 ^b	103	2.92±0.74	9.777***	a<b	2.52±0.53	19.898***	a<b,c	2.74±0.55	17.719***	a<b,c	3.33±0.55	2.875	(.058)
		유창 하다 ^c	2	3.50±0.24			3.40±0.14			3.38±0.41			3.93±0.00		
외국인 접촉 빈도	전혀 접촉 하지 않는다 ^a	123	2.62±0.53		2.11±0.58			2.40±0.53			3.16±0.62				
	가끔 접촉 한다 ^b	123	2.84±0.75	4.466**	a<b	2.43±0.62	10.70***	a<b,c	2.64±0.59	6.156*	a<b	3.36±0.52	4.467*	a<b	
	자주 접촉 한다 ^c	4	3.17±0.43	(.012)		2.93±0.56			2.83±0.67			3.55±0.44			
외국인 환자와 접촉 빈도	전혀 접촉하지 않는다	149	2.65±0.55	-2.556*		2.21±0.61	-2.201*		2.44±0.56	-2.702**		3.20±0.59	-1.949		
	가끔 접촉 한다	101	2.86±0.77	(.011)		2.38±0.63	(.029)		2.64±0.58	(.007)		3.35±0.54	(.052)		
해외 체류 경험	유	47	2.88±0.96	1.633		2.42±0.68	1.765		2.68±0.64	2.137*		3.33±0.49	0.842		
	무	203	2.70±0.56	(.104)		2.25±0.60	(.079)		2.49±0.55	(.034)		3.25±0.6	(.401)		

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

5. 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량 간의 관계

방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량 간의 상관관계는 <표 5>와 같다. 문화적 인식은 문화적 지식($r=.555, p<.001$), 문화적 수용성($r=.524, p<.001$), 문화 역량($r=.499, p<.001$) 과 유의한 상관관계를 가지고 있다. 문화적 지식은 문화적 수용성($r=.663, p<.001$), 문화 역량($r=.434, p<.001$) 과 유의한 상관관계를 가지고 있으며, 문화적 수용성과 문화 역량($r=.627, p<.001$) 또한 유의한 상관관계를 가지는 것으로 나타났다.

<표 5> 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량 간의 관계

(N=250)

	문화적 인식	문화적 지식	문화적 수용성	문화 역량
문화적 인식	1			
문화적 지식	.555**	1		
문화적 수용성	.524**	.663**	1	
문화 역량	.499**	.434**	.627**	1

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

6. PTT 모델을 근거로 한 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량에 대한 영향요인

방문간호사의 문화적 인식에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 다중회귀분석을 실시하였다. 방문간호사의 문화적 인식을 종속변수로 하였을 때, 문화 관련 특성에서 유의한 변수로 나타난 다문화 교육 경험, 외국어 교육 경험, 외국어 대화 수준, 외국인과의 접촉 빈도, 외국인 환자와 접촉 빈도를 삽입하고, PTT 모델에 근거하여 문화적 인식에 영향을 미치는 문화 역량을 추가로 삽입하였다. 방문간호사의 문화적 인식에 통계적으로 유의한 요인은 외국어 대화 수준($\beta=.158, p=.007$), 문화 역량($\beta=.457, p<.001$)으로 나타났고, 설명력은 30.8%였다(Adjust $R^2=.308, F=18.000, p<.001$).

방문간호사의 문화적 지식을 종속변수로 하였을 때, 문화 관련 특성에서 유의한 변수로 나타난 다문화 교육 경험, 외국어 교육 경험, 외국어 대화 수준, 외국인과의 접촉 빈도, 외국인 환자와 접촉 빈도를 삽입하고, PTT 모델에 근거하여 문화적 지식에 영향을 미치는 문화적 인식을 추가로 삽입하였다. 방문간호사의 문화적 지식에 영향을 미치는 요인은 외국어 대화 수준($\beta=.190, p=.001$), 외국인과의 접촉 빈도($\beta=.160, p=.007$), 문화적 인식($\beta=.458, p<.001$)으로 나타났고 설명력은 39.5%이었다(Adjust $R^2=.395, F=26.464, p<.001$).

방문간호사의 문화적 수용성을 종속변수로 하였을 때, 문화 관련 특성에서 유의한 변수로 나타난 다문화 교육 경험, 외국어 교육 경험, 외국어 대화 수준, 외국인과의 접촉 빈도, 외국인 환자와 접촉 빈도, 해외 체류 경험을 삽입하고, PTT 모델에 근거하여 문화적 수용성에 영향을 미치는 문화적 지식을 추가로 삽입하였다. 방문간호사의 문화적 수용성에 영향을 미치는 요인은 문화적 지식($\beta=.602, p<.001$)으로 나타났고, 설명력은 46.1%였다

(Adjust $R^2=.461$, $F=29.554$, $p<.001$).

방문간호사의 문화 역량을 종속변수로 하였을 때, 일반적 특성과 문화 관련 특성에서 유의한 변수로 나타난 종교, 가족 동거 여부, 다문화 교육 경험, 외국인과의 접촉 빈도를 삽입하고, PTT 모델에 근거하여 문화 역량과 유의한 영향을 미치는 문화적 수용성을 추가로 삽입하였다. 방문간호사의 문화 역량에 영향을 미치는 요인은 종교와 가족과 동거 여부, 문화적 수용성 ($\beta=.617$, $p<.001$)이 통계적으로 유의하게 나타났다. 이 모델의 설명력은 41.6%이었다(Adjust $R^2=.416$, $F=36.445$, $p<.001$).

<표6> 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화적 역량에 대한 영향요인

(N=250)

준거 변수	예측변수	B	β	t	p	Adjust R^2	F(p)
문화적 인식	외국어 대화 수준	0.202	.158	2.710 **	.007	.308	18.000*** (.000)
	문화 역량	0.518	.457	8.331 ***	.000		
문화적 지식	외국어 대화 수준	0.231	.190	3.441 **	.001	.395	26.464*** (.000)
	외국인과 접촉 빈도	0.182	.160	2.736 **	.007		
	문화적 인식	0.434	.458	8.653 ***	.000		
문화적 수용성	문화적 지식	0.557	.602	11.354 ***	.000	.461	29.554*** (.000)
문화 역량	개신교	0.151	0.122	2.206 *	.028	.416	36.445* ** (.000)
	천주교	0.140	0.099	1.812	.071		
	종교 불교	0.047	0.024	0.468	.640		
	기타(참조집단)	1					
	가족 동거 여부 동거하지 않음	-0.215	-.116	-2.342*	.020		
	동거 여부 동거(참조집단)	1					
	문화적 수용성	0.602	.599	11.938 ***	.000		

$p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

V. 논의

본 연구는 지역사회에 방문간호사들의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성 및 문화 역량 수준과 영향요인을 파악하여 방문간호사의 문화 역량을 강화하기 위한 프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 실시하였다.

본 연구에서 방문간호사의 영역별 평균 점수는 문화적 인식 2.74점, 문화적 지식 2.28점, 문화적 수용성 2.53점, 문화 역량 3.26점이었고 모든 변수를 포함한 평균 점수는 2.70점이다. 이와 같은 결과는 같은 도구를 사용하여 지역사회 보건 인력의 문화적 역량을 조사한 박은옥과 강경자(2019) 연구에서 문화적 인식 2.50점, 문화적 지식 2.05점, 문화적 수용성 2.30점, 문화적 간호 행위 2.82점, 문화 역량 2.42점보다 높은 것으로 나타났다. 또한 같은 연구 도구를 사용하여 경상도 지역 종합병원 간호사의 문화적 역량을 측정된 박정숙(2011)의 연구에서 평균 2.21점보다 높게 측정되었다. 간호 대학생을 대상으로 한 선행연구에서는 평균 점수가 최소 2.7점에서 최대 3.67점으로 박은옥과 강경자(2019)와 박정숙(2011)의 연구보다 높았고, 본 연구의 평균 점수와는 비슷한 수준으로 나타났다(조영미와 석소현, 2019; 김민아와 최소은, 2018; 양선이, 임호남, 이주희, 2013). 이는 젊은 연령층에서 과거보다 다양한 해외연수 및 여행경험, 외국 유학생들의 국내 대학 진학 등으로 외국인과 접촉할 기회가 많아지면서 간호사보다는 대학생의 문화 역량이 다소 높게 나타났다고 해석할 수 있다.

방문간호사의 문화적 인식은 문화적 지식($r=.555, p<.001$), 문화적 수용성($r=.524, p<.001$), 문화 역량($r=.499, p<.001$) 과 유의한 상관관계를 보였고, 문화적 지식은 문화적 수용성($r=.663, p<.001$), 문화 역량 ($r=.434, p<.001$)과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 또 문화적 수용성과 문화 역량

($r=.627, p<.001$)도 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타나 각각의 변수 모두가 서로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

이와 같은 결과는 PTT 모델에 근거하여 단계적으로 개발되는 시계열 상의 관계를 확인할 수는 없었지만 각 변수 간의 서로 유의한 상관관계를 가지고 있다. 이와 같은 결과를 토대로 궁극적으로는 방문간호사의 문화 역량을 개발하기 위해서는 관련성이 있다고 확인된 문화적 인식, 문화적 지식, 문화 수용성을 높이는 교육이나 중재가 선행되는 것이 효율적인 방안이 될 것으로 확인되었다.

각 변수 간의 상관관계는 방문간호사를 대상으로 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량을 주요 변수로 연구된 연구 결과가 현재 많지는 않아 비교가 어려우나 간호사의 문화적 인식, 문화적 수용성 및 문화 역량과의 관계를 연구한 이지영(2017)의 결과와 다문화 인식과 문화적 역량과의 상관관계를 확인한 장미정(2016), 간호 대학생의 문화적 인식, 문화적 역량, 문화적 수용성의 상관관계(조영미와 석소현, 2019)를 연구한 결과들과 유사한 것으로 나타났다. 이 결과에 기반을 두어 다문화 대상자를 간호하는 지역사회 방문간호사들에게 한 가지 요소만을 충족시키는 교육보다는 모든 요소가 상호 보완적으로 영향을 주는 것이 필요하다는 것을 알 수 있었다. 더 나아가 단계별로 균형 있게 이를 증진할 수 있는 교육안 구성을 마련해야 할 것이다.

PTT 모델을 근거로 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량에 영향을 미치는 요인을 확인한 결과, 방문간호사의 문화적 인식에 영향을 미치는 요인은 외국어 대화 수준($\beta=.158, p=.007$). 문화 역량($\beta=.457, p<.001$)으로 나타났다. 이는 다문화 가정이나 다문화 자녀를 간호한 경험 이후 문화적 인식이 향상된 연구(이재영과 주현옥, 2013) 결과와는 차이가 있으나 외국어 대화 수준에 따라 다문화 인식에 영향을 주는 연구(김은영과

김수율, 2018; 명정경, 2016; 이정은, 2014; 박정숙, 2011)는 동일한 결과로 나타났다. 문화적 인식이 높을수록 다양한 문화를 존중하고 개방적이며 수용 능력이 높고 타문화에 대한 학습 의지, 다문화 이해가 높다(이지영, 2017)는 연구 결과를 기초로 문화적 인식을 확장하기 위해 외국어를 습득하고, 활용할 수 있는 국내 거주 다문화 커뮤니티 등과 상호 소통하여 문화를 이해하는 것이 필요하고 직접 다양한 문화를 체험해보는 교육을 포함하거나 교류 모임을 활성화해야 할 것으로 보인다.

방문간호사의 문화적 지식에 영향을 미치는 요인은 외국어 대화 수준($\beta=.190, p=.001$), 외국인과의 접촉 빈도($\beta=.160, p=.007$), 문화적 인식($\beta=.458, p<.001$)으로 나타났다.

본 연구 결과는 타문화 사람들과의 접촉이 많고 외국어 의사소통 능력이 높을수록 문화적 편견이 줄고, 지식을 포함한 문화 역량 개발에 긍정적인 영향이 있다(명정경, 2016; 이은지, 김윤경, 이현경, 2012; 박은옥과 강경자, 2019)는 연구결과와 일치하였다. 다문화 관련 접촉 증가는 각 문화 간의 차이와 다양성을 인식하고 문화적 역량의 증가에 영향을 주므로(이지영, 2017) 간호사의 문화적 지식 향상을 위해 다문화 체험 행사 등을 개발하여 다문화 대상자와 긍정적이면서 직접적인 접촉 기회가 확대될 수 있도록 적극적인 노력이 필요하다(정은영과 공정현, 2018; 장미정, 2016). 문화적 지식에 영향을 미치는 선행요인으로 문화적 인식 과정을 직접 경험하고 융합된다면, 문화적으로 다양한 개인, 가족, 다문화 현장 등에서 적절하고 합당한 간호를 제공하고 실행할 수 있는 문화 역량을 가지게 될 것이다.

간호사의 문화적 수용성에 영향을 미치는 요인은 문화적 지식($\beta=.602, p<.001$)으로 나타났다. 본 연구 결과는 문화적 수용성 증진을 위해서 다양한 문화에 대한 지식이 선행되어야 함을 알 수 있는 결과이다. 또한 이전에 획득한 문화적 인식이 문화적 지식에 영향을 주고, 문화적 수용성을 촉진한

다는 이론(Papadopoulos, 2006)을 뒷받침하고 있다.

방문간호사의 문화 역량에 영향을 미치는 요인은 종교와 가족과 동거 여부, 문화적 수용성($\beta = .617, p < .001$)이 통계적으로 유의하게 나타났다.

PTT 모델을 이론적 기틀로 간호 대학생을 위한 문화적 역량증진 프로그램을 적용한 연구 결과에서도 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성이 단계적인 발달을 거쳐 문화적 역량이 향상되는 결과(박진경, 2019; 이미자, 2016)가 본 연구 결과를 지지하고 있다. 보건진료원 대상의 문화 관련 교육 내용은 문화적 인식, 문화적 지식, 수용성, 문화 역량으로 그 범위를 넓혀 전반적인 문화적 역량을 증진 시키는 방향(이은지, 김윤경, 이현경, 2012)으로 구성되어야 함을 보고하고 있고, 문화 역량이 향상된 간호사는 문화적 배경이 다른 대상자와의 상호작용 시 자신감으로 이어져 문화역량증진에 긍정적인 영향을 줄 수 있을 것이다(최윤경, 안정원, 김금순, 2018).

본 연구 결과를 통하여 방문간호사가 문화를 함양하기 위해서는 다문화에 대한 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성 과정을 경험하고 내재화하는 것이 필수적임을 알 수 있었다. 이러한 발달 단계를 거쳐 문화 역량이 향상되는 선순환하는 구조를 가질 것이다. 또한 PTT 모델에서 제시된 단계별 대상자를 사정하고, 영향요인으로 확인된 것들을 포함하여 지역사회 방문간호사를 대상으로 맞춤형 문화 역량증진 프로그램을 개발하고 운영하는 것이 필요하다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 지역사회 방문간호사를 대상으로 문화 역량을 파악하고, 문화 관련 특성이 문화 역량에 영향을 미치는 요인들을 조사하여 지역사회 방문간호사의 문화 역량을 향상하기 위한 기초자료를 제공하기 위한 서술적 조사연구이다. 자료수집은 2202년 8월 10일부터 9월 20일까지 S시 보건소와 찾아가는 동 주민 센터에 근무하는 방문간호사 260명을 연구대상으로 하였다. 탈락률을 고려하여 설문지 270부 배포하였고, 260부를 회수하여 응답 내용이 불완전한 10부를 제외한 총 250부를 대상으로 하였다. 자가 설문지를 사용하여 대상자의 문화적 수용성, 문화적 지식, 문화적 인식, 문화역량을 측정하였다. 측정된 자료 분석은 실수, 백분율, 평균, 표준편차, t-test, ANOVA, Pearson 상관계수, 다중 회귀분석으로 분석하였다.

연구 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 대상자의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량 평균은 각각 5점 만점에 문화적 인식 2.74점, 문화적 지식 2.28점, 문화적 수용성 2.53점, 문화 역량 3.26점이었고, 모든 문항의 평균은 2.70점으로 확인되었다.

둘째, 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성 및 문화 역량의 상관관계로 방문간호사의 문화적 인식은 문화적 지식($r=.555, p<.001$), 문화적 수용성($r=.524, p<.001$), 문화역량($r=.499, p<.001$)과 유의한 상관관계를 보였다. 문화적 지식은 문화적 수용성($r=.663, p<.001$), 문화역량

($r=.434, p<.001$)과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났으며 문화적 수용성은 문화역량($r=.627, p<.001$)과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

셋째, PTT 모델을 근거로 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성, 문화 역량에 영향을 미치는 요인을 확인한 결과,

방문간호사의 문화적 인식에 영향을 미치는 요인은 외국어 대화 수준($\beta=.158, p=.007$), 문화역량($\beta=.457, p<.001$)이었고, 방문간호사의 문화적 지식에 영향을 미치는 요인으로는 외국어 대화 수준($\beta=.190, p=.001$), 외국인과의 접촉 빈도($\beta=.160, p=.007$), 문화적 인식($\beta=.458, p<.001$)으로 나타났다.

방문간호사의 문화적 수용성에 영향을 미치는 요인은 문화적 지식($\beta=.602, p<.001$)으로 나타났고, 방문간호사의 문화 역량에 영향을 미치는 요인은 종교, 가족과의 동거 여부, 문화적 수용성($\beta=.599, p<.001$)이었다.

이상의 연구 결과를 통하여 지역사회에 다양한 층위를 이루며 거주하는 주민과 다문화 가정을 돌보는 방문간호사의 문화 역량을 함양하기 위해서 PTT 모델에서 제시한 단계적 요인들을 사정하고, 단계별 영향요인으로 확인된 것들을 포함하여 지역사회 방문간호사를 대상으로 맞춤형 문화 역량 프로그램 개발 및 적용이 필요한 것으로 나타났다.

2. 제언

본 연구의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 지역사회에 다문화 가정을 대상으로 방문간호 서비스가 활성화되어야 하고, 방문간호사의 문화 역량과 영향요인을 확인하기 위한 다각적이고 반복적인 연구가 필요하다.

둘째, 추후 지역사회에 다양한 층위를 이루며 거주하는 주민과 다문화 가정을 돌보는 방문간호사들을 대상으로 다양한 변수를 포함한 문화 역량과 영향요인을 밝히기 위한 반복 연구가 수행되어야 한다.

셋째, PTT 모델 이론을 기틀로 한 보건소 방문간호사 문화 역량증진 교육프로그램을 개발 후 적용하여 효과를 평가하는 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- 고이숙 (2019). 사회복지전공 대학생의 문화적 역량 영향 요인 연구. 박사학위논문, 호서대학교, 아산.
- 국가 통계 포털 (2019). 인구 총조사. Retrieved September 4, 2019, from <http://meta.narastat.kr/metasvc/svc/SvcMetaDcDtaPopup.do?orgId=101&confmNo=101001&kosisYn=Y>
- 김덕희, 김성은 (2013). 간호 대학생의 문화적 역량 수준과 영향요인. *정신간호학회지*, 22(3), 159 - 168
- 김라미 (2015). *간호사의 문화간호역량 교육 요구와 문화적 역량*. 석사학위논문, 아주대학교, 수원.
- 김미중 (2019). 임상 간호사의 다문화 태도, 문화 역량과 영향요인. *인문사회* 21, 10(1), 159-174
- 김민아, 최소은 (2018). 국내 간호사와 간호 대학생의 문화적 역량 연구에 대한 문헌 고찰. *지역사회간호학회지*, 29(4), 450-466
- 김선희 (2013). 간호사의 문화간호 자기효능감과 문화간호역량 교육 요구. *대한간호학회지*, 43(1), 102-113
- 김은영, 김수율 (2018). 중소병원 간호사의 문화적 간호행위의 영향요인. *예술신문사회 융합 멀티미디어 논문지* 8(8), 77-88
- 명정경 (2016). *병원 간호사의 전문직 자아개념, 문화적 민감성 및 문화적 역량의 관계*. 석사학위논문, 한양대학교 공공정책대학원, 서울.
- 민지영 (2018). 병원 간호사의 다문화 환자 간호 경험. *다문화 건강학회지* 8(1): 31-43
- 박명화, 박은아 (2013). 다문화 간호 교육이 간호사의 문화적 역량증진에

- 미치는 효과. *다문화 교육 연구*, 6(2), 115-133
- 박정숙 (2011). *종합병원 간호사의 문화 역량*. 석사학위논문, 계명대학교, 대구.
- 박정숙, 오윤정 (2014). 보건소 방문간호사의 일반적인 특성에 따른 방문 건강관리 서비스 수행도 분석. *디지털융복합연구*, 12(12), 381-393.
- 동일 문화 논집, 14, 159-1
- 박진경 (2019). 간호 대학생을 위한 북한 이탈주민 관련 다문화 인식 및 다문화 효능감 증진 프로그램의 효과. *간호 교육학회지* 25(1), 2, 58-6.
- 박은옥, 강경자 (2019). 지역사회 보건 인력의 문화적 역량과 영향요인 *대한보건연구*, 45(1), 83-94
- 서울특별시 (2015). *찾아가는 동 주민센터 업무매뉴얼*, 부록: 방문간호사 업무 길라잡이·서울. 동 기관.
- 서울특별시 (2020). *찾아가는 동 주민센터 총론*. 서울·동 기관.
- 손현미, 제민지, 이병준 (2014). 간호사의 문화적 역량에 대한 통합적 고찰 *문화예술교육연구*, 9(4), 25-47
- 안정원 (2015). *외국인 환자 간호에 대한 간호사의 문화 역량 구조모형* 박사학위논문, 서울대학교, 서울.
- 양선이, 임효남, 이주희 (2013). 간호 대학생의 공감 능력과 문화적 역량과의 관계. *한국 간호 교육학회지*, 19(2), 183-193
- 양순옥, 권명순, 이승희 (2012). 방문간호사와 보건진료원의 문화적 역량에 영향을 미치는 요인. *지역사회간호학회지*, 23(3), 286-295.
- 오원옥 (2011). 간호 대학생의 문화적 민감성에 영향을 미치는 요인 *한국 아동 간호학회* 17(4), 222-229.
- 이미자 (2016). *간호 대학생의 문화적 역량증진 프로그램 개발 및 효과*. 박사학위논문, 강원대학교, 춘천.
- 이병준, 박응희, 한현우 (2010). 공무원 다문화 역량 교육프로그램 개발

- 연구를 위한 요구 분석. *문화예술교육연구*, 5(1), 39-65.
- 이은지, 김윤경, 이현경 (2012). 일 지역 보건진료원의 문화적 역량. *지역사회간호학회지* 23(2), 179-188.
- 이재영, 주현옥 (2013). 종합병원 간호사의 다문화 가정에 대한 인식 동서 *간호학 연구지* 19(1), 30-36.
- 이정미, 강서영 (2019). 보건소 방문간호사의 문화적 역량에 관한 연구. *학습자 중심교과교육 연구*, 19(4), 129-144.
- 이정수 (2017). *일 종합병원 간호사의 문화적 역량과 영향요인*. 석사학위논문, 울산대학교 산업대학원, 울산.
- 이정은 (2014). *간호사의 문화적 민감성과 문화적 역량*. 석사학위논문, 가톨릭대학교 대학원, 서울.
- 이지영 (2017). *간호사의 다문화 인식, 문화적 민감성 및 문화적 역량과의 관계*, 석사학위논문, 초당대학교, 무안.
- 장미정 (2016). *임상 간호사의 문화 역량과 영향요인*. 석사학위논문, 중앙대학교 건강간호대학원, 서울.
- 장은동 (2012). *Lum의 '사회복지 문화적 역량 자기평가' 척도 한국판 타당화 및 하위요인의 구조적 관계 검증*. 박사학위논문, 호남대학교, 광주.
- 정은영, 공정현 (2018). 병원 간호사의 결혼이민 여성에 대한 태도, 다문화 지식, 문화적 간호행위에 관한 융합 연구. *한국융합학회논문지* 9(5), 281-290.
- 조영미, 석소현 (2019). 간호 대학생의 다문화 인식과 문화적 역량이 다문화 수용성에 미치는 영향. *한국콘텐츠학회논문지*. 19(10), 190-197.
- 채덕희, 강경화 (2013). 간호사의 문화적 역량 측정 도구에 대한 고찰 - IPCC와 CCA를 중심으로. *간호행정학회지*, 19 (1), 48-62.
- 최소연 (2012). 원조전문직의 문화적 역량 선행요인에 관한 연구. *한국사회*

- 복지학회, 64(2), 5-29.
- 최윤경, 안정원, 김금순 (2018). 간호사의 문화 역량, 문화간 의사소통 역량, 병원의 문화 역량 지지가 외국인 환자 간호 임상 수행 능력에 미치는 영향. *보건사회연구*, 38(4), 518-543.
- 한국건강증진개발원 (2018). *방문 건강관리사업안내*, 보건복지부. 서울.
- Caffrey, R. A, Neander, W, Markle, D, Stewart, B (2005).
Improving the cultural competence of nursing students: results of integrating cultural content in the curriculum and an international immersion experience, *Journal of Nursing Education*, 44(5), 234-240.
- Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for Addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education* : 38(5): 203 - 207.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of health care services: a model of care, *Journal of Trans cultural Nursing*, 13(3), 181-184.
- Campinha-Bacote, J.(2007). Becoming culturally competent in ethnic psycho pharmacology. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(9), 27-33.
- International Council of Nursing (2014). Guidelines for implementing culturally competent nursing care.
- Kumaş-Tan, Zofia MSc ; Beagan, Brenda; Loppie, Charlotte; MacLeod, Anna MA; Frank, Blye (2007). Measures of cultural competence: examining hidden assumptions, *Academic Medicine*, 82(6), 548-557.
- Leininger, M, M (1985). Transcultural care diversity and universality- A theory of nursing. *Nursing and Health Care*, 6(), 208-212.

- Leininger, M, M (1989). Transcultural nurse specialists and generalists: New practitioners in nursing. *Journal of Transcultural Nursing*, 1989; 1(1), 4-16.
- Leininger, M, M (2002). Culture care theory : a major contribution to advance trans cultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*;13(3): 189-192.
- Majumdar, B., Browne, G., Roberts, J., Carpio, B (2004). Effects of cultural sensitivity training on health care provider attitudes and patient outcomes, *Journal of Nursing Scholarship*, 36(2), 161-166.
- Ministry of Health and Welfare. (2019-a). Health and welfare white paper 2018. Retrieved September 3, 2019, from [http://www.mohw.go.kr /react/jb/sjb0303011 s.jsp? PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032903](http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb0303011_s.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032903)
- Papadopoulos, I, Tilki, M, Taylor, G.(1998). *Transcultural care : a guide for health care professionals*. Quay Books.
- Papadopoulos, I, Lees, S (2002). Developing Culturally Competent Researchers. *Journal of Advanced Nursing*. 37(3), 258-264.
- Papadopoulos, I (2006). Transcultural health and social care : development of culturally competent practitioners. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.
- Papadopoulos, I, Tilki, M, Taylor, G (2006). *Model of developing cultural competence*, 258-264. USA; Elsevier.
- Raffy Luquis, Miguel A, Pèerez, Kathleen Young (2006). Cultural competence development in health education professional Preparation Programs. *American Journal of Health Education*, 37(4), 233-241.
- Schim, S.M, Doorenbos ,A.Z, Miller, J, Benkert, R. (2003). Development

of a cultural competence assessment instrument. *Journal of Nursing Measurement, 11(1)*, 29-40.

Lampley, T. M, Little, K. E.,Beck-Little, R. Xu, Y (2008). Cultural competence of North caliponia nurses: a journey from novice to expert. *Home Health Care Management & Practice, 20(6)*, 454-461.

ABSTRACT

A Study on the Cultural awareness, Cultural Knowledge, Cultural sensitivity, and Cultural Competence and Influential Factors of Visiting Nurse in Health Centers Based on the PTT Model

Kim, young ae

College of Nursing Science

Graduate School of Nursing

Sungshin Women's University

This study conducted a study to improve the cultural competence of community visiting nurses and to provide basic materials for program development by identifying their cultural awareness, cultural knowledge, cultural sensitivity, and cultural competence based on the PTT (Papadopoulos, Tilki & Taylor) model.

The study targets 250 visiting nurses working at 25 health centers in S.C. and measured the cultural awareness, cultural knowledge, cultural sensitivity and cultural competence of visiting nurses using structured

questionnaires from August 10 to September 30, 2020. The research tools consist of a total of 55 questions, 7 general characteristics gender, age, marital status, religion, working period, family Cohabitation, education level, 6 cultural characteristics Multicultural education status, foreign language education status, level of foreign language conversation, opportunities for contact with foreigners, opportunity to contact foreign patients, experience of staying abroad and 6 questions of cultural awareness, 10 questions of cultural knowledge, 12 questions of cultural sensitivity, and 14 questions of cultural competence. The collected data were analyzed by a real number, percentage, average, standard deviation, t-test, ANOVA, pearson's correlation coefficient, multiple regression analysis, depending on the purpose of the study and characteristics of the variables.

The results of this study are as follows:

First, the cultural awareness , cultural knowledge, cultural sensitivity , and cultural competence averages of the subjects were 2.74 cultural awareness, 2.28 cultural knowledge, 2.53 cultural sensitivity , and 3.26 cultural competence out of 5 points each, and the average of all questions was identified as 2.70 points.

Second, the cultural awareness of visiting nurses is the correlation [between](#) cultural awareness, cultural knowledge, cultural sensitivity, and cultural competence of visiting nurses ($r=.555$, $p<.001$), cultural sensitivity($r=.524$, $p<.001$), cultural competence ($r=.499$, $p<.001$) It showed

a significant correlation with 001). Cultural knowledge is cultural sensitivity ($r=.663$, $p<.001$), cultural competence ($r=.434$, $p<.001$).It has been shown that there is a significant correlation and cultural sensitivity is cultural competence ($r=.627$, $p<.001$).It has been shown that there is a significant correlation .

Third, based on the PTT model, we identified factors that affect the visiting nurse's cultural awareness, cultural knowledge, cultural sensitivity , and cultural competence, and the factors that affect the visiting nurse's cultural awareness are the level of foreign language conversation ($\beta =.158$, $p=. 007$), cultural competence ($\beta=.457$, $p<.001$),and the foreign language conversation level ($\beta=.190$, $p=.001$), influences the cultural knowledge of visiting nurses. frequency of contact with foreigners ($\beta=. 160$, $p=. 007$), Cultural Awareness It turned out to be ($\beta =.458$, $p<.001$), Cultural knowledge ($\beta=.602$, $p<.001$) influences the cultural sensitivity of visiting nurses. The factors influencing the visiting nurse's cultural competence were religion, family Cohabitation status, and cultural sensitivity. It was ($\beta =.599$ $p<.001$)

Based on the results of this study, to foster the cultural competence of community visiting nurses, we assess the step-by-step factors presented by the PTT model and based on the results, we need to develop and apply programs including factors that suit the situation of the target.

부 록

[부록1] 설문지

■ 다음은 선생님의 일반적인 특성을 알아보기 위한 질문입니다. 해당 항목에 V표시를 해주시거나 간단히 써주시기 바랍니다.

1. 성별은?

남 여

2. 나이는?

20-29세 30-39세 40세 이상

3. 결혼 여부는?

미혼 기혼 기타

4. 종교는 어떻게 됩니까?

기독교 천주교 불교 기타

5. 근무기간은 어떻게 됩니까? (보건소 근무)

1-4년 5-9년 10년 이상

6. 가족과 동거여부는?

유 무

7. 교육 수준은 어느 정도입니까?

전문대 졸업 대학교 졸업 대학원 재학 대학원 졸업

8. 다문화 관련 교육이나 수업을 받은 적이 있습니까?

유 무

9. 외국어 관련 교육이나 수업을 받은 적이 있습니까?

유 무

10. 외국어 대화 수준은 어느 정도입니까?

전혀 유창하지 않다 유창하지 않다 유창하다

11. 외국인과의 접촉기회 정도는 어느 정도입니까?

전혀 접촉하지 않는다 가끔 접촉한다 자주 접촉한다.

12. 외국인 환자와 접촉기회는 어느 정도입니까?

전혀 접촉하지 않는다 가끔 접촉한다 자주 접촉한다.

13. 해외체류 경험이 있습니까? (1개월 이상 체류)

유 무

다른 문화권 사람들에 대한 태도, 지식 및 행위에 대한 질문입니다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1. 다른 문화권 사람들과 상호작용하는데 능숙하다고 생각한다.					
2. 다른 문화권의 건강신념에 대해 알고 있다.					
3. 다른 문화권의 건강관습(건강행위)에 대해 알고 있다.					
4. 다른 문화권 사람들의 건강상태에 영향을 미치는 위험요인에 대해 알고 있다.					
5. 대상자의 문화적 특성을 포괄적으로 사정하는 방법을 알고 있다.					
6. 다른 문화권 대상자의 문화적 특성을 사정하는 것에 능숙하다.					
7. 다른 문화권의 전통음식에 대해 알고 있다.					
8. 대상자가 민간요법(예:아픈 부위에 부적을 붙임)을 사용하는 것에 대해 거부감이 없다.					
9. 민간요법치료자(예:심령술사,무당 등)와 함께 협력하는 것에 대해 수용적이다.					
10. 언어권이 다른 대상자를 간호할 때 통역하는 사람이 옆에 있는 것에 대해 불편함을 느끼지 않는다.					
11. 다른 문화권 대상자가 건강관리와 관련한 의사결정을 내릴 때 가족이 어떤 영향을 미치는지 알고 있다.					
12. 다른 문화권 대상자에게 간호를 제공하는데 있어 보건의료 제공자의 성별이 어떤 영향을 미치는지 알고 있다.					
13. 다른 문화권 대상자 간호 시 처방된 의학적치료를 대상자의 문화적 관습과 신념에 맞추어 이행하도록 돕는 것에 대해 편안하게 느낀다.					
14. 처방된 의학적 치료가 대상자의 문화와 맞지 않아 문제가 발생했을 때 이를 해결하는 것에 대해 거부감을 느끼지 않는다.					

다른 문화권 사람들에 대한 태도, 지식 및 행위에 대한 질문입니다.	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
15. 죽음과 관련한 다른 문화권의 신념과 관습에 대해 알고 있다.					
16. 장기기증과 관련한 다른 문화권의 신념과 관습에 대해 알고 있다.					
17. 임신과 출산에 관련된 다른 문화권의 신념과 관습에 대해 알고 있다.					
18. 다른 문화권 사람들에 대한 선입견이 간호를 제공하는데 영향을 미친다고 생각한다.					
19. 다른 문화권 대상자에게 문화적 특성에 맞는 간호를 제공하는데 한계가 있다는 것을 인식하고 있다.					
20. 다른 문화권 대상자를 옹호하고 지지하는 것에 능숙하다.					
21. 다른 문화권 사람을 대할 때 능숙하다.					
22. 다른 문화권 대상자를 간호하는데 있어 나의 역량은 높은 편이다.					
23. 다른 문화권 의료인들과 같은 팀이 되어 일 하는 것에 대해 편안하게 느낀다.					
24. 다른 문화권 상사와 함께 일하는 것에 대해 편안하게 느낀다.					
25. 문화적으로 다양한 구성원들과 함께 일하는 것에 대해 편안하게 느낀다.					
26. 문화적으로 다양한 인구집단의 건강관리에 대한 우리나라의 정책에 대해 알고 있다.					
27. 문화적으로 다양한 인구집단의 건강관리에 대한 우리나라의 정책에 관심이 많다.					
28. 문화적으로 다양한 인구집단의 건강관리에 대한 우리나라의 정책 형성에 참여하고 있다.					
29. 개인이나 가족을 사정할 때 문화적 사정도 한다.					
30. 직장 혹은 학교에서 새로운 사람들을 만나게 되면 문화적 욕구에 대해 알아본다.					
31. 다른 문화권 사람들에 대해 알기 위해 도움이 되는 책이나 자료들을 찾아본다.					

<p>다른 문화권 사람들에 대한 태도, 지식 및 행위에 대한 질문 입니다. (다문화적인 특성을 알아보기 위한 질문입니다. 해당항목에 체크해주세요.)</p>	<p>전혀 그렇지 않다</p>	<p>그렇지 않다</p>	<p>보통 이다</p>	<p>그렇다</p>	<p>매우 그렇다</p>
<p>32. 다른 문화권 사람들의 문화적 전통에 대해 다양한 경로를 통해 알아본다.</p>					
<p>33. 사람들이 건강과 질병에 대해 어떻게 생각하는지 묻는다.</p>					
<p>34. 의료서비스에 대해 대상자와 가족들이 어떤 것을 기대하 는지 묻는다.</p>					
<p>35. 사람들에 대해 고정관념을 가지지 않으려고 한다.</p>					
<p>36. 다른 문화권 사람들이 의료서비스를 이용할 때 장애요소 가 있음을 인식하고 있다.</p>					
<p>37. 다른 문화권 사람들이 의료서비스를 이용할 때 장애가 있 다면 장애 요인을 없애준다.</p>					
<p>38. 다른 문화권 대상자가 나에게 어려움을 느낀다면 없애고 자 노력한다.</p>					
<p>39. 다른 문화권 사람들과 교류하는 방법에 대해 환자들이 주 는 피드백을 환영한다.</p>					
<p>40. 대상자나 소속집단의 문화적 선호도에 맞춰 나의 간호를 수정한다.</p>					
<p>41. 간호를 제공한 대상자에 대한 문화적 사정을 기록한다.</p>					
<p>42. 대상자의 문화적 특성에 맞춰 간호를 제공한 이후 적용한 내용을 기록한다.</p>					

[부록2] 도구사용 허락서신

RE: 연구에 필요한 설문도구를 사용허락을 요청드리고 싶습니다. ☐

보낸사람 박명화 <mhpark@cnu.ac.kr> 20.05.29 19:41 주소추가 수신차단

네 쓰셔도 됩니다

박명화 드림

Myonghwa Park, PhD, RN
Vice Dean & Director of Graduate School, College of Nursing
Director, CNU Community Care Center
Director, Research and Education Center for Evidence Based Nursing Knowledge (ERC-EBNK)
Chungnam National University
Editor in Chief, Journal of Korean Gerontological Nursing
266 Munhwa-ro Jung-gu Daejeon
South Korea 301-747
Tel) 82-42-580-8328
e-mail) mhpark@cnu.ac.kr

----- 원본 메일 -----

보낸사람: "김영애" <herenaero@hanmail.net>

받는사람: mhpark@cnu.ac.kr

날짜: 2020-05-29 (금) 18:13:04

제목: 연구에 필요한 설문도구를 사용허락을 요청드리고 싶습니다.

처음 인사드립니다. 박 명화 교수님 ^^*

저는 성신여자대학교 대학원 4학기에 재학중인 김 영애라고 합니다.

도움을 요청하고 싶은 내용이 있어서 연락을 드렸습니다.

2011년 계명대학교 대학원 석사학위 논문인 '종합병원 간호사의 문화적역량 조사' 논문에 사용된 설문조사도구를 사용하여 논문설계를 진행하고자 합니다.

석사논문 부록에 있는 박 정숙선생님 이메일이나 연락처가 없어서 논문 지도교수님께 죄송하게도 연락을드리게 되었습니다.

설문도구 사용을 허락해주시면 감사하겠습니다.

[부록4] 연구대상자 설명문, 동의서

연구대상자 설명문

연구 제목 : PTT 모델을 근거로 한 보건소 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성과 문화 역량과 영향요인

1. 연구의 목적과 내용

본 연구는 지역사회 방문간호사의 문화적 역량과 영향요인을 파악하는 서술적 조사연구입니다. 본연구결과는 귀하께서 경험하는 다 문화대상 환자를 간호하기 위한 문화적 역량을 향상하게 시키는 교육프로그램의 기초자료로 활용될 것입니다.

2. 연구대상자가 받게 되는 검사 및 절차

귀하께서는 작성하시는 설문지는 귀하의 일반적 특성 및 문화 관련 특성과 문화적 역량에 관한 내용을 포함하고 있습니다. 설문지를 작성하는 시간은 약 10분~15분 정도가 소요될 것으로 예상됩니다. 설문지에 대해 궁금하신 내용이 있으면 연구자에게 문의하실 수 있습니다.

3. 본 연구와 관련된 위험 요소

귀하는 안전한 상황에서 설문하게 되므로 신체상의 해나 불이익은 없습니다.

4. 기밀 유지와 연구대상자 관련 자료에 대한 검토

귀하는 설문지의 참여 동의서에 실명으로 서명해 주시면 됩니다. 수집된 자료는 연구대상자의 실명이 아닌 임의의 연구대상자 번호를 부여하여 관리하며, 연구자료, 증례 기록서 등 관련된 모든 서류는 암호화하여 통계 처리되어 연구자 외에는 접근할 수 없도록 연구자 개인 사무실에 보관하여 연구자에 의해서만 자료가 다루어지도록 할 예정입니다. 또한, 연구의 결과는 향후 점검을 위해 연구 종료 후 3년간 보관 후 종이 문서는 파쇄하고 전자문서는 영구적으로 삭제할 예정입니다.

5. 연구 참여 동의를 철회할 권리

연구 참여는 본인이 원하면 언제든지 중단할 수 있습니다.

6. 자의적 참여

연구 참여는 충분한 시간을 갖고 생각한 후 자발적인 참여를 권합니다.

■ 연구책임자 : 김영애

(TEL) 010-9003-2561, (E-mail) yak1966 @ naver.com

■ 임상 연구에 참여하는 동안 임상연구 참여자로서의 복지 및 권리에 대한 질문이 있는 경우 또는 연구와 직접적으로 관련되지 않은 누군가와 상담을 원할 때 아래의 번호를 연락하시기 바랍니다.

성신여자대학교 임상 연구 심의위원회 02-920-7760

연구 제목

PTT 모델을 근거로 한 보건소 방문간호사의 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 수용성 및 문화 역량과 영향요인 연구

연구 참여 동의서

본인은 기초자료 수집과 설문지를 부탁받고 연구에 대한 충분한 설명을 듣고 이해하여 스스로 참여하고자 합니다. 연구에 참여하는 동안 참여자 본인은 비용부담이 없으며 익명성이 보장되고 이 정보들이 연구 이외의 용도로는 자료가 이용되지 않을 것임에 대해 자세한 설명을 듣고 연구 참여에 동의합니다. 본인은 동의서 사본 1부를 받을 것임을 이해하고 있습니다.

연구대상자 성명 : ____ (서명) 날짜 : 2020.

연구자 성명 : ____ (서명) 날짜 : 2020