

간호사의 문화적 역량 측정도구에 대한 고찰 - IAPCC와 CCA를 중심으로

채 덕 희¹ · 강 경 화²

¹ 연세대학교 간호대학, ² 한림대학교 간호학부

Review of Self-Administered Instruments to Measure Cultural Competence of Nurses – Focused on IAPCC & CCA

Chae, Duck Hee¹ · Kang, Kyeong Hwa²

¹ College of Nursing, Yonsei University

² Division of Nursing, Hallym University

주요어

간호사, 문화적 역량, 측정도구

Key words

Nurses, Cultural competence,
Instrument

Correspondence

Kang, Kyeong Hwa
Division of Nursing, Hallym
University
39 Hallymdahak-gil,
Chuncheon, Gangwon-do
200-702, Korea
Tel: 82-33-248-2716
E-mail: kkh05@hallym.ac.kr

투 고 일: 2012년 11월 12일

수 정 일: 2013년 1월 2일

심사완료일: 2013년 1월 11일

Abstract

Purpose: As Korean society has rapidly become multicultural in the last few decades, it is essential for nurses to become culturally competent to provide effective care for ethnically and culturally diverse populations. Considering the advantages of standardized instrument, there is a need to evaluate current cultural competence instruments to assess adaptability to Korean nurses. **Methods:** Using Macdowell's instrument evaluation guideline, a review and evaluation was done of the Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence among Healthcare Professionals (IAPCC) and Cultural Competence Assessment (CCA), which were both developed based on cultural competence theoretical models and have been commonly used in nursing research. Two other Korean instruments were also evaluated. **Results:** The instruments reviewed have limitations in reliability and validity, as well as cultural background and development process, for measurement of cultural competence in Korean nurses. **Conclusion:** The results of this study indicate that it is necessary to discuss and agree on a definition of what cultural competence is and to develop instruments to measure cultural competence in Korean nurses.

연구의 배경 및 필요성

최근 우리사회는 결혼이주여성, 외국인 근로자, 유학생, 외국 국적동포 등 다양한 문화적 배경을 가진 해외 이주자들이 증가하고 있다. 이들은 우리사회에서 소수집단이지만 구성원으로 수용되고 있으며 각기 다른 고유한 문화를 유지하며 살아간다. 이러한 변화는 현재시점에서 그간의 주류집단과 소수집단이

함께 공존하고 융화하기 위해 많은 과제를 던지고 있다. 다양한 문화적 배경을 가진 소수집단은 문화적 차이로 인해 주류집단에 비해 보다 많은 차별과 편견을 경험하고 이로 인해 사회·경제적 어려움뿐만 아니라 건강관련 문제들도 상대적으로 많이 가지고 있다(Nho & Kim, 2011; Yang, Kwon, & Lee, 2012). 이러한 과제를 해결하고자 정부와 민간차원에서 다양한 영역의 지원 정책과 프로그램들이 만들어지고 운영되어왔다. 그 과정에서 지

원사업과 프로그램을 운영하는 실천인력들-간호사, 교사, 사회복지사, 상담사 등-에게 문화적 역량은 필수적으로 갖추어져야 할 핵심역량으로 강조되고 있다(Choi, 2010; Nho & Kim, 2011). 시대의 흐름 상, 사회구성원을 대상으로 다양한 영역의 서비스를 제공해야 하는 실천인력들에게 문화적 역량이 필요하다고 하는 데에는 의심의 여지가 없을 것이다. 그러나 각 실천인력들에게 문화적 역량이란 무엇이고, 구성요소는 무엇이며 그것을 각 영역의 실천인력들이 어떻게 갖추고 어떻게 강화시켜야 하는지 등에 대한 탐구과제는 계속 남는다.

어느 학문 영역을 막론하고 연구를 진행함에 있어 관심주제에 대한 문제제기와 문제해결을 위한 탐구과정에서 측정도구는 매우 중요한 역할을 한다. Nunnally와 Bernstein (1994)는 학문에서 측정도구가 차지하는 의미를 '대상에 상징(symbols)을 부여함으로써 속성(attributes)의 양을 숫자로 나타내며(척도), 대상이 주어진 속성의 동일한 또는 상이한 범주에 속하는지(분류)를 정의하는 것이다' 라고 언급하면서 예를 들어, 연구자가 아동을 관심주제로 연구를 진행하고자 할 때 '아동'자체를 측정하는 것이 아니라 그 아동의 지능, 키, 사회화 등의 속성을 측정하는 것이라고 설명했다. 즉, 측정도구는 대상을 측정하는 것이 아니라 관심 대상이 지닌 특정한 측면을 측정하는 것이다. 따라서 간호사의 문화적 역량을 측정하기 위해서는 간호사에게 있어 문화적 역량이란 무엇인지에 대한 개념적 논의와 합의가 정리되어야 하며 이를 측정할 수 있는 개발된 도구가 있는지 파악해야 한다.

표준화된 도구는 관심현상에 대한 객관적 측정, 수량화를 통한 연구결과에 대한 상세한 보고 및 수학적 분석을 가능하게 하며, 효율적인 의사소통을 도모하고, 주관적인 평가에 비해 돈과 시간을 절약할 수 있는 경제성과 과학적 일반화를 가능하게 하는 장점을 지닌다(Nunnally & Bernstein, 1994). 그러므로 이미 개발된 표준화된 도구가 있다면 그 도구를 사용하는 것이 시간과 비용을 포함하여 여러 가지 측면에서 연구에 편리하다. 다만, 개발된 도구를 사용함에 있어 측정 대상에 적용할 때의 적절성을 포함하여 타당도와 신뢰도를 신중하게 평가하여 사용해야 하며 개발된 도구가 없거나 개발되어 있는 도구의 제한이 있는 경우에는 새로운 도구를 개발해야 할 것이다(Jang, 2005; Lee, 2005).

미국은 다인종 다문화의 대표적인 국가이다. 이러한 배경 때문인지 일찌감치 문화적 역량에 대한 논의가 진행되었고 정책과 사업, 연구 등이 활발하게 이루어졌다. 간호학 영역에서 주로 사용된 문화적 역량 도구는 Cultural Self-Efficacy Scale [CSES] (Bernal & Froman, 1987), Cultural Attitude Survey-Modified [CAS-M] (Rooda, 1993), Cultural Knowledge (Rooda, 1993), Inventory of Assessing the Process of Cultural Competence

among health care professionals [IAPCC] (Campinha-Bacote, 1999), Cultural Competence Assessment [CCA] (Schim, Doorenbos, Miller, & Benkert, 2003) 등이 있다. 이들 도구 가운데 초기 개발된 CSES (Bernal & Forman, 1987), CAS-M (Rooda, 1993), Cultural Knowledge (Rooda, 1993)는 문화적 역량에 대한 개념적 정의나 이론에 기초하여 개발되지 않았으며, 문화적 역량의 부분적인 속성을 측정한다고 할 수 있다. 이후 개발된 IAPCC (Campinha-Bacote, 1999)와 CCA (Shim et al., 2003)는 문화적 역량에 대한 정의와 이론적 기틀에 근거하여 문항이 개발되었으며, IAPCC와 CCA는 개발 이후 여러 간호연구에서 측정도구로 이용되고 있다.

국내에서도 문화적 역량에 대한 연구들이 2000년대 후반부터 발표되고 있는데 대부분의 연구들이 주로 미국에서 개발된 도구를 번안하여 사용하고 있었고 문화적 역량 측정도구 개발에 대한 연구는 2편 발표되었다. Nho와 Kim (2011)은 사회복지사를 대상으로, Choi (2010)는 원조전문직을 대상으로 개발하였으며 간호사를 대상으로 개발된 연구는 찾기 어려웠다.

이에 본 논문에서는 우리나라 간호사의 문화적 역량을 측정할 수 있는 도구로써 활용 가능성을 염두에 두고 미국에서 개발된 IAPCC와 CCA를 신중하게 고찰해 보고, 국내에서 개발된 문화적 역량 측정도구와 연구동향을 살펴보고자 한다.

IPACC와 CCA측정도구의 비교

IAPCC와 CCA를 비교 고찰하기 위하여 McDowell (2006)이 건강관련 도구를 검토하고 평가하기 위하여 사용하였던 틀을 이용하여 개발 년도, 개발 목적, 개발과정을 살펴본 후 신뢰도와 타당도의 완전성(thoroughness)과 검증결과를 평가하고자 하며 구체적인 평가 범주는 <Table 1>과 같다. 본 연구에서 IAPCC와 CCA의 신뢰도와 타당도 검토를 위해 사용된 논문은 다음과 같은 방법으로 선정하였다.

- IAPCC: 도구 개발자가 운영하고 있는 웹사이트 Transcultural C.A.R.E. Associates (2012)에서 IAPCC 또는 IAPCC-R(개정판)을 사용한 논문 목록을 확인한 후 이를 PubMed, Google Scholar, CINAHL, Cochrane Library 등 4가지 검색엔진을 이용하여 검색한 27편의 논문을 검토하였다.
- CCA: 원도구 개발자인 Schim으로부터 CCA가 사용된 논문 목록을 받아 이 가운데 연구의 측정도구로 사용된 10편의 논문을 검토하였다.

Table 1. Formats for the Reviews

Categories		
1) Title & Author		
2) Year (first published & last revision)		
3) Purpose		
4) Conceptual Basis		
5) Description		
• Scale		
• Number of items		
• Application		
• Administered by (Duration)		
6) Thoroughness of reliability and validity	0=	No reported evidence of reliability or validity
	*=	Basic information only; information only by the original authors of the scale
	**=	Several types of test, and several studies by different authors have reported reliability or validity
	***=	All major forms of reliability or validity testing reported in numerous studies
7) Results of the reliability and validity	0=	No numerical results reported
	?=	Results were not stated or are uninterpretable
	*=	The evidence suggests weak reliability or validity
	**=	Adequate reliability or validity
	***=	Excellent reliability or validity: higher coefficients than those normally seen in other instruments

1. Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals (IAPCC)

1) 도구 개발자

IAPCC의 개발자인 Campinha-Bacote, PhD, RN는 아프리카 Cape Verdean 2세로 미국에서 성장하였다. 그녀는 미국 Connecticut주에서 간호학 학사과정 중 인종으로 인한 내적 갈등을 겪으면서 인종과 문화에 대해 탐구하게 되었다. 이후 횡문화 간호와 의료 인류학 영역에서의 문화적 집단으로 관심영역을 확장하게 되었으며, 정신과 간호사로서의 임상경험으로 다문화상담 영역에도 관심을 가지게 되었다(Campinha-Bacote, 2002).

2) 개발 년도

1997년에 문화적 인식, 지식, 기술, 경험 등 4가지 영역을 측정하는 20문항의 IAPCC를 개발하였으며, 2002년 문화적 욕구를 추가하여 5가지 하위영역을 측정하는 25문항 IAPCC-R (Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals-Revision)로 개정하여 현재까지 사용되고 있다(Transcultural C.A.R.E. Associates, 2012).

3) 개발 목적

간호학, 의학, 치의학, 약학 분야의 건강관리 전문가(임상전문가, 교육자)와 대학원생의 문화적 역량을 측정하기 위해 1997년 최초로 개발되었다(Campinha-Bacote, 1999).

4) 개념적 기초

IAPCC는 Campinha-Bacote가 1991년 소개한 문화적 역량에 대한 이론적 모델인 ‘Culturally Competent Model of Care’에 기초하여 개발되었다. 최초 모델은 문화적 역량의 구성요인으로 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 기술, 문화적 경험(encounter) 등 네 가지를 제시하였다. 이후 1998년 구성요인에 문화적 욕구(desire)를 추가하였고, 구성요인 간의 상호관련성을 시각적으로 표현하기 위해 벤 다이어그램을 이용하였다. 또한 문화적 역량은 ‘상태’가 아닌 ‘과정(process)’이라는 특성을 강조하기 위하여 ‘The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services’로 모델명을 수정하였다. 2002년에는 문화적 욕구가 가장 중요한 요인임을 표현하기 위하여 모델의 도형을 문화적 욕구가 문화적 인식, 지식, 기술, 경험으로 분출되는 화산으로 형상화하였다. 이론적 모델에 대한 가장 최근의 개정은 2010년에 있었으며, 선행 연구결과에 기초하여 문화적 욕구를

마치 태풍의 눈과 같이 중심부에 두고 다른 네 개의 구성요인이 확장되어 가는 형태로 수정하였다(Campinha-Bacote, 1999; Transcultural C.A.R.E. Associates, 2012). Campinha-Bacote (2002)는 모델의 가정을 다음의 5가지로 명시화하였다.

- (1) 문화적 역량은 하나의 사건이 아닌 과정이다.
- (2) 문화적 역량은 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 기술, 문화적 경험, 문화적 욕구 등 5가지 구성요인으로 이루어진다.
- (3) 민족 집단(ethnic group)내의 차이가 민족 집단 간의 차이보다 더 크다.
- (4) 건강관리전문가의 문화적 역량 수준과 문화적으로 공감하는 서비스를 제공하는 능력간에는 직접적인 상관관계가 있다.
- (5) 문화적 역량은 문화적, 민족적으로 다양한 대상자들에게 효과적이고 문화적으로 공감하는 서비스를 제공하는데 필수요인이다.

저자는 문화적 역량 모델은 횡문화 간호(transcultural nursing), 의료 인류학(medical anthropology), 다문화 상담(multicultural counseling) 영역이 혼합된 것이며, 모델의 구성요인은 간호학자 Madeleine Leininger의 횡문화 간호와 다문화 상담 전문가 Paul Penderson의 다문화 개발에 영향을 받았다고 밝혔다(Campinha-Bacote, 2002). 문화적 역량과 5가지 구성요인에 대해서 다음과 같이 정의하였다(Campinha-Bacote, 2002; Transcultural C.A.R.E. Associates, 2012).

- (1) 문화적 역량: 건강관리전문가가 대상자(개인, 가족, 지역사회)의 문화적 맥락 안에서 효과적으로 일할 수 있는 능력과 유용성을 성취하기 위하여 지속적으로 노력하는 과정
- (2) 문화적 인식: 다른 문화에 대한 자신의 지닌 편견에 대한 자기점검과 자신의 문화적, 전문적 배경에 대한 심층적 탐색 과정
- (3) 문화적 지식: 건강관리전문가가 다양한 문화 집단에 대한 온전한 교육적 기초를 추구하고 획득하는 과정
- (4) 문화적 기술: 대상자가 현재 가지고 있는 문제와 관련된 문화적 자료를 수집하고 문화에 기초한 신체사정을 정확히 수행할 수 있는 능력
- (5) 문화적 경험: 건강관리전문가 하나의 문화 집단에 대해 가지고 있는 기존의 신념을 수정하고 고정관념을 방지하지 위하여 대상자와의 직접적인 면대면 접촉 및 기타 다른 형태의 접촉을 격려하는 과정
- (6) 문화적 욕구: 건강관리전문가가 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 기술, 문화적 접촉에 대한 추구가 의무감이 아닌 그렇게 되어가길 원하는 동기

5) 개발과정

IAPCC는 저자의 1991년도 판 문화적 역량 모델에 기초하여 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 기술, 문화적 경험 등 4가지 영역을 측정하는 도구로 개발되었다. 도구는 미국 남부에 위치한 응급치료기관(acute care hospital)에 근무하는 15명의 간호사를 대상으로 사전조사를 시행하였으며, 횡문화 간호 전문가 5명으로부터 내용타당도 검증을 받았다. 도구의 구성타당도 검증을 위해서 집단비교법(known-group technique)을 사용하였다. 즉, 문화적 역량에 대한 1일 워크숍에 참여한 200명 간호사를 대상으로 워크숍 전후의 문화적 역량 점수를 비교한 결과 워크숍 후 문화적 역량점수가 증가한 것으로 구성타당성이 있는 것으로 판단하였다. 도구에 대한 신뢰도 검증을 위해 split-half 방법을 사용하였으나 신뢰도가 검증되지 못하였다(Campinha-Bacote, 1999).

IAPCC는 총 20개 문항이며 네 개의 하위 구성요인에 대하여 각 5문항으로 구성되어 있다. 측정을 위해 4점 리커트 척도를 사용하며 점수범위는 20-80점으로 점수가 높을수록 문화적 역량이 높음을 의미한다. 척도는 구성요인에 따라 문화적 인식은 very aware~not aware, 문화적 지식은 very knowledgeable~not knowledgeable, 문화적 기술은 very comfortable~not comfortable, 문화적 경험은 very involved~not involved으로 구분하였다. 2002년 개정된 IAPCC-R은 문화적 욕구의 5문항을 추가하여 총 25문항으로 구성되었으며 점수 범위는 25-100점으로 조정되었다. Campinha-Bacote가 IAPCC-R에 대한 신뢰도와 타당도 검증 결과를 보고한 논문은 없으며, 저자가 운영하는 웹사이트 Transcultural C.A.R.E. Associates (2012)에서 개정된 측정도구에 대한 심리측정 특성은 석사학위 논문인 Riley (2010)에 잘 정리되어 있다고 소개하고 있다. Riley (2010)는 IAPCC-R을 사용한 선행문헌의 신뢰도와 타당도를 검토하였으나 별도의 타당도 검증은 시행하지 않았다.

6) 신뢰도 검증

신뢰도는 연구 결과의 반복가능성과 일관성을 나타내는 것으로 검사-재검사 방법(test-retest reliability), 반분법(split-half correlations), Kuder-Richardson 20 (KR20), Cronbach's alpha 계수 등의 방법으로 검증하며, 이 가운데 모든 문항의 변량과 공변량에 기초한 Cronbach's alpha는 일회의 자료수집으로 분석이 가능하다는 편의성 때문에 가장 보편적으로 사용되고 있다(Ferketich, 2007). IAPCC 또는 IAPCC-R을 사용한 27편의 논문 가운데 대부분(23편)이 미국(20편)과 캐나다(3편)에서 사용되었으며, 그 외 국가에서는 스웨덴 2편, 대만 1편, 일본 1편으로 조사되었다. 검토한 총 27편의 논문 가운데 19편(70%)에서 신뢰도를 보고하였다. 18편의 논문에서 신뢰도 검증결과로 문항의 내적 일관성을 나타내는 Cronbach's alpha를 제시하였다. 대만의

Ho와 Lee (2007)는 재검사 신뢰도(test-retest reliability)도 함께 시행하였으나 낮은 수준의 신뢰도를 보였다고 했다. IAPCC 개발과정을 소개한 Campinha-Bacote (1999)의 논문에서는 신뢰도 검증을 위해 반분신뢰도(split-half reliability)를 사용하였으나 신뢰도가 검증되지 않았다고 보고했다.

Cronbach's alpha를 제시한 18편의 논문 가운데 사전, 사후조사 등 반복검사를 시행한 경우가 있어 18편의 논문에서 보고된 Cronbach's alpha는 총 23회를 조사하였으며, 0.65 (Olt, Jirve, Gustavsson, & Emami, 2010)~0.93 (Brathwaite, 2005)의 변이를 보였다. 이 가운데 0.80이상의 Cronbach's alpha가 보고된 것은 11번(48%)으로 성숙된 도구의 경우 0.80이상이면 신뢰도가 수립된 것으로 판단할 수 있다고 한 Nunnally (1978)의 기준을 참고할 때 충분한 수준의 내적일관성 신뢰도가 수립되어 있다고 할 수는 없으나, 스웨덴의 간호사를 대상으로 한 Olt 등(2010)의 연구를 제외한 22편의 설문조사에서 Cronbach's alpha가 0.70이상으로 보고되어 비교적 신뢰도가 검증된 도구라고 할 수 있을 것이다. 그러나, 스웨덴(Henriksson, 2006; Olt et al., 2010), 대만(Ho & Lee, 2007), 일본(Kawashima, 2008)의 연구에서는 Cronbach's alpha가 0.65 (Olt et al., 2010)~0.73 (Henriksson, 2006)으로 북미지역에서 이루어진 연구의 0.74 (Salman et al., 2007)~0.93 (Brathwaite, 2005)보다 낮은 수준의 신뢰도를 보였다. 특히 하위영역에 대한 신뢰도 조사에서는 -0.01 (Olt et al., 2010)~0.69 (Kawashima, 2008)로 신뢰도를 검증할 수 없었다.

이상의 선행연구에서 보고된 신뢰도를 기초로 할 때 IAPCC의 신뢰도 완전성은 비록 70% 연구에서 신뢰도를 보고하였으나 대다수의 연구에서 Cronbach's alpha를 제시하였으며, 다른 유형의 신뢰도 검증결과를 보고한 논문이 2편으로 제한적이어서 *(몇몇의 연구에서 신뢰도가 보고됨)수준으로 평가할 수 있다. 신뢰도 결과 측면에서는 북미 대륙에서 이루어진 연구결과를 기초로 할 때 *(신뢰도가 적절함)으로 평가할 수 있으나 그 외 지역에서 이루어진 연구에서는 **수준에 미치지 못했다(Table 2).

7) 타당도 검증

검토한 27편의 논문가운데 타당도를 검증을 보고한 논문은 총 4편 (Campinha-Bacote, 1999; Ho & Lee, 2007; Luquis & Perez, 2006; Olt et al., 2010)으로 14.8%에 불과했다. Campinha-Bacote (1999)는 5명의 전문가로부터 내용타당도를 검증 받았다고 하였으나 구체적인 방법이나 결과치를 제시하지 않았다. Luquis와 Perez (2006)는 IAPCC-R의 7문항을 대상자에게 적절하게 수정한 후 내용타당도 검증만을 실시한 단편적 수준의 타당성 검증에 그쳤다. 한편, 대만의 의과대학생을 대상으로 했던 Ho와 Lee (2007)는 구성타당도 검증을 위해 탐색적 요인분석(exploratory

factor analysis)을 실시하였으나 요인을 확인할 수 없었다. 또한, 도구의 타당도 검증을 다양한 측면에서 조사한 Olt 등(2010)은 내용타당도 검증을 위해 7명의 전문가에게 도구의 이론적 기틀이 되었던 모델을 소개한 도구 개발자의 논문과 IAPCC-R를 제시한 후, 각 문항에 5개의 하위영역가운데 해당되는 영역을 표시하도록 한 결과 문화적 욕구가 86%로 가장 높은 일치율을 보였고 나머지 영역은 34%~66% 수준으로 문항이 의도한 구성요인을 측정하지 못하는 것으로 나타났다. 또한 Olt 등(2010)은 구성타당도 검증을 위한 탐색적 요인분석에서 도구가 기초하고 있는 5개의 요인이 아닌 8개 요인으로 분석되었고, 확인적 요인분석(confirmatory factor analysis)에서도 낮은 수준의 모형적합성을 보였다(RMSEA=0.121, CFI=0.595, SRMR =0.106).

이와 같은 선행연구를 토대로 할 때 IAPCC의 타당도의 완전성은 *(몇몇의 연구에서 타당도가 보고됨)이며, 타당도 결과는 *(타당도가 약함)로 평가할 수 있을 것이다 (Table 2).

2. Cultural Competence Assessment (CCA)

1) 도구 개발자

CCA의 개발자는 Schim, Doorenbos, Miller와 Benkert이다. 저자들은 CCA 도구 개발 당시 미국 Detroit시 Wayne State University의 간호학과 교수 또는 대학원에 재학 중이었다. 주저자인 Schim의 주요 관심영역은 '간호사 및 보건의료종사자의 문화적 역량', '다문화 맥락 안에서 임종과 관련된 이슈'등으로 문화적 역량과 관련된 연구를 지속적으로 수행하고 있다(Wayne State University, 2012).

2) 개발 년도

2003년 Sigma Theta Tau International의 후원으로 개발되었으며, 현재 2009년 11월 개정된 Version 4가 사용되고 있다(S. M. Schim, personal communication, April 20, 2012).

3) 개발 목적

다양한 교육수준과 배경을 지닌 다학제적, 다차원적으로 구성된 보건의료종사자(health care staff)의 문화적 역량을 측정하기 위한 목적으로 개발하였다. 그는 다학제적으로 구성된 보건의료팀의 문화적 역량을 향상하기 위해서는 이들의 문화적 역량을 평가할 수 있는 신뢰도와 타당도를 지닌 도구가 요구된다고 하였다(Schim et al., 2003).

4) 개념적 기초

CCA는 Schim과 Miller (1999)가 개발한 Cultural Competence

Table 2. Researches Using IAPCC/IAPCC-R Instrument

No.	Author (year)	Setting (County)	Subjects (N)	Scale or Version	Reliability	Validity
1	Campinha-Bacote (1999)	Cultural competence in healthcare workshop	Registered nurses (200)	IAPCC 20 items 4-point Likert scale	Split-half did not show viable correlation	Content validity was addressed by five transcultural health care or transcultural nursing experts. Construct validity was established using known-groups techniques.
2	Nokes, Nickitas, Keida, and Neville (2005)	Nursing college (USA)	Graduate nursing students and nurses with an associate degree (14)	IAPCC 20 items 4-point Likert scale	Pre-test: Cronbach's alpha = .76 Post-test: Cronbach's alpha = .82	Not reported
3	Brathwaite (2005)	A public health department in southern Ontario (Canada)	Public health nurses (76)	IAPCC-R (modified) 25 items 4-point Likert scale	Cronbach's alpha = .78, .75, .90, & .93 at baseline, pre-test, immediate post-test, 3-month follow-up, respectively	The investigator adapted items on the IAPCC-R and the adapted version was pilot tested with 10 experts for readability, response options, and understanding of content.
4	Luis and Pérez (2006)	Members of the American Association for Health Education (USA)	Health educators (455)	IAPCC-R (7 items were modified) 25 items 4-point Likert scale	Cronbach's alpha = .85 Guttman split-half = .83	Content validity of the modified instrument was established using a panel of three health educators.
5	Sargent, Sedlak, and Martsof (2005)	A large, state university in a Midwestern (USA)	First and fourth year nursing students (209) and faculty members (51)	IAPCC 20 items 4-point Likert scale	Cronbach's alpha = .76	Not reported
6	Henriksson (2006)	Primary care wards in a county (Sweden)	Assistants, nurses, doctors, therapist (111)	IAPCC-R (Swedish version) 25 items 4-point Likert scale	Cronbach's alpha = .73	Some found the questions to be hard, and explained that cultural competence was not something they had reflected on before.
7	Kardong-Edgren (2007)	National League for Nursing Accrediting Commission's 2000 Directory (USA)	Nursing faculty in a BSN nursing program (170)	IAPCC-R 25 items 4-point Likert scale	Reported Cronbach's alpha = above .80 (not specific number)	Not reported
8	Bentley and Ellison (2007)	Elective nursing course in a nursing college (USA)	Nursing students	IAPCC-R	Nor reported	Not reported
9	Saiman et al. (2007)	Two major tertiary hospitals in New York (USA)	Registered nurses (207)	IAPCC-R 25 items 4-point Likert scale	Cronbach's alpha = .74 (pre-test), .83 (post-test)	Not reported

Table 2. Researches Using IAPCC/IAPCC-R Instrument (Continued)

No.	Author (year)	Setting (County)	Subjects (N)	Scale or Version	Reliability	Validity
10	Ho and Lee (2007)	A medical school (Taiwan)	Year 3 and 4 medical students (499)	IAPCC-R 25 items 4-point Likert scale	Cronbach's alpha = .06 ~ .57 Test-retest reliability: not good	Construct validity: exploratory factor analysis showed that IAPCC-R did not have an identifiable factor structure.
11	Morris (2007)	Two schools of nursing (USA)	Senior level of BSN students (102)	IAPCC-R 25 items 4-point Likert scale	Cronbach's alpha = .77 & .83	Not reported
12	Capell, Dean, and Veenstra (2008)	Three hospitals in Vancouver (Canada)	Physical therapists, occupational therapists, nurses (71)	IAPCC-R 25 items 4-point Likert scale	Cronbach's alpha = .80	Not reported
13	Lampley et al. (2008)	A nursing college, an educational institution, & a health care agency in North Carolina (USA)	Nurse	IAPCC 20 items 4-point Likert scale	Not reported	Not reported
14	Black, Soelberg, and Springer (2008)	Seven locations in Idaho (USA)	Nursing student (66)	IAPCC-R 20 items	Not reported	Not reported
15	Kardong-Edgren and Campinha-Bacote (2008)	Four nursing schools (USA)	Graduating BSN students (218)	IAPCC-R 25 items 4-point Likert scale	Cronbach's alpha = .79~.87	Not reported
16	Hunter (2008)	A graduate course (USA)	Graduate students (76)	IAPCC-R	Not reported	Not reported
17	Kawashima (2008)	Seven general or university hospitals (Japan)	Japanese nurses (1,035)	IAPCC-R (Japanese version) 25 items 4-point Likert scale	Cronbach's alpha Overall = .72 Cultural awareness = .17 Cultural knowledge = .43 Cultural skill = .10 Cultural encounters = .05 Cultural desire = .69 Item-to-item correlation: not very consistent with each other Item-to-total correlation: very low relationships except cultural desire	Not reported
18	Poirier et al. (2009)	A university of pharmacy in Southern Illinois (USA)	Pharmacy students (81)	IAPCC-R	Not reported	Not reported

(Continued)

Table 2. Researches Using IAPCC/IAPCC-R Instrument

No.	Author (year)	Setting (County)	Subjects (N)	Scale or Version	Reliability	Validity
19	Musolino et al. (2009)	A University of Utah Interdisciplinary Health Science program (USA)	Medical, nursing, physical therapy, occupational therapy, pharmacy students (311)	IAPCC-R 25 items	Not reported	Not reported
20	Mahabeer (2009)	A hemodialysis unit in a tertiary academic and research health care organization (Canada)	Hemodialysis nurses (58)	IAPCC-R 25 items 4-point Likert scale	Not reported	Not reported
21	Noble et al. (2009)	A breastfeeding seminar in New York City (USA)	Health care professionals -physicians, nurses, other (128)	IAPCC-R 25 items 4-point Likert scale	Cronbach's alpha = .84	Not reported
22	Giles (2009)	Physical therapist education programs (USA)	Academic coordinators/directors of clinical education (151)	IAPCC-R 25 items 4-point Likert scale	Cronbach's alpha Overall = .82 Cultural awareness = .38 Cultural knowledge = .62 Cultural skill = .41 Cultural encounters = .47 Cultural desire = .77	Not reported
23	Riley (2010)	Two school of nursing (USA)	Registered nurses returning to school for an RN to BSN program (53)	IAPCC-R 25 items 4-point Likert scale	Cronbach's alpha Overall = .78 Cultural awareness = .39 Cultural knowledge = .69 Cultural skill = .52 Cultural encounters = .49 Cultural desire = .74	Not reported
24	Olt et al. (2010)	One large city (Sweden)	Nursing students, RN participating in specialist nursing program (334)	IAPCC-R (Swedish version) 25 items 4-point Likert scale	Cronbach's alpha Overall = .65 Cultural awareness = .12 Cultural skill = -.01 Cultural knowledge = .56 Cultural encounter = .31 Cultural desire = .65	Content validity: items did not measure what they were intended to. Internal validity: item-total correlation -.09~.50. Only five items > .40 Construct validity: CFA: poor model fit EFA: eight factors
25	Kardong-Edgren et al. (2010)	Six undergraduate nursing program (USA)	Graduating BSN nursing students (515)	IAPCC-R 25 items 4-point Likert scale	Cronbach's alpha Overall = .81 Cultural awareness = .36 Cultural knowledge = .56 Cultural skill = .42 Cultural encounter = .42 Cultural desire = .75	Not reported
26	Haack and Phillips (2012)	A college of pharmacy (USA)	Pharmacy students (135)	IAPCC-R 25 items 4-point Likert scale	Not reported	Not reported
27	Seright (2012)	Acute care hospital facilities in North Dakota (USA)	Nurses (179)	IAPCC-R 25 items 4-point Likert scale	Not reported	Not reported

Model (CCM)에 기초하고 있다. CCM에서는 문화적 다양성(사실), 문화적 인식(지식), 문화적 민감성(태도), 문화적 행위 등 4가지 요인이 문화적 역량을 구성하고 있다. 이 4가지 구성요인이 각각 하나의 퍼즐조각으로 표현되며 4개의 조각이 서로 맞물려 있는 형태로 문화적 역량을 도식화하고 있다(Doorenbos, Schim, Benkert, & Borse, 2005). 저자는 “각 구성요인은 문화적으로 적절한 간호를 제공하기 위해 필요하지만 충분하지는 않다”고 했다(Schim, Doorenbos, & Borse, 2006b, p 405). Campinha-Bacote (2002)가 문화적 역량의 ‘과정(process)’성을 강조한 것과 같이 Doorenbos 등(2005)도 문화적 역량은 달성할 것이 아니며 보건의료제공자들이 서비스를 제공하는 특정한 인구집단에 맞도록 지속적으로 노력하는 과정임을 밝혔다.

- (1) 문화적 역량과 4가지 구성요인에 대한 정의는 다음과 같다 (Doorenbos et al., 2005; Schim et al., 2003).
- (2) 문화적 역량: 다양한 문화적 경험에 기초한 지식, 태도, 행위로 드러나는 것으로 다문화 경험(사실), 인식(지식), 민감성(태도)가 일상의 실무행동으로 결합되어 있는 것
- (3) 문화적 다양성: (미국의) 보건의료체계의 현실로 독특한 가치, 신념, 관심을 가진 다양한 인구집단을 인정하는 것은 문화적 역량의 다른 구성요인 개발에 기초를 제공
- (4) 문화적 인식: 특정한 공동체가 지닌 건강, 신념, 행위에 대한 최신의 정보와 같은 지식과 정보교환을 의미하는 것으로 집단의 문화적 표현의 차이점과 유사점을 파악하는 지식
- (5) 문화적 민감성: 보건의료제공자의 태도, 가치, 신념 및 개인적인 통찰력
- (6) 문화적 행위: 다문화 경험, 인식의 향상, 민감성의 개선을 관찰할 수 있는 결과물

5) 개발과정

Schim 등(2003)은 CCM과 문헌고찰에 기초하여 총 45개 문항-문화적 다양성 6문항(multiple choice), 문화적 인식 11문항, 문화적 민감성 10문항, 문화적 행위 17문항, 전체적인 평가 1문항-으로 구성된 초기도구를 개발하였다. 이에 대하여 호스피스 전문가 10명(다양한 인종/민족의 간호사, 사회복지사, 의사, 영적 간호담당자, 간호조무사, 자원봉사자)과 End-of-Life 전문가 10명(인류학자, 사회학자, 심리학자, 노인학자, 교육학자, 법학자)으로부터 2차례에 걸쳐 내용타당도와 안면타당도를 검증 받았다. 다음 단계로 호스피스 종사자 7명을 대상으로 면대면 조사, 관찰 및 응답에 대한 인지적, 동기적 요소를 평가한 후, 문화적 다양성 7문항, 전체평가 1문항, 훈련경험 유무 1문항, CCA 38문항(문화적 인식 11문항, 문화적 민감성 10문항, 문화적 행위 17문항)등 47개 문항에 대해 호스피스 종사자 113명을 대상으로 도

구의 신뢰성과 타당성 검증을 시행하여 CCA 문항을 최종 25문항으로 확정하였다(Schim et al., 2003). 따라서, CCA는 도구개발의 개념적 기초가 되었던 CCM의 하위영역 가운데 ‘문화적 다양성’을 제외한 세 가지 영역에 대한 측정도구라고 할 수 있다. 5점 Likert 척도로 응답하고 ‘always’ (5점), ‘often’ (4점), ‘at times’ (2점), ‘never’ (1점), ‘not sure’ (3점)으로 계산하여 점수 범위는 25~125점이며 점수가 높을수록 문화적 역량이 높음을 의미한다. 이후 문헌(Benkert, Templin, Schim, Dorrenbos, & Bell, 2011; Doorenbos, et al., 2005; Schim, Doorenbos, & Borse, 2006a)에서는 CCA를 ‘문화적 인식’과 ‘문화적 민감성’ 구성요인을 통합하여 측정하는 Cultural Awareness and Sensitivity (CAS)와 ‘문화적 행위’를 측정하는 Cultural Competence Behaviors (CCB)의 두 가지 영역으로 구성된 측정도구로 소개되고 있다.

현재 사용되고 있는 CCA Version 4는 CAS 11문항과 CCB 14문항으로 구성되어 CCA Version 1과 비교하여 문화적 인식과 민감성의 문항을 높이고, 문화적 행위 문항을 줄여 도구 개발의 개념적 기틀이 되었던 CCM의 구성요인을 보다 균형 있게 측정하게 되었다. 또한 응답척도를 5점 척도에서 7점 척도(CAS strongly disagree 1점~strongly agree 7점; CCB never 1점~always 7점)로 세분화 하였으며, CAS 영역의 ‘no opinion’, CCB 영역의 ‘not sure’은 응답항목에는 있으나 ‘no opinion’ 또는 ‘not sure’로 응답한 경우 해당 문항을 제외한 나머지 문항들만 계산하여 문화적 역량 점수를 산출하도록 변경하였다.

6) 신뢰도 검증

CCA는 Schim 등(2003)을 비롯하여 총 10편의 논문에서 사용되었으며, 10편 모두 미국과 캐나다 등 북미에서 이루어진 연구이다. 도구의 신뢰도 검증을 위해 9편(90%)에서 문항의 내적 일관성을 검증하는 Cronbach's alpha를 시행하였으며, 전체 문항의 alpha계수는 0.86 (Schim, Doorenbos, & Borse, 2006b)~0.92 (Schim et al., 2003)로 성숙한 도구에서 요구되는 신뢰도 수준을 나타냈다(Nunnally, 1978). 또한, Doorenbos 등(2005)은 51명의 호스피스 종사자를 대상으로 검사-재검사방법을 사용하여 상관관계를 분석한 결과 도구 전체($r=0.85$)와 CCB ($r=0.87$), CAS ($r=0.82$) 모두 우수한 수준의 신뢰도를 보였다. 6편의 논문에서 CCA의 하위영역에 대한 Cronbach's alpha도 함께 제시하였는데, 문화적 행위 영역을 측정하는 CCB는 0.88 (Schim et al., 2006a)~0.93 (Schim, Doorenbos, & Borse, 2005)으로 높았으나, 문화적 인식과 민감성을 측정하는 CAS는 0.64 (Benkert, et al., 2011)~0.76 (Schim, et al., 2005)으로 낮은 수준의 신뢰도를 보였다. 문항수가 증가할수록 alpha 계수가 증가하는 Cronbach's alpha 계수 추정방식을 고려하여 CCB와 CAS의 문항 수를 비교

한 결과, 초기도구에서는 CCB 17문항, CAS 8문항이었으나 2009년 이후에 출판된 3편의 논문(Benkert, et al., 2011; Starr & Wallace, 2009; Starr & Wallace, 2011)에서는 CCB와 CAS의 문항수가 유사하게 개정되었음에도 불구하고 CAS의 alpha계수는 0.64 (Benkert, et al., 2011)~0.67 (Starr & Wallace, 2009)로 여전히 낮은 신뢰도를 보였다.

선행문헌의 신뢰도를 기초로 CCA의 신뢰도 완전성은 대다수의 연구에서 신뢰도를 보고하였으나 1편의 논문을 제외하고는 신뢰도 검증방법이 Cronbach's alpha분석하는 것으로 제한되어 있어 **('몇몇의 연구에서 신뢰도가 보고됨)수준으로 평가할 수 있다. 신뢰도 결과 측면에서는 ***('높은 수준의 신뢰도 계수)로 평가할 수 있으나, 하위영역인 CAS는 **('적절한 수준)에 이르지 못한다고 할 수 있다. 또한, CCA를 북미 지역이 아닌 곳에서 사용한 문헌이 없기 때문에 타 문화권에서 사용하기 적절한 신뢰도를 지녔는지는 평가할 수 없다(Table. 3).

7) 타당도 검증

CCA 도구의 타당도에 대한 검증은 3편의 논문(Doorenbos et al., 2005; Marra, Covassin, Shingles, Canady, & Mackowiak, 2010; Schim et al., 2003)에서 보고되었다. 이 가운데 Marra 등 (2010)은 운동선수 트레이너의 문화적 역량을 측정하기 위하여 CCA 도구를 수정한 후 전문가 패널로부터 도구에 대한 안전타당도를 검증 받았을 뿐 다른 영역의 타당도 검증은 시행하지 않았다. 나머지 2편의 논문은 도구 개발자에 의한 보고였으며, 요인분석과 집단비교법을 이용한 구성타당도 검증결과를 제시하였다. 구성타당도는 도구가 측정하고자 하는 개념을 측정하고 있는지 검증하기 위한 것으로 도구 개발의 기초가 된 이론적 구성의 타당성을 검증하기 위한 것이다. CCA의 경우 Schim과 Miller (1999)의 문화적 역량 모델에 기초하였으나 요인분석결과 2편의 논문 모두 2개의 요인만을 확인할 수 있었으며, 요인의 설명력도 46% (Schim et al., 2003), 56% (Doorenbos et al., 2005) 수준으로 분석되었다. 즉, 도구 개발자들이 기초한 문화적 역량 모델은 네 개의 구성개념을 가지고 있으나, CCA는 두 가지 차원을 측정하는 도구이기 때문에 엄밀한 의미에서 도구나이론의 타당성을 검증하기 어렵다고 할 수 있다. 한편, 집단비교법을 이용한 구성타당도 검증에서는 과거 다문화 훈련경험 유무 (Doorenbos et al., 2005; Schim et al., 2003) 또는 교육수준 (Schim et al., 2003)에 따라 문화적 역량을 비교한 결과 다문화 훈련경험이 있는 집단과 교육수준이 높은 집단의 문화적 역량이 유의하게 높았다. 이것은 다문화 훈련경험과 교육수준이 문화적 역량에 영향을 준다는 가설에 기초한 타당도 검증방법이며 선행 연구들(Brown et al., 2008; Lampley, Little, Beck-Little, & Xu,

2008; Musolino et al., 2009; Noble, Noble, & Hand, 2009; Poirier et al., 2009)도 이를 뒷받침하고 있다.

이와 같이 10편의 선행문헌 검토결과에 기초할 때 CCA의 타당도의 완전성은 *(도구 개발자가 제시한 정보만 있음)이며, 타당도 결과는 *(타당도가 약함)로 평가할 수 있을 것이다(Table 3).

3. IAPCC와 CCA 측정도구의 장단점

IAPCC와 CCA 측정도구의 장단점을 사용범위, 용이성, 통계분석, 경제성, 신뢰도와 타당도 등의 측면에서 다음과 같이 정리할 수 있다.

사용범위 측면에서는 두 도구 모두 다양한 보건의료 관계자들을 대상으로 한 연구에 사용되었다. IAPCC는 간호사, 의사, 물리치료사, 작업치료사, 간호교육자, 간호 대학생 및 대학원생, 의과대학생, 약학대학생 등 다양한 분야의 보건의료 전문 인력 및 학생의 문화적 역량을 측정하는 연구에 사용되었다. CCA는 도구 개발자가 다양한 교육수준과 전문영역으로 구성된 보건의료 팀에 적용하기 위한 의도를 가지고 있었던 것인 만큼 간호사, 영양사, 물리치료사, 작업치료사, 간호조무사, 사회복지사, 의료기관의 사무직, 성직자, 자원봉사자, 행정 관리자 등 보건의료 환경에서 근무하는 다양한 직종을 대상으로 사용되었으며, 응답자의 교육수준 또한 고등학교 졸업부터 석사학위 이상으로 다양하였다.

사용의 용이성 측면에서는 두 도구 모두 25문항의 자가보고형 설문으로 응답에 10-15분이 소요되어 응답자의 부담이 적다. 더불어 IAPCC의 경우 점수에 따라 culturally incompetent (25-50점), culturally aware (51-74점), culturally competent (75-90점), culturally proficient (91-100점)로 평가기준이 제시되어 있어 결과를 해석하고 비교하는데 용이한 장점을 지닌다.

통계분석 측면에서는 IAPCC는 4점 Likert 척도로 측정하며, 모든 문항을 합산(25~100점) 또는 각 하위영역별(5~20점)로 합산하며 다양한 통계분석 방법을 적용할 수 있다. CCA는 7점 Likert 척도로 측정하며, 'not sure', 'no opinion'으로 응답한 문항을 제외한 문항의 점수를 더한 후 응답 문항수로 나누어 산출하며 가능한 점수범위는 1~7점이다. 모든 문항을 합산 또는 두 개의 하위영역(CCB와 CAS)으로 나누어 통계분석 할 수 있다. 그러나, 응답자가 다수의 문항에 'not sure', 'no opinion'으로 응답하였거나 2가지 하위영역 가운데 하나의 영역에서만 'not sure', 'no opinion'으로 응답이 치우친 경우, 그 결과를 응답자의 문화적 역량수준으로 해석하는 것은 타당하지 않을 것이다. 따라서 'not sure', 'no opinion'으로 응답한 항목에 대한 보다 상세한 처리기준이나 제한점이 기술될 필요가 있다.

Table 3. Researches Using CCA Instrument

No.	Author (year)	Setting (County)	Subjects (N)	Scale or Version	Reliability	Validity
1	Schim et al. (2003)	A meeting for staff in a multi-county hospice program (USA)	Interdisciplinary hospice employees and volunteers (113)	Initial 38 items 5-point Likert scale 'no opinion' or 'not sure' rated as 3	Initial CCA: Cronbach's alpha = .91 25-item CCA: Cronbach's alpha = .92 CCB: Cronbach's alpha = .93 CAS: Cronbach's alpha = .75	Construct validity: Two factors were determined, which explained 46% of the variance Criterion validity: CCA were moderately correlated ($r=0.66$) with scores from the IAPCC Contrast group validity: Previous diversity training group ($p=.004$) and higher education group showed significantly higher CCA.
2	Doorenbos et al. (2005)	Seven hospitals, a community health agency, a home health agency (USA)	Hospice provider (51) Healthcare provider (405)	Initial 38 items 5-point Likert scale 'no opinion' or 'not sure' coded as 3	Test-retest reliability in 51 hospice providers Overall $r = .85$ CCB: $r = .87$, CAS: $r = .82$ Reliability in 405 health care provider Cronbach's alpha = .89	Only in 405 health care providers Construct validity: Two factors were determined which explained 56% of the variance Contrast validity: Providers having previous diversity training showed significantly higher CCA ($p < .001$)
3	Schim, Doorenbos, and Borse (2005)	Three hospitals in Ontario and four hospitals in Michigan (Canada & USA)	Health provider-nurse, clerical worker, nutritionist, therapist, and misc. (145)	25 items + 1 diversity experience - 5-point Likert scale 'no opinion' or 'not sure' coded as 1	Cronbach's alpha Overall = .89 CCB: Cronbach's alpha = .93 CAS: Cronbach's alpha = .76	Not reported
4	Schim, Doorenbos, and Borse (2006a)	Attendance at a hospice meeting (USA)	Hospice nurses from 5 different hospice agencies (107)	25 items + 1 diversity experience 5-point Likert scale	CCB: Cronbach's alpha = .88 CAS: Cronbach's alpha = .72	Not reported
5	Schim, Doorenbos, and Borse (2006b)	Eight hospice agencies (USA)	Hospice workers (130)	25 items 1 diversity experience item was included in demographic questions 5-point Likert scale 'no opinion' or 'not sure' coded as 3	Chronbach's alpha Overall = .86	Not reported

경제성 측면에서는 IAPCC는 원도구 개발자로부터 승인을 얻고, 종이와 연필을 이용한 설문지는 1회, 1인당 미화 8불, 전자 메일이나 온라인에서 사용하기 위해서는 1회, 1인당 미화 20불의 사용료와 수수료를 지급해야 한다. 예를 들어 100명의 간호사를 대상으로 설문지를 이용한 사전, 사후조사를 시행할 경우 적어도 미화 1,600불을 부담해야 한다. 한국어로 번역하여 사용한 경우에도 동일한 사용료가 적용된다(Transcultural C.A.R.E. Associates, 2012). 반면 CCA는 원도구 개발자에게 승인을 요청하면 별도의 비용 지불 없이 사용할 수 있어 경제적이다.

신뢰도 측면에서는 IAPCC보다 CCA의 Cronbach's alpha가 높은 수준을 보였으나, 두 도구 모두 다양한 측면의 신뢰도 검증은 이루어지지 못한 공통의 제한점을 가지고 있다. 타당도의 경우에도 두 도구 모두 주요한 유형의 타당도 검증이 다수의 연구에서 보고되지 않았으며, 그 결과 측면에서도 적절한 수준에 이르지 못한 한계를 가지고 있다. 특히 CCA는 아직까지 북미지역 외의 국가의 연구에서는 사용되지 않은 것으로 조사되었고, IAPCC만이 스웨덴, 대만, 일본에서 수행된 소수의 연구에서 사용되었다. 그러나 스웨덴, 대만, 일본의 연구에서는 해당 국가의 의료 인력의 문화적 역량을 측정하는데 도구의 신뢰도, 타당도에 문제가 있는 것으로 보고되었다.

IAPCC와 CCA 측정도구 사용의 제한점

미국에서 개발된 IAPCC와 CCA와 국내에서 개발된 문화적 역량 측정도구는 우리나라 간호사에 적용하기에는 제한점을 가지고 있다. Song과 Jang (2010)은 국외에서 개발된 도구를 번역하여 사용하는 경우, 도구가 개발된 국가와 사용하고자 하는 국가의 문화적, 개념적 동등성이 확보되지 않는 문제가 있다고 지적하고 있다. 즉, 전통적 다문화 사회를 배경으로 한 미국에서 개발된 도구가 이와 다른 사회문화적 배경을 가진 사회에서 성장하고 교육받고 실무를 수행하는 간호사에게 적용할 때 원도구가 측정하고자 하는 속성을 측정한다고 확신하기 어렵다(Olt et al., 2010).

실제로 문화적 역량 측정도구가운데 가장 널리 사용되고 있는 IAPCC도구를 번역하여 사용했던 Olt 등(2010)과 Kawashima (2008)는 연구의 제한점으로 응답자가 문화적 역량 개념과 일부 문항에서 제시하는 이슈들이 무엇을 의미하는지 이해하는데 어려움이 있었다고 지적했다. 예를 들어 스웨덴이나 일본 간호사는 문항에서 언급하는 '문화적/인종적으로 다양한 집단'을 외국인 환자를 의미하는 것으로 받아들인 반면, 측정도구로 사용된 IAPCC는 보다 다양한 범위의 문화 즉, 사회경제, 교육, sexual orientation, 종교 등의 다양성에 대한 차이를 기반으로 하고 있

다는 것이다(Kawashima, 2008; Olt et al., 2010). 또한, 문화적 역량이 무엇을 의미하는지 정확한 의미를 파악하기 어렵다는 문제점이 2편의 연구 모두에서 지적되었다. 대만의 의과대학생을 대상으로 IAPCC를 이용하여 문화적 역량을 측정할 연구에서도 내적일관성과 test-retest 신뢰도 모두 낮은 수준이었으며 구성타당도 역시 요인구조를 파악할 수 없어 대만의 특성에 맞는 문화적 역량 측정도구 개발이 필요하다고 결론지었다(Ho & Lee, 2007).

국내 문화적 역량 측정도구 개발 동향과 제한점

국내에서는 Choi (2010)가 지역사회 서비스기관에서 다문화 대상자에게 서비스를 제공하는 직종을 대상으로 하는 '원조전문직을 위한 문화적 역량 척도'와 Nho와 Kim (2011)이 발표한 '다문화 사회복지 실무자의 문화적 역량 척도'가 있으나, 이 척도들은 주로 지역사회에서 활동하고 있는 사회복지사를 중심한 실천 인력을 대상으로 개발된 도구로 개발 이후 보건의료영역의 전문직 간호사를 대상으로 사용되거나 검증과정을 거친 사례는 보고되지 않았다.

건강전문가로서 다문화 사회에서 간호사에게 요구되는 문화적 역량에 대한 국내연구 동향을 파악하고자 KISS와 RISS의 검색엔진과 한국간호과학회의 분과학회의 학술지의 홈페이지를 이용하여 '간호사'와 '문화적 역량'을 검색용어로 검색한 결과 5편의 연구가 검색되었다. 확인된 5편의 연구를 간호사가 근무하는 영역 별로 나누어보면 종합병원 간호사를 대상으로 한 연구 3편(Chae, Park, Kang, & Lee, 2012; Lee, 2011; Park, 2011)과 지역사회에서 방문간호사 또는 보건진료원을 대상으로 2편(Lee, Kim, & Lee, 2012; Yang et al., 2012)이었다. 이 연구들이 간호사의 문화적 역량을 측정하기 위해 사용했던 도구는 Yang 등(2012)의 연구에서는 Lum (2003)이 사회복지사를 대상으로 개발 하였던 도구를 Hyun (2011)이 국내에서 사회복지사를 대상으로 조사하기 위해 번역하여 사용했던 도구를 사용하였고 그 외 4편은 Park (2011)이 학위논문으로 종합병원 간호사의 문화적 역량을 측정하기 위해 사용하였던 도구를 그대로 사용하였다. Park (2011)은 Caffrey Cultural Competence in Healthcare Scale [CCCHS] (Caffrey, Neander, Markle, & Stewart, 2005)와 Shim의 CCA중 일부 항목을 번역하여 사용하였다. 또한, 앞에서 기술하고 있는 5편의 연구들은 대상자의 문화적 역량을 측정하기 전에 도구의 사용을 위한 구성타당도, 내용타당도 등을 확보하기 위한 연구절차가 나타나지 않았고 고찰이나 논의에서도 국내 간호

사를 대상으로 사용하는 것이 적합하고 타당한지에 대한 면밀한 검토가 없었다. 다만, 연구결과와 결론에서 대상자의 문화적 역량이 낮으므로 역량을 강화하기 위해 영향요인을 파악하거나 역량을 강화할 수 있는 방안을 모색하는 연구가 향후 진행되어야 함을 제언하고 있다.

결론 및 제언

다문화시대에 간호사에게 요구되는 핵심역량 중의 하나인 문화적 역량에 대한 국내의 연구는 2011년과 2012년에 주로 발표되어 편수 자체도 매우 제한적일 뿐만 아니라 연구의 범위나 내용도 일 지역 병원의 간호사, 방문간호사, 보건진료원을 대상으로 문화적 역량 수준을 확인하는 정도에 그쳐 아직 초기단계에 머물고 있다. 연구의 초기단계에서 주요개념에 대한 측정도구를 엄밀하게 고찰해보는 것은 매우 중요하며 필요한 작업이다. 이에 미국에서 문화적 역량 측정도구로써 개발된 IAPCC와 CCA를 중심으로 비교 평가해 보고 국내의 측정도구 개발 동향을 살펴본 결과는 다음과 같다.

첫째, IAPCC와 CCA는 개발자들이 문화적 역량에 대한 개념에 대한 논의를 통해 모형을 개발하고 이에 기초하여 도구를 개발하였으며 도구의 완전성(thoroughness)을 위해 개발 이후 실무 현장에서 검증과정을 통해 지속적으로 모형과 도구를 개정하고 있다는 점에서 높이 평가할 만하다.

둘째, IAPCC와 CCA를 국내에서 사용하고자 한다면 본문에서 기술하고 있는 바와 같이 신뢰도와 타당도 측면에서 완전성을 보장하기 어렵고 개발배경과 과정이 국내 상황과 상이하여 문화적, 개념적 동등성이 확보되지 않는다는 점에서 제한점을 갖는다.

셋째, 우리나라에서 개발된 2종의 도구(Choi, 2010; Nho & Kim, 2011)는 사회복지사에 초점을 맞추어 개발되었고 간호사를 대상으로 발표된 논문 5편에서 사용한 2종의 도구(Lum, 2003; Park, 2011)는 신뢰도와 타당도 확보를 위해 검증 절차를 확인 할 수 없었다.

이러한 결과를 토대로 우리나라 간호사의 문화적 역량 측정도구에 관한 제언을 하자면, 우리나라의 현 시점에서 간호사의 문화적 역량이란 무엇인지에 대한 개념에 대한 논의가 활성화되고 합의되어야 하며 이에 기초하여 한국형 간호사 문화적 역량 측정도구의 개발이 진행되어야 한다. 또한, 측정도구가 개발된 이후에도 실무현장에서 검증과정을 거쳐 개념적 기초와 도구를 지속적으로 수정·보완하는 작업이 진행되어야 할 것이다.

REFERENCES

- Benkert, R., Templin, T., Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., & Bell, S. E. (2011). Testing a multi-group model of culturally competent behaviors among underrepresented nurse practitioners. *Research in Nursing & Health*. Wiley Online Library. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20441>
- Bentley, R., & Ellison, K. J. (2007). Increasing cultural competence in nursing through international service-learning experiences. *Nurse Educator*, 32, 207-211. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NNE.0000289385.14007.b4>
- Bernal, H., & Froman, R. (1987). The confidence of community health nurses in caring for ethnically diverse populations. *Journal of Nursing Scholarship*, 19, 201-203. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.1987.tb00008.x>
- Black, M., Soelberg, T., & Springer, P. (2008). Cultural competency in nursing education. *Academic Exchange Quarterly*, 12(2), 245-249.
- Brathwaite, A. E. (2005). Evaluation of a cultural competence course. *Journal of Transcultural Nursing*, 16(4), 361-369. <http://dx.doi.org/10.1177/1043659605278941>
- Brown, B., Warren, N. S., Brehm, B., Breen, P., Bierschbach, J. L., Smith, R., et al. (2008). The design and evaluation of an interprofessional elective course with a cultural competence component. *Journal of Allied Health*, 37, 316-337.
- 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. *The Journal of Nursing Education*, 44, 234-240.
- Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38, 203-207.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <http://dx.doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Capell, J., Dean, E., & Veenstra, G. (2008). The relationship between cultural competence and ethnocentrism of health care professionals. *Journal of Transcultural Nursing*, 19, 121-125. <http://dx.doi.org/10.1177/1043659607312970>
- Chae, D. H., Park, Y. H., Kang, K. H., & Lee, T. H. (2012). A study on factors affecting cultural competency of general hospital nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 18, 76-86.
- Choi, S. Y. (2010). A study on the development of cultural competence measure for helping professions. *Journal of Community Welfare*, 35, 23-53.
- Doorenbos, A. Z., Schim, S. M., Benkert, R., & Borse, N. N. (2005). Psychometric evaluation of the cultural competence assessment instrument among healthcare providers. *Nursing Research*, 54, 324-331.

- Ferketich, S. (1990). Focus on psychometrics. Internal consistency estimates of reliability. *Research in Nursing & Health*, 13, 437-440.
- Giles, E. F. (2009). *Application of the interactional model of cultural diversity to identify diversity climate factors associated with organizational effectiveness in accredited US physical therapist education programs*. Unpublished doctoral dissertation, Old Dominion University, Norfolk.
- Haack, S., & Phillips, C. (2012). Teaching cultural competency through a pharmacy skills and applications course series. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 76(2), 1-7. <http://dx.doi.org/10.5688/ajpe76227>
- Henriksson, M. (2006). *Cultural competence in Swedish primary care: Are some providers more prone to be culturally competent than others?*, Unpublished master's thesis, Vaxjo University, Sweden.
- Ho, M. J., & Lee, K. L. (2007). Reliability and validity of three cultural competency measures. *Medical Education*, 41(5), 519. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2007.02747.x>
- Hyun, J. H. (2011) *The factor affecting cultural capacity of those engaged in social welfare facility*. Unpublished master's thesis, Honam University, Gwangju.
- Hunter, J. L. (2008). Applying constructivism to nursing education in cultural competence: A course that bears repeating. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(4), 354-362. <http://dx.doi.org/10.1177/1043659608322421>
- Jang, H. J. (2005). Theoretical review of measurement and instrument development. *Journal of Nursing Query*, 14, 73-87.
- Kardong-Edgren, S. (2007). Cultural competence of baccalaureate nursing faculty. *The Journal of Nursing Education*, 46, 360-366.
- Kardong-Edgren, S., & Campinha-Bacote, J. (2008). Cultural competency of graduating US Bachelor of Science nursing students. *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 37-44. <http://dx.doi:10.5172/conu.673.28.1-2.37>.
- Kardong-Edgren, S., Cason, C. L., Brennan, A. M. W., Reifsnider, E., Hummel, F., Mancini, M., & Griffin, C. (2010). Cultural competency of graduating BSN nursing students. *Nursing Education Perspectives*, 31, 278-285.
- Kawashima, A. (2008). *Study on cultural competency of Japanese nurses*. Unpublished doctoral dissertation, George Mason University, Virginia.
- Lampley, T. M., Little, K. E., Beck-Little, R., & Xu, Y. (2008). Cultural competence of North Carolina nurses: A journey from novice to expert. *Home Health Care Management & Practice*, 20, 454-461. <http://dx.doi.org/10.1177/1084822307311946>
- Lee, E. H. (2005). A method for development and validation of an instrument. *Journal of Nursing Query*, 14, 73-87.
- Lee, E. J., Kim, Y. K., & Lee, H. K. (2012). A study on the cultural competence of community health practitioners. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*, 23, 179-188.
- Lee, J. I. (2011). *A study on relationship between cultural competency and empathy of nurses*. Unpublished master's thesis, Hallym University, Chuncheon, Korea.
- Lum, D. (2003). *Cultural competent practice: A framework for understanding diverse groups and justice issues*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Cengage Learning.
- Luquis, R., & Pérez, M. A. (2006). Cultural competency among school health educators. *Journal of Cultural Diversity*, 13, 217-222.
- Mahabeer, S. A. (2009). A descriptive study of the cultural competence of hemodialysis nurses. *Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists Journal*, 16(4), 30-33.
- Marra, J., Covassin, T., Shingles, R., Canady, R. B., & Mackowiak, T. (2010). Assessment of certified athletic trainers' levels of cultural competence in the delivery of health care. *Journal of Athletic Training*, 45, 380-385. <http://dx.doi.org/10.4085/1062-6050-45.4.380>
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires* (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Morris, A. (2007). *Factors influencing bachelor of science in nursing students' perception of elder care cultural self-efficacy*. Unpublished doctoral dissertation, Auburn University, Alabama.
- Musolino, G. M., Babitz, M., Burkhalter, S. T., Thompson, C., Harris, R., Ward, R. S., & Chase-Cantarini, S. (2009). Mutual respect in healthcare: assessing cultural competence for the University of Utah Interdisciplinary Health Sciences. *Journal of Allied Health*, 38(2), 54-62.
- Noble, L. M., Noble, A., & Hand, I. L. (2009). Cultural competence of healthcare professionals caring for breastfeeding mothers in urban areas. *Breastfeeding Medicine*, 4, 221-224. <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2009.0020>
- Nho, C. R. & Kim, J. H. (2011). Development of Korean cultural competency scale for human service workers. *Korean Journal of Social Welfare*, 63, 207-231.
- Nokes, K. M., Nickitas, D. M., Keida, R., & Neville, S. (2005). Does service-learning increase cultural competency, critical thinking, and civic engagement? *The Journal of Nursing Education*, 44(2), 65-70.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Ohm, R., & Rosen, L. (2011). Psychometric evaluation of the perceived prejudice in health care scale-modified (PPHC-M) among baccalaureate student nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 22, 282-289. <http://dx.doi.org/10.1177/1043659611404430>
- Olt, H., Jirwe, M., Gustavsson, P., & Emami, A. (2010). Psychometric evaluation of the Swedish adaptation of the Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals—Revised (IAPCC-R). *Journal of Transcultural Nursing*, 21, 55-64. <http://dx.doi.org/10.1177/>

- 1043659609349064
- Park, J. S. (2011). *Study on cultural competence nurses working in general hospital*. Unpublished master's thesis, Keimyung University, Daegu, Korea.
- Poirier, T. I., Butler, L. M., Devraj, R., Gupchup, G. V., Santanello, C., & Lynch, J. C. (2009). A cultural competency course for pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73(5), 1-7.
- Riley, D. M. (2010). *Cultural competence of RN to BSN students*. Unpublished master's thesis, University of Nevada, Las Vegas, USA.
- Rooda, L. (1993). Knowledge and attitudes of nurses toward culturally different patients: Implications for nursing education. *The Journal of nursing education*, 32, 209-213.
- Salman, A., McCabe, D., Easter, T., Callahan, B., Goldstein, D., Smith, T. D., et al. (2007). Cultural competence among staff nurses who participated in a family-centered geriatric care program. *Journal for Nurses in Staff Development*, 23(3), 103-111. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NND.0000277179.40206.be>
- Sargent, S. E., Sedlak, C. A., & Martsolf, D. S. (2005). Cultural competence among nursing students and faculty. *Nurse Education Today*, 25, 214-221. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2004.12.005>
- Schim, S. M., & Miller, A. (1999). *Cultural competence program core components*. Presented at The Henry Ford Health System/Oakland University Center for Academic Nursing. Detroit.
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., & Borse, N. N. (2005). Cultural competence among Ontario and Michigan healthcare providers. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 354-360. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00061.x>
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., & Borse, N. N. (2006a). Cultural competence among hospice nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8, 302-307.
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., & Borse, N. N. (2006b). Enhancing cultural competence among hospice staff. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 23, 404-411. <http://dx.doi.org/10.1177/1049909106292246>
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., Miller, J., & Benkert, R. (2003). Development of a cultural competence assessment instrument. *Journal of Nursing Measurement*, 11, 29-40.
- Seright, T. (2012). Perspectives of Registered Nurse Cultural Competence in a Rural State-Part II. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 7, 57-69.
- Song, K. & Jang, E. (2010). *Cultural Competence and Measurements in Social Work Practice*. Gwangju: Institute for Humanities and Social Sciences.
- Starr, S., & Wallace, D. C. (2009). Self-reported cultural competence of public health nurses in a Southeastern US Public Health Department. *Public Health Nursing*, 26, 48-57. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00753.x>
- Starr, S., & Wallace, D. C. (2011). Client perceptions of cultural competence of community-based nurses. *Journal of Community Health Nursing*, 28(2), 57-69. <http://dx.doi.org/10.1080/07370016.2011.564057>
- Transcultural C.A.R.E. Associates. (2012). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services*. Retrieved October 8, 2012, from <http://www.transculturalcare.net>
- Wayne State University. (2012). *Faculty & Research*. Retrieved October 8, 2012, from <https://nursing.wayne.edu/faculty/profile.php?id=41789>
- Yang, S. O., Kwon, M. S., & Lee, S. H. (2012). The factors affecting cultural competency of visiting nurses and community health practitioners. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*, 23, 286-295.