

외국인 환자 간호에 대한 간호사의 문화역량 영향요인

안정원¹ · 장혜영²

¹중앙대학교 적십자간호대학, ²한양대학교 간호학부

Factors Affecting Cultural Competence of Nurses Caring for Foreign Patients

Jung-Won Ahn¹, Hye-Young Jang²

¹Red Cross College of Nursing, Chung-Ang University; ²College of Nursing, Hanyang University, Seoul, Korea

Background: The purpose of this study was to examine the cultural competence of nurses caring for foreign patients in general hospitals.

Methods: The subjects are 308 nurses who work in general hospitals in Seoul and Gyeonggi-do. The data, collected using a structured questionnaire on cultural competence, coping strategy, multicultural experience, intercultural uncertainty, and intercultural anxiety, were analyzed using descriptive statistics, t-test, analysis of variance, Pearson's correlation analysis, and hierarchical multiple regression.

Results: Cultural competence was significantly associated with marital status, level of education, type of ward, and number of cared foreign patients. In hierarchical multiple regression analysis, the level of cultural competence was significantly associated with married, master degree qualified, high level of coping strategy and multicultural experience, and low level of cultural uncertainty.

Conclusion: The findings revealed the need for educational programs which can contribute to lower the intercultural uncertainty and to enhance coping strategies dealing with foreign patients. In addition, individual and organization efforts to provide opportunities to expand nurses' multicultural experience will affect nurses' cultural competence development.

Keywords: Nurses; Cultural competency; Patients

서론

1. 연구의 필요성

2009년 외국인 환자 진료를 위한 법적 기준이 마련됨에 따라 국내 의료기관을 이용하는 외국인 환자 수가 지속적으로 증가하고 있다. 한국보건산업진흥원의 보고서에 따르면 국내 외국인 환자 수는 2009년에 6만여 명, 2012년에 15만여 명, 2016년에는 36만여 명으로 집계되어 2009년 이후 연평균 29.3% 증가하였다[1]. 이와 함께 외국인 환자를 대상으로 효과적인 의료서비스를 제공하기 위한 다각적인 방안 마련에 관심이 높아지게 되었고, 이는 의료진의 문화역량 증진에 대한 관심으로 이어지고 있다. 따라서 외국인 환자

의 문화적 다양성을 존중하고 이해하며 수용할 수 있는 능력을 증진하기 위한 방안이 필요한 시점이다.

문화역량이란 대상자의 문화적 전통, 신념, 가치 등을 이해하고 이들의 문화와 조화를 이루며 돌봄을 제공하는 능력으로, 대상자의 문화에 대한 지식을 바탕으로 의미 있고 유용한 돌봄 제공전략을 발견하는 역동적이고 지속적인 과정이다[2]. 지금까지 문화역량을 다룬 선행연구를 살펴보면, 국외의 경우 다양한 이론을 바탕으로 문화역량에 대한 체계적인 이해를 도모하고 있음을 알 수 있다. 우선 문화역량의 구성요인을 중심으로 살펴본 연구들은 문화역량 모형[3], 문화역량과정모형[2], 문화역량발전모델[4] 등의 이론을 통해 문화역량을 살펴보고 있다. 문화역량의 구성요인인 문화적 인식,

Correspondence to: Hye-Young Jang

College of Nursing, Hanyang University, 222 Wangsimni-ro, Seongdong-gu, Seoul 04763, Korea
Tel: +82-2-2220-1781, Fax: +82-2-2220-1163, E-mail: white0108@hanyang.ac.kr

*본 논문은 제1저자 안정원의 박사학위논문 일부를 수정하여 작성한 것이다.

*This article is based on a part of the first author's doctoral thesis from Seoul National University.

Received: May 28, 2018 / Revised: June 26, 2018 / Accepted after revision: September 4, 2018

© Korean Academy of Health Policy and Management

© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

지식, 기술, 민감성 등을 통해 문화역량을 설명하며, 문화역량의 증진을 위해서는 구성요인의 통합적 발전이 필요하다고 본다[2]. 이와 같은 구성요인 중심의 접근은 문화역량 그 자체를 이해하는 데는 유용하지만 영향요인과 과정, 결과를 포함하고 있지 않기 때문에 문화역량과 영향요인을 포괄적으로 이해하는 데는 제한점이 있다.

한편, 문화역량과 영향요인을 포괄적으로 이해하고자 횡문화간호체험모델[5], 불안·불확실성 관리이론[6]을 바탕으로 연구가 수행되기도 하였다. 횡문화간호체험모델은 문화경험에 대한 개인의 반응을 감정적 반응으로만 제시하여 지식과 경험부족으로 나타날 수 있는 인지적 반응에 대해 충분히 설명하지 못하고 있다는 한계점이 있다. 반면, 불안·불확실성 관리이론[6]은 문화경험에 대한 반응을 감정적 반응인 문화 간 불안과 인지적 반응인 문화 간 불확실성으로 구분하여 설명하고 있으며, 이외에도 다문화 경험과 대처전략을 문화역량의 영향요인으로 제시하고 있다. 이러한 측면을 고려하였을 때 불안·불확실성 관리이론에서 제시하고 있는 영향요인을 고려하여 살펴보는 것이 문화역량에 대한 포괄적 이해에 유용할 것으로 생각된다.

문화역량에 영향을 주는 요인으로는 다문화 경험이 있다. 다문화 경험이란 다른 문화권에서 소요된 시간, 문화배경이 다른 대상자에 대한 태도 및 그들과의 상호작용 경험을 말한다[7]. 전문가 집단의 다문화 경험은 외국여행 경험, 외국거주 경험 등 직무 이외의 인생상을 통해 얻은 개인적 경험과 외국인 환자 간호 경험, 다문화 관련 직무교육 등 직무수행을 통해 얻은 전문적 경험으로 구분할 수 있다[8]. 선행연구를 살펴보면, 문화역량에 영향을 미치는 다문화 경험으로는 외국여행 및 해외체류 경험[9,10], 다문화 관련 교육 경험[9,11], 외국인 환자 간호 경험[9,10] 등으로 개인적 경험과 전문적 경험 모두 문화역량에 영향을 주고 있음을 확인할 수 있다. 따라서 문화역량에 미치는 영향을 살펴볼 때 문화경험의 두 측면을 모두 고려할 필요가 있다.

간호사는 문화적 배경이 다른 대상자와의 상호작용에서 긴장과 불편함, 걱정과 우려 등의 감정을 느낄 수 있는데, 이러한 문화 간 불안·불확실성은 다른 문화권 대상자와의 의사소통과정에서 흔히 경험하게 되며 이는 문화의 차이와 언어장벽으로 인해 더욱 커지는 것으로 보고되고 있다[12]. 미국인과 일본인을 대상으로 불안·불확실성과 문화 간 의사소통의 관계를 조사한 연구에서도 불안·불확실성이 높을수록 의사소통이 비효과적인 것으로 나타났다[13]. 문화배경이 다른 외국인 환자와의 상호작용은 불안과 불확실성을 느끼게 할 뿐만 아니라 간호사에게 스트레스 요인으로 작용할 수 있다. 선행연구에 따르면 다른 문화 대상자와의 상호작용을 경험한 간호 대학생은 생소함, 불안함, 곤경, 감정기복과 같은 스트레스반응을 경험한 것으로 나타났다[5].

이와 같은 불안과 불확실성, 스트레스 반응은 그 자체로 문화역량에 영향을 미칠 뿐만 아니라 이에 대해 어떤 대처전략을 사용하

는가 하는 것 역시 문화역량에 영향을 준다[6]. 문화배경이 다른 대상자에 대한 이해와 소통하려는 개방적인 자세는 불안과 불확실성을 감소시킬 수 있으며[6], 문제해결 중심적, 갈등 회피적, 자립적 대처전략은 효과적인 적응을 돕는 것으로 알려져 있다[5]. 지금까지 문화역량의 영향요인으로 대처전략을 살펴본 선행연구들은 지극히 소수에 불과한데, 대처전략의 효과적인 사용을 통해 문화에 대한 가치와 견해의 변화, 차이 인식을 이끌 수 있기 때문에 문화역량의 영향요인으로 살펴볼 필요가 있다.

지금까지 국내에서 간호사를 대상으로 수행된 문화역량에 대한 선행연구를 보면, 국외에서 이론적 모형에 기초하여 문화역량을 살펴본 것과 달리 문화역량의 정도를 살펴보았거나[11,14], 문화역량을 측정하기 위한 도구 개발[15] 등의 연구로 문화역량에 대한 포괄적인 이해를 도모하기에는 제한점이 있다.

간호사의 문화역량을 지속적으로 개발하고 증진시키기 위해서는 이론적 모형에 기초하여 영향요인을 이해하는 체계적인 접근이 요구되며, 앞서 살펴본 바와 같이 불안·불확실성 관리이론에서 제시하고 있는 영향요인을 고려하여 살펴보는 것이 문화역량과 영향요인을 포괄적으로 이해하는데 유용할 것으로 여겨진다. 이에 본 연구에서는 불안·불확실성 관리이론을 기반으로 간호사의 문화역량에 영향을 미치는 요인을 규명하고자 한다.

구체적인 연구목표는 다음과 같다. (1) 대상자의 대처전략, 다문화 경험, 문화 간 불확실성, 문화 간 불안, 문화역량의 수준을 파악한다. (2) 대상자의 일반적 특성에 따른 문화역량의 차이를 파악한다. (3) 대상자의 대처전략, 다문화경험, 문화 간 불확실성, 문화 간 불안, 문화역량 간의 상관관계를 파악한다. (4) 대상자의 문화역량에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

방 법

1. 연구설계

본 연구는 간호사의 대처전략, 다문화경험, 문화 간 불확실성, 문화 간 불안이 문화역량에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 상관관계 조사연구이다.

2. 연구대상

연구대상자는 인천을 제외한 서울과 경기지역의 20개 상급종합병원에서 1년 이상 근무한 간호사로 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여할 것을 동의한 350명을 대상으로 하였다. 연구대상자 수는 G*Power ver. 3.1.3 (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Germany; <http://www.gpower.hhu.de/>)을 이용하여 유의수준 0.05, 검정력 0.95, 효과크기 0.15, 임의 예측변수 13개(연령, 성별, 결혼상태, 학력, 임상경력, 직위, 근무병동, 종교 유무, 간호한 외국인 환자 수, 대처전략, 다문화경험, 문화 간 불확실성, 문화 간 불

안)를 기준으로 최소 189명이 산출되었다. 병원별로 15명에서 20명의 대상자를 모집하여 350개의 설문지를 배부하였다. 총 311명의 설문지가 회수되었고, 불성실한 응답자를 제외하여 308명의 자료가 분석에 사용되었다.

3. 연구도구

1) 대처전략

대처전략(coping strategy)은 개인이 인지하는 현재 상태와 개인이 갈망하는 상태 간의 불일치로 발생하는 스트레스의 부정적 영향을 줄이거나 방지하기 위해 지속적, 순환적으로 노력하는 것으로 상황변화, 협상, 가치저하, 회피, 증상완화의 전략을 포함한다 [16]. 본 연구에서 대처전략은 Edwards와 Baglioni [16]이 개발한 사이버네틱 대처척도(Cybernetic Coping Scale)를 Brough 등[17]이 수정한 것을 사용하였다. 총 14문항의 6점 척도 도구로 상황변화, 협상, 가치저하, 회피, 증상완화를 통한 대처에 관한 문항으로 구성되어 있다. 점수범위는 14-84점이며, 점수가 높을수록 대처전략수준이 높음을 의미한다. 도구 사용에 앞서 도구저자에게 사용승인을 받았으며, 번역과 역번역과정 후 간호전공교수 3명과 간호대학원생 8명에게 내용타당도지수(content validity index, CVI)를 조사한 결과 CVI는 0.8 이상이었다. 원도구의 내적 신뢰도 Cronbach's α 가 0.79-0.88이었으며, 본 연구에서는 전체도구 0.88, 세부영역 0.52-0.93이었다.

2) 다문화경험

다문화경험(multicultural experience)은 다른 문화권에서 소요된 시간, 문화배경이 다른 대상자에 대한 태도 및 그들과의 상호작용 경험을 의미한다[7]. 본 연구에서 다문화경험은 Narvaez와 Hill [18]이 개발한 Multicultural Experiences Questionnaire를 이용하여 측정하였다. 번역과 역번역과정 후 CVI는 0.9 이상이었다. 총 9 문항의 5점 척도 도구로 점수범위는 5-45점이며, 점수가 높을수록 다문화경험이 많음을 의미한다. 도구 개발 당시 내적 신뢰도 Cronbach's α 가 0.80이었고[18], 본 연구에서는 0.83이었다.

3) 문화 간 불확실성

문화 간 불확실성(intercultural uncertainty)은 문화배경이 다른 대상자와 만남에서의 결과나 과거의 행동을 설명하는 예측능력에 대한 확신이 없는 것을 의미한다. 본 연구에서 불확실성은 Gudykunst와 Nishida [19]의 low and high-context measure of attributional confidence 도구를 Duronto 등[20]이 수정한 도구로 측정하였다. 총 10문항의 7점 척도 도구로 점수범위는 10-70점이며, 점수가 높을수록 불확실성을 많이 느끼는 것을 의미한다. 번역과 역번역 후 CVI는 0.9 이상이었다. Duronto 등[20]의 연구에서 원도구의 내적 신뢰도 Cronbach's α 가 0.88이었고, 본 연구에서는 0.94이었다.

4) 문화 간 불안

문화 간 불안(intercultural anxiety)은 문화배경이 다른 대상자와의 상호작용에서 편안하지 않고 긴장되며 걱정되어 앞으로 무슨 일이 일어날지 모르는 예측할 수 없는 우려의 감정이다[6]. 본 연구에서 불안은 Stephan과 Stephan [21]의 그룹 간 불안척도(Intergroup Anxiety Scale)를 Duronto 등[20]이 수정한 도구를 이용하여 측정하였다. 도구는 총 10개 문항의 7점 척도로 점수범위는 10-70점이며, 점수가 높을수록 문화 간 불안을 많이 느끼는 것을 의미한다. 내용타당도 검증결과, CVI는 0.9 이상이었다. Duronto 등[20]의 연구에서 내적 신뢰도 Cronbach's α 가 0.83이었고, 본 연구에서는 0.88이었다.

5) 문화역량

문화역량(cultural competence)이란 효과적인 의료서비스를 제공하고, 사람들의 문화적 신념과 행위 및 요구를 수용하기 위한 능력을 지속적으로 개발하고 개선하는 과정으로 문화적 인식, 문화적 지식, 문화적 민감성과 이를 수행하는 기술을 포함한다[22]. 본 연구에서 문화역량은 Chae와 Lee [15]가 개발한 한국 간호사의 문화역량 측정도구를 사용하여 측정하였다. 도구는 문화적 인식 6문항, 문화적 지식 7문항, 문화적 민감성 12문항, 문화적 기술 8문항의 총 33개 문항으로 구성되어 있으며, 점수범위는 33-231점이다. 개발 당시 도구의 내적 신뢰도 Cronbach's α 가 0.88-0.93이었으며, 본 연구에서는 전체도구 0.95, 세부영역 0.87-0.93이었다.

4. 자료수집

자료수집 기간은 2014년 5월 15일부터 6월 20일까지였으며, 자료수집을 위해 22개 상급병원 간호부에 전화연락을 하여 간호부서장에게 연구 참여에 대한 허락을 구하였다. 서울지역의 2개 병원에서 외국인 환자 진료를 많이 시행하고 있지 않다고 응답하여 총 20개 상급종합병원 간호사가 연구에 참여하였다. 연구자는 각 병원의 간호부에 연구의 내용과 목적을 설명하고 연구에 대한 허락을 얻었다. 간호부의 도움을 통해 연구 선정기준에 부합한 대상자를 선정하고 설문참여에 대한 동의를 구하였다. 설문지 배부 후 간호부에 반송봉투를 전달하여 작성된 설문지와 동의서를 설문지 배부 2주 후에 수거하였다.

5. 윤리적 고려

본 연구는 자료를 수집하기 전에 연구자가 소속된 기관의 윤리심사위원회의 심사와 승인과정을 거쳤으며(SNUIRB no. #1402/002-005), 자료수집 병원의 간호부에 허락을 받았다. 대상자에게는 연구 참여에 대한 동의 취득 후 설문지에 답변하도록 요청하였다. 연구 참여 동의서에는 대상자의 익명성과 비밀보장에 대한 설명을 포함하였으며 설문작성 중에도 연구 참여 중단을 원하는 경우 언제

든지 철회할 수 있음을 기술하였다. 설문 작성 후 연구 참여에 대한 사례품을 제공하였다. 통계분석을 위해 대상자 정보에 관한 자료를 모두 코드화하였고, 자료는 잠금장치가 있는 연구자의 개인 사무실에 보관하여 연구자 외에는 접근할 수 없도록 하였다. 동의서와 설문자료는 3년간 보관 후 분쇄하여 폐기할 예정이며 코드화된 자료는 최소한 5년간 보관한 후 삭제할 계획이다.

6. 자료분석

수집된 자료는 IBM SPSS Statistics ver. 21.0 프로그램(IBM Corp., Armonk, NY, USA)을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성, 연구변수에 대한 특징은 빈도, 백분율, 평균, 표준편차로 산출하였다. 측정변수의 점수는 평균과 표준편차로 산출하였으며, 측정도구의 신뢰도 검증은 Cronbach's α 값으로 분석하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 문화역량의 차이는 t-test와 analysis of variance (ANOVA)로 검정하였고, ANOVA 결과에서 유의한 변수는 사후검정으로 Scheffé test를 이용하였다. 측정변수 간의 상관관계는 피어슨 상관계수로 분석하였으며, 대상자의 문화역량에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 위계적 다중회귀분석을 실시하였다. 통계적 유의수준은 $p < 0.05$ 로 하였다.

결 과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 평균 연령은 31.11세로 성별은 여성이 306명(99.4%)이었고, 미혼이 197명(64.0%)이었다. 학력은 학사가 210명(68.2%)으로 가장 많았고, 임상경력은 평균 8.11년이었다. 대상자의 직위는 일반간호사 242명(78.6%)으로 가장 많았고, 근무병동은 내과 128명(41.6%), 외과 86명(27.9%), VIP 병동 30명(9.7%), 중환자실 11명(3.6%) 순으로 나타났다. 종교가 있는 대상자는 169명(54.9%)이었고, 간호한 외국인 환자 수는 약 5명이 32명(10.4%), 약 10명이 71명(23.1%), 약 20명이 77명(25.0%), 약 50명이 80명(26.0%), 약 100명 혹은 그 이상이 48명(15.9%)이었다(Table 1).

2. 대처전략, 다문화경험, 문화 간 불확실성, 문화 간 불안, 문화역량

대처전략의 평균점수는 3.70 ± 0.60 점, 다문화경험은 2.14 ± 0.56 점, 문화 간 불확실성은 4.16 ± 0.89 점, 문화 간 불안은 4.05 ± 0.88 점, 문화역량은 4.59 ± 0.75 점이었다(Table 2).

3. 연구대상자의 특성에 따른 문화역량의 평균 비교

대상자의 일반적 특성에 따른 문화역량의 평균점수를 분석한 결과, 문화역량은 결혼상태, 학력, 근무병동, 간호한 외국인 환자 수에 따라 유의한 차이가 있었다. 기혼자의 문화역량이 높았고($t = -2.38$,

$p = 0.018$), 학력이 높을수록 문화역량이 높았다($F = 6.89, p = 0.001$). 근무병동에 따른 문화역량은 VIP 병동과 중환자실 근무자의 문화역량 점수가 내과계 근무자보다 높았다($F = 5.42, p < 0.001$). 간호한 외국인 환자 수의 경우 약 100명 혹은 이상의 외국인 환자를 간호한 대상자의 점수가 약 5명의 외국인 환자를 간호한 대상자의 점수보다 유의하게 높았다($F = 3.21, p = 0.013$) (Table 3).

4. 문화역량과 대처전략, 다문화경험, 문화 간 불확실성, 문화 간 불안간의 상관관계

변수 간 상관관계를 분석한 결과 문화역량은 다문화경험($r = 0.412, p < 0.001$), 대처전략($r = 0.379, p < 0.001$)과 유의한 양의 상관관계를 보였다. 반면 문화 간 불확실성($r = -0.597, p < 0.001$), 문화 간 불안($r = -0.312, p < 0.001$)과는 유의한 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다(Table 4).

5. 문화역량에 영향을 미치는 요인

문화역량에 영향을 미치는 주요 변인을 확인하기 위해 문화역량

Table 1. General characteristics of participants (N = 308)

Characteristic	Category	Value
Age (yr)	20-29	151 (49.0)
	30-39	125 (40.6)
	≥ 40	32 (10.4)
	Overall	31.11 ± 6.24
Gender	Female	306 (99.4)
	Male	2 (0.6)
Marital status	Unmarried	197 (64.0)
	Married	111 (36.0)
Level of education	Associate degree	69 (22.4)
	Bachelor degree	210 (68.2)
	Master degree	29 (9.4)
Clinical experience (yr)	1-4	115 (37.3)
	5-9	111 (36.0)
	10-14	43 (14.0)
	≥ 15	39 (12.6)
	Overall	8.11 ± 6.01
Job position	Staff nurse	242 (78.6)
	Charge nurse	55 (17.9)
	Head nurse	11 (3.6)
Type of ward	Medical	128 (41.6)
	Surgical	86 (27.9)
	VIP	30 (9.7)
	Intensive care unit	11 (3.6)
	Other	53 (17.2)
Religion	Yes	169 (54.9)
	No	139 (45.1)
No. of cared foreign patients	5	32 (10.4)
	10	71 (23.1)
	20	77 (25.0)
	50	80 (26.0)
	≥ 100	48 (15.9)

Values are presented as number (%) or mean ± standard deviation.

에 유의한 차이를 보인 변수를 예측요인으로 하여 위계적 다중회귀분석을 시행하였다. 1단계로 개인적 특성인 결혼상태, 학력, 근무병동, 간호한 외국인 환자 수를 투입하였다. 분석결과 학력이 높고 외과, VIP 병동, 중환자실 병동 근무자이며, 간호한 외국인 환자 수가 100명 혹은 이상인 자의 문화역량이 높았고, 설명력은 11.6%였다($F=4.674, p<0.001$).

2단계로 개인적 특성과 대처전략을 투입하였다. 분석결과 1단계에서 유의한 변수였던 학력이 유의하지 않은 것으로 나타났다. 대

처전략이 문화역량에 유의한 영향을 주었으며, 설명력은 22.5%로 증가하였다($F=8.446, p<0.001$).

3단계에는 다문화경험을 추가하였고 분석결과 유의하게 나타났다. 2단계에서 유의했던 외과 근무자, 중환자실(intensive care unit) 근무자, 간호한 외국인 환자 수가 100명 이상인 자는 유의하지 않은 것으로 나타났으며, 기혼자는 유의한 변수로 나타났다. 2단계에서 유의했던 VIP 병동 근무자, 대처전략의 유의성은 유지되었으며, 3단계 모델의 설명력은 28.5%로 증가하였다($F=10.421, p<0.001$).

Table 2. Descriptive statistics of coping strategy, multicultural experience, cultural uncertainty, cultural anxiety, and cultural competence (N = 308)

Variable	Mean ± standard deviation	Possible range	Actual range
Coping strategy	3.70 ± 0.60	1-6	2.00-5.21
Multicultural experience	2.14 ± 0.56	1-5	1.22-4.89
Cultural uncertainty	4.16 ± 0.89	1-7	1.00-7.00
Cultural anxiety	4.05 ± 0.88	1-7	1.00-6.70
Cultural competence	4.59 ± 0.75	1-7	2.00-7.00
Cultural awareness	5.07 ± 0.92	1-7	2.00-7.00
Cultural knowledge	4.16 ± 1.01	1-7	1.86-7.00
Cultural sensitivity	4.76 ± 0.88	1-7	2.00-7.00
Cultural skill	4.36 ± 0.91	1-7	1.50-7.00

Table 3. Differences of cultural competence according to general characteristics (N = 308)

Variable	Category	No. (%)	Cultural competence		
			Mean ± standard deviation	t- or F-value	p-value
Age (yr)	20-29	151 (49.0)	4.50 ± 0.71	2.66	0.071
	30-39	125 (40.6)	4.66 ± 0.79		
	≥ 40	32 (10.4)	4.77 ± 0.76		
Gender	Female	306 (99.4)	4.60 ± 0.75	1.46	0.145
	Male	2 (0.6)	3.81 ± 0.26		
Marital status	Unmarried	197 (64.0)	4.51 ± 0.76	-2.38	0.018
	Married	111 (36.0)	4.73 ± 0.73		
Level of education	Associate degree ^a	69 (22.4)	4.33 ± 0.68	6.89	0.001 ^{a<b<c<c}
	Bachelor degree ^b	210 (68.2)	4.64 ± 0.75		
	Master degree ^c	29 (9.4)	4.88 ± 0.79		
Clinical experience (yr)	1-4	115 (37.3)	4.51 ± 0.74	1.09	0.353
	5-9	111 (36.0)	4.62 ± 0.74		
	10-14	43 (14.0)	4.61 ± 0.74		
	≥ 15	39 (12.6)	4.75 ± 0.84		
Job position	Staff nurse	242 (78.6)	4.63 ± 0.74	2.76	0.065
	Charge nurse	55 (17.9)	4.40 ± 0.78		
	Head nurse	11 (3.6)	4.86 ± 0.75		
Type of ward	Medical ^a	128 (41.6)	4.45 ± 0.70	5.42	<0.001 ^{a<b<c}
	Surgical	86 (27.9)	4.60 ± 0.74		
	VIP ^b	30 (9.7)	5.01 ± 0.87		
	Intensive care unit ^c	11 (3.6)	5.01 ± 0.49		
	Other	53 (17.2)	4.59 ± 0.58		
Religion	Yes	169 (54.9)	4.79 ± 0.81	0.06	0.950
	No	139 (45.1)	4.77 ± 0.88		
No. of cared foreign patients	5 ^a	32 (10.4)	4.44 ± 0.74	3.21	0.013 ^{a<b}
	10	71 (23.1)	4.47 ± 0.73		
	20	77 (25.0)	4.52 ± 0.75		
	50	80 (26.0)	4.66 ± 0.67		
	≥ 100 ^b	48 (15.9)	4.90 ± 0.87		

Table 4. Correlations between coping strategy, multicultural experience, cultural uncertainty, cultural anxiety, and cultural competence (N = 308)

Variable	Coping strategy	Multicultural experience	Cultural uncertainty	Cultural anxiety	Cultural competence
Coping strategy	1				
Multicultural experience	0.206 (<0.001)	1			
Cultural uncertainty	-0.262 (<0.001)	-0.354 (<0.001)	1		
Cultural anxiety	-0.060 (0.293)	-0.323 (<0.001)	0.361 (<0.001)	1	
Cultural competence	0.379 (<0.001)	0.412 (<0.001)	-0.597 (<0.001)	-0.312 (<0.001)	1

Values are presented as r (p-value).

Table 5. Factors associated with nurse’s cultural competence using hierarchical regression (N = 308)

Variable	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	B (SE)	p-value	B (SE)	p-value	B (SE)	p-value	B (SE)	p-value	B (SE)	p-value
Marital status										
Unmarried	Reference		Reference		Reference		Reference		Reference	
Married	0.094 (0.089)	0.101	0.098 (0.083)	0.067	0.128 (0.081)	0.013	0.136 (0.069)	0.002	0.129 (0.070)	0.004
Level of education										
Associate degree	Reference		Reference		Reference		Reference		Reference	
Bachelor degree	0.163 (0.100)	0.009	0.114 (0.094)	0.052	0.106 (0.090)	0.058	0.079 (0.078)	0.102	0.078 (0.078)	0.105
Master degree	0.159 (0.164)	0.013	0.104 (0.155)	0.086	0.102 (0.149)	0.079	0.126 (0.129)	0.012	0.125 (0.128)	0.013
Type of ward										
Medical	Reference		Reference		Reference		Reference		Reference	
Surgical	0.125 (0.101)	0.038	0.121 (0.095)	0.033	0.086 (0.092)	0.114	0.064 (0.079)	0.171	0.068 (0.079)	0.148
VIP	0.230 (0.145)	<0.001	0.220 (0.136)	<0.001	0.138 (0.137)	0.011	0.093 (0.118)	0.046	0.090 (0.118)	0.055
Intensive care unit	0.150 (0.229)	0.008	0.130 (0.215)	0.015	0.094 (0.208)	0.069	0.077 (0.179)	0.082	0.079 (0.179)	0.073
Other	0.093 (0.118)	0.118	0.073 (0.111)	0.189	0.040 (0.107)	0.459	0.043 (0.092)	0.351	0.047 (0.093)	0.311
No. of cared foreign patients										
5	Reference		Reference		Reference		Reference		Reference	
10	-0.050 (0.153)	0.562	-0.029 (0.143)	0.721	-0.051 (0.138)	0.508	0.012 (0.119)	0.861	0.016 (0.119)	0.811
20	0.012 (0.150)	0.893	0.029 (0.140)	0.717	-0.029 (0.136)	0.713	0.003 (0.117)	0.968	0.005 (0.117)	0.944
50	0.082 (0.150)	0.351	0.089 (0.140)	0.277	-0.010 (0.139)	0.899	0.022 (0.119)	0.752	0.026 (0.119)	0.706
≥ 100	0.167 (0.164)	0.035	0.158 (0.154)	0.033	-0.003 (0.162)	0.972	0.031 (0.139)	0.649	0.034 (0.139)	0.608
Coping strategy			0.335 (0.065)	<0.001	0.286 (0.063)	<0.001	0.192 (0.056)	<0.001	0.196 (0.056)	<0.001
Multicultural experience					0.299 (0.080)	<0.001	0.164 (0.071)	0.002	0.151 (0.073)	0.005
Cultural uncertainty							-0.471 (0.039)	<0.001	-0.456 (0.041)	<0.001
Cultural anxiety									-0.055 (0.040)	0.244
F-value (p-value)	4.674 (<0.001)		8.446 (<0.001)		10.421 (<0.001)		20.589 (<0.001)		19.331 (<0.001)	
Adjusted R ²	0.116		0.225		0.285		0.472		0.472	

SE, standard error.

4단계에서는 문화 간 불확실성을 추가로 투입하였다. 기혼, VIP 병동 근무자, 대처전략, 다문화경험의 유의성은 유지되었으며, 문화 간 불확실성은 문화역량에 유의한 부정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 4단계 모델의 설명력은 47.2%로 증가하였다($F = 20.589, p < 0.001$).

마지막 단계로 문화 간 불안을 투입하였고 분석결과 유의하게 나타나지 않았다. 4단계 모델에서 유의했던 VIP 병동 근무자가 유의하지 않게 나타났으며, 기혼, 석사학력, 대처전략, 다문화경험, 문화 간 불확실성의 유의성이 유지되었다. 5단계 모델의 설명력은 47.2%로 유지되었다($F = 19.331, p < 0.001$). 최종 모델에서 간호사의 문화역량에 영향을 미치는 요인은 문화 간 불확실성($B = -0.456, p < 0.001$), 대

처전략($B = 0.196, p < 0.001$), 다문화경험($B = 0.151, p = 0.005$), 기혼($B = 0.129, p = 0.004$), 석사학력($B = 0.125, p = 0.013$) 순으로 나타났다(Table 5).

고찰

본 연구는 간호사의 문화역량 영향요인을 파악함으로써 이를 토대로 문화역량 증진을 위한 중재 개발에 기초자료로 제공하고자 시도되었다. 이를 위해 인천을 제외한 서울과 경기지역의 20개 상급종합병원에서 1년 이상 근무한 간호사 350명을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 그 결과 간호사의 문화역량의 영향요인은 문화

간 불확실성, 대처전략, 다문화경험, 결혼 여부, 학력으로 나타났다.

본 연구결과 간호사의 문화역량은 7점 만점에 평균 4.59점으로 비교적 높게 나타났다. 세부영역별로 살펴보면, 문화적 인식, 문화적 민감성, 문화적 기술, 문화적 지식 순으로 높게 나타나 간호사들이 문화가 건강행위에 영향을 미친다는 것을 인식하고 있는 것에 반해, 이에 대한 지식과 기술 정도는 부족함을 확인하였다. 이러한 결과는 Hunter와 Krantz [23]의 연구, Lee 등[10]의 연구와 Chae 등 [11]의 연구에서도 동일하게 나타나 국내·외적으로 간호사의 문화적 인식과 민감성에 비해 지식과 기술이 낮음을 확인할 수 있었다. 이는 국내 간호사의 문화역량 증진을 위한 프로그램에 대해 고찰한 Son 등[24]의 연구에서 교육내용의 구성이 문화적 인식과 문화적 수용성, 태도에 대해서는 다소 강조되어 있는 반면, 문화적 지식과 문화적 기술 부분에 대해서는 상대적으로 부족함을 보고한 것과 같은 맥락이라고 볼 수 있다. 따라서 간호사의 문화역량을 증진시키기 위한 프로그램 개발 시 문화역량의 각 측면을 균형 있게 증진시킬 수 있는 방안이 고려되어야 할 것이다.

본 연구에서 간호사의 문화 간 불안은 7점 만점에 평균 4.05점으로 나타나 문화배경이 다른 환자를 간호할 때 비교적 높은 수준의 불안을 느끼고 있는 것으로 나타났다. 이는 의료진을 대상으로 의사소통과 문화 간 불안을 살펴본 연구에서 불안점수가 3.63점인 것과 비교하여 높은 수준이며[12], 간호 대학생을 대상으로 문화 간 불안을 살펴본 연구에서 불안 정도를 4.76점으로 보고한 것보다 낮은 수준이다[25]. 이러한 결과는 미국이 우리나라에 비해 다문화사회로의 변화가 일찍 시작되어 다양한 문화적 배경을 가진 대상자들과 접촉할 기회가 많았기 때문에 불안 수준이 낮게 나타난 것으로 볼 수 있으며, 간호 대학생의 경우 임상에서 근무하는 간호사에 비해 외국인 환자와 접촉한 경험이 부족하기 때문에 더 높은 불안 수준을 보인 것으로 해석된다.

본 연구에서 대상자의 일반적 특성에 따른 문화역량의 차이를 살펴보면, 학력이 높을수록, 간호한 외국인 환자 수가 많을수록 문화역량이 높게 나타났다. 이러한 결과는 Chae 등[11]의 연구와 Yang 등[9]의 연구에서 외국의료인 접촉경험이 많을수록, 다문화대상자 서비스 경험이 많을수록 문화역량이 높게 나타났다는 결과와 유사하다. 문화역량은 다문화 간호대상자에 대한 지식뿐만 아니라 다문화 인식과 민감성을 바탕으로 간호행위를 수행할 수 있도록 하는 지속적인 과정이기 때문에 다문화에 대한 경험과 관련된 요인들이 문화역량에 대한 차이를 가져온 것으로 생각된다[26].

본 연구에서 간호사의 문화역량은 다문화경험, 대처전략과 유의한 양의 상관관계를 보였고, 문화 간 불확실성, 문화 간 불안과는 유의한 음의 상관관계를 보였다. 이는 문화역량과 다문화경험이 유의한 양의 상관관계가 있다고 보고한 연구들과 유사한 결과이며 [9,11], 문화역량과 문화 간 불확실성, 불안과는 유의한 음의 상관관계를 보고한 연구들과 유사한 결과이다[14,20]. 한편, 문화 간 불확

실성과 불안이 대처전략과는 유의한 음의 상관관계를 보여, 적절한 대처전략을 사용한 경우 문화 간 불확실성과 불안을 낮출 수 있음을 시사한다고 여겨진다.

본 연구결과, 간호사의 문화역량의 영향요인은 문화 간 불확실성, 대처전략, 다문화경험, 결혼 여부, 학력으로 나타났으며, 전체 설명력은 47.2%였다. 즉 문화 간 불확실성이 낮을수록, 대처전략 수준이 높을수록, 다문화경험이 많을수록, 기혼자일수록, 석사학력자일수록 문화역량이 높아지는 것으로 나타났다.

먼저 간호사의 문화 간 불확실성이 높을수록 문화역량이 낮아지는 것으로 나타났다. 문화 간 불확실성은 다른 문화 대상자와의 상호작용과정에서 감정이나 태도를 예측하거나 설명할 수 있는 능력이 부족하거나 상대방의 문화에 대한 지식이나 경험이 부족한 경우 증가하게 되는데[6], 본 연구대상자에서 다문화경험 정도가 2.14점으로 낮은 수준으로 나타나고 있어 문화 간 불확실성이 높은 수준을 보인 것으로 여겨지며, 이로 인해 문화역량이 낮아지는 것으로 판단된다. Kai 등[27]의 연구에서 외국인 환자를 돌보는 간호사와 의사가 문화에 대한 이해와 민감성 부족으로 인하여 적절한 케어를 제공하지 못할 것이라는 불확실성을 느끼며, 이는 문화역량에 영향을 미치는 것으로 나타난 것과 유사한 결과이다. 문화 간 불확실성이 지식과 경험부족으로 나타날 수 있다는 점을 고려하여 이를 감소시킬 수 있는 방안이 모색되어야 한다. 즉 대상자의 문화적 전통, 신념, 가치 등에 대한 이해를 증진시키고, 상호작용을 위한 의사소통능력을 증진시키기 위한 다양한 교육과 기회를 제공해야 할 것이다. 이와 같이 대상자에 대한 이해와 민감성을 습득하는 것은 문화적 맥락이 상이한 대상자의 간호를 잘 수행할 것이라는 긍정적인 확신으로 이어져 문화역량에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 사료된다.

다음으로 간호사의 대처전략 수준이 높을수록 문화역량이 높아지는 것으로 나타났는데, 이는 다른 문화 대상자와의 상호작용에서 능동적인 대처전략을 사용하여 효과적인 적응을 이끌어 냈음을 보고한 선행연구와 일치하는 결과이다[5,28]. 문화배경이 다른 외국인 환자와의 상호작용은 간호사에게 스트레스로 작용할 수 있으며[29], 이는 문화역량에 부정적인 영향을 미친다는 선행연구를 고려했을 때[30], 능동적인 대처전략을 사용할 수 있도록 대처능력을 향상시키기 위한 노력이 스트레스를 감소시키는 방안뿐만 아니라 문화역량을 증진시키는 방안이 될 수 있을 것으로 여겨진다.

다문화경험에서는 간호사의 다문화경험이 많을수록 문화역량이 높게 나타났는데, 이는 선행연구와 유사한 결과이다. 외국 여행이나 체류 경험, 외국어 수강 경험, 다문화 교육 경험, 외국인 환자 간호 경험 등의 다문화경험은 문화적 인식을 높이는 데 영향을 주고, 외국인 환자에 대한 수용태도에 긍정적인 영향을 주어 문화역량에 영향을 미치는 것으로 생각된다.

개인적 특성 중에서는 결혼 여부와 학력이 문화역량의 영향요인

으로 나타났다. 결혼 여부에서는 기혼자에서 문화역량이 높게 나타났다는데, 이는 일부 선행연구에서 유의한 영향요인으로 나타나지 않아 상이한 결과를 보였다[11,14,29]. 문화역량에 영향을 미치는 개인적 특성은 직위[11], 연령과 근무경력[14] 등 다양하게 보고되고 있어 이에 대해 지속적인 연구를 통해 파악하는 것이 필요하다.

학력에서는 석사학력자일수록 문화역량이 높게 나타났다. 이는 학부와 대학원 교과과정에서 문화간호역량을 위한 학습내용을 연구한 Brennan과 Cotter [31]의 연구에서 학년이 올라갈수록 대학의 교과과정에서 문화간호에 대한 학습을 더 많이 하였다고 보고한 것과 같은 맥락으로 볼 수 있다. 즉 본 연구에서도 학력이 높을수록 문화간호에 대한 교육에 더 많이 노출되어 문화적 지식과 인식, 민감성 등을 함양할 수 있었고 이는 문화역량을 높이는 데 도움을 주었을 것으로 판단된다. 본 연구에서 구명된 간호사의 문화역량에 영향을 미치는 요인을 바탕으로 문화역량 증진을 위한 중재 프로그램 개발 시 문화역량의 각 측면을 포괄적으로 포함하는 것과 더불어 문화간 회복실성을 낮추고, 대처전략 수준을 높이는 방안 마련에 관심을 가질 필요가 있다. 이를 위해 타문화에 대한 다양한 경험에 노출될 수 있도록 기회를 확대할 필요가 있다. 특히 타문화에 대한 개인적 경험뿐만 아니라 전문적 경험에도 많이 노출될 수 있도록 해외연수와 같은 기회를 제공하는 등 개인적, 조직적 차원에서 노력이 필요하다고 본다. 또한 문화적 다양성에 대한 지속적인 교육이 필요하다. 지속적인 학습을 통해 타문화와의 공통점과 차이점을 인식하여 타문화에 대한 편견과 선입견이 감소될 수 있으며, 문화적 다양성을 고려한 간호 제공의 중요성을 인식하게 될 것이다. 이는 문화적 배경이 다른 대상자와의 상호작용 시 자신감으로 이어져 문화역량 증진에 긍정적인 영향을 주게 될 것이다[32].

본 연구는 간호사를 편의 표출하였기 때문에 연구결과를 일반화시키기에는 제한점이 있다. 또한 병원의 시스템적 자원의 측면에 대해서는 조사하지 못하였으므로 추후에는 개인적 차원뿐만 아니라 조직적인 차원까지 고려한 연구가 이루어져야 할 것으로 생각된다. 이를 통해 간호사의 문화역량을 증진시키기 위한 조직적인 차원의 대책 방안을 강구할 수 있을 것이다.

ORCID

Jung-Won Ahn: <https://orcid.org/0000-0001-5389-3189>; Hye-Young Jang: <https://orcid.org/0000-0003-0934-7679>

REFERENCES

1. Korea Health Industry Development Institute. Statistics on international patients in Korea 2016 [Internet]. Cheongju: Korea Health Industry Development Institute; 2017 [cited 2018 Feb 8]. Available from: <https://www.khidi.or.kr/board/view?pageNum=1&rowCnt=10&no1=705&linkId=221358&menuId=MENU00085&maxIndex=00002213589998&minIndex=00001758879998&schType=0&schText=&boardStyle=&categoryId=&continent=&country=>.
2. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *J Transcult Nurs* 2002;13(3):181-184. DOI: <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>.
3. Purnell L, Paulanka B. *Transcultural health care: a culturally competent approach*. Philadelphia (PA): F. A. Davis; 1998.
4. Papadopoulos I, Tilki M, Taylor G. *Transcultural care: a guide for health care professionals*. London: Quay Publications; 1998.
5. Ryan M, Twibell RS. Outcomes of a transcultural nursing immersion experience: confirmation of a dimensional matrix. *J Transcult Nurs* 2002; 13(1):30-39. DOI: <https://doi.org/10.1177/104365960201300106>.
6. Gudykunst WD. Anxiety/uncertainty management (AUM) theory: current status. In: Wiseman RL, editor. *Intercultural communication theory*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1995. p. 8-58.
7. Endicott L, Bock T, Narvaez D. Moral reasoning, intercultural development, and multicultural experiences: relations and cognitive underpinnings. *Int J Intercult Relat* 2003;27(4):403-419. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0147-1767\(03\)00030-0](https://doi.org/10.1016/S0147-1767(03)00030-0).
8. Choi H. Exploratory study on experience in multicultural and cultural competence of service providers in multicultural settings. *Ment Health Soc Work* 2011;37:405-439.
9. Yang SO, Kwon MS, Lee SH. The factors affecting cultural competency of visiting nurses and community health practitioners. *J Korean Acad Community Health Nurs* 2012;23(3):286-295. DOI: <https://doi.org/10.12799/jkachn.2012.23.3.286>.
10. Lee EJ, Kim YK, Lee H. A study on the cultural competence of community health practitioners. *J Korean Acad Community Health Nurs* 2012; 23(2):179-188. DOI: <https://doi.org/10.12799/jkachn.2012.23.2.179>.
11. Chae DH, Park YH, Kang KH, Lee TH. A study on factors affecting cultural competency of general hospital nurses. *J Korean Acad Nurs Adm* 2012;18(1):76-86. DOI: <https://doi.org/10.11111/jkana.2012.18.1.76>.
12. Ulrey KL, Amason P. Intercultural communication between patients and health care providers: an exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. *Health Commun* 2001;13(4):449-463. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327027hc1304_06.
13. Gudykunst WB, Nishida T. Anxiety, uncertainty, and perceived effectiveness of communication across relationships and cultures. *Int J Intercult Relat* 2001;25(1):55-71. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0147-1767\(00\)00042-0](https://doi.org/10.1016/s0147-1767(00)00042-0).
14. Park JS. Study on cultural competence of nurses working in general hospital [dissertation]. Daegu: Keimyung University; 2011.

15. Chae DH, Lee CY. Development and psychometric evaluation of the Korean version of the cultural competence scale for clinical nurses. *Asian Nurs Res* 2014;8(4):305-312. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.06.004>.
16. Edwards JR, Baglioni Jr AJ. The measurement of coping with stress: construct validity of the ways of coping checklist and the Cybernetic Coping Scale. *Work Stress* 1993;7(1):17-31. DOI: <https://doi.org/10.1080/02678379308257047>.
17. Brough P, O'driscoll M, Kalliath T. Confirmatory factor analysis of the Cybernetic Coping Scale. *J Occup Organ Psychol* 2005;78(1):53-61. DOI: <https://doi.org/10.1348/096317904X23754>.
18. Narvaez D, Hill PL. The relation of multicultural experiences to moral judgment and mindsets. *J Diversity High Educ* 2010;3(1):43-55. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0018780>.
19. Gudykunst WB, Nishida T. Attributional confidence in low-and high-context cultures. *Hum Commun Res* 1986;12(4):525-549. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1986.tb00090.x>.
20. Duronto PM, Nishida T, Nakayama SI. Uncertainty, anxiety, and avoidance in communication with strangers. *Int J Intercult Relat* 2005;29(5):549-560. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.08.003>.
21. Stephan WG, Stephan CW. Intergroup anxiety. *J Soc Issues* 1985;41(3):157-175. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1985.tb01134.x>.
22. Papadopoulos I. *Transcultural health and social care: development of culturally competent practitioners*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone; 2006.
23. Hunter JL, Krantz S. Constructivism in cultural competence education. *J Nurs Educ* 2010;49(4):207-214. DOI: <https://doi.org/10.3928/01484834-20100115-06>.
24. Son HM, Je MJ, Lee BJ. Integrative review on cultural competence of nurse. *Korean J Cult Arts Educ Stud* 2014;9(4):25-47. DOI: <https://doi.org/10.15815/kjcaes.2014.9.4.25>.
25. Quine A, Hadjistavropoulos HD, Alberts NM. Cultural self-efficacy of Canadian nursing students caring for aboriginal patients with diabetes. *J Transcult Nurs* 2012;23(3):306-312. DOI: <https://doi.org/10.1177/1043659612441023>.
26. Long TB. Overview of teaching strategies for cultural competence in nursing students. *J Cult Divers* 2012;19(3):102-108.
27. Kai J, Beavan J, Faull C, Dodson L, Gill P, Beighton A. Professional uncertainty and disempowerment responding to ethnic diversity in health care: a qualitative study. *PLoS Med* 2007;4(11):e323. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040323>.
28. Wong DF, Leung SS, So CK. Differential impacts of coping strategies on the mental health of Chinese nurses in hospitals in Hong Kong. *Int J Nurs Pract* 2001;7(3):188-198. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2001.00298.x>.
29. Kwon SA, Yang NY, Song MS, Kim NY. Healthcare workers' cultural competence and multi-cultural job stress. *J Korean Acad Soc Home Care Nurs* 2016;23(2):206-215.
30. Ko MS, Choi EH, Choi KO. A study on the relationship of cultural competence, self efficacy and job stress in nurses caring for hospitalized foreign patients. *J Korean Clin Nurs Res* 2016;22(1):68-77.
31. Brennan AM, Cotter VT. Student perceptions of cultural competence content in the curriculum. *J Prof Nurs* 2008;24(3):155-160. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2008.01.003>.
32. Peek EH, Park CS. Effects of a multicultural education program on the cultural competence, empathy and self-efficacy of nursing students. *J Korean Acad Nurs* 2013;43(5):690-696. DOI: <https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.5.690>.