

의료사회복지사의 문화적 역량 요인에 관한 탐색적 연구

김 여 진*
(한림대학교)

이 지 연
(제주한라대학)

조 선 희
(한림대학교 춘천성심병원)

본 연구는 국내의료사회복지사가 인지하는 문화적 역량의 현황 및 관련 요인에 관한 탐색적 연구이다. 문화적 역량을 문화적 이해 및 지식, 문화실천기술, 그리고 조직의 지지의 세 가지 하위측면으로 나누어 분석하였으며, 국내 의료사회복지사들에게 자기기입식 설문조사를 실시하여 총 187명의 자료를 분석하였다. t-검증과 ANOVA로 변인별 문화적 역량의 수준을 비교하고 다중회귀분석에 의하여 문화적 역량과 관련된 요인들을 탐색적 수준에서 조사하였다. 분석결과, 의료사회복지사의 문화적 역량의 수준은 문화적 이해 및 지식이 2.83, 문화실천기술 2.43, 그리고 조직의 지지가 2.32로 4점 척도에서 중간값을 상회하였다. 그리고 연령, 외국인 친구의 유무, 외국어 능력 수준, 다문화 사례담당 경험 여부, 다문화 관련 슈퍼비전의 경험 여부, 다문화 관련 교육의 필요성에 대한 인지 정도 등이 의료사회복지사가 인지하는 문화적 역량의 수준과 유의한 관계가 있었으며 특히 지역사회 다문화 서비스 기관을 파악하는 것이 중요한 변인임을 발견하였다. 분석 결과에서 의료사회복지사의 문화적 역량강화를 위해 경험을 쌓을 수 있는 교육 훈련이 필수적이라는 함의를 추론할 수 있었다.

주요용어: 문화적 역량, 의료사회복지사, 다문화사회, 의료사회복지

본 연구는 교육과학기술부의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 광역경제권 선도산업 인재양성사업의 연구결과입니다. 본 논문에 대한 귀한 조언을 주신 익명의 심사위원들에게 깊은 감사를 표합니다.

* 교신저자: 김여진, 한림대학교(k96jin@hallym.ac.kr)

■ 투고일: 2011.7.30 ■ 수정일: 2011.8.31 ■ 게재확정일: 2011.9.15

I. 서론

2010년 1월 기준 현재 우리나라에 거주하는 외국계 주민은 113만 9천명으로 주민등록인구의 2.3%정도이고, 최근 몇 년의 증가로 2009년에는 국제결혼이 약 33,300건에 이르러 총 혼인건수의 10.8%를 차지하는 등 현실적으로 한국도 이제는 다문화사회라는 인식이 높아지고 있다. 사회복지, 여성, 교육, 보건 등의 다양한 분야에서 이들 다문화 가족, 또는 결혼 이민자, 외국인 근로자, 유학생, 북한이탈주민 등의 외국 국적자나 외국문화의 클라이언트를 포함한 다문화 서비스 대상자에 대한 관심도 높아지고 있다. 특히 이들이 한국에서 사회적 적응에 어려움을 겪으며 사회경제적 취약계층이 되어가면서 (김연희, 2007) 이들에 대한 정부나 민간차원의 지원이 활발해 지고 있다. 따라서 다문화 서비스 대상자들에 대한 직접 서비스의 수요가 증가하였고 문화적 차이가 있는 클라이언트에게 효과적인 서비스를 제공하기 위해서 필요한 요인 중의 하나로 종사자의 문화적 역량이라는 개념을 중시하게 되었다.

사회복지의 실천¹⁾에서 문화적 역량은 필수적인 요소로 간주한다(Hendricks, 2003). 이민 역사가 긴 미국에서는 전미사회복지사협회(National Association of Social Workers: NASW)의 사회복지사 윤리강령(Code of Ethics)에서 전문직으로서 사회복지사는 문화적 다양성에 민감해야 하며 이 맥락에서 문화적 역량은 사회복지사의 주요 역량 중의 하나임을 선언했을 뿐더러, 별도로 문화적 역량의 기준(2001, NASW Standards for Cultural Competence in Social Work Practice)을 작성함으로써 문화적 다양성의 중요성을 강조하였다(Congress, 2004; Heydt & Sherman, 2005). 또한 2004년 학술지 Social Work 49권 1호에서는 사회복지분야의 다문화 실천과 지식 등에 대한 다양한 논문을 실어 다문화사회에서 사회정의를 구현하는 사회복지사의 역할을 특별히 부각시키고자 하였다(Marsh, 2004).

Marsh(2004)는 위의 학술지 서문에서 사회복지사의 문화적 역량은 세 가지 요소를

1) 역량(competency)은 “높은 성과를 창출한 성과자로부터 일관되게 관찰되는 행동특성을 말하며 조직구성원이 각자의 업무에 부여하는 지식, 기술, 태도의 집합체(안정선·윤정혜, 2011, p.355)”이며 “개인이 역할을 수행함에 있어 성공적인 결과를 가져오는 개인의 능력특성(안정선, 2009, p.68)”으로 정의를 내리는데 사회복지실천에서 역량은 사회복지의 전문성과 직결되어 논의되고 있다(Sallee, 2003). 따라서 사회복지교육분야에서는 효과적인 서비스를 제공할 수 있는 역량을 갖춘 사회복지사의 배출을 위한 교육방안 모색의 중요성을 강조하고 있다.

갖추는 것임을 강조하였다. 첫째는 사회복지사로서의 신념체계와 태도를 사정하고 이해하고 책임지는 것이고, 둘째는 다양한 개인과 그룹의 사람들에 대한 지식을 습득해야 하는데, 이것들은 한 번에 성취하고 끝나는 것이 아니라 지속적으로 다문화주의에 대해 학습하면서 갖추어 나가는 것을 의미하는 것이며, 셋째는 이러한 지식들을 기반으로 다문화주의의 지지자가 되어야 한다는 것이다. 그리고 실천 현장에서 다문화 클라이언트와의 관계에서 그들을 잘 이해하기 위해서는 그들의 문화적 배경을 제대로 파악하고 이들이 새로운 문화에 적응하면서 겪을 스트레스를 이해할 수 있어야 한다는 것이다(김연희, 2007; Timberlake & Cook, 1984).

일본의 경우, ‘다문화공생’ 정책을 추구하면서(주효진, 2008), ‘다문화 사회복지사’ 양성과정을 실시하여 클라이언트의 문화적 배경의 차이를 이해하는 전문가를 양성하고 문화적 역량을 갖춘 사람을 임용하거나 교육시키는데 주력하고 있다(고토우 마키, 2008). 국내에서도 사회복지사의 문화적 역량의 중요성을 인식하고 그에 대한 연구가 진행되고 있으나(김연희, 2007; 노충래·김정화, 2011; 이민영·김여진, 2009; 최소연, 2010; 최원희 외, 2008; 최혜지, 2011), 아직까지는 현장의 사회복지사들에게는 생소한 개념이다.

문화가 다른 클라이언트를 대상으로 서비스를 제공하는 기관 중 의료기관의 서비스는 그들의 건강과 직결되므로 이 분야 종사자의 문화적 역량은 효과적인 치료를 위한 중요한 요인임을 강조하고 있다(김연희, 2007). 특히 서비스의 접근성과 관련하여 문화적 역량을 갖추지 않으면 의료기관의 이용률이 줄어든다는 지적도 있다(Betancourt, et al., 2005; Brach & Fraser, 2000). 의료 서비스의 제공자와 이용자의 관계에서 제공자의 문화적 역량의 중요성을 연구한 학자들은(Campinha-Bacote, 2002; Flores, 2000) 의료기관 자체의 문화적 역량 외에도 종사자 개인차원의 문화적 역량의 중요성도 인식하게 되었고, 따라서 의료기관에 종사하는 사회복지사 역시 문화적 역량을 갖추는 것이 필요하게 되었다.

국내에서도 이주민의 증가와 함께 다문화 클라이언트의 의료기관 이용이 늘어날 것으로 기대할 수 있겠지만 현황은 다르다. 이주여성이나 외국인 근로자의 의료서비스에 대한 욕구가 높은 반면 실제 의료서비스의 이용은 활발하지 않은 것으로 밝혀졌다(보건복지부, 2009; 황두섭, 2010). 여기에는 제도적 한계나 경제적 이유가 가장 크게 작용했지만 현재 우리나라 의료기관의 문화적 역량 역시 간과할 수 없을 것이다. 특히 그

중에서도 가장 직접적으로 불편을 느끼는 의사소통의 한계 같은 서비스 접근성이 그 예일 것이다. 현재 의료기관을 이용하는 다문화 클라이언트가 경제적 혹은 심리사회적 어려움을 경험할 때는 병원이나 진료소와 같은 의료기관에서 임상치료팀의 일원으로 환자의 심리, 사회적인 문제들을 해결하도록 도와주고 환자와 가족에게 전문적인 사회복지 서비스를 제공하는 의료사회복지사에게 의뢰하여 도움을 요청하는 사례가 분명히 있다. 따라서 의료사회복지사들이 타문화 클라이언트를 대할 기회가 증가하고 있는 것이 현실이다(김여진 외, 2011).

문화적 역량에 관한 학문적 논의는 대부분 문화적 역량의 당위성이나 척도의 내용을 중심으로 담론적인 논의에 머무르고 있고, 현장의 종사자들을 대상으로 하는 경험적 연구가 그리 많지 않다. 경험적 연구는 국내 뿐만 아니라 외국에서도 아직까지 충분히 축적되어 있지 않다. 문화적 역량의 개념 정의도 다양하며 경험적 검증이 부족하기 때문에, 비록 문화적 역량에 대한 기본적인 내용이 유사하기는 하나(노충래·김정화, 2011), 경험적인 연구의 축적을 통한 이론적인 정립이 필요하다.

이에 본 연구는 사회복지사 중에서도 특별히 의료기관에서 서비스를 제공하는 의료사회복지사에 대한 경험적인 연구를 하려는 것이다. 그들이 인식하는 문화적 역량의 현황을 사회복지사의 특성별로 살펴보고, 이와 관련 있는 요인들이 무엇인지를 탐색하기 위한 자료를 조사, 분석하여 이 분야 종사자들의 문화적 역량 강화 방안을 찾아보고자 한다.

II. 이론적 배경 및 선행 연구

1. 문화적 역량의 개념과 영역

가. 문화적 역량의 개념

문화적 역량의 개념 정의는 학자들에 따라 다양할 뿐만 아니라 사회복지 외에 심리학, 의학, 경영학, 언론정보학, 교육심리, 간호학, 재활의학 등 여러 학문분과에서 다루는 주제다(Balcazar et al., 2009; Krentzman & Townsend, 2008). 문화적 역량의 정

의를 내릴 때, 다문화주의(Multiculturalism)의 개념을 어떤 관점에서 보는가에 따라 견해의 차이가 있을 수 있다. 가령 Fellin(2000)은 다문화주의를 세 가지 관점에서 설명하였다. 첫째는 문화적 다원주의(cultural pluralism)의 관점으로 모든 집단의 독자적인 “문화”의 다양성을 인정한다. 둘째는 주로 유색인종의 문화를 인정하는 접근을 취하고, 셋째는 억압받고 위기에 처해 있는 집단의 문화를 이해하는데 초점을 맞춘다. 이러한 여러 관점 중에서 사회복지 분야에 비교적 적합한 것은 다문화주의에 대한 두 번째 관점이라 할 수 있을 것이고 그 시각에서 볼 때 문화적 역량이란 소수인종 클라이언트의 문화는 물론 동시에 종사자 자국의 문화를 잘 아는 것(Norton, 1978, Johnson & Munch, 2009에서 재인용) 또는 소수민족의 문화에 민감한 실천(Schlesinger & Devore, 1995)이라 정의하기도 한다. 다문화주의를 확대 해석하면, 문화적 역량은 인종뿐 아니라, 성별, 장애, 성적 지향, 계급 등이 서로 다른 사람을 대할 때 그들의 문화를 이해하면서 실천에 임하는 능력 또는 지향이라 규정할 수도 있다(Gould, 1995).

대표적인 문화적 역량에 대한 개념규정의 예는 Cross et al.(1989, Johnson & Munch, 2009에서 재인용)이 제시한 다음과 같은 정의다. “문화적 역량이란 서비스 전달체계나 기관, 또는 전문가 집단에서 지정하여 이들이 다문화 상황에서 효과적으로 개입할 수 있도록 하는 일정한 행위, 태도, 정책(Johnson & Munch, p.222)”을 가리킨다. 이 개념 정의는 사회복지 분야에 적합한 정의라 할 수 있다. 김연희(2007)는 이를 “다문화적 환경에서 서비스 이용자의 문화와 실제적인 삶의 경험이란 맥락 안에서 서비스를 효과적으로 제공할 수 있는 능력(김연희, p.123)”이라고 정리하였다. Krentzman & Townsend(2008)는 Sue et al.(1982)와 전미사회복지사협회(2001)의 정의를 근간으로 하여 문화적 역량을 “본인과 다른 문화의 사람과 효과적으로 개입할 수 있는 신념 체계, 지식, 그리고 기술을 갖추는 것(Krentzman & Townsend, p.8)”이라 규정한다. 다양한 형태의 차이(difference)를 포괄적으로 수용하는 접근이며, 문화적 역량을 논할 때 다른 문화에서 이주해 오는 이들에 대한 차별을 부각시켜서 사회정의 문제를 간과할 수 없음을 강조하였다.

문화적 역량에 대한 다양한 정의에서 공통적인 것은, 종사자가 다른 문화의 클라이언트에게 서비스를 제공할 때 종사자 본인과 클라이언트의 상이한 문화적 배경에 대한 정확한 인식 및 이해를 갖추고, 클라이언트의 문화와 관련된 지식을 갖추며, 문화의 다양성에 민감한 실천기술을 가지고 개입을 해야만 효과적인 서비스를 제공할 수 있다는 것

이다(김민경, 2010; 주은선·이현정, 2010; Boyle & Springer, 2001). 이것을 사회복지 분야에 적용하면, 문화적 역량은 전문직의 윤리강령에서 강조하듯이, 전문직 종사자가 기본적으로 갖춰야 하는 역량의 하나로서 필수적인 것이다.

나. 문화적 역량의 영역

문화적 역량의 영역은 공통적으로 지식, 태도, 그리고 행동 또는 기술 등으로 나누어 논의하고 있다. 예를 들어 Schim et al.(2005)는 문화적 역량을 다양한 문화적 경험을 근간으로 한 지식, 태도, 그리고 행동으로 드러나는 역량이라고 정의하면서 문화적 역량의 구성요소를 1) 문화적 다양성(cultural diversity)이라는 현상, 2) 문화에 대한 지식을 근간으로 하는 문화적 인식(cultural awareness), 3) 개인의 문화에 대한 태도, 가치, 신념, 실천 등에 대해 인지하고 있는 문화적 민감성(cultural sensitivity), 그리고 4) 위의 세 가지 요소를 종합하여 실천에 적용하는 문화적으로 역량 있는 행동(cultural competence behaviors)으로 분류하였다.

Sue et al.(1992)의 3(특성:Characteristic)×3(측면:Dimension) 매트릭스 개념들에 의하면, 문화적 역량에는 1) 종사자 본인의 가정(assumptions), 가치관, 선입견에 대한 인지, 2) 타문화 클라이언트의 세계관에 대한 이해, 그리고 3) 적절한 개입전략 및 실천 기술을 개발하는 세 가지 특성이 있으며, 각각의 특성(characteristic)은 1) 신념과 태도(beliefs and attitudes), 2) 지식(knowledge) 그리고 3) 기술(skills)의 세 가지 측면(dimension)이 있다. 이 특성과 측면을 종합한 개념들이 다문화 클라이언트를 상담하는 상담자의 문화적 역량의 기준의 근간이 되었다. 특히 이 개념들의 세 가지 측면(dimension)은 문화적 역량의 논의에서 보편적으로 수용되고 있다(최혜지, 2011).

한편 Lum(2011)은 문화적 역량을 세 가지 수준으로 구분한다. 첫째는 종사자 개인 수준의 문화적 역량으로 본인의 가치관이나 문화적 다양성에 대한 태도 등을 이르는 것이다. 둘째 조직(기관) 수준은 조직 차원에서 종사자들이 문화적 역량을 갖출 수 있도록 체계적으로 인프라를 구축하거나, 관련 프로그램을 제공하는 것을 의미한다. 정책이나 기관의 물리적 환경 등에 나타나는 다문화 클라이언트에 대한 배려, 종사자들의 문화적 역량을 증진시키기 위한 교육, 더 나아가 타문화의 종사자를 고용 등이 조직차원의 문화적 역량의 예가 된다. 세 번째는 지역사회차원으로 차별, 배제 등을 지양하는 것이다.

대표적으로 의료서비스 체계에서 지역사회 차원의 차별을 없애고 문화적 다양성을 고려하는 서비스 전달체계를 정립하는 것이다. 국내에서도 사회복지분야의 문화적 역량을 논할 때, 김연희(2007)는 한국적 맥락에서 개인 인식, 지식, 기술의 세 영역을 구분하고 개인 실천가 차원, 전문직 차원, 서비스 기관 차원, 그리고 거시적 서비스체계 차원에서 별도로 함의를 구하였다.

Sue et al.(1982, Dranell & Kuperminc, 2006에서 재인용)은 앞서 논의했던 바와 같이 문화적 역량의 내용을 인식(awareness), 지식(knowledge), 및 기술(skills)의 세 가지 측면에 초점을 맞추어 규정했으나 동시에 조직 및 사회의 변화 역시 중시하였다. 이러한 조직의 변화에 대한 강조를 반영하여 Balzacar et al.(2009)은 문화적 역량의 1) 인지 관련 요인으로 지식과 인식을 통합한 문화적 이해 및 지식(Cultural awareness/knowledge), 2) 기술과 관련있는 문화실천기술(Skills development), 그리고 거기에 조직차원의 맥락을 더하여 3) 조직의 지지(organizational support)의 세 가지 영역으로 나누고, 이러한 이론적 틀에 기초하여 문화적 역량을 측정하는 척도(Cultural Competence Assessment Instrument, CCAI-UIC)를 개발하였다. 개인 종사자의 문화적 역량이 비록 개인 수준의 능력과 성향이지만, 여기에 조직의 지지에 대한 인식이 더해진다면 결국은 개인의 역량발휘가 더욱 가증될 수 있다는 장점이 있다. 그러므로 사회복지사의 문화적 역량을 경험적으로 측정하는 데서도 조직적 역량의 맥락을 포함시켜서 조직의 지지 또는 지원을 중요한 요인의 하나로 간주하는 것이 좀더 포괄적이라 본 것이다(Balzacar et al., 2009).

결국 문화적 역량을 갖춘다는 것은 다양한 문화적 배경을 가진 클라이언트를 대하는 태도 및 지식을 갖추고 있으며, 그것이 실천 기술로 연결되어 드러나는 것인데, 이것이 단지 개인에만 국한되는 것이 아니라 조직차원에서 역량을 갖춘다는 것도 내포한다고 보아야 할 것이다.

2. 의료기관의 문화적 역량

의료기관의 문화적 역량은 환자에게 양질의 의료서비스를 제공하는데 중요한 역할을 한다고 인식하고 있다(Doorenbos et al., 2005). 의료기관의 문화적 역량은 건강불평등과도 연결시켜 그 중요성을 강조하고 있으며(Brach & Fraser, 2000), 특히 의료기관이

문화적 역량을 갖추지 못해 이민자들이 치료를 받지 못하는 현상과 깊은 연관이 있다는 논지를 펴고 있다(Uba, 1992). 의료기관에서 문화적으로 다른 배경을 가진 환자의 문화를 이해하지 못함으로써 발생하는 문제의 예로, 어떤 소수인종 그룹에게 자주 발생하는 병에 대해 의료진이 알지 못해서 검사를 놓치거나, 약에 대한 반응의 차이점을 놓치거나, 그 문화의 전통으로 전해오는 대체의학에 대한 지식이 없어서 효과적인 치료를 못하는 등의 의학적 문제 외에, 의사소통 자체가 어려워져서 병의 진단에 차질이 생기는 경우도 있다. 환자의 언어로 된 설명서가 없든지, 서비스의 체계가 제대로 구축되어 있지 않는 것 역시 이런 환자들이 의료시설을 사용하는데 있어 체계적인 장애가 되기도 한다(Sakamoto, 2007). 이 중 원활한 의사소통은 환자의 치료를 위한 가장 중요한 요소이기 때문에, 미국의 경우 의료시스템에 원활한 언어소통을 포함하는 문화적 역량을 갖춘 것을 의무화하는 법령, 규정, 기준 등을 적용하기 시작하였다(Brach & Fraser, 2000).

우리나라에서는 2009 전국다문화가족조사(김승권 외, 2010)에 의하면 국내 다문화가족이 의료기관을 이용하면서 가장 힘들었던 점으로 의사소통의 어려움을 지목했고(김혜련, 2010), 그 외 국내 이주여성들을 대상으로 한 다른 연구(고진강·고선강, 2009; 현다운, 2011)에서도 의료서비스를 이용할 때 발생하는 가장 불편한 점으로 의사소통을 들었다. 현다운(2011)은 이주여성이 의료기관이나 약국을 방문할 때, 혼자가는 것과 한국말을 더 잘하는 사람과 동반하여 가는 상황을 비교해 보면 직원들이 대하는 태도가 다르다고 인식했으며 동반자와 갔을 때에 더 친절하였다고 응답했다는 보고를 하였다. 이는 결국 국내 의료기관에서 다른 문화 환자대상 서비스가 환자 본인들에게는 흡족하지 못하다는 것을 보여주는 것이다. 의료진의 경우도 고진강과 고선강(2009)은 언어장벽 및 차별이 결혼이민자에게는 부정적인 경험이 되는 반면, 의료인의 배려와 친절이 긍정적인 경험이 된다는 연구결과를 밝혔다. 의료기관 직원들의 문화적 역량이 중요함을 시사해 주는 결과라 할 수 있다. 따라서 의료사회복지사는 비록 직접적인 치료에 관여하지는 않지만, 환자 중 사회복지 서비스를 필요로 하는 클라이언트를 대상으로 의사소통을 통한 서비스를 제공하는 의료기관의 임상치료팀의 일원으로서 서비스의 질적 향상을 위해 문화적 역량을 갖추는 게 중요하게 된다.

3. 문화적 역량 요인에 관한 선행연구

문화적 역량에 관한 외국의 연구는 대부분 문화적 역량의 개념에 대한 설명 및 당위성(예. Allen-Mears, 2007; Balcazar et al., 2009; Davis, 2009)이나 척도(Green et al., 2005; Krentzman & Townsend, 2008; Ponterotto et al., 1994)에 대한 논의 중심의 주제를 다루어 왔고, 현장 사회복지사의 문화적 역량과 관련된 요인을 살펴보는 경험적 논문은 그리 많지 않다. 문화적 역량에 대한 논의들은 있으나, 경험적 연구가 부족한 것은 문화적 역량의 정의 자체에 대한 혼란이 아직도 있기 때문이다(Balcazar et al., 2009; Boyle & Springer, 2001; Davis, 2007; Krentzman & Townsend, 2008). 다른 한편, 문화적 역량을 갖춘 상담에 관한 연구를 하는 심리학 분야에서는 지금까지 주로 상담가의 관점에서 연구하였지 정작 클라이언트의 관점은 반영되어 있지 않다고 지적하였다(Pope-Davis et al., 2001).

문화적 역량과 관련된 요인에 대한 연구에서 공통적으로 논의해온 내용은 개인차원의 요인이다. 예를 들어 의료관광 유치기관 종사자의 개인차원의 문화적 역량을 조사한 연구(진기남 외, 2010)에서는 해외거주경험이나 외국어 구사능력이 있으면 문화적 역량이 높게 나왔다. 외국인과의 사회적 거리감에 관한 논의에서 지적한대로 다른 문화의 사람들과 접촉이 많으면 그만큼 거리감이 낮아지면서 문화적 역량을 습득할 수 있다는 것이다(Cronin, 2005; 김민경, 2010에서 재인용).

중요한 개인적 요인으로 논의되는 것 중 하나는 문화적 역량 훈련 또는 교육 경험이다. 예를 들어, 국내 교육학 분야에서 교사의 문화적 역량을 다루는 연구들이 있는데, 여기에서 강조하는 것이 교사들의 문화적 역량(또는 문화적 유능감)의 향상이고 이를 위해 관련 교육 및 훈련을 시켜야 한다는 것이다(모경환 외, 2010; 윤갑정·김미정, 2010). 또한 국내 다문화 상담 관련 종사자들의 현장 경험에 관한 연구에서도 다문화 관련 업무 수행을 위한 상담자 전문화 교육, 상담자 수준별 교육훈련, 그리고 다문화상담 역량 향상을 위한 교육 실시 등을 다문화 상담의 어려움을 극복하는 대처방안으로 지목하였다(주은선·이현정, 2010). Schim et al.(2005)은 미국과 캐나다의 도시 의료기관 종사자들을 대상으로 문화적 역량 관련 요인을 조사하였는데, 이 연구에서도 문화적 다양성에 대한 훈련을 받은 종사자와 교육수준이 높은 종사자가 문화적 역량 중에서도 문화적 이해도와 민감성에서 높은 수준을 보여 관련 교육 및 훈련이 중요하다고 논하

였다. 직업재활치료사들에 대한 연구에서도 마찬가지로 결과를 보였다(Suarez-Balcazar, 2009). 다른 연구에서도 다문화 관련 교육 경험이 있는 종사자들의 문화적 역량이 높다는 결과가 나왔다는 사실은(이민영·김여진, 2009; 진기남 외, 2010; 최원희 외, 2008; 최혜지, 2011), 문화적 역량 관련 교육의 중요성을 시사하고 있다.

그 외 문화적 역량에 영향을 미치는 요인에 대한 연구에서 Suarez-Balcazar et al.(2009)는 비록 사회복지사는 아니지만 휴먼서비스 종사자로서 재활치료사의 연령, 종사기간, 소수인종에 대한 서비스 제공 여부 등이 관련 있음을 밝혀냈다. 국내에서도 성별, 연령, 종사기간과 다문화 서비스 제공 여부에 따른 요인들을 살핀 연구들이 있는데(이민영·김여진, 2009; 최원희 외, 2008), 이중 다문화 서비스 제공 여부는 문화적 역량 수준과 정적 관계가 있음을 밝혔다. 이민영과 김여진(2009)의 연구에서는 남성이 여성보다 문화적 역량이 높았으나 최원희 외(2008)의 연구에서는 성별 차이가 없게 나왔다. 그리고 사회복지사가 아닌 교사나 심리상담사 및 대학생의 문화적 역량에 관한 연구(김민경, 2010; 민성혜·이민영, 2009; 주은선·이현정, 2010)에서 연령, 종사기간 등이 문화적 역량과 관련이 있다는 논의는 있었으나 아직 일관된 결과를 보여 주고 있지 않다. 결국, 개인차원의 요인에 대한 경험적 연구 및 검증이 아직까지는 국내외적으로 부족하기 때문에 관련 요인에 대한 조사는 탐색적 수준에서 시작할 필요가 있다.

이와 같이, 사회복지 종사자의 문화적 역량은 다문화 사회에서 중요한 실천 역량의 하나로서 강조하고 있으며, 이 중 의료사회복지사는 의료현장에서 서비스를 전달하는 특수성이 있는데, 의료기관을 이용하는 다문화 클라이언트가 증가하고 있는 현실임에도 불구하고 아직은 의료사회복지사의 문화적 역량에 대한 연구가 부족한 실정이다.

그러므로 본 연구의 주목적은 의료사회복지사들이 인지하는 문화적 역량의 실태를 조사하고 문화적 역량과 관련 있는 요인들을 일부나마 밝혀내는 탐색적인 성격의 기초 연구를 수행하려는 것이다. 거기에 기초하여 가능하면 문화적 역량을 강화하는 방안을 찾기 위한 기초조사라는 데서 그 의의를 찾으려 한다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상자

본 연구의 조사대상자는 대한의료사회복지사협회 회원²⁾인 국내 의료사회복지사이며 2010년 12월 대한의료사회복지사협회의 협조를 얻어 유의표집방법으로 추출한 표본에 대해 자기기입식 설문지를 배포하여 조사를 실시하였다. 대한의료사회복지사협회의 정회원과 준회원을 포함한 1,023명 중 대한의료사회복지사협회 추계 워크숍에 참여한 인원들에게 배포한 설문지 380부 중 209부를 회수하였고, 불성실하게 응답한 설문지 22부를 제외한 총 187명의 자료를 분석하였다.

2. 주요변수

가. 문화적 역량

의료사회복지사가 인지한 문화적 역량을 측정하기 위해 Suarez-Balcazar et al.(2008)의 Cultural Competence Assessment Instrument-UIC(CCAI-UIC)를 번역/역번역의 검증을 거쳐서 우리말본을 작성하는데 사용하였다³⁾. 이 척도는 휴먼서비스 종사자가 인지하는 종사자의 문화적 역량을 측정하는 척도로 앞서 논의했듯이, 문화적 역량을 세 가지 하위 영역으로 나누어 측정한다. 그 세 가지는 1) 문화적 이해 및 지식 (Cultural Awareness/Knowledge), 2) 문화실천기술(Skills Development), 그리고 3)

2) 대한의료사회복지사협회의 회원 기준에 의하면 정회원은 1) 사회복지사업법 시행령 제 23조의 규정에 의한 1급 사회복지사 자격증을 소지하고 의료사회사업 관련분야의 현직에 종사하고 있거나, 종사하였던 자와 2) 사회복지사업법 시행령 제 23조의 규정에 의한 1급 사회복지사 자격증을 소지하고 국내외에서 전문대학 이상의 교원에 임용되어, 의료사회사업(복지)의 교육 및 연구분야 현직에 종사하고 있거나, 종사하였던 자이며 준회원은 1) 정회원의 자격을 만족시키지 않으나, 사회복지사업법 시행령 제 23조의 규정에 따른 사회복지사 자격증을 소지하고, 의료사회사업 관련업무 및 교육, 연구에 종사하고 있거나 또는 종사하였던 자, 2) 본 협회의 인준을 받은 당해년도 의료사회복지사 수련과정에 있는 자, 3) 본 협회의 인준을 받은 의료사회복지사 수련과정을 이수하였으나, 의료사회복지사 자격을 취득하지 않은 자, 그리고 4) 협회에 등록된 의료기관에서 당해년도 정신보건사회복지사 수련과정에 있는 자이다(대한의료사회복지사협회, <http://www.kamsw.or.kr/>).

3) 이 척도는 이민영과 김여진(2009)의 보고서에서 번역작업을 한 척도이다.

조직의 지지(Organizational Support)이다. 첫째, 문화적 이해 및 지식 영역은 사회복지사 본인이 다문화 클라이언트의 문화에 대한 민감성, 편견, 존중여부, 그리고 정보와 지식 등에 대한 문항들로 측정하였다. 예를 들면 “나는 나의 문화적 배경과 이용자의 문화적 유산 사이의 차이점을 존중하고 가치있게 여기는데 민감하다”, “나는 서비스 제공자로서 나의 행동에 영향을 줄지 모르는 인종과 문화와 관련된 나 자신의 편견을 점검한다” 등의 문항을 포함한다. 둘째로 문화실천기술은 사회복지사가 본인의 실천기술을 다문화 클라이언트에게 적절하게 적용할 수 있다고 여기는 지를 알아보는 문항들로 접근하였다. “나는 나와 다른 문화를 가진 이용자와 언어로 소통하는 것을 잘한다”, “나는 나와 다른 문화적 배경을 가진 이용자와 비언어적 의사소통을 잘한다” 등이 거기에 해당하는 보기이다. 세 번째 영역인 조직의 지지는 종사자가 인지하는 조직차원의 문화적 역량의 요소를 측정하는 것으로 “문화적 역량은 내가 일하는 직장의 사명선언문, 정책과 전달과정에 담겨져 있다”, “나의 조직에서는 문화적 역량에 관한 지속적인 훈련을 제공하지 않는다” 등의 문항을 사용하였다. 각 하위영역 별로 8문항이 있으며, 모든 문항은 4점 척도이다. 본 연구에서 문화적 이해 및 지식 영역에 사용한 척도의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .651$, 문화실천기술의 것은 Cronbach's $\alpha = .672$, 조직의 지지 척도는 Cronbach's $\alpha = .783$ 이다.

나. 사회복지사 및 기관 변수

사회복지사의 특성에 관한 문항은 성, 연령, 학력, 자격증 소지, 종사기간, 직위, 고용형태 등의 인구사회학적 변수 외에 연구의 주제와 연관이 있는 사항으로 외국인 친구의 유무, 외국어 능력(주관적 판단) 등을 포함하였고, 추가로 다문화 클라이언트 사례 담당 여부, 다문화 관련 교육 및 슈퍼비전을 받은 본인의 경험 여부, 지역사회의 다문화 기관 파악 여부, 다문화 교육의 필요성에 대한 인식 등을 물었다. 그 외 현재 종사하는 기관의 종류, 운영주체, 기관규모, 사회사업팀의 소속, 사회복지사의 수, 지역 등을 조사하였다. 이 중 문화적 역량의 요인과 관련된 변수는 앞서 논의한 국내외 선행 연구(김민정, 2010; 이민영·김여진, 2009; 최원희 외, 2008; Suarez-Balcazar et al., 2009)에서 다룬 것들을 중심으로 분석하였다.

3. 분석방법

본 연구는 통계처리를 위해 SPSS 12.0을 활용하였다. 연구 대상자의 일반적 특성과 문화적 역량의 수준 등을 파악하는 데는 빈도분석을 비롯한 기술통계처리를 하였으며 대상자의 특성별 문화적 역량의 차이를 검토하기 위해서 t-검증과 ANOVA 분석법을 적용하였다. 마지막으로 문화적 역량과 관련된 요인을 종합적으로 탐색하기 위해서는 다중회귀분석을 실시하였다.

IV. 결과

1. 조사대상자의 일반적 특성 및 종사기관 특성

본 연구의 대상자인 의료사회복지사의 일반적 특성과 종사기관 특성은 다음 <표 1>과 같다.

표 1. 연구 대상자의 일반적 특성 및 종사기관 특성 (N=187)

분류	항목	빈도 (%)	분류	항목	빈도 (%)	
성별	남	24 (12.9)	기관종류	종합병원	89 (48.4)	
	여	162 (87.1)		대학부속병원	65 (35.3)	
연령	20대	87 (52.7)		병/의원(일반)	18 (9.8)	
	30대	53 (32.1)		병/의원 (외국인전용)	2(1.1)	
	40대 이상	18 (10.9)		재활/요양	5 (2.7)	
	50대 이상	7 (4.2)		기타	5 (2.7)	
	평균연령 (SD)	32.3(7.87)		운영주체	민간의료기관	147 (80.3)
학력	전문대졸	3 (1.6)			국공립의료기관	36 (19.7)
	대졸	85 (45.5)			기관규모	병상수 평균(SD)
	대학원재중	28 (15.0)		범위		0-803
	대학원 졸 이상	71 (38.0)	소속부서	독립부서	136 (76.8)	
자격증 소지	사회복지사 1급 있음	184 (98.4)		타부서	41 (21.9)	
	의료사회복지사 자격증 있음	118 (63.1)				

분류	항목	빈도 (%)	분류	항목	빈도 (%)
종사기간	연도 평균(SD)	6.5 (5.17)	사회복지사수	평균 (SD) 범위	3.86(3.03) 1-15명
			지역	대도시	109 (59.9)
직위	기관(시설장)	2 (1.1)		중소도시/도농복합	73 (40.1)
	중간관리자(과/실/팀)	32 (17.2)	외국인친구		있다 없다
	선임 사회복지사	28 (15.1)	해외체류 경험	있다 없다	131 (68.2) 59 (68.2)
	사회복지사	98 (52.7)		외국어 능력 ⁴⁾	상 중 하
	수련 사회복지사	25 (13.4)			
	기타	1 (0.5)			
고용형태	정규직	138 (75.0)			
	비정규직	46 (25.0)			

2. 다문화 서비스 경험 및 인식

다문화 서비스와 관련된 경험은 <표 2>에서 제시한 바와 같다. 비교적 많은 응답자(72.7%)가 서비스 제공의 경험이 있다고 응답하였다. 그러한 경험이 있는 응답자들은 서비스를 제공하는데 있어서 77.4%가 의사소통의 어려움을 느낀다고 응답하였다. 다문화 서비스 관련 교육이나 슈퍼비전의 경험은 적은 반면(각각 18.0%), 교육에 대한 욕구가 높았다(필요하다 이상 86.1%).

다문화 클라이언트의 사례담당 경험이 있다고 응답한 의료사회복지사들이 상대한 대상자로는 외국인 근로자(51.9%)가 가장 많았고 그 다음으로 15.1%가 결혼이민자였다. 다문화 클라이언트에게 서비스 제공시 느끼는, 그리고 사례 경험이 없을시 예상되는 가장 큰 어려움은 언어로 인한 의사소통의 문제(47.3%)였으나 그 외에 제한된 서비스 내용(22.3%)이나 보험문제(19.0%) 등이라고 응답하였다. 지역사회의 다문화 관련 기관들을 파악하고 있는지의 여부에 대해서는 40.3%가 파악하고 있다고 응답하여 72.7%가 다문화 서비스를 담당할 경험이 있는 것에 비해 지역사회의 다문화 서비스에 대한 파악은 적극적이지 않았다.

4) 응답자의 81.8%가 외국어로 영어를 꼽았다.

표 2. 응답자의 다문화 서비스 관련 경험 및 인식(N=187)

구분		N (%)	구분		N (%)
다문화 서비스	제공경험 있다	136 (72.7)	의사소통의 어려움	전혀 어려움이 없다	5 (3.5)
	제공경험 없다	51 (27.3)		어려움이 없는 편이다	27 (19.04)
	사례수 평균(SD)	10.8 (25.3)		어려움이 있는 편이다	81 (57.0)
	범위	1-250		매우 어려움이 많다	29 (20.4)
다문화서비스 대상자	결혼이민자	28 (15.1)	다문화관련 교육여부	평균 (sd)	2.94 (.73)
	외국인근로자	97 (51.9)		받음	33 (18.0)
	북한이탈주민	9 (4.8)	받지않음	154 (82.0)	
	외국여행자	3 (1.6)	다문화관련 슈퍼비전여부	받음	33 (18.0)
서비스 제공시 느끼는 어려움	언어로 인한 의사소통의 어려움	87 (47.3)	다문화 관련 교육의 필요성	받지않음	154 (82.0)
	문화의 차이로 인한 의사소통의 어려움	15 (8.2)		매우 필요하다	41 (21.9)
	보험문제	35 (19.0)	필요하다	120 (64.2)	
	제한된 서비스 내용	41 (22.3)	보통이다	24 (12.8)	
	다문화 관련 사전지식의 부족	3 (1.6)	필요하지 않다	2 (1.1)	
	어려움 없다	1 (0.5)	지역사회 관련기관 파악여부	파악하고 있음	75 (40.3)
	기타	2 (1.1)		파악하지 않음	111 (59.7)

3. 문화적 역량의 수준

의료사회복지사가 인식한 문화적 역량의 수준은 <표 3>과 같다. 문화적 역량의 세 가지 하위 구성요소인 문화적 이해 및 지식, 문화실천기술, 그리고 조직의 지지, 각각의 평균은 4점 척도에서 2.83(sd=.28), 2.43(sd=.31), 그리고 2.43(sd=.41)로 모두 중앙치를 상회하였다⁵⁾.

5) 선행연구 중 Suarez-Balcazar 외(2009)가 직업재활치료를 대상으로 한 연구에서는 각각 3.25(sd=.35), 3.08(sd=.39), 그리고 2.88(sd=.47)의 수준이었다.

표 3. 의료사회복지사의 문화적 역량 (N=187)

구분	문화적 이해 및 지식 (Cultural Awareness/Knowledge)	문화실천기술 (Skills Development)	조직의지지 (Organizational Support)
평균 (sd, 범위)	2.83(.28, 2.13-3.88)	2.43(.31, 1.63-3.88)	2.43(.41, 1.13-3.50)

주: 4점 척도

문화적 역량이 의료사회복지사의 특성에 따라 차이가 있는지를 t-검증 또는 ANOVA분석법으로 분석한 결과는 다음 <표 4>에 제시하였다. 우선 인구사회학적인 요인별로 보면 남성 종사자가 여성 종사자보다 문화실천기술의 수준이 더 높았으며 연령별로는 30대가 20대보다 조직의 지지 면에서 낮았다. 개인적인 다문화 경험과 관련해서는, 외국인 친구가 있으면 문화적 이해 및 지식, 문화실천기술, 조직의 지지 등 모

표 4. 응답자의 특성별 문화적 역량

구분			N	평균(sd)	t-value/F값
문화적 이해 및 지식	외국인 친구여부	친구 있음	99	2.88(.288)	3.004*
		없음	88	2.76(.256)	
문화실천기술	성별	남	24	2.57(.388)	2.529*
		녀	162	2.41(.286)	
	외국인 친구여부	친구 있음	99	2.51(.306)	4.034***
		없음	88	2.34(.278)	
	해외체류경험	경험 있음	129	2.46(.323)	2.191*
		없음	57	2.35(.245)	
외국어 능력	상	6	2.56(.342)	7.836*** (사후검증 중>하, p=.001)	
	중	84	2.51(.339)		
	하	87	2.33(.254)		
조직의 지지	연령	20대	87	2.41(.449)	4.366* (사후검증 20대>30대, p=.025)
		30대	53	2.21(.379)	
		40대 이상	25	2.31(.379)	
	외국인 친구여부	친구있음	99	2.39(.389)	2.360*
없음		88	2.26(.431)		

주: *p<.05. ***p < .001

든 영역에서 그렇지 않은 종사자보다 점수가 높았으며, 해외 체류 경험이 있는 종사자가 문화실천기술의 점수가 더 높았다. 외국어 능력의 수준이 높을수록 문화실천기술의 수준의 점수가 높았다. 외국인 친구의 유무나 해외여행 경험, 언어능력 등의 외국문화 관련 요인들은 선행연구에서도 문화적 역량과 유의하게 관련있는 요인으로 밝혀진 바 있다(진기남 외, 2011; 최혜지, 2011).

의료사회복지사의 특성 중 업무와 관련된 요인과 기관특성 요인을 비교하면(<표 5> 참조), 다문화 클라이언트를 대상으로 서비스를 전달한 경험이 있는 사회복지사의 문화적 역량 점수가 그런 경험이 없는 사회복지사보다 문화적 이해나 지식, 문화실천기술 영역에서 더 높았다. 지역사회에 다문화 서비스 제공 기관을 파악하고 있는 의료사회복지사는 그렇지 않은 의료사회복지사보다 하위분야 모두에서 점수가 높았다⁶⁾. 다문화 관련 슈퍼비전을 받은 경험이 있는 사회복지사가 그렇지 않은 사회복지사보다 조직의 지지 분야에서 문화적 역량의 점수가 높았다. 의료사회복지사가 종사하고 있는 기관이 대도시에 위치해 있으면, 중소도시/도농복합지역에 위치해 있는 기관의 종사자들 보다 문화적 역량의 점수가 높았고, 사회사업팀이 다른 부서 산하에 있지 않고 독립부서로서 있는 곳에 종사하고 있는 의료사회복지사들의 문화적 역량의 점수가 높았다. 기관의 종류나 규모보다는 사회복지사의 수와 문화적 역량 간에 정적 관계가 드러났다⁷⁾. 세 가지 변인 모두 공통적으로 조직의 지지 차원에서 문화적 역량의 점수가 높은 것은 조직의 지지에 대한 종사자들의 인식이 기관의 특성과 밀접하게 관련이 있다는 반증으로 간주 할 수 있을 것이다.

6) 연계사업의 내용은 사업 및 프로그램, 공동사업추진, 클라이언트 의뢰와 같은 통합사례관리, 인적자원교환, 물적자원교환 등이 있다.

7) 사회복지사의 수와 문화적 역량의 상관관계 분석 결과, 의료사회복지사의 수와 조직의 지지($r=.287, p<.001$)가 각각 통계적으로 유의한 관계를 보였다.

표 5. 다문화 서비스 관련 및 기관 특성에 따른 문화적 역량

구분			N	평균(sd.)	t-value
문화적 이해 및 지식	다문화서비스제공 경험여부	있음	136	2.86(.292)	2.804**
		없음	51	2.73(.221)	
	다문화 서비스 기관 파악 여부	파악	75	2.90(.272)	3.202***
		파악하지 않음	111	2.77(.273)	
문화실천기술	다문화서비스제공 경험여부	있음	136	2.46(.325)	2.278*
		없음	51	2.35(.226)	
	다문화 서비스 기관 파악 여부	파악	75	2.53(.347)	3.735***
		파악하지 않음	111	2.36(.255)	
조직의 지지	다문화 서비스 기관 파악 여부	파악	75	2.41(.371)	2.252*
		파악하지 않음	111	2.27(.435)	
	다문화 슈퍼비전 여부	받음	33	2.53(.452)	3.254***
		받지 않음	151	2.29(.382)	
	기관 지역	대도시	109	2.39(.365)	2.800*
		중소도시/도농복합	73	2.22(.453)	
소속부서	독립부서	136	2.35(.398)	2.377*	
	타부서소속	41	2.18(.423)		

주: *p<.05 **p < .01. ***p < .001

4. 문화적 역량과 관련된 요인

의료사회복지사의 문화적 역량과 관련된 요인들을 탐색적으로 분석하기 위해 다중회귀분석을 실시한 결과는 <표 6>과 같다. 문화적 역량의 하위변인별로 보는 것이 유의미하기 때문에 세 가지 하위변인별로 분석하였다. 문화적 역량의 요인과 관련된 변수는 국내외 선행 연구(김민정, 2010; 이민영·김여진, 2009; 최원희 외, 2008; Suarez - Balcazar et al., 2009)에서 다른 성별, 연령, 외국인 친구여부, 외국어 수준, 다문화 서비스 제공경험여부, 다문화 서비스 기관 파악 여부, 다문화 슈퍼비전 여부, 다문화 교육 여부, 다문화 교육 필요성, 기관의 지역, 사회복지사 등을 중심으로 분석하였다. 연령의

변인은 연령별로 비교했을 때 연령과 문화적 역량이 선형관계가 아니기 때문에 연령대 별로 이변량 변인을 투입시켜 분석하였다. 분석모델 각각의 적합성은 F값이 통계적으로 유의미하게 나타나 적합한 것으로 간주하였다.

의료사회복지사가 인식한 문화적 역량 중 문화적 이해 및 지식과 관련된 요인을 다중회귀분석한 결과, 다문화 사례를 담당한 경험이 있는 종사자($\beta = .174, p < .05$)와 문화와 관련된 교육의 필요성의 인지도가 높은 사회복지사($\beta = .248, p < .01$)의 문화적 이해 및 지식 분야의 점수가 상대적으로 더 높았다. 비록 .10의 수준의 유의도이므로 미약하지만, 외국인 친구가 있는 종사자($\beta = .161, p < .10$)와 종사하는 기관이 대도시에 위치해 있는 사회복지사($\beta = .165, p < .10$)의 문화적 이해 및 지식의 역량수준도 그렇지 않은 대상자보다는 비교적 높은 편이라 할 수 있을 것이다.

문화적 역량의 하위 영역 중 문화실천기술과 관계있는 요인으로는 외국인 친구가 있고($\beta = .240, p < .01$), 외국어 능력의 수준이 높으며($\beta = .206, p < .05$), 지역사회에 있는 다문화 관련 서비스를 파악하고 있다는 것($\beta = .210, p < .05$)이 유의미한 점수 차이를 보였고, 40대 이상의 종사자가 30대 종사자보다 문화실천기술 분야의 점수가 유의미하게 더 높았다($\beta = .195, p < .05$). 역시 .10의 유의도이지만, 남성이 여성보다 문화실천기술의 점수가 상대적으로 높았다($\beta = .154, p < .10$). 다만, 성별 차이에 대한 해석은 조심해야 할 것으로 보이는데, 우선 응답자 중 12.9%만이 남성인 데다, 비록 통계적으로 유의하지는 않았으나, 문화의 지식이나 이해, 그리고 조직의 지지에서는 회귀계수상으로 오히려 남성이 여성보다 낮은 점수를 얻었으며 선행연구에서는 성별차이에 대한 결과가 일관성이 결여되어 있다는 점 등을 고려해야 할 것이다.

문화적 역량 중 조직의 지지와 관련 있는 요인으로 밝혀진 것은 지역사회와의 다문화 서비스 제공기관에 대한 파악여부($\beta = .248, p < .01$), 종사자가 다문화 관련 슈퍼비전을 받은 경험($\beta = .221, p < .01$), 대도시에 위치한 소속기관($\beta = .167, p < .05$), 그리고 소속기관의 사회복지사가 많은 조직($\beta = .254, p < .01$) 등이었다. 연령 요인도 차이를 보이고 있는데, 40대 종사자가 30대보다 조직의 지지 부문 점수가 더 높게 나왔다($\beta = .183, p < .05$).

표 6. 의료사회복지사의 문화적 역량과 관련된 요인

구분	문화적 역량					
	지식/이해		문화실천기술		조직의 지지	
	B(S.E)	β	B(S.E)	β	B(S.E)	β
상수	1.986(.203)***		2.005(.211)***		1.540(.269)***	
성별	-.011(.076)	-.012	.149(.079)	.154+	-.004(.100)	-.004
연령 (20대)	.064(.055)	.108	-.059(.057)	-.091	.081(.073)	.101
연령 (40대 이상)	.066(.078)	.077	.181(.081)	.195*	.212(.103)	.183*
외국인 친구여부	.096(.051)	.161+	.154(.054)	.240**	.079(.068)	.099
외국어 능력 수준	.027(.052)	.052	.132(.054)	.206*	-.002(.069)	-.003
다문화 사례경험여부	.081(.058)	.174*	.075(.060)	.103	.023(.077)	.025
다문화 기관과약여부	.126(.052)	.119	.137(.056)	.210*	.203(.072)	.248**
다문화 슈퍼비전여부	.035(.065)	.047	.011(.067)	.014	.224(.085)	.221**
다문화 교육여부	.042(.061)	.057	.039(.063)	.049	.108(.080)	.108
다문화 교육필요성	.119(.038)	.248**	-.011(.040)	-.022	.059(.051)	.091
지역 (대도시=1)	.099(.051)	.165+	.057(.053)	.088	.136(.068)	.167*
사회복지사수	.003(.008)	.035	-.001(.008)	-.008	.032(.011)	.254**
R ²	.216		.274		.248	
Adj. R ²	.143		.208		.178	
Model F	2.981***		4.099***		3.556***	
VIF Range ⁸⁾	1.039-1.262		1.039-1.262		1.039-1.262	

주: +p < .10, *p < .05 **p < .01. ***p < .001

8) 김두섭과 강남준(2000)은 다중공선성을 파악하기 위해 VIF값을 볼 때 10을 넘지 않으면 변수간의 다중공선성의 문제는 없는 것으로 본다. 본 연구에서 독립변수들 간의 다중공선성을 파악하기 위해 확인한 결과, 모든 변인에서 VIF값이 10을 넘지 않아 다중공선성의 문제는 없었다.

종합적으로 볼 때, 지역사회의 다문화 관련 서비스를 제공하는 기관을 파악하는지의 여부, 외국인 친구의 유무, 다문화 클라이언트 사례 담당 등의 경험, 다문화 관련 슈퍼비전의 경험 등과 종사하는 기관이 위치한 지역이 의료사회복지사가 인지하는 문화적 역량과 밀접한 관계가 있는 것으로 간주할만한 결과를 얻은 셈이다. 이런 내용은 이제 결론 및 제언에서 더 자세히 논의하기로 한다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 의료사회복지사가 인지하는 자신들의 문화적 역량에 관한 연구로서 특별히 다문화 클라이언트의 증가로 예기치 못한 변동을 경험하고 있는 한국사회에서 이용 욕구 및 이용 빈도가 높은 의료기관에 종사하는 사회복지사들의 문화적 역량의 현황을 그들의 특성별로 파악하고 이들 의료사회복지사의 문화적 역량과 관련 있는 요인들을 분석적으로 탐색하고자 하였다.

분석 결과, 사회복지사의 문화적 역량의 수준은 문화적 이해 및 지식이 2.83, 문화실천기술은 2.43, 그리고 조직의 지지는 2.32로 4점 척도에서 중간값을 상회하는 결과가 나왔다. 문화적 역량 수준의 차이를 개별 특성별로 비교했을 때, 외국인 친구의 유무, 외국어 수준, 해외체류경험 등의 변수가 문화적 역량의 수준과 정적 관계가 있으며, 다문화 서비스를 제공한 경험, 지역사회 다문화 서비스 제공 기관의 파악 여부, 그리고 다문화 관련 슈퍼비전을 받은 경력에서 문화적 역량의 차이를 보였다. 또한, 종사하고 있는 기관이 위치한 지역, 사회사업팀의 독립성, 그리고 기관에 종사하는 사회복지사의 수에 따라 문화적 역량에서 차이를 보였다.

이들 요인들의 의미를 종합적으로 파악하기 위해 각 하위영역별로 다중회귀분석을 시도한 결과, 하위 영역별로 몇 가지 유의한 요인들을 발견할 수 있었다. 먼저, 문화의 지식과 이해와 관련해서는, 다문화 사례를 담당한 경험이 있거나, 다문화 관련 교육의 필요성을 높이 인지하는 것이 중요한 요인으로 드러났다. 비록 통계적인 유의수준에는 한계가 있었지만, 외국인 친구가 있거나 종사기관이 도시에 있으면 문화의 지식과 이해 측면의 문화적 역량의 수준에서 약간의 차이를 보였다 이와 같은 결과는 문화적 역량에 있어서 인지적인 영역은 아무래도 클라이언트와 접촉할 기회라든지 혹은 가능하면 외국

인 친구가 있다든지 해서 타문화에 대한 어떤 직접적인 경험을 갖는게 유의한 관계가 있을 것이라는 점을 시사한다.

다음으로, 실천기술과 관련된 문화적 역량의 수준은 외국인 친구의 유무, 본인의 외국어 실력, 그리고 종사자가 지역사회에 다문화 서비스 기관을 파악하고 있는지의 여부와 유의한 관계가 있었다. 지역사회의 다문화 서비스 제공 기관에 대한 정보나 지식이 긍정적인 관계를 보인 것은, 매우 중요한 함의를 암시하는데, 문화적인 역량의 고취를 위해서는 지역사회의 자원에 대해 잘 알고 있어야 한다는 것이다. 이에 대해서는 추후 다시 논의하겠다. 40대 이상의 종사자가 30대 이상의 종사자보다 통계적으로 유의하게 역량의 점수가 높는데, 40대 이상 종사자들의 61.1%가 중간관리자 이상의 직위에 종사하는 데 반해, 30대는 20.8%가 중간관리자이고 87.3%가 선임 사회복지사나 일반 사회복지사라는 것이 자료에서 드러난다. 그렇다면 중간관리자가 현장 경험이 많은 관계로 자신들의 문화적 역량의 수준을 상대적으로 더 높게 인지하는 것으로 해석할 수 있을 것이다. 다만 연령별 차이는 학력, 경력, 직위, 기타 복합적인 사회인구학적 변수의 영향을 받는 현상이므로 단순한 의미부여는 조심스러울 수밖에 없다. 따라서 문화적 역량과 관련된 교육을 실시할 때 여러 가지 요인들과 함께 고려해야 할 사안임을 시사한다 하겠다.

그리고 종사하는 기관에서 일하는 사회복지사의 수, 다문화 관련 슈퍼비전을 받은 경험, 지역사회의 다문화 관련 기관에 대한 파악, 그리고 기관이 대도시에 위치하는지의 여부가 조직의 지지라는 문화적 역량의 수준과 관련이 있는 요인이라는 결과가 나왔다.

이상과 같은 본 연구의 결과에서 다음과 같은 몇 가지 정책적인 함의를 도출할 수 있다.

첫째, 의료사회복지사의 문화적 역량을 강화하기 위해서는 우선 개인 차원에서 다양한 문화를 접할 기회를 가질 수 있도록 하는 것이 중요할 것이다. 외국인 친구가 있거나 해외여행을 다녀온 경험이 있는 것이, 그리고 어느 정도의 외국어 구사능력을 구비하는 것이 문화가 서로 다른 클라이언트를 대할 때 그들의 차이에 대한 두려움을 덜어 주고 다른 문화에 대한 열린 태도로 임할 수 있도록 하는데 유리할 것이기 때문이다. 국내 초등학생들이 다문화 가정의 자녀들과 접촉이 많을수록 그들과의 사회적 거리감이 낮아지는 현상(청소년희망재단, 2008)에서 그러한 가능성을 찾아 볼 수 있다. 또한 다문화 관련 사례를 담당할 경험이 있는 종사자들이 그런 경험이 없는 종사자들보다 지식

면에서 역량수준이 높은 것은, 결국 그러한 경험이 쌓일수록 문화적으로 다른 클라이언트를 대상으로 서비스를 제공할 때 필요한 문화적 역량을 강화할 수 있음을 시사한다. 다만, 여기서 유의해야 할 점은 이것을 전적으로 종사자 개인의 책임으로 간주하기 보다는 이를 위한 체계적인 사회적, 정책적 지원이 필요하다는 것이고, 사회복지사를 대상으로 문화적 역량 강화 교육을 실시할 때에도 이러한 점들을 고려하여 반영할 필요가 있을 것이다. 다문화 실천인력을 대상으로 한 연구(최혜지, 2011)에서도 이러한 개인적 경험이 문화적 역량과 유의한 관계가 있으므로 문화적 역량 강화 교육에 이를 반영해야 한다고 제안하였다. 또한 문화적 역량은 사회복지사들이 종사하는 기관의 조직적 맥락에서도 진작시킬 여지가 많다는 점을 이 지점에서 밝히고 곧 이어 조직차원의 토론에서 다시 자세히 언급하고자 한다.

둘째, 지역사회 내에서 다문화 서비스를 제공하고 있는 기관을 파악하고 있는지의 여부가 종사자의 문화적 역량, 특히 실천기술과 밀접한 관계를 보여주는 중요한 요인의 하나라는 점은, 다문화 관련 서비스의 효과적인 제공을 위해서는 지역사회 자원에 대한 파악이 중요하다는 선행연구의 결과를 지지함과 동시에 그 중요성을 다시 한번 부각시키게 된다. 지역사회 관련 서비스 제공 기관을 파악하는 능력은 한국 사회복지 실천 현장의 기본 실천기술을 조사한 연구(엄명용, 2005)에서 지적한 지역사회조직기술에 해당되는 것이며 사회복지사의 지역사회서비스의 주요 실천 과업의 하나로서(조성우, 2007), 사회복지사라면 기본적으로 갖추어야 하는 역량에 다름 아니다. 병원의 경우 사회복지시설이나 장애인복지관에 비해 지역사회조직기술의 활용도가 낮았으나(엄명용, 2005), 다문화 클라이언트를 대상으로 서비스를 제공할 때에는, 그 중요성이 더 높아질 수 있다. 의료사회복지사가 다문화 클라이언트에게 서비스를 제공할 때 가장 어려운 것 중의 하나가 의사소통의 문제라고 지목했듯이 언어의 차이로 인한 의사소통이 우선적으로 해결되어야 하는 상황이다. 가장 이상적인 것은 병원 내에 통역 서비스를 갖추는 것이나, 현실적으로 클라이언트와 동반한 사람을 통해 의사소통을 하거나, 구축되어 있지 않은 병원내의 통역 서비스 대신 지역사회 내의 다문화가족 지원센터라든지 외국인 근로자 지원센터 등의 통역 서비스에 의뢰를 하게 되므로, 원활한 서비스의 제공을 위해서는 지역사회 내에 전문적인 지원을 받을 수 있는 자원이 있는지를 파악하는 것이 중요하게 된다. 이는 비단 의료기관의 의료사회복지사에만 해당하는 문제가 아니고, 종합복지관과 같은 다문화 클라이언트를 접하게 되는 다른 사회복지 시설 종사자들도 갖춰

야 할 역량이라 할 것이다.

셋째, 조직의 특성에 따라 문화적 역량이 달라 질수 있다는 것은, 문화적 역량에 대한 인식을 가질 수 있도록 정책적 노력을 해야 함을 암시한다. 미국의 의료기관 중 문화적 다양성을 인정하는 TOP 50의 기업에 선정된 Henry Ford Health System의 예를 봐도 이 기관의 미션에 문화적 다양성을 존중한다는 언급을 별도로 하여 기관차원에서 문화적 역량을 강화하는데 노력함을 보여 주고 있고⁹⁾, 특별히 조직 차원의 문화적 역량이 중요함을 강조한 연구(Chow & Austin, 2008)도 있다. 본 연구의 결과에서 슈퍼비전의 경험이 조직의 지지라는 문화적 역량과 유의한 관계를 보여 준 것이 이와 같은 기관차원의 역량의 예라고 할 수 있다. 슈퍼비전의 경험은 개인적 경험이지만, 슈퍼비전의 내용은 소속기관 조직풍토의 한 요인(김용민, 2009)이고, 본 연구의 척도에서 조직의 지지 부문에 조직차원에서의 슈퍼비전 제공수준의 내용을 포함하고 있다. 슈퍼비전의 뜻은 “현장업무에 대한 책임을 수행하기 위해 슈퍼바이저와의 긍정적인 상호작용 속에서 행정적, 교육적, 지지적 기능을 수행하여 기관 정책과 절차에 따라 양적, 질적으로 최선의 서비스를 클라이언트에게 전달하도록 하는 과정(Kadushin, 1974; 이지연, 2002에서 재인용: p.6)”이라는 정의에서 볼 수 있듯이 이는 조직과 긴밀한 관계가 있는 사안이다. 그런데 이지연(2002)의 연구에서 의료사회복지사의 32.6%가 슈퍼비전을 받지 못하고 있기 때문에 슈퍼비전 제도가 자리를 잡는 것 자체가 중요하다. 그리고 비록 회귀분석에서는 제한적인 수준에서 유의했으나($p < .10$), 사회복지사의 수가 관련변인으로 밝혀진 것은 사회복지사의 역할을 인지하고 중시하는 기관이 사회복지사를 좀 더 많이 고용하므로 이러한 기관에 종사하는 종사자들이 문화적 역량 중 조직의 지지가 높게 나온 것으로 볼 수 있다. 그리고 운영진의 관점의 변화는 정부차원의 개입이 필요할 것이다. 예를 들어 미국의 경우, 앞서 선행연구에서 밝혔듯이 의료시스템에 “문화적 역량”을 갖출 것을 의무화하는 법령, 규정, 기준 등을 적용하는 것처럼(Brach & Fraser, 2000) 국내에서도 의료기관의 평가기준에 다양성의 인정에 대한 내용을 추가하는 것이 바람직 할 것이다.

넷째, 위에서 간추린 함의를 종합해 보면, 의료사회복지사의 문화적 역량을 강화하기 위해서는 이를 위한 또는 관계가 있는 체계적인 교육 및 훈련이 중요하다는 것이다. 사회복지사의 개인적 경험이 역량강화에 영향을 미치기 때문에 그 책임을 사회복지사에게

9) 자세한 내용은 <http://www.henryford.com/body.cfm?id=51052> 참고

만 돌리는 것보다는 교육 프로그램에 이러한 경험을 가능하게 하는 내용을 반영하는 것이 바람직할 것이다. 특히 다문화 클라이언트가 증가하면서 현장의 사회복지사들 사이에 문화적 역량에 관한 교육 욕구가 높는데, 상담기법 등의 질적 실천기법 외에도 문화 교육, 언어교육, 연수 등을 통한 체험 등 다문화 클라이언트의 문화를 이해하는데 도움이 될 수 있는 교육 욕구가 높기 때문에(이민영·김여진 2009; 최원희 외, 2008), 이를 반영할 수 있는 체계적인 교육 프로그램의 개발이 중요하다. 체계적인 교육 프로그램 개발의 중요성은 국내외 연구에서 이미 강조하고 있다(양옥경 외, 2007; 최소연, 2010; Darnell & Kuperminc, 2006; Suarez-Balcazar et al., 2009). 본 연구의 결과에는 다문화 관련 교육이 유의한 관계를 보이지 않은 것은 좀 더 검토해 볼 필요가 있는데 교육을 받은 종사자가 18.0% 정도밖에 없는 것을 감안해야 하겠으나, 슈퍼비전의 경우, 비슷한 수의 종사자가 슈퍼비전을 받은 경험이 있으며, 슈퍼비전을 받았을 때 받지 않았을 때보다 문화적 역량의 점수가 높은 것은 한편으로는 관련 훈련 내지 슈퍼비전의 중요성을 보여 주는 것이라 할 수 있다. 또 한 가지는 이미 실시한 교육 자체의 내용에서 야기되는 문제일 가능성도 있겠으나, 이에 대해서는 추후 교육내용에 대한 연구가 필요하다. 교육 프로그램의 중요성에 대한 인식이 높아지면서 관련 교육 프로그램을 실시하고 있으나, 국내 현장에서 실시되는 프로그램들은 “대부분 현장의 요구에 임시적으로 대응하는 파편적인 성격이 강하며, 일회적이고 비정기적(최혜지, 2011: p.407)”으로 실시되고 있다. 따라서, 체계적인 교육이 필요하며, 체계적인 교육을 하기 위해 가장 중요한 것은, 현장에 나가기 전에 교육기관 즉, 대학교육에서부터 문화적 역량의 교육을 실시해야 한다는 것이다. 미국의 경우 미국 사회복지교육협의회(Council on Social Work Education: CSWE)에서는 대학원 과정에 문화의 다양성에 대한 교육을 실시해야 함을 명시하고 있고(Allen-Meares, 2007) 국내 연구(김연희, 2007)에서도 교육과정에 문화적 역량에 대한 교육을 포함시키는 것의 중요성을 강조하였다.

본 연구의 한계를 성찰하면서 앞으로의 과제에 대한 제언을 한다면, 우선 국내외적으로 다문화 서비스 관련 사회복지사들의 문화적 역량과 관련된 요인에 대한 경험적 연구가 많지 않아서 이론적으로나 실질적으로 중요하고 유관성이 있는 요인들의 선택이 탐색적인 수준에서 이루어졌다는 것이다. 따라서 다중회귀분석의 모델에서 설명력에서 한계를 보인 것도 앞으로 문화적 역량에 관련된 요인을 더 연구해야 할 필요성을 시사한다. 그리고 척도의 선택에서 외국에서 개발한 척도를 번안하여 적용하였기 때문에 우리나라 종사자에게

문화적으로 한계가 있을 수 있다. 그러나, 본 연구에서 사용한 문화적 역량의 척도인 CCAI-UIC가 비록 직업재활치료를 대상으로 한 연구에서 척도개발을 시작하기는 했으나, 척도개발의 취지가 휴먼서비스 종사자를 대상으로 하는 것이었고(Suarez-Balcazar et al., 2009), 문화적 이해 및 지식, 문화실천기술, 그리고 조직의 지지의 세가지 영역에 따른 질문의 액면타당성도 적절하다고 판단하여 국내 의료사회복지사의 문화적 역량의 현황을 파악하는데 적용해 본 것이다. 노충래와 김정화(2011)의 연구에서 다문화 사회복지 실무자를 대상으로 척도를 개발하여 우리나라 상황에 적용 가능한 문화적 역량 척도의 개발이 시작되었으므로 향후 지속적으로 연구 개발해야 할 과제이다.

유의표집방법의 연구에서 드러나는 공통적인 한계점으로 본 연구의 조사대상자는 대한의료사회복지사협회의 회원 중 정기 워크샵에 참가한 의료사회복지사들이다. 국내에 의료사회복지사의 수가 아직까지는 사회복지사 중 소수를 차지하고, 이들 대부분의 의료사회복지사들이 상기 협회에 가입하였다고 하지만, 국내 의료사회복지사 전체를 대표하였는가에 대한 염두를 두고 본 연구의 결과를 해석해야 할 것이다.

그리고 클라이언트의 관점이 아닌 종사자들 본인이 인지한 문화적 역량을 조사한 연구로서 선행 연구의 한계점을 극복하지 못한 점을 들 수 있다. 다만 아직 국내에서 문화적 역량에 대한 인식이 높지 않기 때문에, 관련 연구의 기초 조사로서 본 연구의 의의가 있다고 본다. 본 연구는 국내외적으로 경험적 연구가 많지 않은 사회복지사의 문화적 역량의 실태를 파악하고, 비록 탐색적인 수준에서나마, 관련 요인들을 찾음으로써, 지속적으로 증가하고 있는 문화적 배경이 다른 다문화 클라이언트에게 효과적인 서비스 제공을 위해서 어떤 준비를 하는 것이 필요한지, 그 방향을 제시했다는데 의의가 있다고 할 것이다.

김여진은 미국 University of Chicago에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 현재 한림대학교 사회복지학과에서 조교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 노인복지, 다문화, 가족복지이며, 현재 연구하고 있다.
(E-mail: k96jin@hallm.ac.kr)

이지연은 한림대학교 사회복지학과에서 석사학위를 받았으며, 제주한라대학 사회복지과 시간강사이다. 주요 관심분야는 의료사회복지, 가족복지이다.
(E-mail: swjy0211@hanmail.net)

조선희는 한림대학교 춘천성심병원 사회사업팀에 의료사회복지사로 재직 중이다. 주요 관심분야는 의료사회복지, 암환자 및 가족이다.
(E-mail: shcho@hallm.or.kr)

참고문헌

- 고진강, 고선강(2009). 여성결혼이민자의 의료서비스 이용경험. 한국간호교육학회지, 15(1), pp.89-99.
- 고토우 마키(2008). 일본의 다문화 프로그램과 다문화 사회복지사의 역할. 다문화 사회의 전문성 강화와 국제협력 네트워크 구축 심포지엄 자료집.
- 김민경(2010). 대학생의 다문화 역량에 관한 연구: 문화적 인식, 지식, 기술을 중심으로. 한국생활과학회지, 19(6), pp.945-964.
- 김승권, 김유경, 조애저, 김혜련, 이혜경, 설동훈, 정기선, 심인선(2010). 2009 전국 다문화가족실태조사 연구. 서울: 한국보건사회연구원.
- 김여진, 이지연, 조선희(2011). 국내 의료기관의 외국인 의료서비스 종사자의 문화적 역량에 관한 연구. 춘천: 한림대학교 의료관광인재양성센터.
- 김연희(2007). 한국 사회의 다문화화와 사회복지분야의 문화적 역량. 사회복지연구, 35, pp.117-144.
- 김용민(2009). 사회복지관의 조직풍토가 사회복지사의 직무만족에 미치는 영향. 한국콘텐츠학회논문지, 9(10), pp.328-338.
- 김주섭, 강남준(2000). 회귀분석: 기초와 응용. 서울: 나남.
- 김혜련(2010). 다문화가족의 건강 및 보건의료 실태와 정책과제. 보건복지포럼, 165, pp.46-57.
- 노충래, 김정화(2011). 다문화 사회복지 실무자의 문화적 역량 척도개발 및 타당화. 한국 사회복지학, 63(2), pp.207-231.
- 모경환, 최충옥, 임현경 (2010). 다문화 교사 연수 프로그램의 사례 분석. 시민교육연구, 42(4), pp.31-53.
- 민성혜, 이민영(2009). 대학생의 문화적 역량에 관한 탐색적 연구: 문화적 인식을 중심으로. 청소년복지연구, 11(1), pp.183-206.
- 보건복지부(2009). 결혼이주여성 생식건강실태조사. 서울: 보건복지부.
- 안정선(2009). 사회복지기관 사회복지사의 역량분석 및 교육 방향성. 임상사회사업연구, 6(2), pp.67-84.
- 안정선, 윤정혜(2011). 사회복지관 슈퍼바이저의 역량분석에 관한 연구: 슈퍼바이저의 지

- 식, 기술, 태도 역량을 중심으로. 한국콘텐츠학회논문지, 11(2), pp.353-366.
- 양옥경, 김연수, 이방현(2007). 서울거주 국제결혼이주여성의 문화적응과 사회적 지원서비스에 관한 조사연구. 서울도시연구, 8(2), pp.229-251.
- 엄명용(2005). 한국 사회복지실천 현장 내 기본 실천기술의 실증적 확인 및 분류. 한국사회복지학, 57(1), pp.61-91.
- 윤갑정, 김미정(2010). 다문화시대 유아교사에게 요구되는 문화적 역량의 구성요소에 관한 연구. 유아교육연구, 30(3), pp.169-194.
- 이민영, 김여진(2009). 다문화 서비스 종사자의 문화적 역량에 관한 연구. 국회 원희목 의원실 연구과제.
- 이지연(2002). 의료사회복지사의 슈퍼비전 만족요인 연구. 석사학위논문, 사회복지학과, 한림대학교, 춘천.
- 조성우(2007). 사회복지사 훈련프로그램의 내용개발을 위한 직무분석: 종합사회복지관의 종사자 훈련에 대한 적용. 한국사회복지학, 59(2), pp.115-142.
- 주은선, 이현정(2010). 결혼이주여성 대상 다문화 상담 관련 종사자들의 현장 경험에 대한 질적 연구. 한국심리학회지: 일반, 29(4), pp.817-846.
- 주효진(2008). 아시아의 다문화 정책에 대한 비교연구. 한국행정학회 학술대회 발표논문집. 한국행정학회, pp.89-104.
- 진기남, 김진주, 성동효, 황승기, 정원주(2011). 의료관광 유치기관 종사자의 문화적 역량: 서울시 의료기관 사례. 보건사회연구, 12(5), pp.581-598.
- 청소년희망재단(2008). 학교폭력 피해자 지원체계 구축을 위한 연구: 다문화 가정 아동 및 청소년을 중심으로. 서울: 보건복지부.
- 최소연(2010). 문화적 역량 척도개발 과정의 논점: 원조전문직의 문화적 역량과 문화적 무능. 한국사회복지학회 추계공동학술대회 자료집.
- 최연선, 최혜지, 최원희(2008). 사회복지실천 인력의 문화적 유능감이 임파워먼트에 미치는 영향. 한국사회복지학회 춘계학술대회 자료집, pp.242-247.
- 최원희, 최혜지, 최연선(2008). 사회복지실천현장의 문화적 유능감에 대한 탐색적 고찰. 한국사회복지학회 춘계학술대회 자료집, pp.235-241.
- 최혜지(2011). 다문화 실천인력의 다문화 경험과 문화적 역량에 대한 탐색적 고찰. 정신보건과 사회사업, 37, pp.405-439.

- 현다운(2011). 결혼 이주 여성의 한국어 능력이 의료서비스 이용과 서비스 만족도에 미치는 영향. 석사학위논문, 사회복지학과, 한림대학교, 춘천.
- 황두섭(2010). 외국인 근로자의 의료기관 이용실태 분석 및 활성화 방안에 관한 연구. 석사학위논문, 행정대학원, 경희대학교, 서울.
- Allen-Meaers, P.(2007). Cultural competence: An ethical requirement. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 16(3/4), pp.83-92.
- Balcazar, F. E., Suarez-Balcazar, Y., Taylor-Ritzler, T.(2009). Cultural competence: Development of a conceptual framework. *Disability & Rehabilitation*, 31(14), pp.1153-1160.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carriollo, J. E., Park. E. P.(2005). Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends. *Health Affairs*, 24(2), pp.499-505.
- Boyle, D. P., Springer, A.(2001). Toward a cultural competence measure for social work with specific populations. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*, 9(3), pp.53-71.
- Brach, C., Fraser, I.(2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research Review*, 57, pp.181-217.
- 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), pp.181-184.
- Chow, J. C., Austin, M. J.(2008). The culturally responsive social service agency: The application of an evolving definition to a case study. *Administration in Social Work*, 32(4), pp.39-64.
- Congress, E.(2004). Cultural and ethical issues in working with culturally diverse patients and their families: the use of the culturagram to promote cultural competent practice in health care settings. *Social Work Health Care*, 39(3-4), pp.249-262.
- Darnell, A. J., Kuperminc, G. P.(2006). Organizational cultural competence in

- mental health service delivery: A multilevel analysis. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 34, pp.194-207.
- Davis, T. S.(2007). Mapping patterns of perceptions: A community-based approach to cultural competence assessment. *Research on Social Work Practice*, 17, pp.358-379.
- 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(5), pp.324-331.
- Fellin, P.(2000). Revisiting multiculturalism in social work. *Journal of Social Work Education*, 36(2), pp.261-278.
- Flores, G.(2000). Culture and the patient-physician relationship: Achieving cultural competency in health care. *Journal of Pediatrics*, 136, pp.14-23.
- Gould, K. H.(1995). The misconstruing of multiculturalism: The Stanford debate and social work. *Social Work*, 40(2), pp.198-205.
- Green, R. G., Kitson, G., Kiernan-Stern, M., Leek, S., Bailey, K., Leisey, M., et al.(2005). The multicultural counseling inventory: Evaluating social work student and practitioner self-perceptions of their multicultural competencies. *Journal of Social Work Education*, 41(2), pp.191-208.
- Hendricks, C. O.(2003). Learning and teaching cultural competence in the practice of social work. *Journal of Teaching in Social Work*, 23(1/2), pp.73-86.
- Heydt, M. J., Sherman, N. E.(2005). Conscious use of self: Tuning the instrument of social work practice with cultural competence. *the Journal of Baccalaureate Social Work*, 10(2), pp.25-40.
- Johnson, Y. M., Munch, S.(2009). Fundamental contradictions in cultural competence. *Social Work*, 54(3), pp.220-231.
- Krentzman, A. R., Townsend, A. L.(2008). Review of multidisciplinary measures of cultural competence for use in social work education. *Journal of Social Work Education*, 44(2), pp.7-31.

- Lum, D.(2011). *Culturally competent practice: A framework for understanding diverse groups and justice issues*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Marsh, J.(2004). Social work in a multicultural society. *Social Work*, 49(1), pp.5-6.
- National Association of Social Workers(2001). *NASW Standards for Cultural Competence in Social Work Practice*. Washington, DC: Author.
- Ponterotto, J. G., Rieger, B. P., Barrett, A., Sparks, R.(1994). Assessing multicultural counseling competence: A review of instrumentation. *Journal of Counseling & Development*, 72, pp.316-322.
- Pope-Davis, D. B., Liu, W. M., Toporek, R. L., Brittan-Powell, C. S.(2001). What's missing from multicultural competency research: Review, introspection, and recommendations. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7(2), pp.121-138.
- Sakamoto, I.(2007). A critical examination of immigrant acculturation: Toward an anti-oppressive social work model with immigrant adults in a pluralistic society. *British Journal of Social Work*, 37, pp.515-535.
- Sallee, A. L.(2003). A generalist working definition of social work: A response to Bartlett, *Research of Social Work Practice*, 13, pp.349-356.
- Schim, S. M. Doorenbos, A. Z., Borse, N. N.(2005). Cultural competence among Ontario and Michigan healthcare providers. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), pp.354-360.
- Schlesinger, E. G., Devores, W.(1995). Ethnic-sensitive practice, In. R. L. Edwards (Ed.), *Encyclopedia of Social Work*. Washington, DC: NASW Press.
- Suarez-Balcazar, Y., et al.(2008). *Development and validation of a cultural competence assessment instrument*. Manuscript submitted for publication.
- Suarez-Balcazar, Y., Rodawoski, J., Balcazar, F., Taylor-Ritzler, T., Portillo, N.(2009). Perceived levels of cultural competence among occupational therapists. *the American Journal of Occupational Therapy*, 63(4),

pp.498-505.

- Sue, et al.(1982). Position paper: Cross-cultural counseling competencies. *Counseling Psychologists, 10*(2), pp.45-52.
- Sue, D. W., Arredondo, P., McDavis, R. J.(1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call for the profession. *Journal of Counseling & Development, 70*, 477-486.
- Timberlake, E. M., Cook, K. O.(1984). Social work and the Vietnamese refugee. *Social Work, 29*(2), pp.108-113.
- Uba, L.(1992). Cultural barriers to health care for Southeast Asian Refugees. *Public Health Reports, 107*(5), pp.544-548.

An Explorative Study of Perceived Cultural Competency of Medical Social Workers in Korea

Kim, Yojin
(Hallym University)

Lee, Jiyoun
(Cheju Halla College)

Cho, Sun-Hee
(Chuncheon Sacred Heart Hospital)

The purpose of this study is to analyze the level of perceived cultural competency of medical social workers in Korea and explore factors that are related with their cultural competency. Responses from 187 medical social workers are analyzed for this study. They were asked to fill out the self-administered questionnaires. Analytic methods such as t-test, ANOVA, and multivariate regression analysis are used for this study. The results indicated that personal experiences such as working with multicultural client are related with higher level of cultural competency. Also, the knowledge of the other local agency that provides services to multicultural client has something to do with a higher level of cultural competency. Other factors are associated with each of three factors of cultural competency: Knowledge/Awareness, Skills Development and Organizational Support. Also emphasized is the important role of the supervision and education for cultural competency.

Keywords: Cultural Competency, Medical Social Worker, Multicultural Society, Medical Social Work