

일 지역 보건진료원의 문화적 역량

이은지¹ · 김윤경² · 이현경³

전북대학교병원 간호사 · 연세대학교 간호대학 박사과정¹, 마산대학교 간호학과 전임강사 · 연세대학교 간호대학 박사과정²,
연세대학교 간호대학 조교수³

A Study on the Cultural Competence of Community Health Practitioners

Lee, Eun-Jee¹ · Kim, Yune Kyong² · Lee, Hyeonkyeong³

¹RN, Chonbuk National University Hospital, Doctoral Student, College of Nursing, Yonsei University, Seoul

²Full-time Instructor, Department of Nursing, Masan University, Doctoral Student, College of Nursing, Yonsei University, Seoul

³Assistant Professor, College of Nursing, Yonsei University, Seoul, Korea

Purpose: This study aimed to describe the cultural competence among community health practitioners (CHPs). **Methods:** A cross-sectional descriptive study design was used with a convenience sample of 257 CHPs. Data collection was conducted with a structured questionnaire, including Cultural Competence Assessment. Data were analyzed by t-test and ANOVA with the SPSS/WIN 17.0 program. **Results:** Most participants reported a moderate level of cultural competence ($M=3.0, SD=0.41$). Scores for culturally competent behaviors were high ($M=3.4, SD=0.48$) and cultural knowledge scores were low ($M=2.6, SD=0.54$). Those CHPs who were living with their family, were working in rural area, and had more opportunities to contact with multicultural patients and experience abroad showed significantly higher cultural competence. **Conclusion:** The findings support the need for future education and training to enhance CHPs' cultural competence.

Key Words: Community health nursing, Cultural competency

서 론

1. 연구의 필요성

글로벌 시대가 가속화 되면서 한국사회에도 외국인 근로자, 결혼이민자 등 외국인의 국내 이주 및 이민이 증가하여, 단일 민족과 단일 문화를 표방하던 시대에서 급속히 다문화주의 시대로 변화하는 전환기에 접어들었다(Jeong et al., 2009). 한국의 외국인 수는 급격히 증가하는 추세로, 등록 외국인 수는 2000년 201,249명에서 2011년 1,265,006명으로 약 6배 증가하였고, 우리나라 전체 인구의 약 2.5%를 차지하였다. 국적별 분포는 한국계 중국인을 포함한 중국인이 약 70

만 명(55.1%)으로 가장 많았으며, 베트남, 필리핀, 태국 등의 동남아시아 국가들(22.0%), 미국(5.2%), 스리랑카, 파키스탄 등의 서남아시아 국가들(4.1%) 순이었다. 또한 지역별로는 전체외국인의 65%가 서울, 경기지역에 거주하며, 경기 안산, 서울 영등포, 서울 구로, 경기 수원 순으로 밀집되어 있었다(Ministry of Public Administration and Security [MOPAS], 2011). 이러한 인구 양상의 변화는 국내 간호대상자의 유형이 보다 폭넓고 다양해졌음을 시사한다.

간호사는 최적의 전인적 간호를 제공하기 위하여, 간호대상자의 문화적 배경에 대한 이해를 기반으로 간호를 제공해야 한다. 이때, 간호에 영향을 미치는 문화적 요소로는 개인의 언어, 문화적 가치, 세계관, 역사, 종교, 정치, 경제, 환경, 성별

주요어: 보건진료원, 문화적 역량

Corresponding author: Kim, Yune Kyong

Department of Nursing, Masan University, 2640, Hama-daero, Naeseo-eup, MasanHoiwon-gu, Changwon 630-729, Korea.
Tel: +82-55-230-1180, Fax: +82-55-230-1441, E-mail: ykkim@masan.ac.kr

투고일: 2012년 4월 2일 / **심사완료일:** 2012년 6월 13일 / **게재확정일:** 2012년 6월 20일

등이 있다(Leininger, 2002). 문화는 해당 문화권 대상자의 질병의 원인에 대한 인식, 질병경험의 해석, 신체적·정신적 건강행위, 출산과정, 의료체계 내에서의 의사소통 및 보건의료서비스 이용행태 등에 영향을 미친다. 따라서, 간호사를 포함한 보건의료 제공자는 대상자의 건강에 대한 가치 및 신념을 포함한 문화적 맥락을 이해하고, 올바른 건강관리를 할 수 있도록 지지해야 한다(Campinha-Bacote, 2002). 그러므로 다양한 문화적 배경과 가치관을 지닌 다문화 대상자의 증가는 일차적으로 이들에게 직접 간호를 제공해야 하는 실무 현장의 간호사에게 큰 도전으로 다가왔다.

다문화 대상자에게 간호를 제공하기 전에 간호사는 대상자의 문화적 차이를 식별하는 능력이 필요한데, 간호사들이 대상자의 문화적 배경이 다른 대상자들 속에서 효과적으로 업무를 수행할 수 있는 능력을 문화적 역량이라고 하며, 이는 지속적인 과정으로 설명되었다(Campinha-Bacote, 1999). 문화적 역량을 겸비한 간호사들은 문화, 인종, 민족, 성 그리고 성정체성에 관한 문제들에 민감하며, 효과적인 의사소통 기술과 문화적 사정, 다른 문화의 건강 관행에 대한 높은 지식을 가지는 것으로 알려졌다(Leininger, 2002). 실제로 간호사의 문화적 역량이 높을수록 대상자의 간호 만족도가 높았고(Castro & Ruiz, 2009), 문화적 역량 훈련을 받은 지역사회 건강요원이 제공한 당뇨교육과 추후관리가 당뇨 환자의 당화혈색소의 감소와 자가혈당 감시율을 향상시켰던 것처럼(McElmurry et al., 2009), 건강관리제공자의 문화적 역량은 대상자의 건강성장에 영향을 미치고 있다.

다문화 대상자들은 건강 문제에 있어서 잠재적인 취약 집단이며, 많은 건강 위해 요인들에 노출되어 있다. 이주노동자 및 결혼이주여성은 우리나라 일반국민에 비하여 사회경제적으로 낮은 계층에 속하며, 거주와 취업, 소득의 불안정 등으로 의료보장이 미치지 못하는 대상이 많다(Kim, 2010). 또한, 의료서비스 접근의 제약성과 더불어 의료인과의 상호관계에서 서로의 가치와 신념의 차이로 인해 편견과 차별로 고통 받고, 심리적 위축을 경험한다(Koh & Koh, 2009). 특히 결혼이주여성은 농촌 지역 남성이 외국의 신부를 맞이하는 국제결혼으로 대부분 국내로 유입이 되어, 주로 한국의 농촌 지역에 편입된다. 그리고 새로운 한국 문화에 적응하기에 앞서 임신·출산을 경험하기 때문에 높은 건강문제 위험성과 더불어, 모자 건강보호서비스의 수요가 높다(Jeong et al., 2009; Kim, 2009). 따라서 소외되기 쉬운 의료 취약 집단인 다문화 대상자들에 대한 간호학적 접근은 국내 보건의료체계 내 의료접근성과 건강형평성 향상 측면에서도 중요한 의의를 지닌다. 보

건진료원들은 이러한 이주노동자 및 결혼이주여성을 포함한 다문화 대상자를 일선에서 직접 접촉하고 간호하고 있다. 2007년 보건소 맞춤형방문건강관리사업 대상으로 다문화 대상자들을 포함하게 되었고, 제3차 국민건강증진종합계획에 따라 다문화 대상자에 대한 건강관리 프로그램이 강화될 전망이다. 아직 실무차원에서 다문화 대상자의 건강관리 서비스 제공을 위한 실무지침은 마련되어 있지 않다(Ahn, 2008).

일찍이 다문화 사회가 형성된 미국(Caffery, Neander, Markle, & Stewart, 2005; Sanner, Baldwin, Cannella, Charles, & Parker, 2010), 캐나다(Brathwaite & Majumdar, 2005; Majumdar, Browne, Roberts, & Carpio, 2004), 호주(Inglis, Rolls, & Kristy, 2000), 스웨덴(Berlin, Nilsson, & Tornkvist, 2010) 등의 서구사회에서는 간호학생과 간호사의 문화적 역량을 증진시키기 위한 많은 프로그램이 개발되었으며, 이에 관한 연구들이 이루어져왔다. 이에 비해, 간호사의 문화적 역량 강화의 필요성이 증가함에도 불구하고, 국내 간호학계에서는 아직 다문화 대상자에 대한 연구가 초기단계에 머물러 있고 종합병원 간호사의 문화적 역량을 조사한 연구(Park, 2011)를 제외하고, 대부분의 연구가 다문화 대상자를 중심으로 하며(Jeong et al., 2009; Koh & Koh, 2009), 간호사들의 다문화 역량 수준에 대한 파악이 미흡한 실정이다. 특히 결혼이주여성 및 이주노동자가 많이 거주하는 농어촌 지역의 일차건강관리를 담당하고 있는 보건진료원을 대상으로 문화적 역량 정도를 파악한 연구는 아직 전무한 상태이다.

따라서 본 연구에서는 보건진료원들의 다문화 대상자에 대한 문화적 역량과 영향요인을 파악함으로써, 향후 다문화 대상자들에 대한 간호의 질을 높이기 위한 방안으로, 보건진료원들의 문화적 역량을 증진시키기 위한 교육 프로그램 개발에 토대를 마련하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 보건진료원들의 다문화 대상자들에 대한 문화적 역량 정도를 파악하고, 보건진료원들의 다문화 경험과 일반적 특성에 따른 문화적 역량 정도를 비교하기 위함이다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 보건진료원들의 다문화 대상자들에 대한 문화적

역량 정도를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 전남지역 보건진료원 324명을 편의 표출하였다. 전남지역은 보건진료원 수가 가장 많은 지역(Ministry of Health & Welfare, 2010)이면서 국제결혼이주여성이 많이 거주하는 지역 중의 하나로 보건진료원의 문화적 역량개발의 중요성이 높은 집단이라는 점에서 적절한 연구대상으로 사료된다. 대상자 수는 G*Power 3.1.3 프로그램에 의하여 ANOVA에서 유의수준 .05, 효과크기 .02에서 검정력 .80을 유지하기 위한 표본수 280명이 산출되었으나 설문 미참여율을 고려하여, 전남 지역 전체 보건진료원 324명 중 보수교육에 참석하여 연구목적과 설문내용을 설명한 후 자발적으로 설문문에 참여한 304명을 대상으로 조사하였다(94%). 이중 불성실하게 작성된 설문지 47부를 제외한 257부가 분석에 사용되었으며 응답률은 85%였다.

3. 연구도구

연구도구는 문화적 역량 42문항, 다문화 경험 7문항, 일반적 특성 9문항의 총 58문항으로 구성된 구조화된 설문지를 이용하였다.

1) 문화적 역량

보건진료원의 문화적 역량을 측정하기 위하여 Caffrey 등 (2005)이 문화적 수용성, 문화적 인식, 문화적 지식을 측정하기 위해 개발한 'The Caffrey Cultural Competence in Healthcare Scale (CCCHS)'와 Schim, Doorenbos, Miller와 Benkert (2003)에 의해 개발된 'Cultural Competence Assessment (CCA)'의 문화적 간호행위를 Park (2011)이 한국어로 번역하여 신뢰도와 타당도를 검증한 문화적 역량도구를 사용하였다. 이 도구는 문화적 수용성(cultural comfort) 12문항, 문화적 지식(cultural knowledge) 10문항, 문화적 인식(cultural awareness) 6문항, 문화적 간호행위(culturally competent behaviors) 14문항의 총 42문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 5점 리커트 척도(1='전혀 그렇지 않다', 2='그렇지 않다', 3='조금 그렇다', 4='그렇다', 5='매우 그렇다')로 측정하였고, 각 문항의 점수를 합산한 총점을 문항수로 나눈 평균점수를 산출하였으며, 점수가 높을수록 문화적 역량이 높음을 의미한다. 도구개발 당시 내적 일관성 신뢰도

Cronbach's α = .90이었으며, 본 연구에서는 .94였다.

2) 다문화 경험 특성

보건진료원의 다문화 경험 특성은 총 7문항으로 문화적응에 대한 선행연구(Choi, 2011; Park, 2011)를 참조하여 연구자가 구성하였으며, 외국여행 및 해외 체류경험, 외국어 강습 수강경험, 외국어실력, 다문화 대상자 및 의료인과의 접촉 경험, 문화 관련 교육경험을 조사하였다.

3) 보건진료원의 일반적 특성

보건진료원의 일반적 특성은 총 9문항으로 보건진료원에 관한 선행연구(Chang, 2004; Ko et al., 2005)를 참조하여, 구성하였으며, 성별, 연령, 결혼상태, 가족과 동거여부, 학력, 근무경력, 직렬 및 직급 그리고, 근무지 특성을 조사하였다.

4. 자료수집

자료수집은 대한간호협회에서 실시하는 전남지역 보건진료원 교육 프로그램에 참여한 보건진료원을 대상으로 2011년 10월에 자료수집을 진행하였으며, 전남지역 보건진료원 회장에게 본 연구의 필요성과 과정에 대해 설명한 후 협조를 구한 뒤 자료수집을 실시하였다. 설문지는 자료조사 전에 전남 지역 보건진료원 회장의 사전검토를 통해 설문지의 용이성을 검증받았다.

연구대상자에게 본 연구의 목적, 비밀보장, 직접적 보상이나 위험이 없고, 자유의지에 따라 연구에 응하지 않을 권리가 있음을 설명한 후 본 연구참여에 동의한 보건진료원에게 서면 동의를 받고 설문지를 배부하였다. 설문지의 회수율을 높이기 위하여 설문지 배포와 동시에 작성, 회수하였고, 설문지 작성자에게는 소정의 답례품을 증정하였다. 이러한 모든 과정은 연세대학교 간호대학의 연구윤리심사위원회(IRB) 승인 후 진행하였다.

5. 자료분석

대상자의 일반적 특성과 다문화 경험 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 산출하였으며, 일반적 특성과 다문화 경험 특성에 따른 문화적 역량은 t-test, ANOVA로 분석, 사후 검정은 Scheffé 방법을 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS/WIN 17.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

연구 결과

1. 보건진료원의 일반적 특성과 다문화 경험 특성 정도

연구대상자의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 연구대상자의 일반적 특성을 보면 성별은 1명을 제외하고 모두 여자였으며, 84.8%가 40세 이상이였으며 평균연령은 47.7세였다. 결혼상태는 90% 이상이 기혼이었으며 가족과 동거하는 대상자가 65.8%였다. 학력은 전문대졸과 대졸이 각 40%정도로 비슷하였으며 보건진료원 경력은 평균 21년으로 21년 이상인 대상자가 63.8%로 가장 많은 비율을 차지하였다. 직렬은 별정직이, 직급은 6급 이상이 대부분이었으며 근무지는 농촌 지역이 63.8%로 가장 많았고, 도농통합 지역이 17.1%, 도시 지역이 16.0%였다. 대부분 외국여행경험은 있었으며 외국어 강좌 수강은 58.4%가 경험이 없었다. 다문화 환자 접촉기회는 가끔 접촉한다가 84%였으며 자주 접촉하는 대상자는 5.4%였다. 문화 관련 교육은 16.3%만이 경험이 있었으며 단기 여행을 제외한 해외체류경험은 9.3%만이 있었던 것으로 나타났다. 유경험자의 평균 체류기간은 12.1개월이었다.

2. 보건진료원의 문화적 역량 정도

보건진료원의 문화적 역량과 하위척도인 문화적 수용성, 문화적 지식, 문화적 인식, 문화적 행위의 평균평점 정도는 Table 2와 같다. 문화적 역량은 5점 만점에 3.0점, 하위척도인 문화적 수용성은 2.9점, 문화적 지식은 2.6점, 문화적 인식은 3.0점, 문화적 행위는 3.4점이었다(Table 2).

문화적 역량 세부 문항별로 살펴보면 ‘장기기증과 관련한 다른 문화권의 신념과 관습에 대해 알고 있다’(3.7±0.68)와 ‘민간요법 치료자와 함께 협력하는 것에 대해 수용적이다’(3.7±0.89)의 점수가 가장 높았으며, 그 다음으로 ‘다른 문화권 대상자의 문화적 특성을 사정하는 것에 능숙하다’(3.5±0.69), ‘다른 문화권의 전통음식에 대해 알고 있다’(3.5±0.71)와 ‘문화적으로 다양한 인구집단의 건강관리에 대한 우리나라의 정책 형성에 참여하고 있다’(3.5±0.85)가 높았다. 가장 점수가 낮았던 문항은 ‘사람들에 대해 고정관념을 가지지 않으려고 한다’(2.2±0.79)였고 다른 문화권 대상자가 나에게 어려움을 느낀다면 없애려고 노력한다’(2.3±0.68), ‘다른 문화권 사람들과 교류하는 방법에 대해 환자들이 주는 피드백을 환영한다’(2.3±0.68) 순이었다.

3. 보건진료원의 일반적 특성과 다문화 경험 특성에 따른 문화적 역량

연구대상자의 일반적 특성에 따른 문화적 역량의 정도를 비교한 결과는 Table 3과 같다. 보건진료원의 가족 동거 여부에 따라 가족과 동거중인 보건진료원의 문화적 역량 점수가 가족과 비동거 상태인 보건진료원보다 통계적으로 유의하게 높았으며($t=2.90, p=.004$), 하위척도 중에서는 문화적 수용성($t=4.08, p<.001$)과 문화적 지식($t=2.70, p=.007$)이 통계적으로 유의하게 차이를 보였다. 또한 보건진료원의 직렬에 따라 전문계약직 보건진료원이 별정직 보건진료원보다 문화적 수용성($F=3.65, p=.027$)과 문화적 지식($F=3.12, p=.046$)이 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다. 근무지 특성별로 농촌 지역 보건진료원의 문화적 역량이 도농통합 지역 보건진료원보다 문화적 역량 점수가 통계적으로 유의하게 높았으며($F=8.94, p<.001$), 하위척도로는 문화적 수용성에서 농촌 지역, 도시 지역, 도서 지역의 보건진료원의 문화적 수용성 점수가 도농통합 지역 보건진료원보다 통계적으로 유의하게 높았고($F=17.48, p<.001$), 문화적 지식은 농촌 지역 보건진료원이 도농통합 지역 보건진료원보다 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다($F=9.98, p<.001$).

외국어 강좌 수강경험이 없는 대상자가 경험이 있는 대상자에 비해 문화적 역량에 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 문화적 역량의 하위척도인 문화적 행위점수가 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다($t=2.49, p=.013$). 다문화 환자 접촉기회가 잦은 보건진료원의 문화적 역량 점수가 전혀 접촉하지 않는 보건진료원보다 통계적으로 유의하게 높았으며($F=5.29, p=.006$), 하위 척도 중에서는 문화적 인식을 제외한 문화적 수용성($F=6.67, p=.002$), 문화적 지식($F=3.10, p=.047$), 문화적 행위($F=5.64, p=.004$) 모두에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 문화적 수용성은 다문화 대상자를 전혀 접촉하지 않거나, 가끔 접촉하는 보건진료원에 비해 자주 접촉하는 보건진료원이 점수가 높았으며, 문화적 지식과 문화적 행위는 다문화 대상자를 전혀 접촉하지 않는 보건진료원보다 자주 접촉하는 보건진료원의 점수가 높았다. 문화교육경험이 있는 대상자와 없는 대상자간에 문화적 역량 점수는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나 문화적 수용성 점수는 문화교육경험이 있는 보건진료원이 그렇지 않은 보건진료원보다 통계적으로 유의하게 높았다($t=-2.02, p=.044$). 해외체류경험이 있는 보건진료원의 문화적 역량 점수가 해외체류경험이 없는 보건진료원의 문화적 역량 점수보다 통계적으로 유의

Table 1. General Characteristics of Participants

(N=257)

Characteristics	Categories	n (%)	M±SD
Gender	Female	256 (99,6)	
	Male	1 (0,4)	
Age (year)	≤ 29	9 (3,5)	47,7±7,18
	30~39	18 (7,0)	
	40~49	112 (43,6)	
	≥ 50	106 (41,2)	
	Missing	12 (4,7)	
Marital status	Married	236 (91,8)	
	Others	19 (7,4)	
	Missing	2 (0,8)	
Type of living	Living with family	169 (65,8)	
	Not living with family	72 (28,0)	
	Missing	16 (6,2)	
Education	College	106 (41,2)	
	University	105 (40,9)	
	Graduate school	34 (13,2)	
	Missing	12 (4,7)	
Career as a Community Health practitioner (year)	≤ 10	32 (12,5)	21,0±7,96
	11~20	60 (23,3)	
	≥ 21	164 (63,8)	
	Missing	1 (0,4)	
Series of classes	Privileged official	243 (94,6)	
	Regular public official	4 (1,6)	
	Contract service official	4 (1,6)	
	Missing	6 (2,3)	
Official job position	8	3 (1,2)	
	7	28 (10,9)	
	≥ 6	220 (85,6)	
	Missing	6 (2,3)	
Working area	Rural	164 (63,8)	
	City	8 (3,1)	
	City + Rural	44 (17,1)	
	Remote area	41 (16,0)	
Overseas travel experience	Yes	242 (94,2)	
	No	15 (5,8)	
Learn a foreign language lessons	Yes	107 (41,6)	
	No	150 (58,4)	
Foreign language fluency	Absolutely not fluent	159 (61,9)	
	Not fluent	97 (37,7)	
	Fluent	1 (0,4)	
Opportunity to contact with foreign patients	Never	27 (10,5)	
	Sometimes	216 (84,0)	
	Frequently	14 (5,4)	
Opportunity to contact with foreign healthcare provider	Never	199 (77,4)	
	Sometimes	52 (20,2)	
	Frequently	4 (1,6)	
	Missing	2 (0,8)	
Cultural education experience	Yes	42 (16,3)	
	No	213 (82,9)	
	Missing	2 (0,8)	
Living abroad experience (More than 1 year)	Yes	24 (9,3)	12,1±20,58
	No	200 (77,8)	
	Missing	33 (12,8)	

Table 2. Descriptive Statistics of Cultural Competence

Variables	Number of items	M±SD	Actual Range
Cultural competence (Overall)	42	3.0±0.41	2.0~4.0
Comfort	12	2.9±0.54	1.8~4.4
Knowledge	10	2.6±0.54	1.4~4.0
Awareness	6	3.0±0.46	1.8~4.5
Behaviors	14	3.4±0.48	2.0~4.6

하게 높았으며($t=-2.13, p=.034$), 하위척도 중에서는 문화적 행위가 통계적으로 유의하게 높았다($t=-2.17, p=.031$).

논 의

본 연구에서는 보건진료원의 다문화 대상자에 대한 문화적 역량의 정도를 파악하여 일반적 특성과 다문화 경험 특성에 따른 문화적 역량의 차이를 알아보고, 다문화 대상자에게 질 높은 간호를 제공하기 위한 보건진료원의 문화적 역량 개발 교육의 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

본 연구에서 조사한 보건진료원들의 문화적 역량은 Park (2011)에 의한 종합병원 간호사 대상의 결과인 문화적 역량 2.2점, 문화적 수용성 2.4점, 문화적 지식 2.1점, 문화적 인식 2.5점, 문화적 행위 1.9점과 비교할 때 상당히 높은 수준으로 조사되었다. 이는 보건진료원과 종합병원 간호사의 근무 환경에 따른 차이가 영향을 주었을 것으로 생각된다. 농촌 지역의 다문화 대상자의 상당수가 건강문제가 생겼을 때 병의원보다 비용이 저렴한 보건진료소를 이용하고 있으므로, 종합병원 간호사들에 비해 보건진료원들은 같은 지역 공동체 생활권에서 주기적으로 다문화 대상자를 좀 더 친밀하게 상대하기 때문인 것으로 생각해 볼 수 있다.

본 연구에서 조사한 문화적 역량 세부문항에서 가장 점수가 높았던 ‘장기기증과 관련한 다른 문화권의 신념과 관습에 대해 알고 있다’, ‘민간요법치료자와 함께 협력하는 것에 대해 수용적이다’의 두 문항이 Park (2011)의 연구결과에서는 보통 수준 이하로 낮게 나타나 서로 상반된 결과를 보여주고 있다. 이는 종합병원에서는 상대적으로 다문화권 대상자의 접촉이 적고 중증도가 높은 질병의 환자들을 대상으로 고도의 전문화된 치료를 하기 때문에 종합병원 간호사들은 민간요법 치료자를 수용하기 어려워하는 것으로 생각된다. 반면, 같은 지역 공동체 생활권에서 일차건강관리를 제공하는 보건진료

원들의 경우 상대적으로 대상자들의 민간요법에 더 수용적인 태도를 갖는 것으로 생각해 볼 수 있다. 또한 Park (2011)의 연구결과에서보다 다른 문화권 대상자의 문화적 특성을 사정하는 것에 더 능숙하고, 다른 문화권의 전통음식에 대해 더 잘 알고 있다는 결과는 보건진료원들이 종합병원 간호사들에 비해 다문화 대상자들과 직접 접촉하고 실제 간호를 제공하는 경우가 많기 때문으로 생각된다. 상위 점수 다섯 문항 중 세 문항이 문화적 지식 영역의 문항이며, 보건진료원들이 실제로 다문화 대상자들을 간호하면서 지식이 증가한 것으로 생각해 볼 수 있으나, 본 연구에서 사용된 도구는 보건진료원의 문화적 지식에 대해 주관적인 인식을 측정하는 것이므로 보건진료원들이 가지고 있는 다문화 대상자들에 대한 지식이 정확한 것인지, 실제로 지식수준이 높은지 추가 사정이 필요하다. 한편 보건진료원들은 문화적 행위 영역에 해당하는 고정관념을 가지지 않으려고 하거나 다른 문화권 대상자가 가지는 어려움을 없애려고 노력하거나 다른 문화권 사람들과 교류하는 방법에 대해 환자들이 주는 피드백을 환영하는 것에 대한 인식은 낮게 나타났다. 이는 실제 문화적 지식이 있더라도 실제 행위에서는 다문화대상자와 열린 마음으로 교류하는 것이 부족함을 나타낸다고 해석할 수 있으므로, 보건진료원들이 다문화 대상자들에게 문화적 간호행위를 제공할 때 다문화 대상자에 대한 고정관념을 변화시키려는 노력이 필요하며, 행위를 변화시킬 수 있는 교육방법을 모색해야 할 것이다.

또한 농촌 지역의 보건진료원이 도농통합 지역의 보건진료원보다 통계적으로 유의하게 문화적 역량 점수가 높았고, 다문화 환자와 자주 접촉하는 보건진료원의 문화적 역량이 다문화 대상자와 가끔 혹은 전혀 접촉이 없는 보건진료원보다 유의하게 높게 나타났다. 각 근무지 특성과 다문화 대상자 접촉 정도를 교차분석해본 결과 통계적으로 유의한 차이를 보였으며($\chi^2=17.90, p=.003$), 다문화 대상자와 접촉이 잦다고 보고한 보건진료원의 86%가 농촌 지역에서 근무하고 있었다. 따라서 근무지 자체가 문화적 역량에 영향을 준다고 보기 보다는 근무 지역에 따라 다문화 대상자와의 접촉 정도에 영향을 미치며, 결국 다문화 대상자와 잦은 접촉이 문화적 역량 개발에 긍정적인 영향을 미친다는 것을 의미한다고 볼 수 있다. 이는 Kardong-Edgren (2007)의 연구에서 이민자의 분포가 우세한 지역의 교수자들의 문화적 역량이 그렇지 않은 지역의 교수자들 보다 높게 나타난 연구결과와 일치한다.

문화 관련 교육경험은 16.3%의 보건진료원만 교육을 받은 경험이 있었으며, 문화적 역량 중 문화적 수용성에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 문화교육경험이 있는 보건

Table 3. Cultural Competence by Demographics and General Characteristics of Participants (N=257)

Characteristics	Categories	Cultural competence (Overall)		Comfort		Knowledge		Awareness		Behavior	
		M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Type of living	Living with family	3.0±0.40	2.90	3.0±0.49	4.08	2.7±0.52	2.70	3.0±0.49	0.91	3.4±0.49	1.31
	Not living with family	2.9±0.41	(.004)	2.7±0.56	(<.001)	2.5±0.57	(.007)	2.9±0.40	(.366)	3.3±0.48	(.191)
Education	College	2.9±0.39	1.51	2.8±0.56	0.90	2.6±0.55	0.80	2.9±0.42	1.77	3.4±0.41	1.23
	University	3.0±0.41	(.224)	2.9±0.53	(.408)	2.7±0.50	(.452)	3.0±0.48	(.173)	3.4±0.53	(.295)
	Graduate school	3.1±0.44		3.0±0.47		2.7±0.60		3.1±0.48		3.5±0.52	
Series of classes	Privileged official	3.0±0.41	1.88	2.8±0.54	3.65	2.6±0.53	3.12	3.0±0.45	0.21	3.4±0.48	0.28
	Regular public official	2.7±0.17	(.155)	2.4±0.45	(.027)	2.3±0.50	(.046)	3.0±0.68	(.812)	3.2±0.40	(.759)
	Contract service official	3.3±0.24		3.4±0.49	a < c	3.2±0.64	a < c	3.1±0.32		3.4±0.38	
Official Job position	8	3.3±0.31	1.02	3.3±0.55	1.15	3.2±0.38	1.88	3.1±0.25	0.07	3.6±0.29	0.26
	7	3.0±0.38	(.360)	2.9±0.47	(.320)	2.6±0.54	(.155)	3.0±0.45	(.932)	3.4±0.51	(.773)
	≥ 6	3.0±0.41		2.8±0.55		2.6±0.54		3.0±0.46		3.4±0.47	
Working area	Rural	3.0±0.41	8.94	3.0±0.48	17.48	2.7±0.51	9.98	3.0±0.48	2.49	3.4±0.52	0.74
	City	2.9±0.37	(<.001)	2.8±0.57	(<.001)	2.6±0.58	(<.001)	2.8±0.40	(.061)	3.3±0.25	(.530)
	City + Rural	2.7±0.32	a > c	2.4±0.46	a, b, d > c	2.3±0.44	a > c	2.8±0.32		3.3±0.32	
	Remote area	3.0±0.40		2.9±0.56		2.7±0.59		2.9±0.45		3.4±0.49	
Overseas travel experience	No	3.1±0.50	1.19	3.1±0.56	1.68	2.8±0.74	1.02	3.1±0.57	0.88	3.4±0.46	-0.22
	Yes	3.0±0.40	(.234)	2.8±0.54	(.094)	2.6±0.52	(.323)	3.0±0.45	(.381)	3.4±0.48	(.824)
Learn a foreign language lessons	No	3.0±0.42	0.35	2.8±0.56	-1.35	2.6±0.57	-1.01	3.0±0.44	1.37	3.5±0.43	2.49
	Yes	3.0±0.40	(.730)	2.9±0.51	(.178)	2.7±0.49	(.314)	2.9±0.48	(.173)	3.3±0.52	(.013)
Opportunity to contact with foreign patients	Never	2.8±0.37	5.29	2.6±0.49	6.67	2.4±0.51	3.10	2.9±0.44	0.62	3.1±0.48	5.64
	Sometimes	3.0±0.40	(.006)	2.9±0.53	(.002)	2.7±0.53	(.047)	3.0±0.46	(.540)	3.4±0.47	(.004)
	Frequently	3.2±0.42	a < c	3.2±0.56	ab < c	2.8±0.61	a < c	3.0±0.34		3.6±0.48	a < c
Opportunity to contact with foreign healthcare provider	Never	3.0±0.41	0.07	2.9±0.53	0.80	2.6±0.52	0.14	3.0±0.47	0.02	3.4±0.49	0.02
	Sometimes	2.9±0.42	(.936)	2.8±0.55	(.452)	2.7±0.60	(.867)	3.0±0.43	(.975)	3.4±0.46	(.984)
	Frequently	3.0±0.54		2.9±0.81		2.8±0.82		2.9±0.32		3.4±0.35	
Cultural education experience	No	2.9±0.41	-1.39	2.8±0.54	-2.02	2.6±0.54	-0.39	3.0±0.46	-0.50	3.4±0.47	-1.55
	Yes	3.0±0.40	(.167)	3.0±0.49	(.044)	2.7±0.54	(.693)	3.0±0.44	(.621)	3.5±0.54	(.122)
Living abroad experience (More than 1 year)	No	3.0±0.40	-2.13	2.9±0.52	-1.80	2.7±0.53	-1.20	3.0±0.47	-1.76	3.4±0.49	-2.17
	Yes	3.2±0.43	(.034)	3.1±0.58	(.073)	2.8±0.63	(.230)	3.2±0.42	(.080)	3.6±0.44	(.031)

진료원은 문화교육을 받은 경험이 없는 보건진료원보다 문화적 수용성 점수가 유의하게 높게 나타났으며, 이는 선행연구결과와 일치한다(Park, 2011; Schim, Doorenbos, & Borse, 2005). 본 연구에 참여한 보건진료원들이 받은 문화교육은 다문화 사회의 이해, 문화적 차이, 다문화 가족의 이해와 같은 내용으로 구성되어 있으며 이러한 내용은 대부분 문화적 수용성과 연관이 있는 교육내용이었을 것으로 생각된다. 동남아 이주여성의 경우 자율적인 의사결정 권한 부족과 언어장벽으로 인해 전문 의료인을 찾기보다 민간요법을 선호하고 사회적 규범을 벗어나는 질병에 대한 오명에 대한 두려움이 생식보건 관련 의료이용의 지연을 가져오게 하는 요인이 되는 것처럼(United Nations Population Fund [UNFPA], 2011) 특정 대상자의 문화가 건강에 미치는 영향을 이해하는 것이 대상자의 욕구를 충족시키는 간호제공을 위해 선행되어야 할 것이다. 따라서 보건진료원 대상의 문화 관련 교육은 더욱 폭넓게 실시되어야 할 필요가 있으며, 교육내용도 현재의 문화적 수용성 위주의 교육에서 문화적 지식, 인식, 행위로 그 범위를 넓혀 전반적인 문화적 역량을 증진시키는 방향으로 나아가야 할 것이다.

해외체류 경험은 1개월 이상 해외에 체류한 경험을 조사한 것이며, 해외체류경험이 있는 보건진료원들의 문화적 역량이 경험이 없는 보건진료원보다 높았으며 하위척도 중에서는 특히 문화적 행위가 통계적으로 유의하게 다른 것으로 나타나 선행연구결과와 일치하였다(Sargent, 2005). 문화적 행위라는 것은 추상적으로 획득할 수 있는 지식보다 직접적인 접촉경험이 더욱 중요한 영역이다. 따라서 문화적 행위를 높이기 위해서는 지식적인 측면도 중요하지만 실제 다문화 대상자들과의 접촉을 통해서 효과적으로 문화적 행위를 증진시킬 수 있을 것이다.

그 외에 선행연구에서 문화적 역량에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타난 변수는 교육수준, 연령, 외국어 수강경험 등이었으나 본 연구에서는 유의한 차이가 나타나지 않았다(Park, 2011; Schim et al., 2005). 또한 업무경력도 선행연구에서는 문화적 역량과 유의한 상관관계가 있는 것으로 보고되고 있으나(Park, 2011; Sargent, 2005) 본 연구에서는 유의한 차이가 없는 것으로 나타나 상반된 결과를 보이고 있다. 따라서 반복연구를 통해서 간호사의 문화적 역량에 영향을 미치는 요인에 대해 명확히 규명해야 할 필요가 있다.

위의 결과를 종합해보면, 농촌지역 보건진료원이 도농통합 지역 보건진료원보다 문화적 역량이 높았고, 문화적 수용성, 문화적 지식이 높게 나타났으며, 외국인 접촉기회가 많고 해

외 체류경험이 있는 보건진료원이 문화적 역량이 높았다. 따라서 문화적 역량은 외국인과의 접촉의 잦음 정도에 따라 높아지는 것으로 볼 수 있다. 그러나 외국인과의 잦은 접촉만으로 문화적 인식까지 높일 수는 없는 것으로 본 연구결과 나타났다. 또한 본 연구에 참여한 보건진료원이 경험한 문화 관련 교육은 주로 다문화 대상자들이 우리나라에 잘 적응할 수 있도록 하는 우리나라 문화에 대한 교육내용이거나, 보건진료원들의 문화적 수용성을 높이기 위한 교육으로 나타났다. 그러나 이러한 교육은 문화적 수용성을 높일 수는 있으나 그 외의 문화적 역량의 다른 측면들은 높이는 데는 제한점이 있다. 따라서 앞으로는 문화적 지식, 문화적 인식, 문화적 행위까지 높일 수 있는 보다 폭넓은 문화적 역량을 높일 수 있는 교육 프로그램의 마련하고 이를 보건진료원들에게 적용하기 위한 노력이 필요하다.

다문화 역사가 긴 선진국의 경우 문화적 역량을 증진시키기 위한 각각의 프로그램의 교육내용 및 교육방법은 매우 다양하게 구성되어져 있다. 간호대학생을 대상으로 한 연구를 살펴보면, 강의와 역할극으로 이루어진 워크숍이 문화적 태도를 증가시켰고(Sanner et al., 2010), 해외 임상체험 프로그램을 제공하였을 때 문화적 역량(Caffery et al., 2005)과 문화적 태도(Inglis et al., 2000)가 향상되었다. 그리고 간호사를 대상으로 한 연구에서는, 간호사와 가정간호제공자에게 제공한 문화적 민감도 교육이 문화적 태도의 증진에 효과가 있었고(Majumdar et al., 2004), 강의, 역할극, 게임, 소그룹 토의 및 타문화에 대한 개인경험공유 등으로 이루어진 문화적 역량 교육 프로그램을 지역사회간호사에게 제공했을 때 문화적 지식이 증가되었으며(Brathwaite & Majumdar, 2005), 지역사회 아동간호사를 대상으로 한 3일의 이론과정과 4주간의 임상실습으로 구성된 특화된 교육이 문화적 지식, 문화적 기술 그리고, 문화적 접촉의 일부 항목을 유의하게 증가하였다고 보고하였다(Berlin et al., 2010). 이러한 근거를 바탕으로 한국의 다문화 사회의 특성을 고려한 보건진료원의 문화적 역량 강화를 위한 교육과정의 개발과 그 효과를 평가하는 연구가 필요시 된다.

본 연구는 보건진료원을 대상으로 문화적 역량을 측정하고자 할 목적으로 실시한 연구로, 일 지역의 보건진료원을 편의 표집 하였으므로 모집단을 대표하는 표본이라고 보기는 어려우며, 연구결과의 일반화에 신중을 기해야 할 것이다. 또한 설문 응답률은 85%로, 결과의 신뢰성을 우려할 수준으로 응답률이 낮은 것은 아니지만, 응답하지 않은 15%의 대상자와 성실하게 응답한 85%의 대상자간에 중요한 차이가 있는 변수가

있는지 검증해 볼 필요가 있다. 그러나 비 응답자의 특성을 알 수 없기 때문에 이는 본 연구의 한계점이라 할 수 있다.

그럼에도 불구하고, 본 연구는 문화적 다양성을 고려한 간호 실무의 중요성이 강조되는 시점에서 실제로 다문화권 대상자와의 접촉이 많은 보건진료원의 문화적 역량 정도를 평가한 최초의 연구인 점에서 중요한 의의를 지닌다. 다문화 사회가 일찍이 형성된 캐나다의 경우 온타리오 간호협회에서는 임상 간호 실무에서 문화적 역량을 향상시키기 위한 가이드라인을 제시하고 있고(Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2007), 미국의 경우도 The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2011)에서 보건의료인들이 문화적으로 역량을 갖출 것을 요구하고 있다. 또한, Douglas 등(2009)은 간호사들이 다문화 대상자에게 문화적으로 역량 있는 간호를 제공하기 위한 12가지 표준을 제시하였으며 각 항목은 다음과 같다. 간호사는 모두를 위한 사회적 정의를 구현하고, 문화적으로 적합한 간호 제공을 위해 간호사 본인의 가치와 믿음에 대한 비판적 반영이 필요하며, 횡문화적 간호지식의 습득과 더불어 타 문화에 민감한 실무 기술을 사용해야 한다. 또한, 보건의료체계와 조직은 다문화 대상자 간호에 필요한 체계와 자원을 공급해야 하고, 간호사는 대상자의 권리와 문화적 신념을 옹호하고, 다문화적 업무 능력을 갖추며, 이를 위해 적절한 교육과 훈련이 지속적으로 이루어져야 한다. 더불어, 타 문화권 대상자와의 효과적인 의사소통 능력과 개인 집단, 체계에 영향을 미치는 리더십을 지니고, 다문화 간호에 필요한 정책과 표준을 만들며, 다문화 대상자에게 과학적인 연구를 통한 근거기반 간호를 제공해야 한다. 그러므로, 국내에서도 농어촌 지역의 다문화 대상자의 간호 욕구를 충족시키기 위한 방법으로 보건진료원의 문화적 역량 함양을 위한 프로그램이 정착화 되어야 할 것으로 사료된다.

본 연구는 다음과 같은 제한점을 가진다.

첫째, 일 지역의 보건진료원을 편의 표출법으로 대상자를 선정하였기 때문에 본 연구의 결과를 전체 보건진료원에게 일반화 하는 것이 어렵다.

둘째, 다문화 특성 경험에 관한 설문은 문화역량을 조사한 선행연구들에서 사용된 문항들로 구성된 것이므로 정확한 다문화 경험 특성을 조사하기 위해서는 타당도 검증 절차가 필요하다.

결론

본 연구는 보건진료원의 문화적 역량을 조사하고 일반적

특성 및 다문화 경험 특성에 따른 문화적 역량의 차이를 알아보기 위한 것으로, 다문화 시대의 도래에 따른 보건진료원의 문화적 역량 교육 프로그램을 만들기 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다. 연구대상자는 일 지역 보건진료원으로, 이주노동자 및 결혼이주여성을 포함한 다문화 대상자를 일선에서 직접 접촉하고 간호하고 있으므로 문화적 역량의 증진이 가장 필요한 집단이라 할 수 있다. 보건진료원의 문화적 역량은 종합병원 간호사에 비해 높았으나 미국의 간호대학생이나 간호사들과 비교했을 때 약간 낮았다. 보건진료원의 문화적 역량은 가족과 동거하는 자, 농촌 지역 근무자, 다문화 환자와 접촉기회가 잦고, 해외체류 경험이 있는 자의 경우 더 높았다. 현재 실시하고 있는 보건진료원 대상의 문화교육은 전체적인 문화적 역량을 높이지는 못했으나 문화적 수용성, 문화적 지식을 높이는데 기여하고 있으며, 실제 교육 내용도 타 문화권과의 차이, 이해에 치우쳐 있으므로 문화적 역량 전반, 문화적 행위를 높일 수 있도록 문화적 역량 교육과 훈련의 범위를 확대한 포괄적인 교육 프로그램의 개발을 제안한다.

REFERENCES

- Ahn, Y. H. (2008). Health status and health behavior of immigrant women married to Koreans. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, 22(1), 18-26.
- Berlin, A., Nilsson, G., & Tornkvist, L. (2010). Cultural competence among swedish child health nurses after specific training: A randomized trial. *Nursing and Health Sciences*, 12(3), 381-391.
- Brathwaite, A. C., & Majumdar, B. (2005). Evaluation of a cultural competence educational programme. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 470-479.
- Caffrey, R. A., Neander, W., Markle, D., & Stewart, B. (2005). Improving the cultural competence of nursing students: Results of integrating cultural content in the curriculum and an international immersion experience. *Journal of Nursing Education*, 44(5), 234-240.
- Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 203-207.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.
- Castro, A., & Ruiz, E. (2009). The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. *American Academy of Nurse Practitioners*, 21(5), 278-286.
- Chang, B. H. (2004). *The actual status of health & welfare service of community health practitioners*. Unpublished master's

- thesis, Yonsei University, Seoul.
- Choi, H. J. (2011). Exploratory study on experience in multi-culture and cultural competence of service providers in multicultural settings. *Mental Health & Social Work, 37*, 405-439.
- Douglas, M. K., Pierce, J. U., Rosenkoetter, M., Callister, L. C., Hatter-Pollara, M., Lauderdale, J., et al. (2009). Standards of practice for culturally competent nursing care: A request for comments. *Journal of Transcultural Nursing, 20*(3), 257-269.
- Inglis, A., Rolls, C., & Kristy, S. (2000). The impact on attitudes towards cultural difference of participation in a health focused study abroad program. *Contemporary Nurse, 9* (3-4), 246-255.
- Jeong, G. H., Koh, H. J., Kim, K. S., Kim, S. H., Kim, J. H., Park, H. S., et al. (2009). A survey on health management of during pregnancy, childbirth, and the postpartum of immigrant women in a multi-cultural family. *Korean Journal of Women Health Nursing, 15*(4), 261-269.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2011). *Comprehensive accreditation manual for hospitals*. Illinois: Joint Commission Resources.
- Kardong-Edgren, S. (2007). Cultural competence of baccalaureate nursing faculty. *Journal of Nursing Education, 46*(8), 360-366.
- Kim, H. R. (2009). Maternal health and nutritional status of marriage-based women immigrants in Korea and policy directions. *Health and Welfare Policy Forum, 50*-64.
- Kim, H. R. (2010). Health status of marriage-based immigrants in Korea and policy directions. *Health and Welfare Policy Forum, 46*-57.
- Ko, I. S., Lee, T. W., Lee, K. J., Cho, W. J., Kim, J. S., & Song, E. K. (2005). Roles of primary health practitioner and activities to increase the job performance. *Journal of Korean Nursing Administration Academic Society, 11*(4), 361-369.
- Koh, C. K., & Koh, S. K. (2009). Married female migrants' experiences of health care services. *Journal of Korean Academic Society of Nursing Education, 15*(1), 89-99.
- Leininger, M. (2002). Cultural care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of transcultural nursing, 13*(3), 189-192.
- Majumdar, B., Browne, G., Roberts, J., & Carpio, B. (2004). Effects of cultural sensitivity training on health care provider attitudes and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(2), 161-166.
- McElmurry, B. J., McCreary, L. L., Park, C. G., Ramos, L., Martinez, E., Parikh, R., et al. (2009). Implementation, outcomes, and lessons learned from a collaborative primary health care program to improve diabetes care among urban Latino populations. *Health Promotion Practice, 10*(2), 293-302.
- Ministry of Health & Welfare. (2010). *2010 Yearbook of health and welfare statistics* (11-1351000-000048-10). Seoul: Author.
- Ministry of Public Administration and Security. (2011, May 24). *Status of foreign residents in 2011*. Retrieved May 13, 2012, from <http://www.mopas.go.kr/gpms/view/jsp/download/userBulletinDownload.jsp?userBtBean.bbsSeq=1039051&userBtBean.ctxCd=1258&userBtBean.orderNo=2>
- Park, J. S. (2011). *Study on cultural competence of nurses working in general hospital*. Unpublished master's thesis, Keimyung University, Daegu.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2007, April 19). *Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence*. Retrieved December 5, 2011, from http://www.rnao.org/Storage/29/2336_BPG_Embracing_Cultural_Diversity.pdf
- Sanner, S., Baldwin, D., Cannella, K., Charles, J., & Parker, L. (2010). The impact of cultural diversity forum on students' openness to diversity. *Journal of Cultural Diversity, 17*(2), 56-61.
- Sargent, S. E. (2005). Cultural competence among nursing students and faculty. *Nursing Education Today, 25*(3), 214-221.
- Schim, S., Doorenbos, A., & Borse, N. (2005). Cultural competence among ontario and michigan healthcare providers. *Journal of Nursing Scholarship, 37*(4), 354-360.
- Schim, S., Doorenbos, A., Miller, J., & Benkert, R. (2003). Development of a cultural competence assessment instrument. *Journal of Nursing Measurement, 11*(1), 29-40.
- United Nations Population Fund. (2011, December 14). *Socio-cultural influences on the reproductive health of migrant women*. Retrieved February 12, 2012, from http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2011/Migrant-Vietnam_.pdf