

# 방문간호사와 보건진료원의 문화적 역량에 영향을 미치는 요인

양순옥<sup>1</sup> · 권명순<sup>1</sup> · 이승희<sup>2</sup>

한림대학교 간호학부<sup>1</sup>, 울산대학교 간호학과<sup>2</sup>

## The Factors Affecting Cultural Competency of Visiting Nurses and Community Health Practitioners

Yang, Soon-Ok<sup>1</sup> · Kwon, Myung Soon<sup>1</sup> · Lee, Seung-Hee<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Division of Nursing, Hallym University, Chuncheon

<sup>2</sup>Department of Nursing, University of Ulsan, Ulsan, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate the level of cultural competency of visiting nurses and community health practitioners and explore factors that are related with their cultural competency. **Methods:** The subjects of this study were 113 visiting nurses and 103 community health practitioners working in Gangwon-do. Data were collected using a structured questionnaire on May 24, 2011. The SPSS/WIN 17.0 program was used for data analysis. **Results:** The average score for cultural competency of visiting nurses was  $2.76 \pm 0.60$  and that of community health practitioners  $2.91 \pm 0.51$ . Most of subjects received no multicultural education (78.0% for nurses, 85.7% for community health nurses). Factors influencing cultural competency were number of service experience for multicultural clients and participation of multicultural education. **Conclusion:** It is necessary to develop systematic educational programs to enhance the cultural competency of nurses.

**Key Words:** Nurse, Cultural competency

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

최근 우리나라는 가족체제 유지를 위한 국제결혼과 3D (Dirty, Dangerous, Difficult) 업종의 기피종조로 인한 외국 노동자의 유입이 가속화되면서 민족적, 인종적 다양성이 새로운 사회현상으로 나타나고 있다. 이주자의 정확한 수치에는 다소 이견이 있으나 법무부 출입국·외국인정책본부 통계 자료에 의하면 2007년 8월을 기준으로 국내 체류 외국인이

100만을 넘어섰고, 2010년 말 총 체류 외국인은 1,261,415명으로 같은 시점 주민등록인구 5,051만명의 2.5% 수준에 이르고 있다(Ministry of Justice, 2011). 한국남성과 결혼한 외국인 여성과 외국인 노동자, 새터민, 유학생 등의 급속한 유입으로 국내에 거주하고 있는 외국인의 수가 크게 증가하면서 이질적인 언어와 종교, 생활규범의 충돌로 문화적 다양성과 차이가 사회적 관심사로 떠오르고 있다.

이들 이주자들은 문화적 배경이 다른 사회 구성원을 수용이 아니라 일방적인 동화의 대상으로 인식하는 사회 분위기 속에서 문화적 차이와 언어장벽으로 인해 문화적응 스트레스

**주요어:** 방문간호사, 보건진료원, 문화적 역량

**Corresponding author:** Lee, Seung-Hee

Department of Nursing, University of Ulsan, 93 Daehak-ro, Nam-gu, Ulsan 680-749, Korea.  
Tel: +82-52-259-2710, Fax: +82-52-259-1236, E-mail: seunglee@ulsan.ac.kr

- 이 논문은 2011년도 한림대학교 교비 학술연구비 (HRF-201109-061)에 의하여 연구되었음.

- This research was supported by Hallym University Research Fund, 2011 (HRF-201109-061).

투고일: 2012년 4월 20일 / 심사완료일: 2012년 9월 6일 / 게재확정일: 2012년 9월 7일

를 겪고 있으며(Lim, Jeong, & Lee, 2010), 우리나라의 보건 의료체계 및 자원에 대한 정보부족과 의료인과의 의사소통 장애, 동료집단의 지지부족, 차별인식 등으로 의료서비스 이용에 어려움을 겪고 있다(Koh & Koh, 2009). 이주자들은 비교적 건강한 상태로 이민을 오지만 사회문화적 적응을 하는 과정에서 낮은 사회경제적 수준, 지원체계 부족 등으로 건강행위 실천율과 건강수준이 점차 낮아지는 것으로 보고되고 있다(Lara, Gamboa, Kahramanian, Morales, & Bautista, 2005; Yang, 2011).

건강 취약 집단인 소수민족에 대한 관심은 의료체계내의 사회정의 실현이라는 측면에서도 중요하며, 민족 또는 문화의 다양성에 대한 배려와 존중은 간호사로서 반드시 갖춰야 할 요소이다(Koh & Koh, 2009). 타 문화권의 대상자가 건강 서비스 이용 시 경험하는 편견과 차별 및 장애요소들을 개선하여 불공평한 차이를 감소시키려면 다른 문화의 사람들과 원만히 상호작용하며 타문화를 수용하고 이해하는 문화적 역량을 갖춘 간호사가 필요하다. 문화적 역량이란 주류문화와는 차별성을 갖는 다른 소수집단의 문화를 이해하고 서로 다른 집단의 독특한 욕구를 이해하고 반응하는 능력을 의미하며, 자신과 다른 문화적 배경을 가진 사람들과 관계를 맺고 유지할 수 있는 능력, 타문화 사람들과 오해와 손실을 최소화하면서 유연하게 의사소통할 수 있는 능력, 타문화 사람들과 협력할 수 있는 능력을 포함한다(Betancourt, Green, Carrillo, & Ananeh-Firempompong, 2003).

우리보다 앞서 다문화 사회를 경험한 미국 등의 국가에서는 간호사가 다문화 대상자에게 적절한 간호를 수행할 수 있는 문화적 역량을 갖추 수 있도록 많은 연구와 교육이 이루어져 왔다. 간호사의 문화적 역량에 관한 국외 선행연구를 살펴보면, 간호사의 문화적 역량이 대상자의 건강결과에 미치는 영향에 대한 연구(Wilson, 2011), 임상간호사의 문화적 역량을 향상시키기 위한 교육전략에 관한 연구(Boyle, Sheridan, McClary, & White, 2002), 간호교육과 실무에서의 문화적 역량 강화를 위한 지역사회 기반 접근전략에 관한 연구(Anderson, Calvillo, & Fongwa, 2007) 등이 진행되어 왔다. 국내에서는 그동안 여성결혼이민자와 외국인 노동자 등 이주자의 건강상태와 건강행위, 의료서비스 이용경험, 문화적응 스트레스(Ahn, 2008; Koh & Koh, 2009; Yang, 2011)를 중심으로 연구가 이루어져 왔다. 간호사를 대상으로 한 문화적 역량에 관한 연구는 시작되고 있는 수준으로 최근에 종합병원 간호사를 대상(Lee, 2011; Park, 2011)으로 연구된 바 있으나 방문간호사와 보건진료원을 대상으로 이들의 문화적 역량

수준이 어떠한지, 어떠한 경로를 통해서 문화적 역량을 습득하고 강화할 수 있는지에 대한 실증적 연구는 찾아보기 어려운 실정이다. 방문간호사와 보건진료원은 지역사회 주민의 건강요구를 충족시키기 위해 최일선에서 활동하는 간호인력으로 건강 취약 집단인 다문화 대상자들에게 문화적으로 적절한 질병예방과 건강증진, 건강생활실천, 만성질환관리 서비스를 제공함으로써 상대적으로 열악한 상태에 있는 이들의 건강수준을 향상시키는데 기여할 수 있는 건강전문가이다. 방문간호사와 보건진료원을 효율적으로 활용함으로써 지역사회에 증가하고 있는 다문화 대상자의 다양한 건강요구를 충족시키고 우리 사회의 건강 형평성도 향상시킬 수 있을 것이다. 이에 본 연구는 방문간호사와 보건진료원의 문화적 역량 수준과 이에 영향을 미치는 요인을 파악함으로써 방문간호사와 보건진료원의 문화적 역량 강화 프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 방문간호사와 보건진료원의 문화적 역량 수준과 이에 영향을 미치는 요인을 파악함으로써 방문간호사와 보건진료원의 문화적 역량 강화 프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 함이다. 이에 따른 구체적 목적은 다음과 같다.

- 방문간호사와 보건진료원의 문화적 역량 정도를 파악한다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 문화적 역량 정도의 차이를 파악한다.
- 대상자의 문화적 역량에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

## 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 방문간호사와 보건진료원을 대상으로 구조화된 설문지를 이용하여 문화적 역량 수준과 이에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구대상자는 2011년 5월 24일부터 25일까지 이틀간 실시한 강원도 맞춤형 방문건강관리사업 직무교육에 참석한 방문간호사와 보건진료원으로 본 연구의 목적을 이해하고 참

여를 허락한 자였다. 123명의 방문간호사와 105명의 보건진료원이 직무교육에 참석하였으며 115명의 방문간호사와 103명의 보건진료원이 연구 설문지에 응답하였다. 수집한 설문지 중에서 불충분하게 응답되어진 2부를 제외한 총 216명(방문간호사 113명, 보건진료원 103명)의 자료를 최종 분석 대상으로 하였다. 대상자 표본크기의 적절성을 확인하기 위해 G\*Power 3.1.4 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007)을 이용하였다. 다중회귀 분석을 위한 중간정도의 효과크기 .15, 검정력 90%, 유의수준 .05, 독립변수 8개로 하였을 때 필요한 최소 표본크기는 73명이었다. 따라서 본 연구의 대상자 수는 충분한 것으로 판단된다.

### 3. 자료수집

본 연구를 위한 자료수집은 2011년도 강원도 맞춤형 방문건강관리사업 직무교육이 실시된 첫날인 5월 24일에 방문간호사와 보건진료원을 대상으로 각각 이루어졌다. 먼저 연구자가 전반적인 연구목적과 내용을 설명하고 자가보고식 설문지를 배부하였으며 대상자가 연구참여를 허락한 경우 서면동의를 받고 설문내용에 스스로 응답하게 하여 회수하였다. 연구자가 직접 대상자에게 참여여부는 강제적인 것이 아니라 자발적인 것이며 익명과 비밀이 보장됨을 설명하였다. 설문지와 함께 배부된 연구참여 동의서에도 연구의 목적과 내용, 수집된 정보는 연구목적으로만 사용되며 모든 자료는 무기명으로 처리될 것이며 설문작성 도중에 언제든지 중단을 결정할 수 있고 이로 인하여 어떠한 불이익도 받지 않을 것이라는 내용을 포함하였다. 또한 설문에 관한 의문 사항이나 이해에 어려움이 있는 대상자는 질문하도록 하여 이해를 도왔다.

### 4. 연구도구

문화적 역량 측정도구는 Lum (2003)이 개발한 ‘문화역량 자기평가 척도’를 Hyun (2011)이 한국어로 번역하여 사용한 것을 수정·보완하여 사용하였다. 이 척도는 인식을 측정하기 위한 7문항과 지식을 측정하기 위한 8문항, 기술을 측정하기 위한 15문항의 총 30문항으로 구성되어 있고 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점, ‘매우 그렇다’의 5점 Likert 척도로 점수가 높을수록 문화적 역량이 높은 것을 나타낸다. 본 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 사회복지시설종사자를 대상으로 한 Hyun (2011)의 연구에서는 .965로 나타났으며 본 연구에서는 .945로 나타났다.

### 5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 17.0 프로그램을 이용하여 전산 처리하였다. 방문간호사와 보건진료원의 일반적 특성과 문화적 역량의 차이는 t-test와  $\chi^2$ -test로 분석하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 문화적 역량의 차이는 t-test와 ANOVA로, 대상자의 문화적 역량에 영향을 미치는 요인은 다중회귀분석을 이용하여 분석하였다.

## 연구 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

방문간호사와 보건진료원의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 방문간호사의 평균 연령은 40세로 40세 이상이 전체의 57.1%, 30~39세 이하가 전체의 31.3%였으며, 보건진료원의 평균 연령은 47세로 40세 이상이 전체의 89.9%를 차지하였다. 방문간호사의 월 가구소득은 400만원 이상이 34.9%, 100~199만원이 32.1%였으며, 보건진료원은 400만원 이상이 51.0%로 보건진료원의 월 가구소득이 방문간호사에 비해 높은 양상을 보였다. 방문간호사의 성장지는 중소도시가 57.8%로 가장 많았으며, 보건진료원은 농어촌이 54.1%로 가장 많았다. 다문화대상자에 대한 호감 정도는 방문간호사 3.2점, 보건진료원 3.2점으로 거의 차이가 없었다. 외국경험 횟수는 방문간호사가 1.2회, 보건진료원이 2.2회로 보건진료원의 외국경험 횟수가 더 많았다. 다문화 교육에의 참여는 방문간호사 22.0%, 보건진료원 14.3%로 두 직종 모두 낮게 나타났다. 결혼이주여성에 대한 서비스 경험은 방문간호사 80.2%, 보건진료원 81.8%로 모두 높게 나타났으며, 외국인 노동자에 대한 서비스 경험은 방문간호사 8.1%, 보건진료원 27.3%로 그 비율이 낮았으나 보건진료원이 약간 높았다. 북한이탈주민에 대한 서비스 경험은 방문간호사 18.9%, 보건진료원 3.0%로 그 비율이 낮았으나 방문간호사가 약간 높았다.

### 2. 대상자의 문화적 역량 정도

대상자의 문화적 역량 정도는 5점 만점에 다음과 같이 나타났다(Table 2). 방문간호사의 문화적 역량 정도는  $2.76 \pm 0.60$  점, 보건진료원은  $2.91 \pm 0.51$ 점으로 보통 정도보다 약간 낮게 나타났으며 두 직종 간 유의한 차이는 없었다. 그러나 문화적 역량을 3개의 하위범주로 구분한 결과 보건진료원이 방문간호

사보다 「인식」과 「지식」이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 문화적 역량의 하위범주에서 방문간호사는 「기술」이  $2.82 \pm 0.67$ 점으로 가장 높게 나타났으며 그 다음은 「인식」이  $2.79 \pm 0.66$ 점, 「지식」이  $2.61 \pm 0.65$ 점의 순이었다. 보건진료원은 「인식」이  $3.02 \pm 0.62$ 점으로 가장 높게 나타났으며 그 다음은 「기술」이  $2.89 \pm 0.56$ 점, 「지식」이  $2.84 \pm 0.58$ 점의 순으로 나타났다.

### 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 문화적 역량 정도의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 문화적 역량 차이를 살펴보

면 Table 3과 같다. 방문간호사의 경우 문화적 역량의 수준에 있어 연령, 월 가구소득, 성장지, 다문화 교육 참여여부에 의한 차이는 없는 것으로 나타났다. 그러나 결혼이주여성에 대한 서비스 경험이 있는 방문간호사는 전체 문화적 역량 평균이  $2.84 \pm 0.57$ 점으로 경험이 없는 방문간호사( $2.42 \pm 0.58$ 점)에 비해 점수가 높았으며 이러한 차이는 유의한 것으로 나타났다( $t=2.983, p=.004$ ). 또한 외국경험 횟수가 4~5회인 방문간호사가 외국경험 횟수가 0회인 방문간호사보다 문화적 역량의 하위범주 중 「기술」 점수가 높았다( $t=3.285, p=.041$ ).

보건진료원의 경우에는 문화적 역량의 수준에 있어 연령, 월 가구소득, 성장지, 외국경험 횟수에 의한 차이가 없는 것

**Table 1.** General Characteristics of Subjects

(N=216)

Characteristics	Categories	VN (n=113)	CHP (n=103)	$\chi^2$ or t	p
		n (%)	n (%)		
Age (year)		40.29 $\pm$ 7.73	47.43 $\pm$ 6.33	7.379	< .001
	$\leq 29$	13 (11.6)	0 (0.0)	30.288	< .001
	30~39	35 (31.3)	10 (10.1)		
	$\geq 40$	64 (57.1)	89 (89.9)		
Monthly income (10,000 won)	100~199	35 (32.1)	4 (4.1)	27.456	< .001
	200~299	16 (14.7)	15 (15.3)		
	300~399	20 (18.3)	29 (29.6)		
	$\geq 400$	38 (34.9)	50 (51.0)		
Dwelling place in childhood	City of great level	6 (5.5)	5 (5.1)	6.478	.039
	City of middle level	63 (57.8)	40 (40.8)		
	County	40 (36.7)	53 (54.1)		
Good feeling toward multicultural client		3.20 $\pm$ 0.39	3.22 $\pm$ 0.47	0.432	.667
Number of overseas experiences		1.22 $\pm$ 1.51	2.17 $\pm$ 1.45	4.608	< .001
Participation of multicultural education	Yes	24 (22.0)	14 (14.3)	2.059	.208
	No	85 (78.0)	84 (85.7)		
Experience of service for marriage migrant women	Yes	89 (80.2)	81 (81.8)	0.091	.861
	No	22 (19.8)	18 (18.2)		
Experience of service for migrant workers	Yes	9 (8.1)	27 (27.3)	13.531	< .001
	No	102 (91.9)	72 (72.7)		
Experience of service for North Korean defectors	Yes	21 (18.9)	3 (3.0)	13.050	< .001
	No	90 (81.1)	96 (97.0)		

VN=visiting nurses; CHP=community health practitioners.

**Table 2.** Comparison of Cultural Competency between Visiting Nurses and Community Health Practitioners

(N=216)

Variables	VN (n=113)	CHP (n=103)	t	p
	M $\pm$ SD	M $\pm$ SD		
Cultural competency	2.76 $\pm$ 0.60	2.91 $\pm$ 0.51	1.909	.058
Recognition	2.79 $\pm$ 0.66	3.02 $\pm$ 0.62	2.612	.010
Knowledge	2.61 $\pm$ 0.65	2.84 $\pm$ 0.58	2.711	.007
Skill	2.82 $\pm$ 0.67	2.89 $\pm$ 0.56	0.804	.423

VN=visiting nurses; CHP=community health practitioners.

Table 3. Difference of Cultural Competency according to Subject's General Characteristics

(N=216)

Variables	Characteristics	Categories	Cultural competency		Subarea of cultural competency					
			M±SD	F (p)	Recognition		Knowledge		Skill	
					M±SD	F (p)	M±SD	F (p)	M±SD	F (p)
Visiting nurses	Age (year)	≤ 29	2,55±0,57	0,871	2,74±0,65	0,238	2,40±0,65	0,709	2,53±0,60	1,410
		30~39	2,77±0,51	(,421)	2,84±0,60	(,788)	2,63±0,57	(,494)	2,81±0,58	(,249)
		≥ 40	2,78±0,64		2,75±0,70		2,63±0,69		2,87±0,71	
	Monthly income (10,000 won)	≤ 199	2,70±0,56	0,165	2,79±0,64	0,241	2,58±0,64	0,149	2,72±0,61	0,339
		200~299	2,74±0,62	(,920)	2,69±0,74	(,867)	2,60±0,67	(,930)	2,84±0,74	(,797)
		300~399	2,78±0,55		2,88±0,55		2,56±0,65		2,85±0,63	
		≥ 400	2,80±0,67		2,78±0,74		2,66±0,69		2,88±0,73	
	Dwelling place in childhood	City of great level	2,77±0,42	0,381	2,88±0,47	0,116	2,56±0,61	0,461	2,82±0,47	0,747
		City of middle level	2,79±0,63	(,684)	2,76±0,66	(,890)	2,66±0,68	(,632)	2,88±0,71	(,476)
		County	2,69±0,59		2,81±0,71		2,53±0,63		2,72±0,63	
	Participation of multicultural education	Yes	2,72±0,65	0,348	2,72±0,69	0,543	2,61±0,69	0,034	2,77±0,71	0,389
		No	2,76±0,59	(,728)	2,80±0,64	(,589)	2,60±0,65	(,973)	2,83±0,66	(,698)
	Number of overseas experiences	0	2,76±0,64	1,786	2,74±0,69	0,231	2,63±0,70	0,770	2,84±0,69	3,285
		1~3	2,68±0,54	(,173)	2,79±0,64	(,794)	2,54±0,61	(,465)	2,70±0,62	(,041)
		4~5	3,04±0,67		2,89±0,76		2,79±0,69		3,24±0,73	
	Experience of service for marriage migrant women	Yes	2,84±0,57	2,983	2,90±0,63	3,760	2,69±0,60	2,779	2,89±0,66	2,135
		No	2,42±0,58	(,004)	2,33±0,62	(<,001)	2,27±0,75	(,006)	2,55±0,61	(,035)
	Experience of service for migrant workers	Yes	3,01±0,58	1,339	3,13±0,64	1,612	2,89±0,65	1,334	3,02±0,66	0,948
		No	2,73±0,59	(,183)	2,76±0,66	(,110)	2,59±0,65	(,182)	2,80±0,67	(,345)
	Experience of service for North Korean defectors	Yes	2,79±0,55	0,284	2,79±0,66	0,019	2,68±0,62	0,531	2,85±0,66	0,242
		No	2,75±0,61	(,777)	2,79±0,66	(,985)	2,60±0,66	(,597)	2,81±0,67	(,809)
Community health practitioners	Age (year)	30~39	2,82±0,62	0,643	3,03±0,82	0,115	2,58±0,65	1,671	2,85±0,59	0,335
		≥ 40	2,93±0,49	(,522)	3,01±0,58	(,909)	2,89±0,55	(,098)	2,92±0,54	(,738)
	Monthly income (10,000 won)	≤ 199	2,72±0,63	0,692	2,71±0,72	0,366	2,50±0,61	1,497	2,84±0,62	0,550
		200~299	2,78±0,64	(,559)	3,02±0,78	(,778)	2,63±0,69	(,221)	2,75±0,64	(,649)
		300~399	2,92±0,49		3,02±0,65		2,93±0,57		2,88±0,52	
		≥ 400	2,96±0,48		3,06±0,57		2,90±0,55		2,96±0,57	
	Dwelling place in childhood	City of great level	2,97±0,69	0,718	3,40±0,97	1,099	2,68±0,59	0,286	2,93±0,69	1,317
		City of middle level	2,84±0,62	(,490)	2,96±0,66	(,337)	2,83±0,69	(,752)	2,78±0,70	(,273)
		County	2,96±0,41		3,04±0,56		2,88±0,50		2,98±0,43	
	Participation of multicultural education	Yes	3,25±0,51	2,615	3,30±0,64	1,769	3,19±0,54	2,448	3,22±0,51	2,305
		No	2,86±0,50	(,010)	2,98±0,62	(,080)	2,79±0,57	(,016)	2,84±0,56	(,023)
	Number of overseas experiences	0	2,92±0,44	0,349	3,16±0,61	1,356	2,85±0,35	0,247	2,84±0,60	0,127
		1~3	2,89±0,54	(,706)	2,96±0,64	(,263)	2,82±0,62	(,781)	2,89±0,57	(,881)
		4~5	3,00±0,49		3,21±0,58		2,93±0,53		2,95±0,58	
	Experience of service for marriage migrant women	Yes	3,02±0,47	5,359	3,16±0,57	5,289	2,94±0,55	4,111	3,00±0,53	4,452
		No	2,39±0,36	(<,001)	2,40±0,47	(<,001)	2,36±0,50	(<,001)	2,40±0,44	(<,001)
	Experience of service for migrant workers	Yes	3,09±0,51	2,209	3,17±0,49	1,413	3,08±0,64	2,542	3,06±0,61	1,864
		No	2,84±0,50	(,030)	2,97±0,66	(,161)	2,75±0,54	(,013)	2,83±0,54	(,065)
	Experience of service for North Korean defectors	Yes	2,69±0,38	0,735	3,29±0,66	0,739	2,46±0,07	1,136	2,53±0,81	1,113
		No	2,91±0,52	(,464)	3,01±0,63	(,462)	2,85±0,59	(,259)	2,90±0,56	(,268)



로 나타났다. 그러나 결혼이주여성과 외국인 노동자에 대한 서비스 경험이 있는 보건진료원이 경험이 없는 보건진료원에 비해 문화적 역량 수준이 높았으며 이러한 차이는 유의한 것으로 나타났다(결혼 이주여성:  $t=5.359$ ,  $p=.004$ ; 외국인 노동자:  $t=2.209$ ,  $p=.030$ ). 또한 다문화 교육에 참여한 경험이 있는 보건진료원이 그렇지 않은 경우보다 문화적 역량이 높았다( $t=2.615$ ,  $p=.010$ ).

#### 4. 대상자의 문화적 역량에 영향을 미치는 요인

대상자의 문화적 역량에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 대상자의 인구사회학적 변수인 연령, 월 가구소득, 주성장과 선행연구에서 관련변인이었던 다문화 교육 참여여부, 해외경험 횟수, 다문화 대상자에 대한 서비스 경험 횟수를 독립변수로 하여 단계적 다중회귀분석(Stepwise multiple regression)을 실시하였다(Table 4, 5). 이중 주성장과 다문화 교육 참여여부는 가변수(dummy variable)로 처리하여 분석하였으며, 다문화 대상자에 대한 서비스 경험 횟수는 결혼이주여성, 외국인 노동자, 북한이탈주민에 대한 서비스 경험이 있으면 1점, 없으면 0점으로 하여 총 0점에서 3점까지의 점수로 합산하여 분석하였다. 독립변수에 대한 회귀분석의 기본가정을 검증하기 위하여 잔차의 정규성, 선형성, 등분산성, 다중공선성을 진단하였다. 히스토그램과 회귀 표준화 잔차의 정규 P-P도표를 분석한 결과, 잔차가 45도 직선에 가까워 오차의 정규분포와 등분산성의 가정을 만족하였다. 독립변수들 간의 상관관계수는 .01~.48로 .80 이상인 설명변수가 없어 예측변수들이 독립적임이 확인되었으며, 오차의 자기 상관(독립성) 검증에서는 Dubin-Watson 통계량이 각각 2.004와 1.701로 기준값인 2에 가까워 자기 상관계 문제가 없었고, 다중공선성을 확인한 결과에서도 공차한계(tolerance)가 .99~1.00로 0.1

이상으로 나타났으며, 분산 팽창인자(variation inflation factor, VIF)도 1.000~1.006으로 기준인 10 이상을 넘지 않아 다중공선성의 문제가 없었다. 따라서 회귀분석의 가정을 검증한 결과 회귀식의 모든 가정이 충족되어 본 회귀분석결과를 신뢰할 수 있는 것으로 판단되었다. 단계적 다중회귀분석 결과, 방문간호사의 문화적 역량 정도는 다문화 대상자에 대한 서비스 경험 횟수만이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 다문화 대상자에 대한 서비스 경험이 많을수록 문화적 역량 정도가 높은 것으로 나타났으나 모형의 설명력은 낮았다( $R^2=.056$ ,  $p=.008$ ). 보건진료원의 문화적 역량 정도는 다문화 대상자에 대한 서비스 경험 횟수와 다문화 교육 참여여부가 영향을 미치는 것으로 나타났다. 다문화 대상자에 대한 서비스 경험이 많을수록 그리고 다문화 교육에 참여한 경험이 있는 경우 문화적 역량 정도가 높은 것으로 나타났다( $R^2=.218$ ,  $p<.001$ ).

## 논 의

본 연구는 다문화 대상자의 증가로 예기치 않은 사회적 변화를 경험하고 있는 우리나라에서 지역사회 다문화 대상자의 건강요구를 충족시키기 위해 최일선에서 활동하고 있는 방문간호사와 보건진료원의 문화적 역량 수준과 이에 영향을 미치는 요인을 파악함으로써 이들의 문화적 역량을 강화시키기 위한 프로그램을 개발하기 위한 기초자료를 제공하고자 시도하였다. 본 연구대상자의 문화적 역량 관련 일반적 특성을 살펴보면 방문간호사의 평균 연령은 40세, 보건진료원의 평균 연령은 47세로 보건진료원의 연령이 더 많은 것으로 나타났다. 다문화 교육에의 참여 경험을 살펴보면 방문간호사(22.0%)와 보건진료원(14.3%) 모두 다문화 교육 참여 경험이 낮게 나타났다. 이는 국내 다문화 대상자가 급속히 증가하고 있음에도 불구하고 아직 방문간호사와 보건진료원을 대상으로 하

**Table 4.** Variables Affecting Cultural Competency of Visiting Nurses

(N=113)

Variables	$\beta$	t	p	$R^2$	Adjusted $R^2$	F
Number of service experience for multicultural client	.255	2,690	.008	.065	.056	7.236

Excluded variables: age, monthly income, dwelling place in childhood (1: rural, 0: urban), participation of multicultural education (yes:1, no: 0), number of overseas experiences.

**Table 5.** Variables Affecting Cultural Competency of Community Health Practitioners

(N=103)

Variables	$\beta$	t	p	$R^2$	Adjusted $R^2$	F
Number of service experience for multicultural client	.406	4,366	<.001	.235	.218	13.647
Participation of multicultural education	.235	2,529	.013			

Excluded variables: age, monthly income, dwelling place in childhood (1: rural, 0: urban), number of overseas experiences.

는 다문화 역량강화 교육이 활성화되지 않고 있는 점, 맞춤형 방문건강관리 사업 인력교육에 다문화 대상자 중재교육이 표준화된 교육내용으로 보급되지 않고 있는 것과도 관련이 있는 것으로 생각된다. 다문화 대상자 건강관리에 대한 구체적인 교육이 부족한 상태에서 방문간호사와 보건진료원이 직접 대상자에게 문화적으로 적합한 건강관리 서비스를 제공하는 데는 한계가 있으므로 다문화 대상자 건강관리를 위한 실무자 직무교육과 훈련이 요구된다.

본 연구에서의 문화적 역량 정도는 5점 만점에 방문간호사는  $2.76 \pm 0.60$ 점, 보건진료원은  $2.91 \pm 0.51$ 점으로 중간 정도보다 약간 낮게 나타났는데 이는 척도가 달라 직접 비교는 어렵지만 사회복지시설 종사자를 대상으로 문화적 역량을 조사한 Hyun (2011)의 연구에서 사회복지시설 종사자의 문화적 역량이 평균 2.99 (5점 만점), 사회복지사를 대상으로 한 Min (2008)의 연구에서의 2.94 (4점 만점)와 비슷하거나 약간 낮은 수준이었다. 본 연구에서 방문간호사와 보건진료원의 문화적 역량 정도가 낮게 나온 이유로는 타문화와의 접촉이 많을수록, 외국경험이 많을수록 대상자의 다문화 수용성이 높아졌다는 Kim (2010)의 연구와 다문화 관련 교육경험이 있는 경우 대상자의 문화적 역량이 높았다는 Lee (2011)의 연구를 고려해 볼 때 본 연구대상자의 외국경험 횟수가 1~2회 정도로 적으며, 다문화 관련 교육을 받은 경험이 적은 것과도 관련이 있을 것으로 보인다. Moon과 Bae (2011)는 문화적 역량은 자문화중심주의, 전이, 문화상대주의의 3단계 과정을 거쳐 발달하게 되는데 문화적 역량이 낮은 자문화중심주의 단계에 있는 사람은 타문화와의 문화적 차이를 지각하지 못하고 자신의 문화가 유일하다고 여기며 문화적으로 다른 사람들과의 관계를 불편하게 여기고 거리를 유지하려는 경향을 보인다고 하였다. 대학생의 문화적 역량을 연구한 Kim (2010)도 대부분의 연구대상자들이 이주민에 대해 한국인과는 다른 피부색, 냄새 등으로 외모에 대한 편견과 낮은 경제수준에 대해 차별의식을 갖고 색안경을 끼고 이주민을 바라보는 경우가 많았다고 하였다. 방문간호사와 보건진료원이 문화적 역량이 낮아 다문화 상황에서 민감하게 대처하지 못한다면 다문화 대상자와의 언어적 장벽, 문화적 차이로 인한 편견과 오해, 갈등이 깊어질 우려가 있다. Koh와 Koh (2009)는 타문화권의 대상자와 의료인 사이에 건강과 의료에 다양한 문화적 차이가 있을 수 있으며 이런 문화적 차이로 인해 외국인 대상자는 의료인과의 대인관계에서 심리적 위축을 느껴 편견과 차별을 경험하게 된다고 하였다. 건강 취약 집단인 다문화 대상자가 편견과 차별을 느끼지 않고 건강서비스를 이용하도록 하기 위해서

는 타문화를 수용하고 이해하며 이들과 원만히 상호작용할 수 있는 문화적 역량을 갖춘 간호사가 필요하다.

Weaver (2005)는 문화적 역량이 인식, 지식, 기술의 3개 하위영역으로 구성되어 있다고 하였으며, 문화적 인식이란 사회 내에 존재하는 문화적 다양성에 대해 인식하고 각 문화권에 속한 개인들의 가치와 경험되는 현실을 인식하는 것이고, 문화적 지식은 다양한 문화집단들의 역사, 전통, 가치체계, 세계관, 가족체계, 표현 등에 대한 지식을 의미한다고 하였다. 문화적 기술은 타문화 대상자와의 언어적, 비언어적 의사소통의 단서들을 익혀 사용하고, 대상자가 편안하게 느낄 수 있도록 대할 수 있으며, 협상할 수 있는 기술을 의미한다 (Weaver, 2005). Kim (2010)은 문화적 역량을 갖추기 위해서는 첫째, 타문화에 대한 자신의 개인적 편견, 선입견, 고정관념 등을 인정하고 다양성을 가치있게 여기면서 타문화의 규범, 태도, 신념에 대한 인식을 발전시켜야 하며, 둘째, 타문화 관련 교육, 워크숍, 세미나에 참석하며, 다른 문화에 대한 문헌을 읽고 다른 문화권의 영화를 보며 다른 국가를 방문 하는 등 타문화에 대한 지식을 습득해야 하며, 셋째, 타문화권의 사람들과 친구가 되고, 그들과 전문적, 직업적 관계를 형성하며, 그들의 언어를 배우는 등 문화적 기술을 개발시켜야 한다고 하였다.

대상자의 일반적 특성에 따른 문화적 역량의 정도는 외국 경험 횟수, 다문화 교육에 참여한 경험, 결혼이주여성과 외국인 노동자에 대한 서비스 경험에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 Kim (2010)의 연구에서 외국경험이 많을수록 대상자의 다문화 수용성이 높아졌다는 것과 해외거주 경험이 의료관광 유치기관 종사자의 문화적 역량에 긍정적 영향을 미친다고 보고한 Jin, Kim, Sung, Hwang과 Jung (2010)의 연구결과와 일치한다. 또한 다문화 교육에 참여한 경험이 있는 경우 대상자의 문화적 역량이 높았다는 Lee (2011)와 Jin 등(2010)의 연구와 다문화 교육의 필요성을 높이 인지하는 경우 대상자의 문화적 역량이 높았다는 Kim, Lee와 Cho (2011)의 연구와도 맥락을 같이 하였으나 다문화 교육경험에 따른 문화적 역량의 차이가 없었다는 연구(Kim et al., 2011; Min, 2008)도 있었다.

회귀분석결과, 방문간호사와 보건진료원의 문화적 역량에 모두 영향을 미치는 요인은 다문화 대상자에 대한 서비스 경험 정도인 것으로 나타났다. 이는 다문화 대상자에게 서비스를 실천한 경험이 있는 사회복지사가 그렇지 않은 사회복지사보다 문화적 역량이 높은 것으로 나타났다는 Min (2008)의 연구결과와 일치하였으며, 다문화 실천 경험 여부에 따라 대학생의 문화적 역량에 유의한 차이가 나타났다고 보고한 Min

과 Lee (2009)의 연구와도 일치하였다. Kim 등(2011)의 연구에서도 다문화 사례를 담당한 경험이 있는 의료사회복지사가 그렇지 않은 자에 비해 문화적 이해 및 지식 분야의 점수가 상대적으로 더 높았다고 하였다. 이와 같이 다문화 대상자에게 서비스를 제공한 경험이 있는 경우 문화적 역량이 높게 나타난 것에 대해 Min (2008)은 문화적 배경이 다른 대상자를 대상으로 업무를 수행하면서, 경험적으로 학습하고 관련 지식을 적용하는 과정을 겪으면서 문화적 역량이 높아질 수 있다고 해석하였다. 이는 Burchum (2002)이 문화적 역량 발달 단계로 문화적 상호작용을 언급하면서 사적으로나 업무와 관련하여 다른 문화를 경험하는 것이 문화적 역량 개발에 의미가 있다고 보고한 것과 Cronin (2005)이 교육을 통한 학습기회 뿐만 아니라 여행, 자원봉사활동, 외국인 접촉과 같은 개인적 체험이 문화적 역량을 향상시키는데 영향을 미친다고 보고한 것과도 일맥상통한다고 할 수 있다.

본 연구에서 보건진료원의 경우 다문화 교육에의 참여 경험이 문화적 역량에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났으나 방문간호사의 경우에는 그렇지 않은 것으로 나타났다. Min (2008)과 Kim 등(2011)의 연구에서도 다문화 교육경험이 대상자의 문화적 역량에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났는데, 이는 다양한 문화집단들의 역사와 전통, 가치체계 및 다문화 대상자에게 건강서비스 제공 시 고려해야 할 사항 등에 대한 심도 있는 교육이 이루어지지 않는 등 실시된 교육 자체의 내용이나 빈도에서 야기된 문제일 가능성이 있다. 실제로 2012년 방문건강관리사업안내(Ministry of Health and Welfare, 2012)에 의하면 다문화 가족이면서 건강관리서비스가 필요한 경우 자기역량지원군으로 분류하여 4~6개월에 1회 이상 방문 및 필요시 전화방문할 수 있도록 하고 있으며, 서비스기록지에 다문화가족의 의사소통능력의 함양, 가정폭력 예방, 문화적 차이 이해, 자녀양육에 어려움 없음 등을 관리목표로 하여 간호를 수행할 수 있도록 수행내용은 제시하고 있으나 구체적인 대응방법이 집중적으로 다루어지지 않고 있으며 방문간호사 인력교육에도 다문화 대상자를 위한 표준화된 중재 교육내용이 보급되지 않고 있는 실정이어서 다문화 대상자 서비스에 필요한 구체적인 대응방법을 교육하는 프로그램 개발이 요구된다. 방문간호사와 보건진료원의 문화적 역량을 강화하기 위해서는 체계적인 교육과 훈련이 필요한데 선행연구들(Cronin, 2005; Kim, 2010; Min & Lee, 2009)은 성인학습자를 대상으로 문화역량을 강화하는 교육을 실시하고자 하는 경우 강의 등의 일방적인 교육방법보다는 시청각 자료, 역할놀이, 시연, 사례연구와 같은 다양한 직·간접적 접촉과 경험적

학습이 더 효과적이라고 보고하고 있다. Smith, Moore, Janyaratne, Kistler와 Smith (2009)도 각 문화권의 역사와 종교, 가치관, 가족체계 등 문화적 다양성에 대한 강의와 실제 체험학습이 함께 진행될 때 교육효과가 증진되었다고 보고하였다. 그러므로 방문간호사와 보건진료원의 문화적 역량을 강화하기 위한 교육 프로그램을 개발할 때에는 강의를 통한 이론 교육과 함께 지역사회 간호현장에서 일반적으로 경험할 수 있는 실제적인 다문화 상황, 즉 문화적 배경이 다른 대상자에게 효과적인 문제사정 방법, 긍정적인 의사소통 기술, 관계형성 방법 등을 내용으로 하여 소규모 그룹토의, 역할놀이, 시연, 사례연구 등 다양한 교육전략을 사용하여 현장밀착형 교육 프로그램이 되도록 구성하여야 할 것이다. 또한 간호학 정규교육과정에도 다문화 사회와 문화적 역량에 대한 내용을 포함시켜 간호학생일 때부터 여러 각도에서 다양한 문화를 바라볼 수 있는 상대적 시각을 가질 수 있도록 심화된 교육이 필요하다.

본 연구에서 방문간호사와 보건진료원의 문화적 역량에 영향을 미치는 요인의 회귀분석 결과 설명력이 각각 5.6%, 21.8%로 낮게 나타났는데, 이는 문화적 역량 관련 요인에 대한 경험적 연구가 간호사 2편(Chae, Park, Kang, & Lee, 2012; Park, 2011), 의료사회복지사 1편(Kim et al., 2011), 의료관광유치종사자 1편(Jin et al., 2010), 사회복지사 1편(Hyun, 2011) 등으로 많지 않아 관련변인의 선택이 인구나사회학적 특성과 다문화 교육 참여여부, 해외경험 횟수, 다문화대상자 서비스 경험 횟수 등으로 탐색적인 수준에서 이루어져 관련변인을 포괄적으로 아우르지 못했기 때문인 것으로 사료된다. 이것은 종합병원 간호사를 대상으로 한 Chae 등(2012)의 연구에서도 문화적 역량 영향요인의 설명력은 20.4%로 낮았던 것과 일맥상통하는 것으로 간호사의 문화적 역량 관련요인에 대한 연구가 초기단계에 머물러 있는 실정파도 관련이 있을 것이다. 또한 선행연구(Chae et al., 2012; Park, 2011)에서 간호사의 문화적 역량에 영향을 미치는 요인으로 확인된 외국어 수강경험, 외국어 유창성, 외국의료인 접촉경험과 Jin 등(2010)의 연구에서 관련요인으로 확인된 해외거주경험, Kim 등(2011)의 외국인 친구유무, Hyun (2011)의 다문화 집단에 대한 호감도와 인지도와 같은 변인을 본 연구에서 고려하지 못한 것도 본 연구의 설명력이 낮은 것과 관련이 있다고 본다. 하지만 본 연구에서 Dubin-Watson 통계량이 각각 2.004와 1.701로 기준값인 2에 가까워 오차항간에 독립성이 존재하여 독립변수와 종속변수에 공통으로 영향을 주는 외생변수의 영향은 없으므로 본 연구의 결과는 통계적 유의미하다고 사료된다(Allison, 1999).



## 결론 및 제언

본 연구결과 방문간호사와 보건진료원의 문화적 역량은 다문화 대상자에 대한 서비스 경험이 많을수록 그리고 다문화 교육에 참여한 경험이 있는 경우에 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과를 토대로 방문간호사와 보건진료원이 실제적인 다문화 상황을 체험하도록 하는 역할시연, 사례연구, 그룹토의 등의 다양한 교육전략을 사용하여 문화적 역량을 강화할 수 있는 교육 프로그램이 개발되어 시행될 필요가 있다고 본다. 한편 방문간호사와 보건진료원의 문화적 역량 정도가 높지 않았고 다문화 교육을 받은 경험도 낮게 나타났으므로 간호사의 문화적 민감성과 역량을 강화하기 위한 교육시간의 확보와 교육 프로그램의 개발이 요구된다. 교육 프로그램은 다양한 문화집단들의 역사와 전통, 가치체계, 다문화 대상자의 이주과정, 이주 전의 삶의 경험, 우리나라에서의 적응 과정 등에 대한 이론적 지식은 물론 다문화 대상자와 의사소통하거나 대응하는 방법, 다문화 대상자별 유의해야 할 간호중재 내용 등을 포함해야 할 것이다. 이러한 내용을 포함하는 간호사 문화역량 강화를 위한 표준화된 교재를 보건복지부가 개발하여 보급한다면 방문간호사와 보건진료원 직무교육에 보다 원활하게 활용될 수 있을 것이다. 또한 간호사를 대상으로 한 문화적 역량 관련 요인에 대한 경험적 연구가 많지 않아 이론적으로나 실질적으로 중요한 요인들의 선택이 탐색적인 수준에서 이루어졌으므로 향후 문화적 역량 관련 요인을 더 연구해야 할 필요성이 있다고 본다.

## 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.
- Allison, P. D. (1999). *Multiple regression: A primer*. Thousand Oaks: Sage.
- Anderson, N. L., Calvillo, E. R., & Fongwa, M. N. (2007). Community-based approaches to strengthen cultural competency in nursing education and practice. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(1 Suppl), 49S-59S.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293-302.
- Boyle, D. A., Sheridan, A., McClary, J., & White, J. (2002). A multifocal education strategy to enhance hospital-based Cultural competency in professional staff. *Oncology Nursing Forum*, 29(5), 764-768.
- Burchum, J. (2002). Cultural competence: An evolutionary perspectives. *Nursing Forum*, 37(4), 5-15.
- Chae, D. H., Park, Y. H., Kang, K. H., & Lee, T. H. (2012). A study on factors affecting cultural competency of general hospital nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 18(1), 76-86.
- Cronin, M. S. (2005). *Enhancing the cultural competence of social workers*. Unpublished doctoral dissertation, Veshiva University, New York, USA.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavioral Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Hyun, J. H. (2011). *The factor affecting cultural capacity of those engaged in social welfare facility*. Unpublished master's thesis, Honam University, Gwangju.
- Jin, K. N., Kim, J. J., Sung, D. H., Hwang, S. K., & Jung, W. J. (2010). Cultural competence of global healthcare providers in healthcare setting: Case study of Seoul area. *Health and Social Welfare Review*, 30(2), 581-598.
- Kim, M. K. (2010). A qualitative study on university students' multicultural competence-focusing on the cultural cognition, cultural knowledge and cultural skill-. *Korean Journal of Human Ecology*, 19(6), 945-965.
- Kim, Y. J., Lee, J. Y., & Cho, S. H. (2011). An explorative study of perceived cultural competency of medical social workers in Korea. *Health and Social Welfare Review*, 31(3), 251-283.
- Koh, C. K., & Koh, S. K. (2009). Married female migrants' experiences of health care services. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, 15(1), 89-99.
- Lara, M., Gamboa, C., Kahramanian, M. I., Morales, L. S., & Bautista, D. E. (2005). Acculturation and Latino health in the United States: A review of the literature and its sociopolitical context. *Annual Review of Public Health*, 26, 367-397.
- Lee, J. I. (2011). *Study on relationship between cultural competency and empathy of nurses*. Unpublished master's thesis, Hallym University, Chuncheon.
- Lim, E. M., Jeong, S. J., & Lee, S. J. (2010). Marriage-based immigrant women's cultural adaptation types and acculturation stress. *The Korea Journal of Counseling*, 11(3), 957-973.
- Lum, D. (2003). *Culturally competent practice: A framework for understanding diverse groups and justice issues*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Cengage Learning.
- Min, S. H., & Lee, M. Y. (2009). A exploratory study about the cultural competence of university students-focused on the cultural awareness-. *Journal of Adolescent Welfare*, 11(1), 183-206.
- Min, S. Y. (2008). An exploratory study on cultural competence

- of social worker. *Students Journal of Social Welfare*, 1, 1-28.
- Ministry of Health and Welfare. (2012). *Manual for home visiting health service*. Seoul: Author.
- Ministry of Justice. (2011). *Korea immigration service annual statistics*. Retrieved September 20, 2011, from [http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO\\_STTS\\_IdxMain.jsp?idx\\_cd=2756](http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO_STTS_IdxMain.jsp?idx_cd=2756)
- Moon, G. W., & Bae, J. J. (2011). Development of cultural competency training model for the experts working at multi-cultural environments. *Journal of Korea Association of Business Education*, 65, 413-441.
- Park, J. S. (2011). *Study on cultural competence of nurses working in general hospital*. Unpublished master's thesis, Keimyung University, Daegu.
- Smith, D., Moore, G., Jayaratne, K. S. U., Kistler, M., & Smith, D. (2009, May). *Factors affecting the global mindness of extension agents: Implications for building global awareness of extension agents*. Paper presented at the annual meeting of the Association for International Agricultural and Extension Education, San Juan, Puetorico.
- Weaver, H. N. (2005). *Explorations in cultural competence: Journeys to the four directions*. CA: Thomsom Brooks/Cole.
- Wilson, L. D. (2011). Cultural competency: Beyond the vital signs. Delivering holistic care to african americans. *The Nursing Clinics of North America*, 46(2), 219-232.
- Yang, S. J. (2011). Health behaviors and related factors among Asian immigrant women in Korea by ethnicity. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 22(1), 66-74.