대한간호학회지 제43권 제5호, 2013년 10월
J Korean Acad Nurs Vol.43 No.5, 626-635
http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2013.43.5.626

# 다문화 산모 간호를 위한 문화적 역량증진 프로그램의 효과: 사례기반 소그룹 학습방법 적용

박명숙 · 권영란

조선대학교 간호학과

## Effects of a Cultural Competence Promotion Program for Multicultural Maternity Nursing Care: Case-based Small Group Learning

Park, Myung-Sook · Kweon, Young-Ran

Department of Nursing, Chosun University, Gwangju, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to examine the effects of a cultural competence improvement program for maternity nurses. **Methods:** A quasi-experimental study using a non-equivalent control group pre and posttest design was used. Participants were 67 maternity nurses caring for multicultural pregnant women in G city. The cultural competence improvement program was developed based on the 3-D Puzzle Model and was provided using case-based small group learning methods for the experimental group (n=31). The control group (n=36) did not receive any intervention. Data were collected using self-report structured questionnaires at two time points: prior to the intervention and after the intervention and were analyzed with descriptive statistics, $\chi^2$-test, and t-test. **Results:** Compared to the control group, the experimental group reported significant positive changes for cultural knowledge (t=6.39, $p<.001$), cultural awareness (t=3.50, $p<.001$), and cultural acceptance (t=4.08, $p<.001$). However, change in cultural nursing behaviors (t=0.92, $p=.067$) was not significantly different between the two groups. **Conclusion:** Findings from this study indicate that a cultural competence improvement program with case-based small group learning is a useful intervention strategy to promote multicultural maternity care. Further, strategies to improve cultural nursing behavior should be developed to promote culturally congruent nursing care.

**Key words:** Cultural competence, Pregnant women, Transcultural nursing

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

최근 우리 사회는 외국인 유학생, 근로자 및 여성결혼 이민자의 증가로 다문화 가정이 급격히 증가되고 있다. 우리나라 국제결혼 비율은 1990년 1.2%에서 2010년 13.2%로 빠르게 증가하였고, 그 중 여성 결혼이민자가 전체 국제결혼의 89.1%나 된다(The Ministry of Security and Public Administration [MOSPA], 2011). 한국여성의 출산율은 감소하는 반면 여성 결혼이민자의 출산율은 전년대비 2010년 4.3% 증가하였다(MOSPA). 그런데 여성 결혼이민자의 경우 미숙아 출산, 사산 및 선천성 기형 빈도가 높고, 산모는 만성적 신체적 문제에 노출되기 쉬운 것으로 나타나 이들의 건강문제에 대한 관심이 요구되고 있다(The Korea Institute for Health and Social Affairs, 2008). 이러한 현상은 의료현장에서 다문화 대상자에 대한 관리가 중요함을 의미하며, 더불어 의료인의 다문화에 대한 전문적이고 체계적인

주요어: 문화적 역량, 산모, 다문화 간호

* 이 논문은 제1저자 박명숙의 박사학위논문을 수정하여 작성한 것임.
* This manuscript is a revision of the first author's doctoral dissertation from Chosun University.

Address reprint requests to : Kweon, Young-Ran
Department of Nursing, Chosun University, 375 Seosuk-dong, Dong-gu, Gwangju 501-759, Korea
Tel: 82-62-230-6325, Fax: 82-62-230-6329, E-mail: yrk@chosun.ac.kr

투고일: 2013년 3월 23일 심사의뢰일: 2013년 4월 1일 게재확정일: 2013년 8월 19일

© 2013 Korean Society of Nursing Science

지식이 요구된다.

여성 결혼이민자의 경우 국내 입국 후 평균 6.6개월 만에 임신과 출산을 경험하고 있어 산부인과 영역에서의 다문화 대상자를 위한 관리는 절실한 상황이다(MOSPA, 2011). 특히, 다문화 산모와 직접적인 접촉이 가장 많은 간호 인력은 더욱 더 다문화에 대한 인식 증진이 필요하다. 그러나 보건의료 인력의 다문화에 대한 준비 부족은 다문화 대상자와의 의사소통 문제, 건강과 질병 인식에 대한 문화적 차이, 부적절하고 불충분한 의료서비스, 차별적인 태도 등으로 많은 어려움을 경험하도록 만들고 있다(Ganann, Sword, Black, & Carpio, 2012).

간호사 역시 문화적으로 다양한 대상자에게 간호를 제공하는 상황에서 다문화에 대한 지식부족, 의사소통 및 통역서비스의 문제, 불충분한 교육자료, 다문화 대상자에 대한 자신감 및 인식부족 등의 어려움에 직면해있다(Choi, 2010). 뿐만 아니라 대상자의 문화에 대한 이해 없이 대상자를 간호할 경우 실천적 오류를 범함으로써 대상자의 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있다(Doorenbos et al., 2010; Munoz, DoBroka, & Mohammad, 2009). 따라서, 문화적으로 적절한 서비스 제공을 위해 간호사는 대상자의 문화적 가치, 신념, 관습 및 요구 등에 대한 이해가 선행되어야 한다. 즉, 대상자의 문화적 다양성 이해와 공감이 필요하고 적절한 중재를 위한 문화적 역량 증진이 필요하다(Benkert, Templin, Schim, Doorenbos, & Bell, 2011; Castro & Ruiz, 2009; Park, 2011).

다문화 사회를 우리보다 먼저 경험한 미국에서는 문화적으로 역량 있는 의료서비스를 제공하기 위해 간호사의 문화적 역량을 위한 국가표준을 제시하여 적절한 간호를 제공하기 위한 지속적인 교육과 훈련을 받도록 하고 있다(Andrews & Boyle, 2012). 간호사들의 문화적 역량을 다양한 문화의 대상자에게 질적인 간호를 제공하기 위해 필요한 지식과 인식 및 태도, 그리고 실천능력인 간호행위로서의 간호기술이라고 정의하며, 간호학부 수준에서부터 이러한 능력을 차근차근 습득할 수 있도록 교육하고 있다(American Association of Colleges of Nursing, 2008). 뿐만 아니라 간호사와 간호학생들을 대상으로 문화적 역량 증진을 위한 다양한 연구가 이루어지고 있다(Benkert et al., 2011; Berlin, Nilsson, & Törnkvist, 2010; Munoz et al., 2009).

그러나 국내에서 다문화에 대한 연구는 주로 학생과 교사, 사회복지사들을 대상으로 이루어지고 있다(Choi, 2010; Jeong, 2012; Kim, 2012; Kim, Lee, & Cho, 2011). 의료인을 대상으로 한 연구는 간호사를 포함한 전문직을 위한 문화적 역량 척도개발(Choi), 종합병원 간호사의 문화적 역량 실태조사(Park, 2011), 종합병원 간호사의 문화적 역량에 미치는 영향요인에 대한 연구(Chae, Park, Kang, & Lee, 2012) 등이 있지만 저조한 수준이다. 따라서, 간호사의 문화적 역량을 강화하고, 충분한 역량을 갖춘 전문가를 양성하기 위해 전문적이고 체계화된 교육 프로그램의 개발이 필요하다(Jin, Kim, Sung, Hwang, & Jung, 2010).

본 연구는 산부인과에 근무하는 간호사를 대상으로 다문화 산모 간호를 위한 문화적 역량증진 프로그램을 개발하여 이를 적용한 뒤 문화적 역량에 미치는 효과를 평가하고자 한다.

### 2. 연구 목적

본 연구의 목적은 다문화 산모 간호를 위한 문화적 역량증진 프로그램을 적용한 후 대상자의 문화적 간호역량과 문화적 간호행위에 미치는 효과를 확인하기 위함이다. 따라서, 본 연구 가설은 다음과 같다.

가설 1. 문화적 역량증진 프로그램을 적용한 실험군이 프로그램을 제공받지 않은 대조군에 비해 문화적 간호역량 점수가 높을 것이다.

부가설 1.1. 문화적 역량증진 프로그램을 적용한 실험군이 프로그램을 제공받지 않은 대조군에 비해 문화적 지식 점수가 높을 것이다.

부가설 1.2. 문화적 역량증진 프로그램을 적용한 실험군이 프로그램을 제공받지 않은 대조군에 비해 문화적 인식 점수가 높을 것이다.

부가설 1.3. 문화적 역량증진 프로그램을 적용한 실험군이 프로그램을 제공받지 않은 대조군에 비해 문화적 수용성 점수가 높을 것이다.

가설 2. 문화적 역량증진 프로그램을 적용한 실험군이 프로그램을 제공받지 않은 대조군에 비해 문화적 간호행위 점수가 높을 것이다.

## 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 다문화 산모 간호를 위한 문화적 역량증진 프로그램이 간호사의 문화적 역량에 미치는 효과를 파악하기 위한 비동등성 대조군 전후설계의 유사 실험연구이다.

### 2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 G시에 소재한 산부인과 병동이 포함된 5개의 병원을 편의 표집하였다. 이 중 실험효과 확산 방지를 위해 2개

병원을 실험군으로 선정하고 3개 병원을 대조군으로 분류하였다. 연구 대상자의 선정기준은 첫째, 책임자의 양해를 구한 뒤 연구의 취지에 대한 설명을 한 후 이에 동의한 간호사, 둘째, 다문화 산모 간호 경험이 있는 산부인과 근무경력 6개월 이상인 간호사이다. 또한, 본 연구의 대상자는 연구의 목적과 절차를 이해하고 연구실행에 대해 자발적으로 참여하기로 동의한 간호사로 한정하였다.

연구 대상자의 수는 G*Power 3.1.2 프로그램을 이용하여 산출하였다. 유의수준(α)은 .05, 검정력(1-β)은 .90, 효과크기(d)는 0.80을 기준으로 독립표본 검증에 필요한 표본수를 산출한 결과 각 집단별로 요구되는 최소 대상자 수는 28명이었으나, 중도 탈락율을 고려하여 실험군 34명, 대조군 38명으로 총 72명을 선정하였다. 자료 분석에는 프로그램을 전체 이수하지 못한 실험군 3명과 사후 검사 설문지 작성이 미비한 대조군 2명을 제외하여 최종적으로 실험군 31명 대조군 36명으로 총 67명이 포함되었다.

## 3. 연구 도구

본 연구에서는 Park (2011)이 번역하여 사용한 'The Caffrey Cultural Competence in Healthcare Scale와 Cultural Competence Behavior'에 대한 사용 승인을 이메일로 받은 후 정신과 전문의 1인, 모성간호학 교수 2인, 정신간호학 교수 2인, 산부인과 임상경력 5년 이상이면서 석사이상인 산부인과 간호사 3인, 다문화관련 실무경력 2년 이상인 다문화 전문가 2인으로 구성된 전문가집단 10인에게 내용타당도를 검정하여 내용타당도 지수(Content Validity Index [CVI]) .80이상인 항목만 채택하여 사용하였다.

### 1) 문화적 간호역량

문화적 간호역량은 다문화 대상자에게 질적인 간호를 제공하기 위하여 필요한 지식, 인식 및 태도를 의미한다(Park, 2011). 본 연구에서 문화적 역량은 Caffrey, Neander, Markle와 Stewart (2005)에 의해 개발된 'The Caffrey Cultural Competence in Healthcare Scale (CCCHS)'을 Park이 번역한 도구를 본 연구에 적합하도록 수정보완한 후 내용타당도를 검증하였다. CVI가 .80이하인 "언어권이 다른 대상자를 간호할 때 통역하는 사람이 옆에 있는 것에 대해 불편함을 느끼지 않는다"라는 문항을 삭제한 후 사용하였다. 이 도구는 총 27문항의 3개의 하부 영역, 즉, 문화적 지식 9문항, 문화적 인식 6문항, 문화적 수용성 12문항으로 구성되었으며, 5점 척도로 총점의 범위는 27점에서 135점으로 본 연구에서는 평균평점을 사용하였으며, 점수가 높을수록 문화적 역량이 높음을 의미한다. 본 연구에서 CVI 값은 .90이었다. 개발당시 Cronbach's alpha값은 .93이었고, Park의 연구에서 Cronbach's alpha값은 .90이었으며, 본 연구에서 Cronbach's alpha값은 .96이었다.

### 2) 문화적 간호행위

문화적 간호행위란 대상자에게 문화적으로 적합한 간호서비스를 직접 제공하는 것을 의미한다(Park, 2011). 본 연구에서 문화적 간호행위는 Schim, Doorenbos, Miller와 Benkert (2003)에 의해 개발된 'Cultural Competence Behavior (CCB)'를 Park이 번역한 도구를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 총 14문항 5점 척도로 총점의 범위는 14점에서 70점으로 본 연구에서는 평균평점을 사용하였으며, 점수가 높을수록 문화적 간호행위 정도가 높음을 의미한다. 본 연구의 CVI값은 .90이었다. 개발당시 Cronbach's alpha값은 .93이었고, Park의 연구에서 Cronbach's alpha값은 .90이었으며, 본 연구에서 Cronbach's alpha값은 .96이었다.

## 4. 연구 진행 절차

### 1) 문화적 역량증진 프로그램 개발

다문화 산모를 위한 문화적 역량강화 프로그램은 간호사의 학습요구도 분석과 더불어 Schim과 Doorenbos (2010)의 3-D Puzzle 모형을 토대로 구성하였으며, 구체적 내용 및 개발 절차는 다음과 같다.

첫째, 문화적 역량증진을 위한 선행 연구 및 산부인과에 근무하는 간호사 10명의 학습요구도를 분석하였다. 그 결과 다문화 산모와의 의사소통 문제가 가장 시급하다는 의견이 많았다. 다음으로 대상자의 문화를 알 수가 없어서 대상자를 간호하는데 어려움이 있고, 보호자의 역할이 부족하여 간호의 연속성을 유지하기가 힘들었고, 다문화 정책에 대한 정보부족으로 인해 필요한 도움이나 정보를 제공하지 못한다는 의견이 많았으며, 이러한 의견들을 반영하여 프로그램 내용을 구성하였다. 구체적으로 다문화 대상자와의 효과적인 의사소통 방법과 대상자의 가족을 포함한 건강관리에 대한 문화적 차이, 다문화 실태 및 정책, 효과적인 간호중재를 포함한 총 9개의 사례로 구성하였다.

둘째, 프로그램 구성을 위해 다문화 대상자에게 적절한 문화적 중재를 수행하기 위해 개발된 Schim과 Doorenbos (2010)의 3-D Puzzle 모형을 적용하여 개념적 기틀을 완성하였다(Figure 1). 이 모형에서는 서비스 제공자와 대상자의 수준이 구분되어 있어, 제공자-대상자 각각의 수준이 퍼즐처럼 서로 조화를 이룰 때 결과적으로 문화적 역량이 증진되어, 문화적으로 적절한 간호를 수행 할 수 있음을 주장한다. 특히, 3-D Puzzle 모형은 교육, 건강 및 간호 분야에서 문화적 역량 증진을 위한 이론적 기틀로 유용하게 적용되고 있다(Yeo, Phillips, Delengowski, Griffiths, & Purnell, 2011). 이 모형의 활용은 임상간호사들 개인이 갖고 있는 다양한 문화적 경험, 인식,

 http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2013.43.5.626

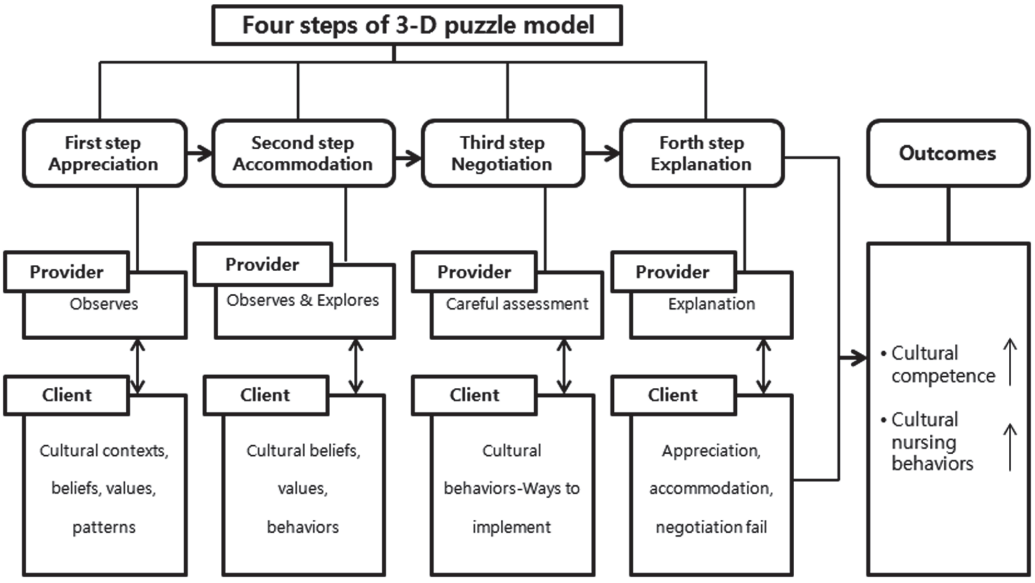


**Figure 1.** Four steps of 3-D puzzle model.

민감성, 그리고 행위들에 대한 새로운 통찰력을 제공하도록 만든다(Schim, Doorenbos, & Borse, 2005). 3-D Puzzle 모형은 공감, 합의, 협상 및 설명의 4단계를 거쳐 적용되며, 각 단계는 제공자-대상자의 역할이 부여된다. 첫 번째 단계인 공감 단계에서는 대상자의 문화적 맥락, 신념, 가치, 그리고 패턴에 따른 요구와 제공자의 관찰이 이루어지는 단계이다. 두 번째 단계인 합의 단계에서는 제공자의 문화적 신념, 가치, 행동에 대한 요구와 제공자의 관찰과 탐험이 상호 교류되는 단계이며, 세 번째 단계인 협상 단계에서는 대상자의 문화적 행위와 실행방안에 대한 요구와 더불어 제공자의 신속한 평가가 이뤄지는 단계이다. 마지막 네 번째 단계인 설명 단계는 대상자의 인정, 수용, 그리고 협상 결렬에 대한 제공자의 설명이 요구되는 단계이며, 이러한 네 단계를 거쳐 대상자에게 문화적으로 적합한 최상의 돌봄을 제공할 수 있게 된다.

셋째, 사례기반 소그룹 학습 적용을 위한 사례 개발 및 교육내용을 선정하기 위해, 현재 다문화 산모를 간호하고 있는 10명의 간호사들의 의견과 본 연구자들이 임상현장에서 경험한 사례를 중심으로 문헌고찰 및 선행논문을 바탕으로 2012년 5월 3일부터 2012년 5월 15일까지 구성하였다. 이후 프로그램의 내용타당도 검정을 위해 산부인과 경력 5년 이상으로 석사학위를 소유한 간호사 3인, 모성간호학 교수 1인, 정신간호학 교수 1인으로 구성된 전문가 집단의 의견을 반영하여 1차 수정하였다. 수정·보완된 내용을 총 10인의 전문가 집단에게 내용타당도 검정 과정을 거쳐, 건강관리에 대한 문화적 차이와 의사소통의 차이를 포함한 9개의 사례로 구성하였다.

넷째, 문화적 역량증진을 위한 사례기반 소그룹 학습방법의 적용을 위한 회기별 적용방법을 계획하였다. 각 회기마다 주제와 목표를 정하고 사례와 연습문제를 제시하여 자기 성찰 및 동료와의 상호작용을 통해 문제를 해결하도록 구성하였다. 또한, 각 회기별 학습 단계는 들어가기, 공감하기, 합의하기, 협상하기, 설명하기, 마무리 단계로 총 6단계로 구성하였다(Table 1).

### 2) 문화적 역량증진프로그램의 사례기반 소그룹 학습방법의 적용

본 연구에서 실험군의 처치 및 자료 수집은 2012년 5월 25일부터 2012년 6월 30일까지 각 그룹별로 총 6회 시행하였다. 소그룹은 7-8명으로 구성하였으며, 총 5팀으로 조직하였다. Michaelsen, Parmelee, McMahon과 Levine (2007)의 연구에 따르면, 소그룹 학습의 크기는 6-8명 정도가 적당하다고 주장하였다. 이는 소그룹 학습이 팀원들 스스로 문제를 해결하기 위해 정보를 수집하고 서로 의견을 교환하고 토론하는 과정을 통해 학습이 이뤄지기 때문이다. 또한, 학습동안 팀원들은 서로의 다양한 관점을 통해서 문제해결 과정을 성찰하고 필요한 경우 즉각적으로 문제를 해결하는데 도움을 줄 수 있는 장점을 갖고 있기에 8명 이내의 구성원으로 집단을 조직하여야 한다. 본 연구에서 프로그램 진행은 매 회 90분 동안 다음의 여섯 학습단계를 거쳐 진행되었다(Table 1).

첫 단계는 들어가기 단계로 교육의 일정, 주제와 목표, 방법을 소개하고 교육 참여를 유도하는 과정이며, 대상자에게 학습이후 지난 한 주일 동안 다문화 환자 경험에 대해서 팀원과 나누도록 하였다. 두 번째 단계는 공감단계로 사례를 통해 새로운 정보를 습득하고 문제를 인식함으로서 서로 공감하고 상호작용하는 단계로 사례를 제시하여 대상자의 경험을 반영할 수 있도록 하고 팀원과 서로 상호작용하면서 자신의 문화적 신념이나 가치, 행동들을 성찰하도록

**Table 1.** Contents of the Cultural Competence Improving Program with Case-based Small Group Learning

| Steps | Topics | Objectives | Contents |
|---|---|---|---|
| Introduction | Information | Recognizes the purpose of education: Cultural diversity | Introduction to improving the cultural competence of nurses with case-based small group learning<br>Introduction of lesson schedule and contents<br>Introduction of researchers and participants |
| Appreciation | Introduction of cultural differences (case) | Observes and learns about the client's cultural contexts and personal beliefs, values, and patterns | Sharing experiences of care for multicultural client<br>Introduction to the multicultural status in Korea<br>Introduction to transcultural nursing<br>Appreciation of the multicultural status in Korea<br>Appreciation of importance of transcultural nursing |
| Accommodation | Indirect experience in cultural differences (case) | Observes and explores client's cultural beliefs, values, and desired behavior | Sharing the experience of cultural differences in health care: Create a scenario<br>Understanding cultural differences by using case-based small group learning: Create a scenario<br>Accommodation of cultural differences in health care (1-2 session) / cultural difference of communication(3-4 session) / multicultural policy in Korea (5-6 session): Create a scenario |
| Negotiation | Chance to demonstrate creativity | Understand the meaning of culturally desired behaviors and look for ways to implement as much accommodation as possible under the circumstances | Think about the proposed situation<br>Let's use problem-solving methods for the proposed situation<br>Negotiation on cultural differences in health care (1-2 session) / cultural difference of communication (3-4 session) / multicultural policy in Korea (5-6 session): Create a scenario |
| Explanation | Cultural differences: Explanation of each nation (Japan, China, Vietnam, Russia, Philippines) | Improving the cultural competency<br>Apply reference data of cultural differences to health care | Introduction of each regional cultural differences: Cultural differences in health care<br>Understanding of each nation's cultural differences: Cultural differences in health care<br>Exercise |
| Summary | Am I going to succeed? | To make sure | I promise to improve the cultural competency for transcultural nursing<br>Introduction of future lesson contents and schedule |

하였다. 세 번째 단계는 합의단계로 사례를 통해 자신이 그동안 수행해왔던 간호중재에 대해서 성찰한 후, 제시된 상황에 대해서 새로운 해결방안을 찾도록 한다. 이 과정 동안 학습자들의 활발한 의사소통과 상호작용을 촉진하였으며, 또한, 연습문제를 제시하여 학습내용을 환기시켰다. 네 번째 단계는 협상단계로 제시된 상황에 대해서 팀원들이 의견을 교환하고 해결방법을 협상하는 단계이다. 팀원들이 상호작용을 통하여 문화적 차이를 이해하고 효과적인 간호중재 방안을 도출하였다. 다섯 번째 단계는 설명단계로 각 회기마다 제시된 주제를 제대로 이해했는지 파악하는 단계로 연습문제를 통해 확인하고 교육의 주제와 목표에 맞게 앞 단계에서 다루지 못한 내용에 대해 강의를 통해 정보를 제공하였다. 여섯 번째 단계는 마무리 단계로 매 교육 후에 동료간호사와의 상호작용 동안 느낀 점이나 학습 과정 중의 경험을 이야기하였으며, 필요한 경우 개별적인 질문을 받고 응답하는 과정으로 진행되었다.

## 5. 자료 수집 방법

본 연구는 C대학교 연구윤리위원회 승인(No. IRB-12-002)을 받은 후 시행하였다. 연구 대상자의 권리 보호를 위해 본 연구의 목적과 방법을 설명하고 연구 참여로 인한 부작용이나 위험요소가 없음을 설명하였다. 수집한 자료는 연구 목적으로만 사용될 것이고 개인적인 비밀이 보장됨을 설명하였다.

또한, 연구 참여는 자발적인 서면 동의하에 이루어지며, 참여 도중 언제라도 참여 철회가 가능하고 어떠한 불이익도 받지 않음을 알려주었다.

자료 수집 기간은 2012년 5월 25일부터 6월 29일까지였고 구조화된 자기보고식 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다. 실험군의 사전 조사는 프로그램 1회기 시작 전 교육 장소에서 실시하였고 같은 날 대조군에게도 사전 조사를 실시하였다. 실험군과 대조군의 사후 조사는 프로그램 6회기 종료 직후 같은 날 실시하였다. 사후 조사가 끝난 후 연구에 참여한 모든 대상자에게는 다문화 산모 간호를 위한 문화적 역량강화 소책자와 소정의 사은품을 제공하였다. 또한, 대조군 대상자에게는 실험군에게 실시하였던 문화적 역량증진 프로그램을 연구 종료 후 동일하게 제공하였다.

## 6. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS 20.0 프로그램을 이용하여 전산 통계 분석하였다. 두 집단의 일반적 특성과 종속변수에 대한 두 집단 간 사전 동질성 검정은 $\chi^2$-test와 t-test를 이용하였고 프로그램 제공 전후 종속


http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2013.43.5.626

변수에 대한 두 집단 간 차이 검정을 위해 Independent t-test를 실시하였다. 또한, 대상자와의 토의과정에서 나온 내용을 연구노트에 필사하였으며, 자료 분석 시 연구자들이 함께 내용분석을 실시하여 자료해석에 활용하였다.

## 연구 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성과 동질성 검정

실험군과 대조군의 일반적 특성과 두 집단의 사전 종속변수에 대한 동질성 검정 결과 통계적으로 유의한 차이가 없어 두 집단이 동질한 것으로 확인되었다(Tables 2, 3).

### 2. 문화적 역량증진 프로그램의 효과

1) 가설 1

프로그램 실시 전과 후 문화적 간호역량에 대한 실험군과 대조군의 차이 값을 검정한 결과, 문화적 역량 증진 사례기반 소그룹 학습을 제공받은 실험군이 제공받지 않은 대조군간에 유의한 차이($t=5.47$, $p<.001$)를 보여 가설 1은 지지되었다. 또한, 문화적 지식($t=6.39$, $p<.001$), 문화적 인식($t=3.50$, $p<.001$), 문화적 수용성($t=4.08$, $p<.001$) 모두에서 두 집단 간에 유의한 차이가 있게 나타나 부가설 1.1, 부가설 1.2, 부가설 1.3은 모두 지지되었다(Table 4).

2) 가설 2

프로그램 실시 전과 후 문화적 간호행위에 대한 실험군과 대조군의 차이 값을 검정한 결과, 문화적 간호행위는 실험군이 대조군보다 간호행위 점수가 더 증가하였으나, 통계적으로는 유의한 차이($t=0.92$, $p=.067$)가 없는 것으로 나타나 가설 2는 기각되었다(Table 4).

## 논 의

본 연구에서 개발한 문화적 역량증진 프로그램은 다문화 산모를 돌보는 간호사의 문화적 역량을 증진하는데 효과적인 것으로 나타났다. 본 연구의 첫 번째 가설인 문화적 역량증진 프로그램 적

**Table 3.** Homogeneity of Dependent Variables ($N=67$)

| Variables | Exp. (n=31) M±SD | Cont. (n=36) M±SD | t | p |
|---|---|---|---|---|
| Cultural competence | 2.44±0.54 | 2.54±0.47 | -0.76 | .670 |
| Cultural knowledge | 1.89±0.59 | 2.19±0.57 | -2.10 | .557 |
| Cultural awareness | 2.73±0.51 | 2.72±0.54 | 0.11 | .750 |
| Cultural acceptance | 2.26±0.69 | 2.44±0.57 | -1.16 | .366 |
| Cultural nursing behaviors | 2.86±0.62 | 2.79±0.55 | 0.51 | .994 |

Exp. = Experimental group; Cont. = Control group.

**Table 2.** Homogeneity of General Characteristics ($N=67$)

| Characteristics | Categories | Exp. (n=31) n (%) or M±SD | Cont. (n=36) n (%) or M±SD | $\chi^2$ or t | p |
|---|---|---|---|---|---|
| Age (year) | | 33.23±8.24 | 34.89±6.48 | 20.69 | .657 |
| Education level | College<br>University | 17 (54.8)<br>14 (45.2) | 24 (66.7)<br>12 (33.3) | 0.98 | .092 |
| Religion | Yes<br>No | 21 (67.7)<br>10 (32.3) | 19 (52.8)<br>17 (47.2) | -0.96 | .096 |
| Clinical career (year) | ≤4<br>5-10<br>≥11 | 14 (45.2)<br>7 (22.6)<br>10 (32.2) | 13 (36.1)<br>13 (36.1)<br>10 (27.8) | -0.22 | .226 |
| OBGY clinical career (year) | ≤2<br>3-7<br>≥8 | 12 (38.7)<br>13 (41.9)<br>6 (19.4) | 8 (22.3)<br>12 (33.3)<br>16 (44.4) | -2.19 | .483 |
| Service agency | Private OBGY hospital<br>General hospital | 9 (29.0)<br>22 (71.0) | 24 (66.7)<br>12 (33.3) | 3.27 | .445 |
| Experience with multicultural clients (weeks) | No<br>1-2<br>≥3 | 9 (29.0)<br>14 (45.2)<br>8 (25.8) | 13 (36.1)<br>12 (33.3)<br>11 (30.6) | 0.12 | .300 |
| Experience of multicultural education | Yes<br>No | 1 (3.2)<br>30 (96.8) | 1 (2.8)<br>35 (97.2) | -0.11 | .833 |
| Readiness to accept multicultural clients | Yes<br>No | 10 (32.3)<br>21 (67.7) | 11 (30.6)<br>25 (69.4) | -0.15 | .770 |

Exp. = Experimental group; Cont. = Control group; OBGY = Obstetrics and gynecology.

**Table 4.** Comparison of Dependent Variables between Two Groups after Treatment (*N*=67)

| Variables | Groups | Pretest | Posttest | Difference | t | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | M ± SD | M ± SD | M ± SD | | |
| Cultural competence | Exp. (n=31) | 2.44 ± 0.54 | 3.08 ± 0.46 | 0.64 ± 0.57 | 5.47 | <.001 |
| | Cont. (n=36) | 2.54 ± 0.47 | 2.71 ± 0.50 | 0.17 ± 0.36 | | |
| Cultural knowledge | Exp. (n=31) | 1.89 ± 0.59 | 2.95 ± 0.46 | 1.06 ± 0.73 | 6.39 | <.001 |
| | Cont. (n=36) | 2.19 ± 0.57 | 2.34 ± 0.59 | 0.15 ± 0.42 | | |
| Cultural awareness | Exp. (n=31) | 2.73 ± 0.51 | 3.31 ± 0.54 | 0.58 ± 0.58 | 3.50 | <.001 |
| | Cont. (n=36) | 2.72 ± 0.54 | 2.81 ± 0.63 | 0.09 ± 0.55 | | |
| Cultural acceptance | Exp. (n=31) | 2.26 ± 0.69 | 2.84 ± 0.53 | 0.58 ± 0.63 | 4.08 | <.001 |
| | Cont. (n=36) | 2.44 ± 0.57 | 2.52 ± 0.55 | 0.08 ± 0.33 | | |
| Cultural nursing behaviors | Exp. (n=31) | 2.86 ± 0.62 | 3.28 ± 0.53 | 0.42 ± 0.61 | 0.92 | .067 |
| | Cont. (n=36) | 2.79 ± 0.55 | 3.08 ± 0.57 | 0.29 ± 0.58 | | |

Exp. = Experimental group; Cont. = Control group.

용 후 실험군의 문화적 간호역량 점수 변화가 대조군의 점수 변화보다 크게 나타나 통계적으로 유의하여 지지되었다. 이러한 연구 결과는 간호사 또는 간호 대학생을 대상으로 문화적 역량증진 교육을 제공한 결과 문화적 역량 수준이 높게 나타난 연구 결과와 일치한다(Caffrey et al., 2005; Hawala-Druy & Hill, 2012; Schim & Doorenbos, 2010). 또한, 이와 유사하게 국내에서도 사회복지사나 교육기관 종사자를 대상으로 다문화 교육을 시행한 결과에서 문화적 역량이 증진되었음을 보고하였다(Choi, Choi, & Choi, 2008; Kim et al., 2011). 이는 다문화 대상자를 간호하는 간호사의 문화적 역량을 증진하기 위해서 다문화 교육을 시행하는 것이 효과적임을 의미한다. 국내에서 간호사를 대상으로 본 연구와 동일한 도구를 사용하여 문화적 간호역량 수준을 평가한 Chae 등(2012)의 연구 결과 평균 2.57점, Park (2011)의 연구에서는 2.21점으로 조사되었다. 본 연구에서도 프로그램 시행 전 실험군은 2.44점, 대조군 2.54점으로 나타나 선행 연구 결과와 비슷한 수준이었다. 그러나 프로그램을 제공 받은 실험군의 경우 사후검사에서 3.08점으로 증가되었으며, 이는 이미 다문화 교육이 학부수준에서부터 체계적으로 이뤄지고 있는 미국의 경우와 비슷한 점수로 간호 대학생을 대상으로 연구한 Caffrey 등의 연구 결과인 3.19점과 유사한 수준이다. 이러한 결과는 학부수준에서부터 보다 체계적으로 문화적 간호역량 증진을 위한 교육을 제공한다면 효과적으로 간호사의 문화적 간호역량은 증진될 수 있을 것으로 사료된다.

구체적으로 문화적 간호역량의 부가설 결과에 따라 살펴보면 첫째, 문화적 역량증진 프로그램 적용 후 문화적 지식에 대한 점수 정도는 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 증가하였다. 즉, 다문화 산모 간호를 위한 문화적 역량증진 프로그램이 문화적 지식을 향상시키는데 효과가 있음을 의미한다. 이는 문화적 역량 교육이 간호사의 문화적 지식을 증진시킨다는 선행 연구 결과(Berlin et al., 2010)와 일치하는 부분이다. 뿐만 아니라 다문화 간호 교육과정을 이수한 간호 대학생이 문화적 지식수준이 증가함을 보고한 연구(Amerson, 2010; Caffrey et al., 2005)와도 유사한 결과이다. 문화적 지식은 다른 문화에 대한 차이에 대한 개념적인 측면을 포함하는 인지적 측면으로, 다른 문화에 대한 지속적인 학습은 문화를 이해하는 폭을 넓게 만든다. 본 연구에서는 교육내용 선정 시 문화적 지식이 요구되는 사례를 제시하여 문제 상황에 대해서 공감하고 적응하면서 문제 해결 방법을 찾아내도록 하였다. 문화적 지식을 향상시키기 위해 다루지 못한 부분이나 부족한 부분에 대해서는 파워포인트 자료를 활용하여 간단하게 강의식으로 설명하였다. 뿐만 아니라 사례기반 소그룹 학습을 적용하여 다양한 사례에 대한 논의가 가능하도록 운영한 것 역시 다문화에 대한 지식을 향상시키는데 기여하였다. 따라서, 다문화 산모를 간호하는 간호사를 위하여 국가별 임신, 출산, 육아와 관련된 문화적 행위에 대한 지식을 증진시킬 수 있도록 사례를 제시하고 토의하는 학습방법을 활용하는 것이 도움이 될 것으로 사료된다.

둘째, 문화적 역량증진 프로그램 적용 후 문화적 인식에 대한 점수 정도는 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 증가하였다. 즉, 다문화 산모 간호를 위한 문화적 역량증진 프로그램이 문화적 인식을 향상시키는데 효과가 있었음을 의미한다. 이는 문화적 역량 교육이 간호사의 문화적 인식을 증진시킨다는 Starr와 Wallace (2009)의 연구 결과와 일치하는 부분이다. 또한, 간호 대학생(Caffrey et al., 2005)과 병원 건강관리자(Schim et al., 2005)를 대상으로 한 연구에서도 문화적 역량 훈련이 문화적 인식을 증가시켰다는 연구 결과와도 일치하는 부분이다. 이러한 연구 결과는 문화적 역량증진 교육이 문화적 인식을 높이는데 효과가 있음을 의미한다. Benkert 등 (2011)의 연구에서는 간호사에게 제공된 문화적 다양성에 대한 훈련과 교육은 문화적 인식을 증진시켜 문화적 간호행위를 증진시킨다고 보고하였다. 이처럼 실제적인 문화적 간호 서비스를 제공하기 위해서는 문화적 인식 증진이 선행되어야 함을 알 수 있다. 본 연

 http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2013.43.5.626

구에서 한 간호사는 일본 여성이 불만을 남편을 통해서 표현하여 문제가 확대된 경험이 있어 일본여성에 대한 선입견을 가지고 있었다. 이 간호사는 교육을 통해 일본여성은 침묵이 이상적인 의사소통 방식이고 부정적인 말을 직접 표현하지 않는다는 것을 알게 되어 앞으로 일본 여성 중재 시 적절하게 대응 할 수 있을 것 같다고 하였다. 따라서, 향후 간호사를 대상으로 문화적 역량증진 프로그램을 제공할 때 반드시 문화적 인식이 증진 될 수 있는 다양한 방법의 교육이 제공되어야 할 것으로 사료된다.

셋째, 문화적 역량증진 프로그램 적용 후 문화적 수용성에 대한 점수 정도는 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 증가하였다. 즉, 다문화 산모 간호를 위한 문화적 역량증진 프로그램이 문화적 수용성을 향상시키는데 효과가 있었음을 의미한다. 이는 문화적 역량 교육이 간호사의 문화적 수용성을 증진시킨다는 Starr와 Wallace (2009)의 연구 결과와 일치하는 부분이다. 간호 대학생(Caffrey et al., 2005)과 병원 건강관리자(Schim et al., 2005)를 대상으로 한 연구에서도 문화적 역량 훈련이 문화적 수용성을 증가시키는 데 기여하였음을 제시하였다. 문화적 수용성은 다문화 대상자에 대한 긍정적 태도로 서로 다른 문화에 대해 선입견과 편견 없이 긍정적으로 받아들일 수 있는 상태를 말한다(Starr & Wallace). 따라서, 문화적 수용성이 높다는 것은 다문화 대상자에 대한 긍정적 태도를 의미한다. 그러나 국내 간호사를 대상으로 문화적 수용성 정도를 확인한 바에 따르면(Park, 2011) 평균평점 2.35점으로 국외의 Caffrey 등의 연구 결과 3.0점과 차이를 보여주고 있다. Park은 이러한 차이가 문화적 관습에 따른 보건의료행위를 간호사들이 과학적이지 않다고 생각하는데서 나타난 결과라고 주장하였다. 본 연구 대상자들도 프로그램 초기에는 다문화 대상자에 대해 부정적이고 차별적 태도를 보여주었으나, 프로그램의 마지막 회기에서는 대상자들의 문화에 대해 중립적이거나 개방적인 태도를 보여주어 다른 문화에 대한 수용성이 증가하였다. Amerson (2010)은 대학의 교육과정에 다문화 교육내용을 꼭 포함시켜야 됨을 주장하였는데, 이러한 교육을 통하여 문화적 다양성에 대해 긍정적이며, 수용적인 태도로 변화될 수 있기 때문임을 강조하였다. 따라서, 간호학생 뿐만 아니라 현재 다문화 대상자를 간호하고 있는 간호사를 대상으로도 문화적 수용성을 증진시키는 다문화 역량증진 프로그램이 제공되어야 할 것이다.

본 연구의 두 번째 가설에 해당하는 문화적 역량증진 프로그램 적용 후 문화적 간호행위에 대한 점수 변화 정도는 실험군이 대조군보다 크게 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않아 기각되었다. Starr와 Wallace (2009)는 문화적 역량이 높다고 할지라도 지속적인 문화적 간호행위를 실행하기는 불가능하며, 간호행위를 증진시키기 위해서는 체계적이고 장기적인 문화적 역량교육이 필요하다고 주장하였다. 이는 단기 교육과정을 통해서는 지식이나 인식의 변화는 일어날 수 있지만 간호행위의 변화를 유발하고 지속시키는 데는 한계가 있음을 의미한다. 본 연구에서 제공된 프로그램 역시 6회기의 비교적 단기 프로그램이며, 또한, 교육이 끝난 직후 자기보고식 설문지를 이용하여 측정한 결과로 간호사들이 직접 임상현장에서 간호서비스를 제공한 후 그 효과를 확인하기에는 시간 제한적이어서 그 효과가 통계적으로 유의한 수준에 도달하지 못한 것으로 파악된다. 또한, 본 프로그램이 실재 간호행위를 이끌어내기에 역부족으로 간호 인식과 지식 차원을 강조했기 때문으로 판단된다. 실재 행위를 해보도록 하는 교육방법이 부족하였으므로 향후 프로그램 진행 시 간호행위 변화를 이끌어 낼 수 있는 시범과 시뮬레이션 교육방법을 활용한다면 더 효과적일 것으로 사료된다. 그럼에도 불구하고 본 연구에서 실험군은 프로그램을 받기 이전에 비해 문화적 간호행위 점수가 증가하였다. 국외의 경우 소아과 간호사를 대상으로 사례 및 실기 위주의 학습방법으로 구성된 문화적 역량강화 프로그램을 적용한 그룹에서 문화적 간호행위가 증진되었다(Berlin et al., 2010). 또한, 보건의료인을 대상으로 한 연구에서도 문화적 역량강화 교육을 받은 대상자들의 간호행위 점수가 높아졌다는 연구결과(Schim et al., 2005)를 보면 문화적 역량강화 교육이 행위를 높이는데 효과가 있음을 알 수 있다. 특히, 이 프로그램들은 다양한 사례에 따른 실천학습을 중요하게 다루고 있어 프로그램 참여자들이 소그룹으로 주어진 사례에 따른 간호행위를 실천한 후 결과에 대한 피드백을 주고받았다. 나아가 외국의 경우 학부과정에서부터 지속적으로 다문화에 대한 이해를 높일 수 있는 교육과정이 운영되고 있어, 국내의 상황과는 차이가 있는 것으로 판단된다. 따라서, 다문화 대상자를 돌보는 간호사를 위하여 문화적 역량강화 프로그램을 학부과정에서부터 지속적으로 적용한다면 문화적 간호행위 증진에도 보다 실제적으로 효과가 나타날 것으로 사료된다.

빠르게 변화하는 국제화 사회에서 문화적 역량을 갖춘 간호사를 양성하는 것은 매우 중요하고도 시급한 일이 되었다. 국제화 시대가 열리면서 보건의료영역에서는 인종, 성별, 연령에 따른 문화적 다양성과 소외계층이나 취약계층에 대한 간호의 역할과 중요성이 부각되고 있다(Giger & Davidhizar, 2008). 이러한 시대적 상황에 따라 최근 간호 분야에서 요구하는 필수 역량으로 국제화 역량과 더불어 다문화사회에 대한 지식과 이해를 바탕으로 하는 문화적 역량을 꼽고 있다(Campinha-Bacote, 2006; Grant & Lentzring, 2003). 이는 보건의료현장에서 다문화 대상자를 가장 가까이서 간호하고 있는 간호사의 문화적 역량은 다문화 환자의 건강에 직접적인 영향을 주기 때문이다. Castro와 Ruiz (2009)의 연구에서도 간호사의 문화적 역량은 다문화 대상자의 심리적 안정감을 포함한 신체적 건강에도 직접적인 영향을 나타내고 있음을 제시하였다. 따라서, 향후 간호

사의 문화적 역량을 증진시키는 교육 프로그램을 다양하게 개발하고 적용하여 다문화 대상자에 대한 질 높은 간호 서비스를 제공하여야 할 것이다.

## 결 론

본 연구는 다문화 산모 간호를 위한 문화적 역량증진 프로그램을 개발하고 사례기반 소그룹 학습을 적용하여 학습의 효과를 확인하기 위해 실시하였다. 본 연구 결과를 통해 문화적 역량증진 프로그램은 문화적 역량을 증진시키는데 효과적인 중재인 것으로 밝혀졌다. 따라서, 다문화 영역에서 효과적인 간호중재를 수행함으로써 다문화 대상자의 건강증진에 기여할 수 있을 것으로 생각된다. 또한, 다문화 대상자의 효과적인 건강관리를 위해서 문화적 역량을 증진 할 수 있는 교육 프로그램을 개발, 적용함으로써 다문화 대상자의 건강관리자로서 전문적인 간호사의 역할 정립과 확대에 기여할 것으로 본다. 따라서, 본 연구 결과를 바탕으로 향후 다문화 산모 간호를 위한 문화적 역량증진 프로그램의 효과를 증진시키기 위하여 사례기반 시뮬레이션 교육 프로그램의 개발이 필요함을 제언한다.

## REFERENCES


American Association of Colleges of Nursing. (2008). *Cultural competency in baccalaureate nursing education*. Retrieved September 20, 2012, from http://www.aacn.nche.edu/leading-initiatives/education-resources/competency.pdf

Amerson, R. (2010). The impact of service-learning on cultural competence. *Nursing Education Perspectives, 31*(1), 18-22.

Andrews, M., M, & Boyle, J. S. (2012). *Transcultural concepts in nursing care* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.

Benkert, R., Templin, T., Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., & Bell, S. E. (2011). Testing a multi-group model of culturally competent behaviors among underrepresented nurse practitioners. *Research in Nursing and Health, 34*(4), 327-341. http://dx.doi.org/10.1002/nur.20441

Berlin, A., Nilsson, G., & Törnkvist, L. (2010). Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial. *Nursing & Health Sciences, 12*(3), 381-391. http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00542.x

Caffrey, R. A., Neander, W., Markle, D., & Stewart, B. (2005). Improving the cultural competence of nursing students: Results of integrating cultural content in the curriculum and an international immersion experience. *The Journal of Nursing Education, 44*(5), 234-240.

Campinha-Bacote, J. (2006). Cultural competence in nursing curricula: How are we doing 20 years later? *The Journal of Nursing Education, 45*(7), 243-244.

Castro, A., & Ruiz, E. (2009). The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 21*(5), 278-286. http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00406.x

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. http://dx.doi.org/10.11111/jkana.2012.18.1.76

Choi, S. Y. (2010). A study on the development of cultural competence measure for helping professions. *Journal of Community Welfare, 35*, 23-53.

Choi, W. H., Choi, H. J., & Choi, Y. S. (2008). An explorative study on the cultural competence of social work practice setting. *Journal of Community Welfare, 26*, 89-113.

Doorenbos, A. Z., Lindhorst, T., Schim, S. M., Van Schaik, E., Demiris, G., Wechkin, H. A., et al. (2010). Development of a web-based educational intervention to improve cross-cultural communication among hospice providers. *Journal of Social Work in End-of-life & Palliative Care, 6*(3-4), 236-255. http://dx.doi.org/10.1080/15524256.2010.529022

Ganann, R., Sword, W., Black, M., & Carpio, B. (2012). Influence of maternal birthplace on postpartum health and health services use. *Journal of Immigrant and Minority Health, 14*(2), 223-229. http://dx.doi.org/10.1007/s10903-011-9477-2

Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2008). Transcultural nursing: Assessment and intervention. St. Louis, MO: Mosby.

Grant, L. F., & Lentzring, T. D. (2003). Status of cultural competence in nursing education: A literature review. *Journal of Multicultural Nursing and Health, 9*(2), 6-13.

Hawala-Druy, S., & Hill, M. H. (2012). Interdisciplinary: Cultural competency and culturally congruent education for millennials in health professions. *Nurse Education Today, 32*(7), 772-778. http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.05.002

Jeong, S. J. (2012). *A study on the development and the effect of group counseling program for improving early childhood teachers' multicultural education competency*. Unpublished doctoral dissertation, Chonbuk National University, Jeonju.

Jin, K. N., Kim, J., Sung, D., Hwang, S., & Jung, W. 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, E. Y. (2012). *Cultural competence enhancement programs for social workers working with culturally diverse families*. Unpublished doctoral dissertation, Ewha Womans University, Seoul.

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.

Michaelsen, L. K., Parmelee, D. X., McMahon, K. K., & Levine, R. E. (Eds.). (2007). *Team-based learning for health professions education: A guide to using small groups for improving learning*. Sterling, VA: Stylus Publishing.

Munoz, C. C., DoBroka, C. C., & Mohammad, S. (2009). Development of a multidisciplinary course in cultural competence for nursing and human service professions. *The Journal of Nursing Education, 48*(9), 495-503. http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20090610-03

Park, J. S. (2011). *Study on cultural competence of nurses working in general hospital*. Unpublished master's thesis, Keimyung University, Daegu.

Schim, S. M., & Doorenbos, A. Z. (2010). A three-dimensional model of cultural congruence: Framework for intervention. *Journal of Social*

*Work in End-of-life & Palliative Care, 6*(3-4), 256-270. http://dx.doi.org/10.1080/15524256.2010.529023

Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., & Borse, N. N. (2005). Cultural competence among Ontario and Michigan healthcare providers. *Journal of Nursing Scholarship, 37*(4), 354-360.

Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., Miller, J., & Benkert, R. (2003). Development of a cultural competence assessment instrument. *Journal of Nursing Measurement, 11*(1), 29-40.

Starr, S., & Wallace, D. C. (2009). Self-reported cultural competence of public health nurses in a Southeastern U.S. Public health department. *Public Health Nursing (Boston, Mass.), 26*(1), 48-57. http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00753.x

The Korea Institute for Health and Social Affairs. (2008). *International marriage migrant women's reproductive health status and policy challenges*. Retrieved August 10, 2012, from https://www.kihasa.re.kr/html/jsp/publication/policy/view.jsp?bid=12&ano=398&key=&query=&ryear_value=0&content_type=1&queryString

The Ministry of Security and Public Administration. (2011). *Research situation analysis of foreign population*. Retrieved September 20, 2012, from http://www.mopas.go.kr

Yeo, T. P., Phillips, J., Delengowski, A., Griffiths, M., & Purnell, L. (2011). Oncology nursing: Educating advanced practice nurses to provide culturally competent care. *Journal of Professional Nursing, 27*(4), 245-254. http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.03.004