

Asian Health Chart Book 2006: A summary

아시아계 뉴질랜드인에 대한

2006년도 보건 현황 요약 보고서

뉴질랜드 보건부

공중보건 조사실(Public Health Intelligence)

(Korean)

발행일: 2006 년 11 월

발행처: Ministry of Health

PO Box 5013, Wellington, New Zealand

ISBN: 0-478-30078-6 (책자)

ISBN: 0-478-30079-4 (인터넷)

HP: 4317



총괄 요약

배경

뉴질랜드 보건정책(2000년도 보건부 장관 고시)의 목표 중 하나는 모든 뉴질랜드인의 건강상태를 모니터하고 인종간 보건 불균형 문제에 대해 면밀히 주시하는 것입니다. 지난 10 여년간 마오리와 유럽계, 피시픽계에 대한 건강 모니터링 작업은 많은 진전이 이루어졌지만 아시아계에 대해서는 진행된 것이 거의 없습니다. 이러한 격차를 해소하려는 취지 하에 이 보고서에서는 아시아계 뉴질랜드인에 대한 기존의 보건관련 자료를 검토하고 현재의 건강 수준 지표를 제시함으로써 앞으로 이들의 건강변화 추이를 관찰하는 기준으로 삼고자 합니다.

이 보고서에서 쓰는 '아시아계'라는 용어는 1996년 뉴질랜드 통계청 정의에 따릅니다. 즉, 서쪽의 아프가니스탄으로부터 동쪽의 일본까지, 그리고 북쪽의 중국에서 남쪽의 인도네시아까지 포괄하는 아시아 대륙의 혈통 보유자를 아시아계로 분류합니다.

아시아계 뉴질랜드인은 언어나 문화, 정착역사 등이 서로 많이 다르기 때문에 각 그룹별로 필요로 하는 보건의료 사항도 차이가 날 수 있습니다. 뉴질랜드의 아시아계 가운데 가장 규모가 크고 정착역사가 긴 두 그룹은 중국계와 인도계입니다. 따라서 이 보고서에서는 아시아계를 중국계, 인도계, '기타 아시아계'의 세 그룹으로 나누고, 이를 다시 거주기간별로 구분하여 자료를 제시함으로써 '아시아계' 집단 내에 존재하는 다양성을 인식하고 평균화의 오류를 피하고자 하였습니다.

자료 출처와 통계적 방법

이 보고서의 자료 출처는 뉴질랜드 보건정보실(New Zealand Health Information Service), 뉴질랜드 암환자 등록부(New Zealand Cancer Registry), 뉴질랜드 통계청, 전국 암검진 사업부(National Screening Unit), 뉴질랜드 건강조사(New Zealand Health Survey) 등입니다. 그 대부분의 자료가 2001~2003년에 해당되는 것이며, 시계열 분석을 할 수 있을 만큼 신뢰도가 높은 누적자료는 없었습니다.

이 보고서에서 대부분의 지표값은 표 형식의 조발생률(Crude rate)이나 연령별 비율로 제시되어 있습니다. 또한 각 인종 그룹과 뉴질랜드 전체 인구집단을 요약 비교하기 위해 직접적 연령 표준화율(Direct age-standardised rate)을 사용합니다. 요약 비교 목적상 일반적으로 표준화율은 나타내지 않고 그 비율비만 표시했습니다. 대부분의 비율이나 비율비는 95% 신뢰구간이 적용됩니다. 로지스틱 회귀모델을 구성하여 여러가지 건강상태 지표와 아시아계 인종 사이의 연관성을 검토하고 연령, 성별, 결핍도, 뉴질랜드 거주기간 등 다중 공변량에 대한 보정을 하였습니다.

주요 결과

이 보고서에서 사용하는 지표는 다음과 같은 전통적인 기준에 의거하여 선택되었습니다.

- 폭 넓은 보건의료 문제를 나타내는 지표

- 각 생애 단계별로 가장 중요한 건강 현안과 관련된 지표
- 신뢰성 있고 타당하게 모니터링을 할 수 있는 지표
- 개입을 통해 변경 가능한 지표

건강 상태(Health outcome)

총체적 생애

전 생애의 건강상태를 총체적으로 나타내는 4가지 지표로써 평균수명, 회피 가능 사망, 외래진료 민감형 입원(ambulatory-sensitive hospitalisation), 정신보건을 선택했습니다.

표 I: 요약 지표, 총체적 생애

지표	중국계		인도계		기타 아시아계		전체 집단		
	남성	여성	남성	여성	남성	여성	남성	여성	
평균수명, 1999-2003	84.7 (83.9-85.5)	88.0 (87.3-88.8)	78.4 (77.2-79.6)	82.2 (81.1-83.4)	N/a	N/a	75.9 (75.8-76.0)	80.9 (80.8-81.0)	
회피 가능 사망, 1998-2002	CR, 10만명 당	123.6 (109.5-138.9)	65.1 (55.4-75.9)	174.0 (153.1-196.8)	93.3 (78.2-110.5)	137.1 (119.6-156.5)	73.7 (62.2-86.7)	N/a	N/a
	SRR	0.5 (0.4-0.6)	0.5 (0.4-0.6)	0.9 (0.8-1.0)	0.8 (0.7-1.0)	0.9 (0.8-1.0)	0.7 (0.6-0.9)	1.0	1.0
외래진료 민감형 입원, 1999-2003	CR, 10만명 당	1207.1 (1162.4-1253.1)	1119.1 (1077.9-1161.6)	3734.5 (3635.6-3835.3)	2754.5 (2669.3-2841.7)	1734.8 (1670.8-1800.7)	1515.5 (1461.6-1570.9)	N/a	N/a
	SRR	0.4 (0.4-0.4)	0.4 (0.4-0.4)	1.3 (1.3-1.3)	1.1 (1.1-1.1)	0.7 (0.7-0.7)	0.7 (0.7-0.7)	1.0	1.0
전체 연령층의 자살률, 1998-2002	CR, 10만명 당	7.4 (4.3-11.8)	4.4 (2.2-7.8)	21.9 (15.0-30.9)	6.2 (2.8-11.8)	9.3 (5.2-15.4)	6.6 (3.5-11.2)	N/a	N/a
	SRR	0.3 (0.2-0.6)	0.6 (0.3-1.3)	1.0 (0.6-1.6)	0.8 (0.4-1.9)	0.4 (0.2-0.8)	1.1 (0.5-2.5)	1.0	1.0

* SRR: 표준화비율비(Standardised rate ratio). 준거집단(비율비 = 1)은 뉴질랜드 전체 인구집단임. CR: 조발생률(Crude rate)

- 중국계는 뉴질랜드 전체 인구집단에 비해 평균수명이 훨씬 깁니다.
- 중국계, 인도계, 기타 아시아계는 전체 집단에 비해 회피 가능 사망률이 현저히 낮습니다.
- 뉴질랜드에서 태어났거나 오랫동안 거주한 중국계 뉴질랜드인의 경우, 회피 가능 사망률이 악화됩니다.
- 외래진료 민감형 입원율이 중국계나 기타 아시아계는 전체 집단에 비해 현저히 낮은 반면, 인도계는 현저히 높습니다.
- 중국계나 기타 아시아계 남성은 전체 집단에 비해 자살률이 현저히 낮습니다.

영유아와 어린이 (0~14세)

이 그룹에 대한 사용 지표는 영아 사망, 저체중 출생, 신체상해, 천식 등입니다.

표 II: 요약 지표, 영유아와 어린이

지표	중국계		인도계		기타 아시아계		전체 집단	
	남성	여성	남성	여성	남성	여성	남성	여성
영아 사망, 1천명 당, 1998-2002	2.5 (1.6-3.7)		4.7 (3.2-6.7)		3.2 (2.0-4.8)		5.7 (5.4-5.9)	
신생아 사망, 1천명 당, 1998-2002	1.8 (1.1-2.9)		3.4 (2.1-5.2)		1.7 (0.9-3)		3.3 (3.1-3.5)	
후기 신생아 사망, 1천명 당, 1998-2002	0.7 (0.3-1.5)		1.2 (0.5-2.5)		1.5 (0.7-2.6)		2.4 (2.2-2.5)	
저체중 출생, 1백명 당, 1999-2003	5.5 (5.0-6.0)		10.9 (10.2-11.7)		6.9 (6.3-7.5)		6.6 (6.5-6.7)	
사고상해 입원 (0-4세), 10만명 당, 1999-2003	1290.3 (1119.3-1480.1)	1123.0 (961.9-1303.4)	2216.7 (1959.7-2498.1)	1673.1 (1446.0-1925.9)	1867.9 (1638.6-2120.4)	1394.6 (1199.4-1612.6)	2762.7 (2723.7-2802.1)	2151.4 (2116.2-2187.1)
사고상해 입원 (5-14세), 10만명 당, 1999-2003	896.0 (796.6-1004.3)	663.8 (576.2-760.9)	1477.9 (1330.3-1637.3)	906.4 (789.8-1035.4)	1529.7 (1396.7-1672.0)	827.5 (727.5-937.4)	2357.0 (2332.4-2381.9)	1492.4 (1472.3-1512.8)
천식입원(5-14세), 10만명 당, 1999-2003	164.0 (123.2-214.0)	125.7 (89.4-171.8)	561.3 (471.8-662.7)	233.9 (176.7-303.8)	182.6 (138.6-236.0)	70.4 (43.5-107.5)	297.2 (288.5-306.1)	235.0 (227.1-243.2)

- 중국계나 기타 아시아계는 전체 집단에 비해 영아 사망률이 현저히 낮습니다.
- 중국계나 기타 아시아계는 전체 집단에 비해 신생아 사망률이 현저히 낮습니다.
- 중국계의 후기 신생아 사망률도 뉴질랜드 평균에 비해 현저히 낮습니다.
- 전체 집단에 비해 중국계는 신생아의 저체중 출생률이 현저히 낮은 반면, 인도계는 그 위험이 현저히 높습니다(전통적인 저체중 기준인 2.5 kg 적용시).
- 중국계나 인도계, 기타 아시아계 어린이는 사고상해로 입원할 가능성이 전체 집단에 비해 적습니다.
- 천식으로 입원할 가능성이 인도계 남자 어린이는 전체 집단에 비해 1.5 배 더 큰 반면, 중국계나 기타 아시아계 어린이는 현저히 적습니다.

청소년 (15~24세)

자해, 자살, 교통사고 상해, 출산 등 청소년이 직면하게 되는 주요 건강문제를 보건지표로 선택했습니다.

표 III: 요약 지표, 청소년

지표	중국계		인도계		기타 아시아계		전체 집단	
	남성	여성	남성	여성	남성	여성	남성	여성
자해 입원 (15-24세), 10만명 당, 1998-2002	15.0 (6.9-28.5)	87.1 (64.4-115.1)	112.6 (74.2-163.8)	334.3 (267.0-413.4)	55.2 (34.2-84.4)	167.8 (130.3-212.8)	109.9 (104.2-115.9)	267.5 (258.6-276.7)
자살 (15-24세), 10만명 당, 1998-2002	13.3 (5.8-26.3)	5.3 (1.1-15.6)	50.0 (25.9-87.4)	19.7 (6.4-45.9)	13.1 (4.3-30.7)	14.8 (5.4-32.2)	34.9 (31.7-38.3)	12.3 (10.4-14.4)
교통사고 입원 (15-24세), 10만명 당, 1998-2002	193.5 (159.9-232.1)	142.1 (112.7-176.9)	216.8 (161.9-284.3)	114.1 (76.4-163.8)	323.3 (268.7-385.8)	264.1 (216.4-319.1)	639.1 (625.2-653.1)	324.7 (314.8-334.8)
교통사고 사망 (15-24세), 10만명 당, 1998-2002	20.0 (10.3-35.0)	16.0 (7.3-30.4)	25.0 (9.2-54.4)	-	39.4 (22.1-65.0)	14.8 (5.4-32.2)	38.1 (34.8-41.7)	14.8 (12.8-17.1)

여성(15-19세) 1천명 당 출산율, 2002-2004	N/a	5.4 (4.4-6.6)	N/a	16.1 (13.3-19.2)	N/a	11.5 (9.8-13.5)	N/a	38.0 (37.4-38.6)
---------------------------------	-----	------------------	-----	---------------------	-----	--------------------	-----	---------------------

- 젊은 층의 자해 입원율이 중국계나 기타 아시아계는 전체 집단에 비해 현저히 낮은 반면, 인도계 여성은 높습니다.
- 중국계나 기타 아시아계 남성은 전체 집단에 비해 젊은 층의 자살률이 현저히 낮습니다.
- 모든 아시아계 그룹의 젊은 층 교통사고 입원율은 해당 뉴질랜드 평균보다 현저히 낮습니다.
- 15~19세 그룹의 출산율에 있어 아시아계 여성은 전체 집단에 비해 현저히 낮습니다.

성인 (25세 이상)

이 그룹에 대한 선택 지표는 심혈관 질환, 당뇨병, 암, 낙상 등 성인층의 주된 건강문제와 관련된 것입니다.

표 IV: 요약 지표, 성인

지표	중국계		인도계		기타 아시아계		전체 집단	
	남성	여성	남성	여성	남성	여성	남성	여성
IHD 입원(45-64세), 10만명 당, 1999-2003	433.8 (374-500.5)	180.0 (145.1-220.8)	4217.5 (3976.2-4469.7)	1256.0 (1120.5-1403.4)	895.7 (776.2-1028.5)	307.1 (246.6-377.9)	1643.2 (1625.6-1660.9)	693.3 (682.1-704.7)
IHD 입원(65세 이상), 10만명 당, 1999-2003	1735.7 (1522.6-1970.2)	1239.8 (1066.7-1433.1)	8264.3 (7491.8-9094.8)	5031.4 (4459.3-5656.6)	3719.0 (3118.1-4401.9)	1798.6 (1450-2205.9)	4547.3 (4505.2-4589.7)	2859.4 (2830-2889.1)
IHD 사망(45-64세), 10만명 당, 1998-2002	69.2 (46.7-98.8)	-	185.0 (137.3-243.9)	48.3 (25.0-84.4)	89.1 (54.4-137.6)	17.3 (5.6-40.3)	158.6 (153.1-164.1)	45.1 (42.2-48)
IHD 사망(65세 이상), 10만명 당, 1998-2002	406.7 (307.2-528.1)	365.9 (274.8-477.4)	1380.7 (1076.3-1744.4)	916.4 (682.4-1205.0)	826.4 (557.6-1179.8)	567.0 (379.7-814.2)	1401.5 (1378.2-1425.2)	1061.2 (1043.3-1079.3)
뇌졸중 입원(65세 이상), 10만명 당, 1999-2003	1002.2 (842.0-1184.0)	948.5 (797.9-1119.3)	1814.6 (1462.8-2225.4)	1725.1 (1397.3-2106.6)	1432.5 (1069.9-1878.5)	1407.6 (1101.4-1772.7)	1587.5 (1562.6-1612.6)	1337.9 (1317.8-1358.2)
뇌졸중 사망(65세 이상), 10만명 당, 1998-2002	377.6 (282.0-495.2)	426.8 (328.0-546.1)	473.4 (303.3-704.3)	413.3 (262.0-620.1)	220.4 (95.1-434.2)	469.2 (300.6-698.1)	480.5 (466.9-494.4)	622.6 (608.9-636.5)
당뇨병(본인 응답 기준) 15세 이상, 2002/03	CR, 1백명당	3.4 (0.6-6.3)	9.4 (3.9-15)		5.7 (1.8-9.6)		N/a	
	SRR	1.4 (0.3-2.5)	3.3 (1.6-4.9)		1.8 (0.3-3.2)		1.0	
모든 암 등록(45-64세), 10만명 당, 1997-2001	270.0 (223.3-323.6)	266.1 (223.3-314.8)	185.0 (137.3-243.9)	310.0 (244.6-387.4)	343.1 (270.8-428.9)	414.1 (343.3-495.1)	652.4 (641.3-663.6)	701.8 (690.5-713.3)
모든 암 등록(65세 이상) 10만명 당, 1997-2001	1060.3 (895.3-1246.9)	806.2 (667.9-964.8)	1104.5 (834.4-1434.3)	700.8 (498.3-958)	2011.0 (1576.3-2528.6)	1446.7 (1136-1816.2)	3047.6 (3013.1-3082.3)	1685.6 (1663-1708.4)
모든 암 사망(45-64세), 10만명 당, 1998-2002	106.1 (77.7-141.6)	82.2 (59.2-111.1)	81.4 (51.0-123.2)	100.6 (65.1-148.6)	129.2 (86.5-185.6)	120.8 (84.1-168)	239.3 (232.6-246.1)	228.7 (222.3-235.3)
모든 암 사망(65세 이상), 10만명 당, 1998-2002	631.8 (506.1-779.3)	460.7 (357.8-584.1)	631.2 (431.7-891.0)	521.1 (349.0-748.4)	1239.7 (904.2-1658.8)	782.0 (558.7-1064.9)	1524.2 (1499.9-1548.9)	987.2 (969.9-1004.7)
유방암 등록(45세 이상), 10만명 당, 1997-2001	N/a	100.2 (77.5-127.5)	N/a	161.2 (119.2-213.1)	N/a	173.0 (131.7-223.2)	N/a	292.7 (286.9-298.5)

유방암 사망 (45세 이상), 10만명 당, 1997-2001	N/a	21.3 (11.6-35.7)	N/a	29.6 (13.5-56.2)	N/a	41.1 (22.4-68.9)	N/a	84.5 (81.4-87.7)
------------------------------------	-----	---------------------	-----	---------------------	-----	---------------------	-----	---------------------

참조: CVD: 심혈관 질환; IHD: 허혈성 심질환; CR: 조발생률; SRR: 표준화비율비.
 준거집단(비율비 = 1)은 뉴질랜드 전체 인구집단임.

- 인도계 남성과 여성은 전체 집단에 비해 현저히 높은 심혈관 질환 입원율과 사망률을 보입니다.
- 아시아계 그룹의 뉴질랜드 거주기간과 심혈관 질환 사망률 사이에는 용량반응 관계(dose-response relationship)가 있습니다.
- 인도계 남성과 여성의 허혈성 심질환 입원율은 모든 연령군에 있어 전체 집단보다 현저히 높습니다.
- 인도계 여성은 중국계나 기타 아시아계 여성보다 허혈성 심질환 사망률이 현저히 높습니다.
- 전반적으로 중국계의 뇌졸중 입원율과 사망률은 전체 집단에 비해 낮지만 인도계와 기타 아시아계는 뇌졸중 입원율이 전체 집단보다 높습니다.
- 당뇨병이 있다고 한 사람의 비율이 인도계는 전체 집단보다 3배 이상 높습니다.
- 전반적으로 모든 아시아계 그룹은 전체 집단보다 암 발병률과 사망률이 낮습니다. 이것은 폐암(흡연으로 인한 암의 대리지표)과 비 폐암에 똑같이 적용됩니다.
- 모든 아시아계 여성 그룹은 전체 집단보다 유방암 발병률과 사망률이 낮습니다.
- 중국계 여성 그룹과 기타 아시아계 남성 그룹은 전체 집단보다 위암 발병률이 높습니다.

보건의료 이용률

이 분야의 지표는 1차 보건의료 및 임상 예방의료 서비스의 이용과 관련된 것입니다.

표 V: 요약 지표, 보건의료 이용률

지표	중국계		인도계		기타 아시아계		전체 집단	
	남성	여성	남성	여성	남성	여성	남성	여성
정해진 의료인이 있음, 15세 이상, 100명 당, 2002/03	57.0 (45.3-68.7)	80.6 (73.9-87.3)	84.9 (77.8-92.1)	84.0 (75.2-92.8)	84.4 (75.1-93.8)	85.2 (75.8-94.5)	N/a	N/a
의사진료를 받은 적이 있음, 15세 이상, 100명 당, 2002/03	48.8 (39.1-58.4)	70.3 (62.7-77.8)	73.6 (63.1-84.1)	74.5 (64.1-84.9)	66.0 (54.9-77.1)	70.6 (60.2-81.1)	N/a	N/a
치과 의사 진료를 받은 적이 있음, 15세 이상, 100명 당, 2002/03	17.0 (10.5-23.5)	21.9 (15.5-28.2)	23.5 (10.7-36.4)	32.5 (20.4-44.5)	32.9 (21.9-43.9)	25.6 (16.4-34.9)	N/a	N/a
보조/대체 의료 서비스 이용, 15세 이상, 100명 당, 2002/03	8.2 (3.5-13)	19.9 (13.4-26.5)	8.3 (2.7-13.9)	9.6 (3.2-16.1)	6.9 (1.3-12.6)	12.0 (5.4-18.5)	N/a	N/a
유방촬영검사, 50-64세, 100명 당, 2001/02	N/a	57.0 (55.2-58.9)	N/a	57.5 (54.9-60.3)	N/a	56.4 (53.8-59.1)	N/a	66.8 (66.4-67.1)
차궁경부암 검진, 20-69세, 100명 당, 2001-2003	N/a	52.5 (51.7-53.2)	N/a	64.6 (63.4-65.7)	N/a	44.6 (43.8-45.4)	N/a	73.0 (72.6-73.1)
혈압검사, 15세 이상, 100명 당, 2002/03	33.6 (22.5-44.7)	38.8 (30.7-46.9)	45.1 (32.3-57.9)	49.3 (37.5-61.2)	30.4 (19.2-41.7)	37.1 (25.9-48.2)	N/a	N/a

콜레스테롤 검사, 15세 이상, 100명 당, 2002/03	18.7 (9.3-28.1)	19.3 (12.9-25.7)	36.5 (23.8-49.1)	25.7 (14.5-37)	26.7 (16.1-37.3)	18.3 (8.7-28)	N/a	N/a
당뇨 검사, 15세 이상, 100명 당, 2002/03	17.0 (8.9-25.2)	19.5 (13.1-25.8)	39.4 (25.9-52.9)	28.8 (18.0-39.7)	14.6 (7.1-22.2)	17.6 (8.3-26.9)	N/a	N/a

- 아시아계 그룹 가운데 중국계는 정해둔 의료인이 있을 가능성이 유럽계 뉴질랜드인보다 적습니다(연령과 성별, 결핍도, 뉴질랜드 거주기간이 미치는 변수 영향을 통제한 후의 결과).
- 모든 아시아계 그룹은 지난 12 개월 동안 의사나 치과의사의 진료를 받았을 가능성이 유럽계 뉴질랜드인보다 현저히 적습니다(연령과 성별, 결핍도가 미치는 변수 영향을 통제한 후의 결과).
- 모든 아시아계 그룹은 보조/대체 의료 서비스를 받았을 가능성이 유럽계 뉴질랜드인보다 적습니다(연령과 결핍도가 미치는 변수 영향을 통제한 후의 결과).
- 모든 아시아계 그룹의 여성은 유럽계 뉴질랜드 여성보다 유방촬영검사를 받는 비율이 작지만 그 차이가 통계적으로 유의하지 않습니다(비교적 적은 숫자 때문인 것 같음).
- 모든 아시아계 여성 그룹은 유럽계 뉴질랜드 여성에 비해 자궁경부암 검진율이 낮습니다.
- 인도계는 유럽계 뉴질랜드인에 비해 콜레스테롤 검사를 받았을 가능성이 더 많습니다.
- 또한 인도계는 전체 집단에 비해 당뇨병 검사를 받았다고 응답할 가능성이 더 많습니다.

위험요인과 예방요인

이 부분의 선택 지표는 고지혈, 고혈압, 체중, 운동, 식생활 패턴, 흡연 등 주요 생물학적 위험요인 및 라이프스타일 행위와 관련된 것입니다.

표 VI: 요약 지표, 위험요인, 예방요인

지표	중국계		인도계		기타 아시아계		
	남성	여성	남성	여성	남성	여성	
고지혈, 15세 이상, 2002/03	CR 100명 당	7.7 (2.2-13.1)	9.4 (3.8-15.1)	19.2 (9-29.4)	10.2 (3.1-17.2)	8.9 (2.9-15)	7.1 (0.6-13.7)
	MOR	1.06 (0.6, 1.88)		1.74 (0.95, 3.2)		0.98 (0.48, 2)	
고혈압, 15세 이상, 2002/03	CR 100명 당	8.5 (2.8-14.1)	7.0 (2.3-11.7)	19.3 (9.4-29.2)	9.4 (2.2-16.6)	6.4 (1.5-11.3)	10.5 (3.1-18)
	MOR	0.62 (0.32, 1.22)		1.03 (0.57, 1.88)		0.72 (0.38, 1.35)	
비만 (BMI ≥ 25*), 15세 이상, 2002/03	CR 100명 당	20.1 (12.1-28.1)	10.5 (6.0-15.1)	34.2 (22.2-46.2)	52.9 (41.4 - 64.3)	32.7 (20.3 - 45.1)	19.3 (10.7 - 27.9)
	MOR	1.08 (0.69, 1.68)		4.12 (2.65, 6.41)		2.04 (1.25, 3.33)	
문제성 음주 (AUDIT 점수 > 8), 15세 이상, 2002/03	CR 100명 당	2.3 (0.1-4.5)		6.8 (2.0-11.5)		5.4 (1.4-9.4)	
	SRR	0.1 (0, 0.2)		0.3 (0.1, 0.5)		0.3 (0.1, 0.5)	
현재 흡연자 (매일), 15세 이상, 2002/03	CR 100명 당	20.4 (12.5-28.2)	7.0 (2.4-11.6)	18.4 (9.7-27)	-	20.7 (11.6-29.8)	3.9 (1.2-6.6)
	MOR	0.98 (0.53, 1.8)	0.3 (0.13, 0.66)	0.7 (0.36, 1.35)	0.1 (0.03, 0.38)	0.98 (0.52, 1.86)	0.2 (0.06, 0.4)
운동 (150분/주), 15세 이상, 2002/03	100명 당	66.7 (58.3-75.0)	50.5 (40.9-60.2)	68.8 (59.4-78.3)	58.0 (47.1-69.0)	72.9 (62.0-83.7)	46.4 (35.8-57.0)
	SRR	0.9 (0.8, 1)	0.7 (0.6, 0.9)	0.8 (0.7, 0.9)	0.9 (0.7, 1.1)	0.9 (0.8, 1.1)	0.7 (0.5, 0.8)
1일 5회분 이상 과일과 야채, 15세 이상, 2002/03	CR 100명 당	25.9 (16.4-35.4)	39.8 (29.2-50.5)	21.2 (12.1-30.2)	23.0 (13.1-32.9)	22.5 (11.8-33.1)	36.7 (24.7-48.6)
	MOR	0.77 (0.5, 1.1)		0.43 (0.3, 0.7)		0.68 (0.4, 1.1)	

* 아시아인 비만 기준치. CR: 조발생률. SRR: 표준화비율비. 준거집단(비율비 = 1)은 뉴질랜드 전체 인구집단임. MOR: 다변량 교차비(Multivariate odd ratio), 모델 2, 연령과 성별, 결핍도, 뉴질랜드 거주기간의 영향 통제. 준거집단(교차비 =1)은 유럽계 뉴질랜드 인구집단임.

- 연령과 성별, 결핍도, 아시아계 인종이라는 변수가 미치는 영향을 통제된 상태에서 볼 때 뉴질랜드 거주기간이 긴 아시아계 뉴질랜드인일수록 고지혈증과 고혈압이 있다고 할 가능성이 현저히 많아집니다.
- 연령과 성별, 결핍도가 미치는 변수 영향을 통제된 상태에서 볼 때 인도계는 유럽계 뉴질랜드인에 비해 비만일 가능성이 높은 것으로 나타납니다.
- 중국계, 기타 아시아계, 인도계 순으로 문제성 음주자의 비율이 높아지지만 전체 집단에 비해서는 그 비율이 모두 현저히 낮습니다.
- 모든 아시아계 여성은 유럽계 여성에 비해 흡연자일 가능성이 현저히 적습니다 (연령과 결핍도, 뉴질랜드 거주기간이 미치는 변수 영향을 통제된 후의 결과).
- 중국계나 기타 아시아계 여성은 전체 여성 집단에 비해 최소한 주당 150 분 이상 운동을 할 가능성이 현저히 낮습니다.
- 인도계나 기타 아시아계는 유럽계에 비해 과일/야채 권장량을 섭취할 가능성이 적은 것으로 나타납니다(연령과 성별, 결핍도가 미치는 변수 영향을 통제된 후의 결과).

사회경제적 결정인자

표 VII: 요약 지표, 사회경제적 결정인자

지표	중국계		인도계		기타 아시아계		전체 집단	
	남성	여성	남성	여성	남성	여성	남성	여성
영어 구사 능력, 백분율, 2001	79.3	76.8	91.2	88.0	79.9	79.2	93.5	93.6
소득 \$20,000 이하, 15세 이상, 백분율, 2001	59.8	65.8	42.8	56.6	52.9	61.1	37.9	55.2
실업률, 15세 이상, 백분율, 2001	7.4	6.2	7.9	7.9	8.6	7.2	5.0	4.7
Form 6 자격 이상, 15세 이상, 백분율, 2001	73.6	73.0	70.1	65.3	69.9	70.4	49.3	48.1
주택 보유율, 15세 이상, 백분율, 2001	36.8	39.4	37.9	37.7	25.7	32.0	49.9	52.2

- 아시아계 뉴질랜드인의 학력수준은 뉴질랜드 평균보다 높을 가능성이 많습니다.
- 아시아계 뉴질랜드인은 전체 집단보다 소득이 낮습니다.
- 전반적으로 아시아계 뉴질랜드인의 실업률은 뉴질랜드 평균보다 높습니다.
- 아시아계 뉴질랜드인은 주택을 보유할 가능성이 평균 이하입니다.
- 중국계나 기타 아시아계 중에는 영어에 문제가 있는 계층이 있지만 대체로 인도계는 그렇지 않습니다.
- 아시아계의 결핍도 분포는 전체 뉴질랜드의 그것과 크게 다르지 않습니다.

결론

이 보고서를 통해 밝혀진 사실은 다음과 같습니다. 건강상태와 건강 위험요인 노출도에 있어 중국계와 인도계 사이에 큰 차이가 있으며, '기타 아시아계'는 대체로 그 중간에 놓여 있습니다. 아시아계, 특히 중국계는 뉴질랜드 전체 인구집단과 비교해 볼 때 여러 보건지표에서 양호한 결과를 보입니다. 그 반면, 인도계에서 상대적으로 높게 나타나는 비만과 제2형 당뇨병, 심혈관 질환의 비율은 우려스러운 수준입니다.

또한 건강 정도와 보건의료 서비스 이용률이 최근 이민자 층과 기존 정착 그룹 사이에 큰 차이가 있음도 드러났습니다. 이 현상은 아시아계 3개 그룹이 모두 비슷한 패턴을 보입니다. 거의 모든 보건지표에서 최근 이민자나 1세대 이민자는 이민 온 지 오래된 사람이나 뉴질랜드에서 출생한 아시아계보다 우수한 결과를 보였습니다. 그 주된 이유는 이민자의 '건강효과'(즉, 건강한 이민자 선별) 때문이라고 판단됩니다. 시간이 흐르면서 점차 건강효과가 줄어들고 문화적 동화가 진전됨에 따라 이 건강 이점도 사라질 것으로 보입니다. 아시아계, 특히 최근 이민자 층 사이에서 보건의료 서비스의 이용률이 상대적으로 낮은 점은 면밀히 주시할 필요가 있습니다.

앞으로 정책당국과 관계기관에서는 이 보고서의 수록 정보를 이용하여 아시아계 뉴질랜드인이 필요로 하는 보건의료 사항을 파악하게 될 것입니다. 또한 아시아계 커뮤니티도 이 정보를 토대로 자신들이 대처해야 할 문제가 무엇이고, 또 어떤 보건의료 서비스를 필요로 하는지 자체적으로 논의해 볼 수 있습니다. 이제 시작의 전기가 마련되었습니다. 이 보고서는 뉴질랜드 아시아계의 보건의료를 위한 기준선을 제시하는 것으로서, 주기적으로 업데이트를 할 필요가 있습니다.