

이주민과 내국인의 만성질환 관리 지표 비교

최성우¹⁾, 김성은^{2,8)}, 김유일²⁾, 김경학³⁾, 선봉규⁴⁾, 김진형⁵⁾, 조준휘^{6,8)}, 권순석^{5,7)}
조선대학교 의과대학 예방의학교실¹⁾, 전남대학교 의과대학 내과학교실²⁾, 전남대학교 문화인류고고학과³⁾,
전남대학교 글로벌디아스포라 연구소⁴⁾, 광주광역시 공공보건의료지원단⁵⁾, 조선대학교 대학원 보건학과⁶⁾,
전남대학교 의과대학 예방의학교실⁷⁾, 광주광역시 감염병관리지원단⁸⁾

Comparing the Status of Chronic Diseases between Immigrants and Korean

Seong-Woo Choi¹⁾, Seong-Eun Kim^{2,8)}, Yu-Il Kim²⁾, Kyung-Hak Kim³⁾, Bong-Kyu Sun⁴⁾,
Jin-Hyeong Kim⁵⁾, Jun-Hwi Cho^{6,8)}, Sun-Seog Kweon^{5,7)}

Department of Preventive Medicine, Chosun University Medical School, Gwangju, Korea¹⁾,

Department of Internal medicine, Chonnam National University Medical School, Gwangju, Korea²⁾,

Department of Anthropology, Chonnam National University, Gwangju, Korea³⁾,

Center for Global Diaspora Studies, Chonnam National University, Gwangju, Korea⁴⁾,

Gwangju Institute for Public Health and Equity, Gwangju, Korea⁵⁾,

Department of Health Science, Graduate School of Chosun University, Gwangju, Korea⁶⁾,

Department of Preventive medicine, Chonnam National University Medical School, Gwangju, Korea⁷⁾,

Gwangju Center for Infectious Diseases Control and Prevention, Gwangju, Korea⁸⁾

= Abstract =

Objective: This study compared the status of chronic diseases among immigrants and the Korean population.

Methods: This study was conducted on 153 immigrants living in Gwangju Metropolitan City in 2022. For comparison, 459 Koreans were selected using the 2021 Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES). A survey was conducted on the management status of hypertension, diabetes, and hyperlipidemia using a questionnaire.

Results: Immigrants were significantly more likely to have hypertension (50.3% vs. 24.2%, $p < 0.001$) and diabetes (19.0% vs. 11.5%, $p = 0.002$) than Koreans. In awareness, immigrants had significantly lower rates of hypertension (57.1% vs. 73.0%, $p = 0.031$) and hyperlipidemia (immigrants 25.4% vs. 44.5%, $p = 0.006$). In treatment rates, immigrants had significantly lower rates of hypertension (40.3% vs. 69.4%, < 0.001) and hyperlipidemia (17.9% vs. 39.6%, $p = 0.003$). In control rates, immigrants had significantly lower rates of hypertension (18.2% vs. 62.2%, < 0.001) than Koreans.

Conclusions: Chronic diseases are common among immigrants, but awareness, treatment, and control rates are low, so education and prevention policies are critical to improving immigrants' access to medical care and raising awareness.

Key words: Awareness, Chronic Disease, Immigrants, Prevalence

* Received March 7, 2024; Revised June 10, 2024; Accepted June 19, 2024.

* Corresponding author: 최성우, 광주광역시 동구 조선대 4길 16 조선대학교 의과대학 예방의학교실(우: 61452)

Seong-Woo Choi, Department of Preventive Medicine, Chosun University Medical School, 16, Chosundae 4-gil, Dong-gu, Gwangju, 61452, Republic of Korea

Tel: +82-62-230-6344, Fax: +82-62-225-8293, E-mail: jcsww74@hanmail.net

* 본 연구는 2022년 조선대학교 학술연구비의 지원을 받아 수행되었음

서 론

2023년 11월 현재 우리나라에 체류하고 있는 외국인인 232만명으로 코로나19로 인해 2021년 196만명으로 감소했다가 이후 꾸준히 증가하고 있다[1]. 국적별로 보면, 중국이 38.7%로 가장 많고, 베트남 11.4%, 태국 8.4%의 순이다. 15세 이상 상주 외국인 143만명 중 23.2%가 우리나라 제조업 생산부문, 농업, 어업 등 3D 업종에서 저숙련 노동자로 일하고 있다[2, 3].

고혈압, 당뇨병, 고지혈증과 같은 만성질환은 심뇌혈관질환의 선행질환으로써 단순히 치료 뿐 아니라 예방, 교육, 치료 등 포괄적 관리체계가 매우 중요하다[4]. 우리나라 만성질환 예방관리정책은 질환 홍보, 교육 및 예방프로그램, 조기검진 및 조기치료, 등록관리를 통한 치료율 향상을 목적으로 2000년 이후 본격적으로 시행되었다[5]. 그동안 심혈관질환 예방관리사업, 의원급 만성질환관리제, 시군구 고혈압·당뇨병 등록관리 사업 등 다양한 사업들을 시행하였지만[6], 이주노동자들은 시간적, 언어적, 경제적 문제 등으로 인해 만성질환 관리사업에 접근하기 어려웠다.

이주민 대상 선행연구들을 살펴보면, 캐나다, 유럽 등 서구에서는 이주민들의 정착기간이 길어질수록 내국인보다 만성질환 유병률이 높아졌다[7, 8]. 국내에서도 이주민들의 정착기간이 늘어날수록 점점 식습관이 서구화되어 만성질환 위험요인이 증가하고 있다[9]. 하지만, 아직 이주민들을 대상으로 정확한 유병률 조사나 만성질환 관리 실태를 파악한 국내연구는 거의 없다. 그동안 시행된 국내연구들은 대부분 이주민 관련 정책이나 국민인식에 관한 연구이었고[10-12], 일부 건강관련 연구들도 이주민들의 건강권이나 건강불평등 등 주로 사회적 접근에 중점을 두었다[13, 14]. 이에 본 연구는 지역사회 이주민들을 직접 대면 조사하여 고혈압 당뇨병 등 만성질환의 유병실태 및 관리지표를 파악하고 2021년 국민건강영양조사 자료를 이용하여 내국인과 비교하였다.

대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구의 이주민 자료는 ‘2022년 광주광역시 거주 이주민 건강실태조사’를 이용하였고, 내국인 자료는 2021년 국민건강영양조사 자료를 이용하였다. ‘2022년 광주광역시 거주 이주민 건강실태조사’는 2022년 9월부터 12월까지 광주광역시에 거주하고 있는 이주민들을 대상으로 시행되었다. 조사 시작 전 조사의 기본 취지와 모든 데이터는 무기명 처리되어 통계 분석용으로만 처리되며, 참여를 원하지 않는 경우 언제든지 철회가 가능함을 설명한 후 서면 동의를 구하였다. 조사는 구조화된 설문지를 활용한 면접 설문조사와 건강검진으로 구성되었으며, 전남대학교병원 생명윤리위원회(IRB)에서 승인(CNUH-2022-365)받은 후 진행하였다. 2022년 광주광역시 거주 이주민 건강실태조사에 총 174명 (남자 57명, 여자 117명)이 참여하였으며, 본 연구에서는 대상자 중 19세 이상 성인 153명 (남자 46명, 여자 107명)을 연구대상으로 선정하였다. 내국인 자료는 2021년 국민건강영양조사 원시자료를 이용하였다. 전체 7,090명 중 만 19세 미만과 고혈압, 당뇨병, 고지혈증의 진단 변수가 없는 경우를 제외하여 총 4,948명이었다. 이주민의 만성질환 관리지표를 내국인과 비교하기 위해 만성질환 특성을 고려하여 이주민과 1:3 비율로 성별과 연령을 매칭하여 총 459명을 선정하였다.

2. 연구방법 및 내용

1) 설문조사

설문조사는 설문을 위해 교육받은 연구자가 주요 국가 언어로 번역된 설문지 이용하여 면접 조사를 시행하였고, 필요한 경우 통역을 통해 조사하였다. 성별, 연령, 현재 흡연여부, 주관적 건강상태, 고혈압 진단여부, 당뇨 진단여부, 고지혈증 진단여부, 건강검진 수진여부, 암검진 수진여부, 미충족 의료를 조사하였고, 내국인과 비교를 위해 국민건강영양조사 설문 내용과 동일하게 구성하였다. 주관적 건강상태는 “평소에 본인의

건강은 어떻다고 생각합니까?”라고 물어 “매우 좋음”, “좋음”, “보통”이라고 응답한 경우를 “좋음”으로, “나쁨”, “매우 나쁨”이라고 응답한 경우를 “나쁨”으로 분류하였다. 고혈압, 당뇨병, 고지혈증 진단여부는 의사로부터 각 질환으로 진단된 적이 있는지를 조사하였고, 건강검진 및 암검진 수진 여부는 지난 2년 동안 건강검진 및 암검진을 받은 적이 있는지를 조사하였다. 미충족의료는 최근 2년 동안 본인이 병·의원 치료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한 번이라도 있는지 조사하였다. 추가적으로 국적, 최초 한국 입국일자, 건강보험 가입 여부, 등록 외국인 여부를 조사하였고, 한국 거주기간은 최초 한국 입국일자를 이용하여 계산하였다.

2) 건강검진

건강검진은 신체계측과 혈액검사로 구성되었다. 체중은 신발을 벗은 후 가벼운 의복을 착용한 상태에서 0.1 kg까지 측정하였으며, 키는 발뒤꿈치가 신장계에 접촉하도록 한 후 0.1cm까지 측정하였다. 체질량지수(Body mass index, BMI)는 체중(kg)/신장(m²)으로 계산하였고, 체질량지수 값이 25 kg/m² 이상인 경우를 비만으로 정의하였다[15]. 혈압은 표준화된 수은 혈압기를 이용하여 측정하였다. 대상자를 5분간 앉은 자세로 안정을 취하게 한 후 훈련된 의료인이 혈압을 측정하였다. 혈액검사는 전혈 검체를 채취 후 30분 이내 원심분리를 시행하여 얻은 혈청을 이용하여 총 콜레스테롤, 중성지방, 고밀도 지단백(High density lipoprotein, HDL) 콜레스테롤을 측정하였다. 단, 저밀도 지단백(Low density lipoprotein, LDL) 콜레스테롤은 Friedewald 공식[16]을 이용하여 계산하였다. 모든 검체는 자동분석기(Hitachi-7600 Chemical Analyser)를 이용하였으며, 모두 효소법으로 검사하였다. 당화혈색소는 이온교환 high-performance liquid chromatography (HPLC)법을 사용하여 분석하였다.

3) 만성질환관리

고혈압, 당뇨병, 고지혈증의 유병률, 인지율, 치료율을 조사하였다. 고혈압 유병률은 전체 대

상자 중 수축기 혈압이 140mmHg 이상이거나 이완기 혈압이 90mmHg 이상 또는 의사 진단 받은 경우, 당뇨병 유병률은 당화혈색소 6.5% 이상이거나 의사 진단 받은 경우로 정의하였다. 고지혈증 유병률은 총 콜레스테롤 200mg/dL 이상이거나 중성지방 150mg/dL 이상이거나, LDL 콜레스테롤 130mg/dL 이상이거나, HDL 콜레스테롤 40mg/dL 미만이거나 의사 진단 받은 경우로 정의하였다. 만성질환 인지율은 유병자 중에서 의사로부터 각각의 질환으로 진단받은 경우로 정의하였고, 치료율은 유병자 중에서 해당 만성질환에 대해 현재 치료중인 경우로 정의하였다. 고혈압 조절률은 유병자 중에서 수축기혈압이 140mmHg미만이고 이완기혈압이 90mmHg미만인 경우, 당뇨병 조절률은 유병자 중에서 당화혈색소 6.5% 미만인 경우, 고지혈증 조절률은 총 콜레스테롤 200 mg/dL 미만인 경우로 정의하였다.

3. 분석방법

수집된 자료는 SPSS 23.0 (IBM Co., Armonk, NY, USA) 통계프로그램을 사용하여 수행하였다. 연구대상자의 일반적 특성 중 범주형 변수는 빈도와 백분율, 연속변수는 평균과 표준편차로 제시하였다. 이주민과 내국인의 차이는 독립표본 t-검정과 카이제곱 검정을 이용하였다. 통계적 유의성은 유의수준 0.05로 하였다.

결 과

1. 일반적 특성

이주민의 일반적 특성은 표 1과 같다. 남성은 30.1%, 여성은 69.9%이었고, 연령별로는 20-39세 35.9%, 40-64세 41.2%, 65세 이상 22.9%이었다. 국적은 우즈베키스탄이 37.9%로 가장 많았고, 러시아 22.2%, 카자흐스탄 22.2%, 우크라이나 11.1% 순 이었다. 체류 기간은 1년 미만 19.6%, 1-4년 30.1%, 5-9년 34.6%, 10년 이상 15.7%이었다. 대상자 중 국민건강보험 가입한 사람은 64.0%, 미가입자는 36.0%이었고, 등록 이주민은 92.2%, 미등록 이주민이 7.8%이었다.

Table 1. General characteristics of immigrants*

Variable	Immigrants
Number	153 (100.0)
Sex	
Men	46 (30.1)
Women	107 (69.9)
Age (years)	
20-39	55 (35.9)
40-64	63 (41.2)
≥65	35 (22.9)
Nationality	
Russia	34 (22.2)
Uzbekistan	58 (37.9)
Kazakhstan	34 (22.2)
Ukraine	17 (11.1)
Others	10 (6.5)
Lengths of stay in Korea (years)	
< 1	30 (19.6)
1-4	46 (30.1)
5-9	53 (34.6)
≥10	24 (15.7)
National health insurance	
Yes	98 (64.0)
No	55 (36.0)
Residence card	
Yes	141 (92.2)
No	12 (7.8)

*Data are presented as number(%) unless otherwise indicated.

2. 이주민과 내국인의 건강상태 비교

이주민과 내국인의 건강상태 비교는 표 2와 같다. 신장은 이주민 161.5±9.3 cm, 내국인 163.8±9.1 cm ($p=0.008$), 몸무게는 이주민 69.9±12.3 kg, 내국인 63.9±13.1 kg ($p<0.001$), BMI는 이주민 26.8±4.4 kg/m², 내국인 23.7±3.7 kg/m²로 모두 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.001$). 비만은 이주민 63.4%, 내국인 33.8%로 유의한 차이를 보였고 ($p<0.001$), 현재 흡연율은 이주민 26.1%, 내국인 10.9%로 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.001$).

수축기 혈압과 이완기 혈압에서 이주민은 각각 137.2±22.5 mmHg, 77.1±14.2 mmHg 이었고,

내국인은 각각 116.9±16.6 mmHg, 73.2±10.0 mmHg로 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.001$). 당화혈색소도 이주민 5.9±1.2%, 내국인 5.7±0.6%로 유의한 차이를 보였다($p=0.007$). 중성지방, LDL, HDL에서 이주민은 각각 180.4±140.7 mg/dL, 110.5±33.4 mg/dL, 53.2±12.7 mg/dL이었고, 내국인은 각각 112.2±68.0 mg/dL, 128.2±39.5 mg/dL, 56.9±14.1 mg/dL로 모두 통계적으로 유의한 차이를 보였다 ($p<0.05$). 건강 검진 및 암 검진 수진율에서 이주민은 각각 27.5%, 14.4%이었고, 내국인은 각각 71.2%, 63.6%로 모두 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.001$). 미충족의료는

이주민 20.9%, 내국인 4.6%로 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < 0.001$). 하지만, 총콜레스테롤 수치와 주관적 건강상태는 두 집단에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

3. 이주민과 내국인의 만성질환 관리 비교

이주민과 내국인의 만성질환 관리 비교는 표3과 같다. 만성질환 유병률은 고혈압에서 이주민 50.3%, 내국인 24.2% ($p < 0.001$), 당뇨병에서 이주민 19.0%, 내국인 11.5%로($p = 0.002$), 각각 유의한 차이를 보였으나 고지혈증에서는 유의한 차이를 보이지

않았다. 인지율은 고혈압에서 이주민 57.9%, 내국인 73.0% ($p = 0.031$), 고지혈증에서 이주민 25.4%, 내국인 44.5%($p = 0.006$)로 각각 유의한 차이를 보였으나 당뇨병에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 치료율은 고혈압에서 이주민 70.5%, 내국인 95.1% ($p < 0.001$), 고지혈증에서 이주민 70.6%, 내국인 88.9%로($p = 0.003$), 각각 유의한 차이를 보였으나 당뇨병에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 조절률은 고혈압에서 이주민 18.2%, 내국인 62.2%로($p < 0.001$) 유의한 차이를 보였으나 당뇨병과 고지혈증에서는 유의한 차이를 보이지 않았다.

Table 2. Comparisons of the health status between immigrants and Korean

Variable	Immigrants	Korean	P [†]
Number	153 (100.0)	459 (100.0)	
Sex			1.000
Men	46 (30.1)	138 (30.1)	
Women	107 (69.9)	321 (69.9)	
Age (years)	47.5 ± 16.8	47.6 ± 16.6	0.957
Height (cm)	161.5 ± 9.3	163.8 ± 9.1	0.008
Weight (kg)	69.9 ± 12.3	63.9 ± 13.1	<0.001
BMI (kg/m ²)	26.8 ± 4.4	23.7 ± 3.7	<0.001
^a Obesity	97 (63.4)	155 (33.8)	<0.001
Current smoking			<0.001
Yes	40 (26.1)	50 (10.9)	
No	113 (73.9)	409 (89.1)	
Systolic blood pressure (mmHg)	137.2 ± 22.5	116.9 ± 16.6	<0.001
Diastolic blood pressure (mmHg)	77.1 ± 14.2	73.2 ± 10.0	<0.001
HbA _{1c} (%)	5.9 ± 1.2	5.7 ± 0.6	0.007
Total cholesterol (mg/dL)	194.9 ± 38.7	196.5 ± 39.1	0.659
Triglyceride (mg/dL)	180.4 ± 140.7	112.2 ± 68.0	<0.001
LDL cholesterol (mg/dL)	110.5 ± 33.4	128.2 ± 39.5	0.002
HDL cholesterol (mg/dL)	53.2 ± 12.7	56.9 ± 14.1	0.004
Self-rated health			0.345
Good	54 (35.3)	152 (33.1)	
Poor	99 (64.7)	307 (66.9)	
Health examination during past 2 years			<0.001
Yes	42 (27.5)	327 (71.2)	
No	111 (72.5)	132 (28.8)	
Cancer examination during past 2 years			<0.001
Yes	22 (14.4)	292 (63.6)	
No	131 (85.6)	167 (36.4)	
Unmet medical needs	32 (20.9)	21 (4.6)	<0.001

Data are presented as number (%) or mean±standard deviation.

[†] P value from t test for continuous outcomes and χ^2 test for binary outcomes

^aObesity is defined as BMI ≥ 25 kg/m²

Table 3. Comparisons of the management of chronic diseases between immigrants and Korean*

		Immigrants	Korean	P [†]
Prevalence	Hypertension	77 (50.3)	111 (24.2)	<0.001
	Diabetes	29 (19.0)	53 (11.5)	0.020
	Hyperlipidemia	67 (43.8)	182 (39.7)	0.367
Awareness	Hypertension	44 (57.1)	81 (73.0)	0.031
	Diabetes	22 (75.9)	32 (60.4)	0.157
	Hyperlipidemia	17 (25.4)	81 (44.5)	0.006
Treatment	Hypertension	31 (40.3)	77 (69.4)	<0.001
	Diabetes	16 (55.2)	28 (52.8)	0.170
	Hyperlipidemia	12 (17.9)	72 (39.6)	0.003
Control	Hypertension	14 (18.2)	69 (62.2)	<0.001
	Diabetes	6 (20.7)	10 (18.9)	0.842
	Hyperlipidemia	26 (38.8)	86 (47.3)	0.235

*Data are presented as number (%)

† P value from χ^2 test

고 찰

본 연구는 광주광역시에 거주하고 있는 이주민 153명과 2021년 국민건강영양조사에서 성과 연령을 매칭하여 1:3비율로 선정한 내국인 459명을 비교하였다. 본 연구결과 만성질환 인지율은 이주민이 내국인보다 고혈압(이주민 57.9% vs. 내국인 73.0%, $p<0.001$)과 고지혈증(이주민 25.4% vs. 내국인 44.5%, $p=0.006$)에서 통계적으로 유의하게 낮았다. 만성질환은 초기증상이 뚜렷하지 않아 환자들이 유병상태를 모른 채 치료받지 않으면 심뇌혈관 질환이 발생할 수 있기에 질환 인지가 매우 중요하다. 만성질환 인지율을 높이기 위해 혈압 혈당 등을 자주 측정하도록 하고 주기적으로 건강검진을 받도록 독려하고 있다[17]. 본 연구에서 이주민의 건강 검진 및 암 검진 수진율을 각각 27.5%, 14.4%로 내국인 71.2%, 63.6%보다 모두 1/3수준 밖에 되지 않아($p<0.001$) 이주민 대상 건강검진 수진율을 높이기 위한 중앙 정부와 지자체의 적극적인 정책과 일상생활에서 혈압 혈당을 자주 측정할 수 있는 접근 기회를 늘려야 할 것으로 사료된다.

본 연구결과 만성질환 치료율은 이주민이 내국인보다 고혈압(이주민 70.5% vs. 내국인 95.1%,

$p<0.001$)과 고지혈증(이주민 70.6% vs. 내국인 88.9%, $p=0.003$)에서 통계적으로 유의하게 낮았고, 조절률은 이주민이 내국인보다 고혈압(이주민 18.2% vs. 내국인 62.2%, $p<0.001$)에서 통계적으로 유의하게 낮았다. 이주민들의 낮은 의료접근성은 만성질환만의 문제가 아니다 [18-20]. 본 연구에서 조사한 이주민 미충족의료는 20.9%로 내국인 4.6%에 비해 5배 가까이 높았다. 2020년 1,060명의 이주민과 의료패널 자료를 이용하여 내국인을 비교한 선행연구에서도[21], 이주민의 미충족의료는 28.2%로 본 연구와 비슷하게 높았다. 이렇게 이주민의 의료접근성이 낮은 이유는 첫째, 이주민들의 국민건강보험 가입에 많은 제약조건이 있기 때문이다. 국내입국 후 6개월간 건강보험 가입 제한 정책, 직장건강보험 가입을 꺼리는 영세 고용주, 이주민 대상 과다 추정된 지역건강보험료 등은 이주민의 국민건강보험 가입을 어렵게 만들고 결국 의료접근성을 제한하여 만성질환 치료율을 낮춘다. 둘째, 언어문제로 인한 의사소통의 어려움이다. 통계청에서 실시한 2018 이민자 체류실태 및 고용조사'결과[22], 병원에 가지 못한 이유가 치료비 부담(39.51%)에 이어 두번째로 의사소통 문제(25.30%)인 것으로 나타났다.

본 연구결과 이주민의 만성질환 유병률은 이주민이 내국인보다 고혈압(이주민 50.3% vs. 내국인 24.2%, $p < 0.001$)과 당뇨병(이주민 19.0% vs. 내국인 11.5%, $p = 0.002$)에서 통계적으로 유의하게 높았다. 국가인권위원회에서 실시한 2020년 이주민의 건강권 실태조사 결과[21], 이주민의 만성질환 유병률은 14.3%로 내국인 42.7%보다 낮아 본 연구와 차이를 보였다. 하지만 선행연구에서는 만성질환 유병률을 전체 이주민 중 단순히 만성질환 의사진단을 받은 사람으로 정의하였기에 실제로 만성질환을 앓고 있지만, 의사진단 받지 못한 사람들은 누락되어 유병률이 실제보다 과소추계 되었을 것이다. 본 연구도 대상자를 편의추출 하였기에 건강에 관심이 많거나 기존 유병자들이 더 많이 참여하여 유병률이 높았을 가능성이 있다. 그럼에도 이주민들은 내국인보다 현재흡연율(26.1% vs. 10.9%, $p < 0.001$)과 비만율(63.4% vs. 33.8%, $p < 0.001$)이 모두 높아 이주민들의 만성질환 유병률 증가에 이러한 불건강한 생활습관이 큰 영향을 끼칠 것으로 사료된다.

종합적으로 살펴보면 이주민들의 만성질환 유병률은 높는데 인지율과 치료율 및 조절률이 모두 낮았다. 이는 많은 이주민 만성질환 환자들이 제대로 된 만성질환 관리서비스를 받지 못하고 있음을 나타낸다. 이주민들의 만성질환 및 건강 관리에 적극적으로 지원해야 하는 이유는 다양하다. 먼저 인도적 측면에서 우리 이웃의 건강은 중요하다. 이주민들은 우리사회에서 3D 업종, 열악한 제조업, 농어업에서 일하고 있는 필수 구성원이자 함께 공존하고 있는 이웃이다. 둘째, 많은 이주민이 미래 우리 국민이 될 것이기 때문이다. 이들을 우리 국민으로 받아들이는 것은 저출산사회, 지방소멸의 미래를 맞닥뜨린 우리 사회의 유일한 대안이다. 미래 대한민국 국민으로 생각한다면 현재 이주민의 건강은 중요할 수밖에 없다. 셋째, 이주민들의 미래 정체성과 상관없이 현재 이주민의 만성질환 증가와 낮은 치료율은 결국 심뇌혈관 질환 등의 발생을 증가시킨다. 이는 결국 의료비 증가로 이어지고 전체 건강보험

재정안정성이 위협받는다. 따라서 이주민들의 의료접근성을 높이고, 적합한 만성질환 관리서비스 제공이 시급한 실정이다.

본 연구의 제한점은 첫째, 연구대상의 특성상 전체 이주민 중에서 무작위 추출하지 못하고 임의 표집하여 수행되었기에 전체 이주민으로 일반화할 수 없다. 다만, 이주민 대상 대규모 연구를 하기 전에 이들의 기본 특성들을 평가한 기초 연구로써도 가치가 있다고 사료된다. 둘째, 법무부 통계에서는 2022년 체류외국인 중 미등록 이주민의 비율이 16.3%나 되었는데[23], 본 연구에서는 7.8%로 미등록 이주민의 비율이 낮았다. 이는 본 조사가 지역사회 기반으로 수행되었기에 미등록 이주민의 접근성이 낮았을 것으로 추정된다. 셋째, 만성질환에 영향을 줄 수 있는 음주, 운동, 영양 등의 변수들을 측정하지 못했다. 그럼에도 본 연구는 이주민들을 대상으로 건강검진을 통해 만성질환 관리 실태를 파악한 거의 최초의 연구이기에 의의가 크다고 할 수 있다. 향후에는 좀더 대규모로 이주민을 조사하여 이들의 다양한 특성에 따라 만성질환 관리지표를 분석할 필요가 있고, 또한 발견된 만성질환 고위험자들에 대한 추후관리가 필요하다. 또한 이주민 아동들의 비만 등 영양상태를 평가하여 조기에 보건교육 및 예방프로그램을 제공할 수 있도록 기초자료를 수집해야 한다.

결론

본 연구 결과 이주민들은 내국인보다 만성질환 유병률은 높으나 관리지표는 열악한 상황이었다. 이에 이주민들의 의료접근성 향상과 교육 프로그램 등을 개발하여 만성질환을 예방할 수 있도록 중앙정부와 지방자치단체의 적극적인 정책개입이 필요하다.

References

1. Ministry of Justice, Korea Immigration Service. Monthly report of Korea

- Immigration Statistics November 2023, [cited 2024 Jan 5]. Available from : URL:<https://www.immigration.go.kr/immigration/1569/subview.do>
2. Yu HY. Regional distribution status and characteristics of low-skilled migrant workers in Korea. Sejong: Korea Research Institute for Human Settlements. 2023
 3. Statistics Korea, Ministry of Justice. 2023 Survey on immigrants' living conditions and labour force. Statistics Korea, [cited 2024 Jan 25]. Available from : URL:https://www.kostat.go.kr/board.es?mid=a10301030400&bid=11109&act=view&list_no=428525
 4. American Diabetes Association. Professional practice committee: standards of medical care in diabetes—2022. *Diabetes Care* 2021;45(Supplement_1):S3.
 5. Lee MS, Lee KS, Lee JJ, Hwang TY, Lee JY, Yoo WS, Kim KY, Kim SK, Kim JY, Park KS, Hwang BY. Directions and current issues on the policy of prevention and management for hypertension and diabetes, and development of chronic disease prevention and management model in Korea. *J Agric Med Community Health* 2020;45(1):13-40 (Korean)
 6. Lee SY. Community based strategies and directions for the management of hypertension and diabetes. *Korean Journal of Health Education and Promotion* 2016;33(4):67-77 (Korean)
 7. Newbold KB. Health status and health care of immigrants in Canada: a longitudinal analysis. *J Health Serv Res Policy* 2005;10(2):77-83
 8. Solé-Auró A, Crimmins EM. Health of Immigrants in European countries. *Int Migr Rev* 2008;42(4):861-876
 9. Yang HS, Kim HS, Kim JM, Chung HW, Chang NS. Associations of dietary intake and metabolic syndrome risk parameters in Vietnamese female marriage immigrants in South Korea: The KoGES follow-up study. *Nutr Res Pract* 2016;10(3):313-320 (Korean)
 10. Yi GH, Kim GC: A Study on housing policies for agricultural foreign workers in South Korea. *Korean Journal of Immigration Policy & Administration* 2023;6(1):127-152 (Korean)
 11. Shin DH, Yang KE. Multicultural acceptance towards immigrants: A test of the direct and indirect contact hypothesis. *Journal of Social Science* 2020;46(1):111-139 (Korean)
 12. Choi YM, Lee NY. A study on perception towards foreigners and immigrants. *Multiculture & Peace* 2016;10(3):149-166 (Korean)
 13. Sun BK. The health policy of migrants in Korea: institutionalization status and issues. *HSS21* 2023;14(1):3229-3242 (Korean)
 14. Chu YS. Immigrant workers' right to health in South Korea: the current status and policy implications. *Health and welfare policy forum* 2021;295(0):25-41 (Korean)
 15. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO obesity technical report series no.894. WHO: Geneva, 2000
 16. Friedewald WT, Levy RI, Fredrickson DS: Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge. *Clinical Chemistry* 1972;18(6):499-502
 17. Ministry of Health and Welfare. The 1st comprehensive management plan for cardio- and cerebrovascular diseases (2018-2022). Sejong: Ministry of Health and Welfare, 2018

18. Kim HR. Health status of marriage-based immigrants in Korea and policy directions. Health and welfare policy forum 2010;2010(7):46-57 (Korean)
19. Lee SY. The crisis and implications of migrants' health right during COVID-19. Health and Social change 2022;11:83-95 (Korean)
20. Son IS, Kim KJ. COVID-19 pandemic and immigrant healthcare inequality : reduction in healthcare service delivery and weakening of continuity of care. Korean Journal of Sociology 2022;56(3):81-112 (Korean)
21. Solidarity With migrants. The study on the current status of immigrants' health right and ways to improve the national health insurance system. Seoul: The National Human Rights Commission of Korea, 2020
22. Statistics Korea, Ministry of Justice. 2018 Survey on immigrants' living conditions and labour force. Statistics Korea, 2018. [cited 2024 Apr 21]. Available from : URL:https://kostat.go.kr/board.es?mid=a10301030400&bid=11109&act=view&list_no=372125
23. Ministry of Justice, Korea Immigration Service. Yearbook of Korea immigration statistics 2022, Ministry of Justice, 2023. [cited 2024 Jan 10]. Available from : URL:<https://www.moj.go.kr/immigration/1570/subview.do>