

Analiza zachowań zdrowotnych Pakistańczyków na terenie Europy

Analysis of health behaviors of Pakistanis in Europe

KINGA CHOLEWA ^{1/}, ANNA MAJDA ^{2/}, JOANNA ZALEWSKA-PUCHAŁA ^{2/}

^{1/} Whipps Cross University Hospital, London

^{2/} Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Wprowadzenie. Zachowania zdrowotne są przedmiotem badań w różnych grupach społecznych i kulturowych.

Cel badań. Analiza zachowań zdrowotnych osób pochodzących z Pakistanu na terenie Europy.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono przez Internet wśród 98 pełnoletnich respondentów pochodzących z Pakistanu. Wzięło w nich udział 95 mężczyzn i 3 kobiety, 46 badanych mieszkało na stałe w Pakistanie, a 52 przebywało w chwili badania w Polsce i innych krajach europejskich. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i szacowania. Jako narzędzia badawcze wykorzystano kwestionariusz własnej konstrukcji oraz Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności w wersji angielskiej General Self-Efficacy Scale (GSES) autorstwa R. Schwarzer i M. Jerusalem.

Wyniki. Pakistańczycy w Europie w stosunku do mieszkających w Pakistanie spożywali mniej posiłków dziennie, ale aktywniej spędzali czas wolny. Palili mniej papierosów, rzadziej spożywali alkohol i żuli liście betelu. Częściej korzystali z pomocy medycznej i wykonywali badania profilaktyczne oraz rozmawiali o stanie zdrowia z lekarzem. Rzadziej korzystali z metod alternatywnego leczenia. Mieli wyższy poziom poczucia własnej skuteczności. Nie miał on istotnego związku z zachowaniami prozdrowotnymi i antyzdrowotnymi ani zmiennymi niezależnymi.

Wnioski. Należy zachęcać Pakistańczyków do zachowań prozdrowotnych, uwzględniając wyznawane przez nich wartości.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, Pakistańczycy, poczucie własnej skuteczności

Introduction. Health behaviors are the subject of research in many social and cultural groups.

Aim. The purpose of this research was to analyze health behaviors of Pakistanis living in Europe.

Material and methods. 98 respondents from Pakistan participated in an online survey, 95 men and 3 women, 46 respondents resided in Pakistan and 52 in Europe. A survey methodology and estimation method were used. A self-created questionnaire and The General Self-Efficacy Scale by R. Schwarzer and M. Jerusalem were used in this research. The data were analyzed by the analysis of variance (ANOVA). The statistical significance was set as $p < 0.05$.

Results. The Pakistanis in Europe ate fewer meals per day but spent their spare time more actively than Pakistanis living in Pakistan. They smoked fewer cigarettes, drunk less alcohol and chewed betel leaves less frequently. The Pakistanis in Europe were visiting doctors, doing preventive tests and discussed their health status with doctors more often than the respondents in Pakistan. They less often used alternative methods of treatment. The Pakistanis living in Europe had a higher perception of self-efficacy but it did not correlate with positive and negative health behaviors, and independent variables.

Conclusions. Pakistanis ought to be encouraged to health behaviors, taking into account their personal values.

Key words: health behaviors, Pakistanis, general self-efficacy

© Hygeia Public Health 2015, 50(1): 161-170

www.h-ph.pl

Nadesłano: 25.01.2015

Zakwalifikowano do druku: 19.02.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Anna Majda

Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński
ul. Michałowskiego 12, 31-126 Kraków
tel. 506 26 71 70, e-mail: majdanna@poczta.onet.pl

Wprowadzenie

Na terenie Unii Europejskiej przebywa w przybliżeniu 2,2 mln Pakistańczyków [1]. Grupę imigrantów z Pakistanu stanowią wykwalifikowani specjaliści, lekarze, specjaliści IT, studenci, ale także nielegalni imigranci wykonujący fizyczne prace lub trudniący się handlem. W Wielkiej Brytanii znaczną grupę obywateli stanowią Brytyjczycy pochodzenia paki-

stańskiego, będący 2-3 pokoleniem wielkiej emigracji z lat 70. XX wieku. W większości są potomkami nie-wykształconych emigrantów pochodzących z terenów wiejskich w Pakistanie [1]. W Polsce liczba osób pochodzenia pakistańskiego jest trudna do określenia. W 2010 roku, pozwolenie na wjazd do Polski otrzymało 520 Pakistańczyków [2], a w 2012 roku wydano 401 wniosków o pozwolenie na pracę dla

osób pochodzenia pakistańskiego [3]. Jednakże dane te nie obrazują rzeczywistej liczby przebywających w Polsce Pakistańczyków, nie uwzględniają, bowiem studentów i nielegalnych imigrantów. Obecnie coraz częściej Polska staje się celem emigracji osób z Pakistanu, którzy przybywają w celach edukacyjnych lub ekonomicznych z innych krajów europejskich, a także wstępują w związki małżeńskie z obywatelami Polski. Dlatego istotne jest poznanie zachowań zdrowotnych oraz najczęściej występujących problemów zdrowotnych tej grupy kulturowej.

Zachowania zdrowotne w znaczącym stopniu zależą od czynników kulturowych. Kultura wyznacza wzory i normy postępowania dotyczące profilaktyki zdrowotnej, podejmowanego leczenia, sposobów radzenia sobie z chorobą. Ponadto definiuje, czym jest zdrowie, choroba, jakie są przyczyny choroby, jaka jest rola osoby chorej [4, 5]. Powiązania między kulturą zbiorowości, a zdrowiem mają charakter wielostronny i nawzajem się przenikają. Pochodzenie kulturowe wpływa także na sposób odczuwania i interpretowania objawów chorobowych, a także postawy i zachowania wobec własnej choroby i choroby innych osób, wobec zabiegów leczniczych, czy pracowników ochrony zdrowia. Kultura determinuje również wiele zachowań, które są częścią stylu życia, czyli sposób odżywiania, dbanie o higienę osobistą, stosunek do używek [6]. Na zachowania zdrowotne wpływ ma ponadto stopień akulturacji, co jest istotne, gdy uwzględnia się zagadnienie zachowań zdrowotnych wśród imigrantów. W kontekście zachowań zdrowotnych akulturacja opisywana jest, jako proces, w którym jednostki lub grupy adaptują wybrane aspekty innej kultury bez całkowitego porzucenia własnej. Przyjęte aspekty mogą obejmować wierzenia, wartości, normy społeczne, a przede wszystkim styl życia i zachowania zdrowotne [7]. Dłuższy pobyt zagraniczny powoduje głębokie wewnętrzne przemiany w jednostce, niezależnie od tego czy wchodzi w udane relacje z miejscowymi czy też nie. Imigranci doświadczają wielu trudności i często są pod wpływem wielu czynników stresogennych, co może prowadzić do psychologicznych i emocjonalnych problemów. Sytuacja ta może bezpośrednio wpływać na podejmowanie zachowań zdrowotnych, a w rezultacie skutkować w zachowaniach antyzdrowotnych [7]. Dodatkowo na kształtowanie się zachowań zdrowotnych wpływa status pobytu – legalny lub nielegalny – szczególnie w kontekście szukania pomocy medycznej w placówkach ochrony zdrowia [8].

Religia należy do składowych kultury, które mają znaczący wpływ na zachowania zdrowotne. Religia stanowi nieodłączną część życia, jest źródłem zasad postępowania i myślenia. W systemach religijnych zazwyczaj znajdują się precyzyjne wskazówki do-

tyczące zasad dietetycznych, higieny, odpoczynku, utrzymywania prawidłowych relacji z innymi ludźmi. Systemy religijne zwracają także uwagę na utrzymanie równowagi między ciałem i duchem [9]. Badania wskazują, że ludzie praktykujący, charakteryzują się lepszym zdrowiem, głównie ze względu na otrzymywanie wsparcia społecznego w grupie religijnej, a także stosowanie się do zaleceń religijnych [10]. Inne doniesienia tłumaczą lepsze zdrowie u ludzi religijnych, jako skutek większego spokoju wewnętrznego. Ludzie religijni odżywiają się zdrowiej i zdecydowanie rzadziej sięgają po używki [6]. W wielu krajach azjatyckich religia i duchowość stanowi istotny czynnik w procesie zdrowienia [11].

Poza kulturą pochodzenia jednym z najważniejszych wyznaczników zachowań zdrowotnych jest poczucie własnej skuteczności. W najprostszej definicji samoskuteczność to wiara, że jesteśmy w stanie ukończyć jakieś zadanie [7]. Własna skuteczność występuje, jako składowa wielu modeli zmian zachowań zdrowotnych [12, 13]. Wysokie poczucie własnej skuteczności wiąże się z dodatnim nasileniem zachowań zdrowotnych. Im silniejsze poczucie własnej skuteczności tym większe wyznaczamy sobie cele, częściej oczekujemy dobrych wyników i spostrzegamy pojawiające się przeszkody, jako możliwe do pokonania [12, 14], tym większa motywacja do podejmowania zachowań zdrowotnych [13]. Natomiast niskie wyniki własnej skuteczności z depresją, niepokojem, lękiem, problemami zdrowotnymi [15]. W badaniu przeprowadzonym przez A. Łuszczynską, U. Scholz i R. Schwarzera na 3 grupach kulturowych: Niemców, Polaków i Południowych Koreańczyków, wyciągnięto wnioski, że wysokie poczucie własnej skuteczności wiąże się z częstszym podejmowaniem aktywności fizycznej, zdrowszym odżywianiem się, unikaniem używek, jak alkohol oraz palenie papierosów [14]. Istnieją doniesienia, że siła przekonania o własnej skuteczności ma wpływ nie tylko na wybór zachowań o charakterze zdrowotnym, ale także zagrażających zdrowiu (np. podejmowanie działań ryzykownych w wyniku wiary, że „nic się nie stanie, bo sobie poradzę”) [13: s. 428].

Znajomość uwarunkowań kulturowych pozwala na opracowywanie programów profilaktycznych, uwzględniających potrzeby i wyznawane wartości reprezentantów danej grupy kulturowej oraz podejmowanie profesjonalnych działań edukacyjnych i pielęgnacyjnych w przypadku kontaktu pielęgniarki z osobą pochodzącą z innego kręgu kulturowego.

Cel badań

Analiza zachowań zdrowotnych osób pochodzących z Pakistanu na terenie Europy.

Materiał i metody

W badaniach została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji oraz metoda szacowania z zastosowaniem wystandaryzowanego narzędzia badawczego – Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (*General Self-Efficacy Scale*) autorstwa R. Schwarzer'a i M. Jerusalem.

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (w języku angielskim) składała się z 10 twierdzeń. Badany wybierał odpowiedź, którą uważał, jako prawdziwą lub fałszywą w stosunku do siebie spośród 4 możliwości, gdzie 1 oznaczało „nie”, 2 – „raczej nie”, 3 – „raczej tak”, 4 – „tak”. Suma punktów możliwych do uzyskania mieściła się w przedziale 10-40. Im wyższy wynik tym większe poczucie własnej skuteczności. Wynik 10-24 oznaczał niski poziom poczucia własnej skuteczności, 25-29 poziom przeciętny, 30-40 poziom wysoki [15].

Kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji (w języku angielskim) składał się z 24 pytań, dotyczących stylu życia oraz metryczki odnoszącej się do zmiennych socjodemograficznych.

Oba narzędzia badawcze zostały umieszczone w serwisie internetowym www.moje-ankiety.pl. Badania zostały przeprowadzone od 01.11.2013 r. do 15.12.2013 r. wśród pełnoletnich obywateli Pakistanu zamieszkałych w Pakistanie oraz w Polsce i innych krajach europejskich. Warunkiem wypełnienia narzędzi badawczych była znajomość języka angielskiego w stopniu umożliwiającym samodzielne ich wypełnienie oraz dostęp do Internetu. Wypełnianie narzędzi badawczych rozpoczęło 180 osób, ukończyło 110 osób. Odrzucono 4 respondentów ze względu na wiek poniżej 18 lat oraz 8 kolejnych z powodu nie wypełnienia ponad 50% zawartości narzędzi badawczych. Respondenci zostali poinformowani o celu badań, gwarancji anonimowości i sposobie wykorzystania uzyskanych wyników. Respondentów poszukiwano wśród własnych znajomych pochodzących z Pakistanu, których poproszono o zaproszenie do badania innych Pakistańczyków. Ponadto wykorzystano fora internetowe oraz grupy zrzeszające Pakistańczyków na portalach społecznościowych. Najwięcej ukończonych narzędzi badawczych otrzymano od własnych znajomych oraz od członków grupy „Pakistan” na portalu internetowym couchsurfing.com. Najskuteczniejszą metodą okazało się przysyłanie badanemu linku do narzędzi badawczych z prośbą o ich wypełnienie, najmniej skuteczne było publikowanie ich w formie ogólnego postu na forach internetowych i portalach społecznościowych.

Do analizy danych wykorzystano analizę wariancji ANOVA. Przyjęto poziom istotności $p=0,05$.

Wyniki

Badania przeprowadzono wśród 98 pełnoletnich respondentów pochodzących z Pakistanu, w tym 96,9% mężczyzn i 3,1% kobiet. Średni wiek badanych wyniósł 29 lat. Najmłodszy respondent miał 18 lat, a najstarszy 52 lata. Najliczniejszą grupę stanowili badani w przedziale wieku 21-35 lat. Ponad połowa badanych (58,2%) deklarowała stan cywilny kawaler/panna, kolejną liczną grupą byli ankietowani pozostający w związku małżeńskim (39,8%). Niespełna połowa badanych (46,9%) mieszkała na stałe w Pakistanie, a nieco ponad połowa (53,1%) przebywała w krajach europejskich w chwili badania. W Europie najczęściej badanych mieszkało w Szwecji – 23,1%, Wielkiej Brytanii – 23,1% i Polsce – 21,2%. Wszystkie kobiety, które wypełniły narzędzia badawcze pochodziły z Wielkiej Brytanii. Wykształcenie wyższe deklarowało 79,6% badanych, policealne, które porównywalne jest z odpowiednikiem angielskiego „college” – 15,3%, a tytuł doktora posiadało 2,1% respondentów. Zdecydowana większość badanych (87,8%) deklarowała się, jako wyznawcy islamu. Pozostali badani to wyznawcy hinduizmu (3,1%), agnostycy (3,1%), ateści (6,0%). Nie było w tej grupie chrześcijan.

Zachowania prozdrowotne Pakistańczyków

W kwestionariuszu ankiety uwzględniono takie zachowania zdrowotne, jak aktywność fizyczna, częstość i pora spożywania posiłków, ilość wypijanych płynów, ilość przesypianych godzin oraz sposób radzenia sobie ze stresem. Wyniki badań wykazały, że tylko 16,33% badanych spędzało czas wolny aktywnie, natomiast 37,76% respondentów spędzało wolny czas biernie przed komputerem lub oglądając TV. Pozostali badani (43,88%) spędzali czas w połowie aktywnie i biernie. Badani w Pakistanie częściej spędzali czas biernie niż badani w Europie (ryc. 1).

Połowa badanych spożywała posiłki 3 razy dziennie, 10,20% powyżej 3 razy dziennie, 36,73% dwa razy dziennie, a tylko 3,06% raz dziennie. Różnice w badanych grupach przedstawia rycina 2.

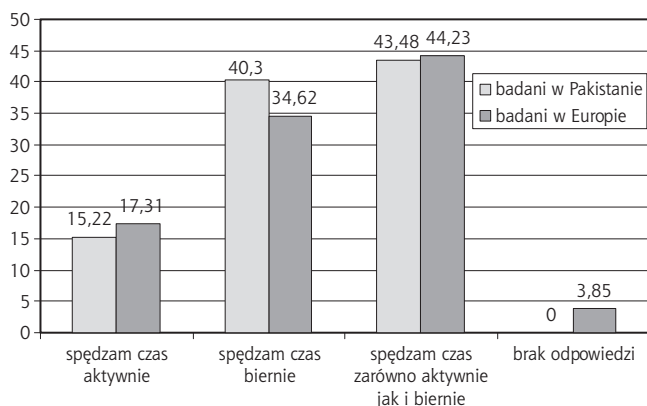
Prawie połowa badanych (42,86%) spożywała ostatni posiłek między godziną 21 a 22, 37,76% około godziny 20, przed godziną 19 kolację jadło tylko 6,12%, a po godzinie 22 – 13,27% respondentów. Różnice w badanych grupach przedstawia rycina 3.

Najwięcej badanych (42%) wypijało 1-1,5 l płynów dziennie, 25% około 1 litra dziennie, 26% – więcej niż 1,5 litra, mniej niż 1 litr – 7,0% badanych.

Ponad połowa respondentów (54%) deklarowała, że sypia 4-7 godzin na dobę, 41% sypiało 8-10 godzin, a powyżej 10 godzin 5% respondentów. Większość respondentów stwierdziło, że ich sen jest efektywny, w tym 38,78%, że ich sen jest zawsze efektywny,

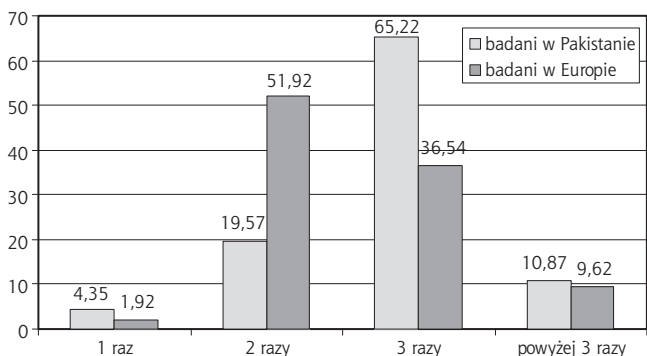
a 36,73%, że tylko czasami. Natomiast 11,2% stwierdziło, że ich sen jest nieefektywny. Różnice w badanych grupach przedstawia rycina 4.

Najpopularniejszym sposobem radzenia sobie ze stresem wśród badanych było spotykanie się z przyjaciółmi (65,31%). Częstymi sposobami były: wychodzenie na spacer (26,53%) oraz palenie papierosów (16,33%). Wśród innych (24,49%) sposobów



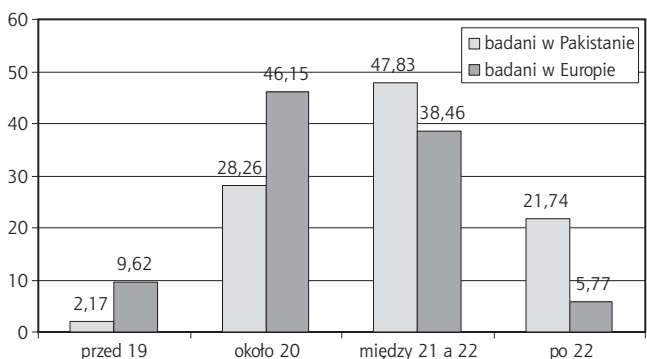
Ryc. 1. Porównanie sposobów spędzenia wolnego czasu przez badanych w Pakistanie i w Europie

Fig. 1. Comparison of means of spending free time by respondents in Pakistan and in Europe



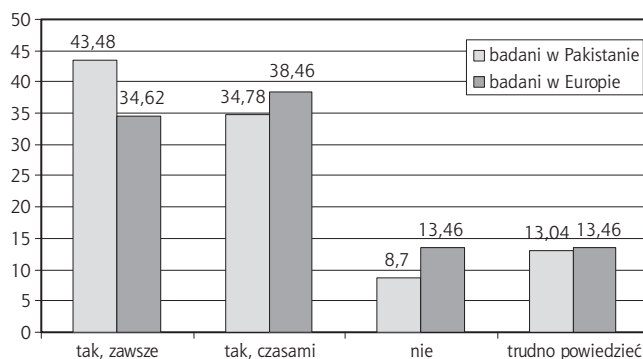
Ryc. 2. Porównanie częstotliwości spożywania posiłków przez badanych w Pakistanie i w Europie

Fig. 2. Comparison of meal consumption frequency by respondents in Pakistan and in Europe



Ryc. 3. Godzina spożywania ostatniego posiłku przez badanych w Pakistanie i w Europie

Fig. 3. Comparison of hours of last daily meal consumption by respondents in Pakistan and in Europe



Ryc. 4. Porównanie efektywności snu wśród badanych w Pakistanie i w Europie

Fig. 4. Comparison of sleep efficacy by respondents in Pakistan and in Europe

radzenia sobie ze stresem najczęściej pojawiały się: izolacja – „siedzę sam i z nikim nie rozmawiam”, „nie odzywam się”; aktywność religijna – „myślę o Allahu”, „modłę się”, „odprawiam rytuały”; oraz inne aktywności – „czytam książkę”, „słucham muzyki”, „piszę piosenki”, „śpię”, „zaczynam się czymś zajmować”, „jeżdżę samochodem z przyjaciółmi”, „pracuję na komputerze”; i emocje – „godzę się z tym”, „płacę”. Najmniej powszechnym sposobem radzenia sobie ze stresem okazało się branie leków uspokajających (3,06%), jedzenie słodyczy (5,1%), picie alkoholu (1,02%).

Zachowania antyzdrowotne Pakistańczyków

W kwestionariuszu uwzględniono zachowania antyzdrowotne, takie jak palenie tytoniu, picie alkoholu, żucie liści betelu. W przybliżeniu 1/4 ogółu badanych (24,49%) paliła nałogowo papierosy, a około 9,18% paliło w przeszłości. Więcej badanych w Pakistanie (26,09%) niż w Europie (23,08%) paliło nałogowo papierosy. Na pytanie dotyczące liczby wypalanych papierosów dziennie odpowiadali respondenci, którzy byli czynnymi palaczami w trakcie badania oraz osoby, które deklarowały rzucenie palenia papierosów, razem 33 osoby. Od 1 do 10 papierosów dziennie paliło 72,73% ankietowanych, 21,21% deklarowało wypalanie 10-20 papierosów dziennie, tylko 3,03% badanych w tej grupie paliło więcej niż 20 papierosów. Badani w Europie wypalali mniej papierosów dziennie niż badani w Pakistanie (ryc. 5).

Najwięcej badanych paliło papierosy około 5-10 lat (45,83%) oraz poniżej 5 lat (29,17%). Ponad 55% byłych palaczy przyznało, że porzucili nałóg nikotynowy po upływie poniżej 5 lat. Wśród respondentów, którzy kontynuowali nałóg palenia papierosów 58,33% próbowało rzucić palenie 2-3 razy, a 25% nie podejmowało takich prób. Wśród byłych palaczy najwięcej respondentów deklarowało porzucenie nałogu za pierwszym razem (55,56%).

Spożywanie alkoholu zadeklarowało 20,41% respondentów, z czego więcej do picia przyznało się badanych z Pakistanu (23,91%) niż z Europy (17,31%). Wśród respondentów spożywających alkohol, 40,0% wskazało, że najczęściej pije piwo, 25% – wódkę, 20% – wino. Badani w Pakistanie częściej pili piwo (45,45%) i wódkę (27,27%), a badani w Europie piwo (33,33%) i wino (33,33%).

Około 13% respondentów w badanej grupie zużyło nałogowo liście betelu (w Pakistanie – 17,39%, w Europie 9,62%).

Korzystanie z pomocy medycznej przez Pakistańczyków

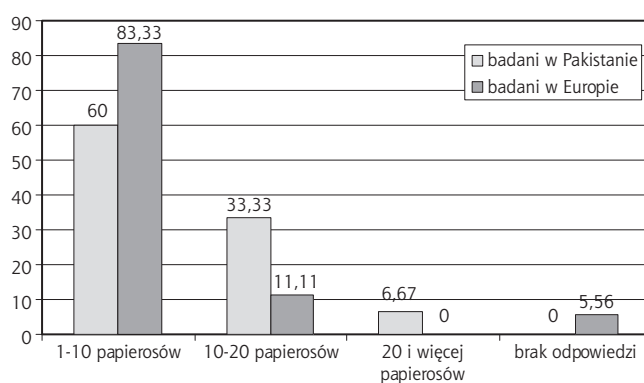
W kwestionariuszu ankiety uwzględniono, jak często badani korzystają z pomocy lekarskiej, z kim rozmawiają na tematy związane ze zdrowiem, gdzie poszukują informacji o zdrowiu, czy zostali zaszczepieni przeciwko wzw typu B, czy biorą suplementy i witaminy. W przybliżeniu 42% badanych deklaroowało, że korzysta z pomocy lekarskiej raz na pół roku, 34,69% – raz w roku, 5,1% – raz w miesiącu. Prawie 1/5 badanych stwierdziła, że w ogóle nie chodzi do lekarza. Jako najczęstszy powód niekorzystania z pomocy lekarskiej ankietowani podawali: „bo nie ma takiej potrzeby”, „nie chodzę, bo nie czuję się chory”, pojawiły się także odpowiedzi: „jestem lekarzem”, „mam depresję i nie mam motywacji, aby zajmować się zdrowiem”, „wstydzę się, a lekarze są nieskuteczni”. Żaden z respondentów nie deklarował, że korzysta z pomocy hakima (osoby, która praktykuje medycynę Unami, opartą na ziołolecznictwie). Badani w Europie częściej korzystali z konsultacji lekarskich niż badani w Pakistanie (ryc. 6).

Badani najczęściej rozmawiali o swoim stanie zdrowia z lekarzem (50%), z przyjaciółmi (40,82%), z rodzicami (40,82%), z żoną/partnerką (31,63%). Jedynie 8,16% respondentów nie rozmawiało w ogóle na tematy dotyczące zdrowia. Różnice w badanych grupach przedstawia rycina 7.

Najbardziej popularnym źródłem informacji o zdrowiu wśród badanych był Internet (73,47%), następnie znajomi (38,78%) i rodzina (35,71%), książki i prasa (18,36%). Tylko 13,27% nie szukało żadnych informacji o zdrowiu. Różnice w badanych grupach przedstawia rycina 8.

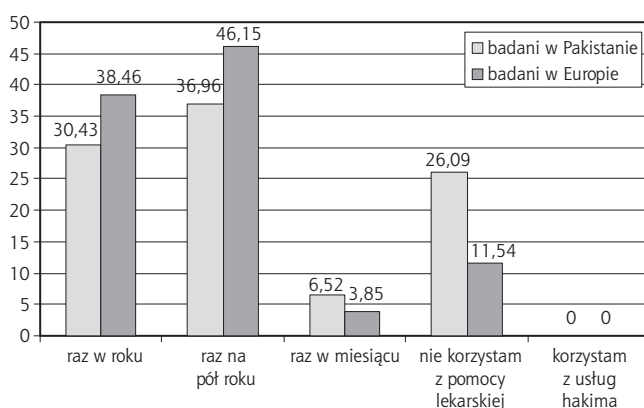
Tylko 10,20% respondentów nie odczuwało żadnych dolegliwości zdrowotnych w przeciągu ostatnich 3 miesięcy. Badani najczęściej cierpieli na takie dolegliwości, jak kaszel (41,84%), katar (40,82%) i bóle głowy (36,73%). Różnice w badanych grupach prezentuje rycina 9.

Nieco ponad połowa badanych (52,04%) przyznała, że nie wykonuje żadnych badań profilaktycznych.



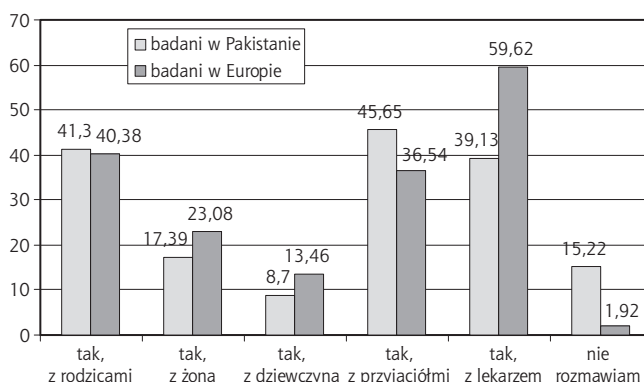
Ryc. 5. Porównanie liczby wypalanych papierosów przez badanych mieszkających w Pakistanie i Europie

Fig. 5. Comparison of number of cigarettes smoked by respondents in Pakistan and in Europe



Ryc. 6. Porównanie częstotliwości korzystania z pomocy lekarskiej wśród badanych w Pakistanie i w Europie

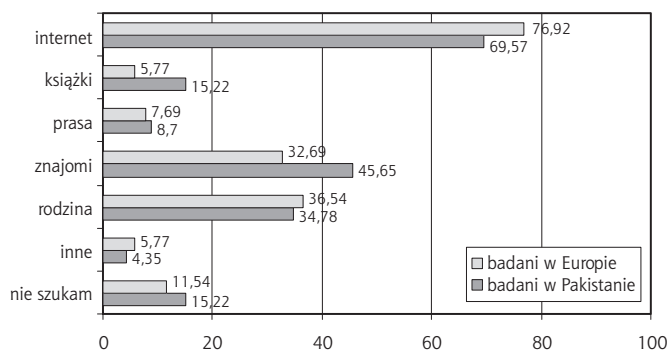
Fig. 6. Comparison of frequency of using medical care by respondents in Pakistan and in Europe



Ryc. 7. Porównanie, z kim najczęściej rozmawiają badani w Pakistanie i w Europie na tematy dotyczące własnego zdrowia

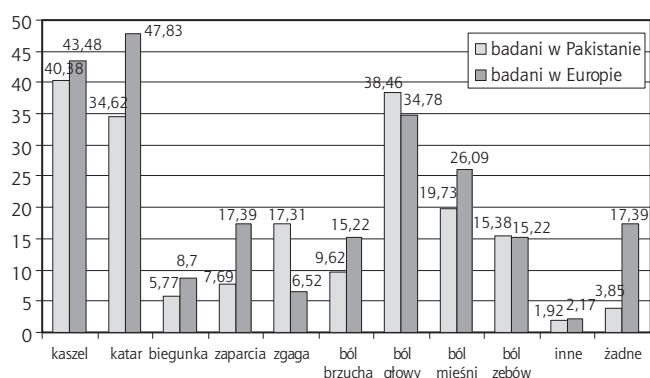
Fig. 7. Comparison of persons that respondents in Pakistan and in Europe consult most often about their health

Najczęściej wykonywanymi badaniami profilaktycznymi była morfologia (23,47%), pomiar ciśnienia tętniczego (18,37%) i kontrola wzroku (15,31%). Najrzadziej badani wykonywali badanie kału (6,12%) i kontrolowali masę ciała (7,14%). Różnice w badanych grupach przedstawia rycina 10.



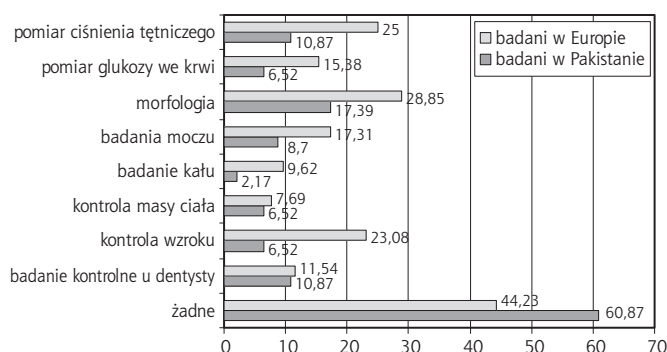
Ryc. 8. Porównanie najczęściej wykorzystywanych źródeł informacji o zdrowiu wśród badanych w Pakistanie i w Europie

Fig. 8. Comparison of most popular sources of health-related information used by respondents in Pakistan and in Europe



Ryc. 9. Porównanie najczęściej pojawiających się dolegliwości zdrowotnych wśród badanych w Pakistanie i w Europie w ciągu ostatnich 3 miesięcy

Fig. 9. Comparison of most frequent health problems experienced by respondents in Pakistan and in Europe



Ryc. 10. Porównanie wykonywanych badań profilaktycznych wśród badanych w Pakistanie i w Europie w ciągu ostatnich 3 miesięcy

Fig. 10. Comparison of preventive medical tests done by respondents in Pakistan and in Europe

Przeciwno wzv typu B zostało zaszczepionych 45,92% badanych. Niezaszczepionych było 33,67% badanych, a nie znało odpowiedzi na to pytanie 20,41% badanych. Więcej badanych w Europie (21,15%) niż w Pakistanie (19,57%) nie wiedziało, czy zostali zaszczepieni przeciwko wzv typu B. Tylko 27,55% badanych przyznało, że przyjmuje suplementy lub witaminy.

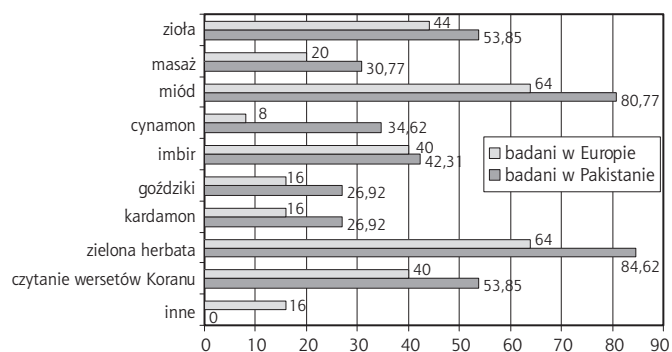
Metody alternatywnego leczenia stosowane przez Pakistańczyków

Nieco ponad połowa badanych (52,04%) przyznała, że korzysta z metod alternatywnego leczenia. Alternatywne leczenie stosowało 56,52% respondentów w Pakistanie i 48,08% w Europie. Najpopularniejszymi metodami leczenia wśród badanych były: zielona herbata (74,51%), miód (72,55%) oraz zioła (49,02%). Wśród odpowiedzi „inne” badani podawali „cytryna” i „yahkni”. Bardzo popularną metodą alternatywnego leczenia wśród badanych okazało się czytanie wersetów Koranu (47,06%). Różnice w badanych grupach przedstawia rycina 11.

Badani, którzy wykorzystywali metody alternatywnego leczenia, najczęściej leczyci domowymi sposobami przeziębienie (80,39%), grypę (62,75%) oraz zapalenie gardła (54,90%). Wśród odpowiedzi „inne” pojawiło się reumatoidalne zapalenie stawów.

Poziom poczucia własnej skuteczności wśród Pakistańczyków

Średni wskaźnik poczucia własnej skuteczności w badanej grupie był wysoki i wyniósł 30,35. U badanych w Europie stwierdzono wyższy wskaźnik poczucia własnej skuteczności (31,63) niż u badanych w Pakistanie (29,91). U większości respondentów (69,39%) stwierdzono wysoki poziom poczucia własnej skuteczności. Więcej respondentów w Europie (76,92%), niż w Pakistanie (60,87%), charakteryzowało się wysokim poziomem własnej skuteczności. Poziom skuteczności badanych wykazujących zachowania zdrowotne był wysoki, szczególnie wśród respondentów, którzy deklarowali, że aktywnie spędzali czas wolny. Także poziom skuteczności badanych przejawiających zachowania antyzdrowotne był wysoki. Analiza zależności pomiędzy poziomem własnej skuteczności a zmiennymi niezależnymi, takimi jak: wiek ($p=0,11$), miejsce zamieszkania ($p=0,57$), wyznawana religia ($p=0,87$), stan cywilny



Ryc. 11. Porównanie częstości wykorzystywania produktów spożywczych w leczeniu alternatywnym wśród badanych w Pakistanie i w Europie

Fig. 10. Comparison of food products most frequently used in alternate treatment by respondents in Pakistan and in Europe

($p=0,79$), wykształcenie ($p=0,66$) wykazała, iż nie są one istotne statystycznie. Nie wykazano istotnego związku również badając zależności między poczuciem skuteczności a zachowaniami antyzdrowotnymi, jak: palenie papierosów ($p=0,86$), picie alkoholu ($p=0,71$) oraz prozdrowotnymi, jak: wykonywanie szczepień przeciwko WZW typu B ($p=0,98$), przyjmowanie suplementów diety i witamin ($p=0,87$).

Dyskusja

W przeprowadzonych badaniach wystąpiła istotna dysproporcja płci respondentów. W badaniu wzięły udział tylko 3 kobiety. Pakistanki odmawiały udziału w badaniu lub deklarowały, że wypełnią ankietę, a następnie rezygnowały. Dysproporcja ta może być wynikiem różnic kulturowych, których wyjaśnienie wymagałoby dalszych badań.

W literaturze przedmiotu nie znaleziono badań, które swoim zakresem kompleksowo objęłyby zachowania zdrowotne wśród Pakistańczyków. Przeprowadzone były jedynie badania nad pojedynczymi aspektami zachowań zdrowotnych, głównie wśród studentów.

Badanie stylu życia i nawyków żywieniowych w grupie studentów kierunków medycznych w prowincji Sindh w 2009 roku, przeprowadzone przez R. Sajwani i wsp. wykazało, że 91% badanych biernie spędzało czas wolny. Jako przyczynę podawali najczęściej brak czasu i motywacji [16]. Badanie własne potwierdziło, że Pakistańczycy spędzają czas biernie, jednak dotyczyło to 37,76% badanej próby. Respondenci mieszkający w Pakistanie częściej spędzali czas biernie niż badani mieszkający w Europie. Badani deklarowali, że spożywają trzy posiłki dziennie. Zaobserwowano jednak dysproporcję między respondentami w Europie i w Pakistanie. Badani w Europie częściej spożywali dwa posiłki. Być może jest to związane z tym, że Pakistańczycy w Europie mają mniej czasu na przygotowanie posiłków lub nie mają ochoty ich przygotowywać regularnie. Wyniki własne zbliżone są do danych uzyskanych przez R. Sajwani i wsp., które wykazały, że 48,8% respondentów jadło mniej niż 3 razy dziennie, najczęściej pomijając śniadanie [16]. Badania własne wykazały, że respondenci spożywali kolację bardzo późno, około 21-22 godziny. Badani mieszkający w Pakistanie, jedli jeszcze później, najczęściej po godzinie 22. Nie odnaleziono żadnych badań naukowych, które uwzględniałyby pory spożywania posiłków przez Pakistańczyków. Jednak podjęto próby wyjaśnienia tego zjawiska poprzez rozmowy z Pakistańczykami i poszukiwanie informacji na forach internetowych. Większość danych wskazuje, że mieszkańcy Pakistanu najczęściej jedzą kolację po zachodzie słońca około godziny 18-19. Pomimo uwzględnienia czynników kulturowych wydaje się, że respondenci

w Pakistanie zbyt późno spożywają ostatni posiłek, co może negatywnie wpłynąć na ich stan zdrowia. Większość badanych wypijała 1-1,5 litra płynów dziennie. Wynika z tego, że ankietowani nie przyjmowali płynów w rekomendowanej ilości około 2 litrów dziennie. Liczba przesypianych godzin i jakość snu znacząco wpływa na samopoczucie oraz zachowania zdrowotne. Uważa się, że zalecana liczba godzin snu u dorosłego człowieka wynosi około 7-8 godzin, jednak liczba przesypianych godzin koniecznych do zachowania dobrego samopoczucia zależy od indywidualnych uwarunkowań [17]. Wyniki badań własnych wskazały, że respondenci sypiali najczęściej 4-7 godzin na dobę. Badani mieszkający w Pakistanie częściej twierdzili, że czują się zawsze wypoczęci po przebudzeniu, natomiast w grupie badanych w Europie więcej osób uważało, że źle się wysypiają. Uzyskane wyniki różnią się od badań na temat jakości snu przeprowadzonych przez W. Qidwai i wsp. [18] wśród 372 pacjentów przychodni zdrowia. W badaniach tych ustalono, że w 60,4% pacjentów przychodni spało 6-8 godzin dziennie, czyli około 2 godzin dłużej niż respondenci biorący udział w badaniach własnych. Dziewięć procent badanych pacjentów przychodni używało środków nasennych, tylko 33,8% uważało, że ich sen był efektywny i czuli się wypoczęci po przebudzeniu. W badaniach własnych 41% respondentów uważało, że ich sen był zawsze efektywny. Ponadto wielu badanych przez W. Qidwai i wsp. raportowali ogólne trudności z zasypianiem i chrapanie [18]. Stwierdzona gorsza jakość snu wśród respondentów w badaniach W. Qidwai i wsp. mogła wynikać z faktu, że cytowane badanie przeprowadzone było wśród pacjentów lokalnej przychodni. W związku z tym trudności z zasypianiem mogły być związane z już istniejącymi chorobami badanych. Najczęstszym sposobem radzenia sobie ze stresem wśród badanej próby było spotykanie się z przyjaciółmi. Świadczy to o tym, że kontakty społeczne są bardzo ważne dla Pakistańczyków. Niepokojące jest, że wiele osób w badanej grupie twierdziło, że radzą sobie ze stresem, paląc papierosy. Respondenci w Pakistanie używali także środków uspokajających, jako sposobu łagodzenia stresu, prawdopodobnie ze względu na łatwą ich dostępność w Pakistanie [19]. Powyższe wyniki są zbliżone do rezultatów, jakie uzyskał B. Shaikh i współ. Przeprowadzili oni badanie dotyczące radzenia sobie ze stresem wśród 264 studentów medycyny w Karachi. Najpopularniejszą metodą zwalczania stresu okazało się spotykanie z przyjaciółmi, sen, słuchanie muzyki, uprawianie sportu i izolowanie się [20]. W badanej grupie nałogowo paliło papierosy 24,49% badanych. Wyniki okazały się zbliżone do danych uzyskanych w Narodowym Badaniu Sondażowym z 2012 roku, z których wynika, że 26,6% mężczyzn w Pakistanie pali papierosy [21]. Wyniki są porównywalne, ponieważ prawie

wszyscy respondenci biorący udział w badaniach własnych to mężczyźni. Najwięcej badanych paliło około 10 papierosów dziennie, zaobserwowano jednak, że respondenci mieszkający w Pakistanie palili więcej papierosów w ciągu doby niż badani przebywający w Europie. Prawdopodobnie wytłumaczeniem jest niska cena papierosów w Pakistanie. Wyniki pokrywają się z danymi uzyskanymi w cytowanym Narodowym Badaniu Sondażowym, w którym 68% badanych deklarowało, że paliło około połowy paczki dziennie [21]. Większość badanych w badaniach własnych paliła od około 5-10 lat. W Narodowym Badaniu Sondażowym 56,2% badanych deklarowało chęć rzucenia palenia [21]. W badaniu własnym nie zadano pytania, czy badany zamierza rzucić palenie, ale pytano ile badany podjął prób rzucenia palenia. Możliwa była odpowiedź „nigdy nie próbowałem rzucić palenia”. Wśród badanych palaczy $\frac{1}{4}$ nie myślała o porzuceniu nałogu, ponad połowa badanych zaprzestała prób rzucenia palenia po 2-3 nieudanych próbach. Na tej podstawie można przypuszczać, że ponad 75% palaczy nie planowało porzucenia nałogu w chwili przeprowadzenia badania. W przybliżeniu 20% badanych spożywało alkohol, najczęściej piwo i wódkę. Zaskakujące jest, że więcej badanych w Pakistanie (23,91%), niż w Europie (17,31%), deklarowało picie alkoholu. Jedyne dostępne dane dotyczące spożycia alkoholu wśród Pakistańczyków to dane WHO z Pakistanu z 2005 roku, które szacowały spożycie alkoholu na poziomie 0,06% [22]. Taka rozbieżność wyników może wskazywać na to, że poziom spożycia alkoholu wśród Pakistańczyków wzrasta i zagadnienie to wymaga dalszych badań. Około 13% badanych żuło liście betelu (paan), w tym więcej badanych w Pakistanie niż w Europie. Wyniki zbliżone są do wyników Narodowego Badania Sondażowego, które wskazują, że 11,5% badanych żuje regularnie paan [21]. Badani najczęściej korzystali z pomocy lekarskiej raz na pół roku, odpowiedzi tej udzieliło 41,84% badanych. Respondenci w Europie częściej korzystali z konsultacji lekarskich niż badani w Pakistanie. Badanie M. Mushtaq i wsp. na próbie 1080 osób wykazały, że 79,5% badanych korzystało z konsultacji lekarskich raz na pół roku lub częściej [23]. Różnica może wynikać z faktu, że w badaniu własnym przebadano mniejszą grupę osób, która mogła charakteryzować się lepszym stanem zdrowia i żyła w lepszych warunkach higieniczno-sanitarnych. Prawie 1/5 badanych w badaniach własnych stwierdziła, że nie chodzi do lekarza, ponieważ nie ma takiej potrzeby lub nie czuje się chora. Wynika z tego, że badani nie korzystają z profilaktycznych wizyt, a jedynie konsultują się z lekarzem, gdy odczuwają dolegliwości chorobowe. Żaden respondent nie przyznał, że korzysta z usług hakima. Wyniki są odmienne od danych uzyskanych przez S. Sheikh i wsp. na reprezentatywnej grupie

w Pakistanie w 2004 r. W badaniu dowiedziono, że około 12% populacji korzysta z usług hakima [24]. Natomiast badanie z 2011 roku wykazało, że z pomocy hakima korzysta 3,5% badanych [23]. Różnice mogą wynikać z tego, że większość respondentów w badaniu własnym stanowiły osoby z wykształceniem policealnym i wyższym. Mogą, więc być przekonani o większej skuteczności lekarzy medycyny konwencjonalnej. Możliwe także, że na różnicę w danych wpłynął upływ czasu i usługi hakima straciły znaczenie dla Pakistańczyków. Badani w Europie najczęściej rozmawiali o stanie zdrowia z lekarzem, co świadczyć może o tym, że mają większe zaufanie do pracowników medycznych niż badani w Pakistanie. W obu grupach respondenci rozmawiali o stanie zdrowia przede wszystkim z przyjaciółmi i z rodziną. Więcej badanych w Pakistanie niż w Europie unikało rozmów na tematy dotyczące własnego zdrowia. Internet okazał się głównym źródłem informacji o zdrowiu, w następnej kolejności znajomi i rodzina. Badani w Pakistanie zdecydowanie częściej korzystali z rad znajomych niż badani w Europie. Wydaje się, że jest to kolejny dowód na to, że więzi rodzinne i społeczne są bardzo istotne dla Pakistańczyków. Podobne wyniki uzyskał M. Anwar i wsp. [19]. Najczęściej pojawiającymi się dolegliwościami wśród badanych były: katar, kaszel i bóle głowy. Może to świadczyć o tym, że badani często się przeziębiają. Badani w Europie częściej cierpieli na zaparcia, co może mieć związek ze zmianą diety. Nieco ponad połowa badanych nie wykonywała żadnych badań profilaktycznych, w tym, aż 60,87% badanych w Pakistanie. Wynika z tego, że konieczne jest uświadamianie osób pochodzących z Pakistanu o konieczności wykonywania badań profilaktycznych. Badania B.F. Zubari i wsp. wskazały, że 66,9% badanych w Pakistanie wiedziało, że zostało zaszczepionych przeciwko wzv typu B [25]. Natomiast w badaniach własnych okazało się, że mniej niż połowa badanych (45,92%) została zaszczepiona przeciwko wzv typu B, nie było szczepionych 33,67% badanych, a 20,41% nie wiedziało czy jest zaszczepionych przeciwko HBV. Wyniki wskazują na to, że respondenci mogą nie wiedzieć, że są szczególnie narażeni na zakażenie wzv typu B lub że są nosicielami HBV. W badaniu własnym respondenci przyznali, że nie przyjmują suplementów lub witamin. Nieco ponad połowa badanych (52,04%) deklarowała, że korzysta z metod alternatywnego leczenia. Badani najczęściej wykorzystywali zieloną herbatę, miód i zioła do leczenia łagodnych dolegliwości, takich jak, przeziębienie, grypa i zapalenie gardła. Wyniki badań własnych okazały się zbliżone z badaniami S. Sheikh i wsp., które wykazały, że 51,7% Pakistańczyków korzystało z medycyny alternatywnej i komplementarnej i najczęściej leczyli w ten sposób kaszel, przeziębienie i problemy gastryczne [23]. Popularną metodą leczenia wśród badanych w Paki-

stanie okazało się odczytywanie wersetów Koranu. Świadczy to prawdopodobnie o tym, że wiara jest nadal bardzo ważna dla Pakistańczyków mieszkających w Pakistanie. Według danych uzyskanych przez S. Sheikh i wsp., 50-70% badanych, w zależności od regionu, korzystało z pomocy uzdrowicieli religijnych. Najczęściej leczone przy ich pomocy były nowotwory, astma, wirusowe zapalenie wątroby typu B i C oraz niedowłady [23]. Badania wskazują na to, że emigranci w Europie odchodzą o tego typu praktyk. W badaniach własnych zaobserwowano, że respondenci nie leczą poważniejszych chorób, jak malaria, padaczka czy wirusowe zapalenie wątroby przy pomocy metod alternatywnych. Być może jest to związane z tym, że respondenci nie chorowali na nie lub wiedzieli, w jaki sposób prawidłowo leczy się te choroby. Badani charakteryzowali się ogólnie wysokim poziomem własnej skuteczności. Średni wskaźnik dla całej próby badanych wyniósł 30,35, dla próby w Pakistanie – 29,91, a w Europie – 31,63. Więcej badanych w Europie wykazywało wysoki poziom poczucia własnej skuteczności (76,92%) w porównaniu do ankietowanych w Pakistanie (60,87%). Wielu Pakistańczyków marzy o opuszczeniu Pakistanu, jednak nie zawsze jest to możliwe, ze względu na trudności w uzyskaniu wizy do krajów europejskich. Możliwość emigracji dzięki uzyskaniu wizy (co często wiąże się ze szczęśliwym zbiegiem okoliczności) mogła znacznie wpłynąć na zwiększoną wiarę we własne umiejętności oraz poczucie własnej skuteczności. Wysoki poziom skuteczności charakteryzował badanych przejawiających zarówno zachowania prozdrowotne jak i antyzdrowotne.

Wnioski

1. Badani w Pakistanie wykazywali zachowania prozdrowotne w zakresie radzenia sobie ze stresem i liczby spożywanych posiłków dziennie oraz zachowania antyzdrowotne dotyczące ilości przyjmowanych płynów dziennie, późnej pory spożywania kolacji i przeciętnej aktywności

fizycznej. Badani w Europie spożywali mniej posiłków dziennie niż badani w Pakistanie, ale aktywniej spędzali czas wolny.

2. Papierosy paliła jedna czwarta badanych, jedna piąta spożywała alkohol i jedna ósma żuła liście betelu. Respondenci w Pakistanie palili więcej papierosów, częściej spożywali alkohol i żuli liście betelu w porównaniu do badanych w Europie.
3. Badani korzystali z pomocy medycznej najczęściej raz na pół roku. Nieco ponad połowa badanych nie wykonywała badań profilaktycznych. Badani w Pakistanie częściej unikali rozmów o stanie zdrowia oraz rzadziej wykonywali badania profilaktyczne w porównaniu do badanych w Europie.
4. Nieco ponad połowa badanych stosowała metody alternatywnego leczenia. Badani w Pakistanie stosowali m.in. odczytywanie wersetów Koranu, jako metody leczenia.
5. Większość badanych charakteryzowała się wysokim poczuciem własnej skuteczności. Wysoki poziom własnej skuteczności charakteryzował zarówno badanych przejawiających zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne. Poziom poczucia własnej skuteczności wśród badanych w Europie był wyższy niż wśród badanych w Pakistanie. Nie miał on istotnego związku z zachowaniami prozdrowotnymi i antyzdrowotnymi ani zmiennymi niezależnymi.

Postulaty

Należy, uwzględniając wyznawane przez badanych wartości:

1. zachęcać do większej aktywności fizycznej, wypijania dostatecznej ilości płynów oraz wcześniejszego spożywania kolacji,
2. motywować do porzucenia nałogu palenia, żucia betelu,
3. zachęcać do wykonywania badań profilaktycznych.

Piśmiennictwo / References

1. Abbasi MN. The Pakistani diaspora in Europe and its impact on democracy building in Pakistan. International Institute for Democracy and Electoral Assistance, Stockholm 2010. http://www.idea.int/resources/analysis/upload/Abbasi_low_2-2.pdf. (dostęp 5.01.2014).
2. Chmielecka A (red). Od migracji do emigracji. Vadamecum. Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2012.
3. Zezwolenia na pracę dla cudzoziemców według obywatelstwa oraz typów zezwoleń na pracę. Półrocze 1, 2013 rok. [w:] Analizy i raporty. Cudzoziemcy pracujący w Polsce - statystyki. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. <http://www.mpips.gov.pl/analizy-i-raporty/cudzoziemcy-pracujacy-w-polsce-statystyki/> (dostęp 5.01.2014).
4. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
5. Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek-Tęcza B (red). Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych. PZWL, Warszawa 2010.
6. Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K (red). Problemy wielokulturowości w medycynie. PZWL, Warszawa 2010.
7. Al-Omari H, Pallikkathayil L. Psychological acculturation: a concept analysis with implications for nursing practice. J Transcult Nurs 2008, 19: 126-133.

8. Joseph G, Burke NJ, Tuason N, et al. Perceived susceptibility to illness and perceived benefits of preventive care: an exploration of behavioral theory constructs in a transcultural context. *Health Educ Behav* 2009, 36: 71-90.
9. Kulik BT, Latalski M (red). *Zdrowie publiczne, podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznej*. Wyd Czelej, Lublin 2002.
10. Huijts T, Kraaykamp G. Religious Involvement, Religious Context, and Self-Assessed Health in Europe. *J Health Soc Behav* 2011, 52(1): 91-106.
11. Anderson NLR, Andrews M, Bent KN, et al. Chapter 5: Culturally based health and illness beliefs and practices across the life span. *J Transcult Nurs* 2010, 21:152-235.
12. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav* 2004, 31: 143-163.
13. Gromulska L, Piotrowicz M, Cianciara D. Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej. *Prz Epidemiol* 2009, 63: 427-432.
14. Łuszczzyńska A, Scholz U, Schwarzer R. The General Self-Efficacy Scale: multicultural validation studies. *J Psychol* 2005, 13(5): 439-457.
15. The General Self-Efficacy Scale. <http://userpage.fu-berlin.de/health/engscal.html> (dostęp 28.12.2013).
16. Sajwani RA, Shoukat S, Raza R, et al. Knowledge and practice of healthy lifestyle and dietary habits in medical and non-medical students of Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc* 2009, 59(9): 651-655.
17. Peters B. How much sleep do I need? Needs change across a lifetime, vary between individuals. http://sleepdisorders.about.com/od/howmuchsleepdoineed/a/how_much_sleep.html (dostęp 29.05.2014).
18. Qidwai W, Baqir M, Baqir SM, et al. Knowledge, attitude and practices regarding sleep and sleep hygiene among patients presenting to out-patient and emergency room services at a teaching hospital in Karachi. *Pak J Med Sci* 2010, 26(3): 629-633.
19. Anwar M, Green J, Norris P. Health seeking behaviour in Pakistan: a narrative review of the existing literature. *Publ Health* 2012, 126(6): 507-517.
20. Shaikh B, Kahloon A, Kazmi M, et al. Students, stress and coping strategies: a case of Pakistani Medical School. *Educ Health* 2004, 17(3): 346-353.
21. Gilani SI, Leon DA. Prevalence and sociodemographic determinants of tobacco use among adults in Pakistan: findings of a nationwide survey conducted in 2012. *Population Health Metrics* 2013, 11(16). <http://www.pophealthmetrics.com/content/11/1/16> (dostęp 4.01.2014).
22. WHO Pakistan. Socioeconomic context. Alcohol 2011. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/pak.pdf (dostęp 18.12.2013).
23. Mushtaq MU, Gull S, Akram J, et al. Socio-demographic correlates of the health-seeking behaviours in two districts of Pakistan's Punjab province. *J Pak Med Assoc* 2011, 61(12): 1205-1209.
24. Shaikh HS, Farnaz M, Henry J, et al. Trends in the use of complementary and alternative medicine in Pakistan: a population-based survey. *J Altern Complement Med* 2009, 5(15): 545-550.
25. Zuberi BF, Zuberi FF, Vasvani A, et al. Appraisal of the knowledge of internet users of Pakistan regarding hepatitis using online survey. *J Ayub Med Coll Abbotabad* 2008, 20(1): 91-93.