

Violetta JACHIMOWICZ<sup>1,2</sup>  
Tomasz KOSTKA<sup>1</sup>

## Stan funkcjonalny i zdrowotny osób palących tytoń w starszym wieku

### Functional and health conditions of elderly smokers

<sup>1</sup>Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny, Łódź  
Kierownik Kliniki:  
Prof. dr hab. n. med. *Tomasz Kostka*

<sup>2</sup>Instytut Położnictwa i Pielęgniarstwa,  
Państwowa, Wyższa Szkoła Zawodowa  
im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego,  
Kalisz  
Dyrektor:  
Prof. dr hab. n. med. *Tadeusz Pisarski*

#### Dodatkowe słowa kluczowe:

palenie tytoniu  
osoby starsze  
sprawność funkcjonalna  
ocena stanu zdrowia

#### Additional key words:

tobacco smoking  
elderly people  
physical functioning  
assessment of health status

Prowadzone od wielu lat badania nad szkodliwością palenia tytoniu wykazują zależność między używaniem nikotyny a wieloma schorzeniami występującymi u człowieka. Obecnie w Polsce pali 33% dorosłych osób. W wieku podeszłym pali 11-25% osób. W stosunku do grupy osób młodych i w wieku reprodukcyjnym przeprowadza się wiele akcji ntykotynowych. Rządziej podejmowane są działania wobec osób starszych. Celem niniejszego opracowania była analiza funkcjonowania i stanu zdrowia aktualnych palaczy w wieku 65 lat i więcej funkcjonujących w różnych środowiskach. Badaniem objęto grupę 300 osób powyżej 65 roku życia: pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej(DPS)-100 osób, mieszkańców Domu Kombatanta i Emeryta (DKiE) -100 osób i słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku (UTW) - 100 osób. Narzędziem badania był kwestionariusz ankiety dotyczący palenia tytoniu, występowania chorób, przyjmowania leków i informacji osobowych. Przeprowadzono również ocenę stanu czynnościowego, aktywności fizycznej, stanu umysłowego, stanu zdrowotnego za pomocą kwestionariuszy zastosowanych do Całościowej Oceny Geriatrycznej. W badanej grupie osób częstość palenia wynosiła 11,3%, w grupie mężczyzn 18,1%, w grupie kobiet 9,2%. Średni wiek palaczy wynosił 70,6±5,6 lat, średni wiek osób niepalących wynosił 75,5±7,0 lat. Średnia ilość wypalanych papierosów wynosiła 11,3±7,3 sztuk dziennie. Wraz z wiekiem malał odsetek palących oraz ilość wypalanych papierosów. Grupa palaczy charakteryzuje się w stosunku do niepalących istotnie wyższym wynikiem MMSE, Tinetti, niższym BMI, niższą procentową zawartością tłuszczu, mniejszą częstością występowania zaćmy, nietrzymania moczu i większą ilością chorób płuc. W badanych grupach: w DKiE i w DPS -ie aktualnymi palaczami są osoby młodsze, lepiej wykształcone, sprawniejsze fizycznie i psychicznie, lepiej odżywione, o większej sile dłoni w stosunku do pozostałych członków danej społeczności. W grupie słuchaczy UTW nie stwierdzono istotnych różnic między palaczami a osobami

Research conducted for many years, on smoking harm has revealed a connection between using nicotine and numerous disorders affecting human beings. Nowadays 33% of Poles smoke, 11-25% of the elderly smoke. There are plentiful anti-smoking campaigns aimed at the young and those in their reproductive years. Such campaigns addressed to the elderly are a seldom occurrence. The aim of this work was to analyze the actual functioning and health of smokers aged 65 and more living in various surroundings. The research involved a group of 300 individuals aged more than 65: older people home residents - 100 individuals, veteran home residents - 100 individuals and the University of the Third Age students - 100 individuals. The tool utilized in the course of the research was a questionnaire concerning smoking, diseases affecting the subjects, medication taken and personal information. Assessment of a functional state, physical activity, mental state and health was carried out with the help of General Geriatric Assessment questionnaires. In the researched group, the frequency of smoking was 11.3%, 18.1% among men, 9.2% among women. The average age of the smokers was 70.6±5.6, the average age of the non-smokers was 75.5±7.0. The average number of cigarettes smoked was 11.3±7.3 a day. The older the subjects of the research, the smaller percentage of the smokers among them as well as the fewer cigarettes smoked. The smokers indicated a substantially higher MMSE result, Tinetti, lower BMI, lower percentage of fat, lower frequency of being affected by cataract or urinary incontinence and a larger number of lung conditions. In the researched groups both in the older people home and veteran home residents, the smokers are younger, better educated, more fit, better nourished, possessing a larger mental capacity and hand strength as compared to the other members of a given community. Among the University of the Third Age students no significant differences between the smokers and non-smokers were observed. The smallest percentage of the smok-

Adres do korespondencji:  
Prof. dr hab. med. Tomasz Kostka  
Klinika Geriatrii  
Uniwersytet Medyczny  
90-647 Łódź, Plac Hallera 1  
Tel. (+42) 639 32 15  
Fax. (+42) 639 32 18  
e-mail: TomaszKostka@wp.pl

aktualnie nie palącymi. Najmniejszy odsetek palaczy występuje w UTW (9%), największy w DPS-ie (14%). Najwięcej papierosów palą palacze z UTW, najmniej mieszkańcy DKiE i DPS. W UTW wśród palaczy przeważają kobiety, w DKiE i DPS mężczyźni. Istnieje potrzeba podejmowania działań antynikotynowych wśród osób starszych z uwzględnieniem środowiska ich funkcjonowania.

## Wstęp

Prowadzone od wielu lat badania nad szkodliwością palenia tytoniu wykazują zależność między używaniem nikotyny a wieloma schorzeniami występującymi u człowieka.

Palenie zwiększa ryzyko wystąpienia zawału serca, udaru mózgu, nowotworów [14,15,21].

Dane statystyczne wskazują, że do 21% przypadków choroby wieńcowej, do 18% udarów krwotocznych mózgu, do 30% zgonów nowotworowych związane jest z paleniem tytoniu [15]. Dym tytoniowy jest przyczyną szybszego starzenia się płuc, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, nowotworów płuc [4,15,16]. Palenie zwiększa umiarkowaną ogólną [13,18], co drugi palacz umiera z powodu chorób odtytoniowych [7,13,23].

Mimo powszechnej wiedzy na temat szkodliwego wpływu tytoniu na zdrowie, odsetek palących jest nadal wysoki. Obecnie w Polsce pali 33% dorosłych osób, w tym 42% mężczyzn i 25% kobiet [19]. W wieku podeszłym pali 11-25% osób [22].

Ryzyko związane z paleniem jest odwracalne. Badania wskazują, że pozytywne skutki zdrowotne obserwuje się już w krótkim czasie po przerwaniu palenia. Zaprzestanie palenia nawet w wieku starszym zmniejsza ryzyko wystąpienia raka, poprawia układ sercowo-naczyniowy i zwiększa długość życia [10].

Rezygnacja z palenia tytoniu dla większości palaczy jest bardzo trudna a szczególnie dla starszych palaczy, którzy mają zazwyczaj długi okres palenia, silne uzależnienie od nikotyny, nieudane próby rzucania i wątpliwości, co do korzyści z zaprzestania palenia.

W stosunku do grupy osób młodych i w wieku produkcyjnym przeprowadza się wiele akcji antynikotynowych. Rzadziej podejmowane są działania wobec osób starszych, mimo iż społeczeństwo starzeje się i zwiększa się ilość osób potrzebujących podstawowej i specjalistycznej opieki, także w związku z występowaniem chorób odtytoniowych. Akcje, które podejmuje się nie przynoszą oczekiwanych rezultatów [1].

W tej sytuacji celowe i ważne jest poznanie sytuacji aktualnych palaczy.

Celem badań była analiza funkcjonowania i stanu zdrowia aktualnych palaczy w wieku 65 lat i więcej funkcjonujących w różnych środowiskach.

## Materiał i metody

Badaniami objęto grupę 300 osób powyżej 65 roku życia: pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej(DPS)-100 osób, mieszkańców Domu Kombatanta i Emeryta

ers is among the University of the Third Age students (9%), the largest among the older people home residents (14%). The most cigarettes are smoked by the University of the Third Age students, the fewest by the older people home and the veteran home residents. Women smokers constitute majority among the University of the Third Age students whereas there are more men smokers among the older people home and the veteran home residents. There is a distinct need of organizing anti-smoking campaigns aimed at the elderly taking into account the area of their functioning.

Tabela I

### Charakterystyka respondentów.

Characteristics of examined subjects.

Zmienna	Osoby niepalące	Osoby palące	Wartość p
Wiek (lata)	75,5 ± 7,0	70,6 ± 5,6	p=0,0001
Ilość lat nauki	9,8 ± 4,1	11,1 ± 3,1	p=0,08
Liczba regularnie stosowanych leków	4,9 ± 3,4	4,2 ± 3,2	NS
ADL - liczba punktów	5,6 ± 0,7	5,8 ± 0,4	NS
IADL - liczba punktów	6,6 ± 2,3	6,6 ± 2,3	NS
Wydatek energetyczny (kcal/kg/dobę)	38,4 ± 5,8	38,2 ± 5,3	NS
Wskaźnik Stanford umiarkowany	2,4 ± 1,8	2,7 ± 1,8	NS
Tinetti - łączna liczba punktów	22,7 ± 6,4	25,9 ± 3,4	p=0,006
Siła mięśni dłoni (kg): lewa prawa	25,4 ± 10,8 28,4 ± 11,0	33,3 ± 8,0	p=0,004 p=0,01
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	27,3 ± 4,2	24,5 ± 3,8	p=0,0003
Liczba punktów wg MNA	25,2 ± 3,2	24,5 ± 4,0	NS
WHR	0,88 ± 0,1	0,87 ± 0,1	NS
Zawartość tkanki tłuszczowej (%)	38,0 ± 10,3	30,4 ± 10,6	p=0,0001
MMSE - liczba punktów	26,0 ± 4,3	27,5 ± 3,7	p=0,05
GDS	4,1 ± 2,6	3,7 ± 3,0	NS
Cukrzyca (%)	15,0	6,0	NS
Choroba niedokrwienna serca (%)	22,9	23,5	NS
Choroby płuc (%)	9,4	20,6	p=0,05
Choroba reumatyczna i/lub zmiany zwyrodnieniowe układu ruchu (%)	79,7	67,7	NS
Niewydolność krążenia (%)	24,8	32,4	NS
Przebyty zawał mięśnia sercowego (%)	11,3	11,3	NS
Nadciśnienie tętnicze (%)	56,0	52,9	NS
Przebyty udar mózgu (%)	9,0	11,8	NS
Choroba wrzodowa żołądka i/lub dwunastnicy (%)	18,4	20,6	NS
Jaskra (%)	9,4	8,8	NS
Zaćma (%)	30,5	14,7	P = 0,06
Osteoporoza (%)	29,3	23,5	NS
Nietrzymanie moczu (%)	18,1	0,0	P = 0,007
Nowotwór (%)	3,4	8,2	NS

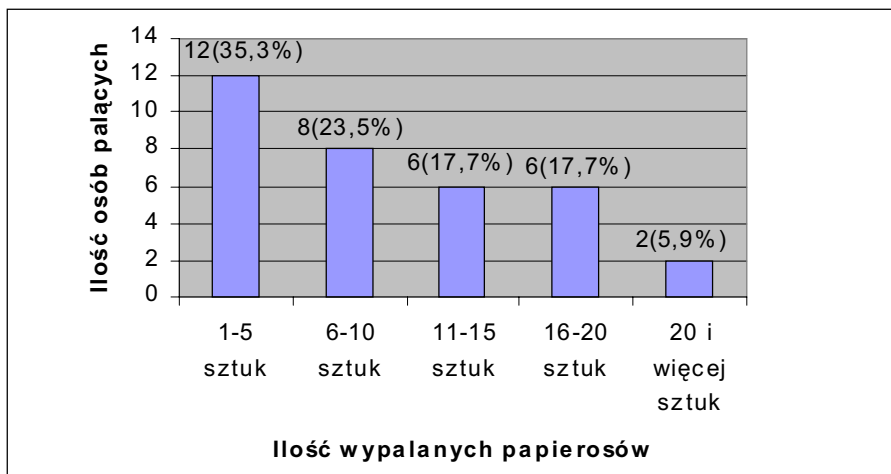
NS — różnice nieistotne statystycznie

(DKiE) – 100 osób i słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wiek (UTW) – 100 osób w Kaliszu i w Ostrowie Wielkopolskim.

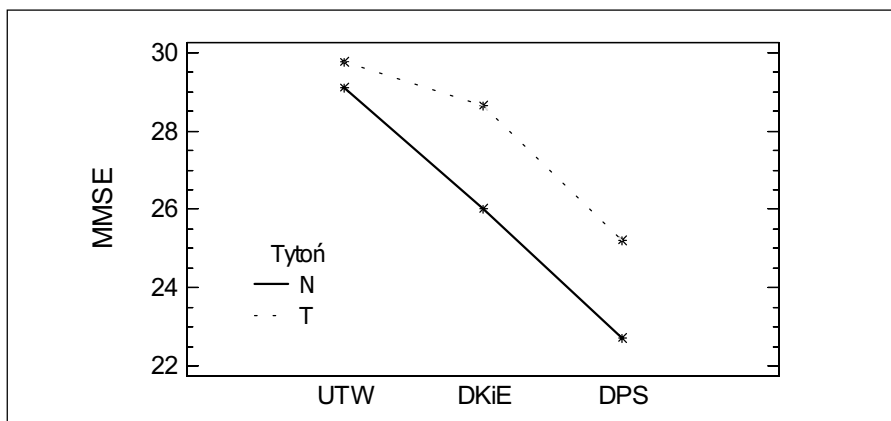
W celu zebrania informacji dotyczących palenia tytoniu, występowania chorób, przyjmowania leków i informacji osobowych posłużono się kwestionariuszem ankiety.

Przeprowadzono również ocenę stanu czynnościowego, aktywności fizycznej, stanu umysłowego, stanu zdrowotnego za pomocą kwestionariuszy zastosowanych do Całościowej Oceny Geriatrycznej [12].

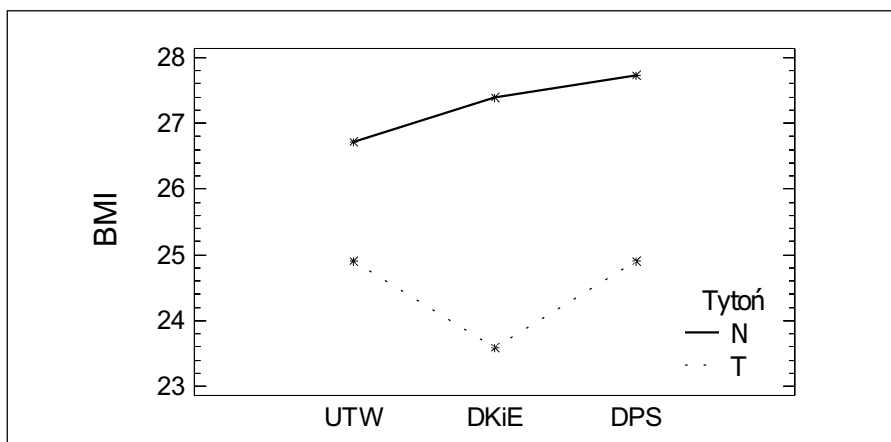
Ocenę sprawności funkcjonalnej dokonano za pomocą Skali Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego-- Activities of Daily Living(ADL) i Skali Oceny



**Rycina 1**  
Ilość wypalanych dziennie papierosów przez osoby starsze.  
The number of cigarettes smoked by the elderly.



**Rycina 2**  
Związek pomiędzy paleniem papierosów a MMSE.  
Correlation between cigarette smoking and MMSE.



**Rycina 3**  
Zależność między BMI a paleniem papierosów.  
Correlation between BMI and cigarette smoking.

Złożonych Czynności Życia Codziennego – *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL). Aktywność ruchową oceniono za pomocą kwestionariuszy *Seven – Day Physical Activity Recall Questionnaire* (SDPAR) oraz *Stanford*. Do oceny sprawności ruchowej chodu i równowagi wykorzystano test *Tinetti*. Stan odżywienia określono opierając się na kwestionariuszu *Mini Nutritional Assessment* (MNA) i wskaźniku masy ciała (BMI).

Ocenę funkcji poznawczych dokonano posługując się krótką skalą oceny stanu psychicznego – *Mini-Mental State Examinations* (MMSE), poziom objawów depresji określono za pomocą Geriatrycznej Skali Depresji – *Geriatric Depression Scale* (GDS).

Wyniki przedstawiono jako średnią  $\pm$  odchylenie

standardowe oraz w formie procentów. Zmienne analizowano za pomocą analizy wariancji ANOVA z analizą post hoc najmniejszej istotnej różnicy (LSD- least significant difference). Za poziom istotnie statystyczny przyjęto wartość  $p \leq 0,05$ .

### Wyniki

W badanej grupie osób częstość palenia wynosiła 11,3%, w grupie mężczyzn 18,1%, w grupie kobiet 9,2%. Średni wiek palaczy wynosił  $70,6 \pm 5,6$  lat (mężczyzn  $73,0 \pm 6,7$ , kobiet  $69,0 \pm 4,3$ ), średni wiek osób niepalących wynosił  $75,5 \pm 7,0$  lat (mężczyzn

$75,3 \pm 2,6$ , kobiet  $75,5 \pm 1,4$ ). Średnia ilość wypalanych papierosów wynosiła  $11,3 \pm 7,3$  sztuk dziennie (mężczyźni  $11,2 \pm 7,1$ , kobiety  $11,4 \pm 8,0$ ). Najwięcej osób ( $n=12$ , 35,3%) paliło do 5 papierosów dziennie, 6-10 sztuk – 23,5% ( $n=8$ ), 11-15 sztuk – 17,7% ( $n=6$ ), 16-20 sztuk – 17,7% ( $n=6$ ), 20 i więcej – 5,9% ( $n=2$ ) (rycyna 1). Z wiekiem malał odsetek osób palących od 18% w wieku 65-69 do 3% w wieku powyżej 80 lat oraz uległa zmniejszeniu ilość wypalanych papierosów.

Grupa palaczy charakteryzuje się w stosunku do niepalących istotnie wyższym wynikiem MMSE (rycyna 2),

Tinetti, niższym BMI (rycyna 3), niższą procentową zawartością tłuszczu, silniejszą dłońią prawą i lewą, mniejszą częstotliwością występowania zaćmy, nietrzymania moczu i większą ilością chorób płuc (tabela 1).

Badana próba to osoby starsze funkcjonujące w różnych środowiskach: w Domu Pomocy Społecznej, w Domu Kombatanta i Emeryta i słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

Słuchacze UTW w stosunku do obu grup. byli młodsi – średnia wieku  $70,1 \pm 4,6$ , (kobiet –  $69,5 \pm 4,3$ , mężczyzn –  $71,7 \pm 5,5$ ) byli lepiej wykształceni, sprawniejsi, silniejsi, lepiej odżywieni, wykazywali wyższy poziom procesów poznawczych i mniej objawów depresyjnych, mniejszą częstotliwość chorób płuc, chorób reumatycznych, jaskry, zaćmy, stanów po udarze mózgu.

Mieszkańcy DKiE w stosunku do pensjonariuszy DPS byli w podobnym wieku –  $77,0 \pm 7,4$ , (kobiety –  $77,0 \pm 7,1$ , mężczyźni –  $76,8 \pm 8,3$ ) o wyższym poziomie edukacji, lepszej sprawności, lepiej odżywieni, wykazywali mniej zaburzeń poznawczych, podobną ilość symptomów depresji, mniej chorób płuc, zawałów, udarów.

Pensjonariusze DPS byli w wieku –  $77,8 \pm 6,0$ , (kobiety –  $78,2 \pm 5,9$ , mężczyźni –  $76,4 \pm 6,2$ ) o najniższym poziomie edukacji, najmniej sprawni, najslabiej odżywieni, wykazywali najwięcej zaburzeń procesów poznawczych, najwięcej chorób płuc, zawałów, udarów.

W UTW palacze stanowili 9%, wypalali  $13 \pm 7,6$  papierosów, pali 8 kobiet – ilość papierosów  $14,3 \pm 7$ , jeden mężczyzna – ilość papierosów  $3,0 \pm 1,4$ . Palacze nie różnią się istotnie wiekiem, wykształceniem, sprawnością, odżywieniem, stanem psychicznym od osób niepalących. Wykazali więcej chorób: choroby niedokrwiennej serca, niewydolności krążenia, zawałów, chorób żołądka, osteoporozy, lecz nie są to wartości istotne statystycznie.

W DKiE pali papierosy 11% mieszkańców, średnio  $10,8 \pm 7,6$  papierosów dziennie, kobiet – 7 – wypalają  $10,7 \pm 8,5$  papierosów, mężczyzn 4 – wypalają  $11,0 \pm 11,5$  papierosów. Palacze są młodsi, lepiej wykształceni, mają niższe BMI, mniej tłuszczu, silniejszą ręką lewą i prawą, wyższy wskaźnik Stanford, wykazują większy wydatek energetyczny, mniej zaburzeń procesów poznawczych, przyjmują mniej leków, wykazują mniej chorób reumatycznych, zaćmy, zaburzeń nietrzymania moczu.

Wśród pensjonariuszy DPS-u palacze stanowią 14% mieszkańców, wypalają średnio  $10,6 \pm 8,0$  papierosów, pali mniej kobiet

(n=8), więcej mężczyzn (n=32), ilość papierosów 7,8 ± 9,4 vs 12,6 ± 8,1. Palacze są istotnie młodsi, lepiej wykształceni, sprawniejsi w zakresie ADL, Tinetti, wykazują mniejszą procentową zawartość tłuszczu, silniejszą siłę dłoni, niższe BMI, wyższe MMSE, więcej chorób płuc i nowotworów.

### Omówienie

Uzyskane wyniki dotyczące całej badanej grupy są porównywalne z rezultatami innych badań [8,22].

Wśród badanych osób powyżej 65 roku życia pali 11,3%. Podobna ilość (10,8%) palaczy występuje wśród starszych mieszkańców populacji wielkowiejskiej [8]. Pali więcej mężczyzn, mniej kobiet, palące kobiety są młodsze od mężczyzn. Wraz z wiekiem maleje ilość wypalanych papierosów [8,17,22]. Duża część (35%) starszych palaczy pali od 1 do 5 papierosów dziennie. Badania wskazują, że zmniejszona ilość wypalanych papierosów może zwiększać prawdopodobieństwo zaprzestania palenia [6]. Powyżej 20 sztuk papierosów dziennie pali 5,9% palaczy, czyli mniej niż starsi palacze w środowisku wielkowiejskim (45,6%) [22].

W badanej grupie palacze charakteryzują się niższym BMI i mniejszą zawartością tłuszczu. Wyniki badań dotyczących związku pomiędzy paleniem a masą ciała nie są jednoznaczne. Większość badań wykazuje, że średnie BMI palaczy jest niższe niż u osób niepalących [11,24]. Związane jest to ze zwiększonym metabolizmem organizmu i zmniejszonym apetytem pod wpływem nikotyny [2]. Część badań wskazuje, że osoby palące dużą ilość papierosów (ponad 20 sztuk dziennie) mają wyższe BMI. Dotychczas nie odkryto przyczyny tej zależności [2].

Wśród osób palących istotnie więcej występuje chorób płuc. Liczne badania potwierdzają związek raka płuc i POChP od ekspozycji na dym tytoniowy [13,15].

Natomiast palacze wykazują mniejszą ilość takich zaburzeń jak nietrzymanie moczu i zaćma. Schorzenia te powodują ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, w tym czynności związanych z paleniem. Innymi wskaźnikami gorszego funkcjonowania osób niepalących jest zwiększona ilość zaburzeń poznawczych, słabsza siła dłoni, zwiększone ryzyko upadku.

Lecz dalsze palenie zwiększa ryzyko osłabienia wszystkich funkcji poznawczych [17], powstawania chorób narządu wzroku [9], powoduje spadek siły mięśniowej i zmniejszenie wydolności fizycznej [20].

Porównując palaczy z różnymi środowiskami funkcjonowania można stwierdzić, że największy odsetek palaczy występuje w DPS-ie (14%). Można to wiązać z niższym wykształceniem mieszkańców w stosunku do pozostałych grup, a także z monotonnym trybem życia i z beczynnością występującą w placówce opiekuńczej. W tej sytuacji palenie papierosów stanowi pewien rodzaj działania, które możliwe jest do samodzielnego zrealizowania w warunkach DPS-u. Palacze mogą mieć poczucie przynależności do grupy osób zdrowszych i sprawniejszych, bowiem w DPS-e palą właśnie osoby młodsze, o lepszej sprawności motorycznej i w zakresie podstawowych czyn-

ności życiowych, silniejsze.

Palacze posiadają też mniej zaburzeń poznawczych. Może, dlatego takie osoby lepiej radzą sobie z czynnościami związanymi z paleniem. Jednak palacze w DPS-ie wykazują większą częstotliwość chorób, w tym istotnie więcej chorób płuc i nowotworów. Schorzenia te mogą być następstwem długoletniego palenia.

W DKiE pali 11% mieszkańców. Podobnie jak w DPS-e palacze w stosunku do osób niepalących są młodsi, lepiej wykształceni, lepiej odżywieni (niższe BMI i mniej % tłuszczu.) sprawniejsi, aktywniejsi fizycznie. Inne badania wykazują, że, osoby palące posiadają mniejszą sprawność fizyczną, pokonują krótsze trasy w stosunku do osób niepalących [3]. Palacze w DKiE przyjmują mniej leków i wykazują istotnie mniej zaburzeń reumatycznych i zaćmy oraz problemów z nietrzymaniem moczu, czyli chorób, które mogą utrudniać osobom mieszkającym samotnie czynności związane z paleniem papierosów. Wyższe wyniki świadczą o lepszym stanie ogólnym palaczy.

W UTW pali najmniej osób – 9%. Można to wiązać z wyższą świadomością zdrowotną słuchaczy. Jednak ta grupa palaczy, składająca się głównie z kobiet, pali największej sztuk papierosów. Udział w zajęciach UTW wiąże się ze zwiększonym życiem towarzyskim, a palenie papierosów jest często jednym z elementów spotkań towarzyskich. W badaniu Donza głównymi powodami palenia papierosów przez kobiety były: przyzwyczajenie, relax, przyjemność. Kobiety częściej palą „lekkie” papierosy, które według nich nie dają negatywnych skutków zdrowotnych [5]. Z pewnością brak widocznych różnic w funkcjonowaniu palaczy w stosunku do osób niepalących powoduje lekceważenie zagrożeń związanych z paleniem. Potwierdzeniem tego może być wysoka samoocena swojego zdrowia przez palaczy [8].

Badane grupy łączy to, że aktualnymi palaczami są osoby młodsze, sprawniejsze fizycznie i psychicznie, lepiej odżywione w stosunku do pozostałych członków danej społeczności. Mimo dobrego obecnego stanu palacze mają mniejsze szanse dożycia wieku podeszłego [18].

Badania wykazują, że osoby starsze, które palą, spostrzegają siebie jako osoby mniej narażone na szkody palenia, są mniej zaniepokojeni skutkami zdrowotnymi palenia, nie wierzą w sukces rzucenia palenia i nie widzą żadnych korzyści zdrowotnych wynikających z porzucenia palenia [25]. Dopiero pojawienie się konsekwencji palenia w postaci pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku rozpoznania takich schorzeń jak udar, rak, choroby płuc, choroby serca, cukrzyca zwiększa 3,2 razy prawdopodobieństwo rzucenia palenia [20]. Wydaje się, że otoczenie osób starszych podobnie traktuje problem palenia w okresie starości, gdyż w żadnym z badanych środowisk nie były podejmowane działania zwalczające nałóg nikotynowy. Wynika z tego, że jednym z elementów prowadzenia działań antynikotynowych w środowisku osób starszych powinno być przeszkolenie z zakresu problemów nikotynizmu personelu ośrodków opiekuńczych, opiekunów osób starszych i organi-

zatorów zajęć dla słuchaczy UTW. Bierność wobec nikotynizmu skutkuje nie tylko zwiększonym ryzykiem wielu chorób oraz zwiększonym ryzykiem umieralności, ale też większymi kosztami leczenia i opieki osoby starszej [13].

### Wnioski

1. Częstość palenia tytoniu wśród osób starszych wynosi 11,3%. Najwięcej osób pali w Domu Pomocy Społecznej – 14%, najmniej wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku – 9%.

2. Więcej palaczy jest wśród mężczyzn. Wyjątkiem jest UTW, w którym pali więcej kobiet.

3. W DPS-e i w DKiE palaczami są osoby młodsze, lepiej wykształcone, sprawniejsze fizycznie i psychicznie, lepiej odżywione, o większej sile dłoni w stosunku do pozostałych członków danej społeczności. W UTW brakuje istotnych różnic między palaczami i niepalaczami.

4. Istnieje potrzeba podejmowania działań antynikotynowych wśród osób starszych z uwzględnieniem środowiska ich funkcjonowania.

### Piśmiennictwo

1. Broszkiewicz M., Pikala M., Drygas W.: How to decrease smoking among people? The experience of international anti-tobacco campaign Quit&Win in Poland 2000-2006. *Przegl. Lek.* 2006, 63, 1099.
2. Chioloro A., Fach D., Paccaud F.: Consequences of smoking for body weight, body FAT distribution, and insulin resistance. *Am. J. Clin. Nutr.* 2008, 87, 801.
3. Cooper T.V., Resor M.R., Stoeber C.J., Dubbert P.M.: Physical activity and physical activity adherence in the elderly based on smoking status. *Addictive Behaviors.* 2007, 32, 2268.
4. Didkowska J., Manczuk M., McNeill A. et al.: Lung cancer mortality at ages 35-54 in the European Union: ecological study of evolving tobacco epidemics. *BMJ.* 2005, 331, 189.
5. Donza J., Ruffieux Ch., Cornuz J.: Determinants of smoking and cessation in older women. 2007, 36, 53.
6. Falba T., Jofre-Bonet M., Busch S. et al.: Reduction of quantity smoked predicts future cessation among older smokers. *Addiction* 2004, 99, 93.
7. Fujisawa K., Takata Y., Matsumoto T. et al.: Impact of Smoking on mortality in 80-year-old Japanese from the general population. *Gerontology* 2008, 54, 210.
8. Gerstenkorn A., Drygas W., Suwała M.: Wpływ cech społeczno-demograficznych na palenie tytoniu w starszym wieku. *Przegl. Lek.* 2008, 65, 617.
9. Grzybowski A.: Współczesny stan wiedzy na temat wpływu palenia tytoniu na choroby narządu wzroku. *Przegl. Lek.* 2008, 65, 10, 724.
10. Haveman-Nies A., Groot L., Staveren W.A.: Relation of dietary quality, physical activity, and smoking habits to 10- years changes in health status in older Europeans in the SENECA study. *American Journal of Public Health* 2003, 93, 318.
11. Kim N.: The relationship between obesity and smoking in older men and women. *The Gerontol.* 2008, 48, 130.
12. Kostka T., Borowiak E., Kołomecka M.: Całościowa ocena geriatryczna. *Lekarz Rodzinny*, 2007, XII, Dodatek, 21.
13. Krzyżanowska A., Głogowski C.: Nikotynizm na świecie. Następstwa ekonomiczne. *Przew. Lek.* 2004, 3, 98.
14. Lipczyńska M., Hoffman P.: kliniczne odrębności choroby wieńcowej u osób w wieku podeszłym. *Folia Cardiol.* 2003, 10, 241.
15. Marszałek A.: Choroby odtytoniowe - rola lekarza (patologa) w działaniach diagnostycznych i prewencyjnych. *Przegl. Lek.* 2007, 64, 889.
16. Mogilnicka-Niżankowska E., Mejza F., Buist S.A. i wsp.: Częstość występowania POChP i rozpowszechnienie palenia tytoniu w Małopolsce – wyniki badania BOLD w Polsce. *Polskie Arch. Med. Wew.* 2007, 117, 1.

17. **Nooyens A., Gelder B., Verschuren W.:** Smoking and cognitive decline among middle-aged men and women: The doetinchem cohort study. *Am. J. Pub. Health* 2008, 98, 2244.
18. **Pahor M.:** Older persons who quit smoking live longer. *J. Am. Geriatr. Sci.* 1999, 47, 97.
19. **Polakowska M., Piotrowski W., Tykarski A. i wsp.:** Nałóg palenia tytoniu w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol. Pol.* 2005, 63, (Supl. 4), 626.
20. **Rapuri P., Gallagher J., Smith L.:** Smoking is a risk factor for decreased physical performance in elderly women. *Biol. Soc. Med. Sci.* 2007, 62A, 8.
21. **Stasiołek D., Kwaśniewska M., Drygas W.:** Palenie tytoniu jako czynnik ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. *Czynniki Ryzyka* 2000, 4, 62.
22. **Suwała M., Drygas W., Gerstenkorn A.:** Byli palacze w starszym wieku a ich stan zdrowia. *Pol. Merk. Lek.* 2007, XXII, 532.
23. **Tonstad S., Johnston J.A.:** Cardiovascular risks associated with smoking: a review for clinicians. *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* 2006, 13, 507.
24. **Wierzejska R., Jarosz M.:** Czy palenie tytoniu jest skuteczne w kontroli masy ciała - przegląd piśmiennictwa. *Przegl. Lek.* 2008, 65, 10.
25. **Yong H-H., Borland R., Siahpush M.:** Quitting-related beliefs, intentions, and motivations of older smokers in four countries: findings from the international tobacco control policy evaluation survey. *Addic. Behav.* 2005, 30, 777.