

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
KATEDRA OŠETŘOVATELSTVÍ

KOUŘENÍ U SENIORŮ

Bakalářská práce

Autor: **Petra Ferancová**

Vedoucí práce: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2015

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

SMOKING SENIORS

Bachelor's thesis

Author: Petra Ferancová

Supervisor: prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem „Kouření u seniorů“ vypracovala samostatně pod vedením vedoucího práce, s použitím literatury a ostatních zdrojů uvedených na konci bakalářské práce v seznamu použitých zdrojů.

V Hradci Králové dne 7. 9. 2015

Petra Ferancová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu práce prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady, nápady a připomínky. Dále chci poděkovat kolektivu Lékařské knihovny LF UK v Hradci Králové za pomoc a rady při výběru odborné literatury a za její poskytnutí. Děkuji také své rodině za jejich pochopení, podporu a trpělivost. V neposlední řadě děkuji všem respondentům, kteří se účastnili mého výzkumného šetření, za jejich ochotu a čas při vyplňování dotazníků.

Obsah

ÚVOD.....	8
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	10
1.1 Rozdělení stáří.....	10
1.2 Demografie stáří.....	11
2 SOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁŘÍ.....	14
2.1 Odchod do důchodu a jeho dopady.....	14
2.2 Změna prostředí	15
3 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY STÁŘÍ.....	16
3.1 Kognitivní změny ve stáří.....	16
3.2 Emoční změny ve stáří.....	17
3.3 Citové vztahy ve stáří.....	18
4 ZMĚNY ZDRAVOTNÍHO STAVU	20
4.1 Celkové projevy stárnutí	20
4.1.1 Vzhled obličeje.....	21
4.1.2 Zrak	21
4.1.3 Sluch.....	22
4.1.4 Zuby	22
4.1.5 Vlasy	22
4.2 Psychické schopnosti	23
4.3 Nejčastější onemocnění v seniorském věku.....	23
4.4 Farmakoterapie.....	25
4.4.1 Naděje na dožití.....	26
4.4.2 Předčasná úmrtí.....	26
4.4.3 Doba prožitá ve zdraví	26
5 ZMĚNA ŽIVOTNÍHO STYLU PLYNOUCÍ Z PŘEDCHOZÍCH ZMĚN.....	27
5.1 Fyzické změny životního stylu.....	28
5.2 Psychické změny životního stylu	29

5.3	Sociální změny životního stylu	31
6	KOUŘENÍ JAKO BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ PROBLÉM.....	32
6.1	Historie tabáku a kouření	32
6.2	Druhy tabáku.....	32
6.3	Cigaretový tabák a cigareta.....	33
6.4	Závislost na tabáku.....	34
6.5	Závislost na nikotinu	35
6.5.1	Psychická závislost.....	35
6.5.2	Fyzická závislost	36
6.5.3	Abstinenční tabákový syndrom podle DSM-IV	36
6.6	Jak kouření škodí zdraví.....	37
6.7	Kladné účinky kouření	37
6.8	Pasivní kouření.....	37
6.9	Jak přestat kouřit	38
7	ZÁVISLOST VE VYŠŠÍM VĚKU	41
8	DOSAVADNÍ ČESKÉ VÝZKUMY O KOUŘENÍ U SENIORŮ	43
9	EMPIRICKÁ ČÁST	48
9.1	Cíle práce	48
9.2	Hypotézy	48
10	METODIKA VÝZKUMU	49
10.1	Dotazník.....	49
10.2	Charakteristika souboru	50
11	VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	55
12	TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ	80
12.1	Testování hypotézy číslo 1	80
12.2	Testování hypotézy číslo 2.....	80
12.3	Testování hypotézy číslo 3.....	81
13	DISKUSE.....	82
	ZÁVĚR	92

ANOTACE.....	94
ANNOTATION	95
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	96
ELEKTRONICKÉ ZDROJE	98
SEZNAM ZKRATEK.....	99
SEZNAM TABULEK.....	100
SEZNAM GRAFŮ.....	101
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	102
SEZNAM PŘÍLOH.....	103
PŘÍLOHY	104

ÚVOD

„Přestat kouřit je nejsnadnější věc na světě. Já to mohu potvrdit, zkusil jsem to už nejmíň tisíckrát.“¹

MARK TWAIN

Kouření patří k nejčastějším závislostem nejen v seniorské populaci. Kouření tabáku značně ovlivňuje morbiditu a předčasná úmrtí v České republice. Provedené studie zjistily, že v České republice ročně zemře asi 18 000 lidí na nemoci, které kouření způsobuje. Ve světě je to více než jedna miliarda lidí. Přesto, že jsou lidé nemálo poučeni o škodlivosti kouření a závislosti na nikotinu, prevalence kuřáků stále přibývá. Nejvíce se to týká mladých lidí, a dokonce častěji žen. Mimo to, že kouření škodí zdraví přímo kuřákovi, škodí i lidem v jeho okolí. Každému kuřákovi by měla být nabídnuta odborná pomoc při odvykání kouření, a to jak farmaceutická, tak především psychologická, neboť nikdo nedokáže přestat kouřit bez svého vnitřního přesvědčení a pevné vůle. Ohroženou skupinu tvoří také děti, které jsou ovlivněny negativními návyky kuřáků ve svém okolí. Velký vliv na děti mohou mít senioři díky své autoritě v rodině.

Toto téma k vypracování bakalářské práce jsem si vybrala proto, abych zjistila vztah seniorů ke kouření. Mým záměrem bylo zjistit četnost kuřáků mezi seniory, zjistit rozdíl v přítomnosti chronického onemocnění u seniorů kuřáků a nekuřáků. Dále jsem zjišťovala, zda jsou senioři poučeni o škodlivosti kouření zdravotnickými pracovníky a zda byli úspěšní v případě, že se pokoušeli přestat kouřit.

Podle dosavadních poznatků bývají senioři edukováni v odvykání kouření zdravotníky převážně v době, kdy již mají onemocnění, které kouření způsobuje či zhoršuje. Senior zdravý, s potížemi přiměřenými věku či nemocný, který nemá žádné komplikace, většinou nebere doporučení zdravotníka v úvahu. Někteří senioři zkoušeli přestat kouřit, ale nedokázali to. Větší pozornost doporučením či zákazům kouření věnují ti senioři, kteří jsou vážně nemocní či mají nějaké komplikace, které je mohou ohrožovat i na životě. Nejčastěji je vlivem kouření postižen dýchací a kardiovaskulární systém. Z konkrétních nemocí zmíním

¹ CITÁTY. Mark Twain. *Citaty.net* [online]. ©2015 [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: citaty.net/autori/mark-twain/?page=5

nejčastější, například karcinom plic, chronickou bronchitidu, chronickou obstrukční plicní nemoc, anginu pectoris, srdeční infarkt či mozkovou mrtvici. Nemocí způsobených kouřením je ale mnohem více. Výsledky výzkumů ukazují, že kuřáků mezi seniory je méně než polovina. Přesněji je to 10 % až 30 % zkoumaných respondentů. Asi polovina kuřáků přestávala někdy v minulosti kouřit, nejčastěji ze zdravotních důvodů. Zdravotnická prevence o škodlivosti kouření nikdy nepůsobila na přibližně dvě třetiny respondentů. Senioři by měli být informováni, že zanechání kouření bez ohledu na věk významně snižuje riziko předčasného úmrtí a naopak zvyšuje kvalitu jejich života.

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stáří a stárnutí jsou pojmy v současnosti často používané. Tyto dva pojmy jsou do značné míry sociálními konstrukty a záležitostmi subjektivního nahlížení. Stáří je poslední vývojová etapa, která završuje lidský život. Na individuální úrovni představuje stárnutí bio-psycho-sociálně-spirituální proces přirozeně involučních a adaptačních změn, k nimž dochází od dospívání. Výrazným prvkem stárnutí je různou rychlostí probíhající pokles potenciálu zdraví, zdatnosti a odolnosti k zátěži a stresu. Stáří je důsledek stárnutí. Je to pozdní fáze přirozeně dlouhého života, která má charakteristiky týkající se vzhledu, funkčního stavu, sociálních rolí, věku, biopsychických parametrů, společensko-sociálního postavení a naděje dalšího dožití. Tyto charakteristiky nemusejí být vždy ve shodě. Na stárnutí se podílí mnoho faktorů, například genetická dispozice, vliv prostředí, způsob života, vlastní involuce, psychika, nemoci a úrazy.²

1.1 Rozdělení stáří

Dříve se považoval za počátek stáří věk od 65 let. V dubnu roku 2002 se na 2. světovém shromáždění o stárnutí a stáří v Madridu, nově rozdělily jednotlivé etapy stáří. Seniors se stali lidé šedesátiletí a starší. Stáří se většinou rozlišuje na biologické, kalendářní a sociální. U biologického stáří dochází k nevratným změnám, jako je změna postavy, chůze, vlasů, pokožky, chování atd.³

² ČEVELA R., ČELEDOVÁ L., KALVACH Z., HOLČÍK J., KUBŮ P. *Sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

³ HOLMEROVÁ I., JURAŠKOVÁ B., ZIKMUNDOVÁ K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerská společnost za podpory EU. Program PHARE – Rozvoj občanské společnosti a Ministerstva zdravotnictví ČR, 2013. ISBN 80-86541-12-6.

Kalendářní stáří je určeno datem narození a je jednoznačné. Dle světové zdravotnické organizace (WHO) je stáří členěno dle věku do několika kategorií:

- rané stáří 60 – 74 let
- pravé stáří, sénium 75 – 89 let
- dlouhověkost 90 a více let⁴

V sociálním stáří dochází k sociálním změnám, ke změnám rolí a postojů. V tomto období dochází i k řadě životních změn, jako je například odchod do důchodu či ztráta partnera.

1.2 Demografie stáří

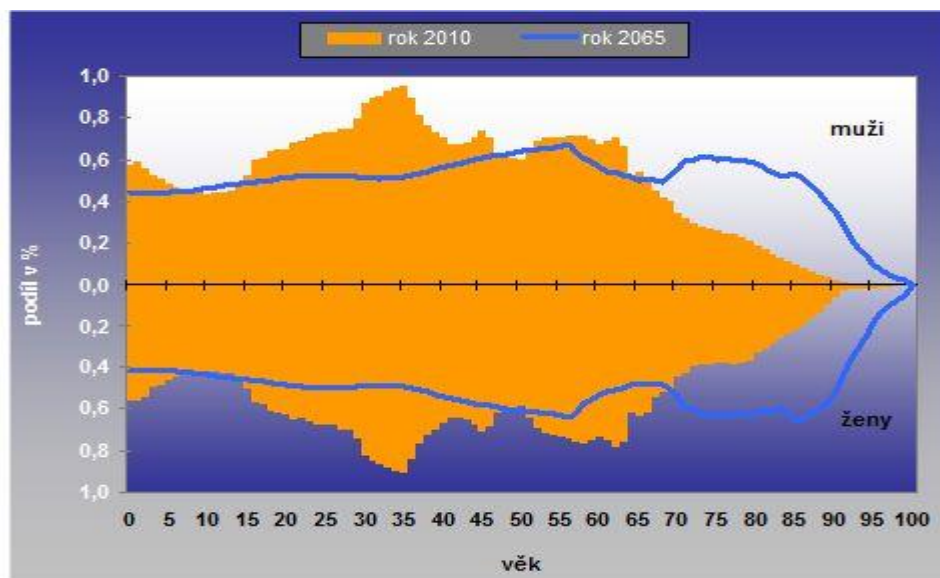
Populace České republiky, stejně jako populace ostatních vyspělých zemí, stárne a podle dlouhodobých prognóz budoucího vývoje věkové struktury obyvatelstva bude počet starších lidí v populaci stále narůstat. K demografickému stárnutí dochází v důsledku změn v charakteru demografické reprodukce, jako je dlouhodobé zlepšení úmrtnostních poměrů a pokles intenzity porodnosti. V České republice nejvíce těchto změn nastalo po roce 1990 změnou životního stylu. Projekce populačního vývoje v České republice předpokládají, že se do roku 2050 celkový počet obyvatel mírně sníží. Ubude dětí mladších 15 let o více než jednu čtvrtinu a počet seniorů nad 65 let se zdvojnásobí, bude tvořit téměř 30 % obyvatel. Vývoj nejvíce zasáhne věkovou skupinu od 80 let, která se zvýší trojnásobně, bude tvořit téměř 10 % populace. V polovině tohoto století bude žít v České republice asi 500 000 lidí starších 85 let. Z nich přibližně 200 000 lidí starších 90 let. Bude se stále zlepšovat zdravotní a funkční stav i nejstarších věkových skupin, ale přibude případů typických chorob pokročilého stáří, jako je například syndrom demence.⁵

Na obrázku č. 1, který znázorňuje reálnou věkovou strukturu obyvatelstva České republiky v roce 2010 ve srovnání s věkovou strukturou prognózovanou Českým statistickým úřadem pro rok 2065, vidíme značnou změnu, která zasáhne celou populaci ČR. Jak už bylo uvedeno,

⁴ PACOVSKÝ V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia medica, 1994. ISBN 80-85526-32-8.

⁵ ČEVELA R., ČELEDOVÁ L., KALVACH Z., HOLČÍK J., KUBŮ P. *Sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

skupina obyvatel ve věku 65 a více let bude narůstat, což způsobí výraznou deformaci věkové pyramidy, jejíž základna se podstatně zúží a vrchol naproti tomu velmi výrazně rozšíří.⁶



Obrázek 1 Věková struktura obyvatelstva ČR v roce 2010 a 2065

Zdroj: Demografie, online, ©2004–2014

Na tabulce č. 1 vidíme nárůst věkové skupiny 85+, ke kterému dochází již nyní, mezi lety 2012 a 2017. Počet seniorů od 85 let se zvýší asi o 40 000, takže jejich počet přesáhne 200 000. O něco pomalejší růst nastane i u seniorů 65–74 let a 75–84 let. Z hlediska pohlaví ve vyšších věkových skupinách převažují ženy. Ve věkové skupině 85+ tvoří ženy dokonce 70%.⁷

⁶ DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ ČR PODLE VÝSLEDKŮ PROJEKCE. Analýza. *Demografie.info* [online]. ©2004-2014 [cit. 2015-05-02]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824

⁷ ČEVELA R., ČELEDOVÁ L., KALVACH Z., HOLČÍK J., KUBŮ P. *Sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

Tabulka 1 Věkové složení obyvatelstva podle věkových skupin, muži a ženy

Věková skupina	2012			2017		
	Počet	Podíl na populaci ČR (v %)	Podíl žen ve věkové skupině (v %)	Počet	Podíl na populaci ČR (v %)	Podíl žen ve věkové skupině (v %)
65–74 let	996 996	9,4	55,6	1 229 841	11,5	54,9
75–84 let	542 467	5,1	62,6	572 354	5,3	61,0
85 + let	160 900	1,5	71,4	201 607	1,9	69,6

Zdroj: Demografie, online, ©2004–2014

2 SOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁŘÍ

2.1 Odchod do důchodu a jeho dopady

Odchod do důchodu bývá často považován za krok vymežující konec středního věku a počátek stáří. Je to důležitý moment v životě každého člověka, který označuje ukončení jedné životní etapy a začátek nového období. Člověk je v přechodové fázi, kdy opustil dosavadní styl života a ještě nemá vypracovaný nový. Někdo se na odchod do důchodu těší, jiný je tím deprimován.

Období důchodového věku je obdobím života, kdy se může volný čas trávit tak, jak si člověk přeje. Může dát prostor novým aktivitám, různým zálibám či rekreačním činnostem. Někteří starší lidé chtějí pokračovat v práci, kterou vykonávali, jiní upřednostní „zasloužený odpočinek“. Volný čas se tedy dá strávit v práci, s rodinou, přáteli či sousedy nebo v denních centrech pro seniory. Odchod do důchodu na jedné straně dává prostor k oddechu, relaxaci, spánku a péči o sebe samé, na druhé straně snižuje počet sociálních kontaktů. Je tedy důležité, aby i lidé v důchodu zůstali v kontaktu s okolním světem a udrželi si emocionální rovnováhu.⁸

Vzhledem ke všem těmto skutečnostem je podstatné, zda a jak se jednotlivci na příchod stáří, a tedy i odchod do důchodu, připraví a jaký postoj zvolí. Každý jedinec vnímá svůj život, a tím i stáří a odchod do důchodu, odlišně. Proto si každý volí jiné strategie. Ideální formou adaptace na stáří je takový postoj, kdy se s tím člověk snadno vyrovná a nadále se těší ze života, je přizpůsobivý a tolerantní. Jinou formou může být postoj člověka vyznačující se pasivitou a spoléháním na druhé, nebo lidé, kteří odchod do důchodu vidí jako nepřízeň osudu a svalují vinu za neúspěchy ve svém životě na ostatní. Takoví lidé bývají mrzutí, podezřívají a nepřijemní. Někteří lidé mohou vinit za své neúspěchy i sebe. Tito lidé se pak nemají rádi, jsou lítostiví, depresivní a cítí se zbyteční. Takoví lidé pak nesou odchod do důchodu těžce.⁹

Odchod do důchodu ovlivňuje všechny složky lidské osobnosti, mění chování, prožívání a uvažování člověka. Dochází i ke změnám vztahu mezi manželi, ke změně jejich rolí. Manželství se stává významnějším sociálním zázemím, je zdrojem bezpečí a jistoty. Může ale

⁸ HROZENSKÁ M., DVOŘÁČKOVÁ D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

⁹ SVOBODOVÁ Kamila. Příprava na stáří a odchod do důchodu. In: *Katedra demografie VŠE* [online]. ©2000-2015 [cit. 2015-05-12] Dostupné z: kdem.vse.cz/resources/relik09/Prispevky_PDF/Svobodova.pdf

nastat i negativní stránka trvalé přítomnosti manželů v domácnosti. Mohou se zvyšovat konflikty, objevovat se problémy, které se dříve nevyskytovaly.

Odchod do důchodu bývá často spojený s poklesem příjmu. V oblasti finančního zabezpečení ve stáří se lidé spoléhají spíše na sebe nežli na stát. Senioři, kteří chtějí pracovat, většinou přechází z plného pracovního úvazku na částečný. Jak ukazují analýzy Kyzlinkové a Kotrusové (2011) a Vidovičové a Peterové-Kafkové (2012), osoby v důchodovém věku, které pracují na částečný úvazek, se po zdravotní stránce cítí lépe než ty, které nepracují, jsou v lepší psychické pohodě a nemají problémy se sociální izolací.¹⁰

2.2 Změna prostředí

Další změnou, kterou často stáří přináší, může být změna bydliště. K tomu může dojít z mnoha důvodů. Je to například kvůli velkému a drahému bytu, pro neschopnost udržovat domácnost, neschopnost postarat se o sebe, pro sníženou pohyblivost či psychické potíže, kvůli řešení bytové situace mladší generace atd. Obvykle prochází senior velkým stresem. Zejména tehdy, není-li změna prostředí dobrovolná. Pokud jim to zdravotní stav dovolí a mají tu možnost, stěhují se většinou starší lidé do menších bytů nebo ke svým rodinám. Na seniory pozitivně působí prostředí, kde mohou být se svojí rodinou. Starší lidé žijící v rodinném prostředí jsou šťastnější, zdravější a déle samostatní. Domácí prostředí má nenahraditelnou úlohu v emocionální, sociální a psychologické podpoře. Ne všichni však mohou bydlet se svými nejbližšími. Někteří najdou své místo v různých pobytových zařízeních. Může to být například dům s pečovatelskou službou, kde na ně dohlížejí pečovatelky nebo domovy pro seniory, kde mají zajištěnu nepřetržitou ošetřovatelskou péči. Dalším zařízením pro seniory mohou být domovy se zvláštním režimem. Tam se poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo osobám s různými typy demence. V domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou poskytovány služby lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc.¹¹

¹⁰ ČEVELA R., ČELEDOVÁ L., KALVACH Z., HOLČÍK J., KUBŮ P. *Sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

¹¹ HROZENSKÁ M., DVOŘÁČKOVÁ D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

3 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY STÁŘÍ

3.1 Kognitivní změny ve stáří

Smyslové vnímání

Přibližně u 90 % lidí po 60. roce věku dochází ke zhoršení zrakové percepce a asi 30 % seniorů má zhoršený sluch. To s sebou přináší pokles jejich výkonu při různých činnostech, jakými jsou například četba či poslech hudby. Dochází také k potížím při komunikaci s druhými lidmi, což může být provázáno podezíravostí, nejistotou nebo úzkostí. Zhoršení sluchového a zrakového vnímání znamená také vyšší riziko úrazů, zejména pokud člověk nepřizpůsobuje činnosti svým aktuálním možnostem. Ke zlepšení zrakové a sluchové percepce jsou výbornými pomocníky brýle a sluchadla.¹²

Paměť

Ve stáří dochází k celkovému útlumu a zpomalení paměťových procesů jako je ukládání a vybavování. Pokles paměťových funkcí je individuální. Závisí na genetických předpokladech, na aktuálním zdraví a na zkušenostech a postoji k duševní činnosti. Proto platí, že snáze upadá aktivita, která není používána.¹³

Paměť se zhoršuje především pro nové události. Zážitky dávno minulé, například z dětství, zůstávají většinou v paměti dobře uchovány a jsou hodnoceny spíše pozitivně. Starý člověk často lpí na tom, čím byl a co měl, ať už jde o majetek, postavení nebo zvyklosti. Většinou jde o jakousi obranu proti pocitu ohrožení ze strany mladších.¹⁴

Intelligence

U seniorů často dochází k poklesu intelligence. Snížení je individuální a závisí na mnoha faktorech, jakými jsou například genetická výbava, dosažený stupeň vzdělání či sociální

¹² LANGMEIER J., KREJČÍŘOVÁ D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

¹³ KELNAROVÁ J., MATĚJKOVÁ E. *Psychologie*. 1. díl pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3270-1.

¹⁴ LANGMEIER J., KREJČÍŘOVÁ D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

podmínky.¹⁵ Změny podmíněné stárnutím nemusejí v době raného stáří postihovat všechny složky inteligence stejně a můžou se projevovat různým způsobem. Může se měnit jejich celková úroveň nebo jejich struktura. U starších lidí se mohou také intelektové schopnosti udržovat nebo dokonce mohou narůstat. Ve stáří lze dosáhnout vrcholného nadhledu a schopnosti komplexního uvažování, které bývá označováno jako moudrost, ale ubývá bystrosti, kreativity a flexibility.¹⁶

3.2 Emoční změny ve stáří

Osobnost starého člověka

Osobnost člověka se i ve stáří stále vyvíjí. Empirické studie ukazují, že čím jsou lidé starší, tím se stávají spíše introvertnějšími. Extroverze zřejmě více klesá u mužů, kteří v mládí byli otevřenější než ženy. Rozdíly mezi muži a ženami se ve vyšším věku spíše vyrovnávají. Původní struktura osobnosti se však u většiny lidí mnoho nemění. Osobnost člověka je výsledek předchozího vývoje i současné adaptace na obtíže vyššího věku. Podle pečlivé studie S. Reichardové z roku 1962 rozlišujeme pět typů, či spíše strategií vyrovnání se s vlastním stářím:

1) Konstruktivní strategie

Člověk, který se konstruktivně vyrovnává s vyšším věkem, je stále aktivní, má radost ze života a z vřelých citových vztahů k blízkým lidem. Je snášenlivý, neschází mu humor, je pružný v myšlení, těší ho práce i rekreace, rozvíjí své zájmy a akceptuje i eventualitu smrti a přijímá ji bez velkého strachu a zoufalství. Takoví lidé měli zpravidla šťastné dětství i dospělost, manželství a rodičovství.

2) Strategie závislosti

Takový lidé mají sklon k pasivitě a závislosti na druhých lidech. Většinou přenechávají odpovědnost a povinnost mladším a uchylují se do svého soukromí. Muži spíše přenechávají rozhodování ženě. Tato strategie je méně příznivá, ale sociálně je přijat

¹⁵ KELNAROVÁ J., MATĚJKOVÁ E. *Psychologie*. 1. díl pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3270-1.

¹⁶ HÁTLOVÁ B. *Psychologie seniorského věku*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2010. ISBN 978-80-74-14-318-2.

3) Strategie obranná

Takováto strategie se projevuje přehnanou aktivitou, která má zahnat všechny starosti a myšlenky na vlastní obtíže či blízkost konce života. Lidé se zpravidla emočně nadměrně kontrolují a jednají podle zvyků a konvencí.

4) Strategie hostilis (nepřátelství a hněvivosti vůči druhým)

Lidé tohoto typu mají tendenci dávat vinu druhým lidem nebo špatným okolnostem za své nezdary. Bývají agresivní, podezřívaví a často si na něco stěžují.

5) Strategie sebenenávisti

Senioři jsou agresivní sami vůči sobě, jsou k sobě nadměrně kritičtí, vidí svůj dosud prožitý život jako selhání. Takoví lidé většinou žili neuspokojivým životem, cítili se často osamělí a neužiteční. Smrt je anticipována jako vysvobození z neuspokojivého života.¹⁷

3.3 Citové vztahy ve stáří

Stejně jako v dětství je člověk také ve stáří více ohrožen sociální izolací či emoční deprivací. V širší rodině často zastává starší člověk důležitou roli, roli prarodiče nebo prababičky a pradědečka. Zejména starší prarodiče se rádi věnují svým vnoučatům. Styl hry prarodičů s dětmi je oproti hře rodičů tolerantnější. Nezastupitelná je i jejich role výuková, kdy nás staří lidé učí mnoha hlubším hodnotám a postojům. Působení prarodičů může být pozitivní i negativní. Četnost kontaktů prarodičů s rodinami jejich dětí se u jednotlivých rodin liší. Kvalitní vzájemné kontakty pozitivně ovlivňují psychologickou adaptaci samotných prarodičů. Pevná pozitivní pouta vytvořená v předchozích vývojových etapách jsou základem pro to, aby stárnoucí děti dokázaly akceptovat snížení sil i duševních schopností svých rodičů a poskytnout jim oporu až do terminálního období jejich života.¹⁸

Vztahy mezi manželi v období stáří většinou sílí a ztráta životního partnera je velmi závažnou životní událostí, s níž se starý člověk těžko vyrovnává. Takoví lidé jsou pak velmi často precitlivělí a více zranitelní. Senioři v období pozdního stáří se mnohem méně zajímají o události okolního světa a soustřeďují se na sebe a své problémy. Většinou reagují úzkostně

¹⁷ LANGMEIER J., KREJČÍŘOVÁ D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

¹⁸ Tamtéž

a převládá u nich smutné ladění i plačtivost. Mohou mít oslabenou vůli a jsou méně důslední. To se projevuje například zhoršenou péčí o sebe a vlastní prostředí. Mimo citových potřeb u některých seniorů přetrvávají i potřeby sexuální. I když ve stáří sexuální touha klesá, nemizí úplně a mnoho lidí žije aktivním sexuálním životem i ve vysokém stáří.¹⁹

¹⁹ HROZENSKÁ M., DVOŘÁČKOVÁ D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

4 ZMĚNY ZDRAVOTNÍHO STAVU

Pro kvalitu života seniorů je rozhodující zdravotní stav a stupeň soběstačnosti. Pojmy stáří a nemoc nelze ztotožňovat. Ve věku 60 let je přibližně 60 % zdravých lidí, v 70 letech je jich asi 40 %, v 80 letech asi 20 % a v 90 letech je zdravých a bez větších potíží asi jen 5 % jedinců.²⁰

Ke zdraví ve stáří patří především stupeň soběstačnosti, věku přiměřená fyzická, psychická a sociální aktivita a také spokojenost se sebou samým. Řada nemocí je chronická a častá je polymorbidita (současný výskyt několika chorob).

Příznaky stáří mohou zůstat dlouhou dobu skryty. Některé se dají objevit až lékařským vyšetřením. Je tedy důležité, aby senioři docházeli na pravidelné prohlídky ke svému lékaři.

4.1 Celkové projevy stárnutí

Stářím se zmenšuje výška těla. Dochází k tomu snižováním meziobratlových plotének. Dále ubývá svalová síla, což je dáno zpomalením přenosu vzruchů nervovým systémem a snížením svalových bílkovin. Svaly postupně atrofují, ztrácejí na pružnosti, mohutnosti a síle. Průměr kostí se zužuje a ty se stávají křehčí, čímž vzniká větší nebezpečí zlomenin.²¹ Kostí starších lidí řídnu a odvápnují se. To se děje více u žen než u mužů, což způsobují hormonální vlivy. Řídnutí kostí páteře je další z příčin snížení tělesné výšky. Také působí na ohýbání hrudní páteře, což má za následek hrbení zad starších lidí. U starších lidí většinou klesá i hmotnost. Příčinou toho je ztížené trávení a využití živin. Pohyby, včetně chůze jsou pomalejší.²²

Na kloubech nastávají změny, a tím je pohyblivost kloubu omezena. Okolo a uvnitř kloubu se šíří kostní výrůstky (osteofyty) a poškozují se chrupavka. Později to bývá příčinou artrózy. Mnoho starších lidí jí trpí, mají ztuhlé a bolestivé klouby.²³

Dalším projevem stárnutí je oslabení oběhového systému. Nejvíce bývají postiženy cévy. Průtok krve všemi orgány se snižuje. To bývá příčinou arteriosklerózy či hypertenze. Klesá

²⁰ WEBER P. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-314-7.

²¹ DESSAINTOVÁ M. P. *Nezačínajte stárnout*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-255-6.

²² TVAROH F. *Všichni stárneme*. 2. vydání. Praha: Avicenum, 1984. ISBN 735-21-08.

²³ DESSAINTOVÁ M. P. *Nezačínajte stárnout*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-255-6.

hrudník a tím se zvyšuje náročnost dýchání. Klesá vitální kapacita plic, což vede k hypoxii – nedostatku kyslíku.²⁴

Změny ve stáří postihují také trávicí systém, kdy se většinou snižuje motilita trávicí trubice a tím vzniká zácpa.

U seniorů bývá zhoršená imunita, takže bývají více náchylní k různým nemocem.

V oblasti vylučovacího systému se zhoršuje funkce močového měchýře. Oslabená svalovina kolem močové trubice je příčinou úniku moči například při zakašlání, kdy dochází ke zvýšení břišního lisu. Nejčastěji bývají postiženy ženy. U mužů může být častější močení, nejvíce v noci, způsobené zbytnělou prostatou.

Zhoršují se adaptační schopnosti organismu a odolnost vůči zátěži, dochází k poruchám termoregulace, je snížena vitalita tkání a bývá zpomalené hojení.²⁵

4.1.1 Vzhled obličeje

Na obličeji nás nejvíce mrzí vrásky. Podkožní vazivo ztrácí elasticitu kůže a ochabuje. Vznikají kožní záhyby pod bradou, na tvářích, u ústních koutků, na čele. Tvoří se váčky pod očima a vějířky kolem vnějších očních koutků.²⁶

4.1.2 Zrak

Změny postihují také zrak. Oči ztrácejí svou pružnost a tím schopnost akomodace. Dostavuje se dalekozrakost, která se koriguje brýlemi. I v případě krátkozrakosti se volí u seniorů brýle. Poměrně častým problémem zraku ve stáří je šedý zákal. Jedná se o zakalení čočky, která se stává neprůhlednou a odráží tím světlo zpět. Léčba je operativní. Závažnějším problémem je zelený zákal. Léčba je medikamentózní či chirurgická.²⁷

²⁴ TVAROH F. *Všichni stárneme*. 2. vydání. Praha: Avicenum, 1984. ISBN 735-21-08.

²⁵ HÁTLOVÁ B. *Psychologie seniorského věku*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2010. ISBN 978-80-74-14-318-2.

²⁶ TVAROH F. *Všichni stárneme*. 2. vydání. Praha: Avicenum, 1984. ISBN 735-21-08.

²⁷ Tamtéž

4.1.3 Sluch

Podobně jako zrak, slábne ve stáří i sluch. Nejprve jsou špatně slyšet vyšší tóny, později i nižší. V pokročilém věku může porucha sluchu dosáhnout vyššího stupně. Sluch můžeme korigovat sluchadly. Zvuky jsou zachyceny mikrofonem, který je převádí na elektrické signály. Ty jsou zesíleny a převedeny na akustické signály, které jsou vysílány do ucha.²⁸

4.1.4 Zuby

Ve stáří se v zubech ukládá více vápníku. Tím trpí výživa zuboviny. Také se v nich ukládá barevný pigment, a proto zuby stárnutím žloutnou. Dochází k prořídnutí čelistních kostí a tím zuby ztrácejí svou oporu a začínou se viklat a následně vypadnou.

Ústa bez zubů jsou menší, vpadlá a brada vystupuje dopředu. Člověk šišlá. Velice vhodné je nošení zubní protézy. Člověk pak vypadá mladší, může dobře kousat, lépe se mu mluví a je více rozumět mluvenému slovu.²⁹

4.1.5 Vlasy

Ke stárnutí patří také šedivění vlasů, což je přirozený proces. Šedivění vlasů je způsobeno buňkami ve vlasových kořínkách, melanocyty, které produkují pigment. Postupem času se činnost melanocytů zpomaluje a produkce pigmentu klesá a někdy se zastaví úplně. Vedle pigmentovaných vlasů se čím dál častěji objevují i nepigmentované, bílé. Jen ve výjimečných případech se původní barva vlasů zachová po celý život.³⁰

Dalším projevem stárnutí může být vypadávání vlasů, což může mít za následek různě velkou pleš. U mužů se to děje častěji než u žen. Je to dáno geny, ale i pohlavním mužským hormonem testosteronem.

²⁸ VOHLÍDKOVÁ M. Poruchy sluchu ve stáří. *Interní medicína.cz* [online]. ©2009 Dostupné na: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/06/09.pdf>

²⁹ TVAROH F. *Všichni stárneme*. 2. vydání. Praha: Avicenum, 1984. ISBN 735-21-08.

³⁰ PROC NÁM ŠEDIVÍ VLASY. *Zdravě.cz* [online]. ©1999-2015. Dostupné z: <http://vlasy.zdrave.cz/proc-nam-sedivi-vlasy/>

4.2 Psychické schopnosti

Některé psychické schopnosti se v průběhu stárnutí mění. Jednou ze změn je pomalejší reakční čas, doba, než člověk zareaguje na nějakou událost. Starší lidé potřebují delší dobu ke splnění úkolů sestávajících z více kroků, a to jak fyzických, tak psychických. Pomalejší reakční čas způsobuje zhoršení řídičských schopností. Může to být například při nutnosti rychle zabrzdit, nečekaně rychle otočit volantem či jiných důležitých rozhodnutí při řízení vozidla. To, že se stárnutím zpomaluje reakční čas, neznamená, že se bude zhoršovat výkon ve všech oblastech týkajících se poznávacích procesů. Pomalejší práci mozku mohou starší lidé kompenzovat moudrostí a zkušenostmi.³¹

Starší lidé častěji dosahují horších výsledků také v oblasti paměti, a to i když nejsou v časovém stresu. Projevuje se to například při zapamatování si detailu z článku v novinách, což starším lidem činí větší potíže než mladým. Pravděpodobně je zhoršení paměti způsobeno pomalejším průběhem procesů v mozku. Nová informace se zpracovává pomaleji, a proto paměťová stopa jedné informace slábne dříve, než je přijata informace další. Mozek pak nedokáže zkombinovat obě informace do jednoho smysluplného celku, což je pro zapamatování detailů rozhodující. Některé výzkumy ukazují, že mnoha těmto projevům stárnutí můžeme předcházet určitým způsobem procvičování mozku.³²

Další změny nastávají v oblasti pozornosti. Například mohou mít senioři potíže rozumět rozhovoru v hlučném prostředí, kdy je pozornost na určitý úkol narušena nepodstatnými okolními vzruchy. Další problém nastává v situaci, kdy mluví několik lidí najednou.³³

4.3 Nejčastější onemocnění v seniorském věku

Zatímco v mládí bývá populace převážně zdravá a pokud přicházejí nemoci, bývají většinou akutní a krátkodobé, se zvyšujícím se věkem nás stále více trápí nejrůznější choroby. Bohužel, na rozdíl od mladšího věku je většina nemocí, které postihují seniory, dlouhodobá nebo dokonce trvalá. Navíc se organismus starších lidí s nemocemi hůře vyrovnává, protože přizpůsobivost organismu je mnohem menší než v mládí. Také se zhoršuje schopnost

³¹ BRAGDON A. D., GAMON D. *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-567-9.

³² Tamtéž

³³ Tamtéž

organismu reagovat dostatečně rychle a účinně na změny zdravotního stavu. Bylo by ale chybou tvrdit, že všechny nemoci ve stáří jsou chronické. Podle statistického průzkumu až dvě třetiny seniorů prodělají akutní zdravotní příhodu. Mohou to být například choroby kardiovaskulární nebo infekce dýchacích či močových cest. Neméně časté v seniorském věku jsou i úrazy. Akutním onemocněním ve stáří mohou být i projevy komplikací již přítomných chronických onemocnění. Příkladem může být vznik vředu na noze u diabetika.³⁴

Mnoho chorob ve vyšším věku může svému nositeli činit potíže při vykonávání běžných denních činností, ale i mimo ně, nebo dokonce vyžaduje pomoc druhých osob. Bývá to například po cévní mozkové příhodě, kdy dochází k porušení pohyblivosti, soběstačnosti nebo třeba při artróze, která zhoršuje chůzi.³⁵

Mezi nejčastější chronická onemocnění vyššího věku patří:

a) Kardiovaskulární onemocnění

Do této skupiny onemocnění patří vysoký krevní tlak, ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda či postižení žil a tepen dolních končetin. Srdečně cévními chorobami trpí asi $\frac{3}{4}$ starších lidí a tato onemocnění jsou i nejčastější příčinou smrti. K jejich vzniku přispívají rizikové faktory jako například zvýšený cholesterol, obezita nebo nízká fyzická aktivita.³⁶

b) Gastrointestinální onemocnění

Stárnutím dochází v zažívacím systému k mnoha změnám. Mohou se objevovat nemoci, jako jsou záněty sliznice žaludku nebo střev, vředy, kaménky ve žlučových cestách a bohužel i nádorová onemocnění. Česká populace je na prvním místě ve výskytu rakoviny tlustého střeva a konečníku. Toto onemocnění se objevuje nejčastěji ve věku nad 50–60 let. Žaludeční a střevní potíže mohou být způsobeny i léky, které pacient užívá, způsobem stravování, charakterem stravy či psychikou.³⁷

³⁴ TOPINKOVÁ E. Nemoci ve stáří. *Ordinace.cz* [online]. Poslední aktualizace 13. 9. 2015, ISSN 1801-8467.

³⁵ Tamtéž

³⁶ Tamtéž

³⁷ Tamtéž

c) Urologické obtíže

Potížemi s udržení moči trpí nejčastěji starší ženy. V České republice trpí únikem moči více než 200 000 osob nad 65 let. Čísla jsou pouze přibližná, protože většina lidí nechce o svém problému hovořit, a to ani s lékařem. Inkontinence je stále tabu. A přitom to není normální příznak stáří. V posledních několika letech se však situace velmi zlepšila. Inkontinence může být způsobena například zhoršenou funkcí svěrače močové trubice, zvýšenou dráždivostí močového měchýře nebo onemocněním mozku a nervového systému. U mužů se naopak spíše setkáváme s nechtěným zadržováním moči. Nejčastější příčinou může být zvětšená prostata.³⁸

d) Pohybové obtíže

Stárnutím lidského organismu dochází k úbytku kostní tkáně a ochabnutí svalů. Dochází k tomu pomalu, proto si na takové změny postupně zvykáme a přizpůsobujeme tomu svůj životní styl. Snižují se fyzické schopnosti, výkon a svalová síla. Pohyby jsou pomalejší a zhoršuje se schopnost rychle reagovat. Klouby jsou méně ohebné a pružné a mohou být postiženy artrózou. Převážně u žen ve vyšším věku dochází k úbytku kostní hmoty a kosti se stávají křehčími a zranitelnějšími i při malých úrazech.³⁹

4.4 Farmakoterapie

S přibývajícím věkem se četnost onemocnění zvyšuje, a proto jsou častěji používána léčiva. Pro nemocné seniory je typická polymorbidita (výskyt více nemocí najednou) a tím i užívání více léků najednou. Reakce v organismu na léčiva v seniorském věku jsou jiné než u mladých lidí. Mohou být ovlivněny funkce, které se podílejí na interakci léčiva s organismem. Důležitým požadavkem farmakoterapie ve stáří je používání pouze takových látek, jejichž účinky jsou předepisujícímu lékaři dobře známy.⁴⁰ Problémem ve vyšším věku bývají nežádoucí účinky léků. Může to nastat z důvodu farmakokinetiky a farmakodynamiky nebo z důvodu snížené adaptace organismu, polymorbidity, polyfarmakoterapie a jiných. Nejdůležitějším principem farmakoterapie u seniorů je jednoduchost. To znamená, že je

³⁸ TOPINKOVÁ E. Nemoci ve stáří. *Ordinace.cz* [online]. Poslední aktualizace 13. 9. 2015, ISSN 1801-8467.

³⁹ Tamtéž

⁴⁰ MÜHLPACHR P. *Gerontopedagogika*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

potřebné užívat léky v co nejmenším množství, v co nejnižších dávkách a v co nejkratším čase.⁴¹

4.4.1 Naděje na dožití

Průměrný věk obyvatel ČR se za několik posledních desetiletí stále prodlužuje. U mužů se zvýšil o 7,5 a u žen o 5,5 roku. Prodlužování života je ovlivněno především nízkou novorozeneckou úmrtností, klesající úmrtností na kardiovaskulární nemoci, nádory a úrazy. I přesto je ČR v ukazatelích úmrtnosti výrazně horší než v jiných vyspělých státech Evropy.⁴²

4.4.2 Předčasná úmrtí

Předčasné úmrtí je úmrtí před 75. rokem života. V roce 2012 předčasně zemřelo 43 % obyvatel ČR. Většinou to bylo v důsledku chronických onemocnění (kardiovaskulární, zhoubné nádory aj.).⁴³

4.4.3 Doba prožitá ve zdraví

Doba prožitá ve zdraví je délka života ve zdraví, bez nemoci a zdravotních omezení. V ČR byl v roce 2010 průměrný počet let prožitých ve zdraví přibližně 62 let. Od roku 1962 se toto číslo nezvýšilo a prodlužování naděje na dožití tak spočívá ve zvýšení let prožitých v nemoci. V některých státech je situace o něco lepší. Například ve Švédsku se za stejně dlouhou dobu prodloužila doba prožitá ve zdraví o devět let a lidé tak prožijí ve zdraví přibližně 71 let, což je o devět let více než v ČR.⁴⁴

⁴¹ HROZENSKÁ M., DVOŘÁČKOVÁ D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

⁴² MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky (2014), příloha*

⁴³ Tamtéž

⁴⁴ Tamtéž

5 ZMĚNA ŽIVOTNÍHO STYLU PLYNOUCÍ Z PŘEDCHOZÍCH ZMĚN

Lidé se odedávna snažili ovlivňovat svůj osud, zachovat si zdraví a v případě nemoci si ulevit. Při léčbě nemoci si kladli otázku, co nemoc způsobilo, zda by se jí nedalo předejít a tím i často prodloužit život.⁴⁵

Nemoc patří do oboru medicíny, zatímco zdraví je obor humánní a týká se všech lidí, jednotlivců, rodin a celé společnosti.

Nejčastěji je zdraví ovlivňováno čtyřmi základními determinanty, a to životním prostředím, životním stylem, zdravotní péčí a genetickým základem. Ukazuje se, že největší vliv na zdraví (až okolo 70 %) má životní prostředí a životní styl.⁴⁶

Determinanty zdravotního stavu obyvatel v sobě zahrnují jak zdraví, tak i nemoc. Záleží však na typu onemocnění. Například nevhodný životní styl včetně kouření zhoršuje zdraví a může vyústit ve vážné onemocnění, jakým je například karcinom plic.

K nejčastějším rizikovým faktorům patří především kouření, nadměrná či nevhodně složená a upravená strava vedoucí k obezitě, snížená pohybová aktivita, psychická zátěž a stres, větší množství alkoholu a léků apod. Lidem můžeme doporučit, jak by měli zdravěji žít a tím předcházet ohrožení zdraví a následným nemocem. V zahraničí některé zdravotní pojišťovny neproplácejí pacientům léčbu té nemoci, která prokazatelně souvisí s nezdravým životním stylem. Každý by měl brát v úvahu význam ochrany a podpory zdraví – zákazy kouření na veřejných místech, rozvoj pohybových aktivit, zvýšení zdravotní gramotnosti apod.⁴⁷

Člověk by měl dělat vše pro to, aby mu bylo dobře. Podle empirických studií se zjistilo, že dobře je člověku, který má pro co žít a která má hodnotné a smysluplné cíle. Měly by to být cíle svobodně zvolené, spirituální (přesahující běžné potřeby), reálné a splnitelné, zaměřené na přátelské vztahy, spolupráci s druhými lidmi a na pomoc dalším lidem.⁴⁸

⁴⁵ ČEVELA R., ČELEDOVÁ L., KALVACH Z., HOLČÍK J., KUBŮ P. *Sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

⁴⁶ Tamtéž

⁴⁷ Tamtéž

⁴⁸ KŘIVOHLAVÝ J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.

Citáty k zamyšlení

„Spokojené může být pouze aktivní stáří.“

Květoslav Šipr (1997, s. 63)

„K úplnému štěstí patří služba bližním.“

Lord Baden-Powell

„Kdo nežije pro někoho, nežije ani pro sebe.“

Seneca

„I člověk nesoběstačný může být druhým prospěšný, jestliže poskytovanou pomoc dovede správně přijímat.“

Květoslav Šipr (1997, s. 67)

„Humor je sůl života. Kdo je jím dobře prosolen, vydrží déle čerstvý.“

Karel Čapek⁴⁹

Člověk ve třetí fázi života by se měl řídit několika doporučeními. Mottem, podle profesora Jara Křivohlavého, je: „Žít, znamená hýbat se – tělesně i myšlenkově.“⁵⁰

5.1 Fyzické změny životního stylu

Nebezpečné pro seniora je, pokud se z nějakého důvodu, nemůže pohybovat. Je tak ohrožen rychlým úbytkem svalové a kostní hmoty, dochází ke zpomalení krevního oběhu, což přináší mimo jiné riziko trombózy a embolie. Dále je zhoršena motilita zaživačích ústrojí a tím vzniká zácpa. Může také docházet k retenci moči a spoustě dalších nežádoucím následkům.⁵¹ Ve stáří je velice důležitá kromě sekundární prevence nemocí přenesených ze středního věku

⁴⁹ KŘIVOHLAVÝ J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.

⁵⁰ Tamtéž

⁵¹ HOLMEROVÁ I., JURAŠKOVÁ B., ZIKMUNDOVÁ K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerská společnost za podpory EU. Program PHARE – Rozvoj občanské společnosti a Ministerstva zdravotnictví ČR, 2013. ISBN 80-86541-12-6.

také prevence a ovlivnění současného funkčního stavu, který souvisí s geriatrickou křehkostí. Jedná se tedy o prevenci malnutrice, sarkopenie, osteopenie, hypomobility apod.

Proto je velice důležité zachování kondiční a rekondiční pohybové aktivity, především dostatečně dlouhé a intenzivní chůze. Přírozenou prací a/nebo odporovým cvičením si senior udržuje svalovou hmotu a sílu.⁵²

Důležitým prvkem je tedy bezpodmínečně pohyb. Pravidelné cvičení, každodenní procházky či jízda na kole mají pozitivní vliv na stárnoucí organismus. Velice vhodná je péče o vlastní tělo, ať už se jedná o masáže či rehabilitace. Takovou příjemnou celkovou péči nabízejí například lázeňské pobyty. Senior by neměl nosit těžké věci a neměl by se pohybovat ve výškách. Chodit by měl velice opatrně. Při chůzi po schodech je dobré přidržovat se madla. Opatrný musí být i při vstávání z postele. Seniorům lze doporučit vykonávání některých ručních činností. Trénují tím jemnou motoriku. Senior by měl pracovat tak, jak momentálně může, a ne tak jak pracoval před lety. Neměl by se nadměrně namáhat.⁵³

Důležitá je bezpochyby i vhodná strava s dostatkem vitamínů, minerálů, vlákniny, bílkovin a dostatečný přísun tekutin. Co nejmenší užívání alkoholu a léků může omezit výskyt některých nemocí a zlepšit kvalitu života. I když starší lidé obecně konzumují méně alkoholu než mladší generace, změny v metabolismu způsobují, že jsou více náchylní k nemocem způsobeným alkoholem. Nejdůležitějším rizikovým faktorem a hlavní příčinou předčasných úmrtí je kouření. To má velký vliv na fyziologické tělesné funkce seniorů, které jsou nezbytné pro aktivní stárnutí. Jeho účinky jsou kumulativní a dlouhodobé.⁵⁴ Z toho tedy vyplývá, že přestat kouřit se vyplatí v každém věku.

5.2 Psychické změny životního stylu

Aby byl senior v dobré psychické kondici, je vhodné zachování aktivního režimu dne a duševních a sociálních aktivit. To znamená kognitivní trénink jako je paměť, myšlení,

⁵² ČEVELA R., ČELEDOVÁ L., KALVACH Z., HOLČÍK J., KUBŮ P. *Sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

⁵³ KŘIVOHLAVÝ J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.

⁵⁴ ČEVELOVÁ M. *Aktivní životní styl seniorů a jeho determinanty*. Zlín, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd.

orientace a soustředění. Například myšlení může trénovat luštěním různých křížovek a kvízů. Může například také navštěvovat kurzy trénování paměti.⁵⁵

Nepříznivý vliv na zdraví má dlouhodobá úzkost, pocity méněcennosti či sociální izolace. K nejsilnějším stresům patří ztráta někoho blízkého. Pozitivně naladění lidé se dokáží po nějaké době lépe s takovým stresem vyrovnat. Dobrým východiskem při řešení stresových situací by mohl být pozitivní přístup k životu, dostatečná sebedůvěra, rozumný nadhled, snaha o racionální zhodnocení konkrétní situace a hledání řešení stávajících nesnází.⁵⁶

Sociální determinanty zdraví nám připomínají, že by se měl každý starat o své zdraví. Každý však má určitou zodpovědnost nejen za sebe, ale v určité míře také za své blízké a celou společnost. Pokud by se jedinec ve snaze žít zdravě oddělil od svého okolí, pak by už taková izolace byla sama o sobě rizikovým faktorem. Sociální izolace u starších lidí může být způsobena například omezenou pohyblivostí či únavou. Taková izolace může vyvolat klesající schopnost komunikace, zhoršující péči o sebe a své okolí. Pro zdraví lidí je proto potřeba být v kontaktu s ostatními lidmi. Přátelství a dobré sociální vztahy přispívají k řešení citových a materiálních problémů. Sociální opora pomáhá čelit pesimismu, vyvolává pocit bezpečí, posiluje naději a odstraňuje pocit samoty a bezmoci. Cennou zárukou sociální opory jsou dobré vztahy v rodině.⁵⁷ Sociální deprivace je spojená s kouřením a s větším množstvím užívání alkoholu. Takové jednání není jen výsledkem rozhodnutí jedince, ale je důsledkem sociálních potíží a zpětně zhoršuje sociální a zdravotní situaci.⁵⁸

Aby se člověku podařilo změnit životní styl, musí vědět, proč a jak. Nemůže pouze přestat kouřit, ale musí nějak zaplnit vzniklou mezeru. Měl by tedy v době, kdy kouřil, dělat něco jiného. Nahradit vzniklou mezeru může například sportem, aktivními koníčky či zájmem o druhé.⁵⁹

⁵⁵ KŘIVOHLAVÝ J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.

⁵⁶ ČEVELA R., ČELEDOVÁ L., KALVACH Z., HOLČÍK J., KUBŮ P. *Sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

⁵⁷ Tamtéž

⁵⁸ Tamtéž

⁵⁹ KRÁLÍKOVÁ E., KOZÁK J. T., *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf, s. r. o., 2003. ISBN 80-85912-68-6.

5.3 Sociální změny životního stylu

V tomto směru je nejdůležitější nezůstat sám. Nesmírně důležité je vážit si svého životního partnera a dělat vše pro to, aby oba byli šťastni. Každý senior by měl zůstat v kontaktu se svými přáteli a známými. Měl by se dál seznamovat s druhými lidmi. Dalším velice důležitým doporučením je udržovat dobré vztahy v rodině a podílet se na péči o vnoučata. Pozitivní vlastností seniora je bezpochyby smysl pro humor, se kterým je pohled na svět hezčí a veselejší.⁶⁰

Na třetí fázi života by si měl senior včas zajistit a připravit vhodné bydlení a měl by být dostatečně zajištěn finančně. Může si vytvořit přehled o specializovaných lékařích, které by mohl potřebovat. Prospěšné určitě také bude, nastuduje-li si v literatuře, co by měli a neměli starší lidé jíst a pít, co by měli a neměli dělat, čemu se vyhýbat atd.⁶¹

Dále by všichni senioři měli pravidelně navštěvovat praktického lékaře, který jim provede preventivní prohlídku. Tam patří mimo jiné i měření krevního tlaku a odběr krve na vyšetření krevního obrazu a biochemické vyšetření včetně cukru a cholesterolu. Velice důležité je podrobovat se onkologickým screeningům, aby se předešlo nebo včas odhalilo onkologické onemocnění. U žen je nezbytné pravidelné gynekologické, a u mužů urologické vyšetření.

Oč tedy v životě i při stárnutí jde?

Jde o to, mít život rád, i když je to život tím či oním způsobem poněkud jiný. A využívat možnosti, které jsou nám v něm vzdor všemu dány. Využívat je k tomu, aby byl náš život kvalitní, hodnotný a smysluplný – takový, který stojí za to žít.⁶²

⁶⁰ KŘIVOHLAVÝ J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.

⁶¹ Tamtéž

⁶² Tamtéž

6 KOUŘENÍ JAKO BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ PROBLÉM

6.1 Historie tabáku a kouření

Kouření tabákových listů jako první zavedli američtí indiáni z kmene Huronů, kteří je kouřili při náboženských obřadech. Listy tabáku byly u nich také používány k léčebným účelům, a to ve formě obkladů, či jako pasty aplikované na kůži k léčbě vředů.

První Evropan, který se s tabákem setkal, byl námořník Kolumbovy výpravy v roce 1492. Později evropští obyvatelé tabák kouřili v dýmce, jako doutník nebo ho pili jako odvar či šňupali tabákový prach. Začal se rozšiřovat po Evropě, do Asie, Afriky a Austrálie. Do českých zemí se dostal až koncem 16. století za vlády Rudolfa II. Tabák byl považován za léčivou rostlinu. Postupem času bylo poukazováno na to, že tabák nemá léčivé účinky a že naopak lidem škodí. V některých zemích byl tabák dokonce zakázán.

Později se tabáku začalo oddávat stále více lidí a národů a jeho spotřeba stoupla. Stal se z něho pro soukromníky a vládu snadný zdroj příjmu. Vlády některých zemí začaly uvalovat na tabák daně. Velký rozvoj tabákového průmyslu nastal ve Spojených státech amerických po zavedení strojové výroby cigaret ve 2. polovině 19. století. Stroj umožnil výrobu 120 000 cigaret denně. Dříve toto množství vyrobilo 40 pracovníků. Spotřeba cigaret stoupala a obchod se rychle rozšiřoval. V roce 1890 vznikla společnost American Tobacco Company, a tím byl položen základ k jednomu z největších průmyslových odvětví na světě.⁶³

6.2 Druhy tabáku

Tabák (*Nicotiana*) je jednoletá rostlina z čeledi lilkovitých. Vysoká je asi 1,5 metru, listy má vejčité, pětičetné květy a plody tvaru tobolky. V současné době je asi 65 druhů tabáku a rostou po celém světě. Nejvíce se jich pěstuje v subtropické Americe, v Austrálii

⁶³ KOZÁK J. T. a kol. *Rizikový faktor kouření*. 1. vydání. Praha: KPK, 1993. ISBN 80-85267-42-X.

a Tichomoří. Pro kouření se nejčastěji využívají dva druhy: tabák viržinský (*Nicotiana tabacum*) a tabák selský (*Nicotiana rustica*).⁶⁴

6.3 Cigaretový tabák a cigareta

Cigaretový tabák je směs až třiceti druhů tabáku. Výsledný mix dává různým značkám cigaret různou chuť.⁶⁵ Jsou k němu přidány zvlhčovací látky k udržení přiměřené a vhodné vlhkosti. Dále se přidávají látky, které udržují tabákovou směs při sobě. Zvlhčovačla navíc přispívají k udržení vůně tabáku.⁶⁶ Najemno nařezaná tabáková směs je zabalena do cigaretového papírku, který obsahuje nejvíce chemických látek z celé cigarety. Přidává se tam například uhličitán vápenatý a dusičnan draselný, které zlepšují hoření, uhličitán hořečnatý, který zlepšuje barvu popela a oxid titaničitý, který vyběluje popel. Cigaretový papír se vyrábí z lněného, konopného či celulózového materiálu. Mimoto, že drží tvar cigarety, reguluje rychlost jejího hoření.⁶⁷ V současné době je většina cigaret opatřena filtrem, který se vyrábí z acetátu celulózy. Známe několik druhů filtrů. Určité druhy zachycují některé složky kouře, a jiné například dodávají cigaretě mentolovou příchut'.⁶⁸

Tabákový kouř obsahuje více než 4 000 chemických látek, z nichž minimálně 40 je prokazatelně karcinogenních. Mezi nejdůležitější patří nikotin, oxid uhelnatý, oxidy dusíku a fenoly.⁶⁹

Oficiální definice cigarety podle vyhlášky Ministerstva zemědělství ČR č. 344/2003 Sb.

Vyhláška Ministerstva zemědělství ČR č. 344/2003 Sb. definuje cigaretu jako tabákový smotek, který lze kouřit jako takový a není doutníkem, který se jednoduchou neprůmyslovou

⁶⁴ DRUHY TABÁKU. *Pěstování tabáku.szm.com* [online]. ©2006-2013 [cit. 2015-04-30]. Dostupné z: www.pestovanitabaku.szm.com/druhy.html

⁶⁵ Cigareta. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, stránka naposledy editována 13. 4. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: cs.wikipedia.org/wiki/Cigareta

⁶⁶ KOZÁK J. T. a kolektiv. *Rizikový faktor kouření*. 1. vydání. KPK Praha 1993. ISBN 80-85267-42-X.

⁶⁷ Cigareta. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, stránka naposledy editována 13. 4. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: cs.wikipedia.org/wiki/Cigareta

⁶⁸ KOZÁK J. T. a kolektiv. *Rizikový faktor kouření*. 1. vydání. Praha: KPK, 1993. ISBN 80-85267-42-X.

⁶⁹ NIEDERLE P. *Kouření a onemocnění srdce*. 1. vydání. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-061-0.

manipulací vloží do dutinky z cigaretového papíru nebo se jednoduchou neprůmyslovou manipulací zabalí do cigaretového papíru.⁷⁰

Definice kuřáctví

Pravidelný (denní) kuřák: v době šetření kouří nejméně jednu cigaretu denně

Příležitostný kuřák: v době šetření kouří méně než jednu cigaretu denně

Bývalý kuřák: dříve kouřil (vykouřil během života více než 100 cigaret), v době šetření nekouří

Nekuřák: nikdy nevykouřil 100 a více cigaret.⁷¹

6.4 Závislost na tabáku

Závislost na tabáku je chronické, recidivující onemocnění, které zkracuje život přibližně poloviny kuřáků v České republice průměrně o 15 let. V České republice, ale i celé Evropě kouření způsobuje každé páté úmrtí. Nejčastější příčinou úmrtí jsou kardiovaskulární nemoci, dále pak onkologická onemocnění a přes 80 % chronických plicních nemocí. Nemoci způsobené kouřením se ale objevují ve všech klinických oborech. Každý rok v ČR zemře na následky kouření přibližně 18 000 lidí, tj. asi 50 lidí denně. V ČR kouří asi 2 miliony lidí, což je přibližně 26 % dospělé populace. Zhruba 70 % lidí by raději nekouřilo, kdyby si mohlo vybrat.

Světová zdravotnická organizace definovala závislost na tabáku v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN – 10), kde je uvedena pod kódem (diagnózou) F 17.

Diagnóza F 17 je samostatným stavem v Mezinárodní klasifikaci nemocí WHO (MKN – 10) a v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické společnosti (DSM-IV).⁷²

⁷⁰ Cigareta. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, stránka naposledy editována 13. 4. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: cs.wikipedia.org/wiki/Cigaret

⁷¹ Česká kardiologická společnost Medica Healthworld a. s., *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. Brno, 2006. ISBN 80-239-7362-2.

⁷² Tamtéž

6.5 Závislost na nikotinu

Závislost na nikotinu vzniká u naprosté většiny kuřáků. Přibližně polovina z nich je podmíněna geneticky.⁷³ Závislost na nikotinu je dána několika faktory. Jsou to: typ vykouřené cigarety (každý druh cigaret má jiné hodnoty chemických látek), počet vykouřených cigaret, množství vykouřeného tabáku (zda byla cigareta vykouřena až do konce, neboť právě posledními tahy dokuřované cigarety se do těla dostane více nikotinu a jiných chemických látek), počet tahů z cigarety, hloubka inhalace, doba inhalace (doba zadržení kouře v plicích). Nikotin se vstřebává sliznicí, kůží, ale nejlépe v plicních alveolech.⁷⁴

Abstinenční příznaky se objevují již po několika hodinách abstinence, proto kuřák závislý na nikotinu vykouří každý den většinou přes 10 cigaret. První cigaretu si často zapalují již do hodiny po probuzení.⁷⁵

Závislost na nikotinu je dvojí: psychická a fyzická.

6.5.1 Psychická závislost

Nejzásadnějším problémem kuřáka je psychická závislost na cigaretách. Většina lidí považuje kouření za jakýsi rituál, při kterém dochází k uvolnění a relaxaci. Tyto rituály se neustále opakují při různých situacích, jako je kouření u kávy, při pití alkoholu, po jídle, při čekání a podobně, až se nakonec stanou v životě jedince nepostradatelnými. Pokud chce psychicky závislý člověk přestat kouřit, musí se na to důkladně předem připravit a změnit denní stereotyp náhradními činnostmi.⁷⁶

Psychická závislost se projevuje potřebou mít v ruce cigaretu a manipulovat s ní. Jedná se tedy o závislost na cigaretě jako na předmětu a nikoliv na obsažených látkách. Pokud by tedy psychicky závislý člověk přestal kouřit, neměl by mít abstinenci příznaky. Pokud je má, jedná se pravděpodobně o fyzickou závislost.⁷⁷

⁷³ Česká kardiologická společnost Medica Healthworld, *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. Brno, 2006. ISBN 80-239-7362-2.

⁷⁴ KOZÁK J. T. a kolektiv. *Rizikový faktor kouření*. 1. vydání. Praha: KPK, 1993. ISBN 80-85267-42-X.

⁷⁵ Česká kardiologická společnost Medica Healthworld, *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. Brno 2006. ISBN 80-239-7362-2

⁷⁶ ZÁVISLOST NA NIKOTINU A KOUŘENÍ. *Kuřáková plíce.cz* [online]. ©2003-2015 [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/odvykani/priznaky-zavislosti-na-nikotinu-tabaku/108-zavislost-na-nikotinu-a-koureni-informace-princip-vzniku-zavislosti.html

⁷⁷ ZÁVISLOST NA CIGARETÁCH. *E-cigareta-Marion.cz* [online]. ©2008-2014 [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: www.ecigareta-marion.cz/marion/3-Vse-o-e-koureni/48-Fyzicka-a-psychicka-zavislost

6.5.2 Fyzická závislost

Tuto závislost způsobuje právě nikotin, který je vysoce návykový. Nikotin se z plic dostává do krve a poté do mozku. Tam se naváže na nikotinové receptory a vyplaví se dopamin, což vyvolá u jedince příjemné pocity. Proto popisují kuřáci kouření jako požitek, cigareta jim „chutná“. Pravidelným užíváním dochází v mozku ke zmnožení nikotinových receptorů, tělo bere nikotin jako součást své látkové výměny, což vede k závislosti na nikotinu. Tělo začne nikotin „potřebovat“. Nakonec člověk nekouří proto, aby se cítil dobře, ale proto, aby se necítil špatně. Pokud si kuřák nezapálí cigaretu, dojde ke stimulaci receptorů a následným abstinčním příznakům.⁷⁸

6.5.3 Abstinční tabákový syndrom podle DSM-IV

1. Craving – lačnění, bažení, touha po cigaretě (uvedeno pouze v předchozí verzi DSM-III)
2. Špatná nálada/deprese
3. Podrážděnost/zlost
4. Úzkost
5. Poruchy spánku
6. Neschopnost soustředění
7. Neschopnost odpočívat
8. Zvýšená chuť k jídlu.⁷⁹

V květnu 2013 Americká psychiatrická asociace na výročním zasedání schválila páté vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM – V). Protože se jeho používání v ČR zatím nerozšířilo, použila jsem v mé práci předešlou verzi (DSM – IV).⁸⁰

⁷⁸ ZÁVISLOST NA NIKOTINU A KOUŘENÍ. *Kuřákova plíce.cz* [online]. ©2003-2015 [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/odvykani/priznaky-zavislosti-na-nikotinu-tabaku/108-zavislost-na-nikotinu-a-koureni-informace-princip-vzniku-zavislosti.html

⁷⁹ Česká kardiologická společnost Medica Healthworld, *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. Brno 2006, s. 6. ISBN 80-239-7362-2.

⁸⁰ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. USING DSM-5 IN THE TRANSITION TO ICD-10. DSM5.ORG [ONLINE]. ©2014 [CIT. 2015-04-25]. DOSTUPNÉ Z: [HTTP://WWW.DSM5.ORG/PAGES/DEFAULT.ASPX](http://www.dsm5.org/PAGES/DEFAULT.ASPX)

6.6 Jak kouření škodí zdraví

Kouření způsobuje mnoho závažných až smrtelných nemocí. Poškozuje celé dýchací ústrojí chemickými látkami z tabákového kouře, což může způsobit malignity v dutině ústní, hltanu, jícnu, plic a jiných orgánech, a také nebezpečnou chronickou obstrukční plicní nemoc. I malignity jiných orgánů mohou být ovlivněny kouřením. Zmíním například karcinom močového měchýře či pankreatu. Dále kouření způsobuje nemoci kardiovaskulární, to jsou například infarkt myokardu, ischemická choroba dolních končetin, cévní mozková příhoda a podobně.⁸¹

6.7 Kladné účinky kouření

I když si někteří myslí, že kouření nemá pozitivní účinky, opak je pravdou. Oproti negativním jich je zcela minimálně, a platí to pouze pro kuřáky. Jsou to vlivy psychosociální, jako je zařazení se do určité společnosti, kde se kouří a kde nám je dobře, vykonávání rituálu nabízení a zapalování cigarety či snazší navázání kontaktu.

Dalším kladným účinkem je zrychlení střevní peristaltiky působením nikotinu a tím předcházení zácpě, která patří k abstinčním příznakům. Nikotin také podporuje sekreci endorfinů, nazývaných též hormony štěstí. Tělo je pak vnímá jako příjemný pocit. Někdy může nikotin zvyšovat práh bolesti.⁸²

6.8 Pasivní kouření

Pasivní kouření je vdechování tabákového kouře tím, kdo sám nekouří. Na zdraví má stejný vliv jako aktivní kouření, jen v menší dávce. Na následky pasivního kouření zemře v ČR asi 3 000 lidí ročně. Nebezpečnými místy jsou restaurace, bary nebo dokonce vlastní domov. Takže i aktivního nekuřáka mohou postihnout, v důsledku pasivního kuřáctví, některé zdravotní komplikace od podráždění očních spojivek, škrábání v krku či nevolnosti po cévní, plicní a nádorová onemocnění. Vdechovaný kouř při pasivním kouření pochází ze zapálené cigarety a z kouře vydechnutého kuřákem.⁸³

⁸¹ KOZÁK J. T. a kolektiv. *Rizikový faktor kouření*. 1. vydání. Praha: KPK, 1993. ISBN 80-85267-42-X.

⁸² KRÁLÍKOVÁ E., KOZÁK J. T. *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf, 2003. ISBN 80-85912-68-6.

⁸³ Tamtéž

Bylo prokázáno, že i krátkodobý pobyt v zakouřeném prostředí působí změny v průtoku krve koronárními cévami, což má vliv na vznik ischemické choroby srdeční, která se může projevit jako angina pectoris, infarkt myokardu nebo náhlé úmrtí.⁸⁴

6.9 Jak přestat kouřit

Motto:

Návyk nelze jen tak vyhodit oknem. Musíte ho laskavě svést ze schodů, doprovodit ho ke vchodu a vypoklonkovat ze dveří.

MARK TWAIN

Většina lidí, která přestane kouřit, přestane sama. Nejdůležitější je rozhodnout se. Každá závislost se projevuje určitým chováním, určitým životním stylem. Nestačí pouze odmítat a nebrat drogu. Nutná je i celková změna životního stylu. Kouření je vhodné nahradit nějakou činností, na kterou dřív nezbyval čas či energie. Vhodnými činnostmi jsou například sport, aktivní koníčky či zájem o druhé. Lidé si uvědomí, že mají více peněz, času, nejsou cítit kouřem, jsou méně unaveni atd.

Velice důležité je předem si stanovit den D, od kterého si člověk už nikdy nevezme cigaretu do úst. Den předem je dobré zbavit se zbylých cigaret, popelníků a zapalovačů. Dobré také je, když se své rozhodnutí rozhlásí po okolí. Lidé pak mají pocit závazku. Kromě psychosociálních vazeb je většina kuřáků závislá také fyzicky. To znamená závislá na nikotinu. To se projevuje abstinencií příznaky, které se dají vyřešit zapálením si cigarety. Proto většina kuřáků nedovede přestat kouřit. Někteří lidé si musejí pomoci náhradní léčbou nikotinem. Nedostatek nikotinu se pak do těla musí dostat jiným způsobem než kouřením cigarety. Pomocníky mohou být nikotinové náplasti, žvýkačky, sublingvální tablety či inhalátory. Všechny tyto náhražky jsou volně prodejné v lékárnách a každý si je plně hradí. U silných kuřáků se doporučuje kombinace náplastí s některou z ostatních forem. Všichni musí vědět, že to nejsou léky proti kouření, takže od nich nelze očekávat, že vyléčí bez přispění jedince. Při užívání těchto nikotinových pomocníků se abstinencií příznaky buď

⁸⁴ LANGROVÁ K. *Zdravotní důsledky expozice pasivnímu kouření*. Souhrn publikace Smoking and tobacco control. Monograph 10 – Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. National Cancer Institute. Vydání neuvedeno. Kostelec nad Černými lesy. Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN neuvedeno

neobjeví, nebo jen v malé míře. Člověk se pak může v klidu učit žít bez cigarety, aniž by se necítil dobře. Mozek si postupně navyká na menší a menší dávky nikotinu. Přibližně po třech měsících nekouření si člověk navykne na nový způsob života bez cigaret. Poznává, že život bez cigarety přináší větší uspokojení než s ní, získá větší sebevědomí, je schopen nepodléhat, zvítězil sám nad sebou. Pokud člověk dojde až do tohoto stadia, musí si uvědomit, že už nikdy za žádných okolností nesmí vzít zapálenou cigaretu do úst a kouř inhalovat. Je zde velké riziko, že se stane opět kuřákem.⁸⁵

Každý lékař by měl svého klienta-kuřáka poučit o škodlivosti kouření a jasně doporučit přestat kouřit. Pokud klient nechce přestat s kouřením, měl by se lékař snažit ho různě motivovat. Například vysvětlit souvislost mezi kouřením a jeho diagnózou, prognózou, obtížemi atd. Pokud klient chce přestat kouřit, může mu lékař doporučit některou z možností farmakoterapie (náhradní léčba nikotinem).

Dalším „pomocníkem“ při odvykání kouření může být Bupropion SR 150 mg. Dříve se tento lék používal jako antidepresivum. I přesto, že přesný mechanismus účinku není znám, bývá indikován pro léčbu závislosti na tabáku u pacientů bez deprese. S léčbou se začíná již jeden až dva týdny před dnem D a trvá minimálně osm týdnů, raději 12 a více týdnů. Je vázán pouze na lékařský předpis.

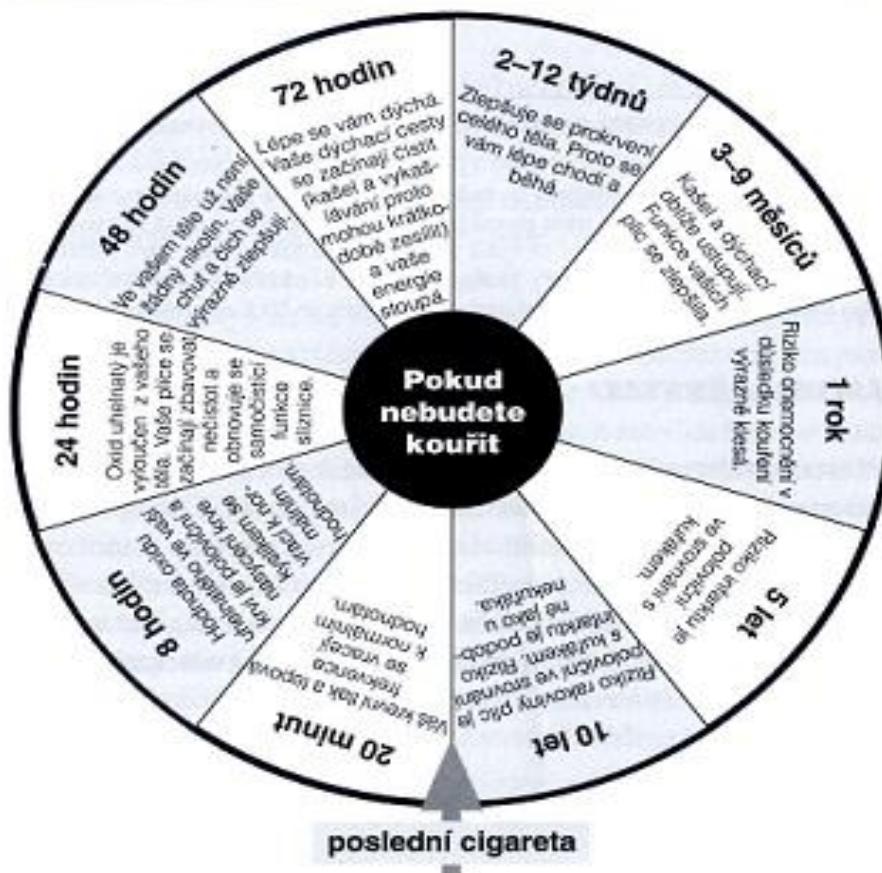
Každý kuřák závislý na nikotinu, který se rozhodne přestat kouřit, může navštívit poradnu pro odvykání kouření, kde je mu poskytnuta psychosociální podpora a konzultace nebo specializovaná centra léčby závislosti na tabáku, kde je speciálně vyškolený lékař a sestra. Taková centra většinou bývají součástí plicních či interních klinik.⁸⁶

⁸⁵ KRÁLÍKOVÁ E., KOZÁK J. T. *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf, 2003. ISBN 80-85912-68-6.

⁸⁶ Česká kardiologická společnost Medica Healthworld, *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. Brno, 2006, ISBN 80-239-7362-2.

Co se děje po vaší poslední cigaretě

- Bezprostředně po zanechání kouření se vaše tělo začne zbavovat toxinů tabákového kouře. Během 8 hodin poklesne hladina nikotinu a oxidu uhelnatého v krvi na polovinu.
- Během několika týdnů se vaše chuť a váš čich zlepší, váš dráždivý kašel se začne pomalu vytrácet.
- Vaše plíce se stávají čistšími, pískoty na hrudi a dušnost začínají mizet.
- Váš celkový zdravotní stav se začne zlepšovat. Nebudete tak často v pracovní neschopnosti pro nemoc, budete se postupně cítit lépe a sami poznáte, že se cítíte stále více „fit“ a méně závislí na nikotinu.



Obrázek 2 Zdravotní výhody zanechání kouření ⁸⁷

Zdroj: Jak přestat kouřit

⁸⁷ KRÁLÍKOVÁ E., KOZÁK J. T. *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf, 2003, s. 22. ISBN 80-85912-68-6.

7 ZÁVISLOST VE VYŠŠÍM VĚKU

Působení návykových látek na seniory má několik specifík. Prvním specifikem je, že odolnost návykových látek s přibývajícím věkem klesá. Pozitivní dopad to může mít například v tom, že nepříjemné pocity až nevolnosti po požití alkoholu mohou zvyšovat motivaci ke změně. Naopak negativně může působit snížení tolerance návykové látky, tím že se zvýší riziko intoxikace. Většina seniorů dlouhodobě užívá léky. Některé látky v lécích mohou vstupovat do interakce s návykovými látkami a způsobit vážné komplikace. Alkohol a cigarety způsobují vysoký krevní tlak, zvyšují riziko cévních mozkových příhod a podobně. Starší lidé mívají nedostatek bílkovin a vitamínů v těle, především vitamínů z řady B. Kouřením se ještě více snižuje hladina těchto vitamínů. Pro dlouhodobé udržení příznivého stavu seniora je důležité pomoci mu vytvořit fungující síť sociálních vztahů. Mohou to být například kontakty z dřívějšího zaměstnání, oživení vztahů v rodině či kontakty získané při nejrůznějších aktivitách či zálibách.⁸⁸

Závislost na tabáku rozdělujeme na psychosociální a fyzickou. Sociální závislostí kouření začíná. Člověk se pohybuje ve společnosti, kde se kouří a časem si zapálí cigaretu s ostatními. Potom přichází závislost psychická, kdy lidé kouří v určitých situacích a kouření se stává součástí životního stylu a chování. Psychosociální závislost je závislost na cigaretě jako takové, bez ohledu na její složení. Je to potřeba držet v ruce onu kouřící tyčinku a manipulovat s ní. Zatímco závislost fyzická je závislost na látce obsažené v cigaretě – na nikotinu. Nemusí k ní dojít u všech kuřáků, někteří jsou kuřáky příležitostnými. Je jich však podstatně méně než kuřáků závislých na nikotinu.⁸⁹

Někteří lidé jsou citliví na čtyři tisíce látek tabákového kouře, nebo třeba jen na jednu z nich. Navíc u kancerogenů bývá účinek bezprahový, takže bezpečnou dávku nemůžeme stanovit. Teoreticky už jedna molekula může vyvolat nádor. Někteří lidé však citliví na žádnou z těchto látek nejsou. To jsou ti devadesátiletí zdraví kuřáci. Jsou to ale výjimky. Na druhé straně jsou výjimky opačné. Lidé, kteří jsou maximálně citliví na jednu či více látek z cigaretového kouře, kteří mohou zemřít již po několika stovkách či desítkách cigaret nebo třeba jako nekuřáci v důsledku pasivního kouření.⁹⁰

⁸⁸ NEŠPOR K. *Návykové chování a závislost*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7.

⁸⁹ KRÁLÍKOVÁ E., KOZÁK J. T. *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf, 2003. ISBN 80-85912-68-6.

⁹⁰ Tamtéž

Jak již bylo zmíněno v předešlé části mé práce, způsobuje kuřáctví mnoho i smrtelných nemocí především u závislých kuřáků. Také v oblasti výživy působí kouření nepříznivě. Obzvláště u seniorů, kteří mají celkově pomalejší metabolismus, a tím se všechny potřebné živiny pomaleji a hůře vstřebávají. Mimo výše zmíněného nedostatku vitamínu řady B, dochází také ke zvýšené spotřebě vitamínu C a jeho omezeného přívodu potravou, který většinou vzniká v důsledku nepříznivých výživových návyků. Je známo, že kyselina askorbová (vitamín C) pozitivně zasahuje do metabolismu cholesterolu. Jejím nedostatkem se tedy může přispět ke zvýšení hladiny lipidů. Dále dochází k větší spotřebě vitamínu A, E a selenu jako antioxidantů, které přímo i nepřímo blokují celou řadu karcinogenních látek přítomných v tabákovém kouři.⁹¹

⁹¹ KOZÁK J. T. a kolektiv. *Rizikový faktor kouření*. 1. vydání. Praha: KPK, 1993. ISBN 80-85267-42-X.

8 DOSAVADNÍ ČESKÉ VÝZKUMY O KOUŘENÍ U SENIORŮ

Na téma kouření bylo provedeno mnoho výzkumů, ale převážná část se zaměřovala na děti a mladistvé. Na kouření seniorů bylo zaměřeno mnohem méně výzkumných prací. Použitými výzkumnými metodami byly dotazníky, které respondenti vyplňovali sami a anonymně. Otázky charakterizovaly respondenty a jejich návyky. Zjišťovaly také názory a postoje seniorů k problematice kouření. Výsledky výzkumů ukazují, že kuřáků mezi seniory je méně než polovina (viz výzkumy uvedené níže). Asi polovina kuřáků přestávala někdy v minulosti kouřit, nejčastěji ze zdravotních důvodů. Zdravotnická prevence o škodlivosti kouření nikdy nepůsobila na přibližně dvě třetiny respondentů.

Například **Kotrbová, Kotrba a Vurm** se zaměřili na **sledování seniorů** – současných i bývalých **studentů Univerzity třetího věku** na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Sledovanou skupinou byli senioři aktivně přistupující ke svému životu. Autoři zkoumali jejich návyky a postoje v oblasti konzumace tabáku, jejich ovlivnění reklamou, zdravotnickou osvětou, ekonomické aspekty a zdravotní stav. Metodou výzkumu bylo anonymní vyplnění dotazníku, který obsahoval 14 otázek. Autoři pracovali se vzorkem 97 respondentů (100 %) ve věku 50–85 let, z nichž bylo 81 žen (83,5 %) a 16 mužů (16,5 %). Zjistili, že 43 respondentů (44,3 %) někdy v minulosti kouřilo.

Z celkového počtu 43 respondentů (100 %) jich přestalo 37 (86 %) a dále kouří pouze šest osob (14 %). Dalším zjištěním je, že prevence ani reklama na tabákové výrobky nehrály při utváření názorů a postojů žádnou roli. Nejčastějším důvodem, proč začali kouřit, bylo působení v partě – 20 respondentů (46,5 %). Devět respondentů (20,9 %) odpovědělo, že ani neví, proč začalo kouřit, pět respondentů (11,6 %) napsalo, že to byla móda, čtyři (9,3 %) odpověděli, že začali ze zvědavosti a čtyři (9,3 %) pro pocit dospělosti. Nejčastějším důvodem, proč přestali kouřit, byl strach ze zdravotních následků kouření – 18 respondentů (42 %). Dalším důvodem byly již nastalé zdravotní potíže – 13 respondentů (30 %), za společenský handicap začalo kouření považovat osm respondentů (19 %), z ekonomických důvodů přestalo šest respondentů (14 %) a z ryze osobních důvodů pět respondentů (12 %). Průměrná doba kouření u sledovaných kuřáků byla přibližně 20,5 roku. Rozpětí délky kouření bylo od jednoho roku do 57 let. Nejčastější délka kouření byla 10 let. Průměrné množství bylo

12 cigaret za den, rozpětí bylo od jedné až po 40 cigaret vykouřených denně. Přibližně každý druhý kuřák se v minulosti pokoušel přestat kouřit.

Dotazník vyplňovalo 54 nekuřáků, kteří nikdy v minulosti nekouřili. Důvodem bylo to, že necítili žádnou potřebu a kouření jim spíše vadilo – 23 seniorů (43 %). Dalším důvodem bylo to, že si respondenti uvědomovali škodlivost kouření – 13 respondentů (24 %), 10 respondentů (18 %) vyrůstalo v kuřáckém prostředí a kouření jim natolik vadilo, že sami kouřit nezačali. Pro šest osob (11 %) by bylo kouření finančně náročné, na pět osob (9 %) pravděpodobně výchovně působil vliv rodičů či učitelů a dva respondenti (4 %) byli sportovci, proto nekouřili.⁹²

Dalším výzkumem na toto téma je **diplomová práce Kristýny Krbákové z roku 2013 *Fenomén kouření u seniorské populace***. Jejím cílem bylo zjistit prevalenci kouření u seniorů, zjistit rozdíl ve výskytu chronických onemocnění u seniorů kuřáků a nekuřáků a zjistit, zda bývají senioři poučeni zdravotníky o škodlivosti kouření. Použitou metodou bylo opět anonymní dotazníkové šetření, kde bylo použito 24 otázek. Respondenty byli náhodně vybraní lidé nad 60 let bez rozdílu pohlaví. Výzkumu se účastnilo 200 respondentů (100 %), 99 žen (49,5 %) a 101 mužů (50,5 %).

Bylo zjištěno, že z celkového počtu 200 (100 %) respondentů v současné době kouří 45 (22,5 %) seniorů a nekouří jich 155 (77,5 %). Odnaučených kuřáků je 55 (27,5 %) a nikdy nekouřilo 100 respondentů (50 %).

Na otázku, jestli respondenti žijí v kuřáckém prostředí, odpovědělo 121 respondentů (78,1 %), že nežijí a 34 respondentů (21,9 %) v kuřáckém prostředí žije. Všichni respondenti (100 %) z celkového počtu 45 kuřáků (100 %) kouří cigarety. Nejčastěji, tj. 22 seniorů (48, 89) vykouří 6–10 cigaret za den, 16–20 cigaret denně vykouří 16 seniorů (35,56 %), 11–15 cigaret čtyři senioři (8,89 %), 1–5 cigaret dva senioři (4,44 %) a nad 20 cigaret denně vykouří jeden senior (2,22 %). Na otázku, jak dlouho kouří, odpovědělo 19 respondentů (42,22 %) 26–35 let, 10 respondentů (22,22 %) odpovědělo 36–45 let, devět (20 %) jich odpovědělo, že méně než 25 let a sedm respondentů (15,56 %) odpovědělo, že 46 a více let. Největší počet, tj. 71 respondentů (35,5 %) trpí onemocněním srdce a cév. Onemocněním plic a dýchacího systému trpí 54 respondentů (27 %), 37 respondentů (18,5 %) trpí metabolickým

⁹² KOTRBOVÁ, K., KOTRBA, F., VURM, V.: Kouření u seniorů. *Kontakt*, České Budějovice: ZSF JU, 2008, vol. 10, no 2, s. 354–359, ISSN 1212-4117.

onemocněním a 28 (14 %) má onkologické onemocnění. Zdrávo se cítí 62 respondentů (31 %). Dále Krbálková zjišťovala, zda jsou kuřáci poučeni ve zdravotnickém zařízení o škodlivosti kouření. Z celkového počtu 45 kuřáků bylo poučeno o škodlivosti kouření pouhých sedm (15,56 %) seniorů a 38 (84,44 %) přiznalo, že ve zdravotnickém zařízení poučeni nebyli. Nejčastěji byli poučeni praktickým lékařem, a to při preventivních prohlídkách nebo při návštěvě v době nemoci. Nejčastějším důvodem pro přestání kouření byly zdravotní potíže – 33 (58,93 %), 14 respondentům (25 %) přestalo kouření chutnat, 12 (21, 43 %) přestalo z finančních důvodů, sedm (12, 5 %) kvůli zápachu z cigaret, sedm (12,5 %) na doporučení rodiny a tři respondenti (5,36 %) přestali na doporučení zdravotníka.⁹³

Kouřením u seniorů se také zabývala **Bc. Jana Slobodníková** ve své diplomové práci **na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně** roku 2013. Sledovanou skupinou byli senioři ve věku 60 a více let. Jednalo se pouze o kuřáky, současné a bývalé. Svůj výzkum provedla ze 121 dotazníků (100 %), které vyplnilo 74 žen (61,16 %) a 47 mužů (38,84 %). Dotazník byl složen z 21 otázek. Nejvíce se zaměřila na motivaci a úspěšnost v odvykání kouření. Nejvíce, tj. 117 respondentů (96,69 %) uvedlo, že pochází z kuřáckého prostředí a pouze čtyři senioři (3,31 %) z nekuřáckého. Nejčastěji, 98 respondentů (80,99 %) začalo kouřit mezi 16–40 lety, 21 seniorů (17,36 %) začalo ještě před 15. rokem života a dva senioři (1,65 %) mezi 41. – 60. rokem. Jako nejčastější formu kouření respondenti zvolili cigarety s filtrem – 111 (91,74 %), cigarety bez filtru zvolilo pět seniorů (4,13 %), dva (1,65 %) zvolili doutník a tři (2,48 %) zvolili dýmku. Dvacet osm respondentů (23,14 %) vykouřilo do 10 cigaret za den. Do 20 cigaret denně vykouřilo 82 respondentů (67,77 %) a nad 20 cigaret 11 respondentů (9,09 %). Někteří respondenti měli zdravotní obtíže. Potíže s dýchacím systémem přiznalo 29 respondentů (23,97 %). Stejně množství, tj. 29 (23,97 %) uvedlo kardiovaskulární obtíže, osm (6,61 %) jich má potíže s trávicím traktem, osm (6,61 %) neurologické obtíže a sedm (5,79 %) uvedlo obtíže nervové soustavy. Žádné zdravotní potíže nemá 40 respondentů (33,06 %). Na otázku, zda se jich lékař či sestra ptali, jestli kouří, odpovědělo 97 respondentů (80,17 %), že ano. Ne odpovědělo 15 respondentů (12,40 %) a devět (7,44 %) se nepamatuje. Na otázku, zda se lékař či sestra ptali, jestli mají zájem

⁹³ KRBÁLKOVÁ K. *Fenomén kouření u seniorské populace*. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: is.muni.cz/th/326248/lf_m/DIPLOMOVA_PRACE_2013.pdf

přestat kouřit, odpovědělo ano 91 respondentů (75,21 %). Dvacet jedna respondentů (17,36 %) odpovědělo, že ne a devět (7,74 %) se nepamatuje.⁹⁴

Dalším výzkumem na toto téma je **diplomová práce Lindy Dvořákové ze Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity** v Českých Budějovicích z roku 2009 s názvem *Kouření u seniorů*. Její výzkum je zaměřen na zjištění prevalence kouření u seniorů a zjištění jejich informovanosti o problematice kouření. Respondenty bylo 206 seniorů (100 %) ve věku 60 a více let. Mužů bylo 90 (44 %) a žen 116 (56 %). Pro svou práci využila metodu dotazníkového šetření. Dotazník tvoří 23 otázek.

Na otázku kolik osob kouřilo v minulosti, odpovědělo ano 60 mužů (29 %) a 43 žen (21 %). Ne odpovědělo 43 mužů (21 %) a 60 žen (29 %). Počet mužů kuřáků je o 30 % vyšší než žen kuřáček. Padesát procent je nekuřáků. Kouření respondentů v současné době rozdělila Dvořáková na dvě části. Jedna část zjišťuje počet kuřáků z celkového počtu 206 a druhá část počet kuřáků kouřících v minulosti – 103.

Z celkového počtu 206 respondentů jich kouří 41 (20 %). Ostatní, tj. 165 (80 %) udalo, že nekouří. Z těch respondentů, kteří kouřili v minulosti (103) jich stále kouří 41 (40 %). Ostatní, 62 respondentů (60 %), lze zařadit mezi odnaučené kuřáky. Počet vykouřených cigaret za den se nejčastěji pohybuje v rozmezí 6–10 cigaret – 11 respondentů (26,8 %) a 20 cigaret ve stejném počtu 11 respondentů (26,8 %). Dále je to v rozmezí 11–15 cigaret – devět respondentů (22 %), 1–5 cigaret – 85 respondentů (19,5 %) a 30 cigaret vykouří denně dva respondenti (4,9 %). Na otázku kolik let kouří, senioři odpovídali následovně. Tři měsíce až jeden rok uvedli tři respondenti (2,9 %), dva roky uvedl jeden respondent (0,97 %), pět let také jeden (0,97 %), 10–20 let uvedlo 21 respondentů (20,38 %), 21–30 let uvedlo 12 respondentů (11,65 %), 31–40 let uvedlo 24 respondentů (23,3 %), 41–50 let uvedlo 22 respondentů (21,35 %), 51–60 let kouří 13 respondentů (12,62 %), 61–70 let kouří tři respondenti (2,91 %) a žádnou odpověď nenapsali tři respondenti. Dvanáct kuřáků (11,65 %) se nikdy nepokoušelo přestat kouřit a 91 kuřáků (88,35 %) se o to už někdy v minulosti pokoušelo. Nejvíce seniorů – 65 (47,79 %) začínalo kouřit vlivem party, 48 (35,29 %) začínalo ze zvědavosti, 10 (7,35 %) ze stresu, sedm (5,14 %) vlivem rodiny a šest (4,41 %) udalo jiné důvody. Na otázku zda senioři-kuřáci trpí chronickým onemocněním, jich

⁹⁴ SLOBODNÍKOVÁ J. *Motivace a úspěšnost v odvykání kouření u seniorů*. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Katedra ošetřovatelství. Dostupné z: is.muni.cz/th/398073/lf_m/Motivace_a_uspesnost_v_odvykani_koureni_u_senioru.pdf

18 (44%) odpovědělo ano a 23 (56 %) žádným chronickým onemocněním netrpí. Celých 22 respondentů (21,35 %) kouří v bytě, 19 (18,44 %) jich v bytě nekouří, pět (4,85 %) jen občas a 57 respondentů (55,33 %) nenapsalo žádnou odpověď. Z celkového počtu 103 kuřáků, kouří před nekuřáky 72 dotázaných (69,9 %), 23 (22,33 %) před nekuřáky nekouří a osm (7,76 %) jen občas. Většina kuřáků, tj. 27 (65,85 %) přiznala, že lékař seniorům doporučuje přestat kouřit, 10 (24,39 %) to popírá, a čtyři (9,75 %) uvedli, že občas. Při odvykání kouření náhradní nikotinovou terapii vyzkoušelo 22 respondentů (21,35 %), 39 (37,86 %) jich neodpovědělo a zbytek (40,79 %) ji zatím nezkoušel. Nejčastěji – šest (27 %) vyzkoušelo žvýkačky a stejný počet seniorů – šest (27 %) žvýkačky spolu s náplastmi. Dále pak náplasti – čtyři (18 %), dva senioři (9 %) použili inhalátor a dva (9 %) žvýkačky, náplasti a inhalátor. Jeden senior (5 %) použil sublingvální tablety a další jeden senior (5 %) žvýkačky a inhalátor. Se zákazem kouření na veřejném prostranství rozhodně souhlasí 94 respondentů (45, 63 %), spíše ano uvádí 54 respondentů (26, 21 %), 24 respondentů (11,65 %) neví, spíše ne uvedlo 16 (7,76 %), rozhodně ne uvedlo osm respondentů (3,88 %) a žádnou odpověď nenapsalo 10 respondentů (4,85 %).⁹⁵

⁹⁵ DVOŘÁKOVÁ L. *Kouření u seniorů*. České Budějovice, 2009. Diplomová práce. Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: theses.cz/id/diylu8/downloadPraceContent_adipIdno_13331

9 EMPIRICKÁ ČÁST

9.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit prevalenci kouření u vybraného souboru seniorů.

Cíl 2: Zjistit rozdíl v přítomnosti chronického onemocnění mezi seniory kuřáky a nekuřáky.

Cíl 3: Zjistit, zda byli senioři informováni zdravotníky o škodlivosti kouření.

9.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Předpokládám, že neexistuje významný rozdíl v četnosti kuřáků mezi ženami a muži.

Hypotéza 2: Předpokládám, že existuje vztah mezi seniory kuřáky a častějším výskytem chronických onemocnění.

Hypotéza 3: Předpokládám, že zdravotníci informují kuřáky o škodlivosti kouření zcela minimálně.

10 METODIKA VÝZKUMU

K provedení mého výzkumu jsem si zvolila kvantitativní metodu pomocí anonymního dotazníkového šetření. Jde o nejrozšířenější a nejoblíbenější metodu výzkumu, při které lze anonymně získat velké množství informací od velkého počtu respondentů za krátkou dobu. Nevýhodou ale může být malá návratnost správně vyplněných dotazníků.

10.1 Dotazník

Dotazník jsem vytvořila sama. Obsahuje 22 otázek (viz přílohy), z nichž 19 je tzv. uzavřených otázek (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21). Ty nabízejí několik možností odpovědí, které respondenti vybírají dle jejich názoru a postoji ke zkoumané problematice. Tři otázky jsou tzv. otevřené (7, 11, 22). U otázek 7 a 22 respondenti mohou uvést odpověď na otázku svými slovy. Na otázku 11 odpovídali, jak dlouho byli aktivními kuřáky, jednoznačně.

Otázky 1–5 zjišťují pohlaví respondentů, jejich věk, rodinný stav a bydliště.

Otázky 6–8 zjišťují zdravotní stav respondentů, jejich názor na zákaz kouření na veřejném prostranství, a zda někdy v minulosti pravidelně kouřili.

Otázky 9–11 se týkají odnaučených kuřáků a zjišťují, z jakého důvodu přestali kouřit, zda použili nikotinové náhražky a jak dlouho kouřili.

Otázka 12 zjišťuje, zda respondenti v současné době kouří.

Otázky 13–20 se týkají současných kuřáků. Prošetřují, co kouří, kolik vykouří za den, jak dlouho kouří, zda zkoušeli přestat, jestli chtějí přestat kouřit v budoucnu, zda kouří v místnosti, kde bydlí, zda kouří v přítomnosti jiných lidí – nekuřáků v uzavřených prostorech a zda zmíněné nekuřáky obtěžuje, dle jejich názoru, jejich kouření.

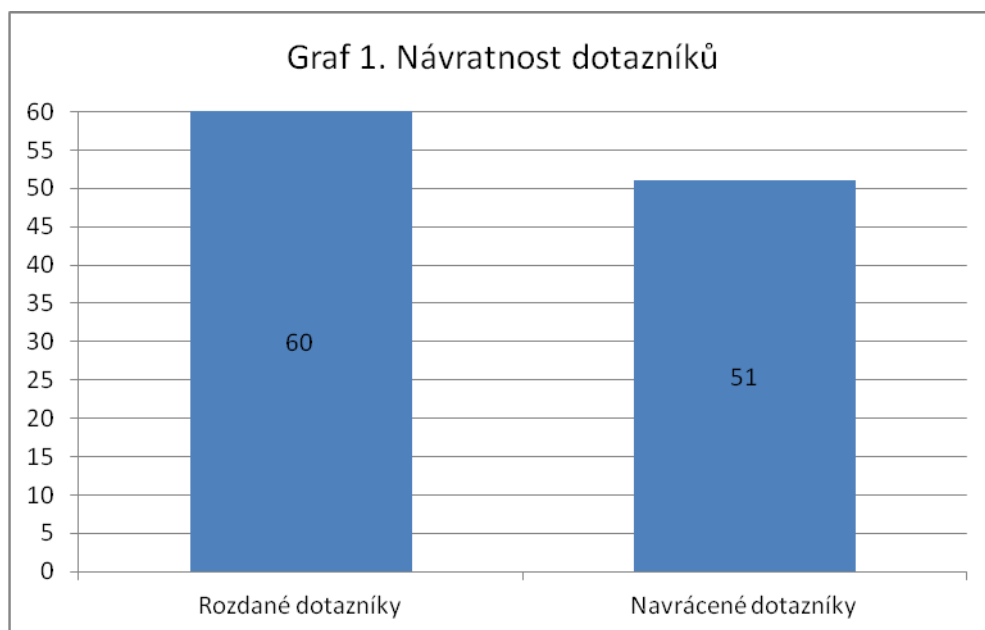
Na otázky 21 a 22 odpovídali současní i dřívější kuřáci. Otázky zjišťovaly, proč respondenti začali kouřit a zda byli někdy zdravotníky poučeni o škodlivosti kouření.

Pod otázkami měli respondenti prostor k dobrovolnému vyjádření se. Pokud chtěli, mohli cokoli připsat.

Ještě před tím, než jsem dotazníky rozdávala, jsem učinila malý předvýzkum. Poprosila jsem tři seniory, aby dotazníky vyplnili a řekli mi, zda jsou všechny otázky srozumitelné a pochopitelné. U jedné otázky senioři zaváhali, proto jsem upravila její znění. Dále již všem byly veškeré otázky jasné.

10.2 Charakteristika souboru

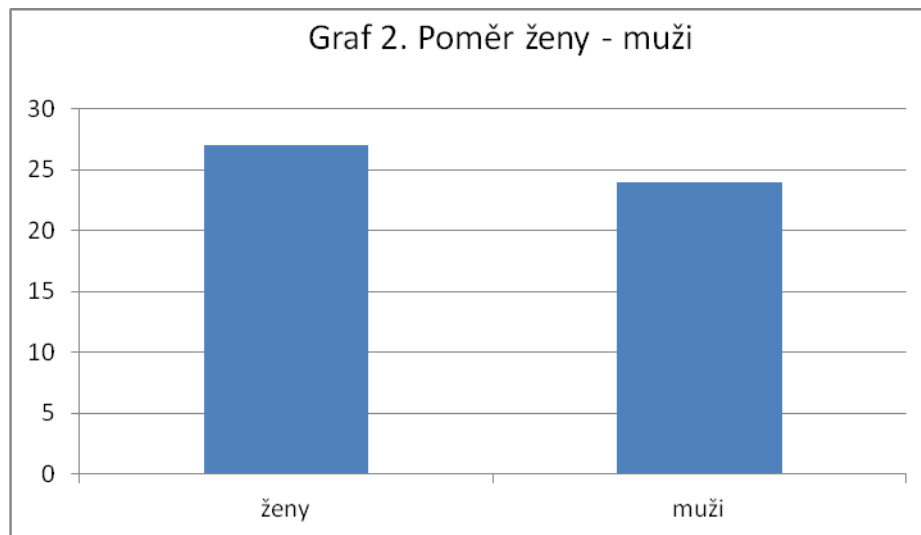
Respondenti pro zkoumaný soubor byli zvoleni podle předem stanovených kritérií. Výběr byl dán dostupností a ochotou spolupracovat. Základním požadavkem, pro splnění těchto kritérií, byl soubor složený z mužů a žen ve věkové kategorii 60 a více let. Jejich úkolem bylo vyplnění anonymního dotazníku pro seniory. Dotazníky byly náhodně rozdány pacientům na interním oddělení Oblastní nemocnice v Rychnově nad Kněžnou a dále jednotlivcům v mém okolí. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků. Návratnost činila 85 %, což je 51 dotazníků.



Graf 1 Návratnost dotazníků

Zdroj: vlastní výzkum

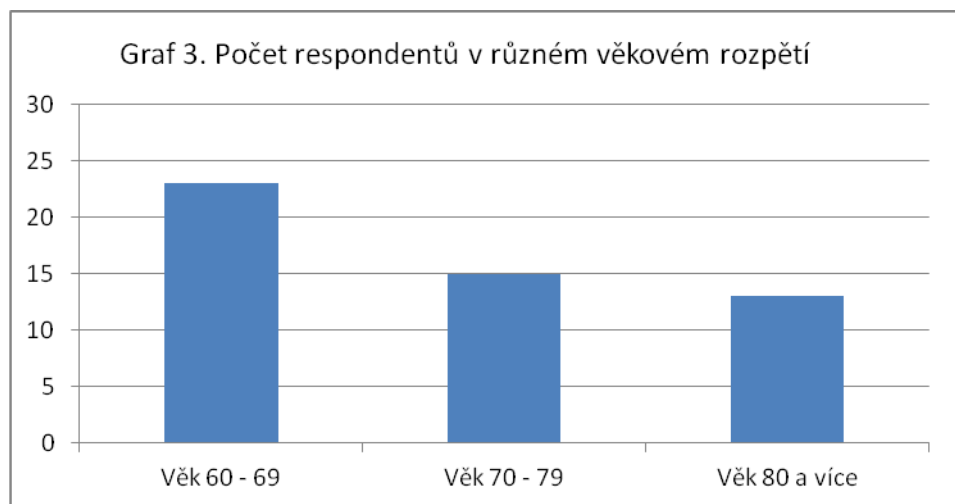
Z celkového množství 51 zkoumaných dotazníků vyplynulo, že pohlaví respondentů je v poměru 27 žen (52,94 %) a 24 mužů (47,06 %), což ukázala otázka číslo 1.



Graf 2 Poměr mezi muži a ženami

Zdroj: vlastní výzkum

Z hlediska věku se respondenti zařazovali do třech skupin. První skupinu tvořili respondenti ve věku 60 až 69 let a bylo jich celkem 23, tj. 45,09 % (13 žen – 25,49 % a 10 mužů – 19,60 %). Ve druhé skupině byli respondenti ve věku 70 až 79 let. Těch bylo celkem 15, tj. 29,41 % (8 žen – 15,68 % a 7 mužů – 13,72 %). Do třetí skupiny patří respondenti ve věku 80 let a starší. Celkem jich bylo 13, tj. 25,49 % (6 žen – 11,76 % a 7 mužů – 13,72 %). Toto vyplynulo z otázky číslo 2.



Graf 3 Počet respondentů v různém věkovém rozpětí

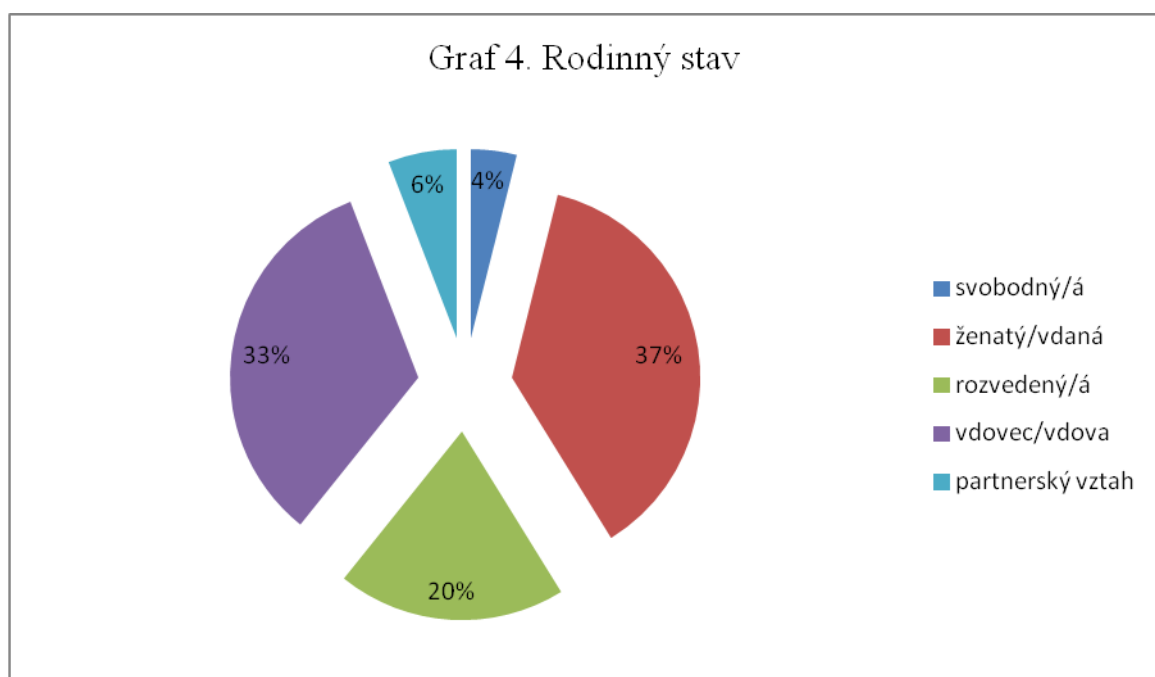
Zdroj: vlastní výzkum

Třetí otázkou jsem zjišťovala rodinný stav respondentů. Ti odpovídali následovně.

Tabulka 2 Rodinný stav

	Svobodný/á	Ženatý/vdaná	Rozvedený/á	Vdovec/vdova	Partnerský vztah
Muži	0	8	5	10	1
Ženy	2	11	5	7	2
Celkem	2	19	10	17	3

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 4 Rodinný stav

Zdroj: vlastní výzkum

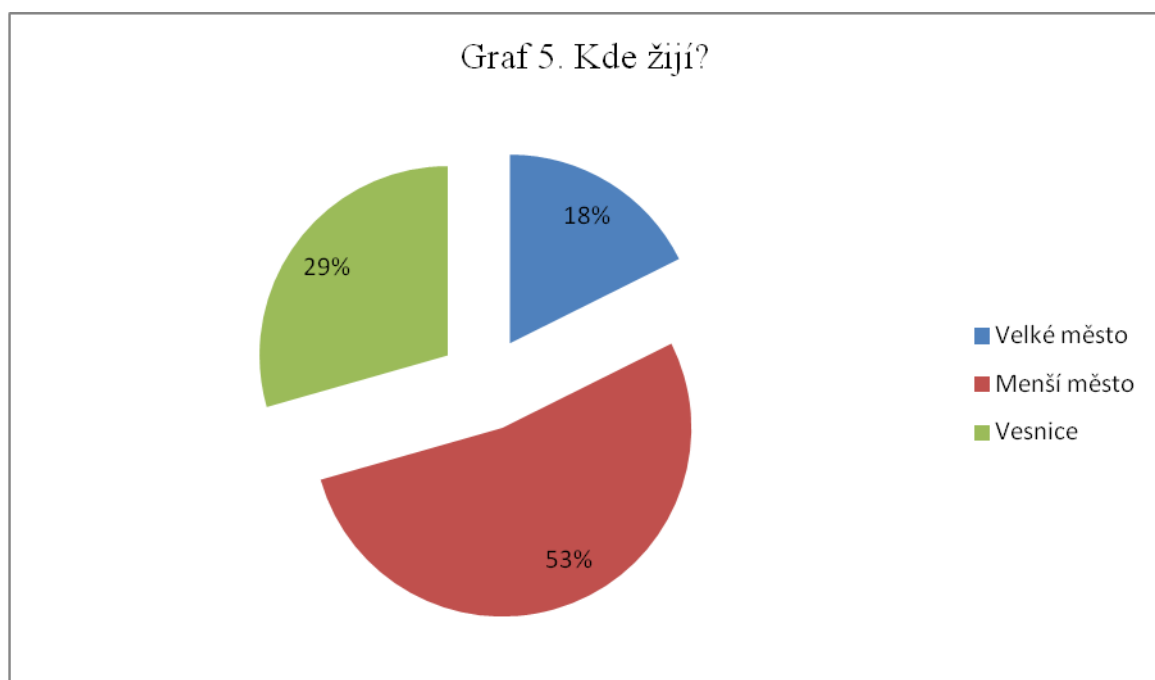
Jak vyplývá z tabulky č. 2, nejčastěji odpovídali muži vdovci (10) – 19,6 % a ženy vdané (11), tj. 21,56 %. Na druhém místě v pořadí jsou ženatí muži (8) – 15,68 % a ženy vdovy (7), tzn. 13,72 %. Třetí místo patří rozvedeným mužům (5) – 9,8 % a rozvedeným ženám (5) – 9,8 %. Dále pak následují muži v partnerském vztahu (1) – 1,96 % a ženy v partnerském vztahu (2) – 3,92 % a svobodné (2) – 3,92 %. Svobodní muži se šetření neúčastnili (0) – 0 %.

Na otázku číslo 4 – „Kde žijete?“ měli respondenti tři možnosti výběru.

Tabulka 3 Velikost obce

	Velké město	Menší město	Vesnice
Muži	2	15	7
Ženy	7	12	8
Celkem	9	27	15

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 5 Velikost obce

Zdroj: vlastní výzkum

Z výše uvedeného vyplývá, že většina respondentů bez rozdílu pohlaví žije v menším městě (27) – 52,94 %. Z toho mužů tam žije 15 – 29,41 % a žen 12 – 23,52 %. Dále pak žijí respondenti na vesnici (15) – 29,41 %. Mužů na vesnici žije sedm – 13,72 % a žen osm – 15,68 %. Ve velkém městě žije nejméně dotazovaných (9) – 17,64 %, muži dva – 3,92 % a žen sedm – 13,72 %.

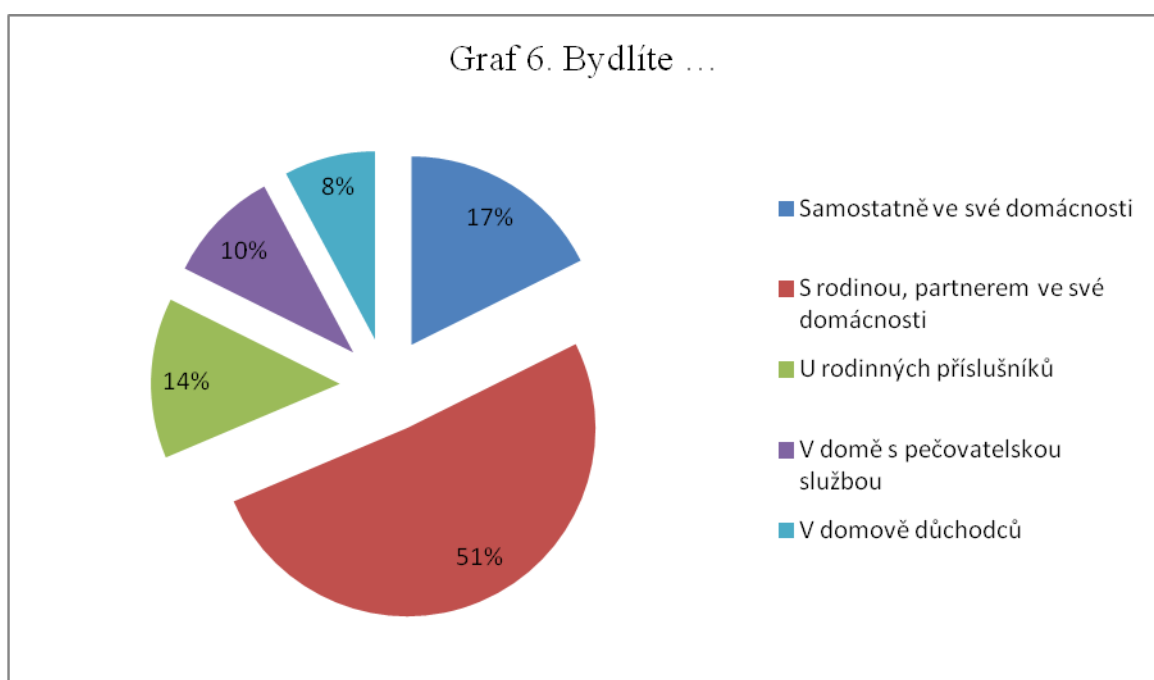
11 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Otázkou číslo 5 se dotazují na sociální situaci respondentů. Zajímá mě, jak bydlí.

Tabulka 4 Typ domácnosti a forma bydlení

	Sám/sama ve své domácnosti	S rodinou, partnerem ve své domácnosti	U rodinných příslušníků	V domě s pečovatelskou službou	V domově důchodců
Muži	5	10	4	3	2
Ženy	4	16	3	2	2
Celkem	9	26	7	5	4

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 6 Typ domácnosti a forma bydlení

Zdroj: vlastní výzkum

Převážná většina dotazovaných žije ve své domácnosti s rodinou či partnerem (26) – 50,98 %, 10 mužů – 19,60 % a 16 žen – 31,37 %. Druhé místo zastávají senioři, kteří žijí také ve své domácnosti, ale sami (9) – 17,64 %, pět mužů – 9,80 % a čtyři ženy – 7,84 %. Dále pak ti,

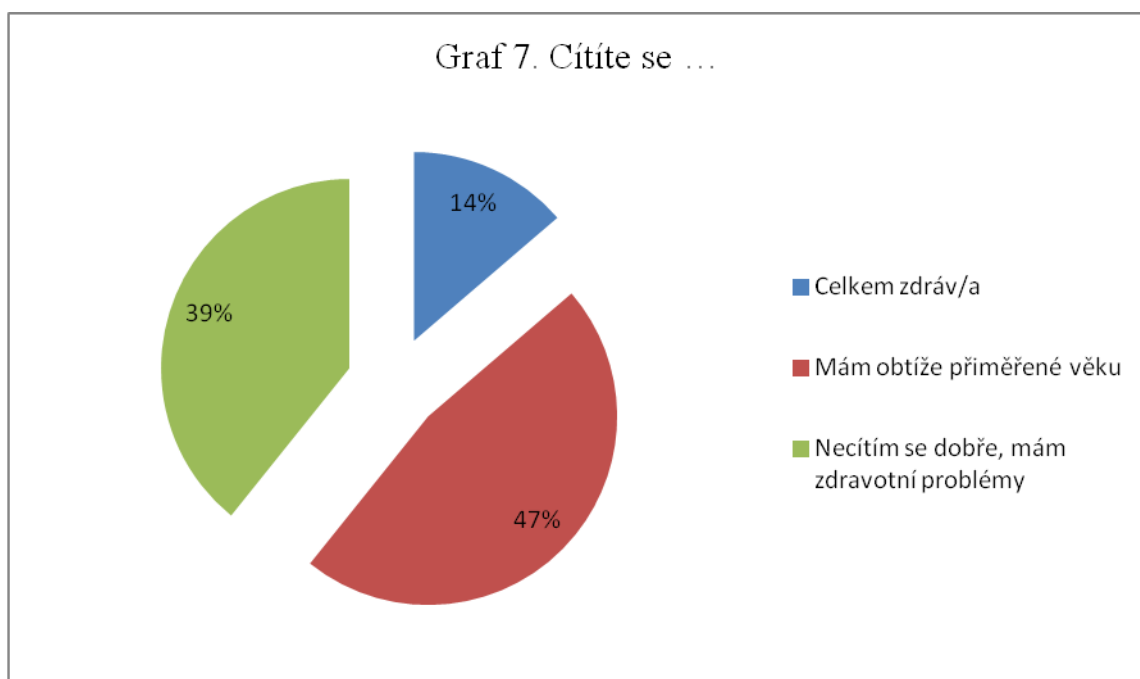
kteří žijí u svých rodinných příslušníků (7) – 13,72 %, čtyři muži – 7,84 % a tři ženy – 5,88 %. Nejmenší skupinu tvoří ti senioři, kteří jsou z různých důvodů umístěni v zařízeních, jako je dům s pečovatelskou službou (5) – 9,80 %, tři muži – 5,88 %, dvě ženy – 3,92 % a domov důchodců (4) – 7,84 %, dva muži – 3,92 % a dvě ženy – 3,92 %.

V otázce 6 se zaměřuji na zdravotní stav dotazovaných. Respondentů se ptám, jak se cítí a případně jaké mají obtíže.

Tabulka 5 Subjektivní pocity seniorů

	Celkem zdrav/a	Mám obtíže přiměřené věku	Necítím se dobře, mám zdravotní problémy
Muži	4	9	11
Ženy	3	15	9
Celkem	7	24	20

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 7 Subjektivní pocity seniorů

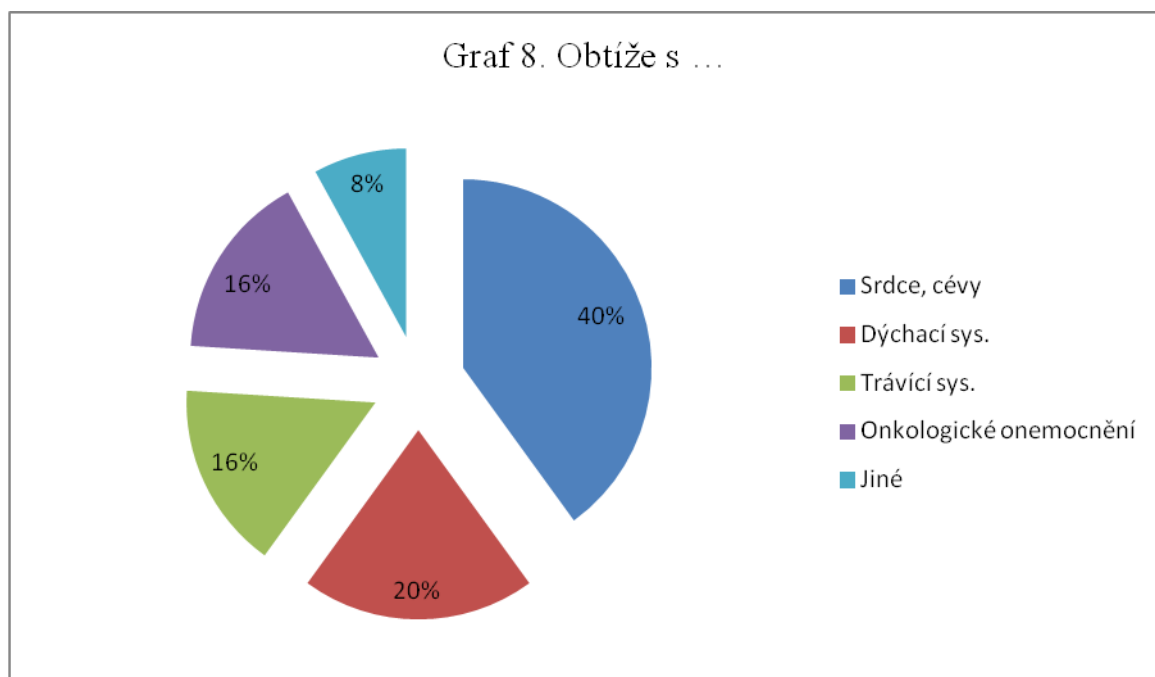
Zdroj: vlastní výzkum

Největší část respondentů udává, že má obtíže přiměřené věku (24) – 47,05 %, devět mužů – 17,64 % a 15 žen – 29,41 %. Dále následuje skupina dotazovaných, kteří přiznávají zdravotní obtíže (20) – 39,21 %, 11 mužů – 21,56 % a devět žen – 17,64 %. Pouhých sedm respondentů, tzn. 13, 72 % se cítí celkem zdravo, čtyři muži 7,84 % a tři ženy – 5,88 %. U této otázky měli ti senioři, kteří odpověděli, že mají zdravotní obtíže, vyznačit jaké obtíže mají. Vyznačit mohli i více odpovědí. Pět lidí uvedlo, že má dva z uvedených zdravotních problémů. Vše je uvedeno v následující tabulce a grafu.

Tabulka 6 Zdravotní obtíže seniorů

	Se srdcem, cévami	S dýchacím systémem	S trávicím systémem	Onkologické onemocnění	Jiné
Muži	5	4	1	2	1
Ženy	5	1	3	2	1
Celkem	10	5	4	4	2

Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 8 Zdravotní obtíže seniorů**

Zdroj: vlastní výzkum

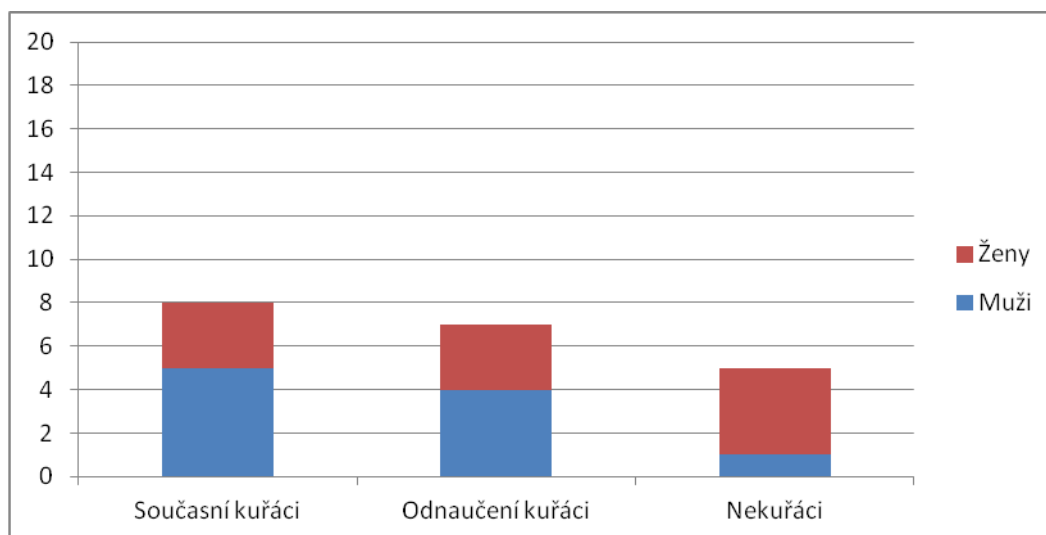
Z celkového počtu 20 seniorů, kteří mají zdravotní obtíže, se na nemoci srdce a cév léčí 10 respondentů – 50 %, z toho je pět mužů – 25 % a pět žen – 25 %. Onemocněním dýchacích cest trpí pět dotázaných – 25 %, čtyři muži – 20 % a jedna žena – 5 %. Nemoci trávicího traktu postihují čtyři seniory – 20 %, jednoho muže – 5 % a tři ženy – 15 %. Čtyři respondenti – 20 % se léčí s onkologickým onemocněním. Z toho dva muži – 10 % a dvě ženy – 10 %. Jiné onemocnění uvedli dva respondenti – 10 %, jeden muž – 5 % a jedna žena – 5 %. Jeden muž, na otázku „jaké?“ uvedl, že trpí epilepsií a jedna žena uvedla, že má slabé nohy. Jelikož pět lidí uvedlo dvě onemocnění současně, navýšil se celkový počet onemocnění o pět.

V následující tabulce (č. 7) a grafu (č. 9) uvádím přehled současných kuřáků, odnaučených kuřáků a seniorů, kteří nikdy nekouřili, se zdravotními problémy.

Tabulka 7 Přehled kuřáků, odnaučených kuřáků a nekuřáků

	Současní kuřáci	Odnaučení kuřáci	Nekuřáci	Celkem
Muži	5	4	1	10
Ženy	3	3	4	10
Celkem	8	7	5	20

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 9 Přehled kuřáků, odnaučených kuřáků a nekuřáků

Zdroj: vlastní výzkum

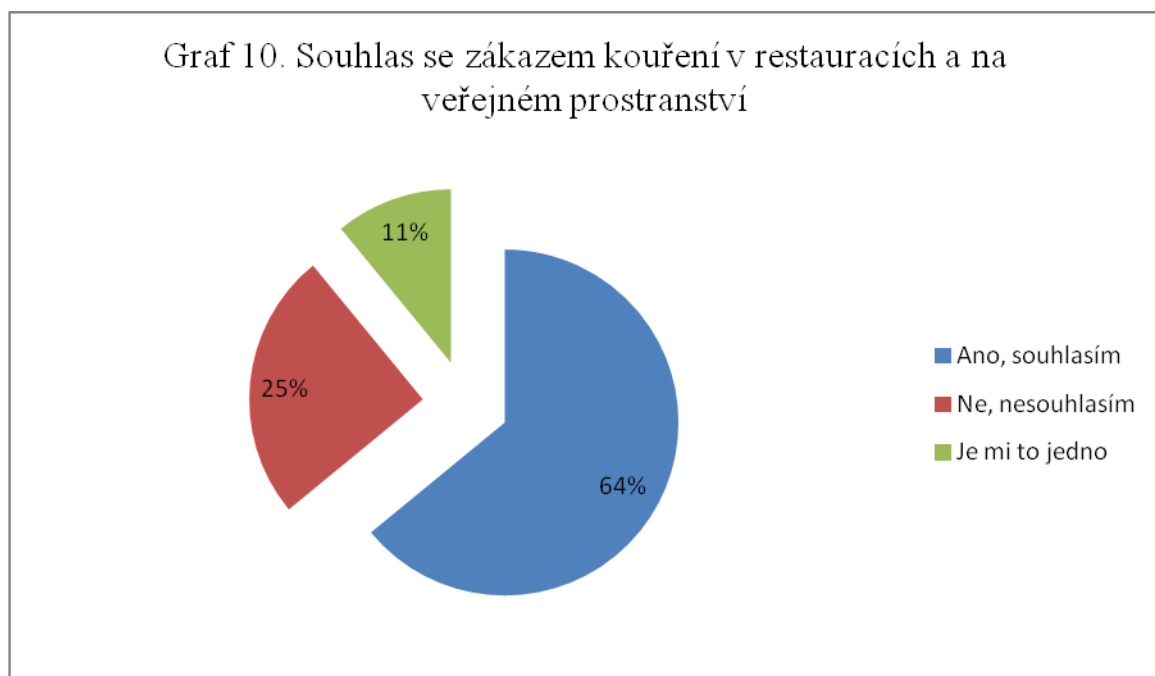
Z výše uvedeného vyplývá, že nejvíce seniorů, kteří mají nějaké zdravotní obtíže, jsou kuřáci. Z celkového počtu 20 seniorů jich má obtíže osm (40 %), pět mužů (25 %) a tři ženy (15 %). Odnaučených kuřáků se zdravotními obtížemi je sedm (35 %), čtyři muži (20 %) a tři ženy (15 %). Nejméně respondentů, kteří mají nějaké potíže se zdravím, jsou nekuřáci. Těch je celkem pět (25 %), jeden muž (5 %) a čtyři ženy (20 %).

Sedmá otázka se týkala zákazu kouření v restauracích a na veřejném prostranství. Respondenti měli uvést, zda s tím souhlasí, nesouhlasí či zda je jim to jedno. U odpovědi ano či ne mohli uvést, proč s tím souhlasí nebo nesouhlasí.

Tabulka 8 Souhlas se zákazem kouření v restauracích

	Ano, souhlasím	Ne, nesouhlasím	Je mi to jedno
Muži	6	7	11
Ženy	17	2	8
Celkem	23	9	19

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 10 Souhlas se zákazem kouření v restauracích a na veřejném prostranství

Zdroj: vlastní výzkum

Muži nejčastěji odpovídali, že je jim to jedno (11) – 21,56 %. Dále pak, že nesouhlasí se zákazy (7) – 13,72 % a pouhých šest mužů – 11,76 % souhlasí se zákazy kouření. Nejčastějšími důvody souhlasu se zákazem kouření bylo uvedeno, že jim kouř zapáchá (3) – 5,88 %, dále že škodí zdraví (1) – 1,96 % a že sami nekouří (1) – 1,96 %. Jeden muž nevedl žádný důvod – 1,96 %. Muži nesouhlasí se zákazem kouření v restauracích a na veřejném

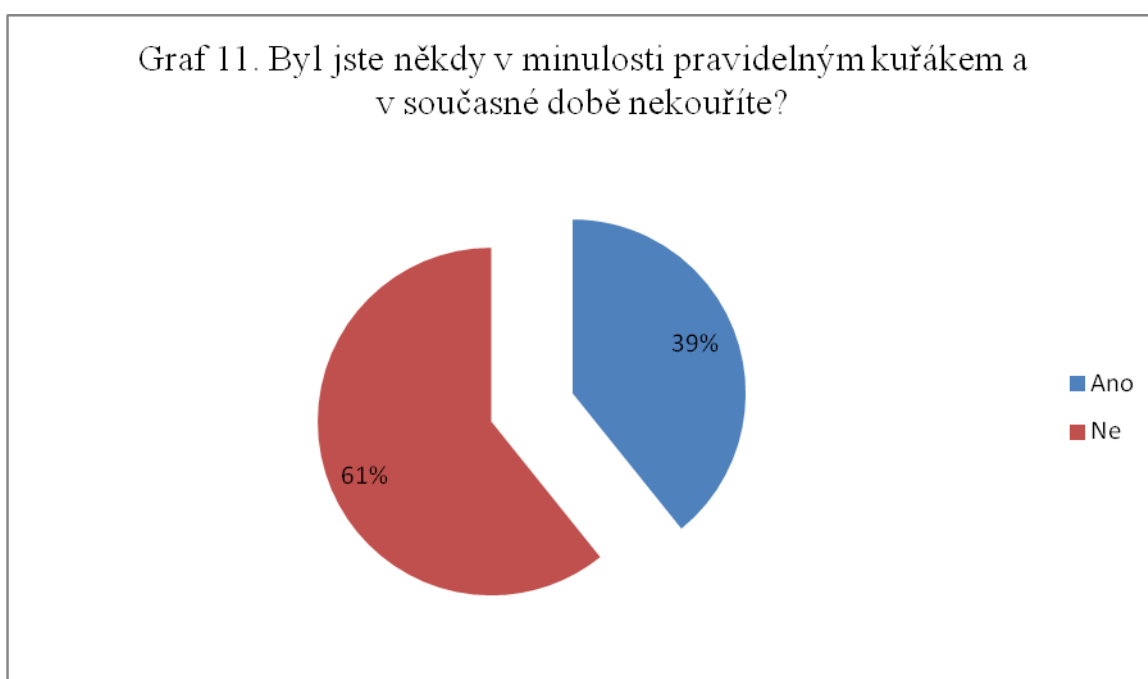
prostranství nejčastěji proto, že sami kouří (3) – 5,88 %. Dále uvedli, že si každý může dělat, co chce (1) – 1,96 % a že je to každého věc (1) – 1,96 %. Jeden muž žádný názor nenapsal – 1,96 %. Nejvíce žen odpovídalo, že souhlasí se zákazy kouření (17) – 33,33 %. Jedno to je osmi ženám – 15,68 % a nesouhlasí pouze dvě ženy – 3, 92 %. Nejvíce žen, které psaly, že souhlasí se zákazem kouření, nenapsaly žádný názor (7) – 13, 72 %. Čtyři ženy – 7,84 % uvedly, že souhlasí se zákazem kouření proto, že je kouření škodlivé, dvě ženy – 3, 92 % uvedly, že kouření znečišťuje ovzduší a další dvě – 3, 92 %, že to obtěžuje ostatní – nekuřáky. Jedna žena – 1,96 % uvedla, že kouření zapáchá a další žena (1) – 1,96 %, že se kouřit nemá. S kouřením na veřejnosti nesouhlasily dvě ženy – 3, 92 %. Názor na nesouhlas s kouřením na veřejnosti byl uveden pouze jeden – 1,96 %. Žena uvedla, že sama kouří. Druhá žena neuvedla žádný názor (1) – 1,96 %.

Osmá otázka zjišťovala, zda byli respondenti někdy v minulosti pravidelnými kuřáky a v současné době nekouří.

Tabulka 9 Byl/a jste někdy v minulosti pravidelným kuřákem a nyní nekouříte

	Ano	Ne
Muži	10	14
Ženy	10	17
Celkem	20	31

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 11 Byl/a jste někdy v minulosti pravidelným kuřákem a nyní nekouříte

Zdroj: vlastní výzkum

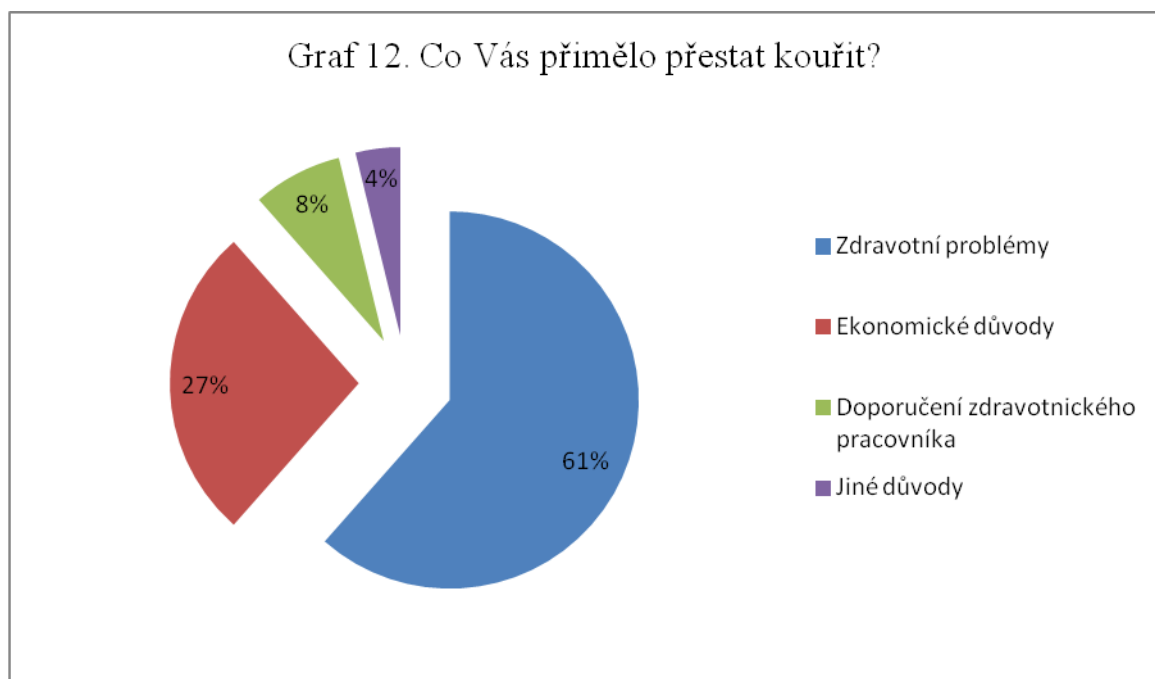
Z celkového množství 51 respondentů někdy v minulosti kouřilo 20 seniorů (39, 21 %), kteří v současné době nekouří (10 žen – 50 % a 10 mužů – 50 %). Ostatní respondenti, to znamená 31 seniorů – 60,78 % odpovídalo, že nejsou odnaučenými kuřáky (14 mužů – 45,16 % a 17 žen – 54,83 %). Ti respondenti, kteří odpovídali, že nejsou odnaučenými kuřáky, pokračovali otázkou 12. Ostatní odpovídali na otázku 9.

Otázka číslo 9 zjišťovala, co přimělo dřívější kuřáky přestat kouřit. Mohli označit více odpovědí.

Tabulka 10 Co přimělo seniory přestat kouřit

	Zdravotní problémy	Ekonomické důvody	Doporučení zdravotnického pracovníka	Jiné
Muži	8	3	0	1
Ženy	8	4	2	0
Celkem	16	7	2	1

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 12 Co přimělo seniory přestat kouřit

Zdroj: vlastní výzkum

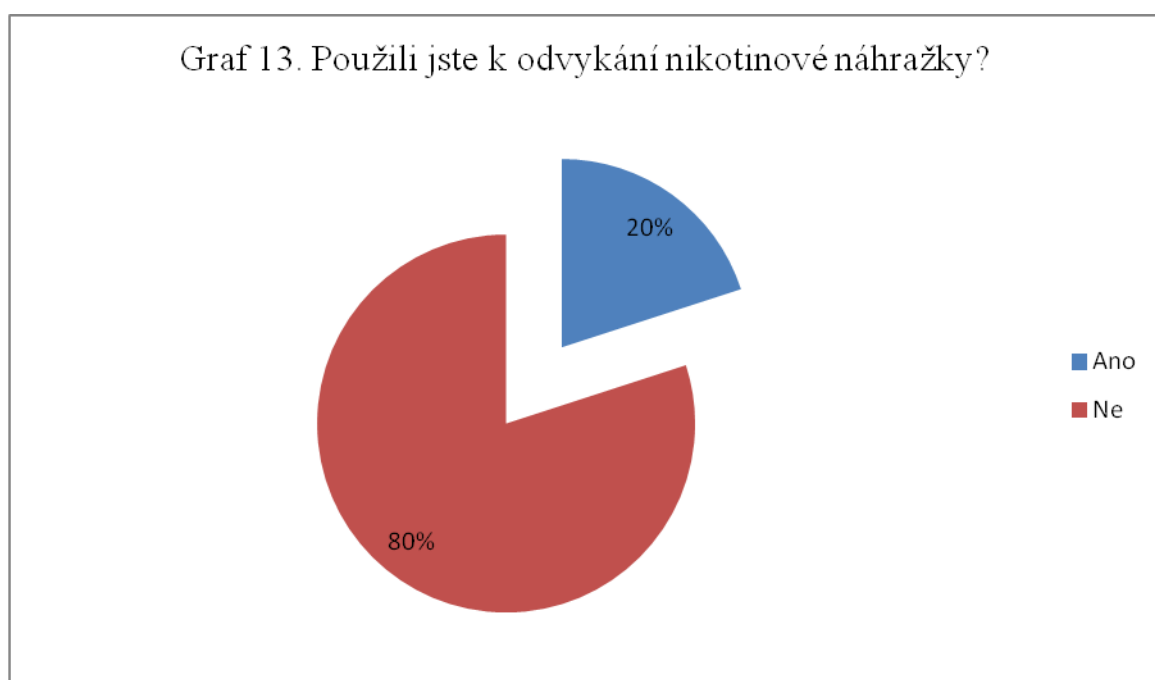
Na tuto otázku nejčastěji respondenti odpovídali, že přestali kouřit ze zdravotních důvodů. Takto odpovědělo celkem 16 seniorů – 80 % (osm žen – 40 % a osm mužů – 40 %). Druhé místo zaujímají ekonomické důvody, celkem sedm seniorů – 35 % (tři muži – 15 % a čtyři ženy – 20 %). Dvě ženy – 10 % uvedly, že přestaly kouřit na doporučení zdravotnického pracovníka a jeden muž – 5 % uvedl, že přestal kouřit z jiných než nabídnutých důvodů. Uvedl, že přestal pro naléhání manželky. Čtyři respondenti z celkových 20 označili dva důvody. Vždy se jednalo o zdravotní a ekonomické důvody. Jeden respondent uvedl důvody tři – zdravotní, ekonomické a doporučení zdravotnického pracovníka.

Otázka 10 se zaměřila na použití nikotinových náhražek pomáhající k odvykání kouření. Ptala jsem se, zda některé používali a případně jaké. Mohli označit více odpovědí.

Tabulka 11 Použití nikotinových náhražek k odvykání kouření

	Ano, používal/a	Ne, nepoužíval/a
Muži	1	9
Ženy	3	7
Celkem	4	16

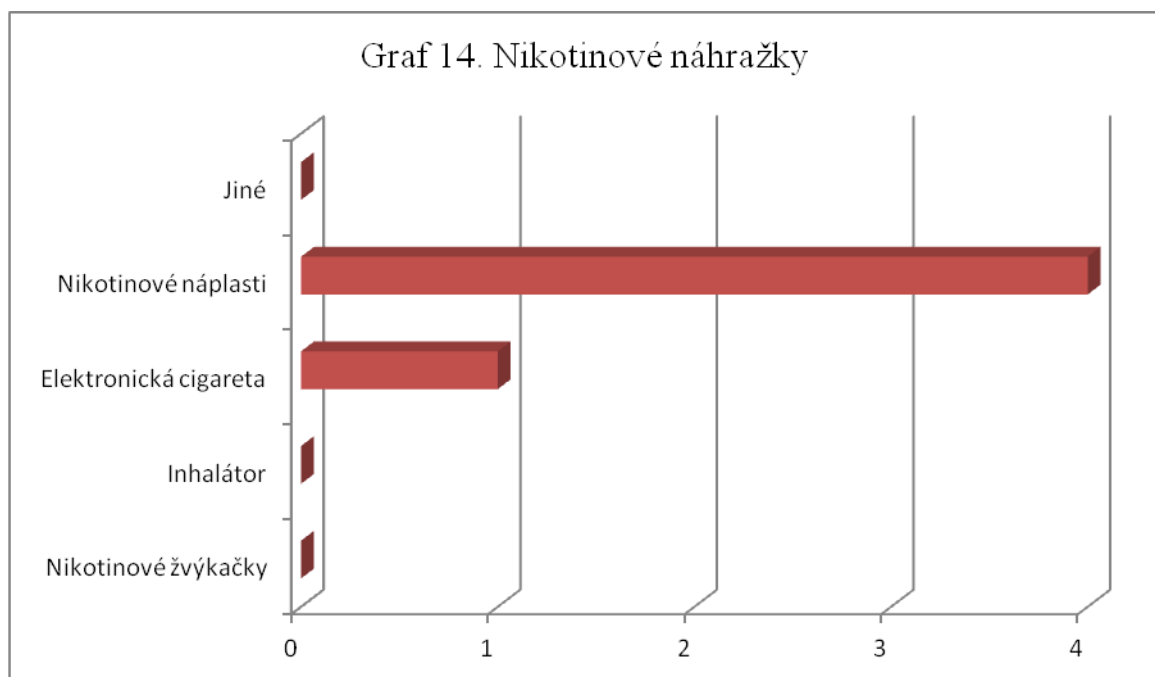
Zdroj: vlastní výzkum



Graf 13 Použití nikotinových náhražek k odvykání kouření

Zdroj: vlastní výzkum

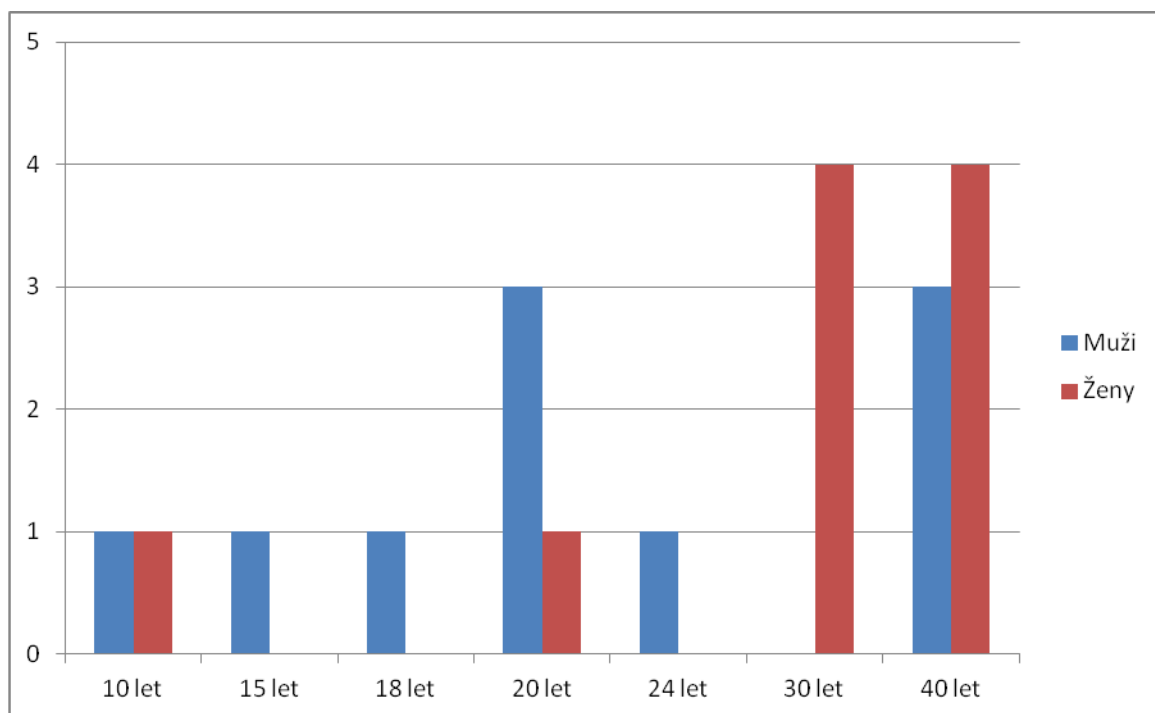
Osmdesát procent respondentů (16 = devět mužů – 45 % a sedm žen – 35 %) k odvykání kouření nepoužilo žádné nikotinové náhražky. Pouhých 20 % (4 = jeden muž – 5 % a tři ženy – 15 %) některé náhražky použili. Ti respondenti, co náhražky použili, označili také druh. Jeden muž (5 %) použil nikotinové náplasti a elektronickou cigaretu. Všechny tři ženy (15 %) k odvykání kouření používaly nikotinové náplasti. Vše je uvedeno v grafu číslo 14.



Graf 14 Jaké nikotinové náhražky jste použili?

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku 11 Jak dlouho jste byl/a aktivním kuřákem? Respondenti odpovídali počtem let. Více je uvedeno v grafu 15.



Graf 15 Jak dlouho jste byl/a aktivním kuřákem?

Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti odpovídali v rozmezí od 10 do 40 let. Jeden muž – 5 % a jedna žena – 5 % kouřili 10 let. Jeden muž – 5 % kouřil 15 let a další muž – 5 % 18 let. Dvacet let kouřili tři muži – 15 % a jedna žena – 5 %. Jeden muž – 5 % uvedl, že kouřil 24 let. Třicet let kouřily čtyři ženy – 20 % a 40 let tři muži – 15 % a čtyři ženy – 20 %.

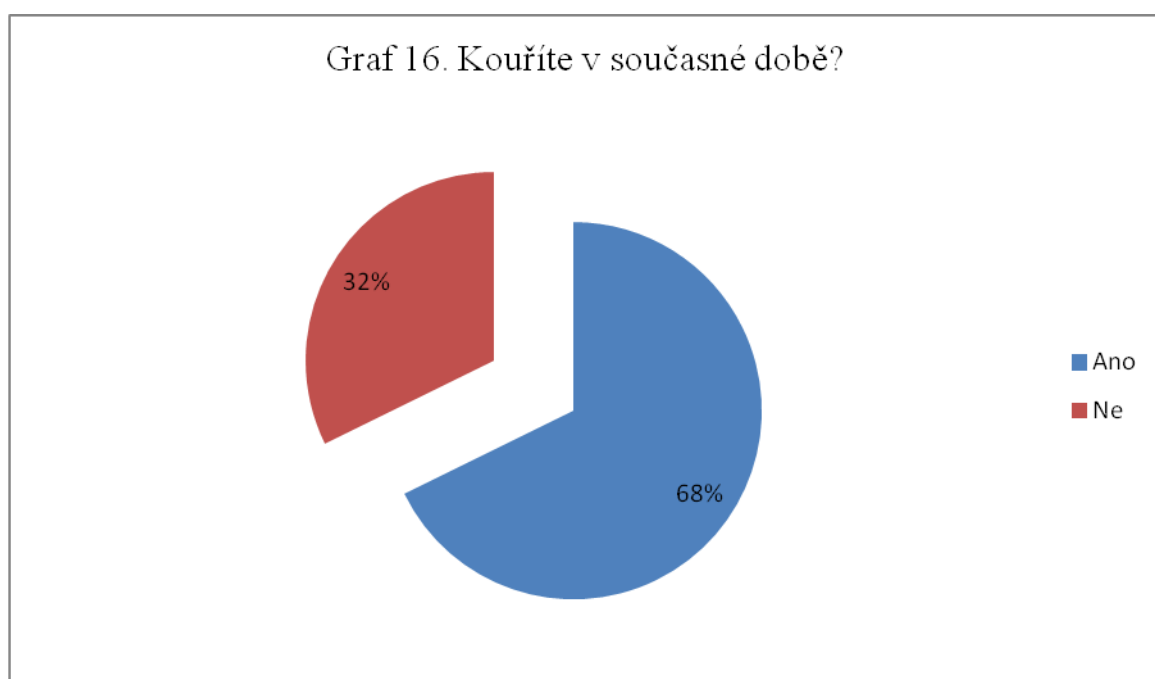
Všech 20 odnaučených kuřáků dále pokračovalo až otázkou 21.

Na otázku 12 odpovídali ti, kteří nejsou odnaučenými kuřáky. Otázka zněla: Kouříte v současné době?

Tabulka 12 Kouříte v současné době?

	Ano	Ne
Muži	12	2
Ženy	9	8
Celkem	21	10

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 16 Kouříte v současné době?

Zdroj: vlastní výzkum

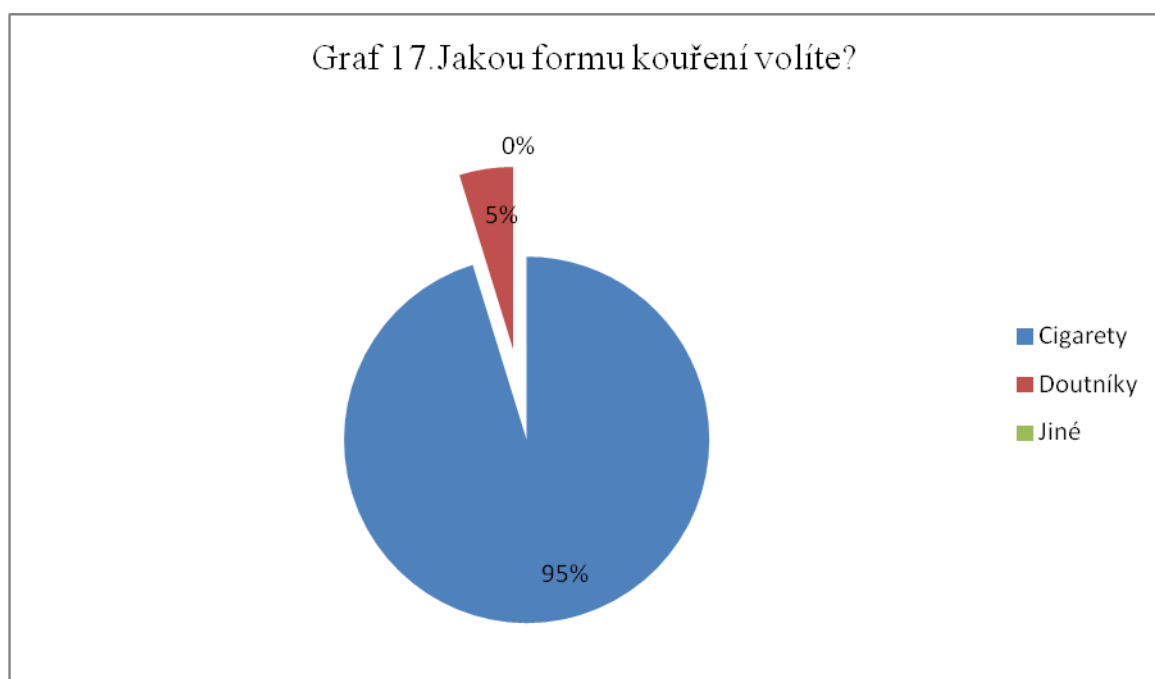
Z výše uvedeného vyplývá, že 68 % respondentů (21 = 12 mužů – 38,70 % a devět žen – 29,03 %) jsou pravidelnými kuřáky. Třicet dva procent respondentů (10 = dva muži 6,45 % a osm žen – 25,80 %) nikdy pravidelně nekouřilo. Pro tyto nekuřáky již výzkum skončil, dále na otázky neodpovídali.

Ti, kteří odpověděli, že v současné době kouří, odpovídali na otázky dále a pokračovali otázkou 13. Ta zjišťovala, jakou formu kouření respondenti volí.

Tabulka 13 Druh kuřiva

	Cigarety	Doutníky	Jiné
Muži	11	1	0
Ženy	9	0	0
Celkem	20	1	0

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 17 Druh kuřiva

Zdroj: vlastní výzkum

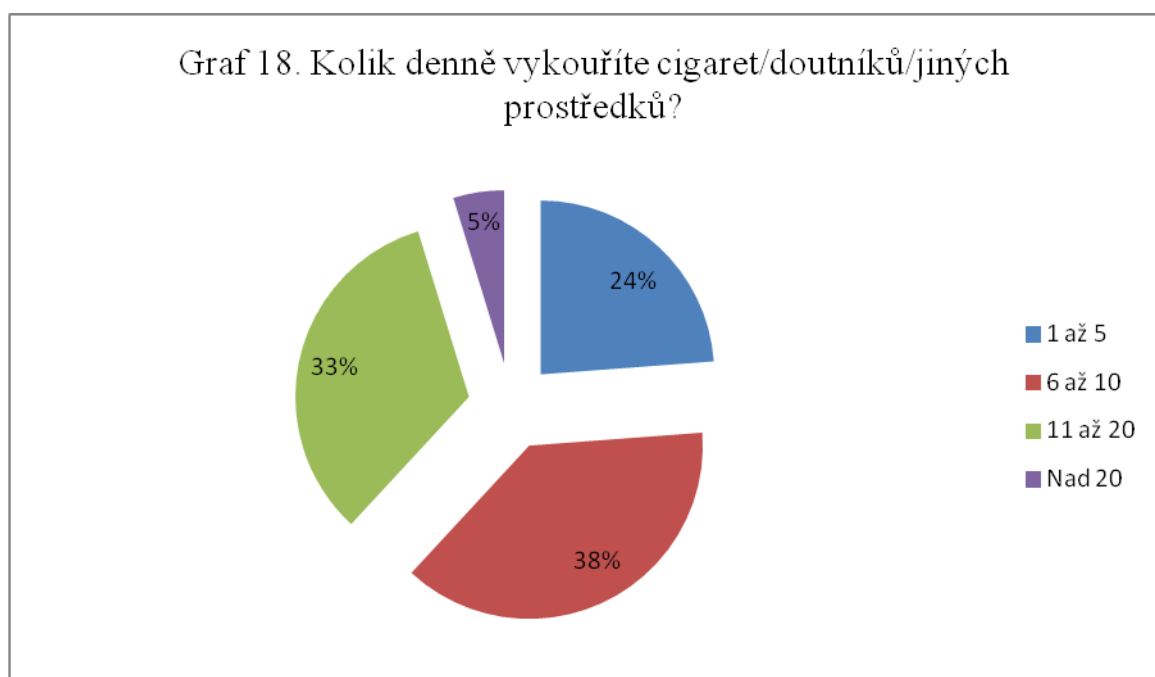
Převážná část dotázaných, a to 95 % (20 = 11 mužů – 52,38 % a devět žen – 42,85 %), ke kouření volí cigarety. Pouze jeden muž (5 %) spolu s cigaretami kouří také doutníky. Jinou formu kouření nikdo ne zvolil.

Otázka číslo 14 se zaměřovala na počet vykouřených cigaret za jeden den.

Tabulka 14 Počet vykouřených cigaret (doutníků) za den

	1–5 cigaret/doutníků	6–10 cigaret/doutníků	11–20 cigaret/doutníků	nad 20 cigaret/doutníků
Muži	1	6	5	0
Ženy	4	2	2	1
Celkem	5	8	7	1

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 18 Počet vykouřených cigaret (doutníků) za den

Zdroj: vlastní výzkum

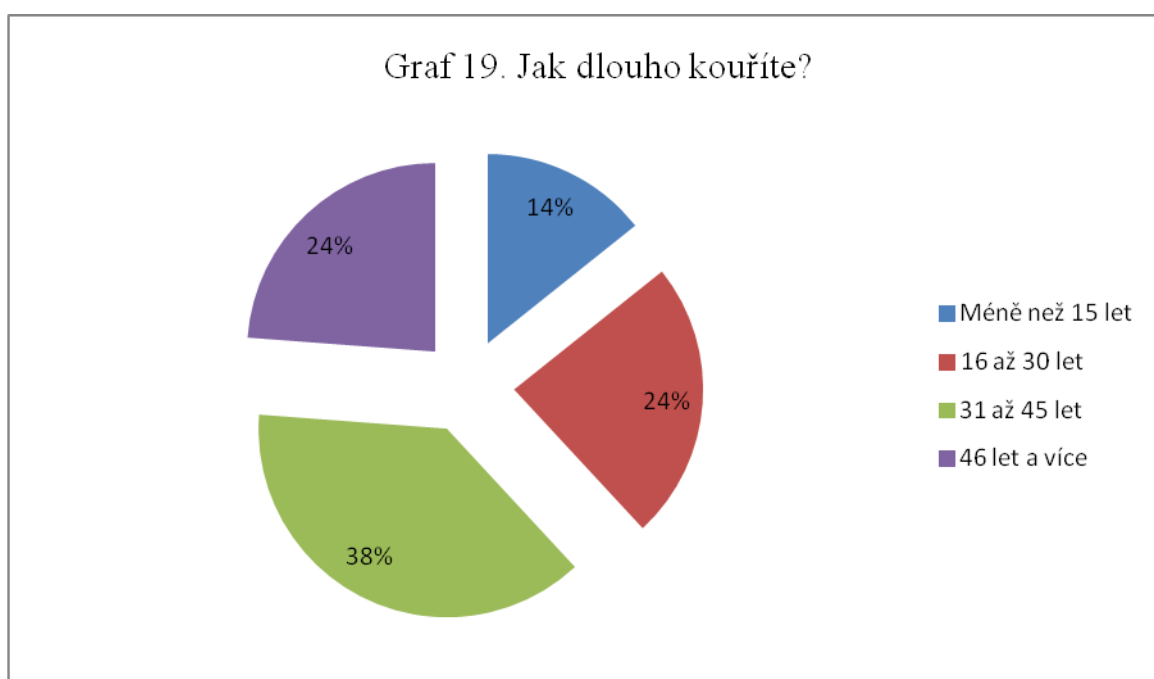
Nejvíce dotazovaných, a to 38 % (8 = 6 mužů – 28,57 % a 2 ženy – 9,52 %) denně vykouří šest až deset cigaret. Druhé místo zaujímá 11 až 20 vykouřených cigaret za den. Takové množství vykouří sedm dotazovaných – 33,33 % (5 mužů – 23,80 % a 2 ženy – 9,52 %). Dvacet čtyři procent respondentů (5 = 1 muž – 4,76 % a 4 ženy – 19,04 %) vykouří jednu až pět cigaret denně. Více než 20 cigaret za den kouří 5 % dotázaných (1 žena).

Otázkou číslo 15 jsem se respondentů ptala, jak dlouho kouří?

Tabulka 15 Jak dlouho kouříte?

	Méně než 15 let	16–30 let	31–45 let	46 let a více
Muži	1	3	5	3
Ženy	2	2	3	2
Celkem	3	5	8	5

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 19 Jak dlouho kouříte?

Zdroj: vlastní výzkum

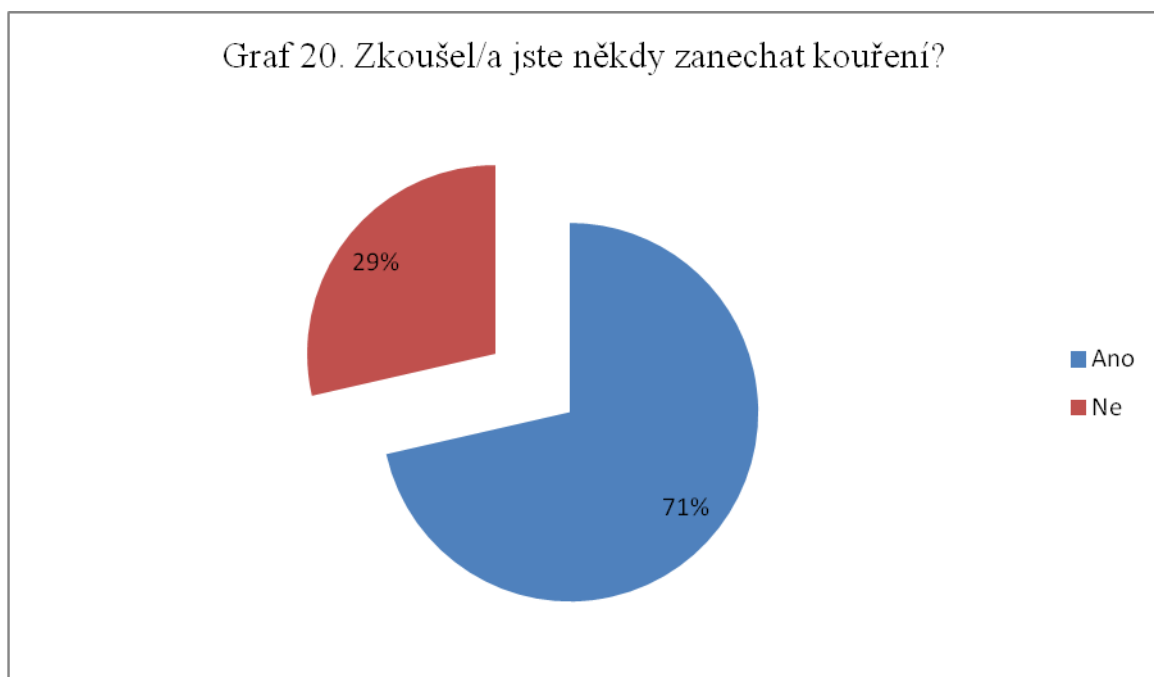
Na otázku jak dlouho kouří, odpovídali senioři takto: 38 % (8 = 5 mužů – 23,80 % a 3 ženy – 14,28 %) kouří v rozmezí 31 až 45 let, 24 % seniorů (5 = 3 muži – 14,28 % a 2 ženy, tzn. 9,52 %) kouří 16 až 30 let a stejný počet seniorů, tj. 24 % (5 = 3 muži – 14,28 % a 2 ženy, tj. 9,52 %) kouří 46 a více let. Pouze 14 % seniorů (3 = 1 muž – 4,76 % a 2 ženy – 9,52 %) kouří méně než 15 let.

Otázka číslo 16 zjišťovala, zda se kuřáci někdy pokoušeli přestat kouřit.

Tabulka 16 Pokoušeli jste se někdy přestat kouřit?

	Ano, pokoušel/a	Ne, nepokoušel/a
Muži	6	6
Ženy	9	0
Celkem	15	6

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 20 Pokoušeli jste se někdy přestat kouřit?

Zdroj: vlastní výzkum

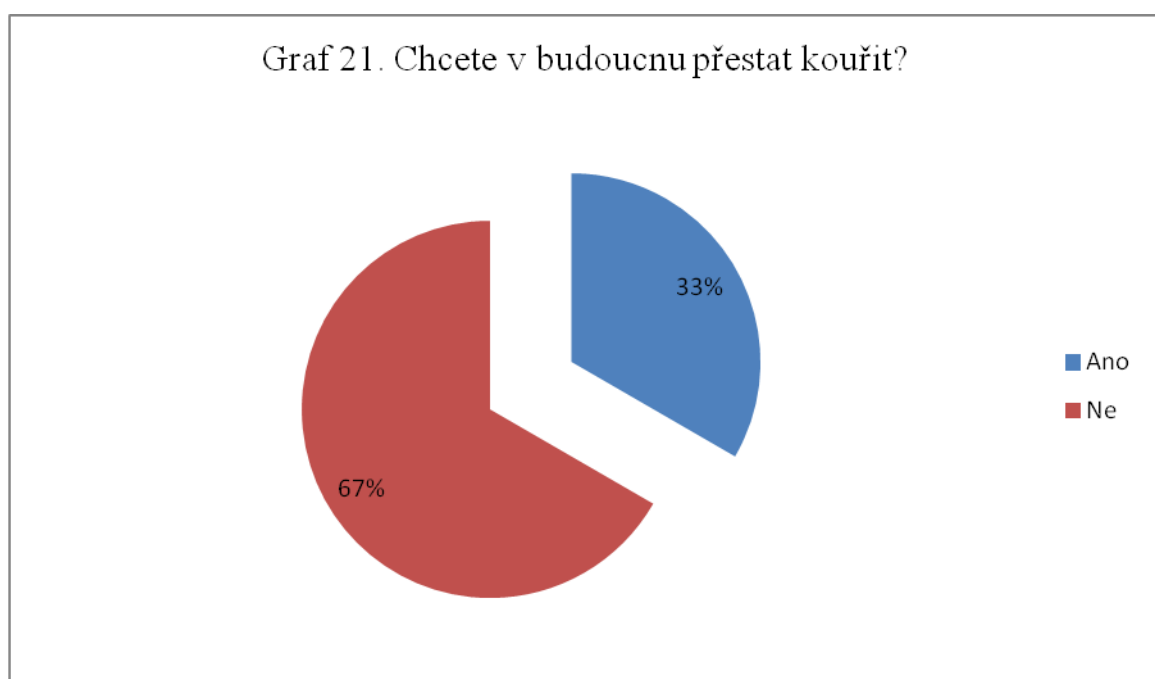
Většina respondentů přiznává, že se někdy v minulosti snažila přestat kouřit. Tato skupina seniorů činí celých 71 % (15 = 6 mužů – 28,57 % a 9 žen – 42,85 %). Druhá skupina respondentů, tj. 29 % (6 = 6 mužů – 28,57 % a 0 žen – 0 %) se nikdy nepokoušelo přestat kouřit.

Otázkou číslo 17 jsem se dotazovala, zda by někdy v budoucnu chtěli respondenti přestat kouřit.

Tabulka 17 Chcete v budoucnu přestat kouřit?

	Ano	Ne
Muži	2	10
Ženy	5	4
Celkem	7	14

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 21 Chcete v budoucnu přestat kouřit?

Zdroj: vlastní výzkum

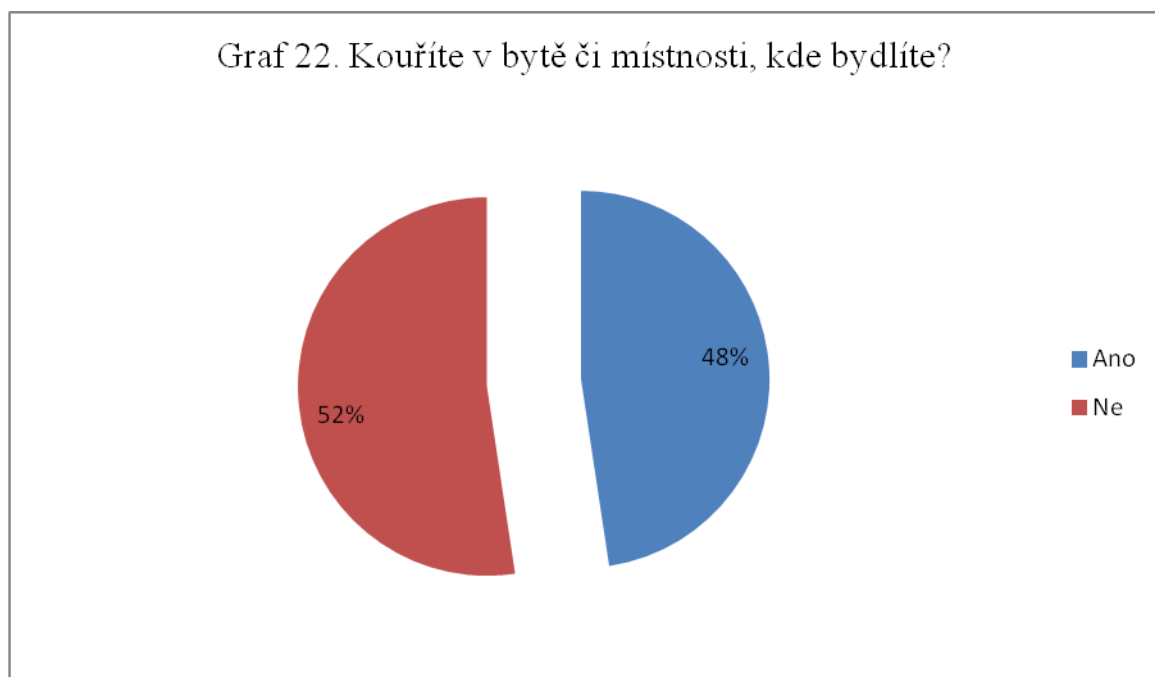
Čtrnáct dotazovaných – 66,66 % (10 mužů – 47,61 % a 4 ženy – 19,04 %) neuvažuje o tom, že by v budoucnu přestalo kouřit. Je to dvojnásobně více než těch seniorů, kteří by chtěli v budoucnu přestat kouřit. Druhou skupinu tvoří sedm seniorů – 33,33 % (2 muži – 9,52 % a 5 žen – 23,80 %).

Pod číslem 18 byla otázka, zda senioři kouří v bytě nebo místnosti, kde bydlí.

Tabulka 18 Kouření v domácím prostředí

	Ano	Ne
Muži	5	7
Ženy	5	4
Celkem	10	11

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 22 Kouření v domácím prostředí

Zdroj: vlastní výzkum

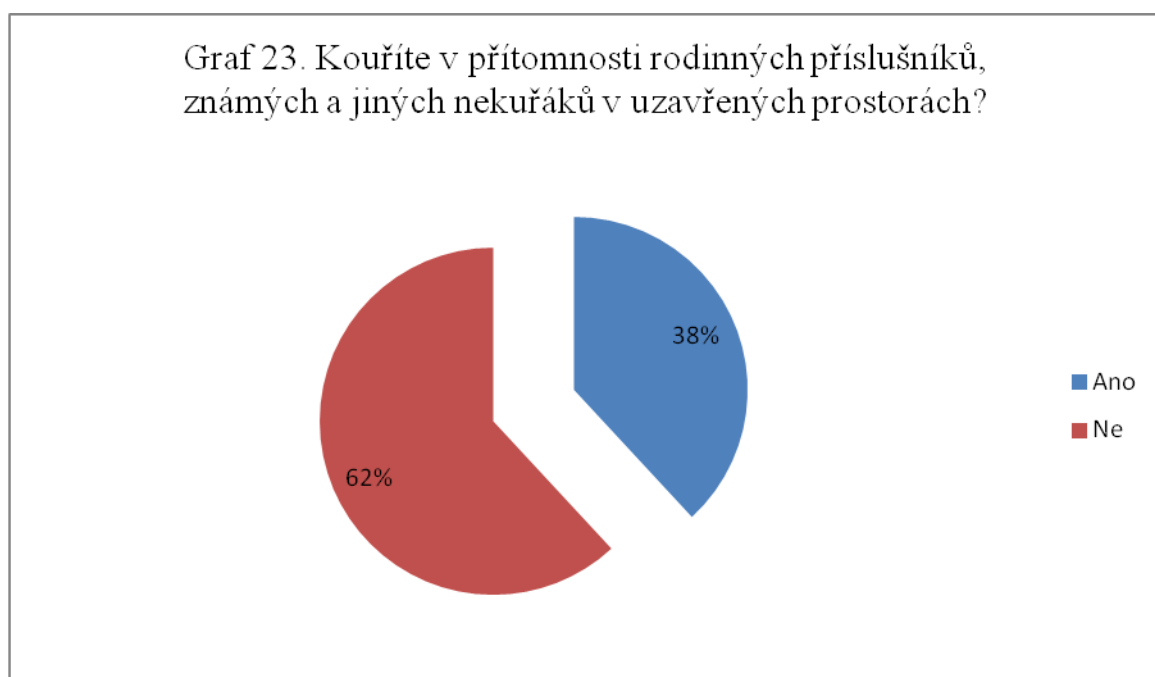
Seniorů, kteří odpovídali, že kouří v bytě či místnosti kde bydlí, bylo 10 – 47,61 % (5 mužů – 23,80 % a 5 žen – 23,80 %). V prostorách, kde senioři bydlí, nekouří 11 dotazovaných – 52,38 % (7 mužů – 33,33 % a 4 ženy – 19,04 %).

Dále mě zajímalo, zda respondenti kouří v uzavřených prostorách v přítomnosti nekuřáků, ať jsou jimi rodinní příslušníci, známí či jiní nekuřáci. To zjišťovala otázka číslo 19.

Tabulka 19 Kouření v uzavřených prostorách v přítomnosti nekuřáků

	Ano	Ne
Muži	5	7
Ženy	3	6
Celkem	8	13

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 23 Kouření v uzavřených prostorách v přítomnosti nekuřáků

Zdroj: vlastní výzkum

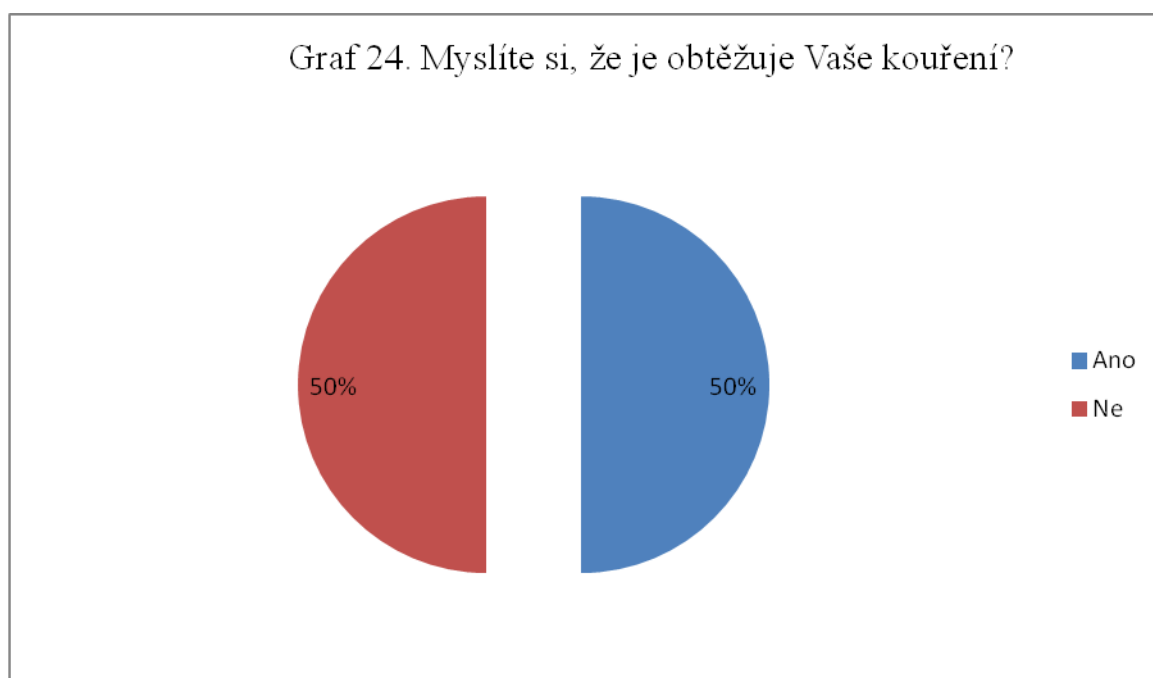
Většina kuřáků, a to celkem 13 – 61,90 % (7 mužů – 33,33 % a 6 žen – 28,57 %) nekouří v přítomnosti nekuřáků v uzavřených prostorách. Těch seniorů, kteří kouří v přítomnosti nekuřáků v uzavřených prostorách je osm – 38,09 % (5 mužů – 23,80 % a tři ženy – 14,28 %).

Ti respondenti, kteří na předchozí otázku (č. 19) odpověděli, že kouří v uzavřených prostorách i v přítomnosti nekuřáků, odpovídali také na otázku číslo 20. Ta zjišťovala, zda si dotazovaní kuřáci myslí, že nekuřáky obtěžuje jejich kouření.

Tabulka 20 Obtěžování nekuřáků kouřením

	Ano (myslím si, že obtěžuje)	Ne (myslím si, že neobtěžuje)
Muži	2	3
Ženy	2	1
Celkem	4	4

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 24 Obtěžování nekuřáků kouřením

Zdroj: vlastní výzkum

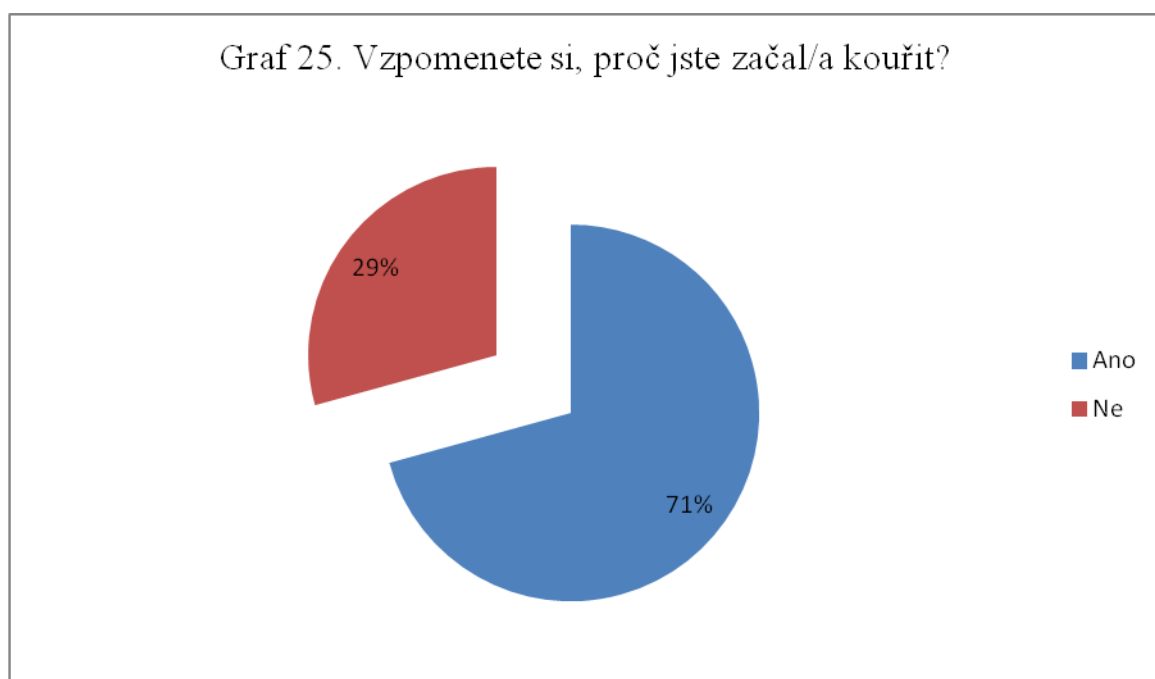
Kuřáky, kteří kouří v přítomnosti nekuřáků v uzavřených prostorách, tato otázka rozdělila na dvě rovné poloviny. Čtyři kuřáci – 50 % (2 muži – 25 % a 2 ženy – 25 %) si myslí, že ostatní – nekuřáky jejich kouření obtěžuje. Stejný počet seniorů, tj. čtyři – 50 % (3 muži – 37,5 % a 1 žena – 12,5 %) si myslí, že ostatní – nekuřáky jejich kouření neobtěžuje.

Na otázku číslo 21 kuřáci a odnaučení kuřáci odpovídali, zda si vzpomenu, proč začali kouřit.

Tabulka 21 Vzpomínka na příčinu/počátek kouření

	Ano (vzpomenu)	Ne (nevzpomenu)
Muži	15	7
Ženy	14	5
Celkem	29	12

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 25 Vzpomínka na příčinu/počátek kouření

Zdroj: vlastní výzkum

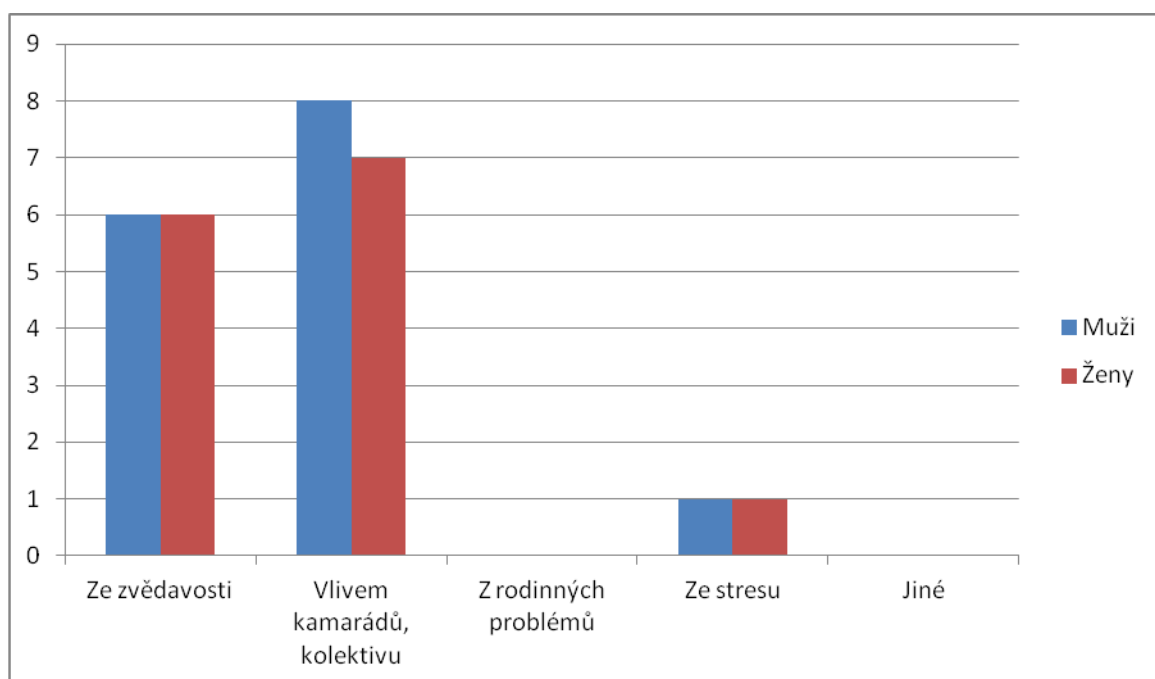
Převážná část seniorů, tj. 29 – 70,73 % (15 mužů – 36,58 % a 14 žen – 34,14 %) odpovídala, že si vzpomíná, proč začala kouřit. Menší část, tj. 12 seniorů – 29,26 % (7 mužů – 17,07 % a 5 žen – 12,19 %) si na to již nevzpomíná.

U seniorů, kteří uvedli, že si vzpomínají, proč začali kouřit, uvádím v tabulce 22 a grafu 26 jejich důvody, které udali v dotazníku.

Tabulka 22 Důvody, proč začali kouřit

	Ze zvědavosti	Vlivem kamarádů, kolektivu	Z rodinných problémů	Ze stresu	Jiné
Muži	6	8	0	1	0
Ženy	6	7	0	1	0
Celkem	12	15	0	2	0

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 26 Proč jste začal/a kouřit?

Zdroj: vlastní výzkum

Dvanáct dotázaných – 41,37 % (6 mužů – 20,68 % a 6 žen – 20,68 %) si vzpomíná, že ke kouření je vedla zvědavost. Patnáct seniorů – 51,72 % (8 mužů – 27,58 % a 7 žen – 24,13 %) uvedlo, že začali kouřit vlivem kamarádů. Dva senioři – 6,89 % (1 muž – 44 % a 1 žena – 3,44 %) začali kouřit vlivem nějakého stresu. Dále byly respondentům nabídnuty ještě dvě další možnosti – z rodinných problémů a jiné, které nikdo nevyužil.

Poslední otázku, číslo 22, jsem seniorům položila proto, abych zjistila, zda někdy byli poučeni zdravotníkem (lékařem či sestrou) o škodlivosti kouření a jeho dopadu na jejich zdraví.

Tabulka 23 Poučení o škodlivosti kouření zdravotníkem

	Ano (byli poučeni)	Nevzpomínám si
Muži	13	9
Ženy	12	7
Celkem	25	16

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 27 Poučení o škodlivosti kouření zdravotníkem

Zdroj: vlastní výzkum

Respondentů, kteří přiznali, že někdy byli poučeni zdravotníkem o škodlivosti kouření a jeho dopadu na jejich zdraví, bylo 25, tj. 60,97 % (13 mužů – 31,70 % a 12 žen – 29,26 %). Šestnáct seniorů si nevzpomíná, zda je zdravotníci informovali o škodlivosti kouření. Ti, kteří byli informováni, měli možnost napsat, co jim bylo řečeno. Téměř všechna jejich sdělení jsou si velmi podobná.

Z celkového množství 13 mužů nic nenapsali tři muži (23,07 %). Pět mužů (38,46 %) napsalo, že jim bylo řečeno, že jim kouření škodí zdraví. Dva muži (15,38 %) uvedli, že jim bylo řečeno, že mají přestat kouřit. Další dva muži (15,38 %) uvedli, že jim zdravotník řekl, že můžou zemřít, když budou kouřit a jeden muž (7,69 %) uvedl, že mu zdravotník řekl, že to škodí jeho srdci.

Ze skupiny dvanácti žen dvě (16,66 %) nenapsaly žádné sdělení. Čtyři ženy (33,33 %) napsaly, že jim bylo řečeno, že jim kouření škodí na zdraví, dvěma ženám (16,66 %) bylo řečeno, že kouření není zdravé, dalším dvěma ženám (16,66 %), že kouření může způsobit smrtelná onemocnění a dvěma ženám (16,66 %) bylo pouze řečeno, že by měly přestat kouřit.

12 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ

12.1 Testování hypotézy číslo 1

Hypotéza 1: Předpokládám, že neexistuje významný rozdíl v četnosti kuřáků mezi ženami a muži.

V hypotéze číslo 1 zjišťuji, zda je rozdíl v četnosti kuřáků mužů a kuřáček žen. K testování této hypotézy byla použita otázka číslo 1, která zjišťovala pohlaví, otázka číslo 12, která zjišťovala počet současných kuřáků a otázka číslo 8, která zjistila počet odnaučených kuřáků, o které se snížil celkový počet mužů a žen. Výsledky jsou zaznamenány v tabulce číslo 24.

Tabulka 24 Výsledky rozdílu v četnosti kouření mezi muži a ženami

Pohlaví	Současní kuřáci	Současní nekuřáci	Odnaučení kuřáci	Celkem
Muži	12 (23,52 %)	2 (3,92 %)	10 (19,60 %)	24 (47,05 %)
Ženy	9 (17,64 %)	8 (15,68 %)	10 (19,60 %)	27 (52,94 %)
Celkem	21 (41,17 %)	10 (19,60 %)	20 (39,21 %)	51 (100 %)

Zdroj: vlastní výzkum

Hypotéza číslo 1 byla potvrzena.

Závěr: V seniorské populaci je podíl kuřáků mužů mírně vyšší (o 5,88 %) než podíl žen kuřáček.

12.2 Testování hypotézy číslo 2

Hypotéza 2: Předpokládám, že existuje vztah mezi seniory kuřáky a častějším výskytem chronických onemocnění.

Testováním hypotézy č. 2 zjišťuji, zda jsou senioři kuřáci více náchylní k chronickým nemocem. Při testování jsem vycházela z otázky číslo 12, která zjišťovala počet současných kuřáků, z otázky číslo 8, která zjišťovala počet odnaučených kuřáků a z otázky číslo 6, která zjišťovala počet seniorů s jakýmkoliv chronickým onemocněním. Respondenti mohli vyznačit i více odpovědí. Toho využilo pět seniorů, kteří označili dvě onemocnění. Výsledky jsou zaznamenány v tabulce číslo 25.

Tabulka 25 Výsledky vztahu mezi seniory kuřáky a častějším výskytem chronických onemocnění

Kouření	Mám chronické onemocnění	Nemám chronické onemocnění	Celkem
Současní kuřáci	8 (15,68 %)	13 (25,49 %)	21 (41,17 %)
Současní nekuřáci	12 (23,52 %)	18 (35,29 %)	30 (58,82 %)
Celkem	20 (39,21 %)	31 (60,78 %)	51 (100 %)

Zdroj: vlastní výzkum

Pokud se zaměříme na současnou dobu, počet nekuřáků se zvýšil počtem odnaučených kuřáků. Došlo k tomu, že je více nekuřáků, kteří trpí nějakým chronickým onemocněním než kuřáků.

Hypotéza číslo 2 nebyla potvrzena.

Závěr: V otázce číslo 6 přiznalo 20 seniorů, že trpí chronickým onemocněním. Většina z nich jsou však nekuřáci.

12.3 Testování hypotézy číslo 3

Hypotéza 3: Předpokládám, že zdravotníci informují kuřáky o škodlivosti kouření zcela minimálně

Testováním hypotézy č. 3 se zjišťovalo, zda jsou senioři kuřáci poučeni zdravotníky o škodlivost kouření. Při testování jsem vycházela z otázky číslo 8, která zjišťovala počet odnaučených kuřáků, z otázky číslo 12, která zjistila počet kuřáků v současné době a otázka číslo 22, která zjišťovala, zda byli senioři kuřáci a odnaučení kuřáci poučeni zdravotníkem o tom, že kouření je škodlivé a má negativní vliv na jejich zdraví. Výsledky jsou uvedeny v tabulce číslo 26.

Tabulka 26 Výsledky informovanosti kuřáků o škodlivosti kouření a jeho dopadu na jejich zdraví

Byli poučeni	Odnaučení kuřáci	Současní kuřáci	Celkem
Ano	9 (21,95 %)	16 (39,02 %)	25 (60,97 %)
Ne	11 (26,82 %)	5 (12,19 %)	16 (39,02 %)
Celkem	20 (48,78 %)	21 (51,21 %)	41 (100 %)

Zdroj: vlastní výzkum

Hypotéza číslo 3 nebyla potvrzena.

Závěr: Z celkového počtu 41 seniorů (současných a odnaučených kuřáků) bylo zdravotníkem o škodlivosti kouření poučeno 25 seniorů, což je více než polovina. Přesně je to 60,97 %.

13 DISKUSE

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit prevalenci kouření u vybraného souboru seniorů, zjistit rozdíl v přítomnosti chronického onemocnění mezi seniory kuřáky a nekuřáky a také zjistit, zda bývají senioři informováni zdravotníky o škodlivosti kouření a jeho dopadu na jejich zdraví.

V průzkumu jsem oslovila seniory ve věku 60 a více let, kterým byl určen anonymní dotazník. Ten obsahoval 22 otázek.

Z celkového počtu 60 rozdaných dotazníků bylo navraceno a správně vyplněno 51. Z tohoto množství respondentů bylo 24 mužů (47,06 %) a 27 žen (52,94 %). Takto respondenty rozdělila první otázka.

Otázka číslo 2 rozčlenila seniory podle věku na tři skupiny. Nejpočetnější skupinou byli senioři ve věku 60 až 69 let. Těch celkem bylo 23 (45,09 %), 10 mužů (19,60 %) a 13 žen (25,49 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvořili senioři ve věkovém rozmezí 70 až 79 let. Těch bylo 15 (29,41 %), sedm mužů (13,72 %) a osm žen (15,68 %). Ve třetí skupině byli nejstarší senioři, a to ve věku 80 a více let. Těch bylo nejméně – 13 (25,49 %), sedm mužů (13,72 %) a šest žen (11,76 %).

Třetí otázkou jsem zjišťovala rodinný stav respondentů. Nejpočetnější skupinu tvořily vdané ženy. Těch bylo 11 (21,56 %). Z mužů tvořili největší skupinu vdovci. Bylo jich 10 (19,60 %). Dále následovali ženatí muži – osm (15,68 %), ženy vdovy – sedm (13,72 %), rozvedení muži – pět (9,8 %) a ženy – pět (9,8 %), ženy svobodné – dvě (3,92 %) a v partnerském vztahu – dvě (3,92 %) a muži v partnerském vztahu – jeden (1,96 %). Svobodní muži se výzkumu neúčastnili. Z průzkumu vyplývá, že senioři nejčastěji žijí v manželství nebo jsou ovdovělí. Může to být dáno výchovou a časem, který spolu prožili. Během mnohaletého manželství se senioři většinou natolik poznají, že vědí, co od sebe mohou očekávat a vzájemně si mohou pomáhat. Mohou se spoléhat jeden na druhého a užívat si jeden druhého. Pokud jsou ve vztahu spokojeni, tak nemají potřebu se sbližovat s jinou osobou opačného pohlaví. Pokud jeden z manželů zemře, většina seniorů si nové partnery nehledá a zůstávají samotní.

Ve čtvrté otázce mě zajímalo, v jak velké obci respondenti žijí. Nejvíce jich žije v menším městě. Tak odpovídalo 15 mužů (29,41 %) a 12 žen (23,52 %). Druzí v pořadí jsou ti senioři, kteří žijí na vesnici. Tam bydlí osm žen (15,68 %) a sedm mužů (13,72 %). Nejméně dotazovaných žije ve velkém městě, a to sedm žen (13,72 %) a dva muži (3,92 %). Vzhledem k tomu, že jsem dotazníky rozdávala v menším městě, není nijak překvapivé, že nejvíce seniorů žije právě tam.

I pátá otázka se týkala bydlení, ale toho, s kým a kde žijí. Nejvíce senierek, a to 16 (31,37 %), bydlí ve své domácnosti s partnerem či rodinou. I z mužů tvoří nejpočetnější skupinu ti, kteří bydlí ve své domácnosti s partnerkou nebo rodinou. Je jich 10 (19,60 %). Senioři, kteří žijí ve své domácnosti sami, tvoří druhou skupinu. Mužů je pět (9,80 %) a ženy jsou čtyři (7,84 %). Na třetím místě jsou muži i ženy, kteří bydlí u rodinných příslušníků. Muži jsou čtyři (7,84 %) a ženy tři (5,88 %). V domě s pečovatelskou službou žijí tři muži (5,88 %) a dvě ženy (3,92 %) a v domově důchodců dva muži (3,92 %) a dvě ženy (3,92 %). Z toho vyplývá, že většina seniorů má to štěstí, že může bydlet se svou rodinou ve svém domě či bytě, kde to dobře znají a cítí se bezpečně.

V šesté otázce jsem se zaměřovala na zdravotní stav seniorů. Odpověď mohli volit ze tří nabídnutých možností. První možnost – cítím se celkem zdrav/a, využilo sedm seniorů (13,72 %), čtyři muži (7,84 %) a tři ženy (5,88 %). Druhou možnost – mám obtíže přiměřené věku, zvolilo 24 seniorů (47,05 %), devět mužů (17,64 %) a 15 žen (29,41 %). Poslední odpověď – necítím se dobře, mám zdravotní problémy, označilo 20 seniorů (39,21 %), 11 mužů (21,56 %) a devět žen (17,64 %). Z těchto 20 respondentů jich 10 (50 %) uvedlo, že mají potíže se srdcem a/nebo cévami (5 mužů – 25 % a 5 žen – 25 %). Pět respondentů (25 %) uvedlo, že mají obtíže s dýchacím systémem (4 muži – 20 % a 1 žena – 5 %). S trávicím systémem mají obtíže čtyři respondenti (20 %), jeden muž (5 %) a tři ženy (15 %). Další čtyři respondenti (20 %) se léčí s onkologickým onemocněním (2 muži – 10 % a 2 ženy – 10 %). Pokud respondenti neměli žádné z uvedených potíží, mohli napsat jiné onemocnění, kterým trpí. Tuto možnost využili dva respondenti (10 %), jeden muž (5 %) a jedna žena (5 %). Muž uvedl, že trpí epilepsií a žena udala, že má slabé nohy, které se jí motají. Respondenti, kteří uvedli, že mají zdravotní obtíže, mohli zvolit více možností ve výběru. Toho využilo pět respondentů. Každý z nich zvolil dvě možnosti, takže se počet onemocnění o pět navýšil.

Při porovnání výsledků mého šetření s výsledky diplomové práce Kristýny Krbákové jsem zjistila, že zjištěné údaje jsou si podobné. I její výzkum prokázal, že nejvíce seniorů se zdravotními obtížemi tvoří ti, kteří mají obtíže se srdcem a cévami. Tuto skupinu tvoří 35,5 % seniorů. Na druhém místě, stejně jako v mé práci, jsou senioři s nemocemi dýchacích cest. Těch je 27 %. Onkologickými onemocněními trpí 14 % seniorů, zatímco v mé práci 20 %, což je podobné. Dále uvedla, že 31 % seniorů se cítí být zdrávo. V mém výzkumu se zdrávo cítí pouhých 13,72 %, což je jediný významnější rozdíl.

Jana Slobodníková ve své diplomové práci označila, že senioři trpí obtížemi srdce a cév a dýchacího systému ve stejném počtu, a to 23,97 %. Při porovnání s mými výsledky jsou si nemoci dýchacích cest velmi podobné. Nemoci srdce a cév jsou o polovinu méně časté než v mém průzkumu. S trávicím systémem má obtíže 6,61 % seniorů, což je podstatně méně oproti mnou popisovaných 20 %.

Mým cílem č. 2 bylo zjistit rozdíl v přítomnosti chronického onemocnění mezi seniory kuřáky a nekuřáky. Z výzkumu vyplývá, že nejvíce seniorů se zdravotními obtížemi, je jich 20 (39,21 % z celkového počtu 51 zkoumaných seniorů), tvoří kuřáci. Jejich počet je 8 (40 %), pět mužů (25%) a tři ženy (15 %). Odnaučených kuřáků se zdravotními obtížemi je sedm (35 %), čtyři muži (20 %) a tři ženy (15 %). Seniorů, kteří nikdy nekouřili je pět (25 %), jeden muž (5 %) a čtyři ženy (20 %).

V otázce číslo 7, zda souhlasí se zákazem kouření v restauracích a na veřejném prostranství, mohli senioři volit jednu ze tří nabídnutých odpovědí. Odpovídat mohli ano, ne a je mi to jedno. U prvních dvou nabídnutých možností mohli napsat, proč souhlasí, či proč nesouhlasí. Se zákazem kouření na veřejnosti souhlasí 23 seniorů (45,09 %), šest mužů (11, 76 %) a 17 žen (33,33 %). Nejčastějšími důvody u mužů bylo uvedeno, že jim kouř zapáchá (3 – 5,88 %), dále že škodí zdraví (1 – 1,96 %) a že sami nekouří (1 – 1,96 %). Jeden muž neuvedl žádný důvod (1,96 %). Nejvíce žen – 7, které psaly, že souhlasí se zákazem kouření, nenapsaly žádný názor (13,72 %). Čtyři ženy (7,84 %) uvedly, že souhlasí se zákazem kouření proto, že je kouření škodlivé, dvě ženy (3,92 %) uvedly, že kouření znečišťuje ovzduší a další dvě (3,92 %), že to obtěžuje ostatní – nekuřáky. Jedna žena (1,96 %) uvedla, že kouření zapáchá a další žena (1,96 %), že se kouřit nemá. Sedm mužů (13,72 %) nesouhlasí se zákazem kouření v restauracích a na veřejném prostranství. Nejčastějším důvodem uvedli, že sami kouří. Takto odpověděli tři muži (5, 88%). Jeden uvedl, že si každý může dělat, co chce (1,96 %) a opět jeden, že je to každého věc (1,96 %). Jeden muž (1,96 %) neuvedl žádný

důvod. Se zákazem kouření na veřejnosti nesouhlasí pouze dvě ženy (3,92 %). Jedna žena (1,96 %) uvedla, že důvodem je to, že sama kouří a druhá žena (1,96 %) nenapsala žádný názor. Jedenáct mužů (21,56 %) a osm žen (15,68 %) odpovědělo, že je jim zákaz kouření jedno (21,56 %).

Dne 3. 6. 2015 vláda ČR schválila úplný zákaz kouření cigaret, včetně elektronických či bylinných výrobků ke kouření, v restauracích, na koncertech a tanečních zábavách. Zapálit si nebude možné ani v kinech, divadlech, krytých nástupištích, zastřešených zastávkách apod. Tento zákaz by měl platit od počátku příštího roku. Měl by být také zakázán prodej cigaret a alkoholu z automatů. Prodej cigaret a alkoholu na internetu by se měl také upravit. Odborníci na závislosti vidí rozhodnutí vlády jako krok správným směrem, ale Asociace hotelů a restaurací je proti. Eva Králíková z poradny pro odvykání kouření 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice řekla: „Je to jistě krok správným směrem, i když bych uvítala normu přísnější.“ Přiklání se ke vzniku samostatného zákona o tabáku. Také národní protidrogový koordinátor Jindřich Vobořil považuje úpravu spočívající jen v zákazu kouření v restauracích za příliš mírnou. Postrádá například omezení míst, kde se tabák může prodávat. Podle vládou schválené normy se nesmí tabák a alkohol prodávat ve školských a zdravotnických zařízeních. Ostatní místa prodeje zůstávají.⁹⁶

Osmá otázka odhalila počet odnaučených kuřáků. Na otázku: Byl/a jste někdy v minulosti pravidelným denním kuřákem a v současné době nekouříte? Odpovědělo ano 20 respondentů (39,21 %), 10 mužů (19,60 %) a 10 žen (19,60 %). Ostatních 31 respondentů (60,78 %), 14 mužů (27,45 %) a 17 žen (33,33 %), odpovědělo ne a dále pokračovalo otázkou číslo 12. Ti respondenti, kteří odpověděli ano, odpovídali dále na část určenou odnaučeným kuřákům, která začíná otázkou číslo 9.

Výzkumu diplomové práce Kristýny Krbákové se účastnilo 27,5 % odnaučených kuřáků, což je o 11,71 % méně než mých 39,21 % odnaučených kuřáků. V diplomové práci Lindy Dvořákové je uveden počet odnaučených kuřáků také menší, a to 30,09 % z celkového množství respondentů.

⁹⁶ SCHVÁLENO. PLATÍ ÚPLNÝ ZÁKAZ KOUŘENÍ V RESTAURACÍCH. *Deník.cz* [online]. ©2005-2015, [cit. 2015-06-16] Dostupné z: www.denik.cz/z_domova/kabinet-podporil-uplny-zakaz-koureni-v-restauracich-20150603.html

Devátá otázka zjišťovala, co respondenty přimělo přestat kouřit. Mohli označit i více odpovědí. Zdravotní potíže přiměly přestat kouřit 16 respondentů (80 %), osm mužů (40 %) a osm žen (40 %). Z ekonomických důvodů přestalo sedm respondentů (35 %), tři muži (15 %) a čtyři ženy (20 %). Na doporučení zdravotnického pracovníka přestaly kouřit dvě ženy (10 %). Jeden muž (5 %) uvedl, že přestal kouřit z jiných důvodů. Důvodem bylo naléhání manželky. Čtyři respondenti označili dva důvody. Vždy se jednalo o důvody zdravotní a ekonomické. Jeden respondent uvedl důvody tři. Byly to důvody zdravotní, ekonomické a doporučení zdravotníka.

Kotrbová, Kotrba a Vurm ve svém výzkumu uvedli, že odnaučení kuřáci přestali kouřit nejčastěji ze zdravotních důvodů. Čtyřicet dva procent mělo strach z poškození zdraví a u 30 % již došlo ke zdravotním potížím. Z ekonomického hlediska přestalo kouřit 14 % respondentů. Ostatní volili jiné důvody. Kristýna Krbálková ve své práci uvedla, že 58,93 % respondentů přestalo kouřit ze zdravotních důvodů, 12,5 % z finančních a na doporučení zdravotnického pracovníka přestalo 5,36 %. Ostatní uvedli jiné důvody. Z toho vyplývá, že ve všech třech zmíněných výzkumech nejvíce seniorů přestalo kouřit ze zdravotních důvodů a druhé místo zaujímají finanční důvody. Dále následují ostatní odpovědi.

V desáté otázce jsem se zajímala o to, zda použili respondenti při odvykání kouření některé nikotinové náhražky a případně jaké. Označit mohli i více odpovědí. Ano odpověděli celkem čtyři seniori (20 %), jeden muž (5 %) a tři ženy (15 %). Muž při odvykání použil nikotinové náplasti a elektronickou cigaretu. Všechny tři ženy použily pouze nikotinové náplasti. Šestnáct seniorů (80 %), devět mužů (45 %) a sedm žen (35 %) nikdy žádné náhražky nepoužili. Ve výzkumu Lindy Dvořákové je uvedeno, že nikotinové náhražky využilo celkem 35,48 % respondentů. Nejčastěji respondenti využívali nikotinové žvýkačky (9,67 %) a nikotinové žvýkačky a náplasti (9,67 %). Dále pak náplasti (6,45 %), inhalátor (3,22 %), žvýkačky, náplasti a inhalátor (3,22 %), žvýkačky a inhalátor (1,61 %) a sublingvální tablety (1,61 %). V jejím výzkumu využilo nikotinové náhrady o 15,48 % více respondentů než v mém.

Na 11 otázku: Jak dlouho jste byl/a aktivním kuřákem? Odpovídali respondenti počtem let. Odpovídali v rozmezí od 10 do 40 let. Jeden muž (5 %) a jedna žena (5 %) kouřili 10 let. Jeden muž (5 %) kouřil 15 let a další muž (5 %) 18 let. Dvacet let kouřili tři muži (15 %) a jedna žena (5 %). Jeden muž (5 %) uvedl, že kouřil 24 let. Třicet let kouřily čtyři ženy (20 %) a 40 let tři muži (15 %) a čtyři ženy (20 %). Domnívám se, že většina údajů je pouze

přibližná. Důvodem je to, že většina let je uvedena v celých desítkách, což je pravděpodobně zaokrouhlené. Všech 20 odnaučených kuřáků dále pokračovalo až otázkou 21.

Na následující otázku číslo 12, zda respondenti kouří v současné době, odpovídali ti, kteří v otázce osm uvedli, že nikdy v minulosti nekouřili (nekuřáci a současní kuřáci). Celkem jich je 31 (60,78 % z celkového množství 51 respondentů), 14 mužů (27,45 % z celkového množství 51 respondentů) a 17 žen (33,33 % z celkového množství 51 respondentů). V současné době kouří 21 respondentů (41,17 % z celkového množství 51 respondentů), 12 mužů (23,52 %) a devět žen (17,64 %). Kotrbová, Kotrba a Vurm ve svém výzkumném šetření pracovali s šesti, 18 % kuřáky. Kristýna Krbálková uvedla ve své práci, že se šetření účastnilo 22,5 % kuřáků a Jana Slobodníková uvedla 96,69 % kuřáků.

V mém šetření jsem zjistila, že v současné době nekouří (ani v minulosti nekouřilo) 10 respondentů (19,60 % z celkového množství 51 respondentů), dva muži (3,92 %) a osm žen (15,68 %). Pro tyto respondenty již výzkumné šetření skončilo. Na další otázky již neodpovídali. Výzkumu Kotrbové, Kotrby a Vurma se účastnilo 55,67 % nekuřáků, což je přibližně polovina všech zúčastněných respondentů. Kristýna Krbálková ve své diplomové práci uvedla 50 % nekuřáků, což je polovina všech zúčastněných respondentů. Těchto dvou výzkumů se účastnila přibližně polovina nekuřáků. Mého výzkumu se účastnilo méně než 20 % nekuřáků. Výzkumu Jany Slobodníkové se vzhledem k vysokému počtu současných kuřáků účastnily pouhé 3,31 % nekuřáků.

Mým cílem číslo jedna bylo zjistit prevalenci kouření u seniorů. Jak je již výše uvedeno, kuřáků se mého šetření účastnilo 21 (41,17 %). Z toho bylo 12 mužů (23,52 %) a devět žen (17,64 %). Mezi počtem kuřáků a kuřáček je rozdíl zcela minimální. Nekuřáků se šetření účastnilo 10 (19,60 %), dva muži (3,92 %) a osm žen (15,68 %). O téměř 12 % bylo více nekuřáček oproti nekuřákům. Poslední sledovanou skupinou byli odnaučení kuřáci. Těch se šetření účastnilo 20 (39,21 %), 10 mužů (19,60 %) a 10 žen (19,60 %). Odnaučených kuřáků je stejný počet jako odnaučených kuřáček. Z celkového pohledu vyplývá, že dle mého výzkumného šetření, je mezi seniory nejvíce kuřáků. V těsném závěsu jsou odnaučení kuřáci a nejmenší počet tvořili nekuřáci. Tyto výsledky mohou však být ovlivněny poměrně malým počtem zkoumaných respondentů.

Sérii následujících osmi otázek vyplňovali pouze současní kuřáci, kterých je, jak je již výše zmíněno, 21 (12 mužů a 9 žen). V otázce číslo 13 měli napsat, jakou formu kouření volí.

Vybírat mohli z cigaret, doutníků nebo mohli napsat, co jiného kouří. Všichni respondenti volili cigarety. Pouze jeden muž k cigaretám uvedl ještě doutníky. Tyto výsledky nejsou nijak překvapivé. Já osobně jsem v této době neviděla kouřit nikoho nic jiného než právě cigarety a úplně minimálně jsem se setkala s kuřáky doutníků. Dýmku a jiné jsem neviděla kouřit nikoho. V diplomové práci Kristýny Krbákové také 100 % respondentů kouří cigarety. V práci Jany Slobodníkové cigarety volilo 95,87 % respondentů, 2,48 % volilo dýmku a 1,65 % respondentů zvolilo doutník. Domnívám se, že těchto 4,13 % respondentů, kteří kouří něco jiného než cigarety, je ovlivněno vysokým počtem kuřáků (96,69 %) ve výzkumném šetření Jany Slobodníkové.

V následující otázce číslo 14 mě zajímalo, kolik denně vykouří cigaret či jiných prostředků. Jednu až pět cigaret denně vykouří pět kuřáků (23,80 %), jeden muž (4,76 %) a čtyři ženy (19,04 %), šest až deset cigaret vykouří osm kuřáků (38,09 %), šest mužů (28,57 %) a dvě ženy (9,52 %), 11 až 20 cigaret denně kouří sedm seniorů – kuřáků (33,33 %), pět mužů (23,80 %) a dvě ženy (9,52 %) a nad 20 cigaret za den vykouří pouze jedna žena (4,76 %). Mnoho lidí si myslí, že náruživějšími kuřáky jsou spíše muži. Podle mého šetření je to průměrně stejné u obou pohlaví. Zatímco nejvíce žen se pohybuje v rozmezí jedna až pět cigaret za den a jedna žena přesáhla 20 cigaret, většina mužů kouří šest až deset cigaret nebo dokonce 11–20 cigaret denně. V porovnání s jinými výzkumy je mé šetření nejbližší výzkumu Lindy Dvořákové. Ta uvedla, že jednu až pět cigaret denně kouřilo 19,5 % respondentů. Šest až deset cigaret vykouřilo 26,8 % respondentů, 11 až 20 cigaret vykouřilo 48,8 % a více než 20 cigaret vykouřilo 4,9 % respondentů. Výzkum Kristýny Krbákové ukázal, že z jejich zkoumaných respondentů jich jednu až pět cigaret denně vykouří pouze 4,44 % seniorů. Nejvíce seniorů, a to 48,89 %, kouří šest až deset cigaret za den. 11 až 20 cigaret vykouří 44,45 % a nad 20 cigaret denně kouří 2,22 % respondentů.

Patnáctá otázka zjišťovala, jak dlouho respondenti kouří. Na výběr měli čtyři možnosti. Tři odpověděli (14,28 %), že kouří méně než 15 let. Z toho byl jeden muž (4,76 %) a dvě ženy (9,52 %). Pět respondentů označilo odpověď 16 až 30 let (23,80 %), tři muži (14,28 %) a dvě ženy (9,52 %). Další možností bylo 31 až 45 let. Tuto možnost označilo osm respondentů (38,09 %), pět mužů (23,80 %) a tři ženy (14,28 %). Poslední čtvrtou možností 46 a více let zvolilo pět seniorů (23,80 %), tři muži (14,28 %) a dvě ženy (9,52 %). Zatímco z mého šetření vyplynulo, že nejvíce seniorů kouří 31–45 let, ve výzkumu Kristýny Krbákové jich nejvíce (42,22 %) kouří 26 až 35 let. Výzkum Lindy Dvořákové ukazuje, že nejvíce respondentů

(23,3 %) kouří 31 až 40 let, což je stejné s mými výsledky. Se stejným počtem respondentů následuje délka kouření 16 až 30 let a 46 a více. V práci Kristýny Krbákové jsou na druhém místě s největším počtem respondentů ti, kteří kouří 36 až 45 let (22,22 %), na třetím jsou ti, kteří kouří 25 let a méně (20 %) a nejméně respondentů kouří 46 a více let (15,56 %).

V otázce číslo 16 jsem se respondentů ptala, zda někdy zkoušeli zanechat kouření. Ano odpovědělo 15 dotazovaných (71,42 %), šest mužů (28,57 %) a devět žen (42,85 %). Ne označilo šest mužů (28,57 %). Z těchto výsledků vyplývá, že všechny ženy se někdy pokoušely přestat kouřit. Z mužů to byla pouze polovina. Kotrbová, Kotrba a Vurm ve své práci popisují, že přibližně každý druhý senior se v minulosti pokoušel přestat kouřit. Z mých zkoumaných respondentů se o to pokoušeli téměř $\frac{3}{4}$ seniorů.

Na 17 otázku, zda chtějí senioři v budoucnu přestat kouřit jich sedm (33,33 %) odpovědělo, že chtějí a 14 (66,66 %) jich nechce přestat. Kouřit chtějí přestat dva muži (9,52 %) a pět žen (23,80 %). Naopak přestat nechce 10 mužů (47,61 %) a čtyři ženy (19,04 %). Více než $\frac{3}{4}$ mužů nechce přestat kouřit a přibližně polovina žen. Jsou to dost vysoká čísla. Domnívám se, že to může být zapříčiněno tím, že si mnohdy senioři myslí, že by jim to nic pozitivního nepřineslo, kdyby přestali kouřit. Někteří si myslí, že by se jejich zdravotní stav dokonce i zhoršil. Jiní zase považují kouření za jakousi vášeň či jednu z mála radostí v životě, která jim přinese štěstí a dobrý pocit.

Otázkou číslo 18 jsem zjišťovala, jestli senioři kouří v místnosti či bytě, kde bydlí. Ano odpovědělo 10 seniorů (47,61 %), pět mužů (23,80 %) a pět žen (23,80 %) a ne označilo 11 seniorů (52,38 %), sedm mužů (33,33 %) a čtyři ženy (19,04 %). Ve výzkumném šetření Lindy Dvořákové je uvedeno, že ve svém bytě kouří 21,35 % seniorů. Nekuří jich v bytě 18,44 % a 4,85 % jen občas. Žádnou odpověď nevedlo 55,33 %. Z uvedených odpovědí vyplývá, že většina (26,2 %) seniorů kouří ve svém bytě. Zatímco dle mého šetření jich v bytě či místnosti, kde žijí, kouří necelá polovina.

Devatenáctou otázkou jsem se respondentů ptala, zda v uzavřených prostorech kouří v přítomnosti nekuřáků, ať jsou jimi rodinní příslušníci, známí či jiní nekuřáci. Osm (38,09 %) jich odpovědělo, že kouří v jejich přítomnosti (5 mužů – 23,80 % a tři ženy – 14,28 %) a 13 (61,90 %) jich v jejich přítomnosti nekouří (7 mužů – 33,33 % a šest žen – 28,57 %). Více než polovina v uzavřených prostorech za přítomnosti nekuřáků nekouří. Je to samozřejmě dobře, protože nevystavují nekuřáky škodlivým látkám, které při kouření vznikají

a neohrožují tím jejich zdraví. Opačné výsledky uvedla ve své diplomové práci Linda Dvořáková. V práci uvedla, že před nekuřáky kouří 69,9 % seniorů a 7,76 % občas. To je celkem 77,66 % seniorů, kteří někdy kouřili v přítomnosti nekuřáků. V jejich přítomnosti nekouří pouhých 22,33 % seniorů. Všech 13 kuřáků, kteří odpověděli, že nekouří v uzavřených prostorách v přítomnosti nekuřáků, přeskočili následující otázku (č. 20) a odpovídali až na otázku číslo 21.

Další, dvacátá otázka, navazuje na tu předchozí. Seniori, kteří kouří v přítomnosti nekuřáků, odpovídali na otázku: Myslíte si, že je obtěžuje vaše kouření? Seniorů bylo celkem osm (38,09 %), pět mužů (23,80 %) a tři ženy (14,28 %). Čtyři seniori (19,04 %) si myslí, že kouřením své okolí obtěžují. Z toho jsou dva muži (9,52 %) a dvě ženy (9,52 %). Stejný počet seniorů (4 – 19,04 %) si myslí, že ostatní – nekuřáky kouřením neobtěžují. Z toho jsou tři muži (14,28 %) a jedna žena (4,76 %).

Následující otázka číslo 21 je určena pro současné a bývalé kuřáky. Jejich celkový počet je 41 (80,39 % z celkového počtu všech respondentů). Z tohoto počtu bylo 21 současných (51,21 %) a 20 odnaučených kuřáků (48,78 %). Otázka zněla: Vzpomenete si, proč jste začal/a kouřit? Vzpomíná si 29 seniorů (70,73 %), 15 mužů (36,58 %) a 14 žen (34,14 %) a nevzpomíná si 12 seniorů (29,26 %), sedm mužů (17,07 %) a pět žen (12,19 %). Ti respondenti, kteří si vzpomínají, proč začali kouřit (29), měli označit vhodnou odpověď nebo více odpovědí. Muži i ženy mají téměř shodné odpovědi. Začátek kouření ze zvědavosti označilo 12 seniorů (41,37 %), šest mužů (20,68 %) a šest žen (20,68 %). Vlivem kolektivu či kamarádů označilo nejvíce seniorů, a to 15 (51,72 %), osm mužů (27,58 %) a sedm žen (24,13 %). Vlivem stresu začali kouřit dva seniori (6,89 %), jeden muž (3,44 %) a jedna žena (3,44 %). Z rodinných problémů nebo z jiných důvodů nezačal kouřit žádný respondent. Tyto výsledky šetření jsou téměř shodné s výsledky šetření Lindy Dvořákové. Ve své diplomové práci uvádí, že nejvíce seniorů (47,79 %) začalo kouřit vlivem party. Ze zvědavosti začalo kouřit 35,29 % seniorů a vlivem stresu 7,35 % seniorů. Zatímco v mém šetření respondenti nezačali kouřit vlivem rodinných či jiných problémů, v šetření Lindy Dvořákové tyto možnosti respondenti využili. Pravděpodobně to je způsobené celkově vyšším počtem zkoumaných respondentů. Vlivem rodiny tedy začalo kouřit 5,14 % a z jiných důvodů 4,41 % respondentů.

Poslední otázka, která je označená číslem 22, zní: Byl/a jste někdy poučen/a zdravotníkem (lékařem či zdravotní sestrou) o škodlivosti kouření a jeho dopadu na vaše zdraví? I tato

otázka je určena současným (21 – 51,21 %) a bývalým (20 – 48,78 %) kuřákům. Poučeno zdravotníkem bylo 25 seniorů (60,97 %), 13 mužů (31,70 %) a 12 žen (29,26 %) a 16 seniorů (39,02 %) si nevzpomíná, devět mužů (21,95 %) a sedm žen (17,07 %). Ti senioři, kteří byli poučeni, mohli uvést, co jim zdravotník řekl. Využilo toho 20 seniorů (80 % z 25 poučených seniorů), 10 mužů (40 %) a 10 žen (40 %). Pět seniorů (20 % z 25 poučených seniorů), tři muži (12 %) a dvě ženy (8 %) se nevyjádřilo. Všechna uvedená sdělení si jsou velice podobná. Muži se vyjádřili takto: pět mužů (20 %) napsalo, že jim bylo řečeno, že jim kouření škodí zdraví, dva muži (8 %) uvedli, že jim bylo řečeno, že mají přestat kouřit, další dva muži (8 %) uvedli, že jim zdravotník řekl, že můžou zemřít, když budou kouřit a jeden muž (4 %) uvedl, že mu zdravotník řekl, že to škodí jeho srdci. Ženy se vyjádřily následovně. Čtyři ženy (16 %) napsaly, že jim bylo řečeno, že jim kouření škodí na zdraví, dvěma ženám (8 %) bylo řečeno, že kouření není zdravé, dalším dvěma ženám (8%), že kouření může způsobit smrtelná onemocnění a dvěma ženám (8 %) bylo pouze řečeno, že by měly přestat kouřit. Většina seniorů byla někdy v minulosti poučena zdravotníkem o škodlivosti kouření a jeho dopadu na jejich zdraví. Stejně výsledky má ve svém šetření uvedené Linda Dvořáková. Její výsledky se však týkají pouze současných kuřáků. V jejím výzkumu byla většina seniorů-kuřáků (75,6 %) někdy v minulosti poučena zdravotníkem o škodlivosti kouření a 24,39 % to popírá. I v šetření Kristýny Krbákové tato otázka souvisí pouze s kuřáky. Její výsledky jsou však zcela opačné. Ve své práci uvedla, že většina seniorů-kuřáků (84,44 %) nebyla nikdy poučena zdravotníkem o škodlivosti kouření. Poučeno bylo pouze 15,56 % seniorů, což je opravdu málo.

Posledním cílem této práce (č. 3) bylo zjistit, zda byli senioři informováni zdravotníky o škodlivosti kouření. To jsem zjišťovala otázkou číslo 22, na kterou odpovídali současní a bývalí kuřáci. Z celkového počtu 41 seniorů bylo zdravotníky o škodlivosti kouření a jeho dopadu na jejich zdraví poučeno 25 seniorů, což je 60,97 %.

Tečkou dotazníku byl dodatek, kde se mohli respondenti vyjádřit k něčemu, co chtěli sdělit a v položených otázkách neměli možnost. Nikdo toho však nevyužil.

V odpovědích seniorů kuřáků, nekuřáků a odnaučených kuřáků, dle mého názoru, žádný zásadní rozdíl nebyl. Všechny tři skupiny odpovídali na otázky, které jim byly určené. Mezi muži a ženami byl podle mě rozdíl jen v tom, že ženy byly o něco sdílnější v tzv. otevřených otázkách. Ve vyplněných dotaznících se muži vyjadřovali převážně jedním či dvěma slovy, zatímco ženy své odpovědi o něco více rozvíjely.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem si stanovila tři cíle týkající se kouření u seniorů. Prvním cílem bylo zjistit prevalenci kouření v seniorské populaci, druhým bylo zjistit rozdíl v přítomnosti chronického onemocnění mezi seniory kuřáky a nekuřáky a třetím cílem bylo zjistit, zda bývají senioři informováni zdravotníky o škodlivosti kouření a jeho dopadu na jejich zdraví. Na počátku průzkumného šetření jsem rozdala anonymní dotazníky šedesáti seniorům ve věku 60 a více let. Navracených a správně vyplněných dotazníků bylo 51. S těmi jsem dále pracovala.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. První část je teoretická a zabývám se v ní stárnutím, stářím, problematikou kouření a zmiňuji některé provedené výzkumy na stejné téma. Ve druhé, empirické části, jsou veškeré získané informace z dotazníků zpracovány a analyzovány.

Cílem číslo jedna bylo zjistit prevalenci kouření u seniorů. Ze získaných a následně analyzovaných informací vyplývá, že největší počet seniorů tvoří kuřáci. Hned za nimi jsou odnaučení kuřáci a v pořadí třetí jsou nekuřáci. Kuřáci a odnaučení kuřáci tvoří v poměru muži a ženy pouze zanedbatelné rozdíly. Mezi nekuřáky je čtyřikrát více žen než mužů. Výsledky však mohou být, poměrně malým počtem respondentů, ovlivněny. K tomuto cíli se vztahuje i hypotéza číslo jedna: Domnívám se, že neexistuje významnější rozdíl v četnosti kuřáků mezi ženami a muži. K testování této hypotézy byly použity tři otázky z dotazníku. Tato hypotéza byla potvrzena. V seniorské populaci je podíl kuřáků mužů pouze mírně vyšší než podíl žen kuřáček.

Druhým cílem bylo zjistit rozdíl v přítomnosti chronického onemocnění mezi seniory kuřáky a nekuřáky. Dle získaných a zpracovaných informací je patrné, že nejvíce seniorů, kteří mají nějaké zdravotní obtíže, jsou kuřáci. Hned za nimi jsou odnaučení kuřáci a nejméně respondentů, kteří mají nějaké potíže se zdravím, jsou nekuřáci. Pokud se zaměříme na současnou dobu, počet nekuřáků se zvýší počtem odnaučených kuřáků a výsledek je zcela opačný. Došlo k tomu, že je více nekuřáků, kteří trpí nějakým chronickým onemocněním než kuřáků. K tomuto cíli se vztahuje hypotéza číslo dvě: Domnívám se, že existuje vztah mezi seniory kuřáky a častějším výskytem chronických onemocnění. K testování hypotézy byly

použity tři otázky z dotazníku. Tato hypotéza nebyla potvrzena, neboť chronicky nemocní jsou spíše nekuřáci.

Cíl číslo tři měl za úkol zjistit, zda byli senioři informováni zdravotníky o škodlivosti kouření. Z uvedených informací vyplývá, že více než polovina seniorů byla informována zdravotníky o škodlivosti kouření a jeho dopadu na jejich zdraví. I k tomuto cíli se vztahuje hypotéza, a to číslo tři: Domnívám se, že zdravotníci informují kuřáky o škodlivosti kouření zcela minimálně. K testování hypotézy byly použity tři otázky z dotazníku. Hypotéza číslo tři nebyla potvrzena. Informovaných seniorů bylo více než těch, kteří informováni nebyli.

ANOTACE

Jméno a příjmení autora:	Petra Ferancová
Instituce:	Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Katedra ošetřovatelství
Název práce:	Kouření u seniorů
Vedoucí práce:	prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Počet stran:	107
Počet příloh:	2
Rok obhajoby:	2015
Klíčová slova:	kouření, nemoci kuřáků, nikotin, odvykání kouření, prevalence, senior, tabák, závislost

Bakalářská práce je zaměřená na problematiku kouření seniorů. První část mé práce se zabývá stářím, stárnutím, kouřením jako celku a dosavadními českými výzkumy na stejné téma. Ve druhé části jsem se již zabývala samotným výzkumným šetřením, kde jsou podrobně rozebrány a prezentovány výsledky z vyplněných dotazníků. Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit prevalenci kouření u seniorů, zjistit rozdíl v přítomnosti chronického onemocnění mezi seniory kuřáky a nekuřáky a zjistit, zda byli senioři informováni zdravotníky, lékaři či sestrami, o škodlivosti kouření a jeho dopadu na jejich zdraví.

ANNOTATION

Name and surname:	Petra Ferancová
Institution:	Charles University in Prague, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of Nursing
Title of the thesis:	Smoking seniors
Supervisor:	prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Number of pages:	107
Number of attachments:	2
Year of defense:	2015
Key words:	smoking, illnesses of smokers, nicotine, addiction treatment of smoking, prevalence, senior, tobacco, addiction

The bachelor work is focused on the issues of a seniors' smoking. The first part of my work is focused on an old age, growing old, smoking as a bio – psycho – social problem and on the previous Czech researches of the same topic. In the second part I deal with the research surveys in which the results from the questionnaires are analysed and presented. The aim of my bachelor work was to find out the prevalence of the seniors' smoking, to find out the difference in a presence of the chronical illness between seniors smokers and non-smokers and to realize whether the seniors were informed by medics, doctors or nurses about the harmful effects of smoking and its consequences on their health.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BRAGDON A. D., GAMON D. *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-567-9.
2. ČEVELA R., ČELEDOVÁ L., KALVACH Z., HOLČÍK J., KUBŮ P. *Sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
3. ČEVELOVÁ M. *Aktivní životní styl seniorů a jeho determinanty*. Zlín, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií. Ústav pedagogických věd. Dostupné na: digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/7032/%C4%8Develov%C3%A1_2008_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. DESSAINTOVÁ M. P. *Nezačínajte stárnout*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-255-6.
5. DOPORUČENÍ PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA TABÁKU. Česká kardiologická společnost Medica Healthworld, a. s. Brno 2006. ISBN 80-239-7362-2.
6. DVOŘÁKOVÁ L. *Kouření u seniorů*. České Budějovice, 2009. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: theses.cz/id/diylu8/downloadPraceContent_adipIdno_13331
7. HAŠKOVCOVÁ H. *České ošetrovatelství 10. Manuálek sociální gerontologie*. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 2002. ISBN 80-7013-363-5.
8. HÁTLOVÁ B. *Psychologie seniorského věku*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2010. ISBN 978-80-74-14-318-2.
9. HOLMEROVÁ I., JURAŠKOVÁ B., ZIKMUNDOVÁ K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerovská společnost za podpory EU. Program PHARE – Rozvoj občanské společnosti a Ministerstva zdravotnictví ČR, 2013. ISBN 80-86541-12-6.
10. HOLMEROVÁ I., JURAŠKOVÁ B., ZIKMUNDOVÁ K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
11. HROZENSKÁ M., DVOŘÁČKOVÁ D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
12. KELNAROVÁ J., MATĚJKOVÁ E. *Psychologie*. 1. díl pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. ISBN 978-80-247-3270-1.

13. KOTRBOVÁ, K., KOTRBA, F., VURM, V.: Kouření u seniorů. *Kontakt*, České Budějovice: ZSF JU, 2008, vol. 10, no 2, s. 354–359, ISSN 1212-4117.
14. KOZÁK J. T. a kolektiv. *Rizikový faktor kouření*. 1. vydání. Praha: KPK, 1993. ISBN 80-85267-42-X.
15. KRÁLÍKOVÁ E., KOZÁK J. T. *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf, s. r. o., 2003. ISBN 80-85912-68-6.
16. KRBÁLKOVÁ K. *Fenomén kouření u seniorské populace*. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: is.muni.cz/th/326248/lf_m/DIPLOMOVA_PRACE_2013.pdf
17. KŘIVOHLAVÝ J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha, Grada Publishing, a. s., 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.
18. LANGMEIER J., KREJČÍŘOVÁ D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80-247-1284-9.
19. LANGROVÁ K. *Zdravotní důsledky expozice pasivnímu kouření*. Souhrn publikace Smoking and tobacco control. Monograph 10 – Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. National Cancer Institute. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN neuvedeno.
20. MÜHLPACHR P. *Gerontopedagogika*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
21. NEŠPOR K. *Návykové chování a závislost*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7.
22. NIEDERLE P. *Kouření a onemocnění srdce*. 1. vydání. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-061-0.
23. PACOVSKÝ V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia medica, 1994. ISBN 80-85526-32-8.
24. SLOBODNÍKOVÁ J. *Motivace a úspěšnost v odvykání kouření u seniorů*. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: is.muni.cz/th/398073/lf_m/Motivace_a_uspesnost_v_odvykani_koureni_u_senioru.pdf
25. TVAROH F. *Všichni stárneme*. 2. vydání. Praha: Avicenum, 1984. ISBN 735-21-08.
26. WEBER P. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-314-7.
27. ZPRÁVA O ZDRAVÍ OBYVATEL ČESKÉ REPUBLIKY. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Praha, 2014. ISBN 978-80-85047-49-3.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

28. CIGARETA. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, stránka naposledy editována 13. 4. 2015. Dostupné z: cs.wikipedia.org/wiki/Cigareta
29. CITÁTY. Mark Twain. *Citaty.net* [online]. ©2015. Dostupné z: citaty.net/autori/mark-twain/?page=5
30. DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ ČR PODLE VÝSLEDKŮ PROJEKCE. Analýza. *Demografie.info* [online]. ©2004-2014. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824
31. DRUHY TABÁKU. *Pěstování tabáku.szm.com* [online]. ©2006-2013 Dostupné z: www.pestovanitabaku.szm.com/druhy.html
32. PROČ NÁM ŠEDIVÍ VLASY. *Zdravě.cz* [online]. ©199-2015. Dostupné z: <http://vlasy.zdrave.cz/proc-nam-sedivi-vlasy/>
33. SCHVÁLENO. PLATÍ ÚPLNÝ ZÁKAZ KOUŘENÍ V RESTAURACÍCH. *Deník.cz* [online]. ©2005-2015, Dostupné z: www.denik.cz/z_domova/kabinet-podporil-uplny-zakaz-koureni-v-restauracich-20150603.html
34. SVOBODOVÁ Kamila. Příprava na stáří a odchod do důchodu. In: *Katedra demografie VŠE* [online]. ©2000-2015. Dostupné z: kdem.vse.cz/resources/relik09/Prispevky_PDF/Svobodova.pdf
35. TOPINKOVÁ E. Nemoci ve stáří. *Ordinace.cz* [online]. Poslední aktualizace 13. 9. 2015, ISSN 1801-8467.
36. VOHLÍDKOVÁ M. Poruchy sluchu ve stáří. *Interní medicína.cz* [online]. ©2009 Dostupné na: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/06/09.pdf>
37. ZÁVISLOST NA CIGARETÁCH. *E-cigareta-Marion.cz* [online]. ©2008-2014 [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: www.ecigareta-marion.cz/marion/3-Vse-o-e-koureni/48-Fyzicka-a-psychicka-zavislost
38. ZÁVISLOST NA NIKOTINU A KOUŘENÍ. *Kuřáková plíce.cz* [online]. ©2003-2015 Dostupné z: www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/odvykani/priznaky-zavislosti-na-nikotinu-tabaku/108-zavislost-na-nikotinu-a-koureni-informace-princip-vzniku-zavislosti.html

SEZNAM ZKRATEK

Aj.	a jiné
Apod.	a podobně
Atd.	a tak dále
Bc.	bakalář/bakalářka
Č.	číslo
ČR	Česká republika
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch)
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
Sb.	sbírka
Tj.	to je
Tzv.	tak zvaným
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věkové složení obyvatelstva podle věkových skupin, muži a ženy	13
Tabulka 2 Rodinný stav	53
Tabulka 3 Velikost obce	54
Tabulka 4 Typ domácnosti a forma bydlení.....	55
Tabulka 5 Subjektivní pocity seniorů	57
Tabulka 6 Zdravotní obtíže seniorů	58
Tabulka 7 Přehled kuřáků, odnaučených kuřáků a nekuřáků.....	59
Tabulka 8 Souhlas se zákazem kouření v restauracích	60
Tabulka 9 Byl/a jste někdy v minulosti pravidelným kuřákem a nyní nekouříte.....	62
Tabulka 10 Co přimělo seniory přestat kouřit.....	63
Tabulka 11 Použití nikotinových náhražek k odvykání kouření.....	64
Tabulka 12 Kouříte v současné době?	67
Tabulka 13 Druh kuřiva	68
Tabulka 14 Počet vykouřených cigaret (doutníků) za den.....	69
Tabulka 15 Jak dlouho kouříte?	70
Tabulka 16 Pokoušeli jste se někdy přestat kouřit?	71
Tabulka 17 Chcete v budoucnu přestat kouřit?.....	72
Tabulka 18 Kouření v domácím prostředí	73
Tabulka 19 Kouření v uzavřených prostorech v přítomnosti nekuřáků	74
Tabulka 20 Obtěžování nekuřáků kouřením	75
Tabulka 21 Vzpomínka na příčinu/počátek kouření	76
Tabulka 22 Důvody, proč začali kouřit.....	77
Tabulka 23 Poučení o škodlivosti kouření zdravotníkem	78
Tabulka 24 Výsledky rozdílu v četnosti kouření mezi muži a ženami	80
Tabulka 25 Výsledky vztahu mezi seniory kuřáky a častějším výskytem chronických onemocnění....	81
Tabulka 26 Výsledky informovanosti kuřáků o škodlivosti kouření a jeho dopadu na jejich zdraví	81

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 návratnost dotazníků	50
Graf 2 Poměr mezi muži a ženami	51
Graf 3 Počet respondentů v různém věkovém rozpětí	52
Graf 4 Rodinný stav	53
Graf 5 Velikost obce	54
Graf 6 Typ domácnosti a forma bydlení	55
Graf 7 Subjektivní pocity seniorů	57
Graf 8 Zdravotní obtíže seniorů	58
Graf 9 Přehled kuřáků, odnaučených kuřáků a nekuřáků	59
Graf 10 Souhlas se zákazem kouření v restauracích a na veřejném prostranství.....	60
Graf 11 Byl/a jste někdy v minulosti pravidelným kuřákem a nyní nekouříte	62
Graf 12 Co přimělo seniory přestat kouřit	63
Graf 13 Použití nikotinových náhražek k odvykání kouření.....	64
Graf 14 Jaké nikotinové náhražky jste použili?	65
Graf 15 Jak dlouho jste byl/a aktivním kuřákem?.....	66
Graf 16 Kouříte v současné době?	67
Graf 17 Druh kuřiva.....	68
Graf 18 Počet vykouřených cigaret (doutníků) za den.....	69
Graf 19 Jak dlouho kouříte?	70
Graf 20 Pokoušeli jste se někdy přestat kouřit?	71
Graf 21 Chcete v budoucnu přestat kouřit?.....	72
Graf 22 Kouření v domácím prostředí	73
Graf 23 Kouření v uzavřených prostorách v přítomnosti nekuřáků	74
Graf 24 Obtěžování nekuřáků kouřením	75
Graf 25 Vzpomínka na příčinu/počátek kouření	76
Graf 26 Proč jste začal/a kouřit?	77
Graf 27 Poučení o škodlivosti kouření zdravotníkem.....	78

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Věková struktura obyvatelstva ČR v roce 2010 a 2065.....	12
Obrázek 2 Zdravotní výhody zanechání kouření	40

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník	104
Příloha 2: Fotografie koučícího seniora	107

Příloha 2 – Fotografie kouřícího seniora



Zdroj: Kult X – Strach nám chutná

Centrum.cz [online] ©2015. Dostupné na: search.centrum.cz/?q=senior+kou%C5%99%C3%ADc%C3%AD&sec=img&trigger=button