

ARTYKUŁY ORYGINALNE (ORIGINAL PAPERS)

Stopień narażenia na urazy w wieku senioralnym

(Exposure to traumas in senility)

J Wierzbicka ^{1,A,D}, I Brukwicka ^{2,B}, Z Kopański ^{2,3,F,C}, J Rowiński ^{1,E}, F Furmanik ^{1,B,C}

1. Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu
2. Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu
3. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński

Abstract Introduction. Falls in the elderly are a major health problem associated not only with the physical trauma, but also with psychological consequences. Exposure to trauma significantly increases with age.

Aim of the study. The aim was to present the degree in which the elderly are exposed to traumas.

Materials and methods. The study involved 60 people (21 men and 39 women) who were students of the University of Third Age in Żyrardów. The age structure of the respondents was as follows: 60-74 years of age (70.0%), 75-80 years of age (23.3%), 81 and over (6.7%). The information on the degree of exposure to trauma by elderly people was gathered using a proprietary questionnaire.

Results and conclusions. The surveyed group of elderly people showed high autonomy and physical fitness. Received that without any support moved up 86.6% of respondents, the independence movement confirmed 56.7%, from a chair after the first attempt without any help was rising 66.7% of respondents, isolated outside the home moved 76.7% of respondents. The aging of the body increases the exposure to injuries. Old age diseases reduce motility and fluidity of movement. The main cause of injuries in the elderly age is the loss of balance. Aging significantly reduces the level of fitness and physical abilities of people, which is an important risk factor for fall / injury in the elderly. Older women had significantly higher physical fitness and injuries are more often than men. Maintaining physical fitness significantly reduces the incidence of injuries among the elderly.

Key words - trauma, fall, the elderly, aging, risk.

Streszczenie - Wprowadzenie. Upadki osób w podeszłym wieku stanowią poważny problem zdrowotny związany nie tylko z urazem fizycznym, ale także konsekwencjami psychicznymi. Stopień narażenia na urazy znacząco nasila się wraz z wiekiem.

Cel badań. Zobrazowanie w jak dużym stopniu na występowanie urazów narażone są osoby w wieku senioralnym.

Materiał i metody. W badaniu udział wzięło 60 osób (21 mężczyzn i 39 kobiet), będących studentami Uniwersytetu III wieku w Żyrardowie. Struktura wieku badanych przedstawiała się następująco: 60-74 lata 70,0%, 75-80 lat 23,3%, 81 lat i więcej 6,7%. Informacje dotyczące stopnia narażenia na urazy osób starszych zgromadzono przy zastosowaniu autorskiego kwestionariusza ankiety.

Wyniki i wnioski. Ankietowana grupa osób w wieku senioralnych wykazała się wysoką samodzielnością i sprawnością fizyczną. Otrzymano, że bez żadnego wsparcia poruszało się 86,6% ankietowanych osób, samodzielność ruchową potwierdziło 56,7%, z krzesła po pierwszej próbie bez żadnej pomocy wstawało 66,7% respondentów, samodzielnie poza domem poruszało się 76,7% ankietowanych osób.

Starzenie się organizmu zwiększa stopień narażenia na urazy. Choroby wieku senioralnego obniżają motorykę oraz płynność poruszania się. Główną przyczyną urazów u osób w wieku senioralnym jest utrata równowagi. Wraz z wiekiem znacząco obniża się poziom sprawności i samodzielności ruchowej człowieka, co stanowi istotny czynnik ryzyka wystąpienia upadku/urazu u osób starszych. Kobiety w wieku senioralnym charakteryzują się istotnie wyższą sprawnością fizyczną i nie ulegają urazom częściej niż mężczyźni. Utrzymanie sprawności fizycznej znacząco obniża częstość występowania urazów wśród osób w wieku senioralnym.

Słowa kluczowe - uraz, upadek, senior, starzenie się, ryzyko.

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy - A-Koncepcja i projekt badania, B-Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C-Analiza i interpretacja danych, D-Napisanie artykułu, E-Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F-Ostateczne zatwierdzenie artykułu

Adres do korespondencji - Prof. dr Zbigniew Kopański, Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu, Żyrardów, ul. G. Narutowicza 35, PL-96-300 Żyrardów, e-mail: zkopanski@o2.pl

Zaakceptowano do druku: 27.04.2017.

WSTĘP

Czynnikami sprzyjającymi doznawaniu urazów w starszym wieku są m.in. zaburzenie widzenia, zaburzenia równowagi, ograniczenie sprawności narządu ruchu, niewłaściwe przystosowanie środowiska przebywania osoby starszej do występujących u niej ograniczeń (np. nieprzystosowanie mieszkań do ograniczeń ruchowych, niedostateczne oświetlenie przy występującym niedowidzeniu osoby starszej). Wszystkie te czynniki sprzyjają zwiększonemu ryzyku upadków osoby w starszym wieku. Konsekwencją tych zdarzeń mogą być ciężkie do leczenia, często wymagające długotrwałej hospitalizacji złamania kości długich kończyn, zwłaszcza kończyny dolnej, złamania kręgosłupa, urazy ośrodkowego układu nerwowego. Upadki w starszym wieku nabierają współcześnie wymiaru istotnych problemów medycznych, społecznych i ekonomicznych.[1-6] Duża aktualność tej tematyki skłoniła autorów do podjęcia badań własnych. Celem badań było przedstawienie wybranych problemów wieku senioralnego w oparciu o badania ankietowe.

MATERIAŁ I METODYKA

Materiał

Badaniom poddano 60 osób (21 mężczyzn i 39 kobiet) w wieku od 60 do 81 lat, studentów Uniwersytetu III wieku w Żyrardowie. Badania przeprowadzono w okresie od 12.10. do 07.12.2016.

Metodyka

Do badania zbiorowości incydentalnej wykorzystano ankietę bezpośrednią własnego autorstwa. Pierwsze dwa pytania (metryczka) zawarte w kwestionariuszu ankiety dotyczyły danych społeczno-demograficznych respondentów. Zasadniczą część ankiety składała się z 15 pytań i dotyczyła różnych problemów związanych ze starzeniem się. Udział w badaniach był losowy, dobrowolny anonimowy.

Program badawczy został zaakceptowany przez Komisję Bioetyczną ds. Badań Naukowych przy Collegium Masoviense w Wyższej Szkole Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie.

Analiza statystyczna

Obliczenia statystyczne dokonano za pomocą pakietu statystycznego Statistica ver.7.1. Obliczono statystyki podstawowe. Statystyczne wnioskowanie przeprowadzone zostało przy standaryzowanym poziomie istotności $p < 0,05$. Opis zależności zmiennych określono na podstawie współczynnika korelacji Pearsona. Do oceny siły istotnych korelacji przyjęto następujące poziomy: brak korelacji ($r=0$), nikła korelacja ($0 < r < 0,1$), słaba korelacja ($0,1 \leq r < 0,3$), przeciętna korelacja ($0,3 \leq r < 0,5$), wysoka korelacja ($0,5 \leq r < 0,7$), bardzo wysoka korelacja ($0,7 \leq r < 0,9$), prawie pełna korelacja ($0,9 \leq r < 1$). W przedstawionych analizach zastosowano następujące symbole: N – liczebność całkowitej populacji badawczej, n – liczebność ważnych obserwacji, % – odsetek badanych (wskaźnik struktury), r – wartość współczynnika korelacji Pearsona, p – poziom istotności statystycznej.

WYNIKI

Pytanie: Czy posiada Pani/Pan problemy ze wzrokiem?

Rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Problemy ze wzrokiem

Możliwe odpowiedzi	Rozkład odpowiedzi	
	Liczebność [N]	Wskaźnik procentowy [%]
TAK	46	76,7
NIE	14	23,3

Wśród badanych 76,7% potwierdziło problemy ze wzrokiem.

Pytanie: Czy słyszy Pani/Pan słabiej?

Rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Problemy ze słuchem

Możliwe odpowiedzi	Rozkład odpowiedzi	
	Liczebność [N]	Wskaźnik procentowy [%]
TAK	28	46,7
NIE	32	53,3

Spośród ogółu ankietowanych 46,7% miało osłabiony słuch.

Pytanie: *Jakie występują u Pani/Pan choroby?*

Rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawiono w tabeli 3.

Respondenci mieli możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

Tabela 3. Choroby współistniejące

Możliwe odpowiedzi	Rozkład odpowiedzi	
	Liczebność [N]	Wskaźnik procentowy [%]
Choroby układu krążenia	33	55
Choroby układu oddechowego	9	15
Choroby układu pokarmowego i przemian metabolicznych	32	53,3
Choroby układu nerwowego	13	21,7
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	21	35

U 55% badanych występowały schorzenia układu krążenia, u 53,3% choroby układu pokarmowego i metaboliczne, 35% skarżyło się na dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, 21,7% - układu nerwowego, a 15% - oddechowego.

Pytanie: *Czy ma Pani/Pan problemy w poruszaniu się?*

Rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Problemy w poruszaniu się

Możliwe odpowiedzi	Rozkład odpowiedzi	
	Liczebność [N]	Wskaźnik procentowy [%]
Chodzę o kulach	1	1,7
Chodzę o laskę	7	11,7
Poruszam się na wózku inwalidzkim	0	0
Poruszam się samodzielnie	52	86,6

86,6% badanych porusza się samodzielnie, ograniczenie sprawności fizycznej zauważa 13,4% respondentów, w tym 1,7% badanych posługuje się kulami, a 11,7% - laską.

Pytanie: *Czy jest Pani/Pan samodzielna/y ruchowo?*

Rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Samodzielność ruchowa

Możliwe odpowiedzi	Rozkład odpowiedzi	
	Liczebność [N]	Wskaźnik procentowy [%]
tak, wchodzę bez problemu po schodach na 2 piętro	34	56,7
wejdę z przerwami na 2 piętro	14	23,3
wchodzę jedynie na niewielkie stopnie maksymalnie do 1 piętra	6	10
nie poruszam się po schodach, korzystam jedynie z windy	6	10

Wśród badanych 56,7% stanowiły osoby w pełni samodzielne ruchowo „wchodzę bez problemu po schodach na 2 piętro”, dalszych 43,3% posiadało różny stopień ograniczenia sprawności ruchowej i tak np. 23,3% wchodziło z przerwami na drugie piętro, 10% pokonywało jedynie niewielkie stopnie maksymalnie do 1 piętra, 10% nie poruszało się po schodach a korzystało wyłącznie z windy.

Pytanie: *Czy podczas wstawania z krzesła potrzebuje Pani/Pan pomocy?*

Rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Pomoc przy wstawaniu

Możliwe odpowiedzi	Rozkład odpowiedzi	
	Liczebność [N]	Wskaźnik procentowy [%]
tak, potrzebuje całkowitej pomocy innych osób przy wstawaniu	2	3,3
tak, potrzebuje niewielkiej pomocy innych osób przy wstawaniu	7	11,7
wstaje samodzielnie po kilku próbach samodzielnego wstawania	11	18,3
wstaje samodzielnie po pierwszej próbie	40	66,7

Samodzielnie z krzesła przy pierwszej próbie podnosi się 66,7% ankietowanych, po kilku kolejnych próbach - 18,3%, a pomocy osób z otoczenia wymaga 15% respondentów.

Pytanie: Czy jest Pani/Pan w stanie wyjść na spacer?

Rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Samodzielne wychodzenie z domu

Możliwe odpowiedzi	Rozkład odpowiedzi	
	Liczebność [N]	Wskaźnik procentowy [%]
tak, potrafię wyjść na spacer samodzielnie	46	76,7
tak, ale przy niewielkiej pomocy innych osób	9	15
wychodzę jedynie w asyście innych osób	4	6,7
spaceruję tylko w obrębie domu	1	1,6

76,7% spaceruje samodzielnie poza domem, 15% wykorzystuje niewielką pomoc innych, natomiast 8,3% respondentów podczas spaceru wymaga stałej asysty, w tym 1,6% podejmuje wysiłek spaceru co najwyżej po swoim domu.

Pytanie: Jak często uprawia Pani aktywność fizyczną np. spacer, pływanie, nording-walking?

Rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawiono w tabeli 8.

Tabela 8. Poziom aktywności fizycznej

Możliwe odpowiedzi	Rozkład odpowiedzi	
	Liczebność [N]	Wskaźnik procentowy [%]
1-2 razy w tygodniu	23	38,3
3-4 razy w tygodniu	19	31,7
każdego dnia w tygodniu	6	10
nie uprawiam żadnej aktywności fizycznej	12	20

80% respondentów podejmuje różne formy aktywności fizycznej, w tym 38,3% czyni to 1-2 razy w tygodniu, 31,7% 3-4 razy w tygodniu, natomiast 10% codziennie.

Pytanie: Czy korzysta Pani/Pan z rehabilitacji ruchowej?

Rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawiono w tabeli 9.

Tabela 9. Korzystanie z rehabilitacji ruchowej

Możliwe odpowiedzi	Rozkład odpowiedzi	
	Liczebność [N]	Wskaźnik procentowy [%]
tak, uczęszczam na rehabilitację kilka razy do roku	4	6,6
uczęszczam na rehabilitację rzadko, głównie ćwiczę w domu	16	26,7
uczęszczam na rehabilitację jedynie gdy występuje ból	12	20
nie uczęszczam na rehabilitację w ogóle	28	46,7

53,3% badanych korzystało z różnych form rehabilitacji ruchowej, przy czym 6,6% kilka razy do roku, 26,7% rzadziej uczęszczało na rehabilitację a głównie ćwiczyło w domu, 20% respondentów do rehabilitacji przymuszały dolegliwości bólowe. Uwagę zwraca fakt, że aż 46,7 % badanych nie korzystało z żadnej z form rehabilitacji ruchowej

Pytanie: Czy wystąpiły u Pani/Pana epizody zasłabnięcia?

Rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawiono w tabeli 10.

Tabela 10. Występowanie epizodów zesłabnięcia

Możliwe odpowiedzi	Rozkład odpowiedzi	
	Liczebność [N]	Wskaźnik procentowy [%]
tak, przyjemniej jeden raz w ciągu ostatniego tygodnia	3	5
tak, przynajmniej jeden raz w ciągu ostatniego miesiąca	0	0
tak, przynajmniej jeden raz w ciągu ostatniego roku	11	18,3
nie zdarzają mi się epizody zasłabnięcia	46	76,7

Wśród 76,7% badanych nigdy nie doszło do omdlenia, u pozostałych najczęstsze były omdlenia przynajmniej jeden epizod w ciągu ostatniego roku.

Pytanie: Czy często się Pani/Pan potyka?

Rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawiono w tabeli 11.

Tabela 11. Częstość potykania się

Możliwe odpowiedzi	Rozkład odpowiedzi	
	Liczebność [N]	Wskaźnik procentowy [%]
każdego dnia	0	0
przynajmniej raz w tygodniu	14	23,3
1-2 razy w ciągu miesiąca	14	23,3
nie zdarza mi się potykać w ogóle	32	53,4

53,4% badanych stwierdziła, że w ogóle się nie potyka, wśród pozostałych jednakowo często zdarzają się potknięcia przynajmniej raz w tygodniu lub 1-2 razy w ciągu miesiąca.

Pytanie: Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przydarzył się Pani/Panu uraz/upadek?

Rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawiono w tabeli 12.

Tabela 12. Występowanie urazów/upadków

Możliwe odpowiedzi	Rozkład odpowiedzi	
	Liczebność [N]	Wskaźnik procentowy [%]
tak, 1-2 urazów/upadków	17	28,3
tak, 3-4 urazów/upadków	2	3,3
więcej niż 5 urazów/upadków	0	0
nie zdarzyły mi się żadne urazy i upadki	41	68,4

68,4% badanych w ciągu roku poprzedzającego badanie nie doznało żadnego urazu i nie uległo wypadkowi, 28,3% doświadczyło 1-2 takich zdarzeń, a 3,3% miało 3-4 takie zdarzenia w ciągu ostatniego roku.

Pytanie: Jeśli doszło do upadku, proszę podać jego przyczynę?

Rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawiono w tabeli 13.

Respondenci mieli możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

Tabela 13. Przyczyny urazów/upadków

Możliwe odpowiedzi	Rozkład odpowiedzi	
	Liczebność [N]	Wskaźnik procentowy [%]
utrata równowagi	10	52,7
zbyt szybkie wstawanie z krzesła, łóżka	5	26,3
Niedowidzenie	2	10,5
Zasłabnięcie	2	10,5

Z tabeli 13. wynika, że najczęściej jako przyczynę zaistniałych urazów/upadków respondenci określili utratę równowagi 52,7% i zbyt szybkie wstawanie z krzesła czy łóżka 26,3%. Ankietowani wskazywali także na niedowidzenie 10,5% oraz ześląbnięcie 10,5%.

Pytanie: Czy jeśli poniósł/a Pan/Pani konsekwencje w wyniku wypadku było to?

Rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawiono w tabeli 14.

Tabela 14. Konsekwencje urazów/upadków

Możliwe odpowiedzi	Rozkład odpowiedzi	
	Liczebność [N]	Wskaźnik procentowy [%]
Złamanie	3	15,8
Stłuczenie	4	21
Zwichnięcie, skręcenie	8	42,2
Zranienie	4	21

Z tabeli 14. wynika, że najczęściej następstwem zaistniałych wypadków były zwichnięcia lub skręcenia 42,2%, zranienia 21%, stłuczenie 21%, złamanie 15,8%.

Pytanie: Czy korzysta Pani/Pan z opieki ze strony rodziny?

Rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawiono w tabeli 15.

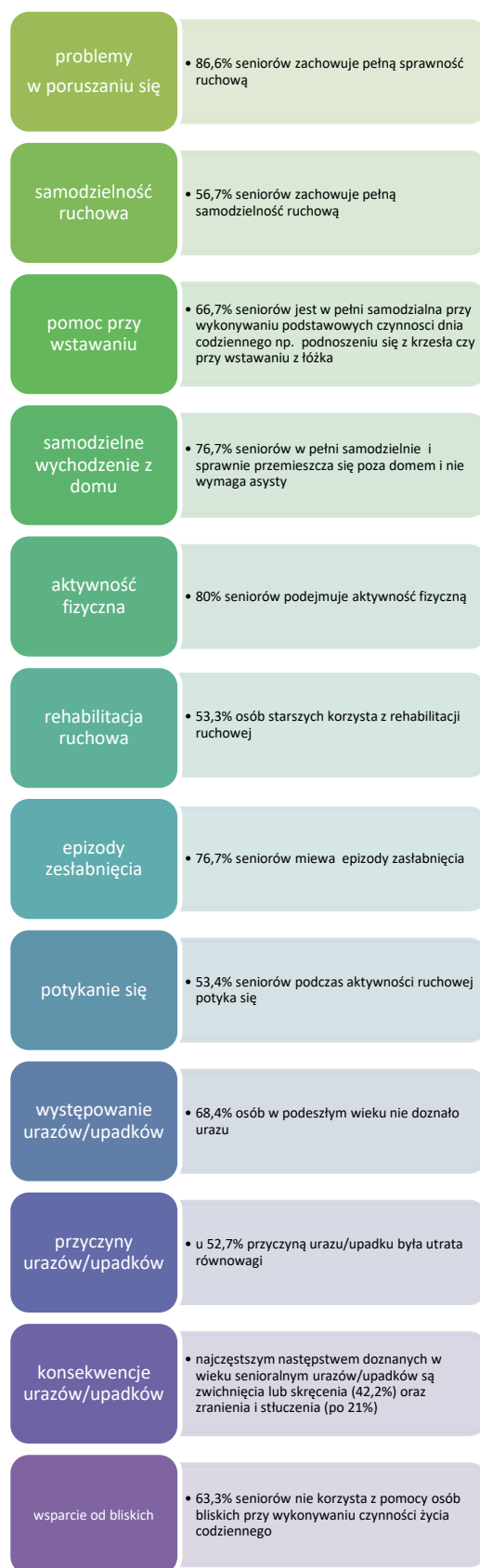
Tabela 15. Korzystanie z opieki ze strony rodziny

Możliwe odpowiedzi	Rozkład odpowiedzi	
	Liczebność [N]	Wskaźnik procentowy [%]
tak, rodzina codziennie pomaga mi w czynnościach dnia codziennego	4	6,7
tak, rodzina opiekuje się mną 2-3 razy w tygodniu np. robiąc zakupy i sprząając	6	10
tak, rodzina odwiedza mnie raz w tygodniu i pomaga w rzeczach z którymi sobie nie radzę	12	20
nie mam opieki ze strony rodziny	38	63,3

63,3% ankietowanych nie korzysta ze wsparcia rodziny, wśród pozostałych 6,7% rodzina pomaga w codziennych czynnościach, 10% rodzina pomaga 2-3 razy w tygodniu, 20% - 1 raz w tygodniu.

Obraz współczesnego seniora- wyniki badań ankietowych

Z przeprowadzonych badań ankietowych wyłania się poniższy współczesny obraz seniora:



Znaczenie niektórych czynników na wybór odpowiedzi ankiety

W dalszej części badań określono znaczenie takich czynników jak: **pleć i wiek** respondentów na ich preferencje odpowiedzi. Wyniki analizy statystycznej przedstawiono w tabelach 16 i 17.

Płeć jako czynnik wywierający istotny wpływ na stopień narażenia na urazy osób w wieku senioralnym.

Tabela 16. Wpływ płci respondentów na rodzaj udzielanych odpowiedzi

Czynnik	Pytania ankiety	Współczynnik korelacji Pe- arsona	Poziom istotności statystycznej
Płeć	Czy ma Pani/Pan problemy w poruszaniu się?	0,2887	0,025
	Czy jest Pani/Pan samodzielna/y ruchowo?	0,3012	0,019
	Czy podczas wstawania z krzesła potrzebuje Pani/Pan pomocy?	0,2177	0,095
	Czy jest Pani/Pan w stanie dotrzeć do dalej wysuniętych miejsc niż wyjście na spacer?	0,2071	0,112
	Jak często uprawia Pani aktywność fizyczną np. spacer, pływanie, nording-walking?	0,0481	0,715
	Czy korzysta Pani/Pan z rehabilitacji ruchowej?	0,1261	0,337
	Czy wystąpiły u Pani/Pana epizody zasłabnięcia?	0,0001	0,998
	Czy często się Pani/Pan potyka?	0,0127	0,923
	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przydarzył się Pani/Panu uraz/upadek?	0,0708	0,591
	Jeśli doszło do upadku, proszę podać jego przyczynę?	0,0476	0,718
	Czy jeśli poniósł/a Pan/Pani konsekwencje w wyniku wypadku było to?	0,0698	0,596
	Czy wymaga Pani/Pan opiekę ze strony rodziny?	0,0534	0,685

Dokonana analiza statystyczna wskazuje, że płeć respondentów ma istotnie statystycznie związek z problemami poruszania się oraz samodzielnością ruchową badanych. Z moich ustaleń wynika,

że mężczyźni istotnie częściej wykazywali ograniczenia w poruszaniu się i samodzielności ruchowej.

Wiek jako czynnik wywierający istotny wpływ na stopień narażenia na urazy osób w wieku senioralnym

Tabela 17. Wpływ wieku respondentów na rodzaj udzielanych odpowiedzi

Czynnik	Pytania ankiety	Współczynnik korelacji Pe- arsona	Poziom istotności statystycznej
Wiek	Czy ma Pani/Pan problemy w poruszaniu się?	0,4429	0,00004
	Czy jest Pani/Pan samodzielna/y ruchowo?	0,4936	0,0001
	Czy podczas wstawania z krzesła potrzebuje Pani/Pan pomocy?	0,3213	0,012
	Czy jest Pani/Pan w stanie dotrzeć do dalej wysuniętych miejsc niż wyjście na spacer?	0,4356	0,001
	Jak często uprawia Pani aktywność fizyczną np. spacer, pływanie, nording-walking?	0,1574	0,230
	Czy korzysta Pani/Pan z rehabilitacji ruchowej?	0,0700	0,595
	Czy wystąpiły u Pani/Pana epizody zasłabnięcia?	0,0127	0,923
	Czy często się Pani/Pan potyka?	0,2612	0,049
	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przydarzył się Pani/Panu uraz/upadek?	0,0643	0,625
	Jeśli doszło do upadku, proszę podać jego przyczynę?	0,0982	0,455
	Czy jeśli poniósł/a Pan/Pani konsekwencje w wyniku wypadku było to?	0,1649	0,208
	Czy wymaga Pani/Pan opiekę ze strony rodziny?	0,2496	0,041

Z uzyskanej analizy statystycznej wynika, że wraz ze wzrostem wieku respondentów wrastały istotnie statystycznie ograniczenia poruszania się, samodzielności ruchowej, zapotrzebowanie na pomoc podczas wstawania oraz zapotrzebowanie na pomoc przy podejmowaniu spacerów.

DYSKUSJA

Starzenie się społeczeństw zwłaszcza europejskich jest procesem powszechnie rejestrowanym. Dynamika tego zjawiska w Polsce przekroczyła jednak założenia prognostyczne. Skala tego problemu narosła m.in. na skutek silnych procesów migracyjnych (wyjazdu młodych ludzi za granicę, głównie w celach zarobkowych).

Odsetek osób w wieku senioralnym wrasta także wskutek tego, że żyjemy coraz dłużej. Wraz z tym zjawiskiem następuje coraz wyraźniejsze wewnętrzne zróżnicowanie starości. Współczesność burzy niektóre z już istniejących stereotypów starości inne z kolei buduje. [7,8]

I właśnie tym zagadnieniom poświęcone były badania własne. Przeprowadzone badania wykazały, że 86,6% seniorów zachowuje pełną sprawność ruchową, a 56,7% osób w starszym wieku jest w pełni samodzielna ruchowo. 66,7% badanych seniorów twierdziło, że jest w pełni samodzielna przy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego np. podnoszeniu się z krzesła czy przy wstawaniu z łóżka. 76,7% seniorów w pełni samodzielnie i sprawnie przemieszcza się poza domem i nie wymaga asysty.

Ta część przytoczonych wyników zadaje kłopot dość obiegowej opinii, że starość musi być związana wyłącznie z ograniczeń sprawności ruchowej i ograniczeniem samodzielności, że starość zmusza jedynie do siedzenia w domu. Być może o tak dobrej dyspozycji ruchowej ankietowanych zadecydował fakt, że aż 80% seniorów podejmuje różne formy aktywności fizycznej, a dodatkowo 53,3% badanych wspomaga swoją kondycję psycho-fizyczna specjalistyczną rehabilitacją ruchową.

Na ogół współcześnie można się spotkać z opracowaniami podkreślającymi dużą sprawność psycho-fizyczna osób w starszym wieku. Podobne do naszych spostrzeżenia odnotowali np. Bogowolska- Wępięć i wsp.[9]. Z kolei

Płaszewska- Żywko i wsp. badając pensjonariuszy domów pomocy społecznej, stwierdzili, że aż 89% z nich było sprawnych w zakresie wykonywania podstawowych czynności życia codziennego [10]. Również wysoko ocenia samodzielność osób starszych hospitalizowanych na lubelskich oddziałach internistycznych Wysokiński i wsp. [11].

Odmiennej oceny sprawności osób starszych dokonał Pruszyński i wsp. w pielęgniarskim domu opieki, gdzie większość stanowili pacjenci znacznie niesprawni (77%) [12]. Również znaczne ograniczenie sprawności stwierdzono wśród osób starszych poddawanych chemioterapii [13,14].

Utrzymanie aktywności fizycznej seniorów ma duży wpływ na ich nastawienie do samych siebie i otoczenia, w którym funkcjonują. Zachowanie sprawności psycho-fizycznej w starszym wieku podnosi jakość życia i poziom satysfakcji z niego [7,15,16]. Przeprowadzone badania własne potwierdzają opinię Rottermunda i wsp. uznającą, że „jedną z kluczowych determinant pomyślnego starzenia się jest prowadzenie zdrowego stylu życia z odpowiednim poziomem aktywności fizycznej” [7]. Maniecka- Bryła i Bryła uzupełniają powyższe obserwacje o stwierdzenie, że wśród warunków pomyślnego starzenia się istnieje potrzeba posiadania bliskich sobie ludzi - przyjaciół i rodziny [17].

Starość ma jednak i swe ciemniejsze strony. 76,7% badanych przez nas seniorów miało epizody zasłabnięcia, 53,4% respondentów podczas aktywności ruchowej potykała się. Zapewne duża jak na ten wiek sprawność fizyczna badanych, zabezpieczyła ich przed doznaniem urazu. 68,4% badanych osób nie doznało bowiem urazu.

Z kolei wśród tych, którzy doznali urazu, najczęstszą przyczyną upadku były zaburzenia równowagi (u 52,7% badanych), a najczęstszym następstwem wypadku były zwichnięcia lub skręcenia (u 42,2%) oraz zranienia i stłuczenia (po 21%).

Podobne obserwacje poczynili również inni autorzy. Baczuk [59] określił upadek jako najczęstszą przyczynę urazów, powikłań pourazowych i związanej z nimi śmiertelności u ludzi starszych. Autor ocenił, że upadek zdarza się przynajmniej raz w roku u 30% osób powyżej 65 r.ż. Najbardziej typowe następstwa urazu osób starszych to złamania żeber, obrażenia ośrodkowego układu nerwowego, złamania kręgosłupa, złamania na-

sady bliższej kości udowej, złamania dystalnej części kości promieniowej [18]. Z kolei Edbom-Kolarz i Marcinkows twierdzą, że przynajmniej raz w roku upada spośród osób powyżej 65 roku życia, 50-67% pensjonariuszy domów opieki, 33% mieszkających samodzielnie, 20% chorych hospitalizowanych. Doznany uraz zmuszą 50% osób w starszym wieku do hospitalizacji, a w dalszej perspektywie ograniczenia sprawności fizycznej, a nawet prowadzi do zgonu [19]. Borzym [20] podkreśla, że wraz z wiekiem ulega osłabieniu percepcja narządów zmysłów gwarantujących stabilność postawy takich jak: wzrok, słuch, zachowanie równowagi oraz czucie powierzchowne i głębokie. Wyżej wspomniana autorka podkreśla także, że niedocenianą przyczyną upadków są działania niepożądane leków, przyjmowanych przez osoby starsze [20]. Wzrost ryzyka upadku dowiódł m.in. Katz i wsp. [21] przy zastosowaniu risperidonu, Kallin i wsp. [22] przy podaniu olanzapiny oraz Wang i wsp. [23] dokonując oceny leków z grupy benzodiazepin (alprazolam, chlordiazepoksyd, klorazepat, diazepam, estazolam, temazepam, klonazepam, lorazepam, triazolam).

Jak wskazuje Szpringer i wsp. [24] na podstawie analiz badań wielośrodkowych istotne znaczenie w zmniejszeniu ryzyka upadków osób w wieku senioralnym mają ćwiczenia fizyczne ukierunkowane na stabilizację równowagi, zwiększenie siły mięśniowej i koordynacji ruchowej. Podobnie uważa Borzym podkreślając, że największe korzyści w zapobieganiu upadkom przynoszą interwencje wielokierunkowe ze szczególnym uwzględnieniem ćwiczeń fizycznych [20].

Badania własne wskazują, że płeć respondentów ma istotny statystycznie związek z problemami poruszania się oraz samodzielnością ruchową badanych. Z naszych ustaleń wynika, że mężczyźni istotnie częściej wykazywali ograniczenia w poruszaniu się i samodzielności ruchowej. Podobnego zdania są też inni autorzy [11]. Istnieją jednak badania jak np. Dziechciaż i wsp. w których nie stwierdza się istotnych różnic w wykonywaniu prostych czynności życiowych między obiema płciami w grupie osób 65+ lat [25].

Z badań własnych wynika, że wraz ze wzrostem wieku respondentów wrastały istotnie statystycznie ograniczenia poruszania się, samodzielności ruchowej, zapotrzebowanie na

pomoc podczas wstawania oraz zapotrzebowanie na pomoc przy podejmowaniu spacerów.

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych można stwierdzić, że starzenie się nie musi prowadzić do postępującego ograniczenia samodzielności i sprawności. Pomimo często wielochorobowości występującej u osób w wieku senioralnym, prozdrowotne zachowania sprzyjają utrzymaniu odpowiedniego poziomu aktywności psycho-ruchowej. Istnieje jednak wrastająca potrzeba zapewnienia osobom w starszym wieku dostępu do odpowiednich usług medycznych, na przykład specjalistycznej opieki lekarskiej, specjalistycznych usług opiekuńczych. Przed tymi i wieloma innymi zadaniami stoją rządy krajów, których społeczeństwa szybko starzeją się, w tym Polska.

WNIOSKI

- 86,6% seniorów zachowuje pełną sprawność ruchową, a 56,7% osób w starszym wieku jest w pełni samodzielna ruchowo. 66,7% badanych seniorów twierdziło, że jest w pełni samodzielna przy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego np. podnoszeniu się z krzesła czy przy wstawaniu z łóżka. 76,7% seniorów w pełni samodzielnie i sprawnie przemieszcza się poza domem i nie wymaga asysty.
- 80% seniorów podejmuje różne formy aktywności fizycznej, a dodatkowo 53,3% badanych wspomaga swoją kondycję psychofizyczną specjalistyczną rehabilitacją ruchową.
- 76,7% badanych seniorów miało epizody zasłabnięcia, 53,4% respondentów podczas aktywności ruchowej potykała się. Pomimo tych zdarzeń, 68,4% badanych osób nie doznało urazu.
- Wśród tych, którzy doznali urazu, najczęstszą przyczyną upadku były zaburzenia równowagi (u 52,7% badanych), a najczęstszym następstwem wypadku były zwichnięcia lub skręcenia (u 42,2%) oraz zranienia i stłuczenia (po 21%).
- Mężczyźni istotnie częściej wykazywali ograniczenia w poruszaniu się i samodzielności ruchowej.
- Wraz ze wzrostem wieku respondentów wra-

stały istotnie statystycznie ograniczenia poruszania się, samodzielności ruchowej, zapotrzebowanie na pomoc podczas wstawania oraz zapotrzebowanie na pomoc przy podejmowaniu spacerów.

- Starzenie się nie musi prowadzić do postępującego ograniczenia samodzielności i sprawności, pomimo często wielochorobowości występującej u osób w wieku senioralnym, prozdrowotne zachowania sprzyjają utrzymaniu odpowiedniego poziomu aktywności psycho-ruchowej.

PIŚMIENNICTWO

- Skalska A, Żak M, Grodzicki T, Marchewka A. Upadki - ocena ryzyka postępowania prewencyjne. *Stand med* 2007; 4:156-163.
- Żak M, Śliwinski Z. Upośledzenie ruchomości stawów. *Fizjoter Pol* 2014; 2: 200-277.
- O'Grady M, Fletcher J, Ortiz S. Therapeutic and physical fitness exercise prescription for older adults with joint disease : An evidence based approach. *Geriatr Rheumatol* 2000; 26: 617-646.
- Szweda- Lewandowska Z. Polityka społeczna wobec starości i osób starszych. Łódź; Wyd. Biblioteka, 2011.
- Frąckiewicz L. Społeczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności. W: Dziewięcka - Bokuń L, Zamorska K. Polityka społeczna. Wrocław; Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, 2011: 284-302.
- Edbrom A, Marcinkowski JT. Upadki osób starszych - przyczyny, następstwa, profilaktyka. *Hig Publ Health* 2011; 46 (3):313-318
- Rottermund J, Knapik A, Szyszka M. Aktywność fizyczna a jakość życia osób starszych. *Spół Rodz* 2015; 42(1):78-98.
- Knapik A, Saulicz E, Plinta R, Kuszewski M. Aktywność fizyczna a zdrowie kobiet w starszym wieku. *J Orthop Trauma Surg Rel Res* 2011; 6(26):27-33.
- Bogowska-Wępiec M, Dąbrowska G, Klakocar J. i wsp. Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów. Raport z badań. Część II. Analiza wyników badań. Wrocław; Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego, 2008.
- Plaszewska-Żywko L, Brzuzan P, Malinowska-Lipień I, Gabrys T. Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej. *Probl Hig Epidemiol* 2008;1: 62-66.
- Wysokiński M, Fidecki W, Gębała S. Ocena samodzielności osób starszych hospitalizowanych na oddziałach internistycznych. *Gerontol Pol* 2013; 21(3): 89-97.
- Pruszyński J J, Cicha-Mikołajczyk A, Gębska-Kuczerowska A. Ocena wydolności czynnościowej i sprawności motorycznej osób przyjmowanych do pielęgniarskiego domu opieki w Polsce. *Prz Epidemiol* 2006; 60:331-338.
- Aparicio T, Jouve JL, Teillet L. i wsp. Geriatric factors predict chemotherapy feasibility: ancillary results of FFCD 2001-02 Phase III study in first line chemotherapy for metastatic colorectal cancer in. *J Clin Oncol* 2013; 113:1464-1470.
- Roehrig B, Hoeffken K, Pientka L, Wedding U. How many and which items of activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL) are necessary for screening. *Crit Rev Oncol Hemat* 2007; 62:164-171.
- Kuński H. Działkowanie jako popularna forma prozdrowotnej aktywności ruchowej. W: Klukowski K. (red.) *Medycyna sportowa*. *Med Trib Pol* 2012;2:91-95.
- Wieczorkowska-Tobis K, Kostka T, Borowicz AM. (red.) *Fizjoterapia w geriatrici*. Warszawa; PZWL, 2011.
- Maniecka-Bryła I, Bryła M. Poglądy osób w wieku 65-74 lat na temat pomyślnego starzenia. *Gerontol Pol* 2008; 16(2):119-126.
- Baczuk L. Urazy u osób w wieku starszym. *Post Nauk Med* 2008; 12:793-796.
- Edbom-Kolarz A, Marcinkowski JT. Upadki osób starszych - przyczyny, następstwa, profilaktyka. *Hyg Publ Health* 2011; 46(3):313-318.
- Borzym A. Upadki osób w podeszłym wieku - przyczyny, konsekwencje i zapobieganie. *Psychogeriatr Pol* 2009; 6(2):81-88.
- Katz IR, Rupnow M, Kozma Ch, Schneider L.: Risperidone and falls in ambulatory nursing home residents with dementia and psychosis or agitation. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004;12(5): 499-508.
- Kallin K, Gustafson Y, Sandman PO, Karlson S.: Factors associated with falls among older, cognitively impaired people in geriatric care settings. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 501-509.
- Wang PS, Bohn RL, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Hazardous benzodiazepine regimens in the elderly: effects of half- life, dosage, and duration on risk of hip fracture. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 892-898.
- Szpringer M, Wybraniec-Lewicka B, Czerwiak G, Michalska M, Krawczyńska J. Upadki i urazy wieku geriatrycznego. *Stud Med* 2008; 9: 77-81.
- Dziechciaż M, Plaszewska-Żywko L, Guty E. Samodzielność osób starszych mieszkających na wsi w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych. *Zdr Publ* 2010; 4: 346-350.