

Bartoszek Adrian, Kocka Katarzyna, Bartoszek Agnieszka, Ślusarska Barbara, Nowicki Grzegorz, Jamrozik Kamila. Wybrane czynniki ryzyka upadków wśród osób starszych mieszkających w środowisku wiejskim = Selected risk factors of fall among elderly people living in rural environment. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(8):625-636. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.61044> <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3793>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any

medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non

commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 05.08.2016. Revised 25.08.2016. Accepted: 28.08.2016.

Wybrane czynniki ryzyka upadków wśród osób starszych mieszkających w środowisku wiejskim

Selected risk factors of fall among elderly people living in rural environment

Adrian Bartoszek¹, Katarzyna Kocka², Agnieszka Bartoszek², Barbara Ślusarska², Grzegorz Nowicki², Kamila Jamrozik³

¹Student Kierunku Lekarskiego, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³Centrum Medyczne DYNMED, ul. Rynek 10, 36-065 Dynów

Background

Falls are one of many main geriatric problems, causing decreasing quality of life and increasing disability of people after 65.

Objective

The aim of this research is assessment of risk and occurrence of falls of old people living in a village and to describe factors that have influence on fall occurrence.

Material and methods

To research acceded 92 people after 65 years old living in a village in home environment. Tinetti test (POMA) and questionnaire were used in research.

Results

Respondents are exposed to external risk factors of falls such as high bath without handles, lack of non-slip mats in the bathroom, uneven surfaces, poor lighting, cables lying on the floor, rugs and uncomfortable shoes. From internal risk factors of falls the biggest influence belong to: diseases of the locomotor system, cardiovascular, defects in vision and hearing, taking five or more medications per day, fear of falling. Most commonly the seniors fall after 75 years old.

Conclusions

1. The risk of falls by the elderly people living in a village is significant. High risk and tendency of fall refer to 79 % respondents and it is caused by impose of internal and external risk factors of fall
2. High risk of fall more often refer to elderly after 75 years old, people with elementary education and living alone.

Key words: elderly people, falls, risk factors, home environment.

Wprowadzenie

Upadki należą do wielkich problemów geriatrycznych powodując pogorszenie jakości życia oraz wzrost niepełnosprawności osób po 65 roku życia.

Cel pracy - ocena ryzyka występowania upadków u osób starszych mieszkających w środowisku wiejskim oraz określenie czynników jakie mają wpływ na wystąpienie ryzyka upadku.

Material i metoda

Badaniem objęto 92 osoby starsze po 65 r.ż. mieszkających w środowisku domowym na wsi. W pracy zastosowano standaryzowane narzędzie do oceny równowagi i chodu Tinetti POMA oraz kwestionariusz ankiety .

Wyniki

Ankietowani są narażeni na czynniki zewnętrzne ryzyka upadku i należą do nich : wysoka wanna bez uchwytów, brak dywaników antypoślizgowych w łazience, nierówne powierzchnie, nieodpowiednie oświetlenie, kable leżące na podłodze, dywany oraz niewygodne obuwie. Wśród wewnętrznych czynników ryzyka upadku duży wpływ miały: choroby narządu ruchu, choroby układu krążenia, wady wzroku i słuchu, przyjmowanie 5 i więcej leków dziennie, obawy przed wystąpieniem upadku. Znacznie częściej upadają osoby po 75 roku życia.

Wnioski :

1. Ryzyko upadku u osób starszych, mieszkających w środowisku wiejskim jest duże. Wysokie ryzyko upadku i skłonność do upadku dotyczy 79% badanych oraz jest spowodowane nakładaniem się wewnętrznych i zewnętrznych czynników ryzyka.
2. Wysokie ryzyko upadku częściej występuje u osób starszych po 75r.ż. , osób z wykształceniem podstawowym i mieszkających samotnie.

Słowa kluczowe: osoby starsze, upadki, czynniki ryzyka, środowisko domowe.

Wstęp

Upadek jest terminem, który określa nagle, nieprzymuszone i niezamierzone utracenie równowagi, w skutek czego osoba znajduje się na ziemi, podłodze lub dowolnej niżej położonej powierzchni, w trakcie chodzenia czy wykonywania innych czynności z/bez utraty przytomności [1,2,3,4].

Upadki wchodzą w skład wielkich problemów geriatrycznych. Mogą one powodować różnorodne, groźne dla osoby starszej następstwa w tym złamania a także przyczyniać się do śmierci. Uważa się, że co piąta przyczyna zgonów u osób po 65 roku życia to urazy, które powstały w wyniku upadku. W rezultacie, zmniejszenie ryzyka wystąpienia upadku u osoby w podeszłym wieku, jest jednym z wyzwań współczesnej geriatryi[5].

Polska należy do krajów starzejących się, co świadczy o tym, że zwiększa się ilość osób starszych, w stosunku do liczby dzieci i młodzieży. Tendencja ta charakteryzuje również inne kraje Europy. W wyniku tego procesu zwiększa się stale ilość ludności w wieku 65 lat i więcej, w ogólnej populacji kraju. Główny Urząd Statystyczny prognozuje, iż w roku 2020 odsetek tych osób ma osiągnąć 22,4% [6,7,8].

Analiza procentowa zmian odsetka osób powyżej 65 roku życia określa, iż proces demograficznego starzenia się ludności, postępuje znacznie szybciej wśród mieszkańców wsi – 13,3%, niż miast – 11,7%. Warto również wspomnieć, że dochodzi do tzw. feminizacji starości, a więc ilość kobiet starszych przewyższa stale ilość mężczyzn, w wyniku nadumieralności tych pierwszych [9].

Przez wzgląd na to, że społeczeństwo polskie się starzeje, wzrastać będzie również problem upadków w kraju. Badania wykazują, że wśród 30-40% seniorów mieszkających w domowym środowisku, dochodzi w ciągu roku do co najmniej jednego upadku [10]. Upadek niesie za sobą konsekwencje w postaci zagrożenia zdrowia lub życia osoby starszej. Z tej przyczyny w roku 2010 ogółem zmarło 3755 osób (2063 mężczyzn i 1692 kobiet), wśród których zdecydowaną większość stanowiły osoby po 55 roku życia [11].

Upadki uwarunkowane są przez wiele czynników. Im więcej czynników, tym ryzyko upadku staje się większe. Przyczyny upadków można podzielić na wewnętrzne (związane ze starzeniem) oraz zewnętrzne (bariery architektoniczne)[12].

Do wewnętrznych czynników ryzyka upadków zaliczamy: wiek, niedobory żywieniowe, upośledzenie poznawcze, demencja, samotne mieszkanie, problemy stóp (odciski, deformacje palców itd.), zaburzenia wzroku, zaburzenia słuchu, zaburzenia chodu i równowagi, osłabienie siły mięśniowej, depresja, zmiany zwyrodnieniowe układu mięśniowo – szkieletowego, upośledzenie czucia głębokiego, spowolnienie przewodnictwa nerwowego, ortostatyczne spadki ciśnienia tętniczego krwi, schorzenia neurologiczne, sercowo – naczyniowe, układu ruchu, metaboliczne, żołądkowo – jelitowe, moczowo – płciowe, oraz psychiczne, niepożądane działania leków. Kolejną grupą czynników predysponujących do upadku są tzw. czynniki zewnętrzne (środowiskowe), do których zalicza się: śliskie bądź nierówne podłoże, słabe oświetlenie, niezabezpieczone schody, brak poręczy, nieodpowiednie umeblowanie, niewłaściwe obuwie, pora dnia, nierówne chodniki, ulice, ścieżki, lód i śnieg, nieodpowiednie pomoce do chodzenia, lub urządzenia pomocnicze, nieodpowiednio dostosowany transport i ruch publiczny, instytucje lecznicze lub opiekuńcze [13,14,15]. W wyniku upadku może dochodzić do groźnych następstw fizycznych i psychicznych. Do konsekwencji fizycznych należą uszkodzenia tkanek miękkich, wstrząśnienia mózgu, oparzenia, krwiaki wewnątrzczaszkowe czy złamania. Złamania najczęściej dotyczą nasady bliższej kości udowej i jest to najcięższe w skutkach następstwo upadku zmniejszając jakość życia, zwiększając chorobowość a nawet śmiertelność osoby starszej. Śmiertelność może być także wynikiem unieruchomienia po złamaniu, które zwiększa ryzyko powikłań takich jak: zatorowość płucna, zakrzepica żył głębokich, infekcje, przykurcze w stawach oraz odleżyny. Do zmian psychicznych należy zespół poupadkowy czyli lęk przed upadkiem, który jest główną przyczyną ograniczania aktywności ruchowej osoby w wieku podeszłym. Dotyczy on nie tylko i wyłącznie osób, które uległy upadkowi. Dotyczyć może również osób, które poznały jego skutki u kogoś innego, bądź były jego świadkiem. Zmniejszenie aktywności ruchowej w wyniku zespołu poupadkowego objawia się tym, że osoba ogranicza wychodzenie do sklepu, na spacer, coraz częściej zostaje w domu, co powoduje depresję, przyjęcie siedzącego trybu życia, oraz osłabienia siły mięśniowej i może prowadzić do kolejnego upadku [16,17].

Cel pracy

Ocena ryzyka występowania upadków u osób starszych mieszkających w środowisku wiejskim oraz określenie czynników jakie mają wpływ na wystąpienie ryzyka upadku.

Material i metoda

Badania zostały przeprowadzone wśród 92 osób powyżej 65 roku życia mieszkających w środowisku wiejskim na terenie województwa podkarpackiego. Zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, techniką - ankieta a narzędziem badawczym Skala Oceny Równowagi i Chodu (test Tinetti) oraz kwestionariusz wywiadu dotyczący danych demograficznych oraz czynników ryzyka upadku. Test Tinetti złożony jest z dwóch części – część oceniająca równowagę oraz część oceniająca chód. Za każde z wykonanych poleceń badany otrzymuje punkty (0 – 2). Część pierwsza składa się z 9 zadań, za które badany otrzymuje maksymalnie 16 punktów. Część druga bada chód pacjenta , z której badany może otrzymać maksymalnie 12 punktów. Na tej podstawie określa się ryzyko upadku u osoby badanej. Osoby ankietowane, które otrzymają łącznie, z obu części testu więcej niż 26 punktów, wykazują niskie lub brak ryzyka upadku. Wynik w granicach 26 – 19 punktów, świadczy o istnieniu ryzyka upadku, natomiast wynik niższy niż 19 mówi o tym, że ryzyko jest duże [18]. W pracy zastosowano obliczenia procentowe.

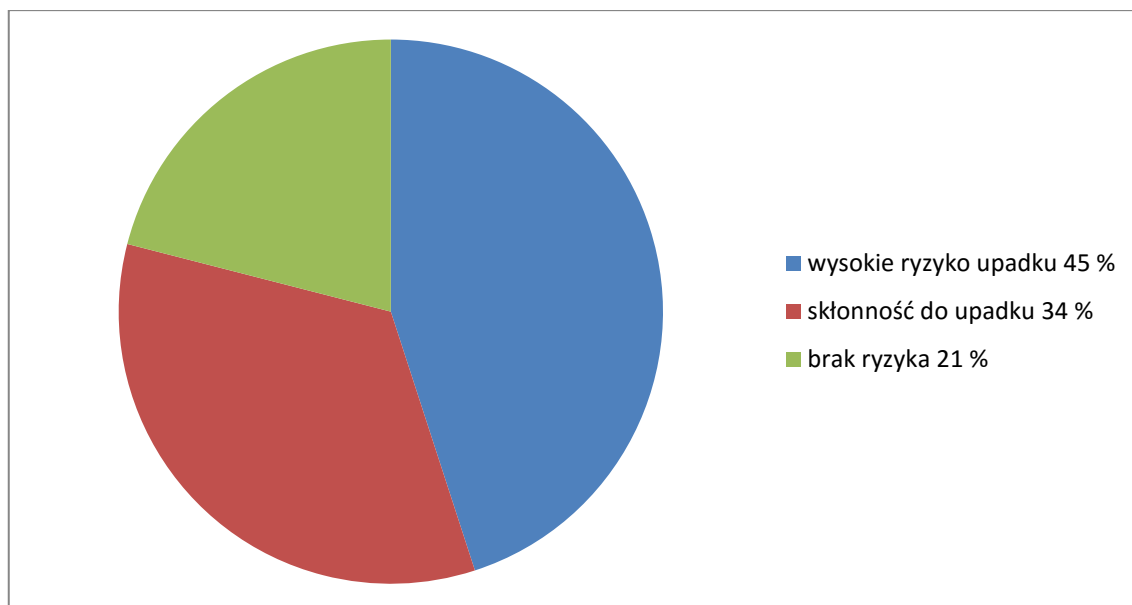
Wyniki

Badaną grupę stanowiły 92 osoby po 65 r.ż. wśród których było 63% kobiet i 37% mężczyzn. Osoby od 65 do 75 roku życia stanowiły 48%, natomiast 52%, to osoby mające 75 lat i więcej. Większość ankietowanych mieszka z rodziną (59%), pozostałe 41% to osoby mieszkające samotnie. Seniorzy deklarowali wykształcenie podstawowe 46%, następnie średnie 37% i wyższe, które posiada 17% ankietowanych [Tabela 1].

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Dane demograficzne osób starszych		N	%
Płeć	Kobieta	58	63
	Mężczyzna	34	37
Wiek	65- 75 lat	44	48
	75 lat i więcej	48	52
Wykształcenie	podstawowe	42	46
	średnie	34	37
	wyższe	16	17
Zamieszkiwanie	Samotnie	38	41
	z rodziną	54	59

Wśród osób starszych mieszkających w środowisku domowym na wsi ryzyko upadku dotyczy 79% badanych (wysokie ryzyko upadku – 45%, skłonność do upadku 34%), natomiast brak takiego ryzyka dotyczy 21% respondentów [Wykres 1].



Wykres 1. Ryzyko upadku wśród osób starszych na wsi

Do wewnętrznych czynników ryzyka zaliczamy zmiany fizjologiczne zachodzące z wiekiem, choroby współistniejące i związane z chorobami przyjmowanie leków. Ryzyko upadku wzrasta wraz z ilością chorób współistniejących. Seniorzy w pytaniu dotyczącym chorób mieli możliwość dokonywania odpowiedzi na pytania wielokrotnego wyboru. Na choroby układu krążenia choruje największa ilość osób (72). Kolejno występują choroby narządu ruchu – 42 osób i choroby metaboliczne – 32 osób. U 26 ankietowanych występuje depresja, a u 24 choroby układu pokarmowego. Choroby układu moczowo – płciowego występują u 21 ankietowanych, a 11-układu oddechowego. Najrzadziej występującymi chorobami wśród ankietowanych są choroby układu nerwowego – 6 osoby.

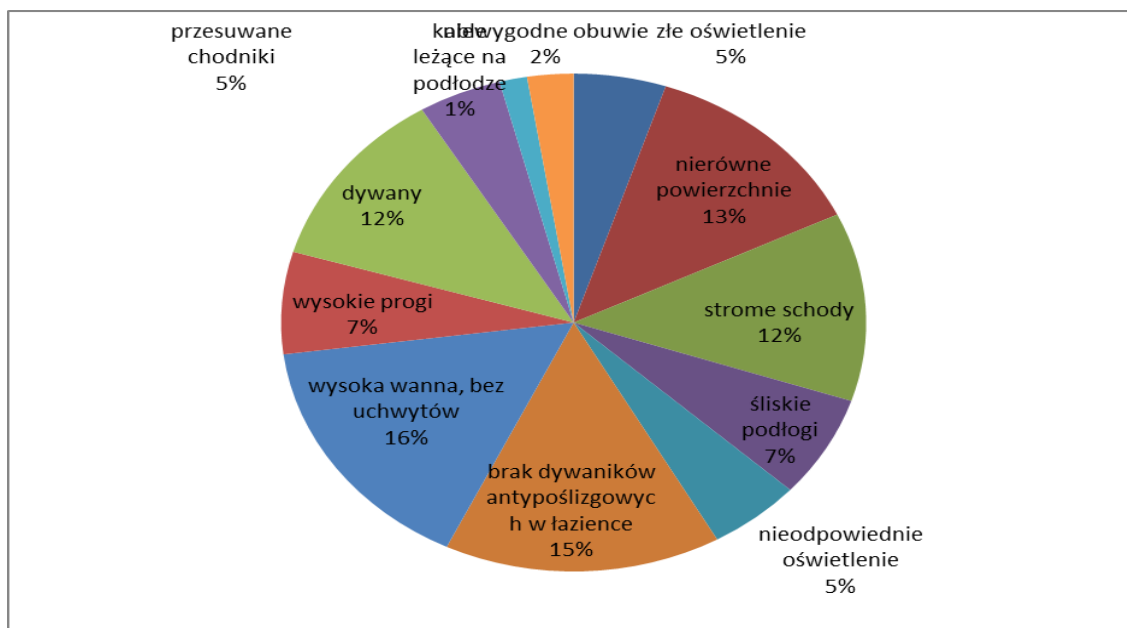
W poniższej tabeli nr 2 przedstawiono pozostałe analizowane wewnętrzne czynniki ryzyka upadków. Ponad połowa (55%) osób ma wady wzroku i przyjmuje więcej niż 5 leków dziennie (74%).

Tabela 2 Wewnętrzne czynniki ryzyka upadków wśród osób starszych

Czynniki ryzyka upadku		N	%
Wady wzroku	tak	51	55
	nie	41	45
Wady słuchu	tak	46	50
	nie	46	50
Przyjmowanie leków bez zlecenia lekarskiego	tak	42	46
	nie	50	54
Ilość przyjmowanych leków na zlecenie lekarskie	0-4	24	26
	5 i więcej	68	74

Najczęstszymi zewnętrznymi czynnikami ryzyka upadków wśród osób starszych w środowisku wiejskim jest wysoka wanna bez uchwyków (16%), oraz brak dywaników antypoślizgowych w łazience (15%). Na nierówne powierzchnie narażone jest 13% osób, natomiast na dywany i strome schody po 12% badanych. Mniejszy odsetek

stanowią wysokie progi (7%), przesuwane chodniki i nieodpowiednie oświetlenie (po5%),[Wykres 2].



Wykres 2. Zewnętrzne czynniki ryzyka upadku wśród osób starszych na wsi

Ankietowanym zadano pytanie odnośnie wystąpienia upadku w ciągu ostatniego roku. Ponad połowa badanych (51%) upadła więcej niż 1 raz w ciągu ostatniego roku. Jednorazowy incydent upadku wystąpił u 28% badanych, a do upadku nie doszło u 21% osób. Przełożeniem powyższych wyników jest wysoki odsetek osób z zespołem poupadkowym, który dotyczył 66% respondentów, natomiast u pozostałych 34% taki lęk nie występuje.

Ryzyko upadku ma związek z przyjętymi w badaniach cechami demograficznymi. Wysokie ryzyko upadku występuje częściej osób starszych w wieku 75 lat i więcej (58,33%) niż 65 do 74 lat (36,36%). Bardziej narażone na upadek są kobiety (55,17%) niż mężczyźni (35,29%) oraz osoby z wykształceniem podstawowym. Seniorzy mieszkający samotnie są w grupie większego ryzyka niż ci, które mieszkają z rodziną [Tabela 3].

Tabela 3. Ryzyko upadków wśród osób starszych a cechy demograficzne

Cechy demograficzne		TEST TINETTI		
		wysokie ryzyko	skłonność do upadku	niskie/brak ryzyka
wiek	do 75 lat	36,36%	50,00%	13,64%
	75 lat i więcej	58,33%	37,50%	4,17%
płeć	mężczyźni	35,29%	47,06%	17,65%
	kobiety	55,17%	41,38%	3,45%
wykształcenie	podstawowe	57,14%	33,33%	9,52%
	średnie	35,29%	64,71%	0,00%
	wyższe	50,00%	25,00%	25,00%
zamieszkiwanie	sam	68,42%	31,58%	0,00%
	z rodziną	33,33%	51,85%	14,81%

W tabeli 4 przedstawiono, jakie choroby występują najczęściej u osób z wysokim ryzykiem upadku. Spośród wybranych chorób są to najczęściej choroby układu moczowo-płciowego (60%), choroby narządu ruchu (57,14%), metaboliczne (56,25%) oraz depresja (53,85%), natomiast skłonność do upadku najczęściej występuje u osób z chorobami układu nerwowego [Tabela 4].

Tabela 4. Ryzyko upadku wśród osób starszych a choroby współistniejące

Choroby przewlekłe		TEST TINETTI		
		wysokie ryzyko	skłonności do upadku	niskie/brak ryzyka
układ krążenia	tak	50,00%	41,67%	8,33%
	nie	40,00%	50,00%	10,00%
układ nerwowy	tak	33,33%	66,67%	0,00%
	nie	48,84%	41,86%	9,30%
układ oddechowy	tak	50,00%	50,00%	0,00%
	nie	47,50%	42,50%	10,00%
układ pokarmowy	tak	50,00%	50,00%	0,00%
	nie	47,06%	41,18%	11,76%
układ moczowo – płciowy	tak	60,00%	40,00%	0,00%
	nie	44,44%	44,44%	11,11%
układ narządu ruchu	tak	57,14%	42,86%	0,00%
	nie	40,00%	44,00%	16,00%
metaboliczne	tak	56,25%	43,75%	0,00%
	nie	43,33%	43,33%	13,33%
depresja	tak	53,85%	46,15%	0,00%
	nie	45,45%	42,42%	12,12%

Osoby przyjmujące więcej niż pięć leków dziennie są w grupie większego ryzyka upadku, niż osoby które przyjmują od zera do czterech leków. Ryzyko to dotyczy także osób u których występują wady wzroku i słuchu, wystąpienie upadku w przeszłości, więcej niż jeden upadek w ciągu roku oraz u tych osób u których występuje zespół poupadkowy [Tabela 5].

Tabela 5. Ryzyko upadku wśród osób starszych a wybrane czynniki ryzyka upadku

Czynniki ryzyka		Skala Tinetti		
		wysokie ryzyko	skłonności do upadku	niskie/brak ryzyka
ilość przyjmowanych leków	0-4	50,00%	35,00%	15,00%
	5 i więcej	61,11%	36,11%	2,78%
leki nie przepisane przez lekarza	tak	42,86%	52,38%	4,76%
	nie	52,00%	36,00%	12,00%
wada wzroku	tak	48,48%	45,45%	6,06%
	nie	46,15%	38,46%	15,38%
wada słuchu	tak	60,87%	34,78%	4,35%
	nie	34,78%	52,17%	13,04%
występowanie upadków	tak	55,88%	38,24%	5,88%
	nie	25,00%	58,33%	16,67%
ilość upadków w ciągu roku	jeden	38,46%	46,15%	15,38%
	więcej od 1	66,67%	33,33%	0,00%
	brak	25,00%	58,33%	16,67%
lęk przed upadkiem	tak	65,52%	31,03%	3,45%
	nie	17,65%	64,71%	17,65%

W środowisku domowym badanych osób starszych najczęstszymi barierami architektonicznymi okazały się nieodpowiednie oświetlenie(70%), niewygodne obuwie(60 %), nierówne powierzchnie(56 %) i przesuwne chodniki (55%) [Tabela 6].

Tabela 6. Ryzyko upadku wśród osób starszych a bariery architektoniczne

Bariery architektoniczne		Skala Tinetti		
		wysokie ryzyko	skłonności do upadku	niskie/brak ryzyka
nierówne powierzchnie	tak	56,00%	44,00%	0,00%
	nie	38,10%	42,86%	19,05%
śliskie podłogi	tak	53,85%	38,46%	7,69%
	nie	45,45%	45,45%	9,09%
nieodpowiednie oświetlenie	tak	70,00%	30,00%	0,00%
	nie	41,67%	47,22%	11,11%
stromy schody	tak	50,00%	41,67%	8,33%
	nie	45,45%	45,45%	9,09%
wysoka wanna, bez uchwytów	tak	48,39%	51,61%	0,00%
	nie	46,67%	26,67%	26,67%
brak dywaników antypoślizgowych w łazience	tak	50,00%	46,67%	3,33%
	nie	43,75%	37,50%	18,75%
wysokie progi	tak	46,15%	46,15%	7,69%
	nie	48,48%	42,42%	9,09%
dywany	tak	39,13%	56,52%	4,35%
	nie	56,52%	30,43%	13,04%
przesuwane chodniki	tak	55,56%	22,22%	22,22%
	nie	45,95%	48,65%	5,41%
kable leżące na podłodze	tak	33,33%	66,67%	0,00%
	nie	48,84%	41,86%	9,30%
niewygodne obuwie	tak	60,00%	40,00%	0,00%
	nie	46,34%	43,90%	9,76%

Dyskusja

Upadki zaliczane są do istotnych problemów geriatrycznych, są główną przyczyną urazów osób po 65 r.ż. Osoby starsze, mieszkające w środowisku wiejskim są na nie narażone poprzez nakładanie się wielu czynników predysponujących do upadku. Zaliczamy do nich czynniki wewnętrzne, tj. choroby współistniejące, zewnętrzne, tj. bariery architektoniczne, a także czynniki demograficzne osób starszych.

W badaniach własnych ryzyko upadku wśród osób starszych mieszkających w środowisku wiejskim jest bardzo duże: łącznie 79% (dla osób z dużym ryzykiem i skłonnością do upadku). Literatura podaje, że częstość upadków w szpitalach lub domach pomocy społecznej jest wyższa niż w środowisku domowym i wynosi ponad 60% [1,12]. Wynika to między innymi z gorszej sprawności funkcjonalnej osób starszych oraz z większej zgłaszalności incydentów upadków w szpitalach i domach pomocy społecznej. Osoby starsze mieszkające w środowisku domowym nie zawsze zgłaszają fakt upadku a pracownicy ochrony zdrowia nie zawsze o to pytają lub pytają, gdy są widoczne objawy następstw upadków. Seniorzy mieszkający w domu mówią o upadku wtedy, gdy upadek spowodował poważniejsze następstwa niż zranienie lub złamanie[15,16].

Analizując wyniki przeprowadzonych badań można stwierdzić, że do upadku predysponuje wiek powyżej 75 roku życia, płeć żeńska, wykształcenie podstawowe, samotne mieszkanie, wielochorobowość, wielolekowość, wady wzroku, występowanie

upadków w przeszłości oraz ich ilość, obawy przed wystąpieniem upadku, bariery architektoniczne w środowisku domowym. Jak wykazują wyniki badania PolSenior, częściej upadają kobiety oraz , że częstość występowania upadków wzrasta wraz z wiekiem, co potwierdzają także badania własne [19].Wiek i płeć żeńska należą do tzw. niemodyfikowalnych czynników ryzyka upadków [20].W opracowaniu: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania wydanej przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny dane są następujące: w ciągu roku przeciętnie 23% osób powyżej 65 lat doznaje upadku. Doznane urazy w wyniku upadku częściej zgłaszały kobiety (43,9%), niż mężczyźni (36,9%). Złamania wystąpiły częściej wśród kobiet (76,8%), niż u mężczyzn (23,2%). Jeden z najpoważniejszych i najgroźniejszych skutków zdrowotnych upadku - złamanie szyjki kości udowej zdarzył się u 5,6% kobiet i 3,5% mężczyzn[21]. Skalska podaje ,że ten „wielki problem geriatryczny” dotyczy co 3 osoby po 65 roku życia, a po 80 roku życia — już co 2 osoby [22].Światowa Organizacja Zdrowia podaje , że osoby powyżej 80 roku życia mają sześciokrotnie wyższą umieralność w stosunku do osób starszych między 65 a 79 rokiem życia, ponieważ nie tylko częściej upadają,ale mają także znacznie bardziej wątłą budowę ciała[23]. W badaniach własnych częściej upadały osoby z wykształceniem podstawowym niż wyższym , być może spowodowane było to brakiem wiedzy na temat czynników ryzyka i sposobów ich unikania, modyfikowania czy też brakiem pieniędzy na likwidację barier architektonicznych w środowisku domowym.

Współwystępowanie wielu chorób wśród osób starszych związane jest z wielolekowością [24]. Osoby przyjmujące więcej niż 4 leki dziennie są narażone na skutki polipragmazji, w wyniku tego istnieje zwiększone ryzyko upadku u tych osób. Według Wojszel i wsp., istotny wpływ na zwiększenie ryzyka upadku mają leki psychoaktywne [10].W badaniach własnych 74% osób starszych przyjmuje 5 i więcej leków na dobę i prawie połowa(46%) przyjmuje leki bez zlecenia na własną rękę.W badaniach własnych najczęstszą przyczynąwewnętrzną narażającą na upadek były choroby układu moczowo-płciowego, choroby narządu ruchu, metaboliczne jako choroby współistniejące u osób starszych W badaniach dotyczących upadków u chorych leczonych na Oddziale Geriatrycznym wykazano, że najczęstszymi chorobami współistniejącymi była choroba niedokrwienna serca i nadciśnienie tętnicze oraz schorzenia narządu ruchu w postaci choroby zwyrodnieniowej stawów [25]. Szczerbińska zwraca uwagę na upadki powtarzające się [26] . W badaniach własnych jednorazowy incydent upadku wystąpił u 28% a 51% osób starszych upadło więcej niż 1 raz w ciągu ostatniego roku, a zespół poupadkowy dotyczył aż 66% respondentów. W badaniach Otremby tak samo , bo 66% badanych upadło co najmniej 1 raz w okresie ostatnich 12 miesięcy; u 73% osób były to 1–2 incydenty, u 7% — 3–4, 10% — 5–6 upadków, 2% — 7–8, 8% badanych zgłosiło 10 i więcej upadków. Podobne również były przyczyny zewnętrzne upadków , tylko w badaniach własnych stanowiły większy odsetek. Najczęstszą barierą było nieodpowiednie oświetlenie, niewygodne obuwie, nierówne powierzchnie a u Otremby nierówne powierzchnie (46%) , śliskie powierzchnie (28%) , złe oświetlenie (12%). Aż 80% w jej badaniach przyjmowało leki hipotensyjne , co związane jest z zawrotami głowy i omdleniami , które są czynnikami ryzyka upadków[25].Niezauważenie przez osobę starszą barier architektonicznych związane jest między innymi wad wzroku i słuchu . Badania PolSenior wykazują że wady wzroku posiada około 50% osób po 65 roku życia, natomiast wady słuchu u blisko 30% osób [19]. W badaniach własnych aż 55%osób starszych posiadało wady wzroku.

Podsumowując osoby starsze mieszkające w środowisku wiejskim są w grupie znacznie narażonej na upadek. Bardzo ważne jest uświadomienie osobom starszym powagi występowania upadków a także sposobów ich unikania. Bywa, że osoby starsze nie są w stanie samodzielnie wstać po upadku, nawet jeśli nie doznały znacznego urazu, dlatego ważnym procesem jest uczenie metod zachowania się po upadku (metoda konwencjonalna lub wstecznego uczenia się ruchów) i jak najczęstsze ich powtarzanie [27]. Zapobieganie upadkom jest wieloczynnikową interwencją. Najważniejsza jest ocena ryzyka wystąpienia upadku. Personel medyczny podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz rodzinny, pielęgniarka rodzinna, fizjoterapeuta) ,może ocenić ryzyko upadku za pomocą wywiadu, który dotyczy analizy dotychczasowych upadków (okoliczności, pora dnia itd.), ilości przyjmowanych leków, powinien to zrobić także za pomocą standaryzowanych skal (Up and Go, Tinetti) oraz zapoznać się z pomocami ortopedycznymi osoby starszej, pod względem dopasowania ich do potrzeb starszej osoby [15]. Ważnym elementem profilaktyki upadków jest aktywność ruchowa osób starszych, kładąc szczególny nacisk na ćwiczenia równoważne, koordynacyjne, oporowe . Kinezyterapia wpływa na poprawę równowagi, wzmacnia siłę mięśni, wzmacnia kości a zmniejszając ryzyko upadków korzystnie wpływa na sprawność funkcjonalną i jakość życia osób starszych [28].

Wnioski

1. Ryzyko upadku u osób starszych, mieszkających w środowisku wiejskim jest duże. Wysokie ryzyko upadku dotyczy 45% badanych, skłonność do upadku stwierdzono u 34%.
2. Do najczęściej występujących czynników ryzyka upadków w badanej grupie seniorów zamieszkujących na wsi należą:
 - czynniki wewnętrzne związane z chorobami układu krążenia, chorobami narządu ruchu ,wadami wzroku, przyjmowaniem 5 i więcej leków dziennie, więcej niż 1 upadek w ciągu ostatniego roku oraz lękiem przed upadkiem;
 - czynniki zewnętrzne w tym korzystanie z wysokiej wanny bez uchwyty, brak dywaników antypoślizgowych w łazience, nierówne powierzchnie, po których przemieszczają się seniorzy.
3. Wysokie ryzyko upadku częściej występuje u osób powyżej 75 lat, osób z wykształceniem podstawowym i mieszkających samotnie.

Bibliografia

1. Ebdom – Kolarz A., Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych-przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011,46(3), 313-318.
2. Czerwiński E., Borowy P., Jasiak B. Współczesne zasady zapobiegania upadkom z wykorzystaniem rehabilitacji. Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2006, 4(6), 8, 380- 387.
3. Początek M.: Podstawy gerontologii i geriatry. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Stanisława Staszica. Piła 2008, 75-79.
4. Bauer R., Steiner M., Kissler R. et al. Accidents and injuries in the EU. Results of the Euro Safe Reports. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2014,57, 673-680.
5. Borowicz M., Wieczorowska–Tobis K .Ocena ryzyka upadku u osób starszych przebywających na oddziale rehabilitacji. Geriatria 2011, 5, 13-18.
6. http://sknfizjoterapii.wum.edu.pl/sites/sknfizjoterapii.wum.edu.pl/files/profilaktyka_w_geriatrii_0.pdf

7. Ciura G., Szymańczak J. Starzenie się społeczeństwa polskiego. *Infos* 2012, 1-4.
8. Szpringer M., Wybraniec-Lewicka B., Czerwiak G., Michalska M., Krawczyńska J. Upadki i urazy wieku geriatrycznego. *Studia Medyczne* 2008, 9, 77-81.
9. Sztur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M. Podstawy gerontologii społecznej. Warszawa 2006, 220-240.
10. Wojszel B., Bień B., Przydatek M.,: Wielkie problemy geriatryczne: II Upadki. *Medycyna Rodzinna* 2001, 2, 83-86.
11. Wojtyński B., Goryński P., Moskalewicz B. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2012, 231-232.
12. Borzym A. Upadki osób w podeszłym wieku – przyczyny, konsekwencje i zapobieganie. *Psychogeriatrya Polska* 2009, 6(2), 81-88.
13. <http://babinski.org.pl/wp-content/uploads/szkolenia/upadki.pdf>
14. [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/44005E1FC94E760ACA257BF0001CABE1/\\$File/Falls-prevented-polish.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/44005E1FC94E760ACA257BF0001CABE1/$File/Falls-prevented-polish.pdf)
15. Świątek J., Urodow W. Profilaktyka upadków u ludzi w podeszłym wieku. *Piel. Zdr. Publ.* 2013, 3, 2, 195–200.
16. Wieczorowska–Tobis K., Talarska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. PZWL Warszawa 2008.
17. Wieczorowska–Tobis K., Kostka T., Borowicz A. M. Fizjoterapia w geriatrii. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
18. Tinetti M.E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1986, 34(2), 119-26.
19. Skalska A., Wizner B., Piotrowicz K., i wsp. Upadki i ich następstwa w populacji osób starszych w Polsce. Złamania bliższego końca kości udowej i endoprotezoplastyka stawów biodrowych. *PolSenior*. Poznań 2012.
20. Skalska A., Walczewska J., Ocetkiewicz T. Wiek, płeć i aktywność fizyczna osób zgłaszających upadki oraz okoliczności ich występowania. *Rehabilitacja Medyczna* 2003, 7, 49–53.
21. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, *Termedia* Poznań 2012.
22. Skalska A., Gałaś A. Upadki jako czynnik ryzyka pogorszenia stanu funkcjonalnego w starszym wieku *Gerontol. Pol.* 2011, 19, 3–4, 150–160.
23. Sethi D, et al Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2006.
24. Rodrigues I.G., Fraga G.P., Barros M.B. Falls among the elderly: risk factors in a population-based study. *Rev Bras Epidemiol* 2014, 17(3), 705-18.
25. Otremba I. Epidemiologia, etiologia i konsekwencje zdrowotne upadków u chorych leczonych na Oddziale Geriatrycznym. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013, 21(4), 471-475.
26. Szczerbińska K. Okoliczności i czynniki ryzyka upadków powtarzających się i występujących sporadycznie w domach pomocy społecznej. *Gerontologia Polska* 2011, 19, (3-4), 161-170.
27. Gorzkowska A., Opala G. Rehabilitacja w wieku podeszłym. *Postępy Nauk Medycznych* 2010, 6, 492-498.

28. Rose D. J. Preventing falls among older adults: No „one size suits all” intervention strategy. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 2008, 45(8), 1153-1166.