

# Urazy u osób powyżej 60 roku życia w Polsce



Rafał Halik  
Jakub Stokwiszewski  
Wojciech Seroka  
Bogdan Wojtyński

Narodowy Program Zdrowia

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego  
– Państwowy Zakład Higieny

Warszawa 2018

NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO

- PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY

NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

Cel operacyjny nr 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia

**EDUKACJA ZDROWOTNA W PROFILAKTYCE URAZÓW I W PROMOCJI  
BEZPIECZEŃSTWA**

© Copyright by Ministerstwo Zdrowia, 2018

Przedruk materiałów w całości lub części jest możliwy wyłącznie za zgodą Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny.

Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych dozwolone za podaniem źródła.

**Recenzja naukowa:**

Dr hab. n. med. Piotr Tyszko

ISBN 978-83-65870-08-7

Koszty związane z przygotowaniem i publikacją zostały pokryte ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020

**Opracowanie graficzne i skład:**

Marta Kaczanowska

**Wydawca:**

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

- Państwowy Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

tel. 22 54 21 245

e-mail: edukacjazdrowotna@pzh.gov.pl

e-mail: mkrysinska@pzh.gov.pl

# Urazy u osób powyżej 60 roku życia w Polsce

Rafał Halik  
Jakub Stokwiszewski  
Wojciech Seroka  
Bogdan Wojtyniak

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny  
Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020

Warszawa 2018

## 1. Wprowadzenie

Urazy należą do jednych z najważniejszych problemów globalnego zdrowia publicznego powodując ok. 5 milionów (9%) wszystkich zgonów na świecie [1]. Najczęstszymi przyczynami powstawania urazów są: wypadki drogowe, próby samobójcze i samookaleczenia, upadki, działanie żywiołów oraz przemoc. Urazy w dużym stopniu przyczyniają się do niepełnosprawności, są zatem szczególnie ważnym wyzwaniem z uwagi na koszty medyczne i społeczne, które generują w długiej perspektywie czasu. Według przyjętych różnych modeli służących do szacowania częstości obrażeń, tzw. piramidy urazów, na każdy uraz śmiertelny przypada proporcjonalnie wielokrotnie więcej przypadków poważnych obrażeń ciała, a na każdy przypadek poważnego obrażenia ciała przypada wielokrotnie więcej urazów wymagających interwencji medycznej [2]. Według danych z bazy danych WHO na temat umieralności (WHO MDB), urazy są pierwszą przyczyną zgonów wśród osób w młodszych grupach wiekowych i zazwyczaj są kojarzone jako problem zdrowotny najpowszechniejszy wśród osób młodych. Dane dotyczące częstości leczenia szpitalnego w Europie wskazały jednak, że częstość urazów ma charakter bimodalny: wyraźny jej wzrost występuje zarówno wśród osób młodych jak i u osób powyżej 60 roku życia [2]. Należy przy tym zaznaczyć, że charakterystyka obrażeń ciała oraz mechanizmy przyczyniające się do urazów w obu wymienionych grupach znacznie różnią się od siebie. Szczególne znaczenie wśród osób powyżej 60 roku życia mają upadki oraz różnego rodzaju wypadki w środowisku domowym. Z uwagi na często występujące przewlekłe problemy zdrowotne jak i na wiek poszkodowanych, obrażenia ciała w wyniku omawianych zdarzeń u osób w najstarszych grupach wiekowych charakteryzują się dużą ciężkością i śmiertelnością oraz o wiele niższą możliwością dalszej rehabilitacji niż urazy u osób w młodszych grupach wiekowych. O ile w przypadku osób w grupie poniżej 60 lat urazy częściej występują u mężczyzn niż kobiet to w grupach wiekowych powyżej 60 roku życia obrażenia ciała w wyniku urazów wraz z wiekiem stają się częstsze u kobiet.

Procesy starzenia się społeczeństw, wzrost liczby osób w wieku powyżej 60 roku życia będą prowadziły do wzrostu znaczenia urazów w tej grupie, jako problemu zdrowia publicznego w najbliższych latach. Rozwijanie działań prewencyjnych w zakresie zapobiegania urazom wśród osób starszych staje się coraz ważniejszym wyzwaniem dla polityki zdrowotnej państw europejskich i dla działań medycyny naprawczej.

## 2. Charakterystyka demograficzna, społeczna i ekonomiczna grupy osób powyżej 60 roku życia w kontekście czynników ryzyka występowania urazów

Polska doświadcza negatywnych zmian demograficznych związanych w głównej mierze ze spadkiem dzietności. Procesy demograficzne zmierzają do coraz wyższego udziału w populacji osób po 60 roku życia. Wymieniona tendencja jest charakterystyczna dla większości krajów Europy, ale Polska jest uważana za kraj, w którym dynamika niekorzystnych zmian cechuje się dużym natężeniem. Według danych GUS w roku 2016 udział osób powyżej 60 roku życia wynosił 23,5%. Jeszcze na początku lat 90-tych omawiany odsetek kształtował się na poziomie 15%. Według założonej przez GUS prognozy udział osób starszych wzrośnie aż do 40,4% w roku 2050 [4]. Starzenie się społeczeństwa będzie skutkowało systematycznym wzrostem liczby osób chorujących na choroby przewlekłe, wzrostem zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze oraz koniecznością przeorientowywania sektora usług publicznych w wielu innych dziedzinach. W literaturze przedmiotu dość rzadko wymienia się kolejną okoliczność związaną z procesem starzenia polegającą na transformacji epidemiologicznej czyli zaznaczaniu się odmiennych problemów zdrowotnych związanych z chorobami przewlekłymi od tych, które są charakterystyczne dla populacji o młodszej strukturze wiekowej. Takimi problemami są między innymi: choroby neurologiczne, choroby degeneracyjne, jak również wypadki specyficzne dla osób starszych tj. między innymi upadki.

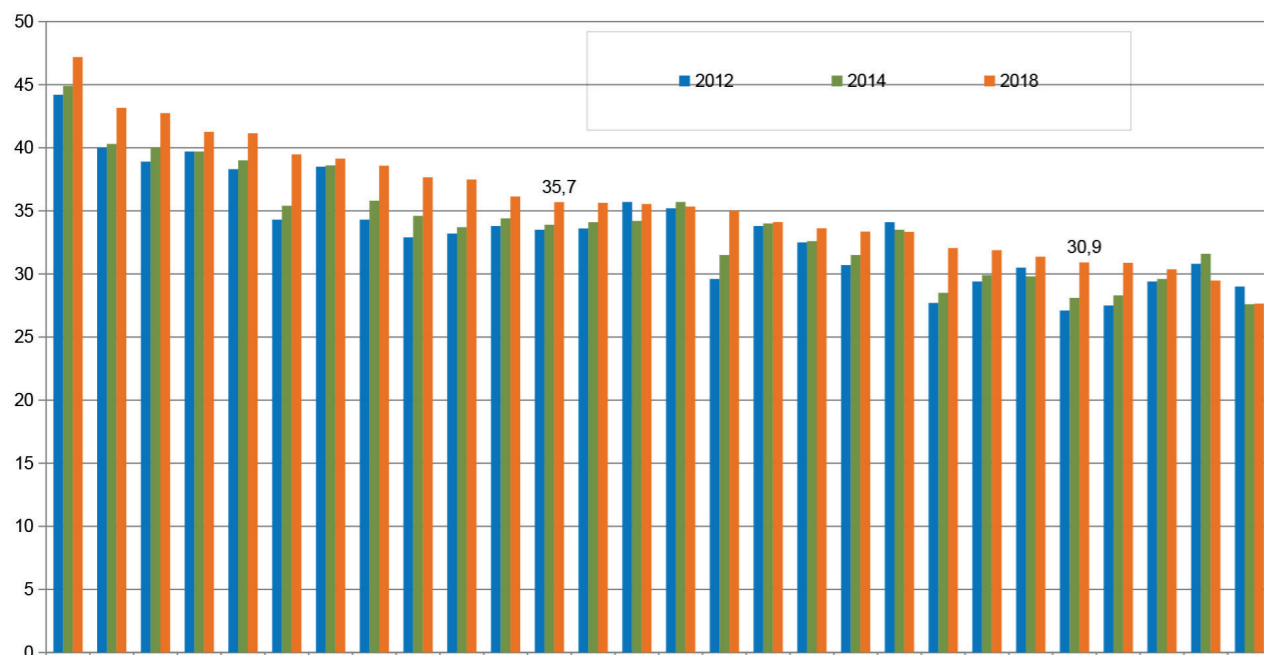
W subpopulacji osób w starszym wieku najliczniejszą grupę (niemal 33%) stanowią osoby 60-64-letnie. W okresie minionych 25 lat ich liczebność wzrosła o blisko połowę. Należy zwrócić uwagę, że prawie 18% osób starszych stanowią osoby w wieku co najmniej 80 lat. W Polsce z punktu widzenia uwarunkowań wypadków skutkujących urazami wśród osób starszych ważny jest wysoki wskaźnik feminizacji, który wynika z wcześniejszej umieralności mężczyzn i który rośnie wraz z przechodzeniem do kolejnych grup wiekowych. Omawiany współczynnik jest najniższy w grupie wiekowej 60-64 lata (125 kobiet na 100 mężczyzn, kobiety stanowią 53% zbiorowości) a najwyższy w najstarszych grupach wiekowych powyżej 85 lat (267 kobiet/100 mężczyzn, kobiety stanowią 73% zbiorowości).

Charakterystyka społeczna polskiej populacji w wieku powyżej 60 lat wskazuje, że w grupie tej można zauważyć wiele zjawisk powodujących, że problem urazowości wśród osób starszych może być szczególnie uciążliwy z punktu widzenia zdrowia publicznego w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej. Należy przy tym wspomnieć, że pośrednie uwarunkowania behawioralne oraz środowiskowe wypadków, które prowadzą do urazów

wśród osób 60+ są odmienne niż u osób w młodszych grupach wiekowych. O ile u osób młodszych większe znaczenie ma podejmowanie działań ryzykownych lub działanie pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, to w grupie osób starszych większe znaczenie mają obciążenia zdrowotne i złe warunki życia (np. niebezpieczne lub niedostosowane do wieku warunki w mieszkaniach). W tym ujęciu warunki otoczenia środowiskowego mają szczególne znaczenie w kształtowaniu się ryzyka wypadków powodujących konsekwencje zdrowotne w najstarszych grupach wiekowych [5].

Podjęte w ostatnich 10 latach inicjatywy badawcze pozwoliły na ocenę pewnych elementów warunków życia osób starszych, które mogą wpływać pośrednio na uwarunkowania powstawania urazów w tej grupie wiekowej. Cechą charakterystyczną dla populacji 60+ w Polsce, która jest szczególnie podkreślana w wielu publikacjach, jest niski indeks aktywnego starzenia się (Active Ageing Index, AAI). AAI jest wskaźnikiem objaśniającym syntetycznie poziom aktywności życiowej osób po 55 roku życia i został on przygotowany przez Europejską Komisję Gospodarczą (United Nations Economic Commission for Europe) działającą przy Narodach Zjednoczonych. Jako aktywne starzenie należy przy tym rozumieć zaangażowanie w życie społeczne, aktywności zawodowe, aktywność fizyczną. Omawiany wskaźnik może przyjmować wartości od 0 (najgorszej) do 100 (najlepszej). Według zaleceń WHO utrzymywanie ogólnej aktywności życiowej prowadzi nie tylko do lepszego samopoczucia, ale i również lepszego zdrowia i lepszej ogólnej jakości życia [6].

Polska od wielu lat odznacza się jedną z najniższych wartości omawianego wskaźnika, który według szacunków dla roku 2018 wynosił 30,9 vs 35,7 przeciętnie w UE (Ryc. 1). Cechą charakterystyczną indeksu zarówno w krajach europejskich jak i w Polsce jest jego wyższa wartość wśród mężczyzn. Od roku 2010 we wszystkich krajach UE poza Grecją i Chorwacją wskaźnik AAI wzrastał. Tendencja wzrostowa zaznaczyła się też w Polsce. Polska jest jednak wciąż jednym z krajów europejskich o najniższej aktywności osób po 55 roku życia w różnych sferach życia.



Ryc. 1. Indeks Aktywnego Starzenia (Healthy Ageing Index) w Polsce i w innych krajach Unii Europejskiej w roku 2012, 2014 i wstępne obliczenia dla roku 2018 (źródło: United Nations Economic Commission for Europe 2018)

Pomimo niekorzystnej z punktu widzenia zdrowia publicznego sytuacji w zakresie aktywności życiowej polskich seniorów, można zauważyć że według ostatnio przeprowadzonych w Polsce badań zaznacza się relatywnie lepsza stopa życiowa osób powyżej 60 roku życia, a odsetek osób w tej grupie zagrożonych ubóstwem jest niższy niż w przypadku osób poniżej 59 lat [7]. Należy przy tym zwrócić uwagę, że odsetek osób słabo wykształconych w grupie seniorów jest wysoki, według danych ze Spisu Powszechnego z roku 2011, 58% osób legitymujących się w Polsce wykształceniem podstawowym lub niższym to osoby powyżej 65 roku życia [8]. Gorsze wykształcenie zazwyczaj jest związane ze zmniejszoną świadomością zdrowotną i zazwyczaj oznacza mniejszą kontrolę nad własnym stanem zdrowia niż ma to miejsce w przypadku osób lepiej wykształconych. Wykształcenie jest też jednym z czynników najbardziej różnicujących sytuację zdrowotną ludności Polski [9].

W badaniu PolSenior (skoncentrowanym głównie na populacji 65+), zakończonym na początku bieżącej dekady, dotyczącym aspektów medycznych i społecznych osób starszych, wskazano m. in., że wśród osób po 55 roku życia uwarunkowania życia i zdrowia charakteryzują się dosyć dużym zróżnicowaniem regionalnym i społecznym w grupie osób najstarszych [10]. W kontekście częstości występowania urazów w najstarszej części populacji należy zwrócić uwagę na proces singularyzacji gospodarstw, czyli narastania odsetka gospodarstw jednoosobowych wśród osób starszych, które są prowadzone samodzielnie przez jedną osobę. W badaniach CBOS oszacowano, że odsetek jednoosobowych gospodarstw domowych z osobami 65+ wynosi 24% (w grupie poniżej 59 roku życia odsetek

ten wynosi 6%). Należy przy tym dodać, że przy dużej feminizacji w starszych grupach wiekowych, większość tych gospodarstw jest prowadzona przez samotne kobiety [11].

Jak zostało wskazane wcześniej, złe warunki środowiska zamieszkania mogą się przyczynić do zwiększonego zagrożenia wypadkiem w najstarszych grupach wiekowych. Według przeprowadzonego przez GUS Badania spójności społecznej z 2015 roku 13,5% gospodarstw domowych seniorów charakteryzuje się brakiem łazienki lub brakiem dostępu do bieżącej wody [12]. Jest to wartość znacząco wyższa niż w przypadku osób poniżej 60 roku życia (8,5%). Można zatem wnioskować, że wiele mieszkań seniorów cechuje się niezadowalającymi warunkami technicznymi oraz brakami w wyposażeniu, co może powodować, że warunki mieszkaniowe są mniej bezpieczne dla ich użytkowników.

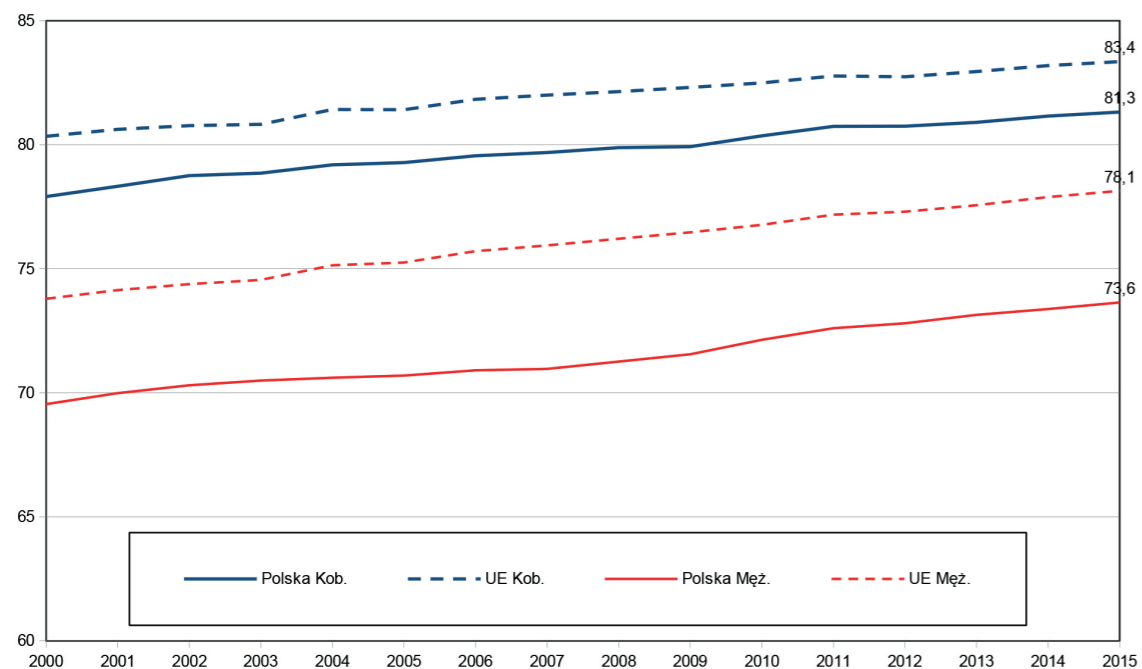
Przedstawione powyżej informacje syntetycznie ujmujące sytuację społeczno-ekonomiczną osób starszych w kontekście zagrożenia tej grupy ludności wypadkami skutkującymi urazami, pozwalają na sformułowanie wniosku, że w tej grupie ludności potencjalne czynniki mogące się przyczynić do większej częstości urazów występują częściej niż u osób młodszych. Szczególnie niepokojącymi zjawiskami w tym obszarze jest niska aktywność życiowa, gorsze wykształcenie, przeciętnie gorsze warunki mieszkaniowe niż w populacji osób poniżej 60 roku życia, singularyzacja oraz wysoki wskaźnik feminizacji. Kobiety w starszym wieku są populacją szczególnie narażoną na wypadki skutkujące urazami z uwagi na zmniejszanie się po menopauzie gęstości mineralnej kości oraz na częściej występującej w tej grupie problemy ze sprawnością ruchową. Według wymienionego już badania PolSenior problemy z wykonywaniem czynności związanymi z życiem codziennym były stwierdzone u 54% kobiet w wieku powyżej 65 lat (u mężczyzn odsetek ten wynosił 50%). Oszacowania międzynarodowe mówią, że od 16%-38% kobiet jest dotkniętych osteoporozą, podczas gdy wśród mężczyzn odsetek ten jest oszacowany na od 3%-8% [13].

### 3. Ogólna sytuacja zdrowotna osób powyżej 60 roku życia w kontekście występowania urazów

#### 3.1 OCZEKIWANA DŁUGOŚĆ ŻYCIA

Wskaźnikiem najlepiej syntetycznie opisującym sytuację zdrowotną ludności jest oczekiwana długość życia. W ostatnich latach w Polsce dochodzi do systematycznej poprawy tego wskaźnika, choć dynamika tych pozytywnych przemian nie w pełni może zadowalać w porównaniu do przeciętnej dynamiki wzrostu obserwowanej dla 28 krajów UE.

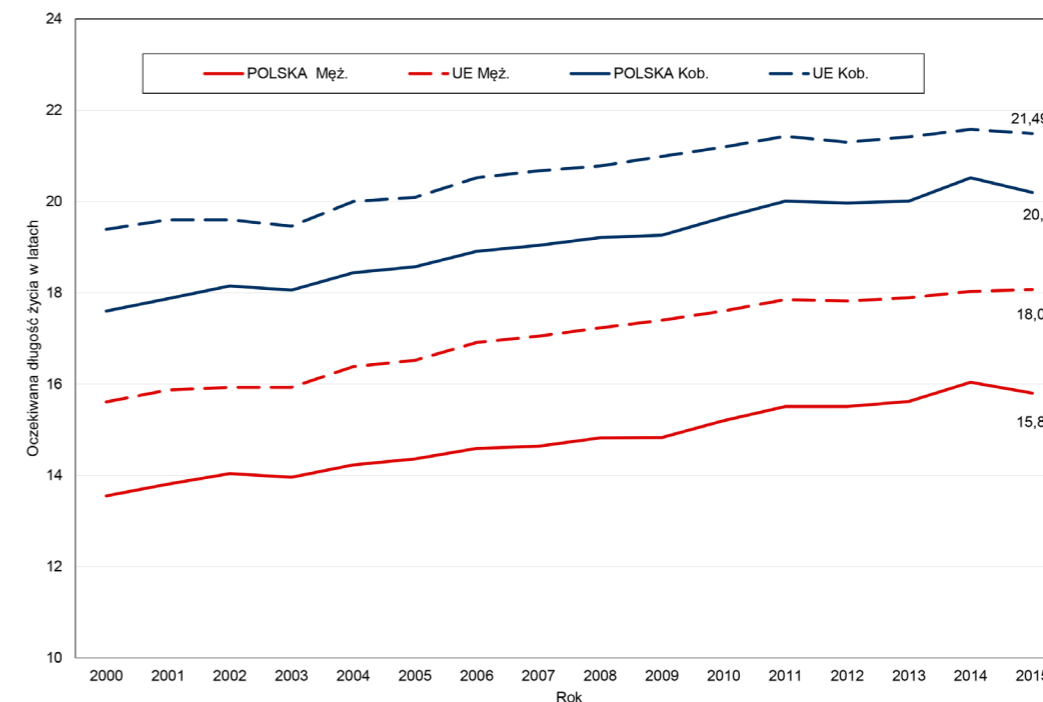
W roku 2015 oczekiwana długość życia w Polsce wśród mężczyzn wynosiła 73,6 lat (vs 78,1 przeciętnie w UE), a wśród kobiet 81,3 lat (vs. 83,4 przeciętnie w UE). Na tle innych krajów UE Polska charakteryzuje się niższą długością życia w szczególności wśród mężczyzn i dużą różnicą pomiędzy oczekiwaną długością życia kobiet i mężczyzn. Pomimo widocznej od 1991 roku poprawy sytuacji zdrowotnej ludności, w polskiej populacji bardziej niż u innych społeczeństw krajów Unii nasilone jest zjawisko przedwczesnej umieralności (przed 65 rokiem życia). W szczególności zjawisko to jest charakterystyczne dla mężczyzn. Według analiz przeprowadzonych w NIZP-PZH w latach 2007-2014 wydłużenie długości życia mężczyzn wynikało w 66% z obniżenia umieralności przedwczesnej, a w 34% ze spadku umieralności w wieku starszym. W przypadku kobiet większe znaczenie w omawianym okresie miało obniżenie się umieralności kobiet w wieku powyżej 65 lat, które przyczyniło się w 63% do wydłużenia oczekiwanej długości życia.



Ryc. 2. Oczekiwana długość życia w Polsce i przeciętnie w UE według grup płci (źródło: baza danych WHO HFA 2018)

W roku 2015 przeciętny polski mężczyzna w wieku 65 lat miał przed sobą blisko 16 lat życia podczas gdy przeciętnie dla UE wskaźnik ten wynosił 18,1 lat. W przypadku kobiet oczekiwana długość życia w wieku 65 lat wynosiła 20,2 lat vs. 21,6 przeciętnie w UE. W latach 2000-2015 można było zaobserwować przyrost oczekiwanej długości życia osób w wieku 65 lat w Polsce zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet. Dynamika wydłużenia oczekiwanej długości życia była dla obu grup płci zbliżona do przeciętnej dla UE, co oznacza, że dystans w tym obszarze pomiędzy Polską, a średnią dla krajów UE utrzymuje się na tym samym poziomie (Ryc. 3). Niepokojącym zjawiskiem w omawianym okresie był wzrost

w Polsce różnicy pomiędzy oczekiwaną długością życia kobiet w wieku 65 lat, a oczekiwaną długością życia mężczyzn w wieku 65 lat z 4 lat do 4,4 roku. W roku 2015 nastąpił niewielki spadek dalszej oczekiwanej długości życia kobiet i mężczyzn w wieku starszym w Polsce.

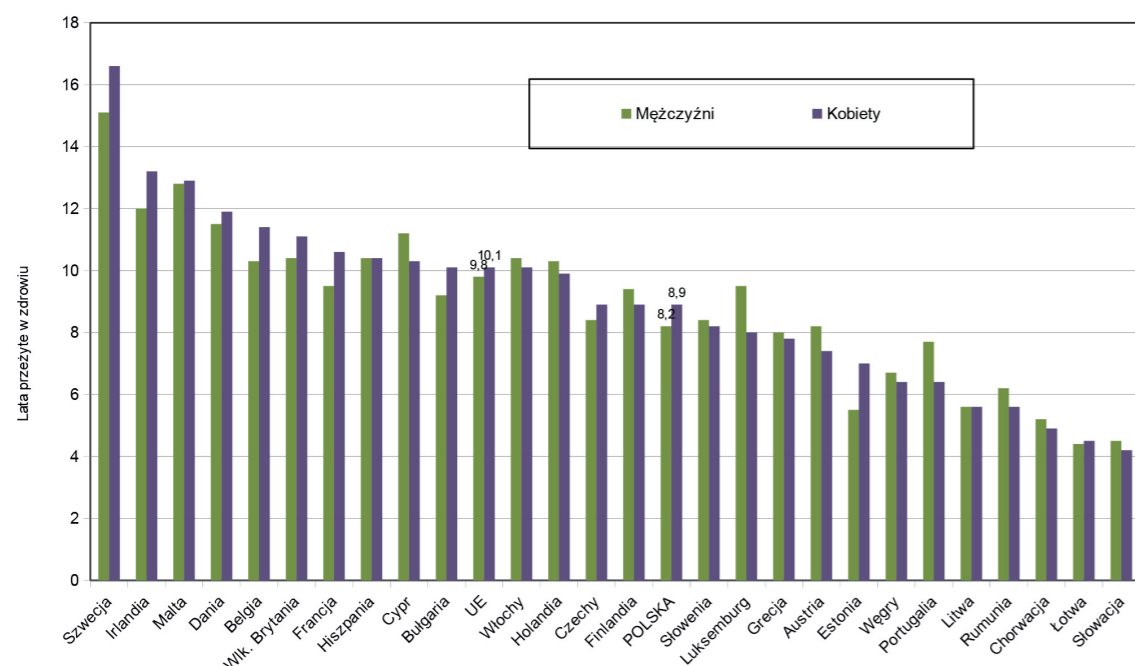


Ryc. 3. Oczekiwana dalsza długość życia osób w wieku 65 lat w Polsce i przeciętnie w UE według grup płci, 2000-2015 (źródło: baza danych WHO HFA 2018)

Według danych WHO, wśród osób starszych w Polsce można wyróżnić dwie grupy, które znacząco różnią się stanem zdrowia w porównaniu do przeciętnej sytuacji zdrowotnej w 28 krajach UE: grupę młodszych seniorów w wieku 60-74 lata, dla której zagrożenie życia ogółem z powodu wszystkich przyczyn jest o 42,1% wyższe niż przeciętnie dla tej samej grupy w UE oraz grupę osób w wieku bardziej zaawansowanym, powyżej 75 roku życia, w której omawiana niekorzystna nadwyżka jest znacznie mniejsza i wynosi 10,5%. Szczególnie większe zagrożenie życia niż przeciętnie w Europie mają polscy mężczyźni w wieku 60-74 lat (o 53% wyższy niż standaryzowany współczynnik umieralności od przeciętnego w UE). Dotychczas nie opublikowano analiz epidemiologicznych, które by mogły wytłumaczyć przyczyny zróżnicowania umieralności seniorów. Wytłumaczenie tego zjawiska wymaga dalszych prac badawczych.

### 3.2 OCZEKIWANA DŁUGOŚĆ ŻYCIA W ZDROWIU HLY WIEKU 65 LAT

Jeśli wziąć pod uwagę syntetyczny wskaźnik oczekiwanej liczby lat życia przeżytych w zdrowiu (Healthy Life Years-HLY), czyli liczby lat przeżytych bez ograniczonej sprawności z powodów zdrowotnych, Polska charakteryzuje się lepszą sytuacją osób po 60 roku życia niż w innych państwach regionu Europy Środkowo-Wschodniej, choć omawiany wskaźnik jest niższy od przeciętnego dla wszystkich krajów Unii. W roku 2016 Polki w wieku 65 lat mogły oczekiwać, że średnio będą żyły w zdrowiu 8,9 lat vs. 10,1 lat przeciętnie w UE, wskaźnik dla mężczyzn w wieku 65 lat wynosił 8,2 vs 9,8 lat przeciętnie w UE (Ryc. 4)



Ryc. 4. Oczekiwana dalsza długość życia w zdrowiu (HLY) osób w wieku 65 lat w Polsce i innych krajach UE według grup płci (źródło: baza danych WHO HFA 2018)

W krajach Unii można zauważyć duże zróżnicowanie wartości wskaźnika HLY, jest on najwyższy głównie w wysokorozwiniętych krajach Europy Północnej, a najniższy w Europie Środkowo-Wschodniej z wyjątkiem Bułgarii (Ryc. 4). Wartość HLY dla Polski może skłonić do wniosku, że populacja osób starszych charakteryzuje się nieco lepszym stanem zdrowia niż większość mieszkańców naszego regionu Europy. Warto przy tym dodać, że liczba lat w zdrowiu przeżytych po 65 roku życia w Polsce w latach 2010-2015 wzrastała nieznacznie szybciej niż przeciętnie w UE. Wskaźnik wzrósł o 1,5 roku dla mężczyzn i 1,4 roku dla kobiet. Przeciętnie dla wszystkich krajów UE wzrost ten w latach 2010-2015 wynosił 1,1 dla mężczyzn i 1,3 dla kobiet. Trzeba przy tym dodać, że w nie we wszystkich krajach europejskich w omawianym okresie czasu zaznaczyła się tendencja wzrostowa jeśli chodzi o wskaźnik HLY.

## 4. Wypadki jako problem zdrowotny osób starszych

### 4.1 URAZY JAKO SKUTEK PRZYCZYNY ZEWNĘTRZNEJ W UJĘCIU WHO – WPROWADZENIE METODYCZNE

Jako przyczyny zewnętrzne, zgodnie z zasadami obowiązującej w Polsce Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (kody rozpoznawcze od V01 do Y98 - Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu), są definiowane zdarzenia i okoliczności które skutkują urazem bądź innymi szkodliwymi konsekwencjami. Zgodnie z zasadami przyjętymi w omawianej klasyfikacji, w przypadku zgonów z powodu urazów wywołanych przez przyczyny zewnętrzne podaje się mechanizm, który doprowadził do śmiertelnych urazów (przyczynę zewnętrzną), a nie jest konieczne podawanie kodu opisującego sam rodzaj urazu, jego lokalizację. Rejestry zgonów i np. WHO-HFA rejestrują zazwyczaj kody dotyczące rodzaju wypadku i jego okoliczności, gdyż informacje te mają najważniejsze znaczenie przy planowaniu działań prewencyjnych i przy ustalaniu priorytetów zdrowotnych.

Przedkładane opracowanie stawia sobie za cel zbadanie częstości urazów w populacji osób starszych i ich uwarunkowań. Świadomie będzie pomijana w rozdziale tym tematyka innych przyczyn zewnętrznych skutkujących innymi konsekwencjami niż urazy (np. zatrucia, wychłodzenie organizmu itp.) oraz urazów wynikających z działań intencjonalnych, prób samobójczych oraz przemocy. W kontekście zdrowia publicznego i prewencji urazów, wymienione wyżej wykluczone kategorie cechują się bowiem odmienną specyfiką, odmiennymi czynnikami ryzyka oraz wymagają innych metod profilaktyki.

### 4.2 CZĘSTOŚĆ WYPADKÓW WYMAGAJĄCYCH INTERWENCJI MEDYCZNEJ WŚRÓD OSÓB POWYŻEJ 60 ROKU ŻYCIA W POLSCE WEDŁUG PRZEPROWADZONEGO BADANIA TERENOWEGO STANU ZDROWIA LUDNOŚCI NIZP-PZH I WEDŁUG ANKIETOWEGO BADANIA ZDROWIA (EHIS) GUS

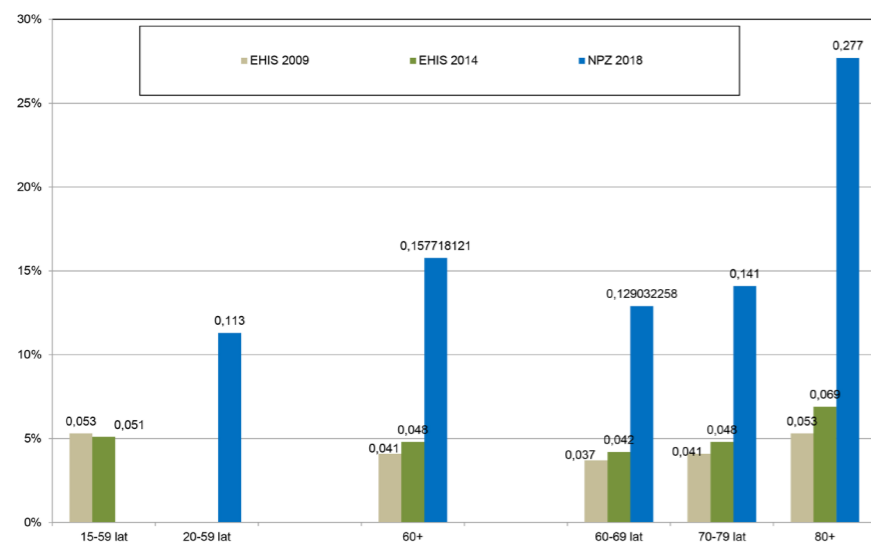
Pomimo małej liczby publikacji i opracowań na temat charakterystyki i uwarunkowań urazów wśród osób starszych, w polskim piśmiennictwie istnieje pewien dorobek terenowych badań ankietowych, dzięki którym można oszacować skalę wypadkowości wśród ludności Polski. Duże znaczenie w tym względzie mają Ankietowe Badania Zdrowia (EHIS)



wykonywane przez GUS według jednolitej metodyki opracowanej przez EUROSTAT i które były wykonywane na reprezentatywnej próbie populacji Polski powyżej 15 lat w roku 2009 i w roku 2014 [14,15].

W roku 2018 NIZP-PZH zrealizował na potrzeby przygotowywanego „Raportu o stanie zdrowia ludności Polski i jego uwarunkowaniach” badanie terenowe stanu zdrowia ludności przy wykorzystaniu specjalnie opracowanego kwestionariusza. Kwestionariusz został przygotowany w oparciu o narzędzie badawcze wykorzystywane wcześniej w ramach projektu „Ograniczanie Społecznych Nierówności w Zdrowiu” do oceny potrzeb zdrowotnych mieszkańców pow. piotrkowskiego i proszowickiego. Terenowe badanie było realizowane na reprezentatywnej pod względem płci, wieku i miejsca zamieszkania (województwo, klasa miejscowości) próbie 3000 mieszkańców w wieku 20 lat i starszych i zawierało m. in. pytania dotyczące zgłaszanej w ciągu roku częstości wypadków wymagających pomocy medycznej.

Wyniki terenowego badania realizowanego przez NIZP-PZH (w ramach NPZ) wskazały na wyższą wypadkowość w porównaniu do wyników osiągniętych w badaniach EHIS. Ankietywne Badanie Zdrowia z lat 2009 i 2014 wskazywało na nieznaczny spadek odsetka osób w wieku produkcyjnym, który ulega wypadkom. Według obu tych badań rocznie ponad 5% Polaków w wieku od 15-59 lat jest poszkodowanych w wypadkach, które wymagają skorzystania z opieki medycznej. Oszacowana częstość wypadków u młodszych seniorów w wieku 60-79 była nieco niższa od przeciętnej szacowanej dla całej populacji, częstość ta jednak była wyższa w grupie seniorów powyżej 80 roku życia. Warto przy tym wspomnieć, że według badania EHIS 2014 w stosunku do roku 2009 wzrósł odsetek respondentów w wieku powyżej 60 lat raportujących wypadki (Ryc. 5).



Ryc. 5. Odsetek poszkodowanych w wypadkach w Polsce według grup wiekowych, według Ankietywnych Badań Zdrowia przeprowadzonych w roku 2009 i 2014 (EHIS 2009 i 2014) oraz badania terenowego stanu zdrowia ludności NIZP-PZH 2018

Badanie terenowe przeprowadzone przez NIZP-PZH wskazało, że skala wypadkowości jest jeszcze wyższa niż wynika to z szacunków badań EHIS. Blisko 16% osób powyżej 60 roku życia deklaruowało w badaniu tym konieczność leczenia urazów powstałych w wyniku wypadków. W przeciwieństwie do oszacowań badań EHIS, omawiany odsetek w badaniu NIZP-PZH rośnie wyraźnie wraz z wiekiem i jest najwyższy u najstarszych seniorów, czyli osób powyżej 80 roku życia. Blisko 28% osób z tej kategorii wiekowej uległo wypadkowi wymagającemu pomocy medycznej.

Trzeba przy tym nadmienić, że częstość wypadków oszacowana w ramach badania terenowego stanu zdrowia ludności NIZP-PZH wydaje się być spójna z wynikami badania POLSENIOR, według którego co drugi polski senior powyżej 65 roku życia ulega przynajmniej raz w roku upadkowi, który dla 41% osób z omawianej grupy związany jest z urazem o różnym stopniu nasilenia. Inną cechą charakterystyczną dotyczącą wypadkowości seniorów według badania przeprowadzonego przez NIZP-PZH jest wyraźnie większa częstość wypadków mających miejsce w warunkach domowych (52% udział tego rodzaju wypadków w grupie 60+ vs. 33,6% w grupie 20-59 lat).

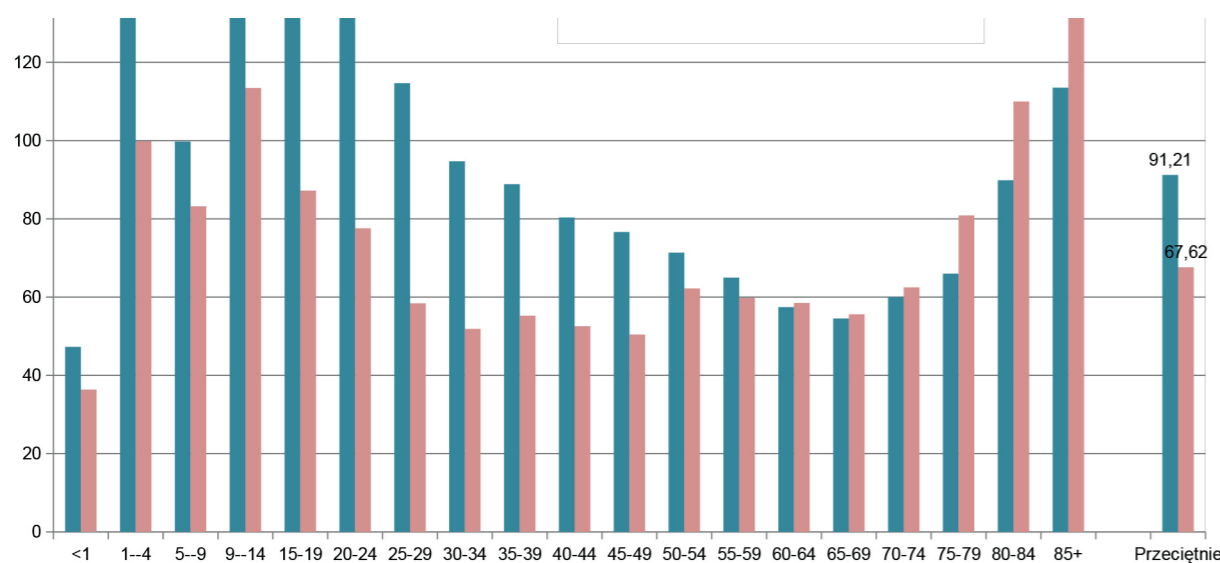
#### 4.3 CHARAKTERYSTYKA CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA URAZÓW WYMAGAJĄCYCH LECZENIA AMBULATORYJNEGO I SZPITALNEGO U OSÓB STARSZYCH W EUROPIE WEDŁUG DOSTĘPNYCH DANYCH

Wbrew pewnym utrwalonym w społeczeństwie opiniom mówiącym o szczególnie wysokiej częstości urazów tylko wśród osób młodych, zarówno w Polsce jak i innych krajach europejskich, częstość wypadków jest szczególnie wysoka zarówno w młodszych grupach wiekowych jak i wśród seniorów. Wśród osób powyżej 60 r.ż. jest też większe zagrożenie życia z powodu wypadku, wynikające z cięższych konsekwencji zdrowotnych urazów niż u osób młodszych. Wśród seniorów charakterystyczna jest też odmienna specyfika epidemiologiczna wypadków w porównaniu do młodszych grup wiekowych: częściej dochodzi do upadków, rzadziej do wypadków komunikacyjnych, więcej wśród ofiar wypadków jest kobiet.

Dotychczas opublikowano niewiele opracowań przybliżających temat chorobowości z powodu urazów w państwach europejskich. Najważniejszym źródłem informacji na ten temat są analizy stowarzyszenia EuroSafe zajmującego się naukowo problematyką częstości wypadków w Europie. Według tego źródła ustalono, że na terenie wszystkich krajów UE w latach 2013-2015 w wyniku urazów było leczonych ambulatoryjnie lub szpitalnie ponad 38 mln osób (74,9 osób na 1000 mieszkańców) [16]. Współczynniki częstości przyjęć do placówek

ambulatoryjnych i szpitalnych w wyniku urazów są przeciętnie najwyższe u mężczyzn, ale od 60 roku życia zaznacza się przewaga kobiet wśród poszkodowanych. Oszacowania przyjęć do szpitali i częstości leczenia ambulatoryjnego urazów w UE wskazują, że grupami szczególnie narażonymi na urazy są młodzi mężczyźni w wieku od 9 do 24 lat oraz kobiety powyżej 80 roku życia (Ryc. 6).

Do ponad połowy urazów w krajach Unii dochodzi w środowisku domowym lub podczas rekreacji i wypoczynku. Znacznie niższy odsetek wśród leczonych obrażeń stanowią wypadki w pracy (9,4%) oraz wypadki komunikacyjne (8,8%), zaś najmniejszą grupę stanowią poszkodowani w wyniku przemocy i samookaleczeń (4,9%). Wyniki badania EuroSafe wskazują, że poziom częstości leczenia urazów w wyniku wypadków wśród seniorów jest przeciętnie w krajach UE niższy niż ten, który został wskazany w badaniu stanu zdrowia NIZP-PZH.



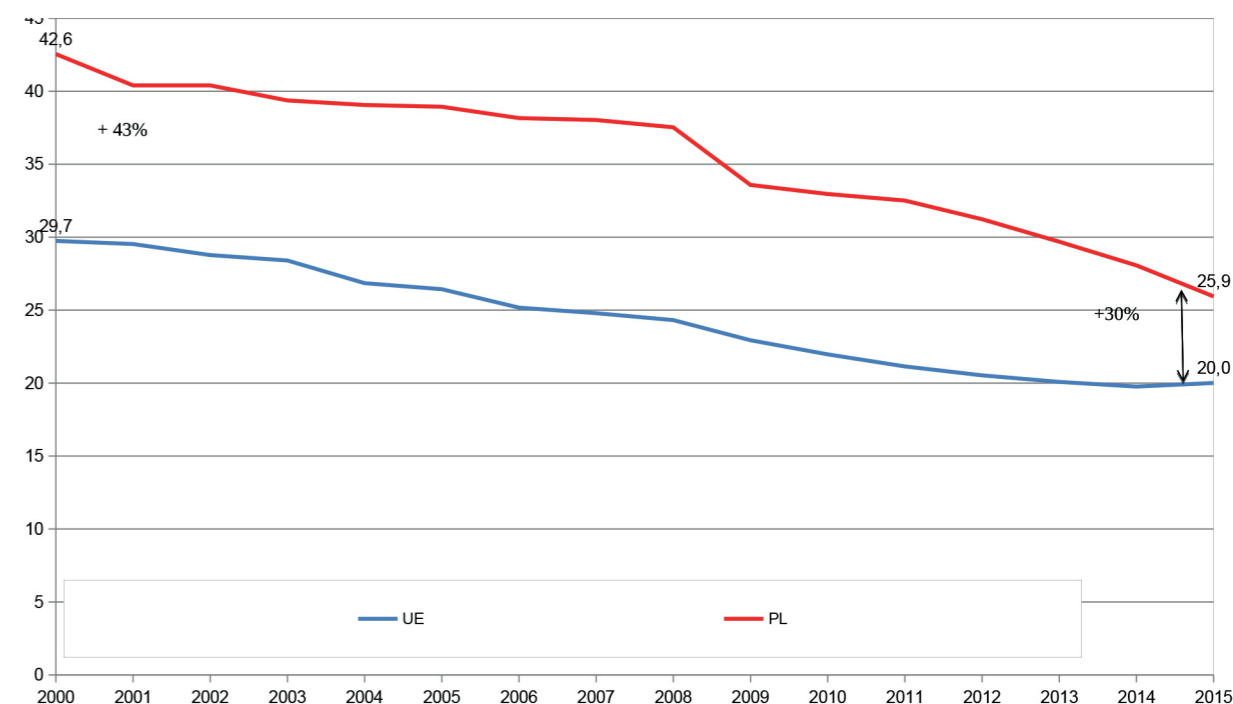
Ryc. 6. Współczynniki częstości urazów wymagających leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego na 1000 ludności z powodu przyczyn zewnętrznych w UE według różnych grup wiekowych - obliczenia własne na podstawie oszacowań EuroSafe w latach 2013-2015 (źródło: EuroSafe 2016)

#### 4.4 TENDENCJE W ZAKRESIE UMIERALNOŚĆ Z POWODU WYPADKÓW W POPULACJI 60+ W POLSCE I UE

O ile częstość urazów w populacji jest szczególnie wysoka u osób przed 35 rokiem życia i osób powyżej 75 roku życia, to umieralność z powodu omawianych przyczyn, jak już było wspomniane, rośnie wraz z wiekiem i jest najwyższa u seniorów. Dane WHO pochodzące z bazy danych na temat umieralności w państwach europejski (Mortality Database – MDB) pokazują, że w latach 2000-2015 występował trwały spadek umieralności z powodu wypadków zarówno w Polsce jak i przeciętnie w UE. W omawianych latach zagrożenie życia z powodu tych przyczyn spadło przeciętnie w UE o jedną trzecią (standaryzowany współczynnik

umieralności w 2015 roku wynoszący 20,1 na 100 000). Spadek ten był znacznie mniej dynamiczny wśród seniorów, w grupie 60-74 lat. W latach 2000-2015 zagrożenie w grupie od 60 do 74 lat zmniejszyło się o 24% (spadek standaryzowanego współczynnika umieralności do wartości 29,5 na 100 000 ludności). Najmniejsza poprawa przeciętnego współczynnika w UE, była obserwowana u najstarszych seniorów powyżej 75 roku życia (spadek standaryzowanego współczynnika umieralności z 179,6 do 161,9 na 100 000 ludności).

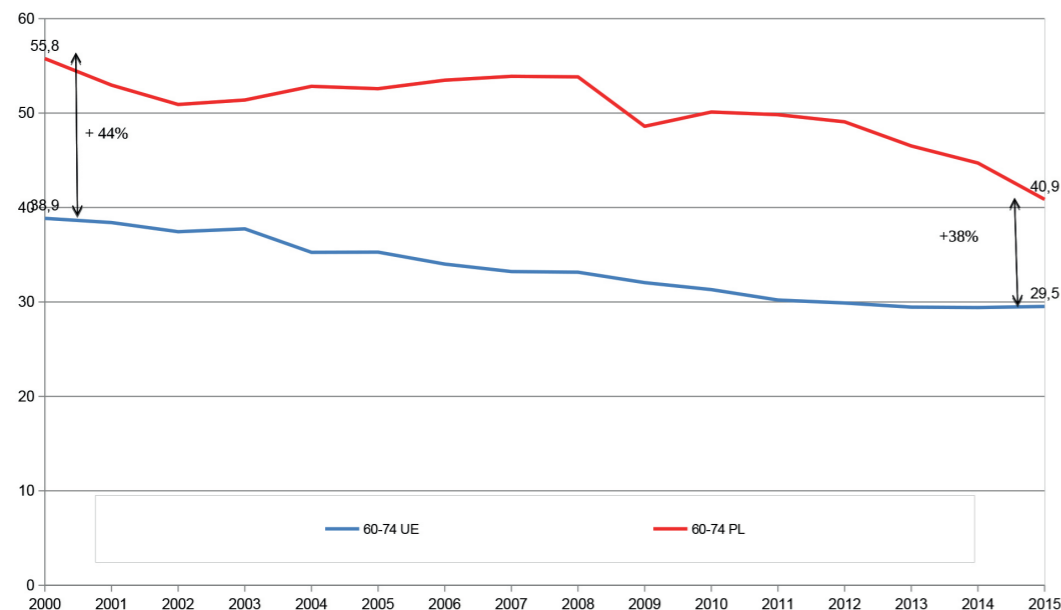
W Polsce zagrożenie życia z powodu wypadków jest o 30% wyższe niż przeciętnie w UE, choć sytuacja polepszyła się w latach 2000-2015 (Ryc. 7). Należy przy tym zauważyć, że dynamika poprawy sytuacji jest nieznacznie wyższa od przeciętnego spadku umieralności z powodu wypadków w UE oraz, że nadwyżka umieralności spada w stosunku do przeciętnego poziomu w krajach Unii. Okoliczność ta wskazuje, że istnieje potrzeba intensyfikacji działań w zakresie prewencji wypadków w Polsce. Według WHO wypadki są zaliczane bowiem do zgonów możliwych do uniknięcia dzięki działaniom prewencyjnym tzw. avoidable deaths.



Ryc. 7. Standaryzowany współczynnik umieralność na 100 000 ludności z powodu wypadków (V01-X59) w Polsce i przeciętnie w krajach UE28 (źródło WHO-HFA 2018)

Wśród polskich seniorów szczególnie niekorzystna sytuacja dotyczy grupy młodszych seniorów w wieku 60-74, których zagrożenie życia z powodu wypadków było w 2015 roku o 38% wyższe niż przeciętnie w UE. Dynamika spadku umieralności z powodu wypadków w latach 2000 – 2015 w tej grupie wiekowej była nieznacznie wyższa od przeciętnej w krajach UE i względna nadwyżka umieralności w Polsce w ciągu 15 lat zmniejszyła się w niewielkim stopniu (Ryc. 8). W przypadku omawianej grupy wiekowej polscy

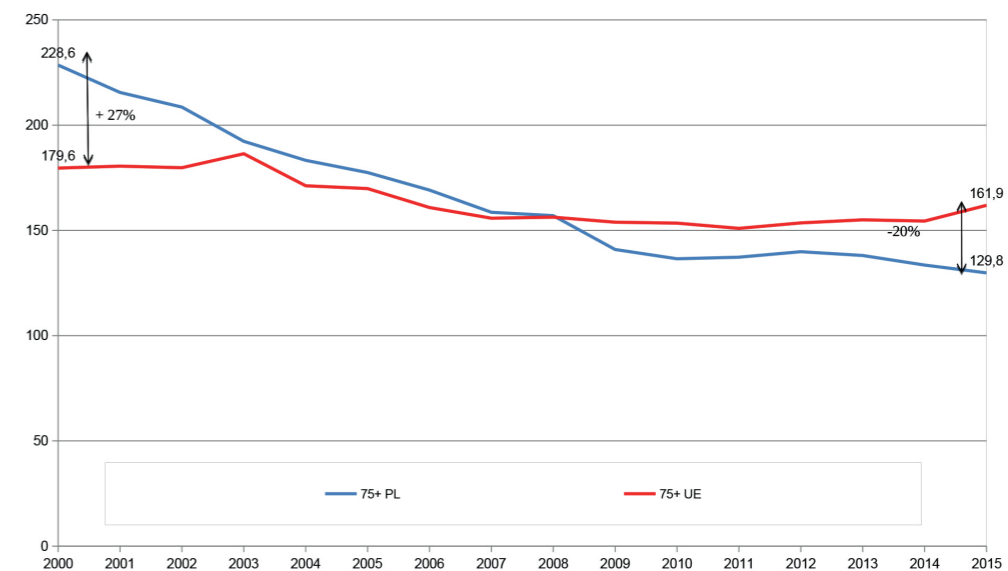
mężczyźni odznaczają się szczególnie wysokim zagrożeniem życia z powodu wypadków. Współczynnik standaryzowany umieralności w tej grupie płci był w roku 2015 aż o 58% wyższy od przeciętnego w UE (standaryzowany współczynnik umieralności 69,7 na 100 000 ludności). Dynamika obniżania się poziomu umieralności mężczyzn w Polsce była zbliżona do przeciętnej w krajach UE.



Ryc. 8. Standaryzowany współczynnik umieralność na 100 000 ludności z powodu wypadków (V01-X59) w Polsce i przeciętnie w UE28 w grupie wiekowej 60-74 lata (źródło: WHO-HFA 2018)

Najkorzystniejsza sytuacja jeżeli chodzi o zmiany umieralności z powodu wypadków dotyczy najstarszych polskich seniorów w wieku powyżej 75 lat, wśród których zagrożenie życia z powodu omawianych przyczyn spadło aż o 43% i obecnie sytuacja w tej grupie jest lepsza od przeciętnej dla wszystkich krajów Unii, zarówno wśród mężczyzn jak i wśród kobiet (Ryc. 9.).

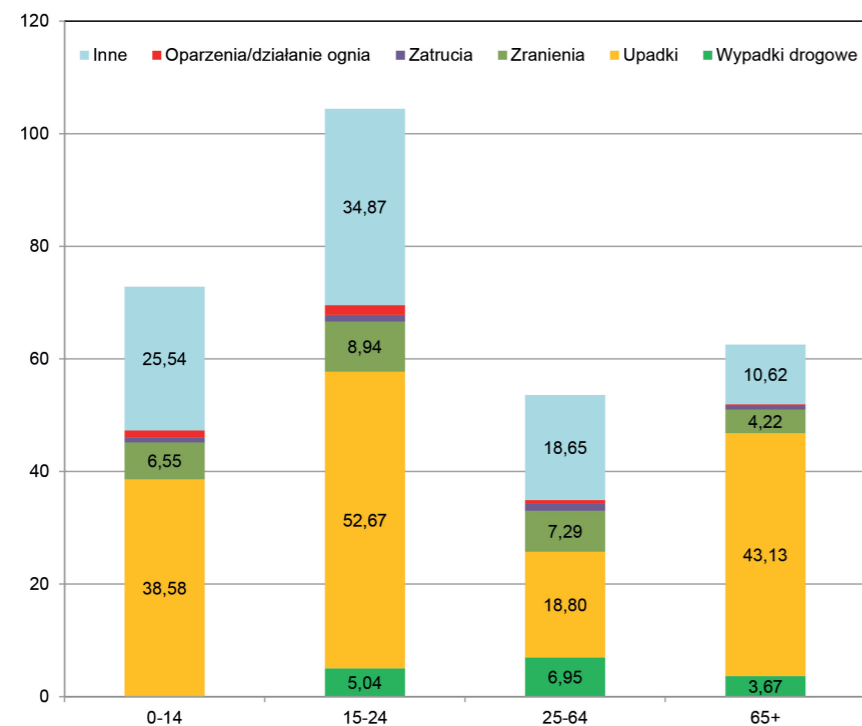
Warto przy tym wspomnieć, że omawiane wyżej zmiany umieralności w kategoriach wiekowych 60-74 oraz powyżej 75 oku życia z powodu wypadków nie zostały dotychczas wytłumaczone i nie były analizowane epidemiologicznie, trudno jest zatem wskazać jakie czynniki przyczyniły się do przedstawianych zmian.



Ryc. 9. Standaryzowany współczynnik umieralność na 100 000 ludności z powodu wypadków (V01-X59) w Polsce i przeciętnie w UE (28) w grupie wiekowej powyżej 75 lat (źródło: WHO-HFA 2018)

#### 4.5 NAJWAŻNIEJSZE PRZYCZYNY LECZONYCH WYPADKÓW W UE I W POLSCE

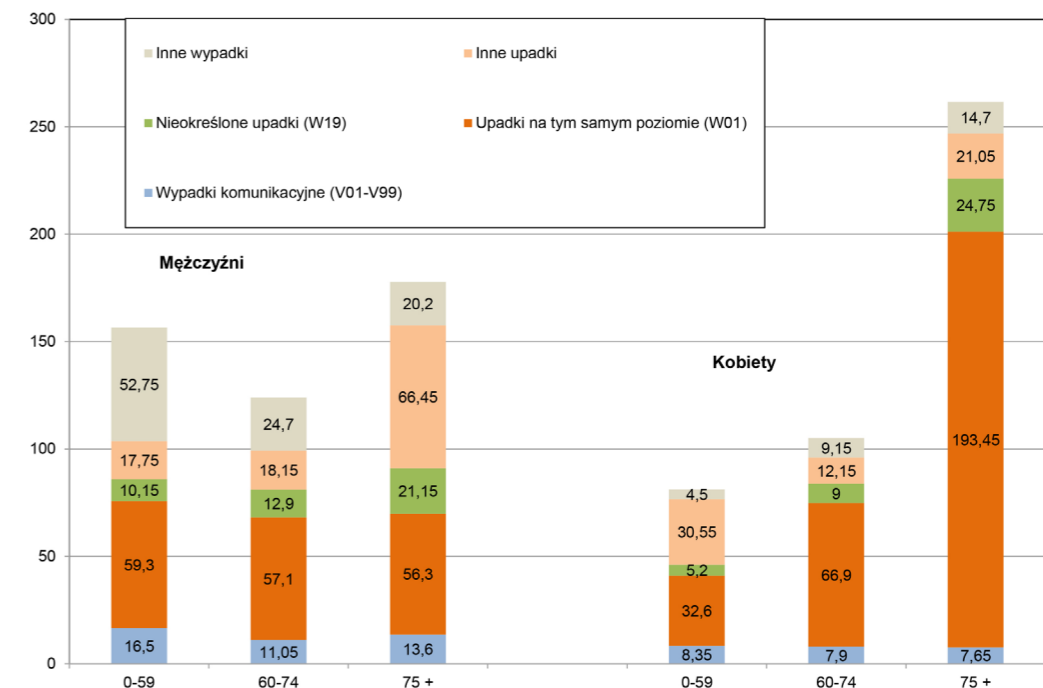
Jak zostało już wskazywane wcześniej u osób starszych struktura rodzajów wypadków jakie są rejestrowane jest odmienna od tych jaka jest charakterystyczna dla młodszych grup wiekowych. Organizacja EuroSafe w analizie poświęconej częstości wypadków wymagających leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego za lata 2012-2014 pokazuje [2], że wśród osób w wieku 65 lat i starszym przede wszystkim wzrasta udział upadków. Stanowiły one w analizowanym okresie przyczynę blisko 69% przypadków leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego z powodu wszystkich wypadków vs. 41% w grupie poniżej 65 lat. Zmniejsza się też wraz z wiekiem udział wypadków drogowych, które według szacunków EuroSafe stanowią 6% wszystkich przyczyn leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego z powodu wypadków wśród seniorów vs. 10% u osób poniżej 65 lat (Ryc. 10).



Ryc. 10. Współczynniki częstości urazów wymagających leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego na 1000 ludności z powodu przyczyn zewnętrznych w UE według różnych grup wiekowych i według rodzajów wypadków w latach 2012-2014 (obliczenia własne na podstawie EuroSafe i bazy demograficznej EUROSTAT 2018)

Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej przeprowadzane stale w NIZP-PZH pozwala na oszacowanie częstości leczenia szpitalnego polskich seniorów z powodu wypadków. Problemem jaki zaznacza się przy analizowaniu wymienionych danych jest praktyka niekodowania przez personel szpitalny przyczyn zewnętrznych urazów według wymogów klasyfikacji ICD-10, a co za tym idzie istnieje duży udział hospitalizacji urazów dla których nie przyporządkowano przyczyny zewnętrznej. W latach 2015-2016 udział braku kodów ICD-10 określających przyczynę zewnętrzną hospitalizacji wahał się w Polsce od 28%-37%. Dlatego w poniższej części opracowania będą analizowane dane z trzech województw o najlepszej kompletności danych: woj. opolskie, woj. podkarpackie i woj. śląskie.

W trzech omawianych województwach w latach 2015-2016 wśród młodszych seniorów w wieku 60-74 lat mężczyźni byli hospitalizowani nieznacznie częściej od kobiet. W grupie powyżej 75 lat współczynniki hospitalizacji skokowo wzrastają i są wybitnie wysokie wśród kobiet (Ryc. 11).



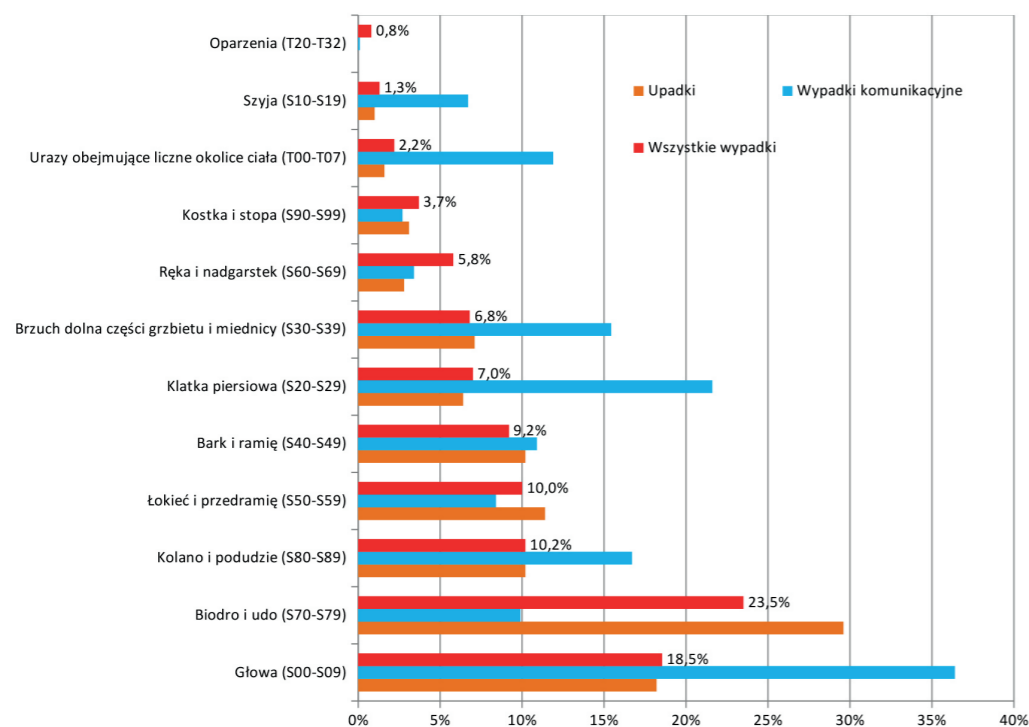
Ryc. 11. Standaryzowane współczynniki hospitalizacji na 100 000 mieszkańców według kategorii wypadków w latach 2015-2016 w województwach: opolskim, podkarpackim i śląskim (Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej NIZP-PZH 2018)

W analizowanych trzech województwach dominującą przyczyną hospitalizacji z powodu wypadków są upadki (kody ICD-10: W00-W19), które stanowią 83% przyczyn leczenia szpitalnego wypadków. Upadki na tym samym poziomie wskutek potknięcia, poślizgnięcia (W01) stanowią zdecydowaną większość hospitalizacji w ramach omawianej kategorii. Wraz z wiekiem rośnie też udział upadków jako przyczyny leczenia szpitalnego, a największy ich udział występuje wśród kobiet, które ukończyły 75 rok życia.

W latach 2015-2016 śmiertelność szpitalna w hospitalizacjach wypadków wśród seniorów wynosiła 4,1% i była znacznie wyższa od przeciętnej dla wszystkich leczonych z tych samych przyczyn, gdzie współczynnik wynosił 1,2%. Szczególnie podwyższona jest śmiertelność szpitalna starszych mężczyzn i wynosi ona 6,2% vs. 3,0% u kobiet. Najgorsze rokowania lecznicze wypadków w ramach hospitalizacji mają obrażenia w wyniku działania dymu, ognia i płomieni (X00-X09), w których przeciętna śmiertelność wynosi 21%.

#### 4.6 SKUTKI ZDROWOTNE WYPADKÓW - LOKALIZACJA NAJWAŻNIEJSZYCH URAZÓW POSZKODOWANYCH W WYPADKACH OSÓB POWYŻEJ 60 ROKU ŻYCIA NA PODSTAWIE BADANIA CHOROBOWOŚCI SZPITALNEJ OGÓLNEJ

Klasyfikacja ICD-10 nie pozwala na bezpośrednią ocenę ciężkości obrażeń doznanych w wyniku wypadków, pozwala za to określić umiejscowienie i specyfikę urazów jakie powstały. W analizowanych trzech województwach, w latach 2015-2016, wśród seniorów najważniejszymi skutkami wypadków są urazy biodra i uda, które były stwierdzane w przypadku 23,5% wszystkich hospitalizacji z powodu wypadków w latach 2015-2016 w woj. opolskim, podkarpackim i śląskim. Tego typu urazy były szczególnie często stwierdzane u pacjentów leczonych z powodu upadków, które równocześnie stanowią dominującą przyczynę obrażeń wymagających hospitalizacji u osób powyżej 60 roku życia (Ryc. 12). Urazy biodra i uda były szczególnie często rejestrowane w przypadku leczenia najstarszych seniorów powyżej 75 roku życia stanowiąc 38% wszystkich hospitalizacji z powodu wypadków w tej grupie wiekowej.



Ryc. 12. Udział kategorii rozpoznania urazów stwierdzanych w ramach hospitalizacji wypadków osób powyżej 60 roku życia w latach 2015-2016 w województwach: opolskim, podkarpackim i śląskim (Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej NIZP-PZH 2018)

Z punktu widzenia czynników rokowniczych, kosztów medycznych i niepełnosprawności, ważną grupę stanowią urazy głowy, które były wśród seniorów, w analizowanym okresie drugą najczęstszą przyczyną hospitalizacji wśród urazów, stanowiąc 18,5% leczonych obrażeń w wyniku wypadków. Urazy głowy są zaliczane do grupy najpoważniejszych urazów pod względem rokowniczym [17] i najczęściej występowały w przypadku wypadków komunikacyjnych osób powyżej 60 roku życia stanowiąc 36,5% obrażeń hospitalizowanych w wyniku omawianej kategorii przyczyn zewnętrznych.

Najrzadszym urazem stwierdzanym podczas hospitalizacji seniorów były oparzenia. Najczęściej obrażenia tego typu są leczone szpitalnie wśród poszkodowanych w wyniku działania dymu, ognia i płomieni. W przypadkach tego typu zdarzeń u 81% hospitalizowanych seniorów stwierdzano oparzenia.

#### 4.7 STRUKTURA UMIERALNOŚCI Z POWODU WYPADKÓW W POLSCE I KRAJACH UE

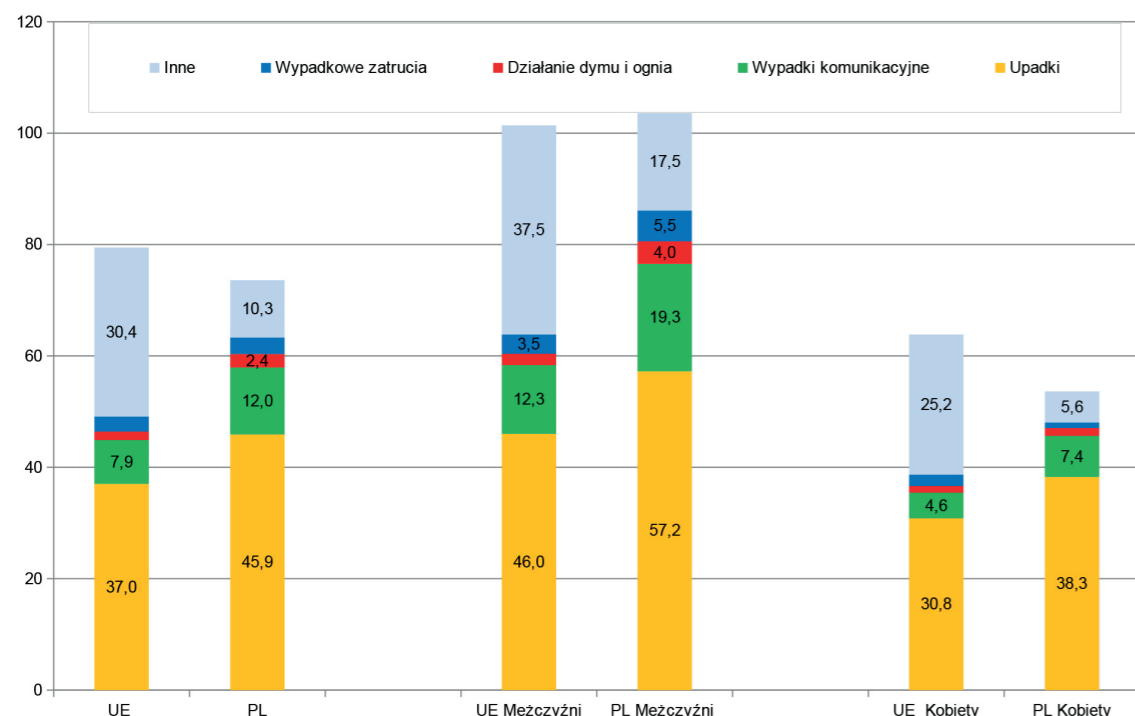
W strukturze umieralności z powodu wypadków osób w wieku powyżej 65 lat również dominują upadki jako najważniejsza przyczyna zgonów, choć ich udział jest mniejszy niż w przypadku chorobowości. Według danych WHO ok. 47% zgonów seniorów w wyniku wypadków w całej UE jest spowodowanych upadkami. Drugą rzadszą przyczyną śmiertelnych wypadków są wypadki komunikacyjne, a następnie w znacznie mniejszym stopniu działanie dymu i ognia.

Według danych z bazy WHO MDB, Polska jest krajem, w którym zagrożenie życia osób powyżej 65 roku życia z powodu wypadków jest porównywalne do przeciętnego zagrożenia w UE (współczynnik standaryzowany umieralności na 100 000 mieszkańców 73,6 w Polsce vs 76,9 w UE). Współczynnik standaryzowany umieralności polskich mężczyzn jest nieznacznie wyższy od średniego współczynnika umieralności mężczyzn w krajach Unii, natomiast zagrożenie życia polskich kobiet jest niższe niż przeciętne we wszystkich krajach UE.

Jak zostało już wspomniane, wśród polskich seniorów można wyodrębnić dwie subpopulacje: osób w wieku 60-74 lata, których zagrożenie życia w wyniku wypadków jest wyraźnie wyższe od przeciętnego w UE oraz subpopulację starszych seniorów powyżej 75 lat, których umieralność w wyniku wypadków w Polsce dynamicznie spadła i jest na niższym poziomie od przeciętnego w UE. W subpopulacji młodszych seniorów duży udział w omawianej nadwyżce umieralności ma wysokie zagrożenie życia z powodu

wypadków komunikacyjnych, które w Polsce (w grupie osób w wieku 60-74) jest aż o 76% wyższe od średniego dla krajów UE.

Struktura umieralności w wyniku wypadków jest w Polsce dosyć podobna do tej jaka jest rejestrowana w innych krajach UE (Ryc. 13). Niepokojącymi zjawiskami na tle średniej dla krajów Unii jest szczególnie wysoka nadwyżka umieralności wśród osób powyżej 65 lat w wyniku w wypadków komunikacyjnych (zagrożenie życia o 53% wyższe w Polsce niż przeciętne w UE) oraz dosyć wysoka nadwyżka umieralności z powodu upadków (zagrożenie życia o 24% wyższe w Polsce niż przeciętne w UE).



Ryc. 13. Standaryzowane współczynniki umieralności na 100 000 ludności z powodu wypadków (V01-X59) w populacji 65+ w Polsce i UE według kategorii wypadków w roku 2015 (źródło: WHO-HFA 2018)

## 5. Ogólny opis czynników ryzyka wypadków skutkujących urazami w populacji powyżej 60 roku życia

W badaniach epidemiologicznych akcentuje się różnice pomiędzy czynnikami ryzyka wypadków osób w wieku produkcyjnym i osób starszych. Okoliczności wypadków osób starszych są inaczej uwarunkowane zarówno behawioralnie, środowiskowo jak i demograficznie (wysoki współczynnik feminizacji w starszych grupach wiekowych).

Jak już wspomniano we wcześniejszej części u osób starszych, wśród ogólnych pośrednich czynników ryzyka urazów większą rolę odgrywają takie czynniki jak stan zdrowia, indywidualne samopoczucie i warunki środowiska życia, podczas gdy u osób młodszych ważniejszymi czynnikami są: podejmowanie zachowań niebezpiecznych bądź ryzykowanych, problemy związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Czynniki ryzyka większości zdarzeń skutkujących urazowością osób starszych są też bardzo złożone i w różny sposób powiązane ze sobą w wymiarze czasu, co znacznie utrudnia metodycznie badania dotyczące ryzyka urazów. Trzeba przy tym zauważyć, że pewne czynniki ryzyka są takie same dla różnych grup wypadków wśród osób starszych jak i młodszych.

	UPADKI	WYPADKI KOMUNIKACYJNE	POŻARY
Płeć męska			
Płeć żeńska			
Ograniczona mobilność			
Brak wsparcia i samotność			
Niska aktywność fizyczna			
Zaburzenia zmysłów (równowagi, odczuwania, zaburzenia wzroku)			
Dieta uboga w składniki odżywcze			
Przyjmowanie niektórych leków			
Złe i niebezpieczne warunki życia			

Tabela 1. Potwierdzone w źródłach badawczych czynniki ryzyka najważniejszych kategorii wypadków wśród osób powyżej 60 roku życia. Kolor czerwony – udowodniony w badaniach czynnik ryzyka, Kolor żółty – hipotetyczny czynnik ryzyka [3,18,19,20,21]

Do najważniejszych ogólnych czynników ryzyka urazów w starszych grupach wiekowych można zaliczyć: problemy z narządami zmysłów takie jak problemy ze wzrokiem, z równowagą i koordynacją ruchową, obciążenia chorobami przewlekłymi, niską aktywność fizyczną (w tym ograniczoną sprawność ruchową), słabe wsparcie społeczne i samotność, złe wyposażenie domów. Warto przy tym zwrócić uwagę, że wiele czynników ryzyka urazów wśród osób starszych takich jak zaburzenia zmysłów, ograniczona mobilność, obciążenie wieloma problemami zdrowotnymi czy też przyjmowanie leków - to czynniki trudne do modyfikacji, a z tym związana jest większa trudność w podejmowaniu działań prewencyjnych. Trudność ta wzrasta wraz z wiekiem adresata w stosunku do którego działania mają być kierowane.

Powyższa tabela (Tab. 1.) przedstawia syntetyczne zestawienia najważniejszych czynników ryzyka wymienianych w piśmiennictwie, związanych z różnymi urazami u osób powyżej 60 roku życia. Najlepiej poznane są czynniki ryzyka związane z najczęściej występującym rodzajem wypadku wśród osób starszych, czyli upadkami. Brakuje za to opracowań i metaanaliz szerzej ujmujących siłę związków czynników ryzyka występujących u osób starszych z innymi rodzajami wypadków. Wynika to zapewne z rzadszego podejmowania takiej tematyki w badaniach epidemiologicznych z uwagi na ograniczoną skalę takich problemów jak np. pożary z udziałem osób starszych i istnienie szerokiej grupy innych wypadków z udziałem seniorów.

Omawiane powyżej okoliczności znacznie utrudniają planowanie, wdrażanie oraz ewaluację projektów z zakresu zdrowia publicznego służących prewencji urazów wśród osób starszych. Badania na temat mechanizmów uwarunkowań, oddziaływań poszczególnych czynników na urazowość osób starszych wymagają dalszych pogłębionych analiz, szczególnie muszą one włączać kontekst społeczny różnych krajów.

## 6. Podsumowanie i najważniejsze wnioski z punktu widzenia zdrowia publicznego w zakresie występowania urazów u osób powyżej 60 roku życia

- Badania ankietowe wskazują na wysoką częstość urazów wśród polskich seniorów. Szacunki pochodzące z badania terenowego stanu zdrowia ludności, zrealizowanego przez NIZP-PZH w 2018 r. w ramach NPZ pokazują, że rocznie 16% osób powyżej 60 r. ż. doznaje wypadku wymagającego interwencji medycznej. Częstość zgłaszanych urazów rośnie wraz z wiekiem. Ponad połowę wypadków seniorów stanowią wypadki w środowisku domowym;

- Najczęstszym w Polsce rodzajem wypadków będących przyczyną hospitalizacji wśród osób 60+ są upadki, które stanowią szacunkowo 83% hospitalizacji z powodu wypadków w tej grupie wiekowej. Upadki są szczególnie często przyczyną hospitalizacji wśród kobiet powyżej 75 lat;

- Zagrożenie życia wśród polskich seniorów w wyniku wypadków systematycznie spada, podobnie jak w innych krajach UE. Relatywnie najbardziej niekorzystna jest sytuacja młodszych seniorów w wieku 60-74 lat, których zagrożenie życia jest o 38% wyższe niż przeciętnie w Europie. Stosunkowo korzystna jest natomiast sytuacja najstarszych seniorów (powyżej 75 lat), których zagrożenie życia z powodu omawianych przyczyn jest o 20% niższe niż przeciętnie w UE;

- Najczęstszą przyczyną zgonów z powodu wypadków wśród osób starszych są upadki, a następną wypadki komunikacyjne. Zagrożenie życia Polaków z powodu każdej z tych przyczyn jest wyższe od przeciętnego w UE. W przypadku wypadków komunikacyjnych zagrożenie życia jest o 53% wyższe w Polsce niż przeciętnie w UE, a w przypadku upadków omawiana nadwyżka wynosi 23%;

- Wypadki komunikacyjne stanowią szczególnie poważny problem wśród młodszych seniorów w wieku 60-74 lata. Grupą wyższego ryzyka w tym przypadku są mężczyźni;

- Najczęstszymi urazami rejestrowanymi u osób 60+ hospitalizowanych w wyniku upadków są urazy biodra i uda, które są stwierdzane w przypadku 29,6% takich hospitalizacji;

- 36,5% hospitalizacji związanych z urazami w wyniku wypadków komunikacyjnych wśród osób 60+, wiąże się z poważnie rokowującymi i kosztownymi w leczeniu urazami głowy;

- Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne w Polsce mogą potencjalnie niekorzystnie wpływać na wypadkowość osób powyżej 60 roku życia. Niekorzystnymi czynnikami może być wysoki stopień feminizacji wśród osób starszych, singularyzacja gospodarstw domowych, złe wyposażenie mieszkań seniorów oraz bardzo niska aktywność seniorów.

## Literatura:

1. Injuries and Violence Facts, WHO 2014 [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/media/news/2015/Injury\\_violence\\_facts\\_2014/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/news/2015/Injury_violence_facts_2014/en/)
2. EuroSafe: Injuries in the European Union. Summary of injuries statistics for the years 2012-2014, Amsterdam 2016
3. Todd C, Skelton D. (2004) What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004
4. Szałtys D. red.) Waligórska M., Kostrzewa Z., Potyra M., Rutkowska L. Prognoza ludności na lata 2014-2050, GUS, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy, Warszawa 2014
5. Binder S. Injuries among older adults: the challenge of optimizing safety and minimizing unintended consequences *Inj Prev* 2002; 8: IV2-4
6. World Health Assembly resolution WHA52.7 on active ageing. In: Fifty-second World Health Assembly, Geneva, 17-25 May 1999. Volume 1. Resolutions and decisions, annexes. Geneva, World Health Organization, 1999:8-9.
7. Sączewska-Piotrowska A. Ubóstwo dochodowe gospodarstw domowych osób starszych w ujęciu statystycznym i dynamicznym *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach* Nr 270,2016
8. Nowak L (red.). Ludność, Stan i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013
9. Wojtyniak B. (red.), Goryński P. (red.) Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP-PZH, Warszawa 2016
10. Mossakowska M.(red.), Więcek A.(red.), Błędowski P.(red.) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce.*, Termedia 2012
11. Portret społeczno-demograficzny seniorów, Komunikat z badań nr 160/2016 Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa, listopad 2016
12. Bieńkuńska A. (red.), Piasecki T (red.) Jakość życia w Polsce w 2015 roku Wyniki Badań Spójności Społecznej, Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Warszawa 2017
13. Wade S.W. , Strader C, Fitzpatrick L. A. Anthony M.S., et al et al. Arch Estimating prevalence of osteoporosis: examples from industrialized countries, *Osteoporos* (2014) 9: 182.
14. Piekarzewska M., Wieczorkowski R, Zajenkowska-Kozłowska A. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku ,Główny Urząd Statystyczny 2016
15. Piekarzewska M., Wieczorkowski R, Zajenkowska-Kozłowska A., Koehne N. Lednicki B.Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku Główny Urząd Statystyczny 2011
16. Kisser R., Walters A., Rogmans W., Turner S., A Lyons R. Injuries in the European Union 2013-2015, Supplementary report to the 6th edition of "Injuries in the EU" - Report on trends in IDB data flow, country comparison and ECHI-injury indicators 2013-2015, EuroSafe, 2017
17. Harvey LA, Close JC. Traumatic brain injury in older adults: characteristics, causes and consequences *Injury*. 2012 Nov;43(11):1821-6
18. Kwan E , Straus S. Assessment and management of falls in older people. *CMAJ*. 2014 Nov 4;186(16)
19. Jonsson A, Bonander C, Nilson F, Huss F J The state of the residential fire fatality problem in Sweden: Epidemiology, risk factors, and event typologies *Safety Res*. 2017 Sep;62:89-100
20. Lu TH, Walker S, Anderson RN, McKenzie K, Bjorkenstam C, Hou WH Proportion of injury deaths with unspecified external cause codes: a comparison of Australia, Sweden, Taiwan and the US *Inj Prev*. 2007 Aug;13(4):276-81
21. Skalska A., Wizner B., Klich- Rączka A. Upadki i ich następstwa w populacji osób starszych w Polsce. Złamania bliższego końca kości udowej i endoprotezoplastyka stawów biodrowych w: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* pod red. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. Termedia 2012
22. Halik R., Seroka W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski w: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania* pod red. Wojtyniak B., Goryński P., NIZP-PZH, Warszawa 2016
23. Golinowska S (red.) *Promocja zdrowia dla osób starszych. Podręcznik dla promotorów zdrowia*, SCHOLAR, Warszawa 2017
24. Wizner B., Skalska A., Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Grodzicki T. Ocena stanu funkcjonalnego u osób starszych w: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* pod red. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. Termedia 2012





„Analiza występowania urazów została przeprowadzona z uwzględnieniem szerokiego kontekstu czynników demograficznych, społecznych i ekonomicznych dotyczących osób powyżej 60-tego roku życia.

Najistotniejsze ustalenia opracowania wskazują m. in. na: spodziewany wzrost wypadków specyficznych dla osób starszych, w tym upadków, w efekcie zjawiska transformacji epidemiologicznej; wysoki wskaźnik feminizacji populacji w starszych grupach wiekowych; znaczenie warunków otoczenia środowiskowego w kształtowaniu się ryzyka wypadków powodujących konsekwencje zdrowotne w najstarszych grupach wiekowych; niski indeks aktywnego starzenia się (AAI); zjawisko singularyzacji gospodarstw domowych; częściej niż w młodszych grupach wiekowych niezadowalające warunki techniczne oraz braki w wyposażeniu mieszkań; narażenie kobiet w starszym wieku na wypadki skutkujące urazami, z uwagi na zmniejszanie się po menopauzie gęstości mineralnej kości. Analiza w obszarze demografii umożliwiła wyróżnienie dwóch grup, które znacząco różnią się stanem zdrowia w porównaniu do przeciętnej sytuacji zdrowotnej w 28 krajach UE: grupę osób w wieku 60-74 lata, dla których zagrożenie życia ogółem z powodu wszystkich przyczyn jest o 42,1% wyższe niż przeciętnie dla tej samej grupy w UE oraz grupę osób w wieku bardziej zaawansowanym, powyżej 75 roku życia, w której omawiana niekorzystna nadwyżka jest czterokrotnie mniejsza. Porównanie oczekiwanej długości życia w zdrowiu HLY wieku 65 lat wykazało, że w Polsce sytuacja osób po 60 roku życia jest lepsza niż w innych państwach regionu Europy Środkowo-Wschodniej, choć omawiany wskaźnik jest niższy od przeciętnego dla wszystkich krajów Unii.”

**Dr hab. n. med. Piotr Tyszko**