

Lek. med. Przemysław Bejga

Tytuł rozprawy doktorskiej: „Długowieczność kobiet w Polsce - wybrane uwarunkowania socjomedyczne”

Promotor rozprawy: prof. nzw. dr hab. n. med. Iwona Bojar

Promotor pomocniczy: dr n. med. Piotr Dziemidok

Streszczenie

Starzenie się społeczeństw jest konsekwencją rozwoju cywilizacyjnego wynikającego z systematycznej poprawy warunków ekonomicznych oraz postępu nauk medycznych. Pojawianie się w strukturze demograficznej społeczeństwa coraz większej grupy osób starszych implikuje związane z tym problemy natury ekonomicznej, zdrowotnej i społecznej.

Celem pracy było poznanie i określenie niektórych uwarunkowań socjomedycznych w kontekście długowieczności kobiet w Polsce. Cele szczegółowe pracy to:

1. Ocena stylu życia i wybranych aspektów płodności badanych kobiet mających 90 lat i więcej;
2. Ocena stanu zdrowia kobiet w analizowanym okresie życia z uwzględnieniem wielkich problemów geriatrycznych;
3. Ocena jakości życia badanych kobiet w wieku 90 lat i więcej;
4. Analiza stanu zdrowia i jakości życia w odniesieniu do niektórych cech społeczno-demograficznych badanych kobiet;
5. Analiza stanu zdrowia i jakości życia w odniesieniu do stylu życia badanych kobiet;
6. Analiza stanu zdrowia i jakości życia w odniesieniu do wybranych aspektów płodności badanych kobiet;
7. Określenie cech stanu zdrowia istotnych dla zadowolenia ze zdrowia i jakości życia badanych kobiet w wieku 90 lat i więcej.

Badanie przeprowadzono na próbie ogólnopolskiej 870 kobiet w wieku 90 lat i więcej, przy wsparciu organizacyjnym Ośrodków Pomocy Społecznej.

Do przeprowadzenia badania wykorzystano kwestionariusz ankiety opracowanej do tych badań, oraz kwestionariusze wystandaryzowanych testów takich jak: skala oceny podstawowych czynności w życiu codziennym wg. *Katz'a* (test ADL - *Activities of Daily Living*), oraz skróconego testu sprawności umysłowej wg. *Hodgkinsona* (test AMTS - *Abbreviated Mental Test Score*). W celu oceny jakości życia zastosowano ankietę opracowaną

przez WHO oceniającą jakość życia w poszczególnych domenach tj. fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej (WHOQOL-BREF - *The World Health Organization Quality Of Life Bref*). Kryteriami włączenia do badania były wiek 90 lat i więcej oraz zachowany kontakt słowno - logiczny.

Kryteriami wykluczenia były uzależnienie od leków psychotropowych i alkoholu oraz zdiagnozowana jednostka chorobowa z objawami demencji lub zaburzony kontakt słowno - logiczny. Analiza statystyczna została przeprowadzona w statystycznym pakiecie komputerowym STATISTICA, przy przyjętym poziomie istotności $\alpha=0,05$.

Badane kobiety były w wieku od 91 do 106 lat, średnio miały $94,3 \pm 2,9$ lat. Zdecydowana większość kobiet była owdowiała (prawie 90%), niewielki odsetek stanowiły mężatki (4%) a pozostałe były pannami (7%). Wykształcenie podstawowe miało 70%, wykształcenie średnie miało 11%, wykształcenie wyższe miało 2,4%, podczas gdy bez wykształcenia pozostawało 17% badanych kobiet. Staż pracy 30 lat i więcej posiadało 61,25% kobiet badanych, 18% pracowało od 20 - 30 lat i po około 10% pracowało od 10 do 20 lat i do 10 lat.

Większość kobiet była mieszkankami wsi (60%), część mieszkała w małym mieście (25%), a najmniejsza grupa w dużym mieście (15%). Większość badanych mieszkała z rodziną (około 60%), mniejsza część mieszkała sama (38%), a najmniejsza grupa mieszkała w placówkach (3%). Pośród badanych kobiet większość ankietowanych rodziła (prawie 87%). Najwięcej badanych urodziło dwoje (21,36%) lub troje dzieci (21,61%). Pierwsze dziecko kobiety rodziły średnio mając $23,5 \pm 4,8$ lat.

Ostatnia miesiączka wystąpiła u badanych kobiet średnio w wieku $51,0 \pm 4,2$ lat.

Pod względem diety najczęściej badanych spożywało codziennie białe pieczywo (72%), następnie nabiał (60%), dalej warzywa (47%), owoce (45%) i potrawy mączne (38,5%). Ryby i czerwone mięso były spożywane przez badane rzadko (około 34%). Stosunkowo często były spożywane jajka (46% kilka razy w tygodniu), podobnie drób i białe mięso (55%), oraz słodczyce (34%). Zdecydowana większość kobiet nie piła alkoholu (95%) i nie przyjmowała substancji psychoaktywnych (98%). 57% nie piło kawy i 47% nie piło mocnej herbaty. Badane kobiety rzadko paliły papierosy (4,33%). Tylko 12,8% badanych kobiet nie było aktywne fizycznie.

U około 2/3 kobiet stan zdrowia ograniczał przejście kilkuset metrów, a u prawie połowy (45,4%) mycie i ubieranie się. Wśród badanych rzadko występowały choroby

nowotworowe (14,4%), choroby dermatologiczne (19,4%), alergie (20,6%), astma oskrzelowa (24%), cukrzyca (27%). W skali ADL wg *Katz'a*, badane w większości osiągnęły dobre wyniki, ponad połowa uzyskała 5 lub 6 punktów (53,45%).

W skali AMTS badane kobiety osiągnęły $7,4 \pm 2,7$ poprawnych odpowiedzi na 11 zadanych pytań, co wskazuje średnio na prawidłowy stan sprawności umysłowej.

Stwierdzono istotną dodatnią zależność między sprawnością umysłową a wykonywaniem podstawowych czynności życia codziennego

Zła samoocena stanu zdrowia badanych kobiet była najwyższa w grupie miejskiej i wynosiła 68%, nieco lepiej wskaźnik ten wyglądał w małych miastach (60%), zaś najniższy był na wsi (52,06%), lepiej oceniały się kobiety mieszkające z rodziną.

Pod względem wielkich problemów geriatrycznych wykazano zależność nietrzymania moczu i stażu pracy, najczęściej do 10 lat (72%), najniższy wskaźnik nietrzymania moczu był w grupie 10 - 20 lat (44%). Wśród kobiet zamieszkałych w placówce najczęściej stwierdzano nietrzymanie stolca. Częściej upadki występowały u kobiet z wykształceniem wyższym (71%) niż u mniej wykształconych (37% - wykształcenie podstawowe lub niższe).

Częściej upadki notowały kobiety w miastach (53%), niż w małych miastach i na wsi (37%).

W skali ADL kobiety zamieszkałe w małych miastach i na wsi były sprawniejsze (4,01; 4,19), od kobiet zamieszkałych w dużych miastach (3,52).

Kobiety zamieszkałe w placówkach w skali ADL osiągały najgorsze wyniki (2,55) w stosunku do kobiet samotnych (4,16), lub mieszkających z rodziną (4,08).

W teście AMTS najlepiej odpowiadały kobiety o stażu pracy 10 - 20 lat (10,91), najgorzej odpowiadały o stażu do 10 lat (6,78), przy czym sprawniejsze były kobiety samotne (9,07), niż zamieszkałe z rodziną (9,44).

Najrzadziej upadków doznawały kobiety, które urodziły 5 lub więcej dzieci (29%), najczęściej upadały kobiety, które rodziły 1 - 2 dzieci (49%, 45%).

Kobiety, u których występowały upadki, omdlenia oraz kobiety z zaburzeniami widzenia urodziły istotnie więcej dzieci (średnio odpowiednio 2,6 i 2,7), niż kobiety bez tych problemów (średnio urodziły 2,1 dziecka). Ponadto kobiety, u których występowały upadki, omdlenia ostatnią miesiączkę przeszły w istotnie późniejszym wieku (średnio 51,5 lat), niż kobiety bez tych problemów (średnio 50,6 lat).

Samooceny stanu zdrowia były istotnie powiązane z częstością spożywania słodczy, owoców, białego pieczywa oraz warzyw przez badane kobiety.

Im rzadziej badane kobiety spożywały słodczy oraz owoce, tym częściej oceniały swój stan zdrowia jako zły. Najmniejszy odsetek złych samoocen stanu zdrowia stwierdzono w grupie

kobiet spożywających białe pieczywo rzadziej niż raz na miesiąc, lub nigdy (35%), większy odsetek (49%) wśród kobiet spożywających białe pieczywo kilka razy w tygodniu.

Największy odsetek złych samoocen stanu zdrowia stwierdzono w grupie kobiet spożywających białe pieczywo rzadziej niż raz w tygodniu (56%), lub codziennie (58%). Największy odsetek złych samoocen stanu zdrowia stwierdzono w grupie kobiet spożywających warzywa rzadziej niż raz na miesiąc lub nigdy (71%), mniejszy odsetek (47%) wśród kobiet spożywających warzywa kilka razy w tygodniu (65%), zaś najmniejszy (47%) wśród spożywających warzywa codziennie lub rzadziej niż raz w tygodniu.

Najmniejszy odsetek kobiet z zaburzeniami widzenia wystąpił wśród spożywających białe pieczywo rzadziej niż raz na miesiąc lub nigdy (37,5%).

Odsetek ten był istotnie wyższy w pozostałych grupach kobiet, spożywających częściej białe pieczywo i wynosił on od 65 do 70%. Rzadkie picie kawy i mocnej herbaty rzadziej powodowało występowanie zaburzeń widzenia.

Stwierdzono zależność wyników w skali ADL od diety.

Badane kobiety uzyskiwały tym gorsze wyniki sprawności fizycznej, im częściej spożywały drób i białe mięso, oraz im rzadziej spożywały owoce.

Średnia ocen zadowolenia z życia w badanej grupie kobiet wyniosła $3,3 \pm 0,9$ i wskazuje na ocenę ani dobrą ani złą. Badane kobiety oceniły swoje zadowolenie ze zdrowia nieco niżej niż zadowolenie z życia, średnio na $2,7 \pm 1,0$. W czterech dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiskowej najlepsze wyniki osiągały badane w relacjach społecznych (średnia ocen 3,5) i dziedzinie środowiskowej (średnia ocen 3,0), zaś gorsze wyniki w dziedzinie psychologicznej (średnia ocen 2,8) i fizycznej (średnia ocen 2,7).

Kobiety mieszkające na wsi miały najwyższą jakość życia w dziedzinach: fizycznej, środowiskowej i relacji społecznych. Kobiety mieszkające z rodziną miały istotnie wyższą jakość życia w dziedzinie relacji społecznych. Odsetek kobiet, oceniających źle swoją jakość życia w dziedzinie psychologicznej, zmniejszał się wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia.

Wraz ze wzrostem miejscowości zamieszkania rósł odsetek kobiet źle oceniających i malał odsetek kobiet oceniających dobrze swoją jakość życia w dziedzinie relacji społecznych i środowiskowej. Kobiety mieszkające z rodziną były istotnie bardziej zadowolone z życia i ze zdrowia. Kobiety mieszkające na wsi były najbardziej zadowolone ze zdrowia.

Kobiety mieszkające z rodziną istotnie najczęściej były zadowolone z życia (54% z nich) w porównaniu z kobietami mieszkającymi samotnie (44%) lub w placówce (36%). W grupie kobiet mieszkających z rodziną był najmniejszy odsetek niezadowolonych z życia (13%).

Zadowolenie z życia i ze zdrowia oraz jakość życia w trzech dziedzinach: psychologicznej, środowiskowej i relacji społecznych była dodatnio skorelowana z liczbą dzieci, urodzonych przez badane kobiety. Wiek wystąpienia ostatniej miesiączki był ujemnie skorelowany z jakością życia w dziedzinie środowiskowej badanych kobiet.

Kobiety aktywne fizycznie oceniły swoje zadowolenie ze zdrowia lepiej niż kobiety nieaktywne fizycznie.

Najbardziej zadowolone z życia były kobiety spożywające często drób lub białe mięso, ryby, warzywa i owoce. Najbardziej zadowolone ze zdrowia były badane spożywające codziennie warzywa i owoce. Kobiety spożywające słodczyce codziennie miały istotnie wyższą jakość życia w dziedzinie środowiskowej.

Wykazano zależność zadowolenia z życia od obecności dwóch wielkich problemów geriatrycznych: przewlekłego bólu oraz upadków i omdleń, a także od liczby samodzielnie wykonywanych podstawowych czynności życia codziennego (skala ADL).

U badanych kobiet z w/w problemami zadowolenie ze zdrowia było mniejsze.

Wykazano zależność jakości życia w dziedzinie fizycznej od obecności trzech wielkich problemów geriatrycznych: przewlekłego bólu, nietrzymania moczu oraz upadków i omdleń a także od liczby samodzielnie wykonywanych podstawowych czynności życia codziennego (skala ADL). Jakość życia kobiet z w/w problemami była mniejsza.

Wykazano zależność jakości życia w dziedzinie psychologicznej od obecności pięciu wielkich problemów geriatrycznych: przewlekłego bólu, nietrzymania moczu, upadków i omdleń, zaburzeń widzenia oraz niedosłuchu, a także od liczby samodzielnie wykonywanych podstawowych czynności życia codziennego (skala ADL) i stopnia sprawności umysłowej (test AMTS). Jakość życia kobiet z w/w problemami była mniejsza.

Wykazano zależność jakości życia w dziedzinie relacji społecznych od obecności dwóch wielkich problemów geriatrycznych: nietrzymania moczu oraz upadków i omdleń a także od liczby samodzielnie wykonywanych podstawowych czynności życia codziennego (skala ADL). Badane kobiety z w/w dolegliwościami miały niższą jakość życia w dziedzinie relacji społecznych.

Wykazano zależność jakości życia w dziedzinie środowiskowej od obecności trzech wielkich problemów geriatrycznych: przewlekłego bólu, nietrzymania moczu oraz upadków i omdleń, a także od liczby samodzielnie wykonywanych podstawowych czynności życia codziennego (skala ADL). Badane kobiety z w/w problemami miały niższą jakość życia w dziedzinie środowiskowej.

Wnioski z przeprowadzonych badań:

1. Dieta badanych kobiet była bogata w pieczywo, nabiał, warzywa i owoce. Badane w większości były aktywne fizycznie i niepalące;
2. Swój stan zdrowia badane najczęściej oceniały jako zły lub przyzwoity; Stan zdrowia ograniczał istotnie możliwość szybkiego marszu, dźwigania zakupów oraz wejścia na pierwsze piętro;
3. Badane kobiety po 90 roku życia najczęściej cierpiały na dolegliwości kostno- stawowe, nadciśnienie, zaburzenia ukrwienia kończyn dolnych, nerwobóle i zaburzenia rytmu serca. Najrzadziej natomiast występowały u nich choroba nowotworowa, cukrzyca, alergie, astma oskrzelowa, choroby dermatologiczne i choroby narządów rodnych.
4. U większości występowały wielkie problemy geriatryczne, takie jak niedosłuch, zaburzenia widzenia i nietrzymanie moczu;
5. Ponad 2/3 badanych było sprawnych fizycznie (skala ADL) i nie wykazywało upośledzenia umysłowego;
6. Swój stan zdrowia lepiej oceniały kobiety z wykształceniem średnim i podstawowym, mieszkające na wsi, pracujące ponad 30 lat, mieszkające z rodziną oraz rzadko spożywające białe mięso;
7. Wielkie problemy geriatryczne częściej występowały u kobiet lepiej wykształconych, o dłuższym stażu pracy, mieszkających na wsi i mieszkających samodzielnie;
8. Sprawność fizyczna mierzona skalą ADL była lepsza u kobiet z niższym wykształceniem, pracujących dłużej, mieszkających na wsi, z rodziną lub same, spożywających rzadko pieczywo białe i białe mięso;
9. Sprawność umysłową lepszą miały badane kobiety pracujące od 20 - 30 lat, mieszkające same;
10. Nieposiadanie dzieci lub ich większa liczba, starszy wiek posiadania pierwszego dziecka oraz wcześniejsza menopauza wpływały na rzadsze występowanie wielkich problemów geriatrycznych;

11. Zadowolenie z jakości życia ogółem oraz w podskalach fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiskowej miały badane kobiety na poziomie przeciętnym, przy czym bardziej zadowolone były z jakości swojego życia niż z jakości swojego zdrowia;
12. Na lepszą jakość życia badanych kobiet wpływa mieszkanie na wsi, oraz mieszkanie z rodziną, większa aktywność fizyczna, brak bólu przewlekłego, brak upadków i omdleń oraz wyższe oceny w skali ADL;

Na lepszą jakość życia badanych kobiet: w podskali fizycznej i środowiskowej wpływa brak przewlekłego bólu, brak nietrzymania moczu, brak upadków i omdleń oraz wyższe wyniki w skali ADL; w podskali psychologicznej wpływa brak bólu przewlekłego, brak upadków i omdleń, brak zaburzeń widzenia i niedosłuchu, oraz wyższe wyniki w skali ADL i AMTS; w podskali relacji społecznych wpływa brak nietrzymania moczu, brak upadków i omdleń oraz wyższe wyniki w skali ADL.

Summary

Ageing of societies is the consequence of the civilizational development resulting from the continuous improvement of economic conditions and advances of medical sciences. The appearance of the increasing group of elderly people in the demographic structure of a given society applies the associated problems of economic, healthcare and social nature.

The objective of this study was to find and determine certain sociomedical determinants in the context of longevity of women in Poland. The specific objectives of the study were the following:

1. Evaluation of the lifestyle and selected aspects of fertility of women included in the study aged 90 and more;
2. Evaluation of the health condition of women in the analysed period of life with regard to the geriatric giants;
3. Assessment of the quality of life of examined women aged 90 and more;
4. Analysis of the health condition and quality of life in relation to certain sociodemographic features of the examined women;
5. Analysis of the health condition and quality of life in relation to the lifestyle of the examined women;
6. Analysis of the health condition and quality of life in relation to selected aspects of fertility of the examined women;
7. Determination of the features of health condition relevant for the satisfaction with health and quality of life of the examined women aged 90 and more.

The study was carried out on the national sample of 870 Polish women aged 90 and more, with the support from Social Welfare Centres. The study was carried out with the use of a questionnaire developed specifically for this study and questionnaires of standardised tests including the *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL Scale - Activities of Daily Living)*, as well as *Hodgkinson test (AMTS - Abbreviated Mental Test Score)*. In order to assess the quality of life, the questionnaire developed by WHO for the assessment of the quality of life in individual domains, i.e. physical health, psychological health, social relationships, and environment was used (*WHOQOL-BREF - The World Health Organization Quality Of Life Bref*).

The inclusion criteria were: age 90 and more, and maintained logical and verbal contact.

The exclusion criteria were: addiction to psychotropic drugs and alcohol as well as diagnosed disease with dementia symptoms or disturbed logical and verbal contact.

Statistical analysis was carried out in the statistical software package STATISTICA, with the adopted significance level of $\alpha=0.05$.

The examined women were in the age from 91 to 106 years, their average age was 94.3 ± 2.9 years. The vast majority of women was widowed (nearly 90%), some small percentage of them were married (4%), and the rest of them never married (7%). 70% had elementary education, 11% - secondary education, 2.4% - university education, and 17% of the examined women had no education at all. 61.25% of examined women had 30 and more years of service, 18% worked for 20 - 30 years, ca 10% worked for 10 to 20 years and ca 10% worked 10 years and less. The majority of women lived in the countryside (60%), some part of them lived in a small town (25%), and the largest group in a large city (15%). The majority of women examined in the study lived with their family (ca 60%), a smaller part of them lived alone (38%), and the least numerous group lived in welfare facilities (3%). Among examined women, the majority of them gave birth (almost 87%), Most women gave birth to two (21.36%) or three children (21.61%). The women gave birth to their first child on average at the age of 23.5 ± 4.8 years. The last menstruation occurred in examined women on average at the age of 51.0 ± 4.2 years.

As regards diet, the majority of examined women everyday ate white bread (72%), dairy products (60%), vegetables (47%), fruit (45%) and flour - based products (38,5%). The examined women ate fish and red meat rarely (ca 34%). Relatively often they ate eggs (46% several times a week), similarly poultry and white meat (55%), as well as sweets (34%). Vast majority of women didn't drink alcohol (95%) and didn't take psychoactive substances (98%). 57% didn't drink coffee and 47% didn't drink strong tea. The examined women rarely smoked (4.33%). Only 12.8% of examined women were not physically active.

In ca 2/3 of women, their health condition limited the walking distance to several hundred meters, and in nearly half of them (45.4%) their personal hygiene and dressing.

The examined women were rarely affected by cancer diseases (14.4%), skin diseases (19.4%), allergies (20.6%), asthma (24%), and diabetes (27%).

On ADL scale by *Katz*, the examined women mostly achieved good results; more than a half of them scored 5 to 6 points (53.45%).

On AMTS scale the examined women achieved 7.4 ± 2.7 proper answers to 11 questions, indicating on average proper condition of mental fitness.

The results confirmed significant positive relationship between mental fitness and performance of the basic activities of daily living.

Poor health self - assessment of examined women was highest in the group of women living in cities and amounted to 68%; this rate was a bit better in small towns (60%), and it was the lowest in the countryside (52.06%), with better self - assessment by women living with their family.

As regards the geriatric giants, the study confirmed the relationship between urinary incontinence and years of service, most often up to 10 years (72%); the lowest rate of urinary incontinence was found in the group of 10 - 20 years (44%).

Among of women living in welfare facilities, faecal incontinence was the most frequent.

Falls were more often experienced by women with university education (71%), than by those with lower level of education (37% - elementary or lower level of education). More often falls were experienced by women living in cities (53%), than in small towns and in the countryside (37%).

On ADL scale, women living in small towns and in the countryside were more fit (4.01; 4.19) than women living in large cities (3.52). Women living in welfare facilities achieved the worst results on ADL scale (2.55) as compared to women living alone (4.16), or living with their families (4.08).

In AMTS test, the best answers were given by women with 10 - 20 years of service (10.91), and the worst answers were given by those with up to 10 years of service (6.78), with women living alone (9.07) more fit than those living with their family (9.44).

Falls were experienced most rarely by women who gave birth to 5 or more children (29%), most often falls were experienced by women who gave birth to 1 - 2 children (49%, 45%). Women experiencing falls and/or syncope as well as women with impaired vision gave birth to significantly more children (on average 2.6 and 2.7, respectively) than women who didn't have these problems (on average 2.1 children).

Moreover, women experiencing falls and/or syncope had their last menstruation at significantly more advanced age (on average 51.5 years) than women who didn't have these problems (on average 50.6 years).

The self - assessments of health condition were significantly related to the frequency of consuming sweets, fruit, white bread and vegetables by examined women. The less sweets and fruit the examined women consumed, the more often they assessed their health condition as poor. The lowest rate of poor health self - assessment was observed in the group of women who ate white bread less than once a month, or never (35%); higher rate (49%) in women who ate white bread several times a week.

The highest rate of poor health self - assessment was observed in the group of women who ate white bread less than once a week (56%), or every day (58%).

The highest rate of poor health self - assessment was observed in the group of women who ate vegetables less than once a month or never (71%), lower rate (47%) in women who ate vegetables several times a week (65%), and the lowest rate (47%) in those who ate vegetables every day or less than once a week.

The lowest rate of women with impaired vision was observed in those who ate white bread less than once a month or never (37.5%). This rate was significantly higher in other groups of women, who ate white bread more often, and ranged from 65 to 70%. Rare drinking of coffee and strong tea less often caused the occurrence of impaired vision. The results achieved on ADL scale were related to diet.

The results of physical fitness achieved by examined women were poorer in women who ate poultry and white meat more often and ate fruit less often.

The mean assessment of satisfaction with life in the examined group of women was 3.3 ± 0.9 and indicates the assessment which is neither good nor poor.

The examined women assessed their satisfaction with health some lower than satisfaction with life, on average at 2.7 ± 1.0 . In four domains: physical health, psychological health, social relationships and environment, examined women achieved best results in the domains of social relationships (mean assessment 3.5) and environment (mean assessment 3.0), with poorer results in psychological (mean assessment 2.8) and physical domain (mean assessment 2.7). Women living in the countryside had the highest quality of life in the domains of physical health, environmental and social relationships. Women living with their family had significantly higher quality of life in the domain of social relationships.

The rate of women who assessed their quality of life as poor in the domain of psychological health decreased proportionally to the increasing level of education.

The rate of women who assessed their quality of life in the domain of social relationships and environment as poor increased, and the of women who assessed their quality of life in these

domains as good decreased with the increasing size of the locality where they lived. Women living with their family were significantly more satisfied with their life and health. Women living in the countryside were most satisfied with their health. Women living with their family were significantly most satisfied with their life (54% of them) as compared with women living alone (44%) or in a welfare facility (36%). The rate of women dissatisfied with their life was lowest in the group of women living with their families (13%).

Satisfaction with life and health as well as quality of life in three domains: psychological health, environment and social relationships correlated positively to the number of children born by the examined women. The age at the occurrence of last menstruation correlated negatively to the quality of life in the domain of environment of examined women. Women who were physically active assessed their satisfaction with health higher, than women who were physically inactive.

The most satisfied were women who often ate poultry or white meat, fish, vegetables and fruit. Women who ate vegetables and fruit everyday were most satisfied with their health. Women who ate sweets everyday had significantly higher quality of life in the domain of environment.

The study confirmed the relationship between satisfaction with life and the presence of two geriatric giants: chronic pain and falls and syncope, as well as the number of basic activities of daily living performed independently (ADL scale). In examined women with the aforementioned problems, the satisfaction with life was lower.

The study confirmed the relationship between the quality of life in physical domain and the presence of three geriatric giants: chronic pain, urinary incontinence and falls and syncope, as well as the number of basic activities of daily living performed independently (ADL scale). The quality of life of women with the aforementioned problems was poorer.

The study confirmed the relationship between quality of life in the domain of psychological health and the presence of five geriatric giants: chronic pain, urinary incontinence, falls and syncope, impaired vision and hearing loss, as well as the number of basic activities of daily living performed independently (ADL scale) and the level of mental fitness (AMTS).

The quality of life of women affected by the aforementioned problems was poorer.

The study confirmed the relationship between quality of life in the domain of social relationships and the presence of two geriatric giants: urinary incontinence and falls and syncope, as well as the number of basic activities of daily living performed independently (ADL scale). The examined women affected by the aforementioned problems had poorer

quality of life in the domain of social relationships.

The study confirmed the relationship between the quality of life in the domain of environment and the presence of three geriatric giants: chronic pain, urinary incontinence and falls and syncope, as well as the number of basic activities of daily living performed independently (ADL scale). The examined women with the aforementioned problems had poorer quality of life in the domain of environment.

Conclusions from performed studies:

1. The diet of examined women was rich in bakery products, dairy products, vegetables and fruit. The majority of examined women were physically active and didn't smoke;
2. The examined women most often assessed their health condition as poor or acceptable. The health condition significantly limited the possibility of fast walking, carrying shopping and getting to the first floor;
3. The examined women aged over 90 most often suffered from disorders of the osteoarticular system, hypertension, impaired blood circulation in lower limbs, neuralgias and arrhythmias; whereas they rarely suffered from cancer, diabetes, allergies, asthma, skin diseases and diseases of reproductive organs. The majority of them suffered from the presence of geriatric giants, like hearing loss, impaired vision and urinary incontinence;
4. More than 2/3 of examined women were physically fit (ADL scale) with no signs of mental impairment;
5. Health condition was assessed better by women with secondary and elementary education, living in the countryside, with over 30 years of service, living with their family as well as rarely eating white meat;
6. Geriatric giants more often occurred in women with higher level of education, more years of service, living in the countryside and living alone;
7. Physical fitness measured on ADL scale was better in women with lower level of education, more years of service, living in the countryside with their family or alone, who rarely ate white bread and white meat;
8. Mental fitness was better in women with 20 - 30 years of service, living alone;
9. The fact of never giving birth to a child or giving birth to more than one child, more advanced age at delivering the first child as well as earlier menopause influenced the less frequent occurrence of geriatric giants;
10. The satisfaction of examined women with the quality of life in general as well as on

subscales of physical health, psychological health, social relationships and environment was average level, with higher satisfaction with life than satisfaction with health;

11. Better quality of life of examined women was related to living in the countryside, as well as living with family, higher physical activity, absence of chronic pain, absence of falls and syncope as well as higher ADL scores;
12. The quality of life of examined women increased in case of:
 - on the subscale of physical health and environment - absence of chronic pain, absence of urinary incontinence, absence of falls and syncope as well as higher ADL scores;
 - on the subscale of psychological health - absence of chronic pain, absence of falls and syncope, absence of impaired vision and hearing loss, as well as higher ADL and AMTS scores;
 - on the subscale of social relationships - absence of urinary incontinence, absence of falls and syncope as well as higher ADL scores.