

Magdalena Michalska-Leśniewicz, Wojciech Gruszczyński

Klinika Zaburzeń Nerwicowych Związanych ze Stresem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Jakość życia kobiet z zaburzeniami depresyjnymi

Quality of life in women with depressive disorders

Abstract

Introduction. The essential element of the functioning of patients is the assessment of quality of life and its determinants. Taking into account the depression process and its specific nature this seems to be of special importance. The aim of this paper was the assessment of the effect of depression on quality of life in women with depressive disorders.

Material and methods. The tests were carried out on the basis of the analysis of medical documentation, including the psychiatric records, the depression level test (Beck Depression Inventory), the quality of life test (The Life Satisfaction Questionnaire FLZ according to Fahrenberg). Women diagnosed with depressive disorders were qualified for testing. The tested group of women included 80 patients in the age bracket of 40 to 60 years from the Outpatient Department of Mental Health, Regional Specialised Hospital in Zgierz. The reference group consisted of 30 women showing no symptoms of depressive disorders.

Results. The statistical analysis of variables taken into account in the tests showed essential statistical differences between the compared groups in respect of almost all parameters. The highest level of life satisfaction referred to satisfaction with children, social contacts and leisure, whereas the tested women were at least satisfied with their health condition and financial situation.

Conclusions. The obtained results showed significant differences in respect of quality of life in women with depressive disorders and without any symptoms of such disorders.

Psychiatry 2010; 7, 2: 53–60

key words: quality of life, depression, women

Wstęp

Pojęcie jakości życia jest terminem wieloznacznym i tym samym trudnym do zdefiniowania. Obecnie używa się alternatywnych określeń typu: poczucie szczęścia, dobrostan, zadowolenie. O ważności problematyki jakości życia może świadczyć powołanie Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad Jakością Życia Uwarunkowaną Stanem Zdrowia (ISOQOL, *The International Society for Quality of Life Research*) [1]. Choroba stanowi dla człowieka trudną sytuację i często zmienia jego życie. Wpływ choroby na jakość życia człowieka zależy od wielu czynników występujących w różnym nasileniu i układzie, w tym między innymi od: czynników psy-

chologicznych (na przykład cechy osobowościowe, umiejętność radzenia sobie ze stresem, przekonania, oczekiwania, wartości), czynników społecznych (relacje z bliskimi, a zwłaszcza partnerem życiowym, dziećmi, rodziną i szeroko rozumianym otoczeniem społecznym), zmiennych socjodemograficznych (wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, status społeczny), charakterystyki samej choroby (na przykład czasu jej trwania, nasilenia objawów, stosunku do choroby, form leczenia). Powyższe czynniki determinują również jakość życia człowieka chorego na depresję.

Materiał i metody

Do badań zakwalifikowano kobiety, u których rozpoznano zaburzenia depresyjne. Rozpoznanie postawił lekarz psychiatra. W przypadku wątpliwości diagnostycznych zastosowano kwestionariusz osobowości *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI).

Adres do korespondencji:

mgr Magdalena Michalska-Leśniewicz
Poradnia Zdrowia Psychicznego w Zgierzu
ul. Milenijna 19/20, 95–100 Zgierz
tel.: 693 535 249, e-mail: magmich@gmail.com

Tabela 1. Analiza statystyczna wieku**Table 1.** Age statistical analysis

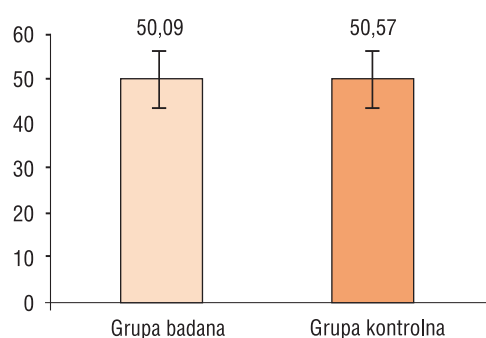
Wiek (w latach)	Grupa badana	Grupa kontrolna	Razem
Liczba badanych	80	30	110
Minimum	35,00	40,00	35,00
Maksimum	62,00	60,00	62,00
Mediana	51,00	51,00	51,00
Średnia arytmetyczna	50,09	50,57	50,22
Odchylenie standardowe	5,55	5,73	5,58
Współczynnik asymetrii	-0,22	-0,31	-0,24
Analiza rozkładu cechy	Test Shapiro-Wilka W = 0,98; p > 0,05	Test Shapiro-Wilka W = 0,85; p > 0,05	Test Shapiro-Wilka W = 0,99; p > 0,05

Badaną grupę stanowiło 80 pacjentek w wieku 40–60 lat z Poradni Zdrowia Psychicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgierzu, leczonych w okresie 1–2 lat z powodu zaburzeń depresyjnych. Przeprowadzono również badania w grupie kontrolnej, w skład której wchodziły kobiety nie ujawniające zaburzeń depresyjnych. Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny. Do badań były kierowane kobiety, których stan umysłowy i psychiczny umożliwiały zrozumienie testów. Pacjentki wyraziły zgodę na badania, podpisując się na formularzu świadomej zgody pacjenta zgodnie z wymogami Komisji Bioetyki (nr RNN/167/07/KB z dnia 20.03.2007 r.). Badania przeprowadzono z zastosowaniem następujących metod:

1. Analiza dokumentacji lekarskiej, w tym psychiatrycznej, dotyczącej zaburzeń depresyjnych: ambulatoryjna i szpitalna.
2. Badania poziomu depresji za pomocą Skali Depresji Becka (BDI, *Beck Depression Inventory*): Skala samooceny A. Becka obejmuje 21 objawów depresji w wersji pełnej, natomiast w wersji skróconej — 13 [2, 3]. Skala Becka jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi służących do subiektywnej oceny stopnia nasilenia depresji.
3. Badanie jakości życia: Kwestionariusz Zadowolenia z Życia.

Jako narzędzie pomiaru zmiennej zadowolenie z życia został zastosowany Kwestionariusz Zadowolenia z Życia Fahrenberga [4], który reprezentuje bilans ocen częściowych zadowolenia z poszczególnych sfer życia, takich jak: zdrowie, praca i zawód, sytuacja finansowa, czas wolny, kontakty z własnymi dziećmi, moja osoba, przyjaciele, krewni, znajomi, mieszkanie, małżeństwo/związek partnerski, seksualność.

Te sfery tworzą 10 podskal kwestionariusza. Odpowiedzi są zaznaczane na skali rangowej, od



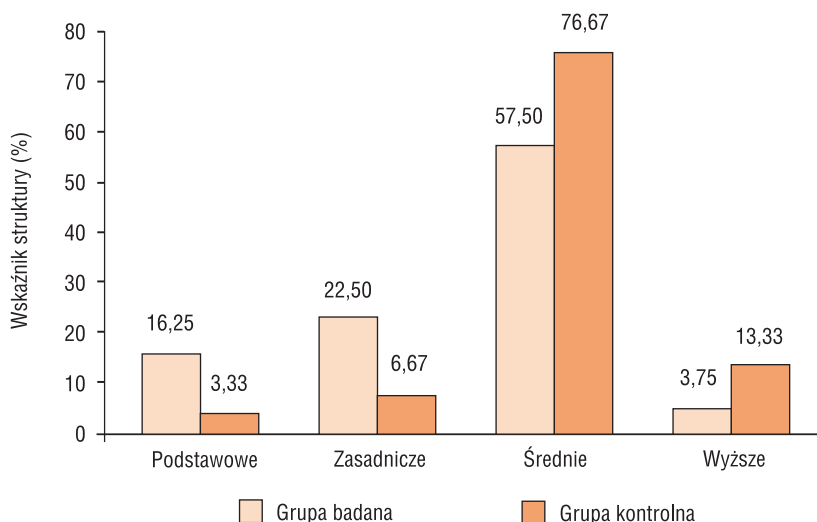
Rycina 1. Struktura badanych ze względu na wiek
Figure 1. The age structure

1 („bardzo niezadowolony”) do 7 („bardzo zadowolony”). Poprzez zsumowanie rang w każdej podskali badana osoba może uzyskać 7–49 punktów, a w całym teście od 70 (wynik można przekładać na: „bardzo niezadowolony z życia”) do 490 punktów („bardzo zadowolony z życia”). Osoba badana może pominąć niektóre podskale (na przykład: kontakty z własnymi dziećmi, jeśli nie posiada dzieci). Wtedy wynik końcowy dotyczący ogólnego zadowolenia z życia należy zamienić na średnią, dzieląc sumę rang przez liczbę wypełnionych podskal. Kwestionariusz pozwala na obliczenie satysfakcji częściowych, czyli zadowolenia dotyczącego poszczególnych sfer, a także na zmierzenie ogólnego zadowolenia z życia [5].

Wyniki

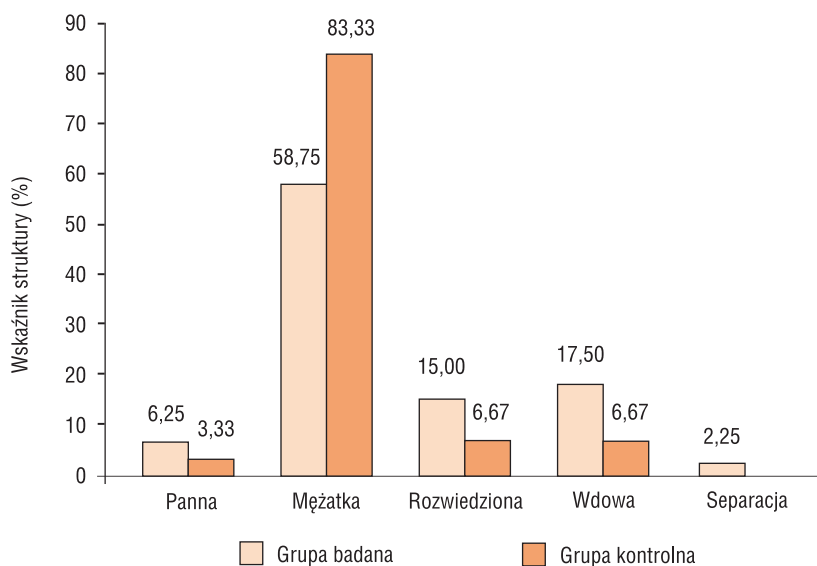
Struktura socjodemograficzna obu grup obejmowała takie zmienne jak: wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania.

Z ryciny 1 i tabeli 1 wynika, że średnia wieku badanych kobiet wyniosła 50 lat. Rozkład wyników w gru-



Rycina 2. Struktura badanych ze względu na wykształcenie

Figure 2. The structure of tested and reference groups according to educational background



Rycina 3. Struktura badanych ze względu na stan cywilny

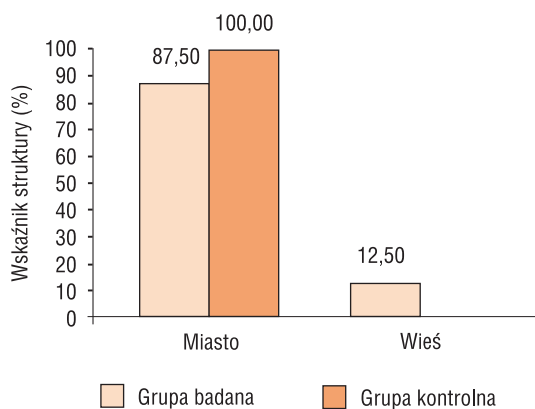
Figure 3. The structure of tested and reference groups according to civil status

pie kontrolnej przedstawia się porównywalnie z grupą badaną, przy średniej wieku 50 lat i większym odsetku kobiet powyżej 50. roku życia.

Wyniki zamieszczone na rycinie 2 wskazują, że w badanej grupie największy procent stanowiły kobiety ze średnim wykształceniem: 46 osób (57,5%), a najmniejszą grupę stanowiły pacjentki z wyższym wykształceniem: 3 osoby (3,75%). W grupie kontrolnej dominowały kobiety z wykształceniem średnim: 23 osoby (76,67%), natomiast najmniej było pacjentek z wykształceniem podstawowym: 1 osoba (3,33%).

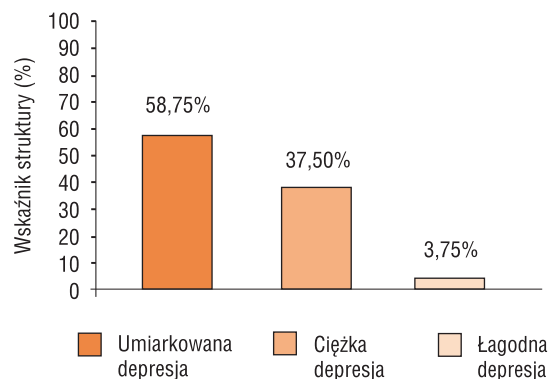
Z ryciny 3 wynika, że największą grupę badanych kobiet stanowiły mężatki: 47 osób (58,75%). Porównywalny odsetek badanych stanowiły pacjentki rozwiedzione: 12 osób (15%) i wdowy: 14 osób (17,5%). Najmniejszą grupę stanowiły panny: 5 osób (6,25%) i kobiety będące w separacji: 2 osoby (2,5%). W grupie kontrolnej przeważały również mężatki: 25 osób (83,33%), poza tym taki sam odsetek stanowiły kobiety rozwiedzione i wdowy: 2 osoby (6,67%).

Wyniki przedstawione na rycinie 4 wskazują, że w badanej grupie kobiety mieszkające w mieście sta-



Rycina 4. Struktura badanych ze względu na miejsce zamieszkania

Figure 4. The structure of tested and reference groups according to the residence



Rycina 5. Rozkład liczebności badanej grupy w odniesieniu do nasilenia depresji

Figure 5. The percentage distribution of patients within the tested group according to depression intensity

nowiły większość: 70 osób (87,5%), natomiast w grupie kontrolnej wszystkie badane były mieszkankami miast (100%).

Podsumowując wyniki dotyczące danych socjodemograficznych, należy stwierdzić, że w obu badanych grupach średnia wieku wynosiła 50 lat, większość stanowiły kobiety z wykształceniem średnim, zamężne i mieszkające w mieście.

Z ryciny 5 wynika, że największy odsetek stanowiły kobiety z umiarkowaną depresją: 47 osób (58,75%) i ciężką depresją: 30 osób (37,5%). Natomiast najmniejszą grupę stanowiły pacjentki z łagodnym nasileniem depresji: 3 osoby (3,75%).

Badanie zadowolenia z życia przeprowadzono z zastosowaniem Kwestionariusza Zadowolenia z Życia Fahrenberga.

W tabelach 2–5 zaprezentowano wyniki, według których w grupie kobiet z zaburzeniami depresyjnymi największe zadowolenie dotyczyło: kontaktów z własnymi dziećmi, kontaktów społecznych, warunków mieszkaniowych i czasu wolnego. Badane najmniej były zadowolone ze stanu własnego zdrowia i finansów. Kobiety z grupy kontrolnej cechował największy poziom zadowolenia z: kontaktów z własnymi dziećmi, kontaktów z innymi, czasu wolnego oraz własnej osoby, natomiast najmniej

Tabela 2. Zadowolenie z życia (zdrowie, praca, finanse)

Table 2. Life satisfaction (health, job, financial satisfaction)

	Zdrowie		Praca		Finanse	
	Grupa badana	Grupa kontrolna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Grupa badana	Grupa kontrolna
Liczba badanych	80	30	80	30	80	30
Minimum	7,00	8,00	6,00	16,00	7,00	9,00
Maksimum	41,00	44,00	44,00	44,00	41,00	42,00
Mediana	17,00	32,00	25,00	30,00	17,50	28,00
Średnia arytmetyczna	17,79	30,80	25,35	29,03	18,99	27,00
Odchylenie standardowe	8,30	7,77	8,86	6,52	8,33	8,01
Współczynnik skośności	0,72	-1,00	-0,05	-0,12	0,58	-0,41
Analiza statystyczna	Test U		Test U		Test U	
	Manna-Whitneya		Manna-Whitneya		Manna-Whitneya	
	Z = -5,68; p < 0,001		Z = -2,08; p < 0,05		Z = -4,15; p < 0,001	

Tabela 3. Zadowolenie z życia (czas wolny, dzieci, „ja”)
Table 3. Life satisfaction (leisure, children, self-satisfaction)

	Czas wolny		Dzieci		„Ja”	
	Grupa badana	Grupa kontrolna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Grupa badana	Grupa kontrolna
Liczba badanych	80	30	80	30	80	30
Minimum	7,00	14,00	13,00	7,00	7,00	7,00
Maksimum	49,00	45,00	49,00	49,00	45,00	44,00
Mediana	28,00	34,00	36,00	41,00	25,50	34,50
Średnia arytmetyczna	27,84	33,17	35,03	38,22	26,04	33,53
Odchylenie standardowe	9,35	7,14	9,54	8,59	9,59	7,91
Współczynnik skośności	-0,22	-0,80	-0,47	-1,94	-0,15	-1,41
Analiza statystyczna	Test U		Test U		Test U	
	Manna-Whitneya		Manna-Whitneya		Manna-Whitneya	
	Z = -2,85; p < 0,01		Z = -1,58; p > 0,05		Z = -3,78; p < 0,001	

Tabela 4. Zadowolenie z życia (kontakty z innymi, mieszkanie, małżeństwo)
Table 4. Life satisfaction (social relationships, house/flat, marriage)

	Kontakty z innymi		Mieszkanie		Małżeństwo	
	Grupa badana	Grupa kontrolna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Grupa badana	Grupa kontrolna
Liczba badanych	80	30	80	30	80	30
Minimum	7,00	7,00	9,00	7,00	8,00	7,00
Maksimum	43,00	3,00	44,00	42,00	46,00	49,00
Mediana	31,00	36,00	30,00	30,50	25,00	34,50
Średnia arytmetyczna	30,16	35,20	29,59	30,87	26,36	33,53
Odchylenie standardowe	8,50	6,87	8,09	9,32	11,25	10,68
Współczynnik skośności	-0,72	-2,45	-0,15	-0,62	0,05	-0,56
Analiza statystyczna	Test U		Test U		Test U	
	Manna-Whitneya		Manna-Whitneya		Manna-Whitneya	
	Z = -3,17; p < 0,001		Z = -0,84; p > 0,05		Z = -2,23; p < 0,05	

były zadowolone z finansów, mieszkania, seksualności i stanu zdrowia.

Dyskusja

Obecnie podkreśla się znaczenie jakości życia człowieka chorego i dąży się do tego, by była ona jak najlepsza. Dotyczy to zarówno chorób somatycznych, jak i psychicznych, przy czym nie chodzi tu tylko o tak zwany dobrostan fizyczny, ale także i psychiczny, przy określaniu jakości życia człowieka chorego. Stąd coraz więcej badań dotyczy jakości życia w za-

burzeniach psychicznych, w tym zaburzeń depresyjnych. Jakość życia i depresja wydają się być dwoma przeciwstawnymi zjawiskami związanymi z pozytywnymi i negatywnymi aspektami dobrego samopoczucia. Przy czym niższa jakość życia może być zarówno wynikiem depresji, jak i predyktorem lub też elementem jakości życia na przykład w przebiegu schorzeń somatycznych. Są to również zjawiska rozciągnięte w czasie. Wciąż jednak brakuje dostatecznej liczby analiz wyznaczających czynniki wpływające na jakość życia pacjentów z zakresu opieki psychiatrycznej,

Tabela 5. Zadowolenie z życia (seksualność, wyniki ogólne i średnie)**Table 5.** Life satisfaction (sexuality, general and mean results)

	Seksualność		Wyniki ogólne		Wyniki średnie	
	Grupa badana	Grupa kontrolna	Grupa badana	Grupa kontrolna	Grupa badana	Grupa kontrolna
Liczba badanych	80	30	80	30	80	30
Minimum	7,00	13,00	119,00	223,00	11,90	22,30
Maksimum	43,00	49,00	410,00	413,00	41,00	41,30
Mediana	27,50	28,00	248,50	311,50	26,30	32,55
Średnia arytmetyczna	24,67	30,80	250,51	312,90	26,21	32,03
Odchylenie standardowe	9,72	9,24	63,34	54,52	6,34	5,26
Współczynnik skośności	-0,22	-0,09	0,15	0,15	0,15	0,08
Analiza statystyczna	Test U Manna-Whitneya Z = -2,45; p < 0,05		Test U Manna-Whitneya Z = -4,35; p < 0,001		Test U Manna-Whitneya Z = -4,10; p < 0,001	

uwzględniających ich potrzeby, satysfakcję z funkcjonowania społecznego czy też samego procesu leczenia. Dotyczy to zwłaszcza osób z zaburzeniami depresyjnymi, gdzie problematyka jakości życia jest rzadziej rozpatrywana jako problem badawczy, raczej mówi się o depresji jako istotnej składowej jakości życia w innych chorobach, czyli analizuje się ją jako cechę funkcjonowania w określonej chorobie. Przy czym poprawa samopoczucia fizycznego często obniża poziom depresji. Wyniki badania zadowolenia z życia chorych na depresję [6] wskazują, że tylko 28% spośród tych pacjentów jest zadowolonych z życia, podczas gdy u osób nieujawniających zaburzeń depresyjnych odsetek ten wynosi 97%, co jednoznacznie wskazuje na pogorszenie ogólnej jakości życia pacjenta chorego na depresję. Jest to między innymi wyznaczane przez mniejsze zadowolenie ze sposobu rozwiązywania problemów, niezadowolenie z relacji przyjacielskich czy też z życia społecznego. Jakość życia okazała się ważnym sytuacyjnym determinantem, który może w części wyjaśniać wpływ depresji na codzienne funkcjonowanie i dobre samopoczucie. W literaturze poświęconej depresji u kobiet poza czynnikami biologicznymi podkreśla się znaczenie wyznaczników psychospołecznych wpływających na rozwój i przebieg depresji.

W przeprowadzonych badaniach zawartych w tej pracy wykazano występowanie istotnej zależności między ogólnym stanem zdrowia, w tym między innymi objawami somatycznymi a depresją. Podobne wyniki uzyskano w badaniach kobiet w średnim wieku

przeprowadzonych w Kwangwondo [7]. Poza tym wskazuje się na występowanie w przebiegu depresji niższej jakości życia w porównaniu z innymi przewlekłymi chorobami (na przykład związanych z nadciśnieniem, chronicznymi bólami lędźwiowymi, a nawet onkologicznymi) [8].

Rozpatrując problem występowania depresji wśród kobiet i ich jakości życia, należy wspomnieć o uwarunkowaniach socjodemograficznych, takich jak: wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, które również poddano analizie w niniejszej pracy. Współcześnie obserwuje się tendencję do obniżania wieku, w którym występuje depresja. Coryell i wsp. [9] stwierdzili, że osoby poniżej 40. roku życia są bardziej podatne na depresję niż starsze, natomiast czas trwania choroby jest u nich krótszy.

W Poradni Zdrowia Psychicznego, w której przeprowadzono badania, przeważały kobiety z zaburzeniami depresyjnymi w wieku 40–60 lat, stąd wyniki dotyczą kobiet w średnim wieku. Co do miejsca zamieszkania różnice nie są jasne z uwagi na niejednoznaczność uzyskiwanych wyników badań. W badanej grupie dominowały kobiety mieszkające w mieście. Najbardziej znaczącym wskaźnikiem socjodemograficznym okazał się status społeczny. Wyniki wskazują na wyższe wskaźniki depresji u osób o niższym statusie społecznym [10], co znalazło potwierdzenie w przeprowadzonych badaniach. Najmniejszy odsetek osób z depresją stanowiły kobiety z wyższym wykształceniem.

Wyniki badań katamnesticznych uwzględnione w programie amerykańskiego Narodowego Instytu-

tu Zdrowia Psychicznego (NIMH, *National Institute of Mental Health*) wskazują, że chorzy na depresję w porównaniu z ludźmi, u których nie występują takie zaburzenia, mają znacznie niższe wykształcenie i dochody oraz mniej z nich pozostaje w związkach małżeńskich [11].

Wildger i Anderson [12] podkreślają znaczenie zarówno niestabilnych relacji interpersonalnych, w tym małżeńskich, na rozwój depresji, jak również wpływ cech osobowościowych partnerów kobiet chorych na depresję. Przyjmuje się, że takie cechy mężczyzn, jak niski poziom neurotyzmu, bycie miłym, uprzejmym i wysoce otwartym wpływa na dobre samopoczucie kobiet i tym samym zmniejsza ryzyko zaburzeń depresyjnych. Przy czym cięższe postaci depresji były najrzadsze wśród osób żonatych i zamężnych.

Wyniki niniejszych badań wskazują jednak, że największy procent pacjentek chorych na depresję stanowiły mężatki, co tłumaczy się tym, że u kobiet zamężnych zwraca się uwagę na przecenianie wsparcia, którego mogą oczekiwać od swych partnerów w sytuacjach kryzysowych, co wywołuje rozczarowanie w kontekście straty i może stanowić sytuację wyzwalałą reakcje depresyjne [13]. Tym samym podkreśla się znaczenie oczekiwań wspierającego i wspieranego, które muszą być zgodne, by wsparcie społeczne było skuteczne.

Analizując problematykę jakości życia kobiet z zaburzeniami depresyjnymi, istotnym elementem ich funkcjonowania psychospołecznego są relacje małżeńskie w kontekście występujących w nich nieprawidłowości, co wyraźnie obniża jakość życia pań [14]. Znalazło to potwierdzenie w wynikach badań niniejszej pracy, gdzie relacje małżeńskie wyraźnie różnicują badane grupy.

Wnioski

Podsumowując, należy stwierdzić, że w obu badanych grupach kobiety najczęściej były zadowolone z kontaktów z dziećmi, kontaktów społecznych, czasu wolnego, a najmniej z finansów i stanu własnego zdrowia. W zakresie większości badanych aspektów zadowolenia z życia uzyskano istotne statystycznie różnice między badanymi grupami. Jedynie w zakresie zadowolenia z kontaktów z własnymi dziećmi zależności nie okazały się istotne statystycznie.

Analiza statystyczna zmiennych uwzględnionych w badaniach wykazała w prawie wszystkich parametrach istotne statystycznie różnice między porównywanymi grupami, przy czym najwyższy poziom zadowolenia dotyczył: kontaktów z własnymi dziećmi, kontaktów społecznych oraz czasu wolnego. Natomiast najmniej badane kobiety były zadowolone ze stanu własnego zdrowia oraz sytuacji materialnej.

Streszczenie

Wstęp. Istotnym elementem funkcjonowania osób chorych jest określenie ich jakości życia i wyznaczających ją czynników. Biorąc pod uwagę przebieg depresji i jej specyfikę, wydaje się to mieć szczególne znaczenie. Celem pracy była ocena wpływu depresji na jakość życia kobiet z zaburzeniami depresyjnymi.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono, uwzględniając analizę dokumentacji lekarskiej, w tym zwłaszcza psychiatrycznej, badanie poziomu depresji (Skala Becka), badanie jakości życia (Kwestionariusz Zadowolenia z Życia Fahrenberga). Do badań zakwalifikowano kobiety z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych, grupę stanowiło 80 pacjentek Poradni Zdrowia Psychicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgierzu w wieku 40–60 lat. Grupę kontrolną stanowiło 30 kobiet nieujawniających zaburzeń depresyjnych.

Wyniki. Analiza statystyczna zmiennych uwzględnionych w badaniach wykazała w prawie wszystkich parametrach istotne statystycznie różnice między porównywanymi grupami, przy czym najwyższy poziom zadowolenia dotyczył: kontaktów z własnymi dziećmi, kontaktów społecznych oraz czasu wolnego. Natomiast najmniej badane kobiety były zadowolone ze stanu własnego zdrowia oraz sytuacji materialnej.

Wnioski. Uzyskane wyniki wskazują na istotne różnice między jakością życia kobiet chorych na depresję i nieujawniających tego rodzaju zaburzeń. *Psychiatria 2010; 7, 2: 53–60*

słowa kluczowe: jakość życia, depresja, kobiety

Piśmiennictwo

1. Niewiadomski T.J. Ocena jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia w aspekcie opieki zdrowotnej. Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej” Kraków, 12–14.04.2000.
2. Lewinsohn P.M., Zeiss A., Duncan E. Probability of relapse after recovery from an episode of depression. *Journal of Abnormal Psychology* 1989; 98: 107–116.
3. Parnowski T., Jernajczyk W. Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatria Polska* 1977; 11 417–421.
4. Fahrenberg J., Myrtek M., Schumacher J., Brähler E. Fragebogen zur Lebenszufriedenheit. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2000.
5. Vaillant G.E. *Adaptation to life*. Little Brown, Boston 1977.
6. National Academy On An Aging Society. *Depression a treatable disease*. 2000; 9: 1–9.
7. Kyu Eun Lee, Euy Soon Choi. The Depression in Middle-aged Women in Kwangwondo. *Korean J. Women Health Nurs.* 1999 5 (3): 299–312.
8. Demyttenaere K., Fruyt J.D., Huygens R. Measuring quality of life in depression. *Current Opinion in Psychiatry* 2002; 15: 89–92.
9. Coryell W., Endicott J., Keller, M.B. Major depression in a non-clinical sample demographic and clinical risk factors for first onset. *Archives of General Psychiatry* 1992; 49: 117–125.
10. Bruce M.L., Takeuchi D.T., Leaf P.J. Poverty and psychiatric status: Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48: 470–474.
11. Coryell W., Scheftner W., Keller M.B., Endicott J., Maser J.D., Klerman G.L. The enduring psychological consequences of mania and depression. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150: 385–390.
12. Widiger T.A., Andreson K.G. Personality and depression in women. *Journal of Affective Disorders* 2003; 74: 59–66.
13. Dudek D., Zięba A. *Depresja — wiedzieć, aby pomóc*. Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2002.
14. Schmidt P.J., Roca CA., Bloch M., Rubinow D.R. The perimenopause and affective disorders. *Seminars in Reproductive Endocrinology* 1997; 15 (1): 91–100.