

Jakość życia kobiet z zaburzeniami depresyjnymi w wieku rozrodczym



Mgr Paulina Olender

Dr n. med. Agnieszka Kułak-Bejda

**JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIET
Z ZABURZENIAMI DEPRESYJNYMI
W WIEKU ROZRODCZYM**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



OCENA JAKOŚCI ŻYCIA KOBIET Z ZABURZENIAMI DEPRESYJNYMI W WIEKU ROZRODCZYM

**Mgr Paulina Olender
Dr n. med. Agnieszka Kułak-Bejda**

Białystok 2023

Recenzenci monografii

Dr n. med. Katarzyna Krajewska-Ferishah

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr hab. n. o zdr. Katarzyna Van Damme-Ostapowicz

Western Norway University of Applied Sciences, Faculty of Health and Social Sciences,
Førde, Norway

ISBN – 978-83-67454-59-9

Wydanie I

Białystok 2023

Opracowanie graficzne: wykorzystano zdjęcie z <https://pl.freepik.com/darmowe-wektory/>

Monografia powstała na bazie wyników pracy magisterskiej
mgr Pauliny Olender

Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny,
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.

Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk:

RobotA Piotr Duchnowski, Zaścianki 6, 15-521 Zaścianki

*Depresja jest jak cegła umieszczona na czubku głowy.
Ciężar przytłacza myśli i zamienia je w sztabki ołowiu.
Kaja Platowska, Po prostu mnie przytul*

WYKAZ AUTORÓW

Mgr Paulina Olender

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Dr n. med. Agnieszka Kułak-Bejda

Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SPIS TREŚCI

WYKAZ UŻYTYCH SKRÓTÓW	11
WSTĘP	13
ZABURZENIA DEPRESYJNE, DEPRESJA	15
Definicja zaburzeń depresyjnych, depresji i jej rodzaje.	15
Epidemiologia	17
Przyczyny i czynniki ryzyka.	18
WYBRANE ASPEKTY DOTYCZĄCE JAKOŚCI ŻYCIA	20
ZAŁOŻENIA I CEL PRACY	24
METODYKA BADAŃ	26
CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADANEJ	28
WYNIKI	33
PODSUMOWANIE WYNIKÓW	76
WNIOSKI	81
WYKAZ PIŚMIENNICTWA	83

WYKAZ UŻYTYCH SKRÓTÓW

APA	<i>American Psychiatric Association</i> Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne
BASiW	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych
BP	<i>bodily pain</i>
DSM	<i>The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> , V edycja klasyfikacji zaburzeń psychicznych.
GH	<i>general health</i>
HUI	<i>Health Utility Index</i> indeks użyteczności zdrowia
ICD	<i>International Classification of Diseases 10th</i> , X wersja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych
MDD	<i>Major Depressive Disorders</i> duże zaburzenie depresyjne
MH	<i>mental health</i>
MHS	<i>Mental Health Summary</i>
PF	<i>physical functioning</i>
PHS	<i>Physical Health Summary</i>
QOL	<i>Quality of Life</i> jakość życia
RE	<i>role emotional</i>
RP	<i>role physical</i>
SF	<i>social functioning</i>
SF-36	<i>Short Form Health Survey</i>
VT	<i>Vitality</i>
WHO	<i>World Health Organization</i> Światowa Organizacja Zdrowia
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i> Sekcja ds. Jakości Życia Światowej Organizacji Zdrowia

WSTĘP

*Czas i zdrowie to dwa cenne skarby,
których nie rozpoznajemy i nie doceniamy,
dopóki się nie wyczerpią
Denis Waitley*

Od wielu lat trwają rozważania na temat zdrowia, w związku z tym powstało wiele definicji odnoszących się do różnych dziedzin i nowych aspektów. Zagadnienie to jest ważne nie tylko w kontekście medycyny, ale również socjologii i psychologii.

Zdaniem Talcotta Parsonsa zdrowie jest zdolnością do wykonywania określonych ról w społeczeństwie i wiążących się z nimi zadań [cyt. za 1,2].

O złożoności zdrowia świadczy m.in. definicja WHO (*World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia) według której zdrowie to „*stan całkowitego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub ułomności*” [1,2,3].

Nieodłącznym elementem zdrowia jako całości jest zdrowie psychiczne definiowane jako pełny dobrostan psychiczny umożliwiający społeczeństwu normalne funkcjonowanie, realizację określonych celów, karierę, pokonywanie codziennych trudności i wyzwań, radzenie sobie z problemami a także życie społeczne i towarzyskie [1,2,3].

W trosce o równowagę psychiczną powstał Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, tworzony na konkretne lata, w celu zapewnienia adekwatnej pomocy m.in. medycznej oraz uwrażliwienia ludzi na osoby z chorobami psychicznymi [4,5].

Wybuch pandemii COVID-19 wywarł ogromny wpływ na zdrowie psychiczne ludności, co przyczyniło się do powstania wielu publikacji naukowych poświęconych tej tematyce, ponadto uświadomił społeczeństwu jak kluczową rolę pełni ono w kontekście zdrowia publicznego [6,7,8,9].

Rezultatem pandemii było także przyczynienie się do rozwoju nowych zaburzeń psychicznych oraz pogłębienia się już istniejących [6,7,8,9].

Ważnym zagadnieniem związanym z życiem jest jego jakość. Mówi się o niej zarówno w przypadku zdrowia jak i choroby. Szczególną uwagę poświęca się jakości życia chorych uwzględniając przy tym jednostkę chorobową oraz wynikające z niej dolegliwości. Wynika to z faktu, że choroba początkowo dezorganizuje życie osobie chorej i często wiąże

się z wprowadzeniem zmian np. nawyków żywieniowych czy wprowadzeniem farmakoterapii [10].

ZABURZENIA DEPRESYJNE, DEPRESJA

Definicja zaburzeń depresyjnych, depresji i jej rodzaje.

Zaburzenia depresyjne jest to grupa zaburzeń charakteryzująca się subiektywnym poczuciem spadku nastroju [11].

Klasyfikacja zaburzeń Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (*American Psychiatric Association, APA*) - DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) opisuje zaburzenia depresyjne jako zaburzenia nastroju [12,13,14,15,16].

W najnowszej wersji DSM (DSM - 5) za zaburzenie depresyjne uznaje się wystąpienie epizodu depresyjnego bez epizodu maniakalnego lub hipomaniakalnego. Innym narzędziem służącym do klasyfikacji tych zaburzeń stworzonym przez WHO jest X wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób - ICD-10 (*International Classification of Diseases 10th* -Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych) [12,13,14,15,16].

Epizod depresyjny uznawany za najbardziej powszechne oblicze zaburzeń depresyjnych jest składową zaburzenia nastroju, w którym pacjent przez co najmniej 14 dni odczuwa chandrę, nie czerpie satysfakcji z życia, doświadcza braku apetytu oraz energii, ma trudności związane ze snem, czuje się winny, jest mu ciężko się skoncentrować a także rozważa na temat śmierci [12,13,14].

Epizod maniakalny odnosi się do okresu nie krótszego niż siedem dni, podczas którego obserwuje się u chorego wzmożony nastrój oraz nadpobudliwość. Jest on przeciwieństwem epizodu depresyjnego. Chory wykazuje bardzo wysokie poczucie własnej wartości. Stan ten ma negatywny wpływ na życie społeczne i zawodowe oraz wymaga hospitalizacji [12, 13,14].

Epizod hipomaniakalny przypomina powyższy epizod, lecz czas jego trwania w tym przypadku jest krótszy, a przebieg znacznie łagodniejszy, w związku z tym pacjent nie wymaga leczenia szpitalnego. [12, 13,14]

Depresja to inaczej duże zaburzenie depresyjne (MDD - *major depressive disorders*). Jest to choroba, w której dominuje obniżony nastrój. Rozpoznawana jest na podstawie objawów występujących w czasie nie krótszym niż ostatnich dwóch tygodni. O MDD mówi się w przypadku, gdy odnotuje się co najmniej 5 poniższych objawów:

- zmniejszone zainteresowanie;
- zaburzenia funkcji poznawczych

- problemy ze snem
- problemy z jedzeniem co z kolei może wiązać się z niezamierzonym spadkiem lub przyrostem masy ciała;
- codzienna obecność smutku utrzymująca się przez ponad połowę dnia;
- nadmierne zmęczenie lub uczucie braku energii;
- poczucie beznadziei;
- myśli dotyczące odebrania sobie życia, zgonu [17, 18].

W literaturze wyróżnia się takie rodzaje depresji jak [19]:

1. Dystymia - mniej uciążliwy typ depresji. Kryterium rozpoznania jest utrzymywanie się minimum dwa lata następujących objawów: przewlekły smutek, zmęczenie, uczucie nieporadności. Nie należy mylić jej z epizodem depresyjnym.
2. Depresja nietypowa - charakteryzuje się wzmożonym apetytem co powoduje objadanie się, a w konsekwencji przyrost masy ciała; nadmierną sennością połączoną z zaburzeniami snu szczególnie w drugiej części nocy. Objawy mogą ustąpić w ciągu dnia lub przybrać łagodniejszą wersję.
3. Depresja dwubiegunowa - zaburzenie maniakalno - depresyjne charakteryzujące się występowaniem na przemian epizodu depresyjnego i manii.
4. Depresja sezonowa - zaburzenie nastroju będące reakcją organizmu na brak światła występujące w określonym sezonie, np. zimowym. Objawia się u osób bez zaburzeń psychicznych poprzez nadmierne zmęczenie, pogorszenie snu oraz przyrost masy ciała.
5. Depresja poporodowa - dotyka głównie kobiet, ale może też wystąpić u mężczyzn w okresie zwykle od 4 do 6 tygodni po porodzie, zdarza się, że występuje znacznie później. Choroba ta spowodowana jest zmianą stężenia hormonów w organizmie w wyniku porodu oraz ciężarem odpowiedzialności za dziecko. Objawia się problemami ze snem, spadkiem nastroju oraz uczuciem nieporadności. Wiele pacjentek błędnie nie utożsamia tych objawów z chorobą.
6. Zespół napięcia przedmiesiączkowego - grupa objawów związanych ze sferą emocjonalną niekiedy połączonych z objawami fizycznymi, wynikających z przemian zachodzących w organizmie kobiety podczas cyklu menstruacyjnego [19].

Biorąc wiek za kryterium podziału depresji można wyróżnić:

- Depresję młodzieńczą - wynikającą z procesów dojrzewania i wiążących się z nimi trudnościami. W większości przypadków ustępuje w kolejnych latach życia. W pozostałych przypadkach jest wynikiem schizofrenii. Objawia się drażliwością, problemami z koncentracją i nauką, strachem wywołanym przyszłością (zdobyciem wykształcenia, znalezieniem pracy i/lub partnera, założeniem rodziny), niską samooceną, trudnościami w znalezieniu przyjemności i próbami samobójczymi [13].
- Depresję starcza - efekt starzenia się organizmu i procesów z tym związanych. Jedno z najczęstszych zaburzeń psychicznych wśród seniorów. Trudna do rozpoznania. Często objawy maskowane są przez otępienie. Wiąże się z dużym ryzykiem samobójstwa - „*wołanie o śmierć*” [20].

Nadal funkcjonuje jeszcze jeden podział depresji, który budzi kontrowersje w środowisku naukowym. Odnosi się on do przyczyny powstania choroby i wyróżnia [14]:

- depresję egzogenną - zdeterminowaną biologicznie, w głównej mierze dziedzicznie
- depresję endogenną - gdy przyczyną są czynniki zewnętrzne.

Epidemiologia

Depresja jest coraz częściej występującym problemem zdrowotnym, uznanym za jedną z dwudziestu głównych przyczyn niepełnosprawności na świecie. Jak podaje WHO w 2020 roku depresja zajęła drugie miejsce wśród najczęściej występujących chorób na świecie, natomiast do końca tej dekady awansuje na miejsce pierwsze. Choruje na nią 350 milionów ludzi na świecie, z czego prawie 6% stanowią seniorzy a 5% to osoby dorosłe. Najczęściej rozpoznawana jest wśród osób w wieku produkcyjnym, czyli w wieku 20-40 lat. Szacuje się, że depresja występuje dwa razy częściej u kobiet niż u mężczyzn [21,22,23,24].

Jak wynika z raportu WHO z 2017 roku najwięcej ludzi zmagających się z depresją w ujęciu globalnym znajduje się w Indiach (prawie 57 milionów). Na kolejnym miejscu plasują się Chiny - około 55 milionów. Ostatnie miejsce zajmują Stany Zjednoczone, gdzie znajduje się 17,5 mln chorych. Rok rocznie w tym kraju zaburzeń psychicznych doświadcza 20% mieszkańców w sile wieku, z czego mniej niż połowa otrzymuje pomoc.[25]

Biorąc pod uwagę procentową liczbę chorych na depresję w danym kraju najgorzej wypada Europa. Najwyższy wynik należy do Ukrainy - 6,3% (2,8 miliona mieszkańców). Następnie z wynikiem 5,9% (75 tysięcy) plasuje się Estonia. Na trzecim miejscu 5,7% *ex aequo* znajdują się Grecja (593 tys. chorych) i Portugalia (578 tys.). Polska znajduje się na

siódmym miejscu, gdzie skala choroby wynosi 5,1% co stanowi 1,8 miliona osób chorych na depresję. „Więcej niż co dwudziesty Europejczyk doświadcza depresji i ten wynik Stary Kontynent stawia w najtrudniejszej sytuacji na świecie” [25]

Pandemia COVID-19 przyczyniła się do zwiększenia zapadalności na zaburzenia psychiczne, w tym depresyjne. W 2019 roku jak wynika z danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych co 4 Polak doznał zaburzeń psychicznych (8 milionów), z czego około 4 miliony osób cierpiało na zaburzenia depresyjne. W 2020 w porównaniu do roku ubiegłego odnotowano 21,3% wzrost liczby chorych. [26, 27,28]

Uważa się, że około 2. mln Polaków choruje na depresję. Jak wynika z danych BASiW (Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych) liczba pacjentów z zaburzeniami nastroju w Polsce w roku 2021 wyniosła 296 341 z czego 72,79% stanowiły kobiety. Epizod depresyjny w 2021 roku dotknął 125 709 Polaków, gdzie 72,93% osób to kobiety. W podziale na województwa najwięcej pacjentów odnotowano w województwie mazowieckim i było ich 16 574, ponad połowę pacjentów bo aż 72,94% stanowiła płeć żeńska [29]. Seniorzy stanowią 20% chorych. Depresja poporodowa dotyczy 10-15% matek. Szacuje się także, że u około 33,33% młodzieży występują zaburzenia depresyjne. [30]

W 2021 roku refundację z Narodowego Funduszu Zdrowia na leki antydepresyjne otrzymało półtorej miliona chorych. W porównaniu z refundacją tych leków sprzed ośmiu lat, ich sprzedaż wzrosła prawie o 60%. [23]

Przyczyny i czynniki ryzyka

Przyczyny powstania zaburzeń depresyjnych/depresji można podzielić na trzy grupy:

- endogenne
- egzogenne
- psychogenne [13,14,30,31].

Do przyczyn endogennych zalicza się czynniki:

- biologiczne
- genetyczne
- zaburzenia w wydzielaniu neuroprzekaźników osi podwzgórze - przysadka – nadnercza [13,14,29,31,32].

Podłoże egzogenne warunkowane jest przez występowanie chorób somatycznych takich jak:

- choroby układu krążenia,
- choroby neurologiczne,

- choroby tarczycy,
- choroby płuc,
- niewydolność nerek,
- nowotwory,
- cukrzyca,
- otyłość,
- przyczynić mogą się też przyjmowane leki: Normatens, leki hamujące aktywność układu współczulnego, alpha metyldopa, sterydy oraz tabletki antykoncepcyjne,
- poród,
- zakłócenia w gospodarce hormonalnej,
- urazy głowy [13,14,30,31].

Do ostatniej grupy zalicza się:

- zmianę środowiska życia lub pracy;
- traumatyczne przeżycia we wczesnym etapie życia - molestowanie, gwałt, zaniedbania ze strony rodziców;
- traumatyczne wydarzenia - zawód miłosny, utrata ukochanej osoby, strata pracy, rozwód; utrata samodzielności;
- stresujące sytuacje - konflikty w małżeństwie lub w rodzinie, problemy finansowe;
- w niektórych przypadkach odniesiony sukces, np. awans w pracy [13,14,30,31].

Do czynników ryzyka zalicza się:

- stres,
- zmęczenie wynikające z ogromu pracy,
- presję czasu,
- osobowość neurotyczną,
- niezależność w decydowaniu o sobie lub uzależnienie od środowiska,
- podziały lub konflikty w rodzinie,
- uzależnienie rodziców od środków psychoaktywnych [13,30].

WYBRANE ASPEKTY DOTYCZĄCE JAKOŚCI ŻYCIA

Jakość życia jest ciekawym zagadnieniem nie tylko dla medyków, ale również dla osób z innych dziedzin, np. ekonomii [33,34, 35].

WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*, Sekcja ds. Jakości Życia Światowej Organizacji Zdrowia) zdefiniowała jakość życia jako „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” [36, 37].

QOL (*Quality of Life, jakość życia*) jest korelacją kilku czynników wyodrębnionych przez Saxena i Orley a mianowicie: „zdrowie fizyczne, stan psychiczny, stopień niezależności, relacje z innymi ludźmi oraz środowisko, w jakim żyje dana osoba”. To właśnie te parametry mają kluczowe znaczenie w ocenie jakości życia [37, 38].

W związku z tak szerokim pojęciem jakim jest jakość życia została wyszczególniona HRQL (*health-related quality of life, jakość życia zależna od stanu zdrowia*), która bazuje na definicji zdrowia według WHO. Jest ona szczególnie ważna w przypadku pacjentów zmagających się z chorobami, których nie da się wyleczyć [39, 40, 41, 42].

Ocena jakości życia to sprawa indywidualna, a do jej oceny stworzono specjalne kwestionariusze. Kwestionariusze mogą być ogólne, do zastosowania u każdej osoby oraz szczegółowe (specyficzne) skierowane do osób cierpiących na konkretną chorobę. Kwestionariusze specyficzne również odnoszą się do jakości życia związanej ze stanem zdrowia, ale jest to zakres dużo węższy odnoszący się do danej choroby [42].

Najczęściej w badaniach są wykorzystywane takie kwestionariusze jak:

Najczęściej wykorzystywane kwestionariusze to:

- **WHOQoL** (*The World Health Organization Quality of Life Questionnaire*, kwestionariusz oceny jakości życia opracowany przez Światową Organizację Zdrowia) [42,43].

Jest narzędziem badawczym przeznaczonym do oceny jakości życia osób zdrowych i chorych, zarówno dla celów poznawczych, jak i klinicznych. Wersja Bref (krótka) WHOQOL została skonstruowana na podstawie WHOQOL-100. WHOQOL wersja krótka (bref) umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin. Skala zawiera również pozycje (pytania), które analizowane są oddzielnie:

pytanie 1: dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia oraz pytanie 2: dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia.

Dziedzina Fizyczna – obejmuje podskale :czynności życia codziennego, zależność od leków i leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen, zdolność do pracy.

Dziedzina psychologiczna – obejmuje podskale : wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samoocena, duchowość/religia/ osobista wiara, myślenie/uczenie się/pamięć/koncentracja.

Dziedzina relacje społeczne – obejmuje podskale: związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna.

Dziedzina środowisko – obejmuje podskale: zasoby finansowe, wolność/ bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, zdrowie i opieka zdrowotna: dostępność i jakość, środowisko domowe, możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności, możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku, środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat), transport.

Punktacja dziedzin odzwierciedla indywidualne percepcje jakości życia w zakresie tych dziedzin. Punktacja dziedzin ma kierunek pozytywny co oznacza, że im większa liczba punktów tym lepsza jakość życia. Punktację dla dziedzin ustala się poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji wchodzących w skład poszczególnych dziedzin. Wyliczone średnie należy pomnożyć przez 4, tak aby uzyskać postać wyników porównywalnych z WHOQOL-100.

- **Kwestionariusz SF-36** (*Short Form Health Survey*) [42,43] należy do metod samooceny i służy do subiektywnej oceny stanu zdrowia. Składa się z 36 pytań w 11 kategoriach pozwalających wyróżnić 8 aspektów jakości życia, takich jak :
 - funkcjonowanie fizyczne (ang. *physical functioning*, PF)– zawierające 10 pozycji,
 - ograniczenia w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego (ang. *role physical*, RP) – 4 pozycje,
 - dolegliwości bólowe (ang. *bodily pain*, BP) – 2 pozycje
 - ogólne poczucie zdrowia (ang. *general health*, GH) – 5 pozycji
 - witalność (ang. *Vitality*, VT) – 4 pozycje
 - funkcjonowanie społeczne (ang. *social functioning*, SF) – 2 pozycje

- ograniczenia w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych (ang. *role emotional*, RE) – 3 pozycje
- poczucie zdrowia psychicznego (ang. *mental health*, MH) – 5 pozycji.

Sposób odpowiedzi na poszczególne grupy pytań jest zróżnicowany, począwszy od dychotomicznego (tak/nie), aż skalę Likerta po 3., 5. i 6. stopniową.

Kategorie połączone są w dwie zbiorcze domeny: zdrowia fizycznego PHS (ang. *Physical Health Summary*) - średnia PF, RP, BP i GH - maksymalna liczba punktów: 103 oraz zdrowia psychicznego MHS (ang. *Mental Health Summary*) – średnia z skal VT, SF, RE i MH - maksymalna liczba punktów: 68

Po przeliczeniu, według określonych zasad, punktów ze wszystkich 8 kategorii uzyskuje się wynik w postaci 100. punktowej skali od 0 do 100, gdzie wyższa punktacja oznacza lepszą jakość życia.

- **Kwestionariusz EQ-5D** [42,43] - umożliwia porównanie stanów zdrowia pacjentów cierpiących na daną jednostkę chorobową z oceną jakości życia całej populacji. Pozwala to na obiektywne spojrzenie na stan zdrowia chorego pod względem klinicznym i ekonomicznym. Został skonstruowany w taki sposób, by respondent mógł wypełnić go samodzielnie jako ankietę wysyłaną drogą pocztową, zaprojektowaną jako aplikacja internetowa lub przeprowadzaną przez ankietera w bezpośredniej obecności badanego. Składa się z dwóch części: opisowej oraz wizualnej skali analogowej EQ VAS. Część opisowa kwestionariusza zawiera 5 domen (wymiarów), takich jak: mobilność, samoobsługa, zwykłe, codzienne czynności, ból/dyskomfort oraz lęk/depresja. Każdy z wymiarów respondent może ocenić na jednym z trzech (wersja kwestionariusza EQ-5D-3L) lub pięciu (wersja kwestionariusza EQ-5D-5L) poziomów, stawiając krzyżyk w okienku odpowiednim dla danego poziomu. Dla wersji kwestionariusza EQ-5D-3L są to poziomy: brak problemów (cyfra 1), umiarkowane problemy (cyfra 2), znaczne problemy (cyfra 3). W ten sposób stan zdrowia opisywany jest przy pomocy 5. cyfrowej liczby: cyfra kolejno dla każdej z domen. Możliwy jest więc opis 243 stanów zdrowia. EQ VAS stanowi skala od 0 do 100, gdzie 0 to najgorszy wyobrażalny stan zdrowia, a 100 najlepszy wyobrażalny stan zdrowia. Respondent ma za zadanie ocenić swój stan zdrowia, łącząc kwadrat umieszczony obok skali z odpowiednim punktem na osi.
- **Kwestionariusze HUI** (*Health Utility Index*, indeks użyteczności zdrowia) [42,43]. Służą do oceny ogólnej jakości życia. Znane są 3 rodzaje kwestionariusza HUI: HUI1,

HUI2 i HUI3. Wszystkie służą do oceny preferencji od 0 (zgon) do 1 (pełne zdrowie). Do każdego kwestionariusza dostępne są wytyczne umożliwiające określenie preferencji dotyczących stanu zdrowia osoby badanej (na podstawie badań przeprowadzonych na określonych grupach populacji).

HUI1 - jest to kwestionariusz zawierający 4 domeny (funkcjonowanie fizyczne, społeczne, społeczno-emocjonalne i zaburzenia zdrowotne). Współczynniki, według których oblicza się preferencje, ustalone zostały na podstawie metody handlowania czasem, wynikiem jest więc wartość ocenianego stanu zdrowia.

HUI2 - jest to kwestionariusz umożliwiający uzyskanie wartości i użyteczności określonego stanu zdrowia (współczynniki do oceny preferencji stanu zdrowia uzyskano za pomocą metody wizualnej skali analogowej oraz metody loterii). Składa się z 7 pytań, z których każde reprezentuje osobną kategorię (czucie, zdolność poruszania się, emocje, funkcje poznawcze, samoopieka, ból, płodność; kategoria płodność nie musi być wykorzystywana, w zależności od specyfiki badania). Każde pytanie ma 3 do 5 możliwych poziomów oceny stanu zdrowia.

HUI3 - składa się z 8 kategorii (wzrok, słuch, mowa, poruszanie się, sprawność, emocje, funkcje poznawcze, ból). Współczynniki do obliczeń uzyskano za pomocą metody loterii oraz wizualnej skali analogowej możliwe jest więc obliczenie i wartości, i użyteczności stanu zdrowia.

Ważnym zagadnieniem w kontekście oceny jakości życia jest wiek badanego. Wraz z upływem lat człowiek jest bardziej narażony na zachorowania na różne choroby, np. udar, jego organizm się starzeje co negatywnie wpływa na jakość życia. U kobiet wiek wiąże się z wystąpieniem menopauzy, która obniża jakość życia [44, 45, 46, 47].

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Depresja jest karmiona niewyleczonymi ranami na duszy

Penelope Sweet

Depresja to choroba ogólnoustrojowa znacząco wpływająca na jakość życia i zdolność funkcjonowania w każdym obszarze (zarówno społecznym jak i zawodowym) życia. Uznawana jest za najczęściej występujące zaburzenia psychiczne na świecie, jako czwarty najpoważniejszy problem zdrowotny na świecie, dwudziesty na liście najważniejszych przyczyn niepełnosprawności

Szacuje się, że rozpowszechnienie depresji w ciągu życia waha się w zakresie 14,4–18% populacji i dotyczy dwukrotnie częściej kobiet niż u mężczyzn.

Przeprowadzone w Polsce, w latach 2008–2011, badanie EZOP [50] wykazało, że duża depresja dotyczyła 4,0% kobiet. W ciągu życia zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I i afektywne dwubiegunowe typu II- 0,1%, wystąpiło u 0,1% badanej próby, równie często u kobiet, jak i mężczyzn. Dystymia kiedykolwiek w ciągu życia występowała u 0,9% badanych kobiet.

Dane na temat zdrowia z *European Health Interview Survey* z 2014 roku (51) wykazały, że więcej niż jedna na dwanaście kobiet (8,8%) wskazywała, że doświadcza przewlekłej depresji. Częstotliwość występowania przewlekłej depresji wzrastała wraz z wiekiem. W grupie 55–64 lata ponad 11,4% kobiet cierpiało z powodu przewlekłej depresji. Między 65 a 74 rokiem życia zachorowalność spadała i wynosiła u kobiet 9,8% i rosła w starszym wieku (75+) obejmując 12,4% kobiet.

Celem głównym pracy była ocena jakości życia kobiet z zaburzeniami depresyjnymi w wieku rozrodczym.

Za cele szczegółowe uznano:

1. Ocenę jakości życia kobiet w okresie przedmenopauzalnym wykazujących zaburzenia depresyjne.
2. Ocenę jakości życia kobiet w wieku rozrodczym nie wykazujących zaburzeń depresyjnych.

3. Porównanie jakości życia kobiet z zaburzeniami i bez zaburzeń depresyjnych w wieku rozrodczym.
4. Ocenę pozostałych czynników na wpływ jakości życia.

METODYKA BADAŃ

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, od stycznia do kwietnia 2023 roku, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (APK.002.388.2022).

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, poprzez media społecznościowe takie jak: Facebook i Instagram. Zastosowano:

- autorską ankietę składającą się z metryczki i części głównej

Ankieta miała jedno pytanie otwarte dotyczące wieku, 59 pytań jednokrotnego wyboru oraz jednego pytania wielokrotnego wyboru.

3 dodatkowe pytania jednokrotnego wyboru dotyczyły wyłącznie kobiet z zaburzeniami depresyjnymi dotyczyły diagnozy tych zaburzeń oraz wpływu na życie społeczne.

Pytania dotyczyły stanu zdrowia, stanu cywilnego, posiadania dzieci oraz czynników społeczno-ekonomicznych.

Ostatnie 22 pytania odnosiły się do występowania danych czynników w ciągu ostatnich 4. tygodni od wypełnienia formularza

- skróconą Wersję Ankiety Oceniającej Jakość Życia (*The World Health Organization Quality Of Life -Whoqol –Bref*)

Wersja Bref (krótka) WHOQOL została skonstruowana na podstawie WHOQOL-100. Umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin. Skala zawiera również pozycje (pytania), które analizowane są oddzielnie: dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia oraz dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia. Punktacja dziedzin odzwierciedla indywidualne percepcje jakości życia w zakresie tych i ma kierunek pozytywny - im większa liczba punktów tym lepsza jakość życia.

- test DASS 21

Test przedstawia skalę Depresji, Lęku oraz Stresu i zawiera 21 pytań. Zawiera trzy skale, a każda składa się z 7 pozycji podzielonych na podskale z podobnymi treściami:

- Skala depresji pytania: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21.
- Skala lęku pytania: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20.
- Skala stresu pytania: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18

Skala ocen jest następująca i dotyczy ostatniego tygodnia:

- 0 – Nie dotyczy mnie w ogóle – Nigdy
- 1 – Dotyczy mnie w pewnym stopniu lub raz na jakiś czas – Czasami
- 2 – Dotyczy mnie w znacznym stopniu lub przez dłuższą część czasu – Często
- 3 – Dotyczy mnie w bardzo dużym stopniu lub przez większość czasu – Zawsze/Prawie zawsze

Zastosowanie DASS-21 ma służyć wskazaniu kierunków samoobserwacji oraz zwiastować potrzebę uzyskania profesjonalnej pomocy.

Depresja - Wynik w normie 0-9; Średni 10-13; Umiarkowany 14-20; Znaczący 21-27; Bardzo znaczący 28+

Lęk - Wynik w normie 0-7; Średni 8-9; Umiarkowany 10-14; Znaczący 15-19; Bardzo znaczący 20+

Stres - Wynik w normie 0-14; Średni 15-18; Umiarkowany 19-25; Znaczący 26-33; Bardzo znaczący 34+

- Wynik w normie – wskazuje na brak niepokojących problemów.
- Wynik niski – sugeruje, że mogą występować przejawy zaburzeń nastroju niewielkim nasileniu/ częstotliwości.
- Wynik umiarkowany – oznacza, że należy obserwować stan zdrowia, ponieważ mogą rozwijać się niepokojące problemy z nastrojem.
- Wynik znaczący – sygnalizuje możliwą konieczność konsultacji z psychologiem.
- Wynik bardzo znaczący – sugeruje potrzebę objęcia ucznia opieką psychologiczną bądź medyczną

Kryteriami włączenia były:

- płeć żeńska,
- wiek rozrodzony 15-49 lat.

Kryterium wyłączenia były:

- brak zgody na udział w badaniu.

Do opracowania wyników wykorzystano program Excel oraz Statistica 13.3. Badane zmienne nie wykazały rozkładu normalnego.

W celu zbadania istotności pomiędzy grupą kontrolną a badawczą użyto testu Chi-kwadrat.

CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADANEJ

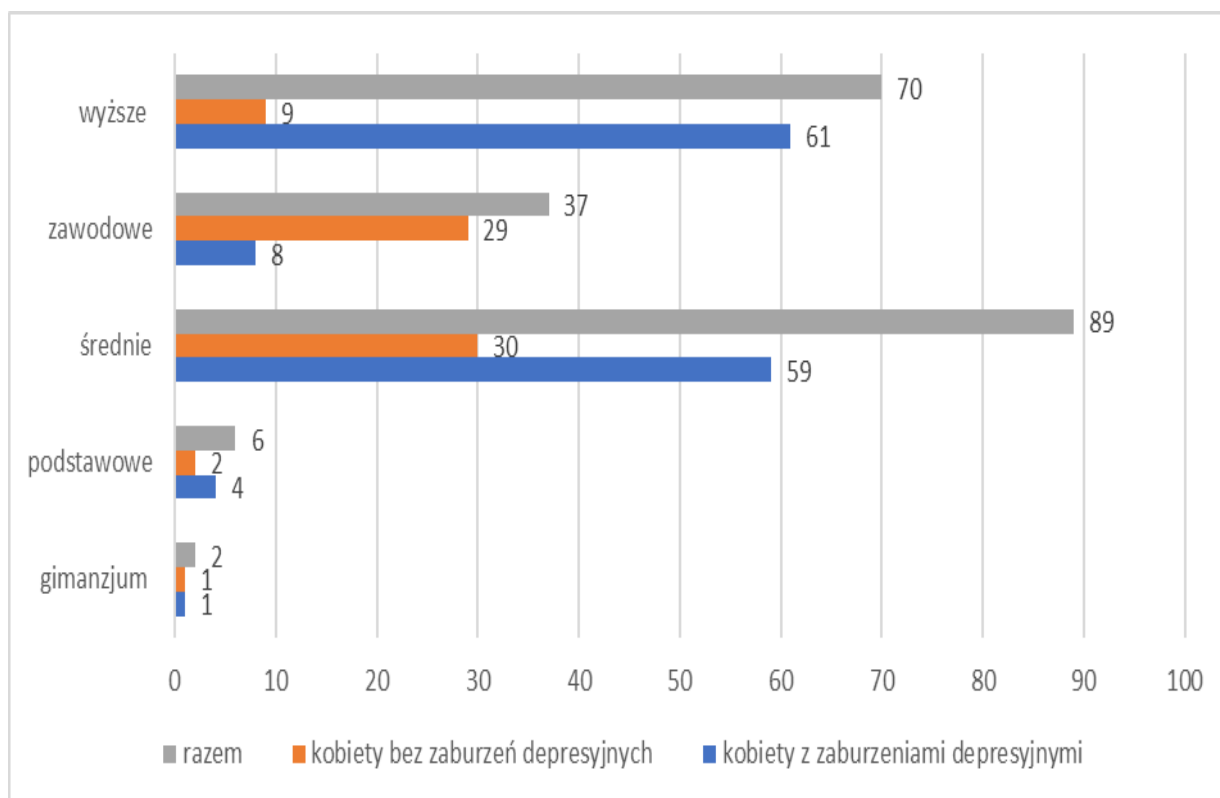
Badaniem objęto 204 kobiety leczące się z powodu depresji, użytkowniczki mediów społecznościowych takich jak: Facebook i Instagram. Grupa badana składała się ze 133 kobiet, natomiast kontrolna z 71.

Respondentki były w wieku rozrodczym, określony zgodnie ze źródłami na 15-49 lat [28]. Żadna z kobiet nie przeszła menopauzy. Najmłodsza respondentka miała 16. lat, a najstarsza 49. lat. Najbardziej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 23 lat, a najmniej - panie w wieku: 16, 42-44 oraz 46-49 lat. Średnia wieku wyniosła $27,2 \pm 7,4$ lat – w tym grupie kontrolnej - $28,7 \pm 7,4$ a w grupie badanej – $26,4\% \pm 7,2$ lat (Tabela 1).

Tabela 1. Wiek badanych, Źródło: opracowanie własne

		Kobiety bez zaburzeń depresyjnych		Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi			
Grupa wieku		Liczba kobiet	Odsetek (%)	Liczba kobiet	Odsetek (%)		
15 - 20 lat		6	8,5	33	24,8		
21 - 25 lat		28	39,4	50	37,6		
26 - 30 lat		12	16,9	19	14,3		
31 - 35 lat		14	19,7	11	8,3		
36 - 40 lat		2	2,8	13	9,8		
41 - 45 lat		7	9,9	6	4,5		
46 - 50 lat		2	2,8	1	0,8		
Średnia wieku		28,7±7,4 lat		26,4%±7,2			
Wiek badanych łącznie							
Wiek	Liczba osób	Wiek	Liczba osób	Wiek	Liczba osób	Wiek	Liczba osób
16 lat	1	25 lat	9	33 lata	6	41 lat	5
18 lat	9	26 lat	8	34 lata	4	42 lata	1
19 lat	6	27 lat	3	35 lat	10	43 lata	1
20 lat	23	28 lat	6	36 lat	4	44 lata	1
21 lat	5	29 lat	8	37 lat	3	45 lat	5
22 lata	11	30 lat	6	38 lat	4	46 lat	1
23 lata	23	31 lat	3	39 lat	2	48 lat	1
24 lata	30	32 lata	2	40 lat	2	49 lat	1
27,2±7,4 lat							

Większość ankietowanych posiadała wykształcenie wyższe (43,6%). Nieznacznie mniejsza grupa reprezentowana przez 43,6% zaznaczyła wykształcenie średnie. 8,3% stanowiły osoby wykształcone zawodowo, a 1% gimnazjalne. Pozostałe 2,9% opiniodawczyń wskazało wykształcenie podstawowe lub niepełne podstawowe. W grupie kontrolnej dominowały badane z wykształceniem średnim, w grupie z zaburzeniami depresyjnymi – z wykształceniem wyższym (Rycina 1).

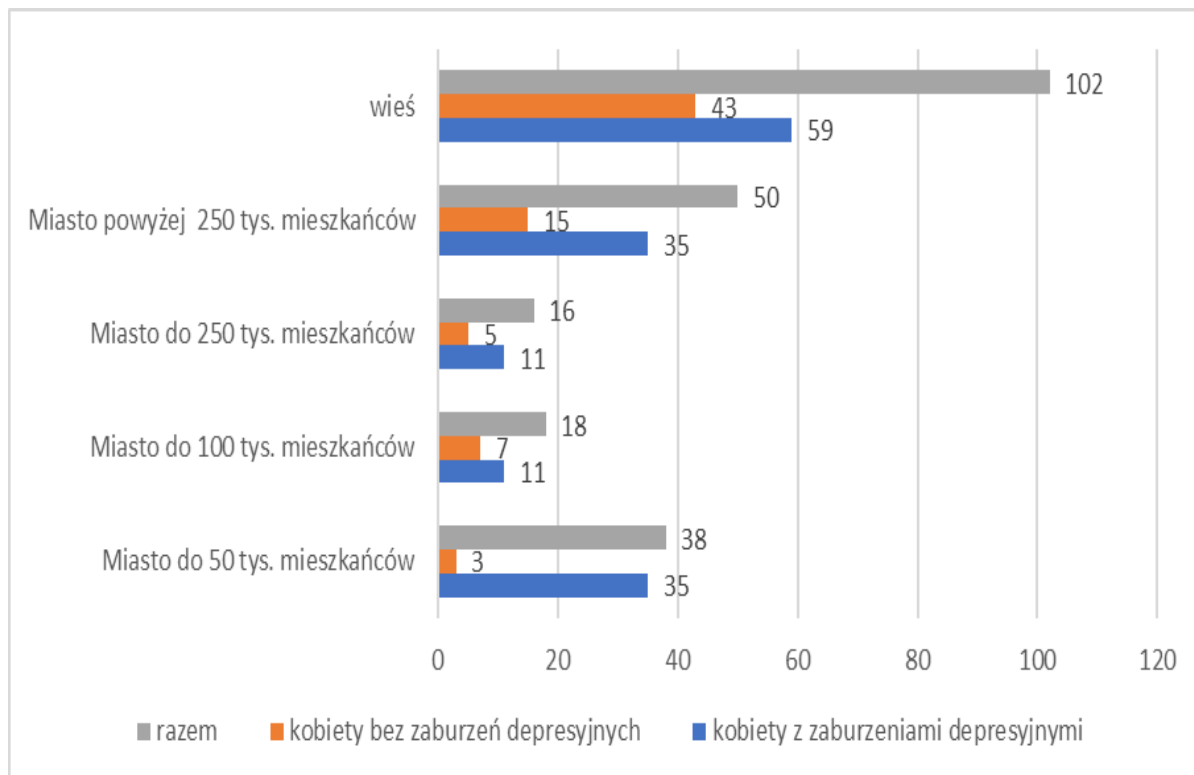


Rycina 1. Wykształcenie badanych. Źródło: opracowanie własne.

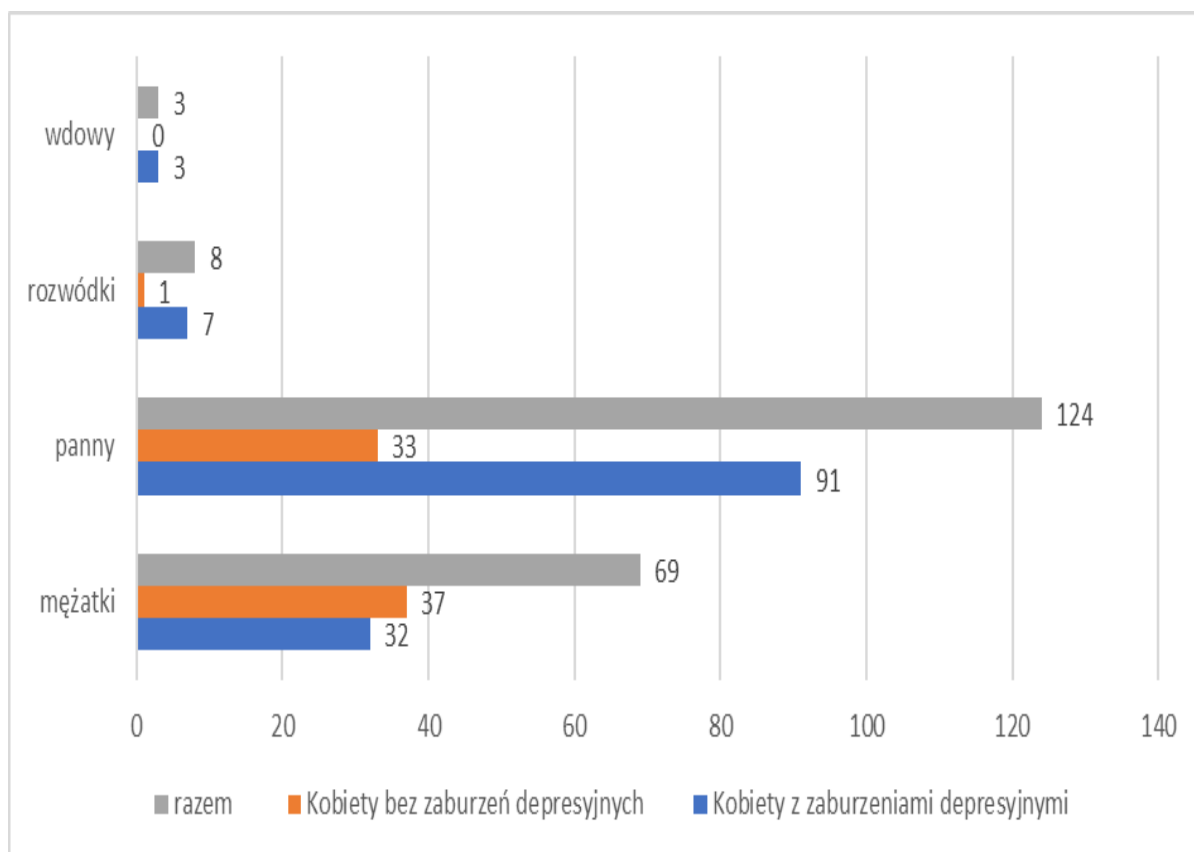
Mieszkanki wsi stanowiły 50% ankietowanych, mieszkanki miast powyżej 250 tys. mieszkańców - 24,5% badanych, miast do 250 tys. mieszkańców - 6,9% kobiet, miast do 100 tys. mieszkańców - 8,8%, a miast do 50 tys. mieszkańców - 9,8%. W grupie kontrolnej i badanej przeważały osoby mieszkające na wsi (Rycina 2).

Ponad połowa respondentek (60,8%) była pannami, 33,8% kobiet stanowiły mężatki, 3,9% było rozwódkami, a pozostałe 1,5% to wdowy. W grupie kontrolnej dominowały mężatki, a w grupie badanej panny (Rycina 3).

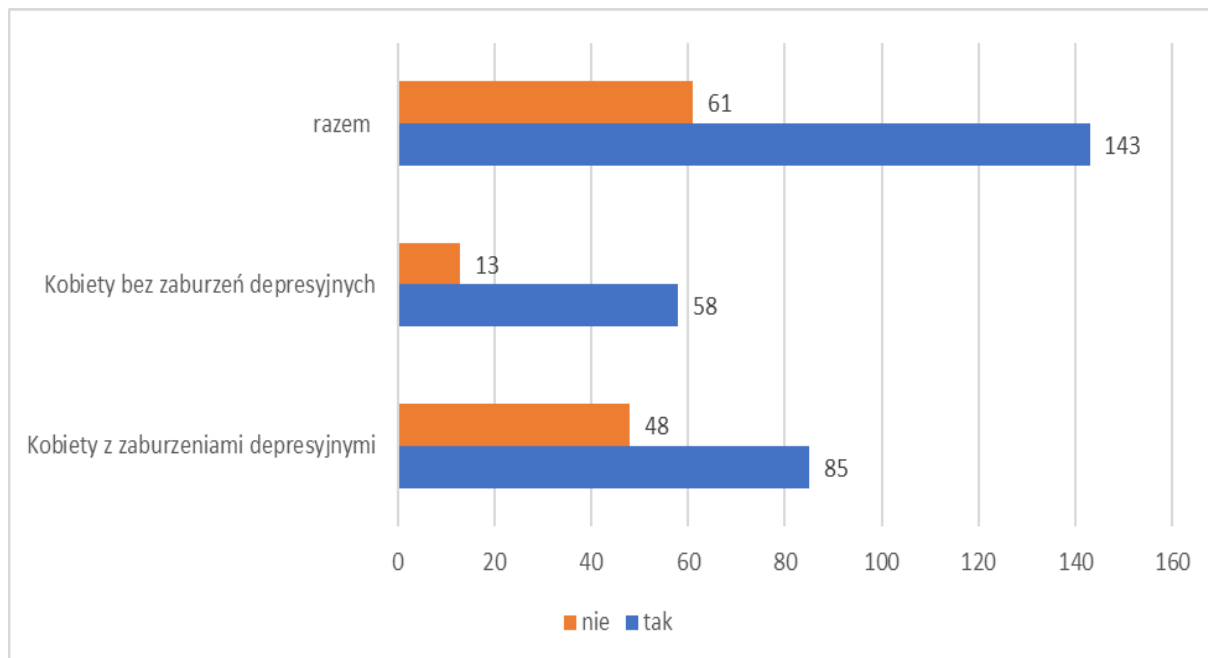
70,1% respondentek podało, że jest w stałym związku, a pozostałe 29,9% zaprzeczyło temu (Rycina 4).



Rycina 2. Miejsce zamieszkania badanych. Źródło: opracowanie własne.

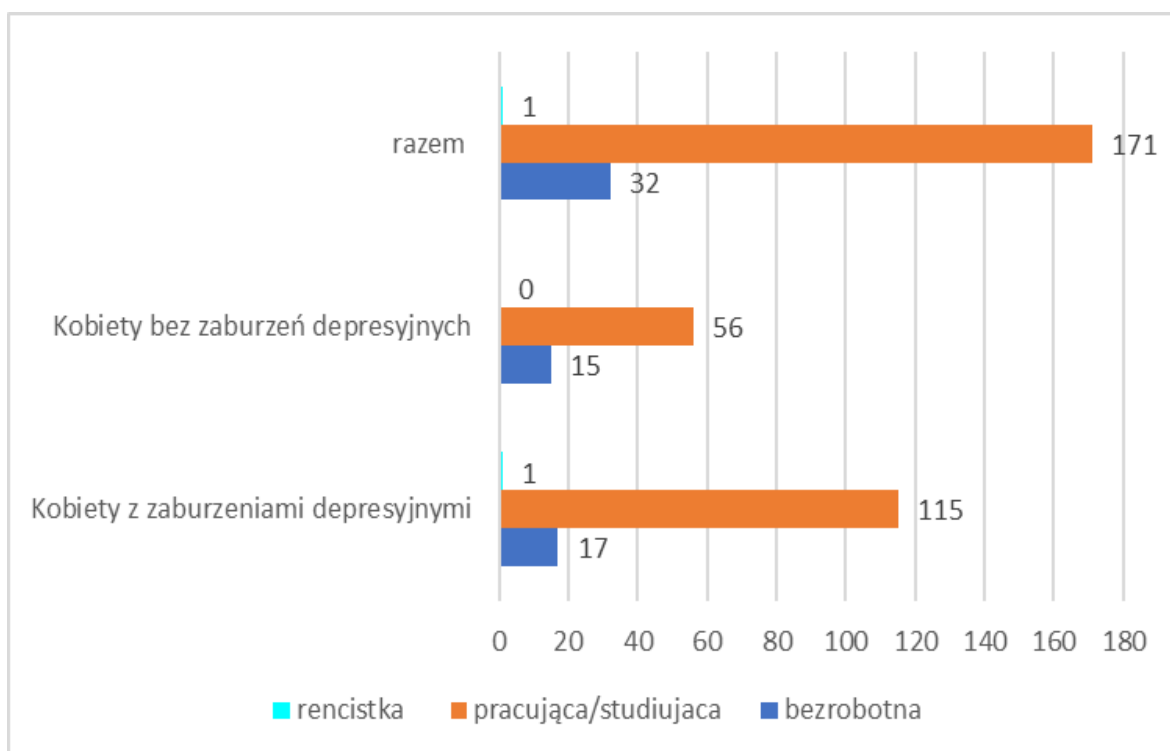


Rycina 3. Stan cywilny respondentek. Źródło: opracowanie własne.



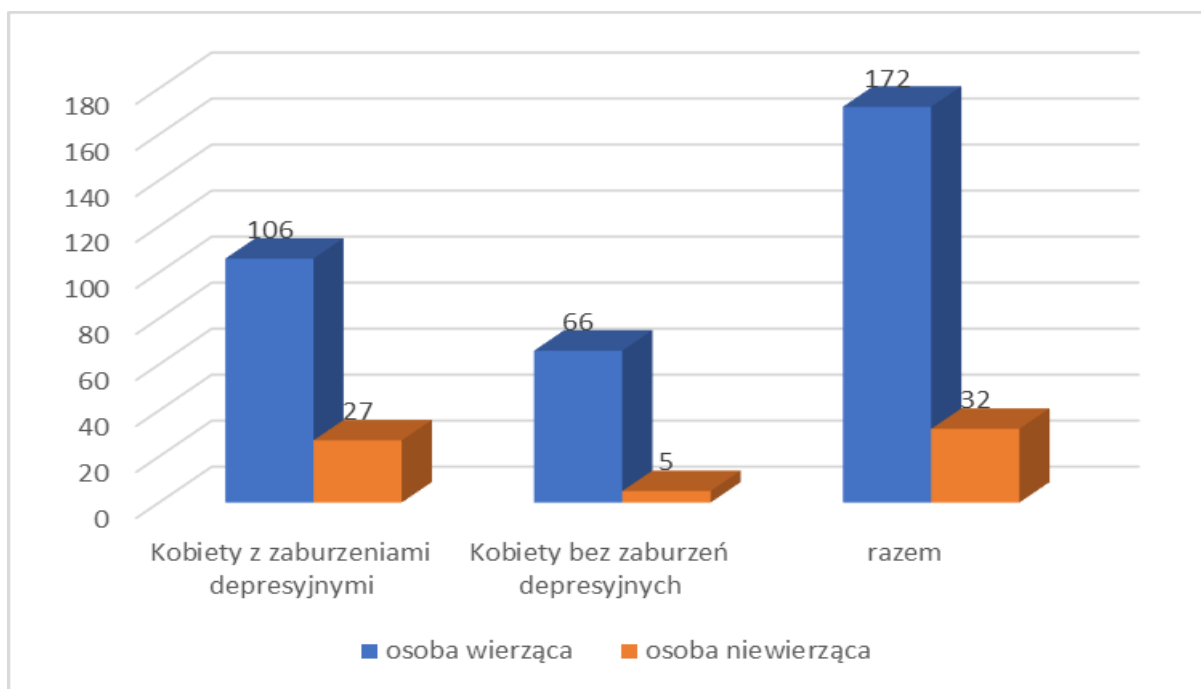
Rycina 4. Deklaracja bycia w stałym związku. Źródło: opracowanie własne.

Najbardziej liczną grupą (83,8%) były kobiety pracujące lub studiujące. Kolejną co do wielkości grupą były osoby bezrobotne stanowiące 15,7% grupy, a pozostałe 0,5% stanowiły rencistki.



Rycina 5. Pozycja społeczna badanych. Źródło: opracowanie własne.

Większość respondentek, bo aż 84,3% uznawała się za osobę wierzącą, natomiast 15,7% badanych nie (Rycina 6).



Rycina 6. Deklaracja wiary respondentek. Źródło: opracowanie własne.

WYNIKI

Najbardziej licznie w obu grupach prezentowane były kobiety w wieku 21-25 lat (37,75% ogółu), z czego co 4. kobieta w tym wieku doświadczyła zaburzeń depresyjnych. Analiza wykazała istotność statystyczną pomiędzy wiekiem, a występowaniem zaburzeń depresyjnych (Tabela 2).

Tabela 2. Doświadczenie zaburzeń depresyjnych a wiek badanych

Grupy wieku	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
15 – 20 lat	7	33	40	0,01
%kolumny	9,86%	24,81%		
%wiersza	17,50%	82,50%		
% ogółu	3,43%	16,18%	19,61%	
21 – 25 lat	27	50	77	
%kolumny	38,03%	37,59%		
%wiersza	35,06%	64,94%		
% ogółu	13,24%	24,51%	37,75%	
26 – 30 lat	12	19	31	
%kolumny	16,90%	14,29%		
%wiersza	38,71%	61,29%		
% ogółu	5,88%	9,31%	15,20%	
31 – 35 lat	14	11	25	
%kolumny	19,72%	8,27%		
%wiersza	56,00%	44,00%		
% ogółu	6,86%	5,39%	12,25%	
36 – 40 lat	2	13	15	
%kolumny	2,82%	9,77%		
%wiersza	13,33%	86,67%		
% ogółu	0,98%	6,37%	7,35%	
41 – 45 lat	7	6	13	
%kolumny	9,86%	4,51%		
%wiersza	53,85%	46,15%		
% ogółu	3,43%	2,94%	6,37%	
46 – 49 lat	2	1	3	
%kolumny	2,82%	0,75%		
%wiersza	66,67%	33,33%		
% ogółu	0,98%	0,49%	1,47%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Wśród kobiet niewykazujących występowania zaburzeń depresyjnych najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (42,25%), natomiast w grupie przeciwnej dominowało wykształcenie wyższe (45,86%). Wyniki obrazuje Tabela 3. Nie wykazano w powyższym istotności statystycznej.

Tabela 3. Doświadczenie zaburzeń depresyjnych a poziom wykształcenia

Poziom wykształcenia	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Podstawowe lub niepełne podstawowe	2	4	6	0,99
%kolumny	2,82%	3,01%		
%wiersza	33,33%	66,67%		
%ogółu	0,98%	1,96%	2,94%	
Zawodowe	9	8	17	
%kolumny	12,68%	6,02%		
%wiersza	52,94%	47,06%		
%ogółu	4,41%	3,92%	8,33%	
Średnie	30	59	89	
%kolumny	42,25%	44,36%		
%wiersza	33,71%	66,29%		
%ogółu	14,71%	28,92%	43,63%	
Gimnazjalne	1	1	2	
%kolumny	1,41%	0,75%		
%wiersza	50,00%	50,00%		
%ogółu	0,49%	0,49%	0,98%	
Wyższe	29	61	90	
%kolumny	40,85%	45,86%		
%wiersza	32,22%	67,78%		
%ogółu	14,22%	29,90%	44,12%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 4 obrazuje zależności pomiędzy doświadczeniem zaburzeń depresyjnych a stanem cywilnym ankietowanych. Okazało się, że 52,11% kobiet w grupie kontrolnej to mężatki, natomiast w grupie badanej przeważały panny (68,42%). Wykazano zależność istotnie statystycznie zależności pomiędzy stanem cywilnym, a występowaniem zaburzeń depresyjnych.

Tabela 4. Doświadczenie zaburzeń depresyjnych a stan cywilny

Stan cywilny	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Panna	33	91	124	0,08
%kolumny	46,48%	68,42%		
%wiersza	26,61%	73,39%		
%ogółu	16,18%	44,61%	60,78%	
Mężatka	37	32	69	
%kolumny	52,11%	24,06%		
%wiersza	53,62%	46,38%		
%ogółu	18,14%	15,69%	33,82%	
Rozwódka	1	7	8	
%kolumny	1,41%	5,26%		
%wiersza	12,50%	87,50%		
%ogółu	0,49%	3,43%	3,92%	
Wdowa	0	3	3	
%kolumny	0,00%	2,26%		
%wiersza	0,00%	100,00%		
%ogółu	0,00%	1,47%	1,47%	
Ogół	71	133	204	
%ogółem	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

W obu grupach przeważały kobiety będące w związku. Wśród kobiet nie podających doświadczenia zaburzeń depresyjnych stanowiły one 81,69% osób, natomiast w grupie drugiej 63,91% (Tabela 5).

Tabela 5. Doświadczenie zaburzeń depresyjnych a bycie w stałym związku

Czy jest Pani w związku?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nie	13	48	61	0,01
%kolumny	18,31%	36,09%		
%wiersza	21,31%	78,69%		
%ogółu	6,37%	23,53%	29,90%	
Tak	58	85	143	
%kolumny	81,69%	63,91%		
%wiersza	40,56%	59,44%		
%ogółu	28,43%	41,67%	70,10%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Jak przedstawia tabela 6 żadna z respondentek nie przeszła menopauzy (Tabela 6).

Tabela 6. Doświadczenie zaburzeń depresyjnych a przejście menopauzy

Czy przeszła Pani menopauzę?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nie	71	133	204	0,3
% kolumny	100,00%	100,00%		
% wiersza	35,15%	64,85%		
% ogółu	34,80%	64,22%	100%	
Tak	0	0		
% kolumny	0,00%	0,0%		
% wiersza	0,00%	100,00%		
% ogółu	0,00%	0,00%		
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100%	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 7 przedstawia miejsce zamieszkania respondentek z podziałem na grupę kontrolną i badaną.

Tabela 7. Doświadczenie zaburzeń depresyjnych a miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem
Wieś	43	59	102
% kolumny	60,56%	44,36%	
% wiersza	42,16%	57,84%	
% ogółu	21,08%	28,92%	50,00%
Miasto do 50 tys. mieszkańców	3	17	20
% kolumny	4,23%	12,78%	
% wiersza	15,00%	85,00%	
% ogółu	1,47%	8,33%	9,80%
Miasto do 100 tys. mieszkańców	7	11	18
% kolumny	9,86%	8,27%	
% wiersza	38,89%	61,11%	
% ogółu	3,43%	5,39%	8,82%
Miasto do 250 tys. mieszkańców	3	11	14
% kolumny	4,23%	8,27%	
% wiersza	21,43%	78,57%	
% ogółu	1,47%	5,39%	6,86%

Miejsce zamieszkania	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem
Wieś	43	59	102
% kolumny	60,56%	44,36%	
% wiersza	42,16%	57,84%	
% ogółu	21,08%	28,92%	50,00%
Miasto do 50 tys. mieszkańców	3	17	20
% kolumny	4,23%	12,78%	
% wiersza	15,00%	85,00%	
% ogółu	1,47%	8,33%	9,80%
Miasto do 100 tys. mieszkańców	7	11	18
% kolumny	9,86%	8,27%	
% wiersza	38,89%	61,11%	
% ogółu	3,43%	5,39%	8,82%
Miasto do 250 tys. mieszkańców	3	11	14
Miasto powyżej 250 tys. mieszkańców	15	35	50
% kolumny	21,13%	26,32%	
% wiersza	30,00%	70,00%	
% ogółu	7,35%	17,16%	24,51%
Ogół	71	133	204
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%

Źródło: Opracowanie własne.

Najczęściej zamieszkiwanym miejscem przez kobiety nie zgłaszające występowania zaburzeń depresyjnych była wieś (60,56%). Także w przypadku kobiet podających w samoocenie występowanie zaburzeń depresyjnych również były to tereny wiejskie (44,36%). Nie wykazano w powyższym istotności statystycznej ($p=0,11$).

Jak wynika z tabeli 8 - 78,87% kobiet niewykazujących zaburzeń depresyjnych było pracujących lub biernych zawodowo (np. studiowało). Nieznacznie więcej, a mianowicie 86,47% znajdowało się w grupie z zaburzeniami depresyjnymi. Stwierdzono w powyższym brak istotności statystycznej ($p=0,23$). Wyniki obrazuje Tabela 8.

W pytaniu dotyczącym wiary, prawie 93% kobiet z grupy kontrolnej i 79,7% z grupy badanej zaznaczyło, że jest osobą wierzącą (zależności istotne statystycznie, $p = 0,01$). Wyniki obrazuje Tabela 9.

Tabela 8. Doświadczenie zaburzeń depresyjnych a pozycja społeczna

Pozycja społeczna	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem
Pracująca/bierna zawodowo (np. studentka)	56	115	171
%kolumny	78,87%	86,47%	
%wiersza	32,75%	67,25%	
%ogółu	27,45%	56,37%	83,82%
Bezrobotna	15	17	32
%kolumny	21,13%	12,78%	
%wiersza	46,88%	53,13%	
%ogółu	7,35%	8,33%	15,69%
Rencistka	0	1	1
%kolumny	0,00%	0,75%	
%wiersza	0,00%	100,00%	
%ogółu	0,00%	0,49%	0,49%
Ogół	71	133	204
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 9. Doświadczenie zaburzeń depresyjnych a wyznawana wiara

Czy jest Pani osobą wierzącą?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem
Nie	5	27	32
%kolumny	7,04%	20,30%	
%wiersza	15,63%	84,38%	
%ogółu	2,45%	13,24%	15,69%
Tak	66	106	172
%kolumny	92,96%	79,70%	
%wiersza	38,37%	61,63%	
%ogółu	32,35%	51,96%	84,31%
Ogół	71	133	204
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%

Źródło: Opracowanie własne.

W badanej grupie w minimalnym odsetku (9,8%) kobiety odczuwały jakiegokolwiek inne dolegliwości poza depresją, najczęściej było to nadciśnienie tętnicze (2%). Wyniki obrazuje Tabela 10.

Tabela 10. Choroby towarzyszące w grupie badanych

Jednostka chorobowa	liczba	%
Astma	2	1%
Cukrzyca	2	1%
Insulinooporność	3	1,5%
Nadciśnienie tętnicze	4	2%
Nadczynność tarczycy	3	1,5%
Reflux	1	0,5%
Zaburzenia rytmu serca	1	0,5%
Zespół jelita drażliwego	2	1%
Zwyrodnienie stawów	2	1%
razem	20	9,8%

Jednostka chorobowa	liczba
Zwyrodnienie stawów	2
zespół jelita drażliwego	2
zaburzenia rytmu serca	1
reflux	1
Nadczynność tarczycy	3
Nadciśnienie tętnicze	4
Insulinooporność	3
Cukrzyca	2
Astma	2

Źródło: Opracowanie własne.

Niewiele (ponad 7 punktów procentowych) w grupie kobiet z zaburzeniami, w porównaniu do grupy kontrolnej, przeważały kobiety, które nie przyjmowały leków. Nie wykazano istotności statystycznej, $p=0,3$ (Tabela 11).

Tabela 11. Deklarowane przez badane przyjmowanie leków.

Czy przyjmuje Pani leki?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem
Tak	27	41	68
%kolumny	38,03%	30,83%	
%wiersza	39,71%	60,29%	
%ogółu	13,24%	20,10%	33,33%
Nie	44	92	136
%kolumny	61,97%	69,17%	
%wiersza	32,35%	67,65%	
%ogółu	21,57%	45,10%	66,67%
Ogół	71	133	204
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%

Źródło: Opracowanie własne.

Okolo 3 na 4 kobiety zarówno w grupie kontrolnej jak i badawczej nie paliły papierosów. Analiza wykazała brak istotności statystycznej, $p=0,76$. (Tabela 12).

Tabela 12. Deklaracja palenia papierosów przez badane

Czy pali Pani papierosy?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem
Nie	52	100	152
%kolumny	73,24%	75,19%	
%wiersza	34,21%	65,79%	
% ogółu	25,49%	49,02%	74,51%
Tak	19	33	52
%kolumny	26,76%	24,81%	
%wiersza	36,54%	63,46%	
% ogółu	9,31%	16,18%	25,49%
Ogół	71	133	204
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%

Źródło: Opracowanie własne. P= 0,76

Zauważono przewagę kobiet bezdzietnych nad matkami - w grupie kobiet bez zaburzeń depresyjnych stanowiły one 60,56% a z kolei wśród kobiet z zaburzeniami depresyjnymi było ich 66,17%. Nie wykazano w tym względzie istotności statystycznej ($p=0,43$). Wyniki obrazuje Tabela 13.

Tabela 13. Deklaracja posiadania dzieci

Czy ma Pani dzieci?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem
Nie	43	88	131
%kolumny	60,56%	66,17%	
%wiersza	32,82%	67,18%	
% ogółu	21,08%	43,14%	64,22%
Tak	28	45	73
%kolumny	39,44%	33,83%	
%wiersza	38,36%	61,64%	
% ogółu	13,73%	22,06%	35,78%
Ogół	71	133	204
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%

Źródło: Opracowanie własne.

Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi, w porównaniu z kobietami bez tych zaburzeń, nieco rzadziej nie posiadały życiowego celu. W ujęciu procentowym wygląda to następująco:

14,29% kobiety z zaburzeniami depresyjnymi oraz 16,9% kobiety bez tych zaburzeń. Wyniki obrazuje Tabela 14.

Tabela 14. Deklaracja posiadania życiowego celu

Czy posiada Pani życiowy cel?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nie	12	19	31	0,62
%kolumny	16,90%	14,29%		
%wiersza	38,71%	61,29%		
%ogółu	5,88%	9,31%	15,20%	
Tak	59	114	173	
%kolumny	83,10%	85,71%		
%wiersza	34,10%	65,90%		
%ogółu	28,92%	55,88%	84,80%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Wśród kobiet, u których wystąpiły zaburzenia depresyjne najbardziej liczną grupę stanowiły osoby niezdiagnozowane przez psychiatrę (66,17%). Wyniki obrazuje Tabela 15.

Tabela 15. Deklaracja diagnozy zaburzeń depresyjnych przez psychiatrę

Czy zdiagnozowano u Pani zaburzenia depresyjne/depresję	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem
Nie	88	88
%kolumny	66,17%	
%wiersza	100,00%	
%ogółu	66,17%	66,17%
Tak, przed pandemią COVID-19	22	22
%kolumny	16,54%	
%wiersza	100,00%	
%ogółu	16,54%	16,54%
Tak, w czasie trwania pandemii COVID-19	23	23
%kolumny	17,29%	
%wiersza	100,00%	
%ogółu	17,29%	17,29%
Ogół	133	133
%ogółu	100,00%	100,00%

Źródło: Opracowanie własne.

Ponad połowa grupy badanej (65,41%) od momentu zachorowania/wystąpienia objawów zauważyła pogorszenie relacji z bliskimi. Wyniki obrazuje Tabela 16.

Tabela 16. Wpływ wystąpienia objawów na relacje z bliskimi

Czy od momentu zachorowania/wystąpienia objawów zauważyła Pani pogorszenie relacji z bliskimi?	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem
Nie	46	46
%kolumny	34,59%	
%wiersza	100,00%	
% ogółu	34,59%	34,59%
Tak	87	87
%kolumny	65,41%	
%wiersza	100,00%	
% ogółu	65,41%	65,41%
Ogół	133	133
% ogółu	100,00%	100,00%

Źródło: Opracowanie własne.

Ponad 3 na 4 kobiety (76,69%) z zaburzeniami depresyjnymi od momentu wystąpienia objawów stały się mniej aktywne społecznie i rzadziej opuszczały dom (Tab.17).

Tabela 17. Wpływ wystąpienia objawów na życie społeczne.

Czy od czasu wystąpienia objawów stała się Pani mniej aktywna społecznie (rzadsze wyjścia z domu)?	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem
Nie	31	31
%kolumny	23,31%	
%wiersza	100,00%	
% ogółu	23,31%	23,31%
Tak	102	102
%kolumny	76,69%	
%wiersza	100,00%	
% ogółu	76,69%	76,69%
Ogół	133	133
% ogółu	100,00%	100,00%

Źródło: Opracowanie własne.

Jakość swojego życia jako bardzo złą oceniło 2,29% kobiet z zaburzeniami depresyjnymi, a 3,01% jako złą. W grupie kontrolnej żadna z respondentek nie zaznaczyła takich odpowiedzi (Tabela 18).

Tabela 18. Samocena jakości życia respondentek

Jaka jest Pani jakość życia?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Bardzo zła	0	3	3	0,0005
%kolumny	0,00%	2,26%		
% wiersza	0,00%	100,00%		
% ogółu	0,00%	1,47%	1,47%	
Zła	0	4	4	
%kolumny	0,00%	3,01%		
% wiersza	0,00%	100,00%		
% ogółu	0,00%	1,96%	1,96%	
Ani dobra ani zła	11	40	51	
%kolumny	15,49%	30,08%		
% wiersza	21,57%	78,43%		
% ogółu	5,39%	19,61%	25,00%	
Dobra	40	75	115	
%kolumny	56,34%	56,39%		
% wiersza	34,78%	65,22%		
% ogółu	19,61%	36,76%	56,37%	
Bardzo dobra	20	11	31	
%kolumny	28,17%	8,27%		
% wiersza	64,52%	35,48%		
% ogółu	9,80%	5,39%	15,20%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Bardzo niezadowolonych ze swojego życia było 1,5% kobiet z grupy badanej, a 20,3% niezadowolonych. W grupie kontrolnej niezadowolonych kobiet było prawie 13%, natomiast bardzo niezadowolonej żadnej (tabela 19).

Najbardziej liczną grupę wśród kobiet mających doświadczeń zaburzeń depresyjnych stanowiły kobiety, którym ból wcale nie przeszkadzał w tym co powinny robić. Z kolei w grupie kobiet z zaburzeniami depresyjnymi przeważały osoby, którym ból nieco przeszkadzał w wykonywaniu swoich powinności (Tab.20)

12,78% kobiet wykazujących zaburzenia depresyjne potrzebowało w bardzo dużym stopniu włączenia leczenia medycznego, aby móc codziennie funkcjonować. W przypadku kobiet bez zaburzeń depresyjnych takiego leczenia wymagało 7,04% (Tab. 21)

Tabela 19. Zadowolenie ze swojego zdrowia.

Czy jest Pani zadowolona ze swojego zdrowia?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Bardzo niezadowolona	0	2	2	0,03
% kolumny	0,00%	1,50%		
% wiersza	0,00%	100,00%		
% ogółu	0,00%	0,98%	0,98%	
Niezadowolona	9	27	36	
% kolumny	12,68%	20,30%		
% wiersza	25,00%	75,00%		
% ogółu	4,41%	13,24%	17,65%	
Ani zadowolona, ani niezadowolona	16	43	59	
% kolumny	22,54%	32,33%		
% wiersza	27,12%	72,88%		
% ogółu	7,84%	21,08%	28,92%	
Zadowolona	37	56	93	
% kolumny	52,11%	42,11%		
% wiersza	39,78%	60,22%		
% ogółu	18,14%	27,45%	45,59%	
Bardzo zadowolona	9	5	14	
% kolumny	12,68%	3,76%		
% wiersza	64,29%	35,71%		
% ogółu	4,41%	2,45%	6,86%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 20. Ocena skali bólu, który przeszkadzał w wykonywaniu czynności.

Jak bardzo ból przeszkadzał Pani robić to co Pani powinna?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
W bardzo dużym stopniu	3	7	10	0,13
% kolumny	4,23%	5,26%		
% wiersza	30,00%	70,00%		
% ogółu	1,47%	3,43%	4,90%	
W dużym stopniu	3	2	5	
% kolumny	4,23%	1,50%		
% wiersza	60,00%	40,00%		
% ogółu	1,47%	0,98%	2,45%	

Średnio	18	46	64	0,13
%kolumny	25,35%	34,59%		
%wiersza	28,13%	71,88%		
%ogółu	8,82%	22,55%	31,37%	
Nieco	23	52	75	
%kolumny	32,39%	39,10%		
%wiersza	30,67%	69,33%		
%ogółu	11,27%	25,49%	36,76%	
Wcale	24	26	50	
%kolumny	33,80%	19,55%		
%wiersza	48,00%	52,00%		
%ogółu	11,76%	12,75%	24,51%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 21. Potrzeba leczenia medycznego związana z codziennym funkcjonowaniem.

W jakim stopniu potrzebuje Pani leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
W bardzo dużym stopniu	5	17	22	0,52
%kolumny	7,04%	12,78%		
%wiersza	22,73%	77,27%		
%ogółu	2,45%	8,33%	10,78%	
W dużym stopniu	15	25	40	
%kolumny	21,13%	18,80%		
%wiersza	37,50%	62,50%		
%ogółu	7,35%	12,25%	19,61%	
Średnio	20	39	59	
%kolumny	28,17%	29,32%		
%wiersza	33,90%	66,10%		
%ogółu	9,80%	19,12%	28,92%	
Nieco	12	27	39	
%kolumny	16,90%	20,30%		
%wiersza	30,77%	69,23%		
%ogółu	5,88%	13,24%	19,12%	
Wcale	19	25	44	
%kolumny	26,76%	18,80%		
%wiersza	43,18%	56,82%		
%ogółu	9,31%	12,25%	21,57%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Na pytanie, ile mają radości w życiu, 5,26% kobiet zaburzeniami depresyjnymi odpowiedziało, że nie ma jej wcale. W grupie kobiet nie wykazujących takowych zaburzeń nikt nie udzielił takiej odpowiedzi (Tabela 22).

Tabela 22. Skala radości w życiu w samoocenie badanych

Ile ma Pani radości w życiu?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Wcale	0	7	7	0,1
%kolumny	0,00%	5,26%		
%wiersza	0,00%	100,00%		
%ogółu	0,00%	3,43%	3,43%	
Nieco	12	10	22	
%kolumny	16,90%	7,52%		
%wiersza	54,55%	45,45%		
%ogółu	5,88%	4,90%	10,78%	
Średnio	11	23	34	
%kolumny	15,49%	17,29%		
%wiersza	32,5%	67,65%		
%ogółu	5,39%	11,27%	16,67%	
W dużym stopniu	12	26	38	
%kolumny	16,90%	19,55%		
%wiersza	31,58%	68,42%		
%ogółu	5,88%	12,75%	18,63%	
W bardzo dużym stopniu	36	67	103	
%kolumny	50,70%	50,38%		
%wiersza	34,95%	65,05%		
%ogółu	17,65%	32,84%	50,49%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Najczęściej udzielaną odpowiedzią przez kobiety niewykazujące zaburzeń depresyjnych dotyczącą stopnia oceny sensu swojego życia była odpowiedź „w dużym stopniu”. Zaznaczyło ją 54,93% kobiet. W grupie kobiet z zaburzeniami depresyjnymi najwięcej (39,85% osób) podało, że ich życie ma sens w średnim stopniu. Była to najczęściej udzielona odpowiedź (Tabela 23).

Ponad połowa kobiet bez zaburzeń depresyjnych (54,93%) uważała w samoocenie, że koncentruje uwagę dobrze. W grupie badanej kobiety najczęściej deklarowały, że koncentrują uwagę średnio (51,88%). Wyniki obrazuje Tabela 24.

Tabela 23. Stopień oceny sensu swojego życia.

W jakim stopniu ocenia Pani, że Pani życie ma sens?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Wcale	1	6	7	0,00001
%kolumny	1,41%	4,51%		
% wiersza	14,29%	85,71%		
% ogółu	0,49%	2,94%	3,43%	
Nieco	0	13	13	
%kolumny	0,00%	9,77%		
% wiersza	0,00%	100,00%		
% ogółu	0,00%	6,37%	6,37%	
Średnio	11	53	64	
%kolumny	15,49%	39,85%		
% wiersza	17,19%	82,81%		
% ogółu	5,39%	25,98%	31,37%	
W dużym stopniu	39	44	83	
%kolumny	54,93%	33,08%		
% wiersza	46,99%	53,01%		
% ogółu	19,12%	21,57%	40,69%	
W bardzo dużym stopniu	20	17	37	
%kolumny	28,17%	12,78%		
% wiersza	54,05%	45,95%		
% ogółu	9,80%	8,33%	18,14%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 24. Deklaracja stopnia koncertowania uwagi

Czy dobrze koncentruje Pani uwagę?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Wcale	0	4	4	0,00
%kolumny	0,00%	3,01%		
% wiersza	0,00%	100,00%		
% ogółu	0,00%	1,96%	1,96%	
Nieco	1	22	23	
%kolumny	1,41%	16,54%		
% wiersza	4,35%	95,65%		
% ogółu	0,49%	10,78%	11,27%	
Średnio	15	69	84	
%kolumny	21,13%	51,88%		
% wiersza	17,86%	82,14%		
% ogółu	7,35%	33,82%	41,18%	

Dość dobrze	39	33	72	0,00
%kolumny	54,93%	24,81%		
%wiersza	54,17%	45,83%		
% ogółu	19,12%	16,18%	35,29%	
Bardzo dobrze	16	5	21	
%kolumny	22,54%	3,76%		
%wiersza	76,19%	23,81%		
% ogółu	7,84%	2,45%	10,29%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

6,02% kobiet z grupy badanej wcale nie czuło się bezpiecznie w codziennym życiu, a 12,78% czuło się nieco bezpiecznie, podczas gdy w grupie kontrolnej nie padła żadna z tych odpowiedzi (Tabela 25).

Tabela 25. Poczucie bezpieczeństwa w codziennym życiu.

Jak bezpiecznie czuje się Pani w codziennym życiu?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Wcale	0	8	8	0,00
%kolumny	0,00%	6,02%		
%wiersza	0,00%	100,00%		
% ogółu	0,00%	3,92%	3,92%	
Nieco	0	17	17	
%kolumny	0,00%	12,78%		
%wiersza	0,00%	100,00%		
% ogółu	0,00%	8,33%	8,33%	
Średnio	8	37	45	
%kolumny	11,27%	27,82%		
%wiersza	17,78%	82,22%		
% ogółu	3,92%	18,14%	22,06%	
Dość dobrze	44	62	106	
%kolumny	61,97%	46,62%		
%wiersza	41,51%	58,49%		
% ogółu	21,57%	30,39%	51,96%	
Bardzo dobrze	19	9	28	
%kolumny	26,76%	6,77%		
%wiersza	67,86%	32,14%		
% ogółu	9,31%	4,41%	13,73%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Najczęściej otoczenie kobiet bez zaburzeń depresyjnych dość dobrze sprzyjało ich zdrowiu. Odpowiedzi takiej udzieliło 49,3% grupy. W przypadku kobiet z zaburzeniami depresyjnymi - 43,61% osób stwierdziło, że ich otoczenie przeważnie średnio wpływa na ich zdrowie (Tab. 26).

Tabela 26. Otoczenie sprzyjające zdrowiu.

W jakim stopniu Pani otoczenie sprzyja zdrowiu?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Wcale	1	6	7	0,001
% kolumny	1,41%	4,51%		
% wiersza	14,29%	85,71%		
% ogółu	0,49%	2,94%	3,43%	
Nieco	1	15	16	
% kolumny	1,41%	11,28%		
% wiersza	6,25%	93,75%		
% ogółu	0,49%	7,35%	7,84%	
Średnio	21	58	79	
% kolumny	29,58%	43,61%		
% wiersza	26,58%	73,42%		
% ogółu	10,29%	28,43%	38,73%	
Dość dobrze	35	46	81	
% kolumny	49,30%	34,59%		
% wiersza	43,21%	56,79%		
% ogółu	17,16%	22,55%	39,71%	
Bardzo dobrze	13	8	21	
% kolumny	18,31%	6,02%		
% wiersza	61,90%	38,10%		
% ogółu	6,37%	3,92%	10,29%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Najliczniejsza grupa kobiet niewykazujących zaburzeń depresyjnych wskazała, że ma przeważnie wystarczająco energii w swoim życiu (47,89%), z kolei największa grupa kobiet z tymi zaburzeniami zaznaczyła odpowiedź umiarkowanie (43,61%). Wyniki obrazuje Tabela 27.

2,82% kobiet z grupy kontrolnej wcale nie było w stanie zaakceptować swojego wyglądu fizycznego, natomiast w grupie badanej 10,53%. (Tab. 28)

Tabela 27. Ilość energii w życiu.

Czy ma Pani wystarczająco energii w swoim życiu?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Wcale	1	11	12	0,00
%kolumny	1,41%	8,27%		
%wiersza	8,33%	91,67%		
%ogółu	0,49%	5,39%	5,88%	
Nieco	2	33	35	
%kolumny	2,82%	24,81%		
%wiersza	5,71%	94,29%		
%ogółu	0,98%	16,18%	17,16%	
Umiarkowanie	22	58	80	
%kolumny	30,99%	43,61%		
%wiersza	27,50%	72,50%		
%ogółu	10,78%	28,43%	39,22%	
Przeważnie	34	25	59	
%kolumny	47,89%	18,80%		
%wiersza	57,63%	42,37%		
%ogółu	16,67%	12,25%	28,92%	
W pełni	12	6	18	
%kolumny	16,90%	4,51%		
%wiersza	66,67%	33,33%		
%ogółu	5,88%	2,94%	8,82%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 28. Akceptacja wyglądu fizycznego

Czy jest Pani w stanie zaakceptować swój wygląd (fizyczny)?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Wcale	2	14	16	0,02
%kolumny	2,82%	10,53%		
%wiersza	12,50%	87,50%		
%ogółu	0,98%	6,86%	7,84%	
Nieco	6	24	30	
%kolumny	8,45%	18,05%		
%wiersza	20,00%	80,00%		
%ogółu	2,94%	11,76%	14,71%	
Umiarkowanie	20	39	59	
%kolumny	28,17%	29,32%		
%wiersza	33,90%	66,10%		
%ogółu	9,80%	19,12%	28,92%	

Przeważnie	28	44	72	0,02
%kolumny	39,44%	33,08%		
%wiersza	38,89%	61,11%		
%ogółu	13,73%	21,57%	35,29%	
W pełni	15	12	27	
%kolumny	21,13%	9,02%		
%wiersza	55,56%	44,44%		
%ogółu	7,35%	5,88%	13,24%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

6,02% kobiet z grupy badanej podało, że wcale nie mają wystarczająco dużo pieniędzy na swoje potrzeby. Dla porównania w grupie kontrolnej takich kobiet było 1,41% (Tab. 29).

Tabela 29. Opinia badanych o posiadaniu funduszy na własne potrzeby

Czy ma Pani wystarczająco dużo pieniędzy na swoje potrzeby?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Wcale	1	8	9	0,06
%kolumny	1,41%	6,02%		
%wiersza	11,11%	88,89%		
%ogółu	0,49%	3,92%	4,41%	
Nieco	7	26	33	
%kolumny	9,86%	19,55%		
%wiersza	21,21%	78,79%		
%ogółu	3,43%	12,75%	16,18%	
Umiarkowanie	26	49	75	
%kolumny	36,62%	36,84%		
%wiersza	34,67%	65,33%		
%ogółu	12,75%	24,02%	36,76%	
Przeważnie	26	41	67	
%kolumny	36,62%	30,83%		
%wiersza	38,81%	61,19%		
%ogółu	12,75%	20,10%	32,84%	
W pełni	11	9	20	
%kolumny	15,49%	6,77%		
%wiersza	55,00%	45,00%		
%ogółu	5,39%	4,41%	9,80%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 30 obrazuje w jakim stopniu są dostępne informacje, których respondentki mogą potrzebować w codziennym życiu. Okazało się, że 7,52% kobiet wykazujących zaburzenia depresyjne i 2,82% kobiet bez takich zaburzeń zaznaczyło odpowiedź „nieco”.

Tabela 30. Dostęp do informacji niezbędnych w codziennym życiu.

Na ile dostępne są informacje, których może Pani potrzebować w codziennym życiu?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nieco	2	10	12	0,047
%kolumny	2,82%	7,52%		
% wiersza	16,67%	83,33%		
% ogółu	0,98%	4,90%	5,88%	
Umiarkowanie	20	44	64	
%kolumny	28,17%	33,08%		
% wiersza	31,25%	68,75%		
% ogółu	9,80%	21,57%	31,37%	
Przeważnie	28	60	88	
%kolumny	39,44%	45,11%		
% wiersza	31,82%	68,18%		
% ogółu	13,73%	29,41%	43,14%	
W pełni	21	19	40	
%kolumny	29,58%	14,29%		
% wiersza	52,50%	47,50%		
% ogółu	10,29%	9,31%	19,61%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Najbardziej liczną grupą spośród kobiet bez zaburzeń depresyjnych były panie, które przeważnie miały sposobność do realizowania swoich zainteresowań (42,25%). W gronie kobiet z zaburzeniami dominowały kobiety, które twierdziły, iż mają umiarkowaną sposobność do realizowania własnych zainteresowań (40,6%). Wyniki obrazuje Tabela 31.

Najczęściej udzielaną odpowiedzią na pytanie jak respondentki odnajdywały się w obecnej sytuacji kobiety z grupy kontrolnej wykazały, że dobrze (63,38%). W drugiej grupie najczęściej odpowiadały, że ani dobrze, ani źle (42,11%). Wyniki przedstawiono w Tabeli 32.

Tabela 31. Sposobność realizowania własnych zainteresowań.

W jakim zakresie ma Pani sposobność realizowania swoich zainteresowań?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Wcale	1	7	8	0,01
%kolumny	1,41%	5,26%		
%wiersza	12,50%	87,50%		
%ogółu	0,49%	3,43%	3,92%	
Nieco	4	26	30	
%kolumny	5,63%	19,55%		
%wiersza	13,33%	86,67%		
%ogółu	1,96%	12,75%	14,71%	
Umiarkowanie	26	54	80	
%kolumny	36,62%	40,60%		
%wiersza	32,50%	67,50%		
%ogółu	12,75%	26,47%	39,22%	
Przeważnie	30	35	65	
%kolumny	42,25%	26,32%		
%wiersza	46,15%	53,85%		
%ogółu	14,71%	17,16%	31,86%	
W pełni	10	11	21	
%kolumny	14,08%	8,27%		
%wiersza	47,62%	52,38%		
%ogółu	4,90%	5,39%	10,29%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 32. Odnajdywanie się przez badane w obecnej sytuacji

Jak odnajduje się Pani w tej sytuacji?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Bardzo źle	0	4	4	0,00
%kolumny	0,00%	3,01%		
%wiersza	0,00%	100,00%		
%ogółu	0,00%	1,96%	1,96%	
Źle	1	26	27	
%kolumny	1,41%	19,55%		
%wiersza	3,70%	96,30%		
%ogółu	0,49%	12,75%	13,24%	
Ani dobrze, ani źle	14	56	70	
%kolumny	19,72%	42,11%		
%wiersza	20,00%	80,00%		
%ogółu	6,86%	27,45%	34,31%	

Dobrze	45	41	86	0,00
% kolumny	63,38%	30,83%		
% wiersza	52,33%	47,67%		
% ogółu	22,06%	20,10%	42,16%	
Bardzo dobrze	11	6	17	
% kolumny	15,49%	4,51%		
% wiersza	64,71%	35,29%		
% ogółu	5,39%	2,94%	8,33%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

49,3% kobiet, u których nie wystąpiły zaburzenia depresyjne było zadowolonych ze swojego snu. Najliczniejszą grupę wśród kobiet z objawami depresyjnymi stanowiły badane ani zadowolone, ani niezadowolone ze swojego snu (29,32%). Wyniki obrazuje Tabela 33.

Tabela 33. Zadowolenie ze snu.

Czy zadowolona jest Pani ze swojego snu?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Bardzo niezadowolona	1	12	13	0,004
% kolumny	1,41%	9,02%		
% wiersza	7,69%	92,31%		
% ogółu	0,49%	5,88%	6,37%	
Niezadowolona	9	38	47	
% kolumny	12,68%	28,57%		
% wiersza	19,15%	80,85%		
% ogółu	4,41%	18,63%	23,04%	
Ani zadowolona, ani niezadowolona	23	39	62	
% kolumny	32,39%	29,32%		
% wiersza	37,10%	62,90%		
% ogółu	11,27%	19,12%	30,39%	
Zadowolona	35	37	72	
% kolumny	49,30%	27,82%		
% wiersza	48,61%	51,39%		
% ogółu	17,16%	18,14%	35,29%	
Bardzo zadowolona	3	7	10	
% kolumny	4,23%	5,26%		
% wiersza	30,00%	70,00%		
% ogółu	1,47%	3,43%	4,90%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 34 obrazuje stopień zadowolenia z wydolności w życiu codziennym. Respondentki z grupy kontrolnej były bardziej zadowolone niż opiniodawczynie z grupy badawczej. Okazało się, że 9,02% kobiet z zaburzeniami depresyjnymi było bardzo niezadowolonych ze swojej wydolności w codzienności.

Tabela 34. Stopień zadowolenia z wydolności w życiu codziennym.

W jakim stopniu jest Pani zadowolona ze swojej wydolności w życiu codziennym?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Bardzo niezadowolona	0	12	12	0,001
% kolumny	0,00%	9,02%		
% wiersza	0,00%	100,00%		
% ogółu	0,00%	5,88%	5,88%	
Niezadowolona	3	31	34	
% kolumny	4,23%	23,31%		
% wiersza	8,82%	91,18%		
% ogółu	1,47%	15,20%	16,67%	
Ani zadowolona, ani niezadowolona	21	47	68	
% kolumny	29,58%	35,34%		
% wiersza	30,88%	69,12%		
% ogółu	10,29%	23,04%	33,33%	
Zadowolona	39	41	80	
% kolumny	54,93%	30,83%		
% wiersza	48,75%	51,25%		
% ogółu	19,12%	20,10%	39,22%	
Bardzo zadowolona	8	2	10	
% kolumny	11,27%	1,50%		
% wiersza	80,00%	20,00%		
% ogółu	3,92%	0,98%	4,90%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Respondentki najczęściej podawały, że są zadowolone ze swojej zdolności do pracy. W grupie kontrolnej odpowiedzi takiej udzieliło 67,61%, natomiast w grupie badanej o ponad 20 punktów procentowych mniej (Tab. 35).

19,72% kobiet nie wykazujących zaburzeń depresyjnych i 3,76% kobiet z grupy przeciwnej, było bardzo zadowolonych z siebie (Tabela 36).

Tabela 35. Zadowolenie z gotowości do pracy.

W jakim stopniu jest Pani zadowolona ze swojej zdolności (gotowości) do pracy?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Bardzo niezadowolona	0	8	8	0,00
%kolumny	0,00%	6,02%		
% wiersza	0,00%	100,00%		
% ogółu	0,00%	3,92%	3,92%	
Niezadowolona	3	28	31	
%kolumny	4,23%	21,05%		
% wiersza	9,68%	90,32%		
% ogółu	1,47%	13,73%	15,20%	
Ani zadowolona, ani niezadowolona	11	39	50	
%kolumny	15,49%	29,32%		
% wiersza	22,00%	78,00%		
% ogółu	5,39%	19,12%	24,51%	
Zadowolona	48	55	103	
%kolumny	67,61%	41,35%		
% wiersza	46,60%	53,40%		
% ogółu	23,53%	26,96%	50,49%	
Bardzo zadowolona	9	3	12	
%kolumny	12,68%	2,26%		
% wiersza	75,00%	25,00%		
% ogółu	4,41%	1,47%	5,88%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 36. Zadowolenie z siebie.

Czy jest Pani zadowolona z siebie?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Bardzo niezadowolona	1	5	6	0,00
%kolumny	1,41%	3,76%		
% wiersza	16,67%	83,33%		
% ogółu	0,49%	2,45%	2,94%	
Niezadowolona	1	25	26	
%kolumny	1,41%	18,80%		
% wiersza	3,85%	96,15%		
% ogółu	0,49%	12,25%	12,75%	
Ani zadowolona, ani niezadowolona	18	46	64	

% kolumny	25,35%	34,59%		0,00
% wiersza	28,13%	71,88%		
% ogółu	8,82%	22,55%	31,37%	
Zadowolona	37	52	89	
% kolumny	52,11%	39,10%		
% wiersza	41,57%	58,43%		
% ogółu	18,14%	25,49%	43,63%	
Bardzo zadowolona	14	5	19	
% kolumny	19,72%	3,76%		
% wiersza	73,68%	26,32%		
% ogółu	6,86%	2,45%	9,31%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi były bardziej niezadowolone lub ambiwalentnie oceniały zadowolenie z osobistych relacji z bliskimi. Kobiety bez zaburzeń depresyjnych były bardziej zadowolone (Tabela 37).

Tabela 37. Zadowolenie z osobistych relacji z ludźmi.

Czy jest Pani zadowolona ze swoich osobistych relacji z ludźmi?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	P
Bardzo niezadowolona	0	6	6	0,00
% kolumny	0,00%	4,51%		
% wiersza	0,00%	100,00%		
% ogółu	0,00%	2,94%	2,94%	
Niezadowolona	1	23	24	
% kolumny	1,41%	17,29%		
% wiersza	4,17%	95,83%		
% ogółu	0,49%	11,27%	11,76%	
Ani zadowolona, ani niezadowolona	9	42	51	
% kolumny	12,68%	31,58%		
% wiersza	17,65%	82,35%		
% ogółu	4,41%	20,59%	25,00%	
Zadowolona	48	53	101	
% kolumny	67,61%	39,85%		
% wiersza	47,52%	52,48%		
% ogółu	23,53%	25,98%	49,51%	
Bardzo zadowolona	13	9	22	
% kolumny	18,31%	6,77%		
% wiersza	59,09%	40,91%		

% ogółu	6,37%	4,41%	10,78%	0,00
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Kobiety niewykazujące zaburzeń depresyjnych były bardziej zadowolone ze swojego życia intymnego (Tabela 38).

Tabela 38. Zadowolenie z życia intymnego.

Czy jest Pani zadowolona ze swojego życia intymnego?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Bardzo niezadowolona	3	13	16	0,004
% kolumny	4,23%	9,77%		
% wiersza	18,75%	81,25%		
% ogółu	1,47%	6,37%	7,84%	
Niezadowolona	1	23	24	
% kolumny	1,41%	17,29%		
% wiersza	4,17%	95,83%		
% ogółu	0,49%	11,27%	11,76%	
Ani zadowolona, ani niezadowolona	16	30	46	
% kolumny	22,54%	22,56%		
% wiersza	34,78%	65,22%		
% ogółu	7,84%	14,71%	22,55%	
Zadowolona	31	42	73	
% kolumny	43,66%	31,58%		
% wiersza	42,47%	57,53%		
% ogółu	15,20%	20,59%	35,78%	
Bardzo zadowolona	20	25	45	
% kolumny	28,17%	18,80%		
% wiersza	44,44%	55,56%		
% ogółu	9,80%	12,25%	22,06%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Kobiety z grupy badanej, w porównaniu z grupą kontrolną, gorzej oceniały swoje zadowolenie ze wsparcia jakie dostają od swoich przyjaciół (Tabela 39).

Kobiety, u których nie wystąpiły objawy depresyjne były bardziej zadowolone ze swoich warunków mieszkaniowych (Tabela 40).

Tabela 39. Zadowolenie ze wsparcia otrzymywanego przez przyjaciół.

Czy jest Pani zadowolona z oparcia, wsparcia, jakie dostaje Pani od swoich przyjaciół?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Bardzo niezadowolona	0	1	1	0,19
% kolumny	0,00%	0,75%		
% wiersza	0,00%	100,00%		
% ogółu	0,00%	0,49%	0,49%	
Niezadowolona	4	12	16	
% kolumny	5,63%	9,02%		
% wiersza	25,00%	75,00%		
% ogółu	1,96%	5,88%	7,84%	
Ani zadowolona, ani niezadowolona	11	37	48	
% kolumny	15,49%	27,82%		
% wiersza	22,92%	77,08%		
% ogółu	5,39%	18,14%	23,53%	
Zadowolona	37	54	91	
% kolumny	52,11%	40,60%		
% wiersza	40,66%	59,34%		
% ogółu	18,14%	26,47%	44,61%	
Bardzo zadowolona	19	29	48	
% kolumny	26,76%	21,80%		
% wiersza	39,58%	60,42%		
% ogółu	9,31%	14,22%	23,53%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 40. Zadowolenie z warunków mieszkaniowych

Jak bardzo jest Pani zadowolona ze swoich warunków mieszkaniowych?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Bardzo niezadowolona	3	4	7	0,22
% kolumny	4,23%	3,01%		
% wiersza	42,86%	57,14%		
% ogółu	1,47%	1,96%	3,43%	
Niezadowolona	1	9	10	
% kolumny	1,41%	6,77%		
% wiersza	10,00%	90,00%		
% ogółu	0,49%	4,41%	4,90%	

Ani zadowolona, ani niezadowolona	10	28	38	0,22
%kolumny	14,08%	21,05%		
%wiersza	26,32%	73,68%		
%ogółu	4,90%	13,73%	18,63%	
Zadowolona	35	63	98	
%kolumny	49,30%	47,37%		
%wiersza	35,71%	64,29%		
%ogółu	17,16%	30,88%	48,04%	
Bardzo zadowolona	22	29	51	
%kolumny	30,99%	21,80%		
%wiersza	43,14%	56,86%		
%ogółu	10,78%	14,22%	25,00%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Najczęściej udzielaną odpowiedzią na temat zadowolenia z placówek ochrony zdrowia była odpowiedź ambiwalentna - ani zadowolona, ani niezadowolona. Wskazało ją 46,48% kobiet z grupy kontrolnej i 36,84% grupy badawczej (Tabela 41).

Tabela 41. Zadowolenie z placówek ochrony zdrowia.

Jak bardzo jest Pani zadowolona z placówek ochrony zdrowia?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Bardzo niezadowolona	3	21	24	0,29
%kolumny	4,23%	15,79%		
%wiersza	12,50%	87,50%		
%ogółu	1,47%	10,29%	11,76%	
Niezadowolona	17	41	58	
%kolumny	23,94%	30,83%		
%wiersza	29,31%	70,69%		
%ogółu	8,33%	20,10%	28,43%	
Ani zadowolona, ani niezadowolona	33	49	82	
%kolumny	46,48%	36,84%		
%wiersza	40,24%	59,76%		
%ogółu	16,18%	24,02%	40,20%	
Zadowolona	18	20	38	
%kolumny	25,35%	15,04%		
%wiersza	47,37%	52,63%		
%ogółu	8,82%	9,80%	18,63%	

Bardzo zadowolona	0	2	2	0,29
%kolumny	0,00%	1,50%		
%wiersza	0,00%	100,00%		
%ogółu	0,00%	0,98%	0,98%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Kobiety z grupy kontrolnej były bardziej zadowolone z komunikacji (transportu) niż z grupy badanej (Tabela 42).

Tabela 42. Zadowolenie z transportu.

Czy jest Pani zadowolona z komunikacji (transportu)?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Bardzo niezadowolona	4	8	12	0,1
%kolumny	5,63%	6,02%		
%wiersza	33,33%	66,67%		
%ogółu	1,96%	3,92%	5,88%	
Niezadowolona	5	27	32	
%kolumny	7,04%	20,30%		
%wiersza	15,63%	84,38%		
%ogółu	2,45%	13,24%	15,69%	
Ani zadowolona, ani niezadowolona	26	46	72	
%kolumny	36,62%	34,59%		
%wiersza	36,11%	63,89%		
%ogółu	12,75%	22,55%	35,29%	
Zadowolona	30	47	77	
%kolumny	42,25%	35,34%		
%wiersza	38,96%	61,04%		
%ogółu	14,71%	23,04%	37,75%	
Bardzo zadowolona	6	5	11	
%kolumny	8,45%	3,76%		
%wiersza	54,55%	45,45%		
%ogółu	2,94%	2,45%	5,39%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi częściej doświadczały negatywnych uczuć takich jak przygnębienie, rozpacz, lęk i depresja (Tabela 43).

Tabela 43. Częstość doświadczania negatywnych uczuć takich jak przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja.

Jak często doświadczała Pani negatywnych uczuć, takich jak przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja?	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Zawsze	2	5	7	0,00
%kolumny	2,82%	3,76%		
%wiersza	28,57%	71,43%		
% ogółu	0,98%	2,45%	3,43%	
Bardzo często	9	20	29	
%kolumny	12,68%	15,04%		
%wiersza	31,03%	68,97%		
% ogółu	4,41%	9,80%	14,22%	
Często	19	41	60	
%kolumny	26,76%	30,83%		
%wiersza	31,67%	68,33%		
% ogółu	9,31%	20,10%	29,41%	
Rzadko	36	61	97	
%kolumny	50,70%	45,86%		
%wiersza	37,11%	62,89%		
% ogółu	17,65%	29,90%	47,55%	
Nigdy	5	6	11	
%kolumny	7,04%	4,51%		
%wiersza	45,45%	54,55%		
% ogółu	2,45%	2,94%	5,39%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne. $p=0,85$ $P=0,85$

Osobom wchodzącym w skład grupy badanej znacznie trudniej było się odprężyć niż osobom z grupy kontrolnej (Tabela 44).

Tabela 44. Częstość występowania trudności związanych z odprężeniem się.

Trudno było mi się odprężyć.	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	11	7	18	0,00
%kolumny	15,49%	5,26%		
%wiersza	61,11%	38,89%		
% ogółu	5,39%	3,43%	8,82%	
Czasami	52	57	109	
%kolumny	73,24%	42,86%		
%wiersza	47,71%	52,29%		
% ogółu	25,49%	27,94%	53,43%	

Często	6	53	59	0,00
%kolumny	8,45%	39,85%		
%wiersza	10,17%	89,83%		
%ogółu	2,94%	25,98%	28,92%	
Zawsze / Prawie zawsze	2	16	18	
%kolumny	2,82%	12,03%		
%wiersza	11,11%	88,89%		
%ogółu	0,98%	7,84%	8,82%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Kobiety bez zaburzeń depresyjnych rzadziej odczuwały suchość w ustach (Tabela 45).

Tabela 45. Odczuwanie suchości w ustach.

Odczuwałam suchość w ustach.	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	27	19	46	0,00
%kolumny	38,03%	14,29%		
%wiersza	58,70%	41,30%		
%ogółu	13,24%	9,31%	22,55%	
Czasami	38	48	86	
%kolumny	53,52%	36,09%		
%wiersza	44,19%	55,81%		
%ogółu	18,63%	23,53%	42,16%	
Często	6	61	67	
%kolumny	8,45%	45,86%		
%wiersza	8,96%	91,04%		
%ogółu	2,94%	29,90%	32,84%	
Zawsze / Prawie zawsze	0	5	5	
%kolumny	0,00%	3,76%		
%wiersza	0,00%	100,00%		
%ogółu	0,00%	2,45%	2,45%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Kobiety z objawami depresyjnymi znacznie częściej niż kobiety z grupy kontrolnej, twierdziły, iż nie doświadczają pozytywnych uczuć (Tabela 46).

Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi częściej odczuwały trudności w oddychaniu niż kobiety nie wykazujące tych zaburzeń (Tabela 47).

Tabela 46. Niemożność doświadczania pozytywnych uczuć

Nie mogłam doświadczyć pozytywnych uczuć	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	29	10	39	0,00
%kolumny	40,85%	7,52%		
%wiersza	74,36%	25,64%		
%ogółu	14,22%	4,90%	19,12%	
Czasami	38	79	117	
%kolumny	53,52%	59,40%		
%wiersza	32,48%	67,52%		
%ogółu	18,63%	38,73%	57,35%	
Często	4	39	43	
%kolumny	5,63%	29,32%		
%wiersza	9,30%	90,70%		
%ogółu	1,96%	19,12%	21,08%	
Zawsze / Prawie zawsze	0	5	5	
%kolumny	0,00%	3,76%		
%wiersza	0,00%	100,00%		
%ogółu	0,00%	2,45%	2,45%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 47. Częstość odczuwania trudności w oddychaniu.

Odczuwałam trudność w oddychaniu (np. duszności, przyspieszony oddech bez wcześniejszego wysiłku fizycznego).	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	46	48	94	0,00
%kolumny	64,79%	36,09%		
%wiersza	48,94%	51,06%		
%ogółu	22,55%	23,53%	46,08%	
Czasami	23	55	78	
%kolumny	32,39%	41,35%		
%wiersza	29,49%	70,51%		
%ogółu	11,27%	26,96%	38,24%	
Często	2	26	28	
%kolumny	2,82%	19,55%		
%wiersza	7,14%	92,86%		
%ogółu	0,98%	12,75%	13,73%	
Zawsze / Prawie zawsze	0	4	4	
%kolumny	0,00%	3,01%		
%wiersza	0,00%	100,00%		

% ogółu	0,00%	1,96%	1,96%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

U kobiet z grupy badanej częściej występowały trudności w znalezieniu inicjatywy do działania (Tabela 48).

Tabela 48. Częstość występowania trudności w znalezieniu inicjatywy do działania.

Trudno było mi znaleźć inicjatywę do działania.	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	21	7	28	0,00
%kolumny	29,58%	5,26%		
% wiersza	75,00%	25,00%		
% ogółu	10,29%	3,43%	13,73%	
Czasami	44	62	106	
%kolumny	61,97%	46,62%		
% wiersza	41,51%	58,49%		
% ogółu	21,57%	30,39%	51,96%	
Często	5	46	51	
%kolumny	7,04%	34,59%		
% wiersza	9,80%	90,20%		
% ogółu	2,45%	22,55%	25,00%	
Zawsze / Prawie zawsze	1	18	19	
%kolumny	1,41%	13,53%		
% wiersza	5,26%	94,74%		
% ogółu	0,49%	8,82%	9,31%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

W grupie kontrolnej rzadziej, niż w grupie badanej, zauważono skłonności do przesadnego reagowania na różne sytuacje (Tabela 49).

Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi częściej niż pozostałe respondentki odczuwały drżenia, np. rąk (Tabela 50).

Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi znacznie częściej czuły, że zużywają dużo „nerwowej energii” (Tabela 51).

Tabela 49. Występowanie skłonności do przesadnego reagowania na różne sytuacje.

Miałam skłonności do przesadnego reagowania na różne sytuacje.	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	19	9	28	0,00
% kolumny	26,76%	6,77%		
% wiersza	67,86%	32,14%		
% ogółu	9,31%	4,41%	13,73%	
Czasami	42	51	93	
% kolumny	59,15%	38,35%		
% wiersza	45,16%	54,84%		
% ogółu	20,59%	25,00%	45,59%	
Często	8	49	57	
% kolumny	11,27%	36,84%		
% wiersza	14,04%	85,96%		
% ogółu	3,92%	24,02%	27,94%	
Zawsze / Prawie zawsze	2	24	26	
% kolumny	2,82%	18,05%		
% wiersza	7,69%	92,31%		
% ogółu	0,98%	11,76%	12,75%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 50. Odczuwanie drżenia części ciała. Źródło: Opracowanie własne.

Odczuwałam drżenie np. rąk	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	37	44	81	0,00
% kolumny	52,11%	33,08%		
% wiersza	45,68%	54,32%		
% ogółu	18,14%	21,57%	39,71%	
Czasami	28	41	69	
% kolumny	39,44%	30,83%		
% wiersza	40,58%	59,42%		
% ogółu	13,73%	20,10%	33,82%	
Często	6	41	47	
% kolumny	8,45%	30,83%		
% wiersza	12,77%	87,23%		
% ogółu	2,94%	20,10%	23,04%	
Zawsze / Prawie zawsze	0	7	7	
% kolumny	0,00%	5,26%		
% wiersza	0,00%	100,00%		
% ogółu	0,00%	3,43%	3,43%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Tabela 51. Uczucie zużycia dużej ilości nerwowej energii.

Czułam, że zużywam dużo nerwowej energii.	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	26	8	34	0,00
%kolumny	36,62%	6,02%		
%wiersza	76,47%	23,53%		
% ogółu	12,75%	3,92%	16,67%	
Czasami	34	61	95	
%kolumny	47,89%	45,86%		
%wiersza	35,79%	64,21%		
% ogółu	16,67%	29,90%	46,57%	
Często	11	48	59	
%kolumny	15,49%	36,09%		
%wiersza	18,64%	81,36%		
% ogółu	5,39%	23,53%	28,92%	
Zawsze / Prawie zawsze	0	16	16	
%kolumny	0,00%	12,03%		
%wiersza	0,00%	100,00%		
% ogółu	0,00%	7,84%	7,84%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Kobiety u których nie wystąpiły zaburzenia depresyjne rzadziej były przestraszone sytuacjami, w których mogły spanikować lub się ośmieszyć (Tabela 52).

Tabela 52. Przestraszony związany z sytuacjami, w których można spanikować lub się skompromitować.

Byłam przestraszona sytuacjami, gdzie mogłam spanikować lub ośmieszyć się.	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	23	18	41	0,00
%kolumny	32,39%	13,53%		
%wiersza	56,10%	43,90%		
% ogółu	11,27%	8,82%	20,10%	
Czasami	38	48	86	
%kolumny	53,52%	36,09%		
%wiersza	44,19%	55,81%		
% ogółu	18,63%	23,53%	42,16%	
Często	9	40	49	
%kolumny	12,68%	30,08%		
%wiersza	18,37%	81,63%		
% ogółu	4,41%	19,61%	24,02%	

Zawsze / Prawie zawsze	1	27	28	0,00
%kolumny	1,41%	20,30%		
%wiersza	3,57%	96,43%		
%ogółu	0,49%	13,24%	13,73%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Kobiety stanowiące grupę badaną częściej niż kobiety z grupy kontrolnej czuły, że nie ma przed nimi przyszłości, nic jej nie czeka w życiu (Tabela 53).

Tabela 53. Pesymistyczne uczucia związane z przyszłością.

Czułam, że nie ma przede mną przyszłości, nic mnie nie czeka w życiu.	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	41	33	74	0,00
%kolumny	57,75%	24,81%		
%wiersza	55,41%	44,59%		
%ogółu	20,10%	16,18%	36,27%	
Czasami	26	50	76	
%kolumny	36,62%	37,59%		
%wiersza	34,21%	65,79%		
%ogółu	12,75%	24,51%	37,25%	
Często	4	30	34	
%kolumny	5,63%	22,56%		
%wiersza	11,76%	88,24%		
%ogółu	1,96%	14,71%	16,67%	
Zawsze / Prawie zawsze	0	20	20	
%kolumny	0,00%	15,04%		
%wiersza	0,00%	100,00%		
%ogółu	0,00%	9,80%	9,80%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

7,52% grupy badanej podało, że zawsze/prawie zawsze odczuwali pobudzenie, a w grupie kontrolnej nikt nie miał takich odczuć (Tabela 54).

Wśród kobiet bez zaburzeń depresyjnych rzadziej występowały trudności ze zrelaksowaniem się (Tabela 55), natomiast kobiety z zaburzeniami depresyjnymi częściej czuły się smutne i przygnębione (Tabela 56).

Tabela 54. Uczucie niepokoju

Czułam się pobudzona (niespokojna).	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	26	18	44	0,00
% kolumny	36,62%	13,53%		
% wiersza	59,09%	40,91%		
% ogółu	12,75%	8,82%	21,57%	
Czasami	38	69	107	
% kolumny	53,52%	51,88%		
% wiersza	35,51%	64,49%		
% ogółu	18,63%	33,82%	52,45%	
Często	7	36	43	
% kolumny	9,86%	27,07%		
% wiersza	16,28%	83,72%		
% ogółu	3,43%	17,65%	21,08%	
Zawsze / Prawie zawsze	0	10	10	
% kolumny	0,00%	7,52%		
% wiersza	0,00%	100,00%		
% ogółu	0,00%	4,90%	4,90%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 55. Trudności w zrelaksowaniu się.

Trudno było się zrelaksować	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	22	7	29	0,00
% kolumny	30,99%	5,26%		
% wiersza	75,86%	24,14%		
% ogółu	10,78%	3,43%	14,22%	
Czasami	39	70	109	
% kolumny	54,93%	52,63%		
% wiersza	35,78%	64,22%		
% ogółu	19,12%	34,31%	53,43%	
Często	8	35	43	
% kolumny	11,27%	26,32%		
% wiersza	18,60%	81,40%		
% ogółu	3,92%	17,16%	21,08%	
Zawsze / Prawie zawsze	2	21	23	
% kolumny	2,82%	15,79%		
% wiersza	8,70%	91,30%		
% ogółu	0,98%	10,29%	11,27%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 56. Poczucie smutku i przygnębienia.

Czułam się smutna i przygnębiona.	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	20	3	23	0,00
%kolumny	28,17%	2,26%		
%wiersza	86,96%	13,04%		
%ogółu	9,80%	1,47%	11,27%	
Czasami	43	61	104	
%kolumny	60,56%	45,86%		
%wiersza	41,35%	58,65%		
%ogółu	21,08%	29,90%	50,98%	
Często	8	50	58	
%kolumny	11,27%	37,59%		
%wiersza	13,79%	86,21%		
%ogółu	3,92%	24,51%	28,43%	
Zawsze / Prawie zawsze	0	19	19	
%kolumny	0,00%	14,29%		
%wiersza	0,00%	100,00%		
%ogółu	0,00%	9,31%	9,31%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi były bardziej nietolerancyjne do wszystkiego, co uniemożliwiało im wzięcie udziału w tym, co robiły (Tabela 57).

Tabela 57. Nietolerancja przeszkód stojących na drodze do partycypacji w czynności.

Byłam nietolerancyjna do wszystkiego, co uniemożliwiało mi wzięcie udziału w tym, co robiłam.	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	34	30	64	0,00
%kolumny	47,89%	22,56%		
%wiersza	53,13%	46,88%		
%ogółu	16,67%	14,71%	31,37%	
Czasami	34	67	101	
%kolumny	47,89%	50,38%		
%wiersza	33,66%	66,34%		
%ogółu	16,67%	32,84%	49,51%	
Często	3	30	33	
%kolumny	4,23%	22,56%		
%wiersza	9,09%	90,91%		
%ogółu	1,47%	14,71%	16,18%	

Zawsze / Prawie zawsze	0	6	6	0,00
%kolumny	0,00%	4,51%		
%wiersza	0,00%	100,00%		
%ogółu	0,00%	2,94%	2,94%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

5,26% kobiet z zaburzeniami depresyjnymi zawsze lub prawie zawsze była bliska wpadnięciu w panikę. W grupie kontrolnej nie udzielono takiej odpowiedzi (Tabela 58).

Tabela 58. Świadomość wpadania w panikę?

Byłam bliska wpadnięciu w panikę	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	49	36	85	0,00
%kolumny	69,01%	27,07%		
%wiersza	57,65%	42,35%		
%ogółu	24,02%	17,65%	41,67%	
Czasami	17	55	72	
%kolumny	23,94%	41,35%		
%wiersza	23,61%	76,39%		
%ogółu	8,33%	26,96%	35,29%	
Często	5	35	40	
%kolumny	7,04%	26,32%		
%wiersza	12,50%	87,50%		
%ogółu	2,45%	17,16%	19,61%	
Zawsze / Prawie zawsze	0	7	7	
%kolumny	0,00%	5,26%		
%wiersza	0,00%	100,00%		
%ogółu	0,00%	3,43%	3,43%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi częściej były niezdolne do odczuwania entuzjazmu niż kobiety bez tych zaburzeń (Tabela 59).

14,29% grupy badanej zawsze lub prawie zawsze czuło, że są niewiele warci. Takie same odczucia miało 1,41% grupy kontrolnej (Tabela 60).

Kobiety wykazujące zaburzenia depresyjne częściej niż pozostałe respondentki czuły, że są raczej przewrażliwione (Tabela 61).

Tabela 59. Niezdolność do odczuwania entuzjazmu.

Nie byłam zdolna do odczuwania entuzjazmu	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	38	23	61	0,00
%kolumny	53,52%	17,29%		
%wiersza	62,30%	37,70%		
%ogółu	18,63%	11,27%	29,90%	
Czasami	30	64	94	
%kolumny	42,25%	48,12%		
%wiersza	31,91%	68,09%		
%ogółu	14,71%	31,37%	46,08%	
Często	2	40	42	
%kolumny	2,82%	30,08%		
%wiersza	4,76%	95,24%		
%ogółu	0,98%	19,61%	20,59%	
Zawsze / Prawie zawsze	1	6	7	
%kolumny	1,41%	4,51%		
%wiersza	14,29%	85,71%		
%ogółu	0,49%	2,94%	3,43%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 60. Niskie poczucie własnej wartości, Źródło: Opracowanie własne.

Czułam, że jestem niewiele warta	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	40	34	74	0,00
%kolumny	56,34%	25,56%		
%wiersza	54,05%	45,95%		
%ogółu	19,61%	16,67%	36,27%	
Czasami	24	43	67	
%kolumny	33,80%	32,33%		
%wiersza	35,82%	64,18%		
%ogółu	11,76%	21,08%	32,84%	
Często	6	37	43	
%kolumny	8,45%	27,82%		
%wiersza	13,95%	86,05%		
%ogółu	2,94%	18,14%	21,08%	
Zawsze / Prawie zawsze	1	19	20	
%kolumny	1,41%	14,29%		
%wiersza	5,00%	95,00%		
%ogółu	0,49%	9,31%	9,80%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Tabela 61. Uczucie przewrażliwienia.

Czułam, że jestem raczej przewrażliwiona	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	24	13	37	0,00
%kolumny	33,80%	9,77%		
%wiersza	64,86%	35,14%		
%ogółu	11,76%	6,37%	18,14%	
Czasami	38	63	101	
%kolumny	53,52%	47,37%		
%wiersza	37,62%	62,38%		
%ogółu	18,63%	30,88%	49,51%	
Często	7	44	51	
%kolumny	9,86%	33,08%		
%wiersza	13,73%	86,27%		
%ogółu	3,43%	21,57%	25,00%	
Zawsze / Prawie zawsze	2	13	15	
%kolumny	2,82%	9,77%		
%wiersza	13,33%	86,67%		
%ogółu	0,98%	6,37%	7,35%	
Ogół	71	133	204	
%ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

6,77% grupy badawczej i 1,41% grupy kontrolnej zawsze/prawie zawsze zdawało sobie sprawę z pracy ich serca mimo braku wysiłku fizycznego (np. przyspieszone bicie serca, zanik bicia serca (Tabela 62).

Tabela 62. Świadomość nieprawidłowego bicia serca.

Zdałam sobie sprawę z pracy mojego serca mimo braku wysiłku fizycznego (np. przyspieszone bicie serca, zanik bicia serca.	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	39	35	74	0,00
%kolumny	54,93%	26,32%		
%wiersza	52,70%	47,30%		
%ogółu	19,12%	17,16%	36,27%	
Czasami	27	50	77	0,00
%kolumny	38,03%	37,59%		
%wiersza	35,06%	64,94%		
%ogółu	13,24%	24,51%	37,75%	
Często	4	39	43	0,00
%kolumny	5,63%	29,32%		

% wiersza	9,30%	90,70%	
% ogółu	1,96%	19,12%	21,08%
Zawsze / Prawie zawsze	1	9	10
% kolumny	1,41%	6,77%	
% wiersza	10,00%	90,00%	
% ogółu	0,49%	4,41%	4,90%
Ogół	71	133	204
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%

Źródło: Opracowanie własne.

Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi częściej czuły się przestraszone bez powodu niż kobiety bez zaburzeń (Tabela 63).

Tabela 63. Bezpodstawny przestrasz

Czułam się przestraszona bez powodu.	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	46	28	74	0,00
% kolumny	64,79%	21,05%		
% wiersza	62,16%	37,84%		
% ogółu	22,55%	13,73%	36,27%	
Czasami	21	56	77	
% kolumny	29,58%	42,11%		
% wiersza	27,27%	72,73%		
% ogółu	10,29%	27,45%	37,75%	
Często	3	44	47	
% kolumny	4,23%	33,08%		
% wiersza	6,38%	93,62%		
% ogółu	1,47%	21,57%	23,04%	
Zawsze / Prawie zawsze	1	5	6	
% kolumny	1,41%	3,76%		
% wiersza	16,67%	83,33%		
% ogółu	0,49%	2,45%	2,94%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi częściej niż kobiety z grupy kontrolnej, czuły, że życie nie ma sensu (Tabela 64).

Tabela 65 obrazuje wyniki poszczególnych dziedzin uzyskanych w skali BREF (fizycznej, psychologicznej, relacjach społecznych i środowisku). Generalnie, mimo różnic w odpowiedziach na poszczególne pytania skali, nie wykazano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy badanymi grupami.

Tabela 64. Poczucie braku sensu życia.

Czułam, że życie nie ma sensu.	Kobiety bez zaburzeń depresyjnych	Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi	Razem	p
Nigdy	48	47	95	0,00
%kolumny	67,61%	35,34%		
%wiersza	50,53%	49,47%		
% ogółu	23,53%	23,04%	46,57%	
Czasami	20	40	60	
%kolumny	28,17%	30,08%		
%wiersza	33,33%	66,67%		
% ogółu	9,80%	19,61%	29,41%	
Często	1	32	33	
%kolumny	1,41%	24,06%		
%wiersza	3,03%	96,97%		
% ogółu	0,49%	15,69%	16,18%	
Zawsze / Prawie zawsze	2	14	16	
%kolumny	2,82%	10,53%		
%wiersza	12,50%	87,50%		
% ogółu	0,98%	6,86%	7,84%	
Ogół	71	133	204	
% ogółu	34,80%	65,20%	100,00%	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 65. Wyniki uzyskane w skali WHOQOL-BREF w poszczególnych domenach w badanych grupach.

Kobiety		Badane dziedziny jakości życia				
		Ogólna jakość życia	Dziedzina fizyczna	Dziedzina psychologiczna	Relacje społeczne	Środowisko
bez zaburzeń depresyjnych	minimum	1	5	5	8	7
	maksimum	5	19	19	20	19
	Średnia i odchylenie standardowe	3,75 +/- 0,79	13,27 +/- 2,6	13,9 +/- 2,42	14,55 +/- 2,93	13,51 +/- 2,24
z zaburzeniami depresyjnymi	minimum	1	5	7	4	7
	maksimum	5	19	19	20	19
	Średnia i odchylenie standardowe	3,86 +/- 0,75	13,26 +/- 2,98	14,26 +/- 2,62	14,5 +/- 3,55	13,26 +/- 2,3
p		0,3	0,4	0,46	0,38	0,27
Razem	minimum	1	5	5	4	7
	maksimum	5	19	19	20	19
	Średnia i odchylenie standardowe	3,82 +/- 0,76	13,26 +/- 2,94	14,13 +/- 2,55	14,52 +/- 3,34	13,35 +/- 2,27

Źródło: opracowanie własne.

PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Każda choroba w mniejszym lub większym stopniu ma wpływ na ocenę jakości życia danego pacjenta. Podobnie jest w przypadku zaburzeń depresyjnych.

Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że na depresję przynajmniej raz w życiu może zachorować co czwarty mieszkaniec Europy, a trzech z nich nie otrzymuje właściwego leczenia [52]. Szacuje się, że aktualnie depresja dotyczy co najmniej 350 milionów ludzi na całym świecie [53]. Przewiduje się, że w 2030 roku będzie ona na świecie drugą co do częstości przyczyną niepełnosprawności w krajach wysokorozwiniętych, zaś trzecią w krajach niskorozwiniętych [54] i pod względem całkowitego globalnego obciążenia chorobami niezakaźnymi wyprzedzi schorzenia sercowo-naczyniowe i stanie się najczęściej występującą chorobą [55].

W opinii Birmaher i wsp [56] o ile MDD występuje w okresie dziecięcym w równych proporcjach u przedstawicieli obydwu płci, o tyle już w okresie dojrzewania wiąże się z wyższą zachorowalnością na depresję w grupie dziewcząt w stosunku do chłopców. W roku 2017, w Unii Europejskiej na depresję chorowało 5,3% kobiet. Najwyższe odsetki chorych na depresję kobiet były w Portugalii i Finlandii (ponad 6,5%). W Polsce w roku 2017 na depresję chorowało 3,2% kobiet [57].

W roku 2019 objawy mogące świadczyć o depresji dotyczyły 19,2% kobiet, co było charakterystyczne we wszystkich grupach wiekowych. Grupa kobiet w roku 2019 rzadziej (13,2%) odczuwała objawy mogące świadczyć o depresji niż przed pięcioma laty (18,7%), w roku 2014 [58].

Uważa się, że czynnikami depresji u kobiet mogą być [59]:

- Stan cywilny - u samotnych kobiet depresja występuje rzadziej niż u kobiet zamężnych. Z ryzykiem rozwoju objawów depresyjnych wiąże się nie tylko fakt pozostawania w związku małżeńskim, ale też jego jakość. Do wystąpienia depresji oraz wpływać na jej przebieg i nawrotowość mogą przyczyniać się trudności w relacjach z partnerem. Brak intymnej, opartej na zaufaniu relacji z partnerem jest jednym z czynników ryzyka depresji. Sytuacja małżeńska ma również istotny wpływ na przebieg leczenia choroby. Na przykład, przeciągający się konflikt małżeński jest poważnym stresem życiowym, pozbawia partnerów istotnego źródła oparcia i obniża samoocenę. Z drugiej strony poprawa relacji partnerskich powoduje szybsze ustępowanie objawów choroby, jak również zmniejsza ryzyko nawrotów. Jak

wykazano w wielu badaniach, związek ze współmałżonkiem w większym stopniu wpływa na samopoczucie i depresyjny styl myślenia kobiet niż mężczyzn.

- Sytuacja zawodowa - a zwłaszcza brak pracy. Udowodniono, że praca zawodowa czyni kobiety bardziej odpornymi na negatywne wydarzenia życiowe. Najprawdopodobniej wynika to z „utajonych funkcji” zatrudnienia. Praca zawodowa porządkuje program dnia, daje możliwość kontaktów społecznych, aktywności, poczucie celowości działania, poczucie kontroli, podnosi status społeczny. Okazuje się, ponadto iż dla kobiet bardzo istotny jest aspekt uzyskania w miejscu pracy grupy wsparcia. Jeśli miejsce pracy nie daje takiej możliwości, to samo zatrudnienie nie chroni przed depresją, a może wręcz zwiększać obciążenie kobiety i jej konflikt ról.
- Procesy poznawcze - stwierdzono, że kobiety mają generalnie niższą samoocenę niż mężczyźni i w odpowiedzi na negatywne wydarzenia życiowe bardziej koncentrują się na sobie i swoich emocjach, niż na podejmowaniu działań. Ponadto w większym stopniu koncentrują się na depresyjnym przeżywaniu i mniej angażują się w aktywności, które mogłyby je oderwać od depresyjnych myśli i przez to poprawić samopoczucie.
- Okres poporodowy – gdy dochodzi do kombinacji różnego rodzaju stresorów takich jak, m.in. ból i uraz fizyczny związany z porodem, gwałtowne i duże zmiany stężeń hormonów płciowych, konieczność zaakceptowania przez kobietę zmian jakie zaszły w jej ciele i wyglądzie w następstwie porodu, konfrontowanie się z nową rolą społeczną, konieczność mobilizacji do opieki nad dzieckiem, a także wielka radość jako czynnik stresogenny. Przyczyniają się one do niezwykle częstego występowania zaburzeń nastroju, można wśród których najważniejsze to: smutek poporodowy, depresja poporodowa, psychoza poporodowa i euforia (hipomania poporodowa)
- Okres menopauzy.

W obecnym badaniu własnym wykazano, że zaburzenia depresyjne częściej występują u kobiet młodszych. Jest to odmienny wynik do uzyskanych przez Wnuka i wsp. [60], którzy wykazali częstsze występowanie depresji wśród kobiet starszych, w wieku okołomenopauzalnym.

We własnych analizach wykazano, że kobiety mające wyższe wykształcenie częściej wykazywały zaburzenia depresyjne, jednak nie było istotne statystycznie w porównaniu do innych kobiet. W badaniu Michalskiej – Leśniewicz i wsp. [10] przeprowadzonym w grupie 80 kobiet w wieku 40 – 60 lat będących pacjentkami Poradni Zdrowia Psychicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgierzu otrzymano odmienne wyniki do

badania własnego. W przebiegu analiz wykazano, że najwięcej kobiet z zaburzeniami depresyjnymi posiadało wykształcenie średnie, a najmniej wyższe [10].

Kolejnym wartym zauważenia czynnikiem występowania zaburzeń depresyjnych jest czynnik socjodemograficzny, a konkretnie stan cywilny. Według badania własnego większość respondentek deklarujących zaburzenia depresyjne była niezamężna, ale nie była to zależność istotna statystycznie. Odmiennie wyniki otrzymała Michalska – Leśniewicz i wsp. [10] w badaniu opisanym powyżej, ponieważ wykazała najczęstsze występowanie zaburzeń depresyjnych w grupie kobiet będących w związku małżeńskim, a najrzadziej w grupie singielek.

W badaniu własnym wykazano, że kobiety bez zaburzeń depresyjnych były bardziej zadowolone z życia intymnego niż kobiety z tymi zaburzeniami. Pokryło to się z wynikami z badania Czepukojć i wsp. [61] przeprowadzonym w grupie 21 kobiet w wieku 18 – 45 lat z rozpoznanymi zaburzeniami depresyjnymi oraz w grupie kontrolnej składającej się z 20 kobiet w wieku 20 – 42 lat, gdzie również wykazano taką zależność.

Własne analizy dowiodły, że najwięcej kobiet z zaburzeniami depresyjnymi to mieszkanki terenów wiejskich. Jest to odmienny wynik do przytaczanej powyżej publikacji Michalskiej – Leśniewicz i wsp. [10], który dowiedli, że najczęściej zaburzenia depresyjne wykazują kobiety mieszkające w mieście.

W badaniu własnym przeprowadzonym w oparciu o WHOQOL – BREF wykazano, że w dziedzinie fizycznej kobiety z zaburzeniami nie różniły się istotnie statycznie od kobiet bez zaburzeń. Wartości uzyskane były zbliżone i wynosiły dla grupy badanej 13,26 +/- 2,98. Jest to wynik podobny do otrzymanego w badaniu Borowicz i wsp. [62], który wynosił 12,93 +/- 2,06.

Kolejną dziedziną prezentowaną w powyższym badaniu była sfera psychologiczna. Borowicz i wsp. [62], wykazali, że kobiety z zaburzeniami w dziedzinie psychologicznej uzyskały średni wynik skali BREF 11,39 +/- 2,69. Jest to wynik niższy w odniesieniu do uzyskanego w badaniu własnym, który wynosił 14,26 +/- 2,62. Wskazuje to na minimalnie lepszą jakość życia respondentek z depresją w badaniu własnym niż przytaczanym.

Trzecia dziedziną objętą badaniem były relacje społeczne. W badaniu autorskim w tej sferze średnia wartość Skali BREF wynosiła w grupie badanej 14,5 +/- 3,55. W odniesieniu do przytaczanej publikacji Borowskiej i wsp. [52] były to wartości wyższe. W analizie uzyskanej przez autorkę wynik wynosił 12,8 +/- 3,24. Wynika z tych danych, że w badaniu własnym w zakresie relacji społecznych respondentki wykazywały nieznacznie lepszą jakość życia.

Ostatnim aspektem ocenianym wśród kobiet w wieku rozrodczym było środowisko. W autorskim badaniu wykazano wartość skali BREF w tym zakresie 13,26 +/-2,3. Wynik uzyskany przez Borowską i wsp. [52] w tej dziedzinie był zbliżony i wynosił 12,45 +/- 2,12. Jakość życia w zakresie środowiskowym była na podobnym poziomie w grupie badanych kobiet.

Menopauza (okres przekwitania, klimakterium) to naturalny proces biologiczny, w przebiegu którego u kobiet (w wieku około 45–50 lat) dochodzi do zmniejszenia i ostatecznie zatrzymania produkcji estrogenów, co wiąże się początkowo z nieregularnym występowaniem cykli miesięczkowych, aż do ich ostatecznego zatrzymania. Szacuje się, że ryzyko depresji u kobiet w okresie menopauzy jest około 2–5 razy większe, niż w okresie przed rozpoczęciem się zmian menopauzalnych i po zakończeniu menopauzy [63-69].

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że rozwinięcie się depresji wymagającej farmakoterapii zależy też prawdopodobnie od wieku, w którym u kobiety wystąpi menopauza – jest ona częstsza w przypadku, gdy objawy klimakterium występują przed 45. rokiem życia (10–15%), rzadziej natomiast dotyczy kobiet z menopauzą rozpoczynającą się w wieku 48 lat lub później (5–6%). Istnieją też dane wskazujące na częstsze stwierdzanie depresji wśród kobiet przechodzących menopauzę pooperacyjną. Generalnie szacuje się, że nawet 40% kobiet doświadcza objawów depresji w okresie okołomenopauzalnym, ale często pozostaje ona niewykryta i nieleczona, ponieważ wielu lekarzy nie przeprowadza badań przesiewowych i nie jest przygotowanych na opcje leczenia. Większą skłonność do takich zaburzeń nastroju mają kobiety, które: wcześniej chorowały na depresję, cierpiały na stany drażliwości związane w następstwie stosowania doustnych środków antykoncepcyjnych, miały nasilone stany napięcia przedmiesiączkowego oraz doświadczyły nasilonych poporodowych zaburzeń nastroju [63-69].

Uważa się także, że ryzyko wystąpienia depresji okołomenopauzalnej jest większe u kobiet, u których wcześniej rozpoznano zaburzenia depresyjne wymagające stosowania leków przeciwdepresyjnych. Wśród innych czynników ryzyka wymienia się: zespół napięcia przedmiesiączkowego (*premenstrual syndrome* – PMS), depresję w czasie ciąży albo w okresie poporodowym, stany dysforyczne wywołane przyjmowaniem doustnych leków antykoncepcyjnych, smutek poporodowy (*postpartum blues*, *baby blues*). Ryzyko depresji w omawianym okresie jest również większe w związku z nasilonym negatywnym przeżywaniem zmiany stylu życia w obszarze macierzyństwa, życia rodzinnego, zawodowego, płodności, sprawności i atrakcyjności fizycznej oraz u kobiet, które nadmiernie martwią się o innych [63-69].

Kobiety cierpiące na depresję okołomenopauzalną często w pierwszej kolejności doświadczają dolegliwości somatycznych (najczęściej bólowych i związanych z samą menopauzą). Wśród zgłaszanych objawów psychopatologicznych wymienia się niepokój, rozdrażnienie, gorszy nastrój (smutek, zniechęcenie, pesymizm), objawy lękowe i pogorszenie jakości snu oraz zaburzenia apetytu (zwiększenie lub zmniejszenie). Kobiety te skarżą się również na subiektywnie bardziej odczuwane uderzenia gorąca podczas snu. Należy jednak pamiętać, że zakłócenia snu w okresie menopauzy mogą być też związane z leżącymi u ich podłoża zaburzeniami snu (takimi jak zespół niespokojnych nóg lub zespół bezdechu śródsewnego) albo z objawami lękowymi. Tymczasem wiadomo, że kobiety cierpiące na przewlekłą bezsenność obciążone są większym ryzykiem rozwoju depresji. Gdy ta ostatnia wystąpi u kobiety w okresie okołomenopauzalnym, często sprawia, że nasilenie objawów menopauzalnych w porównaniu z odczuwanym przez kobiety, które nie doświadczają wtedy depresji, jest większe. Objawy te należy różnicować z symptomami niedoboru estrogenów, co podkreśla znaczenie współpracy między ginekologiem i psychiatrą [63-69].

Rozpoznanie depresji okołomenopauzalnej bywa trudne ponieważ zazwyczaj kobiety na nią cierpiące skarżą się głównie na objawy somatyczne menopauzy, pomijając równocześnie (z różnych powodów) przeżywane trudności psychologiczne i emocjonalne. Czasami bowiem nie są świadome, że smutek, zniechęcenie, męczliwość i inne objawy depresji są stanami nieprawidłowymi, w przypadku których możliwe jest skuteczne leczenie. Czasami na przeszkodzie stoi także wstyd, brak wsparcia bliskich i bezradność, która sama w sobie może być objawem depresji [63-69].

W związku z tym należy bezwzględnie promować ideę psychoedukacji, aby osoby zmagające się z wymienionymi powyżej problemami nie bały skorzystać z pomocy psychologa lub psychoterapeuty.

Psychoedukacja, oparta na sprawdzonych źródłach i pochodząca od specjalistów, ma ogromne znaczenie w leczeniu depresji i to nie tylko dla osób, które są nią bezpośrednio dotknięte, ale także osób, których bliscy cierpią z jej powodu.

WNIOSKI

1. Zaburzenia depresyjne najczęściej dotyczyły kobiety w wieku 21 - 25 lat, panny, z wykształceniem wyższym, mieszkające na wsi, będące w stałym związku i wierzące.
2. Występowanie zaburzeń depresyjnych miało wpływ na ocenę jakości życia, ponieważ kobiety z zaburzeniami depresyjnymi statystycznie częściej oceniały negatywnie różne jego aspekty.
3. Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy dziedzinami jakości życia w badanych grupach mierzonych skalą WHOQOL-BREF.

PIŚMIENNICTWO

1. Domaradzki J.: O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie. *Hygeia Public Health*, 2013, 48(4), 408-419.
2. Domaradzki J. O definicjach zdrowia i choroby. *Folia Medica Lodziensia*, 2013, 40(1), 5-29.
3. Potempa K. Optymizm a zdrowie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19(2), 130-134.
4. Syrek E. Zdrowie psychiczne, higiena psychiczna-edukacja dla dobrostanu psychicznego-aktualność koncepcji i poglądów Kazimierza Dąbrowskiego. *Pedagogika Społeczna*, 2019, 3(73), 223-235.
5. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz.U. 2017 poz. 458).
6. Jakovljevic M, Bjedov S, Jaksic N, Jakovljevic I. COVID-19 Pandemia and Public and Global Mental Health from the Perspective of Global Health Securit. *Psychiatria Danubina*, 2020, 32(1), 6-14.
7. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior and Immunity*, 2020 89, 531-542.
8. Ren FF, Guo RJ. Public Mental Health in Post-COVID-19 Era. *Psychiatria Danubina*, 2020, 32(2), 251-255.
9. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2022, 65-66.
10. Michalska-Leśniewicz M., Gruszczyński W. Jakość życia kobiet z zaburzeniami depresyjnymi, *Psychiatria*, 2010, 7(2), 53–60t.
11. Kokoszka A, Zaburzenia psychiczne [w:] Zaburzenia psychiczne, Szczeklik A. (red.), Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2019: 1404-1406.
12. Angst, Jules; Ajdacic-Gross, Vladeta; RÖSSLER, Wulf. Klasyfikacja zaburzeń nastroju. *Psychiatria Polska*, 2015, 49(4), 663-671.
13. Panasiuk B., Panasiuk K., Panasiuk A. Zaburzenia depresyjne i afektywne (diagnoza, terapia i profilaktyka). *Zeszyty Naukowe Gdańskiej Szkoły Wyższej*, 2018, 21(4), 49-64.

14. Karmolińska-Jagodzik, E. Zaburzenia depresyjne wśród studentek i studentów w Polsce. *Studia Edukacyjne*, 2019, 55, 139-162.
15. Morrison J., *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
16. Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P., Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, wyd. 11, Wolters Kluwer, Philadelphia 2015.
17. Otte C., Gold, SM, Penninx, BW, Pariante, CM, Etkin, A., Fava, M et al. Ciężkie zaburzenie depresyjne. *Przegląd przyrody Podkłady chorobowe*, 2016, 2(1), 1-20.
18. Buzuk G. A. Badanie związku nadwagi i otyłości z obrazem klinicznym wybranych rodzajów depresji. *Rozprawa doktorska, Katedra i Klinika Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu* (2014).
19. Ranjbar E, Memari AH, Hafizi S, Shayestehfar M, Mirfazeli FS, Eshghi MA. Depression and Exercise: A Clinical Review and Management Guideline. *Asian Journal of Sports Medicine*. 2015, 6(2), e24055.
20. Kałucka S. Cechy depresji w wieku podeszłym etiologia, rozpoznawanie i leczenie. *Geriatrics*, 2014, 8, 240-247.
21. Forum Przeciw Depresji, Kampania społeczna: Statystyki 2022 <https://forumprzeciwdepresji.pl/depresja/o-chorobie/statystyki>. Data pobrania: 01.05.2023.
22. Ministerstwo Zdrowia: Zdrowie psychiczne 2022, <https://www.gov.pl/web/wsse-warszawa/zdrowie-psychiczne>. Data pobrania: 01.05.2023.
23. Polityka zdrowotna: WHO:do 2030 r. depresja będzie najczęściej występującą chorobą na świecie, <https://politykazdrowotna.com/artukul/who-do-2030-r-depresja/967814>. Data pobrania: 01.05.2023.
24. Friedrich MJ. Depression Is the Leading Cause of Disability Around the World. *JAMA*. 2017, 18, 317(15), 1517.
25. Twarze depresji: O depresji na świecie, <https://twarzedepresji.pl/o-depresji-swiecie/>. Data pobrania: 01.05.2023.
26. Żołnierczyk-Zreda, D. Zaburzenia depresyjne pracujących Polaków w okresie pandemii COVID-19 (lata 2019–2022). *Medycyna Pracy*, 2023, 74(1), 41-51.
27. Zakład Ubezpieczeń Społecznych: Absencja chorobowa w 2019 r. <https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2019+roku.pdf> Data pobrania: 01.05.2023.

28. Zakład Ubezpieczeń Społecznych: Absencja chorobowa w 2020 r. <https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2020+roku.pdf/3228aa46-e37b-fc6c-66e4-0ccb3fd72b87>. Data pobrania: 01.05.2023.
29. Baza Analiz Wdrożeniowych i Systemowych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień osób dorosłych w Polsce <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien-dorosli/>. Data pobrania: 24.04.2023.
30. Wylecz depresje: Materiały do programu pt. Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016 – 2020. <https://wyleczdepresje.pl/materiały-kampanii/>. Data pobrania: 11.05.2023.
31. Nowak M. P. Zaburzenia depresyjne z ewolucyjnego punktu widzenia. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2017, 17(2), 120-128.
32. Penner-Goeke S, Binder EB. Epigenetics and depression^[P]_[SEP]. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2019, 21(4), 397-405.
33. Sztumski, J. Jakość życia jako kategoria socjologiczno-ekonomiczna. *Studia Ekonomiczne*, 2014, 179, 21-28.
34. Sompolska-Rzechuła, A. Jakość życia jako kategoria ekonomiczna. *Folia Pomeranae Universitatis Technologiae Stetinensis. Oeconomica*, 2013, 71.
35. Uysal M., Sirgy M.J., Kim H.L. Badania jakości życia (QOL) i dobrostanu w turystyce. *Zarządzanie turystyką* 53 (2016): 244-261.
36. World Health Organization: WHOQOL: Pomiar jakości życia. <https://www.who.int/tools/whoqol>. Data pobrania: 30.05.2023.
37. Rolka H., Kowalewska B., Jankowiak B. Jakość a jakość życia w ujęciu historycznym [w:] *Jakość życia w naukach medycznych i społecznych* Tom I. Kowalewska B., Jankowiak B., Rolka H., Krajewska - Kułak E. Uniwersytet Medyczny ul. Kilińskiego 1 Białystok. Białystok, 2017: 31-52.
38. Estoque R.C., Togawa T., Ooba M., Gomi K, Nakamura S, Hijioka Y, Kameyama Y. A review of quality of life (QOL) assessments and indicators: Towards a "QOL-Climate" assessment framework. *A Journal of the Human Environment*. 2019, 48(6), 619-638.
39. Krawczyk-Suszek M, Kleinrok A. Health-Related Quality of Life (HRQoL) of People over 65 Years of Age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022, 6, 19(2), 625.

40. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*. 2016, 34(7), 645-649.
41. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, et al.. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*. 2019, 28(10), 2641-2650.
42. Turska W., Skowron A. Metodyka oceny jakości życia. *Farmakologia Polska*, 2009, 65(8), 572-580.
43. Ostrzyżek A.J., Gałęcki P., Wolniak S., Orzechowska A. Specyfikacja oceny jakości życia osób z zaburzeniami chorobowymi. *Psychiatria Polska*, 2022, 275, 1-18.
44. Bączek G. i in. Jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2019, 25(4), 258-265.
45. Banaczek Z., Saracen, A. Satysfakcja życia i samoocena wśród kobiet w okresie menopauzy life satisfaction and self-esteem among women in the menopausal time. *Wiadomości Lekarskie*, 2016, 2(Cz. II), 174-179.
46. Mroczek, B., Wróblewska, I., Jamrocha, K., et al. Jakość życia kobiet w okresie menopauzy. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2014, 2, 136-137.
47. Janicka, K. Jakość życia kobiet w okresie średniej i późnej dorosłości. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica*, 2014, (18), 67-84.
48. Główny Urząd Statystyczny: Pojęcia stosowane w statystyce publicznej <https://stat.gov.pl/metainformacje/słownik-pojęć/pojęcia-stosowane-w-statystyce-publicznej/864,pojecie.html>. Data pobrania: 30.05.2023.
49. Główny Urząd Statystyczny: Dobre Zdrowie i jakość życia. https://sdg.gov.pl/statistics_glob/3-7-1/. Data pobrania: 30.05.2023.
50. Kiejna A., Adamowski T., Piotrowski P. Epidemiology of mental disorders and access to mental health care. *EZOP – Poland, Psychiatria Polska*, 2015, 49(1), 5-13.
51. Raport Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej. Opracowania tematyczne OT-674, Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji, Kancelaria Senatu, Warszawa, 2019.
52. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Komunikat prasowy z okazji Światowego Dnia Zdrowia 2017: Depresja - porozmawiajmy, <https://nipip.pl/depresja-porozmawiajmy/>. Data pobrania: 30.05.2023.
53. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> Data pobrania: 30.05.2023.
54. Mathers C., Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11), e442.

55. Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej. Opracowania tematyczne OT–674, Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji, Kancelaria Senatu, Warszawa, 2019.
56. Birmaher B., Ryan N.D., Williamson D.E., et al., Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1996, 35(11), 1427–1439.
57. NFZ o Zdrowiu. Depresja, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Warszawa, 2020, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja>, Data pobrania: 30.05.2023.
58. Stan zdrowia ludności Polski w 2019, Źródło danych GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,26,1.html>. Data pobrania: 30.05.2023.
59. Dudek D., Siwek M.: Zaburzenia nastroju u kobiet, *Dyskusje o depresji*, 2006, 26.
60. Wnuk M, Marcinkowski J., Jakość życia w chorobach przewlekłych, *Hygeia Public Health*, 2013, 48(3), 274 – 278.
61. Czepukojć M., Dębowska, W., & Dębowska, M. D. Funkcje seksualne a samoocena u osób z depresją. *Psychiatria*, 2020, 17(3), 121-129.
62. Borowicz M., Rybka M. Wybrane aspekty jakości życia pacjentów z depresją. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2016, 1(1), 61-71.
63. Altschuler L.L.: The use of SSRIs in depressive disorders specific to women. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2002, 63 (Suppl. 7), 3–8.
64. Burt V.K., Stein K. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2002, 63 (Suppl 7), 9–15.
65. Freeman E.W., Sammel M.D., Lin H. et al. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Archives of General Psychiatry*, 2006, 63(4), 375–382.
66. Parry B.L.: Perimenopausal depression. *American Journal of Psychiatry*, 2008, 165 (1), 23–27.
67. Rajewska J., Rybakowski J.K.: Depression in premenstrual women: gonadal hormones and serotonergic system assessed by D-fenfluramine challenge test. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 2003, 27(4), 705–709.
68. Rasgon N.L., Altschuler L.L., Fairbanks L.A. et al.: Estrogen replacement therapy in the treatment of major depressive disorder in perimenopausal women. *Journal of*

- Clinical Psychiatry, 2002, 63 (Suppl. 7), 45–48;
69. Sloan D.M., Kornstein S.G.: Gender differences in depression and response to antidepressant treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 2003, 26(3), 581–594.



ISBN – 978-83-67454-59-9