

Wpływ terapii hormonalnej na poziom depresji i jakość życia kobiet w wieku okołomenopauzalnym, zamieszkujących tereny wiejskie

The effect of hormone therapy on the level of depression and quality of life in women in perimenopausal age, living in the countryside

Marta Makara-Studzińska¹, Artur Wdowiak², Grzegorz Bakalczuk², Szymon Bakalczuk³

¹Katedra i Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie;
kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. med. Marek Masiak

²Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie;
kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Henryk Wiktor

³NZOZ „OVUM” Rozrodczość i Andrologia w Lublinie

Przeгляд Menopauzalny 2009; 5: 284-289

Streszczenie

Cel pracy: Celem opisanego w niniejszej pracy badania było porównanie poziomu i nasilenia objawów depresyjnych oraz innych symptomów występujących w okresie menopauzy u kobiet zamieszkujących tereny wiejskie, stosujących terapię hormonalną (*hormonal therapy* – HT) oraz kobiet, które tej terapii nie stosują.

Materiał i metody: Badaniami objęto 91 kobiet w wieku 45–55 lat, mieszkanek wsi. Pierwszą grupę stanowiły kobiety stosujące terapię hormonalną, a drugą kobiety niestosujące tej terapii. W pracy zastosowano kwestionariusz ankiety anonimowej, konstrukcji własnej, obejmujący pytania dotyczące występowania objawów menopauzy oraz stosowania terapii hormonalnej oraz *Inwentarz (skalę) depresji Becka*. Wśród 91 badanych kobiet było 39 kobiet niestosujących HT oraz 52, które ją stosowały. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą testu niezależności χ^2 .

Wyniki i wnioski: Badanie wskazało na istotną statystycznie różnicę w częstości występowania objawów depresyjnych w grupie kobiet stosujących HT w porównaniu z kobietami, które jej nie stosowały. Jedynie 13,5% kobiet stosujących HT skarżyło się na objawy depresji, natomiast częstość występowania depresji u kobiet niestosujących terapii wynosiła 59%. Na podstawie wyników można również stwierdzić, że HT wpływa na zmniejszenie niektórych dolegliwości związanych z okresem menopauzy, takich jak nerwowość, osłabienie i bóle głowy.

Słowa kluczowe: terapia hormonalna, depresja

Summary

Aim of the study: The aim of this study is to compare the level and intensity of depression symptoms and other symptoms visible in perimenopausal period in women living on the rural areas, who take hormone therapy (HT) and women who don't take this therapy.

Material and methods: 91 women, country habitants, in age of 45-55 were tested in two groups. First group – a clinical group-consisted of women who take hormone therapy (HT), and the second group-a control group-consisted of women who don't take this therapy. In the test was used the anonymous self-developed questionnaire, including questions concerning the occurrence of the menopausal symptoms, treatment with hormone and conclusions therapy and Beck Depression Inventory. Among 91 tested women, 39 don't take hormone therapy and 52 do or did. The statistical analysis was conducted with help of the chi-square test.

Results and conclusions: An essential difference was found in frequency of the depression symptoms occurrence between the clinical group and the control group. Only 13.5% of women taking the HRT suffered from some depression symptoms, while the frequency of the depression symptoms in group of woman who didn't take this therapy was 59%. On the basis of those results, it can be said that HRT has an influence on the reduction of some ailments connected with menopausal period such as: anxiety, weakness and headaches.

Key words: hormone therapy, depression

Adres do korespondencji:

dr med. **Marta Makara-Studzińska**, Katedra i Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny, ul. Gtuszka 1, 20-442 Lublin, tel./faks +48 81 745 33 92,
e-mail: mmakara@go2.pl

Wstęp

Okres okołomenopauzalny to czas zmian w życiu kobiety. Kiedyś przekwitanie uważano za początek nieuchronnej starości. Obecnie, dzięki różnym kuracjom, kosmetykom, a przede wszystkim dzięki innemu spojrzeniu na te zagadnienia, kobiety dłużej czują się młode.

Objawy, które towarzyszą temu okresowi, dotyczą aż 89% kobiet i u każdej kobiety występują z różnym nasileniem, co sprawia, że niekiedy czas ten może być rzeczywistością trudną. Na obraz okresu okołomenopauzalnego składają się różne objawy neurowegetatywne (głównie uderzenia gorąca, bóle i zawroty głowy oraz nadmierne pocenie się) i psychiczne (silna labilność, czyli chwiejność emocjonalna, drażliwość, a często depresja).

Kobiety w wieku okołomenopauzalnym mają wiele problemów natury psychologicznej. W tym czasie zmienia się ich ciało, ustaje zdolność do reprodukcji, odchodzą dzieci, które zakładają rodziny, pojawia się wiele dolegliwości wynikających z niedoboru estrogenów. Wraz z menopauzą proces starzenia staje się gwałtowniejszy, stanowiąc silny uraz psychiczny dla kobiet [1].

Jedną z najbardziej skutecznych metod przeciwdziałania dolegliwościom okresu okołomenopauzalnego jest terapia hormonalna. Jest to forma leczenia uzupełniającego niedobór hormonów płciowych, prowadząca do znacznego złagodzenia lub likwidacji wielu dolegliwości menopauzalnych [2].

Wystąpienie menopauzy przez dziesiątki lat traktowano jako czynnik wyzwalający depresję, lecz obecnie zdania na ten temat są podzielone [3]. Nie wszystkie badania wskazują na większą częstość występowania zaburzeń depresyjnych u kobiet w okresie menopauzy [4].

Znaczenie czynników biologicznych, w tym zaburzeń hormonalnych, w powstawaniu zaburzeń psychicznych związanych z menopauzą jest wciąż sprawą budzącą żywe dyskusje wśród badaczy i lekarzy praktyków. Część z nich podważa związki między zmianami hormonalnymi okresu menopauzalnego a istotnymi zaburzeniami psychicznymi. W piśmiennictwie nadal spotyka się opinie, że powstałe w tym okresie zmiany fizjologiczne mają niewielki wpływ na zdrowie psychiczne [5].

Większą częstość zaburzeń depresyjnych obserwuje się natomiast u kobiet, u których menopauza jest skutkiem zabiegu chirurgicznego (usunięcia jajników lub całego narządu rodowego) w porównaniu z kobietami doświadczającymi menopauzy fizjologicznej. Niektóre grupy kobiet mogą być szczególnie narażone na epizod dużej depresji w okresie okołomenopauzalnym. Są to kobiety z obciążonym wywiadem rodzinnym w kierunku występowania zaburzeń psychicznych lub afektywnych, kobiety, u których w przeszłości pojawiały się zaburzenia nastroju, ze złym stanem zdrowia i narażone niedawno na stres.

Chociaż u kobiet w okresie menopauzy zachodzą liczne zmiany adaptacyjne, to pojawiająca się wtedy de-

presja nie różni się znacznie od depresji występującej w innym okresie życia. Przebieg depresji w okresie menopauzy jest przewidywalny, a czynniki ryzyka, do których należy dodatni wywiad w kierunku depresji, mogą wpływać na opóźnienie jej ustępowania. U niektórych kobiet, u których depresja występowała przed menopauzą, zaburzenie to może utrzymywać się w okresie menopauzy i ustąpić po jej zakończeniu. U innych natomiast depresja może utrzymywać się po menopauzie, jeszcze inne zaś w całym okresie klimakterium doświadczają wahań nastroju [5].

W okresie okołomenopauzalnym zaburzenia depresyjne wymagające leczenia i dające się zaklasyfikować wg ICD-10 występują u 20–30% kobiet, a do 90% odczuwa słabsze zaburzenia nastroju (drażliwość, labilność emocjonalna, trudności w skupieniu uwagi) jako bezpośredni skutek zmian hormonalnych lub innych zaburzeń somatycznych tego okresu życia [6].

Cel pracy

Celem badania było porównanie poziomu i nasilenia objawów depresyjnych oraz innych objawów występujących w okresie menopauzy u kobiet zamieszkujących tereny wiejskie, stosujących terapię hormonalną (HT) oraz kobiet, które jej nie stosują. Dodatkowo, podjęto próbę określenia wpływu czynników psychospołecznych, mogących wpływać na decyzję o podjęciu HT. Wstępnie założono, że istnieje prawdopodobieństwo, że HT wpływa na poziom i nasilenie objawów depresyjnych u kobiet w wieku okołomenopauzalnym. Możliwe jest również, że czynniki psychospołeczne mają znaczący wpływ na decyzję o rozpoczęciu stosowania HT.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w marcu i kwietniu 2007 r. w Poradni Ginekologiczno-Położniczej w Jaśle, po uzyskaniu wcześniejszej zgody dyrektora Szpitala Specjalistycznego, pod który poradnia ta podlega. Trwały one 4 tyg. Badaniami objęto 100 kobiet w wieku 45–55 lat, mieszkanek okolicznych wsi, leczonych w ww. poradni. Pierwszą grupę stanowiły kobiety stosujące hormonalną terapię (HT), a drugą kobiety jej niestosujące. Obejmując te osoby badaniami, posłużono się formalną klasyfikacją, na podstawie której zaliczono je do wieku okołomenopauzalnego. W tym celu zastosowano tzw. indeks Kuppermana, który służy do oceny stopnia nasilenia objawów menopauzalnych.

W pracy zastosowano kwestionariusz ankiety anonimowej, konstrukcji własnej, składający się z 17 pytań zamkniętych i półotwartych. Pierwsza część ankiety obejmowała pytania dotyczące wieku, wykształcenia, warunków socjalno-bytowych badanych, druga zaś dotyczyła występowania objawów menopauzy, zawierając

wspomniany już wyżej indeks Kuppermana, który odnosi się do następujących objawów okresu okołomenopauzalnego – uderzeń gorąca, pocenia się, zaburzeń snu, nerwowości, przygnębienia, zawrotów głowy, osłabienia, bóli stawów, bóli głowy, uczucia bicia lub kołatania serca oraz parestezji. Za pomocą indeksu Kuppermana kwalifikowano kobiety do okresu menopauzalnego na podstawie nasilenia powyższych objawów. Ostatnia, trzecia, część ankiety dotyczyła stosowania HT, m.in. jej rodzaju oraz oceny skuteczności przez osobę badaną. Drugim narzędziem zastosowanym w niniejszym badaniu był *Inwentarz (skala) depresji Becka* (BDI), służący do określenia nasilenia depresji u badanych kobiet. Jest on jednym z najbardziej znanych narzędzi do oceny stanu psychicznego u chorych na depresję. Składa się z 21 pytań zamkniętych, odpowiedzi punktowane są 0–3. Wynik sumaryczny 0–11 pkt oznacza brak depresji, 12–26 pkt łagodną depresję, 27–49 pkt umiarkowaną depresją, 50–63 pkt – bardzo ciężką depresję.

Respondentki poinformowano o anonimowości badań i zasadach wypełniania kwestionariuszy. Czas, jaki zajmowało wypełnienie jednej ankiety, wynosił 15 min. Z grupy 100 badanych kobiet, 91 wypełniło kwestiona-

riusze w sposób prawidłowy. Było wśród nich 39 kobiet niestosujących HT oraz 52, które ją stosowały. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą testu niezależności χ^2 . Niniejsze badanie ma charakter pilotażowy, będzie kontynuowane z rozszerzeniem go o grupę kobiet zamieszkujących miasto, a uzyskane wyniki zostaną następnie porównane z otrzymanymi dotychczas.

Wyniki

Między pacjentkami stosującymi i niestosującymi HT nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pod względem wieku, liczby porodów oraz wskaźnika masy ciała (*body mass index* – BMI) (tab. I).

Spośród kobiet stosujących HT największą liczbę stanowiły mężatki (86%), wdowy jedynie 8%, w separacji było 6% kobiet. Podobnie było w grupie niestosującej HT. Mężatki stanowiły w niej 83% badanych, pozostałe kobiety to wdowy i kobiety będące w separacji. Nie wykazano różnic istotnych statystycznie, porównując kobiety stosujące i niestosujące HT w odniesieniu do następujących zmiennych – pracy poza rolnictwem oraz wykształcenia (tab. II).

Warunki socjalno-bytowe jako dobre określiło 64% badanych kobiet stosujących HT, 32% jako średnie, natomiast bardzo dobre i złe po 2%. W grupie kobiet niestosujących HT 51,2% kobiet uznało swoje warunki socjalno-bytowe za średnie, 34,1% za dobre i 14,6% za złe. Różnica w odniesieniu do warunków życia badanych kobiet okazała się istotna statystycznie na korzyść kobiet stosujących HT (tab. II).

Opinie o cenie HT były podobne zarówno wśród osób ją stosujących (54% odpowiedziało, że jest droga),

Tab. I. Parametry kliniczne kobiet stosujących i niestosujących HT

Parametr	Kobiety niestosujące HT	Kobiety stosujące HT	p
wiek	54,44 ±5,58	56,24 ±4,75	0,240
porody	2,55 ±2,72	2,41 ±2,05	0,973
BMI	26,63 ±4,27	25,45 ±3,54	0,393

Tab. II. Dane socjodemograficzne badanych

		Kobiety niestosujące HT	Kobiety stosujące HT	Test χ^2	
		[%]	[%]	χ^2	p
stan cywilny	panna	4,9	0	5,8	0,211
	mężatka	82,9	85,7		
	wdowa	4,9	8,2		
	w separacji	2,4	6,1		
	rozwidziona	4,9	0,0		
wykształcenie	podstawowe	22,0	8,0	6,6	0,098
	zawodowe	51,2	56,0		
	średnie	22,0	24,4		
	wyższe	4,8	11,6		
praca poza rolnictwem	tak	34,1	65,9	2,7	0,098
	nie	18,8	81,2		
warunki socjalno-bytowe	bardzo dobre	0	2,0	11,5	0,009
	dobre	34,1	64,0		
	średnie	51,2	32,0		
	złe	14,6	2,0		

jak i w drugiej grupie (61%), różnica ta nie była na tyle duża, aby była istotna statystycznie (tab. III).

Wszystkie kobiety (100%) stosujące HT były zdania, że jest ona nieszkodliwa, co na pewno wpłynęło na decyzję o podjęciu jej stosowania. Wśród kobiet niestosujących HT prawie połowa (49%) była przekonana o jej szkodliwości. Test χ^2 Pearsona wskazał i w tym przypadku na statystycznie istotną różnicę w postrzeganiu szkodliwości HT przez kobiety ją stosujące i te, które nie leczą się hormonalnie (tab. III).

Aż 78% badanych kobiet stosujących HT było zdania, że zapobiega ona przykrym dolegliwościom okresu przekwitania, co w dużej mierze wpłynęło na decyzję o rozpoczęciu jej stosowania. Jednak co 5. osoba stosuje HT z innego powodu. Wśród osób niestosujących HT, 63% badanych uważało, że leczenie hormonalne nie zapobiega dolegliwościom okresu przekwitania (tab. III).

Tylko 56% badanych kobiet stosujących HT uważało, że pozwala ona dłużej zachować pełną sprawność i aktywność fizyczną oraz seksualną, 44% kobiet stosujących HT nie poparło tego twierdzenia. W drugiej grupie badanych, czyli kobiet niestosujących HT, aż 92% badanych nie zgodziło się z powyższym stwierdzeniem (tab. III).

Na podstawie zastosowanej *Skali depresji Becka* okazało się, że 86,5% kobiet stosujących HT nie wykazywało objawów depresyjnych. Łagodna depresja występowała u 13,5% tej grupy. U żadnej z kobiet stosujących HT nie stwierdzono umiarkowanej depresji (tab. IV).

W grupie kobiet, które nie stosowały HT, tylko 41% nie wykazywało objawów depresji, aż u 56,4% występowała łagodna depresja, a u 2,6% depresja umiarkowana.

Test χ^2 wykazał istotną zależność ($p < 0,05$) zmiennej *Skala depresji Becka* oraz zmiennej stosowanie HT,

co oznacza, że wśród kobiet stosujących HT znacznie rzadziej występowały objawy depresji (tab. IV).

W kolejnym etapie badania porównano samopoczucie kobiet stosujących i niestosujących HT. Wykazano istotne różnice między powyższymi grupami dla następujących objawów, występujących często w przebiegu menopauzy: nerwowość, osłabienie i bóle głowy (tab. V).

W grupie kobiet stosujących HT tylko u 4% nerwowość występowała bardzo często, u 20% dość często, czasami u 42%, brak tego typu dolegliwości potwierdziło 34% badanych. U kobiet niestosujących HT odpowiednio dolegliwość ta występowała bardzo często u 9,8% kobiet, dość często u 31,7%, czasami u 53,7%, jedynie 4,9% twierdziło, że nigdy nie odczuwa nerwowości. Test χ^2 Pearsona wykazał istotną zależność pomiędzy nasileniem odczuwania takiej dolegliwości, jaką jest nerwowość, a stosowaniem HT (tab. V).

Podobnie, osłabienie występowało znacznie częściej u kobiet niestosujących HT (dość często u 31,7%) w porównaniu z kobietami leczonymi HT (dość często u 6%). Objaw ten nie występował odpowiednio u 68% kobiet stosujących HT i 34,1%, które jej nie stosują. Test χ^2 Pearsona wykazał istotną zależność pomiędzy nasileniem odczuwania takiej dolegliwości, jaką jest osłabienie, a stosowaniem HT (tab. V).

Bóle głowy występowały czasami u 30% badanych stosujących HT, dość często u 20%, 50% tej grupy nie zgłaszała powyższej dolegliwości. W grupie niestosującej HT bóle głowy występowały u większego odsetka badanych – czasami u 24,4%, dość często i bardzo często aż u 34,1% respondentek. Test χ^2 Pearsona wykazał istotną zależność pomiędzy nasileniem odczuwania takiej dolegliwości, jaką są bóle głowy, a stosowaniem HT (tab. V).

Tab. III. Opinie badanych na temat HT

		Kobiety niestosujące HT	Kobiety stosujące HT	Test χ^2	
		[%]	[%]	χ^2	p
Czy HT jest szkodliwa?	nie	51,2	100	31,3	< 0,001
	tak	48,8	0		
Czy leczenie hormonalne zapobiega przykrym dolegliwościom okresu przekwitania?	nie	63,4	22	16	< 0,001
	tak	36,6	78		
Czy leki hormonalne pozwalają zachować dłużej pełną sprawność i aktywność fizyczną i seksualną?	nie	92,7	44	23,7	< 0,001
	tak	7,3	56		
Czy HT jest droga?	nie	39,0	46	0,45	0,503
	tak	61,0	54		

Tab. IV. Nasilenie objawów depresyjnych u kobiet stosujących i niestosujących HT na podstawie *Skali depresji Becka* (BDI)

		Kobiety niestosujące HT	Kobiety stosujące HT	Test χ^2	
		[%]	[%]	χ^2	p
BDI	brak depresji	41,00	86,50	21,119	< 0,001

Tab. V. Porównanie samopoczucia w grupie kobiet stosujących HT i niestosujących jej

		Kobiety niestosujące HT	Kobiety stosujące HT	Test χ^2	
		[%]	[%]	χ^2	<i>p</i>
nerwowość	nie występuje	4,9	34,0	12,1	0,007
	czasami	53,7	42,0		
	dość często	31,7	20,0		
	bardzo często	9,8	4,0		
ostabienie	nie występuje	34,1	68,0	13,9	0,001
	czasami	34,1	26,0		
	dość często	31,7	6,0		
	bardzo często	0	0		
ból głowy	nie występują	41,5	50,0	7,9	0,047
	czasami	24,4	30,0		
	dość często	19,5	20,0		
	bardzo często	14,6	0		

Dyskusja

Współcześnie HT, metoda znana i stosowana od ok. 60 lat, stanowi ważny element strategii lekarskiej. Niezależnie od naukowych dyskusji na temat bilansu zagrożeń i zysków somatycznych w związku ze stosowaniem HT, rozważa się także jej wpływ na stan psychiczny kobiet, w szczególności na przebieg zaburzeń depresyjnych.

Do tej pory opisywano korzystny wpływ estrogenów na objawy depresyjne w przebiegu zespołu napięcia przedmiesiączkowego [7] oraz w depresji poporodowej [8].

Co do znaczenia estrogenów i hormonalnej terapii zastępczej w terapii zaburzeń depresyjnych w okresie okołomenopauzalnym, badania Novaes Soares i wsp. potwierdziły przewagę estrogenów nad placebo w leczeniu stanów depresyjnych okresu okołomenopauzalnego [4], jednak dotyczy to przede wszystkim depresji o nasileniu lekkim i umiarkowanym. Nie ma natomiast dowodów na szkodliwość HT u osób z depresją, co sugerują wyniki badań Lewińskiego. Ponadto, wykazano w nich pozytywny wpływ HT w zakresie wybranych aspektów psychicznych w terapii długoterminowej [5]. Jak już wspomniano, terapia taka nie jest jednak wystarczająca dla kobiet z objawami ciężkiej depresji i w tych przypadkach może być traktowana jedynie jako uzupełnienie leczenia podstawowego [9].

Rozbieżność tych wyników przypisywać można zarówno różnicom w definiowaniu okresu menopauzy, szacowaniu równowagi hormonalnej kobiet, jak i różnorodności stosowanych preparatów estrogenów, a nawet drogi ich podawania [4].

Wyniki badań autorów niniejszego opracowania wskazują na istotną statystycznie różnicę w częstości występowania objawów depresyjnych w grupie kobiet stosujących HT w porównaniu z kobietami, które nie stosowały terapii hormonalnej. Jedynie 13,5% kobiet stosujących HT skarżyło się na objawy depresji (nasilenie lekkie), podczas gdy częstość występowania depre-

sji u kobiet niestosujących terapii wynosiła w sumie 59% (w tym u 56,4% występowała łagodna depresja, a u 2,6% depresja umiarkowana). Nasilenie objawów charakterystycznych dla okresu menopauzy, powiązanych z objawami występującymi w przebiegu depresji, również może mieć związek ze stosowaniem HT.

Pomimo kontrowersji co do skuteczności HT w leczeniu zaburzeń depresyjnych okresu okołomenopauzalnego, nie ma wątpliwości, że wpływa ona na jakość życia kobiet ją stosujących. Autorzy niniejszej pracy wykazali korzystny wpływ tej terapii na nerwowość, ból głowy oraz osłabienie – objawy, które mogą występować samodzielnie, ale mogą być również elementem zespołów depresyjnych. Z pewnością HT nie powinna być stosowana jako monoterapia w leczeniu zdiagnozowanego epizodu depresji, ale jako leczenie wspomagające może przynieść pozytywne skutki. W dalszym etapie badanie zostanie rozszerzone o grupę kobiet zamieszkujących miasto, a uzyskane wyniki zostaną porównane z otrzymanymi do tej pory.

Wnioski

1. Badania wykazały istotny wpływ HT na poziom i nasilenie objawów depresyjnych u kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Wśród kobiet stosujących HT 86% badanych nie ma objawów depresji. Pozostałe 14% to osoby z depresją łagodną. Częstość występowania depresji jest dużo większa u kobiet niestosujących HT – ponad połowa z nich wykazuje objawy depresji nie tylko łagodnej, ale również umiarkowanej.
2. Warunki socjalno-bytowe badanych są istotnym czynnikiem wpływającym na decyzję o rozpoczęciu HT. Większość osób stosujących HT ocenia swoje warunki socjalno-bytowe jako dobre, w drugiej grupie badanych, czyli wśród kobiet niestosujących HT są one jednak znacznie gorsze i w dużej mierze ma to wpływ na to, że nie podejmują one tego typu terapii.

3. Spośród kobiet niestosujących HT, połowa jest przekonana o jej szkodliwości. Wszystkie kobiety, które zdecydowały się na HT, są zdania, że jest ona nieszkodliwa. Opinia na temat szkodliwości HT ma zatem decydujący wpływ na decyzję o podjęciu terapii.
4. Na podstawie badań można stwierdzić, że HT ma wpływ na zmniejszenie niektórych dolegliwości związanych z okresem menopauzy, takich jak nerwowość, osłabienie i bóle głowy.

Reasumując, można stwierdzić, że HT ma duży wpływ na poprawę jakości życia kobiet w wieku okołomenopauzalnym, poprzez zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych, jak również innych wymienionych wyżej dolegliwości. Ogromny wpływ na decyzję o wyborze tego typu terapii mają jednak poglądy i opinie, a także sytuacja materialno-bytowa.

Piśmiennictwo

1. Yonkers KA, Smith MV, Brunetto WL, et al. Rozpoznawanie depresji u kobiet zgłaszających się do ginekologa. *Ginekol Dypl* 2005; 11: 37-40.
2. Sikorska B. Hormonalna terapia zastępcza a jakość życia kobiet. *Pielęg Położ* 1999; 2: 21-2.
3. Scotland NL. Pogranicze psychiatrii i medycyny reprodukcyjnej. *Psychiatr Dypl* 2004; 1: 29-31.
4. Novaes Soares C, Cohen LS. The perimenopause, depressive disorders and hormonal variability. *Sao Paulo Med J/Rev Paul Med* 2001; 119: 78-83.
5. Lewiński A. Menopauza bez tajemnic. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
6. Pertyński T. Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego. Urban & Partner, Wrocław 2004.
7. Smith RN, Studd JW, Zamblera D, et al. A randomised comparison over 8 months of 100 micrograms and 200 micrograms twice weekly doses of transdermal oestradiol in the treatment of severe premenstrual syndrome. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102: 475-84.
8. Gregoire AJP, Kumar R, Everitt B, et al. Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet* 1996; 347: 930-3.
9. Walaszek P, Mazur P, Płachta Z i wsp. Czy stan hormonalny kobiet w okresie menopauzy jest przyczyną zaburzeń nastroju o typie depresji? *Prz Menopauz* 2002; 3: 33-7.