



Adaptacja polskiej wersji kwestionariusza oceny ryzyka depresji poporodowej (PDSS, *Postpartum Depression Screening Scale*)

Polish adaptation of the *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS)

KAROLINA KOSSAKOWSKA-PETRYCKA

Z Zakładu Psychopatologii i Psychologii Klinicznej Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego w Łodzi

STRESZCZENIE

Cel. Adaptacja i przygotowanie polskiej wersji kwestionariusza *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) do oceny ryzyka depresji poporodowej, oraz oszacowanie jego psychometrycznych właściwości.

Metoda. W badaniach wzięły udział 194 kobiety po narodzinach dziecka. Średni wiek badanych wynosił 27,9 lat ($SD = 4,01$). Przewagę stanowiły mężatki (87,6% kobiet), z wykształceniem wyższym (69,6% kobiet). Dla większości kobiet była to pierwsza ciąża w życiu (75,3%). Poród u 69,1% badanych nastąpił drogami i siłami natury. Średni czas, jaki upłynął od narodzin dziecka wynosił 4,97 tygodni ($SD = 1,76$). Wszystkie kobiety wypełniły przetłumaczony na język polski kwestionariusz PDSS.

Wyniki. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla całego narzędzia wyniósł 0,97 oraz 0,81 dla wersji skróconej. PDSS wersja skrócona istotnie koreluje z pełną wersją PDSS ($r = 0,90, p < 0,01$). Wyniki ogólne kwestionariusza PDSS oraz jego wersji skróconej korelują istotnie z wynikami w skali BDI ($r = 0,761, p < 0,01$; $r = 0,646, p < 0,001$) oraz EPDS ($r = 0,801, p < 0,01$; $r = 0,741, p < 0,01$).

Wnioski. Rezultaty oceny rzetelności polskiej wersji PDSS, nie odbiegają od wyników uzyskanych przez Autorkę. Uzyskane parametry analizy rzetelności są wysokie. Kwestionariusz PDSS może być z powodzeniem stosowany do oceny ryzyka depresji poporodowej.

SUMMARY

Objectives. To develop a Polish adaptation of the *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) for the assessment of risk for postpartum depression, and to evaluate its psychometric properties.

Method. Soon after giving birth to a child 194 young mothers were examined using the PDSS in the Polish adaptation. Their mean age was 27.9 ($SD=4.01$). The majority of the participants were married (87.6%) and had a university education (69.9%). In most cases it was their first pregnancy (75.3%), with a spontaneous labor (69.1%). The mean time from childbirth was 4.97 weeks ($SD=1.76$).

Results. The Cronbach alpha coefficient of reliability was 0.97 for the whole scale, and 0.81 for the brief version. The brief form of the PDSS was significantly correlated with the global scale ($r = 0.90, p < 0.01$). The patients' scores both on the global and abbreviated PDSS versions were significantly correlated with their BDI scores ($r = 0.761, p < 0.01$; $r = 0.646, p < 0.001$, respectively), as well as with their EPDS performance ($r = 0.801, p < 0.01$; $r = 0.741, p < 0.01$, respectively).

Conclusions. Psychometric properties of the Polish adaptation of the PDSS do not differ from these of the original version of the scale. The reliability parameters obtained in the study were high. The Polish adaptation of the PDSS can well be used for the assessment of risk for depression.

Słowa kluczowe: depresja poporodowa / ocena ryzyka / adaptacja / ocena psychometryczna / *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS)

Key words: postpartum depression / risk assessment / adaptation / psychometric evaluation / *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS)

Depresja poporodowa (*postpartum depression*, PPD) dotyka ok. 10–20% kobiet na całym świecie [1, 2, 3, 4]. W przeciwieństwie do krótkotrwałego smutku poporodowego, pojawia się w ciągu pierwszych 2–3 tygodni do 3 miesięcy po porodzie, zaś czas jej trwania może przedłużyć się nawet do roku [5]. Do głównych objawów depresji poporodowej zalicza się: obniżenie nastroju, niepokój, poczucie winy, osłabienie zainteresowań (w tym spadek zainteresowań seksualnych), negatywną ocenę własnych kompetencji w roli matki, obawy o skrzywdzenie dziecka, a także zmęczenie, zaburzenia koncentracji, oraz zaburzenia snu i łaknienia [5].

Przyczyny występowania depresji poporodowej są złożone. Metaanaliza przeprowadzona przez Beck [6] pozwoliła na wyłonienie 13 czynników ryzyka tego zaburzenia. Są to: wcześniejsza historia depresji, w tym depresja w trakcie ciąży, niski poziom poczucia własnej wartości (*self-esteem*),

stres związany z opieką nad dzieckiem, niepokój w okresie prenatalnym, stresujące doświadczenia życiowe, brak wsparcia społecznego, konfliktowe relacje małżeńskie, temperament dziecka (w tym występowanie kolek), wcześniejszy smutek poporodowy, bycie samotną matką, niski status ekonomiczny oraz nieplanowana i/lub niechciana ciąża.

Międzynarodowe badania przeprowadzone przez Affonso i wsp. pokazały, że symptomy PPD wystąpiły u 892 kobiet z 9 krajów, reprezentujących 5 kontynentów (kobiety z Południowej Afryki uzyskały najwyższy poziom symptomów depresyjnych) [7]. Przewidywane wskaźniki występowania PPD na podstawie analizy 59 międzynarodowych badań wg O'Hary i Swaina [1] wskazują na 13% wszystkich nowych matek.

W polskich badaniach naukowych problem depresji poporodowej nie jest tak często podejmowany jak w Stanach

Zjednoczonych i Europie Zachodniej. Nie oznacza to jednak, że polskie kobiety nie doświadczają tego typu trudności w okresie poporodowym. U 58% spośród 250 kobiet badanych inwentarzem depresji Becka przez Wasilewską-Pordes stwierdzono okołoporodowe zaburzenia depresyjne [8]. Wg rezultatów innych polskich badań [9] u 42 pacjentek, stanowiących 21% badanej populacji (N = 200) rozpoznano zespół depresyjny związany z sytuacją narodzin dziecka. Do oceny depresji poporodowej użyto inwentarz depresji Becka, skalę Hamiltona oraz Edynburską Skalę Depresji Poporodowej.

Najpoważniejszym z powikłań depresji poporodowej wydaje się nawracanie zaburzeń nastroju w związku z kolejnymi ciążami, co wg Evinasa i wsp. [10] dotyczy aż 35–50% matek, które doświadczyły tego problemu [11].

Należy jednak pamiętać, że depresyjne zaburzenia nastroju związane z okresem popołogowym są brzemiennie w skutkach nie tylko dla samej kobiety. Odnotowano ich wpływ na relacje z partnerem i rodziną [12]. Ponadto badacze są zgodni co do tego, że nierozpoznana, a tym samym nieleczona, lub leczona niewłaściwie depresja tego okresu ma niekorzystny wpływ na społeczny, emocjonalny i poznawczy rozwój dziecka [13].

Problemy osobowościowe i emocjonalne stanowią poważną przeszkodę w pełnieniu roli matki, albowiem utrudniają emocjonalną relację z dzieckiem [14], wpływają na jakość opieki nad nim i zmniejszają poczucie wartości kobiet oraz ich wiarę w udany bliski związek z dzieckiem. Depresyjne kobiety mogą być apatyczne, rozdrażnione, wrogie i mniej emocjonalne w stosunku do noworodka. Niechętnie angażują się w kontakt z dzieckiem i często nie reagują na jego potrzeby [7]. Matka wskutek depresji może być niezdolna do empatycznego kontaktu z niemowlęciem i reagować odrzuceniem [15]. Dzieci matek depresyjnych charakteryzuje też dużo słabsze zaangażowanie, mniejsza emocjonalność, gorsza komunikatywność, częstsze poczucie winy i urazy [16].

Biopsychospołeczny model PPD sugeruje, że depresja poporodowa charakteryzująca się uczuciem smutku, słabym afektem i negatywnym myśleniem koliduje z prawidłowymi behawioralnymi i emocjonalnymi relacjami między matką a dzieckiem. Objawy depresji poporodowej utrudniają matce zaangażowanie się w wystarczająco dobrą interakcję. Prawdopodobnie depresyjne matki mają trudność z dostrojeniem i wrażliwością na potrzeby dziecka i nie są w stanie pomóc dziecku w radzeniu sobie ze stresującymi wyzwaniami, jakie stawiają przed nim wymagania rozwojowe [17]. Dzieci kobiet cierpiących na depresję poporodową są częściej niż w przypadku matek niedepresyjnych zamknięte w sobie, wycofane [18], mniej radosne i chętne do zabawy [19], a także bardziej predysponowane do zachorowania na depresję [18].

Wasilewska-Pordes [7], opierając się na opracowaniu Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, wymienia negatywne skutki depresji poporodowej dla rozwoju i funkcjonowania dziecka w pierwszych latach życia: dla noworodków (mniejsza aktywność, większa drażliwość i nerwowość, mniej pozytywnych reakcji mimicznych, zaburzenia rytmu snu i czuwania, tendencja do wyższego poziomu hormonów stresu, przebieg aktywności fal mózgowych podobny jak w depresji); dla niemowląt i małych dzieci (depresyjny rodzaj interakcji, mniejsza waga i siła fizyczna,

opóźnienie w rozwoju motorycznym); dla dzieci w wieku przedszkolnym (zachowania depresyjne, zachowania agresywne, zachowania nieżyczliwe i pozbawione empatii, podwyższony poziom hormonów stresu, aktywność mózgu wskazująca na stan chronicznej depresji). Empiryczne badania wskazują ponadto, że dzieci matek, które chorowały na depresję po porodzie częściej są nadpobudliwe psychoruchowo i mają kłopoty z koncentracją uwagi [20].

Depresja poporodowa oznacza cierpienie w ukryciu – więcej niż połowa wszystkich przypadków pozostaje nierozpoznana [21]. Co więcej, czynniki, które wpływają na zapoczątkowanie PPD także negatywnie oddziałują na zdolność matki do wchodzenia w interakcje z jej dzieckiem. Dlatego wczesne rozpoznanie ryzyka depresji poporodowej odgrywa protekcyjną rolę dla rozwoju dziecka [17].

Taki stan rzeczy podkreśla konieczność rutynowego badania w celu wykrywania PPD u kobiet z różnych kultur, a zatem również istnienia narzędzia, które to umożliwi. Z tego względu podjęto się adaptacji do warunków polskich anglojęzycznego kwestionariusza *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) służącego do oceny ryzyka depresji poporodowej.

Uzyskano zgodę prof. Cheryl Tatano Beck, Autorki narzędzia, a także zgodę *Western Psychological Services* – wydawnictwa posiadającego prawa autorskie do *Postpartum Depression Screening Scale*.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było sporządzenie polskiej adaptacji kwestionariusza *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) do oceny ryzyka depresji poporodowej, oraz oszacowanie jego przydatności poprzez psychometryczną ewaluację.

PDSS – CHARAKTERYSTYKA NARZĘDZIA

Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) [22] jest kwestionariuszem samopisu. W jego skład wchodzi 35 twierdzeń ocenianych na 5-stopniowej skali Likerta (od 1 – zdecydowanie nie zgadzam się do 5 – zdecydowanie zgadzam się). PDSS ma na celu wskazanie obecności i stopnia nasilenia symptomów depresji poporodowej.

Autorka twierdzi, że PDSS została stworzona w oparciu o poniższe założenia:

„zaburzenia nastroju mogą występować w dowolnym momencie w okresie do 1 roku po porodzie. Utrata kontroli nad emocjami, myślami i działaniami jest podstawowym problemem kobiet doświadczających tego życiowego koszmaru. Symptomy mogą obejmować wycofanie się z pozytywnych emocji i dotychczasowych zainteresowań, trudności z koncentracją, poczucie osamotnienia, niepewności, niepokój, trudności ze snem lub jedzeniem, poczucie winy i wstydu, obsesyjne myślenie i rozważania by skrzywdzić siebie lub dziecko” [23, str. 297].

PDSS ocenia trudności na 7 wymiarach [24]: kłopoty ze snem/jedzeniem; niepokój/niepewność; wahania nastroju; chaos psychiczny; poczucie utraty własnego JA; poczucie winy/wstydu; myśli samobójcze.

Każdy wymiar składa się z 5 twierdzeń, które opisują jak matka może się czuć po narodzinach swojego dziecka. Wszystkie twierdzenia wchodzące w skład PDSS zostały stworzone na bazie cytatów pochodzących od kobiet, które wzięły udział we wcześniejszych badaniach autorki kwestionariusza [25, 26, 27].

Wypełniając kwestionariusz PDSS matki zakreślają odpowiedź, która najlepiej oddaje jak się czuły w ciągu ostatnich 2 tygodni.

Końcowy wynik PDSS mieści się w przedziale 35–175 punktów.

Rzetelność oryginalnego kwestionariusza została oszacowana na próbie 525 kobiet po urodzeniu dziecka.

Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla poszczególnych wymiarów wynosi:

- kłopoty ze snem/jedzeniem oraz niepokój/niepewność (0,83),
- wahania nastroju oraz poczucie winy/wstydu (0,89),
- chaos psychiczny (0,91),
- myśli samobójcze (0,93),
- poczucie utraty własnego JA (0,94).

Wersja Skrócona PDSS

Skala posiada również Wersję Skróconą, składającą się z 7 twierdzeń wchodzących w skład pełnej wersji PDSS. Twierdzenia te wysoko korelują z poszczególnymi 7 wymiarami. Końcowy wynik Wersji Skróconej wynosi od 7 do 35 punktów.

PDSS Wersja Skrócona uzyskała tak samo wysoki poziom rzetelności i trafności, jak pełna wersja skali [24]. Przy dwu różnych próbach współczynnik alfa dla Wersji Skróconej PDSS wyniósł odpowiednio 0,87 i 0,81.

PDSS Wersja Skrócona istotnie koreluje z pełną wersją PDSS ($r = 0,91$).

Interpretacja wyników uzyskanych w PDSS

Interpretacja wyników pełnej wersji Skali oraz Wersji Skróconej wskazują na: dużą depresję (gdy wyniki dla wersji pełnej ≥ 80), znaczące symptomy depresji (wyniki dla wersji pełnej znajdują się w przedziale 60–79 punktów, zaś dla Wersji Skróconej ≥ 14) oraz normalne przystosowanie (wyniki dla wersji pełnej ≤ 59 , a dla Wersji Skróconej ≤ 13). Skala pozwala także na identyfikację trudności w poszczególnych siedmiu wymiarach.

Polska wersja PDSS – praca nad adaptacją narzędzia

Podczas procedury translacyjnej zadbano, by – cytując za Beck [23]: „semantyczny odpowiednik koncentrował się na tym, czy konotacyjne znaczenie każdego z twierdzeń w przetłumaczonej wersji kwestionariusza jest identyczne z oryginalną wersją językową” [28, za: 23, str. 298]. Tłumaczenie zwrotne (*back translation*), które jest kluczem do stworzenia semantycznego odpowiednika, zastosowane zostało w celu zapewnienia, że znaczenie każdego z twierdzeń PDSS pozostaje takie samo po przetłumaczeniu na polski.

Tłumaczenie przebiegało w następujących etapach:

Czterech tłumaczy przełożyło tekst kwestionariusza na język polski. Tłumacze znali założenia i metodologię badań (*etap pierwszy*). Po dokonaniu tłumaczeń do badań zaproszono 4 osoby tworzące tzw. zespół jednojęzyczny – były

to kobiety w okresie do 6 miesięcy po urodzeniu dziecka, oraz jeden z tłumaczy. Zadanie każdego uczestnika zespołu polegało na zapoznaniu się z kwestionariuszem przetłumaczonym na język polski i zgłoszenie ewentualnych niejasności. Wątpliwości zostały omówione w całym zespole. Tłumacz uczestniczył w pracach zespołu jedynie w roli niedyrektywnego moderatora i słuchacza zbierającego zgłoszone uwagi (*etap drugi*). Czteroosobowy zespół tłumaczy po analizie zgłoszonych uwag i wątpliwości wprowadził poprawki dbając o to, by twierdzenia kwestionariusza były zrozumiałe, poprawne gramatycznie i odpowiadały oryginalnemu testowi (*etap trzeci*). Opracowana w poprzednich etapach polska wersja kwestionariusza została zwrótnie przetłumaczona na język angielski (*back translation*) przez zawodowego tłumacza (*etap czwarty*). Następnie czteroosobowy zespół tłumaczy porównał własną wersję tłumaczenia z tłumaczeniem odwrotnym. Po konsultacji z zespołem jednojęzycznym (składającym się z tłumacza i kobiet po narodzinach dziecka) uznano, że proponowana polska wersja tego twierdzenia oddaje zamierzenie Autorki testu (*etap piąty*).

Po konsultacji z Autorką – która zaakceptowała tłumaczenie zwrotne całego kwestionariusza – i uznaniu obydwu wersji tłumaczenia za równoważne, przystąpiono do dalszych prac adaptacyjnych.

GRUPA BADANA

W badaniach wzięły udział 194 kobiety po narodzinach dziecka (charakterystykę badanej grupy ilustruje tabl. 1).

Tablica 1. Charakterystyka grupy badanej

Charakterystyka grupy badanej (N = 194)	
Średni wiek kobiet	27,9 lat (rozpiętość: 20–39)
Stan cywilny	wolny: 24 (12,4%) mężatki: 170 (87,6%)
Wykształcenie	średnie: 59 (30,4%) wyższe: 135 (69,6%)
Ciąża	pierwsza: 146 (75,3%) druga: 43 (22,2%) trzecia: 5 (2,6%)
Sposób porodu	naturalny: 134 (69,1%) cesarskie cięcie: 59 (30,4%)
Czas od porodu	4,97 tygodni (minimum 3, maksimum 12)
Ryzyko w ciąży	brak: 109 (56,2%) obecne: 85 (43,8%) – związane z chorobami matki, zagrożeniem przedwczesnym porodem lub poronieniem

Średni wiek respondentek wynosił 27,9 lat ($SD = 4,01$). Większość badanych kobiet stanowiły mężatki (87,6% kobiet), z przewagą wykształcenia wyższego (69,6% kobiet). Dla większości kobiet była to pierwsza ciąża w życiu (75,3%). Ciąża 43,8% kobiet wiązała się z zagrożeniem ze względu na choroby matki, ryzyko przedwczesnego porodu lub poronienia. Poród u 69,1% badanych nastąpił drogami i siłami natury. Średni czas, jaki upłynął od narodzin dziecka wynosił 4,97 tygodni ($SD = 1,76$).

Procedura

Kryterium doboru do próby był okres jaki upłynął od czasu narodzin dziecka: od 3 do 12 tygodnia po porodzie. Badania były anonimowe, a osoby badane biorące w nich udział poinformowano o przeznaczeniu wyników badań wyłącznie do celów naukowych. Matki biorące udział w badaniach były rekrutowane w łódzkich szkołach rodzenia. Po wyrażeniu zgody na udział w badaniach kobiety w ciąży wypełniały ankietę zawierającą dane demograficzne (wiek, stan cywilny, wykształcenie, informacje na temat ciąży). Następnie w okresie od 3 do 12 tygodnia po porodzie kobiety uzupełniały ankietę o sposób porodu, a także wypełniały kwestionariusz do badania ryzyka depresji poporodowej (PDSS).

WYNIKI

Rzetelność

Rzetelność kwestionariusza oceniona została za pomocą analizy właściwości statystycznych pozycji testowych. Średnia dla całego narzędzia wyniosła 73,01 przy odchyleniu standardowym równym 30,52. Średnia korelacja pomiędzy pozycjami testowymi wyniosła 0,51, z wartością minimalną równą 33, a maksymalną równą 158.

Współczynnik alfa Cronbacha dla całego narzędzia wyniósł 0,971, przekraczając rekomendowaną wartość 0,7 i wskazując na rzetelność kwestionariusza dla badanej próby. Współczynnik rzetelności wersji skróconej kwestionariusza jest również wysoki – 0,81.

Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla poszczególnych wymiarów wynosi:

1. kłopoty ze snem/jedzeniem (0,82),
2. niepokój/niepewność (0,74),
3. wahania nastroju (0,89),
4. chaos psychiczny (0,89),
5. poczucie utraty własnego JA (0,91),
6. poczucie winy/wstydu (0,90),
7. myśli samobójcze (0,92).

Polska wersja skrócona PDSS istotnie koreluje z pełną wersją PDSS ($r = 0,90$, $p < 0,01$).

Tablica 2. Porównanie współczynników rzetelności dla oryginalnych wersji skali oraz badań adaptacyjnych

Wymiary PDSS	Badania Beck		Hiszpańska wersja PDSS Beck i Gable, 2003 (N=377)	Polska wersja PDSS (N=194)
	i Gable, 2000 (N=525)	i Gable, 2001 (N=150)	wersja PDSS Beck i Gable, 2003 (N=377)	
Kłopoty ze snem/jedzeniem	0,83	0,85	0,82	0,82
Niepokój/niepewność	0,83	0,80	0,76	0,74
Wahania nastroju	0,89	0,87	0,80	0,89
Chaos psychiczny	0,91	0,86	0,80	0,89
Poczucie utraty własnego JA	0,94	0,91	0,80	0,91
Poczucie winy/wstydu	0,89	0,86	0,81	0,90
Myśli samobójcze	0,93	0,87	0,90	0,92
Pełna wersja PDSS	0,97	0,96	0,95	0,97
Wersja skrócona PDSS	0,87	0,81	0,79	0,81

Tablica 3. Wyniki korelacji poszczególnych pozycji testowych z ogólnym wynikiem testowym

Pozycja w PDSS	Korelacja z wynikiem sumarycznym	Współczynnik α gdy pozycja usunięta
PDSS_1	0,386612	0,971341
PDSS_2	0,286951	0,971844
PDSS_3	0,682548	0,969843
PDSS_4	0,724506	0,969633
PDSS_5	0,791962	0,969266
PDSS_6	0,685035	0,969829
PDSS_7	0,670482	0,970040
PDSS_8	0,532979	0,970548
PDSS_9	0,773955	0,969360
PDSS_10	0,833360	0,969022
PDSS_11	0,738661	0,969549
PDSS_12	0,749614	0,969520
PDSS_13	0,720573	0,969645
PDSS_14	0,680579	0,969937
PDSS_15	0,548243	0,970531
PDSS_16	0,513660	0,970552
PDSS_17	0,750782	0,969486
PDSS_18	0,828857	0,969080
PDSS_19	0,849826	0,969169
PDSS_20	0,823144	0,969080
PDSS_21	0,623999	0,970282
PDSS_22	0,539376	0,970655
PDSS_23	0,766955	0,969403
PDSS_24	0,754658	0,969474
PDSS_25	0,777520	0,969366
PDSS_26	0,814531	0,969153
PDSS_27	0,792606	0,969306
PDSS_28	0,759399	0,969452
PDSS_29	0,646722	0,970026
PDSS_30	0,548936	0,970421
PDSS_31	0,688596	0,969814
PDSS_32	0,737041	0,969558
PDSS_33	0,746460	0,969544
PDSS_34	0,761572	0,969509
PDSS_35	0,666878	0,969968

Rezultaty rzetelności polskiej wersji PDSS nie odbiegają od wyników uzyskanych przez Autorkę narzędzia w badaniach walidacyjnych przeprowadzonych na dwu różnych próbach [6, 22], a także w badaniach adaptacyjnych jego hiszpańskiej wersji językowej [23] (tabl. 2).

Korelacja wyników poszczególnych pozycji testowych z ogólnym wynikiem testowym przekroczyła dla 34 pozycji rekomendowany punkt graniczny 0,3, a zatem żadna z nich nie kwalifikuje się do usunięcia. Jedynie twierdzenie nr 2 („Niepokoiły mnie nawet najdrobniejsze sprawy dotyczące mojego dziecka”) koreluje z ogólnym wynikiem skali na poziomie poniżej 0,3.

Korelacje przedstawia tabl. 3.

Trafność

Trafność oceniono korelując wyniki ogólne adaptowanego kwestionariusza z wynikami dwóch innych narzędzi do pomiaru depresji: BDI (Inwentarz Depresji Becka) [29] oraz EPDS (Edynburska Skala Depresji Poporodowej) [30].

Wyniki ogólne kwestionariusza PDSS oraz jego wersji skróconej korelują istotnie z wynikami w skali BDI ($r = 0,761$, $p < 0,01$; $r = 0,646$, $p < 0,001$) oraz EPDS ($r = 0,801$, $p < 0,01$; $r = 0,741$, $p < 0,01$).

OMÓWIENIE

Konsekwencje poporodowych zaburzeń nastroju mogą być bardzo poważne, albowiem depresja poporodowa rzuca na relację matki z nowonarodzonym dzieckiem. Nierozpoznana i nieleczona może prowadzić do degradacji więzi rodzicielskiej, tak istotnej dla prawidłowego rozwoju dziecka. Ponadto, tak jak każdy inny epizod depresyjny, może negatywnie wpływać na funkcjonowanie związku małżeńskiego i rodziny, a nawet przyczynić się do rozpadu związku [11]. Pomimo tak poważnego zagrożenia, wiele przypadków depresji poporodowej wciąż pozostaje nierozpoznanych. Niektóre depresyjne kobiety osiągają niskie wyniki, które nie pokrywają się z danymi pochodzącymi z wywiadu [29]. Taka sytuacja może mieć miejsce ze względu na brak dobrego narzędzia do oceny ryzyka symptomów depresji po narodzinach dziecka.

Dotychczas w rozpoznawaniu ryzyka depresji poporodowej najczęściej wykorzystywanymi metodami pomiaru są Inwentarz Depresji Becka (BDI) [30] oraz stworzona wyłącznie na potrzeby badania poziomu depresji w okresie poporodowym Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS) [31]. Jednak zasadność stosowania BDI bywa niekiedy kwestionowana przez badaczy, ze względu na fakt, że zawarte w nim kategorie odnoszą się do normalnych dla przebiegu ciąży zmian somatycznych i reakcji psychicznych (zmęczenie, kłopoty ze snem, apetytem, wzrost wagi ciała, utrata libido, niepokój) [7]. EPDS, choć skonstruowana właśnie do oceny ryzyka poporodowej depresji, także nie odnosi się do sytuacji *stricte* związanych z przyjściem na świat dziecka i sprawowania opieki nad nim.

Postpartum Depression Screening Scale wydaje się uzupełniać tę lukę i być bardziej adekwatnym narzędziem do oceny ryzyka depresji poporodowej, albowiem twierdzenia wchodzące w jego skład odnoszą się wyraźnie do tego szczególnego okresu w życiu kobiety, jakim jest czas po narodzinach dziecka.

Wczesne rozpoznanie zaburzenia, możliwe dzięki wykorzystaniu zaadaptowanego narzędzia daje szansę na podjęcie efektywnych działań profilaktycznych skierowanych do kobiet cierpiących na depresję poporodową.

Ograniczenia i wskazówki do dalszych badań

Chociaż psychometryczna ewaluacja adaptowanego kwestionariusza przyniosła pomyślne rezultaty, niezbędne wydaje się zwrócenie uwagi na ograniczenia prezentowanych badań związane ze specyfiką badanej grupy.

Kobiety biorące udział w badaniach były ochotniczkami aktywnie zaangażowanymi w przygotowania do porodu poprzez uczestnictwo w szkole rodzenia, co już czyni grupę mniej reprezentatywną. Co więcej, wśród badanych kobiet częściej niż w populacji ogólnej występowało nie tylko zagrożenie ciąży związane z chorobami i dolegliwościami ciężarnej oraz z ryzykiem przedwczesnego porodu lub poronienia, lecz także rozwiązanie porodu poprzez cesarskie cięcie. Ponadto, aż 70% badanych to kobiety z wyższym wykształceniem.

Powyższe uwarunkowania mogą odgrywać istotną rolę w ocenie problemu jakim jest depresja poporodowa. Wiadomo chociażby, że osoby z wyższym wykształceniem (a takie właśnie przeważają w badanej próbie) cechuje zazwyczaj

większy wgląd i większa samoświadomość. Większa może być zatem wśród nich tendencja do oceny przeżywanych emocji i doznawanych symptomów jako depresyjnych.

Prawdopodobieństwo takiego spostrzegania sytuacji może wzrastać także, jeśli program szkoły rodzenia obejmuje problematykę depresji poporodowej, w tym czynników ryzyka. Wówczas sytuacja zagrożenia ciąży i świadomość jego konsekwencji dla zdrowia i życia dziecka może zwiększać ryzyko poporodowego obniżenia nastroju.

A zatem, aby uznać *Postpartum Depression Screening Scale* za narzędzie przydatne w ocenie depresji poporodowej, konieczne jest oszacowanie jego właściwości psychometrycznych na bardziej reprezentatywnej próbie, uwzględniającej kobiety niżej wykształcone, mniej aktywne w trakcie przygotowań do przyjścia na świat dziecka oraz takie, których ciąża przebiega bez zakłóceń, zaś poród rozwiązywany jest drogami i siłami natury.

WNIOSKI

1. Psychometryczna ocena kwestionariusza *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) dała zadowalające wyniki alfa Cronbacha dla ogólnego wyniku pełnej wersji skali (35-pytań) oraz dla poszczególnych wymiarów.
2. Uzyskane parametry analizy rzetelności dla wersji skróconej są zaledwie nieznacznie niższe, aniżeli w przypadku pełnej wersji, dlatego, podobnie jak pełna wersja, może być z powodzeniem stosowana do oceny ryzyka depresji poporodowej.
3. Zaadaptowana na potrzeby badania metoda daje szersze możliwości na dokładne oszacowanie ryzyka depresji związanej z ciążą i przyjściem na świat dziecka.

PIŚMIENNICTWO

1. O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 37–54.
2. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *BMJ* 1998; 316: 1884–6.
3. Miller LJ. Postpartum depression. *J Am Med Assoc* 2002; 287: 762–5.
4. Papkin AJ, Mikacich JA, Moataket-Imani B, Rasgon N. The clinical nature and formal diagnosis of premenstrual, postpartum, and perimenopausal affective disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2002; 4: 419–28.
5. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty prokreacji. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”; 2006.
6. Beck ChT. Predictors of postpartum depression. An update. *Nurs Res* 2001; 50 (5): 275–85.
7. Affonso DD, De AK, Horowitz JA, Mayberry LJ. An international study exploring level of postpartum depressive symptomatology. *J Psychosom Res* 2000; 49: 207–16.
8. Wasilewska-Pordes M. Depresja porodowa. Kraków: Wydawnictwo Radamsa; 2000.
9. Reroń A, Gierat B, Huras H. Ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej. *Ginekologia Praktyczna* 2004; 3: 32–5.
10. Evins GG, Theofrastous JP, James P. Postpartum depression: A comparison of screening and routine evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182 (5): 1080–2.
11. Siwek M, Dudek D. Depresja poporodowa. Czynniki ryzyka, wykrywanie. W: Meder J, red. *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2003: 109–21.

12. Boath EH, Pryce AJ, Cox JL. Postnatal depression: the impact on the family. *J Reprod Infant Psychology* 1998; 16: 199–203.
13. Cox AD, Puckering C, Pound A, Mills M. The impact of maternal depression in young children. *J Child Psychol Psychiatry* 1987; 28: 917–28.
14. Coyne J, Kahn J, Gotlib IH. *Depresja*. Nowiny Psychologiczne 1986; 5–6 (42–43): 64–88.
15. Wolpert L. *Depresja – złośliwy smutek*. Warszawa: MUZA SA; 2001.
16. Weissman MM, Paykel ES. *The depressed woman: A study of social relationship*. Chicago: University of Chicago Press; 1974.
17. Milgrom J, Ericksen J, McCarthy R, Gemmill AW. Stressful impact of depression on early mother-child relations. *Stress and Health* 2006; 22: 229–38.
18. Spinelli M. Antepartum and postpartum depression. *J Gend Specif Med* 1998; 1 (2): 3–36.
19. Edhborg M, Lundh W, Seimyr L, Windstrom AM. The long-term impact of postnatal depressed mood on mother-child interaction: a preliminary study. *J Reprod Infant Psychology* 2001; 19 (1): 62–71.
20. Sinclair D, Murray L. Effects of Postnatal Depression on children's adjustment to school. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 58–63.
21. Hearn G, Iliff A, Jones I, Kurdy A, Ormiston P, Parr P, i in. Postnatal depression in community. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1064–6.
22. Beck ChT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res* 2000; 49 (5): 272–82.
23. Beck ChT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale. Spanish version. *Nurs Res* 2003; 52 (5): 296–306.
24. Beck ChT, Gable, RK. *Postpartum Depression Screening Scale. Manual*. Western Psychological Services; 2002.
25. Beck ChT. The lived experiences of postpartum depression: A phenomenological study. *Nurs Res* 1992; 41: 166–70.
26. Beck ChT. Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nurs Res* 1993; 42: 42–8.
27. Beck ChT. Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children. *Nurs Res* 1996; 45: 98–104.
28. Flaherty JA, Gaviria FM, Pathak D, Mitchell T, Wintrob R, Richman JA, i in. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *J Nerv Ment Dis* 1988; 176: 257–63.
29. Pitt B. Atypical Depression following Childbirth. *Br J Psychiatry* 1968; 114: 1325–35.
30. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561–71.
31. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782–6.

Adres: Mgr Karolina Kossakowska-Petrycka, Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź, tel. (42) 6655581, e-mail: karolpet@uni.lodz.pl