



## Kwestionariusz rozpoznawania objawów depresji poporodowej – polska adaptacja i psychometryczna ocena kwestionariusza Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)<sup>1</sup>

*A Polish adaptation and psychometric evaluation of the Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) for diagnosing symptoms and signs of postnatal depression*

KAROLINA KOSSAKOWSKA

Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki, Łódź

### SUMMARY

**Cel.** Oszacowanie właściwości psychometrycznych polskiej wersji kwestionariusza Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) do rozpoznawania symptomów depresji poporodowej.

**Metoda.** W badaniach wzięło udział 586 kobiet po narodzinach dziecka. Średni wiek badanych wynosił 27,9 lat ( $SD=4,01$ ). Wszystkie kobiety wypełniły przetłumaczony na język polski kwestionariusz Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), jak również Inwentarz Depresji Becka (BDI) i Edynburską Skalę Depresji Poporodowej (EPDS) w celu weryfikacji trafności polskiej wersji narzędzia.

**Wyniki.** Współczynnik rzetelności  $\alpha$  Cronbacha dla całego narzędzia wyniósł 0,97 oraz 0,81 dla wersji skróconej, a dla każdej z siedmiu podskal wahały się od 0,73 do 0,92. Wersja skrócona PDSS istotnie koreluje z pełną wersją PDSS ( $r=0,90$ ). Wyniki ogólne kwestionariusza PDSS oraz jego wersji skróconej korelują istotnie z wynikami w skali BDI (odp.:  $r=0,63$ ;  $r=0,56$ ) oraz EPDS (odp.:  $r=0,67$ ;  $r=0,61$ ).

**Wnioski.** Rezultaty rzetelności polskiej wersji PDSS, nie odbiegają od wyników uzyskanych przez Autorkę narzędzia w badaniach oryginalnych. Polska wersja kwestionariusza spełnia podstawowe kryteria psychometryczne. Może być on zatem stosowany do oceny ryzyka depresji poporodowej.

### STRESZCZENIE

**Objective.** To evaluate psychometric properties of the Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) in the Polish adaptation.

**Methods.** Participants in the study were 586 women after childbirth, at the average age of 27.9 years ( $SD = 4.01$ ). They were asked to complete the Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) translated into Polish, as well as the Beck Depression Inventory (BDI) and the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). The two latter scales were used to assess validity of the Polish adaptation of the PDSS.

**Results.** The Cronbach  $\alpha$  coefficients of reliability were 0.97 for the full scale, and 0.81 for the brief version, ranging from 0.73 to 0.92 for the seven PDSS subscales. The brief PDSS was significantly correlated with the full scale of the tool ( $r = 0.90$ ). PDSS global scores both in the full and brief versions significantly correlated with the BDI ( $r = 0.63$  and  $0.56$ , respectively), and EPDS global scores ( $r = 0.67$  and  $0.61$ , respectively).

**Conclusions.** The reliability coefficients of the Polish adaptation of PDSS do not differ from these reported by the author of this scale in her original study. The Polish adaptation of the questionnaire fulfills basic psychometric criteria, therefore the tool can be used for the assessment of the risk for postpartum depression.

---

**Słowa kluczowe:** depresja poporodowa / diagnoza / właściwości psychometryczne / adaptacja / Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)

**Key words:** postpartum depression / diagnosis / psychometric properties / adaptation / Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)

---

Prowadzone w ostatnich latach na całym świecie badania z udziałem kobiet pochodzących z różnych kultur jednoznacznie wskazują, że depresja poporodowa (ang. *postpartum depression*, *PPD*) nie jest jedynie mitem lub wymysłem matek, dla których

doświadczenie macierzyństwa odbiega od wcześniejszych wyobrażeń. Depresja poporodowa jest chorobą dotykającą ok. 10–20% kobiet na całym świecie [1, 2, 3]. Główne objawy depresji pojawiającej się w związku z narodzinami dziecka, jak: obniżenie nastroju,

---

<sup>1</sup> Badania zostały przeprowadzone w ramach grantu nr 545/44 przyznanego na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego.

niepokój, poczucie winy, osłabienie zainteresowań, negatywna ocena własnych kompetencji w roli matki, obawy o skrzywdzenie dziecka, a także zmęczenie, zaburzenia koncentracji, oraz zaburzenia snu i łaknienia – pozwalają odróżnić chorobę od łagodniejszego i krótkotrwałego *baby blues* [4]. Symptomy i wynikające z nich trudności nie muszą pojawić się natychmiast po porodzie. Przyjmuje się, że ich początek może nastąpić zarówno w pierwszych tygodniach, jak i miesiącach po urodzeniu dziecka oraz przedłużyć się nawet do 12 miesięcy.

Etiologia choroby jest złożona i obejmuje uwarunkowania o charakterze socjo-demograficznym, ginekologiczno-położniczym, fizjologicznym, związanym z historią zaburzeń psychicznych oraz psychospołeczne. Należy zwrócić uwagę, że depresja poporodowa zaliczana jest do depresji o podłożu heterogennym, a zatem takich, które w większym stopniu uwarunkowane są właśnie czynnikami psychospołecznymi i osobowościowymi [5]. Wg Small i wsp. [6], w opinii kobiet biorących udział w badaniach nad społecznym kontekstem depresji poporodowej czynnikami sprzyjającymi wystąpieniu choroby były kolejno: brak pomocy i wsparcia, ograniczenie kontaktów z ludźmi, zmęczenie, zły stan zdrowia, brak czasu i konieczność rezygnowania z ulubionych zajęć, trudna sytuacja finansowa oraz kłopotliwe zachowania dziecka.

Konsekwencje depresji poporodowej dotyczą zarówno cierpiącą matkę, jak i najbliższe otoczenie. Peidhl i wsp. [7] wskazali, że przebycie depresji poporodowej może istotnie wpływać na dalsze decyzje prokreacyjne. Autorzy prezentując wyniki swoich badań wskazują, że 32% spośród 268 ankietowanych kobiet cierpiących na depresję poporodową deklarowały wyraźną negatywną postawę wobec ponownego zajścia w ciążę. Swoją decyzję tłumaczyły obawami przed nawrotem dolegliwości w następnej ciąży, konsekwencjami doświadczanych trudności dla otoczenia, w tym trudnościami w nawiązywaniu więzi z dzieckiem, oraz kosztami leczenia i koniecznością hospitalizacji.

„Kwestionariusz rozpoznawania symptomów depresji poporodowej” (*Postpartum Depression Screening Scale*, PDSS) został opracowany przez pracowników *University of Connecticut* – profesor pielęgniarstwa Cheryl T. Beck oraz profesora psychologii Roberta K. Gable, w konsekwencji ograniczeń, jakie dostrzegli w wykorzystywanym najczęściej do diagnozy Inwentarzu Depresji Becka (*Beck Depression Inventory*, BDI). BDI jest narzędziem do rozpoznawania depresji w populacji ogólnej, jednak wydaje się być mało satysfakcjonującym narzędziem badania kobiet w ciąży i po porodzie, ponieważ wynik ogólny uwzględnia punkty odnoszące się do pytań o objawy somatyczne (zmęczenie, zaburzenia snu i łaknienia), które w okresie okołoporodowym związane są z nor-

malnymi zmianami fizjologicznymi [8]. Z kolei, zdaniem Beck [9], „Edynburska skala depresji poporodowej” (EPDS) – choć stworzona w celu rozpoznawania depresji poporodowej [10], nie uwzględnia symptomów charakterystycznych dla zaburzeń nastroju związanych z narodzinami dziecka, takich jak: utrata poczucia kontroli, osamotnienie, poczucie odrealnienia, rozdrażnienie, obawy kobiety przed popadnięciem w obłęd czy poczucie utraty własnego „ja” [8, 9].

PDSS jest narzędziem samoopisowym. W jego skład wchodzi 35 twierdzeń ocenianych na 5-stopniowej skali Likerta (od 1 – zdecydowanie nie zgadzam się, do 5 – zdecydowanie zgadzam się). Twierdzenia wchodzące w skład skali odnoszą się również do sfery poznawczo-emocjonalnej i somatycznej, są jednak wyraźnie umiejscowione w okresie poporodowym. PDSS pozwala na wskazanie obecności i stopnia nasilenia symptomów depresji poporodowej. PDSS ocenia trudności na 7 wymiarach [11]: kłopoty ze snem/jedzeniem (*sleeping/eating disturbances*, SLP); niepokój/niepewność (*anxiety/insecurity*, ANX); wahania nastroju (*emotional lability*, EML); chaos psychiczny (*mental confusion*, MNT); poczucie utraty własnego ja (*loss of self*, LOS); poczucie winy/wstydu (*guilt/shame*, GLT); myśli samobójcze (*suicidal thoughts*, SUI).

Każdy wymiar opisuje 5 twierdzeń charakteryzujących, jak matka może się czuć po urodzeniu swojego dziecka. Kobiety wypełniając kwestionariusz zakreślają odpowiedź, która najlepiej oddaje to, jak czuły się 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  $\alpha$  Cronbacha jest wysoki i wynosi dla pełnej wersji skali 0,97 oraz dla poszczególnych wymiarów: SLP 0,83, ANX 0,83, EML 0,89, MNT 0,91, LOS 0,94, GLT 0,89 oraz SUI 0,93.

Skala posiada również wersję skróconą, składającą się z pierwszych 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 [12]. Współczynnik rzetelności  $\alpha$  Cronbacha wyniósł w badaniach walidacyjnych autorki – 0,87 [8]. PDSS wersja skrócona istotnie koreluje z pełną wersją PDSS ( $r=0,91$ ).

Interpretacja wyników pełnej wersji skali oraz wersji skróconej wskazują na: dużą depresję (gdy wyniki dla wersji pełnej  $\geq 80$ ), znaczące symptomy depresji (wyniki dla wersji pełnej mieszczą się w przedziale 60–79 punktów, zaś dla wersji skróconej  $\geq 14$ ) oraz normalne przystosowanie (wyniki dla wersji pełnej  $\leq 59$ , a dla wersji skróconej  $\leq 13$ ).

Skala pozwala także na identyfikację trudności w poszczególnych, następujących siedmiu wymiarach.

- Kłopoty ze snem/jedzeniem (SLP) – wyniki  $\geq 14$  punktów wskazują na zaburzenia snu (trudności w zasypianiu, trudności ze snem, nawet wówczas, gdy dziecko śpi, a kobieta jest zmęczona) i/lub obniżenie apetytu.
- Niepokój/niepewność (ANX) – uzyskanie 15 lub więcej punktów może oznaczać, że kobieta przeżywa niepokój i obawy związane z macierzyństwem, może też mieć poczucie osamotnienia i izolacji w związku z pełnieniem nowej roli.
- Wahania nastroju (ELB) – wyniki  $\geq 15$  punktów informują o braku stabilności emocjonalnej, która może manifestować się nadmierną płaczliwością, poirytowaniem lub tendencją do wybuchania złością.
- Chaos psychiczny (MNT) – wyniki  $\geq 14$  punktów sugerują, że kobieta może doświadczać trudności w koncentracji za zadaniach i/lub w podejmowaniu decyzji. Kobiety, które uzyskują wysokie wyniki w tej podskali często opisują swój stan psychiczny, jako poczucie, że „tracą rozum” lub „czują się, jakby miały zwariować” [8].
- Poczucie utraty własnego ja (LOS) – wyniki  $\geq 13$  punktów odnoszą się do sytuacji, w której kobieta czuje, że traci poczucie realnego Ja, jak również obawia się, że już nigdy nie będzie się czuła „normalnie”. Należy jednak podkreślić, że podskala nie służy do rozpoznania symptomów psychotycznych.
- Poczucie winy/wstydu (GLT) – wyniki  $\geq 13$  punktów wskazują na przeżywanie przez kobietę negatywnych uczuć w stosunku do swojego nowonarodzonego dziecka, przekonanie, że nie wywiązują się właściwie z roli matki oraz nie kocha dziecka, tak jak powinna.
- Myśli samobójcze (SUI) – wyniki  $\geq 5$  punktów sugerują ryzyko próby samobójczej w związku z pojawiającymi się myślami o skrzywdzeniu siebie i wskazują na konieczność natychmiastowej konsultacji ze specjalistą.

Autorka podkreśla dodatkowo, że wysokie wyniki uzyskane w którejkolwiek z pierwszych czterech skal (SLP, ANX, ELB, MNT) mogą być powiązane zarówno z trudnościami i zaburzeniami o charakterze psychologicznym, jak również medycznym, dlatego właściwa interpretacja uzyskanych wyników wymaga znajomości medycznego wywiadu pacjentki.

PDSS ma kilka wersji językowych. Właściwości psychometryczne zostały sprawdzone m.in. w populacji kobiet pochodzenia hiszpańskiego [13], chińskiego [14], tureckiego [15], portugalskiego [16] a także u Metysek [17] i kobiet pochodzenia tajskiego [18]. Dotychczas, poza badaniami pilotażowymi autorki adaptacji [19], nikt nie podjął się oceny przydatności narzędzia w populacji kobiet polskich. Niniejszy artykuł służy zaprezentowaniu rezultatów dalszej pra-

cy nad oceną właściwości psychometrycznych PDSS z udziałem kobiet polskich, które urodziły dziecko.

## CEL

Celem prezentowanych badań była ocena właściwości psychometrycznych polskiej wersji kwestionariusza PDSS do diagnozy symptomów depresji poporodowej.

## METODA

Przed przystąpieniem do opracowania polskiej wersji PDSS uzyskano zgodę autorki narzędzia, prof. Beck, a także zgodę *Western Psychological Services* – wydawnictwa posiadającego prawa autorskie do PDSS.

Badania nad opracowaniem polskiej wersji PDSS oraz ocena jego właściwości psychometrycznych miały miejsce w latach 2005–2011. W ramach badań pilotażowych przy użyciu PDSS przebadano 194 kobiety w okresie od 3 do 12 tygodni po urodzeniu dziecka (wiek 20–39 lat,  $M=27,9$ ,  $SD=4,01$ ). Uzyskane współczynniki zgodności wewnętrznej  $\alpha$  Cronbacha wyniosły dla pełnej wersji skali 0,97, dla wersji skróconej 0,81 oraz dla siedmiu podskal od 0,74 do 0,92, co wskazywało na zadowalającą rzetelność metody i przemawiało za celowością podjęcia dalszych prac adaptacyjnych [20].

W procesie właściwej adaptacji kwestionariusza zbadano 568 kobiety, które urodziły dziecko w okresie od 3 do 12 tygodni przed przystąpieniem do badania. Respondentki były w wieku od 18 do 41 lat (średni wiek 27,9 lat ( $SD=4,01$ )). Większość badanych kobiet stanowiły mężatki (85% kobiet), z przewagą wykształcenia wyższego (61,2% kobiet). Dla większości kobiet była to pierwsza ciąża w życiu (67%).

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. Kobiety uczestniczące w badaniu były kwalifikowane do badania w przychodniach ginekologicznych i szkołach rodzenia na terenie miasta Łodzi, w szkole rodzenia przy Wojewódzkim Szpitalu we Włocławku oraz poprzez nawiązanie kontaktu na portalach i forach internetowych poświęconych ciąży i macierzyństwu.

Po wyrażeniu zgody na udział w badaniach, kobiety w ciąży wypełniały ankietę zawierającą dane demograficzne (wiek, stan cywilny, wykształcenie, informacje na temat ciąży oraz dane kontaktowe). Następnie w okresie od 3 do 12 tygodnia po porodzie kobiety uzupełniały ankietę o sposób porodu, a także wypełniały kwestionariusz PDSS oraz w celu późniejszej oceny trafności skali – EPDS i BDI.

## WYNIKI BADAŃ

### Rzetelność

Rzetelność PDSS została określona poprzez obliczenie współczynników zgodności wewnętrznej  $\alpha$  Cronbacha oraz pomiar wskaźników stabilności czasowej. Współczynnik  $\alpha$  Cronbacha dla całego kwestionariusza wyniósł 0,97, zatem dokładnie tyle samo ile w oryginalnej wersji anglojęzycznej i w badaniach pilotażowych oraz 0,81 dla wersji skróconej (w wersji oryginalnej 0,87), co wskazuje na bardzo wysoką rzetelność metody. Współczynniki  $\alpha$  Cronbacha dla poszczególnych skal nieznacznie różniły się od uzyskanych w badaniu wstępnym i wynosiły: 0,81 dla skali *kłopoty ze snem/jedzeniem*, 0,73 dla skali – *niepokój/niepewność*, 0,86 dla skali *wahania nastroju*, 0,89 dla skali *chaos psychiczny*, 0,91 dla skali *poczucie utraty własnego ja*, 0,90 dla skali *poczucie winy i wstydu* oraz 0,92 dla skali *myśli samobójcze*. Polska wersja skrócona istotnie koreluje z polską pełną wersją PDSS ( $r=0,90$ ,  $p=0,00$ ).

Ponieważ wszystkie otrzymane współczynniki przekraczały zalecaną wartość 0,7, stwierdzić można, iż metoda charakteryzuje się satysfakcjonującą rzetelnością. W wersji oryginalnej współczynniki  $\alpha$  Cronbacha były nieznacznie wyższe – od 0,83 dla skal *kłopoty ze snem/jedzeniem* oraz *niepokój/niepewność* do 0,94 dla skali *poczucie utraty własnego ja*. W badaniach adaptacyjnych, podobnie jak w badaniach pilotażowych oraz oryginalnych, najniższą wartość współczynnika  $\alpha$  Cronbacha odnotowano dla skali *niepokój/niepewność* (kolejno: 0,73, 0,74 i 0,83).

Zadowolające (powyżej 0,30) okazały się współczynniki korelacji poszczególnych pozycji kwestionariusza z ogólnymi wynikami dla wyróżnionych skal, za wyjątkiem pozycji 2, która ze względu na wartość współczynnika korelacji równą 0,25 kwalifikowała się do usunięcia. Po przeanalizowaniu uznano, że prawdopodobnie jest to związane z treścią twierdzenia, które brzmi: „Niepokoiły mnie nawet najdrobniejsze sprawy dotyczące mojego dziecka” (*I got anxious over even the littless things that concerned my baby*). Niepokój związany ze zdrowiem, zachowaniem i potrzebami nowonarodzonego dziecka wydaje się normatywnym zachowaniem matki i nie zawsze stanowi o trudnościach dotyczących z wywiązywania się z nowej roli. Na tym etapie prac zdecydowano się jednak na pozostawienie pozycji kwestionariusza.

Dodatkowo dokonano oceny rzetelności narzędzia metodą *test-retest*. Przy użyciu kwestionariusza PDSS zbadano 50 kobiet w wieku od 20 do 39 roku życia ( $M=28,04$ ,  $SD=3,66$ ), które urodziły dziecko. Pierwszy pomiar miał miejsce w 4 tygodniu po porodzie, drugi – po upływie kolejnego miesiąca.

Korelacja wyników ogólnych okazała się nieistotna statystycznie ( $r=0,92$ ), jednak takie wyniki nie powinny budzić wątpliwości co do rzetelności narzędzia. PDSS służy do rozpoznawania symptomów depresji poporodowej, która dotyka kobiety w okresie od 4 tygodnia do 12 miesiąca po porodzie, dlatego objawy mogą się pojawić później. Autorzy wersji amerykańskiej nie wskazują wyników oceny stabilności czasowej w podręczniku.

W celu porównania średnich wyników z pierwszego i drugiego pomiaru dla skali ogólnej zastosowano dodatkowo test t dla prób zależnych. Wyniki ogólne z pierwszego pomiaru różnią się istotnie ( $p<0,05$ ) od wyników ogólnych z drugiego pomiaru. Rezultaty przedstawia tabl. 1.

**Tablica 1.** Porównanie średnich ogólnych wyników PDSS w pierwszym i drugim pomiarze.

**Table 1.** Comparison of the mean PDSS total scores in the first and second measurement.

Badanie	Pomiar PDSS (sumaryczny)		Test Studenta	
	średnia	SD	t	p
Pierwsze (N=50)	66,9	26,67	-2,09	0,04
Ponowne (N=50)	79,3	79,3		

SD – odchylenie standardowe

PDSS – Kwestionariusz rozpoznawania depresji poporodowej

W celu oszacowania miary wielkości efektu, policzono również współczynnik d Cohena. Wskaźnik ten wyniósł  $d=-0,29$ , co wskazuje na małą wielkość efektu. A zatem, chociaż wynik ogólny dotyczący symptomów depresji poporodowej jest wyższy w przypadku pomiaru dokonanego po upływie miesiąca, różnica ta nie jest na tyle silna, by mogła istotnie podważyć rzetelność metody. Ponadto, jak wspomniano powyżej, specyfika zaburzenia nie wyklucza sytuacji, w której nasilenie symptomów jest większe po upływie czasu.

### Trafność

Trafność teoretyczną ustalono przy pomocy eksploracyjnej analizy czynnikowej (metoda głównych składowych, rotacja *Varimax* z normalizacją Kaisera). Miara adekwatności doboru próby (wskaźnik Kaisera, Meyera i Olkina) okazała się zadowolająca (0,92). Wyodrębniono składowe charakteryzujące się wartością własną powyżej 1. Skumulowany odsetek wyjaśnionej wariancji wyniósł 76,38. Analiza doprowadziła do wyodrębnienia sześciu, a nie siedmiu czynników, jak w oryginalnej wersji skali. Ładunki czynnikowe (z zaznaczeniem ładunków o wartości powyżej 0,40) uzyskane dla wyodrębnionych czynników przedstawia tabl. 2.

**Tablica 2.** Ładunki czynnikowe dla poszczególnych twierdzeń kwestionariusza (skumulowany ładunek wyjaśnionej wariancji 76,38%).

**Table 2.** Factor loadings for the questionnaire items (cumulated% of explained variance – 76,38%)

Pozycja	Składowa					
	1	2	3	4	5	6
PDSS_1				0,786		
PDSS_2						0,773
PDSS_3	0,584		0,463			
PDSS_4	0,696					
PDSS_5	0,623	0,438				
PDSS_6	0,676					
PDSS_7		0,783				
PDSS_8					0,810	
PDSS_9	0,588		0,530			
PDSS_10	0,484	0,523	0,466			
PDSS_11			0,716			
PDSS_12		0,499	0,584			
PDSS_13	0,673		0,435			
PDSS_14		0,854				
PDSS_15				0,803		
PDSS_16			0,401		0,585	
PDSS_17	0,626					
PDSS_18	0,615	0,441				
PDSS_19	0,435	0,681				
PDSS_20	0,631	0,455				
PDSS_21		0,816				
PDSS_22				0,858		
PDSS_23	0,539		0,573			
PDSS_24	0,543		0,649			
PDSS_25	0,450		0,565			
PDSS_26	0,551	0,622				
PDSS_27	0,556	0,499				
PDSS_28	0,479	0,561				
PDSS_29	0,402				0,672	
PDSS_30			0,676		0,501	
PDSS_31			0,682			
PDSS_32			0,633			
PDSS_33	0,509	0,513				0,403
PDSS_34	0,583	0,510				
PDSS_35		0,893				

PDSS – Kwestionariusz rozpoznawania depresji poporodowej

W związku z istotnymi różnicami wartości ładunków oraz wyłonięnych czynników w porównaniu z oryginalną, amerykańską wersją skali, w chwili obecnej trwają prace nad analizą treściową stwierdzeń kwestionariusza oraz psychologiczną interpretacją

wyłonięnych czynników, które zostaną przedstawione w kolejnym doniesieniu.

Trafność konwergencyjną PDSS oceniono poprzez analizę związków między jego wynikami a wynikami uzyskanymi za pomocą innych narzędzi psychometrycznych wykorzystywanych do pomiaru depresji poporodowej. W analizie uwzględniono EPDS oraz BDI. Wszystkie zastosowane metody wykazują wysokie korelacje ze wszystkimi skalami PDSS. Rezultaty przedstawia tabl. 3.

**Tablica 3.** Współczynniki korelacji między polską wersją PDSS a innymi skalami samooceny depresji.

**Table 3.** Correlation coefficients between the Polish PDSS version and other self-rating scales for depression

PDSS	BDI wartość sumaryczna (n=568)	EPDS wartość sumaryczna (n=568)
PDSS_wersja pełna	0,682**	0,665**
PDSS_wersja skrócona	0,562**	0,606**
PDSS_sen/jedzenie	0,543**	0,466**
PDSS_niepokój/niepewność	0,580**	0,556**
PDSS_wahania emocjonalne	0,601**	0,613**
PDSS_chaos psychiczny	0,577**	0,617**
PDSS_utrata ja	0,602**	0,617**
PDSS_poczucie winy	0,627**	0,627**
PDSS_myśli samobójcze	0,649**	0,554**

\*\*p < 0,01

PDSS – Kwestionariusz rozpoznawania depresji poporodowej

BDI – Inwentarz depresji Becka, EPDS – Edynburska skala depresji poporodowej

### Korelacje PDSS

W dalszych analizach porównano (tabl. 4) wyniki z uwzględnieniem dwóch przedziałów wiekowych, jak również sytuacji materialnej (ocenianej przez badane kobiety na skali od 1 do 4, gdzie 1 oznacza bardzo dobrą sytuację, zaś 4 bardzo złą sytuację materialną), wykształcenia oraz statusu małżeńskiego. Analiza za pomocą testu t-Studenta dla prób niezależnych wykazała brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy średnimi wynikami ogólnymi w zakresie wskazanych zmiennych. Dodatkowo porównano nasilenie symptomów depresji poporodowej w grupie kobiet w ciąży zdrowej oraz zagrożonej (charakterystyka zagrożenia obejmowała zagrożenie przedwczesnym porodem i choroby matki, jednak ze względu na małą liczebność podgrup potraktowano je jako ogólną kategorię „ciąża zagrożona”). Wyniki analizy t-Studenta wskazują na większe, istotne statystycznie, nasilenie symptomów depresji u kobiet w ciąży zagrożonej, uznawanej jest za istotny czynnik ryzyka depresji poporodowej.

**Tablica 4.** Porównanie nasilenia objawów depresji poporodowej w grupach kobiet o różnej charakterystyce wybranych zmiennych.  
**Table 4.** Severity of postnatal depression symptoms as compared between the groups of women with various characteristics of selected variables.

Zmienna	Grupa kobiet	PDSS		Test Studenta	
		wynik sumaryczny		t	p
		średnia	SD		
Wiek	18–29 r. ż. (n=393)	75,85	29,52	1,110	ns
	30–41 r. ż. (n=175)	72,74	33,68		
Rodzaj związku	w związku małżeńskim (n=482)	75,07	30,85	0,319	ns
	w związku nieformalnym (n=86)	73,92	31,09		
Wykształcenie	wyższe (n=348)	75,54	31,54	0,343	ns
	średnie i niższe (n=199)	74,6	29,98		
Sytuacja materialna	satisfakcjonująca (n=109)	74,22	32,04	-0,254	ns
	niesatisfakcjonująca (n=459)	75,06	30,61		
Cięża	prawidłowa (n=455)	69,22	29,16	-9,551	0,000
	zagrożona (n=112)	98,12	26,62		

SD – odchylenie standardowe, ns -nieistotne

PDSS – Kwestionariusz rozpoznawania depresji poporodowej

## OMÓWIENIE

Przedstawione badania, którym poddano 568 kobiet w okresie po urodzeniu dziecka wskazują, że polska wersja PDSS posiada dobre właściwości psychometryczne – jest metodą rzetelną i trafną a uzyskane rezultaty są w dużej mierze spójne z wynikami uzyskanymi przez autorów narzędzia. Również korelacje między wynikami w PDSS a innymi metodami wykorzystywanymi do rozpoznawania depresji poporodowej – BDI oraz EPDS są zadowalające. Ponadto kobiety, których cięża miała charakter zagrożonej, charakteryzowało wyższe nasilenie symptomów depresji poporodowej, co potwierdza dotychczasowe doniesienia [20, 21] i dodatkowo wskazuje na trafność adaptowanego narzędzia.

Skutki wynikające z objawów choroby, jaką stanowi depresja poporodowa mogą być krótko- i długoterminowe, zaś ich oddziaływanie dostrzegano w relacjach z partnerem, rodziną [21] oraz, przede wszystkim, w prawidłowym przebiegu rozwoju dzieci w młodszym i starszym wieku [22, 23].

Problemy osobowościowe i emocjonalne stanowią poważną przeszkodę w pełnieniu roli matki, albowiem utrudniają emocjonalną relację z dzieckiem, wpływają na jakość opieki nad nim i zmniejszają poczucie wartości kobiet oraz ich wiarę w udany bliski związek z dzieckiem [24]. Depresyjne matki częściej odrzucają swe dzieci i odczuwają w kontakcie z nimi silny gniew [25], mogą być niezdolne do empatycznego kontaktu z niemowlęciem i reagować odrzuceniem, zaś dzieci matek depresyjnych charakteryzuje dużo słabsze zaangażowanie, mniejsza emocjonalność, gorsza komunikacja, częstsze poczucie winy i urazy [24]. Iwanowicz

i wsp. [26] wśród skutków depresji poporodowej i jej powikłań wymieniają jeszcze: istotne trwale obniżenie poczucia własnej wartości (w szczególności w kontekście macierzyństwa), poczucie żalu wywołane „stratą” pierwszego roku życia dziecka, opóźnienie nawiązania bliskiej więzi pomiędzy matką a dzieckiem, zmiany w zachowaniu starszego rodzeństwa, negatywne nastawienie do kolejnej ciąży, problemy małżeńskie i będące ich konsekwencją rozwody.

W świetle tak poważnych konsekwencji wczesne rozpoznanie symptomów depresji poporodowej wydaje się niezbędne. Polska wersja kwestionariusza PDSS jest rzetelnym narzędziem do diagnozy depresji poporodowej w populacji kobiet polskich. Wykorzystanie zaadaptowanego narzędzia pozwala nie tylko na wstępną diagnozę depresji poporodowej, ale również na rozpoznanie trudności w określonych obszarach funkcjonowania, m.in. zaburzenia snu czy nasilone poczucie winy lub obecność myśli samobójczych. Stwarza to możliwość podjęcia efektywnych interwencji, pozwala oszacować na ile niezbędna jest farmakoterapia. Pozwala również zaplanować postępowanie psychoterapeutyczne.

## WNIOSKI

- Podczas psychometrycznej ewaluacji kwestionariusza *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) uzyskano zadowalające wskaźniki rzetelności ( $\alpha$  Cronbacha) dla ogólnego wyniku pełnej i skróconej wersji skali oraz dla poszczególnych wymiarów narzędzia.

2. Trafność metody potwierdzają istotne statystycznie współczynniki korelacji z innymi narzędziami wykorzystywanymi w diagnostyce depresji poporodowej.
3. Polska wersja PDSS jest przydatnym narzędziem rozpoznawania objawów depresji poporodowej oraz ich nasilenia.

## PIŚMIENNICTWO

1. O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression – a meta analysis. *Int Rev Psych.* 1996; 8: 37–54.
2. Miller LJ. Postpartum depression. *JAMA.* 2002; 287: 762–5.
3. Cooper P, Murray L, Halligan S. *Encyclopedia on Early Childhood Development.* Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010.
4. Bielawska-Batorowicz E. *Psychologiczne aspekty prokreacji.* Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”; 2006.
5. Wasilewska-Pordes M. *Depresja porodowa.* Kraków: Wydawnictwo Radamsa; 2000.
6. Small R, Astbury J, Brown S, Lumley J. Depression after childbirth. Does social context matter? *Med J Aust.* 1994; 161(8): 463–464.
7. Peindl KS, Zolnik EJ, Wisner KL, Hanusa BH. Effects of postpartum psychiatric illnesses on family planning. *Int J Psychiatr Med.* 1995; 25(3): 291–300.
8. Beck ChT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res.* 2000; 49(5): 272–282.
9. Beck ChT. Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children. *Nurs Res.* 1996; 45: 98–104.
10. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *BJP.* 1987; 150: 782–786.
11. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry.* 1992; 33: 543–561.
12. Beck ChT, Gable RK. *Postpartum depression screening scale.* Manual. Western Psychological Services; 2002.
13. Beck ChT, Gable RK. *Postpartum depression screening scale.* Spanish version. *Nurs Res.* 2003; 52(5): 296–306.
14. Li L, Liu F, Zhang H, Wang L, Chen X. Chinese version of the Postpartum Depression Screening Scale: translation and validation. *Nurs Res.* 2011, 60(4): 231–9.
15. Amuk T, Karadağ F, Oğuzhanoğlu N, Oğuzhanoğlu A. The Postpartum Depression Screening Scale: its reliability and validity for the Turkish population. *Turk J Psych.* 2003, 19(2): 187–196.
16. Zubaran C, Schumacher MV, Foresti K, Thorell MR, Amoretti A, Müller L. The Portuguese version of the Postpartum Depression Screening Scale-Short Form. *J Obstet Gynaecol Res.* 2010; 36: 950–957.
17. Clarke PJ. Validation of two postpartum depression screening scales with a sample of first nations and Metis women. *CJNR.* 2008; 40(1): 112–125.
18. Vittayanont A, Liabsuetrakul T, Pitanupong J. Development of Postpartum Depression Screening Scale (PDSS): a Thai Version for screening postpartum depression. *J Med Assoc Thai.* 2006; 89(1): 1–7.
19. Kossakowska-Petrycka K. Adaptacja polskiej wersji kwestionariusza oceny ryzyka depresji poporodowej (PDSS, Postpartum Depression Screening Scale) *Postępy Psychiatr Neurol.* 2007; 16(4): 303–308.
20. Kossakowska-Petrycka K, Wałęcka-Matyja K. Psychologiczne uwarunkowania wystąpienia depresji poporodowej u kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym i ciąży wysokiego ryzyka. *Ginekol Pol.* 2007; 78(7): 544–548.
21. Nielsen FD, Videbech P, Hedegaard M, Dalby SJ, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *Br J Gineacol.* 2000; 107(10): 1210–1217.
22. Boath EH, Pryce AJ, Cox JL. Postnatal depression: the impact on the family. *J Rep Inf Psychol.* 1998; 16: 199–203.
23. Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, Bendell, D. Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Inf Behav Dev.* 2004; 27: 216–229.
24. Coyne J, Kahn J, Gotlib IH. *Depresja.* Nowiny Psychologiczne. 1986; 5–6(42–43): 64–88.
25. Chun-Chong L, Vistanis P. Perceived Mother-Infant Relationship Difficulties in Postnatal Depression. *Infant Child Dev.* 2004; 13: 159–171.
26. Iwanowicz-Palus G, Makara-Studzińska M, Prazmowska B. *Profilaktyka zaburzeń emocjonalnych okresu okołoporodowego.* W: Makara-Studzińska M, Iwanowicz-Palus G. red. *Psychologia w położnictwie i ginekologii.* Warszawa: PZWL; 2009. s. 214–222.

*Nadesłano/Submitted: 20.01.2012. Zrecenzowano/Reviewed: 13.02.2012. Przyjęto/Accepted: 28.03.2012.*

*Adres/Address: mgr Karolina Kossakowska, Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, ul. Smugowa 10/12, 91–433 Łódź, tel. (042) 66–555–81, fax. (042) 66–555–83, e-mail: karolpet@uni.lodz.pl.*