

Karolina Kossakowska

Edynburska skala depresji poporodowej : właściwości psychometryczne i charakterystyka

Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica 17, 39-50

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

KAROLINA KOSSAKOWSKA

Uniwersytet Łódzki
Wydział Nauk o Wychowaniu
Instytut Psychologii
Zakład Metodologii Badań Psychologicznych i Statystyki
91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12
e-mail: k.kossakowska@gmail.com

**EDYNBURSKA SKALA DEPRESJI POPORODOWEJ
– WŁAŚCIWOŚCI PSYCHOMETRYCZNE I CHARAKTERYSTYKA**

WSTĘP

Depresyjne zaburzenia nastroju po porodzie dotyczą od 10% do 20% kobiet i stanowią istotny problem zarówno dla matki i nowonarodzonego dziecka, jak i najbliższego otoczenia chorej (Bielawska-Batorowicz, 2006). Objawy depresji poporodowej są takie same, jak w przypadku epizodów depresji występujących w innych okresach życia: smutek, przygnębienie, płaczliwość, huśtawka nastrojów, zmęczenie i ogólny brak energii, utrata zainteresowań, spadek libido, zaburzenia snu i apetytu, trudności z koncentracją i wykonywaniem codziennych czynności, poczucie winy i bezradności, niska samoocena, czasami myśli samobójcze (Cox, Holden, 2003; Kendall-Thackett, 2005). Jednak w związku ze specyfiką sytuacji, objawy odnoszą się przede wszystkim do okoliczności związanych z opieką nad dzieckiem i postrzeganiem siebie w roli matki. Przejawiają się zatem np. brakiem zainteresowania noworodkiem, trudnościami w opiece nad dzieckiem i negatywnymi uczuciami w stosunku do niego albo postrzeganiem siebie jako niekompetentnej w roli matki i wynikającym z tego poczuciem winy. Ponieważ ze względu na objawy choroby, kobieta nie jest zdolna wypełniać obowiązków wynikających z macierzyństwa, konsekwencje depresji poporodowej mogą być brzemiennie w skutkach, zaś ich rolę dostrzeżono w relacjach małżeńskich i rodzinnych, a przede wszystkim w kształtowaniu się prawidłowej i rozwojowej więzi z dzieckiem (Boath i in., 1998; Tronick, Reck, 2009). Negatywny wpływ depresji poporodowej na kobietę, jej relacje z najbliższymi, a także prawidłowy emocjonalny i poznawczy rozwój dziecka stają się zatem ważną przesłanką do

diagnozowania, leczenia oraz zapobiegania chorobie (Robinson, Stewart, 2001). Narzędziem pomocnym w rozpoznawaniu objawów depresji poporodowej jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej (Cox i in., 1987).

CEL

Celem prezentowanych badań była ocena właściwości psychometrycznych polskiej wersji kwestionariusza Edynburska Skala Depresji Poporodowej (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* – EPDS) do rozpoznawania symptomów depresji poporodowej.

MATERIAŁ I METODY

Uczestnicy

W badaniach walidacyjnych prowadzonych w latach 2007–2010 wzięło udział 126 kobiet, które urodziły dziecko. Respondentki miały od 20 do 39 lat ($M = 28,34$; $SD = 3,96$). Wszystkie kobiety pozostawały w stałych związkach, z przewagą mężatek (89,7%). Większość kobiet miała wyższe wykształcenie (71,4%). Dla większości była to pierwsza ciąża (69,8%), a poród odbył się siłami natury (69%).

Procedura

Kryterium doboru do badań był czas, jaki upłynął od porodu (4–12 tygodni; $M = 6,56$; $SD = 2,14$) oraz wyrażenie zgody na udział w badaniach. Badania były anonimowe, a uczestniczki zostały poinformowane, że uzyskane wyniki posłużą wyłącznie do celów naukowych.

Kobiety uczestniczące w badaniu były rekrutowane w gabinetach ginekologicznych i szkołach rodzenia na terenie miasta Łodzi. Aby zachować anonimowość, kobiety, które w trakcie rekrutacji były jeszcze w ciąży, zostały poproszone o wygenerowanie kodu (kod składał się z: trzeciej litery nazwiska panińskiego matki, drugiej i trzeciej litery imienia, trzeciej i czwartej litery nazwiska, numeru dnia urodzenia) oraz podanie numeru telefonu lub adresu mailowego, pod którymi będzie można się z nimi skontaktować i ustalić rodzaj kontaktu (osobisty/drogą mailową), w celu przeprowadzenia badań.

Po ponownym wyrażeniu zgody na udział w badaniach, w okresie od 4 do 12 tygodnia po porodzie uczestniczki wypełniły ankietę demograficzną, odpowiedziały na pytania odnoszące się do objawów zaburzeń nastroju w oparciu o kryteria ICD-10 i wypełniły Edynburską Skalę Depresji Poporodowej oraz Skalę Depresji Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI).

Metody

Skala Depresji Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI) jest narzędziem do rozpoznawania depresji (Beck i in., 1961). Służy do jakościowego i ilościowego pomiaru choroby – diagnozy depresji oraz oceny poziomu nasilenia objawów. Kwestionariusz składa się ze stwierdzeń uwzględniających emocjonalne, motywacyjne, poznawcze i somatyczne komponenty depresji i obejmuje 21 pozycji odnoszących się do najczęściej obserwowanych objawów depresji, m.in. smutek, poczucie winy, utratę zainteresowań i poczucia satysfakcji, obniżenie energii, zaburzenia snu i łaknienia czy dolegliwości somatyczne. Psychometryczne parametry skali, w tym zgodność wewnątrzna z kryteriami diagnostycznymi depresji oraz innymi narzędziami do pomiaru depresji, są satysfakcjonujące (Beck i in., 1988). W prezentowanych badaniach BDI została zastosowana do oceny trafności Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej.

Edynburska Skala Depresji Poporodowej (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* – EPDS) jest najczęściej wykorzystywanym narzędziem do rozpoznawania objawów depresji poporodowej. Służy do oceny samopoczucia w ostatnim tygodniu poprzedzającym badanie (Cox i in., 1987). Badanie może być powtarzane w kolejnych tygodniach i miesiącach po urodzeniu dziecka w celu oszacowania samopoczucia pacjentki. EPDS jest krótką skalą – składa się z 10 twierdzeń opisujących różne aspekty samopoczucia kobiety, takich jak: anhedonia (twierdzenie 1 i 2), poczucie winy (twierdzenie 3), niepokój (twierdzenie 4), ataki paniki (twierdzenie 5), przemęczenie/przeladowanie (twierdzenie 6), zaburzenia snu (twierdzenie 7), smutek/przygnębienie (twierdzenie 8), płaczliwość (twierdzenie 9) oraz myśli samobójcze (twierdzenie 10) (Beck, Indman, 2005).

Pacjentka ustosunkowuje się do każdego z tych twierdzeń poprzez wybranie jednej z czterech możliwych odpowiedzi. Odpowiedzi są punktowane od 0 do 3 punktów. Suma wszystkich uzyskanych punktów składa się na wynik ogólny (maksymalnie 30 punktów). Im wyższy jest ten wynik, tym wyższy wskaźnik depresji poporodowej u badanej osoby. Autorzy przyjmują za wartość graniczną, świadcząca o podwyższonym wskaźniku depresji, wynik 12/13 punktów, przyznając jednak, że część specjalistów wykazuje czujność nawet w przypadku wyników niższych o kilka punktów (Cox, Holden, 2003; Lanes i in., 2011). Podkreślają też, że należy zwrócić szczególną uwagę w sytuacji, gdy kobieta wysoko ocenia obecność myśli samobójczych, nawet wówczas, gdy ogólny wynik EPDS jest niski (Cox, Holden, 2003). Chrzan-Dętkoś i in. (2012) podkreślają też rozważne interpretowanie uzyskanych wyników w EPDS, albowiem narzędzie nie pozwala na różnicowanie zaburzeń nastroju u kobiet po porodzie z innymi zaburzeniami psychicznymi.

Narzędzie ma dobre właściwości psychometryczne. W badaniach oryginalnych czułość wyniosła 86%, swoistość 78%, zaś współczynnik rzetelności alfa Cronbacha 0,88. Autorzy skali EPDS oraz *British Journal of Psychiatry* posiadające prawa autorskie do narzędzia wyrażają zgodę na wykorzystywanie i powielanie narzędzia pod warunkiem powoływania się na źródło (Cox i in., 1987).

W prezentowanych badaniach walidacyjnych wykorzystane zostało tłumaczenie Eleonory Bielawskiej-Batorowicz (Bielawska-Batorowicz, 1995). Aby uzyskać pewność, że tłumaczenie nie jest obciążone kulturowo, polska wersja EPDS została zwrótnie przetłumaczona na język angielski i skonsultowana z zawodowym tłumaczem, który uznał obie wersje za zgodne. Następnie przystąpiono do pracy nad oceną właściwości psychometrycznych polskojęzycznej EPDS.

Analiza statystyczna

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS 19. Zastosowano statystyki opisowe, test t-Studenta dla prób zależnych i niezależnych, współczynnik alfa Cronbacha, eksploracyjną analizę czynnikową (rotacja Varimax z normalizacją Kaisera), współczynnik korelacji r-Pearsona oraz krzywą ROC (*Receiver Operating Characteristic*). W trakcie analizy przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$.

REZULTATY

Rzetelność

Rzetelność EPDS została oceniona za pomocą właściwości statystycznych pozycji testowych. Średnia dla całego kwestionariusza wyniosła 9,47 (SD = 6,15). Średnia korelacja pomiędzy pozycjami testowymi wyniosła 0,95 (wartość min. 0,314; max. 0,794).

Współczynnik alfa Cronbacha dla całego kwestionariusza wyniósł 0,91, przekraczając rekomendowaną wartość 0,7, wskazując tym samym na rzetelność narzędzia dla badanej populacji. Korelacja wyników pozycji testowych z wynikiem ogólnym testowym przekroczyła dla wszystkich 10 pozycji rekomendowany punkt graniczny 0,3, a zatem żadne twierdzenie nie kwalifikuje się do usunięcia. Korelacje przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Wyniki korelacji poszczególnych pozycji testowych z ogólnym wynikiem skali

Twierdzenia w EPDS	Korelacja z wynikiem sumarycznym	Współczynnik alfa po usunięciu pozycji
EPDS_1	0,683	0,906
EPDS_2	0,756	0,901
EPDS_3	0,314	0,924
EPDS_4	0,596	0,912

Twierdzenia w EPDS	Korelacja z wynikiem sumarycznym	Współczynnik alfa po usunięciu pozycji
EPDS_5	0,742	0,902
EPDS_6	0,797	0,899
EPDS_7	0,774	0,900
EPDS_8	0,749	0,902
EPDS_9	0,728	0,903
EPDS_10	0,729	0,903

Dodatkowo dokonano oceny rzetelności narzędzia metodą test-retest. Przy użyciu kwestionariusza EPDS zbadano 30 kobiet w wieku od 21 do 39 roku życia ($M = 28,57$, $SD = 3,58$), które urodziły dziecko. Pierwszy pomiar miał miejsce w 4 tygodniu po porodzie, drugi – po upływie kolejnego tygodnia. Korelacja wyników ogólnych okazała się istotna statystycznie ($r = 0,761$, $p < 0,05$). Zastosowano test t-Studenta dla prób zależnych w celu porównania średnich wyników ogólnych z pierwszego i drugiego pomiaru. Wyniki ogólne z pierwszego pomiaru nie różnią się istotnie od wyników ogólnych z drugiego pomiaru. Rezultaty przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Porównanie średnich wyników ogólnych dla EPDS w pierwszym i drugim pomiarze

	Pomiar pierwszy (N = 30)		Pomiar drugi (N = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
EPDS wynik ogólny	66,9	26,67	79,3	34,78	-1,628	0,114

Trafność

Przystępując do analizy trafności narzędzia, obliczono wskaźnik KMO będący miarą adekwatności doboru próby. Współczynnik KMO okazał się być zadowalający i wyniósł 0,86.

Trafność teoretyczną ustalono za pomocą eksploracyjnej analizy czynnikowej, metodą głównych składowych (rotacja Varimax z normalizacją Kaisera). Analiza, w której za istotne przyjęto ładunki czynnikowe powyżej 0,40, doprowadziła do wyodrębnienia dwóch czynników, które uzyskały wartości własne powyżej jedności i wyjaśniały 68,5% wariancji.

Itemy wchodzące w skład Czynnika I odnosiły się do takich objawów, jak anhedonia, niepokój, przemęczenie/przeladowanie, zaburzenia snu oraz smutek. Czynniki II stanowiły twierdzenia odnoszące się do poczucia winy i ataków paniki.

Parametry analizy czynnikowej i ładunki czynnikowe przedstawiono kolejno w tabeli 3 i tabeli 4.

Tabela 3. Parametry analizy czynnikowej

Czynniki	Wartość własna	% wariacji wyjaśnionej	Skumulowana wariacja
1	5,79	57,96	50,41
2	1,05	10,53	68,49

Tabela 4. Ładunki czynnikowe dla poszczególnych twierdzeń kwestionariusza

Twierdzenia	Czynniki	
	1	2
1	0,802	
2	0,724	
3		0,901
4	0,667	
5	0,587	0,625
6	0,777	
7	0,736	0,406
8	0,846	
9	0,853	
10	0,703	

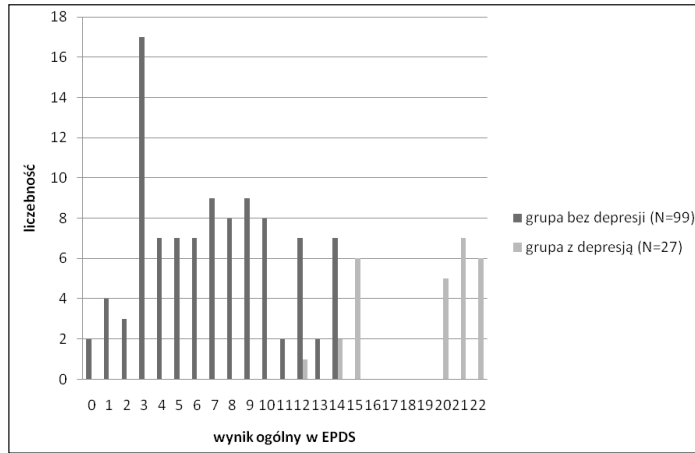
Trafność konwergencyjną oceniono poprzez analizę związku między wynikiem ogólnym skali EPDS a wynikiem ogólnym uzyskanym w Skali Depresji Becka. Korelacja ta okazała się istotna statystycznie ($r = 0,836$; $p < 0,01$).

W dalszych analizach porównano wyniki z uwzględnieniem dwóch przedziałów wiekowych oraz komplikacji w okresie ciąży. Analiza testem t-Studenta dla prób niezależnych wykazała brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy średnimi wynikami ogólnymi dla wybranych grup wiekowych. Nasilenie symptomów depresji poporodowej w grupie kobiet, które doświadczały komplikacji zdrowotnych w okresie ciąży i/lub porodu okazało się natomiast istotnie wyższe w porównaniu z grupą kobiet bez takich komplikacji ($p < 0,001$). Rezultaty przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Porównanie poziomu nasilenia symptomów depresji poporodowej u kobiet w zależności od wieku oraz komplikacji w okresie ciąży

	Grupa wiekowa 20–29 lat (N = 87)		Grupa wiekowa 30–39 lat (N = 39)		t	p
	M	SD	M	SD		
EPDS wynik ogólny	9,26	5,94	9,92	6,667	-0,554	0,581
	Brak chorób i komplikacji w okresie ciąży (N = 59)		Obecność chorób i komplikacji w okresie ciąży (N = 67)		t	p
	M	SD	M	SD	-4,223	0,000
	7,15	4,25	11,51	6,84		

Średni wynik ogólny w EPDS w prezentowanych badaniach wyniósł $M = 9,5$ ($SD = 6,15$). Określono typowy obszar zmienności dla wyników w skali EPDS (korzystając ze wzoru: $x_{sr} - 1/SD < x_{sr} \leq x_{sr} + 1/SD$) i wyznaczono trzy przedziały wyników, gdzie niski poziom wyznaczały wartości odpowiedzi poniżej średniej minus odchylenie standardowe, przeciętny – wartości odpowiedzi w przedziale średnia \pm odchylenie standardowe i wysoki – wartości powyżej średniej plus odchylenie standardowe (wyniki zaokrąglono do pełnych wartości). W badanej populacji wyniki niskie mieściły się w granicach 0–4 punkty (20,63% badanej populacji), przeciętne w granicach 5–15 punktów (37,3%), a wysokie powyżej 15 punktów (42,1%). Jednak rozkłady wyników w EPDS w grupie kobiet, u których w wywiadzie odnotowano obecność objawów depresji po porodzie są wyraźnie oddzielone od wyników kobiet bez objawów depresji. Na rycinie 1 przedstawiono rozkład wyników dla w skali EPDS w badanej populacji kobiet.



Rycina 1. Rozkład wyników uzyskanych w skali EPDS

Autorzy narzędzia (Cox i in., 1987) rekomendują wyniki równe i wyższe od 12 jako punkt odcięcia wskazujący na występowanie objawów depresji poporodowej. W ostatnim kroku podjęto się zatem określenia punktów odcięcia dla polskojęzycznej wersji EPDS. Posłużono się w tym celu wynikami uzyskanymi z wywiadu przeprowadzonego w kierunku rozpoznania objawów depresji. Analiza wywiadu wskazuje, że objawy depresji wystąpiły u 27 (21,4%) ankietowanych kobiet. W grupie tej wyniki w skali EPDS mieściły się w granicach 12–22 punkty ($M = 18,8$; $SD = 3,3$).

Następnie określono czułość i swoistość Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w odniesieniu do różnych wartości progowych (tabela 6).

Tabela 6. Czułość i swoistość Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej

Punkty w EPDS	Czułość	Swoistość
10/11	100,0	81,8
11/12	100,0	83,8
12/13	96,3	90,9
13/14	96,3	92,9
14/15	88,9	100,0

Określona w oryginalnych badaniach wartość 12/13 punktów pozwala prawidłowo zaklasyfikować ponad 96% kobiet z objawami depresji poporodowej i 90% kobiet zdrowych. Przyjmując za punkt odcięcia wynik 13/14 punktów, procent

kobiet zaklasyfikowanych do grupy z depresją poporodową nie ulega zmianie, natomiast swoistość skali wzrasta do prawie 93%, a wraz z nią liczba kobiet sklasyfikowanych jako zdrowe. Wartość tę należy przyjąć jako punkt odcięcia dla polskiej wersji EPDS. Analiza krzywej ROC potwierdziła bardzo wysokie właściwości różnicujące EPDS. Powierzchnia pod krzywą wyniosła 0,993, co wskazuje na prawdopodobieństwo, że losowo wybrana kobieta z objawami depresji ma wyższe wyniki w skali EPDS aniżeli kobieta bez objawów depresji jest bardzo wysokie i wynosi ponad 99% ($p < 0,001$).

DYSKUSJA

Edynburska Skala Depresji Poporodowej jest jednym z najczęściej używanych narzędzi do rozpoznawania depresji poporodowej na całym świecie. Mimo powszechnego stosowania także w Polsce, narzędzie nie zostało wcześniej poddane psychometrycznej weryfikacji. Analiza walidacyjna polskojęzycznej wersji EPDS wskazuje, że skala posiada dobre właściwości psychometryczne. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha jest wysoki, wyższy niż w badaniach oryginalnych oraz walidacyjnych innych wersji językowych narzędzia (Bunevicius i in., 2009; Cox i in., 1987; Gausia i in., 2007; Kheirabadi i in., 2012; Mazhari, Nakhaee, 2007).

Wysoki współczynnik stabilności uzyskany w pomiarze test-retest podkreśla rzetelność metody. Wykazano, że wyniki w badaniu powtórzonym po upływie tygodnia nie różnią się istotnie od pierwszego pomiaru. Wiek kobiet uczestniczących w badaniu nie miał wpływu na nasilenie symptomów depresji, co także wskazuje na dobre właściwości psychometryczne skali. Zadawalające są również zależności uzyskane między wynikami w EPDS a wynikami w Inwentarzu Depresji Becka.

Porównanie średnich wyników EPDS u kobiet, których ciąża przebiegała z komplikacjami z kobietami w ciąży zdrowej potwierdziło trafność diagnostyczną skali. Kobiety, których ciąża przebiegała z komplikacjami charakteryzowało istotnie wyższe nasilenie symptomów depresji poporodowej, co pozostaje w zgodzie z dotychczasowymi doniesieniami, według których komplikacje zdrowotne w okresie ciąży stanowią czynnik ryzyka dla wystąpienia objawów depresji poporodowej (Besser i in., 2002; Kossakowska-Petrycka, Wałęcka-Matyja, 2007).

Wartości ładunków czynnikowych, korelacje pozycji testowych z pozostałymi pytaniami oraz współczynniki rzetelności przy usunięciu z analiz poszczególnych twierdzeń wskazały na zasadność utrzymania oryginalnej, 10-itemowej wersji EPDS. Ponieważ jednak analiza czynnikowa polskiej wersji EPDS doprowadziła do wyłonienia dwóch, a nie jednego czynnika, jak ma to miejsce w przypadku oryginalnej wersji narzędzia, zasadne wydaje się powtórzenie badań walidacyjnych na większej populacji kobiet po urodzeniu dziecka.

Zarówno czułość i specyficzność narzędzia, jak i optymalny punkt odcięcia dla polskiej wersji skali są wyższe od wyników uzyskanych w oryginalnych badaniach nad właściwościami psychometrycznymi EPDS (Cox i in., 1987). Wyniki te mogą wskazywać na pewne różnice kulturowe w zakresie odpowiedzi udzielanych w EPDS.

Opisane rezultaty pozwalają twierdzić, że polska wersja EPDS jest rzetelną i trafną metodą, która może być z powodzeniem stosowana do rozpoznawania symptomów depresji poporodowej u kobiet po narodzinach dziecka.

Przedstawione badania nie są jednak wolne od ograniczeń i słabości. Pierwszą z nich jest mała liczebnie próba badana. Ponadto, aby uzyskać szerszą wiedzę na temat rzetelności i trafności narzędzia, a tym samym zwiększyć prawdopodobieństwo rozpoznawania symptomów depresji u młodych matek, konieczne wydają się dalsze analizy, w których uwzględnione zostaną takie zmienne, jak sposób porodu, a w przypadku komplikacji i zagrożenia ciąży ich rodzaj i charakter. Dyskusyjny może się również wydać fakt, że część uczestniczek rekrutowano do udziału w badaniach na terenie szkół rodzenia, które przygotowują kobietę nie tylko do porodu. Obecnie, większość szkół rodzenia prowadzi także edukację w zakresie rozpoznawania symptomów zaburzeń i trudności występujących po porodzie, w tym depresji poporodowej. Może to dwojako wpływać na zdolność kobiet do rozumienia swojego samopoczucia i stanu psychicznego – nadmiernej wrażliwości i skłonności do nadinterpretowania reakcji normatywnych dla okresu porodu lub bagatelizowania objawów depresji poporodowej i zaprzeczania im z obawy przed stygmatyzacją i niezrozumieniem najbliższego otoczenia.

Dla pełnego obrazu użyteczności narzędzia istotne wydaje się uwzględnienie udziału w szkole rodzenia jako zmiennej i porównanie wyników tej grupy z grupą kobiet, które w okresie ciąży nie korzystały z zajęć dla przyszłych rodziców.

BIBLIOGRAFIA

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 88, 77–100.
- Beck, C.T., Indman, P. (2005). The many faces of postpartum depression. *Journal of Obstetrics and Gynecology Neonatal Nursing*, 34 (5), 569–576.
- Besser, A., Priel, B., Wiznitzer, A. (2002). Childbearing depressive symptomatology in high-risk pregnancies: the role of working models and social support. *Personal Relationships*, 9, 395–413.
- Bielawska-Batorowicz, E. (1995). *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.

- Boath, E.H., Pryce, A.J., Cox, J.L. (1998). Postnatal depression: the impact on the family. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 199–203.
- Bunevicius, A., Kusminkas, L., Bunevicius, R. (2009). Validation of the Lithuanian version of Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Medicina*, 45 (7), 544–548.
- Chrzan-Dętkoś, M., Dyduch-Maroszek, A., Humięcka, A., Karasiewicz, K. (2012). Uwarunkowania i konsekwencje depresji poporodowej. *Psychoterapia*, 2 (161), 55–63.
- Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786.
- Cox, J.L., Holden, J.M. (2003). *Perinatal mental health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. London: Gaskell.
- Gausia, K., Fisher, C., Algin, S., Oosthuizen, J. (2007). Validation of the Bangla version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for Bangladeshi sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25 (4), 308–315.
- Kendall-Tackett, K.A. (2005). *Depression in new mothers: Causes, consequences, and treatment alternatives*, New York: Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Kheirabadi, G.R., Maracy, M.R., Akbaripour, S., Masaeli, N. (2012). Psychometric Properties and Diagnostic Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a Sample of Iranian Women. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 37 (1), 32–38.
- Kossakowska-Petrycka, K., Wałęcka-Matyja, K. (2007). Psychologiczne uwarunkowania wystąpienia depresji poporodowej u kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym i ciąży wysokiego ryzyka. *Ginekologia Polska*, 78 (7), 544–548.
- Lanes, A., Kuk, J.L., Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristics of Postpartum Depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11:302, doi:10.1186/1471-2458-11-302.
- Mazhari, S., Nakhaee, N. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Iranian sample. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 293–297.
- Nonacs, R., Cohen, L.S. (1998). Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (2), 34–40.
- O'Hara, M., Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression – a meta analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37–54.
- Robinson, G.E., Stewart, D.E. (2001). Postpartum disorders. [W:] N.L. Stotland, D.E. Stewart (red.), *Psychological aspects of women's health care* (s. 117–139). Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Tronick, E., Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17 (2), 147–156.

KAROLINA KOSSAKOWSKA

EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE
– PSYCHOMETRIC PROPERTIES AND CHARACTERISTICS
(Summary)

Objectives: estimation of psychometric properties of the Polish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to recognize the symptoms of postpartum depression. Material and methods: The study was conducted from 2007 to 2011. One hundred twenty six women after childbirth were examined. The mean age was 28,34 years (SD = 3,96). The Scale was administered between the 4th and 12th weeks after delivery (M = 6,56 weeks; SD = 2,14) to mothers, recruit-

ed previously at the gynecological clinics and prenatal classes. All participants were submitted to a structured interview for postpartum depression diagnosis. Participants completed Polish version of EPDS and Beck Depression Inventory (BDI) to verify the reliability and validity of the Polish version of EPDS. To assess psychometric properties of the scale, descriptives statistics, independent and dependent t-test, Cronbach's alpha, Pearson's correlation, exploratory factor analysis (with KMO-test) were conducted. The scale sensitivity and specificity were calculated, and the receiver operating characteristic (ROC) curve was used to find the best cut-off point.

Results: Using the factor analysis two factor were extracted, which accounted for 68,5% of the variance. Cronbach's alpha coefficient for the entire scale is high and amounts to 0,91. Stability factor estimated by test-retest was 0,761 ($p < 0,05$). Total scores of EPDS correlated significantly with the results of the BDI ($r = 0,836$, $p < 0,01$). Using 13/14 as the cut-off point, the scale's sensitivity was 96%, the specificity was 93%. Conclusions: The good psychometric properties of the Polish version of the EPDS were confirmed in the present study. The results of the reliability of the Polish version of EPDS, do not differ from results obtained in other validation studies in the world. Polish version of the scale meets the basic psychometric criteria and can be successfully used to identify symptoms of postnatal depression.

Keywords: postpartum depression, diagnosis, psychometric properties, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).