

Andrzej Kokoszka, Adam Jastrzębski, Marcin Obrębski
SWPS, Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie

Ocena psychometrycznych właściwości polskiej wersji Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta-9 dla osób dorosłych

Psychometric properties of the polish version of Patient Health Questionnaire-9

Abstract

Introduction: Depression is one of the most common mental disorders. The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) is among several screening tools that are most often used to diagnose depression. Just as many other measurement instruments, it was first developed in English and then translated into other languages; these translations are used in many countries without being evaluated in terms of their psychometric properties.

The aim of this study was to assess the psychometric properties of the Polish version of the Patient Health Questionnaire-9 for a population aged 18–60 years.

Material and methods: This study was conducted among 99 patients (45 men and 54 women, mean age = 41; SD = 12.5) who filled out the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), the Beck Depression Inventory (BDI) and who were interviewed with the structured Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 5.0.0) and the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Results: The PHQ-9 had very good reliability, with Cronbach's alpha coefficient = 0.88. The sensitivity and specificity of PHQ-9 in detecting an episode of depression were 82% and 89%, respectively, with a cut-off > 12. Scores on the PHQ-9 were strongly correlated with scores on the Beck Depression Inventory ($\rho = 0.92$, $p < 0.001$) and the Hamilton Depression Rating Scale ($\rho = 0.87$, $p < 0.001$).

Conclusions: The Polish version of the PHQ-9 has very good psychometric properties and is an effective screening tool for detecting depression among individuals aged 18–60 years.

Psychiatry 2016; 13, 4: 187–193

Key words: PHQ-9, depression, psychometric properties.

Wstęp

Depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. W badaniach amerykańskich, rozpowszechnienie w ciągu życia wynosiło 16,6% [1], natomiast w podobnych polskich badaniach 3% w populacji ogólnej, 1,9% wśród mężczyzn oraz 4% wśród

kobiet [2]. Depresja występuje szczególnie często wśród osób z przewlekłymi chorobami somatycznymi. Wśród pacjentów chorych na łuszczycę 46,8% spełniało kryteria dużej depresji [3]. W badaniach na pacjentach z cukrzycą typu II dużą depresję zdiagnozowano u 35% badanych [4]. Przegląd piśmiennictwa z lat 1994–2009 potwierdza zwiększone rozpowszechnienie depresji wśród pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca oraz wśród pacjentów z obturacyjną chorobą płuc [5]. We wstępnej diagnozie przydatne są narzędzia do przesiewowej diagnozy depresji. Do najczęściej stosowanych należą: In-

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Andrzej Kokoszka
II Klinika Psychiatryczna WUM
ul. Kondratowicza 8, 03–242 Warszawa
tel.: 603 128 361, faks: 22 326 57 01
e-mail: andrzej.kokoszka@wum.edu.pl

wentarz Depresji Becka (BDI, *Beck Depression Inventory*) [6], Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 (PHQ-9, *Patient Health Questionnaire*) [7], Wskaźnik Dobrego Samopoczucia (WHO-5, *World Health Organization-Five Well-being Index*) [8], Szpitalna Skala Lęku i Depresji (HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*) [9]. Wymienione narzędzia diagnostyczne zostały opracowane w języku angielskim, a następnie przetłumaczone na inne języki. Ich przekłady stosowane są często bez oceny ich psychometrycznych właściwości. Polska wersja PHQ-9 jest bezpłatnie dostępna na oficjalnej stronie http://www.phqscreeners.com/overview.aspx?Screener=02_PHQ-9. Omawiany kwestionariusz został przetłumaczony na ponad 50 języków. Baza prac naukowych EBSCO zawiera prace walidacyjne z takich krajów, jak: Niemcy, Malezja, Wielka Brytania, Stany Zjednoczone, Brazylia, Kenia, Iran, Hong Kong, Tajlandia i Grecja, oraz Polska. W Polsce właściwości psychometryczne oceniono jedynie w populacji hospitalizowanych osób powyżej 60. roku życia [10]. Wykazano stosunkowo dobrą rzetelność, współczynnik alfa Cronbacha dla całej skali wynosił 0,7. Każde z 9 pytań miało korelację z wynikiem ogólnym od $\rho = 0,31$ do $\rho = 0,68$ ($p < 0,05$). Zbieżność wyniku PHQ-9 z wynikiem Krótkiej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (KGSOD) wynosiła $R = 0,58$ ($p < 0,05$). Autorzy sugerują punkty odcięcia na poziomie > 6 , dla którego narzędzie wykazuje dobrą czułość i swoistość (odpowiednio 70,4% i 78,2%).

Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 (PHQ-9, *Patient Health Questionnaire-9*) będący częścią większego narzędzia *Patient Health Questionnaire* [7], jest przeznaczony do przesiewowego wykrywania depresji. Został opracowany na podstawie kryteriów diagnostycznych depresji zawartych w *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), które nie uległy istotnym dla konstrukcji kwestionariusza zmianom w DSM-5 [11]. Składa się z 9 pytań odpowiadających poszczególnym objawom depresji, które znajdują się w kryteriach diagnostycznych DSM-IV i DSM-V.

Kwestionariusz PHQ-9 jest krótki i prosty w zastosowaniu oraz ma sprawdzone właściwości psychometryczne [12]. Został porównany z drugą wersją Inwentarza Depresji Becka (BDI-II) w trakcie leczenia depresji [13]. Obydwa narzędzia miały zadowalające właściwości psychometryczne oraz wykazały podobną zdolność monitorowania zmian w nasileniu depresji w procesie leczenia. Autorzy badania podkreślili przewagę PHQ-9 nad BDI-II w jego znacznie krótszej formie i odwoływaniu się do oficjalnych kryteriów zaburzenia. Wykazano lepsze właściwości psychometryczne PHQ-9 w porównaniu z HADS oraz WHO-5 [14]. Narzędzie zostało sprawdzone pod kątem podatności na różnice płciowe. Wykazano, że z wyjąt-

kiem pozycji dotyczącej jedzenia, właściwości pozostałych pozycji są podobne w przypadku mężczyzn i kobiet, co pozwala na używanie tego narzędzia bez względu na płeć osób badanych, gdyż nie wpływa to na uzyskiwane wyniki [15]. Dodatkowo narzędzie to pozwala identyfikować pacjentów zagrożonych ryzykiem samobójstwa i z tendencjami samobójczymi [16].

W kilku krajach przeprowadzono prace walidacyjne dla tego narzędzia w specyficznych grupach pacjentów. Sprawdzono jego właściwości psychometryczne między innymi dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym [17], chorobami przewlekłymi [18], cukrzycą [19], również dla pacjentów starszych [20]. Czułość i swoistość PHQ-9 wypada lepiej niż podskala depresji HADS w wykrywaniu depresji u pacjentów z chorobami wieńcowymi, odpowiednio 94% i 84% oraz 81% i 77% [21]. Jest to również lepszy wynik niż średnie wartości (czułość 84% i swoistość 79%) zidentyfikowane w przeglądzie narzędzi wykorzystywanych do wykrywania depresji w tej grupie pacjentów [22].

W przytaczanych badaniach PHQ-9 prezentuje się jako skuteczne narzędzie do wykrywania depresji. Autorzy badań poszukiwali optymalnych punktów odcięcia, zwiększając w ten sposób właściwości psychometryczne w stosunku do sytuacji gdzie przyjmowano z góry rekomendowane wartości.

W badaniach walidacyjnych kwestionariusza, w grupie 6000 pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, ustalono następujące zakresy nasilenia depresji: brak 0–4; łagodna 5–9; umiarkowana 10–14; umiarkowanie ciężka 15–19; ciężka 20–27 [12]. Autorzy stwierdzili, że wartość 10 jest optymalnym punktem odcięcia do przesiewowej diagnozy depresji. Narzędzie ma w takim przypadku czułość i swoistość odpowiednio 88% i 88%. Wyniki uzyskane w badaniach walidacyjnych w Wielkiej Brytanii [23] potwierdziły, że był to najbardziej optymalny punkt odcięcia, przy którym czułość wynosiła 91,7% a swoistość 78,3%. Ponadto wyniki badań dowiodły, że przyjęcie takiego progu gwarantuje skuteczniejszą diagnozę dużej depresji wśród pacjentów pierwszej opieki zdrowotnej niż pierwotne kryteria diagnostyczne narzędzia [24].

Mimo ogromnej popularności i dostępności w wielu wersjach językowych, brakuje badań oceniających wartości psychometryczne adaptowanego narzędzia i przyjmuje się anglojęzyczne normy. Praktyka ta nie zawsze pozwala na osiągnięcie właściwych wyników. Przykładowo badania walidacyjne w Brazylii [25] pozwoliły zidentyfikować wartość > 9 jako najbardziej optymalne punkty odcięcia, w Chinach > 7 [26] a w Japonii > 11 [27]. Dostępne wyniki badań wskazują, że wartość punktu odcięcia jest odmienna w różnych krajach.

Mimo dostępności polskiej wersji kwestionariusza na oficjalnej stronie, nie ma danych dotyczących jego właściwości psychometrycznych dla populacji osób dorosłych od 18. do 60. roku życia. Szczególnie istotne znaczenie w badaniach przesiewowych ma wartość punktu odcięcia, który pozwala zalecać dalszą kliniczną diagnozę w kierunku epizodu depresji, dla osób, które uzyskały wynik przekraczający taką wartość.

Celem pracy była ocena właściwości psychometrycznych polskiej wersji PHQ-9 dla populacji osób w wieku 18–60 lat, a w szczególności:

- 1) ustalenie optymalnego punktu odcięcia wskazującego na duże prawdopodobieństwo stwierdzenia epizodu depresji i zweryfikowanie hipotezy, że jest on w polskiej populacji odmienny, niż dla oryginalnej wersji anglojęzycznej,
- 2) ocena rzetelności polskiej wersji PHQ,
- 3) ocena trafności zbieżnej z Inwentarzem Depresji Becka oraz Skalą Depresji Hamiltona,
- 4) ocena narzędzia ze względu na różnice płciowe.

Material i metody

Badaniem objęto 99 osób, 54 kobiety i 45 mężczyzn, w wieku od 18 do 60 lat, średnia wieku = 41, SD (*standard deviation*) = 12,5.

Badanie przeprowadzono na oddziale Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nefrologii i Transplantologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie, na Dziennym Oddziale Psychiatrycznym szpitala Bródnowskiego oraz wśród przypadkowo spotkanych osób, które wyraziły na to zgodę.

Każdy badany po zapoznaniu się z informacją o badaniu i podpisaniu kwestionariusza świadomej zgody, wypełniał, w podanej kolejności, kwestionariusz PHQ-9 oraz BDI, a następnie badacz przeprowadzał ustrukturyzowany wywiad *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI 5.0.0) oraz HDRS. Po zakończeniu analizy badacz udzielał informacji zwrotnej dotyczącej wyników uzyskanych w MINI oraz HDRS. W przypadku stwierdzenia myśli i tendencji samobójczych przeprowadzono z uczestnikiem badania rozmowę dotyczącą zagrożenia życia i dostępnego wsparcia. Badanie zostało zaakceptowane przez Komisję Bioetyczną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Narzędzia zastosowane w badaniu

Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9, który składa się z 9 pytań zasadniczych i jednego pytania dodatkowego. Pytania zasadnicze dotyczą objawów depresji zawartych w kryteriach diagnostycznych DSM-IV. Badany zaznacza odpowiedzi na skali od 0 do 3, w zależności od częstości występowania danego objawu w przeciągu ostatnich

dwóch tygodni. Wyniki wersji anglojęzycznej [12] wskazują, że rezultat od 10 punktów wskazuje na duże ryzyko występowania epizodu depresji. Wynik ogólny mieści się w przedziale od 0 do 27. Im wyższy wynik tym większe nasilenie depresji. Wynik poniżej pięciu punktów oznacza brak depresji, od pięciu do dziewięciu punktów łagodną depresję, od 10 do 14 umiarkowaną depresję, od 15 do 19 umiarkowanie ciężką depresję, a powyżej 20 punktów ciężką depresję. Autorzy uzasadniają, że pozwala to na posługiwanie się w praktyce łatwymi do zapamiętania progami wskazującymi na różne nasilenie depresji, a także powołują się na dane empiryczne potwierdzające trafność opisanych kryteriów [12]. Jeżeli badany w którymkolwiek z pytań zaznaczy występowanie objawów, odpowiada na pytanie dodatkowe gdzie na czterostopniowej skali zaznacza w jakim stopniu te problemy utrudniały wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi. W badaniu wykorzystano polską wersję językową.

Mini International Neuropsychiatric Interview, w oficjalnej polskiej wersji 5.0.0 [28, 29] opracowany jako krótki wywiad ustrukturyzowany do diagnozy zaburzeń psychicznych w oparciu o kryteria DSM-III-R i ICD-10. Może być stosowane przez klinicystów po krótkiej sesji treningowej, nieprofesjonaliści wymagają bardziej intensywnego szkolenia. Jest podzielony na moduły odpowiadające poszczególnym zaburzeniom, składa się z pytań osiowych będących podstawą do diagnozy oraz pytań szczegółowych, do których przechodzi się w przypadku potwierdzenia występowania objawów osiowych. Właściwości psychometryczne oryginalnej, anglojęzycznej wersji MINI zostały ocenione na podstawie *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) [28] i są one bardzo dobre. W przypadku diagnozy depresji czułość i swoistość wynosiły odpowiednio 94% i 79%, a współczynnik Kappa — 0,83. Brakuje danych na temat właściwości polskiej wersji omawianego narzędzia. Ustrukturyzowany wywiad umożliwia omówienie budzących wątpliwości objawów i w związku z tym można oczekiwać podobnych właściwości polskiej wersji przekładu MINI. Narzędzie to zostało zastosowane do diagnozy epizodu depresji, ponieważ kryteria diagnostyczne stanowiące podstawę wyróżnienia zawartych w nim pytań, nie zmieniły się w ostatnich wersjach DSM (DSM III-R, DSM-IV i DSM-V).

Skala Depresji Hamiltona [30, 31] jest szeroko rozpowszechnionym narzędziem do badania nasilenia objawów depresji. Należy do skal obserwacyjnych. Oceny według sprecyzowanych kryteriów dokonuje klinicysta. W badaniu zastosowano jej najczęściej wykorzystywaną wersję składającą się z 17 pytań. Odpowiedzi są zaznaczane na skali od 0 do 4. Brakuje polskich danych walidacyjnych.

Tabela 1. Właściwości poszczególnych pozycji PHQ-9**Table 1.** PHQ-9 items characteristics

Pozycja kwestionariusza	Średnia skali po usunięciu pozycji	Wariancja skali po usunięciu pozycji	Korelacja pozycji z wynikiem ogólnym	Alfa Cronbacha po usunięciu pozycji
Pozycja 1	7,646	47,537	0,508	0,882
Pozycja 2	7,737	45,053	0,764	0,858
Pozycja 3	7,848	47,620	0,576	0,874
Pozycja 4	7,828	46,164	0,733	0,861
Pozycja 5	8,081	47,851	0,644	0,869
Pozycja 6	7,919	44,993	0,645	0,869
Pozycja 7	7,899	47,031	0,657	0,867
Pozycja 8	8,303	49,724	0,669	0,870
Pozycja 9	8,253	47,803	0,551	0,877

Inwentarz Depresji Becka [6, 33] jest narzędziem samoopisowym, składającym się z 21 pytań dotyczących samopoczucia. Odpowiedzi mieszczą się na skali od 0 do 3. Inwentarz pozwala na ilościową ocenę stopnia nasilenia depresji. Oryginalna wersja posiada sprawdzone i satysfakcjonujące właściwości psychometryczne [34], natomiast dane dotyczące polskiego przekładu są nadal jedynie wstępne [33], pomimo bardzo częstego zastosowania w praktyce i badaniach naukowych.

Analiza statystyczna

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu komputerowego SPSS 17.0. Do oceny spójności wewnętrznej narzędzia obliczono współczynnik alfa Cronbacha. Związek pomiędzy wynikami poszczególnych pytań a wynikiem całkowitym skali obliczono za pomocą korelacji Spearmana. Do oceny trafności zbieżnej wykorzystano korelację Spearmana pomiędzy PHQ-9 a BDI oraz HDRS. Przeprowadzono analizę krzywej ROC w celu ustalenia optymalnego progu odcięcia dla wykrywania depresji w odniesieniu do informacji uzyskanych z MINI. Na tej podstawie obliczono czułość i swoistość. Za istotny statystycznie poziom przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

W badanej grupie średnie nasilenie objawów depresyjnych było blisko granicy normalnego i patologicznego poziomu we wszystkich zastosowanych narzędziach: BDI M = 11,8 (SD = 11,4) norma mniej, niż 10; HDRS M = 9,7 (SD = 7,4) norma mniej niż 7. Średni wynik PHQ-9 wyniósł 8,6 (SD = 7,4). Rozkład wyników w PHQ-9 odbiegał istotnie od rozkładu normalnego i w związku z tym do oceny korelacji zastosowano współczynnik korelacji Rho Spearmana.

Analiza rzetelności

Alfa Cronbacha dla PHQ-9 wyniosła 0,88, wskazując na bardzo dobrą spójność wewnętrzną PHQ-9. Usunięcie żadnego z pytań nie poprawiłoby istotnie miary alfa Cronbacha, szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 1.

Ocena trafności zbieżnej

Wyniki PHQ-9 wykazały silną korelację z rezultatami BDI ($\rho = 0,92, p < 0,001$) i HDRS ($\rho = 0,87, p < 0,001$).

Ocena czułości i swoistości

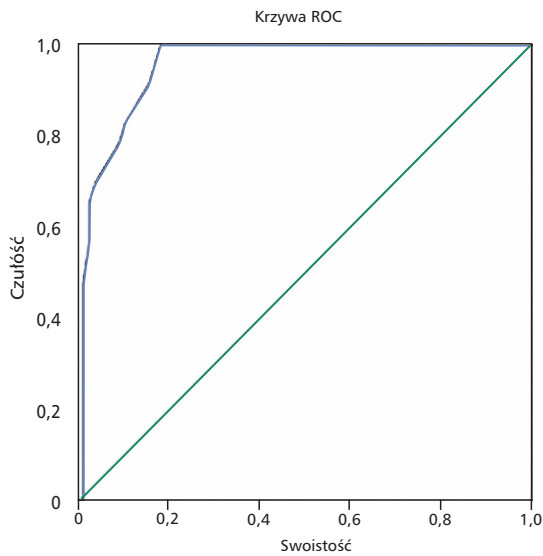
Przeprowadzono analizę krzywej ROC, w celu ustalenia progu odcięcia gwarantującego największą czułość i swoistość dla diagnozy depresji. Po przyjęciu za punkt odniesienia diagnozę depresji według MINI otrzymane pole powierzchni pod krzywą ROC wyniosło 0,952, błąd standardowy 0,02 95% CI, 0,913–0,991 ($p < 0,0001$). Najlepsze połączenie czułości i swoistości, odpowiednio 82% i 89%, osiągnięto dla punktu odcięcia na poziomie 12, co znaczy, że wymienioną czułość i swoistość w diagnozie epizodu depresji mają wyniki > 12 punktów (ryc. 1). Szczegółowe współrzędne krzywej zamieszczono w tabeli 2.

Analiza wyników ze względu na płeć

W teście *U* Manna-Whitneya nie stwierdzono istotnych różnic w wynikach uzyskanych wśród 54 kobiet i 45 mężczyzn. Średnie rangi wynosiły odpowiednio 48,76 i 51,45; $u = 1148,0, Z = -0,473, p = 0,637$.

Dyskusja

Wyniki uzyskane w badaniu potwierdzają, że polska wersja PHQ-9 jest narzędziem o dobrej rzetelności, czułości i swoistości w grupie osób dorosłych w wieku 18–60 lat, mogącym być stosowanym do przesiewo-



Rycina 1. Krzywa ROC PHQ-9 dla wykrywania depresji w odniesieniu do MINI. AUC (area under curve) = 0,952; SE (standard error) = 0,02; $p < 0,0001$

Figure 1. PHQ-9 ROC curve for detecting depression according to MINI International Psychiatric Interview. AUC (area under curve) = 0.952; SE (standard error) = 0.02 $p < 0.0001$

wego wykrywania depresji. Wymienione wartości są wyższe niż w podobnym badaniu w grupie hospitalizowanych starszych osób. Lepsza rzetelność może wynikać z większego zróżnicowania uczestników omawianego badania, a lepsza czułość i swoistość z zastosowania ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego MINI, a nie opieraniu się na wynikach innej skali samooceny Krótkiej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji. Metoda ta pomimo udowodnionej przydatności w diagnozie przesiewowej depresji, jest narzędziem polegającym na subiektywnej ocenie pacjenta i ustępuje ustrukturyzowanym wywiadam klinicznym, takim jak MINI lub Structured Clinical Interview for DSM (SCID), w trafności diagnostycznej. Wykorzystywanie ustrukturyzowanych wywiadów jest stosowane przez autorów wielu innych badań walidacyjnych PHQ-9 [11, 13, 19, 26].

Celem ustalania punktów odcięcia jest zachowanie równowagi pomiędzy czułością i swoistością narzędzia. Uzyskane wyniki dowodzą, że przyjęcie wartości 12 jako progu odcięcia pozwala zachować zarówno wysoką czułość jak i swoistość PHQ-9. W niniejszym badaniu czułość wynosiła 82%, a swoistość 89%.

Uzyskana rzetelność jest niemal identyczna z uzyskaną przez Kroenke [12], gdzie uzyskano wynik alfa Cronbacha 0,89, a czułość i swoistość są zbliżone — przy rekomendowanym punkcie odcięcia > 10 obie wynosiły 88%. Natomiast w badaniu Löwe [14], dla progu identycznego

Tabela 2. Współrzędne krzywej ROC
Table 2. Coordinates of the ROC curve

Dodatnia, jeśli ≥	Czułość	1 — swoistość
-1,000	1,000	1,000
,500	1,000	,776
1,500	1,000	,737
2,500	1,000	,684
3,500	1,000	,605
4,500	1,000	,539
5,500	1,000	,408
6,500	1,000	,355
7,500	1,000	,329
8,500	1,000	,276
9,500	1,000	,211
10,500	1,000	,184
11,500	,913	,158
12,500	,826	,105
13,500	,783	,092
14,500	,739	,066
15,500	,696	,039
16,500	,652	,026
17,500	,609	,026
18,500	,565	,026
19,500	,478	,013
20,500	,435	,013
22,000	,217	,013
23,500	,174	,013
25,500	,000	,013
28,000	,000	,000

jak w niniejszym badaniu > 12, czułość wynosiła 95%, a swoistość 84%.

Analiza odpowiedzi kobiet i mężczyzn nie wskazała na istotne różnice między nimi. Wynik ten dowodzi, że można stosować dany kwestionariusz bez obaw o to, że płeć osoby badanej będzie wpływać na uzyskane odpowiedzi. Podobne wnioski były rezultatem również badania innych autorów [15].

Ograniczeniem niniejszego badania jest stosunkowo nieduża wielkość badanej grupy oraz sposób ich doboru, który miał charakter przypadkowy, a nie losowy. Zadbano jednak o to, by badanie obejmowało zróżnicowaną grupę osób, obejmującą przypadkowych przechodniów, którzy nie deklarowali objawów zaburzeń psychicznych, pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, wśród których występowanie objawów depresyjnych

jest wyższe niż w populacji generalnej oraz pacjentów dziennego oddziału psychiatrycznego. Jest to grupa bardziej zróżnicowana niż w badaniach walidacyjnych dla polskiej wersji językowej PHQ-9 dla osób starszych, które obejmowały 105 osób hospitalizowanych w Klinice Chorób Wewnętrznych i Geriatrii [10]. Należy przy tym pamiętać, że badania z wykorzystaniem ustrukturyzowanych wywiadów diagnostycznych są rzadkie z uwagi na ich czasochłonność. Te trudności prowadzą do opierania się na próbach o ograniczonej reprezentatywności. Mimo relatywnie niedużej grupy osób, uzyskane w niniejszym badaniu wyniki są jednak bardzo zbliżone do tych uzyskiwanych w innych badaniach walidacyjnych, i potwierdzają wysokie właściwości psychometryczne kwestionariusza.

Ze względu na liczebność badanej grupy nie podjęto prób ustalenia zakresów nasilenia objawów depresyjnych. Bardzo wysokie korelacje wyników PHQ z rezultatami BDI i Skali Depresji Hamiltona sugerują jednak, że omawiane narzędzie może być również wykorzystywane do oceny nasilenia objawów depresyjnych.

Wnioski

Polska wersja Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta-9 jest dobrym narzędziem do wykrywania depresji w populacji osób w wieku 18–60 lat. Kwestionariusz jest krótki i prosty w użyciu oraz posiada bardzo dobre właściwości psychometryczne. Wynik 12 punktów stanowi optymalny punkt odcięcia. Dla takiego progu czułość narzędzia wynosiła 82%, a swoistość 89%.

Streszczenie

Wstęp: Depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Do kilku najczęściej stosowanych narzędzi do diagnozy przesiewowej depresji należy Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta. Podobnie jak inne narzędzia został on pierwotnie opracowany w języku angielskim, a następnie przetłumaczony na inne języki i wykorzystywany w wielu krajach bez oceny właściwości psychometrycznych przekładu.

Celem badania była ocena właściwości psychometrycznych Polskiej wersji PHQ-9 dla populacji osób w wieku 18–60 lat.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono wśród 99 osób (45 mężczyzn i 54 kobiety, średnia wieku = 41; SD = 12,5), którzy wypełniali PHQ-9 oraz Inwentarz Depresji Becka (BDI). Przeszkolony badacz przeprowadził ustrukturyzowany wywiad neuropsychiatryczny — Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 5.0.0) oraz Skalę Depresji Hamiltona (HDRS).

Wyniki: PHQ-9 miał bardzo dobrą rzetelność — współczynnik Alfa Cronbacha = 0,88. Czułość i swoistość PHQ-9 w wykrywaniu epizodu depresji wynosiły odpowiednio 82% i 89%, przy punkcie odcięcia > 12. Wyniki PHQ-9 wykazały silną korelację z rezultatami BDI ($\rho = 0,92, p < 0,001$) i HRDS ($\rho = 0,87, p < 0,001$).

Wnioski: Polska wersja PHQ-9 posiada bardzo dobre właściwości psychometryczne i jest skutecznym narzędziem do przesiewowego wykrywania depresji wśród osób w wieku 18–60 lat.

Psychiatria 2016; 13, 4: 187–193

Słowa kluczowe: PHQ-9, depresja, właściwości psychometryczne

Piśmiennictwo:

1. Kessler R.C., Petukhova M., Sampson N.A., Zaslavsky A.M., Wittchen H.-U. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2012; 21: 169–185.
2. Kiejna A., Piotrowski P., Adamowski T. i wsp. Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku — badanie EZOP Polska. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49: 15–27.
3. Parafianowicz K., Sicińska J., Moran A. i wsp. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych w łuszczycy: doniesienie wstępne. *Psychiatr. Pol.* 2010; 44: 119–126.
4. Kokoszka A., Pouwer F., Jodko A. i wsp. Serious diabetes-specific emotional problems in patients with type 2 diabetes who have different levels of comorbid depression: a Polish study from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Eur. Psychiatry* 2009; 24: 425–430.
5. Yohannes A.M., Willgoss T.G., Baldwin R.C., Connolly M.J. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2010; 25: 1209–1221.
6. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961; 4: 561–571.
7. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999; 282: 1737–1744.
8. Bonsignore M., Barkow K., Jessen F., Heun R. Validity of the five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2001; 251: 27–31.

9. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67: 361–370.
10. Tomaszewski K., Zarychta M., Bieńkowska A. i wsp. Walidacja polskiej wersji językowej Patient Health Questionnaire-9 w populacji hospitalizowanych osób starszych. *Psychiatr. Pol.* 2011; 45: 223–233.
11. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Association, Washington DC 2013.
12. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J. Gen. Intern. Med.* 2001; 16: 606–613.
13. Titov N., Dear B.F., McMillan D. i wsp. Psychometric comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression. *Cogn. Behav. Ther.* 2011; 40: 126–136.
14. Löwe B., Spitzer R.L., Grafe K. i wsp. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians diagnoses. *J. Affect. Disord.* 2004; 78: 131–140.
15. Thibodeau M.A., Asmundson G.J.G. The PHQ-9 assesses depression similarly in men and women from general population. *Pers. Individ. Dif.* 2014; 56: 149–153.
16. Simon G.E., Rutter C.M., Peterson D. i wsp. Does response on the PHQ-9 depression questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death? *Psychiatric Services* 2013; 64: 1195–1202.
17. Amtmann D., Kim J., Chung H. i wsp. Comparing CESD-10, PHQ-9, and PROMIS depression instruments in individuals with multiple sclerosis. *Rehabil. Psychol.* 2014; 59: 220–229.
18. Hyphantis T., Kotsis K., Kroenke K. i wsp. Lower PHQ-9 cut point accurately diagnosed depression in people with long-term conditions attending the Accident and Emergency Department. *J. Affect. Disord.* 2015; 176: 155–163.
19. van Steenbergen-Weijenburg K.M., Vroege L., Ploeger R.R. i wsp. Validation of the PHQ-9 as a screening instrument for depression in diabetes patients in specialized outpatient clinics. *BMC Health Serv. Res.* 2010; 10: 235–240.
20. Han C., Jo S.A., Kwak J.H. i wsp. Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Korean version in the elderly population: the Ansan Geriatric study. *Compr. Psychiatry* 2008; 49: 218–223.
21. Haddad M., Walters P., Phillips R. i wsp. Detecting depression in patients with coronary heart disease: a diagnostic evaluation of the PHQ-9 and HADS-D in Primary Care, findings from the UPBEAT-UK study. *PLoS ONE* 2013; 8: e78493.
22. Thombs B.D., de Jonge P., Coyne J.C. i wsp. Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *JAMA* 2008; 300: 2161–2171.
23. Gilbody S., Richards D., Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *Br. J. Gen. Pract.* 2007; 57: 650–652.
24. Arroll B., Goodyear-Smith F., Crengle S. i wsp. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann. Fam. Med.* 2010 8: 348–252.
25. Santos I.S., Tavares B.F., Munhoz T.N. i wsp. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. *Cad. Saude Publica* 2013; 29: 1533–1543.
26. Wang W., Bian Q., Zhao Y. i wsp. Reliability and validity of the Chinese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in the general population. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2014; 36: 539–544.
27. Suzuki K., Kumei S., Ohhira M., Nozu T., Okumura T. Screening for major depressive disorder with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) in an outpatient clinic staffed by primary care physicians in Japan: a case control study. *PLoS ONE* 2015; 10: e 0119147.
28. Lecrubier Y., Sheehan D.V., Weiller E. i wsp. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CID-I. *Eur. Psychiatry* 1997; 12: 224–231
29. Masiak M., Przychodzka-Masiak J. *International Neuropsychiatric Version. Polish Version 5.0.0.* Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie 2002.
30. Hamilton M. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1960; 23: 56–62.
31. Pużyński S., Wciórka J. *Narzędzia oceny stanu psychicznego.* W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J., Wciórka J. (red.). *Psychiatria. Tom I.* Wydawnictwo Urban & Partner Wrocław 2002: 435–526.
32. López-Pina J.A., Sánchez-Meca J., Rosa-Alcázar A.I. The Hamilton Rating Scale for Depression: a meta analytic reliability generalization study. *Int. J. Clin. Health Psychol.* 2009; 9: 143–159.
33. Parnowski T., Jernajczyk W. Inwentarz Depresji Becka w ocenie osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa). *Psychiatr. Pol.* 1977; 11: 417–425.
34. Beck A.T., Steer R.A., Garbin M.G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin. Psychol. Rev.* 1988; 88: 77–100.