

Wartość pomiarowa skali CES-D do oceny depresji w populacji polskiej

Psychometric value of CES-D scale for the assessment of depression in Polish population

Ewa Dojka, Maciej Górkiwicz, Andrzej Pająk

Z Zakładu Epidemiologii i Badań Populacyjnych Instytutu Zdrowia Publicznego,
Wydział Ochrony Zdrowia CM UJ
Kierownik: dr hab. n. med. A. Pająk

Summary

Aim: The assessment of usefulness of the CES-D scale in the Polish population was studied.

Method: 50 patients with depression and 150 healthy men and women selected from the general population were examined. In a group of depressed patients the results of the CES-D scale were compared with the Beck scale. The best CES-D cut-off score was defined. Sensitivity and specificity of the CES-D scale in the relation to clinical diagnosis of depression for healthy men and women and depression patients were calculated. Further factor analysis was done and the results were compared with results previously published for North American populations.

Results: High reliability of the CES-D scale (Cronbach's α coefficient = 0,92), significant correlation ($r = 0,79$) and moderate agreement (Kappa Cohen coefficient = 0,44) with the Beck scale was reported. It seems that CES-D cut-off score of 16 is adequate for diagnosis of depression. Sensitivity and specificity of the CES-D scale in the relation to clinical diagnosis of depression were respectively 86% and 77%.

Conclusions: Therefore it is well suitable for detecting depression in the Polish population and its results are similar to those obtained for North American populations.

Słowa klucze: depresja, skala CES-D

Key words: depression, CES-D scale

Wstęp

W Polsce stosowanych jest kilka skal do oceny głębokości depresji. W literaturze najczęściej wymienia się Inwentarz Depresji Becka oraz Skalę Oceny Depresji Hamiltona używane do oceny stanu klinicznego pacjentów depresyjnych [1–5]. Do badań epidemiologicznych, których celem jest poznanie rozpowszechnienia depresji

w populacji, została specjalnie stworzona skala CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) [6]. Liczne badania prowadzone od 1977 r. w Stanach Zjednoczonych i w Europie Zachodniej potwierdziły przydatność skali CES-D zarówno w badaniach klinicznych, jak i epidemiologicznych [7–12], natomiast nie opisano zastosowań tej skali w Polsce.

Celem niniejszej pracy było zbadanie przydatności skali CES-D do badań rozpowszechnienia depresji w populacji polskiej, poprzez porównanie jej wyników z wynikami powszechnie stosowanej skali Becka, ponadto – porównanie wyników analizy czynnikowej dla badanej polskiej próby z wynikami uzyskanymi w badaniach przeprowadzonych w USA i Kanadzie.

Material i metody

1. Badana grupa

Badana grupa obejmowała 50 osób chorych, w wieku od 20 do 60 lat, które zostały zdiagnozowane i leczone z powodu zaburzeń depresyjnych w roku 2001 w Klinice Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, oraz 150 zdrowych osób w wieku 45–64 lat wylosowanych z populacji ogólnej mieszkańców Krakowa, które nie miały żadnych, długotrwałych problemów ze zdrowiem, a w szczególności choroby układu nerwowego. W grupie pacjentów, będących w różnych stadiach terapii (hospitalizowanych oraz leczonych ambulatoryjnie), przeprowadzono jednorazowe badanie za pomocą skal CES-D i Becka, natomiast w grupie zdrowej za pomocą skali CES-D. Nie analizowano dokumentacji dotyczącej historii przebiegu choroby, korzystano z zestawienia zbiorczego udostępnionego przez klinikę.

2. Zasady badania za pomocą skali CES-D

Skala CES-D składa się z 20 twierdzeń, dotyczących występowania objawów depresyjnych (nastój depresyjny, poczucie winy i braku własnej wartości, poczucie bezradności i beznadziejności, spowolnienie psychomotoryczne, brak apetytu, zaburzenia snu) w ciągu ostatniego tygodnia. Adaptacja skali CES-D obejmowała dwa niezależne tłumaczenia: z oryginału na język polski, a następnie z języka polskiego na język angielski. Punktacja odpowiedzi zawierała się od 1 (rzadko lub wcale) do 4 (często: 5–7 dni). Można było zakreślić tylko jedną odpowiedź. Polską wersję kwestionariusza CES-D przedstawiono w załączniku 1. Wynik uzyskiwano na podstawie sumy punktów według wzoru:

$$\Sigma = \text{pyt. 1} + \text{pyt. 2} + \text{pyt. 3} + \text{pyt. 5} + \text{pyt. 6} + \text{pyt. 7} + \text{pyt. 9} + \text{pyt. 10} + \text{pyt. 11} + \text{pyt. 13} + \text{pyt. 14} + \text{pyt. 15} + \text{pyt. 17} + \text{pyt. 18} + \text{pyt. 19} + \text{pyt. 20} - 16 + (4 - \text{pyt. 4}) + (4 - \text{pyt. 8}) + (4 - \text{pyt. 12}) + (4 - \text{pyt. 16}).$$

Dopuszczalne były 4 nie zakreślone odpowiedzi. Wtedy wynik otrzymywano według tego samego wzoru z pominięciem twierdzeń, na które nie uzyskano odpowiedzi, pomniejszając jednocześnie liczbę 16 występującą we wzorze o liczbę twierdzeń bez odpowiedzi spośród pozycji: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20. Następnie wynik mnożono przez 20 i dzielono przez liczbę otrzymanych odpowie-

dzi. Maksymalna liczba punktów wynosiła 60, minimalna 0. Przyjęto, że wynik ≥ 16 wskazuje na występowanie depresji [6–12].

Nazwy, które określone są przez poszczególne pozycje zawarte w kwestionariuszu, zostały przetłumaczone na język polski z angielskich nazw przyjętych przez Radloffa [6], natomiast nazwy wyszczególnionych czynników zostały dobrane przez autorów tego badania, jednakże korespondują one z nazwami wyszczególnionymi przez Radloffa i Helmesa [6, 8].

3. Analiza statystyczna

Rzetelność skali CES-D i Becka oceniono metodą Cronbacha dla całej próby [13]. Zgodność skali CES-D oceniono na podstawie korelacji z wynikami pomiarów skalą Becka dla całej próby oraz oddzielnie dla kobiet i mężczyzn z uwzględnieniem wartości obu współczynników rzetelności porównywanych testów:

$r_{TK} = r_{tk} / \sqrt{r_{tt} r_{kk}}$, gdzie: r_{TK} to poprawiona korelacja wyników testu CES-D i kryterium (test Becka), r_{tt} – współczynnik rzetelności testu CES-D, r_{kk} – współczynnik rzetelności testu Becka [14].

Obliczono także zgodność testów metodą kappa Cohena [15]. Przeanalizowano krzywą operacyjną ROC, by zweryfikować punkt odcięcia w skali CES-D [16].

W grupie 50 pacjentów i 150 osób zdrowych oceniono czułość i swoistość skali CES-D względem rozpoznania klinicznego depresji.

Analizę czynnikową wykonano dla całej próby i porównano wyniki z rezultatami uzyskanymi przez Radloffa i Helmesa [6, 8]. Obliczono współczynniki zgodności Kendalla dla prezentowanych prób: polskiej, 3 amerykańskich (zdrowi = 2494 (Q1), zdrowi = 1156 (Q2) i zdrowi = 1418 (Q3)) i 2 kanadyjskich (249 chorych na osteoporozę i 238 chorych na „fibromyalgię”).

Wyniki

1. Badanie rzetelności skali CES-D

Tabela 1 zawiera liczbę twierdzeń skali CES-D, sumę wariancji pytań, wariancję sumy oraz współczynnik α Cronbacha. Współczynnik α Cronbacha dla skali Becka wyniósł $\alpha = 0,93$, a dla CES-D $\alpha = 0,92$, co wskazuje na wysoką rzetelność skal CES-D i Becka.

Tabela 1

Wartości rzetelności skal CES-D i Becka

	Liczba pytań	Suma wariancji pytań	Wariancja sumy	Współczynnik α Cronbacha
Skala Becka	21	28,74	256,29	0,93
Skala CES-D	20	24,31	190,22	0,92

2. Badanie zgodności skali CES-D i Becka

Zgodność wyników skali CES-D oceniono przyjmując za standard wyniki skali Becka. Tabela 2 zawiera wartości współczynników korelacji wyników skali CES-D i Becka dla całej grupy i osobno dla mężczyzn i kobiet. Uzyskano współczynniki korelacji dla całej grupy $r = 0,73$ ($p < 0,001$) oraz osobno dla mężczyzn $r = 0,86$ ($p < 0,001$) i kobiet $r = 0,72$ ($p < 0,001$). Po uwzględnieniu poprawki uzyskano współczynniki dla całej grupy ($r_t = 0,79$) oraz osobno dla mężczyzn ($r_t = 0,93$) i kobiet ($r_t = 0,78$).

Tabela 2

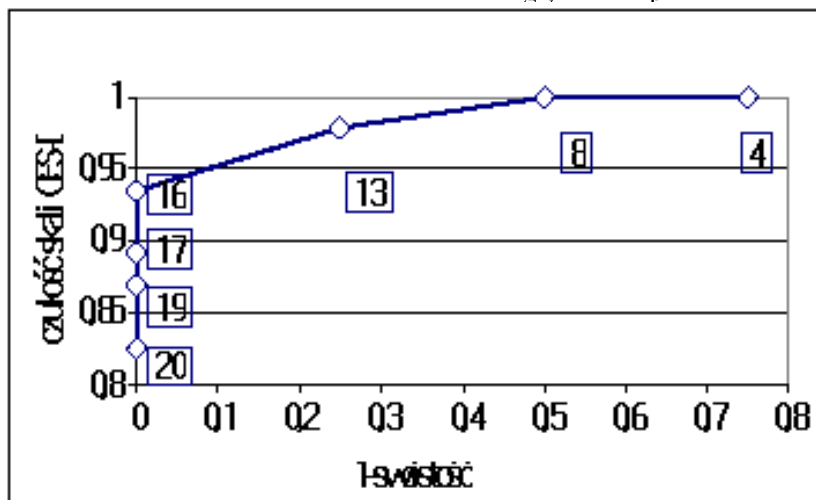
Wartości współczynników korelacji wyników skali CES-D i Becka

	N	Współczynnik korelacji	P	Poprawiona korelacja
Ciepłota	50	0,73	0,001	0,79
Mężczyźni	13	0,86	0,001	0,93
Kobiety	37	0,72	0,001	0,73

W badaniu klasyfikacji depresji według przyjętych kryteriów, tj. $16 \geq \text{CES-D}$ i ≥ 10 Becka [2–5, 7–13], zgodność obserwowana w skali CES-D i Becka wynosiła 95%, a współczynnik zgodności kappa Cohena wyniósł 0,44, co świadczy o średniej zgodności tych skal.

W analizie krzywej ROC dla wyników skali CES-D, uzyskanych w grupie 50 pacjentów, wyznaczono kilka punktów odcięcia występujących najczęściej, tj.: 4, 8, 13, 16, 17, 19 i 20, dla których obliczono czułość i swoistość. Na najlepsze wartości czułości (93%) i swoistości (100%) wyników skali CES-D względem skali Becka uzyskano dla punktu odcięcia równego 16 (rys.1).

Natomiast czułość i swoistość skali CES-D względem rozpoznania klinicznego



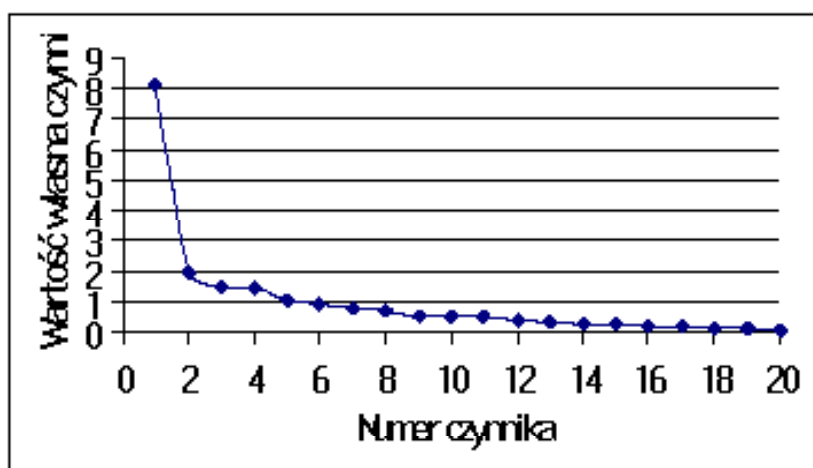
Rys. 1 Krzywa operacyjna ROC dla skali CES-D dla punktów odcięcia 4, 8, 13, 16, 17, 19, 20

obliczona dla punktu odcięcia równego 16 w grupie 50 pacjentów chorych na depresję i 150 osób zdrowych wyniosła odpowiednio 86% i 77%. Wśród 50 pacjentów 43 otrzymało 16 i więcej punktów w skali CES-D, a 7 poniżej 16. Wśród osób zdrowych 115 badanych otrzymało poniżej 16 punktów w skali CES-D, a 35 według tej skali było chorych.

3. Analiza czynnikowa skali CES-D

Analizę czynnikową wykonano dla całej próby, przy założeniu maksymalnej liczby czynników równej liczbie twierdzeń testu, bez rotacji zmiennych. Na podstawie testu osypiska, który jest metodą graficzną do wyznaczania liczby istotnych czynników, uznano, że dalszej analizie należy poddać 4 czynniki (rys. 2).

W tabeli 3 przedstawione zostały 4 czynniki. Pierwszy nazwany został *depresyjność*,



Rys. 2 Wykres wartości własnych kolejnych czynników

gdyż charakteryzuje go silna korelacja z pytaniami 1, 3, 6, 7, 9, 10, 14, 18, 20, które odpowiednio określają: znużenie, chandrę, depresję, znużenie, przegraną, obawę, samotność, smutek, rozbicie. Czynniki drugi określono jako *dobre samopoczucie*, gdyż koreluje, ale słabiej niż pierwszy, z pytaniami 1, 4, 8, 12, które odpowiednio określają: znużenie, samoocenę, nadzieję, szczęście. Czynniki trzeci nazwano *kontaktowość*, gdyż koreluje z pytaniami 2, 13, 15, 17, 19, które odpowiednio określają: apetyt, małomówność, brak przyjaźni, płaczliwość, brak sympatii. Czynniki czwarty *indifferentność* najsilniej koreluje z pytaniami 2, 5, 16, 19, 20, które odpowiednio określają: apetyt, koncentrację, zadowolenie, brak sympatii, rozbicie. Pozycja 11 oceniająca zaburzenia snu, która nie pojawiła się w żadnym czynniku, ze względu na mały ładunek czynnikowy, nie wpływa na wynik ogólny.

Rys. 3 przedstawia współczynniki korelacji pomiędzy czynnikami *depresyjność*

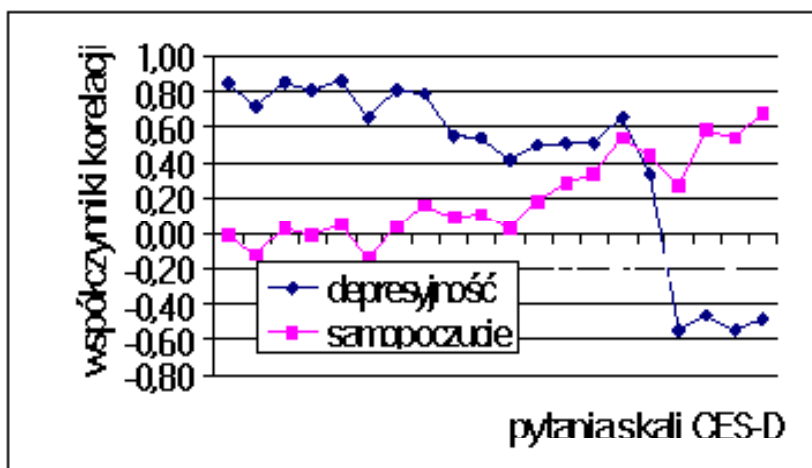
Tabela 3

Cztery czynniki (depresyjność, dobre samopoczucie, kontaktowość i indyferentność) najsilniej korelujące z pytaniami skali CES-D

Pytanie	Depresyjność	Dobre samopoczucie	Kontaktowość	Indyferentność
1. Znudzenie	-0,65	0,54	-0,07	0,15
2. Apetyt	-0,33	0,44	0,38	0,57
3. Chandra	-0,81	0,04	0,20	0,11
4. Samocena	0,47	0,58	0,09	-0,02
5. Dekoncentracja	-0,50	0,33	0,31	-0,50
6. Depresja	-0,84	0,02	-0,04	-0,13
7. Znużenie	-0,85	-0,01	0,18	-0,24
8. Nadzieja	0,49	0,67	-0,19	-0,12
9. Przegrana	-0,66	-0,15	-0,30	-0,16
10. Obawa	-0,86	0,05	0,07	-0,13
11. Sen	-0,51	0,29	0,24	0,18
12. Szczęście	0,55	0,54	-0,10	-0,14
13. Nieformalność	-0,41	0,03	0,39	0,15
14. Samotność	-0,78	0,16	-0,11	0,01
15. Brak przyjacieli	-0,55	0,09	-0,56	0,17
16. Zadowolenie	0,54	0,27	-0,05	-0,54
17. Fizyczność	-0,48	0,18	-0,43	-0,15
18. Smutek	-0,81	-0,01	0,08	-0,17
19. Brak sympatii	-0,54	0,11	-0,56	0,32
20. Rozbicie	-0,72	-0,13	0,11	-0,34
Wariancja wj.	8,13	1,94	1,50	1,42

i *dobre samopoczucie* a twierdzeniami skali CES-D. Twierdzenia skali CES-D uporządkowano w kolejności według różnicy współczynników korelacji dla porównywanych czynników: 7, 20, 6, 18, 10, 9, 3, 14, 15, 19, 13, 17, 11, 5, 1, 2, 16, 4, 12, 8. Różnice współczynników korelacji większe od 0,5 występują dla ośmiu pytań: 7 (znużenie), 20 (rozbicie), 6 (depresja), 18 (smutek), 10 (obawa), 9 (przegrana), 3 (chandra), 14 (samotność), różnice mniejsze od -0,50 dla czterech pytań: 16 (zadowolenie), 4 (samocena), 12 (szczęście), 8 (nadzieja). Niewielkie różnice rzędu $\pm 0,1$ występują tylko dla dwóch pytań: 1 (znudzenie) i 2 (apetyt). Świadczy to o tym, że porównywane czynniki są wzajemnie dobrze wyodrębnione i można przyjąć, że każdy z nich odzwierciedla inny aspekt depresji.

Dyskusja



Rys. 3 Współczynniki korelacji pomiędzy czynnikami depresyjność i dobre samopoczucie a pytaniami skali CES-D (uporządkowanymi według różnicy współczynników korelacji)

Rzetelność można traktować jako miarę dokładności pomiaru dokonywanego za pomocą testu. Im wyższa rzetelność testu, tym większa dokładność, z jaką mierzy on daną zmienną i tym mniejszy błąd pomiaru [14]. W praktyce test uznaje się za rzetelny, jeśli współczynnik α jest większy od 0,7 [13]. Współczynnik α Cronbacha dla badanej za pomocą skali CES-D polskiej populacji wyniósł 0,92, co nie odbiega od rezultatów uzyskanych przez Radloff'a 0,84–0,85 dla zdrowych białych Amerykanów i 0,90 dla leczonych na depresję [6].

Współczynniki korelacji skali CES-D i Becka są wysokie, co świadczy o dużej zgodności tych skal. Zgodność klasyfikacji depresji na podstawie skal CES-D i Becka określona za pomocą statystyki kappa Cohena była średnia.

Analiza krzywej operacyjnej (ROC) dla skali CES-D wobec skali referencyjnej Becka pokazuje, że punkt 16 w skali CES-D jest najlepszym punktem odcięcia, gdyż daje najlepsze wartości czułości i swoistości. Natomiast względem rozpoznania klinicznego depresji w grupie osób zdrowych i chorych na depresję zastosowanie punktu odcięcia równego 16 daje niższe wartości czułości (86%) i swoistości (77%).

Analiza czynnikowa skali CES-D wyodrębniła 4 istotne czynniki, które porównano z czynnikami wyodrębnionymi w badaniach Radloff'a i Helmesa [6, 8]. Czynniki pierwszy (depresyjność) w polskiej badanej grupie zawiera twierdzenia: 7 (znużenie) i 20 (rozbicie), które w badaniach amerykańskim i kanadyjskim nie zostały włączone do pierwszego czynnika, natomiast nie występuje: 17 (płaczliwość), które z kolei miało dużą wagę w badaniu Radloff'a i Helmesa.

Drugi czynnik (dobre samopoczucie) w obecnym badaniu zawiera te same trzy podstawowe pozycje, tzn. 4 (pozytywna samoocena), 8 (nadzieja) i 12 (szczęście), co w badaniu amerykańskim i kanadyjskim, oraz pozycję 1 (znudzenie), która nie była uwzględniona przez Radloff'a i Helmesa. Natomiast pozycja 16 (zadowolenie), która występowała u Radloff'a i Helmesa, tu ma małe znaczenie.

Trzeci czynnik (kontaktowość) oprócz pozycji 13 (małomówność), 15 (brak przyjaźni) i 19 (brak sympatii), zawiera w sobie także: 2 (brak apetytu) i 17 (płaczliwość), których nie zaobserwowano u Radloffa i Helmesa.

Czwarty czynnik w badaniu amerykańskim i kanadyjskim określał grupę zmiennych charakteryzującą stan somatyczny badanej osoby. W niniejszym badaniu nazwano ten czynnik „indyferentność”, gdyż bardzo różni się zawartością od grupy pytań charakteryzujących czynnik „somatyczny” u Radloffa i Helmesa. Jedynie 2 (brak apetytu), 5 (dekoncentracja) i 20 (rozbiecie) mają tak samo duże znaczenie jak w badaniu Radloffa i Helmesa. Ponadto włączono pozycję 16 (zadowolenie) oraz 19 (brak sympatii), których nie zaobserwowano w badaniu amerykańskim i kanadyjskim. W niniejszym badaniu natomiast nie wystąpiła pozycja 1 (znudzenie), 7 (znużenie) i 11 (brak snu).

Różnice między czynnikami wyznaczonymi dla różnych populacji są nieuniknione, ponieważ oprócz zmienności losowej mogą występować różnice kulturowe, które warunkują sposoby rozumienia i interpretowania własnych stanów emocjonalnych przez osoby badane.

Współczynnik zgodności Kendalla współczynników korelacji wyznaczonych dla pierwszego czynnika w próbie polskiej (depresyjność), w trzech próbach amerykańskich (depressed) i w dwóch próbach kanadyjskich (affect) wyniósł $r = 0,25$ ($p < 0,0002$). Ten sam współczynnik obliczony dla prób amerykańskich i kanadyjskich, ale z wyłączeniem próby polskiej, nie różnił się istotnie i wyniósł $r = 0,26$ ($p < 0,0003$). Współczynnik zgodności Kendalla współczynników korelacji wyznaczonych dla czynnika drugiego w próbie polskiej (dobre samopoczucie), w trzech próbach amerykańskich (positive) i w dwóch próbach kanadyjskich (well-being) wyniósł $r = 0,33$ ($p < 0,0001$), a bez próby polskiej: $r = 0,38$ ($p < 0,0001$). Dla następnych czynników współczynniki zgodności Kendalla są nieistotne. Współczynnik zgodności Kendalla współczynników korelacji wyznaczonych dla czynnika trzeciego w próbie polskiej (kontaktowość), w trzech próbach amerykańskich (interpersonal) i w dwóch próbach kanadyjskich (interpersonal) wyniósł $r = 0,09$ ($p < 0,11$), a bez próby polskiej: $r = 0,06$ ($p < 0,34$).

Na podstawie uzyskanych rezultatów można mówić o dużej zgodności pierwszych dwóch czynników wyodrębnionych w badaniach amerykańskim i kanadyjskim z niniejszym badaniem. Świadczy to o właściwym zaadaptowaniu skali CES-D do warunków polskich i o dopuszczalności porównań wyników uzyskanych za pomocą skali CES-D dla populacji polskiej z wynikami uzyskiwanymi dla innych populacji.

Wnioski

1. Przeprowadzone badanie uprawdopodobniło tezę, że skala CES-D może być stosowana w badaniach skriningowych do pomiaru depresji na poziomie populacyjnym w populacji polskiej. Otrzymane wyniki są porównywalne z wynikami badań północnoamerykańskich populacji.
2. W klasyfikacji diagnostycznej depresji najlepszy wydaje się punkt odcięcia 16 dla skali CES-D. Czułość i swoistość skali CES-D uzyskana dla populacji osób zdrowych wyniosła odpowiednio 86% i 77%.

3. W ocenie depresji na poziomie indywidualnym badanie za pomocą skali CES-D może wymagać uzupełnienia testem o wysokiej swoistości.

Źródło i cel badania

Wprowadzenie

Cel: Celem badania było sprawdzenie wiarygodności i użyteczności skali CES-D w ocenie depresji w populacji polskiej.

Metody: Wzięto udział 50 osób z depresją i 150 osób zdrowych. Wyniki skali CES-D porównano z wynikami skali Becka. Obliczono współczynnik korelacji i punkty odcięcia. Wyniki skali CES-D porównano z wynikami skali Becka. Wyniki skali CES-D porównano z wynikami skali Becka.

Wyniki: Wyniki skali CES-D wykazały wysoką wiarygodność i użyteczność. Wyniki skali CES-D wykazały wysoką wiarygodność i użyteczność. Wyniki skali CES-D wykazały wysoką wiarygodność i użyteczność.

Wnioski: Wyniki skali CES-D wykazały wysoką wiarygodność i użyteczność. Wyniki skali CES-D wykazały wysoką wiarygodność i użyteczność.

Messwert der CES-D – Skala für Beurteilung der Depression unter polnischer Bevölkerung

Zusammenfassung

Ziel: Es wurde die Beurteilung der Brauchbarkeit der CES-D – Skala zu den Forschungen an der Verbreitung der Depression unter der polnischen Bevölkerung durchgeführt.

Methoden: Untersucht wurden 50 depressionkranke Personen (mit Hilfe der CES-D Skala von Beck), die in der Klinik für Psychiatrie behandelt wurden und 150 gesunde Personen (mit Hilfe der CES-D – Skala), die als der allgemeinen Population ausgelost wurden.

Bei den Patienten mit der Depression verglich man die Ergebnisse der CES-D – Skala mit den Ergebnissen, die mit der Beck-Skala erzielt wurden. Es wurde der beste Punkt der Abtrennung der CES-D – Skala in der diagnostischen Klassifizierung der Depression bestimmt. Es wurden die Empfindlichkeit und die Eigentümlichkeit der CES-D – Skala berechnet, die im Hinblick auf die klinische Diagnose der Depression in der Gruppe der gesunden Personen und der Depressionkranken beurteilt wurde. Man führte die Faktorenanalyse der CES-D – Skala durch und verglich die Ergebnisse mit den Ergebnissen, die in den Forschungen aus Kanada und den USA erzielt wurden.

Ergebnisse: Es wurde eine große Richtigkeit der CES-D – Skala (Cronbach's $\alpha=0.92$) und ihre wesentliche Korrelation mit der Beck-Skala ($r=0.79$) beobachtet. Die Übereinstimmung der Depressionsklassifizierung mit Hilfe von CES D – Skala und Beck's Skala, die durch die Kappa Cohen - Statistik bestimmt wurde, war mit 0,44 durchschnittlich. Der Punkt der Abtrennung 16 in der CES-D – Skala scheint in der diagnostischen Klassifizierung der Depression am besten zu sein. Die Empfindlichkeit und Eigentümlichkeit der CES D – Skala, die im Hinblick auf die klinische Diagnose der Depression beurteilt wurde, betrug entsprechend 86% und 77%.

Schlussfolgerungen: Die CES-D – Skala ist gut an die polnische Realität angepasst und die mit ihrer Hilfe erzielten Ergebnisse kann man mit den Ergebnissen vergleichen, die in den

Forschungen an der nordamerikanischen Bevölkerung erzielt wurden.

La valeur psychométrique d'échelle CES-D pour l'estimation de la dépression de la population polonaise

Résumé

Objectif: On analyse l'utilité de l'échelle CES-D pour la fréquence d'apparition de la dépression en Pologne.

Méthode: Pour cette analyse on examine 50 personnes souffrant de la dépression à l'aide des échelles CES-D et de Beck et 150 personnes saines. Les résultats obtenus de l'échelle CES-D des personnes malades sont comparés de ceux obtenus de l'échelle de Beck et on définit le meilleur point de détachement de l'échelle CES-D. Pour les deux groupes examinés on calcule la sensibilité et la spécificité de l'échelle CES-D en relation au diagnostic clinique de dépression. On fait aussi l'analyse factorielle de cette échelle et on compare ses résultats avec les résultats correspondant aux ceux de l'Amérique du Nord.

Résultats: On observe la grande conformité de l'échelle CES-D (alfa de Cronbach=0,92) et sa grande corrélation à l'échelle de Beck ($r=0,79$) tandis que la concordance de la classification de dépression de ces deux échelles définit à l'aide de la statistique de Kappa Cohen est moyenne (coefficient=0,44). Le point de détachement 16 de l'échelle CES-D semble adéquat pour le diagnostic de la dépression. La sensibilité et la spécificité de cette échelle en relation au diagnostic est respectivement – 86% et 77%.

Conclusions: L'échelle CES-D s'avère bien adaptée aux conditions polonaises et ses résultats sont comparables avec ceux de l'Amérique du Nord.

Piśmiennictwo

1. Beck AT, Ward CH, Mendelson M. i in. *An Inventory for Measuring Depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
2. Krzyżanowski J, Lewicka H, Łukaszewska B i in. *Porównanie wyników wybranych skal klinicznych u pacjentów z zespołami depresyjnymi*. Psychiatr. Pol. 1981; 1: 49–57.
3. Mazurek J. *Wartość pomiarowa i kliniczna skali melancholii Becha-Rafaelsena u pacjentów depresyjnych*. Psychiatr. Pol. 2000; 4, supl.: 95–104.
4. Parnowski T, Jemajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatr. Pol. 1977; 4: 417–421.
5. Zięba A. *Myślenie depresyjne w chorobie afektywnej jednobiegunowej w trakcie leczenia amitrypyliną lub imipraminą*. Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu; 1997.
6. Radloff LS. *The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population*. Appl. Psych. Measur. 1977; 3: 385–401.
7. Ferketich AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ i in. *Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I Study*. Arch. Intern. Med. 2000; 160: 1261–1268.
8. Helmes E. *An examination of the internal structure of the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale in two medical samples*. Person. Individ. Differ. 1998; 25: 735–743.
9. Mulrow CD, Williams JW, Gerety MB i in. *Case-Finding Instrument for Depression in Primary Care Settings*. Ann. Intern. Med. 1995; 122: 913–921.
10. Williams JW, Mulrow CD, Kroenke K i in. *Case-Finding for Depression in Primary Care: A Randomized Trial*. Am. J. Med. 1999; 106: 36–43.
11. Penninx BW, Beekman AT, Honig A i in. *Depression and cardiac mortality: Results from a community-based longitudinal study*. Arch. Gen. Psychiatry 2001; 58: 221–227.
12. Wassertheil-Smoller S, Applegate WB, Berge K i in. *Change in depression as a precursor of*

- cardiovascular events*. Arch. Intern. Med. 1996; 156: 553–561.
13. Górkiewicz M, Kołacz J. *Statystyka medyczna. Podejście praktyczne przy zastosowaniu programu MS Excel*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2000.
 14. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1996.
 15. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH i in. *Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine*. Boston–Toronto–London: Little, Brown and Company; 1991.
 16. Campbell MJ, Machin D. *Medical statistic. A commonsense approach*. Chichester–New York–Weinheim–Brisbane–Singapore–Toronto: John Wiley&Sons, LTD; 1999.

Autorzy wyrażają gorące podziękowanie kierownikowi Katedry Psychiatrii CM UJ prof. dr. hab. Jackowi Bombie, ordynatorowi Oddziału Leczenia Depresji dr Dominice Dudek oraz dr Mirosławie Jawor za umożliwienie przeprowadzenia badań i okazaną pomoc.

Otrzymano: 23.09.2002

Zrecenzowano: 22.11.2002

Przyjęto do druku: 04.12.2002

Adres: Ewa Dojka
Instytut Zdrowia Publicznego WOZ CM UJ
31-531 Kraków, ul. Grzegorzeczka 20
tel.: (012) 424-13-69 email: ewadojka@cm-uj.krakow.pl

ZAŁĄCZNIK 1

Twierdzenia skali CES-D

1. Byłem znudzony rzeczami, które zwykle mnie nie nudzą.
2. Nie czuję potrzeby jedzenia: mam słaby apetyt.
3. Czuję, że nie potrafię otrząsnąć się ze smutku nawet przy pomocy mojej rodziny i przyjaciół.
4. Czuję, że byłem tylko tak dobry jak inni ludzie.
5. Miałem kłopot ze skupieniem uwagi na tym, co robiłem.
6. Byłem w depresji.
7. Czuję, że wszystko robię z wysiłkiem.
8. Byłem pełen nadziei co do przyszłości.
9. Myślałem, że moje życie jest przegrane.
10. Czuję obawę.

11. Mój sen był niespokojny.
12. Byłem szczęśliwy.
13. Mówiłem mniej niż zwykle.
14. Czułem się samotny.
15. Ludzie nie byli przyjaźni.
16. Byłem zadowolony z życia.
17. Miałem napady płaczu.
18. Czułem smutek.
19. Czułem, że ludzie mnie nie lubią.
20. Nie mogę się zebrać.

Czteropunktowa skala: 1 = rzadko lub wcale (<1 dzień), 2 = czasem, 1–2 dni,