

## Walidacja polskiej wersji językowej Patient Health Questionnaire-9 w populacji hospitalizowanych osób starszych

### Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Polish version in the hospitalised elderly population

Krzysztof Tomaszewski<sup>1</sup>, Magdalena Zarychta<sup>1</sup>, Anna Bieńkowska<sup>1</sup>,  
Elżbieta Chmurowicz<sup>1</sup>, Wojciech Nowak<sup>1</sup>, Anna Skalska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJ CM  
Opiekun: A. Skalska

<sup>2</sup> Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJ CM  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. T. Grodzicki

#### Summary

**Aim.** The first aim of this study was to evaluate the diagnostic validity of the Polish version of the PHQ-9 in hospitalised elderly Polish patients. The second aim was to find an optimal cutoff score for PHQ-9 to screen for a major depressive episode (MDE) (according to the Short Geriatric Depression Scale – SGDS).

**Method.** The PHQ-9, SGDS and a personal questionnaire were all administered to patients age 60 and above, who were hospitalised in our clinic.

**Results.** One hundred five people were examined (51.4% women) (mean age  $\pm$  SD 73.4  $\pm$  7.9 years). According to the PHQ-9 36 (34.3%) people had MDE. The PHQ-9 showed significant positive internal consistency (Cronbach's  $\alpha=0.7$ ) and the scores of each of its nine items positively correlated (0.31–0.68;  $p<0.05$ ) with the total score. The convergent validity with the SGDS was significantly positive ( $r=0.58$ ;  $p<0.05$ ). Using  $>6$  pts as the cutoff point, the sensitivity and specificity of the PHQ-9 for recognising MDE (according to SGDS) were found to be 70.4% and 78.2% respectively.

**Conclusions.** The Polish version of the PHQ-9 is a valid and useful tool for depression screening and a score of  $>6$  is the optimal cutoff point for the hospitalised elderly

**Słowa kluczowe:** PHQ-9, depresja, osoby starsze

**Key words:** PHQ-9, depression, elderly

#### Wstęp

Depresja należy do grupy tzw. „wielkich problemów geriatrycznych”. Jej objawy często łączą się z poważnym upośledzeniem codziennych aktywności, zarówno psychicznych jak i fizycznych [1], oraz przyczyniają się do częstszego korzystania z usług medycznych [2]. Jednak osoby starsze rzadko zgłaszają się do lekarza z powodu

trapiących ich problemów psychicznych, a podczas ewentualnej wizyty skupiają się na problemach somatycznych, co wynikać też może z odmienności obrazu depresji w starości [3]. Z tego też powodu problemy psychiczne często pozostają nierozpoznane. Stanowi to poważne wyzwanie zarówno dla lekarzy geriatrów, jak i wszystkich sprawujących opiekę nad pacjentami w podeszłym wieku, gdyż zaburzenia nastroju występują wyjątkowo często u chorych starszych osób i są związane ze zwiększoną śmiertelnością i częstszym korzystaniem z usług medycznych [4, 5]. Dlatego tak ważne jest, aby w porę zidentyfikować pacjentów z depresją, co na oddziałach „niepsychiatrycznych” ułatwia stosowanie skal umożliwiających przesiewowe wykrywanie obniżonego nastroju [6, 7]. W praktyce klinicznej stosuje się wiele kwestionariuszy, np. Skalę Depresji Becka (BDI), Skalę Depresji Hamiltona (HAM-D) lub Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (GSOD) oraz jej skrócone wersje. Jednak badanie za ich pomocą, poza ostatnią, wymaga relatywnie dużo czasu, co niejednokrotnie wydłuża okres konsultacji i zniechęca starszych pacjentów.

Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9), służący do rozpoznawania depresji, jest elementem większego narzędzia – Patient Health Questionnaire [8], wykorzystywanego w diagnostyce zaburzeń psychicznych na podstawie kryteriów DSM-IV. PHQ-9 składa się z dziewięciu pytań, a właściwie kryteriów depresji według DSM-IV. Umożliwia zarówno zdiagnozowanie depresji jak i ocenę nasilenia jej poszczególnych objawów [9]. Kwestionariusz sam w sobie jest krótki oraz łatwy w punktacji. Został przetłumaczony i walidowany w wielu wersjach językowych – między innymi hiszpańskiej [10], niemieckiej [11], arabskiej [12], chińskiej [13] i francuskiej [14]. MAPI Research Institute przetłumaczył PHQ-9 na język polski, jednak do tej pory nikt nie podjął się walidacji właściwości psychometrycznych tej wersji językowej.

### **Cel pracy**

Pierwszym celem prezentowanej pracy była walidacja oraz ocena przydatności klinicznej polskiej wersji językowej PHQ-9 w przesiewowym wykrywaniu „epizodu dużej depresji” (major depressive episode – MDE; według ICD-10 – zespołu depresyjnego) u hospitalizowanych osób starszych. Drugim celem badania było ustalenie optymalnego progu odcięcia punktacji PHQ-9 dla diagnozy MDE w odniesieniu do Krótkiej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (KGSOD).

### **Material**

Do badania kwalifikowano osoby w wieku  $\geq 60$  lat, które od października 2009 do lutego 2010 były hospitalizowane w Klinice Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Osoby zakwalifikowane do badania stanowiły 6,89% wszystkich hospitalizowanych w tym okresie.

### **Metoda**

Każdy pacjent, z pomocą osoby badającej, wypełniał jednocześnie, w podanej kolejności, PHQ-9 w polskiej wersji językowej, KGSOD oraz kwestionariusz osobowy.

Kryteriami wykluczającymi z badania były: brak zgody pacjenta, wiek poniżej 60 lat oraz brak możliwości nawiązania logicznego kontaktu z badanym.

### Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta – PHQ-9

Do badania użyto polskiej wersji językowej PHQ-9 udostępnionej przez firmę Pfizer inc. Jest ona dostępna pod adresem internetowym <http://www.phqscreeners.com>. PHQ-9 jest kwestionariuszem składającym się z dziewięciu zasadniczych pytań oraz jednego pytania dodatkowego. Odpowiedź na każde pytanie punktowana jest w skali od 0 do 3, w zależności od częstości występowania danego objawu w ciągu ostatnich dwóch tygodni (3 punkty oznaczają najczęstsze występowanie objawu). Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania wynosi 27 i świadczy o największym możliwym nasileniu depresji. Wynik poniżej pięciu punktów oznacza normę, od pięciu do dziewięciu punktów lekką depresję, od 10 do 14 punktów depresję o średnim nasileniu, od 15 do 19 punktów średnio ciężką depresję, a od 20 do 27 punktów ciężką depresję.

Dokładne zasady korzystania z PHQ znajdzie Czytelnik pod adresem <http://www.phqscreeners.com/instructions/instructions.pdf>.

### Krótką Geriatryczna Skala Oceny Depresji – KGSOD

Geriatryczna Skala Oceny Depresji jest jednym z kwestionariuszy stworzonych specjalnie do oceny obniżenia nastroju u osób starszych [15]. Minimalizuje ona wpływ objawów somatycznych związanych ze starszym wiekiem na kondycję psychiczną. W naszym badaniu użyto jej skróconej, 15-pytaniowej wersji [16] w tłumaczeniu polskim. Zdecydowano się na to, by skrócić czas wypełniania kwestionariusza i tym samym przybliżyć go do PHQ-9. Każde z pytań było punktowane w systemie 0/1, a próg, od którego rozpoznawano MDE, przyjęto na poziomie powyżej 5 punktów [17]. Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania wynosiła 15 i odpowiadała największemu możliwemu nasileniu depresji.

### Analiza statystyczna

Analizę statystyczną przeprowadzono, używając programu komputerowego Statistica 9.0 PL firmy StatSoft Polska. Do opracowania danych wykorzystano elementy statystyki opisowej (średnia, odchylenie standardowe, rozkład odsetkowy). W celu oceny spójności wewnętrznej PHQ-9 w wersji polskiej obliczono współczynnik alfa Cronbacha. Do oceny związku pomiędzy wynikami dotyczącymi poszczególnych pytań a wynikiem całkowitym PHQ-9 wykorzystano korelację Spearmana. Za pomocą testu Kruskala–Wallisa określono różnice w punktacji PHQ-9 i KGSOD zależnie od przyczyny hospitalizacji. Trafność zbieżną (zbieżność) oceniono na podstawie korelacji Spearmana pomiędzy PHQ-9 a KGSOD. Przeprowadzono analizę krzywej ROC, aby otrzymać optymalny próg odcięcia punktacji PHQ-9 dla wykrywania MDE u osób starszych. W odniesieniu do KGSOD obliczono czułość, swoistość, wartość predykcyjną dodatnią oraz wartość predykcyjną ujemną PHQ-9 dla diagnozowania MDE. Jako istotny statystycznie przyjęto poziom  $p < 0,05$ .

## Wyniki

Przebadano 105 osób, 54 kobiety (51,4%) i 51 mężczyzn. Średni wiek badanej grupy wynosił  $73,4 \pm 7,9$  roku. Osiem osób (7,6%) przyjmowało leki przeciwdepresyjne w związku ze zdiagnozowaną wcześniej depresją. Charakterystykę grupy badanej wraz ze średnimi wartościami liczby punktów uzyskanych w poszczególnych skalach oceniających nastroj przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Podstawowa charakterystyka grupy badanej

	Grupa badana (n = 105)
Wiek (lata; średnia $\pm$ SD)	73,4 $\pm$ 7,9
Liczba kobiet	54 (51,4%)
Liczba osób przyjmujących leki przeciwdepresyjne	8 (7,6%)
Punktacja skali PHQ-9 (średnia $\pm$ SD)	5,99 $\pm$ 4,19
Liczba osób wykazujących MDE wg. PHQ-9 (próg odcięcia > 6 pkt.)	36 (34,3%)
Punktacja skali KGSOD (średnia $\pm$ SD)	4,06 $\pm$ 3,08
Liczba osób z MDE wg KGSOD	27 (26%)

Przyczyny, z powodu których pacjenci byli hospitalizowani, przedstawia tabela 2. Według PHQ-9 63 osoby (60% badanych) wykazały obniżenie nastroju (uzyskały minimum pięć punktów w 27-punktowej skali). Nie stwierdzono korelacji pomiędzy wiekiem osoby badanej a wynikiem PHQ-9 lub KGSOD ( $p > 0,05$ ). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic ( $p > 0,05$ ) w wynikach PHQ-9 i KGSOD pod względem przyczyny hospitalizacji.

Tabela 2. Główne przyczyny hospitalizacji

Powód hospitalizacji	Grupa badana (n = 105)
Choroby sercowo-naczyniowe (np. choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca)	30 (28,6%)
Choroby układu oddechowego (np. przewlekła obturacyjna choroba płuc, zapalenie płuc)	15 (14,3%)
Nadciśnienie tętnicze	12 (11,4%)
Choroby układu pokarmowego (np. choroba wrzodowa, niewydolność wątroby)	8 (7,6%)
Stan po omdleniu	8 (7,6%)
Choroby nowotworowe (np. białaczki, rozsiana choroba nowotworowa)	7 (6,7%)
Choroby układu moczowo-płciowego (np. niewydolność nerek)	4 (3,8%)
Choroby endokrynologiczne (np. cukrzyca typu II)	4 (3,8%)
Inne (np. zaburzenia elektrolitowe, anemia, choroby nerwowo-mięśniowe)	17 (16,2)

Nasilenie objawów depresji w zależności od płci osoby badanej, według PHQ-9, przedstawia tabela 3.

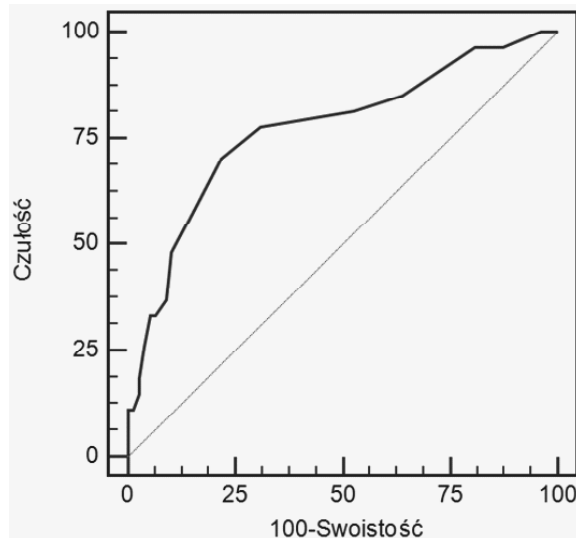
Tabela 3. Nasilenie objawów depresji według PHQ-9

Nasilenie objawów depresji	Cała grupa (n = 105)	Kobiety (n = 54)	Mężczyźni (n = 51)
Brak (0–4 pkt.)	42 (40%)	21 (38,9%)	21 (41,2%)
Lekkie (5–9 pkt.)	46 (43,8%)	24 (44,4%)	22 (43,1%)
Średnie (10–14 pkt.)	16 (15,2%)	9 (16,7%)	7 (13,7%)
Średnio ciężkie (15–19 pkt.)	1 (1%)	0	1 (2%)
Ciężkie (20–27 pkt.)	0	0	0

PHQ-9 wykazał dobrą spójność wewnętrzną (współczynnik alfa Cronbacha = 0,7), a punktacja każdego z 9 pytań dodatkowo korelowała z wynikiem całkowitym (0,31–0,68;  $p < 0,05$ ). Najsilniejszy wpływ na wynik całkowity miało pytanie nr 4 („Jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni dokuczało Panu/Pani uczucie zmęczenia lub braku energii?”), a najsłabszy nr 9 („Jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni dokuczały Panu/Pani myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy?”). Punktacja każdego z 9 pytań PHQ-9 dodatkowo korelowała z wynikiem całkowitym (0,31–0,68;  $p < 0,05$ ). Zbieżność wyniku PHQ-9 z wynikiem KGSOD wyniosła  $R = 0,58$  ( $p < 0,05$ ).

Przeprowadzono analizę krzywej ROC, tak aby ustalić próg odcięcia punktacji PHQ-9 dający największą czułość i swoistość dla diagnozowania MDE. Przyjmując za punkt odniesienia diagnozę MDE według KGSOD otrzymane pole powierzchni pod krzywą ROC wyniosło 0,773, błąd standardowy 0,057, 95% CI, 0,680–0,849 ( $p < 0,0001$ ), a najlepsze połączenie czułości i swoistości, odpowiednio 70,4% i 78,2%, dał próg odcięcia na poziomie  $> 6$  pkt. w 27-punktowej skali PHQ-9 (rys. 1).

Rys. 1. Krzywa ROC PHQ-9 dla wykrywania MDE (w porównaniu z KGSOD)



AUC = 0,773; SE = 0,057;  $p < 0,0001$

Wykaz czułości, swoistości, wartości predykcyjnej dodatniej oraz wartości predykcyjnej ujemnej, w odniesieniu do diagnozy MDE, dla poszczególnych progów odcięcia punktacji PHQ-9 w porównaniu z KGSOD przedstawia tabela 4.

**Tabela 4. Czulość, swoistość, wartość predykcyjna dodatnia (WPD) oraz wartość predykcyjna ujemna (WPU) dla poszczególnych progów odcięcia punktacji PHQ-9 w porównaniu z KGSOD**

Próg odcięcia punktacji PHQ-9	Czułość	Swoistość	WPD	WPU
≥0	100,00	0,00	25,70	
>0	100,00	3,85	26,50	100,00
>1	96,30	12,82	27,70	90,90
>2	96,30	19,23	29,20	93,70
>3	85,19	35,90	31,50	87,50
>4	81,48	47,44	34,90	88,10
>5	77,78	69,23	46,70	90,00
>6*	70,37	78,21	52,80	88,40
>7	55,56	85,90	57,70	84,80
>8	48,15	89,74	61,90	83,30
>9	37,04	91,03	58,80	80,70
>10	33,33	93,59	64,30	80,20
>11	33,33	94,87	69,20	80,40
>12	25,93	96,15	70,00	78,90
>13	18,52	97,44	71,40	77,60
>14	14,81	97,44	66,70	76,80
>15	11,11	98,72	75,00	76,20
>16	11,11	100,00	100,00	76,50
>21	0,00	100,00		74,30

\* optymalny próg odcięcia punktacji PHQ-9 dla diagnozy MDE

### Omówienie wyników

Polska wersja PHQ-9 okazała się bardzo dobrym narzędziem do przesiewowego wykrywania depresji u osób starszych. Wyniki badania sugerują, że optymalnym progiem odcięcia punktacji PHQ-9, dla przesiewowego wykrywania MDE, jest > 6 punktów. Za odniesieniem się do KGSOD przemawia fakt, że a priori została ona stworzona do przesiewowego badania osób w podeszłym wieku [15, 16], jest z powodzeniem stosowana w tej grupie wiekowej [16, 17, 18] oraz jest jedną z najbardziej znanych skal na świecie [19]. Przyjęcie innego, niż sugerowany, progu odcięcia odbywa się kosztem obniżenia jednego z parametrów testu – czułości lub swoistości.

Próg odcięcia na poziomie  $> 6$  pkt., otrzymany w naszym badaniu, jest podobny do progu odcięcia przyjętego przez Han i wsp. [20], wynoszącego 5 pkt., przy zachowaniu czułości 80% i swoistości 78%, przy czym w ich badaniu diagnozę MDE stawiano na podstawie MINI. Uzyskany w prezentowanym badaniu próg odcięcia był jednak znacząco niższy od progu odcięcia przyjętego przez Löwe i wsp. [21], którzy diagnozę MDE stawiali na podstawie strukturyzowanego wywiadu – opartego na kryteriach DSM-IV – SCID, i przez Steenbergen i wsp. [22] (MDE wykrywane za pomocą MINI), w obu badaniach wynoszącego 12 pkt., przy nieco wyższej czułości uzyskanej przez Löwe i wsp. (odpowiednio czułość i swoistość 95% i 84% oraz 75,7% i 80%). Może być to wynikiem koncentrowania się badanych przez nas osób na trapiących ich problemach somatycznych, przy znacznie mniejszym poświęceniu przez nich uwagi problemom psychicznym. Potwierdzeniem tego jest fakt, że największy wpływ na całościowy wynik PHQ-9 miało pytanie „Jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni dokuczało Panu/Pani uczucie zmęczenia lub braku energii?”. Lekarze, mając w pamięci powyższe ograniczenie PHQ-9, mogą skorzystać z 15-pytaniowej wersji PHQ, która odnosi się do problemów somatycznych [23].

Drugim powodem znaczącej różnicy w progach odcięcia pomiędzy naszym badaniem a badaniami Löwe i wsp. [21] oraz Steenbergen i wsp. [22] może być fakt, że w opisywanych badaniach średnia wieku uczestników wynosiła odpowiednio  $41,7 \pm 13,8$  oraz  $61,8 \pm 13,7$  roku i znacząco odbiegała od średniej wieku badanych przez nas pacjentów.

Niezależnie od powyższego, należy pamiętać, że każdy pacjent z uzasadnionym podejrzeniem depresji powinien zostać skierowany na konsultację psychiatryczną lub psychologiczną.

Według wiedzy autorów artykułu jest to pierwsze badanie walidujące polskojęzyczną wersję kwestionariusza PHQ-9 w populacji osób starszych. Zarówno uzyskany współczynnik alfa Cronbacha, wartość AUC jak i zbieżność wyników PHQ-9 z wynikami KGSOD pokazują, że PHQ-9 jest bardzo dobrym narzędziem do przesiewowego wykrywania depresji; potwierdzają to badania różnych grup pacjentów – osób starszych [20], populacji ogólnej [24], chorych leczonych w ambulatorium [25, 26]. Dzięki swojej zwięzłości, łatwości punktacji, możliwości samodzielnego wypełnienia go przez pacjenta oraz użyteczności nie tylko w diagnozowaniu, ale również w określaniu nasilenia depresji, jest on jednym z zalecanych kwestionariuszy do jej wstępnej oceny, a następnie monitorowania leczenia [6, 27, 28]. Lekarzom innych niż psychiatria specjalności zaleca się stosowanie kwestionariuszy takich jak PHQ-9 w przesiewowym wykrywaniu depresji, gdyż ponad dwukrotnie skuteczniej identyfikują problemy psychiczne pacjentów niż sami lekarze [21]. Należy jednak pamiętać, że są to jedynie przydatne narzędzia i nigdy nie zastąpią prawidłowych relacji pacjent–lekarz.

Opisywane badanie ma dwa ograniczenia. Standardem, na którym oparto diagnozę MDE, była skala KGSOD. Choć zostało udowodnione [17], że może być ona używana do wykrywania MDE, to jednak nie jest narzędziem idealnym, gdyż odzwierciedla jedynie subiektywną ocenę pacjenta, która może być zaburzona poprzez obecność chorób somatycznych oraz fakt hospitalizacji. Problem ten można by rozwiązać po-

przez zastąpienie KGSOD strukturyzowanym wywiadem psychiatrycznym, opartym na DSM-IV (np. SCID, MINI), przeprowadzanym przez specjalistę psychiatrę.

Drugim ograniczeniem jest fakt, że nie istniała możliwość powtórno przebadania tej samej grupy osób za pomocą PHQ-9. Uniemożliwiło to określenie rzetelności testu-retestu, czyli współczynnika korelacji pomiędzy wynikami tych samych osób, uzyskanymi w dwóch różnych badaniach, za pomocą tego samego testu. Problem ten wynikał z czasu hospitalizacji ograniczonego zazwyczaj do kilku dni. Był to zbyt krótki okres, by powtórnie przebadać daną osobę.

Użyta w badaniu polska wersja PHQ-9, jak również inne wersje językowe tego i innych kwestionariuszy PHQ oraz instrukcje ich wypełniania i punktacji znajdują się na stronie internetowej <http://www.phqscreeners.com>.

### Wnioski

Przyjmując za punkt odniesienia Geriatryczną Skalę Oceny Depresji, PHQ-9 w polskiej wersji językowej wydaje się właściwym i przydatnym narzędziem do przesiewowego wykrywania depresji wśród hospitalizowanych starszych osób. Jednak jego użyteczność diagnostyczna wymaga jeszcze udokumentowania w konfrontacji z klinicznie potwierdzoną diagnozą depresji. Dzięki zwięzłości, prostocie punktacji oraz odpowiednim parametrom PHQ-9 może być używany w badaniach klinicznych jak również w codziennej praktyce lekarskiej, zarówno w celu monitorowania nasilenia objawów depresji, jak i odpowiedzi na zastosowane leczenie, jednak, aby uzyskać pożądane parametry testu (czułość, swoistość), odpowiednie do obranego celu, może być wymagana zmiana progu odcięcia punktacji. Autorzy artykułu sugerują przyjęcie progu odcięcia, dla diagnozy MDE, na poziomie > 6 pkt.

*PODZIĘKOWANIA: Serdeczne podziękowania składamy Panu Profesorowi Tomaszowi Grodzickiemu oraz Pani Magister Melanii Pitusze za niezbędne wsparcie w realizacji projektu.*

*Badanie nie było sponsorowane.*

#### **Валидация польской версии языка Patient Health Questionnaire-9 в популяции госпитализированных лиц старшего возраста**

##### **Содержание**

**Задание.** Поставлено задание объяснения и оценка пригодности в клинической практике PHQ-9 в польской версии языка при скрининге определения „эпизода большой депрессии” (major depressive episode – MDE) у госпитализированных лиц старшего возраста. Кроме того, предпринято также изыскание оптимального порога отнятия пунктации PHQ-9 для диагноза эпизода большой депрессии по отношению к Краткой гериатрической шкале оценки депрессии (КГШОД).

**Метод.** В исследование включены лица в возрасте более 60 лет, госпитализированные в Клинике внутренних болезней и Гериатрии университетской больницы в Кракове. Каждый пациент при помощи исследователя заполнял PHQ-9 в польской версии языка, КГШОД, а также личностную анкету.



**Результаты.** Обследовано 105 лиц (51,4%) женщин / в среднем возрасте 73,4±7,9 лет. По PHQ-9 (порог отнятия > 6 пунктов) у 36 (34,3%) лиц отмене эпизод большой депрессии, PHQ-9 бил в значительной степени согласным (альфа-Кронбаха = 0,7), а пунктация каждого из 9 вопросов положительно коррелировал с полным результатом (0,31–0,68,  $p < 0,05$ ). Согласность результата PHQ-9 с результатом КГШОТ равнялась  $R = 0,58$  ( $p < 0,05$ ). Чувствительность и специфичность PHQ-9 для диагноза эпизода большой депрессии (по отношению к КГШОТ) при пороге отнятия менее 6 пунктов, равнялись соответственно 70,4% и 78,2%.

**Выводы.** PHQ-9 в полской язычной версии оказался пригодным пособием в диагностике при скрининговом исследовании оценки среди госпитализированных лиц старшего возраста. Предлагаемый пункти отнятия для диагноза эпизода большой депрессии находится на уровне более 6 пунктов.

### Validierung der polnischen Version von Patient Health Questionnaire-9 in der Population der hospitalisierten älteren Personen

#### Zusammenfassung

**Ziel.** Das Ziel der Arbeit war die Validierung und Schätzung der klinischen Brauchbarkeit von PHQ-9 in der polnischen Version, bei der Screening-Diagnostik der Episode „einer großen Depression“ (major depressive episode – MDE) bei den hospitalisierten älteren Personen. Das Ziel der Arbeit war auch, eine optimale Schwelle von Cut-off der Score von PHQ-9 für die Diagnose der MDE im Bezug auf die Kurze Geriatriche Skala zur Erfassung der Depression (KGSOD).

**Methode.** An die Studie wurden die Personen im Alter von >60 Jahren eingeschlossen, die in der Klinik hospitalisiert wurden. Jeder Patient füllte den Fragebogen PHQ-9 in polnischer Sprachversion mit Hilfe der untersuchenden Person, auch die Skala KGSOD und persönlichen Fragebogen.

**Ergebnisse.** Es wurden 105 Personen untersucht (51,4% Frauen) im Durchschnittsalter + SD 73,4 Jahre + 7,9 Jahre. Nach PHQ-9 wurde bei 36 Personen die MDE diagnostiziert. Die PHQ-9 zeigte eine gute interne Konsistenz (Cronbachs Alpha = 0,7), und der Score jeder der 9 Items korrelierte positiv mit dem Gesamtscore (0,31–0,68;  $p < 0,05$ ). Die Konvergenz des Ergebnisses von PHQ-9 mit dem Ergebnis von KGSOD betrug  $R = 0,58$  ( $p < 0,05$ ). Die Sensibilität und Spezifität von PHQ-9 für die Diagnose der MDE (gegenüber von KGSOD) betrug am Cut-off-Punkt > 6 Pkt. dementsprechend 70,4% und 78,2%.

**Schlussfolgerungen.** PHQ-9 in der polnischen Version erwies sich als brauchbares diagnostisches Instrument zur Screening-Schätzung der Depression unter den Hospitalisierten älteren Personen. Der vorgeschlagene Cut-off-Punkt für die Diagnose MDE befindet sich auf dem Level von > 6 Pkt.

### La validation de la version polonaise de the Patient Health Questionnaire-9 dans la population hospitalisée des personnes âgées

#### Résumé

**Objectif.** Valider et évaluer la version polonaise de PHQ-9 (the Patients Health Questionnaire - 9) dans la population hospitalisée des personnes âgées. De plus on vise à trouver le seuil optimal de trancher du résultat de PHQ-9 pour le diagnostic de MDE (Major Depressive Episode) par rapport à SGDS (the Short Geriatric Depression Scale).

**Méthode.** On examine les personnes âgées de plus de 60 ans hospitalisées à la clinique de Cracovie. Elles sont examinées avec : the PHQ-9, SGDS et le questionnaire personnel.

**Résultats.** On examine 105 personnes (51,4% -femmes), moyenne de l'âge – SD ±73,4±7,9. D'après PHQ-9 on identifie MDE chez 36 personnes (34,3%). The PHQ-9 a donc la bonne consistance interne (alpha de Cronbach=0,7) et le résultat de chacune de 9 questions corréle positivement avec le résultat total (0,31–0,68 ;  $p < 0,05$ ). La convergence des résultats de PHQ-9 et de SGDS est aussi élevée,  $R = 0,58$ , ( $p < 0,05$ ). La spécificité et la sensibilité de PHQ-9 (par rapport à SGDS) pour diagnostiquer MDE sont les suivantes : 70,4% respectivement 78,2% (le seuil optimal de trancher >6 points).

**Conclusions.** La version polonaise de PHQ-9 est valide et utile pour le screening de la dépression des personnes âgées hospitalisées, son seuil optimal de trancher atteint >6 points.

### Piśmiennictwo

1. Katon W, von Korff M, Lin E i in. *Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs.* Gen. Hosp. Psychiatry 1990; 12: 355–362.
2. Simon G, Ormel J, von Korff M, Barlow W. *Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care.* Am. J. Psychiatry 1995; 152: 352–357.
3. Roness A, Mykletun A, Dahl AA. *Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression.* Acta Psychiatr. Scand. 2005; 111: 51–58.
4. Charney DS, Reynolds III CF, Lewis L i in. *Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life.* Arch. Gen. Psychiatry 2003; 60: 664–672.
5. Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. *Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients.* Arch. Gen. Psychiatry 2003; 60: 897–903.
6. Williams JW, Noel PH, Cordes JA, Ramirez G, Pignone M. *Is this patient clinically depressed?* JAMA 2002; 287: 1160–1170.
7. Löwe B, Gräfe K, Kroenke K i in. *Predictors of psychiatric comorbidity in medical outpatients.* Psychosom. Med. 2003; 65: 764–770.
8. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. *Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group: Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary-Care Study.* JAMA 1999; 282: 1737–1744.
9. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure.* J. Gen. Intern. Med. 2001; 16: 606–613.
10. Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. *Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in diagnosing mental disorders in 1,003 general-hospital Spanish inpatients.* Psychosom. Med. 2001; 63: 679–686.
11. Gräfe K, Zipfel S, Herzog W, Löwe B. *Screening for psychiatric disorders with the Patient Health Questionnaire (PHQ): results from the German validation study.* Diagnost. 2004; 50: 171–181.
12. Becker S, Al Zaid K, Al Faris E. *Screening for somatization and depression in Saudi Arabia: a validation study of the PHQ in primary care.* Int. J. Psychiatry Med. 2002; 32: 271–283.
13. Yeung A, Fung F, Yu S. *Validation of the Patient Health Questionnaire-9 for depression screening among Chinese Americans.* Compr. Psychiatry 2008; 49 (2): 211–217.
14. Carballeira Y, Dumont P, Borgacci S i in. *Criterion validity of the French version of Patient Health Questionnaire (PHQ) in a hospital department of internal medicine.* Psychol. Psychother. 2007; 80: 69–77.
15. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL i in. *Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report.* J. Psychiatr. Res. 1983; 17: 37–49.
16. van Marwijk HWJ, Wallace P, de Bock GH, Hernans JO, Kpstein AA, Mulder JD. *Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale.* Brit. J. Gen. Pract. 1995; 45: 195–199.
17. Alameida OP, Alameida SA. *Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV.* Int. J. Geriatr. Psychiatry 1999; 14: 858–865.
18. Herrmann N, Mittman N, Silver IL. *A validation study of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form.* Int. J. Geriatr. Psychiatr. 1996; 11: 457–460.
19. Yesavage JA. *Geriatric Depression Scale.* Psychopharmacol. Bull. 1988; 24: 709–711.

20. Han C, Ahn Jod S, Kwakb J. *Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Korean version in the elderly population: the Ansan Geriatric study*. Compr. Psychiatry 2008; 49: 218–223.
21. Löwe B, Spitzer RL, Grafe K i in. *Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses*. J. Affect. Disord. 2004; 78: 131–140.
22. van Steenbergen-Weijnenburg KM, de Vroege L, Ploeger RR i in. *Validation of the PHQ-9 as a screening instrument for depression in diabetes patients in specialized outpatient clinics*. BMC Health Serv. Res. 2010; 10: 235–241.
23. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. *The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms*. Psychosom. Med. 2002; 64: 258–266.
24. Martin A, Rief W, Klaiberg A, Braehler E. *Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population*. Gen. Hosp. Psychiatry 2006; 28: 71–77.
25. Lowe B, Kroenke K, Herzog W, Grafe K. *Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*. J. Affect. Disord. 2004; 81: 61–66.
26. Lee PW, Schulberg HC, Raue PJ, Kroenke K. *Concordance between the PHQ-9 and the HSCL-20 in depressed primary care patients*. J. Affect. Disord. 2007; 99: 139–145.
27. *US Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale*. Ann. Intern. Med. 2002; 136: 760–764.
28. Löwe B, Schenkel I, Carney-Doebbeling C, Gobel C. *Responsiveness of the PHQ-9 to psychopharmacological depression treatment*. psychosomatics 2006; 47: 62–67.

Adres: Krzysztof Tomaszewski  
Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJ CM  
31-531 Kraków, ul. Śniadeckich 10

Otrzymano: 30.10.2010  
Zrecenzowano: 30.11.2010  
Otrzymano po poprawie: 3.01.2011  
Przyjęto do druku: 10.01.2011

ZAPRASZAMY DO ODWIEDZANIA STRON INTERNETOWYCH  
NASZYCH CZASOPISM:

*Psychiatria Polska*: [www.psychiatriapolska.pl](http://www.psychiatriapolska.pl)

*Archives of Psychiatry and Psychotherapy*: [www.archivespp.pl](http://www.archivespp.pl)

*Psychoterapia*: [www.psychoterapiaptp.pl](http://www.psychoterapiaptp.pl)

oraz strony czasopisma internetowego:

*Psychiatria i Psychoterapia*: [www.psychiatriapsychoterapia.pl](http://www.psychiatriapsychoterapia.pl)

Na wszystkich wymienionych stronach znajdziecie Państwo **bezpłatny dostęp do pełnych tekstów artykułów z bieżących numerów** wszystkich naszych czasopism oraz **stałe powiększany zbiór numerów archiwalnych** z opcjami przeszukiwania zasobów.

**Komitet Redakcyjno-Wydawniczy  
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego**