

Sünnitusjärgse depressiooni sümptomaatika hindamine: sünnitusjärgse depressiooni sõeluuringu skaala EPDSi eestikeelne versioon

Kristiina Uriko¹, Kadi Liik¹

Eesti Arst 2021;
100(6):352–357

Saabunud toimetusse:
17.06.2020
Avaldamiseks vastu võetud:
18.01.2021
Avaldatud internetis:
27.05.2021

¹ Tallinna Ülikooli loodus- ja terviseteaduste instituut

Kirjavahetajaautor:
Kristiina Uriko
kristiina.uriko@tlu.ee

Võtmesõnad:
sünnitusjärgne depressioon, EPDS, lõikepunkt, sõeluuringu skaala

Taust ja eesmärk. Sünnitusjärgne depressioon (SD) on levinud vaimse tervise häire, millega kaasneb vaimse tervise risk nii naisele kui ka tema pereliikmetele. SD esinemine emal on seotud ka lapse sagedasema haigestumise ning haiglaravi vajadusega tema esimesel eluaastal. Seega on nii ennetustöö kui ka varane meeleoluhäire märkamine ja õigeaegne abi kõikide pereliikmete heaolu tagamisel oluline.

SD sümptomaatika mõõtmiseks soovitatakse kasutada sünnitusjärgse perioodi spetsiifikat arvestavaid hindamisvahendeid. Edinburghi sünnitusjärgse depressiooni skaala (EPDS) on sõeltest, mida on enim kasutatud SD sõeluuringisel. Kuna Eestis puudub SD spetsiifikale kohandatud tõendus põhine depressiooni sõeltest, oli uurimuse eesmärk tutvustada sünnitusjärgses perioodis kasutatavat sõeltesti EPDS ning leida selle lõikepunkt.

Metoodika. Valim koosnes 389 naisest, kelle lapse sünnist oli möödas kuni 12 kuud. EPDSi lõikepunkti valideerimiseks kasutati emotsionaalse enesetunde küsimustiku (EEK-2) depressiooni alaskaalat. Sobivaima lõikepunkti määramisel kasutati spetsiifilisuse ja tundlikkuse hindamisel ROC-kõverat ning Youdeni indeksit.

Tulemused. Läbiviidud analüüs näitab, et EPDS on sõeltestina kasutatav depressiivsete naiste eristamiseks naistest, kes seda ei ole. Optimaalne lõikepunkt saadi EPDSi skoori ≥ 11 juures, kus spetsiifilisuse ja tundlikkuse suhe on kõige parem.

Järeldused. EPDSi eestikeelne versioon võimaldab anda tõendus põhise sõeltestina esmase hinnangu sünnitusjärgse perioodi vaimsele tervisele ning toetada depressiooni varast diagnoosimist. Lisaks aitab SD-temaatika käsitlemine parandada teadlikkust tõendus põhiste võimalustest vaimse tervise hindamisel ning nii naise kui ka pere heaolu toetamisel.

Sünnitusjärgsel perioodil hinnatakse depressiooni esinemissageduseks naistel kuni 20%, kuid seejuures võib tegemist olla aladiagnostitud vaimse tervise häirega (1, 2). Erinevate tegurite osatähtsus sünnitusjärgse depressiooni (SD) kujunemisel ei ole üheselt selge, kuid määravaks peetakse bioloogiliste, sotsiaaldemograafiliste ja psühhosotsiaalsete tegurite omavahelist koosmõju (3).

Lisaks SD sümptomaatika hindamisele on ennetamisel ning varajasel avastamisel oluline ka riskitegurite teadvustamine. Erinevate uurimistulemuste kohaselt varieeruvad

riskitegurite osakaalud mõnevõrra, kuid peamiste teguritena on nimetatud rasedusele eelnenud ja/või rasedusaegset depressiooni, kroonilisi terviseprobleeme, kõrget igapäevast stressimäära, vähest sotsiaalset toetust, üksinda väikelapse/väikelaste kasvatamist, kehvi sotsiaal-majanduslikke olusid, lapse surma ning raseduse või sünnitusega seotud komplikatsioone (1, 4, 5).

Kohanemiskõhivad ja vaimse tervise probleemid emal suurendavad lisaks ka tõenäosust käitumuslike, emotsionaalsete ja kognitiivsete probleemide esinemiseks lapsel (2, 6, 7) ning on seotud ka suurenenud

riskiga isade vaimsele tervisele (8). Ema SD on seotud ka lapse sagedasema haigestumise ning haiglaravi vajadusega tema esimesel eluaastal (9). Seega peetakse sõeluurimist depressiooni varajasel diagnoosimisel vajalikuks kõikide pereliikmete heaolu silmas pidades (1, 9, 10).

Psühhomeetriliselt usaldusväärsete ja valideeritud sõeltestide kasutamine võimaldab saada kiire ülevaate vaimse tervise riskidest ning aitab teha otsuseid edasise hindamise vajaduse kohta. Sõeluuringu skaalale esitatavate nõuete kohaselt peab sõeltest olema lihtsalt kasutatav, valideeritud, reliaabne ja olema täitjale mõistetav ning selle täitmine täitjale vastuvõetav (11). Depressiooni sõeluurimiseks on kasutusel erinevad mõõdikud, kuid kõik ei arvesta sünnitusjärgse perioodi eripära. Enesehindamisel põhinev Edinburghi sünnitusjärgse depressiooni skaala (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS) töötati välja 1987. aastal (12) ning on nüüdseks nii valdkonnapõhistes teadustöodes kui ka kliinilises praktikas rasedusaegsel ning sünnitusjärgsel perioodil meeleoluhäirete sõeluuringuks enim kasutatud leidnud mõõdik (1).

Lõikepunkt on arvatud skoori tase, millest alates peetakse konkreetse instrumendiga mõõdetava probleemi esinemise määra oluliseks ehk vajalik on edasine hindamine. Lõikepunkti määramisel on sõeltestide puhul oluline arvestada tundlikkuse ja spetsiifilisuse näitajaid. Tundlikkus viitab mõõtevahendi võimele tuvastada isikud, kellel on teatud probleem või suurem risk selle tekkeks. Spetsiifilisus viitab mõõtevahendi võimele tuvastada isikud, kellel ei ole teatud vaimse tervise probleemi (13).

EPDSi originaalvariandis oli määratud lõikepunkti ≥ 13 puhul tundlikkus 86%, spetsiifilisus 78% ja ennustusväärtus 73% (12). Madalam lõikepunkt suurendab testi tundlikkust, kuid võib kaasa tuua ka rohkem valepositiivseid juhte. Kõrgem testi lõikepunkt suurendab spetsiifilisust, kuid sellega võib kaasneda rohkem valenegatiivseid juhte. Enne mõõtmisvahendi tõlgitud versiooni rakendamist praktikas on vaja hinnata mõõtevahendi psühhomeetrilisi omadusi ning leida lõikepunkt. Erinevatesse keeltesse tõlgitud EPDSi lõikepunktid varieeruvad. Näiteks on Norra versiooni lõikepunkt ≥ 10 (14), Prantsusmaa versioonil ≥ 11 (15), Rootsi keelde tõlgitud variandil ≥ 12 (16).

Naise meeleoluhäirete varajase märkamise olulisust ning EPDSi kasutamise vajadust on välja toodud ka Eestis (17). Kuna Eestis puudub sünnitusjärgse meeleoluhäire sõeluurimiseks sünnitusjärgset spetsiifikat arvestav mõõdik ning arvestades hindamisvahendi praktilist väärtust depressiooni õigeaegse riski väljaselgitamise toetamisel, oli uurimistöö eesmärk leida kohandatud testile lõikepunkt. Uurimistöö esimese etapi tulemusena töötati välja EPDSi eestikeelne versioon ja hinnati EPDSi psühhomeetrilisi näitajaid (18).

METOODIKA

Uurimistöö ülesehitus

Andmeid koguti veebipõhist (E-formular) kirjalikku küsitlust kasutades, küsimustiku linki jagati lumepallimeetodit rakendades. Vastajaid informeeriti uurimuse eesmärgist ja vastamise anonüümsusest.

Uurimistöö on saanud kooskõlastatuse Tallinna Ülikooli eetikakomiteelt (otsus nr 6-5.1/9).

Kasutatud mõõdikud

Uurimuses oli kasutusel mõõtmisvahendina EPDS (11) ja emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2) (19). EPDS on 10 väitega enesekohane küsimustik, mis on töötatud välja depressiooni sümptomaatika hindamiseks sünnitusjärgsel perioodil (12). Depressiivsuse hindamiseks kasutatakse 4punktilist (0–3) Likerti tüüpi skaalat, mille alusel hinnatakse sümptomite intensiivsust viimase 7 päeva jooksul. Iga väite kohta on neli vastusevarianti „üldse mitte” (0 punkti), „harva” (1), „sageli” (2), „pidevalt” (3 punkti). Suurem skoor viitab depressiooni enam väljendunud sümptomitele. Ingliskeelse mõõdiku siserelevantsuse näitaja Cronbachi $\alpha = 0,84$ (20) ning eestikeelsel variandil $\alpha = 0,84$ (18).

Lähtudes uurimistöö eesmärgist, valideeriti EPDSi depressiivsuse näitajat EEK-2 depressiooni alaskaala näitajaga. EEK-2 on eestikeelne enesehinnanguline skaala depressiooni ja ärevuse sümptomite hindamiseks ning seda peetakse depressiooni levimuse hindamisel sobivaks instrumendiks (19, 21). Depressiooni alaskaala koosneb 8 väitest. Iga väite kohta on viis vastusevarianti „üldse mitte” (0 punkti), „harva” (1), „mõnikord” (2), „sageli” (3), „pidevalt” (4). Suurem skoor näitab kõrgemat depressiivsuse taset ning lõikepunktiks

on depressiooni alaskaalal esitatud ≥ 11 . Sisereliaabluse näitaja Cronbachi α on vahemikus 0,69–0,88 (19).

Uurimistöös osalejatelt koguti ka sotsiaaldemograafilisi andmeid (naise vanus, lapse vanus, suhtestaatus, haridus) ning küsiti sünnituste arvu.

Statistiline analüüs

Andmeanalüüs tehti tarkvarapaketi SPSS Statistics 26. Kasutati kirjeldavat statistikat, Spearmani korrelatsioonianalüüsi, hii-ruuttesti, ROC-kõverat (ingl *receiver operating characteristic curve*) ehk üldisemalt ROC-analüüsi. Sobivaima löikepunkti leidmiseks kasutati ka Youdeni indeksi (J) (22).

Valimi kirjeldus

Uurimistöös osales 389 naist. Naiste vanus jäi vahemikku 19–49 aastat (keskmine $30,2 \pm 5,75$) ning nende lapse vanus oli 1–12 kuud (keskmine $6,26 \pm 4,10$). Valimist 56,3% ($n = 219$) moodustasid esmasünnitajad ning 43,7% ($n = 170$) korduvad sünnitajad. Enne raseduse 37. nädalat oli sünnitanud 17 naist. Suhtestaatuse kohta märkis 92,3% ($n = 359$) vastanutest, et nad on abielus/vabaabielus, ning 7,7% ($n=30$), et nad on üksikud või „muu“. Kõrgeimaks lõpetatud hariduseks oli 16,2%-l ($n = 63$) vastanud naistest põhiharidus, 14,9%-l ($n = 58$) keskharidus, 26,5%-l ($n = 103$) keskeriharidus ning 42,4%-l ($n = 165$) kõrgharidus.

TULEMUSED

EPDSi ja EEK-2 depressiooni alaskaala näitajad

EPDSi ja EEK-2 depressiooni alaskaala kirjeldavad statistikumid on esitatud tabelis 1. EPDSi summaarse skoori keskmine $M = 7,31 \pm 5,37$ ning mediaan $Md = 6$. Kogu skaala summaarne punktiskoor jäi vahemikku 0–28. EEK-2 depressiooni alaskaala skoori keskmine $M = 5,58 \pm 5,51$ ning mediaan $Md = 4$. Kogu skaala summaarne punktiskoor jäi vahemikku 0–29.

EPDSi ja EEK-2 depressioon alaskaala omavaheliseks korrelatsiooniks saadi Spearmani korrelatsioonikordaja $r_s = 0,77$ ($p < 0,001$). EPDSi löikepunkti valideerimiseks kasutati EEK-2 depressiooni alaskaalat, mille puhul on löikepunktiks skoor 11 (19). Valideerimiseks kodeeriti EEK-2 depressiivsuse skoor kaheks: „1“ – löikepunkti ületavad näitajad (> 11) ja „0“ – löikepunktist allpool olevad näitajad (≤ 11).

Seejärel kasutati EPDSi kui diagnostilist testi iseloomustava suuruse hindamiseks ROC-kõverat (*receiver operating characteristic curve*) (vt joonis 1). Mudeli täpsust saab hinnata ROC-kõvera ja diagonaali vahele jääva ala suurusega. Kõveraalune pindala (*area under curve*, AUC) võimaldab välja selgitada EPDSi väärtuse, mis ennustab depressiivsuse esinemist naisel. Kõveraalune pindala 0,5 viitab juhuslikule tulemusele, AUC väärtust alates 0,7 peetakse aktsepteeritavaks, AUCd üle 0,8 väga heaks ja AUCd üle 0,9 suurepäraseks (23). Mudeli x-teljel on tundlikkus, mis näitab, kui suure osa uuritava depressiivsusest ennustab kasutatud mudel õigesti, ning y-teljel 1 – spetsiifilisus, mis näitab kui suure osa depressiivsuse mitteesinemisest ennustab mudel õigesti.

Kõveraaluseks pindalaks (AUC) jäi EPDSi skoori puhul 0,939 (95% usaldusvahemik 0,912–0,966; standardviga 0,14; $p < 0,001$). See näitab, et mudeli spetsiifilisuse ning tundlikkuse tase on kõrge. Tabelis 2 on täpsemalt välja toodud tundlikkuse ja spetsiifilisuse näitajad iga võimaliku löikepunkti kohta. Läbiviidud ROC-analüüs näitab, et EPDS eristab hästi depressiivseid naisi naistest, kes seda ei ole.

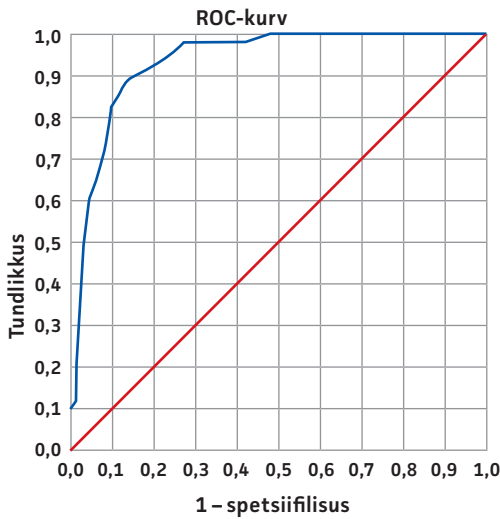
Sobivaima löikepunkti leidmiseks kasutati Youdeni (1950) indeksi (J), mis näitab, et optimaalne löikepunkt on EPDSi skoori 11 juures, kus spetsiifilisuse ja tundlikkuse suhe on kõige parem.

Sünnitusjärgne depressiivsus

Valimist oli 23,1%-l EPDSi skoor ≥ 11 ning 76,9%-l ≤ 10 . Löikepunkti leidmise järel kont-

Tabel 1. Edinburghi sünnitusjärgse depressiooni skaala (EPDS) ja emotsionaalse enesetunde küsimustiku (EEK-2) depressiooni alaskaala kirjeldavad näitajad

Näitaja	Keskmine (\pm standardhälve)	Vahemikud (miinimum–maksimum)	Cronbachi α	Väidete arv
EPDS	7,31 \pm 5,37	0–28	0,84	10
EEK-2 depressiooni alaskaala	5,58 \pm 5,22	0–29	0,89	8



Joonis 1. Edinburghi sünnitusjärgse depressiooni skaala (EPDS) skoori ROC-kõver (*receiver operating characteristic curve*), kasutades emotsionaalse enesetunde küsimustiku (EEK-2) depressiivsuse alaskaala skoori.

rolliti, kas ilmneb erinevusi esimest korda sünnitanud ja mitmendat korda sünnitanud naiste depressiivsuses. Selleks viidi läbi hiirruut-test, mis näitas, et EPDSi lõikepunkti ületanud ja mitteületanud naiste osakaalus ei ilmnenu erinevusi esmasünnitajate ja kordussünnitajate vahel ($\chi^2(1) = 0,418$; $p = 0,518$), samuti ei ilmnenu erinevusi EPDSi lõikepunkti ületanute osakaalus ühe lapsega ja mitme lapsega naiste vahel ($\chi^2(1) = 0,05$; $p = 0,946$). Naise hariduse vaates ilmnes, et EPDSi lõikepunkti ületas rohkem põhiharidusega naised (39,7% põhiharidusega emadest) võrreldes nii kesk- ja keskeriharidusega naistega (25,5%) kui ka kõrgharidusega naistega (14,6%). Seejuures said kõrgharidusega naistest EPDSi lõikepunktist suurema skoori vähem naised võrreldes kesk- ja keskeriharidusega naistega ($\chi^2(2) = 17,04$; $p < 0,001$).

ARUTELU

Uuringu eesmärk oli leida EPDSi eestikeelse versiooni lõikepunkt. Seni puudus Eesti oludele kohandatud sünnitusjärgse perioodi spetsiifikat arvestav depressiooni sõeltest. EPDS on piisavalt lühike ning vastaja jaoks lihtne täita, kuid võimaldab seejuures hinnata depressiooni sümptomaatikat. Valideerimisel kasutati referentsinstrumendina varasemates uuringutes psühhomeetrilist usaldusväärset ja valiidsust näidanud mõõdikut EEK-2 (19, 21).

Tabel 2. Spetsiifilisus ja tundlikkus ning Youdeni indeks iga võimaliku Edinburghi sünnitusjärgse depressiooni skaala (EPDS) lõikepunkti kohta

Võimalik lõikepunkt	Tundlikkus	1 – spetsiifilisus	Youdeni indeks J
-1,00	1,000	1,000	0,000
0,50	1,000	0,967	0,033
1,50	1,000	0,866	0,134
2,50	1,000	0,738	0,262
3,50	1,000	0,664	0,336
4,50	1,000	0,577	0,423
5,50	1,000	0,476	0,524
6,50	0,981	0,414	0,567
7,50	0,981	0,333	0,648
8,50	0,981	0,274	0,707
9,50	0,925	0,202	0,722
10,50	0,887	0,128	0,759
11,50	0,830	0,098	0,732
12,50	0,736	0,080	0,655
13,50	0,660	0,063	0,598
14,50	0,604	0,039	0,565
15,50	0,491	0,027	0,464
16,50	0,340	0,021	0,319
17,50	0,302	0,015	0,287
18,50	0,208	0,009	0,199
19,50	0,170	0,009	0,161
20,50	0,132	0,009	0,123
21,50	0,094	0,000	0,094
22,50	0,075	0,000	0,075
23,50	0,057	0,000	0,057
26,00	0,019	0,000	0,019
29,00	0,000	0,000	0,000

EPDSi lõikepunktiks ehk arvutatud sõeltesti skoori tasemeks, millest alates oleks vaja kaaluda edasist täpsustavat vaimse tervise hindamist, leiti ≥ 11 . Sõeltesti skoori tõlgendamisel tuleb arvestada, et ainuüksi punktisumma alusel ei saa määrata vaimse tervise häire olemasolu. Nii näiteks võib EPDSi skoor olla küll väike, kuid mitmed teised näitajad võivad viidata võimalikule depressioonile. EPDSi suur skoor võib aga viidata lisaks depressioonile ka teistele vaimse tervise probleemidele. Ka sõeltesti läbiviimisega seotud tegurid ning naise motiveeritus sõeltesti täita võivad testi tulemust mõjutada (11).

Lisaks tuleb arvestada, et hetkeline masendustunne on oluliste elumuutustega

kaasnev normaalne tundeelu reaktsioon ning seega ei pruugi tingimata olla tegemist depressiooni riskiga. Sellisel juhul võib vajalikuks osutada ennekõike naise kohanemist ja lapse eest hoolitsemisega seotud toetava tervisenõustamise tagamine. Valepositiivsete ning valenegatiivsete juhtude väljaselgitamiseks soovitatakse sõeluuringuprogrammide puhul kaaluda võimaluse korral korduvat sõeltesti täitmist. Seejuures, kui väitele 10 vastamisel on skoor üle 0, siis on see piisav näidustus vaimse tervise seisundi põhjalikumaks hindamiseks (11, 24).

EPDSi kasutamine sõeltestina eeldab läbiviijalt koolituse läbimist, mille käigus õpitakse tundma EPDSi ülesehitust, uuringu läbiviimist, tulemuste esmast tõlgendamist, edasisuunamise vajaduse hindamist ning selle korraldamisega seonduvat (11). EPDSi kasutamine esmatasandi tervishoiutöötaja vastuvõtul annab võimaluse lisaks SD sümptomaatika hindamisele tuua tähelepanu keskmesse naise psühholoogilise ja emotsionaalse toimetulekuga seotud küsimused.

Kuna tegemist on esmase uuringuga ning on raske leida Eestile kohast võrdlusmaterjali kultuurispetsiifilisust arvestades, on siinses töös esile kerkinud piirangud vajalikuks juhatuses edasiste jätku-uuringute tegemisel. Arvestama peaks lumepallivalimi rakendamisest tuleneda võiva valimi võimaliku piiranguga. Kuna uuringus said osaleda need isikud, kelleni küsimustiku link jõudis ning kes olid motiveeritud uuringus osalema, ei ole võimalik teha järeldusi suurema populatsiooni alusel.

Lisaks võib üheks võimalikuks uurimistöö tulemusi mõjutavaks teguriks pidada enneaegselt ja ajalisel sünninud laste emade proportsionaalset erinevust (enneaegselt sünninud laste emasid 17). Kuna enneaegselt sünninud laste emadel on võrreldes ajalisel sünninud laste emadega depressiivsuse näitaja kõrgem (25), siis võib enneaegsete laste emade osakaal valimis tulemusi mõjutada.

Lisaks tuleb arvestada ka mõõdikust lähivate piirangutega. Nimelt, sünnitusjärgse perioodi spetsiifikat arvesse võttes ei ole EPDSi keskmes depressiooni somaatilised sümptomid (1). Nii näiteks võib sünnitusjärgsel aastal unehäiretele viitav (nt katkendlik uni, liigvarajane ärkamine) olla seotud ennekõike lapse vajadustega (nt toitmine) ning ei pruugi tingimata unehäirele

(sh ka depressioonile) osutada (27). Selleks, et nii rasedusaegsel kui ka sünnitusjärgsel perioodil ei jääks depressiooni somaatilised sümptomid tähelepanuta, on vaja esmatasandi vastuvõtul esitada täpsustavaid küsimusi. Ka edaspidistes jätku-uuringutes tuleks kaaluda võimalikke alternatiive SD somaatiliste sümptomite hindamiseks.

Lähtudes sellest, et SD sümptomite teke ja intensiivsus võib erineda sünnitusjärgsete kuude vaates ning olla seotud ka rasedusele eelnenud ja/või sellel ajal esinenud vaimse tervise probleemidega (26), tuleks esmatasandi töös kaaluda vajaduse korral ka kordustestimist. Kuigi EPDS on kasutatav sõeluuringuks ka raseduse ajal, on vaja enne EPDSi rasedusaegset kasutamist määrata lõikepunkt ka rasedate valimi alusel (11).

Kuna tegemist on pilootuuringuga, on loodud alus teema edasiseks käsitlemiseks. SD esinemine ning sellega seotud riskitegurid vajavad põhjalikumat uurimist, mis on tänu eestikeelse EPDSi väljatöötamisele nüüd kergemini teostatav. Lisaks sellele, et EPDSi kasutamine toetava abivahendina esmatasandi töös võimaldab varast depressiooni diagnoosimist, aitab see parandada teadlikkust naise psühholoogilise kohanemise ja vaimse tervise hindamisel. Seeläbi on võimalik anda soovitusi ka tugiteenuste kvaliteedi arendamiseks ning toetada nii üksikisiku kui ka pere tervist ja heaolu.

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autorid kinnitavad, et neil puudub uurimistööga seotud huvikonflikt.

SUMMARY

Screening for postpartum depression: the Estonian version of EPDS

Kristiina Uriko¹, Kadi Liik¹

Background. The postpartum period represents the time of risk for the emergence of maternal postpartum depression. Postpartum depression (PPD) is associated with significant emotional and social impairments that impact women and their partners. Maternal depression is considered a risk factor for the socioemotional and cognitive development of children. It therefore seems important to detect and treat depression during the postnatal

¹ School of Natural Sciences and Health, Tallinn University, Tallinn, Estonia

Correspondence to: Kristiina Uriko kristiina.uriko@tlu.ee

Keywords: postnatal depression, EPDS, cut-off point, screening scale

period as early as possible to avoid harmful consequences.

Because PPD is a significant mental health problem, there is a need for reliable and valid screening instruments.

Purpose. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) is widely used in many countries to screen women for depression in the perinatal period. No validated screening instruments for detecting postnatal depression have been available in Estonian. The current investigation sought to find the reliable cut-off for depression.

Methods. Altogether 389 women completed a questionnaire with the EPDS and Emotional State Questionnaire (EST-Q2) depression subscale. For the EPDS, a receiver operating characteristic (ROC) curve was calculated for prediction of depression. Also, the Youden Index was calculated. Sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value and area under the ROC curve were computed from the data for all relevant cut-off values. A score of 11 or more was found to be the optimal cut-off for depression

Conclusions. The study confirms that the EPDS is a valid screening instrument for detection of depressive symptoms. The Estonian EPDS provides reliable measurement outcomes with an optimal cut-off at ≥ 11 .

KIRJANDUS/REFERENCES

- Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Front Psychiatry* 2018;8:248.
- Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior* 2016;77:153–66.
- Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;28:CD001134.pub3.
- Biaggi A, Connors S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2016;191:62–77.
- Howard LM, Challacombe F. Effective treatment of postnatal depression is associated with normal child development. *Lancet Psychiatry* 2018;5:95–7.
- Ahun MN, Côté SM. Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a review of putative environmental mediators. *Arch Womens Ment Health* 2019;22:15–24.
- Hartman S, Eilertsen EM, Ystrom E, Belsky J, Gjerde, LC. Does prenatal stress amplify effects of postnatal maternal depressive and anxiety symptoms on child problem behavior? *Developmental Psychology* 2020;56:128–37.
- Edward KL, Castle D, Mills C, Davis L, Casey J. An integrative review of paternal depression. *Am J Mens Health* 2015;9:26–34.
- Jacques N, de Mola CL, Joseph G, Mesenburg MA, da Silveira MF. Prenatal and postnatal maternal depression and infant hospitalization and mortality in the first year of life: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2019;243:201–8.
- WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn 2013. *World Health Organization* 2014;31–2.
- Cox JL, Holden JM, Henshaw C. Perinatal mental health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual. 2nd ed. Royal College of Psychiatrists; 2014.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782–6.
- Doi SAR. Using and interpreting diagnostic tests with quantitative results. In: Doi S, Williams G, eds. *Methods of Clinical Epidemiology*. London: Springer, 2013:67–78.
- Glavin K, Smith L, Sørnum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scand J Caring Sci* 2009;23:705–10.
- Guedeny N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psych* 1998;13:83–9.
- Wickberg B, Hwang C. The Edinburgh postnatal depression scale: validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:181–4.
- Integreeritud teenuste kontseptsioon laste vaimse tervise toetamiseks: ennetus, varajane märkamine ja õigeaegne abi. *Sotsiaalministeerium* 2015;11. https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/Lapsed_ja_pered/Lapse_oigused_ja_healu/int_teenuste_kontseptsioon_laste_vaimse_tervise_toetamiseks_valmis_logodega.pdf.
- Uriko K, Liik K. Sünnitusjärgse depressiooni skaala EPDS ja sünnitusjärgse sotsiaalse toetuse küsimustiku PSSQ eestikeelsete versioonide kasutamine naise depressiivsuse, ärevuse ja tajutud sotsiaalse toetuse hindamisel. *Eesti Arst* 2020;99:74–82.
- Õöpik P, Aluoja A, Kalda R, Maaros H. Screening for depression in primary care. *Family Practice* 2006;23:693–89.
- Hartley CM, Barroso N, Rey Y, Pettit JW, Bagner DM. Factor structure and psychometric properties of English and Spanish versions of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among Hispanic women in a primary care setting. *J Clin Psychol* 2014;70:1240–50.
- Aluoja A, Shlik J, Vasar V, Luuk K, Leinsalu M. Development and psychometrics properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nord J Psychiatry* 1999;53:443–9.
- Youden WJ. Index for rating diagnostic tests. *Cancer* 1950;3:32–5.
- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression* (2nd ed). New York: Wiley; 2000.
- Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period. BC Reproductive Mental Health Program 2014.
- Henderson J, Carson C, Redshaw M. Impact of preterm birth on maternal well-being and women's perceptions of their baby: a population-based survey. *BMJ Open* 2016;6:e012676.
- Kettunen P, Koistinen E, Hintikka J. Is postpartum depression a homogenous disorder: time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of depression. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:402.
- Okun ML, Manusco RA, Hobel CJ, Schetter CD, Coussons-Read M. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J Behav Med* 2018;41:703–10.