

**Tartu Ülikool  
Psühholoogia instituut**

**Andero Teras**

**Isiksuse seos haigestumisega mao- ja  
kaksteistsõrmiksoolehaavanditesse**

**Seminaritöö**

**Juhendaja:** Anu Realo, *PhD*

**Läbiv pealkiri:** Isiksus ja peptilised haavandid

**Tartu 2012**

## Kokkuvõte

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli uurida Suure Viisiku isiksuse seadumuste ning mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandisse (edaspidi peptilisse haavandisse) haigestumise seost, kontrollides sealjuures erinevaid sotsio-demograafilisi ja käitumuslikke näitajaid. Uurimuses osales 1731 isikut (740 meest ja 991 naist), keskmise vanusega 42,8 eluaastat ( $SD = 16,5$ ). Uurimistulemused näitasid, et peptiliste haavanditega isikud on võrreldes tervetega keskmiselt kümme aastat vanemad ning nende seas on rohkem mehi. Lisaks on nad vähem ekstravertsed ning avatud. Logistiline regressioon näitas, et pärast vanuse, soo, suitsetamise, ärevus- või masendustunde ning valu ja ebamugavustunde kontrollimist ei olnud viis isiksuse peamist seadumust peptilise haavandi olulised ennustajad. Isiksuse alaskaalade tasemel leiti vähene mõju olevat neurootilisuse alaskaalal N2: Vaenulikkus ja meelekindluse alaskaalal C4: Saavutusvajadus. Järgnevad uurimused peaksid keskenduma diagnoosi usaldusväärsuse tõstmisele ning kaasama uurimusse lisaks teised peptilise haavandi riskifaktorid nagu *Helicobacter pylori* ning põletikuvastaste ravimite tarbimine.

*Märksõnad:* peptiline haavandtõbi, NEO-PI-3, neurootilisus, ekstravertsus, *Helicobacter pylori*, logistiline regressioonanalüüs

## Abstract

The aim of the present study was to examine the relationship between Big Five personality traits and peptic ulcer disease (PUD) when controlling for different socio-demographic and behavioural variables. The sample consisted of 1731 individuals (740 men and 991 women) with a mean age of 42.8 years ( $SD = 16.5$ ). Results showed that subjects with PUD were ten years older than subjects without PUD. Also there were more men with PUD. In addition, subjects with PUD had significantly lower scores on Extraversion and Openness to Experience. The results of the logistic regression showed that after controlling for age, gender, smoking habits, anxiety/depression, and the amount of pain of the participants, the five main personality factors did not have a statistically significant effect on PUD. At the level of facet scales, however, N2: Angry Hostility and C4: Achievement Striving had a significant effect on the risk of PUD. Future studies should improve the reliability of diagnosis and also include other important risk factor for PUD such as the presence of *Helicobacter pylori* and the intake of nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

*Key words:* peptic ulcer disease, NEO-PI-3, Neuroticism, Extraversion, *Helicobacter pylori*, logistic regression

# Sissejuhatus

## *Definitsioon, teooria ja mudel*

Levinud definitsiooni kohaselt on isiksus suhteliselt püsiv mõtlemise, tundmuste ja käitumistendentside kogum, mis üht inimest teisest eristab (Allik & McCrae, 2002). Viimastel aastakümnetel domineerinud leksikaalne ning psühhomeetriline lähenemine on oma süstemaatilise ja empiirilise pakkunud teadlastele uusi ja revolutsioonilisi arusaamu inimese isiksusest (McCrae & John, 1992). Leksikaalne lähenemine, mille põhivõtteks on inimese isiksust iseloomustavate sõnade süstemaatiline uurimine, on näidanud, et isiksuse struktuur on viiefaktoriline ning see on korratav paljudes keeltes (Allik et al, 2003). Siiski on leksikaalse lähenemise osa isiksuse uurimises olnud väiksem võrreldes psühhomeetrilise lähenemisega, kuna enamus isiksuse teaduslikust mõõtmisest ja hindamisest on toimunud justnimelt konkreetsete isiksust mõõtvate küsimustike abil (McCrae & John, 1992). Leksikaalse ja psühhomeetrilise lähenemise koostöös on leitud, et parim ning adekvaatseim viis inimese isiksuse eripära ja universaalsuse kirjeldamiseks on viie faktori mudel (McCrae & John, 1992).

Viie faktori mudeli kohaselt on olemas viis peamist seadumust: neurootilisus, ekstraversus, avatus kogemusele, sotsiaalsus ja meelekindlus. McCrae ja John (1992) väidavad, et vähim erimeelsusi viie seadumuse defineerimise osas on seotud neurootilisusega. *Neurootilisus* on seadumus kogeda negatiivseid emotsioone nagu hirm, kurbus, viha, süütunne; kõrge neurootilisuse tasemega indiviididel on tihti irratsionaalsed mõtted ja nad tulevad stressiga halvemini toime. Samuti on neurootilise seadumusega seotud tugev eelsoodumus haigestuda mitmetesse vaimu- ning kehalistesse haigustesse. *Ekstraversuse* all mõistetakse seadumust kogeda rohkem positiivseid emotsioone, olla suhtlusaldis ja aktiivne. *Avatus kogemusele* on defineeritav läbi ebakonventsionaalse hoiaku, uute ideede katsetamise, huvi nii sisemise kui ka välise maailma vastu. *Sotsiaalsuse* all mõistetakse seadumust olla altruistlik ja omakasupüüdmatu – kõrge sotsiaalsusega inimene on teiste suhtes hooliv ja abistav ning usub, et teised vastavad samaga. *Meelekindlus* on seadumus, mida iseloomustab sihikindlus. Kõrge meelekindlusega inimene viib oma ülesanded alati lõpuni ja on väga hea enesekontrollivõimega (Costa & McCrae, 1992). Viie faktori mudeli tugevust tõestab, et tegu on universaalse nähtusega - see on leitud eksisteerivat enam kui viiekümnes kultuuris (McCrae & Terracciano, 2005; Costa & McCrae, 1997).

Viie faktori teooria kohaselt on eelnevalt nimetatud viis seadumust just kui baastendentsid, mis mõjutavad indiviidi kohanemusi, kuid kohanemusi omakorda mõjutab ka

väliskeskkonnast tulenevad mõjutused. Seega on inimesel tugevalt bioloogiline eelsoodumus teatud viisil mõelda ja käituda, kuid selle avaldumisviisi on võimalik erinevates keskkondades erinevalt avalduma panna. Näiteks võib üks ekstravertne inimene eelistada rahvarohkeid sündmusi, teine aga hakata müügimeheks (Allik et al, 2003)

### ***Isiksuse tulemid ja tervis***

Eelnimetatud isiksuse viis seadumust mõjutavad inimese tõekspidamisi ja ümbritseva tajumist, samuti indiviidi mõtlemist ja käitumist erinevates olukordades. Ozer ja Benet-Martinez (2006) nimetavad neid isiksuse seadumustega seotud tulemiteks, mida nad liigitavad omakorda individuaalseteks, interpersonaalseteks ja sotsiaalseteks. Individuaalsete tulemite all mõistavad nad otseselt neid aspekte, mis on seotud indiviidi endaga, sõltumata otseselt sotsiaalsest keskkonnast. Selle näiteks on tervis ja identiteet. Interpersonaalsete tulemite all mõistetakse neid tulemeid, mis on seotud otseselt indiviidiga sotsiaalses keskkonnas (näiteks suhted eakaaslaste, vanemate, kallimaga). Sotsiaalsed tulemid on defineeritavad läbi üldise sotsiaalse tasandi, milles inimene eksisteerib ning mis teda mõjutab nagu näiteks töökeskkond ning sellega rahulolu. Käesolevas töös on võetud uurimiseks individuaalsete tulemite klaster, kuid nagu eelnevalt öeldu näitas, siis on mõistlik ja vajalik ka seda veelgi spetsiifilisemalt määratleda. Individuaalsete tulemite seast on valitud indiviidi tervist puudutav teemavaldkond, mille kõige täpsemaks käsitleks on antud uurimistöös mao- ning kaksteistsõrmiksoole haavandtõbi ja selle seos isiksusega.

### ***Isiksuse ja tervise vaheline seos***

Tervis ning tervisepsühholoogia on üha kasvava osatähtsusega nii teadlaste uurimisorbiidis kui ka tavainimese mõtetes, sest ollakse teadlikumad erinevatest võtetest oma eluiga pikendada ning kvaliteetsemaks muuta. Suurt tähelepanu pööratakse näiteks tervislikule toitumisele: propageeritakse sööma viis peotäit puu- ning juurvilju päevas<sup>1</sup>.

Seos isiksuse ja tervise vahel väljendab kolme erinevat protsessi. Esiteks, isiksuse seadumused on seotud teguritega, mis põhjustavad haigusi. Teiseks, isiksus võib viia käitumiseni, mis kas kaitsevad või kahjustavad inimeste tervist; ja kolmandaks, isiksuse seadumused on seotud terviseiga toimetulekustrateegiate eduka rakendamisega või parema kuuletumisega raviprogrammile (Ozer & Benet-Martinez, 2006).

---

<sup>1</sup> Vastavalt Tervise Arengu Instituudi soovitusel  
([www.toitumine.ee](http://www.toitumine.ee))

Kirjandusest jääb silma, et enim ning kindlmaid tulemusi annavad seoste otsingul isiksuse ja tervise vahel just meelekindlus ning neurootilisus. Näiteks on viimaste aastakümnete uuringud tervise ja isiksuse vahel viinud olulise avastuseni meelekindluse olulisusest seoses tervisega (Goodwin & Friedman, 2006). Üheks uurimuste suunaks on eluea uuringud – seda põhjusel, et pikaajalisus on parim üksik tunnus, millega saab tervist kirjeldada (Friedman, 2007) ning indiviidi surm selle lõpus on objektiivne, mis ei sõltu enesekohasest küsimustikust (Kern & Friedman, 2008). Näiteks on leitud, et meelekindlad inimesed elavad kauem (Friedman, 2007; Kern & Friedman, 2008; Löckenhoff et al, 2011; Terraciano et al, 2008). Ühe võimaliku põhjusena on toodud välja, et meelekindlus on negatiivselt seotud erinevate tervistkahjustavate käitumistega ning positiivselt tervislike eluviisidega (Roberts et al, 2005). Sarnaselt leidsid Hong ja Paunonen (2009) oma uuringus, et meelekindlus ja sotsiaalsus on negatiivselt seotud alkoholi tarbimisega, suitsetamisega ning kiiruse ületamisega autoroolis – kõik kolm eelnevat on näited potentsiaalsetest tervistkahjustavatest käitumistest. Pikemat eluiga ja ellujäämist ennustab meelekindlus mõõdetuna nii lapsepõlves kui ka täiskasvanueas (Friedman, 2007).

Lisaks meelekindlusele on leitud süstemaatilisi ning kindlaid mustreid neurootilisuse ja tervise vahel (Goodwin & Friedman, 2006). Lahey (2009) väidab, et neurootilisuse mõistmine on hädavajalik, et mõista erinevaid haiguseid, saada aru nende ravivõtetest ning seeläbi parandada rahva tervist. Põhjalikke uuringuid on tehtud nii vaimse kui füüsilise tervise osas ning üldine tendents näitab, et mida kõrgem neurootilisuse tase, seda suurema tõenäosusega esineb indiviidil erinevaid haiguseid (Lahey, 2009). Näiteks on leitud, et kõrgem neurootilisuse tase on seotud Alzheimeri tõve arenemisega (Duberstein et al, 2011), samas kui kõrgem meelekindluse tase vähendab Alzheimeri tõve arenemise riski (Wilson et al, 2007). Paljud uuringud on kinnitanud, et neurootilisus on seotud positiivselt mitmete meeoleuhäiretega nagu depressioon (Jylhä & Isometsä, 2006; Fanous et al, 2007; Jylhä et al, 2010; Lahey, 2009) ja bipolaarne häire (Jylhä et al, 2010). Neurootilisus on oluliselt seotud ka mitmete füüsiliste haigustega nagu südameveresoonekonna haigused (Suls & Bunde, 2005), astma (Huovinen, Kaprio, & Koskenvuo, 2001) ning ärritunud soole sündroom (Spiller, 2007). Põhjuseks, miks neurootilisus on erinevate haigustega seotud, on pakutud, et neurootilisus ning palju haigused on juhitud samade geenide poolt; neurootilisus põhjustab paljude stressivate elusündmuste kogemist ning liiga negatiivset reageerimist erinevatele sündmustele (Lahey, 2009).

## ***Mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandid***

Mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandid (ehk peptilised haavandid, haavandtõbi) on peamine haigus, mis mõjutab seedesüsteemi (Sonnenberg & Everhart, 1996). Eelnevalt nimetatud haavandite kohta on leitud, et kaksteistsõrmiksoolehaavandeid esineb ligikaudu kolm kuni neli korda rohkem kui maohaavandeid (Sonnenberg & Everhart, 1996), peptilised haavandid üldiselt esinevad rohkem majanduslikult ebakindlustamatutel indiviididel (Goodwin, 2009; Goodwin & Stein, 2002; Sonnenberg & Everhart, 1996) ning mõnevõrra vastakad on tulemused sooliste erinevuste kohta (Goodwin & Stein, 2002; Goodwin et al, 2009; Saliah et al, 2007).

Peptiliste haavandite peamiseks põhjustajaks arvatakse olevat *Helicobacter pylori* (töös kirjutatud ka *H. pylori*) infektsioon (Gränö et al, 2006; Jones, 2006; Saliah et al, 2007; Sonnenberg & Everhart, 1996; vt ka Maaros, 1995 ning Bruce & Maaros, 2008, *H. pylori* leviku kohta Eestis ning mujal maailmas). Goodwin ja Stein (2002) toovad välja, et nimetatud haavandite ja bakteri infektsiooni vahel olevat tugevat seost tõendab see, et (1) *H. pylori* olemasolu on kinnitatud enamikel peptiliste haavanditega patsientidel, (2) *H. pylori* eemaldamine/hävitamine organismist taandab gastriidi ja (3) *H. pylori* infektsioon loomadel põhjustab maohaavandeid. Viimasel ajal on aga teadlaste tähelepanu juhitud asjaolule, et *H. pylori* infektsioon ei pruugi olla ainus mõjutegur haavandtõvede arenemisel, kuna mitmed uuringud on näidanud, et kuigi peamiselt kõigil peptiliste haavanditega patsientidel on bakteriaalne infektsioon, siis vaid vähestel bakteriga nakatujatel areneb peptiline haavand (Gränö et al, 2006; Goodwin & Stein, 2002). Jones (2006) arutleb oma töös, et entusiasm *H. pylori* ainuvõimaliku ning parima põhjusena peptiliste haavandite arenemisel võiks olla tagasihoidlikum või vähemalt ettevaatlikum kolmel põhjusel. Esiteks, olenemata suurenenud teadmistest peptiliste haavandite patogeneesist, vähenenud *H. pylori* infektsioonist Läänes ning efektiivsete raviteraapiate arenemisest, on haavandtõve esinemissagedus siiski kõrge. Teiseks, nagu eelpool mainitud, leiab ka Jones (2006), et enamikel nakatunud inimestel ei arenene haavandtõbe. Kolmandaks, 5-20% haavandtõvega patsientidest ei ole nakatunud *H. pylori* bakteriga ega oma muud orgaanilist riskifaktorit.

## ***Keskkondlike ja psühhosotsiaalsete tegurite mõju peptiliste haavandite arenemisel***

Uurimused on näidanud, et väga olulist seletusjõudu peptiliste haavandite arenemisel omab mitte-steroidsete põletikuvastaste ravimite (inglise keeles *nonsteroidal anti-inflammatory drugs* – NSAID) tarvitamine. Näiteks toovad Huang ja Hunt (2002) oma meta-

analüüsis välja, et kolmandikul pika-ajalistest NSAIDidide kasutajatest esines mao- või kaksteistsõrmiksoolehaavandid olenemata *H. pylori* esinemisest või uurimismeetodist. Samas leiti, et seedesüsteemihaavandite haigus oli sagedam, kui lisaks nimetatud ravimite kasutamisele oli ka *H. pylori* infektsioon. Saliah ja kollegid (2007) viitavad oma uurimuses asjaolule, et *H. pylori* infektsioon, NSAIDide tarvitamine ning suitsetamine kokku võivad omada 89-95 % seletusjõudu peptiliste haavandite esinemisele.

Lisaks mitte-steroidsete pidurdavate ravimite tarvitamisele ning suitsetamisele (Gränö et al, 2006), on erinevad autorid arvanud, et olulist rolli haavandtõve arenemisel võib omada ka alkoholi liigtarvitamine (Levenstein, Kaplan & Smith, 1997; Saliah et al, 2007) ning pidev psühhosotsiaalse stressi kogemine, mille heaks näiteks on leitud, et pärast Kobe maavärinat suurenes haavandtõve esinemissagedus ning sõjavangiks olemine suurendas samuti peptiliste haavandite arenemistõenäosust (Gränö et al, 2006).

### ***Isiksuse seosed peptiliste haavanditega***

Mitmed autorid on uurinud ning leidnud seoseid isiksuse ja peptiliste haavandite esinemise vahel. Viimastel aastatel on teadlaste huvi äratanud seose leidmine krooniliste peptiliste haavandite ning meeleolu- ning ärevushaiguste vahel. Põhjust sellise seose olemasoluks väljendab kolm asjaolu: (1) kliinilised uuringud kinnitavad seost kõrgenenud ärevuse ja neurootilise isiksuse ning haavandtõve vahel; (2) uurimustes, kus on kaasatud meeleolu- ja ärevushäiretega patsiente, on leitud, et neil on võrreldes tavapopulatsiooniga rohkem probleeme seedesüsteemis; (3) erinevate rahvaste uuringud on näidanud, et meeleolahäirete ning haavandtõve vahel on seos (Goodwin et al, 2009). Goodwin ja kolleegid (2009) leidsid, et meeleolu- ning ärevushäire oli sagedasem neil, kel oli mao- või kaksteistsõrmiksoolehaavandtõbi. Samuti on leitud, et üldistunud ärevushäire on seotud viiekordse suurenenud tõenäosusega haavandtõve esinemiseks (Goodwin & Stein, 2002).

Kuid mitte ainult kliiniline ärevushäire ei ole seotud suurema tõenäosusega peptiliste haavandite tekkeks. Ka ärevuse kui tavaseisundi seose otsimine mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavanditega on andnud üpris sarnaseid tulemusi. Näiteks leidis Jones (1957), et just ärevus on oluline tegur, mis põhjustab peptiliste haavandite sümptomite avaldumismäära. Veelgi enam, mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavanditega inividid on võrrelduna tervete inimestega rohkem ärevamad (Ghosh & Sharma, 2006; Alp, Court & Grant, 1970; Tennant, Goulston & Langeluddecke, 1997; Ghosh & Sharma, 2006).

Vaadeldes teisi neurootilisuse alaskaalasisid – vaenulikkus (*hostility*), depressiivsus (*depression*), ebakindlus (*self-consciousness*), impulsiivsus (*impulsiveness*) ning haavatavus

(*vulnerability*) (Costa jr & McCrae, 1992) – võib leida varasematest töödest ka neist osale alaskaaladele iseloomulike seisundite seoste leidmist mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavanditega. Näiteks uurisid Gränö ja kolleegid (2006) 4636 haigla töötajat kahel korral kaheaastase vahega ning leidsid, et selle aja jooksul diagnoositi neist 89 inimesel peptiline haavand. Haigestunud ja mitte-haigestunud inimeste uurimisel leidsid nad, et pärast vanuse, soo ja hariduse kontrollimist suurenes impulssiivsete inimeste haigestumistõenäosus võrreldes vähem-impulssiivsetega 2,42 korda. Levenstein, Kaplan ja Smith (1997) viisid läbi uurimuse, mis näitas, et indiviidid, kellel ei olnud peptilisi haavandeid, kuid kelle psühholoogilised näitajad viitasid depressiivsusele, ebakindlusele, sotsiaalsusest võõrandumisele või vaenulikkusele, arenes 9-aastaselt perioodil suurema tõenäosusega peptiline haavand. Levenstein (2002) toob oma ülevaateartiklis peptiliste haavandite ja ärritunud soole sündroomi kohta muuhulgas välja, et vaenulikkus on iseloomujoon, mis mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavanditega patsientidel on kõrgem.

Uurimusi võib leida ka seose otsimisest seadumuse tasandil. Piper ja kolleegid (1977) mõõtsid isiksust Eysencki isiksuse küsimustikuga (*Eysenck Personality Inventory*) ning leidsid, et meestel, kel esines krooniline maohaavand, oli kõrgem neurootilisuse tase ning madalam ekstravertsus. Antud uurimuses võrreldi haavanditega gruppi kontrollgrupiga, kui kontrolli alla oli võetud ka vanus, sugu ja elukoht. Goodwin ja Friedman (2006) viisid Ameerika Ühendriikides läbi suuremahulise uuringu isiksuse ja erinevate psüühikahäirete ja füüsiliste haiguste vahel. Nende poolt uuritavasse valimisse kuulus 3032 indiviidi vanuses 25-74 eluaastat ning muuhulgas leiti, et neil, kel esines haavandeid, oli kõrgem neurootilisuse tase. Tennant, Goulston ja Langeluddecke (1986) uurisid samuti isiksuse ja mao- ning kaksteistsõrmiksoolehaavandite seost, kuid vaatlusid seejuures eraldi maohaavanditega indiviide ning kaksteistsõrmiksoolehaavanditega isikuid. Oma töö teoreetilises sissejuhatuses ning mõnevõrra ka tulemuste ja interpretatsiooni osas arutlevad nad selle üle, et peptiliste haavanditega inimestel on kõrgem neurootilisuse tase. Nende töö põhitulemuseks on, et kaksteistsõrmiksoolehaavanditega isikutel on kõrgem ärevus ja madalam ekstravertsuse tase kui kontrollgrupil. Maohaavanditega patsientidel leiti olevat aga kõrgem neurootilisuse tase kui kaksteistsõrmiksoole haavanditega patsientidel (Tennant et al, 1986).

### ***Käesoleva uurimistöö eesmärk ja hüpoteesid***

Levenstein (2002) toob välja oma töös, et *H. pylori* avastamine on kontseptuaalses ja praktilises plaanis peptiliste haavandite patogeneesi uurimisel nurgakiviks. Samas näitas aga eelnev kirjanduse refereering, et lisaks nimetatud bakteri infektsioonile on nii keskkondlikke,

psühhosotsiaalseid kui ka isiksusega seotud faktoreid, mis omavad seletusjõudu käsitletava haavandtõve tekkimise seletamises. Seetõttu võibki leida antud teema uurimises probleemi, et paljud teadlased (eeskätt meditsiini valdkonnas) on suunanud oma jõupingutused *H. pylori* või mitte-steroidsete põletikuvastaste ravimite uurimisele ning samal ajal ei ole pööratud isiksuse ning peptilise haavandi seoste piisavat tähelepanu. Nii on kirjandusest raske kui mitte võimatu leida süstemaatilisi isiksuse ning peptiliste haavandite vahelise seose uuringuid, kus kasutatavad mõõtevahendid oleksid tänapäevased. Seepärast võetakse käesolevas uurimistöös aluseks viie faktori mudel, mis on hetkel parim ning usaldusväärseim viis inimese isiksuse seadumuste kirjeldamiseks. Üldisemate seadumuste tasandilt liigutakse ka alaskaalade tasandile, et jälgida seost isiksuse ja käsitletava tõve vahel veelgi spetsiifilisemalt. Seline lähenemine võiks pakkuda süstemaatilisi, kaasaegseid ning uusi tulemusi isiksuse ja mao- ning kaksteistsõrmiksoolehaavandite seoste uurimisel. Samuti on uurimistöo tulemused olulised, et näidata vastava seose olemasolu (või puudumist) just Eestis elavate inimeste valimil.

Antud uurimistöös on püstitatud järgmised hüpoteesid: (1) peptilise haavandiga indiviididel on kõrgem neurootilisuse ja madalam ekstravertsuse määr kui neil inimestel, kel haavandtõbe ei ole diagnoositud; (2) Neurootilisuse alaskaaladest on enim seotud haavandtõppe haigestumisega N1: ärevus (*anxiety*), N2: vaenulikkus (*hostility*), N3: depressioon (*depression*) ja N5: impulsiivsus (*impulsivity*); (3) Neurootilisuse roll peptilise haavandi ennustamisel jääb oluliseks ka peale vanuseliste, sooliste ja muude käitumuslike tegurite arvesse võtmist.

Töö autor ei ole olnud tegev andmekogumises antud uuringu tarbeks. Autori originaalpanus seisneb siinkohal kogu seminaritöö kirjutamises, sealhulgas teemakohase kirjanduse otsing ja analüüs, andmeanalüüs ning tulemuste esitus ja interpretatsioon.

## Meetod

### *Katseisikud*

Katseisikute andmed käesolevas seminaritöös on kogutud Tartu Ülikooli Eesti Geenivaramu ning Tartu Ülikooli Psühholoogia instituudi koostöös. Kõik andmed on kogutud kooskõlas Eesti Geeniuuringute seadusega ning kõik uurimuses küsitletud inimesed on andnud uurimuses osalemiseks informeeritud nõusoleku. Valim koosneb 1731 inimesest, kelle hulgas oli 740 meest ja 991 naist. Uurimuses osalejate keskmine vanus oli  $M = 42,8$  eluaastat ( $SD = 16,5$ ), varieerudes vahemikus 18-89 (vt ka Mõttus et al, trükis). Vastajate seas oli 6

protsendil põhiharidus, 50 protsendil kesk- ning keskeriharidus ja 41 protsendil kõrgharidus. Kuna tegu on uurimistööga suuremahulisemast projektist, siis ei ole valimi moodustumisel põhiteguriks ainult peptilise haavandi olemasolu või puudumine, vaid valim moodustub katseisikutest, kes olid nõus täitma ära meditsiinilised küsimustikud, andma vereanalüüsi ning täitma isiksust mõõtvat küsimustiku, et uurida eestlaste tervist mitmest aspektist.

## ***Mõõtevahendid***

### *NEO-PI-3*

Isiksuse hindamiseks paluti uurimuses osalevatel inimestel täita küsimustiku NEO-PI-3 (McCrae, Costa, & Martin, 2005) eestikeelne versioon. NEO-PI-3 on Kallasmaa ja kolleegide (2000) poolt eesti keelde kohandatud küsimustiku NEO-PI-R kaasaegsem ning paremini arusaadavam variant, kus küsimuste sõnastus on muudetud lühemaks ning keeleliselt kergemaks. NEO-PI-3 on NEO-PI-R muudetud versioon, et suurendada vastuste täpsust ning inimeste arusaamist küsimustikust. Samuti on võimalik NEO-PI-3 küsimustikku esitada noorematele ning vähema lugemisoskustega isikutele (McCrae et al, 2005).

NEO-PI-3 koosneb 240 küsimusest, mis mõõdavad viit suurt isiksuse seadumust – neurootilisust, ekstravertsust, avatust, sotsiaalsust ja meelekindlust – ning nende 30 alaskaalat. Katseisikud hindavad iga küsimust viie palli skaalal vahemikus 0 - *ei nõustu üldse* kuni 4 - *nõustun täielikult*.

### *Mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandite esinemine*

Peptiliste haavandite hindamine oli osa pikemast intervjuust, mille viis katseisikuga läbi meditsiinilise väljaõppega intervjuuerija. Katseisikutel paluti märkida, milliseid haiguseid on neil diagnoositud, sealhulgas peptilised haavandid, mis hiljem kodeeriti vastavalt rahvusvahelise haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistilisele klassifikatsioonile RHK-10 (K25 – maohaavand; K26 – kaksteistsõrmiksoole haavand; mõlemal juhul 0 – haavand puudub; 1 – haavand esineb). Intervjuerijad tegid ülestähendusi ka selle kohta, kui võrd usaldusväärne oli uurimuses osalejate hinnang haavanditõve olemasolule. Selle hindamiseks on tulemused kodeeritud järgnevalt: „usalduse kategooria teadmata“, „tõestatud, kõik vajalikud dokumendid diagnoosiks olemas“, „tõestatud, kuid mõned dokumendid puudulikud“, „tõenäoline, diagnoos püstitatud, kuid uuringud pooleli“, „inimene arvab, et tal on haavandid, kuid tõestavad väljavõtted puuduvad“. Mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandite esinemist vaadeldakse käesolevas uurimuses ühise koondtunnusena, kuna tegemist on sama

piirkonna haigusega ning niiviisi on käsitletavate katseisikute osakaal suurem. Samuti näitas ka eelnev kirjanduse analüüs, et mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandeid uuritakse tihtilugu koos.

### Depressiivsete episoodide olemasolu, masendus- ja ärevustunne

Intervjuu käigus paluti vastajatel hinnata, kas neil on kunagi esinenud depressiivseid episoodide (vastavalt rahvusvahelise haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistilise klassifikatsioonile RHK-10 (F32 ja F33; 0 – depressiivset episoodi ei ole esinenud; 1 – depressiivne episood on esinenud) ning kuivõrd suurt ärevust või masendust nad kogesid (0 – mul ei ole ärevust või masendust; 1 – mul on mõõdukas või väga tugev ärevus või masendus)

### Valu ning ebamugavustunne

Kuna peptiliste haavanditega käib kaasas ka valu või ebamugavustunne haavandi piirkonnas, siis on uurimuses vaatluse alla võetud ka küsimus, milles paluti vastajatel märkida, kas neil esineb mõõdukat või tugevat valu või ebamugavustunnet (1) või ei ole neil mingeid valusid ega ebamugavustunnet (0).

### Suitsetamine ja alkoholarbimine

Intervjuu käigus küsiti vastajatelt põhjalikult ka nende suitsetamisharjumuste ja alkoholarbimise kohta. Antud töös on kasutusel kaks koondtunnust, mis näitavad, kas vastaja on kunagi suitsetanud (1) või mitte (0) ning kas on kunagi alkoholi tarbinud (1) või mitte (0).

## Tulemused

### ***Haavandtõvega vastajate isiksuse seadumused ning muud näitajad***

Peptiliste haavanditega inimeste osakaal kogu valimist moodustas 6.6 protsenti ehk siis oli kokku 115 (70 meest ja 45 naist) inimest keskmise vanusega 52,2 aastat ( $SD = 15,8$ ), kel esines kas mao- ( $n = 45$ ) või kaksteistsõrmiksoolehaavand ( $n = 76$ ; kuuel vastajal esinesid mõlemad korraga).<sup>2</sup> Peptilise haavandiga isikute haiguse usaldusväärse hinnangute analüüs

<sup>2</sup> Eesti Sotsiaalministeeriumi andmetel esineb peptiline haavand rahvastikus 4-15% naistest ja 10-15% meestest (vt [www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/gastroenteroloogia.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/gastroenteroloogia.pdf)).

näitas, et keskmiselt 15% vastajatel oli diagnoos dokumentaalselt kinnitatud, 62% märkis, et neil on peptiline haavand, kuid neil puudus sellekohane dokumentaalne kinnitus<sup>3</sup> ning 22% juhtumitest oli diagnoosi usaldusväärsus teadmata.

Nagu tabelist 1 näha, olid peptilise haavandiga vastajad haavandita (edaspidi tervetest<sup>4</sup>) vastajatest (keskmine vanus  $M = 42,1$ ,  $SD = 16,3$ ) keskmiselt kümme aastat vanemad ( $F(1,1729) = 41,6$ ,  $p = .000$ ). Võrreldes tervete rühmaga, oli haavandtõvega vastajate seas märkimisväärselt enam mehi ning statistiliselt oluliselt suurem osakaal neid, kes olid kogenud valu või ebamugavustunnet ( $F(1,1709) = 38,3$ ,  $p = .000$ ), tundnud ärevust või masendust ( $F(1,1709) = 4,2$ ,  $p < .05$ ) ning kes olid kunagi elu jooksul suitsetanud ( $F(1,1718) = 34,6$ ,  $p = .000$ ).

**Tabel 1. Käitumuslike ja sotsiaaldemograafiliste näitajate keskmised näitajad ja sagedused peptilise haavandi ning tervete vastajate gruppides.**

	Haavandtõvega isikud ( $N = 115$ )	Terved isikud ( $N = 1616$ )
Vanus (aastates)	52,2	42,1
Mehed (%)	60,9	41,5
Koges valu või ebamugavustunnet (%)	62,6	34,2
On esinenud depressiivseid episoodide (%)	12,2	8,7
Koges ärevust või masendust (%)	43,4	33,9
On kunagi suitsetanud (%)	64,3	36,9
On kunagi alkoholi tarbinud (%)	94,8	92,8

**Tabel 2. Isiksuse seadumuste keskmised skoorid peptilise haavandi ning tervete vastajate gruppides.**

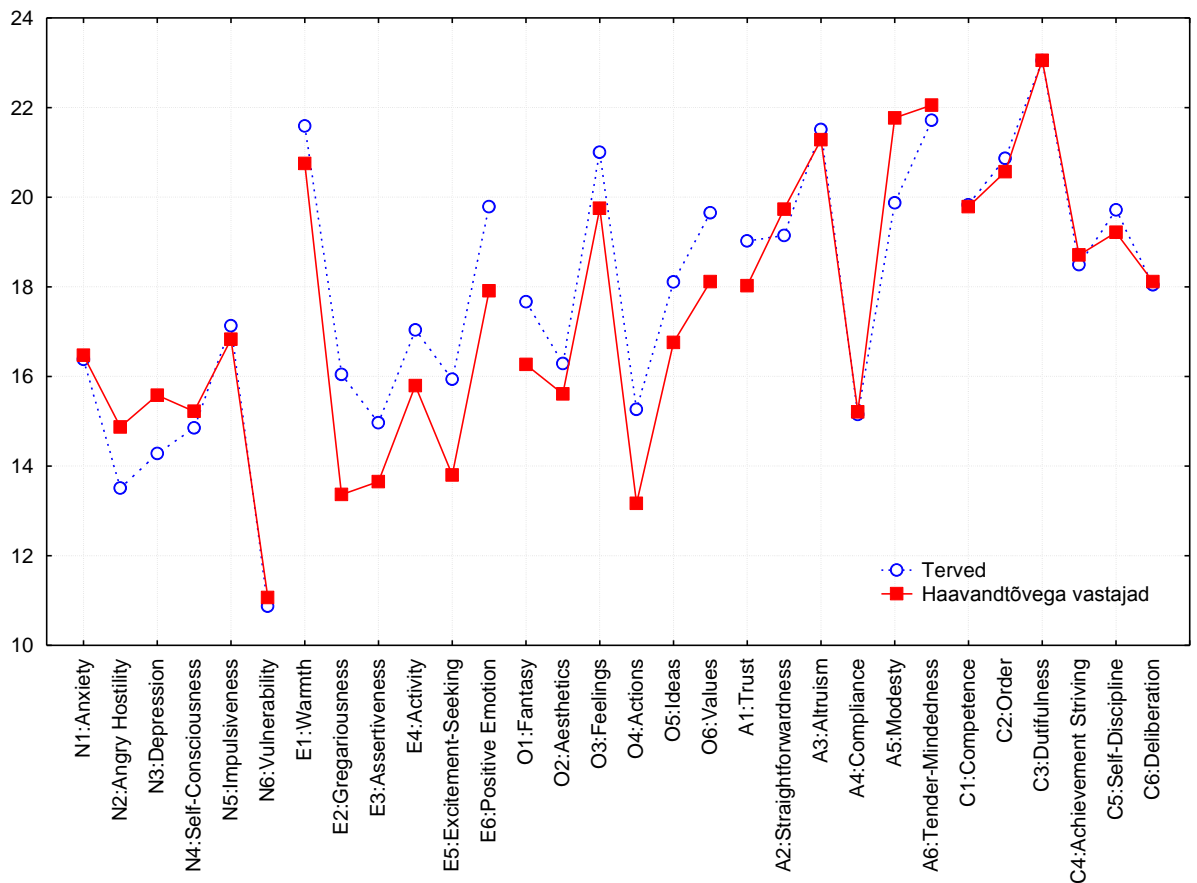
	Haavandtõvega isikud ( $N = 115$ )		Terved isikud ( $N = 1616$ )	
	$M$	$SD$	$M$	$SD$
Neurootilisus	90	23,5	87,0	24,0
Ekstravertsus	95,3	25,4	105,4	26,2
Avatus	99,7	20,8	108,0	21,9
Sotsiaalsus	118,1	20,6	116,4	18,8
Meelekindlus	119,4	21,3	120,0	21,3

Kas esineb erinevusi tervete ning peptilise haavandiga vastajate isiksuse seadumustes? Dispersioonanalüüs näitas, et haavandtõvega inimestel oli võrrelduna tervete isikutega

<sup>3</sup> Kuna intervjuud viidi läbi meditsiinilise eriharidusega inimeste poolt, siis võib TÜ Geenivaramu andmetel ka antud diagnoosi küllaltki usaldusväärseks pidada, eriti kui diagnoosiga kaasnes ka vastavate ravimite kasutus (Kadri Lilienthal, isiklik kirjavahetus, 27. oktoober 2011).

<sup>4</sup> Nimetus „terved“ on tinglik mõiste ning kehtib vaid antud töö raames ega välista asjaolu, et tervete rühma kuuluvatel inimestel võib olla diagnoositud suur hulk erinevaid teisi haiguseid.

oluliselt madalam ekstravertsuse ( $F(1,1714) = 15,7$   $p = .000$ ) ja avatus kogemusele ( $F(1,1714) = 15,4$   $p = .000$ ) skoor (vt ka Tabel 2). Mõningane erinevus peegeldus ka neurootilisuse osas (peptilise haavandiga isikutel oli kõrgem skoor), kuid see ei olnud statistiliselt oluline ( $F(1, 1714) = 1,7$   $p = .197$ ). Sotsiaalsuse ja meelekindluse osas kahe grupi vahel erinevused puudusid. Isiksustesti NEO-PI-3 alaskaalade analüüs (vt Joonis 1) näitas, et kahe rühma vahel esinesid statistiliselt olulised erinevused kõigi ekstravertsuse (va E1: Soojus) ning avatuse (va O2: Avatus kunstile) keskmiste skooride vahel usalduse nivool  $p < .05$  (peptilise haavandi diagnoosiga vastajad olid vähem ekstravertsed ja avatud). Võrreldes tervete rühmaga, olid peptilise haavandi diagnoosiga vastajatel kõrgemad skoorid N2: Vaenulikkus, N3: Depressioon ning A5: Tagasihoidlikkus alaskaaladel (kõik olulised  $p < .05$ )



**Joonis 1. Tervete ja haavandtõvega vastajate isiksuseprofiilid 30 alaskaala lõikes.**

### ***Logistiline regressioonanalüüs***

Järgnevalt viidi läbi logistiline regressioonanalüüs eesmärgiga ennustada peptilise haavandi esinemise tõenäosust erinevate sotsio-demograafiliste, käitumuslike ning isiksuse seadumuste alusel. Kuna haavandtõvega vastajate seas oli enam mehi ning nad olid tervetest

kõrgema keskmise vanusega, oli nende tunnuste analüüsi kaasamine möödapääsmatu, kuna varasemad uuringud on näidanud isiksuse seadumuste puhul nii soolisi (Schmitt, Realo, Voracek, & Allik, 2008) kui ka vanuselisi (Costa et al, 2000) erinevusi. Lisaks olid peptilise haavandi esinemise tõenäosust ennustavateks tunnusteks vastajate skoorid isiksuse testis, ärevuse ja masenduse ning valu ja ebamugavustunde kogemine ja suitsetamine. Kõigepealt kaasati analüüsi peamised isiksuse seadumused (neurootilisus, ekstravertsus, avatus, sotsiaalsus ja meelekindlus) ning hiljem korrati analüüsi alaskaalade tasandil. Alkoholi tarbimisharjumust väljendav tunnus ning depressiivsete episoodide esinemist kajastav tunnus jäeti analüüsist välja, kuna nende tunnuste alusel ei esinenud haavandtõvega ning tervete isikute rühmade vahel statistiliselt olulisi erinevusi.

Kasutades ennustavate tunnuste sisestamiseks erinevaid sammregressiooni meetodeid (so *forward stepwise* ja *backward stepwise*) selgus, et mudeli headus ega kirjeldusvõime ei parane oluliselt, mis tõttu kasutatakse regressioonanalüüsis meetodit, millega sisestatakse kõik tunnused korraga.

Pärast eelpool nimetatud tunnuste sisestamist mudelisse selgus, et mudeli kirjeldusvõime on küllaltki väike – Nagelkerke' pseudokorrelatsiooni ruutväärtus = .16. Tabelist 3 võib näha ennustavate tunnuste regressioonkordajaid, Wald'i statistikut ning mudelis kaasatud tunnuste koefitsientide statistilist olulisust. Tabelist 3 on muuhulgas näha, et haavandtõve statistiliselt olulised ennustajad on suitsetamine, vanus, sugu, ning valu või ebamugavustunde esinemine (kõik olulised usaldusnivool  $p < .01$ ). Vastavad riskisuhted koos 95% usalduspiiridega on samuti toodud tabelis 3 ning neist ilmneb, et nendel inimestel, kes on kunagi suitsetanud, on ligikaudu kolm korda suurem tõenäosus olla haigestunud peptilisse haavandisse kui neil, kes ei ole kunagi suitsetanud. Inimestel, kes märkisid, et neil esineb mõõdukat kuni tugevat valu või ebamugavustunnet on kaks korda suurem peptilise haavandi tõenäosus kui neil, kes valu või ebamugavustunnet ei kogenud. Viiest isiksuse seadumusest on olulisima ennustusjõuga ekstravertsus, kuid selle mõju ei olnud statistiliselt oluline ( $p = .07$ ). Kõigi isiksuse seadumuste riskisuhe on lähedane ühele, millest võib järeldada, et isiksuse seadumustel puudub statistiliselt oluline ennustusjõud peptilise haavandi prognoosimisel.

**Tabel 3. Logistiline regressioon haavandtõve ennustavate tunnuste kohta (kaasates NEO-PI-3 põhiskaalad).**

	<i>B</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	Riskisuhe (OR; 95 CI)
Sugu	-,748	10,58	,001	0,47 (0,30 – 0,74)
Vanus	,028	15,16	,000	1,03 (1,01 – 1,04)
Valu või ebamugavustunne	,693	9,35	,002	2,00 (1,28 – 3,12)
Ärevus/masendus	,066	0,08	,772	1,07 (0,68 – 1,67)
Suitsetamine	1,075	23,45	,000	2,93 (1,90 – 4,53)
Isiksuse seadumused				
Neurootilisus	,004	0,45	,503	1,00 (0,99 – 1,01)
Ekstravertsus	-,009	3,27	,071	0,99 (0,98 – 1,00)
Avatus kogemustele	-,002	0,11	,745	1,00 (0,99 – 1,01)
Sotsiaalsus	-,002	0,08	,776	1,00 (0,99 – 1,01)
Meelekindlus	,006	1,20	,274	1,00 (0,99 – 1,02)
<i>Konstant</i>	<i>-3,51</i>	<i>6,37</i>	<i>,012</i>	<i>0,30</i>

*Märkus.* Wald = Wald statistik; OR = *odds ratio* (ingl. k); 95 CI = riskisuhte 95% usalduspiirid

Kuna käesoleva seminaritöö eesmärgiks on uurida isiksuse seost ka alaskaalade tasandil, siis viidi järgnevalt läbi logistiline regressioon kaasates analüüsi kõik eelnimetatud sotsiodemograafilised ning käitumuslikud tunnused ning 30 NEO-PI-3 alaskaalat. Sarnaselt eelnevaga kasutati ka siinkohal meetodit, kus kõik tunnused sisestati analüüsi korruga, kuna sammregressioon mudeli kirjeldusvõimet oluliselt ei parandanud. Võrreldes sellega, kui sisestada mudelisse isiksuse peaskaalade asemel alaskaalad, paraneb mudeli kirjeldusvõime minimaalselt – Nagelkerke'i ruutkorrelatsioon = 0,20, lisades eelneva mudeliga võrreldes kirjeldusvõimele 4%.

**Tabel 4. Logistiline regressioon haavandtõve ennustavate tunnuste kohta (kaasates NEO-PI-3 alaskaalad)**

	<i>B</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	Riskisuhe (OR)
Sugu	-,789	8,71	,003	0,45 (0,27 – 0,77)
Vanus	,028	10,07	,002	1,03 (1,01 – 1,05)
Valu või ebamugavustunne	,687	8,50	,004	1,99 (1,25 – 3,15)
Ärevus/masendus	,123	0,26	,609	1,13 (0,71 – 1,81)
Suitsetamine	1,068	21,16	,000	2,91 (1,85 – 4,59)
Isiksuse seadumused				
N2: Vaenulikkus	,061	3,70	,054	1,06 (0,99 – 1,13)
C4: Saavutusvajadus	,061	4,90	,027	1,06 (1,00 – 1,21)
<i>Konstant</i>	<i>-3,114</i>	<i>2,63</i>	<i>,105</i>	<i>0,04</i>

*Märkus.* Wald = Wald statistik; OR = *odds ratio* (ingl. k); 95 CI = riskisuhte 95% usalduspiirid. Tabelis on esitatud vaid nende NEO-PI-3 alaskaalade vastavad näitajad, mis osutusid mudelisel oluliseks.

Nagu näha Tabelist 4, olid ka antud analüüsis vastajate suitsetamisharjumus, vanus, sugu, valu või ebamugavustunde kogemine haavandtõve statistiliselt olulised ennustajad ( $p < .01$ ). Isiksuse seadumustest alaskaalade tasandil ennustasid haavandtõve esinemise täenäosust C4: Saavutusvajadus ( $Wald = 4,90, p = .027$ ) ja marginaalselt N2: Vaenulikkus ( $Wald = 3,70, p = .054$ ). Riskisuhe näitab, et skooride tõus ühe standardhälbe võrra C4: Saavutusvajaduse ning N2: Vaenulikkuse alaskaalal suurendab haavandtõve esinemise riski keskkeltläbi 1,06 korda ehk 6% võrra.

## Arutelu ja järeldused

Käesoleva seminaritöö eesmärgiks oli uurida isiksuse seadumuste ja peptiliste haavandite esinemise seost. Peamiseks oodatavaks tulemuseks oli seose esinemine Neurootilisuse, Ekstravertsuse ning peptilise haavandi esinemise vahel, kontrollides sealjuures mitmeid sotsio-demograafilisi ja käitumuslikke tunnuseid (sh vanus, sugu, valu või ebamugavustunde esinemine, ärevus- ja masendustunne ning suitsetamine). Logistiline regressioon näitas, et pärast nimetatud demograafiliste ja psühholoogiliste näitajate kontrolli alla võtmist ei oma isiksuse peaskaalad statistiliselt olulist seletusjõudu, mis mõneti on üllatav, kuid on suuremas osas eelnevalt publitseeritud teadustöödega kooskõlas. Mudeli kirjeldusvõime Nagelkerke'i pseudo ruutkorrelatsioonikordaja põhjal oli 16%. See näitaja on olulisem madalam kui Huang ja Hunti (2002) meta-analüüsis, kus NSAID' de tarvitamine, *H. pylori* infektsioon ja suitsetamine seletasid 89-95% haavandtõve esinemise tõenäosusest. Kokkuvõttes tähendab see, et antud töö kolmas hüpotees kinnitust ei leidnud – muude näitajate arvesse võtmisel puudus isiksuse seadumustel (sh Neurootilisusel) haavandtõve esinemise ennustuses iseseisev panus.

Samas tuli välja, et sugu, vanus ning suitsetamine on olulised tunnused ennustamaks peptilise haavandi esinemist. See on kooskõlas ka eelnevate töödega, kus leiti, et suitsetamise osatähtsus haavandite arenemisel on oluline (Saliah et al, 2007) ning haavandtõvega isikud on vanemad (Goodwin et al, 2009). Suitsetamise oluline mõju haavandtõve esinemisel võib väljenduda seedepiirkonna limaskestast poolt prostaglandiini sünteesi vähendamises, mis on oluline kaitsefaktor limaskestast kaitstes. (Goodwin et al, 2009). Vanuse mõju põhjuseid võib olla mitmeid: näiteks võib vanusega kaasnedu organismi üldine nõrgenemine ning kehvem funktsioneerimine; samuti võib vanusega lisanduda ka mitmete keskkondlike stressi põhjustavate sündmuste kogemine. Stressi kogemine omakorda vähendab loomadel soolestiku piirkonnas verevoolu ning võib seetõttu muuta ka inimese mao ning kaksteistsõrmiku

erinevatele haigustele haavatavamaks (Levenstein, 2002). Levenstein (2002) toob ka välja, et stressi kogemine põhjustab suurenenud hapete sekretsiooni seedepiirkonnas.

Sooliste erinevuste kohta peptilise haavandi esinemismäära kohta on kirjandus tagasihoidlik, kus märgitakse, et soolisi erinevusi ei esine (Sonnenberg ja Everhart, 1996) või on vähesed (Tennant et al, 1986) – mõned uurimused kinnitavad naistel enam peptilisi haavandeid (Goodwin & Stein, 2002; Goodwin et al, 2009), teised uurimused jällegi meestel (Saliah et al, 2007). Käesoleva töö raames võiks meestel esinevat peptilise haavandi suuremat esinemissagedust seletada elustiiliga, kus mehed on tunduvalt riskeerivama ning tervistkahjustavama käitumisega<sup>5</sup>. Tervistkahjustav käitumine võib viia erinevate organite kahjustumiseni, sealhulgas mao- ning kaksteistsõrmiksoole kahjustuseni, riskeeriv käitumine võib põhjustada aga keskkondliku stressi kogemist, näiteks neist tulenevad võimalikud sanktsioonid ja karistused või elukvaliteedi muutus.

Võrreldes peptiliste haavandite isikuid ja terveid, saab osaliselt kinnitada esimest hüpoteesi, et peptiliste haavanditega isikud on madalama ekstravertsuse tasemega, mis on kooskõlas ka eelnevate töödega. Antud uurimusest peegeldus lisaks veel, et peptiliste haavanditega isikutel, võrreldes tervetega, on oluliselt madalam avatus ning mõnevõrra kõrgem neurootilisus (viimane erinevus ei olnud statistiliselt oluline). Ekstravertsuse taseme madalam määr võib näidata, et peptiliste haavanditega isikud on vähem optimistlikumad ning vähem rõõmsamad, mis mõjutab nende suhestumist ümbritsevaga ning võib viia erinevate käitumiseni, mis võivad soodustada peptiliste haavandite teket. Samas võivad erinevused ekstravertsuse ja avatuse määras haavantõve ja tervete grupi vahel peegeldada ka vanuselisi ning soolisi erinevusi.

Uurimaks täpsemalt isiksuse ning haavantõppe haigestumise seoseid, viidi läbi logistiline regressioonanalüüs ka alaskaalade tasemel, kus leiti, et mudeli kirjeldusvõime vähesel määral paranes. Siinkohal tulid statistiliselt oluliselt esile neurootilisuse alaskaala N2: Vaenulikkus ja meelekindluse alaskaala C4: Saavutusvajadus. Vaenulikkuse alaskaalat iseloomustab, nagu nimigi ütleb, vaenulikkus. Indiviidid, kes saavutavad kõrge skoori N2 alaskaalal, kogevad rohkem viha ning kibestumust. Samuti on nad rohkem frustreritud. C4 ehk saavutusvajadus on alaskaala, kus kõrge skoori saavutanud isikud on vägagi saavutusele motiveeritud, nad töötavad kõvasti, et saavutada oma eesmärgid. Osaliselt on see kooskõlas

<sup>5</sup> Tervise Arengu Instituudi andmetel on 37% mehi ning 19% naisi igapäevasuitsetajad, 37% meestest tarvitavad alkoholi mõni kord nädalas, samas kui naisi on sama näitaja alusel 13% ning joores peaga autorooli istunutest 3,4% mehed ning 0,3% naised.

(<https://statistikaamet.wordpress.com/2011/11/10/uile-kolmandiku-meestest-ja-ligi-viiendik-naistest-suitsetab-iga-paev>)

eelmiste uuringute, kus leiti, et vaenulikkus on üks teguritest, mis iseloomustab seedesüsteemahaavanditega patsiente. Mõeldes meeleskindluse alaskaala – saavutusvajadus - peale, siis on huvitav märkida, et isik, kes püüab täita kõik eesmärgid iga hinna eest, kogeb oma elus ka rohkem stressi, mis viib eelnevate uuringuteni, et keskkondliku stressi tajumise ja mao- ning kaksteistsõrmiksoolehaavandite vahel võib olla seos (Gränö et al, 2006). Võiks ka eeldada, et saavutuspüüdlus juhib inimesi rohkem olema vaenulik teiste suhtes, et saavutada oma eesmäärke.

Uurimistulemused võimaldavad kinnitada osaliselt ka teist hüpoteesi, kuna tulemustest selgus, et esineb statistiliselt oluline keskmine erinevus neurootilisuse alaskaadel N2: Vaenulikkus ja N3: Depressioon. Nende alaskaalade põhjal võib eeldada, et kõrgema skooriga isikud kogevad rohkem negatiivseid emotsioone, on teiste vastu tõrksamad ning nad on tihti masendunud. Selline emotsioonide ja käitumiste kombinatsioon võib viia jällegi erinevate peptiliste haavandite tekkeks soodsate käitumisteni nagu suitsetamine, aga ka psühholoogiline stress ning sellest tulenev isukaotus ning üldine tervise halvenemine.

### ***Töö puudujäägid***

Antud töö on mitmeid olulisi piiranguid ja puudujääke. Kuna tegemist on uurimistööga suuremast uurimisest, siis on katseisikute andmed mõneti puudulikud või jäigalt fikseeritud. Nagu eelpool mainitud, oli peptiliste haavandite esinemine üks haigustest, mida intervjuu käigus märgiti ning seetõttu oli peptiliste haavandite ja tervete isikute rühmad ebavõrdsed, kus peptiliste haavanditega isikuid oli kümme korda vähem kui terveid – selline vahe võib tingida mõningast tulemuste nihet; võrdlemisi väike valim ei pruugi adekvaatselt edasi anda isiksuse ning sotsi-demograafiliste tunnuste tegelikku erinevust kahe rühma vahel. Lisaks ei ole antud seminaritöös võetud vaatluse alla *H. pylori* esinemist ega mitte-steroidsete põletikuvastaste ravimite tarvitamist. Suitsetamisharjumuste kirjeldamiseks oli tunnus kodeeritud vaid selle järgi, kas indiviid on kunagi elus suitsetanud või mitte. Selline kodeerimine ei pruugi peegeldada tegelikkust, kus erinev sigarettide tarbimise kogus mõjutab peptiliste haavandite teket. Suitsetamisharjumuste mõju kindlamaks mõjuteguri lugemiseks oleks vaja analüüsi kaasata kui palju isik suitsetab päevas/nädalas/kuus, seejuures tarbitud sigarettide või pakkide arv.

Kuna ainult viieteistkümmel protsendil oli haigus dokumentaalselt kinnitatud, siis tuleb tulemuste interpretatsioonis seda kindlasti arvesse võtta, kuna vastavate meditsiiniliste analüüside ja dokumentide puudumine võib tähendada, et töös käsitletud peptiliste

haavanditega isikud ei pruugi tegelikult kuuluda peptiliste haavanditega isikute rühma ning seetõttu võib see kallutada uurimistulemusi.

### ***Kokkuvõtteks***

Antud töö näitas, et isikud, kellel esineb peptilisi haavandeid on vähem ekstravertsemad ning vähem avatud kogemusele. Seos peegeldus ka neurootilisuse seadumuses osas, kuid seda ei saanud statistiliselt oluliselt kinnitada. Logistiline regressioon näitas, et pärast mitmete sotsio-demograafiliste muutujate kontrolli alla võtmist ei omanud isiksuse peaskaalad (neurootilisus, ekstravertsus, avatus kogemusele, sotsiaalsus ja meelekindlus) iseseisvat panust ennustamaks peptilist haavandtõbe.

Isiksuse alaskaalade tasemel leiti, et neurootilisuse alaskaala N2: Vaenulikkus ning meelekindluse alaskaala C4: Saavutusvajadus omasid statistiliselt olulist ennustusjõudu maoning kaksteistsõrmiksoolehaavandite esinemisel. Isiksuse profiilid kolmekümne alaskaala lõikes erinesid tervete ja peptilise haavanditega isikute vahel, kus suurimad erinevused peegeldusid ekstravertsuses ning avatus kogemusele. Osaliselt leiti ka statistiliselt olulisi erinevusi neurootilisuse ja sotsiaalsuse alaskaades.

## Tänuavaldused

Andekogumine projekti tarbeks Tartu Ülikooli Eesti Geenivaramus on toimunud järgmiste toetuste abil: Euroopa Komisjoni 7. raamprogrammi grantid (201413, 245536), Eesti Haridus- ja Teaduministeriumi sihtfinantseeritav teadusgrant (SF0180142s08), Euroopa Liidu regionaalse arengu fond. Projekti on toetanud ka Eesti Haridus- ja Teaduministeriumi sihtfinantseeritav teadusgrant SF0180142s08; projekti juht Jüri Allik ning Tartu Ülikooli arengufondi grant SP1GVARENG; projekti juhid Andres Metspalu ja Ursel Soomets.

## Kirjanduse loetelu

1. Allik, J. (2003). Isiksus ja seadumused. Raamatus *Isiksusepsühholoogia* (toim. J. Allik, A. Realo ja K. Konstabel), lk. 23-66. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
2. Allik, J., & McCrae, R. R. (2002). A Five-Factor Theory perspective. In R. R. M. J. Allik (Ed.), *The Five-Factor Model of personality across cultures* (pp. 303-321). New York.: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
3. Alp, M. H., Court, J. H., & Grant, K. (1970). Personality pattern and emotional stress in the genesis of gastric ulcer. *Gut, 11*, 773-777.
4. Bruce, M. G., & Maaros, H. I. (2008). Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter, 13* (Suppl 1), 1-6.
5. Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
6. Costa, P. T., Jr., McCrae, R. R., Martin, T. A., Oryol, V. E., Senin, I. G., Rukavishnikov, A. A., Shimonaka, Y., Nakazato, K., Gondo, Y., Takayama, M., Allik, J., Kallasmaa, T., & Realo, A. (2000). Personality development from adolescence through adulthood: Further cross-cultural comparisons of age differences. In V. J. Molfese & D. Molfese (Eds.), *Temperament and personality development across the life span* (pp. 235-252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
7. Duberstein, P. R., Chapman, B. P., Tindle, H. A., Sink, K. M., & Bamonti P. (2011). Personality and risk for Alzheimer's disease in adults 72 years of age and older: a 6-year follow-up. *Psychology and aging, 26*(2), 351-362.
8. Fanous, A. H., Neale, M. C., Aggen, S. H., & Kendler, K. S. (2007). A longitudinal study of personality and major depression in a population-based sample of male twins. *Psychological Medicine, 37*, 1163-1172.
9. Friedman, H. S. (2007). The multiple linkages of personality and disease. *Brain, Behavior, and Immunity, 22*, 668-675.
10. Ghosh, S. N., & Sharma, S. (2006). Trait anxiety and trait anger: a comparison of peptic ulcer and bronchial asthma patients. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 32*(2), 112-118.
11. Goodwin, R. D., & Friedman, H. S. (2006). Health status and the five-factor personality traits in a nationally representative sample. *Journal of Health Psychology, 11*(5), 643-654.

12. Goodwin, R. D., Keyes, K. M., Stein, M. S., & Talley, N. J. (2009). Peptic ulcer and mental disorders among adults in the community: the role of nicotine and alcohol disorders. *Psychosomatic Medicine*, *71*, 463-468.
13. Goodwin, R. D., & Stein, M. B. (2002). Generalized anxiety disorder and peptic ulcer disease among adults in the United States. *Psychosomatic Medicine*, *64*, 862-866.
14. Gränö, N., Puttonen, S., Elovainio, M., Virtanen, M., Väänänen, A., Vahtera, J., Keltkangas-Järvinen, L., & Kivimäki, M. (2006). Impulsivity as a predictor of newly-diagnosed peptic ulcer disease: A prospective cohort study. *Personality and Individual Differences*, *41*, 1539-1550.
15. Hong, R. Y., & Paunonen, S. V. (2009). Personality traits and health-risk behaviours in university students. *European Journal of Personality*, *23*, 675-696.
16. Huang, J., Sridhar, S., & Hunt, R. H. (2002). Role of *Helicobacter pylori* infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a meta-analysis. *The Lancet*, *359*, 14-22.
17. Huovinen, E., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2001). Asthma in relation to personality traits, life satisfaction, and stress: A prospective study among 11,000 adults. *Allergy*, *56*, 971-977.
18. Jones, F. A. (1957). Clinical and social problems of peptic ulcer. *British medical journal*, *1*, 719-723.
19. Jones, M. P. (2006). The role of psychosocial factors in peptic ulcer disease: beyond *Helicobacter pylori* and NSAIDs. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*, 407-412.
20. Jylhä, P., & Isometsä, E. (2006). The relationship of neuroticism and extraversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. *Depression and Anxiety*, *23*, 281-289.
21. Jylhä, P., Mantere, O., Melartin, T., Suominen, K., Vuorilehto, M., Arvilommi, P., Leppämäki, S., Valtonen, H., Rytsälä, H., & Isometsä, E. (2010). Differences in neuroticism and extraversion between patients with bipolar I or II and general population subjects or major depressive disorders patients. *Journal of Affective Disorders* *125*, 42-52.
22. Kallasmaa T., Allik J., Realo A., & McCrae, R. R. (2000). The Estonian version of the NEO-PI-R: An examination of universal and culture-specific aspects of the five-factor model. *European Journal of Personality*, *14*, 265-278.

23. Kern, M. L., & Friedman, H. S. (2008). Do conscientious individuals live longer? A quantitative review. *Health Psychology, 27*(5), 505–512.
24. Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist, 64*, 241-256.
25. Levenstein, S. (2002). Psychosocial factors in peptic ulcer and inflammatory bowel disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70* (3), 739-750.
26. Levenstein, S., Kaplan, G. A., & Smith., M. W. (1997). Psychological predictors of peptic ulcer incidence in the Alameda County Study. *Journal of Clinical Gastroenterol, 24* (3), 140-146.
27. Löckenhoff, C. E., Duberstein, P. R., Friedman, B., & Costa, P. T., Jr. (2011). Five-Factor Personality Traits and subjective health among caregivers: The role of caregiver strain and self-efficacy. *Psychology and Aging, 1*-13.
28. Maarros, H. I. (1995). *Helicobacter pylori* infection in the Estonian population: Is it a health problem? *Ann Med, 27*, 613-616.
29. McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist, 52*(5), 509-516.
30. McCrae, R. R., Costa, P. T., & Martin, T. A. (2005). The NEO-PI-3: A more readable revised NEO personality inventory. *Journal of Personality Assessment, 84*(3), 261–270.
31. McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the 5-factor model and its applications. *Journal of Personality, 60*(2), 175-215
32. McCrae, R. R., & Terracciano, A. (2005). Universal features of personality traits from the observer's perspective: *Data from 50 cultures*. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*(3), 547-561.
33. Mõttus, R., Realo, A., Allik, J., Deary, I. J., Esko, T., & Metspalu, A. (trükis). Personality traits and eating habits in a large sample of Estonians. *Health Psychology*.
34. Ozer, D. J., & Benet-Martinez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology, 57*, 401-21.
35. Piper, D. W., Greig, M., Thomas, J., & Shinnars, J. (1977). Personality pattern of patients with chronic gastric ulcer. Study of neuroticism and extroversion in a gastric ulcer and a control population. *Gastroenterology, 73* (3), 444-446.

36. Roberts, B. W., Walton, K. E., & Bogg, T. (2005). Conscientiousness and health across the life course. *Review of General Psychology, 9*(2), 156-168.
37. Saliyah, B.A., Abasiyanik, M. F., Bayyurt, N., & Sander, E. (2007). *H. Pylori* infection and other risk factors associated with peptic ulcers in Turkish patients: a retrospective study. *World journal of gastroenterology, 13*(23), 3245-3248.
38. Schmitt, D., Realo, A., Voracek, M., & Allik, J. (2008). Why can't a man be more like a woman? Sex differences in Big Five personality traits across 55 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology, 94*, 168-182.
39. Sonnenberg A, & Everhart J. E. (1996). The prevalence of self-reported peptic ulcer in the United States. *American Journal of Public Health, 86*, 200–205
40. Spiller, R. C. (2007). Role of infection in irritable bowel syndrome. *Journal of Gastroenterology, 42*, S41-S47.
41. Suls, J., & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin, 131*, 260-300.
42. Tennant, C., Goulston, K., & Langeluddecke, P. (1986). Psychological correlates of gastric and duodenal ulcer disease. *Psychological Medicine, 16*, 365-371.
43. Terracciano, A., Löckenhoff, C. E., Zonderman, A. B., Ferrucci, L., & Costa jr, P. T. (2008). Personality Predictors of Longevity: Activity, Emotional Stability, and Conscientiousness. *Psychosomatic medicine, 70*, 621-627
44. Wilson, R. S., Schneider, J. A., Arnold, S. E., Bienias, J. L., & Bennett, D. A. (2007b). Conscientiousness and the incidence of Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *Archives of General Psychiatry, 64*, 1204–1212.

Käesolevaga kinnitan, et olen korrekselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Andero Teras