

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Katrin Roose

SÜNNITUSVIISI SEOS FERTIILSES EAS NAISTE ISIKSUSE, SUBJEKTIIVSE
HEAOLU JA ÜLDISE TERVISESEISUNDIGA

Uurimistöo

Juhendaja: Liisi Kööts-Ausmees, PhD

Läbiv pealkiri: Sünnitusviisi seos isiksuse, subjektiivse heaolu ja tervisega

Tartu 2018

Sünnitusviisi seos fertiilses eas naiste isiksuse, subjektiivse heaolu ja üldise tervises seisundiga

Kokkuvõte

Uurimistöö eesmärgiks on välja selgitada sünnitusviisi võimalikke seoseid psühholoogiliste omaduste (subjektiivse heaolu, meeleolu ja isiksuseomaduste) ning tervises seisundiga. Täpsemalt uuritakse, kas keisrilõike abil sünnitanud naised erinevad psühholoogiliste omaduste osas naistest, kes on ainult loomulikul teel sünnitanud, võttes arvesse ka nii naiste subjektiivset kui objektiivset tervises seisundit. Valim pärineb Eesti Geenivaramu populatsioonipõhisest biopangast ning analüüsi on kaasatud fertiilses eas naised, kes on sünnitanud vähemalt ühe lapse ($n=745$), kellest 36 on sünnitanud keisrilõike abil. Isiksuse põhidimensioonide osas kahe grupi vahel statistiliselt olulisi erinevusi ei leitud, küll aga ilmnisid spetsiifilisemal alaskaalade tasandil erinevused N5: impulsiivsuse ja O2: avatus kunstile osas. Regressioonianalüüsi tulemustest võib järeldada, et impulsiivsematel, suurema puusaümberrõõmuga ning kõrgemalt haritud naistel on veidi suurem tõenäosus keisrilõikega sünnitamiseks ning mida suurem on O2: kunstile avatuse tunnusväärtus, seda ebatõenäolisem on keisrilõike toimumine.

Märksõnad: Sünnitusviis, keisrilõige, isiksus, subjektiivne heaolu

The association between mode of delivery and personality traits, subjective well-being and general health status

Abstract

The purpose of the research is to find out the potential links between the mode of birth and the psychological characteristics (subjective well-being, mood and personality traits) and state of health. It is examined whether females who have had Caesarean section differ in their psychological characteristics from women who have given birth naturally, also taking into account the subjective and objective state of health. The data was retrieved from the population biobank of the Estonian Genome Project and only women in the fertile age range are involved in the analysis ($n = 745$), of whom 36 have had Caesarean section. On the main outcome there are no statistically significant differences between the two groups in the basic dimensions of personality, however, more specific facet level differences appeared for N5: impulsiveness and O2: openness to art. Regression analysis indicated that women with higher score of N5: impulsivity, larger hip circumference and higher education level have a greater probability of Caesarean birth and higher values of O2: openness to art are associated with lower probabilities of having a Caesarean section.

Keywords: Mode of birth, Caesarean section, personality, subjective well-being

Sissejuhatus

Tänapäeval kogevad kõik inimesed mingil eluetapil ja mingisuguses kontsentratsioonis distressi, püüdes leida ainulaadset, inimesele sobivat reageerimise viisi sellele (Sudha & Reddy, 2017). Uuringud on kinnitanud, et kindel isiksuse joonte kogum, tervisekäitumine ja eluga rahulolu on olulised faktorid, kuidas stressisituatsioone identifitseeritakse, neile reageeritakse ning neile lähenetakse (Dumitru & Cozman, 2012).

Kahtlemata on lapse saamine ja sünnitamine üks stressirohkemaid sündmusi naise elus, veelgi enam on seda keisrilõikega sünnitamine. Sellest tulenevalt on oluline teada, kas on olemas seosed selle vahel, millised on naise isiksuseomaduste ja subjektiivse heaolu tasemed ning mil viisil naine lapse(d) sünnitab, kas loomulikult vaginaalsel teel või keisrilõikega.

Tuginedes Tuuli Kulliki (2014) magistritööle, kus on uuritud keisrilõigete osamäära ja põhjusi Eesti kontekstis, on keisrilõigete arv tõusnud ka Eestis, sarnaselt muu maailmaga. Veel paarkümmend aastat tagasi oli keisrilõike osamäär pisut üle 5%, aga nüüdseks on see tõusnud üle 20%. Esmaseid keisrilõikeid (mille hulgas on palju erakorralisi sekkumisi) esineb rohkem kui korduvaid, kuid ka korduvate osamäär (millest oluline osa on plaanilised operatsioonid) on aastate jooksul kasvanud. Keisrilõige on aga kirurgiline protseduur, mis on mõeldud ennetamaks ema või lapse tervist ohustavaid rasedus- või sünnituskomplikatsioone, millega kaasnevad märkimisväärsed riskid nii ema kui lapse tervisele. Seetõttu on temaatika aktuaalsuse kontekstis oluline teada ja mõista seaduspärasusi, millised võivad olla lisaks meditsiinilistele näidustustele need seosed või põhjused, mis võivad mõjutada sünnitusviisi.

Isiksuseomadused

Isiksuseomadused on ajas suhteliselt püsivad mõtted, tunded ja käitumismallid, mis eristavad inimesi üksteisest, kuid vaatamata nende suhteliselt stabiilsele olemusele võivad need siiski muutuda kogu eluea jooksul (Bleidorn, Hopwood & Lucas, 2018). Suur osa inimestest kogeb elu jooksul isiksuse viie põhidimensiooni (neurotilisus, ekstravertsus, avatus kogemusele, sotsiaalsus ja meelekindlus) muutumist. Täheldatud muutused isiksuseomadustes annavad põhjust aruteludeks ja spekulatsioonideks

muutuste tingimuste ja põhjuste kohta. Kõik peamised isiksuse arengu teooriad rõhutavad aga geenide ja sisemiste küpsemisprotsesside rolli muutustes, kuid lisaks kutsuvad esile muutusi ka elus toimuv. Samas aga ei põhjusta kõik elusündmused muutusi kõikides dimensioonides (Roberts & Wood, 2008). Peamised sündmused elus, mis võivad kaasa tuua muutusi isiksuse seadumustes, on näiteks abiellumine, lahutus, esimese lapse sünni või ka laste saamine üldisemalt, ka töökoha kaotus, lehestumine jne (Bleidorn jt, 2018). Nagu näha, võivad need sündmused olla nii positiivsed kui negatiivsed. Vastupidiselt teistele elumuutustele nagu abiellumine või ülikooli astumine, on lapsevanemaks saamine suhteliselt pöördumatu elusündmus. Lapse sünniga on seotud äkilised ja järsud muutused värskete vanemate käitumises, mõtlemises ja tunnetes, millel võib olla ootamatu ja kestev mõju nende isiksusele (Bleidorn, Buyukcan-Tetik, Schwaba, Van Scheppingen, Denissen & Finkenauer, 2016).

Jokela jt (2009) on põhjalikumalt uurinud, kas lapsevanemaks saamine on mõjutanud isiksuse osas seltsivust (*sociability*), mis on ekstravertsuse alaskaala, ja emotsionaalsust (*emotionality*), mis on neurootilisuse alaskaala. Uuringust selgus, et emotsionaalsuse tase oli võrdlemisi stabiilne nendel, kes 9aastase uuringuperioodi vältel ei olnud lapsevanemaks saanud ning tõusis nendel, kellel oli üks või mitu last. Küll aga ei mõjutanud lapse/laste saamine kuidagi seltsivuse taset.

Tuginedes aga Bleidorn jt (2018) ulatuslikule uuringule, ei ole selgeid ja üheseid tulemusi selles, kas ja kuidas mõjutab lapsevanemaks saamine inimese isiksuse seadumusi. Mõned uuringud näitasid mõningast seost meeleskindluse, ekstravertsuse ja neurootilisuse osas. Kuid hiljutised ja palju täpsemad uuringud annavad tulemuseks selle, et ei ole olulisi ja märkimisväärseid erinevusi lapsevanemate ja mittelapsevanemate vahel Suure Viisiku isiksusejoonte vahel.

Käesolevas uurimistöös käsitletakse sünnitusviisi, täpsemalt keisrilõikesünnituse seoseid isiksuse seadumustega. Nende võimalike seoste taga võivad olla erinevad põhjused – nii keisrilõikesünnituse läbitegemise mõju naiste isiksuse seadumustele (isiksuse muutus suure ja stressirohke elusündmuse tagajärjel) kui ka isiksuse seadumuste (nt kõrge neurootilisuse) mõju keisrilõikesünnituse esinemise tõenäosusele, aga võimaliku seose taga võib olla ka näiteks mingi bioloogiline põhjus, mis mõjutab nii sünnitusviisi kui isiksuse seadumusi.

Subjektiivne heaolu

Subjektiivset heaolu määratletakse kui inimeste üldist hinnangut nende elule ja emotsionaalsetele kogemustele (Diener, Heintzelman, Kushlev, Tay, Wirtz, Lutes & Oishi, 2017). Subjektiivne heaolu hõlmab positiivsete ja negatiivsete emotsioonide hulka, mida kogetakse indiviiditasandil ja kognitiivseid komponente - üksikisiku hinnangut omaenda elutingimustele, mida tavaliselt hinnatakse globaalsete eluga rahulolu näitajate abil (Busseri & Sadava, 2011). Vastavalt Diener jt (2017) definitsioonile hõlmab subjektiivne heaolu endas mitmeid hinnanguid nagu elu ja tervisega seotud rahulolu ning konkreetset tundeid, mis peegeldavad seda, kuidas inimesed reageerivad oma elusündmustele. Subjektiivne heaolu on seega laiaulatuslik termin, mis viitab elu ja emotsionaalsete kogemuste hindamise erinevatele viisidele. Viimase paari aastakümne jooksul on saanud selgeks, et subjektiivne heaolu ei ole omaette üksus, kuid siiski toimub veel arutelu selle päris täpse definitsiooni osas (Diener jt, 2017).

Võib arvata, et elus toimuvad sündmused on kõige suuremad subjektiivse heaolu mõjutajad ning et elumuutused on seotud laiaulatuslike ja kestvate muutustega subjektiivses rahulolus. Küll aga näitavad uuringud, et seosed elumuutuste ja subjektiivse heaolu vahel on üsna väikesed ning et subjektiivne heaolu on mõõdukalt päritav ning stabiilne läbi elu ning et individuaalsed erinevused subjektiivses heaolus on seotud isiksuseomadustega (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Tasakaalupunkti (*set-point theory*) teooriad näitavad, et subjektiivne heaolu nõ kõigub ümber stabiilse tasakaalupunkti (Diener, 2006). Nende teooriate kohaselt võivad inivididel tekkida ajutised tõusud ja langused heaolus vastusena suurtele elusündmustele, kuid nad kohanduvad kiiresti ja nende subjektiivne heaolu tase hakkab paratamatult oma geneetiliselt määratud tasemele tagasi jõudma (Lykken & Tellegen, 1996). Samas aga kõikide sündmuste järel heaolu päris samale tasemele enam ei naase. Sellised sündmused nagu abielulahutus, abikaasa surm, töötus ja puue on seotud püsiva muutusega subjektiivse heaolu tasemes (Lucas, 2007).

Käesolev uurimistöö käsitleb sünnitusviisi, täpsemalt keisrilõikesünnituse seoseid naiste subjektiivse heaoluga. Keisrilõikesünnituse läbitegemine võib mõjutada (emotsionaalset) heaolutaset läbi psühholoogilise distressi põhjustamise. Samas võib algne heaolutase (eelkõige emotsionaalne seisund) ka mõjutada keisrilõikesünnituse

tõenäosust. Varasemad uuringud on näidanud, et eluga rahulolul võib erinevatele elusündmustele olla prospektiivne mõju (Luhmann, Lucas, Eid, & Diener, 2013).

Keisrilõikesünnituse psühholoogilised tegurid

Üha suurenev keisrilõigete arv terves maailmas on pälvinud rohkem tähelepanu (Tsai & Wu, 2018). Ka Eestis on keisrilõigete osamäär aastate jooksul tõusnud, ulatudes üle 20% (Kullik, 2014). Lisaks paljudele meditsiinilistele näidustustele võib sünnitusviisiga olla seotud terve hulk psühholoogilisi tegureid, nagu näiteks, kui usalduslik suhe on sünnitajal ämmemandaga, kas ja milline on olnud varasem sünnituskogemus, hirm sünnituse ees, aga ka näiteks ärevushäired raseduse kestel (Johnson & Sladeb, 2002).

Ärevus raseduse ja sünnituse ajal võib suurendada tüsistuste riski ja sekkumiste vajalikkust nii emal kui lapsel (Johnston & Brown, 2013). Isiksuseomadustest on neurootilisus ja ekstravertsus need omadused, mis omavad mõju tervisekäitumisele ja tervisenäitajatele, seda potentsiaalselt bioloogiliste, psühholoogiliste ja sotsiaalsete mehhanismide kaudu. Neurootilisus on tugevalt seotud depressiooni ja ärevushäiretega, samas kui ekstravertsus on vastupidine sellele, omades kaitsvat mõju depressiooni ja sotsiaalfobia puhul (Weber, Giannakopoulos, Bacchetta, Quast, Herrmann, Delaloye & Canuto, 2012). Emotsionaalne stabiilsus on oluliselt seotud tervisekäitumisega, mis võib olla üks sünnitusviisi, isiksuse ja heaolu seoseid mõjutav aspekt (Johnston & Brown 2013).

Johnstoni ja Browni (2013) uuringu tulemustest ilmneb, et need emad, kellel oli madal emotsionaalse stabiilsuse ja ekstravertsuse tase, oli tõenäosus suurem keisrilõikeks ning nad kogesid enam komplikatsioone sünnitegevuse käigus. Madal tase avatuses kogemusele oli ka neil emadel, kes vajasisid sekkumist loomuliku sünnituse käigus (vaakumsünnitus, tangsünnitus). Üldiselt ilmneb, et ema isiksuseomadused, eriti emotsionaalne stabiilsus ja ekstravertsus võivad mõjutada sünnitegevust ja seda, kuidas see lõppeb. Samuti mõjutavad enesekindlus (*confidence*) ja enesetõhusus (*self-efficacy*) seda, kuidas naised sünnituskogemusega toime tulevad ja selle oma ellu adapteerivad – need kelle mõlemad näitajad on kõrgemad, suudavad sünnitegevuse käigus kohandada rohkem käitumisviise, kuidas olukorraga paremini toime tulla (Lowe, 2000).

Keeruliste kogemustega, nagu seda on ka keisrilõikesünnitus, toime tulemiseks kasutatavad spetsiifilised viisid on samuti seotud isiksusega. Näiteks ekstravertsus on seotud rohkem positiivse toimetulekustiiliga, parema emotsioonide reguleerimise võimega. Ekstraverdid näevad suurema tõenäosusega, et neil on ressursse olukorraga toime tulemiseks, samas kui neurootilisus on vastupidiselt seotud pigem sellega, et olukordi nähakse hirmutavatena ning seeläbi kogetakse tugevat distressi ja hirmu (John & Gross, 2004).

Negatiivne psühholoogiline mõju on leitud olevat ka keisrilõike operatsioonil endal ning see mõju võib olla pikaajaline, aga osad naised on kaasneva psühholoogilise distressi osas haavatavamad kui teised (Fisher, Stanley, & Burrows, 1990). Keisrilõikega sünnitamise (olgu plaaniline või erakorraline) järel on ema suurema tõenäosusega emotsionaalselt ebastabiilsem ning emotsionaalne side ema ja vastsündinu vahel võib olla häirunud. Oluline on ka, et keisrilõikega sünnitus on vaginaalsest sünnitusest finantsiliselt märkimisväärselt kulukam (Johnson & Slade, 2002).

Eelnevat arvestades on oluline teada, millised tegurid võivad olla seotud, mõjutada või tingida sünnitamise viisi ning kas ja kuidas on võimalik neid tegureid arvesse võttes minimeerida riske keisrilõikega sünnitamiseks või selle tagajärgedega toimetulemisel.

Töö eesmärk ja hüpoteesid

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks on välja selgitada sünnitusviisi võimalikke seoseid psühholoogiliste omaduste (subjektiivse heaolu ja isiksuseomaduste) ning terviseseisundiga. Täpsemalt uuritakse, kas keisrilõike abil vähemalt ühe lapse ilmale toonud naised erinevad psühholoogiliste omaduste osas naistest, kes on ainult loomulikult sünnitanud, võttes arvesse ka nii naiste subjektiivset kui objektiivset terviseseisundit.

Uurimus viiakse läbi, kasutades Eesti Geenivaramu populatsioonipõhisest biopangast pärit andmestikku, millel on antud teema kontekstis mitmeid eeliseid. Näiteks võimaldab see andmestik täiendada isiksuse enesearuande (*self-report*) tulemusi ka seda inimest hästi tundva kaaslaste hinnangutega (*observer-report*). Käesolevas töös kasutatakse isiksuseomaduste ja sünnitusviisi vaheliste seoste andmeanalüüsis enesearuande ja kaaslaste hinnangu keskmist skoori, kuna see annab võimaluse isiksust

objektiivsemalt kirjeldada. Teiseks, andmestikust on võimalik kasutada ka objektiivseid tervisenäitajaid nagu pikkus, kaal, vererõhk, jt. Neid andmeid on oluline arvesse võtta, kuna keisrilõikesünnituse puhul on tihti tegemist naise tervislikku seisundit puudutavate näidustustega.

Hüpoteesid. Tulenevalt töö eesmärgist, püstitatakse allolevad hüpoteesid:

Hüpotees 1: keisrilõikesünnituse läbi teinud naistel on kõrgem neurootilisuse ning madalam ekstravertsuse ja avatuse tase võrrelduna loomuliku sünnitusega naistega.

Hüpotees 2: Keisrilõikesünnituse läbi teinud naistel on madalam subjektiivse heaolu tase võrrelduna loomuliku sünnitusega naistega.

Hüpotees 3: Keisrilõikesünnitust esineb sagedamini kehvema objektiivse ja subjektiivse tervise seisundiga naistel, aga tervise seisundi arvesse võtmisel jääb psühholoogiliste tegurite oluline seos sünnitusviisiga püsima.

Meetod

Valim

Valim pärineb Eesti Geenivaramu populatsioonipõhisest biopangast (EGCUT; vt <http://www.geenivaramu.ee>), andmed on kogutud ajavahemikus 2008-2014. Kuna käesolev uurimistöö keskendub naiste reproduktiivtervisele, isiksuse seadumustele ja subjektiivsele heaolule, kaasatakse valimisse ainult fertiilses eas naised, kelle kohta on olemas ka isiksuseandmed. Tervise Arengu Instituudi (Tervise Arengu Instituut, 2008) andmetel loetakse fertiilseks eaks naistel 15-49 eluaastat. Kokku on andmestikust tervise- ja isiksuseandmetega fertiilses eas naisi 1179, vanusevahemikus 18-49 ($M = 34,2$, $SD = 8,9$). Neist 36 on EGCUT tervise seisundi ja sugupuu küsimustikus märkinud, et neil on üks või mitu last sündinud keisrilõike abil ning 709 on lapsed sünnitanud loomulikult teel.

Mõõtevahendid

Isiksus. Isiksuseseadumusi mõõdeti isiksuseskaalaga NEO Personality Inventory-3 (NEO-PI-3; McCrae, Costa, & Martin, 2005), mis on NEO PI-R küsimustiku pisut modifitseeritud vorm (Costa & McCrae, 1992; Kallasmaa, Allik, Realo, & McCrae, 2000). Enamike uuritavate kohta on olemas nii enesearuande (*self-report* ehk mina-hinnang) kui ka seda inimest hästi tundva kaaslaste hinnangu (*observer-report* ehk tema-hinnang) vorm. Käesolevas töös kasutatakse andmeanalüüsis nii põhidimensioonide kui ka alaskaalade osas enesearuande ja kaaslaste hinnangu keskmist skoori, kuna see annab võimaluse isiksust objektiivsemalt kirjeldada. Kokku 240-väitelise küsimustikuga uuritakse viite laia isiksuseseadumust (neurootilisus, ekstravertsus, avatus kogemusele, sotsiaalsus ja meelekindlus) ning nende kokku 30 spetsiifilisemat alaskaalat. Iga alaskaalat mõõdavad 8 väidet, millele vastamiseks kasutatakse hinnanguskaalat 0 (*ei ole üldse nõus*) kuni 4 (*täiesti nõus*). Isiksuseküsimustikke täideti nii paberkandjal kui ka internetipõhiselt. Isiksuse mina- ja tema-hinnangute korrelatsioonid olid vahemikus $r = .44$ (Sotsiaalsus) ja $r = .66$ (Ekstravertsus) ($p < .001$).

Tervis. EGCUT terviseseisundi ja sugupuu küsimustikus uuritakse naistelt reproduktiivtervise aspektide kohta ning palutakse ka RHK-10 kategooriate kaupa ära märkida, millised haigused/terviseseisundeid neil on diagnoositud. Käesoleva uurimistöö raames pakuvad huvi sünnitusega seotud probleemid (RHK-10, diagnoosid koodidega O60-O84), täpsemalt keisrilõikega sünnitus (O82). Naistel on EGCUT andmekoguja poolt mõõdetud ka objektiivsed tervisenäitajad (vererõhk, pikkus, kaal, pulsisagedus, vööümbermõõt, puusaümbermõõt), millest käesolevas töös on pikkuse ja kaalu asemel kasutusel nende põhjal arvutatud kehamassiindeks (KMI). Lisaks on naised vastanud subjektiivset terviseseisundit puudutavatele küsimustele. Antud töös analüüsitakse subjektiivse terviseseisundi osas ebamugavustunde/füüsilise valu ja ärevuse/masenduse kogemise määra, sest mõlemad tegurid seostuvad psühholoogilise heaoluga. Subjektiivse terviseseisundi hindamiseks paluti geenidonoritel nimetada, mil määral iseloomustab nende tervist „täna“ kogetav füüsiline valu või ebamugavustunne ning ärevus või masendus (skaalal 1 - *mul ei ole mingeid valusid ega ebamugavustunnet/ärevust või masendust*, 2 - *mul on mõõdukas valu või ebamugavustunne/ärevus või masendus*, 3 - *mul on väga tugev valu või ebamugavustunne/ ärevus või masendus*).

Subjektiivne heaolu. Uuritavate üldist eluga rahulolu ja õnnelikkuse taset uuriti kahe küsimusega: “Kui õnnelikuks Te kõike kokkuvõttes end peate?” (skaalal 0 – *väga õnnetu* kuni 10 – *väga õnnelik*) ja „Kõike kokkuvõttes, kuivõrd rahul Te oma eluga üldiselt olete?” (skaalal 0 – *üldse mitte rahul* kuni 10 – *väga rahul*). Subjektiivse heaolu skoori jaoks arvutati eluga rahulolu ja õnnelikkuse vastuste keskmine. Kahe tunnuse omavaheline korrelatsioon on $r = .79$ (usaldusnivool $p < .05$), mis näitab tunnuste head kooskõla.

Andmeanalüüsi meetod

Andmete statistiliseks analüüsiks kasutati statistikaprogrammi IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Esmalt teostatakse grupivõrdlused keisrilõikega sünnitanute ja loomulikult sünnitanute vahel. Pidevate arvuliste tunnuste puhul (isiksuseomadust iseloomustavad näitajad, subjektiivne heaolu, objektiivsed tervisenäitajad) kasutatakse kahe grupi võrdlemisel t-testi ning kategoriaalsete tunnuste puhul (subjektiivsed tervisenäitajad) hii-ruut-testi, mis võimaldab omavahel võrrelda, kuivõrd erinevad on kogumike jaotused.

T-testi kasutamise eelduseks on normaaljaotus valimis ning selle olemasolu kontrollimiseks viiakse läbi Shapiro-Wilk test. Shapiro-Wilk test sobib valimitele < 50 inimest ning kuna keisrilõikega sünnitanud naiste osakaal jääb alla selle piiri, on nimetatud test sobiv normaaljaotuse kontrollimiseks. Tulemustest nähtub, et vaid väga väikeste eranditega on kõigil tunnustel normaaljaotus ning seetõttu on t-testi kasutamine asjakohane.

Hii-ruut-test võimaldab omavahel võrrelda, kuivõrd erinevad on kogumike jaotused.

Seejärel viiakse läbi binaarne logistiline regressioonanalüüs, sest huvipakkuval sõltuval tunnusel on kaks kategooriat (keisrilõikesünnitus *versus* loomulik sünnitus). Logistiline regressioonanalüüs võimaldab ühtse mudelina uurida, mil määral “ennustavad” keisrilõike sünnitusviisi erinevad psühholoogilised ja tervislikud tegurid, võttes samal ajal arvesse ka naiste vanust ja haridustaset.

Tulemused

Kirjeldav statistika

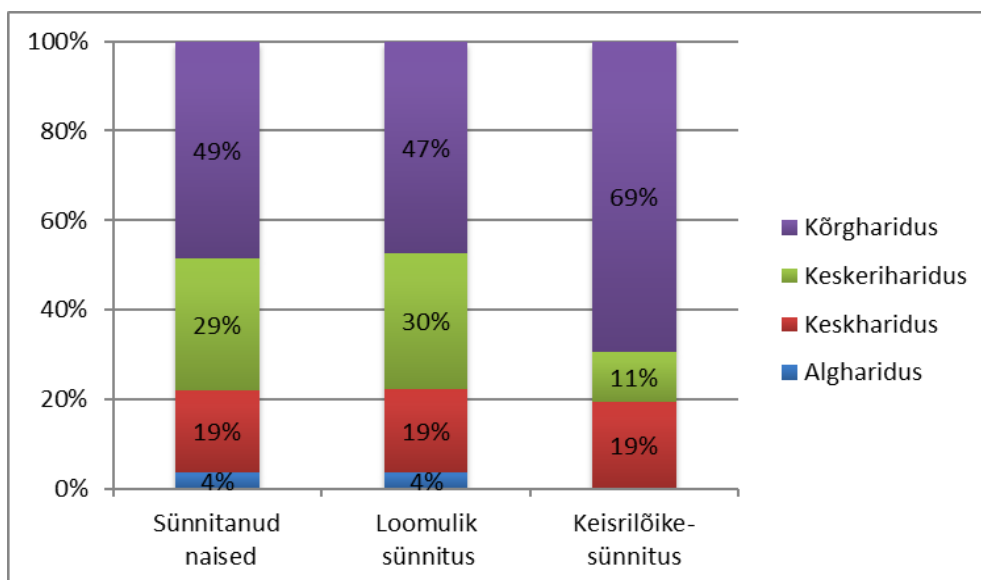
Valimisse kuulub kokku 1179 fertiilses eas naist, kellest sünnitanud on 745. Neist omakorda 709 naist, so 95.2% kõikidest sünnitajatest, on teadaolevalt sünnitanud loomulikul teel (vaginaalselt) ning 36 naist, so 4.8% kõikidest sünnitajatest, keisrilõikega.

Valimi vanuselisest jaotusest selgub, et loomulikult sünnitanute keskmine vanus on veidi kõrgem kui keisrilõikega sünnitanutel, kusjuures kõige noorem keisrilõikega sünnitanu on 6 aastat vanem kui kõige noorem loomulikult sünnitanu (tabel 1).

Tabel 1. Vanuselised näitajad loomulikult ja keisrilõikega sünnitajate osas

Sünnitanud naised	N	Miinumum- vanus	Maksimus- vanus	Keskmine	Standardhälve
Loomulik sünnitus	709	19	49	38.9	6.7
Keisrilõikesünnitus	36	25	49	36.3	6.5

Joonisel 1 on näha hariduslik jaotumine sünnitajate seas tervikuna ning eraldi loomulikult sünnitanute ja keisrilõikega sünnitanute hulgas. Nii loomuliku sünnitusviisiga naiste kui keisrilõikega sünnitanute seas on enim kõrgharidusega naisi, sealjuures pole antud valimis ühtegi algharidusega keisrilõikega sünnitanut.



Joonis 1. Sünnitanud naiste hariduslik jaotumine

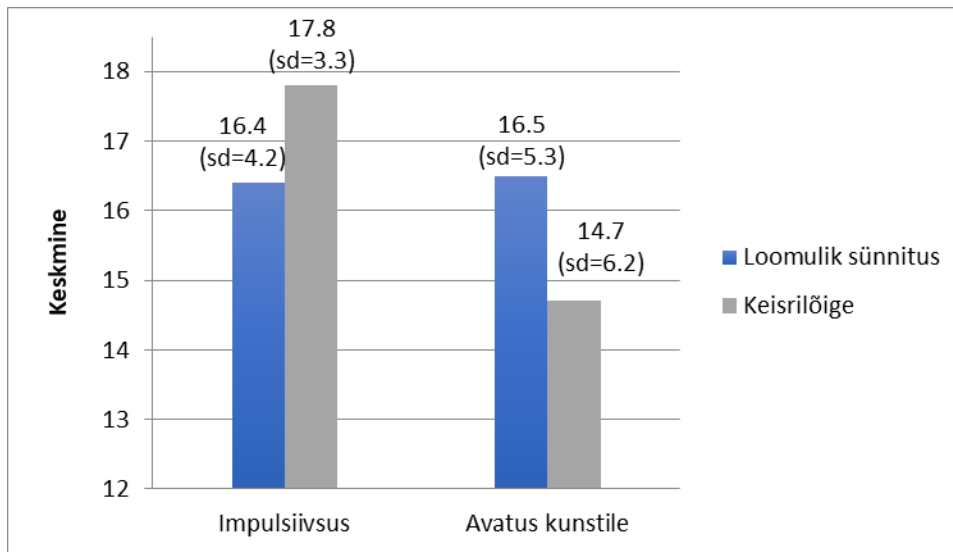
Sünnitusviisiga seotud tegurite analüüs

Tabeli 2 põhjal võib näha, et statistiliselt olulised erinevused kahe grupi isiksuse põhidimensioonide osas puuduvad. Kõige suuremad (kuid ikkagi marginaalsed) erinevused keskmistes on neurootilisuse ja kogemusele avatuse puhul, kõige väiksem erinevus keskmistes on sotsiaalsuse osas. Keisrilõikesünnituse läbiteinutel on märgata vähene tendents emotsionaalse stabiilsuse, ekstravertsuse, avatuse, sotsiaalsuse ja meelekindluse madalamateks tasemeteks.

Tabel 2. Keskmiste võrdlus isiksuseomaduste lõikes

Isiksuse omadus	Sünnitusviis	Keskmine	Keskmiste erinevus	Standardhälve	t	p
Neurootilisus	Loomulik sünnitus	85.7	-3.3	22.0	-0.85	0.39
	Keisrilõige	89.0		19.3		
Ekstravertsus	Loomulik sünnitus	109.7	2.0	22.3	0.51	0.61
	Keisrilõige	107.7		19.8		
Avatus kogemusele	Loomulik sünnitus	106.1	3.1	17.9	0.97	0.33
	Keisrilõige	103.0		15.0		
Sotsiaalsus	Loomulik sünnitus	120.3	0.5	16.0	0.18	0.86
	Keisrilõige	119.8		20.7		
Meelekindlus	Loomulik sünnitus	128.7	1.8	18.8	0.54	0.59
	Keisrilõige	126.9		19.0		

Lisaks Suure Viisiku põhidimensioonidele võrreldi keisrilõike ja loomulikul teel sünnitanute isiksuse erinevusi 30 spetsiifilisema alaskaala lõikes. Alaskaaladest osutusid statistiliselt oluliseks (usaldusnivool $p < .05$) N5: impulsiivsus (neurootilisuse alaskaala) ja O2: avatus kunstile (avatuse kogemusele alaskaala), mille puhul oli ka kõikide vaadeldud alaskaalade tunnuste keskmistes kõige suurem erinevus (joonis 2). Keisrilõikega sünnitajate puhul on N5: impulsiivsus 1.4 punkti võrra kõrgem ($t = 1.9$) ja O2: avatus kunstile 1.8 punkti võrra madalam ($t = 1.9$).



Joonis 2. Keskmete võrdlus isiksuseomaduste lõikes

Võrreldes keskmete erinevusi subjektiivse heaolu lõikes, selgub, et keskmised erinevad keisrilõikega sünnitanutel ja loomulikult sünnitanutel praktiliselt puuduvad ning ka t-test ei võimalda kinnitada keskmete erinevuse statistilist olulisust (tabel 3).

Tabel 3. Keskmete võrdlus subjektiivse heaolu lõikes

	Sünnitusviis	Keskmine	Keskmete erinevus	Standard-hälve	t	p
Subjektiivne heaolu	Loomulik sünnitus	7.06	0.03	1.6	-0.08	0.93
	Keisrilõige	7.09		1.9		

Võrreldes objektiivsete tervisenäitajate keskmisi, on kõige suuremad erinevused loomulikul teel ja keisrilõikega sünnitajate puhul puusaümberrõõdu, süstoolse ja diastoolse vererõhu osas. Statistiliselt usaldusväärset määral on keskmete erinevus oluline aga vaid puusaümberrõõdu puhul (tabel 4).

Tabel 4. Keskmiste võrdlus objektiivsete tervisenäitajate lõikes

Objektiivsed tervisenäitajad	Sünnitusviis	Keskmine	Keskmiste erinevus	Standardhälve	t	p
KMI	Loomulik sünnitus	24.2	-0.9	4.6	-1.1	0.27
	Keisrilõige	25.1		4.7		
Vööümbermõõt	Loomulik sünnitus	78.8	-0.7	11.2	-0.4	0.73
	Keisrilõige	79.5		9.7		
Puusaümbermõõt	Loomulik sünnitus	100.4	-3.3	9.7	-1.9	0.05
	Keisrilõige	103.7		7.8		
Süstoolne vererõhk	Loomulik sünnitus	116.3	-3.4	12.4	-1.6	0.11
	Keisrilõige	119.7		12.9		
Diastoolne vererõhk	Loomulik sünnitus	73.9	-3.0	9.8	-1.4	0.17
	Keisrilõige	76.9		12.6		
Pulsisagedus	Loomulik sünnitus	17.4	0.3	5.0	0.3	0.75
	Keisrilõige	17.1		1.6		

Märkus: KMI – kehamassiindeks

Subjektiivsete tervisenäitajate osas selgub, et loomulikult sünnitanute hulgas on rohkem neid, kellel ei ole käesolevalt mingeid valusid ega ebamugavustunnet. Keisrilõikega sünnitanute hulgas on rohkem neid, kes tajuvad mõõdukat valu või ebamugavustunnet. Tugeva valu või ebamugavustunde tajujaid on mõlemas grupis väga vähe. Hii-ruut-statistiku alusel ei ole erinevate valukogemustega inimeste osakaal sünnitusviiside lõikes erinev (tabel 5).

Tabel 5. Valu ja ebamugavustunde tajumise ja sünnitusviiside vaheline sagedusjaotus

Valu/ebamugavustunde tajumine	Loomulik sünnitus	Keisrilõige
Mul ei ole mingeid valusid ega ebamugavustunnet, %	75.3	66.7
Mul on mõõdukas valu või ebamugavustunne, %	23.4	30.6
Mul on väga tugev valu või ebamugavustunne %	1.3	2.8
Kokku, %	100	100
Kokku, N	709	36
Hii-ruut-statistik (vabadusastmete arv 2)		1.66
Olulisuse tõenäosus		0.44

Subjektiivsete tervisenäitajate osas (tabel 6), mis kajastavad ärevuse/masenduse tajumist, on loomulikult sünnitanute hulgas on rohkem neid, kellel ei ole ärevust ega masendust. Keisrilõikega sünnitanute hulgas on rohkem aga neid, kes tajuvad mõõdukat ärevust või valu. Tugeva ärevuse või masenduse tajujaid on loomulikult sünnitanute

grupis väga vähe ning keisrilõikega sünnitanute hulgas ei ole üldse. Hii-ruut-statistiku alusel ei ole ärevust/masendust tajunute osakaal sünnitusviiside lõikes erinev.

Tabel 6. Ärevuse/masenduse tajumise ja sünnitusviiside vaheline sagedusjaotus

Ärevuse/masenduse tajumise	Loomulik sünnitus	Keisrilõige
Mul ei ole ärevust ega masendust, %	68.3	61.1
Mul on mõõdukas ärevus või masendus, %	31.1	38.9
Mul on väga tugev ärevus või masendus %	0.6	0
Kokku, %	100	100
Kokku, N	709	36
Hii-ruut-statistik (vabadusastmete arv 2)		1.12
Olulisuse tõenäosus		0.57

Binaarne logistiline regressioonanalüüs

Järgnevalt viiakse läbi binaarne logistiline regressioonanalüüs, kuna võimaldab uurida seost sünnitusviisi ja psühholoogiliste tegurite (isiksus ja subjektiivne heaolu) vahel, võttes arvesse tervisenäitajaid ja demograafilisi taustaandmeid. Regressioonimudeli loomisesse kaasatakse tunnused, mis eelneva analüüsi käigus võimaldasid kinnitada statistiliselt olulisi erinevusi keisrilõikega ja loomulikult sünnitanud naiste vahel. Lisaks kaasatakse mudelisse vanus ja haridus sotsiaaldemograafiliste näitajatena. Sealjuures on haridus parema ülevaatlikkuse tagamise eesmärgil analüüsis kasutusel kaheväärtuselise tunnusena, kus ühe kategooriana vaadeldakse alg-, kesk- ja keskeriharidusega naisi ning teise kategooriana kõrgharidusega naisi. Mudeli kokkuvõte on esitatud tabelis 7.

Mudel tervikuna on statistiliselt usaldusväärne, kuna tõepärafunktsiooni muutumine võrreldes konstantse mudeliga on nullist erinev statistiliselt olulisel määral ($p = .003$) ning hii-ruut-statistik kinnitab mudeli head kirjeldusvõimet, olles 3.6 korda suurem oma vabadusastmete arvust ($\chi^2 = 17.95$, $df = 5$). Mudeli üksikargumentide mõju usaldusväärse analüüsist selgub, et mudeli tõepärafunktsioon muutuks kõige enam hariduse ja kunstile avatuse väljajätmisel. Statistiliselt usaldusväärse määral ei muudaks mudeli tõepärafunktsiooni vanus ($p = .25$).

Tabel 7. Keisrilõike-sünnituse mõjutegurid¹

	B	p	Exp(b)	Usaldusvahemik, 95%
Konstant	-5.5	0.01		
N5: Impulsiivsus	0.08	0.08	1.09	0.99 – 1.19
O2: Avatus kunstile	-0.07	0.03	0.93	0.87 – 0.99
Puusaümberrõõm	0.03	0.09	1.03	1.00 – 1.07
Vanus	-0.03	0.25	0.97	0.92 – 1.02
Kõrgharidus ²	1.00	0.02	2.73	1.21 – 6.17

Märkus: ¹Taustakategooria: Loomulik sünnitus. ²Taustakategooria: Alg-, kesk- ja keskeriharidus.

Regressioonimudelile tuginedes selgub, et keisrilõike esinemise tõenäosust suurendab olulisuse nivool 5% vaid kõrgharidus, kuid olulisuse nivool 10% ka N5: impulsiivsus ja puusaümberrõõm. Hariduse osas nähtub, et keisrilõike toimumise suhteline tõenäosus loomuliku sünnituse suhtes on kõrgharitud naistel 2.7 korda suurem kui alg-, kesk- ja keskeriharidusega naistel. N5: impulsiivsuse hinnangu suurenemisel ühe astme võrra kasvab tõenäosus keisrilõike toimumiseks 1.09 korda ehk 9%. Puusaümberrõõmu suurenemisel ühe ühiku võrra suurenevad keisrilõike toimumise šansid 1.03 korda ehk 3%. Samas suurem avatus kunstile suurendab kalduvust loomuliku sünnituse esinemise poole. Tõenäosus loomulikult sünnitada kasvab 1.08 korda ehk 8%, kui O2: kunstile avatuse hinnang suureneb ühe astme võrra. Seega võib järeldada, et impulsiivsematel, suurema puusaümberrõõmuga ning kõrgharidusega naistel on suurem tõenäosus keisrilõikega sünnitamiseks ning mida suurem on O2: kunstile avatuse tunnuse väärtus, seda ebatõenäolisem on keisrilõike toimumine. Regressioonanalüüsi tulemused on heas kooskõlas ka varasemate t-testi tulemustega.

Arutelu ja järeldused

Käesoleva töö eesmärk oli välja selgitada sünnitusviisi (loomulik sünnitus vs keisrilõige) võimalikke seoseid psühholoogiliste omaduste (subjektiivse heaolu ja isiksuseomaduste) ning terviseseisundiga.

Tulemustest selgub, et statistiliselt olulised erinevused loomulikult sünnitanud naiste ja keisrilõikega sünnitanud naiste isiksuse põhidimensioonide osas puuduvad. Keisrilõikega sünnitanud naistel ei ole kõrgem neurootilisuse tase ning madalam

ekstravertsuse tase võrrelduna loomuliku sünnitusega naistega, kuigi eelnevad uuringud, nagu näiteks Johnstoni ja Browni (2013) uuring tuvastas, et keisrilõikega sünnitanud naistel on madalam ekstravertsuse tase, siis käesolevas töös seda seost ei leitud.

Olenemata sellest, et keisrilõikega ja loomulikult sünnitanud naiste omavahelises võrdluses puudusid isiksuse põhidimensioonidel igasugused seosed sünnitusviisiga, siis ometi spetsiifilisemal tasandil siiski ilmnes olulisi erinevusi. Neid tulemusi toetab ka varasematest uuringutest nähtuv, mille kohaselt on kitsamad isiksusejooned valiidsamad eluliste (sh terviseiga seotud) tagajärgede/käitumise ennustajad kui baasseadumused (Paunonen, 1998). Neurootilisuse alaskaalal N5: impulsiivsuse tase oli keisrilõikega sünnitanud naistel märksa kõrgem kui loomulikult sünnitanud naistel. Impulsiivsuse ja keisrilõikesünnituse vaheline seos võib tuleneda naiste antud hinnangust oma enesekontrolli võimele nii emotsioonide kui käitumise osas. Võimalik, et keisrilõikesünnituse läbi teinud naised hindavad mingil põhjusel oma enesevalitsuse ja vaoshoidmise võimet mõnevõrra madalamalt.

Üllatavaim tulemus ilmnes aga avatus kogemusele alaskaala O2: avatus kunstile osas, mille puhul keisrilõikega sünnitanud naistel on see oluliselt madalam võrreldes loomulikult sünnitanud naistega. Võib vaid oletada, miks just loomulikult sünnitajate seas on O2: avatus kunstile kõrgema skooriga. Üks võimalik seletus on, et loomulik sünnitus koos mõningase võimalusega seda protsessi ise juhtida ja kogemust luua on täiesti vastupidine keisrilõikega sünnitusele, kus sünnitaja enda kontrollitav panus on väga väike. Samas võib kõrgem avatus kunstile tähendada ka valmisolekut kogeda sünnitustegevust nii nagu see on, teadmata täpselt, kas see lõppeb lapse sündimisega loomulikult teel või keisrilõikega. Kindlasti tuleks aga silmas pidada, et tegemist on läbilõikeuuringuga, mistõttu seoste põhjuslikkust ei ole võimalik kindlaks teha.

Käesoleva töö raames ei leidnud kinnitust ka hüpotees, et keisrilõikesünnituse läbi teinud naistel on madalam subjektiivse heaolu tase võrrelduna loomuliku sünnitusega naistega. Tulemus on mõnevõrra ka ootuspärane, kuna subjektiivne heaolu on sedavõrd üldine näitaja, mida mõjutavad paljud erinevad faktorid. Lisaks kipub subjektiivse heaolu tase elu jooksul ka muutuma, saavutades uuesti tasakaalupunkti (Lykken & Tellegen, 1996). Kuna töös kasutatud andmestikust pole võimalik näha, millal naine on sünnitanud, siis küsimustiku täitmise ja sünnitamise vaheline aeg võib olla pikk. See omakorda võib

mõjutada subjektiivset heaolu taset ning tulemustes ei kajastu sünnitusviisi ja subjektiivse heaolu vaheline seos.

Subjektiivsete tervisenäitajate osas ei ole statistiliselt olulist erinevust keisrilõikega sünnitanute ja loomulikult sünnitanute vahel. Küll aga on erinevusi objektiivsete tervisenäitajate osas ja seda eriti puusaümberrõõdu puhul, mis on ka statistiliselt oluline näitaja. Keisrilõikega sünnitanud naistel on puusaümberrõõd suurem, kui loomulikult sünnitanud naistel, samas ei ole aga mingisugust erinevust KMI (kehamassiindeks) puhul. Seega ei saa väita, nagu leiaks kinnitust hüpotees, et kehvema objektiivse terviseseisundiga naistel esineb pigem keisrilõiget, kuna kättesaadavatele andmetele tuginedes ei saa oletada, et suurem puusaümberrõõd oleks kehvem tervisenäitaja. Küll aga leiab kinnitust see, et psühholoogilised tegurid on sünnitusviisiga oluliselt seotud ka siis, kui tervisetegurid on arvesse võetud.

Kindlasti tuleb aga käesoleva uuringu raames tulemuste interpreteerimisse suhtuda ettevaatlikkusega, võttes arvesse keisrilõikega sünnitanute väikest valimit. Diener jt (2017) laiaulatuslikule uuringu tulemustele toetudes on subjektiivse heaolu erinevate aspektide uurimisel ja järelduste tegemisel oluline, et uuring hõlmaks suurt valimit ja erinevaid meetodikaid. Väikese valimi puhul võivad tulemused olla juhuslikud ja seetõttu on nõutav uuringu replikatsioon. Seetõttu ei saa käesolevas uurimistöös ka kindlalt järeldada, nagu ei omaks sünnitusviis naise subjektiivse heaoluga märkimisväärset seost või vastupidi, et seos on olemas.

Kuna subjektiivne heaolu mõjutab paljusid valdkondi nii indiviidi kui ka ühiskonna tasandil, on oluline tunda ja mõista, millised on need tegurid, mis seda multidimensionaalset kontseptsiooni mõjutavad. Käesolevas uuringus on subjektiivset heaolu uuritud vaid üksikute tegurite abil. Üksikasjalikumad uuringud, mis uurivad mitut elusündmust ja mitmekordseid tunnuseid üheaegselt ühes uuringus, on kasulikud, kuna need võimaldavad välja selgitada, kas on püsivaid suundumusi, mis kujundavad isiksust läbi positiivsete ja negatiivsete elusündmuste (Anusic, Yap, & Lucas, 2014). Seetõttu tuleks edaspidistes uuringutes laiendada analüüsi kaasatavate tegurite valikut.

Kindlasti on tarvis saadud tulemustesse suhtuda ettevaatlikkusega ka seetõttu, et subjektiivne heaolu kipub saavutama oma tasakaalupunkti (*set-point*) ning

isiksuseseadumuste puhul on tänaseks samuti kinnitust leidnud, et isiksus vähesel määral muutub ajas (Bleidorn jt, 2018).

Käesoleva uurimistöö tulemused ja laiemalt sarnased uuringud võimaldavad saada ülevaate psühholoogilistest teguritest, mis võiksid olla seotud naise reproduktiivtervisega kui sünnitusviisi või sünnituskogemusega üldisemalt. Need teadmised on väärtuslikud meditsiinitöötajate jaoks, pööramaks tähelepanu näiteks naise vaimsele, aga ka füüsilisele tervisele raseduse ajal, püüdes seeläbi ennustada sünnitusviisi. Antud uurimistöö aluseks olevas andmestikus ei olnud võimalik eristada, kas keisrilõige on olnud plaaniline või erakorraline. Küll aga on teada, et mõlemad variandid on meditsiinilisel näidustusel, kuna Eestis praktiliselt puudub võimalus naisel ise endale keisrilõikesünnitust omal soovil küsida või nõuda. Teine olukord on juhul, kui on paaniline hirm sünnituse ees (ld k. *horror partus*), mis RHK 10 järgi kuulub “Rasedust ja sünnitust ja sünnitusjärgset perioodi tüsistavad muud täpsustatud haigused ja seisundid” alla diagnoosikoodiga O99.8 ning mida diagnoosib günekoloog.

Saadud tulemused on olulised praktikutele, kes tegelevad lapseootel naiste ja sünnitusega. On oluline märgata lisaks meditsiinilistele teguritele ka psühholoogilisi tegureid, mis võivad mõjutada naist sedavõrd, et sellest võiks mingil määral oleneda ka sünnitamise viis. Oluline info nt raseduskriisinõustajatele, kes saavad mõjutada lapseootel naise arusaamu sotsiaalse toetuse vajalikkusest ja teadlikkuse mõju eelarvamuste kummutamiseks ja hoiakute muutmiseks. Samuti vajalik info günekoloogidele ja ämmaemandatele, kes vajavad selget mõistmist, kuidas ja miks naised kogevad rasedust ja sünnitust ning milline roll selles on naise isiksuseseadumusel ja subjektiivsel heaolul või sellel, millise hinnangu naised ise oma terviseseisundile annavad, rääkimata objektiivsetest tervisenäitajatest.

Eestis on sünnitusviise varem uuritud pigem meditsiinilistele teguritele keskendudes, kuid käesolev töö hõlmab isiksust ja subjektiivset heaolu koos subjektiivsete ja objektiivsete tervisenäitajatega. Lähenedes erinevates uurimistöödes temaatikale erineva rakursi alt, on võimalik saada objektiivseid ja laiaulatuslikke tulemusi, mida saab hiljem rasedate ja sünnitajatega tegelevaid ämmaemandaid ja meditsiinitöötajaid koolitades praktikasse rakendada ning kes omakorda saavad uusi teadmisi rakendada oma igapäevatöös.

Kirjanduse loetelu

- Anusic, I., Yap, S. Y., & Lucas, R. E. (2014). Testing Set-Point Theory in a Swiss National Sample: Reaction and Adaptation to Major Life Events. *Social Indicators Research*, 119(3), 1265-1288.
- Bleidorn, W., Buyukcan-Tetik, A., Schwaba, T., Van Scheppingen, M. A., Denissen, J. J., & Finkenauer, C. (2016). Stability and change in self-esteem during the transition to parenthood. *Social Psychological and Personality Science*, 7, 560–569.
- Bleidorn, W., Hopwood, C. J., & Lucas, R. E. (2018). Life events and personality trait change. *Journal Of Personality*, 86(1), 83-96.
- Busseri, M. A., & Sadava, S. W. (2011). A review of the tripartite structure of subjective well-being: Implications for conceptualization, operationalization, analysis, and synthesis. *Personality and Social Psychology Review*, 15, 290–314.
- 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.
- Diener, E., Heintzelman, S. J., Kushlev, K., Tay, L., Wirtz, D., Lutes, L. D., & Oishi, S. (2017). Findings All Psychologists Should Know From the New Science on Subjective Well-Being. *Canadian Psychology-Psychologie Canadienne*, 58(2), 87-104.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61, 305–314
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276–302.
- Dumitru, V. M., & Cozman, D. (2012). The relationship between stress and personality factors. *Human & Veterinary Medicine*, 4(1), 34-39.

- John, O. & Gross, J. (2004) Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences and life span development. *Journal of Personality*, 72 (2004), pp. 1301-1333
- Johnston, R., & Brown, A. (2013). Maternal trait personality and childbirth: The role of extraversion and neuroticism. *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2012.08.005
- Johnson, R., & Slade, P. (2002). Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section?. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 109(11), 1213-1221.
- Jokela, M., Kivimäki, M., Elovainio, M., & Keltikangas-Järvinen, L. (2009). Personality and having children: A two-way relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 218–230.
- 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.
- Kullik, T. (2014). Keisrilõigete osamäär ja põhjuste analüüs Eesti meditsiinilise sünniregistri andmetel. Magistritöö. Tartu Ülikool, Tervishoiu Instituut.
- Lowe, K. (2000) A review of factors associated with dystocia and caesarean section in nulliparous women. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52 , pp. 216-228
- Lucas, R. E. (2007). Adaptation and the set-point model of subjective well-being: Does happiness change after major life events?. *Current Directions In Psychological Science*, 16(2), 75-79.
- Luhmann, M., Lucas, R. E., Eid, M., & Diener, E. (2013). The Prospective Effect of Life Satisfaction on Life Events. *Social Psychological And Personality Science*, 4(1), 39-45.
- Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science*, 7, 186–189.

Maaailma Terviseorganisatsioon (1992, 1996). Rahvusvaheline haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistiline klassifikatsioon, 10. väljaanne (RHK-10). Tallinn: Eesti Sotsiaalministeerium.

McCrae, R. R., Costa, P. T., Jr., & Martin, T. A. (2005). The NEO-PI-3: A more readable revised NEO personality inventory. *Journal of Personality Assessment*, 84(3), 261–270.

Paunonen, S. V. (1998). Hierarchical organization of personality and prediction of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 538–556.

Roberts, B. W., Wood, D., & Caspi, A. (2008). The development of personality traits in adulthood. In O. P. John (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed., pp. 375–398). New York: Guilford Press

Sudha, P., & Reddy, B. K. (2017). Problem solving coping style in relation to personality type, health behavior and life satisfaction among cardiovascular patients. *Indian Journal Of Health & Wellbeing*, 8(12), 1493-1496.

Tervise Arengu Instituut. (2008). Sünnid ja imikute rinnapiimaga toitmine.

Loetud 28.04.2018 aadressil

<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Database/Rahvastik/02S%FCnnid/SRinfo.htm>

Tsai, H., & Wu, C. (2018). Vaginal birth after cesarean section-The world trend and local experience in Taiwan. *Taiwanese Journal Of Obstetrics & Gynecology*, 56(1), 41-45

Weber, K., Giannakopoulos, P., Bacchetta, J., Quast, S., Herrmann, F. R., Delaloye, C., & ... Canuto, A. (2012). Personality traits are associated with acute major depression across the age spectrum. *Ageing & Mental Health*, 16(4), 472-480.

Tänuõnad

Täna südamest oma juhendajat Liisi Kõöts-Ausmeest pühendumuse, julgustamise, asjakohaste kommentaaride ning mõistva suhtumise eest töö valmimise protsessis. Eriline tänu Eleri Lillemäele, kes õpetas mulle SPSS programmi kasutamist ja andmeanalüüsi põhitõdesid.

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt 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.

Katrin Roose