




Tervise
Arengu
Instituut

 Tartu Ülikooli Kliinikum

TERVISEKASSA 



**Eesti 40–49aastaste
meeste tervis:
pilootprojekt „Pikema
Sõpruse Päev“**

Uuringu raport

Tallinn 2022

**Eesti 40–49aastaste
meeste tervis:
pilootprojekt „Pikema
Sõpruse Päev“**

Uuringu raport

2022

Tervise Arengu Instituudi **missioon** on olla teaduspõhiste tervislike valikute kujundaja.

Uuringu korraldasid Tervisekassa ja Tartu Ülikooli Kliinikumi meestekliinik koostöös „Pikema Sõpruse Päeva“ meeskonnaga.

Uuringu disainis prof. Margus Punab. Uuring viidi läbi prof. Margus Punabi ja dr. Kristel Ehala-Aleksejevi eestvedamisel koos Tartu Ülikooli Kliinikumi meestekliiniku kollektiiviga

Uuringu tervishoiuteenuseid rahastas Tervisekassa.

Raporti koostasid:

Elisa Kender, Tervise Arengu Instituut, toitumisuuringute osakond

Sigrid Vorobjov, Tervise Arengu Instituut, uimastite ja nakkushaiguste epidemioloogia osakond

Prof. Margus Punab, Tartu Ülikooli Kliinikumi meestekliinik

Dr. Kristel Ehala-Aleksejev, Tartu Ülikooli Kliinikumi meestekliinik

Raportit retsenseeris Kristi Rüütel, Tervise Arengu Instituut, uimastite ja nakkushaiguste epidemioloogia osakond

Uuringu tegijad tänavad hindamatu panuse eest projekti ellukutsumise ning uuringu kommunikatsioonil abistamise eest Pikema Sõpruse Päeva projekti eestvedajat Rain Väänat. Samuti kõiki uuringus osalenud mehi uuringusse panustatud aja eest.

Soovitav viide käesolevale väljaandele: Kender E, Vorobjov S, Ehala-Aleksejev K, Punab M. Eesti 40–49aastaste meeste tervis: pilootprojekt „Pikema Sõpruse Päev. Tallinn, [Tartu]; Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikooli Kliinikumi meestekliinik; 2022.

Kaanefoto: iStock

Sisukord

Sisukord.....	3
Tabelid.....	4
Lühendid	6
Kokkuvõte.....	7
Summary.....	9
Заключение.....	11
Sissejuhatus.....	14
1 Metoodika.....	15
1.1 Valim ja andmete kogumine	15
1.2 Uuringute pakett.....	16
2 Tulemused.....	17
2.1 Töö ja rahulolu tööga	18
2.2 Ülekaal ja rasvumine.....	19
2.3 Enesehinnanguline tervis, valud ja diagnoositud haigused	20
2.4 Üldtervis.....	21
2.4.1 Vererõhk.....	21
2.4.2 Metaboolne sündroom.....	22
2.4.3 Muud üldtervise näitajad	22
2.5 Vaimne tervis ja depressioon	23
2.6 Meeste spetsiifiline tervis.....	24
2.6.1 Eesnäarmehaigused, kusemishäired.....	24
2.6.2 Testosterooni taseme langus e. hüpogonadism	25
2.6.3 Partnersuhted ja seksuaalelu	26
2.6.4 Seksuaalhäired	27
2.7 Tervisekäitumine	29
3 Arutelu.....	30
Ülekaal ja rasvumine	30
Enesehinnanguline tervis	31
Üldtervis.....	32
Vaimne tervis.....	33
Meeste spetsiifiline tervis	34
Tervisekäitumine.....	35
Nõrkused ja tugevused.....	36
Järeldused ja soovitused meestele üldise tervise osas	38
4 Andmetabelid.....	39
Kirjanduse loetelu.....	49
Lisa 1. Ankeet.....	53

Tabelid

Tabel 1. Vastajate jaotus taustaandmete järgi (%)	17
Tabel 2. Töötundide arv, öötöö tegemine ja füüsilise töö osakaal haridustaseme järgi (%)..	18
Tabel 3. Tööhõivelt aktiivsete rahulolu tööga vanuserühma järgi (%)	18
Tabel 4. KMI, rasvaprotsent, VÜ, VÜ/Pi vanuserühma järgi (%)	19
Tabel 5. Keha parameetrite statistilised näitajad	19
Tabel 6. Tervise enesehinnang vanuserühma järgi (%)	20
Tabel 7. Valude esinemine ja tugevus viimasel kuul vanuserühma järgi (%)	20
Tabel 8. Arsti diagnoositud haigused/haigusseisundid elu jooksul vanuserühma järgi (%)..	21
Tabel 9. Vererõhk vanuserühma järgi (%)	21
Tabel 10. Vererõhu statistilised näitajad	21
Tabel 11. Metaboolne sündroom ja selle komponentide esinemine vanuserühma järgi (%)	22
Tabel 12. Diabeedi esinemine vanuserühma järgi (%)	22
Tabel 13. Biokeemiliste markerite statistilised näitajad	22
Tabel 14. Normväärtusest kõrgem kolesterool ja maksanäitajad vanuserühma järgi (%)	23
Tabel 15. Vaimse tervisega seotud probleemide esinemine viimasel kahel nädalal (%)	23
Tabel 16. PSA-testi tulemused vanuserühma järgi (%)	24
Tabel 17. Kusemishäirete esinemine viimase kuu jooksul vanuserühma järgi (%)	24
Tabel 18. Alakeha vaevuste esinemine viimase nädala jooksul vanuserühma järgi (%)	24
Tabel 19. Elu jooksul alakeha vaevusi kogunud meeste vaevuste esinemise sagedus viimase nädala jooksul vanuserühma järgi (%)	25
Tabel 20. Elu jooksul alakeha vaevusi kogunud meeste hinnang vaevustest tingitud tegevuspiirangule viimase nädala jooksul vanuserühma järgi (%)	25
Tabel 21. Elu jooksul alakeha vaevusi kogunud meeste mõtlemine nimetatud vaevustele viimase nädala jooksul vanuserühma järgi (%)	25
Tabel 22. Hüpogonadismi esinemine testosterooni või vaba testosterooni alusel vanuserühma järgi (%)	25
Tabel 23. Hüpogonadismiga seotud analüüside statistilised näitajad	26
Tabel 24. Rahulolu seksuaaleluga (%)	26
Tabel 25. Seksuaalselt aktiivsete meeste partneri seksuaalne huvi ja aktiivsuse tase vanuserühma järgi (%)	26
Tabel 26. Seksuaalvahekordade (sh eneserahulduse) sagedus viimase 3 kuu jooksul vanuserühma järgi (%)	27
Tabel 27. Seksuaalvahekordade (sh eneserahulduse) sagedus viimase 3 kuu jooksul seksuaalse aktiivsuse järgi (%)	27
Tabel 28. Seksuaalhäirete esinemine (%)	28
Tabel 29. Hinnang erektsiooni saavutamisele vanuserühma järgi (%)	28
Tabel 30. Seksuaalse huvi langus ning hommikuste/öiste erektsioonide harvenemine vanuserühma järgi (%)	28
Tabel 31. Suitsetamine vanuserühma järgi (%)	29

Tabel 32. Alkoholi tarvitamine (AÜ) nädalas ja üle 6 AÜ tarvitamise sagedus vanuserühma järgi (%)	29
Tabel 33. Rasvunud mehed (KMI \geq 30) erinevate tunnuste lõikes (%)	39
Tabel 34. Metaboolse sündroomiga mehed erinevate tunnuste lõikes (%)	39
Tabel 35. Hea/väga hea tervise enesehinnanguga mehed erinevate tunnuste lõikes (%) ...	40
Tabel 36. Viimasel kuul valuvaigistit tarvitanud mehed erinevate tunnuste lõikes (%)	40
Tabel 37. Kõrge vererõhuga mehed erinevate tunnuste lõikes (%)	41
Tabel 38. Hüpogonadismiga mehed erinevate tunnuste lõikes (%).....	41
Tabel 39. ALAT-piirväärtust ületanud mehed erinevate tunnuste lõikes (%).....	42
Tabel 40. GGT-piirväärtust ületanud mehed erinevate tunnuste lõikes (%)	42
Tabel 41. Võimaliku eesnäärmehaigusega mehed erinevate tunnuste lõikes (%)	43
Tabel 42. Mõõduka/tõsise kusemishäirega mehed erinevate tunnuste lõikes (%)	43
Tabel 41. Ereksioonihäiretega mehed erinevate tunnuste lõikes (%)	44
Tabel 42. Seemnepurskehäiretega mehed erinevate tunnuste lõikes (%)	44
Tabel 43. Seksuaaleluga rahulolematud mehed erinevate tunnuste lõikes (%)	45
Tabel 44. Töö ja töökohaga rahulolematud mehed* erinevate tunnuste lõikes (%)	45
Tabel 45. Viimasel kahel nädalal unehäiretega mehed erinevate tunnuste lõikes (%).....	46
Tabel 46. Viimasel kahel nädalal suurenenud söögiisuga mehed erinevate tunnuste lõikes (%).....	46
Tabel 47. Viimasel kahel nädalal vähenenud energiaga mehed erinevate tunnuste lõikes (%).....	47
Tabel 48. Viimasel kahel nädalal kurbust tundnud mehed erinevate tunnuste lõikes (%)..	47
Tabel 49. Igapäevasuitsetajad erinevate tunnuste lõikes (%)	48
Tabel 50. Tervist ohustaval määral alkoholi tarvitanud mehed erinevate tunnuste lõikes (%)	48

Lühendid

ALAT	alaniini aminotransferaas
AUDIT-C	alkoholi liigtarvitamise sõeltesti (AUDIT) lühendatud versioon
AÜ	alkoholiühik (10 g puhast alkoholi)
ETU	Eesti Terviseuuring
GGT	gammaglutamüüli transferaas
IPAQ	<i>International Physical, Activity Questionnaire</i>
IPSS	<i>International Prostate Symptom Score</i>
KMI	kehamassiindeks
LDL	Madala tihedusega lipoproteiin (ingl <i>low density lipoprotein</i>)
MDI	<i>Major Depression Inventory</i>
MS	metaboolne sündroom
NIH-CPSI	<i>NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index</i>
p	p-väärtus
PSA	prostata spetsiifiline antigeen
RRd	diastoolne vererõhk
RRs	süstoolne vererõhk
sd	Standardhälve (ingl <i>standard deviation</i>)
SHBG	SHBG e, vaba testosteroon kokku
TAI	Tervise Arengu Instituut
TG	triglütseriidid
TKU	Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring
TÜK	Tartu Ülikooli Kliinikum
VÜ	vööümberrõõd
VÜ/Pi	vööümberrõõdu ja pikkuse suhe
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon

Kokkuvõte

Uuring sai inspiratsiooni kodanikualgatuse korras läbiviidud kampaaniast „Pikema sõpruse päev“. Tegemist on liikumisega, mille eesmärk on panna mehi rohkem hoolima iseenda ja sõprade tervisest, et Eesti mehed elaksid kauem ja tervemana. Eesti meeste oodatav eluiga sünnihetkel oli 2020. a 74 eluaastat, mis on oluliselt vähem võrreldes Põhjamaadega, samuti võrreldes Eesti naistega.

Raportis kirjeldatakse meeste tervist käsitlevat läbilõikelist uuringut, mida korraldasid Tervisekassa ja TÜ Kliinikumi meestekliinik aastatel 2019–2020. Uuringu eesmärgiks on anda ülevaade 40–49aastaste meeste tervisest ja tervisekäitumisest, suurendada meeste terviseteadlikkust ning saada sisend meestele suunatud rahvastikupõhise söeluuringu projekti väljatöötamiseks.

Uuringus osalejate leidmiseks tehti ulatuslik kampaania läbi meedia. Mehed said tulla vastuvõtule Tartusse, Tallinnasse ja Pärnusse ning mobiilse kabinetiga tagati teenuse osutamine väiksemates kohtades. Uuringus osalemine oli ravikindlustatud ja sobivas vanuserühmas mehe jaoks tasuta. Vastuvõtul mõõdeti vererõhku ja võeti veeniverd, et hinnata olulisemaid üld- ja mehe spetsiifilist tervist hindavaid näitajaid. Samuti mõõdeti pikkus, kaal, vööümbermõõt ning keha rasvaprotsent. Lisaks täitsid uuringus osalejad põhjaliku terviseankeedi, analüüsi kaasati 3195 mehe andmed.

Enda tervist hindas heaks või väga heaks 59% meestest. Enamik uuringus osalenud meestest olid oma tööga rahul, vaatamata sellele, et peaaegu pooled töötasid nädalas üle 40 tunni. Terviseprobleemide esinemine oli sagedasem meeste hulgas, kes töötasid ala- või suure ülekoormusega või, kes tegid peamiselt füüsilist tööd.

Kehamassiindeksi alusel oli normaalkaalus mehi 28%, rasvunud oli iga neljas (27%). Kõrgele metaboolsele riskile viitav vööümbermõõt ($VÜ \geq 102$ cm) oli kolmandikul (36%) ning sellele riskile viitav vööümbermõõdu-pikkuse suhe oli normist kõrgem kolmel neljandikul (77%) meestest. Rasvumine suurenes koos vanusega ja oli seotud peaaegu kõikide kehvade tervisenäitajatega (kehv tervise enesehinnang, kõrge vererõhk, valuvaigistite tarvitamine, testosteroon taseme langus e. hüpogonadism, erektsioonihäirete olemasolu, kehvad maksanäitajad ja vaimse tervisega seotud probleemid).

Valusid oli viimasel kuu jooksul tundnud 62% meestest, nendest pooled olid tarvitanud valuvaigisteid. Kolesterool oli normist kõrgem 73% meestest ja kõrge vererõhk tuvastati pooltel (55%) meestest. Samal ajal üksnes 28% meestest tõi välja, et neil oli varasemalt diagnoositud kõrge vererõhk. Metaboolne sündroom esines vähemalt igal kuuendal mehel (15%), kuid prediabeeti ja diabeeti esines suhteliselt vähestel (4%). Maksanäitajad olid korrast ära igal kuuendal mehel. Kliiniliselt olulise depressiooni sümptomeid esines vähestel (4%), uneprobleeme ja isu suurenemist oli igal kümnendal (11%, 9%), energiapuudust või kurbust oli tundnud iga kahekümnes (6%).

Võimalik eesnäärme haigus (kõrgenenud PSA-tase) oli igal kuuendal mehel (15%). Peaaegu sama paljudel (18%) esines mõõdukas või tõsine kusemishäire. Selge hüpogonadism ehk normväärtustest madalam testosteroon tase oli 6%-l, piiripealne tulemus oli 10–20%-l meestest.

Üheksal mehel kümnest oli püsiv seksuaalpartner ning samavõrra oli mehi, kes olid oma sõnul seksuaalselt aktiivsed, kõigist meestest oli oma seksuaaleluga rahul 69%. Seksuaalhäiretest esines kõige sagedamini seemnepursehäireid (21%) ja erektsioonihäireid (18%), peamiseks probleemiks oli liigvarane seemnepurse ja nõrgaks jääv erektsioon. Seksuaalse huvi langust tõi esile 14%-l meestest. Peaaegu kõik meeste spetsiifilise ja vaimse tervise näitajad, aga ka tervise enesehinnang, rahulolu tööeluga olid paremad meestel, kes olid (vaba)abielus. Igapäevaselt suitsetas 14% uuritud meestest, endisi suitsetajaid oli 39%. Alkoholi tarvitas tervist ohustaval määral (16 või enam alkoholiühikut nädalas) 11% meestest, kuus või enam alkoholiühikut tarvitas vähemalt ühel korral nädalas 15% meestest. Kuna

uuringus osales võrreldes üldrahvastikuga ligikaudu kaks korda enam kõrgharidusega mehi, oli ootuspärane, et nii suitsetati kui ka alkoholi tarvitati poole vähem.

Kuna tegemist oli mugavusvalimil põhineva uuringuga, tuleb tulemuste üldistamisel Eesti üldrahvastikule olla ettevaatlik. Kuna puudub informatsioon, mis ajendas mehi uuringus osalema, võime vaid oletada, et uuringus osalemisest võisid olla rohkem huvitatud mehed, kellel juba esinesid mingid terviseprobleemid. Samas võib olla ka vastupidine olukord, kus riskitegurite levimused võivad olla alahinnatud, kuna uuringus osalevatel meestel oli oluliselt kõrgem haridustase ning paremad tervisekäitumise näitajad võrreldes üldrahvastikuga. Oletades, et need rühmad võisid üksteist tasakaalustada saame siiski ettevaatusega eeldada, et käesoleva uuringu tulemused on üle kantavad 40–49aastaste meeste rahvastikule Eestis

Uuringu tugevuseks on valimi suurus ning objektiivsetel mõõtmistel põhinevad verenäitajate andmed ning kehaparameetrite mõõtmiste tulemused. Varasemalt pole Eestis nii suuremahulist uuringut keskealiste meeste hulgas läbi viidud.

Summary

The survey was inspired by a community campaign named Day of Longer Friendship. It is a movement the goal of which is to make men care more about their and their friends' health, for the men of Estonia to live a longer and healthier life. The life expectancy at birth of Estonian men was 74 years in 2020, which is significantly shorter compared to women and with the data of the Nordic countries.

The report describes a cross-sectional study on men's health, organised by the Health Insurance Fund and the Men's Clinic of Tartu University Hospital in 2019–2020. The goal of the survey is to give an overview of the health and health behaviour of men aged 40–49, increase health awareness and receive input data for organising the project of national screening test.

In order to find participants for the survey, a large media campaign was organised: the survey was advertised on the Facebook pages and websites of the Health Insurance Fund and the Tartu University and also in the news of Estonian Public Broadcasting. Men could visit doctors in Tartu, Tallinn and Pärnu, mobile health cabinet offered the service in smaller places. Participating in the survey was free of charge for men who had national health insurance and for those belonging to the targeted age group. During the appointment, blood pressure was measured, and venous blood samples were taken to assess the most important general and specific indicators for men's health. The measurements of height, weight and waist circumference were taken, together with the body fat percentage. In addition, the participants filled in a thorough questionnaire. The data of 3915 men was included in the survey.

59% of the had good or very good self-rated health. Most men said they were content with their work, even though more than half of the men worked more than 40 hours a week. Health problems were more common in men who were under- or overburdened or who were mainly engaged in physical work.

According to body mass index, 28% of men had a healthy body fat percentage, while every fourth man (27%) was obese. 36% of men had the waist circumference referring to high metabolic risk (≥ 102 cm) and the waist-height ratio referring high metabolic risk (≥ 0.5) in 77%. The risk of obesity increased with age and was connected to almost all poor health indicators (poor self-assessment of health, high blood pressure, taking painkillers, hypogonadism, erection disorders, poor liver indicators and problems related to mental health).

62% of men had experienced pain in the last month, half of them had taken painkillers. Cholesterol indicator exceeded the norm in 73% of men, and half of the men (55%) had high blood pressure. At the same time, only 28% of men brought out that they had been diagnosed with high blood pressure earlier. Metabolic syndrome was detected in every sixth man (15%), at the same time, prediabetes and diabetes was detected in 4%. Every sixth man showed poor liver indicators. 4% of men had the symptoms of clinical depression, 11% mentioned sleep problems and 9% increased appetite. Every 20th man (6%) brought out the lack of energy or sadness.

Every sixth man (15%) showed the signs of possible prostate disease (a higher PSA-level). The same number of men (18%) had moderate or severe urinary problems. 6% had low testosterone level, while 10–20% of men showed borderline symptoms of hypogonadism. Nine men of ten had a steady sexual partner and the same number of men were sexually active, 69% of all men were content with their sexual life. Of the sexual disorders, ejaculation disorders (21%) and erection disorders (18%) were the most common, with premature ejaculation and weak erections being the main problems. 14% of men experienced a decrease in sexual interest. The self-rated health, satisfaction with work and sexual life and

the indicators of mental health were better in men who were married or in a steady relationship.

14% of men were everyday smokers, while 39% of men reported having been former smokers. Alcohol consumption to an extent that endangers health (16 or more alcohol units in a week) occurred in 11% of men, while 15% of men consumed six or more alcohol units at least once a week. As compared to the general population, the percentage of men with higher education was twofold in the survey participants, it was expected that the number of smokers and alcohol consumers was 50% smaller than in the general population.

As the survey is based on convenience sampling, the results should be generalised to the general population of Estonia with caution. As there is no information on what urged men to participate in the survey, we can only assume that the men interested in participating in the survey might have had some health problems. However, the situation may also be the opposite, where the risk factors may be underestimated, as the men who participated in the survey had significantly higher level of education and better health behaviour indicators compared to general population.

The strengths of the survey are the size of the sample, the data on blood indicators based on objective measurements and the results of the measurements of body parameters in men in the age group of 40–49 years. The survey of this scale concerning middle aged men has never been conducted in Estonia.

Recommendations based on the results of the survey

In addition to measuring body mass index and waist circumference, regular blood pressure and cholesterol checks should be done. Blood pressure should be checked every year, but starting from the age of 30, persons who have hereditary risk of cardiovascular diseases or who have had high blood pressure, should measure their blood pressure more often (e.g., with a blood pressure monitor at home). Blood pressure should be checked more often also by people with higher individual risks, e.g., people who are overweight (BMI ≥ 25 and/or waist circumference ≥ 102 cm), people who do heavy physical work, people who do not engage in sufficient aerobic training, people who smoke (both regular and e-cigarettes), and people with diabetes. People who have constant high blood pressure (RR ≥ 140 mmHG or RR ≥ 90 mmHG) and/or extremely fluctuating blood pressure, should keep a blood pressure diary and go see their family practitioner for consultation. It is also important to engage in a healthier lifestyle.

Men over 40 should check their cholesterol indicators at least once a year. In case of higher-than-normal cholesterol indicators, one should go to a family doctor for a consultation and also change their lifestyle.

General recommendations for a healthy lifestyle, including controlling weight and blood pressure:

- varied food choices: consume more berries, fruit and vegetables, including legumes (at least 500 g a day), fish and whole grain products, nuts and seeds. Consume less sweet dairy products, pork and beef, sweet and savoury snacks and sugar-rich soft drinks and juices.
- do not exceed the recommended daily amount of salt (6 g or approximately 1 teaspoon). You can control your salt consumption by preparing your meals by yourself (and by using alternative spices), by avoiding adding extra salt to your meals and by observing the amount of salt from food packaging.
- be physically active according to the recommendations of WHO (minimise the time of sitting and engage in 150 minutes of moderate aerobic training or 75 of intensive physical activity in a week; for additional benefits, engage in muscle training at least twice a week).

- avoid the consumption of addictive substances, including regular and alternative cigarettes (incl. e-cigarettes, snuff).
- avoid excessive alcohol consumption.
- sleep enough

In addition, it is important to learn how to deal with stress and have a positive attitude towards life. It is equally as important to contribute to creating and keeping good (partner) relations and to maintaining good mental health.

High blood pressure, excess weight (especially the obesity of the waist area), smoking, excess alcohol consumption and high LDL-cholesterol level are the main reasons causing the health problems of Estonian men. The negative effects of all these factors can be decreased with lifestyle changes and, if necessary, with timely medical intervention. Estonian men themselves have the key to their health.

Заклучение

Исследование было вдохновлено кампанией гражданской инициативы «День более долгой дружбы». Это движение направлено на то, чтобы мужчины больше заботились о своем здоровье и здоровье своих друзей, чтобы эстонские мужчины жили дольше и были более здоровыми. Ожидаемая продолжительность жизни эстонских мужчин при рождении в 2020 году составила 74 года, что значительно меньше по сравнению со странами Северной Европы, а также по сравнению с эстонскими женщинами.

В отчете описано кросс-секционное исследование мужского здоровья, проведенное Больничной кассой и клиникой мужского здоровья Клиники ТУ в 2019–2020 годах. Цель исследования – дать обзор состояния здоровья и поведения в вопросах здоровья мужчин в возрасте 40–49 лет, повысить осведомленность мужчин о здоровье и внести вклад в разработку проекта популяционного скрининга, направленного на мужчин.

Для привлечения участников была проведена широкомасштабная кампания в СМИ: реклама исследования в Facebook и на сайтах Кассы здоровья и Клиники Тартуского университета, а также в национальных новостных передачах. Мужчины могли приезжать на прием в Тарту, Таллинн и Пярну, а мобильный кабинет обеспечивал оказание услуги в небольших районах. Участие в исследовании было бесплатным для мужчин соответствующей возрастной группы, имеющих медицинскую страховку. На приеме измерялось артериальное давление и брались образцы венозной крови для оценки наиболее важных общих и специфических для мужчин показателей здоровья. Также измерялись рост, вес, окружность талии и процентное содержание жира в организме. Кроме того, участники исследования заполнили подробную анкету о состоянии здоровья, в анализ были включены данные 3195 мужчин.

59% мужчин оценили свое здоровье как хорошее или очень хорошее. Большинство мужчин в исследовании были довольны своей работой, несмотря на то, что почти половина из них работала более 40 часов в неделю. Проблемы со здоровьем были более распространены среди мужчин, которые работали с небольшой или большой переработкой или занимались преимущественно физическим трудом.

По индексу массы тела 28% мужчин имели нормальный вес, каждый четвертый страдал ожирением (27%). Окружность талии (≥ 102 см), указывающая на высокий метаболический риск, присутствовала у одной трети (36%), а отношение окружности талии к росту, указывающее на то, что этот риск был выше нормы ($\geq 0,5$), у трех четвертей (77%) мужчин. Ожирение увеличивалось с возрастом и было связано практически со всеми показателями плохого состояния здоровья (плохая самооценка

здоровья, высокое кровяное давление, прием обезболивающих, гипогонадизм, плохая функция печени и проблемы с душевным здоровьем).

62% мужчин испытывали боль в течение последнего месяца, половина из них принимала обезболивающие. Холестерин был выше нормы у 73% мужчин, у половины мужчин было высокое кровяное давление (55%). При этом только 28% мужчин заявили, что у них ранее диагностировали повышенное артериальное давление. Метаболический синдром присутствовал как минимум у каждого шестого мужчины (15%), а преддиабет и диабет – у относительно небольшого числа (4%). У каждого шестого мужчины были проблемы с печеночными показателями. У немногих (4%) были симптомы клинически выраженной депрессии, у каждого десятого (11%, 9%) были проблемы со сном и повышенным аппетитом, а у каждого двадцатого (6%) наблюдался упадок сил или грусть.

У каждого шестого мужчины (15%) было обнаружено возможное заболевание предстательной железы (повышенный уровень ПСА). Столько же (18%) имели умеренные или серьезные проблемы с мочеиспусканием. Явный гипогонадизм, т.е. уровень тестостерона ниже нормы, был обнаружен у 6% мужчин, а пограничный результат – у 10-20%. Девять из десяти мужчин имели постоянного сексуального партнера, и столько же мужчин заявили, что они сексуально активны, причем $\frac{3}{4}$ всех мужчин были удовлетворены своей сексуальной жизнью. Из сексуальных расстройств наиболее распространенными были нарушения эякуляции (21%) и нарушения эрекции (18%), причем основными проблемами были преждевременная эякуляция и слабая эрекция. 14% мужчин испытали снижение сексуального интереса. Самооценка здоровья, удовлетворенность работой и сексуальной жизнью, а также показатели душевного здоровья были лучше у мужчин, которые были женаты / в свободном браке.

14% курили ежедневно, 39% были бывшими курильщиками. 11% мужчин употребляли алкоголь на уровне, опасном для здоровья (16 и более единиц алкоголя в неделю), а 15% мужчин употребляли шесть и более единиц алкоголя хотя бы раз в неделю. Поскольку в опросе участвовало примерно в два раза больше мужчин с высшим образованием по сравнению с населением в целом, следует ожидать, что показатели, связанные как с курением, так и с употреблением алкоголя были в два раза ниже.

Поскольку исследование основано на удобной выборке, результаты следует с осторожностью обобщать на население Эстонии. Поскольку нет информации о том, что мотивировало мужчин участвовать в исследовании, мы можем только предположить, что мужчины, у которых уже были проблемы со здоровьем, могли быть более заинтересованы в участии в исследовании. Однако может быть и обратная ситуация, когда распространенность факторов риска может быть недооценена, поскольку участвующие в исследовании мужчины имели значительно более высокий уровень образования и лучшее поведение в отношении здоровья по сравнению с населением в целом. Сильные стороны исследования заключаются в размере выборки и результатах показателей крови на основе объективных измерений и измерений параметров тела мужчин в возрасте 40-49 лет. Ранее в Эстонии не проводилось такого масштабного исследования среди мужчин среднего возраста.

Рекомендации, основанные на результатах опроса

Помимо индекса массы тела и окружности талии следует регулярно контролировать артериальное давление и уровень холестерина. Артериальное давление следует проверять каждый год, но с 30 лет люди с наследственной предрасположенностью или повышенным артериальным давлением в анамнезе должны проверять артериальное давление чаще (например, с помощью домашнего тонометра). Артериальное давление также следует чаще контролировать людям с более высоким индивидуальным риском, таким как избыточный вес (ИМТ ≥ 25 и / или окружность талии ≥ 102 см), тяжелая физическая работа, низкая аэробная физическая активность, курение (как обычные, так и электронные сигареты), диабет. Если артериальное

давление постоянно высокое (систолическое ≥ 140 мм рт.ст. или диастолическое ≥ 90 мм рт.ст.) и/или сильно колеблется, следует заполнять дневник артериального давления и обратиться за консультацией к семейному врачу. Также важно, чтобы образ жизни был более здоровым.

Мужчинам старше 40 лет следует проверять уровень холестерина не реже одного раза в год. В случае повышения показателей холестерина выше нормы следует обратиться за консультацией к семейному врачу, а также изменить образ жизни.

Общие рекомендации по здоровому образу жизни, включая контроль веса и артериального давления:

- питаться разнообразно: есть больше ягод, фруктов и овощей, в том числе бобовых (не менее 500 г этих продуктов в день), рыбу, а также цельнозерновые продукты, орехи и семечки. употреблять меньше сладких молочных продуктов; свинины и говядины; сладких и соленых закусок, сладких безалкогольных напитков и соковых напитков.
- не превышать рекомендуемую суточную норму потребления соли (6 г или около 1 чайной ложки). Потребление соли можно контролировать, готовя еду самостоятельно (используя альтернативные приправы), не добавляя соль в пищу при ее употреблении и проверяя содержание соли на упаковке продуктов;
- выполнять физические упражнения в соответствии с рекомендациями ВОЗ (сократить до минимума время сидения и выполнять аэробные упражнения умеренной интенсивности не менее 150 минут или сильной интенсивности – 75 минут в неделю, а также выполнять упражнения на укрепление мышц не менее двух раз в неделю);
- воздержаться от веществ, вызывающих зависимость, включая как обычные сигареты, так и альтернативные табачные изделия (в том числе электронные сигареты, снюс);
- не перебарщивать с алкоголем;
- спать достаточно.

Кроме того, важно научиться справляться со стрессом и иметь позитивный настрой. Способствовать установлению и поддержанию хороших (партнерских) отношений и поддержанию душевного здоровья.

Высокое кровяное давление, избыточный вес (особенно в области талии), курение, чрезмерное употребление алкоголя и высокий уровень холестерина ЛПНП являются основными причинами потери здоровья у эстонских мужчин. Негативное влияние всех этих факторов на здоровье можно уменьшить за счет изменения образа жизни и, при необходимости, своевременного медицинского вмешательства. Здоровье эстонского мужчины – в его руках.

Sissejuhatus

Käesolev uuring sai inspiratsiooni kodanikualgatuse korras läbiviidud kampaaniast „Pikema Sõpruse Päev“, mis pöörab tähelepanu just keskealiste meeste tervisele. „Pikema Sõpruse Päev“ on liikumine, mille eesmärk on panna mehi senisest rohkem hoolima iseenda ja sõprade tervise eest, et mehed elaksid kauem ja tervemana ning oleksid reipad abikaasad oma naistele, õnnelikud isad ja vanaisad oma lastele ja lastelastele (1).

Eesti meeste tervisenäitajad võiksid olla paremad — Eesti meeste oodatav eluiga sünnihetkel oli 2020. aastal 74 eluaastat, erinevus naistega on peaaegu üheksa aastat (2). Võrdluseks, et Rootsis on meeste oodatav eluiga 82 aastat ja Soomes 80 aastat ning erinevus sugude vahel vastavalt kolm ja viis aastat (3). Ühtlasi on leitud, et Eesti mehed kasutavad kuni 50. eluaastani tervishoiuteenuseid vähem kui naised ning kui lõpuks jõutakse arsti juurde on vajalikud tervishoiukulud oluliselt suuremad kui naistel (4).

Surma põhjuste registri andmed näitavad, et võrreldes 2020. aastaga 2021. aastal surmade arv suurenes hüppeliselt (peamiselt nii COVIDi kui ka kuuma suve tõttu), mis tähendab, et võrreldes 2020. aastaga oodatav eluiga vähenes meestel 1,6 aasta võrra (5). Eestis suri 2021. aastal 383 ja 2020. aastal 347 40–49aastast meest. Peamisteks surmapõhjuseks olid õnnetusjuhtumid, mürgistused ja traumad (23%), seedeelundite haigused (21%), sh kroonilised maksahaigused ja maksa alkoholtõbi; vereringeelundite haigused (19%) ja kasvaja (10%). COVID-19 tõttu suri 28 nimetatud vanuserühma meest (6).

Seetõttu töötasidki Tartu Ülikooli Kliinikumi meestekliiniku (edaspidi Meestekliiniku) androloogid välja tervisekontrollipaketi 40–49aastastele meestele. Tervisemurede ilmnemisel pakuti meestele täiendavate uuringute ja ravi võimalust Meestekliinikus.

Uuringu eesmärgiks on anda ülevaade 40–49aastaste meeste tervisest ja tervisekäitumisest, suurendada meeste terviseteadlikkust ning saada sisend meestele suunatud rahvastikupõhise sõeluuringu projekti väljatöötamiseks.

1 Metoodika

Pilootprojektis osalemise võimalust pakuti ravikindlustatud meestele vanuses 40–49 aastat. Uuringus osalemise tingimuseks oli, et osaleda sooviv mees pole vastuvõtule eelnenud viimase aasta jooksul läbinud põhjalikumaid terviseuuringuid. Projekti sisenemine oli eriarsti saatekirja vajaduseta ning visiiditasuta. Projekti rahastasid Tervisekassa (tervishoiuteenuste osas) ja Meestekliinik, uuringu kommunikatsiooni rahastati eraisikute ja tööandjate annetustest.

Uuring kooskõlastati Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega, loa number 288/M-13, kuupäev 17.12.2018.

1.1 Valim ja andmete kogumine

Uuringus osalejate leidmiseks tehti ulatuslik kampaania läbi meedia: uuringut reklaamiti Tervisekassa ja Tartu Ülikooli Kliinikumi Facebooki ja kodulehekülgedel, lisaks kajastati uuringut rahvusringhäälingu uudistes ja pilootprojekti tutvustav artikkel ilmus Tartu Postimehes. Kutse uuringusse oli esitatud järgmiselt: „Meil on hea meel teatada, et kuni 30. detsembrini 2020 on mehed „Pikema Sõpruse Päeva“ programmi raames oodatud ennetava iseloomuga terviseuuringutele Meestekliinikusse“.

Vastuvõttudega alustati 2019. a novembris ja andmeid koguti kuni 2020. a lõpuni. Tervisekontrolli sai tulla Meestekliinikusse Tartus, aga ka filiaalidesse Tallinnas, Pärnus ja mööda Eestit liikuvasse mobiilsesse kabinetti. Mobiilse kabinetiga tagati teenuse osutamine väiksemates kohtades ja töökollektiivides kohapeal.

Pilootprojekti raames tuli vastuvõtule 3550 meest, sobivas vanuserühmas oli 3431 meest, kellelt mõõdeti vererõhku ja võeti vereanalüüsid. Keha parameetreid mõõdeti 3429 mehel. Ankeetküsimustiku täitis mõnevõrra vähem — 3195 meest, nemad moodustasid ka lõpliku valimi. Uuringus osales kaks suuremat töökollektiivi, Eesti Energia ja Rait (n = 292). Kuna tegemist oli peamiselt füüsilist tööd tegevate meestega testisime, kas nendes rühmades esines mingeid süsteemseid erinevusi võrreldes ülejäänutega, kuid kuna rühmade vahel erinevusi ei esinenud, esitatakse vaid koondandmed.

Anketeerimiseks kasutati Meestekliiniku patsiendi terviseankeeti ([lisa 1](#)). Uuringu disainimisel võeti aluseks Euroopa meeste vananemise uuring (7) ja teised Meestekliinikus läbiviidud teadusuuringud.

Terviseankeedi koostamisel on kasutatud mitmeid rahvusvaheliselt valideeritud mõõdikuid: depressiooni hindamiseks rahvusvahelist MDI-küsimustikku (*Major Depression Inventory*) (8)(9); kusemishäirete hindamiseks IPSS-küsimustikku (*International Prostate Symptom Score*) (10); prostatiidi ja alakeha valusündroomi hindamiseks NIH-CPSI küsimustikku (*NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index*) (11). Alkoholi tarvitamist hinnati AUDIT-C (*ingl Alcohol Use Disorders Identification Test – Concise*) testi alusel (12).

Kehalise aktiivsuse hindamiseks oli terviseankeedis võetud eeskujult IPAQ-küsimustikust (*The International Physical Activity Questionnaire*) (13), mida oli kohandatud ankeedi jaoks selliselt, et see hõlmaks endas nii vaba aja, töö kui ka kodutöödega seotud kehalist aktiivsust. Kahjuks oli selles küsimuste plokis väga palju puudulikult või vastuoluliselt antud vastuseid ning seetõttu jäeti kehalise aktiivsuse hindamine analüüsist välja.

Andmete analüüsimiseks kasutati statistikaprogrammi Stata 17.0. Esitatakse sagedustabelid, rühmade võrdlemiseks kasutati hii-ruut testi.

1.2 Uuringute pakett

Vastuvõtule tulnud meestelt mõõdeti vererõhku ning pikkust ja vööümbermõõtu. Lisaks tehti kehaehituse aparaatanalüüs kasutades seadet *Tanita Body Composition Analyzer TBF-300MA*, millega mõõdeti kehakaalu ja rasvaprotsenti. Kaalu (kg) ning pikkuse (m) põhjal arvutati kehamassiindeks: $KMI = \text{kaal} / \text{pikkus}^2$.

Vastuvõtu käigus võetud mitte-paastu veeniverest määrati olulisemad üld- ja mehe spetsiifilist tervist hindavad biokeemilised markerid: kolesterool, triglütseriidid (TG), glükohemoglobiin,alaniini aminotransferaas (ALAT), gammaglutamüültransferaas (GGT); hormoonide analüüs: testosteroon, ja suguhormoone siduv globuliin (SHBG), mille alusel kalkuleeriti Vermeuleni valemi (14) alusel vaba testosterooni väärtus. Lisaks analüüsiti kasvajamarkeri prostata spetsiifilise antigeeni (PSA) taset. Proove analüüsiti TÜ Kliinikumi ühendlaboris.

Metaboolse sündroomi (MS) hindamiseks kasutatakse enamasti Rahvusvahelise Kolesterooli Õppeprogrammi Täiskasvanute III Ravipaneeli (NCEP ATP III) kriteeriume (15): MS diagnoositakse meestel kui järgnevast viiest kriteeriumist on täidetud kolm: (1) VÜ ≥ 102 cm; (2) Triglütseriidid $\geq 1,7$ mmol/l; (3) HDL-kolesterool $< 1,0$ mmol/l; (4) vererõhk $\geq 130/80$ mmHg (või ravimid); (5) paastuglukoos $\geq 5,6$ mmol/l (või ravimid). Käesolevas uuringus ei tehtud paastuglukoosi ja HDL-kolesterooli analüüse ning seetõttu kohandati MS-i kriteeriumeid järgmiselt: MS esines, kui uuritava oli kõrge riskiga vööümbermõõt (VÜ ≥ 102 cm), süstoolne vererõhk üle 130 mmHg (arvestamata, kas inimene tarvitas vererõhku alandavaid ravimeid) ning suurenenud triglütseriidide sisaldus (TG $\geq 2,0$ mmol/l, kuna ei kogutud paastuverd).

2 Tulemused

Uuringu küsimustiku täitis 3195 meest, vastanute keskmine vanus oli 45,1 aastat, vahemikus 40–49 aastat. Mehed rühmitati kolme vanuserühma: 40–42a (28%), 43–46a (38%) ja 47–49a (34%). Enamik meestest oli (vaba)abielus (85%), vallalisi oli 8%. Lapsi ei olnud kümnendikul (11%) meestest. Koduseks keeleks oli eesti keel 86%-l meestest. Nii kesk- kui ka kõrgharidusega mehi oli 47% ning valdav osa meestest (92%) käis tööl (tabel 1). Tööga seotud tunnuseid kirjeldatakse täpsemalt järgmises alapeatükis „Töö ja rahulolu tööga“.

Tabel 1. Vastajate jaotus taustaandmete järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)	Kokku (n)
Perekonnaseis					
vallaline	11,6	7,6	4,7	7,8	249
(vaba)abielus	81,2	82,8	85,0	85,1	2656
lahutatud/lesk	5,7	7,6	8,4	7,3	233
vastamata	1,5	1,8	1,9	1,8	57
Laste olemasolu					
ei	13,9	9,8	9,3	10,8	345
jah	85,1	89,0	88,9	87,8	2806
vastamata	1,0	1,3	1,9	1,4	44
Kodune keel					
eesti	74,0	87,0	84,7	86,2	2754
muu	13,0	13,0	15,3	13,8	441
Haridus					
põhiharidus	6,4	5,0	4,4	5,2	165
kesk- või kutseharidus	41,6	45,9	52,0	46,7	1492
kõrgharidus	50,7	47,8	42,1	46,7	1493
vastamata	1,3	1,3	1,6	1,3	45
Tööhõive staatus*					
töötav	91,9	93,0	92,2	92,4	3089
üliõpilane	2,2	2,2	1,8	2,2	69
töötu	2,7	1,6	2,3	2,3	72
töövõimetuspensionär	1,4	1,7	2,2	1,9	60
kodune	1,9	1,4	1,4	1,6	52
Töötunde nädalas					
< 20 tundi	8,0	10,1	10,5	9,6	308
20–40 tundi	46,7	43,4	45,7	45,1	1442
40 ≥ 60 tundi	40,5	40,3	37,7	39,5	1261
> 60 tunni	4,1	4,6	4,5	4,4	140
vastamata	0,8	1,6	1,7	1,4	44
Öötöö					
ei	61,8	62,6	62,7	62,4	1994
jah	26,5	23,7	23,7	24,5	782
vastamata	11,7	13,7	13,6	13,1	419
Füüsilise töö osakaal					
0%	27,2	26,2	19,9	24,3	777
1–49%	42,8	43,1	41,8	42,6	1361
≥ 50%	27,8	27,9	35,5	30,5	973
vastamata	2,2	2,8	2,8	2,6	84
KOKKU	28,6	37,7	33,7	100	3195

*Vastata sai mitu vastusevarianti, % arvatud tööhõive küsimusele antud kõigi vastuste hulgast (n = 3342)

2.1 Töö ja rahulolu tööga

Ligi pooltel (45%) meestel jäi töötundide arv viimasel nädalal 20 ja 40 tunni (k. a) vahele, sama palju oli mehi, kes töötasid (sh põhitöö, lisatöö, vabatahtlik töö) enam kui 40 tundi nädalas. Neid, kelle töökoormus oli väike (alla 20 tunni nädalas, sh töötud) oli kümnendik ja neid, kes töötasid väga suure koormusega (üle 60 tunni nädalas) oli 5% (tabel 1). Mehi, kes tegid viimasel nädalal öötööd, st töötasid vähemalt ühe tunni ajavahemikul 21.00–6.00, oli ligikaudu neljandik (25%). Füüsilist tööd enam kui pool ajast tegi ligikaudu kolmandik (31%) (tabel 1).

Võrreldes kõrgharidusega meestega oli põhiharidusega meeste hulgas ligi kaks korda enam nii neid, kes töötasid vähem kui poole koormusega (sh töötud) kui ka neid, kes töötasid nädalas üle 60 tunni. Mehi, kes tegid öötööd oli kõigis hariduse rühmades sarnaselt. Põhiharidusega meestest tegi füüsilist tööd enamiku tööajast kolmveerand (73%), keskharidusega ligi pooled (46%) ning kõrgharidusega meestest oluliselt vähem – 13% (tabel 2).

Tabel 2. Töötundide arv, öötöö tegemine ja füüsilise töö osakaal haridustaseme järgi (%)

	Põhiharidus	Keskharidus	Kõrgharidus	Kokku (%)	Kokku (n)
Töötunde nädalas					
0–20 tundi	14,9	10,3	8,7	9,8	305
>20 ≤ 40 tundi	35,4	44,0	48,7	45,8	1429
>40 ≤ 60 tundi	42,2	40,2	39,6	40,0	1249
> 60 tundi	7,5	5,6	3,1	4,5	140
Öötöö					
Jah	74,2	72,6	70,8	71,8	1974
Ei	25,8	27,4	29,2	28,2	776
Füüsilise töö osakaal					
0%	7,8	13,6	38,0	25,0	771
1–49%	18,8	40,5	49,5	43,7	1348
≥ 50%	73,4	45,9	12,5	31,3	964

Oma töö ja töökohaga olid rahul valdav osa (92%) töötavatest meestest (tabel 3). Rahulolu töö ja töökohaga oli sarnane kõigis vanuserühmades. Rahulolematute hulgas oli oluliselt sagedamini vallalisi, lastetuid, koduse keelena eesti keelt kõnelevaid ja väga suure töökoormusega mehi (tabel 46). Tööga rahulolevatest meestest oli halb tervise enesehinnang 3%-l, samal ajal kui tööga mitte rahulolevatest 10%-l.

Tabel 3. Tööhõivelt aktiivsete rahulolu tööga vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Väga rahulolematu	0,6	0,4	0,4	0,4
Pigem rahulolematu	6,9	8,3	6,4	7,3
Pigem rahul	64,4	62,0	68,4	64,8
Väga rahul	28,2	29,3	24,8	27,5

2.2 Ülekaal ja rasvumine

Kehamassiindeksi (KMI) alusel (16) oli normaalkaalus 28% meestest – 33% noorimast (40–42a) ja 23% vanimast vanuserühmast (47–49a). Ülekaalulisi oli 45% ja rasvunuid ligikaudu neljandik (27%), kusjuures 2% meestest oli väga tõsine rasvumine (KMI ≥ 40) (tabel 4). Rasvaprotsent, mis viitas võimalikule rasvumisele ($\geq 28\%$) (17) oli neljandikul (21%) meestest.

Rasvumise hindamiseks kasutati lisaks KMI-le ka vööümberrõõtu. Kõrgele metaboolsele riskile viitav vööümberrõõtu (VÜ ≥ 102 cm) (18) oli kolmandikul (36%) ning kõrgele metaboolsele riskile viitav vööümberrõõtu-pikkuse suhe (VÜ/Pi $> 0,5$) (19,20) oli kolmel neljandikul (77%) meestest (tabel 4).

Tabel 4. KMI, rasvaprotsent, VÜ, VÜ/Pi vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Kehamassiindeks				
normaalkaal (KMI < 25)	32,9	28,9	22,6	27,9
ülekaal (KMI 25–29,9)	44,9	43,2	46,8	44,9
rasvumine (KMI ≥ 30)	22,2	27,9	30,6	27,2
rasvumise I aste (KMI 30–34,9)	17,1	22,3	21,6	20,6
rasvumise II aste (KMI 35–39,9)	3,8	4,2	6,2	4,8
rasvumise III aste (KMI ≥ 40)	1,3	1,3	2,8	1,8
Rasvaprotsent				
normaalne ($< 22\%$)	54,2	47,0	35,1	45,1
viitab ülekaalulisusele (22–28%)	30,5	32,8	38,3	34,0
viitab rasvumisele ($\geq 28\%$)	15,3	20,2	26,6	20,9
Vööümberrõõtu				
madal metaboolne risk (VÜ < 94 cm)	41,3	37,0	27,4	35,2
suurenenud metaboolne risk (VÜ $\geq 94 < 102$ cm)	27,6	27,5	31,7	28,8
kõrge metaboolne risk (VÜ ≥ 102 cm)	31,2	35,6	40,9	36,0
Vööümberrõõdu ja pikkuse suhe				
madal risk (VÜ/Pi $\leq 0,5$)	29,3	27,1	17,6	24,7
kõrge risk (VÜ/Pi $> 0,5$)	70,7	72,9	82,4	75,3

*normkaaluliste rühm sisaldab ka 8 alakaalulist

Uuringus osalenud meeste keskmine pikkus oli 181 cm, kaal 91 kg, vööümberrõõtu 99 cm ning uurija mõõdetud pikkuse ja kaalu põhjal arvutatud keskmine KMI oli 27,8 kg/m² ja rasvaprotsent 23% (tabel 5). Vanuse kasvades suurenes nii KMI, VÜ kui ka keha rasvaprotsent.

Tabel 5. Keha parameetrite statistilised näitajad

	keskmine	min	max	sd	mediaan	alumine kvartiil	ülemine kvartiil
Pikkus (cm)	181,2	156,0	205,0	6,5	181	177,0	186,0
Kaal (kg)	91,4	45,1	188,7	16,2	89	80,5	100,0
KMI (kg/m ²)	27,8	16,9	55,7	4,5	27	24,7	30,3
VÜ (cm)	98,8	54,0	168,0	11,6	98	91,0	105,0
Rasvaprotsent	23,3	5,8	70,1	6,5	23	18,9	27,1

Rasvunud (KMI ≥ 30) meeste osakaal suurenes vanuse suurenedes. Rasvunute hulgas oli oluliselt sagedamini (vaba)abielus või lahutud, põhi- või keskharidusega, väikse või väga suure töökoormusega, öötööd ja füüsilist tööd tegevaid mehi. Samuti endisi või igapäevasuitsetajaid ja neid, kes tarvitasid alkoholi tervist ohustavas koguses (tabel 33).

2.3 Enesehinnanguline tervis, valud ja diagnoositud haigused

Enda tervist pidas heaks/väga heaks (edaspidi hea) 59%, rahuldavaks 37% ja halvaks/väga halvaks 4% meestest (Tabel 6). Hea tervise enesehinnanguga meeste osakaal vähenes koos vanuse ja kehamassiindeksi suurenemisega. Harvemini andsid hea hinnangu enda tervisele vallalised, lastetud, põhiharidusega, väikse ja väga suure töökoormuse, öötööd ja üle poole ajast füüsilist tööd tegevad mehed ning igapäevasuitsetajad (tabel 35).

Tabel 6. Tervise enesehinnang vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Väga halb	0,1	0,1	0,3	0,2
Halb	1,8	3,6	5,2	3,6
Rahuldav	33,3	36,2	40,9	37,0
Hea	56,4	53,4	49,2	52,8
Väga hea	8,4	6,8	4,5	6,5

Valusid ei olnud viimasel kuul esinenud 38%-l meestest, seega veidi enam kui pooled meestest olid viimasel kuul valusid tundnud, neist omakorda pooled olid tarvitanud valuvaigistit. Kolmandik kõigist meestest hindas valu tugevust mõõdukaks, 7% tugevaks/väga tugevaks (tabel 7).

Valuvaigistite tarvitamine oli sarnane kõigis vanuserühmades, kuid sages KMI suurenedes. Oluliselt sagedamini tarvitasid valuvaigistit emakeelena eesti keelt kõnelevad, põhiharidusega, väikse või väga suure töökoormusega või üle poole ajast füüsilist tööd tegevad mehed. Samuti tarvitasid valuvaigisteid sagedamini igapäevasuitsetajad (tabel 36).

Tabel 7. Valude esinemine ja tugevus viimasel kuul vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Valusid pole	36,6	39,8	36,2	37,7
Väga nõrgad	3,3	3,1	3,4	3,3
Nõrgad	19,4	19,4	17,8	18,9
Mõõdukad	33,9	31,5	35,1	33,4
Tugevad	6,1	5,7	6,6	6,1
Väga tugevad	0,7	0,5	0,9	0,7

Peaaegu kolmandik (30%) meestest oli viimase aasta jooksul käinud terviseuuringutel. Elu jooksul oli mõnel operatsioonil käinud kaks kolmandikku (66%). Perearsti ei olnud kunagi külastanud 1% meestest ning 91% meestest nõustus väitega, et külastab perearsti kui tekib mingi tervisemure.

Meeste sõnul oli kõige sagedamini arst diagnoosinud kõrget vererõhku ning selja/kaelavalu (radikuliit), mille oli arst diagnoosinud vastavalt 28%-l ja 26%-l meestest. Lülisambadiski haiguse, liigeshaiguse või depressiooni/ärevuse diagnoosi oli saanud ligikaudu iga kuues mees (vastavalt 18%, 15% ja 15%) (tabel 8).

Tabel 8. Arsti diagnoositud haigused/haigusseisundid elu jooksul vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Kõrge vererõhk	21,6	27,8	33,2	27,8
Selja/kaela valud (radikuliit)	21,6	27,2	28,4	25,9
Selgrootiski (lülivaheketta) haigus	14,5	17,9	19,8	17,5
Liigesehaigused	10,5	14,3	20,9	15,4
Depressioon või ärevushäire	15,9	14,2	13,9	14,6
Astma, krooniline bronhiit	7,6	7,2	6,8	7,2
Eesnäärme healoomuline suurenemine	4,0	5,8	10,0	6,7
Neeruhaigused	4,8	5,4	5,7	5,3
Munandihaigused	4,4	4,3	4,6	4,4
Suhkurtõbi (diabeet)	1,4	1,7	3,5	2,2
Vähktõbi	1,4	1,8	1,6	1,6
Kroonilised närvisüsteemi haigused	1,4	1,6	1,7	1,6
Infarkt, insult	1,0	1,0	1,4	1,1

2.4 Üldtervis

2.4.1 Vererõhk

Vähem kui pooltel meestel olid vererõhunäitajad normis. Kõrge vererõhk (RRs \geq 140 või RRd \geq 90 mmHg) (21) oli 55% meestest (tabel 9). Meestest, kellel tuvastati kõrge vererõhk märkis ankeeti 39%, et neil oli arsti poolt varasemalt diagnoositud kõrge vererõhk ning neist, kellel oli varasemalt arst diagnoosinud kõrge vererõhu, oli vererõhk mõõtmise hetkel kontrolli all 23%-l. Vanuse ja KMI suurenedes suurenes ka kõrge vererõhuga meeste osakaal. Kõrge vererõhk esines oluliselt sagedamini põhi- ja keskharidusega ja füüsilist tööd tegevatel meestel, samuti neil, kes tarvitasid alkoholi tervist ohustaval määral (tabel 37). Uuringus osalenud meeste keskmine süstoolne vererõhk (RRs) oli 139 mmHg ja diastoolne vererõhk (RRd) 87 mmHg (tabel 10).

Tabel 9. Vererõhk vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Normaalne (RRs < 130 või RRd < 90)	26,7	23,8	20,0	23,3
Kõrge-normaalne (RRs 130–139 või RRd 85–89)	26,4	20,6	20,3	22,2
Kõrge (võimalik kõrgvererõhktõbi) (RRs \geq 140 või RRd \geq 90)	46,9	55,6	59,7	54,5

Tabel 10. Vererõhu statistilised näitajad

	keskmine	min	max	sd	mediaan	alumine kvartiil	ülemine kvartiil
RRs mmHg	138,8	75,0	225,0	16,3	137	127,0	148,0
RRd mmHg	87,2	42,0	135,0	10,4	87	80,0	94,0

2.4.2 Metaboolne sündroom

Metaboolse sündroomi (MS) selle uuringu jaoks kohandatud kriteeriumitele (RRs \geq 130 ja VÜ \geq 102 cm ja triglütseriide \geq 2,0 mmol/L) vastas kuuendik (15%) meestest. Peamine panustaja MS-i esinemisse oli kõrgeenenud süstoolne vererõhk, mida esines ligi 70% kõigist meestest. Liigne vööpiirkonna rasvumine ja plasma triglütseriidide sisalduse suurenemine esines ligi kolmandikul (vastavalt 36% ja 32%) kõigist meestest (tabel 11). Triglütseriidide keskmine väärtus oli 1,9 mmol/L (tabel 13).

Metaboolse sündroomi levimus suurenes vanuse ja KMI suurenedes. MS-i esines oluliselt sagedamini põhi- ja keskharidusega, väikse või väga suure töökoormusega ning öötööd tegevatel meestel. Samuti meestel, kes olid igapäeva- või juhusuistsetajad või tarvitasid alkoholi tervist ohustaval määral (tabel 34).

Tabel 11. Metaboolne sündroom ja selle komponentide esinemine vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Metaboolne sündroom* (n = 2431)	11,7	14,7	18,7	15,1
Süstoolne vererõhk \geq 130 mmHg	66,9	69,6	74,4	70,4
Vööümbermõõt \geq 102 cm	31,3	35,6	40,9	36,0
Triglütseriidid \geq 2,0 mmol/l	28,4	32,5	34,8	32,1

*Süstoolne vererõhk \geq 130 mmHg ja vööümbermõõt \geq 102cm ja triglütseriide \geq 2,0 mmol/l; ei ole arvesse võetud, kas inimene võtab vererõhku alandavaid ravimeid.

2.4.3 Muud üldtervise näitajad

Prediabeeti ja diabeeti (22) esines kokku 4% meestest (tabel 12). Glükohemoglobiini (HbA1c) keskmine väärtus oli 5,4% (tabel 13). Kolesterooli näitaja oli normväärtusest (23) kõrgem 73%-l meestest (tabel 12). Kolesterooli keskmine väärtus oli 5,6 mmol/l (tabel 13).

Tabel 12. Diabeedi esinemine vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Glükohemoglobiin normis (< 6%)	97,9	96,6	94,9	96,4
Prediabeet (6,0–6,4%)	1,3	1,8	2,9	2,0
Diabeet (\geq 6,5%)	0,8	1,6	2,2	1,6

Tabel 13. Biokeemiliste markerite statistilised näitajad

	keskmine	min	max	sd	mediaan	alumine kvartiil	ülemine kvartiil
Glükohemoglobiin (%)	5,4	3,6	15,0	0,5	5,4	5,2	5,5
Kolesterool (mmol/L)	5,6	2,3	10,0	1,0	5,6	4,9	6,2
Triglütseriidid (mmol/L)	1,9	0,3	16,7	1,3	1,5	1,1	2,3
ALAT (U/L)	36,3	5	891	27,2	30	23,0	42,0
GGT (U/L)	40,5	3	952	50,1	27	19,0	43,0

Maksa tervist kirjeldavadalaniini aminotransferaas (ALAT) ja gammaglutamüüli transferaas (GGT). Nimetatud näitajad olid referentsväärtustest kõrgemad (24) vastavalt 17%-l ja 14%-l meestest (tabel 14). Mõlemate maksanäitajate piirväärtusi ületasid sagedamini põhi- ja keskharidusega, rasvunud ja alkoholi tervist ohustaval määral tarvitavad mehed. GGT-piirväärtusi ületasid sagedamini muukeelsed ja vanima vanuserühma mehed (tabel 39 ja tabel 40). ALAT-i keskmine väärtus oli 36,3 U/L ja GGT-l 40,5 U/L (tabel 13).

Tabel 14. Normväärtusest kõrgem kolesterool ja maksanäitajad vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Kolesterool \geq 5 mmol/l	68,7	73,1	75,6	72,7
ALAT (\geq 50 U/L)	17,1	17,6	15,5	16,7
GGT (\geq 60 U/L)	12,4	13,6	16,4	14,2

2.5 Vaimne tervis ja depressioon

Vastavalt MDI-skoorile (9) esines depressiooni viimase kahe nädala jooksul vähestel (tõsine depressioon n = 32, 1%; mõõdukas depressioon n = 23, 1%). Probleemidest, mis võivad olla seotud vaimse tervisega esinesid sagedamini uneprobleemid ja söögiisu suurenemine, mõlemat tõi esile ligikaudu iga kümnes mees (vastavalt 11% ja 9%). Enam kui poole ajast olid tundnud energiapuudust, kurbustunnet, vähest enesekindlust, rahutust ning huvi igapäevaste toimingute kadumise iga kahekümnes mees (tabel 15).

Unehäireid esines oluliselt sagedamini vallalistel või lahutatutel, emakeelena eesti keelt kõnelevatel, põhiharidusega ja öötööd tegevatel meestel; samuti neil, kes tarvitasid alkoholi tervist ohustaval määral ja olid rasvunud (tabel 47). Suurenenud söögiisu esines oluliselt sagedamini vähese, suure ja väga suure töökoormusega või öötööd tegevatel meestel; samuti rasvunud meestel ja neil, kes ei tarvitanud alkoholi üldse või tarvitasid alkoholi tervist ohustaval määral (tabel 48). Nii energiapuudust kui ka kurbust esines sagedamini lahutatutel või vallalistel, lastetutel, põhiharidusega ja väga suure või väikse töökoormusega meestel. Energia vähenemist tundsid sagedamini rasvunud ja mehed, kes üldse alkoholi ei tarvitanud või tarvitasid tervist ohustaval määral (tabel 49). Kurbuse tundmine oli sagedasem alkoholi tervist ohustaval määral tarvitajatel (tabel 50).

Tabel 15. Vaimse tervisega seotud probleemide esinemine viimasel kahel nädalal (%)

	Mitte kunagi	Mõnda aega/ alla poole ajast	Üle poole ajast/enamik ajast/ kogu aeg
Kas teil on olnud raskusi öösel magamisega?	37,4	51,6	11,0
Kas teil oli suurem isu?	57,5	33,5	9,0
Kas kaotasite energia ja jõu?	40,9	52,8	6,4
Kas tundsite end kurva või rõhutuna?	44,2	50,3	5,5
Kas teil oli vähem enesekindlust?	50,6	44,1	5,3
Kas tundsite end rahutuna?	40,3	54,7	5,1
Kas kaotasite huvi oma igapäevaste toimingute vastu?	59,6	35,8	4,6
Kas olete olnud tavalisest aeglasem?	58,1	38,2	3,8
Kas teil oli südametunnistuse piinu või süütundeid?	53,8	42,8	3,4
Kas teil oli raskusi keskendumisega, nt ajalehe lugemisel või teleri vaatamisel?	66,3	30,8	2,9
Kas teil oli väiksem isu?	78,0	20,1	1,9
Kas tundsite, et elu pole elamist väärt?	87,3	11,0	1,8

2.6 Meeste spetsiifiline tervis

2.6.1 Eesnäärmehaigused, kusemishäired

Eesnäärmehaiguste esinemisele viitav (kahekordne vanusespetsiifiline mediaanväärtus) PSA analüüsi tulemus (25) esines 15%-l meestest (tabel 16). Oodatult esines eesnäärmehaigutele viitavat kõrgeenenud PSA taset oluliselt sagedamini vanima vanuserühma meestel, aga ka lahutatutel ja mitterasvunud meestel (tabel 41). Kusemishäireid ei esinenud 16% uuringurühma meestest. Elukvaliteeti mõjutav mõõdukas kusemishäire (IPSS \geq 8) (10) esines 17%-l ja tõsine kusemishäire 1%-l (tabel 17). Vanuse suurenedes suurenes meeste osakaal, kellel oli mõõdukas või tõsine kusemishäire. Kusemishäireid esines sagedamini vallalistel, lastetutel, aga ka koduse keelena eesti keelt kõnelevatel meestel (tabel 42).

Tabel 16. PSA-testi tulemused vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Alla vanuselise mediaanväärtuse (norm leid) (PSA-test < 0,7 ng/ml)	44,1	42,4	38,3	41,5
Kontrollida aasta pärast (PSA-test 0,7–1,4 ng/ml)	43,6	44,1	43,7	43,8
Tõenäoline eesnäärmehaigus (PSA-test \geq 1,4 ng/ml)	12,3	13,5	18,0	14,7

*Vanusespetsiifilised väärtused ja soovitused edasiseks PSA kontrolliks 40–49aastastele meestele

Tabel 17. Kusemishäirete esinemine viimase kuu jooksul vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Kusemishäireid ei esinenud	16,6	15,2	15,9	15,8
Kerge (PSS 1–7)	68,6	66,7	63,0	66,0
Mõõdukas (IPSS 8–19)	13,6	16,8	19,9	16,9
Tõsine (IPSS \geq 20)	1,3	1,3	1,2	1,3

Elu jooksul oli alakehas valusid või ebamugavustunnet (edaspidi alakeha vaevused) kogenud 36% meestest. Viimasel nädalal oli kõigist meestest ligi viiendik (22%) tundnud valu alakõhus, alaseljas, häbeme- või põiepiirkonnas; 9% munandites ja 7% pärasoole ja/või lahkliha piirkonnas (Tabel 18). Alakeha vaevusi tundnud meestest ligikaudu kuuendik (16%) tundis seda valu sageli või alati (tabel 19). Keskmine hinnang alakeha valule 10-palli skaalal oli 2,5 palli. Sarnaselt (17%) oli neid, kes tundsid, et see aisting piirab vähemalt mõnevõrra nende igapäevategevusi (tabel 20). Alakeha vaevusi kogenud meestest kümnendik tunnistas, et mõtles viimasel nädalal sageli oma valude peale (tabel 21).

Tabel 18. Alakeha vaevuste esinemine kehapiirkonna järgi viimase nädala jooksul vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Alakõhus, alaseljas, häbeme- või põiepiirkonnas	21,0	21,7	22,3	21,7
Munandid	8,9	9,4	9,1	9,1
Pärasoole ja munandite vaheline piirkond (lahkliha)	9,5	6,4	7,4	7,6
Peenise ots (mitte seotud kusemisega)	3,3	3,9	2,7	3,3
Valu või põletustunne kusemisel	2,6	2,7	2,6	2,6
Valu või ebamugavustunne seemnepurske ajal või selle järgselt	2,9	3,2	4,2	3,5

Tabel 19. Elu jooksul alakeha vaevusi kogunud meeste vaevuste esinemise sagedus viimase nädala jooksul vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Üldse mitte	22,7	23,8	24,0	23,6
Harva	41,3	36,2	29,2	35,5
Mõnikord	22,4	23,1	27,5	24,3
Sageli	9,2	11,7	11,6	10,9
Tavaliselt	4,1	3,7	5,5	4,4
Alati	0,3	1,5	2,3	1,4

Tabel 20. Elu jooksul alakeha vaevusi kogunud meeste hinnang vaevustest tingitud tegevuspiirangule viimase nädala jooksul vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Üldse mitte piiranud	62,0	60,8	54,2	59,0
Väga vähe piiranud	23,6	24,8	25,1	24,5
Mõnevõrra piiranud	12,6	12,5	17,3	14,1
Oluliselt piiranud	1,9	2,0	3,5	2,4

Tabel 21. Elu jooksul alakeha vaevusi kogunud meeste mõtlemine nimetatud vaevustele viimase nädala jooksul vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku
Üldse mitte	23,2	23,7	19,4	22,1
Väga vähe	43,2	36,4	35,6	38,1
Mõnevõrra	26,7	28,9	32,5	29,4
Palju	7,0	11,0	12,5	10,3

2.6.2 Testosterooni taseme langus e. hüpogonadism

Testosterooni taseme langus alla soovitatavate normväärtuste e. hüpogonadism on olukord, kus meeste munandid ei tooda piisavalt testosterooni. Selge hüpogonadism (26) esines nii üldtestosterooni mõõtmise kui ka arvestusliku vaba testosterooni alusel 6%-l. Piiripealne tulemus oli testosterooni analüüsi põhjal viiendikul (20%) ja vaba testosterooni põhjal kümnendikul (9%) meestest (tabel 22). Uuringus osalenud meeste keskmine testosterooni tase oli 16,5 nmol/l ja vaba testosterooni puhul 0,31 nmol/l (Tabel 23).

Tabel 22. Hüpogonadismi esinemine testosterooni või vaba testosterooni alusel vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Selge hüpogonadism (testosteroon <8 nmol/ l)	4,6	4,7	7,3	5,6
Piiripealne (testosteroon 8–12 nmol/ l)	20,2	20,9	19,8	20,3
Hüpogonadismi ei ole (testosteroon ≥ 12 nmol/ l)	75,3	74,3	72,9	74,1
Selge hüpogonadism (arvestuslik vaba testosteroon < 0,18 nmol/ l)	3,8	4,4	8,1	5,5
Piiripealne (arvestuslik vaba testosteroon 0,18–0,22 nmol/ l)	7,0	9,4	10,4	9,1
Hüpogonadismi ei ole (arvestuslik vaba testosteroon ≥ 0,22 nmol/ l)	89,2	86,2	81,5	85,5

Tabel 23. Hüpogonadismiga seotud analüüside statistilised näitajad

	keskmine	min	max	sd	mediaan	alumine kvartiil	ülemine kvartiil
Testosteroon (nmol/l)	16,5	0,5	52,0	6,5	15,7	11,9	20,1
Arvestuslik vaba testosteroon (nmol/l)	0,31	0,01	1,17	0,09	0,30	0,25	0,36
Suguhormoone siduv globuliin (nmol/l)	39,0	7,4	153,5	17,3	36,0	26,7	48,2

Vanuse ja eriti KMI suurenedes kasvas meeste osakaal, kellel oli hüpogonadism ning see oli sagedasem neil, kes olid lahutatud või tarvitasid alkoholi tervist ohustavas koguses (tabel 38).

2.6.3 Partnersuhted ja seksuaalelu

Üheksal mehel kümnest oli püsiv seksuaalpartner ning samavõrra oli mehi, kes olid oma sõnul seksuaalselt aktiivsed. Perekonnaseis oli oluliselt seotud mehe tervisenäitajatega. Ehkki võrreldes vallaliste meestega oli rasvumise levimus suurem (vaba)abielus meeste hulgas (tabel 33), olid mitmed muud terviseiga seotud näitajad (vaba)abielus meestel paremad. Näiteks oli neil võrreldes vallaliste ja lahutatutega oluliselt parem tervise enesehinnang (tabel 35), vähem esines neil ka vaimse terviseiga seotud probleeme – esines vähem unehäireid (tabel 47), harvemini esines kurbust (tabel 50) ja energiapuudust (tabel 49). Samuti oli neil vähem eesnäärme probleeme (tabel 41), kusehäireid (tabel 42), seksuaalhäireid (tabelid 43 ja 44), suurem rahulolu nii töö (tabel 46) kui seksuaaleluga (tabel 45).

Kõigist meestest 68% oli seksuaaleluga rahul (tabel 24), rahulolu seksuaaleluga oli sarnane kõigis vanuserühmades. Rahulolematute hulgas oli oluliselt sagedamini vallalisi, lastetuid või väga suure töökoormusega mehi (tabel 45). Seksuaalselt aktiivsetest meestest ligikaudu neljandiku (23%) hinnangul oli nende partneri huvi ja seksuaalse aktiivsuse tase madal, väga madal või puudus täielikult (tabel 25).

Tabel 24. Rahulolu seksuaaleluga (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Väga rahulolematu	7,2	6,2	6,3	6,5
Pigem rahulolematu	22,5	25,6	25,3	24,6
Pigem rahul	54,5	52,9	55,0	54,1
Väga rahul	15,9	15,3	13,4	14,8

Tabel 25. Seksuaalselt aktiivsete meeste partneri seksuaalne huvi ja aktiivsuse tase vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Puudub täielikult	0,4	0,9	1,2	0,9
Väga madal	5,8	4,4	4,5	4,8
Madal	16,1	16,6	18,4	17,1
Möödukas	46,0	46,9	51,1	48,0
Kõrge	24,8	24,5	20,4	23,2
Väga kõrge	7,0	6,7	4,4	6,0

Enda sõnul seksuaalselt mitteaktiivseid oli kümnendik (11%), lõplikult oli seksuaalelust loobunud 10 meest. Mitteaktiivse seksuaalelu põhjuseks oli kõige sagedamini partneri puudumine (34%), aga toodi välja ka huvipuudus (11%), väsimus/stress/depressioon (10%),

suhteprobleemid partneriga (9%), naise rasedus/väikeste laste olemasolu (9%), probleemid erektsiooniga (7%) või kiire elutempo (5%). Mainiti veel nii enda kui partneri terviseprobleeme, sh kaaluprobleeme ning religioosseid põhjuseid.

Seksuaalvahekordade (sh eneserahulduse) sagedus vanuserühma ja enda hinnatud seksuaalse aktiivsuse järgi on esitatud tabelites 26 ja 27. Viimase kolme kuu jooksul oli nädalas olnud enam vähemalt kaks seemnepurset (sh eneserahuldus) enam kui pooltel meestest (57%). Mehi, kelle vähene seemnepursete arv viitab hüposeksuaalsusele (1–3 seemnepurset kuus või vähem) oli 18%.

Tabel 26. Seksuaalvahekordade (sh eneserahulduse) sagedus viimase 3 kuu jooksul vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Ei olnud seemnepurskeid	0,7	0,9	1,5	1,0
Ainult öised seemnepursked	0,5	0,1	0,4	0,3
Vähem kui 1 seemnepurse kuus	1,0	1,8	2,5	1,8
1–3 seemnepurset kuus	12,8	13,8	17,6	14,8
1 seemnepurse nädalas	22,1	27,5	26,0	25,5
2–4 seemnepurset nädalas	50,4	45,5	43,0	46,1
Enam kui 4 seemnepurset nädalas	12,6	10,5	9,0	10,6

Tabel 27. Seksuaalvahekordade (sh eneserahulduse) sagedus viimase 3 kuu jooksul seksuaalse aktiivsuse järgi (%)

	Mitte-aktiivsed	Aktiivsed	Kokku
Ei olnud seemnepurskeid	6,9	0,3	1,0
Ainult öised seemnepursked	2,4	0,0	0,3
Vähem kui 1 seemnepurse kuus	8,7	1,0	1,8
1–3 seemnepurset kuus	26,5	13,4	14,8
1 seemnepurse nädalas	24,7	25,5	25,4
2–4 seemnepurset nädalas	22,9	48,8	46,0
Enam kui 4 seemnepurset nädalas	7,8	11,0	10,6

2.6.4 Seksuaalhäired

Seksuaalhäireid võib liigitada kolme peamisesse rühma: erektsiooni e. peenise jäigastumise, ejakulatsiooni e. seemnepurske ja huvi puudusega (libiido langusega) seotud häired. Harvemini esinevad valulikkusega seotud häired, nt Peyronie tõbi, mille tagajärjel tekib peenise kuju muutus.

Seksuaalhäirena võeti arvesse kui kirjeldatud seksuaalhäire oli mehe hinnangul mõõdukaks või tõsiseks probleemiks. Tulemused näitasid, et kõige sagedamini esines seemnepurskehäireid, mida oli ligi viiendikul (21%), peamiseks probleemiks oli enneaegne seemnepurse. Paaegu samal määral (18%) meestest oli erektsioonihäireid ning kõige sagedamini toodi välja nõrgaks jääv erektsioon. Seksuaalse huvi langust esines igal seitsmendal (14%) (tabel 28). Mehi, kelle seemnepursete arv jäi alla ühe kuus ning, kellel oli samal ajal ka huvipuudus oli kokku 5%. Mehi, kellel esines, kas huvipuudus või oli vahekordakorde arv kuus alla 1–3 korra, oli kokku neljandik (27%). Meestest, kes olid oma seksuaallega rahul esines erektsiooni- või seemnepurskehäireid neljandikul (24%), rahulolematutest esines vähemalt üks seksuaalhäire enam kui pooltel (58%).

Vanuse ja KMI suurenedes kasvas meeste osakaal, kellel esines erektsioonihäireid ning see oli sagedasem neil, kes olid lahutatud, lastetud või igapäevasuitsetajad (tabel 43). Seemnepurskehäireid oli sagedamini lahutatutel, igapäevasuitsetajatel ja neil, kes tarvitasid alkoholi tervist ohustavas koguses (tabel 44).

Tabel 28. Seksuaalhäirete esinemine (%)

	Ei esine	Vähene muutus	Mõõdukas probleem	Tõsine	Tõsine/ mõõdukas kokku
Valulikkus seemnepurse ajal	95,2	3,8	0,9	0,1	1,0
Peenise kõverdumine ja/või valu erektsiooni korral	97,0	2,1	0,8	0,1	0,9
Valu erektsiooni ajal	97,6	1,8	0,5	0,1	0,6
<i>Valusid kokku</i>					2,0
Seemnepurse puudumine	91,0	6,7	2,0	0,3	2,3
Seemnepurse hilinemine	83,9	12,2	3,4	0,5	3,9
Liigvarane seemnepurse	64,2	18,7	13,2	3,9	17,1
<i>Seemnepursehäireid kokku</i>					20,6
Erektsiooni teke raskenenud	64,6	22,7	10,3	2,4	12,7
Erektsioon jääb nõrgaks	61,6	24,3	11,0	3,1	14,1
Erektsioon nõrgeneb/kaob enne seemnepurset	70,0	18,5	8,6	2,9	11,5
<i>Erektsioonihäireid kokku</i>					17,9
Seksuaalse huvi langus	61,4	25,0	11,2	2,4	13,6

Enda võimet saavutada ja säilitada vahekorda astumiseks vajalikku erektsiooni hindas kõrgeks või väga kõrgeks enam kui pool meestest (57%) ning mõõdukaks kolmandik (33%) kõigist meestest (Tabel 29).

Tabel 29. Hinnang erektsiooni saavutamisele vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Üldse ei saavutanud	0,3	0,1	0,5	0,3
Väga madal	0,9	1,8	2,5	1,8
Madal	5,5	8,0	8,1	7,3
Mõõdukas	29,5	30,5	40,1	33,4
Kõrge	43,0	42,0	38,0	41,0
Väga kõrge	20,7	17,7	10,8	16,3

Tabel 30. Seksuaalse huvi langus ning hommikuste/öiste erektsioonide harvenemine vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Seksuaalse huvi langus				
probleemi ei esine	64,3	63,3	56,7	61,4
vähene muutus	25,5	22,4	27,5	25,0
mõõdukas probleem	8,7	11,5	13,1	11,2
tõsine probleem	1,6	2,7	2,8	2,4
Hommikuste ja öiste erektsioonide harvenemine				
probleemi ei esine	62,8	57,7	51,4	57,1
vähene muutus	27,8	30,3	34,0	30,8
mõõdukas probleem	8,4	10,0	12,4	10,3
tõsine probleem	1,1	1,9	2,2	1,8

2.7 Tervisekäitumine

Igapäevaselt suitsetas 14% meestest, juhusuigaretajaid oli alla kümnendiku (8%) ning mittesuitsetajaid ja endisi suitsetajaid oli sarnaselt 39% (tabel 31). Keskmise vanuse, millal suitsetamisega alustati oli 17,5 eluaastat. Igapäevasuigaretajad suitsetasid keskmiselt 17 sigaretti päevas ning nende hulgas oli oluliselt sagedamini muukeelseid, põhi- või keskharidusega, väga suure töökoormusega ja füüsilist tööd tegevaid mehi. Samuti oli igapäevasuigaretajate hulgas rohkem rasvunud mehi ja neid, kes tarvitasid alkoholi tervist ohustaval määral (tabel 51).

Tabel 31. Suitsetamine vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Mittesuitsetaja	41,5	39,0	36,8	39,0
Igapäeva	12,7	12,8	15,1	13,6
Juhusuigaretaja	9,2	8,3	6,8	8,1
Endine	36,6	39,9	41,2	39,4

Alkoholi ei tarvitanud 7% meestest ning tervist ohustaval määral (nädalas ≥ 16 AÜ e. alkoholiühiku¹) tarvitas alkoholi ligikaudu kümnendik (11%) meestest. Üle kuue AÜ korraga tarvitas sagedamini kui kord nädalas 15% meestest. AUDIT-C-testi (10) skoor oli viis või enam punkti 68% meestest (tabel 32). Tervist ohustavas koguses tarvitasid alkoholi sagedamini emakeelena eesti keelt kõnelevad, füüsilist tööd mitte tegevad või füüsilist tööd üle poole ajast tegevad mehed, igapäeva- või juhusuigaretajad ja rasvunud mehed (tabel 50).

Tabel 32. Alkoholi tarvitamine (AÜ) nädalas ja üle 6 AÜ tarvitamise sagedus vanuserühma järgi (%)

	40–42	43–46	47–49	Kokku (%)
Alkoholi tarvitamine ühes nädalas				
ei tarvitanud	6,3	6,4	7,4	6,7
madala terviseriskiga (kuni 12 AÜ)	81,5	83,0	81,3	82,0
tervistav ohustav tarvitamine (≥ 16 AÜ)	12,1	10,6	11,3	11,3
Üle 6 AÜ tarvitamise sagedus				
ei tarvitanud	11,3	13,8	16,3	13,9
harvem kui kord kuus	45,8	46,7	43,8	45
kord kuus	25,9	25,8	24,4	25,4
kord nädalas	16,0	13,0	13,5	14,0
iga päev	1,1	0,6	2,0	1,2
AUDIT-C skoor ≥ 5	69,5	69,2	65,4	68,0

¹ Üks alkoholiühik (AÜ) on võrdne 10 g puhta e. absoluutse alkoholiga, nt 0,5 l õlut kangusega 5,2% vastab 2,1 AÜ-le; 120 ml veini 14% kangusega 1,3 AÜ-le ja 40ml 40%kangusega alkoholi vastab 1,3 alkoholiühikule

3 Arutelu

„Pikema Sõpruse Päeva“ näol on tegemist kodanikualgatusega, mille eesmärgiks on mõjutada mehi iseenda tervisest rohkem hoolima ning oma tervist kontrollima (1). 2019. aastal liitusid pilootprojekti raames algatusega Tervisekassa ja Meestekliinik. Uuringusse kaasati ligi 3200 meest vanuses 40–49 eluaastat, kes täitsid ankeedi ning, kellelt võeti vereanalüüsid ja mõõdeti keha üldised näitajaid.

Uuringu tulemusi võrreldakse kahe TAI korraldatud rahvastikupõhise uuringu sarnase vanuserühma meeste tulemustega. 2019. a „Eesti Terviseuuringuga“ e. ETU2019, kus 35–54-aastasi mehi oli valimis 658 (27) ning 2020. a „Täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuringuga“ e. TKU2020, kus 35–54-aastaste meeste arv oli 424 (28).

Võrreldes üldrahvastikuga osales uuringus märgatavalt rohkem koduse keelena eesti keelt kõnelevaid (29), samuti oli poole rohkem kõrgharidusega mehi. Statistikaameti andmeil oli 2019. a kõrgharidusega mehi 40–49a vanuserühmas 24% ja 2020. a 27% (30). Pääaegu kõik uuringus osalenud mehed märkisid ankeeti, et käivad tööl. Tööaeg ületas viimasel nädalal tööajanormi, st oli üle 40 tunni nädalas peaaegu pooltel meestel, 5% meestest töötas üle 60 tunni nädalas ning kümnendik meestest töötas vähem kui 20 tundi nädalas (sh töötud). Mehi, kelle tööaja sisse jäi ajavahemik 21.00–6.00 oli ligikaudu neljandik. Füüsilist tööd tegi valdava osa tööajast enda sõnul ligikaudu kolmandik, töö ei hõlmanud füüsilist koormust neljandikul. Võttes arvesse uuringus osalenud meeste kõrget haridustaset, näib füüsilise töö osakaal olevat ülehinnatud, võrdluseks – TKU2020 andmetel tegi 40% meestest tööd, mis nõuab väga vähest pingutust (28).

Füüsilise töö tegemine oli seotud kehvemate tervisenäitajatega (nt suurem KMI, kehvem tervise enesehinnang, sagedasem valuvaigistite tarvitamine ja kõrge vererõhk), ent tuleb arvestada, et sageli on füüsilist tööd tegevatel meestel ka madalam sotsiaalmajanduslik seisund ja sagedasem riskikäitumine. Füüsilist tööd tegevate meeste hulgas oli enam igapäevasuistajaid, kuid alkoholi tarvitamine oli sarnane nii ainult vaimset kui ka peamiselt füüsilist tööd tegevate meeste hulgas. Kuna raske füüsilise töö võib olla südame-veresoonkonna haiguste riskiteguriks (31), siis on oluline jälgida, et tööülesanded poleks liiga rasked ning võimalusel raskemaid tööloike automatiseerida ja kasutada tehnilisi abivahendeid. Tuleks teha piisavalt puhkepause, võimalusel tekitada tööülesannete vahelduvust ning tööst vabal teha aeroobset treeningut.

Uuringu tulemuste tõlgendamisel tulebki arvestada, et uuringus osalenud mehed olid tõenäoliselt ühiskondlikult aktiivsemad ning keskmisest paremal järjel. Sellele viitab ühelt poolt suur kõrgharidusega ning tööga rahulolevate meeste osakaal. Kuna valimist üle 80% moodustasid eesti keelt kõnelevad mehed, siis varasemate uuringute põhjal (32), võib arvata, et muukeelsete Eesti meeste tervisenäitajad võivad olla halvemad.

Ülekaal ja rasvumine

Ülemäärane kehakaal on üheks peamiseks tervisekaotust põhjustavaks teguriks (33,34) ning see on riskiteguriks nii südame-veresoonkonnahaiguste, diabeedi, kroonilise neeruhaiguse, luu- ja lihaskonnahaiguste, aga ka vähkkasvajate puhul (35). Samuti näitas hiljutine Eesti uuring meeste viljakusnäitajate seost ülekaaluga, nimelt oli viljatute paaride hulgas rohkem ülekaalulisi võrreldes rasedate naiste meestega (36).

Levinuim mõõdik kehakaalu hindamiseks on kehamassiindeks (KMI), mida arvutatakse kehakaalu (kg) ja pikkuse (m) suhte põhjal (16). Käesoleva uuringu tulemused näitasid, et KMI alusel oli normaalkaalus üksnes ligi neljandik meestest — ülekaalulisi oli ligi pool ning rasvunud (KMI \geq 30) oli vähemalt iga neljas mees. ETU2019 tulemused olid suhteliselt sarnased ülekaaluliste osas, kuid rasvunuid oli käesolevas uuringus 4 protsendipunkti võrra enam (37). Rasvumise levimus oli võrreldes käesoleva uuringuga paari protsendipunkti võrra madalam ka TKU2020 tulemuste põhjal (28). Oli ootuspärane, et küsitlusuuringutes

leitud rasvumise levimused on väiksemad, kuna pikkus ja kaal on neis enesehinnangulised, st mitte uurija poolt mõõdetud ja inimestel on kalduvus ülehinnata enda pikkust ning alahinnata kaalu (38).

KMI ei pruugi olla parimaks terviseriskide hindamise mõõdikuks. On uuringuid, mis leiavad, et sellest olulisemaks võib pidada mehe vööümbermõõtu (36), sest KMI põhjal pole võimalik eristada rasvamassi lihasmassist ega hinnata rasvkoe paiknemist kehas. Seega võivad suure lihasmassiga inimesed sattuda rasvunute rühma ning samal ajal võib ainevahetuslikus mõttes rasvunud normaalkaaluline jääda tähelepanuta (39). Kuna terviseriskidega on enim seotud vööpiirkonnas paikneva rasva hulk, soovitab Maailma Terviseorganisatsioon lisaks KMI-le arvestada rasvumise määratlemisel vööümbermõõtu. Soovituste järgi on kaukaasia rassist meeste (sh eestlaste) VÜ üle 102 cm seotud kõrge ning VÜ üle 94 cm suurenenud riskiga tervisele (18). Suhteliselt uus rasvumise hindamiseks kasutatav näitaja on VÜ ja pikkuse suhe ning lubatud referentside kohaselt võiks antud suhe jääda alla 0,5 — see tähendab, et madala riskiga tervisele on VÜ, mis on pool või vähem meie pikkusest (19,20)

Veel võib rasvumist hinnata mõõtes keha rasvaprotsenti bioelektrilise impedantsi meetodil, mida ka antud uuringus kasutati. Siiski tuleb rasvaprotsendi mõõtmisse ja tõlgendamisse suhtuda ettevaatusega, kuna kindlaid ja selgeid rahvusvaheliselt tunnustatud norme ei ole. Käesolevas analüüsis lähtuti uuringust, mille kohaselt 40–59aastaste meestel võimaliku rasvumise äralõikepunktiks oli 28% (17).

Antud uuringu tulemused andsid rasvumise hindamiseks kasutatavate mõõdikute osas mõnevõrra vastuolulisi tulemusi. KMI alusel oli normaalkaalus või madala metaboolse terviseriskiga 28%, vööümbermõõdu alusel 35% ja vööümbermõõdu ja pikkuse suhte alusel 25% meestest. KMI alusel oli rasvunuid 27% ja vööümbermõõdu järgi oli kõrge metaboolne terviserisk veidi enam kui kolmandikul (36%-l). Tulemused osutavad, et üksnes KMI alusel võib rasvumise levimus olla alahinnatud ning ülemäärase kehakaalu levimused võivad olla Eesti meeste hulgas suuremad, kui on toonud välja senised küsitlusuuringud.

Ei olnud üllatav, et rasvumine (nii KMI, VÜ, VÜ/Pi kui ka rasvaprotsendi alusel) oli suurim vanimas vanuserühmas 47–49 aastased. Osaliselt võib see olla seotud sellega, et vanuse suurenedes väheneb vaba aja kehaline aktiivsus (40), kuid vanusega muutub ka lipiidide ainevahetus rasvkoes, mille tõttu võib kehakaal tõusta ka juhul kui toitumis- ja liikumisharjumused jäävad samaks (41).

Sarnaselt käesoleva uuringuga leiti 2000–2018 TKU andmetel tehtud analüüsis, et rasvumise šanss oli suurem vanemates vanuserühmades, (vaba)abielus, põhi- ja keskhariidusega ja alkoholi liigselt tarvitavate Eesti 25-64aastaste meeste hulgas (42). Sama uuring näitas, et võrreldes mittesuitsetajatega oli rasvumine suurem endistel suitsetajatel, kuid igapäevasuitsetajatel (42). Sellest erinevalt näitasid käesolev uuringu tulemused, et mittesuitsetajate hulgas oli rasvunute osakaal väiksem ning nii igapäeva- kui ka endiste suitsetajate hulgas oli see oluliselt suurem.

Rasvumine oli käesolevas uuringus seotud peaaegu kõikide kehvade tervisenäitajatega (kehv tervise enesehinnang, kõrge vererõhk, sagedasem valuvaigistite tarvitamine, hüpogonadism, erektsioonihäirete esinemine, kehvad maksanäitajad ja vaimse tervisega seotud probleemid).

Enesehinnanguline tervis, valud ja diagnoositud haigused

Tervise enesehinnang on valiidne terviseseisundi indikaator, millel on seos lisaks vanusele ka paljude krooniliste haigustega (43). Enda tervist hindas vähemalt heaks veidi üle poole uuringus osalenud meestest, mis on suhteliselt sarnane võrreldes TKU2020 tulemustega, samal ajal oli poole vähem mehi, kes hindasid enda tervist halvaks või väga halvaks (28). Üle poole meestest olid viimasel kuul tundnud valusid, neist omakorda pooled (koguvalimist ligi kolmandik) olid tarvitanud valuvaigistit. Valu tundnud meestest kümnendik hindas valu

tugevaks või väga tugevaks. Valudeta mehi oli 38%, mis on mõnevõrra vähem võrreldes TKU2020 tulemustega, kus valusid ei esinenud pooltel sarnase vanuserühma meestest (28). Uuringus osalenud meeste sõnul oli kõige sagedamini diagnoositud haiguseks või haigusseisundiks kõrge vererõhk ning selja- või kaelavalud (radikuliit), mille arst oli diagnoosinud elu jooksul neljandikul meestest. Lülisamba diski väljasopistumise, mõne liigshaiguse või depressiooni/ärevuse diagnoosi oli saanud ligikaudu iga kuues mees.

Üldtervis

Kõrge vererõhk on peamine tervisekaotuse põhjustaja nii Eestis kui maailmas (33,34) Täiskasvanute kõrgvererõhktõve patsiendijuhend ütleb: „Kõrgvererõhktõbi on enim levinud südame-veresoonkonna haigus. Kõrge vererõhk tekib siis, kui süda surub verd läbi ahenenud veresoonte suure jõuga, et varustada kudesid eluks vajaliku hapnikuga. Kõrgvererõhu diagnoosimiseks peab vererõhunäit olema korduval mõõtmisel üle 140/90 mmHg. Püsivalt kõrge vererõhk kahjustab veresoonte seinu ja suurendab oluliselt eri haiguste riske. Oluline on meeles pidada, et vananedes ei peaks vererõhk tõusma – kõrge vererõhk on igas vanuses haiguslik“. Üle 30aastased peaksid enda vererõhku kontrollima sagedamini, kui nende lähisugulastel on esinenud kõrgvererõhktõbe, kui neil on varasemalt esinenud kõrge vererõhk või on nende varasemad mõõdetud vererõhuväärtused olnud piiripealsed (130–139/85–89 mmHg) (21).

Uuringus osalenud meeste keskmine süstoolne vererõhk oli 139 mmHg ehk võimaliku kõrgvererõhktõve piiril. Siinjuures pole arvestatud, kas inimene tarvitas parajasti vererõhku alandavaid ravimeid või ei. Kõrge vererõhk (RRs \geq 140 või RRd \geq 90) oli veidi enam kui pooltel uuringus osalenud meestest. Samal ajal oli poole vähem (28%) mehi, kes vastasid ankeedis, et on elu jooksul arstil kõrge vererõhuga tõttu haiguse diagnoosi saanud. Selle uuringu tulemused osutavad üsna selgelt murettekitavale asjaolule, et ligi pooled vastava vanuserühma meestest pole isegi teadlikud enda kõrge vererõhust. Kõrge vererõhu tekkeni võib viia liigne soola tarbimine, kuna pikaajalisel soola liigtarvitamisel koguneb veresoontesse rohkem vedelikku ja suureneb ringleva vere maht, mis omakorda tõstab vererõhku. Värske soolatarbimise uuring, mis kasutas lisaks toidupäevikule ka bioproovide andmeid näitas, et Eesti mehed tarvitavad soola soovituslikust kaks korda enam, samal ajal kui naiste keskmine soolatarbimine oli kolmandiku võrra soovituslikust kõrgem (44).

Metaboolse sündroomi puhul on tegemist kompleksse ainevahetushäirega, mille puhul esinevad teatud haigused ja ainevahetuslikud häired samaaegselt. MS hõlmab endas vööpiirkonna rasvumist, glükoosi regulatsiooni häiret, tõusu triglütseriidide tasemes, madalat HDL-kolesterooli ning kõrget vererõhu väärtust (15). MS-iga inimestel on kuni kolm korda suurem risk surra südame-veresoonkonna haigustesse, sh südameinfakti ja insulti kui isikul, kellel neid häireid ei ole (45).

Käesolevas uuringus esines MS-i kümnendikul noorima (40–42a) ning ligi viiendikul vanimate vanuserühma (47–49a) meestel. Kuna käesolevas uuringus kõiki MS-i komponente ei analüüsitud, samuti oli palju neid, kellel polnud kõiki MS-i komponente (RRs, triglütseriidid ja VÜ) mõõdetud, võib oletada, et MS-i levimus on käesolevas uuringus alahinnatud. Ühes varasemas Eesti uuringus oli MS-i esinemine Eesti 20–74a elanike hulgas 26% (46). Mõnevõrra nooremate meeste hulgas (keskmine vanus 32a) tehtud uuringus leiti, et MS-i esinemissagedus oli viljatute paaride meeste rühmas 18% ja rasedate naiste meeste seas 12% (36).

Kolesterooli tase oli üle normi (\geq 5 mmol/L)(24) ligi kolmel neljandikul meestest. „Kolesterool on oluline koostisosa rakumembraanides ning vajalik aine steroidhormoonide ja sapphapete sünteesiks. Suurenenud kolesteroolisisaldus veres on üks peamisi südame- ja veresoonkonna haiguste riskifaktoriks (nt südamelihase infarkt ja insult)“ (23). Kuna kolesterooli analüüsi tulemust mõjutab otseselt toitumine, oleks oluline anda veri olles eelnevalt 10–14 tundi söömata-joomata, kuid käesolevas uuringus seda ei olnud nõutud, mis

võis olla üheks põhjuseks, et normi ületanud meeste osakaal oli suhteliselt suur. Kui üldkolesterooli näitaja on üle normi, on oluline kontrollida LDL-kolesterooli taset (*low density lipoprotein*). Need on rühm lipiide, mille ülesandeks on kolesterooli transport kudesse. LDL-kolesterooli nimetatakse “halvaks kolesterooliks”, kuna kui seda on organismis üleliigselt salvestatakse kolesterool veresoonte seintesse, soodustades sellega ateroskleroosi ja südame-veresoonkonna haiguste teket (23). Kõrgenenud LDL-kolesterooli tase on üheks peamiseks ainevahetuslikuks tervise riskiteguriks (33,34).

Triglütseriidide tase oli üle normi (≥ 2 mmol/L) (24) kolmandikul meestest. „Triglütseriidid on oluline energia varuallikas organismis. Organism saab triglütseriide toidurasvadest, samuti sünteesil maksast ja rasvkoest. Kui vereringes on triglütseriidide liig, talletatakse osa neist rasvkoesse. Triglütseriidide ja LDL-kolesterooli kõrgenenud suurenenud sisalduse korral veres tekivad keskmise- ja väikese läbimõõduga arterites aterosklerootilised muutused, mistõttu erinevates organites tekivad verevarustuse häired. Triglütseriidide sisaldus veres võib olla tõusnud diabeedi, kilpnäärme alatalitluse, alkoholismi, pankreatiidi, krooniliste maksa- või neeruhaiguste korral“ (23).

Glükohemoglobiini tase veres näitab veresuhkru üldist tasakaalu ja kõikumisi, mida tavalise veresuhkru määramisega ei pruugi tabada. Glükohemoglobiini tase oli üle normi (väärtus $\geq 6\%$) (22) 4%-l meestest, ehk neil esines suur risk suhkruhaiguse e. diabeedi tekkeks või juba väljakujunenud diabeet.

Peamiselt maksas leiduva ensüümi gammaglutamüüli transferaasi (GGT) tase oli üle normi (≥ 60 U/L) (24) 14%-l meestest. „GGT kõrgenenud väärtuste põhjused tulenevad valdavalt maksast, esinevad maksa ja sapiteede haiguste korral, samuti ka ülekaalulisuse, infektsioosse mononukleoosi, kilpnäärme ületalitluse ja suhkruhaiguse korral. Alkoholil pidev liigtarbimine ja mõned ravimid mõjutavad GGT tulemust. GGT tulemuse tõus võib esineda ka pankreatiidi, maksa ja kõhunäärme kasvujate puhul.“ (23). On ka leitud, et maksaensüümide (eelkõige GGT) suurenemine on seotud meeste viljakuse langusega (36).

Peamiselt maksa- ja neerukoe rakkudes leiduva rakuensüümialaniini aminotransferaasi (ALAT) tase oli üle normi (≥ 50 U/L) (24) 17%-l meestest. Ensüümi aktiivsuse tõus võib esineda erinevate maksahaiguste (nt kroonilise HCV-infektsiooni korral), ülekaalulisuse, alkoholi liigtarvitamise, teatud ravimite tarvitamise, tõsiste põletuste, skeletilihaste kahjustuse ja tugeva füüsilise koormuse korral. (23).

Vaimne tervis

Käesoleva uuringu andmetel esines depressioonile viitavaid sümptomeid suhteliselt vähestel (vähem kui igal kahekümnendal). Siinkohal tuleb täpsustada, et kliinilise depressiooni diagnoosi paneb arst ning enesehinnanguliste instrumentide kasutamisega saame pigem hinnata depressiooni riski või depressiooni sümptomite esinemist.

Seda, et elu pole elamist väärt tundis enam kui poole ajast 2% käesolevas uuringus osalenud meestest. Võrdluseks, et TKU2020 andmetel mõtles viimase aasta jooksul enesetapule ligi 3% 35–54a meestest ja 5% leidis, et on väga rahutu või suures masenduses (28). Uuringutes, mis on kasutanud vaimse tervise (sh depressiivsuse) hindamiseks emotsionaalse enesetunde küsimustikku (47) on saanud mõnevõrra suuremaid depressiivsuse levimusnäitajaid. Näiteks esines ETU2019 andmetel depressiivsust ligikaudu 8%-l (48) ning 2021. a tehtud COVID-kiiruringu andmetel juba 13%-l 40–49aastastest meestest (49). Viimase nimetatud uuringu jaoks toimus andmekogumine aasta peale pandeemia puhkemist ning depressiooni sümptomite levimuse järsk muutus viitab sellele, et pandeemia on omanud negatiivset mõju rahvastiku vaimsele tervisele. Samas ei saa depressiivsuse levimuse peaaegu kahekordistumist seostada üksnes pandeemiaga — arvestades viimastel aastatel suurema tähelepanu pööramist vaimse tervise teemadele, võib oletada, et julgetakse avatumalt vaimse tervisega seotud probleeme tunnistada.

Kõige sagedamini esinenud vaimse tervise probleemiks olid uinumisega seotud probleemid. Rahvusvaheline uneorganisatsioon on välja töötanud kümme soovitus, millega tuleks arvestada. Näiteks järgida regulaarset uinumise ja ärkamise aega; vältida päeval magamist kauem kui 45 minuti; neli tundi enne uinumist vältida sigarettide tarvitamist, liigset alkoholi tarvitamist, raskesti seeditavaid, vürtsikaid või suhkrurikkad toite; 6 tundi enne uinumist vältida kofeiini sisaldavaid tooteid (50). Lisaks tuleks hoiduda voodis töötamisest ja vältida nutiseadmete kasutamist enne uinumist.

Vaimne tervis, sh depressioon ja depressiivsus, on sageli seotud sotsiaalmajandusliku seisundi ning majandusliku heaoluga (51). Seega võib käesolevas uuringus leitud suhteliselt madalat depressiooni levimust selgitada sellega, et võrreldes üldrahvastikuga oli valimis märgatavalt enam kõrgema hariduse ning tööga rahulolevamaid mehi.

Meeste spetsiifiline tervis

PSA on eesnäärmeekoes toodetav valk, mida ajalooliselt on kasutatud eesnäärmevähi varaseks avastamiseks. Samas, kuna PSA tase tõuseb veres ka kõigi teiste eesnäärmehaiguste, nagu eesnäärme healoomulise suurenemise ja eesnäärme põletiku korral, võib PSA-d vaadelda kui eesnäärmehaiguste markerit. 2011 aastal avaldatud „Meeste kusemishäirete käsitus- ja ravijuhend perearstidele“ (25) soovitab eesnäärmehaiguste uuringuskeemis kasutada vanusespetsiifilisi mediaanväärtuseid, kus kahekordse mediaanväärtusega mehed tuleks allutada eesnäärmehaiguste diferentsiaaldiagnostilisele käsitlusele. Käesolevas uuringus tuvastati kahekordset ealist mediaanväärtust ületav PSA tase ($\geq 1,4$ ng/ml) 15% meestest.

Kusemishäirete objektiveerimiseks kasutati rahvusvaheliselt laialt kasutatavat IPSS küsimustikku. Selle küsimustiku alusel esines elukvaliteeti mõjutavaid mõõdukalt kusemishäiret 17%-l meestest ning rasket kusemishäiret 1%-l meestest.

Viimase nädala jooksul tundis alakehas prostatiidile iseloomulikke valusid või ebamugavustunnet iga viies mees. Kõige sagedamini toodi esile valu alakõhus, alaseljast, häbeme või põiepiirkonnas. Ligikaudu kümnendik tundis vaevusi ka munandites või lahkliha piirkonnas. Valu tundnud meestest iga kuues tundis seda valu sageli ning leidis, et see mõjutab vähemalt mõnevõrra igapäevategevusi. Alakeha vaevuste kogemine oli sarnane kõigis vanuserühmades.

Testosteroon on peamine meessuguhormoon, mis mõjutab kõiki mehe organeid ja kudesid alates lihastest kuni ajuni. Madala testosterooni taseme peamised põhjused on ülekaal, kroonilised haigused ning munandi- ja hüpofüüsi-hüpotaalamuse tasandi haigused. Ülekaal mõjutab hormonaalset tasakaalu, mis väljendub muuhulgas testosterooni taseme languses (36). Testosterooni madal tase on seotud nii mehe üldtoonuse, elukvaliteediga, aga ka nii üldsuresuse kui ka kardiovaskulaarsuresuse oluliselt kõrge riskiga (52).

Kliiniliselt oluline testosterooni ja ka vaba testosterooni langus esines 6%-l uuritud meestest. Seejuures rasvunud meestel kuus korda sagedamini kui normaalkaalulistel. Piiripealne testosterooni defitsiit (8–12 nmol/l) esines 20% ja piiripealne vaba testosterooni tase (0,18–0,22 nmol/l) 9% meestest.

Üheksa meest kümnest elasid koos partneriga ning olid seksuaalselt aktiivsed. Oma seksuaaleluga polnud neist rahul neljandik ning samavõrra oli neid, kelle hinnangul oli nende partneri huvi ja seksuaalse aktiivsuse tase madal või puudus. Sarnaselt leiti uuringu „Eesti täiskasvanud elanikkonna seksuaalkäitumine“ põhjal, et 40–49aastastest meestest polnud oma seksuaaleluga rahul 24% ja naistest 22%. Rahulolematuse peamiseks põhjuseks meestel oli see, et viimasest vahekorra oli möödunud kaua aega, kuid sageli toodi välja ka soov sagedamini seksida, terviseprobleemid (nii enda kui partneri), aga ka suhte probleemid või seksuaalhäired (53).

Käesolevas uuringus olid sagedasemateks seksuaalhäireteks enneaegne seemnepurse, nõrgaks jääv erektsioon, seksuaalse huvi langus, raskenenud erektsiooni teke ja erektsiooni nõrgenemine või kadumine enne seemnepurset. Nii seemnepurske kui ka erektsioonihäireid esines ligi viiendikul (vastavalt 21% ja 18%). Ereksioonivõime langustrend algab umbes 40. eluaasta juures, kuna vanusega toimuvad muutused veresoontes ja hormoonides. Seksuaalprobleeme ei peaks arsti ees hābenema, enamik seksuaalhāireid on ravitavad, kuid erektsioonihāirete korral võib abi olla ka elustiilimuutustest. Sageli piisab nāiteks suitsetamisest loobumisest, tervislikumast toitumisest ning (töö)stressi vāhendamisest. Seksuaaltervis ja rahulolu seksuaaleluga on olulised elukvaliteedi komponendid ning mehed, kes tunnevad, et probleemid on tekkimas peaksid pōrduma perearsti juurde, kes saab suunata vajadusel edasi meestearsti vastuvōtule.

Sūdamehaiguste ja seksuaalhāiretest just erektsioonihāire riskitegurid on sisuliselt kattuvad. Uuringud on nāidanud, et erektsioonihāire avaldub mitmeid aastaid (2–8 aastat) enne tōsisemate sūdame-veresoonkonna haiguste avaldumist. Seega tuleks erektsioonihāiret kasutada „kanaarilinnuna kaevanduses“ ehk varase markerina sūdame-veresoonkonna haiguste kōrgenenud riski kohta (54).

Tervisekāitumine

Tubakatoodete tarvitamine on kōrge vererōhu ja ũleliigse kehakaalu järeel kolmas peamine tervisekaotuse pōhjustaja Eestis (33,34). Uuringus osalenud meestest suitsetas igapāevaselt 14%, suitsetamisest loobunuid oli 40%. Vōrreldes TKU2020 (28) ja ETU2019 (55) oli suitsetajaid poole vāhem ning mōnevōrra rohkem oli neid, kes olid suitsetamisest loobunud.

Alkoholi tarvitamise madala riski piiriks on meestel mitte ũle nelja alkoholiũhiku (Aũ) pāevas, kusjuures igasse nādalasse peab jāama seejuures vāhemalt kolm tēelikult alkoholivaba pāeva. Ravijuhendi „Alkoholitarvitamise hāirega patsiendi kāsitus“ jārgi on riskipiiriks 140 g absoluutset alkoholi e. 14 Aũd nādalas. Kui tarvitada alkoholi alla nimetatud koguse ei kaasne ũldjuhul olulisi tervisekahjustusi ega sotsiaalseid probleeme (56). Uuringus osalenud meestest ei tarvitanud alkoholi ũletas 11% meestest madala terviseriski piire ehk tervist ohustaval mēāral tarvitas alkoholi ligikaudu kũmnendik meestest. Vōrdluseks, et TKU2020 andmetel tarvitas 35–54aastastest meestest alkoholi tervist ohustaval mēāral enam kui kaks korda rohkem ehk iga neljas (27%) (28).

Kuus Aũd on EL-i riikides kasutatav ũhekordne riskipiiril alkoholi tarvitamise indikaator. Kāesolevas uuringus oli 14% mehi, kes tarvitasid korraga kuus vōi enam Aũd kord nādalas vōi sagedamini. Vōrreldes TKUga oli kāssolevas uuringus poole vāhem mehi, kes nimetatud koguses alkoholi ũhel korral tarvitasid (28).

Ehkki uuringus osalenud meeste alkoholi tarvitamise nāitajad olid vōrreldes TKU2020 ũllatavalt madalad, oli AUDIT-C-testi skoor viis vōi enam punkti 68% meestel, mis viitab, et enam kui pooltel meestel tuleks siiski tēhelepanu pōrata enda alkoholi tarvitamise vāhendamisele (36). Tulemuste puhul ũllatas veel asjaolu, et alkoholi tarvitamine ei olnud seotud uuringus osalenud meeste haridusega.

Kehaline aktiivsus on vajalik nii sūdamele, kehale kui vaimule. Liikumine ennetab ja aitab kontrolli all hoida kehakaalu, sūdamehaigusi (nt alandab vererōhku) ning vāhendab 2. tũubi diabeedi ja vāhi riski. Samuti vāhendab liikumine depressiooni ja ārevuse sũmptomeid, parandab kognitiivset vōimekust ja une kvaliteeti ning edendab ũldist heaolu (57). Maaailma Terviseorganisatsiooni soovitude jārgi on tervise tugevdamiseks piisav juba ũksnes 150–300 minutine mōōduka intensiivsuse vōi 75–150 minutine tugeva intensiivsusega aeroobne liikumine nādalala jooksul. Lisaksu tervisele on kui vāhemalt kahel pāeval nādalas teha kōiki lihusrũhmi hōlmavaid jōuharjutusi (vāhemalt mōōduka intensiivsusega) ning kui iganādalaselt harrastada ũle 300 minuti mōōduka intensiivsusega vōi ũle 150 minuti tugeva intensiivsusega aeroobset liikumist (57).

Üha enam räägitakse nn kehalise aktiivsuse paradoksist — nimelt on leitud, et vaba aja kehalise aktiivsuse kõrgem tase on seotud väiksema südame-veresoonkonna haiguste riski ja suremusega. Samal ajal on tööga seotud kehalise aktiivsuse kõrgem tase seotud vastupidiselt just suurema südame-veresoonkonnahaiguste riskiga. Seda on selgitatud sellega, et vaba aja kehaline aktiivsus koosneb dünaamilistest kõrgema intensiivsuse ja lühema kestusega tegevustest, kuid tööga seotud kehaline aktiivsus on madalama intensiivsusega, koosneb pikema kestusega staatilisematest ja sunnitumatest tegevustest, mis võivad olla tervisele kahjulikud (31).

Kahjuks ei võimaldanud ankeedis olnud kehalist aktiivsust puudutavad küsimused eristada uuringus osalenud meeste vaba aja ja tööga seotud kehalist aktiivsust. Kuna kehaline aktiivsus oli tugevalt seotud uuringus osalenud mehe füüsilise töö osakaaluga, peegeldasidki vastused tõenäoliselt just tööga seotud kehalist aktiivsust (võimalik tervist kahjustav KA), mitte niivõrd nende vaba aja kehalist aktiivsust ja tervisespordi harjumusi (tervisele kasulik KA). Esmased analüüside tulemused peegeldasidki eelpool kirjeldatud — mitmed tervisenäitajad olid sarnaselt kehvad nii inaktiivsetel kui ka kehaliselt väga aktiivsetel meestel.

On huvitav trend, et vaatamata sellele, et rahvastikus on viimase kümne aasta jooksul oluliselt suurenenud rasvunute ja ülekaaluliste meeste osakaal, on samal ajal oluliselt suurenenud ka vabal ajal kehaliselt aktiivsete meeste osakaal, nt 35–54a meeste hulgas oli 2010. a aktiivseid (tegelesid vähemalt kahel korral nädalas tervisespordiga) u 30%, kuid 2020. a juba 40% (28). Võib oletada, et vaba aja kehalise aktiivsuse suurenemine on seotud inimeste parema teadlikkusega liikumise olulisusest, aga kindlasti on liikumise populaarsust suurendanud hea ligipääs kergliiklusteedele ning spordirajatistele. TAI korraldatud COVID kiiruuringu andmed näitasid, et pandeemia olulist mõju vaba aja kehalisele aktiivsusele ei olnud, kogurahvastikust harrastasid tervisesporti vähemalt kahel korral nädalas nii pandeemia eel kui ka ajal ligi pooled täisealistest elanikest (49).

Kokkuvõtvalt võib öelda, et uuringus osalenud meeste tervisekäitumine oli võrreldes rahvastikupõhiste uuringutega märgatavalt parem. Tõenäoliselt oli see taas tingitud sellest, et osalenud meeste hulgas oli võrreldes üldrahvastikuga poole rohkem kõrgharidusega mehi. Samas ei saa ka välistada, et uuringus osalenud mehed hoolisid rohkem oma tervisest ja seetõttu sattusid ka suurema tõenäosusega antud uuringusse. Samuti võisid uuringus osalenud mehed olla juba tekkinud terviseprobleemide tõttu loobunud suitsetamisest ja vähendanud alkoholi tarvitamist.

Nõrkused ja tugevused

Kuna tegemist oli mugavusvalimil põhineva uuringuga, tuleb tulemuste üldistamisel Eesti üldrahvastikule olla ettevaatlik. Puudub informatsioon, mis ajendas mehi uuringus osalema. Võime vaid oletada, et uuringus osalemisest võisid olla rohkem huvitatud mehed, kellel juba võisid esineda mingid terviseprobleemid, mistõttu oli nende osalemisaktiivsus suurem ning seetõttu võivad tervisenäitajate esinemissagedused olla ülehinnatud. Samas võivad tulemused olla hoopis alahinnatud, kuna võrreldes üldrahvastikuga osales uuringus märgatavalt rohkem kõrgharidusega mehi, oli poole vähem igapäevasuitsetajaid ja tervist ohustaval määral alkoholi tarvitajaid. Uuringus osales üldrahvastikuga võrreldes oluliselt vähem muukeelseid. Parema sotsiaalmajanduslik seisund on üldjuhul seotud nii parema üldtervise, enesehinnangulise tervise kui ka parema tervisekäitumisega. Siiski, oletades, et need rühmad võisid üksteist tasakaalustada, saame siiski ettevaatusega eeldada, et käesoleva uuringu tulemused on üle kantavad 40–49aastaste meeste rahvastikule Eestis

Uuringu puuduseks võib pidada ka enesehinnanguliste andmete kasutamist (ankeet-küsimustiku puhul), mis puudutavad nii tervisekäitumist kui ka näiteks esinenud haigusi, seksuaaltervist jne. Samuti oli osade küsimuste puhul palju vastuolulisi või puuduvaid vastuseid. Käesoleva uuringu näol oli tegu läbilõikelise uuringuga, mistõttu ei ole selle põhjal võimalik hinnata seoste põhjuslikkust, veelgi enam — töös esitatud seosed erinevate

tunnuste vahel on kohandamata kujul, st et pole arvestatud võimalike segavate teguritega (nt haridusega).

Uuringu tugevuseks oli valimi suurus ning objektiivsetel mõõtmistel põhinevad verenäitajate andmed ning kehaparameetrite mõõtmiste tulemused 40–49aastaste meeste kohta. Varasemalt pole Eestis nii suuremahulist uuringut keskealiste meeste hulgas läbi viidud.

Järeldused ja soovitused meestele üldise tervise osas

Iga kolmas uuringus osalenud mees oli VÜ ja iga neljas KMI alusel rasvunud. Rasvumine oli seotud paljude kehvade tervisetulemite ja -näitajatega (kehv tervise enesehinnang, kõrge vererõhk, sagedasem valuvaigistite tarvitamine, kehvad maksanäitajad ja madal testosterooni tase, erektsioonihäired aga ka vaimse tervise seotud probleemid). KMI ei pruugi olla parim mõõdik indiviidi tasandil rasvumise ja terviseriskide hindamiseks, soovituslik oleks mõõta ka vööümberrõõtu, see võiks jääda alla 102 cm. Samuti on terviserisk madal kui vööümberrõõdu ja pikkuse suhte tulemus jääb alla 0,5.

Lisaks kehamassiindeksile ja vööümberrõõdule tuleks regulaarselt kontrollida vererõhku ja kolesterooli näitajaid. Uuring näitas, et normist kõrgem vererõhk oli ligi pooltel ning neist omakorda vähem kui pooled töid välja, et neil oli varasemalt diagnoositud kõrge vererõhk. See võib viidata sellele, et ligikaudu pooled mehed pole oma kõrge vererõhust teadlikud. Normist kõrgem kolesterooli näit oli kolmveerandil meestest.

Vererõhku peaks kontrollima igal aastal, kuid alates 30. eluaastast peaksid vererõhku sagedamini (näiteks koduse vererõhuaparaadiga) kontrollima isikud, kellel on pärilik foon südame-veresoonkonna haiguste avaldumiseks või on varasemalt olnud vererõhk kõrge. Sagedamini peaksid vererõhku kontrollima ka need, kellel on suurem individuaalne risk, näiteks liigne kehakaal ($KMI \geq 25$ ja/või vööümberrõõtu ≥ 102 cm), raske füüsiline töö, vähe aeroobset kehalist aktiivsust, suitsetamine (nii tava- kui e-sigaretid), diabeet. Kui vererõhk on pidevalt kõrge ($RRs \geq 140$ mmHg või $RRd \geq 90$ mmHg) ja/või väga kõikumine, võiks täita vererõhupäevikut ning tuleks minna perearsti keskusesse konsultatsioonile. Samuti on oluline muuta oma elustiili tervislikumaks.

Üle 40aastased mehed võiksid kolesteroolinäitajaid kontrollida vähemalt kord aastas. Normist kõrgemate kolesterooliväärtuste korral tuleks minna perearsti keskusesse konsultatsioonile ning ühtlasi muuta oma elustiili.

Üldised soovitused tervislikuks elustiiliks, sh kehakaalu ja vererõhu kontrolli all hoidmiseks:

- toituda mitmekesiselt: tarvitada rohkem marju, puu- ja köögivilju, sh kaunvilju (vähemalt 500 g päevas nimetatud toiduaineid päevas), kala ning täisteratooteid ja pähkleid-seemneid. Tarvitada vähem magusaid piimatooteid; sea- ja veiseliha; magusaid ja soolaseid näkse ning suhkrurikkaid karastus- ja mahlajooke.
- mitte ületada päevast soovituslikku soolatarbimise piirkogust (6g ehk umbes 1 teelusikatäis). Soolatarbimist saab kontrolli all hoida ise toitu valmistades (kasutades alternatiivseid maitseaineid), vältides toidule söömise ajal soola lisamist ja toite ostes pakenditelt nende soolasisaldust jälgides;
- liikuda vastavalt WHO soovitustele (minimeerida istumisaega ja teha vähemalt 150 min aeroobset mõõduka või 75 minutit tugeva intensiivsusega kehalist aktiivsust nädalas; lisaks on kui vähemalt kahel korral nädalas teha lihaseid tugevdavaid harjutusi);
- hoiduda sõltuvusainetest, sealhulgas vältida nii tavasigarette kui ka alternatiivseid tubakatooteid (sh e-sigaretid, huuletubakas);
- mitte liialdada alkoholiga;
- magada piisavalt.

Lisaks on oluline õppida stressiga toimetulekut ning olla positiivse ellusuhtumisega. Panustada heade (partner)suhete loomisele ja hoidmisele ning hoida enda vaimset tervist.

Kõrge vererõhk, liigne kehakaal (eriti vööpiirkonna rasvumine), suitsetamine, liigne alkoholi tarvitamine ja kõrge LDL-kolesteroolitase on peamised Eesti meeste tervisekaotuse põhjustajad. Kõikide nende tegurite negatiivset mõju tervisele saab vähendada muutes elustiili ja vajadusel õigeaegse meditsiinilise sekkumise abil. Eesti mehe tervis on ta enda kätes.

4 Andmetabelid

Tabel 33. Rasvunud mehed (KMI \geq 30) erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	p
Vanus		<0,001
40–42	22,2	
43–46	27,9	
47–49	30,6	
Perekonnaseis		0,037
vallaline	24,5	
(vaba)abielus	27,5	
lesk/lahutatud	27,4	
Laste olemasolu		0,015
ei ole lapsi	26,4	
on lapsi	27,0	
Kodune keel		0,069
eesti	26,5	
muu	31,8	
Haridus		<0,001
põhiharidus	33,3	
keskharidus	31,3	
kõrgharidus	22,2	
Töönädala pikkus		<0,001
0–20 tundi	34,4	
>20 ≤ 40 tundi	24,9	
>40 ≤ 60 tundi	27,0	
> 60 tundi	35,0	
Öötöö		0,024
ei	25,3	
jah	30,3	
Füüsiline töö		<0,001
ei	20,3	
alla poole ajast	28,4	
pool ja enam ajast	30,7	
Suitsetamine		<0,001
mittesuitsetaja	23,0	
igapäeva	28,5	
juhusuitsetaja	23,4	
endine	31,5	
Alkoholi tarvitamine		0,001
ei tarvita	23,7	
madala terviseriskiga	26,5	
tervist ohustav	33,5	
KMI		
normkaal	-	
ülekaal	-	
rasvumine	-	

Tabel 34. Metaboolse sündroomiga mehed erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	p
Vanus		0,001
40–42	11,7	
43–46	14,7	
47–49	18,7	
Perekonnaseis		0,627
vallaline	17,4	
(vaba)abielus	15,1	
lesk/lahutatud	14,0	
Laste olemasolu		0,430
ei ole lapsi	13,0	
on lapsi	14,8	
Kodune keel		0,511
eesti	14,9	
muu	16,3	
Haridus		<0,001
põhiharidus	20,7	
keskharidus	18,3	
kõrgharidus	11,7	
Töönädala pikkus		0,045
0–20 tundi	21,1	
>20 ≤ 40 tundi	14,1	
>40 ≤ 60 tundi	14,5	
> 60 tundi	17,9	
Öötöö		0,046
ei	14,6	
jah	18,0	
Füüsiline töö		0,062
ei	12,4	
alla poole ajast	15,9	
pool ja enam ajast	16,8	
Suitsetamine		<0,001
mittesuitsetaja	11,5	
igapäeva	21,6	
juhusuitsetaja	19,4	
endine	15,4	
Alkoholi tarvitamine		<0,001
ei tarvita	14,2	
madala terviseriskiga	13,9	
tervist ohustav	24,0	
KMI		<0,001
normkaal	0,3	
ülekaal	7,7	
rasvumine	43,0	

Tabel 35. Hea/väga hea tervise enesehinnanguga mehed erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	p
Vanus		<0,001
40–42	64,8	
43–46	60,1	
47–49	53,7	
Perekonnaseis		<0,001
vallaline	49,4	
(vaba)abielus	60,6	
lesk/lahutatud	56,0	
Laste olemasolu		0,006
ei ole lapsi	53,8	
on lapsi	60,7	
Kodune keel		0,320
eesti	59,6	
muu	57,1	
Haridus		<0,001
põhiharidus	43,6	
keskharidus	52,2	
kõrgharidus	68,3	
Töönädala pikkus		<0,001
0–20 tundi	53,3	
>20 ≤ 40 tundi	62,4	
>40 ≤ 60 tundi	59,4	
> 60 tundi	44,6	
Öötöö		0,046
ei	61,4	
jah	56,7	
Füüsiline töö		<0,001
ei	69,0	
alla poole ajast	60,2	
pool ja enam ajast	51,4	
Suitsetamine		<0,001
mittesuitsetaja	65,7	
igapäeva	45,2	
juhusuitsetaja	58,9	
endine	58,3	
Alkoholi tarvitamine		0,050
ei tarvita	58,5	
madala terviseriskiga	60,5	
tervist ohustav	54,0	
KMI		<0,001
normkaal	70,0	
ülekaal	61,1	
rasvumine	45,2	

Tabel 36. Viimasel kuul valuvaigistit tarvitanud mehed erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	p
Vanus		0,264
40–42	31,9	
43–46	28,6	
47–49	30,4	
Perekonnaseis		0,690
vallaline	27,8	
(vaba)abielus	30,2	
lesk/lahutatud	31,2	
Laste olemasolu		0,383
ei ole lapsi	27,9	
on lapsi	30,2	
Kodune keel		0,004
eesti	31,1	
muu	24,2	
Haridus		<0,001
põhiharidus	44,2	
keskharidus	30,8	
kõrgharidus	27,7	
Töönädala pikkus		0,006
0–20 tundi	34,5	
>20 ≤ 40 tundi	27,4	
>40 ≤ 60 tundi	31,2	
> 60 tundi	37,8	
Öötöö		0,165
ei	29,1	
jah	31,8	
Füüsiline töö		<0,001
ei	25,9	
alla poole ajast	28,3	
pool ja enam ajast	35,1	
Suitsetamine		0,011
mittesuitsetaja	27,6	
igapäeva	36,1	
juhusuitsetaja	32,0	
endine	30,8	
Alkoholi tarvitamine		0,248
ei tarvita	33,3	
madala terviseriskiga	29,6	
tervist ohustav	33,2	
KMI		0,006
normkaal	28,4	
ülekaal	28,6	
rasvumine	34,4	

Tabel 37. Kõrge vererõhuga (RRs \geq 140 või RRd \geq 90) mehed erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	p
Vanus		<0,001
40–42	46,9	
43–46	55,6	
47–49	59,7	
Perekonnaseis		0,686
vallaline	50,4	
(vaba)abielus	54,9	
lesk/lahutatud	55,6	
Laste olemasolu		
ei ole lapsi	51,3	
on lapsi	54,4	
Kodune keel		0,131
eesti	54,1	
muu	57,0	
Haridus		<0,001
põhiharidus	61,1	
keskharidus	59,6	
kõrgharidus	48,6	
Töönädala pikkus		0,708
0–20 tundi	57,8	
>20 \leq 40 tundi	54,4	
>40 \leq 60 tundi	52,7	
> 60 tundi	57,6	
Öötöö		0,310
ei	54,0	
jah	54,1	
Füüsiline töö		<0,001
ei	48,6	
alla poole ajast	54,7	
pool ja enam ajast	58,7	
Suitsetamine		0,053
mittesuitsetaja	51,1	
igapäeva	58,4	
juhusuitsetaja	50,2	
endine	57,0	
Alkoholi tarvitamine		0,001
ei tarvita	46,8	
madala terviseriskiga	53,7	
tervist ohustav	62,9	
KMI		<0,001
normkaal	37,6	
ülekaal	52,2	
rasvumine	75,4	

Tabel 38. Hüpogonadismiga mehed erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	p
Vanus		0,044
40–42	4,6	
43–46	4,7	
47–49	7,3	
Perekonnaseis		0,017
vallaline	4,8	
(vaba)abielus	5,4	
lesk/lahutatud	7,7	
Laste olemasolu		0,024
ei ole lapsi	4,1	
on lapsi	5,9	
Kodune keel		0,201
eesti	5,5	
muu	5,9	
Haridus		0,383
põhiharidus	6,7	
keskharidus	6,1	
kõrgharidus	4,8	
Töönädala pikkus		0,447
0–20 tundi	7,5	
>20 \leq 40 tundi	5,1	
>40 \leq 60 tundi	5,5	
> 60 tundi	6,4	
Öötöö		0,084
ei	5,2	
jah	7,4	
Füüsiline töö		0,451
ei	4,8	
alla poole ajast	5,3	
pool ja enam ajast	6,5	
Suitsetamine		0,233
mittesuitsetaja	5,3	
igapäeva	5,5	
juhusuitsetaja	3,6	
endine	6,3	
Alkoholi tarvitamine		<0,001
ei tarvita	3,9	
madala terviseriskiga	5,5	
tervist ohustav	7,5	
KMI		<0,001
normkaal	1,8	
ülekaal	3,8	
rasvumine	12,4	

Tabel 39. ALAT-piirväärtust ületanud mehed erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	p
Vanus		0,380
40–42	17,1	
43–46	17,6	
47–49	15,5	
Perekonnaseis		0,588
vallaline	14,5	
(vaba)abielus	17,0	
lesk/lahutatud	17,2	
Laste olemasolu		0,419
ei ole lapsi	17,7	
on lapsi	16,0	
Kodune keel		0,125
eesti	16,3	
muu	19,3	
Haridus		0,002
põhiharidus	18,2	
keskharidus	19,0	
kõrgharidus	14,3	
Töönädala pikkus		0,334
0–20 tundi	18,5	
>20 ≤ 40 tundi	16,2	
>40 ≤ 60 tundi	16,3	
> 60 tundi	21,4	
Öötöö		0,686
ei	16,5	
jah	17,1	
Füüsiline töö		0,278
ei	15,8	
alla poole ajast	17,9	
pool ja enam ajast	15,7	
Suitsetamine		0,073
mittesuitsetaja	4,9	
igapäeva	15,8	
juhusuitsetaja	15,7	
endine	18,7	
Alkoholi tarvitamine		<0,001
ei tarvita	16,4	
madala terviseriskiga	15,5	
tervist ohustav	24,3	
KMI		<0,001
normkaal	5,4	
ülekaal	13,5	
rasvumine	33,7	

Tabel 40. GGT-piirväärtust ületanud mehed erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	p
Vanus		0,028
40–42	12,4	
43–46	13,6	
47–49	16,4	
Perekonnaseis		0,620
vallaline	16,1	
(vaba)abielus	14,0	
lesk/lahutatud	15,0	
Laste olemasolu		0,792
ei ole lapsi	13,3	
on lapsi	13,9	
Kodune keel		<0,001
eesti	13,3	
muu	19,7	
Haridus		<0,001
põhiharidus	16,4	
keskharidus	16,8	
kõrgharidus	11,3	
Töönädala pikkus		0,754
0–20 tundi	15,6	
>20 ≤ 40 tundi	14,3	
>40 ≤ 60 tundi	13,7	
> 60 tundi	12,1	
Öötöö		0,274
ei	13,5	
jah	15,1	
Füüsiline töö		0,211
ei	12,1	
alla poole ajast	14,5	
pool ja enam ajast	14,8	
Suitsetamine		<0,001
mittesuitsetaja	10,4	
igapäeva	19,7	
juhusuitsetaja	12,9	
endine	16,7	
Alkoholi tarvitamine		<0,001
ei tarvita	5,8	
madala terviseriskiga	12,9	
tervist ohustav	29,2	
KMI		<0,001
normkaal	5,2	
ülekaal	12,5	
rasvumine	26,4	

Tabel 41. Võimaliku eesnäarmehaigusega mehed erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	<i>p</i>
Vanus		0,001
40–42	12,3	
43–46	13,5	
47–49	18,0	
Perekonnaseis		0,007
vallaline	15,3	
(vaba)abielus	14,2	
lesk/lahutatud	18,9	
Laste olemasolu		0,974
ei ole lapsi	13,9	
on lapsi	14,1	
Kodune keel		0,712
eesti	14,8	
muu	13,6	
Haridus		0,852
põhiharidus	13,3	
keskharidus	14,2	
kõrgharidus	15,0	
Töönädala pikkus		0,203
0–20 tundi	13,6	
>20 ≤ 40 tundi	15,1	
>40 ≤ 60 tundi	14,4	
> 60 tundi	15,0	
Öötöö		0,706
ei	14,9	
jah	14,3	
Füüsiline töö		0,936
ei	14,4	
alla poole ajast	14,9	
pool ja enam ajast	15,0	
Suitsetamine		0,473
mittesuitsetaja	15,2	
igapäeva	16,6	
juhusuitsetaja	16,1	
endine	13,4	
Alkoholi tarvitamine		0,789
ei tarvita	12,1	
madala terviseriskiga	14,8	
tervist ohustav	15,6	
KMI		0,016
normkaal	15,9	
ülekaal	15,8	
rasvumine	11,5	

Tabel 42. Mõõduka/tõsise kusemis-häirega mehed erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	<i>p</i>
Vanus		0,002
40–42	15,0	
43–46	18,0	
47–49	21,2	
Perekonnaseis		0,012
vallaline	25,4	
(vaba)abielus	17,7	
lesk/lahutatud	18,3	
Laste olemasolu		0,009
ei ole lapsi	23,0	
on lapsi	17,2	
Kodune keel		<0,001
eesti	19,4	
muu	10,9	
Haridus		0,786
põhiharidus	20,0	
keskharidus	18,6	
kõrgharidus	18,0	
Töönädala pikkus		0,501
0–20 tundi	20,7	
>20 ≤ 40 tundi	18,1	
>40 ≤ 60 tundi	17,5	
> 60 tundi	21,0	
Öötöö		0,044
ei	17,2	
jah	20,4	
Füüsiline töö		0,274
ei	18,7	
alla poole ajast	19,3	
pool ja enam ajast	16,7	
Suitsetamine		0,192
mittesuitsetaja	16,5	
igapäeva	19,5	
juhusuitsetaja	20,8	
endine	19,3	
Alkoholi tarvitamine		0,709
ei tarvita	18,8	
madala terviseriskiga	18,1	
tervist ohustav	19,9	
KMI		0,970
normkaal	18,4	
ülekaal	18,0	
rasvumine	18,4	

Tabel 43. Erektsoonihäiretega mehed erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	p
Vanus		<0,001
40–42	14,7	
43–46	16,6	
47–49	22,2	
Perekonnaseis		<0,001
vallaline	22,5	
(vaba)abielus	16,7	
lesk/lahutatud	28,8	
Laste olemasolu		0,001
ei ole lapsi	24,4	
on lapsi	16,8	
Kodune keel		0,343
eesti	18,2	
muu	16,3	
Haridus		0,062
põhiharidus	18,8	
keskharidus	19,6	
kõrgharidus	16,3	
Töönädala pikkus		0,217
0–20 h	18,5	
20,01–40 tundi	16,6	
40,01– 60 tundi	19,7	
> 60,01 tundi	16,4	
Öötöö		0,751
ei	17,9	
jah	17,4	
Füüsiline töö		0,302
ei	16,2	
alla poole ajast	18,9	
pool ja enam ajast	18,0	
Suitsetamine		0,002
mittesuitsetaja	16,9	
igapäeva	24,7	
juhusuitsetaja	19,4	
endine	16,7	
Alkoholi tarvitamine		0,999
ei tarvita	17,9	
madala terviseriskiga	18,0	
tervist ohustav	17,9	
KMI		<0,001
normkaal	14,7	
ülekaal	17,4	
rasvumine	22,1	

Tabel 44. Seemnepurskehäiretega mehed erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	p
Vanus		0,086
40–42	18,9	
43–46	20,0	
47–49	22,8	
Perekonnaseis		0,008
vallaline	21,9	
(vaba)abielus	19,7	
lesk/lahutatud	28,4	
Laste olemasolu		0,224
ei ole lapsi	23,3	
on lapsi	20,4	
Kodune keel		0,098
eesti	20,1	
muu	23,6	
Haridus		0,371
põhiharidus	23,7	
keskharidus	21,0	
kõrgharidus	19,6	
Töönädala pikkus		0,300
0–20 h	21,6	
20,01–40 tundi	19,4	
40,01– 60 tundi	22,0	
> 60,01 tundi	17,3	
Öötöö		0,316
ei	20,6	
jah	18,9	
Füüsiline töö		0,801
ei	19,7	
alla poole ajast	20,9	
pool ja enam ajast	20,5	
Suitsetamine		0,030
mittesuitsetaja	19,1	
igapäeva	25,8	
juhusuitsetaja	18,5	
endine	20,7	
Alkoholi tarvitamine		0,048
ei tarvita	14,7	
madala terviseriskiga	20,5	
tervist ohustav	23,5	
KMI		0,934
normkaal	20,4	
ülekaal	20,9	
rasvumine	20,3	

Tabel 45. Seksuaaleluga rahulolematud mehed erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	p
Vanus		0,515
40–42	29,6	
43–46	31,8	
47–49	31,7	
Perekonnaseis		<0,001
vallaline	56,1	
(vaba)abielus	27,9	
lesk/lahutatud	44,8	
Laste olemasolu		<0,001
ei ole lapsi	43,0	
on lapsi	29,2	
Kodune keel		0,259
eesti	31,5	
muu	28,7	
Haridus		0,714
põhiharidus	32,5	
keskharidus	30,4	
kõrgharidus	31,6	
Töönädala pikkus		0,008
0–20 tundi	34,7	
>20 ≤ 40 tundi	28,6	
>40 ≤ 60 tundi	32,2	
> 60 tundi	40,3	
Öötöö		0,659
ei	31,0	
jah	31,9	
Füüsiline töö		0,476
ei	31,7	
alla poole ajast	32,0	
pool ja enam ajast	29,7	
Suitsetamine		0,104
mittesuitsetaja	29,5	
igapäeva	32,8	
juhusuitsetaja	26,3	
endine	32,8	
Alkoholi tarvitamine		0,089
ei tarvita	34,3	
madala terviseriskiga	30,1	
tervist ohustav	35,3	
KMI		0,572
normkaal	30,8	
ülekaal	30,5	
rasvumine	32,5	

Tabel 46. Töö ja töökohaga rahulolematud mehed* erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	p
Vanus		0,250
40–42	7,5	
43–46	8,7	
47–49	6,8	
Perekonnaseis		0,013
vallaline	12,6	
(vaba)abielus	7,2	
lesk/lahutatud	7,8	
Laste olemasolu		<0,001
ei ole lapsi	12,7	
on lapsi	7,2	
Kodune keel		0,024
eesti	8,1	
muu	5,0	
Haridus		0,578
põhiharidus	5,8	
keskharidus	8,0	
kõrgharidus	7,5	
Töönädala pikkus		0,001
0–20 tundi	8,8	
>20 ≤ 40 tundi	7,4	
>40 ≤ 60 tundi	6,9	
> 60 tundi	16,8	
Öötöö		0,017
ei	6,9	
jah	9,6	
Füüsiline töö		0,464
ei	7,1	
alla poole ajast	7,4	
pool ja enam ajast	8,6	
Suitsetamine		0,991
mittesuitsetaja	7,6	
igapäeva	8,0	
juhusuitsetaja	8,0	
endine	7,6	
Alkoholi tarvitamine		0,117
ei tarvita	8,7	
madala terviseriskiga	7,3	
tervist ohustav	10,4	
KMI		0,383
normkaal	6,8	
ülekaal	7,8	
rasvumine	8,6	

*ainult need, kes vastasid, et käivad tööl

Tabel 47. Viimasel kahel nädalal unehäiretega mehed erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	<i>p</i>
Vanus		0,075
40–42	12,4	
43–46	11,5	
47–49	9,3	
Perekonnaseis		<0,001
vallaline	17,3	
(vaba)abielus	9,9	
lesk/lahutatud	16,8	
Laste olemasolu		0,185
ei ole lapsi	13,5	
on lapsi	10,3	
Kodune keel		0,001
eesti	11,5	
muu	7,6	
Haridus		0,036
põhiharidus	17,3	
keskharidus	11,2	
kõrgharidus	9,9	
Töönädala pikkus		0,128
0–20 tundi	13,8	
>20 ≤ 40 tundi	10,0	
>40 ≤ 60 tundi	10,7	
> 60 tundi	16,8	
Öötöö		0,030
ei	10,0	
jah	12,6	
Füüsiline töö		0,116
ei	11,7	
alla poole ajast	9,4	
pool ja enam ajast	12,3	
Suitsetamine		0,053
mittesuitsetaja	9,2	
igapäeva	12,0	
juhusuitsetaja	15,5	
endine	11,3	
Alkoholi tarvitamine		<0,001
ei tarvita	0,7	
madala terviseriskiga	9,7	
tervist ohustav	19,9	
KMI		0,002
normkaal	8,2	
ülekaal	10,8	
rasvumine	14,2	

Tabel 48. Viimasel kahel nädalal suurenenud söögiisuga mehed erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	<i>p</i>
Vanus		0,523
40–42	9,5	
43–46	8,8	
47–49	8,9	
Perekonnaseis		0,061
vallaline	11,2	
(vaba)abielus	8,8	
lesk/lahutatud	8,2	
Laste olemasolu		0,373
ei ole lapsi	10,3	
on lapsi	8,4	
Kodune keel		<0,001
eesti	9,1	
muu	8,6	
Haridus		0,263
põhiharidus	13,8	
keskharidus	8,6	
kõrgharidus	8,8	
Töönädala pikkus		0,015
0–20 tundi	12,0	
>20 ≤ 40 tundi	7,2	
>40 ≤ 60 tundi	10,1	
> 60 tundi	11,9	
Öötöö		0,004
ei	8,0	
jah	11,4	
Füüsiline töö		0,112
ei	8,6	
alla poole ajast	10,0	
pool ja enam ajast	8,0	
Suitsetamine		0,767
mittesuitsetaja	7,9	
igapäeva	8,3	
juhusuitsetaja	8,9	
endine	9,9	
Alkoholi tarvitamine		0,004
ei tarvita	12,3	
madala terviseriskiga	8,0	
tervist ohustav	12,8	
KMI		<0,001
normkaal	4,0	
ülekaal	7,5	
rasvumine	16,7	

Tabel 49. Viimasel kahel nädalal vähenenud energiaga mehed erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	p
Vanus		0,168
40–42	6,7	
43–46	6,7	
47–49	5,7	
Perekonnaseis		<0,001
vallaline	10,8	
(vaba)abielus	5,4	
lesk/lahutatud	12,1	
Laste olemasolu		0,011
ei ole lapsi	10,0	
on lapsi	5,9	
Kodune keel		0,615
eesti	52,6	
muu	53,6	
Haridus		<0,001
põhiharidus	13,0	
keskharidus	7,0	
kõrgharidus	4,9	
Töönädala pikkus		<0,001
0–20 tundi	10,6	
>20 ≤ 40 tundi	5,4	
>40 ≤ 60 tundi	5,3	
> 60 tundi	14,6	
Öötöö		0,004
ei	5,9	
jah	6,5	
Füüsiline töö		0,025
ei	6,9	
alla poole ajast	4,9	
pool ja enam ajast	7,5	
Suitsetamine		0,056
mittesuitsetaja	5,7	
igapäeva	8,3	
juhusuitsetaja	6,9	
endine	6,2	
Alkoholi tarvitamine		0,002
ei tarvita	9,8	
madala terviseriskiga	5,8	
tervist ohustav	9,0	
KMI		0,001
normkaal	5,0	
ülekaal	5,5	
rasvumine	9,1	

Tabel 50. Viimasel kahel nädalal kurbust tundnud mehed erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	p
Vanus		0,390
40–42	6,6	
43–46	7,6	
47–49	5,5	
Perekonnaseis		<0,001
vallaline	13,1	
(vaba)abielus	5,4	
lesk/lahutatud	12,9	
Laste olemasolu		<0,001
ei ole lapsi	11,7	
on lapsi	6,1	
Kodune keel		0,048
eesti	6,7	
muu	5,8	
Haridus		0,001
põhiharidus	13,1	
keskharidus	5,9	
kõrgharidus	6,5	
Töönädala pikkus		<0,001
0–20 tundi	9,6	
>20 ≤ 40 tundi	5,1	
>40 ≤ 60 tundi	6,4	
> 60 tundi	15,7	
Öötöö		0,004
ei	5,7	
jah	8,2	
Füüsiline töö		0,066
ei	7,7	
alla poole ajast	5,3	
pool ja enam ajast	7,1	
Suitsetamine		0,654
mittesuitsetaja	6,0	
igapäeva	8,4	
juhusuitsetaja	7,7	
endine	6,3	
Alkoholi tarvitamine		<0,001
ei tarvita	6,3	
madala terviseriskiga	5,9	
tervist ohustav	10,5	
KMI		0,058
normkaal	5,2	
ülekaal	6,3	
rasvumine	8,5	

Tabel 51. Igapäevasuutsetajad erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	<i>p</i>
Vanus		0,068
40–42	12,7	
43–46	12,8	
47–49	15,1	
Perekonnaseis		0,077
vallaline	15,8	
(vaba)abielus	12,6	
lesk/lahutatud	18,4	
Laste olemasolu		0,066
ei ole lapsi	14,2	
on lapsi	13,6	
Kodune keel		0,003
eesti	12,7	
muu	18,9	
Haridus		<0,001
põhiharidus	30,4	
keskharidus	18,0	
kõrgharidus	6,7	
Töönädala pikkus		0,018
0–20 tundi	15,4	
>20 ≤ 40 tundi	12,1	
>40 ≤ 60 tundi	13,5	
> 60 tundi	21,5	
Öötöö		0,172
ei	12,3	
jah	13,4	
Füüsiline töö		<0,001
ei	6,6	
alla poole ajast	11,0	
pool ja enam ajast	22,1	
Suutsetamine		-
mittesuutsetaja	-	
igapäeva	-	
juhusuutsetaja	-	
endine	-	
Alkoholi tarvitamine		<0,001
ei tarvita	9,7	
madala terviseriskiga	12,6	
tervist ohustav	22,5	
KMI		<0,001
normkaal	12,4	
ülekaal	13,9	
rasvumine	14,3	

Tabel 52. Tervist ohustaval määral alkoholi tarvitanud mehed erinevate tunnuste lõikes (%)

	%	<i>p</i>
Vanus		0,652
40–42	12,1	
43–46	10,6	
47–49	11,3	
Perekonnaseis		0,117
vallaline	13,0	
(vaba)abielus	10,9	
lesk/lahutatud	13,2	
Laste olemasolu		0,159
ei ole lapsi	12,4	
on lapsi	10,9	
Kodune keel		0,002
eesti	11,7	
muu	8,6	
Haridus		0,062
põhiharidus	11,3	
keskharidus	11,1	
kõrgharidus	11,4	
Töönädala pikkus		0,205
0–20 tundi	15,4	
>20 ≤ 40 tundi	11,1	
>40 ≤ 60 tundi	10,0	
> 60 tundi	12,1	
Öötöö		0,266
ei	11,0	
jah	12,2	
Füüsiline töö		0,004
ei	12,1	
alla poole ajast	9,8	
pool ja enam ajast	12,9	
Suutsetamine		<0,001
mittesuutsetaja	5,8	
igapäeva	18,7	
juhusuutsetaja	15,8	
endine	13,1	
Alkoholi tarvitamine		-
ei tarvita	-	
madala terviseriskiga	-	
tervist ohustav	-	
KMI		0,004
normkaal	8,2	
ülekaal	11,5	
rasvumine	13,9	

Kirjanduse loetelu

- [1] Pikema Sõpruse Päev. <https://pikemsoprus.ee/et/>.
- [2] Statistikaamet. RV045: Oodatav eluiga sünnimomendil ja elada jäänud aastad soo ja vanuse järgi. Kasutatud 03.06.2022.
- [3] Worldometer. Life Expectancy by Country and in the World. 2022.: <https://www.worldometers.info/demographics/life-expectancy/#countries-ranked-by-life-expectancy>. Kasutatud 02.05.2022.
- [4] Tervisekassa. Ülevaade eriarsti kuludest. <https://www.haigekassa.ee/ulevaade-eriarsti-kuludest>.
- [5] TAI: oodatav eluiga Eestis vähenes 2021. aastal COVID-19 ja vereringeelundite haiguste tõttu. Tervise Arengu Instituut. <https://www.tai.ee/en/node/12418>.
- [6] Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. SD21: Surmad põhjuse, soo ja vanuserühma järgi. Kasutatud 09.06.2022.
- [7] Lee DM, Pye SR, Tajar A, O'Neill TW, et al. Cohort profile: the European Male Ageing Study. *Int J Epidemiol* 2012 ;42(2):391–401.
- [8] Olsen LR, Jensen D V., Noerholm V, et al. The internal and external validity of the Major Depression Inventory in measuring severity of depressive states. *Psychol Med* 2003;33(2):351–6.
- [9] Bech P, Rasmussen NA, Olsen LR, et al. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *J Affect Disord* 2001;66(2–3):159–64.
- [10] Urological Sciences Research Foundation. International Prostate Symptom Score http://www.usrf.org/questionnaires/AUA_SymptomScore.html.
- [11] Clemens JQ, Calhoun EA, Litwin MS, et al. Rescoring the NIH chronic prostatitis symptom index: nothing new. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2009;12(3):285–7.
- [12] World Health Organization. The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care, AUDIT, second edition. 2000.
- [13] International Physical Activity Questionnaire <https://sites.google.com/site/theipaq/>
- [14] Vermeulen A, Verdonck L, Kaufman JM. A critical evaluation of simple methods for the estimation of free testosterone in serum. *J Clin Endocrinol Metab* 1999;84(10):3666–72.
- [15] Cleeman JI. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III). *J Am Med Assoc*. 2001;285(19):2486–97.
- [16] World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva: WHO. 2000.
- [17] Gallagher D, Heymsfield SB, Heo M, et al. Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. *Am J Clin Nutr* 2000 ;72(3):694–701.
- [18] World Health Organization. Waist Circumference and Waist–Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation: Ginebra, 8–11, 2011;(1):8–11.
- [19] Ashwell M, Gunn P, Gibson S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2012;13(3):275–86.

- [20] Browning LM, Hsieh SD, Ashwell M. A systematic review of waist-to-height ratio as a screening tool for the prediction of cardiovascular disease and diabetes: 0.5 could be a suitable global boundary value. *Nutr Res Rev.* 2010;23(2):247–69.
- [21] Tohus I, Uuetoa T, Martinson K jt Täiskasvanute kõrgvererõhktõve patsiendijuhend. 2021.
- [22] Rehema A, Raie E, Tammer-Jäätes U, jt. 2. tüüpi diabeedi diagnostika ja ravi. Ravijuhend. 2021.
- [23] Synlab. Laboriteatmik. 2021. <https://synlab.ee/arstile/laboriteatmik/>
- [24] TÜ Kliinikum. Ühendlabori käsiraamat. <https://www.kliinikum.ee/yhendlabor/analueueside-taehestikuline-register>
- [25] Punab M, Takker U, Palts K jt. Meeste kusemishäirete käsitus- ja ravijuhend perearstidele. *Eesti Arst* 2011;90(5):241–2.
- [26] Corona G, Goulis DG, Huhtaniemi I, et al. European Academy of Andrology (EAA) guidelines on investigation, treatment and monitoring of functional hypogonadism in males: Endorsing organization: European Society of Endocrinology. *Andrology.* 2020;8(5):970–87.
- [27] Ruuge M, Sokurova D. Eesti Terviseuuring 2019. Metoodika ülevaade. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2021. <https://tai.ee/et/valjaanded/eesti-terviseuuring-2019>
- [28] Reile R, Veideman T. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2020. Tallinn; 2021. https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-04/TKU2020_kogumik.pdf
- [29] Statistikaamet. Statistika andmebaas. RV021: rahvastik soo ja vanuserühma järgi, 1. jaanuar. Kasutatud 06.06.2022.
- [30] Statistikaamet. Statistika andmebaas. RV0231U: Vähemalt 15-aastased hariduse soo, vanuserühma ja maakonna järgi, 1.jaanuar. Kasutatud 06.06.2022.
- [31] Holtermann A, Schnohr P, Nordestgaard BG, et al. The physical activity paradox in cardiovascular disease and all-cause mortality: the contemporary Copenhagen General Population Study with 104 046 adults. *Eur Heart J* 2021;42(15):1499–511.
- [32] Pöld M, Pärna K, Ringmets I. Trends in self-rated health and association with socioeconomic position in Estonia: data from cross-sectional studies in 1996–2014. *International Journal for Equity in Health.*
- [33] Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington. 2018. <http://www.healthdata.org/estonia>
- [34] Stanaway JD, Afshin A, Gakidou E, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet.* 2018;392(10159):1923–94.
- [35] GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med.* 2017;377(1):13–27.
- [36] Kristel Ehala-Aleksejev. The associations between body composition, obesity and obesity-related health and lifestyle conditions with male reproductive function. University of Tartu; 2019.
- [37] Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. ETU71: Kehamassiindeks soo ja vanuserühma järgi. Kasutatud 02.05.2022.

- [38] Gorber SC, Tremblay M, Moher D, et al. Comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obes Rev.* 2007;8(4):307–26.
- [39] Ruderman NB, Schneider SH, Berchtold P. The “metabolically-obese,” normal-weight individual. *Am J Clin Nutr.* 1981;34(8):1617–21.
- [40] Mikk M. Eesti täiskasvanute vaba aja kehaline aktiivsus ja sellega seotud tegurid 2000–2016 [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli tervishoiu instituut; 2019.
- [41] Arner P, Bernard S, Appelsved L, et al. Adipose lipid turnover and long-term changes in body weight. *Nature Medicine.* 2019;25:1385–9.
- [42] Kender E. Eesti täiskasvanute rasvumise levimus ja sellega seotud tegurid 2000–2018 [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli tervishoiu instituut; 2020.
- [43] Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol.* 2002;55(4):364–70.
- [44] Tervise Arengu Instituut. Eesti mehed tarbivad soovituslikust kaks korda rohkem soola. <https://tai.ee/et/uudised/eesti-mehed-tarbivad-soovituslikust-kaks-korda-rohkem-soola>
- [45] Eksperdi hinnang. Metaboolse sündroomiga patsiendi käsitus. *Eesti Arst.* 2008;87(7–8):566–8.
- [46] Eglit T, Ringmets I, Lember M. Obesity, High-Molecular-Weight (HMW) Adiponectin, and Metabolic Risk Factors: Prevalence and Gender-Specific Associations in Estonia. *PLoS One* 2013;8(9):e73273.
- [47] Aluoja A, Shlik J, Vasar V, Luuk K, Leinsalu M. Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nord J Psychiatry.* 1999;53(6):443–9.
- [48] Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja- uuringute andmebaas. ETU41: Depressiooni esinemine soo, vanuserühma ja taustatunnuste järgi. Kasutatud 10.06.2022.
- [49] Kender E, Reile R, Innos K, et al. Teadlikkus koroonaviirusest ja seotud hoiakud Eestis: rahvastikupõhine küsitlusuuring (COVID-19 kiiruuring). Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2021.
- [50] Hea Une Keskus. Unehügieen. Nipid lastele ja täiskasvanutele. <https://heauni.ee/lugemist/head-rahvusvahelist-unekapeva/>
- [51] Leinsalu M, Reile R, Stickley A. Economic fluctuations and long-term trends in depression: a repeated cross-sectional study in Estonia 2004–2016. *J Epidemiol Community Heal.* 2019;73(11):1026–32.
- [52] Araujo AB, Dixon JM, Suarez EA, et al. Clinical review: Endogenous testosterone and mortality in men: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96(10):3007–19.
- [53] Lõhmus L, Lemsalu L, Rütel K. Eesti täiskasvanud elanikkonna seksuaalkäitumine. Uuringuraport 2017. Tallinn; 2018. https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-03/153501440828_Eesti_t%C3%A4iskasvanud_elanikkonna_seksuaalk%C3%A4itumine_2017.pdf
- [54] Terentes-Printzios D, Ioakeimidis N, Rokkas K, et al. Interactions between erectile dysfunction, cardiovascular disease and cardiovascular drugs. *Nat Rev Cardiol* 2021;19(1):59–74.
- [55] Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja- uuringute andmebaas. ET101: Suitsetamine soo ja vanuserühma järgi. Kasutatud 02.05.2022.
- [56] Märk B-Ma, Klaus A, Lehtmets A, jt. Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus. Ravijuhend. 2020.

- [57] Maailma Terviseorganisatsioon. Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) soovitused kehalise aktiivsuse ja istuva eluviisi kohta. 2020.
<https://www.liikumakutsuvkool.ee/wp-content/uploads/2021/03/WHO-liikumissoovitused.pdf>

Lisa 1. Ankeet

Tartu Ülikooli Kliinikumi meestekliinik (androloogiakeskus)

Tartu Puusepa 1a, IV korrus, registreerumine tel. 7319323, 7319100

Tallinnas Gonsiori 3, II korrus, registreerimine tel. 53318008, 7319100

Pärnus Seedri 6, II korrus, tel. 7319100

E-mail: meestekliinik@kliinikum.ee

Koduleht: www.kliinikum.ee/meestekliinik

Täitmise kuupäev

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

päev kuu aasta

Patsiendi nimi _____

Patsiendi kood (lisatakse vajadusel kliinikus) _____

Ülikooli Meestekliiniku patsiendi terviseankeet

Käesolev ankeet kuulub meestearsti vastuvõtule pöördunud mehe uuringutekompleksi olenemata tema kaebustest.

Mõnele küsimusele vastamine võib olla keeruline. Sellele vaatamata palume Teil vastata nii täpselt kui võimalik. Kui Te ei oska mõnele küsimusele vastata, puudub Teie jaoks sobiv vastusevariant või tekib muid probleeme vastamisega, siis küsige palun nõu õelt või oma raviarstilt. Kui tunnete, et ei taha mõnele küsimusele vastata, on Teil alati võimalus probleemi tekitav küsimus vastamata jätta.

Enamiku küsimuste puhul tuleb vastus märkida ühte või mitmesse ruutu. Palun tehke rist sinna ruutu või ruutudesse, mis kirjeldavad Teie olukorda kõige täpsemini.

Täname Teid koostöö eest!

Meestekliiniku arstid

		Päev	Kuu	Aasta								
1.1.	Millal Te sündinud?	olete										
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				

1.2. Kas Teil on lapsi? Ei Jah **Kui jah – mitme lapse isa Te olete?** _____

1.3. Milline on Teie perekonnaseis?

- Vallaline (pole kunagi olnud abielus)
- Abielus
- Vabaabielus
- Lesk
- Olete lahutatud

1.4. Milline on Teie kõrgeim lõpetatud haridustase?

- Põhiharidus või vähem
- Keskkharidus
- Kesk-eriharidus
- Rakenduslik kõrgharidus
- Ülikooliharidus
- Teaduskraad

1.5. Kui pikad on teie töönädalad?

Mitu tundi viimase nädala jooksul te tegite tööd (põhikoht + lisatööd + vabatahtlik töö)? _____ tundi, sellest öötööd ehk tööaega kell 21.00 – 6.00 _____ tundi

Kui suure osa tööpäevast moodustab füüsiline töö _____ (%), vaimne töö _____ (%)

1.6. Mis on Teie põhitegevus? (võib olla ka mitu vastust)

- Õpilane/üliõpilane
- Töötav
 - töökoht Eestis
 - töökoht välisriigis
 - töökoht Eestis, enam kui 25% tööajast komanderingutes
- Töötu
- Töövõimetuspensionär
- kodune
- vanaduspensionär

1.7. Kui rahul olete oma praeguse töö ja töökohaga? (Märgistage üks ruut)

Väga rahul Pigem rahul Pigem rahulolematu Ei ole üldse rahul

1.8. Kuidas hindate oma tervislikku seisundit (Märgistage üks ruut)

Väga hea Hea Rahuldav Halb Väga halb

1.9. Teie kehakaal _____ kg, pikkus _____ cm

1.10. Kas Teile on viimase aasta jooksul tehtud terviseuuringuid?

Ei Jah Milliseid? _____

1.11. Kas Teile on tehtud elu jooksul operatsioone?

Ei Jah nimetage, mida ja millal opereeriti _____

1.12. Kas Teie lähisugulastel on esinenud pahaloomulisi kasvajaid?

Ei Jah Kellel? _____ Mis tüüpi? _____

1.13. Kas arst on Teil kunagi diagnoosinud mõnda loetletud haigustest või seisunditest?
(täida kõik read)

	Ei	Jah	Kui jah, siis palun täpsusta haigus ja aasta
Kõrge vererõhk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infarkt, insult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suhkurtõbi (diabeet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liigesehaigused	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selja/kaela valud (radikuliit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selgroodiski (lülivaheketta) haigus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neeruhaigused	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eesnäärme healoomuline suurenemine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Munandihaigused	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vähktõbi, täpsustage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kroonilised närvisüsteemi haigused	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depressioon või ärevushäire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Astma, krooniline bronhiit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Muu oluline haigus (täpsustage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--

2.1. Kas Te olete kunagi oma elu jooksul suitsetanud?

- Ei → **Jätkake küsimusega 2.7.**
 Jah

2.2. Millises vanuses alustasite suitsetamist? Vanus _____ aastat

2.3. Kas suitsetate praegu (sigarette, sigareid, piipu)?

- Ei suitseta → **Jätkake küsimusega 2.5.**
 Jah, regulaarselt Jah, ebaregulaarselt

2.4. Kui palju suitsetate keskmiselt päevas? Vastake palun igale punktile.

- Filtriga sigarette _____ tk päevas Sigareid _____ tk päevas
 Filtrita sigarette _____ tk päevas Piipu _____ korda päevas
 Mokatubakas e. snus _____ korda päevas

2.5. Mitu aastat kokku oma elust olete suitsetanud? (Kui te pole mõnel perioodil suitsetanud, siis lahutage see periood üldisest)

_____ aastat

2.6. Kui Te olete suitsetamise maha jätnud, siis millal tõmbasite viimase suitsu?

_____ aastat ja/või _____ kuud tagasi

2.7. Kui sageli Te tarvitate alkoholi sisaldavaid jooke?

- Mitte kunagi **Jätkake küsimusega 3.1.**
 Umbes kord kuus või harvem
 2 – 4 korda kuus
 2 – 3 korda nädalas
 4 korda nädalas või sagedamini

2.8. Mitu annust Te tavaliselt korraga alkoholi joote?

1 annus on näiteks: 1 pits (40ml) 40% kanget alkoholi või ½ pudelit (250ml) 5 - 5,3% õlut või 1 purk (330ml) 4,5% siidrit või ½ purki (250ml) 5,6% segujooki või 1 pokaal (120ml) 12% veini

- 1 – 2 3 – 4 5 – 6 7 – 9 10 või rohkem

2.9. Kui sageli olete joonud korraga 6 või enam annust?

- Mitte kordagi
 Harvem kui kord kuus
 Kord kuus
 Kord nädalas

Iga päev või peaaegu iga päev

3.1. Kas Teil on viimase kuu jooksul olnud kehalisi valusid?

Ei ole olnud Jätkake küsimusega 4

On olnud valusid

3.2. Kuidas te hindate oma valude tugevust?

Väga nõrgad Nõrgad Mõõdukad Tugevad Väga tugevad

3.3. Kas Te olete kasutanud viimase kuu jooksul valude leevenduseks ravimeid?

Jah nimetage milliseid? _____

Ei

3.4. Palun viirutage allolevatel diagrammidel piirkonnad, milles tunnete või tundsite viimase kuu jooksul valusid.

3.5. Kas Te olete seda konkreetset valu tundnud enam kui 3 kuu jooksul?

Jah Ei

4. Kuidas Te ennast kahe viimase nädala jooksul tundnud olete? (Märkige ristiga)

		Kogu aeg	Enamik ajast	Üle poole ajast	Alla poole ajast	Mõnda aega	Mitte kunagi
1.	Kas tundsite end kurva või rõhutuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Kas kaotasite huvi oma igapäevaste toimingute vastu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Kas kaotasite energia ja jõu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Kas teil oli vähem enesekindlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Kas teil oli südametunnistuse piinu või süütundeid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Kas tundsite, et elu pole elamist väärt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.	Kas teil oli raskusi keskendumisega, nt ajalehe lugemisel või teleri vaatamisel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8a.	Kas tundsite end rahutuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b.	Kas olete olnud tavalisest aeglasem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Kas teil on olnud raskusi öösel magamisega?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10a.	Kas teil oli väiksem isu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10b.	Kas teil oli suurem isu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mitmel päeval viimase seitsme päeva jooksul tegelesite tugeva kehalise tegevusega, nagu

raskuste tõstmine, kaevamine, puude lõhkumine, hoogne suusatamine, jooks, aeroobika, korvpalli- või võrkpallitreening ja kiire jalgrattasõit või rulluisutamine?

_____ päeval nädalas

Tugev kehaline tegevus puudus **Jätke järgmine küsimus vahele**

5.1. Kui palju aega kulus tavaliselt ühel neist päevadest tugevale kehalisele tegevusele?

_____ tundi _____ minutit päevas Ei tea / ei ole kindel

5.2. Mitmel päeval viimase seitsme päeva jooksul tegelesite mõõduka kehalise tegevusega, nagu

mõõdukate raskuste kandmine, mõõdukas aiatöö, jalgrattaga või rulluiskudega rahulikus tempos sõitmine, kepikõnd või vesivõimlemine? Ärge arvestage siia tavalist kõndimist.

_____ päeval nädalas

Mõõdukas kehaline tegevus puudus **→ Jätke järgmine küsimus vahele**

5.3. Kui palju aega kulus tavaliselt ühel nendest päevadest mõõdukale kehalisele tegevusele?

_____ tundi _____ minutit päevas Ei tea / ei ole kindel

5.4. Mitmel päeval viimase seitsme päeva jooksul Te kõndisite vähemalt 10 minutit järjest?

_____ päeval nädalas

Ei kõndinud **Jätke järgmine küsimus vahele**

5.5. Kui palju aega kulus tavaliselt ühel nendest päevadest kõndimisele?

_____ tundi _____ minutit päevas Ei tea / ei ole kindel

5.6. Kui palju aega ühest oma argipäevast veetsite viimase seitsme päeva jooksul istudes?

_____ tundi _____ minutit päevas Ei tea / ei ole kindel

6.1. Kas Te olete praegu seksuaalselt aktiivne?

Jah **Jätkake küsimusega 6.4.**

Ei

6.2. Kui te ei ole seksuaalselt aktiivne, siis kas:

Olete ajutiselt loobunud seksuaalelust _____ aastat või _____ kuud tagasi

Olete lõplikult loobunud seksuaalelust _____ aastat või _____ kuud tagasi

6.3. Milline oli seksuaalelust loobumise peamine põhjus

Jätkake soovi korral küsimusega 7.

6.4. Kas Teil on hetkel püsiv seksuaalpartner?

Ei **Jätkake küsimusega 6.7.**

Jah

6.5. Kas Te elate oma püsipartneriga koos?

Jah

Ei

6.6. Kui pikka aega olete Te elanud seksuaalelu oma praeguse partneriga?

_____ aastat ja /või _____ kuud

6.7. Kui aktiivne oli Teie seksuaalelu keskmiselt viimase 3 kuu jooksul (vahekorrad ja eneserahuldus kokku)?

1. Ei olnud seemnepurskeid

Ainult öised seemnepursked

Vähem kui 1 seemnepurse kuus

1-3 seemnepurset kuus

1 seemnepurse nädalas

2-4 seemnepurset nädalas

Enam kui 4 seemnepurset nädalas

6.8. Kas Te olete rahul oma praeguse seksuaaleluga?

Väga rahul **Jätkake küsimusega 7.**

Pigem rahul

Pigem rahulolematu

Väga rahulolematu

6.9. Kuidas Te hindate oma võimet saavutada ja säilitada vahekorda astumiseks vajalikku peenise jäikust (erektsiooni)?

Väga kõrge

Kõrge

Mõõdukas

Madal

Väga madal

Üldse ei saavutanud

6.10. Milliseid järgnevatest seksuaalhäiretest Teil esineb? (Märkige ristiga)

	Probleemi ei esine	Vähene muutus	Mõõdukas probleem	Tõsine probleem
Seksuaalse huvi langus				
Hommikuste ja öiste erektsioonide harvenemine				
Erektsiooni teke on raskenenud				
Erektsioon jääb nõrgaks				
Erektsioon nõrgeneb/kaob enne seemnepurset				
Enneaegne seemnepurse				
Hilinenud seemnepurse				
Seemnepurske puudumine				
Valulikkus seemnepurske ajal				
Valu erektsiooni ajal				
Peenise kõverdumine ja/või valu erektsiooni korral				
Muud probleemid	Täpsustage _____			

6.11. Kui pika aja jooksul olete Te tundnud probleeme seksuaalsusega?

_____ aastat ja/või _____ kuud

6.12. Kas Teil on seksuaalhäired esinenud ainult praeguse partneriga?

Ei

Jah

6.13. Kuidas Te hindate oma partneri seksuaalse huvi ja aktiivsuse taset?

Väga kõrge

Kõrge

Mõõdukas

Madal

Väga madal

Puudub täielikult

6.14. Kas Teile teadaolevalt on Teie püsipartneril esinenud seksuaalhäireid?Ei Ei tea Jah Kui jah, siis millist tüüpi? _____**7. Kusemishäirete küsimustik (IPSS)**

		Tõmmake ring ümber ühele numbrile iga küsimuse juures					
		Mitte kunagi	Vähem kui üks kord viiest	Vähem kui pooltel kordadel	Pooltel kordadel	Enam kui pooltel kordadel	Peaaegu alati
7.1.	Kui tihti viimase kuu jooksul olete tundnud, et põis ei ole kusemise lõpetamisel täielikult tühjenenud?	0	1	2	3	4	5
7.2.	Kui tihti viimase kuu jooksul olete pidanud käima kusel sagedamini kui 2 tunni tagant?	0	1	2	3	4	5
7.3.	Kui tihti viimase kuu jooksul olete märganud, et kusejuga mitmel korral katkeb ja algab uuesti?	0	1	2	3	4	5
7.4.	Kui tihti viimase kuu jooksul olete tundnud, et kusemist on raske edasi lükata ja peate kohe minema tualetti?	0	1	2	3	4	5
7.5.	Kui tihti viimase kuu jooksul olete märganud, et kusejuga on nõrk?	0	1	2	3	4	5
7.6.	Kui tihti viimase kuu jooksul olete märganud, et kusemise alustamine nõuab pressimist või pingutust?	0	1	2	3	4	5
7.7.	Keskmiselt mitu korda öö (magamaminekust kuni hommikuse ärkamiseni) kohta olete viimase kuu jooksul pidanud üles tõusma kusemisvajaduse tõttu?	0 korda	1 kord	2 korda	3 korda	4 korda	5 ja enam korda

8. Prostiidi ja alakeha valusündroomi küsimustik (NIH-CPSI)

8.1. Kas Teil on esinenud alakehas valu või ebamugavustunnet?

Jah

Ei **Jätkake küsimusega 9.1.**

8.2. Kas Teil on viimase nädala jooksul esinenud valusid või ebamugavustunnet järgmistes kehapiirkondades? (Märkige ristiga)

jah ei

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Pärasoole ja munandite vaheline piirkond (lahkliha) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Munandid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Peenise otsas (mitte seotult kusemisega) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Alakõhus, alaseljas, häbeme- või põiepiirkonnas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8.3. Kas Teil on viimase nädala jooksul esinenud

jah ei

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Valu või põletustunnet kusemisel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Valu või ebamugavustunnet orgasmi (seemnepurske) ajal või selle järgselt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8.4. Kui sageli on viimase nädala jooksul esinenud valusid või ebamugavustunnet mistahes nimetatud piirkonnas?

0 Üldse mitte 1 Harva 2 Mõnikord 3 Sageli 4 Tavaliselt 5 Alati

8.5. Milline number kirjeldab kõige paremini Teil viimase nädala jooksul esinenud KESKMIST alakeha valu või ebamugavustunnet?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Valu puudub
valu

Tugevaim võimalik

8.6. Mil määral on viimase nädala jooksul esinenud vaevused takistanud Teie igapäevaseid tegevusi?

0 Üldse mitte 1 Väga vähe 2 Mõnevõrra 3 Oluliselt

8.7. Kui palju olete viimase nädala jooksul mõelnud oma vaevustele?

0 Üldse mitte 1 Väga vähe 2 Mõnevõrra 3 Palju

8.8. Kuidas suhtuksite sellesse, kui Teil tuleks elu lõpuni elada oma vaevustega just sellisel kujul, nagu need esinesid viimase nädala jooksul?

0 Rõõmsalt rahulolevalt 1 Rahulolevalt 2 Enam-vähem

3 Nii ja naa (peaaegu võrdselt rahulolevalt ja rahulolematult)

4 Pigem rahulolematult

5 Õnnetult

6 Kohutav!

9.1. Kui sageli külastate oma perearsti?

- Ei ole kunagi käinud oma perearsti juures
- Külastan, kui tekib tervisemure
- Külastan, kuid ei ole abi saanud
- Külastan perearsti regulaarselt

9.2. Palun kirjutage alljärgnevasse tabelisse kõik viimase 6 kuu jooksul püsivalt või ravikuuridena tarvitatud ravimite nimetused ja nende kasutamise põhjused.

Ravimi nimetus	Kasutamise põhjus	Kasutamise aeg

TÄNAME TEID KOOSTÖÖ EEST!

Kui Teil on veel midagi olulist meile edasi öelda, siis tehke seda palun siin:

