

Tartu Ülikooli  
Psühholoogia instituut

Edi Valgemäe

**EESNÄÄRMETPROBLEEMID MEESTEL ON SEOTUD ALANENUD IHAGA**

Seminaritöö

Juhendaja: Toivo Aavik, PhD

Läbiv pealkiri: Iha ja eesnäärmeprobleemid

Tartu 2012

## Kokkuvõte

Käesoleva töö eesmärgiks oli uurida meeste psühhoseksuaalse teguri iha ja eesnäärmeprobleemide nagu erektsioonihäired ja alumiste kuseteede sümptomite seoseid meestel. Uuringus osales 227 mees (152 kontroll- ja 76 kliinilises grupis), kellede keskmine vanus oli 52 eluaastat ning kellel paluti vastata küsimustikele nende seksuaalse iha, eesnäärmeprobleemide, erektsioonihäirete ja erinevate seksuaalsuse näitajate kohta. Tulemused olid ootuspärased ja näitasid, et erektsioonihäirete ja üldise iha skaala vahel on negatiivne seos nii kontroll- kui ka kliinilises grupis (vastavalt  $r=-.63$  ja  $r=-.26$ ), paarisuhte iha skaalal ( $r=-.66$  ja  $r=-.33$ ), ilma seksita toimetulek ( $r=-.58$  ja  $r=-.37$ ) ja solitaarse iha skaalal kontrollgrupis ( $r=-.25$ ), kliinilises grupis seos puudus. Ereksioonihäirete ja prostatiidi sümptomite vahel mõeldud positiivset seost kontrollgrupis ( $r=-.45$ ) ja kliinilises grupis ( $r=-.22$ ). Ereksioonihäirete ja alumiste kuseteede sümptomite vahel sammuti nõrka negatiivset seost kontrollgrupis ( $r=-.26$ ) ja seose puudumist kliinilises grupis ( $r=-.12$ ). Antud tulemused toetavad seni leitud seoseid hüpoteeside osas, rõhutades edasiste uuringute vajadust seksuaaltervise vallas.

*Võtmesõnad: iha, erektsioonihäired, alumiste kuseteede sümptomid*

## Abstract

### **Prostate-related problems in men are associated with low desire**

The present study was designed to examine the associations between psychosexual factor like desire and prostate-related problems like erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms in men. A cross-sectional survey was conducted a sample of 227 men (152 controls and 76 clinical) with the mean age of 52 years, how were asked to answer the questions about their sexual desire, prostatitis-related symptoms, erectile dysfunction and sexuality. The result were expected and indicate that erectile dysfunction and overall desire scale is negatively related so in controls and clinical ( $r=.63$ ;  $r=.26$ ), in dyadic sexual desire ( $r=.66$ ;  $r=.33$ ), with no sexual activities ( $r=.58$ ;  $r=.37$ ) and solitary sexual desire in controls ( $r=.25$ ), with clinical were no connection. Erectile dysfunction and prostate-related problems are positive correlated ( $r=-.45$ ;  $r=-.22$ ) and erectile dysfunction and lower urinate tract is like, in controls ( $r=-.33$ ) and clinical ( $r=-.12$ ). The result support previous studies in the hypothesis, emphasizing the need for further research in the field of sexual health.

*Keywords: desire, erectile dysfunction, lower urinary tract symptoms*

## SISSEJUHATUS

Minu töös tulevad vaatluse alla seksuaalse iha ja eesnäärme probleemide (erektsioonihäired, kuseteede funktsioneerimine) seosed meestel.

Eelnevatest uuringutest on leiud, et seksuaalne iha kui ka eesnäärmehaigused on mõlemad seotud meessuguhormoonidega, kuid täpsemad toimemehhanismid on seni selgusetud (Dennis & Dawson, 2002). Kogunenud on vastakaid tõendeid erektsioonihäirete ja alumiste kuseteede sümptomite esinemissageduste seoste kohta. Paick et al. (2005) näitab oma uurimuses olulist seost erektsioonihäirete ja alumiste kuseteede sümptomite vahel, seevastu on Ponholzer et al. (2004) näidanud nende kahe faktori ebaolulist seost. Hao et al. (2011) toob oma uurimuses välja erektsioonihäirete ja prostatiidi sümptomite seose ja näitab nende avaldumise tõuse vanuse kasvades.

Eesnäärme probleemid ise võivad põhjustada nii füüsilisi kui psüühilisi probleeme. Eelnevad uuringud on näidanud, et mehed, kes põevad prostatiiti või kellel esinevad prostatiidi peamised sümptomid on ka suurem risk haigestuda depressiooni, kuigi testosterooni ja depressiooni vaheline seos ei ole leidnud kinnitust (Seideman et al., 2001). Mõned uuringud on ka läbi viidud füüsiliste ja psüühiliste tagajärgede leevendamiseks peale eesnäärmevähi, erektsioonihäirete ja alumiste kuseteede sümptomite diagnoosimist, kus peamiselt vaadeldi meeste emotsioonide väljendamist, hirmu ja ebakindlust. Zakowski et al. (2003) näitas, et mehed ei näita välja peale eesnäärmehaiguste avaldumist oma emotsioon, mida võib põhjendada asjaoluga, et meeste arvates väljendab see nende nõrkust ja häbi haigusega toime tulla.

### **Prostatiit**

Prostatiit ehk eesnäärme põletik on haigus, mis võib põhjustada terviseprobleeme meestel mistahes vanuses. Ligikaudu pooltel meestel esineb prostatiidi sümptomeid vähemalt kord elus (Clemens, Markossian, Calhoun, 2009). Vaatamata suurele levimusele on prostatiit võrreldes teiste oluliste eesnäärmehaigustega nagu eesnäärme healoomuline hüperplaasia ja eesnäärmevähk, vähe uuritud, seetõttu on ka teadmised tema tekkepõhjuste kohta ebapiisavad ning puuduvad diagnostiliste kriteeriumide ja ravijuhendite ühtsed seisukohad. Seepärast viidatakse haigusele sageli, kui prostatiidi sündroomile.

Prostatiidi peamine tunnus on valu, mis on kestnud kauem, kui kolm kuud ning mille puhul on välistatud teised haigused. Patsient võib tajuda valu munandites, perineumis (lahkliha piirkond), kusitis, eesnäärme piirkonnas või alaseljas, eriti iseloomulik on

ejakulatsioonijärgne valu. Sageli kaasnevad ka urineerimishäired ja/või seksuaalelu häired (Wenninger, et al., 1996). Eestis põeb 15-20% meestest prostatiiti (Punab, 2006), mis teeb sellest kõige levinuma haiguse ja seda eriti meestel <50 eluaasta (McNaughton, Stafford, O'Leary, & Barry, 1998).

Eesnäärme healoomuline hüperplaasia (BPH) on kõige sagedasem healoomuline kasvaja meestel ja on vanusest sõltuv. Väga harva haigestuvad mehed vanuses alla 40-da eluaasta. Keskmise eluiga, millal sümptomid avalduvad on 60-da ja 65-da eluaasta vahel. 75-ks eluaastaks esinevad 50% meestest BPH-le iseloomulikud kaebused (Berry, Coffey, Walsh, & Ewing, 1984). BPH algab histoloogiliselt mehel suhteliselt noores eas, kuid muutub kliiniliselt oluliseks mehe vananedes. Esiplaanil on takistustunne urineerimise alustamisel, uriinijoa tugevuse ja kaliibri vähenemine, uriinijoa katkendlikkus, kusepõie mittetäieliku tühjenemise tunne, pingutuse vajalikkus urineerimisel, urineerimise järgne järeltilkumine, urineerimise pakitsus, sagedane urineerimine, öine urineerimine. Eestis kannatab üle 50% meestest vanuses üle 50 eluaasta alumiste kuseteede sümptomite käes (Punab, 2006).

Eesnäärmevähk on eesti meestel kopsuvähi järel teiseks kõige sagedasemaks kasvajakas ja sellesse kasvaja vormi haigestumine kasvab kiiresti (Punab, 2006). Eesnäärme vähile suhteliselt iseloomulik on päritavus ja varajaselt algav peidetud areng. Lahanguandmetel areneb 60-80% meestel elu jooksul eesnäärmevähk, kuid kõiki neid juhtumeid ei leita nende eluajal, sest mehed surevad enne mõnda teise haigusesse. Seega tugevaim riskifaktor näib olevat aeg, st mida kauem mees elab, seda suurema tõenäosusega diagnoositakse tal elu jooksul eesnäärmevähk. Meestel, kellel on esimese astme sugulastel (isa, poeg, vend) diagnoositud eesnäärmevähk, on kahekordne risk haigestuda elu jooksul samasse haigusesse. Neil aga kellel on kaks lähisugulast diagnoositud eesnäärmevähiga, on juba üheksakordne eluaegne risk haigestuda. Eestis on ühel mehel viiest diagnoositud oma eluajal eesnäärmevähk (Punab, 2006).

Haigus küll areneb vaikselt, kuid oma avaldumisega toob ta kaasa probleemid urineerimisel, mõningasel puhul ka vere spermas või uriinis, mis mõlemad on ka omakorda prostatiidi ja BPH haigusnähtudeks ja teeb selle õigeaegse avastamise tihti keerukamaks.

### **Eesnäärme haigused ja seksuaalne iha**

Seksuaalset iha võib defineeritud kui kogemust, soovi saavutada ja kogeda vastastikust kehade paljastust ja hellitamist (füüsiline väljendus vastastikusele kaitstusele ja

hoolivusele), millesse võib, kuid ei pea olema kaasatud genitaale ning mis võib olla nii reaalne, sümbolne kui ka fantaseeritud (Giles, 2008).

Seksuaalset iha võib ka defineerida kui soovi, vajadust otsida ja/ või vastata seksuaalsele tegevusele või nautida sellist tegevust. See on apetiitne seisund (mida iseloomustab himu) ja mis mõnede arvates on instinktiivne füsioloogiliste suguelundite erutus ja seksuaalne aktiivsus (Brezsnyak & Whisman, 2004). Seevastu teadmiste puudumine, mis on „normaalne iha“ ja/ või millised bioloogilised faktorid võivad mängida rolli iha suurenemisel või häirumisel, võivad näiteks mõjutada ravi tõhusust seksuaaliha funktsioonihäirete ravis (nagu hüperaktiivne seksuaaliha). Uued lähenemisviisid inimese seksuaalse iha uurimisel, panevad rõhku individuaalsetele erinevustele kõnealuses seksuaalhäires. Need on vajalikud edendamaks teadmisi ja parandamaks ravivõimalusi (Giargiari, Mahaffey, Craighead, & Hutchison, 2005).

Vähe on ka uuritud eesnäärme probleemide seost seksuaalse ihaga. On selge, et eesnäärme probleemid toovad kaasa füsioloogilise kui ka psühholoogilise stressi, mis kõigi eelduste kohaselt peaksid vähendama ka seksuaalset iha. Jakobsson, Loven ja Hallberg, (2001) näitasid oma uurimuses, et seksuaalset iha ja naudingut kogeti kolmes eri grupis meeste poolt, kellel esines eesnäärmevähk, BPH ja neil, kellel eesnäärme probleemid puudusid, oluliste erinevustega. Eesnäärmevähki ja BPH põdevatel meestel hinnati seksuaalset iha oluliselt madalamalt kui tervetel meestel. Selle põhjus võib peituda ravimeetodis. Näiteks on hormoonravi seotud tugevalt alanenud seksuaalse ihaga (Smith et al., 2000).

### **Alumiste kuseteede sümptomite esinemine ja nende seos erektsioonihäiretega**

Erektsioonihäired (ED) on kõige levinum düsfunktsioon meestel vanemas eas, põhjustades oluliselt elukvaliteedi langust (Sanchez-Cruz et al., 2003). Seda võib defineerida, kui püsivat võimetust saavutada ja säilitada erektsiooni seksuaalvahekorra rahuldavaks läbiviimiseks. Seksuaalne toimimine on keeruline protsess, mis hõlmab nii bioloogilisi kui ka psühholoogilisi tegureid. Varasemad uurimused on näidanud nende seost südame haiguste, suhkruõve, kõrgvererõhutõve, depressiooni, obstruktiivse uneapnoe, alumiste kuseteede sümptomite, prostatiidiga (Kendirci et al., 2007; Trinchieri et al., 2007; Wirth et al., 2007; Malavige and Levy, 2009; Zias et al., 2009). Hinnanguliselt esineb erektsioonihäireid umbes 100 miljonil mehel, kogu maailmas, vanuses 40-70 eluaastat (NIH Consensus Development Panel on Impotence).

Erektsioonihäired pole siiski vaid vanemate meeste probleem. Arvestuslikult 20% meestest on erektsiooniga probleeme ka paarisuhte alguses. Tegemist ei ole tavaliselt orgaanilise patoloogiaga, vaid situatsiooni uudsusest ja pingest tingitud ning suhte stabiliseerumisel enamasti mööduva probleemiga. Stressisituatsioonidega seotud lühiajalisi häireid on kogunud peaaegu iga mees. Tüüpilisteks ajutiste erektsioonihäirete põhjusteks on probleemid partnersuhetes, kurnatus, alkoholi liigtarvitamine jt.

Siiski esineb ka noortel meestel püsivaid orgaanilise põhjusega erektsioonihäireid. Peamised põhjused on siin hüpogonadism ja traumast tingitud või kaasasündinud peenise veresoonte muutused (Punab, 2006).

Mitmed uuringud on näidanud positiivset seost alumiste kuseteede sümptomite ja ED vahel, mis mõlemad on tihedalt seotud vananemisega (Ponholzer et al., 2004; Kupelian et al., 2006). Seega võib pea igat meest vanuse kasvades tabada alumiste kuseteede häired ja/või ED. Kahjuks või õnneks ei ole need probleemid eluohtlikud ja on järk-järgulise iseloomuga, mistõttu kipuvad mehed sellest kõrvale vaatama ja lükkavad ravi tulevikku, mis omakorda teeb hilisema ravimise pikaajalisemaks ja tüsistused on kergemad tulema.

Macfarlane et al. (1996) on leidnud, et mida raskemad on alumiste kuseteede sümptomid, seda suurem on ka seksuaalne düsfunktsioon, mida mõõdeti väheneva intensiivsusega sugulise iha ja vähenenud sagedusega seksuaalvahekordade vahel. Samas on ka leitud vastakaid arvamusi, kus mõned uuringud on näidanud nõrka seost urineerimisintervalli ja erektsioonihäirete vahel (Namasivayam et al., 1998).

Kuna suur osa meestel esinevatest haigustest ja seksuaalhäiretest on just seotud eesnäärme probleemidega, on siiski meeste pöördumine vastava spetsialisti poole pigem tabu, kui elementaarne osa meheks olemisel. Sellest tulenevalt on ka paljuski teadmata eesnäärme probleemide nagu näiteks prostatiidi ja eesnäärme adenoomi tekkemehhanismid ja riskifaktorid, mis omakorda muudab ka keerulisemaks ja vaearikkamaks patsientide ravi ja ennetustöö selles vallas. Hetkel puuduvad põhjalikumad uurimused seksuaalsete faktorite seostele nagu iha, erektsioonihäired, alumiste kuseteede sümptomid ja eesnäärme probleemid, siis oletan:

(H1) erektsioonihäirete ja seksuaalse iha vahel on negatiivne seos;

(H2) erektsioonihäired ja eesnäärme probleemid on seotud positiivselt;

(H3) alumiste kuseteede sümptomite ja erektsioonihäirete vahel on negatiivne seos.

## MEETOD JA MÕOTMISVAHEND

### Valim

Valimiks on kaks gruppi- kontrollgrupp, mis on mugavusvalim meestest vanusegrupis 26-87 eluaastat ja Tartu Ülikooli Kliinikumi Androloogiakeskuse esmakordsed patsiendid, kellel on diagnoositud kas prostatiidi või eesnäärme adenoom. Kontrollgrupis jagati kokku välja 121 küsitlusankeeti, milledest tagastati 106 ja milledest 5 osutusid kasutuskõlbmatuks puuduva vanuse või puuduvate vastuste tõttu. Uurimus viidi läbi 2011 aasta maist- septembrini. Samuti kuuluvad valimisse Heinrich Rahe (2010) seminaritöös kasutatud kontrollgrupi andmed 51 katseisiku kohta. Kliinilises grupi andmete kogumiseks jagati välja 150 küsitlusankeeti, milledest tagastati 81 ja 5 osutusid kasutuskõlbmatuks. Seega kuulub antud uuringus kontrollgruppi 152 katseisikut ja kliinilisse gruppi 76, kokku 227 katseisikut.

Tabelis 1 on toodud uuritav populatsioon (n=227), kokku nii kontroll- kui ka kliiniline grupp. Uuritavate keskmine vanus oli 52,12 aastat (SD=10.01), vahemikus 26-87 eluaastat, 37,4% katseisikutest oli varasemalt esinenud eesnäärmega probleeme, 24,3% oli varem osalenud mõnes eesnäärmega seonduvas uuringus ja 5,3% osalesid regulaarselt uuringutes, 77,5% oli abielus, 37% omas kõrgharidust või sellest kõrgemat kraadi, 48,5% hindas oma majandusliku seisundit pigem heaks või väga heaks ja 99,6% küsitletute jaoks oli emakeeleks eesti keel.

Tabel 1. Uuritavate populatsioon (n=227)

Muutuja	N (%)
Vanus (keskmine)	52
Varasemad probleemid	83 (37,4)
Varasem uuringus osalend	67 (29,6)
Abielus	176(77,5)
Kõrgharidus või enam	83 (37)
Hea v. väga hea maj. seisund	110(48,5)
Emakeel (eeski keel)	226(99,9)

## Mõõtmisvahendid

*Sexual Desire Inventory't* (SDI) (Spector, Carey, & Steinbergis, 1996), mida kasutatakse iha hindamisel. Küsimustik koosneb 14 küsimusest, milledest esimesed 9 mõõdavad üldist seksuaalset iha paarissuhtes, küsimused 10-13 mõõtvad eneserahuldamisega seotud iha ning küsimus 14 mõõdab heaolutunnet ajas, ilma mingisuguse seksuaalse tegevuseta. Testis saadud kõrge skoor näitab ka kõrget iha taset. Eesti keelse versiooni SDI on adapteerinud ja tõlkinud T. Aavik. Reliaablus koefitsient on usaldusväärne (Cronbach  $\alpha=.93$ ).

*International Index of Erectile Function't* (IIEF-5) (Rosen, Cappelleri, Smith, Limpsy, & Pena, 1999) erektsioonihäirete hindamiseks. IIEF-5 on katseisiku enesehinnang enda seksuaalkäitumisele viimase 6 kuu jooksul. IIEF-5 on kõrge sisemine valiidsus ja kordustestide usaldusväärsus, mis on eriti olulised näitajad erektsioonihäirete ravi valikul (Rosen, Cappelleri, & Gendrano, 2002). Küsimustikku mõõdetakse 5- punkti skaalal, seega on võimalik saada punktisumma 5 kuni 25. Mida kõrgem skoor seda vähem esineb erektsioonihäireid. Eesti keelde on IIEF-5 adapteerinud ja tõlkinud doktor M. Punab. Testi reliaablust on mõõdetud (Cronbach  $\alpha$  koefitsiendiga = .92).

*National Institute of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI)* (Litwin, et al., 1999) kroonilise prostatiidi sümptomite hindamiseks. NIH-CPSI on reliaabne, valiidne ja mugav viis andmaks katseisikul hinnangut kroonilise prostatiidi sümptomite kohta ja nende mõjule igapäeva elus, viimase nädala jooksul. NIH-CPSI koosneb 9 kergesti arusaadavast ja täidetavast küsimusest. 2 küsimust mõõdavad kuseteede funktsioneerimist, 4 küsimust keskenduvad prostatiidi sümptomitest tulenevale valule, selle intensiivsusele ja asukohale ning 3 küsimust püüavad välja selgitada selle kõige mõju igapäevasele elule. Testis saadud kõrge skoor viitab prostatiidi sümptomite kõrgele tasemele. Testi reliaablus koefitsient (Cronbach  $\alpha =.86$ ).

Katseisikutel paluti ka vastata 8 lisaküsimustele nagu: „Mitu seksuaalpartnerit on Teil olnud kogu elu jooksul?“, „Kui rahul olete oma seksuaaleluga üldiselt olnud?“ ja „Kuidas Te hindate oma viimase 6 kuu seemnepursete saadud tunnet.“, et mõõta seksuaalset aktiivsust ja orgasmiga rahulolu. Sammuti vastata küsimustele, mis puudutavas katseisiku isikuandmeid, sealhulgas vanus, emakeel, perekonnaseis, haridustase, pere majandusliku



olukorraga rahulolu ning varasem osalemine eesnäärmeiga seotud uuringutes ja eesnäärmeiga seotud probleemidega kokkupuudet.

### **Protseduur**

Antud uurimuse mugavusvalim moodustab suuremalt jaolt uurija töökollektiivist ja tutvusringkonnast. Mugavusvalimi puhul anti küsimustikud kui ka instruksioon uurija poolt katseisikutele isiklikult üle, mille katseisik pidi tagastama kinnikleebitult, töökohal meeste riietusruumi paigaldatud kinnisesse kasti või tooma endale sobival ajal uurijale. Katseisikutele küsimustike üleandes sai mulle selgemaks, kui tundliku teemaga on tegemist, eriti kui selle uurijaks on naissoost isik, kuna esitati küsimusi nagu: „kust täpsemalt see uurimus avaldatakse?“, „kes avab ümbriku?“ ja „kuidas nad saavad kindlad olla, et mina andmeid nende isikuga kokku ei vii?“.

Kliinilise valimi puhul andis arst patsiendile täitmiseks küsimustiku ning palus selle järgmisel korral vastuvõtule tulles tagastada.

### **Andmeanalüüsimeetod**

Katseisikutelt kogutud andmeid töödeldi andmetöötluspaketiga SPSS 17.0 (*Statistical Package for Social Sciences*). Grupierinevuste sedastamiseks kasutati Student t – testi, tunnustevaheliste seoste hindamisel on kasutatud Pearson korrelatsioonikordajat, kus tulemuste esitamisel on lähtutud olulisustõenäosusest  $p < .05$ . Lineaarset regressioonanalüüsi on kasutatud sõltuva muutuja iha hindamiseks.

Küsimustike reliaablust on kontrollitud reliaablusanalüüsi teel (Cronbach's Alpha).

### **Eetilised kaalutlused**

Uuringus osalemine oli vabatahtlik ning toimus kooskõlas Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee protseduurireeglitega.

## TULEMUSED

### Kontrollgrupi ja kliinilise grupi testiskooride võrdlused

Et kontrollida hüpoteese on katseisikute gruppide vahel viidud läbi t-test. Olulised erinevused SDI (kogu iha skaala) ja selle alaskaalad, IIEF-5, NIH-CPSI ja QOL (NIH-CPSI alaskaala) testiskooride vahel on välja toodud tabel 2, mis näitab üldiseid madalaid skooore kõigi muutujate seas. Kõrgema skoori võib välja tuua SDI skooris, mis leiti kliinilise grupi tulemustest. Antud tulemused gruppide vahelises võrdluses olid üsnagi ootuspärased ja on seega valmis järgnevateks võrdlusteks.

Tabel 2. Kontrollgrupi ja kliinilise grupi testiskooride võrdlus

Tunnus	Kontroll grupp			Kliiniline grupp			T-test
	M	SD	n	M	SD	n	t-statistic
SDI (üld skoor)	57.1	17.4	152	43.56	18.24	75	-5.43**
(paarisuhte iha)	42.84	12.73	152	34.04	13.93	75	-4.60*
(solitaarne iha)	10.95	6.52	152	5.77	6.52	75	-5.63*
(seksuaalse tegevuseta)	3.36	1.47	152	3.75	1.47	75	1.86
IIEF-5	19.31	3.87	152	16.24	5.31	68	-4.83**
NIH-CPSI	5.28	6.72	115	6.38	4.42	65	1.18
Eluga rahulolu (QOL)	4.50	3.93	115	4.79	2.78	73	0.59

Märkused: \*korrelatsiooni olulisusnivoo on  $p < .05$

\*\*korrelatsiooni olulisusnivoo on  $p < .01$

### Erektsioonihäired ja iha alaskaalade tase

Et saada kinnitust esimesele hüpoteesile, kus ennustatakse negatiivset seost erektsioonihäirete (IIEF-5) ja iha (SDI) üldskoori, paarissuhte, solitaarse ja kui kaua ilma seksuaalse tegevuseta heaolu vahel. Arvutused näitavad keskmisi tugevaid korrelatsioone (Pearson) kontrollgrupis (vastavalt:  $r = -.63$ ;  $p < .01$ ;  $r = -.66$ ;  $p < .01$ ;  $r = -.25$ ;  $p < .01$  ja  $r = -.58$ ;  $p < .01$ ) katseisikute tulemustest ning nõrgemaid negatiivseid seoseid kliinilises (vastavalt:  $r = -.26$ ;  $p < .05$ ;  $r = -.33$ ;  $p < .01$ ;  $r = .06$ ;  $p > .01$  ja  $r = -.37$ ;  $p < .01$ ) grupis.

### **Erektsioonihäired ja eesnäärmeprobleemid**

Antud teise hüpoteesi hindamiseks saadi erektsioonihäirete (IIEF-5) ja eesnäärmeprobleemidega katseisikute vahel, kellel esines prostatiidi sümptomeid (NIH-CPSI), skooridest järgmised seosed: kontrollgrupis ( $r=-.45$ ;  $p<.01$ ) ja kliinilises ( $r=-.22$ ;  $p>.01$ ) grupis.

### **Erektsioonihäired ja kuseteede funktsioneerimine**

Neljanda hüpoteesi, mis ennustas seoseid erektsioonihäirete (IIEF-5) ja alumiste kuseteede sümptomite vahel, korrelatsioonid näitavad negatiivset seost kontrollgrupi ( $r=-.26$ ;  $p<.01$ ) katseisikute seas ja seose puudumist kliinilises ( $r=-.12$ ;  $p>.01$ ) grupis.

### **Seksuaalsed muutujad ja vanus**

Kuna üheks peamiseks põhjuseks, miks erinevad terviseprobleemid meid vaevama hakkavad, on just vanus, siis pean siinkohal oluliseks ka tuua välja seosed antud valimi eespool toodud seksuaalsete muutujatega nagu: erektsioonihäired (IIEF-5), seksuaalne iha (SDI-kogu skaala), prostatiidi sümptomid (NIH-CPSI) ja alumiste kuseteede sümptomid (LUTS- NIH-CPSI enesehinnangu küsimused 5-6), eluga rahulolu (QOL) ja vanuse vahel, mis on toodud tabel 3. Tulemused näitavad mõõdukaid negatiivseid korrelatsioone erektsioonihäirete skaalal vanuse kasvades, 50-59 eluaastat (ea.) ( $r=-.36$ ,  $p<.001$ ) ja 60-69 ea. ( $r=-.41$ ,  $p<.01$ ) ning mõõdukat negatiivset seost seksuaalse iha skaalal, mille korrelatsioon vanusega on ( $r=-.56$ ,  $p<.01$ ). Mõõdukalt positiivsed tulemused saadi *NIH-CPSI* prostatiidi sümptomite ( $r=.28$ ,  $p<.05$ ) ja eraldi vaadeldud kuseteede funktsioneerimist ( $r=.21$ ,  $p<.05$ ) puudutavate küsimustike korrelatsioonides seostatult vanusega vahemikus 60-69 ea. Keskmised positiivsed korrelatsioonid ilmnevad ka *NIH-CPSI* prostatiidi sümptomite ( $r=.52$ ,  $p<.01$ ) ja eluga rahulolu ( $r=.53$ ,  $p<.001$ ) skaalal vanuses 60-69 ea.

Tabel 3. Korrelatsioonid seksuaalsete muutujate ja vanuse vahel (n=227)

Vanus (n)	Tunnus				
	IIEF-5	SDI	LUTS	NIC-CPSI	QOL
<b>40-49</b> (98)	r=.07 (p>.01)	<b>r=-.29**</b> (p<.01)	r=.08 (p>.01)	r=.04 (p>.01)	r=-.01 (p>.01)
<b>50-59</b> (71)	<b>r=-.36***</b> (p<.001)	r=-.20 (p>.01)	r=-.09 (p>.01)	r=-.09 (p>.01)	r=-.39 (p>.01)
<b>60-69</b> (49)	<b>r=-.41**</b> (p<.01)	<b>r=-.29*</b> (p<.05)	<b>r=.50***</b> (p<.001)	<b>r=.52*</b> (p<.01)	<b>r=.53***</b> (p<.001)
<b>70-79</b> (9)	r=-.25 (p>.01)	r=.05 (p>.01)	r=-.14 (p>.01)	r=.15 (p>.01)	r=.16 (p>.01)

Märkused: \*korrelatsiooni olulisusnivoo on p<.05.

\*\*korrelatsiooni olulisusnivoo on p<.01.

\*\*\*korrelatsiooni olulisusnivoo on p<.001.

Lineaarne regressioonanalüüs sõltuva muutuja iha (kogu skaala) ja sõltumatute muutujate vanus, erektsioonihäired, alumiste kuseteede sümptomid näitas, et sammhaaval muutujate lisamisel, tekib vanuse lisamisega mudelisse 13% suurune kirjeldava jõu muutus. Vanus, erektsioonihäired ja alumiste kuseteede sümptomid kirjeldavad ära juba 44% inimese iha tasemest, toodud tabelis 4.

Tabel 4. *Lineaarne regressioonanalüüs*

Mudel	r	r <sup>2</sup>	r <sup>2</sup> muudetud	B	p-väärtus
1	.541 <sup>a</sup>	.293	.293	1.398	.000
2	.564 <sup>b</sup>	.318	.025	-.150	.014
3	.670 <sup>c</sup>	.439	.131	-.775	.000

*Märkused: (n=227)a. IIEF-5, b. IIEF-5, alumised kuseteede sümptomid; c. IIEF-5, alumised kuseteede sümptomid, vanus.*

## ARUTELU

Käesoleva uurimuse eesmärgiks oli võrrelda seksuaalset iha ja eesnäärmeprobleeme (erektsioonihäired, kuseteede funktsioneerimine) meestel eraldi vaadelduna kontroll- ja kliinilises grupis, kasutades hästi valideeritud mõõtmisvahendeid.

Esimese hüpoteesi eesmärgiks oli hinnata erektsioonihäirete ja seksuaalse iha seost. Antud tulemused näitavad kontrollgrupile keskmisi negatiivseid seoseid ja kliinilisele grupile madalaid negatiivseid seoseid. Tulemused erinevate iha alaskaalade vahel andsid iha üldtasemega sarnaseid tulemusi. Ainus märkimisväärne erinevus tuli välja solitaarse iha skaalal, kus kontrollgrupi katseisikutel näitas see nõrka negatiivset seost, seevastu kliinilises grupis puudus oluline seos. Varasemates uuringutes (Khoo et al., 2010), on näidatud ED ja iha vahel tugevat negatiivset seost. Üldvalimi tulemuseks oli olulise väärusega mõõdukas korrelatsioon, mis annab kinnitust, et ED on seotud iha tasemega. Olgugi, et varasemad andmed näitavad nende kahe faktori otsest seost (Jakobsson, Loven & Hallberb, 2001), ei näita see nende kahe faktori põhjuslikust, kuna ED võivad tuua endaga kaasa nii psühholoogilise kui ka somaatilise stressi, mis alandavad iha taset. ED toovad ka endaga kaasa keha füsioloogilisi vaegusi nagu valu, ebamugavustunne peenise, munandite piirkonnas, mis omakorda võib häirida seksuaalvahekorra õnnestumist või panna sellest üldse loobuma, alandades seejuures tugevalt iha taset.

Tulemused näitavad ka olulist mõõdukat positiivset seost vanuse ja iha vahel ja seda kuni 70-aastaseni. Kuigi pole vettpidavaid tõendeid, et madal iha tase ja ED sagedasemad sümptomid on seotud vanusega. Otseste põhjuste ja tagajärgede seoseid pole leitud ega kinnitatud. Samuti, mis peamine, pole leidnud kinnitust, kui palju ja kas ED ning vanus mõjutavad üksteist või kas normaalset vananemist saab pidada madala iha peamiseks põhjustajaks (El-Sakka, 2008). Igatahes annavad erinevused kahe grupi vahel märku, et tuleks teostada laiaulatuslikumaid uurimusi, et leida erektsioonihäirete põhjuslikkust iha taseme langusele, kuid samaaegselt välistades vananemise mõju seoste tõlgendamisel. Kuna üheks levinumaks seksuaalprobleemide mõjutajaiks/ esile kutsujaiks peetakse vananemist (Lewi et al., 2004).

Teise hüpoteesi eesmärgiks oli hinnata ED ja NIH-CPSI skooride seost. Saadud andmete põhjal võib järeldada nõrka, kuid olulist seost ED ja prostatiidi sümptomite vahel. Siinkohal võib olla peasjalikuks mõjutajaks muutused vaskulaarpatoloogias. Tüüpilisteks ED teket soodustavateks teguriteks on kõrge vererõhk, suhkruainevahetuse häired.

Eriti just diabeet on heaks ED tekke mudeliks, kahjustades aja jooksul kavernooskoe väikesi veresooni, peenist varustavaid artereid aga ka erektsiooniprotsessi reguleerivat närvisüsteemi. Omakorda võivad prostatiidi sümptomid nagu valu, ebamugavustunne lahkliha, peenise piirkonnas ning kusemisel ja orgasmi ajal ning selle järgselt põhjustada psühholoogilist tõrget normaalseks erektsiooniks. Antud seos ED ja meestel kellel esineb prostatiit või selle sümptomid, on üsnagi ootuspärane. Seda on ka näidanud varasemad uuringud (Trinchieri et al., 2007; Magri et al., 2008). Antud tulemused näitavad ka tugevat seost vanuse ja prostatiidi sümptomite vahel.

Antud uurimuse oletus ED ja alumiste kuseteede sümptomite negatiivse korreleerumise kohta nii kontroll kui ka kliinilises grupis, andsid vastakais tulemusi. Kontrollgrupis saadud tulemus näitab meile statistiliselt olulist positiivset seost, samas kliinilise grupil ED ja alumiste kuseteede häirete vaheline seos puudub. Sarnast tulemust on ka Ponholzer et al. (2004) näidanud. Kogu valimil saadi, et ED ja alumised kuseteede häired on siiski positiivselt seotud. Nagu ka varasemad uurimused (Boyle et al., 2003; Reggio et al., 2007) näitab meie uurimus ED ja alumiste kuseteede häirete tugevat seost vanuse kasvades, eriti on tulemused märkimisväärsed 60-tes eluaastates meestel. Samas ei ole endiselt suudetud selgeks vaielda ED ja alumiste kuseteede sümptomite vahelisi põhjuslikke seoseid, mis annab antud uurimisvaldkonnale väljakutse laiaulatuslikemaks uurimusteks kõikjal maailmas. Imai et al. (2009) on näidanud väga huvitavaid tulemusi, kus ta leidis, et alumiste kuseteede sümptomid on sõltumatu riskifaktor ED, samas kui analüüsi oli kaasatud vanus, oli see ainuke ohutegur ED.

Regressiooni analüüsis näitas, et ED, alumiste kuseteede sümptomid ja vanus kirjeldavad pea pool inimese iha tasemest, eriti omab siinkohal tähtsust vanus, mis ainuüksi kirjeldab juba 13% iha tasemest. See näitab, et inimese iha tase on suuresti seotud vananemisega.

### **Piirangud**

Esiteks on meie uurimus viidud läbi katseisikute enese-hinnangul antud vastustel, mis võivad olla kallutatud, kuna tegemist on üsna delikaatse valdkonnaga ja inimesed ei pruugi alati ausaks jääda. Olgugi, et meie tulemused on suhteliselt sarnased varem teostatud uuringutega.

Teiseks ei selgu meie poolt kasutatud küsimustikest, kas katseisikud tarvitavad ravimeid, mis võivad põhjustada kõrvalmõjusid seksuaalkäitumisele ja süvendada või leevendada eesnäärme probleemide avaldumist.

Kolmandaks on võimalik, et inimene, kellel ei avaldu või kes pole pidanud kokku puutuma eesnäärmehaigustega, neil on ka väikesem huvi uurimuses osaleda, mis võib samuti mõjutada antud vastuste korrektsust ja vastavust mehe tegeliku tervisliku seisundiga.

Kontrollgrupi ja kliinilise grupi tulemuste erinevust (näiteks, kontrollgrupil ED ja solitaarse iha vahel avaldus negatiivne seos, kliinilisel grupil seos sootuks puudus) võib põhjendada inimeste käitumisega arsti vastuvõtul, kus patsient enesehinnangu küsimustike täites või teda intervjuerides arsti poolt, alahindab oma valu taset ja seda üldjuhul madalamaks, kui see tegelikkuses on (Aavik & Punab, käsikiri (ettevalmistamisel)).

Samuti võivad olla saadud tulemused mõjutatud faktist, et kliinilise grupi katseisikud täitsid küsimustikud vahetult peale esmast arsti vastuvõttu ja kontrollgrupi katseisikud võisid teinekord hoida küsimustikke enda valdustes päevi, kuigi uurija palus katseisikutel küsimustikud võimalikult kiirelt tagastada. Katseisikud ei pruukinud ka kõigile küsimustele korraga vastata, mistõttu võivad vastused olla mõjutatud antud inimese hetkeolukorrast, tema meeleolus, füsioloogilisest ja psühholoogilisest näitajatest. Tulemused võivad olla ka mõjutatud valimi gruppide ebahühtlasest jaotuvusest, kuigi vanuseklassiti jaotub üldvalim suhteliselt võrdselt, va. mehed 70-des eluaastates, on kontroll ja kliinilise grupi valimite vaheline ebavõrdsus pea kahekordne.

Ja mis peamine, ei saa antud tulemustest otsesid põhjuslikke järeldusi teha, ehk me ei saa väita, et näiteks erektsioonihäired vähendavad oluliselt seksuaalse iha taset. Samuti tuleks arvestada kõigi järelduste tegemisel ka kõrvalmõjudega nagu hormonaalne tasakaal, erinevad kroonilised haigused ja nende ravi ning ka individuaalsete ja demograafiliste erinevustega.

### **Järeldused**

Antud uurimus annab kinnitust erektsioonihäirete ja seksuaalse iha omavahelisest negatiivsetest seostest, mis on ka ootuspärane. Tulemused näitavad veel suurepärasemad tulemust erektsioonihäirete, alumiste kusetee sümptomite ja vanuse mõjust iha tasemele, seletades pea poole selle mõjust, seal hulgas sellest 13% seletab vanus ja 29%



erektsioonihäired, mis ei anna aga vastust iha taseme muutuste põhjuslikkusest, mille võivad tingida sealhulgas hoopis erektsioonihäiretega kaasnevad nii psühholoogilised kui ka füsioloogilised tegurid ja ka sotsiaalne soovitus võib siin oma rolli mängida. See omakorda annab põhjust antud valdkonnas edasiste uurimuste läbiviimiseks.

Erektsioonihäired on aga positiivselt seotud prostatiidi sümptomitega, andes kõrgema positiivse seose kontrollgrupi katseisikutele, kes enese-hinnangu alusel vastanud nii IIEF-5 ja NIC-CPSI küsimustikele, kui esmakordsete patsientide grupil, kes olid pöördunud arsti vastuvõtule prostatiidi sümptomitega ja/või kellel oli diagnoositud prostatiit. Selline tulemus näitab, et edasistesse uuringutesse tuleks kaasata lisaks enese-hinnangu küsimustikele ka näiteks kliinilisi intervjuusid katseisikutega, mis annaks selgema pildi tema üldisest seksuaalkäitumisest ja –tervisest.

Erektsioonihäirete ja alumiste kuseteede sümptomite, millede põhjuslik seos on tänaseni ebaselge, näitasid ka antud uurimuses vastakaid tulemusi, olles omavahelises positiivses seoses kontrollgrupi katseisikutel, kuid mitte seostudes kliinilise grupi katseisikutel. Leiti ka kõrge seostumine alumiste kuseteede sümptomite ja vananemisega, mida on ka korduvalt näidanud eelnevad uuringud (Boyle et al., 2003; Reggio et al., 2007). Tugevat seost erektsioonihäirete ja vanuse vahel, mida näitab ka antud uurimus, on küll näidatud juba kolmveerand sajandit tagasi (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948), kuid samas leitakse sellele väitele ka järjest enam vastuolulisi tulemusi.

Kuna antud uurimus keskendub muutujate vaheliste korrelatsioonide arvutamisele, siis ei saa tulemustest teha järeldusi muutujate omavahelise põhjuslikkuse kohta. Selliste järelduste tegemiseks peaks viima läbi laiaulatusliku uurimuse, mis hõlmaks ka peale erinevate seksuaalfunktsiooni häirete ja sümptomite, rohkem demograafilisi ja kliinilisi andmeid katseisikute kohta. Samuti peaks läbi viidama pikaajalisi kordusuuringuid, et hinnata katseisikute seksuaalfunktsiooni häirete ja sümptomite kulgu ja ravitulemusi ajas.

## **Tänuõnad**

Ma tahaksin tänada mehi, kes osalesid antud uurimuses. Eriliselt suuremad tänud Toivo Aavikut ja Heinrich Rahet, kellela antud uurimus poleks sellises mahus aset leidnud.

## Viidatud kirjandus

- Aavik, T & Punab, M. Is social desirability associated with self-reported symptom reporting in chronic pelvic pain syndrome? Avaldamata käsikiri.
- Berry, S. J., Coffey, D. S., Walsh, P. C., & Ewing, L. L. (1984). The development of human benign prostatic hyperplasia with age. *Journal of Urology*, *132*, 474–79.
- Breznysak, M., & Wisman, M. A. (2004). Sexual desire and relationship functioning: The effects of marital satisfaction and power. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *30*, 199–217.
- Boyle, P., Robertson, C., Mazzetta, C., Keech, M., Hobbs, R., Fourcade, R., ... Lee, C. (2003). The association between lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction in four centres: the UrEpik Study Group. *British Journal of Urology International*, *92*, 719–725.
- Clemens JQ, Markossian T, Calhoun EA. (2009). Comparison of economic impact of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Journal of Urology*, *73*, 743–6.
- Dennis, L. K., Dawson, D. V. (2002). Meta-analysis of measures of sexual activity and prostate cancer. *Epidemiology*, *13* (1), 72-79.
- El- Sakka, A. I. (2008). Severity of Erectile Dysfunction at Presentation: Effect of Premature Ejaculation and Low Desire. *Journal of Urology International*, *71* (1), 94-98.
- Giargiari, T. D., Mahaffey, A. L., Craighead, W. E., & Hutchison, K. E. (2005). Appetitive Responses to Sexual Stimuli Are Attenuated in Individuals with Low Levels of Sexual Desire. *Archives of Sexual Behavior*, *34* (5), 547–556.
- Giles, J. (2008). Sex Hormones and Sexual Desire. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, *38* (1), 0021–8308.
- Hao, ZY., Li, HJ., Wang, ZP., Xing, JP., Hu, WL., Zhang, TF., ... Liang, CZ. (2011). Prevalence of Erectile Dysfunction and Its Relation to Chronic Prostatitis in Chinese Men. *Journal of Andrology*, *32*, 496–501.
- Imai, A., Yamamoto, H., Hatakeyama, S., Iwabuchi, I., Yoneyama, T., Hashimoto, Y., ... Ohyama, C. (2009). Risk factors for erectile dysfunction in healthy Japanese men. *International Journal of Andrology*, ISSN 0105-6263.
- Jakobsson, L., Loven, L., & Hallberb, I. R. (2001). Sexual problems in men with prostate cancer in comparison with men with benign prostatic hyperplasia and men from the general population. *Journal of Clinical Nursing*, *10*, 573–582.

- Kendirci, M., Trost, L., Sikka, S. C., Hellstrom, W. J. (2007). The effect of vascular risk factors on Penile vascular status in men with erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 178, 2516–2520, discussion 2520.
- Kinsey, AC., Pomeroy, WB., Martin, CE. (1948). Age and sexual outlet. In: Kinsey, AC., Pomeroy, WB., Martin, CE. *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W. B. Saunders, 218-62.
- Khoo, J., Piantadosi, C., Worthley, S. And Wittert, GA. (2010). Effects of a low-energy diet on sexual function and lower urinary tract symptoms in obese men. *International Journal of Obesity*, 34, 1396–1403.
- Kupelian, V., Wei, J. T., O’Leary, M. P., Kusek, J. W., Litman, J. H., Link, L. C., ... McKinlay, B. J. (2006). BACH Survey Investigators. Prevalence of lower urinary tract Symptoms and effect on quality of life in a racially and ethnically diverse Radom sample: the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Archives of International Medicine*, 166, 2381–2387.
- Lewie, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., ... Martin- Morales, A. (2004). Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 1, 35–39.
- Litwin, M. S., McNaughton-Collins, M., Fowler, F. J., Nickel, J. C., Calhoun, E. A., Pontari, M. A., ... O’Leary, M. P. (1999). The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. *Journal of Urology*, 162 (2), 69-75.
- Magri, V., Perletti, G., Montanari, E., Marras, E., Chiaffarino, F., Parazzini, F. (2008). Chronic prostatitis and erectile dysfunction: results from a cross-sectional study. *Archives of Italian Urology Andrology*, 80, 172–175.
- Malavige, LS., Levy, JC. (2009). Erectile dysfunction in diabetes mellitus. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1232–1247.
- Macfarlane, GJ., Botto, H., Sagnie, PP., Teillac, P., Richard, F., Boyle, P. (1996). The relationship between sexual life and urinary condition in the French community. *Journal of Clinicaly Epidemiology*, 49, 1171–6.
- McNaughton, C. M., Stafford, R. S., O’Leary, M. P., & Barry, M. J. (1998). How common is prostatitis? Anational survey of physician visits. *Journal of Urology*, 159, 1224–1228.
- Namasivayam, S., Minhas, S., Brooke, J., Joyce, A. D., Prescott, S., Eardley, I. (1998). The

- evaluation of sexual function in men presenting with symptomatic Benin prostatic hyperplasia. *British Journal of Urology International*, 82, 842–6.
- Paick, SH., Meehan, A., Lee, M., Penson, DF., Wessells, H. (2005). The relationship among lower urinary tract symptoms, prostate specific antigen and erectile dysfunction in men with benign prostatic hyperplasia: results from the proscar long-term efficacy and safety study. *Journal of Urology*, 173, 903-907.
- Ponholzer, A., Temml, C., Obermayr, R. Madersbacher, S. (2004). Association between lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 64, 772–776.
- Punab, M. (2006). Mehe teine süda. Eesnäärmehaigused.
- Reggio, E., Bessa, de J., Junqueira, T. Jr. O., Sette, MJ., Sansana, V., & Gomes, CM. (2007). Correlation between lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction in men presenting for prostate cancer screening. *International Journal of Impotence Research*, 19, 492–495.
- Rosen, R. C., Cappelleri, J. C., & Gendrano, N. (2002). The International Index of Erectile Function (IIEF): A state of the science review. *International Journal of Impotence Research*, 14, 226–244.
- Rosen, R. C., Cappelleri, J.C., Smith M.D., Lipsky J., & Pena B. (1999). Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 11, 319-326.
- Sanchez-Cruz, J. J., Cabrera-Leon, A., Martin-Morales, A., Fernandez, A., Burgos, R., Rejas, J. (2003). Male erectile dysfunction and health-related quality of life. *European Urology*, 44, 245–253.
- Seidman, SN., Spatz, E., Rizzo, C., Roose, SP. (2001). Testosterone replacement therapy for hypogonadal men with major depressive disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Journal Clinical Psychiatry*, 62, 406-12.
- Smith, D., Carvalhal, G., Schneider, K., Krygiel, J., Yan, Y. & Catalona, W. (2000). Quality-of life outcomes for men with prostate carcinoma detected by screening. *Cancer*, 88, 1454–1463.
- Spector, I. P., Carey, M. P. & Steinberg, L. (1996). The Sexual Desire Inventory: Development, factor structure, and evidence of reliability. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 22, (3), 175-190.
- Trinchieri, A., Magri, V., Cariani, L., Bonamore, R., Restelli, A., Garlaschi, M. C., ...

- Perletti, G. (2007). Prevalence of sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Archives of Italian Urology Andrology*, 79, 67–70.
- Wenninger, K., Heiman, J. R., Rothman, I., Berghuis, J. P., berger, R. E. (1996). Sickness impact of chronic nonbacterial prostatitis and its correlates. *Journal of Urology*, 155, 965–968.
- Wirth, A., Manning, M., Buttner, H. (2007). Metabolic syndrome and erectile dysfunction. Epidemiologic associations and pathogenetic links [in German]. *Der Urolog Androlog*, 46, 287–292.
- Zakowski, SG., Harris, C., Krueger, N., Laubmeier, K. K., Garrett, S., Flanigan, R., ... Johnson, P. (2003). Social barriers to emotional expression and their relations to distress in male and female cancer patients. *Br Journal Health Psychol*, 8, 271-86.
- Zias, N., Bezwada, V., Gilman, S., Chroneou, A. (2009). Obstructive sleep apnea and erectile dysfunction: still a neglected risk factor? *Sleep Breath*, 13, 3–10.

## **Instruktsioon**

Palun Teil osaleda teaduslikus uuringus, mida viib läbi Tartu Ülikooli Psühholoogia Instituut. Järgnevalt leiame informatsiooni selle uuringu kohta ja küsimustiku täitmisega annate oma nõusoleku uuringus osalemiseks.

Pealkiri: Psühhoseksuaalsed tegurid ja eesnäärmeprobleemid meestel.

Uurimuse eesmärk: Käesoleva uurimuse eesmärk on välja selgitada, mis ja kuidas on seotud mehe iha, eesnäärme probleemid, erektsioonihäired, seksuaalne aktiivsus ja rahulolu orgasmiga.

Protseduur: Osalemiseks täitke Teile saadetud/ antud küsimustikud. See võib võtta kuni pool tundi aega. Leidke vastamiseks olukord, kus Teid keegi ei sega.

Palun lugege igat küsimust hoolikalt ja püüdke vastata neile võimalikult ausalt.

Privaatsus/konfidentsiaalsus: Teie anonüümsus on täiesti garanteeritud, mitte kuskil ei küsita Teie nime ja Teie vastuseid ei ole hiljem võimalik seostada mitte kuidagi Teie isikuga. Hoolimata sellest, kustkaudu Te saate kutse uuringus osalemiseks, kõik andmed kogunevad kokku ainult TÜ psühholoogia instituudi vanemteaduri teaduste doktor Toivo Aaviku kätte, kes need sisestab andmebaasi. Kui Teil on uurimuse läbiviimise kohta küsimusi, siis võite need esitada: [edi@ut.ee](mailto:edi@ut.ee).

Kui soovite uuringus osaleda, siis palun alustage küsimustele vastamisega.

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

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Edi Valgemäe