

Sotsiaaltervishoid mehe vanemas eas

Mari Amos – õiguskantsleri nõunik

Võtmesõnad: terviseõjurid, vanemaealiste meeste terviseprobleemid

Vanemate inimeste heaolu tagamine nõuab tänapäeval suuri ressursse, mistõttu muutub järjest olulisemaks tervisliku vananemise kontseptsiooni juurutamine kõigil ühiskonna tasanditel. Ühelt poolt võimaldaks see eakatel isikudel elada täisväärtuslikumat elu, tagades nende endi rahulolu, ning teiselt poolt oleks koormus ühiskonnale tunduvalt väiksem. Isiku vananedes oleneb järjest suurem osa heaolust just ümbritsevast keskkonnast ja arstiabist, mis tuleks kohandada vastavaks ka vanemas eas meeste vajadustele.

Kirjutise eesmärgiks on tuua välja peamised muudatused, mis leiavad aset üle keskea jõudnud meeste elus, analüüsida vananemisega seonduvaid riske meeste tervisele ja terviseriketega seonduvat koormust ühiskonnale.

Seoses ühiskonna üleüldise vananemisega arenenud maades tuleb hakata järjest rohkem tähelepanu pöörama isikute heaolu tagamisele vanemas eas. Aastaks 2050 kahekordistub üle 65aastaste isikute arv maailmas. Väga vanade ehk üle 80aastaste isikute arv suureneb 1,9%-lt 4,2%-ni. 100aastaseid on aastaks 2050 juba 16 korda rohkem kui aastal 1998 (1).

Vanemate inimeste heaolu tagamine nõuab suuri ressursse. Arvestada tuleb ka asjaoluga, et vanemaealised inimesed ei panusta sissetulekute vähenemise tõttu enam ise sotsiaalhoolekandesüsteemi. Tulenevalt eeltoodust muutub järjest olulisemaks tervisliku vananemise kontseptsiooni juurutamine, et võimaldada eakatel isikudel elada täisväärtuslikumat elu, tagades nii nende endi rahulolu kui ka väiksema koormuse ühiskonnale. Tervislikku vananemist defineeritakse võimaluste eelnevalt optimeerimise protsessina, mille eesmärgiks on parandada ja säilitada füüsilist ja vaimset heaolu, iseseisvust ja elukvaliteeti, samuti parandada edukat üleminekut ühest eluetapist teise (2). Hoolimata üldisest keskmise eluea kasvust on meeste keskmine eluiga siiski 7–8 aastat lühem kui naistel (3).

1. PEAMISED TERVISEÕJURID

Maaailma Terviseorganisatsioon (WHO) on kindlaks määranud 10 mõjurit, mis kõige rohkem isiku tervislikku seisukorda mõjutavad. Nendeks on sotsiaalne muutuja, stress, varasem elukäik, sotsiaalne tõrjutus, töö, töötus, sotsiaalne tugi, sõltuvus, toit ja transport. Kahtlemata on kõik need tegurid olulised ning omavahel seotud. Vaadeldes vananevate meeste tervise seonduvaid asjaolusid, on teistest veidi enam tähtsamad sotsiaalne staatus, sotsiaalne tõrjutus, sotsiaalne tugi, töö/töötus. Järgnevalt on analüüsitudki nelja isiku tervist määravat olulist mõjurit.

1.1. SOTSIAALNE STAATUS

Sotsiaalne staatus võib isiku elu jooksul muutuda ning seda nii positiivses kui ka negatiivses suunas. Kool, töökoht, perekond ning samuti pensionile jäämine võivad mõjutada isiku kuuluvust ühte või teise ühiskonnakihti (4). Sotsiaalse staatuse muutumine toob sageli kaasa ka muutused isiku tervises. Vanemaealised isikud, kelle haridustase on madalam ja kes seetõttu on asetunud madalamasse sotsiaalsesse klassi, põevad üldjuhul rohkem haigusi, neil on lühem eluiga ning nende emotsionaalne heaolu on kehvem. Väikse sissetulekuga vanurid tarbivad rohkem pikaarviteenuseid. Puuetega vanemaealised väiksema sissetulekuga isikud on funktsionaalselt vähem võimekad kui suurema sissetulekuga puuetega isikud (2).

Oluliselt aitab vanemaealiste sotsiaalse staatuse halvenemisest tingitud tervisekadu stabiliseerida tõhus sotsiaalhoolekandesüsteem. Parimaid hüvitisi pakkuvatel ning kõigile jõukohastel pensioniskeemidel on suur mõju kõige väiksema sissetulekuga isikutele, kelle elujärg võib pensioniea saabudes oluliselt paremaks muutuda. Paari viimase aastakümne kogemused lubavad oletada, et vähendades vanemas eas isikute vaesust, ka haneb ka madalatest sissetulekutest tingitud negatiivne mõju inimese tervisele.

1.2. SOTSIAALNE TÕRJUTUS

Vaesus, puudus ja sotsiaalne tõrjutus mõjutavad oluliselt tervist ja enneaegset suremust. Teatud ühiskonnarühmadele on omane suurem vaesusrisk: eriliselt ohustatud on töötud, rahvusvähemused, võõrtõelised, puuetega inimesed, põgenikud ja kodutud. Enneaegne surm ohustab kõige enam tänavatel elavaid inimesi. Mida kauem inimene sellises ebasoodsas olukorras elab, seda suurem on tõenäosus, et ta kannatab mitme terviseprobleemi käes (4).

Keskkonnal ning ümbritsevatel inimestel on täita suur roll vananevale isikule toe pakkumisel. Positiivsed suhted naabritega pakuvad võimalust sotsialiseeruda ning lubavad anda ja saada praktilist tuge, mis on

eriti oluline just üksi elavatele meestele. Vanemas eas üksi elavate meeste kontakt naabrite ja ümbruskonnaga muutub nõrgemaks, mis võib omakorda kaasa tuua sotsiaalse tõrjutuse. Oluline roll taassotsialiseerimisel on naabrite kätes, kes võiks tunda huvi vanemate meeste käekäigu ja abivajaduse vastu, probleemide ilmnemisel tuleks abivajavast üksi elavast vanemast inimesest teavitada sotsiaalhoolekandeesutust.

Üheks viisiks, kuidas vältida vanusega kaasnevat sotsiaalset tõrjutust, on kaasata vanemaealisi mehi erinevate organisatsioonide tegevusse. Osalemine ühingu parandab vanemate meeste elukvaliteeti, pakudes võimalust sotsiaalseks suhtluseks ning olles jätkuva sotsiaalse tootlikkuse väljundiks. Üle 65aastaseid mehi võib kaasata erinevate organisatsioonide, nagu suhtlus- ja spordiklubid, usuühingud, kodanikuühendused (vabatahtlike teenistused, parteid ja kogukonna grupid), töösse. On tehtud tähelepanekuid, et lehestunud mehed on rohkem tegevad spordi- ja suhtlusklubides, mis võib viidata sellele, et vaba aja veetmise võimalused pakuvad leevendust üksikuks jäämisele. Kõige vähem on sotsiaalselt kaasatud lahutatud ja mitte kunagi abielus olnud vanemaealised mehed.

Edukamaks peetakse selliseid vanemaealistele mõeldud sotsiaalseid gruppe ja organisatsioone, mis pakuvad nii sotsiaalse suhtluse võimalust, aktiivset osalust (nagu sport) ning ka võimalust olla kasulik (näiteks töö vabatahtlikuna). Selliste organisatsioonide tööst võtavad meeleldi osa just vanemad mehed. Seevastu eelistavad vanemad naised klubisid, kus liikmed on passiivsed teenuse tarbijad.

1.3. SOTSIAALNE TUGI

Teada on, et sõprussuhted, hea sotsiaalne läbikäimine ja tugevad tugivõrgustikud parandavad tervist igal tasandil: kodus, tööl ja ühiskonnas üldiselt. Kuulumine sotsiaalsesse võrgustikku tekitab inimestes tunde, et neist hoolitakse, neid armastatakse, austatakse ja hinnatakse. Eeltoodul on tugev

kaitseefekt tervise suhtes. Toetavad suhted võivad samuti soodustada tervislikumate käitumismudelite rakendamist. Seevastu sotsiaalne kõrvalejätus suurendab enneaegse suremuse riski ning pärsib haigustest taastumist (4).

Meeste sotsiaalsed võrgustikud ei ole tavapäraselt nii laialdased kui naistel. Vanemaealiste, kuid abielus meeste sotsiaalsed tugivõrgustikud on üldiselt stabiilsed ja laiahaardelised, enamasti paarikesksed. Lesestudes tõmbuvad need võrgustikud aga kokku ja üksikuks jäänud vanemad mehed hakkavad sotsiaalset tuge otsima oma täisealistelt lastelt. Samas on teada, et just vanemad mehed väärtustavad eriliselt sõbrasuhteid samas eas meestega. Need tegurid kombineerituna meeste lühema elueaga isoleerivad vanemaid mehi veelgi rohkem. Soodustada tuleks tugevamate võrgustike teket ning seda eriti just vanemas eas ja pensionile jäänud meeste puhul (5).

Uuringud näitavad, et enamiku üksikute meeste puhul ei kao vanuse kasvades vajadus sotsiaalse toe ja partnerluse järele. Seda ka juhul, kui sotsiaalse toe puudumine on kestnud pikka aega.

Ka tervishoiutöötajad peavad julgustama mehi aktiivselt ülal hoidma ning vajaduse korral looma uusi sotsiaalseid suhteid. Tervishoiu- ja sotsiaaltöötajad peaksid olema kursis oma tegevuspiirkonna meeste tugiühmadega, mis aitaksid taastada või luua sotsiaalset tuge (6).

1.4. TÖÖ/TÖÖTUS

Kindlad töösuhted edendavad tervist, heaolu ja tööga rahulolu. Seevastu töötus suurendab haigestumise ja enneaegse surma riski. Töötuse mõjud tervisele on seotud nii psühholoogiliste teguritega kui ka tekkivate finantsprobleemidega (4).

Töötus on oluliseks tervisemõjuriks ning seda eriti nende meeste puhul, kes kuuluvad madalamasse sotsiaal-majanduslikku klassi. Just töökohaga on tihti seotud meeste enesehinnangu paranemine või halvenemine. Koondamine või pensionile jäämine võivad

seega meeste tervist oluliselt mõjutada, sest mehed tunnevad töölt kõrvale tõmbudes oma väärtuse langust (6).

Samuti mõjutab meeste tervist elatumine peamiselt juhu- või lepingulistest tööst. Sageli on mees perekonna sissetuleku peamine tagaja ning selle rolliga kaasnevad kindlad nõudmised ja sellest võib tekkida pinget. Mehed, kelle töö ei ole püsiv, ei saa puhkuse- ega haigusraha ning neil puudub kindlustunne töö ja sissetuleku püsivuse suhtes. Selline ebakindlus võib meeste tervist negatiivselt mõjutada, tõstes stressi taset ning tekitades haigusi ja puudeid (7). Märkimisväärne on asjaolu, et võrreldes töötuks jäänud naistega hindab töötuks jäänud meestest 82% rohkem oma tervislikku seisukorda halvaks (8).

Enamikus arenenud maades on üle 60aastaste isikute töötamise määr viimastel aastakümnetel vähenenud. Pensionieelses eas olevatel meestel püsib ebakindlus tuleviku suhtes. Stressist tingitud negatiivsete tervisemõjurite vältimiseks ning tööeast pensioniikka ülemineku pehendamiseks on käivitatud erinevaid sotsiaalprogramme. Näiteks võimaldatakse pensioneeruda paindlikult ehk säilitada teatud ajaks osaline töökoormus (3).

2. PENSIONIIGA

Pensionile jäämine ehk aktiivsest tööelust kõrvaletõmbumine tähendab iga isiku elus suuri muutusi, mis võivad tihti tekitada väärtusetuse tunde. Kõrgematel positsioonidel töötanud mehed tunnevad end pensionile jäämise järel n-ö tühja kohana (9). Pensionile jäämist käsitletakse mitte ainult loobumisena tööelust, vaid ka sotsiaalsest elust, kuna väheneb sotsiaalne läbikäimine väljaspool kodu. Elumuutusega kaasnevat üksindust aitavad leevendada eelnev emotsionaalne valmistumine, majanduslik kindlus ning asendustegevuste olemasolu. Lisaks sotsiaalsete suhete nõrgenemisele toob pensionile jäämine enamasti kaasa ka sissetulekute vähenemise ja mõnikord ka kodust lahkumise.

2.1. SISSETULEKUTE VÄHENEMINE

Peamine sissetulek pensioniealistele isikutele on enamikus riikides vanaduspension, mida makstakse kas sotsiaalkindlustuse või riiklikest vahenditest (3). Pensionile jäädes võib sissetulekute vähenemise tõttu lisaks majanduslikule heaolule sattuda ohtu ka isiku füüsilise heaolu säilimine, kuna pensionist sageli ei jätku ravikulude eest tasumiseks.

Lisaks sissetulekute vähenemisest tingitud majanduslikule kitsikusele avaldab meestele mõju oma rolli kaotamine pere heaolu tagajana ja peamise ülalpidajana. See toob kaasa kaotuse ja pettumuse tunde, mis võib kesta veel aastaid pärast pensionile jäämist (7). Eesmärgiga võimaldada ka vanematel inimestel töösuhete jätkumist soovitatakse mitte lõpetada tööga seotud koolitusi näiteks 50. eluaastal, vaid koolitused ja arenguvõimaluste pakkumine peaks kestma kuni isiku tööea lõpuni. Täiendus- ja ümberõpe peaks samuti soodustama vanemaaliste viibimist tööturul nii kaua, kui nad seda ise soovivad (2).

Võimaluste loomine pensionile jäämise edasilükkamiseks või sujuvaks pensioneerumiseks aitab vältida olulist majanduslikku tagasilangust. Reaalne vabadus valida töötamise või pensionile mineku vahel vähendab meestel kasutuse tunnet ja sellega kaasnevat depressiooni.

2.2. KODUST LAHKUMINE

Vanad mehed suhtuvad tõrjuvalt ideesse, et nad peaksid oma kodust lahkuma. Kui tervislik olukord on juba tõeliselt halb ning tekib objektiivne ja teadvustatud vajadus kolida vanade-või hooldekodusse, näevad vanemad mehed seda asjaolu väga negatiivsena. Üheks põhjuseks on kahtlemata ka asjaolu, et kogu sotsiaalhoolekandesüsteemi peetakse feminiinseks, kuna teenust osutavad peamiselt naised. Seega ei ole imekspandav, et kõik vanemad mehed ei tunne end sellises keskkonnas kuigi mugavalt.

Vanadel inimestel on raske loobuda kodust ning kolida elama tundmatusse koh-

ta. Traumaatilist mõju ei vähenda ka see, kui kõnealune isik ise saab aru vajadusest ööpäevaringse hooldamise või muude tugiteenuste järele. Oluline erinevus on aga meeste ja naiste hoolekandeaustustes hakkamasaamisel. Vanemad naised suudavad ka seal luua koduse atmosfääri ning tekitada sotsiaalse võrgustiku. Vanematel meestel on seevastu äärmiselt keerukas uue keskkonnaga kohaneda. Enamasti puudub üksi jäänud vanadel meestel oskus tekitada täiesti uues keskkonnas kodusarnast õhkkonda või luua uut sõpruskonda. Pensionile jäädes suudavad mõned mehed leida oma kodus või sellest väljaspool mõistlikku tegevust (maja ja aia eest hoolitsemine jms), kuid hoolekandeaustuses sellised eneseteostusvõimalused tavapäraselt puuduvad. See võib omakorda kaasa tuua negatiivseid tundeid ja masendust. Väliste mõjurite tagajärjel võib tekkida ka depressioon (7).

Negatiivsete mõjude vähendamiseks peaks oluliselt rohkem tähelepanu pöörama nii hoolekandeaustuste füüsilisele keskkonnale kui ka tugiteenustele, mis võimaldaks seal viibivatele isikutele tagada võimalikult kõrgema elukvaliteedi.

3. MUUTUSED VANEMAEALISTE MEESTE TERVISES

Keskea saabudes hakkavad tunda andma tervist kahjustavad harjumused: ebakohane toitumine, ebapiisav füüsiline aktiivsus ja liigne alkoholitarvitamine. Kujunevad tervisehäired: rasvumine, diabeet, kõrgvererõhktõbi ja südame-veresoonkonnahäigused. Töötavaid mehi ohustavad vanuse suurenedes järjest enam tööga seotud vigastused ja haigestumine. Eaga kaasnevateks terviseprobleemideks võivad olla ka seksuaal- ja vaimse tervise probleemid ning eesnäärmevähk.

Vanade meeste puhul lisandub riskitegurina sobitumine uude olukorda ja elustiil, milleks on aktiivsest töö- ja sotsiaalsest elust kõrvaletõmbumine. Enesetappude määr meeste seas on kõige suurem just vanemas vanuserühmas. See võib olla põhjendatud ka

lehestumisega kaasneva üksijäämisega, mis suurendab veelgi sotsiaalset isolatsiooni.

Lisaks ühiskondlikust elust loobumisele hakkavad vanemad üksikud mehed oluliselt vähem külastama ka tervishoiuteenuse osutajaid (7). Statistika kohaselt esineb 40–50%-l meestest terviseprobleeme, mis on nende perearstile teadmata. Sellisteks probleemideks on eelkõige kusepidamatus, puudulik kuulmine ja nägemine, podiatrilised probleemid, depressioon ja alkoholism. Nimetatud tervisehäired on aga enamasti edukalt ravitavad või leevendatavad.

3.1. MEESTE ENESEHINNANG TERVISELE

Üldise reeglina on teada, et mehed hindavad oma tervislikku olukorda paremaks kui naised ning seda hoolimata elukohast ja vanusest. Vaatamata tervisliku seisundi halvenemisele ei ole vanemaealised isikud ja eriti just mehed varmad seda tendentsi tunnistama ja arste külastama. Mõningatel andmetel ei külasta kuni 90% vanemaealistest isikutest tervishoiuteenuse osutajaid piisava sagedusega. Selline tendents on põhjendatav mitmete asjaoludega: majanduslik kitsikus, transpordivõimaluse puudumine, geograafilised või kultuurilised tõkked, ükskõiksus oma tervise suhtes või kõigi eelmainitute kombinatsioon.

Ühendkuningriigis tehtud uurimuse kohaselt on kõige tervisekahjulikumad eluviisid lahutatud meestel, järgnevad mitte kunagi abielus olnud mehed. Kõige tervislikumalt käituvad abielus mehed. Lahutatud meeste seas esineb tunduvalt enam alkoholi ja tubakatoodete tarvitamist. Suurem tõenäosus tervishoiuteenuse (õigeaegseks) tarbimiseks on partnerlussuhtes elavatel meestel. Ameerika Ühendriikides korraldatud küsitlusel selgus, et 78% partnerlussuhtes elavatest meestest külastab arsti partneri survel.

Meeste tõrksust tervishoiuteenuse tarbimise vastu seletatakse kartusega näida nõrgana. Mehed ei soovi haigusele järele anda ning seega lükkavad arstivisiiti edasi ajani, kui nad on juba väga haiged. Selline viivitamine põhjustab aga raskemaid tervi-

sekahjustusi, mis omakorda toob kaasa suurenenud vajaduse statsionaarsete tervishoiuteenuste järele (10).

Seda arvestades tuleks tarvitusele võtta meetmed vananevate meeste tervisekaio vähendamiseks. Äärmiselt oluline roll vanemaealiste meeste tervise tagamisel on perearstidel. Esiteks peaksid perearstid ka-vakindlalt huvi tundma nende nimistusse kuuluvate vanemaealiste meeste vastu, kes ei külasta perearsti korrapäraselt. Vajaduse korral tuleb sellised isikud perearsti vastuvõtule kutsuda või peab perearst, juhul kui isiku tervis ei võimalda tulla arstikabinetti, tegema neile koduvisiidi.

Teiseks peaksid arstid, keda vanemaealised mehed külastavad, süvenema nende tervisesse põhjalikumalt kui vaid kaebuste ulatuses, mille tõttu isik vastuvõtule pöördus. Vastuvõtu käigus peaks perearst hindama lisaks füüsilise tervise olukorrale ka vanemaealise mehe psühholoogilise ja sotsiaalse funktsiooni toimimist. Avastades kõrvalekaldeid, mille korrigeerimine tavapärase raviga ei ole tulemuslik, peaks arst omal initsiatiivil ning isikuga konsulteerides võtma ühendust sotsiaalhoolekandesüsteemi esindajatega eesmärgiga tagada abivajavale isikule vajalikud sotsiaalteenused (11).

3.2. VANEMAEALISTELE MEESTELE MÕELDUD ENNETAVAD TERVISHOIUTEENUSED

Ameerika Ühendriikides eeldatakse, et aastaks 2040 tarbivad üle 65aastased isikud 50% kogu ravikindlustusrahasest (11). Tulevalt eeltoodust tuleks senisest tunduvalt enam ressursi hakata panustama vanemaealistele mõeldud ennetava tervishoiu teenustele. Selliste ennetavate terviseprogrammide tõhususe ja rakendatavuse kohta on kahjuks tehtud veel väga vähe uuringuid. Kindel on aga, et programmide väljatöötamisel peab arvestama erinevate gruppide vajadustega. Suhteliselt hea tervisega vanematele inimestele suunatud ennetus erineb oluliselt näiteks puuetega või sotsiaalhoolekandeesutustes elavatele vanematele inimestele suunatud ennetustegevusest.

Ennetus võib toimuda nii ühiskonna tasandil kui ka üksikisikule suunatuna. Viimast peaksid läbi viima eelkõige tervishoiuteenuse osutajad igal korral, kui vanemaeline isik tuleb vastuvõtule. Üksikisikule suunatud ennetavate tegevuste sooritamisel peaks tervishoiutöötaja keskendumise eelkõige elustiilinõustamisele, hammaste terviseiga seonduvale, jalgade hooldusele, vaimse tervise küsimustele, nägemise ja kuulmise kontrollile ja korrigeerimisele ning immuniiseerimisele (12).

Vanemaealistele suunatud ennetustegevused toimuvad tavapäraselt kolmel tasandil, lõimides aktiivselt ka sotsiaaltoetuste süsteemi.

Esimese ennetustegevuse alla peaks kuuluma eelkõige immuniseerimise, õnnetusjuhtumite ärahoidmise ja terviseedendusega seonduv. Immuniseerida soovitatakse vanemaealisi inimesi eelkõige gripi vastu, kuna 80% gripiga kaasnevast suremusest ja 30% haiglaravi vajadusest langeb just üle 65aastastele isikutele. Vaktsineerimisega on võimalik vähendada vanemaealiste isikute grippi suremust ja gripiga kaasnevat haiglaravi vajadust 60–70%.

Õnnetusjuhtumid on vanemaealiste isikute suremuse põhjuste hulgas viiendal kohal, kusjuures omakorda 50% sellisest suremusest leiab aset kukkumiste tagajärjel. Hirm kukkumise ees võib oluliselt piirata vanemaealiste liikumisvabadust. Traumatismiriski saab vähendada nelja meetme rakendamisel. Esimeseks meetmeks on isiku füüsilise aktiivsuse soodustamine. Meetme rakendamiseks peaks olema loodud kohased treeningrühmad, mis arvestavad isiku võimekust, vanust ja sugu. Soodsaks peetakse *tai-chi*-treeningute mõju vanemate inimeste tervisele ja tasakaaluvõimele (13). Teise meetmena soovitatakse vähendada isiku elu- ja viibimiskeskonnast tulenevaid ohte. Vanemad inimesed peaks elamise vältima vaipu, vannituppa ja treppide kohale peaks paigaldama väga hea valgustuse ning tuleks kaaluda sanitaarruumidesse käsipuude paigaldamist. Kolmandaks tuleks identifit-

seerida ja korrigeerida tervislikke näitajaid nagu puudulik nägemine ja kuulmine, luu- ja lihaskonna kahjustused jms. Neljanda meetmena on esile toodud vajadust õpetada vanemaealistele isikutele riskide vähendamise tehnikaid nagu käimise abivahendite kasutamine, aeglane püstitõusmine, madalate ja laiade kontsadega kingade valik ning ohutu liikumisviisi treening.

Terviseedenduslike tegevuste osas tuleks eelkõige tähelepanu pöörata füüsilise aktiivsuse säilitamisele ka vanemas eas. Teine terviseedenduslik aspekt puudutab vanemas eas isikute tootumist. Vanemad inimesed kipuvad tarbima liiga suurel hulgal süsivesikuid, kuid samas on neil puudus vajalikest vitamiinidest ja mineraalainetest. Toitumise aspekt on eriti oluline vanemate lehestunud või lahutatud üksikute meeste puhul, kes ei ole harjunud ise tasakaalustatud toitumise küsimustega tegelema. Vanemas eas üksi jäänud mehed loobuvad tihti kohaselt toitumast, tarvitades söögiks kiirtoitu või vähese toiteväärtusega aineid. Vanemate inimeste toitumisenõustamisele võiks lisaks perearstile või muule tervishoiutöötajale olla kaasatud ka dietoloog.

Teise ennetuse kontekstis tuleks intensiivselt tegeleda vanemate inimeste tervisehäirete varasema avastamise ja tõhusa raviga. Samuti tuleks aktiivselt tegeleda vanemaealiste isikute vähisööluuringutega, kuna on teada, et 50% kasvajatest ja 60% kasvajatega seotud suremusest esineb üle 65aastaste vanuserühmas. Vanematel meestel esineb kõige rohkem suremust kopsu-, eesnäärme- ja pärasoolevähki (14). Tervishoiutöötajad peaksid välja selgitama ka kasvajate teket soodustavate riskitegurite ilmumise (suitsetamine, vähene keheline aktiivsus jms) ning nõustama elustiili muutuste küsimuses.

Lisaks somaatiliste haiguste ravile tuleks tähelepanu pöörata vanemaealiste isikute vaimsele tervisele. Näiteks on üle 80aastaste meeste seas depressiooni esinemissagedus 24%. Avastamata ja ravimata depressioon toob kaasa ka muud vaimse tervise häired, alkoholismi ning sotsiaalse isolatsiooni.

Kolmandane ennetus hõlmab endas vajalike meetmete tarvitusele võtmist olukorras, kus mõnd talitlust ei ole enam võimalik taastada. Sellisel juhul tuleb kaasata kas perekond või ühiskonna ressursid (sotsiaalhoolekanne) eesmärgiga ära hoida või vähendada sõltuvust ja vältida paigutamist hoolekandeesutusse. Kättesaadavad peavad olema kohased ja isiku eripära arvestavad geriaatrilised teenused. Samuti on vajalik ammendav nõustamine isikule endale ja vajaduse korral ka perekonnale.

Kokkuvõtlikult võib tõdeda, et äärmiselt oluline on pöörata tähelepanu ka vanemaealiste isikute haiguste ennetamisele ja seda igal tasandil. See eeldab tervishoiutöötajate, eriti perearsti aktiivsust ja süvenemist vanema patsiendiga tegelemisel. Vajaduse korral tuleks kaasata kindlasti ka muude erialade spetsialistid, nagu dietoloog, füsioterapeut ja sotsiaaltöötaja. Vanemaealistele suunatud ennetustegevuse eesmärgiks peaks olema elukvaliteedi säilitamine ja iseseisva toimetuleku tagamine võimalikult pikaks ajaks.

3.3. PEAMISED FÜÜSILISE TERVISE PROBLEEMID

Enamikus riikides on peamiseks surma põhjustajaks südame-veresoonkonnahaigused. Suremuse määr südame-veresoonkonnahaigustesse kasvab kiiresti koos vanusega, kusjuures meeste suremus neisse haigustesse on vanuserühmades 64–74 ja 75–84 ligi 50% suurem kui naistel (15). Samuti on väga suur tõenäosus puude tekkeks seoses südame-veresoonkonnahaigustega. Peamisteks südame-veresoonkonnahaiguste tekkimise riskiteguriteks vanemas eas on suitsetamine, kõrge vererõhk, suur kolesteroolisisaldus ja ülekaal. Oluline on tarvitusele võtta meetmed kõigi nende ohutegurite minimeerimiseks. Just vanemaealiste meeste tervise säilitamise seisukohast on väga oluline adekvaatse tubakast loobumise tugiteenuse olemasolu. Vererõhku, kolesteroolisisaldust ja kaalu aitab kontrolli all hoida kohaste liikumisprogrammide käivitamine (3).

Teiseks peamiseks vananemisega kaasnevaks haiguseks on kasvajakasvaja. Tänapäeval on võimalik enamikku kasvajakasvajaid tõhusalt ravida juhul, kui need avastatakse piisavalt varajases staadiumis. Seetõttu tuleb suurt tähelepanu pöörata vanemaealistele isikutele suunatud vähiskriiningutele. Meeste puhul esineb kõige suurem suremus kopsuvähki haigestunutel. Kopsuvähki haigestunutest 90% on suitsetajad ning peaaegu kaks kolmandikku neist on üle 60 aasta vanad. Peamiseks kopsuvähki haigestumise suurendamise vahendiks on range kontroll tubaka kasutamise üle, mis hõlmab endas suitsetamise keelustamist avalikes kohtades, tubakatoodete maksustamist ja terviseedenduslikke tegevusi.

Enim levinud pahaloomuline kasvaja meeste hulgas on eesnäärmevähk, mis ohustab peamiselt üle 50aastaseid mehi, ning suurem osa eesnäärmevähki suremusest leiab aset üle 70aastaste vanuserühmas. Eestis on eesnäärmevähki haigestumise sagedus 58,1 juhtu 100 000 mehe kohta (16). Peamisteks haiguse ohuteguriteks on ebaõige toitumine ja eelnevalt suguvõsa esinenud eesnäärmevähi juhtumid. Uuringud näitavad, et eesnäärmevähki haigestumist suurendab liigne loomse rasva tarbimine ning madal E-vitamiini ja seleeni tase organismis (17). Eesnäärmevähi ravimisel antiandrogenteeraapiaga suureneb üle 65aastastel meestel südamehaigustesse suremuse risk, kuna teraapia võib suurendada kehamassi indeksit ja keha rasvasisaldust ning põhjustada diabeeti. Eesnäärmevähki ravivad arstid peaksid seega tõsiselt kaaluma selle teraapia rakendamist vanemaealistel meestel, kellel on suurem risk südame-veresoonkonnahaiguste tekkeks.

Üheks oluliseks ja varajasel avastamisel oluliselt leevendatavaks probleemiks on luude hõrenemine. Üle 60aastastel meestel on 29%-ne tõenäosus osteoporoosiliseks luumurruks. Osteoporoosist tingitud tervisehäirete ennetamiseks soovitatakse korrapäraselt mõõta luutihedust üle 65aastastel meestel, kellel on esinenud luumurde, ning

kõigil üle 70aastastel meestel hoolimata eelnevast luumurdude esinemisest. Samuti õnnestub luude hõrenemist vähendada kehalise aktiivsuse kaudu. Luude tihedust aitavad säilitada sellised spordialad nagu jooksmine ja hüppenõoriga hüppamine, samas luude hõrenemist soodustab näiteks rattasõit. Lisaks skriiningule ja kehalise aktiivsuse soodustamisele peaks vanemaealiste meeste perearstid osteoporoosi ja osteopenia ennetamiseks tähelepanu pöörama sellistele riskiteguritele nagu kehakaal, suitsetamine, alkoholi tarbimine ning kaltsiumi ja D-vitamiini vähesus organismis.

3.4. PEAMISED VAIMSE TERVISE PROBLEEMID

Kuigi mehed ja naised vananevad võrdselt, erinevad neil vanaemisega kaasnevad vaimse tervise probleemid. Vananedes võib inimene kaotada elukaaslase, sõbrad, töö, tervise ja iseseisvuse. Mõned neist muudatustest mõjutavad mehi hoopis teisiti ja suuremal määral kui naisi.

WHO andmetel esineb depressiooni kergem vorm 10-15%-l üle 65aastastest meestest. Vanemaealiste meeste depressioon on väga aladiagnoositud, kuna mehed eelistavad arsti vastuvõtule pöörduda pigem konkreetsete valude kui meeleoluhäirete esinemisel (3). Depressiooni kujunemist soodustab oluliselt üksikuks jäämine. Pikk kaotusvalu ja sellega kaasnevad tervisehäired on omased pigem meestele, kuna mehed sõltuvad rohkem elukaaslase pakutavast emotsionaalsest ja sotsiaalsest toest. Depressioon soodustab ka somaatiliste tervisehäirete teket. On leitud, et meestel, kes põevad depressiooni või on vaenulikud ja vihased, on immuunsüsteem nõrgem ning neil on suurem risk südamepuudulikkuse, II tüüpi diabeedi ja kõrge vererõhu tekkeks. Samuti satuvad vanemad depressiooni põdevad mehed suurema tõenäosusega haiglaravile ja nende eluiga on lühem (7). Tähelepanuväärne on asjaolu, et depressiooni tulemusel sooritab märkimisväärne osa vanemaealistest meestest enesetapu. Eriti suur risk enesetappudeks on üle 75aastaste meeste seas (3). Selles vanuse-

rühmas sooritavad depressioonis mehed 30 korda rohkem enesetappe kui naised (5).

Oluliseks vanemaealiste vaimse tervise häireks on ka dementsus, mis põhjustab suurt suremust ning märkimisväärseid kulusid ühiskonnale seoses dementsete isikute paigutamise ja sotsiaalhoolekandeesitustesse. Üle 65aastaste seas on dementseid kuni 7% ja üle 85aastaste seas esineb dementsust juba 25%-l isikutest. Kui dementsuse põdevate hulk meestel ja naistel on sarnane, siis dementsed mehed surevad märgatavalt kiiremini. Peamiseks dementsuse põhjuseks on Alzheimeri tõbi, mis moodustab 50% juhtudest. Dementsus asetab suure koorma ka seda põdevate isikute lähedastele. Naised, kes hooldavad dementset abikaasat, kannatavad tihti stressi käes ning neil on suur tõenäosus depressiooni või ärevushäire tekkeks (18). Praegu ei ole veel tõhusaid meetodeid dementsete isikute elukvaliteedi taastamiseks ning haigestumist leevendatakse peamiselt sotsiaalsete tugiteenuste pakkumisega.

KOKKUVÕTE

Kõigis arenenud maades on meeste üldine eluiga ja tervelt elatud eluiga lühem kui naistel. Seetõttu on äärmiselt oluline tarvitusele võtta meetmeid meeste tervisenäitajate parandamiseks. Selleks on vaja eelkõige tõhusat koostööd nii riigi kui ka erasektori vahel ning samuti tervishoiu ja sotsiaalhoolekande vahel.

Probleemide lahendamise võtmeks peaks olema teadlikkuse parandamine kõigil ühiskonna tasemetel. Vanemaealiste meeste tervist soodustavate meetmete planeerimisel tuleks arvesse võtta spetsiifilist mehi puudutavaid ohutegureid. Praegu on nii perearstisüsteem kui ka rahvatervise ja sotsiaalhoolekande sektor paljuski feminiseerunud. Seega tuleks aktiivselt kaasata mehi neile mõeldud tervise- ja sotsiaalhoolekandeprogrammide väljatöötamisse. Olemasolevaid teadmisi ja meeste seisukohti kombineerides on võimalik käivitada tegevusi, mille tõhusus on tõestatud ja mis ka tegelikkuses ellu rakenduvad.

Kui WHO tervisemõjurite definitsiooni kohaselt sõltub 50% tervisest isiku enda tegevusest ning kokku 30% keskkonnast ja arstiabist, siis isiku vananedes oleneb järjest suurem osa heaolust just kahest viimasest mõjurist. Seega tuleks kohandada nii üldine

keskkond kui ka arstiabi vastavaks ka vanemas eas meeste vajadustele. Vaid siis on vananeva ühiskonna kontekstis aastate pärast loota ka meeste tervise paranemist.

mari.amos@oiguskantsler.ee

KIRJANDUS

1. Department of International Economic and Social Affairs. Periodical on Ageing. New York: United Nations; 1985.
2. Plouffe LA. Addressing social and gender inequalities in health among seniors in Canada. *Cad. Saude Pública.* 2003;19(3):855–60.
3. Men, Ageing and Health. Geneva: WHO; 2001.
4. Social determinants of health: the solid facts. 2nd ed. Geneva: WHO; 2003.
5. Macdonald JJ, Brown A. Keeping in balance, older men and healthy ageing. Sydney: NAW Committee on ageing; 2001.
6. Macdonald JJ. Shifting paradigms: a social-determinants approach to solving problems in men's health policy and practice. *MJA* 2006;185(8):456–8.
7. Australian Medical Association Position Statement: Men's Health. Sydney: Australian Medical Association; 2005.
8. Poortinga W, Dunstan FD, Fone DL. Perceptions of the neighbourhood environment and self rated health: a multilevel analysis of the Caerphilly Health and Social Needs Study. *BMC Public Health* 2007;7(1):285–95.
9. Wythes AJ, Lyons M. Leaving the land: An explanatory study of retirement of a small group of Australian men. *Rural Remote Health* 6:531–44.
10. Barreto SM, Kalache A, Giatti L. Does health status explain gender dissimilarity in healthcare use among older adults? *Cad Saude Publica* 2006 Feb;22(2):347–55.
11. Rice DP, Feldman JJ. Living longer in the United States: Demographic changes and health needs of the elderly. *Milbank Mem Fund Q* 1983;61:362–96.
12. Ouslander JG, Beck JC. Defining the health problems of the elderly. *Annu Rev Public Health* 1982;3:55–83.
13. Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary report / a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse ; in collaboration with the prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva: WHO 2004.
14. Perspectives on prevention and treatment of cancer in the elderly. New York: Raven Press; 1983.
15. WHO Study Group. Epidemiology and prevention of cardiovascular disease in elderly people. Geneva: WHO Organization, 1995.
16. Zarkovski M, Timberg G. Eesnäärmevähi luumetastaasid: patofüsioloogia ja ravi. *Eesti Arst* 2007; 86 (11):824–30.
17. Schulman C. Benign hypertrophy of the prostate: which treatment, for whom? *Rev Med Bruxelles* 1999;20:A212–18.
18. Jorm AF. Men and mental health. Canberra: National Health and Medical Research Council; 1996.

SUMMARY

Male health in old age

Securing the wellbeing of older people requires more resources nowadays. By the year 2050 the number of people older than 65 years will be redoubled from 6.9% to 16.4%. The number of very old people (over 80 years) will rise from 1.9% to 4.2%. In 2050 there will be 16 times more 100-year-old persons compared to 1998. Therefore is more important to introduce the concept of healthy ageing at all levels of society. Firstly, it allows older people to live a full-value life and, secondly, it reduces remarkably the burden placed on society. When a person gets older, increasingly more of his or her wellbeing depends on the environment and health care. These two factors should be adjusted also according to the specific needs of older men.

The purpose of the present study was to bring out main changes occurring in the lives of men who have passed middle age, and to analyse the health risks connected with the ageing of men as well as the burden of diseases to society.

The World Health Organization has identified 10 determinants that influence person's health most. These are social gradient, stress, earlier life history, social exclusion, work, unemployment, social support, addiction, food, transport. Without doubt, all these determinants are significant and interconnected. Considering the circumstances related to male health, certain determinants appear more important than others, namely, social gradient, social exclusion, social support and work/unemployment. In

the present study the impact of these determinants on male health is analysed in greater detail.

Retirement and giving up daily work brings about many changes into human life. Among others, this may cause a feeling of worthlessness. Particularly men who have occupied higher positions feel themselves "empty" after retirement. Retiring is seen not only as giving up working life, but also as limiting one's social contacts. Consequently, social communication outside home will also be diminished. Loneliness connected with changes in life can be relieved by prior emotional preparation, economic stability and available alternative activities. In addition to weakened social relationships, retirement may also cause a decrease in income and living in a nursing home.

In middle age, health-damaging habits like inappropriate eating, inadequate physical activity and excessive alcohol consumption will affect health increasingly more. There may develop different health ailments as obesity, diabetes, hypertonia and cardiovascular disease. Age-related health problems are also disorders of sexual and mental health and prostate cancer. Attention should be paid to the fact that suicide rate among men is the highest in the older age group.

Besides giving up social life, older men turn to health service providers remarkably less often compared to older women. According to statistics, 40-50% of men have

health problems that their family doctors are unaware of. Such problems are mostly incontinence, deficiencies in hearing and eyesight, podiatric problems, depression and alcoholism. Yet such conditions are mostly well treatable or relievable.

In the United States it is expected that by the year 2040 people over 65 years of age will consume more than 50% of all health insurance resources. Taking the above facts into consideration, it is evident that investments into preventive health care for older people have to be increased. In elaborating different programmes, the interests of various groups have to be taken into account. The prevention targeted to the elderly with relatively good health is remarkably different from the prevention targeted to people with disabilities or to those living in social welfare institutions. The aim of prevention should be preserving of quality of life and securing independent coping as long as possible.

In all developed countries life expectancy and the life lived without disabilities is shorter for men than for women. Therefore, it is crucial to take measures for improving the health indicators for men. The key area is here effective intersectorial cooperation between the state and the private sector, as well as between health care and social welfare. While planning methods for predisposing the health of older men, specific agents of danger to their health have to be taken into account.