

DEJAVNIKI TVEGANJA PRI MOŠKIH

Maja Rus-Makovec

UVOD

Nevarnostni dejavniki za nastanek nekaterih vrst raka, ki so povezani z življenjskim stilom, so pravzaprav dokaj dobro znani: kajenje, škodljivo uživanje alkohola, debelost, nesamozaščitno spolno vedenje, premalo telesnega gibanja (= dejavniki tveganja); verjetno je najbolj bistveno vprašanje, kako ljudem podati informacijo o dejavniki tveganja, da jo bodo hoteli sprejeti in nato tudi dejansko želeli udejaniti v svojem življenju. Ti dejavniki so namreč prepleteni s človekom na več ravneh. Na ravni širših sistemov smo ljudje kot potrošniki spodbujani k požrešnosti, a hkrati deležni očitkov, če se ne znamo dobro obvladati; nadalje so naštetih dejavniki povezani z doživetji ugodja, ki imajo nevrobiološko osnovo. Če se človek navadi določenega življenjskega stila z nekaterimi ugodji, potem si utrdi njihove nevronske poti in potrebuje veliko energije in prizadevanja, da te sinapse preusmeri. Pravimo, da mora biti ustrezno motiviran – da ima tehtne razloge, zaradi katerih naj bi spremenil svoje navade. Dodatno se zaplete preventivna intervencija v zvezi z rakavimi boleznimi: rak še vedno vzbuja toliko zavestnega in zunaj-zavestnega strahu, da se ljudje pogosto psihološko zaščitijo z odporom do informacij v zvezi z njim in jih ne želijo nanašati nase.

Relativno pozno se je pozornost začela usmerjati v posebnosti moških, ki so praviloma manj motivirani za sprejemanje informacij v zvezi z zdravjem in ki kasneje poiščejo potrebno zdravniško pomoč kot ženske (1). Rafuse (2) ugotavlja, da se moški obrnejo po pomoč pogosteje kot ženske samo k dvema zdravniškima specialnostma: k ortopedom – ker imajo moški zaradi hujših telesnih delovnih obremenitev, športa ipd. več poškodb lokomotornega organa, in k pediatrom – kamor jih pogosteje kot otroke pripeljejo matere, ker so pogosteje bolni oziroma poškodovani. Glede na krajšo pričakovano življenjsko dobo in glede na večjo umrljivost pri raznih boleznih potrebuje zdravstveno stanje moških res posebno pozornost. Videti je, da je doživljanje moške identitete velika ovira pri njihovi skrbi za zdravje: »Moški, ki se vede tako, kot je njegova predpisana socialna vloga, bo relativno nezaskrbljen za zdravje in na splošno za svoje dobro počutje. Videl se bo kot močnejšega, tako telesno kot čustveno, od večine žensk. O sebi bo razmišljal kot o neodvisni osebi, ki ne potrebuje skrbi od drugih. Ne bo prosil za pomoč. Večino časa bo porabil v zunanem svetu in stran od doma. Intenzivno draženje svojih čutov bo doživljal kot pomembno potrebo. Nevarnost bo pričakal brez strahu, pogosto bo tvegala in malo ga bo skrbelo za svojo varnost (3)«.

Pomemben del preventive rakavih bolezni je povezan s spremembo življenjskega stila, kar je seveda že dolgo znana težava in največji izziv preventivi (4). Seveda se določene ravni odnosa do dejavnikov tveganja oziroma do zdravlja tičejo vseh ljudi, ne glede na spol, in bodo prikazane v nadaljevanju, nato pa bo usmerjena pozornost na nekatere, za moške značilne posebnosti.

NEVROBIOLOŠKE OSNOVE VEDENJA, KI ZBUJA UGODJE: »NAVADA – ŽELEZNA SRAJCA«

Ugodje lahko doživimo z zdravimi in nezdravimi navadami, ki pa imajo skupno neuroanatomsko področje: hedonska mezokortikolimbčna pot sega od ventralnega tegmentuma do jedra *accumbens* in se navezuje na limbični sistem in orbitofrontalni korteks. Gre za stare strukture za posredovanje vedenja, ki sproža občutke ugodja. Te strukture posredujejo ugodje pri hrani, pitju, spolnem vedenju: gre torej za vedenje, ki je povezano z obstojem posameznika in vrste (da nas »žene« k takim dejanjem, da se nam tako vedenje »ljubi«). Mezokortikolimbčne strukture imenujemo tudi "možganski nagrajevalni sistem", *nucleus accumbens* pa možganski "nagrajevalni center". *Nucleus accumbens* se pri posredovanju ugodja povezuje s področjem *amygdala* (ki imata vlogo v modulaciji stresa in čustev), s čelno možgansko skorjo (predvsem je pomemben dorzolateralni prefrontalni korteks, kjer naj bi bil lociran "nagrajevalni" spomin) in z bazalnimi gangliji, ki imajo vlogo v ponavljajočih se načinih razmišljanja in vedenja (5). Z opisanimi strukturami se povezujejo tudi drugi sistemi: endokrini in sistem avtonomnega živčevja komunicirata po hipotalamusu in hipofizi. Videti je, da dražljaji iz okolja vplivajo na doživljanje ugodja po tej neuroendokrini osi. Če določeno vedenje pomeni nagrado, ugodje, ga človek toliko bolj ponavlja, ko je pod stresom.

Kako si razlagamo nastanek »navade«? Dražljaj, ki je lahko nepogojni (na primer psihoaktivna snov sama po sebi) ali pogojni (na primer okolje, družba, rekviziti, ki se povezujejo z uživanjem psihoaktivne snovi), se naključno poveže z določenim vedenjem (uživanjem te snovi). Če dražljaj vzbudi občutke ugodja, se verjetnost ponavljanja tega vedenja poveča. Tak dražljaj imenujemo ojačevalec (6). Pozitivno ojačevanje imenujemo proces, ko uživanje določene snovi zaradi občutkov nagrajenosti (ugodja) postane ponavljajoči se vzorec. Negativno ojačevanje imenujemo vedenje, ko se oseba z uporabo kake snovi nauči izogibati se vedenju, ki povzroča neprijetne občutke (stres, tesnobo). Ojačevanje torej pomeni, da nagrajevalni dražljaj (na primer psihoaktivna snov, ki vnese občutek evforije ali olajša neprijetno stanje) poveča verjetnost vedenjskega odziva (oseba bo torej spet zaužila to snov). Druge oblike vedenja, ki niso povezane z rabo psihoaktivnih

snovi, sicer ne vzbudijo tako intenzivnih nevrotransmitorskih sprememb v možganih, kot se pri sindromu odvisnosti od psihoaktivnih snovi, pač pa si na identičen način razlagamo njihovo avtomatizirano izvajanje – včasih so temu ljudje upravičeno rekli »navada je železna srajca«.

Zato je tudi tako zelo pomembno, da že otrok pridobi zdrave navade in da se z njimi nauči doživljati ugodje – ker je bolj verjetno, da jih bo obdržal kot odrasel. Seveda pa vsi, ki delamo z ljudmi v klinični in neklinični populaciji, vemo, da se poleg odpora in nedostopnosti za spremembe pri mnogih razvije odločitev za korenito spremembo življenjskega sloga. Človek je namreč zaradi psihološkega doživljanja in človeškega medosebnega vplivanja zmožen obvladati in tudi spremeniti svojo možgansko nevrobiologijo. V zadnjem desetletju je vedno bolj znano, da je značilnost možganov dokajšnja nevroplastičnost, da tudi človeški geni niso nekaj statičnega, ampak da se odzivajo na dražljaje iz okolja (kar se imenuje ekspresija genov): nevroplastičnost pomeni zmožnost možganov za ustvarjanje novih sinaptičnih povezav – te pa nastajajo, če iz okolja prihajajo drugačni dražljaji (7). Nerodno pa je, da nevroplastičnost pomeni možnost spremembe na boljše – ko se je treba potruditi in spremeniti življenjski slog in s tem natrenirati možganske poti za novo avtomatično vedenje – ali pa na slabše, ko zaradi vplivov okolja nevrone potje dopuščajo kako slabo ravnanje kot avtomatizem. Tako lahko nekdanji športniki začnejo živeti "sedeče", z relativno zdrave prehrane marsikdo preide k bolj tvegani ipd. Pogosto torej ni treba iskati poglobljenih psiholoških razlogov za nezdrav življenjski stil – preprosto je za določeno obdobje enostavnejši in prinaša ugodje. Žal je to, če človek nima velike sreče s svojimi geni, relativno kratkoročna strategija. Poudariti pa je treba, da pri preoblikovanju navad ne gre samo za »moč značaja«, ampak tudi za resne ovire na ravni biologije, posebej če se je razvilo vedenje v smislu zasvojenosti.

KAKO UVESTI IN KAKO OBRŽATI SPREMEMBO DEJAVNIKOV TVEGANJA

Človeški možgani imajo močno tendenco, da čim več funkcij opravljajo na »avtomatičnem pilotu« – kako bi sicer procesirali izjemno število hkratnih informacij, ki jih ves čas dobivajo iz telesa in iz okolja. Lahko se zgodi, da na določene dražljaje iz okolja človek odreagira z ugodno spremembo, ki je ni zavestno načrtoval. Praviloma pa do spremembe navad v smeri ohranjanja zdravja ali v smeri obvladovanja bolezni pripelje zavestna odločitev. Spremembe same ni tako težko začeti, mnogo zahtevnejša naloga je to spremembo vzdrževati. Kot je bilo razloženo v prejšnjem poglavju, se tudi možganska nevrobiologija nagiba k ponavljanju že utrjenega vedenja. Spreme-

njene navade namreč vsaj v začetku vzbujajo nelagodje in so potrebni tehtni razlogi za vztrajanje.

Ugodje, ki se oblikuje v možganih, ima namreč pomembno funkcijo: človeka motivira za akcijo (zdravo ali škodljivo). Ljudje na srečo pretežno nismo sužnji takojšnjih zadovoljitev, ampak imamo tudi velike sposobnosti za odlaganje in preoblikovanje teh teženj. Za odrekanje (nezdravemu) ugodju moramo biti ustrezno motivirani. Eden od temeljnih izvorov motivacije naj bi bilo izogibanje občutku razdvojenosti (ambivalence) glede kakega cilja (na primer razkorak med željo, da bi nadaljevali škodljivo vedenje zaradi a) »nagrajevalnih« učinkov ali b) ker se želimo izogniti neprijetnemu stanju, ki sledi odpovedi takemu vedenju ob hkratnem zavedanju škodljivosti le-tega (8). Proces razmišljanja o prekinitvi določenega nezdravega vedenja se praviloma začne z uvajanjem ambivalence (razdvojenosti): tako na primer človek ve, da nekaj ni zdravo, pa ima to zelo rad; ali ve, da je nekaj škodljivo, pa nima moči za spremembo. To razdvojenost lahko reši na razne načine, ki so lahko v končnem učinku škodljivi ali koristni. Za zdravje škodljiva razrešitev razdvojenosti je na primer oblikovanje nezrelih psiholoških obramb: (zunajzavestno) zanikanje verjetnosti škode, izrinjanjanje morebitnih občutkov ogroženosti, spregled informacij o negativnih učinkih vedenja ipd. S tem se človek počuti pomirjenega in nadaljuje škodljivo vedenje.

Lahko povzamemo, da človeška nevrobiologija in psihologija hkrati delujeta v smer proti spremembam, da pa čustvena energija (ki pomeni motivacijo) oziroma kakšni drugi psihološki aspekti človeka opremljajo za spremembo. Prochaska in DiClemente sta leta 1992 postavila transteoretični model, kako ljudje spreminjamo svoje vedenje (9); z modelom sta opisala proces spreminjanja odvisniškega vedenja, vendar se model uporablja za razlago vseh utrjenih vedenjskih vzorcev oziroma za obvladovanje kroničnih bolezni. V tem modelu gredo posamezniki skozi več stopenj. V prvi stopnji (»prekontemplacija«) še ne razmišljajo o spremembah in probleme večinoma zanikajo; morda zato, ker še sploh nikoli niso razmišljali o svoji situaciji ali pa so že vse premislili in so se odločili, da se ne bodo spremenili. Včasih imajo morda občutek, da se želijo spremeniti, a se za realizacijo teh sprememb ne počutijo dovolj sposobne. Druga stopnja je »kontemplacija«: ljudje razmišljajo o spremembah, a se zanje še ne odločijo. Vidijo svoje probleme ter razmišljajo o možnostih in tveganjih, ki jih prinašajo spremembe dosedanjega vedenja. Ne vedo, kaj naj storijo. Ugotavljajo dobre in ne tako dobre stvari v dani situaciji in prav tako po morebitni spremembi. Pravzaprav hkrati želijo oboje – spremembe in isto stanje, kar pa lahko povzroči zmedenost in občutek pritiska med dvema opcijama (to je stanje ambivalence, razdvojenosti). Tretja stopnja je »priprava«. Na tej stopnji načrtujejo spremembe vedenja – gre za odločitve za spremembo. Dobijo občutek, da so razlogi za spremembe premagali razloge za ne-spremembe. Na tej stopnji premišljujejo, kako bi

se spremenili, načrtujejo, kako bi prekinili staro vedenje in začeli novo, bolj konstruktivno. Četrta stopnja je »akcija«: ljudje dejansko začnejo spreminjati vedenje in poskušajo nove načine obnašanja. Na tej stopnji drugim pogosto povedo, kaj se dogaja in iščejo pri njih podporo. Peta stopnja je »vzdrževanje« ali stopnja trajnih sprememb. Na tej stopnji spreminjajo način življenja z namenom vzdrževati novo vedenje oziroma spremembe. Idealna pot je neposreden prehod iz ene stopnje v drugo, ki pa je verjetno redka; za mnoge ta proces obsega več zdrsov. Najpomembnejše je, da jih ob »zdrsih« ne zagrabi panika oziroma ne izgubijo upanja za spremembo. Ljudje v takem obdobju potrebujejo spodbudo, da tudi večkrat ponovijo krog spreminjanja (10).

SPOLNA IDENTITETA MOŠKIH KOT OVIRA ZA PREVENTIVNE STRATEGIJE

V zadnjih trideset letih se je močno spremenilo razumevanje vpliva spola na človeško funkcioniranje, od začetka osemdesetih prejšnjega stoletja pa se teoretična dognanja uvajajo v klinično uporabo. Razlike med spoloma v psihosocialnem funkcioniranju so menda naslednje: v načinu verbalne in neverbalne komunikacije, v percepciji intimnosti (moški se v razvijanju spolne identitete naučijo videti bolj ločene od drugih kot ženske), v percepciji avtonomnosti, v definiciji in izkušanju uspeha in dosežkov in v oblikovanju moralnih zaključkov (moški stil bolj sloni na pravilih in pravičnosti, ženske se bolj odločajo po medosebnih odnosih in s pozicije skrbi za druge) (11).

Moške socializiramo, vzgajamo tako, da morajo veljati za »trde«; in ko so bolni ali kakor koli ranljivi, se bistveno dlje izogibajo iskanju pomoči (2): moški med 40. in 50. letom imajo več resnih bolezni kot ženske istih let, mlajši moški živijo z bistveno večjim tveganjem, da umrejo zaradi nezgod, tendenca moških, da stres internalizirajo (ne razpravljajo /ruminirajo/ o tem kot ženske) jim veča tveganje za samomor, srčna obolenja in bolezni v povezavi s kajenjem in škodljivo rabo alkohola. Videti je celo, da je preživetje raka pri moških manjše kot pri ženskah vsaj delno tudi zaradi njihovega prepoznega iskanja pomoči. Celotna družba sama se vede v skladu z moškimi stereotipi: do devetdesetih let prejšnjega stoletja ni bilo kampanj v zvezi z rakom prostate, ki bi bile analogne kampanjam v zvezi z »ženskimi« rakom dojke. Možno je, da se kljub tako slabim kazalcem zdravja pri moških nismo usmerjali vanje kot posebno subpopulacijo, da ne bi bili »politično neko-rektni« oziroma da ne bi bilo videti, da še bolj poglobljamo patriarhalna neravnovesja (2). Moški so torej zaradi svojega višjega socialnega statusa oziroma zaradi boljše možnosti uveljavitve v javnem življenju ostali prikrajšani na področju zdravja.

Skrb za zdravje se tradicionalno veže na žensko vlogo. Pogosto se zgodi, da ženske prve prevzamejo skrb ne samo zase in za otroke, ampak tudi za zdravje moških. Zdravstveno tveganje je pomembno večje pri samskih moških: v tradicionalnih šalah velja zakon oziroma družina kot breme za moške, v resnici pa jim je zakonsko življenje v zdravstveno korist (nasprotno pa je zakonsko življenje večji stres za ženske) (12). Moški, ki se pretirano držijo družbenih norm o tradicionalni »možatosti«, sodijo v podskupino z zvečano umrljivostjo. Seveda so mnogi moški zaskrbljeni za svoje zdravje, toda dokler verjamejo, da so njihovi vrstniki nezaskrbljeni, je verjetnost, da bodo ustrezno poskrbeli za svoje zdravstvene potrebe, manjša.

POSEBNOSTI DEJAVNIKOV TVEGANJA PRI MOŠKIH

Za ženske velja, da imajo bolj zdrave prehranjevalne navade kot moški in da so tudi dosti bolj informirane (13). S preventivo raka je med drugim povezana tudi prehrana; osnovno priporočilo je več sadja in zelenjave v dnevni prehrani, kar velja za »nemoški« tip prehranjevanja. V prospektivni kohortni študiji so pokazali, da pri moških povečanje telesne aktivnosti najbolj prispeva k dolgotrajni izgubi telesne teže (14). Ravno na področju spodbujanja k redni telesni vadbi se tako lahko pokažejo največje preventivne možnosti, ker redna telesna vadba ni kontradiktorna moški identiteti.

Zanimivo pa je, da so moški lahko uspešnejši kot ženske pri opuščanju škodljivih vedenj. Ko se končno odločijo, so praviloma uspešnejši pri opuščanju kajenja in tudi pri hujšanju (kjer jim je nekoliko v prid tudi hitrejša redukcija telesne teže zaradi siceršnjega hormonsko pogojenega manjšega dela maščobnega tkiva). Ženske naj bi bile pri opuščanju kajenja manj učinkovite zaradi odločitve pod večjim čustvenim pritiskom (ponavadi to od njih zahtevajo bližnji), zaradi strahu pred rejenjem, manjšega zaupanja v lastne zmožnosti in zaradi večje odvisnosti od ritualov, povezanih s kajenjem (15). Torej se pri opuščanju kajenja moški stereotipi izkažejo za uspešne; moški se menda za opustitev kajenja odločajo racionalneje in zato lažje vzdržujejo odločitev; manj so tudi odvisni od ritualov kajenja.

Za moške pa je izjemno škodljiv socialno izrazito sprejemljiv lik pivca alkohola v slovenski kulturi. Samo pitje alkohola ni nujno dejavnik tveganja za nastanek raka, ampak se pitje določene vrste alkohola – vina – v študijah lahko izkaže celo kot del prispevka k nižji umrljivosti zaradi raka (16). Predvsem rdeče vino vsebuje zaščitne snovi – naravne antioksidante – flavonoide. Te snovi so tudi v grozdnem soku, sadju, zelenjavi ter zelenem in črnem čaju. Možno je, da uživanje vina (v netveganih količinah) ne prispeva k zdravju toliko zaradi flavonoidov, ampak zaradi določenega celotnega življenjskega stila (»mediteranski tip«). Sicer za povezavo med alkoholom in umrljivostjo velja »krivulja J«. V Sloveniji povezovanje čezmernega pitja alkoholnih

pijač s spolom kaže, da je odstotni delež čezmernih pivcev kar štirikrat večji pri moških kot pri ženskah, delež abstinentk pa je enkrat večji kot abstinentov. Tudi glede alkoholnega opijanja je odstotni delež pri moških skoraj enkrat večji kot pri ženskah (17). Žal v slovenski kulturi še vedno velja, da je čezmerno pitje alkohola in opijanje znamenje možatosti, neodvisnosti. Podoben problem imajo tudi druge pivske kulture, na primer irska. Avtorji preventivnega programa so za zmanjševanje tveganja ponudili zgled, uporabljen pri kajenju (18): bolj ko kajenje velja za socialno nezaželeno, bolj upada delež nekadilcev v družbi. Spreminjanje odnosa do tveganega uživanja alkohola bi zelo verjetno zmanjšalo tudi zdravstvene posledice.

NEKAJ IDEJ O PROMOCIJI MANJ TVEGANEGA ŽIVLJENJSKEGA STILA MOŠKIH

Če naj bo bolje poskrbljeno za zdravje objektivno bolj ogrožene skupine ljudi – moških, je treba spremeniti nekatere socialne norme o spolnih vlogah. Androginija je študija spolov, ki poudarja njuno podobnost, ne pa zgolj razlike. Precejšen del razlik med spoloma lahko pripišemo stereotipom, ki jih ima vsaka sodobna kultura, in niso samo objektivna posledica bioloških dejavnikov. »Moško« in »žensko« vedenje je predvsem priučena socialna vloga (in pri učenju teh stereotipov sodelujemo tako moški kot ženske). T.i. visoko spolno diferencirano (tipizirano, streeotipno) vedenje je lahko »psihološko nezdravo«. Bolj zdravo je menda vedenje, ki kombinira različne psihološke značilnosti obeh spolov. Tovrstno vedenje, poimenovano kot androgino, zagotavlja tudi širše »polje svobode«, saj v različnih okoliščinah omogoča večjo izbiro vedenj (1). Moškim tako dopušča razpon od »tipičnega možatega vedenja« do vloge ranljivega človeka, kadar bi potrebovali pomoč. Dialog o »pravi moškosti« bi lahko pokazal, da ta pojem ni nekaj enovitega, ampak da se moškost lahko kaže na različne načine (19). Pri iskanju zdravniške pomoči moške posebno hudo ovira strah (da bo diagnosticirana resna bolezen, da bodo napoteni v bolnišnico, da jim bodo pregledali intimne predele ipd.): ne gre toliko za strah sam, posebna ovira je njihovo nesprejemanje strahu kot popolnoma normalnega dela obvladovanja bolezni (18). Ena od možnosti za uvedbo sprememb v družbi glede iskanja zdravstvene pomoči moških je tudi promocija takega vedenja z ustreznimi modeli; zgled bi lahko postavili znani športniki in tudi moški zdravniki. Pri preventivnem delu smo praviloma preveč optimistični glede uspešnosti tiskanega informativnega materiala, posebej pri moški populaciji (20). Več upanja, da bodo zanimivi tudi za moške, dajejo novi mediji. Pri preventivnem delu glede raka prostate so ugotovili, da so bila stereotipna prepričanja o moškosti ovira moškim pri interakciji z zdravniki, uporabi zdravstvene službe in razmišljanju o kakovosti življenja. Internetna informacija je menda dobra možnost za premagovanje teh ovir in zato eden od načinov izboljšane promocije moš-

kega reproduktivnega zdravja (21). Za moške je v preventivnem delu in v zdravljenju odbijajoč tip komunikacije, ki poudarja nemoč in patologijo; pozitivneje se odzovejo na pristop, ki je usmerjen na poudarjanje virov lastnih moči in zavzetosti pri obvladovanju dejavnikov tveganja.

LITERATURA

1. Smith JA. Beyond masculine stereotypes: Moving men's health promotion forward in Australia. *Health Promot J Austr* 2007; 18 (1): 20–5.
2. Rafuse J. Men's attitudes about seeking health care may put them at risk. *Can Med Assoc J* 1993; 149 (3): 329–30.
3. Courtenay WH. Engendering Health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviours. *Psychol Men Masculin* 2000; 1: 4–15.
4. Austoker J. Cancer prevention in primary care cancer prevention: Setting the scene. *BMJ* 1994; 308: 1415–20.
5. Anton RF. What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol Res Health* 1999; 23 (3): 165–73.
6. Tutorial. Alcohol, the brain, and behavior. Mechanisms of addiction. *Alcohol Res Health* 2000; 24 (1): 12–5.
7. Gabbard GO. The impact of psychotherapy on the brain. *Psychiatric Times* 1998; 15: 1–26.
8. Kremers SP, Mudde AN, de Vries H. Subtypes within the precontemplation stage of adolescent smoking acquisition. *Addict Behav* 2001; 26 (2): 237–51.
9. DiClemente CC, Bellino LE, Neavins T. Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Res Health* 1999; 23 (2): 86–92.
10. Boben-Bardutzky D. Motivacija in motivacijski postopki v obravnavi sindroma odvisnosti od alkohola. In: Čebašek-Travnik Z, Rus Makovec M, editors. *Osnove zdravljenje odvisnosti od alkohola. Učbenik in smernice za delo*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 2004.
11. Rabin C. *Equal partners – good friends*. London: Routledge, 1996.
12. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being. *Soc Sci Med* 50 (10): 1385–1401.
13. Barefoot JC, Gronbak M, Feaganes JR, McPherson S, Williams RB, Siegler I. Alcoholic beverage preference, diet, and health habits in the UNC Alumni Heart Study. *Am J Clin Nutr* 2002; 76 (2): 466–72.
14. Coakley EH, Rimm EB, Colditz G, Kawachi I, Willett W. Predictors of weight change in men: Results from the health professionals follow-up study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1988; 22 (2): 89–96.
15. Rus-Makovec M, Tumpej JU. Ali ženske težje opustijo kajenje kot moški? In: Štabuc B, editor. *Kajenje in rak pri ženskah*. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku [etc.], 2001, 42–8.
16. Gronbak M, Becker U, Johansen D. Type of alcohol consumed and mortality from all causes, coronary heart disease, and cancer. *Ann Intern Med* 2000; 133: 411–9.
17. Čebašek-Travnik Z, Hovnik Keršmanc M. Pivske navade pri Slovencih. In: Štabuc B, editor. *Prehrana in rak. VIII. seminar »In memoriam dr. Dušana Reje«*. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2000: 33–41.
18. Richardson N. *Getting inside men's health*. Health Promotion Department, South Eastern Health Board, 2004.

19. Gough B. Real men don't diet: An analysis of contemporary newspaper representations of men, food and health. *Soc Sci Med* 2007; 64: 326–37.
20. Meillier LK, Lund AB, Kok G. Reactions to health education among men. *Health Education Res* 1996; 11 (1): 107–15.
21. Ilic D, Risbridger GP, Green S. The informed man: Attitudes and information needs on prostate cancer screening. *J Men's Health Gender* 2005; 2 (4): 414–20.