

MITI O PLJUČNEM RAKU

**pred. mag. Albina Bobnar, viš. med. ses.,
prof. defek.**

Univerza Ljubljana, Zdravstvena fakulteta
albina.bobnar@zf.uni-lj.si

IZVLEČEK

Obstaja več mitov o pljučnem raku, ki lahko umsko in čustveno tako prevzamejo ljudi, da je preprečevanje in zdravljenje te vrste raka manj učinkovito. Vsak od teh mitov podpira pozitivne, a nerealne predstave o pljučnem raku, ki med ljudmi povzročajo negotovost. Na to v veliki meri vpliva kultura zdravja; zdrav življenjski slog, ki se morda ne ujema s socialno in ekonomsko situacijo za določeno skupino ljudi. V takem okolju se pojavijo vzorci odlašanja s spremembami, ker imajo ljudje različne predstave o raku. V prispevku so prikazane take predstave kot miti, ki so še vedno sinonim za trpljenje in smrt zaradi „krivde žrtev“, ki kadijo. Predstavljenih je sedem značilnih mitov o pljučnem raku v slovenskem kulturnem okolju: mit o kadilcih, razlike o pljučnem raku med spoloma ter med starostnimi skupinami, onesnaženostjo zraka in cigaretnim dimom, opustitvi kajenja in prognozo ter učinki zdravljenja, smrtjo in preživetjem. Bolnik lahko prepreči fatalističen odnos in druge integrirane obstoječe kulturne značilnosti v obliki mitov o pljučnem raku, če izhaja iz tega, da ima priložnost spreminjati svoje vedenje in ideje v zvezi s premagovanjem problemov, ki jih ima zaradi te bolezni.

Ključne besede: kulturne spremembe, bolezensko vedenje, biomedicinski ali laični odnos do pljučnega raka, stigmatizacija.

UVOD

Bolezen je življenjsko obdobje, v katerem se človek boji, da mu niso več zagotovljeni običajni zakoni obstoja, in je tudi vzrok za bojazen, da se spopada še s posebnimi strahovi, anksioznostjo, jezo ali celo tabuji (Cazeneuve, 1986). Pri bolnikih se pojavi posebno bolezensko vedenje oziroma način doživljanja, izkušanja, ocenjevanja in prevzemanja odgovornosti za svoje

zdravstveno stanje (Pilowsky, 1997). Zaradi tega se bolan človek razlikuje od zdravega fizično, socialno, čustveno, kognitivno in tudi v tem, kako razume informacije ter kako zna s tem bremenom kakovostno živeti (Surbone in Zwitter, 1997).

V sodobni holistični kulturi prevladuje domneva, da si vsi želijo ozdraveti, vendar je to lahko tudi zavajajoče. Bolezen je lahko za nekoga močno sredstvo, s katerim pridobi pozornost, ki je drugače ne bi. Zaradi bolezni je morda potrebno spremeniti način življenja, kar je zastrašujoče, saj se ljudje sprememb bojijo bolj kot bolezni. Tako se pojavi vzorec odlašanja s spremembami, ki bi se jih morali lotiti. Definicija nenavadnega 'bolezenskega vedenja' se nanaša na potrebe po upoštevanju kulturnih faktorjev, glede postavljene diagnoze ter različnih načinov vpliva na razumevanje raka med ljudmi. Ljudje imajo lahko različne predstave o zbolevanju za rakom, ki se ohranjajo, in ustvarjajo določene občutke, želje ter potrebe v objektivnem življenju (Dein, 2004).

Obstajata dva velika interesna področja kulture, ki vplivata na bolezensko vedenje. Prvo je različno kulturno pojmovanje bolezni in procesa zdravljenja, drugo pa etničnost. V klinični praksi se rada pojavi stereotipnost, ki poskuša bolnike sinkretizirati. Zaradi tega je potrebno pazljivo opazovanje vsakega posameznega primera, ugotoviti, kaj bolniki želijo in ne preprosto domnevati, da bolj ekspresivna neverbalna komunikacija reflektira kulturne tendence neke vrste. Zdravstvene službe bi morale zagotoviti zadovoljivo interpretacijo in kulturno posredovanje pomenov prenesti v okvirih bolnikove kulture in njegovih pričakovanj v zvezi s preprečevanjem in zdravljenjem bolezni (Pilowsky, 1997).

Tak način razmišljanja vpliva na čustven odnos do raka in življenjski slog prizadetih v smislu preprečevanja in zdravljenja raka. V nadaljevanju so zato predstavljeni miti o raku oziroma pljučnem raku, ki je po incidenci med vsemi raki na tretjem mestu in na prvem mestu po smrtnosti pri obeh spolih skupaj ter pri moških (Rak, 2011). Obstaja več mitov o pljučnem raku, ki lahko umsko in čustveno tako prevzamejo ljudi, da je preprečevanje in zdravljenje te vrste raka manj učinkovito (Eldridge, 2011). Vsak od teh mitov podpira pozitivne, a nerealne predstave o pljučnem raku, ki med ljudmi povzročajo negotovost. Ti vzorci razmišljanja so tako močni, ker so upanja in optimistična prepričanja usmerjena v prihodnost, v možnosti, medtem ko je pljučni rak realnost, miti, ki ga podpirajo, pa so v sedanjosti. Preprečevanje z nekajenjem in sodobno zdravljenje sta še vedno neoprijemljiva, pljučni rak pa se vidi in prizadeti ga občutijo (Myss, 2008).

MITI O PLJUČNEM RAKU

V življenju se ljudje srečujejo s pljučnim rakom v različnih fazah – osebno, prek prijateljev, znancev ali medijev. To je bolezen z velikim učinkom na vsak življenjski aspekt, tj. fizični, psihični, socialni in duhovni. Glavni vzrok za to je, da je kljub izboljšanim načinom zdravljenja še vedno sinonim za trpljenje in smrt. Mnogo negotovosti ostaja tudi zaradi narave pljučnega raka in vzrokov ter metod za preprečevanje in zdravljenje. Zaradi take negotovosti so nastala različna mnenja o pljučnem raku, ki ne razkrivajo resnice. To so dejansko predstave ali miti, ki se širijo ustno in/ali pisno, iz generacije v generacijo. Avtorji so neznani, njihova vsebina pa se spreminja glede na strahove, povezane s pljučnim rakom, ki so odraz kulturne razlage zdravja in zdravega življenjskega sloga v določenem okolju. Vse to naj ne bi bilo povezano s socialno in ekonomsko situacijo, toda raziskovalci ugotavljajo, da to veliko bolj vpliva na odnos do raka kot določen način življenja (Dein, 2004; Olasoji et al., 2008; Waller et al., 2009; Nahleh et al., 2011; McGarvey, Brenin, 2005).

Dein (2004) pojasnjuje vzorce o raku kot laična prepričanja in odnose, ki se v različnih kulturnih skupinah oprijemajo podatkov, ki so objavljeni v medijih. Odnos do raka v razvitem svetu je različen zaradi čustvenih (zaskrbljenost, strah pred diagnozo, stiska, neprijeten občutek ob razlagi simptomov, depresivnost, anksioznost, fobije), praktičnih (nerazumevanje jezika, težave z zdravstvenim zavarovanjem, preobremenjenost z drugimi skrbmi, pomanjkanje časa, težave s transportom) ovir in profesionalnih služb (slaba dostopnost zdravstvenih služb, jemanje časa zdravniku, zdravnik težko govori o raku) (Waller et al., 2009). Zato je v teh primerih zelo pomembno, da zdravstveni profesionalci znajo pridobiti podatke in se pogovarjati z bolniki in njihovimi družinskimi člani o specifičnih problemih, ki jih imajo zaradi raka (Dean, 2004). Na različna prepričanja o raku vplivajo tudi starost, izobrazba, spol, prehrana, navade, socialno-ekonomski status, vrsta raka in fatalističen odnos (Dein, 2004; McGarvey, Brenin, 2005; Nahleh et al., 2011). V deželah v razvoju pa si razlagajo vzroke za nastanek raka in zdravljenje na osnovi hudobnih duhov in duhovnega prepričanja njihovih prednikov ali kot „željo Boga“. Posledice takih prepričanj so mnenja, da je rak neozdravljiva bolezen, ki povzroča trpljenje in bolečino, ter uveljavljanje tradicionalnega zdravljenja namesto konvencionalnega (Olasoji et al., 2008).

Prepričanja o raku lahko določajo spoznanja o rizičnih faktorjih za nastanek raka in imajo posledično bistven vpliv na življenjski stil (kajenje, zdrava prehrana, gibanje, vzdrževanje telesne teže, izogibanje izpostavljenosti kancerogenom), sodelovanje v presejalnih programih, odločanje za zdravljenje, odnos zdravnik–bolnik in čustven odgovor na bolezen ter zdravstvene

delavce, ki delajo z bolniki z rakom. Pri tem so pomembne razlike med pomanjkanjem biomedicinskega znanja in laičnimi prepričanji. Zaradi tega nekdo morda slabo razume dejavnike, ki povzročajo raka, ali bolj verjame v laična prepričanja, ki se razlikujejo od biomedicinskega razumevanja.

Pridobivanje razlag o mitih in pljučnem raku

Prepričanja o pljučnem raku je v veliki večini mogoče pridobiti na dva načina: s strukturiranimi ali etnografskimi intervjuji (Dein, 2004). Mnogi intervjuji so nastali zaradi merjenja prepričanj o raku, vključno s socialno-ekonomsko prizadetimi v Ameriki (Loehrer et al., 1991), etničnimi manjšinami v Angliji (Waller et al., 2011), turško populacijo (Turhal et al., 2010), na osnovi vprašanj o znanju, odnosu do raka in prepričanj, preventivi in zdravljenju znotraj starostnih in etničnih skupin. Tak način raziskovanja je hiter in enostaven za pridobitev podatkov, ki jih je mogoče analizirati z rutinskimi statističnimi metodami. V etnografskih intervjujih pa raziskovalci pridobivajo podatke bolj poglobljeno, ker je njihov pristop „emski“ (od znotraj, iz subjektivne perspektive) in ne poskušajo doseči nobenih predhodnih domnev in etnocentričnih pogledov. Poskušajo ugotoviti, kako intervjuvanci razumejo bolezen – bistveno je razumevanje razvoja individualnih prepričanj ter razumevanje besed kot jih vidi oziroma razume intervjuvanec (Sensky, 1996).

Na osnovi takih raziskovanj so predstavljene določene značilnosti o posameznih boleznih in med njimi je tudi pljučni rak. Iz epidemioloških podatkov izvemo, kako pogosto se pljučni rak pojavlja (v Sloveniji je bilo leta 2008 kar 1214 obolelih), kakšna je incidenca glede na spol (pri obeh spolih je na 3. mestu, pri moških stabilna, pri ženskah narašča) (Rak, 2011) in starost (vrh dosega med 70. in 75. letom) ter kateri je prevladujoč vzrok nastanka (začetek kajenja v zgodnji mladosti). Znani so tudi podatki o učinkih prenehanja in pasivnega kajenja, izpostavljenosti onesnaženemu okolju, uživanju prehranskih dodatkov (E-vitamina, selen, beta-karotena) ter umrljivosti zaradi pljučnega raka (v Sloveniji je leta 2008 umrlo 1082 obolelih) (Zwitter, 2009; Rak, 2011). Umrljivosti se ne da zmanjšati s sistematičnim presejanjem in zgodnjim odkrivanjem, zato ima slednje velik vpliv na doživetje raka pljuč, ki je sinonim za smrt. Najbolj viden znak ali stigma za to bolezen pa je kajenje. Raziskave kažejo, da velika večina bolnikov s pljučnim rakom kadi (LoConte et al., 2008) in ima občutek krivde ter sramu zaradi tega (Chapple, 2004), kar vpliva tudi na njihovo „bolezensko vedenje“. V nadaljevanju so na osnovi teh značilnosti opisani najbolj pogosti miti o pljučnem raku.

MIT – samo kadilci zbolijo za pljučnim rakom

Kot so ugotovili LoConte in sodelavci (2008), je (v primerjavi z bolnicami z rakom dojke in bolniki z rakom prostate) večina bolnikov s pljučnim rakom kadilcev in nekdanjih kadilcev. V povprečju ima 10 % ljudi obeh spolov in 20 % žensk s pljučnim rakom daljše življenje zaradi nekajenja (Eldridge, 2011). Ob koncu prejšnjega stoletja je zaradi pomanjkanja znanja o vzrokih za nastanek pljučnega raka mnogo bolnikov zanikalo ali ni vedelo, da je kajenje eden izmed največjih vzrokov zanj (Loehrer et al., 1991). Prihajalo je do nesoglasij z zdravstvenimi delavci in bolniki s pljučnim rakom, zlasti tistimi, ki so prenehali kaditi, in tistimi, ki nikoli niso kadili. Počutili so se neupravičeno krive zaradi te bolezni. Krivdo so zaradi neprimerne tobačne politike iskali pri proizvajalcih tobačnih izdelkov. Nekateri so skrivali bolezen pred okolico zaradi finančnih problemov ali potrebe po pomoči (Chapple et al., 2004).

Medtem ko se pri aktivnih in nekdanjih kadilcih bolj pogosto razvije pljučni rak kot pri nekadilcih, se pri slednjih lahko pojavi tudi zaradi drugih vzrokov. Tveganje za nastanek pljučnega raka pri nekadilcih predstavlja pasivno vdihavanje velikih količin cigaretnega dima, izpostavljenost sevanju ali industrijskim snovem (azbestu, radonu, težkim kovinam in njihovim spojinam, arzeniu, policikličnim ogljikovodikom, produktom izgorovanja naftnih derivatov), medicinskim virom in virom okolja ter onesnaženosti zraka (Zwitter, 2009). V povprečju se pljučni rak razvije pri 10–15 % nekadilcev in dve tretjini od teh je žensk (Subramanian et al., 2007). Bryant in Cerfolio (2007) sta ugotovila, da so nekadilci s pljučnim rakom bolj pogosto mlajše osebe, ženske, pri katerih se pljučni rak razvije iz slabo diferenciranih rakastih celic. Nekadilci imajo tudi večjo možnost preživetja od kadilcev, ki pokadijo več kot 20 škatel na leto. Tako lahko zaključimo, da kajenje ni edini vzrok za pljučnega raka, toda ko je postavljena diagnoza, je prognoza slaba. Zdravljenje pri kadilcih in nekadilcih je podobno, preživetje pa boljše pri nekadilcih, ker je pri njih boljši odziv na zdravljenje s citostatiki in tarčnimi zdravili. Pri tem je potrebno omeniti, da so biološki, hormonski in genetski vplivi še premalo raziskani, da bi lahko na osnovi tega pojasnili ta fenomen (Samet et al., 2009; Rudin et al., 2009).

MIT – več žensk umre za rakom dojke kot pljučnim rakom

Pljučni rak je na začetku tega stoletja postal najbolj pogost rak v nekaterih državah Evrope (Anglija, Poljska) (Radzikowska et al., 2002). Pojavlja se različno pri moških in ženskah, pri posameznih skupinah ljudi oziroma državah ter starejših in mlajših oseb. Eldridge (2011) po epidemioloških

podatkih iz Anglije omenja, da je skoraj polovico bolnikov s pljučnim rakom ženskega spola in da vsako leto umre več žensk zaradi pljučnega raka kot kateregakoli drugega raka. V Sloveniji je nekoliko drugače, saj je pljučni rak pri ženskah na 4. mestu po pogostosti in 3. mestu po umrljivosti (za rakom dojke ter širokega črevesja in danke). Leta 2008 je za pljučnim rakom zbolelo 275 žensk, za rakom dojke pa 400. Umrljivost žensk za pljučnim rakom je 11,6 %, za rakom dojke pa 16,9 % (Rak, 2011). Morda se tudi v Sloveniji približujemo situaciji, kot je v Angliji in na Poljskem, in to lahko pripišemo epidemiji kajenja pri ženskah, ker pogostost pljučnega raka pri ženskah strmo narašča (72-odstotni porast v 10-ih letih), pri moških pa je bolj ali manj stabilna (dvoodstotni porast v 10-ih letih) (Zwitter, 2009).

Čeprav je kajenje glavni vzrok za pljučnega raka pri ženskah, velik odstotek žensk s pljučnim rakom nikoli ni kadilo. Med vzroke pri njih se lahko prišteva izpostavljenost radonu v domačem okolju, pasivnemu kajenju, drugim okoljskim in profesionalnim izpostavljenostim ali genetski predispoziciji (Rudin et al., 2009). Nove raziskave pripisujejo vzrok tudi infekciji s humanim papiloma virusom (HPV) in vlogi hormonov (Samet et al., 2009). Pomembno vlogo pri razvoju in napredovanju pljučnega raka ima estrogen. Pri premenopavzalnih ženskah, kjer je funkcija jajčnikov prizadeta, je večje tveganje za pljučnega raka. Zdravljenje z estrogenom in progesteronom (nadomestno hormonsko zdravljenje) po menopavzi morda tudi poveča tveganje za umrljivost zaradi pljučnega raka, ne pa za zbolewnost (Chlebowski et al., 2009).

Radzikowska in sodelavci (2002) so zaključili, da je pljučni rak šestkrat bolj pogost pri moških kot pri ženskah in da so ženske ob postavitvi diagnoze mlajše ter da je med njimi manj kadilk. Ženske s pljučnim rakom imajo boljšo prognozo, kar gre morda pripisati razliki glede vrste raka (adenokarcinom pri ženskah, žlezni karcinom pri moških), stanja zmogljivosti, razširjenosti bolezni in zdravljenja. Razlogi za to še niso popolnoma jasni.

MIT – ničesar ni možno narediti za zmanjšanje tveganja za pljučnega raka

Nekajenje ali prenehanje kajenja lahko zelo zmanjša tveganje za zbolewnost za pljučnim rakom in prav tako nekatere manjše izpostavljenosti v okolju (npr. radonu, azbestu). Zmanjšanje izpostavljenosti drugim kancerogenom lahko zniža tveganje za nastanek pljučnega raka pri nekadilcih (Zwitter, 2009). Epidemiološke študije preprečevanja pljučnega raka pri kadilcih z uživanjem sadja in zelenjave, bogate z beta-karotenom in vitaminom E, so bile negativne.

Na Finskem so moški kadilci od 5 do 8 let uživali alfa tokoferol (50 mg na dan) ali beta karoten (20 mg na dan) ali oboje ali placebo. V tem času se pri njih ni zmanjšala incidenca pljučnega raka, nepričakovano pa je prehranski dodatek beta-karotena povečal tveganje (Heinonen et al., 1994).

Med splošnimi priporočili za preprečevanje tveganja za zbolewnost za rakom sta tudi zdrava prehrana (uživanje dovolj sadja in zelenjave) in telesna dejavnost (trikrat na teden, vsaj 30 minut). Kubik in sodelavci (2007) so ugotavljali, kakšna je interakcija med kajenjem in drugo izpostavljenostjo glede na tveganje za pljučnega raka pri ženskah. V raziskavo so vključili 569 žensk s pljučnim rakom in 2120 zdravih žensk. Preventivni učinek pri teh dveh skupinah so opazovali glede na kadilke in nekadilke, uživanje mlečnih izdelkov, zelenjave, jabolk, vina in telesno aktivnost. Ugotovili so, da je pozitiven učinek pri kadilkah, pri nekadilkah pa ima pozitiven učinek samo uživanje črnega čaja. Primerjava preventivnega učinka zdrave prehrane in telesne aktivnosti za pljučnega raka pri nekadilkah nasproti kadilkam je pokazala statistično pomemben učinek uživanja črnega čaja in mlečnih izdelkov. Učinek fizične dejavnosti pa je neopredeljen.

Pljučni rak je eden izmed večjih vzrokov smrti v razvitem svetu, zato je polovica ljudi prepričanih, da je mogoče z uživanjem prehranskih dodatkov preprečiti tveganje, vendar imajo premalo informacij o specifičnih učinkih teh snovi na tveganje za pljučnega raka. Multivitaminski dodatki, vitamina C in E ter folati ne zmanjšajo tveganja za nastanek pljučnega raka. Dolgotrajno uživanje prehranskega dodatka z visoko vsebnostjo vitamina E morda le malo poveča tveganje. Bolniki bi se morali zaradi tega vedno posvetovati z zdravnikom in drugimi odgovornimi profesionalci (Slatore et al., 2008).

Zaradi agresivne in heterogene narave pljučnega raka potekajo različne klinične raziskave, s pomočjo katerih bi ugotovili, katere diagnostične metode bi bile primerne za zgodnje odkrivanje pljučnega raka s presejalnimi testi. V ta namen se izvaja rentgensko slikanje pljuč, citološki pregled izpljunka in spiralno računalniško slikanje pljuč. Pri skupini prebivalstva z višjim tveganjem za pljučnega raka še z nobeno metodo ni uspelo zmanjšati smrtnosti pri tem raku, razen z nizkodoznim računalniškim slikanjem pljuč. Raziskovalci so potrdili, da tak način slikanja v nasprotju z rentgenskim slikanjem zmanjša umrljivost zaradi pljučnega raka (Aberle et al., 2011). Sistematično presejanje zaradi tega tudi ni upravičeno. Izjema so samo osebe s pljučnim rakom, pri katerih je bilo zdravljenje uspešno (Zwitter, 2009).

MIT – življenje v onesnaženem mestu je večje tveganje za raka pljuč kot 20 pokajenih cigaret na dan

Pri tem je potrebno najprej odgovoriti na vprašanje: Ali onesnaženje zraka povzroča pljučnega raka? Raziskave o geografskih razlikah kažejo, da se pljučni rak bolj pogosto pojavlja v urbanem okolju kot v ruralnem (Boffetta, 2006), vendar še ni povsem dokazano, ker so različni škodljivi faktorji prisotni v obeh okoljih (radon, klorirana voda, onesnaženo okolje; pesticidi, dioxin, elektromagnetno polje). Izpostavljenost onesnaženemu zraku se morda kaže s t. i. „oksidativnim stresom“ in poškodbo molekule DNA zaradi oksidiranega gvanina. To lahko povzroči proces kancerogeneze in razvoj raka (Moller et al., 2008).

Raziskave iz Amerike (Turner et al., 2011), Evrope (Raaschou Nielsen et al., 2010, 2011) in Azije (Yorifuji et al., 2010) predpostavljajo, da je onesnažen zrak zaradi prometa in izgorevanja premoga, nafte, lesa v manjši meri povezan s tveganjem za pljučnega raka. Evropska raziskava, ki je opazovala onesnaženost zraka v urbanem okolju pa predpostavlja, da bi tveganje za pljučnega raka lahko bilo višje, do 10,7 %, zaradi izpostavljenosti onesnaženemu zraku (Boffetta, 2006). Iz tega je razvidno, da je tveganje za pljučnega raka zaradi onesnaženosti zraka manjše v primerjavi s kajenjem.

MIT – bolnikom s pljučnim rakom se ne izplača opustiti kajenja

Opisani so trije razlogi za opustitev kajenja po diagnosticiranem pljučnem raku: povečan učinek kirurškega zdravljenja (Nakamura et al., 2008; Parsons et al., 2010), povečan učinek zdravljenja z obsevanjem (Rades et al. 2008) ter manjše tveganje za smrt zaradi drugih vzrokov (npr. sočasnih bolezni) (Nakamura et al., 2008; Parsons et al., 2010). Kajenje je pomemben dejavnik, ki zaradi kirurškega zdravljenja bolnika s pljučnim rakom negativno vpliva na pooperativno prognozo. Japonski raziskovalci so dokazali statistično pomembne razlike med petletnim preživetjem bolnikov s pljučnim rakom, ki niso kadili (56,2 %), bivšimi kadilci (40,9 %) in aktivnimi kadilci (34,0 %). Tudi vzroki smrti pri teh treh skupinah bolnikov so bili v povezavi s škodljivostjo kajenja ter drugimi boleznimi (metastaze v oddaljene organe, težave z dihanjem, srčno-žilne bolezni), ki so se pojavile pri bivših kadilcih in kadilcih (Nakamura et al., 2008).

Parsons in sodelavci (2010) so s pregledom kliničnih raziskav, ki so ugotavljale učinek opustitve kajenja pri bolnikih z zgodnjim stadijem pljučnega raka,

prikazali, da imajo le-ti izboljšano prognozo zaradi tega in s tem manjšo umrljivost. Ocenili so, da je učinek višji zaradi zmanjšanja napredovanja bolezni, ne prepreči pa se v tolikšni meri kardiorespiratornih vzrokov smrti, kot je drugače pričakovano. Opustitev kajenja potemtakem lahko pomaga bolniku pri boljšem obvladovanju zdravljenja pljučnega raka. Izboljša se uspeh kirurškega zdravljenja in tudi druga zdravljenja (obsevanje in sistemsko zdravljenje) so zaradi tega bolj učinkovita. Poleg teh prednosti pa se zaradi opustitve kajenja izboljša cirkulacija, zniža krvni tlak ter zmanjša tveganje za druge zdravstvene probleme in težave z dihanjem med zdravljenjem.

MIT – mladi ne zbolevajo za pljučnim rakom

Pljučni rak je bolj pogost pri starejših ljudeh, toda lahko se pojavi tudi pri mladih in celo otrocih (Eldridge, 2011). Za obliko pljučnega raka, bronhioalveolarnega raka, je celo značilno, da se pojavlja pri mladih ženskah, nekadilkah. Najbolj pogosto zbolevajo ljudje za pljučnim rakom okoli 70. leta starosti, v obdobju od leta 1975 do 1999 pa so obolevali okoli 66. leta (Fu et al., 2005). Povprečna starost zbolevanja se nekoliko razlikuje med spoloma. Ženske zbolijo približno dve leti mlajše kot moški in pogostejše v obdobju pojavitve pljučnega raka pred 50. letom starosti. Nobenega dvoma ni, da to ne bi pripisali porastu kajenja med ženskami. Domneva se, da razlike nastajajo zaradi razlik v metabolizmu tobaka pri ženskah, ki je kancerogen in njegovih metabolitov, učinka hormonskih sprememb in to vse skupaj povečuje njihovo dovzetnost za pljučnega raka. Medtem ko je incidenca pljučnega raka pri ženskah v Ameriki že dosegla vrh (Fu et al., 2005), pa se v Sloveniji pričakuje v naslednjih dveh desetletjih naraščanje števila prezgodnjih smrti zaradi kajenja (Zwitter, 2009).

MIT – imeti raka pljuč pomeni smrt

Preživetje bolnikov s pljučnim rakom zagotovo ni tako, kot bi si želeli. Mnogo bolnikov z diagnozo pljučnega raka in njihovi družinski člani želijo vedeti, kaj lahko pričakujejo v prihodnosti, in jim je težko reči, da približno 85 % bolnikov s pljučnim rakom v petih letih umre za to boleznijo. Vsak človek je drugačen, zato ni najbolj primerno, da se prizadetim posreduje statistične podatke o preživetju, umrljivosti in podobno. Preživetje pomeni razmerje med opazovanim preživetjem bolnikov z rakom in preživetjem, ki bi ga pričakovali pri enako stari skupini v določeni populaciji. Pri petletnem preživetju bolnikov s pljučnim rakom je to število ali odstotek bolnikov, ki so v izbranem obdobju od postavitve diagnoze še živi, ne glede na vzrok smrti (Rak, 2011).

V zadnjih 25-ih letih se preživetje ni bistveno izboljšalo, ker je za uspešno zdravljenje ključnega pomena odkritje pljučnega raka v začetnem stadiju (Henschke et al., 2006). Odstotek preživetja ne pove ničesar o tem, ali je pri nekom bolezen v začetnem stadiju ali napredovalem, ali so bila v opazovanem obdobju za zdravljenje uporabljena nova zdravila, ki bi morda izboljšala preživetje pri teh bolnikih. Pri večini ljudi je pljučni rak diagnosticiran, ko je bolezen v takem stadiju, da je možno kombinirano kirurško, obsevalno, citostatsko in novejša tarčno zdravljenje. Z novimi načini zdravljenja se povečuje tudi preživetje teh bolnikov. Toda tudi takrat, ko pljučni rak ni ozdravljiv, je še vedno možno podporno in simptomatsko zdravljenje. Pogosto se lahko z zdravljenjem ne samo podaljšuje življenje, temveč tudi pomaga lajšati simptome zaradi raka (Eldridge, 2011).

Preživetje bolnikov s pljučnim rakom pa ni odvisno samo od vrste raka, drobnoceličnega, ki ima hiter potek, in nedrobnoceličnega s počasnejšo rastjo ter stadija, kot je opisano. Na preživetje vpliva tudi zdravstveno stanje bolnika, ki se ga običajno ocenjuje z različnimi lestvicami stanja fizične zmogljivosti (lestvica zmogljivosti svetovne zdravstvene organizacije, lestvica Karnofsky) (Ando et al., 2001), starost (nad 70 let) in spremljajoče bolezni (bolezni pljuč, srca in žilja) (Debevec, 2007). Nekdo, ki je v dobrem fizičnem stanju, z dobro funkcijo pljuč, naj bi imel boljše preživetje kot nekdo v slabšem fizičnem stanju, s slabo funkcijo pljuč. Omenjeno je že, da imajo ženske z rakom pljuč višjo možnost preživetja v vseh stadijih bolezni (Fu et al., 2005) in da ima pozitiven vpliv tudi opustitev kajenja, pa četudi je to šele ob postavitvi diagnoze (Nakamura et al., 2008; Parsons et al., 2010). Leta 2008 je bilo v Sloveniji petletno preživetje pri ženskah z rakom pljuč 19-odstotno (pri moških pa 12-odstotno) (Rak, 2011).

Statistični podatki o preživetju bolnikov s pljučnim rakom so zaradi večplastnosti te bolezni lahko samo kot informacija o tem, kako uspešno je zdravljenje in kateremu področju v procesu obravnave bolnikov s pljučnim rakom je potrebno posvetiti več pozornosti.

NAMESTO ZAKLJUČKA

Mnogo bolnikov z rakom pljuč in njihovih svojcev, prijateljev se sooča z različnimi fizičnimi, socialnimi, psihičnimi in eksistencialnimi problemi, ki vplivajo na njihove odločitve glede izvajanja preventivnih pregledov, odločanja za zdravljenja, zdravega načina življenja ter izražanja poslednje življenjske volje oziroma pravice do kakovostnega življenja s to boleznijo. Posredni vpliv na te probleme ima kultura, kateri pripadajo posamezniki, saj prek nje

človeška vrsta rešuje probleme eksistence. Načini reševanja eksistencialnih problemov se rešujejo z mehanizmi spreminjanja, ki pospešujejo in zavirajo spremembe tako znotraj družbe kot med družbami.

Ko pomislimo na vse probleme, s katerimi se sooča bolnik z rakom pljuč danes, vidimo, da je večina teh rezultat kulturne prakse. Bolnik lahko prepreči fatalističen odnos in druge integrirane obstoječe kulturne značilnosti v obliki mitov o pljučnem raku, če izhaja iz tega, da ima priložnost spreminjati svoje vedenje in ideje v zvezi s premagovanjem problemov, ki jih ima zaradi te bolezni. Te priložnosti so: opustitev kajenja, zdrav življenjski slog, zgodnje odkrivanje pljučnega raka, dostopnost do informacij in zdravljenja ter novih zdravil, skrb za zdravo bivalno in poklicno okolje. Najbolj učinkovit način obvladovanja moči mitov je, da se bolniki z rakom pljuč zavedajo, da gre zgolj za prepričanje in ne nujno za dejstvo, čeprav lahko tudi drugi verjamejo vanj. Zaradi tega potrebujejo informacije o pljučnem raku, ki jih morajo dobiti od zdravstvenih delavcev, ki so dolžni pojasniti vse dvome o pljučnem raku, ki je eden izmed rakov, pri katerem je umrljivost največja. Ta rak je najpogostejši vzrok smrti med vsemi vrstami rakavih obolenj, vendar se kljub temu po zaslugi odkrivanja novih metod ugotavljanja in zdravljenja preživetje obolelih počasi podaljšuje. Zdravstveni delavci bi morali zavestno delati na tem, da bi se bolniki z rakom osvobodili navezanosti na vpliv mitov.

Pri tem je pomembno poudariti, da zdravstveni delavci ne bi "krivili žrtev" zaradi njihovih prepričanj, ker bolniki niso odgovorni za spreminjanje svojih prepričanj o pljučnem raku, ki so posledica biomedicinskega napredka. V tem primeru bi se morala biomedicinska znanost prilagoditi bolnikom s pljučnim rakom in njihovem odnosu do te bolezni v okviru kulture, iz katere izhajajo. Sprejemanje takega pristopa naj bi privedlo do možnosti izboljšanja kulturne pristojnosti zdravstvenih delavcev in podpornih oseb ter medijev, ki prepogosto stigmatizirajo te bolnike zaradi kajenja, zanemarjenosti in neprijetnega umiranja.

LITERATURA

- Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med*. 2011; 365(5): 395–409.
- Ando M, Ando Y, Hasegawa Y, Shimokata K, Minami H, Wakai K, Ohno Y, Sakai S. Prognostic value of performance status assessed by patients themselves, nurses, and oncologists in advanced non-small cell lung cancer. *Br J Cancer*. 2001; 85(11): 1634–9.
- Boffetta P. Human cancer from environmental pollutants: the epidemiological evidence. *Mutat res*. 2006; 608(2): 157–62.

- Bryant A, Cerfolio RJ. Differences in epidemiology, histology, and survival between cigarette smokers and never-smokers who develop non-small cell lung cancer. *Chest*. 2007; 132(1): 185–92.
- Cazeneuve J. Sociologija obreda. Ljubljana: ŠKUC, Filozofska fakulteta; 1986: 91.
- Chapple A, Zieband S, McPerson A. Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *BMJ*. 2004; 328(7454).
- Chlebowski RT, Schwartz AG, Wakelee H, Anderson GL, Stefanick ML, Manson JE, et al. Oestrogen plus progestin and lung cancer in postmenopausal women (Women's Health Initiative trial): a post-hoc analysis of a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009; 374(9697): 1243–51.
- Debevec L. Vpliv spremljajočih bolezni na preživetje bolnikov s pljučnim rakom. *Zdrav Vestn*. 2007; 76(1): 81–5.
- Dein S. Exploratory models of and attitudes towards cancer in different cultures. *Lancet Oncol*. 2004; 5(2): 119–24.
- Eldridge L. Top 10 Lung Cancer Myths. Common Misconceptions About Lung Cancer. About.com Guide. Medical Review Board. Dostopno na: <http://lungcancer.about.com/od/whatislungcancer/tp/lungcancermyths.htm> (14. 12. 2011).
- Fu BJ, Kau TY, Severson RK, Kalemkerian GP. Lung Cancer in Women: Analysis of the National Surveillance, Epidemiology, and End Results Database. *Chest*. 2005; 127(3): 768–77.
- Heinonen OP, Huttunen JK, Albanes D, Haapakosky J, Palmgren J, Pietinen P, et al. The effect of vitamin E and beta carotene on the incidence of lung cancer and other cancers in male smokers. *N Engl J Med*. 1994; 330(15): 1029–35.
- Henschke CI, Yankelevitz DF, Libby DM, Pasmantier MW, Smith JP, Miettinen OS. Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT Screening. *N Engl J Med*. 2006; 355(17):1763–71.
- Kubik A, Zatloukal P, Tomasek L, Pauk N, Havel L, Dolezal J, Plesko I. Interactions between smoking and other exposures associated with lung cancer risk in women. Diet and physical activity. *Neoplasma*. 2007; 54(1): 83–8.
- LoConte NK, Else Quest NM, Eickhoff J, Hyde J, Schiller JH. Assessment of guilt and shame in patients with non-small-cell lung cancer compared with patients with breast and prostate cancer. *Clin Lung Cancer*. 2008; 9(3): 171–8.
- Loehrer PJ, Greger HA, Weinberger M, Miller M, Nichols C, Bryan J, Higgs D, Brock D. Knowledge and Beliefs about cancer in a Socioeconomically Disadvantaged Population. *Cancer*. 1991; 68(7): 1665–71.
- McGarvey EL, Brenin DR. Myths about cancer might interfere with screening decisions. *Lancet*. 2005; 366(9487): 700–2.
- Moller P, Folkmann JK, Forchhammer L, Brauner EV, Danielsen PH, Risom L, Loft S. Air pollution, oxidative damage to DNA, and carcinogenesis. *Cancer Lett*. 2008; 266(1): 84–97.
- Myss C. Pet nitov o zdravljenju. Zakaj ljudje ne ozdravijo in kako bi lahko. Ljubljana: Iskanja; 2008: 41–61.
- Nahleh Z, Bhatti NS, Mal M. How to reduce your cancer risk: mechanisms and myths. *Inter J Gen Med*. 2011; 4: 277–87.

- Nakamura H, Haruki T, Adachi Y, Fujioka S, Miwa K, Taniguchi Y. Smoking Affects Prognosis After Lung Cancer Surgery. *Surg Today*. 2008; 38(3): 227–31.
- Olasoji HO, Ahmad B, Ligali T, Yahaya A. Explanatory models of and attitudes towards oral cancer in two nigerian ethnic groups: implications in treatment and preventive program. *Pakistan Oral & Dental Journal*. 2008; 28(1): 17–24.
- Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ*. 2010; 340: b5569. Dostopno na: <http://bmj.com> (5. 1. 2012).
- Pilowsky I. Abnormal Illness Behaviour: Cultural Issues and Abnormal Illness Behaviour. Chichester: John Wiley & Sons; 1997: 10–76.
- Rades D, Setter C, Schild SE, Dunst J. Effect of smoking during radiotherapy, respiratory insufficiency, and hemoglobin levels on outcome in patients irradiated for non-small-cell lung cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2008; 71(4): 1134–42.
- Radzikowska E, Glaz P, Roszkowski K. Lung cancer in women: age, smoking, histology, performance status, stage, initial treatment and survival. Population-based study of 20561 cases. *Ann Oncol*. 2002; 13(7): 1087–93.
- Raaschou Nielsen O, Bak H, Sorensen M, Jensen SS, Ketzel M, Hvidberg M, et al. Air pollution from traffic and risk for lung cancer in three Danish cohorts. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2010; 19(5): 1284–91.
- Raaschou Nielson O, Jovanovic Andersen Z, Hvidberg M, Solvang Jensen S, Ketzel M, Sorensen M, et al. Lung cancer Incidence and Long-Term Exposure to Air Pollution from traffic. *Environ Health Perspect*. 2011; 119: 860–5.
- Rak v Sloveniji 2008. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, register raka Republike Slovenije; 2011.
- Rudin CM, Avila Tang E, Harris CC, Herman JG, Hirsch FR, Pao W, Schwartz AG, Vahakangas KH, Samet JM. Lung cancer in never smokers: molecular profiles and therapeutic implications. *Clin Cancer Res*. 2009; 15(18): 5646–61.
- Samet JM, Avila tang E, Boffetta P, Hannan LM, Olivo Marston S, Thun MJ, Rudin CM. Lung cancer in never smokers: clinical epidemiology and environmental risk factors. *Clin Cancer Res*. 2009; 15(18): 5626–45.
- Sensky T. Enlisting lay beliefs across cultures: principles and methodology. *Br J Cancer*. 1996; 74(Suppl 29): 63–5.
- Slatore CG, Littman AJ, Au DH, Satia JA, White E. Long-Therm Use of Supplemental Multivitamins, Vitamin C, Vitamin E, and Folate Does Not Reduce the Risk of Lung Cancer. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008; 177: 524–30.
- Subramanian J, Velcheti V, Gao F, Govindan R. Presentation and stage-specific outcomes of lifelong never-smokers with non-smallcell lung cancer (NSCLC). *J Thorac Oncol*. 2007; 2(9): 827–30.
- Surbone A, Zwitter M. Communication with the cancer patient: Information and truth. New York: Annals of the New York Acad Sci; 1997.
- Turhal NS, Dane F, Ulus C, Sari S, Senturk N, Bingol D. Cancer-related false knowledge in relatives of cancer patients and the general public. *J Buon*. 2010; 15(2): 310–3.
- Turner MC, Krewski D, Pope CA, Chen Y, Gapstur SM, Thun MJ. Long-term Ambient

Fine Particulate Matter Air Pollution and Lung cancer in a Large Cohort of Never-Smokers. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011; 184(12): 1374–81.

- Waller J, Robb K, Stubbings S, Ramirez A, Macleod U, Austoker J, Hiom S, Wardle J. Awareness of cancer symptoms and anticipated help seeking among ethnic minority groups in England. *British J Cancer.* 2009; 101(S2): S24–S30.
- Yorifuji T, Kashima S, Tsuda T, Takao S, Suzuki E, Doi H, et al. Long-term exposure to traffic-related air pollution and mortality in Shizuoka, Japan. *Occup Environ Med.* 2010; 67(2): 111–7.
- Zwitter M. Tumorji torakalnih organov. In: Novaković S, Hočevar M, Jezeršek Novaković B, Strojan, P, Žgajnar J, eds. *Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka.* Ljubljana: Mladinska knjiga; 2009: 284–97.