Kiedy lekarz nie zgadza się z własnym zaleceniami?

15 kwietnia 2011

STANY ZJEDNOCZONE. Badania przeprowadzone na ok. tysiącu amerykańskich lekarzy dały zaskakujące rezultaty. Okazało się, że w wielu przypadkach, chorując dokładnie na to samo co pacjent, lekarz nie zastosowałby się do swoich własnych zaleceń z pracy i wybrałby dla siebie inną metodę terapii (Archives of Internal Medicine).

W ramach eksperymentu część lekarzy miała polecić coś choremu, a część wyobrazić sobie siebie w roli pacjenta z identyczną dolegliwością i dokonać wyboru metody terapii. Ku zaskoczeniu naukowców z Duke University oraz University of Michigan, gdy lekarzy poproszono, by postawili się na miejscu chorego, udzielali oni całkiem innych odpowiedzi niż w sytuacji przypominającej codzienne konsultacje dla pacjentów. Amerykanie uważają więc, że pacjent rozdarty między dwiema opcjami leczenia, który siedząc w gabinecie specjalisty, zada jedno z dwóch pytań: „Co powinienem/powinnam zrobić?" albo „Co zrobiłby Pan/zrobiłaby Pani na moim miejscu?", wcale nie uzyska takiej samej porady. We własnym przypadku lekarze wybierają terapie wiążące się z wyższym ryzykiem zgonu, ale w przypadku przeżycia oznaczającymi mniej efektów ubocznych, czyli większy dobrostan. W przypadku pacjentów medycy decydują się raczej na terapie skoncentrowane na przeżyciu z większą liczbą efektów ubocznych.

„Nasze badania wskazują, że ludzie odbierają życie z kolostomią lub bycie sparaliżowanym jako coś lepszego od śmierci. Z tej perspektywy właściwą decyzją jest zmniejszenie prawdopodobieństwa zgonu przy jednoczesnym podjęciu ryzyka wystąpienia skutków ubocznych" – tłumaczy prof. Peter Ubel. Emocje związane z poważnymi efektami ubocznymi odciągają pacjentów od właściwej decyzji, tymczasem wolny od wpływu

skutków ubocznych lekarz jest przeważnie w stanie wybrać dla pacjenta bardziej obiektywne zalecenia odnośnie do terapii. Doradzając pacjentom, lekarze mogą odsunąć na bok emocje. Gdy sami jednak stają się chorymi, emocje narastają. Innymi słowy, akt doradzania przywraca równowagę między uczuciami a rozumem.

Gdy w ramach badania lekarze mieli wybrać jedną z dwóch operacji raka jelita grubego, dwie piąte z 242 medyków zdecydowało się na zabieg chirurgiczny obarczony wyższym ryzykiem zgonu, ale jednocześnie związany z mniejszym wskaźnikiem skutków ubocznych. Pytani o rekomendacje dla pacjentów, lekarze dużo rzadziej (tylko 1/4) decydowali się na tę opcję.

Przy innym scenariuszu badani mieli sobie wyobrazić, że albo oni, albo pacjent zarazili się właśnie nowym wirusem ptasiej grypy. Lekarstwo było dostępne, a bez terapii zarażona osoba musiała się liczyć z 10-proc. ryzykiem zgonu i 30-proc. prawdopodobieństwem hospitalizacji. Lekarstwo o połowę zmniejszało częstotliwość skutków ubocznych, ale ryzyko śmierci nadal istniało (1%), poza tym u 4% pacjentów mógł się pojawić trwały paraliż neurologiczny. Z 700 lekarzy 2/3 zrezygnowało z leczenia, by uniknąć niekorzystnych efektów ubocznych. W przypadku zainfekowanego pacjenta na ten sam krok zdecydowało się 50% medyków.

Opracowanie: Anna Błońska
Na podstawie: Duke University, BBC
Źródło: Kopalnia Wiedzy