

EMPAATTINEN VAI ASIAKESKEINEN? LÄÄKÄREIDEN NÄKEMYKSIÄ EMPATIAN VIESTIMISESTÄ POTILAALLE HUONOJEN UUTISTEN YHTEYDESSÄ

Marjanna Artkoski

TIIVISTELMÄ

Empatia on tärkeä osa lääkärin professionaalista viestintää. Tässä artikkelissa empatian käsitteellä tarkoitetaan sitä, että ammatillisessa viestintäsuhteessa lääkäri ymmärtää potilaan emotionaalisen tilan kompleksisuuden ja tekee omalla viestinnällään tämän ymmärryksen potilaalle havaittavaksi. Toimiva lääkäri-potilasvuorovaikutussuhde ja lääkärin tapa keskustella ovat nousseet yhä tärkeämmiksi lääkärin työssä. Potilaan tyytymättömyys lääkärin viestintään saattaa olla perusteena jopa potilaiden tai omaisten tekemissä kanteluissa. Lääkärin viestinnän informaatiokeskeisyys ja empaattisuuden puute saattavat olla yksi syy siihen, että potilas kokee lääkärin viestinnän epätydyttäväksi. Artikkelin perustuu 21 lääkärin vastauksiin useita eri aihealueita käsittäneissä teemahaastatteluissa. Haastateltujen käsityksen mukaan empaattinen viestintä auttaa lääkäreitä lähestymään ja tukemaan potilasta, mutta yliempaattisuus voi toisaalta vaikeuttaa lääkärin mahdollisuuksia auttaa ja toisaalta myös lisätä lääkärin emotionaalista kuormitusta. Pitäytymällä ammatillisuudessa lääkäri pyrkii suojaamaan itseään liialliselta tunnerasitukselta. Lisäksi empaattisuuden viestiminen heijastuu lääkärin työn mielekkyyteen. Lääkärien näkemykset eroavat siinä, pitääkö lääkärin aina olla empaattinen. Lääkärit myös katsovat, että kaikille potilaille ei tarvitse olla empaattinen. Kaiken kaikkiaan lääkärit näyttävät tasapainoillevan tehokkaan informaation välityksen ja empaattisesti tarkoituksenmukaisen viestinnän välillä kertoessaan potilaalle huonoja uutisia.

Asiasanat: empatia, lääkäri, lääkäri-potilassuhde, viestintä, vuorovaikutus

JOHDANTO

Empaattisuus liittyy aina toisen ihmisen ymmärtämiseen, mikä on tärkeätä inhimillisen vuorovaikutuksen ja viestinnän onnistumisessa. Erityisesti lääkärin työssä empatialla on katsottu olevan suuri merkitys. Empatian kokeminen tarkoittaa lääkärin samaistumista potilaaseensa siinä määrin, että hän tuntee jotakin potilaansa turhautumisesta, masennuksesta ja kivusta (Schatz 1995, 495). Pelkonen (2005, 17) sanoo empatiasta seuraavasti: ”Toisen kärsimyksiä ulkopuolinen ei voi mitata luonnontieteellisin menetelmin, mutta niiden laatua ja intensiteettiä voidaan arvioida potilaan käyttäytymisen avulla ja niiden merkitystä ymmärtää eläytymällä tämän asemaan.”

Jokainen lienee tavannut ammatissaan taitavan ja tehokkaan lääkärin, mutta kohtaaminen on kuitenkin saattanut jättää avun tarvisijalle jotenkin hämmentyneen ja tyytymättömän olon. Pettymys lääkärin viestintään on saattanut johtaa jopa kantelun tekemiseen. Lääkärin perusteellinen tietämys sairaudesta ja sen hoidosta osoittaa lääkärin asiantuntijuuden potilaalle, mutta potilas toivoo lääkärin lähestymistä myös muulla kuin pelkästään tiedollisella tasolla. Schatz ja Schatz (2003, 420) vertaavat politiikkaa ja lääketiedettä ja toteavat, ettei kumulatiivinenkaan tieto aina auta todellisen elämän yksittäistapauksissa eikä esimerkiksi lääkäriä klinikkatyökentelyssä. Tunteiden huomioon ottaminen ja empatian osaava käyttäminen vuorovaikutustilanteissa tiedon rinnalla tukee professionaalisen viestinnän onnistumista.

Empatian käsite on vakiintunut psykologian terminologiaan 1950-luvulla, ja se on ollut tutkimuksissa esillä monen muunkin tieteenalan piirissä esimerkiksi sosiaalipsykologiassa, hoitotieteissä, uskontotieteissä ja sosiologiassa sekä viime aikoina myös neurotieteissä. Myös filosofeja on kiinnostanut empatian olemus. Empatian merkitystä pidetään tärkeänä, mutta vähän hyödynnettyinä seikkana lääkäri-potilassuhteessa. Esimerkiksi Landaun (1993, 109) mukaan pätevät lääkärit ovat sensitiivisiä, sympaattisia, rau-

hallisia, ymmärättäviä ja joskus empaattisia, mutta kaikkein vähiten käytetty näistä ominaisuuksista on empatia. Vaikka empatian merkitys lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa on ollut kestoaihe myös lääketieteen julkaisuissa, silti se herättää jatkuvaa mielenkiintoa ja synnyttää uutta tutkimusta.

Interpersonaalisessa viestinnässä empatialla on katsottu olevan tärkeä sijansa vuorovaikutuksen onnistumisessa, mutta sitä koskevaa tutkimusta on kuitenkin puheviestinnän alueella julkaistu varsin niukasti. Tämän artikkelin aineisto muodostui, kun empatia ilmiönä tuli esiin haastatellessani 21 lääkäriä vuosina 2006–2007 heidän käsityksistään omasta viestinnästään ikäviä ja surullisia asioita kerrottaessa. Lääkärin empatiaosaamisella on merkitystä, sillä huonojen uutisten kertomistilanteet eivät näytä tauti- ja onnettomuustilastojen kasvutrendien perusteella harvenevan terveydenhuollossamme. Tässä artikkelissa pyrin tarkastelemaan empatiaa toisaalta puheviestinnän näkökulmasta ja toisaalta monitieteisesti, koska tutkittava ilmiö on niin monitasoinen ja muilta tieteenaloilta löytyy siitä runsaasti kirjallisuutta ja tutkittua tietoa.

Burlesonin (1984) käsiterajauksiin viitaten ja myös psykologisen näkökulman perusteella empatiaa pidetään tässä artikkelissa itseenäisenä perustavanlaatuisena ilmiönä lääkäri-potilasviestinnässä ja siten lähtökohtana sille myöhemmin syntyneelle supportiivisen viestinnän käsitteelle, jossa erityisesti emotionaalinen puoli korostuu. Tutkijat ovat todistaneet tällaisen toisen tunnetilan hetkellisen saavuttamisen ja sen mukaisen toiminnan esiintymistä jo pikkulapsilla ja havainneet sitä koejärjestelyissä toisen yksilön auttamisena myös muilla kädellisillä (Warneken & Tomasello 2006). Tässä artikkelissa tarkastelen empatiaa lääkärin viestinnässä sellaisena humanisuuden syntypisteenä, josta ihmisten keskinäinen vuorovaikutus ja ymmärtäminen saa alkunsa.

MONIMUOTOINEN EMPATIA

Empatia-sanan juuret ovat kreikan kielen sanassa *empathia*, joka voidaan suomentaa merkitsemään *sisällä tunteessa* (Webster 1996). Empatia käsitetään tavallisesti ilmiöksi, jonka avulla voimme tilapäisesti asettua toisen ihmisen asemaan, samaistua hänen kokemukseensa jostakin tilanteesta ja ymmärtää häntä paremmin.

Vuonna 1872 saksalainen estetiikan tutkija ja filosofi Vischer (More 1994, 20) kehitti sanan *Einfühlung* (englannin kielessä *feeling-in* erotuksena *sympatiasta*, jonka merkitys on *feeling-with*) kuvaamaan sitä objektin ja subjektin yhteensulautumisprosessia, jonka esimerkiksi taideteoksen katsoja voi kokea hetkellisesti. Myös filosofi Stein (1917) otti käyttöönsä *Einfühlung*-käsitteen, joka tarkoitti hänelle toisen kokemuksen ”tunnestautumista” (Parviainen 2002, 325). Psykologi Titchener (1909) alkoi ensimmäisenä käyttää *empathy*-sanaa (More 1994, 21). Empatian ilmiötä ja sen käsitteisisältöä kehitti omaan suuntaansa 1940- ja 1950-luvuilla psykoterapian piirissä Rogers (1959) ja sosiologiassa Parsons (1951). Vuosina 1958–1960 uuden sukupolven psykoanalyytikot, joiden joukossa esimerkiksi Kohut (1959), jatkoivat käsitteen tarkempaa määrittelyä (More 1994, 28–29). Vaikeasti määriteltävää ja selitettävää empatiaa sekä sen kehittymistä ja ilmenemistä ovat tutkineet myös useat muut psykologian tutkimuksen piirissä vaikuttavat keskeiset aikalaistutkijat kuten Davis (esim. 1996) ja Eisenberg (esim. 1987) sekä Panksepp (esim. 1998). Edelliset kaksi ovat rikastuttanut empatiatutkimusta lukuisilla perustavanlaatuisilla julkaisuilla, ja viimeksi mainittu on tutkinut muun muassa empatian ilmenemistä eläimillä.

Ruotsalaisen lääkäri-psykologi Holmin (2004, 77–78) mukaan empatia on toisen ihmisen tunnetilan syvempää ymmärtämistä monella tasolla ja toimimista tämän tavoitetun ymmärryksen mukaisesti. Empaattisuuteen sisältyy erilaisia osatekijöitä kuten tilannekohtainen puheen sopeuttaminen vastaanottajan fyysisen ja kognitiivisen kapasiteetin mukaiseksi, aktiivinen kuunteleminen ja

näkeminen sekä nonverbaalisten signaalien lukeminen. Kysymyksessä on toisin sanoen yhtäaikaaisesti monikanavainen viestintä kahden ihmisen välillä. (Holm 1987, 57–59.) Arkikielessä useimmiten toisen ihmisen osoittama ystävällisyys ja myötämielisyys, jopa kiltteys ja sympatian tunteminen toista henkilöä kohtaan, voidaan ymmärtää empaattiseksi käytökseksi.

Holm (1985) ja Håkansson (2003) tarkastelevat empatian käsitettä psykologeina. Holmille empatia on toisen ihmisen tunteiden tavoittamista ja ymmärtämistä. Hän on tutkijana kiinnostunut tällaisen tilan saavuttamisen edellytyksistä ja viittaa (1985, 47–53) empatian kognitiivisiin ja viestinnällisiin aspekteihin liittyviin prosesseihin. Sekä Håkansson että Holm käsittelevät myös muita empatiaan ja sen esiintymiseen liittyviä ilmiöitä, joita ovat esimerkiksi altruistinen motivaatio, moraalinen kehittyminen, samankaltaiset kokemukset, aggressiot ja interpersonaaliset suhteet. Molemmat myös arvostavat Kohutin ajatuksia empatian sisimmästä olemuksesta, jonka mukaan empatia on *kaiken inhimillisen vuorovaikutuksen todellinen perusta* (Kohut 1980) ja *kapasiteettia ajatella ja tuntea olevansa itse toisen ihmisen sisäisessä elämässä* (Kohut 1984).

Empatian monimuotoisuus ilmenee hyvin erilaisena jo aiemmin mainitun Rogersin (1961, 52) ja toisaalta filosofi Buberin (1923/1995) ajattelussa. Edellinen korostaa psykoanalyytikon ominaisuudessa ihmisen subjektiivisten havaintojen ja kokemusten tulkintaa, kun taas jälkimmäiselle minä-sinäsuhte on syvästi eettis-filosofinen aihe. Empatia ja välittäminen yhdistyvät Rogersilla (1961) hänen esittämässään terapeuttisen viestinnän käsitteessä. Hän on havainnut asiakkaidensa terveyden kohentuvan turvallisisissa keskusteluissa koetun kongruenssin, joka saavutetaan silloin kun ihmisen päämäärät, ajatukset ja käyttäytyminen ovat keskenään sopusoinnussa, varauksettoman positiivisen suhtautumisen ja empaattisen ymmärtämisen ansiosta. Buber (1923/1995) on puolestaan pohtinut ihmissuhteiden ja dialogin rakentamisen vaikeutta. Hänen ajattelunsa mukaan dialogissa kumpikin osapuoli

näkee suhteen samoin kuin toinenkin, jolloin puhuminen ja kuunteleminen tarkoittavat toisen todellista ymmärtämistä, jonka kautta voimme auttaa toisiamme tulemaan humanimmiksi.

Burleson (1984) tarkastelee yleisellä tasolla ensin lohduttamista ja empatiaa yhdessä ja erottaa sitten emotionaalisen empatian lähi-ilmiöstään. Tästä näkökulmasta katsottuna hän määrittää empatian olevan "the social perception process of affective perspective taking recognizing and understanding what another feels" eli sosiaalinen havaitsemisprosessi, jossa affektiivisen perspektiivin avulla käsitteään ja ymmärretään, mitä toinen tuntee (Burleson 1984, 88). Hän tuo myös esiin empatia-käsitteen keskeisyyden monissa prososiaalista käyttäytymistä koskevissa teorioissa. LeVasseur ja Vance (1993, 83) sanovat empatian merkityksestä potilaalle seuraavasti: "Se, että ymmärretään, mitä tauti tarkoittaa potilaalle, voi epäilemättä johtaa emotionaaliseen vastakaikuun, mutta empatia on tärkeämpää kuin emootio tai tunne." Empatia on riittävään tietoon perustuvaa ymmärrystä potilaasta, mikä puolestaan ohjaa hoiva- ja hoitotoimenpiteitä yleisellä tasolla.

Mikkola (2006, 35–36) katsoo, että empatiakykyä voidaan osaltaan pitää myös supporttiivisen viestinnän jonkinlaisena lähikäsitteenä tai jopa sen muotona tai lähtökohtana. Tätä seikkaa hän perustelee sillä, että supporttiivinen viestintä laaja-alaisena käsitteää myös "lähinnä emotionaaliseen tukeen ja positiiviseen vahvistamiseen" keskittyvän terapeutin viestinnän. Edelleen Mikkola (2006) pohtii empatiakyvyn tärkeyttä supporttiivisen viestinnän lähtökohtana ja empatian osoittamisen taidon keskeisyyttä viestinnässä. Lopuksi hän esittää tiivistäen, että käsitteet terapeutin viestintä, empatia ja huolenpito tulee erottaa edellisistä laajemmasta vuorovaikutusilmiöstä, nimittäin sosiaalisen tuen käsitteestä. On selvää, että empatian viestiminen ja supporttiivinen viestintä ovat osittain päällekkäisiä ilmiöitä. Varsinkin emotionaalinen tuki ja empatia ovat erittäin lähellä toisiaan. Tuen antaminen on kuitenkin laajempi ja monimuotoisempi ilmiö kuin empatian osoittaminen. Selkeä ero näiden kahden ilmiön välillä on vielä määrittelemättä.

Empaattisuus on perinteisesti liitetty hoitajan professioon ja caregiver-suhteeseen. Supportiivisuuden taas katsotaan kuuluvan hoitotieteen terminologiaan ja pragmaattiseen puoleen sairaalapotilasta hoidettaessa. En ole empatia-käsitteen käyttämisestä lainkaan samaa mieltä esimerkiksi Kankareen (2004, 69) kanssa, joka sanoo empatian käsitteen tulleen standardoiduksi ja loppuun kulutetuksi käytännön hoitotyössä, vaan pidän sitä jatkuvasti tärkeänä, mielenkiintoisena ja haastavana tutkimuskohteena potilaan ja hänestä huolehtivien, niin lääkäreitten kuin hoitajienkin, välisessä vuorovaikutuksessa.

Mikkola (2006, 35) mainitsee, että empatiaa ei voi pitää viestintäprosessina. Empatian ilmiö *per se* on kuitenkin prosessiivinen, ja esimerkiksi Northouse ja Northouse (1997, 25, 71) viittaavat empatiaan monidimensionaalisten prosessien ilmiönä. He katsovat empatian toimivan professionaalisessa viestinnässä työkaluna viestinnän tarkentamiseksi ja väärinymmärryksien vähentämiseksi. Myös Howell (1982, 14) viittaa empatian prosesseihin toteamalla, että ammattitaitoinen empaattinen viestijä ei ainoastaan ymmärrä ja osaa selittää interpersonaalisten suhteiden empatiaprosesseja, vaan hänen täytyy myös kyetä käyttämään empatiaa taitavasti ystävien ja muiden ihmisten kanssa tapahtuvan vuorovaikutuksen parantamiseksi. Prosessiivisen luonteensa vuoksi empaattisuus saattaa auttaa lääkäriä myös huonojen uutisten kertomisen tilanteessa pehmentämällä professionaalisuutta potilaaseen päin.

LÄÄKÄRIN PROFESSIONAALINEN VIESTINTÄ

Professionaalisuudella tarkoitetaan lääkärin työssä niitä ammatteettisiä velvoitteita ja oikeuksia, joihin lääkärin toiminta perustuu. Empatia kuuluu niihin humanistisiin arvoihin, joita lääkärin professionsa mukaisesti tulee kunnioittaa (Lääkärin etiikka 2005, 136). Lääkäri toteuttaa tehtävänsä viestinnän avulla vuorovaikutuksessa potilaan kanssa, ja myös lääkärin työssä viestintäosaaminen tarkoittaa Kostiaisen (2003, 30) määrittelyn mukaisesti

niitä viestinnällisiä tietoja, taitoja ja ominaisuuksia, jotka liittyvät hänen ammatilliseen osaamiseensa. Hietanen (2006) on puolestaan todennut, että lääkärin viestintäosaamiseen sisältyy sellaisen vuorovaikutuksen aikaansaaminen, jossa molemmilla osapuolilla on mahdollisuus oman näkemyksensä esittämiseen, mutta jossa potilaan tarpeet ovat etusijalla. Hänen mielestään lääkärin työssä ammatillisuuteen liittyy myös lääkärin kyky samaistua jopa potilaan negatiivisiin tunteisiin, eikä lääkärin antaman tiedon määrä ole tärkeintä, vaan huonojen uutisten kertomisen tapa. Empatian ja tuen välittymisellä lääkäriltä potilaalle on ratkaiseva merkitys myös potilaan sopeutumiseksi sairauteensa. (Hietanen 2004, 215, 238, 241.)

Viimeaikaisten lääketieteellisten artikkeleiden mukaan empatia tarkoittaa lääkäreille monipuolista emotionaalista ja kognitiivista ymmärtämisen kokemista potilaasta sekä tämän tilanteesta (Halpern 2007). Erityisesti huonojen uutisten yhteydessä lääkärin useimmiten oletetaan haluavan osoittaa empaattisuuttaan potilaalle. Empatian viestiminen jää lääkärin toteuttamana kuitenkin yksisuuntaiseksi, sillä potilaan ei voida olettaa ”astuvan lääkärin kenkiin” ja ryhtyvän empaattiseksi lääkäriään kohtaan.

Ihmisen myönteinen suhtautuminen toiseen perustuu psykologien ja neurotieteilijöiden mukaan esimerkiksi transferenssiin ja peilineuronien toimintaan (Cheng, Meltzoff & Decety 2007; Lamm, Batson & Decety 2007). Tutkimustulokset vahvistavat, että peilineuronit eivät heijasta yksinomaan toisten ihmisten toimintoja, vaan myös heidän aikomuksiaan ja emootioitaan. Nämä havainnot ovat avanneet uusia mahdollisuuksia empatiaan vaikuttavien mekanismien tutkimukselle. (Binkofski & Buccino 2007.)

Monidimensionaalisen prosessinä empatia syntyy ihmisen emotionaalaisella tasolla, strukturoituu kognitiivisella tasolla ja manifestoituu behavioraalaisella tasolla. Skinner (1976, 190) viittaa siihen, miten yleensä ilmaisemme tunteitamme käyttäytymisellämme ja tiivistää empatian toisiin ihmisiin kohdistuvien tunteidemme attri-

buutioksi. Koska empatia liittyy ihmisen persoonallisuuspiirteisiin, kykyihin ja taitoihin, sitä on mahdollista mitata psykologisin tutkimuksin sekä myös vahvistaa ja opettaa. Suomessa ja muualla lääkäriopiskelijoiden koulutukseen onkin sisällytetty esimerkiksi kirjallisuuden opetusta, jossa on korostettu empaattisuuden samoin kuin muiden humanististen arvojen merkitystä lääkärin työssä (Shapiro & Lie 2000). Empatian ylläpitämisellä lääkäri voi pyrkiä vastustamaan muuttumistaan kyyniseksi ja estämään sarkastisuuden heijastumista viestintäänsä.

Empatian hyödyllisyydestä erilaisissa ihmissuhdeammateissa on esitetty ristiriitaisia näkemyksiä. Einhorn (2007, 33) esittää hyvin kehittyneen empatiakyvyn voivan tutkimusten mukaan suojata loppuunpalamiselta. Hänen väitteensä on mielenkiintoinen, sillä useimmissa tutkimustuloksissa varoitetaan päinvastoin juuri liiallisen empatian osoittamisen aiheuttamasta henkisestä kuormittumisesta hoitotyössä (ks. esim. Apker & Ray 2003). Kun empaattisuus muuttuu kaikeksi eläytymiseksi potilaan tilanteessa, siitä voi Tähkän (1979, 38–39) mukaan tulla häiriötekijä lääkärin työtehtävissä.

Lääkärin viestintään tyytymätön potilas voi oman korostuneen emotionaalisen tilansa vuoksi kiinnittää huomionsa lääkärin viestinnästä puuttuvaan tai siinä vähäisesti ilmenevään empatiaan, etenkin jos hän ei ole kyennyt keskittymään tai ymmärtämään viestinnän lääketieteellistä tietoa. Tutkimustulokset potilastyytyväisyydestä ovat korostaneet sitä, miten potilaat ovat muistaneet parhaiten esimerkiksi juuri empaattisuuden puuttumisen ja ovat tulkinneet sen vuoksi lääkärin toimineen taitamattomasti diagnosoinnissa (Kim, Kaplowitz & Johnston 2004). Empaattisuuden viestiminen on siis suorastaan välttämätöntä potilas-lääkärisuhteessa, varsinkin huonoja uutisia kerrottaessa.

Vuorovaikutustaitojen merkitys lääkärin työssä on jatkuvasti kasvanut myös sen vuoksi, että potilaat tietävät sairauksista ja niiden hoidosta nykyään enemmän kuin aikaisemmin ja myös heidän vaatimustasonsa on noussut (Peräkylä, Eskola & Sorjonen 2001, 8–

9). Potilaat ovat aiempaa tietoisempia oikeuksistaan. Heidän tekemiensä kanteluiden määrän kasvuun on vaikuttanut myös se, miten lääkäri on keskustellut heidän kanssaan sairaudesta ja sen hoidosta (Holi 2007). Mikäli lääkärin empaattisuudella on positiivista vaikutusta potilastyytyväisyyteen sekä lääkärin ja potilaan välisen viestinnän onnistumiseen, sitä on syytä pyrkiä selvittämään.

Kun ihminen saa tiedon vakavasta sairaudestaan, se koskettaa häntä syvältä, toisella tavalla kuin jokin lievä tauti. Diagnoosin varmistuminen pahanlaatuiseksi taudiksi ja tämän ensitiedon välittäminen potilaalle on kova paikka myös lääkärille itselleen. Suomalaisten syöpätautien lääkäreiden ajatuksia tästä vuorovaikutustilanteesta ovat tutkineet Peura ja Brommels vuonna 1998 tehdyllä kyselytutkimuksella (N=159) (ks. Peura & Brommels 2000) ja Katainen, Schmitt ja Piha kumppanit vuosina 2004–2005 suorittamansa teemahaastattelun (N=9) avulla (ks. Katainen, Schmitt & Piha 2005). Potilaan emootioiden tunnistaminen, tämän tunnereaktioiden käsitteleminen ja kuunteleminen olivat tärkeimmät seikat, joihin kyselyyn vastanneet lääkärit halusivat lisätä huomiotaan vuorovaikutuskohtaamisessaan (Peura & Brommels 2000). Haastattelututkimuksen päätelmissä puolestaan todettiin, että lääkärit olivat aidosti kiinnostuneita potilaidensa tunteiden huomiomisesta, mutta siinä onnistumista saattoivat rajoittaa esimerkiksi puutteelliset vuorovaikutus- ja viestintätaidot (Katainen, Schmitt & Piha 2005). Nämäkin kahden tutkimuksen tulokset osoittavat, että lääkärin empatiaa ilmiönä, sen merkitystä ja sen viestimistä on syytä tarkastella huonojen uutisten yhteydessä.

TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tavoite. Lääkärin viestinnän empaattisuudella voi olla merkittävä vaikutus lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen onnistumiseen erityisesti huonojen uutisten yhteydessä. Toisaalta taas tietynlaisen sekventiaalisuus, eli informaation ja empaattisuuden

peräkkäinen ilmeneminen lääkärin viestinnässä, saattaa olla syynä siihen, että potilas kokee jääneensä vaille emotionaalista huolenpitoa ja hyvää kohtelua. Näistä hypoteettisluonteisista syistä ja suomalaista lääkäri-potilasviestintää koskevan empatiatutkimuksen niukkuudesta johtuen on tarkoituksenmukaista pyrkiä selvittämään empatian merkitystä lääkärin työssä. Tässä artikkelissa etsitään vastausta siihen, minkälaisena lääkärit itse näkevät empaattisuuden merkityksen professionaalisessa viestinnässään. Lisäksi pyritään kuvaamaan ja ymmärtämään lääkärin tehtävää vaikeissa viestintätilanteissa sekä täydentämään lääkärin professionaalista viestijänkuvaavaa.

Käsitteet. Huonojen uutisten kertomisen tilanteeseen osallistuvalla lääkärillä ja potilaalla on molemminpuolisia odotuksia, kuten arkipäivän tilanteissa ihmisillä yleensäkin on. Lääkärin ammatillisuus ja tavoitteellisuus erottavat kuitenkin tällaisen lääkärin ja potilaan välisen viestintäsuhteen tavanomaisista sosiaalisista tilanteista (ks. Gerlander 2003, 34–35; Mikkola 2005, 49). Lääkärin kertomat huonot uutiset määritellään lääketieteellisessä kirjallisuudessa negatiiviseksi tiedoksi ihmisen terveydellisestä tilasta, ja esimerkiksi on usein syöpädiagnoosin varmistuminen (Sparks ym. 2007). Empatia tai sen puuttuminen välittyy lääkärin ja potilaan kohtaamisessa verbaalisessa ja nonverbaalisessa muodossa potilaalle. Tässä artikkelissa *empatian käsite ymmärretään alussa mainittujen tutkijoiden konstruktioiden synteesinä siten, että ammatillisessa viestintäsuhteessa lääkäri ymmärtää potilaan emotionaalisen tilan kompleksisuuden ja tekee omalla viestinnällään tämän ymmärryksen potilaalle havaittavaksi.* Empatian avulla lääkäri voi hetkellisesti tuntea olevansa kuin tuo hänen potilaansa, tuo toinen ihminen.

Aineiston keruun kuvaus. Tutkimuksessa käytettiin aineiston hankintaan network sampling- eli lumipallomenetelmää, jossa haastateltu lääkäri ehdotti kollegaansa seuraavaksi haastateltavaksi. Haastattelun alussa pyydettiin jokaista lääkäriä kertomaan sellainen tapaus, jossa hän oli joutunut ilmoittamaan huonoja uutisia

potilaalle tai tämän läheisille, sekä mainitsemaan, minkä vuoksi juuri kyseinen tapaus oli jäänyt hänen mieleensä. Haastattelu oli teemoitettu, ja vastaajat saivat vapaasti kertoen vastata. Teemoja olivat esimerkiksi lääkärin ja potilaan välisen keskustelun tarkoitus ja tavoite, kuunteleminen, nonverbaalisten vihjeiden merkitys, viestinnän onnistuminen ja käytetty kieli, tunteiden hallitseminen sekä ajatukset kuolemasta.

Empatian ilmiötä lähestyttiin kysymällä lääkäreiltä haastattelu-tilanteessa heidän käsityksiään siitä, pitääkö lääkärin aina olla empaattinen potilasta kohtaan. Jos vastaus oli kielteinen, niin lääkäriä pyydettiin kertomaan, minkälaisessa tapauksessa hän ei olisi empaattinen. Lisäksi lääkäreiltä tiedusteltiin myös heidän käyttämiään tapoja tai keinoja, joilla he osoittavat empatiaa potilailleen. Lopuksi haastateltavia pyydettiin kertomaan empaattisuuden hyödyistä ja haitoista omassa työssään.

Aineiston kuvaus. Haastateltuja lääkäreitä oli 21, ja he edustivat yhdeksää eri lääketieteen aluetta. Iältään he olivat 30–67-vuotiaita. Lääkäreiden keskimääräinen ikä oli 52 vuotta. Haastatelluista 13 oli naisia ja 8 miehiä. Kaikilla lääkäreillä oli takanaan vähintään 10 työvuotta, lukuun ottamatta nuorinta haastateltavaa. Haastattelut kestivät keskimäärin 62 minuuttia. Pisin haastattelu kesti 110 minuuttia.

Tutkimuksessa haastateltiin eri erityisalojen lääkäreitä omissa työympäristöissään. Haastateltujen lääkäreiden kertomia huonoja uutisia potilaalle tai hänen vanhemmilleen tai läheisilleen olivat muun muassa syöpätaudin löytyminen, HIV-positiivisuuden varmistuminen, vammaisen lapsen syntyminen ja lapsen tai nuoren kuoleminen.

Aineiston analyysin kuvaus. Aineistolähtöinen analyysi tehtiin literoitujen haastattelujen pohjalta. Aluksi aineistosta etsittiin keskeisiä teemoja, ja aineisto ryhmiteltiin teemojen mukaan. Kustakin teemasta etsittiin usein toistuvia tai yhteneväisiä piirteitä sekä myös aineiston sisäisiä ristiriitaisuuksia. Seuraavaan lukuun on sisälly-

tetty suoria lainauksia haastatteluista analyysin läpinäkyvyyden osoittamiseksi. Lainauksissa kirjain M tarkoittaa miesvastaajaa ja N naisvastaajaa ja numerot kuvaavat kummankin ryhmän haastattelujärjestyksiä. Sitaattien välimerkit ovat tutkijan lisäämiä.

TULOKSET

Haastatteluissa lääkäreitä ei erikseen pyydetty määrittelemään empatian käsitettä, mutta useissa vastauksissa nousi empatiaa kuvaavaksi synonyymiksi ”myötäeläminen”. Empatian sanottiin myös olevan ”ymmärtämistä” ja ”heikkojen signaalien lukemista” tai sitä verrattiin lääkärin ammattirooliin kuuluvaan ”terapeuttisuhteeseen”. Empatiaa kuvailtiin monitasoiseksi ja säädeltäväksi ilmiöksi. Sen mainittiin myös olevan luonteeltaan neutraalia. Eräs lääkäri (M5) kuvaili empatiaa seuraavasti:

”...kyllä sellanen myötäeläminen ammatillisesti varmaan on perusteltua. Mä voisin siihen sitoutua noin yleisellä tasolla... Empaattisuus on varmaan enemmän kuin pelkkää myötäelämistä. Emmä varmaan halua sitä tietoisesti osottaa mitenkään. Sen täytyy mummielestä tulla siitä suhtautumisesta ja siitä yleisestä viitekehuksesta, missä toimitaan, että emmä päätä sitä osottaa mitenkään.”

Toinen lääkäri (M3) satoi empatian toisen ihmisen tilanteeseen ja sanoi:

”Mää koen empatian positiivisena myötätuntona... Empatia tulee peliin silloin kun toinen tarvitsee sitä myötätuntoa tai positiivista pukkausta jonnekin, että se vähän niinku kohottaa itteään.”

Kaikista 21 lääkäristä noin kolmasosa oli sitä mieltä, että lääkärin tulee aina olla empaattinen potilastaan kohtaan. Naislääkäreiden vastaukset jakaantuivat siten, että 5 vastaajaa 13 vastaajasta oli samaa mieltä ja 8 edusti vastakkaista mielipidettä. Kahdeksasta mieslääkäristä neljä oli eri mieltä ja kolme samaa mieltä. Lisäksi yhden mieslääkärin mielipide jäi epäselväksi. Eräs kysymykseen kielteisen vastauksen antanut haastateltava (N13) muotoili ajatuk-sensa seuraavasti:

”Ei sulla o mahdollisuuttakaan aina osoittaa empatiaa ja on tilanteita, joissa asiat saattaa olla niin vaikeita taikka ärtymykset niin suuria, et se on irvokasta ruveta olemaan siinä empaattinen sitte. Tai sä et löydä itestä semmosta empatiaa. Mummielestä semmonen yritysempatia on vielä pahempi kuin ei ois ees yrittäny.”

Lääkärit kertoivat myös potilas- ja muista ihmisryhmistä, joille empaattisuutta ei osoiteta. Tällaisista ryhmistä annettiin esimerkiksi elämäntapasairaat, konsumeristiset potilaat (etuisuuksia vaativat terveyspalvelujen suurkuluttajat), epäsosiaaliset potilaat, valehtelevat potilaat tai heidän vanhempansa sekä itsekkäät tai ymmärtämättömät vanhemmat.

Tavoista tai keinoista, joilla lääkäri osoittaa empaattisuuttaan potilaalle, mainittiin kolmasosassa vastauksissa ystävällinen jutteleminen tai sopivien sanavalintojen käyttäminen. Jonkin verran harvemmin empatian osoittamisen todettiin tapahtuvan kuuntelemalla tai myötäelämisen avulla. Potilaan asemaan asettuminen, ammatillinen asenne ja rohkaiseminen olivat keinoja, joita kutakin kaksi lääkäriä sanoi käyttävänsä. Yksi lääkäri sanoi empaattisuutensa ilmenevän siinä, että hän antaa potilaan puhua. Nonverbaaliseen viestintään liittyviä empatian osoittamisen tapoja ei vastauksista ollut löydettävissä.

Empaattisuudella lääkärit kertoivat voivansa helpottaa vuorovai-
kutusta potilaan kanssa samoin kuin tämän hoitoa. Vastausten perusteella empatian viestimisellä näyttää olevan kaksi funktiota. Ensinnäkin sillä on myönteisiä vaikutuksia potilassuhteeseen. Toiseksi se näyttää heijastuvan myös lääkärin oman työn mielekkyyteen. Ensimmäinen funktio näkyy esimerkiksi siinä, että lääkärit käyttivät empatiaa keinona välttää liiallista ammatillisuutta potilaskontakteissa. Lääkäri (N4) perusteli seuraavasti:

”Joo... et kyllähän se sit niinkun monesti saattaa sitä potilaskontaktiakin empatia lähentää. Sit jos on kylmän asiallinen kaikkien kanssa niin ei se sit vie pitkänpäälle eteenpäin.”

Empaattisuus nähtiin tärkeänä keinona lujittaa luottamusta lääkärin ja potilaan tai omaisten välillä. Eräs lääkäri (N7) ilmaisi asian seuraavasti:

”...sekä laps että vanhemmat pystyy rehellisesti kertoon asiat ja ne uskaltaa puhua sille lääkärille, joka on empaattinen... ja ottaa apua vastaan.”

Empatian avulla lääkäri voi osoittaa potilaalle yksilöllistä huomiota ja saada samalla itselleen tyytyväisyyttä työstään, minkä eräs haastatelluista (N11) toi esiin seuraavasti:

”...kyllähän sitä tulee niinkun paljon paremmin toimeen ihmisten kans, koska on (jonkinlainen) olo et se ihminen lähtee siältä rauhallisempänä ulos ja tota et se ei niinku ainakaan koe tätä sairaalaa semmoseks niinku tehtaaks tai liukuhihnasysteemiks.”

Toisen funktion mukaisesti empatian käytöllä lääkärit saivat lisää mielekkyyttä omaan työhönsä, kun potilaat vastasivat antamalla positiivista palautetta. Lääkäri (N2) sanoi mielipiteenään:

”Onhan se nyt paljon mukavampaa hoitaa kiitollisia potilaita kuin kiittämättömiä ja ne on kiitollisia, jos niille osoittaa empatiaa, vaikka sinänsä toimenpiteet voivat olla aivan samat.”

Eräs lääkäreistä (N8) oli luonut itselleen ystävällisyyden ja empatian strategian, jonka avulla hän sai työhönsä sujuvuutta ja mainitsi, että

”...jos on ystävällinen ja empaattinen, niin vastaanotosta selviää yleensä nopeempaa... kun olin aika nuorena lääkärinä X:n klinikalla, joka oli tosi tiivistähtinen mulla oli sellanen tyyli, että mä olin tyrmäävän ystävällinen (naurua) mä selvisin niistä potilaista tosi nopeesti.”

Empatian avulla lääkärin on mahdollista vaikuttaa myös omaan ihmisenä olemiseensa ja ehkäistä omaa emotionaalista väsymistään, mikä ilmenee seuraavasta lääkärin (N11) pohdinnasta:

”...oma mielentasapaino pysyy parempana. Ei tarvitse harmitella jälkikäteen, että miksi en ollut empaattisempi tai empaattinen.”

Yliempaattisuus nähdään haittapuolena, jollaiseksi lääkärin empaattisuus voi helposti muuttua. Erään lääkärin (N7) havaintona oli seuraava lausahdus:

”Sitten ei sais olla liian empaattinen, ettei tää työ kuluta loppuun.”

Toinen lääkäri (N13) painotti samaa asiaa sanoen:

”Riskihän siinä on se et menee liian pitkälle siihen mukaan, et ei potilaan puolesta pidä ruveta elämään siinä ja tää on niinkun nuorten lääkäreitten kohdalla semmonen, mitä joutuu varottamaan ja opettamaan.”

Kun lääkäri osoittaa potilaalleen liian paljon empaattisuutta, ammatillinen työote katoaa, työn emotionaalinen kuormittavuus lisääntyy ja ajaudutaan paternalismin käyttämiseen eli silloin lääkäri tekee itse ratkaisut ja päättää potilaansa puolesta asioista. Yliempaattisuudesta voi seurata myös se, että lääkärin on vaikeata kertoa potilaalle totuutta. Muina haittoina nähtiin lisäksi työmäärän kasvaminen, sillä empaattiseksi tunnetun lääkärin potilaaksi hakeudutaan entistä useammin.

POHDINTA

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa lääkäreiden käsitöksistä empatiasta ja sen merkityksestä lääkäri-potilassuhteessa erityisesti silloin, kun lääkärin on kerrottava ikävä diagnoosi tai jokin muu järkyttävä viesti. Syöpätaudin löytyminen, HIV-positiivisuuden varmistuminen, vammaisen lapsen syntyminen ja lapsen tai nuoren kuoleminen olivat huonoja uutisia, joita tutkimukseen haastatellut erityisalojen lääkärit olivat joutuneet ilmoittamaan potilaalle tai hänen omaisilleen.

Lääkäreistä vain kolmanneksen mielestä lääkärin tulee aina olla empaattinen potilasta kohtaan. Tulos on mielenkiintoinen, koska lääkärin etiikka edellyttää lääkärin osoittavan potilaalle empatiaa (Lääkärin etiikka 2005, 136). Yksi selitys tälle vastausjakaumalle voi olla liiallisen empaattisuuden mukanaan tuomat mahdollisesti

negatiiviset seuraukset lääkärille ja lääkäri-potilassuhteelle, joihin lääkärit viittasivat. Saatu vastausjakauma on mahdollisesti myös osoitus huonojen uutisten antamisen informaatiokeskeisyydestä.

Empaattisuuden osoittamisen vaikeus ilmenee lääkäreiden mukaan silloin, kun potilaina ovat alkoholistit tai muut elämäntapasairaat, provosoivat ja aggressiiviset tai muuten epäsosiaaliset potilaat. Vaikuttaa siis siltä, että potilaiden tai näiden omaisten suoranainen valehtelu hävittää myös lääkärin halun tarjota empatiaa. Lääkäreiden empaattisuus vaihtuu heidän oman ilmoituksensa mukaan usein kiukuksi. Konsumeristiset (etuisuuksia vaativat ja terveyspalveluja paljon käyttävät) potilaat ovat uusi ihmisryhmä, joka myös aiheutti haastatteluun osallistuneille lääkäreille jännitteitä ja stressiä. Nämä suurkuluttajapotilaat voivat ”haastaa” lääkärin auktoriteetin ja venyttää tämän empatiakykyä pyrkiessään ottamaan itselleen jopa määräävää asemaa palvelujen saannissa (Gerlander 2003, 18–20; Mason & Laurie 2006, 28; Roter & McNeilis 2003, 135; Tuorila 2006, 12–13; Salonen 2006, 74; ks. myös Toivianen 2007). Näyttää siltä, että lääkärit ikään kuin ”luokittelevat” potilaat sellaisiin, joille empatiaa ei anneta, jotta sitä mahdollisesti riittäisi enemmän tarvitseville potilaille. Tähän näkemykseen voi saada tukea MacGeorgen ym. (2003) tuen antamista koskevista tutkimustuloksista, joiden mukaan tukea tarjoavat eivät anna sitä niin mielellään sellaisille, jotka ovat suureksi osaksi itse vastuussa ongelmistaan.

Haastatellut lääkärit kertoivat erityyppisistä keinoista ja tavoista, joilla he osoittavat potilailleen empatiaa. Näistä suurimman ryhmän muodostivat verbaaliset tavat, joista lääkäreiden antamia esimerkkejä olivat sellaiset maininnat kuten ”puheessa”, ”sanallisesti”, ”sanavalinnoissa”, ”juttelemalla”, ”kommenteista”, ”vastauksista” ja ”keskustelemalla”. Puhumiseen viittaaminen lienee luonnollista, kun sitä on aina pidetty lääkärin työkaluista tärkeimpänä. Toiseksi tärkein keino oli kuunteleminen. Ilmoitus kuuntelemisen käyttämisestä empatian osoittamisen tapana lähes kolmanneksella lääkäreistä on kiinnostava tulos, kun mediassa usein esitetyn väitteen mukaan suomalainen potilas syyttää lääkäriään

juuri kuuntelemattomuudesta. Lääkärit kuitenkin kertoivat katkaisevansa kysymyksillään potilaan puheen varsin pian. Kuitenkin yksi haastatelluista kertoi empaattisuutensa tulevan näkyviin siinä, että hän antoi potilaan puhua. Myötäeläminen ja potilaan asemaan asettuminen ikään kuin konkretisoivat sen, miten lääkäri käytännön työssä toimii empaattisesti. Ammatillisella asenteella empatiaa osoittava lääkäri tarkoittanee eroa lääkärin ja surevan omaisen empatioiden ilmenemisen välillä. Lääkäri ei jää suremaan tai ”vottelemaan” potilaan kanssa, vaan ryhtyy toimenpiteisiin potilaan tilanteen auttamiseksi. Nonverbaalisten vihjeiden esiintymättömyys empatian osoittamisen keinoissa vahvistanee lääkäreiden käsitystä keskittymisestään verbaaliseen puoleen hoitosuhteessa. Saattaa myös olla, että empatian yhteydessä nonverbaalisen viestinnän merkitystä ei ymmärretä tai sitä ei osata käyttää hyväksi potilaskohtauksissa tai sen ilmeneminen jää täysin tiedostamatta, sillä esimerkiksi kuuntelemistakin osoitetaan usein juuri nonverbaalisella viestinnällä. Lisäksi syinä voivat olla lääkärin käyttäytymiseen liitetyt rauhallisuuden ja vähäeleisyyden normit suomalaisessa kulttuurissa.

Tässä tutkimuksessa oli tuloksena selvästi enemmän mainintoja empatian hyödyistä kuin haitoista. Empaattisuudella oli kaksi pääfunktiota. Ensinnäkin se vaikuttaa myönteisesti potilassuhteeseen ja vuorovaikutuksen sujumiseen. Toiseksi se lisää työn mielekkyyttä ja saattaa helpottaa potilaan hoitoa. Empatialla lääkäri pyrkii myös ehkäisemään emotionaalista väsymistään. Esimerkiksi du Prén (2002, 4) tutkimustulokset osoittavat, että lääkärin tyytyväisyydellä omaan viestintäänsä on selvä yhteys työuupumukseen.

Empaattisuuden haittana voi haastateltujen mukaan olla sen muuttuminen liialliseksi. Tällaisen yliempaattisuuden negatiivisena seurauksena mainittiin itselle aiheutettu kova emotionaalinen kuormitus. Empaattisuuden kerrottiin voivan johtaa paternalismiin, jolloin lääkäri aliarvioi potilaan kyvyt osallistua omaa sairauttaan koskeviin päätöksiin ja ottaa päätöksenteon itselleen.

Jos taas empaattisesta lääkäristä tulee osa surevaa omaisjoukkoa, menetetään lääkärin tapa auttaa potilasta. Empaattisesta lääkäristä voi myös tulla hyvin suosittu potilaiden keskuudessa, jolloin työ­ määrän kasvu voi muuttua stressaavaksi ja johtaa loppuun pala­ miseen. Hyvin empaattisen lääkärin voi olla vaikeata kertoa poti­ laalle totuutta sairaudesta, jolloin hän alkaa ”kaunistella totuutta”. Toisaalta empaattiseksi tiedetylle lääkärille hakeutuminen ker­ too nimenomaan potilaiden tarpeesta saada tärkeän informaation lisäksi myös tunnepuolen ymmärrystä osakseen.

Naisten ja miesten haastatteluvastaukset empatiasta olivat lähes samankaltaisia. Molemmat sukupuolet pitivät empaattisuutta tärkeänä elementtinä lääkärin viestinnässä yhdessä ammatillisuuden kanssa. Sukupuolieroja omasta aineistostani oli vaikea löytää. Hojatin ym. (2002) suorittamassa psykometrisessä empatiamit­ tauksessa naislääkärit kuitenkin saivat miehiä korkeampia pisteitä. MacGeorgen ym. (2005) tutkimustulosten mukaan naiset ovat yleensäkin parempia tuottamaan esimerkiksi emotionaalista tukea toiselle. Naisten suurempi taipumus empaattisuuteen voisi olla indikoivaa sille, että omassa tutkimuksessani empatian osoit­ tamisen haasteellisuus lääkärin työssä tuli erityisesti esille nais­ lääkäreiden haastatteluissa. Empaattisuuden ylläpitäminen koettiin raskaaksi, ja osa naislääkäreistä sanoi purkavansa vaikeita ja emo­ tionaalisesti vaativia potilaskohtauksia tutussa ja ymmärtävässä keskustelussa lääkärikollegoiden kanssa. Kollegiaalisella avulla katsottiin olevan suuri merkitys työssä jaksamisessa myös sen vuoksi, että lääkäreille on harvoilla työpaikoilla järjestettyä työn­ ohjausta. Haastatellut mieslääkärit eivät viittaneet tällaisiin tarpei­ siin. Kuitenkin tämän tutkimuksen tulosten mukaan joidenkin lää­ käreiden mielestä empaattisuus voi myös ehkäistä emotionaalista kuormittumista.

Kun kahden aikaisemman suomalaistutkimuksen mukaan lääkä­ rit ovat halukkaita parantamaan vuorovaikutustaitojaan ja onnistu­ maan potilaiden tunnepuolen ymmärtämisessä (Katainen, Schmitt & Piha 2005; Peura & Brommels 2000), niin tämä tutkimus puo­ lestaan vahvistaa sitä ymmärrystä, että professionaalisessa viestin­

nässään huonojen uutisten yhteydessä lääkärit pitäytyvät asiakeskeisyydessä ja ovat varovaisia empatian osoittamisessa potilaalle. Johtopäätöksenä saaduista tuloksista voidaan pitää sitä, että voidakseen itse työssään hyvin ja päästäkseen onnistuneeseen vuorovaikutus- ja viestintäsuhteeseen potilaan kanssa lääkäri tarvitsee sekä empaattisuuden että ammatillisuuden sopivaa yhdistämistä. Lääkärin empaattisuus on siten tilanne- ja potilassidonnaista ja ilmenee välillä enemmänkin kliinisenä kuin emotionaalisenä empatiana.

Näyttää siltä, että lääkärin pitäisi ensinnäkin viestiä tehokkaasti huonoja uutisia kertoessaan, jotta tarpeellinen informaatio välittyisi. Toisaalta tällöin on tarkoituksenmukaista, että viestintä tuntuu kontekstiin sopivalta eli on empaattista. Hyvänä pidetyn viestinnän kriteerit näyttäisivät siis tässäkin tilanteessa mukailevan yleisiä viestintäosaamisen tunnusmerkkejä, tehokkuutta ja tarkoituksenmukaisuutta (ks. Rubin 1990). Lääkäri siis joutuu tasapainoilemaan, jotta nämä molemmat kriteerit täyttyisivät ja olisivat sopivassa suhteessa.

Vaikka potilaskeskeisyyttä ja potilaan kokonaisvaltaista hoitamista painotetaan nykyisessä lääkäriopiskelijoiden koulutuksessa, niin käytännön työssä saattaa lääkärin toimintaa edelleen hallita ongelmanratkaisun ja parantamisen pyrkimys. Näiden ensisijainen toteuttaminen voi ilmetä sekventiaalisuutena huonojen uutisten viestimisessä. Tämä asioiden kertomisen tärkeysjärjestys merkitsee sitä, että lääkäri pyrkii ensisijaisesti informoimaan potilaalle tämän sairautta koskevan lääketieteellisen ja hoidollisen tiedon. Vaikeaksi koetussa tilanteessa potilaan lähestyminen emotionaalilla tasolla jää informoinnin jälkeen tehtäväksi. Lääkäreiden käsitys oman viestintänsä empaattisuudesta voi olla täysin erilainen viestintäsuhteen toisen osapuolen näkökulmasta, sillä potilas tarkkailee lääkärin viestintää kokonaisvaltaisesti. Vaikka lääkäri ilmaisee potilaalle empatiaa yksisuuntaisesti, niin viestintäsuhteessa viestiminen tapahtuu osapuolten välillä kaksisuuntaisesti: lääkärin

empaattisuus heijastuu potilaasta vaikkapa toiveikkuutena ja hoitomyönteisyytenä.

Kiireiseltä ja väsyneeltä lääkäriltä saattaa jäädä huomaamatta potilaan tarvitsema empaattinen tuki. Potilas puolestaan voi kokea tämän emotionaalisen rohkaisun puuttumisen lääkärin taitovirheenä, joka lisää potilaan epävarmuutta ja pelkoa.

Empatia ymmärretään tässä tutkimuksessa siten, että lääkäri ammatillisessa viestintäsuhteessa toimiessaan ymmärtää kompleksisuuden potilaan emotionaalisisessa tilassa ja viestii ymmärryksensä potilaalle. Tarkasteltaessa empatiaa tämän rajatun käsitelymmärryksen mukaisesti näyttävät haastateltujen lääkäreiden käsitykset sopivan hyvin yhteen tämän ymmärryksen kanssa, mutta sen sijaan ajatus vuorovaikutuksen samanaikaisuudesta ja jatkuvuudesta hoitosuhteessa ei näytä saavan tukea lääkäreiden ajatuksissa.

Haastattelututkimus tuotti runsaasti kuvausta lääkäreiden käsityksistä potilaille osoittamastaan empatiasta täydentäen siten samalla yleisesti suomalaisen lääkärin viestijäkuva. Haastattelututkimuksella ei saada kuitenkaan riittävästi tietoa empaattisuuden tai sen puuttumisen takana olevista ilmiöistä tai tekijöistä. Mielenkiintoista olisi esimerkiksi pohtia syvemmin sitä, minkä vuoksi lääkärin eivät motivoitu osoittamaan potilailleen empatiaa tai miten paljon empaattisuuteen vaikuttavat erilaisten ihmisten eritasoiset interpersonaaliset taidot. Miten voidaan vaikuttaa useimpien lääkäreiden ylisuureen työmäärään ja jatkuvaan kiireeseen tai kasvaviin työelämän tavoitevaatimuksiin, jotka lienevät syitä alentuneeseen motivaatioon tarjota potilaalle empatiaa? Tunteiden salliminen itselleen voi olla vähäistä lääkärin työssä, kun pitää olla tehokkaan ja vahvan auttajan roolissa. Taustalla saattaa piillä myös ajatus siitä, että empaattisuus sitoo lääkärin liikaa potilaaseen ja tämän kärsimyksiin sekä vaikeus kohdata oman elämänsä rajallisuus toisessa. Empatia on niin monimuotoinen ja kiinnostava ilmiö, että sen kiistämättömät edut lääkärin ja potilaan välisessä kanssakäymisessä haastavat jatkamaan tämän ilmiön tutkimista.

Tutkimuksessa käytetty network sampling- eli lumipallomenetelmä selittänee paitsi haastateltaviksi valikoituneiden lääkäreiden ikäjakauman myös vastausten laadun ja haastattelujen laajan keston. Toisaalta käytetty aineistonkeruumenetelmä mahdollisti myös kiinnostavan tutkimusaineiston saannin, koska lääkäreillä oli kymmeniäkin vuosia kestänyt lääkärinura ja spesialiteetti takanaan. Oli perusteltua olettaa heillä olevan kokemuksen antamaa vahvaa näkemystä empatiasta ja sen merkityksestä potilastyössä. Jos tutkimusaineisto taas olisi painottunut nuoriin ja muutamia vuosia toimineisiin lääkäreihin, niin heidän vastauksensa olisivat saattaneet erota herkkyyden tai kyynisyyden suhteen pitkään toimineiden lääkäreiden empatiakäsityksistä. Tällöin olisi ollut syytä pohtia syvemmin koulutuksen ja kokemuksen tai suorastaan iän merkitystä lääkärin empaattiselle viestinnälle.

Vaikka haastatellut lääkärit edustivat yhdeksää erikoistumisaluetta, niin joukosta puuttuivat kirurgit, joita on moitittu viestinnän tylyydestä, empatian puutteesta ja teknologiakeskeisyydestä. Tällaiseen seikkaan viittaavat esimerkiksi Hojatin ym. (2002) tutkimustulokset eri erityisaloja edustaneiden lääkäreiden empaattisuuden psykometrisista mittauksista. Kirurgien vastaukset olisivat voineet tuottaa säröä melko yhtenäiseen kuvaan lääkärin huonojen uutisten kertomisesta ja empaattisuudesta.

Haastattelututkimuksen avulla voidaan kuvata lääkäreiden omia käsityksiä empatiasta, mutta siitä, miten he todellisuudessa osoittavat empaattisuuttaan potilaalle viestiessään, ei ole mahdollista vetää johtopäätöksiä haastattelujen perusteella. Koska tämän tutkimuksen sysäsi aikanaan alkuun ihmettelyni lehtien mielipidesivukirjoituksista, joissa potilaat valittivat lääkäreiden puutteellisista viestintätaidoista ja epäempaattisuudesta, olisi mielenkiintoista tutkia vastaavasti haastattelua käyttäen, minkälaisena erilaiset ja -ikäiset potilaat ovat kokeneet lääkärin empaattisuuden tai sen puutteen. Tätä toista viestintäosapuolta tutkimalla olisi todennäköistä

saada lisäymmärrystä empaattisuuden merkityksestä lääkäri-potilas-suhteessa.

KIRJALLISUUS

- Apker, J. & Ray, E. B. 2003. Stress and social support in health care organizations. Teoksessa T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (toim.) Handbook of health communication. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 346–368.
- Binkofski, F. & Buccino, G. 2007. Therapeutic reflection. *Scientific American* 18 (3), 80.
- Buber, M. 1923. *Ich und Du*. Leipzig: Insel-Verlag.
- Buber, M. 1995. *Minä ja Sinä*. 2. painos. Porvoo: WSOY.
- Burleson, B. R. 1984. Comforting communication. Teoksessa H. E. Sypher & J. L. Applegate (toim.) *Communication by children and adults: social cognitive and strategic processes*. Beverly Hills: Sage, 63–104.
- Cheng, Y., Meltzoff, A. N. & Decety, J. 2007. Motivation modulates the activity of the human mirror system. *Cerebral Cortex* 17 (8), 1979–1986.
- Davis, M. H. 1996. *Empathy: A social psychological approach*. Boulder: Westview Press.
- du Pré, A. 2002. Accomplishing the impossible: talking about body and soul and mind during a medical visit. *Health Communication* 14 (1), 1–21.
- Einhorn, S. 2007. *Aidosti kiltti*. Helsinki: Otava.
- Eisenberg, N. & Strayer, J. (toim.) 1987. *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gerlander, M. 2003. Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa. Jyväskylän yliopisto. *Jyväskylä Studies in Humanities* 3.
- Halpern, J. 2007. Empathy and patient-physician conflicts. *Journal of General Internal Medicine* 22 (5), 696–700.
- Hietanen, P. 2004. Vuorovaikutus ja ammatillinen asenne. Teoksessa A. Vainio & P. Hietanen (toim.) *Palliatiivinen hoito*. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 227–246.
- Hietanen, P. 2006. *Empatia*. Esitelmä Tampereen yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan ja taideaineiden laitoksen Taide ja taudit -luentosarjassa 26.10.2006.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M. & Magee, M. 2002. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and speciality. *The American Journal of Psychiatry* 159 (9), 1563–1569.
- Holi, T. 2007. *Terveystieteiden tutkimuskeskuksen valvonta TEOSsa*. <<http://www.teo.fi/uusi/Holin%20esitys.pdf>>. Viitattu 5.9.2007.

- Holm, U. 1985. Empati i läkar-patientrelationen. En teoretisk och empirisk analys. Uppsala: Uppsala Studies in Education 24.
- Holm, U. 1987. Empati: att förstå andra människors känslor. Stockholm: Natur och Kultur.
- Holm, U. 2004. Det räcker inte att vara snäll. 7. painos. Stockholm: Natur och Kultur.
- Howell, W. S. 1982. The emphatic communicator. Belmont, CA: Wadsworth.
- Håkansson, J. 2003. Exploring the phenomenon of empathy. Stockholm University. Department of Psychology. Edsbruk: Akademisk Tryck.
- Kankare, H. 2004. Lähimmäisenrakkaus – silta kanssaihmissyyteen. Teoksessa H. Kankare, P.-L. Hautala-Jylhä & T. Munnukka (toim.) Lähimmäisenrakkauden puolustus – uusvanha näkökulma hoitotyöhön. Helsinki: Tammi, 56–72.
- Katainen, R., Schmitt, F. & Piha, J. 2005. Huonojen uutisten kertominen potilaalle – syöpätautien erikoislääkärien kokemuksia. Suomen Lääkärelehti 60 (43), 4359–4364.
- Kim, S. S., Kaplowitz, S. & Johnston, M. V. 2004. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the Health Professions* 27 (3), 237–251.
- Kohut, H. 1959. Introspection, empathy, and psychoanalysis. *Journal of American Psychological Association* 7, 459–483.
- Kohut, H. 1981. On empathy. Teoksessa P. H. Ornstein (toim.) The search for the self. 4. vuosikirja. New York: International University Press, 525–535.
- Kohut, H. 1984. How does analysis cure? Chicago: The University of Chicago Press.
- Kostiainen, E. 2003. Viestintä ammattiosaamisen ulottuvuutena. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Humanities 1.
- Lamm, C., Batson, C. D. & Decety, J. 2007. The neural basis of human empathy: effects of perspective-taking and cognitive appraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience* 19, 42–58.
- Landau, R. L. 1993. ...And the least of these is empathy. Teoksessa H. Spiro, M. G. McCrea Curnen, E. Peschel & D. St. James (toim.) Empathy and the practice of medicine. Beyond pills and the scalpel. New Haven: Yale University Press, 103–109.
- LeVasseur, J. & Vance, D. R. 1993. Doctors, nurses, and empathy. Teoksessa H. Spiro, M. G. McCrea Curnen, E. Peschel & D. St. James (toim.) Empathy and the practice of medicine. Beyond pills and the scalpel. New Haven: Yale University Press, 76–84.
- Lääkärietiikka. 2005. 6. painos. S. Saarni (päätoim.) Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
- MacGeorge, E. L., Feng, B., Butler, G. L., Dane, J. L. & Passalacqua, S. A. 2005. Sex differences in goals for supportive interactions. *Communication Studies* 56 (1), 23–46.

- MacGeorge, E. L., Gillihan, S. J., Samter, W. & Clark, R. A. 2003. Skill deficit or differential motivation? Testing alternative explanations for gender differences in the provision of emotional support. *Communication Research* 30 (3), 272–303.
- Mason, J. K. & Laurie, G. T. 2006. *Mason & McCall Smith's law and medical ethics*. 7. painos. New York: Oxford University Press.
- Mikkola, L. 2005. Hoitosuhteen vuorovaikutuksen haasteet tuen osoittamiselle. Teoksessa T.-R. Välikoski, E. Kostiainen, E. Kyllönen & L. Mikkola (toim.) *Prologi. Puheviestinnän vuosikirja 2005*. Jyväskylä: Prologos ry, 48–66.
- Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa. Jyväskylän yliopisto. *Jyväskylä Studies in Humanities* 66.
- More, E. S. 1994. Empathy enters the profession of medicine. Teoksessa E. S. More & M. A. Milligan (toim.) *The emphatic practitioner. Empathy, gender, and medicine*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 19–39.
- Northouse, L. L. & Northouse, P. G. 1998. *Health communication strategies for professionals*. 3. painos. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Panksepp, J. 1998. *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Parsons, T. 1951. Illness and the role of physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychology* 21 (1), 452–460.
- Parviainen, J. 2002. Kinesteettinen empatia – pohdintoja Edith Steinin empatiakäsityksen ulottuvuuksista. Teoksessa L. Haaparanta & E. Oesch (toim.) *Kokemus*. Tampereen yliopisto. *Acta Philosophica Tamperensia* vol. 1, 325–348.
- Pelkonen, R. 2005. Potilas ja lääkäri. Teoksessa S. Saarni (päätoim.) *Lääkärin etiikka*. 6. painos. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto, 15–17.
- Peräkylä, A., Eskola, K. & Sorjonen, M.-L. 2001. Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus tarkastelun kohteena. Teoksessa M.-L. Sorjonen, A. Peräkylä & K. Eskola (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 7–26.
- Peura, A. & Brommels, M. 2000. Tietoa, tukea ja toivoa. Lääkäreiden näkemyksiä syöpädiagnoosin kertomisesta. *Suomen Lääkärilehti* 55 (32), 3125–3129.
- Rogers, C. R. 1959. A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. Teoksessa S. Koch (toim.) *Psychology: A study of science*. 3. vuosikirja. New York: Mc Graw Hill, 184–256.
- Rogers, C. R. 1961. *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Roter, D. & McNeilis, K. S. 2003. The nature of the therapeutic relationship and the assessment of its discourse in routine medical visits. Teoksessa T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (toim.) *Handbook of health communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 121–140.

- Rubin, R. B. 1990. Communication competence. Teoksessa G. M. Phillips & J. T. Wood (toim.) *Speech communication: essays to commemorate the 75th anniversary of Speech Communication Association*. Carbondale: Southern Illinois University Press, 94–129.
- Salonen, S. 2006. *Sairaan hyvä potilas*. Helsinki: Duodecim.
- Schatz, E. & Schatz, I. J. 2003. Medicine and political science: parallel lessons in methodological excess. *PS: Political Science and Politics* 36 (3), 417–422.
- Schatz, I. J. 1995. Empathy and medical education. *Hawaii Medical Journal* 54 (4), 495–497.
- Shapiro, J. & Lie, D. 2000. Using literature to help physician learners understand and manage “difficult” patients. *Academic Medicine* 75 (7), 765–768.
- Skinner, B. F. 1976. *About behaviorism*. New York: Random House.
- Sparks, L., Villagran, M. M., Parker-Raley, J. & Cunningham, C. B. 2007. A patient-centered approach to breaking bad news: communication guidelines for health care providers. *Journal of Applied Communication Research* 35 (2), 177–196.
- Stein, E. 1917. *Zum Problem der Einfühlung*. München: Verlagsgesellschaft Gerhard Kaffke.
- Titchener, E. 1909. *Lectures on the experimental psychology of the thought-processes*. New York: Macmillan.
- Toiviainen, H. 2007. *Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Tutkimuksia 160*. Helsinki: Stakes. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-33-1983-0>>. Viitattu 10.6.2007.
- Tuorila, H. 2006. *Onnistunut lääkarissäkäynti. Potilaskuluttajan opas*. Helsinki: Edita.
- Tähkä, V. 1979. *Potilas-lääkärisuhde*. 2. painos. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
- Warneken, F. & Tomasello, M. 2006. Altruistic helping in human infants and young chimpanzees. *Science* 311 (5765), 1301–1303.
- Webster. 1996. *The new international Webster’s comprehensive dictionary of the English language. Encyclopedic edition*. Chicago: Trident Press International.