

Thanatos

ISSN 2242-6280, vol.5 1/2016

© Suomalaisen Kuolemantutkimuksen Seura Ry.

https://thanatosjournal.files.wordpress.com/2016/6/artkoski_ja_hyvarinen_laakarit.pdf



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

Lääkärit puhuvat kuolemasta

Marjanna Artkoski

Tampereen yliopisto

Marja-Leena Hyvärinen

Itä-Suomen yliopisto

Abstrakti

Kuolema filosofisena kysymyksenä on ollut kiehtova teema ihmisyyden alkuajoista lähtien. Tästä huolimatta ihmisellä on luontainen pyrkimys sulkea epämieluisat tai vaikeilta tuntuvat asiat itsensä ulkopuolelle. Kuolema on nykyisin etäännytetty sairaaloihin ja muihin laitoksiin, minkä vuoksi se voi olla helppo unohtaa. Lääkärin ammatissa kuolema on kuitenkin läsnä. Lääkärin tehtäviin kuuluu puhua edessä olevasta kuolemasta sekä potilaan että omaisten kanssa. Esimerkiksi syöpäpotilaan hoitosuhde saattaa olla pitkä, jolloin lääkäri joutuu kohtaamaan sekä voimakkaita tunnereaktioita että kuolemanpelkoa. Lääkäreiden kuolemasta puhumiseen liittyvää tutkimustietoa on kuitenkin varsin rajallisesti saatavilla. Lääkäreiden omakohtaisiin kokemuksiin perustuvaa tutkimusta ei ole Suomessa kovinkaan paljon julkaistu. Käytössä ei ole tietoa myöskään siitä, millainen kokemus kuolemasta puhuminen on lääkärille itselleen ja miten he puhuvat kuolemasta potilaille ja omaisille.

Artikkeli perustuu laadulliseen tutkimukseen. Tutkimuksessa haastateltiin 27:ää lääkäriä, jotka kertoivat kuolemasta puhumiseen liittyvistä omakohtaisista kokemuksistaan ja käsityksistään. Lääkärit edustavat eri terveydenhuollon sektoreita ja kahdeksaa erikoistumisalaa. Artikkelissa kuvataan, millainen kokemus kuoleman teeman käsitteleminen on lääkäreille ja miten he puhuvat kuolemasta. Tuloksia voidaan hyödyntää lääkäreiden vuorovaikutuskoulutuksessa ja yleisemminkin terveysalalla, kun kehitetään tarkoituksenmukaisia toimintatapoja kuolemasta puhumiseen.

Tulokset osoittavat, että lääkärit suosivat asiapainotteista toimintatapaa ja edessä olevan kuoleman mahdollisuuden suoraa kertomista potilaalle ja tämän läheisille. Tyypillisesti keskustelu ajoittuu sairauden loppuvaiheeseen, jolloin lääkäri pyrkii rauhoittamaan ja selkiyttämään tilannetta sekä ylläpitämään toivoa ja suuntaamaan ajatuksia myönteisiin seikkoihin, kuten oireiden mukaisen hoidon jatkamiseen ja jäljellä olevan ajan täysipainoiseen elämiseen. On tyypillistä, että lääkärin kerrottua huonot uutiset potilaat ja omaiset kysyvät ennusteesta, hoitojen vaikuttavuudesta ja kuoleman todennäköisyydestä, joihin lääketieteen asiantuntijalta odotetaan vastauksia. Näissä tilanteissa lääkärin tärkeimpiä tehtäviä ovat potilaan ja omaisten kanssa keskusteleminen, totuudessa pysyminen sekä tunnereaktioiden vastaanottaminen ja käsitteleminen. Kuolemasta puhuminen on lääkäreille kuitenkin vaikea tehtävä. Jotkut lääkäreistä kokevat kuolemasta puhumisen niin vaikeana ja emotionaalisesti kuormittavana, että he välttelevät siitä keskustelemista tai siirtävät aiheen käsittelyn hoitajan tai muun ammattilaisen vastuulle. Lääkäreiden koulutuksessa tulisikin valmentaa lääkäreitä puhumaan kuolemasta potilaille ja myös heidän omaisilleen, jotka ovat keskeinen yhdysside potilaan ja lääkärin välillä.

Asiasanat: huonot uutiset, lääkäri, koulutus, kuolema, omainen, potilas, vuorovaikutus

Johdanto

Maatalousyhteisöissä kuolema ei ole ollut outo vieras, vaan luonnollinen ilmiö vuodenvaihtuksen ja sadonkorjuun, karjanhoidon ja monen sukupolven yhteisasumisen rinnalla. Sitä vastoin nykyisin elämme entistä harvemmin yhdessä kuolevan läheisemme kanssa, koska ihmiset kuolevat usein sairaaloissa, vanhainkodeissa ja saattohoitokodeissa (Aaltonen 2015). Kuolema on näin etäännytetty pois ihmisen arkipäivästä, minkä vuoksi se on helppo siirtää syrjään, jopa kokonaan unohtaa, kuten Peräkylä (1985) toteaa klassisessa sairaalakuolemaa käsittelevässä tutkimuksessaan. Vaikka jokainen meistä tietää kuolevansa, on yleistä, että vasta jokin odottamaton tapahtuma, kuten oma tai läheisen vakava sairastuminen, vie meidät tämän perimmäisen kysymyksen äärelle.

Lääkärin ammatissa huonojen uutisten kertominen (engl. *breaking bad news*) ja kuolemasta puhuminen ovat kuitenkin olennaisesti läsnä. Huonojen uutisten kertomisella viitataan tutkimuskirjallisuudessa tilanteeseen, jossa lääkäri joutuu ilmoittamaan potilaan terveydellisen tai toiminnallisen tilan muuttumisesta ratkaisevasti huonompaan suuntaan (Buckman 1992; Rowland & Lang 2007; Wright, Sparks & O’Hair 2013). Tällaisia voivat olla esimerkiksi kuolemaan johtavan diagnoosin kertominen, onnettomuus, itsemurha tai leikkauksen jälkeinen komplikaatio. Edessä olevasta kuolemasta puhuminen potilaan ja omaisten kanssa on ensisijaisesti lääkärin tehtävä.

Vaikeasta ja pelkoa herättävästä aiheesta puhuessaan lääkäri tarvitsee paitsi perusteellisia tietoja ja taitoja lääketieteestä, myös hyvää vuorovaikutusosaamista. Vuorovaikutusosaaminen ymmärretään tässä tutkimuksessa tilanteen kannalta tehokkaaksi ja tarkoituksenmukaiseksi toiminnaksi, jossa lääkäri soveltaa alansa tietotaitoa ja keskustele potilaan kanssa tapauskohtaisesti (Hyvärinen 2011). Vuorovaikutustyylin ja ilmaisutavan sovittaminen potilaan yksilöllisiä odotuksia vastaavaksi on keskeinen tekijä lääkäri-potilasvuorovaikutuksen onnistumisessa. On osoitettu, että lääkärin toiminta vaikuttaa merkittävästi potilaan tyytyväisyyteen, sairauden kokemiseen ja hyvinvointiin (Ptacek & Ptacek 2001; Street Jr. ym. 2009). Huonojen uutisten kertomisen yhteydessä potilaat arvostavat empaattista, kiireetöntä ja yksilöllistä, kohtaamista (Eng ym. 2012; Fujimori & Uchitomi 2009; van Vliet & Epstein 2014). Ei siis ole yhdentekevää, mitä ja miten lääkäri puhuu potilaan tai omaisten kanssa. Kuolemasta puhuminen edellyttää vahvaa vuorovaikutusosaamista ja ennen kaikkea kykyä pysyä lujana ja luotettavana, potilasta emotionaalisesti tukevana ja kuuntelevana osapuolena (Mack & Smith 2012).

Voidaan ajatella, ettei kuolemasta puhuminen ole yksittäinen tapahtuma tai pelkästään lineaarisesti etenevä tapahtumasarja, vaan pikemminkin kyse on prosessista, jossa potilas joutuu käsittelemään tietoa tilanteestaan ja elämän loppumisesta yhdessä omaisten ja lääketieteen asiantuntijoiden kanssa (Tuffrey-Wijne 2013). Tässä prosessissa vuorovaikutus on juuri se kriittinen tekijä, jolla saadaan aikaan korkealaatuista hoitoa elämän loppuvaiheessa (Scott 2014). Kuolema on kuitenkin keskusteluaiheena hyvin sensitiivinen ja lääkäreille yksi vaikeimmista (Harrison & Walling 2010). He joutuvat työssään tunnistamaan huonojen uutisten herättämiä tunteita ja reaktioita – sekä potilaassa että itsessään (Fields & Johnson 2012; VandeKieft 2001). On havaittu, että lääkärit, jotka vastaavat hoidoista ihmisen elinkaaren loppuvaiheessa, ovat alttiina monenlaiselle stressille, joka voi johtaa myötätuntouppumukseen ja loppuunpalamiseen (Gleichgerrcht & Decety 2013; 2014; Kearney ym. 2009). Vastaavasti toimiva vuorovaikutus lääkärin ja potilaan välillä vähentää sekä potilaan että lääkärin stressiä ja johtaa myös omaisten parempaan elämänlaatuun (Scott 2014). Siksi on tärkeää, että lääkäreillä on rohkeutta keskustella kuolemasta ja taitoa käsitellä tilanteessa syntyviä voimakkaita tunnekokemuksia (Artkoski & Hyvärinen 2015).

Jotta lääkärit pystyisivät kertomaan potilailleen entistä paremmin sekä sairauden ennusteesta että hoitomahdollisuuksista ja kuolemasta, he tarvitsevat siihen koulutusta (Katainen, Schmitt & Piha 2005; Peura & Brommels 2000). Huonojen

uutisten kertomista tulisi kehittää muun ammattitaidon ohessa ja sitä koskevaa koulutusta tulisi olla tarjolla lääkärinkoulutuksen eri vaiheissa (Lönnqvist 2014). Se on tärkeimpiä ja haastavimpia kliinisen keskustelun muotoja – taito, jota pitäisi opettaa kaikille jo perustutkintovaiheessa ja johon kaikkien lääkäreiden tulisi valmistautua (Harrison & Walling 2010; Shaw, Brown & Dunn 2013). Koulutuksella voidaan tutkimusten mukaan vaikuttaa tehokkaasti sekä lääkäreiden asenteisiin että keskustelutaitoihin (Del Vento ym. 2009; Mutto ym. 2009). Jo perustutkintovaiheessa voidaan vaikuttaa opiskelijoiden suhtautumiseen ja halukkuuteen keskustella elämän loppuvaiheesta ja auttaa heitä kehittämään vuorovaikutustaitoja, joita he tarvitsevat kuolevien ja surevien ihmisten tukemiseen ja lohduttamiseen (Pagano 2016).

Huonojen uutisten kertomiseen on kehitetty erilaisia ohjeita ja malleja, joiden tavoitteena on auttaa lääkäriä toimimaan tarkoituksenmukaisella tavalla usein hyvin monitahoisessa ja vaikeassa tilanteessa (Bernacki ym. 2015; Fields & Johnson 2012; Harrison & Walling 2010; VandeKieft 2001). Malleja on kehitetty erityisesti syöpälääkäreiden käyttöön. Niissä korostetaan rauhallisen ympäristön merkitystä, häiriötekijöiden sulkemista keskustelun ulkopuolelle, ajan antamista potilaalle ja omaisille huonojen uutisten sisäistämiseksi, tosiasioiden kertomista, liian tarkkojen ennusteiden antamisen välttämistä, toiveikkuuden ylläpitämistä, empaattisuutta ja sitä, että potilaalla ja omaisilla on kaikissa vaiheissa mahdollisuus varmistua tilanteesta sekä saada vastauksia mieltä painaviin kysymyksiin. (Baile ym. 2000; Buckman 2005; Sparks ym. 2007; Villagran ym. 2010.)

Huonojen uutisten kertomiseen kehitettyjen mallien soveltamista koskevissa tutkimuksissa on saatu kuitenkin ristiriitaisia tuloksia. Osa tutkijoista on havainnut, että mallien käyttö tehostaa sensitiivistä ja empaattista vuorovaikutusta ja lisää sekä potilaan ja hänen omaistensa että lääkärin hyvinvointia huonoja uutisia koskevissa tilanteissa (Detering 2010; Fujimori ym. 2014; Güneri, Epstein & Botto 2013). Kriittisesti asennoituvat puolestaan väittävät, etteivät mallit takaa lääkäri-potilasvuorovaikutuksen onnistumista (Fallowfield & Jenkins 2004; Villagran ym. 2010). Mallit eivät myöskään välttämättä anna suoraan vastauksia siihen, miten lääkäri voisi keskustella kuolemasta potilaan ja omaisten kanssa. Lisäksi on esitetty, ettei malleissa oteta huomioon vuorovaikutusta, vaan ne ohjaavat laatimaan valmiin käsikirjoituksen tilanteeseen ja korostavat yksipuolisesti tiedon välittämistä. Niiden käyttöä vuorovaikutuksen näkökulmasta ei ole riittävästi tutkittu (Scott 2014).

Aiemmassa tutkimuksessa on keskitytty tarkastelemaan huonojen uutisten kertomista joko lääkäreiden tai potilaiden näkökulmasta (Eng ym. 2012; Fujimori ym. 2005; Fujimori ym. 2007; Fujimori & Uchitomi 2009; van Vliet & Epstein 2014). Aihetta on käsitelty myös omaisten näkökulmasta (esim. Faulkner & Maguire 1999). Tyypillisesti tutkimusaihetta on lähestytty määrällisesti ja useimmiten on käytetty strukturoitua tai puolistrukturoitua kyselyä (Arbabi ym. 2014; Fujimori & Uchitomi 2009; Ptacek & Ptacek 2001). Tutkimukset ovat keskittyneet lähinnä syöpälääkäreihin ja heidän potilasiinsa. Muiden erikoisalojen lääkäreiden osalta tutkimusta on käytössä vähemmän (Bernacki ym. 2015). Kuolemateemaa koskevaa tutkimusta tehdään erityisesti palliativisen lääketieteen parissa. Siitä huolimatta, että tutkimuksissa on pyritty tunnistamaan tehokkaita ja tarkoituksenmukaisia viestintästrategioita huonojen uutisten kertomiseen (Heritage & Maynard 2006; Shaw, Dunn & Heinrich 2012; Sparks ym. 2007), vieläkään ei tarkalleen tiedetä, mitä onnistunut loppuelämän vuorovaikutus käytännössä tarkoittaa potilaalle, omaisille tai lääkärille (Scott 2014). Tutkimuksissa on havaittu, etteivät lääkärit mielellään puhu kuoleman lähestymisestä potilaalle: he kokevat uutisen kertominen stressaavana, minkä vuoksi asia mielellään lykätään vakavan sairauden loppuvaiheeseen (Keating ym. 2010). Tutkijat kuitenkin korostavat, että lääkäreiden tulisi aloittaa keskustelut riittävän ajoissa, jotta potilaalla ja omaisilla olisi aikaa valmistautua edessä olevaan kuolemaan ja osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon (Detering ym. 2010; Lind ym. 2011).

Suomessa huonoja uutisia ja kuolemasta puhumista käsittelevää tutkimusta on julkaistu varsin vähän, ja kuten kansainvälinen tutkimus, se keskittyy syöpälääkäreihin ja on luonteeltaan määrällistä, lähinnä kyselytutkimusta (Katainen, Schmitt & Piha 2005; Peura & Brommels 2000). Määrällisen tutkimuksen rinnalle tarvitaan kuitenkin myös laadullista tutkimusta, jonka avulla voidaan vahvistaa tuloksia ja tuoda moniulotteisuutta lääkäreiden kokemusten ja käytänteiden tarkasteluun (Del Vento ym. 2009; Scott 2014). Laadullinen lähestymistapa soveltuu hyvin aiheisiin, joista on käytössä niukasti aikaisempaa tutkimustietoa (Marshall & Rossman 2014). Lisäksi terveydenhuollon käytänteiden tutkimuksessa laadullista tutkimusta voidaan pitää melko uutena ja tärkeänä lisänä (Aira 2005; Huston & Rowan 1989).

Tässä tutkimuksessa sovellettiin laadullista lähestymistapaa. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla useiden erikoisalojen lääkäreitä, joita pyydettiin kertomaan, millaisia kokemuksia heillä on kuolemasta puhumisesta ja miten he puhuvat kuolemasta potilaille ja heidän omaisilleen. Lääkäreiden kokemusten kuvaaminen auttaa ymmärtämään, millaisesta prosessista on kyse, kun tehtävänä on puhua kuolemasta. Lääkäreiden toimintatapojen tutkiminen puolestaan auttaa tunnistamaan ja kehittämään tarkoituksenmukaisia käytänteitä tämän sensitiivisen aiheen käsittelyyn. Tuloksia voidaan hyödyntää paitsi lääkäreiden, myös muiden terveysalan asiantuntijoiden vuorovaikutusosaamisen kehittämisessä.

Tutkimusaineisto ja analyysi

Aineisto kerättiin vuosina 2006–2009 haastattelemalla yhteensä 27:ää lääkäriä, jotka työskentelivät kahdeksalla erikoisalalla: yleislääketiede (7 lääkäriä), sisätaudit (5), pediatria (4), gynekologia (4), syöpätaudit (3), psykiatria (2), keuhkosairaudet (1) ja kirurgia (1). Haastatelluista 11 oli miehiä ja 16 naisia kolmesta eri sairaanhoitopiiristä. Heidän ikänsä vaihteli 31 ja 67 vuoden välillä. Kaksi nuorinta oli toiminut lääkärinä kuusi vuotta, kaikki muut lääkärit olivat toimineet ammatissaan yli kymmenen vuotta, vanhimmat yli kolmekymmentä vuotta. Aineiston voidaan katsoa kuvaavan melko pitkään ammatissaan toimineiden lääkäreiden kokemuksia ja käytänteitä.

Tutkimusaiheen arkaluontoisuuden vuoksi aineisto päädyttiin keräämään harkinnanvaraisesti lumipallo-otannalla (Frey, Botan & Kreps 2000; Lindlof & Taylor 2011). Ensimmäisiin haastateltaviin saatiin yhteys kolmessa eri sairaanhoitopiirissä työskennelleiden sairaanhoitajien avustuksella. Tämän jälkeen kukin lääkäri ehdotti seuraavaa haastateltavaa omista verkostoistaan. Menetelmällä onnistuttiin tavoittamaan useiden erikoisalojen lääkäreitä, joilla on runsaasti tietoa ja kokemusta huonojen uutisten kertomisesta ja kuolemasta puhumisesta (Eskola & Suoranta 2008, Tuomi & Sarajärvi 2002). Aineistoa kerättiin niin pitkään, ettei haastatteluissa noussut esille enää uusia näkökulmia tutkimusaiheesta. Eri vuosina tehtyjen haastatteluiden välillä ei havaittu merkittäviä eroja.

Haastattelutilanteen alussa lääkäriä pyydettiin vapaasti kertomaan yksi erityisesti mieleen jäänyt kokemus huonojen uutisten kertomisesta. Osa lääkäreistä kertoi selkeästi yhden kokemuksen, osa puhui useammasta kokemuksesta. Vapaa kerronta oli eräänlainen lämmittely varsinaiseen haastatteluun, jossa haastattelija esitti kysymyksiä huonojen uutisten kertomisesta ja kuolemasta puhumisesta. Lääkäreiltä kysyttiin esimerkiksi, millainen kokemus kuolemasta puhuminen on, mikä vaikuttaa kokemuksen syntymiseen ja miten lääkäri puhuu kuolemasta potilaiden ja heidän omaistensa kanssa. Kysymykset toimivat haastattelurunkona, mutta pääosin haastattelut kehittyivät vapaamuotoisiksi keskusteluiksi, joissa lääkärit kuvasivat kokemuksiaan ja toimintatapojaan omaehtoisesti. Haastattelurunko oli kaikissa haastatteluissa sama, mikä auttoi keräämään tietoa valituista teemoista systemaattisesti (Eskola & Suoranta 2008).

Ääninauhoitettujen haastatteluiden kesto vaihteli 39 ja 125 minuutin välillä. Haastattelut litteroitiin sanatarkasti ja merkittiin tunnistetiedoin. Litteroitua aineistoa syntyi 325 sivua (kirjasinkoko 12, riviväli 1,5).

Aineisto analysoitiin laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysimenetelmällä ja tekniikkana käytettiin teemoittelua (Tuomi & Sarajärvi 2002). Sen avulla pyrittiin nostamaan esille mahdollisimman kattavasti ja moniulotteisesti lääkäreiden henkilökohtaisia kokemuksia ja toimintatapoja ilman ennalta määriteltyä teoriaa tai analyysirunkoa. Lähestymistapaa voidaan luonnehtia kuvailevaksi ja selittäväksi aineiston tarkasteluksi, jossa pyritään saamaan tietoa tutkittavan ilmiön olemuksesta kuvaamalla tapahtumia ja analysoimalla toimintaa (Alasuutari 2011; Eskola & Suoranta 2008). Tässä tutkimuksessa haastattelumenetelmällä kerätty aineisto ei sinänsä kuvaa todellisuutta juuri sellaisena tapahtuneeksi vaan se antaa ikään kuin kertomuksen todellisuuden tapahtumista, jossa on jo (kunkin lääkärin oma) tulkinta ja jonka välityksellä syntyy käsityksiä ja johtopäätöksiä. Tulosten käsittely perustuu pohtivaan arviointiin, jonka odotetaan osoittavan yleisiä lainalaisuuksia lääkäreiden kokemuksista ja toimintatavoista (Huston & Rowan 1998).

Ensimmäisessä vaiheessa aineistoa tarkasteltiin kokonaisuutena, minkä jälkeen aineistosta etsittiin sellaisia ilmaisuja ja ajatuksellisia kokonaisuuksia, joissa lääkärit kuvailivat kokemuksiaan ja toimintatapojaan. Seuraavaksi lähellä toisiaan olevat ilmaisut ryhmiteltiin ja koottiin samaan luokkaan. Jokaiselle syntyneelle luokalle annettiin alkuperäisilmaisuja mahdollisimman hyvin kuvaavat nimet. Artikkelin kirjoittajat keskustelivat analyysistä useissa eri vaiheissa ja pyrkivät siten varmistamaan analyysiprosessin luotettavuuden. Lähellä toisiaan olevat luokat yhdistämällä muodostui analyysiprosessin lopputuloksena aineistoa kuvaavat pää- ja alaluokat, jotka kuvataan tuloksissa. Lisäksi aineistosta esitetään lainauksia, joiden tarkoituksena on antaa lukijalle havainnollistavia esimerkkejä ja mahdollisuus tehtyjen tulkintojen arvioimiseen. Lainauksen jälkeen suluisissa ilmoitetaan tutkittavan sukupuoli (nainen, NL tai mies, ML) ja tunnistenumero.

Tulokset

Aineistosta muodostui kaksi pääluokkaa: *kuolemasta puhumisen tunnusomaiset piirteet* ja *kuolemasta puhumisen käytänteet*. Lääkäreiden vastauksista tunnistettiin kolme kuolemasta puhumisen tunnusomaista piirrettä (alaluokkaa), jotka kuvaavat ja yhdistävät heidän kokemuksiaan: *suhde kuolemasta puhumiseen, tilanteiden ennakoimattomuus* ja *rättämättömyyden tunne*. Kuolemasta puhumisen käytänteiden nähtiin puolestaan olevan yhteydessä seuraaviin tekijöihin (alaluokkiin): *kohderyhmä, ajankohta, ilmaisutapa, tavoite* ja *sisältö*. Ne kuvaavat sitä, kenen kanssa lääkäri puhuu kuolemasta, milloin ja millä tavalla hän puhuu, mihin hän keskustelulla pyrkii ja mitä lääkäri puhuu kuolemasta potilaalle tai omaisille.

Kuolemasta puhumisen tunnusomaiset piirteet

Aineistosta ilmeni, että kuolemasta puhuminen on lääkäreille voimakas kokemus ja vaikea tehtävä, minkä vuoksi *suhde kuolemasta puhumiseen* muodostuu lähinnä vältteleväksi. Lääkäreiden kuvauksista kävi ilmi, että aihetta pidetään tabuna ja pelkoa aiheuttavana ja että lääkärit eivät mielellään aloita aiheesta keskustelemista ilman potilaan tai omaisen aloitetta. Lääkäreiden suhtautumiseen vaikutti myös se, miten omaiset reagoivat tilanteessa. He kertoivat joutuvansa kohtaamaan erilaisia omaisten reaktioita, kuten syyllistämistä ja suoranaista vihaa, huolta ja pelkoa, mitkä herättivät voimakkaita tunnereaktioita heissä itsessään. Lisäksi aiheen käsittelyyn koettiin yleensä olevan niukasti aikaa, esimerkiksi osastokierrolla. Lääkärit kertoivat siirtävänsä kuolemasta puhumisen usein hoitajan tai muun ammattilaisen, kuten sairaalapastorin, tehtäväksi. Myös päivystyksessä kerrottiin olevan tyypillistä, että lääkäri itse ei kerro elvytyksessä kuolleesta potilaastaan omaisille, vaan kuolemasta ilmoittaminen jää toisen lääkärin vastuulle.

Sehän on näitä viimeisiä tabuja, mitä meillä on, et siitä ei kovin paljon keskustella, ja tota kyllähän kuolemanpelko on, sen näkee joidenkin potilaiden taustalla voimakkaana. ML8

Lääkäri kohtaa potilaan noin 10 minuuttia lääkärinkierrolla, et se ei o varmaan mikään oikein otollinen tilanne tällasiin keskusteluihin... mut sit se on se yöhöitaja, joka käy siellä yksin juttelemassa. ML3

Osalta tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä kuolemasta puhuminen näyttäytyi luonnollisena ja ammattiin kuuluvana tehtävänä. Vaikka aineistossa korostui kuolemasta puhumisen vaikeus ja vaativuus, jotkut lääkäreistä pitivät kuolemaa läheisenä ja itselleen tärkeänä asiana; kuolema ei pelottanut eikä myöskään siitä puhuminen. Olkoonkin, että kuolema koettiin ikävänä aiheena, nämä lääkärit kokivat siitä puhumisen kuuluvan olennaisesti työhön. Kuolemasta puhuminen ei välttämättä aiheuttanut heissä ahdistusta tai välttelyä, vaan siitä keskusteltiin jopa mielellään. Myönteisesti kuolemasta puhumiseen suhtautuvien lääkäreiden kuvauksissa potilaat olivat ottaneet yleensä rauhallisesti vastaan tiedon lähestyvistä kuolemasta ja he olivat varautuneet siihen.

Mä oon joutunu kertomaan jollekin että hän on kuolemansairas niin voinhan mä sitä ajatella, muttei se muu millään tavalla ahdistaisillai ettei muhun millään tavalla vaikuta se on vaan niinkun ammattiin liittyvä asia. ML12

Se on pikemminkin aika mielenkiintoista keskustella ihmisten kanssa siitä että mitä kukin uskoo tapahtuvan se on niin aina semmosta seikkailullista et...mulle itselleni on tullu kauheen mukava mieli siitä että että mä oon ihan täydellisesti pystynyt unohtamaan että kuoleman jälkeen tulis jotain pahaa. NL1

Sit onhan tämmösiä vanhuksii, jotka suhtautuu tähän kuolemaan tavattoman hyvin ja ne niinkun oikein odottaa sitä. NL16

Lääkäreiden kuvaamien kokemusten perusteella kuolemasta puhumiselle tunnusomaista on *tilanteiden ennakoimattomuus*. Kuvauksista kävi ilmi, että esimerkiksi pitkään vakavaa ja kuolemaan johtavaa tautia sairastavan potilaan kohdalla kuolema ja siitä puhuminen tulevat lopulta eteen yllättäen. Lääkärit kertoivat joutuvansa keskustelemaan aiheesta ennalta valmistautumatta ja jännittävänsä tilanteita. Työkokemuksensa ei kerrottu välttämättä helpottavan keskustelemista eivätkä lääkärit kokeneet siihen muodostuvan rutuina. Lisäksi he toivat esille, ettei kuolemasta puhumista juurikaan opeteta peruskoulutuksessa eikä siihen ole valmista toimintamallia, minkä vuoksi tehtävä koettiin vaikeaksi etenkin nuorelle lääkärille.

Ei ollu mitään mahdollisuutta valmistautua etukäteen...lapsella on vaikea verenmyrkytys ja hän menehtyi siihen nyt juuri. Ja ei...niin se on aina hirveitä. NL3

Mutta tämmöset on ne kaikista ikävimpää tilanteita, kun kaikki tapahtuu niin nopeesti. Jos sitä on pitkään sairastettu sitä tautia ja sitten, jos se varsinainen diagnoosi tulee vasta siinä vaiheessa, kun kaikki on myöhästä niin silloin siihen ei tavallaan jää sitä aikaa, jolloin ne ihmiset pystyis sitä työstämään ja kaikki tapahtuu liian nopeasti, ne ei kerkiä mukaan siihen ja silloin niillä on kaikista suurinta se paha olo. ML9

Sit kun sää kolmekymmppisenä puhut niin sull on joku teoreettinen tieto tai joku tietoo siitä ei sitä o missään ees opetettu oohan sä pihalla kun lumiukko. ML6

Riittämättömyys ja *neuvottomuus* olivat tyypillisiä tunteita, jotka välittyivät aineistosta. Lääkärin työhön kuuluu olennaisesti toisen ihmisen auttaminen, mikä ei toteudu äkillisesti kuolevan potilaan kohdalla. Epäonnistunut elvytysyritys mainittiin yhtenä esimerkkinä, joka aiheutti lääkäreissä riittämättömyyden tunnetta. He toivat esille, että

voimakkaiden tunnekokemusten käsittelyyn olisi tarpeellista saada ohjausta. Tuloksista kävi ilmi tilanteiden jälkipuinnin ja itsereflektion tärkeys vaikeiden kokemusten käsittelemiseksi ja tarkoituksenmukaisten toimintatapojen kehittämiseksi.

Vaikka potilas oli ite päästänyt itsensä päiviltä niin siitä huolimatta mä tietysti (tunsin) tarvetta ett mä olisin voinu auttaa ja mä koin tietenkin niinku kauhean epä ei se epäonnistuminen virallisesti ollut vaan riittämättömyyden tunteen siinä että mä en saanu sitä potilasta elvytettyä... jälkipuinti oli hyvin tärkeää ainakin mä koin niin et se jäseni mua. NL14

Kuolemasta puhumisen käytänteet

Puhuessaan kuolemasta lääkärit osoittivat tekevänsä harkittuja valintoja siitä, kenen kanssa he puhuvat kuolemasta, milloin asia otetaan puheeksi, miten siitä puhutaan, mihin keskustelulla pyritään ja mitä ylipäätään kuolemasta puhutaan. Nämä tekijät nimettiin kuolemasta puhumisen käytänteiksi, jotka esitetään Kuvassa 1. Aineiston perusteella lääkärit eivät välttämättä keskustele kuolemasta suoraan potilaan itsensä kanssa vaan ensisijainen kohderyhmä on potilaan läheiset ja omaiset. Näin on etenkin lapsipotilaiden, mutta myös iäkkäämpien sairaiden kohdalla. Toisaalta tulokset eivät tuo esille mitään yhtäpitävää käytäntöä, vaan kyse on pikemminkin lääkärin tapauskohtaisesta ja potilaan iästä riippumattomasta toimintatavasta. Niin ikään nuoren potilaan tai lapsen kanssa lääkäri saattoi keskustella kuolemasta avoimesti, kuten seuraava esimerkki osoittaa:

Mä oon kyllä yhden semmosen 12-vuotiaan pojan kanssa, joka oli meillä kymmenen vuotta ollu hoidossa, ja sen vaikean sairauden takia. Ja sitten kun se loppuvaihe tuli, niin sitten hyvin avoimesti keskustelin hänen kanssaan.

NL7

Kohderyhmä	Ajankohta	Ilmaisutapa	Tavoite	Sisältö
<ul style="list-style-type: none"> ensisijaisesti puhutaan omaisille harkitusti potilaalle itselleen voidaan puhua myös lapselle ja nuorelle 	<ul style="list-style-type: none"> sairauden tai hoitojen loppuvaiheessa mieluiten potilaan aloitteesta lääkäri käytettävissä keskusteluun 	<ul style="list-style-type: none"> puhutaan suoraan ja rehellisesti kysymysten kautta rauhallisesti, varovaisesti potilas voi auttaa lääkäriä puhumaan 	<ul style="list-style-type: none"> realistinen kuva tilanteesta potilaan toiveet esille kuunteleminen kysymyksiin vastaaminen omaisten rauhoittelu 	<ul style="list-style-type: none"> mitä on tehtävissä olon helpottaminen myönteisten seikkojen esiin nostaminen kuolemanpelko

Kuva 1. Kuolemasta puhumisen käytänteet

Tulokset kertovat, etteivät läheskään kaikki lääkärit ota kuolemaa mielellään oma-aloitteisesti puheeksi. Tähän liittyi tarve suojata potilasta tai halu antaa potilaan itse päättää, milloin ja miten asia otetaan puheeksi. Lääkärit kuitenkin korostivat olevansa käytettävissä, mikäli potilas haluaa puhua kuolemastaan. *Ajankohta*, jolloin lääkärit kertoivat ottavansa itse asian puheeksi, sijoittui tyypillisesti sairauden tai hoitojen loppuvaiheeseen, jolloin aktiivihoidosta ei enää auttanut. Tällöin lääkäri esimerkiksi kertoi potilaalleen, että aktiivihoidosta siirrytään oireidenmukaiseen hoitoon. Kyse saattoi olla myös lääkärin ja vanhempien yhteisestä päätöksestä, esimerkiksi milloin pienen vauvan tehohoidosta luovutaan.

Sit on kyllä hürveen vaikee keskustella, jos potilas ei itse aloita sitä keskustelua. NL12

Ihmisellä on oikeus olla käsittelemättä sitä sen enempää mutta pitää olla mahdollisuus et siitä voidaan keskustella eli tarjota niinkun se mahdollisuus ikäänkuin avata se kanava että tästä voidaan keskustella. NL13

...kerrotaan vanhemmille, että hoito lopetetaan...sitä ei niinku tehdä äkkiseltään. Vanhemmille puhutaan, annetaan aikaa.... ML7

Tulosten perusteella lääkäreiden *ilmaisutapa* on avointa ja rehellistä: potilaalle tai omaisille kerrotaan, mikä on tilanne, mitä on tulossa ja mitä hoidoilla voidaan saavuttaa ja mitä ei. Lääkärit pitivät tärkeinä rauhallisuutta ja varovaisuutta asian esittämisessä sekä ajan antamista huonojen uutisten käsittelemiseen. Potilaat eivät heidän mukaansa välttämättä pysty ottamaan vastaan tietoa edessä olevasta kuolemasta heti, minkä vuoksi asia tulee kertoa lyhyesti ja tarvittaessa uudelleen. Osa kertoi pitävänsä fyysistä etäisyyttä potilaisiin ja vain muutamat kertoivat koskettavansa potilasta. Osa lääkäreistä kertoi käynnistävänsä ja vievänsä keskustelua eteenpäin kysymysten kautta. Lisäksi potilaan omalla suhtautumisella ja osallistumisella koettiin olevan vaikutusta keskustelun viriämiseen ja lääkärin ilmaisutapaan.

Et mä tiädän sen, että vaikka kuinka rauhallisesti ja yksinkertaisesti puhutaan, niin sitä ei välttämättä ymmärrä, vaan siitä pitää sitte puhua uudestaan. NL7

Mä pyrin olemaan ensinnäkin rehellinen plus että mikä on tilanne ja missä tautia on todettu ja kuinka laajasti sitä on ja...minkälaisia hoitoja voidaan käyttää...mutta kerron myös rehellisesti sen että taudista ei enää parane jos siitä on kysymys. NL8

...ja se oli aivan lähtemätön se keskustelu ja se miten hyvin se tavallaan meni joka johtu suurimmaks osaks tästä työstä itsestään.... NL13

Lääkärit kertoivat pyrkivänsä aidosti ottamaan huomioon potilaan toiveita ja odotuksia. Keskeinen *tavoite* oli varmistaa, onko potilas täysin selvillä tilanteestaan, haluaisiko hän keskustella tai mihin asioihin hän haluaisi vielä vaikuttaa. Olennaisiksi mainittiin kuunteleminen, kysymyksiin vastaaminen, toiveikkuuden ylläpitäminen ja viimeisten elinaikojen myönteisten puolien vahvistaminen. Myös lohdutuksen, tuen antamisen ja turvallisuuden tunteen luomisen merkitys korostuivat kuvauksissa. Vaikka tavoitteena saattoi olla potilaan tukeminen ja rohkaiseminen, lääkäreille oli tärkeää pysyä totuudessa ja välttää luomasta epärealistisia odotuksia. Myös omaisten rauhoittelu, keskusteluavun tarjoaminen ja tilanteen selkiyttäminen olivat keskeisiä tavoitteita.

Pyrin luomaan semmoista turvallista näkökulmaa ja toisaalta taas antamaan realistisia tietoja sen takia että viimeisiin elinaikoihin voisi sisältyä mahdollisimman paljon myös myönteistä. NL11

Tavoite on varmaan siis tottakai kerrotaan potilaalle mikä se todellinen tilanne on mutta sitä toivoo ei saa mummielestä tyrmätä jos vaan yhtään semmosta on olemassa niin kyllä pyrin sitäkin sitte tuomaan esille. NL4

...että sen keskustelun päätteeks jäis semmonen olo...että itte sai jotain kerrottua ja annettua ja että potilaille tai omaisille olis jääny vähän semmonen rauhallisempi olo ettei kaikki olis niin kaottisena kysymysmerkinä.... NL4

Keskusteluiden *sisältö* muodostui lääkäreiden kuvauksissa paljolti siitä, mihin lääkäri pyrki tai mitä potilaat tai omaiset odottavat tilanteessa, millaisiin kysymyksiin he kaipaavat vastauksia. Potilaiden tai omaisten kerrottiin olevan huolissaan siitä, kauanko on vielä elämää jäljellä, mikä on ennuste ja eikö mitään ole enää tehtävissä. Lääkärin tehtäväksi mainittiin olon helpottaminen, hoitomahdollisuuksista kertominen ja kivun lievittäminen. Ahdistuksen lieventämiseksi lääkärit

pyrkivät antamaan konkreettisia kiintopisteitä (miten edetään, mitä tehdään), välttämään ennusteiden antamista ja nostamaan esiin myönteisiä seikkoja. Lääkärit kertoivat keskustelewansa muun muassa siitä, mitä kaikkea potilas haluaisi vielä tehdä, mistä hän voisi nauttia viimeiset päivät. Lääkärit kertoivat myös keskustelewansa uskonnollisista kysymyksistä. Oman vakaumuksen takia tämä oli osalle lääkäreistä vaikea tehtävä, minkä vuoksi he kertoivat tyytyvänsä lähinnä myötäilemään potilaan ajatuksia.

Potilas saattaa kysyä, että no kuolenko minä? Ja siinä täytyy sanoa, että kyllä siinä nyt valitettavasti käy niin että et sitä ei voida välttää. Ja toisaalta sitten kerron myös sen, että kipua ei tarte kärsiä, että lääkettä kyllä löytyy.

ML9

...se voi olla uskonnollissävyyteinen huoli elämän jatkuvuudesta...mä niinkun yritän vaan...empaattisesti viedä sitä asiaa.... ML3

Kuolemanpelko yksittäisenä, mutta useiden lääkäreiden kuvauksia yhdistävänä teemana nousi selkeästi aineistosta esille. Aiheen rinnalle yhdistyi pyrkimys toiveikkuuden ylläpitämiseen. Vaikka lääkärit itse eivät suoranaisesti kuvailleet, mitä toiveikkuus käytännössä heille tarkoitti, se välittyi vastauksista potilasta varten olemisena, jäljellä olevasta elämästä puhumisena, kuuntelemisena ja myönteisten seikkojen korostamisena. Esimerkiksi aiemmin parantumattomien sairauksien hoitojen kehittyminen oli auttanut lääkäreitä valamaan potilaisiin toivoa elämän jatkumisesta. Myös potilaiden ja omaisten psykososiaaliseen puoleen liittyvät huolet puhuttivat lääkäreitä, samoin eettiset kysymykset, kuten pienen potilaan hoidoista luopumisen ajankohdasta päättäminen.

...jos potilas sen alottaa niin sillon voivoi ne on aina erilaisia keskusteluja mutta kuolemanpelko on sellanen joka toisilla on aika kova.... ML3

Pahoittelen sitä että...tautia ei enää pysty pitämään lääkkeellisesti aisoissa...ja sitten puhun myönteisiä asioita...oireiden hoidon puolesta selitän miten merkittävää asia se on...että pystytään oireita hoitamaan ja sitten kerron siitä että taudilla on monta tyylää edetä tällaisessa tilanteessa. NL11

...niin kyllä näist mieleenpainuvia tapahtumia tulee ja paljon positiivisia kokemuksia nimenomaan siitä miten hyvin ihmiset sittenkin uusien vaikeuksien kanssa pystyvät rakentaan ihan täyspainoisen hyvän elämän. ML1

Me tehdään semmonen hoidottajättämispäätös. Niillä on joku paha aivoverenvuoto tai muuta sellasta. Tilanne on täysin toivoton, lapsi on hengityskoneessa eli kerrotaan vanhemmille, että hoito lopetetaan, hengityskoje suljetaan ja lapsi yleensä menehtyy sen jälkeen. ML7

Lääkäreiden vastauksista voitiin tunnistaa erilaisia orientaatioita sen suhteen, miten lääkäri toimi puhuessaan kuolemasta tai miten hän asiansa ilmaisi. *Asiapainotteisesti* toimivien lääkäreiden ilmaisuisissa korostui *totuuden kertominen*, mutta kuitenkin empaattinen ja myötäelävä suhtautuminen potilaan tai omaisten reaktioihin. Sen vastakohtana erottui lääkäri, joka *vältteli aiheesta puhumista* tai puhui kiertoilmaisuin: tällöin lääkäri ei käyttänyt esimerkiksi kuolema-sanaa vaan puhui menehtymisestä tai sanoi, ettei potilas ole hengissä. *Vuorovaikutusta korostava* orientaatio puolestaan muodostui lääkärin pyrkimyksestä kanssakäymiseen ja aiheen käsittelyyn kysymysten ja keskustelun kautta. Tällöin kuunteleminen ja potilaan lähtökohdista ja aloitteista syntyvä keskustelu nousivat tärkeiksi. Lisäksi aineistosta oli tunnistettavissa *toivoa korostava* orientaatio, jossa lääkäri ilmaisussaan keskittyi nostamaan esille myönteisiä seikkoja ja ohjaamaan ajatuksia jäljellä olevaan elämään tai myötäilemään uskonnollisista kysymyksistä nousevaa keskustelua.

Tutkimuksen arviointi

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelumenetelmällä, jossa lääkärit saivat vapaasti valita, mistä asioista he puhuvat ja millaisista kokemuksista he kertovat. Voidaankin olettaa, että heidän itsensä esiin nostamat sisällöt ovat olleet heille erityisen merkityksellisiä ja kuvastavat siten luotettavasti todellisuutta (Tuomi & Sarajärvi 2002). Toisaalta haastatteluiden voidaan katsoa edustavan valikoituja ja satunnaisia otoksia lääkäreiden kokemuksista ja kuolemasta puhumisesta, minkä vuoksi tuloksiin tulee suhtautua varovaisesti. Lisäksi lääkärit ovat voineet antaa haastattelijan odotuksia tai arvoja vastaavia vastauksia tai he ovat voineet kertoa aiheesta omien ihanteidensa pohjalta (Frey, Botan & Kreps 2000). Tämä rajoite liittyy aina laadulliseen tutkimukseen, jossa tarkastellaan ihmisten kokemuksia, käsityksiä tai mielipiteitä.

Tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraista lumipallo-otantaa, jossa lääkärit ehdottivat omista verkostoistaan seuraavan haastateltavan. Tämä on voinut vaikuttaa tulosten muodostumiseen ja luotettavuuteen. Eri vuosina ja työvuosiltaan erikäisille lääkäreille tehdyissä haastatteluissa saatiin samansuuntaisia tuloksia, minkä voidaan katsoa vahvistavan tulosten luotettavuutta. Lisäksi on huomattava, että haastattelut on tehty artikkelin julkaisuajankohtaan nähden lähes kymmenen vuotta sitten. Tulosten siirrettävyyden osalta tulee olla kuitenkin varovainen, koska valtaosa tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä on valmistunut aikana, jolloin vuorovaikutusopinnot eivät sisällyneet perustutkintoon. Näiden seikkojen vuoksi tuloksia ei voida suoraan siirtää nykyisen lääkärikunnan kokemuksiin.

Vaikka tulokset eivät suoraan kerro, miten lääkärit todellisuudessa toimivat potilaitensa kanssa, tutkimus on rikastuttanut näkymää kuolemasta puhumiseen. Lisäksi se nostaa esille kysymyksiä ja jatkotutkimuksen aiheita. Jatkossa olisi syytä systemaattisesti selvittää, mitä nykyiselle lääkärikunnalle opetetaan huonojen uutisten kertomisesta ja kuolevan potilaan kohtaamisesta. Tarvitaan myös autenttisen vuorovaikutuksen tutkimusta, jotta voidaan analysoida, mitä tarkoituksenmukainen ja laadukas elämän lopun viestintä ja vuorovaikutus lääkäri-potilassuhteissa oikeasti tarkoittaa (Scott 2014). Vuorovaikutuksen määrän lisääminen ei takaa tulokseksi parempaa vuorovaikutusta. Laatu on ratkaisevaa ja siksi tutkimuksessa tulisikin suunnata mielenkiinto siihen, millainen vuorovaikutus tuottaa mahdollisimman hyvää laatua elämän loppuvaiheessa. Kuten Scott (2014) on todennut, elämän lopun tutkimuksessa huomio tulisi kohdentaa keskusteluihin eikä mielipiteisiin niistä.

Pohdinta: lääkärin avoimuus ja totuuden kertominen merkityksellisiä kuolemateeman käsittelyssä

Tutkimuksessa tarkasteltiin useiden erikoisalojen lääkäreiden omakohtaisiin kokemuksiin perustuvia käsityksiä kuoleman kohtaamisesta, siitä puhumisesta ja tavoista, joilla he puhuvat kuolemasta potilaiden ja heidän omaistensa kanssa. Tutkimusta voidaan pitää arvokkaana lisänä keskusteluun, jossa aihetta on aikaisemmissa tutkimuksissa käsitelty lähinnä syöpälääkäreiden näkökulmasta. Lisäksi tutkimus laajentaa perspektiiviä suomalaisten lääkäreiden kokemuksiin ja käytänteisiin, joita on tutkittu vasta vähän.

Tutkimukseen osallistuneiden lääkäreiden vastauksissa korostui suomalaiselle viestintäkulttuurille tyypillinen asiapainotteisuus (Wilkins & Isotalus 2009). Lääkärit suosivat suoraa totuuden kertomista edessä olevasta kuolemasta joko potilaalle tai hänen omaisilleen. Kuolemasta puhumisen kohdalla lääkärin lähestymistapa noudattelee näin ollen samoja periaatteita kuin yleensä huonojen uutisten kertomisen yhteydessä (Artkoski & Hyvärinen 2015). Vaikka lääkärit kertoivat puhuvansa kuolemasta suoraan, he kuitenkin pyrkivät samalla ottamaan potilaan ja omaisten tunnereaktiot huomioon ja osoittamaan empatiaa, mitä pidetään onnistuneen hoitosuhteen ja sairauden kokemisen kannalta keskeisenä (Artkoski 2007; du Pré 2002; Street Jr. ym. 2009). Totuuden kertomisella on olennainen merkitys potilaan

hyvinvoinnin kannalta. On havaittu, ettei totuus välttämättä aiheutakaan epätoivoa tai masennusta, vaan pikemminkin vähentää potilaan huolta sekä auttaa myös lääkäriä tarjoamaan hoitovaihtoehtoja ja vastaamaan potilaan emootioihin (Mack & Smith 2012). Etenkin sairauden loppuvaiheessa kuolevan potilaan kohdalla pidetään tärkeänä avoimuutta, totuuden kertomista ja siinä pysymistä sekä kuuntelemista ja toivon ylläpitämistä (Stenmarker ym. 2010).

Kuolemasta puhuminen ei tämän tutkimuksen perusteella kehity lääkäreillä rutiiniksi samalla tavalla kuin huonojen uutisten kertominen yleisesti tai pelkkä potilaan kuolemasta ilmoittaminen voi kehittyä (Artkoski & Hyvärinen 2015). Tulokset vahvistavat käsitystä siitä, että kuolemasta puhuminen on emotionaalisesti vahva kokemus ja tehtävänä vaikea (Kearney ym. 2009). Nämä seikat voivat vaikuttaa siihen, että lääkärit lykkäävät aiheen käsittelyä tai siirtävät sen hoitajan tai muun ammattilaisen tehtäväksi. Vaikka lääkärillä ja potilaalla olisi takanaan pitkä hoitosuhde ja mahdollisuus ennakoida sairauden kulkua, tulokset osoittavat, etteivät lääkärit ota kuolemaa mielellään puheeksi ennen kuin sairaus on edennyt niin pitkälle, etteivät hoidot enää auta. Hyvin tunnusomaista näyttää olevan myös se, että keskustelun aloite jätetään potilaan tehtäväksi – näin myös kokeneiden lääkäreiden kohdalla. Myös ennusteiden antamista vältellään. Tulokset voivat kertoa siitä, että lääkäreiden ensisijainen tehtävä on elämän säilyttäminen ja toivon ylläpitäminen. Toisaalta on havaittu, että pitkässä hoitosuhteessa huonon ennusteen antaminen lisää lääkärin emotionaalista kuormitusta ja stressiä, minkä vuoksi epävarmojen tietojen antamisesta on helpompi pidättäytyä (Mack & Smith 2012). Tähän tutkimukseen osallistuneet lääkärit kertoivat lisäksi, ettei heillä ole toimintamalleja keskusteluiden käymiseen, mikä osaltaan voi olla syynä tilanteiden välttelyyn ja jännittämiseen.

Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan pitää osittain hyvin myönteisinä: lääkärit pitivät totuuden rinnalla tärkeänä ajatusten suuntaamista tulevaisuuteen ja keskittymistä siihen, mitä vielä voidaan tehdä, kuten jäljellä olevasta elämästä nauttimiseen ja potilaan omien toiveiden huomioon ottamiseen. Toivo voidaan ymmärtää elämää kannattelevaksi tekijäksi, joka auttaa ihmistä sopeutumaan vaikeissa elämäntilanteissa (Kylmä & Juvakka 2007). Toivon luomista ja ylläpitämistä voi toteuttaa esimerkiksi ohjaamalla potilasta rakentavien mahdollisuuksien tunnistamiseen omassa elämäntilanteessaan ja luottamuksen rakentamista tulevaisuuteen – vaikka sitä olisi enää vähän jäljellä (Mattila 2006; Molander 2014). Sitä vastoin tuloksissa esiin tullutta kuolemasta puhumisen välttelyä tai siirtämistä hoitojen loppuvaiheeseen ei voida pitää toivottavana suuntauksena. Potilaalla ja omaisilla tulisi olla riittävästi aikaa elämän loppuvaiheeseen liittyvien asioiden hoitamiseen. Potilaan henkilökohtaisista toiveista keskusteleminen tarpeeksi ajoissa on keskeinen edellytys niiden toteuttamiseksi (Mack ym. 2010). Myös omaisista huolehtimisen on todettu olevan yhteydessä sekä keskusteluiden sisältöön että niiden määrään ja ajankohtaan (Detering ym. 2010; Keating ym. 2010). Siksi lääkäreitä tulisi rohkaista ottamaan kuolema puheeksi rohkeammin, useammin, aiemmin ja tehokkaammin (Bernacki ym. 2015).

Tulosten perusteella tyypillistä on, että lääkärit puhuvat kuolemasta potilaan läheisten ja omaisten kanssa. Tavoitteena on varmistua tosiasioista, selkiyttää tilannetta, rauhoittaa omaisia ja tarjota keskusteluapua. Usein vakavasti sairaan tai kuolevan potilaan tärkein tukiverkosto muodostuu juuri omaisista (Harve 2006). Läheisen vuorovaikutussuhteen merkitys korostuu erityisesti silloin, kun hoidot eivät enää auta (Stenmarker ym. 2010). Esimerkiksi nuorilla ihmisillä toivoa rikastavat tekijät liittyvät tyypillisesti heidän kokemuksiinsa ja sosiaaliseen verkostoonsa (Juvakka & Kylmä 2009). Lisäksi potilasta koskevat päätökset tehdään usein perhepiirissä, minkä vuoksi perheet ovat avainosallistujia keskusteluissa (Lind ym. 2011). Siksi on tärkeää, että lääkärit ovat aloitteellisia ja keskustelevat potilaan tilanteesta omaisten kanssa, jotta he puolestaan voivat tukea potilasta ja luoda edellytyksiä mahdollisimman hyvän loppuelämän elämiseen. Lääkärin tehtävänä on kertoa erilaisista valinnanmahdollisuuksista, korostaa yhteisen ajan merkitystä läheisten kanssa ja vahvistaa perheen sisäistä vuorovaikutusta (Mack & Smith 2012; Scott 2014).

Tulokset nostavat selkeästi esille sen, ettei lääkäreitä varsinaisesti ohjata kuolemasta puhumiseen eikä aihetta koskevaa koulutusta ole välttämättä tarjolla. Lääkärit kokevat työssään riittämättömyyden tunteita, neuvottomuutta sekä tarvetta käsitellä ja purkaa kokemuksiaan. Koulutusikänteet tuntuvat olevan hajanaisia eikä koulutuksesta ole käytössä systemaattisesti kerättyä tietoa, mikä olisi tärkeä jatkotutkimuksen aihe (Artkoski & Hyvärinen 2015; Pöyhiä & Niemi-Murola 2014). Tutkimuksissa on havaittu, ettei toisten lääkäreiden toimintatapojen seuraaminen tuota riittävän tehokkaita ja tarkoituksenmukaisia viestintästrategioita huonojen uutisten kertomiseen ja kuolemasta keskustelemiseen (Rhodes-Kropf, Meier & Adelman 2003). Asenteiden muuttamiseksi ja pelkojen poistamiseksi tarvitaan koulutusta ja tilaisuuksia, joissa kollegat auttavat yhteisillä ratkaisuilla toisiaan. Vaikeiden tilanteiden läpikäyminen, osaamisen ja hyvien käytänteiden jakaminen ammatillisessa tiimissä säännöllisesti, tuki ja hyvin valmisteltu näkemys keskeisistä kuolemaan liittyvistä kysymyksistä ovat ensiarvoisen tärkeässä asemassa (Kearney ym. 2009; Stenmarker ym. 2010). Esimerkiksi erilaisiin potilastapauksiin pohjautuvat kokemukselliset oppimisprosessit ja vuorovaikutustaitojen harjoittelu ovat osoittautuneet tehokkaiksi menetelmiksi (Bernacki ym. 2015; Del Vento ym. 2009; Moore ym. 2013; Rao ym. 2007). Vapaaehtoisten potilaiden ja omaisten kanssa tehdyillä koulutusinterventioilla on myös saatu lupaavia tuloksia (Pagano 2016). Erilaisten oppimismenetelmien kehittäminen on ensiarvoisen tärkeää potilaan hyvän hoidon ja omaisten hyvinvoinnin turvaamiseksi. Erityisesti on tarvetta huonoja uutisia ja kuolemaa käsittelevälle vuorovaikutuskoulutukselle (Scott 2014).

Kirjoittajat:

Marjanna Artkoski, tohtoriopiskelija, FM, valmisteele puheviestinnän artikkeliväitöskirjaa Tampereen yliopistossa, Viestinnän, median ja teatterin yksikössä. Hänen väitöskirjansa kaksi ensimmäistä julkaisua käsittelee lääkäreiden näkemyksiä huonojen uutisten kertomisesta ja empatian viestimisestä näissä tilanteissa. Kuolemasta puhumisen lisäksi tekeillä on työ lääkäreiden emootioista. Muita kirjoittajaa kiinnostavia tutkimusaiheita ovat kuunteleminen ja ihmisääni. Yhteystiedot: artkoski.t.marjanna@student.uta.fi

Marja-Leena Hyvärinen, FT, työskentelee yliopistonlehtorina Itä-Suomen yliopiston kielikeskuksessa, Kuopion kampuksella. Hän opettaa puheviestintää pääasiassa sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoiksi valmistuville opiskelijoille, kuten tuleville lääkäreille. Tutkimuksen kohteina ovat ammatillisen ja alakohtaisen vuorovaikutusosaamisen ja -koulutuksen kysymykset. Yhteystiedot: marja-leena.hyvarinen@uef.fi

Lähteet

- Aaltonen, Mari. *Pattern of Care in the Last Two Years of Life. Care Transitions and Places of Death of Old People*. Väitöskirja, Tampereen yliopisto. Tampere: Tampere University Press, 2015.
- Aira, Marja. "Laadullisen tutkimuksen arviointi." *Duodecim* 121 (2005): 1073–7.
- Alasuutari, Pertti. *Laadullinen tutkimus*. Tampere: Vastapaino, 2011.
- Arbabi, Mohammad, Ava Roozdar, Mohammad Taher, Maryam Shirzad, Mohsen Arjmand, Sahar Ansari, and Mohammed Reza Mohammadi. "Patients' Preference to Hear Cancer Diagnosis." *Iranian Journal of Psychiatry* 9 (2014): 8–13.
- Artkoski, Marjanna. "Empaattinen vai asiakeskeinen? Lääkäreiden näkemyksiä empatian viestimisestä potilaalle huonojen uutisten yhteydessä." Teoksessa *Prologi: Puheviestinnän vuosikirja*, toimittanut Pekka Isotalus, Maija Gerlander, Mikko Jäkälä, ja Teemu Kokko, 67–92. Jyväskylä: Prologos, 2007.
- Artkoski, Marjanna, ja Marja-Leena Hyvärinen. "Huonojen uutisten kertominen – vuorovaikutuksen haaste lääkärille." Teoksessa *Prologi: Puheviestinnän vuosikirja*, toimittanut Marko Siitonen, Malgorzata Lahti, Jonna Koponen, ja Riitta Vanhatalo, 32–51. Jyväskylä: Prologos, 2015.

- Baile, Walter F., Robert Buckman, Renato Lenzi, Gary Gloger, Estela A. Beale, and Andrzed P. Kudelka. "SPIKES – A Six-step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer." *The Oncologist* 5 (2000): 302–311.
- Bernacki, Rachelle, Mathilde Hutchings, Judith Vick, Grant Smith, Joanna Paladino, Stuart Lipsitz, Atul A. Gawande, and Susan D. Block. "Development of the Serious Illness Care Program: A Randomised Controlled Trial of a Palliative Care Communication Intervention." *BMJ Open* (2015): 5:e009032. doi:10.1136/bmjopen-2015-009032.
- Buckman, Robert. *Breaking Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1992.
- Buckman, Robert. "Breaking Bad News: The S-P-I-K-E-S Strategy." *Community Oncology* 2 (2005): 138–142.
- Del Vento, Augustin, Janet Bavelas, Sara Healing, Grant MacLean, and Peter Kirk. "An Experimental Investigation of the Dilemma of Delivering Bad News." *Patient Education and Counseling* 77 (2009): 443–449. doi:10.1016/j.pec.2009.09.014.
- Detering, Karen M., Andrew D. Hancock, Michael C. Reade, and William Silvester. "The Impact of Advance Care Planning on End of Life Care in Elderly Patients: Randomised Controlled Trial." *BMJ* (2010): 340:c1345. doi:10.1136/bmj.c1345.
- Eng, Tan Chai, Hayati Yaakup, Shamsul Azhar Shah, Aida Jaffar, and Khairani Omar. "Preferences of Malaysian Cancer Patients in Communication of Bad News." *Asian Pacific Journal on Cancer Prevention* 13 (2012): 2749–52. doi:10.7314/APJCP.2012.13.6.2749.
- Eskola, Jari, ja Juha Suoranta. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino, 2008.
- Fallowfield, Lesley, and Valerie Jenkins. "Communicating Sad, Bad, and Difficult News in Medicine." *Lancet* 363 (2004): 312–319. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15392-5.
- Faulkner, Ann, and Peter Maguire. *Vuorovaikutustaidot potilastyössä. Syöpäpotilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen*. Suomentanut Eija-Liisa Eriksson. Helsinki: Duodecim, 1999.
- Fields, Scott A., and W. Michael Johnson. "Physician-patient Communication: Breaking Bad News." *The West Virginia Medical Journal* 108 (2012): 32–35.
- Frey, Lawrence R., Carl H. Botan, and Gary L. Kreps. *Investigating Communication. An Introduction to Research Methods*. Boston: Allyn and Bacon, 2000.
- Fujimori, Maiko, Tatsuo Akechi, Nobuya Akizuki, Masako Okamura, Akira Oba, Yuji Sakano, and Yosuke Uchitomi. "Good Communication with Patients Receiving Bad News about Cancer in Japan." *Psycho-Oncology* 14 (2005): 1043–51.
- Fujimori, Maiko, Tatsuo Akechi, Tatsuya Morita, Masumi Inagaki, Nobuya Akizuki, Yuji Sakano, and Yosuke Uchitomi. "Preferences of Cancer Patients Regarding the Disclosure of Bad News." *Psycho-Oncology* 16 (2007): 573–581.
- Fujimori, Maiko, Yuki Shirai, Mariko Asai, Kaoru Kubota, Noriyuki Katsumata, and Yosuke Uchitomi. "Effect of Communication Skills Training Program for Oncologists Based on Patient Preferences for Communication When Receiving Bad News: A Randomized Controlled Trial." *Journal of Clinical Oncology* 32 (2014): 2166–72. doi:10.1200/JCO.2013.51.2756.
- Fujimori, Maiko, and Yosuke Uchitomi. "Preferences of Cancer Patients Regarding Communication of Bad News: A Systematic Literature Review." *Japanese Journal of Clinical Oncology* 39 (2009): 201–216. doi:10.1093/jjco/hyn159.
- Gleichgerrcht, Ezequiel, and Jean Decety. "The Relationship between Different Facets of Empathy, Pain Perception and Compassion Fatigue among Physicians." *Frontiers in Behavioral Neuroscience* (11 July 2014). doi:10.3389/fnbeh.2014.00243.
- Gleichgerrcht, Ezequiel, and Jean Decety. "Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern, Burnout, and Emotional Distress in Physicians." *PLoS ONE* 8 (2013): e61526. doi:10.1371/journal.pone.0061526.
- Güneri, Pelin, Joel Epstein, and Ronald W. Botto. "Breaking Bad Medical News in a Dental Care Setting." *The Journal of the American Dental Association* 144 (2013): 381–386. doi:10.14219/jada.archive.2013.0131.
- Harve, Elina. "Kuolema puhuttelee – saattohoitopotilaiden ajatuksia vuorovaikutuksesta ja kuolemasta puhumisesta." Pro gradu, Helsingin yliopisto, 2006.

- Harrison, Mark Eldon, and Anne Walling. "What Do We Know about Giving Bad News? A Review." *Clinical Pediatrics* 49 (2010): 619–626. doi:10.1177/0009922810361380.
- Heritage, John, and Douglas W. Maynard. "Problems and Prospects in the Study of Physician-patient Interaction: 30 Years of Research." *Annual Review of Sociology* 32 (2006): 351–374.
- Huston, Patricia, and Margo Rowan. "Qualitative Studies. Their Role in Medical Research." *Canadian Family Physician* 44 (1989): 2453–8.
- Hyvärinen, Marja-Leena. *Alakohtainen vuorovaikutuskoulutus farmasiassa*. Väitöskirja, Tampereen yliopisto. Tampere: Tampere University Press, 2011.
- Juvakka, Taru, and Jari Kylmä. "Hope in Adolescents with Cancer." *European Journal of Oncology Nursing* 13 (2009): 193–199. doi:10.1016/j.ejon.2008.12.004.
- Katainen, Riina, Florence Schmitt, and Jorma Piha. "Huonojen uutisten kertominen potilaalle – syöpätautien erikoislääkäreiden kokemuksia." *Suomen Lääkärilehti* 60 (2005): 4359–64.
- Kearney, Michael K., Radhule B. Weinger, Mary L. S. Vachon, Richard L. Harrison, and Balfour M. Mount. "Self-Care of Physicians Caring for Patients at the End of Life, Being Connected...A Key to My Survival" *The Journal of the American Medical Association* 301(2009): 1155–64. doi:10.1001/jama.2009.352.
- Keating, Nancy L., Mary Beth Landrum, Selwyn O. Rogers Jr., Susan K. Baum, Beth A. Virnig, Haiden A. Huskamp, Craig C. Earle, and Katherine L. Kahn. "Physician Factors Associated with Discussions about End-of-life Care." *Cancer* 116 (2010): 998–1006. doi:10.1002/cncr.24761.
- Kylmä, Jari, and Taru Juvakka. "Hope in Parents of Adolescents with Cancer – Factors Endangering and Engendering Parental Hope." *European Journal of Oncology Nursing* 11 (2007): 261–271.
- Lind, Ranveig, Geir F. Lorentzen, Per Nortvedt, and Olav Hevrøy. "Family Members' Experiences of "Wait and See" as a Communication Strategy in End-of-life Decisions." *Intensive Care Medicine* 37 (2011): 1143–50. doi:10.1007/s00134-011-2253-x.
- Lindlof, Thomas R., and Bryan Taylor C. *Qualitative Communication Research Methods*. Los Angeles: Sage, 2011.
- Lönnqvist, Tuula. "Miten kerron lapsen vaikeasta sairaudesta?" *Duodecim* 130 (2014): 57–62.
- Mack, Jennifer W., and Thomas J. Smith. "Reasons Why Physicians Do Not Have Discussions about Poor Prognosis, Why It Matters, and What Can Be Improved." *Journal of Clinical Oncology* 30 (2012): 2715–7. doi:10.1200/JCO.2012.42.4564.
- Mack, Jennifer W., Jane C. Weeks, Alexi A. Wright, Susan D. Block, and Holly G. Prigerson. "End-of-life Discussions, Goal Attainment, and Distress at the End of Life: Predictors and Outcomes of Receipt of Care Consistent with Preferences." *Journal of Clinical Oncology* 28 (2010): 1203–8. doi:10.1200/JCO.2009.25.4672.
- Marshall, Catherine, and Gretchen B. Rossman. *Designing Qualitative Research*. Sage publications, 2014.
- Mattila, Kati-Pupita. "Kuolemaan liittyvä eksistentiaalinen toivo ja ahdistus." Teoksessa *Elämän loppu vai kuoleman alku, hoitopäätökset kuoleman lähestyessä*, toimittanut Juha Hänninen, 38–47. Keuruu: Duodecim, 2006.
- Molander, Gustaf. *Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä*. Jyväskylä: PS-kustannus, 2014.
- Moore, Philippa M., Solange Rivera Mercado, Mónica Crez Artigues, and Theresa A. Lawrie. "Communication Skills Training for Healthcare Professionals Working with People Who Have Cancer." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2013). doi:10.1002/14651858.CD003751.pub3.
- Mutto, Eduardo Mario, Carlos Cavazzoli, Josepmaria Argemi Ballbe', Vittoradolfó Tambone, Carlos Centeno, and Marcelo Jose Villar. "Teaching Dying Patient Care in Three Universities in Argentina, Spain, and Italy." *Medicina Paliativa* (2009). doi:10.1089=jpm.2009.0026.
- Pagano, Michael M. "Learning about Dying and Living: An Applied Approach to End-of-life Communication." *Health Communication* 20 (2016): 1–10.
- Peräkylä, Anssi. *Rajalle: Sairaalkuolema sosiologian näkökulmasta*. Tampere: University of Tampere, 1985.

- Peura, Anni, ja Mats Brommels. ”Tietoa, tukea ja toivoa. Lääkäreiden näkemyksiä syöpädiagnoosin kertomisesta.” *Suomen Lääkärilehti* 55 (2000): 3125–9.
- du Pré, Athena. “Accomplishing the Impossible: Talking about Body and Soul and Mind during a Medical Visit.” *Health Communication* 14 (2002): 1–21.
- Ptacek, J.T., and John J. Ptacek. “Patients’ Perceptions of Receiving Bad News about Cancer.” *Journal of Clinical Oncology* 19 (2001): 4160–4.
- Pöyhä, Reino, ja Leila Niemi-Murola. ”Miten saattajaksi opitaan?”. Teoksessa *Lääkäri saattajana. Pohdintoja kärsimyksestä, kuolemasta ja eutanasiasta*, toimittanut Reino Pöyhä, Tiina Tasmuth, ja Pekka Reimikainen, 28–37. Porvoo: Duodecim, 2014.
- Rao, Jaya K., Lynda A. Anderson, Thomas S. Inui, and Richard M. Frankel. “Communication Interventions Make a Difference in Conversations between Physicians and Patients: A Systematic Review of the Evidence.” *Medical Care* 45 (2007): 340–349. doi:10.1097/01.mlr.0000254516.04961.d5.
- Rhodes-Kropf, Jennifer, Diana Meier, and Ronald Adelman. “Interns Learning to Care for Dying Patients.” *Journal of Palliative Medicine* 6 (2003): 865–872. doi:10.1089/109662103322654749.
- Rowland, Pamela A., and Nicholas P. Lang. *Communication & Professionalism Competencies: A Guide for Surgeons*. Woodbury, CT: Cine Med, Inc., 2007.
- Scott, Allison M. “Communication about End-of-life Health Decisions.” In *Communication Yearbook/International Communication Association, nr. 38*, edited by Elisia L. Cohen, 243–277. New York: Taylor & Francis, 2014.
- Shaw, Joanne, Stewart Dunn, and Paul Heinrich. “Managing the delivery of bad news: An in-depth Analysis of Doctors’ Delivery Style.” *Patient Education and Counseling* 87 (2012): 186–192. doi:10.1016/j.pec.2011.08.005.
- Shaw, Joanne M., Rhonda F. Brown, and Stewart M. Dunn. “A Qualitative Study of Stress and Coping Responses in Doctors Breaking Bad News.” *Patient Education and Counseling* 91 (2013): 243–248. doi:10.1016/j.pec.2012.11.006.
- Sparks, Lisa, Melinda M. Villagran, Jessica Parker-Raley, and Cory B. Cunningham. “A Patient-centered Approach to Breaking Bad News: Communication Guidelines for Health Care Providers.” *Journal of Applied Communication Research* 35 (2007): 177–196. doi:10.1080/00909880701262997.
- Stenmarker, Margaretha, Ulrika Hallberg, Kerstin Palmérus, and Ildikò Márky. Being a Messenger of Life-threatening Conditions: Experiences of Pediatric Oncology. *Pediatric Blood & Cancer* 55 (2010): 478–484. <http://doi.wiley.com/10.1002/pbc.22558>.
- Street Jr., Richard L., Gregory Makoul, Neeraj K. Arora, and Ronald M. Epstein. “How Does Communication Heal? Pathways Linking Clinician-patient Communication to Health Outcomes.” *Patient Education and Counseling* 74 (2009): 295–301. doi:10.1016/j.pec.2008.11.015.
- Tuffrey-Wijne, Irene. “A New Model for Breaking Bad News to People with Intellectual Disabilities.” *Palliative Medicine* 27 (2013): 5–12. doi:10.1177/0269216311433476.
- Tuomi, Jouni, ja Anneli Sarajarvi. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi, 2002.
- VandeKieft, Gregg K. “Breaking Bad News.” *American Family Physician* 64 (2001): 1975–8.
- Villagran, Melinda, Joy Goldsmith, Elaine Wittenberg-Lyles, and Paula Baldwin. “Creating COMFORT: A Communication-based Model for Breaking Bad News.” *Communication Education* 59 (2010): 220–234. doi:10.1080/03634521003624031.
- van Vliet, Liesbeth M., and Andrew S. Epstein. “Current State of the Art and Science of Patient-clinician Communication in Progressive Disease: Patients’ Need to Know and Need to Feel Known.” *Journal of Clinical Oncology* 32 (2014): 3474–8. doi:10.1200/JCO.2014.56.0425.
- Wilkins, Richard, and Pekka Isotalus, eds. *Speech Culture in Finland*. Lanham: University Press of America, 2009.
- Wright, Kevin B., Lisa Sparks, and Dan H. O’Hair. *Health Communication in the 21st Century*. Malden, MA: Blackwell Publishing Ltd., 2013.

Abstract*Doctors talking about death*

As a philosophical question, death has been a captivating theme from primeval times. Nevertheless, man has a natural capacity to shut out undesirable and elusive matters. Death has nowadays been confined to hospitals and other institutions, thereby making it easy to forget. However, death is always present in the medical doctor's profession. To discuss impending death with both patients and their relatives is part of a doctor's duty. With some patients, such as those with cancer, the doctor-patient relationship can become an enduring one, during which the doctor has to encounter both strong emotional reactions and fear of death. Research into this area is scarce; especially in Finland, doctors' subjective experiences of this theme have hardly been explored. We investigate what kind of an experience talking about death is to doctors themselves and how they discuss this theme with patients and their relatives.

In this qualitative research, the 27 doctors interviewed narrated their subjective experiences of and insights into speaking of death. These doctors represent different sectors of health care as well as eight subspecialties. The results may prove especially useful in doctors' communication training and generally in the area of health care to develop practical procedures related to speaking about death. The results demonstrate that doctors prefer a fact-oriented working style and a frank manner of discussing oncoming death with patients and their relatives. Most often, these conversations happen during the final phase of the patient's illness, in which situation the doctor aims at clarifying the situation and soothing the addressees. Doctors seek to keep the flame of hope alive in their patients and direct their thoughts to positive facts such as the continued availability of palliative care and the possibility of living a fulfilling life despite their present condition.

It is typical that, after the doctor has broken the news, patients and relatives raise questions about the prognosis, the effectiveness of treatment and the probability of death, queries to which the medical expert is expected to respond. In this situation, the most important tasks for the doctor are to hold on to the truth, speak with patients and their relatives, and handle their emotional reactions. However, talking about death is a difficult job for the doctor. Some doctors consider talking about death so difficult and emotionally burdensome that they avoid it, delegating the task to a nurse or another specialist. Therefore, doctors should be trained to speak about death early enough to patients and their beloved ones, who function as the central link between patients and doctors.

Keywords: breaking bad news, communication, death, doctor, education, patient, relative