

Kipu, kieli ja kulttuuri

Päivystykseen hakeutumisen syynä on usein kipu. Haastavimpia ovat potilaat, joiden kanssa ei pystytä keskustelemaan heidän äidinkielellään.

Kipu on yleinen syy hoitoon hakeutumiseen. Akuutin kivun mittaamiseen ja hoitoon on viime vuosina kiinnitetty paljon huomiota, mutta silti päivystyspotilaan kipu on selkeästi alihoidettua (1). Tämä johtuu monista sekä hoitohenkilökuntaan että potilaisiin itseensä liittyvistä syistä (1,2). Ensihoitajille tehdyn kyselyn mukaan vaikeimpia potilasryhmiä kivun hoidon suhteen ovat lapset, vieraskieliset sekä iäkkäät potilaat, vanhoiksi tervaskannoiksi luonnehditut (julkaisematon tulos). Erityisesti iäkkäät, vähän koulutetut ja miespotilaat ovat vastahakoisia myöntämään kipuaan tai hyväksymään kipulääkettä (1). Tämä herättää ahdistusta hoitohenkilökunnassa, joka näkee potilaan kärsivän.

Toinen ensihoitajien haasteelliseksi kokema ryhmä ovat vieraskieliset potilaat, jotka eivät pysty kertomaan vaivoistaan omalla äidinkielellään, tai joiden kanssa ei ole yhteistä kieltä (3–5). Oman äidinkielemmekin kipusanasto on hyvin rikas, ja lääkäri saattaa joutua tarkentamaan toiseen murreryhmään kuuluvan suomalaisen kipuanamneesia. Vaikka monet turistit ja maahanmuuttajat puhuvat englantia, kivun paikan ja tuntuman eritely saattaa olla vaikeaa. Vielä haasteellisemmaksi potilaan tutkiminen ja hoito muodostuvat, jollei potilaalla ja hoitohenkilökunnalla ole mitään yhteistä kieltä.

Vierasta kieltä puhuva potilas päivystyksessä

Päivystyspoliklinikalla ei ole harvinaista tavata potilasta, jonka kanssa joudutaan kommunikoidaan vieraalla kielellä (3,4) – sairaus yllättää ulkomailla aivan samalla tavalla kuin kotonakin. Pääkaupunkiseudulla asuu kymmeniätuhansia kielellisiin vähemmistöihin kuuluvia henkilöitä. Lisäksi täällä vierailee paljon liikematkustajia ja turisteja. Syksyllä 2009 tehdystä selvityksestä Meilahden päivystyspoliklinikalla kolmen kuukauden aikana käyneistä 6583 potilaasta 288 (4,4%) oli vieraskielisiä, ja heillä oli yhteensä 347 päivystyskäyntiä (3).

Yllättävää tutkimuksessa oli muita kuin kotimaisia kieliä äidinkielenään puhuvien potilaiden suuri määrä, noin neljä käyntiä vuorokaudessa. Potilaita oli 39 eri maasta, mutta yleisimmin heidän kotimaakseen oli merkitty Suomi (22%). Eri äidinkieliä oli lähes neljäkymmentä (N=37) (3). Asiointikielenä eniten oli käytetty englantia (23%) ja venäjää (20%). Viidennes potilaista oli käyttänyt tulkkia, joko omaisen tulkkausta tai ammattilaista. Tarve on saattanut olla suurempikin, sillä potilaspapereihin oli kirjattu vain tulkin mukanaolo.

Enemmistö käynneistä kohdistui kirurgian erikoisalalle (67%), ja yli puolessa tapauksista

Leila Niemi-Murola
dosentti, kliininen opettaja
HYKS, ATEK ja
Helsingin yliopisto, Kliininen laitos
leila.niemi-murola[at]hus.fi



Reino Pöyhä
dosentti, osastonylilääkäri
HYKS, ATEK
reino.poyhia[at]hus.fi



tulosyynä oli kipu. Useimmiten kivusta tai kivutomuudesta löytyi hoitajan tai lääkärin maininta. Hoitohenkilökunnan sanallisen arvion mukaan neljäsos potilaista oli kivuttomia, 38%:lla oli lievää kipua tai arista jonkin kehon alueen palpaatiossa, 16%:lla oli selkeää kipua, ja 3% valitti tai itki kivusta. Suurin osa potilaista (68%) ei saanut mitään kipulääkettä. Valtaosa kipulääkettä saaneista potilaista sai kaikkiaan yhden annoksen. Ensimmäisenä käytetyistä lääkevalmisteista yleisin oli metamitsolin ja pitofenonin yhdistelmä. Vahvaa opioidia sai 7,5% potilaista.

Yhteisen kielen puuttuessa perinteisten kipumittarien käyttö on hankalaa. Usein potilaan kivuliaisuutta koskevat merkinnät joudutaan tekemään hänen käyttäytymistään seuraamalla. Yllä kuvatun selvityksen (3) potilaat olivat pääasiassa

keski-ikäisiä, joiden kognitiivinen funktio oli normaali. Tuoreissa vanhuksiin kohdistuvissa tutkimuksissa VAS (visual analogue scale) ja kasvokuviin perustuva mittari toimivat yhtä hyvin iäkkäillä potilailla, kun taas numeraalinen asteikko (VRS) toimi parhaiten yli 70-vuotiailla (4) ja dementoituneilla potilailla (MMSE >17) (7). On kuitenkin muistettava, että numeeristen kipuasteikkojen ja kipujanahan käytön selittäminen potilaalle vaatii sanallista vuorovaikutusta. Ware ja työtoverit totesivatkin kasvokuviin perustuvan mittarin parhaaksi selvittäessään kielivähemmistöön kuuluvien vanhusten kipua (8).

Onko jollakin kiputyypillä häpeäleima?



KUVA SEPPÖ SUOMELA
/ ATLAZ IMAGES

Taulukko 1. Kipuun liittyvät näkemykset vaihtelevat eri kulttuureissa (11).

Kivun kokeminen	Kivun ilmaiseminen <ul style="list-style-type: none">▪ Onko hyväksyttävää ilmaista kipua?▪ Onko eroja sukupuolten, ikäryhmien, sosiaaliryhmien hyväksytyissä ilmaisutavoissa?
Kivun syyt	<ul style="list-style-type: none">▪ Mikä aiheuttaa kivun? Paha silmä? Rangaistus?▪ Palkitaanko kärsimys tuonpuoleisessa?
Kivun hoito	<ul style="list-style-type: none">▪ Onko oikein hoitaa kaikkea kipua?▪ Mitä perinteisiä menetelmiä käytetään?▪ Uskonnon vaikutus, suhde opioideihin?▪ Haetaanko apua, vai yritetäänkö hoitaa itse?
Kipuun liittyvät arvot	<ul style="list-style-type: none">▪ Onko jollakin kiputyypillä häpeäleima?▪ Vältelläänkö kivusta kärsiviä ihmisiä?▪ Käytetäänkö kipua, jotta saataisiin huomiota?

Vaikka muita kuin kotimaisia kieliä puhuvia potilaita käy päivystyksessä joka päivä, kielten kirjo vaikeuttaa kivun tutkimista. HUS:n intranet-tietoverkkoon on laadittu tavallisimmin sairaanhoidossa tarvittavia kysymyksiä avuksi yleisimmillä potilaiden käyttämällä vierailia kielillä (venäjä, viro, somali, arabia). Potilaan omakielisen kipumittarin liittäminen tähän olisi mahdollista, mutta sellaiset tulisi ensin validoida (8). Kaikkia turistien puhumia kieliä emme voi hallita, ja tulkin puuttuessa joudutaan edelleen turvautumaan elekieleen. Dementoituneiden potilaiden kivun arviointiin on kehitetty potilaan käyttäytymiseen pohjautuvia mittareita, mutta ne soveltuvat huonosti akuutin kivun arviointiin (9). On hyvä tietää, että kroonisen kivun mittaukseen löytyy validoituja mittareita verkosta (<http://www.britis-hpainsociety.org/>).

Kipu ja kulttuuri

Omien tapojemme ja kulttuurimme vaikutusta kivun ilmaisuun on vaikea huomata, sillä havainnot kirjataan lääketieteellisellä kielellä ja objektiiviseen havainnointiin perustuen. Elekieleen ja ilmeisiin perustuva arviointi on herkkä erilaisille

kulttuurista riippuville virhelähteille (10). Meilahden sairaalassa tehdyssä selvityksessä (3) kokonaan ilman kipulääkettä jääneiden potilaiden osuus on merkittävä, ottaen huomioon, että monen heistä oli arvioitu kärsivän kivusta. Kulttuuritaustalla saattaa olla vaikutusta myös potilaan valmiuteen, tapaan ja halukkuuteen ilmaista kipuaan sekä hyväksyä opioidien käyttöä kivun hoidossa (11). Kulttuuriin liittyvä validointi on tärkeä osa kipumittareiden käyttöönottoa (12,13). Riittämättömään kivun hoitoon vieraskielisillä potilailla voivat johtaa opittu tapa ilmaista kipua, kulttuurista riippuva käsitys kivun merkityksestä, epäonnistumiset vuorovaikutuksessa potilaan ja hoitohenkilökunnan kesken, sekä puutteet eri terveydenhuollon yksiköiden toimintaohjeissa ja -resursseissa (11).

Kulttuuri ja uskonto vaikuttavat käsityksiimme kivun merkityksestä. Jos kipu koetaan häpeälliseksi tai rangaistukseksi jostakin pahasta teosta, hoitoon hakeutuminen viivästyy, eikä kipua haluta korostaa (9,11) (Taulukko 1). Aasialaista tai arabialaista alkuperää olevat potilaat ilmaisevat kipuaan usein sanallisesti, kun taas afrikkalaista alkuperää olevat voivat pyrkiä kieltämään sen (8). Joissakin kulttuureissa kivunsietokykyä pidetään

miehekkyyden osoituksena, ja kivun ilmaisemista saatetaan pelätä häpeällisenä heikkouden merkinä (9).

Kulttuuriin ja rotuun liittyvät ennakkoluulot vaikuttavat hoitohenkilökunnan ja potilaiden näkemyksiin opioidien käytöstä. Tuoreessa opiskelijoiden käsityksiä mittaavassa selvityksessä todettiin, että potilaan rotu vaikutti sekä osallistujien arvioon potilaan kivusta että potilaan raporttiin kokemastaan kivusta (10). Amerikkalaisessa päivystyspoliklinikoiden käytäntöjä selvittävässä tutkimuksessa havaittiin, että valkoihoiset potilaat saivat opioideja merkitsevästi todennäköisemmin kuin afro-amerikkalaiset potilaat (4). Rodun vaikutus opioidien saamiseen säilyi, vaikka 1990-luvulla tehty päivystyspotilaan kivunhoitoa parantava interventio osoittautui muuten tulokselliseksi (4). Kulttuurin vaikutusta lääkkeiden hyväksymiseen selvittävässä tutkimuksessa on taas esitetty, että syntyperältään arabialaiset potilaat eivät haluaisi opioideja niiden sedatiivisen vaikutuksen takia, aasialaissyntyiset pelkäisivät opioidiriippuvuutta erityisen paljon (9), ja intialaista alkuperää olevat kokisivat kovempaa kipua ja tarvitsivat enemmän opioideja kuin muut (14). Yleensä köyhät ja iäkkäät potilaat ovat vastahakoisempia ilmaisemaan kipuaan kuin hyvin toimentulevat ja nuoret (9). Tämä ilmiö ei ole harvinainen Suomessakaan (1). Rotu ja kulttuuri ovat kaksi eri asiaa. Rodulla ei ole vaikutusta akuutin kivun kokemiseen (15).

Lopuksi

Useimmat maahanmuuttajat ja turistit osaavat englantia, mutta ummikkojakin joukossa on. Oma terveydentila on herkkä asia, jota tulkkina toimivan omaisenkin on vaikea kääntää vieraalle kielelle. Tämä saattaa johtaa kohtalokkaisiin väärinkäsityksiin esimerkiksi akuutin sydänlihaskeskimien diagnoosissa ja hoidossa (16). Jos keskustelu on mahdollista, on aina hyvä kysyä potilaan tai edes hänen omaisensa käsitystä kivusta ja sen merkityksestä. Kielellinen vuorovaikutus on vain osa työtämme. Potilaan ilmeitä ja eleitä saattaa

olla vaikea tulkita, mutta omaan viestintäämme voimme vaikuttaa. Kipu tuntuu kaikissa kieliryhmissä. Samoin vaistoamme aidon välittämisen ja huolenpidon. ■

Viitteet

1. Grenman D, Niemi-Murola L, Kalso E. Management of pain in a surgical emergency unit – underlying factors affecting its' successful delivery. *Acute Pain*, 2008; 10: 137-44.
2. Stalnikowics R, Mahamid R, Kaspi S, Brezis M. Undertreatment of acute pain in the emergency department: a challenge. *Int J Qual Health Care* 2005; 17: 173-6.
3. Niemi-Murola L, Halavaara J, Kontinen V, ym. Vieraskielisten potilaiden kivunhoito yliopistosairaalan päivystyksessä. *Suom Lääkäril* 2011; 66: 745-50.
4. Pletcher MJ, Kertesz SG, Kohn MA, ym. Trends in opioid prescribing by race/ethnicity for patients seeking care in US emergency departments. *JAMA* 2008; 299: 70-8.
5. Green CR, Anderson KO, Baker TA, ym. The unequal burden of pain: Confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Med* 2003; 4: 278-94.
6. Rupp TR, Delaney KA. Inadequate analgesia in emergency medicine. *Ann Emerg Med* 2004; 43: 494-503.
7. Pesonen A, Kauppi T, Tarkkila P ym. Evaluation of easily applicable pain measurement tools for the assessment of pain in demented patients. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009; 53: 657-64.
8. Ware LJ, Epps CD, Herr K, Packard A. Evaluation of the revised faces pain scale, verbal descriptor scale, numeric rating scale, and lowa pain thermometer in older minority adults. *Pain Manag Nurs* 2006; 7: 117-25.
9. Sheu E, Versloot J, Nader R, ym. Pain in the elderly: validity of facial expression components of observational measures. *Clin J Pain* 2011; 7: 593-601.
10. Wandner LD, Scipio CD, Hirsh AT, ym. The perception of pain in others: How gender, race, and age influence pain expectations. *J Pain* (sähköinen julkaisu ennen painettua 5.1.2012).
11. Lovering S. Cultural attitudes and beliefs about pain. *J Transcult Nurs* 2006; 17: 389-95.
12. Silva FC, Thuler LC. Cross-cultural adaptation and translation of two pain assessment tools in children and adolescents. *J Pediatr* 2008; 84: 344-9.
13. Naal FD, Sieverding M, Impellizzeri FM, ym. Reliability and validity of the cross-culturally adapted German Oxford hip score. *Clin Orthop Relat Res* 2009; 467: 952-7.
14. Tan EC, Lim Y, Teo YY, ym. Ethnic differences in pain perception and patient-controlled analgesia use for postoperative pain. *J Pain* 2008; 9: 849-55.
15. Bernstein SL, Gallagher EJ, Cabral L, Bijur P. Race and ethnicity do not affect baseline severity in patients with suspected long-bone fractures. *Pain Med* 2009; 10: 106-10.
16. Sobralse M, Katz J. Culturally competent care of patients with acute chest pain. *J Am Acad Nurse Pract* 2005; 17: 342-4.