

# Sõnad palatis

## Keel, tervis ja koht

Wilbert M. Gesler

### 1. Sissejuhatus

Tervishoiu keelekasutuse tähtsuse kohta on palju tõendeid. Paraku on suhteliselt vähe tähelepanu pööratud kohale, kus keelt kasutatakse, kuigi tundub, et näiteks asjaolul, kas patsient räägib arstiga privaatselt tema kabinetis või haigla rahvast täis üldpalatis, on suur mõju sellele, mida ja kuidas räägitakse. Seega pean oluliseks lisada seosesse keel–tervis ka koht, sest üks võimalus parandada arstlike konsultatsioonide tulemusi on valida sobivam koht või muuta teatud koha omadusi vastavalt vajadusele.

See artikkel näitab, et keelel on tähtis osa tervishoiu ühendamisel kohaga. Järgnev ei ole seose keel–tervis–koht empiiriline tõendamine, vaid pigem teoreetilisele arutlusele tuginev ja asjakohaste näidetega varustatud uurimus, mis selgitab teema edaspidise käsitlemise potentsiaali. Kuigi artikkel ei ole otseselt üles ehitatud empiirilise analüüsi raamistikuna, sisaldab see siiski uuringu teostamiseks ja tulemuste selgitamiseks vajalikku loogilist põhimõtet. Artikkel koondab ühiskonnateooria viimased seisukohad loomaks sünteesi arstliku konsultatsiooni kolmest omavahel seotud elemendist: keelest, tervisest ja kohast.

Siinkohal uuritakse kolme seost: tervis ja koht, keel ja koht ning keel ja tervis. Esimene neist, tervise ja koha seos on meie ajakirja lugejatele tõenäoliselt juba tuttav ning sellel põhjalikumalt ei peatuta, kuigi kogu arutelu on sellega seotud. Keele ja koha seosest on pisut juttu 2. osas, et lugejale meenutada, kuidas üks mõjutab teist. Artikli põhiosa käsitleb tervishoiu kasutatava keele tähtsuse uurimist. Seda seost on kirjanduses küll üsna põhjalikult vaadeldud, kuid need käsitlused ei pruugi olla kõigile lugejatele tuttavad. Seejärel vaadeldakse keele ja tervise sidemeid. Esiteks näidatakse, kuidas patsiendid ja arstid kasutavad arstlikel konsultatsioonidel selgitavaid mudeleid (*explanatory models*), mis põhinevad tead-

mistele, need aga väljenduvad omakorda enamasti keeles. Teiseks vaatleme keelekasutust meditsiiniga seotud olukordades, näidates, kuidas keel loob tähenduse oma vormide ja viiside kaudu, millega sedasama keelt edasi antakse. Kolmandas osas on arutelu keskmes tervishoius kasutatava keele võimu, domineerimise ja resistentuse roll. Keele ja tervise osa lõpus vaatleme lähemalt arstlike konsultatsioone endid, eriti seda, kuidas patsient ja arst teineteist mõjutavad. Kogu arutelu taustal tuleb koha tähtsus nii teoorias kui ka näidetes kord vähem, kord rohkem esile. Artikli viimane, teoreetiline osa keskendub täielikult kohale, selle seosele keele ja tervise näitamaks, kuidas need kolm komponenti on tervishoius ühendatud. 9. osas tuuakse välja küsimused, mida tuleks uurida, kui vaadeldakse koha mõju arstlike konsultatsioonide keelekasutusele.

## **2. Keel ja koht**

Kuigi tervishoiuteemalises kirjanduses seda kuigivõrd ei käsitleta, on tähele pandud, et inimesed kasutavad igas keskkonnas erinevat keelt ja nii spetsiifiline koht nagu arstikabinet (Todd & Fisher 1993) või palat (Kearns 1991) määrab vestluse sotsiaalse konteksti. Teisisõnu, kohal on tähtis osa keele kujunemisel. Yi-Fu Tuan (1991) sõnastab asja ümberpööratult ja selgitab, kuidas keel, nagu ka materiaalne ümberkujundamine, loob koha. Muuseas näitab ta, kuidas kohtadele nime andmine teeb need meile kodusemaks, kuidas müüdid tugevdavad sidemeid kohaga, kuidas nimetamine annab jõudu, kuidas keel võib mõne asja kõrvaldada ning kuidas ta hoiab tähendust alal ja väärtustab seda. Seega näeme, et keel ja koht loovad pidevalt teineteist.

Vaadeldgem sidet keele ja koha vahel erinevate teadlaste tööde põhjal, kes väidavad üldjoontes sama. Alan Pred (1989) rõhutab tavaolukordade ja jõuvahekordadega seotud lokaalse keelekasutuse tähtsust. Ta leiab, et keel mõjutab lokaalsete praktikate, käitumiste ja rollide standardeid heakskiidu või kriitikaga. Lev Vygotski ja tema kaaslaste uurimus, mida kirjeldavad Dorothy Holland ja Jaan Valsiner (1988), näitab, kuidas sümbolid on vahendajateks meele (kultuuriliste teadmiste hoidja) ja keskkonna (kuhu kuulub ka koht) vahel. Inimesed tõlgendavad kontekste ja kasutavad vahendavaid mehhanisme sobivate kultuuriliste mu-

*Wilbert M. Gesler*

delite (nt meditsiinistumise) alusel, kusjuures keel on prototüüpne vahendusmehhanism. Erialane sõnavara, mida D. Holland ja J. Valsiner vaatlevad (nt meedikute släng), on käesoleva artikli seisukohalt eriti huvipakkuv. Ka Robert Mugeraueri (1985) ideed on asjakohased. Ta selgitab, kuidas inimese teadmised keskkonna või koha kohta tulenevad eelnevast kogemusest ja kuidas need mõlemad, nii teadmised kui ka keskkond, tulenevad keelest. See tähendab, et keel aitab keskkonnal areneda. Lisaks sellele toovad kohalikud murded esile kohaliku keskkonna eripära. Seega peame selleks, et aru saada, kuidas inimesed tõlgendavad oma lähikeskkonda ja sealseid kohti, oskama kohalikku keelt.

### **3. Seletuslikud mudelid, teadmised ja keel**

#### **3.1. Seletuslikud mudelid**

Erinevates ühiskondades ja ka ühe ühiskonna sees on käibel erinevad uskumused selle kohta, mis põhjustab haigusi ja kuidas neid ravitakse. Arthur Kleinmann (1978) nimetab selliste uskumuste kogumeid *seletuslikeks mudeliteks* (*explanatory models*) ja selgitab, kuidas teatavasse olukorda sattunud (nt patsiendid ja arstid) toovad arstlikku konsultatsiooni kaasa erinevaid, tihti vastuolulisi mudeleid. Seletuslikke mudeleid õpitakse sotsialiseerumise käigus ja need loovad aluse kogemuste tõlgendamiseks. Arstlikul konsultatsioonil osalejad usuvad, et nad "teavad" teatud asju haigusest ja tervisest. Näiteks usaldavad inimesed, keda on tugevasti mõjutanud biomeditsiini mudel, tingimusteta arsti ettekirjutatud ravimeid ja järgivad vastuvaidlematult ravirežiimi. Inimesed, kes usuvad humoraalmeditsiini, otsivad "tuliseid" või "külmi" (dieet)ravi võimalusi.

Seletuslike mudelite põhimõte on sarnane kultuurimudelitele, mis on üldtuntud ja endastmõistetavad maailmamudelid (Quinn & Holland 1987: 4), nagu näiteks biomeditsiinilise või humoraalravi mudel. Nii seletuslikud kui ka kultuurimudelid on selgelt seotud sotsiaaltervishoius tunnustatud teadusliku arusaamaga, et mõistetud haigus ja tervis on sotsiaalsed tõlgendused (Turshen 1977; Waitzkin 1981). See tähendab, et halva ja hea tervise definitsioo-

nid, nagu ka terviseiga seotud uskumused ja käitumine kujunevad sotsiaalsete suhete põhjal. Eriti tugevasti on tervishoiusüsteemi mõjutanud biomeditsiiniline mudel.

### 3.2. Teadmised

Kultuurilised ja seletuslikud mudelid, mida kasutatakse meditsiiniga seotud olukordades, tuginevad teadmistele. Käesoleva artikli eesmärgi huvides on vaja välja tuua neli olulist seisukohta. Esiteks, teadmised on subjektidevahelised, s.t need sisaldavad inimese suhteid teistega (Game 1991). Inimesed vahetavad suheldes pidevalt teadmisi, seda tehakse ka arsti vastuvõtul. Teiseks on teadmised seotud ühe kindla olukorraga, s.t uskumused tuginevad tavaliselt teatud aega ja kohta iseloomustavatele ideedele ning kultuurimudelitele (Pile & Thrift 1995). Näide:

*See, et meie sotsiaalsed ja evolutsioonilised teadmised loomadest, hominiididest (inimlastest) ja meist endist on arenenud funktsionalistlikes ja kapitalistlikes majandusterminites, ei ole looduse eksitus (Haraway 1991: 42).*

Kui teadmised on seotud olukorraga, on selge, et loeb ka ajalooline kontekst, ning seega võivad need muutuda. Kolmas seisukoht on, et inimene võib saada maailmast otseseid, vahendamata teadmisi, et ta võib "rääkida tõde" millegi kohta (Fox 1993a). Nagu näeme allosas 5.4, on see seisukoht vaieldav.

### 3.3. Keel ja diskursus

Neljas seisukoht, mis vajab esiletoomist, on see, et teadmisi väljendatakse tihti keeles või diskursuses. Eriti selgelt väljenduvad sõnades tervise selgitavad ja kultuurilised mudelid, mis tähendab, et hoolikas keeleanalüüs võib aidata neid rekonstrueerida (Quinn & Holland 1987). Meditsiinilisel diskursusel on mitu autorit. Biomeditsiini arstide diskursus on mõistagi sageli domineeriv, kuid võhikud ja meedia üritavad jätta valdavaks selle, mida nemad kasutavad. Teadmisi väljendades keel tingimata kategoriseerib *reaalsust*, kujundab seda ümber, moonutab ja paiskab segi. Seega:

Wilbert M. Gesler

[...] on vähk, AIDS ja teised haigused muudetud diskursuse kaudu DNA, proteiini jt bioloogiliste mudelite kultuurilise tähendusega hälbeks: AIDS on katk, vähk kuratlik vihavaenlane, kelle vastu tuleb võidelda (Fox 1993a: 3).

Keel on ka selle tõttu tähtis, et teda kasutatakse tihti inimeste veenmiseks ja nende arvamuste muutmiseks (Pile & Thrift 1995).

## 4. Keele kasutamine meditsiiniga seotud olukordades

### 4.1. Keel loob tähenduse

Keel, mida kasutatakse seletuslike ja kultuuriliste mudelite väljendamisel, on oluline, sest see edastab inimestele tähendusi. Näiteks võib see, kas arst kasutab konsultatsioonil rahulikku, neutraalset või ranget keelt, mõjutada ravi kulgu. Meedikute släng ja terminid, mis ei kuulu patsiendi sõnavarasse, võivad põhjustada ärevust ja segadust. Kuid keelt võib kasutada ka positiivselt, et muuta patsiendi suhtumist ja aidata kaasa paranemisele.

Üks võimalusi, mille abil inimesed toovad oma ellu tähendusi, on *rituaalid*, mis ülistavad, hoiavad alal ja uuendavad maailma (Helman 1994a). Need aitavad ka stabiliseerida inimestevahelisi ning inimeste ja keskkonna (sh spetsiifiliste kohtade) ning inimeste ja üleloomulike jõudude vahelisi suhteid. Stanley J. Tambiah (1968) selgitab, kuidas kasutatakse sõnu rituaalsete muudatuste korral, näiteks ravitseremooniates. Arstid kasutavad rituaalseid väljendeid (nt *sa saad terveks; see võtab ainult aega*), mida patsiendid ootavad, ja võivad niimoodi aidata kaasa nende paranemisele. Õpingute ajal koolitatakse tulevasi arste kasutama rituaalset keelt, mis avab neile juurdepääsu privilegeeritute meditsiinilisele kultuurile (Atkinson 1995).

Reneé R. Anspachi järgi on haigusjuhtude esitlused *keelised rituaalid*, mille abil arstid õpivad ja jõustavad meditsiinimaailma *põhilisi uskumusi ja väärtusi* (Anspach 1988: 357). Nad näitavad haiguslugude kaustu, milles on sageli kasutatud teatavaid kindlaid sõnu ja väljendeid, süntaktilisi struktuure ja sarnast ülesehitust. USA katoliiklastest nelipühilaste tervendusrituaale uurinud Thomas

J. Csordas (1983) leidis, et paranemine sõltub tähendusrikkast ja veenvast vestlusest, mis muudab ehk kujundab patsienti ümber. See ümberkujundamine ei pruukinud ilmtingimata kaotada sümptomeid, küll aga võis muuta patsiendi arusaamist haigusest või koguni tema elustiili. Tervendusprotsessi kaasatud rituaalne keel, *glossolaalia* (rääkimine keeles, kus mõttetus purustab norme ja loob uut liiki tähenduste võimaluse) ning demonite nimede lausumine kehastavad afektiseisundit ja käitumisviise, mille abil püütakse deemoneid välja ajada.

#### 4.2. Meditsiinilise keele vormid

Peame hoolega jälgima keelt, mida inimesed kasutavad meditsiini-ga seotud olukordades. Näiteks teeb Horacio Fabrega (1980) vahet meditsiinilisel ja *sotsiofenomenoloogilisel* keelel. Et esimest kasutavad biomeedikutest arstid ja teist patsiendid, on nende suhtlemine tihti keeruline. Arstid keskenduvad enamasti haiguse erialastele üksikasjadele, patsiendid aga haige olemisele, selle tähendusele ja kogemusele. See tähendab, et nad kasutavad erinevaid seletuslikke mudeleid (Helman 1994b). Jocelyn Cornwell (1984) osutab raamatus *Hard-earned Lives (Visalt kättevõideldud elud)*, et tervise valdkonnas käibivad nii *avalik* kui ka *isiklik diskursus*. See on hoiatus, et empiiriline uurimine nõuab tungimist isikliku keeleni. Lisaks võib arstide ja vähikute keelekasutus tervisest rääkimisel aja jooksul muutuda (Foucault 1991).

Meditsiinis kasutatava keele üks olulisi vorme on *märgistamine*. Stephen J. Gould (1990) selgitab, kuidas keel kategoriseerib, eraldab, tekitab rivaliteete ja heidab üleliigse kõrvale. Näiteks on nii metadoon kui ka heroiin opiaadid, kuid esimene neist on USAs seaduslikult kasutatav ravim, teine aga keelatud narkootikum. Eri ühiskonnad märgistavad haigusi ja nende põhjusi erinevalt, mis ilmselt mõjutab nende ravi. Et meie kasutame rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni (RHK) koode ja diagnostikapõhiseid gruppe (DRG = *diagnostic related groups*), tuleneb biomeditsiinilisest mudelist ja rõhuasetusest bioloogilistele süsteemidele. Erinevalt meist teevad Keenia kambad haigustel vahet algpõhjuse, ravimooduse, haiguse iseloomu ja haigestunute tunnuste järgi (Good 1987).

Kindlasti mõjutab ravimisviisi ka see, kuidas patsiente märgistatakse. Üks uurimus, milles vaadeldi juhuslikult valitud kirurgili-

*Wilbert M. Gesler*

si patsiente, sedastas, et neid kirjeldati kas tavaliste, suhteliselt tavaliste või kõrvalekalduvatena (Lorber 1975). Robin Jeffrey (1979) täheldas, et kolme haigla traumapunktides liigitas personal haigeid "headeks" meditsiiniliste tunnuste (s.t arstid võisid nende peal oma oskusi harjutada) ja "halbadeks" sotsiaalsete tunnuste (s.t patsient oli purjus või narkouimas) alusel. "Halbu" patsiente nimetati näiteks *dross* 'jätis', *dregs* 'saast' ja *rot* 'mõttetu (mees)'. Ameerika meedikute ringkondades on üldlevinud patsiendi nimetamine *gomeriks* (Leidermann & Grisso 1985). Seda sõna (mis võib viidata seriaalikalangelasele Gomer Pyle'ile või fraasile *go out of my emergency room* 'käi välja minu kabinetist') koos sellistega nagu *crook* 'kronu, sant' ja *gork* 'krogi' kasutavad peamiselt residendid patsiendi kohta, kellega on raske hakkama saada ja kes seega panevad kahtluse alla nende kompetentsuse.

Märgistamine tuleb mängu ka teatud kohtade nimetamisel. Haigla mingi koha nimetamine hullupalatiks võib sellele märgi külge jätta. Ruumi nimetamine Jonesi Memoriaalsalongiks võib viidata poliitilise võla tasumisele. Tähendus on isegi sellel, kuidas inimesed nimetavad teatud haigust erinevates kohtades. Nii võib arst patsiendiga oma kabinetis rääkides kõnelda *südamerabandusest*, kuid operatsioonisaalis kasutada juba väljendit *müokardi infarkt*.

### **4.3. Kuidas keelt edasi antakse?**

Arstlikel konsultatsioonidel kasutatavat keelt tuleb kuulata tähelepanelikult, sest see võib peenelt edasi anda seda, mida inimesed on tegelikult mõtelnud. Selleks tuleb peatuda kahel peamisel võimalusel, mille abil saab uurida, millist teavet keel edastab. Esiteks võib keelt uurida nelja m-tähega algava mõiste – *metafoori*, *mudeli*, *metonüümia* ja *müüdi* – abil. Metafoorid võimaldavad luua *skeemaatilisi kujutisi* ehk mitmetähenduslikke vaimseid pilte sellest, mida inimesed on mõelnud või üritanud öelda (Quinn & Holland 1987). Biomeditsiinis kasutatavad põhilised metafoorid keskenduvad kehale kui biokeemilisele mehhanismile, mis on toodud arsti juurde parandada. Sellised metafoorid kinnitavad biomeditsiini ratsionaalsust, eitades samal ajal haiguskogemuse tähendust patsiendile (Kirmayer 1988). Susan Sontag (1978) osutab, et kui inimesed räägivad vähist, kasutavad nad enamasti keelt, mis viitab sotsiaalselehälbele, sotsiaalsele ülekohtule, poliitilisele korrupsioonile,

saatusele, katastroofile ja kurjusele. Metafoorid, mida inimesed kasutavad oma haigusest rääkides, võivad paljastada mõndagi nende isiksuse ja suhete kohta. Näiteks peab mõni ägeda seljavaluga mees end argpüksiks või selgrootuks, teine patsient väljendab tül-gastust enda vastu haisvate lagujääkide metafoorides (Kleinmann 1988).

*Mudelid* on metafooride süsteemid, mida kasutatakse samuti reaalsuse seletamiseks. Tabava näite mudelist toob Joseph William Bastien (1985), kes kirjeldab, kuidas Boliivia Andides elavad Qollahuaya indiaanlased modelleerivad inimkeha oma loodusliku keskkonna järgi. *Metonüümiad* määratlevad aimest mingi oma elemendi kaudu (Quinn & Holland 1987). Teatud alamkategoriaid võetakse kui tüüpilisi, stereotüüpilisi või ideaalseid ja kui mõni teine alamkategoria kaldub neist kõrvale, peetakse seda valeks. Näiteks on paljud inimesed veendunud, et heteroseksuaalsus on ainuke õige seksuaalsuhe, ja peavad seepärast homoseksuaalsust hälbeks. *Müüte* kasutab ühiskond maailma seletamiseks inimeste õigeks peetava käitumise mudelite loomiseks. James Dow (1986) seletab, kuidas religioossed tervendajad, šamaanid ja psühhotera-peudid kasutavad müüte ravimisel ja toob näite šamaanist, kes kasutab müüti kangelastest, kes võtavad ette raske teekonna, et aidata naist raske sünnituse juures. Mõned platseeboravimid (ravi-va toimeta kontrollpreparaadid) on efektiivsed, sest inimesed usu-vad müüti, et ravimid, mille on välja kirjutanud tunnustatud arstid, aitavad (Frank & Frank 1991).

Teine keeleline vorm, mida tihti kasutatakse teadmiste edasi-andmiseks, on jutustus (*story*). Arthur Kleinman kirjutab oma raamat *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition* (1988): räägi meile, kuidas on elulised probleemid tekkinud, neid juhitud ja neile tähendus antud – see paljastab ka kultuurilised väärtused ja sotsiaalsed suhted. Patsiendid kasutavad narratiivi oma isikliku haiguskogemuse korrastamiseks. Arstid, kes kasutavad jutustusi omavahel patsientidest rääkides, teevad seda enamasti müütiliste lugude ja moraali-juttude vormis (Atkinson 1995). Jutustamise näitena kirjeldab Carde Cain (1991), kuidas Anonüümsete Alkohoolikute (AA) liikumises osalejaid julgustatakse jutustama oma kogemustest ja kuulama teiste lugusid, et mõista oma probleeme ja neist üle saada. Jutustades võtavad nad üle kultuurimudelid, mida AA liikumine soovib kasutada, et identifitseerida ennast kui ravimatuid alkohoolikuid, kes saavad ennast

Wilbert M. Gesler

aidata ainult millegi endast vägevama (nt kõrgema autoriteedi) poole pöördumisega. C. Cain lindistas lugusid, mis jutustati kolmes keskkonnas – aruteludel, vestlusringides ja intervjuudel. Üks sedastusi oli, et need lood, mida räägiti aruteludel, olid pikema jutustuse lühivariandid.

Laurie Price (1987) kuulab *õnnetuslugusid (misfortune tales)* haigustest, mida rääkisid Ecuadoris Quitos peamiselt mestiitsidega asustatud äärelinna elanikud. Ta väidab, et lood haigustest

[...] on endasse kodeerinud põhjusi selgitavaid kultuurimudeleid, laialdasi teadmisi selle kohta, kuidas haiguse korral õigesti käituda, ja suurt hulka kultuurilisi teadmisi raviviisidest ja ravijatest (Price 1987: 313).

L. Price leiab, et jutustused haigustest vahendavad kasulikku eriteavet, aitavad inimestel täiustada oma haigusteooriaid, rõhutavad jutustaja abistajarolli ning tugevdavad rääkijate ja kuulajate vastastikust toetust.

Nii Panama Cuna indiaanlaste kui ka Malaisia malailastest rahvaarstid kasutavad sünnituslugusid selleks, et aidata naist raskel sünnitusel (Laderman 1987). Oma töös kasutavad ravijad *polüseemiat* (s.t nende sõnadel on palju tähendusi) ja *multivokaalsust* – seega on nende sõnadel tähendusvarjundeid naiste elu erinevate aspektide puhuks. Kuna juttudes kasutatavaid metafoore leidub ka igapäevases keeles, on naistel juba eelsoodumus omistada neile tähendusi. Seega võivad ravitsejate sõnad tekitada *platseeboefekti*.

## 5. Võim, dominantsus ja resistentsus

### 5.1. Võim, teadmised ja keel

Sotsiaalteadustes räägitakse liigagi tihti võimust, mis saavutatakse nii teadmiste kui ka keele ehk diskursuse kaudu. Teadmised ja diskursus ühest küljest ning võim teisest küljest toetavad üksteist. Need, kellel on teadmised, kasutavad neid oma võimu suurendamiseks, need, kelle käes on võim, võivad öelda, mis on teadmised või tegelikkus (Fox 1993a). Võim tuleneb tihti väidetest, et diskursus ja teadmised on ratsionaalsed ja teaduslikud ehk esindavad tõde (Boyne 1990). Üks kindlaimaid võimalusi võimu saavu-

Wilbert M. Gesler

tamiseks diskursuse kaudu on *korrata*, et teadmised on muutumatud ja kehtivad kõigis olukordades. Kordamine (rituaali tähtis aspekt) on vaieldamatult vajalik asjatundlikkuse kinnitamiseks (Fox 1993a).

Diskursusest või teadmistest tulenevat võimu kasutatakse juhtimiseks, kamandamiseks ja liidrikoha kättevõitmiseks. Teadus on kõige tähtsam näide teadmistest ja/või diskursusest, mida kasutatakse liidrirolli saavutamiseks ehk domineerimiseks.

*Teadus koosneb teadmistest ja võimust. Meie ajal piiritlevad loodusteadused inimese koha looduses ja ajaloos ning määravad ühiskonnas domineerimise võimalused* (Haraway 1991: 43).

Loodusteadused, sealhulgas biomeditsiin domineerivad teatud rühmades (nt naised, vaesed), kinnitades, et erinevused on *loomulikud, määratud, vältimatud ja seega moraalsed* (Haraway 1991: 8).

## 5.2. Võim ja koht

Käesoleva artikli üldeesmärgi seisukohalt on vaja ka lühidalt märkida, et võim avaldub kohtades. Arutluses võimu üle uurib Michel Foucault võimu mõju kohtadele, kus see tegelikult ilmneb, mitte laiemas ja abstraktsemas skaalas, nagu näiteks riik või seadused. Ta ütleb, et võim lokaliseerub indiviididele avaldatud mõju kaudu (Fox 1993a). Ka Jacques Derrida tegeleb regionaalse ehk lokaalse tasemega.

*Ta ei ole kotkas, kes lendab kõrgel maastiku kohal ja kaardistab seda. Tema mõtlemine sarnaneb pigem üleannetu määrdõliga, mis voolab uuritavate tekstide vahel ja üritab pääseda pragude kaudu senitundmatutesse kohtadesse* (Boyne 1990: 91).

Võim ilmneb ka meditsiiniga seotud olukordades, s.t meditsiiniga seotud toimingutes ja puhtakujulises meditsiinikeskkonnas.

## 5.3. Võim tervishoius

Meditsiin kui teadusala on oma olemuselt nii teadmiste kogum kui ka võimu allikas (Fox 1993a). Donna J. Haraway ütleb:

Wilbert M. Gesler

*Biomeditsiinilise keele võim koos oma suurepäraste artefaktide, kujundite, ülesehituse, sotsiaalsete vormide ja oskussõnadega on miljonite inimeste ebavõrdse haigus- ja surmakogemuse kujundamisel sotsiaalne tõsiasi, mis tuleneb pidevatest heterogeensetest sotsiaalsetest protsessidest (Haraway 1991: 203–204).*

Võim ei puudu ka tervishoiust, vaid on selle osa, mis iseloomustab abistaja ja abistatava suhteid. Selle idee illustreerimiseks vaatleb Nicholas J. Fox (1993b), kuidas kirurg pärast lõikust patsiendiga räägib. Et sellised patsiendid on elanud üle kaks šokki, ühe narkoosi ja teise lõikuse enda tõttu, ei tunne nad end enamasti kuigi hästi ning kirurg peab neid veenma, et nad kindlasti paranevad ja et tema ei eksinud oma prognoosides, selleks et ei väheneks ta enda autoriteet ega kontroll olukorra üle. Näiteks pakub ta patsiendile haiglast väljakirjutamist kui kingitust, mis näitab, et patsiendiga on kõik korras. Paljud uurijad rõhutavad tervishoiu kasutatava domineeriva suhte kahjulikkust. Teisalt vaidleb Per Maseide (1991) neile vastu, väites, et võim on tõhusa meditsiinipraktika puhul hädavajalik. See tähendab, et biomeditsiinilise hariduse saanute puhul on nõutavad asjatundlikkus ja autoriteetsus ning patsientide ja arstide kokkupuutel on sümboolse kapitali ebavõrdne jagunemine vältimatu.

Viimased uurimused on näidanud, et meditsiini diskursus keskendub inimese kehale, mida saab tõlgendada nii bioloogiliselt kui ka kultuuriliselt ja sotsiaalselt (Fox 1993a, Pile & Thrift 1995). Diskursused n-ö *kirjutatakse* keha pinnale, nende abil keha märgistatakse ja ta saab tähenduse. Seega muutub keha tekstiks, mille abil saavad nähtavaks tema kohta loodud diskursused. Selliseid tekste kirjutavad ja loevad erinevad eksperdid, sealhulgas arstid, kosmeetikud, spordiinstruktorid või armastajad (Fox 1993a). N. J. Fox (1993a) arutleb ka kirurgide ja anestezioloogide tavalise konflikti üle patsiendi keha kohal: kirurg tahab, et haige kude eemaldataks või vähendataks seda nii palju kui võimalik, anestezioloog aga tahaks hoiduda kehale liiga suurt psühholoogilist stressi tekitamast, et paranemine oleks kindel ja kiirem.

Sõnad kehastavad tihti võimu, sest inimesed usuvad, et sõnad võivad materialiseeruda. Näiteks seostub Põhja-Itaalias vähk surma, kannatuste ja lootusetusega (Gordon 1990). Paljud inimesed usuvad, et kui arst, sugulane või sõber ütleb patsiendile haiguse nime, siis tähendab see patsiendi surmamõistmist, sest nimetamine kut-

sub nimetatu kohale ja suleb lootusele ukse. René R. Anspach (1988) näitab, et see, kuidas arstid haigusjuhte esitlevad, aitab neil hinnata oma võimu patsientide üle. Esitluse ülesanne on 1) eraldada bioloogilised protsessid patsiendist või muuta need umbisikuliseks, 2) passiivi kasutamise kaudu vähendada arsti vastutust ja neutraliseerida vigu, 3) käsitleda meditsiinitehnoloogiat kui vahendit ja 4) suruda maha patsiendi kaebused. On loodud epistemoloogiline hierarhia, mille tipus on diagnostika (see toob esile ja näitab), järgnevad arstlikud läbivaatused (arstid märgivad üles ja panevad tähele) ning kõige all on patsiendid (kes annavad teada või salgavad). Oma uuringus viiest New Jersey agulis rakendatavast alternatiivsest põetamispraktikast (kristlik, mediteerimisele ja inimvõimetele tuginemine, metafüüsiline, okultne ja eklektiline ning oskustekeskne) leidis Meredith B. McGuire (1983), et keel on võimu allikate muutmise ja seega ka ravi efektiivsuse põhikomponent. Inimesed usuvad, et Jeesuse nimi, mantra lugemine või fraasi "mina olen" pomisemine tekitab positiivset, tervendavat energiat.

#### 5.4. Resistentsus ja erinevus

Nägime, et ülemvõimu ja liidrirolli saavutamiseks kasutatav keel saavutab oma võimu, väites, et ta kõneleb tõtt. Sellele väitele on siiski vastu vaieldud. Ferdinand de Saussure märkis, et sõna ja sellega edastatava idee, seega tähistaja ja tähistatava vahel on vaid meelevaldne seos. Selle tulemusena on keel tihti kahemõtteline; seda võib mitmeti tõlgendada ja selle tähendusi kahtluse alla seada (Boyne 1990). J. Derrida viitas väitele tõe rääkimisest kui *kohalolekust*, mis väljendab ideed, et mingi asi saab olla olemas ainult siis, kui on olemas keegi, kes on selle olemasolust teadlik. Seda seisukohta tuntakse *logotsentrismina*. Läänemaailma teadus kaldub tihti logotsentrismi või väidab, et see on juurdepääs reaalsusele ilma igasuguste vahendusprotsessideta, mis võivad fakte moonutada (Boyne 1990). J. Derrida tõendab siiski, et väited olemasolu kohta on ekslikud ja need ei moodusta teadmiste alusmüüri.

Suhtlemisele on suurimaks takistuseks asjaolu, et erinevad inimesed kasutavad sõnu erinevates olukordades erinevas tähenduses. J. Derrida pidas väga oluliseks erinevuste analüüsi ja konstateeris, et olemasolu kinnitus on tihti kasutusel vaid selleks, et kõrvaldada erinevused (Fox 1993a). Näiteks kui patsiendi ja arsti vest-

*Wilbert M. Gesler*

luses mainitakse sõna “vähk”, võib arst mõelda sellest, kas löikus on vajalik, patsient aga tunda hirmu valu ja radikaalsete elumuutuste ees. Lisaks saavad sõnad tähenduse nii sellepärast, et nad erinevad teistest sõnadest, kui ka tähistaja ja tähistatava suhete alusel. Kui inimene mõtleb vähist, siis võrdleb ta seda mõttes teiste sõnade või fraasidega, nagu näiteks “südamehaigus”.

Arusaam, et ülim tõde on tabamatu ja kindlasti ka võimatu, võib olla meeleheite ja tegevusetuse põhjus. Teisest küljest annab see võimaluse kuulata muid arvamusi ja pöörata tähelepanu sellele, mida on öelda madalamal positsioonil olevatel inimestel (Boyne 1990). Domineerivale diskursusele vastu seismiseks on kasutatud kaht strateegiat. *Dekonstruksioon* vaatlleb tekste ehk diskursusi ja üritab uurida, kuidas teadmiste hulgas leiduvad olemasolu kinnitused ehk tõed tekivad, ja vaidleb siis neile vastu (Game 1991). *Intertekstuaalsus* osutab strateegiale, mille puhul uuritakse erinevaid diskursusi üksteise suhtes, interpreteerides tekste teiste tekstide valguses. Seegi praktika võimaldab saadud tarkuse kahtluse alla seada ja alustada diskussiooni teistsuguste arvamustega. Paul Atkinson (1995) toob näite, et kui arstid kõnelevad omavahel patsientidest, on nad tihti eriarvamusel. Õpitud teaduslik lähenemine erineb kliinilisest kogemusest, röntgenikiired räägivad teist juttu kui koeuringud mikroskoobi all. Töö “erinevuste mänguga” võimaldab vastu seista suhetele, mis põhinevad täielikult domineerival hierarhial või vastupanul ning asendada need võrdsusel ja koostööl põhinevate suhetega (Haraway 1991). Kui Sue Fisher (1991) võrdles, kuidas õed ja arstid rääkisid naispatsientidega, leidis ta, et õed julgustasid vastupanu ja valikuvabadust ning andsid naistele “ruumi” end väljendada, arstid aga seda ei teinud.

## **6. Arstlikud konsultatsioonid**

Keele osa dominantsetes ja võimusuhetes avaldub selgelt arstlikel konsultatsioonidel (Todd & Fisher 1993; Fisher 1993b). On oluline märkida, et arstlikud konsultatsioonid toimuvad spetsiifilistes ruumides, näiteks arstikabinetis või haiglapalatis. Klassikaline näide tervishoiuvaldkonnast on arsti ja patsiendi “vestlus”, kus mängu võivad tulla sotsiaalne staatus, teadmiste hulk ja soorollid (DiGiacomo 1987), kuigi on olemas ka teistsuguseid arstlikke konsultatsioone, nt arstide omavahelised (Atkinson 1995). Patsiendi ja

arsti vastastikust mõju käsitlevad paljud autorid. Näiteks sisaldab Alexandra Orendas Toddi ja Sue Fisher (1993) toimetatud väljaanne mitmeid uurimusi, mis käsitlevad selliseid teemasid nagu arsti ja patsiendi vahelised kultuurilised erinevused, kuidas meesarstid enamasti domineerivad naist küsitledes, võimalusi, kuidas naised saavad domineerimisele vastu seista ja kuidas vestlusi arstiga saab kasutada petmiseks. Elliot George Mishleri (1984) tähtsaim raamat keskendub sellele, kuidas analüüsida arstlikke küsitlusi *kui diskursust, mis on tähendusrikas jutuajamine arsti ja patsiendi vahel* (Mishler 1984: 7–8). Ta juhib tähelepanu sellele, et õpingute ajal räägivad arstid tavaliselt patsientidega haiglapalatis ja traumapunktis ning nad saavad õppides vähe kogemusi, kuidas kasutada arstipraktikas vestlusi patsientide sisemaailmaga tutvumiseks.

Suhteid arsti ja patsiendi vestluses on tõlgendatud ja analüüsitud erinevatest vaatenurkadest. Anthony L. Suchman ja Dale A. Mathews (1988) vaatavad asja pigem positiivselt ja rõhutavad, et kontakt võib olla raviv, sest see rahuldab inimese põhivajadust tähelepanu järele. David Tuckett koos kolleegidega (Tuckett *et al.* 1985) tõstatab ka õige suhtlemise väärtuse teema, kuigi autorid teadvustavad endale ka loomuliku võimuvõitluse probleeme ning patsiendi ja arsti koostöö emotsionaalset konteksti. Autorid leiavad, et arsti vastuvõttudel kulutatakse patsiendi mõtetele vähem aega kui arsti omadele ja paljud arusaamatused tulenevad vastandlike seletuslike mudelite kasutamisest. Cecil G. Helman (1994b) leiab samuti, et arstid keskenduvad rohkem haiguse üksikasjadele ja biomeditsiinilise mudeli "kultuurile", samas kui patsiendid on rohkem huvitatud haigusest ja selle tähendusest ning läbielamistest. C. G. Helman ütleb, et arstid tõlgendavad patsientide *kaebuste keelt* sageli valesti. Seda üsna pessimistlikku vaatepunkti arsti ja patsiendi kokkupuute teemal on arendanud edasi Howard Waitzkin (1989), kes väidab, et arstid väljendavad selliseid ideoloogiaid, nagu töö tähtsus, perekondlikud väärtused ja tootmisega seotud sotsiaalsed suhted, mis toetavad kehtivat sotsiaalset süsteemi (nt julgustavad nad mehi uuesti tööle asuma ja naisi koju jääma). Arstid katkestavad patsienti küsitluste ajal sageli strateegilistel eesmärkidel, et säilitada oma liidriroll, jätta vestlusest välja tähtsaid kontekstuaalseid küsimusi, panna kiiremini diagnoos ja määrata raviimid ning jätta patsiendile ravi osas vähe valikuid.

Eriti kasulik on vaadelda arstlikku konsultatsiooni *draamana*, milles osalevad patsiendid, arstid, õed ja muud tegelased. Kui ars-

*Wilbert M. Gesler*

tid räägivad omavahel patsientidest, võib näiteks üht süzeeliini ja retoorilisi lauseid kasutada veenmiseks. Nende vestlus sisaldab konflikte, salapärasusi ja asjakohaseid tööku (Atkinson 1995). N. J. Fox (1993a) ütleb, et arstid kasutavad rekvisiite – ekraanid, valged kitlid, märkmed – liidrirolli kindlustamiseks. Joan P. Emerson (1970) kirjeldab günekoloogilist läbivaatust kui *etendust*, mis paneb proovile osaliste näitlejavõimed. Konfliktis on sellised osalised nagu patsient kui objekt meditsiinilises tähenduses, inimlik vajakoheldada patsienti kui inimest ning vaagnapiirkond kui inimkeha spetsiifiline osa. Arst peab kasutama keelt, mis on üheaegselt autoritaarne, rahustav ja ilma seksuaalse kõrvaltähenduseta, patsient aga balansseerima kombekuse ja siivutuse piiril.

## **7. Keel, tervis ja koht**

Varasemate arutluste põhjal hakkasime nägema, et keel, tervis ja koht on omavahel seotud. Näiteks panime tähele, et meditsiinilised teadmised on seotud kohtadega ja et arstlikud konsultatsioonid toimuvad teatud kindlates kohtades. Rääkisime ka mõnedest spetsiifilistest näidetest, kus koht oli oluline faktor. Märkisime, et Anonüümsete Alkohoolikute liikumises osalejad jutustasid oma lugusid erinevates kohtades (Cain 1991) ja haiglaruumidele saab määrgistamise abil anda lisatähenduse. Thomas J. Csordas (1983) teeb põgusa viite kohale, kui mainib katoliiklastest nelipühilaste “ravitamisruume” – nende ruumide atmosfäärist ja inventarist tahaks rohkem teada saada. Reneé R. Anspach (1988) märgib, et patsiendi ütlustega arvestamine on aja jooksul asendunud arstide tehtud kliiniliste uuringute ja meditsiiniaparatuuri usaldamisega, nii nagu patsiendi ja arsti kokkupuutepunkt on nihkunud kodust haiglasse ja laboratooriumi. Siiski on kirjanduses vähe viiteid keelele ja tuuakse selgesõnaliselt esile koha tähtsus. Järgnevalt alustame selle teemaga.

Tervishoiuasutuste ruumide *spetsiifilised omadused*, nagu seinete värv, valgustatus ja sisseseade paigutus, võivad mõjutada seda, mida öeldakse ja kuidas seda interpreteeritakse. Põhitees on, et vahetu füüsiline ümbrus mõjutab inimeste keelekasutust (Bettelheim 1974; Canter 1986). Kui palatis tõmmatakse näiteks kardinad voodi ette, on see ainult privaatsuse teesklemine (Kirmayer 1988). Peaarsti kabinet loob unikaalse atmosfääri teaduslike raa-

matute ja ajakirjade, perepiltide, arvuti, maastikumaalide ja muu sellisega (Helman 1994a).

Biomeditsiin on loonud haiglates ja kliinikutes *rituaalsed ruumid*, mis on määratud teatud raviprotseduuride läbiviimiseks. Pearl Katz (1981) väidab, et moodsa haigla operatsioonitoas läbiviidavad hoolikalt viimistletud rituaalid, mida justkui rakendatakse operatsioonijärgsete nakkuste vältimiseks, aitavad kaasa ka lõikuse õnnestumisele. Kätepesu, operatsioonikitlite selgapanemise ja rangete toimingute kõrval, mida võetakse ette kirurgiriistadega, on keelel rituaalis samuti oluline osa. Sellistel sõnadel nagu "puhas", "must", "steriilne" ja "nakatunud" on operatsiooni eri etappides erinev tähendus. Arstid ja õed jälgivad rangelt ettemääratud reegleid selles osas, millal peab valitsema täielik vaikus (nt kui kirurg teeb esimese sisselõike), millal antakse lühikesi korraldusi (nt operatsiooni käigus), millal võib naljatada (nt kui suurem osa operatsioonist on läbi) ja millal operatsioonibrigaadi liikmed võivad lobiseda oma vaba aja veetmise kavadest. Operatsioonisaal on selgesti eraldatud koht, kus saab teha ainult teatud asju ja rääkida kindlal ajal.

Kuigi kirjanduses on sellele faktile vähe tähelepanu pööratud, on mõnedes uuringutes sedastatud *spetsiifilise keskkonna* tähtsust seoses arstlike konsultatsioonidega. Joel C. Kuipers (1989) väidab, et tähtis on uurida, kuidas meditsiinilised vestlused varieeruvad sõltuvalt keskkonnast (nt haiglaringkondades, surmatunnistustel, haiguslugudes ja arstide nõupidamistel). Oma günekoloogilisi läbivaatusi käsitlevas uurimuses märgib Joan P. Emerson (1970), et konsultatsioon toimub spetsiaalses läbivaatusruumis. Tähtis on selle koha sisustus – seinakate, sisseseade, teistest eraldav ettetõmmatav kardin. P. Atkinson (1995) jälgis mitme nädala jooksul kolme hematoloogist kolleegi ühes USA idaosa suures õppehaiglas ja märkas, et nad käivad teiste arstide konsulteerimiseks väga paljudes eri ruumides. Huvitav oleks teada, kuidas need erinevad paigad mõjusid arstide ühistegevuse efektiivsusele.

Sue Fisher (1993a) kirjeldas arsti ja patsiendi vestlust teemal, kas emakas tuleks eemaldada või mitte, kahes haiglas, mis kuulusid ühe ülikooli suure õppehaigla reproduktiivmeditsiini instituudi koosseisu. Arstiteaduskonna kliinikus olid privaatne ja avalik ruum eraldatud, samuti olid eraldatud läbivaatusruumid ja vastuvõtukabinetid. Munitsipaalhaiglas sellist privaatsust ei olnud. Arstiteaduskonna kliinikus töötasid reproduktiivonkoloogia õppejõud ja suurema osa patsiente suunasid sinna lähikonnas töötavad arstid. Mu-

*Wilbert M. Gesler*

nitsipaalhaiglas töötasid residendid ja suurema osa patsiente suunasid sinna sotsiaalabiosakonnad või teised sotsiaalhooldussüsteemi kuuluvad haiglad. Vanemad, mehhiko või mehhiko-ameerika päritolu naised, kes moodustasid enamiku munitsipaalhaigla patsientuurist, said üldjuhul radikaalset ravi, erinevalt noorematest, valgetest naistest, keda raviti arstiteaduskonna haiglas konservatiivsete meetoditega. Teisisõnu, kahes erinevas kohas toimunud vestluste tulemused olid üsna erinevad. S. Fisher märgib, et arstid tegutsesid mõlemal juhul oma mängumaal, patsiendid aga olid satunud võõrasse ümbrusesse.

## **8. Koha mõju arstlikel konsultatsioonidel kasutatavale keelele**

Eelnev diskussioon andis empiiriliste uurimuste näidetele tugineva teoreetilise aluse, mille abil saab uurida koha mõju arstlikel konsultatsioonidel kasutatavale keelele. Välja võib tuua järgmised punktid.

1. Erinevad inimesed tulevad arstlikule konsultatsioonile erinevate seletuslike ja kultuuriliste mudelitega, mis tuginevad teadmiste ja avalduvad keeles või diskursuses.
2. Arstlike konsultatsioonide keelt saab uurida tähenduse loomise (s.t rituaalide), kasutatud väljendusvormide (s.t märgistamise) või edasiandmise (s.t metafooride ja lugude) kontekstis.
3. Meditsiinilised teadmised ja keel on võimuallikad ja neid kasutatakse meditsiiniga seotud olukordades teiste kontrolli all hoidmiseks. Siiski võib võimusuhteid ka teisiti võtta, sest erinevused võivad paranemisele hoopis hästi mõjuda.
4. Koht võib keele ja tervisega seostuda ruumi spetsiifiliste omaduste, rituaalsete ruumide ja erilise keskkonna või asukoha kaudu.

Kuidas saab neid tõdemusi kasutada empiirilises uuringus? Tuleb tunnistada, et see on üsna raske, sest keel on mitmeti tõlgendatav ja inimesed loovad ning vaidlustavad tähendusi suvalises sotsiaalses kontekstis. Pealegi sisalduvad igas arstlikus konsultatsioonis vähemalt järgmised tegurid, millega kaasnevad sõnamuutused: koht, isiksuse omadused, inimeste kehastatavad rollid, seletuslikud mudelid, kasutatavad keelelised stiilid ja vestluskaaslaste võimusuht-

ted. Ühes töös on võimatu analüüsida kõiki omavahel seotud tegureid. Seega oleks soovitatav püüda vaadelda ainult mõnd arstlikel konsultatsioonidel kasutatava keele aspekti, teisi samal ajal siiski silmas pidades. Kasutatav meetod peaks kindlasti olema kvalitatiivne (kõige sobivam on avatud lõpuga või poolstruktureeritud vestlus) ja suutma analüüsida vestluses ette tulevaid mudelid või teemasid (vt nt Miles & Huberman 1994). Nende üldiste mustrite ja teemade (nagu ka vältimatute isikupärade) interpreteerimine on mõistagi subjektiivne, kuid abiks võivad olla käesolevas artiklis kirjeldatud teooriad.

Järgnev küsimustik üritab vaadelda arstlike konsultatsioonide erinevaid tegureid, kusjuures ühisosana on neis kõigis vaatluse all koht. Oletagem näiteks, et viibime haiglas. Need *kohad* haiglas, mida oleks huvitav uurida, on arstikabinet, õdede tuba, läbivaatusruum, nii üksik- kui ka ühispalat, traumapunkt, operatsioonisaal, koridorid, protseduuriruumid (röntgenikabinet jne). Arstlikel konsultatsioonidel *osalejad* on üld- ja eriarstid, õed, arstide assistendid, laborandid, farmatseudid jne. Nendest kohtadest ja osalistest lähtudes võib esitada järgmisi küsimusi.

1. Millistel seletuslikel mudelitel põhinevat keelt kasutavad erinevad osalised ühes kindlas kohas?
2. Kuidas samad osalised muudavad oma keelekasutust erinevates kohtades? Näiteks, kas arst räägib patsiendiga haigusest ühtemoodi oma kabinetis, üldpalatis ja teel operatsioonile?
3. Millist rituaalset keelt kasutatakse haigla erinevates kohtades, s.t milliseid tüüpilisi sõnu ja fraase kasutatakse korduvalt tähenduste ja suhete tugevdamiseks?
4. Kas erinevates kohtades kasutatakse erinevaid väljendusvorme? Kas patsiendid või arstid kasutavad sotsiofenomenoloogilist või biomeditsiinilist keelt ühes kohas rohkem kui teises? Kas arstid või patsiendid märgistavad üksteist erinevates kohtades erinevalt?
5. Kas keelt antakse erinevates kohtades edasi erinevalt? Kas on olemas erinevaid metafoore, mudeleid, metonüümiat või müüte, mis seostuvad teatud kindlate kohtadega? Kas näiteks traumapunktis töötavad inimesed teavad müüte varem nende ruumides toimunust? Kas patsient räägib oma haiguse lugu arsti kabinetis, läbivaatusruumis ja kirurgiapalatis erinevalt?
6. Kuidas mõjutab koht, kus arstlik konsultatsioon toimub, võimusuhteid? Kas mõnes kohas on arstil kergem oma autoriteeti

*Wilbert M. Gesler*

maksma panna või patsiendil sellele vastu seista? Mida räägivad haiglapersonali vestlused erinevates keskkondades meie meditsiinitöötajate hierarhiast?

7. Kuidas erinevate haiglaruumide nimetamine või ukseksildid koridorides saavad erinevate haiglas viibivate inimeste silmis erineva tähenduse?
8. Kuidas mõjuvad osaliste suhtlemisele ruumide erinevad omadused? Kas on näiteks olemas sisustust või detaile (lilled, maalid), mis võivad suurendada või vähendada konsultatsiooni kvaliteeti?

Loomulikult on palju võimalusi, kuidas saab kohtade, osaliste ja meditsiiniga seotud olukordade kombinatsioone uurida – eespool välja toodud küsimused on ainult soovitusel paljude võimaluste hulgast. Koha mõju määramiseks saab iga uurimus keskenduda üksnes väikesele kohtade ja osaliste valimile. Kui jutt on vestluse paigast ja sellest, millised on selle paiga omadused, siis üldjuhul peetakse kohta selleks, mis määrab erinevused.

## **9. Kokkuvõte**

Koha mõjust arstlikel konsultatsioonidel kasutatavale keelele on üsna vähe teada. Käesolev kirjutis juhib tähelepanu sellele, et sellistes olukordades on koht tähtis, ja kutsub üles uurima rohkem keele, tervise ja koha koosmõju. Kuigi arutleti ka tervise ja koha ning keele ja koha seoste üle, oli põhirõhk siiski keele ja tervise seostel ning sellel, kuidas saab koht aidata paremini mõista keele ja tervise seoseid. Artikkel näitab, et on võimalik esitada teatud küsimusi, mis tuginevad kindlatele teoreetilistele alustele. Kohauuringuid võivad toetada järgmised nähtused: (1) seletuslikud mudelid, mille aluseks on teadmised ja mida väljendatakse keele abil, (2) erinevad keelekasutusviisid arstlikel konsultatsioonidel ning (3) keele kasutamise võimalused võimu ja domineerimise väljendamiseks, aga ka vastupanu avaldamiseks.

Käesolevas artiklis käsitletud teemade edasine uurimine aitaks tervishoiusüsteemi parandada vähemalt kahel viisil. Esiteks annab teave koha rollidest meile selgust, kus vestlused peaksid toimuma, et teabevahetus oleks võimalikult tõhus ja konsultatsiooni osapooled võrdsemas seisus. Uurimused peaksid näitama, kus

Wilbert M. Gesler

on kõige parem öelda (või ütlemata jätta) teatud asju, mida erinevad osalised räägivad erinevates kohtades, mida räägitakse erinevates keskkondades ja kus ilmneb dominantsus või resistentsus. Teiseks selgitab artikkel, millal koha omadused võivad ravi positiivselt mõjutada. Uurimused peaksid meile näitama, kuidas koha omadused parandavad või halvendavad arstlike konsultatsioonide tulemusi.

Tõlkinud Kristin Haugas ja Anne Kaaber

Originaal: Gesler, Wilbert M. 1999. Words in wards: Language, health and place. *Health & Place* 5, lk 13–25. Avaldatud Elsevieri loal.

## Kirjandus

Anspach, René R. 1988. Notes on the sociology of medical discourse: The language of case presentation. *Journal of Health and Social Behavior* 29, lk 357–375.

Atkinson, Paul 1995. *Medical Talk and Medical Work: The Liturgy of the Clinic*. London: Sage.

Bastien, Joseph William 1985. Qollahuaya-Andean body concepts: A topographical-hydraulic model of physiology. *American Anthropologist* 87, lk 595–611.

Bettelheim, Bruno 1974. *A Home for the Heart*. New York: Alfred A. Knopf.

Boyne, Roy 1990. *Foucault and Derrida: The Other Side of Reason*. London & Boston: Unwin Hyman.

Cain, Carole 1991. Personal stories: Identity acquisition and self-understanding in Alcoholics Anonymous. *Ethos* 19, lk 210–253.

Canter, David 1986. Putting situations in their place. Furnham, Adrian (toim). *Social Behaviour in Context*. Boston: Allyn and Bacon, lk 208–239.

Cornwell, Jocelyn 1984. *Hard-Earned Lives: Accounts of health and illness from East London*. London: Tavistock & New York: Methuen.

Csordas, Thomas J. 1983. The rhetoric of transformation in ritual healing. *Culture, Medicine and Psychiatry* 7, lk 333–375.

DiGiacomo, Susan M. 1987. Biomedicine as a cultural system: An anthropologist in the kingdom of the sick. Baer, Hans A. (toim). *Encounters with Biomedicine: Case Studies in Medical Anthropology*. New York: Gordon and Breach Science Publishers, lk 315–346.

*Wilbert M. Gesler*

- Dow, James 1986. Universal aspects of symbolic healing: A theoretical synthesis. *American Anthropologist* 88, lk 56–69.
- Emerson, Joan P. 1970. Behavior in private places: Sustaining definitions of reality in gynecological examinations. Dreitzel, Hans Peter (toim). *Patterns of Communication Behavior*. New York: Macmillan Company, lk 74–97.
- Fabrega, Horacio jun. 1980. *Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary Prospective*. Cambridge: MIT Press.
- Fisher, Sue 1991. A discourse of the social: Medical talk / power talk / oppositional talk? *Discourse and Society* 2: 2, lk 157–182.
- Fisher, Sue 1993a. Doctor talk / patient talk: how treatment decisions are negotiated in doctor-patient communication. Todd, Alexandra Dundas & Fisher, Sue (toim). *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*. 2. tr. New York: Ablex Publishing Corporation & Norwood, lk 161–182.
- Fisher, Sue 1993b. Introduction. Todd, Alexandra Dundas & Fisher, Sue (toim). *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*. 2. tr. New York: Ablex Publishing Corporation & Norwood, lk 1–24.
- Foucault, Michel 1991. *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. London: Routledge.
- Fox, Nicholas J. 1993a. *Postmodernism, Sociology and Health*. Buckingham: Open University Press.
- Fox, Nicholas J. 1993b. Discourse, organization and the surgical ward round. *Sociology of Health and Illness* 15: 1, lk 16–42.
- Frank, Jerome David & Frank Julia B. 1991. *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Game, Ann 1991. *Undoing the Social: Towards a Deconstructive Sociology*. Milton Keynes: Open University Press.
- Good, Charles M. 1987. *Ethnomedical Systems in Africa*. New York: Guilford Press.
- Gordon, Deborah R. 1990. Embodying illness, embodying cancer. *Culture, Medicine and Psychiatry* 14, lk 275–297.
- Gould, Stephen J. 1990. *Taxonomy as Politics: The Harm of False Classification*. Dissent: Winter, lk 73–78.
- Haraway, Donna J. 1991. *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*. London: Free Association Books.

Wilbert M. Gesler

- Helman, Cecil G. 1994a. Ritual and the management of misfortune. Helman, Cecil G. (toim). *Culture, Health and Illness*. 3. tr. Oxford: Butterworth Heinemann, lk 224–245.
- Helman, Cecil G. 1994b. Doctor-patient interactions. Helman, Cecil G. (toim). *Culture, Health and Illness*. 3. tr. Oxford: Butterworth Heinemann, lk 101–145.
- Holland, Dorothy C. & Valsiner, Jaan 1988. Cognition, symbols and Vygotsky's developmental psychology. *Ethos* 16, lk 247–272.
- Jeffrey, Robin 1979. Normal rubbish: Deviant patients in casualty departments. *Sociology of Health and Illness* 1: 1, lk 90–107.
- Katz, Pearl 1981. Ritual in the operating room. *Ethnology* 20: 4, lk 335–350.
- Kearns, Robin A. 1991. The place of health in the health of place: The case of the Hokianga special medical area. *Social Science & Medicine* 33, lk 519–530.
- Kirmayer, Laurence J. 1988. Mind and body as metaphors: Hidden values in biomedicine. Lock, Margaret & Gordon, Deborah R. (toim). *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, lk 57–93.
- Kleinmann, Arthur 1978. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine* 12, lk 85–93.
- Kleinmann, Arthur 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kuipers, Joel C. 1989. 'Medical discourse' in anthropological context: Views of language and power. *Medical Anthropology Quarterly* 3, lk 99–123.
- Laderman, Carol 1987. The ambiguity of symbols in the structure of healing. *Social Science & Medicine* 24: 4, lk 293–301.
- Leiderman, Deborah B. & Grisso, Jean-Anne 1985. The gomer phenomenon. *Journal of Health and Social Behavior* 16, lk 213–225.
- Lorber, Judith 1975. Good patients and bad patients: Conformity and deviance in a general hospital. *Journal of Health and Social Behavior* 16, lk 213–225.
- Maseide, Per 1991. Possibly abusive, often benign and always necessary: On power and domination in medical practice. *Sociology of Health and Illness* 13: 4, lk 545–561.
- McGuire, Meredith B. 1983. Words of Power: Personal empowerment and healing. *Culture, Medicine and Psychiatry* 7, lk 221–240.
- Miles, Matthew B. & Huberman, Michael A. 1994. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. 2. tr. Newbury Park, CA: Sage.

Wilbert M. Gesler

Mishler, Elliot George 1984. *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood: Ablex Publishing Company.

Mugerauer, Robert 1985. Language and the emergence of environment. Seamon, David & Mugerauer, Robert (toim). *Dwelling, Place and Environment*. Dordrecht: Martinus Nijhoff, lk 51–70.

Pile, Steve & Thrift, Nigel 1995. Mapping the subject. Pile, Steve & Thrift, Nigel (toim). *Mapping the Subject: Geographies of Cultural Transformation*. London: Routledge, lk 13–51.

Pred, Alan 1989. The locally spoken word and local struggles. *Environment and Planning D: Society and Space* 7, lk 211–233.

Price, Laurie 1987. Ecuadorian illness stories: Cultural knowledge in natural discourse. Holland, Dorothy & Quinn, Naomi (toim). *Cultural models in Language and Thought*. Cambridge: Cambridge University Press, lk 313–342.

Quinn, Naomi & Holland, Dorothy 1987. Culture and cognition. Holland, Dorothy & Quinn, Naomi (toim). *Cultural models in Language and Thought*. Cambridge: Cambridge University Press, lk 3–40.

Sontag, Susan 1987. *Illness as Metaphor*. New York: Vintage Books.

Spencer, Christopher & Blades, Mark 1986. Pattern and process: An essay on the relationship between behavioral geography and environmental psychology. *Progress in Human Geography* 10, lk 230–248.

Suchman, Anthony L. & Matthews, Dale A. 1988. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Annals of Internal Medicine* 108, lk 125–130.

Tambiah, Stanley J. 1968. The magical power of words. *Man* 3: 2, lk 175–130.

Todd, Alexandra Dundas & Fisher, Sue 1993. *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*. 2. tr. Norwood: Ablex Publishing Corporation.

Tuan, Yi-Fu 1991. Language and the making of place: A narrative-descriptive approach. *Annals of the Association of American Geographers* 81: 4, lk 684–696.

Tuckett, David & Boulton, M. & Olson, C. & Williams, A. 1985. *Meetings Between Experts: An Approach to Sharing Ideas in Medical Consultations*. London: Tavistock.

Turshen, Meredith 1977. The political ecology of disease. *Review of Radical Political Economics* 9, lk 45–60.

Waitzkin, Howard 1981. The social origins of illness: A neglected history. *International Journal of Health Services* 11, lk 77–103.

*Wilbert M. Gesler*

Waitzkin, Howard 1989. A critical theory of medical discourse: Ideology, social control and the processing of social context in medical encounters. *Journal of Health and Social Behavior* 30, lk 220–239.