

Wstępna wersja artykułu przygotowanego do publikacji w książce zbiorowej: *O społecznym znaczeniu tożsamości, miejsca i czasu życia. Szkice socjologiczne i gerontologiczne*, red. P. Czekanowski, M. Kaczmarczyk, C. Obracht-Prondzyński, D. Rancew-Sikora. Gdańsk 2013 [w druku].

Czy osoba starsza musi bardziej niż inni dbać o zdrowie? Konfliktowy charakter codziennej troski z perspektywy analizy konwersacyjnej

Dorota Rancew-Sikora, Uniwersytet Gdański

Howard Giles¹ twierdzi, że kluczową sprawą dla jakości życia w starszym wieku jest sposób komunikowania się z innymi. Rozmowy prowadzone między przedstawicielami różnych pokoleń porównuje do dialogów międzykulturowych ze względu na powszechnie panujące przekonanie o odmiennych porządkach panujących w światach ludzi w różnym wieku. Pod tym względem komunikowanie się ludzi starszych narażone jest na wszystkie negatywne zjawiska, które obserwowane są w zderzeniach kultur: tendencję do opierania się na stereotypach, protekcyjnalne gesty², interpretowanie neutralnych wypowiedzi jako związanych z wiekiem mówiącego, brak satysfakcji z kontaktu u obu stron, a w rezultacie tendencję do unikania kontaktu³. Tymczasem jednoznaczne kategoryzowanie osoby starszej ze względu na jej wiek z pominięciem innych cech jej tożsamości jest wynikiem działania, w którym aktywną rolę odgrywają obie strony interakcji. Kształtowanie tożsamości osoby starszej może przebiegać w sposób, który prowadzi do konfliktu, poczucia stresu i wykluczenia lub inaczej, kiedy daje energię, poczucie wspólnoty, bliskości, zrozumienia i współpracy. Jeśli starszy uczestnik interakcji jest przygotowany na możliwość zaistnienia różnych form mikroagresji ze strony partnerów, znając stereotypowe uprzedzenia wobec osób

¹ H. Giles, *Public Discourse on Aging*. 4th Pan American Congress of the International Association of Gerontology and Geriatrics. *New Directions for Aging* 20-23.10.2011. Ottawa, Ontario

² Protekcyjnalność w zwracaniu się młodych do starszych definiowana jest jako taki sposób mówienia, w którym mówiący stereotypowo i niesłusznie zakłada niekompetencję i zależność osoby starszej. Starsi spostrzegają ją często jako coś, co utrudnia im wyrażenie siebie w kontaktach międzypokoleniowych (Harwood i in. 1993).

³ N. Coupland, J. Coupland, H. Giles, *Language, Society and the Elderly*, Oxford 1991; J. Harwood, H. Giles, S. Fox, E. B. Ryan, A. Williams, *Patronizing young and elderly adults: response strategies in community setting*. "Journal of Applied Communication Research" 1993, vol. 21, nr 3; H. Giles, A. Williams, *Patronizing the young: Forms and evaluations*, "International Journal of Aging and Human Development" 1994, vol. 39; H. Giles, Ch. Hajek, T. Stoitsova, Ch. W. Choi, *Intergenerational communication satisfaction and age boundaries in Bulgaria and the United States*, "Journal of Cross-Cultural Gerontology" 2010, vol. 25.

starszych (ang. *ageism*), oraz zdaje sobie sprawę z tego, co może je prowokować, ma większą szansę przeciwdziałania wytworzeniu się niekorzystnego dla siebie klimatu komunikacji⁴.

W tym artykule chciałabym wykorzystać potencjał analizy konwersacyjnej dla pokazania, że bycie osobą starszą w sensie społecznym nie jest cechą przypisaną raz na zawsze, lecz zmienną i kształtowaną w konkretnych sytuacjach. W procesie tym aktywną rolę odgrywa osoba starsza, która znaczenia przypisywane jej wraz z wiekiem może na różne sposoby potwierdzać, rozwijać, modyfikować lub odrzucać. Sięgając do wybranych przykładów nagranych rozmów chciałabym pokazać, jakie formy interakcji w niekorzystny sposób dla osoby starszej mogą podkreślać różnicę wieku, oraz jaki może być udział obu stron interakcji w podtrzymywaniu lub osłabianiu działania takich form. Zastosuję sposób zapisu i interpretacji materiału typowy dla analizy konwersacyjnej⁵. Symbole uwzględnione w transkrypcjach wyjaśnione są w aneksie.

Nagrania wykonali studenci socjologii Uniwersytetu Gdańskiego ze specjalizacji media i komunikacja społeczna w latach 2009-2012⁶. Poniższe przykłady zostały wybrane ze zbioru 60 nagrań rozmów prowadzonych w różnych kontekstach codzienności przez różnych uczestników. W niniejszym wyborze uwzględniono rozmowy, w których uczestniczyły osoby dojrzałe (najmłodsza 57 lat w przykładzie pierwszym) i starsze (ponad 80 i ponad 90 lat w pozostałych przykładach).

Przykłady dwóch rozmów w przychodni zdrowia

Przykład 1.

- 1 P: (...) Data urodzenia?
- 2 (1.0)
- 3 D: °o matko° siedemnasty? siódmy? .hh >tysiąc dziewięćset pięćdziesiąt piąty<
- 4 P: waga?
- 5 D: °dziewięćdziesiąt pięć?°
- 6 P: wzrost?
- 7 D: °metr sześćdziesiąt- siedem? osiem?°
- 8 P: Pali pani?
- 9 D: Nie właśnie że nie palę i tu problem się zrobił (1.0) rzuciłam. Półtora roku temu.
- 10 (1.0)
- 11 P: No to teraz wycho:dzi palenie. .hh SIAŚĆ [WYGODNIE?]=
- 12 D: I to- i to dla te:go? [Ta::k?]
- 13 P: [ta:k] od czegoś się MUSIA:ło::-

⁴ H. Giles, *Public Discourse on Aging*.

⁵ D. Rancew-Sikora, *Analiza konwersacyjna jako metoda badania rozmów codziennych*, Warszawa 2007.

⁶ Szczególne podziękowania kieruję do studentów, których nagrania zostały wykorzystane w tym artykule: Joanny Przybyłowskiej, Szymona Szatkowskiego, Aleksandry Polkowskiej i Stanisława Bosko.

Powyższy przykład jest zapisem sekwencji rozmowy pielęgniarki (P) z pacjentką w wieku 57 lat (D), w której dokonuje się przejście od wywiadu poprzedzającego badanie „Pali pani?” do przeprowadzenia badania spirometrycznego w wersie 11 zapoczątkowanego poleceniem „SIAŚĆ WYGODNIE?”. W tym fragmencie wiek mógł mieć znaczenie, kiedy pacjentka w odpowiedzi na pytanie o datę urodzenia zrobiła najpierw krótką przerwę, a potem westchnęła ciężko „o matko” (wers 3), zaznaczając w ten sposób kłopotliwy charakter odpowiedzi (*dispreferred utterances*)⁷. W dalszym ciągu rozmowy jej wiek może być ważny dla wyjaśnienia obecnego stanu zdrowia w odniesieniu do wieloletnich nawyków, nawet jeśli nie są już kontynuowane.

Chciałabym zwrócić uwagę na sekwencję przedstawioną w wersach 11-13, w której pielęgniarka zasugerowała, że dolegliwości pacjentki wiążą się z jej wcześniejszym stylem życia „No to teraz wycho:dzi palenie”, obciążając ją w ten sposób odpowiedzialnością za obecny stan jej zdrowia. Ponieważ komentarz pielęgniarki wykraczał poza jej kompetencje i dokonał się niejako poza normalnym porządkiem wizyty polegającej w tym przypadku na przeprowadzeniu wstępnego wywiadu, a następnie wykonaniu badania, może odzwierciedlać formę nadużycia władzy pielęgniarki wobec pacjentki. W następnej wypowiedzi pacjentka poprosiła o potwierdzenie, że wcześniejsze palenie papierosów rzeczywiście spowodowało jej kłopoty ze zdrowiem „I to- i to dlatego? Ta::k?”, tym samym uznając prawo pielęgniarki do stawiania diagnozy, co następnie pielęgniarka z naciskiem i bez złagodzenia swego stanowiska potwierdza „ta::k. Od czegoś się MUSIA:ło::”. Zwraca uwagę to, że pielęgniarka wypowiada swoje diagnozy w sposób ogólnikowy i w języku raczej potocznym niż specjalistycznym, prezentując się w ten sposób jako osoba mówiąca tym samym językiem co pacjentka, pozostając niejako w jej „świecie życia”, oraz jednocześnie jako osoba posiadająca większą wiedzę, bardziej „obyta” w świecie medycznym. Pytanie pacjentki lokowało się poza porządkiem hierarchii i specjalizacji medycznej, tak jakby chciała ona dowiedzieć się czegoś o swoim zdrowiu od razu, wyprzedzając kolejność normalnej procedury. Styl tej krótkiej wymiany z jednej strony zaspokajał wzajemne oczekiwania kobiet, ale z drugiej strony mógł mieć znaczenie dla dalszego przebiegu spotkania, określając wzajemne pozycje pacjentki i pielęgniarki w taki sposób, który wzmacniał władzę tej drugiej.

⁷ J. Heritage, *Garfinkel and Ethnomethodology*, Cambridge 1984.

Przykład 2.

- 14 **P:** ↑SIĄDZIE PANI tak jak na krzeselku, całkiem jak tego- mówię SWOBODNIE ODDYCHAĆ a nie::?
15 (2.0) PROSTO NA KRZEŚLE TAK JAK SIĘ SIADA prosto na krzesło a nie bokiem.
16 ((szuranie krzesła))
17 **P:** No PRZESTAWIA::! KOBIEITO:!
18 **D:** ((śmiech))
19 **P:** O. Widzi? A nie poprzestawia mi meble tu. (.) Ta:k? ↑do buzi::? ↓i spokojne oddechy. WŁOŻYĆ DO
20 BUZI:! ↓oddychamy: ↑nabra:ć? ↓wy:de::ch
21 **D:** hhhh.
22 **P:** ↑wde::ch? i: ↓wy::de::ch ((śpiewnie)) ↑wdeech? (1.0) wydmUCHAĆ ↓ale:: w U-STACH SZCZEL-NIE
23 ZAM-KNIĘTY//
24 **D:** aha::
25 **P:** ZA::RA:Z JESZCZE::! (2.0) Co za nerwowy człowie:k,=
26 **D:** =ja chcę szybko (((śmiech)))
27 **P:** [TO ↑NIE:] MA SZYBKO bo będzie ↓źle::.

Przejście od przeprowadzania wywiadu do „akcji” badania jest widoczne na poziomie konwersacji: kiedy wstępny wywiad składał się z serii cichych i krótkich pytań i odpowiedzi, przeprowadzenie badania polega na stosunkowo głośnym, szybkim podawaniu instrukcji przez pielęgniarkę i ich cichym wykonywaniu przez pacjentkę. Jak widać w zapisie, nie było to wykonanie bezproblemowe. Zakłócenia wystąpiły już w czasie czynności przygotowawczych polegających na przyjęciu odpowiedniej pozycji ciała pacjentki i „podłączenie” jej do spirometru: „SIĄDZIE PANI”, „SWOBODNIE ODDYCHAĆ a nie::”, „PROSTO NA KRZEŚLE TAK JAK SIĘ SIADA prosto na krzesło a nie bokiem”. Zwraca uwagę tutaj trzy razy powtórzone przez pielęgniarkę „a nie” (wers 14, 15, 19) jako komentarz do tego, co robi pacjentka. Pojawiają się tutaj charakterystyczne dla protekcyjnego tonu zdrobnienia („na krzeselku”, „do buzi”), za drugim razem powtórzone już bez zdrobnienia znamionując zmianę nastawienia pielęgniarki („na krzesło”, „usta”) oraz przechodzenie od czasowników w formie osobowej („siądzie pani”, „oddychamy”) do bezosobowej („oddychać”, „włożyć”, „wydmuchać”). Nacisk na wagę swoich słów pielęgniarka osiągała przez podkreślenie, co właśnie robi („mówię”), aż do strofujących okrzyków: „No PRZESTAWIA::! KOBIEITO:!” „ZA::RA:Z JESZCZE::! (2.0) Co za nerwowy człowie:k”.

Na tle wyraźnie konfliktowych fragmentów odróżnia się stosunkowo krótki moment spotkania, w którym uczestniczkom udało się osiągnąć rytmiczną koordynację swoich czynności w taki sposób, że śpiewnie wypowiedzianym poleceniom pielęgniarki: „wde::ch” i „wy::dech”, odpowiadały rytmiczne, głębokie wdechy i wydechy pacjentki (wers 20-21). Koordynacja ta ponownie załamała się w chwili, kiedy pacjentka nieuważnie otworzyła usta. W wersie 24 mówiąc „aha” pacjentka potwierdziła, że rozumie polecenie pielęgniarki („ale:: w U-STACH SZCZEL-NIE ZAMKNIĘTY”) i jednocześnie je złamała. Z tego powodu dostała ostrą reprimendę od pielęgniarki w wersie 25 („co za nerwowy człowiek”). Kiedy w

wersie 26 pacjentka spróbowała usprawiedliwić swoje zachowanie („ja chcę szybko”), pielęgniarka ogólnikowo wyjaśniła pacjentce konieczność dokładnego podporządkowania się jej poleceniom i zachowania odpowiedniego rytmu działania („to nie ma szybko, bo będzie źle”).

Z punktu widzenia celu tego artykułu interesujące jest prześledzenie udziału pacjentki w takim a nie innym przebiegu tej interakcji ze względu na to, że została ona postawiona w wyraźnie opresyjnej sytuacji (słowa, ton głosu pielęgniarki, miejsce zajmowane w instytucji i w przestrzeni, fizyczne poddanie się zabiegowi badania). Po zakończeniu wywiadu, w fazie przeprowadzania badania głos pacjentki słychać w wersach 18, 24 i 26. Wers 24 to jej niefortunne „aha”, o którym pisałam powyżej. Natomiast w wersach 18 i 26 słychać było śmiech pacjentki, na którym chciałabym chwilę się zatrzymać ze względu na to, że pojawił się on w kontekście interakcji pełnej napięcia i nie towarzyszył mu śmiech ani uśmiech słyszalny w intonacji głosu pielęgniarki.

W świetle dotychczasowych badań śmiech stanowi ważny element konwersacji⁸. Typowym znaczeniem śmiechu jest okazanie bliskości czy solidarności uczestników, bo jest to jedna z niewielu form zachowania się w interakcji, którą nie tylko można, ale najlepiej jest wykonywać jednocześnie. Śmiech w interakcji występuje w sposób ściśle skoordynowany i możliwe są w tym zakresie różnego rodzaju zakłócenia. Standardowo śmiech jest inicjowany przez jednego uczestnika, a po krótkiej chwili dołączają się inni, osiąga najwyższą intensywność, a potem pomału wygasa. Czasem bywa wzbudzony ponownie przez jakieś dopowiedzenie czy powtórzenie wypowiedzi, która została uznana przez rozmówców za zabawną.

Wbrew ogólnej tendencji zdarzają się sytuacje, kiedy śmiech jednej osoby nie wywołuje śmiechu jej partnerów interakcyjnych. Gail Jefferson odnalazła je w dwóch przypadkach: kiedy rozmowa dotyczyła problemów (*talk about troubles, trouble-talk*) oraz kiedy toczyła się między przedstawicielami odmiennej płci. Jefferson⁹ zauważyła, że kiedy jedna osoba mówi o swoich problemach i śmieje się, osoba słuchająca raczej jej nie towarzyszy i nie śmieje razem z nią. Zdaniem Jefferson słuchający okazuje w ten sposób, że traktuje problemy mówiącego poważnie, zwraca uwagę na jego uczucia, nawet jeśli przez

⁸ G. Jefferson, H. Sacks, E. Schegloff, *Notes on laughter in the pursuit of intimacy*, [w:] *Talk and Social Organisation*, red. G. Button, J. R.E. Lee. Clevedon 1987.

⁹ G. Jefferson, *The organization of laughter in talk about troubles*, [w:] *Structure of Social Action*, red. M. Atkinson, J. Heritage. Cambridge 1984.

mówiącego zostały one ukryte za „towarzyską” zasłoną śmiechu. Liz Holt¹⁰ zbadała, że śmiech słuchacza czasem pojawia się w *trouble-talk* i wtedy zależnie od okoliczności może być przez mówiącego odebrany jako reakcja nieodpowiednia lub odpowiednia, wyrażająca współpracę obu stron w pomniejszaniu wagi problemu. W odniesieniu do znaczenia różnicy płci Jefferson spróbowała sprawdzić, czy rzeczywiście, jak się stereotypowo sądzi, kobiety mają większą skłonność do odpowiadania śmiechem na inicjatywę mężczyzn niż odwrotnie. Między innymi Deborah Tannen¹¹ tłumaczy występowanie takiej różnicy w odniesieniu do męskiego stylu prowadzenia rozmów, który podporządkowany jest dążeniu do uzyskania kontroli nad rozmową i reakcjami partnera. Jefferson bazując na swoim materiale potwierdziła to przypuszczenie, ale wskazała też na możliwość pojawiania się wyjątków, właśnie wtedy, kiedy rozmowa dotyczy problemów. Kiedy mężczyzna śmiał się mówiąc o swoich kłopotach, kobieta powstrzymywała się od śmiechu pokazując, że traktuje poważnie jego problem, za to kiedy kobieta mówiła o swoich problemach ze śmiechem, mężczyzna dołączał się do jej śmiechu – wykazując w ten sposób swój dystans wobec rozmowy typu *trouble-talk*.

Trine Heinemann¹² odkryła jeszcze inne znaczenie śmiechu w badaniach interakcji personelu medycznego z osobami starszymi przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych. Pokazała, że konfliktowy charakter interakcji przy przeprowadzaniu zabiegów medycznych jest trudny do uniknięcia i cechuje wiele sytuacji kontaktu z osobami starszymi. Wynika on z charakteru prowadzonych zabiegów wywołujących stres zarówno u pacjentów, jak i u ich opiekunów z powodu przekraczania społecznych i osobistych granic kontaktu. Heinemann zaobserwowała, że żartowanie i śmiech, które poprzedzają trudne momenty w pielęgnacji (chodziło tu o zmianę pieluchy), pozwalają lepiej uwzględnić w działaniu uczucia drugiej strony, czyniąc nieprzyjemną dla obu stron interakcję bardziej znośną.

Wracając do przykładów rozmów przedstawionych powyżej widzimy, że śmiech pacjentki, który pojawiał się w kłopotliwej sytuacji, nie stanowił wystarczającej zachęty dla pielęgnarki, aby też zaczęła się śmiać. Gdy śmiech pacjentki można interpretować podobnie jak u Heinemann, jako próbę jednostronnego złagodzenia stresującej sytuacji, pielęgnarka wybrała opcję otwarcie konfliktowych zachowań.

¹⁰ L. Holt, *Using laugh responses to defuse complaints*, “Research on Language and Social Interaction” 2012, vol. 45, nr 4.

¹¹ D. Tannen, *Ty nic nie rozumiesz! Kobieta i mężczyzna w rozmowie*, Warszawa 1994.

¹² T. Heinemann, *Managing unavoidable conflicts in caretaking of the elderly: Humor as a mitigating resource*, “International Journal of the Sociology of Language” 2012, vol. 200.

Poniżej przedstawiony przykład 3 ma nieco inny charakter, choć okoliczności spotkania są zbliżone. Rozmowa toczy się między pielęgniarką wykonującą zastrzyk i pacjentką w wieku ponad 80 lat.

Przykład 3.

- 1 P: CO SŁYCHAĆ. ((z uśmiechem))
2 K: Aaa tak dziękuję nic nowego wszystko po staremu, trochę niedomagam! ((śmiech)) I wie pani teraz po
3 tych wszystkich świętych, to całkiem mi tu nie bardzo przyjeżdża.
4 P: TO CO ROBIŁA.
5 K: No nic nie robiłam no? Tak mnie jakoś było do::brze do::brze a teraz to:: ((sięga do torebki))
6 P: Co szuka ZASTRZYKA?
7 K: No no
8 P: I NIE MOŻE ZNALEŹĆ? ((z uśmiechem))
9 K: No nie mogę
10 P: ((śmiech))
11 (0.04)
12 K: Może gdzie wypadł? A nie:: Ma::m. Wcałe dobrze.
13 P: No widzi. ((z uśmiechem)) (3) Aż przewala całą torbę, nie::?
14 K: Ta::K ja mam. Ja tak mam.
(...)
29 K: Jakby ciśnienie słabe czy co dziwnego, czy za du:::że?
30 P: Ale jak za duże to może głowa by bolała co? nie boli?
31 K: Tak i głowa mnie boli i taka [jakaś...]
32 P: [osłabiona cała jest]
33 K: Cała osłabiona, czuje się nie bardzo, nic mnie niechętnie nic... Bo tak do wszystkich świętych to i
34 sprzątanie i to wsió tak (2) tak mnie szło do::brze. (5) I do kościół takim się cu::ła (2) córka
35 przyjecha::ła to takim gotowa była już (1) a tera tak mnie wcale za:ciska, wcale cuś?
36 (3)
37 P: A dzisiaj doktórki nie:: ma,
38 K: Proszę?
39 P: MÓWIĘ DOKTÓRKI NIE MA, żeby mogła później [pójść, nie?]
40 K: [Nie:: nie nie.]
41 (2)
42 K: I tak do niczego już się czuję. (7) A tak już dziękowałam Bogu bo już bajki- już hh .hh jeść mogłam
43 trochę i jak to nie chce się, A:::ch.
44 (8) ((koniec zastrzyku))
45 K: Tak i dzisiaj już nie chciało mnie się i jechać ale- bo już mówię ten zastrzyk trzeba ((śmiech)) przyjąć
46 P: A co to dawno już?
47 K: Od dwudziestego pierwszego zawsze
48 P: Aha:: (.) No trochę?
49 K: No trochę za dłu::go
50 P: NO::!
51 K: No:, to tak to święta to to, to nie to a:::
52 P: Może trochę po tym zastrzyku się popra::wi.
53 K: Ojj tam, jak niejednemu się poprawi na tamten świat? ((z uśmiechem))
54 P: NO JO::: NA TAMTEN ŚWIA::T. ((z uśmiechem))
55 K: ((śmiech))

W powyższej interakcji obserwujemy wolniejsze tempo rozmowy, w której znajduje się miejsce na dłuższe sekwencje narzekania pacjentki na zdrowie. Choć i tutaj pielęgniarka kontroluje rozmowę, jest to kontrola mniej restrykcyjna i prowadzona z uśmiechem (wers 1, 8, 13, 53). Spokojne tempo rozmowy może wynikać z rodzaju zabiegu, w którym możliwe

jest równoległe rozmawianie i wykonywanie zastrzyku. Pacjentka śmieje się trzy razy (wers 2, 45, 55), pielęgniarka raz (wers 10) i w żadnym wypadku nie jest to śmiech jednoczesny. W wersie 2 śmiech pacjentki wbudowany jest w jej wypowiedź po słowach „trochę niedomagam”, a więc charakterystyczny dla rozmowy o problemach i przyjęty jest bez śmiechu pielęgniarki. Podobnie jest w wersie 45 („zastrzyk trzeba przyjąć”). Pielęgniarka uśmiecha się i śmieje, gdy pacjentka ma trudność w odszukaniu zastrzyku w torebce sygnalizując w ten sposób, że to akurat nie jest poważny problem (wers 10). W ten sposób pielęgniarka wykazuje wrażliwość na temat dotyczący problemów pacjentki unikając śmiania się wtedy, kiedy omawiany jest stan jej zdrowia. Podobnie w sekwencji 52-55, kiedy na wyrażoną przez pielęgniarkę nadzieję („Może trochę po tym zastrzyku się popra::wi”) pacjentka żartuje, że „się poprawi na tamten świat”, z czym pielęgniarka zgadza się z uśmiechem, pokazując że podobnie jak pacjentka traktuje tą wypowiedź jako żart „NO JO::: NA TAMTEN ŚWIA:::T”. Śmiech na końcu tego żartu pozostaje jednak wykonany jedynie po stronie pacjentki.

Dwa razy w przedstawionym fragmencie pielęgniarka wypowiada się wyraźnie głośniejsz, w wersie 39 i 54. W omawianym wyżej wypadku, zmiana intonacji i głośności mowy pielęgniarki podkreśla żartobliwe potraktowanie wypowiedzi pacjentki ze względu na potencjalnie kłopotliwy temat. W wersie 39 wypowiedź głośniejsza i zaakcentowana przez wtrącenie „mówię” („MÓWIĘ DOKTÓRKI NIE MA”), pojawia się w reakcji na sygnał niezrozumienia ze strony pacjentki („proszę?”) i wynikającą stąd konieczność wprowadzenia do rozmowy „poprawki”. Niezrozumienie to można byłoby wyjaśnić zaskoczeniem pacjentki przez dość nieoczekiwane przejście do tematu nieobecności lekarki w przychodni, zostało jednak przez pielęgniarkę zinterpretowane jako problem ze słyszeniem, co sygnalizuje wyraźnie głośniejsze powtórzenie.

Chciałabym zaznaczyć jeszcze, że w tym przykładzie, podobnie jak w przykładzie 1, pielęgniarka miała możliwość wystąpić w roli eksperta od stanu zdrowia pacjentki. Okazja taka nastąpiła w wersie 29, kiedy pacjentka zadała jej pytanie: „Jakby ciśnienie słabe czy co dziwnego, czy za du:::że?” Pielęgniarka jednak odrzuciła możliwość okazania swojej pozycji zajmowanej w świecie medycznym pracując raczej na rzecz pomniejszenia znaczenia instytucjonalnej różnicy i odpowiadając pytaniem na pytanie: „Ale jak za duże to może głowa by bolała co? nie boli?”. Prosząc o dodatkowe informacje o samopoczuciu pacjentki pielęgniarka postawiła ją w ten sposób w roli osoby, która najlepiej wie, jak się czuje, a sama ograniczyła się tylko do pomocy w wyartykułowaniu opisu jej stanu mówiąc w wersie 32: „osłabiona cała jest”. Ostrożnie formułując swoje pytanie (wraz z wstawionym „może”)

pielęgniarka dodatkowo pokazała, że jej sugestia co do znaczenia bólu głowy jest tylko jedną z wielu możliwości wyjaśnienia, „co dziwnego” dzieje się ze zdrowiem pacjentki.

Przykłady dwóch rozmów w domu

Oba poniżej zaprezentowane przykłady dotyczą rozmów nagranych w domach prywatnych, w których zachodzą relacje między dorosłymi dziećmi i ich rodzicami. Pierwszy przykład jest zapisem fragmentu rozmowy telefonicznej, w której osoba starsza pojawiła się tylko jako temat rozmowy.

Przykład 4.

- 1 **H:** Tak tak, no to fajnie. Pogoda dzisiaj dopisuje i można pospacerować a wy siedzicie w domu hhh
2 **J:** No tak właśnie nie wiem. Właśnie rozmawiałem ze swoją mamą i: i ją wyganiałem na spacer bo
3 mówię, że musicie chodzić dużo tam się dotleniać [wiesz bo oni]
4 **H:** [() tak tak]
5 **J:** mama coś tam dzisiaj mówiła że myła zęby >i jej coś tam< strzyknęło, wiesz w plecach i nie po-
6 hhh poszła z tego powodu do kościoła ja mó[wię no tak] bo się nigdzie nie chodzi, nie łązi
7 **H:** [yhm yhm]
8 **H:** [mhm] mhm no tak no tak ()
9 **J:** [A teraz-]
10 **J:** a teraz jak się zastanowiłem, jak mi powiedziałaś o tym, o tym że: nie chodzimy no to-

Badania konwersacji wykazały, że rozmowy zinstytucjonalizowane mają ustalony z góry główny temat (*first topic*), gdy tematy rozmów prowadzonych w kontekście prywatnym wyłaniają się dopiero w trakcie spotkania i podlegają swobodnym zmianom¹³. Rozmówcy mogą mieć czasem trudność w odszukaniu dobrych tematów do omówienia, co następuje najczęściej wtedy, kiedy osoby się słabo znają, albo, jak w przykładzie 4, dość dawno ze sobą nie rozmawiały. Temat pogody w rozmowach codziennych ma stosunkowo niski status, często występuje jako zastępczy temat przejściowy (*sub-topic*) i sygnalizuje chwilowy brak lepszego tematu do rozmowy, jednak może stać się okazją do rozwinięcia jakiegoś innego wątku, który z nim zostanie powiązany¹⁴. W tym przypadku temat „ładnej” pogody został wykorzystany przez H, aby sformułować zarzut skierowany do J, że w taki dzień siedzi w domu. J przekierował ten zarzut w stronę osoby starszej, swojej mamy, którą właśnie przed chwilą „wyganiał” na spacer. W ten sposób dokonało się w płynny sposób przejście tematyczne – od pogody i spaceru do osoby starszej i jej zdrowia. Spostrzeżenie, że spacerować są generalnie dobre dla zdrowia, w wypowiedzi J odnosi się „bardziej” do osób starszych, co przełożyło się na bezpośrednie nakazy kierowane do mamy: „wyganiałem”, „musicie chodzić,

¹³ M. Atkinson, *Understanding formality: The categorization and production of “formal” interaction*, „The British Journal of Sociology” 1982, vol. 33.

¹⁴ H. Sacks, *Lectures on Conversation*, oprac. G. Jefferson. Oxford, Cambridge 1996.

dużo się dotleniać”, i negatywną ocenę jej stylu życia: „bo się nigdzie nie chodzi, nie łązi”. Dopiero na koniec tego wątku pojawiła się u J spóźniona refleksja, że sugestia wyjścia na spacer została skierowana właśnie do niego.

Mimo odmiennego kontekstu rozmowy i nieoczywistości powiązania ładnej pogody ze zdrowiem zwraca uwagę podobieństwo przykładu 1 i 4 w tym, że pogorszenie stanu zdrowia osoby starszej stało się podstawą roszczenia sobie prawa osób trzecich do ingerencji w ich życie. Uznaje się tu, że to wszystko, co potencjalnie mogło „zaszkodzić” zdrowiu osoby starszej, a wiązało się z jej codziennym stylem życia, może zostać użyte „przeciwko niej” w charakterze zarzutu o charakterze moralnym, przez co pośrednio złe samopoczucie osoby w starszym wieku może zostać przedstawione jako jej „wina”. W przykładzie 4 i 5, który zostanie pokazany poniżej, widoczne jest, że te same zasady zdrowego stylu życia jakby w mniejszym stopniu obowiązują tych, którzy do nich się odwołują dyscyplinując starszych członków swojej rodziny.

Przykład 5.

- 1 **B:** Adam jesteś z łyżką rzuć mnie wody trochę.
- 2 **T:** [Tej tłustej wody?]
- 3 **M:** [Sosu]
- 4 **B:** Ta:k tej tłustej wody.
- 5 **T:** Jeszcze?=
6 **B:** =żeby był lepszy cholesterol.
- 7 **T:** [Cholesterol]
- 8 **B:** [Cholesterol]
- 9 **M:** [Cholesterol]
- 10 **T:** Trzeba mieć w końcu cholesterolu [trochę]
- 11 **B:** [Bo ja chcę mieć trochę jego]
- 12 **T:** [Czekaj czek- czek-]
- 13 **B:** Tego lepszego. (2.2) W NO::SIE wszystkie [cholestero::le]
- 14 **M:** [O:: jakie chu:de][bierzesz sobie]
- 15 **T:** [Kiedy to takie dobre] nie?=
16 **B:** =Nie:::
- 17 **M:** Mm::: jakie chudzień::kie bierzesz sobie no::?
- 18 **B:** ((śmiech))

W przykładzie 5 zauważamy przejście od tematu jedzenia, który jest ściśle dostosowany do sytuacji obiadu, do mniej oczywistego w tym kontekście tematu zdrowia osoby starszej. Nie ma tu bezpośrednich nakazów i ocen odnoszących się do diety ani wyrażonych *explicite* odniesień do skutków tłustego jedzenia dla samopoczucia B (ani tym bardziej zdrowia M i T). Ocena nawyków żywieniowych została zasugerowana B pośrednio przez podkreślenie słów „tłusty” i „cholesterol”, które w kontraście do przykładów wcześniejszych zostały prowokacyjnie podjęte przez samą B, która uprzedziła w ten sposób spodziewane komentarze ze strony córki (M) i zięcia (T). Kilkukrotne podkreślenie słowa

„cholesterol” przez B, ale także wypowiedziane przez pozostałych (T dwa razy i M raz, w sumie 6 razy) sugeruje, że jest to znane wszystkim hasło, którego znaczenie w tym kontekście jest zrozumiałe i nie wymaga wyjaśnienia. W odróżnieniu do poprzednich przykładów B otwarcie buntuje się przeciwko nakazom lekarzy, uwagom członków rodziny, a w ostatecznym rozrachunku, także przeciwko ograniczeniom własnego wieku i ciała. M pozbawiona możliwości przyjęcia roli autorytetu wyraża swoją opinię w sposób ironiczny i aluzyjny w wersach 14 i 17, pomagając sobie intonacją (wyraźnie przedłużone samogłoski, podwyższony ton): „jakie chu:de”, „jakie chudzień::kie bierzesz sobie no::?”. Na komentarz M odpowiada również ironicznie T „Kiedy to takie dobre nie?” sugerując, że B ma trudność powstrzymania się od dokładki. Zakamuflowany przekaz zostaje właściwie odczytany i odrzucony przez B w wersie 16. Zdystansowane podejście B do tematu zdrowia potwierdza jej końcowy śmiech. W tym samym momencie M i T powstrzymując się od śmiechu pokazują, że bardziej poważnie traktują ryzyko, na jakie naraża się B walcząc o prawo do doznawania przyjemności jedzenia i autonomii decydowania.

Wnioski

Wykonana w tym tekście próba analizy należy do wyodrębnionego w ramach analizy konwersacyjnej typu badań na temat powiązań między formami aktywności uczestników rozmów a kategoriami społecznymi, do których oni należą (*category-bound activities*) i polega na szukaniu typowych dla danych kategorii zachowań i interakcji¹⁵. Jest to dość trudny rodzaj analizy, ponieważ w analizie konwersacyjnej zakłada się, że przynależność do tej czy innej kategorii społecznej nie zawsze ma znaczenie w interakcji i nie należy opierając się na rozpowszechnionej wiedzy zakładać z góry ważności takiego związku dla wyjaśnienia zachowań uczestników. Raczej badacze starają się opisać to, na co sami uczestnicy w widoczny sposób zwracają uwagę, w jaki sposób oni sami czynią istotną tę czy inną przynależność kategorialną. Dodatkowym utrudnieniem w tym typie badań jest to, że możliwość używania danej kategorii społecznej jako kategorii wyjaśniającej czyjeś zachowanie lub przebieg interakcji może się zmieniać w czasie interakcji, na przykład wraz ze zmianą tematu lub wykonywanych czynności. Są to zastrzeżenia, które przypominam po to, aby powyżej opisanych interpretacji nie traktować jako zasad w sposób absolutny obowiązujących w rozmowie, ani nawet jako tendencji częstych czy typowych. Raczej należy traktować je jako tylko możliwe wyjaśnienia konkretnych zdarzeń interakcyjnych.

¹⁵ H. Sacks, *Lectures on Conversation*.

Najważniejszym spostrzeżeniem, które chciałabym podkreślić na koniec opisu moich obserwacji, jest to, że temat zdrowia w powiązaniu ze starszym wiekiem może stać się podstawą usprawiedliwiająca próby ingerowania w sposób życia osoby starszej. Ingerencja taka zdaje się być usprawiedliwiona etycznie ze względu na odwołanie się do troski i opieki młodszych nad starszymi. Nie zawsze jednak taka ingerencja jest przez osobę starszą oczekiwana. Przyjęcie założenia traktowanego jako niepoddająca się dyskusji oczywistość, że osoba starsza jest jakby *bardziej zobowiązana* do dbania o swoje zdrowie niż osoby młodsze, daje młodszym członkom rodziny oraz pracownikom służby zdrowia prawo do oceniania i komentowania jej sposobów życia oraz kierowania do niej bezpośrednich dyrektyw (to rób/tego nie rób). Podobne znaczenie może mieć zdrowie w relacjach osoby zdrowej z chorą lub chorowitą bez względu na wiek, w relacjach rodziców czy dziadków z dziećmi (gdzie osoby młodsze są dyscyplinowane i strofowane), a także w relacjach personelu medycznego z pacjentami. Bycie osobą starszą zdaje się jedynie „narażać” na możliwość wykorzystania stereotypowego związku złego samopoczucia z wiekiem. Ukrytym przekazem jest natomiast przypisanie osobom starszym większej niż młodszym odpowiedzialności za stan ich zdrowia. Prowadzi to do prób narzucenia im pozycji podporządkowanej w ramach wytworzonej interakcyjnie relacji władzy. Częstość takich ingerencji może być duża, ponieważ zalecenia zasłyszane od lekarzy czy w mediach mogą być, jak widzieliśmy, powielane na niższych szczeblach personelu medycznego oraz na poziomie relacji rodzinnych. Osoby starsze mogą próbować się przed tym bronić, nie jest to jednak łatwe w sytuacji, kiedy naprawdę czują się źle. Za codzienną troską usprawiedliwioną przez siłę rodzinnych więzi lub role zawodowe lekarzy, pielęgniarek i opiekunów kryje się zatem konfliktowe napięcie. To dlatego, zasadniczo podzielając zainteresowanie własnym zdrowiem, osoby starsze mogą wykazywać opór przeciwko zepchnięciu ich na pozycję obiektów poddanych drobiazgowej obserwacji i kontroli. W powyższych przykładach widzieliśmy, że osoby starsze próbowały bronić się przez śmiech, żartowanie, a w końcu otwartą odmowę podporządkowania się zaleceniom. Śmiech i żartowanie, czasem na granicy uszczypliwej ironii, były też stosowane dla złagodzenia napięcia konfliktowej sytuacji przez osoby młodsze w kontakcie z osobami starszymi. Konwersacyjnym odpowiednikiem dwuznaczności relacji troski-władzy młodszych uczestników rozmowy było także podnoszenie głosu. Zabieg ten mógł opierać się na wykorzystaniu podwójnej roli głośnego mówienia – z jednej strony jako podyktowanego wymogiem efektywnego komunikowania się z osobą mającą potencjalnie problem ze słyszeniem, a z drugiej – dającego możliwość poddania jej dyscyplinowaniu. W tym drugim

wypadku mocny głos znamionując siłę może minimalizować opór i skłonić osobę starszą do podporządkowania się poleceniom młodszej.

W analizowanych fragmentach rozmów zwrócił moją uwagę nierówny status troski o swoje zdrowie u osób w różnym wieku. Dla młodszych, którzy sami poruszali temat zdrowia, przyjęcie „odpowiednich” nawyków było kwestią swobodnego wyboru, dla starszych – było traktowane jako ich „obowiązek”, skrupulatnie egzekwowany przez osoby z ich otoczenia. Podkreślałam w analizie aktywność obu stron w konstruowaniu asymetrycznego charakteru interakcji, teraz jednak zaznaczę, że w analizowanych rozmowach młodzi zdawali się mieć większe skłonności do narzucania starszym swojej kontroli, gdy starsi mogli im tylko pomagać, utrudniać lub uniemożliwiać wykonanie tego zadania.

Symbole zapisu

- 1 numer wersu
- A: symbol oznaczający mówiącego
- [] nakładanie się wypowiedzi dwóch lub więcej rozmówców (*overlap*)
- [początek nakładania się wypowiedzi, gdy uczestnicy zaczynają równocześnie mówić lub gdy uczestnik mówi w czasie trwania wypowiedzi mówiącego
-] koniec nakładania się wypowiedzi, jeden uczestników „wygrywa” walkę o głos
- // przerwanie wypowiedzi drugiej osobie, gdy osoba mówiąca milknie na skutek ingerencji innego uczestnika w tok jej wypowiedzi (*inerruption*)
- . intonacja opadająca, obniżenie tonu wypowiedzi (*falling intonation*)
- , intonacja „zawieszenia”, niedokończenia, zapowiadająca gotowość mówiącego do kontynuacji (*continuing intonation*)
- samorzutne urwanie wypowiedzi, zaniechanie wypowiedzi „w pół słowa”, czasem w celu dokonania autokorekty, zmiany rozpoczętego słowa lub toku wypowiedzi (*cutoff*)
- ? intonacja wznosząca się, podwyższenie tonu (*rising intonation*)
- ! zaakcentowane zakończenie wypowiedzi, ton ożywienia, entuzjazmu, niekoniecznie wypowiedź wykrzyknikowa (*animated tone*)
- ta:::k przeciągnięta, przedłużona sylaba lub dźwięk (ilość dwukropków zależna od skali przedłużenia)
- (1.0) przerwa (w sekundach i dziesiątych części sekundy)
- (.) bardzo krótka przerwa, chwila zatrzymania, mikro przerwa
- = wypowiedzi następujące bardzo szybko jedna po drugiej, natychmiast, bez żadnej (naturalnej) przerwy między nimi, „wpadające na siebie” (*latched utterances*)
- hhh słyszalny wydech lub śmiech (ilość h odzwierciedla długość wydechu)
- .hh słyszalny wdech
- (hhh) słyszalny wydech w obrębie słowa
- akcent wyraźny nacisk, akcent położony na słowo, frazę lub część słowa (*relatively high-pitched*)
- DUŻE wyraźnie głośniejsze niż reszta rozmowy
- ° ° wyraźnie ciszej niż reszta rozmowy

- > < wyraźnie szybciej, wypowiedziane w pośpiechu
- (chyba) niepewne odczytanie słowa, niezbyt wyraźnie wypowiedziane
- () fragment wypowiedzi niemożliwy do odczytania
- ((uwaga)) komentarz zapisującego, np. dodatkowa informacja o sposobie wypowiedzi, okolicznościach lub odgłosach wydawanych przez mówiącego, dla których nie ma odpowiednich symboli
- (...) miejsce, w którym zrezygnowano z prezentacji zapisu części wypowiedzi lub fragmentu rozmowy

Literatura

- Atkinson, Maxwell. 1982. *Understanding formality: The categorization and production of "formal" interaction*. „The British Journal of Sociology” vol. 33, s. 86-117.
- Coupland, Nikolas, Justine Coupland, Howard Giles. 1991. *Language, Society and the Elderly*. Blackwell, Oxford.
- Giles, Howard. 2011. *Public Discourse on Aging*. 4th Pan American Congress of the International Association of Gerontology and Geriatrics. *New Directions for Aging* 20-23.10.2011. Ottawa, Ontario.
- Giles, Howard, Nikolas Coupland, Justine Coupland. 1991. *Accommodation theory: Communication, context and consequence*. W: *Context of Accommodation: Developments in Applied Sociolinguistics*, Cambridge Univ. Press, Cambridge, s. 1-68.
- Giles, Howard, Christopher Hajek, Toyla Stoitsova, Charles W. Choi. 2010. *Intergenerational communication satisfaction and age boundaries in Bulgaria and the United States*. „Journal of Cross-Cultural Gerontology” 25, s. 133-147.
- Giles, Howard, Angie Williams. 1994. *Patronizing the young: Forms and evaluations*. „International Journal of Aging and Human Development” 39: 33-53.
- Harwood, Jake, Howard Giles, Susan Fox, Ellen Bouchard Ryan, Angie Williams. 1993. *Patronizing young and elderly adults: response strategies in community setting*. „Journal of Applied Communication Research” 21: 3, s. 211-226.
- Heinemann, Trine. 2012. *Managing unavoidable conflicts in caretaking of the elderly: Humor as a mitigating resource*. „International Journal of the Sociology of Language” 200, s. 103-127.
- Heritage, John. 1984. *Garfinkel and Ethnomethodology*. Polity Press, Cambridge.
- Holt, Liz. 2012. *Using laugh responses to defuse complaints*. „Research on Language and Social Interaction” 45: 4, s. 430-448.
- Jefferson, Gail. 1984. *The organization of laughter in talk about troubles*. W: M. Atkinson, J. Heritage (red.). *Structure of Social Action*. Cambridge Univ. Press, Cambridge, s. 346-369.
- Jefferson, Gail. 1988. *On the sequential organization of trouble-talk in ordinary conversation*. „Social Problems” 35: 4, s. 418-441.
- Jefferson, Gail. 2004. *A note on laughter in 'male-female' interaction*. „Discourse Studies” 6, 1: 117-133.
- Jefferson, Gail, Harvey Sacks, Emanuel Schegloff. 1987. *Notes on laughter in the pursuit of intimacy*. W: Graham Button, John R.E. Lee (red.) *Talk and Social Organisation*. Multilingual Matters, Clevedon, UK.
- Rancew-Sikora, Dorota. 2007. *Analiza konwersacyjna jako metoda badania rozmów codziennych*. Trio, Warszawa.
- Sacks, Harvey. 1996 (1964-1968). *Lectures on Conversation*. Oprac. przez G. Jefferson, Blackwell Publishers Inc., Oxford, Cambridge.
- Tannen, Deborah. 1994. *Ty nic nie rozumiesz! Kobieta i mężczyzna w rozmowie*. W.A.B., Warszawa.