

效率与温情: 大病照护中的情感劳动何以可能*

梅笑¹ 涂炯²

(1. 中国社会科学院社会学研究所 北京 100732; 2. 中山大学社会学与人类学学院 广东 广州 510275)

关键词: 老龄化; 大病照护; 情感劳动; 护工

摘要: 随着我国老龄化程度加深和疾病谱发生变化, 大病照护成为中国社会面临的重大挑战。作为对家庭照护和专业照护力量的补充, 护工日渐成为医疗机构中为重病患者提供照护的主要群体。这一方面缓解了医院护理劳动力不足的困境, 另一方面又因照护质量参差不齐引发社会担忧。基于在G市三所医院开展的田野调查, 本文在微观互动、社会网络和社会结构三个层面探讨情感劳动发生的社会条件, 并提出一种以“关系”为核心的情感劳动分类方式。其中, “消极情感劳动”以维持现有情感连接状态为主要目标, 以管控负面情绪为主要手段; “积极情感劳动”以促进情感连接为主要目标, 以生产正面情绪为主要手段。本文的研究发现为推进情感劳动理论发展和改善大病照护实践提供了有价值的线索。

中图分类号: C913.2

文献标识: A

文章编号: 1004-2563(2021)03-0053-15

Efficiency vs. Tenderness: How is Emotional Labor Possible in Patient Care?

MEI Xiao¹ TU Jiong²

(1. Institute of Sociology, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100732, China;

2. School of Sociology and Anthropology, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510275, Guangdong Province, China)

Key Words: ageing society; patient care; emotional labor; care workers

Abstract: As the population age rapidly and the spectrum of diseases changes dramatically, the provision of care for patients with major illnesses poses a serious challenge to the Chinese society. In hospitals, care workers have now become the main providers of care for patients with serious illness, substituting family care and professional care. While these care workers help ease the pressure of shortage of healthcare workers in hospitals, the quality of patient care by these care workers, however, has aroused public concern. Is it possible to achieve a balance between economic efficiency and emotional tenderness? Based on the fieldwork in three hospitals in City G, China, this article analyzes the social conditions that encourage or prohibit emotional labor, and proposes a new classification of emotional labor centered on relationships. Negative emotional labor aims to preserve the present emotional connections by managing negative feelings as the main method. Positive emotional labor aims to improve the present emotional connections by encouraging positive feelings as the main method. The findings contribute to both the theoretical development of emotional labor, as well as the improvement of care provision in practice.

作者简介: 1. 梅笑(1985-), 女, 中国社会科学院社会学研究所助理研究员。研究方向: 文化社会学、情感社会学。2. 涂炯(1985-), 女, 中山大学社会学与人类学学院副教授。研究方向: 健康社会学、医学社会学。

* 基金项目: 本文是国家社会科学基金青年项目“情感劳动作为文化生产模式的社会学研究”(项目编号: 17CSH047)的阶段性成果。

一、引言: 大病照护的中国现实

根据 2019 年国家卫健委发布的数据,中国每年新发癌症病例约 380 万,死亡约 229 万,发病率及死亡率逐年上升,已处于城市人口死因的第一位^①。癌症等大病、重病的高发病率给无数患者及其家庭带来巨大的苦痛与负担。同时,根据 2021 年 5 月公布的第七次人口普查数据,我国 60 岁及以上的老年人口数量达到 2.64 亿,占总人口比例的 18.7%,65 岁及以上老年人口达到 1.91 亿,占总人口的 13.5%^②,老年终末期疾病患者、高龄老衰临终者的数量快速增长。为大病患者特别是老龄重大疾病和慢性疾病患者提供照护服务成为中国社会面临的重大挑战。

伴随中国社会流动性增大、核心家庭增加和少子化的趋势,加之集体主义时期照护体系式微,个体家庭的照护负担显著加重,许多家庭无法为大病患者特别是需要长期照护的老年人群体提供足够的照护支持^{③④}。除个体家庭无法承担照护重任外,来自专业护理人员的照护也十分匮乏。中国护理人员数量严重不足,且未建立起完整的助理护理员培养体系。数据显示,2017 年底,中国注册护士总数超过 380 万人,但缺口依然巨大^⑤。在人手紧缺的情况下,专业护理人员(护士)不得不将主要精力放在打针、发药、挂点滴等治疗性工作上,而将包括清洁、翻身、喂食等在内的患者日常照护转交给非专业护理人员。

在家庭支持和专业护理都严重匮乏的状况下,护工逐渐走向照护的前台^⑥。改革开放后,大量农村中青年劳动力进入城市,其中一部分中年劳动力特别是女性进入了健康照护领域^⑦,她们在医院或

其他医疗、养老机构中受雇担任非专业护理人员,承担过去由护士或患者家属负责的生活护理工作,包括喂水喂饭、身体清洁、处理患者的排泄物等,有时也会参与护士职责范围内的一些基础性医疗护理工作,如清理药品、量体温、量血压等^⑧。护工的出现,一定程度上改善了医院护理劳动力不足的窘状,缓解了城市中大病照护的刚性需求^⑨。

但随着经济的发展和水平的提高,人们对照护的要求不再局限于维持基本生存需求,更多人希望获得高质量的生活,希望能够得到有尊严的照护。大病照护关系到中国无数重病患者以及他们背后数千万家庭的生活、工作安排。在照护工作经历“市场转向”的大背景下,如何保证市场化的照护质量引发了学界的热议讨论^{⑩⑪}。照护市场化的支持者相信市场作为配置资源的手段能够提高照护的效率^⑫,而批评者大多担忧照护实践的目的由满足“需求”变成追逐利益,且由于照护者缺乏利他主义精神,市场化运作会降低照护质量,无法满足被照护者的情感需求^{⑬⑭}。此外,现有调查显示,中国城市中现有护工群体大多受教育水平偏低^⑮,她们在实践中积累了一定的护理知识和技能,但未经过专业训练,没有资格证书,提供的照护质量参差不齐,缺乏统一的标准和监管。

本文将研究视角聚焦于医院场景中护工的大病照护日常实践,基于在 G 市三所医院开展的田野调查,试图从微观互动、社会网络以及社会结构三个层面探讨大病照护中情感劳动产生的社会条件,既为情感劳动的理论发展提供新的线索,也关照效率与温情能够两全的现实问题。

①《健康中国行动(2019-2030年)》http://www.gov.cn/xinwen/2019-07/15/content_5409694.htm。

②《第七次全国人口普查数据解读》<http://cn.chinadaily.com.cn/a/202105/12/WS609b3f87a3101e7ce974ebd5.html>。

③《国家卫健委:发展护理事业要加快满足百姓多样化、差异化健康需求》2018年5月12日,http://www.xinhuanet.com/2018-05/12/c_1122822454.htm 2018年7月31日《我国注册护士总数超380万人医护比达到1:1.1》2018年5月11日,<http://health.people.com.cn/n1/2018/0511/c14739-29980199.html> 2018年7月31日。

④在西方发达国家,护工一般指受雇为因年龄、疾病或伤残造成的日常生活不能自理或不能完全自理的人士提供专业性和综合性看护的人员。护工虽然是辅助护士工作的职业(美国称之为“助理护士”,英国称之为“非注册护士”,日本称之为“介护”),但由于得到政府支持而获得了较快发展。这些国家也建立了较为完善的培训体系,通过法律法规对护理员的资质、专业技能和培训方案进行规范。

⑤因为护工大部分为女性,后文沿用“她们”来指称所有护工,在本项研究的田野点也有少部分男性护工。

⑥1997年,原卫生部下发《关于进一步加强护理管理工作的通知》,提出在医疗机构中聘用护工,让护工承担部分非技术性护理工作。

二、文献回顾与理论框架

(一) 超越“金钱与爱”的二元对立

照护(care work)是指照顾、看护他人的抚育性工作,既包含情感上的“关怀”(care about),也包含行为上的“照顾”(care for),具有私密性、社会性、公共性等多重属性^{[6][9][2][3]}。在照护市场化的背景下,照护行为往往同时受到经济逻辑和情感逻辑的支配。一方面,照护者面临来自所属机构或公司的盈利需求,以及自身赚取更多劳动报酬的压力和动力;另一方面,由于照护包含频繁的、私密的接触和互动,这样的“身体工作”容易引发亲密的情绪体验。大量有关养老院、照护机构的社会学、人类学研究细致地呈现了照护工作中所包含的一系列二元对立的张力,如公与私、金钱与爱、情感与理性、家庭与市场、自私与利他^{[4][5][6][7][8][9]}等。

但是,进入21世纪以来,这些二元框架遭遇了越来越多的批评。研究者指出,在有偿照护的情境中,过分强调照护的利他性可能导致对照护者的不合理期待与不公平对待,而过分强调经济理性则忽视了照护实践中重要的情感属性^[9]。不少学者呼吁照护研究应当超越现有的简单二元对立,转而揭示照护实践中市场关系和亲密关系的互构,以及照护实践是如何嵌于特定社会结构和文化制度中的^{[1][2][4][6][9][2][9][2][2]}。例如,蓝佩嘉在其研究中主张抛弃公与私、有酬与无酬的框架,而关注照护如何在特定的制度与文化中遵从“文化脚本”,并成为权力冲突的场域。她指出,照护的市场化需要建立在家庭连接和高度信任的基础上,并不一定会弱化家庭连接,反而有可能强化亲属关系^[12]。正如维维安娜·泽利泽(Viviana Zelizer)通过“连接的生活”(connected lives)这个概念所展示的,在现实生活中不涉及金钱的爱几乎是不存在的。事实上,人们通过建立区别化的社会关系和边界来处理紧密交织的经济活动和亲密关系,经济行为可以用来区分情感关系,而情感关系也会影响经济行为,金钱和情感并非“对立的世界”(hostile worlds)^[22]。基于女性主义视角的照料研究更是明确提出,应当将情感和互惠性加入照护的经济学研究,以挑战“理性人”的假设^[9]。南希·福布里和朱莉·A. 尼尔森(Nancy Folbre and Julie

A. Nelson)指出,照护的动机往往不是单一的“金钱”或“爱”。事实上,大多数照护者既不是赤裸裸的金钱追求者,也不是无私奉献的牺牲者,影响他们选择的既有收入、福利,也有关系和责任。因此,作者呼吁放弃对照护作为商品或情感孰优孰劣的先验判断,也即摒弃对市场的原旨崇拜或全盘质疑,而应扩大学术讨论的广度,去梳理和考察照护市场中金钱的流动性和动机的复杂性^[18]。

受现有研究的启发,本文使用情感劳动的概念来捕捉照护者既追求物质报偿又需要付出情感的劳动特征。情感劳动要求劳动者通过对自身情感的管理和表达,在社会互动中为他人创造某种特定的“情感状态”而获取报酬^[23]。在情感劳动的实践过程中,效率与情感之间既存在张力,又并非完全对立。以大病照护为例:一方面,经济逻辑和情感逻辑之间确实存在对照护者精力的争夺。假如照护者优先考虑经济逻辑,试图以更高的效率获取更多的报酬,那么她们为照护对象擦身、喂饭、翻身很可能只是机械地完成事务性工作,不一定能够为服务对象带去关爱和呵护的感受。而如果要使被照护者感受到情感上的关怀,照护者往往需要付出额外的时间和精力与患者建立理解和互信,这一定程度上会减少劳动者在一定时间内服务的患者数量。另一方面,金钱和情感在照护实践场景中往往处于共存的状态,两者并非“对立的世界”。从本项研究受访者的叙述中可以看到,她们的实践并不总是处于“金钱和爱”的矛盾和撕裂状态中,而可能通过一系列策略选择去实现某种程度上的自洽和平衡。照护在本质上是一种社会关系,而“情感劳动”能够很好地关照照护实践中市场力量和个人处境的交汇,以及人们在其所处的微观经济环境中如何构造社会生活的意义。这其中,既有对社会关系的制约和破坏,也有对社会关系的生产和重构^[24]。

(二) 有偿照护作为情感劳动

在使用“情感劳动”概念分析照护的既有研究中,不少学者对照护的“商品化”提出了尖锐的批评。无论是全球化的劳动力转移所形成的“全球照顾链”(global care chains),还是劳动者个人层面的“情感失调”(emotive dissonance),都强调市场主导

下的雇佣关系对爱的剥削、压榨及其造成的个人情感异化和社会不平等^{[25][26][27]}。劳动者在情感劳动中进行密集的情绪管理,可能丧失劳动自主性,为其带来巨大的体力和精神负担。有些照护者可能成为“爱的囚徒”^[21],有些则可能经历职业倦怠甚至情感创伤^[13]。在中国的护工群体中,这些情况同样存在。她们的社会地位低、福利待遇差、工作技术含量低,工作的强度和压力却很大。这些因素给她们带来较强的情绪疲惫感和冷漠感,使她们缺乏成就感和荣誉感,总体工作满意度不高^{[28][29]}。

但是,照护者固然有防止情感异化、争取良好工作环境的需求,但从被照护对象的角度出发,他们也同样面临现实的困境。例如,对于很多长期需要照护的病人、老人来说,由于缺乏自主和监督能力,他们面对的情况往往是付钱购买了服务,却可能连个“好脸色”都得不到,甚至可能会遭受漠视和虐待。从更宏观的角度来说,如何在维护照护者劳动者权益的前提下,更好地满足被照护者的情感需求?照护者和被照护者的需求一定是矛盾和冲突的吗?仅强调“情感劳动”对照护者的负面影响和剥削维度,并不能为解决中国照护实践中面临的现实问题提供有效的解决方案,且在一定程度上限制了情感劳动理论本身的发展。近年来,情感劳动研究领域的一些新成果开始关注情感劳动实践中情感的生产,强调在照护中能够产生富有意义的社会关系,并为劳动者带来具有满足感的劳动体验^{[30][31]}。这意味着我们需要将照护者与被照护者的关系作为整体性的考察对象,在社会互动过程中通盘考量他们的福祉。这对于改善照护体验、维护照护者的劳动权益、提高重病患者特别是老年患者的生活质量、促进照护市场的良性发展具有重要的现实意义和学术意义。

(三) 研究问题与分析框架

本文探讨的现实问题是大病照护实践能否实现效率与温情的兼顾,其背后的理论问题是情感劳动产生的社会条件。具体来说,在工作内容和考核标准主要围绕身体护理的前提下,遵循多劳多得、效率优先原则的护工为何选择进行情感劳动?护工情感劳动的发生受到哪些微观和宏观社会条件的影响?

首先,本文提出一种新的“情感劳动”分类方

式。在现有的有关情感劳动的研究中,研究者也曾对情感劳动进行过多种分类。其中,最为经典的分类是阿莉·拉塞尔·霍赫希尔德(Arlie Russell Hochschild)提出的“浅层表演”(surface acting)和“深层表演”(deep acting)。前者是指劳动者通过伪装某种情绪特征来满足工作要求,其表现出来的情绪和内心实际感受到的情绪并不一致,如麦当劳点餐员整齐划一的微笑和问候语,电话销售人员热情、高昂的语调;后者是指劳动者通过调整内心的感受,努力使其与工作要求的情绪保持一致,如医务人员真诚地对病患所遭受的痛苦表达同情、关爱^[23]。也有研究者以劳动自主性的高低来区分“前台服务”(frontline service)和“专家服务”(expert service work),后者比前者拥有更强的劳动过程掌控力,其自主选择工作策略和互动方式的范围也更广阔^[27]。以上这些分类大多从劳动者的角度出发,以劳动内容和劳动形式来分类。而本文将情感劳动分为“积极情感劳动”和“消极情感劳动”,则是从照护双方的互动关系出发,以情感劳动对社会关系的作用(后果)进行分类。消极情感劳动以管控负面情绪为主要手段,以维持现有情感连接为主要目标,典型方式为“忍耐”“回避”;积极情感劳动以生产正面情绪为主要手段,以促进情感连接为主要目标,典型方式为“沟通”“共情”。这里的“积极”和“消极”不是价值评判上的“好”与“坏”,而是指功能上的生产(produce)与抑制(prohibit)。相较之前的以劳动者为核心的分类方式,本文提出一种真正以“关系”为核心的分类方式。

其次,本文从微观和宏观的不同层面来探讨情感劳动产生的社会条件。本文主要关注的是医院场景中大病照护的“互动关系特征”^[27],也即照护者与被照护者的关系是如何影响照护者的情感表达的。照护者与被照护者的关系既受制于劳动者、资方和被照护者之间的互动形式和权力关系,也反映出更加宏观的社会结构性特征。在宏观层面,市场化的照护具有明显的性别、阶层、种族分层特征。从全球范围来看,照护劳动力源源不断地从经济欠发达的国家和地区流动到经济发达的国家和地区,照护劳动通常由女性完成,且被认为具有较低的经济价值^{[13][25][26][33]}。在微观层面,照护是充斥着价值观、符

号的文化实践,既包含对亲密、温情、抚慰的美好想象,又包含污染、废物、肮脏等负面意象^[2]。同时,照护者也会利用文化工具在微观互动中选择某些行动策略以争取更为有利的工作环境^{[4][5][6]}。因此,我们在考察大病照护中的情感劳动是否存在以及以何种形式存在时,需要同时关注宏观和微观因素的影响。值得指出的是,基于我国的传统家庭文化,中国人更倾向于以家庭为中心的健康服务模式,而不是西方的患者自主型健康服务模式^{[3][6][7][8]}。因此,即使雇用了护工来分担身体照护工作,家属也依然是照护的主要责任人,并掌握了很大部分的决策权。从护工的角度来看,虽然她们的直接照护对象是患者,但事实上需要打交道的对象是患者的整个家庭,特别是那些为照护付费和日常参与照护的家属。在护工眼里,她们与患者的关系事实上也包括与患者家属的关系。

三、研究方法

本研究在南方某省会城市 G 市的三所医疗机构展开,包括肿瘤专科医院 A、临终关怀医院 B、综合性医院 C。研究者 2015 年至今在 A 医院肿瘤病区研究癌症患者的疾痛体验,2017 年初至今在 B 医院临终关怀病区研究临终患者的照护问题,2017 年 5 月至 2019 年 3 月在 C 医院研究慢性病老人的照护问题。这三个医疗机构代表了目前护工主要投身的大病照护领域,即癌症等重疾所需的短期但密集的照护、晚期或临终患者的繁重照护以及慢病老人的长期照护。研究者定期在上述病区观察医务人员的日常工作、护工的照护实践、家庭成员对患者的照护,并采用“滚雪球”的方式展开访谈。研究者通过医护人员和田野中认识的护工不断接触更多的护工以寻找受访者,同时在可能的情况下兼顾多样性,尽量访谈不同年龄段、籍贯与性别的护工(见表 1)。总体来看,这三所机构中的护工群体呈现出较为同质的特征:她们多以老乡介绍的方式进入医疗机构工作,大多来自湖南省,且多为女性。A 医院有超过 120 名护工,研究者对该医院 17 位护工的工作进行了长期追踪并对她们进行了多次访谈。B 医院共有 40 位护工,其中临终关怀病区拥有 35 名护工,研究者在该病区访谈并追踪了 6 位护工。C 医院共有 108 位护工,研究者访谈并追踪了其中 7 位护工。这三个机构的

访谈数量有所不同,主要取决于护工的总体数量和访谈对象的可及性。当研究者在某一机构的访谈材料达到饱和时,访谈就会停止。此外,研究者还与所在病区的医护人员、患者及家属就照护问题进行了大量非正式访谈,共形成超过 30 万字的田野笔记。

表 1 被访者基本信息(N=30)

特征	人数(%)
年龄(岁)	
<40	5(16.7%)
40-49	18(60.0%)
50-59	7(23.3%)
性别	
女	27(90.0%)
男	3(10.0%)
护工工作年限(年)	
<5	8(26.7%)
5-10	11(36.7%)
>10	11(36.7%)
来自省份	
湖南	27(90.0%)
其他	3(10.0%)

研究者从访谈内容中筛选出与护工有关材料,通过 NVivo 软件对这些材料进行系统编码,对编码进行归类,识别出与护工工作体验相关的主要议题,并结合田野观察笔记进行分析。值得指出的是,本文聚焦的是医疗机构提供的照护,涉及患有重病并需要医疗干预的患者。事实上,还有大量没有进入医疗机构的患者,特别是在家庭、社区或养老机构中接受照护的慢性病患者和老年人群。因此,中国社会的照护问题远比本文呈现出来的更加复杂,希望未来的研究中可以进一步纳入更加丰富多样的照护形态,以深化本项研究的理论意涵和政策价值。

四、照护实践中的情感劳动

目前,中国的护工管理主要有四种基本模式:家属自聘自管,即家属自行从院外聘请护理人员进入医院,护工由患者或家属管理;医疗机构管理模式,即护工由医院护理部门、后勤部门和三产部门对护工进行招聘、培训和管理;护工公司管理模式,即护

工由家政公司、保安公司、物业管理公司、专业护理(护工)公司等营利机构进行招聘、培训和管理;医院与护工公司共同管理模式^{[39][40]}。这四种模式也是护工管理模式历时变化的一个缩影。早期,在医院为患者提供照护的护工往往是家属自聘自管的,但家属自聘自管的陪护人员往往缺乏培训和监督,服务质量难以保证。在护工被正式引入医疗机构的初期,基本上由医院自行招聘、培训及管理护工,这种模式对医院来说成本很高且容易发生劳动纠纷。随着护工队伍的不断扩大,20世纪90年代后期开始出现专业的护工公司^[41]。在市场化改革的背景下,国内大多数医院选择将照护服务外包给这些公司,护工以劳务派遣的方式进入医院。

本项研究三个田野点的护工均为劳务派遣制员工。护工的工资待遇由护工公司负担并受其直接管理。经济理性、效率至上是这些护工公司运营的基本理念,因此,护工的报酬遵循“多劳多得”原则。护工对患者的收费需要与护工公司分成,公司一般抽取20%~40%不等。在A医院,除每个住院患者都需缴纳的基础护理费[15元/(人·天)]外,患者可自愿选择个性化的护理服务[包含为患者拍背、搓澡、换尿袋等,费用65元/(人·天)]。A医院普通

护工的月收入计算方式为:当月患者所交陪护费总额×65%/科室护工数。这些护工的收入不稳定,清闲的月份月收入只有3000多元,忙碌的月份月收入可达7000~8000元^⑦。A医院的专陪每天收费150元,公司抽取30元,护工每天获得120元,每月正式工资最多可得3600元(但专陪群体内部存在默契,通常向患者收取200元/天的费用)。C医院护工的收费标准及方式[普通陪护65元/(人·天)、专陪200元/(人·天)]与A医院大体一致,护工的收入与服务患者的数量及天数挂钩。但C医院没有必须缴纳的基础护理费,完全由患者决定是否雇用护工以及雇用多长时间。B医院稍有不同,由于临终关怀科室的病人均为无法自理的重症晚期患者,照护任务繁重,因此医院规定每个护工每天最多同时照护4名患者,费用为80元/(人·天)。公司抽成后,护工可以分到50元/(人·天),每月收入为5000~6000元。所有这些医院的护工均没有底薪,也几乎没有奖金和其他福利。护工们需要尽可能多地找到愿意请她们照料的患者,付出更多的劳动,才能获取更多收入。在这种情况下,大多数护工平均每天工作12小时以上,有些人甚至全年无休。她们的工作流程参见表2。

表2 田野点(A)护工一天的工作流程^⑧

时间	工作内容	具体事项
5:30-7:00	上班准备	起床、准备饭食、打卡上班
7:00-8:00	协助患者晨间护理、收拾病床	洗漱、协助上厕所等
8:00-8:10	跟随医护人员查房	记下医护人员的要求、回答医护人员对患者情况的提问
8:10-8:30	早餐	随时被打断
8:30-12:00	患者的个人护理	翻身、拍背、喂水、个人清洁、协助进食等
	患者出入院事宜	计算出院患者的陪护费、开具收费单据、接待新入院患者、协助手术结束的患者回到病房
	整理被服	发放干净病服、更换被弄脏的被服
	协助患者	协助患者做康复活动、送患者去做手术或检查
	协助护士处理杂事	帮护士拣药、买饭,记录患者体温等信息、看护输液、处理营养管等

⑦A医院普通护工的收入也会因科室而不同,月平均收入在5000元左右。

⑧护工的工作和生活大致按照这个模式周而复始地循环,只是夜班和白班的顺序稍有不同,但工作内容大体一致。

时间	工作内容	具体事项
12:00-14:30	午餐、午休	随时被打断
14:30-17:30	患者的个人护理	协助患者大小便、翻身、擦身、洗头、洗澡、换衣被等
	整理被服	发放干净病服、更换被弄脏的被服、打包脏被服
	询问和签约新患者	
	协助护士处理杂事	帮护士拣药、买饭等
17:30-18:00	晚餐	随时被打断
18:00-21:00	患者个人护理	协助患者大小便、翻身、擦身、洗头、洗澡、换衣被等
21:00	下班	

(一) 缺席的情感劳动

在西方文献的描述中,企业/雇主通过对情感劳动从业者进行情绪管理培训并对其日常工作中的情绪表达进行严格规范、管理和考评,试图通过控制劳动过程获取最大经济效益。在这样的劳动过程中,劳动者通常需要表现出与实际感受相异的情绪,并由此造成与“自我”的疏离,产生认同焦虑和心理压力^[23]。基于此,现有文献反思了资本对情感劳动者的剥削和对劳动者产生的负面影响。在我们所观察的中国医院照护场景中,市场化的大病照护也因受到资本的支配而追求效益的最大化,但情感劳动的发生条件和环境有所不同。情感劳动通常并不是大病照护中考核的重点内容,也不是密集培训的结果。虽然对护工的考核中也会要求其态度良好、关爱患者等,但没有特别具体的要求,也缺乏有效的配套培训。由于目前的国内护工市场门槛较低,培训和管理并不完善,这反而在事实上给予了护工们更多“选择”是否进行情感劳动的空间。特别是当患者处于无法进行情感回应的状态(如丧失认知能力、昏迷)时,大部分照护者并不会花费精力去营造特定的情绪体验。护工会把患者当作劳动对象,一个并无情感需求、只需体力付出的客体。

跟这人没有感情,他什么都不知道,跟他讲什么感情?他把他家人都忘记了,什么都不知道,哪有感情呢?(B-护工Q)

还有病人糊里糊涂的那些,这样的就没办法说,因为他是病人,是不是?……就是时不时给他看一下有没有大小便,然后到点就给他吃饭喂水那些。

(C-护工F)

即使是对待那些清醒的、有交流能力的患者,护工的日常工作也主要围绕着身体护理进行。一位护士长解释道“对于卧床不起的病人,如果生疮、肌肉萎缩、肺部感染,那你就是不合格。做到(不出现)这三点就是优秀的护工了。”(C医院安宁科护士长)由于考核标准主要针对患者的身体状态和生活环境,如皮肤完整、没有异味、干净整洁等,护工们将主要精力放在应对患者的安全、饮食、清洁等客观需求上。在情感交流和人文关怀等方面,护工公司也会要求护工展现良好的工作态度,同时会定期通过工作满意度调查来考核护工的工作。但是,相较于对身体状态的细致要求[如“保持病人口腔清洁,能用牙膏漱口的一定用牙刷刷牙,不能的用盐水清洗口腔”“每日擦洗身体至少两次,早晚各一次”“保证病人头发短、胡须短、指甲(趾甲)短”等],对工作态度的要求大多十分笼统(如“态度和蔼、礼貌待人”“爱护病人、尊重病人”等)。在照护工作市场化的背景下,基于“计件式”的薪酬方案意味着情感投入无法在短期为护工带来直接的经济回报。护工们的日常工作强度大,琐碎而重复,连正常休息的时间都难以保证,对于护工来说,不因态度问题被患者投诉是首要原则,而情感交流需要花费额外的精力和时间,因此并不在护工工作安排的优先事项中。

(二) 情感劳动进行时

从表面上看,付出更多情感对于护工来说既不合算“浪费”了本可以服务更多患者并获取报酬的时间,也非必要(考核并无详细规定),有时还特别

费劲(如存在语言隔阂、面对失能失智老人)。那么,基于“多劳多得”原则的照护实践中是不是就不可能存在情感劳动了呢?基于田野调查,我们发现,即便在如此高压和密集的体力工作的负荷下,也并非所有护工都只专注于完成“计件工作”。作为与患者接触最多的医院“工作人员”,许多护工依然会对患者的处境产生理解和共情,并在工作中实践情感劳动。护工的情感劳动主要分成消极情感劳动和积极情感劳动两种类型。

1. 消极情感劳动

消极情感劳动主要发生在护工与患者或家属沟通不畅或产生矛盾时,比如患者或家属对护工态度不好、乱发脾气。这时,护工们虽然感到委屈、生气,但通常会选择“忍耐”“回避”等方式进行“消极情感劳动”。一方面,她们说服自己这是工作性质的需求,对病人不能斤斤计较。作为一名服务行业的从业者,她们能熟悉运用“顾客就是上帝”的行业叙事方式。虽然她们不一定在实际工作中践行这样的标准,但护工们普遍将其作为调节情绪、说服自己接受现实的一种说辞和手段。

反正我们体谅一下他是一个病人,也不会计较那么多,他说什么我们也要接受,就不跟他顶嘴。我们不回答他,他慢慢说几句就不会说了。(A-护工WS)

有时候一个病人让你铺床,你刚刚铺了,他非要说你没铺,你只能又去给他铺,他让你给他换,你也要给他换,那没办法,你还跟人家去争啊?……反正你跟病人争,你争赢了,你也是输的,永远都是没理,顾客永远都是上帝。我就是这样想的,反正顾客就是你的“饭碗”。病人永远是对的,你说到护士长那里去投诉他也是对的,怎么会没委屈?你要装作没事,反正都是为了打份工。(A-护工Y)

另一方面,基于现实层面的考量,护工们希望通过消极情感劳动保留并完成眼下这单工作,避免被投诉,以保障自己的经济利益。这时护工会把与患者的关系严格控制在工作关系的范畴内,尽量不掺杂私人感情。

去年有一个家属蛮不讲理,他老婆很难照顾,瞧不起我们是外地的,叫我们不要待在广州,气得我都

心痛了,医生给打了针。(哭)生活很难,但是要坚持。……社会上什么人都有,做这行只能忍,这么大年纪了,找别的工作不容易,所以要珍惜这份工作。(C-护工G)

我们是打这份工的,要忍耐。你要是跟人家计较那么多,你就不能做这份工作,全部都是要靠忍耐。……要是被病人投诉了,公司还要罚你的钱,好汉不吃眼前亏嘛。(A-护工C)

那肯定要忍了,如果你不做了,还要扣钱呀!假如这个病人你不做了,要另外换一个病人,那主管会问病人是什么情况你不想做了,如果因为一点小事就不做了,那肯定要扣钱。有时候不仅扣钱,还可能炒掉你。(A-护工WS)

在消极情感劳动中,护工们主要以“忍耐”“回避”等方式来管控自己的负面情绪,尽量不激化与患者或患者家属之间的矛盾,这在客观上为患者创造了更包容的照护体验。护工们实践这类情感劳动的目的是维持现状,不解除服务关系,但也不追求优化体验,从而保证工作效率和经济收入。

2. 积极情感劳动

当护工把患者看作有血有肉、值得理解和尊重的主体时,她们更能体谅患者的痛苦和不易,往往会通过聊天的方式对患者表示关心和安慰。这些以“沟通”“共情”为主要方式的积极情感劳动以促进与患者的情感连接为主要目标,能够帮助患者产生更加正面的情绪,为他们带去更有温情的照护体验。积极情感劳动的发生大多是由于护工和患者在陪伴中逐渐建立起良好的社交关系和情感连接,但有时也是基于更加现实的考量,比如护工需要患者的配合使日常工作能够顺利进行,同时也能协助科室特别是治疗性的科室使患者尽快康复出院。

刚开始的时候,有些病人如果很难沟通,我就只看着他,照顾他的日常生活;如果有些病人很好沟通的话,我们会跟他聊聊天,开导他一下,陪他走一下路什么的,时间一久我们就有感情了,好多病人我们都有微信,经常还会聊聊天。(C-护工B)

病人需要我们的时候,需要我们去关心他的时候,就主动去帮他做一些事情,跟他沟通,开些玩笑。他心情放松了之后会主动跟你聊天,然后跟你说

些他的琐事。你可以根据他说的来引导他,跟他沟通,让他思想放松下来,不要有太多的顾虑,让他不会觉得没有家属在就心理上不放松,让他完全放松才能做更好的治疗,大家工作都好做一点是吧?(C-护工A)

当积极情感劳动发生时,与进行消极情感劳动时感到的压抑、委屈、一味“付出”不同,护工更能体验到“获得感”,体会到照护工作的价值,甚至在日常工作中发现自己的改变。

做护工这块的话也没有什么,我觉得这是帮助别人。如果说没有这些护工的话,你说这些老人家卧床,家属有的没时间照顾,那怎么办?是不是?所以我说就算是那些领导,也有老的那一天,如果到老的时候、动不了的时候、家里没人管你的时候,你看你要不要请护工,对不对?(C-护工C)

我觉得当了护工反而给我带来了,就是说脾气改变了。以前我的脾气是不符合人家说的那种温柔的。后来当了护工,就慢慢学会了隐忍。接触这里的病人和陪护人,就想起以前在家,我妈说一句我顶一句,现在看来觉得很孝顺。有时候看着家属对着自己父母好像不怎么好,就想起自己。(C-护工D)

在这种互动下,情感的流动是双向的。

病人对于护工的感情要远远大于护士,不是说每一个都这样,但是病人对阿姨(对女性护工的统称)的好感要大于对大部分护士。他们虽然出了点钱,但是实实在在得到了实惠。因为人在患难的时候,就会觉得阿姨是在真正帮他们,是在救他们于患难之中,而且不单是在帮他们,还促进了他们的康复。所以有时候他们甚至不送水果给护士吃,而给护工吃,就是这个原因。……当病人真正难受的时候,第一时间去帮他们拍背的是护工,真正帮到了他们的是护工,而不是护士,更不是医生。很多时候病人真的很难受,比如说脚肿了,护士就会对护工说“哎,你把这个脚抬高一点或者泡个脚”,然后就走了,而真正做那些事情的是护工,她们会去帮病人搓脚泡脚。(A医院护士长Z)

在大病照护实践中,要使患者获得良好的照护体验,护工往往需要同时进行消极情感劳动和积极

情感劳动。她们会根据患者的状态,特别是与患者之间的互动关系来决定是否进行情感劳动,以及进行何种情感劳动。这些选择背后的驱动因素同时包含了经济逻辑和情感逻辑,而两者之间并不总是冲突的,在某些情境下也能够互相促进。在照护实践中,以“多劳多得”为核心的经济逻辑既包含短期效益(通过提高工作效率在短期内获得更多的经济回报),也包含长期效益(希望通过维持一份长期工作获得稳定的经济收益)。通过“忍耐”和“回避”进行的消极情感劳动可以节省沟通和冲突的时间,提高工作效率,获得短期效益;而通过“沟通”“共情”进行的积极情感劳动虽然需要花费更多的时间,短期内可能影响工作效率,但是通过建立与患者/家属的良好关系能够获得雇主和医护人员的认可,可以维持稳定的经济来源,也即“长期效益”。

五、情感劳动的社会条件

是否进行情感劳动,选择何种类型,以及进行到何种程度,是需要平衡照护者与被照护者双方利益和福祉的综合问题。护工进行情感劳动,无论是消极情感劳动还是积极情感劳动,对于提高患者的照护体验无疑是有益的,也是实现有温情的照护的重要前提。但是,护工并不总是进行情感劳动。当她们选择进行情感劳动的时候,情感劳动产生的条件也不尽相同。下文分别从微观互动、社会网络以及社会结构三个不同层面来探讨情感劳动产生的社会条件。

(一) 微观互动

正如前文所展示的,繁重的体力劳动之余,护工也会和患者及其家属建立一定的社交关系和情感连接,这在一定程度上会与追求效率产生矛盾。由于精力有限,即使规章制度要求护工们对患者一视同仁,在日常实践中她们依然会按照一定的逻辑对患者进行分类,并确定工作范围的边界。但这个分类的逻辑并不是效率、考核等与经济报偿直接相关的因素,而是一种基于情感体验的分类,包括相处时间、患者需求、护工能否对患者产生共情以及患者(或其家属)是否尊重护工等因素。

通常情况下,护工更容易与住院时间较长的患者建立感情。有些护工甚至在被照顾的老人去世时

感到失落、遗憾,与家属一同悲伤、流泪。同时,被照护者特别是老人也会对护工产生依赖之情,有的在出院之后还会保持联系,会相互关注、偶尔询问近况。

人都是这样的,初次相处好像还觉得很为难自己,时间一长就觉得还蛮好的。人都是讲感情的,因为感情两个字是很厉害的。有的病人要是照顾久了的话,他走了,你会觉得好像是自己的父母一样,觉得有点舍不得……人心都是肉长的,时间长了都是有感情的。(B-护工L)

因为我们照顾他们的时间长,他们的家人只是有空过来一下,所以他们对我们的感情要更好一些。假如女儿叫他,他不会理的,但是我一说“你的女儿、儿子过来了”,我一叫,他就睁开眼睛了。很多病人都是,因为我们时间长了,他们跟我们反而更熟一点。(B-护工J)

除时间因素之外,我们还能从护工们的叙事中总结出以下原则。

第一,有交流需求、有交流能力的患者会得到更多来自护工的社交反馈。

如果那些病人很能聊的话,跟他们聊一下还是很开心的,但是有的呢不喜欢聊天,就怕他生气,所以也不会跟他说什么的。(B-护工J)

第二,能够引起护工共情的“弱势”患者会得到更有温情的照护,比如老年人、儿童,特别是其中病情严重的患者。

我本来跟家里说了想要中秋节回家去看看,但是没走成……他吵闹的时候,我跟他说“我知道你不舒服,但这样会打扰到别人休息”,我说了他也能理解明白。他有时候自己辛苦得掉眼泪,也不吵了。我要回家探亲,也要找个能招呼他的才放心。(那您回去之后还打算回来吗?继续做这个?)回来,继续做。需要的话就给他做送终。(C-护工E)

有一个13岁的小女孩,后面长了一个瘤,属于晚期,没办法,放到这里。我们都会过去跟她聊聊天,这么小,挺可怜的。就想到假如我们的孩子有什么事,也挺伤心的,做父母都是这样想的。(B-护工J)

值得指出的是,老年人、儿童可能获得照护者更多的同情和关怀;而他们在体力和认知能力上往往

处于明显的弱势地位,在缺乏对照护质量和过程监督的情况下,也最可能受到伤害。在照护中出现伤害或虐待等极端情况,一方面与照护者的个人特征,如人格、心理等因素有关,这涉及照护市场的准入门槛较低、缺乏对照护者心理健康状态评估等问题;另一方面,也与照护工作的高强度、高压力的有关,这涉及为照护者提供纾解压力的社会支持的必要性。这一点在后文中会再次提到。

第三,对护工工作表现出尊重和体恤的患者会得到更有温情的照护。相反,对于那些对护工表现出不尊重、不信任态度的患者和家属,护工们则将工作内容限定在满足患者基本日常需求的范围内。

有的病人就很同情我们,人不是一样的,有的人觉得我们赚的钱真是血汗钱来的,一天二十四小时待在医院,里面的空气又不好,并且白天晚上都要在病床边伺候,没有自由,工资也不是很高,对不对?他就是这样理解我们,比较通人心……那些病人请人的话,他都是儿女上班没时间来照顾的,家里的人全托付给我了,我就必须要负起这个责任。(C-护工F)

有一次我们打算给一个病人擦身,已经换了一双手套。她(另外一个护工)出去给另一个病人拿衣服,回来摸了一下病人的凳子,那个家属就说不要你擦,他是嫌我们手脏。那个手套是可以随便用的,我们自己也会保护自己,不会不换手套。他就嫌我们脏不换手套,摸了他的凳子,他说他会被感染。(A-护工Y)

(患者态度不好……那你们怎么应对呢?)哎呀,说得好就应咯,说得不好就走开,不跟他去顶,是不是?自己做好自己的事情就可以了,他爱怎么说就怎么说,我做好自己的本职工作就可以了。(B-护工M)

正如艾米·S·沃顿(Amy S. Wharton)所指出的,互动关系是决定劳动者情感表达的关键要素之一^[27]。相处时间较长,有交流需求,能够引起情感共鸣,给予护工尊重、信任、体恤等正面情感回馈的患者和家属比较容易得到护工的情感付出;而带给护工负面情绪体验、进一步强化护工较低的社会地位和负面劳动形象的则很难得到善意、有温度的对待。

(二) 社会网络

情感劳动需要护工在完成对患者身体照顾的体力劳动之外,付出大量的心理和情感资源。因此,照护者不能只是给予,也必须获取。可持续的情感劳动需要获得社会支持和情感回报。金钱上的给予和获取可能一目了然,情感上的往来则更加隐蔽和复杂。对照护者的情感回报可能来自被服务对象,但当劳动者无法从被服务对象那里获得回报时,就需要来自患者家属、同事、组织、家庭等其他社会网络的支持。因此,情感劳动何以可能的问题既需要考察劳动者与服务对象的互动,也需要考虑劳动者所拥有的更加广泛的社会网络。

在G市,医院里的护工们有着鲜明的流动人口特征。她们背井离乡来到陌生的城市工作,生活轨迹通常是医院和住所之间的“两点一线”,与家庭长期分离,社交圈也相对狭窄。由于工作时间长,所谓“回家”也只是简单地做饭、睡觉,工作环境是她们主要的生活环境和社交环境。因此,护工们的社会网络主要由医院场景中的医护成员(如医生、护士和其他护工)以及患者和患者家属构成。通常,她们向自己的社会网络所寻求的社会支持主要有两类:情绪疏导和情感反馈。

1. 情绪疏导

在我们所观察到的大病照护实践中,护工较多采用“忍耐”和“回避”等消极情感劳动的方式处理矛盾和冲突。因此,她们通常需要在与被照护者的关系之外寻求帮助,获得情绪上的纾解和情感上的支持。对于护工来说,患者和患者家属是自己的服务对象,常常是需要忍耐和包容的。而医生和护士的社会地位比护工高,护工们往往对他们保持尊重和服从的态度。因此,其他护工特别是老乡护工往往是倾诉委屈、提供社会支持的对象。

和其他行业的外来务工人员一样,大多数护工进入这个行业是经过老乡的介绍,“一个带一个”地进入了同一个行业、医院或科室工作。护工通常愿意与老乡在同一个科室工作,这样可以在工作中互相帮扶,业余生活中也是和老乡互动较多,一起租房、逛街或聊天。

有时候不开心,就出来跟那些老乡说一下,走一

走、缓一缓、哭一哭就好了。因为这个是老乡,两个人在一起有个伴,可以聊天。要是跟其他地方的人一起做这份工作,我就不做了,可能她们没自己老乡那么好说话,有些话聊不到一块儿去。(A-护工WS)

我开始做的第一个星期没有吃一粒饭,也没有喝水(应该是喝得少)……反正我看到那些老人家便盆里拉出来的大便,我就吃不下饭、喝不下水,医院里的那个气味很大,刚刚从家里出来闻不习惯。当时有一个老乡……天天跟我说“没事的,慢慢做下去啦,慢慢会习惯的。你要吃一点饭,天天不吃饭,到时候饿死你在这里啊。”她天天在那里陪我说话,如果没有她的话,我不知道那日子要怎么过。(A-护工W)

由于照护工作本身的特点,以及护工所处的较低社会地位,她们往往会经历在工作中受到委屈却又要忍耐的情感体验。从患者的角度来说,由于他们特殊的身体和精神状态,有时也确实需要照护者付出额外的耐心和体谅。在这种情况下,从照护关系的外部对照护者进行有效的情绪疏导是她们能够持续进行情感劳动的重要社会条件。

2. 情感反馈

赚钱固然是努力工作的初衷和最大动力,但事实上护工们也有着强烈的社交需求,这点在其他有关老年重病患者的民族志研究中得到印证。例如,赵彦宁发现,尽管照顾重瘫患者比照顾轻瘫患者要轻松一些,但护理员也可能因为照顾重瘫患者“相当寂寞无聊”,缺乏互动情境,而不愿服务这类患者^[2]。

当陪人(专陪)要是碰到一个不怎么说话的患者,就会很闷。有时候跟家属和病人聊得来了,那也是一件开心的事。(C-护工D)

我还是想到医院来,反正同事多,出了什么烦心事,同事间可以聊一下天,还好一点。(在家庭做)你一个人在那里,如果病人又不会说话,那整天就是看一下电视,要不就是玩一下手机。(B-护工J)

护工们对所在科室的人际关系是否和谐非常看重。在那些有“人情味”的科室,护士点外卖、点奶茶时也会为护工点上一份,而护工也会把自己制作的辣酱、咸菜带到科室送给护士;患者送水果给医护

人员时也会请护工一起分享,有的护士长还会在过年时自掏腰包给护工发红包。在这种情况下,哪怕自己所在的科室并不是“性价比”最高的,护工也可能为了良好的人际关系而选择继续留在这个科室。

这里待遇很好,就像我刚刚说的,很有人情味的那一种,像我家里有急事的时候马上可以回去……我老公就被说服了,他现在做习惯了,也感觉挺好。

(C-护工B)

有时候给她们一点温暖也是应该的。过年的时候,对那些没结婚的护士、护工,我自己也会封一个利是给她们,我自己的钱不多,但是她们会比较,说“哎,别的区没有”。(A医院护士长L)

事实上,护工与护士的关系往往比表面上看起来更复杂。护工虽然年龄普遍比护士大,但职业地位比护士低。护工需要协助护士开展日常工作,特别是那些具体的生活护理事项,有时也会为护士提供一些职责之外的协助,如买饭、整理药品等。这些工作会加重护工本就繁重的工作负担,也会给护工带来一定程度的相对剥夺感。但在面对患者及其家属时,护士往往能够为护工提供支持,比如推荐患者、处理棘手问题等。

反正每次有病人,护士就会跟别人介绍说“这是我们的阿姨,你如果需要请人护理,就可以请她们,她们都是做了十几年的,很有经验。”(A-护工W)

比如说30床,说是个大学教师,有个学生在这里照顾他,虽然文化程度比较高,但还是很奇葩。他会刁难人,会刁难护士,更不要说我们这些人了。一般出现这样的情况,护士也会跟我们一起处理。她们知道哪些病人不好打交道,要我们少进去,说她们自己会去的。护士也会说哪一床比较奇葩,要我们注意,那我肯定会注意,避免一些不好的事情发生。(A-护工Z)

有一次,病人的那个引流液冒出来了,本来这个事情不是我们做的,我也拿个拖把拖了,他还跟我们护士长投诉。我们护士长就这样跟他说“本来不是我们阿姨做的,她帮你们做了,你还说她?”(A-护工Y)

在我们所访谈的护工中,那些能够长期把这项工作做下去,且把朋友、家人也介绍到同一行业的护工往往是因为所在科室“有人情味”,她们与护士

长、护士、其他护工、患者及其家属建立了良好的社交关系,得到了情感上的回馈。在这样的情况下,护工的精神状态和工作积极性都能有所改善和提高,她们会有更多的心理资源和情感能量去进行情感劳动。

(三) 社会结构

尽管护工们在照护实践中通过沟通和共情来与患者建立良好情感连接的案例并不少见,但是对于大多数的护工来说,她们的体力劳动强度很大,并没有太多的精力顾及患者的情绪和精神健康。比如,在A医院肿瘤病区,常有家属抱怨护工在照护老人时行为粗鲁,又经常见不到人,更别说陪老人聊天了。在B医院临终关怀病区,探访老人的义工团队提到有时候护工会阻挠志愿者探访老人。因为每次志愿者来访,老人的情感和交流需求都会被“唤醒”,会对护工提出更多交流需求,这给护工带来了额外的工作和麻烦;一些护工则表示不理解志愿者为什么有这么多时间来“闲聊”,认为跟无法交流的老人聊天是“浪费时间”。此外,如前所述,当护工们实践情感劳动时,她们往往采用“忍耐”和“回避”等消极情感劳动的方式处理矛盾和冲突。这样的情感劳动极大耗费了她们的情感资源,容易引发职业倦怠和心理压力。因此,虽然积极情感劳动能够使照护双方都获得更好的互动体验,但在目前我们观察到的大病照护实践中,它并不是护工的首选。这又是为什么呢?

前文从微观互动和社会网络层面分析了护工进行情感劳动的社会条件,本节进一步探讨阻碍护工进行情感劳动,或是促使她们更多选择消极情感劳动而非积极情感的宏观社会结构因素。首先,由于国家选择了通过市场化改革来缓解照护危机,而国内大多数医院又选择了将照护服务外包给营利性的中介公司来减轻管理负担,目前城市医院中的护工多以劳务派遣的方式进入医院工作。护工的工资待遇与工作量直接挂钩,加之她们作为从农村地区进城务工的群体普遍背负较为沉重的经济压力,强大的经济逻辑往往压倒情感逻辑,在二者有所冲突的情况下,护工们会选择将精力放在身体照护上,通过提高照护的效率来保障自己的收入。因此,在照护

工作的内容和考核指标高度量化的情况下,很难要求护工自觉进行高质量的情感劳动。

其次,护工的工作环境具有较高的脆弱性,除高强度的体力劳动外,她们还不得不面对职业的污名化和边缘化等社会困境。由于积极的情感劳动需要得到来自被照护者的情感反馈和来自社会网络的情感支持,但护工的社会地位较低,常常得不到患者及其家属的尊重,有时甚至会遭遇诘难和谩骂。在有些科室,如果护工与护士相处较为融洽,工作上互相配合,护工的工作环境能够得到很大改善。但总体上,护工与护士有着较为明确的地位等级之分,再加上年龄、学历等方面的差异,两个群体之间普遍存在着权力关系上的不平衡,护工们需要听从医生、护士的指挥,往往干着最累、最脏的活,收入却最低。因此,护工总是处于权力关系的较弱方,她们更倾向于通过忍耐、回避的方式来解决争端,保护自己。

再次,由于国内的大病照护处于低度专业化的状态,护工们很少有机会接受帮助她们提高沟通技巧的培训。无论是社会文化环境还是护工本人,似乎都将照护作为成年女性身份的一种延伸,是“自然而然”就会、也应该会的工作,就像她们在家里照护自己的老人和孩子一样。但在实际操作层面,照护是一项技术性的工作。无论是女性护工把身高、体重都可能高于自己的男性患者抱起,还是消化科的护工通过观察患者的排泄物来判断他们的术后恢复情况,或是看似普通的日常问候、对患者心情和精神状态的体察、对临终患者生存预期的判断以及与患者、患者家属沟通照护中的一些困难和问题,都需要大量的知识、技巧和训练。再加上一些结构性的问题,如本地病人和外地护工之间存在严重的语言隔阂,以及部分被照护者的生理状况造成的沟通障碍(如插管后发声困难),如果没有足够的、有效的培训,护工们很难与患者进行情感交流。在专业化程度低、培训不足的情况下,护工进行积极情感劳动的能力不足,这也阻碍了她们运用合适的沟通技巧、建立良好的照护关系。

六、总结与讨论:大病照护中的效率与温情能否两全

金钱与爱本来就是社会生活中共存、互构的要

素,两者都是社会关系的具体体现,也是构建社会关系的重要手段。大病照护是一项既强调效率又充满情感的劳动实践。因此,我们的研究焦点不应是金钱与情感之间单方面的作用关系,立场也不应是二者的高低、优劣之分,而是两者互动中社会关系的生产、重构与意义。

无论中西社会,人们似乎都有一种对“完美照护”的想象,即照护者通常是家庭中的女性,基于内心的真实情感为被照护者提供身体上的照顾和情感上的关怀,使被照护者感受到理解和支持,也就是感受到“被爱”^[48]。这种想象使我们对市场化的照护充满戒心,担忧照护中的“爱”会被逐利的经济逻辑所吞噬。但对“完美照护”的想象本来就是需要被解构的。照护实践中的情感绝不仅是关怀、温情、耐心与爱,也常常伴随着焦虑、厌倦、愤怒和悲伤。世界上没有绝对完美的照护。正如加布里埃·米格(Gabrielle Meagher)所主张的,我们能够要求的是一个“足够好”(good enough)的照护,而这个“足够好”的照护需要认识到“好的”照护不仅可能出于爱的本性,而且可能受到其他更为“现实”的目的驱动,且可以通过大量训练习得^[49]。一方面,照护者可以通过有目的、有技巧的工作来促进对照护双方都有益的互依关系^[44];另一方面,照护费时、耗力,需要大量的社会资源投入^[45]。

将大病照护放在情感劳动的框架中去理解,我们可以看到照护实践受到微观互动、社会网络以及更加宏观的结构性因素的驱动和限制。同时,不同类型的情感劳动也会对照护者与被照护者的关系产生不同的影响。“积极情感劳动”能够生产正面情绪、促进情感连接,“消极情感劳动”则主要是控制和管理负面情绪,维系现有的社会关系。本文的研究发现在理论推进和政策建议方面均有一定的价值。在理论方面,本文提出了与西方现有文献中不同的情感劳动的发生条件。在中国目前的照护场景中,护工具有选择是否进行情感劳动的较大空间。本文以微观和宏观的角度,从微观互动、社会网络以及社会结构三个层面来分析情感劳动发生的可能性。此外,与以往文献中主要以劳动者的劳动内容和劳动形式对情感劳动进行分类不同,本文提出一种以“关系”为核

心的情感劳动分类方式。这种分类方式既能够更好地捕捉情感劳动不同于其他劳动类型的核心特征,也能够提醒我们需要将照护者与被照护者的关系作为整体性的考察对象,在社会互动过程中通盘考量他们的福祉。基于这些理论发现,本文希望能够为照护政策提供一些思考线索。例如,当我们试图管理、规范照护市场时,当我们试图提高这个市场中的服务质量时,需要充分意识到作为“买卖”的照护是嵌于复杂而微妙的情感关系中的。为平衡照护者和被照护者的

权益,争取照护实践的总效益最大化,我们的社会需要做出不同层面的回应:一方面,要通过制度建设保障护工群体作为劳动者的合理利益诉求,推进照护的专业化程度;另一方面,要通过教育和文化工作改善护工的社会形象,提高群体的社会地位,为护工群体赋能,鼓励护工与被照护者之间、护工与其他医护人员之间的情感建设与流动。只有这样,照护才可能在满足市场需求与回应被照护者精神需求之间找到某种平衡,实现效率与温情兼得。

[参考文献]

- [1]王来华.论老年人的照顾资源[J].天津社会科学,1999(2).
- [2]徐俊、风笑天.我国第一代独生子女家庭的养老问题研究[J].人口与经济,2011(5).
- [3]宋继苏.Z省医疗机构护工队伍现状、问题及对策研究[D].浙江大学硕士学位论文,2016.
- [4]Razavi S. and Staab S.. Unpaid and Overworked: A Cross-National Perspective on Care Workers [J]. *International Labour Review*, 2010, 149(4).
- [5]吴心越.市场化的照顾工作:性别、阶层与亲密关系劳动[J].社会学评论,2019(1).
- [6]肖索未、简逸伦.照料劳动与社会不平等:女性主义研究及其启示[J].妇女研究论丛,2020(5).
- [7]Peterson O. and Hjelmar U.. Marketization of Welfare Services in Scandinavia: A Review of Swedish and Danish Experiences [J]. *Scandinavian Journal of Public Administration* 2013, 17(4).
- [8]Held V.. Care and the Extension of the Markets [J]. *Hypatia* 2002, 17(2).
- [9]Green M. and Lawson V.. Recentring Care: Interrogating the Commodification of Care [J]. *Social & Cultural Geography* 2011, 12(6).
- [10]Fine M. and Davidson B.. The Marketization of Care: Global Challenges and National Responses in Australia [J]. *Current Sociology* 2018, 66(1).
- [11]罗彩花、胡杏娟.护工存在及教育现状调查与分析[J].护理实践与研究,2008(4).
- [12]蓝佩嘉.照护工作:文化观点的考察[J].社会科学论丛,2009(2).
- [13][美]南希·福布尔著,宋月萍译.照料经济的特征、价值与挑战:基于性别视角的审视[J].妇女研究论丛,2020(5).
- [14]Rodriguez J.. *Labors of Love: Nursing Homes and the Structures of Care Work* [M]. New York: New York University Press, 2014.
- [15]Ibarra M. D. L. L.. My Reword is not Money: Deep Alliance and End-of-Life Care among Mexicana Workers and Their Wards [A]. Boris Eileen Parrenas R. S.. *Intimate Labors: Cultures, Technologies and the Politics of Care* [G]. Stanford, California: Stanford University Press, 2010.
- [16]Twigg J.. CareWork as a Form of Body Work [J]. *Aging and Society* 2000, 20(4).
- [17]Cohen R. L.. Time, Space and Touch at Work: Body Work and Labour Process (Re) Organization [J]. *Sociology of Health & Illness* 2011, 33(2).
- [18]Folbre N. and Nelson J. A.. For Love or Money: Or Both? [J]. *Journal of Economic Perspectives* 2000, 14(4).
- [19]Nelson J. A. and England P.. Feminist Philosophies of Love and Work [J]. *Hypatia* 2002, 17(2).
- [20]沈尤佳.有偿照料如何走进中等收入家庭——照料产业的供需矛盾分析[J].广东社会科学,2014(2).
- [21]England P.. Emerging Theories of Care Work [J]. *Annual Review of Sociology* 2005, 31.
- [22]Zelizer V.. *The Purchase of Intimacy* [M]. Princeton: Princeton University Press, 2005.
- [23]Hochschild A. R.. *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling* [M]. Berkeley: University of California Press, 2012.
- [24]Parrenas R. S., Thai H. C. and Silvey R.. Intimate Industries: Restructuring (Im) Material labor in Asia [J]. *Positions* 2016, 24(1).

- [25] Hochschild, A. *The Commercialization of Intimate Life: Notes from Home and Work* [M]. Berkeley: University of California Press 2003.
- [26] Hochschild A. Emotional Life on the Market Frontier[J]. *The Annual Review of Sociology* 2011 37(1).
- [27] Wharton, A. S. The Sociology of Emotional Labor[J]. *Annual Review of Sociology*, 2009 35(1).
- [28] 李颖、杨玲、丁仁艳等. 综合性医院护工生存状况调查[J]. 卫生职业教育 2008 (1).
- [29] 杨永丽、张露、杨丽. 护工工作压力源及疲溃感的调查研究[J]. 护理学杂志 2006 (22).
- [30] Pratesi, A. The Productivity of Care: Contextualizing Care in Situated Interaction and Shedding Light on Its Latent Purpose [J]. *Ethics and Social Welfare* 2011 5(2).
- [31] 梅笑. 情感劳动的积极体验: 深层表演、象征性秩序与劳动自主性[J]. 社会 2020 (2).
- [32] Boris, E. and Parrenas, R. S. Introduction [A]. Boris, E., Parrenas, R. S., *Intimate Labors: Cultures, Technologies and the Politics of Care* [G]. Stanford, California: Stanford University Press 2010.
- [33] Williams, F. Care: Intersections of Scales, Inequalities and Crises [J]. *Current Sociology* 2018 66(8).
- [34] Swidler, A. Culture in Action: Symbols and Strategies [J]. *American Sociological Review*, 1986 51(2).
- [35] 郇建立. 病人照料与乡村孝道——基于冀南沙村的田野考察[J]. 广西民族大学学报(哲学社会科学版) 2013 (1).
- [36] [美]凯博文著 姚灏译. 照护[M]. 北京: 中信出版社 2020.
- [37] Chan, C. W. H. and Chang, A. M. Managing Caregiver Tasks among Family Caregivers of Cancer Patients in Hong Kong [J]. *Journal of Advanced Nursing*, 1999 29(2).
- [38] Lui, C. W., Ip, D., and Chui, W. H. Ethnic Experience of Cancer: A Qualitative Study of Chinese-Australians in Brisbane, Queensland [J]. *Social Work in Health Care* 2009 48(1).
- [39] 陈丽娟、程雨虹、孟美芬等. 我国护理员管理模式的现状分析[J]. 当代护士 2020 (19).
- [40] 崔仕臣. 我国护工管理发展趋势探讨[J]. 现代医院管理 2007 (5).
- [41] 陈静. 北京市卫生系统护工状况调研及管理思路探讨[J]. 中国护理管理 2007 (6).
- [42] 赵彦宁. 余命治理下的生死界阈照顾伦理: 以老年就养荣民为研究案例[J]. 台湾社会研究季刊 2015, 100.
- [43] Meagher, G. What Can We Expect from Paid Carers? [J]. *Politics & Society* 2006 34(1).
- [44] Adams, V. Sharp, R. Reciprocity in Caring Labor: Nurses' Work in Residential Aged Care in Australia [J]. *Feminist Economics*, 2013 19(2).
- [45] Nelson, J. A. Husbandry: A (Feminist) Reclamation of Masculine Responsibility for Care [J]. *Cambridge Journal of Economics*, 2015 40(1).

责任编辑: 含章