

医疗护理工作的“护士+护工”服务模式

——基于管辖权视角的社会学分析

姚泽麟¹ 王彦珂²

(1. 华东师范大学 社会发展学院, 上海 200241; 2. 伦敦政治经济学院 人类学系, 伦敦)

[摘要] 随着家庭结构的变化、女性就业的增加、老龄化程度的加剧,照料市场化已经成为一种普遍的趋势,这在医疗护理服务领域的反映便是“护士+护工”的新照料模式。在这种组合中,护士主要负责与医疗相关的护理工作,而护工则主要承担非医疗性的生活护理工作,且其与护士除了密切的合作,也往往接受后者的指导和管理。由此,护士职业既可以保持支配性,又在相当程度上摆脱了那些社会评价较低甚至带有肮脏性质的工作内容。这样一种分工安排确保了护士相比于护工的高阶地位和护工对护士在事实上的从属状态,使护士保有了既定的管辖权。而这根植于护士与护工在体制身份上的差别。这一研究促使我们思考照料市场化背景下如何更好地满足日益增长的医疗护理服务需求。

[关键词] 护理 照料 护士 护工 管辖权

一、问题提出:照料市场化背景下的医疗护理服务

照料是我们每一个人的生命历程中不可或缺的事项,不但生老病死时需要照顾,而且除此以外的日常生活中亦不能缺少关怀和帮助。而对病人来讲,专业护理和日常照料的作用就更为凸显。长期以来,我国的医疗护理服务^①多由护士和家属共同承担,护士提供较为专业的服务,如注射、抽血、检查、用药等,而(女性)家属则承担除此之外大量的住院生活护理任务。可见,家庭实际上在医疗护理服务的供给方面扮演了重要角色。

不过,由于当代中国正在经历的深刻的社会转型——城镇化进程不断推进,现代生活方式正在扩散,家庭规模日益核心化,家庭功能亦发生明显转变,同时女性就业率日渐提高,老龄化程度逐渐加深,照料逐渐成了一个社会问题:一方面,因为患病住院而发生的医疗护理服务需求可能随着老龄化的加剧而增加;另一方面,因为家庭结构、孝道观念、妇女地位等的变化,家庭医疗护理服务的供给却可能落入“短缺”状态,而与此同时,公共的照料资源亦没有及时跟进^[1]。在此背景下,照料市场化便应运而生,病房中的医疗护理服务亦出现了服务外包的现象。不同于过去护士与女性家属“合作”共同照顾病患的情形,今天我们在大医院住院部中经常看到的是“护士+护工”^②这样的组合。最近三四十年来,护工似乎逐渐替代了医疗护理中家属的角色,在住院照护中承担了日益重要的职责。相比于目前相关文献集中于对照料赤字^[2]、服务外包^[3]、职业化^[4]、性别不平等、照料中爱与金钱的矛盾^[5]等议题的诸多讨论,护士与护工究竟如何分工合作照顾病患却甚少成为研究对象。因此,我们的研究问题包括:何以会形成这样一种分工组合以照顾同一个病人的模式?在共同照顾病患的过程中,护士和护工是如何分工合作的?我们该如何理解这种护理工作的分化与组合?

[基金项目] 国家社科基金项目“当代中国的医生职业伦理研究”(18BSH082)阶段性成果。

[作者简介] 姚泽麟(1982—),男,华东师范大学社会发展学院副教授,上海市“中国特色的转型社会学研究”社会科学创新研究基地研究员,研究方向:医学社会学、职业社会学。

① 本文所涉的医疗护理特指在使用医疗服务期间的相关护理服务,多数都发生在医疗机构的病房环境中,而不包括其他的护理类型,比如日常照护。因此,我们下文中所讨论的“护工”都是指医院护工,其照顾的也不一定是老年人,而是生活无法自理的病人。

② 我国民政部于2009年分别制定“养老护理员国家职业标准”和“病患护理员国家职业标准”,其中都以“护理员”代替“护工”。此外,社会上和学术研究中亦有以“陪护”来指代护工。不过,晚近的研究文献、新闻报道等文本在提到这一群体时,多数仍旧使用“护工”,因此本文亦使用“护工”一词。

本文基于田野调查尝试回应上述问题。田野调查由两位作者共同完成。第二作者于2017年7月至2018年8月在四川省某三级A医院中进行了数次长短不一的田野调查,前期主要采用深度访谈与非参与观察收集资料,后期则借由进入该医院进行医务社工实习的机会进行参与式观察。期间调查者跟随科室主任及护士长一同查房,在病房中观察护士和护工的日常工作内容以及他们之间的互动。前期第二作者对14位受访者进行了深度访谈,其中各层级护士10名,均为女性,护工4名,包括2名男性2名女性;后期的资料搜集主要凭借参与式观察与工作时间内即时的询问及记录。第一作者则通过线上与线下的形式,在2021年上半年访谈了护士、护理专业在读学生、护工培训人员、护工管理公司派驻医院人员等共10余位,其中多半来自上海,小半正在或曾在长沙、兰州、宁波、温州等地从事护理工作。此外,我们还利用了既有的研究成果以及政府政策文本作为补充说明或佐证。

二、护理职业中的管辖权之争

护士与护工共同处理护理事务,实际上牵涉的是职业之间的管辖权问题。安德鲁·阿伯特将管辖权简单定义为“职业与其工作之间的联系”,其意味着职业对其工作和业务的排他性掌控权。他指出,职业与其工作之间的联系并非自然存在,且无时无刻不经历着挑战与变化,甚至可以说,管辖权之争贯穿于一个职业的始终。这种对管辖权的掌控,一方面立基于自身对专业知识的垄断,以及由此而来的对某个领域问题的解释权,另一方面则源于社会对这一掌控状态的承认^[6]。

管辖权的确立并非一劳永逸,许多因素会导致管辖权的变动。首先,需求的增加就是一个关键原因。一旦原有的职业无法满足这些需求,这一工作领域必然会发生变化——不是新的职业兴起,就是原有的职业构造出一个新的职业,以满足增加的需求^[6]。但无论如何,这些新兴的职业通常处于辅助或从属地位,换句话说,是在保证既定支配地位的前提下,这些新兴职业才有合法立足的可能性。

另一个重要的影响因素是,在具体的工作场所中,管辖权之间的边界也有可能变得模糊甚至消失。于是便出现了工作场所的同化(assimilation)现象,即从属专业人士、非专业人士等掌握了“既定职业知识系统中的技艺环节”。“在工作场所的管辖权系统中,关键在于个体实际上做了什么,而不在于他是否有资格去做^[6]。”这种情况尤其容易发生在组织当中。由于在组织中所承担的正式岗位的要求,专业人士常常需要承担许多非专业事务,甚至为此放弃自己的专业事务。尽管岗位说明等规章制度形式上确立了职业之间的边界,但“实际的劳动分工是磋商的结果,或者是出于习惯形成的,是职业管辖权的规则在具体情况下的体现”,当然这种分工是极不稳定的^[6]。也因此,职业会千方百计维持既定的管辖权边界,否则其管辖权和职业地位便岌岌可危。

解决管辖权之争的具体策略多种多样。根据上述可知,实际上职业不太可能掌控或长期掌控完全的管辖权——这更像是某种理想状态。于是就有了限制性的解决方案。比如常见的方式是从属管辖权,使某个职业从属于另一个职业,从属职业“既能够扩大主导职业的支配力,又不会分割其支配特权。主导职业也能把那些危险的日常工作委派给这些群体去做。更重要的是,这些群体从一开始就在占据者和从属者之间解决了公共的和法律的关系。这一点非常关键,因为从属群体承担着复杂的劳动分工,工作场所内广泛的同化作用会产生模糊的工作场所管辖权。如果不提前牢牢确立公共的和法律的关系,这种情况就可能造成危险”^[6]。除此之外,还有知识管辖权,即职业只需在认知层面保持对某个工作领域的控制,而在实践层面则可以在某种程度上放任其竞争者进入该领域^[6]。

现代护理职业的发展历程就是上述管辖权理论的一个例证。众所周知,弗洛伦斯·南丁格尔(Florence Nightingale)在19世纪创立了现代护理职业,使得原来由家属、修女等非专业人士所承担的护理工作逐步“移交”给了护士^[7]。但护士职业并未即刻形成成熟的知识体系,其职业合法性因而并未稳固,为此,南丁格尔采取了将护士置于近代医学体系中的策略^[8]。在其对这一职业的设计与安排中,护士被训练为完全遵循医生安排的角色。同时,南丁格尔也建立起根植于近代医学的护理学知识体系。可见,护士通过医学而非宗教的知识体系解释并控制了护理领域的业务,但其付出的代价则是服从于医生的权威,遵照医嘱对病人进行护理,导致其无法独自决定工作内容和工作方式,护士通常只能担任“办事员”的角色,难以获得更高的职业地位,从而成为一个典型的“辅助医

学”(paramedical)职业^[9]。

为此,从西方护理职业诞生之日起,护士职业便一直试图寻求较高的职业地位并维持之。后续的研究指出,护理是为中产阶级女性“量身定制”的职业,这样一个职业的创设,正因应了当时中产阶级女性走出私人领域、参与社会事务以及通过某种手段荣耀上帝等一系列需要。但与此同时,护理职业始终不乏下层阶级的女性参与其中,甚至她们才是护理工作的主力。在南丁格尔的实践中,这种分层赤裸裸地反映在其护理教育之中:来自中产阶级家庭的女性要被培养成护士长,而下层阶级的女性则被培养成护士^[10]。换言之,在护理职业诞生伊始,我们便看到了这一职业内部的阶层分异和教育差别,也看到了护理工作内部的边界划分。这一现象实际上源自中产阶级护士对职业地位的追求。

同样出于这种对职业地位的考量,护士职业一直有调整其职业结构的动力以摆脱来自于医生职业的约束。比如,护士可能通过“职业退守”(regression)——职业通过放弃一部分原本所要求的管辖权,借此找到一个新的业务领域,以使得其职业的合法性得以重构^[10]。艾略特·弗莱德森(Eliot Freidson)就发现,护士为了向上流动,所采取的措施是摒弃以往全然依赖于医学权威所建立的职业合法性,转而将医院中的管理业务纳入到自身的工作之中并以此重建其职业的合法性。在这个过程中,获得管理地位的护士得以成为“专业人士中的专业人士”。护士的专业性由医学的权威转为维持医院正常运转的管理权威,而以往从事临床护理的护士则转变为“辅助护理”(paranursing)的角色^[10]。基于这种内部分层,护士形成了一个具有内部流动性的职业结构,在科室、手术室及病房等环境中从事具体护理业务的护士在整个护理职业中被视为层级较低的辅助性角色,而在如医院感染管理科、办公室及行政部门工作以及从事护理管理的护士则具有较高的层级。由此,护士职业中原本较为均质的围绕着具体护理业务而形成的职业分层结构转为一种内部分层。

美国护理职业体系的变迁正好为此做了一个详实的注脚。在20世纪30年代,医院日益强调成本收益的比较,护理工作从此前的中产阶级家庭事务形象逐步转变为“专业性”形象。医院也开始采取当时风靡的“科学管理”,将计划和技术工作与执行和体力工作相区别。于是,护理劳动被制度化为高、中、低三等即专业护士(从专业护校毕业,监督和计划护理工作)、实践护士(接受一年培训项目,进行病房清扫和日常护理)、护士助理(经过十周培训,承担病患生活照料、清洁卫生等工作)。显然,这其中不但有专业知识的差异,亦有明显的阶层区别:高等护士以白人女性为主,而中低等护理岗位则更多地被非裔女性所填补。专业护士为了确保自身的职业地位,于是采取了种种策略:招收辅助性工作者打扫卫生和处理各种事务,以便自己能从事更为技术性、专业性的工作;同时积极限制中低等护士的发展,比如压缩她们的培训时间。与高等护士积极“合作”的还有院方:他们限制其他护理从业者的职业流动和薪资待遇,从组织层面保障了专业护士的身份和地位。这就导致了女性劳动力群体的分裂,维系了建基于族群和性别之上的劳动分工。因此,“专业护士的工作乃至职业地位依赖下属护理工作从事低薪、缺乏上升空间的‘脏活’;与此同时,通过维系相对于下属护士的职业地位,专业护士得以维系自身的地位,由此转移了之前护士与医生之间的权威之争,从而使她们屈从于医疗系统内的性别分隔。显而易见,此间最受益的是作为盈利机构的医院和作为医院权威的男性医生。换言之,种族分化维系了医院内的资本收益和性别分工”^[5]。

以上的管辖权理论视角和西方护理职业的发展历程给予我们极大的启发。尽管我国护士职业并未发展出制度化的内部分层,但从整个护理工作领域而言,护士和护工的分工合作与西方的护理职业的地位寻求和内部分层具有一定的可比性。

三、中国的护士与护工的发展历程

19世纪中后期,护理职业传入我国,至20世纪20年代前后就已经形成了较为成熟的行会^[11],并建立了一套较为统一的培养、考核、准入、监督和管理的职业体系。据我国最早的护理职业行会“中华护士会”的首倡者信宝珠(Cora E. Simpon)记录,其曾于1910年倡导建立全国性护理行会,并自行于福州马高爱医院创办看护学校——此时的护理教育尚且属于“各自为政”的分散状态。1915年,全国性护士行会“中国看护组织联合会”(即中华护士会的前身)正式成立。该行会的核心职责

之一便是制定全国统一的规范性护理培养和准入制度:原本由个人筹办、分别经营的护士学校须经过行会登记注册,同时护理学校的培训流程也经过了行会的统一制定,包括课程内容、培养时间、理论及实践结合方式等;同年,在行会的统一组织下,首次护士职业会考成功举办,这种全国性质的职业认证考核此后也逐渐演变为护理执业资格认证的职业准入途径以及监督手段^[12-13]。

职业协会的一项重要任务便是有关护理工作内容的知识构建。在这套护理知识中,基础护理、生活护理、专业护理等概念得以区分和界定。基础护理指的是为了达到治疗目的,必须完成的生活方面的护理和相关基础医疗措施^[14]。显然,生活护理属于基础护理中辅助治疗措施的基础操作,包括口腔护理、头发护理、皮肤护理、床位整理以及晨晚间护理等护理操作中直接对病人身体的护理及医疗环境的整理与清洁等。专业护理则涉及医嘱中有关治疗手段及其辅助护理和用药操作等,也包括各种采样检查、化验、手术、抢救、病案记录、管理等,属于依赖于基础护理进行的专业护理操作^[15]。历史上,无论是作为基础护理的主要组成部分的生活护理,还是与医疗操作密切相关的专业护理,都是护士的工作领域。在目前护理学教学中实际应用的教科书中,这二者也都是护士的工作职责。

但历史的事实却并非如此。有研究指出,西方传教护士来到中国创办护校、招收学生,但面对的却是中国人的普遍冷遇。“在中国文化中尚无与南丁格尔所传播的护理概念相对应的概念——一个高尚的、适合未婚女性的、敬畏上帝的职业。在中国传统的治病系统中,‘看护’(总是与‘伺候’不加区分),是一个家庭的责任,有着根深蒂固的性别规定和地位等级限制,看护(特别是照顾身体)只能由同性且比病人地位低的家庭成员承担。在十九世纪晚期的中国,由‘良家妇女’去照顾病人,或者男病人由女性看护简直无法想象。”^[16]于是,通常只有贫苦家庭或者被教会育婴堂收养的孩子才会去学护士。而传教护士为了保障护士的社会地位、吸引高阶层女性加入这一职业,开始雇佣佣人(servants)接手卑微的(menial)工作^[17]。而相反的一个做法是,1958年护理教育“大跃进”后,“速成的中专护理教育不强调护士的科研能力和分析能力的培养,把护理教育降低到具体的技能的培训,导致护士只会打针、发药,面对病人的疑问往往直接转述给医生,因此病人对护士的知识水平与能力缺乏信心,护士的地位也相应下降。护士缺乏继续教育机会,而同时,由于护理专业发展的不明确性,护士只能成为医生的助手,只能单纯地执行医嘱,加之生活护理也是护士的职责,所以‘打针输液端便盆、铺床叠被运东西’,‘医生的嘴、护士的腿’成为当时中国护理现实的生动写照”^[17]。如果说清末民初的护士职业通过业务划分,将卑微工作转嫁给佣人以提升自身的职业地位的话,那么新中国早期的实践则恰恰将护士去专业化,使其忙于具体的照料工作,实际上巩固了其对医生职业的从属地位。

值得一提的是,尽管护理职业在我国生根发芽已逾百年,但我国护士却长期处于短缺状态。根据卫生部1978年发布的《综合医院组织编制原则(试行草案)》规定,病床与护士比应为1:0.4,医护比为1:2。根据表1,自中华人民共和国成立伊始,我国护士数量已经有了大幅增加。就医护比而言,1950年为8.66:1,医生数量远超护士,这似乎也说明当时的生活护理工作多由家人完成。此后70年间,医护比逐渐减小。尽管至2019年,医护比已达到0.72:1,但仍与1978年所制定的1:2的指标有一定差距。而从病床与护士比这一指标来看,1950年全国范围内的粗略比值为3.15:1,床位数远多于护士。其后这一比值有波动,但总体在逐步减小,至2019年达到1.98:1,也尚未达到1978年设定的标准。而如果看国别比较,我国2019年每千人拥有的护士人数为3.18名,同一时期美国为14.55名(2017),英国8.17名(2018),法国11.47名(2018),德国13.24名(2017),俄罗斯8.54名(2017),日本12.15名(2018),韩国7.3名(2018),世界平均水平为3.82(2018),可见我国与发达国家均有较为显著的差距^[18]。

许多文献都指出,护工的出现是护士人手短缺的必然结果。的确,这在直观上解释了如今护工为何出现在病床边。但护工作为一个行业的出现时间较难确定。有学者认为,护工行业迟至20世纪90年代才出现^[19]。但也有学者指出,上海市的护工行业出现较早,早在20世纪六七十年代,上海部分医院中就出现了专门的陪护人员,这便是护工的雏形。到80年代,护工行业发展迅速。近40年来,护工行业的雇佣方式也逐渐从医院雇佣(与医院签订劳务合同)转变为医院“外包”护工服务而护工由护工管理公司雇佣。据不完全统计,至2015年底,上海市共有护工约3万人,其中女性占

95.2%,护工管理公司约 100 多家^[20]。

医院护工逐渐受到了学术界的广泛关注,不过其中多数是从医学的视角出发。其中有对某医院中护工从业者的调查,描述其社会人口学基本特征、工作与劳动保障现状与问题,由此探讨医院如何更加有效地进行支持和管理等;也有从防止医院内部感染的角度,指出护工作为外包人员,其防护知识和防护意识薄弱,相比于医护人员也缺乏相应的职业防护条件支持,因此容易成为防止医院内部感染的薄弱环节,需要引起医院和护工管理公司的注意。社会学目前对护工的研究为数寥寥,例如涂炯和梅笑从情感劳动的视角出发,探讨了大病照护中的护工的积极情感劳动和消极情感劳动^[21]。有关护士的劳动过程研究方面,马冬玲将护士的护理置于一个文凭崇拜构造的知识权力关系之下进行考察,指出存在护士因为知识和性别特征而受到较低社会评价,以及护士劳动的技术性无法得到承认等问题^[22]。总体而言,护士与护工如何共同护理病患,我们又该如何理解这一现象,目前尚缺乏相关研究。

表 1 我国的注册护士、床位、执业医师数量的变化(1949—2019)^[18]

年份	护士人数	床位数(万张)	病床护士比	执业医师人数	医护比	每千人口护士人数
1949						0.06
1950	37800	11.91	3.15	327400	8.66	
1955	107344	36.28	3.38	402409	3.75	0.14
1960	170143	97.68	5.74	427498	2.51	0.23
1965	234546	103.33	4.41	510091	2.17	0.32
1970	295147	126.15	4.27	446251	1.51	0.29
1975	379545	176.43	4.65	521617	1.37	0.41
1980	465798	218.44	4.69	709473	1.52	0.47
1985	636974	248.71	3.90	724238	1.14	0.61
1990	974541	292.54	3.00	1302997	1.34	0.86
1995	1125661	314.06	2.79	1454926	1.29	0.95
2000	1266838	317.7	2.51	1603266	1.27	1.02
2001	1286938	320.12	2.49	1637337	1.27	1.03
2005	1349589	336.75	2.50	1622684	1.20	1.03
2010	2048071	478.68	2.34	1972840	0.96	1.53
2015	3241469	701.52	2.16	2508408	0.77	2.37
2016	3507166	741.05	2.11	2651398	0.76	2.54
2017	3804021	794.03	2.09	2828999	0.74	2.74
2018	4098630	840.41	2.05	3010376	0.73	2.94
2019	4445047	880.7	1.98	3210515	0.72	3.18

四、护士与护工在护理中的工作界分

如今在一家高端私立医院工作、获得护理学士学位的小陈说,自己在大学学习护理的基础知识时,生活护理是护理知识体系当中的一块重要内容。她学过叠被子、铺床、擦身、翻身等——这些在我们许多护士被访者口中,都是护士的“基本功”,而且是护理起始的学习内容。但毕业参加护理工作后,完成这些工作的却一般是护工(访谈 21010701)。充其量,这些基本功是刚入行的护士需要完成的任务,但护士很快就与这些生活护理不再产生联系(访谈 21020801)。同样获得护理学士学位、目前从事护工培训的小沈说道:“所以比如说像换床单,还有铺床,还有老人的一些卫生护理,这些很多都是让护工去解决,护士就专门专注在她的技术,比如打针、给药这些操作。像在 ICU 的话,心电图监护护工肯定做不到的。还有导管的护理、各种管子,这都是(护士和护工)一起来做。”所以,当我们问及在上海类似铺床的生活护理是不是多由护工完成时,他表示了肯定(访谈 21022801)。

事实上,护工与护士在护理工作中的这种分工早于 1997 年就已经出现。原卫生部于 1997 年曾发布《关于进一步加强护理管理工作的通知》,明确提出医院可以使用护工分担护士的非技术性工作。护工工作的主要内容可以包括“外送患者(途中无危险者)进行各种检查,送取各类检查检验标本、报告单及病房用物,规定物品的清洗、消毒,在护士指导下对病人进行简单生活护理和床单位的清洁消毒等工作”。通知还特别强调,护工须经过培训,持证上岗,由护理部统一管理,且“不能从事

护理技术性操作及对危重病人的生活护理”,“严禁以护工代替护士从事护理工作”^[23]。基于此,有学者干脆将护工视为“护理工作的延伸”^[24]。于是,护理工作被重新界分,非医疗性的生活护理工作(如洗脸、喂饭、协助大小便等)和一部分与疾病相关的护理工作(如翻身、排痰、疼痛部位的按摩等)被从原来的护理工作中分割出来,“转交”给了护工;而卫生行政部门对此则予以确认,并强调护工作为护士的补充和辅助地位,但在聘用上并不构成对护士的威胁,因为护工是“临时工作人员”,“可以由医院统一选聘”。

这种划分在1997年经原卫生部通知明确后,在2010年开始的《医院实施优质护理服务工作标准(试行)》中再次得到强化。所谓优质护理服务,顾名思义即对护理服务中卫生部门认为存在问题的部分进行改进以使得护理达到“优质”的程度。卫生部印发这一文件提出了对全国优质护理服务的试行标准,其中涉及护理员(即护工)的管理使用的条文如下^[25]:

护理员管理使用(适用于有护理员的病房)。

- 1.建立完善的护理员管理制度,严格限定岗位职责。
- 2.护理员必须经过专业培训,协助护士完成非技术性照顾患者工作。
- 3.护理员不得从事重症监护患者和新生儿的生活护理,不得从事护理技术工作。

而在文件末尾,其又提及对于护士在临床护理的要求:

完善支持保障系统。

.....

采取有效措施尽可能减少病房护士从事非护理工作,为患者提供直接护理服务。

可见,这些条款明确地划定了护工与护士的业务边界:护工是要协助护士提供非技术性的照料,而护士则要尽量减少非护理工作,为患者提供直接的、专业的护理服务。换言之,在政策制定者的设想中,实际的优质护理应该是由护士进行病房内的直接护理,而护工则是在经过专业培训后对护士做补充。而从政策表述来看,护理的“优质”与否存在两方面标准:其一是在基础护理层面,护理人员应该以病人为中心、替病人着想,以此达到护理服务上的“优质”。正如一位在心内科工作长达二十年的主管护师(护士的中级职称)所言:

优质护理嘛,你说优质怎么体现,其实吧就是说要求我们以病人为中心,多考虑病人的实际感受嘛。其实也没有一个特定的标准,说怎么样才是优质的护理。这些都是自己在平常工作的时候自己发现了什么,比如说可能对病人来说比较好的措施,那么就建议一下科室里面可以做。比如说吧,以前你知道手术室的病床是没有电热毯的,那病人刚上去的时候,特别是冬天吧,就肯定会特别冷。那后来也就在病床里加了电热毯,这样就好多了。类似于这样平时在工作里面可能对病人有帮助的措施吧,大家就提,然后看能不能推广,就是这样。(访谈17070101)

其二则是从医院和科室层面来看,对护理人员的管理应该更为有效和规范以达到组织管理的“优质”。简言之,护士被要求提供优质护理服务,而护工则需要被更加“优质”地管理。

然而,有关部门对护理工作的内容界分并不等于现实。正如我们上文所说,目前护工在对病人的生活护理中已然成为必不可少的角色,而护士在生活护理中的实际操作却在减少。我们参与观察的四川省A医院于2014年前后开始开展优质护理。当问及这些优质护理的措施是否涉及对护工的要求时,这位主管护师表示:

护工啊,不会啊。护工都不归科室里面管的,这个事情主要还是说要科室里面来发动嘛,比如说你想到了什么好的点子,那看看能不能实施。护工可能有些时候也会跟我们提到吧,但是对他们是没有要求的。你不能说,噢你不优质护理,我就不给你发钱,他的钱本来就不是医院给的,他都是跟病人,是吧,拿钱做事的。科室里的事情跟他们关系不大的。(访谈17070101)

可见,优质护理几乎不涉及护工,这一点在与护工的访谈中也得到证实。当问及是否被科室要求“优质护理”时,已经在内一科做了10年但并未受雇于医院或者任何公司的护工王阿姨就说:

(优质护理)没有说让我们干过什么。我们在这边就是照顾病人嘛,这边老师们(医生和护士)的事情和我们关系不大的。平时只是可能护士长,有些时候会找我们开个会,大概就是说一下最

近病房里面要注意的,清洁打扫一下,或者是别的什么事情。嗯,医院里面也不会怎么管我们。像他们在公司做的,那比如说还有公司可能说,培训一下什么的,但是说实话,照顾病人这种事情都是做久了,熟悉了就会了。哪有说培训一下就行了的是吧,像之前有一个(受雇于公司的护工)吧,你说病人尿在床上也不处理,半天也不给人家翻身都起褥疮了,也是有的。(访谈 18020301)

尽管A医院中优质护理只是针对护士而并没有对护工提出要求,但这并不能抹杀护工一直护理病患的事实。在为数不多的护工访谈中,这位护工的讲述透露了几点信息:第一,她称病房中的医生和护士为老师,而且常常接受护士长的“指令”,协助做好清洁卫生等工作,这隐隐透露出护工与护士之间不平等的等级关系;第二,虽然护工公司有专门的培训,但在这位护工看来,照顾病人“熟悉了就会了”,培训不管用,实践才能出“真知”——这正是阿伯特所说的工作场所中的“同化”效应。

为了应对同化和确保自身的管辖权,职业就会采取各种策略以维持职业之间的“边界”和彰显“主从关系”;其可能动用复杂的符号秩序,包括使用尊称、制服和其他权威符号;也可能诉诸许多“排他性行为”和“强制行为”,即允许其他职业做什么和不做什么。在护士与护工的分工合作中,这些现象也比较普遍。首先,刚刚谈到,护工称护士为“老师”,而护士经常称呼护工为“阿姨”^①。其次,护工的工作在护士看来并不被纳入所谓“优质护理”甚至是“护理”的范畴,在日常交流中,护士会将护工的工作表述为“照顾病人”或者“看病人”,而几乎不会用到“护理”一词。在护士看来,护理指的是具有一定专业性(或文件中所提到的“技术性”)的操作,如打针、抽血和套尿等,但并不包括护工对病人的身体和日常生活照料,即“生活护理”。因此在涉及优质护理的问题上,鲜有护士会认为护工需要参与。最后,尽管护士在实际工作中较少参与生活护理,但有关生活护理的理论知识和技术标准却是每一位护士在校期间的必学内容,换言之,护士事实上通过“知识管辖权”这一方式指导和把控护工的生活护理事务。

正如我们前文所述,尽管现实中护士已经逐步退出生活护理领域,但在目前护理专业学生的培养中,生活护理仍然是重要的必修课程。根据被访对象提供给我们的护理学教材,生活护理,如铺床、病房卫生、病人的起居等护理都占到了非常大的篇幅,还是作为基础护理的重要构成部分^[26-27];而且,目前护理领域中仍然会强调生活护理在护士职业以及治疗过程中的重要性^[28-30]。当被问及关于护士职业培训中生活护理如何体现时,一位21岁中专毕业并在A医院实习的护士提到:

(生活护理)会涉及的呀,比如铺床就是专门要考的,一般实践课程都会考核基本护理的操作技术,比如怎么输液打针这样的。病房卫生也是,都会提到的,这些我们书里都会有。但是这些工作其实在医院里面做得会少些了,所以在教的时候也就是稍微提一下吧。(访谈 18020201)

显然,护理专业的学生只是“学习”生活护理,但她们都有非常确定的预期,即毕业后并不会从事生活护理工作。另一位本科护理在读的学生亦确证了这一点:

我今年刚到医院实习嘛,其实像是身体护理一般都不会要求我们做的。你知道就像现在更多还是护工做得多一些,要不就是家属也会照顾病人的起居。现在科室里都是责任(制护理)的,平时要做的事情太多了。像是我们科室,现在要完全实行责任(制护理)基本上是不可能的,一般就是一个人负责比如说1到20床输液、配液这些,另一个人负责20到40床这样……总的来说就是医院里面人手那么缺,不可能对每个病人真的做到责任护理的。(访谈 18020202)

但不参与生活护理并不代表护士对这一业务没有干预和控制。曾经在ICU做护士的刘女士就在访谈中呈现出护士与护工的类似于指导与被指导的权力关系。她回忆说,因为卧床的病人无法动弹,因此护士会跟护工说,某天要给他洗头,或者剪脚指甲,或者擦身、翻身等。谈到这里,刘女士补充道:“其实这个属于生活护理,翻身的话,对于那些卧床病人来说,我们也是有标准的,比如说你必须得要两个小时翻身,这也是护理的一个工作内容。”(访谈 21020801)可见,在ICU当中,护工即使

^① 在我们参与观察的A医院,因为不少护工很多都与科室中的医护人员沾亲带故,因此医护人员对护工的称呼比较亲切,他们称经验多的护工为“师傅”,或“张师”“刘师”,经验少的则称为“小王”“小张”(尽管护工的年龄都比护士大)。

做生活护理,也是在护士的指导下。

如果说ICU比较特别,那么一般科室的病房又如何呢?曾经做过14年护士的季女士就此说道,在病房的护工有专门的管理者,而非由护士来管理。“我想我们也没有权力去指挥她们。”但随即她说,在照料同一个病人时,“一个是在照顾,一个是在做比较专业的护理”,因此二者可能会有些交集(访谈21031101)。在其看来,护工所提供的只是“照顾”,大概与家人给予的照顾无异;而只有护士所提供的才是“比较专业的护理”。这种潜意识当中对护工和护士所做工作的差别的看法,很明显地反映了她感知到自身所具备的“专业优势”。

因此,我们看到了护士群体对护理工作内容的清晰界分,而在这种界分的基础之上,还有她们对不同工作内容的价值判别:自己目前所从事的护理是专业性较强的工作,其对病患的意义不言而喻,护工则限于较为匮乏的专业知识和技能而无法担当这些任务,只能做一些“普通人”都能做的生活护理事务。因此,其价值与护士提供的专业护理不可同日而语。所以,在护士们看来,由护工来从事病人的日常生活和身体护理是正常的、合理的、没有问题的。而基于这样的认知与意义赋予,在护理工作中,护士与护工也构成了一种隐形的权力关系。那么,护士与护工这样的一种工作分工和管辖权边界是如何维系的?

五、工作意义的区分与体制身份的差异

虽然护士的短缺从结构意义上解释了护工的出现,但这并未解释二者在具体的护理服务中工作内容的界分和管辖权的分割。我们认为,这一问题的答案一方面需要从护理工作本身的社会意义中去寻找,另一方面则隐含在二者不同的专业知识与体制身份之中。

就护理工作本身的社会意义而言,社会赋予这一工作的意义和价值并不很高,这在护士的职业声望上可以得到清晰的反映。在我们的访谈中,大部分护士和护理学生都表示自己当初并不想报考这个专业或从事这个行业,这一点在拥有护理本科学位的学生那里更具张力。他们在高考后,满怀憧憬报考的是临床医学专业,但令他们措手不及的是被调剂到了护理专业。在系统中看到自己被录取到护理专业的那一刻,她们几乎都是难以置信和震惊。例如,目前在兰州某医院做护士的小朱回忆自己被录取到护理专业时“落差超级大”:

“(得知被护理学录取的时候)就是一个晴天大霹雳,因为我想象过,当时我觉得XX大学我可以选择的专业很多,然后我当时填了三个专业,我想的是即使调剂了,那么多专业都不可能调剂到护理去的,然后抱着侥幸的心,结果被录到护理专业的,还是我同学告诉我的,我当时心情特别失落,我想复读,复读,但是我又觉得我复读,第一压力很大,而且我觉得我再复读也得消耗一年的时间,年纪到时候也就大了,然后我就很纠结,然后最后就想通了就去读了,也没有复读。”(访谈20210228)

小朱面对自己要学护理的现实,这种失落的心情在我们的被访者中较为普遍。而当周围的人获知这一录取结果时,多半也是不解,尤其不解的是,都要去读本科了,为什么还要学护理?护理不是伺候人的工作吗?护士不就是打针发药吗?^①诸如这种疑问,其背后实际上折射出护士的职业声望较低,这与医生的职业地位存在巨大的差别。

不但社会中许多人仍然认定护士是伺候人或照顾人的低级行业,而且护理工作中还不可避免涉及肮脏之物的处置,例如大小便、病体、医疗废物、甚至尸体等,这些东西被认为是污染源,这不但是指在生物学意义上,也是指在社会意义上,社会中对这些事物乃至接触这些事物的人诸如“晦气”“霉运”的评价便是一个证据。由此,护理工作在某程度上也是一种“脏活”(dirty work),此间的肮脏兼有客观性(physical taint)和社会性(social taint)的意义。吴心越在对养老院中的照顾工作的研究中指出,机构中的照顾常被视为一种肮脏工作,因为护理员长期接触患病、衰败和濒死的照顾对象

^① 护理职业在我国最早叫“看护”,1914年中国看护组织联合会上海召开首届全国代表大会时,第一位毕业于护理专业的华人女留学生钟茂芳提议改为“护士”,“护”意味着照顾和保护,而“士”则是指知识分子或学者。

以及处置排泄物等。而避免恶心和被污染的常用策略之一,便是某种“屏蔽”或“隔离”,例如掩盖气味、避免直视、佩戴手套,或者表现出勇敢、自嘲等排解社会压力和负面情绪,抑或重塑工作的意义,赋予其高尚的道德意涵,以摆脱社会污名^[31]。而沿着这样的逻辑,我们会发现,护工的出现从某种意义上缓解了这一紧张。因为她们包揽了很多肮脏之物的处置工作,从而在关涉病患的脏活与护士之间起到类似“缓冲带”的作用,使得护士得以摆脱这些脏活而从事更专业的事务。

与此同时,护士+护工的组合模式不免令人想起医生+护士的模式,类似护士相对于医生的辅助角色,护工在面对护士时亦扮演了此种角色。而且,护工的出现并未从制度上对护士职业的管辖权带来挑战,相反,这样的一种分工安排确保了护士相比于护工的高阶地位和护工对护士在事实上的从属状态,在这种组合中,护士职业既可以保持支配性,又在相当程度上摆脱了那些社会评价较低、甚至带有肮脏性质的工作内容。

那么,这样的一种从属性管辖权和知识管辖权如何维系的?我们认为,护士与护工在专业知识和体制身份方面的“天然差异”是背后的结构性因由。许多有关护工的调研结果显示,护工从业者多为中年女性,小学与初中文化水平占其多数^[24],这显然无法与“科班出身”的护士相提并论。根据《中国卫生健康统计年鉴2020》的数据,2019年,我国注册护士中,中专占比26.3%,大专占比34.8%,本科与研究生占比23.8%^[18]。专业知识与技能上的这种差别,导致了护工的从属地位。而同样重要的是,二者的体制身份有根本性的差别。根据我们的调查,多数护士虽然没有医院的正式编制,但却有医院院聘员工的身份,这使得护士的收入和福利待遇均能得到较好的保障^①。相比之下,护工则是外包服务的工作人员,虽然在病房工作,但实际上并不是“医院的人”。如涂炯等研究所言,护工是“不可或缺的局外人”^[32],她们只是在医院工作而已。医院对护工而言只是工作场所,而对护士来说却是有一定归属感的单位^②。这种体制身份上的根本差异也反映在卫生行政部门的政策文件中,护士的权益在这些文件中不断得到重申:一方面,辅助护理人员(护工、护理员等)要在专业护士的指导和管理下,为患者提供生活照护,从事辅助护理活动;另一方面,严禁这类人员从事专业护理工作。二者合而为一,保证了护士在转移部分护理工作内容后,仍然保有在护理职业系统中的权威地位。

六、结论与讨论

本文基于田野调查,描述了我国当下医院病房中护士与护工在护理工作中的分工与权力关系,并且剖析了此种职业分工得以实现和维系的原因。我们发现,在医疗护理中,护士将生活护理的内容“转移”给了护工,而自己则从事更为“专业”的护理工作。护工与护士在护理过程中形成了较为清晰的工作界限,同时二者又存在较为隐形的指导与被指导、管理与被管理的权力关系。

我们认为,理解这样一种职业系统内部的工作内容界分的状态,并不能仅仅诉诸护士短缺这样简单的因素,而要考虑到背后更为复杂的文化和制度因由。众所周知,护士的职业声望依然较低,而护理工作又包含了许多“脏活”。护工的出现刚好帮助护士职业在某种程度上与肮脏之物区隔开来。而护工与护士在专业知识与体制身份两个维度上的根本性差别,使得护士对护工的指导和管理变得“顺理成章”。这也促使我们进一步思索:倘若护士不再短缺,生活护理的市场化趋势是否就会终止?看起来,这个问题的答案是否定的。照料市场化带来了生活护理的质量层次不齐、病患和护工的权益常常“双输”的结果,这似乎并不能以简单的增加护士或护工的数量来解决。

当然,护工的出现、对家属照护的替代以及与护士的分工合作,确实在相当程度上满足了社会转型之下社会对护理和照护的巨大需求。然而医疗护理服务的这种分工与合作也隐含着女性内部的不平等。一方面,家庭中的女性因为护工的出现得以摆脱照料病患的职责而不影响自己的工作,由此减轻自身的照料负担;另一方面,这种分工组合的社会安排并不威胁护士既有的管辖权,甚至使得其有机会摆脱繁杂的、低专业性的、肮脏的照料内容,从而确保了其职业地位。但以上两个方面实质

① 这方面最新的文件是《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强医疗机构护理工作的通知》, http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-09/02/content_5539428.htm。

② 前文提及的原卫生部1997年的通知,就强调护工属于“临时工作人员”。

上都是照料责任在不同阶层地位女性之间的转移。而且,对于本文集中讨论的护士职业而言,这似乎使护士在面对医生权威时的从属地位,从相对于护工更高的职业地位中找到了某种程度的补偿,由此维系了医院内护士相对于医生的“辅助医学职业”的地位结构。

本文是对护士和护工职业关系的初步探索,许多议题尚有待进一步的挖掘和讨论。一方面,护工从事生活护理似乎存在地域和医疗机构层级的差异。比如,我们在对兰州某三甲医院护士的访谈中发现,兰州并没有此种现象,护士还是需要从事大量生活护理的工作。这可能与所处地域的家庭照料观念和照料市场化程度有关。另一方面,护士本身亦存在差异,目前我们访谈的护士多为大专和本科学历,她们感受到的学历与职业之间的地位不一致的张力更甚;但护士群体中也有相当一部分只有中专文凭,这部分护士实际的工作内容如何,也有待进一步考察。

[参 考 文 献]

- [1] 吴小英.照料的问题化及其政策选择——一个家庭变迁视角的探讨[J].杭州师范大学学报(社会科学版),2020,42(6):80-90.
- [2] 岳经纶,方萍.照顾研究的发展及其主题:一项文献综述[J].社会政策研究,2017(4):38-56.
- [3] 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):75-86.
- [4] 梁萌,吕游,刘万丽.嵌入与消弭:中国国家业职业化实践研究[J].妇女研究论丛,2020(5):28-41.
- [5] 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):12-27.
- [6] [美]阿伯特.职业系统:论专业技能的劳动分工[M].北京:商务印书馆,2016.
- [7] FREIDSON,E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge [M]. Chicago: University of Chicago Press,1988.
- [8] ABEL-SMITH, B. A History of the Nursing Profession [M]. London: Heinemann,1960.
- [9] 马冬玲.进步与妥协:西方护理职业化中的性别建构[J].妇女研究论丛,2011(4):84-91.
- [10] [英]瓦丁顿著,李尚仁译.欧洲医疗五百年(第二卷:医学与分化)[M].台北:左岸文化,2014.
- [11] 王琇琪.护理发展简史[M].上海:上海科学技术出版社,1987.
- [12] 信宝珠.环游中国记[M].上海:上海广学书局,1929.
- [13] 施德芬.护病历史大纲[M].上海:上海广协书局,1946.
- [14] 余爱珍.基础护理学(第2版)[M].南京:江苏科学技术出版社,1996.
- [15] 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].北京:人民卫生出版社,2012.
- [16] [美]盖艾帕玛,甄橙.现代护理在中国的发展[M]//吴章,布洛克编,蒋育红译.中国医疗卫生事业在二十世纪的变迁,北京:商务印书馆,2016.
- [17] LIU, CHUNG-TUNG. From San Gu Liu Po to “Caring Scholar:” The Chinese Nurse in Perspective[J]. International Journal of Nursing Studies,1991,28(4):315-324.
- [18] 国家卫生健康委员会.中国卫生健康统计年鉴[Z].北京:中国协和医科大学出版社,2020.
- [19] 刘静影.试用“护工”制度加强病房管理[J].护理研究,1988(2):65.
- [20] 王燕,贾同英,袁蕙芸.上海市护工行业市场现状的调查与分析[J].中国医院,2016(7):22-31.
- [21] 梅笑,涂炯.效率与温情:大病照护中的情感劳动何以可能[J].妇女研究论丛,2021(4):53-67.
- [22] 马冬玲.“软”技术的社会建构及其不满:对护士劳动过程的质性研究[J].武汉理工大学学报(社会科学版),2019(5):33-40.
- [23] 关于进一步加强护理管理工作的通知[EB/OL].[2022-09-11].<http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s3593/200804/223ae1b438a241-c18366e976b3c17ad5.shtml>.
- [24] 王静,李秀云.医院陪护模式现状及其影响因素的研究进展[J].护理学杂志,2011,(1):88-90.
- [25] 医院实施优质护理服务工作标准(试行)[EB/OL].[2022-09-11].<http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s3593/201012/5a2b0edd7cd449e8ae281e3ad73bbfa0.shtml>.
- [26] 吴之明,余剑珍.护理学基础(第2版)[M].上海:同济大学出版社,2013.
- [27] 郭丽.基础护理学[M].济南:山东科学技术出版社,2015.
- [28] 刘苏君.基础护理——护士的专业内涵[J].中华护理杂志,2015(4):243.
- [29] 成翼娟.基础护理与专科护理是护理专业发展的双翼[J].中国护理管理,2010(3):11.
- [30] 王宝珠,付瑜.开展优质护理服务深化基础护理内涵[J].护理研究,2010(28):2614-2615.
- [31] 吴心越.“脆弱”的照顾:中国养老院中的身体、情感与伦理困境[J].台湾社会研究季刊,2018,(110).
- [32] TU JIONG MEI XIAO, FANG CHAN.Indispensable Outsiders: A Qualitative Study of the Working Experiences of Hospital Care Workers in China[J].Journal of Nursing Management,2021,29(2).