

复旦-哈佛医学人类学合作研究中心通讯

Newsletter of Fudan-Harvard Medical Anthropology Collaborative Research Center

人類學之友

醫學人文專刊

本期主編：朱劍峰

本期推薦

朱劍峰：醫學人類學與日常生活

復旦大學

社會發展與公共政策學院

NO.3 2013

總第四期

卷首语

“你们的研究有什么用”这是笔者在复旦大学从事医学人类学教学和研究的五年中所遇最多看似简单实则重要的问题之一。作为文化人类学和应用人类学的交叉学科，医学人类学的研究为政府、医疗机构、甚至商业保险机构制定相关民生健康的政策和指导其从业者（医生，护士，社会工作者，政策制定者）的实践方面都曾经做出过不可估量的贡献。这些贡献部分源于医学人类学所采用民族志田野研究方法。当人们意识到标准化，社会化的大生产带来的社会弊端时，便开始转向注重个体性(personal)、具体性、特殊性的研究，尤其是在和健康、生命有关的领域。在社会政策制定方面，定量的调查和数字化图表化的结果呈现固然简单清晰，但是能够实地，全面，具体地掌握老百姓日常生活状态也应该成为政府最终决策的依据。而民族志田野研究方法的全景性使其研究跨越了诸多学科的限制；该方法的细微性(nuance) 使得其研究成果深入细致，因此能够将研究问题放置于特定情境下进行全面而深入的审视。正是因为有了独特的研究方法，医学人类学便有了立足之本，无论是学术研究上还是实践应用上，其价值都是有目共睹的。但是她的有用之处绝不仅限于此，笔者将在《医学人类学与日常生活》一文中将更加具体讲述医学人类学“有用”的案例。

本期《人类学之友》医学人文专辑中基本所有文章来源于笔者 2013 年春天为复旦社会发展与公共政策学院本科生开设的质性研究方课程，作者们来自学院内社会学，社会工作，心理学等不同专业的学生。由于课程时间设置，实习机会等等客观因素所限，他们的观察还没能真正做到“参与式，”他们的访谈还没能做到完全的“深入，”他们的论述中相关理论的运用也略显生涩，但是他们关注的话题，如医疗机构文化，心理卫生，以及青春痘（痤疮）等和每一个人身心健康密切相关；他们的田野在一定程度上真实地再现了现实的复杂性和多样性，基本做到质性研究对“细节”的追求，满足了笔者对“故事”的偏好。在此，我对每一位作者和质性研究的田野实践者表示感谢，希望他们能够继续和医学人文相关的质性研究，讲述更多更好的“故事”。

朱剑峰 于曲径蓬门
2013 年 9 月 17 日

人類學之友

特邀顧問：肖澤萍 徐一峰 梁鴻 彭希哲 錢序 嚴非

海外顧問：凱博文(A. Kleinman) 法莫(Paul Farmer)

包蘇珊(S. Brownell) 古德(B. Good)

陳宏圖 邵鏡紅(J. Shea) 宋柏萱(P. Song)

顧問（以姓名首字母為序）：

陳虹霖 程文紅 程遠 高晞 顧東輝 何燕玲

劉欣 納日碧力戈 潘天舒 瞿鐵鵬 任遠

孫時進 徐珂 張樂天 朱偉

主編：朱劍峰

責編：鄒駿飛

版面：黃彥閩 雷婷 李銀涵

校對：張小星 沈悅菲 沈高明 馮然 馮錦錦

2013年第3期

（總第四期）

目录

身体与认知	1
• 医学人类学与日常生活	2
• 痘痘的困惑	9
机构关系	25
• 基于上海两家医院血液肿瘤科病房初探医护关系现状	26
• 医院护工与患者及其家属互动关系的质性研究	46
心理卫生	57
• 心理卫生工作者的专业背景与职业发展的质性研究	58
• 九龙治水与分身乏术的迷思	70

※·身体与认知·※

医学人类学与日常生活

复旦-哈佛医学人类学合作研究中心副主任 朱剑峰

医学人类学是一门即古老又年轻的人类学分支学科。在西方学术体系中，人类学共有四大分支学科：考古学，体质人类学，语言人类学以及社会文化人类学。而医学人类学是20世纪50年代初刚刚兴起的一个融应用和学术研究为一身的新成员。此时的医学人类学者集中在公共卫生领域，主要是和国际健康领域的专家进行合作援助非洲，拉丁美洲等不发达地区，帮助完善其医疗体制，意在控制传染性疾病的扩散。70年代，医学人类学进一步发展占据了人类学领域的中心地位，其研究中心偏重于对亚洲医学体系的探索，人类学家青睐于比较的田野方法，其理论基础主要集中在解释人类学，现象学和象征人类学（symbolic studies）；80年代，越来越多的医学人类学家开始在现代医疗机构里从事田野调查，医学人类学的队伍日益壮大，研究视野也逐渐拓宽，美国医学人类学研究会成立，此时医学人类学理论的探讨就融入了多个流派：批判理论，后结构主义理论，性别研究，等等，医学人类学家开始积极参与到对与医疗平等与贫困关系的讨论中。90年代，医学人类学界和STS科技学的互动增强，医学人类学者开始对尖端的医疗技术产生兴趣，比如基因工程，制药业等等，

因此这些学者一军突起，成为当今医学人类学研究领域的弄潮儿。医学人类学界从不缺乏积极投身于一线的社会活动家，他们一些人身兼两职，即从事医疗工作，救死扶伤，又深深地意识到疾病的社会根源，著书立说，要求实现社会公平。

国外的医学人类学流派众多，五彩纷呈，上至“Human Genome Project”（人类基因组计划）下至小学生物学的课程设置,都有相关的人类学家主持参与。医学人类学者不仅从事学术研究，还积极从事与身体文化健康有关的各项社会活动，并时常为知名报纸健康科技科学文化等等专栏撰稿。很多人的研究理论虽深奥，但绝不乏幽默和鲜活的生活气息，更重要的是他们对当代人类生命质量的由衷关怀和对不同文化的人文尊重，这些都是人类学学科训练出的特有素质。而我国大多数学生、学者对人类学的理解还仅仅局限于的“民族学”和“体质人类学”的框架。尽管民族医学的研究是医学人类学中的重要分支之一，但是笔者从业以来，发现很多人一谈及“文化”就局限在所谓的“传统文化”的论述中，强化了传统与现代的区别。有趣的是中医等民族医学纷纷申请并被列为“非物质文化遗产”尽管其结果具有现实的政治经济意义，但是被我们忽视的却恰恰是被传统所掩盖的现代医学文化。西医，抑或生物

医学，长期以来被世人奉为神圣的“科学领域”它所呈现的是不夹杂丝毫主观“文化”色彩的纯客观规律，正是这种去文化的神圣感使很多人文学者在医学，医生面前自愧形参，失去了批判的精神。而现代医学人类学得发展却展现给我们了西医的“文化性”和“地方性，”让我们深入地了解到生物医学的所处的社会背景，它和众多民族医学一样也是一种地方性的知识，也是一种文化。和其他医学体系一样，它有自己生根发芽成长的土壤，我们要学会用人文的眼光理解它，批判它和欣赏它。笔者希望通过对该学科与日常生活的关系的论述，比如流行文化中对医学问题的展示，日常养生问题的探讨，让人们意识到该学科的现代生机，吸引更多的人从事这一领域的工作。医学人类学的研究涉及到个人生活的方方面面，生（如现代生殖技术的应用）老（如老年痴呆症的护理）病（如过度医疗化的负作用）死（如器官移植和脑死亡的文化接受）等等。下面笔者就以自己平时对自己生活的观察为例，对当下流行文化和日常生活中所映射出的医学人类学问题进行一个简要的分析，以帮助读者领略当代医学人类学的魅力。

生 (reproduction)

再生产文化在不同社会文化政治背景中的具体表现形态，而人类学家将“再生产” (reproduction) 作为重要的分析工具来深入探讨由此反映出来的相关性别，权力和性 (sex and sexuality) 等文化现象背后的政治理论。在人类学常人视角的影响下，民族志研究通常是倾向聆听女性的声音，记录女性的生育的亲身体验，挖掘本土知识/信仰体系中有关生殖健康的信息，来比较不同文化中对某些重要的生殖理念的不同认知以及因此而引发的不同生育实践，比如流产与人权，母体与胎儿关系等。而在医学人类学领域，以 Emily Martin 为代表的象征主义人类学学派中对生物医学知识体系中对女性生殖系统描述所采用比喻的诠释来探讨科学生育的文化涵义，(比如射精一词中所潜含的隐喻即男性的攻击性，主动性往往为我们所忽视，我们对这些沉睡的隐喻早已习以为常，而不加深究)，进而揭示医学知识本身的政治性和社会性。当然，对于医学人类学家来讲，文化解释不仅仅限于成文的符号解读，他们特别关注在现代生物医学的渗入过程中，不同国家和地区女性和男性对各种生殖技术的，采用，接受和抗拒的现状及其引起的各种复杂的社会问题。在 Rayna Rapp 对美国女性羊水穿刺检验的民族志研究的激发下，2003年笔者开始自己的博士论文田野研究，就发现在我国优生优育政策的引导下，城市中的育龄女性都必须面对围产保健体系中的许多身体检查，而孕期女性和医生对各项检查有着不同的解释和实践。笔者在论文中专章记录了围绕母血筛产生的很多故事。查筛查和诊断性的检查最本质的不同在于，前者无法给出明确的诊断结果，只是风险存在的可能性，而由于医患沟通

的种种误区，致使很多准妈妈在做该项筛查前后都陷入了莫名的紧张和无限的烦恼。孕育生命的过程在围产保健带来的新生育技术的介入下，显得尤为复杂。本来是“自然”的生理过程，一下子变得如此“不自然”，而伴随这一“自然/不自然”孕程产生的是新一代母亲，她们对自己一方面经历着“痛并快乐着”的过程，一方面也逐步成长为一个不同于以前的主体（becoming a mother）。

养生与衰老

“城市让生活更美好”2010年世博会的宣传语引发了当代中国的都市人对美好生活，生命质量和城市未来的深思。都市，不仅仅是代表着现代文明，也体现了现代化的种种弊病：环境污染，工作、生活压力，从而直接危害到个体的身心健康，使人们对都市人未来的生命质量产生忧虑。随之而起的，是都市人应对健康危机的种种养生运动，涉及到日常生活的方方面面，不仅仅涵盖了一般意义上的体育锻炼，还包括饮食，全身保养，理疗服务甚至是宗教意义上的修身养性。这些运动在多大程度上缓解了危机？这些运动的参与各方，个人，社会组织，医疗机构，政府机构的关系如何，又是怎样协调运作的？这些融于日常生活中的健康运动是否转变了人们对自己身体，社会以及其关系的传统解读，又是否形成了适应当代都市的新的自我主体意识？对将来的医疗实践和社会管理会产生什么样的挑战？

养生，在医学人类学的研究中被列为替补医疗（alternative medicine）形式的一种，隶属于传统中医实践，和主流医学（biomedicine）相对立。近年来，直接对中国养生的医学人类学论著集中在美国医学人类学家冯珠娣（Judith Farquhar）所从事的中国药膳（2002）和晨练（2005）项目中。她的研究着眼于北京市市民，尤其是对中老年人的养生活动和观念进行了深入的调研，开启了北美医学人类学界对中国养生理念和实践研究的先河，并且进一步深化了中国社会转型过程中人们主体性形成和转变学术讨论和研究。但是此类研究对象主要集中在中老年群体，养生活动也多是退休后的晨练生活，这种视野的选择体现了西方人类学家对自身医学文化（biomedicine）批判和对替补医学的不懈追寻。但是这种视野有其显而易见的局限性。“养生”是人们生活的一种状态和方式，它不应该专属老年群体。另外，在中国，从西方引进的“健身运动”和“美体运动”事实上在经过本土化之后，都融入了“养生”的范围。

笔者在过去的几年中试图将“养生”的研究扩大到都市中正在承受极大生活、工作、精神压力的青年群体中，从而为解决都市人整体的身心健康问题提供更加全面详实的田野材料。同时，也进一步解析“养生”概念在当代全球化背景下在都市中青年群体中的演变及其影响下的人们行为模式变迁和相关主体意识的形成过程。作为中国传统医学象征符号的“养生”实践并非一成不变，在普通人日常实践的层面上，

“养生”本性就是开放的、多样的和流动的。笔者通过初期的调研注意到，在城市中存在着大量的非正式医疗机构提供的“养生”服务，比如中医按摩、足疗以及民间修行者开设的有关养生的讲坛。这一部分“养生”实践作为一种消费方式已经无所不在成为新兴白领阶层的“健康生活”的不可或缺的组成部分。这种商业化了的“传统养生”方式对“健康”主体意识形成的到底有着什么样的关系，这个问题一直贯穿于笔者几年的田野实践中。当“健康”迅速成为“消费对象”的今天，“养生”本身也在经历着迅速的商业化过程。但是在某种程度上，“消费”的价值观念和文化含义与“养生”传统理念时常相背离，（比如“见素抱朴”，少私寡欲，“无为而治”等等）。笔者也看到在这些矛盾的背后，产生的复杂的主体意识，以及相应的奇特的“身体实践，”“身体政治”的联系。

身体，健康，不仅仅是从生物医学层面上对生命体的概念性界定，也不仅仅是个人对自己身体状况和能力的自我评定和认知，它涵盖着生物医学、个体心理、以及社会文化的多重角度对生命的理解。美国国家老年机构社会老年学（social gerontology at the National Institute on Aging）通过 20 多年的研究提出三个有关衰老的命题：1）衰老是一种社会的、行为的和生物的交织在一起的复杂过程，并非一成不变。2）衰老和文化、社会经济和人口结构等因素的影响是相互的，在历史不同时期有不同的表现。3）衰老贯穿于生命的整个过程之中。（Ory 1995:281）这种对衰老“过程式”（processional）的诠释将对中老年的健康保健问题扩展至个体的整个生命过程中，对健康和疾病的探讨深入至社会的经济文化科技等等诸多领域内。从而把衰老从狭隘的年龄和疾病定义中解放出来，为“老年”疾病的防治和控制认识论的层面上打下了基础，即健康和文化。在这一认识论基础之上，医学人类学家展开了一系列有关“衰老（aging）”课题的研究，如 Lawrence Cohen（对印度老年痴呆症的研究，No Aging in India），发现健康的定义本身就具有地方文化的特征，衰老并不是每个社会都是带有消极评价的。比如记忆的丧失 Hindu 教就不认为是件坏事，而是一种超脱凡世的表现。当然，对“衰老”的解读也不应该局限在对概念的文本分析，更应该着眼于人本身的相关社会实践活动。而工作恰恰是诸多实践的关键一环。笔者认为不同的劳动场合、工作环境、甚至企业文化对个体的衰老过程起着重要的作用，既包括从心理、生理上加速抑或延缓，也包括对养老的需求和预期。但是目前中外人类学界、学术界对衰老的研究还是集中在对“养老”和老年痴呆症、中风引起的老年慢性病、老年孤独等等心里“疾病”和死亡的研究上。笔者认为，这种研究虽然在很大程度上丰富和加深了我们对衰老的认知，可是他们并未逃脱出自己批判的潜在前提，即老年人是一种不正常的病理状态并已经丧失了劳动能力。笔者认为，要想摆脱这种束缚，应当把衰老的话题在工作阶段—即在人还有工作能力的时候，

就加以考虑。涉及对“衰老”的认知，个体所处的工作环境，衰老的构建等等新论题。从而将工作单位纳入社会养老保障体系之中，使其在不增加运营成本的情况下对社会养老问题起到积极的作用，为员工创造良好的微观文化环境，使他/她们顺利过渡到“老年阶段”。

病，死

《姐姐的守护者》，这部 2009 年根据同名小说改编的美国电影描述了身患血癌的凯特 Kate 和她一家人的悲欢离合故事，其中凸显的主题是凯特的妹妹安娜为追求 "medical emancipation" (医疗解放) 而发动的一场民事诉讼。安娜是父母通过基因技术“制造”出的与凯特基因完美配型的小女儿。正如片头妹妹自白所述，她从出生就是被“设计出品”(engineered)的，她生命存在的目的和价值似乎仅仅是为了捐献肾脏，拯救姐姐。11 年来，安娜源源不断地将自己的脐带血，白血球，肝细胞，骨髓提供给自己的同胞姐姐凯特。但是面对着情况日益恶化的凯特，全家人开始对母亲孤注一掷的拯救行动产生了质疑和矛盾。当母亲再一次要求安娜为姐姐捐出自己一个肾脏的时候，安娜出乎意料地提起了诉讼，要求对自己的身体有“决定权。”她找到律师并把母亲告上法庭，她要捍卫自己对自己身体的所有权和支配权。影片最后展示了，安娜的诉讼决定是迫于凯特的请求作出的。影片中所涉及的医学伦理问题发人深省，基因工程“造人”计划的合理合法性，器官移植中不同个体生命的平等性，对癌症患者的终极关怀，生命终止的权力等等。但是对于人类学家，我们更多看到的时西方文化，特别是生物医学中，人们对“身体”的理解，这一点集中体现在凯特对自己身体权力的诉讼中，从律师的讼词和她自己的陈述我们常常听到的“medical emancipation”即是未成年人对自己身体的，而不受父母的限制。随着现代医疗科技的迅猛发展，人类对自身了解增加，各种与身体相关的问题也日益显现，“我和我的身体到底是什么样的关系？”“我拥有我的身体吗？”“我对我的身体有什么样的权力？”抑或“我就是我的身体？”影片中妹妹安娜的诉讼举动以及最终裁定结果就说明了美国的主流文化认为身体可以作为一种客体而存在，“我”对自己的身体拥有法律上的权力，这种“意识”和“身体”“主观”和“客观”的分离是西方笛卡尔哲学传统的传承。笔者在 2005 年对中国女性和美国女性在生育文化差异的研究田野也清晰地显示了这种对“身体”的理解。美国女性在中国医院生产时，最不喜欢的地方时自己对身体的“失控”“医生从不告诉我到底发生了什么，我彻底对自己的身体失去了控制，他们做什么也不告诉我。”而中国女性的陈述中却鲜有如是论调。中国女性更多的是对“医生护士态度”的抱怨，而从不提及“对自己身体的控制。”身体作为客体被拥有，支配，买卖一方面方便了生物医学中先关技术的发展，比如器官移植手术，同时生物医学知识和科技

的发展又强化了人们对自己身体作为客体的理解。这种文化的解释借助于“科学”的力量将逐步深入我们的日常生活，塑造着我们习以为常“社会现实，”更重要的是他们成为国家权力控制意识的基础，标示着身体政治时代的到来。身体政治的出现，一方面国家层面上更加注重对人口整体的把握和控制，另一方面个体对自己的身体健康极度关注，时时处处生活在健康/不健康，正常/非正常的张力中。广而言之，对身体的控制也包括对自己生命的掌控，影片中，凯特最终按照自己的意志选择了放弃治疗，结束生命，她平静地离去了，其他人的生活还继续着，只是在每年凯特离去的那一天，一家人在美丽的蒙塔纳湖边寄托着哀思。我们在对生命脆弱感叹的同时，也不仅暗暗赞同凯特的选择。在这一点上，凯特和安娜有着共同之处，都追求着对自己身体和生命控制的自由和权利。

电影展涉及的第二个人类学问题就是疾病的陈述，正如凯博文在其著作疾病陈述中指出的 *illness* 和 *disease* 的区别，影片中大篇幅展示出的是血癌患者凯特在生命的最后阶段对自己生活的回忆和对死亡的理解。“疾病” (*disease*) 是生物医学界对非正常的生理现象的命名，而和“疾痛” (*disease*) 的概念后者代表的则是病人及其家属等广泛社会关系网络的视角，他们随时都要直面病症及其带来的不便。这种概念的区分意义之一在于将处于生物医学系统中的病人从“物化” (*objectified*) 的客体状态下解放出来，使其声音得以重视并获治疗的价值。书中的“疾痛”主要集中在患有长期慢性病的病人，与其他疾病不同，慢性病治愈的患者很难治愈必须和疾病长期共存。因此，对疾痛得文化解读便显得至关重要。对意义的追求，是“解释医学人类学”中的核心。该理论流派承袭了 60、70 年代美国人类学界语义符号象征分析的传统，对“病症的意义” (*meaning of symptom*) 同时也是多年来医学人类学家对不同文化的医疗体系进行的民族志田野研究的继续。医学人类学家深信由于疾痛的意义产生于各种社会相互交换的关系中，对意义的研究必将同时帮助到患者，家属和医护人员，以增强医疗的效果。对“意义”的排斥是生物医学界的极端物质和机械化所致。

最后，影片通过凯特母亲 Sara 的种种言行淋漓尽致地展现了现代社会中人们对癌症的理解。Sara 对待爱女癌症的病痛，态度异常明确，“战斗！”癌症通常的比喻正如 Emily Martin 所说，是“入侵”的“外敌。”为了“驱除鞑虏”，病人要不惜一切地勇敢奋战。Sara 对凯特的爱恰恰表现在她对癌症的征服欲望，采用最尖端的医疗科技，不轻言失败，我们在感动同情之余，却不仅发问，对现代医学对癌症和其他疾病的认知是不是在某种意义上限制了对生命的理解，和对“正常”“健康”状态的极端追求？正如 Arthur Kleinman 所说“无常是常态”现代生活中，我们对秩序的制造和再造不恰恰将许多无序和无常遗漏，甚至是有意排斥在系统外吗？而对正常/非正常，(*normal/abnormal*) 的讨论也是医学人类学家津津乐道的话题。

由于成文时间和篇幅所限，本文只是粗略地勾勒了笔者近年来如何从医学人类学的角度审视我们习以为常的生老病死等生命现象，有很多也都是浅尝辄止，笔者只想告诉那些仍然徘徊于医学人类学门槛前的读者，医学人类学绝不是高不可攀的阳春白雪，它根植于普通人的日常生活，与每个人对自我，身体，生命，社会的认知息息相关。对笔者而言，医学人类学的魅力就在让我们反思所谓的“正常”和“自然，”从“不正常”和“不自然”中寻找人性（humanity）的边缘所在。

参考文献

Cohen, Lawrence.

2000. *No Aging in India: Alzheimer's, The Bad Family, and Other Modern Things*. Berkely, Los Angeles, London : Universit y of California Press

Farquhar, Judith.

2002. *Appetities: Food and Sex in Post-socialist China*. Durham: Duke University Press

Farquhar, Judith and Qicheng Zhang

2005. *Biopolitical Beijing: Pleasure, Sovereignty, and self-cultivation in China's Capital*. *Cultural Anthropology* 2 (3): 303-327.

Kleinman, Arthur.

1988. *The Illness Narratives*. New York: Basic Books.

Martin, Emily

1987. *The Woman in the Body: A cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press

1) *Flexible Bodies: The Role of Immunity in American Culture from the Days of Polio to the Age of Aids*. Boston: Beacon Press

Ory, Marcia G.

1995. *Aging, Health and Culture: The contribution of Medical Anthropology*. *Mecial Anthroology Quarterly*. Volume 9, Issue 2: 281-283

Rapp, Rayna

1999. *Testing Women, Testing the Fetus: The social impact of Amniocentesis in America*. New York and London: Routledge.

痘痘的困惑

复旦大学 2010 级本科生

刘艳 孙如懿 鲁念妮 吉璐 王雪冰 李雨曦

摘要：痘痘本是寻常可见的现象，个体对其的做法却大有不同，研究者发现不同的做法来源于三条路径的不同认识，一是源于生活经验的“无需干预论”，二是源于医学建构的“医学治疗法”，三是源于商业炒作的“护肤品保养法”。笔者通过田野研究探求了医学与护肤品如何将个人的逻辑变成个人的常识，并再现出这两种话语体系下个人的选择与抗争。

关键词：痘痘 医学 护肤品 消费主义

一、个人对青春痘的认识

（一）个人经验与选择控制

A 认为青春痘它并不是一种病，她几乎没有求助过西医，只看过两次中医。她之所以认为青春痘不是一种病是因为一开始她妈妈告诉她脸上那些东西就是青春痘，过了青春期就好了。因为青春痘不是一种病，所以在面对它的时候 A 不是那么恐慌，至多只是觉得影响了美观，比较心烦。而如果是切实影响到健康的病比如胃炎、肠炎这些她会非常恐慌，这时候她会去找西医看病，希望能够尽快治好它。但是青春痘只是比较顽固的皮肤问题，A 觉得没有必要去找西医。即使真的要干预，那么开点中药调理下内分泌就可以了。非常有趣的是 A 觉得因为青春痘不是病，看看中医就好，这种逻辑似乎认为中医不是用来治病的。后来 A 虽然看了中医，但却没有坚持喝中药，因为她妈妈比较担心中药的安全性问题，所以就放弃了，之后对青春痘采取的就是放任的态度。

B 认为青春痘是一种病，这是因为在她脸上刚开始冒出那些红红的疙瘩的时候她并不知道这些东西是什么，她在电话中跟妈妈讲了以后妈妈也不知道具体情况是怎样，建议她去看医生，而且刚好她念的那所高中就靠近一个比较好的皮防所，所以她就自己去看了医生，医生将这些东西界定为痤疮，然后开了吃的药和抹的药膏给她，所有这些药的说明书都强调了“痤疮”这个词，并阐明了这些药的药理功能。所以对 B 来说，青春痘一开始是以“痤疮”的身份出现的。那时候 B 的痘痘不是很严重，吃了药抹了药膏以后痘痘就好了很多，以后也只是偶尔冒出几颗。当时她在全封闭的学校读高中，信息闭塞，到后来她从同学的口中得知痤疮就是青春痘，并

且接受同学的建议使用护肤品对青春痘进行干预，护肤品的介入使青春痘作为病的形象出现受到了质疑，她后来就没有看过医生，而只是随便抹抹祛痘精华也就足以应付了。但是当痘痘大规模爆发，她觉得问题比较严重的时候，和当初不知道脸上冒出了什么的时候一样，她是非常恐慌的，这种恐慌驱使她去寻找医学的帮助，因为觉得医生专家更有权威更有保障，她想知道是身体哪里出现了问题。

C 大概从初中的时候就开始长青春痘了，一开始她认为青春痘不是一种病，她当时看到很多关于青春痘的广告，什么“迪豆”啊什么“可伶可俐”啊，然后就对号入座，自我诊疗，买了一些护肤品涂抹，没有觉得严重到要去看医生，但是她一直在换护肤品，用了一两个星期以后没有见效就立刻改换其他产品。一直到了高中以后，痘痘大规模爆发，她觉得事情非常严重了以后就去看了医生，医生告诉她这个与内分泌有关系，不只是皮肤表面的问题。然后针对内分泌开了药，但是在吃药的那段时间确实是有了好转，虽然医生交代如果吃完了药最好要去复诊，但是 C 觉得既然已经好些了也就懒得再去看医生了。再后来痘痘又强势回归，而且 C 的月经非常的不规律，她在网上了解到这两者有很大的关系，所以她就去看了妇科，把月经调理好了以后确实痘痘的情况也好转了。可见在后来的干预中，C 已经不只把青春痘当成皮肤问题，而是一个需要看医生的疾病了。

基于对三位被访者的分析，个体对青春痘的第一印象与个人的一些偶然经历以及环境因素有关。这样一种初步印象的建立人与人之间是有不同的，这种不同不是我们预想的那种世界观或是价值观的不同，它可能并没有那样的深度，而只是建立在一些偶然性的因素上。但是这些偶然性因素的背后却是强大的力量操纵着的必然性，这三种观点可以说是当下对青春痘认识的三种归类，一是源于生活经验的“**无需干预论**”；二是源于医学建构的“**医学治疗法**”；三是源于商业炒作的“**护肤品保养法**”。A 的认识源于母亲，母亲的权威源自更丰富的生活阅历和生活经历；B 的认识源于医生，医生的权威源于科学力量的深入人心与医学已经取得的成就与地位；C 的认识源于商业精美撩人的广告，护肤品的权威源于效果的及时性、在医学领域之外建构起来的深入人心的一套逻辑以及与对媒体话语权的控制。

然而对青春痘形成的这样一些初步印象并不会因为路径依赖的效应而一直延续，虽然每种印象背后都对应着一股强大的力量，如以上所分析的那样。ABC 三人的认识随着知识的不断充实而有所改变，A 的改变是最小的，她一直觉得青春痘并不是一种病，但她并没有像她妈妈所说的那样一点不需要干预，等到青春期过了以后自然就会变好，她根据她自己的逻辑思维进行行动，既然青春痘不是病，那么就找“不是用来治病”的中医来调理调理身体，但是最后因为妈妈对中药安全性的怀疑而放弃了，而采取自由放任的态度。而 B 一开始就医的经历强化了她对青春痘是一种疾

病的认知，但是后来同学使用护肤品祛痘的经验也使得她放弃了医疗祛痘的初步印象，而尝试新的方法。C一开始在广告的刺激下首先选择的是护肤品祛痘，与此相对应的是青春痘在她看来只是护肤的问题，但是后来青春痘非常严重以至于护肤品无能为力的时候她选择了就医，知识的丰富使她意识到青春痘可能还与妇科有关系，因而她不再痴迷于化妆品，而选择医疗手段。在这个过程当中，每个人并不是一如既往地服从于一股力量，而是融入了自己的生活经历与经验，这正是以下要分析的。

在现代社会，虽然福柯为我们描述了一个全景式敞开的监控，把权力理解为对人规训的权力，这种规训盘踞在人的身体之上，不依赖与对主体的自我再现的思考。从福柯的观点出发，似乎服从权力的控制是一种本能，连自愿不自愿的问题都不是可讨论的了。但是笔者认为我们的社会可能并没有那么悲观，因为我们的社会达到了前所未有的多元，我们虽然不能摆脱权力的控制，但是却可以选择控制，在这里面是包含了人的主体性的，它甚至包含了个体基于自身生活经验作出的思考。当一个人“中毒”不是那么深的时候，她被控制的程度是可以被减轻的，就比如A，相比于B和C，其实痘痘的状况只会更严重，而B的状况是最轻的，但是事实是A为此付出的精力和努力是最少的，而B抗痘的经历是最丰富的。可以说A是最游离于那三股力量之外的，最后基本是放任。而B和C在后来都根据自身的实际情况，在新知识的引导下选择另外一种更适合自己的干预方式，可见这其中是包含选择控制的主动性的，虽然我们在本能地服从控制，也无时无刻不在被控制，但是这并不代表没有游离的可能性，也并不代表没有选择的服从控制。

（二）在具体干预中的主体性

环境-对于痘痘的第一印象：

D、E与F都有从各种途径知道青春期和痘痘之间有关联，但是他们原来印象中认为不是每个人青春期都会长。C初中时看到有同学长了自己没长强化了这种关联，认为青春期会有人长痘痘，自己是不会长的人。D在大学开始长痘痘时，首先打破了自己是不会长痘痘那类人的想法。E初中时看到也有同学长，但是自己家里人没有人长过，也强化了青春期会有人长痘痘，自己是会长痘痘的人。F在高中也目睹了一位同学艰苦卓绝的战痘历程，所以觉得痘痘离自己可能并不遥远。

D、E与F本身就有对于青春痘的一些知识，即青春期有些人会长痘痘。当自己同龄人刚刚长痘痘时，仍然不排除自己可能长痘痘的可能性，初高中长痘痘都是可能的。E其他家人都没长过痘痘，自己很快在初中长痘痘这个事实使他确信了这个“知识”。而D的家人也没长过痘痘，在大学之前面对同龄人长自己不长，在她大学

长痘痘之前她本来已经确信了这个事实。即她其实认为知识中的青春期其实是指初高中阶段，而自己的经历没有让她否定知识，只是使她重新定义了知识，扩大了对青春期的定义。

第一次干预

在她痘痘还很少的时候，她的姐姐先以芦荟膏可以试试的方式进行了干预，这种干预并没有加重她心中痘痘的严重程度，没有将痘痘当做一个病需要专业系统的干预，反而可以通过药膏这种简单的方式解决。

E 在初一时痘痘从一颗两颗开始迅速蔓延，一直到不断严重。但是他的生活方式并没有发生大的变化，让他确信痘痘的不断生长与自己的生活方式无关。但是电视的宣传让他对于祛痘产品有了认识，认为痘痘也许是可以进行干预的，祛痘产品并没有抑制痘痘内在的生长，不过他也一直没有停止使用祛痘产品。

D 与 E 对于痘痘的第一次干预都是来自自己身边就可以获得的资源，D 是姐姐而 E 是通过电视。D 与 E 的不同在于，D 是被动地接受了第一次干预，而 E 则是自己主动寻求了第一次干预。这两次干预对于痘痘都没有明显的效果。但是他们把没效果的原因归结为痘痘不能根治，而非归结为自己干预的方法不对。这两种干预都没有让他们减轻痘痘的严重程度。

F 在高中的时候偶尔会长一些痘痘，到了大二的时候开始大规模爆发，她认为这可能是和自己的生活方式有关，因为自己上了大学之后开始比较晚睡，所以她自己从此开始比较注意调节，但是还是继续生长，所以在二大的寒假，她和母亲一起去了当地的皮肤科医院，开始了第一次干预，医生开了外用的药，但是一两个月之后无效，F 开始对医学失去信心。但就算这时，F 也没有想过寻求护肤品的帮助，因为在她看来，护肤品的安全性比较不确定。

与 D、E 不同，F 的第一次干预是医学干预，是她出于安全性的考虑主动寻求的。无效之后，她对医学失去信心，但仍然认为可以痘痘是可以治好的。

第二次干预

D 的第二次干预是她主动寻求的干预。而之所以寻求干预，受到以前同学的影响。她以前的高中同学主动提起了她脸上的痘痘，使她加重了对于自己痘痘的关心程度。她在这种情况下主动寻求了家人的帮助。家人告诉了她她姑姑的事例，一个过来人的形象，现在脸上也没有看到什么引子，这对于她比起同龄人更有说服力，因为她可以预见“青春期”过后的走向。这时，她加深了痘痘在青春期后自然会好的知识，也减轻了她对于痘痘的担忧。

E 的第二次干预则是他被动接受母亲的干预。她母亲这次寻求了一个专业介入，即去就医，她的母亲把痘痘提升了疾病的严重程度。正因为一个更专业的介入，让

他产生了对于新知识可以治疗他痘痘的希望。然而他认为这次对于痘痘严重程度的加深，并非在于痘痘本身是否严重，而是认为痘痘和个人内在的健康与平衡联系在一起。他把痘痘重新定义为一种身体不健康的“症状”。但是他认为这种身体不健康不可以被定义为一种特殊的“病”，他提出了去看医生不只是去看病，很多时候是去咨询自己身体健康状况。虽然之后开出的药对他有一定的效果，可以使痘痘长得缓慢，并且消除一些外部的痘痘，但是没有达到阻止新痘痘长出来的效果，让他又重新修正了自己的看法。他认为医学并不能“根治”痘痘，即不能解决新痘痘长出来的问题，所以医学对于他来说并不那么神圣。

F 的第二次干预源于痘印的加深，很多同学看到她之后会说“你怎么开始长痘痘啦？”，这让她感觉比较没面子，而且实在是影响到了美观，于是 F 决定要着手干预痘印，但是对于痘痘她仍然是任其发展的。她这个时候觉得，痘痘应该是一个非常自然的过程，等过了这段时日，以后应该会好的，而有人长有人不长，这是由于各人体质不同。

第三次干预

D 的第三次干预受到她室友的影响。她室友开始长痘痘，并使用包括祛痘产品、药物等各种手段，并且会给她许多信息。她的室友重新覆盖了她姐姐这样一个“同龄者”的形象，并且因为室友身上可见的效果变得更有权威性与说服力，然而室友与姑姑是两个不互相冲突的形象，因为姑姑给她的是一个未来的预期，然而室友解决的是当下痘痘的问题。室友与她的交流加强了她对痘痘的关注，以及面临找实习等，她开始考虑到个人形象对于面试的重要性。于是在室友的推荐之下，她开始使用了部分祛痘产品，希望可以在当下干预痘痘。而这次干预的结果以失败告终，然而她并没有因此完全否定祛痘产品的疗效。

E 的第三次干预来自于他自己找到的规律。而他之所以有这种洞察，来源于他发现高中时期痘痘开始会有间歇，并且由于高中时在饮食以及睡眠的变化，由此他自己总结出了生活习惯上的规律。但是这一点并没有否定他之前认为痘痘不能根治的想法，这种规律反而验证了痘痘自己自然会好的想法。对于他来说，良好的生活方式对于痘痘的干预效果胜于医学和化妆品。在他看来，良好的生活方式会改善个人的身体健康，是可以调理个人体质的。化妆品则可以有效控制外在痘痘。然而他发现了这种规律之后，他的痘痘已经开始有了逐渐消退的趋势，他并没有非常严格地用这些规律克制自己。

F 的第三次干预来自误打误撞查出的激素水平，她在红房子调理例假的时候，发现自己的激素水平严重不平衡，医生告诉她，这正是她脸上长痘痘的主要原因，并且给她开了调理内分泌的药，建议她忌食辛辣重口食品与甜食。她看到化验报告的

时候，又开始相信医学了，她觉得根据精密的检测得出的结论应该是有用的，并且医生给她开的是内服的药，内服与外用相比，更符合医学干预给她的印象。第三次干预是小有成效的，F脸上的痘痘确实明显少了。F说，她现在比较相信医学，但是仍然不认为医学可以完全治愈自己，因为内分泌、激素等水平还是和各人体质、基因有关的，用药调理，就算可以调理好，也会有复发的可能，但是她愿意尝试下去。

第四次干预

D在发现祛痘产品没有效的情况下，以及另外一个在她生活中比较了解护肤的室友的建议之下，决定尝试不用祛痘产品，而是通过控制饮食清淡。D说她想通过这个方法来看看到底原因是什么。从了解所得，她对于医学和化妆品并非完全不信任，她对两者都抱有一定的希望，但是这种希望没有迫切到让她继续不断尝试。她自己认为自己的干预很多程度是受到同学影响，她的室友仍然在不断地更换新的祛痘产品和祛痘方法，但是她的室友也没有找到一个最满意的方法，而且所花的成本包括金钱以及药物的烈性程度越来越大，她考虑到自己对于痘痘并不是如此在意，所以她并不准备继续追随这个室友。而E在进入大学之后，他遵守着外在的干预上，但是其实在他自己看来更有效的比如控制饮食的方法他自己却没有采用。可见，痘痘对于他生活的重要性正在下降，痘痘并没有影响他的人际关系，反而他认为如果因为痘痘控制自己的饮食则会对他自己以及和朋友相处都造成不快乐的氛围。

基于以上分析，我们可以看到对于这三个同学，对于痘痘是否严重到需要主动干预，往往来自于他们意识到痘痘对他的生活造成了困扰影响，这个影响很大程度上来自痘痘本身造成的物理上的感受，比如疼痛。以及痘痘造成的在相貌上的心理困扰。而这种困扰往往可以在人际互动中得到有效的增加或者减轻，如果痘痘比较少的成为人际交往中的话题，或是痘痘并没有降低受欢迎程度，则痘痘造成的相貌上的心理困扰会降低。

此外，在具体控制自己的身体时，他们其实有自己的取舍。比如B即使认为控制饮食比外用更重要，可是他并不会因此控制自己的饮食。而A即使相信会有那么一款更有效果的祛痘产品，可是她并不会因此不顾价位和副作用就去使用；在和朋友出去吃饭的时候，她往往仍然会吃辣的。由此可以认为，虽然消费主义认为通过消费领域不断刺激需求对人实施了消费的控制，可是这种控制并不是严格的控制，个人在其中仍然有很多自己的选择，比如个人的体验和人际关系。

二、医学力量与青春痘

以上我们提到了三股控制的力量，虽然我们肯定了个体在被控制的这个过程中

的主体性和能动性，但是这种能动性也是建立在三股控制性的力量之上的。首先我们就来关注医学，关注在医学这个体系中青春痘的话语体系如何建立、控制机制如何可能以及主体是如何应对的。

在医学的语境中青春痘就是痤疮，根据我们对李长恒教授的访谈，目前青春痘的发病规律已经被把握住了，可以用一个词概括，那就是“内分泌失调”。

（一）现代医学给出青春痘的发病机制：——内分泌失调

男性素与女性素不平衡就会产生青春痘，青春期阶段容易发生。男性素也就是睾酮多一点、女性素少一点，睾酮就会通过身体中的一种叫做 5α 还原酶转化为二氢睾酮，二氢睾酮可以刺激皮脂腺（背部、脸部、胸部皮脂腺比较多），使皮脂腺肥大，皮脂分泌增多，分泌增加同时把毛囊孔角化，里面皮脂很多，外面又出不来，这时候细菌、毛囊虫滋生，就会出现炎症和丘疹还有囊肿，因为皮脂腺分泌不出去的话就会把皮脂腺敞开变成像囊肿一样的东西，去掉以后真皮也坏了，就会留下疤痕。

审视这套话语，逻辑的严密性是无懈可击的，一环扣一环，并且通过专业的复杂命名与日常生活拉开了距离。最关键的是，医生对他们这套逻辑是非常有信心的，在整个访谈中，李教授一共提到了四次：只要你掌握了上述的规律，就可以解决这个问题。现代医学已经渐渐与西医画上了等号，对青春痘发病的解释与许多其他的疾病一样，都是建立在西医的激素水平、细菌以及生化反应上。即使是使用很多隐喻方式、用辩证的眼光来看待病症的中医现在也借助于西医的眼光来解释中医。这位李长恒教授就是一位老中医，根据访谈可以对中西医的区别联系作如下分析：

中医和西医其实是两种路径，中医是以各种尝试和经验的总结立根的，所以中医所谓的治本就在于其治疗的有效性与效果的持久性，它的有效性不是建立在清楚解释发病机制和治疗过程的基础上，反而这个过程很多时候它是自己也讲不清楚的，所以采用一些抽象的象征性的东西来说明这个过程，比如风、火、阴阳等。而西医则不同，它立足于微小的细菌和病毒的研究，用分析和综合的方法寻找到患病的根源，然后在此基础上针对这个原因进行干预，所以对西医来说找到发病原因才是最重要的，而从发病原因到对抗性治疗的每个环节都是一套严密的逻辑推演下来的。西医发展的过程伴随着各种命名，如 5α 还原酶，专业壁垒由此越筑越高，因为其逻辑的严密性、干预的有效性、与日常生活拉开距离的神秘性，使得医学越来越成为一门科学。

很多问题从中医自身出发是解释不通的，但是借助西医就可能解释的通。就比如与青春痘很相关的“上火”这个词在西医的语境中就很抽象，什么是火？说不清楚，但是用西医的眼光来审视，其实上火就是吃了热性食物，使得身体温度升高，

温度一旦高了以后细菌繁殖得就会更猛，相应地痘痘就变得更严重；而所谓的降火的金银花、菊花等，其实所起的作用也只是消炎杀菌。

现在的中医至少我访谈的这位老中医，在他的治疗逻辑中已经看不到辩证施治的影子了，中医更多也只是一种治疗的手段，其落脚点还是西医的对抗性治疗。对抗性治疗似乎成为了面对疾病时医生与患者所能想到的唯一方案。凭借着现代化的手术室和复杂的生化试验、药品开发，医生们开始忘却、甚至嘲笑起了那些古老的医学理论和实践。现在所说的中医结合也不过是把中医拿过来作为对抗的一种手段，正如我们所了解的，在李长恒教授推崇的青春痘的治疗方式中，所谓的中药调整内分泌也只不过是针对 5α 还原酶，将这样一种酶的活性给抑制住了，从而改善激素水平。归根到底还是西医寻找病的根源然后采取对抗性干预的那一套方法，只不过中医在抑制这个酶的活性上可能效果比西医要更彻底。

总而言之，现代医学诊治结果的“正确性”是可以通过药理学、免疫学、生理学、病理学、流行病学等多学科“逻辑实证”得出的，而这样的明确性与逻辑的严密性正暗合了科学的要求，谁也不能抵挡医学作为一门科学的发展轨迹，中西医结合的过程其实是一个不断剔除主观性和模糊性的过程，至少在青春痘这个问题上是这样的。科学在现代社会取得的地位是不可挑战的，是一股最强大的力量，也是我们寄予了最大希望的那股力量。

（二）医学力量建构下作为患者的抗痘者

根据 ABC 的经历，青春痘是不是疾病主要与这样一种皮肤问题有没有严重到引起恐慌的程度有关。当引起了足够的恐慌，不管是对刚长出的这些红疙瘩的不确定性的恐慌，还是大规模长痘蔓延了一脸的恐慌，都会驱使个人选择去看医生，把它当成一个病对待。因为 A 和 D 一直觉得青春痘是一个自然的生理过程，过了就好了，并没有引起足够的恐慌，所以她对青春痘的问题一直比较淡定；而 B 一开始由于脸上不明物的不确定性和最后的大规模爆发，都引起了恐慌，所以求助于医生；C 也是在痘痘大规模爆发，觉得事情非常严重了以后才去看医生的。但是对于 E 来说情况有些特殊，青春痘本身并没有引起他的恐慌，但是他把痘痘和个人内在的健康与平衡联系在了一起，把痘痘定义为一种身体不健康的“症状”。在这些访谈的个案中我们发现了这样一个共性：一旦个体意识到问题的严重性感受到了健康问题引起的恐慌以后会求助于医学。在这个共性背后就是我们在上面分析的那股力量在支撑——现代医学，它取得了支配性的权威地位。在提到自己的第一次就医经历的时候，ABCDE 都表达了同一种想法，他们是怀着一种希望和信任去就医的。

虽然正如很多学者指出的“在中国对于专家系统抽象的信任是需要重建的”，我们每天都在叫嚣着专家是“砖家”，但是聚焦到具体案例中，当个人遭遇不知如何干

预的比较严重的与身体有关的问题而感到恐慌时，专家和权威作为最强大最吸引人的可依靠力量，是恐慌者最安心的避风港。

但是治疗的效果是不是会修正个人对于医疗干预的看法呢？根据我们访谈的案例，尤其是 B 的经历，我们发现即使医疗没有产生期待的那种效果，失望也是暂时的，在个体那里，抽象的信任与实际的质疑的冲突通过一种叫做“希望”的东西达成了平衡。这由我们的过程分析可以看出：

B 大规模长痘后的第一次医学干预

B 在大规模长痘后首先是去了皮肤界最权威的华山医院，虽然她觉得自己突然长出这么多痘痘是件很严重的事情，肯定是身体哪里出了问题，但是医生却是轻描淡写的说只是年龄问题，然后就随便开了药：一个是黄盒子的维胺酯胶囊，一个是中成药丹参酮胶囊，而且还配了一个黄药膏。治疗的效果很短暂，还没等药吃完，痘痘又恢复到之前的状态。而且不久后她看到自己家教的学生在跟她吃一样的药，她意识到了华山医院都是用两分钟的时间和相同的药物打发去看青春痘的普通门诊病人的。因为这次就医的失败消停了一段时间，期待过了夏天痘痘会自己好起来。

在这次就医中，B 对于华山医院是产生了质疑的，至少是对普通门诊产生了质疑，但是质疑的点在于华山医院可能只是随便打发了她，而不是医学能不能根治青春痘。

B 大规模长痘后的第二次医学干预

青春痘的高峰期夏天过去了以后，B 的青春痘并没有好转，她又一次陷入焦虑，虽然对于上次就诊的结果很失望，但是一段时间的消化后这样一种失望被更强大的自我安慰和说服的机制所取代——青春痘本身就是顽固的疾病，普通门诊的医生医术不够高明看病也不够仔细，况且在华山看好青春痘不是没有先例的。所以这次她选择看了专家门诊，医生照样是很快把她打发了，但是除了维胺酯意外开了两种新药，一是百藜夏塔热片，二是外喷的白瓶的药水。新一轮的诊疗是 B 寻找新希望的过程，她为此而兴奋，虽然在用药初期，不知是真的效果还只是心理作用，她确实觉得青春痘是有好转的，但是很快事实又推翻了她对新药的期待。

在这次就医中，B 产生质疑的不只是华山医院的医生只是不够认真，而是怀疑起看医生究竟能不能将青春痘看好。所以在这之后她求助了一款精油，采取了非医学的手段。

B 大规模长痘后的第三次医学干预

春节期间被家长无意的玩笑刺伤，由羞辱感带来的悲观以及新的信息来源：表姐推荐中医，这激起了她新的希望，她决定采取中医的治疗方式，并安慰自己之前是急病乱投医，找了治标不治本的西医，青春痘这样的慢性病应交由强调整体性强

调身体调理的中医来处理。这一次她去了家乡县城的中医院，配了两个星期的中药她一直在期待那个好转的结果，但是非但没有看到效果，反而外婆告诉她似乎她的皮肤比之前黑了，警告她不要继续吃中药，因而她最终不得不放弃。

在这次就医中，B对中药的效果产生了质疑，但是这样的质疑不够彻底，因为医生的那套解释太忽悠人，不是他想象中的望闻问切的中医。她期待中医给她一个更合理的长青春痘的解释，但是结果他说的也无非是年龄原因、生活习惯，她对这些经常听到的解释特别不满意，就继续追问，最后这位稳重的中医也急了，要是我能回答出“为什么你长青春痘，他不长青春痘，我还会在这儿吗，我肯定得诺贝尔医学奖了啊，这个问题和体质和基因有关系，这怎么好讲呢”，然后就开始在病历本上开各种药。因为她同时也在怀疑是不是家乡的小医院医生的医术不够高明，一种新的希望萌生——回到上海找中医，毕竟表姐也是在南京看的中医，大城市的医疗水平自然是更高的。

B 大规模长痘后的第四次医学干预

因为一直思忖着上次看的中医是小县城的，不够权威，B回到了上海以后，又去了华山医院，这次她挂了一个特需门诊，找了一位比较有名的中医。医生除了开一个星期的中药以外，还开了一种叫做异维A酸的烈性药，说明书中列举的副作用都是非常可怕的，比如说会出现幻觉耳鸣甚至假性脑瘤，还一如既往地可能导致出生缺陷，用药近期避免怀孕。这些副作用引起了身边人反对的建议，但是B认为既然医生敢开那就没什么不敢吃的，把朋友的建议当成是开玩笑，事实上后来她朋友也借此捉弄了她。这一轮下来也没有什么特别明显的效果。就算是轻微改善那么也不知道是一直敷面膜的作用，还是身体的自我修复。

在这次就医中，B总体而言是看到些效果，虽然没有多明显，虽然效果究竟是什么带来的她自己也不清楚，但这增强了其医学干预的信心，也膨胀了其追求更好效果的欲望。就像她自己所说的“能好一点是一点”。

B 大规模长痘后的第五次医学干预

最后一次也是最近一次的干预是在去华山医院开的中药喝完了以后，B觉得有必要再接再厉、一举歼灭。刚好一个偶然的的机会在网上看到一个专科医院的皮肤专家在治疗青春痘上很有建树，B很快就找到了那个专家。专科医院的药特别贵而且不能报销，B虽然很心疼自己被宰了，但是想到很多青春痘顽固患者都是那个老专家治好的，心里也就平衡了很多。虽然目前效果还不确定，但是B又强调了她说的那句最多的那句话：有希望总是好的。

根据我们的分析，现代医学建立起来的信任是一种抽象的信任，是一种弥散型

的而非具体性的信任。虽然 B 也产生了质疑、表达出了不敢对治疗有多大期待的想法，但是从她的实际行为来看她从来没有停止过对医学的期待。这一方面是因为现代医学树立的科学权威被人们内化成一股自然的本能的寄予了最大希望的力量，另一方面是因为医学反复强调那些成功的个案而从来不坦诚自己的失败之处以至于成功的案例就像一直追不上但又从不消失的“白光”，时刻引诱着在恐慌和焦虑中挣扎的患者。

医学提供的尝试空间广阔到我们不得不迷失于其中。就像给 B 带来新希望的中药，似乎是一个不同于她以往治疗手段的新方法，但其实根据医学对青春痘医学力量的建构，我们已经揭示出了对抗性治疗成为今天面对疾病时的首选，所谓的中医依旧是在现代医学建构的逻辑框架中打转而失去了它辩证施治的本质。这不得不让我们反思今天所谓的多元选择，它真的是多元的吗？即使是多元的，那么理想的多元应该是主体对所有选择都能驾轻就熟进行判断而进行的自主选择，而不是说我们被所有可能的选择淹没，在各种各样的尝试中迷失自己的本意。

在 B 的身上我们似乎看到一种可以叫做科学迷信的东西，或者用德国一位研究疾病与现代医学的学者布莱克的话来说，这是一种对医学的无效痴迷，这样的痴迷在本质上与宗教的狂热是一致的。虽然在实际中 B 为医学没有带来所期待的实际效用而沮丧而质疑，就像一些不够坚定的信徒在逆境中也会质疑上帝是否存在，但是质疑和失望是短暂的，在新希望的刺激下或是在焦虑和恐慌的驱动下 B 深陷在不停看医生的深渊中，无法自拔，甚至到达了以看病为乐的程度，“其实说真的，当时也没想那么多，就觉得想去医院看看，反正刚开学手头钱比较充裕，而且看着痘痘觉得厌烦，为了让自己开心点，就又去医院看了。”

我们文章所表达的倾向性并不是医学无用论，而是想揭示以 B 为典型代表的那群人对医学的空想，主张将医学还原到与它的实际能力相匹配的位置，以更合乎实际的观点来看医学，也是一帖治疗过高期待的处方。我们必须清楚的是，医学究竟是不是完全科学还是值得质疑的，即使它是科学的也不能否认它还是一项被经营的事业，就像布莱克在她的《无效的医疗》中揭示的这两点：

权威和等级制在医疗界是如此影响深远。至今情况还是如此。医界人士很多时候所遵循的并非科学知识，而是以投票表决来决定其医疗行为的益处。若干“研讨会”就像宗教会议一样召开，大医生和大教授关起门来决议何谓真正的医学——这对一门崇尚知识的学问而言，似乎是颇为诡异的姿态。

经济利益对医院、制药业带来的持久的刺激，仿佛一剂永不消退的兴奋剂。在经营目的的促动下，医院的虚荣与自满无休止地膨胀，与之而来的只能是无效医疗方式积累的一次又一次教训——当然，每每提及他们仍会以介绍经验的方式向患者

解释，这种解释在更大程度上是一种欺骗。

由此可见医学作为科学也只是一种被建构起来的，只不过是在现在社会取得了支配性地位的话语体系，而对这样的话语体系进行反思与恰当的警觉正是我们的研究想呈现的。像 B 这样的患者，其不切实际的期待和痴迷以及过度的恐慌与焦虑，往往是无效医疗甚嚣尘上的合谋者。当然从另一个角度来讲，我们期待的医学显然也不只是冷冰冰的科学，它更是一种救助手段，这个世界也不只有黑白，医学提供的这样一个广阔的尝试空间为人们提供的是源源不断的希望，而生活与生存最大的不同就在于，生活需要希望，那些跨越了时间维度进行审视的属于无效的药品可能在当下正发挥着正能量，即使这样的正能量可能只是在心理层面。现实世界的复杂性不是我们所能掌控的，但是认清这样的复杂性却是我们的研究想达到的目的。

三、护肤品与青春痘

比起看医生，大部分人长痘时通常的选择是护肤品。世面上的祛痘产品纷繁复杂，茶树精油、面膜、洁面啫喱、修复凝胶、精华液、拔毒膏、洗面奶、调理乳、收敛水、面霜、乳液、洁面仪等。等等。

那么面对这么多的瓶瓶罐罐该如何选择？它们之间的涂抹顺序又是什么？为此我们走访了屈臣氏 5 个品牌专柜。很遗憾，我没有替 B 找到这个问题的答案。我们发现各大专柜只是根据自己有的产品来自圆其说，根本就没有任何统一的说法。我们详细询问了痘痘的成因，不同品牌专柜小姐都强调痘痘的成因是多因素导致的。归纳起来看，大致可分为以下两点。皮肤自身的原因分为两大类：（一）缺乏水分、出油出汗过多、水油不均；（二）护肤品不能被吸收或卸妆不到位导致的毛孔堵塞、污垢堆积。其他原因包括两大类（一）身体原因：青春期、内分泌失调、肠胃；（二）生活习惯：饮食习惯（吃辣）、睡眠、晚上玩手机过度、压力、心情。

我们注意到一个有意思的现象，就是护肤品专柜小姐所说的这一套，已经成为了我们的常识，比如当我们问前来购买祛痘产品的顾客为什么会长痘的时候，F 脱口而出因为缺水，而 G 则认为是脸太油了。这显然是护肤品的解释逻辑。在医学那里，水油不平衡与痘痘没有什么必然的联系，如上文所述，医学的解释侧重于内分泌。而护肤品却认为“女人天生就是水做的”“长痘痘是因为皮肤缺水，导致水油不平衡，外油内干才会长痘痘”。

针对这些问题，护肤品有对应的功效，我们大致将祛痘产品分为两类。一类是快速见效型，比如拔毒膏，擦上去，一个晚上就可以消炎杀菌，快速控痘治痘。另一类是需要长期使用型，功能包括，（一）控油，补水，保湿，调节肌肤水油平衡；（二）疏通毛孔、收缩毛孔、剥脱角质；（三）祛疤去印。

在专柜小姐向我们推荐的过程中，我们发现一件很有趣的事情，就是护肤品在依托科学，比如说护肤品瓶身上那一串成分列表，比如说护肤品广告中通常都有几个穿白大褂戴眼镜的人在摆弄各种仪器，看上去就很科学很可行。再比如说露得清的专柜小姐就专门强调了“有的人有很多长痘痘嘛，他很注重自己的皮肤的，他会去华山医院，他们都会建议我们的顾客用这个系列的，而且我们这个系列是快速治痘控痘。”而欧莱雅专柜小姐跟我们强调的“晚上过度使用手机，那个辐射很强的，会长痘痘的”其实就是医生告诉她的。既然它们依托科学，那么它们又怎么跟比它们看上去更科学的医学争夺市场份额呢？

护肤品迎合现代人求快的心理，开发出和医学不同的领域，针对医学治疗周期长、见效慢，护肤品提出“快速治痘控痘”“涂了以后（痘痘）就长不出来了，第一天你摸它是疼的，晚上涂了以后，第二天就消下去了”，这样的产品无疑是很有吸引力的，比如F就说“明天要面试，今天长痘了的话一定要弄掉，不然会觉得面试官一直在盯着自己的痘痘看的，多不自在呀”。

但是我们注意到大多数的祛痘产品是不能快速治痘控痘的，它们“有一个周期”“由内而外，从底子做起”，这多像医学的话语，那么既然这样，我们为什么不选择同样“有一个周期”“由内而外，从底子做起”的药物而是选择护肤品呢？

原因有以下几点。第一，护肤品确实有效。不过我们想这个“有效”前面要加上很多限定词，部分护肤品有效，部分护肤品对部分人有效，部分护肤品对部分人的部分时期有效，不管怎么样，终究是有效，只要有效，就可以成为长痘人的那一根稻草。那么护肤品究竟有没有效呢？我们找到了一篇文章是一位生物化学家 Elizabeth Finkel¹写的，她认为护肤品确实有效，但是它们不愿意去证明自己有效，因为一旦证明之后那就要进入药品管理机构的管理，就属于科学的范畴，而科学显然就是医学的领域的，这正是化妆品商纠结的点所在。

第二，品牌效应。我们在问到理肤泉这个产品“为什么能祛痘，效果明显吗”的时候，专柜小姐理直气壮地告诉我们“我们就是专门做青痘的呀，理肤泉！没有听说过吗？青痘系列！”像我这样土气的人就会被她说的不好意思起来，理肤泉都没听说，真丢人啊。

第三，宣传方式。详细询问的话会发现，护肤品是没有完整的解释逻辑的，比如雅漾的专柜小姐强调他们的产品很安全，你再问她为什么安全，是因为成分都是中草药么还是别的原因，她就说不出来了。。然而我们发现也许魅力也就在于这条

¹ Elizabeth Finkel, The science of cosmetics, <http://www.cosmosmagazine.com/features/the-science-cosmetics/>

不完整的逻辑链，在《乌合之众——大众心理研究》一书中，作者勒庞提到领袖的动员手段是断言、重复和传染。断言简洁有力，不理睬任何推理和证据。断言越是简洁明了，证据和证明越是缺乏，它就越有威力。不断重复的语言会进入我们无意识自我的深层区域，我们的行为动机在这里形成²。所以专柜小姐不用给你解释为什么安全，况且这也是不必要的，护肤品不需要理性不需要逻辑只要感染力。她只要一个劲地跟你喊“我们家的产品敏感肌肤都可以用的，不会有什么刺激的，因为我们家的东西就是很安全，主打的是安全，它就是安全，很安全的”。就会在你的大脑中形成一条反射弧：雅漾等于安全，这就是护肤品要达到的目的，它通过这样的方式将自己的逻辑变成公众的常识。

第四，可得性。去看医生有巨大的成本，怎么找到可靠医生、排队挂号、看病吃药，在这个看病难看病贵的时代实在不值得为此而花掉那么多的时间和金钱。B 就提到自己只是在开学初，有空余时间，手头又充裕的时候才去看医生。而相比之下购买护肤品就容易得多。

第五，美。对于那些觉得痘痘自然而然会好的人，护肤品还有自己的杀手锏——美。当我们问理肤泉专柜小姐“青春痘不是很自然的吗？很多人都有这个阶段的，过了就好了”，她立即说“我知道的，会好的，但是痘印呢？痘印困扰是比长痘痘更烦的一个问题，痘印是很难去的，痘印其实就是色素沉淀嘛，时间长了，日积月累，经过紫外线的光照，灰尘啊，进去以后痘印会加深的。所以说你为什么要用产品，它能加速它恢复，然后加速它新陈代谢，用产品和不用产品肯定是不一样的，只要亲身经历过就知道了。”即使痘痘会好，你也要为痘印烦恼，所以你还是要购买产品。这一环扣一环的，环环相扣，你逃无可逃，只得乖乖掏出钱包。

看看护肤品花巨资为我们塑造的那些美的标准，雪白无暇，完美紧绷，它为我们打造了完美的幻象，让我们的注意力越来越集中到自己的脸上，让我们的眼光越来越挑剔，长痘痘是不美的，毛孔粗大是不美的，有痘印是不美的，我们不得不一件一件地购买护肤品，我们停不下来了。就像 B 同学所说的“虽然有人说雅漾的喷雾只是纯净水，但是还是想等到手头宽裕了再买一瓶，有得抹总比没得抹安心点。”我们就这样一步步地陷入了消费主义的怪圈。

五、对批判消费主义的反批判

其实长时间来，对于消费主义，持的都是一种批判的态度，典型也就是马尔库塞所说的虚假意识。他往往认为这种快乐中人不是自主的，因为不断地制造消费期

² [法]古斯塔夫·勒庞,夏杨译:乌合之众——大众心理研究[M].商务印书馆国际有限公司,2011

待使消费者的欲望处于永不满足的状态，它不仅不带来自由，反倒使人处于满足感不断被延宕的焦虑状态，因为消费者被不断翻新的生活方式的幻觉所引导。因此消费主义带来的需要是“虚假的”，认为看似消费社会、医学带来了许多新的希望，但是其实他们在不断地制造这些期待，只是让痘痘患者他们想治痘痘的欲望处于永不满足的状态。它没有带来自由，反而在每次希望破灭中都带来了焦虑，

但是这也正是马尔库塞这个理论被诟病之处，因为自由主义恰恰认为这种在消费是自主的，是自我决策和创造性体验的地方。当马尔库塞举例什么是真实意识的时候，他能给出的只有衣食住行等最基本的需求，正因为他是基于清教主义式快乐原则与现实原则必然冲突的态度，因此他没有说出如何区分哪些快乐是真实的，而哪些快乐是虚假，现实原则和快乐原则是冲突的。而在浪漫主义伦理下，选择去消费选择去看医生恰恰是自愿、自我决策、和创造性的过程。是真的要脸上的一颗痘不长才是真正的快乐吗？那些觉得快乐的反而是觉得痘痘会消这种希望感才是快乐的。那这种快乐就是虚假的吗？难道只有认清脸上有痘痘当下没法治才是真正的吗？但是其实我们生活中充满了未经证实也无需证实的信仰来支持我们的许多决定。自由主义坚持没有其他人有资格来替别人决定什么才是真正的快乐。在浪漫主义伦理下，最重要的一点就是，快乐与生理满足分开了，人们可以不局限于现实生活，而在幻想中就获得快乐。快乐与生理满足分开了。在消费社会中，大众消费成为可能，消费可以不只是满足需要而可以用来满足欲望，它可以不局限于感官上的享受、个别而具体的行为，而成为了一个颇具浪漫色彩的享乐方式，人们可以通过意识上的自主创造，而不必局限于具体的无生活，就可以通过想象获得快乐。现实原则与享乐原则不再是冲突的。

其实我们想展现的只是一个更复杂的现象，人既不是机器，也不是上帝。今天的消费文化下，既不表明出现了失控，也不表明我们受到了更严厉的控制。仍然有像 D，像 E 那样的人他们选择不去追逐祛痘产品，不去相信医学的力量。他们可以自己组合自己的快乐，可以为了做个吃货而不管痘痘，虽然做吃货的快乐仍然取决于消费社会不断制造出的对于美食的欲望。消费文化通过制造欲望不断抛出更多的有限的选择，但是哪个时代我们的选择不是有限的？。消费社会的变化只是在于它解除了具体的物质需求对于人的控制，给人打开了梦想、欲望与离奇幻想中获得快乐这个新的领域，虽然在这个领域中已经布好了天罗地网。

六、总结讨论：

“痘痘的困惑”这个研究是我们第一次接触这样正规的、时间跨度较大的质性研究，从选题到访谈、参与式观察、再到分析总结撰写报告，我们全部认真踏踏实实

实地做了下来，在这个过程中，我们记了田野笔记，并且获益良多，从田野笔记这个事物中，我们发现，生活中有很多现象是非常有意思的、值得我们深入挖掘的，感谢田野笔记，让我们可以更深入地感悟生活。

当然在做这个质性研究的过程中，我们也有很多做得比较欠缺的地方。

以屈臣氏护肤品专柜的访谈为例，我们由于对护肤品机制的了解仍然有缺乏，并且专柜小姐说话都非常快（这应该是由于她们需要推销，长时间的熏陶与培训让她们养成了这样的习惯），所以我们有时不能很好地回应，这可能会对访谈质量有一定的影响。另外，访谈的时长仍然不够，挖掘得不够深入，而且我们在屈臣氏营业的时候对她们进行访谈，周边有很多顾客，这种时候专柜小姐肯定还是把我们当做顾客，不会对我们说出什么更深层次的话。

为了更深入了解医学机制对痘痘的理解，我们接受了 B 的推荐，特地在周日跑去李长恒教授所在的私人医院，准备对其进行访谈（周日是李长恒的工作时间，选择在工作时间过去，是因为我们觉得通过其他方式是不可能接触到李长恒教授的）。在我们说明来意后，护士们说让我们等着，等李长恒看完病人再说，于是我们在中午教授休息的时候访谈到了一点，再然后我们等到四点李长恒下班后做完了这次访谈，在访谈中我们发现了一个比较有意思的现象，就是教授应该是三点之后就下班，但是三点之后来访的患者，护士们一边说教授要下班了，一边还是给他们挂了号，言行完全不符，看似为教授考虑，其实一点也没有。而对李长恒教授的访谈，也并没有太大的收获，我们不知道是老教授真的非常相信医学还是出于医院的利益考虑，对我们的回应基本我们自己能想到的那些，没有透露更多自己的想法。所以这次访谈还是比较失败的，我们也没有把访谈结果放进这个报告中。这次访谈告诉我们，在选取访谈对象时，一定要慎重，不是什么人都可以做访谈对象的；二是进入田野之后，一定要取得被访谈者的信任，这样他才会对你说出自己的真实想法。

参考文献：

（德）尤格·布莱克著 穆易译 《无效的医疗》 出版社：北京师范大学出版社 2007-06-01

※机构关系※

基于上海两家医院血液肿瘤科病房初探医护关系现状

复旦大学 2010 级本科生

李春晓 易立 刘雨迪 蔡令怡 韦彩恋

一、选题说明

医护关系是指医生和护士为了服务对象的健康与安危所建立起来的一种相互交往、相互作用的工作性人际关系。医护关系是医院活动中最基本、最重要，同时也是最经常、最活跃的人际关系（何军，2007）。在医学领域，医生和护士应是相互合作关系，但许多人仍对护士和医生持有等级观念，所以客观上护士的社会地位低于医生^[1,2]。Hofling 于 1966 年做过一个试验，在 22 名护士中只有 1 人拒绝执行医生所开出的对病人有危害的医嘱。虽然这发生在 30 多年以前，但也从侧面描述了，长期以来医生所被赋予的强硬的角色和绝对的权威；这也是一个有必要提高医护合作的警世的例子^[3]。Svensson 认为现在医疗体系的改变，如：慢性病人的增多，医疗机构的改革等给医护合作创造了条件。Svensson 强调必须更新护士是医生助手的旧观念，不能只把执行医嘱作为护士的唯一职责^[4]。二十世纪 60 年代起西方国家中有许多研究指出医护合作是作为提高护理质量的方法之一。尽管近几十年医护关系有所改变和强调医护合作，仍有各种研究表明医护合作还有很长的路要走^[1,3,5]。据报道，现在我们正面临护士短缺的问题，部分护士由于医护之间的冲突而选择离去^[6,7]。

（一）医护关系发展历程

早期的医疗和护理工作没有从日常生活中分化之前，医疗和护理带着宗教迷信的色彩，随着专职医生的出现，医护药长期合并，一直到 19 世纪中叶，“护理就像女佣一样，只要会做冷敷、热敷就好了”对护理职业的误解。

南丁格尔创建护理的理论框架，护理学成为一门学科被社会所承认，改变了宗教形象和女仆形象。但是护理理论还是不够完善，护理人员的主要工作是执行医嘱、协助医生完成一些治疗性操作，护理人员直接对医生负责，不直接对病人负责，医护关系属于一种主从关系，护士作为医生的助手处于附属地位。在诊疗活动中，医生承担着“治”的社会角色，护士承担着“护理”的社会角色，过去医院流传着“护士的腿，医生的嘴”的说法，说明医护关系在以往的工作中表现为主导一从属型，医生是主动的，护士是被动从属的。

20 世纪 50 年代以后，随着护理诊断理论的不断发展和临床实践中的应用，护理程序的建立和发展，护理教育和护理科学研究体制的不断完善和进展，护理服务

的专业化程度不断提高，护士的职能不断扩大，执行医嘱在护士职责中占的比重越来越小，当今护士更趋向成为护理工作的决策者，健康服务的照料者、健康教育者、管理者、研究者以及医嘱的监督者。

（二）影响医护关系的因素分析

医护群体互相认知中，有学者认为，医生、护士对相互都有较多的消极评价^[8]。但是总体表现来说，医护关系比较和谐^[9]。而且大部分医生认为目前医护关系总体是好的^[10]。但是相对于护士而言，医生对医护合作的态度显得没有那么积极。长期以来，医护关系的主要模式是主从型，即护理是医疗的从属工作，护士从属于医生，护士只能被动地执行医嘱^[10]。由于医生已经接受并适应其传统的权威地位，所以他们不能马上接纳和理解护士地位的提高^[11]。医生对有些问题也通常不征求护士的意见^[12]。

而护士对目前医护关系的满意度要低于医生^[9]。她们仍受传统观念和社会的影响，认为医生和护士的工作存在等级的差别^[13]。甚至不敢或不愿表达与其他人不一样的观点，包括建设性的建议，表现出甘心于助手的地位^[14]。不过护士比医生的合作态度更积极^[15,16,17]。

造成医护之间认识和现实上的差异，原因是多方面的。首先，从护士的角度来看，可能与护士人员配备不足，夜班率高，工作量大，护理人员长期处于应激状态，易产生愤怒、焦虑等负性情绪，对工作、同事及医护关系产生不良影响^[18]。护士的待遇、社会地位等都不如医生，也会造成护士的心理不平衡，从而影响医护合作的满意度^[9]。而且患者对医生的依从性要远远大于对护士的依从，也会导致护士的态度和看法。

从医生的角度来看，传统上医生具有权威地位。而且医疗决定总是优先于护理决定，护士已经习惯于以医生为中心的传统的管理方式^[19]。基于医学与护理的教学模式和社会对学历的认可，很大一部分医生希望合作的护士具有大专或更高的学历。

医护具有几乎共同的目标就是服务病人，但是有一些文章报道医护之间有紧张和冲突，而处理工作中的冲突是充满压力和耗费时间的^[20]。主要由于医嘱开出时间与护士的执行时间的不一致；医嘱书写不规范；医生滥用口头医嘱；医生指定护理级别等医护关系的处理不当易导致医疗纠纷^[21]。护士与医生会因许多伦理问题而发生冲突，这是因为价值观的不同、双方的沟通不良、缺乏对彼此职责的全面了解所致^[22]。医护双方的社会地位、报酬、受教育程度、性别思维、学习方式、工作模式、调节机制的不同以及医护的角色模糊等因素都是医护合作的阻碍因素^[23,24]。

不同的研究对性别是否影响对医护合作的态度有各自的看法。Hojat 研究得出女医生并不比男医生对医护合作持有一种更积极的态度^[25]。但是近来也还有研究表明，

女护士在与女医生沟通时有时感到更满意，医护合作的态度更积极^[26,27]。Zelek 研究表明女护士与男医生合作的态度更积极，尽管她们认为与女医生沟通更平等，更舒适，但却对女医生有敌意^[28]。

工作年限的因素也是影响医护合作态度的重要因素。Verschuren 发现年纪大的医生对医护合作的态度更积极。他们意识到护士观察的重要性，重视护士所提供的信息，护士也表现出对老医生的尊重。护士表达与低年资的医生合作的不愉快，因为这些医生缺乏相应的临床处理经验，又不听护士的建议^[29]。护士和医生都有合作的兴趣，护士希望在工作中受到医生的尊重，所以有经验的护士在医护合作中更有自信，也比没有经验的同事更愿意与医生交流病人的信息^[30,31]。

公立医院和私立医院的医护合作不同，Chaboyera 研究发现，监护室的医护合作比一般的科室多而且更加有效。Rafferty 认为全职比建筑护士、全日班护士比全夜班护士有更好的医护合作，与护士的合同所签订的时间长短无关。护士的主人翁意识不强，医生现代护士的职责了解不清楚。

（三）医护关系的期待

有学者研究目前医护之间的相互期待。从医生的角度来看，他们期待护士具备丰富的医学知识，精湛的操作技能，在工作中眼勤手快，能够及时、准确地汇报病情。而从护士的角度，她们期待医生有计划、有预见性地做出患者的诊疗计划，在患者面前注意维护护士的形象，尊重护士劳动^[10]。传统背景下，护士会自然地被认为是屈从于医生的角色，但是越来越多地人意识到医护只是不同的专业，而且需要更多的合作，所以护士认为她们更应被看作是医生的合作者和同事而不仅仅是助手^[12]。医生与护士之间应该有更良好更平等的关系，有利于双方的合作与发展。医护关系正在由传统的“主导—从属”型向“并列—互补”型关系转变^[32]，即医护之间是相互合作、相互独立、平等协作分工的关系^[18]。

二、研究方法

质性研究是一种在社会科学领域常使用的研究方法，是指研究者本人在自然情景下采用多种资料收集方法对社会现象进行整体性探究，并通过各种分析方式进行资料分析和理论构成，通过与研究对象互动对其行为和意义建构获得解释性理解的一种活动。

本文针对上海两家三甲公立医院进行质性研究，其中包括对小样本进行深度访谈和参与式观察，了解当事人看问题的观点和态度，深入探索关系背后的复杂性。

（一）研究对象与样本

由于研究者希望通过研究探索，医院病房内医生与护士之间的关系，同时从研

研究者更关注“弱势群体”的视角出发，将研究对象锁定为医院病房里的护士群体。研究者通过实习的机会进行参与式观察，观察对象即为整个病房的护士与医生，而深度访谈与“shadowing”（影随跟访）观察的样本抽样是目的性抽样中的滚雪球式抽样，首先接近守门人——病房护士长，让其帮忙介绍具有工龄年限不同的护士作为样本。最终选取了 23—46 岁 9 名病房护士为样本，其中 8 名女护士，1 名男护士，工龄年限最长的为 25 年，最短的为 1 年。

（二）田野描述

D 医院环境描述：

上海 D 医院病房大楼 10 楼肿瘤血液科病区。10 楼病区有 1 个日间化疗病房和 14 个住院病房，14 住院病房中，12 个病房中每间病房住有 5~6 名病人，另两个病房只有两个床位。病区中肿瘤科收治的多为患有恶性肿瘤的病人。其中部分在相应外科开过刀，部分接受保守治疗，部分是来定期复查的病人。大多数病人有多年肿瘤病史，其中多为中晚期恶性肿瘤。血液科收治的病人有白血病、贫血、淋巴恶性肿瘤、骨髓增生异常等等血液疾病。病人在院期间依据个人具体情况接受若干疗程的放疗、化疗等治疗。

E 医院环境描述：

目前血液肿瘤科位于 E 医院门诊大楼三楼，拥有两个常规病区（60 个床位）、4 个造血干细胞移植用无菌层流室和 27 个床位的白日病房。2011 年，收治新诊断恶性疾病人数增加到 445 人次，月均出院人数达到 210 人次，日均专科门诊数量达到 140 人次，日均日间病房收治人数达到 50 人次，完成了 71 例骨髓移植。5 月底，E 医院血液大楼建成，共有 7 层，血液肿瘤科病区分属第 5、6 层，主要观察田野为五楼病区，其中拥有 42 张床位，以血液病（白血病）患儿为主。除了病房之外，还包括医务人员办公室、护士台、操作室、调膳室、器材室等若干工作区域。病区内，病童需要长期面临药物、注射、穿刺、放射药物等治疗手段，一般一个疗程需要一周左右，整个治疗过程历时数个疗程到十数个疗程不等，在家庭疗养期间病童还需要进行门诊随访。

（三）研究工具

自编的访谈提纲

根据已有研究成果的基础，结合研究者日常中对病房中的医生、护士交往的观察，以及组内研究成员的讨论，提出五个比较框架性问题。通过对研究群体守门人——病房护士长的预访谈和总责护士的“shadowing”（影随跟访）观察，确立了正式的深度访谈提纲（见附录 1）。

1. 基本信息

主要对病房护士的性别、年龄、工龄和职称进行简单询问。

2. 医生和护士在病房中所处的地位和角色

主要相对客观地了解目前医生和护士在医疗团队中所承担的角色，以及对地位和平时交往的影响，更重要的是，护士如何看待这样的差异分工。

3. 医护关系中的矛盾

从护士的视角看待工作中与医生的冲突，以个案的方式，了解医生和护士之间发生的冲突，其中包括冲突的原因、重点和处理方式。并从护士的主观视角对医生的和护士在冲突中的表现进行评价，以及冲突对他们工作、生活的影响。

4. 工作年资对医护关系的影响

经过文献检索以及对护士长的预采访，研究者了解到年资对关系有着重要关系。因此，旨在了解年资对关系的影响程度。其中的小问题包括，“作为一名资深护士，您如何看待年轻的医生，以及两个群体的特征”、“年资给您带来的好处有哪些”、“刚开始工作到现在和医生交流，之间有什么样的差异”等。

5. 血液肿瘤科与其他科室的差异

作为比较特殊的血液肿瘤科，其中的医生和护士关系是否具有普遍性。从护士的视角来看，她们对于自己科室医护关系的看待，以及探索是否与其他科室存在差异，这样差异的原因有哪些。

三、研究成果

（一）血液肿瘤科病房护士特征

社会定式标签：

关于社会上对于护士的印象，大多数人的第一印象是温柔的“白衣天使”，护士永远比医生更贴近病人，更能够与病人交流沟通。在很多人的观念中，一般护士都长相端正漂亮。另一方面，随着近几年来医患关系的紧张以及媒体对于医务工作者的曝光，护士又被贴上了负面标签：“麻木冷漠”，这是群众对于这个医疗体系的共同印象，也将其沿用到护士身上。同时，可能由于护士并没有别人所想象中的那么理想，因此很多人对其的印象逐步下降。因为护理工作的定位，其社会职业地位并不高，由于医患纠纷和薪资待遇问题，也造成了护士的流失。一句话可以概括这样矛盾的标签：“护士就是顶着天使的名义，做着保姆的工作”。

（二）医护的沟通模式

当我们让护士对于平日他们平时和医生的沟通做出评价时，他们提到的频率非常高的一些词是：“交流少、隔着一层、不亲密”。而护士对于一些让他们感到很高傲的医生，纷纷表示对这些医生“敬而远之、没什么多讲的”（A8）。还有很多老护

士还提到了现在的医护沟通不如以前好。为什么会造成护士这样的评价，我们下面分工作沟通和私下沟通两块来呈现医护的沟通模式，并探究为何会造成这样的沟通模式。

1. 工作沟通

1) 日常工作

D 医院：

地理设置

在 D 医院，从病区的设置来看。除了日间化疗病房的一名老医生和一名老护士在同一地方办公以外，大多护士的工作是在护士台完成的，而医生的工作大多是在医生办公室完成的，距离护士台约 30 米左右的距离。医生、护士的值班室是分开的。吃饭休息室也是分开的。可以看到，从地理设置上，二者的交集就很少。

而在日间化疗的病房，那里的一名老医生和一名资深的护士是在一起办公的，他们之间的交流是面对面的。而且日间化疗病房的护士工作相比护士台上的护士要轻松很多，就有比较多的时间和医生面对面地进行沟通。

因为我这里有两个医生会进来的，那么吹吹牛什么的（A8）

她们外面忙呀，医生不会到那边去的（A8）

我们这里早上魏医生都在的（一起办公）。（A8）

工作模式

另外，主班护士每天都要和医生的必要交流也并非是对面的。护士台上有一个对讲机，可以联系到医生值班室、医生办公室和护士值班室。平时医生和护士工作上的沟通，约 80%以上都是通过这个机器完成的。机器会把人的声音放大，语气变得生硬。一般在通过机器沟通时，说的话非常简短。

对话如“王医生”“哎”“30 床的病人烧不退，你去看一下”“哦”。（B2）

然后，医生就直接穿过护士台进入病房了，其中不与护士发生任何交流。当问及护士自身对于对讲机的设置的想法时，她们都表示没感到有坏处，而是方便了她们的工作。因为护士平时的高负荷的工作也已经确实非常限制了她们和医生以及她们互相之间的交流。

医生办公室设置

有的时候护士需要给医生送东西、找医生开药方等，就会进入医生办公室。医生办公室的布局是房间当中放一个长桌，用于集体讨论开会，长桌外围是排列成椭圆形的桌子，桌上有电脑，医生坐在电脑前是背向长桌坐成椭圆形的。一般护士进到医生办公室时，里面坐有 5 至 6 名医生。护士走进去，将要交送的东西放在长桌

上就直接走出来了。或直接找到某一医生，简短地交谈几句工作的内容就走出来了。其他医生大多仍然看着自己的电脑屏幕，做自己的事，不转过身。

护士快步进医生办公室，从护士台走进医生办公室花了大约 15 秒的时间。医生没有转回头看魏护士。她跟一名医生讲了有关手中资料的事情，东西放下就出去了。在医生办公室呆了大约 20 秒（B2）

E 医院

地理设置

在 E 医院，虽然医生办公室和护士台是分开的，但是医生一天中很多时间不是坐在办公室的。而护士台后面有一圈办公桌，医生和护士经常混坐在一起。空间上没有很明显的界限。

工作模式

在 E 医院，护士与医生是面对面地沟通的，每天责任护士要和医生一起的例行查房。所以护士和住院医生、主治医生等都有比较多的接触。

41 床换好 PICC 膜之后，与医生开始查房。主任医生交代事情，卞护士能够及时领会，而对于新医生提出自己建议，语气“不要用这个……”，护士向其叙述病人情况和用药，医生及时进行更正。卞护士手拿《血液科总责查房记录》，表现出对病人状况的了解，并会随手记下医生讨论病情的各项事宜。（B1）

小医生指着病历提醒佳护士“你们要注意的哦，这个要提醒我们”。（B3）

刚查查过房的病人家属又跑出来对医生说小孩过敏了，主任正在看病历，小医生眼睛看着佳护士说“我们过敏用什么药？”显得一幅很谦虚的样子，想要护士给出一个答案。（B3）

总的来说，我们可以看到，D 医院医生和护士在工作中的交流很少，地理位置、工作模式等设置使得医生护士面对面的交流很少。而 E 医院医护在工作上的交流相对较多。另外从称呼上看，护士之间的称呼是比较随意的，很多都是用的昵称，而护士对医生的称呼比较尊敬一些，很多称某医生，但和一些年长的护士对年轻的医生是叫昵称的。

2、从医生表现及医护互动角度

医护地位上的差异，从医生的表现来反应是最直观的。医生在工作、生活中对待护士的态度和做法，以及双方的来往互动中，都会反映出这一种地位差异。研究中，我们发现，两家医院的血液肿瘤科病房的医生表现及医护之间的互动呈现出很大的差异——D 医院表现出医生具有更强势的地位，而且年轻医生相对于资深医生

态度会高傲一些；而 E 医院的医护有更平等的地位，年轻医生会更加谦虚平和，资深医生相对来说会冷淡一些。

● D 医院

1) 医护互动

D 医院的医生比护士会有更为强势的地位。这种强势表现在两个方面：

A. 生活上对护士的习惯性支配，会让护士去帮他们做一些护士本职工作以外的事，比如让护士帮医生定午餐。

“这已经成了一个**常规**了我觉得。比如说订饭。平时都是我们订的，他们从来不会去打电话订的。就一件事情从一开始他让护士去做的就**一直**都这么做了。……订饭这种事小事，他们也不觉得了。”（A7）

B. 工作上，护士更为忙碌，休息时间更少；虽然医生不会给护士直接施加压力，但是会间接增加护士的工作量，尤其是在开临时医嘱的问题上。由于从医护专业分工的角度来说，护士的护理工作是基于“遵守医嘱”之上的，所以医生开出医嘱，就需要护士来执行。而临时医嘱会成为护士反映的焦点，是因为临时医嘱不仅仅只是增加护士的工作量，而且护士不能像日常的医嘱那样对工作进行统筹，给护士的工作增添了很多困难。

a. “他们平时夜值（值夜班）还能休息，我们**不能休息**的。”（A7）

b. “一般来说医生不太会给什么压力。一般来说就是开医嘱什么的，基本上**不会强迫**什么东西。我们工作上忙，可能会跟医生交流，但是怎么说呢，他们**也不可能听我们的**。”（A9）

2) 医生对护士的态度——年轻医生与资深医生的对比

D 医院的医生总体来说会比较强势。但是年轻医生与资深医生的态度略有不同。特别是之后与 E 医院的对比中，我们发现了与 E 医院完全相反的情形，即部分年轻医生会比资深的医生更加高傲，甚至会有看不起护士的表现。

A. 年轻医生

有的研究生，比如我让他去看病人，他就会回一句：**我研究生毕业我还要测血压啊？**（A7）

B. 资深医生

（看不起护士这种情况）是小医生比较多，人家经验足的医生人家能够理解的。（A8）

● E 医院

1) 医护互动

在对 E 医院血液肿瘤科的研究中,护士并没有感受到很强的医护地位差异。不仅是整体氛围上表现出的融洽,生活与工作上都有积极的互动,体现在以下几个方面:

A. 医护之间的互动氛围相当融洽。医护互动之间不仅没有明显的地位差异表现,有时反而还会表现得有些亲昵。这一点可以从他们相互的称呼中得到体现。

a. “一般来说血液科的氛围真的是不错的……跟医生的话,……(熟悉了)我们也会直呼其名了,或者叫小名。”(A1)

b. 护士台内护士 5 突然对 B 医生着说:“哎亲爱的,你的 34 床来了。”B 医生回应道:“噢!哎亲爱的,25 床是你的吗?”(B3)

B. 在生活上,医生有时会主动与护士进行互动。而且在与 D 医院的对比中,我们不难发现,医生不仅没有对护士的支配现象,相反,有时还会主动对护士提出生活上的帮助。

“这边医生的态度都特别好,让我觉得都不像医生。我还碰到过夜班特别忙,有医生就会说我去帮你们买早饭,他和我们都是值班。……医生早班那段时间需要准备很多东西,所以再帮我们买早饭,让我真的觉得他挺好的。……(但是)倒不至于(感激),也就感谢。”(A2)

C. 医护在工作时的交流也表现得比较自然,氛围更为轻松,并没有表现出很强的地位差异。而且护士会更主动地提出对医嘱的意见和建议,医生也会尊重护士的看法,尤其是护理方面的建议,一般都会采纳。而且医生也会比较体谅护士的工作负担。

a. “大家的工作没有很古板的,好像医生跟护士之间,医生是高高在上的,护士是很低微的,真的没有。”(A1)

b. “我们医院的护士不是光听,不是护士就是医生的小跟班,医生告诉你该怎么做,我们也该怎么做。我们可以提出自己的意见或者建议,这个人在护理上应该有什么对策,应该用什么药。那么他们有听的话,会马上开医嘱的。”(A1)

c. “是护理方面的,医生不怎么关心,但是我们会跟医生提,……一般都会采纳你的意见。”(A1)

d. “我们血三还是挺好的,×××医生和××主任还是比较能够体谅我们的。刚搬来的时候,开大会,(护士)眼泪就哗哗的流,所以×主任

也说……护士也干得苦死了，人手也缺。”(A1)

D. 但是几位护士也表示，并不是所有科室都如此，**E 医院**其他科室的医护之间并没有那么融洽平等，血液肿瘤科只是在这点上相对较好的其中之一。

a. “我们医院有**其他的科室**医生绝对是**没有把护士放在眼里的**，我以前听到过。”(A1)

b. “有听到说其他科并没有那么融洽的。”(A2)

2) 医生对护士的态度——年轻医生与资深医生的对比

E 医院的医生总体来说对护士的态度比较温和。之前的叙述中也能感受到，医生对护士的生活和工作都表现出了尊重和体谅，不仅仅是态度上，行动中也有所表现。不过我们的研究还想对比呈现一下资深医生与年轻医生与护士相处时的差异。不难发现，年轻医生对护士非常尊重，而且表现出非常的谦虚与随和，护士对他们也很自然；相比之下，资深的医生会更加矜持一些，护士也会更敬畏。

A. 资深医生与护士

主任医生在指导病情的时候，一般面对医生，**少将目光停留在下护士身上**。……医生看病历讨论病情的过程中，**护士逐渐站在外国记笔记**，甚少发话。

(B1)

B. 年轻医生与护士

a. “小医生肯定是不**会(自以为是)**的。……大部分医生还是很虚心的，……都是会听你的。”(A1)

b. (医护查房时)护士站在门口看，……会和年轻医生进行少量谈话。……还会和医生开口说几句玩笑话。(B1)

3、从医院角度

医护的地位差异表现也可以从医院这个角度来进行观察与探讨。除了在医护之间的互动中能够表现出这种地位差异，医院对待医生与护士的不同态度也能有所反映。我们发现，医院更容易对医生有所重视，而相对忽视护士的诉求。

1) 医院重视医生，忽视护士的诉求

近年来社会上不断爆发出医患之间的冲突，会将我们的视线引到医护人员的安全问题上。医院也会表现出对医护人员身体及安全问题的重视。但是在我们的研究中发现，医院更容易把重点倾向于医生的诉求。就安全问题而言，医院会为医生设置更多的安全措施，而对护士的身体与安全问题有所忽视，不仅

是工作设置上不当，会导致药物对护士身体的损伤，甚至在保护医生的同时，护士间接成为了医生保护屏障的第一线。

- a. “(装医生办公室门口的安全门)是医院统一的，为了安全。今年爆出来很多威胁医生生命的事件嘛，医生被捅啊。那个时候就装了那扇门，但是我们护士是**不受重视**的。我们永远是**暴露**在外面的，如果病人要来冲向我们，我们就完蛋了。所以我们对病人的态度一向是比较好的。但是如果病人对医生有意见是肯定会波及到护士的。”(A7)
- b. “最可恨的是肿瘤科开**临时化疗**，**对身体有伤害**……跟医生协商过，没有用的。我们(医院)开过好多次座谈会了，开好了貌似好了一点，过一段时间又要这样来了呀。”(A7)

2) 医院对护士的问责相对更多

与护士相比，医生对患者可能需要承担更多的责任，换言之，是承担更大的医疗风险。但是在日常工作中，医院对护士的问责相对更多。在遇到没有引起太大影响的小问题上，医院会更关注护士的差错。

“但是有点奇怪，我们有时候经常开会的时候，只有我们护士出差错了需要上报，让领导去分析然后讨论，下次不要再犯一样的错误，但医生出了差错就是小错误从来没有讨论的，除非是大事件。”(A1)

3) 护士在护理工作外会承担更多琐事

与医生的另一个明显对比是，医生可以更多地把注意力放在本职工作上，而且除了医疗工作以外，医院也不会给他们更多的工作；而护士更多时候要照顾到各个方面，不仅要执行好医嘱，做好日常的护理工作，还需要处理各种琐事，包括医院的工作，还有患者从生活到情绪。

- a. “就像我们前两天搬大楼一样，医生就把他自己的东西搬过去就好了，护士要拿好多好多好多的东西，像搬自己的家一样。”
- b. “我们工作的话有很多很多事情要做的，护士嘛有时候就是**全能**，……连一个灯泡和椅子坏了也要找护士，就像一个**管家**一样的。”(A1)

4、从患者角度：

患者是医护人员最重要的服务对象，所以他们对医护的态度和反馈也是反映医护差异的一项重要指标。根据两家医院的研究，多数患者对待医生的态度与对待护士的态度有明显的对立。患者会更重视医生的意见，表现得更为积极，而对护士的

建议和要求表现出无视甚至明显的不满；容易依赖医生甚至表现出迷信的态度；或者会害怕向医生提出疑问，不敢惹怒医生，转而都投射到护士身上；而且，从根深蒂固的观念上就有重医轻护的思想。

1) 对待医生护士态度不同

有些患者对待医生和护士的态度会有明显的区别甚至对比。他们会更愿意听从医生的指导，有时，无论医生的建议是否属于其专业范围内，患者也会更积极地去遵从与执行；而对护士提出的建议，患者更容易“听不进去”，甚至表现出敷衍的态度。此外，同样的医疗要求，医生提出会比护士提出更有说服力。

- a. “有些人就不会听，你说十句抵不过这种大医生说一句。……他们一般就是**虚心接受，屡教不改。**”（A5）
- b. “你到病人旁边去，跟病人说抽血，病人会说‘你们医院**怎么一直抽血的啦？！**’，到医生这里，医生说抽血，病人就说‘**好的好的！**’。我们一直是面对患者，基本上**所有压力，大部分都是在我们身上。**”（A9）

2) 患者容易依赖甚至迷信医生

患者到医院就医，更主要是获得来自医生方面的医疗资源，还有一些资源时护士无法给与的，而且出于自身医学知识的欠缺以及强烈需求，所以患者及患者家属有时候会表现出对医生比较强的依赖心理。甚至有些患者会迷信医生，在医护意见或操作不同时，表现出对护士的不理解与不满。

- a. “因为有时候小朋友休疗了，只在门诊看看，病人家长会经常跑上来病房这边问某个医生在不在，会去咨询一些，比如**能不能提前入院，能不能帮他多开一个号，这方面病人的需求是护士没有办法满足的，所以这方面会发现他们对医生有比较强的依赖心理。**”（A2）
- b. “而且病人觉得也是**要靠医生的呀**，所以对医生都很客气，到我们这里，所有气压下来到了我们这里。”（A9）

3) 患者敬畏医生不敢招惹

患者会更容易表现出害怕医生的态度。不仅是因为医生看上去更更严肃，没有护士那么亲和，更多的是因为怕招惹到医生，引起医生不满，会导致自己失去重要的医疗资源；而对于护士就没有这层顾虑，还会认为即便“得罪”了护士也不会导致严重的后果。

- a. “我们血液科的家长很奇怪，……看到医生会有点**敬畏的，就是有点怕……**，但是看到我们护士就不一样，他在查房的时候**不敢问医生**，……等查完房，

他就跟你护士讲了。……有一个家长回答我，说你们看起来比较和蔼，医生看起来比较凶，我们就有点怕，然后他们也不愿意跟我们讲。”(A1)

- b. “有些病人可能觉得你问多了医生，医生会觉得你好烦，而护士他们就觉得反正你就是护士，他烦了你，你能怎么的呢。不像医生，说穿了，你如果把**他惹火了，他觉得我过的日子可能就惨了。**”(A5)

4) 患者普遍的“重医轻护”观念

从观念上说，中国绝大多数人都会有“重医轻护”的观念。首先是因为患者到医院就医，本身就是一种有求于医生而非护士的行为，他们更多地会觉得护理是附属于医疗的项目，不是他们求医的目的；其次，中国人目前的普遍观念中，医生的学识要远远高于护士，“学历”的高低会直接影响患者对医护的尊重与信任。

- a. “病人面前(护士跟医生的地位)会有不同的。说穿了病人到医院来看病，他们就是想要**享受你的医疗服务这一块**。而护理上，中国人的思想，他们觉得**护理就是不是很重要的感觉**。他只需要医生把病看好。”(A5)
- b. “在病人和病人家属那里……现阶段而言，还是比较听医生的吧，……这是一个**根深蒂固**的观念。有可能他会觉得，听医生的会更好一些吧。”(A4)

5、从护士自身角度

其实除了医生、医院、患者，这些外界对待医护地位差异的表现，护士自身对这个问题也有自己的认识。在看待医生这个群体的时候，护士往往会认为医生会“高人一等”，会很傲慢，护士更多地要从属医生，并且这种情形一时是很难改变的；在工作中，护士虽然会有部分表现得低微一些，但是更多的，尤其是比较资深的护士会直接向医生反映工作问题；护士群体对自身的定位也更倾向于专业分工不同，但地位平等。

2) 护士看医生群体的态度和做法

护士会觉得医生总体来说是好的，但依然会感到医生是“高人一等”，会“看不起”护士，并且有这种根深蒂固的观念，一时无法改变。

- a. “有的医生总是觉得自己的地位比护士要高，有的时候他们会**鄙视你的**，有点像**看不起**护士的感觉。大部分医生应该是蛮好的，有的医生就觉得自己**很傲的**，看不起护士。”(A8)
- b. “中国的话，医生根深蒂固的想法是，他就应该来**支配你**。这样的话就是他下医嘱，我去干活。……觉得**高人一等**的很多的。”(A7)

- c. “作为以前来说，**护理从属于医疗**，包括到现在，还是没有办法改变的。”
(A4)

相对于年轻护士而言，资深的护士在对待医生的态度上会显得更加自信。老护士眼中，小护士还是会表现得相对低微一些。而老护士们在工作中遇到问题会更主动、直接地与医生进行沟通。并且，如果资深的护士遇到年轻的医生，他们不仅仅是对问题进行商讨，甚至老护士还会对小医生进行指导。

- a. “老板(主管护士)的话是直接接受医嘱的,然后有什么问题会直接说的。”
(A9)
- b. “**医嘱有问题了**，我们**护士也可以反过来问医生**。……我会跟他说，你这个(医嘱)开得有问题或者是开错了……有些医生他不懂的话，他改也改不来，那么我们会**教他怎么改**。……我们是**可以商讨的**。……一般是我们发现问题了他们会**承认**，然后**马上改掉了**。”(A1)
- c. “一般来说，我绝对不会像他们(其他护士)那种低头哈腰的为他们做事。……有很多的。”(A8)

3) 自我认识

护士目前在看待自身时，会对自己有比较清晰的定位。她们认为自己与医生是专业领域上的不同，她们的本职工作不可能逾越护理的范畴。然而双方是在同一阶层上的，只是专业需求上的服从，并不会因此看低自己。

- a. “我们那时候考护校，自己对医生和护士的定位就和大部分患者家长一样，包括我想中国，可能大多数人都是有一个这样的定位的。……在当前中国这个环境下，反正把自己的**定位定好吧**，你**就是一个护士**。你**真的就是一个护士**。你再努力也**只有尽力做到你自己能做到的**。”(A5)
- b. “我们是在同一阶层上的，只不过我们听命于他们的而已。”(A2)
- c. “我从来没有感觉自己是护士就自己看不起自己。所以说，跟我有关的事情我去做，跟我无关的事情我从来不去做。”(A8)

(三) 影响医护地位差异的因素分析

学历

学历对地位的影响是根本性的。社会的固有观念即认为，医生学历高，护士学历低。我们在设计访谈提纲的时候并没有特意将“学历”的影响放入我们的问题中，因为这种影响当时在我们想来，是显而易见的。但是在访谈的过程中，几位护士很自然地将话题带到了学历问题上。D医院的A7护士在提到“在中国根深蒂固的想法

就是，医生应该来支配护士，他下医嘱，我去干活。”的医护地位差异后，感慨说“你看书读了那么长时间对吧”。之后她又举了一个很生动的例子表现学历对地位的影响：“有的研究生，比如我让他去看病人，他就会回一句，我研究生毕业我还要测血压啊？这种事让本科生去做好嘞。然后他就会找一个比他学历低的，然后我们就觉得很诧异。”也是这一位护士提到“我实习的时候，有的病人就说：啊？你们护士是大专毕业的啊？这样的。然后我们现在有很多研究生和博士的。人家就说，啊？护士还有研究生跟博士的啊？那如果是医生人家就会跟正常地认为就是这样的。”这既说明了学历对于医护地位差异的影响较大，也说明学历对于医生和医生、护士和护士在自己群体内部的地位差异也是有影响的。在医院内部，本科学历的护士和大专学历的护士待遇也是有区别的。

专业分工

专业差异对于医护地位也是有影响的。深入访谈之前，医疗专业和护理专业专业分工的不同对于我们而言只是一种常识，所谓医生是进行疾病预防和治疗的专业人员的总称；而所谓护士是从事护理活动，履行保卫生命、减轻痛苦、增进健康职责的卫生技术人员的总称。这种分工不同决定了医护在合作过程中会有地位的差异。护士们总会对我们提到说，“医生是权威”、“护理从属于医疗”，这意味着从职业分工上来说，医生永远是医疗团队的核心。正所谓“医生动动嘴，护士跑断腿。”但是在 E 医院进行访谈的过程中，血液肿瘤科的护士长（A4）对于医疗和护理专业分工不同的理解给了我们很深刻的印象。她说：“医疗和护理之间的思维方式有所差别。很早之前护理是可以考医疗的，现在是不允许的。当然，从我现在自己的角度来看，确实护理和医疗有一定的差别。因为从事这个行业时间久了之后，你的关注点会不一样。举个简单的例子，同样看待医患关系的话，医生和护士看的角度出发点会不一样。你不能说哪一个一定是对的，哪一个是对的，只是他们的出发点不一样而已。护士可能会关注的方面，人文方面的更多一些，不仅是医疗方面的，可能会关注到家庭、社会这些人文方面的。医生的关注点可能会比我们小一点，他更在于说，这个病人的病情怎么样……”由此可见，医疗专业和护理专业各有所长，护理行业会关注到医疗行业所忽视的一些细节。E 医院一位年轻的护士（A2）在访谈中也提到：“我们的工作性质决定了我们需要服从医生的，他下医嘱，我们遵从医嘱来做事情，这是一种服从，而不是比我们高一等的关系。我们是在同一阶层上的，只不过我们听命于他们的而已。”我们认为，“地位平等，仅仅在工作上是服从关系”也是对于医护关系一种全新的理解。

年资经验

医学是一门经验科学。年资经验在我们进行研究计划阶段就是我们非常关注的

一个点。刚刚进入医院实习的时期，我们常常听说所谓“小医生和老护士的故事”。一个工龄较长的老护士，对于自己所在科室的治疗过程的方方面面非常熟悉，在医疗方面的经验往往高于刚刚进入科室工作的年轻医生。在工作过程中，经验丰富的老护士们既要遵从医生所开的医嘱做事，又常常会发现年轻医生在医嘱中因经验不足而暴露出的各种问题，于是“医生不如自己”的想法与“医生高于自己”的现状在老护士心中就产生了矛盾。而这种矛盾可能会引发医护关系的紧张。这是我们的研究假设之一。

不可避免地，年资老的护士和年资轻的医生会因为医疗问题上看法的不同而产生摩擦。A6 在采访后期语气严肃地说：“医学需要经验的，有些医生他本身的技能跟技术是有问题的，我们血液科也有。我们护士有时候就会有些疑问。小孩子比较可怜，如果你达不到这样的技能跟技术，（停顿和迟疑）你就不应该做这种事情。是吧，你不应该在病人的身上成长。”D 医院的 A7 护士形容医生的时候说：“他老是会开错的。一个医嘱他反复地修改，他又没开对。那我肯定就火了呀，就会口气不是很好。”E 医院血液科的护士长 A4 对这个问题的看法就相对理性，她很平静地说：“医学是一个需要经验积累的学科，很多东西必须通过临床积累，说得不好听一些，很多失败最后累积成你的成功。所有的行当都是这样，只是医学会更不容许你去错误，有的错误没有关系，有的错误就比较吓人。而且血液科专科性强，有些科室可能这样处理也是没问题的，到了血液科就不可以的。比如很多医书上会写，新生儿年老体弱者除外，我们就属于除外的这一部分。大多数人按照书上的走是没有问题的，但是作为我们血液科，孩子们免疫力比较低，可能就需要往相反的方向走。对于一些年纪轻的医生，专科方面的知识比较浅一些，我们会做出善意的提醒，最终的目的还是为了能够把病治好。”

个人能力

第四点影响医护地位的因素是我们在研究过程中才发现的，就是个人能力因素。一个个人能力强的护士会得到医生们更多的尊重，而一个个人能力差的医生会被护士瞧不起。D 医院的 A8 护士认为“我的业务应该是可以的，医生们对我的工作是肯定的”，而“比如业务比较差一点的护士，医生们就对她不太好。”她进一步解释说“比如病情方面、观察病人方面等等，我的业务自己做的好，自己能想到自己能够做什么，在医生还没有来之前就帮医生处理好了，医生就会感觉你的一个思路很清楚的人，对你的看法就会不一样。”她还提到，个人能力强弱很多时候与年资无关，“有的护士年龄很大的，拎不清始终拎不清的，这和她平时的思路，逻辑思维有关

系的。”与之相对的，如果一个医生能力较差，就容易引起护士的鄙视，失去威信。而护士也能从这个过程中获得一定程度的心理平衡。D医院的A7护士就用鄙视的语气提到一位医生，她说道：“他刚刚到这个科室，连基本的医嘱都开不出来。比如我让他开一张麻方，他连麻方也开不出来，有什么好了不起的我觉得。有可能他的基础专业知识比较深，但是到临床上根本就表现不出来，他观察一个病人也是观察不出来什么的……”

掌握权力

第五，也是影响医护地位差异的一个相对根本性的原因，就是医生和护士掌握权力的不同。医生手中掌握着两个关键的权力，就是处方权和床位权。处方权，字面意义上来说是开具处方药品的权力，实质上就是医生开医嘱的权力。而护士们多次向我们提到“护士的本质是执行医嘱”。无论医生的医嘱开的好与不好，是对还是错，护士都只能按照医嘱执行。

床位权是一个非正式权力，但是对于医生和护士在患者心目中不同的地位有很大的影响。床位权指医生有权力决定哪位病人可以住院，哪位病人不能住进来，有权利决定排号的顺序。血液肿瘤科的病床十分紧张，很多病人托关系找门路，希望医生能够让他们提前住院。医生掌握了这个生杀大权，病人和病人家属很自然地对医生十分尊敬，很怕惹恼医生，而对于护士就无所顾忌。A5护士很生动地描述了病人对于医生的敬畏心理：“我们护士早就跟家属们讲过，早上医生查房的时候，你小孩子有哪里不舒服，哪里有疑问，就赶快跟医生讲。但是很多人他们就是不敢说，非要等医生走了之后跟我们护士讲，说我这里怎么怎么样，那里怎么怎么样……他们可能是害怕问多了医生会觉得你好烦，如果把医生惹火了，自己过得日子可能就惨了。而护士反正你就是护士，他烦了你，你能怎么的呢？”

从业环境

第六点是大环境的因素，中国的医疗体制和社会固有观念的影响。护士们常常说的一句话就是：“大环境是这样，我们也没有办法。”当我们问E医院的A5护士，医生和护士地位的差异会不会让她有所困扰，她叹口气说：“这个我已经习惯了，没有什么可困扰的，在当前中国这个环境下，反正把自己的定位定好吧，你就是一个护士。你真的就只是一个护士。你再努力也只有尽力做到你自己能做到的，其他人接不接受，其他人怎么想的，那我也做不了主。”而非常有趣的一点是，在E医院，几乎所有的护士都向我们形容了国外护士的地位与中国护士地位的差异，A6护士气

愤地说：“人的价值体系体现在哪里，国外一个护士，至少也是一个中产阶级。”有的说“在欧美国家，护士是有处方权的。”A4说：“国际上，护理和医疗是两个平行的专业，没有高低之分。”A2说：“我们的医疗体系和美国差四五十年。和美国的护士比起来，中国护士的素质还差一大截”。我们发现，护士们之所以会产生这样的理解，和她们之间口耳相传有关，也和医院的文化有关。E医院是世界健康基金会和上海市政府合办的医院，平时在医院内部经常举办一些培训和讲座，把先进的国际医疗经验向医院职工们讲授。而这里的护士也受到过一些国际化教育，A2护士也提到，“我读的是中美班”。护士们将听来的国外护士地位较高的说法加入自己的想象，又添加进一些对于现在自身社会地位的不满，很容易将国外护士的地位夸大。

参考文献：

- [1]. 徐素珍, 杨志萍. 护理人力资源合理利用的思考. 护理研究, 2001, 15(6): 346—348.
- [2]. Thomas EJ, Sexton JB. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical Care Medical*, 2003, 31(3): 956—959.
- [3]. McMahan EM, Hoffman K, & McGee GW. Physician—nurse relationships in clinical settings: A review and critique of the literature, 1966—1992. *Medical Care Review*, 1994, 51(1): 83
- [4]. Svensson R. The interp]ay between doctors and nurses—a negotiated order perspective. *Sociology of Health and Illness*, 1996, 18: 379—398.
- [5]. Dahl M. Nurses: an image change still needed. *International Nursing Review*, 1992, 39: 121~127.
- [6]. Alan B. Rosenstin H. Nurse—physician Relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing*, 2002, 102(6): 26—34.
- [7]. 张建文. 医护关系与医疗纠纷浅析. 护理学杂志, 2003, 18(8): 613-614.
- [8]. 瞿晓萍,叶旭春.不同群体对医生、护士、患者角色认知的刻板印象[J].解放军护理杂志,2012,29(13):1-4,12
- [9]. 任建强.急诊急救工作中医护配合问卷调查研究[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2012,07(9):839-842
- [10]. 徐群燕,应立英,王惠琴等.医生和护士对医护关系评价的差异性调查[J].护理学杂志,2006,21(22):9-11
- [11]. 杨晓莉, 苏因茵, 张俊娥. 医护合作的研究进展[J]. 护理研究, 2005, 19(7A): 1136—1138.

- [12]. 杨晓莉,吕海燕,李曙光等.医生和护士对医护合作所持态度的对比研究[J].中华护理杂志,2006,41(5):466-469.
- [13]. Le Tourneau B. Physicians and nurse: Friends or foes[J]. JHealthc Manag. 2004. 49(1): 12-15.
- [14]. Laine C, Davidoff F, Lewis CE, et al. Important elements of perceptions of their patients. Medicine Care, 1999, 37: 1164—1168.
- [15]. Miller S, King T, Lurie P. Certified nurse-midwife and physician collaborative practice. Journal of nurse-midwifery, 1997, 42(4): 308—315.
- [16]. Cox KB. The effects of intrapersonal, intragroup and intergroup conflict on team performance effectiveness and work satisfaction. Nurs Adm Q, 2003, 27(2): 153 — 163.
- [17]. American Nurses Association. Nursing's Social Policy Statement. Washington, D. C. : American Nurse's Publishing, 1995. 89.
- [18]. 蒋书勤, 郝玉梅, 柴晓红, 等. 全面部骨折发生部位及合并伤的临床分析. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2010, 5 (7): 585-587.
- [19]. Becker MH, Rosenstock IM. Compliance with medical advice. In: Steptoe A, Matthews A eds. Health Care and Human Behavior. Orlando: Academic Press, 1984. 175-208.
- [20]. Felten S, Nancy N, Michael H. Implementation of Collaborative Practice Through Interdisciplinary Rounds on a General Surgery Service. Nursing Case Management, 1997, 2(3): 122—126.
- [21]. 张建文. 医护关系与医疗纠纷浅析. 护理学杂志, 2003, 18(8): 613-614.
- [22]. 刘玉馥. 危重病人救护中的医护关系. 国外医学护理学分册, 1999, 18(7): 308—309.
- [23]. Hojat M, Fields SK, Rattner, SL, et al. Attitudes toward physician—nurse alliance: comparisons of medical and nursing students. Academic Medicine, 1997, 72(10): S1 — S3.
- [24]. Salvage J. Smith R. Doctors and nurses: doing it differently British Medical Journal, 2000, 320: 1019—1020.
- [25]. Hojat M, Nasca TJ, Cohen Mjet al. Attitudes toward physician — nurse collaboration: a cross—cultural study of male and female physicians and nurses in the United States and Mexico. Nursing Research, 2001, 50: 123—128.
- [26]. Glenn TH, Rhea J, Wheelless LR. Interpersonal communication satisfaction and

- biologic sex: nurse—physician relationships. *Communication Research Reports*, 1997, 14(1): 24—32.
- [27]. Kjolsrod L. The doctor—nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co—operating with a female nurse *Society Science Medical*, 2001, 52(2): 189—202.
- [28]. Zelek B. Phi1lips SP. Gender and power: Nurses and doctors in Canada. *International Journal of Equity in Health*, 2003, 2(1): 1—8.
- [29]. Verschuren PJ. Masselink H. Role concepts and expectations of physicians and nurses in hospitals. *Society Science Medical*, 1997, 45(7): 1135—1138.
- [30]. Bucknall T. The clinical landscape of critical care: nurse’ decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 43(3): 310—319.
- [31]. Hamilton HE, Mitchell K, Eisenberg J. Hospitalk: an exploratory study to assess what is said and what is heard between physicians and nurses. *Clin Perform Qual Health Care*, 1998, 6(4): 183—189.
- [32]. 徐金科, 刘彦普, 薄斌, 等. 548 例颌面部创伤患者的回顾性分析. *中国口腔颌面外科杂志*, 2007, 5 (2): 91-94.
- [33]. 马小兵. 《浅谈韦伯社会分层理论——“三位一体”理论》, 山西大学哲学社会科学学院, 沧桑, 2010 年 06 期
- [34]. 荣娥, 冯旭. 《西方社会分层研究述评》华中科技大学社会学系, 社会工作学术版, 2007 年 01 期下半月

医院护工与患者及其家属互动关系的质性研究

——以上海三家三级甲等综合医院为例

复旦大学 2010 级本科生

李婷 吴安妮 钱坤 李亚男 茅泽希

摘要: 护工是医院、养老机构等包含护理服务的机构中,担任病人生活护理的人员。本研究采用质性研究的方法,合理结合访谈与观察的方式,关注于医院护工与患者及其家属的关系,认为,护工在与患者、家属的互动中总是处于相对弱势的地位,其行为更容易为各方的意志所限定和强加,护工也通常会愿意顺从他人的要求,同时,他们对自己的处境也表现出了认可和理解。

关键词: 医院护工、护患关系、质性研究

一. 研究背景

护工是医院、养老机构等包含护理服务的机构中,担任病人生活护理的人员,他们通常担任着协助医护人员实现对病人照顾的重要任务。

而在现代社会,很多病人的照顾者都因为自己的工作生活压力而在外奔波,无法陪伴在病人身边。对于这些无法亲身帮助到亲人、不能实时了解病人情况的亲属来说,和护工的交流也是其了解家人生活状况的重要途径。

同时,我们在田野观察中,发现了护工和患者及其照顾者之间有着有趣的互动情况。病人会因为护工的很多行为而感到感激和不好意思;病人和家属也会对护工进行物质和精神上的感谢.....两者之间的这些有趣的互动让我们对于护工和患者及其照顾者之间的互动交流模式产生了很大的兴趣。

我们希望通过三个主要的研究问题,反映护工和患者及其家属的交流情况,发现这些日常的行为有着怎样的行为模式和意义。并通过这些研究帮助护工们理解患者及其家属的交流行为,促进其更好地理解 and 处理平时在与患者及其家属的交流中出现的问题。同时也希望一定程度上增进公众对护工这一群体的了解。

二. 研究问题

为了研究护工和患者及其家属的交流情况,探索他们交流的背后,发现这些日

常的行为有着怎样的行为模式和意义，我们确定了以下三个研究问题，以回答上述的问题：

(1) 什么情况下，护工会为患者及其家属做职责之外的工作？

因为护工和患者及其照顾者之间的互动是以服务、工作为基础的。但是在观察中发现，两者之间的交流远远超出了所谓的工作范围。

所以我们确定了这个研究问题，试图分析护工的工作范围。并通过研究护工的工作范围和护工做职责外工作的情景，得以了解两者之间的主要交流发生的场景。

(2) 患者及其家属向护工表示感谢的情境是怎样的？

感谢是互动交流的重要主题。感谢对于研究护工和患者及其家属之间的互动关系也是重要的内容。通过研究在这种不平等地位中，家属是怎样向护工表示感谢、护工又是怎样应对的，我们可以更深刻的了解双方的互动。

(3) 护工和患者及其家属之间的聊天是怎样开始的？

聊天是突破二者专业服务关系之外产生的交流互动。我们通过了解双方沟通是怎样开始的，进而对二者的互动有更深入的了解。

三. 文献综述

在当今社会独生子女家庭增多，患者陪护需求日益增长的背景之下，围绕医院护工这一群体，已有许多学者进行了研究。

从宏观层面来看，主要关注于医院护工行业的整体现状及其存在的问题。普遍认为社会地位低、福利待遇差、工作压力大、护工素质不足（包括文化素质以及专业知识方卖弄）、职业认同感弱等问题是医院护工目前面临的职业现状。也有相当一部分文献从医院护工行业现状的不同层面分别进行了调查研究，如杨永丽等在《护工工作压力源及疲溃感的调查研究》以及白雪歌等在《某医院护工心理状况的调查研究》中均认为护工因为繁重的工作量、患者住院期间的各种问题、生活的无规律以及各种关系的协调，存在着较大的工作压力以及不同程度的焦虑、抑郁等心理障碍；而蒋晓燕在《三甲综合医院护工管理存在的问题及管理对策》以及汤雪飞在《浅谈医院护工的管理》中则针对医院护工管理进行了论述，均指出医院护工管理存在工作范围不清、护理知识缺乏等问题，并认为医院应该成立专门的护工管理部门、严格岗前培训，提高护工素质。

从微观层面来看，主要关注于医院护工与患者的关系，从改善护患关系的角度出发，提出对策建议。如陈田林等在《从护患关系的不协调因素分析其实质与对策》中从护理工作者和患者两个角度分析了护患关系不协调的原因，并要求护理工作者

应该不断提升自己的专业素质、加强沟通技巧以改善护患关系；钱虹在《护工护理引发的若干问题及应对措施》中也提到护工与患者之间存在的摩擦，主要是由于部分患者和家属的歧视、对护工工作的挑剔而产生。

无论是从医院护工的行业现状及存在的问题层面，还是从医院护工与患者的关系层面，均有相关研究分别进行了论述，然而这些研究多是以定量研究的方式开展，以数据的形式呈现出浅表的现象，而对于当中涉及到的护工本人以及患者、家属的感受则缺乏分析与探讨，以及对于当时当地的情境究竟如何也缺乏相应的描绘。因此，本研究拟采用质性研究的方法，合理结合访谈与观察的方式，关注于医院护工与患者及其家属的关系，并希望通过回答“护工在什么情况下会做工作以外的事情”、“患者及其家属向护工表达感谢的情境是怎么样的”以及“护工与患者及其家属的聊天是怎么开始的”这三个问题加以呈现。

四. 研究目的与研究方法

本研究的主要目的是阐述并分析护工和患者及其家属之间的交流互动关系。研究问题主要包括：什么情况下，护工会为患者及其家属做职责之外的工作？患者及其家属向护工表示感谢的情境是怎样的？护工和患者及其家属之间的聊天是怎样开始的？

为了研究这些问题，我们采取了观察、访谈、shadowing（影随跟访）结合的质性研究方法。

（1）研究场所：

我们选取了上海市三所医院：长征医院；华东医院；华山医院。

我们之所以选取这三所三级甲等综合性医院作为我们的研究场所是因为：①三甲医院拥有至少 7 个专业科室与不少于卫生技术人员总数 50% 的从事临床护理工作的人员，从而能够为我们的研究最大限度的提供不同疾病护理种类的护工对象。同时，三甲医院就医人数多而护士短缺，这便使得护工所扮演的角色及其所处的地位相较于其他普通医院更为典型。②这三所三甲医院均为研究者实习所在医院，相较于其他医院更易于介入与观察。护工能够更加实际的参与进护工的日常工作和生活，从患者及其家属处也可以获得更多的信息。

（2）进入现场和样本取样：

实习期间，研究者以医院实习生的身份，参与了医院病房的探访和相关的研究，由此进入了护工的主要工作和生活场所——医院病房。由于研究者所处的科室是固定的，同时也为了尽量聚焦研究对象，我们所在的科室及病房的护工、患者及其家属成为我们的研究对象。

通过日常例行的查房，我们与多数护工在双方相对闲暇的时刻进行了多次“随意”的攀谈，并与其中几位建立了较为熟悉的关系。而这几位是我们后来的观察与访谈的潜在参与者以及“介绍人”，透过他们我们得以获得了更多有用的关系以及宝贵的信息。在此基础之上，我们逐步向我们的访谈或观察对象以通俗易懂的语言介绍了我们的研究计划与意义，并向其说明我们的自愿与保密原则。

(3) 观察：

在实习中对病房进行探访的过程中，我们都在进行观察，以了解护工的日常生活以及护工和被照顾者及其家属的互动行为。我们还对护工的工作和休息环境也进行了走访和观察。

我们期望了解在自然的状态下，护工的行为与自然的语言，以及他与患者及其家属之间的互动关系，并对访谈中的某些内容予以对照。

但我们的观察在时间上有所不足，我们没有选择从其早上起床到其晚上的陪护，是因为鉴于我们学生的身份，我们除却研究任务还有其他繁重的课业任务与实习任务，除此之外，我们的校区与研究场所距离较远也是一大限制条件。

(4) 访谈：

我们共选取了 5 名医院护工、6 个病人、3 个家属进行了访谈，以了解他们的交流和互动情况。我们访谈的时间主要选在护工的午休时间、其他相关人士的闲暇时间，而剩下的访谈时间以及访谈地点则视具体情况而有所不同。

(5) Shadowing（影随跟访）：

我们对 2 名医院护工分别进行了 shadowing（影随跟访），以对护工和被照顾者及其家属之间的交流进行更深刻的了解。但是也是由于我们实习生的身份，我们没能对观察对象进行一整天的 shadowing（影随跟访）。

(6) 整理和分析资料的方法

整理资料时，我们对访谈记录采取了编码分类的方式，在此之前我们对每一个个案访谈都进行了分析。而对于观察记录，我们则采取情境分析的手法对资料进行整理和分析。

五、研究发现及分析

1、群体特征

(1) 户籍状况：

我们研究的 5 名医院护工均来自外地，且多来自甘肃、河南、湖北等地。他们从事医院护工多年并且在上海生活多年，和上海人的交流并不存在太大的问题，然而对于自己是“外地人”的这个事实，仍然会不自觉地进行强调，感觉似乎受到了

文化的排斥。

(2) 教育状况:

这五名护工受教育水平都比较低,多为初中及初中以下的学历。

(3) 收入状况:

在我们进行研究的医院中,护工的收入状况主要有两个特点:工资收入低且工资浮动大。

就前者而言,可以看到,护工主要按照所照顾病人的人数收费,收费情况按照病人的护理需求(全护理和半护理)和护工所在的科室病房情况而有所不同。以华东医院为例,特需病房收费标准为150元每人每天,但护工还需上交60元给派遣公司,因此护工的实际收入只有90元每人每天。普通病房的护工在去除上交给公司的费用以后,为32元每人每天。

就后者而言,护工和病人的配对取决于护工管理的床位所在的区域,因而一旦当其护理的床位入住的人很少或者有护理需求的人很少的话,护工的工资相应的就会有所降低,工资浮动因此很大。

同时,研究者注意到了—个有趣的现象,一旦护工管理的床位入住的病人很少,或者是有护理需求的病人很少的时候,比起会感到工作压力减少,他们更会因为—没有工资而感到焦躁。

(4) 工作状况

护工的工作时间为24小时工作制,全年无休。只要有病人需要他们的护理,他们就必须24小时都处在岗位上。同时护工的工作和休息地点都集中在相应的科室和病房,平时也不允许到别的地方去。护工没有专门的休息区,休息就是在病房的躺椅上,或者是科室存放各种杂物的小房间中。

通过护工的群体特征的描述和分析,我们可以发现:

护工在医院的各个群体中,都是处于劣势的地位。这是由护工本身的平均素质和护工在医院的地位决定的——他们都是外地人,受教育水平较低,在医院从事的又是不怎么需要特殊专业技能的“伺候”人的工作,工资水平也比较低,同时他们对这份工作的依赖也比较大——以上的这些情况决定了护工在整个医院的环境中处于“食物链的较底端”。

2、医院护工与患者及其家属的互动关系

2.1 护工什么情况下会做职责以外的事?

在护工与患者的互动中,唯一以文字形式呈现的是由护工管理公司提供,患者、护工、公司三方签字的陪护工派工单。上面明确写着护工的工作内容:提供日常生

活护理，包括协助病人用餐、排泄、个人卫生、床单位清洁的陪护工作。可见客观规定中护工的工作范围是非常明确和有限的。但由文献回顾可以得知医院护工管理存在工作范围不清等问题，在我们观察中也发现护工确实做了一些看起来不是她职责以内的事。为了深入探究护工在哪些情形下会做职责以外的事，我们访谈了护工与患者。

首先通过访谈，可以了解到双方眼中的工作并不相同，与规定也不一样。

“初次询问工作职责时，小李表示很迷茫，回答“什么工作职责，我们什么都做呀”。我们再三解释，她只能描述一些工作的内容，比如送饭、擦身等等，但并不清楚它的界限在哪儿。后来谈着谈着，她偶然掏出上衣口袋的派工单，看了一眼，立即指给我们看：‘诶，你们不是问我工作职责嘛，都在这儿写着呢！’”

（来源于2013年6月7日）

“37床的爷爷回答：‘我这次病不是很大嘛，她就主要拿拿饭，帮忙洗澡，夜间照看一下。像五年前我也住过一次院，是在神经内科的。当时严重咧，全身都插满管子，既不能动，也不会说话，就什么都要她帮忙了。她照看了我有一个多月。’”

（来源于2013年5月30日）

以上可以说明不仅患者及家属，护工也对工作职责缺乏清晰的认识。护工自己认为，患者需要的他都做。而患者及家属认为，护工的工作其实包含衣食住行方面所有的照料，事情可大可小，视病情而定。

接着我们又了解了具体哪些情形下护工会做工作职责以外的事。根据访谈结果，将其分为三个部分。

1) 志愿性的护工工作

由于护工负责的是固定的床号，所以一个病房中并不是所有的人都会请护工。有时护工也会为没有请护工的患者提供一些服务。

“一旁的38床患者突然插话了：‘护工人很不错的，即使我没请她，偶尔我遇到点什么问题，她还是会主动过来帮忙的。’36床这时也开口了：‘我自己是没有请过护工，不过据以往的观察，她们人都很好，很会助人。’”

（来源于2013年5月30日）

“我们问护工小李：‘要是有一个病房里有人没请护工，那你会帮他护理吗？’她果断地回答：‘会的呀。一般就是拿拿饭、上厕所拎拎盐水这样的小事，我们还是会帮忙的。’”

（来源于2013年6月7日）

通过双方的表述可以看出护工其实并不把这些活当作是工作分内的事，而是出于个人的助人之心。

2) 医疗相关的工作

“10:20, 小肖又来到第二个病房, 看了一眼47床的盐水, 说没有了, 于是就打铃叫了护士换盐水。护士匆匆来去, 并把针头拔下插到另一个瓶上, 并嗔怪道: ‘跟你说了不用叫我了, 你帮我换一下好了, 还要我多跑过来一趟, 这么简单的事。’ 小肖则也笑道: ‘不敢呀!’ 同时低声和我们说‘这个不要写进去噢, 我们不能做的。’”

(来源于2013年6月5日)

在跟踪观察中, 护工顾虑到我们的存在, 没有自己换而是叫了护士, 但从他们的交谈中可见事实上护工在平时经常替护士完成这样的任务。理论上, 护士主要负责治疗相关的工作, 护工主要负责生活上的照料, 而现实中本来应该护士做的(如换盐水换床单消毒等)可能会被推给护工, 说明护工是帮护士打下手的角色。

3) 生活杂事

“我们问小李有没有被别人要求干过什么事, 她就笑了。‘有啊。那边护士经常叫我出去帮他们买饭的, 护士长也让我干这干那, 刚刚你们不是看见了么, 放东西什么的。’ ‘那你都做了吗?’ ‘诶呀, 你说他们让你做, 你敢不做吗?’”

(来源于2013年6月7日)

在观察中, 我们也发现家属会因为要照看患者走不开, 而叫护工出去取报告、买报纸、别的食物或生活用品。护工一般都答应, 虽然偶尔有一种小小的不满。说明家属、护士都把护工看做可以随手使唤的对象, 经常要求护工做一些生活杂事。

以上情况因医院情况的不同而可能有所不同, 但总的来说, 虽然大家对于护工的职责都表现出一种模糊的认识, 但在某些情况下, 护工本人还是会迫于一种压力去做家属和护士安排他去做的一些事情。当她们在做这些被要求的事时, 护工有些意识到这不应该是她们的职责, 但是在各种压力下还是会立即完成。

2.2 患者及家属向护工表达感谢的情形是怎么样的?

针对这一部分, 我们将通过表达感谢的缘由、表达感谢的方式以及护工对感谢的反应来呈现患者及其家属向护工表达感谢的情境。

“有的患者照顾起来比较麻烦, 比如卧床患者, 要帮助一日三餐、大小便、定时翻身、喂饭以及一些清洁工作, 还有一些大小便失禁, 还要帮其换尿片, 频繁地擦洗身体等。总体上来说就是照顾起来比较麻烦, 工作量比较大的, 他们(患者及其家属)送红包的可能性比较大。”

(来源于2013年4月12号)

“我(患者家属)工作比较忙, 有的时候一些事情比如去门诊楼里去报告是我应该做的, 但是因为自己实在是没有时间, 就会委托张阿姨(护工)帮我去拿, 我本身不属于她的工作, 她实际上是在帮我做事情, 我当然要因为这个感谢她。”

(来源于 2013 年 5 月 20 日)

从研究者的观察笔记中记载的这三段内容可以看到，患者及其家属向护工表达感谢的缘由大致有三种情况：护工所做超出工作范围；由于患者的原因，护工的工作脏、累；护工的工作质量比较高、把患者照顾得比较好。而我们发现患者及其家属向护工表达感谢的方式有口头感谢、随意性礼物、专门的礼物或者红包。

在医院里面，经常被送红包的还有一个群体就是医生，但是患者和家属给医生送红包和给护工送红包有较大的差别。首先，患者和家属给其送红包的目的不一样。给医生送红包是希望医生在给患者看病或做手术时能用心，换句话说，则是“图个放心”。但是给护工送红包就不一样，它只是患者及其家属单纯向护工表达感谢的方式；其次，送红包的时间不一样。给医生送红包是在患者入院前或者患者手术前，而对护工送红包是在护工照顾一段时间以后或者是在照顾结束之后；第三是金额上的差异。给医生送的红包一般数额比较大，从几千到几万不等，但给护工送的红包的数额就比较少，最多三百块钱。

当护工接收到来自患者及家属的感谢时会有怎样的反应呢？通过访谈我们发现对于口头感谢、随意性礼物以及专门性礼物，护工一般都会接受。然而对于红包，在研究者的田野笔记中有这样两个场景的记载：

“其实，我们（护工）一般都会接受，因为一般这样的患者护理起来确实比较累，比较辛苦。另外他们送红包的家庭一般经济条件较好，不在乎这些前，而对于我们而言，帮助却很大。”

(来源于 2013 年 4 月 12 日)

“我（患者）之前给护工送过两次红包，第一次她推辞了一下，最后也接受了，第二次就没有接受。”

(来源于 2013 年 6 月 5 日)

可以看到，第一次的红包，护工总是会欣然接收，然而当给红包的形式出现第二次，似乎情况便会有所不同。

总而言之，患者及家属向护工表示感谢的情形大致是，患者及家属会根据护工的表现给予不同形式的感谢，感谢的形式不一样，护工的反应也会不一样。然而，相比于医生，患者及家属对护工更倾向于基于权力不对等上的一种奖励式的感谢。

2.3 护工与患者及家属的聊天是怎么开始的？

最初我们认为，患者的住院期间是一段百无聊赖、极其无聊的时光，因而作为患者主要接触对象的护工，必然会成为患者主要的聊天对象与解闷对象，并且聊天

与简单的对话不同，后者的目的仅在于表达一种护理上的需求，而前者则是一种轻松随便的谈话方式，通常从家常谈起，可涉及日常作息、饮食习惯、工作情况、家庭成员、与疾病相关的话题等，然而现实的情况似乎并非如此，当我们询问患者或者家属一般会与护工聊些什么话题时，“我们基本不聊天的”、“没什么可以聊的”是最普遍的回答。

那么，在这样的回答之下，那些为数不多的聊天是怎么开始的呢？在研究者的田野笔记中记载着这样几段场景：

“……当我们问起平常他（指患者）与护工是否会聊天时，他回答道不会，但却开始兴致勃勃地说起有一次他看到护工与一位男清洁工状似很亲密，于是等那位男清洁工走了之后，便开始询问护工，才知道原来那位护工是夫妻两人同在一家医院工作，丈夫做的是清洁员的工作，随后两者开始了聊天。”

（来源于2013年5月30日）

“……期间，小肖（护工）在帮一位病人做准备时，开始自言自语，发起了牢骚，好像在发表对另一位病人、家属的抱怨，似乎怒气很重，然而这位病人家属只是‘嗯’、‘是啊’地予以应和，并没有发表见解。”

（来源于2013年6月12日）

从这几段观察日记可以看到，患者或家属与护工的聊天要么由患者、家属开始，要么则由护工开始。就前者而言，开始一段聊天主要是源于观察，始于好奇心，一旦看到护工的有趣行为便激发了询问的动机；而就后者而言，则更多的是以护工自言自语的抱怨加家属断断续续的附和，或者以护工插话的形式开始的。总而言之，可以看到，护工与患者及其家属的聊天大多数情况之下是借由一种契机开始，且相较而言，护工有着更为主动的聊天意愿。

六. 结论与反思

从以上的研究发现与分析的论述中，我们可以总结出以下几点：

（1）虽然客观上对护工的工作范围有书面的规定，但是患者及家属和护工本身双方都对护工的工作范围表现了模糊的认识。大多数情况下，护工会迫于一种压力去做家属和护士安排他去做的一些事情。

（2）患者及家属会根据护工的具体表现给予不同形式的感谢，感谢的形式主要有口头感谢、小礼物及红包，感谢的形式不一样，护工的反应也不一样。相比于医生，患者及家属对护工更倾向于一种奖励式的事后感谢。

（3）护工与患者及其家属鲜少有聊天，即便有，大多数情况下也需借由一种“契机”开始，另外相比之下护工有着更为主动的聊天意愿。

综上所述，可以看到，护工在与患者、家属、护士的互动中总是处于相对弱势的地位，其行为更容易为各方的意志所限定和强加，护工也通常会愿意顺从他人的要求，同时，他们本身对自己的处境也表现出了认可和理解。

在整个研究的过程当中，有许多值得研究者反思的地方：

(1) 计划与实际研究过程的变化较大。

在我们原本的研究计划中，希望同时针对医院和养老机构这两个不同的工作地点，对护工群体进行差异性的比较研究。但是在实际的研究过程中，我们发现医院与养老机构中的护工差异太大，最显著的差异体现在两个方面：一个是医院中的护工护理的对象往往是短期的，而养老机构中一位老人接受一位护工的服务时间至少是数月，甚至数年；另一个差异则在于医院中被照顾者的主要服务需求在医生护士这一方面，而养老机构中的被照顾者的服务需求几乎都来自于护工。以上两个差异使得护工在与被照顾者、家属、医护人员等各方互动过程中的行为模式，在医院和养老机构之间存在显著的差异。

(2) 研究的代表性

因为研究小组中成员的实习地点原因，我们的研究地点限于华东、华山和长征这三家医院。而这三家都是大型的三甲医院，我们没有能够进入更多二级等其他医院进行更加全面深入的研究，不清楚医院中护工群体的行为模式是否会随着医院规模、专业性等而变化，这使得我们的研究代表性存在一定问题。

(3) 工作时间的局限

由于我们研究小组中的成员还有其他学习任务，所以我们的研究时间局限于我们的实习时间，即大多只能保证上午八九点到下午四五点的参与式观察研究时间，而我们的研究对象护工的工作时间是 24 小时的，同时我们也相信晚间护工工作中可能会表现出不一样的工作内容、互动方式等，因此我们研究时间与护工工作时间的不完全覆盖，对我们的研究成果造成了一定的局限。

七. 伦理议题

对于我们的研究小组成员来说，我们不仅仅是这个研究的研究者，也是在各个医院社工部实习的实习生，甚至对于我们来说，我们先是实习生再是研究者，因此我们常常会碰到涉及双重身份的伦理问题。

这个问题产生的原因主要就是我们在两个角色下服务对象与研究对象的不一致，我们作为研究者的研究对象自然是护工群体无疑，而我们作为社工的服务对象则以患者及其家属为主（其实作为社工本身也是可以以护工、医生、护士等为服务对象的，但基于机构的立场，通常以患者及其家属为服务对象），因此我们在对护

工进行观察、访谈、跟随观察等研究过程中，我们常常会遇到以下及其他类似的情境：我们需要跟着护工前往下一个病房开展观察、访谈工作，但我们在跟随上一个的过程中，发现了一位希望了解或者亟需干预、抚慰的患者或家属，但为了保持对护工研究的连贯性，不得不选择跟着护工离开，由此陷入了伦理的困境：是尊重保证研究的有效性，还是以案主的利益优先及时中止研究？

而我们在实践过程中也做出了一些妥协，比如原本是两位同学一起对护工进行跟随观察的话，就直接兵分两路，一位继续跟着护工，一位则留下跟进案主的情况，如果是一位研究者跟随观察护工的话，通常情况下我们会快速评估案主情况，记录下来，及时地进行回访。

参考文献

- 1、罗彩花等：广东省部分医院护工存在及教育的现状调查与分析[J]，护理教育，2007（23）
- 2、刘莉等：陪护现状及建议[J]，护理研究，2005（03）
- 3、杨永丽等：护工工作压力源及疲溃感的调查研究，护理研究，2006（21）
- 4、何贵蓉,李小妹,顾炜. 护理工作压力源及压力程度的研究现状[J]. 护理学杂志,2001,16(11)
- 5、钱虹：护工护理引发的若干问题及应对措施[J],中国医疗伦理杂志，2006
- 6、朱金英. 浅议护工队伍管理[J]. 吉林医学, 2005, 26(3)
- 7、陆巍：护工职业态度调查及教育对策[J]，护士进修杂志，2000（12）
- 8、汤雪飞：浅谈医院护工的管理[J]，管理观察
- 9、蒋晓燕：三甲综合医院护工管理存在的问题及其对策[J]，内蒙古中医药，2012
- 10、李颖：综合性医院护工生存状况调查[J]，卫生职业教育，2008（26）
- 11、陈田林等：从护患关系的不协调因素分析其实质与对策[J]，护理学杂志，2007（22）
- 12、白雪歌：某医院护工心理状况的调查[J],调查研究，2008（26）

※心理卫生※

心理卫生工作者的专业背景与职业发展的质性研究

——基于三种职业的心理工作者的研究

复旦大学 2010 级本科生

鲍婧 过洁 王美娟 张晓宇 李好好

摘要：本研究采用执行研究的取向，通过深度访谈和观察等研究方式，探讨了不同职业的心理卫生工作者的专业背景与职业发展的情况。结果发现：（1）专业背景作为转入门槛在不同职业中的要求不一致；（2）心理咨询师是一个准入门槛低，专业要求高，收入不高的行业；（3）专业在职业初期优势不明显，但对于职业发展很重要；（4）职业一定程度上限制了个人的专业发展，但在职业发展之路上，兴趣起了重要的作用。

关键词：心理卫生工作 心理咨询 职业发展 专业背景

一. 文献回顾

（一）国外心理治疗/咨询师培训、认证体系

西方国家如英、美、加、澳和新西兰等地及中国香港，从事心理治疗或咨询工作的主要有下列几类专业人士构成：精神科医生、临床心理学家、辅导或咨询心理学家、社会工作者、精神科护士等。并且组建了自己的专业学会，每一专业学会制定会员的资格认证标准，通常以“标准学历”（在学会认可的大学里取得临床心理学硕士或博士学位）为准则。

其中，心理咨询的专业背景主要是心理咨询专业或社会学专业；心理治疗的从业者主要是精神科医生和临床心理学家。

心理治疗的培训较为严格，一般从业者除了必须具备心理学和医学背景外，还具有文学、哲学、社会学等相关领域学位或培训记录。临床心理学家在他们的博士学习期间，要求精神科理论学习和一年的临床学习。

不同流派的治疗培训要接受规定的几百到上千小时的专业督导，毕业时还要参加国家或州立的执业心理学家资格认定考试，通过后方可从业。当政府或其他机构聘用此类专业人员时，大多会采用相同的学历标准作为准则。

精神科医生在得到通科医学博士学位后，经过自愿申请及素质挑选后方可进入为期四年的住院医培训。在这四年中，心理治疗的培训占有相当的分量：包括理论

学习和临床实践。

在德语国家(主要指德国、奥地利和瑞士),心理治疗师的培训一般在获得一定的学位,如社会学、哲学、神学、心理学和医学等的基础上,完成与心理治疗相关的正规培训,包括:①心理治疗的理论培训;②精神病学诊断培训;③关系的培训:包括小组督导和以行为治疗为导向的案例督导;④自我分析或自我体验;⑤治疗实践:精神分析取向和行为治疗取向的培训,以上各项要求都有一定的学时要求。(何敏慧,王祖承,2006)

(二) 国内心理卫生行业建设

目前国内从事心理咨询的机构主要有五类:一是医院中的心理治疗科,承担了心理治疗的任务,也承担了心理咨询的任务;二是高校中的心理咨询机构;三是经国家工商部门注册营业的专业心理咨询机构;四是社会上的心理咨询一类的热线电话服务和一些社会工作者的志愿活动;五是打着心理咨询幌子的服务机构,如万金油一般承揽了所有的业务,有的婚介、家政服务中介机构也开展了心理咨询业务。

(王国防,2007)

可见,心理健康咨询和医学心理咨询可以分别对应于西方的心理咨询和心理治疗两个概念。在西方,从事心理治疗的是精神科医生和临床心理学家,需要同时具备医学和心理学的专业能力。而我国是没有临床心理学家的培养体系的,那么各类咨询师的职责划分就很不明确了,容易出现挂着心理咨询的名义进行心理治疗的情况,这时,咨询师是否拥有满足来访者或病人需要的知识、经验和技能就令人堪忧了。

今年5月,新精神卫生法出台,对心理卫生工作行业做出了进一步规范明确。心理咨询师将不得进行诊断和心理治疗,这方面的职责全部交给了精神科医生。一方面,有助于杜绝专业能力不够的咨询师随意接诊,另一方面则加重了医院医生的负担。本来精神科医生数量就不够,精神科医生在心理治疗方面接受的培训更加远远不够。

二. 研究方法和研究对象

(一) 研究对象

首先,在专业定义上,心理卫生等同于精神卫生。《新精神卫生法》指出:

在中华人民共和国境内开展维护和增进公民心理健康、预防和治疗精神障碍、促进精神障碍患者康复的活动,适用本法。

可见,心理卫生工作的内容是十分宽泛的,行业内有许多不同的职业分工。在

本次研究中，我们将研究对象——心理卫生工作者分为三类：

1. 精神科医生：面对患有严重精神疾病的人群，拥有处方权，承担诊断、治疗的工作
2. 学校咨询师：负责学校学生的心理健康咨询工作
3. 心理咨询培训师：在各类心理咨询培训机构工作，培训内容多样，如考证培训、企业（员工心理）管理培训；通常会兼职个案咨询

同时，我们将心理问题分为三类，以便更好地了解不同心理卫生工作者的工作内容：

1. 精神疾病：最严重，患者的社会功能不能正常执行，需要入院、药物治疗，通常治愈率较低，例如：精神分裂症，双向情感障碍
2. 神经症：相当于上文提到的非精神病性精神障碍，患者的社会功能受到一定影响，可能需要运用药物治疗，可做诊断，例如：各类焦虑障碍、应激障碍、抑郁症
3. 发展性规划和设计：由于学习、工作、生活中遇到了困难而导致一时的心理失调，来访者基本心理健康；或者就是纯粹为了提高自己某方面的能力，如社交技巧训练，是为了谋求自身更好的发展，来寻求咨询师的指导和建议。

新精神卫生法之前，心理咨询师可以承接第二、第三类的工作。新精神卫生法出台后，前两类都归入医院，其中：第一类主要有精神科负责，第二类由于适合运用心理治疗，医院又开辟了心身科，由精神科医生中抽调人手。这里，精神科医生在心理治疗方面培训的不足的问题就显露出来了。

我们之所以把研究对象中学校咨询师与后面两类独立开来，正是由于他们在心理治疗的专业性上存在差异。我们所访谈的学校咨询师，他们的主职是心理咨询，是可以处理第二类心理问题的程度；而辅导员和培训师只是兼职或偶尔接个案，我们对其处理第二类心理问题的能力持较大怀疑。并且，通过预访谈，我们发现学校心理咨询师的工作内容和工作环境也有很大的区别，因此两者间可以进行一定的比较。

这并不是说咨询师的心理咨询/治疗水平一定比培训师高。正是由于行业门槛低，人们可以通过不断的培训深造提高自己的专业知识和技能，只不过需要时间和经验的积累。

（二）研究方法

本研究采用质性研究的方法。所谓质性研究是采用自然探究的方式，从自然观

察的行为中收集所需的资料，并由观察与深入分析的过程来探究现象的发生，及特定现象所蕴涵的社会意义。在本次研究中，我们将主要关注以下五个问题：

1. 心理卫生工作者目前的职业压力与生存状况如何？
2. 不同的专业背景对心理卫生工作者分别有怎样的优势和劣势？
3. 心理卫生工作者工作中现在遇到哪些问题？主要压力源是什么？
4. 心理卫生工作者的自我效能感如何？来自哪里？原因是什么？
5. 心理卫生工作者对个人职业及行业发展前景的期望如何？

资料收集和资料分析是我们使用的两大手段。资料收集分为以下三项：

1. 文献法：通过文献搜索来了解国内外心理卫生服务行业的起源和进展，国内的行业现状，目前面临的问题等。
2. 深度访谈：采用半结构化访谈设计，对 6 位不同职业的心理卫生工作者进行了深度访谈。了解他们的工作内容，并围绕我们的研究问题作了探讨。
3. 现场观察：1) 我们在长宁区精神卫生中心住院部进行了一天的跟踪调查，和精神科医生以及院内的病人有了实地接触。由于医院有严格的保密制度，我们没有进行录音，也不能在拍摄的照片中出现病人，故没有能呈现医生和病人互动场面的影像资料。2) 对于学校咨询师，我们对其的团体心理训练进行参与式观察以帮助我们了解咨询师的工作情况。3) 对于心理咨询培训师，我们在其工作机构进行了半天的跟踪调查，对咨询师的工作情况进行了非参与式观察，客观记录咨询师的工作内容。

资料分析 在每次访谈后我们将录音或者笔记进行转录，并根据访谈笔记对访谈资料进行信息补充，使其更加准确和完整。转录后，我们对访谈内容进行编码、对比、求证、分析、归纳，提炼主题，在我们得研究结果中以关键词等形式呈现。

三. 研究结果和分析

通过对访谈资料的反复分析、比较，最终提炼出以下 2 个关键词和 4 个主题：

关键词一：精神科医生——职业耻感

在精神科医生的口述中，我们得到了“职业耻感”这个词。精神科医生对于精神科的满意度是比较低的，这种耻感来自于社会对于精神疾病的歧视，这位杨医生认为这种歧视也会相应的队精神科医生产生影响，从以下可以看出：

大学里精神科方面的课程很少，就是像选修课性质的而已。毕竟学的西医，一般做内科啊外科比较多。精神科呢，还是有点**职业耻感**的。社会上对精神病人多少总是有点歧视的，连带对精神科医生也会有点戴有色眼镜，总是跟精神病人混在一起嘛。但是能进大医院的机会不多，再加上自己从外地来到上海也需要先解决生存

问题，碰巧遇到这边招人，就进来了。

对于精神科医生来说，精神科医院是退而求其次的选择。客观上来讲主要存在两点原因：医院的条件和工作环境。精神科医院相比综合性医院的硬件条件有一定差距，另外，像对于其他科室的医生，精神科医务人员面临更加恶劣的工作环境，精神疾病的病人有一定的特殊性，如精神分裂症患者可能会出现幻觉妄想，情感障碍可能会有躁狂和抑郁，除了自伤也有可能出现伤人行为，医护人员也可能被打骂，在以下访谈中有所体现：

这里还是很缺医生，每一个医生要管太多的病人。像这种精神科医院，很多医生护士都不愿意来。医院的硬件条件不够好，但是这个没办法改变的。还有一个呢，精神病人很多时候你不能跟他们讲道理，来这里的绝大部分都是严重的精神疾病，很多都没有自知力，无法正常沟通。病人一眼看上去就跟普通人一样，可一旦发病很难控制，医生护士被打骂也是有的。病人家属也会有有的不讲道理，比病人更麻烦。

关键词二：学校心理咨询师——学校“包养”的咨询师

在与学校咨询师的访谈中，老师开玩笑说自己是学校“包养”的咨询师，这可能也是学校咨询师与社会上的咨询师最大的不同之处，从访谈中我们归纳为以下几点：

1) 工作内容上：行政事务多，组织学校行政方面的文字材料，走访院系，开设选修课等等。

学校高层领导对我们中心的一些要求，我们也要积极的处理，比如走访院系啦，跟院系配合，去院系开会等等。

现在学校要求要开必修课嘛，然后现在我们所有的老师都在上导论课，心理健康导论，就是对于大学生心理健康知识的普及吧。

2) 收入上：固定，不会因为咨询人数的改变而又收入上的变化，也相对而言比较稳定。

高校心理咨询师是一个很特殊的一群，我们是**被学校包养**的一群咨询师，然后学生来访，不管一周来一个来访者还是一周来十个来访者我们的收入都是固定的。

3) 编制上：学校的心理咨询师在编制上属于行政人员。

我们是属于行政工作人员，大多数学校都是属于行政人员，在名校里面，行政人员的生活状态时有一点点差的。

主题 1：收入偏低

对于整个心理卫生工作行业而言，从业者普遍认为收入与付出不匹配。从多个

访谈记录中可以看出：

就我们付出的劳动和工资待遇我觉得是不相符的，这个随着以后社会对精神疾病的重视提高，可能是会慢慢改善的。现在么，温饱肯定是没问题的，想要再丰富自己的生活就没有条件了。

应该说待遇不算高，但是学校基本情况就是这样，老师的工资跟外面工作的比起来也不算高，这个圈子都是这样。

几乎每一名被访对象都对自己的收入表示出不太满意的态度。

物质回报体系不承受是每一个新兴行业必经的发展阶段。但是这一阶段会持续多久？何时才能让从业者得到与付出等额的回报？发展这一行业不是依靠个人的兴趣和服务社会热情能够完成的。这需要社会对心理健康工作者的劳动的进一步了解和认同，以及行业协会制定相应的标准。

主题 2：助人与自助

但是即使是在经济条件不尽如人意的情况下，还是有许多人继续在这个行业中前行，对他们的而言，坚持的意义在于助人为乐和自我提升。

我对这个专业比较肯定的，一般人会觉得做心理咨询是听别人不开心的事，自己情绪也会受影响，其实我觉得自己情绪还是积极的，因为这是一份助人的工作。

首先你觉得你做的这份工作对别人真的是有帮助的，那个帮助是能看得到的，你和来访者都能感受得到。另外，在这一行中，首先咨询师自己要成长，所以，我自己主动的被动的在学习当中我也有成长，来访者也会使我成长，所以这几年，我自己很多方面的一些成长，包括在家庭方面，家庭关系上的修复，我对自己的满意度等等，这都是切身能感受得到的。这虽然不能弥补金钱，物质上弥补多少，但是这是我的一个力量吧，我相信这个会不停地给我带来收获、成长。

有的被访对象把帮助他人作为工作的意义，并在工作中不断实现自我价值；而有的则是因为想要了解自我和提升自我而进入这一行当，并在这一过程中体会到帮助他人的快乐，也因为关注他人的经历能够更好地发展自我。心理健康工作是一份助人与自助的工作。不论是以了解自我为目的还是以帮助他人为目的，都能够在这份工作中得到圆满。

有趣的是，我们看到在心理卫生工作者的道路上，有的人是助人的同时也在自助，有的人一开始只想自助最后走上了助人的道路，如我们访谈的咨询师培训师。

我们认为，“助人与自主”不但是引导这些人选择这份职业的契机，也是支持他们在职业上继续发展以及专业化过程的重要的内部动机。

兴趣在这个研究中，是一个意外的收获，我们发现在很多非专业背景的咨询师

身上，兴趣是他们的原动力，这个兴趣包括了对心理学的好奇，以及通过心理学自我提升，了解自我和自我探索的过程，而正是这个东西支持者这些人在心理学的道路上坚持了下来，而且，通过访谈的交流，我们认为在非专业背景的人身上，这种兴趣是强于专业背景的咨询师的。

主题 3：专业发展的不同取向

在对于不同心理卫生工作者的了解中我们发现，专业背景对于职业发展的影响是一个潜移默化的过程。

首先，专业背景作为进入行业的门槛在不停职业中的要求不一致，心理学专业背景对于各个心理卫生工作者的工作初期没有明显的优势。对精神科医生来说，新出台的《精神卫生法》决定了心理学专业背景无法进入医疗系统进行心理治疗相关的工作，而在临床医学的学习中，心理学知识没有被重视。

（医院的医生都是医学专业的吗？）是的。必须要有医师证什么的证才有处方权。你们心理学系的将来考了证会有处方权吗？（心理方面的证书是没有处方权的）

（那您不是学心理学出身的，之后是通过怎样的一个过程进入这个行业的呢？）我自己当时也参加了二级心理咨询师的培训，考了这个证，然后做督导，再之后就开始做培训师了。”

根据访谈所得到的结果，在我们三类研究对象中：

- 精神科医生，要求是必须是医学专业毕业，拥有具有处方权的医师证。这一点，将一部分心理学专业的工作代为接管。
- 对于心理咨询师，通过考试获得证书即可，对专业背景甚至是学历都无特殊要求。面向的对象为：“有志于从事心理咨询职业工作的社会各界人士”
- 对于学校心理咨询师，除了上面提到的在专业上资格证书的认可之外，还需要考虑到对学生工作的组织能力和行政管理能力。因为作为“被学校包养的咨询师”，其编制属于行政，工作的职责也包括处理日常行政运作事务。

其次，对于心理咨询师来说，无论是有心理学背景的咨询师还是没有心理学背景的咨询师都一致认为：实战经验比起理论知识更为重要。

咨询这方面还是时间经验的积累更重要，和来访者建立关系的能力才是咨询师最首要的，也是最大的疗效因子，学（术）理（论）和技术都是次要的。就像你平时和年纪大的长辈谈话，也会觉得有收获，和是不是专业的心理咨询师关系不大。就算你有丰富的专业知识，如果你不擅与人沟通，不能尽让来访者信任你，那还是没用。

面对一个来访者，你可以用理论分析出他可能是什么什么原因造成的，但这个

对于来访者一点用都没有的，因为你在咨询室，你不可能对来访者说一大通理论，告诉他你这个问题是怎么形成的，怎么怎么样。

而对于不同咨询师的职业发展之路，我们却发现，心理学专业的咨询师的发展路线是纵向的，在不断积累经验的同时，他会选择继续攻读学位，进行一些研究以帮助专业的发展以及职位晋升；而非心理学专业的咨询师的职业发展更倾向于横向拓展，他们希望接更多的个案积累经验，并且想要更多的去社会上发展。

后来觉得在实践中只有一张牌是不够的，通过一段时间文献查找和深度分析，又选定了格式塔心理学作为方向，而且也比较符合当前的主流积极心理学。我是自己报培训班学的，也和其他学者交流。

我觉得学习最大还是不停参加一些，开始参加的一些工作坊，咨询技术的一些培训，在后期就是同辈的个案讨论，我们会有几个咨询师每周定期讨论一些个案。这样是成长帮助最大的，另外是一些个人体验，这些比获取那个证书帮助要大得多。

显然在职业发展规划和专业化方向上，两者有着明显的区别。

主题 4：行业规范令人不满

对于心理健康工作这个年轻的行业，行业规范仍在发展，从业人员良莠不齐。

在我们的采访中一名从业八年的心理咨询师会将错误的信念和想法称为“认知障碍”，将婚恋和家庭问题称为“情感障碍”，会把《上海市中小学生心理健康自助手册》与精神卫生法混淆，会认为凭借培训半年得来的一纸证书和自己丰富的人生阅历就足以解决工作中的所有问题。

我们的被访对象也无一例外地表达过对行业现状的担忧。

行业发展肯定是跟国家政治需求挂钩的，以前不需要的时候都院系调整并到师范学校，现在社会发展也需要心理咨询来解决一些问题，维护稳定，所以肯定是要发展的。但是现在的咨询师还不够，虽然有很多速成的，但是数量还是不够，当然质量也不够好，和社会需求不契合。

（心理工作室开不起来）这种无奈在短期内还是会存在的，可能几十年，耗尽我们一生的时间，还是会存在。很多有志想从事这方面的人，迫于各种各样的原因没办法从事这个行业，这是历史当中很重要的一个历程吧

我们采访的两名心理咨询师，均不是心理学相关专业出身。谈及入行的过程，一名是因为在没有目标时朋友介绍，一名则是认为这个行业可以帮助到自己，最初抱着“试试看”的目的入行。事实上，随着越来越多的“国家二级咨询师”的培训课程的开设，无论是何专业背景，只要能够完成课程要求，通过统一考试，就能够获

得一纸资格证明。

“现在通过一些系统培训啊，“心理咨询师”的产出率是很高的，但是这些人中间会很专业很长久的一直做下去的却不多。这也多多少少跟现在我们的工作条件、能拿到的薪酬水平有关。所以，在职业的规范和归属感上面，我们自己还有欠缺”。

从上面的访谈记录可以看出，从业者认识到现在仅通过“考证”就可以获取证明的做法，使得这个行业看似拥有“高产”的形势，因为在报考时并无其他更高门槛限制，只需要符合年龄等基本条件即可。

但是，通过半年的培训课程走出来的学员，真正能够在这个行业深入地做下去的，却是少数。原因有二：一是一部分学员仅是为了通过这个考试或是满足自己的兴趣而报考，从行为的初衷上并没有将其发展为自己职业的想法；二是由于课程内容的高度浓缩，即使通过考试，其专业知识储备还是远远不够，要想能够深入地进行探讨研究，还需要长期地自我学习增值。在实务工作中，对专业上的素质技能还是有很高的需求的。

“谈不上满意，还是有一些不满意的。其实坐到我这个位置的话，再往上升的空间也是很小的了，所以其实薪酬也就这样了不会有太大的变动。尤其是我们这个职业还在发展和走向成熟的阶段，所以我们需要做的还有很多，投入的真的比产出多太多。”

由于这个职业还处在一个逐步成型、向上发展的阶段，当前社会上对这个职业的认可度和接受度还有待提高，相关的从业法规还不健全，这些因素均导致了职业薪酬不高。

从目前的咨询现状来看，人们对“什么是心理咨询”、“心理咨询师具体能干什么”都不是很了解，甚至会认为一些情绪困扰是“心理疾病”，寻求咨询师的帮助就变成了“看病”。来访者和咨询师之间存在着不信任，源自于不清楚守则与工作规范，但如果针对心理咨询师的相关从业法规再健全一些，就可以净化市场，让大众群体更加清晰地认识心理咨询师，更加信任心理咨询。

心理健康工作行业是一个准入门槛低、专业要求高的行业，不合格的心理卫生工作者不仅会造成民众对整个行业群体的不信任，更严重的是，错误或者激进的治疗会使来访者的心理障碍更为严重、更难治愈。因此行业的规范化是十分必要的，不仅要像精神卫生法中规定的那样职责分明，还要采取明确职业分级、提高培训质量、建立信用体系等等措施，让行业健康发展。对此，我们的被访者也提出了自己的看法和建议。

这个行业，首先我觉得职业方面的训练要更完善一些，我也看到我们学校心理专业的学生跟国外的学生差的不是一步的距离，差很多，包括是真的从事心理咨询

这个专业的学生，其实应该有很多训练，手把手的训练，但是我觉得在国内这种训练还是蛮少的，学校里面很少。这方面的不完善导致心理专业的学生毕业出去以后，没有自信，我不知道我能不能做，很多人会觉得我做不了。

这个是一个起点上的好的循环的开端，心理专业行业的大牛们应该想想培养的心理专业的人才，他们到底需要的是什么？这方面要做好，另外社会上，制定一个完善的职业资格认证工作，不是只要一个证书就有意义。

我们可以看到，从咨询师的角度，行业规范的确立不仅仅是培训体系的系统化，资格认证的规范化，还包括了心理咨询的定价规范等关系到咨询师实际生活的细节。

四. 小结与讨论

综合以上的研究结果，我们得到了一下主要结论：（1）专业背景作为转入门槛在不同职业中的要求不一致；（2）心理咨询师是一个准入门槛低，专业要求高，收入不高的行业；（3）专业在职业初期优势不明显，但对于职业发展很重要；（4）职业一定程度上限制了个人的专业发展，但在职业发展之路上，兴趣起了重要的作用。

以下我们对于我们得研究结果和研究本身进行讨论：

1) 对于专业背景的讨论

我们认为，专业背景对于相关心理工作职业发展的影响可以总结为以下三点：

其一，专业背景决定了你从事行业的可能性。通过访谈与相关资料查询，我们了解到上述工作对专业学习都有一定程度的要求。具体来说，精神科医生要求临床医学博士毕业，研究型咨询师要求心理学专业相关背景，而咨询师与培训师要求至少通过相关证书的考核。可以浅显地说，每个专业都如同一道“门槛”，而未来的发展就是迈过门槛后的正堂。你不能入一道门，并不一定代表你在这方面的天赋或努力少于他人，只是这个门槛与那道门不相贯通而已。虽然被访者也大多表示，在有了一定的专业知识基础后，更多更深入的知识并不一定对实践的咨询或培训有明显的帮助，但反而言之，如果没有一定程度上对专业知识的掌握，实践也不过是痴人说梦。

其二，专业背景影响了你未来研究或实践的方向。通过比较不同专业背景被访者对未来发展方向的畅想，我们发现，有相关专业背景的被访者倾向于在专业领域进行更深入、更焦点的研究，而非专业背景的被访者则偏向于对实践方法的探讨与学习，希望在应用时可以更得心应手些。不能否认，心理学是一门新兴的学科，仅有的两百余年历史并不足以让人们对它的全貌有多深刻的见解。系统学习过相关知识的专业人士会倾向于看到它未来发展的契机，待深入的研究；而非专业人士，由于自身知识不够全面，可能会认为它缺乏系统框架，很难全面建构。

其三，专业背景并不能决定你的成就。在强调专业背景重要性的同时，我们也想指出，精神卫生工作者的成就并不与专业背景的纯正度之间存在任何可证的相关。事实上，受访者中也有在取得心理学专业较高的学历后，并没有很好的机会将其运用；而非专业背景出身的受访者，通过培训与咨询，在不断充实自己专业知识的同时，也越发清晰自己的目标，明确自己努力的方向。综上可用一句话概述，专业背景决定你能做什么；职业选择决定你在做什么；而自己的内在动力才能明确你将做成什么。

就行业现状而言，在《新精神卫生法》出台的前提下，专门的心理咨询人员的工作仅仅限于健康心理学范畴，而临床心理学的相关工作都并入了医院，有精神科医生代行。因此让心理学专业无所适从。心理学专业人员本应从事的一部分工作由精神科医生接手，而另一部分则更多地被社会培训机构出产的持证人员包揽，他们花了培训机构学员数倍的时间和精力，但社会认同度却不及培训机构学员高。

而面对需求不是解决精神障碍和进行健康咨询，仅仅是要借助心理咨询人员的帮助进行成长性训练，例如提高社交技巧或者职业规划等等咨询，在这些方面心理学专业背景并不占优势。事实上，社会经验、管理方法、生活技巧等等可能更能解决实际问题，对来访者的用处也更大。学院派的心理学专业何去何从是一个我们完成研究后感到疑惑的问题。

2) 对于行业发展的讨论

《中华人民共和国精神卫生法》是一部规范发展精神卫生事业、规范精神卫生服务、维护精神障碍患者的合法权益的法律，于 2011 年 6 月公布草案。2012 年 10 月 26 日，全国人大常委会表决通过了精神卫生法。

其适用范围是：“在中华人民共和国境内开展维护和增进公民心理健康、预防和治疗精神障碍、促进精神障碍患者康复的活动”，这也可以认为是法案对精神卫生工作的界定。

法案将从业人员分为“为社会公众提供专业化的心理咨询服务”的心理咨询人员，和“开展精神障碍诊断、治疗活动”的精神科执业医师、护士。并且明确规定“心理咨询人员不得从事心理治疗或者精神障碍的诊断、治疗”；“心理咨询人员发现接受咨询的人员可能患有精神障碍的，应当建议其到符合本法规定的医疗机构就诊”，以此为精神卫生工作者的职责范围作了明确分工。

我们可以看到新法的出台，其目的好似为了规范化现今良莠不齐的市场，但从另一个角度，也是扼杀了许多发展的可能性。基于本次对行业的了解，我们觉得像对于这种“堵住出口”的行为，规范教育培训体系，培养真正具有良好职业资质的咨询师，这种“疏通”的方法应该是更好的，而且在越来越多专业背景的从业人员，

经过了专业系统的培训之后，行业会自然有一个沉淀的过程，这也是我们所愿意见到的。

3) 研究过程中的方案调整

1、研究对象的调整：

最初我们拟定了六名访谈对象，除了现在研究分析中呈现的五名之外，另一名为复旦大学院系（复旦学院）心理老师，其编制为“专职心理辅导员”，社会心理学硕士毕业。主要负责本科大一新生的心理健康宣传工作，与学生接触的渠道口大致分为班级辅导员与班级心理委员。

经过半天的实地观察与深度访谈，发现该名被调查者虽然有“心理辅导员”的职称，但是所做的工作更偏向于“辅导员”，或者说是一名更注重学生心理健康建设普及的辅导员。其工作的范围并不包括接案等，如果发现有学生有接受心理咨询的需求，将会介绍至复旦大学心理健康中心的心理咨询老师处寻求帮助。

因此，经过我们的讨论，认为该名被调查者的身份并不符合我们对研究对象的定义，故在研究分析报告中不予呈现。但同时，这也引发了我们对学校内，每天与学生接触很多的“辅导员”这一群体的兴趣。

c. 研究问题的调整：

最初我们拟定的研究问题包括：不同的心理卫生工作者他们在做些什么？他们为什么在做这方面的工作？与他们的专业背景有什么样的关系？

经过我们对不同被调查对象的观察及访谈之后，我们对三个群体做了对比研究，并提取出两个关键词和四个主题，完善并丰富了最初的问题设定。

参考文献：

1. 梁宝勇, 从两种咨询模式看我国心理咨询师的培养,[J] 心理科学, 2004,27(6):1494-1496
- 汪新建, 当前心理咨询师培养中出现的问题及其对策,[J] 中国心理卫生杂志, 2005,19(10):709-711
2. 何敏慧,王祖承, 心理咨询职业化发展及现状,[J] 上海精神医学,2006,18(1):42-44
3. 王国防, 我国心理咨询产业化进程中的问题分析,[J] 集团经济研究, 2007(28):306
4. 钱铭怡[®], 陈瑞云, 张黎黎, 张智丰, 我国未来对心理咨询治疗师需求的预测研究, [J] 中国心理卫生杂志, 2010, 24(12):942-947

九龙治水与分身乏术的迷思

——多因素下复旦心理健康教育中心的发展困境

复旦大学2010级本科生

黄梓航 金佩雯 滕春悦 吴笑悦 陈紫薇

摘要：本次质性研究以阻碍复旦大学心理健康教育中心（下文简称“中心”）的因素为研究焦点，分别从咨询师、学校、辅导员和学生的角度分析了现状对于中心发展的影响，对于中心提高服务质量，学校制定政策，辅导员进行工作和学生正确认识提供了有意义的参考。

关键词：心理健康、咨询师、学校、辅导员、学生

我是好牧人，我认识我的羊，我的羊也认识我。

——《约翰福音》，10:11(2)

心理健康对于当代大学生具有重要的意义。大学生处于生理、心理上剧烈的变化时期。虽然进入大学通常被认为是一项积极的生活事件，但它同时也使个体经历与环境的多方面改变，必然给个体带来压力与挑战。个体对这一转折的适应，既直接影响其当前身心发展，也对于其成年期的发展具有深远的影响，同时还对社会的未来发展具有潜在的重要价值。因此，我们在研究初期，将研究重点放在大学生的求助行为上。

在访谈的过程中，我们为了从多个角度获得对学生求助行为的理解，不仅访谈了复旦大学的本科学生，还访谈了复旦大学心理健康教育中心的咨询师。访谈中同学和老师们的下列言论引起了我们的兴趣：

我们已经强调了，根据学校的要求，把它做成了一个教育为主的功能实体。但是其实在我看来，在高校当中，起到心理治疗和心理援助的这样一个部门和教育应该区别开来。

——引自一位老师的访谈

我不信任心理咨询中心的业务水平。和医院的心理中心相比，复旦的心理咨询中心就像校医院，不做事也能拿工资。外面的心理中心有绩效考核，不是真水平会被淘汰。

——引自一位学生的访谈

我们似乎看到，对于心理健康教育中心，作为内部人员的老师对它有所不满，而作为服务对象的学生也表现出了对中心的不信任。既然这两者都有意见，那么由此看来，学校的心理健康教育中心的发展并不理想。这个现象引起了我们的兴趣，作为心理学系的学生，学校里心理健康教育中心的发展和自身专业也有关系。由此，我们将研究对象从学生转向心理健康教育中心，研究现象从求助行为转向发展受阻的因素。值得说明的是，我们虽然认为中心的发展受阻，但并不预设中心的发展“不好”。因为我们并不知道一个发展得“好”的心理健康教育中心是怎样的。我们的研究重点，在于阻碍中心发展的因素。具体来说，结合相关的访谈（中心老师、我校在校学生和辅导员）和有关文本，我们将分别从咨询师自身、学校、辅导员和学生的角度论述我们的研究现象。

一、咨询师：多重角色下的身份困局

从三月到六月，我们小组对复旦大学心理健康教育中心（以下简称“中心”）的四位老师进行了访谈。关于目前中心的发展，老师们也谈了自己的想法。在这一部分的报告中，我们将重点从中心局内人的角度，探寻老师们对中心的发展和自己的工作是怎样的看法，以及他们自己又有怎样的思考和迷惘。

1.1 中心现状

参考《二零一二年心理健康教育中心工作综述》和访谈内容，我们总结如下：

1.1.1 来访学生

二零一二年，心理健康教育中心为同学们提供一对一面谈心理咨询服务

1100余人次，首次求询学生300余人，咨询问题涉及学业、就业、恋爱、人际交往、生涯规划以及焦虑、抑郁、强迫等不良心理状态等问题，其中近20位心理问题严重甚至有轻生念头的学生得到了有效帮助或成功干预。

——引自《二零一二年心理健康教育中心工作综述》

可以看到，中心的来访人次较多，虽然无法和其他高校进行横向的对比，但是在访谈中，老师们对现有学生的咨询量给出了“符合预期”的评价。在来到中心的学生中，有着相当比例的“复约者”，即在一次咨询后再次预约的学生。老师们表示，“复约的同学很多，而且常常要来7、8次，甚至横跨两个学期”。因此，中心来访人次的现状是，复约者占到相当大的比例，并且也有很多首次求询者。每位求询者都有不同的特点和需求，也都需要大量的时间让咨询师和学生熟悉起来，因此老师们的工作量是“可观”的。我们在查阅相关文献时，同样发现了这一现象，即有过咨询史的人更有可能重复地寻求专业帮助。

来访学生的特征，可以用多元化来形容。从年级上来看，来访者从本科一年级到博士都有。从性别上来看，老师们认为“没有什么差别，男生女生差不多”，这和部分文献中提到的女性更容易求助的观点不同（Leong & Zachar, 1999; Schonert-Reichl & Muller, 1996），一般认为女性更倾向于寻求专业的心理咨询。此外，来访学生求助的问题也是多元化的，但普遍和大学生生活有密切的关系，除了各个年龄层都会发生的抑郁、强迫等精神症状外，求询问题还具有大学生的特征，如学业、就业等。此外，在访谈中，老师还表示学生在遇到一些涉及隐私的问题时也会向中心求助，例如与导师的关系、个人性倾向等问题。

1.1.2 开展活动

中心除了接待有心理困难的学生之外，同时执行教育的功能。

中心开设了包括压力应对、朋辈支持、考前心理调适、亲密关系调适等专题在内的小组辅导20余场次，参与学生300余人次。为进一步促进学生适应校园、缓解压力、高效交往，中心举办了相关专题的团体心理训练30余场，参与学生1000余人次，团体训练是同学们喜闻乐见的活动形式，受到同学们欢迎。

此外，中心还制订了新生适应团体心理训练工作方案，培训和指导新生辅导员开展新生适应团体心理训练，大多数新生班级都开展了相关专题的班级团体活动，覆盖面广，效果良好。

——引自《二零一二年心理健康教育中心工作综述》

根据对中心老师的访谈，我们发现中心的活动主要有“宣传”和“教育”两个方面。前者的目的是让更多学生了解心理咨询中心，后者的目的则是提高学生关于心理健康的知识水平。在几年前，中心曾经举办过面向大部分学生的宣传活动，如“笑吧”。具体方式是，在本部食堂面前进行活动，通过让大家开怀大笑的方式来减压。然而因为效果不好，所以之后没有继续举办。现在，中心的主要宣传工作是由每个班级的心理委员所组成的“朋辈成长联盟”执行的。每年会有两次心理健康文化月，在这两个月（对于2012年，是4到5月和11到12月）中，中心会举办小组活动、专题讲座等面向大众的宣传和教育活动，朋辈成长联盟则负责活动开展的具体事宜。同时，中心还开设了心理健康的相关课程，如《幸福心理学》、《成功心理学素质与训练》等，这一部分则主要执行教育的功能。不过在访谈中，老师对于这部分的效果则持怀疑态度。他们认为，这部分课程的定位其实是很尴尬的。选课的学生大都没有心理上的困难，只是通过选这样的课来获得课程学分而已，这样的做法其实对心理有困难的学生并没有起到直接的效果，因为他们不太会通过这样的方式来寻求帮助，这些课程还给老师增加了负担，这种负担让老师们不能够面面俱到。例如，中心在学校BBS上开设了咨询中心的版块，但是维护工作做得不好，我们于六月中旬登陆该版块时，发现版块负责人（中心某老师）的上次登陆时间为五月初，并且在六月还有学生发帖寻求帮助，但没有获得任何反馈。

1.2 多重身份

通过以上对中心功能的介绍，我们发现，中心的老师扮演着多重身份：咨询师、教育者和行政人员。下文将分别对这三种角色进行描述和分析。

1.2.1 作为咨询师的老师

咨询师，这是访谈中老师们给自己最多的定位。从学校架构上来看，中心隶属于学工部，中心老师的编制都属于行政人员。然而，访谈中，老师表示，学校对中心的编制虽属行政机构，但老师的晋升路径则是通过“专业技术”的，即从讲师开始

到教授的体系。从中不难看出，一方面作为政治体系的教育中心和另一方面作为研究者的咨询中心两方的混合下，才诞生出了这样独特的“中国式”高校心理工作者体系，这在学校里的其他机关和院系都是没有的。老师们在这样多重身份的背景下，却一致将自己认同为“咨询师”的角色。

那么，扮演着咨询师的老师，一天的生活是怎样的？在老师的描述下，只是作为咨询师的角色，每日的工作并不复杂。老师为我们描述了他最近某日的生活：早上八点半左右来到学校，进行一场咨询后，花半个小时对咨询中的信息进行处理和制定后期的治疗计划。之后，和另外一位老师对某篇文献里的数据进行分析。在这之后，中午十一点半和其他老师去五角场吃饭。下午一点半开始进行连续两场咨询，就差不多到四点半。在工作的最后半个小时，老师会把今天的个案进行归类整理，并且再次思考治疗的方法。

我们发现，这样整理的方法确实是有效的，这能够帮助咨询师更好地记住和了解求询者。佐证就是，这位老师仍然能够在两年多以后回忆起当时层作为求助者来访的一位访谈者。除了一周四天在本部以外，每位老师还被安排每周一天在其他校区“当班”。其他校区的心理咨询需求较少，咨询室里不常有同学前来求助。因此，老师们在其他校区更多的时候是阅读文献。也就是说，咨询师这个角色也不是完全单一的，它主要承担着两个职责：处理学生的心理问题（帮助者），进行心理健康的相关研究（研究者）。前者是咨询师本身基本的职责，同样也是很多老师选择心理咨询师的原因；后者则是为了前者服务而衍生出的，根本目的同样在于“把同学们的困难化解掉”，同时这也是中心老师考评职称的重要依据。例如，某位老师最近就做了一次实验，关于复旦大学不同性别的学生对压力的不同应对方式。这样的研究能够帮助老师更好地理解学生的情况，从而制定具有本土化意义的治疗方案。

然而，既然是高校的心理咨询师，他们的职责和医院的精神科医师或是专业的心理咨询机构必然有所差别。高校的特殊环境决定了他们不能仅仅是坐在办公室里，等着学生来预约和咨询。当有事件发生时，他们同样必须承担更为主动的角色，按照他们本人的话来讲，“走到院系里，走到同学身边”。在发生紧急事件后（紧急事件主要是指学生的自伤事件），院系、学工部和中心三者会配合，筛选出可能出现心理危机，需要进行干预的学生，由学工部发出邮件，学生通过自愿的形式来报名。咨询的形式，除了一对一的传统咨询以外，同样也有团体治疗的方式，即把受到相同事件牵连的学生们组成一个小组，然后进行治疗。此外，心理委员和院系、辅导员一样承担着发现学生中的异常情况的责任，曾有心理委员在这方面发挥了很重要的作用。对于咨询学生中，情况严重的，中心同样需要通知学工部。然而，何时情况是严重的？这又涉及到心理咨询的性质问题。由于心理咨询本身具有

的模糊性，所以判断情况是否严重，在很大程度上需要依靠咨询师自己的经验。一名学生可能会表示他认为生命没有什么意义，但是这离他做出自伤的举动其实还差很远。在这个模棱两可的情境下，咨询师就需要根据自身以往的经验作出判断。

1.2.2 作为教育者的老师

既然中心的全称为“复旦大学心理健康教育中心”，那么它必然会承担着教育的职能。中心老师除了进行常规的咨询、治疗以外，还负责开设心理健康教育的相关课程和讲座。所开设课程都属于全校通选课，以2013年第一学期为例，学校开设了《幸福心理学》、《两性心理学》、《成功心理素质训练》和《大学生生涯规划与发展》，这些课程部分是由中心老师开设，也有部分是由心理学系老师开设的。除了这些课程以外，中心老师还开设讲座。根据2012年中心总结，2012年共开设专题讲座二十余场。此外，根据访谈，老师们还常常受到学生们的邀请，在班级活动中进行小规模讲座。从功能的角度上来看，这些活动似乎是很有效的，他们应该起到提高大学生心理素质的作用。那么，为什么中心的老师在访谈中都表现出了对作为教育者的身份的认同度底下呢？

首先，这是因为教育活动的效果不佳。对于开设课程而言，这些课程本身并不具有针对性，很多出现心理问题的学生不能通过这样的渠道获得帮助。而选择这些课程的学生，老师们发现，常常是为了“混学分”而来的。至于讲座，老师们就有更多的意见了，甚至直接表达了“以后能不做，就尽量别做了”这样的想法。我们追问原因时，发现主要是因为效果不佳的问题。学生们邀请老师做讲座的需求非常多元化，如考试焦虑、时间管理、情绪调整等等。而如果老师并没有这些方面的专业知识，而这些话题本身又跨越心理学的多个领域，那么老师就需要很多时间来查阅相关的资料。在做好准备之后，到场学生们却常常是在看书、用手机等，没有认真聆听老师的讲座。因此，一方面是老师花费大量时间的准备，另一方面却是听者的不认真，两者的不平衡让老师认为这些讲座常常是没有必要的。

其次，是因为这和对老师的评价不挂钩。在目前对中心老师的评价体系中，最被重视的仍然是老师所发表的文章数，这是老师获得晋升的必要条件。与此相比，讲座则在评价体系中并没有体现，即使每年做几十场讲座，“在评价里也只是一句话而已”。在没有有效激励体制的前提下，老师们很难有把讲座做好的动力。从老师的角度出发，这也导致了他们的讲座的效果欠佳。老师在访谈中表示，很多讲座都没有起到应有的效果，还花费了大量时间，并且做了也没有回馈，这就让他们产生了“无力感”，我们可以把它看做动机缺失的结果。

1.2.3 作为行政人员的老师

作为行政编制，中心的老师们也有行政人员这样的一种身份。但是对这样的身份，老师们表现出了一定程度的反感和不认同。他们普遍把这个身份看作对另外两种身份的妨碍，在访谈中他们多次说明，由于自己是行政人员，所以经常会有开会等活动，然而这些活动是不必要的，“开了会发现开了和不开是一样的”，并且这样的活动经常是突发性的通知，这就导致他们可能耽搁原有的咨询预约。作为行政人员，中心就处于学校复杂的机构编制中间，老师们还经常需要处理各种行政事项。可能是由于学校的“不重视”，老师们在处理行政事项的时候，还常常不能受到良好的接待，需要“花很长时间，还不一定等得到人”。老师们因此表达了想要聘请单独的行政人员的愿望，然而中心既然本来就是行政编制，行政人员再聘请行政人员就显得不合适了。因此，中心的老师仍然要自己去执行行政事项。这些行政事项既繁琐，又耗时，让老师们不能够把心思放在本职工作——即学生的心理健康工作上。

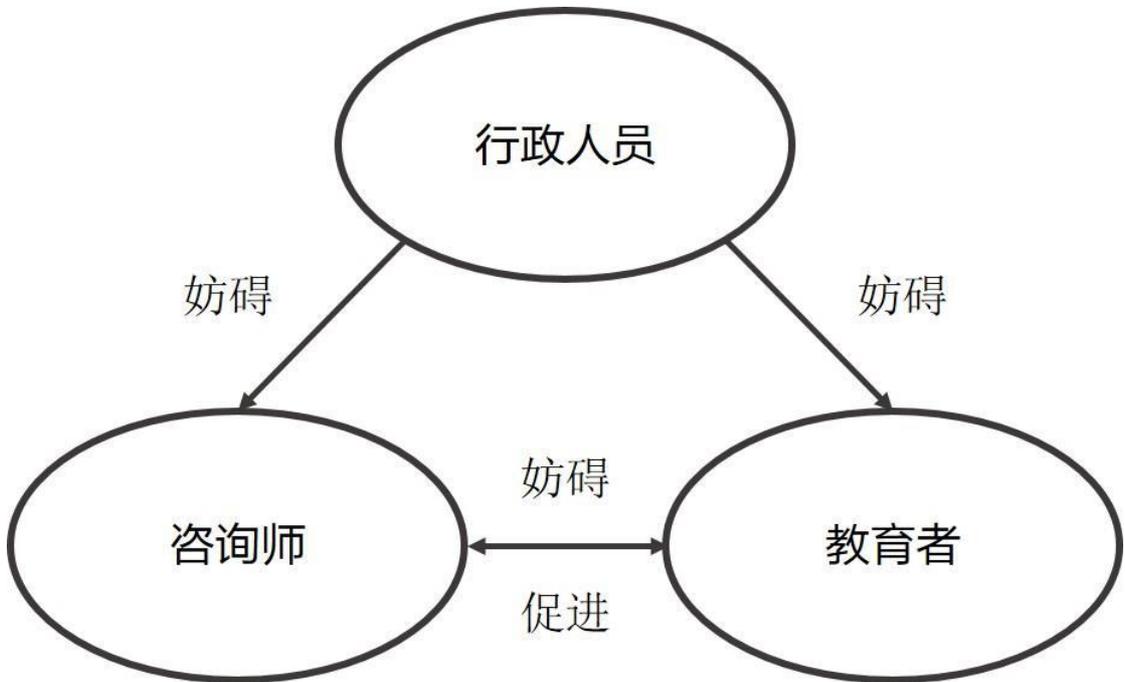


图1

1.3 身份之间的冲突

对于老师的三种身份，我们可以用图1来表示。

从老师的角度来看，制约着中心发展的最大因素，就是老师角色的混乱。在老师需要扮演的三种角色之间存在着冲突，这种冲突导致了老师在工作中的“无力感”，进而对整个中心产生了不良的影响。作为行政人员，这种角色对另外两种角

色是单方面的妨碍作用，而咨询师和教育者两种角色则更加复杂，既有相互促进的部分，也有相互妨碍的部分。下文将具体描述。

首先，是作为行政人员的老师。在我们的访谈中，老师不断提到“自身成长”的重要性。心理咨询师是一个要求适应快速变化的行业，随着社会文化的发展与改变，学生的心理状态也会产生不同的变化。这就要求心理咨询师能够以快速而灵活的方式来适应这些改变。这样的前提条件决定了他们需要花大量的时间来进行学习：这种学习不仅是专业知识的升级，同样也是在咨询过程中从学生身上的学习，咨询是一个双向的过程。然而现实情况是，我国对政治思想工作很重视，行政人员的职责占据了咨询师大量的时间，而这些时间本来可以用来磨练提升自身的专业水平。从动机的角度来讲，咨询师更愿意帮助学生解决他们遇到的困难，而不是在学校的政治系统中获得地位，而且学校也没有提供相关的资源。这种时间上的占领导致咨询师无法履行另外两种角色的职责。此外，行政人员的角色还危及到了作为咨询师所需要的隐私性和作为教育者所需要的内容选取的自由性。在对学生的访谈中，有很多学生表达了对心理咨询中心的隐私保护问题的担忧，而这些担忧其实是有一定道理的。理想状况下，对学生情况是否需要上报相关院系是由咨询师根据经验自己决定的，但在现行体制下，对于所有相关学生都需要老师上报学工部，这就侵犯了求询者的隐私权。从访谈中我们发现，因为这种身份对其他两种角色造成了妨碍，尤其是对作为咨询者本职工作的妨碍，老师们都没有对行政人员的身份产生认同，而更多的是期望能够将这种身份“外包”给其他人，然而现行编制则遏止了这种可能性。

其次，是作为教育者的老师。相对于咨询工作面对少部分有心理困难的学生，教育工作是面向大多数学生的。在理想的状况下，教育者和咨询师两个角色应该是可以相互促进的。作为教育者，老师可以通过和大多数学生的交流了解到学生的心理状况，从而为咨询师的角色提供知识背景，帮助咨询师更快地理解学生，形成同理心。作为咨询师的角色，也能够让老师明了学生的需求，从而提高教育的效果。然而现在的情况是，个体老师的时间十分有限，而教育者的角色让他们从事一项项投入产出比很低的工作，即花费大量时间却收不到良好反馈和成果的讲座和活动。既然老师不能从教育者的路径获得很多对学生的了解（因为反馈很少），那么教育者的身份对咨询师身份的积极影响也就有限了。不过，咨询师的角色却能够促进教育者的角色。因为咨询工作让老师了解学生的需求，但了解只是一方面，从了解需求到满足需求，其实还需要更多方面的支持才可以达到。因为这样的原因，老师们对教育者的身份虽然认同，但不会把这个角色作为自己的主要身份，在访谈中，老师们基本上都自称“咨询师”。

最后，作为咨询师的角色，是中心老师们一致最认同的角色。从动机的角度来看，中心老师都是心理学硕士毕业，完全可以选择其他的职业道路，他们之所以选择进入复旦大学心理健康教育中心，主要原因就是他们对于心理咨询工作的热情。然而，目前的状况是，一方面老师们希望中心能够成为一个“独立的机构”，另一方面的现实却在老师们身上加上了很多不属于咨询师工作的额外负担，尤其是另外的两种角色，对咨询师提高自身专业水平没有太大帮助，反而造成了诸多阻碍，这种阻碍尤其体现在对咨询师时间的剥夺上，这样的剥夺直接造成了咨询师没有时间进行专业水平的提升，也使他们在工作中产生了无力感。作为咨询师，老师们有很多伦理方面的考虑，然而作为高校的咨询师，来自学校层面的干涉使他们有时候不得不违背咨询师的“被动”、“隐私”原则，“主动”去联系相关学生，向学校“报告”可能出现危机的情况（而这种危机是否会出现的判断，实际上依赖于咨询师的经验）。这样的违背也让学生产生了对咨询中心的不信任，学生们在访谈中表示他们“知道心理中心有隐私原则，但是我还是不相信他们”。总之，咨询师是老师们最认同的角色，但是这种角色的发展却收到另外两种身份的限制，最终，这种角色之间的冲突体现在实际工作中，也限制了心理健康教育中心的发展。

二、 学校：中国模式下的变形记

在以上和咨询师的访谈中，咨询师经常会提及学校制度问题，用他们的话来说，很多工作上的无奈“不是他们自身造成的，而是学校体系的问题。”的确，作为复旦大学下属机构之一，学校是心理健康教育中心的管理者，为中心设定工作范畴和基调。我们通过访谈咨询师、学工部工作人员和复旦心理健康教育中心官方文本，揭开复旦心理工作的体系模式，以及中心在体系中所处的位置，最终我们发现，复旦的心理工作模式来源于国外，经过中国特色的变形。

心理健康教育中心的原名为心理咨询中心，后来由于学校要求中心起到教育、咨询、科研的三方职能，更名为心理健康教育中心，从此扩展工作职能，突出咨询和教育的结合。

——心理健康教育中心官网

2.1 中国式的综合模式和人员架构

心理健康教育这个概念起源于美国，同时美国也是最早在高校中出现心理辅导

以及心理健康服务的国家。20世纪80年代以来,美国学校心理辅导模式发生了显著的变化,发展性心理辅导全面渗透到学校教育的各个方面,成为学校教育的重要组成部分,这一时期出现了三个具有代表性的学校心理辅导模式。复旦大学心理工作体系类似于美国盖斯博斯提出的心理辅导综合模式。在传统心理辅导模式中咨询教师仅仅被动地扮演治疗者的角色,他们的教育辅导职责没有得到明确的界定,服务的对象也仅限定在少数特殊学生。此外,辅导教师在很多情况下要从事额外的行政和文秘工作,如日程安排和档案记录等。这种心理辅导只是学校中的一种辅助性服务工作。随着心理辅导在学校教育中的作用日益重要,教育者和心理学工作者逐渐认识到必须强化心理辅导在学校教育中的作用和地位,综合模式便是在这样的背景下提出的。综合模式的核心思想是突出辅导教师在学校教育中的地位和作用并明确规定。综合模式由组织管理和教学计划两部分组成。组织管理部分包括:确定辅导模式的定义和教育宗旨,教育设备和资源的管理,顾问委员会的组成和运作管理,教学及管理人員的使用及费用预算管理等。这部分工作强调辅导工作的行政管理,没有涉及到对学生的直接服务。组织管理是综合辅导模式的基础,它对整个辅导计划的完成发挥着保障作用。教学计划由四个部分组成:辅导课程、个体教育计划、应答性服务和系统化支持措施。

借鉴这个模式,复旦大学要求心理健康教育中心承担教育、咨询、科研三个角色,其实本身这三个角色就存在矛盾。

就教育而言,讲求的是主动出击,了解学生、帮助学生成长。然而,咨询的原则是“受访者不主动求助,不能进行干预”,咨询工作最好是能独立出来,既能保证心理咨询的保密原则,又能提供咨询师和来访者自由成长的空间。科研则需要保证人才的专业性,学校需要提供大量学术资源,学者也需要有充分时间和精力去进行研究,那么和学生的直接接触就会减少。

从工作要求上来看,这三个角色的原则是有矛盾的,而解决这种矛盾最好的方式就是设置不同角色的实施人员。根据综合模式,实际的实施人员应包括:心理辅导教师、任课教师、管理者、家长和社区成员(支持系统人员)。心理辅导教师负责提供服务和协调这个计划的运作,要使计划成功实施,他们必须发动教师和管理者的参与、合作和支持。为获得各方面支持和参与,可以成立一个由各方面人员组成的学校社区顾问委员会,专门为咨询教师和相关人员提供建议和支持服务。咨询教师和其他教师共同设计工作计划和辅导课程,将辅导学习活动与各科教学结合起来并渗透到具体学科内容中,使教师在教学活动中进行的辅导工作及时得到心理辅导教师的指导。一个完整的综合辅导计划通常包括设计制定计划、培训人员、宣传计划、评估计划、评估教育需求、设计辅导课程、总结评估7个步骤。

但是在复旦，这三个角色的庞杂工作，全部落在中心仅有的9名咨询师的身上。访谈中谈及工作内容，咨询师便会抱怨工作很忙。每年新生入学时的心理普查，根据结果中心必须对相关学生进行心理干预。平时承担心理咨询服务1100余人次，小组辅导20余场次，团体心理训练30余场。除此之外还开设常规课程，授课任务共5门、9门次、近300学时。同时，教育讲求多方合作助力学生发展，中心和各院系学工部、辅导员联系紧密，除了听取反馈，还需要举办培训，交流频繁，具体工作参见图1。

除了忙碌，角色矛盾也是咨询师很难处理的问题。作为咨询师，他们应该是承担单一的咨询工作，但是进入学校后要处理教育、科研等原本不属于他们专长的工作，他们认为自己的专业发展有了停滞感：“我更愿意做一个纯粹的咨询师。我愿意在这个领域中去钻研，去琢磨。我愿意去把那些同学们遇到的困难一刀化解掉。现在就是因为事情很多，让我没有很多时间去精雕细琢我的这个专业能力。事实上我觉得有几年了，我都没有一个成长。你知道这是一个非常可怕的事情，在我们的领域中。这个文化在变化，人也在变化。我们发现同学遇到的新的问题很多。这个东西没有成长的话，很容易就会有一种无力感，去处理这种问题。这是一种非常糟糕的体验。所以只能说在工作之外再去钻研这些问题。”

2.2 重点倾斜导致资源倾斜

承担与“人”有关的工作，尤其是心理工作必须涉及到各方的支持合作，如果借鉴综合模式建立校园心理工作网络，这种相互支持更为重要。但是近几年，随着复旦对于心理工作开始偏向“教育”一方，用辅导员的话说就是“不要出事”，学校重死心理教育的资源支持。我们可以看到中心和各院系学工部的联络非常紧密，在秋季心理健康文化月，学校也提供一定资助。

在公众学生心理教育方面，资源的匹配比较完善，但是对于心理咨询（甚至是临床心理诊断）这种小众需求，学校没有很好利用周边资源。中心在心理咨询工作上仅限于中心内部的联系，比如初步咨询后为学生安排相关领域更擅长的老师，这种程度的资源交流使中心只能解决较轻度的心理问题，一旦上升到需要转诊杨浦区精神卫生中心，咨询师表示感到“无能为力，很无奈”：“我们现在的协调呢就是只能同事之间相互转。同事之间可以相互转，但是你找不到其他的医疗机构去。比如说我们的同学，想去上海市精神卫生中心，这个完全得靠私人关系。比如你打电话给对方，说我这里有一个学生啊，然后想到你那儿看看，服个药什么的。就是没有很好的体系去钻研，我觉得这个问题挺糟糕的。那抛开这个转接的体系，那我们的同学呢他们需要就是需要用药来控制情绪的，甚至他有一些精神的症状了，转接到精神卫生中心。那精神卫生中心呢，你知道现在的医疗资源很缺乏，那同学可能要

排很长的队才能排到。”

除此之外，校医院资源也是可以利用的部分。实际情况却是：虽然在校医院有精神科医生坐诊，但是由于和心理健康教育中心没有什么工作上的联系，所以实际上未能很好地承担起心理健康教育中心和精神卫生中心之间的桥梁作用。心理健康教育中心→校医院→杨浦区精神卫生中心，这样一个简单的合作模式在复旦也没有建立起来，导致学生向任何一方求助，都会出现踢皮球的现象：“在精神卫生中心，作为病人是没有时间多问医生的，就开药，同学拿到之后回来忐忑不安，这个药我究竟是吃还是不吃。吃完了之后再去看可能医生继续给他开药。也许觉得你现在好了，那么用药上面可能做一些调整。那这部分同学你想，他还在学习的，他还是没有求助的资源的话，他还是会来到中心。就会导致一个同学蹬蹬蹬从我们中心出去，然后去外面转了一圈最后回到我们中心的情况发生。还有一些同学，他这个情况需要休学，他不适合在校学习。那个医生开这个医嘱，开处方，或者至少开一个至少医学上的说明，给我们学校，他可以去休学。但是啊很奇怪的一点是，这个学生比如说你通过服药，他自己觉得情绪好了，他要回学校了继续学习，他希望医生给他开一个他康复可以回学校的证明，医生不给开，觉得我现在给你开我只知道你现在状态是适合学习。但两个星期、一个月后我不确定，所以他这个风险很高，他不会开。那学生就很郁闷，我要回校学习啊，学校说我要医生证明有这个回校学习得能力。但医生不给开，学生就来我这里说希望我给开一下。那我们又不具备这样的医学上的处方权或者医学上诊断的许可。学生就非常的郁闷，他觉得自己这个体验很糟糕，被踢来踢去，没有人关注他。心理无助的人又被别人推来推去，他很难过的。但是这个很无助，所以这个真的是很糟糕的一件事情，就是很好的没有把校医院的资源用进来。”

2.3特殊的隶属关系

复旦心理健康教育中心隶属于学工部，在我国目前学工部归国家教育部下属的思政司管理，职责是思想政治教育，工作涉及整合德育智育资源、社会主义核心价值观体系教育以及党建工作，这些都不属于心理工作的范畴，然而隶属于学工部的心理健康教育中心在平时亦会多出许多“莫名其妙”的工作，比如在中心观察的时候，一位咨询中心的老师刚刚给一个同学进行完心理咨询，准备坐下来仔细分析一下这个学生目前的状况和可能存在的问题。这个时候一个电话打过来要求他去开党会，而且不允许请假。不仅如此，咨询师必须参与学工部关于思想政治教育的频繁会议，而这些会议与心理工作丝毫无关。

更值得关注的是隶属学工部带来的咨询师编制问题。首先作为学工部的一员，咨询师是行政编制，但咨询师又被要求开设课程，所以职业晋升是走教师编制。究

竟是行政人员还是教育人员？咨询师对这种奇怪的编制普遍表示难以接受，因为这两种角色的职业道路是完全冲突的。就评职称而言，咨询师表示非常困难，因为他们要做很多“没意义”的事情：“行政人员又要承担教育的功能就很莫名其妙，而且还要发文章写paper！假设我一年365天我每天都有讲座，搞365场我一个人，但是评职称的时候写上去一个人都不会看的，因为没有任何意义。如果不发paper你写几十页也是没有意义的。但是每个讲座你还要心思准备，如果不花心思学生觉得很水，我们不愿意这样让学生评价的，我们也可以大马路上随便弄些东西给学生讲讲，但这是复旦的水平吗？我们要花很多时间去准备。如果你想花心思去学习一门课，但是不停的有各种事情让你做，做这些事情对你的学习没有任何意义。”

相较之下，国外高校所设心理咨询与治疗机构隶属于校园健康服务系统，更为单纯独立。以哈佛大学为例，哈佛大学的健康教育服务中心，英文名为Health Center，下设医疗服务中心、心理健康服务中心、健康交流中心、学习咨询处。在此之下又有很多分支，总共有18个中心。心理咨询中心是隶属于健康中心下面的一个小中心，这些中心各司其职分工非常明确。它们会设有应急中心，叫after hours，即非工作时间他们只做应急处理，365天24小时全天候可以做一些应急处理，如：学生晚上的时候出现的一些应急事件可以及时处理；还有专门负责门诊的中心，即使是心理咨询中心也会分成三类人。第一类就是临床心理学家，他们是经过licensed即注册的APA认证的。这个认证水平很高，要求博士学位并且受训旁观和接受辅导达到上千小时，然后才可以去做心理辅导。第二类是精神病学家，处理一些有精神疾病的个案。第三类是心理咨询counselor，扮演着类似于我们国家现在辅导员这样的角色，对生活中出现的一些琐事及未来发展的事情进行咨询。在对咨询师的访谈中了解到“国外的心理咨询中心专门有一个manager来负责所有的行政事物，比如一些财务问题或者要开一些会议，这些事情manager都可以搞定，而且这些人都是非常专业的，所以处理行政事务非常的高效。”（具体构架参见图2）反观我们学校的心理健康教育中心，如前面所说本身编制是行政编制，所以还要做很多行政人员的日常工作，这样必然分散了咨询师很多的时间和心力。心理咨询中心也提出过要招聘专门负责行政事务的人员，但是学校认为你们本身就是行政编制，如果还要再请行政人员来做这些工作，还要你们干什么。这种隶属关系使心理咨询中心老师感到很无奈，又没有解决的方法。

纵览复旦整个心理工作的体系，多处的矛盾和模糊导致中心的发展障碍，再加上资源的倾斜和制度的特殊，使得心理健康教育中心处在教育咨询两者都要抓、两者都做不好的境地。

三、 辅导员：“走失”的牧羊人

在心理咨询中心工作开展的过程中，辅导员充当了非常重要的一环，往往是中心与学生建立联系的桥梁。学校给辅导员的定义是思想政治辅导员，他们有着多重角色定位，既需要辅助，又需要引导学生，他们在思想政治方面做一些引领的工作，也关心学生的学习和生活，希望成为学生的知心朋友和人生导师。健康的心理状态是学生能够顺利进行学习和人际交往的前提条件，因此在辅导员的工作内容中，心理健康教育是一个重要的部分。一方面，辅导员在中心的指导下对学生进行心理健康教育，另一方面，中心与辅导员之间的互动，有助于筛查和关注需要帮助的学生，以及及时的信息反馈。

由于心理健康教育中心会涉及到隐私性和敏感性问题，所以不能直接主动地去联系需要帮助的学生，这时候辅导员往往会发挥桥梁的作用，帮助中心和学生之间建立联系，因此辅导员与心理咨询中心之间有着较为频繁的互动。首先，每学期开学，心理健康教育中心会进行一次心理普查，学生通过网络填写问卷，中心据此筛选出那些可能存在心理健康问题的学生，将信息反馈到辅导员那里，辅导员根据这些信息与个别学生进行谈心，并将谈心的结果反馈回咨询中心，而后中心会给出一些相应的指导和意见，并判断学生是否需要接受进一步的咨询；平时，如果心理健康教育中心发现了某些需要帮助的学生，也会需要辅导员去做学生的思想工作。除此之外，每个季度或每个月，辅导员需要向心理咨询中心进行反馈，把他们平时工作中发现的一些需要关注的学生的信息告知中心，并且咨询中心的老师也会定期到院系的学工组与辅导员进行沟通交流。另外，心理健康教育中心的一些教育功能，也是通过辅导员来进行的，每学期，辅导员还会响应中心的要求，组织开展1次心理健康教育班会，也会将一些咨询中心举办的讲座或其他活动的信息传递给学生。在访谈中，某位辅导员认为他们在整个复旦学生的心理健康教育中，承担的是关心学生、做学生的心灵导师、帮助学生适应环境等心理辅导的内容。由此可见，辅导员们对自己的定位是进行心理健康教育，以及作为心理健康教育中心与学生之间沟通的桥梁。

然而，心理健康教育中心对于辅导员的期望却不仅如此，由于辅导员与学生的接触更多，熟悉学生的日常生活状况，更能够识别出心理健康存在危机的学生，因此中心更注重辅导员进行排查的能力，希望他们具备更多的专业知识。一位心理健康教育中心的老师谈到，中心对辅导员有着三重期待：首先他们希望越来越多的辅导员能够具备心理咨询资格证的证书，但不是为了心理咨询，而是为了能发现和精准定位问题，发现那些问题学生，尤其是那些严重的，比如自杀倾向、重度抑郁等，或是进行心理危机干预和识别，辅导员要能及时识别出这些学生，然后转接给

咨询中心；辅导员要做的第二个任务是心理健康教育，他们可以通过班会和团体训练，通过班级的文化建设让同学知道心理健康的重要性，然后让同学了解求助的渠道，例如心理咨询、和辅导员沟通等。最后一个任务则是谈心，了解学生最近的动态和情绪状态。因此每学期心理健康教育中心都会对辅导员进行很多培训，主要是对大学生的心理危机干预、识别、治疗，还进行一些个案的研讨，中心的每个老师负责几个院系，会到院系里面去参加学工例会，一起讨论一些难以处理的个案。另外，每年中心会向辅导员提供心理咨询资格证的免费培训，但接受培训的辅导员一年只有十来个，比例相当小。

很大程度上，心理健康教育中心对辅导员的期待，与辅导员实际发挥的作用是相符合的，但是中心的老师也提到，尽管总体上是比较满意的，但两者之间的配合还有很大的提升空间，一部分辅导员与中心的联系相对密切，对中心相对了解，而另一些则对中心有着不正确的期望。

一位辅导员认为，心理咨询中心，是处理学生心理健康问题的权威机构，因为中心的师资力量是权威的，都是心理系毕业的老师，有很多理论、临床经验，并且也能通过院系、辅导员了解学生的基本心理情况，做一个基本的情况分析图，可以给辅导员一些建议和意见，同时给予他们工作上的指导。例如每年中心会给辅导员发一个工作日志，可以在其中记录一下和学生谈心的情况，在日志中会教授一些心理辅导的小方法等等。而有些辅导员期望过高，认为不管什么问题，来中心就可以解决；另一些期望则特别低，觉得推荐学生来是没有用的，认为非常严重的同学就直接去精卫中心了，没有病的辅导员做做思想工作就好了。可以看到，辅导员对中心的看法是参差不齐的，想法的差别也就直接导致了他们做法的不同，涉及到对心理健康教育的重视程度、对咨询中心的宣传，以及与中心之间的反馈情况。

尽管如此，心理健康教育中心的知名度却并不高，中心期望辅导员成为宣传者，不仅是宣传中心举办的活动，还有中心所具备的心理咨询功能。

值得一提的是，一些其他的组织也开展过一些与心理健康相关的活动，而知名度和受欢迎程度要高于心理健康教育中心。例如赵强工作室也担任着一种咨询的工作，帮助学生解决各种困惑和问题，例如情感问题、人际交往等等，它是一个由老师和辅导员组成的团队，曾经开展过的“战拖小组”，会利用心理学的方法来帮助学生改变拖延的情况，后续还帮助学生战胜网瘾。这个小组受到了很多学生的欢迎和踊跃参与，小组组织者之一的辅导员认为：“这和它的人员构成有关系”，“辅导员最了解学生了，聊一聊就知道，学生中存在这样的问题，那么我们就对症下药，针对这些问题去解决”。相比心理咨询中心，辅导员与学生之间的距离比较近，他们与学生住在同一栋寝室楼，常常可以和学生碰面和交流，并且他们都是研究生，仅

仅比学生大几岁，学生与他们的心理距离比较近，遇到问题更愿意与辅导员分享、交流。一位参与过这个小组的同学则将赵强工作室的成功归因为：“宣传力度比较大”、“抓的点可能比较符合学生一点”，而谈到心理健康教育中心举办过的冥想减压团体，学生则认为针对的范围太小，“一般学生都不会处于一个压力非常大的状况”。可以看到，赵强工作室所举办的活动，更加贴合学生当下的需要，受众范围更广，也有比较好的宣传，相比之下，心理健康教育中心的活动则不那么迎合学生的需求，更偏重病理方面的问题，能从中获益的学生也是少数。其实，如果心理健康教育中心能够捕捉到学生的需求，开展一些类似的团体活动，那么学生是非常愿意参与的：“因为我觉得他们专业，毕竟这种东西还是专业做毕竟好”。

四、学生：沉默的羔羊

在于学生的互动活动中，心理健康教育中心最主要的目的是建立起一个主动防止的网络。它主导的活动包括讲座教育、课程教育、团队训练、普及宣传等心理健康教育活动；依托辅导员对严重问题学生进行干预帮扶工作以及依托有心理委员骨干分子组成的学生朋辈成长联盟，加强对心理委员日常工作的指导和管理，发挥心理委员服务同学的积极作用，开展心理健康教育活动，建立危机防控的学生网络。在心理健康教育方面，心理健康教育中心占有主导地位。学生方面也可以主动向同学寻求帮助，例如请心理咨询中心的老师来班级做讲座，以及向心理咨询中心的老师预约心理咨询。

然而，由于心理健康教育中心、学校以及辅导员对心理教育健康中心的期待各有不同，导致学生并不能从心理教育健康中心得到足够的帮助。具体表现有：

4.1 心理健康教育中心对学生的影响力不够大

心理健康教育中心曾经试图通过自己的宣传或是大型活动来扩大影响力，但是因为和同学没有直接的纽带，这些方法没有达到预期的效果。于是转变了工作方式——依托辅导员、院系来达成他们的工作。

“我们曾经尝试过要扩大影响，就是我刚参加工作的时候，大概06、07年的时候，我们中心为了扩大影响，真的就是…老师在外面发传单，老师在外面，食堂里面放三折页。但是我们发现这样做了以后，效果不佳。我们还尝试做一些比较大型的活动。比如说在本部食堂门口做“笑吧”，大家开怀大笑。就发现，其实也没有那么大影响力，所以我们就在想，也许这样的宣传途径不适合心理。所以我们走了另外一条路径。去和辅导员，去和院系做交流。然后我们发现现在这样的一种方法是要比之前有效的。另外我发现这样的宣传，我觉得不见得对同学的心理有多大的促进作用。就是我们…做了户外的活动之类，就是参与的同学和在旁边旁观的同学，

我觉得影响都不是很大。因为我觉得人的心理，要养成他的想法，或者他的认知特点，花了很长的时间。想去改变，不是一两次活动就能去改变的。也许要花同样长的时间才能变过来。所以后来我们转变了思路，那样的方式我们不再采纳了。尽管现在我们也在做。”

这其中与辅导员、院系起到的是桥梁作用，发现心理问题比较严重的同学，转交给心理健康教育中心。通过与辅导员、院系的合作，心理健康教育中心在“主动防治”的能力加强；这种的合作让学生了解到心理健康教育中心作为重大问题治疗者的角色，却并没有让学生更了解心理健康教育中心的具体职能，没有使学生把心理健康教育中心作为主动的求助途径。

4.2 学生多元化的需求得不到满足

我校的心理健康教育中心向同学提供心理健康教育讲座，这通常是在班级里进行的。但是问题在于，一个班级里学生期望的心理教育主题非常多元化，班级讲座内容常常只有少数人感兴趣，讲座老师的热情也会减弱：

谈到心理健康教育讲座，一位心理健康教育中心的老师说道：

“比如应某个班级在他们的班会上做一个讲座。这样的我们就真的不要做了。真的，来的同学很热情，但是去了发现来的同学只有十几个，然后来的同学也不知道今天老师要讲什么。就会觉得同学根本就没有认真地请你们过去。而且同学的要求是很多的，这个“多”我不是说负面的多，而是说要求很多元化。有的时候是学业压力，两性关系，或者时间管理。其实这些涉及心理学很多领域。那如果我们对这个领域不是特别熟悉，那真的是需要查阅很多文献才能准备好。去之后发现只来了几个人，几个人还在下面看书用电脑，你就觉得很没有意义，对不对？做这个事情。这件事情要不要拒绝呢？有的时候同学又是满怀热情的来请你，你就觉得从…这些事情都不算我们的工作量的。就像功课一样，你平常交几次作业算多少成绩一样。但是这种…你多做少做，没有任何体现。同学来了请我们，但是这种事情就没有什么意义，没有任何的奖励或者说回馈。如果这个完全凭热情的话，我觉的我可以讲。但是如果你现在很忙呢？你很忙然后他们一直缠着你，想要你去做。这个就真的只能是一个取舍吧。”

4.3 学生向心理健康中心寻求心理咨询帮助受阻

学生可以通过向心理健康教育中心的心理咨询师预约心理咨询，寻求个性化帮助，然而，这种求助方法也遇到了很多阻碍，主要包括以下几个方面。

4.3.1 刻板印象及病耻感。

有些人认为只有有心理疾病的人才会去心理咨询，认为去心理咨询中心的都是不太正常的人。

“我觉得我身边，我听说的没有一个人是主动去的，可能学院里面有一些行为举止比较奇怪，被大家认为是奇葩的同学会被劝去心理咨询中心，所以我觉得很多人对心理咨询中心也有一种印象就是奇葩才去。然后大家会说，我没有那么奇葩，我为什么要去。”

这种“患病才回去心理咨询”的刻板印象产生的病耻感会进一步组织同学向心理咨询师求助，这些同学害怕被当做病人对待，担心会因此遭到周围人不好的看法：

“因为感觉，假使我去了心理咨询中心，我也不会和我的朋友说我去了，他们会把我当怪胎。我觉得以我看来，如果我身边有朋友去了心理咨询中心，当然除了去当倾听者除外，我觉得他是怪胎。”

有一位同学在采访中说“完全不能接受自己和朋友去这种地方”。

4.3.2 不信任

对对我校心理健康教育中心的不信任也是阻碍同学向心理健康教育中心求助的一个主要因素，包括了对业务水平的不信任和对隐私保护的不信任。

有一位参与过学校提供的心理咨询的同学说，完全按照咨询师的建议做却只得到相反效果，亲身经历令她对心理健康教育中心的业务水平很不信任。另外，也有同学认为“和医院的心理中心相比，复旦的心理咨询中心就像校医院，不做事也能拿工资。外面的心理中心有绩效考核，不是真水平会被淘汰。”还有同学认为咨询师对自己的状况不了解，所以不相信咨询师能给出有效果的建议。

我校心理健康教育中心的老师多重身份也会导致对校心理健康教育中心心理咨询的隐私性的担忧，他们担心自己的私密问题“圈子里的人”知道，因此会避免向学校心理咨询师寻求个性化的帮助。“毕竟心理咨询中心是在复旦的，我不希望自己的事情在这个圈子被知道；知道心理咨询中心是有匿名原则，但总是不放心。”

4.3.3 不了解与不合理的期待

有一些同学遇到问题时不像心理咨询师求助的原因是因为对心理咨询整个行业的不了解，这种不了解导致他们完全忽视这种求助方法。不少同学在采访中就说到认为心理咨询中心是解决重大问题的，认为虽然目前的心理状态不太好，但是心理还是很健康的。因此，在生活中遇到问题时“从来没有想到过这种求助方式”。

这种不了解也会使得学生将心理咨询师“神圣化”，对心理咨询的效果有极高的期待，他们向朋友倾诉没有效果时，会期待在相同的时间内通过心理咨询获得问题的解决方法。但是客观角度，他们又知道心理咨询师并不了解自己，问题不能再通过短时间完全解决。期待和现实形成了冲突，也会阻碍其向心理咨询师求助。

4.3.4 不愿意倾诉

也有同学多年习惯于“有问题就自己解决”的模式，不想向任何人倾诉。这是阻

碍心理健康教育中心预防重大问题发生的一个重要因素。

一位心理健康教育中心的老师在采访中就提到“一般跳楼自杀的学生多数是抑郁症。他就是长期患这种精神障碍，抑郁症就是他觉得生活没意义，第一是生活没意义，第二是行动缓慢，第三是思维缓慢。这种人就每天听着生活当中的负面，他觉得活着没什么意义，经常思考人生有什么价值。这和他大脑当中分泌的多巴胺、五羟酰胺有关。如果这个当事人有改变的愿望，他愿意寻找心理咨询，我们发现了，让后让这个学生服药啊，这个学生一般就不会自杀了。但有很多学生，他抑郁症呢，他会觉得，因为他考虑问题比较负面，他觉得咨询没什么用，他就不会主动求助，这种人发现不了，就非常危险。”他认为，“这种人不仅仅会找心理咨询求助，和同学也不会说。他身边的社会支持都比较弱的，他的人际关系也不好啊，家庭关系也不好，然后他周围的社会支持都很弱。这种人有比较孤单，所以他遇到问题的时候很难有人发现，他就产生这种极端的方式。”

五、总结：九龙治水与分身乏术

在进行报告最终总结前，我们仍然有一点想要澄清。虽然在报告中，我们把辅导员比喻为“牧羊人”，把学生比喻为“羔羊”，但实际情况中，这些关系都不是如此简单的类比可以概括的。牧羊人和羔羊是管理者和被管理者、关爱者和被关爱者的关系，然而现实中两者的关系明显不是如此一维的。

通过分析，我们认为，中心在发展中面临的最主要问题，即是“同时被多种关系束缚，又同时管理多种关系”，前者可以用“九龙治水”来形容，后者则可以用“分身乏术”来形容。作为被束缚的角色，中心被学校处于政治、政策等方面的考虑所束缚，而学校中又有不同的分支分别和中心产生了联系，如学工部、研工部、各个院系、党办、辅导员等等，而这些和中心产生关系的部门的不一就使得中心同时被多种力量所影响。尤其是学校的角色，因为学校掌握着资源，所以能够对中心的工作重心产生重要影响。作为管理者，中心最重要的是要维护好和学生的关系，而这种关系的维护又涉及到和辅导员之间的关系维持，因为辅导员是学生和中心之间最重要的中间人，担负着重要的筛选任务。和学生的关系同样部分依赖于学生自己的特征，其中某些特征妨碍着学生对于中心的正确认知。由于自身的多重角色，每位老师自己也同样需要管理自己作为咨询师、教育者和行政人员的身份，努力在有限的时间里履行这三种角色的要求。如果中心想要在未来更好地发展自身，就需要厘清自己在整个学校架构中的定位以及和各个相关主体的关系，这个过程同样也不是单向的，需要整个学校，乃至整个社会和国家的努力。

参考文献:

- [1]. Halgin, R. P. (1987). Relation of depression and help-seeking history to attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 34(2), 177-85.
- [2]. Leong, F. T., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance and Counselling*, 27(1), 123-132
- [3]. Schonert-Reichl, K. A., & Muller, J. R. (1996). Correlates of help-seeking in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(6), 705-731.





△



The Illness Narratives

疾痛的故事

苦难、治愈与人的境况

（美）阿莉·拉曼 著 李其敏 译

第一辑 人类学与社会学

上海译文出版社

△



Global Pharmaceuticals

全球药物

伦理、市场与实践

（美）阿德里安·阿西莫夫 著 徐彬 译 孙天 等译

第二辑 人类学与社会学

上海译文出版社