

# “向死而生”:安宁疗护专科护士的情感劳动层次及其转化

张 晶 李明慧

**内容提要:**在以死亡为确定终点的轨道上,安宁疗护护士的照护工作已超越治愈性医疗中的身体照料与护理范畴,情感劳动成为其重要内容。基于多家医院安宁疗护专科的田野调研资料,本文发现,中国安宁疗护护士存在多层次的情感劳动。在工具型情感劳动中,护士基于组织和专业规则展开共情训练与情感控制。在社会规范形塑的表意型情感劳动中,护士个体的悲悯情怀与身份认同连接起来,在护患之间建构起“专业性亲密”。而在基于道德动机展开的慈善型情感劳动中,护士通过指导与组织仪式赠予患方“生命礼物”,以减轻家属面临的道德与情感压力;作为回馈,护士得以重构生死观念。情感劳动在不同层次的转化是流动的,并受时空边界工作、选择性执行等重要机制影响。研究指出,专业照护工作者的自主性优势集中在“关系属性”上;本土制度及文化因素则会影响照护工作中情感劳动的内容及深度。为此,应当从宏观制度定位和微观支持措施两方面来提升安宁疗护护士的劳动韧性,从而提升护患关系质量,减少护患纠纷,促进安宁疗护事业的长久发展。

**关键词:**安宁疗护;情感劳动;专业性亲密;转化

## 一、问题的提出

作为对“野蛮的死亡”的反叛(Kaufman, 2005),安宁疗护(hospice care)

---

**作者简介:**张晶,东南大学人文学院社会学系副教授、医疗健康社会学研究所研究人员,主要研究方向为医疗健康社会学;李明慧,中山大学社会学与人类学院硕士研究生。本文曾在第九届社会理论工作坊宣读,感谢肖瑛、姚泽麟、王瑞静、涂炯、符隆文、钱霖亮等师友及匿名审稿人对本文提出的修改意见。文责自负。

**基金项目:**国家社科基金青年项目“医患纠纷第三方机构治理及模式比较研究”(17CSH032)、中央高校基本科研业务费项目“生命历程视角下城市公立医院医生职业压力与适应研究”(2242019S20031)、东南大学优秀青年教师科学研究资助项目(2242021R41126)。

旨在以临终患者和家属为中心,提供身体、心理、精神及社会支持等方面的人文关怀服务,以提升患者及其家属的生活质量,帮助患者实现“优逝善终”(good death)(景军,2020)。

区别于治愈性医疗照护,从事安宁疗护的护士具有独特的职业特点。首先,作为护理实践的主要实施者、患者资料信息的评估者、团队的协调者等(谌永毅等,2018;谌永毅、刘翔宇,2020:12-15),护士在安宁疗护中承担着多重复杂角色。其次,区别于治愈性医疗照护中以医疗为中心、护理为辅助的情况,安宁疗护护士需要协同关注并在“身体-心理-社会”多重维度进行照护。此外,安宁疗护中极为重视医护与患者的互动,强调医护与患者的情感交流,护理过程强调患者主体性的表达。护理者的劳动态度、情绪、反思亦会作用于患者,从而影响患者的病痛体验和死亡质量。因此,在以死亡为确定终点的轨道上,护士的照护劳动已经超越了治愈性医疗行为中的身体照料与护理范畴,转变为陪护患者“与死亡同行”、需要投入大量情感、注重情感表达和互动的情感劳动。然而,专业护士的情感劳动,要么被简化为技术与操作化问题(Cevik & Kav, 2013; Peterson et al., 2010; Skilbeck & Payne, 2003),要么被更为宏观的制度分析所遮蔽,在医学社会学/人类学的中文文献中鲜见护士的体验与表达。

本研究试图从情感劳动的理论视角出发,在微观层面探究我国安宁疗护护士的情感劳动层次及影响层次转化的机制。本文试图回答以下问题:(1)安宁疗护护士的情感劳动有哪些层次?情感规则是如何影响并形塑护士的情感劳动实践的?(2)影响安宁疗护护士开展不同层次情感劳动的条件和机制是什么?本文希望在两个方面对情感劳动的理论进行回应和拓展。首先,以区别于一线(front line)非专业服务工作的安宁疗护为例,笔者试图分析专业性照护工作者的情感劳动在多重情感规则规训下的实践过程及其特点,揭示其层次性与内在张力。其次,既有研究指出,借用西方情感劳动的理论解释中国各行业的情感劳动现象,可能导致本土化不足(李晓菁、刘爱玉,2017)。在安宁疗护这一深受地方制度及文化因素影响的实践中,护士的情感劳动受医疗消费主义、医疗家庭主义、死亡禁忌等多重因素影响。本文希冀通过对安宁疗护护士的情感劳动转化机制的分析,对专业性照护工作者韧性建构的本土化实践提出有益的反思。

## 二、文献回顾

### (一)情感劳动:从一线非专业服务业到专业职业

霍克希尔德(Hochschild, 1979, 2012)提出,个体通过情感管理来压制情感或伪装情感,以创造出互动对象可以观察到的面部表情和身体表现。阿什福斯(Ashforth & Humphrey, 1993)从组织层面对这一定义进行修改和完善,认为劳动者根据职业要求的表现规则来表达恰当的情感即为情感劳动:组织制定相应的情感规则对个体的情感进行管控和约束;个体在遵守情感规则的前提下进行情感体验与表达。原本私人化的情感管理过程逐渐变成公共领域中的情感工作,从而进入了社会学学者的研究视野(Wharton, 2009)。

相比于一线非专业性服务者(月嫂、护工、保姆、保育员等)情感劳动研究的繁荣态势(陈玉佩, 2020; 吴心越, 2019),我国社会学、人类学领域对专业人士的情感劳动研究相对较少。专业人士具有较高的从业门槛、较为规范的职业标准、广受认可的职业地位(Abbott, 1988; Friedson, 1970),因而在情感劳动规则及表现方面具有独特性。与一线非专业性服务者相比,他们的服务流程很少是单一、固定的,并有较为充足的劳动培训资源和支持(Orzechowicz, 2008)。其情感劳动规则来源更为多样化,既受到商业或者市场需求的驱动,也深受善德善行或者其他社会规则的影响。此外,与一线非专业人士的劳动过程通常依靠严密的组织监控不同的是,专业人士的情感劳动通常依靠自我规训(self-regulation)和创新,因此劳动者的自我反思对于劳动实践极为重要(Harris, 2002)。

波顿对情感工作(emotion work)的类型化分析拓展了传统情感劳动的研究领域,常被用于探讨专业人士的情感劳动(Bolton, 2005, 2009)。根据情感规则来源的不同,情感工作可以分为四种类型,即被商业利益要求形塑的金钱相关型(pecuniary)情感工作、被专业或组织要求形塑的规范型(prescriptive)情感工作、被社会规则约束的表意型(presentational)情感工作,以及作为礼物的慈善型(philanthropic)情感工作(Lopez, 2010)。沿袭这一分析框架,既有研究揭示了典型专业职业,如律师、医生、护士等在与当事人(患者)展开互动时,是如何在专业伦理、社会规则、商业规则的共同影响和制约下,有效地组织情感体验和表达行动,调整自身的情感劳动策略,从而保持职业自主性的(Bolton, 2000, 2005, 2009; Lewis, 2005; Simpson, 2007; Harris,

2002; McClure & Murphy, 2007)。

## (二)与死亡同行:安宁疗护护士的情感劳动

专业性情感劳动的护理工作旨在促进个体或者他人产生或修正某种体验,以帮助患者实现特定身心状态(Krawczyk, 2019)。专业护士普遍面临情感跳脱(emotional detachment)与情感投入(emotional engagement)之间的张力。学习处理这两者之间的张力构成了护理人员“情感社会化”过程的主要议题(Vinson & Underman, 2020)。近年来医疗健康领域集团化和消费主义的发展,使得医护人员的临床工作普遍从“情感跳脱关切”转向“情感投入关切”,从而深刻地影响了医(护)患关系(Vinson & Underman, 2020)。

与波顿情感工作理论相似,狄奥多西根据医护专业人士的工作性质,以及医(护)患关系的互动特点,亦对情感劳动类型做了理论分类尝试(Theodosius, 2008)。治疗型情感劳动(therapeutic emotional labor)旨在建立和维系医护人员和患者之间的治疗性关系,要求医护人员关注患者的身体-心理诉求,以改善患者的身心健康状况。工具型情感劳动(instrumental emotional labor)旨在消除医疗行为带来的不适和疼痛,促进病患配合医护人员,以提升医护人员的临床能力。集体型情感劳动(collegial emotional labor)是指在医护人员之间发生的、能够提升照护效果和工作效率的情感沟通方式(Theodosius, 2008)。在不同类型的情感劳动中,医护人员均受到专业和人情规则的制约。这个理论框架常被用来分析单一场景中医护人员特定类型的情感劳动。

无论是波顿的情感工作类型学理论还是狄奥多西的情感劳动类型学理论,都指出了情感劳动在医疗健康领域的丰富性,以及情感劳动规则来源的多样性。但它们存在两个问题。首先,它们倾向于将医护人员的情感劳动做孤立、静态的分析,忽视了劳动者在实施不同类型情感劳动时的动态转化过程。其次,它们忽略了情感劳动的层次性:在不同类型的情感劳动中,可能存在着劳动者自主性的递进关系,劳动体验性质也随之变化。

与其他类型的照护劳动相比,安宁疗护护士的情感劳动更为突出地体现了亲密关系劳动的特性,也更能体现情感劳动的丰富内涵。首先,护理濒死患者是安宁疗护护士主要的情感压力来源之一,其劳动过程亦是理解和组织死亡的过程(Krawczyk, 2019; Peterson et al., 2010)。其次,安宁疗护

护士的工作内容既包括对患者身体和生理性的护理,也包括对患者及家属情感状态的关注,为其提供人文关怀服务,如开展死亡教育、进行哀伤辅导等。护患交流的频率、深度与深层表演呈正相关关系,对情感劳动者的体验及策略有显著影响(赵晓敏等,2018;周松等,2018),因此,安宁疗护护士与患者及家属特殊的交流形态、频率和深度都可能对其情感劳动产生具体影响。最后,安宁疗护护士不仅是医疗服务的提供者,也是医疗理念的倡导者,具有一定的工作自主性和权威性(汪纯孝等,2007)。

目前,我们尚未见到聚焦于中国安宁疗护护士情感劳动过程的社会学研究。国内有关护士情感劳动的既有研究,多在组织心理学和护理学范畴内,并存在以下不足。首先,现有研究大多关注护士在工作中消极的情感体验及其后果,忽视了护士在情感劳动中创造及维持积极情感的可能性。对英国安宁疗护护士的研究显示,护士和患者可以达到一种“共生性美好”的状态(symbiotic niceness)并生产出良好的情感秩序(Li,2005)。其次,现有研究的量化取向倾向于将护士的情感劳动简化为向内的情绪管理方式,对影响护士劳动过程的外在规则等因素关注不够。在应对专业规则、组织规则、社会规则等多重规则的要求时,安宁疗护护士的情感劳动包含了多个层次,安宁疗护护士如何在各个层次上进行情感的控制与表达,各个层次的情感劳动之间的关系是怎样的,这一问题需要详细的质性分析。最后,与死亡同行的临终照护过程,特别是护士与患方的互动过程,可能促成劳动者情感的再生产和自我反思(钱霖亮,2013;梅笑,2020),而这一过程受本土文化及制度因素的影响较大。既有关于安宁疗护护理工作的社会学、人类学研究多见于欧美等安宁疗护发展较为成熟的地区,在中国这一具有深厚医疗家庭主义传统及根深蒂固的死亡禁忌、安宁疗护尚处于起步阶段的情境中,护士的情感劳动过程具有怎样的特点,尚需实证探索。本研究试图通过较为系统的质性研究,探讨在中国这一本土化语境下,安宁疗护护士情感劳动的内在层次及作用机制,并在理论层面回应专业性照护工作中的情感劳动的相关研究。

### 三、研究方法

本研究通过半结构式深度访谈及参与式观察对南京市从事安宁疗护的21名护士进行质性研究。笔者于2019年10月至2020年1月在两家公立三

甲医院和一家社区民营医院进行参与式观察,以志愿者的身份跟随安宁疗护护士,观察并记录其劳动过程。<sup>①</sup>

选择这三个田野地点出于两点考虑。首先,南京市作为第二批安宁疗护试点城市之一,其安宁疗护发展水平居全国前列。其中,A医院的安宁疗护科和B医院的疼痛科代表南京市安宁疗护专科护理的较高水平,在南京市较早设立安宁疗护病区(病床)。其次,C医院护理部负责人和A医院老年科副主任护师均是护理专家,对安宁疗护颇有心得。笔者也旁听了2019年12月在南京市举办的“首届江苏省安宁疗护护理高级进修班”课程,对护理人员的工作性质和专业知识有一定的了解。

此外,笔者于2019年10月至2020年5月通过线下面对面访谈及线上访谈的方式,对21名从事安宁疗护半年以上的护士进行半结构式访谈。访谈围绕着护士的个人基本情况、工作经历、从事安宁疗护工作的动机、照护内容、照护规则、工作体验及感受、情感策略等内容展开。<sup>②</sup>每次访谈时间为40~80分钟不等。本研究共获得23份访谈资料,形成约25万字的文字访谈稿。资料收集以信息饱和,不再出现更多信息为止(潘绥铭等,2010)<sup>③</sup>。

#### 四、“向死而生”:安宁疗护护士的情感劳动

作为患者死亡路途上的陪伴者,安宁疗护护士需要按照外在或者潜在的情感规则管理自身的情感,同时也通过互动沟通力图影响并引导患者(及家属)的情感表达。笔者发现,中国安宁疗护护士的情感劳动具有多重层次。

##### (一)工具型情感劳动:共情训练与情感控制

作为情感劳动的临床共情(clinic empathy)训练,一般指发展“展示友好、温暖和安慰性的方式应对患者”的能力(Larson & Yao,2005),以有效地促进照护工作的开展。

---

① 笔者重点关注护士与患者、家属、同事之间互动时的言语、动作及表情变化等,同时注意医院内的环境布置、空间利用等,努力感受护士的工作氛围,以更好地理解护士的情感体验与表达。

② 除正式访谈外,笔者在医院用餐时间、夜间值班空闲时间等与多名护士进行私下交谈,以期排除其在正式访谈时的紧张,在更为轻松自然的环境中表达,以丰富访谈资料。

③ 因篇幅受限,此处略去受访者基本信息,如有需要可与作者联系。



首先,共情训练通过医院组织的制度化学习,如技能培训小组,使护士内化关于组织与专业情感劳动的规则。在安宁疗护中,护士与患者充分投入情感、与患者及家属展开充分的互动,克制或隐藏不良情绪、表达“理解患者处境、乐于且善于为病患着想”是共情训练最核心的内容。一次安宁疗护的技能培训小组活动中,C医院护士长向护士们反复强调了共情与同情的区别:

你看那个人在雨中走,你就会讲你怎么不撑伞,你淋感冒了怎么办?这是同情。共情,就是你会在这个时候拿把伞,让他站到伞下面。我们要提供的这把伞,既可以是止痛药,是一个翻身,也可以是一个微笑、一次倾听、一个拥抱。(护士Z)

然而,在我国,许多从事安宁疗护的护士都是初出茅庐的年轻人,缺少生活经验和生死体验,因此,他们感受到真实情感的难度是较大的。但在带教老师看来,这不妨碍他们至少从表面上的沟通和互动中规范自己的言行去“表演共情”,展示接纳、理解以及与患方站在一起的姿态。这一理念恰恰接近表层表演的概念。正如B医院的护士长所言:

患者家属很敏感。你要相信,你的态度、你的表情,甚至是你的一个眼神,患者和家属都能感受到。(护士L)

其次,带教老师在临床实践中“手把手”示范,培养护士“上手”的能力。护士们在实践中被要求严格管理自己的表情、肢体动作与语言细节,实现良好的情感管理与控制,展示“共情”的状态。主管护师要求护士们熟知肢体与表情运用的技巧,例如沟通时尽量保持微笑,身体前倾,以显示对患者的关注;多用肯定的语句表示对患者的接纳与共鸣,配以合适的肢体语言,如点头、拥抱等;控制语调、语速,尽量做到舒缓、平静、柔和。在具有传统死亡禁忌的国家,关于死亡的叙述与交流本身构成了一件颇具挑战性的事情。在A医院,针对某些并不(完全)知晓自身病情的患者,护理人员都会在其床头和病号服上粘贴“太阳”标志,以提醒医护人员在与这部分患者交流的过程中,避免因为自己的失误导致患者知晓真实病情,从而帮助这部分患者在

相对平静的心态下离世。

最后,“只能修正自己,不能修正别人”(湛永毅、刘翔宇,2020:370)。在与患者或者家属产生矛盾或争议之后,组织和专业规则极其强调责任的自我归咎,因此,对护士忍耐与自我克制的要求构成了情感规则中重要的一部分。一方面,安宁疗护中的悖论在于,患者死亡的结果是确定的,然而死亡的时间却不能准确预测。中国传统观念中的生死哲学,如“好死不如赖活着”“生存的价值优于一切”(Gong et al.,2020),使得选择了安宁疗护的患者或家属也常常出现在积极治疗与缓和医疗的选择之间纠结的情况。另一方面,中国安宁疗护的许多护理项目并不在医保报销名录中,需要自费,因此许多家属在接受安宁疗护服务时抱有消费者心态,怀揣着对提升患者死亡质量的强烈期待。两种情形之下,患者家属常常表现出极其烦躁、挑剔、易怒的情绪状态。为了尽可能地规避风险,减少与患者家属的摩擦或者纠纷,护士被要求在发生争议问题的时候,首先检讨、检查自身的问题,对于患者和患者家属的要求表现出较一般治愈性医疗照护更大的容忍度,隐藏、掩饰并消解自己的委屈。

共情训练对护士的表情、肢体及语言提出了全面规训要求,既包括被动地压制不适当的情绪表达,也包括积极地营造贴心且具同理心的专业形象。这在本质上响应了国内外医疗照护过程中流行的“情感投入关切”思潮(Vinson & Underman,2020)。

## (二)表意型情感劳动:身份连接与建构“专业性亲密”

在安宁疗护中,护士个人的悲悯情怀常常与患者的社会身份产生紧密的勾连,这种身份连接常常强烈地触发其情感。有经验的护士通常通过深层表演来想象与建构自身与病患之间的关系,以建立某种身份连接,深切地感受患者和家属的痛苦与哀愁。

首先,大部分已育护士都曾遭遇过年幼患者的离世对她们造成的巨大情感冲击:相较于对老年人的照护,年幼患者的临终关怀总是令她们有别样的情感投入与更深的悲悯体验。身为母亲,她们在护理过程中会将对孩子的情感投射到患儿身上,对患儿施以母亲般的关爱。许多护士会主动在护理间隙陪同孩子玩耍,和孩子一起做手工,为孩子制作节日礼物;陪孩子阅读绘本,给孩子讲故事。



另一种常见的身份连接通常见于作为晚辈的年轻护士与作为长辈的高龄患者之间。护士运用深度表演的策略建立“长-幼”的象征秩序,实现身体工作与情感劳动之间的双向互动(Theodosius,2006)。建立身份连接能够帮助护士进行情感代入,将患者的身体想象为长辈的身体,克服自己对于“死亡”“污秽”“肮脏”“性”的烦躁、恐惧与羞耻感,将其“正常化”与“自然化”,从而更为细致地展开身体工作。通过“温柔、坚定、有力”的身体工作,护士给予患者专业性的支持和抚慰,增进护患之间的信任感,进一步提升对患者的情感投入度。许多护士在身体护理之余,会主动与患者及家属“聊家常”“聊生活”,在与患者及家属的互动中建构“专业性亲密”。

之前有个大学的老教授,跟他还有他老伴聊天,聊家常,聊他的子女啊、写过什么书啊、得过什么奖啊,慢慢就会有感情了。这个老爷爷挺有意思,还有点小孩脾气,你还要哄他,就会想到我爷爷也是这样的,老小老小。(护士B)

中国安宁疗护情感劳动中的“专业性亲密”建构过程受到社会规范的制约与形塑。首先,尽管护士试图与患者及家属建立想象中的身份勾连,然而在持有“家事不足为外人道也”“家丑不可外扬”理念的许多患者及家属看来,护士仍然是“外人”,护患关系实际上呈现“似友非友”“似亲非亲”的状态。这增加了护士建构“专业性亲密”情感劳动的难度。在我国,多数处于生命末期的患者,会将人生意义的圆满与价值的升华归结为亲情关系的巩固、维系或修复。为了满足患者的临终愿望,作为照护工作主导者的护士往往需要转变身份,从“局外人”转为“局内人”,引导患者及家属充分地表达情感需求,为其提供专业的咨询建议并协助家庭成员达成这一目标。患者家庭的原生关系、家庭代际权力结构、患者生前愿望的可得性,都可能影响护士介入的强度、力度及实现方式,因而导致介入的边界变得模糊且高度情境化。护士需要不停地试探、与患者及家属持续沟通与协商,做到“因人而异”“因时而异”(Krawczyk,2019)。

如果临终的老人比较强势,有经济能力,子女比较一般,这种老人的话小字辈会比较听。这种情况下,护士工作就可以直接做。如果老

年人弱势,子女经济条件比较好,也会尽尽孝心,但老年人的要求不是全部满足,老年人自己也很难讲出来。护士平时就要尽量熟悉患者家庭,了解患者和家属特点,这样才能看到老年人(隐藏)的一些想法,他不好说出来的,你要代他说出来。(护士Z)

其次,在安宁疗护中,涉及“道歉”“道谢”“道爱”“道别”的死亡准备内容既与本土的死亡禁忌相关联,往往又涉及患者家庭内部最隐秘的历史过往和权力关系,需要护士在充分熟悉患者及家属性格特点,并与其构建一定程度的亲密关系的基础上,通过恰当的话语策略与沟通技巧小心翼翼地实现。“搞得好人人家会感谢你一辈子,搞不好你就是挑拨离间的小人。”<sup>①</sup>

W奶奶预计生存期不超过俩月,十分希望能亲眼见见刚出生的重孙子,多次向一直照顾她且她非常信任的主管护士表达了这一道别的想法。主管护士的顾虑是,在本地习俗中,新生儿进入医院与临终老人告别是不吉利的,会让新生儿沾上晦气,甚至影响孩子一生的运气。老人一再要求,最终护士将老人的想法告知W奶奶的丈夫和女儿。W奶奶的女儿拒绝了母亲的这一要求。W爷爷则大骂女儿不孝,与女儿发生了激烈争执。事后,W奶奶的女儿指责护士挑拨其家庭关系,并投诉至护理部。

最后,“专业性亲密”构建过程中所隐含的“亲密无间”意涵确实为家庭亲属的情感释放提供了一定的能动空间。对家属而言,与护士的情感距离非远非近,既不会有发泄情绪带来麻烦的顾虑,又不会担心得不到倾听和共情。许多护士因此事实上成为患者家属在特定时期的情感支持与精神依靠,这反过来拉近了护士与家属的情感距离。T先生案例就是笔者在田野调查中遇到的典型案例。

患者T先生知道女儿成绩后责备妻子不上心,对女儿督促不严。妻子实在忍不住了,躲在护士办公室,抱着相熟的护士哭了好久。值班护

---

① 护士Z访谈。

士主动停下手中的活,拍拍她的肩膀安慰她、陪伴她,不停地说着让她宽心的话,在旁边也跟着红了眼睛,“陪着哭”。

此外,一些护士在患者离世之后,仍然留有家属的微信,与家属通过社交网络进行互动,将护患的专业关系转化为长久的人情关系。许多护士与家属逢年过节互发信息问候;在家属有关于医疗健康或者护理咨询方面的需求时,主动为其提供信息服务。

### (三)慈善型情感劳动:“生命礼物”的赠予与回馈

对于中国的绝症末期患者家属而言,选择安宁疗护仍然需要巨大的道德勇气。中国患者的医疗决策仍然呈现鲜明的家庭主义特征,包括知情权和决策权在内的医疗自主权可能并不为患者本人所掌握,而是集中在具有话语权的家属手中(涂炯、梅笑,2019)。在安宁疗护过程中,这一倾向尤为明显。作为被委托者的家属常常在缓和医疗和积极治疗的选择之间徘徊不定,即使是选择了安宁疗护的家属往往也面临巨大的道德负担与情感创伤:按照中国人的传统生死观念,不惜一切代价延续亲属的生命,本身就是爱与孝悌的体现与表达。而选择安宁疗护,则在很大程度上是对传统生死观念的反叛,决策者面临着来自自身和其他家属“不尽道义”“不尽孝道”“逃避责任”的道德考问和批判。一些家属因此背负起沉重的思想负担,出现纠结、犹豫,在不同方案之间横跳的情况。

P女士的父亲罹患肺癌,已到晚期。考虑到父亲心理素质差,P女士没有把全部病情告知父亲。由于曾目睹过其他末期患者经历积极治疗的痛苦,身为家中长女的她不顾弟妹的反对,选择实施安宁疗护。但是,当她看到父亲仍然保有的求生欲时,又几度动摇。就在她犹豫的时候,父亲病情突然恶化去世。P女士自此陷入了长久的自我怀疑和谴责之中,在半年后确诊得了抑郁症。

安宁疗护护士在面对有较重道德负担与情感创伤的患者家属时,常常主动鼓励家属说出自己的疑虑与担心,在其进行充分的情绪宣泄、状态稳定之后,方才进行关于“优逝”与“善终”价值理念的传递。他们通常用指导和

组织仪式的方式来减轻患者家属的道德顾虑,减轻患者家属的遗憾与负疚感,并传递情感力量。

以前中国人是不看重仪式的,特别是死亡,好像都很避讳死。但这几年大家觉得应该重视起来了,还是不知道怎么做。家属什么样的都有,(患者)人都过去了,(家属)还后悔着,说我当时应该怎么怎么样。所以这个时候护士需要提前提醒家属把要做的都做好,要帮他们做好计划。(护士J)

到了最后我们会教他(指患者家属)说,你有什么想表达的,你可以抱一抱她,你可以跟她亲切地说:妈妈你就要到另外一个地方了,我仍然很想念你,仍然很爱你。这些话我觉得中国的儿女平常是讲不出来的,但是做了安宁以后,我觉得很多(情感)枷锁是可以解开的。我们能帮助他、教他怎么告别,用什么方式告别。(护士Z)

护士倾向于将仪式看作连接生者与逝者、身体与情感的重要纽带,而将组织与指导仪式视为对患者及家属“生命礼物”的赠予。这种赠予以护士的情感投入为基础,同时包含了护士基于医学知识的专业判断和建议。例如,护士告诉患者家属,人的“五识”中,在濒死状态下,最先消失的是视觉,之后是触觉、嗅觉与味觉,最后是听觉<sup>①</sup>。所以在患者弥留之际,最重要的沟通方式是向他(她)倾诉心里话。

与工具型情感劳动和表意型情感劳动不同的是,护士在陪伴死亡、参与指导和组织仪式时,多受“积德行善”“福报”等朴素道德观念的影响。这包括三种意涵。其一,这种观念蕴含着护士对于生前与身后世界关联的想象,希冀自己在人世间“善行”的积累能够帮助自己在身故后通往“天堂”等美好世界。其二,部分护士提到,从事安宁疗护本身是对家庭福祉的“投资”,希望亲人能通过这个过程获得神灵的庇佑。其三,许多护士将获得高质量的安宁疗护服务视为一种生命的福报,也透露出对自己将来获得平静舒适的死亡过程的期许。

① 摘自“首届江苏省安宁疗护护理高级进修班”课程讲授内容,2019年12月。

每天都在做善事,你的付出家属看得到,老天也能看得到的。(护士L)

做久了之后,真的觉得好死比赖活着强。我那天还跟同事说,如果以后我老了治不好了,就不要浪费资源了,我也会选择安宁的,但愿那个时候整体环境更好。(护士Z)

作为回馈,护士收获了对于生死观念的重构和更新。一方面,安宁疗护护士相信遗忘才是真正的死亡,而通过活着的人的铭记与思念,患者能够在死亡后的虚无世界中具象化,得到某种“永生”。另一方面,出于死亡必然性的认知,安宁疗护护士对死亡的接受度大大提高。

海德格尔提出“向死而生”的经典论断,即人的存在是一种向死的过程,人从一出生就是在走向“亡”——死的边缘(丁颖,2006)。也就是说,正确对待死亡的前提和基础是承认死亡的不可避免性。在这种观念的指引下,护士B表示,如同安宁疗护这般的有预期、有规划的死亡比突如其来的死亡更让人能够接受。安宁疗护护士能够理性认识死亡,敬畏生命而不是畏惧死亡,从而带着更积极、更坦然的人生态度,规划生活,珍惜当下时光。

我感觉我可能看得更开一点。我觉得生老病死没有什么,说白了,谁不经历这个过程,只是时间早晚的问题。我觉得(自己)接受度更高,包括对亲属我可能也会比较理性。(护士J)

## 五、安宁疗护护士情感劳动层次转化的影响机制

安宁疗护护士的情感劳动存在隐含着的层次关系。首先,从三种情感劳动的性质来看,工具型情感劳动通过护士的自我控制来工具化情感,这是一种职业要求;表意型情感劳动指向个体的悲悯情怀;慈善型情感劳动则指向人的道德价值追求。后两者都带有一定的人格化特征,护士与患者都可能在后两种情感劳动中产生深层次的情感依恋。在表意型情感劳动中,护士与患者的互动更多局限在日常生活层面,护士获得的体验也多来自建立与维持的日常亲密关系;而在慈善型情感劳动中,护士获得的是“灵性层面”的感知,这超越了日常生活的范围,有助于护士实现生死观的重塑和道德价值的再生产。另一层递进关系则是基于护士对积极体验的感知程度。工具

型情感劳动中护士感知到的积极体验最弱,表意型情感劳动中的积极体验居中,慈善型情感劳动中的积极体验最高。从非人格化到人格化的情感劳动,护士的主体性与自主性也随之增强,因而也呈现一种递进关系。

在现实场域中,安宁疗护护士不同层次情感劳动的转化过程并不是单向的,而是呈现复杂、流动的态势。我们认为,在大多数情况下,随着护士工作经验和生活阅历的增多,她们能够发展出两种不同的机制,以强化自身的积极体验,减少消极体验。这些机制使得安宁疗护护士得以从工具型情感劳动的去人格化体验中解脱出来,通过自我反思,进阶到表意型情感劳动和慈善型情感劳动,为自己的劳动注入意义和价值。与此同时,她们也能在感知到患者依从性差、劳动负荷及风险过大的时候终止情感劳动,或者退回到低层次的工具型情感劳动中,以有效地保护自己。

### (一)时空边界工作

在不同的劳动情境中,设定或者打破象征性边界可用于构建积极的情感劳动体验(梅笑,2020;Pachucki et al.,2007)。而在安宁疗护工作中,时空边界工作机制有助于护士建立有效的时空区隔,其既可以发挥抵御负性感受的保护作用,也构成了护士提升自我反思能力的物理基础。

打破常规布置、个性化的空间环境让护士得以自主调整情感劳动的内容,从而使得情感劳动具有“空间化”特征。以C医院为例,安宁疗护的病区占据了住院部二楼的一半空间,毗邻新生儿病区,“这象征着生生死死,不过是一个轮回”(护士F)。半开放式的护士站是护士工作与调整的重要场所,又可进一步分为“对外开放”的前台以及“闲杂人等免入”的隔间(后台)。护士站作为病区的“门面”,代表着整个医院和科室的形象,护士在前台工作时也被要求提供微笑服务,进行“工具型情感劳动”。而一旦护士与患者及其家属产生矛盾,抑或难以维系职业要求的情感表现时,“回避”是其选择的主要策略之一。护士会选择回到护士站隔间里,不和患者处在同一空间,由其他的同事或医生来进行沟通与服务。相对私密的护士站隔间成为护士缓冲和梳理情感的“避风港”。

走廊的尽头是茶吧,里面挂满书画作品,内置藤椅、秋千、木桌。患者、家属、医护人员都可以在茶吧里小憩,患者也可以在茶吧里做手工、拼图、阅读。C医院特有的茶吧是护士自我学习、与患者及其家属进行深度互动的重



要空间。茶室温馨的环境显著区别于医院传统单调的布置,相对安静且隐私性较好,陈列着关于生命哲学的大量书籍,护士在此阅读、开展小组活动、冥想、谈心,与患者及其家属进行深入的情感沟通与互动。这些活动均有助于护士深化安宁疗护认知,强化其对工作意义和护患互动细节的捕捉和记录,成为护士进行“表意型情感劳动”和“慈善型情感劳动”的重要基础。

F是X医院护理部资深护士,她在茶室休息时很喜欢阅读死亡教育的绘本。从践行纯粹的工具型情感劳动到开展表意型情感劳动,她也收获了关于安宁疗护中护士角色的反思。

之前是在急诊科工作,工作内容就是很单纯的身体护理,不会考虑跟病人有什么深入的互动,也不可能。刚开始很不习惯,但是在这边久了之后,我觉得还是有收获的。我自己觉得干这个其实也是修身养性。我觉得我们既是他们故事的观众,也是故事中的一个角色吧。就是明白什么时候自己要跳进去,什么时候需要跳出来。(护士F)

除了根据空间特征采用不同的方式进行情感管理外,护士也会选择在时间维度上划分明确的界限,对自己进行心理暗示,将职业身份与家庭、社会身份区隔开来。这种区分既是一种专业性的证明,也能够减轻工作中的复杂情感对自己的消极影响。在下班后,护士通常会选择散心、听音乐等方式进行自我调整。除了自我排解外,护士也会借助外在力量削弱工作中的情感体验对自身的影响,例如,向亲人朋友倾诉情感压力,借助家务分散注意力等。

## (二)选择性执行:基于患者依从性、情感劳动强度和风险的判断

首先,安宁疗护护士倾向于给予依从性高的患者更高的关注以及更多的情感投入。所谓依从性,通常指的是病患及家属对于医嘱的顺从性,而在安宁疗护护士看来,依从性体现了病患及家属对待护士的潜在态度,包括是否尊重护士的专业性、能否给予护士足够的人格尊重。有护士描述了一段尴尬的经历:

有一个患者,他儿子是个教授。因为这位家属觉得自己懂得比较多,觉得我们的方案有问题,就老是说我们。有一次,他因为一件小事,

就突然用英语骂了护士,这比中文骂人还难听,嫌弃我们没有文化,以为我们听不懂啊。当时就觉得这个人非常难搞,后来也就做基本的身体护理,不怎么跟他家有交流了。(护士O)

在这个案例中,患者家属的知识优越感挑战了护士的专业权威,护士感到职业身份角色遭到了严重的冒犯,影响了后续护患关系的维系。护士选择直接终止情感劳动。

其次,在面对患者及家属的诸多情感劳动诉求时,护士常常会选择回应相对容易辨识且容易实现的工具性情感劳动需求。而实现“专业性亲密”的关系构建、“生命礼物”赠予等较高层次的情感劳动需求,通常意味着较大的不确定性和较长的周期,因而,护士只能在一些患者身上选择性地实践这部分情感劳动。一些护士用“结缘”来形容这一过程,实际上其中隐含着护士对患者及家属情感需求的强度和劳动过程潜在风险的感知与判断。一旦高层次情感劳动强度超出护士的承受范围或者护士意识到潜在的伦理风险,护士则会退回到低层次的情感劳动。

前几年,我们有个护士和一个患者关系特别好,那个护士也照顾了患者很长时间,患者很有钱,真把护士当自己女儿了,立遗嘱的时候说要给护士多少多少钱,我们的护士很年轻,被吓得不轻。我们也提醒她,她自己就是该干的还是会继续干好。但是肯定不可能像之前那样,什么话都聊,不可能那么亲密了。(护士Z)

更为常见的情形是安宁疗护护士在开展“表意型情感劳动”时,遭遇巨大的共情浩劫和替代性创伤的体验,从而导致其在情感层面和认知层面出现反应能力下降(Figley, 1995)。当护士感知到“生命难以承受之重”时,亦会主动终止情感投入或者降低情感投入的强度。

## 六、总结与讨论

基于对医院安宁疗护专科护士的质性研究,本文发现,中国安宁疗护护士开展着不同层次的情感劳动。在非人格化的工具型情感劳动中,护士基

于组织和专业规则展开共情训练与情感控制,以规避风险、提升照护工作的整体效率。在社会规范形塑的表意型情感劳动中,护士个体的悲悯情怀与身份认同连接起来,在护患之间建构“专业性亲密”。而在基于“积善行德”的道德动机展开的慈善型情感劳动中,护士通过指导与组织仪式赠予患者“生命礼物”,以减轻家属面临的道德与情感压力。作为回馈,护士得以重构并更新生死观念。不同层次的情感劳动转化过程是流动的,并受时空边界工作、选择性执行等重要机制影响。

本文的结论回应了西方社会学中关于专业人士,尤其是医疗健康领域专业人士情感劳动的经典研究(Bolton, 2000, 2005; Theodosius, 2006; Theodosius, 2008; Krawczyk, 2019; Larson & Yao, 2005)。相比于一线非专业照护工作者,专业照护人士的情感劳动受组织、专业、社会、道德等多重规则的影响,呈现更为复杂的层次。既往研究倾向于将情感劳动做孤立的类型学分析,没有对情感劳动的层次性和相互之间的关联做出进一步的阐释,对护士主体性和能动性的关注亦相对不足。本研究发现,无论是安宁疗护护士情感劳动的多层次性和丰富性,还是其在实践过程中发展出来的转化机制,均展现了护士较强的劳动自主性,相对于患者(服务对象)的专业优势地位使其能够相对自主地选择情感劳动的对象、内容及深度,并从中获取情感、道德及智识补偿,强化并维系积极体验,减少消极体验。因此,与以往研究相对聚焦安宁疗护护士在执行低层次情感劳动所引发的职业倦怠、共情浩劫等问题相比,本研究拓展了安宁疗护护士情感劳动的内容和面相。

相比国外安宁疗护发展成熟的地区,在我国安宁疗护仍处于起步阶段。在中国情境中,安宁疗护护士情感劳动过程呈现明显的“关系属性”(梅笑, 2020),并深受本土制度及文化因素的影响。首先,我国目前尚未将安宁疗护纳入医保范畴,因此医疗消费主义倾向在部分患者及家属中间流行,这强化了护患关系的商业化色彩,患方对护士工具性情感劳动的需求增多,这又使医院为了回应患方的消费者心理,而不得不加大对护士情感劳动过程的监管和干预力度。护士因此可能会感受到较强的“非人格化”消极体验。其次,死亡禁忌、医疗家庭主义等文化因素构成了护士实施情感劳动,尤其是深层次情感劳动必须考虑的重要内容。它们会影响护士展开情感劳动的方式及策略,但不必然构成其工作障碍,可能成为一种本土机会资源,促使其发挥自主性,深化其对工作价值及劳动意义的反思。

为了提升专业性照护工作者情感劳动的整体体验,本研究认为需要从宏观和微观两个层面入手,落实政策关怀。在宏观层面,需要厘清安宁疗护在整个国家医疗卫生体系中的位置,并给予切实可行的制度性支持,将安宁疗护纳入医保体系,建立起普惠性质的安宁疗护体系(程瑜、符隆文,2021)。在微观层面,应针对中国本土安宁疗护工作的特点,加强对专业护士的职业培训、支持与保障,提升护士的劳动韧性。唯有此,我们才能实现安宁疗护的终极目的:在生命的最后一站旅途中,“逝者灵安,生者心安”(郑智维,2019)。

#### 参考文献:

陈玉佩,2020,《建构亲密与控制情绪:幼儿教师的情感劳动研究——以北京市3所幼儿园的田野调查为例》,《妇女研究论丛》第2期。

湛永毅、成琴琴、刘翔宇、李旭英,2018,《护士在安宁疗护中的角色和地位》,《中国护理管理》第18期。

湛永毅、刘翔宇,2020,《安宁疗护专科护理》,北京:人民卫生出版社。

程瑜、符隆文,2021,《建设中国特色社会主义普惠性安宁疗护体系》,《中国社会科学报》2021-03-17。

丁颖,2006,《论死亡意识教育》,河南大学硕士学位论文。

景军,2020,《生命代价之重与优逝善终之难——一项有关晚期癌症患者调查研究的启示》,《社会学评论》第9期。

李晓菁、刘爱玉,2017,《资本控制与个体自主——对国内空姐情感劳动的实证研究》,《妇女研究论丛》第5期。

梅笑,2020,《情感劳动中的积极体验:深层表演、象征性秩序与劳动自主性》,《社会》第2期。

潘绥铭、姚星亮、黄盈盈,2010,《论定性调查的人数问题:是“代表性”还是“代表什么”的问题——“最大差异的信息饱和法”及其方法论意义》,《社会科学研究》第4期。

钱霖亮,2013,《建构“保育员母亲身份”的挣扎:中国福利院儿童照顾者的情感劳动》,《台湾人类学刊》第11期。

涂炯、梅笑,2019,《患者“自主权”再思考——基于G市Z医院癌症患者的疾病告知实践研究》,《东南大学学报(社会科学版)》第5期。

汪纯孝、刘义趁、张秀娟,2007,《医务人员情感性劳动行为的前因后果》,《中山大学学报(社会科学版)》第2期。

吴心越,2019,《市场化的照顾工作:性别、阶层与亲密关系劳动》,《社会学评论》第1期。

赵晓敏、石振馨、吕梦、薛敏、路广平,2018,《三级医院护士情绪劳动与组织公平感、工作满意度的相关性研究》,《卫生职业教育》第1期。

郑智维,2019,《逝者灵安、生者心安》,《民生周刊》第15期。

周松、王建宁、赖开兰、于翠香、查丽玲,2019,《护理人员情绪劳动与工作倦怠关系研究进展》,《中国职业医学》第3期。

Abbott, Andrew. 1988. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Ashforth, B. E. & R. H. Humphrey. 1993. "Emotional Labor in Service Roles—The Influence of Identity." *Academy of Management Review* 18(1).

Bolton, Sharon C. 2000. "Who Cares? Offering Emotion Work as a 'Gift' in the Nursing Labour Process." *Journal of Advanced Nursing* 32(3).

- . 2005. *Emotion Management in the Workplace*. Basingstoke, England: Palgrave Macmillan.
- . 2009. “Getting to the Heart of the Emotional Labour Process: A Reply to Brook.” *Work, Employment & Society* 23.
- Cevik, Banu & Sultan Kav. 2013. “Attitudes and Experiences of Nurses toward Death and Caring for Dying Patients in Turkey.” *Cancer Nursing* 36(6).
- Figley, C. R. 1995. *Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring*. New York: Brunner/Mazel.
- Friedson, Eliot. 1970. *Profession of Medicine*. New York: Dodd, Mead.
- Gong, Ni, Qianqian Du, Hongyu Lou, Yiheng Zhang, Hengying Fang, Xueying Zhang, Xiaoyu Wu, Ya Meng & Meifen Zhang. 2020. “Treatment Decision—Making for Older Adults with Cancer: A Qualitative Study.” *Nursing Ethics* 28(2).
- Harris, Lloyd. 2002. “The Emotional Labor of Barristers: An Exploration of Emotional Labor by Status Professions.” *Journal of Management Studies* 39(4).
- Hochschild Arlie Russell. 1979. “Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure.” *American Journal of Sociology* 85(3).
- . 2012. *The Managed Heart: Commercialization of Human Feelings*. Berkeley: Press of California University.
- Kaufman, Sharon. 2005. “...And a Time to Die: How American Hospitals Shape the End of Life.” Chicago: Chicago University Press.
- Krawczyk, Marian. 2019. “Organizing End of Life in Hospital Palliative Care: A Canadian Example.” *Social Science & Medicine* 8(1).
- Larson, Eric & Xin Yao. 2005. “Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship.” *JAMA* 293.
- Lewis, Patricia. 2005. “Suppression or Expression: An Exploration of Emotion Management in a Special Care Baby Unit.” *Work, Employment & Society* 19(3).
- Li, Sarah. 2005. “Doing Criticism in ‘Symbiotenecness’: A Study of Palliative Care Nurses’ Talk.” *Social Science & Medicine* 60.
- Lopez, Steven Henry. 2010. “Workers, Managers, and Customers: Triangles of Power in Work Communities.” *Work and Occupations* 37(3).
- McClure, Robert & Christine Murphy. 2007. “Contesting the Dominance of Emotional Labour in Professional Nursing.” *Journal of Health Organization and Management* 27(2).
- Orzechowicz, David. 2008. “Privileged Emotion Managers: The Case of Actors.” *Social Psychology Quarterly* 71.
- Pachucki, Mark, Sabrina Pendergrass & Michele Lamont. 2007. “Boundary Processes: Recent Theoretical Development and New Contributions.” *Poetics* 35(6).
- Peterson, Jennifer, Malynnda A. Johnson, Bonnie Halvorsen, Lisa Apmann, Pi-Ching Chang, Stephanie Kershek, Courtney Scherr, Matthew Ogi & Deborah Pincon. 2010. “What is It So Stressful about Caring for a Dying Patient? A Qualitative Study of Nurses’ Experiences.” *International Journal of Palliative Nursing* 16(4).
- Simpson, Ruth. 2007. “Emotional Labour and Identity Work of Men in Caring Roles.” In Lewis, Patricia & Ruth Simpson (eds), *Gendering Emotions in Organizations*. England: Palgrave Macmillan.
- Skilbeck J. & S. Payne. 2003. “Emotional Support and the Role of Clinical Nurse Specialists in Palliative Care.” *Journal of Advanced Nursing* 43(5).
- Theodosius, Catherine. 2006. “Recovering Emotion from Emotion Management.” *Sociology* 26(5).
- . 2008. *Emotional Labour in Health Care*. London, New York: Routledge.
- Vinson, Alexandra H. & Kelly Underman. 2020. “Clinical Empathy as Emotional Labor in Medical

Work." *Social Science & Medicine* 251.

Wharton, Amy S. 2009. "The Sociology of Emotional Labor." *Annual Review of Sociology* 35.

## Being towards Death: Palliative Care Nurses' Emotional Labor Levels and Their Transitions

ZHANG Jing    LI Ming-hui

**Abstract:** Implementing emotional labor is one of the vital components in palliative care nurses' daily work, which is beyond body care in curative medicine. Based on fieldwork in palliative care departments in hospitals, this paper reveals the multiple levels of emotional labor among China's palliative care nurses. When implementing the instrumental emotional labor, professional nurses engage in empathy training for emotional management based on professional and organizational rules. Besides, nurses are able to connect individuals' compassion with their social identity to achieve professional intimacy in the type of presentational emotional labor. In the type of philanthropic emotional labor, professional nurses may offer the gifts of life to patients' family members by organizing and guiding the rituals to alleviate patients' and family members' sorrow and burdens of ethics. The nurses refresh and reconstruct their values of life and death as a reward. In addition, the boundary work in time and space and selectively implementation are both prevalent mechanisms influencing the transitions across different types of emotional labor. This research shows that the professional caring workers may have the advantage of autonomy in interpersonal relationship. Moreover, the local institutional and cultural factors may influence the scope and level of emotional labor. As a result, the macro and micro supporting institutional measures should be taken to improve the resilience of palliative care nurses.

**Keywords:** palliative care; emotional labor; professional intimacy; transition

(责任编辑:邢朝国)