

妙手仁心：情感劳动视域下乡村医生的情感实践

钟 宇 王 瑜

摘要：乡村医生是最贴近农村群众的健康守护者，对其进行情感劳动分析，有助于更好地呈现乡村医生群体的工作样貌，完善基层医疗卫生服务体系建设。基于对乡村医生的案例研究，本文发现乡村医生的工作既要“妙手”又需“仁心”，具有丰富的情感内涵。具体来看：首先，乡村医生情感劳动的职业运用兼具主动性与乡土性，超越了单纯的物质动机；其次，乡村医生劳动过程中情感关怀与医疗知识并重，体现了“软硬兼施”的特点；再次，乡村医生在与农村居民的互动中产生了情感共鸣，展现出陪伴感与共情力并举的风格；最后，乡村医生在劳动过程中达成了职业认同与自我认同的协调统一。本文通过构建“情感维度—劳动情境”分析框架，拓展了情感劳动理论的本土化解释维度，并进一步揭示了情感要素在基层医疗中的增效作用。基于此，建议重视乡村医生劳动过程中情感因素的作用和农村居民就医选择的情感需求，持续加强基层医疗卫生人才队伍建设，识别和确认乡村医生情感劳动的价值，在提升乡村医生基本待遇和养老保障水平的基础上，减少职业倦怠，合理分配公共卫生服务任务，使乡村医生更好地服务乡村，助力健康中国建设。

关键词：乡村医生 情感劳动 职业认同 健康中国

中图分类号：C913.4 **文献标识码：**A

一、引言

乡村医生是中国农村医疗卫生服务网底，是最贴近亿万农村居民的健康守护者。乡村医生队伍建设不仅直接影响农村医疗卫生事业的可持续发展，还关系到乡村振兴战略与健康中国建设的协同推进。党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央始终把人民健康放在优先发展的战略地位，高度重视乡村医生队伍建设，通过深化改革持续推进乡村医疗卫生体系健康发展。党的二十届三中全会提出，实施健康优先发展战略，健全公共卫生体系，强化基层医疗卫生服务。然而，受乡村医生经济收入偏低、工作负担较重、工作环境艰苦等多重因素制约，乡村医生队伍的稳定与优化已成为提升基层医疗卫生服务质量的难点。据统计，2015—2022年，村卫生室人员总数减少了5.6%，村卫生室数量减少

【资助项目】 国家自然科学基金项目“防止返贫与促进共同富裕的长效机制及政策评估”（编号：72442020）。

【作者信息】 钟宇，清华大学社会学系，电子邮箱：zhongy23@mails.tsinghua.edu.cn；王瑜（通讯作者），中国社会科学院农村发展研究所，电子邮箱：wangyu_cn@126.com。

了8.2%，乡村医生规模从96.3万人减少到63.9万人，减少了33.6%^①。为加强乡村医生队伍建设，自2020年起，国家卫生健康委在部分省份实施医学专业高校毕业生免试申请乡村医生执业注册政策。2023年，中央机构编制委员会办公室、国家卫生健康委等部门联合印发《关于做好大学生乡村医生专项计划编制保障工作的通知》，结合此前提出的“十四五”期间在部分省份实施大学生乡村医生专项计划，表明国家在充实优化乡村医生队伍方面加大了激励和保障力度。

面对持续强化的政策引导和支持，充分理解乡村医生的工作样貌、完善乡村医生支持保障体系，已成为稳定乡村医生队伍的重要基础。区别于一般的专科医生，乡村医生的服务范围和服务对象相对固定，其工作情境具有独特性，还包含了复杂、微妙的情感表达。乡村医生通过情感劳动实现的情感实践，正是补齐基层医疗卫生服务“最后一公里”、提高农村居民健康获得感的关键要素。因此，对乡村医生情感劳动展开分析，不仅有助于呈现乡村医生的工作过程与群体特征，还可深化理解当前乡村基层医疗的实践困境，从而为医疗健康的情感“软基建”提供新思路和新路径。

关于乡村医生的学术研究主要集中在历史学、公共卫生、公共管理等领域，围绕乡村医生的发展历程、工作状况等展开讨论。现有研究从研究内容和研究范式来看，主要从两个层面展开：一是着眼于宏观层面，关注“国家制度体系中的乡村医生”，从城乡二元结构下农村医疗资源匮乏这一基本事实出发，主要讨论乡村医生的历史变迁和角色转型（张开宁等，2002；李斌，2011；李德成和陈慧，2022）、传统医学与现代医学的关系（杨念群，2006）、国家权力与现代医学的关系（方小平，2024）、乡村医生与国家的关系（张雨薇等，2020；杨晓婷等，2021）等；二是着眼于个体层面，聚焦“作为行动个体的乡村医生”，主要关注乡村医生队伍建设与职业发展困境，重点分析乡村医生的工作满意度（刘宇和康健，2019）、收入水平（王林等，2009）、离职倾向（董香书等，2013）等。以上两种分析路径在宏观与微观层面上互为补充、相互印证，共同呈现了国家政策与基层医疗卫生事业发展以及个人职业生涯之间的微妙张力，描绘了历史和制度变迁中的乡村医生群体画像及其所承担的社会角色。但不可否认的是，无论是宏观层面还是个体层面的讨论，目前都缺少对社会情境与宏观制度如何影响个体劳动过程的深入分析，尤其缺乏基于情感劳动视角的研究。已有文献在强调乡村医生角色时，未充分认识到其情感劳动的重要性，学术界普遍忽视了乡村医生的工作远不止于提供基本的诊疗业务和公共卫生服务，他们的情感劳动同样构成了其职业活动的重要组成部分。因此，有必要引入情感劳动视角，以更好地呈现乡村医生群体的工作样貌。

情感劳动是指劳动者通过对自身情感的管理和表达，在社会互动中为他人创造某种特定“情感状态”的劳动过程（Hochschild，1983）。随着现代服务业的兴起，情感劳动成为社会生活中广泛存在的劳动形式，医务工作者也一直被认为是典型的情感劳动者。然而，考虑到特殊的乡村社会情境和基层卫生政策的转型，有必要将乡村医生与其他医务工作者区分开来单独讨论。为此，本文基于江西、贵州、云南三省38名乡村医生的田野调查资料，从情感劳动的理论视角出发，探究乡村医生情感劳动的过程与特点。本文试图回答以下问题：其一，乡村医生是否存在情感劳动，其情感劳动的动

^①资料来源：根据《中国卫生健康统计年鉴2023》数据计算。

机与内容主要是什么；其二，在特殊的乡土情境下，乡村医生的情感劳动呈现怎样的风格和特点；其三，相较于其他医务工作者，乡村医生的工作具有明显的公共服务属性，这会对情感劳动的结果产生何种影响。本文旨在通过对乡村医生情感劳动的分析，更好地揭示乡村医生真实的工作内容与劳动特点和风格，为理解当前乡村医生队伍建设及乡村医生职业价值等问题提供一个情感劳动的分析视角。同时，本文通过对新时期基层医疗卫生服务情感实践的探讨，旨在加深对乡村医生在提升人民群众医疗健康领域获得感和幸福感过程中所发挥的情感效能与服务作用的理解，从而为政府优化基层医疗卫生服务体系、完善乡村医生激励保障机制提供情感靶向的决策依据。

二、文献回顾与分析框架

讨论乡村医生的情感劳动，既要将其置于基层医疗卫生的制度情境和乡土中国的社会情境中进行系统性剖析，又要从情感劳动的理论发展中找准分析视角。为此，本文从乡村医生和情感劳动两个维度对已有文献进行梳理，并以此构建起本文的分析框架。

（一）从宏观到个体：独特情境中的乡村医生

乡村医生的职业发展折射了社会、国家、职业的变迁。按照制度改革的节点，中国乡村医生的发展大致可以划分为以下三个阶段：中华人民共和国成立至改革开放前（1949—1978年）、改革开放时期（1979—2002年）、医疗改革时期（2003年至今）。在不同时期，乡村医生的行为逻辑、工作重点存在较大差异，这些差异体现了乡村医生生存空间的变化，也是乡村医生适应基层医疗制度变迁的结果（李斌，2011；张雨薇等，2020）。不同时期的乡村医生在工作上有不同侧重，赤脚医生时期强调集体性，市场转型期的乡村医生呈现个体性，新农合时期的乡村医生则包含变通性（李斌，2011）。在乡村医生与国家关系的变迁轨迹及逻辑中，更强调一种制度变化下乡村医生队伍的被动调整与主动适应。其中，医疗机构改革、农村合作医疗、农村基本公共卫生服务、家庭医生签约服务、分级诊疗等方面的医药卫生体制改革与变迁都规制并影响着乡村医生队伍（顾昕，2009）。

医疗卫生制度的变迁深刻影响着乡村医生个体的职业发展。农村医疗服务领域不彻底的市场化制度安排，不仅影响了公共医疗卫生的公益性质，也限制了乡村医生的收入市场化（顾昕，2009），还造成了乡村医生工资收入较低、离职率高等问题（董香书等，2013；刘宇和康健，2019）。同时，医卫结合模式在实际运作过程中也陷入了形式化运转的困境（吴志鹏和姚泽麟，2023）。正是政策目标、政策工具与社会进程之间存在的“目标偏差”与“工具偏差”（杨晓婷等，2021），导致了目前乡村医生薪酬水平较低、人才流失严重等问题的产生。随着人口老龄化的加剧与疾病谱系的变化，以乡村医生为主体的农村公共卫生服务的重要性愈加凸显（王晶和王晓燕，2018）。然而，从供给情况来看，乡村医疗卫生基础设施落后、卫生人才匮乏，难以满足日益增长的健康需求（张雨薇等，2020）。这又进一步导致农村居民趋高就医现象普遍、村级诊疗服务规模不足等问题，进而加剧了乡村医疗卫生服务运转的困境。

总的来说，当前以乡村医生为对象的研究明确了几个基本事实：其一，乡村医生是具有历史纵深性的医疗群体，促进了现代医疗的普及，提升了农村居民的健康水平（张开宁等，2002）。而且，随

着农村改革的深化和医疗卫生制度等的变革，国家与乡村医生的关系也经历了深度嵌入、脱嵌、偏差嵌入的过程（张雨薇等，2020），乡村医生的角色也在不断转型。其二，乡村医生始终是中国医疗卫生系统中的最基层队伍（顾昕，2009）。尽管基层医疗制度与政策几经变动，但乡村医生与村卫生室一直是乡村医疗卫生服务的重要一环，可以说乡村医生及其病人构成了中国医疗从业者和医疗服务对象的主体（方小平，2024）。其三，乡村医生队伍仍是乡村医疗卫生服务体系的薄弱环节。一方面，乡村医生难以满足农村居民日益增长的医疗卫生服务需求；另一方面，乡村医生面临待遇低、社会保障缺乏、工作条件较差等问题，导致了严重的人才流失（董香书等，2013；杨晓婷等，2021）。

更为重要的是，现有研究暗含着乡村医生劳动的两个特殊情境——制度情境和乡土情境。在乡村医生的劳动过程中，行政机制、市场机制和社会机制相互交融，共同影响着乡村医生的角色定位与劳动特点。乡村医生的身份可以在（政府的）受雇者与（市场的）自雇者之间切换，也可以在（职业身份的）医生与（户籍身份的）村民之间转换。可以说，制度和职业上的道德情感，以及身份和关系上的乡土情感，共同构成了乡村医生所处的制度情境和乡土情境的底色。因此，研究乡村医生的情感劳动不能脱离相应的情境。这不仅是对已有研究视角的补充，而且是以一种更为聚焦的方式，来讨论那些原本隐而不显的因素。

（二）从动机到后果：职业研究中的情感劳动

20 世纪 70 年代，美国社会学家霍克希尔德在戈夫曼拟剧理论的影响下提出了“情感劳动”概念，情感劳动由此成为与体力劳动、脑力劳动并行的“第三种劳动”，并引发了大量关于情感劳动概念、策略与影响等方面的研究（Steinberg and Figart, 1999）。正如霍克希尔德（2020）所言，情感劳动观念的流行主要源于服务部门的急剧增长，包括医院在内的诸多工作场所中，雇员们都在从事着情感劳动。当前社会比以往更加强调服务体验，情感劳动已经成为职业研究中重要的研究概念与对象，情感劳动的职业属性仍处于上升期（彭昱剑和孟飞，2023）。其中，情感劳动的动机与后果也在不断被延伸和讨论。

从动机角度来看，霍克希尔德（2020）认为，获取物质或精神上的补偿是服务业从业人员付出情感劳动的主要动机，她侧重于揭示的是服务业的剥削性和压迫性。而英国学者 Bolton（2000）则将情感劳动的动机分为物质型、规范型、表现型和慈善型四种类型：物质型动机强调获取薪资福利；规范型动机是指依据组织和职业要求调节情感，满足他人对自己的专业期待；表现型动机主要是寻求个人价值感和成就欲的满足；慈善型动机则来自对他人的关怀和共情。例如，在美容美发行业，美容师就通过经营感情与顾客建立起熟络的关系，以获得更多的物质和精神回馈，这是一个从“钱”到“情”再到“钱”的过程（施芸卿，2016）；在安宁疗护护士的照护工作中，超越了治愈性医疗中的身体照料与护理范畴，存在表意型、慈善型等多层次的情感劳动（张晶和李明慧，2022）。乡村医生作为公共卫生服务的提供者，其劳动本质上是一种公共产品，具备公共产品不可分割性、非排他性、非竞争性等基本特征（王晶和王晓燕，2018）。而公共服务提供者的动机往往由公共服务的使命感、强烈的目标和承诺感、自我牺牲精神等组成（Simeone, 2004）。这种动机本身就超越了单纯的物质导向，带有强烈的情感属性。

情感劳动理论也关注情感劳动的后果。早期的研究主要关注情感劳动的消极后果与负面影响（Wharton, 1999），认为情感劳动中的“表层扮演”和“深层扮演”都包含着对劳动者“自我”的攻击，会使劳动者失去人的自我表达，从而带来消极体验，引起情感失调（霍克希尔德，2020）。这种失调与异化实际上是通过将“社会性自我”与“个体性自我”割裂开来实现的（张杨波，2022）。例如，粉丝群体情感劳动中存在围绕商品消费和明星营销产生的共识制造与劳动剥削，其背后是资本对粉丝情感的利用和剥削（庄曦和董珊，2019）。但也有学者认为，情感劳动也可能产生积极影响。研究者们发现劳动者具备自主选择策略以推动建立平等而有意义的社会关系的能力（Lan, 2003; Larson and Yao, 2005; 梅笑，2020），能在劳动实践中收获自我满足与自我享受（胡鹏辉和余富强，2019）。情感劳动的后果还会涉及劳动者内心的“情绪劳动”。例如，卡车司机内在的自我心理体验始终贯穿于其驾驶劳动中（传化公益慈善研究院“中国卡车司机调研课题组”，2018）；教师也会牺牲自己的时间、精力和心血去帮助学生，对学生形成额外的关心和照顾，以体现自身价值（田国秀和张璿瑄，2023）。更加细腻的情感劳动分析有助于更加仔细地观察和理解劳动者在劳动过程内外的心境（沈原，2020）。因此，在讨论乡村医生情感劳动时，不能忽视劳动者面对自身的情感体验。

同样地，无论是从情感劳动的动机还是后果切入研究，都要立足于相应的社会背景与职业情境。有学者认为，当前国内相关研究多借用西方劳动过程理论和情感劳动的批判分析框架，专注于解释互动情境中的情感现象，却忽略了宏大的社会结构背景（成伯清，2017），偏离了中国社会转型和独特传统文化的本土情境，导致本土化不足的问题尚未得到解决（李晓菁和刘爱玉，2017；梁萌等，2022）。因此，不能脱离时代的社会结构背景来抽象地谈论情感（成伯清，2017）。回到乡村医生的研究中，即要注意结合农村人口老龄化、农村疾病谱系变化、基层医疗制度改革等社会背景与社会情境，才能更好地分析和揭示乡村医生情感劳动的逻辑。

（三）分析框架：情感维度与劳动情境

通过对乡村医生研究和情感劳动理论两方面的文献梳理可以发现，要更好地理解乡村医生群体，需要将其置于特殊的劳动情境中对其情感劳动展开深入分析。需要说明的是，本文讨论的情感劳动并不等同于霍克希尔德所提出的情感劳动概念。按照霍克希尔德（2020）的理论，情感与体力、脑力共同构成了服务业劳动的三个基础要素。情感劳动指的是劳动者按照组织要求对自我内在情绪、外表神态等进行管理，向消费者传递相应的情感以提高服务效果（Hochschild, 1983）。但是，霍克希尔德提出的这一概念是基于西方社会文化背景，而宏观社会文化和制度对于情感的表达与认知具有重要影响，在不同国家和文化背景下，情感劳动会呈现较大差异（梁萌等，2022），故而需要立足本土化情境来使用情感劳动理论。基于上述分析，结合霍克希尔德（2020）的理论并参考梁萌等（2022）的界定，本文认为乡村医生的情感劳动是一种基于乡土情境自然生发的模式，更多来自乡村医生与村民之间的互动关系，而非外部组织的强制要求。这不仅凸显了原有乡村医生研究中隐而不显的情境与情感因素，也克服了现有情感劳动理论专注于解释纯粹商业领域中的情感现象、忽略社会结构和本土情境的不足，从而更有助于理解乡村医生职业认同和主体能动性形成的独特原因。

图1展示了本文的分析框架，主要突出了两方面的核心内容：第一，围绕情感这条主线，从动机、

过程、后果等维度描绘乡村医生情感劳动的内在动力、工作过程与劳动后果。基于乡村医生的劳动实践，探讨一种不同于西方商业性质情感劳动的可能性，以更好地描绘和理解隐匿在医疗工作背后的情感逻辑。第二，强调特殊的劳动情境对乡村医生情感劳动的影响，其中，包括乡土社会的熟人关系、制度改革带来的乡村医生角色转型以及人口老龄化等社会背景因素。本文尝试超越霍克希尔德预设的“资本—劳动者—客户”三元分析框架，强调中国社会独特的社会基础和文化背景对情感劳动的影响。在具体分析中，本文结合情感维度与劳动情境，从职业运用、表达形式、日常风格和精神意义四个层面进行探讨。职业运用侧重于乡土情境下情感劳动的工作动机与属性^①，在这一层面上，乡村医生的情感劳动和其以医疗服务、公共卫生服务等为基础的技术劳动交织在一起；表达形式、日常风格则倾向于劳动过程中的情感表现，即乡村医生在何种表现与表达里呈现情感；精神意义则强调劳动者情感劳动后的个体精神体验。

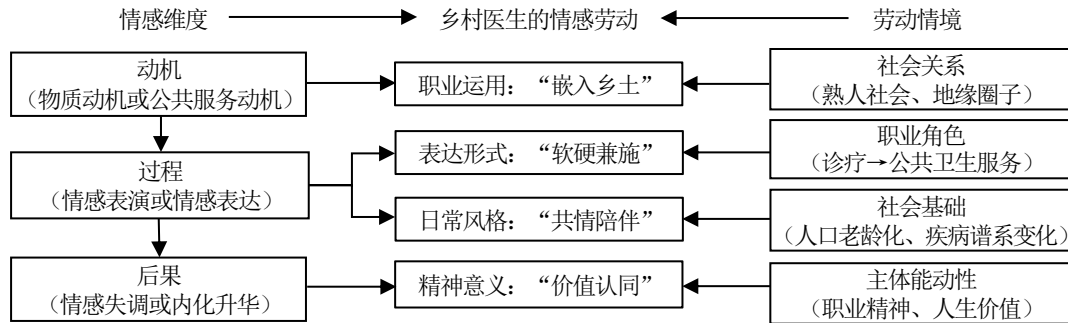


图1 基于情感维度与劳动情境的分析框架

三、研究方法 with 情境基础

（一）研究方法

本文的调查资料来自清华大学社会学系“中国乡村医生社会调查”项目。课题组于2023年7—8月在江西省遂川县、贵州省织金县、云南省泸水市3地开展田野调查，对30个行政村卫生室实施参与式观察，对38名乡村医生进行半结构化深度访谈，记录乡村医生的劳动过程。此外，为进一步还原乡村医疗情境，课题组对云南省泸水市76户农村常住居民的就医选择展开调查。

之所以选择江西、贵州、云南3省作为调查点，主要是基于以下两方面的考虑：一方面，中西部地区基层卫生健康服务相对薄弱，乡村医生作为基层医疗的“守门人”，肩负着巩固基层医疗、维护基层健康的重要职责。以江西、贵州、云南3省作为调查点，可以较好地反映中国乡村医生的工作情况。另一方面，近年来国家卫生健康委、国家发展改革委等部门持续加大对脱贫地区和偏远地区基层

^①需要注意的是，情感劳动所产生的情感一定是以劳动发生作为前提条件的。本文明确了乡村医生情感劳动是一种基于乡土情境自然生发的模式，其诊疗服务与公共卫生服务等医疗工作是其情感劳动形成的重要基础。只有在完成医疗工作的基础上，才有后续讨论的情感劳动的过程、特点与结果等。因此，关于情感劳动的讨论始终是以劳动为基础的，乡村医生的角色始终是以其职业劳动为底色。

医疗的支持力度，旨在巩固拓展健康扶贫成果，推动健康乡村建设。江西省遂川县、贵州省织金县、云南省泸水市分别是革命老区县、少数民族县、陆地边境县，在反映脱贫地区和偏远地区基层医疗状况方面具有较好的代表性。

项目资料以信息收集达到饱和状态为标准，主要内容涉及乡村医生的基本情况、职业经历、收入状况、专业培训、工作内容、日常管理、医患关系等，村卫生室的基本情况、设施设备、经营状况、人员组成等，农村居民的的家庭情况、收入状况、就医选择、医疗需求等。需要说明的是，本文重点关注乡村医生情感劳动过程，主要使用了乡村医生工作内容、收入状况、医患关系等方面的访谈资料。课题组在受访者的同意下对访谈过程全程录音，并将录音转化为文字记录，共形成 60 余万字的访谈文字资料。为保护受访者隐私、遵守学术研究伦理规范，本文对访谈对象进行了匿名化处理^①。

（二）农村居民就医中的情感需求及乡村医疗情境

为了更加全面地理解乡村医疗的特殊情境和乡村医生的情感实践，本文在正式考察乡村医生情感劳动之前，对农村居民的就医需求开展预分析。预分析的内容有助于从需求视角呈现乡村医生情感劳动的特殊价值及必要性，并为后文关于乡村医生情感劳动过程与特点的探讨奠定基础，进而构建完整的医患互动场景。对云南省泸水市 76 户农村常住居民就医选择和评价的分析，展现了村民在就医过程中的普遍情感需求：

“村医（乡村医生）每次上门随访，就来问问你、看看你，如果有高血压，她就给你量血压，也经常问你哪里不舒服……很好的，什么都很详细，会经常主动来找。只要在她负责的医疗范围内，她都会问，大大小小的，感冒伤风还是什么，她都问。每当出现健康问题，你告诉她症状后，她就会告诉你要吃什么药，很详细地告诉你。”（访谈记录：202307SXCM05）

“对两位村医都很熟悉，他们很好，对我们村每个人的情况都很了解，也都很关心，平等地对待每个人。我有胃病，他们就告诉我胃病应该吃什么药，哪些药能吃得好，开的药一个疗程就能治好。”（访谈记录：202307SXBS21）

表情、姿态、语言、语气都属于情感劳动表达的一部分（李晓菁和刘爱玉，2017）。从上述访谈记录中可以看出，情感因素在乡村医疗情境中扮演着不可或缺的角色。村民对乡村医生的评价包括“主动”“详细”“关心”等，这一方面表明村民感受到了乡村医生的情感表达和关怀，另一方面也显示乡村医生的这种情感表达获得了村民的认可，二者之间形成了一种默契的互动机制。这种互动基于乡村医生与村民双方之间秉持着平等、信任的意识，使得双方能够得到持续、和谐的情感卷入。作为乡村医生服务对象的村民，既有对乡村医生情感劳动的需求，也会对乡村医生情感劳动做出回应：

“如果没有村医，就医就会不方便，就必须去镇里的医院了。”（访谈记录：202307SXBS21）

“家庭医生的话，他们是有专门的人负责……以前这些服务都是城里有，农村根本没有，农村是这几年才实行的。他们上门服务都很和气，（我）很满意。”（访谈记录：202307SXCM06）

^①课题组对所有访谈记录进行了整理和编号，访谈记录编号前 6 位代表访谈时间（访谈的年份和月份信息），第 7~8 位代表田野地点，后 4 位为课题组统一采用的记录编码。

“到了一定时候，村医就会提醒，并提前通知预约时间，等我们下班后再上门。我觉得他们的医术还是可以的，服务也很好，都很到位。还有村医来给老人检查，孕妇也归村医管。这都是以前没有的。”（访谈记录：202307SXBS15）

对于农村居民来说，享受到专人定时定点上门进行健康检查服务，感受到有人经常关注和守护自己的身体健康，这都是“以前没有”的体验。从老人、小孩到妇女、孕妇等，农村居民在村里就可以实现“病有所医”“幼有所育”“老有所养”，享受逐步改善的公共卫生服务，并获得“被关心和关怀”的情感价值，他们的情感需求也得到了满足。农村居民的这种获得感既体现了中国民生问题的改善，也从侧面验证了国家在保障国民基本健康权益、缩小城乡民生差距、推动医疗和公共卫生服务均等化方面的持续努力。

从村民的描述中，可以发现以下两方面的情况：一方面，乡村医生的工作已然构成国家医疗健康网络的基础，其承担的基层医疗工作是国家保障和改善民生的重要环节。在广袤的农村地区，乡村医生通过诊疗业务担负起最基础的医疗健康供给，让农村居民能够实现“病有所医”。同时，通过公共卫生服务，农村居民得以享受覆盖全生命周期的健康管理。另一方面，随着经济社会的发展，农村居民对健康的重视程度逐渐提高，就医选择日益多元，也开始关注乡村医生的服务态度等情感需求。这也进一步证明了本文研究乡村医生情感劳动的现实必要性：当情感劳动成为乡村医生职业活动的重要组成部分时，从这一视角出发，可以揭示乡村医生的真实工作内容、劳动特点和风格，从而更加全面地呈现乡村医生群体的工作样貌。这也有助于更好地理解在中国基本医疗卫生制度下，人民群众在健康领域的获得感和幸福感如何不断增强。

四、乡村医生的情感劳动：过程与特点

（一）“嵌入乡土”：乡村医生情感劳动的职业运用

乡村医生独特的劳动情境影响了其劳动动机。霍克希尔德（2020）的情感劳动理论认为，利用感情这种与生俱来的能力，已从私人目的拓展到日益普遍的工具性立场，并且在落实这种立场时受到了大型组织的操控和管辖。霍克希尔德（2020）的理论强调了情感劳动的物质动机。在这一理论框架下，情感变成了一种组织竞争和商业利益的工具，于是自然或自发的情感在这个“心灵整饰”的时代被赋予了前所未有的价值（田林楠，2022）。但是，在乡村医生的情感劳动中，有两种情境使其超越了情感的工具性运用：一是乡土性的医疗情境，二是乡土性的社会情境。医疗情境的乡土性体现在乡村医生的岗位相对固定、中西医结合及全科服务等工作特点上。乡村医生是农村居民健康的“守门人”，主要从事健康宣教、健康咨询、疾病预防以及常见疾病的初级诊疗等服务，这与大型医疗机构专门化、精细化、模块化的就诊活动有很大的区别。而社会情境的乡土性体现在，乡村医生置身于乡村熟人社会、关系社会，其医疗卫生服务范围和服务对象基本确定，并且自身及其家庭成员也是村集体的一员。

关系始终是情感劳动的关键维度之一。中国社会是乡土性的（费孝通，2007）。在课题组所调查的乡村医生中，大部分人“生于斯、长于斯”，长期服务本地群众。村民可能流动，但作为医务工作者的他们一直在场，终老是乡也终老事乡。此外，他们既是村卫生室的乡村医生，也是村集体的成员，

与村民同属一个血缘、地缘圈子，他们与村民之间的关系不仅仅是医患关系。由于乡村医患主体之间具有相同的文化血脉，熟人社会中人情交换仍发挥着重要作用（焦思琪和王春光，2022）。长期共同生活所形成的人际关系也有利于加深医患之间的认同（张开宁等，2002）。这种亲密的共同生活经历增进了乡村医生与村民之间的情感交流与依赖，这种依赖甚至通过多代乡村医生的传承得以延续：

“爷爷和爸爸都是赤脚医生，他们一直都在村里面。我也就跟着他们在村里面跑，天天跟着他们出诊……去住得远的村民家，现在骑摩托车需要 30~40 分钟。他们平常也会电话咨询病情，我们也会上门检查。”（访谈记录：202307SXXY12）

“我们这里交通不便，老百姓对于村医出诊有一定的依赖和期待。患者重病或一般感冒、发烧，他起不来了，就希望你能出诊。这也和老村医们曾经的工作方式有关。”（访谈记录：202307SXXY09）

在双方交流与服务过程中，情感交流扮演着一种关键的促进角色（吕小康等，2024），相处时间较长、有交流需求、有正面情感回馈的服务对象也会获得服务者更好的情感付出（梅笑和涂炯，2021）。因此，源于熟人社会的情感模式在某种意义上构成了服务者发展的支持性资源（梁萌等，2022）。村民之间的熟悉就是从长期、多方面、经常性的接触中所形成的亲密的感觉，这种熟悉会产生一种可靠性和信任感。哪怕这位村医并非村子里的原住居民，也会因为与村民日益密切的交往而熟络起来，这种熟悉营造了一种和谐的医患关系：

“我之前不是这个村子里的人，但村卫生室主要由我一个人负责，包括公共卫生服务。因为服务次数多了，我现在已经和村民很熟了，也能够说一些俚俚语。”（访谈记录：202307SXXY06）

“村民与村医非常熟悉，他们基本上都会保存我们的电话号码……当然，有时候村民会因为买不到他们想要的药而觉得我是故意不卖，但即便表达不满，也带有开玩笑的味道，不会产生冲突。”（访谈记录：202307SXXY13）

乡村医生自身及其家庭也是村集体的组成部分，而作为医师群体中最基层的一环，乡村医生与普通农村居民一样面临收入偏低、社会保障缺乏等困境。尤其是改革开放后，国家对乡村医生的管理逐渐放宽，更强调村卫生室的自力更生、自负盈亏（李斌，2011；张雨薇等，2020）。尽管随着新一轮医药卫生体制改革的推进，国家对乡村医生的管理再次加强，但本质上没有改变补贴式的政策模式，乡村医生的收入水平和社会保障水平仍然偏低。许多乡村医生也强调自己就是“会一点医术的村民”。因此，他们更能理解和体会村民在就医选择中的经济考量、求医心理和治疗需求，进而与村民产生一种超越医疗能力和服务质量本身的情感共鸣：

“我就是村民，大家都是一起的，就是我会看点病，学历也不高。毕竟当村医有 20 年了，有感情，我老家的村子与村卫生室相距六七公里，但我现在都住在村卫生室。”（访谈记录：202307YDXY06）

“从我们村到县里有 100 多公里，开车快的话也要两个小时。距离乡镇 35 公里。我们对村里的人都很熟悉了，谁家有什么毛病实际上也都知道。如果有一些比较难的疾病，大家会先打电话来咨询一下我，我能医的话我就医，如果医不了就建议他到乡镇或县里去看。”（访谈记录：202307SXXY02）

在日常常见病的治疗和健康管理的过程中，乡村医生与村民之间产生了丰富的情感联系和情感记忆，彼此相互尊重、体贴。例如，乡村医生上门体检时会充分考虑村民的工作时间，通常会选择农闲

或是等到村民下班之后再上门服务。而当村民遇到医疗问题时，他们通常会第一时间打电话给乡村医生咨询，或者请求乡村医生上门服务。部分在外务工的村民，甚至仍然会通过远程方式咨询乡村医生，认可、依赖他们提供的就医建议：

“有时候村医会在晚上八九点钟，等县城里打工的人回家后再来给我们（村民）上门体检。”（访谈记录：202307SXBS07）

“还有好多在外边打工的年轻人，他们都有我的微信，他们有时候哪里不舒服就会打电话问我怎么处理，类似的情况经常发生。”（访谈记录：202307HSYL02）

“有人直接在家里给你打电话，然后你就得过去。白天黑夜我们都是不分的，晚上他们突然有问题，觉得自己处理不了，就会打电话给我们，我们也会去看，不区分什么上班下班。他们能够打电话找到我，其实是对我的认可。村里的老百姓也是挺体贴的，没有什么特殊情况，他们一般不会说非要把我们找过去。”（访谈记录：202307YDXY10）

西方学者认为，当个体内心的情感规则与外部规定的情感规则相冲突时，便产生了情感劳动（Grandey et al., 2013）。然而，从乡村医生的情感劳动中可以看出，乡村医生在乡土情境下的情感劳动具有主动性与乡土性，并非单纯受到组织、机构的操纵与要求。因此，这种情感劳动超越了基于物质动机的工具属性。乡村医生通过乡土性的情感劳动与村民建立了深厚的情感联系和情感记忆，这种联系超越了单纯的医疗行为，成为乡村医生与患者之间信任和尊重的基础。

（二）“软硬兼施”：乡村医生情感劳动的表达形式

每种职业主要表达的情感不尽相同：空姐、售货员需要让对方感到温馨愉快，收债者则需要让对方感到害怕，还有一些职业则可能需要“软硬兼施”（霍克希尔德，2020）。孙立平和郭于华（2000）以华北地区定购粮收购为例，分析了在正式行政权力运作过程中，基层干部将人情、面子、常理等日常生活原则与民间观念融入正式行政权力的行使，这种“舍硬求软”“软硬兼施”的方式，将正式权力嵌入本土社会与文化，促进了棘手问题的解决。在民众健康追求的普遍性与医疗知识的专业性之间存在天然鸿沟的情境下，乡村医生的情感劳动呈现“软硬兼施”的表达形式。

高度专业的职业不仅依靠职业带来身份伦理，更通过发展专业化知识、构筑专业壁垒来维持权力（Hughes, 1955）。拥有专业医疗知识的医生与非医学专业的患者之间的差异，使得作为“外行人”的大众在知识层面与医生群体存在较大距离（Hughes, 1955）。乡村医生面对村民需求，既需要基于专业知识做出分析和判断，又往往在面对质疑时将专业知识作为“挡箭牌”，以回避那些不合理要求：

“有一些村民干活的时候不小心软组织挫伤了一点，流了血。来到我们跟前，他就说要输液。我们告诉他说其实根本没有必要输液，但他就觉得我们不给他输液是不帮他处理。我们就得和他们讲道理，这可能跟他们的意识有关，还是要进行健康宣教。”（访谈记录：202307SXXY01）

“在我们做公共卫生服务的时候，也有少部分不愿意做检查的村民，特别是不愿意抽血的，他们会说‘我吃了好多补品都没补上，你还抽我两管（血）’，他们不理解血液检查这个事情。我刚开始做这项工作时，这种情况更严重。这时候你就要和他耐心解释，现在有些人也接受了。”（访谈记录：202307YDXY17）

“有时候我们也会组织一下健康宣教，提高村民的健康意识。那些比较听从医生建议的村民，他们的血压、血糖也控制得确实比较好。”（访谈记录：202307HSYL24）

近年来，国家一直强调通过临床进修、专业培训、对口支援等多种方式提高乡村医生专业化程度。本文调查的乡村医生普遍已获得执业证书，部分乡村医生还取得了执业（助理）医师证书和专业技术资格证书，保证了乡村医生队伍建设的专业性。医生的专业知识权威带来了专业性权力，使他们在面对患者时具有绝对的临床自主性（焦思琪和王春光，2022）。除了利用专业性处理医疗问题和向农村居民普及医疗知识并开展健康宣教外，乡村医生大多更倾向于用“医术”说话，用专业能力赢得信任：

“（我们）村子太偏僻了，离镇上有 17 公里，30 多分钟的车程。村民如果是不太严重的病，通常会选择到我这里（村卫生室）就诊。如果我判断他的病有点严重，就会建议他转诊。我们跟村民的关系也是非常紧密的。来找我并且我给他看好病的人会更加信任我，还是要靠医术说话、用事实说话。”（访谈记录：202307YDXY09）

按照霍克希尔德（2020）的定义，情感劳动一般具有三个特征：首先，需要与公众进行面对面或是声音相闻的接触；其次，要求劳动者在他人身上催生出一一种情感状态；最后，雇主或组织可以通过培训和监督对雇员的情感活动产生一定的控制。相较于在村卫生室看病诊疗，公共卫生服务、家庭医生签约服务等对乡村医生的工作提出了更高要求。这些工作要求乡村医生对辖区内居民进行持续性、周期性的健康检查，并保持长时段的互动。在健康管理过程中，乡村医生同时提供专业知识和情感劳动，已经成为普遍现象。

以云南省乡村医生碧晨（化名）入户健康管理的劳动过程为例加以说明。每当进入农户家中，乡村医生碧晨一般会先询问健康管理对象是否在家，并根据不同村民的年龄和性别使用不同的称呼，通常称老年女性为“嬢嬢”、老年男性为“叔叔”、稍年轻女性为“阿姐”等。访谈当天，碧晨医生的健康管理对象是一位 76 岁的老人，她询问老人最近在吃什么药、怎么吃，近期是否测过血糖等。当得知老人服用降压药一天三次，每次三颗时，她建议可以减少药量：“这个药吃完之后一段时间内，体内药物浓度相当高，对身体不好。”（访谈记录：202307SXXY07）随后，她一边询问老人最近的睡眠情况，一边测量血压，并拍照记录血压数值，再将数据录入电子健康档案保存。她还询问老人是否吃过早饭、吃了什么、何时吃的。由于测量血糖时发现老人血糖非常高，她建议老人控制好饮食、多运动。接下来，她用听诊器检查老人的心跳，并再三向老人确认近期是否有心慌心跳或其他不适症状。整个过程大约持续了 20 分钟。在此过程中，乡村医生不仅展现了专业的医疗技能，更表现出对健康管理对象的关心、体贴和理解，这些情感付出同样构成其工作的重要组成部分。

这种劳动过程展现了“软硬兼施”的特点。乡村医生通过主动提供健康服务、上门健康监测等方式，与服务对象建立起良好的关系，营造了一种热络、关怀的情感氛围，促进了农村居民对医疗知识的理解，以及对自身工作的认可，推动了基层医疗工作的顺利开展：

“我在我们村已经很多年了，即使没有家签（家庭医生签约服务），很多村民还是有我的电话。我觉得家签对于老百姓来说，更多是一种关怀。通过组织这项工作，村民们得到了系统的服务。我们并不是说光是把家签给签了，医生拿起他的设备就行。我们是做了很多工作的，包括为他们做 B 超、

血常规、体检等。一开始村民也觉得家签没有必要，不是很配合，但经过长期地做工作，再加上宣传，这两年他们还是很配合的。”（访谈记录：202307SXXY09）

“如果说我今天看到（村卫生室门口）来了几个人坐在一起，我就把茶泡上，大家围坐着顺便聊聊（健康知识），也不是特意安排的。或者就在微信上跟大家打声招呼，问问哪天下午要不要过来喝茶。”（访谈记录：202307HSYL24）

Humphrey et al.（2008）将情感劳动按照不同职业主要的情绪表达分为客户服务工作、关怀职业、社会控制工作三大类。乡村医生作为基层医务工作者，身兼诊疗、公共卫生服务、健康宣教等多项任务，具有丰富多样的情感表达。对于乡村医生而言，情感劳动展现了医疗专业技术与乡村社会情感的交织和融合。在情感劳动过程中，他们巧妙地利用专业医疗知识、技术之外的情感资源来开展工作，例如，营造情感场景、讲求合情合理以及长期持续付出等。乡村医生将科学的医疗知识通过“软硬兼施”的方式传递，注重以“情”入“理”，在很大程度上促进了健康知识的普及，强化了基层医疗工作者的“守门人”作用。

（三）“共情陪伴”：乡村医生情感劳动的日常风格

霍克希尔德认为，情感劳动会受到来自资本方的情感法则的指引，这种法则是引导情感活动展开的控制规则与具体要求（淡卫军，2005）。然而，乡村医生的情感劳动能力并非来自类似空乘人员的组织化训练、制度化学习（霍克希尔德，2020），而是源于日常交往中的互动和对患者处境的共情。乡村医生的情感劳动呈现陪伴感与共情力并举风格，并不是依靠“想象与建构自身与病患之间的关系，以建立某种身份连接”的刻意表演（张晶和李明慧，2022），而是一种陪伴式、日常性的拉家常，在日常聊天中感受村民的心情、理解他们的处境：

“有一些家庭现在就剩老人在家，年轻人、孩子们都打工去了，孙子孙女也到外面读书去了，家里连跟他们聊天的人都没有。我们去了陪他们说说话，他们就感到一种心理上的安慰，就会跟你拉家常。”（访谈记录：202307SXXY09）

“有些七八十岁的老人行动不便，并且长期服药。每两三个月有人来监测血压，来家里看看他们，老人会感到踏实和高兴。”（访谈记录：202307SXXY13）

随着中国人口老龄化进程的加速，农村地区在养老、医疗等方面的压力相较于城市更加突出，尤其是在西部地区和贫困地区（彭希哲和胡湛，2011）。老龄化带来的医疗保健和公共卫生服务需求会对农村现有医疗卫生服务体系形成巨大压力。而且，农村公共卫生服务工作并未因青壮年人口的外流而减轻，反而愈加重要（王晶和王晓燕，2018）。目前，乡村医生面对的疾病治疗与健康管理对象以留村老人、儿童为主，更需要以一种日常性的陪伴进行情感劳动。在需要上门随访时，乡村医生会遵从村民的生活习惯和务农时间安排来开展工作，并非单纯为了完成任务指标而入户。在这一过程中，乡村医生不仅提供了健康检查等公共卫生服务，也实现了情感上的共情陪伴：

“像现在天亮得比较早，我早上七点多就出门了。然后有一些村民体力比较好的，我们要入户的话，头一天晚上要跟他们预约一下，不然好多村民都已经到地里面干活去了。我一般早上七点半已经到村民家里面了，随访到差不多中午十一点半，大概4个钟头，平均每个人10多分钟。花时间多的

情况，一般是病情不稳定，平时血压、血糖变化幅度比较大的这种（病人），或者是想给老人一些情感上的陪伴，我也会跟一些独居老人多聊两句。”（访谈记录：202307SXXY01）

近年来，农村疾病谱系也发生了重大改变，与中华人民共和国成立初期农村居民主要受传染病和营养不良类疾病困扰的情况相比，目前农村地区慢性病的患病率快速上升，以高血压、脑血管病和糖尿病为代表的慢性病已经成为困扰农村居民的主要健康问题（余成普，2019）。对于慢性病的管理更需要一种“家”的方法与逻辑，乡村医生在工作中会像家人一样叮嘱、督促，诸如倡导农村居民健康合理饮食、鼓励慢性病患者坚持服药并定期体检等。以当前农村地区最常见、最多发的高血压、糖尿病等慢性病管理为例，乡村医生的劳动是一种医防融合的服务模式，需要熟悉服务对象的基本健康情况、用药习惯等。这样的健康管理更强调乡村医生劳动过程中陪伴的情感属性：

“35岁以上（的村民），我们每年都会进行一次血糖检测，还要测量血压。我们的工作最主要的就是健康教育，还有就是帮助村民了解自己可能未曾意识到的健康问题。像你测出他的血压偏高、血糖偏高，你就要督促他，在生活上要注意，要去医院再进一步筛查治疗。”（访谈记录：202307SXXY01）

“高血压多少人，糖尿病多少人，你把这些人群服务好就可以，（上级领导）并没有要求我们一定要去做多少。其实随访的话都是按季度随访的，但有时候我们去给村民测量血压是不会特别记录的，这些工作尽管不在我们的规定范围内，可我们也会去做，并不是说要等到季度随访时我们再去，平常村民有需要我们也会去。”（访谈记录：202307YDXY10）

目前，乡村医生承担的职能发生了由“治”向“防”的转换（杨晓婷等，2021），工作重心也逐渐从门诊治疗向公共卫生服务过渡。国家一直强调转变乡村医生的服务提供模式。在课题组的调查中，乡村医生承担的疾病治疗职能不断弱化，而以开展基本公共卫生服务为代表的健康管理、疾病预防的职能持续强化。国家基本公共卫生服务政策不断更新扩充，在2017年修订的《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》中，保留并且细化了大量针对老年人、儿童和慢性病人群的服务项目^①。在农村人口结构变化的背景下，农村公共卫生服务的作用愈加突出。乡村医生从“治病”到“预防”的工作重点转变，更强调乡村医生劳动的情感属性，特别是在农村人口老龄化和农村疾病谱系变化的双重影响下，乡村医生的陪伴感与共情力显得尤为重要。

（四）“价值认同”：乡村医生情感劳动的精神意义

霍克希尔德（2020）的情感劳动理论有一个重要观点，即情感劳动中包含着对劳动者“自我”的攻击，会使劳动者失去人的本真性与自主性，带来人性与心理上的代价，从而引起情感失调。然而，

^①依据《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》，基本公共卫生服务内容包括居民健康档案管理、健康教育、预防接种、0~6岁儿童健康管理、孕产妇健康管理、老年人健康管理、高血压病患者健康管理、2型糖尿病患者健康管理、严重精神障碍患者管理、肺结核患者健康管理、中医药健康管理、传染病及突发公共卫生事件报告和处理、卫生计生监督协管等13类项目。显然，这些项目大多要求更细致、更日常、更密集的交流、服务和管理，进一步凸显了乡村医生情感劳动的重要性。参见《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》，<http://www.nhc.gov.cn/ewebeditor/uploadfile/2017/04/20170417104506514.pdf>。

情感劳动也可能产生积极影响，劳动者具有自主选择策略以推动建立平等而有意义的社会关系的能力（梅笑，2020），能在劳动实践中收获劳动主体自我满足与自我享受（胡鹏辉和余富强，2019）。在课题组的调查中，乡村医生在情感劳动过程中并未出现情感失调，他们反而从这一过程中汲取了职业认同与自我认同，并将其内化和升华。

乡村医生的情感劳动不仅体现在对患者的关怀和同情上，还体现在他们对乡村医生这一职业的认同和对个人价值的追求上。每个人的情感都会受到来自职业群体与社会文化的塑造，如医生职业的道德规范和乡村社会对卫生健康的期待，都形塑了乡村医生情感劳动的过程，也影响了他们对职业成就、人生意义的评价。医务工作既有关乎生死的责任，又能收获病人康复的成就，这也是乡村医生区别于其他职业的特点之一。在乡村医生的劳动过程中，责任心和情感回报都是其职业价值的主要来源，乡村医生的服务对象也成为自我职业认同过程中的“有意义的他人”^①。访谈中，许多乡村医生都感慨，能够治病救人、救死扶伤是一种满足与欣慰：

“村医的这份工作能够为老百姓服务，给我带来了充实感。”（访谈记录：202307YDXY06）

“虽然我们村卫生室也是自负盈亏的，但与小卖部、小商店有很大区别。治病救人的事要很小心，要有一种责任心，没有责任心就干不了这个事情了。我做这份工作，就要对别人负责。”（访谈记录：202307HSYL22）

“小时候天天跟着爷爷、爸爸，他们也都是村医，我正好就喜欢上医生这个职业了。现在当村医一个月加上医疗收入三四千元，我这收入在本地属于中等水平。（在从医过程中）我都没有发生过（和病人）争执的情况……做村医，能治病救人，能得到他人的感谢，就很满足。”（访谈记录：202307SXXY12）

“说实话，这样一个卫生室在一个村里面起到了很大的作用。人家老表^②有点小感冒的，到你这里拿点药也比较方便，小病基本上在村里面就给他处理了。”（访谈记录：202307HSYL02）

在任何职业生涯中，都会存在消极和积极的关键决定点，例如，行医资格的获得、工作的变动等（Hughes，1955）。乡村医生的劳动过程和劳动成就所带来的满足感与喜悦感，激发了他们的职业认同与自我认同，起到职业关键决定点的重要作用。从这个角度来看，当前乡村医生的职业倦怠并非由“刻意的”情感劳动表演策略导致情感耗竭所造成的。相反，这种职业认同与自我认同在一定程度上缓解或化解了乡村医生劳动过程中所遭遇的辛苦和面临的困难：

“这几年村医工作的话确实很不容易，因为直接面对基层的工作真的很难做。如果你不熟悉这个村的情况，工作就更难做……村医基本保障方面只有每年一次的工作意外险，而且也没有编制，很多工作其实和村干部是差不多的。所以，我们这些基层村医会有抱怨，希望能够提升基本待遇。不过，作为本村人，当一名村医服务老百姓我还是很有成就感的，虽然工作比较烦琐，都需要自己全程投入参与，但还是很满足。”（访谈记录：202307YDXY05）

^①Hughes（1955）认为，在成为医生的过程中，医学生会从医生的视角出发，思考如何更好地掌握技能、完成任务、扮演角色。医生职业生涯声誉积累所依赖的病人、同辈、同事等群体，会成为其职业角色塑造过程中的“有意义的他人”。

^②“老表”是江西、湖南等地对同省老乡的称呼。在下文的访谈记录中出现时，同义。

霍克希尔德（2020）认为，获取物质上的补偿是服务业从业人员付出情感劳动的主要动机，也有学者提出超越物质的表现型、慈善型等动机类型（Bolton，2000）。所谓“情感”，其实已然标志着具有无法由利益视角和理性思维所把握的价值维度与变动特征（吕小康等，2024）。此外，公共服务提供者的动机也包含超越物质与补偿的使命感和自我牺牲精神（Simeone，2004）。职业角色包含了对自己和对他人的两种期待（Hughes，1955）。作为乡村基础医疗和公共卫生服务的提供者，乡村医生的职业认同和自我认同的内在价值动机发挥着重要作用，具有不可忽视的影响。乡村医生付出的情感劳动超越了物质型的工具性使用，他们并非“为了挣钱而出卖情感”，也不会计算自己情感投入的经济价值，而是表现出关怀他人、积极投身卫生事业、满足个人价值感和成就欲的特征：

“在我心里，医疗是要源远流长下去，不能淘汰的。留在家里的老表说实在的，不管人多人少（都需要有人来提供医疗服务），老表来（村卫生室）就是支持我们，信任我们。只要我们在岗位上坚持下去，无论是否有更好的选择，也不管有没有生意（指医疗服务），医疗事业都不能被毁掉。我都曾经想过，自己花1000来块钱给会来（健康体检）的老奶奶、老爷爷，送把雨伞、送点什么东西，给他们做个纪念……所以（觉得自己）还是做了点有意义的事情，人生就该做点有意义的事情，这会带来一种开心和快乐，是能够帮助到别人的。”（访谈记录：202307HSYL25）

在此过程中，“劳动”一直作为基础在场，只是这种劳动随着情感的变化而带有越来越多的人格化特征。从非人格化的劳动到人格化的劳动，作为劳动主体的乡村医生更能理解自己工作的意义与价值，这或许就是情感劳动对于劳动者的一种“回馈”。于是，乡村医生达成了职业认同意识与自我认同感受之间的协调统一，其情感的主动性和能动性突破了为迎合职业、组织要求而进行的“表层扮演”或“深层扮演”^①，进而在劳动过程中获得了职业成就感和自我人生价值。这种成就感和满足感，超越了一般意义上的职业伦理道德与专业素养，赋予了一种使命担当的意味。

尽管如此，乡村医生情感劳动背后仍存隐忧，他们在劳动中所面临的挑战与困境同样不容忽视。这种挑战与困境按主体划分主要表现为以下两类。一是从乡村医生的角度来看，他们的情感劳动付出与所获得的劳动报酬并不匹配。乡村医生通常身兼多职，既要提供医疗服务，又要承担公共卫生服务任务，工作量大且烦琐。而且，随着数字化技术的引入，数字化健康管理和过程管理的要求对部分年龄较大的乡村医生来说，构成了新的挑战。调研中有乡村医生对此解释道：“做村医，第一，你要对村里的情况比较熟悉；第二，你要具备一定的专业知识；第三，相对来说，我们这个地方的待遇还是有点低，有时候真的很多人是不愿意做的。”（访谈记录：202307YDXY05）这种“不愿意”体现了他们对乡村医生这份工作感到荣誉之余的担忧与无奈。乡村医生既要熟悉基层情况，又要不断提升专业知识和服务水平，但往往得不到相应的待遇和保障。而一旦劳动付出与物质获得过于失衡，情感耗竭与职业倦怠的风险就会增加，这反过来又会降低乡村医生情感劳动的水平。二是从农村居民的角度

^①在霍克希尔德（2020）的阐述中，“表层扮演”和“深层扮演”都是对情感自我调整，但二者也有区别：前者指的是员工仅调节情感表达，以与组织的要求相符，其表情、动作展示的情感与内心的真实情感之间存在疏离；后者则是指为表达组织所期待的情感，员工对自身真实情感进行调整，使其与外在表现一致，以融入表演。

来看，乡村医生的情感劳动容易流于表面。悬浮的项目包^①（徐陈晰和焦长权，2023）、电子化填报^②（吴志鹏和姚泽麟，2023）等压缩了乡村医生与村民之间的情感互动，使得乡村医生的情感劳动碎片化、浅层化。需要注意的是，即使是较为简单的互动，仍能为在村的村民，尤其是留守家中的老年群体提供情感慰藉。这也反映出乡村医生情感劳动的重要意义。

总而言之，乡村医生是医师群体中最基层的一环，他们和普通农村居民一样面临收入偏低、社会保障缺乏等困境。物质回报的缺乏、公共卫生服务任务的繁重等都是乡村医生在情感劳动中需要克服的难题。这些问题不仅影响了乡村医生的工作满意度和职业稳定性，也对乡村医疗卫生服务质量构成了潜在威胁。因此，需要通过政策支持、心理援助和职业发展等措施来加以缓解。

五、结论与讨论

本文以乡村医生作为研究对象，基于对江西、贵州、云南3省38名乡村医生的田野调查，对乡土情境下的乡村医生情感劳动进行了探索性研究。本文研究发现，乡村医生的工作既要“妙手”又需“仁心”，具有丰富的情感内涵。具体而言，本文的研究结论主要包括以下几点：第一，乡村医生的情感劳动是职业性与乡土性交织的产物，在乡土性的医疗情境和社会情境下，超越了工具性的物质取向。第二，乡村医生劳动过程中医疗知识与情感关怀并重，呈现“软硬兼施”的特点，营造了一种亲切、关怀的情感氛围。第三，乡村医生的情感劳动具有陪伴感与共情力并举的风格，在农村人口老龄化和农村疾病谱系变化的双重影响下，这种陪伴式、日常性的劳动风格更有利于基层医疗卫生服务的开展，具有提高农村居民健康获得感的增效作用。第四，乡村医生在劳动中获得了职业成就感，实现了自我人生价值，达成了职业认同意识与自我认同感受之间的协调统一，从而突破了单纯的表演与扮演，赋予了其使命担当的意义。

基于以上发现，本文从以下两个维度对当前情感劳动的理论进行回应和拓展：一是特殊情境下的情感劳动。本文强调特定社会情境对于情感劳动的影响，并探讨其在本土化背景下的独特面向。本文将乡村医生的情感劳动置于乡土性的医疗情境和社会情境下加以考察，乡村医生既是乡村医疗卫生服务的提供者，也是乡村社会的成员。乡村医生的情感劳动承载着医务工作者的专业性与村庄成员的情感性之间的张力，超越了简单的服务者与消费者之间的物质关系。在劳动过程中，乡村医生与村民建立起深厚的情感联结，营造了和谐、尊重、信任的乡村医患关系。而且，在农村人口老龄化、农村疾病谱系变化、医疗健康服务由“治”向“防”转变的背景下，乡村医生在开展工作时需要投入大量且细微的情感，更强调与农村居民的情感互动和情感交流，进而构建起国家医疗体系与乡土社会的情感

^①项目包是指在国家基本公共卫生服务中，乡村医生承担的医疗服务被打包划分为一个个具体承担的项目，既包含具体的服务内容和要求，也与财政补贴分配紧密相关。然而，现实中出现了项目意图与群众需求偏离等问题，造成了项目包的“悬浮”。

^②电子化填报是指将居民健康管理过程进行电子化、科学化、规范化记录，这对乡村医生数字素养和填报的真实性等提出了更高要求。

纽带和健康保障。二是情感劳动的动机与后果。中国基本医疗卫生制度是作为公共产品向全民提供的，而作为一种公共服务，尤其是具有公益性和公平性的乡村基层健康卫生事业，其性质与商业性、消费性服务行业截然不同。因此，应当从公共服务的情感动机角度来理解乡村医生的情感劳动，进而揭示其劳动过程、职业发展与人生价值之间的内在关系。作为情感劳动的从业者，乡村医生能够获得积极的劳动体验、职业认同和自我价值等，他们提供的公共服务不仅有助于提高基层健康水平、维护社会稳定与和谐，还可以实现自我人生价值，进而达成职业认同与自我认同的协调统一。

从本文的研究发现可以看出，乡村医生的情感劳动构成了弥补农村医疗资源配置不足的替代性方案，为破解乡村振兴战略推进与健康中国建设中的健康服务非均等化难题提供了情感实践路径。为此，本文提出以下建议：其一，重视乡村医生劳动过程中情感因素的作用和农村居民就医选择的情感需求，以及二者之间的情感互动，强调在基层医疗卫生服务实践中既要“妙手”又需“仁心”；其二，持续加强基层医疗卫生人才队伍建设，提高乡村医生的专业技能和情感劳动能力；其三，优化绩效考核体系，识别和确认乡村医生情感劳动的价值，提升乡村医生的基本待遇和养老保障水平，从而降低情感劳动的负担，促进其突破物质动机向公共服务动机转变；其四，加强人文关怀，通过合理的工作安排和情感支持，减少乡村医生的职业倦怠；其五，合理分配公共卫生服务任务，适当减轻乡村医生的行政负担，让其有更多时间、精力专注于医疗服务与健康管理，更好地满足农村居民的健康需求。

最后，需要说明的是，以上的研究发现都是基于乡村医生这一群体展开的。然而，劳动情境、劳动者的主动性和能动性等在不同职业群体中是有不同体现的，限于水平本文只能挂一漏万。此外，较短时间的田野调查也可能造成对乡村医生劳动的多样性和复杂性描述不足等问题。当然，本文的逻辑出发点也不是罗列全部可能，而是以一种“理想类型”的角度分析问题，以情感劳动为视角来揭示乡村医生真实的工作内容与劳动特点和风格，从而更好地呈现乡村医生群体的工作样貌，并由此尝试对情感劳动理论进行本土化拓展。

参考文献

- 1.成伯清，2017：《当代情感体制的社会学探析》，《中国社会科学》第5期，第83-101页。
- 2.传化公益慈善研究院“中国卡车司机调研课题组”，2018：《中国卡车司机调查报告 No.1 卡车司机的群体特征与劳动过程》，北京：社会科学文献出版社，第116-120页。
- 3.淡卫军，2005：《情感，商业势力入侵的新对象 评霍赫希尔德〈情感整饰：人类情感的商业化〉一书》，《社会》第2期，第184-195页。
- 4.董香书、Proochista Ariana、肖翔，2013：《中国农村医生离职倾向研究——基于工作收入、医院管理与医患关系的实证分析》，《经济评论》第2期，第30-39页。
- 5.方小平，2024：《赤脚医生与中国乡村的现代医学》，董国强、干霖、王宜扬译，北京：社会科学文献出版社，第5-8页、第218-221页。
- 6.费孝通，2007：《乡土中国》，上海：上海人民出版社，第6页。
- 7.顾昕，2009：《当代中国农村医疗体制的变革与发展趋向》，《河北学刊》第3期，第1-6页。

- 8.胡鹏辉、余富强, 2019: 《网络主播与情感劳动: 一项探索性研究》, 《新闻与传播研究》第2期, 第38-61页。
- 9.霍克希尔德, 2020: 《心灵的整饰: 人类情感的商业化》, 成伯清、谈卫军、王佳鹏译, 上海: 上海三联书店, 第2页、第53-79页、第128-147页、第171-190页。
- 10.焦思琪、王春光, 2022: 《农村多元医疗体系的型构基础与逻辑研究》, 《社会学研究》第1期, 第46-67页。
- 11.李斌, 2011: 《村医行为、农合制度与中国经验》, 《湖南师范大学社会科学学报》第5期, 第24-28页。
- 12.李德成、陈慧, 2022: 《社会变迁中的农村赤脚医生群体研究》, 北京: 中国社会科学出版社, 第20-41页。
- 13.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, 第24-36页。
- 14.梁萌、李坤希、冯雪, 2022: 《资本之矛与劳工之盾——我国家政工情感劳动的本土化模式研究》, 《社会学研究》第2期, 第23-44页。
- 15.刘宇、康健, 2019: 《乡村医生离职倾向: 综合保障水平、工作满意度和职业承诺的影响——来自藏羌少数民族聚居地的实证证据》, 《农村经济》第12期, 第130-136页。
- 16.吕小康、王丛、汪新建, 2024: 《照护的手艺: 医方情感支持如何促成患方信任》, 《社会科学》第3期, 第141-152页。
- 17.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, 第111-136页。
- 18.梅笑、涂炯, 2021: 《效率与温情: 大病照护中的情感劳动何以可能》, 《妇女研究论丛》第3期, 第53-67页。
- 19.彭希哲、胡湛, 2011: 《公共政策视角下的中国人口老龄化》, 《中国社会科学》第3期, 第121-138页。
- 20.彭昱剑、孟飞, 2023: 《西方情感劳动理论研究30年: 概念、布展与趋势》, 《理论月刊》第11期, 第98-110页。
- 21.沈原, 2020: 《劳工社会学三十年》, 《社会学评论》第5期, 第3-17页。
- 22.施芸卿, 2016: 《制造熟客: 劳动过程中的情感经营——以女性美容师群体为例》, 《学术研究》第7期, 第60-68页。
- 23.孙立平、郭于华, 2000: 《“软硬兼施”: 正式权力非正式运作的过程分析——华北B镇定购粮收购的个案研究》, 载清华大学社会学系(编)《清华社会学评论: 特辑》, 厦门: 鹭江出版社, 第21-46页。
- 24.田国秀、张璿瑄, 2023: 《“为承认而斗争”: 初任教师情感劳动的动机探究——基于14位初任教师的访谈研究》, 《教育科学研究》第5期, 第52-58页。
- 25.田林楠, 2022: 《情感劳动的“两副面孔”——从霍克希尔德到哈特与奈格里》, 《社会学评论》第2期, 第88-103页。
- 26.王晶、王晓燕, 2018: 《中国村级公共卫生服务供给研究——以政策环境为视角》, 《北京社会科学》第3期, 第77-83页。
- 27.王林、李晓凤、杨竹, 2009: 《乡村医生收入水平及影响因素——以重庆市为例》, 《社会科学家》第11期, 第102-105页。
- 28.吴志鹏、姚泽麟, 2023: 《乡村“医卫结合”何以走向形式化? ——电子健康档案的应用及其社会后果》, 《社会发展研究》第2期, 第57-75页。

- 29.徐陈晰、焦长权, 2023:《悬浮的项目包:中国农村基本公共卫生服务的制度演进与实践逻辑》,《管理世界》第11期,第115-133页。
- 30.杨念群, 2006:《再造“病人”:中西医冲突下的空间政治 1832—1935》,北京:中国人民大学出版社,第175-299页。
- 31.杨晓婷、廖睿力、毕怡琳, 2021:《“目标偏差”与“工具偏差”:乡村医生长效发展机制探究》,《中国农村观察》第4期,第90-106页。
- 32.余成普, 2019:《中国农村疾病谱的变迁及其解释框架》,《中国社会科学》第9期,第92-114页。
- 33.张晶、李明慧, 2022:《“向死而生”:安宁疗护专科护士的情感劳动层次及其转化》,《社会学评论》第2期,第104-123页。
- 34.张开宁、温益群、梁苹, 2002:《从赤脚医生到乡村医生》,昆明:云南人民出版社,第1-25页。
- 35.张杨波, 2022:《情感劳动理论的贡献、局限与拓展——引入关系向度理论的分析》,《中国社会科学评价》第3期,第32-41页。
- 36.张雨薇、武晋、李小云, 2020:《村医与国家:从深度嵌入到偏差嵌入》,《湖北社会科学》第4期,第44-54页。
- 37.庄曦、董珊, 2019:《情感劳动中的共识制造与劳动剥削——基于微博明星粉丝数据组的分析》,《南京大学学报(哲学·人文科学·社会科学)》第6期,第32-42页。
- 38.Bolton, S., 2000, “Who Cares? Offering Emotion Work as a ‘Gift’ in the Nursing Labour Process”, *Journal of Advanced Nursing*, 32(3): 580-586.
- 39.Grandey, A., J. Diefendorff, and D. Rupp, 2013, “Bringing Emotional Labor into Focus: A Review and Integration of Three Research Lenses”, in A. Grandey, J. Diefendorff, and D. Rupp (eds.) *Emotional Labor in the 21st Century: Diverse Perspectives on Emotion Regulation at Work*, New York: Routledge, 3-27.
- 40.Hochschild, A., 1983, *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, Berkeley: University of California Press, 3-35.
- 41.Hughes, E., 1955, “The Making of a Physician—General Statement of Ideas and Problems”, *Human Organization*, 14(4): 21-25.
- 42.Humphrey, R., J. Pollack, and T. Hawver, 2008, “Leading with Emotional Labor”, *Journal of Managerial Psychology*, 23(2): 151-168.
- 43.Lan, P., 2003, “Negotiating Social Boundaries and Private Zones: The Micropolitics of Employing Migrant Domestic Workers”, *Social Problems*, 50(4): 525-549.
- 44.Larson, E., and X. Yao, 2005, “Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship”, *Jama*, 293(9): 1100-1106.
- 45.Simeone, A., 2004, “The Ideal of Public Service: The Reality of the Rhetoric”, PhD Dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University, 146-163.
- 46.Steinberg, R., and D. Figart, 1999, “Emotional Labor Since: The Managed Heart”, *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 561(1): 8-26.
- 47.Wharton, A., 1999, “The Psychosocial Consequences of Emotional Labor”, *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 561(1): 158-176.

Healing Hands and Benevolent Hearts: The Affective Practice of Rural Doctors from the Perspective of Emotional Labor Theory

ZHONG Yu¹ WANG Yu²

(1. Department of Sociology, Tsinghua University;

2. Rural Development Institute, Chinese Academy of Social Sciences)

Summary: As the primary healthcare guardians for rural populations, rural doctors play a pivotal role in integrating the Rural Revitalization Strategy and the Healthy China Initiative. Analyzing their emotional labor not only sheds light on their work processes and group characteristics but also helps identify practical challenges in rural primary healthcare and enhance the development of grassroots medical service systems.

Based on field investigations and case studies of 38 rural doctors in Jiangxi, Guizhou, and Yunnan provinces, this study finds that their work demands not only “healing hands” but also “benevolent hearts”, embodying profound emotional dimensions. Specifically: The professional practice of rural doctors’ emotional labor integrates agency and local embeddedness, transcending purely material incentives. Their labor process balances emotional care with medical expertise, demonstrating a dual emphasis on both soft and hard skills. Interactions between rural doctors and rural residents cultivate emotional resonance, characterized by companionship and empathic understanding. Ultimately, they achieve a harmonious integration of professional identity and self-actualization through their labor.

By constructing an “emotional dimension–labor context” analytical framework, this study enriches the localized interpretation of emotional labor theory from two perspectives: contextualized emotional labor practices and the motivational drivers and outcomes of emotional labor. It further highlights the facilitative role of emotional factors in primary healthcare delivery. The emotional practice realized through rural doctors’ emotional labor bridges the “last mile” of grassroots medical services and serves as a key element in improving rural residents’ sense of healthcare accessibility. Their emotional labor functions as a compensatory mechanism for scarce rural medical resources, providing a practical pathway to address health service inequities within the frameworks of the Rural Revitalization Strategy and the Healthy China Initiative.

Accordingly, this study recommends: Recognizing the emotional dimensions in rural doctors’ labor processes and the affective needs of rural healthcare-seeking behavior; advocating for a primary healthcare system that integrates both technical competence and humanistic care. Acknowledging and validating the value of emotional labor performed by rural doctors. Enhancing their basic remuneration and pension security to reduce occupational burnout, enabling them to serve rural communities better and advance the Healthy China Initiative.

Keywords: Rural Doctors; Emotional Labor; Professional Identity; Healthy China

JEL Classification: I18

(责任编辑：王 藻)