

过渡期的职业社会化： 规培生职业互动中的边缘与冲突^{*}

余成普 宗 铮

提要：本文以规培生为主要研究对象，基于对一内科病房的田野调查，讨论他们在成为合格医生之前这段过渡期的边缘身份，以及在此基础上的职业社会化过程。规培一旦具有过渡的性质，那么边缘就是规培生必然要经历的阶段；规培生边缘的、模糊的身份是他们职业互动的底色，也是互动中冲突的源头；边缘只是意味着规培生处境的尴尬和难以归类，并不表示他们地位的固化，边缘具有生成的意义，预示着职业地位即将转变。每一位合格医生的锻造过程既是制度和结构的再生产，也意味着不断的磨砺和转变。

关键词：职业社会化 过渡礼仪 边缘 规培生(住培生)

一、问题缘起

早在 1957 年，社会学家默顿等就在一本名为《学生—医生：医学教育社会学的初步研究》的论文集里，将那些在医学院里学习的医学生称为“学生—医生”(student-physician)，因为医学院的目的在于塑造他们的专业自我，培养他们“像医生一样思考、感受和行动”(Merton et al., 1957 :viii)。在这之后，涌现出了一批探讨“成为医生”(becoming a doctor)的社会学和人类学文献(Becker et al., 1961; Bosk, 1979; Konner, 1987)。

20 世纪 80 年代后，在社会学和人类学领域，有关医学教育的关注逐渐被患者的病痛体验(illness experience)、医学技术与社会的关系、医患关系、健康不平等等诸多议题所取代。直到最近十几年，有关医学教育的关键议题才出现复兴迹

* 论文调查得到了 Z 医院领导和相关科室的支持。在论文写作中，景军、段颖、张文义、赖立里、朱爱东、姚泽麟、符隆文、陈丹颖等师友给予了批评建议，两位匿名评审人对论文的完善提供了重要帮助，在此一并表示感谢。文责自负。

象(Jenkins et al.,2021)。这是因为今天的医学生和医学毕业生与 20 世纪中叶的“白衣男孩”(boys in white)很不一样:他们的来源更为多样化,有更多类型的知识和技能的要求,他们也需要经历更为明显的职业社会化(professional socialization)历程(Underman & Hirshfield,2016)。与早先医学毕业生可以直接成为独当一面的医生不同,当前在很多国家和地区,他们若要成为具有充分临床自主性的合格医生,还必须在医院而非医学院里经历 1~3 年甚至更长时间的住院医师规范化培训。这段过渡的时间在中国医学界简称为“规培”或“住培”,这一阶段他们的身份为“规培生”^①或“住培生”。

规培旨在提高和均衡临床医师的职业素养与核心胜任力,然而,看似利好的目标似乎并没有得到规培生们的完全拥护。对规培生来说,虽然各种制度赋予他们“住院医师”的身份,但在规培实践中他们到底是学生还是医生仍是一个模棱两可、似是而非的问题。他们经常自嘲为“工具人”,在很大程度上被视为病历书写、换药和手术拉钩的廉价劳动力,既没有主治及以上级别医师的临床自主性,也享受不了正式员工的待遇,处于边缘的状态(贾敏等,2002;崔永、王天佑,2016;李秋燕等,2016;赵允伍等,2019)。

从相关理论看,规培似乎也同样存在难以调解的张力。规培过程无疑是职业社会化的重要组成部分。按照默顿等(Merton et al.,1957:287)当初的界定,所谓职业社会化指个体发展其职业自我,获得有关某职业的特有的价值、态度、兴趣、知识和技能的过程,简言之,即获得他们所在或意欲成为的职业群体的文化的过程。正如下文文献综述所展现的,在职业社会化的两种基础性理论视角中,以默顿为首的结构功能论强调职业文化和规范的传承,以及社会结构的强化和再生产(Merton et al.,1957;Miller,2010;Jenkins,2020);而以贝克(Becker et al.,1961)为代表的符号互动论则主张社会化者在职业互动(以职业身份和职业方式开展的互动类型,以区别于日常的人际互动)中对情境的理解和再定义,以及他们不断创造的新的意义,从而解构了职业刻板化的规范和内容。新制度主义视角试图把社会化者的意义生成和制度规范整合到同一构架中,但它仍然强调

^① 2014 年《教育部等六部门关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见》中要求到 2020 年在全国范围内基本建立规培制度,所有未取得住院医师规范化培训合格证书的新进医疗岗位的本科及以上学历临床医师均需要接受规培。至此,规培制度在我国全面铺开。目前规培生的来源主要有五类:一是临床医学专业型硕士,他们的硕士学位攻读与规培并轨,规培三年;二是博士生和博士后,他们的规培时间为一到三年不等;三是社会人,即没有工作单位的人(多为本科毕业生)规培,他们以个人身份参加三年规培;四是单位人,他们已有工作单位,由原单位委托规培基地进行规培,简称“委培”,由三方商量确定规培时长;五是其他需要参与规培的人员。

制度的稳定性和制度在职业社会化中的向导意义(Everitt & Tefft, 2018),这一点与结构功能论并无二致。

理解上述经验中的矛盾和不确定性,以及调和相关理论视角之间的冲突成为本文的问题出发点。具体来说,本文致力于回答:为何旨在提升临床医师职业素养的规培却导致规培生们处于边缘状态?规培生们边缘的身份是如何在规培实践中得以塑造的?边缘在锻造合格医生过程中的意义何在?下文首先在文献评论的基础上提出一个分析视角,然后以医院科室的民族志为基础,以规培生职业互动中的“边缘”为纽带,试图将规培制度、职业结构和意义生成置于同一框架内讨论。我们希望这项研究有助于全面考察合格医生的成长过程,调节相关理论的张力,并借此反思规培在医疗体系和医生职业生涯中的意义。

二、文献综述与分析视角

如上文所言,规培是通过一套标准化、规范化的流程,在医院的临床环境中把“准医生”塑造成合格医生的过程,属于毕业后医学教育或者说职业社会化的过程。研究规培生的边缘身份及其意义,我们首先需要回到职业社会化的学术脉络中来。

(一)职业社会化的兴起、衰落与更新

社会化,通常被理解为个体在一定的社会文化环境中作为社会的一员学习和掌握一定知识、技能、价值、规范等的过程。这一名词在19世纪早期就被使用,但直到19世纪末,社会学的奠基人西美尔才将其作为社会学的概念加以阐释(Simmel, 1895; 西美尔, 2002)。社会化在社会学领域真正大放光彩、成为基础性概念,离不开20世纪中叶结构功能论大师帕森斯的推崇,他视社会化为学习的一个特殊部分,角色扮演者们通过它获得了在一个角色中发挥作用所必需的方向,从而维持了社会结构的稳定(Parsons, 1951:211; Guhin et al., 2021)。

作为社会化的一种特殊类别和形式,职业社会化研究兴起于20世纪中叶。这得益于几股力量的推动。

第一,随着对社会化研究的推进,20世纪50年代后,学者们更为认同的是社会化将贯穿于人们的整个生命周期,这引发了对成人社会化的理论和实证研究(Mortimer & Simmons, 1978)。其中,职业获得及相关角色的扮演作为成人社

会化的一个独特领域得到了初步研究。

第二,在职业社会化的开创性研究中,上文提及的默顿等人的《学生—医生:医学教育社会学的初步研究》(Merton et al., 1957)和贝克等人出版的《白衣男孩:医学院的学生文化》(Becker et al., 1961)成为经典,奠定了职业社会化的两种基本视角。两部著作都致力于探讨医学教育和医学生的职业社会化。作为结构功能论的代表人物,默顿等沿袭了帕森斯有关社会化的洞见,认为医学院的社会结构如同其他组织一样在很大程度上塑造了其成员的行为,从而将医生的职业文化和医学的传统通过独特的社会及心理过程以各种显在的与隐晦的方式传播给未来的医生们,使得这些医学生获得了作为其职业生活方式的基础价值观。在默顿等学者看来,医生成为医生的过程在很大程度上被认为是一种学习——学习管理医生的自我形象、与患者的关系、与同事和医生共同体的关系,从而将表面上或实际上的不相容和矛盾之处融入到一致而稳定的职业行为模式中(Merton et al., 1957:72)。

与默顿等人的结构功能论立场不同,贝克及其合作者(Becker et al., 1961)秉持的是符号互动论,侧重于从受训者的角度来审视职业社会化的进程和结果。社会化在符号互动论的视角下是一个高度动态的过程,经常出现偏离和不适应的结果。在此后有关职业社会化的研究中,结构功能论和符号互动论成为两个重要的切入点。前者强调职业社会化带来的职业系统和职业文化的稳定性,后者则认为受训者不断创造新的意义,发展他们对情境的理解和定义,从而创造出变动的社会环境以满足自己的目标(Bosk, 1979; Bucher & Stelling, 1977; Light, 1980; Konner, 1987)。

第三,职业社会学将职业教育和培训视为职业化(professionalization)的关键要素,进一步推动了职业社会化的研究(Liu, 2018; 阿伯特, 2016; 姚泽麟, 2015; 余成普, 2021)。需要注意的是,尽管职业教育和培训是职业社会化与职业化的共同主题,但它们在根本指向并不相同:前者强调个体获得职业文化或职业文化传承和再生产的过程,而后者则关注某个一般性的工作和行业如何通过一系列的努力、竞争和冲突而成为职业(刘思达, 2006)。

经历了20世纪中叶到20世纪80年代的黄金时期后,社会化和职业社会化研究都陷入了低谷,逐渐偏离了社会学的主流阵地。它们曾经倚仗的推动力量不是式微(尤其是结构功能论的衰落),就是方向转移甚至成为批评的靶子。批评者认为既有研究没有充分关注到社会化过程中人们的能动性、结果的不一致性(例外)以及权力失衡和冲突(Guhin et al., 2021)。这些批评使得社会化一度

“失宠”，常被社会再生产等其他概念所替代。然而，在教育社会学和职业社会学的交叉领域，职业社会化仍被频繁使用，彰显出自身的学术生命力。在后结构功能论和符号互动论的相互观照中，职业身份的获得、学会职业（临床）工作、学会以职业的方式互动成为当前职业社会化研究的三大维度（Jenkins et al., 2021）。学者们已不满意过去对职业社会化的线性的一以贯之的讨论，转而侧重职业社会化的过程及其不同阶段，讨论社会化过程中的不确定性和意外后果（Miller, 2010, 2013; Bochatay & Bajwa, 2020）、受训者的时间管理和工作效率（Szymczak & Bosk, 2012）以及他们的职业认同（Brooks & Bosk, 2012）等面向。

特别值得提及的是，新制度主义尝试弥合结构功能论和符号互动论之间的鸿沟，有可能成为职业社会化研究的第三条路径。在这一视角下，有学者提出“嵌入的阐述”（embedded elaborations）这一概念，将人们对培训的意义和积累的经验与制度的设置联结起来，展现职业社会化过程中的意义创造及其制度嵌入性（Everitt & Tefft, 2018）。这一路径认为职业社会化是文化和制度再生产的关键力量，它关注制度的宏观结构如何在特定的环境下为人们提供社会互动的指南，因为新员工之所以被社会化以及社会化如何开展，从根本上反映着制度的理性和组织的规范性承诺。和结构功能论类似，新制度主义侧重将这些互动层面的社会化过程纳入到制度的分析框架中，其根本宗旨在于展现制度的稳定性和制度在职业社会化中的向导意义。

（二）过渡期的职业社会化：一个分析视角

上述文献述评显示，符号互动论、（后）结构功能论和新制度主义为我们分析职业社会化中的职业互动、社会再生产和制度嵌入提供了三条可供参考的路径。然而，就我们讨论规培生职业社会化过程中的“边缘”来说，上述视角仍然力有不逮。究其原因，主要是它们都没有充分重视社会化对象（在本文为规培生）的身份，而这种身份是在过渡期的职业社会化中完成塑造的。一旦我们考虑到规培的过渡性，那么规培生的边缘身份及其意义也将清晰地呈现出来。

“规培生”的“生”，在中文语境中既可以指“学生”，也可以指“医生”。他们更符合“student-physician”或“student-doctor”的真正含义，因为他们具有双重的、边缘的、模糊的身份：规培生有别于见习和实习的学生，他们已完成本科基础学业，但需要在医院的临床环境中、在上级医生的指导下谨慎地学习；他们虽在医院工作，但一般不是该医院的正式编制成员（单位人），而只是临时的附加人员（学员、社会人或委培人）（唐国瑶, 2006）；他们被称为“某医生”，相关制度也赋

予他们住院医师的身份,但在没有通过规培之前他们并不具备“真正”医生的地位,仅具有最低限度的临床自主性,即控制自己工作的权利(Freidson, 1970:xvii, 71)。从这个意义上讲,对于这些受训者来说,规培既是职业社会化的过程,也是一段必经的过渡礼仪(rite of passage):唯有经过此一阶段的模糊的、边缘的状态,他们才能实现从医学毕业生(本科及以上学历)向合格医生的转变。

在《过渡礼仪》一书中,范热内普敏锐地观察到职业专业化、社会地位等的过渡现象(范热内普,2010:3)。他提醒我们,人们从一种境地到另一种境地,或从一种社会身份过渡到另一种社会身份时,非经过一个中间阶段不可。为此,他归纳了从一种确定的境地到另一种同样确定的境地的完整的过渡礼仪过程,即阙限前礼仪(分隔礼仪)、阙限礼仪(边缘礼仪)和阙限后礼仪(聚合礼仪)(范热内普,2010:10)。在这之后,特纳(2006a,2006b,2007)对过渡礼仪理论做了进一步推动。与范热内普关心过渡的模式化和阶段性的关系不同,特纳对阙限内的秩序或无序尤为着迷。特纳以结构、交融、反结构、共同体等为关键词,深入讨论了过渡礼仪中的阙限(边缘)阶段。他认为仪式主体的特征在分隔和重新聚合之间的阙限阶段并不清晰,处于模棱两可的状态,他(她)既不属于先前社会的一部分,又没有被重新整合进新的社会。

在研究实习护士的身份转变时,巴顿(Barton,2007)尝试将过渡礼仪理论应用于分析她(他)们从身份丧失到学习新的实践、再到回归新角色的过程。巴顿指出,在阙限阶段,实习护士们经常表现出“临幊上看不见、社交上无能”的边缘状态。与此类似,本文也将规培视为医学毕业生通往合格医生的过渡礼仪——在当前的制度下,他们唯有经过规培才能实现从医学毕业生到合格医生的华丽转身,从而带来身份和社会地位的转变。但与之不同的是,本文所谓的“边缘”不全然是否定的意义,也带有生成性(becoming)的特征。本文试图表明,边缘既是(医生职业)结构中的边缘,也是(规培)制度调节下的结果;边缘身份还是(规培生们)开展职业互动的基础,并在互动中得到建构与强化。我们强调过渡期的职业社会化,正是考虑到规培的过渡意义,并希望将过渡礼仪和职业社会化的不同视角相互观照,以过渡礼仪中的阙限(边缘)阶段为核心,将职业社会化中的制度嵌入、结构再生产和意义生成置于同一分析框架中,展现边缘的塑造过程及其意义。

本文的田野点为华南某大型综合性教学医院(化名为Z医院^①)的消化内科

^① 如无特别说明,下文涉及的地名和人名均为化名。

病区。消化内科由消化病区、消化实验室、内镜中心、消化专科门诊组成，为国家临床重点专科。它现有教授、主任医师^①12名，副教授、副主任医师6名。消化病区共有两个区，在电梯两侧呈对称分布，病区规模及病床数量相同，各有40张病床。每区有两名主任医师各负责20张病床，他们也担任着带教任务，其中1名主任医师是该区的负责人。每个病区每天至少安排2名值班医生，包括一名主班和1名副班。如果规培生过多，也会安排2名副班。主班由已获得初级职称的进修医生、博士后或博士生规培生担任，他们已经具备执业医生资格；副班多由没有执业医师资格证的规培生（主要是临床专硕规培生^②）担任。一般情况下，两个病区各自查房，但是工作日的早交班和病例讨论、入科培训、出科操作考核等由两区共同完成。2020年10月至2020年12月，以及2021年10月至2022年2月，本文第二作者以见习生的身份进入消化内科，在两个病区开展了共5个月的田野调查，获得10万余字的田野笔记，这是下文的主要资料来源。

三、边缘身份的塑造与强化

按照上文的介绍，过渡礼仪的完整模式包括分隔（阈限前）、边缘（阈限中）和聚合（阈限后）礼仪三个部分，但在实践中，这三组礼仪的细节不一定得到同样强调。受篇幅限制，本文对规培生职业社会化的探讨将重点分析阈限中他们的边缘身份以及基于这种身份的职业互动。

（一）职业结构的边缘

现代医院不仅是展示医疗奇迹的场所，实际上也是一个严格意义上的科层制结构，显现着劳动力的等级制分工（Starr, 1982:148）。医生、护士、护工、医技人员、管理人员、服务人员，加上患者及其家属共同构成了医院里主要的互动对象。在医疗场域中，尽管存在行政的权力，医生仍然是医疗的中心，而护理和其他工作则被认为是医疗辅助工作，甚至护理培训在早期被认为是一种较低级别

① 他们既是Z医院的医生，也是所在医学院的教授。

② 2013年，教育部开始对临床医学专业学位研究生（简称“临床专硕”）与住院医师规范化培训“双轨合一”进行探索试点（Z医院所隶属的医学院被列为试点单位之一）。临床专硕“5+3”培养模式正式形成，即完成5年医学类专业本科教育的毕业生，在培训基地接受3年规培，培训合格者颁发统一制式的规培合格证书，实现“四证（学位证、毕业证、规培证、执业医师资格证）合一”。在我们调查的Z医院，这类“5+3”模式的规培生是接受培训的主体，也是本文主要的研究对象。

的医学教育(Goode, 1960)。

在象征他们职业身份的符号上,工作服饰无疑是最为显眼的标识。“白大褂”几乎成为医生职业共同体的代名词。虽然护士服和护士帽已不再局限于传统的单色调,而是有了各种颜色、图案和条纹,但它仍然与医生的白大褂不同,也让人很容易识别出谁是医生、谁是护士。医院里的护工断然不会穿护士服和白大褂。可以说,不同的服饰既显示了他们不同的分工,实际上也强化了卫生专业人员和服务人员的不同身份。

在医学院学习期间,比如进入解剖室、见习和实习时期,医学生们也会穿上白大褂(印有医学院的标识),但在平时上课和非上课时间,他们仍然可以穿日常服装以彰显自己的爱好、个性和品味。然而,一旦进入医院成为一名规培生,他们就需要在工作时间穿上印有Z医院院徽的白大褂。由于规培生大部分时间在医院,所以穿着白大褂几乎成了他们的日常。每次上班进入更衣室,规培生第一件事就是换上工装开始“作为医生”的工作。他们也有了统一的称呼——“某医生”。这些都象征着他们终于成为Z医院医生共同体中的一分子。

穿上白大褂显示了规培生的医生身份,似乎也表明他们在医院里享有医生们的荣光和地位,象征着他们的职业共同体属性。然而,白大褂上别着或挂着的一枚小小的胸牌却透露出他们在医生共同体中真正的边缘地位。在Z医院,别着长方形红框白底亚克力胸牌的既可能是医院的正式医生,也可能是在医院里需要规培的博士生或博士后。这表明高学历的规培生被给予了近乎正式医生的身份。然而,他们的胸牌仍然有细微的差别,即工号为6位数字的才表明是正式医生,而4位数字和字母的则是博士生或博士后。相比之下,临床专硕规培生的挂牌就简易许多,透明塑料袋里的白色卡片让他们的规培身份一目了然。实际上,即使没有“规培”字样,这种简易的胸牌也象征着他们非正式的、临时的、边缘的身份。

不同的职业等级象征着不同的职业地位以及随之而来的福利和待遇,也表明他们拥有不同的医疗权力,甚至在工作时间上也有差别。大型综合性医院的专科病房里通常实行三线值班制。一般会根据职称,兼顾工作年限(年资)等因素,形成一线医生、二线医生和三线医生。一线医生多为取得执业医师资格的住院医师,他们负责开医嘱、写病历、跟病人谈话,另外,他们需要根据排班表,每周轮流值夜班一两次(余成普,2021)。二线医生和三线医生则是更高级别(从主治医师到主任医师)的正式医生。在Z医院的消化科,一线医生包括主班和副班,他们都属于规培生,但主班的临床自主性要高于副班,甚至主班和副班在加

班费上也有差异。

上述分析显示，一方面，这些规培生进入科室培训，穿上白大褂，与既有的医生形成了一种职业共同体的景象；另一方面，仔细观察后也会发现，他们不仅与正式医生存在职业等级的差别，规培生内部也存在明显差异。一些博士后在规培期间获得了助理研究员这一初级职称，更有机会申请药物处方权，这进一步强化了规培生内部的等级秩序。这提醒我们，规培生原有的社会身份仍然被部分地带入这个时限期间，共同体与结构之间并非截然分开，而是辩证的，有所侧重地统一在一起。^①

（二）作为新人的边缘

医学专业人才培养的完整过程包括院校教育、毕业后教育和继续教育三个阶段。这些过程需要医学院校、医院乃至社区的通力合作，才能将医学院培养的医学毕业生塑造成医院的合格医生，并在终身的学习中走向卓越。在Z医院举办的有关人才培养的一次专题会议上，该院M副院长直言医学毕业生虽然在医学院经历了5—8年的学习，但他们只能是“半个医生”。也就是说，在院校教育阶段，他们只是掌握了医学必要的理论知识，仅通过临床的见习和实习参与到部分临床工作中，离独立、规范地承担常见多发病诊疗工作的要求仍有相当的距离，他们还只是“半成品”（王辰等，2015）。从“半个医生”向合格医生（“成品”）过渡的必经途径就是本文讨论的规培。其中，在临床环境下对新人进行入科培训是第一步。

给刚入科的规培生做集中的入科培训，是科室在每批规培生轮科进入之初的例行工作。培训一般由病区的主管教授与护士长负责。根据规培制度，规培生需要轮科到不同的科室，根据各自的培养方案，在每个科室接受不少于1个月的训练。在三年的规培中，一位规培生需要完成几次的入科、出科、再入科、再出科，最后是统一的考核。在一次入科培训中，主管教授不仅介绍了消化科病种的特殊性，还强调了他们自己的“小传统”。在值班制度上，她提出“不能跨级去问，要层层上报”，并把学科带头人的偏好告诉大家，提醒大家别去“触雷”。她说：

^① 结构与共同体是特纳研究仪式过程的两个重要概念。结构侧重不同群体和等级的差别与对立关系，而共同体则是一种交融的状态，所有人在其中构成一个有机的整体，并且有意识地遵循着共同的人性准则。特纳强调，共同体存在于结构之中，而结构也存在于共同体之中。关于二者的辩证关系详见特纳（2007）。

住院总、^①二值(二线)、三值(三线),你都要知道是谁,不要一问三不知。大家不要怕问题,你如果没有把握,一定要去跟上级医生汇报,但是不能跨级去问,要层层上报。另外就是我们学科带头人很不喜欢开急诊术后组合这里面的一个CRP(C-反应蛋白),因为跟我们平时的CRP的参考不一样,常常被他批评。所以大家记得不要随便开这个东西。(20211203白医生访谈)

入科培训及之后的临床训练显示出,在将这些新手塑造成合格医生的过程中,带教医生既要教给他们有关的临床技能、医疗流程,也会传授一些属于科室自己的规则。这样,至少在几个月的规培期内,他们才能与其他人员按照“规矩”互动,开始像科室里正式的医生一样行动。国家、地方和医院也出台了一系列有关规培的招生对象、培训模式、培训内容和考核认证等方面制度性安排,从这个层面来说,规培作为一种职业社会化具有制度嵌入性的特点(Everitt & Tefft,2018),每一次有关规培制度的变革也都关联着诸多未来医生的职业生涯。然而,规培的具体执行并非是对制度标准化的、整齐划一的再现,在一次次的带教互动中,医院的“亚文化”乃至科室的“小传统”也有意无意地实现了传承和再生产。

我们想强调的是,除了上文说的规培生在职业等级上的相对较低位置外,“新人”本身也意味着边缘。一方面,对这些规培生而言,新不仅是自己作为新成员加入科室的医生共同体,也意味着他们必须面对新的人、物、空间和繁琐的医疗流程。他们在处理这些人与人、人与物之间的关系时没有驾轻就熟的掌控感,必须在试探和虚心学习中逐渐化生为熟才能“适应医院的节奏”。在正常状态下,这些新成员便是少数“非正常”状态下的个体,因而处于正常群体生活的“边缘”状态(张举文,2006)。因而,从新到老、从生到熟具有社会和心理上的过渡意义。另一方面,在已经通过规培“成年礼”的正式医生看来,这些初来乍到的规培生只是在医学院里学习了基础知识,他们只能是“半个医生”或“半成品”,必须经历几年在医院的“反复磨炼”方能成为合格的熟手或“成品”。虽然在制度设计上这些规培生是以住院医师的身份参与规培,但在尚未通过规培考核前,他们还不能算是合格的住院医师;他们在不同科室轮科流转也预示着他们

^① 大型医院会设置总住院医师的岗位,简称“住院总”,由其负责本病区大小事务的协调(如手术安排、收治病人、会诊等)。Z医院的“住院总”多由已经完成规培的博士后担任,这是他们最终能否被录用成为正式员工的一个条件。

只是该科室短暂的同事和“过客”，处于固定成员的外围，后者容易对他们产生一种主观上对外的异己感。

(三)边缘身份的强化

如果说职业等级和入科培训只是表明和象征着规培生们的边缘身份，那么在临床实践中，我们会发现，他们的边缘身份会得到进一步的强化和确认。以下我们以交班和教学型查房为场景说明这一观点。

交班一般在周一到周五的早上8点，耗时大约半个钟头。在会议室里，科室主任和主任医师们落座后，其他医生（包括规培生）围坐在会议室四周。交班一般情况下由副班（规培生）担任，如果科主任或其他医生有疑问，副班无法回答的则由主班回答。比如有一次，副班说7床病人术后有发热症状，昨夜已退热。主任询问今早是否有反复发热问题，这位副班却答不出来。这时7床的管床医生（规培生）抬头回答：“今早体温正常，刚交班前问过护士了”。主任看了看她，肯定地说道：“交班不要只交到晚上，在你完成交班之前，病人的情况你也要掌握”（20211109 会议室记录）。

交班从形式上看是两个班次的交接，在医疗安排中起到承上启下的作用。从科室一方看，交班的过程仍然是上文强调的科室规范和流程的再生产，因为科室主任和其他教授经常会在交班的实际案例中再次强调医疗的规则；对于规培生尤其是汇报人来说，交班又无异于一次现场的、随机提问的考试。因为交班的汇报可能随时会被打断，以回答其他医生的疑问。所以，熟练、准确、重点突出的交班被看成一个新手综合能力的表现。当他或她没有做好陈述或者没有回答好突然提出的问题时，交班者将会面临众目睽睽之下“挨骂”的可能。笔者事后问上文这位规培生是如何知道病人的体温的，她说：

早上到病房后，即便不是你交班，你也要在交班前去看一眼自己的病人，我进来之前去问了下管床护士。被骂多了你就知道了。（20211109 M医生）

另一位博士后规培生（外院委培博后，需要在内科轮转半年）也语重心长地说：

在教授来查房之前你得先有个判断，是治疗问题还是症状再发，要不就

是出现新的情况。如果等教授来了一问三不知的话,就做好挨骂的准备吧。
(20211109 F 医生)

对于正式医生来说,虽然他们存在职称和行政级别的差异,但总体上隶属于一个职业共同体,彼此也是同事关系。在职业管辖权上,作为群体,他们有权控制着自己的业务范畴,以防止其他行业或职业的争夺(阿伯特,2016:56–57);作为个体,他们享有临床工作的自主性,在大多数情况下,他们倾向于认为自己是无可指责的,这导致他们对别人的批评尤为敏感,在工作中,他们甚至会抵制同事的监督(Freidson,1970:363–369)。然而,“挨骂”在规培过程中是常有的事。这里的“骂”不是用粗俗或带有恶意的话羞辱别人,而是一种居高临下的指责和指点,体现的是带教老师和上级医生不容置疑的权威。规培生不仅会遭遇上级医生和教授的责骂,当他们在某些常见问题上“屡教不改”时,护士甚至也会跨越管辖权的边界,充当“老师”的身份训斥(指导)他们。在交班的现场考核时,规培生们虽然以医生的身份陈述着医疗和患者的情况,但在科室主任和教授们看来,他们仍然是处于学习中的“学生”。责骂他们以鞭策他们成长是再自然不过的事了。

与早交班类似,每日的教学型查房更多是师生关系而非同事关系的再现。和普通的医院不同,作为大型的教学型医院,Z医院每日的查房既是医患沟通的渠道,也是教学的现场演示。这种模式在临床医学诞生那时起就逐渐成为医学教育的重要方式(福柯,2011)。教学型查房对规培生来说也是一次随堂测验。管床医生(规培生)需要向带教医生汇报所负责病人的各项身体指标。为了展示业务熟练度,他们往往需要提前在笔记本中记好指标数据,尽量熟练地总结一套陈词向带教医生讲述目前的治疗情况。这个时候,规培生称带教医生为“老师”,这进一步说明他们在查房的特殊情境下的师生关系。如果说初步诊断、出院小结等规培生完整参与的部分彰显的是他们医生的身份,那么在上级医生查房及早交班的例行工作中,这些规培生又以学生的身份参与到医疗过程中来。在学生—医生这两种身份跳跃的阈限阶段,规培生得以体验成为医生的过程,在角色不时切换和变动的过程中,他们边缘的、模糊的身份也不断地被强化。

特纳(2006a:99)在研究新入会者的过渡礼仪时强调,这些新入会者与其训导者之间以及新入会者彼此之间构成了一种特殊的“社会结构”关系:训导者和新入会者之间经常是一种绝对的权威与绝对的服从,而新入会者之间往往是绝对的平等和交融关系。我们的田野资料支持了特纳的一部分观点,即带教医生

与规培生之间的权威和服从关系，但在规培生内部，如上文所言，虽然他们具有“规培生”这一共同的身份特征，但学历、既往的临床经历甚至毕业院校的差异等都会让他们内部难以达到绝对的平等，依然显现着细微的差别。

本节以“边缘”来界定规培生的身份状态，大体上有三层意思：第一，边缘不是说他们地位的绝对低下，相对医院里其他很多工作人员来说，他们仍然具有较高的地位。作为即将“出炉”的合格医生，人们也会另眼相看。他们的边缘是暂时的，一旦通过这个边缘阶段便将获得更高的社会地位。这与社会学意义上的边缘群体不同，因为后者没法保证最终在社会流动中找到一个上升途径并实现社会地位的扭转。第二，边缘也表明，他们仍然站在门槛之上，尚未跨越它。规培未结束时他们能否成为以及是否愿意成为合格医生尚不可知。这里的边缘沿用的是过渡礼仪中的“边缘”，表明他们游动于两个世界的“模棱两可”的身份的边缘性。第三，边缘也源于他们的新人身份。他们初来乍到，对医院和科室的传统与规范尚不熟悉，也不能像正式医生那样驾轻就熟地开展医疗工作。他们虽身穿白大褂，但仍然是需要接受培训的对象，需在早交班、教学型查房、门诊教学、临床“小讲课”、^①病历讨论等环节中逐渐培养临床思维，向合格医生的目标迈进。本节我们讨论了规培生在制度安排和职业互动中边缘身份的塑造与强化，接下来我们将侧重于他们在边缘身份下与带教医生、护士、患者及其家属互动中的冲突，以及可能的生成性力量。

四、边缘身份下的历练与冲突

规培是医学毕业生通向合格医生的必经阶段，这一过渡性的限制时期内在地决定了规培生们的边缘身份。在这种身份下，他们在与带教医生、护士、患者及家属乃至同伴的接触或冲突中逐渐从医学生的身份转向医生的身份，开始像合格医生一样思考、感受和行动。对规培生们来说，职业互动不是单方面接受命运和制度的安排，而是一项积极的、充满反思性的工作。制度的、结构的和意义的不同面向在规培的实践中得以整合，共同建构着规培生们边缘的身份，也催生着身份的转变。

^① 带教医生用临床实例对规培生进行有关疾病诊疗的教学，一般为半个小时。

(一)写病历的抱怨与磨炼

中国古时医生最基础的文书工作即处方和诊籍。《周礼·天官》记载：“凡邦之有疾病者、疒疡者造焉，则使医分而治之。岁终则稽其医事，以制其食”。 “凡民之有疾病者，分而治之，死终则各书其所以，而入于医师”。这反映了文书的两重意义：一是主管部门会在年终时依据诊疗记录对医生的医事进行稽查，以制定其俸禄额度；二是对于死亡病例，医生应该书写其死亡原因的报告，并送交上级医疗主管备查（转自傅维康，2003）。现代医院关于文书工作，尤其是病历的书写更为规范和系统。2010年卫生部印发《病历书写基本规范》，对于病历写作的内容、格式、时间等做出了详细规定。一份完整的病历包括病人的入院病史、体格检查、初步诊断、入院诊断、查房会诊记录、知情同意书等。我们的田野资料显示出，规培生每日的临床工作并非主要与病人打交道。除了参与三级查房^①外，他们一天中的大部分时间都坐在电脑前不停地写病历、开医嘱和准备出科材料，尤以写病历任务最为繁重，所以有“看病5分钟，写病历2小时”之说。

对于患者而言，病历尤其是病程记录是其健康档案，记录了患者疾病的发生、发展、变化、治疗和转归的全过程。对于医护人员而言，完整的病历是记录医疗技术水平的档案，反映着医疗工作的实际情况，也是正确诊断和决定治疗方案不可缺少的重要依据。现代医学的合作性也决定了如果没有准确明了的记录、翔实的临床检查结果及处理方法，其他医务人员便很难参与治疗，难以寻求最佳的诊断及治疗方法。在法律层面上，完整病历的意义在于还原和记录整个医疗操作的原貌，起着原始证据的作用。因此，病历的书写质量作为一项衡量医院整体水平的指标被纳入医疗评价体系。从这个意义上说，病历的书写不仅是一般性的文字工作和病程记录，而且相当于一个将医生、患者、医生共同体、医院，乃至保险、法律等公共事务连接起来的纽带。

然而，这项基础的、重要的工作并非由所有医生完成，在规培基地，它自然落在了规培生身上，其他更高级别的医生则负责内容和形式上的审核。在每日的病历书写中，规培生们就像一个个文书员，伏案于电脑前，完成一份又一份的文字工作。尽管病历的意义不言而喻，但书写病历的过程总体上是一件繁重的、缺少创造性的枯燥工作，这也让他们甚少获得成就感。以下摘录的两段访谈记录显示了规培生们书写病历时的不满情绪。

^① 一是住院医师查房，每日至少2次，主要观察病人病情变化和处理一般医疗问题；二是主治医师查房，每日1次，主要对患者的日常医疗行为负责；三是正、副主任医师查房，每周1~2次，主要对患者住院期间的医疗质量管理负责。

所谓病程其实就是流水账，我感觉自己不是医生，是个史官，在那里不停地写写写……你的谈话记录要一五一十地写下来，发生的一切事情都要写下来，这个东西如果没写全跟没写一样，如果没有签字也跟没写一样。
(20211110 L 医生)

住院时间长就意味着你的病程记录长。之前有一个住了 8 天的(患者)，当时写病历写到崩溃。(20211007 F 医生)

病历书写枯燥且乏味，他们因此自嘲为“史官”，或者把自己说成书写病历的廉价劳动力和工具人(崔永、王天佑,2016)。然而，在带教医生看来，病历并不仅仅是一纸文字或者说疾病的文字呈现，在这背后反映的是记录者的临床思维。换言之，病历书写并非只是将病人的病情客观陈述出来，它实质上还反映了书写者的思考和判断，也成为判断其是否为“真正的医师”的重要指标。正如带教老师白医生所言：

我发现现在有很多同学问病史没有问到点子上，写病历也没有写到点子上。病历能反映你的临床思维的一个能力。要一点一点积累的，要从量变到质变的一个过程，希望大家到我们消化科能有所收获，慢慢积累自己的经验，才能成为真正的医师。(20211203 白医生)

也就是说，对于这些即将进入医生职业的准医生来说，他们需要在患者的病痛叙述、医疗的检查结果、上级医生的诊断中发现“有意义”的信息，过滤掉一些不属于医疗范围内的情感和体验，经过专业的“编码”，以文字的方式体现在病历上，从而将患者的抱怨整合进医疗的习语中(Kleinman, 1995: 24)。在这一过程中，规培生们学习将患病之人建构为病人——被感知、分析、呈现为适合于医学处理的病人，并进而将他或她转换为一份文件和一项治疗方案(古德, 2010: 114 – 117)。作为规培“成年礼”中的重头戏，病历反映了规培生们的基本功训练，是他们临床思维在文字上的展演。面对这种耗时的“苦差事”，他们虽有怨言，但也深知其意义。更重要的是，他们深知，一旦度过这个过渡期，最终晋升为主治医师及以上级别时，病房里的文书员又会变成新的规培生，而这些“基本功”就会成为他们身体记忆的一部分，显示曾经磨炼的岁月。

(二)与护士的管辖权之争

在医院的工作环境中,医生和护士不仅共享着相同的工作场所,也有共同的患者,相互合作为病人的康复做出贡献(Oh,2014)。总体上说,医生和护士分属于两个既相对独立又彼此连接的系统。医生的主要职责是诊断病情,根据诊断制定治疗方案,即我们日常所讲的“开什么药”“做什么检查”等。“开药”其实是医嘱。医嘱是医生在医疗活动中下达的医学指令,即医生根据病情和治疗的需要对病人在饮食、用药、化验等方面的指示。门诊医嘱往往简洁明了,住院医嘱又分为长期医嘱与临时医嘱,包括护理常规、护理级别、饮食种类、体位、各种检查和治疗、药物名称、剂量和用法。大部分医嘱经过护理电脑班确认后主要由护士来执行。这表明护理电脑班相当于医嘱的安全锁,确保即将执行的医嘱完整无误,但从护士的大部分工作是由医生来指定这一层意义上说,医生无疑具有更高的职业自主性(Freidson,1970)。在医疗场域中,医生相对于护士也拥有更高的职业地位,护理人员多为女性的现实也是性别和职业偏见在当下医疗系统中的反映。

然而,当规培生与护士互动时,其间的权力关系则有所不同。医嘱一般在每日的例行查房后开具,规培生开立什么医嘱基本依赖查房时上级医生的提示。但是,上级医生并不会一一说明开具的药品在使用前后是否需要额外附加其他的医疗操作。于是这种“附带性”的知识便成为护理电脑班最为头疼的问题。在病区内的医护沟通微信群中,经常可见护理电脑班发出的修改医嘱的指令:“18床要把胃肠镜需要的药开退费,开退达己苏、和爽以及柏西乳”。“32床已经有个普通肠镜为何还要开个麻醉胃镜?”“请15床医生今日补开陪人医嘱”。

对于规培生来说,他们受过五年甚至八年的基础医学教育。一旦通过执业医师考试并获得规培证,从制度上说,他们就是真正的有资格的医生。但在护士眼里,他们能开出“没有问题的”医嘱方才合格。在科室里,经常听到医生们感慨“年轻的医生不如老护士”。这里的新与老主要是经验的积累,与年资有关。所以年资较老的护士也是规培生学习和请教的对象,规培生尊称他(她)们为“老师”。在微信群被护士公开纠错,规培生自然有些尴尬,或者说失去颜面,他们需要重新开一份“正确的”医嘱,但在这个“知错就改”的过程中,他们也向合格医生的目标近了一步。

在医嘱中向高年资的护士学习时,规培生们还保持着谦虚的学习态度,但一旦护士将他(她)们的“业务范畴”让渡给规培生们,怨气和潜在的冲突则在所难免。在消化科早交班的繁忙时段,护士也会指派规培生们去完成诸如测血压和

量体温等工作,在疫情防控期间规培生也参与到查看患者及其家属的健康码等工作中,而这些通常被认为是护士的分内工作。刚刚入科的规培生初来乍到,虽然有些憋屈,大多还是逆来顺受,选择隐忍,而已多次轮科的规培生却时常抱怨:

别的科都是护士测的啊,体温,血压这些,不懂为什么消化科就要医生来做,到底是谁的工作?! (20211228 T 医生)

其实就是压榨小医生。你观察就会发现,消化科现在人手很紧缺。
(20211228 L 医生)

关于护士和医生管辖权冲突的研究显示,护士相对于医生来说更为弱势,前者经常采取策略来模糊护理与医疗的界限,从而拓展自己的业务范畴,获得更多的管辖权(Johannessen, 2018; Allen, 2000; Xyrichis et al., 2017)。而规培生与护士管辖权的冲突则因为护士让渡了本该属于他(她)们的工作,工作的接受者不是正式的“大医生”,而是这些新来的、处于边缘状态的“小医生”。这里的“大”“小”自然与年资有关,它说明了医学经验积累的重要性,也突显出医生之间因为权威关系与资历差异导致的形象区分。规培生与护士的互动过程表明,管辖权的冲突不仅来自对业务的竞争(阿伯特,2016),在同一个工作场域中,当一方职业群体将没有技术含量的业务转移到其他职业群体身上以减轻自己的工作并增加其他人的负担时,也会引起“到底是谁的工作”的埋怨。

(三)与患者相处的失与得

上文有关规培生的职业互动已经涉及他们与规培同伴、正式医生(主要是带教医生)及护士之间的关系。在临床科室里,他们打交道最多的还是患者及其家属。患者进入病房且落实具体床位后,其基本信息卡、管床护士、管床医生(规培生)的标签也随即插入床头的信息格里。接下来,管床医生开始采集患者的既往病史、本次疾病的患病过程,并签署一系列有关治疗及其风险的知情同意书。这是规培生与具体患者的初期互动。

一天上午,科室新收了一位患者。这位患者曾因肠结核入院,后被诊断为克罗恩病,治疗出院后出现腹痛再次住院,但医生告知其诊疗方案后,患者却因家庭经济原因放弃治疗。下午四点左右,黄医生(规培生)接到上级医生的微信,让她要求该病人签署放弃治疗的声明。病人虽然表示放弃治疗,但仍然向黄医

生询问原有的治疗为何会出现不良反应(腹痛)?面对这个专业问题,黄医生没法回答清楚,只想催促病人签字。病人有些失望地签字后,黄医生马不停蹄地为其办理好出院手续,写好出院小结交给上级医生审核。下班后,她心情很沮丧。

我其实回值班室的时候就很后悔。因为他一直在问,但是他问的问题我也不懂,教授难道没有跟他讲明白吗?我虽然是管床医生,但是有些问题我真的没办法解答。(20211210 H 医生)

从患者的视角来看,尽管口罩遮盖了医生们的面貌,许多不了解医生职业的患者也无法在住院的几天时间中了解到管床医生的具体信息,但他们能从医生们查房的站位、在病房的时间、汇报的次序甚至气场、称呼等举手投足间观察出谁是“管事的”,谁是“领导”。因此许多病人及家属会抓住教授早上与下午查房的时间来询问病情,有时候患者家属也会来到值班室,请管床医生帮忙联系教授询问问题。在医院里接受规范化培训是规培生成为合格医生的必由之路,但面对这些年纪轻轻、经验尚浅的“小医生”时,患者还是不大希望自己成为医学的教学对象,更不想成为“试错”的对象。当患者和家属更愿意去咨询“大医生”时,埋藏在他们心中的问题仍然是“这些小医生可靠吗?”

尽管规培生经验尚浅,但他们处于“医学生—医生”的中间位置,也可能会化解医生和患者之间因为地位不对等而导致的沟通障碍。相对于“大医生”的严肃、权威和不容置疑,这些“小医生”的谦卑身份对患者来说更具有亲和力。在一次早查房中,一位中年男性患者看到一组医生进入病房后马上从床头柜上将自己的眼镜拿起,一边戴眼镜一边盘腿坐起。他向所有的医生问好,然后对主管教授(带教医生)说,他希望当面感谢那天带他入院的年轻医生(规培生),因为在整个人院过程中那位医生都显示出了极大的耐心,也给了他妥善的安排。虽然患者的这些情感诉求不会被记录在案,但带教医生仍然抓住机会,就此场景提醒其他规培生“临床思维”与“人文关怀”的同等重要性。

带教医生不仅这么说,实际上也身体力行。几位带教医生(和其他的医生)每次下班前总会去病房里走一圈,查看新收病人的情况,评估是否需要进一步检查,有时他们也会和患者和家属聊一聊天,鼓励鼓励他们。正是在这些言传身教中,规培生向带教医生和其他的正式医生学习他们在医院里的职业互动方式,从而将自己从医学生的角色逐渐转变和适应到医生的角色。在这个过程中,临床的培训实际上提供了一种真实的职业互动的场景和扮演职业角色的机会。

(Jenkins et al.,2021)。从这个角度说,规培作为职业社会化是一种再生产的过程,它将医院和医生的文化传递给这些新手们,从而将他们塑造成被职业共同体认可的合格的医生。但读者不要误会,以为这些规培生只是被动地接受这些规范和价值观,或是逆来顺受的“工具人”。在相当程度上,他们也会积极地反思,像上文案例中所言的后悔自己在诊疗过程中不成熟的表现,乃至抱怨自己的高负荷工作,权衡自己边缘身份的优势与劣势,从而在不断的磨砺中成长。

五、总结与讨论

本文以规培生为主要研究对象,基于对一内科病房的田野调查讨论了他们在进入正式工作岗位、成为合格医生之前的职业社会化过程。这一过程具有人类学意义的“过渡”性质,因为在当前的临床医师培养制度下,他们唯有通过这段过渡时期,以边缘化的身份参与医疗活动,方能实现社会身份和职业地位的提升,成为一名合格的医生。本文的基本观点可总结如下:

第一,规培一旦具有过渡的性质,那么边缘就是规培生必然要经历的阶段。规培作为职业社会化,其目的正是要促使医学毕业生向合格医生转变。这种转变不是一蹴而就、瞬时达致的,它总是需要社会化者经过一段有限的、边缘的阶段,方能实现新的职业身份的获得。从这个意义上说,边缘属于规培生职业社会化过程中的内在属性。

第二,规培生在规培期间边缘的、模糊的身份是他们职业互动的基础,也是矛盾和冲突的源头。规培属于毕业后教育的重要内容,在没有通过规培的出科考核之前,规培生严格来说还不是真正的医生,既没能享有正式医生的临床自主性,也没能完全融入到医生的职业共同体之中,始终处于边缘的位置。边缘的身份不仅通过外在的符号得以彰显,也在职业互动中不断得以建构和强化,并成为他们与医院(科室)、带教医生、护士、患者及其家属等冲突的来源。

第三,边缘并非全然是否定性的力量,它也具有生成性的意义,预示着能力的提升与职业地位的即将转变。边缘只是意味着他们处境的尴尬和难以归类,并不表示地位的固化。规培作为过渡期的职业社会化意味着这是一种转换的、具有突破性意义的过程。相对于其他职业来说,医生职前培训时间更长,要求也更为严格,因为这些未来的医生们面临的不只是对与错的问题,往往还是生与死的较量,这显示了医生职业的严苛性和神圣性。

本文的民族志分析表明,职业社会化虽然贯穿于整个职业生涯,但过渡期的职业社会化对受训者来说具有特别的、身份转变的意义。从理论角度说,一旦我们聚焦于职业社会化的“过渡”时期,以这段历程的“边缘”作为纽带,那么职业社会化的结构、制度和个体三个视角之间的紧张关系便得以化解。在过渡期的职业社会化中,边缘具有一体两面的意义,它既是制度嵌入和社会结构再生产的必然结果,也是社会化者(受训者)职业互动的基础,并在互动中不断得以建构和强化。进一步而言,过渡期的职业社会化的目的不仅在于职业文化的再生产,对受训者来说,这一期间的历练也具有转换和生成的意义。经历磨砺之后,新身份即将到来。因而,边缘既是结构的边缘,也是结构的新生。研究过渡期的职业社会化向我们显示了化解职业社会化不同视角之间矛盾的可能性。

如果我们将规培视为具有过渡意义的职业社会化,那么还必须处理职业社会化和过渡礼仪在社会结构层面上的张力。因为前者虽存在受训者的意义建构,其根本目的在于社会结构的再生产,而如前所述,过渡礼仪中最为重要的阈限(边缘)阶段更为看重交融和共同体的景象。如何处理它们几乎相反的旨趣?我们需要铭记特纳的提醒,即交融和共同体(比如正文分析的以“白大褂”为象征的医生共同体标识)可能只是一个面向,细分起来就会发现,结构的力量仍然无处不在,其结果是结构与共同体之间处于一种相互妥协也充满活力的关系(特纳,2007:248–249),并最终走向对结构的强化(特纳,2006b:204)。如果认识到这些,就会明白职业社会化和过渡礼仪在社会结构这一维度上表面看是背道而驰,实则殊途同归。表1比较了职业社会化的不同分析视角,以供后续研究者参考。

表1 职业社会化的不同视角比较

	结构功能论视角	符号互动论视角	新制度主义视角	过渡礼仪视角
研究主体	组织与结构	社会化者	职业制度	职业社会化过程
侧重点	组织和结构的再生产	社会化者的意义创造	社会化的制度嵌入性	过渡期的职业社会化
基本观点	职业系统和职业文化的稳定性	社会化经常出现偏离和不适应的结果	制度在特定的环境下为职业互动提供指南	边缘是制度嵌入和结构再生产的必然结果,也是身份转换和地位提升的途径
不足或难点	对社会化中的主体性、矛盾、不一致性缺乏探讨	忽视了制度和结构对个体的形塑	对个体的创造性关注不足	“过渡”与“社会化”置于同一框架内出现的张力

最后，本文还想就规培制度之于医疗体系和医生职业生涯的意义做一点评论。一方面，规培对于实现医疗资源的均衡、提升临床医师的整体素养当然是必要的，这个过程实际上也是医院文化和医疗规则的传承和延续；另一方面，一旦我们看到了规培的过渡性，那么它所带来的边缘体验就在所难免。规培生们不确定的、模糊的身份恰是诸多职业冲突的根源。因此，规培作为过渡期的职业社会化意味着制度和社会结构的再生产，这是自上而下的，甚至可说是居高临下的制度理性和权力运作，痛苦和磨难充斥其中。但从它的过渡性来说，规培又预示着规培生们职业能力的逐步提升、社会身份的即将转变以及未来可期的职业生涯。我们只有辩证地看待上述结果，才能对探索中的中国规培制度及其带来的影响给予公允的评价。

贝克等人在 20 世纪 60 年代初就判断，“近几十年来，无论是新职业还是旧职业，这些职业都试图增加了教育和培训所需的时间。医学在这方面起了带头作用”(Becker et al., 1961:6)。在当下，这种境况有增无减，各种职业和行业的接班人从事工作的年龄被推迟了，他们在正式进入职业和行业领域前会经过更多的“测试”，也有了更长时间的过渡。相对于教师、律师、证券师、社会工作者等其他职业的入职培训，医生的规培显得漫长、苛刻很多，但它们都具有共同的再生产和过渡意义。我们希望后来的研究者在讨论其他类似的职业社会化时把社会化的再生产性和过渡性同时考虑其中，那么这一特定时段中的矛盾、冲突和转换意义就会得到可能的分析与理解。

参考文献：

- 阿伯特,安德鲁,2016,《职业系统:论专业技能的劳动分工》,李荣山译,北京:商务印书馆。
- 崔永、王天佑,2016,《从美国住院医生培训看中国住院医师规范化培训的挑战和方向》,《中国肺癌杂志》第 6 期。
- 范热内普,阿诺尔德,2010,《过渡礼仪》,张举文译,北京:商务印书馆。
- 福柯,米歇尔,2011,《临床医学的诞生》,刘北成译,南京:译林出版社。
- 傅维康,2003,《古代中医病案格式史略》,《医古文知识》第 4 期。
- 古德,拜伦,2010,《医学、理性与经验:一个人类学的视角》,吕文江、余晓燕、余成普译,北京:北京大学出版社。
- 贾敏、张占伟、王兴林、王凤兰,2002,《临床住院医师规范化培训:问题及对策》,《中国高等医学教育》第 1 期。
- 李秋燕、肖龙华、刘华林、刘利军、李睿,2016,《对当前住院医师规范化培训的问题分析与思考》,《中国卫生事业管理》第 5 期。
- 刘思达,2006,《职业自主性与国家干预——西方职业社会学研究述评》,《社会学研究》第 1 期。

- 齐学进,2021,《住院医师规范化培训制度安排和要求》,《中国毕业后医学教育》第6期。
- 唐国瑶,2006,《我国住院医师培养模式的研究》,华东师范大学高等教育学博士学位论文。
- 特纳,维克多,2006a,《象征之林——恩登布人仪式散论》,赵玉燕、欧阳敏、徐洪峰译,北京:商务印书馆。
- ,2006b,《仪式过程:结构与反结构》,黄剑波、柳博赟译,北京:中国人民大学出版社。
- ,2007,《戏剧、场景及隐喻:人类社会的象征性行为》,刘珩、石毅译,北京:民族出版社。
- 王辰、齐学进、陈昕煜、余秋蓉、邢立颖,2015,《我国住院医师规范化培训制度的正式建立与政策体系》,《中华医学杂志》第14期。
- 西美尔,盖奥尔格,2002,《社会学:关于社会化形式的研究》,林荣远译,北京:华夏出版社。
- 姚泽麟,2015,《近代以来中国医生职业与国家关系的演变——一种职业社会学的解释》,《社会学研究》第3期。
- 余成普,2021,《管辖权边界的流动:国家、专业与医生分工体系》,《社会学研究》第5期。
- 张举文,2006,《重认“过渡礼仪”模式中的“边缘礼仪”》,《民间文化论坛》第3期。
- 赵允伍、王珩、陈旭林、李泉、李念念、陈淑玲,2019,《我国住院医师规范化培训问题分析与对策探讨》,《卫生经济研究》第3期。
- Allen, Davina 2000, "Doing Occupational Demarcation: The 'Boundary-Work' of Nurse Managers in a District General Hospital." *Journal of Contemporary Ethnography* 29.
- Barton, T. D. 2007, "Student Nurse Practitioners—A Rite of Passage? The Universality of Van Gennep's Model of Social Transition." *Nurse Education in Practice* 7.
- Becker, Howard S. , Blanche Geer, Everett C. Hughes, Anselm L. Strauss 1961, *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Bochatay, Naïke & Nadia M. Bajwa 2020, "Learning to Manage Uncertainty: Supervision, Trust and Autonomy in Residency Training." *Sociology of Health & Illness* 42 (S1).
- Bosk, Charles L. 1979, *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Brooks, Joanna Veazey & Charles L. Bosk 2012, "Remaking Surgical Socialization: Work Hour Restrictions, Rites of Passage and Occupational Identity." *Social Science & Medicine* 75 (9).
- Bucher, Rue & Joan G. Stelling 1977, *Becoming Professionals*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Everitt, Judson G. & Taylor Tefft 2018, "Professional Socialization as Embedded Elaborations: Experience, Institutions, and Professional Culture Throughout Teacher Careers." *Symbolic Interaction* 42 (4).
- Freidson, Eliot 1970, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. NY: Dodd Mead.
- Goode, William J. 1960, "Encroachment, Charlatanism and the Emerging Profession: Psychology, Sociology and Medicine." *American Sociological Review* 25.
- Guhin, Jeffrey, Jessica McCrory Calarco & Cynthia Miller-Idriss 2021, "Whatever Happened to Socialization?" *Annual Review of Sociology* 47.
- Jenkins, Tania M. 2020, *Doctors' Orders: The Making of Status Hierarchies in an Elite Profession*. NY: Columbia University Press.
- Jenkins, Tania M. , Kelly Underman, Alexandra H. Vinson, Lauren D Olsen, Laura E Hirshfield. 2021, "The Resurgence of Medical Education in Sociology: A Return to Our Roots and an Agenda for the Future."

- Journal of Health and Social Behavior* 62(3).
- Johannessen, Lars E. F. 2018, "Workplace Assimilation and Professional Jurisdiction: How Nurses Learn to Blur the Nursing-Medical Boundary." *Social Science and Medicine* 201.
- Kleinman, Arthur 1995, *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. CA: University of California Press.
- Konner, Melvin 1987, *Becoming a Doctor: A Journey of Initiation in Medical School*. NY: Penguin Books.
- Light, Donald 1980, *Becoming Psychiatrists: The Professional Transformation of Self*. NY: WW Norton & Co Inc.
- Liu, Sida 2018, "Boundaries and Professions: Toward a Processual Theory of Action." *Journal of Professions and Organization* 5.
- Merton, Robert K., George G. Reader & Patricia L. Kendall 1957, *The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Miller, Shari E. 2010, "A Conceptual Framework for the Professional Socialization of Social Workers." *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 20(7).
- 2013, "Professional Socialization: A Bridge between the Explicit and Implicit Curricula." *Journal of Social Work Education* 49(3).
- Mortimer, Jeylan T. & Roberta G. Simmons 1978, "Adult Socialization." *Annual Review of Sociology* 4.
- Oh, Hyeyoung 2014, "Hospital Consultations and Jurisdiction over Patients: Consequences for the Medical Profession." *Sociology of Health and Illness* 36(4).
- Parsons, Talcott 1951, *The Social System*. NY: Free Press.
- Simmel, Georg 1895, "The Problem of Sociology." *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 6.
- Starr, Paul 1982, *The Social Transformation of American Medicine*. NY: Basic Books.
- Szymczak, Julie E. & Charles L. Bosk 2012, "Training for Efficiency: Work, Time, and Systems-Based Practice in Medical Residency." *Journal of Health and Social Behavior* 53(3).
- Underman, Kelly & Laura E. Hirshfield 2016, "Detached Concern? Emotional Socialization in Twenty-first Century Medical Education." *Social Science & Medicine* 160.
- Xyrichis, Andreas, Karen Lowton & Anne M. Rafferty 2017, "Accomplishing Professional Jurisdiction in Intensive Care: an Ethnographic Study of Three Units." *Social Science and Medicine* 181.

作者单位：中山大学社会学与人类学学院
责任编辑：李荣荣