

# 医院民族志：理论、方法与本土探索\*

余成普

**提要：**医院民族志兴起于二十世纪中叶。在过去的二十余年，它逐渐走出对医院封闭性和内生性的设定，迈向对医院复杂性、多样性和社会嵌入性的追寻。医院不仅为思考人类的脆弱性和生命、意义、权力、结构等概念提供了现实的空间，也为认识医院所在国家与地区的社会文化打开了一扇窗。本文从理论和方法两个维度对医院民族志的基本框架进行述评，在此基础上讨论其本土探索的特点和方向，以引导更多既能遵守学术伦理又能提供敏锐洞察力的医院民族志作品出现，也为在其他机构开展民族志研究提供参考。

**关键词：**医院民族志 研究方法 医学人类学 医学社会学 机构民族志

## 一、引言

生老病死为人之必然经历，随着社会生活的日益医疗化，医院成为人们生命历程中的“主战场”之一。“hospital”（医院）一词来自拉丁文“hospitale”，原意为“休息的地方”或“客舍”。在公元前5世纪的印度和斯里兰卡就曾出现具有治疗功能的机构，公元7—12世纪的阿拉伯医院也曾一度辉煌（方崇亮等，2002）。中国历史上的“别坊”“病人坊”“患坊”“安济坊”“养济院”“寿安院”“慈幼局”等机构主要接收老人、孤儿、弃儿以及罹患身体残疾的人，它们虽有治疗病人之功用，但更像是慈善和福利机构，相当于避难所和收容站（梁其姿，2013；伦肖，2016）。中国传统社会的医事制度基本上围绕王权的需要而设置，历代的太医院系统虽分科颇细，但主要依据上层官员的需求而定，并未走向大众化（杨念群，

---

\* 本研究是教育部人文社会科学重点研究基地重大项目“抗击新冠疫情口述资料的采集、整理与研究”（22JJD840014）的阶段性成果。文责自负。

2006:66-67)。

18世纪以来,随着新型医学科学的发展,特别是物理检查、病理解剖和统计学的引入,医院逐步从以照料为中心转变为以治疗为中心,从一个慈善和福利机构转变为给予医生巨大专业权力的复杂专业机构(斯塔尔,2023:158)。现代医院既是展现科技奇迹的场所,也险象丛生、充满风险;它是最有可能处理生老病死的制度空间,与日常生活的气氛迥然不同,让人们在文化和心理上刻意与之疏离。现代医院这种既近又远、既熟悉又陌生的“他者”属性赋予了医院民族志(hospital ethnography)——以医院(科室)为核心田野点,以沉浸式的田野调查为主要方法,对医院文化及其相关人群日常生活开展的记述和分析——学术必要性和合法性。

实际上,早在20世纪中叶,医院民族志已经有了探索者(Caudill et al., 1952; Caudill, 1958; Fox, 1959; Coser, 1962; 高夫曼, 2012)。其中人类学家考迪尔(William Caudill)在1951年到1952年以一名“隐蔽的观察者”身份在一家精神病院住了两个月,试图亲身体验病房的生活,开创性地提出了“临床人类学”(clinic anthropology)的设想(Caudill et al., 1952; Caudill, 1958)。另一位经常被标签为伟大的社会学家,但在实践中更偏重人类学、更偏爱民族志的戈夫曼(Erving Goffman, 也被译为“高夫曼”)在20世纪50年代中期也曾对几家精神病院开展调查,试图“让自己与那些成员(被收容者)为伍,去体验他们由各种琐碎的偶发事件所串起的日常生活”(高夫曼, 2012:2)。他极富洞察力地将精神病院理解为全控机构(total institution),这奠定了精神病院、监狱等管制类机构研究的理论基础。

早期的医院民族志昙花一现。随着现代医院的规范化和专业化,进入医院开展田野调查变得越发艰难。此后,一些社会学家专注于发达国家的医院研究,他们大多接受了医院的标准化假定,视医院为社会秩序的维护者、科层体系的践行者和医生职业发展的基本场域,出版了诸多有影响力的理论作品(Parsons, 1951; Freidson, 1970; 斯塔尔, 2023),而基于田野调查的医院民族志逐渐被边缘化(Zussman, 1993)。进入21世纪后,人类学、社会学和相关学科的重要期刊*Social Science & Medicine*(2004年第10期)、*Anthropology & Medicine*(2008年第2期)、*Journal of Contemporary Ethnography*(2008年第2期)、*Space & Culture*(2012年第1期)等均以“医院民族志”为题组织专栏。近年来,国内外都涌现了大量以田野调查为基础的医院民族志作品和对医院民族志的评论性文章(Rashid et al., 2015; Smith-Oka, 2021, 2022; Featherstone & Northcott, 2021;

Menchik, 2021; Varley, 2022; Aggarwal et al., 2023; 涂炯, 2020; 余成普、宗铮, 2023; 李荣荣, 2024)。这些现象似乎预示着医院民族志在过去二十余年的回归和复兴。

医院民族志复兴的深层原因(诸如医学人类学和医学社会学的深度发展、现代医院全球扩张带来的文化反应、医院在日常生活中的重要地位、民族志在学界获得的广泛认可)当然值得关注,但两个更为直接的关键问题需要得到回答:第一,相对于早期的探索,当下医院民族志的复(延续)与兴(扩展)如何体现?第二,在进入医院调查愈发艰难的背景下,如何在医院开展民族志研究?在既有文献的基础上,本文试图从理论和方法两个层面讨论医院民族志的基本框架,并借此分析本土探索的特点和方向,以期更为清晰地呈现医院民族志的过程,以及在中国开展医院民族志的意义。本文最终希望总结和凝练适合医院民族志的分析视角和方法策略,以引导更多既能遵守学术伦理、又能提供敏锐学术洞察力的医院民族志作品出现,也为诸如养老院、工厂、学校、监狱等组织和机构的民族志研究提供参考。

## 二、医院民族志的理论取向

虽然理论和方法常常交织在一起,但为了分析的方便,本文将首先呈现医院民族志的理论取向,这并非主张理论的先入为主,而是出于以下考虑。一方面,如何定位医院不仅影响着民族志调查的范围,也左右着民族志文本的呈现形式;另一方面,笔者也是有感于民族志学者往往陶醉于细节的呈现,而忽略了背后的理论关怀。

医院民族志的理论取向总体上分为两种:第一种取向(主要是早期的研究)将医院看成与日常生活和周遭世界相分离的“孤岛”,医院如同一个小社会,其内部有着特定的关系模式、文化体系和价值倾向。这一取向旨在突显医院的封闭性和内生性。第二种取向明显符合格尔茨的口吻,“研究地点不等于研究对象,人类学家不研究乡村,他们在乡村里做研究”(格尔茨,2008:25)。这种取向反对将医院看成“孤岛”,认为它是整个社会文化“大陆”的一部分,与广泛的政治经济发生关联,甚至医院就是微型的大陆,透过医院这一窗口可以窥见社会的运作逻辑。换言之,第一种取向是以医院为研究对象的民族志(ethnography of hospital),它的目的是展现医院本身的独特性;第二种取向虽然

以医院为田野点(ethnography in hospital),其目的却是呈现广阔的社会文化体系。虽然两类民族志在理论取向上存在分歧,但无疑它们都以医院日常生活的记述为基础,故而本文所言的医院民族志(hospital ethnography)将包括上述两种类型。

### (一)医院的封闭性和内生性:早期的理论建构

现代医院给人们的印象是它与非医学世界的分离以及医院里的病人与正常人的分离。人们进入医院,就进入了诸如诊断、治疗、手术、用药、净化等工作或诊疗空间,他们的日常生活被暂时地移开。对很多患者来说,他们既有的社会身份和角色在医院中被暂时悬置起来,而新的病人身份则通过“医学的凝视”被塑造出来(Long et al.,2008)。实际上,早期的医院民族志多将医院视为与日常生活相分离的设置,研究者敏锐地观察到医院独特的制度结构和空间布局,进入医院犹如进入另一个世界或者如考迪尔所言的“小社会”(small society)(Caudill,1958:3)。归纳起来,这一视角的理论基础至少包括帕森斯的“病人角色”理论、戈夫曼的“全控机构”以及福柯的“异托邦”概念。

结构功能主义大师帕森斯及其合作者将疾病视为相对于正常行为的偏离或越轨,而医院作为一种暂时性的隔离场所,其目的正是调整和扭转这种偏离,“让(患者)重新回到外边的社会中去”(Parsons & Fox,1952:39)。他们认为,在现代医院里,疾病与健康形成了尖锐的分野,医院也与正常人生活的场所实现了身体和心理上的分离。而医院之所以需要与日常生活相分离,一方面是因为病人是一种越轨的社会角色,只有分离才能有助于保护正常的家庭系统,使得整个社会免受“污染”;另一方面,作为一种强制的、权威的机制,医院迫使病人参与治疗,以激励他们早日脱离病人的角色,回归正常的社会角色。当医院引入医护人员的专业团队、现代的医疗技术、科层制的体系时,传统的家庭照护模式显得过时而多余,不得不退居幕后(Parsons & Fox,1952:39-40)。

受帕森斯等人的影响,医学社会学家科瑟(Rose Coser)在一家教学研究型社区医院完成了6个月的调查,试图在医院的现实场景中观察病人的社会角色,以及病人之间、病人与工作人员之间的关系。她首次将医院比拟为一个“孤岛”(tight little island),医院就像一艘船或一座堡垒,自成一个世界。病人因疾病而被交付到医生和护士手上,医护人员掌握着病人的命运和生死。所有人都被束缚在医院的围墙内,医院的时间表、职责、制服和徽章都让人觉得它更像一个军事组织。对病人来说,医院将其从家庭生活中分离出来,并在其周围建立一个

新的社会框架,令其在这个框架中学习如何成为一个病人(Coser,1962)。

与帕森斯关注社会系统的完整性不同,戈夫曼更愿意在民族志的基础上观察人们的互动。20世纪50年代,戈夫曼通过细致的民族志,极富洞察力地将精神病院理解为全控机构:这是一个让处境类似的一大群人居住和工作的地方,他们在那里与更宽阔的社会隔开好一段时间,在深锁的大门、高不可攀的围墙里共同过着封闭、受到正式管理的生活(高夫曼,2012:5-12)。虽然戈夫曼已经意识到精神病院这类全控机构“并不全然是孤立的世界,而是和更宽广的世界结构有某种官僚的、从属的连结”(高夫曼,2012:113),但他更在意全控机构内在的属性。在这里,受控者的自我被狠狠地剥夺,他们与过去断裂,丧失个人身份和姓名,开始全新的受控生活。与帕森斯对病人角色的定位相似,戈夫曼的全控机构也是一个具有高度内生性的社会空间,人们一旦进入这个机构,就与空间之外的环境隔离开了,甚至连行为主体在外部环境中获得的社会身份也要在自我屈辱的过程中被逐渐抹去,最终实现机构对人的“全控”(刘思达,2023)。

20世纪60年代,福柯(2006)有关临床医学、医院空间的研究进一步将医院框定为一种封闭的另类空间(the other space)。在这种现代医院里,“一个特定社会圈定某些疾病,对其进行医学干涉,将其封闭起来,并划出封闭的、特殊的区域,或者按照最有利的方式将其毫无遗漏地分配给各个治疗中心,我们可以把这种做法称作(疾病的)第三次空间化”(福柯,2001:16)。在福柯看来,医院更像是与乌托邦相对的“异托邦”(heterotopia)。乌托邦是没有真实场所的地方,从根本上说是一些不真实的空间,而异托邦不同,在其中可能存在一种混合的、空间的经验。福柯将异托邦区分为危机异托邦(享有特权的、神圣的、禁止别人入内的地方)和偏离异托邦(将行为异常的个体,比如病人置于其中的地方),并认为后者逐步代替了前者。

将医院看成高度封闭性和内生性的机构当然有利于将研究的关注重点放在医院内部的互动和关系模式上,但这实际上也限制了研究者对不同社会空间之间的关系以及行为主体的跨空间流动等问题的分析(刘思达,2023)。进而言之,这些早期的医院民族志多以精神病院为田野点,而精神病院的功能主要不是医学的,而是监护的、管理的和控制的(斯塔尔,2023:75-77)。与其他综合性医院相比,精神病院的封闭性和内生性更为明显。在其他类型医院开展民族志调查时,如仍将医院的封闭性和内生性视为基本设定,则会遮蔽研究视野,无法看见医院的多样性、流动性和广泛的社会嵌入性。这是医院民族志在最近二十余年复兴后努力的方向。

## (二) 医院与地方社会:视角的扩展

20世纪60年代以来,尤其是80年代后,伴随着生物医学的全球扩张,现代医院从发达国家的城市逐渐扩展到其他国家的各个城市(Lock & Nguyen, 2010: 147),成为当地人应对生老病死的制度空间,也是人们日常经验的重要部分。当现代医院在不同国家和地区扎根时,它们虽然在医学的信仰、实践的形态乃至机构的组建上共享某些设定,但也必然会接受地方社会的重新解释和重组(van der Geest & Finkler, 2004)。医院的全球扩张和它在人们生命历程中的关键地位要求一方面必须将医院作为特别重要的空间加以观照,另一方面也要考虑到医院和地方社会的关系。这实际上是医院民族志在20世纪80年代,尤其是21世纪以来复兴的宏观背景。这一背景也影响了医院民族志的具体形态:从发达国家走向全球其他国家,从精神病院转向综合性医院和其他专科医院。在理论框架上,一部分学者继续孜孜不倦地关注医院内部的关系模式和文化体系,另一部分学者则在更为广阔的社会文化背景下观察具体医院的空间和实践,探讨医院和地方社会的关系。下文将总结医院与地方社会关联的三条路径。

第一条路径明确反对将医院看成自成一体的系统,认为它的诸多表现形态具有深刻的社会文化烙印。或者说,研究者只有对广泛的社会文化有深刻的洞察才能理解医院的故事。这一路径虽然要求民族志学者在医院开展调查,但主张学者的视角应该拓展到医院之外,在更大的时空跨度内探讨医院运作的形态和机制。这就好似在医院这一复杂世界之外,还有另一个“平行的世界”,后者影响着医院的实践(Arnold et al., 2018)。这方面的研究甚多,下文仅举两例。

阿富汗的一家妇产科医院呈现一些熟悉的特征:穿着制服的工作人员、分娩的妇女、繁忙的走廊、探访的亲友、噪音、气味,等等,这些构成了医院的日常生活。然而,阿诺德(Rachel Arnold)及合作者在这些有形事物的背后,注意到了其他的现实和力量,这些“其他的现实和力量”影响了医疗资源和服务的分配方式(Arnold et al., 2018)。与之类似,木勒密(Benson Mulemi)于2005年8月至2006年7月在肯尼亚一所医院的癌症病房的观察也试图揭示,虽然癌症和病房隔离了患者和他的家人,破坏了既有的社会支持和互惠网络,但假如研究者将视野局限在病房之内,不考虑医院场景之外的社会和经济环境,尤其是家庭环境和医疗保障制度,就很难理解为什么不同的患者在医院的处境是不同的(Mulemi, 2010)。

第二条路径将医院看成地方社会的缩影,认为它映射了社会情境中的核心议题。一方面,在医院里,当人们远离日常的纷争和琐事后,他们更容易思考和

评估亲属关系、友谊、意义、有限性、不平等、死亡等生活的中心问题(Long et al., 2008)。另一方面,医院这一“小社会”不是孤立的存在,而是“大社会”的缩影,人们可以透过医院这一窗口窥探大社会的运作形态。如果说第一条路径强调医院“连接”其他社会文化要素的话,那么第二条路径则是“一叶知秋”“见微知著”,它着重探讨医院和科室如何再现和重演了社会文化的规则。

扎曼(Shahaduz Zaman)在孟加拉国骨科病房的民族志研究堪称这一路径的典范。在骨科病房里,受伤和断肢的背后是一个个暴力、犯罪和越轨的社会场景,这些故事发生在群体争夺有限资源的社会中。“这家医院是孟加拉国的一个缩影,它展示了该国普遍的贫困、社会等级、家庭角色、妇女的卑微和人们的创造力”(Zaman, 2008: 135)。需要特别提到的是《中国医院:一个社会主义的单位》(*The Chinese Hospital: A Socialist Work Unit*)这部著作(Henderson & Cohen, 1984),这是我们搜索到的有关中国医院的第一部民族志。两位作者“借助在(武汉)一个医疗单位生活了五个月的经历所提供的狭小窗口来窥探当时的中国”(Henderson & Cohen, 1984: 148)。他们将医院看成城市单位制度的一个缩影,讨论医院作为单位的行政隶属关系、院领导与医生的上下级关系、个人与单位的关系、医生和护士与患者的关系,最后阐释医院作为单位社会组织的社会学意义。

将医院看成是社会的缩影实际上意味着不再将医院视为“孤岛”,也不像第一条路径那样将医院看成是社会文化“大陆”的一部分,而是坚持认为医院就是大陆,只不过是微型的大陆。这种以小见大、解剖麻雀的方法自然有其洞察力,但就像“社区是否为社会的缩影”一样,它必然面临如下争议和难题:小地方能否反映大社会、能否通过微型空间把握复杂社会,以及如何处理医院的特殊性和社会的一般性之间的关系。

第三条路径则是拓展对医院空间的理解。与福柯强调医院“异托邦”的独特性不同,这一路径的研究将医院空间视为一个竞技场,在这里各种物体和主体被社会性地安排或重新安排。受涂尔干的影响,皮日尔(Lindsay Prior)认为空间是社会生产的,而非自然的,它的意义在特定的社会情境下才能被完全理解(Prior, 1988)。比如,儿童病房的建设与儿童作为医疗实践的对象密不可分,其中的游戏室设计体现了鼓励儿童自我表现和交往的社会期待。因此,医院空间不可避免地建造时的医学理论和医学实践形式联系在一起,它在本质上是社会和医学实践的交汇点。斯椎特(Alice Street)基于在巴布亚新几内亚马当总医院(Madang General Hospital)的民族志将医院看成一个情感的基础设施,呈现了

医院的双重空间特征:这里既是希望的空间,提供了身体、个人和社会转变与更新的潜力,展现了医疗技术的革新和进步,也是一个个人、医疗和国家失败的空间,再现了它过去的殖民历史和不平等的屈辱经历(Street,2012)。

民族志学者秉持对文化的敏感性进入不同文化情境的医院开展调查,不仅分析了现代医院在组织形态、医疗实践乃至空间布局上的文化差异,也为了解医院所在的社会文化打开了一扇窗。将医院关联到地方社会,实际上是以比较和整体的视角开展研究。它没有否定医院在全球范围内扩张所带来的共享特征,但坚持认为医院扩张的全球形态必须通过特定的行政、基础设施、技术、材料和社会实践来配置(Sullivan,2012)。全球范围内的医院民族志(不仅仅是欧美发达国家的精神病院民族志)表明,医院不是铁板一块的,也不是自成一体的“小社会”,它看似与医院外的“真实”世界相隔断,但本质上仍然与广泛的政治经济发生关联,甚至可以说它就是地方社会的缩影。在医院的封闭性和内生性视角下,学者已建构了诸多有影响力的概念和理论体系,但它们对其他医院的解释力需要进一步深究。而在连接和并置医院与地方社会时,研究者似乎并没有创造出广受引用的学术概念。这些研究的贡献在于通过发挥社会学和人类学的想象力,将研究的视野跨越医院的边界,或是透过医院看社会,或是从社会反观医院,既深入理解了医院的本质和运作逻辑,也提供了一个观察社会的棱镜。

### 三、医院民族志的关键节点

上文的理论梳理显示,医院民族志不仅为社会科学的核心概念(如意义、权力、结构等)提供经验基础,也让我们在看到医院共享特征的同时得以窥探它在社会的价值体系和关系形态。医院的复杂性、独特性和多样性与民族志对深描的执着和文化比较的内在要求相得益彰。与其他研究方法较为标准和刻板的表述相比,民族志的作者经常会用较大的篇幅生动且个性化地呈现方法的过程。这些方法的介绍显示,相对于早先的探索,如今进入医院开展田野调查更为规范,同时也更为困难。医院民族志学者仍然是幸运的小众,这些幸运者如何打开医院的大门获得进入的许可,成为医院民族志的关键。医院民族志不仅经常涉及患者的隐私、医院的权益等议题,而且被认为与生物医学研究相关联,因此伦理审查往往成为调查之前需要经历的环节。受篇幅限制,本文不可能述评医院民族志方法中的所有环节和细节,仅就几个关键的节点展开讨论。



### (一) 伦理审查的三种类型

人文社会科学,尤其是以“人”为对象的社会科学研究是否需要伦理审查一直备受争议。在美国,无论研究者是观察研究对象,还是在患者身上测试新药,任何使用“人类受试者”的研究都应该接受机构审查委员会(Institutional Review Board)的审查。机构审查委员会成立于20世纪60年代,其前身是美国国立卫生研究院(National Institutes of Health)建立的临床研究委员会,主要审查和监督涉及人类受试者的生物医学研究。为保护人类研究对象的权益,它有权批准、要求修改或不批准接受审查的项目(Schrag,2010:187;Stark,2012:5)。如今,机构审查委员会已经将审查范围扩展到社会科学,但这遭到了部分学者尤其是从事定性研究的学者的批评。他们指出,机构审查委员会的标准化模板与定性研究的情景化、不可预测、难以常规化的作业方式不匹配(Fassin,2006;Lederman,2006;Babb et al.,2017),甚至有学者认为这是将一个领域的规则强加到另一个学科的伦理帝国主义(ethical imperialism)的表现(Schrag,2010)。

医院民族志的田野点主要在医院,院方通常要求民族志研究像其他生物医学研究一样接受医院或相关单位伦理委员会的审查。一旦伦理文件被否定,研究也将遭遇挫败甚至夭折。不过,各个国家和地区对伦理审查的把握尺度不同,这使得医院民族志的伦理审查至少包括三种类型。

第一种类型发生在那些有规范的伦理审查程序和机构,且要求社会科学研究也需经过伦理审查的国家和地区(如美国、加拿大、英国等)。这些国家和地区的医院民族志学者大多在伦理审查方面有过漫长的、不愉快的体验。开普若(Gabriela Capurro)分享了她在加拿大一家儿童医院开展调查之前经历的各种审查。她在研究之初向医院的伦理委员会提出申请,接着就是漫长的审批过程。伦理审查之后是获得住院部、科室负责人的书面许可,签署保密协议,完成在线培训与体检,提供最新的免疫记录。在这些程序完成后,她才拥有一个印有照片的徽章和一条表明自己研究员身份的绿色带子。至此,田野进入的前期手续才算完成(Capurro,2021)。在《漫游病房》(*Wandering the Wards*)这本出色的医院民族志中,两位作者通过对英国八家医院长达五年的民族志调查研究了病房里的日常组织和工作交付过程,以及它们对阿尔茨海默症患者的深刻影响(Featherstone & Northcott,2021)。在介绍研究伦理时,两位作者指出在英国的医疗环境中进行任何类型的研究都需要经过国家健康服务(National Health Service)伦理委员会的审查和许可,这是一个重要且必要的过程,也是一个漫长的过程。他们的伦理审查耗时近半年。

第二种类型是所在的国家和地区虽然有伦理审查机构,但认为民族志研究不属于伦理审查的范畴,不过亦要求研究者遵守基本的伦理规则。比如在荷兰一家医院开展民族志调查前,研究者向当地的伦理审查机构提交了伦理申请,得到的回复是他们的研究是非侵入性的,不属于荷兰相关法规的管辖范围。由于没有收集患者的身份信息,因而也不需要书面的知情同意。但伦理审查机构同时提出,为保护研究对象的权益,假如怀疑患者的认知状态存在问题,研究者需要患者的近亲提供书面的同意才能开展研究(van Belle et al., 2020)。

第三种类型出现在伦理审查机构不完善的国家和地区。医院民族志在这些国家和地区不仅没有履行伦理审查,甚至有违反伦理原则的风险。比如上文提及的扎曼在孟加拉国医院开展民族志调查时就有伦理方面的担忧和反思。

如果说开展民族志之前的伦理审查只是形式审查,那么民族志学者在实践过程中则可能遭遇更为复杂的伦理困境。正如上文强调的,医院民族志必然会“侵入”研究对象的生活世界,将研究对象的疗愈故事和生死攸关的情节置于观察和文本之中,伦理的拿捏就显得尤为紧迫和必要。一些关键的问题也值得讨论:知情同意是医院“守门人”同意还是研究对象同意?研究对象能理解民族志调查吗?民族志能给院方和研究对象带来益处吗?民族志会导致研究对象,尤其是患者重揭“伤疤”吗?文本中如何匿名化?可以说,伦理考量贯穿医院民族志工作的各个阶段和环节之中。

## (二)田野进入的四种方式

尽管研究对象可能是患者及其家属,但在医院开展民族志研究的特殊性在于它将医院视为不同参与主体互动的情境,医院是基本的田野调查点。因此,研究者不得不面对作为知识精英的医护人员,以及作为权力精英的医院管理者,他们构成了医院里两种最基本的权威体系(临床权威和行政权威)(斯塔尔,2023: 190)。在通常情况下,研究者在获得医院管理层或者某位有分量的医生、护士的许可之后才有可能真正进入医疗场域,这里的困境是民族志学者如何清晰有效地向他们呈现自己的研究目的和方式。简单地说,民族志学者在面对医院“守门人”的三大灵魂拷问“什么是民族志(人类学或社会学)”“怎么研究”“这项研究有什么用”时,可能会变得语焉不详、不知所措。尽管存在种种不便和困境,还是有不少学者突破了进入的障碍,或是顺利或是艰难地完成了医院民族志工作。从进入途径和策略来说,既有的医院民族志大体包括四种方式。

第一种方式是没有医院工作经历的民族志学者通过关系网络进入医院,这

种方式可分为两种类型。第一种类型是民族志学者通过寻求与医务人员的合作获得进入的许可 (Arnold et al., 2018; Featherstone et al., 2019; Aggarwal et al., 2023)。这类合作研究的民族志作品经常以共同作者的形式发表或出版。在通常情况下,双方合作的前提是各取所需、互相补益,但这类合作研究可能受限于篇幅,大多没有详细介绍具体的合作方式,读者对他们如何化解学科间的偏见和罅隙也不得而知。因此这类合作可能只是策略性和权宜性的。第二种类型是民族志学者独立开展医院研究,但前提仍然是通过非正式的途径(如熟人介绍)协商进入,偶有通过正式途径提交研究申请,经过层层审核获得研究许可的情况 (Andersen, 2004; Gibson, 2004; Horsley, 2008; Brown, 2012; Varley, 2016, 2022; Smith-Oka, 2022)。

第二种方式是研究者本身即为医院现任或者曾经的医护人员,以“圈内人”的身份开展民族志研究 (Zaman, 2003; van Amstel & van der Geest, 2004; Halberg et al., 2021)。这类研究者进入医院,尤其是其所在的科室几乎没有障碍,因为他们就是或曾经是其中的一员。他们面临的困难是缺乏民族志的功底和训练。简单地说,他们只有具备了民族志研究的能力,才能“化熟为生”,去发现那些对他们司空见惯的医院场景的深层意义。比如,扎曼在研究孟加拉国医院时的身份是双重的,他既是本国人,也曾经是一名医生(后来投身医学人类学研究),所以是“土著中的土著”(native among the natives)。但用扎曼的话来说,这种身份“可能会在某些时候模糊我的眼睛,并使我认为某些事情是理所当然的”(Zaman, 2008: 146)。

第三种方式是自我民族志。这类研究的进入顺理成章。医院情境中的自我民族志至少包括医护人员的自我民族志和患者的自我民族志。有趣的是,医护人员更倾向将患者作为研究对象或者“问题对象”,而很少会将自我或同行列为研究的对象,更不会像汉 (Robert Hahn) 那样花五个月的时间有意识地观察、记录和反思一位普通内科医生的日常工作 (汉, 2010)。医护人员可能也会写关于医院的故事和总结,但由于没有受过民族志的训练,这些故事和经历更像是回忆录和经验总结,而不是医院民族志。受过民族志训练的患者则可能将住院或是长期的就诊经历作为观察和体验医患互动的“机会”。比如,人类学家葛苏珊 (Susan Greenhalgh) 基于自己被一位年轻的医学专家误诊为纤维肌痛的经历呈现了生物医学的工作步骤,反思了这一诊断对她内心世界、健康福祉的破坏性影响,进而揭示了医学中的权力与文化 (Greenhalgh, 2001)。墨菲 (Robert Murphy) 则以自己的残障经历为反思对象展现了医院作为官僚组织的特征,以及它给病

人带来的独特的异化体验(墨菲,2022)。

第四种方式是研究者冒充病人的身份进入研究现场。这种方式看起来最为便利,却面临着伦理的责难。民族志学者可能因为进入医院过于困难,也可能是想获得医院可靠的本真材料,不乏假装病人进入医院开展调查的先例(Caudill et al.,1952)。甚至有学者在20世纪90年代末还在鼓吹这种方法的优势,并以“假病人”(fake patient)的身份在加纳一家医院开展了为期三天的短期实验(van der Geest & Sarkodie,1998)。

从理论上说,民族志的参与既可以是公开的,也可以是隐蔽的,或者有选择性地让局内人了解研究者的兴趣与目的(乔金森,2009:11)。虽然隐蔽式参与观察可以在研究对象不觉知的情况下获得相关信息,但它直接违背了知情同意的伦理原则,也会让访谈和记录变得困难,而且一旦研究的目的被发现,研究也会面临终止的危险。精心设计的欺骗性战术可能对短期的交往有用,但在长期的民族志调查过程中,欺骗必然处处受限,并破坏参与者的信任,而信任对任何民族志研究都极为重要(费特曼,2007:111)。因此,无论从研究伦理还是从长期的调查效果来说,有意的、精心设计的欺骗既不合适也不需要,更不应被鼓励。

### (三)角色的定位与切换

参与观察是民族志的核心方法论,民族志学者经常游走在完全的参与到完全的观察之间(费特曼,2007;休谟、穆拉克编著,2010),需要在局内人与局外人、融入与疏离、近经验与远经验之间寻找合适的位置,并依情境而变动(格雷,2009;乔金森,2009;申苏尔等,2012;格尔茨,2014)。换言之,一方面,民族志学者需要借助“在那里”(being there)以及积极参与身边的互动来更为贴切地体验和理解“局内人”的观点;另一方面,他也需要保持足够的理性才能批判性地分析所参与的事件(休谟、穆拉克编著,2010:1)。然而,角色的定位和切换可能没有那么容易,研究者往往会因为没有“一个合适的标签”而变得尴尬、拘谨乃至出现社会性的分裂,这在医院的复杂场景中表现得尤为明显(考夫曼,2020:12)。

实际上,民族志学者进入医院的不同策略和方式直接影响他们在未来的调查中扮演的角色,即究竟是研究者、学生、志愿者、医护人员,还是其他角色。当民族志学者既不是医生、护士或其他类型的卫生工作者也不是病人时,身处高度复杂的医疗场域,他们不仅会发现自己的无知,也会觉得格格不入,参与更是难上加难(van der Geest & Sarkodie,1998)。民族志学者的工作方式经常也没那么

容易获得认可,在行色匆匆的医务人员看来,他们似乎是“无所事事的”闲逛者(Wind,2008)。

马林诺夫斯基在谈到民族志的理想状态时曾说,“当土著人每天都看到我时,他们不再因为我的存在而表现出兴趣、警觉或不自在,我也不再是即将研究部落生活的打扰者”(马林诺夫斯基,2016:17)。马林诺夫斯基的这句忠告提醒我们,民族志理想状态的前提是“当土著人每天都看到我时”,这就是说,民族志研究需要长时间的真正接触,而不是偶尔的参与或访谈。或者说,时间对达致这种状态是有帮助的,民族志学者在医院的时间越长,或者出现的次数越多,人们就越认为你没有危险,或者把你的存在看成是理所当然的(乔金森,2009:50)。当双方从纯粹的研究者与研究对象的关系逐步有了更多信任后,研究者会在散步、吃饭乃至聚会中获得很多有价值的信息,这些信息并非只是官方的说辞和统一的模板,而是有了个性化和情境化的表述,这经常是研究者所希望获得的。

相对而言,那种既是“局内人”(医护人员)又是“局外人”(民族志学者)的双重角色对调查的优势自然是明显的:正如上文所言,至少以这样的角色“进入现场”几乎没有障碍和限制。不过假如没有合适的角色重心,调查也会面对困境。范·阿姆斯特(Hans van Amstel)在对巴布亚新几内亚高地医院医生参与地方社会的赔偿开展田野调查时,他既是所在医院的一名理疗师,也是一名人类学家,这种双重身份的结合让他在医院的存在是“自然的”。然而,在实践中,他发现很难一方面作为医院的理疗师参与治疗和康复锻炼,另一方面又像一个无知的局外人那样进行观察。最后,他不得不有所偏重,在研究的后半段,更多地专注于民族志工作,而非理疗师的“本职工作”,实现了从参与者到观察者的过渡(van Amstel & van der Geest,2004)。

在理想的情况下,民族志学者可以在一个地方参与被研究者的生活,找到一个可信的角色,让他与研究对象建立信任和融洽的关系,从而参与他们的日常生活。因而,无论是“局内人”还是“局外人”的角色定位,都将“参与观察”视为医院民族志的核心和努力方向。然而,这种理所当然、不证自明的表述忽略了参与观察在医院场景中的限度。对很多“局外的”民族志学者来说,在医院开展民族志研究既没法真正参与到高度专业化的医疗活动中,也难以进入医学的非公共场所或“密室”(如手术室)(Pope,2005)。而对“局内人”来说,面对高度复杂的医疗体系,他们自己也会成为“局外人”(考夫曼,2020:15)。当与研究对象过度融洽而没有疏离时,还会妨碍研究结论的公正性。因此,无论在哪种情况下,医院民族志的参与都变得有限而艰难。而完全的观察实际上也不可能,因为一旦

你在医院现场,实际上就已经参与了人际互动。据此,韦德(Gitte Wind)提出了“协商互动式观察”(negotiated interactive observation)的可能性(Wind,2008)。这种观察并没有假定研究者成为“他们”中的一员,而是将医院民族志看成一个双向持续互动和协商的过程,它要求研究者反思医院民族志的过程:我们是如何与谁互动形成关系的?如何解读正在进行的互动?故事如何被讲述?哪些人的声音被听到或被压制?因此,相对于参与式观察的老生常谈而缺乏深究,协商互动式观察是一种反思性的角色定位,它着眼于民族志观察和表述的过程,并深刻反思其中的互动、协商乃至权力关系。

医院民族志是一个复杂的、情境化的实践过程,本文仅抽离三个关键的节点加以讨论,以显现它的策略、误区与张力。总结医院民族志的方法,以下几点仍需注意。第一,医院民族志的各个环节并非单独依次铺开,而是经常呈现交杂的往复状态。第二,研究中的角色身份不仅涉及田野进入,更影响调查的深度和资料的获取。形象地说,穿着白大褂做调查和穿着夹克做调查不仅从外表上看有所差别,在获取内容上也会不同。这种差别需要研究者保持足够的警醒和反思。第三,随着民族志方法在健康领域的流行,民族志的关键要素能否被真正理解和坚守是一个值得深究的问题(Rashid et al.,2015)。这些要素至少包括田野过程的呈现、对研究者与研究对象关系的反思、伦理原则的遵守、场景的细节化,等等。更重要的是要将民族志的深描与理论建构结合起来,真正呈现民族志对复杂对象的穿透力和洞察力。

#### 四、医院民族志本土探索的特点与方向

上文对医院民族志理论和方法进行述评时依靠的主要是已经出版和发表的外文文献。实际上,伴随着医学人类学和医学社会学在中国的快速发展,医院这一场域已经进入本土学者的视域,多部(篇)有影响力的医院民族志作品得到出版与发表。医院民族志的本土探索当然呼应了其他文化语境中的学术积累,但在关键议题和核心关注上也表现出中国特色。本文接下来将结合上文理论和方法的基本框架讨论医院民族志本土探索的特点,并就它的未来发展提出一些学术建议。

虽然医院民族志已在健康领域获得广泛的关注,但它总体上属于医学人类学和医学社会学的范畴。它在中国的兴起既响应了其在国际学界的复兴,也与

医学人类学和医学社会学在国内的纵深发展有关。按照景军(2012)的判断,中国的医学人类学在2000年之后才“穿越成年礼”,从翻译介绍文献、狭义的民族医学转向以田野调查为基础、覆盖公共健康议题的深度研究,而医学社会学在2010年左右才进入快速发展时期。也就是在这个时期,国内学界涌现出一批医院民族志作品(如王路等,2011;韩俊红,2017;姚泽麟,2017;朱剑峰、董咚,2018;涂炯,2020;方洪鑫,2021;吕小康等,2021;赖立里、戴媛媛,2022;庄弘泰,2022;余成普、宗铮,2023;潘天舒、唐沈琦,2023;李荣荣,2024)。梳理医院民族志的本土探索,可以发现如下特点。

第一,伦理的自觉。在伦理审查和考量方面,尽管国内的社会科学研究大多没有履行伦理审查的程序,甚至相当多的研究没有考虑伦理向度,但医院民族志是个例外,大部分医院民族志学者在研究方法中非常明晰地交代了伦理审查的过程或对伦理原则的遵守。可以预见的是,随着研究伦理日益受到全球关注,在中国开展医院民族志研究需要接受伦理审查的要求会更加规范和严格。理想的状况是医院的伦理委员会中包括质性研究的专家,从而能够在民族志遭遇偏见和误解时提供专业的见解。对研究者来说,在开展民族志研究之前,应该对它可能带来的偏见和误解有充分的评估,精心准备伦理审查的文件,在研究设计和伦理审查答辩中澄清其要义,详述保护研究对象权益的具体措施。当然,研究者也需要有心理准备,即便做了大量的前期工作,甚至也有进入田野的门路,但也可能因为各种原因没有通过伦理审查,造成研究者不得不重新提交申请、变换调查地点甚至放弃医院民族志的学术计划。

第二,关系的动员。在进入方式上,中国的医院民族志学者主要是通过关系介绍进入医院,且以独立开展研究为主。医学人类学和医学社会学在国内起步较晚,这两个分支领域的绝大多数学者没有受过医学的训练,也很少有在医院工作的经历。因此,“关系”这一本土概念和资源就成为研究进入的关键变量。关系与平台既可能是某些学者的资源,也可能成为其他学者的限制。换言之,当上文所言的合作研究、通过正式申请获得进入资格的可能性较低时,那些有志于从事医院民族志研究的本土学者也可能会因进入无门而不得不放弃研究计划。

第三,主题的丰富。在田野点的选择上,除了在综合性医院开展民族志调查外,也有相当多的本土研究在基层医院、诊所、专科医院、民族医院、医养结合机构以及相关的养老院等照护机构完成。比如马得汶(2017)通过青海藏医院的民族志展现了民族地区的就医文化和行医实践。吴心越(2023)基于一家养老机构的田野调查揭示了认知症长者的生活世界和多重境遇。李荣荣(2024)在

医学化这一概念指引下,以基于一家市级医院精神科门诊的民族志来呈现多动症如何从医学概念转变为“疾病”事实。这些研究主题突显中国医疗和照护机构在地域、层次、功能和文化上的差异;反过来,这些差异化的多样现实也为丰富医院民族志的主题提供了土壤。

第四,视野的分殊。如果说比较研究、将某个生活世界置于其背景环境下、揭示其中的各种关系是民族志作者观察世界的三个主要视角(布拉斯科、瓦德尔,2023:6)的话,那么本土学者在展现医院或科室内部各种关系的基础上做出了更多探索。一部分社会学者能自觉地将医院的内部关系与宏观的制度和结构进行连接,另一部分人类学者则试图将民族志在文化比较上的优势突显出来。这显示了社会学和人类学在医院民族志上的微妙差异。

如何既能实现民族志的深描,又能提升它在理论建构上的价值,是所有医院民族志学者努力的方向。用民族志的方式讲好中国医院故事,除了上文梳理的基本框架可供参考外,中国医院的独特性是本土探索的薄弱环节,需要在以下方面给予格外关注。

第一,吸收其他学科到医院研究,尤其是医院史的研究成果。医院史研究不仅能够呈现医院在中国的独特发展历程,更彰显了它在普通人认知层面上的演变。中国人对医院的理解曾经非常“含混”,从诊所、乡镇卫生院到大型综合性医院都可能被认为是医院(伦肖,2016:337、354)。医院也曾一度被指涉为西洋传教士在商埠设立的医疗场所,是开展和示范外科手术的地方(梁其姿,2013:46-49;杨念群,2006:14、62)。医院对中国人来说是神秘的存在,既充满了希望,也深藏危险。对医院史的熟知有助于研究者把民族志的背景定位于医院的发展历程中,去追踪医院的哪些特性已经被视为理所当然,哪些仍然根深蒂固地存在于普通人的观念中,哪些已经发生了变化。

第二,中国的医院,尤其是公立医院在组织体系和制度结构上有别于西方的医疗专业化机构。正如《中国医院:一个社会主义的单位》这部著作所带来的启示:中国的医院组织具有社会学意义上的“单位”属性(Henderson & Cohen, 1984)。如不能看到中国公立医院的单位属性、公益属性、党委领导下的院长负责制以及医生作为国家雇员的基本组织特征,就难以精准地分析医院内部的权威结构、管理机制、人事制度以及医院、医生与国家之间的关系。

第三,借鉴并反哺组织和机构的民族志经验。在组织和机构的相关研究中,民族志的魅力是将组织和机构看成文化体系(Wright, 1994),它们不是既定的、铁板一块的标准化实体,而是在日常生活的细节和地方情境中被不断地重塑和



想象。只有把医院的特殊性和民族志方法的精髓同时展现出来,才能涌现更多既有本土关怀又有深刻洞察力的中国医院民族志作品。也只有这样,医院民族志才能讲好中国医院故事,并反哺其他机构民族志的研究。

## 五、总 结

现代医院在人们的生命历程中发挥着越来越重要的作用,但它的结构和文化对普通人甚至对局内人来说都异常复杂、含混难懂。我们对医院既熟悉又陌生的认知张力赋予了对它开展民族志研究的学术合法性。从早期的探索到当下的发展,医院民族志的田野点已不局限于发达国家的精神病医院,而是扩展到在全球范围内不同文化背景下的医疗机构。医院民族志的理论基础也从帕森斯和科瑟研究中的封闭机构、戈夫曼笔下的全控机构和福柯所谓的异托邦,逐渐走向对医院复杂性、多样性和社会嵌入性的追寻。

如同对部落社会、村落社会的研究一样,伴随着医院内部分科和分工的日益精细,当下医院民族志的文本风格已经不是早期的医院全貌式民族志,更多是在整体介绍医院的历史沿革、组织体系、空间布局、疾病类型等背景信息后,将民族志的焦点放在某一特定疾病、人群或主题上。从根本上说,医院民族志是民族志的一个类别,它自然符合民族志的一般属性和要求,只不过因为医院独特的制度设置和人们对它的特别期待与想象,才使得医院民族志的某些方面更为突显。从将医院看成与外部世界相分离的“孤岛”,到将其视为一个被外部世界的价值观、规则和观念入侵和塑造的地方,实际上也呼应了人类学对岛屿、村庄、社区的视角转换。

上文基于医院民族志的历史和当下进展呈现了它的理论和方法的基本框架,并对本土的探索提出了一些学术思考。本文的目的不在于提供一套刻板的程式,更不希望其他学者只是按图索骥,而是希望更多的研究能够将医院作为一个可以进入又具有学术想象力的空间。这个空间集中显示了人类的脆弱性,也展现了医疗的奇迹和人性的光芒。对医院的民族志研究为那些困扰当代社会科学的诸多概念(如生命、价值、意义、情感、空间、结构、冲突、亲属关系等)提供了细节的、强化的、浓缩的现实性,让我们能够借此进行富有创造性和想象力的思考,这是人类学者和社会学者进入医院调查的基本关怀。医院的特殊性也要求研究者在前期的伦理审查、中期的民族志调查以及后期的书写和出版过程中都

保持格外谨慎,既要发挥民族志开放灵活、事无巨细、“有血有肉”、内外交织的方法优势,又要避免因多重的角色混乱乃至过度的情感投入而不知所措,以及沉迷于细节而忽视了民族志在理论建构上的潜力等问题。

本文虽然分别陈述了医院民族志的理论和方法,但它们实际上相互关联、彼此成就。我们不能把民族志理解为单纯的描述,它的重心在于理解和阐释(格尔茨,2008:23)。对民族志材料的分析视角显示了研究者的理论储备和研究功底,它不仅影响民族志细节的获取,而且决定了材料的走向和最终的结论。因此,在理论方面训练有素、熟知最新研究成果并不等于被先入之见所累,研究者带入田野的问题越多,则理论视野越广阔,对民族志细节和事实的利用也就越充分(马林诺夫斯基,2016:18、499)。正是考虑到理论的重要性,且在民族志研究中极易被忽视,本文才首先述评医院民族志的理论取向。但当民族志被广泛介绍到健康领域,并被其他学科的学者采用时,另一个担心也必然存在,即研究者往往只关注单一的健康问题,或者所谓的民族志仅仅是深度访谈,而忽视了民族志的核心要素,这些要素包括对广泛而长期的田野调查的坚守、对文化比较的敏感、对细节的重视以及理论建构的抱负(Rashid et al.,2015)。一项研究既可能是一个好的示范,让民族志成为理解医院制度和空间的一把钥匙,让医院成为观察生命和价值的窗口,也可能堵塞其他学者进入医院的“大门”,或是误导其他学者,将民族志的核心关怀丢失殆尽。如何使得民族志的深描与理论的建构相互呼应,在讲好医院故事的同时,基于人文社会科学既有理论脉络,像医院民族志的早期探索者那样提出一个有解释力的分析概念和理论框架。这既是新一代医院民族志学者所欠缺的,也是其奋斗的方向。

中国的医院民族志方兴未艾,在许多方面仍有提升的空间。一方面要参考国际学术界已有的研究成果和分析框架,另一方面要始终将中国医院的历史沿革、医院内部的关系、医院与国家的关系、医院与人民的关系纳入思考的范畴。为此,医院民族志的本土探索在关注医院本身独特性的基础上需要拓宽视野,充分考虑不同行动主体在医院这一场域中的角色,并将医院看成观察医患互动、思考患者就医心态、理解国家医疗体制、呈现人性复杂面向的理想空间,从而在延伸既有学术脉络的同时,为人民的健康福祉提供实在的贡献。

当越来越多的本土学者将视野从乡村转向都市,从遥远转向附近,并对诸如养老院、殡仪馆、学校、工厂、监狱等复杂机构有深描的学术抱负时,本文对医院民族志的述评也将具有更多的参考价值。医院民族志提醒我们,在中国做其他机构的民族志时,伦理考量也要贯彻于整个研究过程;田野的进入可能需要更多的资源、

人脉、策略和幸运,也更需要反思精神;在把握机构一般组织特征的基础上,还需要考虑到机构在社会学意义上的单位属性、历史沿革、内外部复杂的权力体系,以及它与地方社会文化的交织。只有这样,机构民族志的本土探索才能既呼应理论和方法的基本框架,又能成为理解中国社会、建构中国自主知识体系的一块沃土。

### 参考文献:

- 布拉斯科,帕洛玛·盖伊·胡安·瓦德尔,2023,《人类学家如何写作:民族志阅读指南》,刘月译,上海:华东师范大学出版社。
- 方崇亮,刘丕岩,姜桂英,2002,《西方医院发展简史》,《中华医史杂志》第2期。
- 方洪鑫,2021,《现代死亡的道德形构:社会想象与日常实践》,《社会》第4期。
- 费特曼,大卫,2007,《民族志:步步深入》,龚建华译,重庆:重庆大学出版社。
- 福柯,米歇尔,2001,《临床医学的诞生》,刘北成译,南京:译林出版社。
- 福柯,M.,2006,《另类空间》,王喆译,《世界哲学》第6期。
- 高夫曼,厄文,2012,《精神病院:论精神病患与其他被收容者的社会处境》,群学翻译工作室译,台北:群学出版有限公司。
- 格尔茨,克利福德,2008,《文化的解释》,韩莉译,南京:译林出版社。
- ,2014,《地方知识——阐释人类学论文集》,杨德睿译,北京:商务印书馆。
- 格雷,安,2009,《文化研究:民族志方法与生活文化》,许梦云译,重庆:重庆大学出版社。
- 韩俊红,2017,《无“疾”生“病”:网络成瘾医学化的建构与实践》,武汉:华中科技大学出版社。
- 汉,罗伯特,2010,《疾病与治疗:人类学怎么看》,禾木译,上海:东方出版中心。
- 景军,2012,《穿越成年礼的中国医学人类学》,《广西民族大学学报(哲学社会科学版)》第2期。
- 考夫曼,莎伦,2020,《生死有时:美国医院如何形塑死亡》,初丽岩、王清伟译,上海:上海教育出版社。
- 赖立里,戴媛媛,2022,《多重身体:辅助生殖技术实践的人类学观察》,《妇女研究论丛》第6期。
- 李荣荣,2024,《从医学概念到“疾病”事实——儿童“注意缺陷多动障碍”的临诊民族志》,《社会》第1期。
- 梁其姿,2013,《近代中国医院的诞生》,祝平一编《健康与社会:华人卫生新史》,台北:联经出版事业股份有限公司。
- 刘思达,2023,《社会空间:从齐美尔到戈夫曼》,《社会学研究》第4期。
- 伦肖,米歇尔,2016,《二十世纪中国医院的演变》,吴章、玛丽·布朗·布洛克编《中国医疗卫生事业在二十世纪的变迁》,蒋育红译,北京:商务印书馆。
- 吕小康,王丛、汪新建、郭琴,2021,《多重不确定风险及其应对——儿童血液病房中的医患信任研究》,《社会学研究》第6期。
- 马得汶,2017,《西部民族地区患者择医的文化因素探析——基于青海省藏医院的医学人类学调查》,《西北师大学报(社会科学版)》第1期。
- 马林诺夫斯基,2016,《西太平洋上的航海者——美拉尼西亚新几内亚群岛土著人之事业及冒险活动的报告》,弓秀英译,北京:商务印书馆。
- 墨菲,罗伯特·F.,2022,《静默之身:残障人士的不平凡世界》,邢海燕译,上海:上海教育出版社。
- 潘天舒、唐沈琦,2023,《“孤独的太平间”:死亡医学化背景下的遗体意义》,《华东师范大学学报(哲学社

会科学版)》第4期。

乔金森,丹尼·L,2009,《参与观察法》,龙筱红、张小山译,重庆:重庆大学出版社。

申苏尔,斯蒂芬·L·琼·J申苏尔、玛格丽特·D·勒孔特,2012,《民族志方法要义:观察、访谈与调查问卷》,康敏、李荣荣译,重庆:重庆大学出版社。

斯塔尔,保罗,2023,《美国医疗的社会变迁》,史文轩、许朗宇、闵云佩译,上海:上海世纪出版集团、上海文艺出版社。

涂炯,2020,《癌症患者的疾痛故事:基于一所肿瘤医院的现象学研究》,北京:社会科学文献出版社。

王路、杨镒宇、李志斌、曾萍、王建新,2011,《医患关系的认知人类学解读——基于广州市儿童医院的调查事例》,《开放时代》第10期。

吴心越,2023,《关怀的限度:养老机构认知症照护的民族志研究》,《社会》第3期。

休谟,林恩·简·穆拉克编著,2010,《人类学家在田野——参与观察中的案例分析》,龙菲、徐大慰译,上海:译文出版社。

杨念群,2006,《再造“病人”——中西医冲突下的空间政治(1832—1985)》,北京:中国人民大学出版社。

姚泽麟,2017,《在利益与道德之间:当代中国城市医生职业自主性的社会学研究》,北京:中国社会科学出版社。

余成普、宗铮,2023,《过渡期的职业社会化:规培生职业互动中的边缘与冲突》,《社会学研究》第3期。

朱剑峰、董咚,2018,《记忆、识别与照料政治:老年失智症民族志田野研究的启示》,《西南民族大学学报(人文社会科学版)》第2期。

庄弘泰,2022,《基层医疗科室的权力场与变革因素——以一家区级医院E科为例》,陶庆主编《政治人类学评论》第1辑,北京:社会科学文献出版社。

Aggarwal, Neil Krishan, Daniel Chen, Roberto Lewis-Fernández & Peter Guarnaccia 2023, “Patient Identity Narratives through the Cultural Formulation Interview in a New York City Outpatient Clinic.” *Medical Anthropology Quarterly* 37(3).

Andersen, Helle Max 2004, “‘Villagers’: Differential Treatment in a Ghanaian Hospital.” *Social Science & Medicine* 59(10).

Arnold, Rachel, Edwin van Teijlingen, Kath Ryan & Immy Holloway 2018, “Parallel Words: An Ethnography of Care in an Afghan Maternity Hospital.” *Social Science & Medicine* 216.

Babb, Sarah, Lara Birk & Luka Carfagna 2017, “Standard Bearers: Qualitative Sociologists’ Experiences with IRB Regulation.” *The American Sociologist* 48(1).

Brown, Hannah 2012, “Hospital Domesticity: Care Work in a Kenyan Hospital.” *Space and Culture* 15(1).

Capurro, Gabriela 2021, “Witnessing the Ward: On the Emotional Labor of Doing Hospital Ethnography.” *International Journal of Qualitative Methods* 20.

Caudill, William 1958, *The Psychiatric Hospital as a Small Society*. Cambridge: Harvard University Press.

Caudill, William, Fredrick C. Redlich, Helen R. Gilmore & Eugene B. Brody 1952, “Social Structure and Interaction Processes on a Psychiatric Ward.” *American Journal of Orthopsychiatry* 22(2).

Coser, Rose Laub 1962, *Life in the Ward*. East Lansing: Michigan State University Press.

Fassin, Didier 2006, “The End of Ethnography as Collateral Damage of Ethical Regulation?” *American Ethnologist* 33(4).

- Featherstone, Katie & Andy Northcott 2021, *Wandering the Wards: An Ethnography of Hospital Care and Its Consequences for People Living with Dementia*. New York: Routledge.
- Featherstone, Katie, Andy Northcott & Jackie Bridges 2019, "Routines of Resistance: An Ethnography of the Care of People Living with Dementia in Cute Hospital Wards and Its Consequences." *International Journal of Nursing Studies* 96.
- Fox, Renée C. 1959, *Experiment Perilous: Physicians and Patients Facing the Unknown*. Glencoe: The Free Press.
- Freidson, Eliot 1970, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd Mead.
- Gibson, Diana 2004, "The Gaps in the Gaze in South African Hospitals." *Social Science & Medicine* 59(10).
- Greenhalgh, Susan 2001, *Under the Medical Gaze: Facts and Fictions of Chronic Pain*. Berkeley, Los Angeles & London: University of California Press.
- Halberg, Nina, Pia Sjøe Jensen & Trine Schifter Larsen 2021, "We Are Not Heroes—The Flipside of the Hero Narrative amidst the Covid19-Pandemic: A Danish Hospital Ethnography." *Journal of Advanced Nursing* 77(5).
- Henderson, Gail E. & Myron S. Cohen 1984, *The Chinese Hospital: A Socialist Work Unit*. New Haven & London: Yale University Press.
- Horsley, Philomena A. 2008, "Death Dwells in Spaces: Bodies in the Hospital Mortuary." *Anthropology & Medicine* 15(2).
- Lederman, Rena 2006, "The Perils of Working at Home: IRB 'Mission Creep' as Context and Content for an Ethnography of Disciplinary Knowledges." *American Ethnologist* 33(4).
- Lock, Margaret & Vinh-Kim Nguyen 2010, *An Anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Long, Debbi, Cynthia L. Hunter & Sjaal van der Geest 2008, "When the Field Is a Ward or a Clinic: Hospital Ethnography." *Anthropology and Medicine* 15(2).
- Menchik, Daniel A. 2021, *Managing Medical Authority: How Doctors Compete for Status and Create Knowledge*. Princeton: Princeton University Press.
- Mulemi, Benson A. 2010, *Coping with Cancer and Adversity: Hospital Ethnography in Kenya*. Leiden: African Studies Centre.
- Parsons, Talcott 1951, *The Social System*. Glencoe: The Free Press.
- Parsons, Talcott & Renée Fox 1952, "Illness, Therapy and the Modern Urban American Family." *Journal of Social Issues* 8(4).
- Pope, Catherine 2005, "Conducting Ethnography in Medical Settings." *Medical Education* 39(12).
- Prior, Lindsay 1988, "The Architecture of the Hospital: A Study of Spatial Organization and Medical Knowledge." *The British Journal of Sociology* 39(1).
- Rashid, Marghalara, Vera Caine & Helly Goetz 2015, "The Encounters and Challenges of Ethnography as a Methodology in Health Research." *International Journal of Qualitative Methods* 14(5).
- Schrag, Zachary M. 2010, *Ethical Imperialism: Institutional Review Boards and the Social Sciences, 1965 – 2009*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

- Smith-Oka, Vania 2021, *Becoming Gods: Medical Training in Mexican Hospitals*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- 2022, “Cutting Women: Unnecessary Cesareans as Iatrogenesis and Obstetric Violence.” *Social Science & Medicine* 296.
- Stark, Laura 2012, *Behind Closed Doors: IRBs and the Making of Ethical Research*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Street, Alice 2012, “Affective Infrastructure: Hospital Landscapes of Hope and Failure.” *Space and Culture* 15(1).
- Sullivan, Noelle 2012, “Enacting Spaces of Inequality: Placing Global/State Governance within a Tanzanian Hospital.” *Space and Culture* 15(1).
- van Amstel, Hans & Sjaak van der Geest 2004, “Doctors and Retribution: The Hospitalisation of Compensation Claims in the Highlands of Papua New Guinea.” *Social Science & Medicine* 59(10).
- van Belle, Elise, Jeltje Glesen, Tiffany Conroy, Marloes van Mierlo, Hester Vermeulen, Getty Huisman-de Waal & Maud Heinen 2020, “Exploring Person-centred Fundamental Nursing Care in Hospital Wards: A Multi-site Ethnography.” *Journal of Clinical Nursing* 29(11–12).
- van der Geest, Sjaak & Kaja Finkler 2004, “Hospital Ethnography: Introduction.” *Social Science & Medicine* 59(10).
- van der Geest, Sjaak & Samuel Sarkodie 1998, “The Fake Patient: A Research Experiment in a Ghanaian Hospital.” *Social Science & Medicine* 47(9).
- Varley, Emma 2016, “Abandonments, Solidarities and Logics of Care: Hospitals as Sites of Sectarian Conflict in Gilgit-Baltistan.” *Culture Medicine Psychiatry* 40(2).
- 2022, “Hospital Paperworlds: Medical (Mis) Reporting and Maternal Health in Northern Pakistan.” *Medical Anthropology Quarterly* 37(1).
- Wind, Gitte 2008, “Negotiated Interactive Observation: Doing Fieldwork in Hospital Settings.” *Anthropology & Medicine* 15(2).
- Wright, Susan 1994, *Anthropology of Organizations*. London and New York: Routledge.
- Zaman, Shahaduz 2003, “Broken Limbs, Broken Lives: Ethnography of a Hospital Ward in Bangladesh.” Ph. D. thesis of Amsterdam Institute of Social Science Research, University of Amsterdam.
- 2008, “Native Among the Natives: Physician Anthropologist Doing Hospital Ethnography at Home.” *Journal of Contemporary Ethnography* 37(2).
- Zussman, Robert 1993, “Life in Hospital: A Review.” *The Milbank Quarterly* 71(1).

作者单位:中山大学社会学与人类学学院、  
中山大学历史人类学研究中心  
责任编辑:徐宗阳