

信任的情境化建构

——以柳州市L医院肿瘤科为例

周永和¹, 李 鹏^{1*}, 韦春燕²

¹广西科技大学人文艺术与设计学院, 广西 柳州

²广西科技大学生物与化学工程学院, 广西 柳州

收稿日期: 2026年1月25日; 录用日期: 2026年2月19日; 发布日期: 2026年2月26日

摘 要

随着整体护理理念与多学科团队协作模式在肿瘤治疗领域日益受到重视, 医务社会工作者成为提供心理社会支持的重要专业力量。本研究基于自身实践与互动秩序理论的信任建构洞察, 探讨男性医务社会工作者进入妇科肿瘤病房这一特殊场域时, 如何通过情境化实践建立专业信任关系。研究发现, 信任的生成依赖于“制度身份”“共情节奏”与“知识展示”等多重边界的持续协商, 并深受疾病私密性、空间属性及社会期待的影响。本研究揭示了医务社工在敏感医疗场景中建立信任的动态性与关系性本质, 其价值在于为护理及其他医疗团队成员理解医务社工角色的建立机制提供实证参照, 有助于促进多学科协作中的角色互认与团队融合, 从而提升对妇科肿瘤患者的整体支持效能。

关键词

医务社会工作, 信任建构, 妇科肿瘤, 情境互动

The Contextual Construction of Trust

—Taking the Oncology Department of L Hospital in Liuzhou City as an Example

Yonghe Zhou¹, Peng Li^{1*}, Chunyan Wei²

¹College of Humanities, Arts and Design, Guangxi University of Science and Technology, Liuzhou Guangxi

²College of Biological and Chemical Engineering, Guangxi University of Science and Technology, Liuzhou Guangxi

Received: January 25, 2026; accepted: February 19, 2026; published: February 26, 2026

Abstract

With the increasing emphasis on the holistic care concept and the multi-disciplinary team collaboration

*通讯作者。

文章引用: 周永和, 李鹏, 韦春燕. 信任的情境化建构[J]. 交叉科学快报, 2026, 10(2): 334-342.

DOI: 10.12677/isl.2026.102042

model in the field of oncology treatment, medical social workers have become an important professional force in providing psychosocial support. This study, based on the author's own practice and the trust-building insights of the interaction order theory, explores how male medical social workers establish professional trust relationships in the special context of gynecological oncology wards through contextualized practices. The research findings reveal that the generation of trust depends on the continuous negotiation of multiple boundaries such as "institutional identity", "co-episode rhythm", and "knowledge display", and is profoundly influenced by the privacy of the disease, spatial attributes, and social expectations. This study uncovers the dynamic and relational nature of trust-building by medical social workers in sensitive medical settings. Its value lies in providing empirical references for nursing and other medical team members to understand the establishment mechanism of the medical social worker's role, which is conducive to promoting role recognition and team integration in multi-disciplinary collaboration, thereby enhancing the overall support effectiveness for gynecological oncology patients.

Keywords

Medical Social Work, Trust Construction, Gynecological Cancer, Situational Interaction

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

随着社会的发展,对于医疗关怀而言,整合的心理与社会维度的全人照护范式在肿瘤治疗领域明显成为一大趋势,而不仅仅局限于单纯的生物学模式。在此背景下,医务社会工作者逐渐成为多学科团队里的关键力量,心理支持和疏导、资源链接、协助医患沟通等都属于其工作内容,舒缓疾病带来的身心困扰和提升患者的生命尊严与生活质量是他们致力于追求的目标。然而,要想这些服务能落到实处,首先考虑的是双方能否建立起信任关系。特别是当我们处在妇科肿瘤病房这样的空间里时,专业关怀实践不仅与疾病挂钩,更与身心体验、个人隐私以及深植于文化中的观念紧紧相连。在如此情境里,专业信任不会无故产生,而是一个需要被认真关注的议题:当一位男性医务社工走进妇科女性肿瘤患者的病房,这种跨越差异的、旨在提供关怀支持的关系,如何能一步步构建起来?

为深入剖析此过程,本文以欧文·戈夫曼的互动秩序理论为基础,其强调,信任是在具体情境中通过人与人的“表演”与协商逐渐形成的。我们将男性医务社工视为“演员”,探讨其如何运用自身制度身份(道具)、把握共情节奏(表演风格)、适时展示专业知识(剧本),与患者(观众)在妇科肿瘤病房这个特殊的“舞台”共同塑造出一种牢固的信任关系。

因此,本研究旨在通过对柳州市L医院肿瘤科的实地观察,以及对五位妇科肿瘤患者的访谈,去呈现男性医务社工进入妇科肿瘤患者病房这一特殊互动情境中,专业信任建构的复杂肌理与实践智慧。希望能为本土医务社会工作理论与实践,打开一扇真实的窗。

2. 文献综述

2.1. 医疗场域中的信任研究

在医学社会学和卫生服务研究领域,如何能让医患之间、护患之间建立信任,一直以来都是个备受关注的话题。已有研究大多从结构性的权力关系、沟通中的理性行为,以及专业技术的展示等经典角

度讨论。就帕森斯的“病人角色”理论来说，其就隐含了一种基于医院制度性权威的信任模式[1]。后有研究者指出，医疗实践中客观存在的知识和权力不对称，信任的基础即来源于此，但这也是造成关系紧张根源[2]。而从沟通方面切入的研究则表示，要想建立认知与情感的信任，关键在于信息是否共享、决策是否透明、是否有情感的共鸣[3]。护理学研究则认为，赢得信任的核心要素在于自身的专业能力与关怀行为[4]。

但这些主流视角对于信任如何在具体互动里“慢慢长出来”的过程，挖掘得还不是很全面。例如，互动中涉及到的细微情感调整、非语言肢体动作，以及在特定情境下的灵活反应和协商，这些都在一点一滴的塑造信任。卢曼提出的系统信任理论，在涉及到那些高度个人化、身体化的医疗情境时，要充分解释面对面互动中的微观机制还颇有难度[5]。于本研究而言，像妇科肿瘤病房这样情感张力之大、身体又极度脆弱的空间，信任的建立更需要那些微观且情境化的互动实践。

2.2. 医务社工的专业关系与信任建立

对社会工作来说，建立信任几乎是所有服务的起点。教科书里一般会强调几个基本原则：真诚、同理心、不评判、保密，并且发展出了不少沟通技巧[6]。然而，目前关于医务社会工作者建立信任的研究，大多还是直接套用这些通用模型，这也在无形中假设了服务双方的身份相差无几、面对的情境也显得一般[7]。可一旦遇到身份比较特殊，或者医疗情境本身比较极端的情况，这些通用模型的解释似乎有些乏力。此外，现有文献对这种“特殊身份”和“极端情境”交叉的复杂局面，还缺少足够深入和具体的实证观察[8]。

2.3. 疾病、身体与隐私空间的独特性

对患者来说，这类疾病及其治疗，都会对他们的身体意象、自我认同和社会关系带来不同程度的冲击[9]。疾病使得极其私密的器官和功能受到医学的凝视，这极易会给患者造成关于身体完整、自我价值和社会角色的深层困扰[10]。所以说，妇科肿瘤病房就像是一个中枢场域：集高度敏感的身体隐私、具体的文化内涵、以及沉重的复杂情感于此[11]，在这个空间里，所谓的“社会污名”、对失去身体自主权的感受以及努力守护私密领域的需求，共同交织成一种独特且需要小心维护的互动秩序[12]。

2.4. 文献述评

综上所述，既有研究为理解医疗信任、社工关系与妇科肿瘤体验打开了前路，但聚焦的多是比较宏观或普遍的模式。当我们身处于“男性医务社工进入妇科肿瘤病房”的实际场景时，则会发现这种身份、情境与空间特殊性高度交织下的信任建立过程，还无法充分表达出其在日常互动中微观动态的协商本质。本研究立足于这一敏感临床空间，通过细致的田野观察，考察专业信任是如何通过情境化的互动实践被一步步构筑起来的，希望能为理解复杂医疗场域中的关系建立提供一些实证的细节。

3. L 医院肿瘤科与研究对象背景

3.1. L 医院肿瘤科

柳州市 L 医院肿瘤科总共分了三个病区。一病区在 2 号住院楼的二楼，二病区则与安宁疗护病区一起，都在 3 号住院楼的二层，中间有条走廊连着。三个病区开放编制床位共 135 张。社工主要工作在二病区，编制床位是 39 张，一共 10 间病房，有 4 间双人房，还有一间四人间和一间五人间。这里收治的主要是妇科肿瘤病人，比如宫颈癌、卵巢癌术后的患者。这对于观察一位男性医务社工如何在这里工作、如何与患者建立信任，提供了一个非常具体且有意义的场景。在这里，能感觉到一种独特的“秩序”，既

有医院的规范，也有女性群体之间、医患之间那种微妙的互动张力。

3.2. 研究对象背景

P01 阿姨，56 岁，退休教师。她本科毕业，目前住柳州市区，儿子也成年独立了。她被确诊宫颈癌已有两年，做了子宫全切手术。生病以后，她自己也常说，好像突然从“老师”这个角色里被抛了出来，住在病房里，需要重新适应“患者”这个新身份。虽然家里支持系统不错，但那种因身体变化带来的心理波动，还是很明显的。

P02 大姐，47 岁，来自农村，平时务农。她确诊宫颈癌已有 8 个月，做了锥切手术。因为不太认字，她更习惯听我们当面讲，或者直接比划给她看那些复杂的医疗说明和文件。她是家里的主要劳力之一，这一病，不光家里经济受影响，正上初中的女儿谁照顾也成了现实问题。所以她的很多就医决定，都得和家里商量着来。

P03 奶奶，68 岁，住在农村，不识字，老伴走了，也没有子女。她患有宫颈癌已经 6 年了，因为年纪和身体原因，现在主要是姑息治疗，减轻痛苦。没有直系亲属在身边长期照顾，能依靠的社会关系很少。医院对她来说，几乎成了生活的一个重要部分，甚至有一种长期的依赖感。

P04 奶奶，71 岁，是位退休职工，老伴也不在了，两个儿子都在外地工作。她是专科学历，住在城里。卵巢癌确诊三年，经历了大手术和好几次化疗。年纪大，自己独居(儿子们主要是电话关心)。退休职工的医保让她经济压力小一些，但治疗带来的身体难受和一个人时的孤单，常常交织在一起。

P05 姐姐，45 岁，在职工，家住城里，本科毕业，儿子还在上小学。她查出卵巢癌一年，做了一侧卵巢切除。这个年纪，正是上有老下有小、工作又忙的时候，疾病突然闯进来，把生活节奏和计划都打乱了。如何在患者、妈妈、员工这几个角色之间来回切换和平衡，成了她最深的体会，有时候感觉她比谁都累。

3.3. 研究者的位置性

“男性”身份是贯穿始终的核心变量，使得其天然成为妇科病房空间中的“异质性存在”。这种性别差异放大了初识时的距离感，患者(尤其年长者)的初始审视更为明显，也使得涉及身体、亲密关系等话题的切入必须极其谨慎，甚至常常被主动回避。然而，这一身份也可能带来某些“反向优势”，例如，在帮助 P02 大姐处理复杂的报销单据时，她可能将“男性”与“能办成事”的社会印象部分投射到社工身上，加速了工具性信任的建立。

“实习生”与“年轻学者”的双重身份构成了微妙的权力关系。一方面，“实习生”身份带有“学习者”和“非正式员工”的色彩，这在一定程度上降低了社工的“权威性”，但同时也可能削弱患者的防御心理，使互动显得更轻松、非官方。另一方面，“年轻学者”的研究目的使社工始终保持一份观察者的自觉，这种“局内 - 局外”的张力，能使其更敏锐地捕捉互动中的细微变化，但也可能导致为了“观察”而有意延续或试探某些对话，影响了互动的纯粹自然状态。

4. 信任建构的“进入”与“协商”过程

作为一名男性医务社工，走进妇科肿瘤病房，想要建立起真正的信任，从来不是一件简单的事。信任不是被给予的，而是在一次次的接触、试探、回避与接纳中慢慢“长”出来的。

4.1. 入场的制度庇护与初始信任

场景一(P01, 退休教师): 与 P01 初次见面，社工穿的是一件医院统一给医务社会工作者配备的浅蓝色工装，胸前挂着的医院工作牌，代表着自身身份。社工跟着肿瘤科的护士长走进病房，护士长很自然

地笑着对她说：“P01 老师，这是医院新来的社工小周，以后您要是有有什么治疗之外的事儿，或者有心里有什么困扰没地方倾诉时，都可以找他。他也是我们医疗团队的一份子。”P01 原本还用略显奇怪和谨慎的眼神打量着，一听到“医院的社工”和“医疗团队”这几个字后，慢慢放下了戒备。她微微点头回应：“哦，是医院的啊，请坐。”

场景二(P02, 务农大姐): 与 P02 第一次打照面时又是另一种情形。社工是跟着另一位护士在走廊遇到的大姐，她正拿着几张缴费单子站在原地发愁，眉头紧凑。护士与其寒暄了几句接着说：“大姐，这是医院里派来帮忙的社工小周，您那些单子上哪里弄不懂的，可以问他。”话音刚落，P02 迫不及待的把单据向社工递去，语气急切：“小周，你快帮我瞧瞧，这个还能再报销点儿吗？”

分析：首次接触，医务社会工作者的“个人前台”——浅蓝色工装和医院胸牌，犹如一张无声的“介绍信”，象征着一种制度性标识。这种标识并非中性，它悄然将社工纳入了医院的权力-知识体系，使患者在无意识中将其与医疗权威部分关联，为后续互动预设了一个“制度代理人”而非纯粹“私人闯入者”的初始脚本。它清晰的向患者表示，虽然它作为一个非临床治疗角色，但也和医生、护士一起，同属于医疗团队的一部分。这里的视觉信号作了间接铺垫，它把一个陌生的“医务社工”身份，迅速拉进了她们熟悉的医院环境里。更重要的是，护士的引荐构成了关键性的团队支持。在患者看来，医护人员是医疗团队的核心表演者，掌握着专业知识与救治权力。他们的引荐，就像一种有力的担保，把医务社会工作者这个“新人”划进了“自己人”的圈子。

然而，不同社会背景的患者对此“制度性认可”的解读和利用方式存在差异。对于 P01 这类教育程度较高、信息获取能力强的城市知识分子患者，“制度身份”更多意味着一种“程序正当性”和“专业对话资格”的授予，她据此初步判断社工是“可以理性沟通的医院人员”。而对于 P02 这类面临急切现实困境、更依赖权威指引的农村患者，“制度身份”则直接转化为“工具合理性”，护士一句“派来帮忙的”使其立刻将社工视为一个可解决眼前难题的权威渠道。这种差异预示着后续信任建构路径的分化。

4.2. 情感边界的感知与共情节奏的调试

场景一(P05, 在职中年母亲): 第一次和 P05 单独聊天，社工照例问了句“最近感觉怎么样”。她没有接话聊病情或身体，而是话锋一转，说起了儿子：“就是操心孩子，我这一住院，他爸爸又得上班又得顾他，学习怕是要跟不上了……”她细细碎碎地讲着儿子的日常，关于治疗的话，只是轻轻带过。而社工当时没有硬把话题拽回到疾病上，而是顺着她的话听，接着问：“是啊，当妈的都是这样，孩子多大了？”

场景二(P03, 独居老人): 在与 P03 早期的接触里，她特别喜欢聊病房里的琐事，比如今天的菜咸不咸，隔壁床的家属带了什么新鲜水果。社工只是听着，偶尔应和。而有一次，社工顺手帮她理了理床头柜上散乱的东西。过了好久，在一次寻常的闲聊末尾，她忽然轻轻叹了口气，像是自言自语：“老了，身边也没个常伴的人，住在这医院里，反倒觉得还热闹些。”

分析：患者初期的对话回避，何尝不是一种重要的自我保护。她们在小心翼翼地划定一个边界，把那些关于疾病的痛苦、身体的担忧、甚至对死亡的恐惧，这些最脆弱的部分，暂时藏在“后台”。戈夫曼说的“前台”表演，在此尤为贴切。病房这个“前台”区域，患者需要维持一个“承受疾病的勇敢者”或“关注日常的平常人”的角色形象；而涉及疾病恐惧、身体隐私的“后台”真实感受则被谨慎隐藏。这时，社工的倾听、对“题外话”的接纳，甚至适当的沉默，都不是被动或没有作为。而是一种主动的“配合”，是在向她们发出信号：我在这里，但我不急着闯进去，我尊重你开口的节奏。

这种“共情节奏”的调试，因患者的社会角色与情感表达习惯而异。P05 作为中年在职母亲，其“母亲角色”构成了她最熟悉也最安全的情感“前台”，社工对其母职焦虑的接纳，迅速建立了基于共同社

会角色理解的情感联结。而对于 P03 这样社会联结薄弱的独居老人，其情感“后台”的孤独感更深，共情的节奏需要更慢、更迂回，通过参与其日常琐碎的“前台”表演(聊饭菜、整理物品)，逐渐营造出一种类似“陪伴者”的轻松氛围，才可能让她在不经意间流露一丝后台的情感。社工其实就是跟着患者的“剧本”走，避免因为自己太着急或太直接，把这场刚刚开始“对话”给弄僵了，即防止“表演崩溃”，为之后更深的信任留出了空间。

4.3. 专业角色的展现与认知信任的锚定

场景一(P01, 退休教师): 经过多次接触后, P01 主动向社工问起: “小周, 你能给我讲讲咱们柳州对于癌症门诊特殊慢性病的报销政策吗? 文件里的有些地方我看不明白。我还听别人说有公益组织能给放疗期间的病人提供营养补助, 不知道这消息准不准确?” 社工随即细致认真的给她说明了政策查询和申请的步骤, 并协助其核实了营养补助项目的具体申请条件和途径。

场景二(P04, 独居退休职工): 在一次化疗后, P04 心情忧郁, 主动与社工谈及其烦恼: “女儿总劝我去她那边养病, 还有人照顾, 可我办了异地医保, 报销了不少费用。但在这边得靠自己一个人, 真纠结。” 社工了解后, 一边平复阿姨的心情, 一边与她共同分析了去女儿那边的利弊, 也归纳了当地可链接的社区服务、志愿者资源和一些与养老相关的政策信息。

分析: 当患者开始主动向社工询问政策、资源、家庭决策这些具体问题时, 意味着双方的关系进入了一个新阶段。这时, 患者对社工的期待, 已经从“表达性表演”, 即有耐心、能共情, 转向了“工具性表演”, 即社工解决问题的能力。戈夫曼提到互动依赖于共同认可的“情境定义”, P01 和 P04 的提问, 正是在重新定义其与社工当下的交流: 这是一次寻求专业帮助的咨询。社工能否给出准确、可靠、有用的信息, 成了信任可否扎下根的关键。当社工有条不紊的回应了这些问题时, 其在她们心里, 便从一个“可以聊聊的人”, 逐渐定位成了一个“能办实事的人”。这种能力的展现, 改变了她们看待社工的视角。对于 P01 老师这样信息意识强的患者, 社工的专业表现印证了她最初的理性评估; 对于 P04 阿姨这样被现实困境缠绕的患者, 社工给出的思路和选项, 让她在情绪低落之外看到了行动的可能。这种基于认知和能力的信任一旦建立, 关系就极可能变得更为结实和有用, 社工的专业角色也才算真正立住了。

4.4. 当触及核心隐私时的互动策略

场景一(P02, 务农大姐): 在一次聊到家庭状况和支持时, 社工小心地问了句: “在您生病后, 您的爱人对您的照顾和态度上有什么变化吗?” P02 大姐低下头不知所措, 手里无意识地搓着衣角, 犹豫了片刻后, 才断断续续小声说: “他……就那样呗, 一天到晚都在地里忙活的人, 不会讲啥。”随即将话题跳到了女儿的学习生活上。她看起来有些不适, 社工于是没有再追问。谈话结束后, 社工善意的提出建议: “大姐, 假如以后觉得家里沟通存在问题而需要找个专业的人来解决的, 医院里有家庭咨询室, 我可以帮您联系。”

场景二(P05, 中年母亲): P05 在恢复期曾不经意的提到因身体变化而产生的心理困扰, 然而, 当社工试图追问这有没有对她和爱人的关系造成影响时, 她流露出抗拒的神情, 语气也变得生硬起来: “这个……没必要讲这个吧, 都这岁数了。”社工也表示理解: “也是, 每个人都有自己的想法和顾虑。但假如您在康复期间遇到难以解决的问题, 医院里也有相关的团队, 包括专业的妇科康复医生和心理咨询师, 都会尽可能的帮您解决困扰。”

分析: 当谈及夫妻关系、身体隐私等核心话题时, 患者所展现的纠结、回避以及抗拒行为, 则是“情境不当”的暗示。在这偌大的“舞台”上, 每个角色都在被社会规范约束着, 而需要自身掌握“表演”范围。从上述场景可以看出, 假如再进一步探讨关于患者亲密关系的细节, 则极可能会被认为越界, 使得

对方陷入羞耻、尴尬的境地，引发对方的反感，而积累不易的信任也会在顷刻崩塌。值得注意的是，即便同样表现出回避，其背后的文化逻辑可能不同。P02 大姐的回避，更可能与农村环境中对家庭内部事务（尤其是夫妻关系的）“家丑不可外扬”观念，以及对男性外人谈论此事的强烈不适有关。而 P05 的拒绝，则可能更关联于城市职业女性对个人隐私的严格界定，以及在中产家庭语境中对维持某种体面与独立形象的需求。

社工提到“家庭咨询室”、“妇科康复医生”、“心理咨询师”，是一种“第三方转介”策略的运用，是社工在面临“角色距离”困境时的一种“印象管理”。它既避免了因强行深入而导致的自身角色“失当”（即从“支持者”滑向“窥探者”），又将可能的风险转移至更专业、情境更私密的设置中，从而维系了当前互动框架的稳定性与自身的可信赖形象。若强行深入则可能导致冷场或关系破裂，不如以一种温和、保持开放的方式，为患者未来可能的需求提出一个规范化、专业化的出口。这绝非是放任问题不管，而是在深知互动情景特殊性的前提下，为患者脆弱的“后台”领域作出的一种保护，为了稳固已经建立的信任，而做出的一种专业性“后退”，并试图为她铺开一条通往其他专业支持的“路”。

5. 信任作为一种情境化的“关系性实践”

5.1. 从“维度”到“情境”的信任建构复合框架

本研究发现，信任的塑造与流动并非全基于理性判断、认知和情感的共鸣，而是穿行在三重特别的情境滤网之间的动态实践。

首先是“疾病情境”，包含了妇科肿瘤的生理属性与社会文化内涵。谈及妇科肿瘤就意味着话题会与女性的身体隐私、对自我的认同，以及家庭扮演角色息息相关，这些话题本身就自带极高的私密性，就像是一个被严实包裹的“后台”。

患者最初聊天时的沉默与回避，把话题转到家里的日常食宿，现在想来，那正是在对其“疾病后台”的小心保护。

其次是“空间情境”，即病房的物理属性与社会空间。此空间以女性患者居多，同时承载着她们的日常治疗与生活，其本身早已产生出特定的规范与氛围。当男性工作者走进那一刻，无论基于何种身份，首先就被判定为一个“闯入者”。因此，护士老师的引荐、社工自身的浅蓝色工装，这些都在为一件事做铺垫：努力重塑此空间，将社工这个“外人”慢慢标记为“我们治疗团队里的一员”。

最后是“角色情境”，换句话说，是社会对“一个男性助人者能为女性患者提供何种帮助”那份摸不着的预期。这份预期可能装着对专业性的期待、对安全距离的要求等多重矛盾的浮想。所以，社工需要在互动中多去感受并调整自己，以回应这些或明或暗的期待。

戈夫曼的“情境定义”概念则能有效地统合这三重滤网。信任的成功建立，关键就在于双方就“我们现在在干什么”达成了一种临时的、心照不宣的共识。就如，双方都同意这次谈话是“关于治疗外困难的专业咨询”，而不是“对私人生活的窥探”。此共识，则是穿过那三重滤网后搭建起来的脆弱桥梁。

5.2. “工具性”与“表达性”的张力与统一

在妇科肿瘤场域里，社工同时扮演着两种角色。一是“工具性”角色，即能办实事和解决问题，如医保报销、资源链接；另外则是“表达性”角色，即提供情感支持，能共情和陪伴。而这两者之间存在着持续的张力。

戈夫曼提出的“表演框架”正可以解释这一动态过程。互动初始，患者就给社工的“剧本”划定了范围，后者则如同一个被局限在“善意的倾听者”的框架内，而社工的“表演”也理所当然地偏于表达性，以不主动追问病情细节等“防御性”动作来表示尊重，防止“表演崩溃”。但当患者抛出某个具体的难题

时,如 P01 关于异地医保的询问,P04 对于异地照料的纠结。这一刻,互动的“框架”则发生了转换,患者主动把“剧本”重新设为“解决问题的专业咨询”。患者的社会背景深刻影响了其触发“框架转换”的时机与方式。对于 P01 这类患者,“框架转换”往往由其主动对复杂信息的主动探究引发,标志着她对社工的考核从“态度”进入“专业能力”层面。而对于 P02 这类患者,“框架转换”几乎在建立初始“工具合理性”后就立即发生,其信任建构的路径更接近于“工具性解决先行,表达性共鸣可能随后”。

在此时,要想进一步深化信任关系,突破点就在于自身能否灵敏地切换“戏路”,需从以情感共鸣为主的“文戏”切换到以突出专业知识和行动力为核心的“武戏”。社工要学会驾驭这种张力,用那份关怀和尊重的表达性姿态作为互动沟通的底色和桥梁,而用知识和资源的工具性能力作为建立信任的基石。这揭示出信任建构中“情感信用”与“专业信用”的循环累积关系:共情调试积累了“情感信用”,使得患者愿意在工具性问题上“赊账”尝试;而成功的工具性解决则兑现并增殖了“专业信用”,反过来进一步巩固了情感联结,并为触及更敏感话题积累了新的“信用额度”。例如在了解 P04 的困境后,则会发现,单纯的安慰显得那么苍白,冷冰冰地分析利弊又是伤人的。社工需要做的是,把对她两难处境的理解和实际的资源梳理整合起来。这最终形成的,是一种“带着专业温度的支持”——它既不是让人依赖的情感捆绑,也不是机械的事务处理。

5.3. 田野洞察对理论与实践的启示

理论层面,本研究对进一步理解医疗场域的信任动态性、具身性与情境敏感性具有重要意义。那些无声的细节——谨慎的互动距离、得体的身体姿态、甚至病房床帘拉合的方式——这些“具身化”的实践,都在信任的协商中起到微妙的作用。未来的研究或许可以超越纯认知或态度层面,减少对纯粹访谈的依赖,更深的去挖掘这些互动秩序中微小的身体语言和物质环境如何共同塑造信任感。

实践层面,其核心启示,与其说是方法,不如说是素养:一种更为根本的“情境自觉”和“伦理谦逊”。对医务社会工作者来说,在特定医疗场景中,自身的社会身份或许附带有符号意义,此时,其专业能力,大概就体现为自身能否根据患者释放的细微信号,灵活调整自己共情的节奏和角色的姿态,在“工具性”与“表达性”的表演中寻求动态平衡。特别是,应意识到患者因城乡、教育、年龄等社会人口学特征差异而可能存在的不同信任建立逻辑:面对知识分子型患者,需准备更深入的专业信息以通过其“理性评估”;面对亟需解决实际困境的农村患者,则应更注重行动效率和可靠性;面对角色负担重的中青年患者,则需在情感认同与实际问题解决间找到平衡点。

对于并肩作战的护理团队而言,理解社工建立信任的这个艰难过程,本身就很有价值。护士老师们如果能看到社工是如何小心地“进入”、耐心地“试探”、并最终专业地“深化”一段关系,或许就能更深刻地认识到,社工的专业性体现在为“任何可能有益的干预”提前铺好了那条名为“信任”的路。对于团队来说,这里面的成员不再只是分工不同的陌生人,而是共同维护医疗场域那个“安全、支持、专业”整体氛围的关键伙伴。最终指向我们共同的目标:为患者提供真正整体性的、以“她”为中心的照护。

6. 结论与反思

本研究通过一名男性医务社工对 L 医院妇科肿瘤病房的实地观察,并与其中的五名患者互动沟通,展现了一幅男性医务社工专业信任建构的复杂图景。此过程绝非一蹴而就,而是一个在特定医疗与社会情境中动态铺开、迂回向前的实践。社工初始依靠医院赋予的入场券——“制度身份”,获得病房准入的正当性。然而打开对话缺口的是他对患者情绪的敏锐觉察,以及不越界的尊重和陪伴,并需通过“知识展示”来持续印证专业价值。研究发现,患者的城乡背景、教育程度、年龄与生命阶段等社会人口学特征,系统地调节着其对“制度身份”的解读、对共情方式的偏好以及对专业帮助的期待,从而形成差

异化的信任建立路径。这要求社工的实践必须具备高度的“情境特异性”。

整个过程中,疾病本身的私密性、病房半开放的空间、乃至社会对“男女之别”那些若隐若现的期待,都在无形中影响着双方的互动。信任不是在表格里打勾,而是在每一次查房、每一次谈话、甚至一个眼神的回应中,经过反复确认而被构建起来。由此,戈夫曼所说的“互动秩序”在病房里是如此生动具体——社工要根据患者的年龄、经历、此刻的情绪状态,不断调整自己的言谈举止,就像一个默契的舞伴,既要引领,更要跟随。

然而,作为一项基于小样本的质性探索,本研究基于单个医院、五位患者的观察,虽能深入呈现信任建构的复杂肌理,但其代表性和普遍性有一定局限。田野中亦存在“拒绝互动”的案例。例如,曾有一位52岁的患者,在护士简短介绍后,仅以“我不需要,谢谢”回应,并在后续查房中始终保持沉默或背身休息。这种“无声的拒绝”本身是信任建构光谱的重要一端,它可能源于更强烈的隐私观念、对男性的戒备、或当时极差的身心状态。由于无法建立对话,对其原因只能进行外部推测,但这恰恰印证了本研究核心论点中“情境化”与“关系性”的本质:信任建构的失败,同样是特定情境与关系互动共同作用的结果。它从反面证明了信任并非单向努力可成,而是高度依赖双方在具体情境中的共谋与协商。这提示我们在关注成功建立信任的同时,也应将“不信任”或“拒绝”作为一种重要的情境化结果来理解,未来的研究需设法纳入更多元(包括失败)的互动案例,以更全面地描绘信任建构的完整图景。

总之,本文通过聚焦于“信任建构”这一细微过程,或许能为理解医务社会工作者,尤其是男性医务社工,需要如何融入护理团队、如何真正走进患者的世界,提供一个有温度的视角。在强调多学科协作以提升整体护理水平的今天,也许我们更应关注此类细微、动态的关系建立过程。只有理解这些,所谓的“团队合作”才不会流于表面,换之而来的是真正形成支持患者的合力。

基金项目

健康中国视域下地方慢性病治理的行动者网络构建研究,编号:25KXB269。

参考文献

- [1] Parsons, T. (1951) *The Social System*. Routledge.
- [2] Good, B.J. (1993) *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511811029>
- [3] Epstein, R.M. and Street, R.L. (2007) *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering*. National Cancer Institute.
- [4] 周萍, 毛慧萍, 叶志弘. 护患信任关系评价工具的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2018, 53(3): 358-363.
- [5] Luhmann, N. (1979) *Trust and Power*. John Wiley & Sons.
- [6] Bisman, C.D. (1994) *Social Work Practice: Cases and Principles*. Brooks/Cole Publishing Company.
- [7] 顾骏辉, 刘继同, 袁敏. 医务社会工作信任关系建构的过程与策略研究——基于北京市某医院的质性研究[J]. 中国社会工作研究, 2020(1): 56-73.
- [8] 张睿, 黄耀明. 情境、身体与情感: 医务社会工作者专业信任建立的微观实践[J]. 社会工作与管理, 2022, 22(1): 32-41.
- [9] Carter, J., Chi, D.S., Brown, C.L., Abu-Rustum, N.R., Sonoda, Y., Aghajanian, C., *et al.* (2010) Cancer-Related Infertility in Survivorship. *International Journal of Gynecological Cancer*, **20**, 2-8. <https://doi.org/10.1111/igc.0b013e3181bf7d3f>
- [10] Matthews, H., Grunfeld, E.A. and Turner, A. (2017) The Impact of Gynaecological Cancer on Body Image and Sexuality: A Systematic Review. *Journal of Clinical Nursing*, **26**, 4004-4019.
- [11] Cheng, H., Sit, J.W., Cheng, K.K., *et al.* (2013) A Qualitative Study of the Experiences of Chinese Patients with Colorectal Cancer. *Cancer Nursing*, **36**, E25-E31.
- [12] 刘惠芳, 王秋琴, 林蓓蓓. 妇科肿瘤患者疾病体验质性研究的系统评价[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(3): 439-445.