



权力缝隙与共照再构:照护政治学视角下失智老人机构照护研究

曾繁萍, 林珊珊, 黄翠萍

福建医科大学健康学院, 福建 福州 350122

摘要: 该研究以福州市K机构养老院区为例, 借助照护政治学的分析框架指出, 照护不仅是一种服务的技术性操作, 更是涉及责任分担、权力协商与伦理回应的社会性实践。基于这一视角, 研究重新审视失智老人的机构照护过程, 发现医护人员、护理员、家属与社会工作者虽各自承担不同照护角色, 但权力分布的不均衡削弱了照护主体间的协同效能, 也限制了整体照护质量的提升。由此, 该研究强调社会工作者凭借其在沟通协调、情感支持与伦理倡导方面的独特优势, 展现出推动共照实践再构的重要潜能。研究指出, 未来亟须进一步明确社会工作的专业职能, 使其能够在养老机构中发挥跨专业整合与实践赋能的枢纽作用, 持续提升失智老人照护的专业化与人文化水平, 从而推动机构照护朝向更加协同、人本与可持续的方向发展。

关键词: 失智老人; 照护政治学; 社会工作; 共同照护

中图分类号: D669.6; F719

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2026)01-014-010

doi: 10.7655/NYDXBSSS250364

一、问题提出与文献综述

(一) 问题提出

在全球老龄化趋势持续加剧的背景下, 失智症已成为威胁老年人身心健康与生活质量的重要公共卫生问题。相关数据显示, 中国失智症患者人数已突破千万, 占全球总数近四分之一, 且规模仍在不断扩大。长期以来, 失智老人的照护责任主要由家庭承担, 但失智照护复杂程度远超一般养老服务, 受家庭结构小型化、代际支持功能弱化等因素影响, 传统以家庭为核心的照护模式已难以有效应对这类群体的照护需求。

为回应上述挑战, 近年来国家持续推动相关政策创新, 2022年国家卫生健康委员会印发的《关于进一步推进医养结合发展的指导意见》中, 谈及推进医疗资源与养老服务的深度融合, 明确提出需加强对失智老人的早期识别与综合干预, 并提高照护

服务的专业化水平。医养结合型养老机构正是在此形势中通过整合医疗、护理、康复与生活照料等多元资源, 逐渐成为失智老人照护的重要载体, 为他们提供更加全面与连续的服务模式。

与此同时, 社会工作的服务领域亦逐步延伸至养老机构。作为养老机构照护体系中的新兴专业力量, 社会工作在沟通协调、资源整合以及回应老年人多样化需求等方面日益展现出独特优势。尤其在医养结合机构中, 社会工作以非医疗的专业角色参与团队, 既能突破医学照护的局限, 又有助于在日常照护中融入人文照护关怀与伦理回应。然而, 尽管跨专业协作被普遍认为是提升失智老人机构照护质量的关键环节, 但现实中因权力分配不均所导致的协作机制缺失仍然是被忽视的重要问题。

基于此, 本文以福州市K机构养老院区为研究场域, 引入“照护政治学”视角, 聚焦失智老人机构照护实践中不同照护主体之间的权力关系与互动

基金项目: 福建省社会科学基金“主动健康视域下福建省老年癌症患者养老照护的人类学研究”(FJ2024C159); 福建医科大学本科教育教学研究项目“新质生产力视角下人文社科类专业专创融合教育研究”(J24036); 福建医科大学本科教育教学研究项目“社会工作专业‘课程思政’示范引领创新实践”(J25040)

收稿日期: 2025-09-11

作者简介: 曾繁萍(1989—), 女, 台湾台北人, 博士, 讲师, 研究方向为老年社会工作、社会工作人类学; 黄翠萍(1983—), 女, 江西吉安人, 博士, 副教授, 研究方向为健康社会工作与社会工作实务, 通信作者, hcp1008@fjmu.edu.cn。

机制,一方面梳理医生、护士、护理员、家属和社会工作者等照护角色的权责定位,揭示其中潜在的协作障碍与权力失衡问题;另一方面,以社会工作的专业功能为切入点,提出优化跨专业协作、提升机构照护效能的策略建议,以期构建更加协同、人本与可持续的失智老人机构照护体系提供理论支撑与实践路径。

(二)文献综述

1. 失智老人的症状与机构照护模式研究

失智症是一种以获得性认知功能损害为主要特征的综合征,其患病率随年龄增长而上升。数据显示,65岁以上人群的患病率为3%~8%,而在85岁以上人群中则超过30%^[1]。在人口老龄化加剧下,失智症照护需求愈加突出,已成为老年群体面临的重大健康与社会挑战。

失智老人在症状表现上通常呈现多维度的功能丧失,包括记忆力减退、定向力障碍与判断能力下降,并常伴随游走、喧哗或攻击性行为等认知与行为问题^[2-3]。同时,还可能出现焦虑、抑郁、妄想及人格变化等精神症状^[4],并合并语言障碍和运动功能退化^[5]。上述症状将随着失智老人的病情发展而持续恶化,除了降低失智老人的生活质量外,也连带加重家庭和机构的照护负担。

因此,传统以家庭为核心的照护模式已难以满足失智症所带来的高复杂度且高度依赖性的照护需求。作为重要的替代性照护场域,养老机构正日益承担起照护失智老人的关键职责。相较于一般老年照护,失智照护在专业性与综合性方面要求更高,机构不仅需要提供基本的生活支持,还需整合医疗、护理、康复、心理与社会支持等多重服务。因此,如何在机构中有效识别失智老人的多层次需求,并构建兼具综合性、连续性与个性化特征的照护体系,以切实保障失智老人的生活质量与尊严,已成为亟待解决的核心议题^[6]。

为此,学界提出多种优化养老机构照护模式的实践方向。其一是以人为本的照护模式,强调尊重失智老人的主体地位与需求,避免将其简化为被动照护对象^[7]。其二是整合式照护模式,主张建立涵盖个体、家庭、社区与机构的多层级协作体系,整合正式与非正式照护资源,推动照护服务体系纵向贯通与横向联动^[8-9]。其三是智慧康养照护模式,依托人工智能、物联网及大数据技术,对失智老人的健康状态进行动态监测与个性化管理,在延缓认知退化与提高服务效率方面表现出积极成效^[10]。

综上所述,当前研究指出失智老人的机构照护应着重于价值理念的更新、资源体系的统筹与科技工具的合理嵌入等方面的协同与并进,方能实现更高质量、个性化与人性的照护目标。

2. 社会工作介入失智老人机构照护服务的研究现状

近年来,社会工作介入失智老人机构照护服务成为学术研究与实务探索中的新兴议题,社会工作者在回应失智老人多样化需求、促进服务系统协同运作等方面,发挥着越发积极的作用。相关研究多从社会支持、增能理论与福利多元主义等理论视角对此进行探析,论述社会工作在机构照护中的多元介入路径。例如,王琦等^[11]以社会支持理论为基础,在A养老机构尝试构建社会支持网络,强化失智老人的社会连结,延缓其功能退化并提升生活质量。姚昱^[12]借助增能理论结合小组工作方法,将医疗资源嵌入社会工作服务体系,有效提升失智老人的生活能力与机构管理效率。杜今等^[13]基于福利多元主义提出跨领域协同照护网络,关注社会工作者在政府、医疗、公益组织与养老机构之间所扮演的资源协调者与服务整合中介角色。

实务层面研究指出,社会工作者在失智老人机构照护中承担着多元角色,如作为服务提供者,在机构照护中倡导整合性照护理念,并由此制定具有针对性的个性化服务方案^[14];作为资源链接者,汇整机构内外正式与非正式支持系统,缓解失智老人生活困境^[15];作为教育者,为一线照护人员与公众开展认知症照护知识培训,提升整体服务意识与照护能力^[16];作为政策倡导者,推动机构内照护制度建设与照护制度的优化发展^[17];作为协调者,调和老人、家属与机构间的关系,营造互信合作的服务氛围等^[4]。

尽管现有研究为社会工作在失智老人机构照护中的功能定位与服务路径提供了丰富启示,但对养老机构内部不同照护主体之间的权力结构、互动机制及其对社会工作实务运行的影响关注不足,而本研究的核心也将围绕于此展开。

二、理论框架与研究方法

(一)理论视角

1993年,美国学者Joan Tronto首次提出“照护政治学”(politics of care)概念,主张将照理解解为涵盖身体、个体与环境的关怀实践,其既是一种具体的操作行为,也是一种具有社会制度属性的公共行动。他强调照护不仅是私人领域的情感劳动,更是涉及权力运作、资源分配与责任归属的社会性实践^[18]。他将照护过程划分为五个阶段:第一阶段“关怀”(caring about),是意识到并识别照护需求;第二阶段“承担责任”(taking care of),即对已识别的需求承担起照护的责任;第三阶段“提供照护”(care-giving),是指实际开展的照护行为;第四阶段“接受反馈”(care-receiving),即通过被照护者的反馈来评估照护效

果;第五阶段“共同照护”(care-with),强调照护主体之间的协作、责任共担与伦理共识。这五个阶段分别对应责任、能力、回应性、监督与平等五项道德要素,展现照护过程的伦理性与动态性^[19]。

照护政治学对本研究的理论适用性在于该理论将照护从传统意义上的私人行为扩展为嵌入社会制度与政策机制的公共事务,强调照护不仅是情感与责任的体现,更是实现社会正义与履行公共责任的重要途径。这一视角既契合失智老人机构照护稳步推进制度化的现实趋势,也为社会工作者的专业介入提供理论依据与实践空间。作为非医学专业的照护主体,社会工作者可凭借其在关系建构、伦理判断与资源协调等方面的优势,促进医疗、护理与家属等多方力量的联动,推动跨专业照护协作的形成,从而提升失智老人机构服务的整体照护质量。此外,Tronto提出的照护阶段及相应的道德要素也为本研究分析机构照护提供了清晰框架,如“责任”与“能力”有助于厘清专业角色的职能定位,“回应性”与“监督”关注照护服务是否切实回应个性化需求并接受外部评估,“平等”则强调多元主体的合作与互动,以维护失智老人的尊严与主体性。

综上,照护政治学不仅为本研究深入观察K机构养老院区中失智老人的照护实践提供理论框架,也有助于揭示不同照护主体之间的权力配置与互动机制。

(二)研究方法

1. 研究场域

福州K机构成立于2019年,是一家以“医养结合”为特色的专业养老机构,其医院与养老院分设于不同院区。截至2025年5月,机构养老院区在院老人582人,服务范围囊括定期医疗护理、生活照料与康复支持等多个层面。

目前,机构并未对养老院区入住老人进行系统性的失智症全面筛查。然而,笔者在机构实务工作与日常探访中发现,院内多位老人呈现出不同程度的认知退化。为初步掌握机构养老院区失智老人的分布情况,笔者联合机构医师与社会工作者,综合运用护理人员访谈与现场观察等评估方式,对养老院区在院老人进行认知状态分类与初步统计。结果显示(此为基于实地筛查之估算值,非全部病例之临床诊断,故存在估算误差),20%的老人(116人)可归类为轻度失智,表现为短期记忆减退,但仍维持日常生活自理能力;13%为中度失智(76人),认知与语言功能明显受损,部分生活功能缺失,需依赖照护人员协助;另有8%为重度失智(47人),基本丧失语言、认知与行为控制能力,日常生活全面依赖外界照护,部分个案还伴有一定的冲动或攻击行为。整体而言,K机构内养老院区41%

的老人(239人)具有不同程度的失智症状。

据了解,该机构在医疗院区已为持正式诊断证明或由家属主动申报的失智老人设置“认知症照护专区”,主要由医护人员进行专门照护,提供集中的专业认知障碍照护服务。专区现安置62位失智老人(其中男性27人、女性35人),普遍存在记忆力减退、语言障碍与行为失调等症状,其中72%虽具备基本生活自理能力但常伴有异常行为,3%为部分自理,另有25%已完全失能,需要全天候照护。

观察发现,在养老院区内多数存在失智症状的老年人并未选择入住该专区,其原因有三:一是部分家属对专区设置的铁门等管理措施心存疑虑,担忧“封闭式管理”造成老人孤独与隔离感;二是部分家属虽接受诊断结果,却对是否需特殊照护持观望态度,倾向否认或回避失智状态;三是部分失智老人尚有基本认知与社交能力,更愿意居住于养老院区以保持日常互动。

鉴于入住认知症照护专区的老人多为阶段性安置或短期居住者,且该专区的照护工作以医疗与护理服务为主,故本研究将聚焦于养老院区内长期居住失智老人的日常照护实践,分析其实际照护服务的运行情况及所面临的挑战。

2. 研究方法与资料搜集

自2025年初起,第二作者以社会工作实习生的身份进入K机构养老院区,开展为期四个月的田野调查。在调查中主动与不同照护主体建立联系,以深入了解他们在照护时的互动关系与权责分工,并获取有关失智老人照护实践的一手资料。

在资料收集过程中,主要通过半结构式深度访谈获取受访者对照护实践的理解与经验,并在日常服务工作中同步进行参与式观察,记录养老院区的日常照护流程、团队会议及个案处理等过程,以弥补访谈可能带来的主观局限。同时收集和分析机构内部的管理文件、工作记录和会议纪要等书面资料,以补充和验证访谈与观察所获得的信息。

在研究样本的选择上,采用目的性抽样以涵盖不同照护主体和经验的受访者。最终共完成23位照护相关人员的深度访谈(受访者信息见表1~4)。其中,医护人员包括养老院区的医师与护士;护理人员为直接照护失智老人日常生活的一线人员;家属是根据老年人入住时间分为入住超过一年与入住不足半年的老年人家属,以了解不同入住阶段老年人家属在照护认知与经验上的差异;社会工作者则是K机构执业社会工作者。访谈主要围绕照护服务过程及其面临的挑战与应对策略展开,重点关注“谁负责”“谁有能力”“如何回应”等核心问题,以此梳理照护权责的分配方式、服务执行中的障碍及不同照护主体的协作过程。

表1 受访者信息(医护人员)

编码	年龄(岁)	性别	文化程度	工作时间	身份/工作职责
A-1	26	女	本科	2年半	医生,诊疗巡诊转诊2#2,2#4,3#5,3#6
A-2	24	男	大专	1年	医生,诊疗巡诊转诊2#3,2#5,2#7,2#8
A-3	25	女	大专	3年	护士,护理2#3,4#2
A-4	23	女	大专	1年	护士,护理3#6,3#7
A-5	24	女	大专	1年	护士,护理2#6,2#7

表2 受访者信息(护理员)

编码	年龄(岁)	性别	文化程度	工作时间	工作职责
B-1	60	女	小学	3年	负责2#707房间,照护6名老人
B-2	55	男	初中	5个月	负责4#217房间,照护一对夫妻
B-3	56	男	大专	2年半	2#5楼层层长,照护23名自理老人
B-4	39	女	小学	3年	负责2#703房间,照护6名老人
B-5	55	女	初中	1年	一对一照护
B-6	55	女	小学	2个月	照护7名老人
B-7	52	女	小学	1年半	照护3名老人

表3 受访者信息(家属)

编码	性别	年龄(岁)	家属关系	老人入住时间	文化程度	是否退休	退休/当前职业
C-1	女	61	父女	1年	本科	否	保险公司副总
C-2	女	65	母女	3年	本科	是	公务员
C-3	女	90	伴侣	2年	研究生	是	会计师
C-4	男	62	父子	5年	高中	是	机械厂工人
C-5	女	52	母女	5个月	初中	否	商人
C-6	男	65	母子	2个月	博士	否	医生

表4 受访者信息(社会工作者)

编码	性别	年龄(岁)	文化程度	工作时间	证书
D-1	男	25	本科	2年	社会工作者初级证书
D-2	男	23	本科	1年	社会工作者初级证书
D-3	女	24	大专	1年半	无
D-4	男	23	本科	4个月	无
D-5	男	35	大专	5年	社会工作者初级证书

在资料分析环节采用主题分析法,结合照护政治学的“关怀—责任—执行—反馈—共照”五阶段分析框架,进行资料整合、分析与诠释。在分析过程中尤其注重对受访者话语的语境深描与诠释性

理解,避免将受访者的叙述抽象化处理,同时辅以参与式观察资料进行交叉检验,在反复比对与修正的过程中,逐步形成较为稳定的分析结论,使之既能忠实呈现田野经验,又能有效回应研究问题。

三、机构照护实践中的权力结构与主体关系

(一)医护人员的制度定位与专业主导性

在K机构养老院区中,医生与护士构成失智老人照护中的关键职能角色。医生作为“医疗决策者”主要负责疾病诊断、制定治疗方案与开具药物处方,在照护中占据权威地位;护士作为“医嘱执行者”承担将医疗决策落实为具体操作的职责,包括实施基础护理和日常健康监测等,充当医疗判断与生活照料之间的中介环节。

我在这工作两年半了,主要工作是巡诊和转诊,负责疾病诊断、治疗开药。每天查房两次,发现老人有不舒服的地方我们就会查看治疗,如果突然有问题,护理员这边打电话给医生,我们就会过去查看。(A-1)

我负责两个楼层,每天要给老人测血糖、量血压,按照医生的疾病管理处方,给老人打胰岛素、打针、抽血、雾化等,我们主要负责护理疾病这块。(A-4)

从照护政治学视角来看,医生在照护过程中负责识别并回应失智老人照护需求的“关怀”与“承担责任”功能;护士则是负责落实医嘱,体现“提供照护”功能。这种分工强化了照护的专业化与流程化,有助于提升照护效率与风险管控水平,同时明确的责任划分在一定程度上也避免了职责模糊与冲突。然而,这种制度安排也凸显了医疗权力的集中与层级化运作,削弱了其他照护主体的能动性。例如,笔者在观察中发现护士虽有一线接触优势,却因职能受限无法及时应对突发情况,容易造成医疗反应的延迟。

医生的工作就是诊断疾病和开药下达医嘱,我们就根据医嘱来执行护理工作,如果有不清晰的地方就多问几遍医生。如果在执行过程中出现问题,就看是谁的错就谁承担责任。我们执行出问题就我们承担,医生诊断的问题就医生承担。我们都会做好自己的工作,承担自己的责任。(A-3)

除此之外,医生工作负荷大、巡诊频次有限也使失智老人部分急性或隐性的照护需求难以得到及时回应。

我们每天的工作任务是很繁重的,每天要进行所有楼层的巡诊,中间还要应对各种突发情况。晚上值夜班只有一个人,前两天,我在巡诊时接到了两个老人摔倒的电话要我过去查看,好在情况都不严重,但巡诊延后,我8点半去的时候好多房间的老人都关灯睡觉了。(A-2)

值得注意的是,K机构在医护人力资源配置的不足也在无形中进一步强化了医生权威性,使“医疗中心主义”成为机构照护的主导逻辑,导致机构内失智老人的复杂需求往往被简化为医疗问题。如在访谈中一位护理员提及,“失智老人出现异常行为时,我们和医生说,医生就会开镇静药和安眠药,这些对老人是有很大的身体伤害的。”(B-3)这一表述揭示出医护人员往往将维持失智老人生命体征的稳定视为首要目标,并依赖迅速且可控的医疗手段来应对其行为与健康问题。相较之下,老人的情绪、心理及社会性需求则难以纳入这一以医疗逻辑为中心的决策体系之中,不仅导致照护服务的过程医疗化,也压缩了机构照护中人文关怀的实践空间,并在一定程度上限制其他照护主体的能动性专业发挥。

(二) 护理员的实践处境与结构性困境

1. 角色定位与工作负荷

在K机构养老院区中,护理员是失智老人照护服务的前线力量,实行24小时轮班制度,承担生活起居照料、个人卫生管理、异常行为处置与安全防护等基础而关键的工作,是维系老人生理状态与生活秩序的核心角色。就像一位护理员所说,“照顾老人生活起居、洗漱、吃饭、打扫卫生、带老人散步这些是我们的基本工作,特别重要的是我们要保证老人的安全,不能让他们摔倒。”(B-2)

从照护政治学视角来看,护理员主要在“提供照护”环节中发挥作用,其照护工作不仅满足失智老人的基本生活需求,更是最先察觉他们身体与情绪变化的“第一观察者”。正如机构内一位社会工作者指出:“失智老人一般没法参加活动,他们更重要的是生理和安全需求,这块主要是护理员在做,护理员为他们提供照护。”(D-2)

调查发现,K机构对疑似失智但不愿入住失智专区的老人采取集中安置,并实行“六人一房、一名护理员”配置全天照护的管理模式。此举固然便于护理员统一管理,但由于失智老人普遍存在认知障碍与功能退化,其照护任务呈现出复杂化、个别化与应变性强的特征,对护理员的体力、心理承受力与专业能力均提出了高要求。

然而,在K机构专业协作中护理员的照护角色却总是被边缘化,鲜少有机会参与涉及失智老人照护计划沟通与决策的机构会议。尽管他们掌握大量关于老人生理、行为与情绪状态的一手信息,但这些信息只能通过“护理员—护士—医生”的逐级传递完成,而在此过程中信息不可避免地被延宕、削弱甚至丢失,导致“最接近老人”的照护经验难以转化为团队层面的专业判断与干预策略。如一位护理员提到:“我们和医生接触很少,我们发现老人问题后一般会先和护士反馈,护士再和医生说,但

有时候得不到回应。”(B-2)在这种制度安排下,护理员被定位为维持老人日常秩序与人身安全的执行者,虽在实际照护中拥有一定的隐性照护权力,却缺乏对照护资源配置与照护决策的正式参与权。这使得在“共同照护”的实践阶段,护理员基于长期陪伴形成的持续性观察与经验信息未能被充分整合与利用,进而无法对照护方向与策略产生实质性影响。

2. 对失智异常行为的应对策略

在K机构养老院区观察到存在失智症状的老人普遍表现出时间错置、抗拒照护、情绪波动与攻击行为等现象,其典型表现大致可分为四类。

第一类是认知混乱与时间错置。例如2号楼3楼的黄奶奶,虽身体健康且自理良好,但频繁重复过往生活片段,常说“要回家看妈妈”,表现出对现实时间与生活情境的脱节。这类行为反映出短期记忆的衰退以及现实感的模糊,是失智症早中期常见的症状。第二类是抗拒照护与进食困难。如2号楼5楼的陈奶奶,在进食时常将食物吐出甚至涂抹在头发上,表现出明显的情绪抵触和非合作行为。第三类是攻击性和喧哗扰动行为。2号楼7楼的鲁奶奶与方奶奶,常有无故尖叫、打人、咬人等行为。这类行为不仅会干扰其他入住老人的日常生活,也对护理员构成直接威胁,成为照护工作中的高压点。第四类是情绪波动与言语异常。部分老人经常在楼道中反复游走、自言自语,或突然高声哭泣或唱歌。护理员普遍反馈“他们情绪不稳定,时好时坏”,给护理员的照护工作带来极高的不确定性。

通过深入调查发现,在应对这些异常行为时,护理员主要发展出三类策略。

第一种策略是“物理约束”。在失智老人出现攻击性行为、抗拒护理、游走徘徊等异常行为时,护理员会用物理约束的方式限制其行动,例如用绳子将老人固定在轮椅或餐桌旁,或让老人戴上手套以防止抓扯。

今天下午3点多我去为老人举办楼层活动,带老人做手指操和教他们跳手势舞。我刚到大厅就看到有两个老人坐在轮椅上,轮椅用绳子固定在桌角,他们的身体也被绳子绑起来固定在轮椅上,其中一位淡淡地坐着,一位表现出抗拒和挣扎,叫喊着要挣脱,拿掉绳子。护理员不理他,告诉我这是为了老人的安全,如果把他解开,会到处乱跑,可能会摔倒。之后我来到房间里邀请老人出来参加活动,也看到了两个戴着手套的老人,手套戴着好像不是很舒服,他们都想拿开,一位在和护理员吵着要拿掉,一位自己在研究解开。(观察笔记)

第二种策略是“安抚引导”。部分护理员尝试通过情感陪伴与语言安抚等方式来替代身体上的

物理压制。如一位护理员所说：“你就抱抱她，拍拍老人的肩膀，陪在她身边，慢慢和她说。她不吃饭的时候，你就在她旁边慢慢地引导她，哄着她，等着她，和她一起慢慢吃，她吃了你就多夸夸她。”(B-2)另一位护理员将此总结为“一骗二哄三沟通”，即先顺从情绪，再逐步引导，此法虽然耗时耗力，但更符合人性化照护理念。

第三种策略为“医疗协助”。当老人的异常行为严重干扰他人或影响机构整体秩序时，护理员会向组长或医护人员报告，医生便会介入开具镇静药物，如一位护理员所言：“前几天这位奶奶晚上不睡觉，一直大吵大闹，搞得其他奶奶也没有睡好觉，我也是被她搞得一整晚都没法睡，很累。我就上报给组长，和组长沟通说明，组长就让医生来看，给奶奶开镇定药，情况才好一些。”(B-4)此外，部分护理员提到由于K机构缺乏统一的异常行为上报与处置机制，以至于他们多数时刻都是依靠过往经验作出照护判断。

从照护政治学视角看，护理员发展出的三种策略背后隐含着不同的权力逻辑与价值衡量。第一种物理约束作为安全管理的直接手段，反映出护理员在维持失智老人日常秩序与安全中的责任，但其结果是压缩老人的身体自主权，也迫使护理员在安全与尊重之间做出艰难抉择，并承担随之而来的道德与法律风险。第二种安抚引导更符合人性化照护理念，却因耗时耗力且难以量化，在机构考核与资源分配中护理员的情感劳动不如那些可量化、可标准化的医疗干预，被视为可牺牲的隐性成本。第三种医疗协助看似权责清晰，实则将决策权上移至医护人员，同时又将由药物干预带来的伦理后果与风险由护理员承担或由老人自身承受，造成责任与风险的错位。因此，上述研究揭示了护理员在照护实践中所面临的复杂权力运作与价值取舍，他们必须不断在“安全与尊重”“效率与人性化”之间寻求平衡，而这一过程本身也反映出机构照护中的结构性矛盾。

(三)家属的照护参与和情感联结

1. 家属的参与形态与介入程度

从照护政治学的分析维度来看，家属在失智老人机构照护中承担“关怀识别”和“承担责任”的功能。家属介入的频率与深度既会对入住机构老年人的情绪稳定与生活质量产生直接影响，同时也在无形中重塑机构内部的照护秩序与优先顺序。在访谈中一位家属曾动情地向笔者阐述道：“我每天来陪我老头，他现在也不会和我说话，不认识我了，但我就想陪着他，让他看见我还在。我来的时候会给他带他以前喜欢吃的东西，带点以前的物品给他。比如前两天我给他带蛋糕，他都吃下去了。”(C-3)这段叙述不仅展现出家属深厚的情感投入，

也反映了他们通过将私人记忆资源引入机构场域，为失智老人提供情感唤醒与记忆连接的可能。家属的这种“情感在场”在一定程度上弥补了机构照护中人文关怀的不足，并在照护权力结构中形成对机构主导逻辑的隐性制衡。

具体来说，家属的参与主要体现为以下四种形态：一是情感支持，家属通过陪伴与探望稳定老人的情绪，增强其安全感与归属感；二是生活支持，家属依据老人过往生活习惯与偏好，持续提供饮食与生活用品，协助机构营造更具家庭氛围的照护环境；三是照护监督，家属凭借日常观察与沟通反馈，间接参与机构护理与医疗服务质量的监督；四是医疗决策，家属在关键治疗环节与医生共同商议，以兼顾老人的主观意愿与客观需求，做出相对平衡的医疗决策。

为进一步分析K机构家属参与状况，笔者将探访频率大致分为高频(每日探访)、中频(每周探访)、低频(每月或更长时间探访)三类。不同的探访频率对应着不同的照护参与形态，例如高频探访的家属更能敏锐捕捉老人的身心变化，并在与机构沟通中具有更高的主动性，而低频探访往往导致老人出现情绪波动与情感疏离，增加焦虑、抵抗等非合作行为的风险。由此可见，家属参与程度的差异既造成老人之间在情感支持上的不均衡，也影响机构内部照护资源的分配，形成一种“差序化”的格局，即高频探访的老人更容易获得情感与制度上的优先照护，而低频或缺席的家属则使老人面临情感支持缺失，并将更多照护压力转移至机构。

从照护政治学角度看，照护正义要求在明确责任边界的同时，承认家属在情感照护中的不可替代价值，而非将照护责任完全移交给养老机构。虽然K机构在制度层面倡导家属参与，但内部仍缺乏明确规范化机制界定家属的角色定位与责任边界，导致家属在失智老人“共同照护”中的功能处于模糊与游移状态，进而使照护责任在家庭与机构之间不断转移，照护资源的分配也随之出现失衡。

2. 家属的协作缺位与照护失衡

在照护政治学中，“共同照护”除了意味着不同照护主体之间的分工协作，更强调在权责清晰、信息互通与伦理协商的框架下，建立稳定且可持续的合作模式，以实现照护正义。然而，观察发现在K机构养老院区中，家属由于缺乏稳定且规范化的沟通和参与渠道，其与机构内部其他照护主体之间的协作关系普遍呈现出松散化与偶发性特征。

其一，家属与医护人员之间的互动多呈现为“应急式回应”。医护团队通常只有在老人突发急症或身体状况明显恶化时，才会主动联系家属。正如一位家属所言：“我们很少和医生沟通，老人身体

没有情况我们就不会和医生沟通。我爸爸之前不吃东西,身体不好,医生那边就会联系我们,我们发现什么情况也会和医生沟通,那阵子和医生交流比较多,有情况就会沟通。现在我们每天来监督我爸爸吃饭,他就好了,就没有接触了。”(C-4)这种以临床症状为触发点的互动模式虽然具备一定的应急处理功能,但也在无形中削弱了家属在照护中的主体地位,使其长期陪伴所积累的观察经验与生活知识难以进入正式的医疗决策流程,导致使医护人员对老人的整体生活状态缺乏全面认知,医疗照护呈现出被动化与片段化的特征,难以满足失智老人持续性与整合性的照护需求。

其二,家属与护理员常因照护理念差异而产生互动矛盾。护理员通常通过微信群、电话或视频等方式与家属保持联系,定期反馈老人的饮食、作息与身体状况。“我们有个群,每天我都会把老人的饮食三餐、每天在做什么、身体有什么异常、活动等发到群里给他们家里人看,他们也经常来或通过视频看老人。”(B-5)这种做法在一定程度上提高了照护的透明度并增强了家属的参与感,但却未从根本上缓解双方在照护理念上的分歧。护理员主要是依据机构规范执行照护,而部分家属则更关注老人的尊严维护,从而使双方互动中矛盾频发。

其三,家属与社会工作者之间的关系相对疏离。虽然社会工作者在机构内与失智老人的接触频率仅次于护理员,但许多家属对其角色缺乏清晰认知,尤其是新入住或探访频率较低的家属,常将社会工作者误认为医护人员。一位受访家属曾直言:“什么是社工呢?我不知道社工是做什么的。你们是医生吗?是哪个科的呢?你们是做什么的呢?专业学的是什么呢?”(C-5)这一回应既反映出社会工作在机构照护体系中的可见度不足,也揭示其与家属之间缺乏有效沟通与信任的现实困境。

综上所述,照护并非单一主体能够独立完成的事务,家属在失智老人照护过程中的协作缺位,不仅暴露出照护责任边界的模糊与权力结构的失衡,也使失智老人被置于权力不对等与责任游移的处境中,进而降低机构照护的整体运作效能,也直接影响失智老人照护服务的连贯性与适切性。

(四)社会工作者的协调功能与伦理实践

1. 专业功能与实践定位

调查显示,社会工作者在K机构养老院区的失智老人照护中主要承担生活适应、服务协调、精神支持与伦理倡导等多重职能,是“共同照护”中不可或缺的一环。

在生活适应方面,社会工作者通过一对一交流、陪伴互动与机构环境引导,帮助失智老人缓解陌生感与焦虑,逐步融入机构的生活节奏。一位社

会工作者分享道:“失智老人很重要的就是陪伴,他们的记忆停留在以前,老是说一些我们听不懂的话,会一直重复说,我们就耐心地顺着他点头听他说,他就会好了。”(D-2)这一经验既体现出社会工作者在情绪安抚与关系建立中的专业性,也彰显其在“责任”“能力”“回应性”道德要素上的实践价值。

在服务协调方面,社会工作者在机构照护团队中负责跨部门沟通、信息整合与需求反馈。他们通过日常例会、服务记录与即时通报机制,将失智老人的需求及时传递至护理、医务或行政部门。一位社会工作者说明其日常操作:“我们主要是倾听老人的问题,看他们有什么困难,我们反馈给相关部门。比如老人刚住进来有很多睡不着失眠头痛的情况,我们就会发到群里给医生,吃不下的问题也会和护理员说要注意老人饮食护理。还有一个协调工作,我们直播有的家属就会留言说要看奶奶找奶奶,我们就会去拍奶奶让他们看,和奶奶说女儿找她。”(D-5)这种沟通与整合实践展现了社会工作者在“责任”“回应性”与“平等”道德要素上的重要作用,使照护更具连贯性与人性化。

在精神支持方面,社会工作者主要通过策划节庆活动、娱乐课程与志愿者项目,以丰富失智老人的情感体验与文化生活。正如社会工作者所言:“我们日常工作就是每天早上的大厅活动,给老人上课,教他们跳舞、唱歌、做手工、做操等日常娱乐活动。我们比较注重老人的精神文化需求,主要都是一些放松娱乐的活动,有时候也教他们做一些我们年轻人喜欢的游戏。”(D-3)这些非正式照护展现了社会工作者尊重老人情感需求,并促进老人主体性的发展与多元参与。

在伦理倡导方面,社会工作者重视在服务过程中贯彻尊重、自主与平等的原则,推动失智老人照护责任与资源的合理配置。“我们这些活动老人都是自愿参与的,他们不想我们也不会强迫的,我们是鼓励为主,带他们放松、动一动。”(D-2)这些话语反映出社会工作者在服务中恪守“尊重”与“自主”的伦理原则,避免机构照护中过度管理化、工具化,努力营造宽容、自由、尊严的服务环境。

然而,纵使社会工作者在机构照护中承担着上述重要功能,其专业性在实际运作中仍时常遭遇质疑。在笔者刚到机构时曾遇到一位护理人员对笔者询问道:“我和社工接触不多,你们专业学的是什么?你们是志愿者吗?”(A-5)这种疑问揭示出社会工作者在当前养老机构中的专业边界尚不清晰,其专业话语权与组织能见度受到一定压缩,使之难以在“共同照护”框架下充分发挥优势,其职能贡献受到低估。

2. 情感支持与伦理干预

照护政治学强调照护不仅是一系列具体服务行为,更是一种嵌入权力运作、资源分配与责任归属的社会性实践。在从“关怀”走向“共同照护”的不同阶段中,失智老人除了面临身体机能衰退与生活依赖的加深,还要承受认知退化带来的孤独感、焦虑与身份危机。因此,作为倡导“以人为本”的专业角色,社会工作者应在情绪疏导、伦理沟通与关系重建等方面积极介入,为失智老人营造一个安全、被尊重且具有情感温度的照护环境。而在实地观察中发现,当前社会工作者的工作重心仍主要集中在文娱活动的策划与执行上,缺乏系统化、持续性的情感关怀与伦理干预机制,致使失智老人缺乏情感体验与伦理诉求的表达空间。

以603房的王奶奶个案为例,展示社会工作者在机构照护伦理议题中所面临的权力边界模糊问题。王奶奶因吞咽困难长期鼻饲,但对插管极度不适,经常试图拔管,女儿主张终止治疗改为舒缓照护,而儿子与医生坚持继续维持生命治疗。

603王奶奶的女儿觉得奶奶长期卧床、生活质量极低,而且鼻饲带来不舒服,奶奶会痛,经常想用手拔掉鼻饲管,所以希望停止鼻饲。但医生考虑到维持生命的原则还是坚持建议给老人鼻饲,奶奶的儿子就听从医生的建议。奶奶的女儿就经常来找我们社工,让我们去和医生沟通,我们也有去和医生建议是否可以改成舒缓护理,我们是觉得还是生命质量比较重要的,王奶奶也九十多岁了,但医生还是比较考虑生命安全这块,没有听从我们的建议。(D-3)

从照护政治学的角度看,该案例并非孤立的伦理困境,而是权力关系在机构照护中结构化运作的具体体现。首先,失智老人往往因认知障碍与表达受限而被排除在自身照护决策之外,“由谁为其做决定”成为照护过程中的核心伦理争议。其次,医生凭借专业话语权掌握最终决策,而社会工作者虽然承担沟通与调解角色,却缺乏能够撬动资源与责任分配的制度支持,使情感支持与伦理关怀被压缩为附属环节,难以与医疗权威形成平等对话。

因此,失智老人作为高度依赖的脆弱群体,其情感需求与伦理诉求应当被纳入跨专业协作体系,而在当前K机构的照护实践中,社会工作者虽被期待成为情感与伦理的倡导者,但其作用因缺乏制度赋权与资源保障,仍多停留在象征性的表层。唯有赋予社会工作者更多制度化的权力,使其情感支持与伦理干预真正嵌入照护实践,失智老人才能在多元主体互动中重新获得“被看见”与“被尊重”的地位。

四、社会工作介入路径与策略建议

前文分析表明,K机构养老院区有关失智老人照护方面已初步形成涵盖医护人员、护理员、家属与社会工作者共同参与的照护体系,但在实际照护实践中仍存在因权力失衡所导致的跨主体协作障碍,包括医护人员因掌握核心专业资源而形成权力过度集中,压缩照护的连续性与人文关怀的实践空间;护理员虽与失智老人接触最为紧密,却长期处在权力的末端被排除在照护决策之外;家属因缺乏制度化的沟通与参与渠道而处于照护协作边缘;社会工作者虽承担服务协调、精神支持与伦理倡导等职能,但因当前专业边界模糊、机构制度支撑有限而难以充分发挥职责作用。在此情境下,照护政治学所关注的权力运作、资源分配与责任归属等问题被进一步放大,直接影响失智老人照护质量的提升。

从照护政治学的视角来看,权力并非静态的结构赋予,而是在日常照护互动中不断被协商、分配与再生产的社会性实践。社会工作专业在关系建构、跨界沟通与伦理倡导等方面具有优势,使之能够在不同照护主体之间发挥协调与整合功能。纵使现阶段社会工作者在K机构中的角色定位仍不够明晰,但在实际照护中许多老人与家属已将社会工作者看作是机构中的重要生活顾问与情感依托。相较于医护人员在医学领域的权威地位,社会工作者在处理涉及老年人的生活选择、情感互动与家庭沟通等非医疗事务时,更容易建立信任关系。

基于此,本研究主张将社会工作视为调和权力失衡、弥合机构照护协作裂隙、重构跨专业协作路径的核心纽带,以促进不同照护主体间的信息共享、责任共担与价值协商,提升照护回应性与伦理正义,推动“共同照护”的再构,从而改善K机构失智老人的整体照护质量。具体策略如下。

第一,推动跨专业合作模式建设。针对医护人员权力过度集中与医疗中心主义倾向,社会工作者可牵头建立常态化的信息共享与反馈机制。例如定期召开“失智个案多学科会诊”,制定“照护任务清单”与“协同计划表”,明确职责分工,推动决策从单一主导走向多元共治;依托微信群或办公自动化(OA)平台建立“照护通报小组”,促进医疗、护理、心理与生活服务的联动,并通过“照护观察表”和“服务反馈日志”等工具,提高照护过程透明度与伦理敏感度,强化团队协作效能与人文回应。

第二,提升护理员的专业认同与参与度。针对护理员长期处于权力末端、责任与风险错位的问题,可搭建沟通平台,推动医护—护理员—社会工作者的有效对话,使护理员的观察与意见能纳入失

智老人照护决策,并通过开展技能培训及设置“星级护理员”激励计划等措施,使其从被动执行者转变为积极参与者,促进照护的连续性与专业化。

第三,增强家属的照护参与和支持能力。针对家属协作缺位的问题,社会工作者可通过建立家属交流群、定期召开座谈会与个案协调会等方式,促进家属与其他照护主体的互动与协作,提升家属在照护中的参与度;同时结合知识讲座与情绪支持小组的实施,增强家属的照护信心与家庭支持系统的稳定性,逐步形成机构与家庭协同照护的良性循环。

第四,明确社会工作者职责边界与制度支持。针对社会工作者在机构中缺乏制度赋权的问题,可在院内开展跨专业培训,提升其他专业人员对社会工作价值的认知,并编制“社会工作服务手册”明确其在失智老人照护中的职责范围,从而要巩固社会工作者的专业地位,提升跨专业协作的稳定性。

第五,积极发挥社会工作者在情感支持与伦理干预中的作用。在情感支持方面,结合失智老人的认知状态设计活动,如音乐疗法、怀旧对话与回忆分享等;对重度失智者提供个性化安抚方案,并与护理员协作,将回应式情感技术融入日常照护。在伦理干预方面,社会工作者可倡议机构组建“照护伦理委员会”,联合医护、护理员、家属代表及管理,运用“四步伦理审议法”常态化讨论侵入性治疗、身体约束与知情同意等议题,推动照护实践从“维持生存”迈向“守护尊严”,逐步建构以人为本的伦理照护框架。

五、结论与启示

照护实践是一种多主体参与的复杂过程,不同专业群体因知识结构、角色定位与制度职责等差异而不可避免地存在权力差距。本研究以福州市K机构养老院区为例,借助照护政治学的分析框架,重新审视失智老人机构照护实践,关注其中不同照护主体之间的权力关系与互动机制。本研究的目的并非倡导彻底消除机构照护中的权力不对称,也非追求形式上的权力与资源分配均衡,而在于揭示K机构照护中权力结构的具体运作逻辑及其潜在影响。尤其当权力过度集中或沟通机制缺位时,照护的连续性与人关怀往往受到削弱。由此,进一步探讨了如何以社会工作为枢纽,重构跨专业协作路径,推动不同照护主体实现“共同照护”的再构。

在这一过程中,本研究认为社会工作具有在不对称权力结构中创造协作平衡与伦理对话空间的潜在能力。具体而言,社会工作者在机构照护中发挥着三重作用:其一,在组织层面,社会工作者能够带动跨专业协作与沟通机制的常态化建设,弥合因

权力不均导致的信息断裂与合作障碍,促进医护人员、护理员与家属之间的有效联动;其二,在服务层面,社会工作者通过推动照护关系的制度化和规范化,赋能护理员与家属,增强其在照护中的参与度和主体性,进而实现照护的共建共治;其三,在伦理层面,社会工作者可经由倡导并落实常态化的伦理审议机制,使失智老人照护不仅满足“程序正当”的要求,更能达到“伦理正当”的价值追求。一言而喻,社会工作者的介入不仅是机构照护服务供给的重要环节,更是推动失智老人照护实现“人本转向”的关键驱动力。

需要指出的是,本研究的结论存在一定局限性。一是本研究仅在单一养老机构中展开,研究样本有限且受特定地域与组织背景的影响,研究结论难以完全推广至其他类型或不同地区的养老机构,从而在外部效度上存在不足;二是所分析的失智老人照护主要局限于养老机构中的照护场域,未涵盖居家照护与社区照护等场景,使研究成果的适用范围有所局限。

尽管如此,本研究仍强调社会工作者在养老机构照护体系中的独特价值与发展潜力。在人口老龄化持续加深、政策环境日趋完善的背景下,社会工作者有望在机构照护中承担更加核心的角色。未来,社会工作应突破传统“辅助角色”的定位,在现有沟通协调、情感支持与伦理倡导的基础上,进一步强化跨专业整合与实践赋能的能力。唯有如此,方能实现社会工作专业价值的再确认,引领养老机构照护朝向更具协同性、人本与可持续发展的方向,并最终落实“以人为本”的服务理念与“照护正义”的价值目标。

参考文献

- [1] 孙舒悦,欧阳筱瑶,李文君,等.《迈向失智症包容社会》工具包解读及其对我国卫生健康事业发展的启示[J]. 医学与社会,2022,35(9):66-71
- [2] 林倩.失能失智老人机构养老需要研究[D].北京:中国社会科学院研究生院,2012
- [3] 张涛梅,文稀,樊洁,等.护理院认知症老年人的照护需求:一项田野研究[J].护理研究,2023,37(23):4301-4306
- [4] 丁志宏,王伟成.我国高龄失智老人的照顾支持结构及其影响因素研究[J].兰州学刊,2022(1):130-144
- [5] 安圻.基于失智老人行为特征的养老机构环境设计研究[D].大连:大连理工大学,2015
- [6] 刘焕明.失能失智老人长期照护的多元主体模式[J].社会科学家,2017(1):46-50
- [7] KITWOOD T. Dementia reconsidered: the person comes first[M]. Buckingham: Open University Press, 1997:

- 135-139
- [8] 刘海桃,顾东辉. 整合式照护:基于认知症照护者的经验研究[J]. 社会工作,2022(2):1-12
- [9] 翟文雅,鲁翔. 养老机构长期照护服务供给侧改革的研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2019,19(3):223-226
- [10] 欧文慧,代宝珍,刘欢,等. 失智老人机构照护服务优化研究——高端养老机构的案例与思考[J]. 中国农村卫生事业管理,2021,41(7):506-509
- [11] 王琦,娄缤元. 个案工作介入失智症老年人社会支持网络构建的研究——以A养老机构为例[J]. 北京城市学院学报,2024(6):88-93
- [12] 姚昱. 增能视角下老年人认知症预防的小组工作介入研究[D]. 杭州:杭州师范大学,2022
- [13] 杜今,张红宇,乔雨晨,等. 构建老年认知障碍福利多元照护体系的行动研究——以北京市X医院老年健康社会工作服务为例[J]. 中国全科医学,2024,27(13):1651-1660
- [14] 佃乾乾. 对认知症老人的社会工作介入策略[J]. 中国社会工作,2022(21):33-34
- [15] 孙晓宇. 养老机构失智老人的多元社会支持网络研究——基于社会工作介入的视角[J]. 山东工会论坛,2021,27(1):98-108
- [16] 何钰琪. 社会支持理论视角下社会工作介入认知症老人养老问题研究[J]. 行政科学论坛,2024,11(2):46-49
- [17] 宋振玲,彭蕾. 失智老人照护服务的社会工作介入研究[J]. 社会与公益,2020(2):90-92
- [18] HIRSCHMANN E J, DI STEFANO C. Revisioning the political[M]. Boulder, Colo.: Westview Press, 1996:139
- [19] TRONTO J. Moral boundaries: a political argument for an ethic of care [M]. New York: Routledge, 1993:105-108
- (本文编辑:姜 鑫)

Power gaps and the reconstruction of shared care: institutional care for older adults with dementia from the perspective of the politics of care

ZENG Fanping, LIN Shanshan, HUANG Cuiping

School of Health, Fujian Medical University, Fuzhou 350122, China

Abstract: Taking the K nursing home institution in Fuzhou City as a case, this study employs the analysis framework of the politics of care to argue that care is not merely a technical service practice, but a social practice involving the distribution of responsibilities, negotiation of power, and ethical responses. From this perspective, the research re-examines the institutional care process for older adults with dementia and finds that although healthcare professionals, care workers, family members, and social workers each undertake distinct caring roles, the uneven distribution of power undermines the collaborative effectiveness among care providers and constrains improvements in overall care quality. Accordingly, this study highlights the crucial potential of social workers to reconstruct shared care practice by utilizing their unique strengths in communication coordination, emotional support, and ethical advocacy. Looking forward, it is vital to further clarify the professional functions of social work, enabling social workers to play an integrative and empowering role in interdisciplinary collaboration within nursing homes. It is imperative to enhance the professionalism and humanistic quality of institutional dementia care, thereby guiding institutional care toward a more coordinated, people-oriented, and sustainable development trajectory.

Key words: older adults with dementia; politics of care; social work; shared care