

נושא: "כשאחות פוגשת את העוסקים ברפואה- בין פרופסיה למגדר"

מגישה:

דר' דורית וייל לוטן

מייל: dweil@hadassah.org.il

מנחה:

פרופ' ישראל כץ

מייל: israel.katz1@huji.ac.il

האוניברסיטה העברית החוג לפסיכולוגיה

"כשהאחות פוגשת את העוסקים ברפואה: בין פרופסיה למגדר"

תקציר

זירת בית החולים מהווה רקע למפגש העוסקים בסיעוד והעוסקים ברפואה כשחקנים הראשיים בה. שחקנים אלו הינם דמויות המפתח המטפלות במטופל, כאשר תפקידם ומאזני הכוחות ביניהם השתנו לאורך השנים. השינוי המרכזי חל במקצוע הסיעוד - שינוי מקצועי במהותו. מקצוע הרפואה עבר אף הוא שינויים כאשר שינוי בולט בו הינו מגדרי-כניסה של נשים רופאות. ההנחה היא כי לשינויים אלו ישנה השפעה על זהותה המקצועית של האחות ועל יחסיה עם העוסקים ברפואה. **מטרת המחקר** הינה לתאר מנקודת מבטן של האחיות, כיצד זהות מקצועית ומגדר מבנים את מערכת היחסים בינן לבין העוסקים ברפואה. לצורך כך בוצעו ראיונות עומק חצי מובנים ל-20 אחיות בעלות ותק של שנה לפחות מ-7 מחלקות פנימיות בבית חולים אחד גדול במרכז הארץ. הראיונות כללו תיאור מצבים קונפליקטואליים עם העוסקים ברפואה, תגובות לתרחישים מובנים בהם מתואר מצב קונפליקטואלי פעם עם דמות רופא ופעם עם רופאה. ניתוח הממצאים התייחס לאמירות גלויות, אמירות סמויות וכן לניתוח סיפורים קצרים

ממצאים: בבואן לתאר את תפקידן, האחיות מתייחסות לעוסקים ברפואה כמקור להשוואה, בתהליך הגדרת זהותן. מצד אחד האחיות מול ה"אחר" מציגות זהות מגובשת כפי שהוצג בחלוקה של "הם" ו"אנחנו". האחיות מאוחדות בשיח המציג אותן כעדיפות על הרופאים, בתחרות מולם על חשיבות המקצוע, בביקורתיות כלפיהם ובהאזרה עצמית תוך הקטנת תפקידם. כמו כן האחיות מאמצות בעיקר אסטרטגיות של כוחניות ומניפולציות כדרכי התמודדות במצבי קונפליקטים מול העוסקים ברפואה. לא אחת תואר המפגש כמו שדה קרב כאשר כל פרופסיה בצד אחר של המתרס. מצד שני, נוכחות הרופא, על מעמדו, תפקידו וסמכותו, מציגה לאחיות את האלטרנטיבה להגדרת זהותן. הן היו רוצות יותר אוטונומיה ופחות תלות באחר, שותפות אמיתית בקבלת החלטות הנוגעות למטופליהן ושיכירו בהן כשותפות שוות ערך. דמות הרופא/ה מעוררת השוואה כמושא לקנאה, כפי שתואר כמושג "קנאת הסטטוסקופ", קינאה בסטטוס ובסקופ של העשייה שלהם. כשרופאה נכנסת לתמונה התחרות מחריפה, הרופאה לא זוכה לכבוד והכרה ע"י האחיות ונשפטת במושגים סטראוטיפיים מגדריים. הרופאה תזכה להכרה רק כעבור זמן ולאחר שהוכיחה את עצמה. **לסיכום**, נמצא כי הסיעוד בבית החולים עסוק בהבניית זהותו המקצועית תוך מאבקי כוח עם הרפואה על השפעה, סמכות ויוקרה ציבורית, במסגרתו הוא גם מערער על ההיררכיה הקיימת וגם משמר אותה. **ניתן לטעון כי זהותה המקצועית של האחות משפיעה ומושפעת מהאינטראקציה בינה לבין העוסקים ברפואה ומגדרם.**

כשאחות פוגשת את העוסקים ברפואה : בין פרופסיה למגדר

הקדמה:

סביבת בית חולים הינה סביבה דינמית, בה השחקנים המרכזיים הם אנשי מקצוע הרפואה והסיעוד. מערכת יחסים בין הרפואה לסיעוד כוללת מאפיינים מקצועיים לצד מאפיינים מגדריים.

בסקירה היסטורית של מערכת היחסים בין המקצועות קיים קושי להפריד בין המשתנים המקצועיים למגדריים זאת כיוון שמקצוע הרפואה אויש על ידי גברים בעוד שמקצוע הסיעוד על ידי נשים. מקצוע הסיעוד בתחילת התהוותו התאפיין באופן בלעדי במושג-Caring, כלומר, היכולת להראות דאגה, מסירות, חום, לטפח, לנחם וליצור קשר רגשי, תכונות המקבילות לתפקיד הנשי-אימהי, כך ש"טבעי" שמקצוע הסיעוד אויש על ידי נשים בלבד (Davies, 2003). מאחר ומרבית הרופאים היו גברים ומרבית האחיות – נשים, מערכת היחסים בין רופאים לאחיות תוארה שנים רבות כיחסים מגדריים בין גבר לאישה, כאשר הרופא גבר "דומיננטי וסמכותי" או "בעל שולט" לעומת אחות אישה "כנועה וצייתנית" או "נשלטת", ומתקיימת ביניהם "אווירה של פלירטוט" – כאשר הזהות המגדרית הינה ברורה ומחייבת שיתוף פעולה של שני הצדדים (Gamarnikow, 1978; Dingwall & McIntosh, 1978). המושג משחק רופא-אחות, שהוזכר לראשונה ע"י דר' Stein בשנת 1967, מתייחס לאופן בו מתנהלת התקשורת בין המקצועות, כאשר חוקי המשחק ברורים ודרשו מהאחיות לכבד את הרופאים. האחיות לא יכולות לעשות דיאגנוזה או לתת המלצות לרופא בגלוי ועימותים או חוסר הסכמה גלויים מצד האחיות לא מקובלים בעליל (Keddy et al, 1986).

מערכת יחסים המבוססת על הירארכיה מקצועית ועל ההירארכיה מגדרית, כפי שמתקיימת בין הרופאים לאחיות, מהווה קרקע פורייה לקונפליקטים מקצועיים ואישיים שפוגעים באיכות ובטיחות הטיפול, בשביעות הרצון של המטופלים והמטופלים ובעלויות המוסדיות (Baggs et al, 1992; Cook, 1998; Kasper et al, 1994; Warner & Hutchinson, 1999). היות ורופאים ואחיות מייחסים חשיבות שונה למטרות מקצועיות שונות - טיפול רפואי לעומת דאגה לחולה - הם עלולים להיתקל באתגרים רבים כחלק משיתוף הפעולה ביניהם. נמצא כי מרבית הקונפליקטים בין האחיות לבין הרופאים מתרחשים בתחומי תכניות הטיפול הכלליות, הוראות ספציפיות וההיערכות לטיפול במטופלים (Kelly, 2006; Leever et al, 2010).

כיצד אחיות פותרות קונפליקטים עם רופאים? המענה לשאלה זו רחוק מלהיות חד משמעי. על פי המחקרים שאימצו את המודל של Thomas ו-Kilmann (1974) רוב האחיות הנתקלות בעימות נוקטות יותר בגישה של התעלמות במידה והן זוטרות ואילו האחיות היותר בכירות נוקטות בגישה הפשרה (Kunaviktul, 1994). לעומת זאת, Bowen ו- Prescott (1985) מדווחים שהאחיות דווקא נוקטות בגישה של שליטה לצורך פתרון הבעיות ומאמצות אסטרטגיות מעבר למודלים הקיימים כמו פניה לדרג בכיר יותר ועוד, גישה הסותרת את רוב הממצאים ולא קיבלה אשרור.

הסיבות שצוינו לנקיטת גישה ההתעלמות והפשרה כפתרון לניהול קונפליקטים על ידי האחיות מתייחסות לקונפליקט כיוצר רגשות שליליים, שואב אנרגיה, מוריד ריכוז וגורם לחוסר נוחות וכן לפחד מעימות - רגשות שהאחיות מנסות להימנע מהן (Tabak & Koparak, 2007; Churchman et al, 2010; Wilson, 2004). בנוסף היות ומקצוע הסיעוד הוא נשי בעיקרו, יתכן כי הבחירה בסגנונות של פשרה והימנעות מיוחסות למגדר ולאתוס הנשי המעודד טיפוח קשר (Valentine, 2001).

בשלושת העשורים האחרונים עוברות מערכות הבריאות בעולם המערבי שינויים כלכליים ומבניים מתמשכים ואיתם אנו עדים לשינוי בתפקידיהם של הרופאים והאחיות. אם בעבר רופאים היו בעלי הסמכות הבלעדית בכל הקשור לטיפול בחולה, הרי שכיום ניתן לראות, בשכיחות הולכת וגדלה, אחיות בתפקידים מקצועיים עצמאיים, במשימות ותפקידים אשר בעבר היו נחלתם הבלעדית של הרופאים. התפקידים החדשים מגדירים את הרופאים כמנהלי הטיפול ואת האחיות כמנהלות תהליכי הטיפול (LeTourneau, 2004; Brodsky & Van Dijk, 2008). שינוי משמעותי נוסף שעוברות מערכות הבריאות בעולם המערבי הינו השוני המגדרי במקצוע הרפואה. בשנים האחרונות מספר הנשים הרופאות גדל משמעותית בכל ארצות מערב אירופה, ארה"ב ואף בישראל. בשנת 1990 בארה"ב, מספר הנשים בוגרות רפואה עמד על 5.7%, ובשנת 2000 טיפס מספרן באופן דרמטי עד לשיעור של 42%. כיום המספרים עולים עד למצב שישנם יותר רופאות המסיימות בתי ספר לרפואה מרופאים (Wear & Keck-McNulty, 2004). מאמרים בודדים התייחסו לשוני מגדרי זה והשפעתו על מערכת היחסים בין מקצוע הסיעוד והרפואה (Rothstein et al, 2007; Wear et al, 2004; Zelek et al, 2003).

מטרת המחקר : לתאר מנקודת מבטן של האחיות, כיצד זהות מקצועית ומגדר מבנים את מערכת היחסים בין לבין העוסקים ברפואה

שיטה: מחקר איכותני שכלל ראיונות עומק ל-20 אחיות בעלות וותק של שנה אחת לפחות ב-7 מחלקות פנימיות בבית חולים במרכז הארץ. כל אחות התראיינה כשעה וחצי בממוצע

איסוף נתונים:

לאחר קבלת אישור של ועדת הלסינקי מוסדית, בוצעה פניה לאחיות הראשיות של המחלקות הפנימיות בבקשה להמליץ על 3-4 אחיות עם וותק של שנה לפחות ושיהיו מוכנות להשתתף בראיון אישי של שעה לפחות על חשבון זמן הפרטי. המחקר הוצג למראיינות כמחקר הקשור להתנסויות והחוויית שלהן בעבודתן היומיומית. הראיונות נמשכו כשנה בין 2014-2015 חודשי המחקר היו מאוקטובר עד מאי. הראיונות הוקלטו לאחר קבלת רשות מהמראיינות ושוקלטו על ידי גורם חיצוני. אורך ראיון ממוצע היה כשעה וחצי. בנוסף הוצגו לאחיות שני תרחישים הכוללים אירועים קונפליקטואליים פעם עם דמות רופא ופעם עם דמות רופאה- המטרה הייתה לראות האם יש שוני בתגובה לאירועים בגלל מגדר הרופא.

ניתוח הנתונים:

כל הראיונות הוקלטו ותמללו על ידי איש מקצוע המוסמך לכך. ניתוח ממצאי הראיונות בוצע בשלושה שלבים. 1. שלב ה"קידוד הפתוח"- בו הממצאים חולקו לקטגוריות. 2. שלב ה"ניתוח הממפה" שבו נעשה ניסיון למצוא קשרים בין הקטגוריות. 3. שלב ה"ממוקד" שבאמצעותו נעשה סידור של הקטגוריות לקו סיפורי על ידי התמקדות בקטגוריה מרכזית ובקטגוריות הנלוות אליה.

במהלך ביצוע הראיונות, המראיינות בחרו לספר סיפורים שחלקם היו בתגובה לשאלה וחלקם אף תוארו ספונטנית בכדי להדגים אמירה זו או אחרת. לאור העושר התיאורי שהתקבל מסיפורי האחיות בוצע בנוסף לניתוח הקטגוריאל, ניתוח נרטיבי של סיפורים קצרים. במחקר זה נותחו הסיפורים הקצרים בשיטת ניתוח שמטרתה לזהות את ה- End point, נקודת היעד הסיפורית וזאת באמצעות איתור מנגנוני ברירה. ספקטור- מרזל מציגה שישה מנגנוני ברירה המתארים את מה שאנשים "בוחרים" לספר, ומנגד, את מה שהם "בוחרים" שלא לספר. ההנחה היא שבחירה זו אינה מקרית אלא משרתת את ה- End point הסיפורי. ששת מנגנוני הברירה מכוונים את תהליך הניתוח והם כוללים: הכללה, חידוד, השמטה, השתקה, השטחה וייחוס משמעות הולמת –ביחס לend point.

ממצאים ודיון:

שאלת המחקר עסקה בסוגיה כיצד זהות פרופסיונלית ומגדר מבנים את מערכת היחסים בין האחיות לעוסקים ברפואה. אבקש לנהל את הדיון על שני הצירים המוצגים בשאלת המחקר, הציר הפרופסיונלי והציר המגדרי.

הציר הפרופסיונאלי

האחיות עסוקות בהבניית זהותן המקצועית לאור ובצל ה"אחר" – הרופא

על פי תיאורית הזהות החברתית, **תהליך עיצוב הזהות נעשה תוך מפגש עם האחר**. האחר הזה, המציב אלטרנטיבה להגדרת הזהות של הפרט, הוא בסיס לתהליך הדינאמי שבו הפרט מבנה את זהותו על מרכיביה השונים. **המפגש בין האחות לעוסקים ברפואה והדיאלוג הקיים ביניהם, אמתי או מדומיין, הוא למעשה מפגש עם האחר**. במחקר זה צפ ועולה שוב ושוב הביטוי לניסיוןן של האחיות להגדיר את זהותן. בבואן לתאר את תפקידן, האחיות מכניסות את הרופאים כמקור להשוואה ולא מצליחות לדבר על עצמן ועל תפקידן ללא אזכור דמות הרופא. מצד אחד האחיות מול ה"אחר" מציגות זהות מגובשת כפי שמוצג בחלוקה של "הם" ו"אנחנו" (תמונה מס' 1). האחיות מאוחדות בשיח המציג אותן כעדיפות על הרופאים, בתחרות מולם על חשיבות המקצוע, בביקורתיות כלפיהם ובהאדרה עצמית תוך הקטנת תפקידם של העוסקים ברפואה. מצד שני, נוכחות הרופא, על מעמדו, תפקידו וסמכותו, מציגה לאחיות את האלטרנטיבה להגדרת זהותן, שכן דמות הרופא הינה אלטרנטיבה אטרקטיבית, מוערכת עם סמכויות נרחבות המתוארת אף כדמות על אנושית. כלומר **באופן פרדוקסלי לרופא יש "תפקיד כפול"** (ללא ידיעתו), **כמגבש ומערער את זהותן המקצועית של האחיות**. לפי ממצאי המחקר, האחיות מצד אחד תופסות את הסיעוד כמקצוע בצל האחר, אך מצד שני הן מנסות לערער מתחת לפני הקרקע על מעמדן ככזה. כלומר, השיח פורש כערעור ושימור ההיררכיה המקצועית של האחות מול העוסקים ברפואה. הערעור מבטא את הרצון להתנתק מצל האחר ולעמוד כמקצוע נפרד המואר בזרקוריו הוא, עם מעמד ומקום ייחודי ושיווני ביכולת שלו להשפיע. השימור לעומתו, הוא תהליך המנציח את היותו של מקצוע הסיעוד כמקצוע בצל האחר. התנודה בין השמור לערעור, מצביעה על אי השקט של מקצוע הסיעוד לגבי זהותו המקצועית, או כמו שתוארו האחיות במחקר כ"אחיות חסרות מנוח".

בראיונות עולה שיח השוואתי בין הרפואה והסיעוד על חשיבות, יכולות, סטטוס ויוקרת המקצועות. האחיות טוענות שהסיעוד חשוב ומציל חיים לא פחות מהרפואה ולעיתים הן אף צריכות להגן על המטופל מפני הרופאים. הן מתקוממות על התפיסה הציבורית של הרופא כ"כל יכול", או כ"אלוהים" וטוענות שהמציאות רחוקה מלהיות כזו בעוד שאותו הציבור לא מספיק מודע לתפקיד המשמעותי של הסיעוד. השיח הביקורתי מתייחס בעיקר לרופאים הצעירים שנתפסים כלא מקצועיים, לא אכפתיים, ללא ידע מספק, חסרי אומץ בקבלת החלטות

ואף תלויים באחות. הרושם הוא שעדין ההתייחסות של האחיות לרופאים הבכירים (כמו הציבור) היא כ"כל יכולים" או "אלוהים".

כיוון שהרופא זוכה לכל מה שהאחיות מייחלות, בהבניה של האחיות, הרושם שהתקבל הוא שהאחיות מקנאות בעוסקים ברפואה. בחרתי לקרוא לתופעה זו **"קנאת הסטטוסקופ"**. הן היו רוצות לעצמן את הסטטוס, היוקרה ואת ה-scope הכולל סמכות ואוטונומיה, בעיקר בקבלת החלטות, בדיוק כמו שיש לרופאים.

הסיעוד במאבקי כוח עם הרפואה על השפעה, סמכות ויוקרה ציבורית, במסגרתו הוא גם מערער על ההיררכיה וגם משמר אותה

האווירה המתקבלת מהראיונות יוצרת תחושה כי קיימות שתי קבוצות המצויות במאבקי כח ומתחרות זו בזו. האווירה המתובלת במטאפורות הלקוחות משדה הקרב, מבליטה את השיח של האחיות כשיח של הפרדה מוחלטת בין שתי הקבוצות. שיח זה, נמצא כשיח תמוה בתקופה שמערכת הבריאות חרטה על דיגלה את המושג "שיתוף פעולה" בין מקצועות הבריאות בכלל ובין רופאים לאחיות בפרט. הספרות המקצועית בעשור האחרון, עוסקת רבות בחשיבות שיתוף הפעולה כמשפיע על מדדי איכות, שביעות רצון ואף השארות במקצוע, בעיקר בקרב אחיות (Zwarenstein et al, 2009; Martin et al, 2010; Gordon et al, 2011;). באופן מפתיע, במחקר הנוכחי, למעט אחות אחת, לא אוזכר המושג שיתוף פעולה כלל. בחרתי לציין זאת כתמה חסרה.

אין ספק כי ההיררכיה המקצועית הקיימת בין המקצועות לצד התמקצעות האחיות מהווה קרקע פורייה לקונפליקטים. סיפורי הקונפליקטים במחקר זה הם הרקע לניסיון השמעת הקול של האחיות. **בעוד שבחזית מתנהל ויכוח על טובתו של המטופל, מאחורי הקלעים מתרחש תהליך עוצמתי בהרבה הקשור למיצוב האחיות בקדמת הבמה. האחיות מנסות להשמיע את קולן ולטעון כי הן ראיות לא לתפקיד השחקן המשנה, טוב כשיהיה, אלא לתפקיד הראשי בהצגה.**

הדרכים להתמודדות עם הקונפליקטים חשובות מבחינה אישית-ארגונית אף יותר מהקונפליקט עצמו. בניגוד לממצאי מחקרים אחרים שהציגו את דרכי התמודדותן של האחיות בקונפליקטים על פי המודל של Thomas (Kilmann) TKI כמתפשרות או מתעלמות (Kunaviktul, 1994), כל האחיות במחקר הנוכחי, השתמשו בדרך כוחנית כתגובה לאחד התרחישים לפחות, והשתמשו בטקטיקות מעבר למודלים שהוצגו בספרות. השיטות הללו כוללות פנייה לדרג גבוה יותר, פנייה לרופא אחר, פניה להנהלת הסיעוד (אחות כללית למשל), סירוב לביצוע ההוראה, תיעוד בגיליון החולה את מהלך הדיון עם הרופא. ישנם מקרים בהן האחיות "מוציאות את הרופא מהמשוואה" בכך שעושות מה שרוצות ומיידעות אותו בדיעבד ו/או עוקפות סמכות בפניה לדרג רפואי בכיר

יותר. ממצאי מחקר זה, בהסתמך על המודל של תומס וקילמן, מציגים דרך התמודדות נוספת, שחזרה ביותר ממחצית מהראיונות ונקראה על ידי "מניפולציה" (תמונה מס' 2). בסגנון זה האחות עדין רואה את האינטרס שלשמו היא פועלת כמשהו כוחני אך היא מצליחה לגרום לרופא להסכים איתה בלי להבין שמדובר במניפולציה. אחת האחיות הגדירה התנהגות זאת כ"תמרון סיעודי" מושג הגורם למניפולציה להראות חביבה ולא כוחנית.

מעניין שלמרות שהאחות מתארות לאורך כל הראיון ובכל ראיונות את חשיבות מקצוע הסיעוד לצד "הקטנת" הרופאים עדין חשוב לאחות שהרופאים יוקירו ויעריכו אותן. ממצא זה בא לידי ביטוי באופן סמוי כאשר האחיות נשאלו לגבי סיטואציה מספקת, 15 מתוך 20 תיאורי סיטואציות מספקות היו קשורות לסיפוק בכך שהאחות זיהו משהו שהרופא לא זיהה ומה שהעלה את תחושת הסיפוק הייתה העובדה שהן זכו להערכה מהרופאים/ים שהיו מעורבים בסיטואציה(תמונה מס' 3). כמו בסיפורים שסופרו בהזמנה לספר על סיטואציה מספקת אנו עדים גם בסיפורי הקונפליקטים ובתרחישים המובנים לכך שהאחות מצפות להוקרה והכרה מהרופא בצדקתן או אבחנתן. יש כאן פרדוקס. מצד אחד האחות נאבקות בדימוי המקצועי באופן השוואתי ומצד שני בעצם זה שהיא זקוקה להוקרה מהרופא, היא מסכימה עם זה שהוא חשוב ובכך היא משמרת את ההיררכיה הקיימת.

מסתמן מניתוח הממצאים כי האחיות מודעות להיררכיה בין מקצועות הרפואה והסיעוד והן מצד אחד מערערות עליה ושואפות לשוויון ושותפות מלאים בקבלת החלטות טיפוליות ומצד שני משמרות אותה. הסיבות לערעור על ההיררכיה כוללת את תת התמות "הפערים בין המקצועות הצטמצמו", "מקצוע הסיעוד לא פחות חשוב ממקצוע הרפואה" וכן "מיתוס מקצוע הרפואה אינו כמו במציאות". הביטוי הוא במונחים של "הם" ו"אנחנו". שימור ההיררכיה כוללת את הרצון להוקרה מהרופאים ובהשתתפותן בקבלת חוקי "משחק אחות-רופא". הסיבות לכך יכולות להיות קשורות בעיקר לשימור מסורת רבת שנים, הרגלים ונוחות.

הציר המגדרי

המפגש של האחות עם הרופאה שונה מהמפגש שלה עם הרופא

כשרופאה נכנסת לתמונה השיח מתרחב ומתמקד בסטראוטיפים מגדריים בנוסף לשיח התחרותי, ההשוואתי והכוחני שתואר עד כה במפגש האחות עם העוסקים ברפואה. ניתן לטעון כי במחקר הנוכחי האחיות "עושות

מגדר (Doing gender) ובכך תורמות בשיח שלהן להפליה מגדרית. התמות של המפגש בין האחות לרופאה מתייחסות ל"רופאה כאישה", ל"רופאה כלא גברית" ול"רופאה כגברית מידי" או "לא מספיק נשית". האחות מעדיפה לעבוד מול גבר אף על פי שלא מודה בכך באופן גלוי אלא כשנשאלת על העדפה של אחיות אחרות. הסיבות שמונות האחיות להעדפה זו, הן בעלות אופי סטראוטיפי ושיפוטי. כשהן מדברות על גברים הן משתמשות בשיפוטיות חיוביים ועם התאמה לתכונות סטראוטיפיות גבריות כמו בטחון, אסרטיביות, סיבולת גבוהה. **כאשר הן מדברות על רופאות הן משתמשות בשיפוטיות שליליים ובמחסור של תכונות סטראוטיפיות גבריות אצלן.** כמו כן אנו עדים לממצא מעניין ביותר הכולל **התייחסות לתכונות גבריות כחיוביות וחיוניות למקצוע הרפואה או יותר מכך, העדר תכונות גבריות נמצא כחסרונן.**

בהתייחסות לתיאוריות של קולברג וגיליגן במפגש האחות עם הרופאה, נראה כי האחיות משתקות את גישתן של קולברג בכך שהן מיחסות **סולם מידה גברי למקצוע הרפואה** ובזאת הן מקטינות את הסיכויים לרופאות להיחשב מקצועיות.

מתוך 30 סיפורי קונפליקטים שבחרו האחיות לספר ישנם 11 סיפורים שהדמות של העוסקים ברפואה היא רופאה. בסיפורים בהן מופיעות הרופאות ישנו שיח אחיד השונה מהשיח אותו האחיות מציגות בקונפליקטים עם רופאים. **בעוד שהשיח לגבי קונפליקטים עם רופאים מתייחס לסיבה של העימות - בעיקר התייחסות מקצועית** כמו מתן תרופה בדרך לא מקובלת, שליחת חולה ללא ליווי וכו', **השיח המתואר בקונפליקטים עם הרופאות מתייחס להתנהגות הרופאה, או ביתר דיוק לשיפוטיות סטראוטיפית כלפי אישיותה.**

בהקשר לרצון האחיות להוקרה והערכה מהרופאים שהוזכר לעיל וכלל סיפורים על סיטואציות מספקות, נמצא כי כל הסיטואציות הללו כללו התייחסות לרופאים גברים. ממצא זה מעניין על דרך השלילה. כלומר, האם הרצון להוקרה והערכה של האחיות הוא מכלל העוסקים ברפואה או שמא מרופאים גברים בלבד? לפי ממצאי מחקר זה נראה כי **האחיות מתרגשות יותר או מחמאות יותר כשמדובר בהוקרה מרופא גבר.** גם לוותק של הרופא נמצאה השפעה על שביעות רצון האחות בהוקרה ובכבוד כך שניתן לטעון כי **האחיות מחמאות ומסופקות כשהן זוכות להערכה מרופא גבר ובכיר.**

נקודה נוספת לדיון הקשורה למפגש האחות עם הרופאה, הינה **"משחק רופא-אחות"** שתואר על ידי שטיין כאשר חלק מהאווירה, והפלירטוטים וכן המניפולציות של האחיות מחייבות מינים שונים ומשלימים. **יתכן מאוד כי המשחק לא יכול להיות משחק אם המגדר של הרופא משתנה.** יתכן כי האחיות ישתפו פחות פעולה עם חוקי המשחק כשמדובר ברופאה, מאחר וההסתכלות של האחות על המגדר כקודם לעיסוק הוא מאוד משמעותי בקבלת חוקי המשחק.

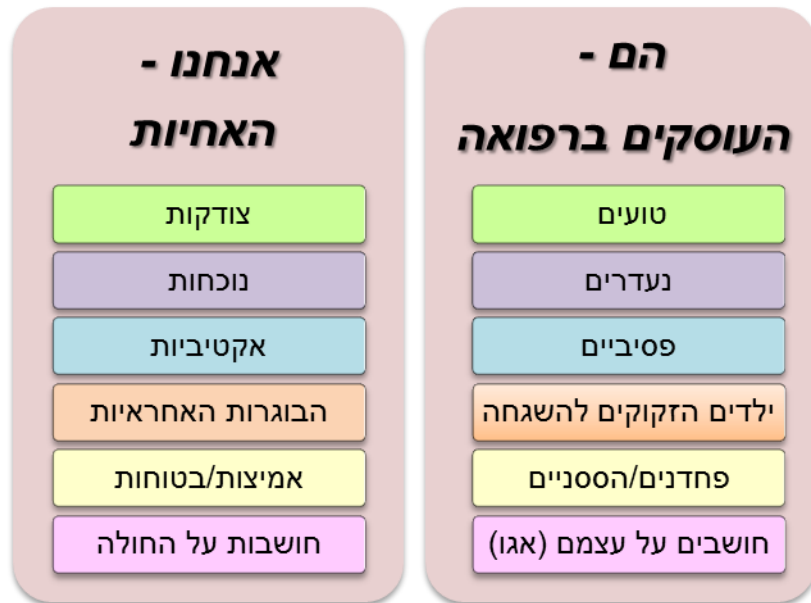
אם כך, בהמשך לטענה למאבקי כוח שתואר בציר הפרופסיונאלי, נראה כי מאבקים אלו מתעצמים כשאחות פוגשת רופאה. **בעוד שמול הרופא האחיות מציגות שיח של ערעור ושמור במקביל, הרי שמול הרופאה השיח הבולט הינו ערעור.**

המגדר של ה"אחר" משפיע על הבניית הזהות המקצועית של האחות

תרומה ייחודית של מחקר זה הינה בפרשנות השיח של האחיות על הרופאות כתורמות לערעור על זהותן המקצועית מעצם מגדרן. הספרות המקצועית הדנה במערכות היחסים בין אחיות לרופאים כללה התייחסות לנושאים כמו שיתוף פעולה, מאבקי כוח, קונפליקטים, מגדר ועוד, אך עד כה אף מחקר לא העלה את הטענה כי **עצם כניסתן של נשים לרפואה עשוי להיות קשור בערעור זהותן המקצועית של האחיות.**

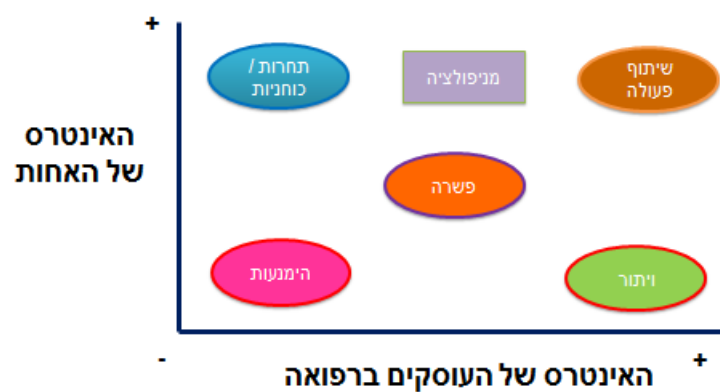
מחקר זה מראה את הצד השני של המהפכה הפמיניסטית. אם עד כה כניסתן של נשים לעולם הגברי נתפסה כמשהו חיובי ביותר מצד הנשים לפחות, כאן **אנו עדים לשינוי מגדרי המערער את זהותן של נשים אחרות הכפופות לאותן נשים שקיבלו שוויון הזדמנויות.**

לסיכום, **ניתן לטעון על פי ממצאי המחקר הנוכחי כי זהותה המקצועית של האחות משפיעה ומושפעת מהאינטראקציה בינה לבין העוסקים ברפואה ומגדרם.**

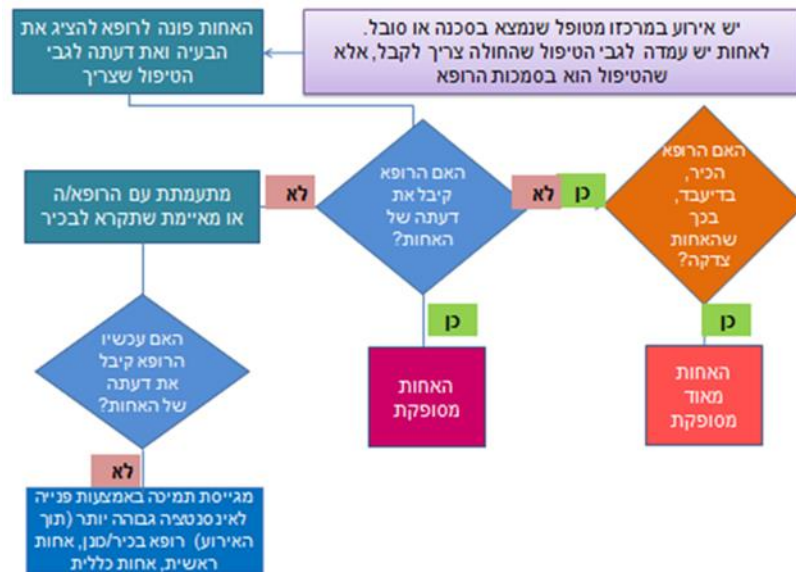


תמונה מס' 2: פתרון קונפליקטים

פתרון קונפליקטים



תמונה מס' 3: המוטיב המשותף בניתוח הקונפליקטים



רשימת מקורות:

- Baggs, J. G., Ryan, S. A., Phelps, C. E., Richeson, J. F., and Johnson, J. E. (1992). The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. *Heart Lung*, 21, 18-24.
- Bem, S.L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 2, 155-162.
- Björkström, M. E., Athlin, E. E., & Johansson, I. S. (2008). Nurses' development of professional self—from being a nursing student in a baccalaureate programme to an experienced nurse. *Journal of clinical nursing*, 17(10), 1380-1391.
- Brodsky, E., & Van Dijk, D. (2008). Advanced and specialist nursing practice: attitudes of nurses and physicians in Israel. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(2), 187-194.
- Churchman, J., & Doherty, C. (2010). Nurses' views on challenging doctors' practice in an acute hospital. *Nursing Standard*, 24, 42-47.
- Cook, T.H. (1998). The effectiveness of inpatient case management: fact or fiction? *Journal of Nursing Administration* 28, 36–46.
- Davies, K. (2003). The body and doing gender: the relations between doctors and nurses in hospital work. *Sociology of Health & Illness*, 25(7), 720-742.
- Dingwall, R., & McIntosh, J. (Eds). (1978) .Readings in the Sociology Of Nursing Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Gamamikow, E. (1978) .Sexual division of labor the case of nursing In *Feminism and Materialism*
- Gjerberg, E., & Kjolsrod, L. (2001). The doctor nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse? *Social Science and Medicine*, 52, 189-202.
- Gilligan, C. (1982). In a different voice. Harvard University Press.
- Gordon, M. B., Melvin, P., Graham, D., Fifer, E., Chiang, V. W., Sectish, T. C., & Landrigan, C. P. (2011). Unit-based care teams and the frequency and quality of physician-nurse communications. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 165(5), 424-428.
- Ibarra, H. (1999). Provisional Selves: Experimenting with Image and Identity in Professional Adaptation. *Administrative Science Quarterly* , 44: 764-791.
- .
- Keddy, B., Gillis, J.M., Jacobs, P., Burton, H., Rogers, M. (1986). The Doctor-nurse relationship: an historical perspective, *Journal of Advanced Nursing*, 11, 745-753.
- .
- Kelly, J. (2006) .An Overview of Conflict. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22-28.
- Kohlberg, L. (1966). A Cognitive-Developmental Analysis of Children's Sex-role Concepts and Attitudes.

- Kosper, K.G., & Horn, P.B., & Carpenter, A.D.(1994). Successful collaboration within an integrative practice model. *Clinical Nurse Specialist*, 8,330–333.
- Kunaviktikul, W. (1994). *Conflict management, job satisfaction, intent to stay, and specific demographic variables of professional nurses in Thailand* (Doctoral dissertation, University of Alabama at Birmingham, School of Nursing).
- Leever, A. M., Hulst, M.V. D., Berendsen, A. J., Boendemaker,P. M., Roodenburg, J. L. N., & Pols, J. (2010). Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses and physicians – A qualitative study, *Journal of Interprofessional Care*,24, 612–624.
- LeTourneau, B. (2004). Physicians and nurses: Friends or foes? *Journal of Healthcare Management*, 49, 12-15.
- Martin,J.S., Ummenhofer, W., Manser,T., & Spirig, R. (2010). Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Med Wkly*, 140,130-162.
- Rothstein, W. G., & Hannum, S. (2007). Profession and gender in relationships between advanced practice nurses and physicians, *Journal of Professional Nursing*, 23, 4, 235–240.
- Stein, L. (1967). The doctor- nurse game .*Archives of General Psychiatry*, 16, 699-703.
- Stein, L., Watts, D.T., & Howell T. (1990). The doctor- nurse game revisited. *New England Journal of Medicine*, 322 (8), 546-549.
- Turner, J. C., & Tajfel, H. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. *Psychology of intergroup relations*, 7-24.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The Social Identity Theory of Intergroup Behavior. In S. Worchel, (Ed.) *Psychology of Intergroup Relations*, 24-77. Chicago: Nelson Hal
- Tabak, N., & Koparak, O. (2007). Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction, *Journal of Nursing Management*, 15, 321–331.
- Thomas, K. W., & Kilmann, R. H. (1974). The Thomas-Kilmann conflict model instrument. Tuxedo, N. Y.: Xicom.
- Valentine, P.B. (2001). "A Gender Perspective on Conflict Management Strategies of Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 69-74.
- Warner, P.M., & Hutchinson, C. (1999). Heart failure management. *Journal of Nursing Administration*, 29, 28–37.
- Wear, D., & Keck-McNulty, C.(2004). Attitudes of Female Nurses and Female Residents Toward Each Other: A Qualitative Study in One U.S. Teaching Hospital, *Academic Medicine*, 7 9, 4, 291-301.
- Wilson, J. L. (2004). Conflict management does not have to create conflict. *Account Today*, 9, 1-3.

Zeleg, B., & Phillips, S. P. (2003). Gender and power: Nurses and doctors in Canada. *International Journal for Equity in Health*, 2:1, 1-5.

Zwarenstein, M., Goldman, J. & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev: CD000072.

נספח מס' 1 : נושאים לראיונות חצי-מובנים

- הקדמה : רקע על המחקר, דיסקרטיות, אתיקה.
- ספרי לי על הרקע לבחירת המקצוע
- איך את תופסת את תפקידך כאחות?
- האם זה דומה/ שונה ממה שלימדו אותך בבית הספר לסיעוד?
- תארי לי יום טיפوسي בעבודה.
- מהם הדברים שאת הכי אוהבת במקצוע ?
- מהם הדברים שאת הכי פחות אוהבת במקצוע ?
- בהתנסות המקצועית שלך עד כה, איזו סיטואציה הכי זכורה לך?
- בהתנסות המקצועית שלך עד כה, איזו סיטואציה הייתה הכי קשה לך?
- למה לדעתך הסיטואציה הזו הייתה כל כך קשה עבורך?
- בהתנסות המקצועית שלך עד כה, איזו סיטואציה הייתה הכי מספקת בשבילך?
- למה לדעתך הסיטואציה הזו הייתה כל כך מספקת בשבילך?
- איך את תופסת את תפקיד הרופא?
- האם זה דומה/שונה ממה שלימדו אותך בבית הספר לסיעוד?
- תתארי לי מקרה של עימות או מחלוקת שהיה לך במהלך העבודה?
- א. מה עשית?
- ב. מה הרגשת?
- תארי לי התמודדות עם קונפליקטים מחוץ לעבודה (בחיים האישיים).
- האם דומה/שונה?

תרחישים

תרחיש 1:

אדון ק.ר., בן 78, אלמן+2, מאושפז במחלקה מזה שבוע ימים עקב דלקת ריאות. עד האשפוז המטופל תפקד באופן עצמאי וחי בגפו. על סמך שיפור במצב הקליני ובבדיקות המעבדה, הוחלט לשחרר את מר ק.ר. ונכתב מכתב שחרור עבורו. את מגיעה למשמרת ערב ורואה את מכתב השחרור, אך מהתרשמותך, ק.ר. עדיין חלש, לא יציב בהליכה ואת לא שקטה לגבי שחרורו, בעיקר כי הוא חי בגפו. את פונה לד"ר אורלי כץ המתמחה ומשתפת אותה בחששותייך ומבקשת להשאירו באשפוז יום נוסף. דר אורלי כץ אומרת "החולה בסדר גמור, אני רגועה לגמרי, בבקשה תשחררי אותו". דברי הרופאה לא משכנעים אותך.

א. איך את מרגישה עם הסיטואציה הזו?

ב. מה היית עושה במצב הזה?

ג. האם נתקלת בעבודתך, במקרה דומה? ספרי לי עליו.

ד. מה עשית?

תרחיש 2:

מר א.ד. בן 78, א+2, הגיע עם דלקת ריאות, ברקע חולה סוכרת המטופל באשפוז באינסולין. דר' יובל שחר רשם הוראה ל-20 יחידות אינסולין, ואת רואה שהחולה מדוכדך וכמעט לא נגע במגש ארוחת הבוקר, מדדת סוכר ומצאת - גלוקוז 160 מ"ג, אחוז. את ניגשת לד"ר שחר יובל ואומרת לו שלדעתך מינון האינסולין גבוה מידי, נוכח העובדה שהמטופל לא אכל מהמגש ושהגלוקוז שלו בסה"כ בסדר. דר' יובל שחר עונה לך "זה המינון שנקבע לפי אתמול, אין צורך לשנות". דברי הרופא לא משכנעים אותך.

א. איך את מרגישה עם הסיטואציה הזו?

ב. מה היית עושה במצב הזה?

ג. האם נתקלת בעבודתך, במקרה דומה? ספרי לי עליו.

ד. מה עשית?

לגבי שתי הסיטואציות:

א. האם הסיטואציות לדעתך דומות? אם כן במה?

ב. האם הסיטואציות לדעתך שונות? אם כן במה?

המשך הריאיון:

- תארי לי בבקשה רופא "אידאלי"?
- תארי רופא "טיפוסי" במחלקתך?
- תארי לי בבקשה רופאה "אידאלית"?
- תארי רופאה "טיפוסית" במחלקתך ?

נחזור לשני התרחישים שהוצגו "האם לדעתך העובדה שמדובר ברופאה או רופא, השפיעו לדעתך על האופן בו הרגשת או בחרת להגיב?

- האם את מרגישה שוני בלעבוד מול רופא או רופאה? תני דוגמאות
- האם אחיות אחרות במחלקתך מרגישות שוני בלעבוד מול רופא או רופאה?

נספח 3: דוגמא לניתוח סיפורים לפי מנגנוני ברירה – end point

ספרי לי על סיטואציה מספקת במהלך הקריירה שלך:

סיפור 1:

¹"עבדתי בבית חולים X, והמחלקה עצמה בנויה כמסדרון ארוך, כמו פה.

היו לנו שני דלפקי אחיות, ואני כאילו הייתי בצד המרוחק יותר. וחילקתי תרופות וסיימתי את מה שהיה לי, ופתאום מיישה צועק מממש מהצד השני של הפרוזדור, לא חולה שלי²⁻⁵. שהחולה איבד הכרה. אז הרופא שטיפל בו, אמנון, [מצחקקת]⁶ ישר נכנס לחדר, כי הוא היה הכי קרוב⁷, הוא עמד ליד הדלת ואני הגעתי⁸. וראינו אותו, הכנתי לו קודם כל, ישר שהוא התחיל ישר לקחתי לו סימנים וכל מה שצריך לראות מי נגד מי ולמה, ואמנון הרופא שלנו התחיל לעשות טלפונים וסיטי ראש דחוף, וזה וזה וכל מיני דברים כאלה⁹. ואמרתי לו אמנון, שניה. אמר לי מה? אמרתי לו תן לי לבדוק סוכר, הוא סכרתי¹⁰.

הסתבר שהחולה עשה היפו, כזה שאי אפשר אפילו למדוד אותו. כמה שהמכשיר נותן הכי פחות¹¹. ונתנו לו, הכנתי לו פוש גלוקוז, והוא נתן לו ותוך כמה דקות החולה התעורר. ואז הוא בא אלי אמנון ואומר לי, הוא בא ואמר לי תודה. אומר לי¹² כי אם הוא היה מתעכב עם הגלוקוז, והיה הולך לסיטי ראש דחוף וזה, הוא פשוט היה הולך שם, ואף אחד לא היה יודע למה¹³. ואיזה כייף¹⁴.

ניתוח:

¹הכללה:בסיפור נכנס אירוע שהינו סיטואציה שבה קורה משהו לחולה, האחות מגיעה עם רופא ומצילה את החולה... הרופא בתמורה מעריך את התערבותה ואף מודה לה.

²חידוד: למרות שהייתה רחוקה ולמרות שזה לא החולה שלה היא שמעה והגיעה ראשונה, זהות: יש לי חושים חדים ותגובה מהירה. אני תמיד שם להציל את המצב.

³הכללה: סיימה לחלק את התרופות שהיה לה והלכה לטפל בחולה שלא שלה. זהות: אני אחות שמספיקה לא רק את העבודה שלי אלא גם עושה עבודה של אחרים (האחות האחרת, הרופא), אני מאוד יעילה ומקצועית

⁴השמטה: לא מוזכרות אחיות אחרות..

⁵השתקה: איפה האחות שטיפלה בחולה? לא מוזכרת כלל. הזהות: גם בהשוואה לאחיות אחרות, אני תמיד שם בזמן, מזהה ונותנת מענה. הזהות: אני האחות הכי טובה.

⁶חידוד: מצחקקת: בראיון אמנון תואר כרופא האידאלי המושלם, אפילו אלוהים "אמנון תעשה לי ילד" בזהות: אני אפילו יותר טובה מהרופא הכי טוב.

⁷הכללה: מסבירה שהרופא הגיע קודם כי היה יותר קרוב לחדר.

⁸השטחה: הרופא נכנס לחדר כי הוא היה הכי קרוב ואח"כ מתקנת עוד יותר משטיחה ואומרת שהוא עמד ליד הדלת עד שהגיעה. זהות: הרופא מחכה לי ואין לו מה לעשות בלעדי

⁹חידוד: הדגשה והאדרה ו"כל מה שצריך כדי לבדוק מי נגד מי ולמה". זהות: אני עושה דברים חשובים שנותנים מענה לשאלות החשובות. הרופא בזבז את הזמן על דברים לא חשובים (וזה, וזה, וזה), עבד כמו אוטומט ובכלל לא חשב. והיא, בניגוד אליו, חדה כתער זיהתה את הבעיה. הזהות:

אני מאבחנת טובה יותר מהרופא הכי טוב. אני עושה מה שצריך, אני חושבת והרופא לא (האדרה עצמית תוך הקטנת האחר).

¹⁰חידוד: בצורה היא נותנת נפח ומשהה את המשפט באופן יחסי לסיפור. חשוב לה להכניס את השיח עם הרופא באופן מלא.

¹¹חידוד: לא סתם סוכר נמוך, כל כך נמוך שאפילו המכשיר לא מצליח למדוד. להדגיש כמה מצב החולה היה קשה. זהות: אני מזהה בעיות מאוד משמעותיות.

¹²חידוד: ריבוי "אומר לי" ו"הוא בא" זהות: אני מוערכת ע"י הרופא הכי נחשב במחלקה והוא בא במיוחד לומר לי תודה וכמה תרומתי הייתה משמעותית.

¹³אני הצלתי את החולה.

¹⁴יחוס משמעות הולמת איזה כיף להיות מעורך או להציל חיים או להיות משמעותית.

ה-end point: דגש על חוללות מקצועית. ורצון להבלטת הזהות המקצועית. אני אחות שמאבחנת טוב, אפילו יותר טוב מהרופא הכי מוערך במחלקה, אבל מה שהכי חשוב לי שהרופא יודע את זה ואומר את זה.

סיפור 2:

¹היה לי אותר דבר² עם עוד חולה פה³, שלא הרגישה טוב ולא זה, ואז הלכתי לרופא, שמטפל בה ואמרתי לו תקשיב, משהו לא בסדר עם החולה. אני לא יודעת, או שזה... או, משהו לא בסדר... תראה אותה. הוא היה עם איזה סטודנטית...או WHATEVER כזה שהתעלם ממני⁴, והתחיל להסביר לה כל מיני דברים ואני אומרת לו, אבי תבוא! משהו לא בסדר, תבוא! והוא אומר תכף תיכף תיכף תיכף⁵, עד שהגעתי לדלפק, לאחראי שלי, ובדיוק הוא אומר לי, צריך להציג אותה לשיקום, אמרתי לו תקשיב, היא לא בסדר הוא לא בא ואני קוראת לו כמה פעמים. הוא בא אליו, דפק צעקות על הרופא ואומר, כשקוראים לך אתה תבוא, החולה הזאת ב.⁶

הסתבר ש... לא משנה שאי אפשר היה להציל אותה, כי היא עשתה CVA, עם נו, איך קוראים לזה, איך זה נקרא, ...[מנסה להיזכר] מהמוח, איך זה נקרא? אהההה, ..., הרניאציה דורית:הרניאציה?

תשובה: כן, ארניאציה⁷. עשו סיטי דחוף..ואחרי כמה ימים היא נפטרה אבל, את רואה את זה, את חסרת אונים כי את לא יכולה לעשות כלום בעצמך. כאילו את לא יכולה⁸ להזמין סיטי לבד או משהו.⁹ ואת יודעת שזה מה שקרה. ולכן....מעריכה את האחראי שלי שהוא...

קודם כל קרה לי משהו שבטח, שיש לך את התמיכה, שיש לך את הגב, זה וואלה, לא עשיתי את זה סתם. לא עשית מעצמך מפגרת, בואי נגיד את זה כך. כאילו. וואלה, היה משהו. ואת זיהית! זה נותן המון סיפוק¹⁰.

ניתוח:

¹הכללה:בסיפור הזה ישנה התעלמות מהאחות... יחס מזלזל...הרופא היה עסוק במשהו פחות חשוב (עם סטודנטית...יש רמיזה למשהו פלרטטני) למרות התוצאה המאכזבת של חוסר יכולת להציל את החולה מראש.. האחיות מדגישה כסיטואציה מספקת כי זיהתה משהו לפני הרופא, שהאח הראשי הגן עליה ושלא יצאה מפגרת.

²חידוד: דוגמא נוספת להדגשת הפואנטה

³ חידוד: פה= חוצה בתי חולים. לא רק בעבודה הקודמת שלי.

⁴חידוד: הרופא התעלם ממני, היה עסוק במשהו שולי בזמן שאני זיהיתי שמשהו לא כשורה עם המטופלת. זהות: אני אחות מפוקסת וממוקדת בעשייה שלי. אחות יוזמת(הלכתי, אמרתי, הגעתי).

⁵חידוד: חזרה על המילה תבוא 2x והמילה תכףx4.. אני מבינה שמשהו לא טוב קורה לחולה והרופא מתעכב ועסוק בהסברים לסטודנטית שלו.

⁶האח האחראי מגבה את האחיות

⁷גם שהאחות לא הצליחה הפעם להציל את החולה היא זו שזיהתה את המצב בזמן שהרופא התעסק בפלרטוטים..

⁸חידוד:את לא יכולה.. את לא יכולה..

⁹ ייחוס משמעות הולמת: חוסר אונים מקצועי.. האחיות תלויה ברופא! לא יכולה להזמין סיטי, היא חייבת אותו למרות שהיא זיהתה ראשונה שמשהו לא קשורה.

¹⁰ הכללה: אני אחות מצוינת, זיהיתי משהו לפני הרופא, אומנם הוא לא שיבח והודה לי אבל לא יצאתי מפגרת. התוצאה של מה קרה עם החולה בסוף אינה משנה.. זו עדין סיטואציה מספקת בעיני האחות.

השמטה: אין בסיפור התייחסות לאחיות אחרות במשמרת.. נראה כי לבד..

ה-end point: אני אחות שמאבחנת טוב, למרות שהרופא התעלם ממני -צדקתי, והכי חשוב לי שלא יצאתי מפגרת וצדקתי באבחנה. בנוסף-אני אחות התלויה ברופא למרות שהידע שלי יכולת הזיהוי שלי לא נופלים ממנו ואף עולים עליו. האדרה עצמית לצד קטנת הרופא.

סיפור לשאלה: כיצד את תופסת את תפקיד הרופא?

סיפור 3:

¹יש לנו רופאה...יש לנו חולה שהגיע ממיון, שלא הכרנו אותו קודם, והוא על הרגלים, ומבקש לקום לשירותים, ואחות מלווה אותו, האחות שקיבלה אותו, עם הצילומים, מלווה אותו לשירותים, אנחנו לא יודעים מה יש לו, כלום?² כן?

מכניסה אותו לשירותים, הבן אדם עושה סינקופה בשירותים, מאבד הכרה. טוב, מתחילים לרוץ, עגלת החייאה, עושים החייאה, הבן אדם חוזר, עוד פעם אהה, סבב, חזר. לפני טובוס, עם דופק ונשימה ³ אחר כך אנחנו יוצאים כולם⁴ מהחדר, אני והאחות השניה שקיבלה אותו, מסדרות אותו, אני מסתכלת עליו ו אומרת לה תקשיבי! שוב! ו..שוב. טוב שעגלות ההחייאה עוד פה. עוד פעם אנחנו התחלנו⁵ ישר את ההחייאה עד שנתנו צעקה לרופאה שהיא מאוד נחשבת, שתבוא. עשינו על החולה, החייאה ובסוף הוא נפטר. עשינו עליו, הבאנו מרדים, איזה רופא⁶ מפנימית אחרת, ועשינו החייאה והכל. ואת לא יכולה להפסיק את ההחייאה עד שהרופאה, המאוד נחשבת, תגיד די. ובאמצע⁷ ההחייאה היא פשוט יצאה מהחדר ואמרה אני צריכה להתקשר לבכיר שלי. וכל מיני What ever...לשאול מה לעשות. אנחנו עושים את ההחייאה על אקס⁸, כאלו תקבעי מוות, ולא היה לה את האומץ לקבוע מוות⁹.

¹הכללה: אירוע שבו חולה לא מוכר לצוות(רק הגיע למחלקה),מתמוטט. עושים החייאה פעמים והחולה נפטר. באירוע מדובר ברופאה. שלא מסוגלת לקבל החלטה.

²חידוד:לא יודעים מה יש לחולה.. לא הכרנו קודם כמו בוחן פתע..

³השתקה: בסבב הראשון של ההחייאה לא מצוינת הרופאה יתכן שבגלל שאז ההחייאה הצליחה?

⁴השמטה:לא ברור מי נכח בחדר חוץ ממנה והאחות שקיבלה את החולה...

⁵חידוד:אנחנו האחיות ישר התחלנו החייאה, היינו שם בשביל החולה כשנזקק לנו, לעומת זאת לרופאה היינו צריכות לצעוק! שימוש בציניות "רופאה נחשבת" יש פה ביקורת כלפיה.

⁶ חידוד: הבאנו מרדים ורופא מפנימית (גברים) לעזור לרופאה

⁷ חידוד: הרופאה נטשה את זירתה אירוע בכדי להתייעץ עם בכיר, בעוד שאנחנו האחיות נשארו שם והמשכנו לטפל באדם שכבר מת לגמרי.

⁸ חידוד: לאחיות אסור להפסיק את ההחייאה עד שהרופאה קובעת מוות. הן מנשימות אקס=מת לגמרי.

⁹ יחוס משמעות הולמת: הרופאה לא הצליחה לקבל החלטה לקבוע מוות

ה-end point: אנחנו האחיות יודעות לזהות מהר ובזמן מצב חירום, עושות הכל כדי להציל את החולה אבל אז מגיעה רופאה שלא יודעת אפילו להפסיק החייאה. אבל המשכנו את ההחייאה על גופה כי אנחנו תלויות בהוראה שלה להפסיק את ההחייאה.

משותף לסיפורים: בסיפורים הטענה לזהות המקצועית נטענת באופן סמוי וגלוי...הזהות המקצועית מצויה בצל מקצוע הרפואה ולכן האחיות מחפשות הוקרה, הערכה והאדרה מהרופאים. מעניין לראות שתחושת הסיפוק מתעצמת כשמדובר בהוקרה והערכה על ידי רופא זכר, מוערך ורצוי בכיר.