

بخش سوم: تأثیر عوامل انسانی و کار تیمی در بروز خطا

دکتر طاهره نجفی قزلجه: دانشیار، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران

زهره صمدی: کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه دانشگاه علوم پزشکی ایران

راضیه کریم‌پور: کارشناسی ارشد پرستاری اورژانس دانشگاه علوم پزشکی ایران

تماس با ما:

Najafi.t@iums.ac.ir

http://t.me/TNajafiGh

09359838447

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مرکز آموزش های الکترونیکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

فهرست مطالب

فصل اول: تأثیر عوامل انسانی ۳

عوامل سازمانی و مدیریتی ۴

۱) فرهنگ ایمنی ۴
۲) رهبری مدیران (مدیران ارشد و میانی) ۴
۳) ارتباطات ۵
گروه کاری/تیم ۶

۴) کار تیمی و ایمنی بیمار ۶
۵) رهبری تیم (سوپروایزران) ۶
فرد ۷

۶) آگاهی موقعیتی ۷
۷) تصمیم‌گیری ۷
۸) استرس ۸
۹) خستگی ۹
محیط کار ۹

۱۰) محیط کار (خطرات محل کار) ۱۰
خلاصه ۱۰

منابع ۱۱

فصل دوم: کار تیمی ۱۲

اهمیت کار تیمی در ایمنی بیمار ۱۲
تعریف تیم ۱۳
ویژگی تیم‌های مراقبتی ۱۳
ویژگی اعضاء تیم ۱۴
نقش رهبری در کارتیمی ۱۴
مزایای تشکیل تیم ۱۵
ویژگی‌های تیم‌های موفق ۱۵
خلاصه ۱۶

منابع ۱۶

اهداف یادگیری

در پایان آموزش از شما انتظار می‌رود بتوانید:

۱. مفهوم عوامل انسانی را توضیح دهند.
۲. عوامل انسانی مهم برای ایمنی بیماران را نام ببرند.
۳. تیم را تعریف نمایند.
۴. خصوصیات مشترک تیم‌ها را بیان نمایند.
۵. نقش رهبری در تیم را توضیح دهند.

فصل اول: تأثیر عوامل انسانی

مقدمه

بیش از یک دهه پیش، موسسه پزشکی آمریکا (IOM) گزارشی منتشر کرد مبنی بر اینکه انسان جایزالخطاست و باید اقدامات لازم جهت ایجاد یک سیستم سلامت ایمن‌تر صورت گیرد. در تحقیقی که انجام شد کیفیت سیستم ارائه مراقبت سلامت در ایالات متحده مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این تحقیق هشدار دهنده بود. براساس مطالعات اخیر، در ایالات متحده آمریکا سالانه حدود ۲۵۰۰۰۰ مرگ در نتیجه خطاهای پزشکی روی می‌دهند. قابل ذکر است که تنها ۱۰ درصد از خطاهای دارویی گزارش می‌شوند. حتی در برآورد پایین، تعداد مرگ ناشی از خطاهای پزشکی قابل پیشگیری بیشتر از میزان مرگ ناشی از آسیب شدید، سرطان پستان و HIV بود. گزارش موسسه پزشکی آمریکا (IOM)، باعث شد تلاش‌های بی‌نظیری برای شناسایی خطاهای پزشکی و طراحی مداخلات برای جلوگیری و کاهش اثرات آن صورت گیرد. از نتایج اصلی گزارش، مخالفت شدید با فرضیه‌های موجود در سیستم مراقبت‌های سلامت بود که اکثر اشتباهات پزشکی را ناشی از بی‌دقتی فرد می‌دانست و نقش سیستم‌های ناقص، فرایندها و شرایطی که به‌طور قابل پیش‌بینی، باعث می‌شد تا افراد اشتباه کنند و یا برای جلوگیری از اشتباهات، موفق نباشند را نادیده می‌گرفت.

اصطلاح عوامل انسانی در جنگ جهانی دوم در هنگام مواجهه صنعت هواپیمایی نظامی با مشکلات مردم از جمله خستگی و پاسخ به استرس، مطرح شد. در دهه‌های بعد، مفاهیم عوامل انسانی فراتر از هواپیمایی گسترش یافت و برای طیف گسترده‌ای از فن‌آوری‌های خطرناک بکار گرفته شد. نگرانی‌ها به موضوعاتی مانند عملکرد روانی حرکتی، عوامل شناختی، عوامل اجتماعی و عوامل سازمانی گسترش پیدا کرد. امروزه عوامل انسانی به درک و افزایش عملکرد انسان در محل کار، به‌ویژه در سیستم‌های پیچیده، مربوط می‌شود. نتایج تحقیقات در زمینه‌ی تأثیر عوامل انسانی در ایمنی بیمار نشان داده است که جایزالخطا بودن بخشی از شرایط انسانی است؛ بنابراین ایجاد ایمنی مستلزم تغییر شرایطی است که افراد در آن کار می‌کنند. هر چند قصور فردی و آسیب‌پذیری سیستم اجتناب‌ناپذیر است، اما اتفاقات ناگوار و مضر ناشی از آن‌ها نباید اتفاق بیفتد. عدم استفاده از اصول عوامل انسانی یک جنبه کلیدی در بیشتر حوادث مضر در مراقبت‌های سلامت است. بنابراین، تمام کارکنان مراقبت‌های سلامت نیاز به درک اولیه‌ای از اصول عوامل انسانی دارند.

عوامل انسانی به عوامل زیست محیطی، سازمانی، شغلی و خصوصیات انسانی و فردی اشاره دارند که بر رفتار در محل کار تأثیر می‌گذارند و می‌توانند سلامت و ایمنی را تحت تأثیر قرار دهند. عوامل انسانی معمولاً به ارگونومی مربوط هستند که کاربرد اطلاعات علمی مربوط به انسان‌ها

برای طراحی اشیا، سیستم‌ها و محیط برای استفاده انسانی می‌باشد. صنایع نظامی و صنعت حمل و نقل هوایی دارای طولانی‌ترین تاریخ استفاده از اصول عوامل انسانی برای ارتقاء طراحی تجهیزات، محیط کار و عملکرد انسان است.

در این دسته‌بندی‌ها، ده موضوع مهم عوامل انسانی برای ایمنی بیماران به‌عنوان مهم‌ترین مورد برای ایمنی بیمار شناخته شده است:

I. عوامل سازمانی/مدیریتی (۱-فرهنگ ایمنی ۲-رهبری مدیران ۳-ارتباط)
II. کار گروهی/تیمی (۴-کار تیمی-ساختار/فرآیندها (دینامیک) ۵-رهبری تیم (سوپروایزران))
III. کار فردی (مهارت‌های شناختی: ۶-آگاهی موقعیتی ۷-تصمیم‌گیری) (منابع فردی: ۸- استرس ۹- خستگی)
IV. محیط کار (۱۰-محیط کاری و خطرات)

عوامل سازمانی و مدیریتی

بسیاری از عوامل سازمانی و مدیریتی وجود دارند که می‌توانند بر رفتار کارکنان تأثیر بگذارند و در سیستم مراقبت‌های سلامت، این عوامل می‌توانند ایمنی بیمار را تحت تأثیر قرار دهند که عبارت‌اند از: ۱) فرهنگ ایمنی ۲) رهبری مدیران ۳) روش‌های ارتباطی در محل (مانند جلسات، تحویل و تحول).

۱) فرهنگ ایمنی

فرهنگ ایمنی سازمانی محصول ارزش‌های فردی و گروهی، نگرش‌ها، ادراکات، شایستگی‌ها و الگوهای رفتاری است که تعهد، سبک و مهارت مدیریت سلامت و ایمنی سازمان را تعیین می‌کند. تجزیه و تحلیل حوادث عمده در صنعت، تمرکز تحقیق را از عوامل فردی به عوامل سازمانی مانند فرهنگ ایمنی تغییر داد. مفهوم فرهنگ ایمنی پس از فاجعه نیروگاه هسته‌ای چرنوبیل در سال ۱۹۸۶ مورد توجه قرار گرفت. فرهنگ ایمنی اساساً نگرش‌های مدیریتی و کارگری و ارزش‌های مربوط به مدیریت ریسک و ایمنی را منعکس می‌کند. ابعاد فرهنگ ایمنی سازمان عبارت‌اند از: تعهد مدیریت به ایمنی، روش‌های کاری مرتبط با ایمنی، اولویت‌بندی نسبی ایمنی، انطباق با قوانین ایمنی، مدیریت خطر، گزارش خطاها و حوادث. فرهنگ ایمنی بر رفتار طبیعی کارگران در یک بخش یا واحد در رابطه با خطر کردن، از قوانین پیروی کردن، صحبت کردن در مورد ایمنی تأثیر می‌گذارد.

فرهنگ و ایمنی بیمار

فرهنگ ایمنی یک مسئله مهم برای سازمان‌های مراقبت‌های سلامت است که تلاش می‌کند تا ایمنی بیماران را بهبود ببخشد. بعضی تحقیقات ایمنی نشان داده‌اند که سازمان‌ها باید فرهنگ خود را تغییر دهند، به‌گونه‌ای که انجام کار درست را آسان و انجام کار غلط را سخت کنند.

۲) رهبری مدیران (مدیران ارشد و میانی)

تعریف: "رهبری فرایند تأثیرگذاری بر افراد در دستیابی به اهداف سازمانی است".

برای مدیریت ایمنی مؤثر، رهبری نقش مهمی در هر سطح مدیریتی دارد، مطالعات انجام شده نشان داده است که سبک‌های خاص رهبری با رفتارهای ایمنی بهتر توسط کارگران و سازوکارهای ایمنی سازمانی بیشتر مانند کاهش میزان حوادث و افزایش رعایت اصول ایمنی همراه است. رهبر عملیات اهداف توافق شده را تعیین می‌کند، بر عملکرد نظارت می‌کند، هدف را مشخص می‌کند، تصویری از موفقیت، اعتماد به نفس را نشان می‌دهد، اهداف مشترک را بیان می‌کند و فرضیات سنتی را مورد سؤال قرار می‌دهد، درحالی‌که نیازهای زیردستان را نیز مورد توجه قرار می‌دهد.

مدیران و ایمنی بیماران

رهبری مدیریتی و ایمنی در بخش مراقبت‌های سلامت در مقایسه با صنعت مورد بررسی قرار نگرفته است، اما به همان اندازه مورد توجه است. رهبران ارشد می‌توانند به طور فعال تلاش‌های خود را در سازمان‌های مراقبت‌های سلامت به منظور تقویت فرهنگ و تعهد مورد نیاز برای بررسی علل خطاهای پزشکی و آسیب رساندن به بیماران به کار گیرند. Botwinick و همکاران دریافتند که در بیمارستان‌هایی که ایمنی یک اولویت مدیریتی بود، واحدهای بیمارستان با خطاهای کمتری روبرو شدند. مدیران ارشد باید تعهدات خود را به ایمنی نشان دهند، به‌طور مثال از طریق راند بخش‌ها، کلینیک‌ها، آزمایشگاه‌ها و غیره. این راندها "راندهای اجرایی" نامیده می‌شوند و نشان داده شده است که بر فرهنگ ایمنی پرستاری تأثیر می‌گذارند.

۳) ارتباطات

ارتباط انتقال اطلاعات، ایده‌ها یا احساسات است. ارتباطات برای کارآیی در محل کار و برای ارائه کار با کیفیت و کارآمد ضروری است. ارتباط دانش، روابط و الگوهای رفتاری قابل پیش‌بینی را ایجاد می‌کند و برای رهبری و هماهنگی تیم حیاتی است. مدل استاندارد ارتباطات یک فرستنده دارد که یک ایده را به یک پیام رمزگذاری می‌کند، به یک یا چند گیرنده انتقال می‌دهد و سپس آن را به ایده اولیه رمزگشایی می‌کند. ارتباطات در سازمان‌ها معمولاً به صورت یک طرفه (به‌عنوان مثال در دستورالعمل‌های کتبی) یا دو طرفه (مثلاً مکالمات، تماس تلفنی، تبادل ایمیل) توصیف می‌شود. تفاوت اصلی بین ارتباط یک طرفه و دو طرفه در این است که ارتباط دو طرفه بازخوردی را فراهم می‌کند که فرستنده و گیرنده را قادر می‌سازد تا معنی درون اطلاعات را درک کنند. مشکلات ارتباطی را می‌توان به عنوان سیستم، پیام و شکست در دریافت پیام طبقه‌بندی کرد که می‌تواند به اشتباهی منجر شود که باعث شکست افراد در دریافت یا انتقال اطلاعات و یا ارتباط با اطلاعات نادرست می‌شود.

طبقه‌بندی شکست‌های ارتباطی

خرابی سیستم‌های سازمانی که در آن کانال‌های لازم برای ارتباطات وجود نداشته و یا کار نمی‌کنند و یا به ندرت مورد استفاده قرار می‌گیرند.

شکست‌های انتقال که در آن کانال‌ها وجود دارد، اما اطلاعات لازم انتقال نمی‌یابد (به‌عنوان مثال ارسال پیام‌های نامشخص یا مبهم). مشکلات ناشی از وسیله انتقال (به‌عنوان مثال سر و صدای پس‌زمینه). مشکلات فیزیکی در ارسال پیام (به‌عنوان مثال هنگام استفاده از تجهیزات حفاظتی).

شکست در دریافت که در آن کانال‌ها وجود دارد، اطلاعات لازم ارسال می‌شود، اما یا توسط گیرنده اشتباه تفسیر می‌شود (مثلاً انتظار یک پیام دیگر، اشتباه تفسیر یا نادیده گرفتن پیام) یا زمان (به‌عنوان مثال خیلی دیر می‌رسد). ممکن است به علت مشکلات فیزیولوژیکی (مثلاً ضعف بینایی یا شنوایی) یا مسائل مربوط به تجهیزات (به‌ویژه دریافت‌کننده‌ی رادیویی ضعیف) باشد.

خرابی‌های ناشی از دخالت در سطوح عقلانی و عاطفی (مثلاً بحث‌ها)

ارتباطات و ایمنی بیمار

شکست‌های ارتباطی علل اصلی آسیب غیر عمدی به بیمار هستند. تجزیه و تحلیل ۲۴۵۵ حادثه sentinel گزارش شده به کمیسیون مشترک اعتباربخشی بیمارستان در ایالات متحده آمریکا نشان داد که علت ریشه‌ای اولیه در بیش از ۷۰٪ موارد، عدم ارتباط بود. الگوهای مشابهی در بسیاری از زمینه‌های مراقبت‌های سلامت یافت می‌شود: ارتباطات به‌عنوان یکی از دلایل اصلی بسیاری از وقایع گزارش شده در بخش‌های مراقبت‌های ویژه است. ارائه ایمن و مؤثر مراقبت‌های سلامت نیاز به برقراری ارتباط بین افراد با نقش‌های مختلف، آموزش، تجربه و چشم‌انداز مراقبت دارد. برخی از

مشکلات کلیدی مربوط به موارد زیر است: تحویل شیفت یا انتقال بیمار، کیفیت اطلاعات ثبت شده در پرونده‌های بیمار، پرونده‌ها و گزارش‌های حادثه. اثرات موقعیت که مانع از صحبت کردن کارکنان کم سابقه می‌شود و مشکلات انتقال اطلاعات در داخل و بین سازمان‌های بزرگ (مانند هشدارهای ایمنی). در صنایع مهم بحرانی، خلاصه کردن پیش از انجام کار بسیار مهم است و اکنون در مراقبت‌های سلامت دقیق‌تر معرفی شده است. تعدادی ابزار مختصرسازی برای مراقبت‌های سلامت وجود دارد، مانند چک لیست ایمنی جراحی WHO برای استفاده از یک تیم عملیاتی قبل از پروسیجر جراحی. ایجاد فرصت برای همه اعضای تیم برای صحبت کردن و تبادل اطلاعات، یک عنصر مهم جلسه است. SBAR (وضعیت، پیشینه، ارزیابی، توصیه) یکی دیگر از ابزارهای ارتباطی است که توسط ارتش تهیه شده است که یک ساختار قابل پیش‌بینی برای پیام فراهم می‌کند. این را می‌توان برای handovers (hand-offs) یا برای بهبود کیفیت ارتباط فوری استفاده کرد. SBAR ابتدا مشکل را روشن می‌کند، سپس اطلاعات پس‌زمینه مربوطه را می‌دهد و سپس ارزیابی وضعیت و توصیه صورت می‌گیرد. این مزیت را دارد که به گروه‌های حرفه‌ای که آموزش داده شده‌اند که با شیوه‌های بسیار متفاوت ارتباط برقرار کنند اجازه می‌دهد تا یک زبان مشترک داشته باشند. در فصل‌های بعد راجب آن توضیح داده خواهد شد.

گروه کاری/تیم

تیم: مجموعه قابل تشخیص از دو یا چند نفر است که به‌صورت پویا، وابسته به یکدیگر و سازگار با یک هدف/مأموریت مشترک و ارزشمند با یکدیگر تعامل دارند که هرکدام از آن‌ها نقش خاصی را برای انجام این کار اختصاص داده‌اند.

عوامل مؤثر بر عملکرد گروه شامل اندازه و ترکیب روان‌شناختی گروه (ساختار گروهی)، چه اتفاقی می‌افتد وقتی گروه باهم کار می‌کنند(فرایندهای گروه یا پویایی) و چگونگی رهبری گروه، به‌عنوان مثال توسط رهبر یا سرپرست تیم می‌باشد.

کار تیمی (یا رفتار تیمی) یک فرایند پویا است که شامل دو یا چند نفر درگیر در فعالیت‌های لازم برای تکمیل یک کار است.

۴) کار تیمی و ایمنی بیمار

اهمیت کار گروهی در سیستم مراقبت‌های سلامت در بسیاری از مطالعات مختلف نشان داده شده است. پیشنهاد شده است که ۷۰–۸۰٪ خطاهای مراقبت‌های سلامت توسط عوامل انسانی مرتبط با ارتباط و درک گروهی ضعیف ایجاد می‌شود. مرور مطالعات نشان داد که کار تیمی، ارتباطات و رهبری برای محیط امن ضروری است. کار گروهی خوب می‌تواند به کاهش مشکلات ایمنی بیمار کمک کند و این می‌تواند روحیه و سلامت اعضای تیم و همچنین قابلیت زنده ماندن تیم را بهبود بخشد؛ بنابراین برای مدیران و سوپروایزران بسیار مهم است که بدانند که چگونه کار گروهی می‌تواند باعث تضمین ایمنی بیمار شود. برای ایجاد تیم‌های با کارآیی بالا، ضروری است که فرصت‌ها و تسهیلاتی جهت توسعه شیوه‌های کار تیمی ارائه شود. راه‌های متعددی وجود دارد که می‌توان این کار را انجام داد. در میان این پیشنهادها، پیشنهاد شده است که جلسات منظم تیم (به‌عنوان مثال در هنگام انتقال) یک فرصت خوب برای همه اعضای تیم جهت ایجاد یک درک مشترک و شناخت اهداف مشترک است.

۵) رهبری تیم (سوپروایزران)

تعریف: رهبر تیم "فردی است که منصوب شده، انتخاب شده یا غیر رسمی انتخاب شده است تا کار گروهی دیگر را هدایت و هماهنگ کند".

در سیستم مراقبت‌های سلامت، رهبر یا سوپروایزر تیم نقش حیاتی در حفظ ایمنی بیماران برای واحد مورد مدیریت آن‌ها دارد. ادموندسون (۲۰۰۳) نشان داده است که چگونه رفتار رهبر تیم بر تمایل اعضای تیم جراحی به صحبت کردن تأثیر می‌گذارد. مارش و همکاران (۲۰۰۴) تیم‌های احیاگر را در یک شبیه‌سازی مورد مطالعه قرار دادند و دریافتند که تیم‌های کمتر موفق، رفتار رهبری و توزیع صریح کار را به مراتب کمتر نشان دادند.

فرد

در سطح فردی، عوامل روان‌شناختی و فیزیولوژیکی مختلفی وجود دارد که می‌تواند رفتارهای کارکنان را که به نتایج ایمنی کمک می‌کند، تحت تأثیر قرار دهد. عوامل انسانی که اغلب در این سطح مورد توجه قرار می‌گیرند، مهارت‌های غیر فنی هستند: این مهارت‌های شناختی، اجتماعی و شخصی است که مهارت‌های فنی را تقویت می‌کند و به عملکرد ایمن و کارآمد کمک می‌کند.

مفهوم مهارت‌های غیر فنی (که همچنین به‌عنوان مهارت‌های CRM شناخته می‌شود) از صنعت حمل و نقل هوایی گرفته شده است که بیان می‌کند که حوادث تنها ناشی از شکست در تجهیزات و مهارت‌های فنی نیست. بسیاری از حوادث ناشی از مشکلات مربوط به کار گروهی، رهبری، تصمیم‌گیری یا خستگی است. دسته‌های اصلی مهارت‌های غیر فنی عبارت‌اند از شناختی (آگاهی موقعیتی و تصمیم‌گیری)، اجتماعی (رهبری و کار گروهی) و مدیریت منابع شخصی (استرس و خستگی). رهبری و کار گروهی در بخش‌های قبلی مورد پوشش قرار گرفته‌اند و در این بخش عوامل اصلی دیگر آگاهی موقعیتی، تصمیم‌گیری، استرس و خستگی نیز مورد بحث قرار می‌گیرند.

۶) آگاهی موقعیتی

آگاهی موقعیتی اساساً آن چیزی است که روانشناسان به آن ادراک و یا توجه می‌گویند. در اصل، آگاهی موقعیتی شامل نظارت مداوم بر چیزی است که در محیط کاری اتفاق می‌افتد، برای درک آنچه در حال وقوع است و چیزی که ممکن است در دقایق یا ساعات بعد اتفاق بیافتد. رانندگی یک خودرو نمونه خوبی از یک کار است که نیاز به سطح بالایی از آگاهی موقعیتی دارد. آگاهی موقعیتی به سطح تیم گسترش می‌یابد و درک مشترک از وظایف در حال انجام، یک عامل اصلی برای عملکرد تیم خوب است.

آگاهی موقعیتی و ایمنی بیمار

سه سطح متمایز آگاهی موقعیتی وجود دارد و این به‌راحتی می‌تواند با نمونه‌هایی از مراقبت‌های سلامت نشان داده شود:

۱. سطح اول، ادراک که شامل نشانه‌های حیاتی در محیط می‌شود: به‌عنوان مثال علائم حیاتی بیمار، علائم، نظارت بر صداها است.

۲. سطح دوم درک است– یعنی این نشانه‌ها چه معنی‌ای در ارتباط با این بیمار می‌دهند؟ به‌عنوان مثال، یک پرستار باید اطلاعات بیمار درباره نشانه‌های گزارش شده، خواندن از مانیتورها و نمودارها و گزارش‌های دیگر پرستاران را برای درک وضعیت فعلی بیمار باهم ترکیب کند.

۳. سطح سوم آگاهی موقعیتی، پیش‌بینی است که یک پیش‌بینی از آن چیزی است که در آینده اتفاق خواهد افتاد. پرستار ترکیبی از علائم هشداردهنده را شناسایی می‌کند و متوجه می‌شود که در چند دقیقه آینده وضعیت بیمار بدتر می‌شود و بنابراین جهت جلوگیری از این اقدام می‌کند. این مهارت پیش‌بینی، در پاسخگویی فعالانه و نه واکنشی به رویدادهای مورد انتظار و غیر منتظره حیاتی است.

آگاهی موقعیتی مطلوب در همه حوزه‌های مراقبت‌های سلامت، مخصوصاً در پزشکی حاد، زمانی که تغییرات در وضعیت بیمار باید به‌سرعت پاسخ داده شود، اهمیت دارد.Way و همکاران (۲۰۰۳) ۲۵۲ آسیب‌دیدگی مجاری صفراوی در لاپاروسکوپی را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که این خطاها به‌طور عمده از درک نادرست جراحان (یعنی آگاهی ضعیف وضعیت) به‌جای مشکلات در مهارت‌های فنی به وجود آمد. آگاهی موقعیتی و تمرکز، در مواقع خستگی و استرس کاهش می‌یابد و می‌تواند تحت تأثیر وقفه‌ها و حواس‌پرتی قرار گیرد.

۷) تصمیم‌گیری

تعریف: فرآیند دستیابی به قضاوت یا انتخاب یک گزینه، برای پاسخگویی به نیازهای یک وضعیت خاص.

تصمیم‌گیری یک جزء حیاتی از ایمنی محل کار در رابطه با کاهش اشتباهات است. نمونه‌های بسیاری از تصمیم‌گیری ضعیف که منجر به حوادث می‌شود، وجود دارد. تجزیه و تحلیل حوادث هواپیما در ایالات‌متحده آمریکا بین سال‌های ۱۹۸۳ و ۱۹۸۷ نشان داد که قضاوت و تصمیم‌گیری ضعیف خدمه در ۴۷٪ موارد سبب ایجاد علل شد. در همه مشاغل، نمونه‌های فراوانی از اهمیت مهارت‌های تصمیم‌گیری برای عملکرد کار ایمن وجود دارد. تصمیم‌گیری می‌تواند تحت تأثیر خستگی و استرس، قرار گیرد.

تصمیم‌گیری و ایمنی بیمار

تصمیم‌گیری یک مهارت کلیدی برای اکثر متخصصان مراقبت‌های سلامت است و خطاهای تصمیم‌گیری می‌تواند در انواع مختلف محیط‌های مراقبت از بیمار رخ دهد. افزایش استفاده از شبیه‌ساز بالینی برای آموزش افراد و تیم‌ها در تصمیم‌گیری، به‌خصوص در شرایط بحرانی، صورت گرفته است.

۸) استرس

تعریف: استرس، "واکنش ناخواسته افراد به فشار بیش‌ازحد و یا انواع دیگری از تقاضا است".

بسیاری از افراد در طول زندگی کاری خود دچار استرس مربوط به شغل هستند و علت و اثرات اصلی آن به‌خوبی شناخته‌شده است. استرس با عدم تعادل بین ادراکات مربوط به تقاضای شخصی (مانند حجم کار) و منابع موجود برای سازگاری با این تقاضاها (مانند تجربه، مهارت‌ها) تعیین می‌شود. هنگامی‌که خواسته‌های درک شده بیش از منابع درک شده باشد، فرد ممکن است اثرات ناخوشایند مانند اضطراب، احساس ناامیدی، عدم تمرکز و تحریک‌پذیری را تجربه کند.

دو نوع استرس در محل کار می‌تواند تشخیص داده شود: استرس مزمن و استرس حاد. شرایط محل کار و واکنش فرد به این شرایط در طی یک دوره زمانی می‌تواند موجب استرس مزمن شود. به‌عنوان مثال، عدم حمایت از طرف مدیران و همکاران، عدم اطمینان در مورد اهداف کاری و عدم وضوح در مورد مسئولیت یا روابط ضعیف با دیگران در تیم، می‌تواند موجب احساس فشار شود. این واکنش فردی به استرس می‌تواند منجر به نشانه‌های استرس در سازمان شود، از قبیل جابجایی زیاد پرسنل یا غیبت از شیفت به علت بیماری. استرس در محل نیز به ایمنی محل کار مرتبط است، ازجمله میزان حوادث. استرس حاد ناگهانی است و واکنش شدیدتری را (به‌عنوان مثال در شرایط اضطراری) ایجاد می‌کند و اگر به‌طور مؤثر مدیریت نشود، می‌تواند تصمیم‌گیری و کار گروهی را مختل کند.

استرس و ایمنی بیمار

استرس شغلی معمولاً توسط کارکنان مراقبت‌های سلامت ازجمله پرستاران گزارش شده است. مطالعات نشان داده‌اند که مشکلات مربوط به حجم کاری، زمان ناکافی و استقلال محدود می‌تواند منجر به خستگی عاطفی و بی‌توجهی به بیماران شود. اشتباهات کار، کاهش بهره‌وری، احساس ناراحتی، بیماری یا عملکرد ضعیف تیم می‌توانند در مواقعی رخ می‌دهند که ناتوانی در مقابله با عوامل استرس‌زا وجود دارد؛ بنابراین، مدیریت استرس از اهمیت زیادی برخوردار است و با ایمنی بیمار در ارتباط است. مدیریت استرس در محل کار نیازمند درک استرسورها، واسطه‌ها یا منابع و همچنین علائم و اثرات استرس بر فرد، تیم یا سازمان است. می‌توان از وقوع استرس جلوگیری کرد (اولیه)، علائم می‌تواند تشخیص داده شده و درمان شود (ثانویه) و یا اثرات استرس را می‌توان درمان کرد (ثالثیه). به‌منظور جلوگیری از بروز استرس، رویکرد مدیریت خطر توصیه می‌شود و این در مراقبت‌های سلامت مورد استفاده قرار گرفته است. ریسک‌های شناسایی شده می‌تواند به روش‌های مختلفی مدیریت شود، مثلاً با اطمینان از سطح مناسب کارکنان و ارائه آموزش مناسب. علاوه بر این، سازمان می‌تواند استرسورهای محل کار را کاهش دهد، به‌عنوان مثال، با اجازه دادن به دوره‌های ریکاوری پس از

دوره‌های بارکاری بالا، ارائه نقش‌های تعریف شده و یا افزایش آگاهی از فرصت‌های ارتقا. مدیریت استرس ثانویه، فرم کلی آموزش استرس و آموزش مدیریت استرس را می‌گیرد. مورفی (۱۹۹۶) دریافت که ترکیبی از آرام‌سازی عضلات و مدیریت استرس شناختی–رفتاری نتایج مثبتی را به همراه می‌آورد. برای کمک به کارکنان در مقابله با شرایط استرس حاد، تمرین‌های واقع گرایانه و جلسات شبیه‌سازی می‌تواند به اطمینان از عملکرد مؤثر کمک کند. آموزش مواجهه با استرس که برای بهبود عملکرد تیم طراحی شده، می‌تواند در سازگاری با استرس حاد از طریق تمرین و بازخورد با استفاده از تکنیک‌ها کمک کند، به‌عنوان مثال تمرینات تنفسی. مدیریت استرس حادثه بحرانی (CISM) برای تیم‌هایی که ممکن است در معرض شرایط استرس‌زا قرار گیرند، توصیه می‌شود و کسب اطلاعات مناسب پس از وقایع استرس‌زا توصیه می‌شود.

۹) خستگی

تعریف: خستگی "وضعیتی است که با ساعت‌های طولانی کار، دوره‌های طولانی بدون خواب و یا نیاز به کار در زمان‌هایی است که" خارج از هماهنگی "با ریتم بیولوژیکی یا روزانه بدن هستند ایجاد می‌شود.

خواب برای سلامتی ما ضروری است و کمبود خواب یکی از دلایل اصلی تجربه خستگی است. اکثر انسان‌ها به‌طور متوسط به هشت ساعت خواب برای داشتن عملکرد مؤثر نیاز دارند. به‌عنوان مثال، دو شب با تنها چهار ساعت خواب در هرکدام می‌تواند منجر به سطح پاتولوژیک خواب آلودگی شود. تفاوت‌های فردی در مقدار خواب مورد نیاز و همچنین در 'ساعت داخلی بدن' (ریتم روزانه) وجود دارد. به‌عنوان مثال، یک نفر از ده نفر، دوست دارند صبح زود بیدار شوند، درحالی‌که دو نفر از ده نفر "مثل جغد" هستند که دوست دارند تا نیمه شب بیدار باشند و بقیه افراد هم در جایی بین این دو محدوده قرار دارند.

خستگی می‌تواند هم بر ایمنی و هم بهره‌وری کارگران تأثیر داشته باشد. بسیاری از حوادث صنعتی مربوط به کارکنان خسته است. خستگی اثرات مضر روی عملکرد شناختی دارد که می‌تواند به تقریباً ۴۰ درصد پس از دو شب بی‌خوابی کاهش یابد. از دست دادن دو ساعت خواب می‌تواند اثرات مضر روی عملکرد وظایف روانی حرکتی نظیر اثرات نوشیدن دو یا سه آبجو داشته باشد. به همان شیوه، ارتباطات و مهارت‌های اجتماعی نیز تحت تأثیر محرومیت از خواب قرار دارند.

خستگی و ایمنی بیمار

به‌ویژه در کارکنان سیستم مراقبت‌های سلامت، شیفت‌های طولانی و شیفت آنکال می‌تواند منجر به خستگی و در نتیجه احتمال خطر در ایمنی بیمار شود. به‌عنوان مثال، ۴۱ درصد از پزشکان جوان در ایالات‌متحده، خستگی را به‌عنوان علت بیشتر خطاهای جدی خود گزارش کردند. ۳۱٪ از این اشتباهات گزارش شده حتی باعث مرگ شد. خدمات مداوم (یعنی ۲۴ ساعت) یک ویژگی عمومی سازمان‌های مراقبت‌های سلامت است، بنابراین افراد نیاز به شیفتی کار کردن دارند و به‌طور متفاوتی خود را به کار شیفتی وفق می‌دهند. به‌عنوان مثال، افرادی که صبح زود از خواب بیدار می‌شوند و افراد مبتلا به سابقه اختلال خواب و یا شکایت‌های دستگاه گوارش نشان داده شده است که مشکلات بیشتری در سازگاری با شیفت شب دارند. برنامه‌های کار شیفتی (به‌عنوان مثال الگوهای چرخش، زمان برای تغییر) می‌تواند برای بهبود عملکرد افراد و کاهش زمان لازم برای انطباق با شیفت مختلف طراحی شود. انگیزه، تأثیر زیادی بر عملکرد کار در هنگام خستگی و در استراتژی‌های مقابله‌ای دارد که برای مقابله با خستگی استفاده می‌شود.

محیط کار

این گروه به طور عمده بر محیط کار و بر ابزارها برای ارزیابی خطرات تمرکز دارد. طراحی تجهیزات مانند خوانا بودن بسته‌بندی و برچسب، قابل استفاده بودن پمپ‌های انفوزیون یا ابزار لاپاراسکوپی نیز نکته‌ای مهم در مورد ایمنی بیمار است.

۱۰) محیط کار (خطرات محل کار)

تعریف: خطرات در محل کار مجموعه‌ای از شرایط یا وضعیتی است که می‌تواند به علاقه شخصی، مانند سلامت و رفاه آن‌ها آسیب برساند.

خطرات محل کار و ایمنی بیمار

برای اینکه سازمان‌های سلامت برای بیماران ایمن‌تر شوند، افراد باید خطراتی را که در فرایندها و سیستم‌های آن‌ها تعبیه شده است شناسایی کنند و از رویدادهای ایمنی یاد بگیرند. ارائه خدمات بهداشتی درمانی شامل مجموعه¬ی پیچیده¬ای از تعاملات بین بیمار و کارکنان مراقبت‌های سلامت و همچنین بین بیمار و تجهیزات می‌باشد. این فعل و انفعالات را می توان بطور سیستماتیک با استفاده از روش¬های تجزیه و تحلیل اقتباس شده از صنعت قبل یا بعد از وقوع یک اتفاق ناگوار یا شکست بررسی کرد. این کار به روش های مختلفی قابل انجام است: (۱) در سطح رویداد واحد ، به عنوان مثال تحلیل علت ریشه¬ای (RCA) ، (۲) در سطح فرآیند ، به عنوان مثال تحلیل حالات خطا و آثار آن (FMEA) و (۳) در سطح سیستم ، به عنوان مثال ارزیابی خطر احتمالی (PRA). این روش ها ، جداگانه یا ترکیبی ، می تواند به منظور درک خطرات برای امنیت بیمار کمک کند.

خلاصه

- ✓ عوامل انسانی به عوامل زیست محیطی، سازمانی، شغلی و خصوصیات انسانی و فردی اشاره دارند که بر رفتار در محل کار تأثیر می‌گذارند و می‌توانند سلامت و ایمنی را تحت تأثیر قرار دهند.
- ✓ ده موضوع مهم عوامل انسانی برای ایمنی بیماران شامل: **فرهنگ ایمنی، رهبری مدیران، ارتباط، کار تیمی، رهبری تیم، آگاهی موقعیتی، تصمیم‌گیری، استرس، خستگی و محیط کاری و خطرات** می‌باشد.
- ✓ فرهنگ ایمنی نگرش‌های مدیریتی و کارگری و ارزش‌های مربوط به مدیریت ریسک و ایمنی را منعکس می‌کند. فرهنگ ایمنی بر رفتار طبیعی کارگران در یک بخش یا واحد در رابطه با خطر کردن، از قوانین پیروی کردن، صحبت کردن در مورد ایمنی تأثیر می‌گذارد.
- ✓ برای مدیریت ایمنی مؤثر، رهبری نقش مهمی در هر سطح مدیریتی دارد، مدیران ارشد باید تعهدات خود را به ایمنی از طریق راندهای اجرایی نشان دهند.
- ✓ ارائه ایمن و مؤثر مراقبت‌های سلامت نیاز به برقراری ارتباط بین افراد با نقش‌های مختلف دارد. برخی از مشکلات کلیدی مربوط به موارد زیر است: تحویل شیفت یا انتقال بیمار، کیفیت اطلاعات ثبت شده در پرونده‌های بیمار، پرونده‌ها و گزارش‌های حادثه.
- ✓ نتایج مطالعات نشان می‌دهد که ۷۰-۸۰٪ خطاهای مراقبت‌های سلامت توسط عوامل انسانی مرتبط با ارتباط و درک گروهی ضعیف ایجاد می‌شود. کار گروهی خوب می‌تواند به کاهش مشکلات ایمنی بیمار کمک کند.
- ✓ در سیستم مراقبت‌های سلامت، رهبر یا سوپروایزر تیم نقش حیاتی در حفظ ایمنی بیماران برای واحد مورد مدیریت آن‌ها دارد.
- ✓ آگاهی موقعیتی شامل نظارت مداوم بر چیزی است که در محیط کاری اتفاق می‌افتد، برای درک آنچه در حال وقوع است و چیزی که ممکن است در دقایق یا ساعات بعد اتفاق بیافتد. آگاهی موقعیتی و تمرکز، در مواقع خستگی و استرس کاهش می‌یابد و می‌تواند تحت تأثیر وقفه‌ها و حواس‌پرتی قرار گیرد.
- ✓ تصمیم‌گیری یک جزء حیاتی از ایمنی محل کار در رابطه با کاهش اشتباهات است.
- ✓ اشتباهات کار، کاهش بهره‌وری، احساس ناراحتی، بیماری یا عملکرد ضعیف تیم می‌توانند در مواقعی رخ می‌دهند که ناتوانی در مقابله با عوامل استرس‌زا وجود دارد؛ از این رو، مدیریت استرس از اهمیت زیادی برخوردار است و با ایمنی بیمار در ارتباط است.
- ✓ خستگی می‌تواند هم بر ایمنی و هم بهره‌وری کارگران تأثیر داشته باشد. خستگی اثرات مضر روی عملکرد شناختی دارد که می‌تواند به تقریباً ۴۰ درصد پس از دو شب بی‌خوابی کاهش یابد.

- ✓ برای اینکه سازمان‌های بهداشتی برای بیماران ایمن‌تر شوند، افراد باید خطراتی را که در فرایندها و سیستم‌های آن‌ها تعبیه شده است شناسایی کنند و از رویدادهای ایمنی یاد بگیرند. برای این منظور می‌توان از تحلیل علت ریشه‌های خطا (RCA) ، تحلیل حالات خطا و آثار آن (FMEA) و ارزیابی خطر احتمالی (PRA) استفاده کرد.

منابع

Anderson, JG., Abrahamson, K. 2017. Your health care may kill you: medical errors. Studies in Health Technology and Informatics 13–17, 243.

Bromiley, M. 2008. Have you ever made an error? Bulletin of the Royal.

Cooper, N., Forrest, K. & Cramp, P. 2006. Essential guide to generic skills, Wiley Online Library.

Flin, R., Winter, J., Sarac, C., Raduma, M. & Organization, W. H. 2009. Human factors in patient safety: review of topics and tools. World HealthOrganization: Geneva. Available at: http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pd

Morath, J. M. & Turnbull, J. E. 2005. To do no harm: ensuring patient safety in health care organizations, John Wiley & Sons.

فصل دوم: کار تیمی

مقدمه

یکی از ویژگی‌های کلیدی مراقبت‌های سلامت قرن بیستم، غلبه بر خودمختاری پزشکان است، در گذشته شایستگی به وسیله دانش پزشک تعیین می‌گشت، اما امروزه، کارگروهی، تفکر سیستمی و تمرین گروهی، بخشی از روند مراقبت‌های سلامت است. بنابراین مهم است که تمام متخصصان مراقبت‌های سلامت نقش خود را به عنوان اعضای تیم بپذیرند. آنها نه تنها باید به اهمیت کارگروهی اعتقاد داشته باشند، بلکه باید با تمرین به مهارت‌های کارگروهی، دست یابند. یک تیم مراقبت سلامت تنها در صورتی می‌تواند مؤثر باشد که پزشکان بتوانند به طور کامل به عنوان اعضای تیم با رهبران تیم هماهنگ شوند؛ این بدان معنی است که آنها باید ارزش تیم را برای مراقبت از بیمار، خوب درک کنند. اگر پزشک جزء تیم نباشد، حفظ عملکرد موثر تیم بسیار مشکل است. علاوه بر پزشکان و سایر اعضاء کادر درمان، باید به بیماران به عنوان بخشی از تیم، توجه نمود. بسیاری از توابع کاری تیم نیاز به همکاری بیمار دارد، بنابراین طبیعی است که بیمار را به عنوان بخشی از این فرآیند در تیم محسوب نماییم. این مهم را می‌توان با آموزش بیمار در مورد درمان‌های خود، عوامل خطر و پیش آگهی بدست آورد. پرستاران به عنوان یکی از اعضای مهم تیم پاسخ دهنده به بحران هستند و باید بتوانند در قالب یک تیم، مشارکت و صلاحیت‌های لازم جهت کار تیمی در بحران را داشته باشند. به عبارتی پرستاران در سیستم درمانی و مراقبتی دائما درگیر کار تیمی هستند؛ تیمی که از پزشک و دستیارانش، پرستار، منشی، کارشناس تغذیه، مددکار اجتماعی و بیماران تشکیل شده است و هر روز با هم در یک واحد کار می‌کنند. در سیستم مراقبت‌های سلامت کار تیمی الزامی است. در صورتی که کار تیمی ضعیف باشد مراقبت‌های ارائه شده کیفیتی پایین خواهند داشت و منجر به اختلال و از دست رفتن مراقبت صحیح می‌شود.

اهمیت کار تیمی در ایمنی بیمار

خطاها و ناتوانی‌های ارتباطی و کار گروهی به عنوان عامل اصلی در وقوع حوادث ایمنی بیمار شناخته شده است. کارکنان مراقبت‌های سلامت، به طور کلی در مهارت‌های عمومی یا غیر فنی مانند ارتباطات، آگاهی موقعیتی، تصمیم‌گیری و کار گروهی آموزش دیده نیستند. مهارت‌های غیر فنی غلط در کارگروهی و ارتباطات، ممکن است منجر به حوادث ایمنی بیمار و خطاهای پزشکی شود. کار تیمی موثر در ارائه خدمات درمانی می‌تواند اثر فوری و مثبت بر ایمنی بیمار داشته باشد. کارگروهی برای عملکرد با کیفیت و مراقبت ایمن از بیماران ضروری است. شواهد موجود نشان می‌دهد که تیم‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت یک راهبرد عملی و مؤثر برای افزایش ایمنی بیماران و کاهش خطاهای پزشکی هستند. مهارت‌های کارتیمی برای ایمنی بیماران حیاتی است و از این‌رو یک هدف مهم برای آموزش پزشکی می‌باشد. در مراقبت‌های سلامت، اشتباهاتی که به طور بالقوه مضر یا کشنده برای بیماران هستند، اغلب نتیجه ارتباطات ضعیف بین اعضای تیم است. تحقیقات نشان می‌دهند که چگونه می‌توان از طریق ارتباط خوب و کارگروهی، ایمنی را تضمین نمود. کارگروهی یکی از الزامات کلیدی در نظام چندرشته ای و بسیار پیچیده‌ی ارائه مراقبت است. با توجه به افزایش آگاهی در راستای ایمنی بیمار، موسسه پزشکی گزارش داده است که "برای خطاهای انسانی" عملکرد تیم در مراقبت‌های سلامت دارای اهمیت است. بیکر و همکاران در یک بازنگری عمده از آموزش تیم، تصریح کردند که آموزش متخصصین بهداشت به عنوان تیم "یک راهبرد عملی و موثر برای افزایش ایمنی بیمار و کاهش خطاهای پزشکی" است.

تعریف تیم

سالاس[1] تیم را این‌گونه تعریف می‌کند: یک تیم، مجموعه‌ای از دو یا چند فرد است که به صورت پویا و وابسته به یکدیگر و سازگار با هم در جهت یک هدف مشترک و ارزشمند باهم تعامل می‌نمایند و برای هر یک از افراد وظیفه‌ی مشخصی تعریف شده است. برای درک بیشتر اهمیت کارگروهی شاید به‌جا باشد، بگوییم، تیم عبارت است از افراد مختلفی که برای رسیدن به یک هدف مشخص زیر یک پرچم قرار می‌گیرند. تیم اغلب، به هماهنگی، ارتباطات مؤثر و رهبری تاکید دارد.

در تعریف دیگر، یک تیم مجموعه‌ای از افراد با مهارت‌های مکمل یکدیگر است که متعهدند برای دستیابی به یک هدف مشترک که همگی خود را در برابر آن پاسخگو می‌دانند تلاش کنند؛ بنابراین کار تیمی را می‌توان تلاش‌های هماهنگ و تشریک مساعی کلیه افرادی نامید که با یکدیگر کار می‌کنند.

پروفسور شوجی شیبا درباره کار تیمی گفته است: کار تیمی مهارتی نیست که بتوان آن را یک‌دفعه آموخت. وی در تشبیه کار تیمی می‌گوید: کار تیمی همانند اتصال دو شاخه ماشین لباس‌شویی با پریز برق نیست که سبب روشن شدن آن می‌شود بلکه مشابه پرورش گل است، همان‌گونه که باغبان ابتدا تخم گل را می‌کارد، سپس از آن مواظبت کرده و آن را آبیاری می‌نماید تا گیاه رشد کند و شکوفه دهد، کار تیمی نیز مستلزم پرورش افراد است. تیم‌سازی زمانی رخ می‌دهد که تیمی از افراد با مهارت، دانش، تحصیلات، تجربیات و تخصص‌های مکمل یکدیگر برای دستیابی به هدفی مشترک و معین متعهد شوند.

چارچوب مفهومی سالاس، مشخص‌کننده پنج عامل اصلی برای کارگروهی است:

- رهبری تیم، گرایش جمعی، عملکرد متقابل، رفتار پشتیبان، سازگاری
- در کارگروهی اعضای تیم نقش خود را بازی خواهند کرد و از منافع همتایان خود محافظت و حمایت می‌کنند.

ماهیت تیم‌ها متنوع و پیچیده است. از دید بیمار کارآمدترین تیم مراقبت درمانی، تیم چند تخصصی است اما تیم‌ها ممکن است از دل یک گروه تک‌تخصصی هم بیرون بیایند. اعضای تیم ممکن است در کنار هم در یک مکان کار کنند یا اینکه در نقاط مختلف از نظر جغرافیایی مستقر باشند.

ویژگی تیم‌های مراقبتی

تیم‌های مراقبتی درمانی فارغ از ماهیت خود خصوصیات مشترکی دارند که عبارتند از:

- تعداد اعضای تیم‌ها حداقل دو یا چند نفر
- شناخت نقش آنان و نقش سایرین در تیم‌ها و تعامل با یکدیگر برای دستیابی به هدف مشترک
- قابلیت تصمیم‌گیری صحیح و به موقع
- پردازش دانش تخصصی و مهارت‌ها (اغلب تحت شرایط بار کاری سنگین و زیاد)
- فعالیت اعضاء درمانی از حوزه‌های مختلف تخصصی به عنوان یک واحد به هم پیوسته برای رسیدن به هدف مشترک درمانی

[1] Salas

اعضاء مراقبین سلامت در تیم‌ها

تیم‌ها می‌توانند دارای یک گروه واحد باشند یا از انواع مختلف کادر درمان شامل پزشکان، پرستاران، داروسازان، فیزیوتراپیست‌ها، مددکاران اجتماعی، روانشناسان و کارکنان اداری باشند. نقش این افراد در تیم‌ها، در زمان‌های مختلف متفاوت خواهد بود. نقش افراد در تیم اغلب انعطاف‌پذیر و فرصت‌طلبانه است، از قبیل تغییر رهبری با توجه به تخصص مورد نیاز یا پرستار که نقش آموزش درمانی را در بر می‌گیرد، به عنوان کسانی که بیشترین ارتباط را با بیمار دارند. پرستار تنها عضو تیم است که همیشه در طول مراقبت‌های خود حضور دارد و در حمایت از بیمار و ایمنی بیمار، تصمیم‌گیری مشترک و رضایت آگاهانه، با درگیر شدن با بیمار به عنوان یک عضو تیم می‌تواند ایمنی و کیفیت مراقبت‌های خود را بهبود بخشد.

ویژگی اعضاء تیم

اعضای تیم باید اهداف تیم را ارزیابی کنند و به طور جمعی اعتقاد داشته باشند که می‌توان به آن دست یافت. هر تیم باید هدف مشخصی داشته باشد. این امر مستلزم آن است که نتایج مورد انتظار تیم، قابل سنجش و درک توسط تمام اعضای آن باشد. برای کمک به تعیین این، هر عضو تیم باید بتواند نتایج مطلوب عملکرد را بیان کند. اعضای تیم نقش یکدیگر را درک می‌کنند. اعضای تیم باید با احترام با هم رفتار نمایند و بدانند که تیم جای اشاعه شایعات و رقابت نیست. اعضای تیم باید بدانند که چگونه تیم تدوین می‌شود و چگونه تصمیم‌گیری می‌شود. اعضای تیم نیز باید انعطاف‌پذیر باشند و در صورت لزوم آماده هماهنگی با شرایط مختلف باشند.

در نگاه کلی، اعضای تیم باید:

- ابعاد فردی هر عضو را توصیف نمایند.
- شرایط فیزیکی که تیم در آن کار می‌کند را درک نمایند.
- قوانین سازمانی را که تحت آن تیم عمل می‌کند، بدانند.
- مزایا و معایب محیط فیزیکی را بدانند.
- فرهنگ حرفه‌ای را بدانند.
- فرهنگ سازمانی را بدانند.

نقش رهبری در کارتیمی

مهم‌ترین نقش در یک گروه، نقش رهبری است. رهبر تیم همیشه یک پزشک نمی‌باشد، ممکن است یک پرستار با تجربه، تیم را رهبری کند. رهبری تیم، یکی از اصلی‌ترین استراتژی‌های بالینی برای بهبود کیفیت و ایمنی بیماران است. رهبری موثر، هماهنگی، حمایت و همدلی را برای بهبود ارتباطات درون تیم بالینی و افزایش مشارکت بیمار فراهم می‌کند. رهبران سازمان می‌توانند ارزش کارگروهی را با فراهم آوردن منابع و تجهیزات مناسب برای فعال‌کردن تیم‌ها در راستای انجام کار خود، آموزش کارکنان از اصول کار تیمی به عنوان بخشی از یک برنامه آموزش عالی بیمار و با جلب عملکرد تیمی، افزایش دهند. رهبران تیم باید مجموعه‌ای از مهارت‌های اصلی را بدون در نظر گرفتن موقعیت یا نوع تیمی که هدایت می‌کنند، به اشتراک گذارند و باید بتوانند فعالیت‌های دیگر اعضای تیم را هدایت و هماهنگ کنند. رهبران باید اعضای تیم را تشویق کنند آزادانه صحبت کنند و سؤال کنند. رهبران تیم با پرسیدن سوالات به ارزیابی و تشخیص مشکلات تیم می‌پردازد و پس از تشخیص مشکل، می‌تواند برای بهبود عملکرد تیم اقدام کنند.

ارتباطات بخش اصلی رهبری است. کمیسیون مشترک، سازمانی که بیمارستان ها را مجوز می دهد، بیان می‌کند که ارتباط ضعیف بین افراد، علت نزدیک به ۷۰٪ از وقایع غیر منتظره‌ای است که باعث مرگ یا جراحات جدی می‌شود. سبک ارتباطی مدیر همچنین بر انسجام گروه تأثیر می گذارد. انواع مختلفی از ابزار ارتباطی وجود دارد که برای ارتقاء ارتباطات و عملکرد تیم ایجاد شده‌اند و شامل SBAR[1]، با صدای بلند اعلان کردن (فراخواندن)call-out ، چک‌کردن یا کنترل مجدد و I Pass the Baton می‌باشد (در فصل ارتباطات توضیح داده شده است).

مزایای تشکیل تیم

کار تیمی موثر می‌تواند مراقبت‌های مطلوب و ایمنی را به بیماران ارائه دهد. همچنین سازگاری، تولیدگرایی و خلاقیت بیشتری را به تک‌تک افراد ارائه دهد و باعث ارتقاء رضایت شغلی و حفظ بیشتر پرسنل در سرکار شود. کار تیمی موثر به عنوان راه‌حلی برای مقابله با رشد فزاینده کمبود پرسنل و هزینه‌های آموزشی، افزایش انتظارات بیماران و نیز از همه مهمتر کاهش خطاها، پیشنهاد شده است. تیم‌ها بهره‌وری را بهبود می‌بخشند و انعطاف‌پذیری بیشتری را در محیط‌های کاری ایجاد می‌کنند. یک سیستم مراقبت سلامت که از کار تیمی موثر پشتیبانی می‌کند، می‌تواند کیفیت مراقبت از بیمار را بهبود بخشد، ایمنی بیمار را افزایش دهد و مشکلات کاری که باعث بروز فرسودگی در میان متخصصان مراقبت‌های سلامت می‌شود را کاهش دهد. در مطالعه Dogaru و Donciu بیان شده است: زمانی‌که کارها به طور تیمی انجام نشود و ارتباطات ضعیف بین اعضاء تیم وجود داشته باشد، فشار و استرس شغلی افزایش می‌یابد و ارتباط معکوس و دوجانبه بین فشار شغلی و کار تیمی به وجود می‌آید و این فشار شغلی زیاد کار تیمی را کاهش می‌دهد.

ویژگی‌های تیم‌های موفق

میکان و راجر شش ویژگی زیر را جهت تیم‌های موفق، ارائه می‌دهند:

- داشتن هدف مشترک معنی‌دار و قابل دستیابی که شامل منافع جمعی و مشترک گروه است.
- تعیین اهداف قابل اندازه‌گیری که تمرکز بر اهداف تیم دارند.
- داشتن رهبری مؤثر، با وجود رهبر، تیم ساختارهای خود را حفظ می‌کند، منافع را اداره می‌کند، اعضای تیم به هم احترام می‌گذارند و پشتیبانی از اعضای خود را دارند.
- داشتن ارتباط مؤثر
- همبستگی خوب بین اعضای تیم: هماهنگی تیم‌ها یک روحیه و تعهد منحصر به فرد به وجود می‌آورد و طول عمر بیشتری دارد زیرا اعضای تیم می‌خواهند با هم همکاری کنند.
- احترام متقابل: تیم‌های مؤثر دارای اعضایی است که به استعدادها و باورهای هر فرد علاوه بر مشارکت حرفه‌ای آنها احترام می‌گذارند.

[1] I: Introduction, S: Situation, B: Background, A: Assessment, R: Recommendation

خلاصه

خطاها و ناتوانی‌های ارتباطی و کار گروهی به عنوان عامل اصلی در وقوع حوادث ایمنی بیمار شناخته شده است. کار تیمی موثر در ارائه خدمات درمانی می‌تواند اثر فوری و مثبت بر ایمنی بیمار داشته باشد و به عنوان راه‌حلی برای مقابله با رشد فزاینده کمبود پرسنل و هزینه‌های آموزشی، افزایش انتظارات بیماران و نیز از همه مهمتر کاهش خطاها، پیشنهاد شده است. تیم، از چندین نفر تشکیل شده است که برای رسیدن به هدفی مشترک و مهم، تحت نظارت فردی که رهبری گروه را بر عهده دارد با یکدیگر، همکاری می‌کنند. اعضای گروه باید درک روشنی از اهداف، وظایف سایر نقش‌ها و اعضای گروه داشته باشند و بتوانند ایده‌ها و نظرات خود را در راستای رسیدن به هدف بیان نمایند. شش ویژگی تیم‌های موفق شامل داشتن هدف مشترک معنی‌دار و قابل دستیابی، تعیین اهداف قابل اندازه‌گیری، داشتن رهبری مؤثر، داشتن ارتباط مؤثر، همبستگی خوب بین اعضای تیم و احترام متقابل می‌باشد. با توجه به اینکه کار تیمی می‌تواند سبب بهبود و ارتقا کیفیت کار بالین شود و حرفه پرستاری به سطح مطلوبی از کار تیمی و گروهی نیز نیازمند است مدیران پرستاری باید تشویق و انگیزش پرستاران را مدنظر قرار دهند و از طرفی نیز با تدابیر مدیریتی و ارتباطی و انسانی کاهش فشار شغلی را نیز در نظر داشته باشند.

منابع

Bromiley, M. 2008. Have you ever made an error? Bulletin of the Royal.

Baker, D. P., Gustafson, S., Beauien, J., Salas, E. & Barach, P. 2005. Medical teamwork and patient safety: the evidence-based relation. *AHRQ Publication*, 5**,** 1-64.

Cooper, N., Forrest, K. & Cramp, P. 2006. Essential guide to generic skills, Wiley Online Library.

Dogaru M-M, Donciu I. 2014. The impact on workplace performance teamwork. Knowledge Horizons Economics. 6(4), 125-7.

Emanuel, L., Taylor, L., Hain, A., Combs, J., Hatlie, M., Karsh, B. & Walton, M. 2013. The Patient Safety Education Program—Canada (PSEP—Canada) curriculum. Toronto, Ontario, Canada: Canadian Patient Safety Institute.

Escher, C., Creutzfeldt, J., Meurling, L., Hedman, L., Kjellin, A. & Fellander-Tsai, L. 2017.Medical students' situational motivation to participate in simulation based team training is predicted by attitudes to patient safety. BMC Medical Education, 17, 37.

Farzi, N., Bahlakeh, A. & Borbar, G. 2015. Relationship between nurs'job stress and procrastination: a case study. Quarterly Journal of Nursing Management. 4(2). http://ijnv.ir/article-1-216-en.html

Flin, R., Winter, J., Sarac, C., Raduma, M. & Organization, W. H. 2009. Human factors in patient safety: review of topics and tools. World HealthOrganization: Geneva. Available at: http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pd

Green, B., Oeppen, R., Smith, D. & Brennan, P. 2017. Challenging hierarchy in healthcare teams–ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 55, 449-453.

Hossieni, S. F. & Soltani, F. 2017. The relationship between teamwork with job stress and job motivation in nurses. Journal of Clinical Nursing and Midwifery, 6 (3), 82-90

Kerry, M. J., Schmutz, J. B. & Eppich, W. J. 2017. Speaking up in defence of teamwork training towards patient safety :a response. Medical Education. 51(5),561-562. doi: 10.1111/medu.13230.

Lo, L. 2011. Teamwork and communication in healthcare: a literature review. Canadian Patient Safety Institute.

Manser, T. 2009. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 53, 143-151.

Mickan, S. M. & Rodger, S. A. 2005. Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. Journal of Interprofessional Care, 19, 358-370.

Morath, J. M. & Turnbull, J. E. 2005. To do no harm: ensuring patient safety in health care organizations, John Wiley & Sons.

Neuhaus, C., Lutnes, D. E. & Bergstrom, J. 2019. Medical teamwork and the evolution of safety science: a critical review. Cognition, Technology & Work, 1-15.

Oandasan, I., Baker, G. R. & Barker, K. 2006. Teamwork in health care: promoting effective teamwork in healthcare in Canada: Policy synthesis and recommendations, Canadian Health Services Research Foundation

Sullivan, E. J. 2017. Effective leadership and management in nursing. 9th ed. Pearson

Sun, W., Xu, A., & Shang, Y. 2014. Transformational leadership, team climate and team performance within the NPD team: Evidence from china. Asia Pasific Journal of Management, 31(1), 127-147.

محمدزاده، خلیل علی. میرسعیدی،گلنوش. مردانی،شیدا. فرخیار،ناهید. ۱۳۹۶. مهارت‌های تشکیل تیم، کارتیمی و هدایت تیم. نشر وزین‌مهر، انتشارات حیدری.