



Research Article

The Experience of Second Victims of Medical Errors Leading to Death or Permanent Complication: A Qualitative Study

Golamreza Golkar¹, Azam Alavi^{2,*}

¹MSc, Department of Health Services Management, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

²PhD, Assistant professor, Department of Nursing, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

***Corresponding author:** Azam Alavi, PhD, Assistant professor, Department of Nursing, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. E-mail: azam_alavi92@yahoo.com

DOI: [10.52547/nkums.14.1.52](https://doi.org/10.52547/nkums.14.1.52)

How to Cite this Article:

Golkar G, Alavi A. The Experience of Second Victims of Medical Errors Leading to Death or Permanent Complication: A Qualitative Study. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2022;**14**(1):52-60. DOI: 10.52547/nkums.14.1.52

Received: 04 Sep 2021

Accepted: 12 Jan 2022

Keywords:

Second Victim

Medical Error

Qualitative Research

Abstract

Introduction: Medical error causes severe emotional responses in health care providers and makes them second victims. This study aimed to explain the experience of second victims of medical mistakes leading to death or permanent complication.

Method: This research was conducted with a qualitative approach and content analysis method in 2020. Using a purposeful sampling method, ten physicians and members of the medical team involved in medical errors leading to death or permanent complication were selected and interviewed. Data were analyzed by the conventional content analysis method with MAXQDA18 software.

Results: Based on the analysis of the interviews, 156 initial codes, 48 sub-categories, 13 main categories, and finally, three main themes, including "Multiple reactions, Multiple effects, and Supportive system."

Conclusion: Understanding the experiences of second victims, including (multiple reactions, multiple effects, and supportive systems) can help to understand this phenomenon better and help design a comprehensive support program to eliminate and reduce the negative consequences and increase the sense of security them.



تجربه قربانیان دوم خطاهای پزشکی منجر به مرگ یا عارضه پایدار: یک مطالعه کیفی

غلامرضا گل کار^۱، اعظم علوی^{۲*}

^۱کارشناسی ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
^۲استادیار، گروه پرستاری، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

*نویسنده مسئول: اعظم علوی، ستادیار، گروه پرستاری، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. ایمیل: azam_alavi92@yahoo.com

DOI: 10.52547/nkums.14.1.52

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۳	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۲	مقدمه: خطای پزشکی موجب پاسخهای شدید عاطفی در ارائهدهندگان خدمات بهداشتی می شود و آنان را به قربانیان دوم تبدیل می نماید. این مطالعه با هدف تبیین تجربه قربانیان دوم خطاهای پزشکی منجر به مرگ یا عارضه پایدار انجام گردید. روش کار: این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوا در سال ۱۳۹۹ انجام یافت. ۱۰ نفر از پزشکان و کادر درمان درگیر با خطاهای پزشکی منجر به مرگ یا عارضه پایدار با نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. روش جمع آوری اطلاعات مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. تجزیه و تحلیل داده ها با روش تحلیل محتوای مرسوم با نرم افزار MAXQDA18 صورت گرفت. یافته ها: بر اساس تجزیه و تحلیل مصاحبه ها ۱۵۶ کد اولیه، ۴۸ طبقه فرعی، ۱۳ طبقه اصلی و نهایتاً ۳ تم اصلی شامل "واکنش های چندگانه، تأثیرات چندگانه و سیستم حمایتی" حاصل گردید. نتیجه گیری: شناخت تجربیات قربانیان دوم در مواجهه با حوادث و خطاهای پزشکی شامل (واکنش ها چندگانه، تأثیرات چندگانه و سیستم حمایتی) می تواند به فهم بهتر این پدیده و طراحی برنامه جامع حمایتی با هدف رفع و کاهش پیامدهای منفی و افزایش احساس امنیت آنها کمک کند.
واژگان کلیدی:	قربانی دوم خطای پزشکی پژوهش کیفی

مقدمه

(۴، ۵). همچنین سومین دلیل مرگ بعد از بیماری های قلب و سرطان، خطاهای پزشکی معرفی شده اند (۶، ۷). اگرچه بیماران قربانیان واضح خطاهای پزشکی هستند، پس از بروز خطا پزشکی، حرفه های مراقبت بهداشتی مانند پزشکان و پرستاران نیز آسیب می بینند و تبدیل به "قربانی دوم" می شوند. درواقع واژه "قربانی دوم" می توان متخصص مراقبت های بهداشتی توصیف کرد که در نتیجه یک رویداد نامطلوب پزشکی عمیقاً تحت تأثیر قرار گرفته و آسیب دیده است (۸، ۹). مطالعات نشان می دهد حدود ۱۰ تا ۶۰ درصد از متخصصان بهداشتی درمانی در طول زندگی حرفه ای "پدیده قربانی دوم" را تجربه می کنند (۱۰، ۱۱). قربانیان دوم ناشی از خطاهای پزشکی موضوع مهمی، بخصوص در چند سال اخیر با توجه به فراگیر شدن رسانه های اجتماعی در حوزه سلامت می باشد. پدیده قربانی شدن پیامدهای فراوانی دارد. شناخت اثرات خطاهای پزشکی در کادر درمان به عنوان "قربانیان دوم" به منظور حفظ ایمنی و مراقبت کافی از بیمار به نفع هر دو بیمار و ارائه دهنده است. براساس نتایج مطالعه مرور سیستماتیک ایزودل و همکاران (۲۰۱۹) تأثیرات سایکولوژیک و فیزیولوژیک بسیاری بر متخصصان بهداشتی درمانی همراه با پدیده قربانی دوم گزارش شده است (۱۱). علاوه مطالعه سیریه و همکاران (۲۰۱۰) با عنوان مقابله با خطای

سلامت به عنوان یکی از مهم ترین نیازها و اساسی ترین حقوق مردم مطرح است و فراهم نمودن مراقبت های سلامت با کیفیت و ایمن برای مردم یکی از مهم ترین دغدغه های بشر در طول تاریخ به شمار می رود (۱). ایمنی بیماران نگرانی عمده مراکز مراقبت سلامتی است و بیمارستان ها جهت کسب تأییدیه و اعتبار بایستی ایمنی بیماران را تضمین نمایند (۲). امروزه رویدادهای نامطلوب در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در مدت بستری بیماران مورد توجه زیادی قرار گرفته است. خطای پزشکی یکی از چالش های مهمی است که نظام سلامت را در همه کشورها تهدید می کند و موضوعی جهانی، هزینه بر و دارای عواقب شدید برای بیماران و جامعه می باشد (۳). خطا و اشتباه در هر حرفه ای دور از ذهن نیست، اما وقتی صحبت از خطای پزشکی می شود مسئله شکل دیگری به خود می گیرد، چراکه خطای پزشکی با جان و سلامتی انسان در ارتباط است. بر طبق آمار موجود، در پیشرفته ترین مجموعه های درمانی در سراسر جهان هم سالانه تعداد زیادی از بیماران در اثر خطاهای پزشکی جان یا سلامتی خود را از دست می دهند و عوارض جسمی و روحی فراوانی را برای بیماران و سایر افراد خانواده آنها و حتی جامعه به وجود می آورد. طبق آمارهای جهانی، ۱/۱ درصد بیماران پذیرش شده در بیمارستان ها با خطاهای پزشکی فوت می کنند

احساسی داشتید؟" مصاحبه ادامه می‌یافت. بلافاصله پس از پایان هر مصاحبه گزارش کوتاهی در مورد روند مصاحبه و نکات مهم مشاهده شده تهیه گردید که در مرحله تأمل و نوشتن بحث و نتیجه‌گیری مورد استفاده قرار گرفت.

هم‌زمان با جمع‌آوری، داده‌ها به روش تحلیل محتوای کیفی مرسوم (استقرایی) بر مبنای روش گراینهیم با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA18 تجزیه و تحلیل شدند. ابتدا کل متن مصاحبه برای رسیدن به درک کلی از محتوای آن و استخراج کدها، کلمه کلمه چندین بار خوانده شد. کلمه‌ها، جمله‌ها و پاراگراف‌هایی از گفته‌های شرکت‌کنندگان که حاوی نکات مهم و مرتبط با موضوع پژوهش بودند، به عنوان واحد معنایی لحاظ شدند. کدهای اولیه استخراج و سپس کدها چندین بار بازخوانی شده، با مقایسه دائمی کدها و اساس تشابه معنایی کدهای مشابه در طبقات فرعی قرار گرفتند و مجدداً بر اساس همپوشانی و شباهت‌ها طبقات فرعی در هم ادغام و طبقات اصلی شکل گرفت. در نهایت با بازنگری مجدد طبقات اصلی، درون‌مایه‌های اصلی مشخص شدند (۱۵، ۱۶). نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها تداوم یافت، به نحوی که اطلاعات جدیدی به دست نیامد و طبقه جدید یا زیر طبقه‌ای به داده‌ها افزوده نشد. در تمامی مراحل سعی شد تا پیش فرض‌های محقق در روند تحلیل داده‌ها دخالت داده نشوند.

در طول مطالعه برای اطمینان از دقت و استحکام داده‌ها از معیارهای گوبا و لینکولن استفاده گردید (۱۳). جهت افزایش اعتبار تحقیق، ضمن برقراری ارتباط صمیمی، جلب اعتماد و رعایت ملاحظات اخلاقی مصاحبه‌های عمیق در مکانی آرام و مورد تأیید مشارکت‌کنندگان صورت گرفت. مصاحبه‌ها به صورت کلمه به کلمه، بلافاصله پس از هر جلسه مرتب شد و در همان روز یادداشت‌ها و تفاسیر محقق نیز مکتوب گردید. همچنین از روش بازبینی مشارکت‌کنندگان استفاده شد، به این صورت که کدگذاری مصاحبه به تعدادی از مشارکت‌کنندگان بازگردانده شد تا از صحت کدها و تفاسیر اطمینان حاصل شده و کدهایی که بیانگر دیدگاه آن‌ها نبود، اصلاح گردید و در مجموع اتفاق زیادی بین پژوهشگر و مشارکت‌کنندگان در مورد کدهای به دست آمده و معانی آن‌ها وجود داشت. همچنین از روش بازبینی خارجی استفاده گردید و ۳ نفر از کادر درمان که درگیر خطای منجر به آسیب پایدار و مرگ شده بودند اما به دلایلی حاضر به شرکت در پژوهش نشده بودند کدهای استخراج‌شده را مطالعه کردند و نتایج نشان داد که توافق زیادی بین کدهای استنباطی و طبقات آن با نظرات و تجارب این افراد وجود دارد. جهت ارتقای قابلیت اعتماد، متن مصاحبه و دست‌نوشته‌ها در انتهای مصاحبه یا یک روز پس از پیاده‌سازی صدای ضبط‌شده توسط مصاحبه‌شونده تأیید شد. جهت افزایش تأیید پذیری همچنین از شیوه بازنگری ناظرین و کنترل توسط ۲ نفر متخصص در زمینه تحقیق کیفی (استاد راهنما و یک نفر با راهنمایی استاد راهنما) استفاده شد. قابلیت انتقال داده‌ها با انتخاب مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع از نظر جنس، تحصیلات، میزان تجربیات و سابقه کار و تلاش جهت توصیف غنی از گزارش تحقیق و ارائه نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان به همان صورتی که گفته شده بود، صورت گرفت.

پزشکی با بررسی سیستماتیک مقالات جهت ارزیابی تأثیر خطاهای پزشکی بر سلامت روانی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی بیان می‌کند، پاسخ عاطفی شدید پس از بروز خطا و تأثیر در زندگی حرفه‌ای و شخصی افراد وجود دارد؛ اما درواقع بررسی این موضوع که چگونه پرستاران در طول زمان با خطایی مواجه می‌شوند، پرداخته نشده است (۱۲). هرچند مفهوم قربانی دوم از دیدگاه کمی و اثبات‌گرایی مورد توجه قرار گرفته است، اما انجام تحقیقات گسترده کیفی در این زمینه بسیار محدود بوده است و اغلب هم از دیدگاه تنها پرستاران صورت گرفته است، در حالی که متخصصان پزشکی نیز هنگام بروز خطای عمده قربانی دوم محسوب شده و احساسات دردناکی حین و پس از بروز حادثه تجربه می‌کنند و نیازمند حمایت هستند. مطالعه حاضر سعی خواهد داشت این تجربه را نه تنها در لحظات اولیه بروز خطا بلکه تجربیات فرد در طول زمان را بیان کند. همچنین با توجه به اینکه بهترین روش بررسی و کشف تجربیات فردی روش تحقیق کیفی است (۱۳)، لذا این مطالعه با هدف شناسایی و تبیین تجربه کادر درمان به عنوان قربانیان دوم در ارتکاب خطای پزشکی منجر به مرگ یا عارضه پایدار در بیماران انجام گردید.

روش کار

این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوا، با کد اخلاق به شماره IR.IAU.FALA.REC.1398.033 در سال ۱۳۹۹ در اصفهان صورت گرفت. روش تحلیل محتوا به دنبال درک تجربه‌های زنده افراد در زندگی روزمره آن‌هاست و به درک پدیده‌ها در موقعیت‌های طبیعی و به همان شکلی می‌پردازد که رخ داده است (۱۴). مشارکت‌کنندگان، ۱۰ پزشک و غیرپزشک (پرستار، ماما و سایر کادر درمانی) بیمارستان‌های استان اصفهان که تجربه‌ی خطای عمده (خطای منجر به آسیب عمده و تهدید جان بیمار یا مرگ) را داشتند و علاقه مند به شرکت در پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. مشارکت‌کنندگان با عدم تمایل در ادامه روند مصاحبه در مستند سازی مصاحبه به روش صوتی یا یادداشت برداری و درخواست آنان از خروج از مطالعه در هر مرحله از مطالعه، از مطالعه خارج شدند. به توجه به الزام گزارش خطاهای درمانی منجر به مرگ یا عارضه پایدار، به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی استان اصفهان و اطلاع سازمان پزشکی قانونی و نظام پزشکی و همچنین مدیریت درمان سازمان تأمین اجتماعی استان اصفهان از وقوع خطاها، پژوهشگر از سازمان‌های ذکرشده به عنوان بانک اطلاعاتی جهت انتخاب نمونه استفاده نمود. پژوهشگر پس از کسب نامه نمونه‌گیری از دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد و ارائه آن و هماهنگی با سازمان‌های ذکرشده اقدام به یافتن افراد جهت شرکت در پژوهش نمود. پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی و توضیح اهداف تحقیق و اطمینان در مورد محرمانه بودن اطلاعات، داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته فردی و با زمان تقریبی ۳۰ تا ۶۰ دقیقه در یک مکان خلوت و آرام و مورد تأیید خود مشارکت‌کنندگان و تنها با حضور نویسنده اول و مشارکت‌کنندگان بدست آمد. در ابتدا سؤالات کلی همچون "لطفاً توضیح دهید که چه اتفاقی افتاد؟" و یا "در مورد اتفاقی که افتاده برایم بگویید" سپس با سؤالات روشن‌گری مانند "در هنگام بروز خطا و پس از آن چه

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد، ۶۰٪ مشارکت کنندگان مرد و ۴۰٪ زن بودند. اکثریت مشارکت کنندگان (۸۰٪) متأهل، (۵۰٪) سابقه کاری بین ۱۰-۲۰ سال داشتند. تنها یک نفر از مشارکت کنندگان (۱۰٪) در رده سنی ۲۰-۳۰ بود و اکثریت سن بالاتر از ۳۰ سال داشتند. نوع حادثه ۶۰٪ مرگ و ۴۰٪ عارضه پایدار بود. (جدول ۱)

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان

ردیف / گروه‌بندی	تعداد	درصد
جنس		
مرد	۶	۶۰
زن	۴	۴۰
سن		
۲۰-۳۰	۱	۱۰
۳۱-۴۰	۳	۳۰
۴۱-۵۰	۳	۳۰
۵۱-۶۰	۳	۳۰
تأهل		
مجرد	۲	۲۰
متأهل	۸	۸۰
مدرک تحصیلی		
غیر پزشک (کاردانی)	۱	۱۰
غیر پزشک (کارشناسی)	۵	۵۰
پزشک تخصص	۴	۴۰
نوع حادثه		
مرگ	۶	۶۰
عارضه پایدار	۴	۴۰
سابقه کار		
۵-۲۰	۲	۲۰
۲۱-۳۰	۳	۳۰
۳۱-۴۰	۲	۲۰
۴۱-۵۰	۲	۲۰
۵۱-۶۰	۱	۱۰

جدول ۲. تم‌ها، طبقات اصلی و طبقات فرعی

تم‌ها / طبقات اصلی / طبقات فرعی
واکنش‌های چند جانبه
واکنش فرد
ناباوری و انکار
خشم
امیدواری بیهوده (چانه‌زنی)
به دنبال مقصر بودن
ترس و نگرانی
غم و اندوه
احساس افسردگی
پذیرش
واکنش خانواده قربانی دوم
واکنش مثبت و حمایت
واکنش منفی
واکنش همکاران
کنکاش و کنجکاوی
بی‌تفاوتی و عدم‌حمایت
واکنش منفی
واکنش مثبت و حمایت
واکنش خانواده بیمار

ناباوری
واکنش منطقی
واکنش منفی
واکنش مدیران
واکنش مثبت و حمایت
واکنش منفی
اقدام اصلاحی
عدم‌حمایت
واکنش جامعه
رسانه‌ای شدن
کنجکاوی و کنکاش
قضاوت ناعادلانه
تأثیرات چند جانبه
تأثیر بر سلامت
تأثیرات جسمانی
تأثیرات روحی روانی
تأثیرات خانوادگی و اجتماعی
کاهش کیفیت زندگی
اختلال در روابط خانوادگی
تأثیرات روحی اعضای خانواده و درگیری با حادثه
مشکلات مادی
انگ اجتماعی
تأثیرات شغلی
کاهش کیفیت زندگی کاری
اختلال در روابط شغلی
کاهش امنیت شغلی
سیستم حمایتی
حمایت خانوادگی
آرام کردن اوضاع و کم کردن تنشج
همدلی و حمایت
همفکری و کمک به تصمیم‌گیری صحیح
حمایت همکاران
حمایت
قضاوت نکردن
حمایت مدیران
حمایت مؤثر و طولانی‌مدت
نگاه فرایندی و تصمیم حرفه‌ای
ایجاد شرایط مناسب کاری
قضاوت عادلانه
برخورد رفتاری مناسب
کمک به تصمیم‌گیری صحیح
اقدامات اصلاحی
حمایت اجتماعی
قضاوت نکردن جامعه بدون آگاهی
کنترل اخبار و جلوگیری از ایجاد شایعات

با تجزیه و تحلیل داده‌ها ۱۵۶ کد اولیه، ۵۱ طبقه فرعی، با ادغام طبقات فرعی مشابه ۱۳ طبقه اصلی و درنهایت ۳ درون‌مایه اصلی شامل (واکنش‌های چند جانبه، تأثیرات چند جانبه و سیستم حمایتی) حاصل گردید (جدول ۲).

۱- واکنش‌های چند جانبه: اولین‌تم، واکنش‌های چند جانبه با ۶ طبقه اصلی "واکنش فرد"، "واکنش خانواده قربانی دوم"، "واکنش خانواده بیمار"، "واکنش همکاران"، "واکنش مدیران" و "واکنش جامعه" بود. همه مشارکت کنندگان واکنش‌های شدید عاطفی و تجربه‌های دردناکی را پس از بروز خطا شامل واکنش‌های فوری و تأخیری بیان کردند.

کننده ۱ (غیر پزشک) بیان کرد "مترن به من امید می‌داد و من را در آی سی یو گذاشتند و این برای من امتیاز مثبت بود". اما مشارکت کننده ۴ (غیر پزشک) اظهار می‌کرد "من به نیروی شرکتی‌ام و سوپروایزر هم برگشتن گفتن اگر به درصد مشخص بشه که این... مقصره ما از اینجا می‌اندازیمش بیرون". مشارکت کننده ۱۰ (پزشک) گفت "اتفاقی که افتاد منجر به یکسری تغییر در روال‌ها شد. منجر به کنترل پالس اکسیمتری، کنترل وضعیت تنفسی در ریکاوری، منجر به تغییری در سیر داستان شد. حتی منجر شد که مقیم آی سی یو و اتاق عمل دوتا شود".

واکنش‌های جامعه شامل طبقات "رسانه‌ای شدن"، "قضاوت ناعادلانه" و "کنجکاوی و کنکاش" است. اظهارات مشارکت‌کنندگان در زیر آمده است: مشارکت کننده ۱ (غیر پزشک) ذکر می‌کرد "پرونده تبعات زیادی در تلگرام و اینترنت داشت. به دنبال رسانه‌ای شدن استاندارد و فرماندار هم دخالت کردند". مشارکت کننده ۱۰ (پزشک) بیان می‌کرد "اون چیزی که در عوام مردم انعکاس پیدا می‌کرد این بود که مریض رفته پیش فلان دکتر به آپاندیس عمل کنه، مرده. کسی نمی‌گفت تقصیر متوجه کی بوده یا اصلاً بچه مشکل زمینه‌ای داشته که باعث مرگ شده." در همین زمینه مشارکت کننده ۵ (غیر پزشک) اظهار می‌کرد "یک موقع به خودم آمدم و دیدم ماجرا یک کلاغ چهل کلاغ شده و شایعاتی بین مردم دهان‌به‌دهان می‌شود که اصلاً واقعیت نداشته".

۲- تأثیرات چند جانبه: تم دوم تأثیرات چند جانبه حادثه رخ داده بر فرد و خانواده می‌باشد که به سه طبقه اصلی "تأثیر بر سلامت"، "تأثیرات خانوادگی و اجتماعی" و "تأثیرات شغلی" تقسیم شد. مشارکت کننده ۱۰ (پزشک) بیان می‌کرد "حالات روحی نامناسب من را تا مرز جنون برد، افسردگی شدید گرفتم و توصیه به مراجعه به پزشک و مصرف دارو شدم". مشارکت کننده ۶ (غیر پزشک) توصیف می‌کرد "با آبروریزی‌هایی که شد و تحت فشارهایی که قرار گرفتم چند بار به خودکشی فکر کردم و دو بار هم اقدام به خودکشی کردم که ناموفق بود، با مرور اون لحظات سردرد و دل‌آشوبه و تپش قلب می‌گیرم و خیس عرق می‌شوم". مشارکت کننده ۲ (غیر پزشک) اظهار می‌کرد "به اندازه ۲۰ سال پیر شدم. افسرده شدم و دارو مصرف می‌کنم، بیماری پوستی من با این حادثه دوباره برگشت. صبح‌ها از استرس با تهوع و استفراغ بیدار می‌شدم".

تأثیرات خانوادگی و اجتماعی به شش زیرگروه "تأثیرات روحی اعضای خانواده و درگیری با حادثه"، "انگ اجتماعی (تغییر دیدگاه و رفتار جامعه)"، "کاهش کیفیت زندگی"، "اختلال در روابط خانوادگی" و "مشکلات مادی" دسته‌بندی شد. در این رابطه مشارکت کننده ۵ (غیر پزشک) بیان کرد "دائم در این مورد با همسر صحبت می‌کردیم و بچه‌ها هم متوجه شده بودند. هر وقت برای این موضوع مرا می‌خواهند همسر و بچه‌ها هم دچار استرس می‌شوند، همه پرخاشگر می‌شوند و آشوب به پا می‌شود. هنوز که هنوزه من درگیر هستم و زندگی من به جهنم تبدیل شده". مشارکت کننده ۱۰ (پزشک) توصیف می‌کرد "وقتی کسی مقصر باشد از درودیوار سرزنش می‌کنند و روابط و نوع رفتارشان تغییر می‌کنه. آدم یک بی‌دقتی می‌کنه و یک فاجعه به بار می‌یاد قبول ولی جامعه نباید او را نابود کند". مشارکت کننده ۹ (پزشک) بیان می‌کرد "وظایف خانوادگی‌ام تحت تأثیر قرار گرفته بود. در خانه با بچه‌ها ارتباط عاطفی معمول را نداشتم".

واکنش‌های فرد با طبقات فرعی: "ناباوری و انکار"، "خشم"، "امیدواری بیهوده (چانه‌زنی)"، "به دنبال مقصر بودن"، "ترس"، "غم و اندوه"، "افسردگی" و "پذیرش" مورد اشاره قرار گرفتند.

در این زمینه مشارکت کننده ۵ (غیر پزشک) اظهار می‌کرد "تا چند روز شوکه بودم و هم از نظر جسمی و هم از نظر روحی حالم خیلی بد بود". همچنین مشارکت کننده ۷ (گروه پزشک) بیان می‌کرد "عصبانی بودم و بیشتر به دنبال علت می‌گشتم که چرا این اتفاقات افتاده" مشارکت کننده ۴ (غیر پزشک) می‌گوید "تابه حال زایمان‌های زیادی را دیدم که پس از آن خونریزی زیاد باشد ولی هیچ‌کدام منجر به مرگ بیمار نشده بود. واقعاً باورم نمی‌شد در این فرصت کوتاه بیمار بمیرد"، همچنین مشارکت کننده ۶ (غیر پزشک) بیان می‌کرد "نمی‌توانستم اتفاق را درک کنم بیشتر شبیه به کابوس بود که منتظر بودم تمام شود". مشارکت کننده ۳ (غیر پزشک) "تا چند وقت بعد از اتفاق فکر می‌کردم چرا برای من این اتفاق افتاد و کجای کار را اشتباه کردم. بعد کم‌کم پذیرفتم".

واکنش خانواده قربانی دوم شامل واکنش "مثبت و حمایت"، "واکنش منفی" بود. در این خصوص مشارکت کننده ۱۰ (پزشک) این‌گونه بیان می‌کرد "همسر من به واسطه اینکه همکار منه خیلی همدردی و اظهار تأسف کرد" اما مشارکت کننده ۵ (غیر پزشک) اظهار می‌کرد "از طرف همسر مورد بازخواست قرار گرفتم که تو چرا این کار را کردی و چرا آن کار را نکردی؟ یا اینکه به خاطر من زندگی‌مان به جهنم تبدیل شده و تازه باید مرتباً به همسر هم جواب پس بدهم".

واکنش خانواده بیمار شامل طبقات "واکنش منفی"، "ناباوری" و "واکنش منطقی" است. در این خصوص مشارکت کننده ۹ (پزشک) عنوان داشتند: "خیلی تبعات و واکنش‌های منفی از خانواده بیمار هست. تماس‌های همراهان بیمار با ما و تهدیدهایی که می‌کنند و یا حتی نفرین. مادر بیمار به من می‌گوید الهی بچه خودت هم دچار این معضل بشه". مشارکت کننده (غیر پزشک) ۵ اظهار می‌کرد "همراهان بیمار به من حمله ور شدند و مرا پرت کردند. اصلاً متوجه نشدم چه اتفاقی افتاد. ضربه شدیدی خوردم". در همین رابطه مشارکت کننده ۱۰ (پزشک) توصیف می‌کرد "مادر بچه که اصلاً از نظر شرایط روحی وضعیت پایداری نداشت، باور نداشت که کار تمام شده است. طبیعی هم هست. پدر هم همین‌طور".

واکنش همکاران شامل طبقات "واکنش منفی"، "بی‌تفاوتی" و "عدم حمایت"، "واکنش مثبت و حمایت" و "کنکاش و کنجکاوی" بود. مشارکت کننده ۷ (پزشک) بیان می‌کرد "بعضی‌ها زیاد براشون مهم نیست. شاید کلامی دل‌داری بدهند ولی زیاد خودشان را وارد نمی‌کنند که دل‌داری بدهند و درگیر نمی‌شوند". همچنین مشارکت کننده ۴ (غیر پزشک) توصیف می‌کرد "هیچ حمایتی از جانب همکارانم نگرفتم. هر کدوم دنبال کار خودشون رفتند. هیچ‌کس نگفت من که به نیروی تازه‌وارد بودم هیچ‌چیز را نمی‌شناختم با هیچ‌کس هم آشنا نبودم. کسی هم اصلاً همدردی هم نکرد. من به جوان تازه‌کار بودم. هیچ‌کس حتی بعداً سراغ منو هم نگرفت". اما مشارکت کننده ۱۰ پزشک بیان می‌کرد "همکاران اظهار تأسف و همدردی می‌کردند. هر کس تجربیات و خاطرات مشابه خودشان را می‌گفتند نگران نباش، دلواپس نباش".

واکنش مدیران شامل "واکنش منفی"، "عدم حمایت"، "واکنش مثبت" و "حمایت" و "اقدام اصلاحی" بود. در این مورد مشارکت

نیاز است که در جامعه ما فرهنگ‌سازی شود و در مورد این‌گونه مسائل آگاهی مردم بالا برود اما این مسئله هم نیاز به زمان زیادی دارد. همچنین مشارکت‌کننده ۱۰ (پزشک) اظهار داشت "میگن که فلانی رفته یه آپاندیس عمل کنه و بچه مرده. کسی دیگه بقیه‌اش را نمی‌پرسید که چرا و چگونه و چه اتفاقی افتاده و جامعه نباید در اینگونه موارد بدون آگاهی قضاوت کنه"، مشارکت‌کننده ۷ (پزشک) تاکید داشت "اگر موضوع رسانه‌ای نمی‌شد برخوردها شاید عقلانی‌تر و حرفه‌ای‌تر می‌شد".

بحث

این مطالعه اولین مطالعه کیفی با هدف به دست آوردن بینشی عمیق از تجربه قربانیان دوم خطاهای پزشکی منجر به مرگ یا عارضه پایدار در بیماران ایران است. سه تم شامل: "واکنش‌های چند جانبه"، "تأثیرات چند جانبه" و "سیستم حمایتی" از دیدگاه قربانیان دوم شکل گرفت. مطالعات زیادی در مورد نسبت افرادی که در نتیجه خطا رنج می‌برند و یا ارتباط بین شدت خطا و تجربه رنج در افراد انجام نشده است. حتی در کنفرانس‌های بیماری و مرگ‌ومیر، اشتباهات مورد بحث قرار می‌گیرند، حقایق پزشکی بررسی می‌شوند، نه احساسات بیمار یا پزشک. خطاهای پزشکی ناگوار علاوه بر ایجاد واکنش در خانواده بیمار یا قربانی اول که امری طبیعی است، به‌صورت چشمگیری سبب بروز واکنش‌های زیادی در کادر درمان، خانواده وی، همکاران، مسئولین و مدیران و همچنین جامعه می‌گردد (۸، ۱۲). با توجه به بیانات مشارکت‌کنندگان، کادر درمان در جریان این خطاها تحت فشار روانی بسیار زیادی قرار می‌گیرند و درواقع تبدیل به "قربانی دوم" حادثه می‌شوند. افراد مورد مطالعه تجربه‌های احساسی ناباوری، خشم، امیدواری، بیهوده، به دنبال مقصر بودن، ترس، غم و اندوه، افسردگی و درنهایت پذیرش را بیان کردند که با نظریه سوگ کسلر و کوپلر مطابقت داشت. طبق نظریه سوگ الیزابت کوپلر بزرگ‌ترین نظریه‌پرداز سوگواری افراد از نظر زمانی این مراحل احساسی را معمولاً و نه همیشه به ترتیب طی می‌کنند، ناباوری و انکار و سپس خشم و به دنبال مقصر بودن جزء واکنش‌های فوری بوده و در ساعات اولیه بروز حادثه وجود دارد (۱۷، ۱۸). در مطالعه حاضر واکنش خانواده بیمار شامل ناباوری اولیه، واکنش منطقی و واکنش منفی در برخوردهای اولیه و بعدی با قربانی دوم مهم شناخته شد. در این رابطه ویو و همکاران (۲۰۱۲) بیان نمودند، قربانیان دوم به‌شدت تحت تأثیر واکنش‌های بیمار یا خانواده وی قرار می‌گیرند (۱۹). همسو با مطالعه اخیر، در مطالعه کیفی هاشمی و همکاران (۲۰۱۱)، یکی از نگرانی پرستاران از بیان خطا نگرانی و ترس از واکنش بیمار و خانواده وی گزارش شده است (۲۰). وقتی عضوی از خانواده از لحاظ روحی، روانی و روابط با سایر اعضا در وضع ناراحت‌کننده و تأسف باری قرار دارد آرامش و نشاط را از خانواده سلب می‌کند و سایر اعضا واکنش‌های متفاوتی نشان می‌دهند. طبق بیان تجربیات مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، واکنش مثبت و حمایت خانواده به‌صورت همدردی، اظهار ناراحتی، تأسف و دلداری کادر پزشک از غیرپزشک پررنگ‌تر بود. در این خصوص طبق نتایج مطالعه ادریس و همکاران (۲۰۱۶) اکثریت قربانیان دوم در بیمارستان جان‌هایکینز بیان کردند که نیاز دارند پس از حادثه ابتدا با همسر یا دوست خود در این زمینه صحبت کنند (۲۱). همچنین محمدی و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه

تأثیرات شغلی سه طبقه فرعی "کاهش کیفیت زندگی کاری"، "کاهش امنیت شغلی" و "اختلال در روابط شغلی" را در برگرفت. در این زمینه مشارکت‌کننده ۱ (غیر پزشک) بیان کرد "از یک سال قبل درخواست جابجایی از بخش داشتم؛ اما اصلاً توجهی نکردند اما پس‌ازاین اتفاق جابجا شدم. حس می‌کنم با جابجایی بیرون بیمارستان از نظر شغلی منهدم شدم، مشارکت‌کننده ۶ (غیر پزشک) تاکید کرد "برای همیشه از کار در رشته پرستاری برکنار شدم و حرفه‌ام را از دست دادم" مشارکت‌کننده ۳ (غیر پزشک) بیان می‌کرد "روابطم در محیط کار به‌قدری به‌هم‌ریخته بود که با همکارانم اصلاً حرف نمی‌زدم"، در همین زمینه مشارکت‌کننده ۷ (پزشک) اظهار می‌کرد "پس‌از آن ماجرا مرا تبعید کردند".

۳- سیستم حمایتی: از دیدگاه قربانیان دوم تم سوم سیستم حمایتی بود که به چهار طبقه اصلی "حمایت خانوادگی"، "حمایت همکاران"، "حمایت مدیران" و "حمایت اجتماعی" تقسیم شد.

حمایت خانوادگی شامل "همدلی و حمایت"، "آرام کردن اوضاع و کم کردن تنش" و "همفکری و کمک به تصمیم‌گیری صحیح" بود. در این رابطه مشارکت‌کننده ۳ (غیر پزشک) توصیف کرد "اوایل همسر مرا سرزنش می‌کرد ولی بعد شروع کرد به حمایت ولی انتظار داشتم همان اول با من همدلی و آرامم کنه" و مشارکت‌کننده ۵ (غیر پزشک) اظهار می‌کرد "ای کاش همسرم به‌جای شلوغ‌کاری بیشتر به من دلداری می‌داد. الان هم انتظار دارم وقتی برای دادگاه احضار می‌شوم در کنارم باشه و آرامش بدهد من خودم آن موقع اضطراب دارم نباید بیشتر از این متشنجم کنه".

حمایت همکاران به دو طبقه فرعی "حمایت" و "قضاوت نکردن" تقسیم شد. در این خصوص مشارکت‌کننده ۴ (غیر پزشک) بیان داشت "انتظار از همکارانم آینه که بدون آگاهی قضاوت نکنند، همکاران حداقل می‌توانند به‌صورت زبانی از من دفاع کنند و دلداری بدهند تا شرایط برایم قابل‌تحمل‌تر شود". مشارکت‌کننده ۳ (غیر پزشک) اظهار می‌کرد "اما من انتظار داشتم همان‌طور که مدیران که پزشک بودند از همکار خودشان دفاع کردند همکارانم من هم از من دفاع کنند".

حمایت مدیران به طبقات "حمایت مؤثر و طولانی مدت"، "نگاه فرایندی و تصمیم حرفه‌ای"، "قضاوت عادلانه"، "ایجاد شرایط مناسب کاری"، "برخورد رفتاری مناسب"، "کمک به تصمیم‌گیری صحیح" و "اقدامات اصلاحی" تقسیم شد. در این زمینه مشارکت‌کننده ۷ (پزشک) بیان می‌کرد "من واقعاً حمایت مدیران را نیاز داشتم ولی از من دریغ شد". مشارکت‌کننده ۳ (غیر پزشک) اذعان داشت "سیستم درمانی ما یک سیستم پزشک سالار است و قضاوت‌ها ناعادلانه و سوگیرانه است". همچنین مشارکت‌کننده ۴ (غیر پزشک) گفت "مدیران فقط دنبال مقصر نگردند و فرایندها را هم در نظر بگیرند". مشارکت‌کننده ۹ (پزشک) تاکید داشت "انتظارم از مدیران این بود که با تشکیل جلسه و دعوت همکاران صاحب‌نظر و باتجربه به من در تصمیم‌گیری صحیح کمک کنند".

حمایت اجتماعی: دو طبقه فرعی "قضاوت نکردن بدون آگاهی"، "کنترل اخبار و جلوگیری از ایجاد شایعات" را در برگرفت. مشارکت‌کننده ۳ (غیر پزشک) در این زمینه گفت "از اینکه مردم بدون داشتن اطلاعات راجع به من قضاوت کردند بسیار ناراحت هستم. دلم می‌خواست بدون اطلاعات کامل همه تقصیرها را گردن من نیاندازند.

تن از پژوهشگران عنوان می‌کنند نتایج منفی اشتباهات پزشکی می‌تواند به سلامت کادر درمان آسیب برساند و افراد به‌عنوان قربانی دوم طیف وسیعی از علائم روانی و جسمی را هم به‌صورت فوری و هم طولانی‌مدت همچون خستگی، اختلالات خواب، ناراحتی و افسردگی گرفته تا خودکشی تجربه می‌کنند (۶، ۲۳، ۲۴، ۲۷-۲۹). تمامی مشارکت‌کنندگان بدون استثنا تحت تأثیرات منفی روحی روانی پس از حادثه قرار گرفته بودند که این عوارض را با عباراتی نظیر آسیب‌های روحی و عاطفی، استرس، خستگی و عذاب روحی، دردآور و سهمگین بودن حادثه، جنون، استرس و اضطراب، آرام نبودن فکر، متشنج و آشوب بودن فکر، وحشت از یادآوری، احساس پیری، بیدار شدن در اثر تپش قلب، افسردگی و حتی اقدام به خودکشی بیان کردند. مطالعات متعددی در تأیید مطالعه حاضر عنوان می‌کنند «قربانیان دوم» تنش‌های روانی، احساسی و پیامدهای عاطفی و روان‌شناختی را تجربه می‌کنند، این پیامدهای روان‌شناختی شامل وضعیت‌های منفی از جمله شرم، اضطراب، سردرگمی، اضطراب و احساس گناه است. همچنین پاسخ‌های روان‌شناختی گسترده‌تر مانند شک و تردید و از دست دادن اعتماد به نفس و حتی اختلال استرس پس از سانحه نیز گزارش شده است (۸، ۲۸، ۳۰-۳۲). نیاز به ارائه کمک روان‌شناختی و حمایت عاطفی برای کارکنان پس از بروز خطا وجود دارد و خدماتی مانند ارجاع به مراکز سلامت رفتاری، مددکاری و مشاوره‌ی اجتماعی و روان‌پزشکی یا ورزش برای قربانیان دوم مفید و کمک‌کننده است (۲۳). این پژوهش نشان داد حوادث پزشکی تأثیرات خانوادگی و اجتماعی زیادی روی قربانیان دوم دارد. بیشترین مورد اختلال در روابط خانوادگی و تأثیرات روحی اعضای خانواده و سپس انگ اجتماعی بود. وجود فردی از اعضای خانواده که درگیری ذهنی یا جسمی پیدا می‌کند سایر اعضای خانواده را در وضع ناراحت‌کننده‌ای قرار داده و نشاط را از خانه سلب می‌کند، پویایی و حیات خانواده را می‌گیرد. تحقیقات قبلی به‌صورت کلی به تأثیر عوارض خطا در خانواده قربانی دوم اشاره کرده‌اند و پژوهشگر تحقیقات زیادی در این خصوص یافت نکرد. در این زمینه دوخانی و همکاران (۲۰۱۸) بیان داشتند، تعداد زیادی از قربانیان دوم در زندگی شخصی و حرفه‌ای خود تحت تأثیر قرار گرفته‌اند یا عواقب جدی عاطفی طولانی‌مدت را تجربه کردند (۱۷). تأثیرات شغلی همچون کاهش کیفیت زندگی کاری، اختلال در روابط شغلی و کاهش امنیت شغلی در هر دو گروه پزشک و غیر پزشک گزارش گردید. مشارکت‌کنندگان به رها کردن کار، انصراف از برخی مسئولیت‌های شغلی، کاهش ریسک‌پذیری شغلی، ذهنیت بد نسبت به رشته و شغل، دور شدن از محیط کاری، کم کردن ساعات کاری، درگیری فکری و حواس‌پرتی حین کار، ترس از کار و تکرار حادثه، برکناری از مسئولیت و استعفا، انزجار از کار و احساس انهدام از نظر شغلی اشاره کردند. گرچه موضوعات روابط شغلی و امنیت شغلی زیرمجموعه کیفیت زندگی کاری محسوب می‌شوند ولی به سبب اهمیت آن در اظهارات مشارکت‌کنندگان به آن‌ها به‌صورت جداگانه پرداخته شد. عباراتی نظیر تغییر رفتار همکاران، به هم ریختن روابط کاری، حرف نزدن با همکاران و احساس ایجاد دسیسه از سوی همکاران نشان‌دهنده اختلال در روابط شغلی است. همچنین عدم تمایل به کار، انتقال و جابجایی، تبعید، معلق شدن، رها کردن شغل، برکناری از کار و از دست دادن حرفه، تعطیلی محل کار از عباراتی بود که افراد کاهش امنیت شغلی را با آن نشان دادند. در این رابطه،

خود گزارش کردند، در اکثر موارد حمایت‌های عاطفی از طرف خانواده فرد قربانی دوم وجود داشته است (۲۲). طبق بیان تجربیات مشارکت‌کنندگان در مواردی با واکنش مثبت و منفی و نامناسب همکاران روبرو شده بودند. در این راستا کنکاش و کنجکاوی همکاران پس از بروز حادثه و نیز بی‌تفاوتی و عدم حمایت از مواردی بود که مشارکت‌کنندگان را آزار داده بود. همسو با نتایج مطالعه حاضر، محمدی و همکاران (۲۰۱۹)، کرزان و همکاران (۲۰۱۵) و واترمن و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه‌های خود دیدگاه‌های تغییر یافته همکاران و نیز کنکاش بیجا و بیهوده را گزارش کرده‌اند و اینکه تمایل چندانی برای ارائه پشتیبانی از سوی همکاران و همتایان وجود نداشته، یا محدود و کافی نمی‌باشد و گاهی حتی زیان‌آور بوده است (۲۲-۲۴). همچنان که کنجکاوی بیش‌ازحد از نظر روحی فرد را آزار می‌دهد، بی‌تفاوتی و عدم حمایت از سوی همکاران نیز شایسته نیست. نوعی همدردی بدون قید و شرط و حمایت از سوی همکاران و محیط کار که واقعاً مورد نیاز است، به‌ندرت پیش می‌آید. همسو با نتیجه مطالعه حاضر، فرضی و همکاران (۲۰۱۴) نیز در پژوهش خود عنوان کرد، مورد نکوهش قرار گرفتن توسط همکاران از جمله پیامدهای خطای پزشکی می‌باشد (۲۵). با توجه به نقش پررنگ و مؤثر مدیران در ساختارها، قوانین و پویایی سازمانی و روابط کارکنان، واکنش مدیران بر احساسات مشارکت‌کنندگان پس از درگیری در حادثه بسیار مؤثر است. مطالعه حاضر نشان داد مدیران در مواجهه با بروز خطا بیشتر واکنش منفی، سپس عدم حمایت و به میزان کمتری واکنش مثبت و حمایت و اقدام اصلاحی داشته‌اند. رفتار غیر حرفه‌ای و ناعادلانه مدیران و نیز عدم حمایت مشارکت‌کنندگان را آزار داده بود. در این پژوهش گرچه به واکنش مثبت و حمایت مدیران به میزان کمی اشاره شد اما همین نیز سبب خوشنودی و رضایت افراد شده بود. مطالعات متعددی نشان می‌دهند که حمایت و پشتیبانی از طرف محل کار و مدیران برای کمک به کارکنان بهداشتی درمانی پس از یک خطای پزشکی کافی نیست. واکنش‌های مدیران و کارکنان ارشد شامل رفتارهای متناقض، نارضایتی یا تهاجمی بوده است و کارکنان حتی بازجویی، سرزنش و یا تهدیدات گاه‌به‌گاه را نیز تجربه کرده‌اند (۲۲، ۲۴). طبق مطالعه حاضر واکنش جامعه (رسانه‌ای شدن، کنجکاوی و کنکاش و قضاوت ناعادلانه مردم) از مواردی بود که قربانیان دوم از آن اظهار ناراحتی کردند. پژوهش‌های زیادی در خصوص واکنش جامعه نسبت به افراد قربانی دوم یافت نشد. از آنجاکه جامعه درک و مقابله با بیماری را به پزشکان سپرده است، انتظار کمال از پزشکان دارد و هیچ جایی برای اشتباهات در پزشکی مدرن وجود ندارد (۱۹). همین موضوع سبب می‌شود در صورت بروز خطا جامعه سریعاً واکنش نشان دهد. در این راستا لویس و همکاران (۲۰۱۳) عنوان می‌کنند، در چند سال اخیر با توجه به فراگیر شدن رسانه‌های اجتماعی خطاهای پزشکی توجه همگان را به خود جلب کرده که پیامدهای فراوانی برای حرفه دارد (۲۶).

همه مشارکت‌کنندگان تأثیرات چند جانبه مخربی را که بروز خطا بر سلامتی جسمی و روحی ایشان گذاشته بود عنوان کردند. بروز بیماری‌های مزمن، بیماری پوستی، سردرد، تپش قلب، عرق کردن، مصرف دارو و تهوع و استفراغ از عباراتی بود که نشان‌دهنده این آزار جسمی است. پژوهش‌های قبلی به عوارض جسمی و روحی ایجاد شده برای فرد قربانی دوم به‌صورت مشترک و نیز مختصر اشاره کرده‌اند. چند

سلامت و مدیران آن‌ها باید تسهیلات و شرایطی فراهم کنند که بتواند به کارکنان در معرض خطر آسیب از چنین رویدادهایی کمک کند، که خود را بازباید (۳۵). حمایت‌های موجود از سوی اطرافیان، مدیران، مؤسسات دولتی و سازمان‌های مردم‌نهاد برای قربانیان دوم در کشور ما اندک بوده و این افراد خود را در دنیای پزشکی و درمان با ریسک بالای حوادث رها شده و بدون حامی احساس می‌کنند. قضاوت نکردن بدون آگاهی، کنترل اخبار و جلوگیری از ایجاد شایعات و حمایت کادر درمان انتظار قربانیان دوم از جامعه بود. پیش‌دوری بر اساس پیش‌فرض‌ها و گمانه‌زنی‌های نادرست و ناکامل سبب بر هم زدن آسایش فکری جامعه شده و آن‌ها را از مدار انصاف و میانه‌روی دور می‌کند. همچنین باوجود فراگیر شدن رسانه‌ها و فضای مجازی کنترل این‌گونه خبرهای جنجالی که یک واقعه ناگوار در پزشکی را نشان می‌دهد امری است که در صورت عدم کنترل سبب اضطراب اجتماعی می‌شود. هم‌راستا با پژوهش حاضر لوپس و همکاران (۲۰۱۳) بیان می‌کند نمود خطاهای پزشکی در جامعه بدون آگاهی کامل از علل و شرایط وقوع آن سبب می‌شود ارائه‌دهندگان خدمات به‌عنوان افرادی خطاکار شناخته شوند نه به‌عنوان قربانیان دوم و این‌گونه نگاه و پخش اخبار نامناسب آن‌ها را از دریافت حمایت‌های اجتماعی محروم می‌کند (۲۶).

محدودیت‌های تحقیق حاضر عدم تمایل به شرکت در مصاحبه به علت مشغله کاری و خاطرات بد حادثه و تبعات پس‌از آن بود که سعی شد با ارائه توضیحات لازم در زمینه اهداف و سودمندی نتایج و هماهنگی در زمینه زمان و مکان مشارکت در پژوهش همکاری افراد جلب گردد.

نتیجه‌گیری

شناسایی احساسات و تجربیات قربانیان دوم از جمله پرستاران و پزشکان، شامل واکنش‌ها، تأثیرات حادثه و سیستم حمایتی ایشان در مواجهه با خطاهای پزشکی می‌تواند در ایجاد ساختارهای حمایتی و امکانات لازم جهت دریافت مشاوره‌های لازم در گذر از این دوران و بازیابی نشاط قبلی برای فرد بسیار مؤثر باشد و پیامدهای منفی حادثه را کاهش دهد. از آنجاکه ارائه خدمات حمایتی به "قربانیان دوم" حاصل همبستگی خانواده، همکاران و مدیران، سازمان‌ها و جامعه می‌باشد، ارتقای مشارکت بین این عوامل در تقویت کیفیت ارائه حمایت، مؤثر است و در واقع جامعه و سازمان‌های سلامت باید به سمت طراحی برنامه‌های جامع حمایتی به منظور افزایش احساس امنیت این افراد و کاهش میزان آسیب کادر درمان پیش روند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه مشارکت‌کنندگان که وقت گرانباه و تجارب ارزشمند خود را در اختیار ما قرار دادند، همچنین دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد و سازمان تأمین اجتماعی استان اصفهان جهت همکاری، صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۱۹) گزارش کردند، بروز خطا پیامدهای مختلفی برای زندگی حرفه‌ای شامل تهدید و دست رفتن شهرت حرفه‌ای، کاهش اعتمادبه‌نفس، احساس شک و تردید نسبت به دانش، توانایی و مهارت بالینی خود، خدشه‌دار شدن روابط با همکاران، بی‌اعتمادی نسبت به بیمار و جدا شدن از بیمار دارد (۲۲).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر تم مهم دیگر ناشی از تجربیات قربانیان دوم، "سیستم حمایتی" ایشان در شرایط بروز خطا از خانواده، همکاران و از مدیران و جامعه بود. مشارکت‌کنندگان از خانواده خود انتظار آرام کردن اوضاع و کم کردن تشنج و همدلی و ایجاد آرامش را داشتند. تنها گروه غیرپزشک انتظار همفکری و کمک به تصمیم‌گیری صحیح را از خانواده خود بیان کرد. سنخیت تحصیلات و شغل همسر افراد پزشک با رشته پزشکی سبب شده بود خانواده این افراد در این جریان بیشتر کمک‌کننده باشند. واضح است که بروز حوادث در زندگی انسان ممکن است به دلیل آشفته ساختن آرامش فکری انسان را از مسیر تصمیم‌گیری صحیح خارج کند و این خانواده است که می‌تواند فرد را در رسیدن به بهترین تصمیم یاری کند در همین رابطه نتایج مطالعه اسکات و همکاران (۲۰۰۹) حاکی از آن است که قربانیان دوم به سبب وابستگی‌های عاطفی با افراد خانواده نیاز به همدلی و دریافت آرامش از سوی آنان دارند و حمایت‌های عاطفی اغلب از طرف دوستان نزدیک و خانواده بسیار کمک‌کننده است (۳۳). انتظاراتی که مشارکت‌کنندگان از همکاران خود داشتند شامل قضاوت نکردن و سپس حمایت بود. علیرغم وجود حمایت خانواده و دوستان، با توجه به گستردگی عوامل استرس‌زا که متخصصین درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، خدمات پشتیبانی از سوی همکاران نیز نیاز است و به‌عنوان یک سرویس حیاتی شناخته می‌شود. در این خصوص مطالعه ادريس و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد اکثر قربانیان دوم به دنبال دریافت حمایت هستند و ترجیح می‌دهند پس از همسر یا دوستان با همکار یا همتای کاری خود صحبت کنند (۲۱). همسو با نتیجه مطالعه حاضر، کابیلان و همکاران (۲۰۱۷) در یک مطالعه مرور سیستماتیک بیان کردند اغلب پرستاران به عنوان قربانی دوم اکثریت حمایتی که از همکاران نیاز و انتظار داشتند را دریافت نکرده‌اند و کمبود حمایت از قربانیان دوم بر روی تصمیم‌گیری آنها در این تجربه تأثیر منفی دارد (۳۴). مشارکت‌کنندگان علاوه بر خانواده و همکاران از مدیران خود نیز انتظاراتی داشتند که بیشترین انتظار، حمایت مدیران، سپس نگاه فرایندی و تصمیم حرفه‌ای و قضاوت عادلانه بود. حمایت مدیران از کارکنان درگیر در حوادث ناگوار سبب ایجاد احساس ارزشمندی و امنیت برای کارکنان می‌شود. مشارکت‌کنندگان در هر دو گروه پزشک و غیرپزشک این انتظار حمایت را به‌صورت پورنگی عنوان کردند. در راستای تأیید نتیجه مطالعه حاضر، نیدو و همکاران (۲۰۲۰) در یک مطالعه مرور سیستماتیک تأکید کردند، تعامل با همکاران و سوپروایز جهت سازگاری با پدیده قربانی دوم نقشی مهم و حیاتی دارد (۸). هال و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه خود پیشنهاد می‌کند سازمان‌های

References

1. Lenne RL, Panos ME, Auster-Gussman L, Scherschel H, Zhou L, Mann T. Behavioral compensation before and after eating at the Minnesota State Fair. *Appetite*. 2017;118:113-119. DOI: 10.1016/j.appet.2017.07.025 PMID: 28778813
2. Bahreini Brujeni A, Alavi A. The Relationship between Nurses' Self-efficacy and Job Expectations with Patient Safety Culture. *J Health Care*. 2020;22(2):138-146. DOI: 10.52547/jhc.22.2.138
3. Ghaderi S, Sadeghi M, Yousefi F, Vahedi MS, Karami N, Karimian A. Survey Attitude of Nursing Managers of Kurdistan

- Hospitals towards The Voluntary Reporting System of Medical Errors. *Iran J Med Ethic History Med*. 2019;12(1):266-275.
4. Schwendimann R, Blatter C, Dhaini S, Simon M, Ausserhofer D. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events - a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):521. DOI: 10.1186/s12913-018-3335-z PMID: 29973258
5. Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical Error Reduction and Prevention. StatPearls. Treasure Island (FL)2022.
6. Pereira-Lima K, Mata DA, Loureiro SR, Crippa JA, Bolsoni LM, Sen S. Association Between Physician Depressive Symptoms and Medical Errors: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2019;2(11):e1916097. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.16097 PMID: 31774520
7. Carver N, Gupta V, Hipskind JE. Medical error. StatPearls [Internet].2020.
8. Nydoo P, Pillay BJ, Naicker T, Moodley J. The second victim phenomenon in health care: A literature review. *Scand J Public Health*. 2020;48(6):629-637. DOI: 10.1177/1403494819855506 PMID: 31405351
9. Mok WQ, Chin GF, Yap SF, Wang W. A cross-sectional survey on nurses' second victim experience and quality of support resources in Singapore. *J Nurs Manag*. 2020;28(2):286-293. DOI: 10.1111/jonm.12920 PMID: 31789437
10. Brunelli MV, Estrada S, Celano C. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of a Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *J Patient Saf*. 2021;17(8):e1401-e1405. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000497 PMID: 29733300
11. Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu, II. Second victims in health care: current perspectives. *Adv Med Educ Pract*. 2019;10:593-603. DOI: 10.2147/AMEP.S185912 PMID: 31496861
12. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(6):e43. DOI: 10.1136/qshc.2009.035253 PMID: 20513788
13. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins2011.
14. Fazel N, Yazdi Moghadam H, Elhani F, Pejhan A, Koshan M, Ghasemi MR. The nursing experiences regarding to clinical education in emergency department: a qualitative content analysis in 2012. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2017;24(2):97-106.
15. Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today*. 2017;56:29-34. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.06.002 PMID: 28651100
16. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001 PMID: 14769454
17. Dukhanin V, Edrees HH, Connors CA, Kang E, Norvell M, Wu AW. Case: A Second Victim Support Program in Pediatrics: Successes and Challenges to Implementation. *J Pediatr Nurs*. 2018;41:54-59. DOI: 10.1016/j.pedn.2018.01.011 PMID: 29395793
18. Corr CA. Elisabeth Kubler-Ross and the "Five Stages" Model in a Sampling of Recent American Textbooks. *Omega (Westport)*. 2020;82(2):294-322. DOI: 10.1177/0030222818809766 PMID: 30439302
19. Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *BMJ Qual Saf*. 2012;21(4):267-270. DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000605 PMID: 22213379
20. Hashemi F, NIKBAKHT NA, Asghari F. Nurses perceived worries from error disclosure: A qualitative study. *Iran J Nurs Res*. 2011;6(20):30-43.
21. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016;6(9):e011708. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011708 PMID: 27694486
22. Mohamadi-Bolbanabad A, Moradi G, Pirooz B, Safari H, Asadi H, Nasser K. The second victims' experience and related factors among medical staff. *Int J Workplace Health Manage*. 2019;12(3):134-145. DOI: 10.1108/IJWHM-07-2018-0087
23. Krzan KD, Merandi J, Morvay S, Mirtallo J. Implementation of a "second victim" program in a pediatric hospital. *Am J Health Syst Pharm*. 2015;72(7):563-567. DOI: 10.2146/ajhp140650 PMID: 25788510
24. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Joint Commission J Qualit Patient Safe*. 2007;33(8):467-476. DOI: 10.1016/S1553-7250(07)33050-X
25. Farzi S, Abedi H, Ghodosi A, Yazdannik AR. Nurses'Experiences of Medication Errors Journal Of Qualitative Rerearch in Health Sciences. 2014;2(4):310-319.
26. Lewis EJ, Baernholdt M, Hamric AB. Nurses' experience of medical errors: an integrative literature review. *J Nurs Care Qual*. 2013;28(2):153-161. DOI: 10.1097/NCQ.0b013e31827e05d1 PMID: 23222195
27. Mitzman J, Jones C, McNamara S, Stobart-Gallagher M, King A. Curated collection for educators: five key papers about second victim syndrome. *Cureus*. 2019;11(3). DOI: 10.7759/cureus.4186
28. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis. *J Patient Saf*. 2020;16(2):e61-e74. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000589 PMID: 30921046
29. Gispén F, Wu AW. Psychological first aid: CPR for mental health crises in healthcare. *J Patient Safe Risk Manage*. 2018;23(2):S1-53. DOI: 10.1177/2516043518762826
30. Leinweber J, Creedy DK, Rowe H, Gamble J. Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives. *Women Birth*. 2017;30(1):40-45. DOI: 10.1016/j.wombi.2016.06.006 PMID: 27425165
31. Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott SD, Hoffman JM. Patient safety culture and the second victim phenomenon: connecting culture to staff distress in nurses. *Join Commission J Qualit Patient Safe*. 2016;42(8):377-AP372. DOI: 10.1016/S1553-7250(16)42053-2
32. Schroder K, Larsen PV, Jorgensen JS, Hjelmberg JV, Lamont RF, Hvidt NC. Psychosocial health and well-being among obstetricians and midwives involved in traumatic childbirth. *Midwifery*. 2016;41:45-53. DOI: 10.1016/j.midw.2016.07.013 PMID: 27540830
33. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(5):325-330. DOI: 10.1136/qshc.2009.032870 PMID: 19812092
34. Cabilan CJ, Kynoch K. Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: a qualitative systematic review. *JBIS Database System Rev Implement Rep*. 2017;15(9):2333-2364. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-003254 PMID: 28902699
35. Hall LW, Scott SD. The second victim of adverse health care events. *Nurs Clin North Am*. 2012;47(3):383-393. DOI: 10.1016/j.cnur.2012.05.008 PMID: 22920429