

حک لیست

چگونه کارها درست انجام دهیم؟

آتول گوانده

مریم شبیری

گوانده، آتول	:	سرشناسه
Gawande, Atul		
چک‌لیست/ نوشته آتول گوانده،	:	عنوان و نام پدیدآور
ترجمه مریم شبیری.		
تهران، نوین توسعه، ۱۳۹۹.	:	مشخصات نشر
۱۹۲ صفحه.	:	مشخصات ظاهری
۹-۴۳-۶۸۴۰-۶۲۲-۹۷۸	:	شابک
فیبا	:	فهرست‌نویس
The Checklist Manifesto	:	یادداشت
مدیریت، مدیریت کارها و وظایف	:	موضوع
HD۵۷/۷	:	رده‌بندی کنگره
۶۵۸/۴۰۹۲	:	رده‌بندی دیویی
۶۱۵۰۳	:	شماره کتابشناسی ملی

تمامی حقوق این اثر، از جمله حق انتشار، مأمور با بخشی از آن،
برای ناشر محفوظ است.

عنوان:	چک لیست
مؤلف:	آتول گوانده
مترجم:	مریم شبیری
چاپ:	۱۴۰۳، چاپ یازدهم، ۱۰۰۰ نسخه
تیراژ کل:	۱۶،۰۰۰ نسخه
ناشر:	نشر نوین توسعه
شابک:	۹۷۸-۶۲۲-۶۸۴۰-۴۳-۹
قیمت:	۱۸۵،۰۰۰ تومان

تعهد ما به حفظ محیط زیست

کاغذ بالکی، کاغذی است خوش رنگ و زیست محیطی است که در کشورهای باران خیزی همچون سوئد و فنلاند تولید می شود و مخصوص تولید کتاب است. کتاب های نشر نوین بر روی این کاغذها چاپ می شوند تا علاوه بر ساختن تجربه خوب مطالعه برای خوانندگان مان، با گامی در حفظ محیط زیست برداریم.

 Nashrenovin.ir

 Nashrenovin.ir

 Nashrenovin

فهرست

مقدمه	۷
فصل (۱) مشکل پیچیدگی شدید	۱۹
فصل (۲) چک لیست	۳۵
فصل (۳) پایان استاد بنا	۵۱
فصل (۴) اید	۷۵
فصل (۵) اولین ارتقا	۸۹
فصل (۶) کارخانه چک لیست	۱۱۵
فصل (۷) آزمایش	۱۳۷
فصل (۸) قهرمان عصر چک لیست ها	۱۵۷
فصل (۹) نجات	۱۸۵

مقدمه

داشتم با یکی از دوستان قدیمی‌ام در دانشکده پزشکی حرف می‌زدم که اکنون در سانفرانسیسکو جراح عمومی است. داستان تجربه‌های سخت‌مان را برای یکدیگر تعریف می‌کردیم، کاری که همه جراح‌ها دوست دارند انجام دهند. یکی از قصه‌های جان در مورد مردی بود که در شب هالووین به خاطر ضربه چاقو به بیمارستان آمده بود. گویا در جشن هالووین با کسی درگیر شده و حالا در بیمارستان بود.

شرایطش پایدار بود، تنفس طبیعی بود، درد نداشت فقط مست بود و دائماً ناله می‌کرد. آنها لباسش را بچ کردند و از سر تا پایش را چک کردند. اندام نسبتاً درشتی داشت، حدود ۹۰ کیلو، به نسبت چاقی‌اش در شکم و پهلویش بود. دقیقاً همان جایی که زخمی شده بود، یک شال حدوداً پنج سانتی‌متری در شکمش که مثل دهان ماهی باز بود. باریکه خردلی رنگی چربی، از زخم بیرون زده بود - چربی داخل شکمش، نه آن چربی سطحی زرد کم‌رنگ که در پوست جمع می‌شود. باید او را به اتاق عمل می‌بردند تا مطمئن شوند که اندام‌های درون شکمش صدمه ندیده باشد و آن پارگی را نیز بخیه بزنند.

جان گفت: «کار سختی نبود.»

اگر زخمش کاری بود، تیم جراحی باید او را خیلی زود به اتاق عمل می‌برد، یعنی برانکارد را فوراً می‌آوردند، پرستاران به سرعت تجهیزات جراحی را آماده می‌کردند و متخصصین بیهوشی بیخیال بررسی دقیق پرونده پزشکی می‌شدند؛ اما زخم او کاری و عمیق نبود. آنها فکر می‌کردند که وقت کافی دارند. بیمار روی برانکارد در اتاق تروما (اتاق جراحات و آسیب) که دیوار گچی داشت، دراز کشیده بود و منتظر بود تا اتاق عمل آماده شود.

ناگهان یکی از پرستاران متوجه شد که بیمار دیگر ناله نمی‌کند. ضربان قلبش خیلی بالا رفته بود. سیاهی چشمانش رفته بود. وقتی پرستار تکانش داد، جوابی نداد. پرستار کمک خواست و اعضای تیم جراحات به اتاق برگشتند. فشار خونش قابل تشخیص نبود. لوله‌ای را در راه تنفسش قرار دادند تا بتوانند هوا را وارد ریه‌هایش کنند و به او خون تزریق کردند. هنوز نتوانسته بودند فشار خونش را بالا بیاورند.

بنابراین به سرعت به اتاق عمل رفتند، برانکارد را فوراً آوردند، پرستاران با عجله تجهیزات جراحی را آماده کردند، متخصصین بیهوشی از چک کردن پرونده پزشکی صرف نظر کردند، دانشجوی رزیدنتی همه بطری مایع ضدعفونی‌کننده را روی شکم بیمار پاشید، جان یک تیغ جراحی شماره ۱۰ در دست گرفت و پوست شکم بیمار را از قفسه سینه تا استخوان شرمگاهی شکافت.

«کوتر»^۱

دکتر جان، نوک فلزی برق دستگاه کوتر را در طول چربی‌های زیر پوست حرکت داد و یک خط عمودی از بالا تا پایین در آن ایجاد کرد، سپس برشی در عضله‌های شکمی ایجاد کرد. زمانی که حفره شکم را سوراخ کرد ناگهان خون زیادی از شکم بیمار فوران کرد.

«لعنتی.»

خون همه جا را فرا گرفت. چاقوی فرد مهاجم پس از سی سانتی‌متر در بدن مرد فرو رفته بود و از چربی، از ماهیچه، از روده و از سمت پیل در تاراه نخاعی، درست به آنورت شکمی، شریان اصلی قلب، رسیده بود.

جان گفت: «این دیگر چیست.» جراح دیگری به کمکشان آمد و دستش را مشت کرد و روی آنورت، بالای قسمت سوراخ گذاشت که باعث شد شدت خونریزی کم شود

^۱ دستگاهی الکتریکی که در اتاق عمل جهت ایجاد برش و جلوگیری از خونریزی استفاده می‌شود (به انگلیسی: cautery).

و بتوانند وضعیت بیمار را کنترل کنند. همکار جان گفت که از زمان جنگ ویتنام تا به حال، چنین جراحاتی ندیده است.

بعدها معلوم شد که این حرف همکار جان، خیلی نزدیک به واقعیت بود. جان فهمید فرد ضارب، لباس سرباز پوشیده بود و سرنیزه داشت.

وضعیت بیمار تا چند روز نامشخص و ناپایدار بود. اما او بهبود یافت و از آن وضعیت در آمد. جان هنوز وقتی درباره این بیمار حرف می‌زند، سرش را با تأسف تکان می‌دهد.

در چنین مواردی ممکن است اشتباهات زیادی رخ دهد. اما همه افرادی که با این مورد سروکار داشتند، تقریباً تمامی مراحل را درست طی کردند - معاینه سر تا پا، بررسی دقیق و مداوم فشارخون و نبض و تنفس بیمار، کنترل سطح هوشیاری، میزان تزریقات وریدی، تمایل با یک خون برای تأمین خون مورد نیاز، تعویض سوند بیمار برای اطمینان از عدم مشکل در دفع ادرار وی، همه چیز. به جز اینکه، تقریباً هیچ کس یادش نبود که از بیمار یاد کنند این‌های اورژانس بپرسد که این زخم در اثر چه چیزی ایجاد شده است.

جان فقط توانست این را بگوید: «سرنیزه در سانفرانسیسکو، حتی به فکرتان هم نمی‌رسد.» او از بیمار دیگری برایم حرف زد که ویدیو به خاطر سرطان معده‌اش زیر عمل جراحی قرار داشت، دچار ایست قلبی شد. جان به خاطر داشت که به مانیتور قلب نگاه کرد و به متخصص بیهوشی گفت: «هی، آسیستول.» آسیستول ایست کامل عملکرد قلب است که به شکل خط صاف روی مانیتور نمایان می‌شود. انگار که اصلاً مانیتور به بیمار وصل نیست.

متخصص بیهوشی گفت: «احتمالاً یکی از رابط‌ها از جایش درآمده.» چون ایست قلبی بیمار، غیرممکن به نظر می‌رسید. بیمار در اواخر دهه چهل زندگی‌اش، و تا آن موقع کاملاً سالم بود. تومور تقریباً شانشی دیده شده بود. او که به دلیل مسئله دیگری (شاید سرفه) نزد پزشک عمومی‌اش رفته بود، گفته بود مدتی است که بالای معده‌اش احساس سوزش می‌کند. خب، نه دقیقاً سوزش معده. او احساس می‌کرد که غذا در

مری‌اش گیر می‌کند و پایین نمی‌رود و همین باعث سوزش معده‌اش شده است. دکتر درخواست عکس رنگی از مری را داد. و چیزی که در عکس دیده شد: یک توده به اندازه یک موش چاق در بالای معده بود که مثل یک چوب پنبه متناوباً به دهانه معده فشار می‌آورد. توده زود تشخیص داده شده بود و هیچ علائمی از بزرگ شدن و انتشارش در بدن وجود نداشت. تنها راه درمان عمل جراحی بود، یک گاسترکتومی کامل، یعنی برداشتن کل معده بیمار، یک جراحی چهار ساعته.

اعضای تیم تقریباً در اواسط کار بودند. تومور سرطانی خارج شده بود. هیچ مشکلی وجود نداشت. آنها داشتند برای احیای دستگاه گوارش آماده می‌شدند که ناگهان خط روی مانیتور صاف شد. تقریباً در عرض پنج ثانیه متوجه شدند که هیچ رابطی قطع نشده است. متخصص بیهوشی هیچ نبضی را در رگ‌های اصلی احساس نمی‌کرد. قلب بیمار ایستاده بود. جان همه‌ی گازهای استریل روی بدن بیمار را کنار زد و شروع به فشار داد. خفسه سینه بیمار کرد. روده‌های بیمار با هر فشار جان، از شکم بازش بیرون می‌زد. یعنی از پرستاران اعلام کد آبی کرد!

جان دیگر داستان را ادامه داد و از من خواست که خودم را جای او بگذارم: «تو در این شرایط چه کار می‌کردی؟»

سعی کردم خوب فکر کنم. ایست قلبی در وسط عمل جراحی اتفاق افتاده بود. بنابراین، خونریزی شدید در اولویت لیست من قرار داشت. گفتم، به دنبال محل خونریزی می‌گشتم.

این همان حرفی بود که متخصص بیهوشی هم گفت. ما هیچ خونریزی‌ای وجود نداشت، این را به متخصص بیهوشی هم گفته بود.

جان گفت: «نمی‌توانست باور کند. مدام می‌گفت باید خونریزی شدیدی وجود داشته باشد، باید خونریزی شدیدی وجود داشته باشد.» اما هیچ چیزی نبود.

کمبود اکسیژن هم یکی از احتمالات بود. گفتم من اکسیژن را روی ۱۰۰ درصد می‌گذاشتم و لوله تنفسی را چک می‌کردم. همچنین نمونه خونس را می‌گرفتم و به آزمایشگاه می‌فرستادم تا مطمئن شوم هیچ مشکل خاصی نداشته باشد.

جان گفت که او هم به این موضوع فکر کرده است. لوله تنفسی مشکلی نداشت و برای آزمایش کردن خون هم، ۲۰ دقیقه طول می‌کشید تا نتیجه‌اش آماده شود که در آن شرایط، دیر بود.

آیا پارگی کیسه‌های ریه نبود-پنوموتوراکس؟ هیچ نشانه‌ای از آن نبود. با گوشی صدای ریه‌اش را چک کرده بودند و هوا کاملاً در هر دو ریه‌اش به خوبی جریان داشت. بنابراین دلیلش فقط باید آمبولی ریه باشد. گفتم، به احتمال قوی یک لخته خون به سمت قلب رفته و گردش خون را مختل کرده است. خیلی نادر است؛ اما بیماران سرطانی که تحت جراحی قرار می‌گیرند، از موارد پرخطر هستند و اگر این اتفاق برایشان بیفتد، کار زیادی نمی‌توان برایشان کرد. می‌توان برای فعال کردن قلب، دوز کمی اپی‌نفرین^۱- آدرنالین تزریق کرد؛ اما باید است که تأثیری نداشته باشد.

جان گفت که تیمش به همین نتیجه رسید. بعد از ۱۵ دقیقه فشار دادن قفسه سینه بیمار، خط روی مانیتور همچنان صاف بود و دیگر امیدی نبود. در میان آنانی که به کمک آمده بودند، متخصص بیهوشی‌ای حضور داشت که وقتی بیمار داشت بیهوش می‌شد در اتاق عمل بود. وقتی اتاق را ترک کرد، هیچ چیزی از دور غیرعادی به نظر نمی‌رسید. جان دائماً داشت با خودش فکر می‌کرد، یک نفر باید مرتکب اشتباهی شده باشد.

جان از متخصص بیهوشی پرسید که آیا ۱۵ دقیقه قبل از ایست قلبی بیمار، کار متفاوت و خاصی انجام داده است؟

¹ Epinephrine

نه. صبرکن. بله انجام داده بود. در نتیجه آزمایش خون بیمار قبل از عمل، همه چیز خوب به نظر می‌رسیده و فقط سطح پتاسیم خون بیمار پایین بوده، و متخصص بیهوشی یک دوز پتاسیم برای جبران این کمبود به او تزریق کرده بود.

داشتم به اشتباه این احتمال را نادیده می‌گرفتم. سطح غیرطبیعی پتاسیم یکی از دلایل اولیه ایست قلبی است. در هر کتابی ذکر شده است. نمی‌توانستم باور کنم که متوجه‌اش نشده بودم. کمبود شدید پتاسیم ممکن است باعث ایست قلبی شود که در این حالت تزریق یک دوز پتاسیم، راه‌حل آن است و پتاسیم بیش از اندازه هم به همین شکل ممکن است عملکرد قلب را متوقف کند - و این همان روشی است که زندانیان را اعدام می‌کنند. سرگروه تیم بیهوشی خواست کیسه پتاسیمی را که آویزان بود ببیند. یک نفر آن را از سطل زباله درآورد و اینجا بود که همه چیز را فهمیدند. متخصص بیهوشی در غلظت پتاسیم اشتباه کرده بود. غلظتش ۱۰۰ برابر غلظت مورد نیاز بود. به عبارت دیگر، او دوز کشنده‌ای از پتاسیم را به بیمار تزریق کرده بود.

بعد از آن همه ما متوجه شدیم که مضمون نبود که آیا بیمار برمی‌گشت یا نه. شاید خیلی دیر بود. اما از آن به بعد، آنها هر کاری را که باید انجام دادند. برای پایین آوردن سطح پتاسیم مسموم، انسولین و گلوکز^۱ و تزریق کردند. با علم به اینکه پانزده دقیقه کامل طول می‌کشد تا داروها تأثیر بگذارد - که بسیار طولانی بود - آنها همچنین کلسیم را با تزریق وریدی وارد بدن بیمار کردند و برای اثرگذاری سریع‌تر، دارویی به نام آلبوترول^۱ را هم به او تزریق کردند. سطح پتاسیم به سرعت پایین آمد و ضربان قلب بالآخره برگشت.

اراده تیم جراحی به حدی سست شده بود که مطمئن نبودند بتوانند عمل را به پایان برسانند. آنها نه تنها نزدیک بود بیمار را بکشند بلکه نمی‌دانستند حتی چطور این اتفاق افتاده است. گرچه، آنها عمل را به پایان رساندند. جان از اتاق خارج شد و ما چرا را برای خانواده بیمار توضیح داد. هم او و هم بیمار خوش شانس بودند. حال آن بیمار خوب شد. گویی آن داستان هرگز اتفاق نیفتاده بود.

¹ Albuterol

داستان‌هایی که جراحان برای هم تعریف می‌کنند اغلب درباره موضوعات غیرمنتظره و شوکه‌کننده است - سرنیزه در سانفرانسیسکو، ایست قلبی وقتی همه چیز نرمال است - و گاهی درباره پشیمانی به خاطر توجه نکردن به احتمالات. ما از نجات دادن جان انسان‌ها حرف می‌زنیم اما در مورد اشتباهات و شکست‌هایمان که همه تجربه‌اش کرده‌ایم هم حرف می‌زنیم. این اتفاقات بخشی از حرفه ما است. دوست داریم فکر کنیم که همه چیز تحت کنترل است. اما داستان‌های جان مرا به فکر واداشت که واقعاً چه چیزی در کنترل ما است و چه چیزی نیست.

در دهه ۱۹۷۰، فیلسوفانی به نام‌های ساموئل گوروویتز^۱ و آلاسدر مکینتایر^۲ مقاله کوتاهی را درباره ماهیت جایزالخطایی بشر به چاپ رساندند که این مقاله را در طول دوره آموزشی جراحی‌ام خواندم و از آن زمان هیچ‌گاه از تفکر درموردش دست نکشیده‌ام. آنها به دنبال جواب این سوال بودند که چرا ما در کاری که در این دنیا برای انجامش آماده شده‌ایم، اشتباه می‌کنیم. دلیلی که این موضوع را بررسی کردند، «جایزالخطایی ناگزیر» است. بخشی از کارهایی که می‌خواهیم انجام دهیم، ورای ظرفیت ماست. ما علامه دهر یا قدرتمندترین نیستیم. حتی با وجود گسترش تکنولوژی، قدرت بدنی و ذهنی‌مان محدود است. بخش زیادی از دنیا و جهان از درک و کنترل ما خارج است - و خارج خواهد ماند.

حوزه کنترل ما، حوزه‌های بسیار کوچکی هستند. ما می‌توانیم آسمان خراش بسازیم، طوفان و کولاک را پیش‌بینی کنیم و جان مردم را از آب و قلاب و ضربه چاقو نجات دهیم. گوروویتز و مکینتایر اشاره می‌کنند که در چنین حرره‌هایی (که کنترل داریم)، فقط دو دلیل وجود دارد که شکست می‌خوریم.

اولین دلیل، جهل است. ما اشتباه می‌کنیم زیرا علم تنها درکی نسبی از جهان و چگونگی عملکردش به ما داده است. آسمان‌خراش‌هایی هستند که ما هنوز نمی‌دانیم که چطور ساخته می‌شوند، طوفان‌هایی که نمی‌توانیم پیش‌بینی کنیم و حملات قلبی‌ای که هنوز نتوانسته‌ایم جلوی آن را بگیریم. فلاسفه دومین دلیل شکست را

¹ Samuel Gorovitz

² Alasdair MacIntyre

بی کفایتی می نامند؛ زیرا در چنین مواردی، علم و اطلاعات وجود دارد اما نمی توانیم آن را به درستی به کار گیریم. نمونه اش همان آسمان خراشی است که ایراد دارد و فرو می ریزد، همان طوفانی است که هواشناس متوجه نشانه هایش نمی شود، زخمی که دکترها فراموش کردند در مورد سلاح ایجاد کننده آن بپرسند.

در حالی که داشتم به تجربیات جان به عنوان نمونه معضلاتی که در اوایل قرن ۲۱ پزشکی با آن روبه رو هستیم فکر می کردم، در تعجب بودم که چطور تناسب بین جهل و بی کفایتی تغییر کرده است. تقریباً در طول کل تاریخ، جهل و نادانی همیشه بر زندگی بشر حاکم بوده است. نمونه بارز این موضوع زمانی است که بیمار می شدیم. ما چیز زیادی در مورد علت بیماری یا راه های درمانش نمی دانستیم. اما گاهی طی چند دهه گذشته و فقط طی چند دهه گذشته - علم اطلاعات کافی را عرضه کرده تا به همان اندازه ای که با جهل درگیریم با بی کفایتی هم درگیر باشیم.

حملات قلبی را در نظر بگیرید. حتی در دهه ۱۹۵۰، اطلاعات چندانی در مورد چگونگی پیشگیری یا درمان حملات قلبی نداشتیم. برای مثال، در مورد خطرات فشار خون بالا چیزی نمی دانستیم. هر هم از آن مطلع بودیم، نمی دانستیم برای درمانش باید چه کاری انجام دهیم. اولین در روی فشارخون، در دهه ۱۹۶۰ ساخته و نهایتاً برای درمان این بیماری ثبت شد. ما در مورد انتشار کلسترول و عوامل ژنتیک یا سیگار کشیدن و دیابت هیچ چیز نمی دانستیم.

بنابراین، اگر کسی دچار حمله قلبی می شد، اطلاعات کمی در مورد چگونگی درمانش داشتیم. کمی مورفین برای آرام کردن درد بیمار رقیق می کردیم، شاید کمی اکسیژن و بیمار را هفته ها روی یک تخت می خوابانیدیم؛ حتی این بیماران از ترس فشار آمدن به قلب آسیب دیده شان اجازه بلند شدن از تخت و توالت رفتن هم نداشتند. به همین دلیل، این افراد دعا می کردند که هر چه زودتر از بیمارستان مرخص شده و بقیه عمر خود را به عنوان بیمار قلبی در خانه بگذرانند.

اما برعکس، امروزه حداقل ده‌ها روش مؤثر برای کاهش احتمال حمله قلبی وجود دارد؛ از جمله کنترل فشار خون، تجویز استاتین^۱ برای کاهش کلسترول و التهاب، محدود کردن سطح قند خون، توصیه به ورزش منظم، کمک به ترک دخانیات و در صورت ظهور علائم اولیه حمله قلبی، مراجعه به متخصص قلب برای گرفتن توصیه‌های بیشتر. اگر حمله قلبی اتفاق بیفتد، مجموعه‌ای از راهکارهای مؤثر را به کار می‌گیریم که نه تنها جان‌تان را نجات می‌دهیم بلکه میزان آسیب به قلب را هم به حداقل می‌رسانیم؛ داروهای ضد لخته شدن خون را داریم که قادر است انسداد عروق و شریان‌های قلبی‌تان را از بین ببرد؛ میله‌هایی داریم که برای باز کردن عروق قلب به کار می‌روند؛ تکنیک‌های عمل قلب باز را داریم که به واسطه آن می‌توانیم انسداد عروق و رگ‌ها را از بین ببریم؛ و آموخته‌ایم که در بعضی موارد تنها کاری که می‌توانیم انجام دهیم بستری کردن و وصل کردن اکسیژن، تجویز یک داروی استاتین و داروهای فشارخون است. بعد از چند روز می‌توانید به خانه بروید و به تدریج به زندگی عادی خود برگردید.

اما مشکلی که هم اکنون پیش رو دارید است، بی‌کفایتی است، یا شاید «کفایت» است - کفایت به معنای اطمینان از استفاده درست و مداوم از اطلاعاتی که در اختیار داریم. انتخاب بهترین درمان برای حمله قلبی از میان گزینه‌های بسیار، حتی برای پزشکان متبحر نیز شاید سخت باشد. بنابراین، روشی را که انتخاب کنند پیچیدگی‌ها و سختی‌های بسیاری دارد. مطالعات دقیق نشان داده است که مثلاً برای کسانی که دچار حمله قلبی شده‌اند و قرار است به روش بالون‌گذاری درمان شوند، بایستی این فرایند (بالون‌گذاری) طی ۹۰ دقیقه بعد از مراجعه بیمار به بیمارستان انجام شود. زمانی بیشتر از این، میزان شکست را به شدت بالا می‌برد. در قالب عملی، این بدین معناست که تیم پزشکی بایستی در عرض ۹۰ دقیقه تمامی آزمایشات لازم را برای بیماری که با درد قفسه سینه در اورژانس بستری است، انجام دهند؛ مشکل را تشخیص داده و برایش برنامه‌ریزی کنند، موضوع را با بیمار مطرح کنند، موافقت وی را برای شروع کار کسب نمایند، از نداشتن هرگونه حساسیت دارویی یا مشکلات

¹ statin

جانبی اطمینان یابند، تیم مخصوص را آماده کنند، بیمار را منتقل کرده و کار خود را آغاز کنند.

چقدر احتمال دارد که همه این کارها طی ۹۰ دقیقه در یک بیمارستان معمولی واقعاً انجام شود؟ در سال ۲۰۰۶، این احتمال کمتر از ۵۰ درصد بود.

این مثالی غیر معمول نیست. این اشتباهات در علم پزشکی، عادی است. طبق مطالعات انجام شده، حداقل ۳۰ درصد از افرادی که دچار سکت می‌شوند، ۴۵ درصد از بیماران آسمی و ۶۰ درصد از بیماران ریوی، از طرف پزشک خود تحت درمان درست و مناسبی قرار نمی‌گیرند. انجام دقیق و درست همه مراحل بسیار بسیار سخت است، حتی اگر همه آن مراحل را بدانید.

مدتی است که در تلاشم تا دلیل بزرگ‌ترین مشکلات و فشارهایمان را در علم پزشکی بفهمم. دانش پول یا دولت یا خطر شکایات از اشتباهات پزشکی یا دردسرهای شرکت‌ها همه نیست، هرچند همه اینها تأثیر خودشان را دارند. دلیل پیچیدگی‌ای است که علم برایمان ایجاد کرده است و کشمکش‌های بسیاری که در راستای عمل کردن به اصولش با آن روبه‌رو هستیم. مشکل فقط مختص امریکا نیست؛ من آن را در همه جا دیده‌ام - در اروپا، آسیا، کشورهای ثروتمند و فقیر. به علاوه، در کمال تعجب فهمیدم که این چالش فقط مختص علم پزشکی نیست.

علم کاربردی و مهارت‌ها تقریباً در همه حوزه‌های کاری به صورت چشمگیری گسترش یافته و در نتیجه میزان مشکلات ما برای به کارگیری و ارائه آنها نیز افزایش یافته است. شما نمونه‌های آن را در اشتباهات مکرر مقامات دولتی به هنگام وقوع طوفان و تورنادو یا هر حادثه غیرمترقبه دیگری می‌بینید و همین‌طور در افزایش ۳۶ درصدی شکایات از دادستان کل از سال ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۷ به خاطر اشتباهاتی در مورد قانون - رایج‌ترین اشتباهات ساده اداری مثل فراموش کردن تاریخی خاص و خرابکاری‌ها و اشتباهات دفتری، درست مثل اشتباه در اعمال قانون. در طراحی نرم‌افزار ناقص، در ناتوانی سیستم اطلاعاتی خارجی، در سیستم بانکداری آشفته‌مان؛ در واقع، تقریباً در هر حوزه کاری که دارای پیچیدگی و میزان زیادی از اطلاعات است، شاهد این موضوع هستیم.

چنین خطاهایی ظرفیتی عاطفی با خود دارند که به نظر می‌رسد بر طرز تفکر ما در موردشان سایه می‌اندازد. خطاهای ناشی از جهل را می‌توانیم ببخشیم. اگر اطلاعات مربوط به بهترین راه حل برای یک موقعیت خاص وجود نداشته باشد، از این خوشحالیم که حداقل افرادی داریم که نهایت تلاششان را می‌کنند. اما اگر اطلاعات لازم برای آن وجود داشته باشد و به درستی به کار گرفته نشود، نمی‌توان تحمل کرد و عصبانی نشد. یعنی چه که نیمی از بیمارانی که دچار حمله قلبی می‌شوند، به موقع درمان نمی‌شوند؟ یعنی چه که دو سوم میزان مرگ و میر به علت خطاهای انسانی است؟ فلاسفه بی‌دلیل عنوان بی‌رحمانه بی‌کفایتی را به این خطاها نداده‌اند. کسانی که قربانی این موضوع هستند از کلمات دیگری مثل کوتاهی و اهمال یا حتی سنگدلی استفاده می‌کنند.

هرچند، کسانی که در این حوزه کار می‌کنند - کسانی که از بیماران مراقبت می‌کنند، طبق قانون عمل می‌کنند، به یک نام نیاز پاسخگو هستند - این طرز تفکر را مثل قضاوتی می‌دانند که سختی کارشان نادیده گرفته است. هر روز چیزهای بیشتری برای مدیریت کردن، درست اجرا کردن و موثرتر بودن وجود می‌آید. در شرایط سخت و پیچیده، احتمال شکست اغلب بیشتر است. البته نه به دلیل کم کاری بلکه حتی باوجود تلاش بسیار. به همین دلیل است که راه حل سنتی در اغلب حرفه‌ها، در نظرگرفتن تنبیه برای شکست نبوده است؛ بلکه در عوض افراد را به آموزش و کسب تجربه بیشتر تشویق می‌کنند.

اهمیت تجربه جای بحث ندارد. به همراه داشتن کتاب مرجعی درباره چگونگی درمان قربانیان جراحات برای یک جراح کافی نیست، تا از طریق کتاب از زخم‌های عمیق، صدمات ناشی از آنها، چگونگی تشخیص و درمان، و اهمیت عملکرد سریع مطلع شود. او باید واقعیت بالینی را با ترتیب و زمان‌بندی دقیقش نیز درک کند. برای دستیابی به مهارت و چیرگی، فرد نیاز به تمرین دارد، مجموعه‌ای از تجربیات که فرد قبل از رسیدن به موفقیت واقعی تجربه می‌کند. و اگر دلیل شکستمان، کمبود مهارت فردی باشد، فقط به یادگیری و تمرین نیازمندیم.

اما موضوع قابل توجه در مورد جان این است که او یکی از بهترین جراحانی است که می‌شناسم، با بیش از یک دهه تجربه کار عملیاتی. و این همان الگوی رایج است. چه در علم پزشکی و چه در مشاغل دیگر، توانایی افراد، مشکل اولیه ما نیست. اتفاقاً برعکس. آموزش در بسیاری از حوزه‌ها، بسیار طولانی و فشرده است. مردم، قبل از وارد شدن به حوزه کاری‌شان، شصت، هفتاد، یا هشتاد ساعت در هفته را صرف یادگیری و کسب تجربه می‌کنند؛ چه پزشک باشند یا استاد دانشگاه، چه وکیل باشند یا مهندس. آنها می‌خواهند که عالی باشند. هنوز مشخص نیست که چگونه می‌توانیم تخصص و مهارتمان را نسبت به چیزی که در حال حاضر داریم، به شکل قابل توجهی افزایش دهیم. اما همواره بسیار شکست می‌خوریم. با وجود توانایی چشمگیر انسان، این اشتباهات و شکست‌ها به قوت خود باقی‌اند.

و حالا این وضعیت ما در آغاز قرن بیست‌ویکم است: ما دانش و معلومات خیره‌کننده‌ای جمع کرده‌ایم. این دانش را در اختیار عده‌ای از با سوادترین، ماهرترین و سختکوش‌ترین افراد جامعه‌مان قرار داده‌ایم. و این افراد، از طریق همین معلومات، کارهای شگفت‌آوری انجام داده‌اند. با وجود این، همین دانش و معلومات، اغلب قابل مدیریت نیست. شکست‌های قابل اجتناب در بسیاری از حوزه‌ها، صرف نظر از مایوس‌کننده و تضعیف‌کننده بودنشان، خیلی رایج و دائمی هستند، از حوزه پزشکی گرفته تا امور مالی، بازرگانی و دولتی. و دلیل آن بسیار واضح است: حجم و پیچیدگی آنچه می‌دانیم از توانایی فردی ما برای اجرای درست، کامل و قابل اطمینان این معلومات پیشی گرفته است. علم و دانش هم ما را نسبت داده است و هم برایمان بار زیادی ایجاد کرده است.

این بدین معناست که ما برای غلبه بر شکست به راهکار متفاوتی نیازمندیم، راهکاری که مبتنی بر تجربه بوده و درعین حال که از علم افراد بهترین استفاده را می‌کند، بتواند ناتوانی انکارناپذیر بشر را جبران کند. و چنین راهکاری وجود دارد؛ گرچه شاید سادگی‌اش مسخره به نظر برسد و حتی احتمالاً برای عده‌ای از ما که سال‌های سال را صرف ایجاد مهارت‌ها و فناوری‌های پیشرفته کرده‌ایم، احماقانه به نظر بیاید.

این راهکار، چکلیست است.