



## Anestezi ve Yoğun Bakımda İkinci Mağdur (Kurban) Olgusu

The Second Victim Phenomenon in Anesthesia and Intensive Care

Pınar Ayvat<sup>1</sup>, Gülşah Şehitoğlu Alpağut<sup>2</sup>, Kâmil Aşar<sup>3</sup>, Aysel Başer<sup>4</sup>, Can Özlü<sup>5</sup>, Ayşe Ejderoğlu<sup>6</sup>

<sup>1</sup> İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup> İzmir Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İzmir, Türkiye

<sup>3</sup> İzmir Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İzmir, Türkiye

<sup>4</sup> İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, İzmir Türkiye

<sup>5</sup> Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

<sup>6</sup> İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, İzmir, Türkiye

### Öz

Sağlık hizmet sunumu, hata payının ve istenmeyen olayların en az olması istenen hizmet sektörüdür. Ancak uygulanan tedaviler ve girişimler sırasında istenmeyen olayların meydana gelmesi kaçınılmazdır. Bu gibi durumlarda hasta ve hasta yakınları birincil mağdur (kurban) olarak adlandırılırken, bu gibi olayla karşılaşan sağlık çalışanı da ikinci mağdur (kurban) konumuna düşmektedir. Çeşitli faktörlerin etkisi ile ikinci mağdur olgusu yaşama sıklığı kişiden kişiye değişse de özellikle pandemiden dolayı yıpranmış ve tükenmiş sağlık çalışanları advers olaylara karşı daha hassas bir dönemde bulunmaktadır. Ameliyathane ve yoğun bakımlar ise yüksek mortalite ve morbidite oranı olan, yoğun çalışma temposuyla ve gece vardiyası ile çalışılan, aciliyetin ve hızlı karar vermenin gerektiği alanlardır. Bu alanda çalışan sağlık personelinin, sonu ölüme kadar giden advers olaylardan etkilenme ihtimali daha yüksektir. Avrupa ve Amerika'da pek çok tıp merkezi ikinci mağdur durumunda sağlık personelinin desteklemek için politikalar geliştirmiştir. Ancak Türkiye'de bu konu hala bilinmemekte ve bu konuda herhangi bir yayın bulunmamaktadır. Bu derleme anestezi ve yoğun bakım alanında görev yapan sağlık personelinin ikinci mağdur konusundaki farkındalığını arttırmak için yazılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Anestezi; yoğun bakım; çalışan mağduriyetleri

### Abstract

Health service delivery is the service sector in which the margin of error and undesirable events are desired to be the least. However, it is inevitable that undesirable events occur during the treatments and interventions. In such cases, the patient and patient relatives become the primary victims, while the health worker who encounters such an event falls into the position of the second victim. Although the frequency of experiencing a second victim case due to the effect of various factors varies from person to person; Healthcare professionals, especially those who are depleted and exhausted due to the pandemic, are more vulnerable to adverse events. On the other hand, operating rooms and intensive care units are areas with high mortality and morbidity rates, working with intense working tempo and night shifts, where urgency and quick decision-making are required. Healthcare personnel working in this field are more likely to be affected by adverse events leading to death. Many medical centers in Europe and America have developed policies to support healthcare personnel in the case of second victims. However, this issue is still unknown in Turkey and there is no publication on this subject. This review was written to increase the awareness of the health personnel working in the field of anesthesia and intensive care about the second victim.

**Keywords:** Anesthesia; intensive care; employee grievances

**GİRİŞ:**

Tıp mesleği mensuplarından her zaman bir mükemmellik beklentisi olmuştur, özellikle sağlık profesyonellerinin uygulamada hata yapmamaları beklenir. Bununla birlikte, sağlık hizmetleri kusur içerebilen bir bilimdir ve insan faktörü tarafından etkilenen farklı ayırıcı tanıları içerir. Tüm insan faaliyetlerinin doğuştan bir dereceye kadar hata ile ilişkili olduğu iyi bilinir (1). Tıbbın hızlı tempolu, emek isteyen ve sürekli gelişen çevresi insan hatasına daha da katkı sağlar.

Olumsuz bir tıbbi vaka; hastaneye yatırılmaya sebep olabilecek, hastanın sakatlığına veya ölümüne yol açabilecek, altta yatan bir hastalıktan değil, sağlık yönetiminden dolayı kazara oluşan bir yaralanma olarak tanımlanabilir (2). 2000 yılında Washington Tıp Enstitüsü'nün "Hata Yapmak İnsana Mahsustur" başlığında dönüm noktası niteliğindeki raporu yayınlanıncaya dek, tıp alanındaki yetkililer, bu önemli olayın ve tüm dünyadaki tıbbi hataların, sağlık personelinde yol açtığı sonuçların farkına varmamışlardı (3,4). Olumsuz tıbbi vakaların her üç hastadan birinde görüldüğü tahmin edilmektedir (5). İsveç'te yapılan bir çalışma, tek bir senedeki olumsuz tıbbi vakaların 3000'inin ölüm, 10.000'inin kalıcı sakatlıkla sonuçlandığını bildirmiştir (6). James ve arkadaşları, daha yakın bir zamanda yaptıkları araştırmada sağlık kuruluşlarında olumsuz tıbbi vakaların sonucu olarak her sene 210.000 ile 400.000 arası insanın öldüğünü kanıtlamıştır (7). ABD'de, yıllık ortalama 251.454 ölümlerle tıbbi hata, mortalitenin en sık 3 nedeninden biri olmuştur (8). Güney Afrika da içinde olmak üzere, gelişmekte olan ülkelerde olumsuz tıbbi vakaların %30'u hastanın ölümüyle sonuçlanıyor olmasıyla birlikte %83'ü önlenabilir olarak tanımlanmıştır (9). Ancak, birçok çalışma sadece yatan hastaların hastane kayıtlarına dayandığından, çoğu olumsuz vakanın bazı hastaneler tarafından kayda alınmadığından ve açıklanmamış olma ihtimalinin varlığından ötürü, bu istatistiklerin asıl olandan daha azını yansıttığı tahmin edilmektedir. Ayrıca, hastalık ve ölüm nedenleri için insan veya sistem dinamiklerini hesaba katmayan uluslararası hastalık sınıflandırma kodlarına güvenilmesi, sağlık hizmetlerinde olumsuz vakaların kaydedilmesini ve raporlanmasını daha da etkilemektedir (8).

Olumsuz tıbbi olay olduğunda hem hastalar hem de sağlık çalışanları etkilenmektedir (10). Sonrasında her iki grup insan da tıbbi hataların mağduru olarak kabul edilmektedir (11). İkinci mağdur, olumsuz tıbbi bir vaka sonucu derinden etkilenmiş ve travma geçirmiş bir sağlık çalışanı olarak tanımlanabilir (12). Olumsuz vakaya bağlı travmanın, sağlık çalışanının hem kişisel hem de profesyonel yaşamında zararlı sonuçlara yol açtığı gösterilmiştir (13). Travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili semptomlarla birlikte duygusal reaksiyonlar ve stres; cerrahlar, hekimler, lisanslı hemşireler dahil çeşitli sağlık çalışanları tarafından rapor edilmiştir (14). Tüm sağlık çalışanlarının tahminen %50'si, kariyerleri boyunca en azından bir kere ikinci mağdur olgusunun (İMO) semptomlarını deneyimlemekte ve İMO bazı toplumlarda %72,6'ya kadar yükselebilmektedir (15,16).

Anestezi ve yoğun bakım bilim dalı, acil ve riskli hasta müdahalelerinin sık yapıldığı ve advers olayların sık yaşandığı bir bilim dalıdır. Anestezi uygulamasının stresi, anestezi sağlayıcıları arasında bu fenomenin görülme sıklığını artırır. Anestezi sağlayıcıları, tıbbi hatalar, intraoperatif farkındalık, perioperatif görme kaybı, inme, intraoperatif kardiyak arrest veya hasta ölümü gibi önemli duygusal etkilere yol açabilecek perioperatif advers olaylara maruz kalırlar (17). Etik açıdan zorlayıcı vakalar, kısa bir süre içinde çok sayıda zor olay, sağlık personelinin kişisel hikayesine yakın herhangi bir durum, bir mesleğin ölümü veya travması, taciz mağdurlarını içeren vakalar ve ramak kala olay içeren vakalar gibi diğer durumlar da duygusal stres yaratabilir.

Bu araştırma, sağlık hizmetlerindeki İMO'nun ciddiyetine, anestezi ve yoğun bakım alanında İMO üzerine araştırmanın önemine ve detaylı çalışmalara olan genel ihtiyaca yoğunlaşarak araştırma alanına katkı sağlayacaktır. Ayrıca, Türkiye için bu araştırma; sağlık kuruluşlarının, yöneticilerin ve kural koyucuların dikkatini olumsuz tıbbi vakaların sağlık çalışanlarının ruh sağlığı üzerine olan etkisine ve bu ikinci mağdurlar için yardımcı sistemlerin kurulmasının gerekliliğine çekmek için kullanılabilir. Bu araştırma, genel sağlık hizmetindeki İMO'yu tanıtan kanıta dayalı literatüre ve onun anestezi ve yoğun bakım bölümündeki yaygınlığını, ilişkili risk faktörlerini, başa çıkma ve iyileşme süreçlerini ve de ikinci mağdurlar için desteği sorgulayarak genel bakışı sağlayacaktır.

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İKİNCİ MAĞDUR OLGUSU:**

Olumsuz tıbbi bir vakanın ardından ilk ve en önde gelen mağdur, hasta ve hastanın ailesidir. Ama böyle bir duruma maruziyet sağlık profesyonellerinin üstünde derin etki bırakabilir (12). Sağlık profesyonelinin travmanın ikinci mağduru olmasıyla sonlanan, son derece kişisel ve profesyonel bir stres deneyimleyebilir. Bununla birlikte, İMO kavramı yeni değildir. Bu kavram, her ne kadar ülkemizde az biliniyor olsa da literatürde 1954 gibi erken bir tarihte, sağlık çalışanlarının olumsuz tıbbi vakalarla ilgili kişisel deneyimlerinin anekdotları olarak ortaya çıkmıştır (18).

Albert Wu olumsuz tıbbi bir vakada etkilenen sağlık çalışanlarından bahsederken 'ikinci mağdur' terimini ilk kez kullanmıştır. O zamandan beri, farklı tanım ve açıklamalar geliştirilmiştir (19). İlk başta ikinci mağdur 'Beklenmedik bir olumsuz hasta olayına, tıbbi hataya ve/veya hastayla ilgili bir yaralanmaya karışan ve sağlık hizmeti sağlayıcısının olaydan dolayı travma geçirmesi anlamında mağdur olan bir sağlık hizmeti sunucusu' olarak tanımlanmıştır. Scott ve arkadaşları, bu orijinal tanımını genişletmiştir (20). Her sağlık profesyonelinin olumsuz bir tıbbi vakada ikinci mağdur olmadığı not edilmiştir. Bazı sağlık profesyonelleri olumsuz tıbbi bir vakanın ardından, utanç ve yargılamanın içselleşmiş duygularını geliştirir, ayrıca bu olayın ve olaydaki rollerinin hastane heyeti veya benzer bir yönetim tarafından incelenmesi bu içselleşmiş negatif duyguları pekiştirerek, onları ikinci kurban tepkilerine eğilimli hale getirmektedir. Sağlık sektöründe İMO önemli bir

sorundur. İkinci mağdur deneyimlerinin ehemmiyeti ve doğası sebebiyle, bu olgunun yürütülebilecek tüm yönlerinde daha çok araştırma yapılması olağanüstü derecede önemlidir.

Scott ve arkadaşları, olumsuz tıbbi olayı, cinsiyet, uzmanlık alanı veya süresini gözetmeksizin, 'kişide kalıcı iz bırakan yaşam değiştirici deneyim' olarak genişletmiştir (13). Tıbbi hatanın ikinci mağdurları, olay sonrası son derece kişisel, profesyonel, sosyal ve ruhsal bir bunalım geçirebilir. Sağlık profesyonelleri için, böyle olumsuz klinik deneyimlerin sonuçları büyüktür ve çok uzun süre kişisel ve profesyonel olarak sıkıntı çekilmesiyle sonuçlanabilir (10). Bir hatanın fark edilir edilmez, sağlık çalışanlarının çoğunun üzüntü, utanç, korku, stres, suç, izolasyon ve endişe gibi negatif duygusal reaksiyon verdiği ve stres olduğu sıkça rapor edilmiştir (13,20–22). Olumsuz vakanın geride kalan izi uzun süreli olabilir (12,23,24). Olay sonrasındaki aylarda, ikinci mağdurlar istemsiz düşünceler, geçmişten anıların hatırlanması, depresyon, aşırı uyanıklık, iç güven duygusunun kaybı, tükenmişlik gibi travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile ilişkili semptomlar gösterebilir (10). West ve arkadaşları kendiliğinden fark edilen hatanın düşük yaşam kalitesi, depresyon belirtileri ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğindeki yüksek sonuçlar ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (24). Bir çalışmada çeşitli uzmanlık alanındaki Amerikalı hekimlerin yarısından fazlasının tükenmişliğe bağlı en az bir semptomu sergilediği, %39,8'inin depresyon belirtilerini ve %6,4'ünün intihar düşüncesini deneyimlediği bulunmuştur (25). Sağlık profesyonelleri ayrıca, hasta yönetimlerini olumsuz etkileyebilecek kadar konsantrasyonda güçlük yaşayabilir ve özgüvenlerini kaybedebilir (13,15,26). Ayrıca bazı bireylerin olumsuz tıbbi vaka veya hata deneyimleri, itibar kaybı, tekrarlayabilecek bir hadise, ceza veya dava korkusundan dolayı onların mesleği tamamen bırakmasına ve hatta intihar girişiminde bulunmasına sebep olacak, hiçbir zaman tam olarak iyileşemeyecekleri kadar çok şiddetli olabilir (10,27). Ek olarak, olumsuz bir vakanın direkt sonucu olarak bazı sağlık profesyonelleri yarı zamanlı çalışarak başa çıkmayı deneyebilir ya da en azından bir kere tıbbi mesleği bırakmayı düşünmüş veya bırakmış olabilir (13,28). Olumsuz tıbbi bir vakanın sağlık profesyoneli üzerindeki negatif psikolojik etkisi, yanlış hasta yönetimine de sebep olabilir. Depresyonlu sağlık profesyonelleri, diğer sağlık personeline göre hataya daha meyillidir (24). Birleşik Devletler ve Kanada'daki 3171 hekim ile yapılan anket çalışmasında, hekimler artan hata kaygılarını, özgüven kaybını, uyku sorunlarını ve azalan iş memnuniyetini rapor etmişlerdir (29). Ayrıca, Missouri Üniversitesindeki sağlık personeliyle yapılan bir çalışmada, olumsuz tıbbi olay sonrasında sağlık profesyonellerinin %15'inin seçtikleri meslekleri bırakmayı düşündükleri, %30'unun kaygı ve depresyon deneyimlediği gösterilmiştir (13).

## ANESTEZİ VE YOĞUN BAKIM ALANINDA İKİNCİ MAĞDUR OLGUSU

Son 35 yılda meydana gelen anestezi ile ilişkili ölüm oranlarına ilişkin tıbbi literatürün gözden geçirildiği bir çalışmada, hastanelerdeki perioperatif dönemde olan tüm ölüm bildirimleri incelenmiştir. Bu amaçla anestezi uzmanlarından oluşan bir heyet oluşturulmuş ve bildirilen ölüm vakalarının sistem hatası mı, insan hatası mı olduğu ayırt edilmeye çalışılmıştır. Yayınlanmış yayınların gözden geçirilmesiyle, 21 farklı araştırmacı tarafından anestezi ile ilişkili ölüm oranı belirtilmiştir. Bu farklılıkların operasyonel tanımlardaki ve raporlama kaynaklarındaki farklılıklardan kaynaklanabileceği belirtilmiştir. Anesteziye bağlı ölüm oranı 1.388 anestezi uygulamasında bir ile 85.708 anestezi uygulamasında bir sıklığı arasında değiştiği bildirilmiştir. Ölümden tek başına anestezi uzmanının sorumlu olduğunda ise bu oran 6.795 anestezi uygulamasında bir ile 200.200 anestezi uygulamasında bir sıklığı arasında değiştiği bildirilmiştir. Anestezi nedenli önlenebilir ölüm ise, 1.707 anestezi ile 48.748 anestezi arasında değişmekteydi (30). Bu nedenle yüksek ölüm oranlarının olduğu bir branşta, yaşanan advers olaylardan hekimin etkilenmemesi mümkün değildir.

Anestezi uzmanlarıyla yapılan bir anket çalışmasında katılımcıların %92'si intraoperatif ölüm ile karşılaştıklarını, ölümlerin çoğunun beklenen (%60) ve önlenebilir (%77) olduğunu, genelde acil cerrahi operasyonlarda gerçekleştiğini (%80) belirtmiştir. Sonuçta anestezi uzmanlarının, sonuçları son derece stresli olabilen intraoperatif ölüm yaşama olasılığı yüksek olduğu vurgulanmıştır. Anestezi uzmanlarının intraoperatif ölümden sonraki 24 saat içinde bir ameliyata girmemeleri ile ilgili fikirleri sorulduğunda %71'i bu öneriyi mantıklı bulmuştur (31). Bu da ikinci mağdur olgusunu deneyimlemiş anestezi uzmanı için bir destek olarak düşünülebilir.

İngiltere'de yapılan çalışmada anestezi uzmanlarının büyük çoğunluğu, çalıştığı klinikten izin alma seçeneği de dahil olmak üzere daha resmi bir destek yapısını tercih etmektedir. Bu nedenle "Büyük Britanya ve İrlanda Anestezi Uzmanları Derneği" birden çok düzeyde destek öneren yönergeler oluşturmuştur. Anestezi Hasta Güvenliği Vakfı (Anesthesia Patient Safety Foundation) web sitesinde bulunan "Advers Olay Protokolü", hasta yaralanmasını en aza indirmek ve bir advers anestezi olayı meydana geldikten sonra nedenini belirlemek için önerilen bir dizi adım sağlamaktadır. Advers olaydan sonra sağlık personelinin başa çıkmadaki olumsuz sonuçlarının, hem birey hem sağlık sistemi için önemli olduğu vurgulanmıştır (32).

Amerika'daki anestezi uzmanları üzerine perioperatif katastrofik olayların etkisinin incelendiği bir çalışmada, 659 anestezi uzmanı ile anket yapılmıştır. %84'ü perioperatif dönemde bir ölüm veya ciddi yaralanma vakası ile karşılaşmıştır. En unutulmaz perioperatif deneyimin etkisi sorgulandığında, %70'ten fazlası suçluluk duyduğunu, %88'i olayın duygusal etkisinden kurtulmak için zamana ihtiyaç duyduğunu, %19'u hiçbir zaman tam olarak iyileşemediğini kabul ettiği görülmüştür. Anestezi uzmanlarının %67'si hasta bakımı sağlama becerilerinin olaydan sonraki ilk 4 saatte azaldığını söylese de yalnızca

%7'sine hizmetten çekilme izni verilmiştir. Amerika'da hekimin ikinci mağdur olması durumunda ihtiyacı olan destek sağlanamamaktadır (17).

Belçika'da 456 anestezi ile yapılan bir ankette, katılımcıların %73,3'ünün hasta güvenlik olayı (HGO) ile meslek hayatlarının son bir yılı içerisinde karşılaştıkları (%56,6'sı direkt, %34,5'i dolaylı olarak) belirtilmiştir. Bu HGO'nun küçük bir kısmı hastada kalıcı hasar ya da ölüm meydana getirmiştir. Anesteziistlerin %19,1'i HGO'nun kliniklerinde asla tartışılmadığını beyan etmişken, %36,3'ü sadece birkaç meslektaş ile bunu tartışabildiğini beyan etmiştir. Katılımcıların %67,3'ü HGO'nun tartışılması esnasında geri bildirim süreçlerini olumlu olarak yorumlamıştır. Katılımcıların %16,9'u (n = 77) tıbbi bir hatanın bazen kendilerine karşı kullanıldığını söylerken, %80,3'ü (n=366) yardım istemekte zorlanmamış olduğunu bildirmiştir. HGO sonrası anestezi kliniğindeki destek miktarı ile anestezi kliniğinin kalite skorlaması arasında korelasyon bulunmuştur. Bu, anestezi bölümünün genel puanının, HGO'dan sonra anesteziistin ne kadar iyi desteklendiğine bağlı olduğu anlamına gelmektedir (33).

Avrupa Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım Derneği, ikinci mağdur desteğini 2020 yıllık kongresinde ana konu haline getirmiştir. Türkiye'de de anestezi ikinci mağdur farkındalığı da giderek artmaktadır. Anestezi uzmanlarının çoğu, kariyerleri boyunca bir hastanın perioperatif ölümünü deneyimleyecektir. Ancak, anestezi eğitimi, bireyleri böylesine stresli bir olayın sonuçlarıyla başa çıkmaya hazırlanamamaktadır. Anestezi müfredatı uzun süredir kriz yönetimine odaklanmaktadır; ancak, perioperatif kritik olayların sonuçlarının ele alınması geleneksel olarak bir ilgi odağı olmamıştır. Anestezi müfredatında ikinci kurban belirtileri ve akran desteği hakkında sistematik eğitim uygulamak uygun bir seçenek gibi görünmektedir.

## İKİNCİ MAĞDUR OLGUSUNUN YAYGINLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİ

İkinci mağdur olgusu, tıp alanındaki farklı uzmanlık alanlarını etkileyen yaygın evrensel bir durumdur (16). Bütün sağlık profesyonellerinden yarısının ikinci mağdur olgusunu kariyerleri boyunca en azından bir kere deneyimledikleri tahmin edilmektedir (12,15). Yaygınlık oranları örneklenen spesifik gruba göre çeşitlilik gösterir ve %10 ile %72,6 arası değişmektedir (16,23,34–36). En düşük oran (%10) ABD'de bir grup kulak burun boğaz uzmanı üstünde yürütülen çalışmada (34), en yüksek ise (%72,6) İspanya'daki bir hastanenin çalışanları arasında rapor edilmiştir (16). Ancak bu rakamlar; bu çalışmalarda sistematik olmayan örneklemelerle karşılaştırma yapmak imkânsız olduğundan ötürü İMO'nun sağlık sektöründeki yaygınlığının doğru tahminleri olarak kabul edilmemelidir ve dikkatle yorumlanmalıdır. Organizasyonlar da İMO öncülünü tanımada hataya düşerek veya umursamayarak yaygınlık oranlarının hafife alınmasına neden olabilir (10).

Advers olay ile karşılaşan her sağlık personeli ikinci mağdura dönüşmemektedir. İkinci mağdur gelişimini kolaylaştıran ya da koruyan bazı kişisel faktörlerin olduğu

düşünülmektedir (19). İkinci mağdur deneyimini hafifleten faktörler, lisans müfredatının bir parçası olarak olumsuz tıbbi olay olasılığını, bu tarz olaydan sonra sağlık çalışanı için temel başa çıkma mekanizmalarını anlatan uygun eğitim/öğretim görmüş olmak ve kişinin mesleki deneyimi sayılabilir (37,38). İkinci mağdur olgusunun gelişimini arttıran faktörler ise daha çeşitlidir. Hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki ilişki, çocuk hastanın ya da birden fazla yaşamın advers olaydan etkilenmesi, sağlık profesyonelinin hissettiği sorumluluk derecesi, hastanın ve ailenin sağlık profesyoneline karşı tepkisi, mesleki görev süresi, sağlık profesyonelinin kişilik özellikleri, cinsiyeti, olay öncesinde kusursuzluk takıntısı, olay sonucunda hastanın durumunun kötü olması, iş arkadaşlarından ve yönetimden düşmanca tutum görme kaygısı (suçlama kültürü), dava edilme korkusu, hastanın demografik özelliklerini kendi ailesinkiyle ilişkilendirmesi gibi faktörler sağlık çalışanının ikinci mağdur haline gelmesini etkilemektedir (12,14,26,29,38–41).

## SONUÇ

İnsanın olduğu her sektörde hata payı vardır. Olumsuz tıbbi vakalar, birçok uzmanlık alanını etkileyen evrensel bir durumdur. Olumsuz tıbbi vakalar, ilgili sağlık profesyonellerinde hasar verici etki bırakma potansiyeline sahiptir. Etkilenen sağlık profesyonellerinden, ikinci mağdurlar olarak bahsedilir. Olumsuz tıbbi vakaların sağlık profesyonellerindeki akıbeti yoğun, çok sayıda ve uzun süreli olabilir. İkincil mağdurlarda suçluluk, korku, utanç, üzüntü, stres ve izolasyon duyguları ve TSSB ile ilişkili semptomlar yaygındır. İkincil mağdur tepkilerinin gelişimi ve yoğunluğu; hastanın genel durumunun kötü olması, pediatrik hastalarda olay yaşanması, bireyin kişiliği ve kurumun tepkisini içeren birçok faktör tarafından etkilenir. Bu derleme ile sağlık çalışanlarında ikinci mağdur olgusuna vurgu yapmak ve çeşitli başa çıkma yöntemlerinin lisans müfredatının parçası olmasına yol açmak hedeflenmiştir.

İkincil mağdur olgusu ülkemizde uzman hekimler, pratisyenler ve hemşireler arasında iyi bilinmemektedir. Ancak anestezi branşı hem ameliyathane hem de yoğun bakım ayağında sık advers olay ve yüksek mortalite ile seyreden bir branştır. Bu nedenle bu branşta görev yapan sağlık çalışanlarının bu konuda farkındalığının yüksek olması, gerek duyduklarında profesyonel yardım istemekten çekinmemeleri ve destek görmeleri çok önemlidir. Ülkemizde ikinci mağdur üzerine yalnızca bir araştırma bulunmaktadır (42). Bu konuda yapılacak araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmamızda hiçbir hibe veya destek kaynağı kullanılmamıştır. Yazarların herhangi bir çıkar çatışması yoktur. PA: Konsept, denetim, veri toplama, yazma; GSA: Literatür taraması; KA ve AB: Kritik inceleme; CÖ: Denetim ve veri toplama; AE: Veri toplama ve analiz aşamalarında araştırmayı desteklemişlerdir. Tüm yazarlar çalışma tasarımında yer almış ve makalenin son halini onaylamıştır.

**TEŞEKKÜR**

Yöneticisi olduğu “İkinci Mağdurlar Üzerinde Çalışan Avrupalı Araştırmacılar Ağı” isimli COST projesi ile farkındalığımızı arttıran ve bu derlemeyi yazmak için bizi cesaretlendiren değerli hocamız Prof José Joaquín Mira (PhD) ’ya teşekkürlerimizi sunmak isteriz.

We would like to thank our esteemed professor Prof José Joaquín Mira (Ph.D.) for raising our awareness with the COST project titled "European Researchers' Network Working on Second Victims" of which he is the manager and encouraging us to write this review.

**Kaynaklar**

1. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med.* 1991;324:377-84.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *New Engl J Med.* 199;324:370-6.
3. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. PMID: 25077248.
4. Van Pelt F. Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care.* 2008;17:249-52.
5. Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N et al. Global trigger tool” shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff (Mildwood)* 2011;30:581-9.
6. Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care.* 2009;21:285-91.
7. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf.* 2013;9:122-8.
8. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ.* 2016;353:i2139.
9. Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, El-Assady R et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ.* 2012;344:e832.
10. Ullström S, Sachs MA, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf.* 2014;23:325-31.
11. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ.* 2000;320(7237):726-7.
12. Edrees HH, Paine LA, Feroli R, Wu AW. Health care workers as second victims of medical errors. *Pol Arch Med Wewn.* 2011;121:101-8.
13. 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;18:325-30.
14. Manser T. Managing the aftermath of critical incidents: meeting the needs of health-care providers and patients. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2011;25:169-79.
15. Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2013;50:678-87.
16. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:151-60.
17. Gazoni FM, Amato PE, Malik ZM, Durieux ME. The impact of perioperative catastrophes on anesthesiologists: Results of a national survey. *Anesth Analg.* 2012;114:596-603.
18. Dornette W, Ortho O. Death in the operating room. *Curr Res Anesth Analg.* 1956;35:545-69.
19. Seys D, Wu AW, Gerven E Van, Vleugels A, Euwema M, Panella M et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof.* 2012;36:135-62.
20. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn Cover K, Epperly KM et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36:233-40.
21. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients’ and physicians’ attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA.* 2003;289:1001 7.
22. 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:e43–e43.
23. Wolf ZR, Serembus JF, Smetzer J, Cohen H, Cohen M. Responses and concerns of healthcare providers to medication errors. *Clin Nurse Spec.* 2000;14:278-90.
24. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA.* 2006;296:1071-8.
25. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc.* 2015;90:1600-13.
26. 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. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2016;42:377-84.
27. Krzan KD, Merandi J, Morvay S, Mirtallo J. Implementation of a “second victim” program in a pediatric hospital. *Am J Health Syst Pharm.* 2015;72:563 7.
28. Burlison JD, Quillivan RR, Scott SD, Johnson S, Hoffman JM. The Effects of the second victim

phenomenon on work-related outcomes: connecting self-reported caregiver distress to turnover intentions and absenteeism. *J Patient Saf.* 2021;17:195-9.

**29.**Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;33:467-76.

**30.**Wartier DC, Lagasse RS. Anesthesia safety: model or myth? A review of the published literature and analysis of current original data. *Anesthesiology.* 2002;97:1609-17.

**31.**White SM, Akerele O. Anaesthetists' attitudes to intraoperative death. *Eur J Anaesthesiol.* 2005;22:938-41.

**32.**Gazoni FM, Durieux ME, Wells L. Life after death: The aftermath of perioperative catastrophes. *Anesth Analg.* 2008;107:591-600.

**33.**Nijs K, Seys D, Coppens S, Van De Velde M, Vanhaecht K. Second victim support structures in anaesthesia: a cross-sectional survey in Belgian anaesthesiologists. *Int J Qual Heal Care.* 2021;33:1-7.

**34.**Lander LI, Connor JA, Shah RK, Kentala E, Healy GB, Roberson DW. Otolaryngologists' responses to errors and adverse events. *Laryngoscope.* 2006;116:1114-20.

**35.**Venus E, Galam E, Aubert JP, Nougairède M. Medical errors reported by French general practitioners in training: results of a survey and individual interviews. *BMJ Qual Saf.* 2012;21:279-86.

**36.**Harrison R, Lawton R, Stewart K. Doctors' experiences of adverse events in secondary care: the professional and personal impact. *Clin Med.* 2014;14:585-90.

**37.**Cauldwell M, Chappell LC, Murtagh G, Bewley S. Learning about maternal death and grief in the profession: a pilot qualitative study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015;94:1346-53.

**38.**Nevalainen M, Kuikka L, Pitkälä K. Medical errors and uncertainty in primary healthcare: A comparative study of coping strategies among young and experienced GPs. *Scand J Prim Health Care.* 2014;32:84-9.

**39.**Vaithilingam N, Jain S, Davies D. Helping the helpers: debriefing following an adverse incident. *Obstet Gynaecol.* 2008;10:251-6.

**40.**Hobgood C, Hevia A, Tamayo-Sarver JH, Weiner B, Riviello R. The influence of the causes and contexts of medical errors on emergency medicine residents' responses to their errors: an exploration. *Acad Med.* 2005;80:758-64.

**41.**Engel K, Rosenthal M, Sutcliffe K. Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med.* 2006;81:86-93.

**42.**Ayvat P. The Second Victim Phenomenon Experience of the Anesthesia Team: A Focus Group Study. *JARSS* 2023; 31(2):118-27.