

Anestezi Ekibinin İkinci Mağdur Fenomeni Deneyimi: Odak Grup Çalışması

The Second Victim Phenomenon Experience of the Anesthesia Team: A Focus Group Study

Pınar Ayvat

İzmir Demokrasi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

ÖZ

Amaç: Sağlık sisteminde yaşanan olumsuz olaylar neticesinde hasta birinci mağdur olurken, sağlık hizmeti veren kişi ikinci mağdur durumuna düşmektedir. Bu durum ameliyathane ve yoğun bakımda sıklıkla yaşanmaktadır. Amacımız ameliyathane ve yoğun bakımda görev yapan anestezi personelinin ikinci mağdur fenomenine (İMF) ilişkin yaşadıkları sorunları ve deneyimleri göz önüne sermek, çözüm önerilerini ortaya koymaktır.

Yöntem: Araştırma nitel araştırma yöntemi ile yapılmıştır. Ameliyathane ve yoğun bakımda görev yapan altı adet gönüllü sağlık personeli ile derinlemesine odak grup görüşmesi yapılmıştır. Veriler yazıya dökülerek, MAXQDA 22 aracılığıyla tematik içerik analizi yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmanın sonucunda 5 ana tema ve 21 alt temaya ulaşılmıştır. Bu ana temalar İMF yaşanma sıklığı, yol açan sorunlar, duygular/hisler, başa çıkma yolları, öneriler/istekler olarak sayılabilir. Anestezi ekibi İMF ile sıklıkla karşılaştığını ve bunun medikal, şiddet veya teknik nedenli olabildiğini belirtmiştir. Bu durumda değersizlik, çaresizlik, haksızlığa uğramışlık, öfke ve agresiflik hissettiklerini belirttiler. İkinci mağdur fenomeni ile başa çıkmak için kendini telkin, mola vermek, alttan almak, akranlarına anlatmak gibi yöntemler kullanılmaktalar. Öneri olarak psikolojik, hukuki, teknik, yönetsel, fizyoterapi, akran ve akademisyen desteğinin yanı sıra serbest zaman, şikayetlerde eleme uygulanması ve hastane güvenliğinin artırılmasını talep ettiler.

Sonuç: Ameliyathane ve yoğun bakımlar kesintisiz hizmet sunumunun verildiği en yoğun bölümler olup, olumsuz olay yaşanma sıklığı çok yüksektir. Sağlık personelinin İMF hissetmesine yol açan durumlardan bazıları önenebilir sorunlardır. Ne hissettiğinin ve nasıl üstesinden geleceğinin bilincine varılması sağlık hizmet sunumunun kalitesini artıracak, sağlık çalışanlarındaki tükenmişlik durumunu azaltacaktır.

Anahtar sözcükler: Hasta güvenliği, anestezi, yoğun bakım

ABSTRACT

Objective: As a result of the negative events experienced, the patient becomes the first victim, while the healthcare provider becomes the second victim. This situation is frequently experienced in the operating room (OR) and intensive care unit (ICU). Our aim is to reveal the problems and experiences of the anesthesia personnel working in OR / ICU regarding the second victim phenomenon (SVP) and to propose solutions.

Methods: The research was conducted with the qualitative research method. Focus group interviews were conducted with six volunteer healthcare personnel working in OR / ICU. The data was written down and thematic content analysis was done through MAXQDA 22.

Results: 5 main themes and 21 subthemes were reached. These main themes can be counted as the frequency of experiencing SVP, the main problems, emotions/feelings, coping methods, and suggestions/requests. The anesthesia team encountered the SVP frequently and this could be due to medical, violent, or technical reasons. In this situation, they felt worthlessness, helplessness, injustice, anger, and aggression. In order to cope with the SVP, they use methods such as self-suggestion, taking a break, calming down, and sharing with colleagues. As suggestions, they demanded psychological, legal, technical, managerial, physiotherapy, peer, and academic support as well as free time, elimination of patient complaints, and increased hospital security.

Conclusion: The operating room and intensive care units are the busiest departments, and the frequency of adverse events is very high. Some of the situations that cause to feel SVP are preventable problems. Being aware of what you feel and how to overcome it will increase the quality of health service delivery and reduce the burnout status of health workers.

Keywords: Patient safety, anesthesia, critical care

Geliş tarihi/Received : 20.02.2023

Kabul tarihi/Accepted : 08.03.2023

Yayın tarihi : 28.04.2023

*Yazışma adresi: Pınar Ayvat • drpınarunde@yahoo.com

Pınar Ayvat © 0000-0002-9941-3109

Atf: Ayvat P. Anestezi ekibinin ikinci mağdur fenomeni deneyimi: Odak grup çalışması. JARSS 2023;31(2):118-127.



Bu eser "Creative Commons Atıf-GayriTicari-4.0 Uluslararası Lisansı" ile lisanslanmıştır.

GİRİŞ

Hasta güvenliği olayları (HGO), Dünya Sağlık Örgütü tarafından advers olaylar, olumsuz olay, rapor edilebilir durumlar, ramak kalalar ve zararsız olaylar dahil olmak üzere hastalarda gereksiz zarara yol açabilecek olaylar veya durumlar olarak tanımlanmaktadır (1). Karmaşık ve değişkenlik gösteren klinik ortamlarda HGO kaçınılmaz olup ilgili kişiler üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır (2). Bu durumda ‘birinci mağdur’ hasta olmaktadır. İkinci mağdur (İM) terimi ise, HGO’nun sağlık çalışanları üzerinde derin ve uzun süreli etkilere sahip olduğunun anlaşılmasıyla ortaya çıkmıştır (2).

İkinci mağdur fenomeni (İMF), hasta güvenliğini (HG) etkileyen bir olaya dahil olmanın sonucu olarak duygusal olarak yıpranan sağlık profesyonellerinin deneyimlerini tanımlamak için kullanılmaktadır (3). Bunu yaşayan profesyoneller, hastaya verilen zarardan kaynaklanan yasal süreçlere ve mesleki itibarının zedelenmesine ilişkin korku yaşamakla birlikte suçluluk hissetmektedir (4,5). Kendilerini bu durumda birinci derecede sorumlu hissetmekte, klinik becerileri ve bilgilerinden şüphe duymaktadırlar (6). Bununla birlikte sağlık profesyonellerinin sadece suçluluk, utanç, öfke ve korku gibi duygusal tepkiler değil, aynı zamanda uykusuzluk, aşırı yorgunluk gibi fiziksel tepkiler de sergiledikleri ortaya konulmuştur (7,8).

Ülkemizde klinik uygulamalarda HGO’nun sağlık profesyonelleri üzerindeki etkisini araştıran çalışma bulunmadığını ve konunun daha fazla tartışmayı hak ettiğini söylemek yanlış olmaz. Bu çalışmanın amacı, sağlık profesyonellerinin hasta güvenliğiyle ilgili yaşadığı olayları görünür kılmak, İMF durumundaki duygu ve düşüncelerini öğrenmek, İMF ile baş etme becerilerini öğrenmek ve çözüm yollarının değerlendirilmesini amaçlanmaktadır.

- Sağlık profesyonelleri ne sıklıkla ve ne gibi ikinci mağdur olaylarıyla karşılaşmaktadır?
- İkinci mağdur olaylarına ilişkin nasıl müdahale yaklaşımları bulunmaktadır?
- İkinci mağdur olaylarına ilişkin çözüm önerileri nelerdir?

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Bu araştırmada, nitel araştırma yöntemi kullanıldı. Nitel araştırma yöntemi, doküman, görüşme veya gözlem yoluyla elde edilen verilerin analiz edildiği ve bütüncül bakış açısı ile ortaya konulduğu araştırma yöntemi olarak tanımlanmaktadır (9). Tıp alanında giderek popülerlik kazanmaktadır (10). Katılımcılar, amaçlı örnekleme kapsamında kartopu yöntem ile belirlendi. Amaçlı örnekleme yöntemi, çalışmaların amaçlarına bağlı olarak araştırmaların derinlemesine yapılmasını sağlamaktadır (11). Bu araştırmada hastanede çalışan ve ikinci

mağduriyet yaşama ihtimali yüksek olan sağlık profesyonellerinin bulunması esas alındı. Katılımcıların mesleki durumu, yaşları ve cinsiyetleri konularında heterojenlik gözetildi. Araştırmaya 6 sağlık profesyoneli gönüllü olarak katıldı. Katılımcıların farklı yaşlardan ve meslek gruplarından olduğu görülmekte olup demografik bilgileri Tablo I’de verilmiştir.

Amaçsal örnekleme yöntemine göre belirlenen katılımcılar ile odak grup görüşmesi gerçekleştirildi. Odak grup görüşmesinde, araştırma hakkında bilgi verildi, gizliliğin nasıl sağlanacağı iletili ve sözlü onayları alındı. Bununla birlikte katılımcılara, araştırmanın nasıl yapılacağına ilişkin süreç bilgisi verilmiş olup yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan sorular soruldu ve sorulara verdikleri cevaplar ses kayıt cihazıyla kayıt altına alındı.

Verilerin analizinde nitel içerik analizi adımları gerçekleştirildi. Elde edilen verilerin analizi için destekli nitel veri analiz programı olan ve nitel metinlerin sistematik olarak analiz edildiği MAXQDA22 kullanıldı (Tablo II).

Araştırma için yerel etik kuruldan 2022/10 tarih, 13 sayı numarası ile etik onam alındı. Tüm katılımcıların isimleri anonim hale getirildi. Bilgisayar destekli nitel veri analizi programı kullanarak, gözlem ve derinlemesine betimleme yapılmış olup araştırmanın etik, geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin kriterler gözetildi, şeffaflık sağlandı. Araştırma raporu COREQ kriterleri göz önüne alınarak hazırlandı (12).

BULGULAR

İkinci mağdur deneyimlerine ilişkin yapılan odak grup görüşmesinin verileri incelendiğinde beş tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar; İMF yaşanma sıklığı, yol açan nedenler, başa çıkma yolları, duygular/hisler, öneriler ve isteklerdir. Tüm ana temalar Şekil 1’de görülmektedir.

Ana Tema 1. Yaşanma Sıklığı

Çoğu katılımcı İMF ile çok sık karşılaştıklarını beyan etti.

“İllaki oluyor, çünkü illaki hastaların başına bir şey geliyor.” (I)

Tablo I. Katılımcı Demografik Bilgi Tablosu

Katılımcı	Cinsiyet	Mesleki Durum	Yaş
I	Erkek	Doktor	46
II	Erkek	Doktor	50
III	Kadın	Doktor	50
IV	Kadın	Doktor	51
V	Erkek	Hemşire	47
VI	Kadın	Hemşire	44

Tablo II. İkinci Mağdur Fenomeni Analizine Ait Ana Tema ve Alt Temalar

Ana Tema	Alt temalar
Ana Tema I; Yaşanma Sıklığı	-
Ana Tema II; Yol Açan Sorunlar	1. Medikal nedenli sorunlar 2. Şiddet nedenli sorunlar 3. Teknik nedenli sorunlar
Ana Tema III; Duygular ve Hisler	4. Değersizlik 5. Çaresizlik 6. Öfke ve agresiflik 7. Haksızlığa uğramışlık
Ana Tema IV; Başa Çıkma Yolları	8. Kendini telkin etmek 9. Mola vermek 10. Alttan almak 11. Akranlarına danışmak
Ana Tema V; Öneriler ve İstekler	12. Psikolojik destek 13. Hukuki destek 14. Teknik destek 15. Yönetimsel destek 16. Fizyoterapi desteği 17. Akran desteği 18. Akademisyen desteği 19. Serbest zaman 20. Şikayetlerde eleme uygulanması 21. Hastane güvenliğinin artırılması

Ana Tema 2. Yol Açan Sorunlar (Şekil 2)**Alt Tema 1. Medikal nedenli**

Sıklıkla medikal sorunların neden olduğu ön plana çıktı.

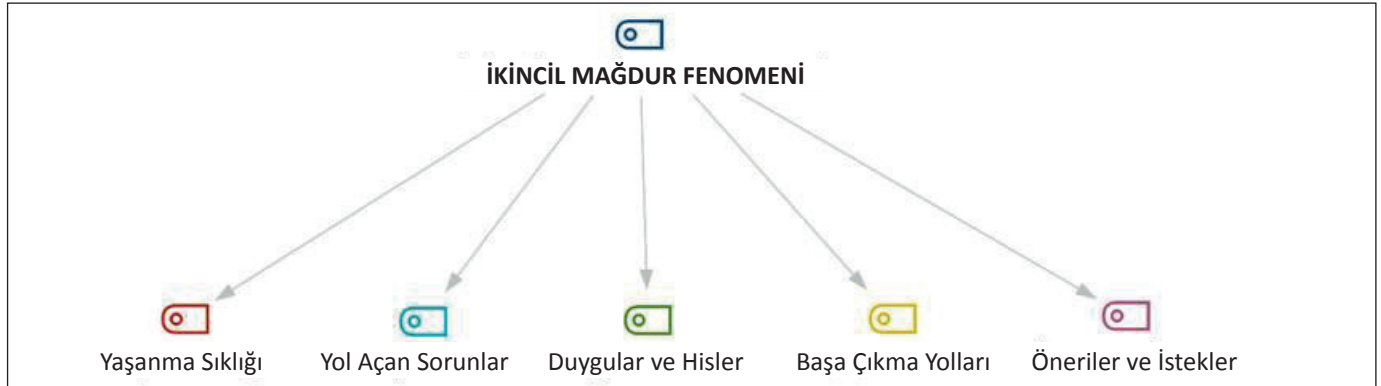
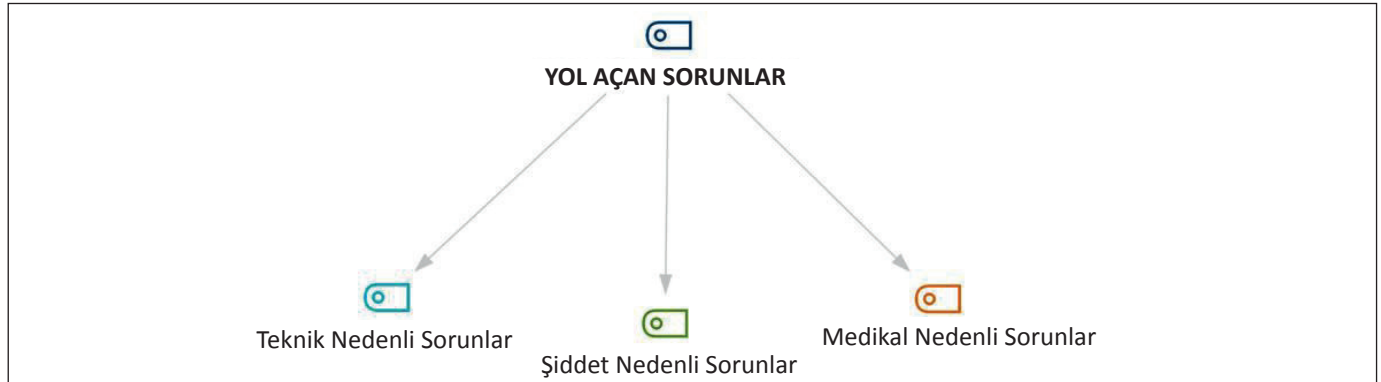
“Alerjik reaksiyonlar oluyor ameliyathanede. Yüksek riskli hasta çok alıyoruz. Onlarda sıkıntılar yaşıyoruz sürekli. İster istemez onlarla ilgili, eve gittiğimiz zaman da yaşadığımız durumlar oluyor.” (I)

“Bazen nedenini bilmiyorsun. Nedeninin bulabilsen ona göre hareket edeceksin. Yani o durumda ikinci mağdur gibi hissediyorsun.” (V)

“Yakın zamanda arter kateterinden komplikasyonu olan bir hasta oldu. Arter açılmasa mıydı, invaziv monitörizasyon yapılmısa mıydı diye sorguladım.” (I)

“Şu anda bir hastamız var, dolaşım bozukluğu. Hani ben mesela onda birazcık sorguladım, acaba biz yanlış yaptık mı diye. Ama arter takibi gerektiren bir hastaydı, yapmak zorundaydık.” (VI)

“Bazen deliryum tablosu geliştiğinde hasta yakını direkt sizi suçluyor. Hastaya o kadar iyi davranıyorsun ama hasta yakınına diyor ki “Beni dövdü, bana tokat attı, bana kötü davran-

**Şekil 1.** İkinci mağdur fenomenine ilişkin ana temalar.**Şekil 2.** İkinci mağdur fenomenine yol açan sorunlar.

di.” Bu olay insanı hakikaten çok zor durumda bırakıyor. Kendi çalışma arkadaşının kafasında bile soru işareti kalıyor.” (V)

Alt Tema 2. Şiddet nedenli

Fiziksel ve sözlü şiddet olaylarının nasıl etki ettiği vurgulandı;

“Nöbetin ilk saatinde oldu mu, sonra nöbet geçmek bilmiyor bir türlü. Psikolojik olarak yoruluyorsun, çalışma isteği gelmiyor içinden, çalıştığınan tatmin oluyorsun.” (V)

“Mesela bir nöbette bir çocuk evde ölmüş aspirasyon sebebiyle, acile gelmişti. Acil serviste çocuk ilk müdahaleye yanıt vermedi tabi. Aile sorun çıkarmıştı acil serviste, herkese saldırmıştı. Kimsenin suçu yoktu oysa, tamamen cahillikten.” (I)

“Bir keresinde yoğun bakımın kapısına bir aile dayandı. Aşiret gibiydiler, 15 kişi vardılar. Biz dahiliye doktoru ile beraber verdik ölüm haberini. Bayanlar benim önüme atladı, erkekler dahiliye doktorunun üstüne yürüdü. Polis, güvenlik görevlileri olmasına rağmen, dahiliye doktorunu silkelediler. Hasta yakını ölüm haberini duyunca yanımdaki duvarı yumrukladı. Güvenlik görevlisi hemen beni çekti kenara.” (III)

“Bir de genel olarak hasta yakınları ziyaret saati dışında gelip hastalarını ziyaret etmek istiyorlar. O şekilde birkaç beyaz kod vermiştik.” (V)

Hastaların COVID-19 döneminde saldırgan tutum sergiledikleri, toplumun olumsuz psikolojisinin fiziksel şiddet olaylarında etkili olduğu vurgulandı;

“Bir de COVID-19 döneminde karşılaştığımız maalesef bazı olaylar oldu. Hani yüze tükürmeler. Yani hasta bulaşıcı hastalığa sahip olduğunu kabullenmeyip “Ben hastaysam sen de hasta ol!” ya da “Ben hastaysam bana bir şey olmadı, ölmedim, sana da bulaşsa bir şey olmaz.” gibi saldırgan tavırları vardı bir dönem. Bir şey yedirmeye kalktığınızda suratınıza tükürüyordu. Yemeğe tükürüyormuş gibi yapıyor ama değil aslında, bize tepkiydi.” (VI)

“Bir de toplumun psikolojisi iyi değil gerçekten. Geçen gün bıçaklanan hasta niye bıçaklanmış? Korna çaldı diye. Senin arabanda bıçak var mı? Benim arabam da yok. Ya da cop var mı? Silah var mı? Yok. Toplum kötü gerçekten.” (II)

Hasta yakınlarının bilgilendirmeyi yetersiz buldukları, sürekli hesap sordukları, özellikle ölüm durumlarında sözlü şiddete maruz kaldıkları belirtildi.

“Maalesef hastanın başına bir şey gelmişse, hasta yakını o acıyla her şeyi yapabilecek durumda oluyor, o anda klasik her şeyi bekliyorsun aslında. O anda beklentim durumun fiziki şiddete dönmemesi, ben bağırma çağırmaya alıştım artık. Bazen de hasta yakınına bilgi verirken, internette öğrendiği birkaç şeyle bana hesap soruyor. Bu durumlarda ters bir cevap ver-

sek, tekme tokat girecekler herhalde. Bence bu bizim yaşadığımız en sık ikinci kurban durumu.” (I)

“Sözel şiddet beni daha çok etkiliyor. Çünkü hastaya olan advers etki ya da diğer durumlarda bilerek yapılan bir durum değil. Ama biz o kadar emek verip karşılığında da sözlü şiddet ya da fiziksel şiddet gördüğümde ben meslekten direkt soğuyorum. Hastaneye bile gelmek istemiyorum, net.” (VI)

“Şu an yatan bir hasta, acil serviste solunum sıkıntısına girmiş, arrest olmuş, orda kalp masajı yapılmış. Sonra bizim yoğunu yattı. Ama ilk yatışında oğlu, “Hele kötü bir şey olsun, onlara göstereceğim, burayı terk etsinler, burda kalmassınlar.” gibi konuşuyordu. Bu tarz konuşmaların olması bizi endişelendiriyor. Bazı şeyler iletişimle halloluyor ama o aile ile ilgili tedirginliğiniz hâlâ var mesela.” (VI)

“Genelde ölüm durumunda bilgi verirken oluyor. Böyle kişilerle konuşurken korkuyoruz, çünkü bunların ne yapacağı belli olmuyor.” (II)

Yaşanan hasta yakınlarının verdiği tepkilerin bazen sistemsel nedenlerden kaynaklandığı söylendi;

“Sonra hasta yakını çok güzel bir şey dedi. Hak verdim. Dedi ki “Her gün farklı birisi, hasta hakkında farklı bir şey söylüyor”. Yani sistem aslında iki taraflı bunalıyor. Hem bizi bunalıyor hem de karşı tarafı bunalıyor. Yani herkes nöbet tutuyor, ertesi gün gidiyor, her gün farklı birisi muhatap oluyor hasta yakınıyla. Hasta yakını da hastanın durumunu bir hekimden öğrenmek istiyorum diyor.” (II)

Alt Tema 3. Teknik nedenli

“Bence en çok malzeme ve teknik yetersizlik yüzünden oluyor.” (I)

“Eski dönemlerde teknisyenin cihazı otomatiğe atamadığı için sıkıntılı durumlar oldu. Ben bunların hepsini kendim yapıyorum artık, kimseye güvenemiyorum. Her şeyi iki kere kontrol ediyorum, hatta bazen üç kere.” (IV)

Ana Tema 3. Duygular ve Hisler (Şekil 3)

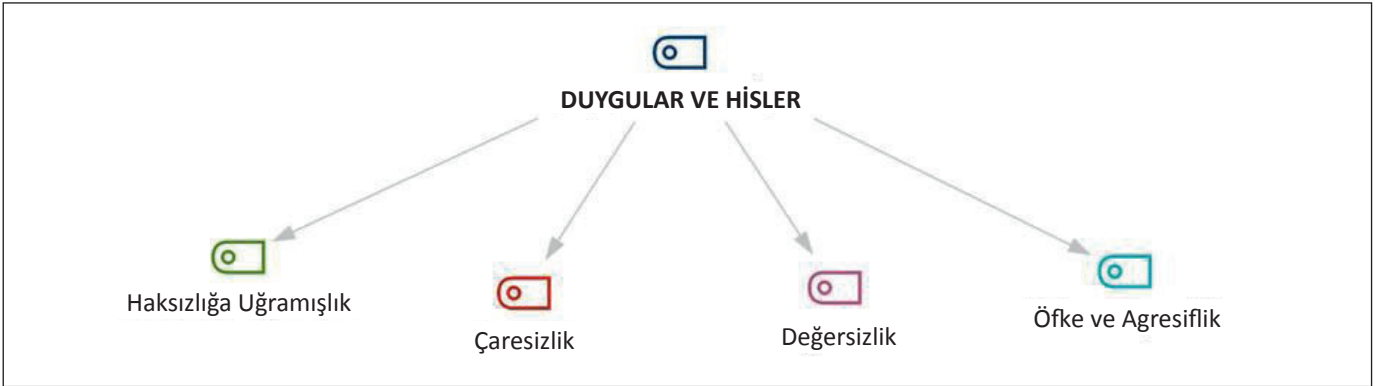
Alt Tema 4. Değersizlik

“Değersizlik hissediyoruz. Böyle durumlarda kafan artık hiçbir şey kaldırmamaya başlıyor. Herkes evde sussun, kimse hiçbir şey sorsun istemiyorsun. Eve etkisi de bu oluyor açıkçası.” (V)

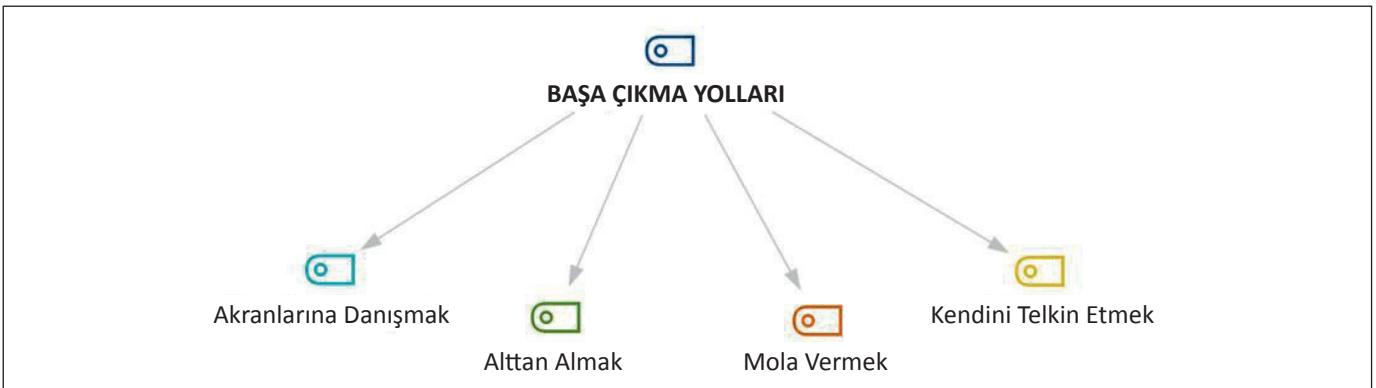
“Bir de değersizlik hissi yarattığı için evdeki birisi olumsuz bir şey söylediğinde, daha da değersizlik hissediyorsun ve çok tepkisel yaklaşıyorsun” (VI)

Alt Tema 5. Çaresizlik

Katılımcılar, İMF sonucunda mesleğini değiştirmeyi bile düşündüklerini belirttiler.



Şekil 3. İkinci mağdur fenomenine ilişkin duygular ve hisler.



Şekil 4. İkinci mağdur fenomeni ile başa çıkma yolları.

“Çaresizlik hissi yaygın oluyor bence. Mesleğin bu ve değişti-remiyorsun. Vicdanen kendini sorguluyorsun bazen. Bu yükü ne hafifletebilir? Bilmiyorum.” (I)

“İlk başta kendini çok kötü hissediyorsun. Sonra diyorsun ki, bu sistem içinde ben ne yapabilirim?” (II)

Alt Tema 6. Öfke ve agresiflik

“Ben hastanın ölüm haberini verdikten sonra şiddete maruz kaldığımda öfke hissetmişim. Elimden geleni yapmışım, üzerine bir de dayak yiyoruz. Gidip başka ülkede başka bir halka hizmet vermek isterdim. Cahilliğin olmadığı saygılı bir toplumda doktor olmak isterdim.” (III)

“Agresyon yaratıyor bende.” (IV)

Alt Tema 7. Haksızlığa uğramışlık

İM durumunda verdiği hizmeti sorguladıklarını belirttiler;

“Haksızlığa uğradığımızı düşünüyoruz. Ve artık ben böyle insanlara hizmet vermekten o kadar üzülüyorum ki. Niye ben bunlar için çalışıyorum, uykusuz kalıyorum diye düşünüyoruz.” (III)

Ana Tema 4. Başa Çıkma Yolları (Şekil 4)

Alt Tema 8. Kendini telkin etmek

Bazı katılımcılar emekliliğe az kaldığını düşünerek kendini telkin etmekte;

“Kendim kendimi telkin etmeye çalışıyorum. İnsan ruhunun yüceltme mekanizmaları devreye giriyor. Ve diyor ki, tamam bir hata yaptın ama şu nedenlerden dolayı yaptın, herkes hata yapabilir, sen mükemmel değilsin. Bu sistem içerisinde bunların olması normal diye düşünerek üstesinden geliyorum.” (II)

“Emeklilik sürem az kaldığını düşünerek kendimi iyi hissetmeye çalışıyorum. Yani biraz daha sabır diyorum. Dayan, bitmek üzere diyorum kendi kendime. Esaret, yani bu bir hapisce biraz daha dayan kurtulacaksın diyorum. Yani her ay bir ay daha geçti diye seviniyorum. Yani bu şekilde kendi içsel motivasyonumu arttırıyorum.” (III)

Alt Tema 9. Mola vermek

“Mola verip sigara içiyorum. Bol bol sigara.” (V)

Alt Tema 10. Altan almak

“Yaşadığımız şeye göre değişiyor. Mesela poliklinikte yaşa-

diysam yine alttan alıyoruz, çok zıtlışmıyoruz. Çünkü primer karşılıklı tartışmaya başladığın anda şiddete dönebiliyor olay. Şiddete dönmemesi için önlem almış oluyoruz.” (IV)

Alt Tema 11. Akranlarına danışmak

“Ben bir olay yaşadığımda, paylaşıyorum genelde bunu çalışma arkadaşlarımla. Onlar da benzer durumlarla karşılaştığı için beni anlıyorlar, telkin edici davranıyorlar, bir şekilde atlatıyoruz.” (I)

“Geliyorum burada hangi arkadaşım varsa ilk önce onlara anlatıyorum. Pek çok yerde anlatarak deşarj olma yoluna gidiyorum yani.” (IV)

“Sonuçta tamam istemiyorum böyle bir olay olmuş olmasını, ama olay oldu diyelim, ben hemen müdahale ediyorsam ve sonunda iyi olduysa benim için sıkıntı yok. Bunun dışında bir şey olduysa arkadaşlarıma anlatıyorum,” (V)

Ana Tema 5. Öneriler ve İstekler (Şekil 5)

Alt Tema 12. Psikolojik destek

“Yani bir, psikolojik destek gerek eğer ikinci mağdur olmuşsan. Birincisi psikolojik destek alman lazım. Onunla konuşup anlatabilmelisin.” (I)

“Bizim bazen psikolojik destek almamız gerekebiliyor. Keşke bazı durumlarda konuşabileceğimiz, hastanede görevli bir psikolog arkadaş olsa da bunları konuşup rahatlayabilsek.” (IV)

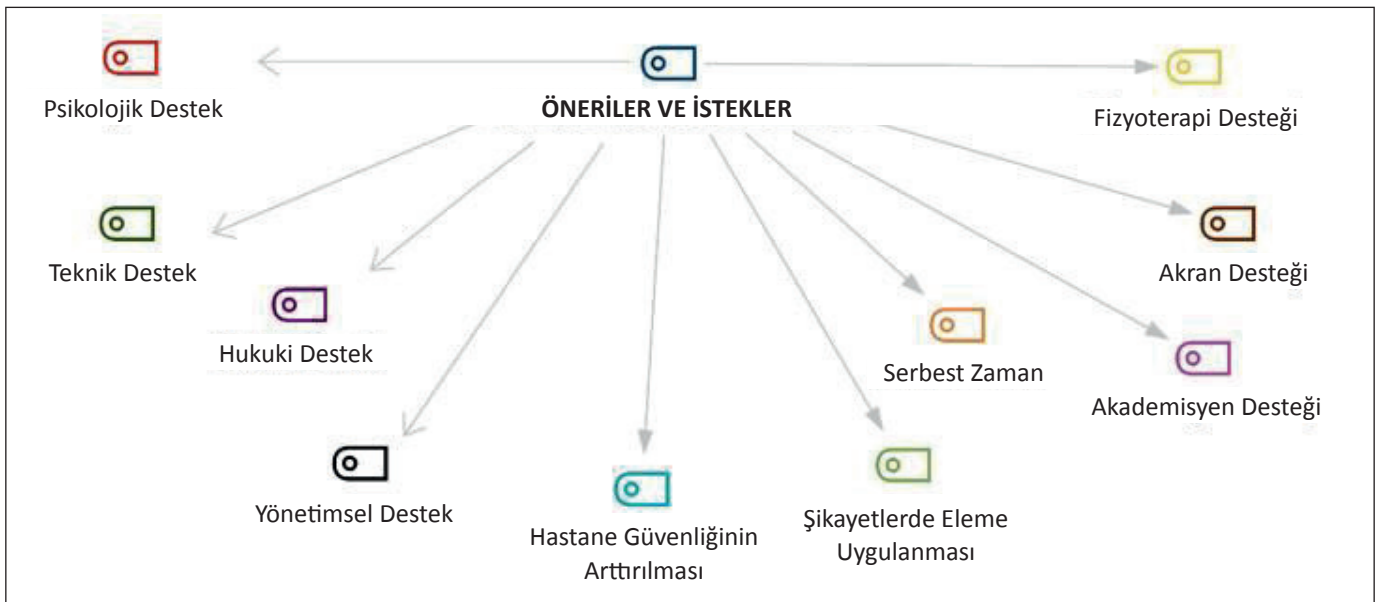
“Bence biz en fazla psikolojik olarak yıpranıyoruz aslında. Travma yaşıyoruz ama bu travmalar öyle kalıyor. Dolayısı ile psikolojik destek gibi bir birim mutlaka olmalı.” (V)

Alt Tema 13. Hukuki destek

“Kendini hukuki olarak güvencede hissetmen için kurumsal bazda hukuk müşavirliğinin olması gerekir. Sendikasyonlar ile değil, tıp tabip odası aracılığıyla değil, kendi lokal hastanende bir hukuki danışmanlık ya da desteğin sana anında verilmesi gerekiyor ki sen kendini rahat hissedebilesin. Onun “Bu yaptığım bir komplikasyon, olabilir, her doktora olabilir, hepimizin başına gelebilir, diğer nedenlerden dolaşımı yetersizdir elin, ya da başka bir şey vardır” deyip hastanın diğer kolundan arteri açabilmesi lazım. Yani bu özgüveni hissedebilmesi lazım. Bu anlayışta bir yönetici, psikolog ve hukuk birimi ile bunun desteklenmesi gerek. Yani bu tek başına bir kişinin yapabileceği bir şey değil. Bunun bir ekip işi olması gerek.” (V)

“Hukuk departmanımız daha hızlı çalışsa keşke, anında yardım alabilsek. Yani üç basamaklı bir destek sistemi olabilir, psikolojik, fizyolojik ve hukuki.” (IV)

“Hukuki olayları olduğunda, bizden görüş istiyorlar bir hastayla ilgili mesela. Ben görüşümüzü yazarken hukuki olarak bize destek olabilecek bir birim olmasını isterim. Çünkü biz ne yapıyoruz, hastayla ilgili bir şey geliştiğinde ve bizden başhekimlik görüş istediğinde? Ben kendi anestezi doktor arkadaşlarıma danışıyorum, onların fikirlerini alıyorum. Eşim doktor ona gösteriyorum. Bu böyle olmamalı. Yani bu işlerden anlayan birisi ile oturabilmeli, görüşümü hazırlarken ona danışabilmeliyim. Hukuki anlamda kendi kendime yetemiyorum. Bu durumlar çok sık olmuyor ama olduğunda böyle bir desteği bekliyorum açıkçası.” (III)



Şekil 5. İkinci mağdur fenomenine ilişkin öneriler ve istekler.

Alt Tema 14. Teknik destek

“Malzeme, fiziksel şartlar gibi şeylerle ilgili eğer bir eksiğin varsa bunların tamamlanacak olması ve bu yönde bana garanti verilebilmesi lazım.” (I)

Alt Tema 15. Yönetimsel destek

“Bence seni anlayan ve bilen bir yöneticinin olması lazım. Ve bu konuda senin arkanda destek olabilmesi lazım.” (I)

Alt Tema 16. Fizyoterapi desteği

“Hatta bazen o kadar geriliyor ki, örneğin sırt kaslarım öyle bir geriliyor ki, fiziki şeyler oluyor, bir fizyoterapistten bile destek almam gerektiğini düşünüyorum.” (IV)

Alt Tema 17. Akran desteği

“Bu konularda ehil bir akranınla konuşabilmen lazım, bu konularda senin bir yanışın eksiğin var mı oturulup bu araştırılmalı.” (I)

Alt Tema 18. Akademisyen desteği

“Ben her zaman şunu söyledim. Bir tane hoca görevlendirilmeli dedim. Dokuz Eylül, Ege gibi üniversitelerden, yani bu konuda ehil biri.” (II)

“Biz üniversitede bu yayınları takip ettik, şunları uygulamaya başladık. Siz burada sahada neler yapıyorsunuz, neler yaşıyorsunuz?” diye bir fikir alışverişi, beyin fırtınası, yuvarlak masa toplantısı olması gerektiğine inanıyorum. Yani biz kongreye gidemiyoruz, yayın okuyamıyoruz, sahadaki durum malum. Orda ne oluyor, bizde neler var, biz nerelerde eksiğiz. Yani eğitim saati gibi bir şey olsun, başımıza gelen şeyi anlatalım. Karşılaştığım sorunun nedenini anlatabileceğim bir mekanizma olmasını isterdim. Ya da şiddetle ilgili bir şey yaşamışsam, ilgili hastanın bakımından ayrılmayı ve bunun da makul görülüp kabul edilmesini isterim. Yani hastanın bakımından çekilme hakkına sahip olabilmeyi isterdim.” (II)

Alt Tema 19. Serbest zaman

“Bunların önlenmesi için, bunlar ne kadar sık yaşanıyor ve sıklığı nasıl azaltılabilir, çalışılması gerekir. Olayın engellenmesi açısından bir şeyler yapılması düşünülse daha mantıklı. Kaçınılmaz olacaksa da bazı şeyleri kendi aramızda, bilimsel olarak tartışabileceğimiz, mesela haftada iki-üç saat boşluğumuz olacak bir düzenlemeyle yanış yaptığımız ve aklımıza takılan şeyleri oturup konuşup, fikir alabileceğimiz bir düzenleme yeterli olur. Ama haftada bir gün 3-5 saat boş bırakacak bir sistem var mı?” (II)

Alt Tema 20. Şikayetlerde eleme uygulanması

“Bir de BİMER-CİMER falan, o kadar gereksiz şeyleri kabul ediyorlar, bunların bir elenmesi lazım. Çünkü bunların hepsinin

bize gelmesi bizim motivasyonumuzu düşürüyor. Moral ve motivasyonumuz bozuluyor. Böyle basit bir sebepten dolayı bize niye geldi diye düşünüyor, kızıyoruz, mesleğimize karşı soğuyoruz. Anestezi ile ilgili gelen şikayetlerin, belki anestezi derneği aracılığı ile, belki bakanlığın görevlendireceği bir kişi/kurul aracılığı ile önce süzgeçten geçmesinin faydalı olacağını düşünüyorum. Akil kişilere ihtiyacımız var.” (IV)

“Süzgeçten geçmemesi hususu, bütün hekimlerde ciddi anlamda sıkıntı yaratıyor. Hastaların her şeyden değerli olduğu, biz doktorların hiçbir hakkı yokmuş, değersizmiş gibi olduğumuz bize hissettiriliyor.” (III)

Alt Tema 21. Hastane güvenliğinin artırılması

“Bence denetim de artırılabilir. Alışveriş merkezine bile güvenlik aramasından, X-ray cihazından sonra girebiliyorsun. Ama hastaneye elini kolunu sallayan herkes girebiliyor. Denetim, hiçbir şey yok. Sözel şiddet de bu şekilde engellenebilir. Mesela beş tane hasta yakını gelmemeli kapıya. Bu da ilk girişte denetim ile çözülebilir. Daha genel çözümlerden başlamak gerek. Sonra detay çözümlere girilebilir. Önce tedbirler alınmalı. X-ray cihazı mesela, çok basit bir şey” (VI)

“İnsanlar istediği her şeyle hastaneye girebiliyor. Silahla bile girebiliyor. Bir de istediği kadar hasta yakını girebiliyor. Buna bir sınırlama olmalı. Maç izlerken bile her şeyi alıyorlar üstünden, bozuk parayla bile giremiyorsun. Hastaneye girerken de aynı sistem olmalı, gerekirse insanlar üzerlerindeki metal eşyaları emanete falan verebilirler.” (V)

TARTIŞMA

Araştırma sonuçlarımız incelendiğinde, sağlık çalışanlarının ameliyathanede, yoğun bakımda veya her ikisinde birden çalıştıkları, İMF ile sık karşılaştıkları, medikal, şiddet veya teknik nedenli sorunların buna yol açtığı anlaşılmıştır. Bu durumda kişiler değersizlik, çaresizlik, öfke/agresiflik ve haksızlığa uğramışlık hislerini yoğun olarak yaşamakta, bu hislerle başa çıkmak için kendini telkin etmek, akranlarına anlatmak, mola vermek, sigara içmek, alttan almak gibi yöntemler kullanmaktadır. Önerileri sorulduğunda ise psikolojik, hukuki, teknik, yönetimsel, fiziksel, akran ve akademik desteğin yanı sıra, serbest zaman verilmesini, hasta şikayetleri ve işyeri güvenliği açısından denetimlerin artırılmasını talep etmişlerdir.

Amerika’da ve Kanada’da yaşanan İMF oranı %30 olarak belirtilmekle birlikte sağlık profesyonellerinin %43’ünün olumsuz duygusal tepkiler yaşadıkları açıklanmaktadır (13). Yaşanan duygusal tepkilerin birkaç yıla kadar uzayabildiği, travma sonrası stres bozukluğu belirtileriyle benzer olduğu ortaya konulmuştur (14). İkinci mağdurların sadece %10’unun özel ruh sağlığı hizmetlerine başvurduğu belirtilmektedir (3). Sağlık çalışanların %10,4-%43,3’ünün İMF’yi deneyimlediği orta-

ya konulmuştur (6). Bizim ülkemizde ise bu konu hakkındaki yayın olmadığı için bu oranlar bilinmemektedir.

Sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı göz önüne alındığında, tıbbi hatalara ve travmatik olaylara tanık olma ihtimalinin ve İMF deneyimleme potansiyelinin yüksek olduğu vurgulanmaktadır (15). Hemşirelerin diğer sağlık profesyonellerine kıyasla İMF ilgili sorunları daha fazla yaşadığı, ilaç yönetimi de dahil olmak üzere en doğrudan hasta bakımını sağladıkları için hastanın olumsuz olayından sorumlu tutulma riskinin daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (16,17). Sonuç olarak, İMF yaşayan hemşireler iş arkadaşlarından ve hayatlarındaki diğer önemli kişilerden kendilerini soyutlamakta ve tüm profesyonel geleceğini yeniden değerlendirmektedir (18).

Bu fenomene yönelik müdahale yaklaşımlarının olay odaklı olduğu ve olayların duygusal sonuçlarına yoğunlaştığı belirtilmektedir. Müdahale yaklaşımlarının amaçları; hastalarda, sağlık profesyonellerinde ve sağlık kuruluşlarında İMF etkisini azaltmak, İM'a karşı olumlu bir tutum geliştirmek ve her an oluşabilecek klinik hatalarla ilgili farkındalık yaratmak şeklinde ortaya konulmaktadır (3,19). Yapılan uluslararası bir çalışmada, İM'ye yardımcı olmak için müdahale programı geliştirildiği, programın temelinde olumsuz olay yaşayan sağlık personellerinin, meslektaşlarıyla konuşması gerektiği vurgulanmakta, böylelikle yaşadıkları duygusal etkilerle başa çıkabilecekleri belirtilmektedir (20). Çünkü İMF ile karşılaşan çoğu sağlık profesyoneli olumsuz olay meydana geldikten sonra ne yapacaklarını bilemez ve hastayı bilgilendirmek için hazır dahi hissetmezler (21).

Son zamanlarda yaşanan İMF'ye ilişkin hem Ulusal Tıp Akademileri hem de Amerikan Hemşireler Birliği tarafından eylem çağrıları yapılmaktadır. Bu eylem çağrıları, iyilik hâli, ahlaki dayanıklılık, tükenmişlik ve bunların sağlık üzerindeki potansiyel etkileri gibi faktörler arasındaki ilişkileri göz önüne almakta ve kuruluşların, sağlık profesyonellerinin esenliğine odaklanmaları gerektiğini belirtmektedir (15). Buna yol açan çoğu hatanın insan ihmali veya yetersizliğinden değil, sistem içindeki birden çok faktörün etkileşimini içeren bir sorundan kaynaklandığı kabul edilmektedir. Bu durum insan hatasının tamamen ortadan kaldırılabileceğini ve mükemmelliğin mümkün olmadığını ortaya koymaktadır (22,23). Potansiyel ikinci mağdurların tespit edilemediği, destek müdahalelerinin yetersiz olduğu ve HG kültürünün olmaması nedeniyle sağlık sistemlerinde profesyonellere yönelik desteklerin sınırlı olduğu vurgulanmıştır (1,24). Ülkemizde bu konuda sağlık çalışanlarına sunulan destek politikası maalesef bulunmamaktadır.

Hasta güvenliği olaylarında yaşanan duygusal etkilerin, travma sonrası stres bozukluğu olarak kendini gösterdiği belirtilmektedir (3). Araştırma sonuçlarıyla tutarlı olarak araştırmamızda doktor/hemşirelerin İM durumunda, değersiz hissettik-

leri, evlerine gittiklerinde yaşadıkları mağduriyetin olumsuz etkilerinin devam ettiği ortaya çıkmıştır. Sağlık profesyonellerinin İMF neticesinde, endişe, pişmanlık ve acı gibi olumsuz duyguların yanında (25), uyku bozukluğu ve intihar gibi güçlü fizyolojik reaksiyonların da yaşandığı belirtilmektedir (3,26).

Sağlık profesyonellerinin yaşanan herhangi bir olumsuz olay neticesinde İM olmasını önlemek önemlidir (15). Çünkü İMF, HG'yi daha da olumsuz etkileyebilmektedir (27). Fenomenin sonucunda yaşanan olumsuz etkiler ile HG kültürünün yoksunluğu ilişkilendirilmiştir (28). Bu nedenle HGO sonunda yaşanan İMF'ye ilişkin müdahale programlarının dikkate alınması önem taşımaktadır. Bununla birlikte yöneticilerin de engelleyici veya kolaylaştırıcı rollerinin müdahale yaklaşımlarında önemli etkiye sahip olduğunu belirtmek gerekir. Yöneticilerin rolü, olayın meydana gelmesi durumunda birinci (hasta) ve ikinci (sağlık personeli) mağdur için destek sağlamaktır (3). Burada önemli olan nokta, sağlık profesyonellerinin HG'yi iyileştirmeye aktif olarak katkıda bulunabilmesini, endişelerini ve deneyimlerini paylaşmalarını sağlamak, bunun için düzenli personel toplantıları ve tartışma grupları oluşturmaktır. Birçok sağlık profesyonelinin yaşadığı duygusal etkileri hafifletmek için profesyonel desteğe yönelmediği, bunun yerine meslektaşları tarafından anlaşılmanın yeterli olduğu ortaya konulmuştur. Sağlık profesyonellerinin yaşadığı HGO'ya ilişkin destek ağlarının artırılmasının önemi vurgulanmakla birlikte endişelerini ve yaşadıklarını ifade etmelerinin onlar üzerindeki olumsuz etkiyi azalttığı ortaya konulmuştur (1).

İkinci mağdur fenomeni son 20 yıldır gelişen bir kavramdır ve az sayıda araştırma mevcuttur (29). Sağlık profesyonellerinin yaşadığı İMF'nin olumsuz etkilerini azaltmak için müdahale programlarının geliştirilmesi ve mevcut programların anlaşılma ihtiyacı vardır. Mevcut müdahale programları, tıbbi bir hata sonucunda gerçekleşen olay hakkında sağlık profesyonellerinin meslektaşlarıyla konuşmasının önemi hakkında farkındalık kazandırmıştır (23). Bu tür müdahale programları, olumsuz olayın meydana gelmesi sonucunda ne yapılacağına ilişkin tavsiyelerde bulunmalıdır (15). Çünkü sağlık profesyonelleri özellikle çalıştıkları kurumlardan desteğe ihtiyaç duyarlar ve kurumsal destek alamazlarsa mesleki bağlamda ilerlemeleri mümkün görünmemektedir. Son olarak, sağlık profesyonellerinin ikinci mağdur deneyimleri kapsamında haklarını savunacak bir hukuk müşavirliğinin olması ve yaşadıkları olumsuz duygulara ilişkin psikolojik destek alabilecekleri bir müdahale planının oluşturulması önerilmektedir. Çalışmamız İM olan sağlık profesyonellerinin yaşadıkları sıkıntılı süreç hakkında ülkemizde yapılan ilk araştırmadır. Bu nedenle sağlık profesyonellerine verilen zararı en aza indirmek için uygun destek mekanizmalarını ve müdahalelerini belirlemek için bu alanda gerçekleştirilecek çeşitli araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu araştırmanın kısıtlılığı yalnızca tek bir merkezde yapılmasıdır. Bu nedenle yaşanan ikinci mağdur nedenleri bu hastane ile sınırlı kalmıştır. Farklı merkezlerde çalışan sağlık profesyonelleri bu sorunlara ek olarak başka sorunlar yaşamaktadır. Gerekli mekanizmalar geliştirilmeden önce, ülke genelinde başka merkezlerde de İMF ile ilgili çalışmalar yapılmalıdır. Hemşireler ve doktorlar, hastanelerdeki sağlık hizmetlerinde iş gücünün en büyük üyelerinden biridir. Ancak bu grupların dışında da (ebe, teknisyen vs) sağlık hizmeti sunan gruplar bulunmaktadır. Bu gruplar içerisinde de bu konu araştırılmaktadır.

SONUÇ

Bu araştırma olumsuz olaylar sonucunda İMF yaşayabilecek sağlık profesyonellerinin yaşam deneyimlerinin görünür kılınmasına ve desteklenmelerine ilişkin müdahale yaklaşımlarının belirlenmesinde önemli fırsatlar belirlemiştir. Ülkemizde sağlık çalışanları İMF durumunda değersizlik, çaresizlik hissetmekte ve destek beklemektedir. Kendi başına bulabildikleri çözümlerin başında meslektaşlarına anlatmak, kendi kendini telkin, mola vermek, sigara içmek gibi çözümler gelse de daha profesyonel desteklerin sağlanabileceğini belirtmişlerdir. Bunların başında psikolojik, hukuki, teknik, yönetsel, fiziksel, akran ve akademik desteğin yanı sıra, serbest zaman verilmesi, hasta şikâyetleri ve işyeri güvenliği açısından denetimlerin artırılması gerekmektedir.

YAZAR KATKILARI

Çalışmanın fikri veya tasarımı: PA

Veri toplama: PA

Veri analizi ve yorumlama: PA

Makalenin taslağının hazırlanması: PA

Makalenin kritik revizyonu: PA

Yazar (PA) sonuçları gözden geçirmiş ve makalenin son hâlini onaylamıştır.

KAYNAKLAR

- Zhang X, Li Q, Guo Y, Lee SY. From organisational support to second victim-related distress: Role of patient safety culture. *J Nurs Manag* 2019;27(8):1818-25.
- Wu AW. Medical error: The second victim. *BMJ* 2000;320:726-7.
- 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):325-30.
- Mizrahi T. Managing medical mistakes: Ideology, insularity and accountability among internists-in-training. *Soc Sci Med* 1984;19(2):135-46.
- Lander LI, Connor JA, Shah RK, Kentala E, Healy GB, Roberson DW. Otolaryngologists' responses to errors and adverse events. *Laryngoscope* 2006;116(7):1114-20.
- Choi EY, Pyo J, Ock M, Lee H. Second victim phenomenon after patient safety incidents among Korean nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Educ Today* 2021;107:105115.
- 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):e61-74.
- Lee W, Pyo J, Jang SG, Choi JE, Ock M. Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea: A qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):100.
- Dilshad RM, Latif MI. Focus group interview as a tool for qualitative research: An analysis. *PJSS* 2013;33(1):191-8.
- Ayvat P. Experiences of anesthesiology and reanimation specialists in the COVID-19 pandemic: A focus group study. *JARSS* 2022;30(1):62-70.
- Tekindal M, Attepe Özden S, Enes Gedik T, Ege A, Erim F, Ağah Tekindal M. Nitel araştırmaların raporlanmasında standartlar: SRQR kontrol listesinin Türkçe uyarlaması. *OPUS International JSR* 2021;18(42):5425-43.
- Attepe Özden S, Tekindal M, Enes Gedik T, Ege A, Erim F, Ağah Tekindal M. Nitel araştırmaların rapor edilmesi: COREQ kontrol listesinin türkçe uyarlaması. *EJOSAT* 2022;35:522-9.
- Wolf ZR, Serembus JF, Smetzer J, Cohen H, Cohen M. Responses and concerns of healthcare providers to medication errors. *Clin Nurse Spec* 2000;14(6):278-87; quiz 288-90.
- Rassin M, Kanti T, Silner D. Chronology of medication errors by nurses: Accumulation of stresses and PTSD symptoms. *Issues Ment Health Nurs* 2005;26(8):873-86.
- Werthman JA, Brown A, Cole I, et al. Second victim phenomenon and nursing support: An integrative review. *J Radiol Nurs* 2021;40(12):139-45.
- Harrison R, Lawton R, Perlo J, Gardner P, Armitage G, Shapiro J. Emotion and coping in the aftermath of medical error. *J Patient Saf* 2015;11(1):28-35.
- Chan ST, Khong PCB, Wang W. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *Int Nurs Rev* 2017;64(2):242-62.
- Jones JH, Treiber LA. When nurses become the "second" victim. *Nurs Forum* 2012;47(4):286-91.
- Carrillo I, Mira JJ, Vicente MA, et al. Design and testing of BACRA, a web-based tool for middle managers at health care facilities to lead the search for solutions to patient safety incidents. *J Med Internet Res* 2016;18(9):e257.
- Mazor KM, Simon SR, Gurwitz JH. Communicating with patients about medical errors: A review of the literature. *Arch Intern Med* 2004;164(15):1690-7.

21. Manser T, Staender S. Aftermath of an adverse event: Supporting health care professionals to meet patient expectations through open disclosure. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005;49(6):728-34.
22. Crigger NJ. Always having to say you're sorry: An ethical response to making mistakes in professional practice. *Nurs Ethics* 2004;11(6):568-76.
23. Buhlmann M, Ewens B, Rashidi A. Moving on after critical incidents in health care: A qualitative study of the perspectives and experiences of second victims. *J Adv Nurs* 2022;78(9):2960-72.
24. 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(8):377-84.
25. Anderson RA, McDaniel Jr RR. Managing health care organizations: Where professionalism meets complexity science. *Health Care Manage Rev* 2000;25(1):83-92.
26. Pratt SD, Jachna BR. Care of the clinician after an adverse event. *Int J Obstet Anesth* 2015;24(1):54-63.
27. Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: Doing better but feeling worse? *BMJ Qual Saf* 2012;21(4):267-70.
28. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The second victim experience and support tool: Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *J Patient Saf* 2017;13(2):93-102.
29. Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, et al. The second victim phenomenon after a clinical error: The design and evaluation of a website to reduce caregivers' emotional responses after a clinical error. *J Med Internet Res* 2017;19(6):e203.