Journal of Health Development
e2663-1776

Обзорная статья

А кто поддержит самого врача? Поддержка «второго пострадавшего» как условие безопасности пациента в Казахстане: Нарративный обзор

Абильтаев А.М.

[1] И.о. ассоциированного профессора кафедры хирургии, акушерства и гинекологии, Павлодарский филиал Медицинского Университета города Семей, Павлодар, Казахстан.
E-mail: askar.abiltayev@smu.edu.kz

Received: July 13, 2026
Revised: July 27, 2026
Accepted: August 11, 2026
Published: August 18, 2026

Citation: Askar Abiltayev. A kto podderzhit samogo vracha? Podderzhka «vtorogo postradavshego» kak uslovie bezopasnosti patsienta v Kazakhstane: Narrativnyi obzor (Who supports the doctor? Second victim support as a condition for patient safety in Kazakhstan: A narrative review) [in Russian]. J Health Dev. 2026, 61 (4), jhd085. https://doi.org/10.32921/2663-1776-2026-61-4-jhd085

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Резюме

Безопасность пациента остается приоритетом мирового здравоохранения, однако у каждого серьезного инцидента есть и вторая сторона. Медицинский работник, вовлеченный в нежелательное событие или ошибку, нередко сам оказывается травмирован пережитым — это явление получило название «второй пострадавший». Оно распространено и устойчиво воспроизводится в разных странах и профессиональных группах, затрагивая, по имеющимся оценкам, значительную долю персонала, и проявляется навязчивыми воспоминаниями, тревогой, чувством вины, нарушениями сна и утратой профессиональной уверенности. Непреодоленный дистресс не остается частным делом специалиста: он ведет к защитной практике, профессиональному выгоранию, текучести кадров и, замыкая порочный круг, повышает риск новых ошибок, а значит напрямую влияет на безопасность будущих пациентов и на устойчивость системы здравоохранения; измеримы и экономические потери, связанные с уходом работников из профессии и с распространением защитной медицины.

Цель настоящего нарративного обзора: систематизировать современные представления о феномене, его распространенности и последствиях, а также доказательные подходы к поддержке медицинских работников.

Действующее законодательство Республики Казахстан уже содержит понятие медицинского инцидента, отделяет добросовестный неблагоприятный исход от наказуемого деяния и закрепляет механизм анализа таких событий, однако этот механизм остается контрольно-аудиторским и не предусматривает помощи вовлеченному работнику. На этом основании очерчены реалистичные первые шаги для системы здравоохранения Казахстана: переход к культуре справедливости, просвещение и обучение, измерение масштаба проблемы и пилотные программы поддержки со стороны равных.

Ключевые слова: безопасность пациентов, врачебные ошибки, медицинский персонал, профессиональный стресс, социальная поддержка, профессиональное выгорание, Казахстан.

1. Введение

Безопасность пациента остается одной из центральных проблем современного здравоохранения. Доклад Института медицины США «To Err Is Human» (1999) впервые оценил, что только в больницах США медицинские ошибки уносят от 44 000 до 98 000 жизней ежегодно, и сместил объяснение этих потерь с вины отдельных работников на дефекты системы оказания помощи [1]. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), вред при получении

медицинской помощи испытывает примерно каждый десятый госпитализированный пациент, и значительная часть этого вреда предотвратима [2]. Пациент и его близкие — «первая жертва» инцидента — закономерно находятся в центре внимания. Однако у каждого серьезного инцидента есть и вторая, долго остававшаяся в тени сторона.

Медицинский работник, вовлеченный в нежелательное событие или ошибку, нередко сам оказывается травмирован пережитым. В 2000 году A. Wu предложил термин «второй пострадавший», указав, что врач, совершивший ошибку, тоже нуждается в помощи [3]. В 2009 году S. Scott с соавторами на основе интервью с 31 пострадавшим описали закономерную траекторию восстановления из шести стадий — от хаоса первичной реакции до «движения дальше» — и показали, что этот путь во многом предсказуем и поддается сопровождению [4]. В 2022 году Европейская сеть исследователей, занимающихся феноменом «второй жертвы» закрепила консенсусное определение: второй пострадавший — это любой медицинский работник, прямо или косвенно вовлеченный в непредвиденное нежелательное событие, непреднамеренную ошибку или причинение вреда пациенту, который сам оказывается негативно затронут этим опытом [5]. Сам термин остается предметом научной дискуссии, к которой мы вернемся ниже, однако очерченное им явление подтверждено эмпирически и воспроизводимо.

Распространенность феномена высока и устойчиво воспроизводится в разных странах. Систематический обзор оценил долю вторых пострадавших после нежелательного события в диапазоне от 10,4% до 43,3% в зависимости от применённого определения и методологии [6]. Опросы, измеряющие накопленный за карьеру опыт, дают еще более высокие показатели: в Великобритании из 1 463 врачей, столкнувшихся с нежелательным событием или «near miss», 1 119 (76%) отметили влияние на себя лично или профессионально [7]; среди молодых немецких терапевтов 59% пережили подобный инцидент за карьеру и 35% — за последние 12 месяцев [8]; в Испании опыт второго пострадавшего за предшествующие пять лет назвали 62,5% работников первичного звена и 72,5% работников стационаров [9]. Метаанализ 18 исследований, объединивший данные 11 649 работников, показывает, какими именно реакциями это оборачивается: навязчивые воспоминания (81%), тревога (76%), гнев на себя (75%), сожаление и раскаяние (72%), дистресс (70%), чувство вины (51%) [10].

Эти реакции не остаются кратковременным личным переживанием. Часть работников не восстанавливается годами: в немецкой когорте 12% сообщили, что их субъективное восстановление заняло более года либо не наступило вовсе [8]. Непреодоленный дистресс переходит в утрату уверенности, защитную медицину, выгорание и намерение оставить профессию — а значит, напрямую влияет на безопасность последующих пациентов и на удержание кадров. При этом глубина последствий сильно зависит от организационного контекста: показано, что культура обвинения усиливает психологическое воздействие инцидента, тогда как культура поддержки его смягчает [11]. Тем не менее сами работники десятилетиями остаются без помощи: уже в опросе врачей США и Канады лишь 10% согласились, что их организации адекватно поддерживали их в совладании со стрессом после ошибки [12].

Бремя второго пострадавшего измеримо и в экономических категориях. Дистресс, связанный с участием в инциденте, статистически значимо повышает намерение уйти с работы и абсентеизм, причем воспринимаемая организационная поддержка полностью опосредует эту связь: именно наличие или отсутствие поддержки определяет, обернется ли переживание кадровыми потерями [13]. Текучесть же обходится системе дорого — по консервативной оценке, в США потери, связанные с текучестью врачей и сокращением ими клинических часов на фоне выгорания, составляют около 4,6 млрд долларов в год, или порядка 7 600 долларов в расчете на одного работающего врача [14]. К этому добавляется цена защитного поведения: страх повторной ошибки и судебного преследования подталкивает вовлечённых работников к практике защитной медицины, а совокупные издержки системы медицинской ответственности, включая защитную медицину, оцениваются в 55,6 млрд долларов, или 2,4% всех расходов на здравоохранение [15]. Таким образом, оставленный без помощи второй пострадавший — это не только этическая, но и системная и кадровая проблема: поддержка вовлеченного работника одновременно защищает кадровый потенциал отрасли и безопасность будущих пациентов.

Именно поэтому поддержка вовлеченных работников сегодня трактуется не как проявление сочувствия, а как элемент системы безопасности. Глобальный план действий ВОЗ по безопасности пациентов на 2021–2030 годы прямо предписывает (Стратегия 4.4) обеспечивать пациентов, их семьи и медицинский персонал — «вторых пострадавших» — постоянной психологической и иной

поддержкой в период после серьезного инцидента [2]. Доказательная база для такой поддержки уже сформирована: обобщение 104 исследований описывает пятиуровневую модель — от профилактики до структурированной клинической помощи, — которую можно адаптировать под разные системы здравоохранения [16]. Однако ее внедрение остается крайне неравномерным: организованные программы поддержки сосредоточены в отдельных странах и учреждениях, тогда как в большинстве систем здравоохранения они по-прежнему отсутствуют [16].

В Казахстане и сопредельных странах феномен второго пострадавшего до настоящего времени практически не осмыслен ни в научной литературе, ни в клинической практике: поиск в базе PubMed по полям «название / аннотация / аффилиация» не выявил ни одного индексированного исследования по этой теме, выполненного в регионе. При этом доминирующая культура реагирования на ошибку по-прежнему тяготеет к поиску и наказанию виновного, а не к поддержке специалиста и системному анализу причин, — то есть воспроизводит ровно тот контекст, который, по данным исследований, усугубляет психологический вред [11].

Цель данного обзора: систематизировать доказательные подходы к поддержке медицинских работников как вторых пострадавших — от концептуальной модели уровней поддержки и действующих институциональных программ до барьеров их внедрения — и на этой основе очертить реалистичные первые шаги, применимые для системы здравоохранения Казахстана с учетом ее действующей нормативной рамки.

2. Материалы и методы

Настоящая работа представляет собой нарративный обзор, подготовленный в соответствии со Шкалами оценки нарративных обзорных статей (англ.: Scale for the Assessment of Narrative Review Articles (SANRA)) [17]. Целью поиска было выявить и обобщить публикации, характеризующие феномен второго пострадавшего, его распространенность и последствия, а также доказательные подходы к поддержке вовлеченных медицинских работников, с последующей оценкой их применимости к системе здравоохранения Республики Казахстан.

Основной базой поиска служила PubMed/MEDLINE. Глубина поиска составила 26 лет — с января 2000 года, когда термин «второй пострадавший» был впервые предложен, по июль 2026 года включительно; поиск завершен 3 августа 2026 года. Поиск дополнялся ручным просмотром списков литературы ключевых систематических обзоров и программных документов (метод «снежного кома»).

Применялись следующие поисковые стратегии по полям «название/аннотация». Первая, основная, объединяла термины «second victim», «second victims», «Second Victim Experience and Support Tool», «SVEST» и «SeViD» с контекстными понятиями «healthcare», «health care», «clinician», «physician», «nurse», «midwife», «pharmacist», «patient safety» и дала 597 записей. Вторая стратегия предназначалась для выявления работ, описывающих эмоциональные последствия неблагоприятных событий без использования самого термина, и сочетала понятия «medical error» и «adverse event» с «emotional impact» и «psychological impact» при исключении публикаций, уже вошедших в первую выборку; она дала дополнительно 9 записей. Суммарно после устранения дублирования просмотрено 606 названий и аннотаций.

Для оценки региональной изученности проблемы выполнялся отдельный поиск, сочетавший термины «second victim» и «second victims» с ограничением по полю аффилиации и по тексту для Казахстана, Узбекистана, Кыргызстана, Таджикистана, Туркменистана и Центральной Азии; поиск без ограничения по годам не выявил ни одной публикации. Контрольный поиск по запросу «patient safety» с ограничением по аффилиации «Kazakhstan» при этом дал 24 индексированные работы, что указывает на избирательность пробела: тематика безопасности пациентов в стране представлена, тогда как феномен второго пострадавшего в индексируемой литературе региона не отражен.

Критериями включения служили: соответствие публикации предмету обзора; наличие оригинальных эмпирических данных, обобщающего синтеза, консенсусного определения, описания программы поддержки либо валидированного инструмента оценки; публикация на английском языке; доступность полного текста или структурированной аннотации, достаточной для корректного извлечения данных. Исключались публикации, в которых понятие «жертва» использовалось в ином значении (пострадавшие от насилия, катастроф, вторичная виктимизация вне медицинского контекста); работы, посвящённые исключительно первой жертве — пациенту и его близким; тезисы конференций и материалы без

выходных данных; а также дублирующие публикации одной и той же выборки.

Отбор проводился в два этапа — скрининг названий и аннотаций, затем оценка полных текстов отобранных работ. При отборе применялась содержательная приоритезация: предпочтение отдавалось систематическим обзорам и мета-анализам, консенсусным определениям, валидированным инструментам оценки и описаниям действующих программ поддержки; отдельные первичные исследования привлекались для характеристики распространённости, симптоматики, профессиональных и экономических последствий, а также при описании отдельных национальных контекстов.

В итоговый обзор включено 72 источника. Из них 68 выявлены и верифицированы через PubMed; три получены иным путем и в PubMed не индексируются — доклад Института медицины США «To Err Is Human» (1999), Глобальный план действий ВОЗ по безопасности пациентов на 2021–2030 годы и концептуальная статья C. Denham о «пяти правах второго пострадавшего» (2007); еще один источник представляет собой нормативно-правовой акт Республики Казахстан. По типу публикаций корпус научных источников распределился следующим образом: обзорные и обобщающие работы (систематические обзоры, метаанализы, поисковые обзоры и обзоры литературы) — 11; оригинальные эмпирические исследования, включая кросс-секционные опросы, когортные и качественные исследования и экономические оценки, — 32; рандомизированное контролируемое исследование — 1; валидационные исследования инструментов оценки — 4; описания и оценки институциональных программ поддержки, включая анализ «затраты–выгода», — 10; концептуальные и дискуссионные публикации, в том числе полемика о самом термине, — 8; консенсусные и программные документы международных профессиональных сетей — 2; монография и документ международной организации — 2; методологический инструмент оценки качества обзоров — 1.

Библиографическая точность всех включённых источников — авторский состав, год, название журнала, том, номер, страницы, DOI и PMID — верифицировалась поштучно по базе PubMed; расхождения устранялись по данным первоисточника. Ввиду нарративного характера работы формальный протокол не регистрировался, оценка риска систематической ошибки отдельных исследований и количественный синтез не проводились; отбор источников выполнен единственным автором, что представляет собой ограничение работы и оговорено в соответствующем разделе.

3. Результаты

Феномен второго пострадавшего: концепт и спор о термине

Концепция второго пострадавшего прошла путь от публицистической метафоры до операционализированного, измеримого понятия. Ее появление стало возможным благодаря более общему сдвигу в понимании неблагоприятных исходов: доклад Института медицины США перенес объяснение медицинских ошибок с личной вины отдельного работника на дефекты системы оказания помощи и тем самым создал рамку, внутри которой вопрос о состоянии самого вовлеченного специалиста впервые стал осмысленным — до этого сдвига страдание работника, совершившего ошибку, не имело в профессиональном дискурсе легитимного места [1]. Термин был предложен A. Wu в 2000 году: описывая врача, совершившего ошибку, он подчеркивал, что тот нередко оказывается «ранен» произошедшим и при этом лишен поддержки, тогда как все внимание системы сосредоточено на пострадавшем пациенте [3]. Первоначально понятие связывалось преимущественно с врачебной ошибкой. Эмпирические очертания ему придали S. Scott и соавторы (2009): на основе интервью с 31 пострадавшим они определили второго пострадавшего как медицинского работника, вовлечённого в непредвиденное нежелательное событие, медицинскую ошибку или причинение вреда пациенту и травмированного этим опытом, — тем самым расширив понятие за пределы собственно ошибки, охватив любые неблагоприятные исходы и «near miss» [4]. Наконец, в 2022 году Европейская сеть исследователей, занимающихся феноменом «второй жертвы» посредством консенсусной процедуры закрепила определение, распространив его и на косвенно вовлеченных работников и сделав акцент не на факте ошибки, а на негативном воздействии события на самого специалиста [5].

Вместе с тем сам термин остается дискуссионным, и обзор был бы неполным без честного изложения этой полемики. Ключевое возражение касается слова «жертва». Представители сообщества со стороны пациента и родственники пострадавших пациентов указывают, что этот термин способен уравнивать переживания клинициста с несопоставимо большим вредом,

причинённым пациенту, размывать профессиональную ответственность и при недобросовестном использовании служить её избеганию. С этих позиций M. Clarkson и соавторы (2019), включая представителей организаций защиты прав пациентов, призвали вовсе отказаться от термина как неуместного и ранящего [18]. Эмпирический вклад в дискуссию внесла M.E. Tumelty (2021): опросив врачей и юристов в Ирландии, она показала, что и сами клиницисты нередко испытывают дискомфорт от ярлыка «жертва» — как из-за риска обесценить вред пациента, так и из-за ощущения размывания профессиональной идентичности, — однако общепринятой замены термину не существует, а ее определение признается важной, но трудной задачей [19].

Сторонники термина возражают, что он назвал реальную, десятилетиями замалчиваемую проблему и именно благодаря своей узнаваемости запустил развитие систем поддержки; отказ от него рискует вновь сделать страдание вовлеченных работников невидимым. В этом ключе I. Petersen (2019) отстаивал уместность термина применительно к работникам «первой линии» [20]. Само консенсусное определение ERNST отчасти может быть прочитано как ответ на критику: определяя второго пострадавшего строго через негативное воздействие события на работника, а не как конкурирующего с пациентом «претендента на статус жертвы», оно стремится сохранить клиническую полезность понятия, не покушаясь на первичность вреда, причиненного пациенту [5]. В настоящем обзоре мы сохраняем термин «второй пострадавший» как международно принятый и обеспечивающий преемственность с литературой, одновременно однозначно оговаривая, что он ни в коей мере не умаляет пациента и его близких как тех, кто пострадал в первую очередь. Ценность концепции не в самом ярлыке, а в обязательстве, которое он налагает на систему здравоохранения, — распознавать вовлеченных работников и оказывать им помощь.

Понятие второго пострадавшего прошло путь от публицистической метафоры до операционального определения, охватывающего любого прямо или косвенно вовлеченного работника и опирающегося на факт негативного воздействия события, а не на факт ошибки. Термин остаётся предметом обоснованной критики, прежде всего со стороны «пациентского» сообщества, и общепринятой замены ему до сих пор не предложено. Для практических целей существенно, однако, не название, а вытекающее из него обязательство системы здравоохранения распознавать вовлеченного работника и оказывать ему помощь, не умаляя при этом первичности вреда, причиненного пациенту.

Масштаб и последствия

Феномен второго пострадавшего носит глобальный характер и не ограничен ни отдельными системами здравоохранения, ни отдельными профессиями. Помимо приведенных во введении данных из Великобритании, Германии и Испании, сопоставимые показатели получены в целом ряде стран. В Австрии анонимный опрос 966 сотрудников венской клиники с помощью инструмента SeViD показал, что 43% хотя бы раз переживали состояние второго пострадавшего [21]. Проблема воспроизводится и за пределами западных систем: в Китае кросс-секционное исследование около 6 400 медицинских сестер установило, что 45% были вовлечены как минимум в одно нежелательное событие, повлекшее преимущественно психологический дистресс [22], а среди медицинских сестер региональных больниц, переживших инцидент, реакция второго пострадавшего была выраженной, причем наиболее востребованной формой помощи называли возможность получить совет и рекомендации для дальнейшей работы [23]. Широкий разброс абсолютных цифр — примерно от 10% до более чем 75% в зависимости от определения, метода и профессиональной группы [6] — отражает не столько разницу в истинной частоте, сколько методологическую разнородность исследований.

Сходные результаты получены и в ряде других странах. В Италии валидирована национальная версия инструмента SVEST, а распространенность феномена составила порядка 35–42% [24,25]; сопоставимые данные получены в Иране [26] и в Латинской Америке: среди чилийских медицинских сестер отделений интенсивной терапии 90% были вовлечены в нежелательное событие и 67% испытали психологический дистресс, при этом лишь 2,8% сообщили, что в их учреждении существует план действий для таких ситуаций [27]. Крупные когорты медицинских сестер в Китае подтверждают связь опыта второго пострадавшего с депрессивной симптоматикой и намерением уйти из профессии [28,29].

Феномен особенно выражен в специальностях с высоким риском тяжелых исходов. Среди американских анестезиологов 84% хотя бы раз были вовлечены в непредвиденную смерть или серьезное повреждение пациента; 88% из них потребовалось время на эмоциональное восстановление, 19% не восстановились полностью, а 12% задумывались о смене профессии — при том что лишь 7% получили освобождение от работы после инцидента [30].

Аналогичная картина у немецких анестезиологов, из которых 76,9% идентифицировали себя как вторых пострадавших, причем 14% не восстановились и спустя более года [31]. Опыт второго пострадавшего документирован также у акушерок и акушеров-гинекологов [32] и у фармацевтов, для которых ведущим триггером выступают ошибки при отпуске препаратов [33]. Систематический обзор с метаанализом по хирургам подтвердил высокую частоту тревоги (56,3%), чувства вины (53,8%) и нарушений сна (50,5%), а ведущей стратегией совладания вновь оказался разговор с коллегами (72,5%) [34]. Особенно уязвимы начинающие специалисты: среди хирургов-резидентов 88% были причастны к ошибке и 86,5% испытали эмоциональные последствия, но лишь 24,3% получили эмоциональную поддержку [35], а у резидентов акушерства-гинекологии предпочитаемой формой помощи также был разговор с равными [36].

Симптоматика охватывает три взаимосвязанные сферы. Психологические проявления доминируют: по данным метаанализа наиболее распространены навязчивые воспоминания (81%), тревога (76%), гнев на себя (75%), сожаление и раскаяние (72%), и чувство вины (51%) [10]. Эти данные воспроизводятся в национальных выборках: в британском опросе о влиянии инцидента сообщили 74% в форме стресса, 68% — тревоги и 63% — снижения профессиональной уверенности [7]; в испанской выборке чувство вины отметили 58,8%, тревогу — 49,6%, повторное «переживание» события — 42,2% [9]. Физическая сфера представлена нарушениями сна, утомляемостью и психосоматическими жалобами — в британской выборке расстройства сна отметили 60% [7]. Профессионально-поведенческая сфера наиболее значима для системы: это утрата уверенности, избыточная осторожность и защитная практика, вплоть до размышлений об уходе из профессии; показательно, что 81% британских врачей сообщили о тревоге в отношении возможных будущих ошибок [7]. Реагируя на инцидент, вторые пострадавшие чаще прибегают к задаче-ориентированным стратегиям совладания — усиленному вниманию к деталям и более строгому следованию протоколам, — но нередко и к самокритике [37].

Эти реакции не всегда транзиторны. Хотя в среднем психологическое воздействие инцидента ослабевает со временем, его глубина и длительность сильно зависят от организационного контекста: культура обвинения усиливает и продлевает дистресс, тогда как культура поддержки его смягчает [11]. У части работников восстановление растягивается на месяцы и годы — в немецкой когорте 12% сообщили, что оно заняло более года либо не наступило вовсе [8].

Исход переживания сводится к одной из трех траекторий, описанных S. Scott. Часть работников «выбывает»— меняет место работы или специальность либо вовсе покидает профессию; часть «выживает»— продолжает работать, но сохраняет остаточный дистресс и сниженную удовлетворенность; и лишь часть «преуспевает»— перерабатывает пережитое в конструктивный опыт и возвращается к работе, окрепшей [4]. Принципиально, что распределение работников между этими исходами определяется не столько тяжестью самого инцидента, сколько наличием или отсутствием своевременной поддержки. Реакция при этом неоднородна: обзор гендерных различий показал, что женщины чаще испытывают выраженную тревогу и чаще ищут помощь, тогда как мужчины более склонны от нее воздерживаться [38]. Вместе с тем при наличии поддержки, межпрофессионального сотрудничества и устойчивости часть работников достигает посттравматического роста, который, в свою очередь, ослабляет намерение оставить профессию [39,29].

Наконец, последствия второго пострадавшего замыкаются на безопасности пациентов, образуя порочный круг. Проспективное когортное исследование резидентов показало, что самовосприятие совершенной ошибки сопряжено с последующим снижением качества жизни, нарастанием всех компонентов выгорания и трёхкратным повышением шансов положительного скрининга на депрессию (ОШ - 3,29); при этом выгорание и снижение эмпатии, в свою очередь, повышали вероятность новых ошибок в последующие месяцы [40]. Тем самым второй пострадавший, оставленный без поддержки, оказывается не только пострадавшей стороной, но и самостоятельным фактором риска для будущих пациентов, что окончательно переводит вопрос поддержки из плоскости сочувствия в плоскость управления безопасностью.

Феномен второго пострадавшего носит глобальный характер, воспроизводится в различных системах здравоохранения и профессиональных группах и затрагивает значительную долю персонала; при этом широкий разброс оценок распространённости отражает главным образом методологическую разнородность исследований, а не различия в истинной частоте явления. Последствия распространяются одновременно на три уровня — психологическое и физическое

состояние работника, кадровую устойчивость организации и безопасность последующих пациентов. Принципиально, что глубина и длительность реакции определяются не столько тяжестью самого инцидента, сколько организационным контекстом и наличием своевременной поддержки, что делает исход управляемым.

Траектория восстановления как каркас для поддержки

Понимание того, что переживание второго пострадавшего разворачивается не хаотично, а проходит через предсказуемую последовательность стадий, имеет прямое практическое значение: оно позволяет заранее знать, какая помощь и в какой момент окажется уместной. Модель «естественной истории восстановления», предложенная S. Scott и соавторами на основе анализа интервью с пострадавшими, описывает шесть последовательных стадий и служит удобным каркасом для планирования поддержки [4].

На первой стадии — хаоса и реакции на событие — работник одновременно пытается справиться с клинической ситуацией и осознать произошедшее; внимание рассеяно, а способность продолжать работу может быть снижена. Здесь уместна немедленная практическая помощь: подстраховка со стороны коллег, при необходимости — временное освобождение от обязанностей. На второй стадии — навязчивых размышлений — человек мысленно вновь и вновь возвращается к событию, задаваясь вопросом «что, если бы...», и начинает сомневаться в собственной компетентности; на этом этапе важны нормализация переживаний и возможность выговориться. Третья стадия — восстановление профессиональной целостности — сопряжена с тревогой о том, что подумают коллеги и не утрачено ли доверие; ключевую роль играет поддержка со стороны уважаемых коллег и руководителя, сигнализирующего о сохранении доверия.

Четвертая стадия — прохождение через «дознание» — нередко наиболее тяжелая: работник сталкивается с расследованиями, тревогой за рабочее место, лицензию и возможные юридические последствия, часто в ощущении изоляции. Именно здесь культура обвинения наносит наибольший вред, а работнику необходимы понятное сопровождение по ходу разбирательства, процедурная справедливость и прозрачность. Пятая стадия — получение эмоциональной первой помощи — характеризуется потребностью в поддержке при одновременном незнании, к кому обратиться; в отсутствие организованных ресурсов работник рискует остаться наедине с переживанием. Наконец, шестая стадия — движение дальше — разрешается в одну из трех описанных ранее траекторий, и именно своевременность и качество поддержки на предыдущих стадиях во многом определяют, какой из исходов реализуется [4].

Из этой последовательности вытекает важный организационный вывод: поддержка должна предлагаться проактивно, а не по запросу. Данные о пятой стадии показывают, что в критический момент работник часто не знает, куда обратиться, — а значит, система, ожидающая инициативы от самого пострадавшего, обречена его упустить. Нормативную рамку для такой поддержки задаёт концепция «пяти прав второго пострадавшего», предложенная C. Denham и объединенная акронимом TRUST: treatment that is just (справедливое обращение), respect (уважение), understanding and compassion (понимание и сострадание), supportive care (поддерживающая помощь) и transparency (прозрачность и возможность внести вклад в извлечение уроков) [41]. Ее ценность в том, что она переводит поддержку из разряда добровольного сочувствия в разряд обязательств системы перед работником, укорененных в культуре справедливости. Тем самым траектория Scott отвечает на вопрос «когда и какая помощь нужна», а «пять прав» Denham — на вопрос «на что работник вправе рассчитывать»; вместе они образуют мост к практической архитектуре поддержки.

Переживание второго пострадавшего разворачивается не хаотично, а как предсказуемая последовательность стадий, что позволяет заранее соотнести характер помощи с моментом её оказания. Наиболее уязвимыми являются стадия прохождения через разбирательство и стадия поиска эмоциональной помощи, когда работник чаще всего не знает, к кому обратиться; отсюда следует ключевой организационный вывод: поддержка должна предлагаться проактивно, а не по запросу пострадавшего. Концепция «пяти прав» служит нормативным дополнением к этой траектории, переводя поддержку из категории добровольного сочувствия в категорию обязательств системы перед работником.

Пути поддержки

Поддержка второго пострадавшего эффективна тогда, когда она не сводится к разовому жесту сочувствия, а выстроена как система: с заранее определёнными уровнями, отработанными механизмами и понятной логикой перехода от простого к сложному. Ниже последовательно рассмотрены концептуальная модель уровней поддержки, действующие институциональные

программы, инструменты оценки потребности и, наконец, барьеры, мешающие внедрению.

Пятиуровневая модель поддержки

Организующим каркасом современной поддержки служит модель, предложенная D. Seys и соавторами по итогам обобщения 104 исследований [16] и развивающая более раннюю линию обзоров поддержки вторых пострадавших [42]. Она опирается на трехуровневую систему эмоциональной поддержки S. Scott, в рамках которой помощь оказывалась местной командой отделения, затем специально обученными коллегами - «равными» и, при необходимости, путём ускоренного направления к профессионалам; уже эта система показала, что около 60% вторых пострадавших находят поддержку коллег и «равных» весьма полезной, а значительная их часть не нуждается в помощи более высокого уровня [43]. Модель Seys расширяет этот подход до пяти уровней, добавляя в его основание профилактику, а на вершине — разграничивая структурированную профессиональную и собственно клиническую помощь.

Первый уровень — профилактика — охватывает меры, принимаемые до инцидента, как на индивидуальном, так и на организационном уровне: выстраивание доверительных отношений в коллективе, практика активного слушания, формирование среды без карательной реакции и обвинения — культуры справедливости, — а также предварительное просвещение работников о самом феномене второго пострадавшего [16]. Этот уровень наиболее дешев и при этом сильнее прочих влияет на исход. Второй уровень — самопомощь работника и команды — включается сразу после инцидента и состоит в возможности подробно проговорить произошедшее, осмыслить его причины и способы предотвращения в будущем, а также получить отклик и поддержку от руководителя или старшего коллеги [16]. Если этих мер недостаточно, подключается третий уровень — поддержка со стороны «равных» и триаж: своевременная помощь обученных коллег, доступная по «горячей линии», телефону, электронной почте, а также информирование работника о дальнейших шагах учреждения по разбору инцидента [16]. Четвёртый уровень — структурированная профессиональная поддержка — оказывается специалистом в данной области и может включать психологическую помощь, дебрифинги, разборы летальности и заболеваемости и клинические разборы инцидента [16]. Пятый уровень — клиническая поддержка — предназначен для меньшинства работников со стойкими травматическими симптомами и предполагает долгосрочную психотерапию и, при необходимости, медикаментозное лечение; здесь применяются доказательные методы терапии посттравматических расстройств — когнитивно-процессуальная терапия, пролонгированная экспозиция, EMDR [16]; наряду с этим изучаются краткие поведенческие вмешательства для снижения навязчивых воспоминаний — например, выполнение зрительно-пространственной задачи вскоре после травмирующего события [44].

Практическая ценность модели — в трех принципах. Во-первых, это ступенчатая помощь: большинство потребностей удовлетворяется на нижних уровнях, и лишь немногие работники доходят до клинического, что делает систему реалистичной по ресурсам. Во-вторых, уровень поддержки следует соотносить со стадией восстановления, на которой находится работник. В-третьих, авторы прямо подчеркивают, что этот каркас не является готовой программой «под ключ», а предназначен для адаптации под культуру, историю поддержки, структуру и правовой контекст конкретной страны или организации [16], — что и делает его пригодной отправной точкой для системы здравоохранения Казахстана.

Работающие программы

За концептуальной моделью стоит уже накопленный практический опыт: систематический обзор ресурсов поддержки второго пострадавшего выявил 16 исследований, описывающих 12 институциональных программ, внедренных в 2006–2017 годах, и показал их благотворный эффект не только для самих пострадавших, но и для коллег-волонтеров [45]. При всем разнообразии эти программы имеют общее ядро — своевременную поддержку со стороны обученных «равных» — и опираются на общие концептуальные основания: трехуровневую модель Scott, психологическую первую помощь и методику управления стрессом при критических инцидентах [45].

Образцом, растиражированным впоследствии многими учреждениями, стала команда forYOU, развернутая в системе здравоохранения Университета Миссури (англ.: University of Missouri Health Care). Она была устроена как общесистемная служба быстрого реагирования, обеспечивающая социальную, психологическую и профессиональную поддержку работникам, травмированным участием в непредвиденном событии, ошибке или причинении вреда пациенту, с эскалацией от локальной поддержки к обученным «равным» и далее к профессиональной помощи [43]. Программа устойчивости в стрессовых ситуациях (англ.: Resilience In Stressful Events (RISE)), созданная в Больнице Джонса Хопкинса (США), иллюстрирует практику масштабирования:

пройдя путь от разработки и обучения «равных» к пилоту в педиатрии и затем к общегоспитальному внедрению, за первые 52 месяца она приняла 119 обращений, охватив около 500 человек; отвечавшие оценили данные вмешательства как успешные в 88% случаев [46]. Показательны две детали: лишь 4% обращений были связаны с собственно медицинскими ошибками, а большинство — с нежелательными событиями как таковыми, что опровергает представление, будто второй пострадавший — всегда «виновник» ошибки; а главным барьером оказалась низкая осведомленность персонала о самой программе [46]. Программа «Ты важен» (англ.: YOU Matter) в Детской больнице Нэшнвайд (США), построенная по образцу forYOU, с момента запуска в конце 2013 года обеспечила 232 индивидуальных и 21 групповое обращение, а получившие помощь работники сообщали об улучшении эмоционального состояния и показателей возвращения к работе [47].

Еще одну влиятельную линию задала Служба поддержки равными в Больнице Бригама и женщин (США): выросшая из конкретного нежелательного события, она была устроена так, чтобы обходить стигму, удерживающую работников от обращения к формальным службам [48]. Ее переработанная версия в Центре профессионализма и поддержки коллег (англ.: Center for Professionalism and Peer Support (CPPS)), основанная на индивидуальном формате «один на один», впоследствии послужила образцом более чем для 25 программ в разных странах [49]. Из этого опыта вытекает несколько уроков: рабочей «лошадкой» поддержки во всех программах выступают недорогие обученные коллеги-«равные»; выгоду получают обе стороны; а типичные препятствия при внедрении устойчиво повторяются — сохраняющаяся культура обвинения, недостаточная осведомленность и дефицит финансирования [45]. Устойчивость программ в долгосрочной перспективе определяется, как показало Delphi-исследование координаторов из 23 организаций, приверженностью руководства, выделенной координацией и штатом, культурой психологической безопасности и компетентностью самих «равных» [50].

При этом доказательную картину эффективности следует подавать трезво: систематический обзор вмешательств показал, что программы поддержки (прежде всего «взаимопомощь коллег» по модели Scott) дают устойчивый краткосрочный эффект — снижение дистресса и чувства изоляции, — тогда как данные о долгосрочных исходах (выгорание, удержание кадров) неоднородны и невысокой достоверности [51]. Качественный синтез добавляет предостережение: организационная поддержка нередко остается символической, а не содержательной [52]. На наднациональном уровне сформировалась Европейская исследовательская сеть по вторым пострадавшим (англ.: The European Researchers' Network Working on Second Victims (ERNST)), чье программное заявление рекомендует развитие программы поддержки «взаимопомощь коллег», декриминализацию ошибок и переход к культуре справедливости [53]; сеть разрабатывает и обучающие форматы — многомодульную «тренинг-школу» [54] и онлайн-программу «Смягчение последствий для вторых пострадавших» (англ.: Mitigating Impact in Second Victims (MISE)), повышающую осведомленность о феномене и доказанно улучшающую знания специалистов [55]. Обобщение опыта пяти европейских стран выделило ключевые условия успеха таких программ: культура безопасности, немедленная психологическая первая помощь, обучение «равных», приверженность руководства и адаптация к местному социокультурному и правовому контексту [56].

Инструменты оценки потребности

Чтобы поддержка была адресной, потребность в ней и качество имеющихся ресурсов нужно измерять — как для выявления нуждающихся, так и для оценки эффективности программ «до и после» их внедрения [16,57]. Наиболее распространенным специализированным инструментом стал опросник опыта и поддержки «вторых жертв» (англ.: Second Victim Experience and Support Tool (SVEST)): 29 пунктов, покрывающих семь психосоциальных измерений и два связанных с трудом исхода — намерение сменить работу и абсентеизм [57]. Именно эти два исхода придают инструменту управленческую ценность: они операционализируют связь между дистрессом второго пострадавшего и кадровыми потерями, подтвержденную эмпирически [13]. Характерно и то, что при валидации SVEST наиболее востребованной формой помощи работники называли «уважаемого коллегу, с которым можно обсудить детали произошедшего» [57]. Пересмотренная версия SVEST-R расширяет охват, добавляя измерение устойчивости и тем самым фиксируя не только вред, но и возможный конструктивный исход [58]. Инструмент показал кросс-культурную переносимость: он переведен и психометрически валидирован в целом ряде стран, включая корейскую (K-SVEST) и китайскую версии [59,23]. Это ведет к конкретному практическому шагу для Казахстана: валидация русскоязычной

версии SVEST-R могла бы стать недорогим первым действием — измерить масштаб проблемы и базовый уровень поддержки еще до создания программ. Наряду со SVEST применяются и более общие инструменты — шкала влияния события (IES) и опросник SeViD, разработанный в Германии и Австрии [16,8].

Барьеры внедрения.

Несмотря на зрелость доказательной базы, внедрение поддержки наталкивается на устойчивый набор препятствий, и почти все они производны от организационной культуры. Центральный барьер — карательная культура реагирования на ошибку, играющая двойную роль: она не только порождает вторых пострадавших, но и блокирует помощь им. В исследовании медицинских сестер не карательная реакция на ошибку была статистически значимо связана со снижением психологического, физического и профессионального дистресса ($p<0,001$), причем эта связь опосредовалась организационной поддержкой [60]; вывод согласуется с данными о том, что культура обвинения продлевает и углубляет воздействие инцидента [11]. Опасаясь наказания, работник скрывает произошедшее и не обращается за помощью — именно тогда, когда она нужнее всего (стадия «дознания») [4], а обучение стратегиям совладания работники получают крайне редко [9].

Второй барьер — недостаточная осведомленность: даже там, где программы созданы, их эффект ограничивается тем, что персонал о них не знает — для программы устойчивости в стрессовых ситуациях (англ.: Resilience In Stressful Events (RISE)) именно низкая осведомлённость оказалась главным препятствием [46], а обзор институциональных ресурсов называет ее в числе типичных проблем внедрения [45]; само замалчивание феномена приводит к тому, что вторых пострадавших слишком часто оставляют без внимания [61]. Третий барьер — страх юридических последствий и вопросы конфиденциальности: опасения судебного преследования и того, что сказанное в ходе поддержки может быть использовано против работника, удерживают людей как от обращения за помощью, так и от роли «равного» [19]. Показательно, что даже формальные программы помощи сотрудникам (EAP) проблему не закрывают: в опросе больниц Мэриленда почти все располагали (англ.: Employee Assistance Programs (EAP)), однако с существенными пробелами по своевременности, доступности и способности консультантов понимать клинический контекст, а обращению мешали опасения за конфиденциальность; при этом лишь 16% больниц имели специализированные программы поддержки вторых пострадавших [62]. Устойчивость этого разрыва подтверждается его давностью: еще в опросе врачей США и Канады только 10% согласились, что организации адекватно поддерживали их в совладании со стрессом после ошибки, — при том, что подавляющее большинство респондентов заявляло о потребности в такой поддержке [12]. Систематический обзор ещё раньше зафиксировал, что вовлеченные в ошибку врачи, как правило, не чувствуют поддержки со стороны своих учреждений, и призвал руководителей взять на себя ответственность за создание таких систем [63].

Четвертый барьер — дефицит финансирования [45] — на поверку оказывается во многом мнимым, поскольку сопоставлять расходы на поддержку следует не с нулем, а с ценой бездействия. Эта цена измерена: по консервативной оценке, потери, связанные с текучестью врачей и сокращением ими клинических часов на фоне выгорания, составляют в США около 4,6 млрд долларов в год, или порядка 7 600 долларов в расчете на одного работающего врача [14]; к ним добавляются издержки защитного поведения — совокупные затраты системы медицинской ответственности, включая защитную медицину, оцениваются в 55,6 млрд долларов, или 2,4% всех расходов на здравоохранение [15]. На этом фоне прямая экономическая оценка программы RISE выглядит убедительно: анализ программы RISE методом марковского моделирования показала чистую денежную выгоду около 22 576 долларов на одну медицинскую сестру, инициировавшую обращение, и потенциальную экономию до 1,81 млн долларов в год для больницы на 1000 коек — прежде всего за счет снижения текучести и невыходов на работу [64]. Иными словами, поддержка второго пострадавшего — не статья расходов, а инвестиция с возвратом. Общий знаменатель всех перечисленных препятствий — культура; их устранение начинается со сдвига к культуре справедливости, в которой работник имеет право на справедливое обращение [41], которая предусмотрена глобальной повесткой безопасности пациентов [2] и служит фундаментом сбалансированной ответственности и безопасности [65].

Выводы по разделу. Доказательная база поддержки второго пострадавшего достигла операциональной зрелости: разработана пятиуровневая модель ступенчатой помощи, пригодная для адаптации к национальному контексту; накоплен опыт воспроизводимых институциональных программ с общим ядром в виде обученных коллег - «равных»; существуют валидированные инструменты оценки потребности,

а экономический анализ свидетельствует в пользу окупаемости таких программ. Вместе с тем эффективность подтверждена преимущественно в отношении краткосрочных исходов, тогда как данные о долгосрочных остаются неоднородными и невысокой достоверности. Основные препятствия внедрения — карательная культура реагирования на ошибку, недостаточная осведомленность персонала и опасения юридических последствий — производны от организационной культуры, а не от ресурсных ограничений, и потому преодолимы преимущественно управленческими средствами.

Применение для Казахстана

Отправная точка для Казахстана определяется не только состоянием научной литературы, но и уже действующей нормативной рамкой, и эта рамка ближе к международным подходам, чем принято думать. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» вводит понятие медицинского инцидента — события, связанного с оказанием медицинской помощи в соответствии со стандартами и с использованием технологий, оборудования и инструментов, обусловленного отклонением от нормального функционирования организма и способного нанести вред жизни и здоровью пациента вплоть до его смерти, — прямо исключая из этого понятия случаи, предусмотренные административным и уголовным законодательством [66]. Тем самым добросовестный неблагоприятный исход законодательно отделён от наказуемого деяния, что, по существу, отвечает рекомендации о декриминализации медицинской ошибки, сформулированной европейской исследовательской сетью ERNST [53]. Кодекс закрепляет и механизм работы с такими событиями: анализ фактов наступления медицинского инцидента осуществляется посредством внутреннего аудита медицинской организации, органами управления здравоохранением, государственными органами контроля в сфере оказания медицинских услуг и уполномоченным органом [66].

Существенно, однако, то, каким образом этот механизм устроен. Все перечисленные субъекты анализа принадлежат к контрольно-аудиторскому контуру: их функция — установить обстоятельства и оценить соответствие стандартам. Вовлечённый работник выступает в этой процедуре стороной, дающей объяснения, но не адресатом какой-либо помощи, а сам разбор по своей природе воспроизводит те условия — расследование, тревога за рабочее место и профессиональный статус, ощущение изоляции, — которые в модели S. Scott соответствуют наиболее тяжелой, четвертой стадии восстановления [4]. Иными словами, инфраструктура регистрации и разбора инцидентов в стране уже создана, и создавать её заново не требуется; недостающим элементом является встречный контур поддержки вовлечённого работника. Это принципиально меняет масштаб предлагаемой задачи: речь идёт не о построении новой системы, а о достройке существующей.

Отправная точка для Казахстана двойственна. С одной стороны, феномен второго пострадавшего не представлен в местной научной литературе. С другой — данные о культуре безопасности пациентов в стране уже существуют и указывают на конкретную точку уязвимости: в исследовании 319 медицинских сестер аккредитованных по стандартам JCI казахстанских учреждений общая оценка культуры безопасности была в целом положительной, однако самым слабым ее измерением оказался репортинг о событиях безопасности, почти половина респондентов не сообщила ни об одном инциденте за минувший год, а авторы прямо указали на необходимость усиления именно нештрафующей реакции на ошибку [67]. Прочитанное на фоне доказательств того, что карательная культура одновременно порождает вторых пострадавших и скрывает их [60,11], это означает: почва для феномена в стране благодатна, а слабое звено — культура реагирования на ошибку — одновременно является и главным рычагом воздействия.

Отсюда вытекает логичная последовательность реалистичных первых шагов. Первый и фундаментальный — сдвиг к культуре справедливости с не штрафующей реакцией на ошибку [60,41], прямо предусмотренной глобальной повесткой ВОЗ [2]; это самый дешевый уровень вмешательства — профилактика — и одновременно тот, что сильнее всего влияет на исход [16]. Второй шаг — осведомленность и образование: поскольку в стране феномен попросту неизвестен, входной точкой становится обучение. Встраивание темы второго пострадавшего и безопасности пациентов в программы медицинских и сестринских вузов признано целесообразным, хотя и сталкивается с перегруженностью учебных планов, регуляторной жёсткостью и недостаточной подготовленностью преподавателей [68]. Отдельного внимания заслуживают будущие специалисты: студенты медицинских и сестринских программ становятся вторыми пострадавшими уже во время клинической практики, и решающую роль здесь играют реакция сокурсников и поддержка наставников [69-72]. Именно здесь национальные усилия — включая разработку учебных материалов — способны дать наибольший охват.

Третий шаг — измерять, прежде чем строить. Валидация русскоязычной версии инструмента SVEST-R позволила бы получить базовые данные о распространенности феномена и качестве существующей поддержки [57,58], опираясь на уже доказанную кросс-культурную переносимость этого опросника [59]. Это недорогое действие, которое одновременно восполнило бы и пробел в местной литературе. Четвертый шаг — пилотная программа поддержки со стороны «равных»: модели forYOU, RISE и YOU Matter воспроизводимы, построены на недорогом ядре обученных коллег-волонтёров и предназначены для адаптации под местную культуру и правовой контекст [16,43,46,47]; при этом экономический анализ показывает, что такие программы не увеличивают, а снижают затраты [64]. Разумно начать с пилота в одном учреждении или отделении, с самого начала активно информируя персонал о доступности помощи (главный урок RISE [46]) и обеспечивая конфиденциальность обращений. Полезным ориентиром служит и опыт ERNST, рекомендующей peer-support, декриминализацию ошибок и адаптацию программ к местному контексту [53,56].

4. Обсуждение

Обсуждаемые нами шаги выстраиваются в осуществимую дорожную карту: культура справедливости и осведомленность, образование, измерение (SVEST-R), пилот peer-support, масштабирование при поддержке руководства. Принципиально, что речь идет не о механическом переносе западных программ, а об их адаптации к казахстанскому контексту, и что этот путь решает сразу две задачи — защиту медицинских кадров и безопасность пациентов, — которые в проблеме второго пострадавшего неразделимы. Главная же задача проста и формулируется вне терминов моделей и программ: сделать так, чтобы медицинский работник, переживший тяжёлый исход, не оставался с ним один на один. Настоящий обзор задуман как первый шаг к её решению в регионе, где о ней пока не говорят, — он переводит накопленные в мире доказательства на язык применимых действий и приглашает исследователей, руководителей и организаторов здравоохранения Казахстана начать этот путь.

Казахстан располагает нормативно закреплённым механизмом регистрации и анализа медицинских инцидентов, а также законодательным разграничением добросовестного неблагоприятного исхода и наказуемого деяния, что сближает действующую рамку с международными подходами. Однако существующий контур является контрольно-аудиторским и не предусматривает поддержки вовлечённого работника, а эмпирические данные указывают на слабость культуры сообщения об инцидентах как наиболее уязвимое звено. Реалистичная последовательность действий включает сдвиг к культуре справедливости с не штрафующей реакцией на ошибку, просвещение и включение темы в додипломное образование, измерение масштаба проблемы с помощью адаптированного инструмента и пилотную программу поддержки со стороны «равных» с последующим масштабированием.

Ограничения обзора

Настоящий обзор имеет ряд ограничений, которые следует учитывать при интерпретации его выводов. Поиск литературы выполнялся в единственной библиографической базе — PubMed/MEDLINE — и ограничивался публикациями на английском языке; работы, изданные на русском, казахском и иных языках и не индексируемые в этой базе, в анализ не вошли, вследствие чего вывод об отсутствии региональных исследований корректно относить именно к международной индексируемой литературе, а не к совокупности всех публикаций региона. Отбор источников, извлечение данных и их интерпретация проводились единственным автором без независимого дублирования, что не позволяет исключить влияние субъективного отбора. В соответствии с нарративным дизайном работы протокол обзора не регистрировался, формальная оценка риска систематической ошибки отдельных исследований и количественный синтез не выполнялись; приводимые показатели распространенности получены в разнородных по определениям, инструментам и выборкам исследованиях и не подлежат прямому сопоставлению. Наконец, обзор не содержит первичных данных о распространенности феномена второго пострадавшего в Казахстане: изложенные предложения носят характер обоснованных, но эмпирически не проверенных в местном контексте рекомендаций, и их применимость подлежит проверке в самостоятельных исследованиях.

5. Выводы

Второй пострадавший — не метафора и не редкость, а измеримое и воспроизводимое в разных странах и профессиональных группах явление, последствия которого распространяются одновременно на самого работника, на кадровую устойчивость системы здравоохранения и на безопасность последующих пациентов, вследствие чего защита медицинского работника и защита пациента в этой проблеме оказываются неразделимы, а оставленный без помощи второй пострадавший становится не только пострадавшей стороной, но и самостоятельным фактором риска.

Накопленная доказательная база отвечает на вопрос о том, что следует делать: существуют концептуальная модель ступенчатой поддержки, воспроизводимые и экономически оправданные институциональные программы, построенные на недорогом ядре обученных коллег - «равных», и валидированные инструменты оценки потребности, — так что разрыв, который предстоит преодолеть, лежит не в плоскости знания, а в плоскости внедрения, и для Казахстана и сопредельных стран этот разрыв пока почти полный.

Вместе с тем исходные условия благоприятнее, чем представляется: в стране уже действует нормативно закрепленный механизм регистрации и анализа медицинских инцидентов, а добросовестный неблагоприятный исход законодательно отделён от наказуемого деяния, — поэтому задача состоит не в создании новой системы, а в достройке существующей встречным контуром поддержки вовлечённого работника, который начинается со сдвига к культуре справедливости и далее проходит через просвещение и образование, измерение масштаба проблемы адаптированным инструментом и пилотную программу поддержки со стороны «равных». Настоящий обзор, не претендуя на глобальную новизну, впервые систематизирует эти данные для региона, где тема до сих пор не представлена в индексируемой литературе, и адресует их исследователям, руководителям и организаторам здравоохранения Казахстана.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование выполнено без внешнего финансирования.

Использование ИИ. При подготовке рукописи использовался инструмент ИИ (Elicit) для помощи в структурировании текста, редактировании формулировок и проверке библиографических данных источников по базе PubMed. Все научные выводы, интерпретации и окончательные решения приняты автором; все содержание и точность ссылок проверены и подтверждены автором, который несет полную ответственность за публикацию.

Литература

1. Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). To err is human: Building a safer health system. National Academies Press. https://doi.org/10.17226/9728

2. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. World Health Organization. Website. [Cited 20 May 2026]. Available from URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705

3. Wu, A. W. (2000). Medical error: The second victim. BMJ, 320(7237), 726–727. https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726

4. Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Quality and Safety in Health Care, 18(5), 325–330. https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870

5. Vanhaecht, K., Seys, D., Russotto, S., Strametz, R., Mira, J. J., Sigurgeirsdóttir, S., Wu, A. W., Põlluste, K., Popovici, D. G., Sfetcu, R., Kurt, S., & Panella, M. (2022). An evidence and consensus-based definition of second victim: A strategic topic in healthcare quality, patient safety, person-centeredness and human resource management. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(24), 16869. https://doi.org/10.3390/ijerph192416869

6. Seys, D., Wu, A. W., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Scott, S. D., Conway, J., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2013). Health care professionals as second victims after adverse events: A systematic review. Evaluation & the Health Professions, 36(2), 135–162. https://doi.org/10.1177/0163278712458918

7. Harrison, R., Lawton, R., & Stewart, K. (2014). Doctors' experiences of adverse events in secondary care: The professional and personal impact. Clinical Medicine, 14(6), 585–590. https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-6-585

8. Strametz, R., Koch, P., Vogelgesang, A., Burbridge, A., Rösner, H., Abloescher, M., Huf, W., Ettl, B., & Raspe, M. (2021). Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey). Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 16, 11. https://doi.org/10.1186/s12995-021-00300-8

9. Mira, J. J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P., Olivera, G., Iglesias, F., Zavala, E., Maderuelo-Fernández, J. Á., Vitaller, J., Nuño-Solinís, R., & Astier, P. (2015). The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. BMC Health Services Research, 15, 151. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7

10. Busch, I. M., Moretti, F., Purgato, M., Barbui, C., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2020). Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events: A systematic review and meta-analysis. Journal of Patient Safety, 16(2), e61–e74. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000589

11. Van Gerven, E., Bruyneel, L., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2016). Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: A repeated measures analysis. BMJ Open, 6(8), Article e011403. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011403

12. Waterman, A. D., Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W. C., Levinson, W., Fraser, V. J., & Gallagher, T. H. (2007). The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 33(8), 467–476. https://doi.org/10.1016/S1553-7250(07)33050-X

13. Burlison, J. D., Quillivan, R. R., Scott, S. D., Johnson, S., & Hoffman, J. M. (2021). The effects of the second victim phenomenon on work-related outcomes: Connecting self-reported caregiver distress to turnover intentions and absenteeism. Journal of Patient Safety, 17(3), 195–199. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000301

14. Han, S., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Awad, K. M., Dyrbye, L. N., Fiscus, L. C., Trockel, M., & Goh, J. (2019). Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States. Annals of Internal Medicine, 170(11), 784–790. https://doi.org/10.7326/M18-1422

15. Mello, M. M., Chandra, A., Gawande, A. A., & Studdert, D. M. (2010). National costs of the medical liability system. Health Affairs, 29(9), 1569–1577. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0807

16. Seys, D., Panella, M., Russotto, S., Strametz, R., Mira, J. J., Van Wilder, A., Godderis, L., & Vanhaecht, K. (2023). In search of an international multidimensional action plan for second victim support: A narrative review. BMC Health Services Research, 23, 816. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09637-8

17. Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., & Mertens, S. (2019). SANRA—A scale for the quality assessment of narrative review articles. Research Integrity and Peer Review, 4, 5. https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8

18. Clarkson, M. D., Haskell, H., Hemmelgarn, C., & Skolnik, P. J. (2019). Abandon the term "second victim." BMJ, 364, l1233. https://doi.org/10.1136/bmj.l1233

19. Tumelty, M.-E. (2021). The second victim: A contested term? Journal of Patient Safety, 17(8), e1488–e1493. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000558

20. Petersen, I. G. (2019). The term "second victim" is appropriate for frontline workers. BMJ, 365, l2157. https://doi.org/10.1136/bmj.l2157

21. Krommer, E., Ablöscher, M., Klemm, V., Gatterer, C., Rösner, H., Strametz, R., Huf, W., & Ettl, B. (2023). Second victim phenomenon in an Austrian hospital before the implementation of the systematic collegial help program KoHi: A descriptive study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(3), 1913. https://doi.org/10.3390/ijerph20031913

22. Huang, R., Sun, H., Chen, G., Li, Y., & Wang, J. (2022). Second-victim experience and support among nurses in mainland China. Journal of Nursing Management, 30(1), 260–267. https://doi.org/10.1111/jonm.13490

23. Zheng, S., Huang, H., Xu, L., Zhao, Q., & Xiao, M. (2022). Second-victim experience and support desire among nurses working at regional levels in China. Journal of Nursing Management, 30(3), 767–776. https://doi.org/10.1111/jonm.13563

24. Pieretti, A., Bastiani, L., Bellandi, T., Molinaro, S., Zoppi, P., & Rasero, L. (2022). Second victim experience and support tool: An assessment of psychometric properties of Italian version. Journal of Patient Safety, 18(2), 111–118. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000825

25. Scarpis, E., Beorchia, Y., Moretti, V., Favero, B., Farneti, F., Cocconi, R., Quattrin, R., & Castriotta, L. (2024). Second victim symptoms and desired support strategies among Italian health care workers in Friuli-Venezia Giulia: Cross-sectional survey and latent profile analysis. Journal of Patient Safety, 20(1), 66–75. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001182

26. Shomalinasab, E., Jalali, R., Salari, N., & Abdi, A. (2023). The nurses' second victim syndrome and moral distress. Nursing Ethics, 30(6), 822–831. https://doi.org/10.1177/09697330221142079

27. Kappes, M., Ziegler, A., Rösner, H., Strametz, R., & Raspe, M. (2023). Prevalence of the second victim phenomenon among intensive care unit nurses and the support provided by their organizations. Nursing in Critical Care, 28(6), 1022–1030. https://doi.org/10.1111/nicc.12967

28. Liu, H., Xiao, Y., & Qu, H. (2025). Impact of second victim experience and support and psychological empowerment on depressive symptoms among nurses in China—A latent class analysis. BMC Psychology, 13, 951. https://doi.org/10.1186/s40359-025-03291-x

29. Xu, Y., Wang, Y., Zhang, Y., Li, X., & Chen, H. (2025). Relationship between second victim experience and turnover intention in Chinese nurses: The mediating role of posttraumatic growth. Journal of Nursing Management, 2025, 7327139. https://doi.org/10.1155/jonm/7327139

30. Gazoni, F. M., Amato, P. E., Malik, Z. M., & Durieux, M. E. (2012). The impact of perioperative catastrophes on anesthesiologists: Results of a national survey. Anesthesia & Analgesia, 114(3), 596–603. https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e318227524e

31. Bexten, T., Roesner, H., Bushuven, S., Klemm, V., Kamphausen, A., Strametz, R., & Beck, G. (2025). The impact of adverse patient events among German anesthesiologists: A cross-sectional survey on the second victim phenomenon (SeViD-X). BMC Anesthesiology, 25, 447. https://doi.org/10.1186/s12871-025-03328-z

32. Santana-Domínguez, I., González-De La Torre, H., Verdú-Soriano, J., Berenguer-Pérez, M., Suárez-Sánchez, J. J., & Martín-Martínez, A. (2022). Feelings of being a second victim among Spanish midwives and obstetricians. Nursing Open, 9(5), 2356–2369. https://doi.org/10.1002/nop2.1249

33. Zimonjić, I., Marinković, V., Mira, J. J., Djokic, B.-B., & Odalović, M. (2025). Addressing the second victim phenomenon among community pharmacists and its impact on clinical pharmacy practice: A consensus study. International Journal of Clinical Pharmacy, 47(1), 68–79. https://doi.org/10.1007/s11096-024-01807-w

34. Bryan, J., Ketley, A., Cavanagh, K., Bisset, C., Moug, S., Wyld, L., & Morgan, J. (2026). Second victim syndrome in surgeons: Systematic review and meta-analysis of the impact of adverse events on surgeons. British Journal of Surgery, 113(1), znaf258. https://doi.org/10.1093/bjs/znaf258

35. Khansa, I., & Pearson, G. D. (2022). Coping and recovery in surgical residents after adverse events: The second victim phenomenon. Plastic and Reconstructive Surgery—Global Open, 10(3), e4203. https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000004203

36. Torbenson, V. E., Riggan, K. A., Weaver, A. L., Long, M. E., Finney, R. E., Allyse, M. A., & Rivera-Chiauzzi, E. (2021). Second victim experience among OBGYN trainees: What is their desired form of support? Southern Medical Journal, 114(4), 218–222. https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000001237

37. Busch, I. M., Moretti, F., Purgato, M., Barbui, C., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2020). Dealing with adverse events: A meta-analysis on second victims' coping strategies. Journal of Patient Safety, 16(2), e51–e60. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000661

38. Neves, V. R., Pérez-Jover, V., Gonçalves, G. C. de S., Draganov, P. B., de Campos, L. M., Strametz, R., Sousa, P. J., Tella, S., & Mira, J. J. (2025). The second victim phenomenon's impact in male and female healthcare workers: A scoping review. International Journal for Quality in Health Care, 37(2), mzaf034. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaf034

39. Shin, H., Kim, J. S., & Chung, Y. (2025). Second-victim distress, organizational support, and interprofessional collaboration and posttraumatic growth in nurses. International Nursing Review, 72(1), e13081. https://doi.org/10.1111/inr.13081

40. West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Shanafelt, T. D. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study. JAMA, 296(9), 1071–1078. https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1071

41. Denham, C. R. (2007). TRUST: The 5 rights of the second victim. Journal of Patient Safety, 3(2), 107–119. https://doi.org/10.1097/01.jps.0000236917.02321.fd

42. Seys, D., Scott, S. D., Wu, A. W., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Conway, J., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2013). Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review. International Journal of Nursing Studies, 50(5), 678–687. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006

43. Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., & Epperly, K. M. (2010). Caring for our own: Deploying a systemwide second victim rapid response team. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 36(5), 233–240. https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36038-7

44. Iyadurai, L., Blackwell, S. E., Meiser-Stedman, R., Watson, P. C., Bonsall, M. B., Geddes, J. R., Nobre, A. C., & Holmes, E. A. (2018). Preventing intrusive memories after trauma via a brief intervention involving Tetris computer game play in the emergency department: A proof-of-concept randomized controlled trial. Molecular Psychiatry, 23(3), 674–682. https://doi.org/10.1038/mp.2017.23

45. Busch, I. M., Moretti, F., Campagna, I., Benoni, R., Tardivo, S., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2021). Promoting the psychological well-being of healthcare providers facing the burden of adverse events: A systematic review of second victim support resources. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(10), 5080. https://doi.org/10.3390/ijerph18105080

46. Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H., & Wu, A. W. (2016). Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: A case study. BMJ Open, 6(9), e011708. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708

47. Merandi, J., Liao, N., Lewe, D., Morvay, S., Stewart, B., Catt, C., & Scott, S. D. (2017). Deployment of a second victim peer support program: A replication study. Pediatric Quality & Safety, 2(4), e031. https://doi.org/10.1097/PQ9.0000000000000031

48. van Pelt, F. (2008). Peer support: Healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. Quality and Safety in Health Care, 17(4), 249–252. https://doi.org/10.1136/qshc.2007.025536

49. Shapiro, J., & Galowitz, P. (2016). Peer support for clinicians: A programmatic approach. Academic Medicine, 91(9), 1200–1204. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001297

50. Bertrand, P. O., Enriquez, M., Merandi, J. M., & Scott, S. D. (2026). A model for sustaining second victim peer support programs in healthcare: A Delphi study. Journal of Advanced Nursing. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/jan.70663

51. Ong, T. S. K., Goh, C. N., Tan, E. K. Y. E., Sivanathan, K. A., Tang, A. S. P., Tan, H. K., & Ng, Q. X. (2025). Second victim syndrome among healthcare professionals: A systematic review of interventions and outcomes. Journal of Healthcare Leadership, 17, 225–239. https://doi.org/10.2147/JHL.S526565

52. Deng, Y., Mo, B., Xu, B., Wang, L., Lai, J., & Zhao, C. (2026). The second victim of adverse events in health care: A systematic review of qualitative research. International Journal of Nursing Studies, 173, 105248. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105248

53. Mira, J., Carillo, I., Tella, S., Vanhaecht, K., Panella, M., Seys, D., Ungureanu, M.-I., Sousa, P., Buttigieg, S. C., Vella-Bonanno, P., Popovici, G., Srulovici, E., Guerra-Paiva, S., Knezevic, B., Lorenzo, S., Lachman, P., Ushiro, S., Scott, S. D., Wu, A., & Strametz, R. (2024). The European Researchers' Network Working on Second Victim (ERNST) policy statement on the second victim phenomenon for increasing patient safety. Public Health Reviews, 45, 1607175. https://doi.org/10.3389/phrs.2024.1607175

54. Guerra-Paiva, S., Mira, J. J., Strametz, R., Fernandes, J., Klemm, V., Madarasova Geckova, A., Knezevic, B., Potura, E., Buttigieg, S., Carrillo, I., & Sousa, P. (2024). Application and evaluation of a multimodal training on the second victim phenomenon at the European Researchers' Network Working on Second Victims Training School: Mixed methods study. JMIR Formative Research, 8, e58727. https://doi.org/10.2196/58727

55. Mira, J. J., Carrillo, I., Guilabert, M., Lorenzo, S., Pérez-Pérez, P., Silvestre, C., & Ferrús, L. (2017). The second victim phenomenon after a clinical error: The design and evaluation of a website to reduce caregivers' emotional responses after a clinical error. Journal of Medical Internet Research, 19(6), e203. https://doi.org/10.2196/jmir.7840

56. Mira, J. J., Carrillo, I., Gil-Hernández, E., Vanhaecht, K., Panella, M., Seys, D., Strametz, R., Guerra-Paiva, S., & Sousa, P. (2025). Key elements for designing effective second victim support interventions: A focus group study in European clinical settings. BMJ Open, 15(1), e089923. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-089923

57. Burlison, J. D., Scott, S. D., Browne, E. K., Thompson, S. G., & Hoffman, J. M. (2017). The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. Journal of Patient Safety, 13(2), 93–102. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000129

58. Winning, A. M., Merandi, J., Rausch, J. R., Liao, N., Hoffman, J. M., Burlison, J. D., & Gerhardt, C. A. (2021). Validation of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised in the neonatal intensive care unit. Journal of Patient Safety, 17(8), 531–540. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000659

59. Kim, E. M., Kim, S. A., Lee, J. R., Burlison, J. D., & Oh, E. G. (2020). Psychometric properties of the Korean version of the Second Victim Experience and Support Tool (K-SVEST). Journal of Patient Safety, 16(3), 179–186. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000466

60. Quillivan, R. R., Burlison, J. D., Browne, E. K., Scott, S. D., & Hoffman, J. M. (2016). Patient safety culture and the second victim phenomenon: Connecting culture to staff distress in nurses. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 42(8), 377–386. https://doi.org/10.1016/S1553-7250(16)42053-2

61. Grissinger, M. (2014). Too many abandon the “second victims” of medical errors. P & T: A Peer-Reviewed Journal for Formulary Management, 39(9), 591–592. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159062/

62. Edrees, H., Morlock, L., & Wu, A. W. (2017). Do hospitals support second victims? Collective insights from patient safety leaders in Maryland. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 43(9), 471–483. https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.01.008

63. Schwappach, D. L., & Boluarte, T. A. (2009). The emotional impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organisational accountability. Swiss Medical Weekly, 139(1–2), 9–15. https://doi.org/10.4414/smw.2009.12417

64. Moran, D., Wu, A. W., Connors, C., Chappidi, M. R., Sreedhara, S. K., Selter, J. H., & Padula, W. V. (2020). Cost-benefit analysis of a support program for nursing staff. Journal of Patient Safety, 16(4), e250–e254. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000376

65. Boysen, P. G. (2013). Just culture: A foundation for balanced accountability and patient safety. Ochsner Journal, 13(3), 400–406.

66. Kodeks Respubliki Kazahstan. O zdorov'e naroda i sisteme zdravoohranenija (On public health and the healthcare system) [in Russian]: ot 7 ijulja 2020 goda № 360-VI ZRK. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360

67. Aimoldina, K., Nurgaliyeva, N., Derbissalina, G., & Vaismoradi, M. (2025). Assessing patient safety culture in nursing practice in Kazakhstani healthcare institutions: A cross-sectional study. International Nursing Review, 72(1), e70005. https://doi.org/10.1111/inr.70005

68. Srulovici, E., Tumelty, M.-E., Skoumalova, I. M., Mira, J. J., Seys, D., Vanhaecht, K., & Sousa, P. (2025). Patient safety and the second victim phenomenon in nursing and medical curricula: A qualitative study. International Journal of Nursing Studies Advances, 9, 100403. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100403

69. Choi, E. Y., Pyo, J., Ock, M., & Lee, H. (2021). Second victim phenomenon after patient safety incidents among Korean nursing students: A cross-sectional study. Nurse Education Today, 107, 105115. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105115

70. Tavares, A. P. M., Barlem, J. G. T., Pereira Rocha, L., Domingues, P. H., & Gouveia, V. V. (2022). Patient safety incidents and the second victim phenomenon among nursing students. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 56, e20220005. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0005en

71. Albert-Galbis, A., Pérez-Cañaveras, R. M., Vaismoradi, M., & Vizcaya-Moreno, M. F. (2024). The second victim phenomenon: A qualitative study among bachelor’s degree nursing students within the clinical learning environment. Nurse Education in Practice, 78, 104038. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104038

72. Catalán, L., Alvarado-Peña, J., Torres-Soto, G., Lorca-Sepúlveda, B., Besoain-Cornejo, A. M., & Kappes, M. (2024). Second victim phenomenon among healthcare students: A scoping review. Nurse Education in Practice, 79, 104094. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104094

Дәрігердің өзін кім қолдайды? «Екінші зардап шегушіні» қолдау Қазақстандағы науқас қауіпсіздігінің шарты ретінде: Нарративті шолу

Абильтаев А.М.

Хирургия акушерлік және гинекология кафедрасының қауымдастырылған профессорының м.а., Семей медициналық университетінің Павлодар филиалы, Павлодар, Қазақстан. E-mail: askar.abiltayev@smu.edu.kz

Түйіндеме

Науқас қауіпсіздігі әлемдік денсаулық сақтаудың басым бағыты болып қала береді. Алайда әрбір ауыр оқиғаның екінші жағы да бар. Қолайсыз оқиғаға немесе қатеге араласқан медицина қызметкері көбіне басынан өткергенінен өзі де жарақат алады — бұл құбылыс «екінші зардап шеккен» деп аталады. Ол түрлі елдер мен кәсіби топтарда кең таралған әрі тұрақты түрде қайталанады, қолда бар бағалаулар бойынша қызметкерлердің едәуір бөлігін қамтиды және мазасыз естеліктер, үрей, кінә сезімі, ұйқының бұзылуы мен кәсіби сенімділіктің жоғалуы түрінде көрінеді. Жеңілмеген күйзеліс маманның жеке ісі болып қалмайды: ол қорғаныштық тәжірибеге, кәсіби қажуға, кадрлардың тұрақсыздығына әкеледі және тұйық шеңберді тұйықтай отырып, жаңа қателіктер қаупін арттырады, демек болашақ науқастардың қауіпсіздігі мен денсаулық сақтау жүйесінің тұрақтылығына тікелей әсер етеді; мамандардың кәсіптен кетуіне және қорғаныштық медицинаның таралуына байланысты экономикалық шығындар да өлшенеді. Бұл ретте

реакцияның тереңдігі оқиғаның ауырлығынан гөрі ұйымдастырушылық жағдайға және қолдаудың уақтылығына байланысты болады.

Бұл нарративті шолудың мақсаты: құбылыс туралы қазіргі түсініктерді, оның таралуы мен салдарын, сондай-ақ медицина қызметкерлерін қолдаудың дәлелді тәсілдерін жүйелеу.

Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасында медициналық инцидент ұғымы бекітілгені, адал ниетпен жасалған қолайсыз нәтиже жазаланатын әрекеттен ажыратылғаны және мұндай оқиғаларды талдау тетігі көзделгені көрсетілген. Алайда аталмыш тетік бақылау-аудиторлық сипатта қалып отыр және араласқан қызметкерге көмек көрсетуді қарастырмайды. Осының негізінде Қазақстан денсаулық сақтау жүйесі үшін нақты келесі алғашқы қадамдар белгіленген: әділдік мәдениетіне көшу, ағарту және оқыту, мәселенің ауқымын өлшеу және әріптестер тарапынан қолдаудың пилоттық бағдарламалары.

Түйін сөздер: науқас қауіпсіздігі, медициналық қателіктер, медицина қызметкерлері, кәсіби күйзеліс, әлеуметтік қолдау, кәсіби қажу, Қазақстан.

Who Supports the Doctor? Second Victim Support as a Condition for Patient Safety in Kazakhstan: A Narrative Review

Askar Abiltayev

Acting Associate Professor, Department of surgery, obstetrics and gynecology, Pavlodar branch of the Semey Medical University, Pavlodar, Kazakhstan. E-mail: askar.abiltayev@smu.edu.kz

Abstract

Patient safety remains a global health priority, yet every serious incident has a second side. A health worker involved in an adverse event or an error is often traumatised by the experience, a phenomenon known as the second victim. It is common across countries and professional groups, affects a substantial share of the workforce and manifests as intrusive memories, anxiety, guilt, sleep disturbance and loss of professional confidence. Unresolved distress does not remain a private matter: it drives defensive practice, burnout and staff turnover and, closing a vicious circle, increases the risk of further errors, thereby directly affecting the safety of future patients and the sustainability of the health system; the economic losses from attrition and defensive medicine are measurable. Its depth depends less on the severity of the incident than on the organisational context and the timeliness of support.

This narrative review synthesises current understanding of the phenomenon, its prevalence and consequences, and evidence-based approaches to supporting health workers.

It shows that the legislation of the Republic of Kazakhstan already defines the notion of a medical incident, separates a good-faith adverse outcome from a punishable act and establishes a mechanism for analysing such events, yet this mechanism remains audit-oriented and offers no assistance to the worker involved. On this basis it outlines realistic first steps for Kazakhstan: a shift towards a just culture, awareness and education, measurement of the scale of the problem, and pilot peer-support programmes.

Keywords: patient safety, medical errors, health personnel, occupational stress, social support, burnout, professional, Kazakhstan.