BIRJAND UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES
Journal of Translational Medical Research
https://journal.bums.ac.ir

letter to editor

Mental health of the resuscitation team after unsuccessful resuscitation: A neglected necessity in the health system

Mir Amirhossein Seyednazari[1], Reza Ferdosi[2], Mahdi Alipour[3], Amin Soheili[4], Amir Mohammad Dorosti[2]*

[1] Department of Medical-Surgical Nursing, Khoy University of Medical Sciences, Khoy, Iran
[2] Department of Medical-Surgical Nursing, Student Research Committee, Khoy University of Medical Sciences, Khoy, Iran
[3] School of Medicine, Student Research Committee, Khoy University of Medical Sciences, Khoy, Iran
[4] Department of Nursing, Khoy University of Medical Sciences, Khoy, Iran

***Corresponding author:** Amir Mohammad Dorosti
Tel: +989306490113 E-mail: amirdorosti2006@gmail.com

ABSTRACT

Unsuccessful cardiopulmonary resuscitation (CPR) is a highly stressful experience for the resuscitation team members and may result in significant psychological consequences. Evidence suggests that repeated exposure to patient death, feelings of failure, and the pressure of making critical decisions can increase the risk of post-traumatic stress disorder (PTSD), occupational burnout, anxiety, and reduced professional performance among healthcare workers. Despite its significance, the mental health of resuscitation teams following unsuccessful CPR remains an overlooked issue within many health systems. Accordingly, this letter aims to draw the attention of healthcare managers and policymakers to this challenge and highlights key supportive strategies, including post-event interventions, structured psychological support, coping-skills training, the promotion of a supportive organizational culture, managerial support, and the advancement of the related research. A systematic approach to protecting the mental health of CPR teams may improve staff well-being, enhance team performance, and ultimately promote patient safety and quality of care.

Keywords: Mental health, Occupational burnout, Patient safety, Resuscitation team, Unsuccessful resuscitation

Citation: Seyednazari MA, Ferdosi R, Alipour M, Soheili A, Dorosti AM. [Mental health of the resuscitation team after unsuccessful resuscitation: A neglected necessity in the health system]. Journal of Translational Medical Research (J Transl Med Res). 2026; 33(3): 260-264. [Persian]

DOI http://doi.org/10.66224/JBUMS.33.3.91

Received: February 14, 2026 **Accepted:** May 17, 2026

Copyright © 2026, Journal of Translational Medical Research. This open-access article is available under the Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 (CC BY-NC 4.0) International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which allows for the copying and redistribution of the material only for noncommercial purposes, provided that the original work is properly cited.

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.260]

نامه به سردبیر

سلامت روان تیم احیاء پس از احیای ناموفق: یک ضرورت مغفول در نظام سلامت

میر امیرحسین سید نظری[۱]، رضا فردوسی[۲]، مهدی علیپور[۳]، امین سهیلی[٤]، امیرمحمددرستی[۲*]

چکیده

احیای قلبی‌ریوی ناموفق یکی از تجربه‌های تنش‌زای شغلی برای اعضای تیم احیاء است که می‌تواند پیامدهای روانی قابل توجهی به همراه داشته باشد. شواهد نشان می‌دهد مواجهه مکرر با مرگ بیمار، احساس ناکامی و فشار ناشی از تصمیم‌گیری در شرایط بحرانی، خطر بروز اختلال استرس پس از سانحه، فرسودگی شغلی، اضطراب و کاهش عملکرد حرفه‌ای را در کارکنان سلامت افزایش می‌دهد. با وجود اهمیت این موضوع، سلامت روان اعضای تیم احیاء پس از احیای ناموفق همچنان از جنبه‌های کمتر مورد توجه در نظام‌های سلامت به شمار می‌رود. این مقاله با هدف جلب توجه مدیران و سیاست‌گذاران سلامت به این چالش، مهم‌ترین راهکارهای حمایتی شامل مداخلات پس از رویداد، حمایت روان‌شناختی ساختارمند، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، فرهنگ‌سازی سازمانی، حمایت مدیریتی و توسعه پژوهش‌های مرتبط را مرور می‌کند. توجه نظام‌مند به سلامت روان تیم‌های احیاء می‌تواند ضمن ارتقای رفاه کارکنان، بهبود عملکرد تیمی و افزایش ایمنی بیمار را به دنبال داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، فرسودگی شغلی، ایمنی بیمار، تیم احیا، احیای ناموفق

مجله "تحقیقات پزشکی ترجمانی". ۱۴۰۵؛ ۳۳ (۳): ۲۶۴-۲۶۰.

دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۲۵ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۷

[۱] گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده علوم پزشکی خوی، خوی، ایران

[۲] گروه پرستاری داخلی جراحی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده علوم پزشکی خوی، خوی، ایران

[۳] دانشکده پزشکی، کمیته تحقیقات و دانشجویی، دانشکده علوم پزشکی خوی، خوی، ایران

[۴] گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی خوی، خوی، ایران

***نویسنده مسئول: امیرمحمددرستی**

آدرس: استان آذربایجان غربی- خوی- دانشکده علوم پزشکی خوی- کمیته تحقیقات دانشجویی

تلفن: ۰۹۳۰۶۴۹۰۱۱۳ پست الکترونیکی: amirdorosti2006@gmail.com

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.260]

سردبیر محترم

هدف از این نامه جلب توجه جامعه علمی و مدیران نظام سلامت به اهمیت سلامت روان اعضای تیم احیاء پس از موارد احیای ناموفق و تأکید بر ضرورت طراحی و اجرای مداخلات حمایتی ساختارمند در محیط‌های بالینی است. مطالعات نشان داده‌اند که تجربه انجام احیاء و به‌ویژه احیای ناموفق می‌تواند منجر به بروز نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)[1] و سایر اختلالات روانی در کارکنان بهداشت و درمان شود؛ به‌گونه‌ای که حدود ۲۰٪ از کارکنان پس از انجام احیای قلبی–ریوی نشانه‌هایی از استرس مزمن را تجربه می‌کنند (۱). احساس ناکامی، بار عاطفی ناشی از مرگ بیمار و اضطراب عملکرد می‌تواند به کاهش اعتمادبه‌نفس، خستگی عاطفی، افزایش خودارزیابی منفی و در نهایت کاهش توان بالینی منجر شود (۱).

فرسودگی شغلی، اختلالات اضطرابی و افت عملکرد ناشی از این تجربیات منفی در تیم‌های احیاء در بسیاری از موارد قابل پیشگیری است؛ با این حال، عدم اتخاذ راهکارهای مناسب می‌تواند به تشدید این پیامدها و افزایش خروج نیروی انسانی از بخش‌های بحرانی منجر شود (۲). فقدان حمایت رسمی، نبود فرصت برای پردازش تجربه‌های احیای ناموفق و عدم وجود برنامه‌های ساختارمند حمایت روانی، پیامدهای منفی فردی و سازمانی را تشدید می‌کند (۳).

بدیهی است که حمایت از سلامت روان اعضای تیم احیاء پس از تلاش‌های ناموفق و تسهیل بازگشت ایمن آنان به محیط کار، یکی از چالش‌های جدی نظام‌های بهداشتی و درمانی به شمار می‌رود (۴). در این راستا، مقابله با نگرانی‌هایی نظیر بار عاطفی ناشی از مرگ و ناکامی، فقدان حمایت سازمانی، کمبود آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و ضعف در ارتباطات تیمی پس از رویداد، مستلزم ارائه راهکارهای علمی، کاربردی و هدفمند با هدف کاهش اثرات روانی، افزایش تاب‌آوری ذهنی و بهبود عملکرد تیمی است (۵).

با توجه به پیامدهای روانی احیای ناموفق بر اعضای تیم احیا، به‌نظر می‌رسد اتخاذ رویکردی ساختارمند و چندبعدی در نظام‌های سلامت ضروری باشد. از این رو راهکارهای مقابله با این چالش در شش محور زیر خلاصه شده‌اند:

۱- مداخلات پس از احیای ناموفق

پس از هر مورد احیای ناموفق، فراهم‌سازی مداخلات حمایتی فوری برای اعضای تیم احیاء ضروری است. برگزاری جلسات بازنگری پس از رویداد ساختارمند در فاصله زمانی کوتاه پس از رویداد، می‌تواند به پردازش هیجانی تجربه، کاهش احساس گناه و جلوگیری از انباشت فشار روانی کمک کند. این جلسات باید در فضایی امن، غیرقضاوت‌گرانه و با تمرکز هم‌زمان بر ابعاد بالینی و روانی رویداد برگزار شوند (۶).

۲- حمایت روان‌شناختی ساختارمند

دسترسی پایدار و محرمانه اعضای تیم احیاء به خدمات مشاوره روان‌شناختی باید به‌عنوان بخشی از سیاست‌های ایمنی شغلی در نظر گرفته شود. ایجاد مسیرهای مشخص ارجاع به روان‌شناس یا روان‌پزشک، به‌ویژه برای کارکنان بخش‌های پرتنش مانند اورژانس و مراقبت‌های ویژه، می‌تواند در پیشگیری از بروز اختلالات روانی مزمن و فرسودگی شغلی نقش مؤثری ایفا کند (۷).

۳- آموزش و توانمندسازی تیم احیاء

گنجاندن آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، مدیریت استرس، تاب‌آوری روانی و ارتباط مؤثر تیمی در برنامه‌های آموزش ضمن خدمت تیم احیاء ضروری است. این آموزش‌ها می‌توانند کارکنان را برای مواجهه سالم‌تر با پیامدهای روانی احیای ناموفق آماده کرده و توان تصمیم‌گیری و عملکرد حرفه‌ای آنان را در شرایط بحرانی بهبود بخشند (۸).

٤- فرهنگ‌سازی سازمانی

ایجاد فرهنگ سازمانی حمایت‌گر که در آن تجربه فشار روانی پس از احیای ناموفق به‌عنوان بخشی طبیعی از کار حرفه‌ای تلقی شود، نقش کلیدی در کاهش انگ سلامت روان دارد. تشویق

[1] Post-Traumatic Stress Disorder

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.260]

گفت‌وگوی باز، پذیرش آسیب‌پذیری حرفه‌ای و پرهیز از سرزنش فردی، می‌تواند احساس امنیت روانی و انسجام تیمی را تقویت کند (۱).

۵- حمایت مدیریتی و سیاست‌گذاری

حمایت فعال مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت از سلامت روان تیم‌های احیاء ضروری است. تدوین دستورالعمل‌های مشخص برای حمایت پس از رویدادهای بحرانی، پایش سلامت روان کارکنان، و تخصیص منابع لازم برای اجرای برنامه‌های حمایتی، می‌تواند به حفظ نیروی انسانی، کاهش ترک شغل و ارتقاء کیفیت مراقبت‌های اورژانسی منجر شود (۱).

٦- طراحی مطالعات کیفی

با طراحی مطالعات کیفی به‌صورت مصاحبه‌ای با پرستاران به‌ویژه پرستاران بخش اورژانس، پرسنل اورژانس پیش‌بیمارستانی، متخصصین طب اورژانس و سوپروایزرهای بالینی بخش‌ها، می‌توان شیوع و مؤلفه‌های حائز اهمیت در این مورد را پیدا کرد و سپس مطالعات مداخله‌ای طراحی و اجرا کرد (۱).

همچنین این شش مورد بیان شده را می‌توان در قالب کارگاه‌هایی جداگانه یا در ذیل برنامه‌ها و کارگاه‌های «آموزش اصول احیاء پایه و پیشرفته» که به صورت دوره‌های ضمن خدمت و بازآموزی برگزار می‌شود، گنجاند.

نتیجه‌گیری

سلامت روان اعضای تیم احیاء پس از تجربه احیای ناموفق، یکی از ابعاد مهم اما کمتر مورد توجه ایمنی کارکنان و کیفیت مراقبت در نظام‌های سلامت است. پیامدهای روانی ناشی از این رویدادها می‌تواند بر عملکرد حرفه‌ای، رضایت شغلی، ماندگاری نیروی انسانی و در نهایت ایمنی بیمار تأثیر منفی بگذارد. از این‌رو، اتخاذ رویکردی نظام‌مند شامل مداخلات حمایتی پس از رویداد، ارائه خدمات روان‌شناختی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، تقویت فرهنگ سازمانی حمایت‌گر، حمایت مدیریتی و توسعه پژوهش‌های مرتبط، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. توجه به این موضوع می‌تواند ضمن ارتقای سلامت روان کارکنان، به بهبود عملکرد تیم‌های احیاء و افزایش کیفیت خدمات درمانی منجر شود.

تقدیر و تشکّر

نویسندگان از دانشکده علوم پزشکی خوی کمال تشکر را دارند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله نامه‌به‌سردبیر می‌باشد و در این تحقیق ملاحظات اخلاقی وجود نداشت.

حمایت مالی

این مقاله یک نامه به سردبیر است و هیچ حمایت مالی از سازمان‌های دولتی و دانشگاهی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در طراحی این مقاله، ارائه مطالب علمی، تهیه نسخه خطی و تجدیدنظر نسخه نهایی به صورت مساوی مشارکت داشته‌اند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Namgung M, Kwak IY, Kim CW. Factors associated with post-traumatic stress symptoms in healthcare providers after performance of cardiopulmonary resuscitation: a mixed-methods study. Sci Rep. 2025;15(1):3362. DOI: 10.1038/s41598-025-87533-3

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.260]

2. Varner-Perez SE, Mathis KAL, Banks SK, Burke ES, Slaven JE, Morse GJ, et al. A descriptive study of the multidisciplinary healthcare experiences of inpatient resuscitation events. Resusc Plus. 2023;13:100349. DOI: 10.1016/j.resplu.2022.100349

3. Vindigni SM, Lessing JN, Carlbom DJ. Hospital resuscitation teams: a review of the risks to the healthcare worker. J Intensive Care. 2017;5:59. DOI: 10.1186/s40560-017-0253-9

4. Spencer SA, Nolan JP, Osborn M, Georgiou A. The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices. Resuscitation. 2019;142:175-81. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2019.06.280

5. Blomquist M, Lasiter S. Nurses' coping strategies during and after an adult in-hospital resuscitation attempt: a scoping study. J Clin Nurs. 2022;31(17-18):2437-49. DOI: 10.1111/jocn.16128

6. Imperio M, Ireland K, Xu Y, Esteitie R, Tan LD, Alismail A. Clinical team debriefing post-critical events: perceptions, benefits, and barriers among learners. Front Med (Lausanne). 2024;11:1406988. DOI: 10.3389/fmed.2024.1406988

7. Auth NM, Booker MJ, Wild J, Riley R. Mental health and help seeking among trauma-exposed emergency service staff: a qualitative evidence synthesis. BMJ Open. 2022;12(2):e047814. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-047814

8. Feng T, Hu L, Yang Y, Du C, Li J. Effective strategies for cultivating rapid response, team collaboration, and stress resistance in emergency standardized training nurses during real rescue. Frontiers in Medicine. 2025;Volume 12 - 2025. doi.org/10.3389/fmed.2025.1683359

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.260]