

急救现场患者及家属心理应激特点与沟通策略优化研究

袁 琦 孙娜娜 王 霞
石嘴山市第一人民医院 宁夏 石嘴山 753200

摘 要：目的：探究急救现场患者及家属心理应激特点，优化沟通策略并评估其应用效果。方法：选取2022年1月-2025年1月期间，急救现场的200例患者及其家属为研究对象，随机数字表法分为观察组（采用优化沟通策略）与对照组（采用常规沟通方式），各100例。运用心理应激量表（PSS-10）、焦虑自评量表（SAS）评估心理应激水平，对比两组满意度。结果：干预后观察组患者及家属PSS-10、SAS评分均显著低于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组满意度（95%）高于对照组（78%）（ $P < 0.05$ ）。结论：优化沟通策略可有效缓解急救现场患者及家属心理应激反应，提升满意度，具有临床推广价值。

关键词：急救现场；患者家属；心理应激；沟通策略

急救现场作为医疗救治的特殊场域，其高风险、高不确定性特质（如病情急转、救治时限紧迫），常使患者及家属陷入复杂心理应激状态。这种应激不仅干扰患者机体自我调节机制，还可能阻碍急救流程的高效推进。传统单向、程式化的沟通模式，在应对复杂多变的急救场景时，难以实现情感共鸣与信息的有效传递^[1]。深入探究急救现场患者及家属心理应激的核心特征，构建与之适配的优化沟通策略，已成为提升急救质量、完善医患沟通体系的关键所在^[2]。基于此，本文旨在探究急救现场患者及家属心理应激特点，优化沟通策略并评估其应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年1月-2025年1月期间，急救现场的200例患者及其家属为研究对象，采用随机数字表法将其分为观察组和对照组，各100例。观察组患者中，男性58例，女性42例；平均年龄（ 45.62 ± 8.34 ）岁；家属中，男性52例，女性48例；平均年龄（ 42.14 ± 7.92 ）岁。对照组患者中，男性60例，女性40例；平均年龄（ 44.84 ± 7.63 ）岁；家属中，男性55例，女性45例；平均年龄（ 43.27 ± 8.12 ）岁。两组患者及家属在性别、年龄等一般资料方面比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准：①家属为患者直系亲属且全程参与急救过程；②患者及家属意识清楚，具备基本沟通能力。排除标准：①存在严重精神疾病史；②中途退出急救或研究。

1.2 方法

对照组采用常规沟通方式，主要措施包括：急救人员到达现场后，简要告知患者及家属病情，说明大致的急救措施，在急救过程中仅进行必要的信息传递，如转

运安排、检查项目等。

在常规急救工作基础上，观察组实施的优化沟通策略以“情感共鸣-信息精准传递-全程动态关怀”为核心架构，构建起覆盖急救前、急救中、急救后全流程的立体化沟通体系，具体实施措施如下：（1）急救前。急救人员抵达现场后，遵循首因效应强化原则，在15秒内通过坚定且温和的眼神接触、沉稳有力的步伐，传递专业可靠的形象。同步以清晰平稳的语调进行自我介绍：“您好！我们是XX医院急救团队，我是主治医师[姓名]，持有[高级生命支持认证资质]，将全程负责此次急救工作，请您放心。”运用多维评估法迅速判断患者及家属的状态：通过观察患者的肢体语言（如蜷缩、挣扎等）、家属的表情神态（如面色苍白、眼神慌乱等），结合简洁提问（患者之前有类似症状吗？、您目前最担心什么？），快速评估其情绪强度与信息需求程度。对于情绪高度失控的家属，采用三步安抚法：首先保持与家属平视，轻拍其手臂说“我完全理解您现在的焦急”，给予情感认同；接着明确告知“我们带来了最专业的设备和团队”，传递救治信心；最后引导其参与简单协助（如帮忙扶住担架一侧），转移注意力并建立初步协作关系。在病情告知环节，采用金字塔式沟通结构：先突出关键信息“患者目前出现剧烈胸痛、呼吸困难症状，情况较为紧急”；再分层解释病因“这很可能是由于冠状动脉急性堵塞导致心脏供血不足”；最后说明急救措施及预期效果“我们会立即进行心电监护、药物溶栓处理，尽全力稳定患者状况”。针对不同文化程度家属，灵活调整沟通方式：对医学知识匮乏者，借助急救设备模型、手绘示意图辅助讲解；对理解能力较强，适当补充数据支撑。（2）急救中。在急救操作

过程中,严格执行“操作-解释-反馈”三位一体沟通模式。例如进行气管插管操作时:操作前告知“接下来要进行气管插管,这是维持患者呼吸顺畅的关键步骤,需要您配合保持患者头部稳定”;操作中同步说明“现在正在清洁患者口腔,准备插入导管,整个过程大约2-3分钟”;操作完成后及时反馈“插管已顺利完成,患者血氧饱和度正在回升,情况有所改善”。设立“双岗沟通机制”:主操作医护人员专注技术实施,副岗人员专职负责沟通与观察。一旦发现患者出现恐惧挣扎(如剧烈摇头、手脚乱挥)或家属情绪爆发(如大声哭喊、试图干扰操作),立即启动“STOP沟通法”:S(Stop)暂停手边非紧急操作,T(Touch)通过轻拍肩膀、递纸巾等动作建立肢体安抚,O(Observe)再次评估情绪根源,P(Persuade)运用“您担心的是...对吗?我们已经采取了...措施”的共情式回应。每5-10分钟向家属进行阶段性病情通报,采用“数据+趋势”表述方式:“目前患者心率从130次/分下降到110次/分,但血压仍处于偏低状态,我们正在调整用药剂量进行升压处理”。同时运用“共情式语言”安抚患者:“您可能感觉有些不适,但这是治疗必经过程,我们会一直守在您身边,坚持住。”(3)急救后:转运前,采用可视化告知法:通过车载导航地图实时展示转运路线,标记预计耗时、可能拥堵路段;利用急救设备示意图,说明途中持续进行的监测项目(如心电监护、血氧监测)和保障措施(如备用电源、急救药品配备)。针对家属担忧的特殊情况,进行场景预演沟通:“如果途中遇到交通堵塞,我们会立即联系交警开辟绿色通道,同时在车上采取相应急救措施维持患者稳定”。与接收科室交接时,运用标准化ISBAR沟通模板(现状-背景-评估-建议-复述)进行详细交接,并邀请家属参与关键信息确认环节(如家属已确认患者过敏史为青霉素过敏,对吗?)。交接完成后,向家属提供书面与口头双重后续指引:口头清晰说明“患者接下来会进行CT检查和专科会诊,您可以在指定区域等待,我们会随时通知进展”;同时发放印有医院科室分布图、注意事项、联系电话的纸质卡片。此外,建立三级回访体系:急救结束后1小时内进行首次电话回访,重点解答即时疑问(如检查结果大概多久能出来?);24小时后二次回访,运用情绪量表自评与开放式提问评估心理状态(请您用1-10分评价目前的焦虑程度,1分最低,10分最高)“您觉得在急救过程中,哪些沟通对您最有帮助?);72小时后三次回访,针对仍存在心理困扰的家属,提供转介服务(如推荐院内心理咨询门诊、社区心理支持资源)。还要创建急救后沟通专

属微信群,定期推送疾病科普知识、康复注意事项,持续提供支持关怀。

1.3 观察指标

(1)心理应激水平:采用心理应激量表(PSS-10)评估患者及家属的心理应激程度,该量表共10个条目,采用5级评分法(0=从不,1=几乎从不,2=有时,3=经常,4=总是),总分范围0-40分,得分越高表示心理应激水平越高;焦虑自评量表(SAS)评估焦虑程度,标准分<50分为正常,50-59分为轻度焦虑,60-69分为中度焦虑, ≥ 70 分为重度焦虑。分别在急救前、急救后24小时进行测评。

(2)满意度:急救结束后,采用我院自制的满意度调查问卷对患者及家属进行调查,内容涵盖沟通态度、信息传递清晰度、问题解答及时性等方面,分为非常满意、满意、不满意三个等级,满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

SPSS23.0统计学软件,PSS-10、SAS评分以“($\bar{x} \pm s$)”表示,“ t ”检验,满意度以[n(%)]表示,“ χ^2 ”检验, $P < 0.05$:差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者及家属心理应激水平比较

急救后24小时,观察组PSS-10评分、SAS评分均显著低于对照组($P < 0.05$),见表1。

表1 PSS-10评分、SAS评分($\bar{x} \pm s$,分)

分组	n	PSS-10评分		SAS评分	
		急救前	急救后24小时	急救前	急救后24小时
观察组	100	26.13 $\pm$ 3.24	12.52 $\pm$ 2.17	65.24 $\pm$ 3.10	42.32 $\pm$ 2.57
对照组	100	26.10 $\pm$ 3.28	18.33 $\pm$ 2.65	65.25 $\pm$ 3.08	55.57 $\pm$ 2.87
t		1.244	7.057	1.022	5.247
P		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.2 两组患者及家属满意度比较

观察组高于对照组($P < 0.05$),见表2。

表2 满意度对比【n(%)】

组别	n	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	100	68	27	5	95 (95/100)
对照组	100	45	33	22	78 (78/100)
χ^2					8.204
P					< 0.05

3 讨论

急救现场作为医疗救治体系中的重要阵地,其突发性、复杂性与高风险性特质(如病情急骤变化、黄金救治时间窗口限制),常使患者及家属瞬间陷入多维心理

应激状态^[3]。这种应激反应不仅表现为生理指标（心率、血压波动）与情绪状态（焦虑、恐惧、无助）的异常改变，更会对患者的机体代偿能力、急救操作的精准实施，以及医患间的信息交互形成多重干扰^[4]。

传统单向、程式化的沟通模式，因缺乏情感共鸣构建与个性化信息传递机制，在应对复杂急救场景时存在显著局限性。其难以满足患者及家属对病情进展、救治方案、预后情况等多维度信息的迫切需求，也无法有效缓解由不确定性引发的心理焦虑。因此，系统探究急救现场患者及家属心理应激的核心特征，构建并优化与之适配的沟通策略体系尤为重要。本文通过探究急救现场患者及家属心理应激特点，优化沟通策略并评估其应用效果，结果显示，干预后，相比对照组，观察组患者及家属PSS-10、SAS评分均较低，且满意度较高（ $P < 0.05$ ）。原因为：优化沟通策略的核心在于其构建了“情感-信息-信任”三位一体的支持体系。该策略打破传统沟通的单向性与程式化局限，通过共情式语言与肢体安抚快速建立情感联结，如急救人员通过眼神交流、轻拍肩膀等方式，使患者及家属感受到被关注与理解，有效缓解焦虑情绪；借助结构化表达与可视化辅助实现信息精准传递，将复杂病情与救治方案转化为通俗易懂的内

容，减少因信息不对称引发的恐惧与不安。

综上所述，优化沟通策略能够有效缓解急救现场患者及家属心理应激反应，显著提升满意度。在未来的研究中，应当拓宽样本覆盖范围和融合跨文化视角，结合智能可穿戴设备实时监测心理应激状态，探索人工智能辅助沟通与个性化干预新路径。

参考文献

- [1]周福梅,李鸿菲.急救期脑梗死患者主要照顾者心理应激水平及其相关影响因素[J]. 医疗装备,2023,36(14):116-118.
- [2]张小洁,刘文庆,梅晓燕.改进急救护理流程联合心理干预在急性缺血性脑卒中患者救治中的应用[J]. 临床医学工程,2024,31(4):485-486.
- [3]魏晓娜.基于骨科损伤防控理论模式对急诊骨盆骨折患者急救效率、心理状态及预后的影响[J]. 国际护理学杂志,2023,42(20):3807-3811.
- [4]王静玉,罗桃妮,宋银杏.基于一体化链式的创伤急救模式在严重创伤骨折患者救治中的应用效果及其对心理状态及创伤预后的影响[J]. 四川生理科学杂志, 2023, 45(7):1175-1178.