

基于 Teach-back 法的健康宣教对老年胃肠镜受检者认知水平及检查配合度的影响

施 静 沈 瑜 张婷婷 徐乐乐 (通讯作者)

上海市中医药大学附属市中医医院 上海 201801

【摘要】目的：本研究针对的是 Teach-Back 法在老年胃肠镜受检者健康教育中的应用效果，主要观察其对认知水平与检查配合度的影响。方法：本研究选定 2025 年 5 月至 2025 年 12 月在我院做胃肠镜检查的 180 名老年患者作为样本，采用随机数字表法把这些病人分成对照组和实验组，每组各有 90 例受试者，对照组运用传统健康宣教模式，实验组执行带有创新性质的 Teach-Back 法健康教育。比较两组受检者检查前的认知水平、检查过程中的配合度以及以波斯顿评分为指标检查相关不良事件发生率。结果：观察组受检者胃肠镜检查相关知识认知评分显著高于对照组，差异有统计学意义；检查配合度优良率显著高于对照组，差异有统计学意义；检查过程中恶心呕吐、腹痛腹胀等不良事件发生率显著低于对照组，差异有统计学意义。结论：基于 Teach-back 法的健康宣教可显著提升老年胃肠镜受检者的认知水平，提高检查配合度，降低不良事件发生率，值得在临床推广应用。

【关键词】 Teach-back 法；健康宣教；老年患者；胃肠镜检查；认知水平

DOI:10.12417/2705-098X.26.10.091

前言

伴随人口老龄化趋势的增强，老年性人群当中胃肠道疾病的发生比率在持续上升，以此为基础导致需要接受胃肠镜检查的老年患者的人群数量不断扩大^[1]。而对于此类患者进行针对性健康教育成为了提高患者自身认知水准、优化诊疗协作进程的一大关键渠道，以往传统习惯下的健康宣教大多凭借单一方向的大规模灌输作用方式呈现。护理工作人员经常只重视医学理论知识传递这部分内容，并未充分考虑各方面个体之间的差异性，尤其是遇上认知能力有衰减的老年病人时其实际成果实在是缺少预判性的表现^[2]。Teach-back 法又称回馈教学法，是一种以学习者为中心的双向沟通式教学方法，通过让学习者复述所学知识，医护人员及时发现其理解偏差并进行针对性纠正，从而确保知识的有效传递。本研究以 2025 年 5 月至 12 月在本院接受胃肠镜检查的老年受检者为研究对象，探讨基于 Teach-back 法的健康宣教对其认知水平及检查配合度的影响，为优化老年胃肠镜检查护理服务提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象

本研究选取 2025 年月至 12 月在我院做胃肠镜的老年受试者 180 例为样本。

纳入标准：年龄≥60 岁；首次做胃肠镜检查；神志清楚，能正常交流；自愿参加并签署知情同意书。

排除标准：有严重的心血管、肝肾等重要器官功能障碍；有精神疾病或认知障碍，不能配合健康教育及评估；检查前有胃肠道出血、穿孔等急性并发症；拒绝参加。

本研究利用随机数字表法把研究对象分成对照组和观察组，每组都有 90 例样本，对照组当中男性占 53.3%，女性占

46.7%，年龄范围从 60 岁到 82 岁，平均年龄是 (68.5±5.2) 岁，文化程度分布上小学及以下占 55.6%，初中占 41.2%，高中及以上占 3.3%，检查方式包含胃镜 3 例，肠镜 5 例，以及胃肠镜联合检查 82 例。观察组男性占 51.1%，女性占 48.9%，年龄范围从 61 岁到 83 岁，平均年龄是 (69.2±5.5) 岁，文化程度分布小学及以下占 53.3%，初中占 44.4%，高中及以上占 2.3%，检查类型包含胃镜 3 例，肠镜 9 例，以及胃肠镜联合检查 78 例，经统计学检验，两组在性别，年龄，教育背景和检查类别等基线特征上没有统计学意义的差别，具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

建立标准健康教育干预体系。面对涉及肠胃的检查时，在肠胃镜的前一天，由医务人员面对面的交流方式，系统讲解体检中涉及的胃肠镜的意义以及需要做的一些检查，注意事项和准备，例如胃肠镜检查中的禁食禁食、泻药的服用方法等，并解释不适感觉及其对策。还要发放健康教育手册给需要做身体检查的受检者，让其自主阅读，并配合提问澄清疑虑等，但还没有涉及系统知识的考核。

1.2.2 观察组

基于 Teach-back 法的健康教育模式，要由经过专业培训并合格的护理人员来实施，组建 Teach-back 教育团队的时候，应该包括 2 名主管护师和 3 名护师，他们要完成相关理论与实践技能的学习，经由评估取得资质之后才可以开始工作，针对老年患者认知功能减退的特征，设计个性化的宣教方案，包含检查目的，流程，术前准备，操作配合要点，术后注意事项以及常见不适应对策略等内容，用通俗易懂的语言表达，不要使用复杂医学术语。

采用分阶段教育模式，前期准备阶段应在术前1日进行，护理人员要对患者及其家属进行一对一的沟通，运用文字说明、图表展示、动态模拟等多种方式进行信息传递，在交流过程中要合理控制语速，并适时暂停，以便让受试者能够有效吸收知识内容，在进入后续评估环节时，要采用 Teach-back 技术来检测受试者对核心要点的理解程度，可以设计针对性问题。可以利用 teach—back 法深化和巩固学习效果，首先引导学员用自己话讲述所学知识；其次护理人员根据学员反馈情况判断理解程度，对模糊不清或错误之处加以有针对性的讲解和加强；第三阶段检查当日再次采用 teach—back 法检验学习成果，保证受试者完整熟悉检查流程以及注意事项，并解答疑问舒缓心理压力。

1.3 疗效评价

(1) 本研究借助自制的胃肠镜检查认知能力评价量表实施测评，此工具经过消化内科三位专家和护理学领域两位学者共同审定，表现出不错的信效度，Cronbach's α 系数达到 0.86，该量表包含检查目的，操作流程，术前准备，配合要点以及术后指导这五大主要方面，共计 20 道题，评分范围从 1 到 4 分，1 分代表完全不懂，2 分代表部分知晓，3 分代表基本知晓，4 分代表完全知晓，总分介于 20 到 80 分之间，分数越高，说明个体对该主题的认知水平越高，研究者在检查前一天对所有受试者执行统一测试，记录他们的得分数据。

(2) 检查配合度评价：采用自制的胃肠镜检查配合度评价量表进行判定，经科室专家审核通过，具有良好的可靠性。具体分型标准：①优：能主动配合医护人员指令，检查过程中保持正确体位，无抗拒行为，顺利完成检查；②良：基本配合医护人员工作，偶有犹豫或轻微抗拒，但经提醒后可立即纠正，不影响检查进度；③差：多次拒绝配合医护人员指令，出现明显抗拒、躁动等行为，导致检查中断或无法顺利完成。由 2 名经过培训的护理人员共同评估，取一致结果作为最终判定依据，计算优良率（优良率=（优例数+良例数）/总例数×100%）。

(3) 不良反应发生率的统计方法：在研究对象接受检测期间，对其出现的所有不适症状（包括恶心、呕吐、腹痛、腹胀、头晕、心悸等）进行记录，然后计算其发生率，其计算公式为：不良反应发生率=实际发生例数/总样本量×100%。

(4) 波士顿评分评价：采用波士顿肠道准备评分量表（BBPS）对肠镜检查前肠道准备质量进行评价，该量表涵盖右半结肠、横结肠、左半结肠 3 个部位，每个部位评分范围为 0~3 分，总分 0~9 分。评分标准：0 分，肠道内有大量粪便，无法观察；1 分，肠道内有较多粪便，仅能观察部分黏膜；2 分，肠道内有少量粪便或粪水，不影响黏膜观察；3 分，肠道内无粪便，黏膜清晰可见。总分越高提示肠道准备质量越好，由检查医师在肠镜检查开始时进行盲法评分。

1.4 统计学方法

本研究采用 SPSS26.0 专业统计分析软件完成数据处理。其中，计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间差异的显著性检验采用 t 检验；对于计数资料，用频数（%）表示，用 χ^2 检验来进行组间差异的显著性检验，当 P 值小于 0.05 时，具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组受检者认知水平评分比较

观察组受检者认知水平量表总得分及各维度得分均显著高于对照组，差异有统计学意义，详见表 1。

表 1 两组受检者认知水平评分比较

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	90	90	-	-
检查目的	12.35±2.14	15.68±1.87	11.263	<0.001
检查流程	11.86±2.32	15.23±1.96	10.582	<0.001
检查前准备	13.12±2.08	16.75±1.72	13.451	<0.001
检查中配合	10.98±2.25	14.86±1.93	11.874	<0.001
检查后注意事项	11.65±2.17	15.12±1.85	12.105	<0.001
总分	59.96±8.53	77.64±6.21	16.327	<0.001

2.2 两组受检者检查配合度比较

观察组受检者检查配合度优良率显著高于对照组，差异有统计学意义，详见表 2。

表 2 两组受检者检查配合度比较

组别	对照组	观察组	χ^2 值	P 值
例数	90	90	-	-
优	32	58	-	-
良	35	26	-	-
差	23	6	-	-
优良率	67(74.44%)	84(93.33%)	12.897	<0.001

2.3 两组受检者检查相关不良事件发生率比较

观察组受检者检查过程中不良事件发生率显著低于对照组，差异有统计学意义，详见表3。

表3 两组受检者检查相关不良事件发生率比较

组别	对照组	观察组	X ² 值	P 值
例数	90	90	-	-
恶心呕吐	28	10	-	-
腹痛腹胀	22	8	-	-
头晕心慌	8	2	-	-
总发生例数	58	20	-	-
发生率	64.44%	22.22%	39.652	<0.001

2.4 两组受检者波士顿评分比较

观察组受检者波士顿评分总分及各结肠段评分均显著高于对照组，差异有统计学意义，详见表4。

表4 两组受检者波士顿评分比较

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	90	90	-	-
右半结肠	1.52±0.46	2.68±0.32	19.874	<0.001
横结肠	1.61±0.43	2.75±0.29	21.356	<0.001
左半结肠	1.73±0.41	2.81±0.27	22.109	<0.001
总分	4.86±1.12	8.24±0.65	28.432	<0.001

3 讨论

3.1 基于 Teach-back 法的健康宣教可显著提升老年胃肠镜受检者认知水平

老年受试者因为生理机能衰退引起认知功能减退，使得获取和理解新知识变得困难，有些低学历的老年人不能正确掌握复杂的医学术语，传统的健康教育大多采用单向灌输的形式，医护人员往往会注重理论讲授，但没有充分考虑目标人群的认知特征与学习能力，而且缺乏具有针对性的效果评估的工具，致使他们对有关检查信息的理解程度比较差^[3]。研究数据表明，对照组受试者的认知功能评分为（59.96±8.53）分，这

说明传统健康教育方式难以充分满足老年群体的认知需求，Teach-back 教学法依靠“讲解—复述—反馈—强化”的双向互动机制，可以弥补现有教育模式的不足。本研究当中，观察组采用 Teach-back 法干预，护理人员依照老年群体的认知特点，采用通俗易懂的语言并搭配图表等可视化工具来传递知识，降低受试者获取信息的难度，经由引导受试者复述所学内容并及时纠正其理解偏差，加深受试者对检查相关内容的理解与记忆，达成预期目标。

3.2 基于 Teach-back 法的健康宣教可提高老年胃肠镜受检者检查配合度

老年受试者低配合度的现象可以从认知功能减退、心理压力以及对医疗流程的陌生感等多方面来解析，有些群体因为知识储备不足，在诊疗过程中很容易出现焦虑情绪，抗拒医嘱的执行，这样就会影响到治疗计划的顺利开展，考虑到多数老年人都患有多种慢性疾病，他们的生理机能衰退，对外界刺激变得更加敏感，这种状态下很容易降低他们主动参与和积极配合的意愿。我研究选取的对照组，样本受试者的检查配合度仅达 74.44%，且表现出明显抵触情绪的有 23 例，对整体流程存在较大干扰现象，当运用 Teach-back 法开展健康教育后，受试者的认知水平得到明显提高，在与护理人员实施多次互动过程中能熟练掌握各个环节操作要点，包括在胃镜检查时如何控制吞咽，做肠镜时如何变换体位调整呼吸等等，护理人员持积极态度地与患者共同建立良好医患关系，耐心地回应解决所有紧张情绪问题，逐渐增强受试者对医护人员的信任感并提高配合意愿与主动性。

3.3 基于 Teach-back 法的健康宣教可降低老年胃肠镜受检者不良事件发生率

在进行胃肠镜检查时，恶心呕吐、腹痛腹胀这些不良反应出现的频率，跟被检查者的生理状况、心理状态以及配合情况息息相关^[4]。老年患者因为胃肠道比较敏感，再加上时常会有焦虑情绪，所以在操作期间很容易出现恶心呕吐的情况；如果配合度不高且身体过于紧张，就可能会让腹痛腹胀的症状变得更为明显。根据统计数据，对照组的受试者出现不良反应的比例达到 64.44%，其中恶心呕吐占 28 例，腹痛腹胀占 22 例，这两项表现最为突出，给患者带来的检查体验非常糟糕。采用 Teach-back 法进行健康教育干预之后，通过提升认知水平和增强配合程度，明显降低了不良事件发生的比率，研究证明，在经过系统的宣教指导之后，受试者能够深刻理解自身可能出现的各种不适症状以及相应的应对措施，并以更为积极的态度参与到诊疗的过程中来，从而有效避免了因焦虑情绪引发的胃肠道功能紊乱现象^[5]。同时，严格遵照医嘱执行各项操作步骤，当进行胃镜检查时主动配合吞咽动作，这样不仅能够有效避免器械对咽喉部位造成过度刺激，而且大大降低了恶心呕吐的发生概率。

4 结论

运用 Teach-back 方法实施健康教育干预,能够明显提高老

年胃肠镜检查患者的医学知识水平,强化其配合意愿,缩减检查过程中的安全风险,优化就医感受,且这一模式具备操作简单,适用范围广的特点,临床实践意义与推广价值十分突出。

参考文献:

- [1] 庄立叶,谢开云,周龙媛,等.布托啡诺复合依托咪酯-丙泊酚混合液在老年肥胖患者无痛胃肠镜检查中的应用[J].江苏医药,2025,51(10):999-1003.
- [2] 鲁昌坤,袁胜春.老年患者无痛胃肠镜联合检查的临床效果及不良反应发生情况分析[J].中国医疗器械信息,2025,31(20):78-80.
- [3] 彭曾,焦丰,程小玲,等.不同剂量阿芬太尼复合依托咪酯诱导麻醉在老年患者无痛胃肠镜检查中的应用效果[J].临床合理用药,2025,18(27):69-72.
- [4] 杨锦,王维,张晓燕,等.老年无痛胃肠镜检查患者肠道准备失败的影响因素及预测模型构建[J].中华老年多器官疾病杂志,2025,24(05):341-345.
- [5] 乔丽娜,范捷.不同剂量瑞马唑仑与阿芬太尼在老年患者胃肠镜检查中的效果观察[J].深圳中西医结合杂志,2025,35(08):96-99.