

《心理科学进展》审稿意见与作者回应

题目：消费者用药依从行为探析：基于两阶段理论模型

作者：沈曼琼，廖建财，王海忠

第一轮

编委初审意见：

建议作者有个图更形象的描绘两阶段模型。

回应：非常感谢编委专家给予我们重新修改论文的宝贵机会，同时也非常感谢编委专家的建议。在新的修改稿中，我们补充了图 1，标题为“两阶段理论视角下的消费者用药依从行为影响因素与干预体系”。在该图中，我们补充了两个阶段理论基础，清晰地强调了两个阶段分别是动机阶段和意志阶段，并且描绘了两个阶段的核心差异点。具体见正文第 13 页图 1。

审稿人 1 意见

本文基于个人健康行为改变研究领域的两阶段理论模型，梳理了从消费者行为视角探究个人用药依从行为的影响因素和干预手段，并提出了未来的研究趋势。作者对相关文献的梳理较为全面，也对现有研究的局限性进行了评述，所构建的理论模型有助于研究者对从消费者行为学的视角了解个体用药依从行为的影响因素，具有一定的理论贡献。但作为一篇文献回顾式论文，本文理论创新、表述的严谨性以及逻辑结构等方面还存在较大的改进空间。具体如下：

回应：非常感谢审稿专家对本文的理论贡献的肯定。在修改稿中，我们对理论创新、表述的严谨性以及逻辑结构等方面都做了重大修改，希望我们的修改可以达到您的要求。由于第一个意见包含多个具体的意见和建议，所以我们对每个子意见进行一一回应。

意见 1.1：作者认为本文的理论贡献之一在于提出两阶段模型。该模型比线性模型的优势主要体现在模型直观和便于干预措施的设计。但是从作者综述的文献看，这两个阶段并不能进行清楚的划分。

回应：感谢审稿专家的宝贵意见！基于两阶段理论模型的视角对消费者的用药依从行为进行梳理和归纳，是本研究的理论贡献之一。该模型与线性模型相比，确实存在直观和便于干预

措施的设计等优点，但更重要的是阶段性模型可以弥补线性模型的不足。线性模型认为认知和行为改变以线性形式发生，可以使用单一预测规则描述行为变化，这意味着“一刀切”的干预方法适用于所有不健康行为个体。因此它忽视了时间过程中的质变，例如心态、认知及思维方式的改变；也不利于对消费者的用药依从行为进行具体的干预。

根据两阶段理论模型，人们在健康行为改变的不同阶段会有不同的认知成分发挥重要作用。健康行为的动机阶段主要是形成健康行为意愿，即采取某些有利于健康的预防措施或者改变某些危害健康的行为。动机之后的阶段是意志阶段，它描述了人们是如何努力以及坚持的时长。动机阶段和意志阶段的区别在于行为的明显变化。动机阶段主要形成意愿，处于该阶段的个体想要行动，但还没有行动。而意志阶段的个体已经执行了预期的行为。在用药依从情景中，药品获取认知阶段即用药的动机阶段，该阶段主要是形成服药意愿。药品服用治疗阶段即用药的意志阶段，该阶段主要描述的是消费者形成服药意愿之后，将意愿转化为行动，执行服药意愿并努力坚持的过程。因此，两个阶段之间的过渡点（transition point）在于消费者是否形成服药意愿。

我们非常感谢审稿专家提出的建议，在原来的稿件中，两阶段存在不清晰的问题。在修改稿中，我们补充了两阶段模型的阐述，同时明确指出两个阶段之间的过渡点在于消费者是否形成服药意愿，以让两个阶段的划分更加清晰。同时也在正文中补充了标题为“两阶段理论视角下的消费者用药依从行为影响因素与干预体系”的框架图，以更形象直观地描述两阶段。具体见正文第3页标红部分和第13页图1。

意见 1.2: 首先，作者强调第一阶段主要是形成消费者的药效预期，第二阶段则是服药行为。但是药效预期本身就对服药行为具有决定性的影响，而消费者在服药过程中可能对药效预期进行动态调整。

回应: 感谢审稿专家的具体意见。首先我们很赞同您的意见，消费者的药效预期在第一阶段产生之后，在第二阶段的药品服用治疗阶段也会进行动态调整。而这也支持了两阶段理论的观点，即在消费者的用药依从行为过程中，随着时间的推移，人们的认知和心态会发生转变。即使是同一种认知成分，例如药效预期，也会在不同阶段有动态的变化。

其次，我们要更正文章中表述不正确之处。尽管药效预期是形成服药意愿的决定性因素，但药效预期并非两个阶段的过渡点。根据两阶段理论，第一阶段应该形成的是消费者的服药意愿，第二阶段则是服药行为。因此，在新的修改稿中，我们对表述不当之处都进行了修改，

强调了第一阶段形成的是消费者的服药意愿而不是药效预期。在正文中，我们对强调第一阶段主要是形成消费者的药效预期的表达进行了更正。具体见正文的第 6-7 页标红部分。

意见 1.3: 其次，作者在综述第二阶段的文献时讨论了 Ilyuk 等人(2014) 的研究。该研究探讨了消费者对药物起效时间和药效持续的预期如何影响依从行为。如果主要影响因素是消费者预期，为什么该研究属于针对第二阶段而非第一阶段的研究？这是否说明这两个阶段的划分没有那么清晰？

回应: 感谢审稿专家的具体意见。Ilyuk 等人(2014) 的研究强调了在药物中标明药物的起效时间和药效持续时间会影响消费者后续用药依从行为。在文章的讨论中，我们主要是讨论消费者在用药后，药物上的产品信息（而不是消费者的预期）消费者依从行为的影响。消费者在服药之后，药品的信息可以作为一个参考值，辅助消费者对药品的疗效有一个相对客观的判断，从而避免用药不依从或者用药过度的不当行为。因此，对于这篇文章，我们将其放在第二阶段进行讨论。为了避免造成误解，在修改稿中，我们更正了这个研究的讨论，使其表达更准确和清晰。具体见正文第 7 页 3.2.1 部分。

此外，在新的修改稿中，我们也明确了引用文献分类的标准。根据两阶段理论，药品获取认知阶段属于用药依水平的动机阶段，讨论的核心问题是消费者是否形成服药意愿，反应表现在态度层面。而药品的服用治疗阶段属于用药依从水平的意志阶段，讨论的核心问题是消费者是否坚持以及坚持了多久，反应表现在行为层面。因此，引用文献和因素分类的依据主要看研究的结果变量。当结果变量是消费者的态度时，我们将其放在第一阶段，当结果变量是行为时，我们将其放在第二阶段。

意见 1.4: 最后，作者根据两阶段模型分别综述了不同的干预手段。但是在 4.1 讨论针对第一阶段的干预行为时，作者引用的关于提醒服务（如 Fischer 等，2014）和药剂师的作用实际都改变了患者的服药行为，而不是他们对药效的预期（药效预期是初始依从水平的决定性影响因素，但药效预期不等于初始依从水平，后者是实际服药行为，属于第二阶段的结果变量）。为什么这些研究属于针对第一阶段的研究？

回应: 感谢审稿专家的建设性意见。在重新审读文章后，我们非常同意审稿人的意见。因此，我们重新调整第四部分的逻辑，并重写了第四部分。

正如意见 1.3 中所回应的引用文献分类标准，根据两阶段理论，两个阶段分别为动机阶段和意志阶段。从用药依从水平来看，是否形成服药意愿是两个阶段之间的分界线。动机阶段主要形成意愿，处于该阶段的个体想要行动，但还没有行动。而意志阶段的个体已经执行了预期的行为。据此，对第一阶段的干预应该是针对态度的干预，而第二阶段则是对行为的干预。在修改稿中，我们将提醒服务和药剂师的干预都调整到要用服用治疗阶段的行为干预中，并重新整理归纳了药品获取认知阶段的态度干预。基于已有研究，我们认为，对于第一阶段的态度干预，提高服药意愿是促进初始的用药依从水平的关键因素。进行干预的首要任务是引导消费者客观评估风险，既要致力于让消费者重视自己的身体健康，又要避免由于高估风险而过度用药。健康服务者和相关管理人员既要利用消费者的信息加工特点，又要避免外界信息的不良诱导。基于此，我们提出了引导消费者客观评估风险、利用加工流畅性提高服药意愿、以及严格监管大众媒体的信息传播等干预策略。具体见正文第 9-10 页标红部分。

意见 1.5: 此外，作者所梳理的干预措施的文献与两阶段模型的联系并不紧密，因此不足以用来证明两阶段模型的合理性。

回应: 感谢审稿专家的宝贵意见！在重新构建第四部分干预措施的逻辑后，我们也重新对该部分的文献进行梳理，对于与两阶段联系不紧密、或与医疗或者健康关系不紧密的文献，我们进行了删除。同时补充了消费者用药依从行为的相关文献。具体见正文第 8-12 页标红部分。

意见 2: 引用文献的严谨性有待提升。作者在回顾第二阶段影响因素时聚焦在安慰剂效应和治疗速率的影响。但是，在文献梳理中作者所举的例子常为非药品产品（如高尔夫推杆、咖啡、字典、口腔糖等）。尽管消费者的用药行为属于消费活动，但这并不表明在非药品产品中所得到的研究结论都可以延伸到药品产品中。因此，作者在梳理文献时应该更加严谨，确认所引用的文献的确使用了药品（或者治疗）作为刺激物（Garvey et al. (2016)的论文里似乎并没有使用药品作为刺激物），并将相关实验用于举例说明。

回应: 感谢审稿专家的建设性建议。结合您前面的建议，在新的稿件中，我们对药品服用治疗阶段的影响因素进行了新的梳理，以更好地区分两个阶段的差异。我们提出药品见效速率、药品的有效持续时间，以及药品的营销沟通是影响消费者在第二阶段的用药依从行为重要因素。此外，为了确保引用文献的严谨性，我们删除了以非药品（如高尔夫推杆、咖啡、字典、

口腔糖等)为实验材料的文献,并补充药品产品的相关文献。为了提高全文引用文献的严谨性,我们也检查并删除了其他部分相关性低的文献,并补充近三年消费者行为领域国际顶级期刊上发表的相关文献。具体见正文第 7-8 页和参考文献第 16-19 页中的标红部分。

意见 3: 在 4.2 作者所总结的研究侧重于干预原则(如识别消费者心态、因地制宜等),而非干预手段。而且这些文献似乎主要基于医学视角(视为患者)而非消费者行为的视角(视为消费者)展开研究,因此这部分内容与本文主题之间的逻辑联系不够紧密。建议作者加强阐述或者考虑删减。

回应: 感谢审稿人的宝贵建议。在新的修改稿中,我们删去了识别消费者心态、因地制宜等内容,并且重写了 4.2 部分。根据两阶段理论,药品服用治疗阶段干预的重点是在形成服药意愿的基础上努力延长消费者在这一阶段的意志,以提高消费者的用药依从行为。本文从消费者疾病状况、健康服务人员和营销沟通三个维度系统性地梳理干预策略。具体是:首先对消费者的用药依从水平进行干预要先了解消费者的疾病状况,并基于疾病的激励强度和改变行为幅度两个维度开展干预工作。其次,健康服务人员的干预要转换角色、把握好时间节点、并有针对性采用不同的干预方式。最后是利用营销沟通策略进行干预。具体的阐述见正文第 10-12 页标红部分。

在重新梳理的过程中,为了确保引用文献的严谨性以及联系强度,我们也重新审查了干预部分的文献。为了使文章逻辑更清晰,主题更加鲜明,在新的修改稿中,我们删去了一些医学视角的研究,同时补充消费者视角的文献。例如, Shi, Liu, & Srinivasan (2022)等人研究发现了医疗健康领域的 Oz 效应。"Oz 效应"指的是当名人医生如 Dr. Oz 推荐某种健康产品或医疗方案后,公众对该产品或方案的关注和接受度急剧上升。Costello 等人(2023)发现了一种"上升趋势效应",这种效应通过突出随时间实际增加的参与度,而不引用客观的描述性规范,从而鼓励描述性非规范但健康的行为。通过测量消费者的真实行为发现,上升趋势信息使接收者对目标行为推断出更大的描述性规范性,从而提高健康行动参与度。见正文第 10 页和第 12 页标红部分。

对于小部分相关程度较高的文献,我们认为患者也是消费者,只是患者的消费场景大部分是在医院、诊所等医疗单位。但对于一些慢性患者,他们很多时候可以自行在网上药店或者线下药店购药,完成自我诊断治疗。因此在修改稿中,为了强化文章的消费者研究视角,明确研究对象,我们全文都避免对个体采用"患者"称呼,并统一称为"消费者"。

意见 4: 作者提出的未来研究方向较为零散，不够系统，也不够理论化，从而削弱了本文的理论创新。另外，既然本文的主要贡献在于提出了两阶段模型，且前面的文献综述也围绕这两个阶段展开，建议作者在讨论未来研究方向时也针对这两个阶段分别进行讨论，使得本文的结构和条理更加清晰。

回应: 非常感谢审稿专家的宝贵建议。在重新审读文章后，我们认为提出的未来研究方向确实比较零散，不够系统理论化，特别是没有结合两阶段模型。因此，在新的修改稿中，我们基本重新整理和书写了这一部分。结合两阶段理论的研究不足，我们首先提出未来的研究要探索弥合“意愿-行为”之间的差距。其次要采用整合思路探索用药依从行为的完整过程。再次，要以多元视角探索影响用药依从行为的前置因素。最后是深入挖掘用药（不）依从的内在机制和影响因素。具体见正文第 13-16 页标红部分。

最后，非常感谢老师的宝贵建议和意见。除了以上的修改，我们还对稿件进行出声朗读，对稿件的语句通顺、语病、语句冗杂等问题进行反复检查和修改，同时也对稿件的中文摘要、参考文献、英文摘要进行了反复修改和检查，再次感谢审稿专家。

.....

审稿人 2 意见:

这篇文章从两阶段模型探究了消费者用药依从行为的影响因素，对健康行为的理解具有一定的理论意义。问题或建议如下：

意见 1: 两阶段理论的依据不清晰，前后概念不一致，动机模糊，创新性不清晰。作者提出：“目前的阶段理论包括跨理论模型(The Transtheoretical Model, TTM)、预防措施采用过程模型(PAPM)、I-Change 模型、健康行动过程理论模型(HAPA)或行动阶段模型(MAP)。虽然这些模型在分类原则上有着细微的差别，但研究人员通常根据个体是否有形成意愿来对阶段进行两阶段分类(Schüz, et al., 2009)。例如，健康行动过程理论模型提出动机过程和意志过程之间的区别(Schwarzer, 2008a; 2008 b)。健康行为动机阶段的主要任务是形成消费者的预防意愿，而意志过程是一个后意愿阶段。根据两阶段理论，意志阶段是指个体对健康行为的努力和维持所产生的反应过程(Schüz, Sniehotta, & Schwarzer, 2007)。动机阶段描述的是我们想做什么，而意志阶段描述的是我们怎么做，能坚持多久。”根据上述论述可知，目前有多个理论

是分阶段论述健康行为的改变的；那么，本文的两阶段模型（动机阶段和意志阶段；药品获取认知阶段与药品服用治疗阶段）与以往的这些模型有何区别和联系？有何创新之处？为何将药品的价格和广告放入的治疗阶段？ 这些因素的分类依据是什么？

回应：感谢审稿专家的宝贵意见。对于两阶段理论的依据不清晰的问题，在修改稿中，我们对两阶段理论模型进行了补充阐述。在本研究中，我们依据的两阶段理论是健康行动过程理论模型（the health action process approach, HAPA）。该理论模型认为，人们在健康行为改变的不同阶段会有不同的认知成分发挥重要作用。健康行为的动机阶段主要是形成意愿，即采取某些有利于健康的预防措施或者改变某些危害健康的行为。动机之后的阶段是意志阶段，它描述了人们是如何努力以及所坚持的时长。动机阶段和意志阶段的区别在于行为的明显变化。动机阶段主要形成意愿，处于该阶段的个体想要行动，但还没有行动。而意志阶段的个体已经执行了预期的行为。在用药依从情景中，药品获取认知阶段即用药的动机阶段，该阶段主要是形成服药意愿。药品服用治疗阶段即用药的意志阶段，该阶段主要描述的是消费者形成服药意愿之后，将意愿转化为行动，并努力坚持的过程。

相比健康行动过程的两阶段理论模型，预防措施采用过程模型(PAPM)假定从不知道问题到维持至少要经历六个阶段，跨理论模型(The Transtheoretical Model, TTM)假设个体从考虑到维持要经历预先考虑，沉思，准备，行动，维持五个阶段，I-Change 模型则假定人们的健康行为改变要经历前动机阶段、动机阶段和行动阶段。因此，尽管这些理论认为健康行为改变经历了不同阶段的心理过程，但这些模型的共同之处是都认为人们在健康行为改变的不同阶段会有不同的认知成分发挥重要作用。意愿对行为的预测不是线性的，而应该是根据阶段的特点来匹配干预手段。在用药依从行为中，健康行动过程理论模型的两个阶段可以更好地与药品获取认知阶段 (Awareness stage)和药品服用治疗阶段 (Trial and adoption stage)相匹配，可以更概括性地总结两个阶段下的消费者用药依从行为，所以本研究采用健康行动过程理论模型的两个阶段作为本研究的理论基础。

采用两阶段理论模型的创新点在于，我们拓展和丰富了健康行动过程理论模型。以往的研究多使用健康行动过程理论模型来解释人们的减肥、戒烟等健康行为。而本研究以消费者为研究对象，并基于健康行动过程理论模型这一两阶段理论，整合了消费者用药依从行为的影响因素和干预策略体系，有助于人们更好地理解 and 促进消费者的用药依从行为，提高消费者的健康和福祉。促进消费者的用药依从行为，提高消费者的健康福祉也是本研究的研究动

机和出发点。

对于“为何将药品的价格和广告放入的治疗阶段？ 这些因素的分类依据是什么？”的问题，我们很抱歉在原来的稿件中没有解释清楚，让您感到困惑。根据两阶段理论，药品获取认知阶段属于用药依水平的动机阶段，讨论的核心问题是消费者是否形成服药意愿，反应表现在态度层面。而药品的服用治疗阶段属于用药依从水平的意志阶段，讨论的核心问题是消费者是否坚持以及坚持了多久，反应表现在行为层面。因此，引用文献和因素分类的依据主要看研究的结果变量。当结果变量是消费者的态度时，我们将其放在第一阶段，当结果变量是行为时，我们将其放在第二阶段。

综上，为了让两个阶段的区分更加清晰。我们对正文进行了以下调整：

第一，我们在论文的第二部分（两阶段理论模型）中对理论进行了补充，阐述了两阶段理论模型与其他阶段理论模型之间的相似点和差异点。同时也指出两阶段理论模型的优点以及为何它更适合用于梳理和归纳消费者的用药依从行为。见正文第 3 页标红部分。

第二，为了避免读者困惑，在论文的 3.2（药品的服用治疗阶段）中，我们对涉及药品的广告和价格的部分进行了删除，并补充了结果变量是行为变化的与消费者用药依从相关的文献。见正文第 7-8 页标红部分。

第三，在论文的第四部分（基于两阶段理论模型的用药依从水平干预）中，我们也明确提出，两个阶段主要的不同是，初始的药品认知阶段一种对态度的干预，而服药治疗阶段则是一种对行为干预。并依据态度和行为这两个不同的结果变量，重新梳理两个阶段的干预策略。见正文第 8-12 页标红部分。

意见 2：研究问题或场景不清晰，用药依从行为与医药信息的营销是两个不同的范畴。用药依从行为指的是患者服用药品的行为，而法律规定药品是不可以做广告的。文章将药品与大健康产品两类文献混合在一起，容易误导读者企业可以营销药品信息。建议作者严格区分两类行为或两类文献，清晰界定研究对象和研究问题。

回应：感谢审稿专家的意见。我们非常认同您的观点“用药依从行为与医药信息的营销是两个不同的范畴”。从执行者来看，用药依从行为是指消费者的行为，而医药信息的营销是企业的行为。从对象来看，参考消费者领域学者对用药依从行为的定义，用药依从行为指的是“在药物获取（购买）和正确使用方面，消费者对个人或者组织的建议遵循或采纳的程度”（Bowman et al., 2004）。其中的药物不仅包括处方药，还包括非处方药以及身体检查的产

品或者服务。它的药品范围包括了可以开展商业活动的、在市场上流通的药品，也包括国家规定范围内不能进行广告推广的非市场化的药品。而医药信息的营销对象既包括国家规定范围内可市场化的非处方药，也包括那些有益于人们身体健康的食品或服务，例如固体饮料、健康茶、膳食补充剂等。为了清晰界定文章的研究问题和研究对象，我们在用药依从的定义中，也补充了药品的阐述，明确指出药物不仅包括处方药，还包括非处方药以及身体检查的产品或者服务。它的药品范围包括了可以开展商业活动的、在市场上流通的药品，也包括国家规定范围内不能进行广告推广的、非市场化药品。具体见正文第 1 页引言中标红部分。

对于药品做广告的问题，根据《中华人民共和国广告法》第 15 条规定，麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊药品，药品类易制毒化学品，以及戒毒治疗的药品、医疗器械和治疗方法，不得作广告。除此规定以外的处方药，只能在国务院卫生行政部门和国务院药品监督管理部门共同指定的医学、药学专业刊物上作广告。广告法第 16-19 条则规定医疗、药品、医疗器械广告、保健食品广告不能包含的内容。因此，根据法律，药品不是不可以做广告，而是不能随意做广告，不能做虚假广告，要在法律规定范围内做广告。例如，我们在生活中就经常看到藿香正气液，斯达舒等药品广告。

为了避免误导读者，使其认为企业可以随意营销药品，根据审稿专家的建议，在修改稿中，我们在文章 3.2.3 药品的营销沟通中强调了“在我国，法律对药品的信息传播有着严格的限制”。同时加了脚注进行说明，强调药品的信息传播活动要严格遵守国家法律规定（见正文第 8 页脚注部分）。另外，我们也对全文的表述进行了检查，删除了“医药营销”的表述，以避免误导读者认为药品都可以随意营销。

意见 3：作者构建了“消费者用药依从行为的干预策略体系。目前研究主要呈现了个体在消费上的具体应对行为，但鲜有研究对其进行聚类，本研究将根据短期和长期的时间维度，提炼出更有普遍性和概括性的应对策略体系。”“两个阶段主要的不同是，对初始的购药阶段的干预是一种短期的干预，而对服药治疗阶段则是一种长期干预。因此，本文将对应两阶段分别归纳和阐述不同阶段下的消费者用药依从干预方式。”作者提出了获取认知阶段的短期干预和服用治疗阶段的长期干预，正文的干预内容与小节标题的逻辑恰好相反：提醒服务和提醒时间应该是治疗阶段的短期干预，识别消费者心态和区分消费者自身的特征条件却应该是改变认知的长期干预。那么，从时间维度对干预措施进行分类或聚类是否科学和准确？

回应：感谢审稿专家的建设性建议。在重新审读文章后，我们认为原来的逻辑和支持的研究证据确实存在不足，因此在新的修改稿中，我们重新调整了第四部分的逻辑，根据两阶段的结果变量，对消费者的态度和行为进行干预。药品认知阶段是一种对态度的干预，而服药治疗阶段则是一种对行为干预。

在药品认知阶段，干预的目标主要是促进消费者的服药意愿。因此，我们删去了提醒服务和提醒时间部分内容，以及药剂师干预部分内容，重新补充了新的干预策略。由于风险是影响服药意愿形成的重要前因。因此，我们认为，在这一阶段，进行干预的首要任务是引导消费者客观评估风险，既要致力于让消费者重视自己的身体健康，又要避免由于高估风险而过度用药。健康服务者和相关管理人员既要利用消费者的信息加工特点，又要避免外界信息的不良诱导。据此，我们梳理和归纳以往的研究，提出的干预策略包括：引导消费者客观评估风险，利用加工流畅性提高服药意愿，以及严格监管大众媒体的信息传播。

在服药治疗阶段阶段，干预的重点是在形成服药意愿的基础上努力延长消费者在这一阶段的意志，以提高消费者的用药依从行为。我们从消费者疾病状况、健康服务人员和营销沟通三个维度提出干预策略。首先，对消费者的用药依从水平进行干预要先了解消费者的疾病状况，提出要根据激励强度（即用药依从的后果）和行为需要改变的幅度两个维度，对不同的疾病进行针对性干预。对于健康服务人员，我们强调了角色的转换、时间节点的把握、干预的方式都是干预执行过程中不可忽视的重要手段。并通过已有研究，具体阐述每一种手段的注意点和可以借鉴之处。最后，提出利用营销沟通策略进行干预，并引用营销国际顶级期刊的成果，提出如何利用营销沟通策略来提高消费者用药依从行为。

具体修改内容请见正文第 8-12 页标红部分。

意见 4：作者从完善用药依从水平的测量体系、新情境下用药依从的影响因素、心理过程三个维度展望未来研究，三个维度都比较大而模糊，且与前面综述的内容相关性不大。建议作者在前文论述的基础上，找到研究不足，并在此基础上提出具体的研究展望。

回应：非常感谢审稿专家的建设性建议。因此，在新的修改稿中，我们重新整理和书写了这一部分。具体结合两阶段理论，从两个阶段中找到研究不足之处，并在此基础上形成新的研究展望。结合两阶段理论的研究不足，我们首先提出未来的研究要探索弥合“意愿-行为”之间的差距。其次要采用整合思路探索用药依从行为的完整过程。再次，要以多元视角探索影

响用药依从行为的前置因素。最后是深入挖掘用药（不）依从的内在机制和影响因素。具体见正文第 13-16 页标红部分。

最后，我们在上述系列意见的修改基础上，全体作者又再次通读全文，在语言上进一步做到细节的润色。真诚感谢您的系列意见让我们对本研究有了更为深入的思考！也希望我们的回复能够满足您的要求！如有不到位的地方，欢迎您再批评指正！

第二轮

审稿人 1 意见

意见 1: 虽然作者根据审稿意见进行了修改和完善，但还是存在一些关键问题没有解决。问题如下：

作者介绍了两阶段模型的优势，但是依然没有将本文的两阶段模型(动机阶段和意志阶段；药品获取认知阶段与药品服用治疗阶段)与以往的 6 阶段或 5 阶段模型等进行辨析，阐释创新之处。此外，论文第三页介绍阶段理论时缺乏文献支撑。

回应: 感谢审稿专家的宝贵意见。根据您的建议，我们将两阶段模型与其他模型(例如 5 阶段或 6 阶段模型)进行了辨析，并补充在修改稿中(具体阐述见正文第 3 页标红部分)。两阶段模型相较于其他多阶段模型的优势具体表现在以下几个方面：

第一，在可操作性方面；HAPA 模型通过集中关注动机阶段和意志阶段，使得研究更加专注于影响消费者服药意愿(动机阶段)和维持服药行为(意志阶段)的因素 (Schwarzer, 2008)。这种简化的方法减少了阶段数量，从而简化了理解和干预用药行为的复杂性，使研究者能够更清晰地定位干预点(Schwarzer, 2008)，提高了干预措施的可操作性。例如，通过顾客教育增强动机和通过提醒系统强化维持服药行为。

第二，在干预评估方面；简化的阶段结构使得干预措施更易评估(Luszczynska & Schwarzer, 2005)。相比之下，多阶段模型如 PAPM 和 TTM 通常涵盖从意识到行动再到维持的多个阶段。过于具体的区分，可能会降低对关键转换点的关注(Prochaska & DiClemente, 1983)，使得针对每个阶段设计特定的干预措施在实际操作中可能较为复杂，评估特定的干预效果也就相对困难(Weinstein, et al., 1998)。

第三，在文化和环境适应性方面；两阶段模型的文化和环境适应性也是一个显著优势。HAPA 模型由于其简化的框架，易于在不同文化和环境背景下适应，尤其是在不同的卫生保

健系统中 (Schwarzer & Luszczynska 2008)。此外, 两阶段模型可以适用于各种类型的用药依从性问题, 无论是长期治疗还是短期治疗(Luszczynska & Schwarzer, 2005)。而多阶段模型的复杂性可能需要更多地考虑特定文化和环境因素, 使得模型的适应性变得有限, 可能更适合于特定的行为变化情境(Glanz, et al., 2008)。

总结来说, 在用药依从性研究中, 两阶段模型提供了一个简化且集中的框架, 有助于更清晰地理解和干预患者的用药行为。相比之下, 传统的多阶段模型虽然能够提供更详细的行为变化过程, 但在可操作性、干预评估和环境适应性上可能存在一定的局限性。因此, 本研究以健康行动过程理论模型的两个阶段理论为基础, 梳理和归纳两阶段下消费者的用药依从行为。

最后, 对于原来正文中第三页理论介绍部分, 我们在新的修改稿中补充了相关文献(高雯等, 2012; Schwarzer, 2008; Schüz et al., 2009), 以确保文章的严谨性(具体阐述见正文第4页标红部分)。

参考文献

- 高雯, 杨丽珠, 李晓溪. (2012). 健康行动过程取向模型的发展与前景. *心理科学进展*, 20(10), 1651–1662.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1–29.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2008). How to overcome health-compromising behaviors: The health action process approach. *European Psychologist*, 13(2), 141–151.
- Schüz, B., Sniehotta, F. F., Mallach, N., Wiedemann, A. U., & Schwarzer, R. (2009). Predicting transitions from preintentional, intentional and actional stages of change. *Health Education Research*, 24(1), 64–75.
- Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2005). Social cognitive theory: Predicting health behaviours and the role of self-efficacy. *Psychology, Health & Medicine*, 10(1), 85–97.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.
- Weinstein, N. D., Rothman, A. J., & Sutton, S. R. (1998). Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17(3), 290–299.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. Jossey-Bass.

意见 2:在“用药依从影响因素”部分,“药品的营销沟通”为什么放在服用治疗阶段?这一段的回旋镖效应和自我建构等是否为营销沟通的范畴?文中有好几处类似的问题,建议加强标题与内容之间的逻辑联系。

回应:感谢审稿专家的宝贵意见。在药品服用治疗阶段,我们更多聚焦消费者的行为变化。该阶段的主要任务是促进消费者持续服药行为。根据对已有文献的梳理,我们发现,药品的营销沟通确实可以影响着服药阶段的消费者用药依从行为。在药品服用阶段,营销沟通的目标是强化消费者的用药依从行为。但是,已有研究表明,营销沟通的影响并不总是正面的,还有负面和中立的影响。具体如下:

首先,有研究表明,营销沟通可以强化消费者的用药依从行为。例如,广告可以提醒消费者服药,强化已经遵循药物使用规定的消费者依从行为,并让不依从者感到“内疚”,进而促进消费者用药依从行为(Bowman et al., 2004)。Wang et al. (2023) 通过多项研究,涉及 COVID-19、乳腺癌等多种疾病,结果发现,疾病信息拟人化可以促进消费者的依从行为。因为拟人化增加了对疾病的心理亲近感,进而增加了感知的易感性。但是,营销沟通策略并不总是起到正强化效果。已有研究也表明,广告对药品依从行为也可能存在负面效果。一般而言,未接触广告的消费者更依赖医生获取信息。而接触广告后的消费者可能会因为感到自主而选择在未咨询医生的情况下改变药物剂量安排。特别是对于症状较轻的消费者,他们可能更不愿意遵从医嘱(Bowman et al., 2004)。最后,对于营销沟通的作用,也有学者发现了中立的结果,即营销沟通能否起到正强化效果,受到某些因素(如广告方、个性特征)的调节。Wosinska (2005)采用 4 年的面板数据,分析表明,竞争对手的广告增加了整体类别的依从性,而自身药品的广告降低了使用该特定药物的依从性。

对于原来稿件中 Bolton 等人(2008)和 Briley 等人 (2017)的研究,我们将其作为分论点的证据。其中, Bolton 等人(2008)的研究作为营销沟通对用药依从行为可能产生负面影响的支持证据。该研究发现“回旋镖效应”,即将产品作为药品(而不是补品)进行传播会让消费者更少从事健康的生活方式(如服用降低胆固醇产品)。Briley 等人 (2017)的研究作为营销沟通可能对消费者用药依从行为产生混合影响。该研究发现在面临健康方面的挑战时,对于互依型自我建构的消费者而言,“行动者”的营销沟通框架(例如,成事在人,谋事在天)对促进依从行为更为有效;而对于独立型自我建构的消费者而言,“反应者”的营销沟通框架(例如,兵来将挡,水来土掩)对于促进依从行为更为有效。因此,引用这两篇文章,主要是强调

了在营销沟通方面，健康从业人员可以利用广告定位和信息框架的原理，通过广告等营销沟通方式，影响消费者的用药依从行为。

因此，结合药品服用阶段的主要任务和已有文献，我们在药品服用治疗阶段中梳理了营销沟通的影响。为了避免混淆，根据您的建议，我们将“药品的营销沟通”更改为“服用药品的营销沟通”，以明确影响因素的范围，同时契合服用治疗阶段。同时也从营销沟通对消费者用药依从行为的正向、负向、中立影响效应进行梳理，补充和修正了正文的内容，以加强标题与内容之间的逻辑联系(见正文第 7-9 页标红部分)。

此外，在修改稿中，我们也从服用药品的售后服务视角，补充了用药治疗阶段下的消费者用药依从行为的影响因素。在探讨药品的服用治疗阶段的诸多影响因素当中，服用药品的售后服务对消费者依从行为的影响是药品服用治疗阶段不可或缺的重要因素。在修改稿中，文章从服务提供者的互动特征，以及这些特征与消费者自身因素的交互影响等方面进行了梳理(具体见正文第 9 页标红部分)。

最后，我们也对文章进行通篇检查，修改了其他类似的地方。例如，调整了药品获取认知阶段影响因素中的标题和呈现顺序，以让标题和内容更匹配，更有逻辑性。同时也修改了一些小标题。例如，将“对治疗的固有信念”改成“消费者固有信念”；将“药品见效速率”改成“服用药品的见效速率”等。

参考文献：

- Bowman, Douglas; Heilman, Carrie M.; Seetharaman, P.B. (2004). Determinants of product-use compliance behavior. *Journal of Marketing Research*, 41(3), 324–338.
- Wang, L., Tour é-Tillery, M., & McGill, A. L. (2023). The effect of disease anthropomorphism on compliance with health recommendations. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 51(2), 266–285.
- Wosinska, M. (2005). Direct-to-consumer advertising and drug therapy compliance. *Journal of Marketing Research*, 42(3), 323–332.

意见 3：修改稿虽然增加了框架图，但该图未能清晰展示论文的内容和逻辑。

回应：感谢审稿专家的建设性建议。如图 1 所示，在修改稿中，在修改了正文内容的基础上，我们重点修改了框架图的展示逻辑，使其可以更清晰展示论文的理论、用药依从行为的影响因素、以及干预策略之间的逻辑关系。

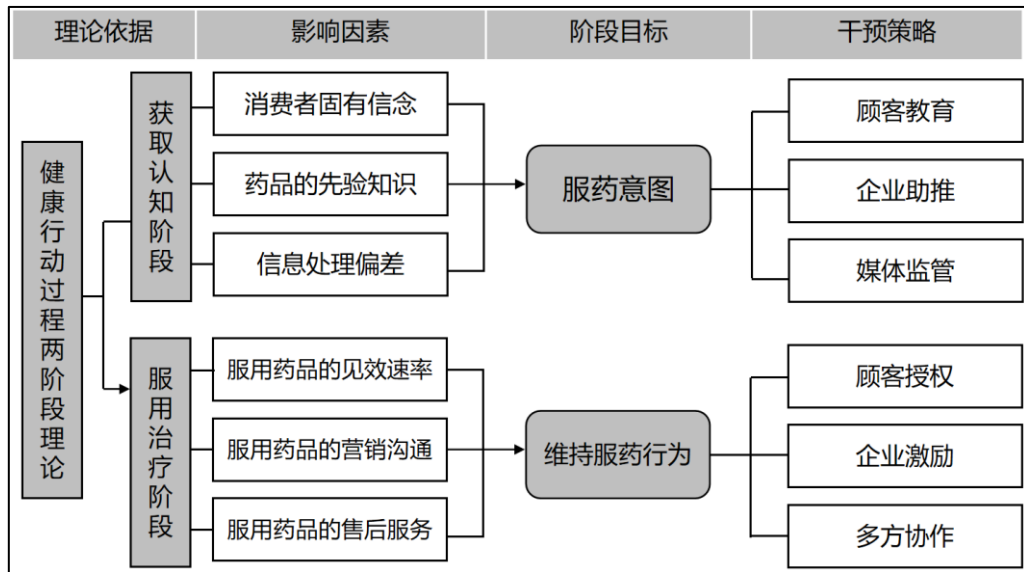


图 1 两阶段理论视角下的消费者用药依从行为影响因素与干预策略

意见 4: 在干预策略部分，修改稿调整了内容逻辑，但分类的逻辑可能还是有问题。利用加工流畅性提高服药意愿是否属于改变认知阶段的态度干预呢？

回应: 感谢审稿专家的建设性建议。针对分类逻辑可能存在的问题，我们对干预策略部分进行了彻底地、大幅度的修改。

在获取认知阶段，我们将分类更改为顾客教育、企业助推和媒体监管，即从消费者自身、企业、和外界媒体三个层次对消费者的用药依从行为干预策略进行梳理。下面，我们将对顾客教育和企业助推两个修正策略进行简要介绍(具体见正文第 10-11 页标红部分)。

第一，在顾客教育策略中，基于已有研究发现，消费者在药品获取认知方面存在较多的偏见，包括对服药的固有信念偏差 (Kramer et al., 2012; Wang et al., 2010)、药品的先验知识偏差 (Roulet & Droulers, 2005)、以及风险感知偏差等(Yan & Sengupta, 2013)。因此，对消费者用药依从的干预，非常重要是通过顾客教育的方式，首先从思想和认知上进行干预，以帮助消费者认识和洞察到自己存在的健康偏见，以促进消费者客观评估药品效果和自身的健康风险。

第二，在企业助推策略中，我们认为，药品是一种特殊的产品，在其直接面向消费者的流程中会受到国家和法律的严格约束。但随着医疗行业的不断市场化，学者们也发现了一些有利于助推消费者用药依从行为的策略可供企业服务人员参考借鉴。我们分别从产品包装 (Brieger et al., 2007)、产品的信息传播 (Song & Schwarz, 2009)、和医疗决策 (Steffel et al., 2022) 等方面梳理了企业助推消费者用药依从的策略。

对于原稿件中的加工流畅性策略，因为信息的加工流畅性会影响消费者的感知觉，进而影响消费者的服药意愿。因此，我们认为其属于认知阶段的态度干预策略。已有研究发现，难以发音的名称会让人感觉风险更高 (Song & Schwarz, 2009)。据此，我们基于已有研究发现，提出针对性的干预策略。当消费者的用药依从行为低，特别面对高血压、高血糖等慢性病时，健康服务人员可以利用加工流畅性原理来影响消费者的风险感知，进而提高消费者的依从行为。对于那些健康素养低或理解健康信息能力有限的消费者 (例如老年人或语言能力有限的人)群体，提高决策信息的流畅性同样是提高消费者服药意愿的重要策略。在新的修改稿中，我们将加工流畅性的相关研究及其管理启发整合在企业助推策略中。通过客观的研究发现，来引导企业的具体干预手段(具体见正文第 10-11 页企业助推中标红部分)。

在药品服用治疗阶段，我们也对其分类逻辑进行了修改。努力在行为上提高消费者的用药依从水平，需要消费者、企业、政府相关健康服务部门共同努力。结合已有研究综述文献，我们从顾客授权、企业激励、多方协作三个方面对药品服用治疗阶段的干预策略进行梳理，具体见正文第 11-13 页标红部分。

参考文献：

- Brieger, W. R., Salami, K. K., & Oshiname, F. O. (2007). Perceptions of drug color among drug sellers and consumers in rural southwestern nigeria. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 3(3), 303–319.
- Kramer, T., Irmak, C., Block, L. G., & Ilyuk, V. (2012). The effect of a no-pain, no-gain lay theory on product efficacy perceptions. *Marketing Letters*, 23(3), 517–529.
- Roulet, B., & Droulers, O. (2005). Pharmaceutical packaging color and drug expectancy. *ACR North American Advances*.
- Wang, W., Keh, H. T., & Bolton, L. E. (2010). Lay theories of medicine and a healthy lifestyle. *Journal of Consumer Research*, 37(1), 80–97.
- Song, H., & Schwarz, N. (2009). If it's difficult to pronounce, it must be risky: Fluency, familiarity, and risk perception. *Psychological Science*, 20(2), 135–138.
- Steffel, M., Williams, E. F., & Carney, S. (2022). Empowering Consumers to Engage with Health Decisions: Making Medical Choices Feel Easy Increases Patient Participation. *Journal of the Association for Consumer Research*, 7(2), 154–163.
- Yan, D., Sengupta, J. (2013). The influence of base rate and case information on health-risk perceptions: A Unified model of self-positivity and self-negativity. *Journal of Consumer Research*, 39(5), 931–946.

意见 5: 论文中有些表达可能会存在伦理争议：“健康产品的营销经理应该关注信息处理的流畅性，以易于处理的格式 (如大字体)呈现药物利益信息，以难于处理的格式 (如小字体)呈现风险信息，从而在认知阶段影响疗效预期。”降低风险信息的加工流畅性可能会让消费者处于不利地位。

回应: 感谢审稿专家细致的建议，我们也深刻意识到文章表达中伦理性的重要性。在正文中，关于加工流畅性的描述有两处。

一是在药品获取认知阶段的影响因素部分；在修改稿中，我们将这部分中关于加工流畅性的表达进行了删减，只留下客观研究结论部分，以避免进一步的推论误导消费者，给消费者的福祉造成不利。因此，在正文中，我们对这部分的描述是“Song 和 Schwarz (2009) 发现，难发音的药品类别或者品牌 (如多烯磷脂酰胆碱胶囊)和容易发音的药品品牌相比，它会让人感觉更陌生，从而感觉风险更高。相反，易于加工的信息会让人觉得熟悉，可得性高，风险感知降低。（见正文第 6 页标红部分）”

二是在药品获取认知阶段的态度干预部分。干预消费者的风险感知，特别是降低消费者的风险感知可能会让消费者处于不利地位。因此，在修改稿中，我们首先客观描述已有的研究发现，之后再针对具体的干预疾病类型和干预人群阐述已有研究发现的启发，限定实践应用的前提条件，以提高表达的客观性和严谨度。因此，在正文中，我们对这部分的描述是“已有研究发现，信息处理难度会提高人们的风险感知。例如，难以发音的名称会让人感觉风险更高(Song & Schwarz, 2009)。据此，当消费者的用药依从行为低，特别面对高血压、高血糖等慢性病时，健康服务人员可以利用加工流畅性原理来影响消费者的风险感知，进而提高消费者的依从行为。对于那些健康素养低或理解健康信息能力有限的消费者 (例如老年人或语言能力有限的人)群体，他们特别容易受到营销传播的影响。这些消费者不太可能遵守通过包装、插页或黑框警告传达的药物建议；相反，他们可能依赖于启发式信息、情绪、固有信念等 (Nielsen-Bohlman et al., 2004)。因此，对于这类群体，提高决策信息的流畅性同样是提高消费者服药意愿的重要策略。（见正文第 10-11 页标红部分）”

此外，我们也认真检查全文，对可能出现伦理争议的地方进行修改。

意见 6: 多篇参考文献格式不规范，如这篇 Christensen, C. M., Grossman, J. H., & Hwang, J. (2009). The innovator's prescription., 缺乏出处。

回应: 感谢审稿专家的意见。在修改稿中, 我们补充了 Christensen, C. M., Grossman, J. H., & Hwang, J. (2009). *The innovator's prescription* 这本著作的出处, 同时也检查了其他参考文献的引用格式, 确保字体格式正确、符号格式统一、以及页码完整。

最后, 非常感谢老师的宝贵建议和意见。除了以上的修改, 我们还对稿件进行出声朗读, 对稿件的语句通顺、语病、语句冗杂等问题进行反复检查和修改, 同时也对稿件的标题、中文摘要、英文摘要进行了反复修改和检查。真诚感谢您的系列意见让我们对本研究有了更为深入的思考! 也希望我们的回复能够满足您的要求! 如有不到位的地方, 欢迎您再批评指正! 再次感谢审稿专家。

.....

审稿人 2 意见

意见 1: 在本轮修改中, 作者较好的回应了评审专家的意见。修改后的论文进一步明确了用药依从行为两阶段之间的区别与联系, 从而更好的证明了两阶段理论模型的价值。文献引用的严谨性和前沿性得以显著增强, 不同章节之间的逻辑关系也更加清晰。在总结与未来展望部分, 作者分别针对用药依从行为的两个阶段提出研究建议, 从而夯实了本文的理论贡献。

回应: 感谢审稿专家对本文的肯定, 您的建设性意见让文章有了实质性的提升。下面, 我们将继续针您的意见进行回应和修改。

意见 2: 还有两个小问题建议作者关注。第一, 在引言部分的最后(p2)作者总结了本文的 6 个贡献, 这对一篇综述论文而言有点过多。其中部分小点是否属于理论贡献有待商榷。例如, 第(2)点。作者根据两阶段模型梳理了每个阶段已被发现的干预措施, 但不能说自主构建了干预体系。第(4)点。本文作者采用了阶段理论来归纳梳理相关文献, 但似乎并没有为阶段理论提供支持证据。建议作者重新提炼、更加严谨的表述本文的贡献。

回应: 感谢审稿专家的宝贵意见。在修改稿中, 我们在引言中对第(2)点贡献进行了修改, 将“构建了干预体系”修改为“梳理了干预策略”; 对于第(4)点, 由于本研究是在用药依从的具体场景下讨论两阶段理论, 在新的修改稿中, 我们也补充了两阶段理论与其他阶段理论之间的差异性和优势, 因此我们将第(4)点贡献表达改为推动和丰富健康领域的阶段理论。最后, 针对贡献点多的问题, 我们将第(1)、(2)个贡献点凝练成 1 个点, 同时删除第(5)个贡献点, 因此, 在修改稿中, 本文凝练了 4 个贡献点(具体见正文第 2 页标红部分)。

意见 3: 第二, 部分行文的表达流畅性有待进一步提高。例如, 摘要中“基于两阶段理论模型, 回顾和归纳。。。 ”整句话缺乏主语。

回应: 非常感谢审稿专家的宝贵建议。在修改稿中, 我们在摘要部分, 对“基于两阶段理论模型, 回顾和归纳。。。 ”这句话增加了主语, 也彻底修改了摘要中存在语病和表达不流畅的地方(见正文摘要部分)。同时全体作者再次通读全文, 在语言上进一步做到细节的润色。

除了以上的修改, 我们还对第三部分的影响因素和第四部分的干预策略在逻辑和内容上进行了优化; 对稿件的语句通顺、语病、语句冗杂等问题进行反复检查和修改。真诚感谢您的系列意见让本论文有了质的提升! 也希望我们的回复能够满足您的要求! 如有不到位的地方, 欢迎您再批评指正! 再次感谢审稿专家。

第三轮

审稿人 1 意见: 在本轮修改中, 作者较好的回应了专家的意见, 同意发表。

编委 1 意见: 同意发表。

编委 2 意见: 同意发表。

主编意见: 同意发表。