

基于行为洞见理论的癌症患者俱乐部管理模式构建与初步验证

梁冠冕¹ (通讯作者) 王兰² 朱真伟³

1.浙江省肿瘤医院护理部 浙江 杭州 310022

2.浙江省肿瘤医院头颈外科 浙江 杭州 310022

3.浙江省卫生健康综合保障中心 浙江 杭州 310006

【摘要】：目的：构建基于行为洞见理论的癌症患者俱乐部管理模式，并初步验证其临床可行性与应用效果。方法：通过文献检索、专家函询、理论融合构建“1个管理团队+4大干预维度+3项保障机制”的管理体系。以2023年8月-2024年4月57例加入医院重声俱乐部的患者为研究对象，按入院时间进行非同期对照分组。对照组采用常规管理，试验组采用新的管理模式，干预3个月后，通过比较患者的治疗依从性、生命质量、心理状态、对医护的满意度等方面验证效果。结果：干预后，试验组治疗依从性评分、EORTC QLQ-C30生命质量总分均高于对照组（ $t=7.82、4.56$ ，均 $P<0.001$ ）；试验组医院焦虑抑郁量表（HADS）总分低于对照组（ $t=4.39$ ， $P<0.001$ ）；医护患三方满意度均高于对照组（均 $P<0.05$ ）。结论：该管理模式科学可行，能提升患者治疗依从性、生命质量及心理状态，为俱乐部规范化管理提供参考。

【关键词】：癌症；患者俱乐部；行为洞见理论；管理模式

DOI:10.12417/2811-051X.26.04.031

肿瘤患者俱乐部是医患沟通与同伴支持的重要载体，在提升患者治疗依从性、缓解心理压力、改善生活质量等方面作用关键^[1]。但现有俱乐部管理存在专职人员缺失、活动设计固化、个体差异兼顾不足、线上线下衔接不畅等问题^[2]，老年患者、认知功能较弱群体参与率低、获得感不强^[3]。行为洞见理论基于行为科学与社会心理学，通过优化“选择架构”引导积极行为改变，无需强制手段达成管理目标^[4]。其核心 EAST 框架（Easy：降低决策难度、Attractive：增加行为吸引力、Social influence：利用社会影响、Timely：促进及时决策）已在公共卫生、康复管理领域成功应用^[5]，如复声康复计划可使全喉切除患者居家训练依从性提升30%以上^[6]。现有研究多聚焦俱乐部单一活动改进，缺乏系统理论指导与标准化管理体系。本研究以行为洞见理论为指导，构建肿瘤患者俱乐部管理模式并验证，为规范化管理提供依据。

1 资料与方法

1.1 成立研究小组

10名成员组成研究小组，包括2名肿瘤临床主任医师（头颈外科、结直肠外科各1名）、3名肿瘤专科护士长（工作年限 ≥ 8 年）、1名公共卫生管理专家（博士）、1名临床心理学专家（硕士）、2名患者代表（俱乐部活跃成员，病程 ≥ 1 年）、1名社工。负责文献检索与证据提取、模式框架设计、专家函询组织、预实验实施、数据收集与分析。

1.2 干预方案构建依据

2名护理专业经过循证培训的硕士研究生独立检索 Cochrane Library、PubMed、Web of Science、中国知网、万方数据库，时限为建库至2025年6月。中文检索词：肿瘤患者俱乐部、行为洞见、EAST 框架、健康管理、干预方案；英文检索词：cancer patient club、behavioral insights、EAST framework、health management、intervention program。

文献纳入标准：研究对象为肿瘤患者俱乐部成员；内容涉及俱乐部管理或干预策略；类型为指南、系统评价、专家共识及高质量原始研究；语种为中文或英文。排除标准：无法获取全文、重复发表、质量评价低等级。最终纳入16篇文献，用内容分析法提取核心干预要素。

1.3 初步构建方案

整合文献干预内容，形成含团队职责、干预策略、实施流程、评价指标的管理模式初稿。以 EAST 框架为核心，结合俱乐部管理现状与需求，构建“1+4+3”管理模式：“1个核心团队”：指成立跨学科研究小组，负责模式落地与动态优化；“4大干预维度”：指基于 EAST 框架设计降低决策难度、增加行为吸引力、利用社会影响、促进及时决策策略；“3项保障机制”：指采用例会制度、三级反馈机制、质量控制制度来进行俱乐部管理。

作者简介：梁冠冕（1981-08），女，汉族，山东淄博，副主任护师，硕士，研究方向：肿瘤护理。

基金项目：浙江省医药卫生科技计划项目（2022KY696）。

1.4 专家论证并修订方案

邀请 12 名专家,包括 3 名肿瘤临床医疗专家、3 名肿瘤护理专家、2 名公共卫生管理专家、2 名心理学专家、2 名社工领域专家。均为副高级及以上职称,工作年限 ≥ 10 年,熟悉研究主题。通过 2 轮电子邮件函询,对方案进行修订。

第 1 轮回有效问卷 12 份,回收率 100%,专家权威系数 0.85,肯德尔和谐系数(W) 0.31,变异系数 0.05~0.18,优化 13 项内容如:细化老年患者帮扶、完善积分兑换、增加家庭联动等。第 2 轮回有效问卷 12 份,回收率 100%, $W=0.49$,变异系数 0.02~0.10,所有指标重要性评分 ≥ 4.0 分,形成最终模式。

1.5 方案应用患者一般资料

便利抽样选取 2023 年 8 月-2024 年 4 月 57 例加入医院重声俱乐部的患者为研究对象。纳入标准:①病理确诊为喉癌;②18-75 岁;③意识清醒,能够通过纸笔或家属辅助下沟通;④加入俱乐部 ≥ 1 个月;⑤自愿参与并签署知情同意书。排除标准:①中重度认知障碍;②精神疾病史;③预期生存期 < 6 个月;④无法配合 3 个月随访。按入院时间进行非同期对照分组,试验组与对照组各 30 例。两组一般资料无统计学差异($P>0.05$),具可比性。本研究经浙江省肿瘤医院伦理委员会审批,伦理批号:ZJCH2023-089,所有对象签署知情同意书。

1.6 方法

对照组:常规俱乐部管理,医护人员兼职运营,安排心理支持、健康宣教等活动,发健康手册,出院后每月 1 次电话随访。

试验组:应用新管理模式,干预 3 个月:

降低决策难度(Easy):利用微信小程序(整合活动报名、健康咨询、积分查询,报名 ≤ 3 步);为患者“一对一”线上指导,线下设专属签到通道;健康知识拆为 3 分钟内短视频+图文,按文化程度分层推送。

增加行为吸引力(Attractive):建立康复积分体系(参与活动 10 分、完成康复任务 5~10 分,兑换体检优惠券、开设专家咨询号等);按年龄、兴趣分组(运动组、手工组、读书组),开展“抗癌故事分享会”“家庭亲子手工坊”;公众号推康复案例。

利用社会影响(Social influence):组 5-8 人同伴互助小组(康复好的患者任组长,每周 1 次线上/线下交流);每月群内发“参与率 85%-90%的患者认为有效”等数据;每月设立“家庭开放日”,邀家属参与照护培训。

促进及时决策(Timely):出院当日、术后 1 月、3 月等节点推活动邀请;小程序设每日康复任务提醒,完成后即时鼓励;制定“周康复计划”。

1.7 观察指标

①治疗依从性:采用许崇武等^[7]人的《肿瘤患者治疗依从性量表》,Cronbach's $\alpha=0.82$,6 个条目,Likert 5 级评分,得分高依从性好;②生命质量:EORTC QLQ-C30 量表^[8],Cronbach's $\alpha=0.89$,5 个功能维度、9 个症状维度,得分高生命质量好;③心理状态:医院焦虑抑郁量表(HADS)^[9],Cronbach's $\alpha=0.81$,0~42 分,得分高焦虑抑郁明显;④医护患满意度:自制量表,Cronbach's $\alpha=0.78$,得分高满意度好。

所有指标于干预前(T0)、干预后 3 个月(T1)测评。

1.8 数据处理

数据采用 SPSS 22.0 分析,计数资料以频数(百分比)表示,组间 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组内配对 t 检验,组间独立 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较

对照组 28 例:男 13 例(46.4%),女 15 例(53.6%);年龄(56.3 ± 10.2)岁;试验组 29 例:男 12 例(41.4%),女 17 例(58.6%);年龄(55.9 ± 9.8)岁。两组无统计学差异($P>0.05$)。

2.2 两组患者干预前后效果指标比较

干预前后两组患者的治疗依从性干预前两组无差异($P>0.05$);干预后试验组高于对照组($P<0.001$) (详见表 1)。

表 1 两组患者干预前后治疗依从性评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	对照组	干预组
干预前(T0)	21.5 \pm 3.6	21.8 \pm 3.8
干预后(T1)	22.3 \pm 3.4	27.3 \pm 2.2
t 值(组内)	0.98	-6.75
P 值(组内)	0.332	<0.001
t 值(组间)	-7.82	
P 值(组间 T1)	<0.001	

患者的生命质量(EORTC QLQ-C30)干预前两组无差异($P>0.05$);干预后试验组躯体、情绪、社会功能及总分高于对照组,疼痛、乏力等症状维度低于对照组($P<0.05$) (详见表 2)。

表 2 两组患者干预前后 EORTC QLQ-C30

总分及核心维度评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	分组	干预前(T0)	干预后(T1)	t 值(组间 T1)	P 值(组间 T1)

躯体功能	对照组	21.5±3.6	22.3±3.4	-4.21	<0.001
情绪功能	对照组	56.7±10.1	60.3±10.5	-4.89	<0.001
疼痛	对照组	45.0±11.8	40.2±10.5	4.67	<0.001
总分	对照组	61.2±9.5	68.3±9.1	-4.56	<0.001
	干预组	62.0±8.9	78.5±8.6		

患者的心理状态 (HADS) 干预前两组无差异 (P>0.05); 干预后试验组低于对照组 (P<0.001) (详见表 3)。

表 3 两组患者干预前后 HADS 总分比较 (x±s, 分)

组别	对照组	干预组
干预前 (T0)	8.3±3.0	8.5±2.9
干预后 (T1)	7.7±2.8	5.1±2.0
t 值 (组内)	0.87	6.53
P 值 (组内)	0.391	<0.001
t 值 (组间)	4.39	
P 值 (组间 T1)	<0.001	

医护患满意度干预后试验组医护人员、患者满意度高于对照组 (P<0.05) (详见表 4)。

表 4 两组干预后医护患满意度评分比较 (x±s, 分)

组别	对照组	试验组	t 值	P 值
例数	28	29		
医护人员满意度	18.5±3.0	23.2±2.4	-6.73	<0.001
患者满意度	18.1±3.2	22.7±2.6	-5.89	<0.001

3 讨论

基于行为洞见理论的肿瘤患者俱乐部“1+4+3”管理模式, 通过跨学科团队、EAST 框架干预、三项机制保障, 形成闭环管理体系。本管理模式的构建遵循“文献检索-理论融合-专家函询-预实验验证”流程。2 轮专家函询回收率均 100%, 权威系数 0.85, 肯德尔和谐系数 W 在 0.31-0.49 之间, 具有一定的科学性与认可度。通过验证性的应用, 可有效提升患者的治疗依从性与生命质量。试验组治疗依从性高, 与复声康复计划研究结果一致^[6], 因“降低决策难度”与“促进及时决策”协同作用, 通过实施个性化宣教、针对性康复训练改善生理功能使得试验组患者的生命质量得到显著提升。通过“抗癌故事分享会”“同伴互助小组”等方式, 为患者提供情感支持^[15], 通过“家庭开放日”强化家庭支持, 有效缓解患者的负性情绪^[8], 契合“利用社会影响”策略^[4], 有效改善了患者的心理状态。通过采用新建的俱乐部管理模式, 设立了医护沟通的小程序, 针对患者个性化情况采用分层推送、兴趣分组等服务, 降低组织难度以及沟通成本, 满足患者差异化需求, 试验组的医护满意度得到有效提升, 患者满意度高。

新管理模式的初步应用仅纳入了单研究中心的一个患者俱乐部进行试用, 样本量较小, 随访周期也较短。长期效果需大样本多中心研究验证。未来可依托院内资源, 探索更加深入的研究内容, 为俱乐部规范化管理提供新路径, 提升患者的整体康复。

参考文献:

[1] Katz AH. Self-group and Mutual Aid: An Emerging Social Movement? [J]. *Annu Rev Sociol*, 1981, 7: 129-155.

[2] 陈洁. 民间志愿服务组织管理情况探析--以上海市癌症康复俱乐部为例 [J]. *社会福利(理论版)*, 2013, (10): 55-58.

[3] 尚立华, 刘英焕, 陈永担, 等. 基于互联网的癌症患者照护者负担干预的研究进展 [J]. *国际护理学杂志*, 2020, 39(23): 4230-4235.

[4] *Behavioural Insights and Public Policy: Lessons from around the World* [M]. Paris: OECD Publishing, 2017.

[5] The Behavioral Insights Team. EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioral Insights [R]. London: Institute for Government and Cabinet Office, 2014.

[6] 毛娟妃, 胡泽盈, 朱真伟, 等. 基于行为洞见理论的复声康复计划在全喉切除患者语音康复中的应用研究 [J]. *疾病预防与控制*, 2025, 1(3): 174-176.

[7] 许崇武, 魏丽, 刘金花. 音视频联合回馈教学对强直性脊柱炎患者院外康复的影响 [J]. *中国实用护理杂志*, 2017, 33(1): 24-28.

[8] 万崇华, 陈明清, 张灿珍, 等. 癌症患者生命质量测定量表 EORTC QLQ-C30 中文版评介 [J]. *实用肿瘤杂志*, 2005, 20(4): 353-355.

[9] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale [J]. *Acta Psychiatr Scand*, 1983, 67(6): 361-370.