

Application-based Enlightenment and the Transtheoretical Model:  
Focus on Exercise Behavior

# 阶段变化模型的现场应用及启示

## ——以体育锻炼行为为例

◎ 司 琦 著



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS  
浙江大学出版社

# 阶段变化模型的现场应用及启示

——以体育锻炼行为为例

司 琦 著



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS  
浙江大学出版社

## 图书在版编目 (CIP)数据

阶段变化模型的现场应用及启示 :以体育锻炼行为  
为例 / 司琦著. —杭州 : 浙江大学出版社, 2012 .8  
ISBN 978-7-308-10424-1

I .①阶… II .①司… III .①体育锻炼—模型(体育)  
—研究 IV .①G806

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 197686 号

## 阶段变化模型的现场应用及启示

——以体育锻炼行为为例

司 琦 著

---

责任编辑 田 华  
封面设计 刘依群  
出版发行 浙江大学出版社  
(杭州市天目山路 148 号 邮政编码 310007)  
(网址 : <http://www.zjupress.com>)  
排 版 杭州中大图文设计有限公司  
印 刷 杭州杭新印务有限公司  
开 本 710mm×1000mm 1/16  
印 张 11.5  
字 数 220 千  
版 次 2012 年 8 月第 1 版 2012 年 8 月第 1 次印刷  
书 号 ISBN 978-7-308-10424-1  
定 价 35.00 元

---

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江大学出版社发行部邮购电话 (0571)88925591

# 目 录

<b>1</b>	<b>阶段变化模型的兴起</b>	(1)
1.1	健康行为理论简介	(2)
1.2	早期应用于体育锻炼领域的健康行为理论面临的困境	(22)
1.3	阶段变化模型的产生	(23)
1.4	阶段变化模型的理论创新	(24)
<b>2</b>	<b>阶段变化模型的构成</b>	(25)
2.1	变化阶段	(25)
2.2	变化过程	(33)
2.3	均衡决策	(38)
2.4	自我效能	(39)
2.5	诱 惑	(40)
2.6	核心理论假设	(40)
<b>3</b>	<b>实证研究</b>	(42)
3.1	支持性研究	(42)
3.2	挑战性研究	(51)
3.3	国内相关研究	(53)
<b>4</b>	<b>启 示</b>	(57)
4.1	阶段变化模型的优势	(57)
4.2	阶段变化模型的局限性	(58)
4.3	未来研究方向	(59)
4.4	研究启示	(60)
4.5	结 语	(61)
	<b>参考文献</b>	(62)

附 录 .....	(77)
大学生锻炼行为的阶段变化和心理决定因素 .....	(77)
影响大学生锻炼行为阶段变化的各心理因素间的路径分析 .....	(100)
高校教师亚健康状况的心理成因与锻炼对策研究初探 .....	(109)
听力残疾学生参与体育锻炼的现状 & 心理影响因素分析 .....	(127)
促进弱势群体参与体育锻炼的干预研究 ——以听力残疾学生为例 .....	(146)
Promoting Exercise Behavior among Chinese Youth with Hearing Loss : A Randomized Controlled Trial Based on the Transtheoretical Model .....	(168)
后 记 .....	(180)

## 阶段变化模型的兴起

目前,全球范围内导致疾病和死亡的根本原因被不断证实与行为有关,如吸烟、不健康饮食、久坐不动(sedentary)/运动不足(physically inactive)等。因此,科学研究和实践开始越来越重视行为在健康促进和疾病预防中的作用。理论作为进行科学研究和指导实践的基础,可以用来解释行为的结构和决定因素;同时还可以指导我们将在健康促进过程中积累的实践经验进一步发展、提炼成新的理论,真正实现理论来源于实践,并最终在实践中得到检验和进一步的发展完善。健康行为相关理论关注个体(intrapersonal)、个体间(interpersonal)、团体组织(organization),以及社区(community)、政策(policy)等水平上行为的多重决定因素(Glanz, Rimer & Lewis, 2008),并探讨其与健康行为之间的相互影响关系,为最终制定健康行为干预策略奠定基础。过去二十年间,大量研究者在健康行为理论的推广运用及健康行为促进方面表现出了极大的兴趣和关注。

那么,何为理论呢? Glanz 等将理论定义为:一组相互关联的概念、定义和命题,通过这些变量间的特定关系来系统地反映事件或情景,并最终实现解释和预测事件或情景的目标(Glanz et al., 2008)。他们认为,理论本身并没有针对性的内容,或针对的领域。就像一只空的咖啡杯,它有的只是固体的形态,并没有任何有形的物质在里面。只有当理论面对健康行为促进等特定领域时,才因充满了实践课题、目标和问题而被激活。基于上述定义,健康行为理论应描述:(1)什么变量对健康行为最重要;(2)变量间如何相互关联和影响;(3)不同情景、背景、人群和不同健康行为之间的差异(Noar & Zimmerman, 2005)。

Kegler 等认为,发展理论有以下两个途径:一是对已有理论进行提炼,例如加入新因素,使原有理论更精练;二是将基于实践的方法整合进入理论(Kegler, Crosby & DiClemente, 2002)。Crosby 等(2002)则更为详尽地阐述了理论发展、完善和被摒弃的过程:

理论的发展是一个动态的过程……当理论的适用性越来越小时……他们被修正甚至被摒弃……新理论要完善或被接受,都必须经过实证检验;而如果它们被发现存在不足,则同样会被摒弃。

在健康行为研究领域,学者从个体、个体间、组织和社区层面提出了很多理论;关注相对于健康行为的环境决定因素(determinant),个体决定因素的影响作用;以及相对于健康行为的认知决定因素,情绪决定因素的影响作用等。但绝大多数的健康行为理论均为个体水平(individual level)的理论(Crosby, Kegler & DiClemente, 2002)。

## 1.1 健康行为理论简介

理论在研究和实践的计划、实施以及评价阶段均很重要。研究者可以运用理论帮助其回答“是什么”、“为什么”、“怎么样”等问题。换句话说,理论可以指导我们探索,为什么有些人不遵照医生或体育专业人士的建议参与体育锻炼(exercise or physical activity)<sup>①</sup>;帮助我们明确,在计划和制定一项健康行为干预策略之前什么最重要;促使我们发现,怎样制定干预才能真正作用于目标人群或组织,直至对他们的目标行为产生真正的影响。

目前,没有一个理论或概念框架主导着健康行为领域内的研究和实践。Glanz 等在对 1986 年至 1988 年健康教育领域内发表的、与理论相关的论文进行综述后发现:51 篇论文中,最多被提及的三个理论分别是社会学习理论(social learning theory)、合理行为理论(theory of reasoned action, TRA)和健康信念模型(health belief model, HBM)(Glanz, Lewis & Rimer, 1990)。1996 年,在对健康教育、医学和行为科学领域内的 24 种杂志、1992 年至 1994 年发表的 526 篇与理论相关的论文研究进行比较后发现:研究共涉及 66 个不同的理论或模型,其中有 21 个理论或模型被提及 8 次或以上。应用率排在前八位的理论或概念分别是:健康信念模型;社会认知理论(social cognitive theory, SCT);自我效能(self-efficacy);合理行为/计划行为理论(TRA, or theory of planned behavior, TPB);社区组织(communitiy);跨理论模型/阶段变化模型(transtheoretical model, TTM; stage of change model, SCM);社会市场化(social marketing);社会支持/社会网络(social support, or social

---

<sup>①</sup> 本书中,作者将体育锻炼(exercise)和身体活动,亦称体力活动(physical activity)统称为“体育锻炼”,不加区别地互换使用。有关体育锻炼和身体活动的具体定义,请参见司琦:《锻炼心理学》,浙江大学出版社 2008 年版,第 3 页。

network)(Glanz, Lewis & Rimer, 1996)。

2002年,Glanz等对1999年至2000年发表在健康教育、健康行为和预防医学领域12种杂志上与理论相关的论文进行了综述。分析发现:早期出现的10个不同理论或模型得到了广泛运用。其中排在前两位,并在相关领域研究中占据主导地位的理论分别是社会认知理论和阶段变化模型。其余8个理论是:健康信念模型;社会支持/社会网络;医患沟通;计划行为/合理行为理论;压力及应对;社区组织;生态学模型/社会生态学(ecological model/social ecology);扩散创新(diffusion of innovations)(Glanz, Lewis & Rimer, 2002)。

最近,Glanz等再次对2000年至2005年发表在论文中的理论进行综述后发现,最普遍被使用的理论或模型是:阶段变化模型、社会认知理论和健康信念模型,占主导地位的理论于1999年至2000年间的情况并无不同。尽管在健康教育、健康行为领域内有数十个理论或模型被使用过,但其中几个理论或模型的应用范围却更为广泛,相关研究也更为深入。而这其中又有数个概念,跨理论地在健康行为促进和健康行为改变过程中发挥着极其重要的作用:个体价值观(individual's view of the world);影响的多层次(multiple level of influence);行为改变是一个过程(behavior change as a process);动机对意图(motivation versus intension);意图对行动(intension versus motivation);改变行为对保持行为改变(changing behavior versus maintaining behavior change)(Glanz & Oldenbury, 2001)。

Gland等在对上述研究成果进行综述时,按理论使用的形式和程度,将应用于健康行为领域内的理论进行了划分:

(1)介绍理论(informed by theory):明确一个理论结构,但对理论的结构没有或仅进行了有限的研究和测量。

(2)应用理论(applied theory):对特定理论进行了详尽的说明,并就理论的几个结构进行了应用和研究。

(3)检验理论(tested theory):对特定的理论进行了详尽的说明,超过半数的结构被测量和明确的检验,或是在研究中对两个或是两个以上理论进行了对比分析。

(4)构建/创造理论(building/creating theory):发展或改进、拓展一个理论,并对理论的结构进行了明确、测量和分析。

他们进一步对69篇论文中涉及的139个理论进行分析后发现,69.1%的研究属于“介绍理论”;17.9%属于“应用理论”;3.6%属于“检验理论”;还有9.4%属于“构建/创造理论”(Painter, Borba, Hynes, Mays & Glanz, 2008)。

基于Glanz等对应用于健康行为领域内相关理论的分析,及该领域关注环



境和多层次因素对行为改变 (behavior change) 影响的发展趋势, 本书选取: (1) 关注个体层面因素对行为改变影响的理论: 健康信念模型; (2) 关注个体间层面因素对行为改变影响的理论: 社会认知理论; (3) 关注多层面因素对行为改变影响的理论: 社会生态学模型 (social ecological model, SEM), 分别进行简要的介绍。

### 1.1.1 健康信念模型

个体是健康行为理论、研究和实践, 以及健康行为本身的重要组成部分, 但这并不意味着个体是唯一的或是干预中最重要的组成部分, 尽管团队、组织、社区, 抑或是更大的结构均由个体组成。为了有效地干预健康行为, 并对干预效果进行成功的测量, 研究者必须了解个体在健康行为中的角色及其发挥的作用。本书虽仅介绍个体层面健康行为理论中的健康信念模型, 但这并不影响“个体层面理论的结合”以及“不同层面理论间的结合”成为健康行为领域研究和实践的主流及发展趋势。

20 世纪四五十年代, 研究者开始关注个体如何针对健康相关问题作出决策, 以及什么将决定健康行为。进入 50 年代, Rosenstock 和 Hochbaum 及其同事开始了探究个体为什么或为什么不参加肺结核筛查的开创性工作。这一开拓性的行动及相关工作直接导致了健康信念模型的产生。既解释健康行为的改变和保持, 又作为干预策略制定的理论框架, 自 20 世纪 50 年代以来, 健康信念模型一直是健康行为研究中应用最为广泛的理论之一。在过去的二十年间, 健康信念模型被拓展, 与其他理论结构进行对比, 并被应用于改变健康行为的干预研究中。

#### 1.1.1.1 健康信念模型的起源

早在 20 世纪 50 年代初期, 社会心理学家发展了一个用于理解行为的方法, 该方法来源于学习理论, 并与之起源, 即刺激反应理论 (Watson, 1925) 和认知理论 (Lewin, 1951; Tolman, 1932) 相关。刺激反应理论认为, 学习源于强化, 生理驱动的减少激活了行为。Skinner (1938) 提出了一个被广泛接受的假设: 行为发生的频率取决于行为的结果和强化。在 Skinner 看来, 即便是行为与即刻的奖励之间存在的暂时联系, 也对增加行为被重复的可能性有效。

认知心理学者们则强调主观假设和个体期望的作用, 认为行为是对结果的主观价值和期望的功能, 该构想又通常被称之为“价值—期望”理论。心理过程中的思维、推理、假设或期望等, 都是认知理论的重要组成部分。认知心理学家认为, 强化源自个体对事物结果的期望的影响, 而非行为本身的影响。当价值—期望概念在健康行为领域内被重构后, 该理论假设: (1) 个体重视防病强身

的价值;(2)个体期望某一特定的行为可以防止疾病。其中期望还被进一步描述为个体对患病易感性的估计;对疾病严重性的主观认知;以及通过行动能够减少威胁的可能性(Champion & Skinner, 2008)。

#### 1.1.1.2 健康信念模型的主要构成因素

健康信念模型中有几个重要的概念用来预测个体为什么会采取行动预防、筛查和控制疾病。它们包括易感性、严重性、采取某一行动的益处和弊端、行动线索,以及最近加入模型的自我效能等。最初,Hochbaum 研究个体是否相信其是肺结核的易感人群,以及对早期接受筛查可能给自身带来的益处的主观知觉。在对肺结核病的易感性和早期接受筛查的好处均有认知的个体中,82%的个体至少自愿接受了一次胸部的 X 光检查;而在对易感性和益处没有认知的个体中,仅有 21%的个体在研究期间接受了自愿的 X 光检查(Hochbaum, 1958)。

如果个体认为自己易受到某种情况的影响;认为该情况将会引发严重的后果;相信一系列的行动将使自己既减少易感性,又缓和结果的严重性;并且相信采取行动的预期收益将大于可能遇到的障碍时,他们将极有可能采取行动以降低患病风险。针对已患病的情形,健康信念模型被重构为:对诊断的接受性,对疾病严重后果的预期,以及对疾病总体易感性的预期等(Champion & Skinner, 2008)。

健康信念模型的构成因素、定义和应用实例如表 1-1 (Champion & Skinner, 2008)。

主观易感性(perceived susceptibility):指个体对遭遇某种状况或患病可能性的信念。例如,个体 A 必须相信,女性有患乳腺癌的可能性,由此她才可能接受乳腺检查。

主观严重性(perceived severity):感觉感染某种疾病或置之不理的严重性,包括对医学和临床结果的评价(如,死亡、残疾和疼痛),以及可能的社会后果的评论(如,对工作、家庭生活和社会关系的影响)。主观易感性和主观严重性又常联系起来被称之为“主观威胁”(perceived threat)。

主观收益(perceived benefits):尽管个体主观感受到了严重健康状况可能带来的威胁,但这种知觉是否会导致行为改变,还取决于个体对采取行动减少患病风险可能获得收益的认知。另一些与健康无关的知觉,如戒烟是为了减少花销;进行乳腺检查是为了取悦家人等,也会影响行动决策。因此,尽管个体表现出对易感性和严重性的积极认知,也未必会实践建议的健康行为,除非他们同时认识到减少威胁可能给自身带来的潜在收益。

主观障碍(perceived barriers):某一特定健康行为存在的消极内容——主观障碍——也会成为阻碍个体实施健康行为的因素。个体会无意识地针对某

—健康行为进行可能获得的收益和弊端的比较分析——“它确实能帮我,但它可能很贵,有副作用,令人不快,不方便,或花费大量时间”。

行动线索(cues to action):健康信念模型的不同版本中均包括可以引发行动的行动线索这一因素。Hochbaum 认为,尽管个体已做好准备采取行动(感受到了主观易感性和主观收益),但也只有在,特别是具有激发行动的线索时,如身体反应和环境变化(如媒体宣传),才可能发挥作用。线索可以是一个喷嚏,或仅仅是对一张海报的关注。

自我效能(self-efficacy):自我效能被 Bandura 定义为“个体对自身成功采取行动,以达到预期结果的自信程度”(Bandura, 1997),并将自我效能期待与结果期待(outcome expectation)区分开来,将结果期待定义为“个体对特定行动将导致结果的估计”。结果期待与健康信念模型中的主观收益类似,但却不完全相同。1988 年,Rosenstock 等人建议将自我效能加入健康信念模型,作为一个独立的结构(Rosenstock, Strecher & Becker, 1988)。

其他变量:人口统计学变量、社会心理变量和结构变量可能影响个体的知觉,因此间接影响健康相关行为。例如,社会人口统计学变量,特别是受教育水平,被认为通过影响主观易感性、严重性、收益和弊端,而间接对健康行为发挥作用。

表 1-1 健康信念模型的主要构成因素、定义和应用实例

构成因素	定义	应用
主观易感性	对可能经历风险,遭遇患病,及患病的信念	<ul style="list-style-type: none"> <li>定义个体是否有风险及风险的水平</li> <li>基于个体的性格和行为自定义风险</li> <li>将主观易感性与个体实际面临的风险相对应</li> </ul>
主观严重性	对某种状况及其后果严重性的信念	<ul style="list-style-type: none"> <li>明确风险和状况的结果</li> </ul>
主观收益	对采取行动以有效减少风险或影响的严重性的信念	<ul style="list-style-type: none"> <li>定义怎样、何处、何时采取行动;明确预期的积极效果</li> </ul>
主观障碍	对采取行动可能付出的有形的、心理的代价的信念	<ul style="list-style-type: none"> <li>通过再保证、纠正错误信息、激励和支持来明确和减少主观障碍</li> </ul>
行动线索	激活“准备性”的策略	<ul style="list-style-type: none"> <li>提供怎样做的信息,增强意识,使用适当的提醒系统</li> </ul>
自我效能	对自身行动能力的自信水平	<ul style="list-style-type: none"> <li>为采取建议行动而提供训练和指导</li> <li>使用循序渐进的目标设置</li> <li>给予口头强化</li> <li>示范所需的行为</li> <li>减少焦虑</li> </ul>

健康信念模型各构成因素间的关系如图 1-1。在健康信念模型中,调节变

量影响健康信念,行动线索也是如此;信念又最终导致行动。尽管健康信念模型明确了导致行为的结构变量,但却没有定义这些结构变量间的相互关系,这一模棱两可也导致了模型应用过程中的不同。进一步明确模型中各变量间的关系,将有助于增加健康信念模型预测行为时的有效性(Champoin & Skinner, 2008)。

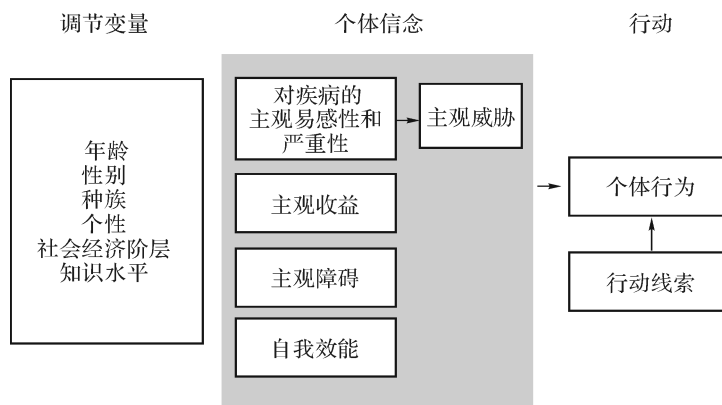


图 1-1 健康信念模型各构成因素关系

### 1.1.1.3 健康信念模型的应用

健康信念模型主要用来确定健康信念与健康行为间的关系,并制定相关干预策略。由于该模型的特殊性,目前并没有其在体育锻炼领域进行研究的相关论文发表。因此,本书就健康信念模型在乳腺癌筛查行为中的应用情况作简要说明。

健康信念模型认为,如果女性感觉其易受乳腺癌的影响,认为乳腺癌是一种严重的疾病,接受乳腺癌筛查的障碍小于可能获得的收益,具有坚持检查的自我效能,并获得一定的行动线索时,她们极有可能进行医生建议的乳腺癌检查。众多研究结果发现,健康信念模型构成因素与乳腺癌筛查行为之间存在关系。坚持行为和极高的主观易感性、较少的主观障碍、较高的主观收益,以及健康专业人士建议的行动线索之间,存在显著的相关关系(Champion, Ray, Heilman & Springston, 2000; Friedman, Neff, Webb & Latham, 1998; Phillips, Kerlikowske, Baker, Chang & Brown, 1998)。由于早期的研究发现主观严重性的变化十分微小,因此这个因素到近期才在乳腺癌筛查行为的相关研究中受到进一步关注。

同时,针对不同性质被试的研究发现,不同人种、种族的被试对易感性、收益和障碍持有不同形态的信念;不同被试对引发乳腺癌的原因也有着不同的看

法,而这可能影响主观易感性。例如,老年非洲裔美国妇女普遍认为,乳腺癌是由乳房受到的伤害所引起;而没有受到过任何伤害的妇女则认为,她们的易感性极低(Guidry, Matthews-Juarez & Copeland, 2003)。有关手术会引发乳腺癌扩散,手术即意味着死亡等观念,即早期检查的主观收益极低的信念在非洲裔美国妇女中比白人妇女中更普遍(Guidry et al., 2003; Skinner, Champion, Menon & Seshadri, 2002)。而某些类型的主观障碍对特定文化和种族的妇女来说更为重要,例如,害羞是导致亚洲裔妇女极少坚持乳腺癌筛查的特殊障碍(Tang, Solomon & McCracken, 2000)。

一些基于健康信念模型(至少使用主观障碍因素)促进乳腺癌筛查的干预研究被证明极为有效。健康信念模型通常被证实,能够预测个体进行乳腺癌筛查的行为。另外,在社区层面,采用低干预频率的研究还发现,健康信念模型的构成因素导致了乳腺癌筛查行为的增加,针对被试特殊健康信念进行的干预有效。这与健康信念模型所强调的,针对个体易感性、收益、障碍和自我效能等特定信念进行干预可能更为有效的建议,完全一致。研究中,那些早已相信自己处在患乳腺癌风险之中的妇女,无需接受强调易感性的信息;那些已经知道在何处可能获得免费乳腺癌筛查却无法前往的妇女,则只需接受强调如何利用交通工具等的干预即可(Allen & Bazargan-Hejazi, 2005; Carney, Harwood, Greene & Goodrich, 2005)。

#### 1.1.1.4 与其他理论模型的比较

目前使用健康信念模型的研究,通常是将其与其他模型或理论框架相结合,以证明有效性。例如,健康信念模型与阶段变化模型相结合,以明确健康行为所处的阶段。Saywell 及其同事发现,针对尚未考虑接受乳腺癌筛查的妇女(犹如阶段变化模型中的“前预期者”),比已经考虑接受筛查的妇女(“预期者”)需要接受更为集中的干预(Saywell, Champion, Zollinger, Maraj, Skinner, Zoppi & Muegge, 2003)。研究还显示,慎重考虑接受筛查的妇女比前预期者具有更高的主观威胁感和行动收益感;同时比前预期者感受到更低的行动障碍。将接受乳腺癌筛查的妇女区分为前预期者和预期者,为实施更具针对性的干预提供了可能。

1993年,Weinstein 对健康行为领域内经常使用的四个模型,健康信念模型、合理行为理论、保护动机理论(protection motivation theory)和主观期待效应理论(subjective expected utility theory)进行了比较分析。结果显示,尽管上述理论发表于不同年代,并且包括不同的结构,但不同理论中构成因素的概念化过程却极为相似。合理行为理论认为意图能够预测行为改变,而阶段变化模型中变化阶段的概念化过程实际是行为和意图的结合(Weinstein, 1993)。

在尝试组合不同理论结构进行研究之前,有必要明确理论或模型中核心概念的内在联系。尽管不同的健康行为理论存在一定的不同之处,但在关于到底有多少不同的理论结构被组合用于预测行为结果的问题上,不同理论存在极大程度的重叠(Weinstein, 1993)。因此,问题的关键不在于哪一个理论或模型优于另一个,哪一个理论或模型中的变量更重要;而在于理论的相对效用,以及随时间变化,针对不同行为和情景,理论相对效用的变化(Maddux, Ingram & Desmond, 1995)。

#### 1.1.1.5 健康信念模型面临的挑战

健康信念模型从提出至今已经超过了半个世纪,在这期间,它始终被应用于预测健康相关行为,以及制定干预以改变行为。虽然如上文所提及,健康信念模型在对预防癌症筛查行为的预测方面被证实有效,但其仅能帮助研究者明确对预防癌症筛查行为重要的结构,并增加以此为理论基础制定干预策略的可能性。由于模型简单,使其具有一定的局限性。

(1)当以健康信念模型为理论基础预测健康行为时,有几点我们不得不注意:主观威胁被认为是与健康相关行为具有紧密联系的结构。健康信念模型将主观严重性和主观易感性结合起来称为“主观威胁”,却又单独将威胁概念化为主观风险。但风险和严重性之间的关系对威胁的形成却又不总是异常明确。严重性的增加是以主观易感性变为一个有力的预测因子为前提的,而只有当健康行为中的主观严重性被认为很高时,主观易感性才可能成为预测健康行为的重要因子。如果上述描述属实,则将主观易感性和主观严重性结合起来时,不能只考虑简单的相加,而应将其相乘(Champoin & Skinner, 2008)。

(2)健康信念模型中包含的其他因素间的关系也同样需要得到彻底的检验。例如,只有当主观威胁(主观严重性 $\times$ 主观易感性)高时,主观收益和障碍才可能成为行为改变的强大预测因子。而当主观威胁很低时,参与健康相关行为的主观收益和障碍不可能显著。但它们之间的关系又可能在主观收益高而障碍小时发生改变。当主观障碍很低时,主观威胁也没有可能高。因此,一个结构的预测能力可能较大的依赖于另一个,或另几个结构(Champoin & Skinner, 2008)。

(3)健康信念模型的另一个局限性表现在,它是一个以认知为基础,而没有考虑行为的情绪因素的模型。Witte认为,恐惧是对健康相关行为具有潜在影响力的因素,并将其定义为“相伴于高唤醒状态的消极情绪”(Witte, 1992)。Champoin等人曾将恐惧加入模型,并研究了其与乳腺癌筛查行为之间的关系。结果显示,恐惧与健康信念模型结构之间的关系对预测行为有效。主观风险、收益和自我效能对恐惧具有显著的预测作用;恐惧和主观障碍始终成功地预测

乳腺癌筛查行为 (Champion, Skinner & Menon, 2005; Champion, Menon, Rawl & Skinner, 2004)。最具说服力的结果是:恐惧的唤醒和增加,增强了个体的主观威胁(即可能罹患某种疾病的可能性)、对此威胁采取行动益处的认知,以及获得此种收益的自我效能的水平。因此,加入情绪因素,可能有助于解释和进一步明确健康信念模型各构成因素间的关系 (Rogers & Prentice-Dunn, 1997)。

(4)行动线索经常成为健康信念模型相关研究中被人遗忘的角落。健康信念模型假设,当主观威胁和主观收益高,而主观障碍低时,行动线索将对健康行为产生极大的影响。可是到目前为止,我们对行动线索及其影响仍旧知之甚少,主要是因为这个结构始终没有和相关研究中得到明确。对于研究过程中,什么可能成为“行动线索”,抑或是行动线索有没有被当作线索来使用,并赋予行动线索的标签等,是值得我们思考的问题。

### 1.1.2 社会认知理论

人类的行为是多因素联合作用的产物。一个重要的影响源即为,个体所处社会环境中不同个体间的相互作用。个体间层面的健康行为理论试图揭示,人与人的相互作用是如何影响个体的认知、信念和行为的。其中的社会认知理论强调,解释人类行为时个体和环境两个决定性结构间的紧密联系。社会认知理论主张,个体和他们所处的环境彼此相互影响和作用 (reciprocal determinism), 并因此导致了个体和社会的改变。该理论对推动健康行为领域相关研究的贡献之一体现在,理论中的一些构成因素被广泛地应用于健康行为研究和实践,及其他理论模型中。它们包括,范式 (modeling)、观察学习 (observational learning) 和自我效能 (self-efficacy)。上述因素应用范围的广度和深度远远大于整个理论本身。

#### 1.1.2.1 社会认知理论的起源

建构在 Miller 和 Dollard (1941), 以及 Rotter (1954) 理论和研究基础之上的社会认知理论,早期被称为社会学习理论 (social learning theory), 这是因为该理论是基于人类在社会环境下的学习原理提出的 (Bandura, 1977)。后因为来自认知心理学概念的加入,增强了该理论对人类信息处理能力,以及对从经验、观察和符号沟通中学习偏见影响的认识,而更名为社会认知理论 (Bandura, 1986)。在后期的进一步发展过程中,社会认知理论又将来自社会学和政治学的概念加入,增强了对团体和组织功能及适应能力的进一步理解 (Bandura, 1997)。

绝大多数行为理论和社会学理论关注个体、社会和环境因素是如何决定个体、团体行为的。但社会认知理论却主张,人类行为是个体、行为、环境影响相

互动态作用的产物。尽管该理论认识到了环境是如何塑造行为的,但却仅关注于个体的潜在能力是如何改变和构筑环境,以使环境适应个体的需要。至于个体与环境相互作用的能力,社会认知理论则强调人的集体行动能力,使得个体能够在组织和社会系统中共同工作,以实现改变环境惠及团体的目的。依据 Bandura 的观点(1997),有目的地保护和促进公共健康是个体和环境相互作用的一种体现,就如同社会寻求力量去控制环境和社会因素,以影响健康行为和健康结果一样。

### 1.1.2.2 社会认知理论的主要构成因素

社会认知理论的主要概念体系见表 1-2 (McAlister, Perry & Parcel, 2008)。它们可以被划分为五类:①行为的心理决定因素,包括结果期待、自我效能和集体效能;②观察学习;③行为的环境决定因素,包括诱因动机和简单化;④自我管理(self-regulation);⑤道德背离(moral disengagement)。在社会认知理论的概念体系中,它强调了互相决定的观点,即环境因素影响个体、团体,个体和团体同样会影响其所处的环境和调节自己的行为。

#### (1) 结果期待

社会认知理论中提出了多个在个体层面影响行为的心理决定因素,结果期待(outcome expectations)就是其中之一。它被定义为“个体对采取某项行动导致的可能结果,以及对结果主观价值的信念”。无论是在动物,还是在人类的学习过程中,行动均以追求最大收益、最小付出为基本原则。建构在这一原则基础之上的社会认知理论认为,人类的价值观和期待是主观的,即,人类的行为不可能完全依赖于客观现实,同时还依赖于个体对现实的主观认知。同时还强调预知能力在个体遭遇暂时的付出,忽视行为带来的短期收益,以追求和向长期最终目标奋进的重要性。

社会认知理论和运用于健康行为领域的其他理论模型一样,均强调社会结果期待(social outcome expectations)的重要性。它与合理行动/计划行为理论中的主观准则(social norms)类似,主观准则被认为是不同个体对由评价引发的行动和行动意愿的期待。在社会认知理论中自我评价结果期待(self-evaluative outcome expectation)异常重要,其功能如同社会结果(social outcome),但却由个体自身的评价引发。因此,行为在一定程度上可以由,如果他/她做某件事或不做这件事而引发的对自身感觉的期待,来决定。依据社会认知理论,个体对自我评价结果的期待可能比对社会、物质结果的期待更强用力。社会认知理论对这一类结果期待的概念化,帮助我们解释了为什么个体能够抵抗住社会压力而坚持身心报偿,以及做一些不被人知的牺牲只为满足自己心中的标准,达到自己满意的结果的原因。



表 1-2 社会认知理论的概念体系

概 念	定 义	说 明
结果期待	对行为选择的可能性和结果价值的信念	参与体育锻炼可能带来的积极和消极结果
自我效能	个体对行为可能带来渴望结果的自身能力的信念	增强个体可以完成某项特定锻炼任务的信心和信念
集体效能	团体对采取行动以产生渴望结果的自身能力的信念	利用集体的力量来影响儿童青少年的超重、肥胖问题
观察学习	通过个体间或在公众面前的展示,特别是通过同伴示范(peer modeling),来学习完成新行为	利用同伴示范增强儿童学习运动技能的自我效能水平
诱因动机	正确和滥用奖励或惩罚来改变行为	行动诱因(activity-related incentive)(如乐趣)比目标诱因(purpose-related incentive)(如增进健康)更好地预测了参加康复训练病人的锻炼坚持行为
简单化	提供工具、资源,或改变环境,以使新行为易于完成	改善城市规划,增加人行道等,以增加儿童青少年参与锻炼的机会
自我管理	通过自我监督、目标设置、反馈、自我奖励、自学和谋求社会支持来调控自身	通过健康教育、咨询等方式教授青少年如何科学地制定体育锻炼目标
道德背离	通过思考有害的行为和受害的人的方式,得以脱离自我控制的道德标准,使得遭受的苦难可接受化	非人性化和责任干扰导致的攻击和侵害影响了公共健康

### (2)自我效能

自我效能是社会认知理论中最广为人知,且与其他健康行为理论结合最多的概念。它被定义为,个体对行为可能带来渴望结果的自身能力的信念。众多的研究结果证实,个体的行为表现由结果期待和自我效能共同决定,而随着行为进程的复杂化和困难化,自我效能的作用则变得更为重要。由于众多的人生事件需要个体寻求他人合作来共同完成,Bandura 又将主观效能概念扩展到了集体效能(collective efficacy),以显示其对团队合作的影响(Bandura, 1997)。

### (3)观察学习

人类特有的观察学习能力,特别是通过大众传媒进行观察学习的能力,是社会认知理论的又一核心。依据 Bandura 的解释,观察学习包括四个过程: