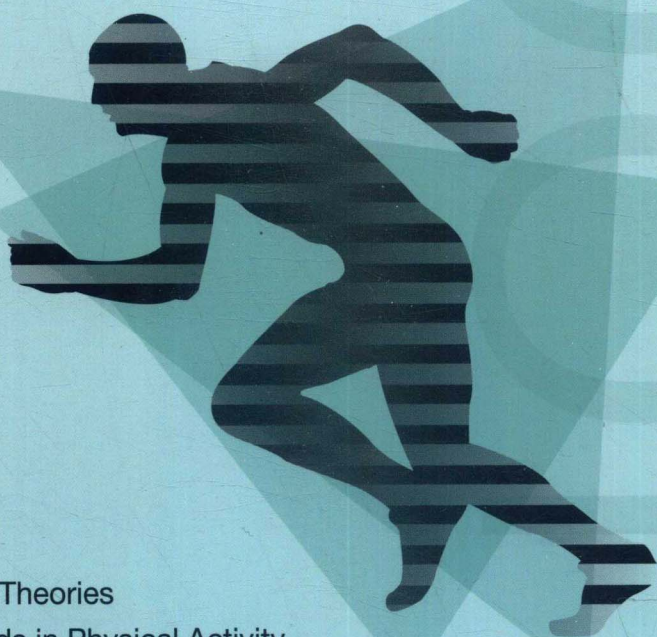


体育健康 促进研究的 行为理论与方法



司 琦 著

Behavioral Theories
and Methods in Physical Activity
Health Promotion Research



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS

浙江大学出版社

体育健康促进研究的行为理论与方法

司 琦 著



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS

浙江大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

体育健康促进研究的行为理论与方法 / 司琦
著. — 杭州 : 浙江大学出版社, 2017. 8

ISBN 978-7-308-17369-8

I. ①体… II. ①司… III. ①体育保健学 IV. ①
G804.3

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第216887号

体育健康促进研究的行为理论与方法

司琦 著

责任编辑 冯社宁 赵 静

责任校对 韦丽娟

封面设计 续设计

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 杭州兴邦电子印务有限公司

印 刷 浙江印刷集团有限公司

开 本 710mm×1000mm 1/16

印 张 13.5

字 数 235千

版 印 次 2017年8月第1版 2017年8月第1次印刷

书 号 ISBN 978-7-308-17369-8

定 价 30.00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中心电话 (0571) 88925591; <http://zjdxcbbs.tmall.com>

前 言

高水准的生命质量为人人所向往,以积极的价值观为先导,以强健的身体为条件。的确,它是良好生活方式的体现。对于任何人来说,良好生活方式的塑造是终生的任务。健康和体育科学研究的目的就是帮助人们获得机会、知识、技能和资源,消除或减少不良行为方式,建立和增强良好行为方式。而这一切离不开行为理论和方法的支撑。

行为问题远非我们所想象的那么简单,其背后蕴藏着深刻的社会、文化、心理和行为根源。“社会生态”模型将行为现象理解为是人与环境互相作用的产物。前者包括人所具有的生物属性、社会经济地位、观念、意识和行为等,后者包括环境条件、社会结构、文化和群体行为等。社会行为的视角特别关注以上两个“活”的方面,分别从人的意识、行为和社会环境变化方面诠释健康现象。行为改变的个人说则强调在个体层面上探索行为发生的动力,涉及观念、意识、态度等。行为改变的环境说侧重行为发生、维持和改变的环境线索和条件。明智的做法是:改变可改变的,优先改变易于改变的以及成本效益高的条件和制约。

行为理论分可为个体理论和群体理论两种。个体理论大多为认知理论。可谓“播种一种观念,收获一种态度;播种一种态度,收获一种行为;播种一种行为,收获一种习惯;播种一种习惯,收获一种性格”。性格决定命运,胸怀决定布局。个体理论助力于解释和改变个体行为。群体理论助力于解释群体行为,行为改变指向多数人。可谓广种薄收,但总体效益高。

文化是行为的社会“基因”。任何行为现象的发生和终止都离不开特定的文化和社会情境。目前的行为理论均来自西方世界,将西方的理论引进来只是第一步,更重要的是要进行文化适应性修正和创新,因此迫切需要发展本土理论框架,用以指导在中国文化语境下的相关理论研究。众所周知,目前行为研究的一个制约瓶颈是缺乏有力的研究机制与平台,这个问题在两个方面表现尤为突出。一方面,我国的许多研究并不是建立在对事物属性的质的理解方面,缺乏理论的指导。显然,没有理论指导的行动不会有令人渴望的效果。有些工作虽然

应用了理论,但“错误地使用了理论”,也是一场悲剧。如,我国的大部分健康行为研究都是建立在“知—信—行”的模式上。该模式假设,如果人们知道了一个行为对健康有害,就足以改变自己的行为。知道“有害”,就可解决问题,多么美妙的想法!许多基于这个模式假设的干预并没有得到令人渴望的效果,可许多类似的做法还层出不穷,即使针对医学人员的控烟项目仍在使用这种模式。另一方面,中国文化在很大程度上仍然属于农业社会意识形态,这就意味着人群行为的中国式塑造模式和西方社会不同。举例来说,在公开场合阻止别人不要吸烟在西方是常见的,但在儒家文明的内敛观念下却是件难事,因此我们必须探索独特的社会行为规范并采取合适的方法。要解决中国问题必须要懂得中国。

西方常用的健康行为理论是在21世纪初由本人引入本土。那时,在国内很难看到英文原著。借助当时本人在美国工作的条件,对这些理论进行了系统学习、思考和消化,使得有了一定程度的把握。记得,那种学习呀!真是如饥似渴!每个词和表达都要反复思考和斟酌。令人可喜的是,这些理论引入后就得到广泛的应用,也解决了不少现实问题,提高了研究水平。应用不限于健康领域,扩散到了管理学、体育等领域。特别是体育领域已开展了很多研究和实践,其中不乏很优秀的著作。司琦副教授的研究为代表之一。她思维敏捷,善于创新,严谨而务实,为一位难得的优秀中年学者。她将健康行为的理论和方法尝试应用于体育锻炼行为的研究,应用最多的莫过于使用行为分阶段改变理论研究锻炼行为,也有应用心理压力理论来分析体育锻炼效果的。这些努力都值得称颂。

国外的经验告诉我们,高质量的行为研究首先要有基本的理论的支持,理论不但是指导思想,而且提供研究的框架和思路。这是一本体育行为研究的学术著作,为体育研究提供系统的理论参考和操作方法,是非常有益的尝试,也为目前社会所急需。学术专著向读者提供的不应是死的教条及形式上的条条框框,尤其像体育行为这样的专业,观点和方法不存在绝对的正确与错误之分,重要的是向读者提供基本的原理和方法的“脉搏”,让他们去感受、在思考中获得属于自己的东西。也许这就是司琦副教授撰写这一专著的指导思想。

浙江大学 杨廷忠

二〇一七年六月二十五日

目 录

1. 健康行为和体育健康促进行为 / 1
 - 1.1 健康行为和体育健康促进行为 / 1
 - 1.2 健康行为的基础理论 / 5
 - 1.3 健康行为的改变 / 8
 - 1.4 体育健康促进行为的基础理论 / 14
 - 1.5 体育健康促进行为的改变 / 16
2. 体育健康促进的个体理论 / 20
 - 2.1 健康信念模型 / 21
 - 2.2 合理行为理论及其扩展理论——计划行为理论 / 29
 - 2.3 社会认知理论 / 34
3. 体育健康促进的干预理论 / 50
 - 3.1 知信行模型 / 51
 - 3.2 阶段变化模型 / 52
 - 3.3 信息-动机-行为模型 / 70
 - 3.4 社会生态模型 / 72
4. 体育健康促进的群体理论 / 93
 - 4.1 创新扩散理论 / 93
 - 4.2 组织发展理论 / 99

5. 体育健康促进的研究方法 / 104

5.1 定性研究 / 105

5.2 定量研究 / 110

6. 体育健康促进的应用——青少年儿童体育健康促进干预 / 116

6.1 青少年儿童体育健康促进行为理解 / 116

6.2 青少年儿童体育健康促进干预研究 / 120

6.3 干预研究的启示与后续努力方向 / 126

附录1 / 131

附录2 / 152

附录3 / 165

附录4 / 181

附录5 / 194

后记 / 207

索引 / 209

1. 健康行为和体育健康促进行为

2016年10月25日,中共中央、国务院印发了《“健康中国2030”规划纲要》,国家将实现国民健康提到了前所未有的高度。健康不仅是促进人全面发展的必然要求,更是国家富强、民族振兴的重要基础。我国在加速经济发展,提高国民生活水平的同时,也因为全球化、城镇化、工业化、生态环境以及生活方式改变等,给维护和促进健康带来了新的挑战。

体育锻炼(physical activity)是与生活方式相关的、最关键的健康决定因素(health determinants)之一。它在促进不同群体生理、心理和社会适应健康方面的效应已得到了广泛验证。尽管如此,体育锻炼之于公共卫生、国民健康,乃至社会、国家的关键性仍没有得到应有的重视;体育锻炼作为一种低投入/高收益(low cost/high benefit)的健康行为(health behavior),之于国民、国家的意义仍处于相对狭隘的境地。

健康行为是什么?健康促进(health promotion)是什么?体育锻炼是什么?体育健康促进行为(health enhancing physical activity)又是什么?同时,上述因素之间存在怎样的关系?有什么样的理论用于阐述上述因素之间的关系?对于指导实践又具有怎样的作用呢?

1.1 健康行为和体育健康促进行为

1.1.1 核心概念界定

(1) 健康行为的定义

从广义上讲,健康行为指的是个体、群体或团体的行为以及行为的决定因素(determinants)、相关因素(correlations)和结果(consequences)。结果包括社会变化、政策发展和实施、应对策略以及生活质量变化等。健康行为不但包括可观察

的、外显的行为,同时也包括可报告和测量的精神变化、情绪变化等心理状态。

不同学者对健康行为的认识存在差异。有学者认为,健康行为可以分为四类:

第一类为个体与维持健康、康复或健康促进有关的行为。不但包括个体的心理过程,如性格、信念、价值、动机;也包括外显的行动、行为方式和习惯。此种对健康行为的解释与“健康相关行为”(health-related behavior)基本相同。

第二类为指向健康或被健康结果所强化的行为。此种对健康行为的解释与“促进健康行为”(health-promoted behavior)类似。

第三类认为,健康行为指主观认为自身健康的个体为增进健康、预防疾病而采取的行为。此种对健康行为的解释与“预防性健康行为”(preventive health behavior)的解释相似。

第四类认为,健康行为指个体在生理、心理、社会适应等诸方面均处于安宁(well-being)状态时的一种理想状态。

本书所研究和讨论的健康行为更接近于其广义定义,即第一类对健康行为的解释。

(2) 健康促进的定义

世界卫生组织(WHO)对健康促进的定义是:健康促进是一个控制和提高健康的过程。它不仅仅是个体的相关行为,同时也表现为社会和环境变化对行为起到的干预作用。1986年11月17-21日,第一届国际健康促进大会在加拿大渥太华召开,大会在结束时发表的《渥太华宪章》(The Ottawa Charter for Health Promotion)指出:“实现健康促进有六个主要的途径,分别是制订健康公共政策、创造支持性环境、加强社区行动、促进个体相关技能发展、适时调整健康服务,以及面向未来。”

由此可见,影响健康行为,实现健康促进,是一个综合的过程,需要个体、群体以及环境等诸多因素共同参与。其中环境包括微观环境、中观环境和宏观环境,即个体所处环境、学校环境、工作单位环境、社区环境、自然环境、社会环境等;而支持则包括政策、立法、组织等各个系统。因此,健康促进的内涵包括个体行为改变和政府行为改变(社会环境)两方面,并重视发挥个体、家庭和社会的健康潜能。

(3) 体育锻炼和体育健康促进行为的定义

学者对锻炼行为(exercise behavior)、体育锻炼(physical activity,又称身体

活动或体力活动)行为的认识也经历了一个漫长的过程。早期的文献和研究报告中,多使用锻炼行为一词,意指为了达到某个特殊的目的(如改善外表、增强心肺功能、消除压力、增加乐趣等)而实施的一系列休闲体育锻炼。而体育锻炼则指的是所有引发能量消耗的身体移动,包括日常生活中的一切行动,如洗碗、洗衣等家务劳动。体育锻炼行为所指的范畴更为广泛。因此,锻炼行为可以认为是一种特殊的体育锻炼。鉴于目前国内的学术界对上述两个概念的区别尚未达成统一认识或共识,有关概念的翻译和使用也尚未达到统一。因此,本书不加区别地使用锻炼行为和体育锻炼行为两个概念,但其含义统一为骨骼肌收缩或运动而引发的身体能量消耗增加。

体育健康促进这一概念经常在探讨通过体育锻炼获得健康收益时使用。而体育健康促进行为可以被理解为,任何一种形式的、以促进健康增强功能能力(functional capacity)为目的的,而又没有风险或不会造成不必要伤害的体育锻炼行为。

1.1.2 体育锻炼和体育健康促进行为的分类

之所以对体育锻炼行为进行分类,旨在明确其功能、用途和特征,为有针对性地各类人群提供所需的体育锻炼建议奠定基础。

(1) 按代谢水平的高低进行分类

体育锻炼行为被定义为高于基础代谢水平,由于骨骼肌收缩或运动而引发的身体能量消耗增加。而身体的活动可以依据代谢水平的高低分为基线活动和健康促进行为两类:

基线活动(baseline activity)指日常生活中的低强度活动,包括站立、慢走和拿起轻的物体等。如果个体只进行类似上述的基线活动,我们就有理由认为其处于体育锻炼不足(physical inactivity)或久坐不动(sedentary)的状态。

体育健康促进行为所指的行為是,在基线活动基础上增加的、用于获得健康收益的活动,包括跳绳、舞蹈、举重、跑步、游泳等众多形式的体育锻炼行为。

(2) 按目的进行分类

按参与体育锻炼的目的,可以将其分为健康相关体育锻炼和成绩相关体育锻炼两类。

健康相关体育锻炼(health-related physical activity),指以增进健康,尤其以提高心血管适能和肌肉适能为目的的体育锻炼行为。

成绩相关体育锻炼(performance-related physical activity),指专业运动员以提高运动成绩、运动表现或专项适能为主要目的而进行的体育锻炼行为。在本书中,由于不涉及此类体育锻炼行为,因此不再赘述。

(3) 按水平进行分类

按个体参与体育锻炼的持续时间或强度变化,可将体育锻炼行为区分为不锻炼(inactive),低强度锻炼(low intensity activity),中等强度锻炼(moderate intensity activity)和高强度锻炼(vigorous intensity activity)。具体差异见下表(表1-1)。

①不锻炼:日常生活过程中,无超过基线水平的锻炼活动。

②低强度锻炼:虽然有超过基线水平的锻炼活动,但远远达不到每周累积150分钟中等强度体育锻炼或等量75分钟的高强度体育锻炼的标准(HHS, 2008)。

③中等强度锻炼:每周参与累积150分钟至300分钟中等强度的体育锻炼或等量75分钟的高强度体育锻炼。

④高强度锻炼:每周累积超过300分钟中等强度的体育锻炼。

表1-1 按水平体育锻炼行为划分表

锻炼水平	按建议参与锻炼的持续时间	锻炼强度	锻炼的健康收益	建议
不锻炼	无超过基线水平的活动	1.0梅脱左右	无	不锻炼是不健康的。
低强度锻炼	锻炼超过了基线水平,但累积锻炼时间少于每周150分钟	1.0~3.0梅脱	有一些	锻炼不足以产生足够的健康收益。
中等强度锻炼	锻炼时间每周累积150分钟至300分钟	3.0~6.0梅脱	足够	锻炼的持续时间越长,强度越大,可获得越多的健康收益。
高强度锻炼	锻炼时间每周超过300分钟	超过6.0梅脱	可获得额外的健康收益	目前研究结果尚未确定获得健康收益的锻炼持续时间和强度的上限是什么。

(4) 按功能分类——针对青少年儿童

针对仍处于生长发育过程中的青少年儿童,体育锻炼可以按照其功能划分为:有氧活动(aerobic activity),增强肌肉力量活动(muscle-strengthening activity)和增强骨骼活动(bone-strengthening activity)三类。

①有氧活动:指有节奏地运动大肌肉群的活动。包括跑步、跳跃、跳绳、游泳、跳舞以及骑自行车等活动。有氧活动有助于增强心肺适能。

②增强肌肉力量活动:增加肌肉运动的各类活动,即通过抗阻力或一定量的负荷来实现增加肌肉力量的目的。对于青少年儿童而言,增强肌力的活动可能是非组织的活动或玩耍,例如攀爬运动场上的各类器械、拔河;或是有组织的、利用健力带(resistance bands)所进行的各类锻炼活动。

③增强骨骼活动:促进骨骼生长和力量的活动。例如通过青少年儿童自身和地面撞击而产生力量的各类活动,以达到增进骨骼健康的目的,如跑步、跳绳、网球、篮球、跳房子、跳皮筋等。通过举例可知,增强骨骼的体育锻炼也可以是有氧活动和增强肌力的活动。

(5) 按类型进行分类

按类型可以把体育锻炼分为四类,交通性体育锻炼(commuting physical activity),职业性体育锻炼(occupational physical activity),家务性体育锻炼(domestic physical activity)和休闲性体育锻炼(recreational physical activity)。上述体育锻炼行为的划分方法,主要是依据日常生活中,为实现不同目的而在交通、职业性工作、家务劳动以及休闲性活动过程中所出现的能量消耗活动。

1.2 健康行为的基础理论

1.2.1 理论、研究与实践间的关系

研究健康行为的主要目的是为了深入了解该行为,并将相关知识转化为有效的干预策略或政策、措施以实现健康促进的目的。因此,理论来源于实践,又在实践检验下进一步完善、改进。在健康促进和疾病预防领域,理论、研究与实践的关系被认为是一个由基础研究(如决定因素的研究、方法的研究),到干预研究(如,以实现改变为目的的研究),监测研究(如,跟踪监测不同人群的变化趋势,以及维持改变的研究),至应用和项目推广研究(如,有效、成熟健康促进项目的应用及推广)的循环。在这个循环中,处于中心位置的是“知识的综合”(knowledge synthesis)。正如 Larry Green 所说:“如果我们需要以实证为基础的实践,那我们就要有以实证为基础的证据。”

基于理论、研究和实践的知识,有利于我们更进一步深入理解健康行为,并在此基础上设计有效的行为改变或干预措施,最终实现行为改变、维持行为改变的目的。

阅读文献过程中,尤其是在研究健康促进相关理论过程中,经常会看见理论(theory)或是模型(model)的表述,例如大家耳熟能详的社会认知理论(the Social Cognitive Theory)、合理行为理论/计划行为理论(the Reasoned Action Theory/ the Planned Behavior Theory)健康信念模型(Health Belief Model)、阶段变化模型(Stage of Change Model)和社会生态模型(Social Ecological Model)等。那么,理论和模型存在怎样的差异呢?

理论

所谓理论是指用于展示自然和社会事件、现象变量之间的特殊关系,并实现解释和预测功能的一组相关概念、定义或命题。理论首先是可被重复验证的;同时,它也是抽象并具有普遍意义的。对于健康行为领域内的研究,只有理论被赋予具体的研究主题、研究目的和研究问题时,它才可能鲜活起来。那么,理论对指导研究和实践,为什么如此之重要呢?

这首先体现在,理论可以帮助我们回答“是什么”、“为什么”和“怎么样”的问题。以促进青少年参与体育锻炼为例。理论可以指导我们回答,在实现促进青少年参与体育锻炼这个研究目的之前,我们需要知道什么。其次,理论可以帮助我们去寻找“青少年为什么不参与或为什么参与体育锻炼”的答案。最后,基于此,形成行为干预策略,我们还可以回答“怎么样”让青少年真正动起来的问题。因此,理论可以帮助我们解释行为,并指导我们寻找用以实现行为改变的途径。

近年来,在健康行为研究领域,新的理论“层出不穷”。那我们究竟在什么时候,才决定接受新的理论呢?不同学科领域的标准可能有所不同,但如果新的理论可以解释前期理论所解释的所有现象,并且还能够解释前期理论无法解释的现象,同时在特定条件下,已经有了一定量的前期研究结果验证和支持该理论,并有不同学科的学者进行跨学科验证时,该理论就会开始慢慢进入更多研究者的视野了。

模型

由于我们的研究问题极其复杂,例如体育健康促进。如何促进不同人群参与到体育锻炼中来,就是一个极其复杂的研究问题。此时,由单一理论对其进行解释、说明和预测存在局限性,于是模型就出现了。所谓模型,是一组理论的组

合,用以帮助我们在一个特定的环境或情景下,理解一个特定的问题。模型经常由多个理论,或由前期实证研究结果构成。例如大家所熟知的阶段变化模型和社会生态模型等。

1.2.2 有关于健康行为的基础理论

健康行为是人类行为的一种类型,了解、解释人类行为的基础理论,有利于对健康行为的理解和认识。

(1) 行为主义理论

自冯特时代以来,“意识”一直是心理学的主要研究问题。而行为主义则认为心理学的研究问题应该是“人类存在的行为或活动”。行为主义理论的代表人物华生认为,行为是有机体应对环境的一切活动。其将行为和引起行为的环境影响分为了两个简单的共同要素,即刺激(stimulus)和反应(reaction)。刺激引起个体行为的内、外部变化,而反应则是构成行为最基本成分的肌肉收缩和腺体分泌。华生认为,研究心理学,即人类的行为,就是要确定刺激和反应之间的联系规律,以便预测行为和控制行为。

(2) 学习理论

托尔曼的学习理论被称为早期认知学习理论。他通过一系列动物实验,首先提出了符号学习理论(或符号—完形—期待理论, sign-gestalt-expectancy theory)。即行为并非如强化论主张者所强调的,按一系列尝试错误的行动,以达到目的;而是具有“认知”的特点,把认知到的特点作为力求达到目的的“符号”,并表现出期待,在头脑中形成“符号—完形—期待”。他认为,学习者所学的东西并不是简单的、机械的运动反应,而是学习达到目的的符号及其意义。

(3) 社会学习理论

多拉德和米勒拉开了社会学习理论的序幕。他们认为,行为受社会条件的制约;学习所获得的是学习所赖以产生的社会情境条件的函数。一切习得的行为,均服从内驱力—刺激—反应—强化这一学习规律。20世纪60年代后,班杜拉创立了现代社会学习理论。他认为,人的社会行为是通过观察学习(observational learning)获得的,环境在这一社会学习的过程中起决定性影响作用。

1.3 健康行为的改变

行为改变是一个异常复杂的过程。只有在充分理解行为改变过程的基础上,我们才可能使用正确的行为改变技术或设计相应的干预策略,以最终实现行为改变。前期研究结果证实,干预对行为改变的影响作用并不尽如人意。要最大限度增强干预的有效性,则需要对行为改变有一个基于理论的理解。理论在其中的重要性主要体现在以下三方面:(1)为干预明确和定位行为改变的前因(antecedents)以及引发行为改变的决定因素(causal determinants),为行为改变技术的选择、精练和量身定制提供指导;(2)证实行为改变机制的可验证性,为如何发挥干预的有效性获取更加深入的理解;(3)为如何实现不同人群、不同行为和不同环境下的行为改变积累知识。

1.3.1 健康行为改变的相关理论

经Davis及其同事的研究发现,有关行为改变的理论有82种之多。这其中有我们耳熟能详的健康信念模型、保护动机理论(the Protection Motivation Theory)、自我决意理论(Self-determination Theory)、自我效能理论(Self-efficacy Theory)、合理行为/计划行为理论和阶段变化模型等。也有至今没有引起学者关注,并进一步进行相关研究的理论(见表1-2)。其中,最广受关注的理论或模型依次分别为:阶段变化模型、计划行为理论、社会认知理论、信息-动机-行为技能模型(Information-Motivation-Behavioral Skills Model)、自我决意理论、健康行为过程模式(Health Action Process Approach)和社会学习理论。

表1-2 有关行为和行为改变的理论

编号	理论名称	第一作者	提出年度
1	An Action Model of Consumption	Bagozzi	2000
2	Affective Events Theory	Weiss	1996
3	AIDS Risk Reduction Model	Catania	1990
4	Attitude-Social Influence-Efficacy Model	DeVries	1998
5	Behavioral Ecological Model for AIDS Prevention	Hovell	1994

续表

编号	理论名称	第一作者	提出年度
6	Change Theory	Lewin	1943
7	Classical Conditioning	Pavlov	1927
8	COMB Model	Michie	2011
9	Consumption of Social Practices	Spaargaren	2000
10	Containment Theory	Reckless	1961
11	Control Theory	Carver	1981/1982
12	Diffusion of Innovations	Rogers	1983
13	Differential Association Theory	Sutherland	1947
14	Ecological Model of Diabetes Prevention	Burnet	2002
15	Extended Information Processing Model	Flay	1980
16	Extended Parallel Process Model	Witte	1992
17	Feedback Intervention Theory	Kluger	1996
18	General Theory of Crime	Goffredson	1990
19	General Theory of Deviant Behavior	Kaplan	1972
20	Goal Directed Theory	Bagozzi	1992
21	Goal Framing Theory	Lindenberg	2007
22	Goal Setting Theory	Locke	1968
23	Health Action Process Approach	Schwarzer	1992
24	Health Behavior Goal Model	Gerbhardt	2001
25	Health Behavior Internalization Model	Bellg	2003
26	Health Belief Model	Rosenstock	1996
27	Health Promotion Model	Pender	1982
28	Information-Motivation-Behavioral (IMB) Skills Model	Fisher	1992
29	IMB Model of ART Adherence (extension of IMB)	Fisher	2008
30	Integrative Factors Influencing Smoking Behavior Model	Flay	1983
31	Integrative Model of Health and Attitude behavior Change	Flay	1983
32	Integrative Factors Influencing Smoking Behavior and the Model of Attitude and Behavior Change	Flay	1983
33	Integrative Model of Behavioral Prediction	Fishbein	200
34	Integrated Theory of Drinking and Behavior	Wagennar	1994

续表

编号	理论名称	第一作者	提出年度
35	Integrated Theoretical Model for Alcohol and Drug Prevention	Gonzalez	1989
36	Integrated Theory of Health Behavior Change	Ryan	2009
37	Model of Pro-environmental Behavior	Kolmuss	2002
38	Motivation Opportunity Abilities Model	Olander	1995
39	Needs Opportunities Abilities (NOA) Model	Gatersleben	1998
40	Norm Activation Theory	Schwartz	1977
41	Operant Learning Theory	Skinner	1954
42	Precaution Adoption Process Model	Weinstein	1988
43	Pressure System Model	Katz	2001
44	PRIME Theory	West	2006
45	Problem Behavior Theory	Jessor	1977
46	Prospect Theory	Kahneman	1979
47	Protection Motivation Theory	Rogers	1975
48	Prototype Willingness Model	Gibbons	1995
49	Rational Addiction Model	Becker	1988
50	Reflective Impulsive Model/Dual Process Theory	Strack	2004
51	Regulatory Fit Theory	Higgins	2000
52	Relapse Prevention Theory	Marlatt	1980
53	Risks as Feelings Model	Lowenstein	2001
54	Self-determination Theory	Deci	2000
55	Self-efficacy Theory	Bandura	1977
56	Self-regulation Theory	Kanfer	1970
57	Six Staged Model of Communication Effects	Vaughan	2000
58	Social Action Theory	Ewart	1991
59	Social Action Theory	Weber	1991
60	Social Change Theory	Thompson	1990
61	Social Cognitive Theory	Bandura	1986
62	Social Consensus Model of Health Education	Romer	1992
63	Social Development Model	Hawkins	1985