

# 健康信念的研究取向与展望\*

苏丹, 黄希庭

(西南大学 心理学与社会发展研究中心、心理学部, 重庆市 400715)

**摘要:**健康信念是个体所持有的一套有关预防疾病、维护健康、力求达成最佳生活状态的观念系统。健康信念的研究取向主要有三种:一是实证研究取向,力图找出健康信念的若干维度,并且通过测量加以量化,以便达到科学所需要的客观性和精确性;二是诠释学研究取向,则力求解释个人心灵世界体验到的健康与疾病的意义和价值;三是社会文化研究取向,关注社会、文化和历史背景在健康信念中所扮演的角色。这三种研究取向从不同角度研究健康信念,也显示健康信念触及复杂的人格结构。

**关键词:**健康信念;实证研究取向;诠释学研究取向;社会文化研究取向

**中图分类号:**B848 **文献标识码:**A **文章编号:**1673-9841(2014)04-0084-07

## 引言

健康是人类生存和发展的基础,是人类获得幸福的基本前提。世界各国在现代化进程中都会经历一个健康模式转变的过程,即人们的健康状况发生很大变化——出生率和死亡率降低、期望寿命增加、人口老龄化导致慢性病的发病率和死亡率增加,而影响我国人群健康的主要疾病,也已由传染病逐步转变为非传染病<sup>[1]</sup>。从多学科、多层次、多角度出发的生物—心理—社会医学模式已被广泛接受,心理和社会因素在人们保持健康、防治疾病的过程中的地位日益凸显,有关健康问题的研究已扩展到与健康有关的政治、经济、文化、心理等领域。怎样引导人们关注自身健康,被科学界公认为是未来几十年里最值得研究的十大社会科学问题之首<sup>[2]</sup>。

健康信念(health beliefs)是个体所持有的一套有关预防疾病、维护健康、力求达到最佳生活状态的观念系统,即人们坚持相信的健康生活观念。它包括个人在关于什么是健康、个人健康水平的影响因素、增进健康方法、以及健康的重要性等问题上所坚持的看法。健康信念是信念的一个组成部分。信念是人们坚定相信的观念,个体充分认可它的合理性、正确性<sup>[3]</sup>。同所有信念一样,健康信念包含着强烈的情感<sup>[4]</sup>,影响个体对信息的理解、建构并指导其行为,指引人们的生活方式和对环境的适应,导致不同的健康状况。信念的基础是个体对世界、对自然和社会的各种观念,这些观念来自特定的社会文化<sup>[5]</sup>并具有动态性。个体的健康信念是其与所处的社会环境交互作用中形成的,已经形成的健康信念是一种相对稳定的人格特征。健康信念包含哪些内涵?具有怎样的心理结构?它是如何形成的?具有怎样的神经生理基础?这些问题都是心理学家所关注的。目前,心理学家对健康信念进行研究,主要有实证研究取向、诠释学研究取向和社会文化研究取向。

\* 收稿日期:2014-04-21

作者简介:苏丹,西南大学心理学与社会发展研究中心、心理学部,讲师,博士研究生。

通讯作者:黄希庭,教授,博士生导师。

基金项目:重庆市人文社会科学重点研究基地项目“健康信念评定量表的编制研究”(12SKB006),项目负责人:苏丹;西南大学哲学社会科学基金项目“大学生职业价值观的现状与对策研究”(SWU09205),项目负责人:苏丹。

## 一、健康信念的实证研究取向

实证研究取向的哲学基础是逻辑实证主义。实证主义认为一切有效的知识必须以感性经验为基础,只有感性经验才具有公共可观察性,并能通过测量加以量化,科学所需要的客观性和精确性才能建立起来。与该理论相一致,健康信念的实证研究取向有三个要点:(1)确定经验事实;(2)发现现象间的一致性,建立有关现象间的规律性理论;(3)从理论推导出那些能对未来现象加以预言的经验命题,并通过经验事实证实或证伪该理论。

实证研究取向是当代西方健康心理学的主流取向,对健康行为进行了详细、系统的研究,如 Belloc 和 Breslow<sup>[6]</sup>进行的一项经典研究。他们通过调查归纳出 7 种与健康密切相关的行为(每天保证 7~8 小时睡眠、不吸烟、每天吃早餐、不饮酒或适度饮酒、定期锻炼、正餐之间不吃零食、保持或接近标准体重),并对 7 000 名居民的这 7 项健康行为进行了追踪调查,发现实施 7 项健康行为的人的死亡率显著低于只实施 0~3 项健康行为的人。上述 7 种与健康密切相关的行为已成为许多人健康信念的重要内涵。

健康信念中的许多成分是不能直接观察到的,研究者透过对这些健康信念下操作性定义,并对可操作的行为进行测量,得出了不少有价值的结果。例如 Wallston 等人把健康控制源界定为个体把健康看作可控的或不可控的归因倾向,并编制了健康控制源量表<sup>[7]</sup>。该量表被广泛应用。其中对德国成年人的调查发现,认为健康不可控的被试,其健康行为更少,如很少锻炼、不注意口腔保健,不去听健康课程,很少系统地寻求健康信息<sup>[8]</sup>。有研究者问卷调查了首次心梗患者住院期间及随后 6 个月对心肌梗塞的归因及其健康相关行为,发现了两类归因方式,一类患者归因为压力和高胆固醇等不可控因素,另一类归因为不良习惯等可控因素,后一类患者更倾向于改变饮食习惯<sup>[9]</sup>。不切实际的乐观、风险补偿等风险知觉方面的因素也有研究涉及。如 Rabiau 等提出了补偿性健康信念,即可以通过一个健康的行为来补偿或“中和”不健康行为的负面影响(如“我运动了,那我可以吃巧克力了”),并建构出理论框架来解释人们产生补偿性健康信念的原因及怎样运用它来调节自己的健康行为,该理论可以解释为什么人们无法坚持节食或运动<sup>[10]</sup>。Radtke 等发展出一个评估青少年吸烟的补偿信念量表,发现青少年对吸烟有越多的补偿性健康信念,预测出其越低的戒烟意愿,补偿性健康信念可能是吸烟者解决认知失调的一种机制<sup>[11]</sup>。

健康信念与健康行为的关系非常复杂,不是单个或几个因素就能做出预测的,于是研究者便将各种因素加以整合形成结构化的模型。这类模型数量繁多,例如在 20 世纪 60 年代提出<sup>[12]</sup>,70~80 年代不断发展的“健康信念模型”(health belief model, HBM),其基本假设是,个体是否采取健康行为,取决于其对某种疾病所持有的一系列信念。最初健康信念包含有:疾病的易感性、疾病的严重性、行为所需代价、行为的效益及行为线索;之后为了提高预测的准确性又先后增加了两个信念:健康动机和可知觉的控制。“保护动机理论”(protection motivation theory, PMT)的<sup>[13]</sup>提出为健康信念模型增加新的因素,该模型认为害怕的作用、严重性、易感性、反应有效性、自我效能等五种信念会共同影响个体的行为意向。它较深入地分析了个体行为转变的过程,认为个体的威胁评价和应对评价共同形成保护动机,进而促使行为的发生或转变。“理性行动理论”(theory of reasoned action, TRA)和“计划行为理论”(theory of planned behavior, TPB)将个体置于社会背景中,个体对其所处的社会环境的表征也被加入模型加以测量<sup>[14]</sup>。理性行动理论认为,行为意图是直接决定行为的因素,而行为意图受到个体对行为的态度(对结果的信念、对结果的评估)和主观规范(重要他人对行为的态度信念、顺从重要他人的动机)的影响。计划行为理论则加入了行为控制因素,该因素既可影响行为意图也可直接影响行为。“健康行动过程观”(health action process approach, HAPA)则给健康行为的认知模型加入了时间和过程因素<sup>[15]</sup>。该理论把个体从健康信念到健康行为的转变过程分为了决策/动机阶段和行动/保持阶段;在动机阶段,自我效能感、结果预期、对威胁的评估等信念促成了行为意图;在行动阶段,行动计划、行动控制与社会支持、无环境

障碍等因素在自我监控下发动和保持行为。对上述模型,均有很多实证研究检验,如对588名妇女的乳房自检行为与健康信念模式的关系调查表明,易感性、代价及知识等因素与乳房自检行为相关<sup>[16]</sup>。另一项研究中,研究者通过与患者频繁的交流,来提高其对牙科疾病严重性和易感性的认识,最终发现自我效能和易感性对行为改变的预测作用最大,从而支持了保护动机理论<sup>[17]</sup>。上述健康信念的模型和理论都整合了若干个子健康信念,它们都以操作性定义和一些题项来加以界定,这样便能够通过测量加以量化,以达到科学研究所需要的客观性和精确性。

健康信念的实证方法注重科学的可检验性,认为这种检验必须具有普遍性,它不以个人的经验为依据,而注重检验的程序和结论,这是研究者们一致赞同的。健康信念的实证研究取向就是用经验事实来说明健康信念的特点、结构、机制,健康信念与自然现象一样服从于“普遍的因果律”(law of universal causation),其目的是按照规律对将发生的健康行为进行预言。其实,人们的健康信念丰富多彩,实证研究取向把活生生的人物化为自然之物,这样的做法可能会带来片面性。

## 二、健康信念的诠释学研究取向

诠释学(Hermeneutik)一词源自希腊文“hermeneuein”,意为“解释”、“注释”,它研究解释的技艺,是一种有关如何通过解释增进理解的学说<sup>[18]</sup>。其代表性人物如狄尔泰(Wilhelm Dilthey, 1833—1911)、胡塞尔(E. Edmund Husserl, 1859—1938),以及海德格尔(Martin Heidegger, 1889—1976)、伽达默尔(Hans-Georg Gadamer, 1900—2002)等人。诠释学家认为实证取向研究外部刺激与心理反应之间的关系,以量化的方式研究健康信念的形成规律,用归纳、假设、推论及实验和调查来加以说明是太狭窄了。人,不是某个“客体”而是有思想、情感和理解力的“主体”。每个人的心灵生活都是独一无二的,正如狄尔泰所说“它是只能被体验和描述,不能被定义的。”<sup>[18]</sup>

诠释学取向的健康信念研究涉及从经验主体的角度理解个体的健康信念,力求穷尽某一个体健康信念的所有方面,来描述和理解这个人的健康信念的特性,而不太关注两个人或与更多人之间的异同。现实生活中人们的种种行为和选择并非都是出于理性来考虑健康风险及疾病对患者的意义。每个人都是独特的,健康信念不是某种变量,而是其生命过程的经历,是患者及其家庭对疾病的经验。因此健康信念的诠释学研究取向把目光投向个人的健康与疾病体验。Donnelly的多年临床观察发现,病人及其家属在经历慢性疾病的过程中,对疾病经验的理解有其独到的见解,表现出惊人的韧性和个人成长,并认为这些观念还能用来指导护理人员的实践<sup>[19]</sup>。Donovan和Blake对首次就诊的关节炎患者进行了追踪访谈,询问了他们的患病体验、患病对生活的影响等,结果发现,他们中的一些人之所以不能坚持服药,其原因是不愿意正常生活被服药或康复训练所破坏,他们坚持自己在治疗中应有所作为<sup>[20]</sup>。

一些研究者通过深度访谈发现,个体的健康信念不仅仅是以身体为中心的意义,患者还透过身体从更广阔的角度来理解;健康信念的内涵就不仅局限于个体身体的认知,而且还改变了价值观、世界观。发现长期的痛苦和不适对个体关于身体、自我与世界的联系的概念带来严重冲击。包括破坏个人最基本的时间感——推翻了个体对于时间和未来的各种设想;改变了个体对身体的认识,有的还出现了身体的疏离感<sup>[21]</sup>;改变了个体与他人的关系,致使与周围的人在生活、交往方式上发生了变化且体验到孤独。例如Stein报告了助理家庭医生对一名慢性疾病患者进行干预的个案:令人沮丧、难以控制的糖尿病牵涉到患者生活的方方面面——婚姻、人生阶段、家庭、宗教、职业、经济,以及对医生的选择,最终发现患病带来最关键的痛苦是对衰老的失落和悲伤<sup>[22]</sup>。不少研究发现,如果转变慢性病患者的人生体验使患者不再纠结于患病的身体而是转向关注生活中的情感、心灵、社会等方面,其结果是患者更欣赏生活、更爱人们,更能安慰和帮助他人,出现一个全新的心灵<sup>[23]</sup>。Herzlich通过长期的访谈归纳出个体对疾病的多种感知方式:疾病是一项“职业”,疾病是“破坏者”,疾病是“解放者”<sup>[24]</sup>,表明人们用各不相同的复杂的方法解释疾病,有时甚至自相矛盾。人们的健康信念是多种多样的。

世俗健康信念是朴素的,而不是健康的科学解释的简化版,与科学理论不同,其重点是连贯的描述,而不是测量看不见的变量。一项经典研究对美国南部农村 70 名老年人的深度访谈发现,一组有关保持健康的七个主题:正确的饮食、饮水、锻炼、保持忙碌、与人一起、信任神参加教会、好好照顾自己,可归为四类:“平衡和节制”、“整体的健康观”、“社会平等”和“个人责任”<sup>[25]</sup>。这些老年人的健康信念包含了生理、心理、心灵和社会等方方面面的健康生活方式,使他们能保持健康,保持社会活动的的能力。Hughner 和 Kleine 对 1983~2003 年间 Medline, Sociological Abstracts and PsychInfo 中收录的普通大众的世俗健康观进行了研究,归纳出 18 个主题:健康是没有病症,健康是功能健全的能力,健康是平衡,健康是自由,健康是约束,通过冥想或祷告可获得健康,健康有赖于心态,通过工作获得了健康,宗教和超自然的解释,通过仪式获得了健康,健康是一种道义责任,透过内部监测获得健康,自我责任,健康作为政策和制度,现代生活方式,健康是遗传的,健康的价值和地位,以及健康信念与行为之间的差距。他们还对这些信息进一步分为四个类别:健康的定义,对健康的解释,冲击健康的外部或无法控制因素,以及健康在人们生活中的地位<sup>[26]</sup>。

文本是诠释学的重要概念,人类所有的活动及活动的产物都可当作文本进行诠释。在中国民间广泛使用的健康谚语历史悠久、简洁通俗、饱含经验和智慧,可视为健康信念领域的重要文本,对其进行阐释是深入理解民众健康信念的一个途径。我国一些学者进行了这项工作,如温长路<sup>[27]</sup>对健康长寿民谣谚语进行了挖掘,把这些谚语分为环境—精神、健身—养生、食物—药物、医疗—防病四类分类整理、逐一阐释,并运用中西医药理论进行了论证。高山英<sup>[28]</sup>等把健康谚语归纳为心理健康、防病治病、良好习惯、膳食保健、果蔬养生、对症用药、体育锻炼及其他等八个方面并进行了解释,如对“养生先养德”阐述为道德修养对人体健康的重要意义,“食补不如神补”指出了维护精神健康对保障人体健康的巨大作用。对一些不正确的、过时的谚语进行了辨析,如对“男儿有泪不轻弹”从现代医学的角度阐明了压抑情绪对人体健康的损害。通过此类分析发现,民间流传的健康谚语既有合理性,也有自相矛盾的部分,它们对人们延年益寿、强身健体的活动给予了指导,同时也反映了健康信念的多样性和动态性。

诠释学的健康信念研究取向反对把人视为机器、把人简化为变量之间的关系的理论,主张以整体的人为出发点,而不是以凭空假想为起点,从而为健康信念的研究提供了富于启发性的有价值的观点。人们的生命如同诗一样,难以完全透彻地解释<sup>[29]</sup>。这就要求我们从个体的多种影响因素、多种生活动机交互作用的角度,找出更具说服力的资料,更合乎逻辑的一次又一次地解释,这样才可能对健康信念有更深刻的理解。

### 三、健康信念的社会文化研究取向

社会性是人的本质属性,人的行为都具有社会意义,健康行为也不例外。社会文化取向关注社会文化因素(个体所处的文化、亚文化环境以及社会结构、社会制度等)怎样影响个体心理与行为的形成过程。认为人们的心理与行为模式取决于他们所归属的特定文化模式和所承担的社会角色,社会文化被视为健康信念的重要来源。1970 年代以来,越来越多的研究者突破个体认知,把复杂的社会生活纳入关于健康的讨论。研究方法则不拘于量化或质性研究,实证研究和诠释学研究都有。

Zola 进行了一项开创性研究,他对美国的爱尔兰裔和意大利裔门诊患者进行了访谈,发现两个族群理解和交流健康问题的方式有差异,且在就医前都曾利用民间转诊系统,进而提出在求医决定方面,社会对症状的反应比症状本身更为重要,并在后序研究中归纳出影响患者就医决定的个人和社会因素,包括从人际危机(如亲人去世)到应该结束症状的感觉等五个因素<sup>[30]</sup>。人们的疾病体验及是否、何时就医的决定一定程度上取决于其所从属的文化,受社会结构制约,是在和他人相互影响的社会生活中形成的社会产物<sup>[31]</sup>。问卷调查研究的结果也发现,在健康观的认知构造上存在着文化差异,即健康观受所置身的文化背景、社会环境的影响<sup>[32]</sup>。Durie 对新西兰毛利人的健康观研究发现,其传统健康观与西方的健康模式很不一样。毛利人认为,健康这个概念是由生活中四个基

本信念组成,每个都同等重要,它们共同支撑起健康:一是心理健康,它包含思想、感觉和行为,毛利人的健康思维是关于关系的,认为情感交流非常重要,超过了言语;二是精神健康,认为这是健康的基本必要条件,没有精神意识的个体是有病的;三是身体健康,认为身体是神圣的世界的一部分,与世界有复杂的关系,传统的治疗实践既处理症状也注意恢复潜在的不平衡;四是家庭健康,认为维持家庭关系、照顾老小是生活中的重要部分<sup>[33]</sup>。

当健康信念受文化影响已是普遍共识,社会建构论者更进一步强调社会文化的决定性影响,关注人们作为社会或文化群体中的一员所做的实践,而非一个自主个体。提出人们以语言为途径建构现实,在特定的社会群体中,人们共享的某种说话方式在日常生活中被用来建构一个共享的现实,而健康、疾病、行为举止都是在语言的使用中建构的。因此个体的健康信念不是个人的特性,而是通过语言 and 多重环境背景与同一文化背景内的他人共享。如 Herzlich 和 Pierret 在研究中宣称的文化表征被编织成共同的思维模式,以形成疾病的社会现实观念<sup>[34]</sup>。Murray 等对加拿大二战后婴儿潮的一代人进行了访谈,发现他们对健康和疾病有特定的社会性叙述,都注重生活方式和自我保健;并指出这样的健康信念是来自个体与各时期公共健康信息的互动——包括 1974 年颁布的健康促进文件中确定的健康的四个方面包括人类生理、环境、生活方式、卫生保健,1984 年加拿大全民免费医疗的实施,1990 年代财政紧缩导致免费医疗服务范围的缩小<sup>[35]</sup>。在一项对英国健康和生活方式大型的、综合方法的研究中,研究者也发现人们对健康、病因的看法是特定社会的历史的产物。尽管问卷调查的结果显示受访者认为行为是疾病的主要原因,对疾病过程的理解原则上与先进的权威的医学解释无异<sup>[36]</sup>,但当对同样的受访者进行访谈时,她们给出了更个人的具有当地文化特点的解释,如发现认为现代都市生活不健康的观点,但这类观点很少有一个确切的含义,研究者认为是受媒体和文化表征的影响<sup>[37]</sup>。

社会文化并非一成不变。要讨论社会文化的影响,文化的变迁与时代性是不可忽视的一个维度。在人类历史上,很多文明中都存在健康与社会、自然环境相关联的信念,关于疾病及其潜在的治疗措施也有各种各样的信念。而自 18 世纪实验研究的成功使还原论的、依靠技术的“正统医学”占据了主导地位。在过去的一百年里,正统医学取得的巨大成就深刻地改变了人们对机体本质、疾病机理的理解<sup>[38]</sup>。大众认为国家应对医疗行业负责,而个人的健康信念则演变为患病就要求医。正统医学具有过大的权威而降低了人们使用多种方法应对疾病、保持健康的自主性和自由度。直到 20 世纪 50、60 年代后,随着人们发现医源性疾病增加,对癌症等慢性病以及其他退行性疾病研究进展缓慢,动摇了人们关于只依靠医学就可以防治疾病的乐观信念。尽管认识到了医学化倾向的不利影响并有一定反思,但相信并期望通过药物改善健康状况的信念仍是现代性的一个突出特征<sup>[39]</sup>。

西方一些理论家讨论了在当代后现代社会中,“健康”对人们的同一性建构的意义,认为健康已成为一个“主流文化主题”<sup>[40]</sup>。在这个缺少安全感的时代,人们通过重视生活方式和自我提升的实践,让身体和心理成了“控制场所”,从而能得到一些微小的控制感和安全感<sup>[41]</sup>，“健康”因此成为人们感知到的“健康生活”中不可缺少的一种目标。同时,健康也与道德品质联系在一起了,因为它反映了人们认为什么是健康的、正确的和负责任的。当前人们的健康信念渗透着自律、自我否定、自我控制、意志力等观念,健康的状态是健康自我、道德自我和责任自我的关键的躯体象征。反之,非健康及风险行为隐含的价值观和意义则象征着失控、健康状况糟糕、道德低下、没有责任心等。而在我国,姚泽麟通过深度访谈等质性研究结果发现,当前农村居民的健康观念、行为模式与其上一代人及他们自己在改革开放前有明显差异,健康的工具性色彩已经明显淡化,健康成了他们享受生活的一部分<sup>[42]</sup>。

社会文化取向关注社会、文化和历史背景在健康信念中所扮演的角色,使健康信念这个概念更加丰满、全面。这是一种把某种社会文化群体作为研究对象的阐释视角,从而使我们了解到个体的健康信念独特性之外还了解到个人健康信念的社会文化属性。社会文化的发展也促使个体健康信念的发展。

## 四、展 望

健康信念是一个开放的观念系统。任何一个系统都可以从不同的维度对其进行分析<sup>[43]</sup>,用单一的方法和视角无法全面了解。健康信念的实证研究取向,以把说明与经验观察以及对理论的经验证实相联系的角度来探究决定个体健康状况诸因素的数据并构建了众多模型;健康信念的诠释学研究取向,以意识与语言的关联性以及语言与生活方式的关联性的角度用描述阐释的方法来研究健康信念问题;健康信念的社会文化研究取向,则强调社会文化因素在健康信念的形成、发展中所扮演的角色。这三种研究取向侧重点不同,并且各具特色,但也都有不足之处。

健康信念的类型、形成、作用机制都有待深入探讨,应把实证研究取向和诠释学研究取向、量化研究方法和质性研究方法结合起来研究。同时,对中国社会、文化和历史背景的关注贯穿始终。任何实证研究都应在特定的理论假设指导下进行,研究者首先要对健康信念做出推论,要进行这种预测需要深入真实的个体,以诠释学的视角进行详细的考察。因此首先需要采用深度访谈法鼓励被试自由交谈,探索个体复杂而精细的健康信念。中国传统文化中对人的理解强调“天人合一”<sup>[44]</sup>,反映出中国传统哲学在看待身与心、人与自然、人与社会的关系上与西方不同的思维方式,而这些特点也反映在中国人的健康信念中,如阴阳平衡、形神统一、天人统一<sup>[45]</sup>——把人体身心活动的整体状态及其与自然界的变化作为一个相互联系的整体运动变化过程来认识,从整体状态的变化及相互关系上来把握健康<sup>[46]</sup>。这些被中国人世代传承的健康信念,深入生活的各个角落。如用阴阳、气血等概念理解和描述身体状态,上火了清热,气虚了补气;使用按摩针灸等物理疗法治疗疾病;注重根据季节变化适时进补;也懂得生气伤肝、药补食补不如心补等心身健康观念。在访谈中注意这些内容并进行梳理将反映出中国人独特的健康信念系统,及其在西方正统医学主导的医疗体系中对民众的健康所扮演的角色。然后,再通过实证研究检验推论和预测的正确性和恰当性,即在分析解释访谈资料的基础上对健康信念进行分类,编制测量健康信念的量化工具,使用量化工具施测,考察健康信念与身心健康的关系并发现两者间的影响因素,从而建立健康信念与健康状况的关系模型。

### 参考文献:

- [1] 冯显威. 健康社会学发展中的新理论范式研究[J]. 医学与社会,2012,25(1):1-4.
- [2] Giles J. Social Science Lines up Its Biggest Challenges[J]. Nature,2011,470(7332):18-19.
- [3] 郭永玉. 作为心理学概念的理想、信念、世界观[J]. 教育研究与实验,1995,(3):38-41.
- [4] Rokeach M. Beliefs, Attitudes, and Values; A Theory of Organization and Change[M]. San Francisco: Jossey-Bass, 1968.
- [5] Pepitone A. Beliefs and Cultural Social Psychology[G]//In L L Adler, U P Gielen(Eds.), Cross-cultural Topics in Psychology, Westport, CT: Greenwood Publishing Group, 2001: 185-198.
- [6] Belloc N B, Breslow L. Relationship of Physical Health Status and Health Practices[J]. Preventive Medicine, 1972, 1(3): 409-421.
- [7] Wallston K A, Wallston B S, DeVellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control(MHLC) Scales[J]. Health Education & Behavior, 1978, 6(1): 160-170.
- [8] Grotz M, Hapke U, Lampert T, Baumeister H. Health Locus of Control and Health Behaviour; Results from a Nationally Representative Survey[J]. Psychology, Health & Medicine, 2011, 16(2): 129-140.
- [9] Weinman J, Petrie K J, Sharpe N, Walker S. Causal Attributions in Patients and Spouses Following First-time Myocardial Infarction and Subsequent Lifestyle Changes[J]. British Journal of Health Psychology, 2000, 5(3): 263-273.
- [10] Rabiau M, Knäuper B, Miquelon P. The Eternal Quest for Optimal Balance Between Maximizing Pleasure and Minimizing Harm: the Compensatory Health Benefits Model[J]. British Journal of Health Psychology, 2006, 11(1): 139-53.
- [11] Radtke T, Scholz U, Keller R, Knäuper B, Hornung R. Smoking Specific Compensatory Health Beliefs and the Readiness to Stop Smoking in Adolescents[J]. British Journal of Health Psychology, 2011, 16(3): 610-625.
- [12] Rosenstock I M. Why People Use Health Services[J]? Millbank Memorial Fund Quarterly, 1966, 44(3): 94-124.
- [13] Rogers R W. A protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change[J]. Journal of Psychology, 1975, 91(1): 93-114.
- [14] Ajzen I, Madden T J. Prediction of Goal Directed Behavior: Attitudes, Intentions, and Perceived Behavioral Control[J]. Journal of Experimental Social Psychology, 1986, 22(5): 453-474.
- [15] Schwarzer R. Self-efficacy in the Adoption and Maintenance of Health Behaviours: Theoretical Approaches and a New Model[G]//

- In R Schwarzer(Ed. ),Self-efficacy;Thought control of action,Washington DC;Hemisphere,1992;217-242.
- [16] Champion V L. The Relationship of Breast Self-examination to Health Belief Model Variables[J]. Research in Nursing & Health, 1987,10(6):375-382.
- [17] Beck K H,Lund A K. The Effects of Health Threat Seriousness and Personal Efficacy Upon Intentions and Behaviour[J]. Journal of Applied Social Psychology,1981,11(5):401-15.
- [18] 张庆熊. 社会科学的哲学:实证主义、诠释学和维特根斯坦的转型[M]. 上海:复旦大学出版社,2010:42.
- [19] Donnelly G F. Chronicity;Concept and Reality[J]. Holistic Nursing Practice,1993,8(1):1-7.
- [20] Donovan J L,Blake D R. Patient Non-compliance;Deviance or Reasoned Decision-making? [J]. Social Science & Medicine,1992,34(5):507-513.
- [21] Dennison A. Uncertain Journey:A Woman's Experience of Living with Cancer[M]. Newmill,Cornwall:Patten Press,1996.
- [22] Stein H F. The Many-voiced Cultural Story Line of a Case of Diabetes Mellitus[J]. The Journal of Family Practice,1992,35(5):529-533.
- [23] Paterson B,Thorne S,Crawford J,Tarko M. Living with Diabetes as a Transformational Experience[J]. Qualitative Health Research,1999,9(6):786-802.
- [24] Herzlich C. Health and Illness[M]. London:Academic Press,1973.
- [25] Arcury T A,Quandt S A,Bell R A. Staying healthy;The Salience and Meaning of Health Maintenance Behaviours Among Rural Older Adults in North Carolina[J]. Social Science and Medicine,2001,53(11):1541-1556.
- [26] Hughner R S,Kleine S S. Views of Health from the Lay Sector:A Compilation and Review of how Individuals Think about Health [J]. Health,2004,8(4):395-422.
- [27] 温长路. 健康长寿与民间谚语[M]. 北京:中国医药科技出版社,2001.
- [28] 高山英. 健康谚语新释[M]. 北京:中国时代经济出版社,2006.
- [29] Schultz W T,主编. 心理传记学手册[M]. 郑剑虹,等译. 广州:暨南大学出版社,2011:7.
- [30] Zola I K. Pathways to the Doctor;from Person to Patient[J]. Social Science and Medicine,1973,7(9):677-689.
- [31] Pescosolido B A. Illness Careers and Network Ties:A Conceptual Model of Utilization and Compliance[G]//In G Albrect,J Levy (Eds. ),Advances in Medical Sociology,Greenwich,CT:JAI Press,1991:161-184.
- [32] 张日昇,生熊让二,于泳红. 关于健康观认知构造的中日比较研究[J]. 心理科学,2005,28(1):45-48.
- [33] Durie M. Whaiora;Māori Health Development(2nd edn)[M]. Auckland,NZ:Oxford University Press,1998.
- [34] Herzlich C,Pierret J. Illness and Self in Society[M]. Baltimore,MA:Johns Hopkins University Press,1987.
- [35] Murray M,Pullman D,Rodgers T H. Social Representations of Health and Illness among 'Baby-boomers' in Eastern Canada[J]. Journal of Health Psychology,2003,8(5):485-499.
- [36] Blaxter M. The Causes of Disease;Women Talking[J]. Social Science & Medicine,1983,17(2):59-69.
- [37] Blaxter M. Why do the Victims Blame Themselves? [G]//In A Radley (Ed. ),Worlds of Illness;Biographical and Cultural Perspectives on Health and Disease. London;Routledge,1993:124-142.
- [38] 王一方,张大庆. 技术时代的生命图景与医学的当代史——关于20世纪医学衍进的对话[J]. 科学,2000,52(3):43-46.
- [39] Illich I. Medical Nemesis[M]. London:Calder and Boyers,1975.
- [40] Williams S J. Health as Moral Performance;Ritual,Transgression and Taboo[J]. Health,1998,2(4):435-457.
- [41] Shilling C. The Body and Social Theory[M]. London:Sage,1993.
- [42] 姚泽麟.“工具性”色彩的淡化:一种“新健康观”的生成与实践——以绍兴N村为例[D]. 北京:北京大学,2008.
- [43] 黄希庭. 探究人格奥秘[M]. 北京:商务印书馆,2014:288.
- [44] 黄希庭. 再谈人格研究的中国化[J]. 西南师范大学学报:人文社会科学版,2004(6):5-9.
- [45] 赵利,陈金泉. 中医健康概念[J]. 医学与哲学,2003,24(12):58-59.
- [46] 李灿东,纪立金,鲁玉辉,甘慧娟. 论中医健康认知理论的逻辑起点[J]. 中华中医药杂志,2011,26(1):109-111.

责任编辑 曹莉