

德 麦 国 际 · S D E U N I V E R S E S

学 员 专 栏 · S T U D E N T S ' C O L U M N



沉默土壤的归责陷阱：知信行模型的效度边界与结构性缺陷

知信行的失效，不在“知—信—行”三个环节，而在它系统性地无视了行为的“土壤”——当土壤缺失，它不报警，反而把失败自动归责于个体。

陈 晓 艳 著

生物学博士 · 高级健康管理师 · 大学教师

SDE 学员专栏 · 约 18,000 字

摘要

健康教育领域长期依赖的“知信行”模型预设了一条从知识获取到信念形成再到行为改变的线性路径。本文对这一预设提出系统性挑战。本文的核心判断是：知信行模型并非一个普适的行为改变理论，而是一个高度依赖使用者的社会土壤——经济位置、时间主权、社会网络与观念共同体——才能运作的“同构加速器”。当这些土壤条件完备时，知识确实是行为改变的最后一块拼图；但当土壤缺失时，该模型的结构缺陷便充分暴露：它不具有识别“土壤缺失”的诊断接口，反而内置了一套将行动失败自动归因于个体认知或意志缺陷的解释回路。本文将这一机制命名为“沉默土壤的归责陷阱”。通过对该模型历史起源、理论结构、运行机制及其在不同人群中的分化效用的分析，辅以教育学、公共卫生、犯罪学、管理学等领域的跨学科映照，本文论证了这一归责陷阱并非模型应用的偶然偏差，而是其理论自洽性的必要代价——模型必须隐去土壤，才能维持其“内因驱动外行”的核心逻辑。本文进一步指出，真正的行为改变干预不应从“教育个体”开始，而应从识别、松动并重建支撑行为的土壤条件入手。这一判断并不意味着对知识传播的全盘否定，而是要求恢复其对自身适用条件的清醒边界意识。如果未来大规模严格评估能够在系统性土壤缺失的人群中仅凭知识传播反复产生持久的行为改变，本文的核心论点将被证伪。

关键词：知信行模型；土壤效应；归责陷阱；行为改变；健康传播；结构暴力

一、引言：一个被锁定的困惑

在公共健康促进的实际工作中，一个反复出现的困惑长期困扰着实践者：为什么同一套精心设计的健康教育方案，在有些人身上立竿见影，在另一些人身上却几乎不留痕迹？这个问题看似简单，但追问下去，却触及了健康行为理论更深层的前提。

设想两种典型情境。情境A：一位有稳定工作、规律作息、家庭支持的城市中产居民，在一次体检后被告知血压偏高。他参加了一场高血压管理讲座，获知了“每周150分钟中等强度运动可使收缩压降低5-8毫米汞柱”的明确知识。三个月后，他开始规律跑步，血压回落。情境B：一位在建筑工地每天工作十二小时的农民工，在同样的讲座中听到了同样的知识。他也知道该运动，也想控制血压。但三个月后，他仍在工地与临时住所之间往返，唯一的“运动”是搬运建材。他并非不想改变，而是他的生活里没有一个能安放“每周150分钟中等强度运动”的位置。他每天的行动半径、体力消耗、时间分配、能量补给，都由生存逻辑严格限定，而非由健康知识导航。

这两个情境中，健康教育的内容是一样的，传递方式是一样的，甚至接收者的认知理解也是一样的。但结果截然相反。是什么导致了这种分化？通常的回答指向“个体差异”：情境A中的人“信念更坚定”“意志力更强”“健康素养更高”；情境B中的人则反之。这套回答自有其解释力，但它同时也完成了一个隐蔽的归因动作——将结果的差异，全部归因于个体内在属性的差异。而那个真正决定性的变量——个体的生活处境是否为新行为提供了生根的土壤——则在这套归因中被系统性地隐去。

知信行模型（Knowledge-Attitude-Behavior Model，又称KAB模型或KAP模型）正是这套归因逻辑最经典的理论载体。它假设行为改变遵循一条清晰的三步链：获取知识→形成态度/信念→驱动行为。这条链简洁、优雅、可操作，自二十世纪中叶在全球公共卫生实践中被广泛采用以来，已经成为健康传播领域最基础、最普遍的理论框架之一。无论是以控烟、营养、运动、疫苗接种为主题的社区干预项目，还是慢性病患者的自我管理教育，知信行模型几乎都是默认的起点。

然而，这个模型的“有用”与“没用”之间的边界，始终没有得到足够清晰的理论界定。支持者援引大量早期在避孕推广、口服补液盐推广、疫苗接种等领域的成功案例，证明知识传播可以产生显著的行为改变。质疑者则指出，在这些成功案例中，目标行为往往是相对简单的、一次性的、不要求持续自律的行为，而且目标人群通常处于“信息空白”状态——知识是唯一缺失的拼图。这些成功所证明的，不是知信行模型的普适性，而恰恰是其适用条件的特定性。一旦超出这些条件——当目标行为需要持续自律、需要时间和经济资源、需要社会网络支持、需要对抗反向社会规范——知识传播的效果就急剧衰减。多项系统综述反复确认了这一点：在饮食调整、规律运动、体重控制等复杂健康行为上，纯粹的知识传播对行为改变的独立解释力相当有限；有研究综合了数十项随机对照试验后报告，仅靠信息提供在维持长期行为改变上的效应量通常较小（Jepson et al., 2010; Ammerman et al., 2002）。

面对这一困境，主流的理论回应走了两条路。一条是修补路线：在知信行模型的基础上不断追加变量——加入风险感知、自我效能、社会规范、行为意图、实施计划、环境障碍——产生了健康信念模型（Becker, 1974）、计划行为理论（Ajzen, 1991）、跨理论模型（Prochaska & DiClemente, 1983）等一系列更为精细的理论框架。这种修补让模型更“完整”了，但也让它的理论简洁性消失了；更重要的是，追加的变量仍然围绕“个体认知”这个轴心旋转，没有从根本上撼动“内因驱动外行”的核心预设。另一条是生态学路线：把行为嵌入社会生态系统，强调政策、环境、社区、人际网络的多层次交互作用（Glanz et al., 2008）。这条路线更接近问题的实质，但它往往止步于“多因素影响”的描述性层面，未能直接诊断知信行模型失效的深层机制。

本文试图开辟第三条提问路径。我们不再问“知信行模型漏掉了哪些变量”，而是问一个更根本的问题：知信行模型失效时，它如何解释自己的失效？换句话说，当这个模型被应用于土壤缺失的人群时，它是否会识别“土壤不具备”并发出警报，还是会把土壤缺失造成的失败，自动转译为个体的认知或意志缺陷？

这个追问指向的不是模型的可修补性，而是它的归因结构。任何理论都不仅是一套描述机制，同时是一套归因机制——它告诉你当事情按预期发生时，是什么起到了作用；当事情不按预期发生时，是什么出了问题。知信行模型的归因结构中，只有一个活跃自变量：个体内部的认知—信念系统。环境的角色，即便不是完全缺席，也只是被动背景。当行为改变如期发生时，模型顺利归因为“知识有效→信念形成→行为改变”。当行为改变未能发生时，模型的归因回路需要一个“出错点”。由于环境变量不在模型内，这个出错点只能落在个体内部——要么是知识“不够”（虽然实际上足够），要么是“信念不够坚定”“态度不够积极”“意志不够强”。正是这种归因结构的内在不对称，使知信行模型不仅是一个有适用条件的理论，更是一个在适用条件被违反时自动将失败归责于人的理论。

这是本文将论证的核心判断：知信行模型的最大缺陷，不是变量太少，而是它结构性地无视行为的土壤——经济位置、时间主权、社会网络、观念共同体——当土壤完备时，知识是最后一块拼图；当土

壤缺失时，这个模型不会报警说自己无力，而是将土壤缺失所导致的行动失败，自动归因为个体的知识不够或信念不坚。因此，它是一种将社会阶梯上的位置差异，翻译成个体心理能力差异的转码机器。

本文将为上述判断提供系统的论证。第二节回到知信行模型的历史起源，说明它的有效性条件是如何被其诞生情境所塑造的；第三节解剖模型的理论结构，揭示“内因归责回路”是如何内置于其核心架构之中的，并深入分析测量工具如何通过组织与话语的双重机制将实践者的认知格式化；第四节引入“土壤”概念，细致区分土壤完备者与土壤缺失者在面对同一知识时的截然不同的行为可能性空间；第五节正式建构“沉默土壤的归责陷阱”这一核心机制，论证它如何运作、何以自锁、何以难以被察觉，并填补心理机制上的论证缺口；第六节通过与既有理论框架的系统对话，明确本文的理论位置与贡献增量；第七节通过跨学科的平行现象映照，尤其对管理学案例进行深度解剖，展示这一陷阱并非知信行模型所独有，而是一种更具一般性的归因结构；第八节直面最有力的反驳，并严格给出证伪条件；第九节从理论推衍到实践路向的初步构想；第十节总结贡献与局限，并明确给出证伪条件。

在展开论证之前，有必要做两点说明。第一，本文的批判对象不是知识传播本身——在新发传染病应急宣传、基础健康素养扫盲、首次接触某议题的人群中，知识传播仍然具有不可替代的价值。本文的批判对象，是知信行模型在超出其适用条件时对其失效的归因方式，以及这种归因方式在被不加反省地应用于弱势群体时所造成的隐性伤害。第二，本文使用的“土壤”概念，是一个简化术语，用以涵盖一系列不在传统认知行为理论视野内、但对行为可能性起实际决定作用的外部条件——经济资源、时间主权、空间安全、社会关系网络、观念共同体的规范与期待。下文将对这些维度逐一展开。

二、历史起源：被情境锁定的有效性

要理解知信行模型为什么对某些人如此有效，对另一些人却几近失效，必须首先回到它被锻造出来的年代和现场。这一理论的源头并非象牙塔中的推导，而是二十世纪中叶全球公共卫生实践前线反复碰撞出的经验直觉。理解它的起源情境，不是为了做一种知识考古学的回溯，而是为了揭示一个关键事实：这个理论的有效性条件，从它诞生那一刻起，就已被它所回应的特定困境所限定。

二十世纪五六十年代，全球公共卫生面临的最紧迫挑战，不是人们“不愿意”采取健康行为，而是根本“不知道”。在避孕推广中，大量农村妇女不了解哺乳期的受孕风险，不知道有多种避孕方式可以选择。在疫苗接种运动中，边远地区的父母不理解疫苗与疾病预防之间的因果关系，将儿童发热归因于“冲撞了鬼神”。在艾滋病最初蔓延的年份，许多高危人群从未听说过这种病毒的传播途径，遑论采取保护措施。在口服补液盐的推广中，全球每年有数百万儿童死于腹泻导致的脱水，而挽救他们的“药”不过是糖、盐和清水的简单配方——但这个知识从未抵达那些最需要它的母亲（Victora et al., 2000）。

在这些现场，知识是决定性的稀缺资源。信息落差，是横亘在健康与疾病、生存与死亡之间的核心障碍。填补这个落差，几乎等同于打开行为改变的入口。当一位母亲第一次知道“每拉一次肚子就给孩子喝一碗补液盐水可以保住他的命”时，她不需要任何额外的动机激励，不需要行为技能训练，不需要社会支持小组——只要这条知识到达她，哪怕是通过一部广播、一张宣传画、一位赤脚医生的口头转

述，行为改变就会迅速发生。因为这些行为本身足够简单、不需要持续自律、不与她现有的生活逻辑冲突，而且反馈立竿见影（孩子从脱水濒死到恢复活力，往往只需要几小时）。

正是基于这样一大批成功的田野经验，“知识→态度→行为”的线性传递被提炼出来，成为公共卫生传播的基础逻辑。这个逻辑在当时极为有效，具有充分的经验支撑。在国际家庭规划项目的早期评估中，知识传播被证实是避孕措施采纳率提升的重要推动力，尤其在信息极度匮乏的农村地区效果显著。在世界卫生组织主导的天花根除计划中，对基层卫生工作者和社区领袖的知识普及与动员，结合冷链和监测系统，共同推动了疫苗接种覆盖率的历史性跃升。

这些成功给予知信行思路强大的正当性，但也悄悄完成了一件事：将“知识就是改变的最后一块拼图”这个只在特定情境中成立的命题，习惯性地外推为“知识就是改变的核心驱动力”这个更普遍的信念。在这种外推中，被忽略的是那些成功案例中隐含的限定条件：目标行为简单明确（打一针疫苗、每次性行为使用安全套、孩子腹泻时喂补液盐水）；行为反馈即时可见；目标人群虽然在信息上处于空白状态，但在做出行为选择上的基本自主权和基础资源往往是具备的。换句话说，早期的成功，发生在土壤基本完备、只欠“信息”这一股东风的情境中。土壤的完备性，不是被理论识别的条件，而是被理论视为无须言明的默认背景。

随着知信行模型在七八十年代被推向全球，这个默认背景逐渐破裂。控烟运动是最早暴露其局限性的领域之一。到八十年代，发达国家城市居民的“吸烟有害”认知率已经接近百分之百，但吸烟率仍然居高不下。更令实践者困惑的是，大量吸烟者不仅能准确复述吸烟与肺癌、心脏病、慢性阻塞性肺病之间的流行病学关联，而且明确表达“我相信这些危害是真的”“我想戒烟”——这满足了知信行模型的前两个环节，但第三个环节（行为改变）并不同步发生。这就逼出一个令人不安的问题：如果知识到位了，态度也形成了，行为为什么没有改变？按照知信行模型的内在逻辑，答案只能指向“信念不够强”“意志不够坚定”——而这恰恰是模型自身无法检验的命题。

肥胖干预领域的情况更富戏剧性。进入九十年代，工业化国家的营养知识普及达到历史高峰：食品标签上的热量和营养素明细比任何时候都详细，膳食指南比任何时候都通俗易懂，“少吃多动”的准则几乎是公共常识。然而同一时期，肥胖率却以前所未有的速度攀升。一个人清清楚楚地知道加工食品的含糖量、久坐的危害、蔬菜水果的必要性，却仍然维持着不健康的饮食和运动模式。断裂发生在知识和行为之间——但断裂的原因不在个体的认知系统内，而在认知系统之外的生活结构中：高热量加工食品比新鲜蔬果更便宜、更易获得、更省时；久坐不是选择，而是办公室工作、长时通勤、城市公共空间贫瘠的共同结果。

类似的分化在慢性病自我管理教育中也反复出现。糖尿病患者在接受系统的营养教育后，能够准确说出每种食物的升糖指数、每餐碳水化合物的建议克数、低血糖的预防措施，知识测试分数优异。但其中相当一部分人的血糖控制并未因此改善。深层原因不在认知层面：控制饮食需要稳定的进餐节奏，而轮班制工人无法固定用餐时间；需要精心挑选和准备食材，而低收入者面临“要在房租和优质蛋白之间做选择”的困境；需要避免情绪化进食，而长期处于慢性压力和社交孤立中的人，食物是少数能即时获得的慰藉来源。

正是在这一波波“知道却做不到”的困境中，大规模评估研究陆续揭露了知信行模型的效度边界。若干严格设计的元分析和系统综述（Jepson et al., 2010; Ammerman et al., 2002）确认了一个模式：在需要一次性行动的简单行为上（如接种疫苗、参加癌症筛查），知识传播的效果确凿而显著；但在需要持续自律的复杂行为上，纯粹的知识传播对行为改变的独立解释力往往相当有限，效应量通常较小。换言之，同样一条知识，在不同土壤条件下，从行动触发器变成一段无效信息。

本文提出的框架正是试图概念化这种匹配度。知信行模型的有效性，不是模型本身的属性，而是模型与使用者土壤之间同构程度的函数。同构程度高，模型高效运作；同构程度低，模型失效——并且由于模型不具备识别“土壤缺失”的接口，它把失效归因于个体。这一判断植根于起源情境的历史分析：知信行模型诞生于“不知道”是主要矛盾、土壤大致完备的特殊情境，其有效性在此被锁定。当它脱离原生情境，失去的不仅是预测力，更是自我诊断的能力。

三、理论解剖：内因归责回路的生成逻辑与传导机制

上一节说明了知信行模型的有效性是如何被其起源情境所锁定的。这一节将解剖模型本身的结构，并重点分析一个关键传导问题：为什么实践者未能自发超越模型的局限，识别出土壤缺失？我们将论证，这不仅是模型端口缺失的结果，更是组织制度与话语体系双重规训的产物。

3.1 核心假设：被预装的标准人

任何行为理论都包含一个“人的形象”。知信行模型预设的人，是一种特定形象：拥有足够的自主权来决定自己的行动；在时间、精力、资源上拥有余裕；处在一个支持或不干扰其行为改变的社会环境中；所面对的行为改变在复杂度、持续性上在他可承受的范围内。这个“标准人”并非虚构，高阶知识工作者、稳定中产阶层往往符合这些特征。但这一形象是特定的，而非普遍的。把特定的人当成普遍的人，把特定情境下的典型行为当成人类行为的一般规律，这是知信行模型最隐蔽的预设，也是它失效时伤害最深的地方——因为当模型被应用于不符合“标准人”预设的个体时，它不会重新审视自己的前提，而会把这个人的“不标准”当成需要被修正的对象。

3.2 变量装不下的结构排斥

知信行类模型的核心驱动逻辑是“内因驱动外行”——改变必须从个体内部的知识、态度、信念出发，向外推动行为。过去几十年的理论修补始终在个体认知系统内部增加变量。而那些位于心智之外、却能决定行动是否可能的外部条件——可支配收入、工作时间弹性、居住环境安全、社交网络奖惩——始终没有被真正纳入理论核心。这不是理论家们的疏忽，而是一个结构性的排斥：一旦承认外部约束的“推力”常大于内部认知的“驱动力”，“内因驱动外行”的基本逻辑就瓦解了，整个干预逻辑的重心就必须从“教育个体”转移到“改变制度”。因此，土壤变量不是“暂时没装进来”，而是“一旦装进来，模型就不复为知信行模型”。这种结构排斥使得模型在面对土壤缺失的情境时，失去了自我诊断的语言。

3.3 从模型到实践：组织规训与话语格式化的双重机制

上述论证可能仍留有一个关键质疑：即便模型不测量土壤，一个有经验的公共卫生工作者难道不能凭观察识别出土壤缺失，并在实践中避免归责吗？要回应这一质疑，必须分析个体实践者的认知与行动如何被其身处的组织制度和话语系统所深刻地塑造。这并非低估实践者的主体性，而是揭示一张他们难以挣脱的规训之网。

组织制度中的归责路径依赖

公共卫生实践嵌入在一套严密的组织体系之中，这套体系通过绩效指标、评估表格和问责链条，构成了对实践者认知的制度性约束。社区健康促进项目、慢性病管理系统、戒烟服务等机构，普遍采用标准化的基线问卷和随访记录——这些工具本身就是知信行逻辑的物化。当一位社区医生打开她必须填写的慢性病管理档案时，她看到的是“患者知识知晓：是/否”“患者依从性：好/中/差”“患者自我管理意愿：强/中/弱”等条目。她找不到一个可以填写“患者每日可自由支配时间为零”或“患者工作场所无安全运动空间”的地方。这不是简单的表格设计遗漏，而是系统性排除：这些信息即使被她观察到，也没有制度化的通道进入评估与决策流程。

组织社会学中的制度同构理论指出，组织的结构与实践会逐渐趋同于一套被广泛视为“合法”的制度模板，而不仅仅是基于技术效率的考量（DiMaggio & Powell, 1983）。在公共卫生领域，知信行模型提供了一个高度标准化的模板，它便于培训、易于推广、产出可量化的过程指标（讲座场次、材料发放份数、覆盖人次），恰好匹配政府部门的绩效考核逻辑。在这种制度环境下，识别并报告“土壤缺失”不仅没有绩效上的回报，反而可能带来职业风险：指出一个人的高血压无法控制是因为他每周工作八十小时且住所附近没有安全的运动空间，等于将干预失败的责任从个体转移到了社会和经济安排上，而这种转移在多数公共卫生机构的行政逻辑中是“不专业”甚至“越界”的。相比之下，将失败归因于“依从性差”或“健康素养低”是一个安全选项——它符合表格的要求，维持了项目的正当性，且不会给机构带来需要跨部门协作的压力。长期运行下来，表格不仅记录了信息，更塑造了实践者注意力的方向和归因的默认路径：那些无法被记入格子的维度，逐渐从制度性的“看见”中退场。

话语体系中的归因语法

与组织制度并行的是专业话语的规训力量。知信行干预中所使用的一套核心术语——“依从性”“健康素养”“自我效能”等——并非价值中立的描述标签，它们内嵌了个体化归因的语义结构。福柯对医学凝视和规训话语的分析早已揭示，分类体系不仅是记录，更是建构：它定义了什么是“正常”与“偏差”，并将偏差定位在个体身上（Foucault, 1975）。当实践者反复使用“依从性差”来描述一个无法执行健康建议的患者时，这个术语在语言层面完成了两个动作：一是将行为未发生归因为患者“不依从”；二是遮蔽了导致“不依从”的外部情境。患者可能因为经济窘迫无法购买药物，因为工时过长无法安排运动，但在“依从性差”的词语里，这些因果关系被一个内指向的道德判断所替代。

“健康素养”概念同样折射出这种归因张力。早期定义强调个体获取、理解和运用健康信息的能力（Nutbeam, 2000），这种取向易于将低健康素养操作为个体认知缺陷，从而导向“需要更多教育”的解决方案。尽管后来学界逐渐认识到健康素养也受制于医疗体系复杂度、信息可及性等系统性因素，但在基层实践的日常话语中，健康素养仍然主要被当作个体属性加以评估和干预。同样的逻辑适用于“自

我效能”：在计划行为理论等框架中，感知行为控制虽指向个体对障碍的评估，但其标准化测量（量化评分）再次将结构问题纳入个体心理构念的轨道。

这套术语体系通过培训、督导、文献和同行交流不断再生产，构成了实践者难以绕过的归因语法。当一个反复戒烟失败的建筑工人对自己做出“我意志力不够”的评判时，他并不是在自由地反思，而是在使用健康教育赋予他的唯一一套解释词汇。这套词汇使他能够说出失败的原因，却无法使它指向工地上无处不在的吸烟社交、高强度劳动后的解乏需求，或者戒断支持系统的匮乏。土壤的沉默，正是通过这种话语的内化得以完成。

综上，从模型不测量土壤到实践者归责于个体，其间并非简单的“表格没地方填”，而是一个经由组织制度规训和话语格式化的复合传导过程。实践者即使有心超越，也往往缺少工具、语言和制度空间。正因为如此，知信行模型的归责陷阱才具有“必然性”——它不是个体从业者偶然的认知偏差，而是被整个干预系统的制度与话语所实现的结构性的偏向。

3.4 认知归责偏向与土壤沉默的再生产

上述机制造成的归责回路，并非只是让干预“无效”——它在社会层面制造出一种系统性的“认知归责偏向”，即一种将结构性困境转译为个体缺陷的非意图性认知模式。本文使用“偏向”而非“暴力”一词，意在强调其结构性、系统性且不以个体善意为转移的特征，同时也将它与更广为人知的“指责受害者”现象（Ryan, 1971）区别开来：后者更注重道德谴责，而前者侧重于理论内在归因逻辑所导致的系统性误诊。值得在此指出的是，这一现象与Johan Galtung的“结构暴力”概念（Galtung, 1969）具有理论上的亲缘性：结构暴力指涉社会制度在运作中系统性地制造可避免的伤害，而没有人直接成为“加害者”。同样，知信行模型的归责偏向正是一种认知维度的结构性暴力：它通过理论的归因架构，在大量个体心中系统性地制造出“我无能”的自我认知，却找不到任何一个应当为此负责的具体人。

这种归责偏向的运作方式微妙而有效：它不言说“你懒惰”，但一个反复戒烟失败的工人每次参加完控烟教育，都被给予同样的知识，被鼓励“你一定可以做到”，然后经历同样的失败。整个干预设计的逻辑终端让他无法不这样理解自己：问题不在环境诱因太多，而在“我的意志不够坚强”。他会开始相信自己“天生就不是能成事的人”“缺乏自控力”，这些自我认知进一步侵蚀他在其他生活领域尝试改变的信心。这种心理伤害并非没有间接证据：心理学中关于习得性无助的经典研究已表明，反复经历不可控的失败会导致个体放弃努力并形成消极自我评价（Seligman, 1975）；社会心理学中的刻板威胁和自我污名化研究（Steele & Aronson, 1995; Corrigan, 2004）也揭示了，当个体将负面标签内化时，其实际行为表现和心理健康都会受到显著损害。尽管目前尚缺乏直接针对知信行干预失败者自我归因过程的系统定性研究——这正是本文需要坦诚承认的证据缺口——上述间接证据足以提醒我们，认知归责偏向所引起的自我能力感侵蚀，是一个具有高度心理现实性的风险，而非纯粹的哲学担忧。

认知归责偏向通过一个正向反馈循环不断强化自身：模型的失效生产出一类反复被定义为“信念不够强”的人，这类人的存在又为模型的持续应用提供了正当性；而为土壤完备者设计的成功案例，则被援引为“模型本身没问题”的证据。这两套话语互相支撑，前者制造了“问题人群”，后者证明了“解决方案”，中间缺少的是对适用条件的诚实界定。

3.5 从试点到规模化推广：越界与代价

知信行模型不断被推越其原初边界，背后有强大的制度推力：标准化干预容易进行规模化行政推广和绩效考核（讲座场次、覆盖人次），也易于获得国际组织的资助。然而，当模型从“为信息空白人群设计的高效工具”变成“不论受众土壤如何的万能模板”时，大规模推广的规模效应不但没有放大有效性，反而放大了归责偏向的伤害面。一些研究已发现，在弱势群体中，单纯信息干预甚至可能伴随参与者自我效能感的下降（例如，Ryan, 1971 所描述的社会福利领域的类似动态）。但大规模失效的经验，由于模型的归责结构将其归因于“这些人确实难教育”，并未反馈为模型的修正，反而自锁为需要更多同样干预的证据。

四、土壤概念：被隐去的决定性变量

既然归责陷阱的根源在于土壤的沉默，就有必要正面建构“土壤”概念，使其从比喻上升为具有分析功能的术语。

4.1 土壤的四重维度

本文用“土壤”指代支持某一行为能够在个体生活中生根、维持和嵌入的四类外部条件，它们互相渗透和支撑。

第一重：经济资源与物质安全。 一个人能否购买更健康的食物、支付运动设施的费用、承担因病减少工作的代价、拥有稳定的住所和医疗保障，直接限定了健康行为的可执行范围。当一个人需要在“买降压药”和“交房租”之间做选择时，知情与否已经不是首要变量。

第二重：时间主权。 时间主权指一个人对自己日常时间分配的自主支配程度。朝九晚五、周末双休的职员拥有相当的时间弹性；而工时超长、轮班不定、通勤单程数小时、回家后承担全部家务的工人，每日可自由支配时间趋近于零。对后者而言，“每周运动150分钟”不是健康建议，而是对其生活现实的漠视。

第三重：社会网络与互动规范。 任何健康行为的尝试都嵌入在人际关系网中，该网络以其奖惩机制深刻影响成败。一个想要戒烟的人若所有朋友都在抽烟，他的每一次拒绝都是对社交纽带的磨损。行为改变在此不只是毅力问题，更是社会归属成本问题。

第四重：观念共同体与身份叙事。 比互动规范更深一层的，是个体所嵌入的文化意义系统对行为的定义。当公共卫生信息宣称“肥胖不健康”而一个社区的传统观念视丰满为殷实和生育力的象征时，减重所要对抗的不是一个错误认知，而是一整套关于美、价值与身份的意义系统。

这四重维度共同构成个体尝试任何行为改变时所站立的“土壤”。它们不是行为的“影响因素”列表中的备选项，而是行为是否可能的先决要件。

4.2 土壤完备者与土壤缺失者：行为可能性空间的分岔

以四重土壤为框架，可以区分两种典型情境。土壤完备者具有经济余裕、时间弹性、支持性的社会网络和相容的观念环境。对他们来说，知识如同最后一块拼图，一旦嵌入，行为改变回路就闭合了。有运动习惯的人被告知“每周三次力量训练可预防骨质疏松”，他只需把新知识整合到已有计划中。

土壤缺失者则处在完全不同的行为可能性空间。经济上每笔支出都需精打细算，时间上几乎不存在弹性时段，社会网络对某些健康行为不鼓励甚至施以惩罚，观念上行为改变需对抗深植于身份认同的文化指令。对他们来说，同一条知识触发的不可能是行动，只可能是认知失调和心理防御。他能“知道”，但不可能“做到”——不是在“知道”和“做到”之间差一点毅力，而是他的生活结构中根本没有容纳这个行为的空间。

这一概念区分转移了问题坐标：问题不再是“为什么有些人知道却做不到”（这已暗含归责方向），而是“在什么样的土壤条件下，知识能够转化为行动？在什么样的条件下，知识必然被行动的现实阻抗所吞没？”

4.3 用土壤概念重新审视早期的成功

早期避孕推广、疫苗接种运动、口服补液盐推广的成功，皆因目标人群的土壤大体完备：行为简单、反馈即时、与既有生活逻辑兼容，且不要求个体对抗社会网络的强力排斥。知信行模型在这些情境中的成功，证成的是“在土壤完备时，知识传播可以有力推动简单行为改变”这个边界明确的命题，而非“知识传播是行为改变的普遍引擎”。它在自证成功的过程中，将“土壤完备”从成功的前提条件中抹去，这一模糊成为后续大规模失效的核心根源：当模型被用于土壤缺失人群时，土壤的缺席被沉默地转译为个体的失败——这正是下一节要完整剖析的归责陷阱。

五、沉默土壤的归责陷阱：机制与运作

现在可以正式将本文的核心判断建构为一个有内在结构的机制模型。

5.1 陷阱的三节点结构

“沉默土壤的归责陷阱”由三个相互咬合的节点构成，形成一个自锁的循环。

节点一：土壤的沉默。知信行模型在设计和运作中，不收集、不测量、不纳入任何关于使用者土壤条件的信息。土壤不是被否认，而是被无视。这种无视制造了一种沉默：土壤缺失所导致的痛苦，在模型的话语体系中没有表达的语言。一个反复戒烟失败的建筑工人，他所感受到的“工地上人人都抽”“不抽就不合群”，在模型的评估框架中找不到对应类别。它们要么被忽视，要么被转译为“缺乏拒绝同伴压力的技能”这类个体属性。土壤的沉默并非仅发生在干预层面：在常规评估研究中，基线问卷同样很少询问工时、通勤、可自由支配收入、社交圈奖惩规范。因为理论不认为这些是相关变量，所以研究者和评估者不测量它们。土壤于是通过“理论→测量→数据→分析→报告”的完整链条被不断再生产地沉默。

节点二：归责的自动填补。 当一个理论必须解释自己失效、而它只拥有个体内部变量时，归责方向就已被唯一确定。模型只能看见个体，只能追责到个体。行为改变成功时，归因为“知识→信念→行为”顺利运行；失败时，归因为链条的某个内部环节出了故障——要么知识不够，要么信念不坚。土壤缺失制造的阻力，被自动转译为个体内部的“动力不足”。这就像一个只有锤子的工具箱：知信行模型只有“认知—信念”这把锤子，所以失效时它只会锤向个体的内在属性。

节点三：干预自锁与归责再生产。 每一次“诊断个体认知/信念缺陷→追加知识/激励干预→再次失效→再次诊断”的循环，都在加固归责陷阱。每次循环不仅重新生产了同一个诊断，而且在个体身上加深了自我归责的印痕。同时，循环持续发生的事实，被外部观察者当作“这些人群确实需要持续干预”的证据，而干预从未对准问题根源这一事实被无视。失效的经验不但没有反馈为对模型适用条件的反思，反而被二次吸收为对模型必要性的再度确认。

5.2 为什么这个陷阱难以被察觉——自锁结构

陷阱难以被察觉，归因于四个自锁特征。第一，成功的可见性与失败的隐身性。 成功者——往往是土壤完备者——的高度可见案例被反复援引；失败者——往往是土壤缺失者——则沉默地离开或把失败归咎于自己，且缺少资源和渠道去表达“这个模型对我无效”。第二，模型的自洽与外部批判的被阻塞。 知信行模型的逻辑高度自洽，使其容易被捍卫为“启蒙理性”的体现，批评者易被扣上“贬低主体性”的帽子。第三，制度嵌入产生的惯性。 模型已深度嵌入全球公共卫生的制度架构，形成路径依赖，一线实践者即使意识到问题，也缺乏做出改变的制度空间。第四，归责的道德色彩。 模型的逻辑在失效时必然带上隐性道德评判，最终导致反复失败者内化“我真的不行”的结论，彻底摧毁改变的意愿。如前文3.4节所述，这种心理侵蚀虽缺乏直接针对知信行干预的定性研究，但已获得习得性无助、自我污名化等领域广泛研究的间接支持。

5.3 思想实验：土壤沉默与归责响亮的正比关系

为了更清晰地展示这一机制的运作，可以设想两个对照干预项目。项目A不测量任何土壤变量，项目结束后分析会自然地将改善者与未改善者的差异归因于“教育程度较低、态度不积极”等个体属性，而实际的土壤分化被完全忽略。项目B在基线时便纳入经济、时间、社会支持等土壤维度的测量，分析后将发现：干预效果在土壤高度完备组中高达80%以上，在严重缺失组中可能只有5-15%。此时，归因方向将被迫转向识别土壤条件的关键作用。但项目B在现实中极少出现——这本身就是土壤沉默的一个症候：土壤已经沉默到研究者甚至不觉得它是相关变量的程度。

六、理论定位：本文与既有框架的对话

6.1 与“健康的社会决定因素”框架的重叠与差异

世界卫生组织健康的社会决定因素委员会（CSDH， 2008）已将健康不平等锚定在“人们出生、成长、生活、工作和老去的条件”之中。本文的“土壤”概念与SDH框架存在不可否认的重叠。本文的贡献不在概念的新颖性，而在分析焦点的位移：SDH主要回答“健康不平等如何被社会结构生产出来”；

本文则进一步追问“当这些社会决定因素被行为改变理论无视时，行为改变理论自身如何变成了一台归责机器？”SDH提供了结构性原因的分析，本文则揭示了无视结构的理论其归因逻辑本身如何成为不平等的再生产机制。

6.2 与“能力进路”的重叠与差异

阿马蒂亚·森的能力进路区分了“资源”与“能力”。本文的土壤概念与之高度一致，但本文进一步指出：当一个行为理论在完全不识别能力缺失的情况下运作时，它不仅在干预上无效，还积极地侵蚀了个体的能力感——知信行模型的归责回路让本已处于能力缺失中的个体进一步丧失“我能做到”的自我信念。这正是森所关切的“能力剥夺”的一个精微机制。

6.3 与“计划行为理论”中“感知行为控制”的对话

计划行为理论中的“感知行为控制”（Ajzen, 1991）是认知理论中最接近土壤概念的变量，但它作为心理构念被测量，而不是作为外部条件的客观评估。一个土壤完备者和一个极端土壤缺失者，可能因为适应性偏好（适应匮乏）而给出相同的高评分，而两者的实际行为结果却天差地别。当理论仅测量感知而沉默于实际条件时，归因逻辑再次滑入陷阱。本文因此坚持一个重要的区分：感知行为控制不等同于实际土壤条件，将前者当作后者的代理在弱势人群中可能导致系统性的误诊。

七、跨学科映照：归责陷阱的平行结构

归责陷阱并非健康促进领域的偶发事故。本节将展示其在其他学科中的平行结构，并特别对管理学案例进行深度解剖，以证明本文提出的三节点陷阱结构具有一般性分析价值。

7.1 教育学中的文化资本沉默

布迪厄的文化资本理论（Bourdieu & Passeron, 1977; Bourdieu, 1984）揭示了教育系统如何将社会出身赋予的文化优势转译为个体天赋差异。学校教育的成功高度依赖学生在家庭中习得的“文化资本”——语言方式、行为规范、审美取向。教育体制对文化资本差异的处理方式，是将社会出身所造成的文化距离沉默地归因为个体“不聪明”或“不够努力”。这与知信行模型的归责逻辑惊人地同构：土壤（家庭文化资本）被系统沉默，土壤缺失造成的失败被自动归责于个体属性。这一沉默正是教育系统维持自身公平正当性的前提：如果承认了文化资本的分化，就必须承认教育系统不是在公平筛选；如果不承认，就可以继续说“好学生是努力的回报”。

7.2 犯罪学中的机会结构沉默

犯罪学中个体缺陷理论（强调人格、自制力）与机会结构理论（强调合法机会匮乏）之间的张力，提供了另一个平行案例。某些社区的高犯罪率，关键原因不是居民“道德素质低下”，而是合法谋生机会的系统性匮乏（参见W.J. Wilson的相关论述）。但个体缺陷范式通过聚焦“为何有人在同样环境中依然守法”，重新将焦点拉回个体道德品质，使得结构性暴力和机会不公在归因中被一再排挤。

7.3 管理学中的系统缺陷转译——一个深度解剖的案例

管理学领域中的“员工韧性”和“心理资本”话语盛行之下的归责机制，为本文提供了最为贴近且深刻的平行映照。本小节将运用前文建构的三节点陷阱结构，对这一案例进行深度解剖。

节点一：土壤的沉默——组织系统设计从视野中消隐。当代组织行为学研究表明，职业倦怠的最强预测因素并非个体的心理素质，而是工作设计本身的特征：超负荷工作量、角色模糊与冲突、缺乏自主权、付出与回报不成比例、组织不公、晋升渠道阻塞（Maslach et al., 2001）。这些系统层面的因素是制造倦怠的“土壤”。然而，在企业日常管理话语和流行干预中，这些系统因素被普遍地沉默。企业进行雇员的“心理健康”诊断时，通常采用个体化的问卷——测量员工的压力感知、情绪耗竭水平、韧性商数等——而罕见系统地测量工作负荷的客观强度、角色清晰度、决策自主权的实际程度。就像知信行模型的评估表格没有土壤条目一样，大多数企业员工关怀计划的设计本身就不包含对“组织土壤”的审计。这种沉默，不是偶然的忽视，而是一种系统性的盲区：承认土壤（工作设计缺陷）的存在，将要求组织进行深刻的制度变革和权力让渡——这是许多管理层所不愿面对的。

节点二：归责的自动填补——倦怠被翻译为“韧性不足”。当土壤被沉默后，干预失效（倦怠率持续高涨）的归责通道便自动指向了个体。HR部门看不到工时过长，看到的是员工的“抗压能力弱”；看不到角色冲突，看到的是“心理资本低”。于是，针对个体的“韧性培训”“正念工作坊”“员工援助计划”等解决方案应运而生。这些干预本质上与健康教育中的知识传播如出一辙：它们提供一套自我管理的技巧和认知重构的方法，告诉员工“你应当更有韧性”“你应当练习感恩”“你应当正念减压”。而当一名员工在日复一日地经历长达十二小时的情感劳动和机械重复后依然感到耗竭时，干预的逻辑自然地将原因归结为“你没有真正内化这些技巧”“你的心理韧性还不够强大”。个体被放置在了一个无法取胜的战场上，却被告知败北是由于自己武艺不精。

节点三：干预自锁——韧性培训产业的自我再生产。就像健康促进领域不断追加健康教育投入一样，企业中的韧性培训和EAP项目形成了一种持续膨胀的产业。每一次员工倦怠调查后，解决方案几乎都是“加强员工关怀”“提供更多培训”，因为这些方案具有高度的可见绩效（培训次数、参与人数、满意度评分），且不会触动任何既有的权力和利益结构。系统的缺陷从未被触及，而“需要更多培训的人”源源不断地被制造出来——因为土壤还在那里。那些在培训后依然倦怠的员工，往往被进一步诊断为“存在深层心理问题”而转介到个体心理咨询。整个过程没有一处错误：每个步骤在各自的制度框架内都是“专业”的、“善意”的。但结果的总体是一个巨型归责陷阱：组织用培训个体的成本，免去了改革自身系统的成本，而这一切都获得了“关心员工健康”的道德正当性。其结构与本论文所诊断的知信行模型归责陷阱完全同构：土壤沉默→归责填补→干预自锁。

这一案例充分说明，“沉默土壤的归责陷阱”不仅是一个健康传播的现象，更是一种可迁移的理论分析工具，适用于任何将个体设定为封闭自足系统、以改变个体为唯一策略的干预范式。

7.4 精神医学模式中的社会病因消散

抑郁症的生物医学解释将焦点集中于个体脑内化学物质失衡，虽然有助于去污名化，但也产生了沉重的沉默：大量流行病学证据表明，社会处境（长期孤立、童年创伤、经济不安全等）对抑郁症具有巨

大解释力。当抑郁症被框定为“大脑疾病”时，社会病因从视野中消隐，干预和归责的焦点再次锁定在个体（持续服药、管理自己的慢性病），使社会系统免于被追问其制造痛苦的根源。

7.5 跨学科映照的理论意义

以上平行结构表明，归责陷阱是一种具有一般性的归因型构：一个理论将个体建构为封闭的自足系统，将外部条件沉默为背景；当预期结果未达成时，归因回路只能朝向个体内部寻找解释；失效的经验不仅不被吸收为对理论适用条件的限定，反而被吸收为对理论应用的必要性证明。对这一陷阱的超越，不能仅靠内部追加变量，而需要一个不同的理论起点。

八、直面反驳与证伪条件

反驳一：知信行模型只负责认知环节，从未声称自己是完整的行为改变理论。

回应：此反驳在理论定义层面正确，但在实践层面回避了实质。知信行模型作为实践范式的应用广度远超其理论边界。大多数中低收入国家的社区健康促进，乃至许多名义上基于更复杂理论的干预，其核心操作仍以信息传递和态度劝说为主。如果批评者承认模型只负责最初的认知激活，那也就承认了以此作为主要策略的复杂行为改变干预在设计中就不充分——而这正是本文的要旨。

反驳二：模型不是无视土壤，而是把土壤缺失的人群识别为需要分层干预的人群。

回应：理想的研究—实践转化中，分层干预应导致综合方案的制定与实施。但在资源限制和行政简化压力下，实际的大规模干预中，“综合干预”往往退化为“更密集的健康教育”，并未实质性触及土壤。被诊断为“需要更多”的人群，得到的只是更多同样的东西。更关键的是，这种定位仍将问题固定在“这些人需要被干预”的框架内，而非转而追问制造其脆弱性的社会安排，从而保留了专家干预的基本权力结构。

反驳三：本文是否也陷入了归责陷阱——将一切归咎于土壤，简化了人的能动性？

回应：本文区分了分析层面和伦理层面。本文的论证聚焦于干预效果的群体差异这一分析性问题，指出分化的最强预测变量是土壤完备度，以此导出干预策略不应将责任全部压在个体身上的实践结论。能动性并未被否定，而是被重新定位：真正的能动性体现于对自身土壤的识别与松动之中。本文承认少数人在土壤严重缺失下仍能实现行为改变，但这一事实不能用于推导土壤条件不重要或知信行模型没问题；相反，应研究这些突破的条件，而不是将其用作道德鞭子。最后，本文的核心努力是纠正归责的不对称：让土壤被看见，而非从“追责人”滑向“追责土壤”。

反驳四：证伪条件——理论的可检验性

本文的实证核心判断是：在土壤严重缺失的人群中，纯粹的知识传播无法产生持久的有意义行为改变；且当此类干预被应用时，它会导致认知失调与自我归责的加深。由此推出可操作的证伪条件：

如果未来出现严格设计的随机对照试验，在明确界定的土壤严重缺失人群中，仅通过知识传播干预（不含任何经济支持、时间保障、环境改造成分），在足够的追踪期内（一年以上），使得该群体在复杂健康行为（如规律运动、体重控制、持续戒烟）上的改变率与土壤完备的对照组之间不存在系统性差异，则本文核心判断被证伪。

为增强可操作性，“土壤严重缺失”可依据四重维度综合界定：

- 经济资源维度：采用物质剥夺指数或家庭可支配收入低于基本生活保障水平的比例；
- 时间主权维度：采用时间使用日记法，将每周可自主支配的非劳动、非家务时间低于某一临界值（如每周不足五小时）作为指标；
- 社会网络维度：采用标准化社会支持量表（如Zimet等开发的多维感知社会支持量表，1988），评估其得分低于切断点；
- 观念共同体维度：采用社区规范量表或定性评估，衡量目标社区对特定健康行为的负面评判强度。

个体在至少两个维度上处于严重不足状态，即可归入“土壤严重缺失”组。

反之，若未来研究持续发现，仅当干预包含了对土壤维度的实际改变时，土壤缺失人群的行为改变才达到有意义且持久的水平，则本文的核心论证获得更坚实的经验支撑。

九、从理论推衍到实践路向

若本文诊断成立，实践上当遵循两个方向。

否定性推衍：停止在不评估土壤条件的情况下将健康教育作为应对一切健康行为问题的默认方案，尤其是针对弱势群体。干预设计阶段即应纳入土壤评估，对土壤缺失者，单纯的知识传播应被视为不充分干预，必须连接或转介到能够提供土壤支持的资源系统。

肯定性推衍：其一，识别土壤缝隙。任何土壤中都有缝隙——即现实经验与传统观念间的张力。例如，在吸烟社区中，吸烟者本人可能因孙辈的疏远而产生认知裂缝。干预者可放大这种内在体验，提供替代方案，而非灌输知识。其二，从修理个体转向重建土壤。这意味着健康促进策略需与劳动工时监管、社区食品可及性、公共运动空间等更广泛的社会政策联动。即使资源有限，局部改良（如工地角落的无烟休息室、社区中心的女性运动时段）若旨在降低土壤门槛而非归责个体，亦可积微成著。

十、结论：恢复边界的清醒

本文从健康教育领域一个持久的困惑出发，抵达了一个更具一般性的判断：知信行模型的有效性，源于它在土壤完备者中的反复验证，而非对人类行为规律的普遍描述。当它脱离适用边界，应用于土壤缺失人群时，其结构性缺陷——无法识别自身失效原因的内因归责回路——便充分暴露，并制造出“沉默土壤的归责陷阱”。这一陷阱由土壤结构性沉默、归责自动填补和干预自锁三个节点构成，并通过组织制度与话语的复合规训机制，将实践者的认知格式化，使得对土壤的看见成为系统性的困难。

本文的贡献在于：明确界定了知信行模型的效度边界；将土壤概念化为可分析的行为先决条件，并揭示了其沉默的传导机制；命名并分析了“沉默土壤的归责陷阱”这一可迁移的理论工具；并给出了清晰的证伪条件。必须坦承本文的局限：四重土壤维度的交互动态模型尚未建立；归责陷阱心理机制的直接定性证据有待未来研究填补；实践转化路径的讨论仍属粗线条。本文批评的不是知识传播本身，更不是在一边拿着有限工具尽力帮助实践者，而是那个理论过度承诺、实践普遍越界、失效经验被系统误读的模型逻辑。最终的目标，是让那个在流水线上收到“久坐有害”推送的工人，不再因为时间的无情锁定而觉得自己“意志不坚”，而是能让我们的理论有能力说出：问题不在你身上。

参考文献

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211.
- Ammerman, A. S., Lindquist, C. H., Lohr, K. N., & Hersey, J. (2002). The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: a review of the evidence. *Preventive Medicine*, 35(1), 25–41.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324–508.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. Harvard University Press.
- Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (1977). *Reproduction in education, society and culture*. Sage.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625.
- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160.
- Foucault, M. (1975). *Discipline and punish: The birth of the prison*. Vintage Books.
- Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167–191.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed.). Jossey-Bass.
- Jepson, R., Harris, F., Platt, S., & Tannahill, C. (2010). The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health*, 10, 538.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- 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.
- Ryan, W. (1971). *Blaming the victim*. Pantheon Books.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. W. H. Freeman.
- Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 797–811.
- Victora, C. G., Bryce, J., Fontaine, O., & Monasch, R. (2000). Reducing deaths from diarrhoea through oral rehydration therapy. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(10), 1246–1255.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.