

转变健康行为习惯——预防慢性病的重大挑战*

高其法¹, 王军慈²

(1. 南方医科大学人文与管理学院, 广州 510515; 2. 河南省郑州市第二人民医院信息科 450006)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.17.046

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2013)17-2040-03

转变不良健康行为习惯是预防慢性病的有效措施, 而习惯却难以改变, 如何转变不良健康习惯是预防慢性病的重要问题。习惯具有自动性与固定化等特征, 面对多样性的世界, 习惯的这种固定行为模式不能有效地提高人们的适应性。但由于人们的理性具有有限性, 以及理性不能同时处理多项任务等原因, 使习惯这种固定行为模式依然成为主要的行为模式。理性、环境与意图等因素可以在一定程度上改变习惯, 通过加大预防慢性病的投入、电视等媒体的信息支持、健身场所的可达性、形成兴趣共同体等方式可以弥补理性的不足, 提高慢性病的预防效果。

1 慢性病是当前世界面临的重大挑战及现有预防措施的不足

世界卫生组织的报告认为, 到 2020 年, 慢性病病死率将占死亡的 73%, 疾病负担的 60%。世界经济论坛 2011 年报告估计, 截止 2030 年前, 5 大慢性病将会给全球经济造成约 47 万亿美元的损失, 相当于全球 GDP 的 4%, 慢性病不仅是健康风险问题, 更是全球经济风险问题^[1]。

2010 年, 中国慢性病死亡比例占全部死因的 83%, 整个疾病负担的 70%。而且, 更为严重的是, 近 50% 慢性病患者为 18~59 岁的劳动力人口, 如果任由其继续发展, 就会大量减少劳动力人口, 削弱人力资本质量, 严重影响中国可持续发展目标。慢性病已成为中国居民面临的重大健康挑战^[2]。

医学研究证明, 在慢性病的决定要素中, 生活方式约占 60%, 环境因素占 17%, 遗传因素占 15%, 医疗干预仅占 8% 左右, 饮食、久坐、饮酒、吸烟等不良生活方式是许多慢性病的根源。因此, 最有效预防慢性病的措施就是改变居民的不良生活方式。

从实践上看, 近 50 年的预防效果并不理想, 世界各国的慢性病威胁都在增加。美国是最早采取预防措施的国家之一, 据 Milken 研究所报告, 美国每年由于慢性病造成的经济损失约为 1.3 万亿美元。中国自 1995 年来, 颁布实施了《全民健身计划纲要》、《中国营养改善行动计划》、开展阳光体育运动等多种措施, 但慢性病的发病率及病死率仍然以 17% 左右的速度逐年增加^[3]。

2 习惯是健康行为转变的重要障碍

在已有的健康行为转变的研究中, 人们提出了诸多理论模式, 如健康信念理论、保护动机理论、合理行动/计划行为理论、跨阶段行为转变模式、社会学习理论、信息-动机-行为技能模型、格林模式等。这些模型都强调理性对行为的决定性, 而忽视了行为的习惯特征对行为选择的影响^[4]。正是习惯所具有的特征使得理性不能对行为具有决定性作用^[5]。

2.1 居民健康行为是一种习惯 习惯是在一定条件下完成某项活动的自动化的行为模式。可以通过有意识练习形成, 也可以是无意识地多次重复或只经历一次就形成; 习惯一经养成, 若遭到破坏会产生不愉快或不安的感觉。它是通过重复而自动化了的、固定下来的且无需努力就能轻易实现的活动模式。居民的饮食、久坐、饮酒、吸烟等行为都是居民不断重复而逐渐形成的习惯, 它成为居民不自觉的下意识需求, 常常脱离理性的控制, 这导致了理性在转变不良健康行为方面的作用受限。

2.2 健康行为习惯与提高适应性存在冲突

2.2.1 在适应性方面, 习惯模式劣于理性选择模式 人们通常假设, 个体行为的目标是效用的最大化。理性选择模式能够实现这个目标。它认为个体通过理性的计算来比较各种可能的选择, 最终执行能够实现效用最大化的选择, 这种选择与过去没有多少关系。而习惯则相反, 它主要是根据过去的行为来确定当前和未来的行为选择, 忽略了可能存在的变化对结果的影响, 因此, 实现最大化结果的可能性非常低。同时, 只有多样化才能有效应对多样化。而习惯是某种固定化链接, 这种链接的固定化丧失了灵活性和多样性, 削弱了应对多样性的能力; 同时, 世界的多样性是非常丰富的。因此, 习惯这种行为模式不能有效应对多样性的世界, 使个体的适应性下降。

2.2.2 习惯是主要的行为模式 虽然习惯的效率低于理性选择模式, 但习惯行为模式却是人们的主要行为方式。据研究, 人们 95% 以上的行为都是习惯性的, 理性选择模式仅占很少部分^[6]。为什么具有理性这种高级思维模式的人类还会选择习惯这种次优的行为模式作为其主要行为模式呢?

习惯是主要的行为模式来源于理性是一种稀缺的资源。人类形成习惯的根本前提是大脑有意识处理事件能力的有限性与需要人们处理事件的多样性存在着矛盾。

科学研究发现, 大脑每秒钟要处理 4 000 亿比特的信息, 但人们只能意识到其中的 2 000 比特。人们所能感知到的仅仅是冰山一角, 大量的信息是没有被感知到的。因此, 运用知觉到的信息进行理性决策是一件非常困难的事情, 把这种决策模式运用到非常重要的决策事项上是效率较高的使用方式, 剩下的大量决策将以其他方式进行。

而且有研究证明, 理性能够同时处理的任务数量较少, 而需要人们同时处理的任务众多。最新的研究证明, 大脑最多能够同时有意识地处理两个不同的事件, 而且同时有意识地处理不同事件会损伤大脑^[7]。有人甚至认为, 人根本不可能一心二用, 只是由于两个事件的间隔时间很短, 才造成了人们能够同时进行两项任务的错觉^[8]。在现实中, 人们面临着很多必须要

* 基金项目: 国家社会科学基金资助项目(10cgl073)。 作者简介: 高其法(1977~), 副教授, 主要从事健康行为学的研究。

同时进行的任务,因此,要有某种机制来缓解这一矛盾。留下一一种或两种需要运用理性进行精确选择的任务,让其他同时进行的任务在无意识的条件下执行是缓解这一矛盾的有效方法。无意识或者较少意识执行任务的方式通常有两类,一类是本能,另一类是习惯。

3 理性与健康行为习惯转变

3.1 理性是改变健康行为习惯的重要因素 逻辑上看,既然人类的理性赋予了人类超越习惯与本能的能力,那么,人们自然能够运用理性在较短时间来改变习惯,甚至本能。较短时间主要是与其他没有理性思考能力的动物相对比的意义上而言的。而且还能够推论出,个体在其他条件不变的前提下,具有的理性越多,改变习惯就会越容易。

正是基于这一点,人们构建了诸多基于理性的行为转变模型,用以指导人们改变不良的健康生活行为。之所以这些模型在实验中具有效果,而在实践中没有发挥作用,是与理性的参与程度及其习惯的特征具有密切关系。如前所述,理性决策的方式是串行的,一次只能处理 1 项或者最多 2 项任务。所以,如果有其他事件占用理性,或者理性并没有发挥其规划作用,它将不能改变习惯。实验这种方式可能已经提醒被实验者要用理性来控制或者规划自己的行为,而一旦离开实验,回归自然状态,理性可能就不再参与进来,控制或者改变自己行为的能力大大减弱。这些实验也从侧面证明了理性在改变习惯行为方面上的作用,只是需要满足一定的前提条件才行。

3.2 理性不是健康行为习惯改变的充分条件 理性是改变习惯的重要条件,但不是改变习惯的充分条件,即使有理性参与进来,习惯也不一定能够改变。这来自于理性与本能之间具有密切相关的关系。

理性只能在某种程度上控制或者限制本能,但消除不了本能。一旦理性放松警惕,本能就可能会出现。而习惯通常会与人的本能之间建立某种联系,不同的习惯与本能的联系程度存在显著不同,有些联系比较紧密,而另一些则比较松散。联系越紧密,本能的影响就越大,改变习惯的困难也就越大;联系越松散,本能的影响就越小,改变习惯也就越容易。

获得现时满足,减少现时付出是人的本能。延时满足是人们后天发展出来的,需要有理性的规划才能恰当地运用。习惯通常能够为主体带来即时满足,放弃或者改变习惯都将使主体感知不适,本能会要求主体使这种不适消失。此时,主体需要运用理性来抵抗本能的这种要求,直到新建立的行为更能够满足人的获得即时满足的本能,新建立的行为才能取代原来的习惯而延续下去成为新的习惯。如 2012 年公布的中国网民戒烟状况调查结果显示,在戒烟人群中,有 5 成网民仅靠意志戒烟,仅凭意志力戒烟并保持 1 年以上不复吸的成功率仅有 3%,41% 的受访戒烟者被环境影响复吸。

3.3 适当的外在控制,以弥补理性的不足 由于理性的有限性及限项性与习惯的自我生成性,理性既不是改变习惯的充分条件,也不是必要条件。只有在保持个体具有相应地自由选择行为权利的条件下,理性才是改变习惯的必要条件。

个体拥有自由选择行为的权利是文明社会的基本准则,个体的理性是改变习惯的必要前提;但又由于理性的局限性,不能有效改变习惯。因此,在适当范围内,通过适当的外部控制,限制人的自由选择权利,可以促进习惯的转变。比如公共场所

禁烟令,各国的禁烟实施状况表明,这种外部控制能够更加有效地减少公众吸烟的数量。又如饮酒问题,中国实施酒驾入刑以后,酒后驾车的比例大大减少,可以合理地推测,喝酒的数量也会有所减少。

4 转变不良健康行为习惯的建议

4.1 转变慢性病预防成本非常低的观念 由于人们对理性的盲目自信,预防慢性病的相关健康行为转变研究及实践,都保持着相当乐观的态度,对转变不良行为习惯的困难性认识不足,在实践上主要过于强调人的主动性,同时也缺乏系统性、持续性的实施机制。这种对人的主动性,或者理性的乐观态度,也造成了人们低估了预防慢性病所需要的成本,对预防慢性病的公共投入较低。如世界卫生组织预测,只需要投入每人 4 美元,就能够在很大程度上预防慢性病的发生。中国在预防慢性病的投入上也非常少,2012 年仅拟拨付 3.3 亿元专项资金用于防治慢性病,比上年增加近 1 倍,但人均却不足 0.3 元。

实际上,预防慢性病的成本非常低的认识是一个错误,它没有考虑到实施健康行为所需要的个体成本、环境改变、城市规划等其他方面的付出,如个体为了改变习惯,需要用理性来控制不适,从而会降低个体在其他方面的表现。这进一步加深了人们对慢性病预防的重要性的认知偏差。

要有效促进个体转变不良行为习惯,不仅需要促进个体对慢性病的认知,以发挥其主动性,这一改变的成本是相对低的。但如前所述,由于理性对习惯的作用有限,改变个体的行为环境和建立行为支持体系也是不可缺少的,而这些改变的成本是比较高昂的。仅仅告知个体是什么原因导致了慢性病,怎样可以预防慢性病是不够的,更需要让诸如少盐、少酒、少肉、多动等预防行为理念成为流行或者主流文化,使居民接受这种知识理念并潜意识化,同时为公众提供可及的健康行为支持体系,切实促进人们转变不良健康行为习惯。

这些项目及其措施是需要非常大的投入和决心才能实现。目前,3.3 亿元的慢性病专项投资是非常不够的,而且也仅涉及医疗机构和健康教育方面,场所及媒体宣传涉及较少,而这些需要大量资金及多部门共同合作才能实现的。因此,虽然预防慢性病的成本相对于治疗来说,是比较低的,但预防慢性病的成本也不是非常低的,这一点需要决策者充分意识到。

4.2 发挥电视、网络等各种传播媒体,为个体转变不良行为习惯提供决策支持环境 习惯具有自动执行性,使习惯脱离了意识或者理性的控制。在人们已有的对行为进行控制意识的前提下,如果有及时的决策支持环境,能够适时地提醒人们,就可以提高人们行动的可能性,大大促进不良行为习惯的改变。

人们改变习惯时,可能会由于意志不坚或者忘记等其他原因而导致理性不能发挥作用,如果有方式能够及时地为人们提供这些决策信息,适时地提醒个体应该做什么事情,不良行为习惯就可能被中断。

比如改变久坐行为习惯,看电视、电脑等是人们闲暇时的主要活动,也是久坐行为模式,如果能够在这些媒体上间断地(比如 1.5 h)播放健康行为公益广告,提醒人们看电视或者电脑的时间已经较长,需要暂停一下,或者可以从坐着看电视、电脑转变为站着看电视、电脑。在这种提示下,人们已有的改变不良行为习惯的意识会被唤醒,预期的行为出现的可能性大大增加。

4.3 增加体育设施的可达性,为人们进行体育锻炼提供行动支持 公共体育设施不足也是转变不良行为习惯困难的重要因素,许多人可能会因为锻炼场所的缺乏而沉入到不良生活行为之中。因为这些不良行为之间可能是紧密相关的,比如喝酒会伴随着吸烟、过度饮食、久坐等行为,看电视、电脑也可能增加人们对烟、饮料等物品的需要。如果能够在每个社区内,为体育锻炼提供较多的空间。条件好的,可以增加丰富多样的健身设施,为个体进行锻炼提供良好的场地支持,将能够促进人们进行锻炼。人们可以观察到,体育锻炼条件较好的区域,居民进行体育锻炼的积极性通常是比较高的。但这需要不菲的投入,并涉及到多个部门,是对公共部门的严峻考验。

4.4 促进兴趣共同体的形成,改善人们对健康行为的主观感受 以共同的兴趣为纽带形成团体可以突破个体理性的制约,使个体在缺乏行动意愿的时候,团体能够给予支持,促进个体采取行动。同时,团体行动还适应了人的从众行为的本能,改变个体对行动的观点,也可以改善个体对行动的感受。即个体行动时,行动对他来说可能是一种负面感受,而当团体一起行动时,行动对个体来说就可能转变为一种正面感受。比如,在当前的社区体育锻炼中,经常可以看到老年人在集体锻炼,但很少有中青年,从众行为模式会使得少数几个参加锻炼的中青年人觉得不合适。如果有较多的中青年也在进行体育锻炼,那么不合适的感觉就会减少,加入的可能性就会大大增加。

参考文献:

[1] Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, et al. The global e-
• 医学教育 •

conomic burden of non-communicable diseases[R]. Geneva: World Economic Forum, September, 2011.

- [2] 中国疾病预防控制中心. 2010 年全国疾病监测地区 (DSPs) 慢性病及危险因素监测主要结果[R]. 北京: 中国疾病预防控制中心, 2011.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 第四次国家卫生服务调查报告 [R]. 北京: 中国卫生部, 2009.
- [4] Rippe JM. Lifestyle medicine and patient education: the emerging science of choices[J]. *American J Lifestyle Med*, 2010, 4(1): 76-78.
- [5] Quinn JM, Pascoe AT, Wood W, et al. Can't control yourself? Monitor those bad habits[J]. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2011, 36(4): 499-511.
- [6] Custers R, Aarts H. The unconscious will: how the pursuit of goals operates outside of conscious awareness[J]. *Science*, 2010, 27(2): 279-281.
- [7] Charron S, Koechlin E. Divided representation of concurrent goals in the human frontal lobes[J]. *Science*, 2010, 32(3): 360-363.
- [8] Dux PE, Tombu MN, Harrison S, et al. Training improves multitasking performance by increasing the speed of information processing in human prefrontal cortex[J]. *Neuron*, 2009, 63(1): 127-138.

(收稿日期: 2012-10-08 修回日期: 2013-01-22)

小组教学在《组织学与胚胎学》全英文理论教学中的应用与体会*

冯先玲¹, 邝咏衡², 刘志刚¹, 沙 鸥^{1△}

(1. 深圳大学医学院, 广东深圳 518000; 2. 香港中文大学医学院)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.17.047

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2013)17-2042-02

在医学课程中进行全英文教学顺应了国内医学教育国际化的发展趋势。本教研室在《组织学与胚胎学》课程中进行全英文教学已有 2 年, 到目前为止, 已初步构建了较完善的《组织学与胚胎学》全英文课程教学模式, 也取得了良好的教学效果^[1-2]。但与此同时, 单一的课堂授课模式所存在的一些问题也逐渐暴露出来, 例如师生间互动不足, 学生欠缺主动思考、讨论、合作的机会, 也没有口头发言的锻炼, 不利于团队合作等综合能力的培养。有鉴于此, 本教研室初步尝试在全英文课堂中融入小组教学的教学模式, 以弥补目前全英文教学中的不足, 有效调动学生学习的主动性与积极性, 在巩固所学知识的同时, 提高其医学专业英语的口头表达能力, 培养学生全方位综

合素质。

1 小组教学概述

小组教学是指按照小组的方式, 以小组成员间合作学习为基础的教學形式^[3]。小组教学源于先秦诸子聚徒讲学, 倡导创新性思维和发散性思维, 更符合现代教育理论, 被现代教育所推崇。一个成功的小组教学案例具备 3 个要素: 学习目标明确、学生积极参与教学过程和教师及时有效的反馈指导^[4]。小组教学的组织形式丰富, 包括自由讨论、配对讨论、分组讨论、“滚雪球法”和滚动讨论等方法^[5]。教师可根据教学内容、目的、时间、学生情况及教学配套等实际情况选择最佳的小组教学方法。这些方法风格迥异, 但都打破了传统的课堂授课方

* 基金项目: 深圳大学双语教学示范课程《组织学与胚胎学》建设基金资助项目(2011803); 2011 深大教学改革研究基金资助项目(JG2011010)。 作者简介: 冯先玲(1983~), 助理试验师, 主要从事胚胎心脏发育的研究。 △ 通讯作者, Tel: (0755) 86671925; E-mail: shaou@szu.edu.cn。