

HÌNH THÀNH THÓI QUEN TRONG VIỆC NGĂN NGỪA CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM

Huỳnh Hạnh¹

Với sự phát triển nhanh chóng trong sản xuất thực phẩm giàu năng lượng trên toàn thế giới cùng với chế độ ăn bất cần, nhân loại đã và đang sống trong một môi trường có tác động tiêu cực đến sức khỏe. Do đó, chúng ta đang tự sát và rút ngắn tuổi thọ của con người. Các nghiên cứu gần đây đã xác nhận béo phì làm tăng nguy cơ ung thư trong 11 loại ung thư khác nhau (thực quản, dạ dày, đại tràng, trực tràng, ống dẫn mật, tuyến tụy, vú, nội mạc tử cung, buồng trứng, thận và tụy) [1].

Cùng lúc với sự gia tăng tỷ lệ béo phì trên toàn thế giới, tỷ lệ bệnh đái tháo đường cũng đã tăng lên đáng kể. Trong năm 2017, hơn 29 triệu người ở Hoa Kỳ (USA) được chẩn đoán mắc bệnh đái tháo đường (chủ yếu là đái tháo đường type 2), và trên toàn thế giới, có đến 420 triệu. Căn cứ trên sự phát triển của tỷ lệ bệnh hiện nay, ước tính sẽ có đến 642 triệu người mắc bệnh đái tháo đường vào năm 2040 [2]. Cho đến nay, chúng ta nhận biết rằng để thành công trong điều trị bệnh béo phì và đái tháo đường, người bệnh phải có vai trò tích cực trong quá trình điều trị (thay đổi lối sống bao gồm cả chế độ ăn uống hợp lý và vận động thể lực thường xuyên trong cuộc sống hàng ngày). Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết những người tham gia các nghiên cứu can thiệp thay đổi lối sống không thể duy trì sự cải tiến sức khỏe sau khi chương trình can thiệp kết thúc. Vì vậy, cần phải xây dựng một giải pháp tiếp

cận mới để giải quyết những thách thức trên. Đó là duy trì tính bền vững của lối sống lành mạnh đã được khuyến cáo.

TS. William James, là một Bác sĩ / Nhà tâm lý học/ Triết gia, vào cuối thế kỷ 19 đã tuyên bố rằng mọi hoạt động hàng ngày của con người đều có đặc tính của thói quen và hoàn toàn tự động: tất cả các hoạt động đều được kích thích/ kích hoạt bởi các yếu tố trong môi trường sống của chúng ta [3]. Căn cứ trên nguyên tắc này, các bằng chứng hiện có sẽ được trình bày để hỗ trợ/ hướng dẫn việc phát triển của "sự hình thành thói quen" như là một cách tiếp cận điều trị cần thiết và phù hợp nhất cho bệnh nhân mắc bệnh không lây nhiễm (NCDs) như bệnh béo phì và đái tháo đường.

"Hình thành thói quen" có thể được định nghĩa là một hành vi được kích hoạt tự động để đáp ứng với các tín hiệu quen thuộc, và khi hành vi đã chọn được lặp đi lặp lại liên tục trong cùng một bối cảnh/tình huống, nó sẽ trở nên tự động và dễ dàng như một phản xạ (ví dụ: cài dây an toàn khi vào trong xe; đánh răng ngay sau khi ăn). Cuối cùng, khi thói quen đã được hình thành, sự thay đổi hành vi sẽ được duy trì lâu dài [3 – 6]. Do đó, phương pháp tiếp cận "hình thành thói quen" là một công cụ giá trị mà các bác sĩ có thể dùng để tư vấn cho bệnh nhân, là một yếu tố quan trọng trong điều trị các bệnh không lây nhiễm như bệnh thừa cân, béo phì và đái tháo đường.

Một câu hỏi thường gặp từ những

¹TS - University of British Columbia, Vancouver, Canada
Email: hhuynh@mail.ubc.ca

Ngày nhận bài: 15/6/2017
Ngày phản biện đánh giá: 15/7/2017
Ngày đăng bài: 28/7/2017

người tham gia đến quá trình "hình thành thói quen" là phải mất bao lâu để đạt được mục đích tạo ra thói quen: Các bằng chứng hiện có cho thấy thời gian cần thiết có thể dao động từ 18 đến 254 ngày, tùy thuộc vào sự phức tạp của hành động lựa chọn, sự sẵn sàng của người tham gia, bối cảnh và môi trường tương ứng/ phù hợp [7].

Bằng chứng hỗ trợ sự phát triển của "Hình thành thói quen"

Năng lực tự động hóa của một "Hành động đơn giản" như cài dây an toàn khi ngồi lên ghế ô tô có thể đạt đến đỉnh tối ưu nhanh chóng. Ở mức đỉnh tối ưu thì hành vi cài dây an toàn đã trở thành "một phản xạ" đối với cá nhân này, và người ta sẽ cảm thấy khó chịu khi không thực hiện hành động đó (ví dụ: không cài dây an toàn khi ngồi trong xe đang di chuyển). Trên quan điểm kỹ thuật, sự hình thành của một thói quen có thể được chia thành 2 giai đoạn riêng biệt: Giai đoạn **Khởi đầu** và giai đoạn **Thực hành**. Trong giai đoạn **Khởi đầu**, hành vi mới chọn sẽ được thực hiện trong một bối cảnh đặc biệt (ví dụ: đi bộ hoặc đánh răng [hành vi] ngay sau khi kết thúc bữa ăn trưa hoặc ăn tối [bối cảnh]). Trong giai đoạn **Thực hành**, hành vi đã chọn được lặp đi lặp lại hàng ngày và thường xuyên trong bối cảnh đã chọn để củng cố sự kết hợp "hành vi-bối cảnh" cho đến khi đạt được tính tự độnghoặc phản xạ [5].

Để thành công với mục tiêu "tạo ra thói quen", cần áp dụng các nguyên tắc sau đây [5]:

1) Bệnh nhân (chứ không phải bác sĩ) nên là người chọn hành vi mà họ muốn đạt được (ví dụ: đi bộ, chạy bộ, đi xe đạp...).

2) Bác sĩ cần phải thảo luận với bệnh nhân về hành vi mà họ đã chọn, khuyến khích bệnh nhân nên đặt mục tiêu cho những

hành vi vừa khả năng và có thể làm được khi bắt đầu thay đổi lối sống (ví dụ: đi bộ 10 phút mỗi ngày sau bữa ăn tối trong tuần đầu tiên, sau đó tăng thêm vài phút mỗi ngày cho mỗi tuần kế tiếp; Không phải đi ngay 1 giờ mỗi ngày vào lúc bắt đầu).

3) Mục tiêu của hành vi phải căn cứ vào niềm tin và giá trị cá nhân của bệnh nhân chứ không phải theo khuyến cáo của bác sĩ.

Ngoài những nguyên tắc trên, còn có những yếu tố khác góp phần giúp tăng cường cơ hội cho bệnh nhân thay đổi lối sống và hành vi của họ [3]:

i) Thay đổi môi trường để hạn chế hành vi: ví dụ, không có thang máy hoặc phải chờ lâu.

ii) Các lựa chọn sẵn có trong môi trường sống và làm việc: ví dụ, nhiều cầu thang bộ hơn thang máy.

iii) Thiết kế sản phẩm: ví dụ, kích thước và hình dạng của đĩa ăn và ly uống.

Hình thành thói quen và ngăn ngừa các bệnh không lây nhiễm

Như đã trình bày trên đây, tỷ lệ các bệnh không lây nhiễm như thừa cân, béo phì và đái tháo đường tiếp tục gia tăng trên toàn thế giới, và cần sáng tạo khăn cấp một cách tiếp cận mới để làm giảm sự gia tăng này. Một trong những yếu tố quan trọng góp phần cho việc thành công điều trị là sự tham gia tích cực của bệnh nhân trong quá trình điều trị [2]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh việc thay đổi lối sống (như vận động thể lực thường xuyên, giảm căng thẳng, ngừng hút thuốc và ăn uống theo chế độ Địa Trung Hải) giúp làm giảm nguy cơ bệnh mạch vành (CHD) và tỷ lệ phát triển của bệnh đái tháo đường, mang lại hiệu quả cao hơn so với điều trị bằng dược lý chuẩn. Tuy nhiên, những cải tiến trên suy thoái dần với thời gian, làm nổi bật vấn đề về sự

tuân thủ lâu dài với phương pháp thay đổi lối sống [8, 9].

Những thử nghiệm ngẫu nhiên liên quan đến việc kiểm soát trọng lượng cơ thể theo các hướng dẫn dựa trên phát triển thói quen đã khuyến cáo những nguyên tắc sau đây để thành công [10]:

a) Giữ đúng giờ và thói quen ăn (ví dụ, 3 bữa ăn mỗi ngày vào thời điểm thường xuyên).

b) Chú trọng đến việc giảm lượng chất béo ăn vào, giảm số lượng thức ăn và uống (rượu bia, thức uống có đường).

c) Đảm bảo ăn 5 phần trái cây và rau mỗi ngày.

d) Phát triển thói quen di chuyển và đi bộ để giảm cân, không ngồi cả ngày.

Hướng dẫn/áp dụng nguyên tắc "Hình thành thói quen" cho bệnh nhân

Làm thế nào để bác sĩ có thể thực hiện tốt nhất các lời khuyên trên nhằm cải thiện sức khỏe của bệnh nhân?

Trong xã hội chúng ta, khi một bệnh nhân đến gặp bác sĩ, họ tin tưởng và mong rằng người bác sĩ có thể làm cho họ khỏe mạnh hơn. Do đó, tình huống này tạo ra một cơ hội tuyệt vời cho bác sĩ tư vấn về việc thay đổi lối sống cho bệnh nhân.

Trên thực tế một số bác sĩ không muốn đưa ra lời khuyên về cách thay đổi lối

sống cho bệnh nhân của họ vì những bác sĩ này cho rằng những lời khuyên về thay đổi lối sống tốn thời gian để giải thích và sau đó những thay đổi này chỉ thoáng qua, khó tồn tại với bệnh nhân.

Trên quan điểm tích cực, với kiến thức về các nguyên tắc "hình thành thói quen", các bác sĩ có thể dùng phương pháp "hành động đơn giản" để khuyến khích/động viên bệnh nhân tham gia vào quá trình thay đổi lối sống. Lời khuyên này phải dễ dàng cho bác sĩ đưa ra và dễ cho bệnh nhân thay đổi lối sống. Hành động càng "đơn giản" thì sẽ trở thành thói quen nhanh hơn (đặc biệt là khi hành động đó có thể được thực hiện thường xuyên hàng ngày: cần phải kiên trì, cố gắng thực hiện hành động đã chọn mỗi ngày cùng một nơi và thời điểm khi có thể).

Với kết quả và tiến bộ đạt được mỗi ngày, dù ít, cũng sẽ làm tăng sự tự tin trong bệnh nhân và sẽ động viên bệnh nhân thay đổi nhiều hơn nữa trong hành vi thay đổi lối sống của họ.

Cuối cùng, hãy nhớ rằng bệnh nhân là người quyết định mục tiêu hành động để đạt được sức khỏe tốt hơn, và bác sĩ là người giúp bệnh nhân thiết lập một mục tiêu "thực tế và có thể đạt được". Xin gửi lời chúc tốt lành đến các bệnh nhân và bác sĩ tham gia cách tiếp cận "hình thành thói quen" này.



HABIT-FORMATION IN PREVENTING NCDs

With the rapid evolution in the manufacturing and production of energy dense foods worldwide coupled with careless diet, the human race has been living in an environment that exerts strong negative impacts on Health; subsequently, we are killing ourselves and shortening our lifespan. Recent studies have confirmed that Obesity increases the cancer risk in 11 different types of cancer [Oesophageal, Gastric Cardia, Colon, Rectum, Biliary tract, Pancreas, Breast, Endometrium, Ovary, Kidney & Myeloma] (1).

Parallel with the increase in the rate of obesity worldwide, diabetes prevalence has also increased dramatically. In 2017, there are more than 29 Million people in the United States of America (USA) diagnosed with diabetes (mainly type 2 diabetes mellitus), and worldwide, there are up to 420 million. It is estimated that based on the current rate, there will be 642 million people with diabetes by 2040 (2). Up to date, it is well known and accepted that to be successful in treating obesity and diabetes, the patients must take an active role in the process (lifestyle modification including both proper diet and regular physical activity in their daily life). Unfortunately, most participants in the lifestyle intervention studies could not maintain their progress soon after the programs are completed. Therefore, there is an urgent need to develop an approach that will address the above challenge, i.e. the sustainability of the recommended healthy lifestyle.

Dr. William James, a Physician/Psychologist/Philosopher, in the late 19th century, stated that all human daily activities are habitual and purely automatic: all

activities are cued by the stimuli in our living environment (3). Based on this principle, available evidences will be presented to support/guide the development of “habit-formation” as the relevant therapeutic approach for patients with Non Communicable Diseases (NCDs) such as Obesity and Diabetes.

“**Habit-formation**” can be defined as a behavior that is triggered automatically in response to the contextual cues, and when the chosen behavior is repeated consistently in the same context/situation, it will become automatic and effortless [eg. Fasten the seatbelt when in the car; brushing our teeth when we finish eating]. Eventually, when the habit has been formed, a sustainable behavioral change will be maintained/sustained (3 – 6). Therefore, this “habit-formation” approach represents a valuable & applicable tool that medical doctors can recommend/advise their patients as part of the treatment for non-communicable diseases such as Overweight, Obesity and Diabetes.

A question frequently asked by participants related to “habit-formation” process is how long will it take to achieve the goal of forming a habit: Available evidences indicate that the required time can range from 18 and up to 254 days, depending on the complexity of the chosen action, the willingness of the participants, the contextual environment and stimuli (7).

Evidences supporting the development of “Habit-formation”

The automaticity strength of a “Simple action” such as fasten the seat belt when one sits down in the car seat can reach its

maximum quickly. At this maximal level, the behavior has become as “second nature” to the individual and he/she feels strange when not performing the action: eg. Not fasten the seat belt when sitting in the moving car. Technically, the formation of a habit can be divided into 2 separate phases: **Initiation and Learning** phases. In the **initiation** phase, the new behavior is selected to be carried out in a particular context (eg. Go for a walk or brushing the teeth [behavior] right after finishing lunch or dinner [context]). In the **learning** phase, the selected behavior is repeated daily/regularly in the chosen context in order to strengthen the “behavior-context” association until automaticity is achieved (5).

To succeed with “habit-formation” goals, the following principles are recommended (5):

1) The patient, not the doctor, should be the person who chooses which target behavior he/she wants to achieve (eg. Walking, running, cycling, etc...)

2) The doctor needs to discuss with the patient on their chosen behavior, advising the patient to aim for small and manageable behavior changes at the start of the lifestyle modification (eg. Walk 10 min per day after dinner in the first week, and increase a couple minutes per day for each additional week – Not 1 hour per day at the start).

3) The patient’s target behavior must be based on their personal value, not the doctor’s recommendation.

In addition to the above principles, there are also other contributing factors that would enhance the chance for the patient to modify their lifestyle and behaviors (3):

iv) Alter the environments to constrain/restrict the behavior: eg. Slow or NO elevator.

v) Options available within the living/working environment: eg. More stairs than elevators

vi) Product design: eg. The size and shape of the eating plates and the drinking glasses.

Habit-formation and NCD’s Prevention

As mentioned previously, the prevalence of Non Communicable Diseases such as Overweight, Obesity and Diabetes continues to rise worldwide, and there is an urgent need for innovative approach to dampen this increase. One of the key contributing factors for treatment success is the active engagement of the patient in the process (2). Many studies have demonstrated that lifestyle modification [ie. Regular physical activity, stress reduction, smoking cessation & Mediterranean diet] can reduce the risk of Coronary Heart Disease (CHD) and the incidence of diabetes development, more than the standard pharmacological treatment. However, improvements over the long term deteriorated, highlighting problems with long-term adherence to lifestyle changes (8, 9).

Randomized Control Trials of habit based advice for weight control have recommended the following tips for success (10):

e) **Keep to the meal routine** (eg. 3 meals per day at regular time)

f) **Focus in reducing the amount of fat intake, the portion size and drinks**

g) **Make sure to eat 5 portions of fruit and vegetable per day**

h) **Develop a habit of moving and walking off the weight, not sitting most of the day.**

Advise/Apply “Habit Formation” principles to patients

How can a doctor make the best of the above advices to improve the health of their patients?

In our society, when a patient comes to see the doctor, they strongly believe and trust that the doctor can make them healthier; subsequently, this situation provides a wonderful opportunity for the doctor to advise the patient on lifestyle change. Unfortunately, some doctors are reluctant to giving advice on lifestyle modification to their patients because to these doctors, these lifestyle advices are time consuming to explain and then the changes are only transient in the patients.

On a positive note, with the knowledge on “habit-formation” principles, the doctors can provide advice on simple action that will engage their patients in an automatic process. ***The advice must be easy for the doctor to give and easy for the patient to change.*** The “**simpler**” the action, the faster the action will become habitual (especially when the action can be carried out/performed on a regular/daily basis: ie. Be consistent – try to do the action at the same time and place every day when possible). When a particular behavior has been achieved in small increment, it will increase the self-confidence in the patients which will then stimulate further changes in their behavior. Finally, remember that the patient is the one who decides on the target goal to achieve for better health, and the doctor helps the patient to set a “realistic and achievable” goal. Best wishes to the pa-

tients and doctors who engage in this “habit-formation” approach.

TÀI LIỆU THAM KHẢO – REFERENCES

1. Kyrgiou M. et al. (2017). *Adiposity & Cancer at major anatomical sites: Umbrella Review of the Literature. Systematic Review & Meta-Analysis.* JAMA 2017, Vol 356: j477.
2. Reusch J.E.B. & Manson J.A.E. (2017). *Management of Type 2 Diabetes in 2017: Getting to Goal.* JAMA Published on Line March 1, 2017.
3. Marteau T.M. et al. (2012). *Changing human behavior to Prevent Disease: The Importance of Targeting Automatic Processes.* Science Sept 21 2012, Vol 337: 1492 – 1495.
4. Lally P. et al. (2008). *Healthy Habits: Efficacy of simple advice on weight control based on a habit-formation model.* International Journal of Obesity 2008, Vol 32: 700 – 707.
5. Gardner B. et al. (2012). *Making health habitual: The Psychology of “Habit-Formation” and General Practice.* British Journal of General Practice Dec 2012: 664 – 666.
6. McGowan L. et al. (2013). *Healthy Feeding Habits: Efficacy results from a cluster-randomized, controlled exploratory trial of a novel, habit-based intervention with parents.* American Journal of Clinical Nutrition 2013; Vol 98: 769 – 777.
7. Lally P. et al. (2010). *How are habits formed: Modelling “habit formation” in the real world.* European Journal of Social Psychology 2010, Vol 40: 998 – 1009.
8. Malhotra A. et al. (2017). *Saturated*

- Fat does not clog the arteries: Coronary Heart Disease is a Chronic Inflammatory Condition, the Risk of which can be effectively Reduced from Healthy Lifestyle Interventions.* British Journal of Sports Medicine Published on Line April 25, 2017.
9. Kerrison G. et al. (2017). *The effectiveness of Lifestyle Adaptation for the Prevention of Prediabetes in Adults: A Systematic Review.* Journal of Diabetes Research, Volume 2017, Article ID 8493145, 20 pages.
10. Beeken et al. (2012). *Study protocol for the 10 Top Tips Trial: RCT of habit based advice for weight control in general practice.* BMC Public Health 2012, Vol 12: 667.

