

李彦龙,陈德明,聂应军,等.场域论视域下我国体医融合的实然困境与应然进路[J].体育学研究,2021,35(1):36-43.

## 场域论视域下我国体医融合的实然困境与应然进路

李彦龙<sup>1</sup>,陈德明<sup>1</sup>,聂应军<sup>2</sup>,常 凤<sup>3</sup>

(1.哈尔滨体育学院 体育教育训练学院,黑龙江 哈尔滨 150008; 2.武汉体育学院,湖北 武汉 430079;  
3.哈尔滨体育学院 运动人体科学学院,黑龙江 哈尔滨 150008)

**【摘要】**体医融合是健康中国战略实施的关键技术,为加快推进我国体医融合,促进全民科学健身与全民健康深度融合,基于布迪厄场域论,以“场域—资本—惯习”三要素为逻辑主线,对我国体医融合的实然困境与应然进路进行分析。体医融合实然困境包括:体育与医疗的结构差异、关系孱弱与体医融合的生成障碍,形成体医融合的场域壁垒;医疗部门经济资本受损、体疗制度资本乏力、复合型人力资本匮乏造成体医融合资本制约;传统医疗文化及医疗技术依赖,固化体医融合惯习。提出构建大健康网络,打破体医融合场域壁垒;改革经济资本走向、完善制度资本、加强复合型人力资本培养,优化体医融合资本;消除体医融合惯习误识、摒弃医疗技术依赖惯习的应然进路。

**【关键词】**体医融合;健康中国;场域论;大健康;传统医疗;医疗技术

**【中图分类号】**G80-05;R-05 **【文献标志码】**A **【文章编号】**2096-5656(2021)01-0036-08

**DOI:** 10.15877/j.cnki.nsic.20210312.001

1993年以来,我国慢性病人一直处处于快速增长状态。2018年,《健康管理蓝皮书》指出,慢性病人人数高达3亿,致死率为85%<sup>[1]</sup>,因病致贫、因病返贫现象屡见不鲜<sup>[2]</sup>。大量研究证实,静坐少动的生活方式是导致慢性病的独立危险因素之一,单一依靠医疗治理已经难以有效解决健康危机问题<sup>[3,4]</sup>。面对国民健康危机,国家从宏观治理层面,制定《关于加快发展体育产业促进体育消费的若干意见》《全民健身计划(2016—2020年)》《“健康中国2030”规划纲要》等系列政策,推动体医融合发展和非医疗健康干预的政策认同,以期通过体医融合协同治理,促进全民健身与全民健康深度融合发展<sup>[5]</sup>。《国务院关于实施健康中国行动的意见》明确提出,形成“体医融合”双维通道的健康服务模式,加快推进体医深度融合发展<sup>[6,7]</sup>。2020年,习近平总书记在全国教育文化卫生体育领域专家代表座谈会上明确提出,体育是提高人民健康水平的重要途径,是满足人民群众对美好生活向往、促进人的全面发展的重要手段<sup>[8]</sup>。

可见,“体医融合”健康治理俨然上升为国家意志。然而,我国体医融合仍处于起步阶段,存在部门协作不足、制度不健全、机制不完善、人才缺乏<sup>[9]</sup>等困境,阻碍体医深度融合。因此,加快推进体医融合迫在眉睫<sup>[10]</sup>。

布迪厄场域理论认为不同行业形成各自专业的场域,不同场域又可相互作用形成新场域<sup>[11]</sup>。这一理论为体医融合提供思路。因此,研究以“场域—资本—惯习”为主线,探究体医融合的实然困境与应然路径,为促进体医深度融合发展,缓解医疗供给矛盾,满足人们不断追求美好生活的向往,助力健康中国建设提供参考。

收稿日期:2021-02-21

基金项目:国家社科基金项目:健康中国战略视域下体医融合的长效机制研究(18BTY112)。

作者简介:李彦龙(1979—)男,博士,教授,硕士生导师,研究方向:运动健康促进。

通信作者:常 凤(1979—)女,博士,教授,硕士生导师,研究方向:运动医学。

## 1 社会场域: 构筑体医融合的新视角

布迪厄作为社会场域论的代表人物,提出场域是不同位置的行动者依靠各自拥有的资本进行斗争的场所<sup>[12]</sup>。场域理论三要素是场域、资本、惯习(图1)。场域结构不是固定不变的,场域结构的变化依据要素间的力量关系。资本的逻辑就是力量关系,惯习则是行动者的习性与行为倾向,即实践逻辑。社会上不同类型的场域皆受元场域(国家)影响与制约,国家是元场域的持有者和垄断者,具有对不同类型的场域和资本实施管制和平衡的权利<sup>[12]</sup>。场域、资本、惯习以及三者之间的关系构成社会实践理论体系。

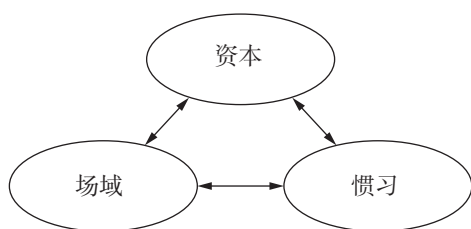


图1 场域理论三要素

Fig.1 Three elements of field theory

布迪厄场域论特征表现为结构性、关系性与生成性。布迪厄场域是生成的结构主义,建构着的惯习系统。结构性是场域的内在属性;关系性是指场域始终从关系主义的角度思考问题与理解社会,强调交流和融合;生成性包含两个方面,一是构成惯习的思想和行动的生成过程,二是场域结构的社会生成过程<sup>[12]</sup>。结构性、关系性与生成性特征为研究体医融合诸要素联结形成关系网络提供系统论方法。

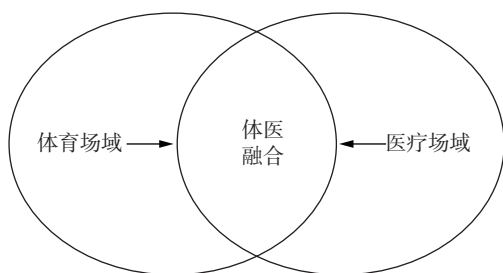


图2 体医融合场域图

Fig.2 Field map of sports and medicine integration in China

结合场域论观点,体育形成专业的体育场域,医疗则形成专业的医疗场域,并依靠各自拥有的资本,在各自场域按照惯习进行实践活动。“体医融合”则需要体育与医疗形成相互作用的交叉场域,即体医融合场域。在这个场域中,不断整合资本,培养新

的惯习。二者交叉场域的大小、范围、资本、能否形成新的惯习等则影响着二者融合度(图2)。

当前,我国存在小范围的体医融合场域。包括:(1)医学院校与体育院校联合培养体医复合型人才。如上海体育学院与上海健康医学院联合培养研究生。(2)医院设立运动处方门诊、运动康复科等。如海淀医院、解放军总医院、北京人民医院等运用运动疗法为不同患者提供健康服务,还包括医院体检科增加国民体质检测项目及出具运动处方。(3)体育场所开设康复咨询服务。如各省市竞技体育训练中心设置康复咨询及治疗服务。(4)体医康养机构,体育与医疗、健康、康复等共同为养老服务<sup>[13]</sup>。如济南大学体医融合研究院康养基地、上海浦锦社区卫生服务中心体医康养中心、湖北省医养康复中心等。可见,体育与医疗在教育、养老、康复等领域初步形成体医融合场域。

## 2 体医融合的现实困境

就场域理论的视角而言,体育与医疗均位于健康这个大场域,共同为人民健康服务。体育与医疗从体医分离的问题导向到体医融合的目标演进中,经历分离、结合、唤起融合、融合的演进过程(图3)。本文从社会场域的场域、资本、惯习三要素,分析体医融合现实困境。

### 2.1 体医融合场域壁垒

结构性、关系性与生成性作为社会场域论的特征表现,结构差异、关系孱弱、生成障碍形成体医融合的场域壁垒困境,限制二者融合发展。

#### 2.1.1 体育与医疗的结构差异

体育与医疗具有不同的活动场所,属于不同场域。不同场域具有相对独立结构与特征,亦有不同的运作逻辑和运行法则(表1)。体育场域是以身体的实践为依托而形成的关系网络。医疗场域是以药物治疗为依托而形成的关系网络。体育的主要目标是增强体质,强身健体;医疗的主要目标是救死扶伤,治病救人。体育运动的主体是各类人群,医疗的救助对象是患者。体育与医疗本质属性、学科分类、活动场所、实践目标、实践主体都有较大差异。体育与医疗的结构差异决定二者形成各自专业场域,特别是实践场地的巨大差异,成为体育与医疗融合的场域壁垒,限制体医在空间场域进行融合。

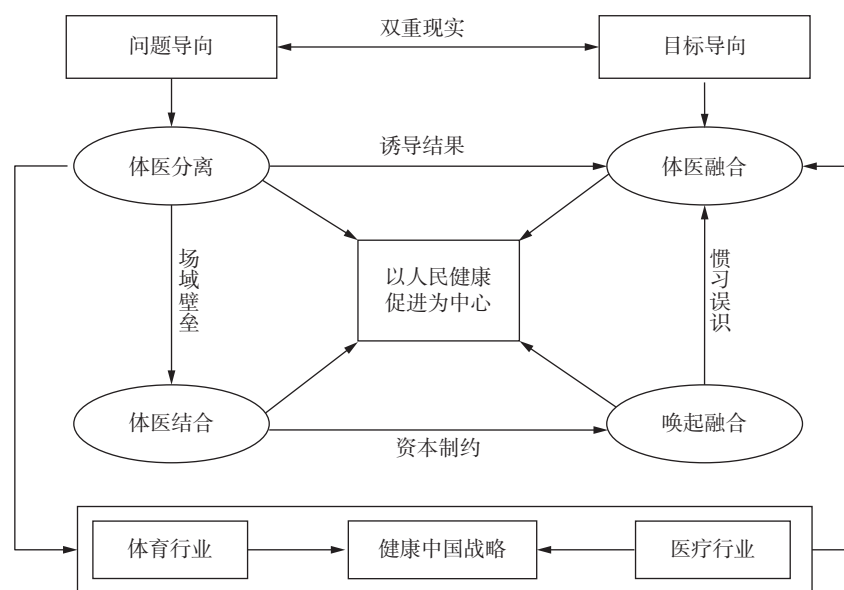


图3 我国体医融合路线图

Fig.3 Road map of sports and medical integration in China

表1 体育与医疗结构对比

Tab.1 Comparison of sports and medical structure

指标	体育	医疗
本质属性	以身体实践为依托而形成的关系网络。	以药物治疗为依托而形成的关系网络。
学科分类	身心教育学、运动竞赛学、健身休闲学、运动人体科学。	临床医学、预防医学、保健医学、康复医学。
活动目标	身心教育学：增强体质、身心教育、规则意识、意志品质； 运动竞赛学：运动竞赛、为国争光、彰显自我； 健身休闲学：全民健身、大众休闲、娱乐康养； 运动人体科学：运动安全、运动康复、运动机能机理。	临床医学：医学基础理论、基本知识、疾病诊断、治疗、预防； 预防医学：健康影响因素、作用规律、公共卫生策略与措施、预防疾病、提高生命质量； 保健医学：传统养生保健、饮食保健、运动保健、心理调节、保健品； 康复医学：物理疗法、运动疗法，生活训练，技能训练，言语训练和心理咨询。
实践地点	体育场(馆)、社区/广场、实验室/中心等。	各级各类医院、社区、家、专科康复门诊、特殊的康复机构等。
实践主体	学生、教师、运动员、教练员、大众、各类人群。	患者、高危人群、健康或亚健康、残疾人、功能障碍者。

同时,体育的增强体质、运动机能机理、运动安全、康养、运动康复等活动目标与医疗的运动医学、预防医学、保健医学、康复医学目标存在共性,而且体育的实践主体均可成为医疗主体,这些结构特点又为形成体医融合场域提供条件。可见,体育与医疗的结构既促使它们形成各自特色与功能,也体现了二者融合的可能性。结合体医融合实践主体及活动目标具体情况,发现医疗领域的健康或亚健康、高

危人群作为部分体育实践主体,其中,患者参与体育的人数较少,特别是高血压、糖尿病、肥胖等与静坐少动密切相关的慢性病人。在活动目标上,体育领域虽与医疗领域存在融合,但受限于实践主体的参与度、实践地点,导致体育与医疗融合存在障碍。

### 2.1.2 体育与医疗的关系孱弱

体育行业与医疗行业分离,各自为营,关系孱弱。布迪厄认为科学劳动的社会分工将社会科学对象建构过程的各个环节割裂,物化并分工成彼此分离的专业领域<sup>[14]</sup>。专业领域分离是社会分化的结果。随着医学技术和体育科技的突飞猛进,分化形成了相对独立的场。“有病看医生,休闲娱乐打打球”,这是一种传统的认知观和实践观,是一种“固有预设”内化的运行逻辑,是被结构化的结构即惯习(行为倾向)。这种惯习必然导致我国体育与医疗实践主体无法高度融合,健康人成为体育的主体,患者则成为医疗的主体。那些需要体育与医疗共同干预,并能逆转为健康状态的亚健康人群、慢性病高危人群不断攀升,体现出体育与医疗的关系孱弱。

### 2.1.3 体医融合的生成障碍

布迪厄的场域理论特征表现为生成的结构主义。生成性是依据社会学方法加工生成新的场域结构,使原有结构“再生产”或转化的机制,进而生成新的场域。社会大场域由相对自主的小场域构成,原来相对自主的小场域行动者为控制利益,必然实施斗争以维持原有场域结构,捍卫或提高其位置,这



必然造成新场域生成障碍,而新进入者则希望逐步接近支配地位,改变场域结构。在体医融合场域中,体育的介入改变原有医疗系统单一健康服务模式,导致医疗专属场域缩小。而体育作为体医融合场域的新进入者,必然会从国民公共健康价值理性发力,不断提高其场域位置,以改变体育在体医融合场域的力量格局。

## 2.2 体医融合资本制约

资本是社会实践的工具。就资本的工具属性而言,体育与医疗系统依据自身拥有的经济、制度、人力等资本在体医融合场域中展开竞争,进而对体医融合产生影响。

### 2.2.1 医疗部门经济资本受损阻滞体医融合发展

利益是行动者的出发点和归宿点<sup>[15]</sup>。我国传统公共健康服务集中于单一医疗干预,各级医疗管理部门、医院、科室、医生、护士等是主要利益相关者。一方面,体育系统非医疗干预手段的介入打破原有利益格局,减少医疗部门的经济收入<sup>[16]</sup>,影响原有部门及相关者的利益。医疗系统利益相关者势必会阻止体育系统行动者的融入。另一方面,体育治疗经济成本低,见效慢,周期长。医疗成本高,见效快,周期短。在体育与医疗之间的客观关系结构中,医疗系统凭借其高额的经济收益、现代的医疗技术资本、显著的药物治疗效果等在场域中占有有利位置,体育占据边缘位置。医疗系统在场域中占据的有利位置越高,其经济资本越雄厚,权限越大。因此,在健康场域医疗中心与体育边缘结构中,体育(非医疗干预手段)的介入必然会受到医疗部门狭隘利益(多开药、多检查)的阻滞<sup>[15]</sup>。占据有利位置的医疗部门行动者会采取各种策略来维持现有的利益分配格局,导致体医融合发展受阻。

### 2.2.2 体疗制度资本乏力限制体疗的主体发展

制度资本是得到国家合法保障的资本。2020年6月出台的《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》,在第六章中将医疗卫生、教育、体育、宣传等机构应开展健康知识宣传;学校应当按照规定开设体育与健康课程,组织学生开展广播体操、眼保健操、体能锻炼等活动;加强公共体育设施建设,组织开展和支持全民健身活动,加强全民健身指导服务,普及科学健身知识和方法;国家鼓励单位的体育场地设施向公众开放等条例纳入健康促进法<sup>[17]</sup>。

这一法规的颁布,为体医融合提供一定的法律保障。但该法规中主要涉及体育健康教育、学校体育、全民健身及体育场地开放,而对医疗卫生机构开展运动干预防治疾病发生发展方面并未提及。此外,《关于加快发展体育产业促进体育消费的若干意见》《全民健身计划(2016—2020年)》《“健康中国2030”规划纲要》等政策将健康置于优先发展的战略地位,促进国民全生命周期、全过程健康服务<sup>[18]</sup>,虽增强了体育系统制度资本的实力,但缺乏具有强制性约束效力的体育健康促进的法律法规。因此,与较完善的医疗制度资本相比,体疗制度相对乏力。

### 2.2.3 复合型人力资本匮乏制约体医融合发展

我国体医复合型人才匮乏。中国体育科学学会运动处方师培训工作虽启动M系列和E系列,但获得该资质的总人数不足,且多为社区卫生服务中心的全科医生、体育院校学生、高校教师等<sup>[19]</sup>。此外,康复治疗师、物理治疗师、运动康复治疗师等体医融合复合型人才短缺<sup>[20]</sup>,且无合法身份,均不同程度限制体医融合发展。目前,部分高等医学院尝试体医复合型人才培养,但改革较慢,绝大多数医院医生不具备开运动处方的能力,无法满足大众对健康的需求。因此,复合型人力资本的匮乏,严重阻碍体医融合步伐,限制体医融合场域的扩增。

## 2.3 体医融合惯习固化

惯习是社会实践的逻辑。就惯习的实践逻辑而言,人民对体育与医疗的惯习误识及医疗技术依赖,遏制体医融合发展,主要为传统医疗文化惯习与医疗技术医疗惯习。

### 2.3.1 传统医疗文化惯习遏制体医融合理念的形成

传统寻医问药的文化模式已成为习惯。在人们习以为常的思维定式和认知中,选择健康服务模式时,优先选择医疗救助。资料显示,我国的健康产业主要集中于医疗,体育则较少<sup>[21]</sup>,呈现“医疗强,体育弱”<sup>[22]</sup>。这与我国根深蒂固的“重文轻武”思想存在密切关系。医疗从属文,而体育从属武,传统的观念驱使国人更相信医疗对健康的积极作用,而国民对体育健康促进效果的认可度则较低。另外,社会对体育存有偏见,认为体育主要是“争金夺银,为国争光”,普通百姓仅仅将体育作为休闲娱乐或增强体质、改善免疫力的方式,并不会将其作为疾病治疗及康复的手段。这些文化惯习根深蒂固地扎根于

百姓的观念中,遏制体医融合理念的形成。

### 2.3.2 医疗技术依赖惯习遏制体疗技术的融合发展

我国健康治理中,过分依赖医疗,而忽略了体育疗法的重要性。体医融合场域内存在力量和竞争,而竞争的逻辑就是资本的逻辑。显然,国家政府、社会组织、公民个人对医疗事业的经济投入远远高于对体育事业的投入,医疗的收益也远远高于体疗的收益,全社会对医疗的文化认同也远远高于体疗的认同。医疗的经济资本、社会资本、文化资本、象征资本等资本的竞争力远远高于体育。因此,医疗技术得到迅猛的发展。医疗系统先进的疾病检测与治疗设备,昂贵的进口药品,高效的治疗效果,使人们对医疗技术产生更多的信任与行动倾向。反过来,高额的经济利润为药品生产商、医疗器械生产商、医院、医生等部门及个人带来了高额的回报。医疗资本的增值效益又会不断激发利益相关者的动力,不断促进医疗事业的发展。

## 3 体医融合的应然进路

基于体医融合场域壁垒、资本制约与惯习误识的实然困境,提出体医融合的应然进路,以期发挥体医合力协同治理效应,共同为人民健康服务,更好地满足人民群众日益增强的健康需要。

### 3.1 构建大健康网络,打破体医融合场域壁垒

构建大健康行动者网络,促进体医融合发展。在面对日益复杂的社会问题时,单一医疗系统的服务水平难以为不断攀升的慢性病、亚健康及健康人群提供精准化供给需求,医疗供给乏力。要实现人民健康这一目的,单靠医疗场域是无法做到的,必须依靠医疗、体育、教育等多部门协同联动,充分发挥体育与医疗的合力,推动多元主体合作行为的深化,促进合作制组织模式的构建。因此,亟须改变原有健康治理场域的构成要素和力量格局,模糊场域边界,改变我国体育系统与医疗卫生系统在健康服务中的“各自为政”,打破体育场域与医疗场域壁垒。打造利益相关者参与的大健康场域聚合体治理结构,构建协同联动,共建共享共治的国民健康治理格局。具体措施:(1)打造体医融合实践场域。体育与医疗的结构中实践地点的巨大差异,阻碍体医融合场域形成。因此,积极推动体医融合综合体、示范区、社区中心等建设,形成体育运动场地与医疗诊疗

场所联合起来的聚合体,以综合体、示范区、社区中心带动形成更多的体医深度机构,体医融合研究机构等,为体医融合创造实践场域。(2)构建多元协同联动健康治理模式。逐渐摆脱仅依靠医疗部门的单一治理结构,构建以实现国民公共健康为目标,以大健康理念共识、利益共享、沟通协作为治理前提,政府主管部门、医疗部门、体育部门、卫生部门、社会组织与公民个人等多元利益主体构成的行动者网络结构,多元行动者享有共同治理的权力并承担相应责任的多元协同联动健康治理模式,把多元利益主体真正吸纳到国民健康治理体系中,增强体育与医疗的主动联系,改善孱弱的体医关系。(3)完善体医融合机制。通过不断完善体医融合的合作共识机制、部门联动机制、政策保障机制、技术互通机制与体医复合型人才融合教育实践等机制,扩大体医融合场域,进而破除体医融合的生成障碍。

### 3.2 加强资本建设,优化体医融合资本

#### 3.2.1 改革经济资本走向,给予医疗部门适度经济补偿

坚持以人民健康促进为共同价值目标,打破医疗场域固有的部门狭隘利益藩篱是推动体医融合可持续发展的深层动力。具体措施:(1)经济补偿。体医融合必将使医疗独大的医院及工作人员利益受损,为保护自身利益,优势地位的医疗部门对体医融合的热情不高。因此,为提高医疗主体的积极性,政府可对积极开展体医融合的医疗机构,给予适度经济补偿,减少医疗部门损失。同时,国家继续加大对体育的投入力度,增加体育经济资本,提升体育竞争力。(2)运动疗法纳入医疗收费。有条件建设运动康复中心或体能训练中心的医院,可将运动处方、训练指导、运动康复等项目,设置具体收费标准,增加医院体育治疗的收入;无条件设立相应运动场所的医院,可通过建立附属运动机构、转介等方式,与合作单位制定收入分配条例,将获得利益进行二次分配,进而减少医院因患者分流造成的经济损失,构筑体医利益共同体,促进体育与医疗相互补充,相互依赖,共同进化,共赢发展<sup>[23]</sup>。

#### 3.2.2 完善制度资本,确认体育的场域位置

体医融合相关法律法规、政策、文件等制度资本是保障体医融合推进的基础。我国出台系列政策文件,并颁布《中华人民共和国基本医疗卫生与健康



促进法》,为体医融合开展提供制度保障,确定体育在健康促进中的重要地位,但关于体育在慢性病治疗、康复中的位置,缺少法律支持。因此,继续相关法律法规建设,保障体育在健康治理中的地位,完善制度资本,有助于体医更好地融合。具体措施:(1)完善制度。《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》中,有四处强调体育在健康促进中应发挥的作用,虽然为体育健康促进的地位确定提供了法律保障,但涉及体育的内容有限,因此可通过强化运动健康促进指导<sup>[24]</sup>、出台《体育健康促进法》等举措进一步完善该方面的政策法规。(2)促进政策落地。已颁布的系列政策进行了顶层设计,但各地市执行效果良莠不齐,应增加已有政策落地实施的考核、监督等制度,以法律的“硬约束”效力规约跨部门之间协同健康治理,各级地方政府、组织、部门要落实相关政策,对政策落实不到位、慢性病治理不合格的地方政府、组织、部门负责人,依法依规问责。

### 3.2.3 加强复合型人力资本培养,拓展体医融合发展空间

从“单一型”人才培养向体医“复合型”人才培养过渡。我国传统的医学院校培养的是全科医生,医体结合教育模式尚未形成,对即懂医又懂体的复合型人才培养改革力度不足,与人民群众日益增长的健康需求不适应的矛盾比较突出。将运动处方教学运用到医学院校的人才培养体系之中,是新医改的重中之重。措施包括:(1)增加复合型人才数量。为尽快培养出即能开具医疗处方又能开出运动处方的医生,应将医疗技术人才与体育运动人才相整合,加强医学院校与体育院校联合培养力度<sup>[25]</sup>,将高水平运动队的队医、运动营养师、运动康复理疗师、健身指导员等优秀人才引进来,共同进行健康预防与治疗的理论探讨与实践应用指导。将科学健身纳入到社区卫生服务体系,并制定政策驱动吸引体医融合人才到社区工作和服务。鼓励医生将运动处方应用到慢性疾病治疗方案中,向慢性病、亚健康、健康人群等提供体医融合的疾病诊疗、运动损伤预防、伤后康复等服务,利用体育在慢性病预防与康复功能,弥补医疗资源在此方面的短板,缓解医疗供给侧不足的运营压力与困境。不断完善医学院校的体医复合型人才培养方案和健康教育课程体系,积极推进医学院校开设运动科学,体育院校增设健康教育与

医疗常识,将运动医学纳入医学教育场域中,将运动健康促进知识融入体育教育场域中,不断提高实践应用技能。(2)加大我国体育院校发展的扶持力度。推进体育院校与医学院校深度合作,将“体医融合”作为体育院校与医学院校课程体系设置方向,注重学生在体育与医疗方面的理论与实践能力的培养,设置具有体医融合特色的专业课程和实践体系。通过继续教育,不断提高体育教师的健康教育能力,包括诊断、测试、防护、评价。通过教学、训练、科研、竞赛等平台,打造医体融合与体医融合健康服务平台,深入健康服务实践,培养集运动健康服务与医疗健康服务于一体的复合型人才。

### 3.3 通过再生产机制,培养适宜的体医融合惯习

#### 3.3.1 消除惯习误识,构建体医融合理念认同

理念是行动的先导。体医融合健康治理,重中之重便是健康文化再生产。消除惯习误识手段包括:(1)破除传统文化藩篱。长期以来,我国国民健康治理通常采取的是寻医问药的“被动治疗”疾病管理“回击应对”模式,这种被动的“治已病”健康服务理念不仅难以从根本上消除病患,而且会产生药物依赖和严重的经济负担,导致因病致贫或因病反贫。因此,政府、社会、家庭、个人需要在理念上深刻认识到主动健康的价值性和紧迫性。积极宣传体育的健康价值与功能,培育体育素养<sup>[26]</sup>,从“治已病”转向“治未病”,从“治疗为主”到“主动健康”的“他治”与“自治”模式转向“共建共治共享”的多元健康治理理念,协同体疗与医疗,共同改进治疗手段,提高疾病预防、治疗、康复效果,促进机体健康水平,创新体医融合疾病管理与健康服务新模式。(2)培育大健康文化。文化资本在布迪厄的资本理论中具有重要的地位。我国体医融合健康服务的文化体现为国民健康的追求,医疗部门、体育部门、政府管理部门等在疾病预防、治疗、康复过程中所面临的公共风险识别、理解、处理的显性成本与隐性成本带来的巨大压力,树立“大健康”的理念共识<sup>[27-28]</sup>,积极倡导“体医结合”“运动处方”“运动是良医”“运动健康促进”“健康关口前移”“体医融合”“非医疗健康干预”“全民科学健身”等先进理念。与法律法规的权威的硬约束不同,大健康文化是一种规范引导的软约束,是一种发自内心的认同。体医融合健康促进模式的落地生根离不开大健康文化的滋养。提升

国民健康治理的愿望与能力,要培养大健康意识和文化,让体医融合健康治理内化于心灵,外塑于行动。在健康治理实践场域中,改革以往单一依靠外源性药物治疗的惯习思维定式,采取健康关口前移,“运动处方+药物处方”协同配合,主动健康,共享共治模式,从治标到治本,再到标本兼治。此外,推动运动处方与药物处方协同配合发力,其实施靶向应遵循预防为主,防治结合,精准发力,从而降低医疗费用,提高生命质量,活出生命精彩。

### 3.3.2 摒弃医疗技术依赖惯习,提升体疗技术的主体发展

技术融合是从“医疗干预”到“体医融合干预”难点所在。改变以往单纯依靠医疗系统的方式,使体育治疗技术嵌入到健康治理模式之中,破除体医融合的技术障碍,使体育与医疗技术边界从明晰走向模糊,实现二者交叉应用,融会贯通,和合共赢。技术融合要具有价值性、政策性、可操作性与科学性。技术融合的前提是价值融合。价值融合的关键在于目标的一致性,即人民健康促进的实践生成。通过体育运动健康促进的干预手段与医疗干预,共同为人民健康服务。具体措施:其一,医生开具运动处方进行干预。通过医生开具运动指导方案,实现体育锻炼与基层医疗服务结合,提高人民科学健身效果。其二,增强运动精准服务。针对不同人群的健康水平,身体机能,开具精准合理的运动项目、运动时间与运动强度,进一步提高全民科学健身的指导水平,把体力活动和体质健康测试纳入医务健康体检,把体力活动和生命体征纳入医生问诊的内容体系<sup>[29]</sup>,将运动处方融入到医疗门诊,医生巡诊、问诊中加入运动基本情况问询,建立运动处方库,倡导医生作为运动健康促进服务的主体,把运动损伤、运动康复、运动营养等纳入医学应用之中。其三,有效发挥全民科学健身在健康促进、慢病防治、功能恢复等方面的积极作用。将科学健身的方式方法与现代医学理念和医疗技术有机结合。在体育场域,加入医学元素,规避运动风险,减少运动损伤,加强运动防护与运动损伤诊治。在医疗场域,加入体育元素,发挥体育在增强体质,疾病预防、治疗、康复等领域的作用,通过运动手段促进身体健康,发挥科学运动在预防、延缓和治疗慢性病方面的重要作用,提高生命质量,降低医疗费用。

## 4 结语

随着公共健康治理进程的加快,深化体医融合是公共健康治理的必然趋势,也是深化我国医疗卫生事业改革的内在需要。改变过于倚重医疗场域,致使慢性病防治失效的现实困境,深入推进体医融合联动机制,促进体育与医疗的跨界融合无疑对人民健康促进具有革命性的突出意义。然而,目前医疗与体育的结构差异、关系孱弱、生成障碍导致体医融合场域存在壁垒,医疗部门经济资本受损、体疗制度资本乏力、复合型人力资本匮乏等制约体医深度融合,传统医疗文化惯习、医疗技术依赖惯习遏制体医融合新惯习的形成。运用社会场域论,结合体医融合实然困境,提出构建大健康网络,打破体医融合场域壁垒;改革经济资本走向、完善制度资本、加强复合型人力资本培养,优化体医融合资本;消除体医融合惯习误识、摒弃医疗技术依赖惯习的实然进路,加快推进体医深度融合发展,助力健康中国建设。

## 参考文献:

- [1] 孙乐琪.中国首部《健康管理蓝皮书》发布慢性病发病人数约3亿[N].北京晚报,2018-04-17.
- [2] 方汪凡,王家宏.健康关口前移:体育健康扶贫的联动逻辑及推进机制[J].西安体育学院学报,2020,37(1): 37-43.
- [3] 李靖,张漓.健康中国建设中慢性病防治体医融合的试点经验、现实挑战及应对策略[J].体育科学,2020,40(12): 73-82.
- [4] 于洪军,冯晓露,仇军.“健康中国”建设视角下“体医融合”研究的进展[J].首都体育学院学报,2020,32(6): 484-491.
- [5] 戴素果.健康中国理念下老年健康促进的体医深度融合路径[J].广州体育学院学报,2017,37(3): 13-16.
- [6] 国务院关于实施健康中国行动的意见[J].中国公共卫生管理,2019,35(4): 426-428,577.
- [7] 中共中央国务院.国务院关于实施健康中国行动的意见(国发[2019]13号)[Z].2019-7-15.
- [8] 新华社.习近平:在教育文化卫生体育领域专家代表座谈会上的讲话[EB/OL].(2020-9-22).[http://www.gov.cn/xinwen/2020-09/22/content\\_5546157.htm/](http://www.gov.cn/xinwen/2020-09/22/content_5546157.htm/).
- [9] 沈圳,胡孝乾,仇军.健康中国战略下“体医融合”的关键影响因素:基于解释结构模型的分析[J].首都体育学院学报,2021,33(1): 31-39.
- [10] 郭建军,郑富强.体医融合给体育和医疗带来的机遇与展望[J].慢性病杂志,2017,18(10): 1071-1073.
- [11] 高强.场域论与体育社会学研究[J].体育学刊,2010,17(1): 28-32.
- [12] 宫留记.布迪厄的社会实践理论[M].开封:河南大学出版社

- 社,2009.
- [13] 张俊芬.“体医融合”之积极养老模式的探索和实践[A].中国生理学会运动生理学专业委员会、北京体育大学.2019中国生理学会运动生理学专业委员会会议暨“运动与慢性病防控”学术研讨会论文集[C].中国生理学会运动生理学专业委员会、北京体育大学:北京体育大学运动生理教研室,2019:2.
- [14] 李彦龙,费郁红,蔡维敏,等.场域论视域下我国体育学独立建设的构想[J].哈尔滨体育学院学报,2020,38(4):23-28.
- [15] 冯振伟,韩磊磊.融合·互惠·共生:体育与医疗卫生共生机制及路径探寻[J].体育科学,2019,39(1):35-46.
- [16] 韩磊磊,周李,王艳艳,等.跨领域合作视角下中国体医融合的路径选择[J].武汉体育学院学报,2020,54(9):5-9.
- [17] 我国卫生与健康领域第一部基础性、综合性的法律《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》[J].江苏卫生保健,2020,21(5):57.
- [18] 胡扬.从体医分离到体医融合——对全民健身与全民健康深度融合的思考[J].体育科学,2018,38(7):10-11.
- [19] 祝莉,王正珍,朱为模.健康中国视域中的运动处方库构建[J].体育科学,2020,40(1):4-15.
- [20] 余清,秦学林.体医融合背景下运动康复中心发展困境及对策分析[J].体育与科学,2018,39(6):24-30.
- [21] 施芳芳.我国健康产业发展的对策研究——基于SD模型的构建[D].保定:河北大学,2017.
- [22] 卢文云,王志华,陈佩杰.健康中国建设背景下深化体医融合研究的思考[J].上海体育学院学报,2021,45(1):40-50.
- [23] 常凤,李国平.健康中国战略下体育与医疗共生关系的实然与应然[J].体育科学,2019,39(6):13-21.
- [24] 黄亚茹,梅涛,郭静.医体结合,强化运动促进健康的指导——基于对美国运动促进健康指导服务平台的考察[J].中国体育科技,2015,51(6):3-9.
- [25] 刘海平,汪洪波.“大健康”视域下中国城市社区“体医融合”健康促进服务体系的构建[J].首都体育学院学报,2020,32(6):492-498.
- [26] 陈长洲,王红英,项贤林,等.美国体育素养战略计划的特点及启示[J].体育学刊,2019,26(2):96-104.
- [27] LI R, QU S, ZHANG P, et al. Economic evaluation of combined diet and physical activity promotion programs to prevent type 2 diabetes among persons at increased risk: a systematic review for the community preventive services task force[J]. Ann Intern Med, 2015, 163(6): 452.
- [28] UUSITUPA M, PELTONEN M, LINDSTRÖM J, et al. Ten-year mortality and cardiovascular morbidity in the Finnish Diabetes Prevention Study-secondary analysis of the randomized trial[J]. PLo S One, 2009, 4(5): e5656.
- [29] 彭国强,舒盛芳.美国运动健康促进服务体系及其对健康中国的启示[J].体育与科学,2016,37(5):112-120.

## The Realistic Dilemma and Ideal Path of Sports and Medicine Integration in China from the Perspective of Field Theory

LI Yanlong<sup>1</sup>, CHEN Deming<sup>1</sup>, NIE Yingjun<sup>2</sup>, CAHNG Feng<sup>3</sup>

(1. Institute of Physical Education and Training, Harbin Sports University, Harbin 150008, China; 2. Wuhan Sports University, Wuhan 430079, China; 3. Institute of Sports Human Science, Harbin Sports University, Harbin 150008, China)

**Abstract:** The integration of sports and medicine was the key technology for the Healthy China strategy. In order to accelerate the integration of sports and medicine in China and promote the in-depth integration of scientific fitness and national health, based on Bourdieu's field theory, this paper analyzes the actual dilemma and ideal path of sports and medical treatment integration in China with the three elements of field, capital and habit as the logical main line. It finds that the real dilemmas of sports and medicine integration include: the structural differences between sports and medical care, the weak relationship and the generative obstacles constituting the field barriers of sports and medicine integration. The damage of economic capital of medical sector, the lack of physical therapy system capital and the lack of complex human capital result in the capital restriction of physical and medical integration. excessive reliance on traditional medical culture and medical technology solidifies the integration habit of sports and medical treatment. This paper puts forward to break the barriers of convergence to build a big health network; to reform the direction of economic capital, perfect the system capital, strengthen the cultivation of compound human capital, and to optimize the capital of the integration of sports and medical treatment; to eliminate the habitual misconception of the integration of sports and medicine and get rid of the habit of over-reliance on medical technology.

**Key words:** interaction of sports and medicine; healthy China; field theory; general health; traditional medical treatment; medical technology