

Introducing a Conceptual Policymaking Model for Tackling Obesity among the Military Personnel of Islamic Republic of Iran

Valiallah Vahdaninia *

Senior Researcher at Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 9 March 2019 Accepted: 30 January 2020

Abstract

Background and Aim: This study is an epistemological account of the collective nature of the problem of obesity among the military personnel. By reflecting on the existing knowledge and current and future paths that lead to obesity in the military personnel, we sought to give a conceptual model policymaking for tackling obesity. The prevalence of obesity is a serious challenge for the Iranian Armed Forces' mission.

Methods: We reviewed the following topics with a constructivist approach: 1- Understanding the prevalence of obesity at the individual level; 2- The relationship between military lifestyle and prevalence of obesity; and 3- The effects of obesity prevalence on the combat competence of military organizations.

Results: The prevalence of obesity is the result of an obesity-inducing context, so considering personal responsibility is not enough to resolve it. The imbalance between food intake, consumption of energy and psychological instability that comes with a military profession are the three sides of a triangle that lead to obesity among military personnel. On the other hand, the prevalence of obesity in society, especially in children, adolescents and young people who are the future conscripts or military personnel, especially among the children of military personnel as the most likely future candidates for military service, threatens the mission and combat competence of the armed forces.

Conclusion: Having a systematic understanding of the nature of obesity, biology and personal choices, regulatory functions of the military organizations, behavioral context, obesity effects of the policy-making sectors, and the cultural, social, economic and political contexts determine the level of obesity among the military personnel. This can be categorized into five levels for anti-obesity policymaking. Controlling and reversing the prevalence of obesity requires strategic patience, coordinated efforts and participation at all levels of military and national sectors.

Keywords: Military Personnel, Conceptual Model of Policymaking, Tackling Prevalence of Obesity, National Security

*Corresponding author: Valiallah Vahdaninia, Email: yvnia@yahoo.com

تبیین و ارائه مدل مفهومی سیاستگذاری مقابله با شیوع چاقی در نظامیان جمهوری اسلامی ایران

ولی اله وحدانی نیا *

پژوهشگر ارشد دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: مطالعه حاضر، روایتی معرفت‌شناسانه از ماهیت جمعی مسأله شیوع چاقی در نظامیان است که با مرور دانش موجود و مسیرهای حال و آینده منجر به چاقی در نظامیان و شرح و بسط مفهومی آن، مدلی مفهومی جهت سیاستگذاری مقابله با چاقی ارائه می‌دارد. شیوع چاقی، چالشی جدی برای ماموریت نیروهای مسلح ایران است.

روش‌ها: با رویکردی ساخت‌گرا، موضوعات زیر مرور گردید: ۱- درک شیوع چاقی در سطح فردی، ۲- رابطه سبک زندگی نظامی با شیوع چاقی ۳- تأثیرات شیوع چاقی در جامعه بر شایستگی رزمی سازمانهای نظامی.

یافته‌ها: شیوع چاقی محصول یک زمینه زندگی چاقی‌زا است و مسؤلیت‌پذیری فرد کفایت نمی‌کند. عدم تعادل انرژی (دریافتی) و (مصرفی) و ناپایداری روانشناختی عجیب با حرفه نظامی، اضلاع مثلث چاقی‌زا در جوامع نظامی است. از طرفی، شیوع چاقی در جامعه، بخصوص در کودکان و نوجوانان و جوانان بعنوان نظامیان پایور یا وظیفه‌آینده و بطورخاص در فرزندان خانواده‌های نظامی بعنوان محتمل‌ترین داوطلبان آینده حرفه نظامی، ماموریت و شایستگی رزمی نیروهای مسلح را تهدید می‌کند.

نتیجه‌گیری: با فهم پیچیده سیستمی از ماهیت مسأله چاقی؛ بیولوژی و انتخابهای فردی، عملکرد تنظیمی سازمان نظامی، زمینه رفتاری، تأثیرات چاقی‌زای بخش‌های سیاستگذاری و بافتار فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی، پنج سطح تعیین‌کننده چاقی در نظامیان می‌باشند که می‌تواند به پنج سطح سیاستگذاری مقابله با شیوع چاقی برگردانده شود. مهار و معکوس‌سازی روند شیوع چاقی، مستلزم صبر استراتژیک و کوشش‌های هماهنگ و هم‌افزا و همکاری و مشارکت در همه سطوح و بخش‌ها نظامی و ملی است.

کلیدواژه‌ها: نظامیان، مدل مفهومی سیاستگذاری، مقابله با شیوع چاقی، امنیت ملی.

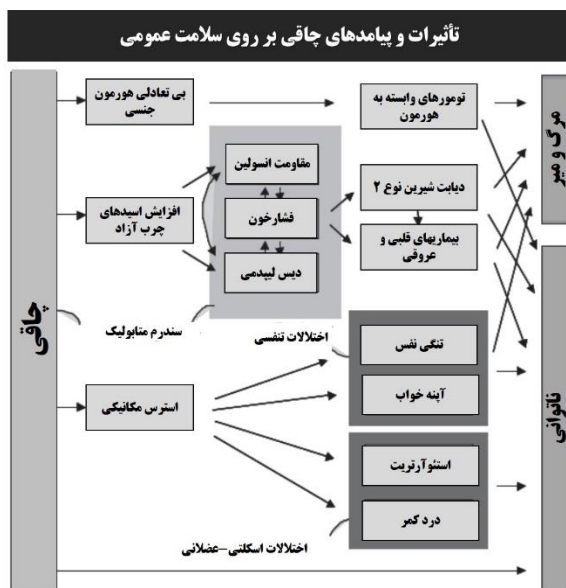
* نویسنده مسئول: ولی اله وحدانی نیا. پست الکترونیک: vvnia@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۱۰

مقدمه

ماموریت نظامی، نیازمند نیروی انسانی سالم، ورزشیده، چابک و دارای استحکام عضلانی، قلبی و تنفسی است. به همین دلیل، سازمان‌های نظامی، ارزشی اساسی و کهن دارند مبنی بر اینکه؛ ظاهر فیزیکی مناسب، نشانه‌ای مهم از نیرومندی، نظم، انضباط و حرفه‌ای‌گری است و برای روحیه و غرور و اثربخشی مأموریت نظامی مهم تلقی می‌گردد بطوریکه، اضافه وزن و چاقی یک دلیل بالینی مهم برای نداشتن شایستگی خدمت در نیروهای نظامی است. گسترده‌ترین تعریف بالینی پذیرفته‌شده از چاقی، مبتنی بر شاخص توده بدنی (body mass index (BMI) است که از تقسیم وزن بدن (کیلوگرم) بر مجذور قد (متر) بدست می‌آید. گرچه، این شاخص یک ابزار غربالگری مفید و معیاری مهم برای رصد روندهای شیوع چاقی در جوامع است اما، بعنوان ابزار تشخیصی مستقل در نظامیان، ورزشکاران، پیران و کودکان، کمتر دقیق بوده و قادر به اندازه‌گیری و تمایز وزن (توده چربی) از (توده عضلانی) و (توده استخوانی) بدن نیست. تعیین (درصد چربی بدن) و توزیع چربی در بدن) می‌تواند شاخص دقیق‌تری برای تعیین آمادگی جسمانی (تناسب اندام) در افراد نظامی دارای اضافه وزن براساس شاخص بی.ام.آی باشد. مطالعات متعدد نیز نشان می‌دهند؛ (دورکمر)، (نسبت دورکمر به باسن) و (نسبت افزایش دورکمر به قد) که به نمایه‌های چاقی شکمی معروف‌اند، نشانگر مهمی از آمادگی جسمانی / تناسب اندام بوده و در آسیب‌شناسی بیماری‌ها مؤثر هستند. از همین رو، در تعریف، غربالگری و تشخیص اضافه وزن و چاقی در نظامیان، شاخص BMI در کنار دیگر شاخص‌ها مهم است، مثل مقایسه با یک محدوده حداکثری تعیین‌شده در جدول غربالگری قد-وزن در دستورالعمل شماره ۱۳۰۸،۳ وزارت دفاع امریکا (۷-۱).

هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی مرتبط با چاقی مثل کاهش بهره‌وری و غیبت از کار و... هم وجود دارد؛ افراد چاق، بدلیل بیماری یا ناتوانی ناشی از چاقی ممکن است از خدمت (وظیفه/پایور) بازمانده یا در فرآیند آموزش و تربیت نظامی ناموفق باشند. از دست دادن کارکنان نظامی بواسطه پیامدهای اضافه‌وزن و چاقی، نه تنها تهدیدی برای شایستگی رزمی سازمان‌های نظامی بلکه، خسران مالی جدی است بخصوص، بواسطه زمان و سرمایه و سطح تخصصی که برای آموزش و تربیت آنها و سپس جذب و آموزش نفرت جایگزین متقبل می‌گردند (۹،۱۱).



نمودار-۱. ارتباط وضعیت سلامتی با چاقی

در فهم رایج، روند فزاینده شیوع چاقی، بیشتر یک مسأله سلامت عمومی درک می‌شود که نظامیان و سازمانهای نظامی نسبت به آن ایمن هستند. چراکه، با اجبار و تأکیدی که در سازمانهای نظامی بر نیرومندی و آمادگی جسمانی و حفظ آن می‌شود و استانداردها و معاینات سخت‌گیرانه پزشکی برای استخدام افراد متناسب با نیازهای ماموریتی حرفه نظامی که ورود افراد چاق و با اضافه وزن را منع می‌کند و همچنین، تست‌های منظم تناسب و آمادگی جسمانی و تمرین‌ها و افعال سنگین فیزیکی بعنوان عناصر کلیدی برنامه‌های آموزشی و آمادگی رزمی اکثر واحدهای نظامی، چنین انتظار می‌رود که نظامیان و سازمان‌های نظامی نسبت به جامعه غیرنظامی کمتر در خطر اضافه وزن و چاقی باشند، اما، به نظر می‌رسد شیوع چاقی در جامعه نظامی در حال افزایش است. مطالعات متعددی در دنیا، روند فزاینده شیوع اضافه وزن و چاقی در نظامیان را گزارش کرده‌اند (۱۲-۱۹). بعنوان مثال، Tracey و همکاران گزارش نمودند که میزان چاقی از ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۵ از ۱۲/۹ درصد به ۶۰/۵ درصد افزایش یافته است (۲۰) یا در مطالعه Sheryl و همکاران میزان چاقی سربازان ارتش امریکا، ۹۰ روز پس از ورود به خدمت نظامی، ۴۷ درصد گزارش شده است

به‌هرحال، چاقی یا انباشت مازاد چربی در بدن، به عملکرد فیزیکی و کیفیت زندگی نظامیان آسیب می‌زند، نگرانی‌های سلامتی دراز مدتی را سبب شده و ارتباط متقابلی با مسائل روانشناختی دارد. بطوریکه، بر عزت‌نفس، اعتمادبنفس و سلامت روان افراد نظامی تاثیر گذاشته و کاهش خطرناک شایستگی رزمی آنان را در پی دارد. کارکنان نظامی چاق، بیشتر مستعد هستند که در آموزش‌ها شکست خورده، در مخاطره حوادث حاد و جراحات قرارگیرند و کل واحد نظامی و ماموریت آن را به خطر اندازند (۸). چاقی با وضعیت سلامتی، بیماری‌های متابولیک، سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی-عروقی و مشکلات تنفسی و عضلانی و اسکلتی، مرتبط بوده و هم عامل خطری برای بیماری‌هایی از قبیل دیابت نوع ۲، سکت‌های ایسکمیک، فشارخون، سرطان‌های کولون، پستان و آندومتر و استنوز آرتری می‌باشد. بدین ترتیب، نرخ بالای اضافه وزن و چاقی، بار پزشکی و مالی سنگینی را (بواسطه نیاز روزافزون به سرمایه‌گذاری بر روی ابنیه، منابع انسانی، تجهیزات، دارو و...) بر نظام‌های سلامت نظامی تحمیل می‌دارد (نمودار-۱) (۹،۱۰).

مستلزم جستجوی توصیفی و تفسیری است که واژگان و مفاهیم، مهمترین رکن آن است (۳۷). این روش استقرایی، برای توضیح و تبیین ابعاد مفهومی مسأله شیوع چاقی در نظامیان به این دلیل انتخاب شد که هدف این تحقیق از ارائه مدل مفهومی سیاستگذاری، ماهیتاً با رویکرد ساخت‌گرا سختی داشته و مستلزم بررسی و تفسیر واقعیت موجود است؛ تا با تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مرور متون، به تنظیم نظری‌ای واقعیت تحت بررسی دست یافت، بطوریکه چارچوبی برای عمل باشد. این روش اجازه داد تا به طیف گسترده‌ای از کتب و متون، اسناد و گزارشات منتشرشده در گستره وب مراجعه گردد. جستجوی منابع در مرحله مطالعه اکتشافی، براساس اهداف و جهت‌گیری این مطالعه، به دو زبان فارسی و انگلیسی با کلیدواژه‌های معرفی شده در جدول ۱-، انجام و بر مبنای ارزش علمی و محتوایی مورد دسته‌بندی قرارگرفت، سپس، از میان این منابع نمونه‌گیری نظری بر اساس چهار معیار (اصالت)، (اعتبار)، (نمایابودن) و (معناداربودن) انجام شد. در ادامه کار، بر نمونه‌گیری انباشتی (گلوله برفی) تکیه شد؛ یعنی با استفاده از فهرست منابع و نام مؤلفین پژوهش‌های مرتبط با موضوع و هدف تحقیق، به سمت منابع بیشتر و عمیق‌تر حرکت و این مسیر تا جایی ادامه یافت تا اشباع نظری موردنظر حاصل گردید (۳۸).

جدول-۱. کلید واژه‌های مورد استفاده در استراتژی جستجوی متون

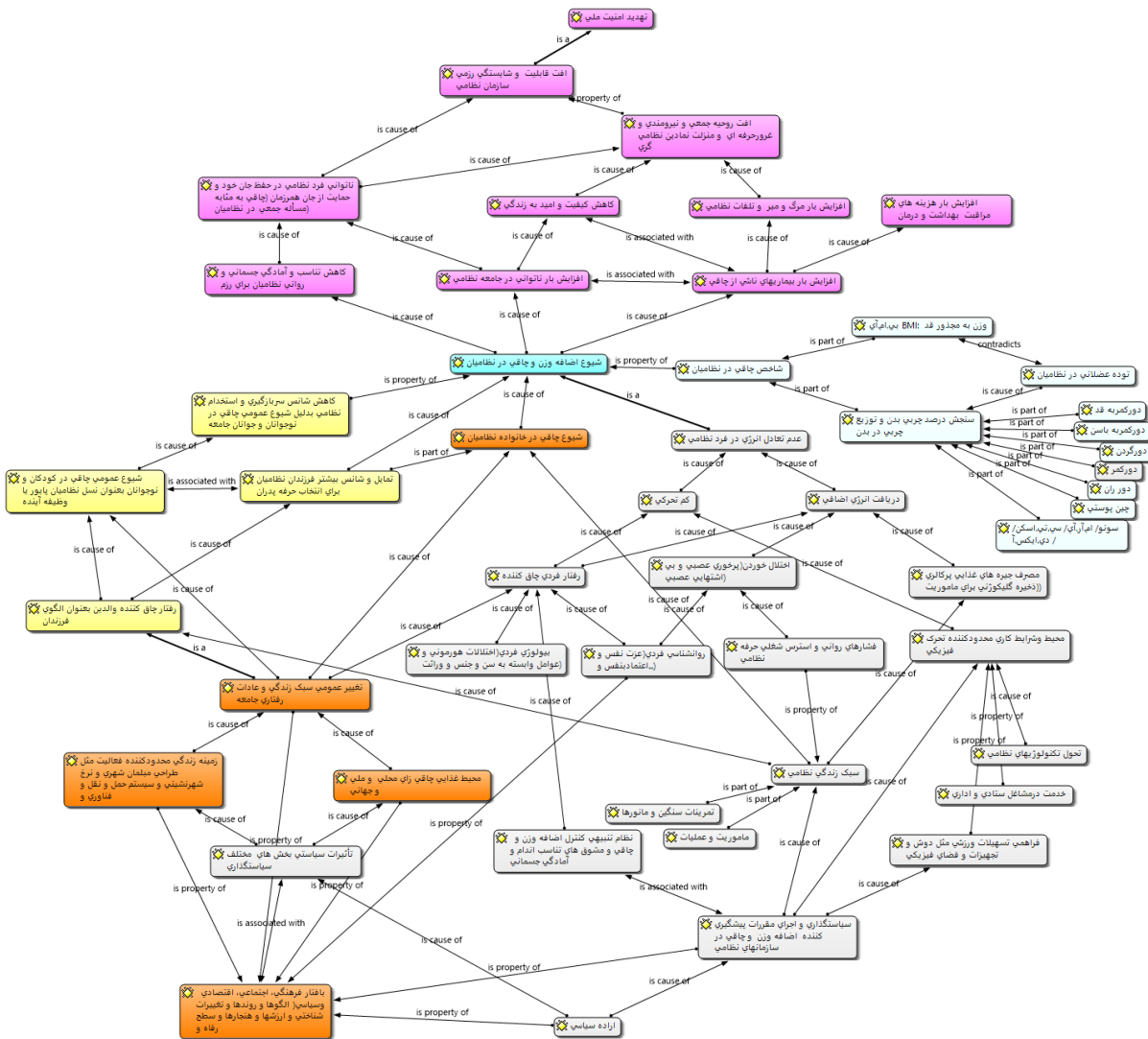
شیوع چاقی در نظامیان
کنترل اضافه وزن و چاقی در نظامیان
سیاست مقابله با چاقی در نظامیان
Tackling Obesity Policy in Military
Preventing Obesity in the Military Community
Obesity and Overweight in the Military
The challenge of obesity
Addressing Obesity in Military
obesity white-paper for Military Community
Obesity and Healthy Military
Obesity Policy Action framework
Fighting Fat in Military
The Military's War on Obesity

با کمک میزکار نرم‌افزار Atlas.ti7، نظم نظری موردنظر از درون داده‌های بی‌ساخت استخراج گردید. این نظم نظری (نمودار-۲)، یک (شبکه مفهومی) مستخرج از نرم‌افزار است که به مثابه ابزاری برای غلبه بر پیچیدگی و درهم‌تنیدگی مسأله، با ارائه تصویری الگوواره از واقعیت پنهان پس پدیده شیوع چاقی در نظامیان، به صورتبندی مسأله کمک می‌کند. نظم سلسله‌مراتبی و تحلیل علی-لایه‌ای این الگوواره، زنجیره‌های علل مسأله، عوامل زمینه‌ساز و مداخله‌گر و آثار و پیامدهای شیوع چاقی در نظامیان را نشان می‌دهد. ادامه این نوشتار، روایت تفسیری و استدلالی این الگوواره است.

(۲۱). شیوع چاقی در نظامیان عربستان سعودی حدود ۴۰/۹ درصد گزارش شده است (۱۶). در خصوص جامعه نیروهای مسلح ایران، گرچه، پیمایش مشخصی برای تعیین درصد درگیری در مسأله شیوع چاقی و عوارض ناشی از آن در دست نیست اما، شواهد آماری پراکنده و مختلفی از برآورد شیوع اضافه وزن و چاقی در نظامیان ایران وجود دارد که به ترتیب برآوردهایی از ۱۱/۵ تا ۶۹ درصد و ۶/۲ تا ۲۳/۱ درصد ارائه می‌دارند (۲۲-۳۲). بعنوان مثال، فلاحی و همکاران در مطالعه‌ای که به منظور تعیین شاخص توده بدنی کارکنان پایور یک محیط نظامی در سال ۱۳۹۱ انجام داده‌اند، وضعیت شیوع چاقی را در نمونه مورد مطالعه، ۵۹/۱ درصد گزارش کرده‌اند (۲۲) یا سلیمی و همکاران، در فراتحلیلی بر روی شواهد موجود، میزان شیوع چاقی و اضافه وزن در نظامیان ایران را به ترتیب ۱۳ و ۴۱ درصد تخمین می‌زنند (۲۳). به هرحال، با در نظر گرفتن اینکه ایران بیش از نیم میلیون نظامی دارد و همچنین بخشی از توان سیاست دفاعی ایران مبتنی بر نیروهای داوطلب مردمی (بسج) می‌باشد، ابعاد مسأله شیوع چاقی برای نیروهای نظامی ایران می‌تواند گسترده‌تر و در حدود همان نرخ شیوع کل جامعه ایران برآورد شود که همگام با روندهای جهانی رشدی چندبرابری در چند دهه گذشته داشته است بطوریکه، شیوع اضافه وزن و چاقی در ایرانیان به ترتیب ۶۰/۵ و ۲۴/۹ درصد و میزان کم‌ترکی ۳۱/۹ درصد تخمین زده می‌شود. همچنین، بیماری‌های قلب و عروقی به میزان ۴۶ درصد، دیابت ۲ درصد و سرطان ۱۳ درصد از علل مرگ مرتبط با چاقی در ایران هستند (۳۳-۳۵). به موازات این روندها در جمعیت عمومی، اثرات و پیامدهای اقتصادی، فیزیکی و روانشناختی چاقی در نظامیان و خانواده‌های آنها، اساسی و مهم است. بخصوص که شیوع بالا و فزاینده چاقی در جامعه شهروندی هم کار را برای پیداکردن افراد مناسب جهت خدمت نظامی (در هر دو شکل پایور و وظیفه) سخت می‌کند.

چنین مسأله مهم و چالش‌زایی، نیازمند واریسی جدی در علت و پیامدهایش، است و می‌بایست سیاستگذاری (مقابله با چاقی)، بعنوان ضرورت حیاتی در موفقیت ماموریتی نهادهای نظامی ایران در دستورکار قرارگیرد. این مطالعه سعی کرده با واکاوی مسأله شیوع چاقی برای جوامع نظامی، ماهیت مشکلی که نیاز است بدان رسیدگی شود، را روشن کرده و با چارچوب‌بندی مفهومی مباحث، در نهایت، مدل مفهومی سیاستگذاری مقابله با چاقی را جهت دستورکار فرماندهان ارشد نظامی و سطوح عالی امنیت ملی ایران، ارائه دارد.

چارچوب روش‌شناختی: با رویکردی معرفت‌شناسانه و نظر به ماهیت کیفی موضوع، از روش مرور اسنادی-کتابخانه‌ای در طراحی یک مطالعه استقرایی جهت واکاوی مسأله شیوع چاقی برای جامعه نظامی ایران، استفاده شده است. روش اسنادی یعنی تحلیل آن دسته از اسناد و متون موجودی که شامل اطلاعات در مورد پدیده‌ای است که قصد مطالعه آن را داریم (۳۶). این روش



نمودار-۲. الگوواره شیوع چاقی در نظامیان

نتایج

درک شیوع چاقی، در سطح فردی، عوامل و سازوکارهای متعدد ژنتیکی، فیزیولوژیکی و روانشناختی، درگیر پایداری یا افزایش وزن بدن انسان در بلندمدت هستند. به نظر می‌رسد اصل تعادل انرژی، کلید درک فیزیولوژی چاقی باشد که به شرح معادله زیر است (برحسب کالری):

کل انرژی مصرفی - کل انرژی دریافتی = تغییر در ذخایر انرژی بدن: بر این اساس، وقتی تعادل مثبت انرژی رخ می‌دهد، یعنی میزان کل انرژی دریافتی بیشتر از کل انرژی موردنیاز بدن باشد، پیشرفت چاقی هم پدیدار می‌گردد. بالعکس، تعادل منفی انرژی زمان رخ می‌دهد که میزان انرژی دریافتی کمتر از نیاز مصرفی انرژی است و در نتیجه ذخیره انرژی و وزن بدن کاهش می‌یابد. کل انرژی دریافتی، اشاره به همه انرژی‌ای دارد که بواسطه مصرف مواد غذایی و نوشیدنی‌هایی که می‌توانند در بدن متابولیزه شوند، دریافت می‌گردد. کل انرژی مصرفی، دربرگیرنده آهنگ سوخت و ساز پایه، (گرمزایی غذا) و (تحرک فیزیکی) است.

متغیر کلیدی مصرف انرژی در یک فرد، درجه فعالیت فیزیکی است و سهم هر جزء از کل انرژی مصرفی با توجه به نظم و شدت فعالیت فیزیکی متفاوت است (۳۹،۴۰).

بنابراین به نظر می‌رسد، از نظر مفهومی و بطور حسی، علل چاقی در سطح فردی روشن بوده و چاقی ناشی از خصائل منفی رفتار شخصی مانند شکم‌پرستی، تنبلی، افراط فردی، بی‌تحرکی و بی‌ارادگی باشد پس، پیشگیری از چاقی، مسؤلیت فرد در دستیابی به تعادل انرژی از طریق تنظیم مصرف مواد غذایی و فعالیت بدنی است. اما، مسأله پیچیده‌تر از این است. شواهد مطالعاتی عمیق‌تر نشان می‌دهد که پاتورن چاقی فرآیندهای بسیار پیچیده‌تری از انباشت انرژی مازاد در بدن انسان دارد. حتی، خود بافت چربی یا توده خالص عضلانی می‌تواند رابطه‌ای علی و معلولی با چاقی داشته باشد. این پیچیدگی در قلب پرسش از (چرایی مقاومت چاقی به درمان؟) قرار دارد. اساساً، انسان یک فیزیولوژی تکاملی دارد که بعنوان یک عامل بقاء، بدن انسان را مستعد انباشت چربی می‌کند. به عبارتی، علی‌رغم مکانیسم‌های پیچیده فیزیولوژیک برای تنظیم

سخت‌گیرانه آمادگی جسمانی، کارکنان نظامی ممکن است بطور ذاتی کم‌تحرک‌تر از افراد غیرنظامی باشند. مثلاً، ملوانان نیروی دریایی بخصوص سرنشینان زیردریایی معمولاً مجبورند دوره زمانی زیادی را در دریا و بدون دسترسی به غذاهای تازه و امکانات ورزشی و تحرک فیزیکی مناسب بگذرانند، که بیشترین امکان چاقی‌زایی را دارد (۴۹،۵۰).

استرس مزمن، بطور قوی با افزایش وزن بدن و نشانگرهای مربوط به آن مرتبط است (۵۱). این درحالیست که حضور در مانورها، نبردها و شرایط بحران و قرارگرفتن در معرض تلفات سنگین، جابجایی‌های واحدنظامی، زمانهای طولانی مأموریت همراه با اختلال خواب و دوره استراحت اغلب کم در بین آنها و... همه و همه مرتبط با سطح بالایی از تغییرات روانشناختی مثل اضطراب و استرس و افسردگی هستند که عوارضی را بر هر دو بعد روانی و جسمی سلامت کارکنان نظامی و خانواده‌هایشان تحمیل می‌کند. افزایش تدریجی وزن بعد از استخدام، می‌تواند به شکست در حفظ استانداردهای آمادگی جسمانی و کنترل وزن انجامد که احتمالاً خود، استرس درک شده در کارکنان نظامی را تشدید می‌کند (۵۲،۵۳). فشارهای روانی و استرس‌های گیج‌کننده حرفه نظامی (افسردگی، ضعف عزت‌نفس، احساس ناتوانی در کنترل زندگی، اضطراب، خشم، تنهایی و دیگر احساسات ناخوشایند) در غذاخوردن فرد اختلال ایجاد کرده و به دو شکل بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری‌های عصبی ظهور می‌کند که نشان‌دهنده میل انسان برای کنترل و نشانی از شکنندگی هیجانی و عاطفی فرد می‌باشد. از آنجا که خوردن یک بخش مهم و طبیعی از زندگی است، اینگونه اختلال رفتار تغذیه‌ای بسیار اهمیت دارد، چراکه افراد را در معرض خطر چاقی قرار داده و چرخه وزن‌گیری را تشدید می‌کند. بخصوص که پژوهش‌های اکتشافی بر عوامل مشترک اختلال تغذیه و چاقی در میان نظامیان تأکید دارند و شیوع احتمالی اختلال تغذیه در میان کارکنان نظامی و خانواده‌هایشان را بیشتر از افراد و خانواده‌های غیرنظامی تأیید می‌کنند (۵۴-۵۷).

کارکنان نظامی (پایور و وظیفه) بعد از پایان تعهد و رهایی از خدمت نظامی، ممکن است دوران گذار از یک سیستم کاری فعال همراه با پایش و نظارت اجباری بر آمادگی جسمانی و کنترل وزن، را تجربه کرده و بدلیل تغییر در سبک زندگی و تغذیه و تحرک فیزیکی، افزایش وزن داشته باشند. بخصوص که احتمال افسردگی و فشارهای روانی ناشی از دوران بازنشتگی از خدمت هم این وضعیت را تشدید می‌کند (۵۸،۵۹).

سبک زندگی نظامی، محرک شیوع چاقی در خانواده

نظامیان: خانواده نظامیان در معرض عوامل چاقی‌زای سبک زندگی نظامی قراردارند. با توجه به رابطه متقابل تنش‌ها و پریشانی‌های روانی با چاقی، ممکن است همسران نظامیان و فرزندان‌شان از غذا خوردن بعنوان یک واکنش روانی در مواجهه با استرس سبک زندگی نظامی استفاده کنند. اختلالات تغذیه‌ای از

وزن بدن، به نظر می‌رسد همین مکانیسم‌ها بصورتی غریزی و خودبخودی، در پیشگیری از دست دادن وزن درگیر باشند تا پیشگیری از وزن گرفتن. درواقع، از حیث تکاملی، ذخیره‌سازی انرژی غذایی مازاد برای مصرف در زمان کمیابی، نقش اساسی در موفقیت تکاملی و بقا نوع انسان داشته است. بدن و ذهن انسان به جلوگیری از گرسنگی و سوءتغذیه گرایش بسیار قویتری دارد تا جبران دریافت‌های اضافی. چنین قابلیت تکامل‌یافته‌ای در دنیای مدرن و ماشینی شده امروز، وضعیت انسان را پیچیده‌تر کرده است بطوری که، شیوع سرسام‌آور چاقی و اضافه وزن در دهه‌های اخیر را نمی‌توان فقط مربوط به استعداد ژنتیکی یا رفتار و اراده فردی برای تنظیم تعادل انرژی دریافتی و مصرفی دانست. چراکه، از منظر اجتماعی ما درحال ساخت زمینه و ترویج سبک زندگی‌ای هستیم که منجر به تعادل مثبت انرژی در فرد می‌گردد. به همین ترتیب، نیروهای قدرتمند اجتماعی و زیست‌محیطی وجود دارند که بر دریافت و مصرف انرژی اثر گذاشته و قادرند فرایندهای فیزیولوژیک را مضمحل کنند. درعین‌حال، حساسیت افراد به این نیروها و عوامل محیطی، تحت تأثیر استعداد ژنتیکی و دیگر عوامل بیولوژیکی‌ای مثل جنس و سن و فعالیت هورمون‌ها قرار می‌گیرد که فرد بر روی آنها کنترل کمی داشته یا اصلاً ندارد. پس، جای تعجب نیست که چرا افزایش نرخ اضافه وزن و چاقی در هر مرحله‌ای از زندگی ادامه پیدا می‌کند (۴۰-۴۴).

سبک زندگی نظامی، محرک شیوع چاقی در نظامیان:

گرچه، برخی جنبه‌های سبک زندگی نظامی مثل (استانداردهای آمادگی جسمانی) و (مقررات کنترل وزن)، حفاظی خوب در مقابل چاقی هستند، اما، برخی جنبه‌های آن هم چاقی‌زا هستند مثل: (جیره‌های غذایی پرکالری)، (محرومیت یا محدودیت‌های دوره‌ای دسترسی به غذاهای سالم در مأموریت‌ها)، (محرومیت مداوم یا دوره‌ای از خواب)، (خطر مرگ) و (استرس سهمگین عجیب با سبک زندگی نظامی). عواملی که می‌توانند به عادات بد غذایی منجر شوند. پرسنل نظامی مستقر در پایگاه‌های عملیاتی، به همین دلایل غالباً در رعایت الگوهای سالم غذایی مشکل دارند. وعده‌های غذایی با تراکم انرژی بالا که برای تأمین ذخیره کلیکوژنی مناسب و حفظ کالری مصرفی در طول دوره فعالیت فیزیکی بالا در تمرین‌ها و مأموریت‌ها، طراحی شده‌اند، برای کارکنانی که فعالیت فیزیکی محدود و کمی دارند می‌تواند به شدت باعث وزن‌گیری و چاق‌کننده باشد بویژه که این جیره‌های غذایی پرانرژی، سریع و راحت و رایگان هستند و پرخوری را در برخی کارکنان نظامی ترویج می‌کنند (۴۵-۴۸).

از طرفی، محیط‌های شغلی نظامی کنونی همیشه مناسب تحرک فیزیکی و ورزش منظم نیستند. علاوه بر مشاغل اداری و ستادی که وضعیت کاری نشسته دارند، رشد تکنولوژیهای نظامی، سبب شده بیشتر مشاغل نظامی به مشاغلی نشسته و کم‌تحرک تبدیل گردند. بنابراین، باوجود وفاداری به استانداردهای

غذایی ناسالمی قرار دارند که افراد غیرنظامی جامعه قرار دارند؛ مشابه همان بخش شهروندی که در عین کاهش تحرک فیزیکی‌شان، دسترس پذیری غذاها و نوشیدنی‌های پرانرژی در مدارس و جوامع افزایش یافته است، این محصولات غذایی در اماکن و شهرک‌ها موسسات نظامی هم در دسترس قرار گرفته است.

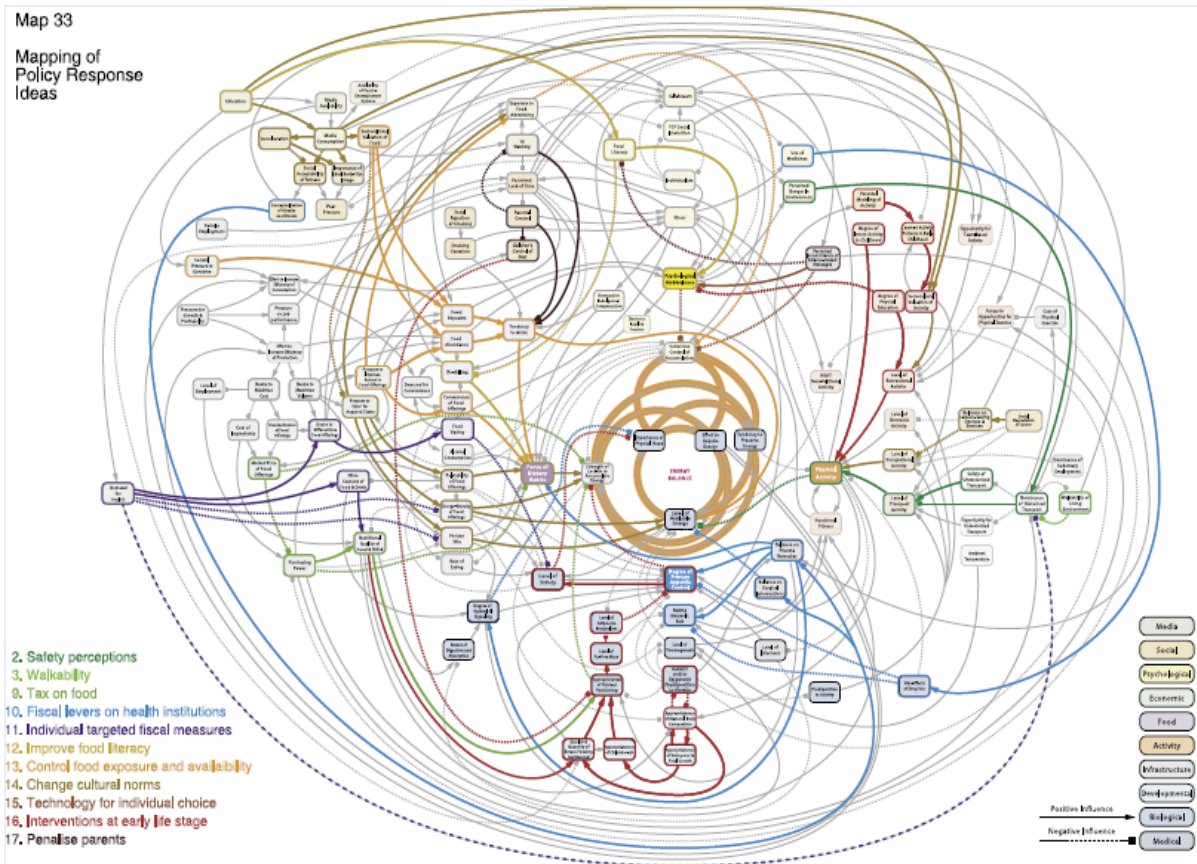
شیوع چاقی در جامعه، تهدیدی برای ماموریت سازمانهای نظامی: جامعه نظامی به سادگی منعکس کننده جمعیت گسترده‌تر ملی و نمونه نیروی فعال جامعه هستند که بواسطه حساسیت ماموریتی‌شان، شیوع چاقی در اینجا بطور خاص مهم است اما، شیوع چاقی در کل جامعه نیز، به مثابه تهدیدی جدی برای امنیت ملی محسوب می‌گردد. چراکه، سازمانهای نظامی با چاقی و عوارض و پیامدهای منفی آن بعنوان یک چالش جدی (سلامت عمومی)، مواجه می‌باشند. اساساً، مسأله شیوع فزاینده چاقی در جوامع نظامی، جدای از وضعیت شیوع عمومی چاقی در کل جامعه نیست. چراکه، سازمانهای نظامی، نیروی انسانی (پایور و وظیفه) موردنیاز خود را از میان جوانان انتخاب می‌کنند و شیوع چاقی و اضافه وزن در میان جوانان سبب می‌گردد تا درصد چشمگیری از آنان نتوانند خدمت وظیفه را طی کرده یا به استخدام نیروهای نظامی درآیند. حتی، افرادی که تلاش می‌کنند تا وزن خود را کاهش داده و به حد نصاب لازم برای استخدام در نیروی نظامی برسند، بطورجدی، در آینده خدمتی‌شان در معرض خطر افزایش وزن هستند. برآورد می‌شود بیش از ۷۰ درصد کودکان و نوجوانان چاق به بزرگسالان چاق تبدیل می‌شوند که واقعیت مخاطره‌انگیز روند فزاینده شیوع چاقی در کودکان (بعنوان نظامیان پایور/ وظیفه آینده) را گوشزد می‌کند (۷۱، ۷۰).

شیوع چاقی، در علل و پیامدهایش، یک اپیدمی (همه‌گیری) به گستره جهانی است که گرچه در گذشته، فقط مشکل کشورهای ثروتمند بود، ولی اکنون، بیشتر در کشورهای فقیر و درحال توسعه و در بین فقرا دیده می‌شود؛ سطح رفاه و ثروت و نگرش‌های فرهنگی بر چاقی تأثیر دارد و طبق هرم مازلو، نیاز فرد در سطوح بالاتر، تغییر می‌کند. هنوز هم، در برخی فرهنگها، فربهی یک ارزش است که چنین نگرشی در کنار عوامل فردی و زمینه‌ای دیگر به رفتارهای چاق کننده دامن می‌زند (۷۳، ۷۲). برای فهم بهتر از پیچیدگی مسأله شیوع چاقی، ارجاع به یک گزارش آینده پژوهی در انگلستان با عنوان (مقابله با چاقی‌ها؛ انتخاب‌های آینده)، می‌تواند مفید باشد. این گزارش با ارائه مدل‌سازی کیفی از عوامل مختلف تأثیرگذار بر شیوع چاقی و گزینه‌های سیاستی پیش‌رو شبکه تار عنکبوتی پیچیده‌ای از عوامل اجتماعی و بیولوژیکی چاقی‌زا ترسیم کرده است که بیش از ۱۰۰ متغیر معرفی می‌کند که بطور مستقیم و غیرمستقیم بر تعادل انرژی در مرکز نمودار تأثیر می‌گذارند (نمودار-۳) (۷۵، ۷۴).

معمول‌ترین مشکلات روانپزشکی تشخیص داده شده در جوامع نظامی است. همسران کارکنان نظامی بویژه در هنگام اعزام همسر به ماموریت، در معرض استرس قابل توجه‌ای قرار دارند. کاهش حمایت اجتماعی در طول دوره ماموریت همسر، ممکن است استرس را بدتر و افزایش مسئولیت همسر در خانه (به عنوان مثال: مسؤولیت مالی، خانه‌داری و...) را بدنبال داشته باشد. حمایت اجتماعی پایین از خانواده نظامیان به خصوص در مورد همسران نظامیان جدیدی که به جامعه نظامی پیوسته‌اند و برای مادران باردار که بدون هرگونه حمایت مستقیم همسر یا اعضای نزدیک خانواده وارد دوران مادری می‌شوند، چالش‌زا است. همسران باردار کارکنان در ماموریت، به نسبت همسران کارکنانی که در ماموریت نیستند، تجربه سطوح بالاتری از استرس و تغییر در عادات غذاخوردن خود را گزارش کرده‌اند. علاوه بر صدمات فیزیکی و روانی همسران برگشته از ماموریت، اغلب، فشارهای روانی و تنش‌های خانوادگی (مثل ناسازگاری‌های زناشویی) فراتر از دوره ماموریت هم گسترش پیدا می‌کند (۶۰-۶۴).

فرزندان خانواده‌های نظامی که معمولاً از شانس و تمایل بالاتری برای ورود به حرفه پدران‌شان برخوردارند، علاوه بر الگوپذیری از رفتار والدین، در معرض محرک‌های استرس‌زای منحصربفرد مربوط به حرفه والدین‌شان هستند که احتمالاً به افزایش نرخ چاقی در آنها منجر می‌گردد. کودکان نظامیانی که به تازگی به ماموریت اعزام شده‌اند بیشتر مستعد ابتلا به اختلالات عملکرد روانی هستند. درمیان خانواده‌های نظامی، کودکانی که دارای یک والد در ماموریت هستند نسبت به کودکانی که این شرایط را ندارند سطح بالایی از افسردگی را گزارش کرده‌اند، که با توجه به رابطه متقابل سلامت روان و چاقی، این وضعیت علاوه بر سلامت فیزیکی، بر عزت نفس و رشد اجتماعی و عاطفی کودک تأثیر منفی دارد. با لحاظ زمینه ژنتیکی، میزان بالای تغذیه مختل در میان نوجوانان خانواده‌های نظامی با نرخ آن در بزرگسالان نظامی برابری می‌کند. بعلاوه، تقلید فرزندان نظامیان از رویکردها و اقدامات کاهش وزن شدید والدین‌شان که تحت اجبار تست‌های آمادگی جسمانی صورت می‌گیرد، ممکن است به افزایش تغذیه ناسالم در آنها منجر گردد بطوریکه، بیش از حد در معرض خطر وزن گرفتن و چاقی قرارگیرند، چون، به محض مواجهه با بی‌ثباتی عاطفی و استرس دست به پرخوری می‌زنند (۷۰-۶۴).

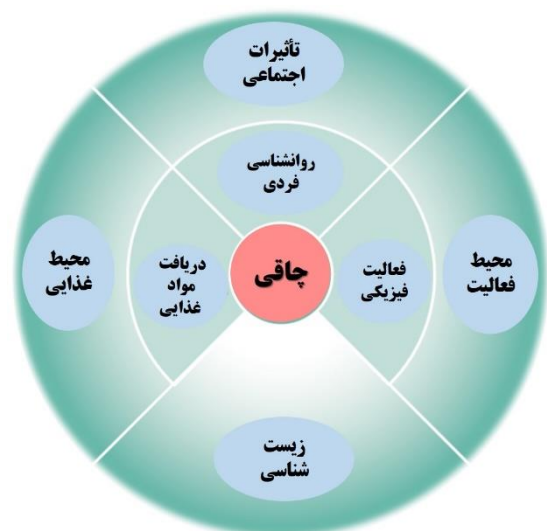
به هر حال، چاقی‌زایی سبک زندگی نظامی در کنار شانس و اقبال بالاتر فرزندان خانواده‌های نظامی به انتخاب حرفه نظامی در آینده، اهمیت ممانعت از مسیرهای منتهی به افزایش وزن در خانواده نظامیان را برجسته‌تر می‌نماید. همه اینها درحالیست که جامعه نظامی (کارکنان، بازنشستگان و خانواده‌هایشان) در محیط زندگی خود در معرض همان سبک زندگی و انواع و کیفیت‌های



نمودار ۳. نقشه سیستمی چاقی که نشانگر گستره و قدرت روابط بین متغیرها است: تشریح جزئیات متغیرها و تفسیر چگونگی روابط پیچیده سیستمی آنها در متن اصلی گزارش آینده‌پژوهی دولت انگلیس با عنوان «مقابله با چاقی؛ انتخاب‌های آینده» (۷۴) آمده است. لینک مستقیم نمودار با کیفیت تصویری بالا: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/296290/obesity-map-full-hi-res.pdf

شرح نمودار ۴-: بیولوژی (زیست‌شناسی): در سطح فردی، بازتاب‌دهنده تأثیرات ژنتیکی و حالت‌های پایه سلامت فیزیکی مثل مکانیسم‌های داخلی اشتها و عوامل برنامه‌ریزی شده اولیه زندگی می‌باشد. فعالیت فیزیکی: نوع، شدت و تکرار فعالیت بدنی فرد مثل دوچرخه‌سواری با شور و اشتیاق در رفتن به محل کار. محیط فعالیت: تأثیر محیط بر فعالیت فردی، مثل تصمیم به استفاده از دوچرخه برای رفتن به محل کار که ممکن است متأثر از ایمنی جاده، آلودگی هوا و فراهم بودن سایه‌بان دوچرخه و دوش در محل کار قرارگیرد. روانشناسی فردی: برای مثال محرک‌های فردی یک شخص برای غذاها و الگوهای مصرف خاص، یا الگوها یا اولویت‌های فعالیت فیزیکی. همچنین مهارت‌های مقابله با استرس، عزت نفس و خودآزمایی. تأثیرات اجتماعی: تأثیر جامعه بر رفتار افراد، برای مثال تأثیر رسانه‌ها، آموزش و پرورش، فشار همسالان یا فرهنگ. دریافت مواد غذایی: کیفیت، کمیت (اندازه جیره) و تکرار وعده‌های غذایی یک فرد. محیط غذایی: شامل تأثیر محیط غذایی محلی، ملی و حتی جهانی بر روی انتخاب‌های فردی تغذیه (همه ترتیبات مربوط به تولید، توزیع، فراهمی و کیفیت مواد غذایی و نیز توافقات نام‌ها و مشوق‌های تجاری که بر آنها تأثیر دارند).

چنین نقشه پیچیده‌ای از سیستم‌های تأثیرگذار بر چاقی، به عنوان شبکه‌ای از برهمکنش‌ها و روابط که آثار هر مداخله‌ای در آن دقیقاً قابل پیش‌بینی نیست، بطور قطع، پیچیدگی تفکر و وظایف سیاستگذاران در فهم و توسعه راه‌حل‌های مواجهه با شیوع فزاینده چاقی را نشان می‌دهد. در نمودار ۴-، این پیچیدگی در ۷ مقوله اصلی اما متقاطع، ساده شده است (۷۶).



www.SID.ir نمودار ۴- فاکتورهای تأثیرگذار بر چاقی

بحث

مهمترین درسی که از تلاش‌های انجام گرفته در گستره دنیا برای مقابله با چاقی در نظامیان می‌توان آموخت، اهمیت (همبستگی) است؛ مسأله چاقی، نه تنها در علل و ریشه‌ها یک مسأله شخصی نیست بلکه، در آثار و پیامدها هم، اضافه وزن و چاقی یک فرد نظامی می‌تواند علاوه بر به خطر انداختن جان خودش، برای حمایت از جان هم‌زمان و شایستگی رزمی و اثربخشی مأموریتی کل یگان نظامی، تهدیدزا باشد. به عبارتی، برای کارکنان نظامی، توانایی فیزیکی همکارانشان می‌تواند تفاوت بین مرگ و زندگی باشد. چاقی در نظامیان، اگر بدون کنترل باقی بماند، علاوه بر تحمیل بار بیماری، ناتوانی و هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی، ممکن است به قیمت شکست در مأموریت نظامی و تهدید امنیت ملی تمام شود. البته، برای غیرنظامیان هم چاقی یک مسأله شخصی نیست چراکه، آنها هم، بخشی از نیروی کار خانواده‌ها و جوامع هستند که با هم کار می‌کنند و بهترین سطح توانایی و موفقیت یک جامعه متکی بر کارکرد هر یک از اعضای آن است. بنابراین، چاقی ماهیتاً یک (مشکل جمعی) است. به عبارتی، چاقی موضوعی فردی و نتیجه عملکرد فردی نیست که برای مقابله با آن تنها مسؤلیت‌پذیری فرد کفایت کند بلکه، محصول زمینه و سبک زندگی چاقی‌زا است. گرچه تا امروز، در فهم و صورت‌بندی مسأله و راهکارهای مقابله با چاقی در نظامیان، تأکیدات بیشتر متمرکز بر ابعاد رفتار فردی بوده و کمتر به محرک‌های اساسی و قدرتمند زمینه اجتماعی و بیولوژیکی که در هر جنبه‌ای از زندگی مدرن نفوذ کرده‌اند، توجه شده است.

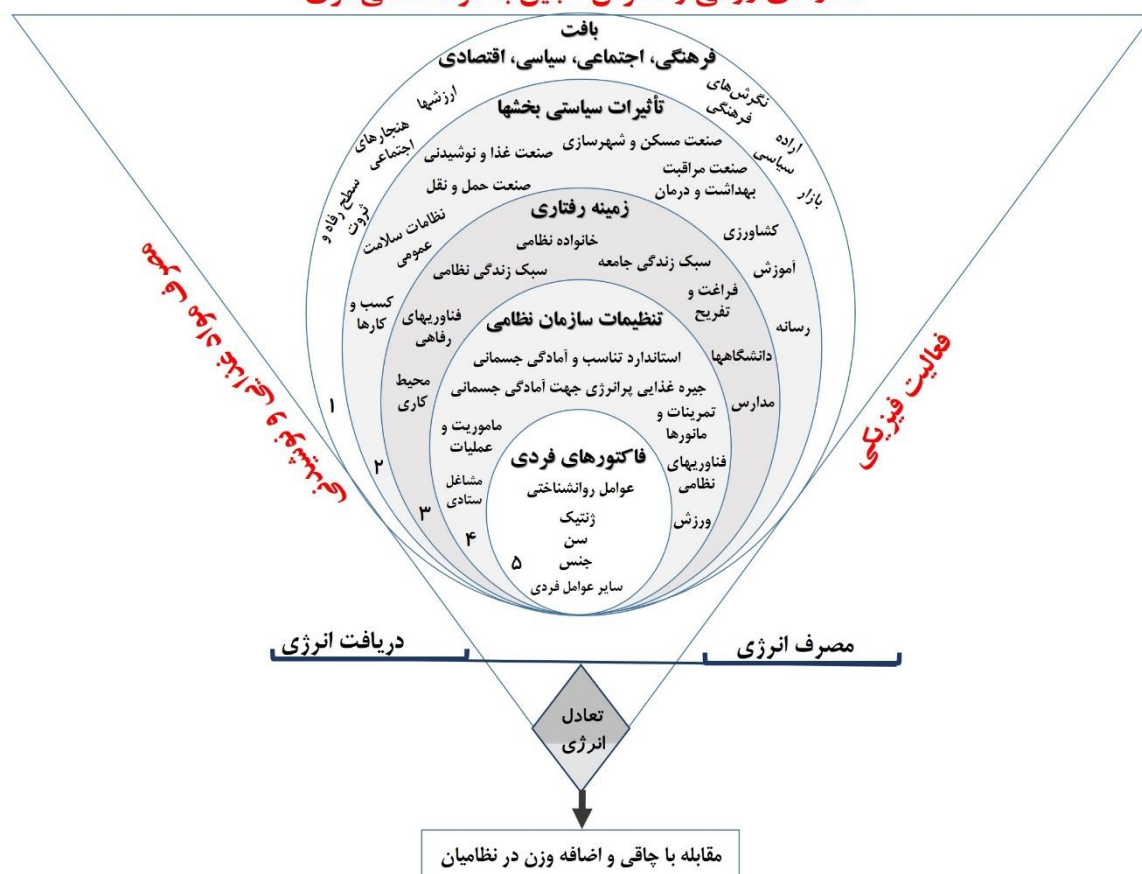
دیگر، با درک گسترده مبتنی بر تفکر سیستم‌های پیچیده، چاقی به سادگی حاصل استعداد ژنتیکی و ضعف اراده شخصی در توجه به سلامت فردی، افراط فردی در مصرف غذاهای دلپذیر یا عدم تحرک فیزیکی (ورزش و غیره) نیست بلکه، عوامل مختلفی با تأثیر گذاشتن بر تعادل دریافت و مصرف انرژی، در وزن گرفتن و شیوع چاقی مهم و مؤثر می‌باشند؛ محرک‌های اساسی و قدرتمندی که بر هر جنبه‌ای از زندگی نظامیان و غیرنظامیان سایه انداخته‌اند. از یک طرف با تغییر سبک زندگی نظامی و شهروندی، تحرک افراد کمتر شده و از طرف دیگر، منافع تجاری، غذاها و نوشیدنی‌هایی پرنرژی را ترویج و بصورت فراوان در دسترس قراردادده است مثلاً، کم‌تحرکی، تغذیه با فیبر کم و مقدار کالری بالا و استعمال دخانیات، از مهمترین عوامل خطر برای چاقی است که با عوامل دیگر مثل سن و ژنتیک و تغذیه دوران کودکی برهمکنش دارد. این عوامل خطر، خودشان از عوامل زمینه‌ساختاری نشأت می‌گیرند، از قبیل حدود طبقات اجتماعی، صنعتی شدن، شهری شدن و جهانی شدن که بر دسترسی فرد به مراقبت‌های سلامت و در معرض محیط‌های چاق‌کننده قرارگرفتن تأثیر دارند و این خود وابسته به عوامل عمده‌تر دیگری مثل هنجارهای اجتماعی، فرهنگ غذاهای محلی و زیرساخت‌های شهری می‌باشد (۷۷-۸۰).

در این میان، نکته حائز اهمیت، لزوم انتزاع و ساده‌سازی این واقعیت پیچیده است بطوریکه، با تنظیم نظری، دسته‌بندی و نمایش تعدادی از عوامل تعیین‌کننده شیوع چاقی، چارچوبی توصیفی-تحلیلی از کار سیاستگذاری برای سازمانهای نظامی ارائه دهد که بتوان از درون آن اندیشید، مسأله را تبیین کرد و به تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری و اقدامات مقابله‌ای اثربخش پرداخت. چنین مدل‌سازی‌ای هم، برای درک ماهیت مسأله پیچیده شیوع چاقی در نظامیان مفید است و هم جهت شناسایی راهبردهایی برای تخفیف این وضعیت نامطلوب از طریق اقدام بر روی ساختارها و ارتباطات و فرآیندهای منجر به چاقی در درون آن. به همین منظور و به استناد سیر استدلال‌های این مطالعه از شواهد و یافته‌های مطالعات گوناگون مرتبط با شیوع چاقی در نظامیان و بطورعام، کل جامعه، می‌توان پیچیدگی ابعاد مفهومی مسأله تحت بررسی را بصورت نمودار-۵، ساده‌سازی و چارچوب‌بندی کرد. بر این اساس: مسأله شیوع اضافه وزن و چاقی برای نظامیان، وضعیتی است از (عدم تعادل انرژی دریافتی و مصرفی) ناشی از (مصرف مازاد نوشیدنی و موادغذایی)، نداشتن (تحرک فیزیکی متناسب) و (مسائل روانشناختی و استرس سهمگین عجین با حرفه نظامی‌گری) که سه ضلع مثلث چاقی‌زا را تشکیل می‌دهند. مثلی که خود متأثر از ۵ لایه عوامل علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر در شیوع چاقی برای نظامیان می‌باشد؛ از عوامل بیولوژیکی و روانشناختی فردی گرفته تا تنظیمات سازمان نظامی، زمینه رفتاری، تأثیرات سیاسی بخش‌های سیاستگذاری و در انتزاعی‌ترین سطح هم، بافتار فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی و سیاسی نقش دارند. این فهم علی-لایه‌ای از عوامل دخیل در مسأله شیوع چاقی در نظامیان را می‌توان به ۵ سطح سیاستگذاری مقابله با شیوع چاقی ترجمه کرد. بدین ترتیب: سطح اول سیاستگذاری (بیرونی‌ترین لایه): که راهبردهای مربوط به تغییرات ساختاری درازمدت را در دستورکار قرار می‌دهد مثل کار بر روی بهبود محیط غذایی ملی و بین‌المللی، قراردادهای تجاری، تعرفه‌گذاری و مالیات‌بندی بر تجارت مواد غذایی چاقی‌زا و مواردی از این دست. سطح دوم سیاستگذاری: راهبردهای بهبود و توسعه شرایط زندگی فرد را در درون چارچوبی از اقدامات هماهنگ در دستورکار قرار می‌دهد مثل کنترل تأثیر چاقی‌زای سیاستگذاری‌های بخش‌ها و تقویت تأثیرات پیشگیری‌کننده آنها، اجبار برچسب‌زنی موادغذایی و نوشیدنی‌ها، ممنوعیت تبلیغ فست‌فودها و عرضه آنها در مدارس و پادگانها و کوی‌های سازمانی نظامی، و مواردی از این دست. سطح سوم سیاستگذاری: راهبردهای مربوط به اصلاح زمینه رفتاری را در دستورکار قرار می‌دهد مثل عوامل انگیزشی و مشوق تحرک فیزیکی و اصلاح عادات غذایی، از قبیل معماری انگیزشی مبلمان شهری و پادگانی و کوی‌های سازمانی و ساختمان‌سازی، اصلاح سیستم حمل و نقل شهری و کارکنان نظامی و مواردی از این دست. سطح چهارم سیاستگذاری: راهبردهای تنظیم‌گری در

برای پیشگیری چاقی در یک سطح، می‌تواند بواسطه اقدامات با آثار منفی اغلب دیررس، در سطوح دیگر خنثی شود. پس، تمرکز بر اثرات هم‌افزایی این نوع سیاست‌گذاری‌های عمودی در ترکیب با سیاست‌گذاری‌های افقی بسیار کلیدی هستند. (همکاری)، (هماهنگی) و (مشارکت) شبکه‌ای، چندسطحی و چندذینفعی سطوح و بخش‌های مختلف سازمانی نیروهای مسلح و سطوح و بخش‌های حکومتی، جامعه مدنی، سازمان‌های غیردولتی و مردم‌نهاد، بخش خصوصی و مشارکت مردم، همگی نقش مهمی در کمک به پیشگیری از چاقی دارند (۸۱).

سطح سازمانی نیروهای مسلح و تقویت حمایت‌های سازمانی را در دستور کار قرار می‌دهد مثل اصلاح و اجرای سختگیرانه استانداردهای تناسب و آمادگی جسمانی، کنترل جیره‌های غذایی، تمرینات و ورزش‌ها و تست‌های آمادگی جسمانی، حمایت و توانمندسازی همسران و فرزندان نظامیان و مواردی از این دست. سطح پنجم سیاست‌گذاری (درونی‌ترین لایه): راهبردهای مربوط به تغییر در سطح فرد را در دستور کار قرار می‌دهد مثل اصلاح عادات و نگرش‌های فردی، آموزش‌ها، تنبیهات، تشویقات و حمایت‌های بهداشتی و درمانی جسمی، روانشناختی و مواردی از این دست. اغلب، راهبردهایی که در یک سطح اتخاذ می‌شوند، تلاش‌هایی هماهنگ در چندین سطح دیگر را می‌طلبند چراکه اقدامات مثبت

فشارهای روانی و استرس عجیب با حرفه نظامی گری



نمودار-۵. مدل مفهومی سیاست‌گذاری مقابله با چاقی در نظامیان

یافتن به تغییراتی گسترده در عادات غذایی و الگوهای فعالیت فیزیکی، است که خود محتاج کوشش‌هایی ترکیبی و یکپارچه بین همه ذینفعان درون جامعه نیروهای مسلح و بخش‌های عمومی و خصوصی جامعه، است. این خود مستلزم (اراده سیاسی) لازم برای شکل دادن ترکیبی از اقدامات درست و اثربخش همراه با صبر استراتژیک در همه سطوح سیاست‌گذاری مدل مفهومی ارائه شده در این مقاله، همراه با پایش و ارزیابی دقیق تأثیرات آنها، است. از آنجاکه، خود حرفه و سبک زندگی نظامی، شانس چاقی در نظامیان را به چالشی جدی تبدیل می‌کند، توصیه می‌شود؛ برنامه‌ها

در جمع‌بندی، همانطور که در نمودار ۲- نیز، نشان داده شده است، دو ریشه اصلی مسأله شیوع چاقی نظامیان؛ یکی، ضعف عملکرد درون سازمانی (عوامل سازمانی) برای حفظ تعادل انرژی در نظامیان و دیگری، تهدید خارج سازمانی (عوامل زمینه‌ای) ناشی از شیوع گسترده چاقی در جامعه است، که مقابله با این گستره پیچیده از تعیین‌کننده‌های فردی، سازمانی، محیطی و اجتماعی شیوع چاقی، نیازمند هماهنگی، همکاری و درگیر شدن مشترک (کل سطوح و بخش‌های درونی نیروهای مسلح) بعلاوه (کل بخش‌های حکومتی و جامعه) است. چنین رویکردی به معنی دست

با چاقی در ارتش) می‌باشد که در شورای مورخ ۱۳۹۴/۱۲/۳ به شماره (۴۹۱۰/۴۸/۳۷۹/ت.ن) تصویب گردیده است. بدینوسیله از دانشگاه و اساتید محترم ناظر و داور طرح تشکر می‌گردد.

نتیجه گیری

با فهم پیچیده سیستمی از ماهیت جمعی مسأله چاقی در نظامیان؛ تنظیم نظری عوامل تعیین کننده چاقی در پنج لایه ارائه گردید که می‌تواند به پنج سطح سیاست گذاری مقابله با شیوع چاقی برگردانده شود. بر این اساس، مهار و معکوس سازی روند شیوع چاقی، مستلزم صبر استراتژیک و کوشش‌های هماهنگ و هم‌افزا و همکاری و مشارکت در همه سطوح و بخش‌های نظامی و ملی است. به عبارتی، باید طیفی از اقدامات، از تقویت عملکرد درونی نهادهای نظامی تا دفع تهدید بیرونی ناشی از شیوع عمومی چاقی برای مأموریت سازمان‌های نظامی، بکارگرفته شود؛ رویکردی دوجبهی متمرکز بر حفظ (تعادل انرژی کارکنان) و (مطابله‌گری از نهادها و مقامات مسؤل کشوری برای مهار و معکوس سازی روند شیوع عمومی چاقی در جامعه، بعنوان یک دستور کار امنیت ملی).

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- بازنگری و اجرای سخت‌گیرانه استانداردهای تناسب اندام و آمادگی جسمانی نظامیان جهت شکل دادن رفتار مسؤلانه فردی در کنترل وزنش.
- توانمندسازی نظامیان و خانواده‌هایشان، برای داشتن انتخاب‌های سالم‌تر غذایی و تحرک فیزیکی بیشتر
- دعوت و مطالبه مسؤلیت‌پذیری طیف وسیعی از بازیگران، سازمانها و کسب و کارها، برای تسهیل انتخاب مردم جهت خوردن و نوشیدن سالم‌تر و فعال تر بودن.
- تأکید بر مقابله با چاقی کودکان بعنوان نظامیان آینده (وظیفه یا پایور).

نقش نویسندگان: نویسنده در ارائه ایده و طرح اولیه، جمع

آوری داده‌ها، تحلیل و تفسیر داده‌ها نقش داشته است. نویسنده در نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بوده و با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسؤلیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرد.

تضاد منافع: شایان ذکر است که در خصوص این پژوهش

تضاد منافی وجود ندارد.

منابع:

1. Packnett ER, Niebuhr DW, Bedno SA, Cowan DN. Body mass index, medical qualification status, and discharge during the first year of US Army service. *Am J Clin Nutr.* 2011; 93(3):608-614.

و جیره‌های غذایی پرکالری نظامیان که با هدف تأمین ذخیره گلیکوژن لازم برای تمرین‌های سنگین و حفظ آمادگی رزمی، می‌باشد، بر اساس سطوح خدمتی (ستادی تا عملیاتی) کارکنان نظامی یا تحولات تکنولوژیکی منجر به کم‌تحرکی و نشست‌شدن مشاغل نظامی، موردبازبینی و بازطراحی قرارگیرند. توجه جدی به پیوند متقابل چاقی با مسائل روانشناختی و فشارهای روانی و استرس عجیب با سبک زندگی و حرفه نظامی که با اختلالاتی همچون پرخوری یا بی‌اشتهای عصبی همراه است، ضرورت دارد. بخصوص که مسأله چاقی نظامیان، با وضعیت خانوادگی آنها هم درهم تنیده است و همانگونه که چاقی یک نظامی به وضعیت تغذیه‌ای و تحرک فیزیکی و سلامت روانشناختی خانوادگی او وابسته است، متقابلاً، الزامات و شرایط سبک زندگی نظامی بر خانواده نظامیان تأثیرسوء داشته و دورباطلی را ایجاد می‌کند. اگر شیوع بالا و فزاینده چاقی در بین کودکان و نوجوانان، کار را برای نیروهای مسلح در پیدا کردن افراد مناسب در آینده، سخت می‌کند پس، باید از امروز بر روی کودکان مان در جامعه سرمایه‌گذاری کنیم و چاقی را در سالهای ابتدای زندگی مهار کنیم. کودکان نظامیان، بعنوان محتمل‌ترین داوطلبان حرفه نظامی در آینده، باید مورد توجه جدی قرار گیرند.

از آنجاکه، عوامل غذایی و الگوهای فعالیت بدنی، عوامل میانی قابل اصلاح و تعدیلی هستند که از طریق آنها، عمل وزن‌گیری اشاعه می‌یابد پس، مهار و معکوس ساختن روند شیوع چاقی، علاوه بر مداخلات، مقررات و استانداردهای سخت‌گیرانه نظامی، مستلزم اقداماتی عملی برای (کمک به افراد جامعه نظامی و هم جامعه شهروندی است تا انتخاب‌های غذایی سالم‌تر و تحرک فیزیکی بیشتری داشته باشند؛ کمک و تشویق برای ۱) خوردن و نوشیدن سالم‌تر و ۲) فعال تر بودن.

در نهایت، جامعه نظامی (کارکنان، بازنشنگان و خانواده‌شان) نظر به تنوع قومی و اجتماعی و اقتصادی و جغرافیایی، یک نمونه ایده‌آل برای پابلوت مداخلات مقابله با شیوع چاقی است که نتایج آن می‌تواند به کل جامعه برگردان و در سطح ملی تعمیم داده شود، گرچه، باید درنظر داشت که جامعه نظامی بواسطه سبک پرتنش زندگی نظامی، نوع استخدام، میزان فعالیت فیزیکی، حمایت‌های بهداشتی و درمان و مواردی از این دست، یک جمعیت خاص است که ممکن است نتایج مداخلات در اینجا، نیازمند اصلاحاتی برای اثربخشی در جامعه غیرنظامی، باشد.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب

دانشگاه علوم پزشکی ارتش با عنوان (تدوین سند سیاستی مقابله

2. Dietz B. Former Director of the Division of Nutrition, Physical Activity and Obesity, CDC. "Best Practices Interventions for Weight Maintenance." Presentation to the Defense Health Board, 2012.

3. Friedl KE. Can you be large and not obese? The distinction between body weight, body fat, and abdominal fat in occupational standards. *Diabetes Technology & Therapeutics*. 2004; 6(5):732-749.
4. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 2009; 120(16):1640-1645.
5. Hingorjo MR, Qureshi MA, Mehdi A. Neck circumference as a useful marker of obesity: a comparison with body mass index and waist circumference. *J Pak Med Assoc*. 2012; 62(1):36-40.
6. Hodgdon JA. A History of the U.S. Navy Physical Readiness Program from 1976 TO 1999. Technical Document Number 99-6F, supported by the Office of Naval Research, Arlington, VA, and the Navy Personnel Command, Millington, TN, under research work unit 63706N M0096.002-6716. 2013
7. U.S. Department of Defense. "DoD Physical Fitness and Body Fat Program." Number 1308.1. 2004.
8. <http://www.oneillinstituteblog.org/fighting-fat-can-learn-militarys-war-obesity>. Accessed: Sep 30, 2019.
9. Visscher TL, Seidell JC. The public health impact of obesity. *Annual Review of Public Health*. 2001; 22: 355-375.
10. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. WHO Technical report series 894. Geneva.2000
11. Emberson JR, Whincup PH, Morris RW, Wannamethee SG, Shaper AG. Lifestyle and cardiovascular disease in middle-aged British men: the effect of adjusting for within-person variation. *Eur Heart J*. 2005; 26:1774-1782.
12. McLaughlin R. and G. Wittert. "The obesity epidemic: implications for recruitment and retention of defence force personnel." *Obesity Reviews*. 2009; 10: 693-699.
13. Poston WSC, Haddock CK, Talcott GW, Klesges RC, Lando HA, Peterson A. Are overweight and obese airmen at greater risk of discharge from the United States Air Force? *Military Medicine*. 2002; 167(7):585-588.
14. Yamane, Grover K. "Obesity in Civilian Adults: Potential Impact on Eligibility for U.S. Military Enlistment". *Military Medicine*. 2007; 172(11): 1160-1165.
15. Aliyu S, Oyeyemi A, Udoh D. Prevalence of overweight/obesity and undiagnosed hypertension among military personnel in Maiduguri, Nigeria. *J Nov Physiother*. 2014;4:237.
16. Horaib GB, Al-Khashan HI, Mishriky AM, Selim MA, AlNowaiser N, BinSaeed AA, et al. Prevalence of obesity among military personnel in Saudi Arabia and associated risk factors. *Saudi Med J*. 2013; 34 (4): 401-7.
17. Fajfrová J, Pavlík V, Psutka J, Husarová M, Krutišová P, Fajfr M. Prevalence of overweight and obesity in professional soldiers of the Czech Army over an 11-year period. *Vojnosanit Pregl*. 2016;73(5): 422-8.
18. Mazokopakis EE, Papadakis JA, Papadomanolaki MG, Vrentzos GE, Ganotakis ES, Lionis CD. Overweight and obesity in Greek warship personnel: prevalence and correlations. *The European J Public Health*. 2004;14(4):395-7.
19. Ray S, Kulkarni B, Sreenivas A. Prevalence of prehypertension in young military adults & its association with overweight & dyslipidaemia. *Indian J Med Res*. 2011;134(2):162.
20. Tracey JS, Bernadette PM, Laura D, Gaston PB, Leslee F, Alan W, et al. Young- Overweight and Obesity in Military Personnel. *Sociodemographic Predictors Obesity 2012*.
21. Sheryl AB, Yuanzhang L, Weiwei H, David NC, Christine TS, Melinda A, et al. Exertional heat illness among overweight U.S. army recruits in basic training- aviation. *Space, and Environmental Medicine 2010*; 8-12.
22. Fallahi A, Feyzi F, Rahimi A. Survey on Body Mass Index and Eating Habits as Chief Variables of Lifestyle in Active Duty Military Personnel in 2011-2012. *J Police Med*. 2013; 2 (1):61-66
23. Salimi Y, Taghdir M, Sepandi M, Karimi Zarchi AA. The prevalence of overweight and obesity among Iranian military personnel: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2019; 19:162
24. Ghanbary Sartang A, Ashnagar M, Habibi E, Nowrouzi I: The relationship of body mass index and waist-hip ratio with shift work among military personnel in 2016.
25. Hooman Angoorani M, Naghavi-Moghadam AA, Khoshdel AR. Body mass index and composition in physical preparedness of Iranian military personnel. *Annals Military Health Sci Res*. 2014:70.
26. Khoshdel A, Jafari SMS, Heydari ST, Abtahi F, Ardekani A, Lak FJ. The prevalence of cardiovascular disease risk factors, and metabolic syndrome among Iranian military parachutists. *Int Cardiovasc Res J*. 2012;6(2):51-55.
27. Marzabadi A, Gholami Fesharaki M. Effective factors on job stress in military personnel. *Journal Mil Med*. 2011;13(1):1-6.
28. Payab M, Hasani-Ranjbar S, Merati Y, Esteghamati A, Qorbani M, Hematabadi M, et al. The prevalence of metabolic syndrome and different obesity phenotype in Iranian male military personnel. *Am J Mens Health*. 2017;11(2):404-13.
29. Pourtaghi G, Valipour F, Sadeghialavi H, Lahmi M. Anthropometric characteristics of Iranian military personnel and their changes over recent years. *Int J Occup Environ Med*. 2014;5(399):115-324.
30. Maleki R, Mostafazadeh M, Nazari Sharif H, Rahim Nejad S, Gorgani-Firuzjaee S. The prevalence of metabolic syndrome in air guard forces of Iran Army. *Paramed Sci Military Health*. 2016;11(1):8-16
31. Zarchi AK, Gahangiri M. Pre hypertension and hypertension in Iranian military personnel.

prevalence according to some related factors. *World Appl Sci J.* 2010;11(5):541-7.

32. Iravani S, Sabayan B, Sedaghat S, Heydari S, Javad P, Lankarani K, et al. The association of elevated serum alanine aminotransferase with metabolic syndrome in a military population in southern Iran. *Age (Years)*. 2010;30(108):29.26.

33. www.who.int/entity/diabetes/country-profiles/irn_en.pdf. Accessed Sep 30, 2019.

34. Afshin A, Forouzanfar M, Reitsma MB, Sur P, Estep K, Lee A, et al. Collaborators GBDO. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *The New England journal of medicine*. 2017: 377.

35. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet (London, England)*, 2017; 390(10113): 2627-2642.

36. Bailey K.D. *Methods of Social Research*. New York: The Free Press, 1994.

37. Bryman A. *Quality and Quantity in Social Research*. London: Unwin Hyman, 1988

38. Scott JA. *Matter of Record-documentary Sources in Social Research*. Cambridge: Polity, 1990.

39. Dallosso HM, James WPT. The role of smoking in the regulation of energy balance. *International Journal of Obesity*. 1984; 8:365-375.

40. John Mooney, Sally Haw and John Frank. *Policy Interventions to Tackle the Obesogenic Environment; Focusing on adults of working age in Scotland*. A report for the Early to Mid-Working Life Working Group of the Scottish Collaboration for Public Health Research and Policy (SCPHRP), 2011.

41. Friedman JM. A war on obesity, not the obese. *Science*, 2003; 299; 856-858

42. Larijani B, Ghodsi M. Leptin: A new adipocyte hormone and its role in the obesity. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2005;4(3):1-0.

43. Einollahi N, Alirezaee A. A review of adipose tissue hormones and their functions in the body. *Laboratory & Diagnosis*. 2016;8(33):23-34.

44. Kumanyika S, Jeffery RW, Morabia A, Ritenbaugh C, Antipatis VJ. Obesity prevention: the case for action. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002; 26:425-436.

45. Pflanz SE, Sonnek S. Work stress in the military: prevalence, causes, and relationship to emotional health. *Mil Med*. 2002; 167:877-882

46. Wells TS, LeardMann CA, Fortuna SO, Smith B, Smith TC, Ryan MA, et al. A prospective study of depression following combat deployment in support of the wars in Iraq and Afghanistan. *Am J Public Health*. 2010; 100:90.

47. Renshaw KD, Rodrigues CS, Jones DH. Combat exposure, psychological symptoms, and marital satisfaction in National Guard soldiers who served in Operation Iraqi Freedom from 2005 to 2006. *Anxiety Stress Coping*. 2009; 22:101-115.

48. Maguen S, Luxton DD, Skopp NA, Gahm GA, Reger MA, Metzler TJ, et al. Killing in combat,

mental health symptoms, and suicidal ideation in Iraq War veterans. *J Anxiety Disord*. 2011; 25:563-567.

49. Anderson DA, Shapiro JR, Lundgren JD, Spataro LE, Frye CA. Self-reported dietary restraint is associated with elevated levels of salivary cortisol. *Appetite*. 2002; 38:13-17.

50. Mela DJ. Determinants of food choice: relationships with obesity and weight control. *Obesity research*. 2001; 4: 249S-255S.

51. Chandola T, Brunner E, Marmot M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: Prospective study. *BMJ*. 2006; 332:521-525.

52. Mental Health Advisory Team VI. *Operation Iraqi Freedom 07-09 Report*. Office of the Surgeon Multi-National Corps-Iraq, Office of the Surgeon General United States Army Medical Command; Washington DC, VI: 2009.

53. Robbins AS, Chao SY, Baumgartner N, Runyan CN, Oordt MS, Fonseca VP. A low-intensity intervention to prevent annual weight gain in active duty Air Force members. *Mil Med*. 2006;171:556-561.

54. Antczak AJ, Brininger TL. Diagnosed eating disorders in the U.S. Military: a nine year review. *Eat Disord*. 2008; 16:363-377.

55. Lauder TD, Williams MV, Campbell CS, Davis GD, Sherman RA. Abnormal eating behaviors in military women. *Med Sci Sports Exerc*. 1999; 31: 1265-1271.

56. Peterson AL, Talcott GW, Kelleher WJ, Smith SD. Bulimic weight-loss behaviors in military versus civilian weight-management programs. *Mil Med*. 1995; 160:616-620.

57. Tanofsky-Kraff M, Yanovski SZ. Eating disorder or disordered eating? Nonnormative eating patterns in obese individuals. *Obes Res*. 2004; 12:1361-1366.

58. Koepsell TD, Forsberg CW, Littman AJ. Obesity, overweight, and weight control practices in U.S. Veterans. *Prev Med*. 2009; 48:267-271.

59. Nelson KM. The burden of obesity among a national probability sample of veterans. *J Gen Intern Med*. 2006; 21:915-919.

60. Karney B, Crown J. *An Assessment of Data, Theory, and Research on Marriage and Divorce in the Military*. Rand Corporation, National Defense Research Institute; 2007

61. Haas DM, Pazdernik LA. A cross-sectional survey of stressors for postpartum women during wartime in a military medical facility. *Mil Med*. 2006; 171:1020-1023.

62. Young-Hyman D, Tanofsky-Kraff M, Yanovski SZ, Keil M, Cohen ML, Peyrot M, et al. Psychological status and weight-related distress in overweight or at-risk-for-overweight children. *Obesity*. 2006;14(12):2249-58..

63. Goodman E, Whitaker RC. A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*. 2002; 110:497-504.

64. Waasdorp CE, Caboot JB, Robinson CA, Abraham AA, Adelman WP. Screening military dependent adolescent females for disordered eating. *Mil Med*. 2007; 172:962-967.

65. Davis BE, Blaschke GS, Stafford EM. Military children, families, and communities: Supporting those who serve. *Pediatrics*. 2012; 129(Suppl 1):S3–S10.
66. Chartrand MM, Frank DA, White LF, Shope TR. Effect of parents' wartime deployment on the behavior of young children in military families. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008; 162:1009–1014
67. Gundersen C, Mahatmya D, Garasky S, Lohman B. Linking psychosocial stressors and childhood obesity. *Obes Rev*. 2010; 12:e54–e63.
68. Jensen PS, Martin D, Watanabe H. Children's response to parental separation during Operation Desert Storm. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35:433–441.
69. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *Int J Eat Disord*. 2003; 33:293–298.
70. Veugelers PJ, Fitzgerald AL. Prevalence of and risk factors for childhood overweight and obesity. *Canadian Medical Association Journal* 2005; 6: 607
71. Christeson W, Taggart A, Mesner-Zidell S. *Too Fat to Fight: Retired Military Leaders Want Junk Food out of America's Schools*. Mission: Readiness; Washington, DC: 2010. (http://cdn.missionreadiness.org/MR_Too_Fat_to_Fight-1.pdf)
72. Siervogel RM, Roche AF, Guo SM, Mukherjee D, Chumlea WC. Patterns of change in weight/stature from 2 to 18 years: findings from long-term serial data for children in the Fels longitudinal growth study. *International Journal of Obesity*, 1991;7: 479-85
72. Flegal KM, Carroll MD, Kit BK, Ogden CL. Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999–2010. *JAMA*. 2012; 307:491–497
73. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/
74. UK Government Office for Science. *Tackling Obesity: Future Choices – Building the Obesity System Map*. Produced by the UK Government's Foresight Program. 2007.
75. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/296290/obesity-map-full-hi-res.pdf. Accessed Sep 30, 2019.
76. Tremblay M-C, Richard L. Complexity: a potential paradigm for a health promotion discipline. *Health Promot Int*. 2014; 29(2):378-88.
77. Glouberman S, Campsie P, Gemar M, Miller G. *A toolbox for improving health in cities: a discussion paper*. Ottawa, Caledon Institute of Social Policy, 2013.
78. Fuerth LS. Foresight and anticipatory governance. *Foresight*, 2009; 11(4):14–32.
79. Kickbusch I, Buckett K. *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*. Adelaide, South Australia: Department of Health, Government of South Australia. 2010.
80. Kickbusch I, Gleicher D. *Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012. (<http://www.euro.who.int>)
81. Vahdaninia V. *Governance for Health: A Way to Justly and Sustainable Development*. First edition. Medicine and Society Publication: Tehran, 2019