

ارتباط چاقی و اضافه وزن کودکان اول دبستان شهر شیراز با الگوی تغذیه با شیر مادر، وزن هنگام تولد و وضعیت اقتصادی-اجتماعی در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷

ناصر کلانتری^۱، رضیه شناور^۲، بهرام رشیدخانی^۳، آناهیتا هوشیار راد^۴، اصغر نصیحت کن^۵، سیده مریم عبدالله زاده^۶

- ۱- نویسنده مسئول: دانشیار گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی پست الکترونیکی: nkalantari1334@gmail.com
- ۲- دانش آموخته کارشناسی ارشد علوم تغذیه، شعبه بین الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ۳- استادیار گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ۴- پژوهشیار گروه تحقیقات تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ۵- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، بهداشت و درمان صنعت نفت فارس
- ۶- کارشناس علوم تغذیه، دانشکده علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱/۳۰

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۰/۱

چکیده

سابقه و هدف: اوج‌گیری اپیدمی چاقی و اضافه وزن از حدود سال ۱۹۸۰ آغاز شده است. چاقی در دوران کودکی و نوجوانی به ویژه در دهه دوم زندگی، به عنوان یک پیش‌بینی کننده قوی چاقی در بزرگسالی مطرح است. از مهم‌ترین عوامل خطر چاقی و اضافه وزن دوران کودکی، تغذیه با شیر مادر، چاقی والدین، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، وزن هنگام تولد، فعالیت‌های فیزیکی و رژیم غذایی را می‌توان نام برد. تغذیه با شیر مادر یکی از مهم‌ترین استراتژی‌ها برای کاهش اضافه وزن و چاقی دوران کودکی است. هدف از این مطالعه، بررسی ارتباط چاقی و اضافه وزن کودکان پایه اول شهر شیراز با الگوی تغذیه با شیر مادر و وزن هنگام تولد بود.

افراد و روش‌ها: این تحقیق یک مطالعه تحلیلی مورد - شاهدهی بود. در این مطالعه ۲۰۰ کودک چاق به عنوان گروه مورد و ۲۰۰ کودک با وزن طبیعی به عنوان گروه شاهد، در مجموع ۴۰۰ کودک، حجم نمونه را تشکیل دادند. نمونه‌های مورد نیاز از دبستان‌های شهر شیراز با روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابتدا مدارس به روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده و به شکل تصادفی انتخاب شدند. سپس در مدارس انتخاب شده، کلیه کودکان کلاس اول ابتدایی که چاق بودند یا اضافه وزن داشتند، انتخاب شدند. سپس به ازای هر دانش‌آموز مورد، یک دانش‌آموز که از لحاظ سن، جنس، کلاس و دبستان، مشابه دانش‌آموز مورد بود، به عنوان شاهد انتخاب شد. پرسشنامه‌های اطلاعات عمومی، اقتصادی - اجتماعی، وضعیت تغذیه با شیر مادر در دوران شیرخوارگی، فعالیت بدنی و یادآمد ۲۴ ساعته خوراک تکمیل شد. قد و وزن مادران نیز اندازه‌گیری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS15 صورت گرفت.

یافته‌ها: مدت زمان تغذیه با شیر مادر بین دو گروه مورد و شاهد، تفاوت معنی‌داری داشت. بین وزن هنگام تولد و اضافه وزن و چاقی در گروه مورد ارتباطی مشاهده نشد. BMI مادر و چاقی اعضای درجه یک خانواده بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری نشان داد. عوامل اقتصادی - اجتماعی بین دو گروه، تفاوت معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: چاقی و اضافه وزن کودکان اول دبستان شهر شیراز با الگوی تغذیه با شیر مادر ارتباط دارد؛ هرچند این ارتباط ممکن است ارتباط مستقلی نباشد.

واژگان کلیدی: اضافه وزن، چاقی، الگوی تغذیه با شیر مادر، وزن هنگام تولد

• مقدمه

(۱-۳). چاقی در دوران کودکی و نوجوانی به ویژه طی دهه دوم زندگی به عنوان یک پیش‌بینی کننده قوی چاقی بزرگسالی مطرح است. شیوع چاقی در میان کودکان و

اوج‌گیری اپیدمی چاقی و اضافه وزن از حدود سال ۱۹۸۰ آغاز شده است. سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۷ اعلام کرد که چاقی یک مشکل سلامت عمومی است

دوران کودکی را نشان نداده‌اند. از آنجا که بین دو نظریه مؤثر بودن یا نبودن تغذیه با شیر مادر بر چاقی دوران کودکی، اختلاف نظر وجود دارد و از طرفی در کشور ما هنوز ارتباط بین تغذیه با شیر مادر و وزن هنگام تولد با پیشگیری و کنترل چاقی دوران کودکی که از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی کشور در حال حاضر است، بررسی نشده، این مطالعه با هدف بررسی ارتباط چاقی و اضافه وزن کودکان پایه اول شهر شیراز با الگوی تغذیه با شیر مادر و وزن هنگام تولد انجام گرفت.

• افراد و روش‌ها

این تحقیق یک مطالعه تحلیلی مورد - شاهدهی (Case - Control) بود. نمونه مورد مطالعه، کودکان پایه اول شهر شیراز بودند. در این مطالعه ۲۰۰ کودک چاق به عنوان گروه مورد و ۲۰۰ کودک با وزن طبیعی به عنوان گروه شاهد، در مجموع ۴۰۰ کودک، حجم نمونه را تشکیل دادند (در هر ناحیه از نواحی چهارگانه شیراز ۵۰ نفر). نمونه‌های مورد نیاز از دبستان‌های شهر شیراز (دولتی، غیر انتفاعی، نمونه) با روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای (Multistage Sampling) انتخاب شدند. ابتدا مدارس به تفکیک هر ناحیه از آموزش و پرورش به روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده (Stratified Random Sampling) و به شکل تصادفی، انتخاب شدند. سپس در مدارس انتخاب شده، همه کودکان کلاس اول ابتدایی که چاق بودند یا اضافه وزن داشتند، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای (Cluster Sampling) انتخاب شدند. سپس به ازای هر دانش‌آموز مورد، یک دانش‌آموز که از لحاظ سن، جنس، کلاس و دبستان، مشابه دانش‌آموز مورد بود، به عنوان گروه شاهد انتخاب شد.

قد و وزن همه کودکان اول ابتدایی در بدو ورود به مدرسه اندازه‌گیری شد (وزن با ترازوی دیجیتال seca با دقت ۱۰ گرم و قد با قدسنج seca با دقت ۱/۱ cm) سپس با تقسیم وزن (بر حسب کیلوگرم) بر مجذور قد (بر حسب متر) BMI کودکان محاسبه و وضعیت کودکان از نظر اضافه وزن و چاقی مشخص شد. اضافه وزن و چاقی بر اساس منحنی‌های استاندارد BMI برای سن و جنس طبق مرجع CDC 2000 و بر اساس حدود مرزی $85^{th} \leq BMI < 95^{th}$ به عنوان اضافه وزن و $MBI \geq 95^{th}$ به عنوان چاق تعریف شد. به این ترتیب، تعداد ۲۰۰ دانش‌آموز اول ابتدایی که دچار اضافه وزن یا چاقی بودند، به عنوان گروه مورد و تعداد ۲۰۰

نوجوانان در بسیاری از کشورهای جهان حتی در کشورهایی که در آنها سوء تغذیه ناشی از کمبود دریافت هنوز یک مشکل سلامت عمومی است، در حال افزایش است (۶، ۷). در ایالات متحده آمریکا طی ۳۰ سال گذشته، شیوع چاقی در گروه سنی ۶ تا ۱۴ ساله ۳ برابر شده است. در حال حاضر، تخمین زده می‌شود که ۱۴ میلیون کودک ۶ تا ۱۴ ساله در اروپا دچار اضافه وزن باشند (۸). شیوع چاقی در ایران در کودکان ۵ تا ۱۰ ساله شهر تهران ۶/۵ درصد و کودکان ۶ تا ۱۴ ساله شهر شیراز ۶ درصد و کودکان ۷ ساله شهر خوی ۱۱/۹ درصد و نوجوانان ۶ تا ۱۴ ساله یزد ۲۰ درصد گزارش شده است (۹، ۱۰).

شواهد نشان می‌دهد که چاقی و اضافه وزن در دوران کودکی عوارض نامطلوب بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی را در بزرگسالی به دنبال خواهد داشت (۱۱-۱۳). از مهم‌ترین عوامل خطر چاقی و اضافه وزن دوران کودکی می‌توان وضعیت تغذیه با شیر مادر، چاقی والدین، وضعیت اقتصادی اجتماعی، وزن هنگام تولد، فعالیت‌های فیزیکی و رژیم غذایی را نام برد (۱۴-۱۶). تعداد زیادی از مطالعات انجام شده ارتباط بین وزن هنگام تولد و خطر اضافه وزن و چاقی دوران کودکی را نشان داده‌اند (۱۷، ۱۸). گرچه بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد که شیوع اضافه وزن و چاقی در کودکان با وزن هنگام تولد بالاتر معمولاً بیشتر است، اما برخی از تحقیقات ارتباط متناقضی را نشان داده‌اند (۲۰، ۱۹). مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، تغذیه با شیر مادر را یکی از مهم‌ترین استراتژی‌های کاهش اضافه وزن و چاقی دوران کودکی می‌دانند (۲۱-۲۳). تحقیقات روی کودکان ۵ تا ۶ ساله و ۹ تا ۱۴ ساله، نقش محافظتی تغذیه با شیر مادر را در کاهش خطر چاقی در این گروه‌های سنی نشان داده است (۲۴-۲۶). خطر چاقی در کودکانی که هرگز با شیر مادر تغذیه نشده‌اند، دو برابر بیشتر از کودکان تغذیه شده با شیر مادر گزارش شده است (۲۷-۲۹). گرچه ارتباط مثبت تغذیه با شیر مادر در برخی از مطالعات مشاهده شده است ولی، در تحقیقات انجام گرفته در کشورهای مختلف، نتایج متفاوت و گاه متضادی گزارش شده است (۳۰-۳۴).

با توجه به مطالعات فوق می‌توان تغذیه با شیر مادر را به عنوان یکی از روش‌های پیشگیری از چاقی در دوران کودکی تلقی کرد. همچنین باید توجه داشت برخی دیگر از مطالعات، تأثیر مثبت تغذیه با شیر مادر در کاهش چاقی

جدول ۱- مشخصات اقتصادی - اجتماعی در دانش آموزان گروه مورد و شاهد

p-value*	شاهد تعداد (درصد)	مورد تعداد (درصد)
	سطح تحصیلات پدر	
	۳۶ (۱۸)	۳۱ (۱۵/۵)
	۳۴ (۱۷)	۴۰ (۲۰)
۰/۵۶	۷۱ (۳۵/۵)	۷۹ (۳۹/۵)
	۵۹ (۲۹/۵)	۵۰ (۲۵)
	سطح تحصیلات مادر	
	۲۵ (۱۲/۵)	۳۹ (۱۹/۵)
	۴۱ (۲۰/۵)	۲۶ (۱۳)
۰/۰۸	۹۱ (۴۵/۵)	۸۷ (۴۳/۵)
	۴۳ (۲۱/۵)	۴۸ (۲۴)
	شغل پدر	
	۱۳ (۶/۵)	۱۲ (۶)
	۱۲ (۶)	۱۳ (۶/۵)
۰/۷۵	۹ (۴/۵)	۴۴ (۲۲)
	۴۷ (۲۳/۵)	۱۲ (۶)
	۱۷ (۸/۵)	۵۵ (۲۷)
	۳۱ (۱۶)	۱۸ (۹)
	۱۷ (۸/۵)	۴۵ (۲۲/۵)
	۳۵ (۱۷/۵)	۱ (۰/۵)
	شغل مادر	
۰/۵۲	۱۶۵ (۸۲/۵)	۱۶۰ (۸۰)
	۳۵ (۱۷/۵)	۴۰ (۲۰)
	وضعیت تملک مسکن	
۰/۹۵	۱۱۶ (۵۸)	۱۱۳ (۵۶/۵)
	۶۷ (۳۳/۵)	۶۹ (۳۴/۵)
	۱۷ (۸/۵)	۱۸ (۹)
	وضعیت تسهیلات زندگی	
	۱۴ (۷)	۱۴ (۷)
۰/۴۴	۱۸۶ (۹۳)	۱۸۶ (۹۳)
۰/۹۰	کشیدن سیگار والدین	
	۵۰ (۲۵)	۴۹ (۲۴/۵)
	۱۵۰ (۷۵)	۱۵۱ (۷۵/۵)
	تعداد اتاق در اختیار	
	۲۴ (۱۲)	۲۰ (۱۰)
	۸۴ (۴۲)	۹۲ (۴۶)
۰/۸۳	۶۰ (۳۰)	۵۶ (۲۸)
	۳۲ (۱۶)	۳۲ (۱۶)

*P-value با استفاده از آزمون مجذور کای به دست آمده است.

دانش آموز با BMI طبیعی ($5^{th} \leq BMI < 85^{th}$) از منحنی های مرجع) که از لحاظ سن، جنس، کلاس و دبستان، مشابه گروه مورد بودند، به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. سپس از طریق مدرسه از مادران دانش آموزان مورد مطالعه دعوت به عمل آمد. پرسشنامه های اطلاعات عمومی، اقتصادی - اجتماعی، وضعیت تغذیه با شیر مادر در دوران شیرخوارگی، فعالیت بدنی (پرسشنامه استاندارد Met.hour) و یادآمد ۲۴ ساعته خوراک توسط کارشناسان تغذیه آموزش دیده به صورت مصاحبه حضوری و با پرسش از مادران تکمیل شد. قد و وزن مادران نیز اندازه گیری شد.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS¹⁵ صورت گرفت. ابتدا آزمون کولموگروف - اسمیرنوف (one- Sample Kolmogorov - Smirnov Test) به منظور تعیین نرمال بودن یا نبودن توزیع متغیرهای کمی انجام گرفت. در صورت نرمال بودن توزیع برای تعیین ارتباط متغیرهای کمی با چاقی از آزمون مستقل T (student t) استفاده شد و در صورتی که توزیع متغیر، نرمال نبود آزمون من ویتنی (Mann-Whitney) انجام گرفت. برای تعیین ارتباط متغیرهای کیفی با اضافه وزن و چاقی از آزمون Chi-Square استفاده شد. برای تعیین رابطه عوامل مستقل با چاقی از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شد. در این آزمون، ابتدا متغیرهایی که ارتباط معنی دار یا نزدیک به معنی داری با اضافه وزن و چاقی نشان داده بودند در مدل وارد شدند، تا اثر مستقل هر متغیر بعد از لحاظ کردن سایر متغیرها به دست آید. سپس متغیرهایی که ارتباطی با چاقی نشان ندادند، به ترتیب از مدل خارج شدند و سرانجام، مدل نهایی با استفاده از روش Forward RL Logistic Regression تهیه شد.

• یافته ها

۲۶/۵٪ دانش آموزان گروه مورد دارای بعد خانوار ۵ و بیشتر بودند، در صورتی که بعد خانوار ۵ و بیشتر در دانش آموزان گروه شاهد ۲/۵٪ بود. (جدول ۱). تفاوت مشاهده شده بین گروه مورد و شاهد از نظر تحصیلات، شغل والدین و وضعیت تملک مسکن از نظر آماری، معنی دار نبود. تفاوت تسهیلات زندگی بین دو گروه مورد و شاهد، معنی دار نبود. وضعیت سیگار کشیدن والدین و مادر هنگام بارداری و تعداد اتاق های در اختیار خانواده بین دو گروه مورد و شاهد، تفاوت معنی داری نداشت (جدول ۲).

۱۱٪ دانش‌آموزان گروه مورد و ۶٪ دانش‌آموزان گروه شاهد اصلاً شیر مادر نخورده بودند. ۶۴/۵٪ دانش‌آموزان گروه مورد و ۷۷٪ دانش‌آموزان گروه شاهد، بیش از ۱۲ ماه با شیر مادر تغذیه شده بودند. مدت تغذیه با شیر مادر بین دو گروه مورد و شاهد، ارتباط معنی‌داری نشان داد ($P=0/005$). ۴۲/۵٪ دانش‌آموزان گروه مورد و ۵۵/۵٪ دانش‌آموزان گروه شاهد در ۶ ماهگی تغذیه تکمیلی را شروع کرده بودند. ارتباط سن شروع غذای کمکی با اضافه وزن و چاقی در گروه مورد معنی‌دار شد ($P=0/036$). وزن هنگام تولد با اضافه وزن و چاقی در گروه مورد، ارتباط معنی‌داری نداشت ($P=0/06$) (جدول ۳).

جدول ۲- مشخصات جمعیتی در دانش‌آموزان گروه مورد و شاهد

P - value*	شاهد تعداد (درصد)	مورد تعداد (درصد)	
			بعد خانوار**
	۱۲۷ (۶۳/۰)	۵۹ (۲۹/۵)	۱ تا ۳
۰/۰۶	۶۸ (۳۴)	۸۸ (۴۴)	۴ تا ۵
	۵ (۲/۵)	۵۳ (۲۶/۵)	بیشتر
			رتبه تولد**
	۸۹ (۴۴/۵)	۱۰۶ (۵۳)	اول
۰/۹۵	۶۴ (۳۲)	۶۰ (۳۰)	دوم
	۳۷ (۱۸/۵)	۲۵ (۱۲/۵)	سوم
	۵ (۲/۵)	۷ (۳/۵)	چهارم
	۵ (۲/۵)	۲ (۱)	پنجم و بیشتر

* P - Value برای متغیرهای کمی با توزیع غیرنرمال از آزمون من ویتنی و برای متغیرهای کیفی از آزمون مجذور کای به دست آمده است.
** تعداد (درصد)

جدول ۳ - مشخصات مربوط به وضعیت تغذیه با شیر مادر و وزن هنگام تولد در گروه مورد و شاهد

p-value*	شاهد تعداد(درصد)	مورد تعداد (درصد)	
			تغذیه با شیر مادر
	۱۱۸۸ (۹۴)	۱۱۷۸ (۸۹)	بله
۰/۰۷	۱۲ (۶)	۲۲ (۱۱)	خیر
			مدت زمان تغذیه با شیر مادر
	۱۲ (۶)	۲۲ (۱۱)	اصلاً شیر مادر نخورده است
	۴ (۲)	۱۷ (۸/۵)	کمتر از ۳ ماه
۰/۰۰۵	۱۸ (۹)	۱۴ (۷)	۳ تا کمتر از ۶ ماه
	۱۲ (۶)	۱۸ (۹)	۶ - ۱۲ ماه
	۱۵۴ (۷۷)	۱۲۹ (۶۴/۵)	بیشتر از ۱۲ ماه
			غذای دیگر بجز شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی
	۷۲ (۳۶)	۹۱ (۴۵/۵)	بله
۰/۰۵۳	۱۲۸ (۶۴)	۱۰۹ (۵۴/۵)	خیر
			سن شروع غذای کمکی
	۶ (۳)	۱۴ (۷)	کمتر از ۴ ماه
	۴۲ (۲۱)	۵۴ (۲۷)	۴ تا کمتر از ۶ ماه
۰/۰۳۶	۱۱۱ (۵۵/۵)	۸۵ (۴۲/۵)	۶ ماه
	۴۱ (۲۰/۵)	۴۷ (۲۳/۵)	بیشتر از ۶ ماه
			وزن هنگام تولد
	۲۳ (۱۱/۵)	۱۵ (۷/۵)	کمتر از ۲۵۰۰ گرم
۰/۰۶	۱۳۵ (۶۷/۵)	۲۵ (۱۲/۵)	۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم
	۴۲ (۲۱)	۶۰ (۳۰)	بیشتر از ۴۰۰۰ گرم

* p-value با استفاده از آزمون مجذور کای به دست آمده است.

ابتدا مدت زمان تغذیه با شیر مادر وارد شد که با (۰/۹۹) - (OR=۰/۴۵ CI=۰/۹۵; ۰/۲۰) و (P=۰/۰۴) ارتباط معکوس و معنی داری با اضافه وزن و چاقی در سن ۷ سالگی نشان داد. در مرحله بعد، نمایه توده بدنی مادر (۵/۰۰ - ۲/۰۷)؛ (OR=۳/۲۱۹ CI=۰/۹۵; ۰/۴۷ - ۱/۲۲) و (P=۰/۲۵) و (OR=۰/۷۵ CI=۰/۹۵; ۰/۴۱ - ۲/۵۹) و (P=۰/۹۴) وزن هنگام تولد (۲/۵۹ - ۰/۴۱) و (OR=۱/۰۳ CI=۰/۹۵; ۰/۴۱ - ۲/۵۹) و (P=۰/۹۴) وارد مدل شدند. با ورود این سه متغیر، مدت زمان تغذیه با شیر مادر همچنان ارتباط مستقلی با اضافه وزن و چاقی داشت؛ اما با ورود چاقی اعضای درجه یک (۰/۴) - (OR=۰/۲۴ CI=۰/۹۵; ۰/۱۵) و (P=۰/۰۰) مدت زمان تغذیه با شیر مادر، ارتباط مستقل خود را از دست داد (جدول ۷).

اختلاف بین دو گروه مورد و شاهد در سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمن، معنی دار نبود (جدول ۴). میانگین شدت فعالیت بدنی (Met.Hour)، مدت تماشای تلویزیون (P=۰/۱۴) مدت زمان بازی با رایانه و سایر سرگرمی‌های الکترونیکی (P=۰/۲۷) بین دو گروه مورد و شاهد معنی دار نبود. (جدول ۵). BMI مادر در دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی داری داشت (P=۰/۰۰۱). سابقه چاقی اعضای درجه یک خانواده با اضافه وزن و چاقی در گروه مورد، ارتباط معنی داری نشان داد. (P=۰/۰۰۱). (جدول ۶). میانگین و انحراف معیار انرژی روزانه دریافتی در گروه مورد $708/6 \pm$ و در گروه شاهد $619/8 \pm$ بود. تفاوت میانگین انرژی دریافتی بین دو گروه مورد و شاهد معنی دار نبود (P=۰/۶۴) (جدول ۷).

ابتدا متغیرهایی که ارتباط معنی دار یا نزدیک به معنی داری نشان دادند در مدل وارد شدند. در مدل اولیه،

جدول ۴ - مشخصات مربوط به فعالیت بدنی دانش‌آموزان در گروه مورد و شاهد

P - value*	شاهد	مورد	
۰/۳۹	۲۸/۵ ± ۸/۹	۲۷/۷ ± ۹/۵	شدت فعالیت بدنی (Met.hour)**
۰/۱۴	۳/۴ ± ۱/۶۷	۳/۶۵ ± ۱/۶	متوسط مدت تماشای تلویزیون (ساعت)**
۰/۲۷	۴/۳ ± ۱/۶	۴/۶ ± ۳/۵	متوسط مدت بازی با رایانه و سایر سرگرمی‌های الکترونیکی**

* P - value برای متغیرهای کمی که توزیع نرمال نداشتند، با استفاده از آزمون من ویتنی بدست آمد.
** میانگین ± انحراف معیار

جدول ۵ - سن و مشخصات تن‌سنجی مادر و چاقی اعضای درجه یک دانش‌آموزان در گروه مورد و شاهد

p-vahue*	شاهد	مورد	
۰/۷۱	۲۶ ± ۵/۴	۲۵/۹ ± ۵/۲	سن مادر در هنگام بارداری**
			BMI مادر***
	(۷)۱۴	(۰)۰	لاغر
	(۴۷/۵) ۹۵	(۲۷/۵) ۵۴	طبیعی
۰/۰۰۰	(۳۴/۵) ۶۹	(۴۵/۵) ۹۱	اضافه وزن
	(۱۱)۲۲	(۲۷/۵) ۵۵	چاق
			مصرف سیگار مادر به هنگام بارداری
	(۱/۵) ۳	(۱/۵) ۳	بله
۱/۰۰	(۹۸/۵) ۱۹۷	(۹۸/۵) ۱۹۷	خیر
			چاقی اعضای درجه یک***
	(۲۰)۴۰	(۵۲/۵) ۱۰۵	دارد
۰/۰۰۰	(۸۰)۱۶۰	(۴۷/۵) ۹۵	ندارد

* P - value برای متغیرهای کمی با توزیع غیرنرمال از آزمون من ویتنی و برای متغیرهای کیفی از آزمون مجذور کای به دست آمده است.

** میانگین ± انحراف معیار

*** تعداد (درصد)

جدول ۶ - وضعیت دریافت انرژی دانش آموزان در گروه مورد و شاهد

P - value*	شاهد انحراف معیار ± میانگین	مورد انحراف معیار ± میانگین	
۰/۶۴	۱۸۸۱/۶۵ ± ۶۱۹/۸	۱۹۳۷/۷۹ ± ۷۰۸/۶	دریافت انرژی (کیلوکالری)

جدول ۷ - رابطه تغذیه با شیر مادر با اضافه وزن و چاقی با تعدیل اثر مخدوش کننده‌ها *

نسبت شانس (فاصله اطمینان ۰/۹۵) *		نسبت شانس (فاصله اطمینان ۰/۹۵) **		نسبت شانس (فاصله اطمینان ۰/۹۵) ***	
مدت زمان تغذیه با شیر مادر					
اصلاً شیر مادر نخورده است		۱ (فرانس)		۱ (فرانس)	
بیشتر از ۱۲ ماه شیر مادر خورده است		(۰/۲۰-۰/۹۷)۰/۴۴		(۰/۲۱-۱/۱۸)۰/۵۰	
P-Value		۰/۰۴		۰/۱۱	
BMI مادر					
BMI < ۲۵		۱ (فرانس)		۱ (فرانس)	
BMI ≥ ۲۵		(۲/۰۷-۵)۳/۲۱		(۲/۰۷-۵)۳/۲۱	
P-Value		۰/۰۰		۰/۰۰	
سن شروع غذای کمکی					
کمتر از ۶ ماه		۱ (فرانس)		۱ (فرانس)	
بیشتر از ۶ ماه		(۰/۴۷-۱/۲۲)۰/۷۵		(۰/۴۷-۱/۲۲)۰/۷۵	
P-Value		۰/۲۵		۰/۲۵	
وزن هنگام تولد					
کمتر از ۲۵۰۰ گرم		۱/۰۳		۱ (فرانس)	
۲۵۰۰ - ۴۰۰۰ گرم		(۰/۴-۲/۵۹)۱/۰۳		(۰/۴-۲/۵۹)۱/۰۳	
P-Value		۰/۹۴		۰/۹۴	
چاقی اعضای درجه یک خانواده					
ندارد		۱ (فرانس)		۱ (فرانس)	
دارد		(۰/۱۵-۰/۴)۰/۳۴		(۰/۱۵-۰/۴)۰/۳۴	
P-Value		۰/۰۰		۰/۰۰	

* اثر کلیه متغیرهای مشاهده شده در جدول تعدیل شده است.

* نسبت شانس خام

** نسبت شانس چاقی بعد از لحاظ کردن متغیرهای BMI مادر، سن شروع غذای کمکی و وزن هنگام تولد

*** نسبت شانس چاقی بعد از لحاظ کردن متغیرهای BMI مادر، سن شروع غذای کمکی، وزن هنگام تولد و چاقی اعضای درجه یک خانواده

• بحث

در مطالعه حاضر که یک مطالعه تحلیلی مورد - شاهدهی بود، مصرف یا عدم مصرف شیر مادر به تنهایی با اضافه وزن و چاقی ارتباط نداشت. سهیلی فر و همکاران (۱۳۸۴) نشان دادند که شیوع چاقی با مصرف شیر مادر ارتباط دارد. این یافته با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی ندارد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سن شروع غذای کمکی بین دانش آموزان دو گروه مورد و شاهد، ارتباط معنی داری دارد؛ ولی با وارد کردن این متغیر در مدل رگرسیون لجستیک، این متغیر از مدل خارج شد و ارتباط مستقیمی با چاقی و اضافه وزن دوران کودکی نشان نداد. در سایر مطالعات انجام شده، سن شروع غذای کمکی بررسی نشده است.

نتایج این پژوهش نشان داد که مدت زمان تغذیه با شیر مادر در دوران شیرخوارگی با شیوع اضافه وزن و چاقی در این سن مرتبط است. طوری که هر چه مدت زمان تغذیه با شیر مادر بیشتر باشد، شیوع اضافه وزن و چاقی کمتر می شود ($P=0/04$ و $OR=0/45$ $CI=0/95$; $0/20 - 0/99$). مطالعه *Siqueria* و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد شانس ابتلا به چاقی در کودکانی که هرگز با شیر مادر تغذیه نشده اند، ۲ برابر بیشتر از کودکانی است که با شیر مادر تغذیه شده اند ($OR=2/06$ $CI=0/95$; $1/04 - 4/16$) و *Neutzling* و همکاران (۲۰۰۳) در بررسی عوامل خطر چاقی در یک مطالعه مورد - شاهدهی نشان دادند که تغذیه با شیر مادر، نقش محافظتی مثبتی در اضافه وزن دوران نوجوانی دارد. مطالعات *Kries* و *Gillman* (۲۰۰۷) نیز اثرات محافظتی تغذیه با شیر مادر را در برابر چاقی دوران کودکی و نوجوانی نشان داده است. نتایج بررسی مورد - شاهدهی *Ivanovic* و همکاران (۱۹۸۷) نشان داد که مدت زمان تغذیه با شیر مادر به مدت بیشتر از ۶ ماه با کاهش شیوع چاقی در دانش آموزان پایه اول ابتدایی ارتباط دارد. سهیلی فر و همکاران (۱۳۸۴) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که شیوع اضافه وزن و چاقی در شیر مادر خواران به مراتب کمتر از غیر شیر مادر خوران است. در مطالعه *Perrie* و همکاران (۲۰۰۹) مدت زمان تغذیه با شیر مادر بر اساس ۴ گروه طبقه بندی شده نشان داد که هر چه مدت زمان تغذیه با شیر مادر بیشتر باشد BMI کودکان در سن یک سالگی کاهش می یابد. در مطالعه *Peirie* نسبت شانس اضافه وزن در بزرگسالی با مدت زمان تغذیه با شیر مادر به مدت بیشتر

از ۸ ماه نشان داده شد. ($OR=1/1$). *Kramer* و همکاران (۲۰۰۹). *Michel's* و همکاران (۲۰۰۷) در یک بررسی مقطعی مشاهده کردند که تغذیه شیرخواران با BMI در نوجوانی و بزرگسالی ارتباطی نداشته است. *Michels* (۲۰۰۷) در مطالعه خود به سایر مطالعات در ایالات متحده آمریکا اشاره کرده است که در آن مطالعات نیز بین تغذیه با شیر مادر و اضافه وزن یا چاقی در دوران کودکی و همچنین در سن ۲۰ تا ۳۰ سالگی ارتباطی دیده نشده است. در عین حال در این مطالعه به یک متآنالیز شامل ۱۷ مطالعه اشاره شده که مدت زمان شیردهی با اضافه وزن دوران کودکی مرتبط است؛ به طوری که تغذیه با شیر مادر به مدت بیشتر از ۹ ماه ۳۸٪ شانس ابتلا به چاقی را کم کرده است. نتایج مطالعه *Huus* و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که تغذیه انحصاری با شیر مادر نقش پیشگیری کننده از چاقی در سن ۵ سالگی نداشته است. اکثر مطالعات انجام گرفته، فرضیه این مطالعه را تأیید می کند.

در مطالعه حاضر، بین BMI مادر با اضافه وزن یا چاقی کودکان ۷ ساله ارتباط قوی و مثبتی دیده شد. نتایج این مطالعه نشان داد، خطر ابتلا به اضافه وزن و چاقی در کودکان اول دبستان که BMI مادران آنها بیشتر از ۲۵ بود بیشتر از کودکانی است که مادرانشان BMI طبیعی دارند. در این مطالعه، بین چاقی اعضای درجه یک خانواده کودک (پدر، خواهر، برادر) با اضافه وزن و چاقی در سن ۷ سالگی ارتباط معنی داری دیده شد. به طوری که در مدل نهایی رگرسیون لجستیک با همراه شدن چاقی اعضای درجه یک خانواده با مدت زمان تغذیه با شیر، ارتباط مدت زمان تغذیه با شیر مادر با $P=0/11$ معنی دار نشد. این موضوع نشان می دهد که در مدت زمان تغذیه با شیر مادر در مقایسه با چاقی اعضای درجه یک خانواده ($0/4 - 0/15$; $CI=0/95$) و ($OR=0/24$) و ($P=0/00$) ارتباط کمتری با اضافه وزن و چاقی سن ۷ سالگی دارد. خطر ابتلا به اضافه وزن و چاقی در کودکانی که یک یا چند نفر از اعضای درجه یک خانواده آنها دچار اضافه وزن یا چاقی بودند، ۳۰ درصد بیشتر از کودکانی بوده که در اعضای درجه یک آنها فرد چاق وجود نداشت. نتایج مطالعه *Neutzling* و همکاران (۲۰۰۳) نتایج مطالعه حاضر را تأیید می کند. در مطالعه آنها چاقی یا اضافه وزن یکی از والدین (پدر یا مادر) ارتباط مستقیم و معنی داری با

Salbe و همکاران بین BMI در سنین ۵ و ۱۰ سالگی و وزن هنگام تولد، یک ارتباط خطی ضعیف مشاهده شد ($P=0/04$) و $r=0/19$ ، $P=0/01$ ، $r=0/24$). در مطالعه آنها وزن هنگام تولد با توده چربی بدن، ارتباط معنی داری نشان نداد. *Mccarthy* و همکاران (۲۰۰۷) در یک مطالعه مورد - شاهدهی نشان دادند که وزن هنگام تولد با چاقی دوران بزرگسالی ارتباط دارد؛ ولی این ارتباط معنی دار نبود. *Zhang* و همکاران (۲۰۰۹) در یک مطالعه طولی هم‌گروهی نشان دادند که شانس ابتلا به اضافه وزن و چاقی در کودکان ۳ تا ۶ ساله با وزن هنگام تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم کمتر از کودکانی است که با وزن هنگام تولد ۲۵۰۰ تا ۲۹۹۹ گرم به دنیا آمده‌اند ($OR=1/52$ - $0/47$ ؛ $CI=0/95$ ؛ $OR=0/84$). نتایج مطالعات فوق، فرضیه این پژوهش را تأیید می‌کند.

بررسی مشخصات جمعیتی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده‌های دانش‌آموزان گروه مورد نشان داد که رتبه تولد، بعد خانوار، تحصیلات والدین، شغل والدین، وضعیت تسهیلات زندگی، سیگار کشیدن والدین و به ویژه مادر به هنگام بارداری، بین دانش‌آموزان گروه مورد و شاهد تفاوت معنی داری ندارد. به عبارت دیگر، اضافه وزن و چاقی دانش‌آموزان گروه مورد با مشخصات جمعیتی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده ارتباط نداشت. در مدل رگرسیون لجستیک نیز متغیرهای فوق از مدل حذف شد و ارتباطی را نشان نداد. *Huus* و همکاران (۲۰۰۸) در یک مطالعه هم‌گروهی، ارتباط متغیرهای جمعیتی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی را با چاقی کودکان در سن ۵ سالگی بررسی کردند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که سیگار کشیدن مادر به هنگام بارداری، شانس ابتلا به چاقی را افزایش می‌دهد ($OR=1/43$ ؛ $CI=0/95$ ؛ $1/05$ - $1/95$). *Neutzling* در مطالعه مورد - شاهدهی خود (۲۰۰۳) مشاهده کرد که سیگار کشیدن مادر به هنگام بارداری شانس ابتلا به چاقی را در سنین نوجوانی ۷۰٪ افزایش می‌دهد ($2/95$ - $0/55$ ؛ $OR=1/27$ ؛ $CI=0/95$) و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان داد که سیگار کشیدن مادر به هنگام بارداری با ($OR=0/93$ ؛ $CI=0/95$ ؛ $0/88$ - $0/99$) چاقی در سنین ۵ و ۱۰ سالگی ارتباط مستقیمی داشته است. مطالعه *Michles* و همکاران (۲۰۰۷) ارتباط بعد خانوار را با چاقی کودکان نشان داده است. شیوع چاقی در خانوارهایی که فقط یک فرزند داشتند، کمتر از خانوارهایی بود که بیش از یک فرزند داشتند.

اضافه وزن یا چاقی دوران نوجوانی فرزندانشان داشت. در این مطالعه نقش چاقی والدین در چاقی کودکان از تمام عوامل خطر چاقی مؤثرتر ارزیابی شد. در پژوهش *Siqueria* و همکاران (۲۰۰۷) چاقی مادر با چاقی کودکان ارتباط معنی داری داشت. نتایج مطالعه *Huus* و همکاران نشان داد که BMI مادر با نسبت شانس تعدیل شده برای سن ($1/12$ - $1/05$ ؛ $OR=1/07$ ؛ $CI=0/95$) با خطر ابتلا به چاقی کودکان در ۵ سالگی ارتباط مستقیم دارد. به طوری که خطر داشتن کودکان چاق نزد مادران چاق در مقایسه با مادران با BMI طبیعی بیشتر بود. *Michel's* و همکاران (۲۰۰۷) نیز بین چاقی مادر یا پدر ($BMI \geq 30$) و چاقی دوران کودکی ارتباط مثبتی را گزارش کردند. نتایج مطالعات فوق، فرضیه این تحقیق را تأیید می‌کند.

در مطالعه حاضر، وزن هنگام تولد دانش‌آموزان گروه مورد در مقایسه با دانش‌آموزان گروه شاهد، بالاتر بود. البته، تفاوت بین دو گروه مورد و شاهد، معنی دار نبود ($P=0/06$). با وجود این در مدل رگرسیون لجستیک، وزن هنگام تولد با نسبت شانس ($OR=1/03$) ارتباط مستقیمی با اضافه وزن و چاقی دوران کودکی داشت، ولی این ارتباط معنی دار نبود ($P=0/09$). *Neutzling* و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه مورد - شاهدهی خود به این نتیجه رسیدند که اضافه وزن دوران کودکی در کودکان با وزن هنگام تولد بالاتر، بیشتر از کودکان با وزن هنگام تولد طبیعی است. *Ivanovic* و همکاران (۱۹۸۷) نشان دادند که ارتباط مثبت معنی داری بین چاقی کودکان پایه اول ابتدایی و وزن هنگام تولد وجود دارد. *Michels* و همکاران (۲۰۰۷) در یک بررسی هم‌گروهی با مقایسه وزن هنگام تولد بین دو گروه چاق و طبیعی نشان دادند که وزن هنگام تولد در گروه چاق بیشتر از گروه طبیعی بوده؛ ولی این ارتباط، معنی دار نبود. *Rugholm* و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای ارتباط بین وزن هنگام تولد و چاقی دوران کودکی را نشان دادند. در مطالعه آنها چاقی کودکان ۶ تا ۱۳ ساله در مقایسه با وزن هنگام تولد از ۳ تا ۳/۵ کیلوگرم افزایش معنی داری پیدا کرد. *Siqueira* و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه مقطعی خود مشاهده کردند که چاقی کودکان ۶ تا ۱۱ ساله با افزایش وزن هنگام تولد بیشتر می‌شود. *Hirschler* و همکاران (۲۰۰۸) در یک بررسی مقطعی به این نتیجه رسیدند که در مدل رگرسیون لجستیک، وزن هنگام تولد پایین، نقش محافظتی مؤثری روی اضافه وزن و چاقی داشته است. در مطالعه هم‌گروهی

رژیم غذایی و ارتباط آن با چاقی دوران کودکی، نشان دادند که تعداد وعده‌های غذایی در روز در مورد اضافه وزن و چاقی دوران کودکی نقش محافظتی دارد. در مطالعه آنها مصرف نوشابه‌های گازدار، غذاهای آماده، میوه‌ها و سبزی‌ها با چاقی دوران کودکی ارتباطی نداشت. نتایج مطالعات فوق، فرضیه این تحقیق را تأیید می‌کند.

در این پژوهش، تغذیه با شیر مادر به تنهایی در کاهش شیوع اضافه وزن و چاقی مؤثر نبود، بلکه مدت زمان تغذیه با شیر مادر، ارتباط معنی‌دار و مستقلاً با اضافه وزن و چاقی در دانش‌آموزان ۷ ساله در شهر شیراز نشان داد. به طوری که در مدل رگرسیون لجستیک، بعد از تعدیل متغیرهای مخدوش کننده (شامل BMI مادر، وزن هنگام تولد و سن شروع غذای کمکی) کودکانی که بیش از ۱۲ ماه با شیر مادر تغذیه شده بودند، نسبت به کودکانی که شیر مادر مصرف نکرده بودند، ۵۵٪ شانس کمتری برای ابتلا به چاقی داشتند. اما در مدل نهایی با در نظر گرفتن چاقی در اعضای درجه یک، مدت زمان تغذیه با شیر مادر، ارتباط مستقل خود با پیامد اضافه وزن و چاقی را از دست داد.

در این مطالعه، به این نتیجه رسیدیم که چاقی و اضافه وزن کودکان پایه اول ابتدایی شهر شیراز با الگوی تغذیه با شیر مادر ارتباط دارد؛ هرچند که ممکن است این ارتباط مستقل نباشد.

نتایج مطالعات فوق، فرضیه این تحقیق را تأیید می‌کند؛ اما در مطالعات فوق، سایر ابعاد اقتصادی-اجتماعی بررسی نشده است. در مطالعه حاضر، ارتباط فعالیت فیزیکی با شیوع چاقی و اضافه وزن بین دانش‌آموزان گروه مورد و شاهد، اختلاف معنی‌داری نداشت. شدت فعالیت فیزیکی (Met.Hour) و میانگین مدت زمان تماشای تلویزیون و بازی با رایانه و سایر سرگرمی‌های الکترونیکی نیز با اضافه وزن و چاقی دانش‌آموزان گروه مورد، ارتباط معنی‌داری نداشت. مطالعه مورد-شاهدی Neutzling و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که مدت زمان تماشای تلویزیون، بازی با رایانه و سایر سرگرمی‌های الکترونیکی از مهم‌ترین عوامل خطر ابتلا چاقی در دوران کودکی است. در این مطالعه، مدت زمان تماشای تلویزیون و بازی با رایانه با نسبت شانس (OR=۱/۷۶ CI=۰/۹۵ - ۲/۲۱)؛ کودکانی که نشان داد. نتایج مطالعات فوق، فرضیه این تحقیق را تأیید می‌کند، ولی در مطالعه حاضر، این فرضیه تأیید نشد.

در مطالعه حاضر، میانگین دریافت انرژی روزانه بین دو گروه مورد و شاهد، معنی‌دار نبود؛ اما میانگین انرژی دریافتی به ازای وزن بین دو گروه، معنی‌دار بود. با وارد کردن این متغیر در مدل نهایی رگرسیون لجستیک، تغییری در مدل داده نشد. بنابراین، اضافه وزن و چاقی دانش‌آموزان گروه مورد با دریافت انرژی روزانه ارتباطی ندارد. Neutzling و همکاران (۲۰۰۳) در یک مطالعه مورد-شاهدی با آنالیز

• References

1. Rezazadeh KH. Survey the related factors with stunting & overweight in Khoyi's primary school children. Tehran: Shahid Beheshti University, M.C. Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology; 1387. [in Persian].
2. Soheilifar J, Emdadi M. To determine the relationship between breast feeding with overweight & obesity in primary school children in Hamedan 2005; 2:54-57 [in Persian].
3. Anderson PM, Butcher KF, Levine PB. Economic perspectives on childhood obesity. Federal Reserve Bank of Chicago: Economic Perspect 2003; 3Q:30-48.
4. Raebel MA, Malon DC, Connel DA, Xu S, Porter JA, Lanty FA. Health Services use and Healthcare costs of obese and nonobese.
5. Wee CC, Philips RS., Legedza ATR, Davis RB, Soukup JR, Colditz GA, et al. 2005. Health care expenditures associated with overweight and obesity among US adults: importance of age and race. Am J Public Health 2004; 95:159-65.
6. WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Technical Report Series consultation World Health Organization 2000.
7. Strauss Rs, Pollack HA. Epidemic increase in childhood overweight, 1986-1998. JAM 2006; A: 22, 101-109.
8. Whitaker RC, Pepe MS, Wright JA, Seidal KD, Dietz WH. Early adiposity rebound and the risk of adult obesity. Pediatric 1998; s: 10(3).
9. Neutzling MB, Taddei JA. Risk factors of obesity among Brazilian adolescents: a case-control study. Public Health Nutrition 2003; 6(8); 743-749.
10. Mohammadpour-Ahranjani B, Rashidi A, Karandish M, Vafa MR. Magnitude and possible contributors of childhood obesity LN Iran:

- Implication for Action, Sscience Publishers 2006; 1-6002-037-6: 101-130.
11. Davison KK, Birch LL. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obes Re*2001;v 2(3): 159-71.
 12. WHO / FAO. 2003. Diet, nutrition and the prevention of chronic disease. WHO Technical Report series 2003; No. 916, Geneva: WHO.
 13. Botton J, Heude B, Kettaneh A, Borys JM, Lommez A, Bresso JL, et al. Cardiovascular risk factor levels and their relationships with overweight and fat distribution in children: The Fleurbaix Laventie Ville Sante II study. *Metabolism* 2007; 56: 614-622.
 14. Zhang CAI-XIA, Tse LA, Deng XQ, Jiag Z-Q. 2008. Cardiovascular risk factors in overweight and obese Chinese children. *Eur J Nutr* 2008; 47: 244-250.
 15. Goldman BE. Infancy, childhood and adolescent. IN: Human Nutrition and dietetics. Garroq JS, James WPT, Ralph A (eds), 10th ed, Churchill Livingstone 2000; PP, 460.
 16. Burke V, Beilin W, Simmer K, Oddy WH, Black K.V, Doherty D, Kendall GE, Stanley FJ. Breastfeeding and overweight: longitudinal analysis an Australian birth. *Center of Public Health in Linkoping* 2005; 147: 56-61.
 17. Arens S, Ruckerl R, Koletzko B, Von B, Kries R. Breast-feeding and childhood obesity - a systematic review. *Int J obes Relat Metab Disor* 2004;d, 28: 1247-1256.
 18. Karter AJ, Rowell SE, Ackerson LM, Mitcal BD, Ferrara A, Selby JV, Etal. Excess maternal transmission of type 2 diabetes. *Diabets care*1999; 22: 938-943.
 19. Hales CN, Barker DJ. The tririfty phenotype hypothesis. *Br Med Bull* 2001; 60: 5-20.
 20. Rugholm S, Barker J, Olsen L. Stability of the Association between Birth Weight and childhood overweight the Development of the obesity Epidemic. *Obesity Research* 2005; 13: 2187-2194.
 21. Hirschuler V, Bugna J, Roque M, Gilligan T, Gonzalez C. Does low birth weight predict obesity/overweight and metabolic syndrome in Elementary School Children? *Medical Research* 2008; 39: 796-802.
 22. Centers For Disease Control and Prenention. Nutrition, Physical Activity, and Obesity Prevention program, CDC 2003; Atlant.
 23. Michels KB, Willet WC, Tian Z, Wang W, Ye T, LIU G, et al. A longitudinal study of infant feeding and obesity throughout life course. *International Journal of obesity* 2007; 31: 1078-1085.
 24. Aravjo CL, Victora CG, Hallal PC, Gigarrrte DP. Breastfeeding and overweight in children pelotas 1993 birth cohort study. *Int J obes (land)* 2006; 30: 500-5-6.
 25. Huus K, Ludvigsson JF, Enskar K, Ludvigsson J. Risk factors in childhood obesity -Southeast Sweden (ABIS) Cohort. *Pediatrics* 2007; 96: 1321-1325.
 26. Siqueira RS, Monteiro CA. Breastfeeding and obesity in school-age children from families of high socioeconomic status. *Public Health* 2007; 41(1).
 27. Nelson MC, Gordan-Larsen P, Adair LS. Are adolescents who were breast-fed less likely to be overweight? Analyses of sibling pairs to reduce confounding. *Epidemiology* 2005; 16: 247-53.
 28. Popkin B, Horton S, Kim S. The nutrition transition and prevention of diet-related chronic diseases in Asia and the Pacific. *Asian Development Bank Nutrition and Development Series No. 6*, Manik: Asian Development Bank.
 29. Hamidi A, Fakhrazadeh H, Moayyeri A, Pourebrahimi R, Heshmat R, Noori M. Obesity and associated cardiovascular risk factors in Iranian children: A Cross-sectioned study. *Pediatrics Internationa* 2006; 1: 48, 566-571.
 30. Harder T, Bergman R, Kallischanigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemial* 2005; 162: 397-403
 31. He Q, Kallberg J. Prevention of adult overweight during the pediatric years. *Pediatr Res* 2003; 46: 697-703.
 32. Kramer MS, Matush L, Vanilovich I, Platt RW, Bogdanovich N, Serkovskaya Z. Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child height, weight, adiposity, and blood pressur at age 6-5y: evidence from a large randomized trial. *Am J Clin Nutr* 2007; 86: 1717-21.
 33. Kramer MS, Matush L, Vanilovich JW, Etal. Platt. R, Bogdanovich N, Sevkovskaya Z. 2009. A Randomized Breast-feeding promotion Intervention Did Not Reduce Child Obesity in Belarus. *The Journal of Nutrition* 2009; 139: 2, 4175
 34. Popkin BM. The nutrition transition and its relationship to demographic change. In: SEMLOA, R.D; BLOEM M.W (Eds.). *Nutrition and Health in Developing Countries*. New Jersey: Humana Press 2001; 427-445.