

Research Paper:

Developing the Persian Version of Yale Food Addiction Scale and Assessing Its Psychometric Properties



Ahmad Panahi¹ , *Sayed Abbas Haghayegh²

2. Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.



Citation Panahi A, Haghayegh SA. Developing the Persian Version of Yale Food Addiction Scale and Assessing Its Psychometric Properties. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2020; 25(4):454-471. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.4.8>

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.4.8>



Received: 27 Oct 2018

Accepted: 10 Jun 2019

Available Online: 01 Jan 2020

Key words:

Eating disorder, Food addiction, Psychometric properties

ABSTRACT

Objectives Food addiction is a common mental disorder that can cause several problems in the physical health, psychological function and life quality. The aim of this study was to develop and validate the Persian version of Yale Food Addiction Scale (YFAS) on people with food addiction.

Methods In this descriptive cross-sectional study, 98 people with food addiction referred to the Novin Food Center in Isfahan, Iran and 67 healthy people were participated in this study who were selected using convenience sampling technique from February to May 2018. Data collection tools were a demographic form and 25-item YFAS. Collected data were analyzed in AMOS v.18 and SPSS v.24.

Results The results of confirmatory factor analysis showed that the model had a good fit and hence, the Persian YFAS had good construct validity. According to the results of ANOVA, there was a significant difference between the study groups in terms of the YFAS subscales ($p > 0.05$). The coefficients of Cronbach's alpha and Guttman split-half were higher than 0.7 in all subscales except for the withdrawal subscale.

Conclusion The Persian version of YFAS had good reliability and validity, and can be used in evaluating food addiction for clinical and research purposes.

Extended Abstract

1. Introduction

Obesity is often caused by over-consumption of food, physical inactivity and genetic susceptibility [1, 2]. Obesity is one of worldwide preventable causes of mortality, which has increased in adults and children [4]. World Health Organization (WHO) considers it as one of the most serious public health problems in the 21st century [6]. The WHO predicts that overweight and obesity may soon replace the traditional public health concerns including undernutrition and infectious diseases as the main

cause of poor health [7]. There are parallels in the areas of the brain that are responsive to food and drug use [19]. The abuse of substance or palatable foods produces eating patterns similar to that of dopamine-related neural activation [20]. Food addiction includes craving, drinking and over-eating. Behavioral symptoms of food addiction appear in patients with bulimia nervosa, binge eating disorder, obesity, and even in the normal population [22, 23]. The Yale Food Addiction Scale (YFAS) is a reliable psychometric tool that has validity to be used in clinical and non-clinical samples [26, 34]. It can be used to diagnose people with or without food addiction and assess the symptoms of eating disorders. The YFAS has been translated into several languages and is widely used in many studies [12].

* Corresponding Author:

Sayed Abbas Haghayegh

Address: Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Isfahan, Iran.

Tel: +98 (34) 42293030

E-mail: abbas_haghayegh@yahoo.com

2. Methods

This is a descriptive cross-sectional study. The study population consisted of all people who are suspected to have food addiction referred to the Novin Food Center in Isfahan, Iran in a period from February to May, 2018. By using a convenience sampling method and using formula, 180 people including 98 with food addiction and no control over their eating based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) assessed by a nutritionist, and 67 normal people were participated in this study. They were asked to complete the Persian YFAS questionnaire. The descriptive statistics (percentage, frequency, mean and standard deviation), were used for describing results, and the multivariate ANOVA was used to examine the research hypotheses. To examine the psychometric properties of the Persian YFAS, we used Cronbach's alpha coefficient to assess internal consistency; confirmatory factor analysis to determine the construct validity; and multivariate ANOVA to determine its discriminant validity.

3. Results

In testing the goodness-of-fit of the proposed model, the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Comparative Fit Index (CFI), IFI, Normed Fit Index (NFI), Goodness-of-Fit Index (GFI), and Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI) with the values of 0.21, 0.965, 0.915, 0.982, 0.953, 0.954 respectively, showed the appropriate fit of the model which indicates the construct validity of the Persian YFAS. In testing discriminant validity, the significance level for all subscales was less than 0.05 indicating that there is a significant difference between the two groups in terms of all YFAS subscales, where the mean scores of all subscales and the mean total score were significantly lower in samples with food addiction than in healthy samples. In food addiction and its subscales, opinion of the samples was less than average level (<3). Also, all sub-scales have an acceptable factor loading. The results show that the correlation between items and subscales was rather high and significant. The total Cronbach's alpha value for the reliability of the entire YFAS questionnaire was reported 0.87. The Guttman split-half coefficient value was also higher than 0.7. These indicate the reliability of the Persian YFAS is satisfactory.

4. Discussion

In this study, the YFAS questionnaire was validated for the first time on Iranian population to be used by Iranian scholars and clinical experts for the diagnostic or research purposes. In examining the reliability of the Persian YFAS,

it was found out that the numbers of symptoms and diagnoses are stable over a period of 20-26 days and, as expected, there was moderate to high correlation between the food addiction and the eating disorders (the number of symptoms and diagnoses) indicating that the Persian YFAS has a high convergent validity. In further studies, more structured questions (such as dietary status) should be used to evaluate changes in eating habits and lifestyle behaviors over time. Eating disorder is a major concern in Europe and America, Especially among female adolescents. In Iran, food addiction has caused some physical problems, such as cardiovascular disease, type 2 diabetes, and cancer as well as the increased rate of mortality and treatment costs. Given the adverse effects of eating disorder and the need to prevent its complications, results of this study can be helpful in psychiatric interviews due to the lack of bias in the repeated measurements and using a larger sample size. Due to the lack of time, it was not possible to determine test-retest and responsiveness of treatment.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The participants were fully aware of the study objectives and had consent to participate in the study. They were allowed to leave the study at any time.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors contributions

All authors contributed in designing, running, and writing all parts of the research.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank the treatment staff of Novin Food Center and all participations for their valuable cooperation.

This Page Intentionally Left Blank

اعتباریابی مقدماتی پرسش نامه اعتیاد به غذای یل

احمد پناهی^۱، سید عباس حقایق^۱

۱. گروه روان شناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷ آبان ۰۵

تاریخ پذیرش: ۲۰ خرداد ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۳۹۸

اهداف: اختلال خوردن یکی از اختلالات شایع روانی است که باعث مشکلات متعددی در سلامت جسمی و عملکرد روانی و کیفیت زندگی می شود. هدف از این مطالعه، ترجمه و بررسی روایی و اعتبار نسخه فارسی پرسش نامه اعتیاد به غذای یل در افراد با اختلال اعتیاد به غذای شهر اصفهان بود.

مواد و روش ها: در قالب یک پژوهش توصیفی مقطعی، به روش نمونه گیری در دسترس در فاصله زمانی اسفند ۱۳۹۶ تا خرداد ۱۳۹۷، نمونه ای به حجم ۹۸ نفر از بیماران مبتلا به اعتیاد به غذا و ۶۷ نفر افراد غیر وابسته به غذا از مرکز تغذیه نوین شهر اصفهان انتخاب شد و افراد ابزارهای پژوهش (پرسش نامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسش نامه ۲۵ سوالی اعتیاد به غذا) را تکمیل کردند. جهت تحلیل داده ها از نسخه ۲۴ نرم افزار SPSS و نسخه ۱۸ نرم افزار Amos استفاده شد.

یافته ها: نتایج تحلیل عامل تأییدی نشان داد ساختار عاملی پرسش نامه در مجموع از برازش مناسبی برخوردار است و روایی سازه مطلوبی دارد. بر اساس نتایج تحلیل واریانس، در بررسی روایی افتراقی بین افراد با اختلال اعتیاد به غذا و افراد سالم از لحاظ تمام زیر مقیاس های وابستگی به غذا تفاوت معنی داری مشاهده شد ($P < 0/05$). ضرایب آلفای کرونباخ و تنصیف به غیر از عامل G، در سایر خرده مقیاس ها بالاتر از ۰/۷ به دست آمد.

نتیجه گیری: نتایج نشان می دهد که نسخه ترجمه شده به فارسی YFAS از روایی و اعتبار نسبتاً مطلوبی برخوردار است و می توان در موقعیت های بالینی و پژوهشی برای ارزیابی اعتیاد به غذا از آن استفاده کرد.

کلیدواژه ها:

اختلال خوردن، اعتیاد به غذا، مولفه های روان سنجی

مقدمه

چاقی بیماری مزمنی است که بروز و توسعه آن تحت تأثیر مجموعه عوامل مختلف، به ویژه عوامل اجتماعی، رفتاری، فرهنگی، فیزیولوژیکی، متابولیکی، و ژنتیکی قرار دارد [۱]. چاقی اغلب به واسطه مصرف بیش از حد مواد غذایی، عدم فعالیت بدنی و حساسیت ژنتیکی ایجاد می شود [۲]. چاقی مانند بسیاری از بیماری های دیگر، نتیجه اثر متقابل بین عوامل ژنتیکی و محیطی است [۳]. چاقی یکی از علل قابل پیشگیری از مرگ و میر در سراسر جهان است که با افزایش نرخ در بزرگسالان و کودکان همراه است [۴]. بر اساس نتایج یک پژوهش گسترده، پر خوری اصلی ترین علت چاقی یا اضافه وزن گزارش شده است [۵]. این سازمان پیش بینی می کند که اضافه وزن و چاقی ممکن است به زودی جایگزین بهداشت عمومی سنتی مانند مواردی چون کمبود غذایی، بیماری های عفونی و مهم ترین علت سلامت نامطلوب باشد [۶، ۷]. آدنو کارسینوما می معده یکی از شایع ترین انواع سرطان در جهان است که عوارض ناشی از این

بیماری به علت اختلال خوردن اشتباه است [۸]. کمبود ویتامین D با بیماری های مربوط به چاقی مرتبط است [۹]. عصبانیت، تکانشگری و حساسیت به پاداش در افرادی که چاق اند رایج تر است، در حالی که وظیفه و خود کنترلی در افراد چاق کمتر رایج است [۱۰، ۱۱].

اعتیاد غذایی^۱، مفهومی است که به طور گسترده توسط عموم مردم پذیرفته شده است و یکی از مواردی است که در تحقیقات علمی توجه بیشتری به خود جلب کرده است [۱۲]. تحقیقات نشان داده شده است که رفتارهای تغذیه ای شبه اعتیادی می توانند عامل دیگری باشند که موجب بیش خوری و چاقی مفرط می شوند [۱۳]. شباهت های متعددی در رفتارهای عصب شناسی بین خویشاوندی مختلف مواد غذایی، مواد مخدر و عوامل رفتاری وجود دارد [۱۴]. با این حال، شناخت «اعتیاد به مواد غذایی به عنوان یک اختلال بالینی همچنان بحث روز است [۱۵].

1. Food addiction

* نویسنده مسئول:

سید عباس حقایق

نشانی: گروه روان شناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

تلفن: ۴۲۲۹۳۰۳۰ (۳۴) ۹۸+

پست الکترونیکی: abbas_haghavegh@yahoo.com

خاص کرده‌اید، ولی ناموفق بوده‌اید. ۷. اغلب مصرف مواد غذایی ناسالم را از دیگران مخفی می‌کنید.

اصطلاح اعتیاد به مواد غذایی اغلب در گفتمانی عمومی استفاده می‌شود، مانند این واقعیت ساده که مواد غذایی بر خلاف مواد مخدر برای زنده ماندن ضروری هستند [۲۷]. تغییرات بالینی و علمی جالبی در ال‌های اخیر رخ داده است و بسیاری معتقدند که تعریف واژه اعتیاد باید بسط داده شود تا فعالیت‌های اجباری شامل رفتارهایی که به طور بنیادین برای بقای ما ضروری هستند را دربر گیرد؛ از جمله رابطه جنسی، قمار و غذا خوردن و مواردی که آزادانه برای لذت بردن و بدون تحریم اجتماعی انجام می‌دهیم [۲۸]. این بخشی از رفتار موسوم به اعتیاد است که در بسیاری از ویژگی‌های فیزیولوژیکی و روحی، شبیه اعتیاد به مواد شیمیایی یا مواد مخدر است [۲۹].

علی‌رغم شواهد قوی و افزایش تعداد مطالعاتی در باره ارزیابی اعتیاد به مواد غذایی، این پژوهش از یک ابزار استاندارد شده استفاده می‌کند [۳۰]. مقیاس اعتیاد به مواد غذایی در سال ۲۰۰۹ برای ارزیابی شاخص‌های رفتاری وابستگی به خوردن قند (یا سایر مواد مغذی با چربی و قند بالا) در حیوانات ساخته شد. با این حال، برخی یافته‌های دانش دماغی (مغزی) بسیار دلگرم‌کننده هستند. در حال حاضر تغییرات زیادی در YFAS روی داده است؛ از جمله یک نسخه کوتاه (YFAS تعدیل شده) [۳۱] و همچنین یک نسخه برای ارزیابی کودکان فراهم شده است (YFAS-C) [۳۲]. اگر چه YFAS به طور گسترده‌تر مورد استفاده قرار می‌گیرد، تنها یک مطالعه از YFAS استفاده کرده است تا ساختار اعتیاد به مواد غذایی را در بیش از یک نقطه زمانی با تأثیر عمل جراحی چاقی، در خوردن اعتیادآور ارزیابی کند [۳۳]. پپینو و همکارانش از YFAS در یک نمونه بالینی جراحی بای‌پس قبل و بعد از جراحی استفاده کردند (n=44) و گزارش دادند که شیوع اعتیاد به مواد غذایی در ۹ ماه، از ۳۲ درصد شروع و تا ۲ درصد ادامه می‌یابد [۳۴].

YEAS ابزار روان‌سنجی صحیحی است که اعتبار کافی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی دارد [۲۶، ۳۴]. علاوه بر این؛ گرهارد و همکاران (۲۰۱۱) [۳۵]، نشان داده‌اند که نمره آن کاملاً با فعال‌سازی عصبی مدار پاداش ارتباط دارد. در YEAS می‌توان برای ارزیابی اختلال غذا خوردن افراد از نمرات علائم و نشانه‌های بیماری استفاده کرد. در پنج سال گذشته، YEAS به چند زبان ترجمه شده و به طور گسترده در کشورهای غربی مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱۲]. مطالعات با استفاده از نمونه‌های بالینی و غیربالینی، شاخص‌های مشابه از اعتبار این روش را نشان می‌دهد؛ مانند ساختار یک‌عاملی، سازگاری مناسب داخلی و همبستگی مثبت متوسط تا بالا با سایر اختلالات خوردن غذا [۳۴، ۳۶]. مطالعات با استفاده از YEAS نشان داد که میزان شیوع اعتیاد به مواد غذایی بین ۵ تا ۱۰ درصد در کل جمعیت و بین ۱۵ تا

یکی از مشکلات اصلی در حوزه سنجش اعتیاد به غذا، عدم وجود پرسش‌نامه‌ها یا به طور کلی، ابزارهای خودگزارشی استاندارد و قابل استفاده بوده است [۱۶]. علاوه بر این، معلوم نیست که آیا رفتارهایی که همراه خوردن بروز می‌کنند در طول زمان پایدار هستند یا گذرا. شواهد فزاینده‌ای، تعداد شباهت‌های بین اعتیاد به مواد غذایی و اعتیاد به مواد مخدر یافت شده که به شدت از مفهوم اعتیاد به مواد غذایی پشتیبانی می‌کنند.

برخی غذاها به‌ویژه آن‌هایی که دارای چربی و قند بالا هستند، فرایندهای روان‌شناختی مشابه با اعتیاد به مواد مخدر و الکل را می‌توانند تحریک کنند [۱۷، ۱۸]. تحقیق مهمی نشان داده است که مناطقی از مغز که پاسخگو به غذا هستند و گرایش به مصرف دارو و مواد مخدر دارند، همپوشانی دارند [۱۹]. به علاوه، تحقیقات نشان داده است که مصرف مواد مخدر یا مواد غذایی لذیذ باعث تولید الگوهای مشابه فعال‌سازی عصبی مرتبط با دوپامین می‌شوند [۲۰]. تحقیقات بیوشیمیایی نشان داده است که چاقی و وابستگی به مواد هر دو به سازندگان عصبی مشابه، مانند گیرنده DRIL2 کاهش یافته، مرتبط هستند [۲۱]. اعتیاد به مواد غذایی شامل هوس کردن، نوشیدن و مصرف بیش از حد غذاست. علاوه بر این، علائم رفتاری در وابستگی به مواد غذایی، در بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی غیرعادی^۲ با اختلال در خوردن غذا^۳ و چاقی^۴، حتی در جمعیت طبیعی ظاهر می‌شوند [۲۲، ۲۳].

معیارها و روش‌های تشخیصی زیادی برای ارزیابی اعتیاد به مواد غذایی پیشنهاد شده است [۲۳، ۲۴]. به عنوان مثال، مصاحبه در مورد غذای اعتیادآور [۲۵] و مقیاس اعتیاد مواد غذایی یل^۵ [۲۶]. اعتیاد به مواد غذایی در صورتی تشخیص داده می‌شود که سه نشانه از هفت نشانه ذیل در طی سال گذشته وجود داشته باشند و اختلال بالینی و یا سطح اضطراب بالا تأیید شده باشد. این هفت نشانه عبارتند از: ۱. با وجود احساس سیری اغلب دریافت غذاهای خاصی را هوس می‌کنید. ۲. هنگامی که شروع به غذا خوردن می‌کنید با ولع می‌خورید و اغلب خودتان احساس می‌کنید خیلی بیشتر از آنچه برایتان در نظر گرفته شده است، مصرف کرده‌اید. ۳. هنگام غذا خوردن با ولع می‌خورید و گاهی احساس بیش از حد خوردن دارید. ۴. بعد از خوردن غذاهای خاص اغلب احساس گناه دارید و هنوز خوردن پایان نیافته دوباره به زودی شروع به غذا خوردن می‌کنید. ۵. با وجود دانستن اینکه غذاهای خاص باعث آسیب فیزیکی شامل افزایش وزن می‌شوند، ولی احساس ناتوانی در کنترل مصرف مواد غذایی ناسالم را دارید. ۶. بارها و بارها سعی به ترک خوردن و یا تنظیم مقرراتی در مورد غذاهای

2. Bulimia nervosa
3. Bing eating disorder
4. Obesity
5. Yale Food Addiction Scale (YEAS)

ابزار

پرسش‌نامه اعتیاد به غذا (YFAS): یک پرسش‌نامه شناخته‌شده در زمینه سنجش وابستگی به مصرف غذاست که توسط گرهارد و همکاران (۲۰۰۹)، برای تعیین علائم اعتیاد به غذا طراحی شده است. این علائم عبارتند از: تحمل، روگردانی، مقدار مصرف شده بیشتر از آنچه در نظر گرفته شده، تمایل دائمی یا تلاش ناموفق برای کاهش آن، صرف زمان زیاد برای مصرف یا بازیافت مواد، استفاده مداوم با وجود آگاهی از پیامدها و فعالیت‌هایی که به دلیل استفاده از مواد ترک شده‌اند. این پرسش‌نامه همچنین اختلالات بالینی یا ناراحتی را به عنوان نتیجه عادات غذایی اعتیادآور ارزیابی می‌کند.

پرسش‌نامه اعتیاد به غذا دو خروجی دارد که شامل مجموع «نمره علائم» و «تشخیص» اعتیاد به مواد غذایی است. «نمره» گزارش شده در رابطه با شدت علائم از صفر تا هفت است که به تعداد معیارهای تشخیص غذایی است. علاوه بر این، «تشخیص» اعتیاد به مواد غذایی به شرکت‌کنندگانی اختصاص داده می‌شود که سه نشانه یا بیشتر را همراه با نقض‌های بالینی و یا ناراحتی بالقوه را مطابق با معیارهای تشخیص وابستگی به مواد اعلام می‌کنند.

اعتیاد به مواد غذایی به عنوان اختلال بالینی شناخته نشده است، اما اصطلاحات ذکر شده در بخش‌های بعدی، نظیر «علائم» و «تشخیص» در چارچوب خروجی‌های پیش‌بینی‌شده این مقاله به اختصار مورد استفاده قرار می‌گیرند. اعتبار اصلی ($\alpha=0/86$) نشان‌دهنده سازگاری کافی داخلی است. گرهارد و همکاران، (۲۰۰۹) [۲۳]. ضریب آلفای کرونباخ برای مطالعه حاضر $0/87$ بود که نشان‌دهنده قابلیت اطمینان داخلی کافی از پرسش‌نامه بود. این پرسش‌نامه شامل ۲۷ گزینه است و ۹ خرده‌مقیاس را بررسی می‌کند. سؤال ۲۶ و ۲۷ که بدون نمره هستند در مورد واکنش‌ها به انتخاب غذای مشخص می‌پرسند و اطلاعات بیشتری در مورد آن‌ها نسبت به عادات غذایی مشکل‌ساز به دست می‌دهند. ۲۵ آیتم اول، گزینه‌های نمره‌دهی متفاوتی (معیارهای پنج‌امتیازی و چهارجوابی) برای اندازه‌گیری تجربیات رفتارهای غذایی اعتیادآور در طول ۱۲ ماه گذشته دارند. سه سؤال [۱۷، ۱۸، ۲۳] به عنوان شروعی برای سایر سؤالات هستند و در ارزیابی دخیل نیستند.

۲۰ آیتم از ۲۲ آیتم باقی‌مانده شاخص وابستگی به هفت غذای بیان شده در DSM-IV-TR (انجمن روان‌شناسی آمریکا ۲۰۰۰) را اندازه می‌گیرند و دو آیتم باقی‌مانده [۱۲، ۱۵] در مورد واکنش‌ها به بیماری‌ها یا افسردگی حاصل شده به وسیله عادات غذایی می‌پرسند و آزمودنی یک گزینه از چهار گزینه به‌ندرت یا هرگز، گاهی اوقات، اغلب و تقریباً همیشه را انتخاب می‌کند.

ضریب اعتبار این آزمون به روش بازآزمایی در فاصله یک هفته $0/85$ گزارش شده است [۲۴]. این آزمون به صورت دستی اجرا و

۲۵ درصد در نمونه‌های چاق است [۱۲]. علاوه بر این، ۴۰ تا ۶۰ درصد از بیماران چاق به اختلال در غذا خوردن مبتلا هستند و کسانی که تحت عمل جراحی چاقی قرار می‌گیرند، به معیارهای اختلال پرخوری می‌رسند [۳۷، ۳۸].

در کشورهای توسعه‌یافته اختلال خوردن غذا در حدود $6/1$ درصد از زنان و $0/8$ درصد مردان را در یک سال تحت تأثیر قرار می‌دهد [۳۷]. اختلالات در غذا خوردن در زنان بالغ و جوان در کشورهای غربی رایج است [۳۹، ۴۰]. این یافته‌ها حاکی از مناسب بودن این مقیاس برای ارزیابی اعتیاد به مواد غذایی است. با توجه به رشد سریع مطالعات اعتیاد به مواد غذایی شناسایی ابزارهای مناسب برای ارزیابی میزان مواد غذایی اعتیادآور ضروری به نظر می‌رسد [۴۱]. در بین پرسش‌نامه‌های داخلی، هنوز YEAS به لحاظ روایی و اعتبار مورد بررسی قرار نگرفته است که این مورد باعث محدودیت‌هایی در این زمینه در کشورمان شده است. بنابراین هدف پژوهش، بررسی و استانداردسازی YEAS به عنوان یک ابزار مهم در این زمینه بوده است.

روش

جامعه و نمونه

این پژوهش از نوع پژوهش‌های توصیفی مقطعی بوده و جامعه آماری آن کلیه افراد مصرف‌کننده مفرط مواد غذایی شهر اصفهان در فاصله زمانی اسفند ۱۳۹۶ تا خرداد ۱۳۹۷ بودند که به مرکز درمانی این شهر مراجعه کرده‌اند. با استفاده از نمونه‌گیری دردسترس، نمونه‌ای به حجم ۱۸۰ نفر شامل ۱۱۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال پرخوری که کنترلی بر خوردن خود نداشتند (بر اساس فرم تهیه‌شده ملاک‌های تشخیصی DSM-5 اختلال پرخوری توسط یک دکترای متخصص تغذیه و یک همکار روانشناس بالینی ارزیابی شد) و همچنین ۷۰ نفر افراد بدون مشکل پرخوری، انتخاب و از آن‌ها خواسته شد به سؤالات دفترچه شامل پرسش‌نامه یل و مشخصات جمعیت‌شناختی که همراه با فرم رضایت آگاهانه در شرکت در پژوهش بود پاسخ دهند بدین صورت و مؤلفه اعتیاد به غذا در پژوهش ارزیابی شد.

از تعداد کل پرسش‌نامه توزیعی تعداد ۱۵ پرسش‌نامه، به دلیل ناقص بودن (عدم تکمیل پرسش‌نامه و یا عدم تحویل) حذف شدند و حجم نمونه نهایی به ۱۶۵ نفر رسید. در این پژوهش ملاک‌های ورود بیماران عبارت بودند از دارا بودن ملاک تشخیصی DSM-5 برای اختلال پرخوری (در مورد گروه وابسته به غذا)، عدم ابتلا به بیماری‌های متابولیک (مانند دیابت، تیروئیدسم و غیره)، عدم مصرف داروهای مکمل، داشتن حداقل ۱۸ سال سن، داشتن حداقل مدرک ابتدایی. همچنین معیارهای خروج عبارت بودند از: دارا نبودن ملاک تشخیصی اختلال پرخوری بر اساس DSM-5 (در مورد گروه غیروابسته به غذا) و عدم تکمیل پرسش‌نامه.

پرسش‌نامه آماده استفاده شد. به منظور بررسی روایی محتوایی^۷، ابتدا از پنج متخصص و پژوهشگر که در حیطه اختلالات خوردن فعالیت داشتند، خواسته شد هر سؤال را در یک طیف لیکرت ارزشیابی کنند. نتایج CVR حاکی از آن بود که تمامی سؤالات مساوی یا بزرگ‌تر از ضرایب اعداد جدول لاوش بود.

پس از مراجعه به یک مرکز تغذیه در شهر اصفهان، هماهنگی‌های لازم با متخصص تغذیه مربوطه انجام و از ایشان خواسته شد بعد از بررسی وجود یا عدم وجود اختلال پرخوری، پرسش‌نامه را به مراجعین داده تا تکمیل کنند. به مراجعین اطمینان داده شد که جمع‌آوری اطلاعات صرفاً جنبه پژوهشی داشته و اطلاعات آنان بی‌نام و محرمانه باقی خواهد ماند. داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار آماری و توسط متخصص آمار تجزیه و تحلیل شدند.

تجزیه و تحلیل آماری

در سطح توصیفی از درصد فراوانی، فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد، داده‌های جمعیت‌شناختی و مردم‌سنجی تجزیه و تحلیل شد و در سطح آمار استنباطی، از تحلیل واریانس چندمتغیری برای بررسی فرضیات پژوهش استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نسخه ۲۴ نرم‌افزار آماری SPSS و AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تعیین روایی سازه، از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد.

7. Content validity

به صورت نمره‌گذاری ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ برای سؤال ۱ الی ۲۴ و برای سؤال ۲۵ به صورت ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ نمره‌گذاری شد. سؤال‌های ۱ و ۲ و ۳ خرده‌مقیاس مقدار مصرف‌شده بیشتر از آنچه در نظر گرفته شده، سؤال‌های ۴ و ۲۲ و ۲۴ و ۲۵ خرده‌مقیاس تمایل دائمی یا تلاش ناموفق برای کاهش آن، سؤال‌های ۵ و ۶ و ۷ خرده‌مقیاس صرف زمان زیاد برای مصرف یا بازیافت مواد، سؤال‌های ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱ خرده‌مقیاس کنار گذاشتن یا کاهش فعالیت‌های مهم اجتماعی، کاری و تفریحی، سؤال ۱۹ خرده‌مقیاس ادامه استفاده از مواد با وجود مسائل روان‌شناختی و فیزیکی، سؤال‌های ۲۰ و ۲۱ خرده‌مقیاس تحمل، سؤال‌های ۱۲ و ۱۳ و ۱۴ خرده‌مقیاس روگردانی یا ترک و سؤال ۱۵ و ۱۶ خرده‌مقیاس علل ناراحتی یا بالینی قابل توجه پزشکی را بررسی می‌کند. سؤال‌های ۱۷ و ۱۸ و ۲۳ برای شروع دیگر پرسش‌ها و بدون ارزیابی هستند [۲۳].

شیوه اجرا

ابتدا YFAS توسط یک مترجم ترجمه و سپس ویراستاری شد. به منظور بررسی روایی صوری^۶ پرسش‌نامه ترجمه‌شده به سه نفر داده شد و از آن‌ها خواسته شد سؤالاتی را که ابهام دارد مشخص کنند. چند سؤال که دارای ابهام تشخیص داده شده بود، جمله‌بندی آن به صورتی که قابل فهم‌تر باشد، اصلاح و

6. Face validity

جدول ۱. توصیف نمونه آماری مورد مطالعه بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

ویژگی‌های	فراوانی / فراوانی نسبی (درصد)
جنسیت	زن (۷۵/۲) ۱۳۴
	مرد (۲۴/۸) ۴۱
وضعیت تأهل	مجرد (۴۴/۸) ۷۴
	متاهل (۵۴/۶) ۹۰
	مطلقه (۰/۶) ۱
وضعیت شغل	شاغل (۵۸/۸) ۹۷
	بیکار (۴۰/۶) ۶۷
	بازنشسته (۰/۶) ۱
تحصیلات	دیپلم (۵۰/۹) ۸۴
	لیسانس (۴۴/۹) ۷۴
	فوق لیسانس (۴/۳) ۷
	جمع کل (۱۰۰) ۱۶۵

یافته‌ها

روایی سازه

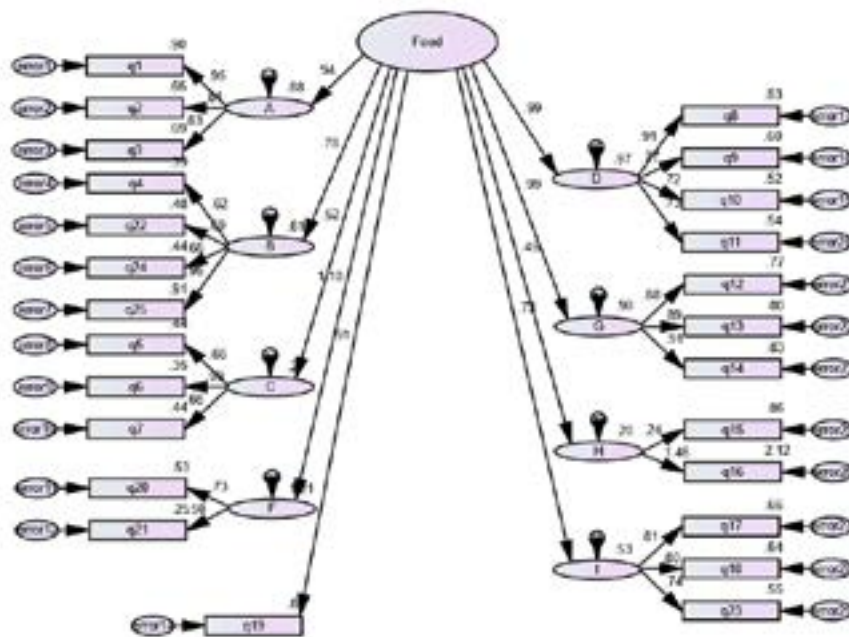
در این پژوهش برای تعیین روایی سازه، از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. جهت اعتبارسنجی پرسش‌نامه مدل پیش‌فرض پژوهش و برای اعتبارسنجی، سؤالات مربوط به وابستگی به غذا و زیرمقیاس‌های مربوطه وارد نسخه ۱۸ نرم‌افزار Amos شدند تا روابط میان متغیرهای پژوهش سنجیده شود. پس از برازش مدل معادلات ساختاری، ضرایب رگرسیونی و ضرایب رگرسیونی استاندارد، همچنین کوواریانس‌ها و ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه و نسبت بحرانی و سطح معناداری برای متغیرهای پژوهش به دست آمدند که در **جدول شماره ۳** و **تصویر شماره ۱** و **تصویر شماره ۲** ارائه شدند.

با توجه به **جدول شماره ۳** و این که سطح معناداری برای تمام سؤالات پژوهش کمتر از ۰/۰۵ بود، می‌توان نتیجه گرفت هر یک از سؤالات پرسش‌نامه به خوبی می‌تواند مقیاس مورد نظر را ارزیابی و تبیین کند. ترتیب زیرمقیاس‌های مربوط به وابستگی به غذا به

با توجه به بررسی اولیه در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سن افراد نمونه به صورت میانگین برابر با ۳۱/۳۳ سال با انحراف معیار ۸/۷۴ سال بود. کوچک‌ترین فرد نمونه دارای سن ۱۸ سال و مسن‌ترین فرد نمونه دارای ۵۹ سال بود. ۷۵/۲ درصد (۱۲۴ نفر) از افراد نمونه را زنان و ۲۴/۸ درصد (۴۱ نفر) از افراد نمونه را مردان تشکیل می‌دادند که از این میان ۴۴/۸ درصد (۷۴ نفر) مجرد، ۵۴/۶ درصد (۹۰ نفر) متأهل و ۰/۰۶ (۱ نفر) مطلقه بودند. ۹۷ نفر (۵۸/۸ درصد) از افراد نمونه شاغل و ۶۷ نفر (۴۰/۶ درصد) از افراد نمونه بیکار و یک نفر (۰/۰۶ درصد) بازنشسته بودند. در میان افراد نمونه ۵۰/۹ درصد (۸۴ نفر) دارای دیپلم، ۴۴/۹ درصد (۷۴ نفر) دارای لیسانس و ۴/۲ درصد (۷ نفر) دارای فوق لیسانس بودند. در **جدول شماره ۱** داده‌های توصیفی بر اساس جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت شغل و تحصیلات لحاظ شده است. یافته‌های توصیفی در **جدول شماره ۲** ارائه شده‌اند.

جدول ۲. توصیف متغیر وابستگی به غذا در میان آزمودنی‌ها

زیرمقیاس	گروه	میانگین \pm انحراف معیار	میان	کمترین داده	بیشترین داده
مواد، اغلب در مقادیر بیشتر یا بیش از یک دوره طولانی مدنظر گرفته می‌شوند	بیمار	۱/۱۹ \pm ۰/۳۸	۱/۰	۱/۰	۴/۰
تلاش‌های ناموفق مکرر یا تمایل مداوم به ترک	سالم	۲/۶۱ \pm ۱/۰۹	۳/۳۳	۱/۰	۵/۰
زمان یا فعالیت زیاد برای دستیابی، استفاده و بازیابی	بیمار	۲/۵۲ \pm ۱/۱۸	۲/۶۷	۱/۰	۵/۰
کنار گذاشتن یا کاهش فعالیت‌های مهم اجتماعی، کاری و تفریحی	سالم	۳/۲۵ \pm ۱/۱۲	۳/۳۳	۱/۰	۵/۰
ادامه استفاده از مواد با وجود مسائل روان‌شناختی و فیزیکی	بیمار	۱/۰۹ \pm ۰/۲۹	۱/۰	۱/۰	۲/۰
	سالم	۲/۸۷ \pm ۱/۳۳	۴/۰	۱/۰	۵/۰
تحمل	بیمار	۱/۲۲ \pm ۰/۴۳	۱/۰	۱/۰	۳/۰
	سالم	۳/۲۲ \pm ۰/۹۲	۳/۰	۱/۰	۵/۰
ترک و حذف کردن	بیمار	۱/۴۲ \pm ۰/۶۰	۱/۳۳	۱/۰	۴/۰
	سالم	۴/۱۵ \pm ۰/۸۷	۴/۵۰	۱/۰	۵/۰
از علل ناراحتی یا پالینی قابل توجه پزشکی استفاده کنید	بیمار	۱/۷۸ \pm ۰/۷۷	۱/۵۰	۱/۰	۴/۰
	سالم	۲/۸۸ \pm ۱/۲۷	۳/۰	۱/۰	۵/۰
شاخص منفرد	بیمار	۱/۳۳ \pm ۰/۴۹	۱/۰	۱/۰	۵/۰
	سالم	۳/۲۴ \pm ۱/۱۵	۳/۳۳	۱/۰	۵/۰
نمره کل	بیمار	۱/۴۴ \pm ۰/۲۵	۱/۴۴	۱/۰	۳/۰
	سالم	۳/۳۶ \pm ۰/۶۲	۳/۳۳	۱/۰	۵/۰



تصویر ۱. مدل تحلیل مسیر معادله ساختاری بر اساس ضرایب رگرسیونی استاندارد شده

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

این ترتیب بود: به زیرمقیاس تحمل با ضریب رگرسیون $۱/۰۹۹$ ، زیرمقیاس ترک و حذف کردن با ضریب $۰/۹۸۸$ ، زیرمقیاس کنار گذاشتن یا کاهش فعالیت‌های مهم اجتماعی، کاری و تفریحی با ضریب $۰/۹۸۶$ ، زیرمقیاس مواد، اغلب در مقادیر بیشتر یا بیش از یک دوره طولانی استفاده شوند با ضریب $۰/۹۴۰$ ، زیرمقیاس ادامه مصرف مواد با وجود مسائل روان‌شناختی و فیزیکی با ضریب $۰/۹۱۰$ ، زیرمقیاس تلاش‌های ناموفق مکرر یا تمایل مداوم به ترک با ضریب $۰/۷۸۲$ ، زیرمقیاس شاخص منفرد با ضریب

$۰/۷۲۷$ ، زیرمقیاس زمان یا فعالیت زیاد برای دستیابی، استفاده و بازیابی با ضریب $۰/۵۲۳$ و زیرمقیاس از علل ناراحتی یا بالینی قابل توجه پزشکی استفاده کنید با ضریب $۰/۴۴۹$ ؛ این زیرمقیاس‌ها به نظر افراد نمونه به ترتیب روی وابستگی به غذا تأثیر معنادار و مثبت دارند.

در جدول شماره ۴ شاخص‌های برازش مدل گزارش شده است. مقدار p-value مناسب بودن برازش مدل را مشخص می‌کند. با توجه به اینکه سطح معناداری برابر $۰/۱۵۷$ و بیش

جدول ۳. ضرایب رگرسیونی و رگرسیونی استاندارد، نسبت بحرانی و سطح معناداری برای پرسش‌نامه وابستگی به غذا

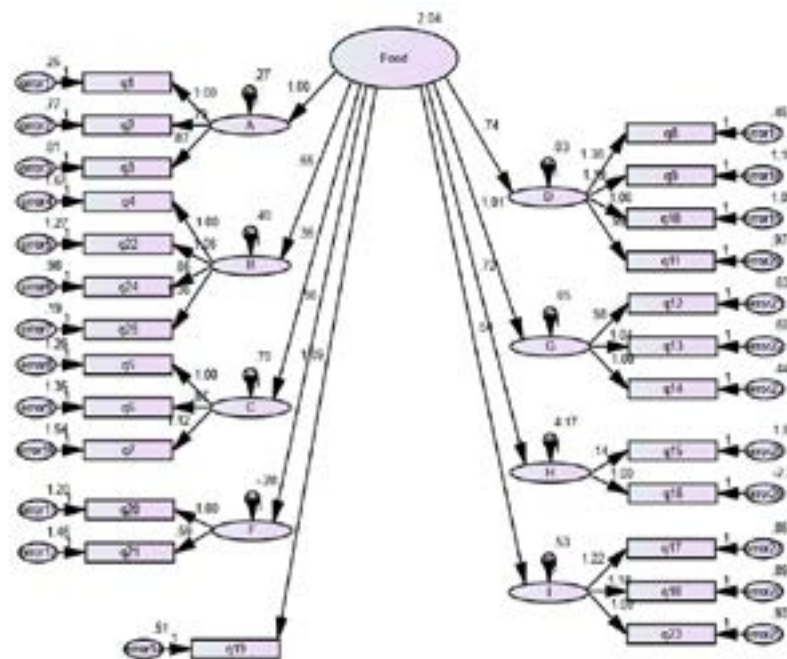
پرسش‌ها	ضریب رگرسیونی	ضریب رگرسیونی استاندارد	نسبت بحرانی	سطح معناداری
سؤال ۱	<	۱	-	-
سؤال ۲	<	۰/۷۸۶	۱۵/۰۷۴	<۰/۰۰۱
سؤال ۳	<	۰/۸۷۴	۱۶/۰۶۲	<۰/۰۰۱
سؤال ۴	<	۱	-	-
سؤال ۲۲	<	۱/۰۶۴	۷/۵۴۵	<۰/۰۰۱
سؤال ۲۴	<	۰/۸۶۱	۷/۲۹۰	<۰/۰۰۱
سؤال ۲۵	<	۱/۳۶۵	۹/۰۹۹	<۰/۰۰۱
سؤال ۵	<	۱	-	-
سؤال ۶	<	۰/۸۷۱	۵/۳۰۱	<۰/۰۰۱
سؤال ۷	<	۱/۱۲۱	۵/۵۱۱	<۰/۰۰۱

پرسش ها	ضریب رگرسیونی	ضریب رگرسیونی استاندارد	نسبت بحرانی	سطح معناداری
سؤال ۸ <	۱/۳۸۴	۰/۹۱۰	۱۱/۷۶	<۰/۰۰۱
سؤال ۹ <	۱/۱۸۸	۰/۷۷۲	۹/۹۰۱	<۰/۰۰۱
سؤال ۱۰ <	۱	۰/۷۲۲	-	-
سؤال ۱۱ <	۰/۹۹۲	۰/۷۳۴	۹/۳۹	<۰/۰۰۱
سؤال ۱۹ <-	۱/۰۹۰	۰/۹۱۰	۱۸/۳۵۶	<۰/۰۰۱
سؤال ۲۰ <	۱	۰/۷۲۹	-	-
سؤال ۲۱ <	۰/۵۹۳	۰/۴۹۸	۶/۹۹	<۰/۰۰۱
سؤال ۱۲ <	۰/۹۸۳	۰/۸۷۵	۱۷/۴۷۶	<۰/۰۰۱
سؤال ۱۳ <	۱/۰۴۴	۰/۸۹۲	۱۸/۳۴	<۰/۰۰۱
سؤال ۱۴ <	۱	۰/۹۱۲	-	-
سؤال ۱۵ <	۰/۱۴۴	۰/۲۳۷	۳/۴۰۲	<۰/۰۰۱
سؤال ۱۶ <	۱	۱/۴۵۶	-	-
سؤال ۱۷ <	۱/۲۱۶	۰/۸۱۴	۹/۵۷۱	<۰/۰۰۱
سؤال ۱۸ <	۱/۱۸	۰/۸۰۰	۹/۴۴۶	<۰/۰۰۱
سؤال ۲۳ <	۱	۰/۷۴۱	-	-
مواد اغلب در مقادیر بیشتر یا بیش از یک دوره طولانی مدنظر گرفته می‌شوند <-	۱	۰/۹۴۰	-	-
تلاش‌های ناموفق مکرر یا تمایل مداوم به ترک <	۰/۵۵۴	۰/۷۸۲	۷/۶۶۹	<۰/۰۰۱
زمان یا فعالیت زیاد برای دست‌یابی، استفاده و بازیابی <-	۰/۳۶۰	۰/۵۲۳	۵/۰۲۹	<۰/۰۰۱
کنار گذاشتن یا کاهش فعالیت‌های مهم اجتماعی، کاری، تفریحی <-	۰/۷۳۹	۰/۹۸۶	۱۱/۳۷۸	<۰/۰۰۱
ادامه استفاده از مواد با وجود مسائل روان‌شناختی و فیزیکی <-	۱/۰۹	۰/۹۱۰	۱۸/۳۵۶	<۰/۰۰۱
تحمل <-	۰/۸۹۸	۱/۰۹۹	۱۳/۹۲	<۰/۰۰۱
ترک و حذف‌کردن <-	۱/۰۱۳	۰/۹۸۸	۱۷/۸۶	<۰/۰۰۱
شدت بالینی <-	۰/۷۱۹	۰/۴۴۹	۹/۹۷۱	<۰/۰۰۱
شاخص منفرد <-	۰/۵۴۱	۰/۷۳۷	۸/۲۶۷	<۰/۰۰۱

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

حاضر، $GFI=0/953$ و $AGFI=0/954$ است که نشان‌دهنده برازش مناسب مدل است و مدل تأیید می‌شود. شاخص RMSEA برای مدل‌هایی که برازندگی خوبی داشته باشد، کمتر از

از $0/05$ محاسبه شده است، برازش مناسب بوده است. هرچه شاخص‌های GFI و $AGFI$ به عدد یک نزدیک‌تر باشند، نیکویی برازش مدل با داده‌های مشاهده‌شده بیشتر است. در تحقیق



تصویر ۲. مدل تحلیل مسیر معادله ساختاری براساس ضرایب رگرسیونی استاندارد نشده

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

روایی افتراقی

به منظور بررسی روایی تفکیکی، بعد از تأیید پیش فرض‌های نرمال بودن و تساوی واریانس‌ها، نمرات خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل بین دو گروه وابسته به غذا و غیروابسته به غذا مقایسه شد. نتایج در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

همانطور که در جدول شماره ۵ مشخص است در همه متغیرهای

۰/۰۵ است و مقادیر بالاتر از آن تا ۰/۰۸ نشان‌دهنده خطای معقولی برای تقریب در جامعه است. مدل‌هایی که شاخص برازش آن‌ها ۰/۱ یا بیشتر باشد برازش ضعیفی دارند. بدین ترتیب مدل استفاده‌شده در این پژوهش با توجه به اینکه RMSEA آن برابر ۰/۰۲۱ است، خطای معقولی برای تقریب در جامعه دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون برازش مدل

شاخص	علامت اختصاری	معادله فارسی	دامنه قابل قبول	الگوی تدوین شده
شاخص معیار اطلاعات	AIC	شاخص تعیین برارنده الگوسازی	-	۲۱۷۲/۱۹
شاخص معیار اطلاعات	BIC	شاخص تعیین برارنده الگوسازی	-	۲۱۵۰/۳۳۵
تطبیقی	CFI	شاخص برازش تطبیقی	۰/۹۰-۱	۰/۹۶۵
تطبیقی	IFI	شاخص برازش افزایشی	۰/۹۰-۱	۰/۹۱۵
تطبیقی	NFI	شاخص برازش بتلر بنت	۰/۹۰-۱	۰/۹۸۲
مقتصد	RMSEA	ریشه میانگین مربعات خطالی برآورد	۰-۰/۰۸	۰/۰۲۱
	GFI	شاخص نیکویی برازش	۰/۹۵-۱	۰/۹۵۳
	AGFI	شاخص نیکویی برازش اصلاح شده	۰/۹۵-۱	۰/۹۵۴
مطلق	χ^2	مقدار کای اسکوتر	وابسته به حجم نمونه	۳۳۲/۲۷۲
مطلق	Df	درجه آزادی	وابسته به حجم نمونه	۲۶۷
مطلق	χ^2/df	مقدار کای اسکوتر بر درجه آزادی	کمتر از ۳	۱/۶۱۹
	p-value	سطح معناداری	وابسته به حجم نمونه	۰/۱۵۷

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در متغیر وابستگی به غذا

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مواد اغلب در مقادیر بیشتر یا بیش از یک دوره طولانی مدنظر گرفته می‌شوند	۲۱۱/۹۴	۱	۲۱۱/۹۴	۲۷۵/۴۹۳	۰/۰۰۰
تلاش‌های ناموفق مکرر یا تمایل مداوم به ترک	۱۴۷/۴۰	۱	۱۴۷/۴۰	۲۵۵/۵۸۱	۰/۰۰۰
زمان یا فعالیت زیاد برای دستیابی، استفاده و بازیابی	۲۱/۲۵	۱	۲۱/۲۵	۱۶/۱۹۸	۰/۰۰۰
کنار گذاشتن یا کاهش فعالیت‌های مهم اجتماعی، کاری و تفریحی	۱۶۷/۲۲	۱	۱۶۷/۲۲	۲۱۵/۷۱۲	۰/۰۰۰
ادامه استفاده از مواد با وجود مسائل روان‌شناختی و فیزیکی	۳۰۷/۰۶	۱	۳۰۷/۰۶	۲۸۳/۱۸۸	۰/۰۰۰
تحمل	۱۵۸/۴۶	۱	۱۵۸/۴۶	۲۷۵/۷۳۲	۰/۰۰۰
ترک یا حذف کردن	۲۹۵/۱۴	۱	۲۹۵/۱۴	۴۹۵/۷۹۵	۰/۰۰۰
شدت بالینی	۴۸/۲۷	۱	۴۸/۲۷	۴۰/۲۱۵	۰/۰۰۰
شاخص منفرد	۱۴۵/۶۵	۱	۱۴۵/۶۵	۱۶۵/۸۲	۰/۰۰۰
نمره کل	۱۴۶/۰۵۸	۱	۱۴۶/۰۵۸	۵۶۹/۶۲	۰/۰۰۰

خرده‌مقیاس

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

به اینکه سطح معناداری به دست آمده در آزمون برابر با ۰/۰۰۰ و کمتر از سطح معنی‌داری ۰/۰۵ است، فرض صفر برای رابطه بین زیرمقیاس‌های وابستگی به غذا رد می‌شود؛ بنابراین می‌توان ادعا کرد بین هر دو زیرمقیاس‌های وابستگی به غذا رابطه معنی‌داری وجود دارد. با توجه به مثبت بودن ضریب همبستگی به دست آمده این رابطه از نوع مستقیم است.

وابستگی به غذا در گروه، سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ به دست آمده که معنی‌دار است. این یافته حاکی از آن است که بین افراد دو گروه از لحاظ تمام زیرمقیاس‌های وابستگی به غذا تفاوت معناداری وجود دارد و روایی تفکیکی پرسش‌نامه مورد تأیید است.

روایی درونی

به منظور بررسی روایی درونی پرسش‌نامه، روابط خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر بررسی شد و نتایج در جدول شماره ۶ ارائه شده‌اند. نظر

جدول ۶. بررسی رابطه بین ابعاد وابستگی به غذا

نمره کل	I	H	G	F	E	D	C	B	A
									۱
A									
B								۱	۰/۵۱۵*
C							۱	۰/۳۷۱*	۰/۴۲۱*
D						۱	۰/۴۱۳*	۰/۵۸۳*	۰/۸۱۸*
E					۱	۰/۷۸۶*	۰/۴۰۶*	۰/۶۲۶*	۰/۷۹۷*
F				۱	۰/۷۱۳*	۰/۷۷۷*	۰/۲۶۸*	۰/۶۳۸*	۰/۶۴۶*
G			۱	۰/۷۸۸*	۰/۱۸۵۹*	۰/۱۸۵۰*	۰/۳۷۱*	۰/۶۶۳*	۰/۱۶۴۳*
H		۱	۰/۳۹۱*	۰/۴۸۷*	۰/۳۶۴*	۰/۵۱۸*	۰/۵۰۲*	۰/۵۹۳*	۰/۳۷۹*
I	۱	۰/۴۰۶*	۰/۵۸۳*	۰/۵۹۲*	۰/۶۳۰*	۰/۶۰۱*	۰/۳۶۰*	۰/۸۰۳*	۰/۴۹۰*
نمره کل	۱	۰/۷۷۵*	۰/۶۲۷*	۰/۹۰۳*	۰/۸۱۹*	۰/۸۶۰*	۰/۹۰۰*	۰/۵۶۷*	۰/۸۳۹*

** معناداری در سطح ۰/۰۵*

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۷. اعتبار درونی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه

سؤالات پرسش‌نامه	خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه	آلفای کرونباخ	ضریب تنصیف گاتمن
سؤال ۱ و ۲ و ۳	خرده‌مقیاس A: مواد اغلب در مقادیر بیشتر یا بیش از یک دوره طولانی مد نظر گرفته می‌شوند	۰/۸۹	۰/۸۱
سؤال ۴ و ۲۲ و ۲۴ و ۲۵	خرده‌مقیاس B: تلاش‌های ناموفق مکرر یا تمایل مداوم به ترک	۰/۹۰	۰/۷۸
سؤال ۵ و ۶ و ۷	خرده‌مقیاس C: زمان یا فعالیت زیاد برای دستیابی، استفاده و بازیابی	۰/۸۰	۰/۶۷
سؤال ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱	خرده‌مقیاس D: کنار گذاشتن یا کاهش فعالیت‌های مهم اجتماعی، کاری و تفریحی	۰/۷۵	۰/۸۰
سؤال ۱۹	خرده‌مقیاس E: ادامه استفاده از مواد با وجود مسائل روان‌شناختی و فیزیکی	—	—
سؤال ۲۰ و ۲۱	خرده‌مقیاس F: تحمل	۰/۷۱	۰/۶۲
سؤال ۱۲ و ۱۳ و ۱۴	خرده‌مقیاس G: ترک و حذف کردن	۰/۶۳	۰/۷۷
سؤال ۱۵ و ۱۶	خرده‌مقیاس H: شدت بالینی	۰/۷۸	۰/۷۱
سؤال ۱۷ و ۱۸ و ۲۳	خرده‌مقیاس منفرد I:	۰/۷۲	۰/۷۰
نمره کل پرسش‌نامه وابستگی به غذا		۰/۸۷	۰/۹۰

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

اعتبار درونی

اعتبار درونی پرسش‌نامه با شاخص آلفای کرونباخ بررسی شده و همچنین نتایج ضریب تنصیف هر یک از خرده‌مقیاس‌ها در جدول شماره ۷ ارائه شده‌اند.

با توجه به نمره آلفای کرونباخ به دست آمده از خرده‌مقیاس‌ها در جدول شماره ۷، نتایج نشان داد که سؤالات هماهنگ، متغیر مورد نظر را بررسی می‌کنند (به غیر از خرده‌مقیاس G) و همچنین با توجه به نمره کل آلفای کرونباخ پرسش‌نامه وابستگی به غذا ($\alpha=0/86$)، به اعتبار درونی کل پرسش‌نامه می‌توان اطمینان کرد. در نتایج ضرایب تنصیف دامنه مقادیر به دست آمده بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ بود که نسبتاً مطلوب هستند.

بحث

نتایج پژوهش حاضر در حیطه نتایج حاصل از بررسی اعتبار و روایی مقیاس اعتیاد در جامعه ایرانی قابل بررسی و روایی این مقیاس به روش تحلیل عاملی اکتشافی روی تک‌تک گویه‌ها بار عاملی مناسبی داشته است و با توجه به مقادیر و $RMSEA$ ، $AGFI$ ، GFI ، NFI ، CFI ، که به ترتیب برابر با ۰/۹۶۵، ۰/۹۱۵، ۰/۹۸۲، ۰/۹۵۲ و ۰/۹۵۴ بود، ساختار عاملی مقیاس اعتیاد به غذا برازش مناسبی داشت که بیانگر همسویی گویه‌های

این مقیاس با سازه اعتیاد به غذاست. در بررسی روایی به روش همبستگی گویه‌ها با نمره کل، همبستگی همه گویه‌ها با نمره کل این مقیاس معنادار بود که نشان‌دهنده قدرت تشخیص گویه‌های این مقیاس است. با توجه به نتایج به دست آمده در سطح گروه برای متغیرهای وابستگی غذا، سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵، حاکی از آن است که بین افراد دو گروه از لحاظ تمام زیرمقیاس‌های وابستگی به غذا تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین به دست آمده تمام زیرمقیاس‌های وابستگی به غذا و نمره کل افراد بیمار به صورت معنادار، کمتر از افراد سالم بود.

در وابستگی به غذا و مؤلفه‌های آن، نظر افراد نمونه کمتر از حد متوسط (کمتر از ۳) است. همچنین نتایج تصویر شماره ۱ نشان می‌دهد تمامی زیرمقیاس‌ها، بار عاملی قابل قبولی دارند. با توجه به اینکه تمام بارهای عاملی بیش از ۰/۵۰ است، می‌توان نتیجه گرفت سؤالات در نظر گرفته شده هر زیرمقیاس به خوبی متغیر مورد نظر را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره کل ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه وابستگی به غذا برابر ۰/۸۷ به دست آمد. این نتایج بیانگر اعتبار رضایت‌بخش مقیاس‌های این پرسش‌نامه است. نتایج پژوهش با تحقیق قبلی گرهارد و وایت که نشان‌دهنده ارتباط قوی بین اعتیاد به غذا و اختلالات خوردن بود مطابقت دارد [۳۵، ۳۷].

نتیجه‌گیری

محدودیت این مطالعه تعداد شرکت‌کننده و محدودیت زمانی و محدودیت مالی و عدم همکاری برخی از شرکت‌کنندگان در فرایند پژوهش بود. این مطالعه با نمونه‌های جوان زن که دارای وزن غیر نرمال بودند محدود شده است که ممکن است تعمیم یافته‌های تحقیق را به جمعیت وسیع و سایر گروه‌های جمعیتی محدود کند؛ از این رو نتایج این مطالعه باید با احتیاط تفسیر شود. بنابراین، یافته‌های این مطالعه مستلزم تکرار در یک نمونه بزرگ‌تر است، خصوصاً این که در روش تحلیل عاملی به حجم نمونه نسبتاً بالایی نیاز است. مطالعات آینده این پرسش‌نامه باید روابط احتمالی بین دیگر عادت رفتاری خوراکی را در طول زمان بررسی کنند.

واضح است همان‌طور که اختلالات خوردن یک مسئله اساسی در اروپا و آمریکا، حداقل در بین دختران نوجوان است، در کشور ایران اعتیاد به غذا باعث مشکلات عدیده جسمی از قبیل ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت نوع ۲ و سرطان در افراد و نیز رشد نرخ مرگ‌ومیر و هزینه‌های درمان در جامعه شده است. با توجه به آثار نامطلوب اختلال پرخوری و ضرورت پیشگیری از عوارض آن، استفاده از داده‌های حاصل از این پژوهش، به دلیل عدم سوگیری در سنجش‌های مکرر آسیب‌شناسی خوردن و حجم نمونه بالای جامعه، نسبت به مصاحبه‌های روان‌پزشکی ارزان و سریع‌تر خواهد بود.

این پرسش‌نامه برای اولین بار است که در ایران اعتباریابی شده است و نمونه داخلی ندارد. بنابراین هدف عمده این پژوهش ترجمه و هنجاریابی مقیاس تشخیص اعتیاد به غذا برای استفاده پژوهشگران و متخصصان بالینی جهت اهداف پژوهشی یا تشخیصی در جامعه ایرانی است.

ملاحظات اخلاقی

همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

مشارکت‌نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند.

مطابق با نسخه‌های اصلی انگلیسی یا زبان‌های دیگر، همه ۲۵ آیت‌های اصلی، با نمره کل آن‌ها همبستگی دارند. تحلیل عامل آزمایشی با ساختار، عامل منفرد قابل قبولی را برای آن‌ها پیشنهاد داد و ثبات داخلی آن‌ها نیز خوب بود. برخلاف نتایج پژوهش‌های خارج کشور که آیت‌های ۲۲ (من می‌خواهم خوردن نوع مشخصی از غذا را کاهش دهم یا قطع کنم) و آیت‌های ۲۵ (در سال گذشته چندبار برای کاهش یا قطع خوردن غذاها تلاش کردی؟) همبستگی پایین با نمره کل و بار عامل پایینی دارند [۳۴]. همه آیت‌های پژوهش ما همبستگی بالایی با نمره کل داشتند.

مطالعات قبلی در مورد پایین بودن بار عامل و همبستگی آیت‌های کلی برای این معیار بحث کرده‌اند و پیشنهاد شد که این آیت‌ها تفاوت روشی بین شرکت‌کنندگان با اعتیاد و بدون اعتیاد به غذا انعکاس می‌دهند [۳۶]. این مطلب احتمالاً مدرکی را که تمایل مداوم برای کنترل رژیم، یک پدیده شایع برای برخی دختران نوجوان است، منعکس می‌کند. ولی نتایج تحقیق انجام‌گرفته حاکی از آن است که نمره کل ۲۵ آیت‌های پرسش‌نامه در زنان و مردان دارای اعتیاد به غذا، همبستگی و بار عاملی بالایی با نمره کل دارد.

همان‌طور که در تحقیقات قبلی یافته شده بود، بررسی‌های روی معیار تشخیصی دوباره این را تأیید کرد که YFAS ارتباط ساختاری خوب و قابلیت اطمینان کافی را دارد [۳۷]. علاوه بر این، بررسی‌های آزمون مجدد قابلیت اطمینان YFAS نشان می‌دهد که تعداد علائم و نسخه‌های تشخیصی در بازه زمانی ۲۰-۲۶ روز پایدار هستند و همان‌طور که انتظار داشتیم همبستگی‌های متوسط تا شدید بین YFAS و اندازه‌های اختلالات خورد (تعداد علائم و نسخه‌های تشخیصی) پیدا شده است که نشان می‌دهد YFAS دارای روایی همگرایی بالایی است. این نتیجه با تحقیق قبلی (گرهارد و همکاران، ۲۰۱۱، ۲۰۱۲) که نشان‌دهنده ارتباط قوی بین اعتیاد به غذا و اختلالات خوردن بود مطابقت دارد [۳۷]. به نظر می‌رسد در تحقیقات بعدی باید از سؤالات ساختاری بیشتر (مثلاً وضعیت رژیم غذایی) برای ارزیابی تغییرات در رژیم غذایی و شیوه‌های رفتاری زندگی در طول زمان استفاده شود.

ممکن است تغییرات یک شرکت‌کننده در این مطالعه ناشی از عوامل دیگر مانند تغییر در تأثیرات محیطی از جمله در دسترس بودن و قرار گرفتن در معرض انواع خاصی از مواد غذایی باشد که به طور بالقوه می‌تواند دسترسی به بخشی از خوردن اعتیادآور را تسهیل کند [۴۲، ۱۵]. در حالی که جنس زن و افزایش سن با رفتارهای تغذیه‌ای اعتیادآور همراه است [۴۳]؛ اضافه کردن این متغیرها در نمونه‌ها بر تغییر نمرات در طول زمان تأثیر نمی‌گذارد. این ممکن است با بیان بیش از حد زنان در این نمونه توضیح داده شود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی نداشته است.

تشکر و قدردانی

از کادر درمانی مرکز پزشکی نوین و تمامی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش که در فرایند نمونه‌گیری و تکمیل پرسش‌نامه‌ها ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

- [1] Lung National Heart, National Institutes of Health. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: The evidence report. New York: International Medical Publishing; 1998.
- [2] World Health Organization. UNICEF-WHO-The World Bank: Joint child malnutrition estimates organization. Obesity and overweight. Fact sheet N 311. Geneva: World Health Organization.
- [3] Albuquerque D, Nóbrega C, Manco L, Padez C. The contribution of genetics and environment to obesity. *British Medical Bulletin*. 2017; 123(1):159-73. [DOI:10.1093/bmb/ldx022] [PMID]
- [4] Friedman HS. *Encyclopedia of mental health*. Cambridge: Academic Press; 2015.
- [5] Bojanowska E, Ciosek J. Can we selectively reduce appetite for energy-dense foods? An overview of pharmacological strategies for modification of food preference behavior. *Current Neuropharmacology*. 2016; 14(2):118-42. [DOI:10.2174/1570159X14666151109103147] [PMID] [PMCID]
- [6] Dibaise JK, Foxx-Orenstein AE. Role of the gastroenterologist in managing obesity. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. 2013; 7(5):439-51. [DOI:10.1586/17474124.2013.811061] [PMID]
- [7] World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic [Internet]. 2000 [Updated 2004]. Available from: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
- [8] Siew LC, Huang C, Fleming J. Gastric adenocarcinoma mistakenly diagnosed as an eating disorder: Case report. *International Journal of Eating Disorders*. 2010; 43(3):286-8. [DOI:10.1002/eat.20678] [PMID]
- [9] Wamberg L, Pedersen SB, Rejnmark L, Richelsen B. Causes of vitamin D deficiency and effect of vitamin D supplementation on metabolic complications in obesity: A review. *Current Obesity Reports*. 2015; 4(4):429-40. [DOI:10.1007/s13679-015-0176-5] [PMID]
- [10] Gerlach G, Herpertz S, Loeber S. Personality traits and obesity: A systematic review. *Obesity Reviews*. 2015; 16(1):32-63. [DOI:10.1111/obr.12235] [PMID]
- [11] Jokela M, Hintsanen M, Hakulinen C, Batty GD, Nabi H, Singh-Manoux A, et al. Association of personality with the development and persistence of obesity: a meta-analysis based on individual-participant data. *Obesity Reviews*. 2013; 14(4):315-23. [DOI:10.1111/obr.12007] [PMID] [PMCID]
- [12] Meule A, Gearhardt AN. Five years of the Yale Food Addiction Scale: Taking stock and moving forward. *Current Addiction Reports*. 2014; 1(3):193-205. [DOI:10.1007/s40429-014-0021-z]
- [13] Volkow ND, Wang GJ, Tomasi D, Baler RD. Obesity and addiction: Neurobiological overlaps. *Obesity Reviews*. 2013; 14(1):2-18. [DOI:10.1111/j.1467-789X.2012.01031.x] [PMID] [PMCID]
- [14] Avena NM, Rada P, Hoebel BG. Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2008; 32(1):20-39. [DOI:10.1016/j.neubiorev.2007.04.019] [PMID] [PMCID]
- [15] Schulte EM, Avena NM, Gearhardt AN. Which foods may be addictive? The roles of processing, fat content, and glycemic load. *PLOS ONE*. 2015; 10(2):e0117959. [DOI:10.1371/journal.pone.0117959] [PMID] [PMCID]
- [16] Blumenthal DM, Gold MS. Neurobiology of food addiction. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*. 2010; 13(4):359-65. [DOI:10.1097/MCO.0b013e32833ad4d4] [PMID]
- [17] Avena NM, Bocarsly ME, Hoebel BG, Wandler K, Gold MS, editors. Brain mechanisms driving binge eating and food addiction: Translational implications for studies of disordered eating, abstracts poster abstracts from the AAAP 22nd annual meeting and symposium. *The American Journal on Addictions*. 2012; 21(4):390. [DOI:10.1111/j.1521-0391.2012.00241.x]
- [18] Iozzo P, Guiducci L, Guzzardi MA, Pagotto U. Brain PET imaging in obesity and food addiction: Current evidence and hypothesis. *Obesity Facts*. 2012; 5(2):155-64. [DOI:10.1159/000338328] [PMID]
- [19] Pelchat ML. Food addiction in humans. *The Journal of Nutrition*. 2009; 139(3):620-2. [DOI:10.3945/jn.108.097816] [PMID]
- [20] Stoeckel LE, Weller RE, Cook III EW, Twieg DB, Knowlton RC, Cox JE. Widespread reward-system activation in obese women in response to pictures of high-calorie foods. *Neuroimage*. 2008; 41(2):636-47. [DOI:10.1016/j.neuroimage.2008.02.031] [PMID]
- [21] Johnson PM, Kenny PJ. Dopamine D2 receptors in addiction-like reward dysfunction and compulsive eating in obese rats. *Nature Neuroscience*. 2010; 13(5):635-41. [DOI:10.1038/nn.2519] [PMID] [PMCID]
- [22] Drewnowski A, Bellisle F. Liquid calories, sugar, and body weight. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2007; 85(3):651-61. [DOI:10.1093/ajcn/85.3.651] [PMID]
- [23] Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Food addiction: An examination of the diagnostic criteria for dependence. *Journal of Addiction Medicine*. 2009; 3(1):1-7. [DOI:10.1097/ADM.0b013e318193c993] [PMID]
- [24] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1980. <https://books.google.com/books?id=jrdrAAAAMAAJ&q>
- [25] Cassin SE, von Ranson KM. Is binge eating experienced as an addiction? *Appetite*. 2007; 49(3):687-90. [DOI:10.1016/j.appet.2007.06.012] [PMID]
- [26] Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*. 2009; 52(2):430-6. [DOI:10.1016/j.appet.2008.12.003] [PMID]
- [27] Corwin RL, Grigson PS. Symposium overview-food addiction: Fact or fiction? *The Journal of Nutrition*. 2009; 139(3):617-9. [DOI:10.3945/jn.108.097691] [PMID] [PMCID]
- [28] Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2010; 36(5):233-41. [DOI:10.3109/00952990.2010.491884] [PMID] [PMCID]
- [29] Tonioni F, Mazza M, Autullo G, Cappelluti R, Catalano V, Marano G, et al. Is Internet addiction a psychopathological condition distinct from pathological gambling? *Addictive Behaviors*. 2014; 39(6):1052-6. [DOI:10.1016/j.addbeh.2014.02.016] [PMID]

- [30] Pursey KM, Stanwell P, Gearhardt AN, Collins CE, Burrows TL. The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: A systematic review. *Nutrients*. 2014; 6(10):4552-90. [DOI:10.3390/nu6104552] [PMID] [PMCID]
- [31] Flint AJ, Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD, Field AE, Rimm EB. Food-addiction scale measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2014; 99(3):578-86. [DOI:10.3945/ajcn.113.068965] [PMID] [PMCID]
- [32] Gearhardt AN, Roberto CA, Seamans MJ, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale for children. *Eating Behaviors*. 2013; 14(4):508-12. [DOI:10.1016/j.eatbeh.2013.07.002] [PMID] [PMCID]
- [33] Pepino MY, Stein RI, Eagon JC, Klein S. Bariatric surgery-induced weight loss causes remission of food addiction in extreme obesity. *Obesity*. 2014; 22(8):1792-8. [DOI:10.1002/oby.20797] [PMID] [PMCID]
- [34] Brunault P, Ballon N, Gaillard P, Réveillère C, Courtois R. Validation of the French version of the Yale Food Addiction Scale: An examination of its factor structure, reliability, and construct validity in a nonclinical sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2014; 59(5):276-84. [DOI:10.1177/070674371405900507] [PMID] [PMCID]
- [35] Gearhardt AN, White MA, Potenza MN. Binge eating disorder and food addiction. *Current Drug Abuse Reviews*. 2011; 4(3):201-7. [DOI:10.2174/1874473711104030201] [PMID]
- [36] Meule A, Vögele C, Kübler A. [German translation and validation of the Yale Food Addiction Scale (Deutsche übersetzung und validierung der Yale Food Addiction Scale) (German)]. *Diagnostica*. 2012; 58(3):115-26. [DOI:10.1026/0012-1924/a000047]
- [37] Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, Morgan PT, Crosby RD, Grilo CM. An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2012; 45(5):657-63. [DOI:10.1002/eat.20957] [PMID] [PMCID]
- [38] Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, Grilo CM. An examination of food addiction in a racially diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Comprehensive Psychiatry*. 2013; 54(5):500-5. [DOI:10.1016/j.comppsy.2012.12.009] [PMID] [PMCID]
- [39] Fichter MM. [Einführung. In: Magersucht und Bulimia. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie (German)]. Springer, Berlin, Heidelberg 1985; 37:1. [DOI:10.1007/978-3-642-87390-4_1] [PMID]
- [40] Chen H, Jackson T. Prevalence and sociodemographic correlates of eating disorder endorsements among adolescents and young adults from China. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*. 2008; 16(5):375-85. [DOI:10.1002/erv.837] [PMID]
- [41] Price M, Higgs S, Lee M. Self-reported eating traits: Underlying components of food responsivity and dietary restriction are positively related to BMI. *Appetite*. 2015; 95:203-10. [DOI:10.1016/j.appet.2015.07.006] [PMID]
- [42] Pursey KM, Collins CE, Stanwell P, Burrows TL. Foods and dietary profiles associated with 'food addiction' in young adults. *Addictive Behaviors Reports*. 2015; 2:41-8. [DOI:10.1016/j.abrep.2015.05.007] [PMID] [PMCID]
- [43] Pursey K, Burrows TL, Stanwell P, Collins CE. How accurate is web-based self-reported height, weight, and body mass index in young adults? *Journal of Medical Internet Research*. 2014; 16(1):e4. [DOI:10.2196/jmir.2909] [PMID] [PMCID]