مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران
سال هجدهم، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲، صفحات ۲۱-۱۱

خطر بروز اعتیاد به غذا و مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی در بیماران بزرگسال مبتلا به پرفشاری خون در جنوب غرب خوزستان

سحر گلابی[۱]، فاطمه مقصودی[۲]، محسن الهی نیا[۳،۴]، مهشید نقاش پور[۵]

۱- دکترای تخصصی فیزیولوژی پزشکی، استادیار دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

۲- کارشناس ارشد آمار حیاتی، مربی دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

۳- دانشجوی پزشکی، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

۴- کمیتهٔ تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

۵- نویسندهٔ مسئول: دکترای تخصصی تغذیه، استادیار دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران پست الکترونیکی: m.naghashpour@abadanums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۵/۷

چکیده

سابقه و هدف: مصرف برخی غذاها می‌تواند پتانسیل اعتیادآوری داشته باشند. پرفشاری خون و مصرف بیش از حد این غذاها با رفتارهای غذایی شبیه اعتیاد مرتبط است. مطالعه حاضر، شیوع اعتیاد به غذا و مؤلفه های آن در بزرگسالان مبتلا به پرفشاری خون و افراد غیرمبتلا را مورد بررسی قرار داد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه، ۹۶ فرد مبتلا و غیرمبتلا به پرفشاری خون (n=۴۸ در هر گروه) مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی آبادان در سال ۱۴۰۰ به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. وزن و قد مورد اندازه گیری قرار گرفت و نمایهٔ تودهٔ بدن محاسبه شد. اعتیاد به غذا و مؤلفه های آن با پرسشنامهٔ اعتیاد به غذای یِیل ۲ ارزیابی شد. از آمار توصیفی و آزمون تی مستقل برای تحلیل داده ها استفاده شد و مدل رگرسیون لجستیک برای تعیین خطر بروز اعتیاد به غذا و مؤلفه‌های آن به کار برده شد.

یافته‌ها: نمره اعتیاد به غذا و تمام مؤلفه های آن در افراد مبتلا به پرفشاری خون نسبت به گروه شاهد به طور معنی داری بالاتر بود ($p\leq ۰/۰۰۱$). افراد مبتلا به پرفشاری خون نسبت به غیرمبتلایان، ۶/۲ برابر خطر بیشتری برای بروز اعتیاد به غذا داشتند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که در افراد متبلا به پرفشاری خون نمرهٔ اعتیاد به غذا و مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی نسبت به غیرمبتلایان بیشتر است و خطر اعتیاد به غذا در افراد مبتلا به پرفشاری خون در مقایسه با غیر مبتلایان افزایش می‌یابد.

واژگان کلیدی: اعتیاد به غذا، پرفشاری خون، مؤلفه های وابستگی، پرسشنامه اعتیاد غذایی یِیل ۲، بزرگسالان

• مقدمه

بیماری‌های قلبی و عروقی شایع‌ترین علت مرگ زودرس در جوامع مختلف به‌شمار می‌روند و یکی از شایع‌ترین عوامل خطر قابل تعدیل این بیماری‌ها پرفشاری خون است (۱). این بیماریِ شایع، بدون علامت، به آسانی قابل ردیابی و معمولاً قابل درمان است. با این حال، در صورت عدم درمان اغلب به عوارض مرگبار در سیستم قلب و عروق و دیگر ارگان‌های بدن از جمله مغز، کلیه و غیره منتهی می‌شود (۲).

بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، پرفشاری خون به فشارخون سیستولیک بیشتر یا مساوی ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و یا فشارخون دیاستولیک بیشتر از ۹۰ میلی متر جیوه و یا مصرف داروهای کاهنده فشارخون اطلاق می‌شود (۳). پرفشاری خون می‌تواند باعث خستگی، حالت تهوع، استفراغ، سردرگمی، اضطراب، درد قفسه سینه و لرزش عضلات گردد. با این حال تنها راه تشخیص آن، اندازه گیری منظم فشار خون است (۲).

پرفشاری خون یکی از مهمترین مشکلات بهداشت عمومی در دنیا می‌باشد که حدود ۲۵ درصد از جمعیت بزرگسال جهان را تحت تأثیر قرار داده است و پیش بینی شده است که در سال ۲۰۳۰ به ۲۹ درصد افزایش یابد که معادل ۱/۵۶ میلیارد نفر

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.17357756.1402.18.3.2.3]

است. در مطالعات انجام گرفته در ایران شیوع پرفشاری خون ۴۰-۱۵ درصد گزارش شده است. در برنامه قلب سالم اصفهان (IHHP)، شیوع کلی این بیماری در بزرگسالان روستایی و شهری در اصفهان، نجف آباد و اراک ۱۸/۹ درصد بوده است (۴). علاوه براین، در مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۵ در استان آذربایجان شرقی، شیوع آن ۲۳ درصد گزارش شده بود (۵). همچنین، در مطالعه کوهورت گلستان نیز شیوع پرفشاری خون ۴۰ درصد گزارش شده است (۶).

پرفشاری خون با افزایش خطر بروز بیماری های قلبی و عروقی از قبیل آترواسکلروزیس، انفارکتوس میوکارد و سکته قلبی در ارتباط است. به‌طوری که که کاهش اندکی در سطح فشارخون، سبب کاهش خطر بیماری‌های قلبی عروقی، سکته مغزی و نارسایی کلیوی می‌شود (۷).

عوامل خطر پرفشاری خون شامل دو دسته عوامل خطر قابل اصلاح و غیرقابل اصلاح می‌باشد. عوامل خطر قابل اصلاح شامل رژیم‌های غذایی ناسالم (مصرف بیش از حد نمک، رژیم غذایی حاوی چربی‌های اشباع و ترانس و مصرف کم میوه و سبزیجات)، عدم تحرک جسمی، مصرف دخانیات و الکل و اضافه وزن یا چاقی است. عوامل خطر غیر قابل اصلاح شامل سابقه خانوادگی پرفشاری خون، سن بالای ۶۵ سال و بیماری‌هایی مانند دیابت یا بیماری کلیوی است (۸).

برای پیشگیری و کنترل فشارخون بر اصلاح سبک زندگی تأکید شده است. سبک زندگی در برگیرنده رفتارهایی مانند عادات غذایی، خواب و استراحت، فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن، استعمال دخانیات و الکل و غیره است (۲).

اعتیاد ناشی از اختلالات عملکرد مغز است که بر انتخاب طبیعی افراد تأثیر می‌گذارد. اعتیاد صرفاً مصرف مواد مخدر ناشی از فقدان گزینه‌های انتخابی نیست (۹). علاقهٔ علمی به اصطلاح اعتیاد به غذا به دلیل شباهت های عصبی زیستی و رفتاری بین وابستگی به مواد و مصرف بیش از حد غذا همچنان توسعه یافته است (۱۰). از نظر تعریف، اصطلاح اعتیاد به غذا به واکنش‌های اعتیادآور نسبت به غذا اطلاق می‌شود که افراد ممکن است مشابه آنچه در سوء مصرف کلاسیک مواد دیده می‌شود، آن را تجربه کنند (۱۱). رفتارهای اعتیاد به غذا از نگرانی‌های قابل توجه بهداشت عمومی هستند. ماهیت تکراری و طبیعت تکانشی و اجباری رفتارهای خوردن شبیه به این رفتارها در مصرف مواد است (۱۲).

نشانه‌های متعددی برای اعتیاد به غذا وجود دارد. یکی از این نشانه‌ها "تحمل (Tolerance) " است. "تحمل" نسبت به یک ماده هنگامی اتفاق می‌افتد که همان مقدار ماده با استفاده مکرر تأثیر فزاینده‌ای داشته باشد. این اثر معمولاً منجر به افزایش مصرف می‌شود زیرا فرد برای ایجاد تجربه اولیه، دوز خود را افزایش می‌دهد. "ترک (Withdrawal)" دومین معیار فیزیولوژیک برای سوء مصرف مواد است و با حضور علائم جسمی یا روانی در پاسخ به محرومیت از مواد یا استفاده از آن ماده برای رفع این علائم تعریف می‌شود. شواهد "ترک" نیز در مدل‌های حیوانی اعتیاد به قند (Sugar addiction) یافت شده است (۱۳). علائم ترک (مانند اضطراب، استرس یا سایر علائم جسمی) در ۵۰٪ از افراد مبتلا به چاقی و اختلال خوردن زیاد (Binge eating disorder, BED) گزارش شده است (۱۴).

در یک مطالعه کوهورت آینده‌نگر در ایالات متحده، اعتیاد به غذا رابطه معنی‌داری با پرفشاری خون، هیپرلیپیدمی، دیابت و چاقی داشته است (۱۵). در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ نیز ارتباط مثبتی بین نمره اعتیاد به غذا و شاخص توده بدن گزارش شده است (۱۶). همچنین، در مطالعه ای روی دانشجویان دختر دانشگاه شیراز، نقش فرایندهای اعتیادآور در رفتارهای تغذیه‌ای مشکل‌ساز و اضافه وزن نشان داده شده است (۱۷).

با وجود اینکه اعتیاد به غذا ارتباط نزدیکی با چاقی دارد (۱۸) که خود یک عامل خطر ثابت شده برای بروز پرفشاری خون به حساب می‌آید (۱۹)، ارتباط بین اعتیاد به غذا و پرفشاری خون در سطح جمعیت عمومی هنوز مشخص نشده است. افزون بر این، اعتیاد به غذا (۲۰) و همچنین پرفشاری خون (۲۱) هر دو به عنوان بیماری های شایع همراه با اختلالات روانی شناخته می‌شوند. با این حال، در متون، مطالعاتی که ارتباط بین اعتیاد به غذا و خطر بروز پرفشاری خون را بررسی کنند، وجود ندارد. بنابراین، در این مطالعه بر آن شدیم تا بررسی کنیم که آیا اعتیاد به غذا با افزایش خطر با بیماری پرفشاری خون در جمعیت بزرگسالان مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی شهرستان آبادان مرتبط است یا خیر.

• مواد و روش‌ها

نوع مطالعه، روش اجرای طرح و نحوهٔ نمونه‌گیری

این مطالعه مقطعی- تحلیلی روی بیماران مبتلا به پرفشاری خون و افراد غیرمبتلا با محدوده سنی ۱۹ سال و بالاتر مراجعه کننده به کلینیک های داخلی سرپایی مرکز آموزشی درمانی طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان در سال ۱۴۰۰ که معیارهای ورود به مطالعه را تأمین می‌کردند، انجام شد. از بین مراجعین، ۹۶ نفر به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. بدین نحو که مراجعه کنندگان سرپایی که برای معاینات دوره ای به کلینیک های داخلی مراجعه کرده بودند، براساس معیارهای ورود به مطالعه تا رسیدن به حجم نمونه مورد نیاز به صورت تصادفی ساده به

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.17357756.1402.18.3.2.3]

هر یک از گروه های بیمار و یا شاهد وارد شدند. در نهایت برای هر طبقه ۴۸ نفر انتخاب شده و پس از ارائهٔ توضیحات لازم، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی در اختیار ایشان قرار می‌گرفت و اندازه گیری های تن سنجی انجام می‌شد.

جامعه مورد مطالعه

جامعهٔ آماری پژوهش کلیه مبتلایان به پرفشاری خون و افراد غیرمبتلا با محدوده سنی ۱۹ سال و بالاتر در سال ۱۴۰۰ بود.

معیار های ورود و خروج از مطالعه

معیار ورود به مطالعهٔ گروه بیمار: تمایل به شرکت در پژوهش، محدوده سنی ۱۹ سال و بالاتر، براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی فشارخون بیشتر یا مساوی ۱۴۰ میلی متر جیوه در سیستول و یا ۹۰ میلی متر جیوه در دیاستول و یا مصرف داروهای کاهنده فشارخون و عدم ابتلا به بیماری های مزمن دیگر به جز پرفشاری خون معیار خروج از مطالعهٔ گروه بیمار: عدم تمایل به شرکت در مطالعه، سن کمتر از ۱۹ سال، ابتلا به بیماری های مزمن دیگر به جز پرفشاری خون.

معیار ورود به مطالعهٔ گروه شاهد: تمایل به شرکت در پژوهش، محدوده سن ۱۹ سال و بالاتر، براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی فشارخون کمتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه در سیستول و ۹۰ میلی متر جیوه در دیاستول و عدم مصرف داروهای کاهنده فشارخون عدم ابتلا به بیماری های مزمن دیگر از جمله پرفشاری خون.

معیار خروج از مطالعهٔ گروه شاهد: عدم تمایل به شرکت در مطالعه، سن کمتر از ۲۰ سال، ابتلا به بیماری های مزمن دیگر از جمله پرفشاری خون (۳).

حجم نمونه و روش محاسبه آن

حجم نمونه مورد نظر در این مطالعه با استفاده از نرم افزار medcalc و فرمول:

$$n=\frac{\left[Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{(r+1)p(p-1)}+Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{rp_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)}\right]^2}{r(p_1-p_2)^2}$$

که در آن p_1 =0.0865، r=1 و p_2 = 0.0128 و سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد بود، برای هر گروه ۴۸ نفر به دست آمد.

$$1\text{-}\alpha = \%95 \rightarrow z_{1-\frac{\alpha}{2}} = z_{\%975} = 1/96$$

روش و ابزار جمع آوری داده ها

وزن بدن افراد بر حسب کیلوگرم و قد آنان بر حسب متر در وضعیت ایستاده بدون کفش و حداقل لباس با استفاده از ترازوی دیجیتال مجهز به قدسنج (Seca, Japan) اندازه گیری شد و از روش محاسبهٔ ریاضی با تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر نمایهٔ تودهٔ بدن (BMI ،Index Body Mass) محاسبه شد. فشار خون سیستول و دیاستول توسط یک دانشجوی پزشکی آموزش دیده با فشارسنج جیوه ای در حالتی که افراد در حالت نشسته قرار داشته، پس از حداقل ۵ دقیقه استراحت با کاف روی بازو اندازه گیری شد. اگر میانگین دو قرائت فشار خون سیستولی ≤۱۴۰ میلی‌متر جیوه یا فشار خون دیاستولی ≤۹۰ میلی‌متر جیوه بود، افراد در گروه بیمار قرار می‌گرفتند و در غیر این صورت به گروه شاهد وارد می‌شدند. برای شرکت‌کنندگانی که دور بازویشان ≤۳۲ سانتی‌متر بود، از کاف بزرگ‌تری استفاده می‌شد (۲۲). سن با پرسش شفاهی از شرکت کنندگان و جنس با درنظر گرفتن فنوتیپ آنان به دست آمد.

اعتیاد به غذا با یک ابزار استاندارد "تشخیصی" به نام مقیاس اعتیاد غذایی یِیل (Yale Food Addiction Scale, YFAS) تشخیص داده شد. این مقیاس تاکنون قابلیت اطمینان داخلی و همچنین روایی و همگرایی مناسبی در بزرگسالان نشان داده است (۲۴، ۲۳). ابزار پژوهش حاضر، نسخه دوم پرسشنامهٔ مقیاس اعتیاد غذایی یِیل ۲ (YFAS2) بود که روایی و پایایی آن در مطالعات پیشین به اثبات رسیده است (۲۶، ۲۵). YFAS2 یک پرسشنامهٔ ۲۵ آیتمی برای ارزیابی اعتیاد به غذا و بررسی شدت و فراوانی آن است که به ارزیابی مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی از جمله تحمل، بازگشت، از دست دادن کنترل، تمایل مقاوم یا تلاش ناموفق مکرر برای کاهش یا توقف مصرف، صرف زمان بیش از حد در فعالیت های لازم برای به دست آوردن، استفاده یا بهبودی، ترک یا کاهش فعالیت های های اجتماعی، شغلی و خلاقانه مهم و استفاده مداوم علیرغم پیامدهای منفی ناشی از خوردن می‌پردازد. در مطالعهٔ گذشته، ما این مقیاس را به زبان فارسی ترجمه کرده و از آن جهت تعیین شیوع اعتیاد به غذا در کودکان و نوجوانان ایرانی استفاده کردیم (۲۷). همچنین روایی و پایایی ویرایش فارسی YFAS به عنوان مقیاس سنجش اعتیاد به مواد غذایی در جامعهٔ ایرانی توسط مطالعات قبلی تأیید شده است (۲۸). در مطالعهٔ حاضر، هر یک از شرکت کنندگان یک پرسشنامه YFAS2 را در حضور یک دانشجوی پزشکی آموزش دیده تکمیل کردند. هر یک یا چند سؤال جهت بررسی یکی از مؤلفه های اعتیاد به غذا می‌باشند. پرسشنامهٔ YFAS2 اعتیاد به غذا و مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی را با مقیاس لیکرت اندازه گیری می‌کند (۱۴). در این پرسشنامه سؤالات دارای ۵ گزینه هستند که از گزینهٔ "هرگز" تا " ۴ یا بیشتر در هفته " متغیر می‌باشند. دامنهٔ نمره برای هر سؤال بین ۰ و ۱ است؛ به

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.17357756.1402.18.3.2.3]

عبارت دیگر اگر فرد گزینهٔ "هرگز" را انتخاب نماید نمرهٔ تخصیص داده شده به آن سؤال برای وی ۰ و اگر هر گزینهٔ دیگر به جز "هرگز" را انتخاب نموده باشد، نمرهٔ آن سؤال برای وی ۱ خواهد بود. پس از محاسبهٔ نمرهٔ هر سؤال، پرسش های مقیاس، زیر هر یک از معیارهای وابستگی به مواد (به عنوان مثال تحمل، ترک، اهمیت و توجه پذیری بالینی و...) دسته بندی می‌شوند. نمرهٔ کسب شده برای هر مؤلفه از مجموع نمرات به دست آمده از سؤالات تعیین می‌شود. به این معنی که در صورتی که نمره برای هریک از معیارها، از یک بیشتر باشد، مؤلفه برآورده شده و نمرهٔ ۱ به آن تعلق می‌گیرد و اگر نمرهٔ معیاری صفر شود، آن مؤلفه برآورده نشده محسوب شده و نمرهٔ صفر به آن تعلق می‌گیرد. در این مطالعه، وضعیت برآورده شدن و نشدن هر مؤلفه با این شیوه تعیین شد و با برآورده شدن حداقل دو معیار همراه با وجود ناراحتی بالینی قابل ملاحظه و افت عملکرد، برای فرد تشخیص اعتیاد به غذا داده می‌شد (۲۸).

جدول ۱ مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی، سؤالات مورد استفاده در محاسبهٔ نمرهٔ هر مؤلفه و دامنهٔ نمرهٔ تخصیص داده شده به هر مؤلفه را نشان می‌دهد.

در آنالیزی دیگر (جدول ۳)، برای مقایسه گروه های مطالعه از نظر نمرهٔ کمی به دست آمده برای اعتیاد به غذا و هر یک از مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی در پرسشنامهٔ YFAS2، میانگین نمرهٔ کسب شده برای هر مؤلفه از حاصل جمع نمرات به دست آمده از سؤالات مربوط به آن مؤلفه را تعیین کردیم؛ به این معنی که در صورتی که نمره برای هریک از مؤلفه ها، از یک بیشتر بود، همان نمرهٔ بالاتر از ۱ به عنوان نمرهٔ کسب شده از آن مؤلفه برای هر شرکت کننده در نظر گرفته شد. سپس میانگین کل نمرات کسب شده از هر مؤلفه برای همه شرکت کنندگان تعیین و بین دو گروه مطالعه مقایسه شد.

جدول ۱. سؤالات مورد استفاده و دامنهٔ امتیاز تخصیص داده شده در تعیین نمرهٔ مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی

مؤلفه وابستگی به مصرف مواد غذایی	سوالات مورد استفاده جهت تعیین نمرهٔ مؤلفه	دامنهٔ نمره برای هر مؤلفه
افزایش قابل توجه در مقدار غذای خورده، کاهش قابل توجه در اثرات ناشی از خوردن غذا (تحمل)	مجموع پاسخ به سؤالات ۲۰ و ۲۱	۰ تا ≤ ۱
ترک یا کاهش فعالیت های های اجتماعی، شغلی و خلاقانه مهم	مجموع پاسخ به سؤالات شمارهٔ ۸، ۹، ۱۰ و ۱۱	۰ تا ≤ ۱
از دست دادن کنترل (خوردن مواد غذایی به مقدار زیاد و برای مدت طولانی تر از آنچه قصد داشته است):	مجموع پاسخ به سؤالات شمارهٔ ۱، ۲ و ۳	۰ تا ≤ ۱
تمایل مقاوم یا تلاش ناموفق مکرر برای کاهش یا توقف مصرف	مجموع پاسخ به سؤالات شمارهٔ ۴، ۲۲، ۲۴ و ۲۵	۰ تا ≤ ۱
صرف زمان بیش از حد در فعالیت های لازم برای به دست آوردن غذا، استفاده یا بهبودی	مجموع پاسخ به سؤالات شمارهٔ ۵ ، ۶ و ۷	۰ تا ≤ ۱
علائم مشخصه کناره گیری (Withdrawal)؛ ماده ای که برای رفع کناره گیری مصرف می‌شود:	مجموع پاسخ به سؤالات شمارهٔ ۱۲، ۱۳ و ۱۴	۰ تا ≤ ۱
استفاده مداوم علیرغم آگاهی از پیامدهای منفی ناشی از خوردن	نمره کسب شده از سؤال شمارهٔ ۱۹	۰ تا ≤ ۱
ایجاد اختلال یا ناراحتی بالینی قابل توجه ناشی از مصرف مواد غذایی خاص	مجموع پاسخ به سؤالات شمارهٔ ۱۵ و ۱۶	۰ تا ≤ ۱
امتیاز نسخهٔ کمی مقیاس*	مجموع نمرات کل معیارها	۰ تا ۷
امتیاز نسخهٔ دوگانهٔ مقیاس†	تعداد علائم تشخیص داده شده در فرد ≤ ۳ و امتیاز ناراحتی بالینی قابل توجه مساوی ۱	۰ (فاقد تشخیص اعتیاد به غذا)، ۱ (تشخیص اعتیاد به غذا)

* امتیاز نسخهٔ کمی مقیاس یا Continuous version of the scale: شبیه شمارش علائم بدون تشخیص اعتیاد به غذا است و در آن همهٔ نمرات را برای هر یک از معیارها جمع می‌کنیم (مثلاً تحمل، کناره گیری، استفاده مداوم علیرغم پیامدهای منفی ناشی از خوردن).

† امتیاز نسخهٔ دوگانهٔ مقیاس (Dichotomous version of the scale): برای تشخیص اعتیاد به غذا استفاده می‌شود و برای تأمین آن لازم است امتیاز ناراحتی بالینی قابل توجه مساوی ۱ و تعداد علائم تشخیص داده شده در فرد ≤ ۳ باشد. این امتیاز به صورت صفر (فاقد تشخیص اعتیاد به غذا) یا ۱ (تشخیص اعتیاد به غذا) است.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.17357756.1402.18.3.2.3]

روش های آماری تجزیه و تحلیل نتایج

برای بررسی نرمال بودن داده ها از قضیهٔ حد مرکزی استفاده شد. از آمار توصیفی برای تعیین درصد فراوانی، میانگین و انحراف از معیار متغیرهای زمینه ای شامل وزن، قد و BMI استفاده شد. همچنین جهت مقایسهٔ میانگین نمرهٔ اعتیاد به غذا و مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی بین افراد مبتلا به پرفشار خون و افراد شاهد، از آزمون تی مستقل (independent sample t test) استفاده شد. علاوه براین، از مدل رگرسیون لجستیک تک متغیره و چندمتغیره به روش Enter برای تعیین میزان خطر بروز اعتیاد به غذا و مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی در گروه های مطالعه استفاده شد. جهت آنالیز کلیهٔ داده ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد و سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ درنظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

پس از کسب رضایت کتبی، اهداف مطالعه برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و از آن‌ها درخواست شد که به سوالات پرسشنامه ها پاسخ دهند. همچنین شرکت کنندگان اختیار و آزادی کامل داشتند که در هر مرحله از اجرای مطالعه، از همکاری انصراف دهند. علاوه براین، افرادی در مطالعه پذیرش شدند که خود علاقه و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند. به افراد شرکت کننده در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد. همچنین شرکت در مطالعه هیچ هزینه ای برای فرد نداشت. این پژوهش با کد IR.ABADANUMS.REC.1399.024 در کمیتهٔ اخلاق در پژوهش های زیستی معاونت آموزشی، تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی آبادان به تصویب رسید.

• یافته‌ها

خصوصیات پایهٔ جمعیت شناسی، تن سنجی و پایهٔ بالینی شرکت کنندگان

با توجه به قضیهٔ حد مرکزی و نیز با در نظر گرفتن میزان چولگی و کشیدگی، متغیرهای وزن بدن، نمایهٔ تودهٔ بدن (BMI) و فشار خون سیستول و دیاستول از توزیع نرمال برخوردار بودند. از این رو، از آزمون های پارامتریک برای آنالیز داده های مرتبط با متغیرهای مذکور استفاده شد. همان طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، اختلاف معنی داری بین گروه های مطالعه از نظر وزن بدن و BMI مشاهده نشد. فشار خون سیستول و دیاستول به طور معنی داری در گروه مبتلا به پرفشاری خون، بالاتر از افراد غیر مبتلا بود ($p \leq$ ۰/۰۰۱). علاوه براین، اختلاف معنی داری بین گروه های مطالعه از نظر گروه های سنی، جنس و سطح تحصیلات مشاهده نشد ($p>$ ۰/۰۵).

جدول ۲. مقایسهٔ شاخص های جمعیت شناسی، تن سنجی و پایهٔ بالینی بین مبتلایان به پرفشاری خون و افراد غیر مبتلا

شاخص ها	گروه	مبتلا به فشار خون	غیر مبتلا به فشار خون	*p*-value
جنس*	زن	۲۵ (۵۲/۱)	۲۷ (۵۶/۳)	
	مرد	۲۳ (۴۷/۹)	۲۱ (۴۳/۸)	۰/۴۱۹
سن (سال)*	۲۹-۱۹	۸ (۱۶/۷)	۸ (۱۶/۷)	
	۳۹-۲۹	۸ (۱۶/۷)	۱۷ (۳۵/۴)	
	۴۹-۳۹	۶ (۱۲/۵)	۷ (۱۴/۶)	۰/۱۲۷
	بیشتر از ۴۹	۲۶ (۵۴/۲)	۱۶ (۳۳/۳)	
سطح تحصیلات*	دیپلم و پایینتر	۲۵ (۵۲/۱)	۲۰ (۴۱/۷)	
	کاردانی	۶ (۱۲/۵)	۸ (۱۶/۷)	۰/۷۵۳
	کارشناسی	۱۱ (۲۲/۹)	۱۴ (۲۹/۲)	
	تحصیلات تکمیلی	۶ (۱۲/۵)	۶ (۱۲/۵)	
وزن (کیلوگرم)†		۷۷/۵۴ ± ۲۰/۳	۷۲/۴۴ ± ۱۴/۹	۰/۱۶۳
BMI (کیلوگرم بر مجذور قد)†		۲۸ ± ۱/۵	۲۲/۴ ± ۱/۶	۰/۱۳۳
فشار خون سیستول (mmHg)†		۱۵۷/۳ ± ۱۲/۵	۱۱۸/۲ ± ۸/۲	≥۰/۰۰۱
فشار خون دیاستول (mmHg)†		۸۵/۶ ± ۱۶/۲	۷۷/۲ ± ۵/۴	≥۰/۰۰۱

* نتایج آمار توصیفی برای داده های کیفی به صورت تعداد (درصد) بیان شده است. † نتایج آمار توصیفی برای داده های کمی به صورت انحراف از معیار ± میانگین بیان شده است.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.17357756.1402.18.3.2.3]

مقایسهٔ مبتلایان به پرفشاری خون و افراد غیرمبتلا از نظر مؤلفه های اعتیاد به غذا در بیماران مراجعه کننده بیمارستان طالقانی آبادان

با توجه به قضیهٔ حد مرکزی و نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون پارامتریک تی مستقل جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. نتایج نشان داد که اختلاف معنی داری بین گروه های مطالعه از نظر نمرهٔ اعتیاد به غذا وجود دارد به طوری که نمرهٔ اعتیاد به غذا به طور معنی داری در گروه مبتلا به پرفشاری خون بالاتر از افراد غیرمبتلا بود ($p\leq$۰/۰۰۱). همچنین، همهٔ مولفه‌های اعتیاد به غذا در افراد مبتلا به پرفشاری خون نسبت به افراد غیرمبتلا نمره بالاتری نشان دادند که با $p\leq$۰/۰۰۱ از نظر آماری معنی دار شد (جدول ۳).

خطر بروز اعتیاد به غذا و مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی در مبتلایان به پرفشاری خون و افراد غیرمبتلا

خطر بروز اعتیاد به غذا و مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی با استفاده از رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند متغیره بررسی شد و افرادی که مؤلفهٔ مربوطه را برآورده نکرده بودند به عنوان رفرنس در نظر گرفته شدند. همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد نتایج رگرسیون تک متغیره نشان داد که افراد مبتلا به پرفشاری خون نسبت به غیرمبتلایان خطر بروز مؤلفه های از دست دادن کنترل، تمایل مقاوم یا تلاش ناموفق مکرر برای کاهش یا توقف مصرف، صرف زمان بیش از حد در فعالیت های لازم برای به دست آوردن غذا، استفاده یا بهبودی، استفاده مداوم علیرغم آگاهی از پیامدهای منفی ناشی از خوردن، ایجاد اختلال یا ناراحتی بالینی قابل توجه ناشی از مصرف مواد غذایی خاص، امتیاز نسخه پیوستهٔ مقیاس و امتیاز نسخهٔ دوگانهٔ مقیاس بیشتری داشتند. با این حال، پس از کنترل مؤلفه های مذکور و فاکتورهای BMI و سن در مدل رگرسیون لجستیک چند متغیره، تنها دو متغیر امتیاز نسخه پیوستهٔ مقیاس و امتیاز نسخهٔ دوگانهٔ مقیاس که همان تشخیص اعتیاد به غذا می‌باشد، در مدل باقی ماندند. براساس آنالیز تک متغیره، خطر بروز پرفشاری خون در افرادی که مبتلا به نشانهٔ از دست دادن کنترل بودند، ۱۳ برابر بیشتر از افراد فاقد این نشانه بود (p =۰/۰۱۷). با این حال، این متغیر در مدل رگرسیون چند متغیره باقی نمایند. همچنین، افرادی که تمایل مقاوم یا تلاش ناموفق مکرر برای کاهش یا توقف مصرف مواد غذایی داشتند، ۹/۱ برابر بیش از افرادی که این نشانه را نداشتند در معرض خطر ابتلا به پرفشاری خون بودند (p = ۰/۰۴۹). با این حال، این متغیر در مدل رگرسیون لجستیک چند متغیره باقی نماند.

جدول ۳. مقایسه گروه های مطالعه از نظر نمرهٔ مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی در پرسشنامهٔ YFAS2 *

مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی	مبتلا به پرفشاری خون	غیرمبتلا به پرفشاری خون	*p*-value
نمرهٔ اعتیاد به غذا	۱۳۶/۳۱ ± ۵۸/۶۶	۱۳/۹۸ ± ۸۹/۵	≤۰/۰۰۱
تحمل	۷/۸۵ ± ۴/۹۵	۰/۵۲ ± ۰/۶۸	≤۰/۰۰۱
ترک	۲۳/۵۲ ± ۹/۴۲	۲/۶۳ ± ۲/۱۲	≤۰/۰۰۱
از دست دادن کنترل	۲۳/۷۱ ± ۸/۵۱	۳/۱۷ ± ۲/۲۴	≤۰/۰۰۱
تمایل یا تلاش مکرر شکست خورده برای کاهش یا توقف مصرف	۱۸/۷۹ ± ۷/۵۵	۲/۷۹ ± ۲/۸۳	≤۰/۰۰۱
صرف زمان بیش از حد در فعالیت های لازم برای به دست آوردن، استفاده یا بهبودی	۱۲/۶۵ ± ۵/۰۹	۰/۶۰ ± ۰/۷۹	≤۰/۰۰۱
ترک فعالیت های مهم دیگر	۱۷/۳۱ ± ۱۲/۲۰	۲/۰۸ ± ۱/۶۸	≤۰/۰۰۱
استفاده مداوم با وجود مشکلات فیزیکی یا روانی در رفتار خوردن	۲۵/۴۲ ± ۱۲/۹۸	۱/۸۵ ± ۱/۶۷	≤۰/۰۰۱
اختلالات بالینی قابل توجه	۷/۰۶ ± ۴/۱۲	۰/۳۳ ± ۰/۵۹	≤۰/۰۰۱

*از آزمون آماری تی مستقل استفاده شد.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.17357756.1402.18.3.2.3]

جدول ۴. ارتباط اعتیاد به غذا و مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی با خطر ابتلا به پرفشاری خون پس از کنترل عوامل مخدوش کنندهٔ بالقوه*

مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی		رگرسیون تک متغیره			رگرسیون چند متغیره		
		OR	CI	P-value	OR	CI	P-value
تحمل	برآورده نشده (رفرنس)	–	–	–	–	–	–
	برآورده شده	۲	۰/۸۳ -۴/۸۳	۰/۱۲۳	۰/۲	۰/۰۲ -۱/۹۶	۰/۱۶۹
ترک یا کاهش فعالیت های های اجتماعی، شغلی و خلاقانه مهم	برآورده نشده (رفرنس)	–	–	–	–	–	–
	برآورده شده	۲/۱	۰/۵۹ – ۷/۴	۰/۲۵۴			
از دست دادن کنترل	برآورده نشده (رفرنس)	–	–	–	–	–	–
	برآورده شده	۱۳	۱/۶ -۱۱۱/۱	**۰/۰۱۷**	۰/۵۹	۰/۰۳ – ۱۰/۱	۰/۷۱۳
تمایل مقاوم یا تلاش ناموفق مکرر برای کاهش یا توقف مصرف	برآورده نشده	–	–	–	–	–	–
	برآورده شده (رفرنس)	۹/۱	۱/۰۱ -۸۳/۳	**۰/۰۴۹**	۱/۳۷	۰/۰۶ -۳۱/۲۵	۰/۸۴۳
صرف زمان بیش از حد برای فعالیت های لازم در به دست آوردن غذا، استفاده یا بهبودی	برآورده نشده (رفرنس)	–	–	–	–	–	–
	برآورده شده	۷/۸	۲/۸۳ -۲۱/۷۴	**≤۰/۰۰۱**	۴/۱	۰/۰۶۸ – ۹/۴۳	۰/۸۶۲
علائم مشخصه کناره گیری	برآورده نشده (رفرنس)	–	–	–			
	برآورده شده	۰/۳	۰/۰۰۰ -۰/۰۰۰	۰/۹۹۹			
استفاده مداوم علیرغم آگاهی از پیامدهای منفی ناشی از خوردن	برآورده نشده (رفرنس)	–	–	–	–	–	–
	برآورده شده	۳۴/۵	۱/۴۴ -۸/۳	**۰/۰۰۶**	۰/۴۱	۰/۰۴۸ – ۳/۵۳	۰/۴۲
ایجاد اختلال یا ناراحتی بالینی قابل توجه ناشی از مصرف مواد غذایی خاص	برآورده نشده (رفرنس)	–	–	–			
	برآورده شده	۱۱/۴	۳ - ۴۳/۴۸	**≤۰/۰۰۱**			
امتیاز نسخه کمی مقیاس§		۲/۵۳	۱/۶۸۲ – ۳/۸۲۹	**≤۰/۰۰۱**	۴/۷۶۱	۱/۰۰۵ – ۲۲/۵۵۷	**۰/۰۴۹**
امتیاز نسخهٔ دوگانهٔ مقیاس (ابتلا یا عدم ابتلا به اعتیاد به غذا)†	برآورده نشده (رفرنس)	–	–	–	–	–	–
	برآورده شده	۱۲/۷	۳/۴ -۴۸/۳	**≤۰/۰۰۱**	۶/۲	۱/۲ – ۳۲/۳	**۰/۰۲۹**
نمایهٔ تودهٔ بدنی (BMI**)		۱/۰۳۵	۰/۹۵۴ – ۱/۱۲۳	۰/۴۰۸	۰/۹۷۵	۰/۸۷۶ – ۱/۰۸۶	۰/۶۴۷
سن (سال)	۱۹ تا ۲۹	۰/۳۵۱	۰/۱۰۲ -۱/۲۰۳	۰/۰۹۶	۰/۳۵۴	۰/۰۶۶ – ۱/۸۹۹	۰/۲۲۶
	۳۰ تا ۳۹	۰/۲۱۴	۰/۰۷۳ – ۰/۶۳۱	**۰/۰۰۵**	۰/۲۹۴	۰/۰۶۷ -۱/۲۸۹	۰/۱۰۴
	۴۰ تا ۴۹	۰/۲۳۴	۰/۰۶۳ – ۰/۸۷۲	**۰/۰۳**	۰/۲۴۷	۰/۰۴۲ – ۱/۴۵۴	۰/۱۲۲
	> ۴۹ (رفرنس)	–	–	–	–	–	–

*از آزمون رگرسیون لجستیک جهت آنالیز داده ها استفاده شد. § Continuous version of the scale؛ † Dichotomous version of the scale؛ ** Body Mass Index.

علاوه براین، افرادی که زمان بیش از حد برای فعالیت های لازم در به دست آوردن غذا، استفاده یا بهبودی صرف می‌کردند، ۷/۸ برابر بیش از افراد فاقد این نشانه در معرض خطر ابتلا به پرفشاری خون بودند (۰/۰۰۱ ≥p). با این حال این متغیر در مدل رگرسیون خطی چندمتغیره باقی نماند. افزون براین، براساس نتایج مدل رگرسیون تک متغیره، خطر ابتلا به پرفشاری خون در افرادی که استفاده مداوم از غذا علی رغم آگاهی از پیامدهای منفی ناشی از خوردن داشتند، ۳۴/۵ برابر بیشتر از افراد فاقد این نشانه بود (۰/۰۰۶ = p). با این حال، این متغیر در مدل رگرسیون چند متغیره باقی نماند. همچنین، براساس مدل رگرسیون تک متغیره، افرادی که دچار اختلال یا ناراحتی بالینی قابل توجه ناشی از مصرف مواد غذایی خاص بودند، نسبت به افراد فاقد این نشانه ۱۱/۴ برابر بیشتر در معرض ابتلا به پرفشاری خون بودند (۰/۰۰۱ ≥p). این متغیر نیز در مدل رگرسیون چند متغیره باقی نماند. علاوه براین، نتایج آنالیز رگرسیون تک متغیره نشان داد به ازای هر ۱ واحد امتیاز بالاتر در نسخهٔ پیوستهٔ مقیاس اعتیاد به غذا، خطر ابتلا به پرفشاری خون ۲/۵۳ برابر افزایش می‌یابد (۰/۰۰۱ ≥p). در ادامه، در آنالیز چند متغیره نشان داده شد که به ازای هر ۱ واحد افزایش در امتیاز نسخهٔ پیوستهٔ مقیاس، خطر ابتلا به پرفشاری خون ۴/۸

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-09-17]
[DOR: 20.1001.1.17357756.1402.18.3.2.3]

برابر افزایش می‌یابد. در نهایت، نتایج امتیاز نسخهٔ دوگانهٔ مقیاس که نشان دهندهٔ ابتلا یا عدم ابتلا به اعتیاد به غذا می‌باشد نشان داد که در مدل رگرسیون تک متغیره خطر ابتلا به پرفشاری خون در افراد مبتلا به اعتیاد به غذا ۱۲/۷ برابر افراد غیرمبتلا می‌باشد. در مدل رگرسیون چند متغیره پس از کنترل و بررسی تأثیر سایر مؤلفه های اعتیاد به غذا و متغیرهای مخدوش کنندهٔ سن و BMI، این خطر به ۶/۲ برابر رسید.

• بحث

در این مطالعه که روی بزرگسالان مبتلا به پرفشاری خون و افراد غیرمبتلا انجام شد، نشان داده شد که میزان اعتیاد به غذا و مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی در بزرگسالان مبتلا به پرفشاری خون نسبت به افراد غیرمبتلا بیشتر است. افزون بر این، پس از کنترل سایر مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی، BMI و سن، به ازای هر یک واحد افزایش در نمرهٔ اعتیاد به غذا، خطر ابتلا به پرفشاری خون ۴/۸ برابر افزایش می‌یابد. علاوه براین، افراد مبتلا به پرفشاری خون نسبت به افراد غیرمبتلا ۶/۲ برابر خطر بیشتری برای اعتیاد به غذا داشتند. این نتیجه همسو با یافته های Yang و همکاران است که نشان دادند ۸/۶ درصد از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تازه تشخیص داده شده، معیارهای تشخیص اعتیاد به غذا را تکمیل کردند در حالی که تنها ۱/۳ درصد از افراد گروه شاهد معیارهای اعتیاد به غذا را داشتند (۲۹). همسو با یافته های مطالعهٔ حاضر، در یک بررسی مقطعی شیوع و ویژگی‌های مرتبط با اعتیاد به غذا در زنان بررسی شد و نشان داده شد که فشار خون بالا و دیابت هر دو با اعتیاد به غذا ارتباط مثبت داشتند، اما این روابط پس از تعدیل برای متغیرهای مداخله‌گر از جمله BMI از نظر آماری معنی‌دار نبود. از آنجا که BMI به شدت با بروز فشار خون بالا و دیابت همراه است، این مشاهده دور از انتظار نبود (۳۰). همسو با یافته های مطالعهٔ حاضر، مطالعه ای با هدف شناسایی نقش بالقوه اعتیاد به غذا و سوء مصرف مواد غذایی در ایجاد عوارض متابولیک پس از پیوند کبد از جمله پرفشاری خون روی گیرندگان پیوند کبد بزرگسال که بیش از ۵۴ درصد از آنان مبتلا به پرفشاری خون بودند، نشان داد که با وجود پایین بودن میزان شیوع اعتیاد به غذا ضمن بالا بودن میزان شیوع سوء مصرف مواد غذایی در این جمعیت، سوء مصرف مواد غذایی ارتباط آماری معنی داری با افزایش شیوع فشار خون بالا داشت (۳۱). در مجموع، این نتایج نشان می‌دهد که اعتیاد به غذا که با استفاده از YFAS2 اندازه‌گیری می‌شود، بر خطر ابتلا به پرفشاری خون در بزرگسالان تأثیر می‌گذارد. این یافته می‌تواند بر پیامدهای مرتبط با مدیریت بالینی پرفشاری خون و اعتیاد به غذا اثر داشته باشد.

این به خوبی اثبات شده است که افراد چاق به طور قابل توجهی میزان بالاتری از اختلالات پزشکی مزمن، یعنی دیابت، فشار خون بالا، و چربی خون بالا را دارند. از سوی دیگر، نشان داده شده است که شیوع اعتیاد به غذای شدید در افراد دچار چاقی، ۸ برابر بیشتر از افراد با وزن طبیعی و اضافه وزن است. این نتایج نشان می‌دهد کاهش وزن احتمالاً در شکست چرخهٔ ارتباط اعتیاد به غذا و بروز پرفشاری خون مؤثر است (۳۲).

علاوه بر این، یافته‌های ما نشان می‌دهد که اعتیاد به غذا ممکن است از طریق از دست دادن کنترل، تمایل مقاوم یا تلاش ناموفق مکرر برای کاهش یا توقف مصرف، صرف زمان بیش از حد در فعالیت های لازم برای به دست آوردن غذا، استفاده یا بهبودی، استفاده مداوم علیرغم آگاهی از پیامدهای منفی ناشی از خوردن و ایجاد اختلال یا ناراحتی بالینی قابل توجه ناشی از مصرف مواد غذایی خاص به شیوه‌ای اعتیادآور نقش مهمی در بروز پرفشاری خون بازی کند. بنابراین، درمان اعتیاد به غذا ممکن است یک رویکرد مفید در کاهش فشار خون باشد.

تفاوت در نمرهٔ اعتیاد به غذا و مؤلفه های آن در بیماران مبتلا به پرفشاری خون و افراد غیرمبتلا را می‌توان به تفاوت در سبک زندگی این دو گروه نسبت داد. یافته‌های به‌دست آمده در پژوهش ها نشان می‌دهد که بین سبک زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون و افراد غیر مبتلا، تفاوت معنی داری وجود دارد؛ به طوری که نمرهٔ کل سبک زندگی و همهٔ خرده مقیاس های آن شامل کنترل، کمال گرایی، نیاز به خشنودی، عزت نفس و انتظار در افراد سالم به طور معنی داری بالاتر از افراد مبتلا به پرفشاری خون است (۲).

مطالعه حاضر دارای محدودیت هایی است که باید در نظر گرفته شود. از آنجا که این مطالعه یک تحلیل مقطعی است، امکان استنباط رابطه زمانی یا علّیِ بین اعتیاد به غذای اندازه‌گیری شده با استفاده از YFAS2 و پرفشاری خون وجود نداشت. اگر اعتیاد به غذا یکی از دلایل پرفشاری خون باشد، یک عامل خطر بالقوه است که احتمالاً با بهره گیری از مداخلات بالینی و بهداشت عمومی قابل تغییر است؛ اگر اعتیاد به غذا تا حدی در نتیجه پرفشاری خون رخ دهد، این رابطه نیز پیامدهای بالینی مهمی در مدیریت بیماران مبتلا به پرفشاری خون خواهد داشت. مطالعات آینده نگر بلند مدت برای تعیین کمیت رابطه بین اعتیاد به غذای اندازه گیری شده با استفاده از YFAS2 و پرفشاری خون در طول زمان مورد نیاز است. همچنین مانند هر مطالعه مشاهده ای دیگر، امکان وجود مخدوش کننده های بالقوهٔ باقیمانده یا اندازه گیری نشده را نمی توان حذف کرد.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.17357756.1402.18.3.2.3]

جمعیت مورد مطالعه حاضر که شامل مراجعه کنندگان به کلینیک داخلی سرپایی یک مرکز آموزشی درمانی در آبادان بود، نمی تواند نشانگر میزان اعتیاد به غذا در سایر جمعیت‌ها با سطوح تحصیلی، درآمد، نژاد و قومیت متفاوت باشد. در نتیجه، یافته‌های ما حاصل اولین مطالعه اپیدمیولوژیک کوچک با حجم نمونهٔ کم در استان خوزستان در مورد ارتباط اعتیاد به غذا با پرفشاری خون است که با استفاده از پرسشنامهٔ YFAS2 گزارش شده است.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که اعتیاد به غذا و مؤلفه های وابستگی به مصرف مواد غذایی با خطر بروز پرفشاری خون ارتباط دارد. این مطالعه بر لزوم شناسایی افراد مبتلا به اعتیاد به غذا و یا دارای مؤلفه های لازم برای بروز اعتیاد به غذا در جمعیت کلی به منظور پیشگیری و کنترل پرفشاری خون بزرگسالان توجه دارد و بر لزوم ارائه راهکارهایی جهت درمان اختلال اعتیاد به غذا و صرف زمان کمتر برای مصرف موادغذایی و صرف زمان بیشتر جهت ورزش کردن تأکید دارد. با توجه به افزایش خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی و مرگ و میر در این جمعیت، باید تلاش هایی برای شناسایی و تعدیل عوامل خطر اعتیاد به غذا در بیماران مبتلا انجام شود. تحقیقات بیشتری برای درک بهتر رابطهٔ علت و معلولی بالقوه بین اعتیاد به غذا و خطر بروز پرفشاری خون و همچنین بررسی ارتباط بین دریافت غذایی و اعتیاد به غذا مورد نیاز است. این یافته‌ها و تحقیقات بیشتر ممکن است بینشی در مورد عوامل رفتاری که در ایجاد پرفشاری خون نقش دارند به دست دهد.

سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از پایان نامهٔ دانشجوی پزشکی با کد ۹۹T-۷۱۷ می‌باشد. مجریان طرح از کلیهٔ افراد شرکت کننده در مطالعه و پرسنل مرکز آموزشی درمانی آیت الله طالقانی دانشگاه علوم پزشکی آبادان که در جمع آوری داده ها نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

• References

1. Mc Namara K, Alzubaidi H, Jackson JK. Cardiovascular disease as a leading cause of death: how are pharmacists getting involved? Integr Pharm Res Pract. 2019;8:1-11.
2. Fatourehchi S, Sotoodeasl N. Comparison of lifestyle between hypertension patients and healthy people. Ebnesina. 2017;18(4):60-4.
3. Messerli FH, Williams B, Ritz E. Essential hypertension. Lancet. 2007;370(9587):591-603.
4. Gharipour M, Khosravi A, Sadeghi M, Roohafza H, Hashemi M, Sarrafzadegan N. Socioeconomic characteristics and controlled hypertension: evidence from Isfahan Healthy Heart Program. ARYA atherosclerosis. 2013;9(1):77.
5. Tabrizi JS, Sadeghi-Bazargani H, Farahbakhsh M, Nikniaz L, Nikniaz Z. Prevalence and associated factors of prehypertension and hypertension in Iranian Population: The Lifestyle Promotion Project (LPP). PloS one. 2016;11(10):e0165264.
6. Malekzadeh MM, Etemadi A, Kamangar F, Khademi H, Golozar A, Islami F, et al. Prevalence, awareness and risk factors of hypertension in a large cohort of Iranian adult population. Journal of hypertension. 2013;31(7):1364.
7. Kjeldsen SE. Hypertension and cardiovascular risk: General aspects. Pharmacological research. 2018;129:95-9.
8. Kaplan NM. Kaplan's clinical hypertension: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
9. Ahmed SH, Lenoir M, Guillem K. Neurobiology of addiction versus drug use driven by lack of choice. Curr Opin Neurobiol. 2013;23(4):581-7.
10. Gearhardt AN, Davis C, Kuschner R, Brownell KD. The addiction potential of hyperpalatable foods. Curr Drug Abuse Rev. 2011;4(3):140-5.
11. Hauck C, Cook B, Ellrott T. Food addiction, eating addiction and eating disorders. Proc Nutr Soc. 2020;79(1):103-12.
12. Hassani J, Bodaghi E, Moradi A. Activity of Brainal Behavioral Systems in Patients with Binge Eating Disorder, Addiction and Normal People. 2016.
13. Wideman CH, Nadzam GR, Murphy HM. Implications of an animal model of sugar addiction, withdrawal and relapse for human health. Nutr Neurosci. 2005;8(5-6):269-76.
14. Adams RC, Sedgmond J, Maizey L, Chambers CD, Lawrence NS. Food Addiction: Implications for the Diagnosis and Treatment of Overeating. Nutrients. 2019;11(9).
15. 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.
16. Yang F, Liu A, Li Y, Lai Y, Wang G, Sun C, et al. Food addiction in patients with newly diagnosed type 2 diabetes in Northeast China. Frontiers in endocrinology. 2017;8:218.
17. Leila K, Golsa K, Nourollah M. Investigating the Relationship between Food Addiction and Food Craving with Body Mass Index. New Ideas in Psychology. 2017;2(1):34-9.
18. LaFata EM, Gearhardt AN. Ultra-Processed Food Addiction: An Epidemic? Psychother Psychosom. 2022;91(6):363-72.
19. Landsberg L, Aronne LJ, Beilin LJ, Burke V, Igel LI, Lloyd-Jones D, et al. Obesity-related hypertension: pathogenesis, cardiovascular risk, and treatment--a position paper of the The Obesity Society and The American Society of Hypertension. Obesity (Silver Spring). 2013;21(1):8-24.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.17357756.1402.18.3.2.3]

20. Schulte EM, Wadden TA, Allison KC. An evaluation of food addiction as a distinct psychiatric disorder. Int J Eat Disord. 2020;53(10):1610-22.

21. Johnson HM. Anxiety and Hypertension: Is There a Link? A Literature Review of the Comorbidity Relationship Between Anxiety and Hypertension. Curr Hypertens Rep. 2019;21(9):66.

22. Rantanen AT, Korkeila JJA, Loyttyniemi ES, Saxen UKM, Korhonen PE. Awareness of hypertension and depressive symptoms: a cross-sectional study in a primary care population. Scand J Prim Health Care. 2018;36(3):323-8.

23. Swarna Nantha Y, Abd Patah NA, Ponnusamy Pillai M. Preliminary validation of the Malay Yale Food Addiction Scale: Factor structure and item analysis in an obese population. Clin Nutr ESPEN. 2016;16:42-7.

24. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. Appetite. 2009;52(2):430-6.

25. Schulte EM, Gearhardt AN. Development of the Modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0. Eur Eat Disord Rev. 2017;25(4):302-8.

26. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Food addiction: an examination of the diagnostic criteria for dependence. J Addict Med. 2009;3(1):1-7.

27. Naghashpour M, Rouhandeh R, Karbalaipour M, Miryan M. Prevalence of food addiction among Iranian children and adolescents: Associations with sociodemographic and anthropometric indices. Med J Islam Repub Iran. 2018;32:8.

28. Panahi Moghaddam SA, Amiri P, Eini Zinab H, Saidpour A. Validity and reliability of the Iranian version of the Yale Food Addiction Scale for obese women. Public Health Nutr. 2021;24(9):2512-20.

29. Yang F, Liu A, Li Y, Lai Y, Wang G, Sun C, et al. Food Addiction in Patients with Newly Diagnosed Type 2 Diabetes in Northeast China. Front Endocrinol (Lausanne). 2017;8:218.

30. Davis C, Curtis C, Levitan RD, Carter JC, Kaplan AS, Kennedy JL. Evidence that 'food addiction' is a valid phenotype of obesity. Appetite. 2011;57(3):711-7.

31. Saab S, Sikavi C, Jimenez M, Viramontes M, Allen R, Challita Y, et al. Clinical Food Addiction Is Not Associated with Development of Metabolic Complications in Liver Transplant Recipients. J Clin Transl Hepatol. 2017;5(4):335-42.

32. Sonmez Gungor E, Celebi C, Akvardar Y. The Relationship of Food Addiction With Other Eating Pathologies and Impulsivity: A Case-Control Study. Front Psychiatry. 2021;12:747474.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.17357756.1402.18.3.2.3]

Risks of Food Addiction and Its Components of Dependence on Food Consumption in Adult Patients with Hypertension in Southwest of Khuzestan, Iran

*Golabi S[1], Maghsoudi F[2], Elahinia M[3], NaghashpourM[4]**

1- Assisstant Prof, Dept. of Medical Physiology, Faculty of Medicine, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran

2-Dept. of Public Health, School of Health, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran

3- Student, Student Research Committee, Abadan University Of Medical Sciences, Abadan, Iran

*4- *Corresponding author: Assisstant Prof, Department of Nutrition, Faculty of Medicine, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran. Email: m.naghashpour@abadanums.ac.ir*

Received 30 Apr, 2023 **Accepted 29 Jul, 2023**

Background and Objectives: Consumption of some foods can include addictive potentials. Hypertension and excessive consumption of these foods are associated with addictive eating behaviors. The present study investigated prevalence of food addiction and its components in adults with and without hypertension.

Materials & Methods: In this study, 96 individuals with and without hypertension (n = 48 in each group) referring to the medical training centers of Abadan University of Medical Sciences, 2021, were participated using simple random sampling method. Weight and height were measured and body mass index (BMI) was calculated. Food addiction and its components were assessed using Yale food addiction questionnaire 2.0. Descriptive statistics and independent sample T-test were used for data analysis and logistic regression model was used to assess risks of food addiction and its components.

Results: The food addiction score and its components were significantly higher in participants with hypertension, compared to the control group ($p \leq 0.001$). Hypertensive participants had a 6.2-time higher risk of food addiction, compared to non-hypertensive ones.

Conclusion: This study showed that participants with hypertension had higher scores of food addiction and its components, compared to non-hypertensive participants. Furthermore, risks of food addiction increased in participants with hypertension, compared to non-hypertensive ones.

Keywords: Food addiction, Hypertension, Components of dependence, Yale Food Addiction Scale 2.0, Adults

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.17357756.1402.18.3.2.3]