



مدل ساختاری فاجعه‌انگاری درد با خوردن هیجانی: نقش میانجی حساسیت اضطرابی و ترس مرتبط با درد در افراد دارای درد مزمن

Structural Model of Pain Catastrophizing in Emotional Eating: The Mediating Role of Anxiety Sensitivity and Pain-Related Fear in People with Chronic Pain

Mojgan Khodapanah

Fatemeh Golshani

Sadegh Taghiloo

Anita Baghdasarians

مژگان خداپناه*

فاطمه گلشانی**

صادق تقی‌لو***

آنی‌تا باغ‌داساریانس****

Abstract

The purpose of the present study is to examine the mediating role of anxiety sensitivity and pain-related fear in the relationship between pain catastrophizing and emotional eating in people with chronic pain. The research method is descriptive-correlational. The statistical population includes patients with chronic pain who were treated in Tehran clinics in districts 4 and 8 in the spring, summer, and fall of 2019. 300 of them were selected by purposive sampling. Body mass index calculation and questionnaires Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), Anxiety Sensitivity Index (ASI), Pain Anxiety Symptoms (PAS) and Pain Catastrophizing Scales (PCS) were used to collect data. Data were analyzed using structural equation modeling in Amos 21 software. Results confirmed the mediating role of anxiety sensitivity ($P = 0.05$, $t = 1.954$, $\beta = 0.137$) and anxiety related to pain ($P = 0.001$, $t = 3.244$, $\beta = 0.106$) in the association between pain catastrophizing and emotional eating. 46.3% of the variance in emotional eating can be explained by pain catastrophizing, anxiety sensitivity, and pain-related anxiety. It seems that to prevent and treat emotional eating in people with pain and to maintain the therapeutic effect, pain-related cognitive and emotional structures such as anxiety sensitivity and pain-related anxiety should be targeted for therapeutic intervention.

Keywords: Emotional Eating, Pain-Related Anxiety, Anxiety Sensitivity, Pain Catastrophizing.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی حساسیت اضطرابی و ترس مرتبط با درد در رابطه بین فاجعه‌انگاری درد و خوردن هیجانی در افراد دارای درد مزمن است. روش پژوهش توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به درد مزمن است که در بهار، تابستان و پاییز سال ۱۳۹۸ به کلینیک‌های شهر تهران در مناطق ۴ و ۸ مراجعه کرده بودند. از میان آن‌ها ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. از محاسبه شاخص توده بدنی و پرسشنامه‌های رفتار خوردن داچ (DEBQ)، حساسیت اضطرابی (ASI)، مقیاس‌های نشانه‌گان اضطراب درد (PAS) و فاجعه‌انگاری درد (PCS) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری در نرم‌افزار Amos 21 تحلیل شدند. نتایج نشان داد مدل با داده‌های مشاهده‌شده برازش مطلوب دارد. نتایج نقش میانجی حساسیت اضطرابی ($P = 0.05$, $t = 1.954$, $\beta = 0.137$) و ترس مرتبط با درد ($P = 0.001$, $t = 3.244$, $\beta = 0.106$) در رابطه بین فاجعه‌انگاری درد و خوردن هیجانی تأیید می‌شود. ۴۶/۳ درصد از واریانس خوردن هیجانی می‌تواند به‌وسیله فاجعه‌انگاری، حساسیت اضطرابی و ترس مرتبط با درد تبیین شود. به‌نظر می‌رسد برای پیشگیری و درمان خوردن هیجانی در افراد مبتلا به درد و نیز حفظ آثار درمانی، سازه‌های شناختی و هیجانی مرتبط با درد نظیر حساسیت اضطرابی و ترس مرتبط با درد باید هدف مداخلات درمانی قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: خوردن هیجانی، ترس مرتبط با درد، حساسیت اضطرابی و فاجعه‌انگاری درد.

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
** نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
*** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آستارا، گیلان، ایران؛ استاد مدعو گروه روان‌شناسی سلامت، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران
**** استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

پژوهشگران، شیوع درد مزمن^۱ در جمعیت بزرگسال را حدود ۱۵ درصد گزارش کرده‌اند و سازمان جهانی بهداشت^۲ این رقم را ۲۰ درصد برآورد می‌کند (آیدد و شریور، ۲۰۱۸). شیوع شش‌ماهه^۳ درد مزمن در جمعیت عمومی بزرگسالان ایرانی (۱۸ تا ۶۵ سال) از ۹ تا ۱۴ درصد و در جمعیت سالمند (۶۰ تا ۹۰ سال) حدود ۶۷ درصد گزارش شده است (تقی‌پور درزی، حسینی، کیا و عباسپور، ۱۳۹۲). درد مزمن همبودی^۴ زیادی با چاقی دارد (بوچ‌بایندر و همکاران، ۲۰۱۸) و همراهی این دو بر مشکلات بیماران می‌افزاید. دلایل مختلفی برای همبودی درد و چاقی مطرح شده است: مصرف داروهای افیونی (سیم، لیو، ویس، هریسون و بروس، ۲۰۱۷)، کاهش تحرک^۵ (اکیفوجی و هیر، ۲۰۱۵)، پرخوری^۶ (گادفری و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهشگران با تأکید بر مطالعه رفتارهای خوردن در میان افراد مبتلا به درد دریافته‌اند افراد دارای درد مزمن (در مقایسه با کسانی که درد ندارند)، در هنگام تجربه علائم درد، خوردن هیجانی^۷ بیشتری دارند و به همین سبب خوردن هیجانی یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای رایج در این افراد به‌شمار می‌رود (فلپتو، راموس، هینکاپی، لنوکس و رینهارت، ۲۰۱۹). گادفری و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند نمره بالاتر خوردن هیجانی با درد شدیدتر و تداخل درد با درد مزمن و اضافه‌وزن ارتباط دارد. افرادی که شدت درد بیشتر را گزارش دادند، نشانه‌های بیشتری از اختلال خوردن مانند پرخوری هیجانی، خوردن شبانه^۸ و نشانه‌های نداشتن سلامت روان^۹ گزارش کردند (گادفری و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهشی دیگر پرخوری را به‌عنوان پاسخی در برابر درد جسمی (پرخوری ناشی از درد) در کهنه‌سربازانی بررسی کرد که در پی کاهش وزن بودند. یافته‌ها نشان داد پرخوری ناشی از درد، با شدت درد، شاخص توده بدنی^{۱۰} بیشتر و افسردگی رابطه معناداری دارد (مشب، داگلاس، کاتز، مارش و دریسکول، ۲۰۲۰). از این‌رو به باور پژوهشگران، درد می‌تواند رفتارهای خوردن ناسازگار را تحریک کند (مشب و همکاران، ۲۰۲۰؛ ایمی و کوزاک، ۲۰۱۲؛ سیم و همکاران، ۲۰۱۷)؛ بنابراین خوردن با هدف کاهش درد می‌تواند به‌عنوان نوعی اجتناب تجربی^{۱۱} مفهوم‌سازی شود؛ زیرا ممکن است به‌عنوان تلاشی برای اجتناب از درد در کوتاه‌مدت، به آثار زیان‌بخشی در درازمدت بینجامد (دنکی، راولز و لام، ۲۰۱۸).

به باور پژوهشگران، مدل ترس-اجتناب^{۱۱} (FAM) درد می‌تواند مکانیسم‌های روان‌شناختی مرتبط با پیامدهای چاقی و رویکردهای درمان رفتاری را مشخص کند (کرومبیز، اکسلستون، ون‌دم، ولاین و کارولی،

1. Chronic pain
2. World Health Organization (WHO)
3. comorbidity
4. reduced mobility
5. overeating
6. emotional eating
7. night eating
8. mental health symptoms
9. body mass index
10. experiential avoidance
11. fear avoidance model

هیجانی، خوردن بیرونی^۱، خوردن خویشتن‌دارانه^۲ و شاخص تودهٔ بدنی در افراد مبتلا به درد مزمن بیشتر از افراد بدون درد است. فاجعه‌انگاری درد که به‌عنوان پاسخ شناختی-عاطفی منفی^۳ به درد مفهوم‌سازی شده (امامی، وودکاک، سوانسون، کپهان و پولورز، ۲۰۱۶) می‌تواند بر رفتارهای خوردن اثر بگذارد. همچنین فاجعه‌انگاری درد با افزایش سوگیری توجه به محرک‌های مربوط به درد (به‌ویژه عنصر عاطفی منفی آن) و ناتوانی در دوری از درد و نشانه‌های درد همبستگی دارد (کارتانا، کمپیل و ادواردز، ۲۰۰۹؛ لیونگ، ۲۰۱۲). امامی و همکاران (۲۰۱۶) بر نقش فاجعه‌انگاری درد در رابطهٔ بین نقایص هیجانی^۴ و خوردن ناسالم تأکید کردند و نشان دادند افراد با تحمل پریشانی^۵ کمتر هنگام تجربهٔ درد، فاجعه‌انگاری بیشتری را تجربه می‌کنند و ممکن است برای مقابله با درد به راهکارهای مقابله‌ای ناسازگارانه^۶ (مانند خوردن ناسالم) روی آورند. یافته‌های پژوهشی دیگر نیز نشان داده است فاجعه‌انگاری درد، رابطهٔ بین درد مزمن و خوردن هیجانی را میانجی‌گری می‌کند (جنک و همکاران، ۲۰۱۶). سامرز و همکاران (۲۰۱۴) هم با مطالعهٔ بیماران چاق مبتلا به درد دریافتند فاجعه‌انگاری درد بر پرخوری و فرایندهای مربوط به مدیریت وزن افراد چاق مبتلا به آرتروز روماتیسمی^۷ اثر می‌گذارد.

ارزیابی‌ها و تفسیرهای منفی و فاجعه‌انگارانه از یک احساس بدنی، به‌سرعت اضطراب را راه‌اندازی می‌کند که به‌نوبهٔ خود حساسیت اضطرابی را افزایش می‌دهد. حساسیت اضطرابی، ترس از احساس‌های مرتبط با اضطراب یا نشانه‌های اضطرابی است (هیتون، مک‌نالی، فیرفاکس و هاراچی، ۲۰۲۱). حساسیت اضطرابی موجب سوگیری در ارزیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب می‌شود (باردین و دنیل، ۲۰۱۸). افراد با حساسیت اضطرابی زیاد با نشان‌دادن واکنش منفی در برابر نشانه‌های اضطرابی، رویدادهای نسبتاً عادی را نیز فاجعه‌انگارانه تفسیر می‌کنند (مک‌نالی^۸، ۱۹۹۶ به نقل از گانو-اویلا، مورا-راموس، گانکالوز و المدیا، ۲۰۱۹). از این‌رو حساسیت اضطرابی محرک نیرومندی برای رفتار اجتنابی است (هیتون و همکاران، ۲۰۲۱). شواهد پژوهشی بیانگر آن است که حساسیت اضطرابی یا ترس از برانگیختگی بدنی^۹ با رفتارهای غیرانطباقی خوردن^{۱۰} (مانند پرخوری و خوردن هیجانی) رابطه دارد (کافمن و همکاران، ۲۰۱۹؛ هیرون، کوآترومونی، ماسکوپ و اتو، ۲۰۱۴؛ هیرون، یوتچگ، اسمیتز، موشی‌یر و او تو، ۲۰۱۳؛ فولتن و همکاران، ۲۰۱۲ و حسینی‌نژاد، بیژنی و فتحی، ۱۳۹۴). کافمن و همکاران (۲۰۱۹) دریافتند شدت درد و حساسیت اضطرابی می‌تواند مکانیسم زمینه‌ساز خوردن هیجانی در بزرگسالان به‌شمار آیند. هیرون و همکاران (۲۰۱۴) با بررسی

1. external eating
2. restrained eating
3. negative cognitive-affective response
4. emotional deficit
5. distress tolerance
6. incompatible coping strategies
7. rheumatoid arthritis
8. McNally, D. S.
9. physical arousal
10. unadapted eating behaviors

نقش حساسیت اضطرابی در فعالیت بدنی روزانه و رفتار خوردن دریافتند حساسیت اضطرابی یا ترس از برانگیختگی جسمی با رفتار خوردن ناسازگار و اجتناب از ورزش ارتباط دارد. تعامل هیجان منفی با حساسیت اضطرابی زیاد موجب افزایش مصرف کالری در هردو جنس شد. به‌طور کلی مشخص شد حساسیت اضطرابی از طریق رفتارهای اجتنابی مانند خوردن و بی‌حرکی می‌تواند عامل مهم چاقی به‌شمار رود. در پژوهشی دیگر، هیرون و همکاران (۲۰۱۳) نقش حساسیت اضطرابی و انتظارات خوردن را در رفتار خوردن ناسازگار افراد مبتلا به اضافه‌وزن/چاقی تأیید کردند.

ترس مرتبط با درد، ترس از درد یا فعالیت‌هایی است که ممکن است سبب ایجاد درد یا تشدید آن شود (زیل و دیتز، ۲۰۱۵). پژوهشگران با تأکید بر اجزای شناختی ترس از درد که بر نشانه‌های فیزیولوژیکی درد اثر می‌گذارد معتقدند برانگیختگی فیزیولوژیکی بالا از طریق ایجاد حساسیت جسمانی (مانند تنش ماهیچه‌ای) و سپس تفسیر نادرست از ماهیت، معنا و ریشه این حساسیت جسمانی، موجب تولید درد می‌شود. از سوی دیگر، حساسیت اضطرابی بالا (با افزایش گوش‌به‌زنگی برای درد و سایر احساس‌های جسمانی) سبب می‌شود این احساس‌ها تهدیدکننده و خطرناک ارزیابی شوند و در نتیجه رفتار اجتناب از درد افزایش می‌یابد (نورتون و آزمون‌سن، ۲۰۰۳ به نقل از لیو و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین ترس مرتبط با درد می‌تواند عامل تمرکز افراد بر تسکین فوری درد و هیجان‌های ناشی از آن شود (شیم و همکاران، ۲۰۱۸). جنک و همکاران (۲۰۱۶) رابطه معنادار ترس مرتبط با درد و رفتارهای خوردن هیجانی، بیرونی و خویش‌دارانه را نشان داده‌اند.

با توجه به رابطه درد و چاقی، بررسی متغیرها و سازه‌های روان‌شناختی که ممکن است سبب تشدید یا حتی بروز برخی از رفتارهای ناسازگار (مانند رفتارهای خوردن ناسازگار) شوند اهمیت می‌یابد؛ بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی حساسیت اضطرابی و ترس مرتبط با درد در رابطه بین فاجعه‌انگاری درد و خوردن هیجانی در افراد دارای درد مزمن است. از این‌رو، به این پرسش پاسخ می‌دهیم که آیا حساسیت اضطرابی و ترس مرتبط با درد در رابطه بین فاجعه‌انگاری درد و خوردن هیجانی نقش میانجی دارد.

روش

پژوهش حاضر توصیفی به روش همبستگی (با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری) است. جامعه آماری شامل زنان و مردانی است که در بهار، تابستان و پاییز ۱۳۹۸ با شکایت درد به بخش ارتوپدی، فیزیوتراپی و مغز و اعصاب بیمارستان الغدیر و نیز متخصصان ارتوپدی درمانگاه فرخ‌بخش در مناطق ۴ و ۸ شهر تهران مراجعه کردند و از پزشکان و متخصصان درد، تشخیص درد با ریشه جسمی (غیرروان‌شناختی) و روان‌تنی (روان‌شناختی) دریافت کرده بودند. با توجه به اینکه تهیه فهرستی از افراد جامعه برای انتخاب تصادفی امکان‌پذیر نبود، نمونه‌گیری به روش هدفمند و با حجم ۳۰۰ نفر صورت گرفت. در سال‌های اخیر، روش نسبت آزمودنی به پارامترهای برآوردشده در بین پژوهشگران به‌کار رفته است. براساس این روش، نسبت ۵:۱

آزمودنی‌ها به پارامترهای برآوردشده حجم نمونه کوچک، نسبت ۱۰:۱ حجم نمونه مناسب و نسبت ۲۰:۱ حجم نمونه مطلوب را به‌وجود می‌آورد (شوماخر و لوماکس، ۲۰۰۴). با توجه به اینکه در پژوهش حاضر ۲۶ پارامتر آزاد برای برآورد وجود داشت، با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۳۰۰ نفر نمونه انتخاب شدند. همچنین عوامل جمعیت‌شناختی مانند سن، جنس، وزن و قد شرکت‌کنندگان بررسی شد. نمونه این پژوهش در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند و به دلیل شکایت از درد (مانند سردردهای میگرنی، دردهای مفصلی، آرتروز و دردهایی با ریشه روان‌تنی) به مراکز درمانی و توان‌بخشی مراجعه کرده بودند. این گروه تشخیص‌هایی مانند اختلال‌های روان‌پزشکی، اختلال‌های خلقی، اضطرابی، پرخوری عصبی و بی‌اشتهایی عصبی، بارداری، استفاده از داروهای مربوط به اختلال‌های روان و داروهای روان‌گردان، درد به دلیل تومور، سرطان و مصرف داروهای روان‌گردان را دریافت نکرده بودند.

شیوه اجرا

پس از آماده‌سازی پرسشنامه‌های پژوهش و تعیین گروه نمونه، با هماهنگی و دریافت موافقت مدیریت مراکز کلینیک‌های درد و مغز و اعصاب، و فیزیوتراپی‌های موردنظر، موضوع و هدف پژوهش با مراجعه‌کنندگان در میان گذاشته شد. سپس پرسشنامه‌ها در بین داوطلبان توزیع شد. ابتدا پرسشنامه جمعیت‌شناختی به مراجعه‌کنندگان ارائه شد و سپس در صورت دارا بودن ملاک‌های موردنظر پژوهش (نظیر درد مزمن و نه حاد، نداشتن دردهای ناشی از اختلال‌های خلقی، سرطان و...) پرسشنامه‌های بعدی نیز میان آن‌ها توزیع شد. پیش از توزیع پرسشنامه‌ها، پژوهشگر بر اهمیت مشارکت کاملاً داوطلبانه شرکت‌کنندگان در این پژوهش تأکید کرد. شرکت‌کنندگان طی یک جلسه به صورت انفرادی به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. توضیحات لازم درباره دلایل انجام پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و شرکت آزادانه در پژوهش ارائه و رضایت آن‌ها برای شرکت در پژوهش دریافت شد. به منظور جلوگیری از سوگیری احتمالی در پاسخ به گویه‌های پرسشنامه‌ها و تقویت اعتبار نتایج جمع‌آوری‌شده، از راهکار ایجاد موازنه^۱ استفاده شد. میانگین زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ۳۰ تا ۴۵ دقیقه پیش‌بینی شده بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه متغیرهای جمعیت‌شناختی: ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، سابقه و مدت ابتلا به درد، دلیل درد (جسمانی یا روان‌شناختی) و تشخیص پزشک معالج بود.

پرسشنامه رفتار خوردن داچ^۲ (DEBQ): این پرسشنامه را ون‌استرین، فریجرز، برگرز و دیفارس

1. counterbalance

2. Duct Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)

(۱۹۸۶) ساختند که از ۳۳ ماده و ۳ خرده‌مقیاس تشکیل شده است: خوردن هیجانی، خوردن بیرونی و خوردن خوشتن‌دار. در پژوهش حاضر از خرده‌مقیاس خوردن هیجانی استفاده شد. مواد این پرسشنامه دارای مقیاس پاسخگویی پنج‌درجه‌ای لیکرت (هرگز = ۱ تا بیشتر اوقات = ۵) هستند. بایلی، میتر، اماندا، هرو و الافلیپ (۲۰۱۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای خوردن هیجانی، خوشتن‌دار و بیرونی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۷۱ و ۰/۷۰ گزارش کردند و آن را دارای همسانی درونی^۱ رضایت‌بخش دانستند. در ایران نیز صالحی فدردی، مداح شورچه و نعمتی (۱۳۹۰) با بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه، آن را از پایایی بازآزمایی^۲، همسانی درونی (ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۸ تا ۰/۹۵) و روایی عاملی^۳ مناسبی برخوردار دانسته‌اند. در پژوهش حاضر، پایایی این آزمون برای خوردن هیجانی ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس فاجعه‌انگاری درد^۴ (PCS): مقیاس فاجعه‌انگاری درد توسط سالیوان، بیشاپ و پیویک (۱۹۹۵) و با هدف ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه‌انگاری درد و مکانیسم اثر این فاجعه‌انگاری ساخته شد. این مقیاس ۱۳ سؤال دارای سه خرده‌مقیاس نشخوار^۵، بزرگ‌نمایی^۶ و درماندگی^۷ است و افکار منفی مرتبط با درد را ارزیابی می‌کند. پرسشنامه به صورت لیکرتی از هیچ (۰) تا همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌شود و شرکت‌کنندگان برای توصیف ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط با تجربه درد، گزینه مناسب را انتخاب می‌کنند. نمرات پایین‌تر نشانگر فاجعه‌انگاری کمتر است. نمره کلی از مجموع پاسخ‌های داده شده به هر ۱۳ آیتم با دامنه ۰ تا ۵۲ به دست می‌آید. سالیوان، بیشاپ و پیویک (۱۹۹۵) آلفای کرونباخ نشخوار فکری را ۰/۸۷، بزرگ‌نمایی را ۰/۶۶، درماندگی را ۰/۷۸ و نمره کلی را ۰/۸۷ گزارش کردند. در پژوهش محمدی، دهقانی، حیدری، صداقت و خطیبی (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ در خرده‌مقیاس نشخوار برابر با ۰/۶۵، بزرگ‌نمایی ۰/۵۳، درماندگی ۰/۸۱ و نمره کلی ۰/۸۴ محاسبه شد. در پژوهش حاضر، پایایی این آزمون برای درماندگی، بزرگ‌نمایی و نشخوار فکری به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۶۰ و ۰/۷۲ و برای کل آزمون، ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه حساسیت اضطرابی^۸ تجدیدنظر شده (ASI): پرسشنامه حساسیت اضطرابی توسط پترسون و ریس (۱۹۹۲) طراحی شده است. این پرسشنامه به دلیل اینکه بیشتر عامل ترس از علائم جسمانی را می‌سنجید، توسط تیلور و کاکس^۹ (۱۹۹۸) به نقل از ویتون، دیکون، مک‌گراث، برمن و ابرامویتز، (۲۰۱۲) بازنگری شد. این پرسشنامه دارای ۱۶ سؤال و ۳ مؤلفه ترس از نشانه‌های بدنی (نگرانی بدنی^{۱۰})، ترس از

1. internal consistency
2. reliability of retesting
3. factorial validity
4. Pain Catastrophizing Scale (PCS)
5. rumination
6. magnification
7. helplessness
8. Anxiety Sensitivity Index - Revised (ASI-R)
9. Taylor, S., & Cox, B. J.
10. body concern

نداشتن کنترل شناختی^۱ (نداشتن کنترل شناختی/نشانه‌های روان‌شناختی) و نگرانی اجتماعی^۲ (نشانه‌های بدنی/جسمانی قابل مشاهده توسط دیگران) است و براساس طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت (خیلی کم تا خیلی زیاد) حساسیت اضطرابی را می‌سنجد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۴ قرار دارد. شاخص حساسیت اضطرابی دارای پایایی بازآزمون (دو هفته ۰/۷۵ و سه هفته ۰/۷۱) و ضریب آلفای ۰/۸۸ است (پترسون و ریس، ۱۹۹۲). قاسمی‌نژاد، زرگر و مهرابی‌زاده هنرمند (۱۳۹۲) در پژوهش خود، پایایی این شاخص را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و ضریب همبستگی آن را با مقیاس سلامت عمومی ۰/۵۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، پایایی این آزمون برای نگرانی بدنی، نگرانی روان‌شناختی و نگرانی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۷ و ۰/۷۰ و برای کل آزمون ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس نشانگان اضطراب درد^۳ (ترس مرتبط با درد) (PASS-20): این مقیاس که توسط مک‌کراکن و دیهینگرا (۲۰۰۲) منتشر شده است، ۲۰ عبارت (شامل ۴ خرده‌مقیاس) خودگزارش‌دهی درمورد سنجش ترس و اضطراب مرتبط با درد دارد: اضطراب شناختی، فرار-اجتناب، ترس از درد، و نشانگان فیزیولوژیک اضطراب. پاسخ‌دهی و نمره‌گذاری عبارات براساس طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای از هرگز (۰) تا همیشه (۶) است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب بیشتر ناشی از درد است. آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده است (ریلوفز، پترز، وندر زیجن، تیلن و ولاین، ۲۰۰۳). پاک‌نژاد، اصغری‌مقدم، رحیمی‌نژاد، رستمی و طاهری (۱۳۹۳) پایایی بازآزمایی مقیاس را برای فرار-اجتناب ۰/۵۷، ترس از درد ۰/۵۲ و نشانگان جسمی ۰/۴۸ به دست آوردند. همچنین همسانی درونی آلفای کرونباخ را ۰/۷۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، پایایی این آزمون برای اضطراب شناختی، رفتار اجتناب-درد، ترس از درد و نشانگان فیزیولوژیک اضطراب به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۱، ۰/۸۴ و ۰/۷۸ و برای کل آزمون ۰/۹۳ به دست آمد. درنهایت، پس از گردآوری داده‌ها و ورود آن‌ها به رایانه، تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۱ نرم‌افزارهای SPSS و AMOS انجام گرفت.

یافته‌ها

الف) توصیف جمعیت‌شناختی

این مطالعه با مشارکت ۳۰۰ نفر شامل ۲۲۲ زن (۷۴ درصد) و ۷۸ مرد (۲۶ درصد) انجام شد. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان ۴۰/۳۸ (۸/۳۸) است. تحصیلات ۱۹ نفر (۶/۳ درصد) زیردپلم، ۸۱ نفر (۲۷/۰ درصد) دیپلم، ۴۴ نفر (۱۴/۷ درصد) فوق‌دپلم، ۱۱۳ نفر (۳۷/۷ درصد) لیسانس، ۴۲ نفر (۱۴/۰ درصد) فوق‌لیسانس و ۱ نفر (۰/۳ درصد) دکتری است. ۵ نفر (۱/۷ درصد) زیر یک سال، ۱۵۵ نفر (۵۱/۷ درصد) ۱ تا ۵ سال، ۶۱ نفر (۲۰/۳ درصد) ۶ تا ۱۰ سال، ۴۹ نفر (۱۶/۳ درصد) ۱۱ تا ۱۵ سال، ۲۱ نفر (۷/۰ درصد) ۱۶ تا

1. fear of cognitive discontrol
2. social concern
3. Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20)

۲۰ سال و ۷ نفر (۲/۳ درصد) ۲۱ تا ۲۵ سال، ۱ نفر (۰/۳ درصد) ۲۶ تا ۳۰ سال و ۱ نفر (۰/۳ درصد) ۳۰ سال و بالاتر تجربه درد داشتند. ۵۷ نفر (۱۹/۰ درصد) از میگرن، ۱۱۱ نفر (۳۷/۰ درصد) از کمردرد، ۵۴ نفر (۱۸/۰ درصد) از درد دست و کتف، ۲۸ نفر (۹/۳ درصد) از گردن درد و ۵۰ نفر (۱۶/۷ درصد) از درد زانو و پا شکایت داشتند.

(ب) توصیف شاخص‌ها

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	عامل تورم واریانس
خوردن هیجانی	۳۷/۹۵	۱۳/۰۰۶	-۰/۰۴۶	-۱/۳۶۳	ملاک	ملاک
درماندگی	۱۲/۰۶	۵/۷۴۱	-۰/۲۵۱	-۰/۸۶۴	۰/۴۱	۲/۴۴۱
بزرگنمایی	۷/۲۸	۳/۳۸۲	-۰/۱۴۳	-۰/۸۵۲	۰/۴۵۸	۲/۱۸۵
نشخوار فکری	۸/۳۷	۳/۸۲۴	-۰/۲۲۱	-۰/۵۸۱	۰/۶۴۴	۱/۵۵۴
نگرانی بدنی	۱۶/۸	۷/۳۷۹	-۰/۱۹۹	-۰/۴۸۷	۰/۴۱۴	۲/۴۱۴
نداشتن کنترل شناختی	۹/۰۸	۳/۳۵۹	-۰/۴۲	-۰/۳۲۹	۰/۴۷۲	۲/۱۱۹
نگرانی اجتماعی	۹/۰۶	۳/۱۱	-۰/۴۶۲	-۰/۰۷۸	۰/۵۹۸	۱/۶۷۳
فرار-اجتناب	۱۴/۱	۷/۲۵۴	-۰/۱۸۴	-۰/۷۳۷	۰/۳۹۵	۲/۵۳۳
اضطراب شناختی	۱۳/۹۶	۷/۲۴۷	-۰/۲۸۷	-۰/۵۲۵	۰/۳۱۸	۳/۱۴۱
ترس از درد	۱۳/۱۱	۷/۷۶۴	-۰/۴۷۴	-۰/۶۲۳	۰/۲۹۱	۳/۴۳۴
نشانگان فیزیولوژیک اضطراب	۱۰/۸۸	۶/۶۱۵	-۰/۲۴۹	-۰/۷۰۹	۰/۳۱۷	۳/۱۵۷

بررسی داده‌های پژوهش حاضر نشان داد ارزش‌های چولگی^۱ و کشیدگی^۲ آماره‌های متغیرهای پژوهش حاضر در بازه ± ۲ قرار دارد؛ بنابراین از این نظر داده‌ها به صورت مطلوب توزیع شده‌اند. مقادیر به دست آمده از محاسبه عامل تورم واریانس پایین‌تر از مقدار ۱۰ است. همچنین ضریب تحمل نیز بالاتر از مقدار ۰/۱ قرار دارد. به این ترتیب مفروضه هم‌خطی بودن در متغیرهای پژوهش برقرار است. برای آزمون بهنجاری چندمتغیری از فاصله‌های ماهالانوبیس^۳ (D) استفاده شد. نتایج نشان داد مقدار فاصله ماهالانوبیس ۲۶/۳۲ به دست آمد که در مقایسه با مقدار بحرانی ۲۹/۵۸ مشخص می‌شود داده‌های پژوهش حاضر توزیع بهنجار دارند. بدین ترتیب با استفاده از روش تفکیک ماهالانوبیس (D) مشخص شد که هیچ کدام از آزمودنی‌های پژوهش حاضر پرت نیستند. در جدول ۲ همبستگی متغیرهای پژوهش و در جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل گزارش شده است.

1. skewness

2. kurtosis

3. Mahalanobis distance

جدول ۲. همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	خوردن هیجانی	فاجعه‌انگاری درد	حساسیت اضطرابی	ترس مرتبط با درد
خوردن هیجانی	۱			
فاجعه‌انگاری درد	۰/۵۷۳**	۱		
حساسیت اضطرابی	۰/۵۶۱**	۰/۵۸۵**	۱	
ترس مرتبط با درد	۰/۴۸۸**	۰/۴۳۷**	۰/۴۷۵**	۱

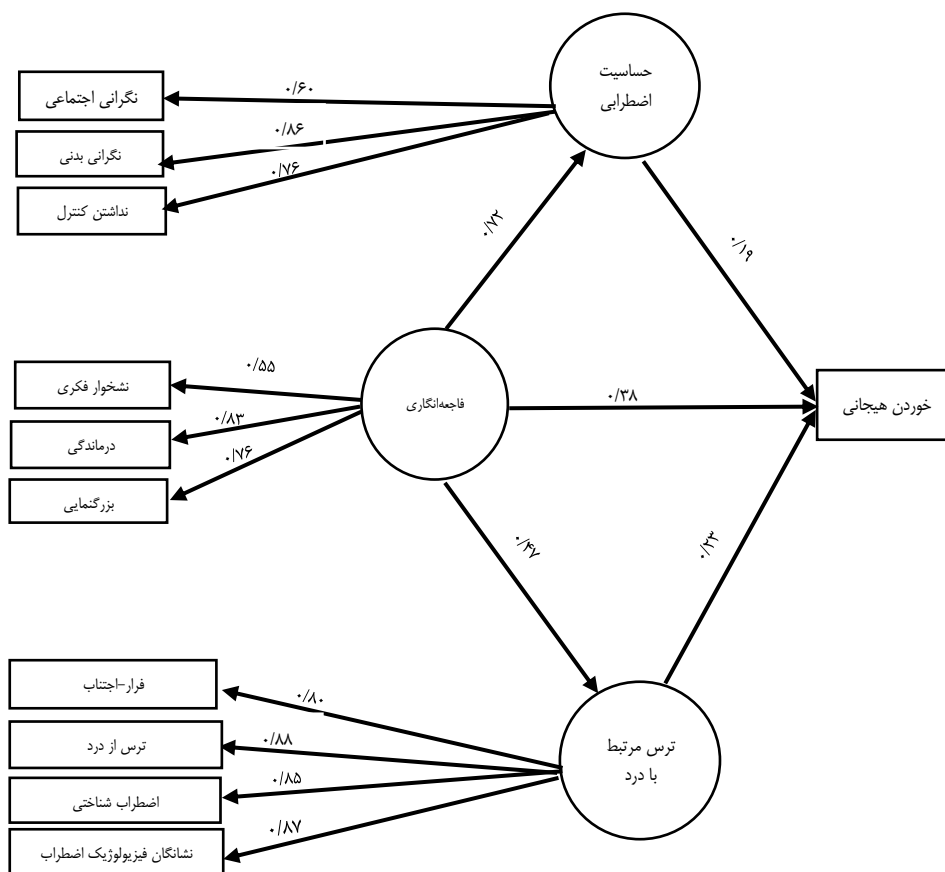
*P < ۰/۰۵ **P < ۰/۰۱

ج) ارزیابی مدل ساختاری

جدول ۳. شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری

شاخص‌های برازندگی	χ^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI
مدل اولیه	۵/۰۴۴	۰/۱۱۶	۰/۸۸۵	۰/۸۰۵	۰/۹۱۴
مدل نهایی	۲/۴۹۹	۰/۰۷۳	۰/۹۳۴	۰/۹۲۹	۰/۹۵۲
نقاط برش قابل قبول	< ۳	< ۰/۰۸	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰

بررسی اولیه شاخص‌های برازندگی نشان داد مدل با داده‌ها برازش ندارد. بعد از اجرای شاخص‌های اصلاح پیشنهادی، بررسی مجدد شاخص‌های برازش حاکی از برازش مناسب مدل ساختاری با داده‌ها بود. می‌توان نتیجه‌گیری کرد فاجعه‌انگاری، حساسیت اضطرابی و ترس مرتبط با درد می‌توانند در قالب یک الگو، خوردن هیجانی را پیش‌بینی کنند. برآوردهای استاندارد شده مدل ساختاری پژوهش حاضر در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱. مدل ساختاری پژوهش با روش استاندارد شده

محاسبهٔ مجذور همبستگی‌های چندگانهٔ (R^2) متغیرهای مکنون در مدل ساختاری نشان داد ۴۶/۳ درصد از واریانس خوردن هیجانی، به‌وسیلهٔ فاجعه‌انگاری، حساسیت اضطرابی و ترس مرتبط با درد تبیین می‌شود. فاجعه‌انگاری درد ۲۲/۱ درصد از کل واریانس ترس مرتبط با درد و ۵۲/۰ درصد از واریانس حساسیت اضطرابی را تبیین می‌کند.

جدول ۴. تحلیل اثرات: اثرات استاندارد شده مستقیم، غیرمستقیم و کل

متغیرهای علی	اثرات	خوردن هیجانی	حساسیت اضطرابی	ترس مرتبط با درد
فاجعه‌انگاری درد	مستقیم	۰/۳۸۰**	۰/۷۲۱**	۰/۴۷۰**
	غیرمستقیم	۰/۲۴۳**		
	کل	۰/۶۲۳**		
حساسیت اضطرابی	مستقیم	۰/۱۹۰**		
ترس مرتبط با درد	مستقیم	۰/۲۲۶**		

*P < ۰/۰۵، **P < ۰/۰۱

برای تعیین سهم منحصر به فرد دو متغیر میانجی حساسیت اضطرابی و ترس مرتبط با درد، از آزمون سوبل^۱ استفاده شد. نتایج آزمون سوبل نیز تأییدکننده نقش میانجی حساسیت اضطرابی ($t = ۱/۹۵۴$, $P = ۰/۰۵$)، $t = ۳/۲۴۴$, $P = ۰/۰۰۱$) و ترس مرتبط با درد ($\beta = ۰/۱۳۷$) و ترس مرتبط با درد ($\beta = ۰/۱۰۶$) بین فاجعه‌انگاری درد، با خوردن هیجانی است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد مدل ساختاری روابط بین فاجعه‌انگاری درد با خوردن هیجانی: نقش میانجی نقش میانجی حساسیت اضطرابی و ترس مرتبط با درد در افراد دارای درد مزمن، با داده‌های به دست آمده برآزش دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های جنک و همکاران (۲۰۱۶) هم‌راستا است. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر همسو با یافته‌های جنک و همکاران (۲۰۱۶) و سامرز و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد سطوح بیشتر فاجعه‌انگاری درد می‌تواند گرایش به خوردن هیجانی را افزایش دهد. تفسیرهای فاجعه‌آمیز و بدبینانه فرد از درد می‌تواند موجب افزایش ادراک‌های تهدیدآمیز از تجربه درد شود (جنک و همکاران، ۲۰۱۶؛ الوگلین و نیوتن-جان، ۲۰۱۹؛ سامرز، کیف، کارسون، پلز و لکایل، ۲۰۰۸). فاجعه‌انگاری بالا با اثرگذاری بر روش‌های مقابله می‌تواند از طریق بزرگنمایی درد یا تهدید آن، استرس و هیجان‌های منفی و به نوبه خود درد و درماندگی را افزایش دهد. افزایش درماندگی نیز موجب گرایش فرد به راهبردهای مقابله‌ای منفعلانه یا اجتنابی (مانند خوردن ناسازگار) می‌شود. امامی و همکاران (۲۰۱۶) نیز همسو با این یافته‌ها نشان دادند فاجعه‌انگاری درد میانجی‌گر رابطه بین مشکلات هیجانی و خوردن است و نقش رفتارهای خوردن را به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای ناسازگار تأیید کردند. در پژوهش سامرز و همکاران (۲۰۰۸) مشخص شد فاجعه‌انگاری در بیماران مبتلا به چاقی مرضی در مقایسه با بیماران دارای اضافه‌وزن و چاق بسیار بیشتر است و افرادی که دارای فاجعه‌انگاری بالاتری هستند، به احتمال بیشتری پرخوری بی‌رویه دارند. فاجعه‌انگاری درد، با سوگیری توجهی اغراق‌آمیز به اطلاعات حسی و عاطفی مربوط به درد و ناتوانی نسبی در سرکوب یا بازداری شناخت‌های مرتبط با درد موجب تقویت تجربه درد می‌شود (کارتانا، کمپیل و ادواردز، ۲۰۰۹؛ لیونگ، ۲۰۱۲). به نظر می‌رسد فاجعه‌انگاری درد با

1. Sobel test

ایجاد سوگیری توجهی و تمرکز بر ویژگی‌های هیجانی و شناختی مرتبط با درد، منابع خودتنظیمی و کنترل فرد بر تکانه‌ها را کاهش می‌دهد. این امر سبب می‌شود فرد برای کاهش هیجان منفی به خوردن هیجانی روی آورد.

نتایج نشان داد فاجعه‌انگاری درد با میانجی‌گری حساسیت اضطرابی بر خوردن هیجانی اثر می‌گذارد که با یافته‌های کافمن و همکاران (۲۰۱۹) همخوانی دارد. نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های جنک و همکاران (۲۰۱۶)، اتو و همکاران (۲۰۱۶)، هیرون و همکاران (۲۰۱۴) و هیرون و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد حساسیت اضطرابی با رفتارهای خوردن ناسازگار ارتباط دارد (اتو و همکاران، ۲۰۱۶). حساسیت اضطرابی نشانگر گرایش به ترس از احساسات ناشی از اضطراب است (ریس و مک‌نالی^۱، ۱۹۸۵ به نقل از کافمن و همکاران، ۲۰۱۹). براساس نظریه انتظار اضطراب^۲ (تیلور^۳، ۱۹۹۵ به نقل از مک‌داندل، جرنی و الریک، ۲۰۲۰) هرچه حساسیت اضطرابی افراد بالاتر باشد، انتظارات آن‌ها (انتظار خطر و انتظار اضطراب) می‌تواند موجب افزایش ترس از تجربه اضطراب (مرحله مقدماتی)، انگیزتگی، اضطراب و کاربرد راهبردهای شناختی یا رفتاری برای گریز از احساسات درونی شود (استین، مدینا، رزنفیلد، اتو و اسمیتز، ۲۰۲۰). همچنین براساس مدل نورتون و آزمون‌دسن (۲۰۰۳)، به نقل از لیو و همکاران، ۲۰۱۹) که با ترکیب مدل ترس-اجتناب و مدل انتظار^۴ ایجاد شده است، برانگیزتگی فیزیولوژیکی بالا از طریق ایجاد حساسیت جسمانی (مانند تنش ماهیچه‌ای) و سپس تفسیر نادرست از ماهیت، معنا و ریشه این حساسیت جسمانی، به تولید درد منجر می‌شود. از سوی دیگر، حساسیت اضطرابی بالا (با افزایش گوش‌به‌زنگی برای درد و سایر احساس‌های جسمانی) موجب می‌شود این احساس‌ها تهدیدکننده و خطرناک ارزیابی شوند، در نتیجه رفتار اجتناب از درد افزایش می‌یابد. واکنش‌های منفی در برابر نشانه‌های اضطرابی و تفسیر فاجعه‌انگارانه از رویدادهای نسبتاً عادی (مک‌نالی، ۱۹۹۶ به نقل از گانو-اویلا و همکاران، ۲۰۱۹) با افزایش رفتار اجتنابی همراه است (هیتون و همکاران، ۲۰۲۱). با در نظر گرفتن مطالب یاد شده می‌توان نقش میانجی حساسیت اضطرابی در رابطه بین فاجعه‌انگاری درد و خوردن هیجانی را این‌گونه تبیین کرد: افراد مبتلا به درد مزمن که حساسیت اضطرابی بالاتری دارند، برانگیزتگی‌های جسمانی ناشی از درد را بیشتر تهدیدآمیز تفسیر می‌کنند. همچنین حساسیت اضطرابی بالا موجب افزایش انتظار خطر و انتظار اضطراب در افراد می‌شود که به نوبه خود ترس از تجربه اضطراب، انگیزتگی و درد را در آن‌ها افزایش می‌دهد. در نهایت این افراد برای کاهش هیجان‌های منفی درونی و برانگیزتگی جسمانی ناشی از اضطراب و درد، به رفتارهای اجتنابی (مانند خوردن هیجانی) متوسل می‌شوند. این تبیین با مدل ترس-اجتناب، نظریه برانگیزتگی هیجانی^۵

-
1. Reiss, S., & McNally, R. J.
 2. expectancy theory of Anxiety
 3. Taylor, J. B.
 4. expectancy model
 5. emotional arousal theory

(پاین^۱، ۱۹۸۵ به نقل از لیهر و همکاران، ۲۰۱۵)، نظریه خوردن هیجانی^۲ (براج^۳، ۱۹۷۳ به نقل از لیهر و همکاران، ۲۰۱۵) و مدل تنظیم عاطفه^۴ (پولیوی و هرمان^۵، ۱۹۹۳ به نقل از لیهر و همکاران، ۲۰۱۵) همخوانی دارد. براساس نظریه برانگیختگی هیجانی (پاین، ۱۹۸۵)، پرخوری رفتاری است که به وسیله برانگیختگی‌های هیجانی و با هدف کاهش سطح برانگیختگی، فراخوانده می‌شود. نظریه خوردن هیجانی (براج، ۱۹۷۳) خوردن را به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای در پاسخ به پریشانی هیجانی در نظر می‌گیرد. براساس مدل تنظیم عاطفه، خوردن هیجانی در افراد مضطرب و پریشان، واسطه‌ای برای کنارآمدن با هیجان‌های منفی و برانگیختگی بالا است و فرض می‌شود پرخوری بی‌رویه^۶ موجب بهبود عواطف می‌شود (لیهر و همکاران، ۲۰۱۵).

همان‌طور که جنک و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند، در افراد مبتلا به درد مزمن، خوردن هیجانی و حساسیت اضطرابی بالاتر از افراد بدون درد است. حساسیت اضطرابی و فاجعه‌انگاری به‌طور معناداری رابطه درد مزمن و رفتارهای خوردن هیجانی را میانجی‌گری می‌کنند. همچنین براساس رویکردهای شناختی اضطراب، ارزیابی‌های منفی و فاجعه‌انگارانه از احساس‌های جسمانی، راه‌انداز اضطراب و حساسیت اضطرابی است. روابط میان احساس‌های بدنی، ارزیابی‌های منفی و اضطراب، فرد را در حالت گوش‌به‌زنگی نگاه می‌دارد. بدین ترتیب، حساسیت اضطرابی سبب سوگیری در ارزیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب می‌شود (باردین و دنیل، ۲۰۱۸)؛ بنابراین می‌توان براساس رویکرد شناختی و با توجه به فرضیه ظرفیت محدود، رابطه حساسیت اضطرابی و خوردن هیجانی را چنین تبیین کرد: هیجان‌های منفی با صرف منابع خودتنظیمی با هدف تنظیم هیجان‌ها، موجب فرسایش ظرفیت خودتنظیمی اثربخش، اختلال در پیگیری اهداف درازمدت و تمرکز بر اهداف کوتاه‌مدت می‌شوند و از این طریق بر رفتارهای خوردن اثر می‌گذارند. این تبیین‌ها با یافته‌های کافمن و همکاران (۲۰۱۹) هم‌راستا است که دریافتند درد می‌تواند بر حساسیت اضطرابی تأثیر بگذارد و تفسیرهای فاجعه‌انگارانه از احساس‌های جسمانی را افزایش دهد. این فرایند ممکن است به گوش‌به‌زنگی بالا در برابر احساس‌ها منجر شود و گرایش به خوردن را برای مقابله با چنین پریشانی‌هایی فزونی بخشد.

یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش جنک و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد ترس مرتبط با درد بر خوردن هیجانی اثر می‌گذارد و می‌تواند رابطه فاجعه‌انگاری درد با خوردن هیجانی را میانجی‌گری کند. می‌توان همسو با مدل ترس-اجتناب (ولاین و لیتتون، ۲۰۱۲)، رابطه ترس مرتبط با درد با خوردن هیجانی را این‌گونه تبیین کرد: تجربه درد و ادراک تهدیدآمیز از آن به ترس مرتبط با درد منجر می‌شود. ترس از درد به‌نوبه خود بر روش پاسخگویی افراد به اطلاعات (مانند سوگیری توجهی^۷ یا مقابله اجتنابی^۸) می‌تواند سبب تشدید واکنش به علائم

1. Pine, J.
2. theory of emotional eating
3. Bruch, H.
4. affect regulation model
5. Polivy, J., & Herman, C. P.
6. binge eating
7. attentional bias
8. avoidant coping

موجود می‌شود و با اختلالی که در عملکرد شناختی و افزایش واکنش روان‌فیزیولوژیکی ایجاد می‌کند، موجب می‌شود افراد این علائم را خطرناک‌تر ارزیابی کنند (اسکوپ و همکاران، ۲۰۲۰). در نتیجه افراد دچار سوگیری شناختی می‌شوند و برانگیختگی جسمی و روانی شدیدتری تجربه می‌کنند و در نهایت برای کاهش این برانگیختگی‌ها به رفتارهای خوردن ناسازگاری مانند خوردن هیجانی روی می‌آورند. همان‌طور که جنک و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند، در افراد مبتلا به درد مداوم، ترس مرتبط با درد، رفتارهای خوردن هیجانی، بیرونی و خوشتن‌دار و نیز شاخص توده بدنی به‌طور معناداری بالاتر از افراد بدون درد بود. این تبیین علاوه بر مدل ترس-اجتناب با نظریه برانگیختگی هیجانی (پاین، ۱۹۸۵)، نظریه خوردن هیجانی (براج، ۱۹۷۳) و مدل تنظیم عاطفه (پولیوی و هرمان، ۱۹۹۳) هم‌راستا است (به نقل از لیهر و همکاران، ۲۰۱۵).

جمع‌بندی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد فاجعه‌انگاری درد با میانجی‌گری حساسیت اضطرابی و ترس مرتبط با درد نقش مهمی در پیش‌بینی خوردن هیجانی افراد مبتلا به درد ایفا می‌کند. تعامل بین تجربه درد با هیجان‌ها و شناخت‌های منفی ناشی از آن بر رفتارهای خوردن تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین به نظر می‌رسد برای پیشگیری و درمان اضافه‌وزن و چاقی افراد مبتلا به درد و نیز حفظ اثرات درمانی، سازه‌های شناختی و هیجانی مرتبط با درد به همراه رفتارهای خوردن باید هدف مداخلات درمانی قرار گیرند.

نتایج پژوهش حاضر معرف نمونه زنان و مردان مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درد و متخصصان درد و مغز و اعصاب، و نیز فیزیوتراپی‌ها در استان تهران است؛ بنابراین تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر به گروه‌ها و جوامع دیگر باید با احتیاط انجام شود. گردآوری داده‌ها از طریق خودگزارشی^۱ می‌تواند علاوه بر کاهش روایی داده‌ها، تحت تأثیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی^۲ قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، دیگر متغیرهای مؤثر بر رفتارهای خوردن افراد دارای درد مزمن بررسی شود و نقش جنسیت در مدل‌های بعدی مورد توجه قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود درمانگران در مداخلات درمانی، خوردن هیجانی را با استفاده از روش‌هایی نظیر آموزش خوردن آگاهانه، محدودکردن راه‌اندازها و نشانه‌های خوردن هیجانی، بیرونی و مدیریت کنند.

منابع

پاک‌نژاد، م.، اصغری‌مقدم، م. ع.، رحیمی‌نژاد، ع.، رستمی، ر.، و و طاهری، آ. (۱۳۹۳). ساختار عاملی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس نشانگان اضطراب درد. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۵(۳)، ۹۴-۷۱.

تقی‌پور درزی، م.، حسینی، ر.، کیا، ک.، و عباسپور، م. (۱۳۹۲). بررسی میزان شیوع دردهای عضلانی-اسکلتی و ارتباط آن با ناتوانی عملکردی در سالمندان. *دانش و تندرستی*. ۸(۷)، ۷۲-۸۶.

حسینی‌نژاد، ن.، بیژنی، ج.، و فتحی، د. (۱۳۹۴). بررسی رابطه حساسیت اضطرابی و اختلال خوردن. *کنفرانس ملی هزاره*

1. self- report

2. social desirability bias

سوم و علوم انسانی. شیراز. مرکز توسعه آموزش‌های نوین ایران (متانا).

- صالحی فدردی، ج.، مداح شورچه، ر.، و نعمتی، م. (۱۳۹۰). مقایسه ساختار انگیزشی و سبک‌های خوردن در زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی و دارای وزن طبیعی. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۳(۲)، ۸۱-۷۰.
- قاسمی‌نژاد، م. ع.، زرگر، ی.، و مهرایی‌زاده هنرمند، م. (۱۳۹۲). بررسی نقش حساسیت اضطرابی، ناگویی خلقی، عواطف مثبت و منفی و سلامت روان در پیش‌بینی بیماری آسم. *مجله پزشکی ارومیه*. ۲۴(۹)، ۷۲۹-۷۱۹.
- محمدی، س.، دهقانی، م.، حیدری، م.، صداقت، م.، و خطیبی، ع. (۱۳۹۲). بررسی شباهت‌های روان‌شناختی مرتبط با درد در بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی و همسران آن‌ها. *مجله علوم رفتاری*. ۱۷(۱)، ۵۷-۶۶.

References

- Amy, E. A., & Kozak, A. T. (2012). The more pain I have, the more I want to eat: obesity in the context of chronic pain. *Obesity*. 20(10), 2027-2034.
- Aydede, M., & Shriver, A. (2018). Recently introduced definition of “nociceptive pain” by the International Association for the Study of Pain needs better formulation. *Pain*. 159(6), 1176-1177.
- Bailly, N., Maitre, I., Amanda, M., Hervé, C., & Alaphilippe, D. (2012). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ). Assessment of eating behavior in an aging French population. *Appetite*. 59(3), 853-858.
- Bardeen, J. R., & Daniel, T. A. (2018). Anxiety sensitivity and attentional bias to threat interact to prospectively predict anxiety. *Cognitive Behavior Therapy*. 47(6), 482-494.
- Buchbinder, R., van Tulder, M., Öberg, B., Costa, L. M., Woolf, A., Schoene, M., Croft, P., Hartvigsen, J., Cherkov, D., Foster, N. E., & Maher, C. G. (2018). Low back pain: a call for action. *The Lancet*. 391(10137), 2384-2388.
- Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W., & Karoly, P. (2012). Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. *The Clinical Journal of Pain*. 28(6), 475-483.
- Denke, G., Rawls, E., & Lamm, C. (2018). Attentional conflict moderates the association between anxiety and emotional eating behavior: An ERP Study. *Frontiers in Human Neuroscience*. 12(15), 194.
- Emami, A. S., Woodcock, A., Swanson, H. E., Kapphahn, T., & Pulvers, K. (2016). Distress tolerance is linked to unhealthy eating through pain catastrophizing. *Appetite*. 107(1), 454-459.
- Felpeto, A., Ramos, A. M., Hincapie, D., Lenox, M. B., & Reinhardt, R. (2019). Eating the pain away: the use of food as a coping mechanism in older adults experiencing chronic pain. *Innovation in Aging*. 3(Supplement_1), S258-S258.
- Fulton, J. J., Lavender, J. M., Tull, M. T., Klein, A. S., Muehlenkamp, J. J., & Gratz, K.

- L. (2012). The relationship between anxiety sensitivity and disordered eating: the mediating role of experiential avoidance. *Eating Behaviors*, 13(2), 166-169.
- Ganho-Ávila, A., Moura-Ramos, M., Gonçalves, Ó. F., & Almeida, J. (2019). Measuring Vulnerability to Anxiety: Factorial Structure, Reliability, Validity, and Discriminatory Accuracy of the Anxiety Sensitivity Index-3-PT. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 52(4), 223-238.
- Godfrey, K. M., Bullock, A. J., Dorflinger, L. M., Min, K. M., Ruser, C. B., & Masheb, R. M. (2018). Pain and modifiable risk factors among weight loss seeking Veterans with overweight. *Appetite*, 128(1), 100-105.
- Hearon, B. A., Quatromoni, P. A., Mascoop, J. L., & Otto, M. W. (2014). The role of anxiety sensitivity in daily physical activity and eating behavior. *Eating Behaviors*, 15(2), 255-258.
- Hearon, B. A., Utschig, A. C., Smits, J. A., Moshier, S. J., & Otto, M. W. (2013). The role of anxiety sensitivity and eating expectancy in maladaptive eating behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 923-933.
- Hinton, D. E., McNally, R. J., Fairfax, R., & Harachi, T. W. (2021). A network analysis of culturally relevant anxiety sensitivity and posttraumatic stress disorder symptoms in Cambodians. *Transcultural Psychiatry*, 58(3), 440-452.
- Janke, E. A., Jones, E., Hopkins, C. M., Ruggieri, M., & Hruska, A. (2016). Catastrophizing and anxiety sensitivity mediate the relationship between persistent pain and emotional eating. *Appetite*, 103(1), 64-71.
- Kauffman, B. Y., Rogers, A. H., Bakhshaie, J., Mayorga, N. A., Garza, M., Ochoa-Perez, M., Lemaire C, & Zvolensky, M. J. (2019). Examining the relationship between pain intensity and emotional eating among Latinos in a federally qualified health center: the role of anxiety sensitivity. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(6), 1217-1223.
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 49(1), 125-134.
- Leung, L. (2012). Pain catastrophizing: an updated review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(3), 204-217.
- Liew, B. X., Scutari, M., Peolsson, A., Peterson, G., Ludvigsson, M. L., & Falla, D. (2019). Investigating the Causal Mechanisms of Symptom Recovery in Chronic Whiplash-associated Disorders Using Bayesian Networks. *The Clinical Journal of Pain*, 35(8), 647-655.
- MacDonald, S. L., Journeay, W. S., & Uleryk, E. (2020). A systematic review of the impact of obesity on stroke inpatient rehabilitation functional outcomes. *NeuroRehabilitation*, 46(3), 403-415.

- Masheb, R. M., Douglas, M. E., Kutz, A. M., Marsh, A. G., & Driscoll, M. (2020). Pain and emotional eating: further investigation of the Yale Emotional Overeating Questionnaire in weight loss seeking patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(3), 479-486.
- McCracken, L. M., & Dhingra, L. (2002). A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain Research and Management*, 7(1), 45-50.
- Okifuji, A., & Hare, B. D. (2015). The association between chronic pain and obesity. *Journal of Pain Research*, 8(1), 399-408.
- O'Loughlin, I., & Newton-John, T. R. (2019). 'Dis-comfort eating': An investigation into the use of food as a coping strategy for the management of chronic pain. *Appetite*, 140, 288-297.
- Otto, M. W., Eastman, A., Lo, S., Hearon, B. A., Bickel, W. K., Zvolensky, M., Smits, J. A., & Doan, S. N. (2016). Anxiety sensitivity and working memory capacity: Risk factors and targets for health behavior promotion. *Clinical Psychology Review*, 49(1), 67-78.
- Pedler, A., Kamper, S. J., Maujean, A., & Sterling, M. (2018). Investigating the fear avoidance model in people with whiplash. *The Clinical Journal of Pain*, 34(2), 130-137.
- Peterson, R. A., & Reiss, S. (1992). *Anxiety sensitivity index manual* (2nd Ed.). Worthington, OH: International Diagnostic Services.
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(5), 745-758.
- Roelofs, J., Peters, M. L., van der Zijden, M., Thielen, F. G., & Vlaeyen, J. W. (2003). Selective attention and avoidance of pain-related stimuli: a dot-probe evaluation in a pain-free population. *The Journal of Pain*, 4(6), 322-328.
- Schouppe, S., Clauwaert, A., Van Oosterwijck, J., Van Damme, S., Palmans, T., Wiersema, J. R., ... & Danneels, L. (2020). Does experimentally induced pain-related fear influence central and peripheral movement preparation in healthy people and patients with low back pain? *Pain*, 161(6), 1212-1226.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginners' guide to structural equation modeling*, Lawrence Erlbaum association publishers. New Jersey & London: Mahwah.
- Shim, E. J., Hahm, B. J., Go, D. J., Lee, K. M., Noh, H. L., Park, S. H., & Song, Y. W. (2018). Modeling quality of life in patients with rheumatic diseases: the role of pain catastrophizing, fear-avoidance beliefs, physical disability, and depression. *Disability and Rehabilitation*, 40(13), 1509-1516.
- Sim, L. A., Lebow, J., Weiss, K., Harrison, T., & Bruce, B. (2017). Eating disorders in adolescents with chronic pain. *Journal of Pediatric Health Care*, 31(1), 67-74.

- Somers, T. J., Keefe, F. J., Carson, J. W., Pells, J. J., & LaCaille, L. (2008). Pain catastrophizing in borderline morbidly obese and morbidly obese individuals with osteoarthritic knee pain. *Pain Research and Management, 13*(5), 401-406.
- Somers, T. J., Wren, A. A., Blumenthal, J. A., Caldwell, D., Huffman, K. M., & Keefe, F. J. (2014). Pain, physical functioning, and overeating in obese rheumatoid arthritis patients: do thoughts about pain and eating matter? *JCR: Journal of Clinical Rheumatology, 20*(5), 244-250.
- Stein, A. T., Freeman, S. Z., & Smits, J. A. (2019). Cognitive mechanisms underlying the link between anxiety, health behaviors, and illness outcomes: commentary on a special issue. *Cognitive Therapy and Research, 43*(1), 131-138.
- Stein, A. T., Medina, J. L., Rosenfield, D., Otto, M. W., & Smits, J. A. (2020). Examining experiential avoidance as a mediator of the relation between anxiety sensitivity and depressive symptoms. *Cognitive Behavior Therapy, 49*(1), 41-54.
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment, 7*(4), 524-532.
- Uddin, Z., Woznowski-Vu, A., Flegg, D., Aternali, A., Wickens, R., & Wideman, T. H. (2019). Evaluating the novel added value of neurophysiological pain sensitivity within the fear-avoidance model of pain. *European Journal of Pain, 23*(5), 957-972.
- Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders, 5*(2), 295-315.
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fearavoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain, 85*(3), 317-332.
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain, 153*(6), 1144-1147.
- Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(3), 401-408.
- Zale, E. L., & Ditre, J. W. (2015). Pain-related fear, disability, and the fear-avoidance model of chronic pain. *Current Opinion in Psychology, 5*(1), 24-30.

