Journal of Police Medicine

Summer 2017; Vol. 6, No. 2: 111-116

Original Article

Attachment Styles, Mindfulness and Sleep Quality in Patients with Substance Abuse Disorders

Received: 21 October 2016 **Revised:** 29 January 2017 **Accepted:** 21 March 2017

Hossein Shekari[1]
Farideh Hosseinsabet[2*]
Mohamad Ahmadi[3]

[1]MA. in Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

[2]PhD, Department of Clinical & General Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

[3]MD, Physiology Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study was to investigate the attachment styles of people with opioid abuse disorders and their relationship with mindfulness and sleep quality.

Materials and Methods: In this study, 120 male opioid males, who were sampled by accessible method, responded to the scale of attachment, mindfulness and sleep quality styles. After determining the frequency of each attachment styles, the relationship between the level of mindfulness and the quality of sleep was determined in people with different attachment styles. Statistical analysis was performed using one-way ANOVA. In case of observing a significant difference the post hoc Tukey test was used.

Results: Mindfulness level in subjects with safe attachment was higher than those with anxiety and ambivalent attachment ($p=0.03$). No significant difference was found between the level of anxiety and insecure attachment and ambivalent attachment ($p>0.05$). The lowest mean score of sleep quality was for those with safe attachment style, then ambivalent and, lastly, avoidance. There was no significant difference in the level of sleep quality among people with different attachment patterns ($p>0.05$).

Conclusion: Individuals with safe attachment style have higher scores, and those with ambivalent attachment style have lower scores. Sleep quality is not affected by mindfulness.

[*]**Corresponding Author:**
Farideh Hosseinsabet
Tel: (+98) 2144737510
Email: hoseinsabet@atu.ac.ir

Keywords: Attachment Styles, Mindfulness, Sleep Quality, Substance Abuse Disorder

تابستان ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۲- صفحات ۱۱۶-۱۱۱

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

سبک‌های دلبستگی، بهوشیاری و کیفیت خواب در افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد افیونی

تاریخ دریافت: ۳۰ مهر ۱۳۹۵ **تاریخ اصلاح:** ۹ بهمن ۱۳۹۵ **تاریخ پذیرش:** ۲۱ فروردین ۱۳۹۶

حسین شکاری [۱]

فریده حسین ثابت [۲*]

محمد احمدی [۳]

[۱] دانش‌اموخته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

[۲] PhD، گروه روان‌شناسی بالینی و عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

[۳] MD، مرکز تحقیقات فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

[*] **نویسنده مسئول:**

فریده حسین ثابت

تلفن: ۲۱۴۴۷۳۷۵۱۰ (۹۸+)

پست الکترونیک:

hoseinsabet@atu.ac.ir

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی سبک‌های دلبستگی در افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد افیونی و رابطه آن با بهوشیاری و کیفیت خواب انجام شد.

روش: در این مطالعه، ۱۲۰ مرد مبتلا به سوءمصرف مواد افیونی که به صورت در دسترس نمونه‌گیری شده بودند، به مقیاس‌های سبک‌های دلبستگی، بهوشیاری و کیفیت خواب پاسخ دادند. بعد از تعیین فراوانی هر یک از سبک‌های دلبستگی، ارتباط میان سطح بهوشیاری و نیز کیفیت خواب در افراد با سبک‌های دلبستگی گوناگون تعیین گردید. تحلیل آماری با استفاده از آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه انجام شد. در صورت وجود تفاوت معنی‌دار آماری از پس‌آزمون توکی استفاده شد.

یافته‌ها: سطح بهوشیاری در افراد با دلبستگی ایمن بالاتر از افراد با دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا بود ($p=۰/۰۳$). هیچ تفاوت معناداری میان سطح بهوشیاری افراد با دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$). کمترین نمره میانگین کیفیت خواب مربوط به افراد با سبک دلبستگی ایمن سپس دوسوگرا و در آخر اجتنابی بود. مقایسه سطح کیفیت خواب در میان افراد با الگوهای مختلف دلبستگی تفاوت آماری معناداری نشان نداد ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: افراد با سبک دلبستگی ایمن نمره بهوشیاری بالاتر و افراد با سبک دلبستگی دوسوگرا نمره بهوشیاری کمتری دارند. کیفیت خواب نیز تحت تاثیر بهوشیاری قرار نمی‌گیرد.

کلیدواژه‌ها: سبک دلبستگی، بهوشیاری، کیفیت خواب، اختلال مصرف مواد

مقدمه

بسیاری از مطالعات نشان داده است که سبک دلبستگی ایمن با افزایش بهوشیاری (Mindfulness) همراه است [۱]. جایگاه بالاتر در بهوشیاری ممکن است توانایی افراد را درحفظ یک حالت باز و پذیرا در روابط صمیمانه را افزایش دهد. دلبستگی ایمن ممکن است ظرفیت بیشتری برای توجه آگاهانه و هوشیارانه افراد را فراهم کند، به‌طوری که آنها بتوانند کمتر با عوامل مرتبط با دلبستگی ناایمن از قبیل نشخوار یا اجتناب مشغولیت ذهنی داشته باشند [۲].

بهوشیاری حالتی از توجه‌کردن و آگاه‌بودن از آنچه در حال حاضر روی می‌دهد، است. ویژگی‌های بهوشیاری شامل آگاهی قبل از قضاوت و پذیرش تجربیات، توجه انعطاف‌پذیر، پذیرندگی عینی تجربه و جهت‌گیری به اینجا و اکنون است [۳]. بنابراین هدف بهوشیاری تغییر محتوای افکار نیست، بلکه رشد یک نگرش متفاوت نسبت به افکار و احساسات در زمان رویداد است. در بهوشیاری، شخصی که در حال تفکر است، ظهور و عبور افکار و احساسات خود را مشاهده می‌کند و می‌پذیرد که آنها فقط افکار هستند و از ناپایداربودن آنها آگاه است؛ مانند افکار در مورد مصرف مواد [۴]. در

Journal of Police Medicine
Summer 2017; Vol. 6, No. 2: 111-116

یک مطالعه بر روی افراد الکلی نشان داده شد که حداقل بعضی از افکار درمورد سوء مصرف الکل گذرا است. اگر شخص از سرکوبی و بسط افکار بتواند دوری کند، بسیاری از افکار مهاجم در مورد مصرف الکل نسبتا گذرا است. تفکر بهوشیارانه روشی است که می‌تواند اجازه دهد که این پذیرش رخ دهد، مهاجم به عنوان یک فکر گذرا حفظ می‌شود و فرد نمی‌تواند به‌طور خودکار بر روی آن عمل کند [۵].

اگر دلبستگی ایمن، خواب امن را تسهیل می‌کند، پس محتمل است که یک دلبستگی ناایمن، احساس ناایمنی و گوش به زنگی را در فرد افزایش دهد که در آهنگ خواب اختلال ایجاد می‌کند [۶]. مطالعات نشان داده است که در تمام سنین بین دلبستگی و خواب ارتباط وجود دارد [۷]. آزمایش ارتباط بین سبک دلبستگی و اندازه موج آلفا در یک جمعیت بالینی، پیشنهاد می‌کند که دلبستگی ناایمن، با سنجش بیولوژیکی از اختلالات خواب رابطه دارد [۸].

در یک مطالعه محققان نشان دادند که بین مشکلات بین فردی و اختلالات خواب و مصرف مواد رابطه وجود دارد. ترکیب برانگیختگی فیزیکی و هوشیاری شناختی در افراد با دلبستگی ناایمن، ممکن است تحت نفوذ سیستم‌ها و شناخت‌های برانگیزاننده استرس که به حضور فیزیکی و عاطفی یار صمیمی مرتبط هستند، قرار گیرد. این موضوع افراد را مستعد اختلالات خواب می‌کند. برخلاف آن، افرادی با دلبستگی ایمن (سطوح پایین اضطراب و اجتناب) ممکن است خواب عمیق‌تر و ترمیمی‌تری را به وسیله فراهم‌کردن یک احساس امنیت و رهاشدن فیزیکی و روانی از فشارهای روزمره گسترش دهند. خواب افراد با دلبستگی دوری‌گزین، ممکن است در برابر اختلالات محافظت شود، زیرا آنها تمایل دارند از استراتژی‌های خنثی‌کننده (مانند ارزش‌نهادن به استقلال و سرکوب نیاز به صمیمیت) استفاده کنند [۹]. بین تمایزیافتگی خود و مولفه‌های آن (واکنش عاطفی، موقعیت من، گسلش عاطفی و آمیختگی با دیگران) با آمادگی به اعتیاد رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد [۱۰]. تمایزیافتگی خود با بهوشیاری رابطه معنی‌داری دارد [۱۱].

بهوشیاری ممکن است سبب بهبود عملکرد مرتبط با خواب شود [۱۲]. از مهم‌ترین ویژگی‌های افراد با سبک دلبستگی ناایمن، نشخوار ذهنی و اجتناب و ناتوانی در تنظیم احساسات منفی در روابط بین‌فردی است. بهوشیاری باعث افزایش توانایی افراد در تنظیم احساسات منفی و جلوگیری از نشخوار ذهنی می‌شود. اگر بین بهوشیاری و سبک دلبستگی ناایمن در افراد معتاد رابطه‌ای وجود داشته باشد، احتمالا می‌توان با آموزش بهوشیاری به آنها در سبک دلبستگی تغییراتی را به وجود آورد. همچنین اگر بین بهوشیاری و کیفیت خواب رابطه مثبتی وجود داشته باشد، می‌توان با افزایش بهوشیاری در افراد معتاد، کیفیت خواب آنها را افزایش داد که از مشکلات اساسی در درمان اعتیاد نیز است. بنابراین گنجاندن درمان‌های بهوشیاری در درمان اعتیاد با توجه به موارد ذکر شده می‌تواند بسیار سودمند واقع شود. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط بین سبک‌های دلبستگی با بهوشیاری و کیفیت خواب در افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد افیونی بود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه جامعه هدف، افراد مبتلا به اختلال به سوءمصرف مواد افیونی بودند. جامعه آماری ۱۲۰ نفر از مبتلایان به اختلال سوء مصرف مواد بودند که در ۶ ماه نخست سال ۱۳۹۳ با هدف درمان به موسسه کنگره ۶۰ مراجعه کرده بودند. به علت مشخص نبودن وضعیت متغیرهای اصلی این مطالعه در مطالعات قبلی انجام شده که شامل سبک‌های دلبستگی، بهوشیاری و کیفیت خواب است و همچنین با توجه به تفاوت پرسش‌نامه‌های انتخاب شده در مطالعات قبلی و عدم وجود پیش‌نیازهای محاسبه حجم نمونه (واریانس هر یک از متغیرها)، بازه زمانی به عنوان معیار ورود انتخاب شد و تمام افراد واجد شرایط در طول ۶ ماه نخست سال ۹۳ وارد مطالعه شدند. به علت این که محدودیت‌هایی در نمونه‌گیری تصادفی در موسسه کنگره ۶۰ وجود داشت، نمونه‌گیری به شکل غیرتصادفی و در دسترس انجام شد. با توجه به محدودیت دسترسی به زنان مراجعه‌کننده، گروه نمونه شامل مردان با تحصیلات اول راهنمایی تا مقطع لیسانس و دارای رنج سنی ۲/۷±۳۱/۶ سال بودند.

سنجش سبک دلبستگی: پرسش‌نامه سبک‌های دلبستگی که توسط *هازن* و *شیور* ساخته شده است، بر پایه این فرض استوار است که مشابهت‌هایی از سبک‌های دلبستگی نوزاد مراقب را در روابط بزرگسالان نیز می‌توان یافت [۱۸]. این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارش‌دهی است که با روابط بزرگسالان تطبیق داده شده است. این پرسش‌نامه ۱۵ سئوال دارد که ۵ سئوال دلبستگی ناایمن دوسوگرا، ۵ سئوال دلبستگی ناایمن اجتنابی و ۵ سئوال دلبستگی ایمن را بررسی می‌کند و گزینه‌های هر پرسش از ۱ تا ۵ (خیلی کم تا خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. پس از تکمیل و نمره‌گذاری، آن خرده‌مقیاسی که آزمودنی نمره بالاتری در آن بگیرد، به عنوان سبک دلبستگی فرد لحاظ می‌شود. *هازن* و *شیور*، اعتبار بازآزمایی کل این پرسش‌نامه را (۰/۸۱) و اعتبار با آلفای کرونباخ آن را (۰/۸۷) به‌دست آورده‌اند. *هازن* و *شیور*، روایی محتوایی و ملاکی را خوب و روایی سازه آن را در حد بسیار مطلوب گزارش داده‌اند. همچنین بررسی روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه توسط *رحیمیان* [۱۹]، رابطه مثبت و معناداری (۰/۸۰) را نشان می‌دهد. در پژوهش *رحیمیان*، اعتبار به وسیله آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه برای سبک دلبستگی

تابستان ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۲- صفحات ۱۱۶-۱۱۱

ایمن، ناایمن اجتنابی و ناایمن دوسوگرا به ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۸۳ است. همچنین روایی همزمان این پرسش‌نامه با مصاحبه ساختاریافته *راین* در دلبستگی بزرگسالان، برای دلبستگی ایمن ۰/۷۹، ناایمن اجتنابی ۰/۸۵ و دلبستگی ناایمن دوسوگرا ۰/۸۷ است [۲۰]. آلفای کرونباخ در این پژوهش به ترتیب سبک دلبستگی ایمن، ناایمن اجتنابی و ناایمن دوسوگرا برابر با ۰/۷۵، ۰/۷۹، ۰/۸۱ به‌دست آمد.

سنجش بهوشیاری: مقیاس بهوشیاری مورد استفاده در این پژوهش توسط *براون وریان* ساخته شده است و برای سنجش بهوشیاری به کار می‌رود. این مقیاس ۱۵ ماده دارد که افراد پاسخ خود را به هر عبارت با استفاده از مقیاس ۶درجه‌ای لیکرت از تقریبا هیچ (بانمره‌ی صفر) تا تقریبا همیشه (بانمره‌ی ۶) درجه‌بندی می‌کنند. هر چه نمره آزمودنی بالاتر باشد، بهوشیاری فرد بیشتر است. این مقیاس از پایایی درونی خوبی برخوردار است، به‌طوری که روی ۷ گروه نمونه اجرا شده و آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است [۱۳]. روایی این مقیاس نیز در حد بالایی گزارش شده به طوری که همبستگی‌های بسیار بالایی ($p<۰/۰۰۰۱$) را با تعدادی از متغیرهای سلامت روان داشته است. همچنین روایی سازه‌ای و ملاک این مقیاس در بیماران سرطانی سنجیده شده است. این مقیاس در جامعه ایران اجرا شده و آلفای آن ۰/۸۲ است و با متغیرهای مربوط از جمله خودشناسی و سلامت روان در نمونه‌های مختلف ارتباط، نشان داده است [۱۴]. آلفای کرونباخ در این پژوهش نیز ۰/۷۶ به‌دست آمد.

سنجش کیفیت خواب: پرسش‌نامه خواب پترزبورگ یکی از مهم‌ترین مقیاس‌های به کار رفته در تحقیقات خارجی است. این پرسش‌نامه نگرش بیمار را پیرامون کیفیت خواب طی ۴ هفته گذشته بررسی می‌نماید. این پرسش‌نامه ۹ سئوال دارد. پرسش‌نامه کیفیت خواب پترزبورگ، ۷ نمره برای مقیاس‌های توصیف کلی فرد از کیفیت خواب، تاخیر در خواب‌رفتن، طول مدت خواب مفید، کارایی، اختلالات خواب، میزان داروی خواب‌آور مصرفی، اختلال عملکرد روزانه اختصاص می‌دهد که درنهایت یک نمره کلی به‌دست می‌آید. نمره هر یک از مقیاس‌های پرسش‌نامه بین صفر تا ۳ در نظر گرفته شده است. نمرات صفر، ۱، ۲ و ۳ در هر مقیاس به ترتیب بیان‌گر وضعیت طبیعی، وجود مشکل خفیف، متوسط و شدید بود که در نهایت یک نمره کلی به دست می‌آمد. پایایی این مقیاس ۰/۸۳، حساسیت ۰/۸۹ و ویژگی ۰/۸۶ است [۱۵]. زمان پاسخ‌دهی به این پرسش‌نامه ۱۰-۵ دقیقه است [۱۶]. آلفای کرونباخ در نسخه‌ی فارسی این ابزار ۰/۷۷ تعیین شده است [۱۷]. در این پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه‌های بهوشیاری، سبک‌های دلبستگی و خواب و همچنین سئوالات مربوط به دیگر متغیرهای مورد بررسی، به افرادی که به موسسه‌ی کنگره‌ی ۶۰ مراجعه‌ی منظم داشتند، داده شد و از آنها خواسته شد به سئوالات پاسخ دهند. برای مقیاس بهوشیاری و سبک‌های دلبستگی محدودیت زمانی وجود نداشت و در هر مورد، در صورت نیاز، توضیحات شفاهی بیشتری به بیماران داده شد. گروه نمونه با رضایت آگاهانه در این پژوهش شرکت نمودند و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند. پروپوزال پژوهش از نظر اخلاق پژوهش مورد تایید مدیریت موسسه کنگره ۶۰ قرار گرفت.

میزان بهوشیاری وکیفیت خواب در گروه افراد تحت درمان تعیین شد و مقایسه‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه بررسی و در صورت وجود تفاوت معنی‌دار آماری، پس‌آزمون توکی انجام شد. همه آنالیزها نیز در محیط SPSS 21 انجام شد.

یافته‌ها

در میان افراد مورد مطالعه، ۷۲ فرد دارای سبک دلبستگی ایمن، ۱۰ فرد دارای سبک دلبستگی اجتنابی و ۳۴ فرد با سبک دلبستگی دوسوگرا بودند و ۴ نفر نیز به دلیل اشتباه و یا ناقص پاسخ‌دادن به پرسش‌نامه، از مطالعه حذف شدند. میانگین بهوشیاری ۱۵/۸±۵۵/۶ بود. بیشترین نمره بهوشیاری (۱/۹±۵۹/۱۴) مربوط به افراد با سبک دلبستگی ایمن بود. افراد با سبک دلبستگی اجتنابی نمره‌ی (۱۶/۱±۵۱/۱) در بهوشیاری داشتند و در آخر افراد با سبک دلبستگی دوسوگرا، کمترین نمره (۱۶/۱±۵۰/۰) را در میزان بهوشیاری داشتند. با تحلیل صورت‌گرفته توسط آزمون توکی، تفاوت معنی‌داری بین سبک دلبستگی ایمن و دوسوگرا در میزان بهوشیاری مشاهده شد. سطح بهوشیاری در افراد با دلبستگی ایمن، بالاتر از افراد با دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا بود ($p=۰/۰۳$). هیچ تفاوت معنی‌داری میان سطح بهوشیاری افراد با دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا مشاهده نشد ($p=۰/۳۱$).

در ارتباط با سبک دلبستگی و کیفیت خواب، کمترین نمره میانگین کیفیت خواب مربوط به افراد با سبک دلبستگی دوسوگرا (۲/۵±۶/۹) بود. بعد از آن افراد با سبک دلبستگی ایمن (۳/۹±۷/۷) و در آخر افراد با سبک دلبستگی اجتنابی (۲/۷±۸/۷) قرار داشتند. اما مقایسه سطح کیفیت خواب در میان افراد با الگوهای مختلف دلبستگی، وجود تفاوت آماری معناداری را نشان نداد ($p=۰/۲۹$).

با توجه به اینکه تفاوت آماری بین سطح بهوشیاری در الگوهای دلبستگی تفاوت معنی‌داری داشت ($p<۰/۰۵$). تحلیل آماری با آزمون توکی صورت گرفت. در این تحلیل نشان داد که تفاوت

Journal of Police Medicine
Summer 2017; Vol. 6, No. 2: 111-116

معنی‌داری بین سبک دلبستگی ایمن و دوسوگرا در میزان بهوشیاری وجود داشت و افراد با الگوی دلبستگی ایمن، بهوشیاری بالاتری دارند. بنابراین ارتباط میان الگوی دلبستگی و سطح بهوشیاری تایید شد ($p<۰/۰۵$).

بحث

هدف از این پژوهش، بررسی ارتباط بین سبک‌های دلبستگی با بهوشیاری و کیفیت خواب در افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد افیونی بود. بیشتر افراد گروه نمونه با سبک دلبستگی ایمن بودند. این یافته با یافته‌های دیگر پژوهش‌ها در مورد ارتباط سبک دلبستگی و اعتیاد تا حدودی مغایر بود [۲۱]. یکی از دلایل این مغایرت می‌تواند کوچک بودن گروه نمونه در این پژوهش باشد. علاوه بر این، به دلیل اینکه افراد با سبک دلبستگی ایمن به نسبت بیشتری به گروه‌های درمان جذب می‌شوند [۷]، احتمال می‌رود افراد با سبک دلبستگی ناایمن درمان انفرادی را ترجیح دهند. در سبک دلبستگی ناایمن، در صورت به‌وجودآمدن تعارضات بین‌فردی، فرد از دیگران دوری می‌نماید [۱۲]. این نحوه‌ی تعامل با دیگران و دوری‌کردن از احساسات درونی، به همراه نشخوار ذهنی و مصرف مواد، باعث عدم توجه این افراد به زندگی درونی خود، که لازمه بهوشیاری است، می‌باشد. این الگوی رفتاری به‌صورت عادت و به عنوان یک مکانیسم دفاعی درآمده و باعث بدترشدن مشکلات آنها می‌شود. داشتن سبک دلبستگی ایمن یک پیش‌آگهی مثبت در درمان سوءمصرف الکل است [۵].

بین سبک‌های دلبستگی و بهوشیاری در افراد با سوءمصرف مواد رابطه معنی‌داری وجود داشت. افراد با سبک دلبستگی ایمن بیشترین سطح بهوشیاری را داشتند. افراد با سبک دلبستگی اجتنابی در رتبه دوم و افراد با سبک دلبستگی دوسوگرا رتبه سوم در میزان بهوشیاری را در این پژوهش کسب کردند. این یافته‌ها مطابق با پژوهش‌های پیشین بود [۲۲]. همان‌طور که مهارت بهوشیاری رشد می‌کند، افکار منفی از فرد جدا شده و قدرت خود را در دیکته‌کردن احساسات و فعالیت‌های بعدی از دست می‌دهند (مانند مصرف مواد، نشخوار ذهنی، خودسرزنشگری). در این حالت شخص، ناظر بر افکار و احساسات خود است و به آنها به عنوان رویدادهای گذرا نگاه می‌کند [۴]. جایگاه بالاتر در بهوشیاری ممکن است باعث افزایش توانایی افراد در پذیرش روابط صمیمانه شود. دلبستگی ایمن ممکن است ظرفیت بیشتری در توجه آگاهانه و هوشیارانه فرد فراهم کند، به‌طوری که آنها بتوانند با عوامل مرتبط با دلبستگی ناایمن (از قبیل نشخوار) مشغولیت ذهنی کمتری داشته باشند [۲۳]. نشخوار ذهنی، فکرکردن چندباره درمورد مساله خاصی می‌باشد، بدون اینکه به راه‌حل بیانجامد و شخص با این عمل خود را شکنجه می‌دهد. با توجه به یافته‌های به دست آمده، آموزش بهوشیاری و همچنین استفاده از درمان‌های موثر در افزایش آن (مانند روان‌درمانی روان‌پویشی)، احتمالا در درمان اعتیاد نیز موثر واقع می‌شوند [۲۴]. همچنین در مطالعه‌ای نشان داده شده است که در معتادان، روان‌درمانی روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت با کاهش خودسرزنش‌گری ناشی از سوپرایگوی پاتولوژیک، می‌تواند منجر به کاهش اضطراب و افزایش بهوشیاری شود [۲۵]. ذهن معتاد در آینده تثبیت می‌شود (زمان مصرف بعدی من کی خواهد بود) و افراد کمتر احتمال دارد که آنچه را در زمان حال روی می‌دهد، بپذیرند. در بهوشیاری شخص کاملا معطوف به زمان حال است و ظهور و عبور افکار خود را در زمان حال مشاهده می‌نماید. درمان‌هایی که باعث افزایش بهوشیاری می‌شوند، ظرفیت تحمل احساسات، خودمشاهده‌گری ایگو و پذیرش افکار و احساسات و همچنین نه سرکوب آنها را در شخص افزایش می‌دهند [۲۶].

در این پژوهش بین سبک دلبستگی و کیفیت خواب رابطه‌ی معنی‌داری به‌دست نیامد. این یافته، متفاوت با نتایج پژوهش‌های قبل بود [۷، ۸]. عدم به‌دست‌آمدن ارتباط معنی‌دار میان کیفیت خواب و سبک‌های دلبستگی، علاوه بر ردکردن یکی از فرضیه‌های اصلی این مطالعه، می‌تواند بررسی ابعاد دیگر خواب و یا استفاده از ابزارهای دیگری را پیشنهاد کند. همچنین دلیل عدم مشاهده چنین ارتباط معنی‌داری می‌تواند تاثیر درمان دارویی مشابه برای همه بیماران در کنگره ۶۰ باشد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، همگن‌نبودن اعضای جامعه آماری با دیگر افراد مبتلا به سوءمصرف مواد بود. زیرا جامعه مورد استفاده در این پژوهش تاکید بر گروه درمانی داشت و احتمالا افراد با دلبستگی ایمن، بیشتر از افراد با دلبستگی ناایمن جذب این گروه‌های درمانی می‌شوند که در جامعه مورد پژوهش نیز به همین شکل بود. این مساله در تعمیم نتایج تداخل می‌کند. پیشنهاد می‌شود در آینده از نمونه‌های متنوع‌تری برای پژوهش استفاده شود. همچنین پژوهش مورد نظر فاقد گروهی با افراد سالم بود. پیشنهاد می‌شود در آینده از گروه فوق برای مقایسه و تعمیم بهتر نتایج استفاده شود.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه مشخص شد که افراد با سبک دلبستگی ایمن نمره‌ی بهوشیاری بالاتر و افراد با سبک دلبستگی دوسوگرا نمره بهوشیاری کمتری دارند. کیفیت خواب نیز تحت تاثیر بهوشیاری قرار نمی‌گیرد.

مجله طب انتظامی
تابستان ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۲- صفحات ۱۱۶-۱۱۱

منابع

1- Snyder R, Shapiro S, Treleaven D. Attachment theory and mindfulness. J Child Fam Stud. 2012;21(5):709-17.
2- Pepping CA, Davis PJ, O'Donovan A. Individual differences in attachment and dispositional mindfulness: The mediating role of emotion regulation. J Pers Individ Dif. 2013;54(3):453-6.
3- Howell AJ, Digdon NL, Buro K. Mindfulness predicts sleep-related self-regulation and well-being. J Pers Individ Dif. 2010;48(4):419-24.
4- Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. J Clin Psychol: Sci pract. 2003;10(2):144-56.
5- Witkiewitz K, Marlatt GA, Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. J Cogn Psychother. 2005;19(3):211-28.
6- Carmichael CL, Reis HT. Attachment, sleep quality, and depressed affect. J Health Psychol. 2005;24(5):526-31.
7- Maunder RG, Hunter JJ, Lancee WJ. The impact of attachment insecurity and sleep disturbance on symptoms and sick days in hospital-based health-care workers. J Psychosom Res. 2011;70(1):11-7.
8- Adams GC, Stoops MA, Skomro RP. Sleep tight: Exploring the relationship between sleep and attachment style across the life span. J Sleep Med Rev. 2014;18(6):495-507.
9- Sloan EP, Maunder RG, Hunter JJ, Moldofsky H. Insecure attachment is associated with the α-EEG anomaly during sleep. J Biopsychosoc Med. 2007;1(1):1-20.
10- Rahimi Pordanjani T, Mohammadzadeh Ebrahimi A. The relationship between differentiation of self with addiction potential based on the bowen family system. J Police Med. 2016;5(1):7-16. [Persian]
11- Khaddouma A, Gordon KC, Bolden J. Zen and the art of dating: Mindfulness, differentiation of self, and satisfaction in dating relationships. J Couple Fam Psychol Res Pract. 2015;4(1):1-13.
12- Troxel WM, Germain A. Insecure attachment is an independent correlate of objective sleep disturbances in military veterans. J Sleep med. 2011;12(9):860-5.
13- Ghorbani N, Watson PJ, Hargis MB. Integrative Self-Knowledge Scale: Correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United States. J Psychol. 2008;142(4):395-412.
14- Ghasemipour Y, Ghorbani N. Mindfulness and basic psychological needs among patients with coronary heart disease. IJPCP. 2010;16(2):154-62. [Persian]
15- Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. J Psychiatry Res. 1989;28(2):193-213.
16- Rush AJ. Handbook of psychiatric measures. Washington: American Psychiatric Association;2000.
17- Moghaddam JF, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Reliability and validity of the Persian version of the pittsburgh sleep quality index (PSQI-P). Sleep Breath. 2012;16(1):79-82.
18- Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. J Pers Soc Psychol. 1987;52(3):511-24.
19- Rahimian-Boogar E, Nouri A, Oreizy H, Molavi H, Foroughi Mobarake A. Relationship between adult attachment styles with job satisfaction and job stress in nurses. IJPCP. 2007;13(2):148-57. [Persian]
20- Hassani SH. Relationship between cognitive schema and attachment style in student of Shahid Beheshti University [Dissertation]. Tehran: Shahid Behashti University; 2004. [Persian]
21- Schindler A, Thomasius R, Sack PM, Gemeinhardt B, Küstner U, Eckert J. Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. Attach Hum Dev. 2005;7(3):207-28.
22- Mikulincer M, Shaver PR. Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance. J Psychol Inq. 2007;18(3):139-56.
23- Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. Psychol Inq. 2007;18(4):211-37.
24- Kalpin A. Implementing mindfulness in experiential dynamic therapy with a depressed patient. Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy. 2008;12(1):22-38.
25- Frederickson J. Separating ego and superego in a recovering drug addict. Ad Hoc Bulletin of Short Term Dynamic Therapy. 2008;12(3):3-47.
26- Frederickson J. Co-creating change: Effective dynamic therapy techniques. Kansas: Seven Leave Press; 2013.