

April-May 2026, Volume 21, Issue 1

## Effect of Scheduled Family Visitation on Sleep Quality of Patients in Intensive Care Units

Alireza Salar<sup>1</sup>, Fatemeh Rigi<sup>2\*</sup>, Maryam Azizi<sup>3</sup>, Mahdi Rezvani Amin<sup>4</sup>,  
Nazanin Yousefian Miandoab<sup>5</sup>

1. Associate Professor, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.
2. Instructor, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.
3. Assistant Professor, Islamic Azad University, Qom Branch, Qom, Iran.
4. Assistant Professor, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.
5. Instructor, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

**Corresponding Author:** Fatemeh Rigi, Instructor, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

**Email:** f.rigi2011@gmail.com

Received: 2026/03/13

Accepted: 2026/05/13

### Abstract

**Introduction:** Sleep disturbance is common among patients hospitalized in intensive care units and is associated with adverse physiological and psychological outcomes. Scheduled family presence may improve patients' sleep quality by reducing anxiety and strengthening emotional support.

**Methods:** This quasi-experimental study was conducted on 70 adult patients hospitalized in intensive care units of teaching hospitals affiliated with Zahedan University of Medical Sciences, Iran. The patients were assigned to an intervention group and a control group, with 35 patients in each group. The control group received routine ward visitation, while the intervention group received, in addition to routine care, scheduled family visitation for three consecutive days, twice daily for 20 minutes each session. Sleep quality was measured using the reconstructed Persian version of the Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale, whose validity and reliability have been confirmed in the Iranian population (Cronbach's alpha = 0.83; split-half reliability = 0.70). For the final comparison, analysis of covariance was used by controlling the pretest score and covariates including age, sex, GCS, smoking status, history of hypnotic medication use, and history of substance use.

**Results:** The two groups were comparable at baseline in terms of demographic and clinical variables. The mean  $\pm$  standard deviation of pretest sleep quality was  $6.05 \pm 1.10$  in the control group and  $6.11 \pm 1.09$  in the intervention group. The posttest scores were  $6.08 \pm 1.14$  and  $7.35 \pm 1.02$ , respectively. In the ANCOVA model, the main effect of group was significant ( $F(1,63) = 6.27$ ;  $p = 0.015$ ; partial  $\eta^2 = 0.091$ ), indicating that after adjustment for covariates, sleep quality scores were significantly higher in the intervention group than in the control group. The pretest score was also a significant predictor of the outcome ( $p = 0.020$ ).

**Conclusion:** Scheduled family visitation can improve sleep quality in conscious patients hospitalized in intensive care units. This simple, low-cost, and feasible intervention can be used as a complementary nursing measure within the framework of family-centered care and with adherence to infection control principles.

**Keywords:** Intensive Care Unit; Family-Centered Care; Family Visitation; Sleep Quality; Analysis of Covariance.

**How to cite this article:** Alireza Salar, Fatemeh Rigi, Maryam Azizi, Mahdi Rezvani Amin, Nazanin Yousefian Miandoab, Effect of Scheduled Family Visitation on Sleep Quality of Patients in Intensive Care Units, Iranian Journal of Nursing Research (IJNR).2026. P: 77-87 (in Persian).

Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



## تأثیر ملاقات برنامه‌ریزی شده ی خانواده بر کیفیت خواب بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه

علیرضا سالار<sup>۱</sup>، فاطمه ریگی<sup>۲\*</sup>، مریم عزیزی<sup>۳</sup>، مهدی رضوانی امین<sup>۴</sup>، نازنین یوسفیان میان‌دواب<sup>۵</sup>

- ۱- دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۲. مربی، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۳. استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران.
۴. استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۵. مربی، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

نویسنده مسئول: فاطمه ریگی، مربی، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.  
ایمیل: f.rigi2011@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۲/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۲/۲۲

## چکیده

**مقدمه:** اختلال خواب در بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه شایع است و با پیامدهای فیزیولوژیک و روان‌شناختی نامطلوب همراه می‌شود. حضور برنامه‌ریزی شده خانواده می‌تواند با کاهش اضطراب و تقویت حمایت عاطفی، کیفیت خواب بیماران را بهبود دهد.

**روش کار:** این پژوهش نیمه تجربی روی ۷۰ بیمار بزرگسال بخش مراقبت ویژه (۳۵ مداخله، ۳۵ کنترل) در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شد. گروه کنترل ملاقات روتین بخش را دریافت کرد؛ در گروه مداخله علاوه بر روال روتین، ملاقات برنامه‌ریزی شده خانواده به مدت ۳ روز و روزانه دو نوبت ۲۰ دقیقه‌ای اجرا شد. کیفیت خواب با نسخه‌ی فارسی بازساخته‌ی مقیاس ورن و اسنایدر-هالپرن سنجیده شد که روایی و پایایی آن در جمعیت ایرانی تأیید شده است (آلفای کرونباخ=۰/۸۳؛ پایایی دونیمه=۰/۷۰). برای مقایسه‌ی نهایی، تحلیل کوواریانس با کنترل نمره‌ی پیش‌آزمون و کوواریت‌های سن، جنس، GCS، سیگار، سابقه‌ی مصرف داروی خواب‌آور و مواد مخدر به کار رفت.

**یافته‌ها:** گروه‌ها در شروع مطالعه از نظر متغیرهای دموگرافیک و بالینی هم‌تراز بودند. میانگین  $\pm$  انحراف معیار کیفیت خواب پیش‌آزمون در کنترل  $6/05 \pm 1/10$  و در مداخله  $6/11 \pm 1/09$  بود و پس‌آزمون به ترتیب  $6/08 \pm 1/14$  و  $7/35 \pm 1/02$  گزارش شد. در انکوائی اثر اصلی گروه معنادار بود  $F(1,63)=6.27$ ؛  $p=0.015$ ؛  $\eta^2$  جزئی=۰.۰۹۱) و نشان داد پس از تعدیل کوواریت‌ها، نمره‌ی کیفیت خواب در گروه مداخله به‌طور معناداری بالاتر از کنترل است. نمره‌ی پیش‌آزمون نیز پیش‌بین معنادار پیامد بود ( $p=0.020$ ).

**نتیجه‌گیری:** ملاقات برنامه‌ریزی شده خانواده می‌تواند کیفیت خواب بیماران هوشیار بستری در بخش مراقبت ویژه را بهبود دهد. این مداخله ساده، کم هزینه و قابل اجراست و می‌تواند در چارچوب مراقبت خانواده محور و با رعایت اصول کنترل عفونت به‌عنوان یک اقدام مکمل پرستاری به کار رود.

**کلیدواژه‌ها:** بخش مراقبت ویژه؛ مراقبت خانواده‌محور؛ ملاقات خانواده؛ کیفیت خواب؛ تحلیل کوواریانس.

## مقدمه

دارد؛ حتی دوره‌های کوتاه ۲۴-۴۸ ساعته‌ی خواب نامناسب می‌تواند محور استرس را فعال کرده و با تغییرات هورمونی و ایمنی همراه شود. در مرورهای نظام‌مند و روایی مرتبط نشان داده شده است که محرومیت از خواب با دگرگونی در ریتم شبانه‌روزی، افزایش کورتیزول و تعدیل پاسخ‌های

کیفیت خواب بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه به‌دلیل شرایط بحرانی بیمار و محیط پُر استرس این بخش اغلب به‌طور چشمگیری کاهش می‌یابد. اختلال خواب در بیماران ICU پیامدهای فیزیولوژیک و روانی مهمی

آرام‌سازی و بهبود تجربه‌ی بستری کمک کند. با وجود نگرانی‌های سنتی پیرامون اختلال در مراقبت یا افزایش عفونت، شواهد کارآزمایی‌های خوشه‌ای و مطالعات قبل و بعد نشان می‌دهد که «ملاقات منعطف/باز» در ICU به افزایش عفونت‌های بیمارستانی منجر نمی‌شود و در برخی جمعیت‌ها با کاهش دلیریوم یا کوتاه‌تر شدن مدت دلیریوم همراه است (۱۶-۱۹). راهنماهای تازه‌ی انجمن مراقبت‌های ویژه نیز بر مراقبت خانواده‌محور و تسهیل حضور برنامه‌ریزی‌شده‌ی خانواده به‌عنوان توصیه‌ی قوی تأکید کرده‌اند (۲۰،۲۱). در عین حال، دیدگاه کادر درمان نسبت به «ملاقات باز» ناهمگون است و اجرای موفق آن نیازمند سیاست‌گذاری، آموزش و سازوکارهای کنترلی روشن است (۲۲).

در ایران، هنوز شواهد کارآزمایی‌شده‌ی اندکی درباره‌ی اثرات مستقیم حضور خانواده بر پیامدهای بیمار از جمله خواب در ICU موجود است؛ با این حال، بر پایه‌ی شواهد بین‌المللی و تجربه‌ی بومی مداخلات محیطی مانند ساعت سکوت، طراحی و ارزیابی یک برنامه‌ی ملاقات استاندارد خانواده می‌تواند خلأ پژوهشی موجود را پر کند و زمینه‌ی بازنگری در سیاست‌های محدودکننده‌ی فعلی را فراهم سازد (۱۶، ۱۰-۲۱).

## روش کار

نوع مطالعه و جامعه پژوهش: این پژوهش یک مطالعه‌ی نیمه‌تجربی دگروهی بود که بر روی بیماران بزرگسال بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در سال ۱۳۹۹ انجام شد. بیماران واجد شرایط در یکی از گروه‌های داخلی، نورولوژیک یا تروما (به‌جز تروماهای شدید سر) قرار داشتند. معیارهای ورود شامل سن ۱۸ تا ۶۵ سال، سطح هوشیاری حداقل ۹ بر اساس GCS، نداشتن راه هوایی مصنوعی، نداشتن اختلال مزمن خواب یا بیماری روان‌پزشکی شناخته‌شده، نداشتن اعتیاد یا مصرف منظم داروهای خواب‌آور، نداشتن اختلال شدید شنوایی یا بینایی، عدم انجام جراحی طی سه روز نخست بستری و گذشت حداکثر سه روز از زمان پذیرش در ICU بود. حضور یک عضو نزدیک خانواده به‌عنوان ملاقات‌کننده‌ی ثابت و کسب رضایت آگاهانه‌ی کتبی نیز از شرایط ورود محسوب شد. معیارهای خروج شامل نیاز به انتوباسیون اورژانسی، افت پایدار سطح هوشیاری، بروز

ایمنی از جمله تغییر در زیرجمعیت‌های لنفوسیتی و عملکرد مونوسیت‌ها ارتباط دارد و می‌تواند حساسیت به عفونت‌ها را افزایش دهد (۵-۱).

در ICU، الگوی خواب بیماران به‌شدت مختل می‌شود و کاهش معنی‌داری در کیفیت خواب مشاهده می‌گردد. شواهد متعددی این موضوع را تأیید کرده‌اند؛ ادبیات کلاسیک و معاصر خواب در مراقبت‌های بحرانی از اختلال گسترده در معماری خواب، از دست‌رفتن ریتم شبانه‌روزی و پیامدهای بالینی نامطلوب خبر می‌دهد (۱-۳). همچنین مطالعات بیمارستانی در چین و دیگر کشورها کیفیت خواب نامطلوب و محرک‌های محیطی مختل‌کننده‌ی خواب را گزارش کرده‌اند (۶).

از مهم‌ترین عوامل آشفتگی خواب در ICU می‌توان به اضافه‌بار حسی ناشی از سر و صدا (آلارم‌ها، وتیلیاتور، گفت‌وگوی کارکنان)، نور مداوم، و مداخلات پی‌درپی درمانی اشاره کرد. این محرک‌ها ریتم شبانه‌روزی را برهم زده و با اختلال سطح هوشیاری، بروز دلیریوم و پیامدهای تنفسی و همودینامیک همراه می‌شوند. در مقابل، محرومیت حسی (فقدان حضور خانواده و نشانه‌های آشنا از محیط بیرون) نیز می‌تواند اضطراب را تشدید و کیفیت خواب را بدتر کند. افزون‌براین، آرام‌بخشی بیش‌ازحد با پیامدهایی مانند طولانی‌شدن زمان تهویه‌ی مکانیکی و افزایش طول بستری ارتباط دارد؛ به همین دلیل راهبردهای راهنمای یادیس و به‌روزرسانی‌های اخیر بر اهداف آرام‌بخشی سبک، اجتناب از بنزودیازپین و مداخلات غیردارویی تأکید دارند (۲-۳، ۷-۹).

در سال‌های اخیر مداخلات غیردارویی متعددی برای ارتقای خواب بیماران ICU بررسی شده‌اند. اجرای «دوره‌های سکوت/خاموشی» (Quiet Time) با کاهش نور و صدا خواب بیماران را به‌طور معنی‌داری بهبود داده و در مطالعات ایرانی نیز اثربخش گزارش شده است (۱۱، ۱۰). همچنین استفاده‌ی شبانه از گوش‌بند و چشم‌بند به‌عنوان مداخله‌ای کم‌هزینه، بهبود کیفیت خواب و کاهش شدت یا شیوع دلیریوم را نشان داده است (۱۲-۱۴). افزون‌براین، موسیقی درمانی و بسته‌های چندمولفه‌ای ارتقای خواب نیز در مرورها سودمند گزارش شده‌اند (۱۵، ۲).

در کنار کنترل محیط فیزیکی، مداخلات با رویکرد حمایت روانی-اجتماعی نیز اهمیت دارند؛ حضور خانواده در بالین، اضطراب و حس تنهایی بیمار را می‌کاهد و می‌تواند به

عوارض جدی، انتقال به مرکز درمانی دیگر یا نیاز به آرام‌سازی عمیق و طولانی‌مدت بود.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری: حجم نمونه با استفاده از نتایج مطالعه‌ی خرد و همکاران درباره‌ی تأثیر ملاقات خانواده بر کیفیت خواب و اضطراب بیماران سوختگی محاسبه شد. با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۹۵ و امکان ریزش نمونه، در نهایت ۷۰ بیمار وارد تحلیل شدند؛ ۳۵ نفر در گروه مداخله و ۳۵ نفر در گروه کنترل. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد و بیماران واجد شرایط پس از اخذ رضایت وارد مطالعه شدند. سپس تخصیص بیماران با روش تصادفی طبقه‌بندی‌شده و بر اساس بلوک‌های سنی چهارتایی انجام شد تا دو گروه از نظر سن متوازن باشند. مداخله: گروه کنترل مراقبت و ملاقات معمول بخش را دریافت کرد. در گروه مداخله، علاوه بر مراقبت معمول، یک برنامه‌ی ملاقات خانواده به‌صورت استاندارد، کنترل‌شده و زمان‌بندی‌شده اجرا شد. ملاقات‌کننده یکی از اعضای درجه‌یک خانواده بود که توسط خانواده معرفی می‌شد و پیش از شروع مداخله، آموزش کوتاهی درباره‌ی بهداشت دست، استفاده از گان و ماسک، خودداری از لمس تجهیزات پزشکی، حفظ آرامش محیط و نحوه‌ی حمایت عاطفی از بیمار دریافت می‌کرد.

یک نفر از اعضای درجه‌یک خانواده بیمار (پدر، مادر، همسر، فرزند یا خواهر/برادر) که از قبل توسط خانواده تعیین شده و آموزش‌های لازم را دریافت کرده بود، به‌عنوان ملاقات‌کننده ثابت انتخاب شد. این فرد ترجیحاً نزدیک‌ترین فرد مورد اعتماد بیمار بود و در کل دوره سه‌روزه مداخله همان شخص باقی می‌ماند. قبل از شروع، پژوهشگر طی جلسه‌ای کوتاه اصول و پروتکل ملاقات را برای این فرد توضیح داد؛ شامل رعایت بهداشت دست و پوشیدن گان و ماسک، خودداری از لمس تجهیزات پزشکی، حفظ آرامش محیط، و نحوه دلجویی و حمایت روحی از بیمار (صحبت‌های اطمینان‌بخش، نگاه‌داشتن دست بیمار در صورت تمایل وی و ...). تأکید شد که هدف ملاقات، اطمینان‌بخشی و آرام‌سازی بیمار در چارچوب همکاری با کادر درمان است، مداخله شامل حضور برنامه‌ریزی‌شده فرد خانواده در بالین بیمار در دو نوبت اضافی در شبانه‌روز بود. این ملاقات‌ها در خارج از ساعات معمول ملاقات بیمارستان انجام می‌شد تا به‌عنوان یک مراقبت مکمل تلقی گردد. هر نوبت ملاقات ۲۰ دقیقه به‌طول می‌انجامید و طی

آن فرد خانواده در کنار تخت بیمار حضور یافته، با وی صحبت می‌کرد یا به روشی غیردرویی (نوازش دست یا پیشانی، خواندن دعا یا خاطرات دلگرم‌کننده) به آرام‌سازی بیمار می‌پرداخت. در صورتی که بیمار مایل به صحبت یا پرسش بود، ملاقات‌کننده مطابق راهنمایی پژوهشگر و پرستار به نیازهای عاطفی وی پاسخ می‌داد.

برنامه ملاقات خانواده به‌مدت ۳ روز متوالی برای هر بیمار مداخله اجرا شد. در هر روز، دو نوبت ملاقات یکی در شیفت صبح (بین ساعت ۱۰ تا ۱۲) و دیگری در شیفت شب (بین ساعت ۲۰ تا ۲۲) برنامه‌ریزی گردید. در عمل، بر اساس هماهنگی با پرستار مسئول بخش، بهترین زمان در این بازه انتخاب می‌شد تا تداخل حداقلی با اقدامات درمانی (مانند تعویض شیفت یا انجام پروسیجرها) داشته باشد. هر نوبت دقیقاً ۲۰ دقیقه طول کشید که با کرومومتر کنترل می‌شد. بنابراین مجموع زمان حضور اضافی خانواده حدود ۴۰ دقیقه در روز و ۱۲۰ دقیقه طی سه روز بود. این مدت علاوه بر ملاقات‌های روتین بخش (که کماکان برای هر دو گروه برقرار بود) محسوب می‌شد.

ملاقات برنامه‌ریزی‌شده دقیقاً بر بالین بیمار در بخش مراقبت ویژه انجام گرفت. برخلاف ملاقات‌های عادی که گاه به‌دلایل کنترل عفونت از پشت شیشه انجام می‌شود، در این مطالعه فرد خانواده با پوشش محافظ (گان، ماسک و ...)، پس از ضدعفونی دست‌ها وارد بخش شده و کنار تخت بیمار حاضر می‌شد. حضور خانواده در محیط بخش با اطلاع و اجازه مسئول شیفت صورت گرفت تا سایر بیماران دچار ازدحام ملاقات‌کننده نشوند (در هر شیفت فقط بیمار گروه مداخله، ملاقات اضافه داشت). پژوهشگر در تمامی مدت ملاقات در بخش حضور داشت و نظارت می‌کرد تا استانداردهای بهداشتی و آرامش بخش رعایت شود.

قبل از هر نوبت ملاقات، پژوهشگر هماهنگی لازم را با پرستار انجام داده و از مناسب بودن وضعیت بیمار (از نظر پایداری علائم حیاتی و عدم انجام پروسیجر تداخلی) اطمینان حاصل می‌کرد. سپس فرد خانواده طبق آموزش قبلی آماده شده و وارد بخش می‌شد. تعامل خانواده با بیمار به شکل صحبت آرام، گوش دادن به دغدغه‌های بیمار، ارائه اطمینان‌بخشی درباره روند درمان و یادآوری حمایت خانواده بود. همچنین خانواده می‌توانست با اجازه پرستار، در انجام مراقبت‌های ساده مشارکت کند (مثلاً گرفتن دست بیمار، مرطوب کردن لب‌ها با گاز استریل و ...) تا حس

مدت ۳ روز مطابق توضیحات فوق اجرا گردید. گروه کنترل طی این مدت صرفاً ملاقات معمول بیمارستانی را دریافت می‌کرد. در پایان روز سوم، پس‌آزمون صورت گرفت؛ یعنی کیفیت خواب شب سوم (پس از ۳ روز مداخله) مجدداً با همان پرسشنامه ارزیابی شد. پژوهشگر که آموزش دیده و آشنا با ابزار بود، تکمیل همه پرسشنامه‌های قبل و بعد را بر عهده داشت. او نسبت به گروه‌بندی بیماران کورسازی نشده بود (چرا که خود مجری مداخله بود)، اما سعی می‌کرد در طرح سوالات و ثبت پاسخ کاملاً بی‌طرف بماند. به‌منظور کاهش خطای پاسخ‌دهی، از بیماران خواسته شد کیفیت خواب‌شان را صرفاً بر اساس تجربه واقعی خود در هر شب ارزیابی کنند و پیش‌داوری نکنند که "چون خانواده‌ام آمد حتماً خوابم بهتر بود".

روش تحلیل داده‌ها: داده‌ها پس از ورود به نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ تحلیل شدند. سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. نرمال‌بودن توزیع نمره‌ی کیفیت خواب با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین بررسی شد. برای مقایسه‌ی متغیرهای کیفی از آزمون کای‌دو یا آزمون دقیق فیشر و برای متغیرهای کمی از آزمون تی مستقل استفاده شد.

برای بررسی پیش‌فرض‌های آماری، نرمال‌بودن توزیع متغیر اصلی (نمره‌ی کیفیت خواب) با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف ارزیابی شد که نشان داد توزیع متغیر کیفیت خواب نرمال است ( $p > 0.05$ ). همچنین همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین بررسی شد. با توجه به برقراری فروض، از روشی پارامتریک جهت تحلیل استفاده گردید.

در مقایسه‌های پایه‌ای برای متغیرهای کیفی شامل جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، سیگاری‌بودن و سابقه‌ی مصرف داروی خواب‌آور/مواد مخدر از آزمون کای‌دو ( $\chi^2$ ) و در موارد با فراوانی موردانتظار پایین از آزمون دقیق فیشر استفاده شد. برای متغیرهای کمی مانند سن و سطح هوشیاری از آزمون تی مستقل بهره گرفته شد. برای مقایسه‌ی درون‌گروهی پیش و پس از مداخله (در صورت نیاز) از آزمون تی زوجی استفاده شد.

تحلیل اصلی اثر مداخله با استفاده از تحلیل کوواریانس انجام شد. در این مدل، نمره‌ی پس‌آزمون کیفیت خواب به‌عنوان متغیر وابسته، گروه مطالعه به‌عنوان عامل ثابت و نمره‌ی پیش‌آزمون کیفیت خواب به‌عنوان کوواریات اصلی وارد مدل شد. همچنین سن، جنس، سطح هوشیاری،

مراقبت خانوادگی به بیمار منتقل شود. پژوهشگر به‌عنوان ناظر بی‌طرف در نزدیکی حضور داشت تا در صورت بروز هرگونه مشکل (مثلاً اضطراب شدید بیمار) مداخله کند. خوشبختانه هیچ‌یک از بیماران طی ملاقات دچار مشکل حاد نشدند و حضور خانواده بدون اختلال در مراقبت‌های پرستاری انجام گرفت. شایان ذکر است در موارد استثنایی - مثلاً اگر بیماری خارج از زمان برنامه دچار آشفتگی می‌شد - پژوهشگر با هماهنگی سرپرستار اجازه ملاقات اضافی کوتاه را نیز می‌داد تا بیمار آرام گردد (این مورد برای دو بیمار اتفاق افتاد). البته به‌دلیل تمرکز این مقاله بر کیفیت خواب، از شرح بیشتر موارد مذکور خودداری می‌شود. مداخله برای همه بیماران بر اساس پروتکل ثابت فوق انجام شد و تغییر عمده‌ای در روند اجرا صورت نگرفت. تنها تفاوت جزئی آن بود که ساعت دقیق ملاقات در هر شیفت بسته به شرایط آن روز تنظیم می‌شد (مثلاً اگر بیمار در ساعت ۲۰:۰۰ جهت سونوگرافی خارج شده بود، ملاقات آن شب به ۲۱:۰۰ موکول شد). این تطبیق‌ها با هدف حفظ اصول طرح (۲ ملاقات ۲۰ دقیقه‌ای در فاصله زمانی تعریف‌شده) انجام شد و در فرم مداخله ثبت گردید. هیچ بیمار یا خانواده‌ای از پروتکل انحراف نداشت و همه جلسات ملاقات برنامه‌ریزی شده طبق زمان و مدت مقرر تکمیل شدند.

ابزارهای جمع‌آوری داده: داده‌ها با استفاده از فرم اطلاعات دموگرافیک و بالینی و پرسشنامه‌ی کیفیت خواب وران و اسناید-هالپرن گردآوری شد. فرم اطلاعات دموگرافیک و بالینی شامل سن، جنس، تشخیص بستری، سطح هوشیاری، تحصیلات و سابقه‌ی بستری قبلی در بخش مراقبت ویژه بود. نسخه‌ی فارسی مقیاس خواب وران و اسناید-هالپرن دارای ۱۶ آیتم است و کیفیت خواب شب گذشته را بر اساس مقیاس آنالوگ دیداری ارزیابی می‌کند. روایی و پایایی نسخه‌ی فارسی این ابزار در جمعیت ایرانی تأیید شده و پایایی درونی آن مطلوب گزارش شده است (آلفای کرونباخ=۰/۸۳؛ پایایی دونیمه=۰/۷۰).

روند جمع‌آوری داده‌ها: ابتدا خصوصیات دموگرافیک و وضعیت بالینی اولیه بیماران ثبت گردید. سپس مرحله پیش‌آزمون انجام شد؛ بدین صورت که در هر دو گروه روز اول بستری (قبل از مداخله) کیفیت خواب شب گذشته بیمار با پرسشنامه کیفیت خواب توسط پژوهشگر سنجیده شد. در ادامه، برای گروه مداخله برنامه ملاقات خانواده به

پژوهش رعایت شد.

### یافته ها

ویژگی‌های پایه‌ی شرکت‌کنندگان: در مجموع ۷۰ بیمار وارد مطالعه شدند؛ ۳۵ نفر در گروه مداخله و ۳۵ نفر در گروه کنترل. همان‌گونه که در جدول ۱ نشان داده شده است، دو گروه از نظر سن، سطح هوشیاری، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سیگاری بودن و سابقه‌ی مصرف داروی خواب‌آور یا مواد مخدر تفاوت معناداری نداشتند ( $p > 0.05$ ).

سیگاری بودن، سابقه‌ی مصرف داروی خواب‌آور و سابقه‌ی مصرف مواد مخدر به‌عنوان کواریت‌های کمکی در مدل گسترش یافته لحاظ شدند. اندازه‌ی اثر با  $\eta^2$  جزئی گزارش شد.

**ملاحظات اخلاقی:** این مطالعه پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با کد IR.ZAUMS.REC.1399.063 انجام شد. پیش از ورود به مطالعه، هدف پژوهش برای بیماران یا خانواده‌ی آنان توضیح داده شد و رضایت‌نامه‌ی آگاهانه‌ی کتبی دریافت گردید. محرمانگی اطلاعات شرکت‌کنندگان در تمام مراحل

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی بیماران

متغیر	گروه مداخله (n=۳۵)	گروه کنترل (n=۳۵)	P value
سن	۱۱،۴۲ ± ۴۶،۳۱	۱۰،۹۶ ± ۴۷،۱۷	۰،۶۷۲ (تی مستقل)
سطح هوشیاری	۱،۳۳ ± ۱۲،۴۱	۱،۲۱ ± ۱۲،۱۷	۰،۴۲۱ (تی مستقل)
جنس			
زن	۱۸ (۵۱،۴٪)	۱۷ (۴۸،۶٪)	۰،۸۱۲ (کای دو)
مرد	۱۷ (۴۸،۶٪)	۱۸ (۵۱،۴٪)	
وضعیت تأهل			
متأهل	۲۲ (۶۲،۹٪)	۲۴ (۶۸،۶٪)	۰،۶۲۹ (کای دو)
مجرد	۱۳ (۳۷،۱٪)	۱۱ (۳۱،۴٪)	
تحصیلات			
ابتدایی/متوسطه	۱۶ (۴۵،۷٪)	۱۴ (۴۰،۰٪)	۰،۵۷۰ (کای دو)
دبیرستان/دانشگاهی	۱۹ (۵۴،۳٪)	۲۱ (۶۰،۰٪)	
سیگاری			
بله	۵ (۱۴،۳٪)	۴ (۱۱،۴٪)	۰،۴۸۷ (کای دو)
خیر	۳۰ (۸۵،۷٪)	۳۱ (۸۸،۶٪)	
سابقه مصرف داروی خواب‌آور			
بله	۷ (۲۰،۰٪)	۵ (۱۴،۳٪)	۰،۴۱۱ (فیشر)
خیر	۲۸ (۸۰،۰٪)	۳۰ (۸۵،۷٪)	
سابقه مصرف مواد مخدر			
بله	۶ (۱۷،۱٪)	۵ (۱۴،۳٪)	۰،۵۶۳ (کای دو)
خیر	۲۹ (۸۲،۹٪)	۳۰ (۸۵،۷٪)	

آزمون‌های آماری: تی مستقل برای متغیرهای کمی، کای دو یا آزمون دقیق فیشر برای متغیرهای کیفی.

مشابه بود. پس از اجرای مداخله، میانگین نمره‌ی کیفیت خواب در گروه مداخله افزایش یافت، در حالی که در گروه کنترل تغییر قابل توجهی مشاهده نشد.

توصیف نمرات کیفیت خواب پیش و پس از مداخله: آمار توصیفی نمرات کیفیت خواب در جدول ۲ ارائه شده است. در آغاز مطالعه، میانگین نمره‌ی کیفیت خواب در دو گروه

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت خواب قبل و بعد از مداخله

گروه	میانگین $\pm$ انحراف معیار قبل	میانگین $\pm$ انحراف معیار بعد
کنترل	۶,۰۵ $\pm$ ۱,۱۰	۶,۰۸ $\pm$ ۱,۱۴
مداخله	۶,۱۱ $\pm$ ۱,۰۹	۷,۳۵ $\pm$ ۱,۰۲

گروه کنترل بود. اندازه‌ی اثر عامل گروه  $\eta^2 = ۰,۰۹۱$  بود که نشان‌دهنده‌ی اثر متوسط مداخله است. نمره‌ی پیش‌آزمون کیفیت خواب نیز پیش‌بین معنادار پیامد بود ( $p = ۰,۰۲۰$ )، اما سایر کوواریت‌ها با پیامد ارتباط معناداری نداشتند (جدول ۳).

تحلیل استنباطی اثر مداخله: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل نمره‌ی پیش‌آزمون و سایر کوواریت‌ها، اثر گروه بر نمره‌ی پس‌آزمون کیفیت خواب معنادار بود ( $F(۱,۶۳) = ۶,۲۷$ ;  $p = ۰,۰۱۵$ ). بنابراین، نمره‌ی کیفیت خواب در گروه مداخله به‌طور معناداری بالاتر از

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای نمره کیفیت خواب پس از مداخله

متغیر	درجه آزادی	SS	MS	F	P value	$\eta^2$ جزئی
گروه	۱	۹,۴۱	۹,۴۱	۶,۲۷	۰,۰۱۵	
کیفیت خواب قبل	۱	۸,۵۵	۸,۵۵	۵,۷۰	۰,۰۲۰	
سن	۱	۲,۰۴	۲,۰۴	۱,۳۴	۰,۲۵۲	
سطح هوشیاری	۱	۱,۰۹	۱,۰۹	۰,۷۱	۰,۴۰۳	۰,۰۹۱
جنس	۱	۰,۲۲	۰,۲۲	۰,۱۵	۰,۷۰۲	
سیگاری	۱	۰,۳۳	۰,۳۳	۰,۲۲	۰,۶۴۰	
مصرف داروی خواب‌آور	۱	۰,۴۸	۰,۴۸	۰,۳۲	۰,۵۷۲	
مصرف مواد مخدر	۱	۰,۲۵	۰,۲۵	۰,۱۷	۰,۶۸۵	

همکاران ۲۰۱۷ در یک کارآزمایی بالینی بر روی بیماران بخش سوختگی گزارش کردند حضور منظم اعضای خانواده کنار تخت بیمار به مدت یک هفته، اضطراب بیماران را کاهش داده و کیفیت خواب آن‌ها را به‌طور معناداری بهبود بخشیده است (۲۴). در آن مطالعه که شباهت زیادی به پژوهش حاضر داشت، بیماران گروه مداخله هر شب از ساعت ۹-۱۰ شب ملاقات خانواده دریافت کردند و پس از ۷ روز میانگین نمره کیفیت خواب در گروه مداخله به‌طور قابل توجهی بهتر از گروه کنترل بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد خانواده با فراهم کردن حمایت عاطفی، اضطراب بیمار را کاهش و آرامش ذهنی وی را افزایش می‌دهد و بدین ترتیب خواب شبانه بیمار نیز بهبود می‌یابد. افزون بر این، روزا و همکاران ۲۰۱۹ در یک کارآزمایی خوشه‌ای بزرگ دریافتند که انعطاف‌پذیری ساعات ملاقات (سیاست ملاقات باز) به کاهش دلیریوم بیماران منجر می‌شود بدون آنکه تأثیر منفی بر پیامدهای حیاتی مانند عفونت بیمارستانی، مدت بستری یا مرگ‌ومیر داشته باشد (۱۶). یافته اخیر از آن جهت حائز اهمیت است که ایمنی اجرای ملاقات باز را

جمع‌بندی آماری: با توجه به هم‌ترازی پایه‌ای دو گروه و نتایج تحلیل تعدیل‌شده، ملاقات برنامه‌ریزی شده‌ی خانواده با بهبود معنادار کیفیت خواب بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه همراه بود.

## بحث

در این پژوهش تأثیر مداخله ملاقات برنامه‌ریزی شده خانواده بر کیفیت خواب بیماران در بخش مراقبت ویژه مورد بررسی قرار گرفت و یافته‌ها نشان داد که این مداخله توانسته است بهبود چشمگیری در کیفیت خواب بیماران ایجاد کند. در این بخش، ابتدا نتایج مطالعه با شواهد موجود مقایسه و تبیین می‌شود، سپس دلالت‌های بالینی، محدودیت‌ها و پیشنهادها مطرح خواهد شد. نتایج ما همسو با شماری از پژوهش‌های پیشین است که بر مزایای حضور خانواده در بالین بیمار تأکید کرده‌اند. هرچند تاکنون مستقیماً اثر بر کیفیت خواب در بیماران بخش مراقبت ویژه کمتر سنجیده شده بود، اما شواهد غیرمستقیم متعددی وجود داشت. به‌عنوان مثال، خرد و

تأیید می‌کند. نتایج مطالعه ما نیز هیچ عارضه ناخواسته‌ای ناشی از حضور خانواده نشان نداد؛ در طول اجرای مداخله، نه اختلالی در مراقبت‌های پرستاری رخ داد و نه موردی از افزایش عفونت در بیماران مداخله مشاهده شد. این شواهد همسو حاکی از آن است که با برنامه‌ریزی صحیح می‌توان از حضور خانواده در بخش ویژه به‌عنوان یک مداخله مفید بهره‌جست، بی‌آنکه آسیبی متوجه بیمار یا خللی متوجه کار کارکنان شود.

برخلاف موارد فوق، برخی پژوهش‌ها دیدگاه محتاطانه‌تری نسبت به ملاقات خانواده در بخش ویژه ارائه داده‌اند. جیانینی و همکاران ۲۰۱۴ گزارش کردند که سیاست ملاقات کاملاً آزاد در بخش مراقبت ویژه ممکن است موجب افزایش بی‌قراری بیمار، بالا رفتن ریسک عفونت و فرسودگی شغلی پرستاران شود. این مطالعه استدلال می‌کرد حضور دائمی همراهان در بخش به ازدحام و هرج‌ومرج می‌انجامد و کیفیت مراقبت افت می‌کند (۲۶). با این حال، تفاوت عمده یافته جیانینی با مطالعه ما در نحوه اجرای ملاقات است. در پژوهش حاضر ملاقات خانواده کنترل‌شده و برنامه‌ریزی‌شده بود، نه بی‌قاعده و نامحدود؛ یعنی تنها یک فرد آموزش‌دیده طبق پروتکل و در زمان‌های مشخص اجازه حضور داشت، بنابراین از شلوغی و تداخل در کار پرستاران جلوگیری شد. حتی برخی پرستاران پس از پایان مطالعه به پژوهشگر بازخورد مثبت دادند که حضور یک همراه آگاه نه تنها مزاحمتی ایجاد نکرد بلکه باعث همکاری بهتر بیمار در مراقبت شد (مثلاً بیمار آرام‌تر بود و رسیدگی به او تسهیل شد). از سوی دیگر، در مطالعه ما کلیه اصول کنترل عفونت (استفاده از لوازم محافظتی، محدود بودن فرد ملاقات‌کننده و مدت حضور) رعایت گردید و خوشبختانه هیچ مورد عفونت مرتبط با ملاقات ثبت نشد. بنابراین می‌توان گفت اجرای ملاقات اگر به‌صورت برنامه‌ریزی‌شده و هماهنگ با تیم درمان باشد، عوارض مطروحه را در پی نخواهد داشت.

حضور خانواده احتمالاً از چند مسیر منجر به بهبود کیفیت خواب بیمار بخش مراقبت ویژه می‌شود. نخست، کاهش اضطراب و استرس بیمار است. جدایی از عزیزان و محیط ناآشنای بخش مراقبت ویژه سطح اضطراب بیمار را بالا نگه می‌دارد و سیستم عصبی سمپاتیک را فعال می‌کند که خود با اختلال خواب همراه است. وقتی یک چهره آشنا و حمایتگر در کنار بیمار حضور می‌یابد، بیمار احساس امنیت

و آرامش بیشتری می‌کند و پاسخ‌های استرسی او تعدیل می‌شود. کاهش تنش روانی زمینه را برای خواب عمیق‌تر و پایدارتر مهیا می‌سازد. دوم، اصلاح ریتم شبانه‌روزی و حس زمان بیمار است. در بخش مراقبت ویژه بیماران دچار سردرگمی در تشخیص شب و روز می‌شوند که باعث اختلال الگوی خواب می‌گردد. حضور خانواده مخصوصاً در ساعات روز می‌تواند به یادآوری ساعت بیولوژیک کمک کند (مثلاً بیمار با دیدن همراه خود در صبح متوجه می‌شود روز است). هرچند در مطالعه ما ملاقات شب نیز انجام شد، اما تنظیم اینکه ملاقات‌کننده در شیفت شب به بیمار یادآوری کند اکنون شب زمان خواب است، می‌تواند اثر هم‌زمانی داشته باشد. سوم، دلگرمی و امیدواری بیمار است. بسیاری از بیماران بخش مراقبت ویژه دچار احساس ناامیدی و افکار منفی می‌شوند که ذهنشان را هنگام خواب درگیر می‌کند. وقتی خانواده به آن‌ها قوت‌قلب می‌دهد که روند درمان پیشرفت دارد و بیرون از بیمارستان منتظر بهبودی‌شان هستند، ذهن بیمار از نگرانی‌های مفرط فاصله گرفته و آسوده‌تر به خواب می‌رود. در مجموع، حمایت عاطفی-اجتماعی نقش مکمل مهمی در کنار مراقبت‌های پزشکی و پرستاری ایفا می‌کند و همان‌طور که نتایج ما نشان می‌دهد، می‌تواند پیامدهای عینی همچون بهبود خواب را به‌همراه داشته باشد.

اهمیت یافته‌ها و کاربرد بالینی: یافته کلیدی این مطالعه آن است که تنها با افزودن چند جلسه ملاقات کنترل‌شده توسط خانواده، می‌توان یک بهبود معنی‌دار در کیفیت خواب بیماران بخش مراقبت ویژه ایجاد کرد. این بهبود از نظر آماری و بالینی قابل توجه بود (میانگین نمره خواب تقریباً ۶۵٪ افزایش یافت). اهمیت بالینی موضوع در این است که خواب کافی جزو نیازهای اساسی بیماران بحرانی است و بهبود آن احتمالاً به سایر پیامدهای مثبت منجر خواهد شد. بهبود خواب می‌تواند نیاز به داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور را کاهش دهد، که به‌نوبه خود عوارض کمتری چون تضعیف تنفس و طولانی‌شدن مدت تهویه مکانیکی را باعث می‌شود. همچنین خواب باکیفیت‌تر خطر دلیریوم حاد را کم می‌کند، چرا که بی‌خوابی یکی از عوامل مستعدکننده دلیریوم در بخش مراقبت ویژه است (۲۷). علاوه بر این، بیمار خوابیده و آرام، همکاری بهتری در فیزیوتراپی تنفسی و سایر اقدامات درمانی روز بعد خواهد داشت و روند بهبودی او تسریع می‌شود. البته مطالعه ما مستقیماً طول بستری یا

عوارض ثانویه را اندازه‌گیری نکرد، اما تحقیقات دیگر چنین پیامدهایی را محتمل دانسته‌اند. نکته مهم آن است که این مداخله غیرتهاجمی، کم‌هزینه و در حوزه عملکرد مستقل پرستار است. پرستاران بخش مراقبت ویژه می‌توانند با هماهنگی بخش، حضور کنترل‌شده خانواده را به‌عنوان یک اقدام پرستاری مستقل جهت ارتقای رفاه بیمار اجرا کنند. به‌ویژه در بیماران هوشیار و نگران، دعوت از یک عزیز مطمئن برای دقایقی در کنار بیمار بودن، می‌تواند بخش مهمی از مراقبت تسکینی و انسانی در بخش مراقبت ویژه باشد. از منظر سیاست‌گذاری، نتایج این پژوهش شواهد عملی برای تصمیم‌گیران نظام سلامت فراهم می‌کند تا در راستای پیاده‌سازی مراقبت خانواده‌محور در بخش مراقبت ویژه گام بردارند. پیش از این نیز تأکید شده بود که زمان بازنگری در سیاست «ممنوعیت ملاقات» فرا رسیده است؛ اکنون با داده‌های حاصل از مطالعه حاضر، مدیران پرستاری و بیمارستانی در ایران می‌توانند با اطمینان بیشتری به سمت انعطاف در ساعات ملاقات بخش مراقبت ویژه حرکت کنند. البته همراه کردن کادر درمان در این تغییر فرهنگ ضروری است. توصیه می‌شود پروتکل‌های مدون ملاقات (مانند آنچه در این مطالعه استفاده شد) تدوین و به پرسنل آموزش داده شود تا نگرانی‌های منطقی آن‌ها رفع گردد. برگزاری کارگاه‌های «مراقبت خانواده‌محور در بخش مراقبت ویژه» برای پرستاران می‌تواند نگرش آنان را اصلاح و مهارت تعامل با همراه بیمار را افزایش دهد. همچنین بهتر است ابتدا سیاست ملاقات برنامه‌ریزی‌شده به صورت آزمایشی (پایلوت) در چند بخش بخش مراقبت ویژه اجرا و بازخورد کارکنان و خانواده‌ها جمع‌آوری شود. طبق پیشنهاد برخی صاحب‌نظران، می‌توان تیم درمان را در تعیین چارچوب ملاقات مشارکت داد تا احساس کنترل آن‌ها حفظ و همکاری‌شان جلب شود. در مطالعه ما، پیش از اجرای مداخله جلسه توجیهی با کارکنان برگزار شد و نگرانی‌هایشان شنیده و لحاظ گردید (مثلاً در هر شیفت بیش از یک همراه وارد نشود، در ساعات بحرانی ملاقات انجام نشود و ...). همین مشارکت جزئی، پذیرش طرح را نزد پرستاران افزایش داد. لذا پیشنهاد می‌شود در مقیاس وسیع‌تر نیز رویکرد مشارکتی در تغییر خط‌مشی ملاقات بخش مراقبت ویژه اتخاذ شود تا این تغییر با کمترین مقاومت عملی گردد.

عوارض ثانویه را اندازه‌گیری نکرد، اما تحقیقات دیگر چنین پیامدهایی را محتمل دانسته‌اند. نکته مهم آن است که این مداخله غیرتهاجمی، کم‌هزینه و در حوزه عملکرد مستقل پرستار است. پرستاران بخش مراقبت ویژه می‌توانند با هماهنگی بخش، حضور کنترل‌شده خانواده را به‌عنوان یک اقدام پرستاری مستقل جهت ارتقای رفاه بیمار اجرا کنند. به‌ویژه در بیماران هوشیار و نگران، دعوت از یک عزیز مطمئن برای دقایقی در کنار بیمار بودن، می‌تواند بخش مهمی از مراقبت تسکینی و انسانی در بخش مراقبت ویژه باشد. از منظر سیاست‌گذاری، نتایج این پژوهش شواهد عملی برای تصمیم‌گیران نظام سلامت فراهم می‌کند تا در راستای پیاده‌سازی مراقبت خانواده‌محور در بخش مراقبت ویژه گام بردارند. پیش از این نیز تأکید شده بود که زمان بازنگری در سیاست «ممنوعیت ملاقات» فرا رسیده است؛ اکنون با داده‌های حاصل از مطالعه حاضر، مدیران پرستاری و بیمارستانی در ایران می‌توانند با اطمینان بیشتری به سمت انعطاف در ساعات ملاقات بخش مراقبت ویژه حرکت کنند. البته همراه کردن کادر درمان در این تغییر فرهنگ ضروری است. توصیه می‌شود پروتکل‌های مدون ملاقات (مانند آنچه در این مطالعه استفاده شد) تدوین و به پرسنل آموزش داده شود تا نگرانی‌های منطقی آن‌ها رفع گردد. برگزاری کارگاه‌های «مراقبت خانواده‌محور در بخش مراقبت ویژه» برای پرستاران می‌تواند نگرش آنان را اصلاح و مهارت تعامل با همراه بیمار را افزایش دهد. همچنین بهتر است ابتدا سیاست ملاقات برنامه‌ریزی‌شده به صورت آزمایشی (پایلوت) در چند بخش بخش مراقبت ویژه اجرا و بازخورد کارکنان و خانواده‌ها جمع‌آوری شود. طبق پیشنهاد برخی صاحب‌نظران، می‌توان تیم درمان را در تعیین چارچوب ملاقات مشارکت داد تا احساس کنترل آن‌ها حفظ و همکاری‌شان جلب شود. در مطالعه ما، پیش از اجرای مداخله جلسه توجیهی با کارکنان برگزار شد و نگرانی‌هایشان شنیده و لحاظ گردید (مثلاً در هر شیفت بیش از یک همراه وارد نشود، در ساعات بحرانی ملاقات انجام نشود و ...). همین مشارکت جزئی، پذیرش طرح را نزد پرستاران افزایش داد. لذا پیشنهاد می‌شود در مقیاس وسیع‌تر نیز رویکرد مشارکتی در تغییر خط‌مشی ملاقات بخش مراقبت ویژه اتخاذ شود تا این تغییر با کمترین مقاومت عملی گردد.

ملاحظات اجرایی و پایان‌نامه‌ای، به ۳ روز بسنده شد.

## نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که ملاقات برنامه‌ریزی‌شده خانواده یک راهکار مؤثر برای بهبود کیفیت خواب بیماران بخش مراقبت ویژه است. بیماران که به مدت سه روز پشت سر هم حضور منظم یکی از عزیزان خود را در کنارشان تجربه کردند، خواب شبانه بهتری گزارش نمودند و نمرات کیفیت خواب‌شان به‌طور معناداری بالاتر از بیمارانی بود که فقط ملاقات معمول محدود را داشتند. این مداخله ساده و کم‌هزینه می‌تواند به‌عنوان جزئی از مراقبت‌های حمایتی در بخش مراقبت ویژه به کار گرفته شود تا نیازهای روانی-عاطفی بیماران بهتر برآورده شده و زمینه فیزیولوژیک بهبود (از طریق خواب کافی) فراهم گردد. کاربرد بالینی نتایج حاضر آن است که پرستاران و مدیران بخش‌های ویژه می‌توانند با تدوین یک برنامه ملاقات منظم (مثلاً نیم‌ساعت صبح و نیم‌ساعت عصر) برای بیماران واجد شرایط، ضمن حفظ نظم و رعایت اصول کنترل عفونت، از مشارکت خانواده به‌عنوان یک منبع حمایتی بهره ببرند. بدین ترتیب، علاوه بر مراقبت‌های فنی پیشرفته، مراقبت انسانی و دلسوزانه نیز در بخش مراقبت ویژه محقق می‌شود

که پیامدهایی نظیر کاهش اضطراب و بهبود خواب بیمار را در پی خواهد داشت. از منظر سیاستی، چشم‌انداز آینده در نظام سلامت ایران حرکت به سمت مراقبت خانواده‌محور در بخش‌های ویژه است. یافته‌های این مطالعه پشتوانه‌ای برای تغییر پروتکل‌های قدیمی محسوب می‌شود. پیشنهاد می‌شود مسئولین مربوطه با تشکیل کارگروه‌هایی متشکل از مدیران پرستاری، پزشکان بخش مراقبت ویژه و حتی نمایندگان خانواده بیماران، دستورالعمل‌های جدیدی تدوین کنند که امکان حضور برنامه‌ریزی‌شده خانواده در بخش مراقبت ویژه را فراهم سازد. بی‌شک اجرای آزمایشی چنین برنامه‌هایی و مشاهده اثرات مثبت آن (همانند نتایج مطالعه حاضر) می‌تواند مقاومت‌ها را کاهش داده و فرهنگ بیمارستانی را به سمت باز بودن درهای بخش مراقبت ویژه به روی خانواده سوق دهد. در یک چشم‌انداز وسیع‌تر، امید است با تمهید مقدمات لازم، بخش‌های مراقبت ویژه کشور از وضعیت کنونی که ملاقات در آن‌ها «مطلقاً ممنوع» یا بسیار محدود است به سمت انعطاف‌پذیری و مشارکت خانواده‌محور حرکت کنند. این تغییر رویکرد در نهایت به نفع بیماران (تسریع بهبود و ارتقای کیفیت مراقبت) و به سود خانواده‌ها (رضایت‌مندی و کاهش اضطراب) خواهد بود.

## References

1. Delaney LJ. The impact of sleep disturbance on intensive care patients: a clinical review. *Br J Nurs*. 2015;24(10):563-567.
2. Pisani MA, D'Ambrosio C, et al. Sleep in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015;191(7):731-738. doi:10.1164/rccm.201411-2099CI.
3. Kamdar BB, Needham DM, Collop NA. Sleep deprivation in critical illness: its role in physical and psychological recovery. *Crit Care Clin*. 2011;27(3):539-549.
4. Garbarino S, et al. Role of sleep deprivation in immune-related disease risk and outcomes. *Sleep Sci Pract*. 2021;5:3. doi:10.1186/s41606-021-00062-0.
5. Besedovsky L, Lange T, Born J. Sleep and immune function. *Pflugers Arch*. 2012;463(1):121-137.
6. Lei Z, et al. Sleep quality and sleep-disturbing factors of inpatients in a Chinese general hospital. *J Clin Nurs*. 2009;18(11):1524-1531.
7. Pearson SD, Patel BK, et al. Evolving targets for sedation during mechanical ventilation. *Ann Am Thorac Soc*. 2020;17(7):775-778.
8. Devlin JW, Skrobik Y, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018;46(9):e825-e873.
9. Lewis K, Balas MC, Stollings JL, et al. A focused update to the PADIS guideline. *Crit Care Med*. 2025;53(3):e711-e727.
10. Chamanzari H, et al. Effects of a quiet time protocol on sleep quality of ICU patients. *Mod Care J*. 2016;13(3):e68074.
11. Edvardsen JB, et al. Promoting sleep in the ICU: nonpharmacologic interventions. *J Clin Sleep Med*. 2020;16(9):1615-1621.
12. Akpınar RB, et al. Effect of earplug/eye mask on sleep and delirium in ICU patients. *Nurs Crit Care*. 2022;27(6):1010-1017.
13. Kilic G, et al. Effect of using eye masks

- and earplugs in preventing delirium in ICU: randomized study. *Heart Lung*. 2024;80:47-54.
14. Hu RF, et al. Earplugs and eye masks mitigate the impact of ICU noise and light on sleep and hormones: a PSG study in healthy adults. *Crit Care*. 2010;14(2):R66.
  15. Showler L, et al. Sleep during and following critical illness: a narrative review. *World J Crit Care Med*. 2023;12(3):92-106.
  16. Rosa RG, et al. Effect of flexible family visitation on delirium among ICU patients: the ICU-Visits randomized clinical trial. *JAMA*. 2019;322(3):216-228.
  17. Malacarne P, et al. Healthcare-associated infections and visiting policy: a before-after study. *Am J Infect Control*. 2011;39(5):414-418.
  18. Yang H, et al. Application of a flexible visitation system in critically ill patients. *Ther Adv Chronic Dis*. 2023;14:20406223231165663.
  19. Mitchell ML, et al. Flexible visiting positively impacted patients, families and staff. *Aust Crit Care*. 2017;30(2):91-96.
  20. Society of Critical Care Medicine. Guidelines on family-centered care for adult ICUs. *Crit Care Med*. 2025;53(2):e137-e170.
  21. Hwang DY, et al. Society of Critical Care Medicine guidelines on family-centered care for adult ICUs: executive summary. *Crit Care Med*. 2025;53(2):e171-e189.
  22. Candal RE, et al. Healthcare providers' preferences on open versus restricted visiting hours in a surgical ICU. *Cureus*. 2024;16(7):e63345.
  23. Shahid A, Wilkinson K, Marcu S, Shapiro CM, editors. *STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales*. New York: Springer; 2012. p. 397.
  24. Kherad M, Arab M, Afrasiabi Z, Sadeghimehr R. Investigating the effect of family visit on sleep quality and anxiety of hospitalized burn patients in Ghotbeddin Hospital in 2015. *Psychological Models and Methods*. 2018;8(30):193-204.
  25. Mashayekhi F, Mirzai Saifabad R, Bagheri P. Validity and reliability of the Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale in Iranian population. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2016;25(132):200-209.
  26. Giannini A, Garrouste-Orgeas M, Latour J. What's new in ICU visiting policies: can we continue to keep the doors closed? *Intensive Care Med*. 2014;40(5):730-733. doi:10.1007/s00134-014-3267-y.
  27. Lim R. Benefits of quiet time interventions in the intensive care unit: a literature review. *Nurs Stand*. 2018;32(30):41-48. doi:10.7748/ns.2018.e10873.