J Crit Care Nurs. 2022 March;15(1)

Published online 2022

Research Article

The Effect of Nursing Interventions on Sleep Disorders in Patients Admitted to Intensive Care Units: A Systematic Review

Akbar Ashghab[1], Amir Vahedian Azimi[2], Zohre Vafadar[3*], Mojtaba Sepandi[4], Mohsen Molahadi[5]

1. Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Trauma Research Center and Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
*3. Department of Internal Surgery Nursing, Faculty of Nursing & Health Research Management Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding author: Zohre Vafadar, . Department of Internal Surgery Nursing, Faculty of Nursing & Health Research Management Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: zohrehvafadar@gmail.com

Abstract

Background and Aim: Sleep disorders in patients in Intensive Care Units (ICUs) are one of the most important causes of increased length of stay, decreased recovery, delirium and neurological and psychological problems. Nursing interventions can be effective in improving sleep disorders. The purpose of this systematic review is to determine the effect of nursing interventions on the improvement of sleep disorders in patients admitted to ICUs.

Methods: This systematic review was conducted in the first half of 2021 by searching Persian and English articles in the period from the beginning of 1980 to the first half of 2021. The search strategy and keywords were defined based on the PICO system and inclusion criteria. Search with a combination of Persian keywords: "sleep disorder", "nursing care", "intensive care unit" and their English equivalents sleep disorder, hyper somnolence, insomnia, dyssomnia, sleep apnea, sleep deprivation, intensive care, critical care, ICU, CCU, nursing intervention nursing care in Persian-language databases Scientific Jihad (SID) and information of national publications (Magiran) and English Scopus, Web of Science, Pub Med, Science Direct and Proquest also performed using Google scholar search engine Has been. Qualitative evaluation of articles was performed with Jadad scale. Of the 18,799 initially retrieved studies, 97 reached the final review stage.

Results: The results showed that reducing ambient noise, leisure time protocol, use of ear and eyeglasses, music therapy, aromatherapy and pharmacotherapy, especially oral melatonin, had the greatest effect on the quality and quantity of sleep. Interventions with less impact and application included massage, acupuncture, physiotherapy, milk and honey combination before bed, cognitive-behavioral therapy, spiritual care, follow-up care model, ventilator modes, relaxation and guided visualization. Also, a variety of pharmacological interventions are used as an alternative or in combination with non-pharmacological interventions.

Conclusion: The findings of this study showed that simple and low-cost interventions such as reducing the number of direct care visits, reducing noise and ambient light and using blindfolds and earplugs are the most effective nursing interventions in improving the quality and quantity of sleep in ICUs. After recognizing the cases that cause sleep disorders in patients admitted to ICUs, nurses can prevent the occurrence of complications of sleep disorders in patients with these interventions.

Keywords: *Sleep Disorder, Intensive Care Unit, Nursing Care, Nursing Interventions*

Copyright © 2018, Critical Care Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
دوره ۱۵، شماره۱، ۱۴۰۱
صفحات:۶۲-۴۵

تأثیر مداخلات پرستاری بر اختلالات خواب بیماران بستری در بخش‌های مراقبت‌ویژه: یک مرور نظام‌مند

اکبر اشقاب[۱]، امیر واحدیان عظیمی[۲]، زهره وفادار[۳*]، مجتبی سپندی[۴]، محسن ملاهادی[۵]

۱. دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات تروما و دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم نویسنده پزشکی بقیه‌الله(عج)، تهران، ایران
۳. گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله(عج)، تهران، ایران
۴. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران
۵. گروه پرستاری اطفال، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

زهره وفادار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله(عج)، تهران، ایران. E-mail: zohrehvafadar@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات خواب در بیماران بخش‌های مراقبت ویژه یکی از مهمترین علل افزایش مدت اقامت، کاهش بهبودی، بروز دلیریوم و مشکلات عصبی و روانی است. مداخلات پرستاری می‌توانند در بهبود اختلالات خواب مؤثر باشند. هدف از مرور نظام‌مند حاضر تعیین تأثیر مداخلات پرستاری بر بهبود اختلالات خواب در بیماران بستری در بخش‌های مراقبت‌ویژه است.

روش‌ها: این مطالعه مرور نظام‌مند در نیمه اول سال۲۰۲۱ با جستجو در مقالات فارسی و انگلیسی در بازه زمانی ابتدای ۱۹۸۰ تا نیمه اول ۲۰۲۱ انجام شده است. راهبرد جستجو وکلید واژه‌ها بر اساس سیستم PICO و معیارهای ورود تعریف شدند. جستجو با ترکیبی از کلید واژه‌های فارسی: "اختلال‌خواب"، "مراقبت پرستاری"، "بخش مراقبت ویژه " و معادل انگلیسی آنها Sleep Disorder، Hyper Somnolence، Insomnia، Dyssomnia، Apnea Sleep، Sleep Deprivation، Intensive Care، Critical Care، ICU, CCU، Nursing Intervention در پایگاههای فارسی‌زبان اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID) و اطلاعات نشریات کشور (Magiran) و انگلیسی زبان Scopus، Web of Science، Pub Med، Science Direct و Proquest همچنین با استفاده از موتور جستجوگر Scholar Google nursing care انجام شده است. ارزیابی کیفی مقالات با مقیاس جداد انجام شد. از ۱۸۷۹۹ مطالعه بازیابی شده اولیه، ۹۷ مطالعه به مرحله مرور نهایی رسیدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند کاهش سرو صدای محیط، پروتکل زمان آرام، استفاده از گوش‌بند و چشم‌بند، موسیقی درمانی، رایحه درمانی و دارو درمانی به ویژه ملاتونین خوراکی بیشترین تأثیر روی کیفیت و کمیت خواب را داشته‌اند. مداخلات با تأثیر و کاربرد کمتر شامل ماساژ، طب سوزنی، فیزیوتراپی، ترکیب شیر و عسل قبل از خواب، درمان شناختی- رفتاری، مراقبت معنوی، مدل مراقبت پیگیر، مدهای ونتیلاتور، آرام‌سازی و تجسم‌سازی هدایت شده بوده‌اند. همچنین انواعی از مداخلات دارویی به صورت جایگزین و یا همراه با مداخلات غیر دارویی استفاده می‌شوند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه حاصل نشان دادند مداخلاتی ساده و کم هزینه مانند کاهش تعداد دفعات مراقبت مستقیم، کاهش سر و صدا و نور محیط و استفاده از چشم‌بند وگوش‌بند مؤثرترین مداخلات پرستاری در بهبود کیفیت و کمیت خواب در بخش‌های مراقبت ویژه هستند. پرستاران پس از شناخت مواردی که باعث اختلالات خواب بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه می‌شود، می‌توانند با مداخلات مذکور از بروز عوارض اختلالات خواب در بیماران پیشگیری کنند.

کلمات کلیدی: *اختلال‌خواب، بخش مراقبت ویژه، مراقبت‌های پرستاری، مداخلات پرستاری*

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]

مقدمه

خواب یکی از نیازهای فیزیولوژیک اساسی بشر با یک حالت منظم تکرار شونده، که به آسانی برگشت‌پذیر است و با بی‌حرکتی نسبی و بالارفتن قابل‌توجه آستانه واکنش به محرک‌های خارجی در مقایسه با حالت بیداری مشخص می‌شود[۱]. زندگی بدون خواب امکان‌پذیر نیست، زیرا خواب برای بازسازی مغز حیاتی است. اختلالات خواب بر کیفیت زندگی و وضعیت بهزیستی تأثیر منفی دارد و کیفیت خواب نامطلوب شاخص مهمی برای ابتلا به بسیاری از بیماری‌هاست[۲]. بستری شدن، به ویژه در بخش مراقبت‌های ویژه Intensive Care Unit (ICU) می‌تواند آسیب‌پذیری بیماران نسبت به ساختار خواب پراکنده و غیر متعارف را افزایش‌دهد[۳]. در بخش مراقبت‌های ویژه نسبت کارکنان به بیماران بیشتر از حد معمول است. بخش و محیط آن شامل نورپردازی ۲۴ ساعته، میزان ثابت و بالای سر و صدا و مراقبت‌های بالینی مکرر (مانند: اندازه‌گیری فشارخون، درجه حرارت، نبض، نمونه‌گیری‌خون، تجویز انواع داروها و...) است. نزدیک به نیمی از بیماران دارای تهویه مکانیکی بوده و مهمتر از همه بیماران در شرایط بحرانی هستند. بیماران این بخش شامل: بیماران نارسایی تنفسی، نارسایی ارگان‌های حیاتی، اختلالات قلبی عروقی، ایسکمی مغزی و قلبی، سپسیس، تروما، سوختگی و بیمارانی که بعد از جراحی نیازمند مراقبت ویژه هستند[۴]. محیط و شرایط بخش مراقبت ویژه تأثیر شدید و منفی بر خواب بیماران بستری دارد. اختلالات خواب در بیماران بخش مراقبت‌های ویژه باعث افزایش مدت اقامت، کاهش بهبودی، بروز دلیریوم و مشکلات عصبی و روانی می‌شود[۵]. تحقیقات نشان داده‌است که بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه اختلالات خواب بیشتری نسبت به سایر بخش‌های بستری دارند[۶]. بیماران در هنگام بستری در بخش‌های ویژه با موارد نا آشنای زیادی روبرو می‌شوند. صداها، چراغ‌های روشن و نور زیاد، مشکلات از خواب بیدار شدن و به خواب رفتن، اندازه‌گیری فشار خون، ضربان قلب، میزان تنفس یا اشباع اکسیژن، تهویه مکانیکی، تغییر وضعیت هر دو الی سه ساعت، روش‌های تغذیه، دستگاه‌های فشرده سازی پنوماتیک خارجی، پمپ‌های دارویی، صدا و نویزهای دستگاه‌ها و صدای کارکنان و ساکشن از جمله این موارد نا آشنا هستند که می‌توانند آسیب‌های روانی و فیزیولوژیکی برای بیماران داشته باشند و در صورت عدم توجه به این موارد حالات روانی منفی مانند آشفتگی، سردرگمی، هذیان و مشکلات خواب را ایجاد می‌کنند[۷]. اختلالات‌خواب به عنوان یکی از مهمترین پیامدهای بیماری بحرانی است. خواب در بخش مراقبت ویژه بسیار متفاوت است، به طوری که بیماران به طور مرتب کمبود کیفیت خواب، ضعف خواب و کاهش کیفیت خواب را تجربه می‌کنند[۸]. در بیماران بستری مبتلا به اختلالات خواب علاوه بر مشکلات پزشکی و مشکلات روانی چندین علت مشترک وجود دارد. عوامل متعددی قابل تغییر که موجب اختلال در خواب در بیماران بدحال مانند سر و صدا، نور، تعاملات مراقبت از بیمار و داروها می‌شود. سایر عوامل مانند شدت بیماری و تهویه مکانیکی نیز باعث اختلال در خواب می‌شود[۹]. تعداد زیادی از مطالعات، مداخلات را با هدف بهینه سازی خواب در بخش مراقبت‌های ویژه، از جمله بسته‌های خواب غیر دارویی، زمان آرام، نور درمانی روشن، کاهش صدا و نور، چشم‌بند و گوش‌بند، درمان دارویی، تکنیک‌های آرامش و حالت‌های مختلف تهویه مکانیکی، با نتایج مختلط ارزیابی کرده‌اند. در حالی‌که یک برنامه موفقیت آمیز در بهبود خواب و کاهش اختلالات و عوارض مربوطه تدوین نشده‌است و از طرفی اجرای برنامه خاص نیاز به تعهد اساسی از طرف مراکز درمانی و پرداخت هزینه‌های جاری آن دارد. ایجاد چنین تغییر و فرهنگ به احتمال زیاد مستلزم نشان دادن نتیجه قابل ملاحظه‌ای است که می‌تواند تغییر در گردش کار طولانی مدت و عادت‌های ارائه مراقبت را توجیه کند[۱۰] و به دلیل ابهام در اثربخشی مداخلات پرستاری نیازمند انجام یک مطالعه‌ی مروری گسترده هستیم؛ به عبارتی نتیجه عینی و نهایی و نتیجه برآیندی انجام مداخلات متفاوت و مختلف در این زمینه مشخص نیست و به همین دلیل نیازمند انجام مرور نظام‌مند برای پاسخ به این سئوال هستیم که تأثیر مداخلات پرستاری بر اختلالات خواب بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه کدامند؟

روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مرور نظام‌مند است که در نیمه اول سال ۲۰۲۱ بر اساس راهبرد مرکز مرورها و انتشار اطلاعات دانشگاه یورک (York) و با جستجو در مقالات فارسی و انگلیسی در بازه زمانی ابتدای ۱۹۸۰ تا نیمه اول ۲۰۲۱ انجام شده است [۱۱]، مراحل مرور نظام‌مند متون طبق راهبرد مذکور

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]

شامل: **۱.** تدوین سؤال آغازگر جستجو که معرف هدف مرور نظام‌مند متون بوده. **۲.** تعریف معیارهای ورود و خروج مطالعات. **۳.** راهبرد جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی. **٤.** بازیابی مقالات مرتبط و ارزیابی کیفی مقالات. **۵.** استخراج داده‌ها از مقالات وارد شده به مرور نهایی **٦.** تحلیل و ترکیب داده‌ها و ارائه نتایج نهایی است.

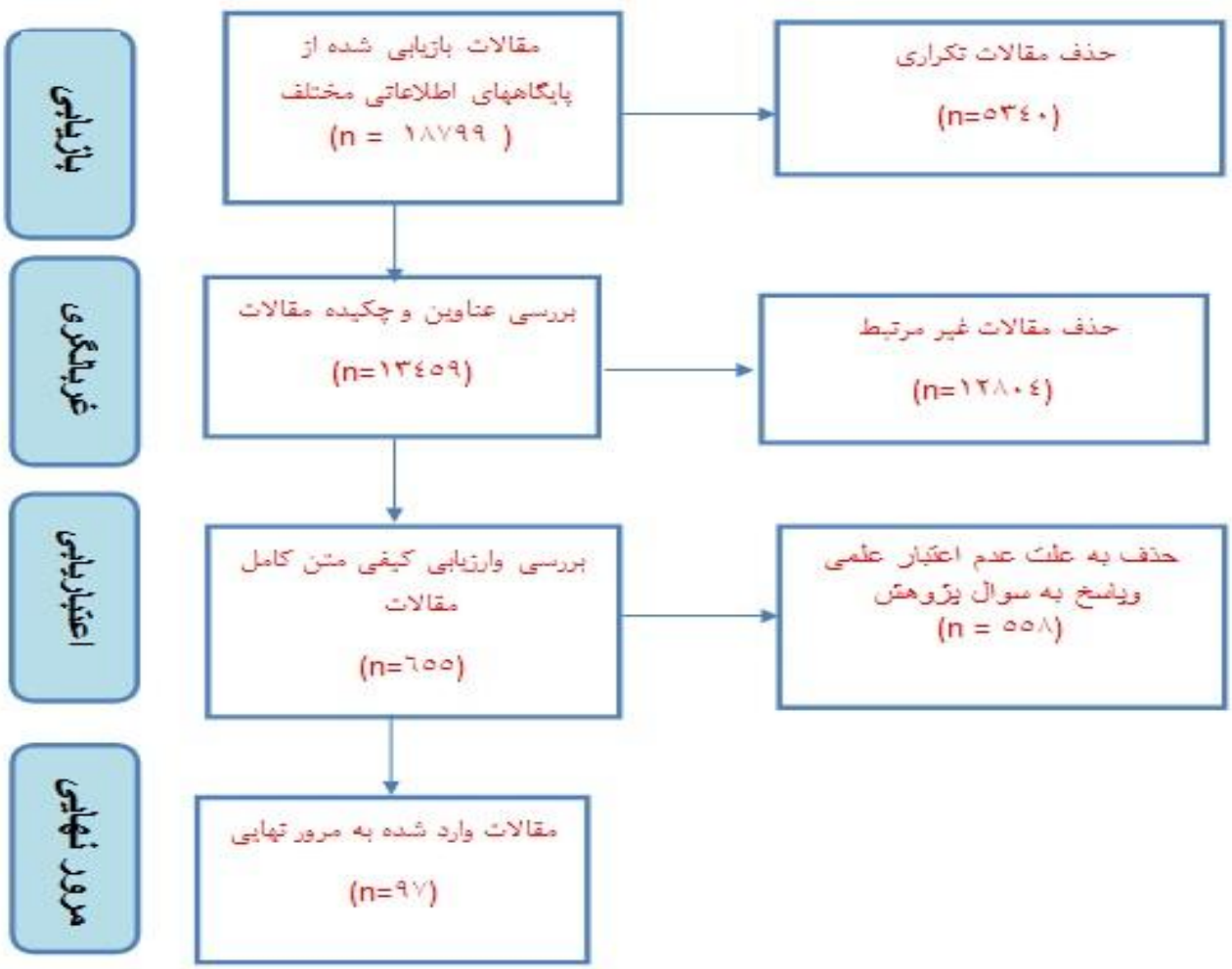
معیار ورود شامل کلیه مطالعاتی که مداخلات پرستاری بر اختلالات خواب در بخش‌های مراقبت ویژه را بررسی کرده‌اند و معیار خروج عبارت بودند از مقالات مروری و نامه به سردبیر و یا خلاصه مقالات همایش‌ها و سمینارها به علت عدم استفاده از داده‌های اولیه و همچنین مقالاتی که دسترسی به اصل مقاله امکان پذیر نبوده است. راهبرد جستجو بر اساس هدف مطالعه، میزان پوشش دهی مطالعات در پایگاه داده‌های پزشکی و همچنین سیستم PICO تدوین شد. بر همین اساس (P:Population) شامل بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه؛ (I: Intervention) به معنای هر نوع مداخله پرستاری که در رابطه با اختلالات خواب در بخش‌های مراقبت ویژه انجام می‌شود؛ (C: Comparison) مقایسه شامل تمام مطالعاتی که گروه کنترل داشته‌اند مانند همه مطالعات کارآزمایی بالینی شامل دو گروهی و یا سه گروهی، (O: Outcome) به معنای پیامد مداخلات پرستاری بر اختلالات خواب بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه است. کلید واژه‌های اصلی برای جستجوی بر اساس سیستم PICO تعریف شده انتخاب شدند، برای ترکیب کلید واژه‌ها از عملگرهای AND و ORو NOT استفاده شده و در انتخاب کلید واژگان با عبارات هم معنا و هم ارز از سر عناوین موضوعات پزشکی MeSH استفاده شد. جستجو با ترکیبی از کلید واژه‌های فارسی: "اختلال‌خواب"، "مراقبت پرستاری"، "بخش مراقبت ویژه " و معادل انگلیسی آنها sleep disorder، hyper somnolence، insomnia، Dyssomnia، Apnea Sleep، Sleep Deprivation، Intensive Care، Critical Care، ICU, CCU، Nursing Intervention Nursing Care در پایگاههای فارسی زبان اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID) و اطلاعات نشریات کشور (Magiran) و انگلیسی زبان Scopus، Web of Science، Pub Med، Science Direct و ProQuest انجام شده، همچنین از موتور جستجوی Google Scholar به صورت انگلیسی و فارسی به جهت افزایش غنای تعداد مقالات بازیابی شده استفاده شد. مراحل انجام کار بر اساس راهنمای PRISMA گزارش شد. مطالعات بازیابی شده از پایگاههای مختلف وارد نرم‌افزار مدیریت منابع نسخه (Endnote-Thomson Reuters, X7.5, Bld 9325) شدند؛ سپس مطالعات تکراری حذف شدند؛ غربالگری مطالعات با توجه به عنوان و چکیده انجام شده و مقالات غیر مرتبط با اهداف و معیارهای ورود حذف شدند؛ مقالات باقیمانده وارد ارزیابی کیفی شدند. جهت ابزار کیفی از مقیاس جداد Jedad استفاده شد و مقالاتی که نمره ۲ از کل نمره ۵ مقیاس مذکور را گرفتند . وارد مرور نهایی شدند. حاصل جستجوی اولیه متون ۱۸۷۹۹ مقاله بود که بر اساس روش مطالعه و معیارهای ورود و خروج این تعداد مقاله بازیابی شده به ۹۷ مطالعه کاهش یافت. مطالعات نهایی شده از حیث نویسندگان، سال انجام، نوع پژوهش به همراه تعداد گروههای مورد مطالعه، هدف از اجرای پژوهش، روش نمونه‌گیری، ویژگی‌های نمونه‌های پژوهش از حیث تعداد افراد و نوع بیماری، روش جمع‌آوری اطلاعات و نتیجه‌گیری نهایی طبقه‌بندی، و ارائه شدند (نمودار یک) (جدول یک در انتهای مقاله).

نتایج

بر اساس نتایج مقالات وارد شده به مرور نهایی (جدول یک با رفرنس) ، مداخلات پرستاری انجام شده برای کاهش اختلالات خواب در بیماران به طور عمده شامل موارد زیر هستند: کاهش صدا و نور،کاهش تعداد دفعات اجرای مداخلات پرستاری در زمان خواب بیماران، استفاده از گوش‌بند و چشم‌بند، مداخلات دارویی (ملاتونین خوراکی، مقایسه تمازپام و فلورازپام، مقایسه پروپوفول و فلوتیرازپام، پروپوفول و فنتالین، داروهای بیهوشی عمومی، داروی زالپلون و زوپیکلون، میدازولام، دکسمدتومدین، مقایسه کلرمتیازول و تمازپام)، رایحه درمانی (رایحه گل‌محمدی، اسطوخودوس، بهارنارنج)، موسیقی‌درمانی (موسیقی ترجیحی، موسیقی‌سفید)، ماساژ بازتابی، طب سوزنی، طب فشاری، فیزیوتراپی، ترکیب شیر و عسل قبل از خواب، پروتکل زمان آرام، درمان شناختی- رفتاری، مراقبت معنوی، مدل مراقبت‌پیگیر، مدهای ونتیلاتور، لمس بدن نوزاد در NICU، جداسازی اتاق‌ها، آرام سازی پیشرونده عضلانی تن آرامی، تنفس عمیق، تصویر سازی هدایت شده.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]



(نمودار شماره یک): نمودار فرآیند بازیابی وارزیابی مقالات بر اساس راهنمای PRISMA

از بین ۹۷ مطالعه، تعداد ۷۸ مطالعه (۸۰ درصد مطالعات) تأثیر مداخلات پرستاری بر کیفیت خواب را در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل معنادار گزارش کرده‌اند. همچنین در مطالعات مذکور، برای سنجش کیفیت و کمیت خواب بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه از ابزارهای متفاوتی استفاده شده است که چهار ابزار شامل ابزار پلی‌سومنوگرافی، ابزار وران اسنایدرهالپر و ابزار ریچاردز–کمپلر و ابزار کیفیت خواب پیترزبرگ، پرکاربردترین ابزارهای استفاده شده در سنجش کمیت وکیفیت خواب بوده‌اند. در مجموع یافته‌ها نشان دادند کاهش سر و صدای محیط، پروتکل زمان آرام، استفاده از گوش‌بند و چشم‌بند، موسیقی درمانی، رایحه درمانی و دارو درمانی به ویژه ملاتونین خوراکی بیشترین تأثیر روی کیفیت و کمیت خواب را داشته‌اند. همچنین انواعی از مداخلات دارویی به صورت جایگزین و یا همراه با مداخلات غیر دارویی استفاده می‌شوند (جدول یک در انتهای مقاله).

بحث

مطالعه حاضر که با هدف "بررسی اثر بخشی مداخلات پرستاری بر اختلالات خواب بیماران بستری در بخش‌های مراقبت‌ویژه" انجام شده است نشان داد که مداخلات پرستاری به کار گرفته در اختلالات خواب دارای تنوع زیادی هستند. همچنین برای اندازه گیری و سنجش تأثیرات مداخلات انجام شده از ابزارهای متفاوتی استفاده شده است. از بین ۹۷ مطالعه تعداد ۷۸ مطالعه (۸۰ درصد مطالعات) تأثیر مداخلات پرستاری بر کیفیت خواب را در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل معنادار گزارش کردند. داده‌ها نشان دادند، افزایش محرک‌های حسی مانند نور و سر و صدا یکی از علت‌های اصلی اختلالات خواب در بخش‌های مراقبت ویژه است، که بر کیفیت پیامدهای بیماران نیز تأثیر منفی دارد، با توجه به نتایج به دست آمده بیشترین مداخلات پرستاری جهت بهبود کیفیت خواب بیماران کنترل نور و سر و صدای محیط با روش‌های متفاوت است که یکی از مهمترین روش‌ها استفاده از چشم‌بند و گوش‌بند با هم و یا به تنهایی

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]

است. چشم‌بند و گوش‌بند به عنوان وسایل کم هزینه و بدون عارضه باعث بهبود کیفیت خواب بیماران گزارش شده‌اند. پرستاران می‌توانند از این وسایل جهت کمک به خواب بیماران در کاهش عوامل محیطی استفاده نمایند. استفاده از پروتکل زمان آرام، استفاده از گوش‌بند و چشم‌بند، کاهش سر و صدای محیط، رایحه درمانی و دارو درمانی به ویژه ملاتونین خوراکی بیشترین تأثیر روی کیفیت و کمیت خواب را داشته‌اند. Stanchina و همکاران با نصب پنل‌های جاذب صدا در سقف بخش مراقبت ویژه تأثیر مطلوبی بر خواب بیماران گزارش کرده‌اند[۵۸]. Waye و همکاران[۶۳] و Topf[۵۲] و Gabor و همکاران[۵۶] با کاهش سر و صدا محیط بخش مراقبت ویژه این مداخله را انجام داده‌اند، نتایج این مطالعه با مطالعاتی که نشان‌دهنده افزایش کیفیت خواب در بیماران با انجام پروتکل زمان آرام است، همسو است. که می‌توان مطالعات Gardner و همکاران[۸۵]، Dennis و همکاران[۹۷]، چمن زاری و همکاران[۳۶]، Das و همکاران[۹۸] و برجی و همکاران[۹۵] را نام برد. ذوالفقاری و همکاران در یک مطالعه کارآزمایی بالینی کاهش نور و سر و صدای بیش از حد محیط را اجرا کردند، که در آن با خاموش کردن چراغ‌های اضافی، استفاده از لامپ‌های کم نور، کاهش زنگ تلفن در طول شب، آموزش کارکنان در مورد کنترل نور و سر و صدای بیش از حد محیطی، کاهش اختلالات خواب را گزارش کردند[۹۹]. در مطالعه عرب که یک مطالعه چهار گروهی بود تأثیر استفاده از گوش‌بند به تنهایی بیشتر از استفاده چشم‌بند به تنهایی و همراه با گوش‌بند گزارش شده‌است[۳۲]. هزینه پایین استفاده از گوش‌بند و چشم‌بند و بدون عارضه بودن از مزایای این روش عنوان شده‌است و عدم تحمل و عدم همکاری برخی بیماران از معایب این روش است. Chisholm و همکارانش مقایسه‌ای بین ۶ نوع گوش‌بند انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که نوع فوم در کاهش صدا بهتر و استفاده از آن نیز راحت‌تر بوده‌است[۱۰۰]. در بسیاری از مطالعات تأثیر چشم‌بند و گوش‌بند با هم و یا به صورت تکی بررسی شده‌است. مطالعه Parker[۱۰۱]، Richardson[۸۳]، Koo و Koh[۱۰۲]، Hu[۱۰۳]، که تأثیر چشم‌بند و گوش‌بند بر کیفیت خواب بیماران (در بخش‌های متفاوت) را بررسی کرده‌اند با یافته‌های مطالعه چراغی و همکاران و نیسه و همکاران که تأثیر گوش‌بند بر کیفیت خواب بیماران در بخش مراقبت ویژه قلبی را بررسی کرده‌اند هم‌سو است. مطالعه بقایی و همکاران که تأثیر چشم‌بند بر کیفیت خواب بیماران را بررسی کرده‌اند نیز با این مطالعه هم‌سو است[۱۰۴]. این روش به عنوان یک روش ساده، کم هزینه و مؤثر می‌تواند در بیماران بخش ویژه مورد استفاده قرار گیرد و در پیشگیری از عوارض ناشی از اختلال خواب کمک کننده باشد. موسیقی‌درمانی یکی دیگر از مداخلات پر تکرار در حوزه بهبود اختلالات خواب در بخش‌های مراقبت ویژه است[۲۰, ۲۹, ۳۰, ۸۰, ۱۰۵–۱۰۸]. استفاده از صدای سفید به عنوان روشی برای پوشاندن صداهای محیطی، القای خواب، بهبود خواب و حفظ خواب در بخش مراقبت‌های عروق کرونر توصیه می‌شود. صدای سفید نوعی صداست که باعث می‌شود سطح آستانه شنوایی به حداکثر میزان خود برسد و این بدان معناست که در صورت وجود چنین صداهایی در پس زمینه محیط، محرک‌های شنوایی شدیدتر قادر به تحریک قشر مغز در هنگام خواب نیستند[۱۰۵,۱۰۹]. در مطالعه چراغی و همکاران تأثیرات چند مداخله شامل صدای سفید، گوش‌بند و موسیقی بی‌کلام بر کیفیت خواب بیماران بستری در بخش ویژه را با هم مقایسه کرده‌اند، و در نتایج اختلاف آماری معناداری بین اثربخشی نوع مداخلات بکارگرفته گزارش نشده‌است[۱۰۷,۱۱۰]. مطالعات فرخ‌نژادافشار و همکاران[۱۰۶]، نیسه و همکاران[۱۱۱]، نیسه و همکاران[۱۱۲] و مطالعه چراغی و همکاران[۱۱۰,۱۱۳] با این دو مطالعه هم‌سو هستند. کامدار و همکاران در یک مطالعه کارآزمایی بالینی چند وجهی بهبود کیفیت در خدمات پرستاری را برای ارتقاء کیفیت خواب بیماران بستری درICU داخلی آزمودند. آنها در گروه مداخله در مرحله اول عوامل محیطی شبانه مثل: کم‌کردن نور، جلوگیری از چرت روزانه، تشویق به تحرک و خارج‌شدن از تخت، به حداقل رساندن مصرف کافئین قبل از خواب و تعدیل مراقبت‌های پرستاری در شب را تعدیل کردند. و در مرحله دوم مداخلات غیردارویی چشم‌بند و گوش‌بند و موسیقی‌درمانی و در مرحله سوم برای بیمارانی که هنوز مشکل خواب داشتند، مداخلات دارویی انجام‌دادند و در گروه شاهد مداخلات معمول بخش انجام شده بود. مداخلات مذکور باعث کم شدن سر و صدا و کاهش دلیریوم و هذیان‌گویی در بیماران شد. اگر چه پیشرفت‌های ناچیز در کیفیت خواب در گروه مداخله مشاهده شده بود. محققان انجام این مداخلات را در بخش ویژه ارزان و ساده و عملی می‌دانند. ولی مطالعات بیشتر را در این زمینه لازم می‌دانند. کاهش سر و صدا و دلیریوم می‌تواند اختلالات خواب بیماران را

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]

کاهش دهد. در این مطالعه ارتباط معناداری بین بهبود کیفیت خواب و کاهش سر و صدا گزارش شد[۷۰]. در تعدادی از مطالعات با ترکیب مداخلات مثل موسیقی درمانی و استفاده از چشم‌بند و گوش‌بند با هم یا استفاده از گوش‌بند و چشم‌بند با هم به نتایج مطلوب‌تری دست یافته بودند. در خصوص مداخلات دارویی ملاتونین پر کاربردترین بوده است[۴,۳۹,۶۶]. کندیلی و همکاران در یک مطالعه کارآزمایی بالینی تأثیر داروی پروپوفول بر کیفیت خواب بیماران تحت تهویه مکانیکی را بررسی کرده و گزارش کردند که داروی پروپوفول مرحله REM خواب را سرکوب می‌کند و کیفیت پایین خواب این بیماران را بدتر می‌کند. بر خلاف تصور عمومی تجویز پروپوفول کیفیت خواب را کاهش داده‌بود[۶۲]. مطالعات Fischer و همکاران و Maquet و همکاران نشان داده است که سرکوب REM باعث بی‌خوابی می‌شود و ممکن‌است حافظه را تحت تأثیر قرار دهد و بیماران را مستعد ابتلا به افسردگی پس از سانحه و هذیان‌گویی بکند[۱۱۴,۱۱۵]. Tung و همکاران اثرات پروپوفول بر کیفیت خواب را وابسته به دوز درمانی می‌دانند[۱۱۶]. استفاده از دوزهای بالا در انسان باعث از دست رفتن هوشیاری و تشکیل موج دلتا در نوارمغز می‌شود[۱۱۷]. همچنین محققان در این مطالعه دریافتند که ناهماهنگی دستگاه تهویه مکانیکی و بیماران تحت تهویه مکانیکی همان‌طور که در مطالعات گذشته عنوان شده بود باعث اختلالات خواب علاوه بر عوامل دیگر در این بیماران است. و در مشاهدات دریافتند که تعداد دفعات خواب و بیداری شبانه بیماران بیشتر از حد طبیعی است که توصیه به مداخلاتی نمودند که از بیداری‌های مکرر جلوگیری‌کنند. رایحه درمانی نیز در مطالعات متعددی گزارش شده است ولی استفاده از آن با چالش‌های متعددی مانند پخش شدن رایحه در محیط بخش و ممنوعیت استشمام رایحه برای بیماران دیگر همراه است[۳۳,۳۸,۶۸,۱۱۸,۱۱۹]. در مجموع داروهای آرامبخش یکی از مداخلات در دسترس و از دسته مراقبت‌های همکارانه‌ی پرستار با پزشک و تیم درمان در جهت بهبود اختلالات خواب بیماران بوده که به تنهایی یا با سایر مداخلات غیر دارویی استفاده می‌شود[۴,۳۹,۴۰]. استفاده از انواع مدهای تنفسی در بیماران تحت ونتیلاتور در نیمی از مطالعات مؤثر گزارش شده‌است[۴۸,۶۱]. مداخلات شناختی رفتاری و فیزیوتراپی تغییر معناداری بر کیفیت خواب نداشته‌اند[۷۳,۹۶]. با بررسی بیشتر مطالعات می‌توان به این نتیجه رسید که با پیشگیری از عواملی که باعث اختلال خواب در بخش‌های مراقبت ویژه می‌شوند می‌توان به راحتی از بروز عوارض اختلالات خواب در بیماران پیشگیری کرد. البته سهولت و هزینه انجام این موارد حایز اهمیت است. از محدودیت‌های اجرای این مطالعه دسترسی محدود به بعضی مقالات و داده‌های مرتبط را می‌توان ذکر کرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاصل نشان دادند، اگر چه تنوعی از مداخلات پرستاری جهت بهبود کیفیت خواب بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه بکار گرفته می‌شود ولی مداخلاتی ساده و کم هزینه مانند کاهش تعداد دفعات مراقبت مستقیم، کاهش سر و صدا و نور محیط و استفاده از چشم‌بند و گوش‌بند مؤثرترین مداخلات پرستاری در بهبود کیفیت و کمیت خواب در بخش‌های مراقبت ویژه هستند. پرستاران پس از شناخت مواردی که باعث اختلالات خواب بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه می‌شود، می‌توانند با مداخلات مذکور از بروز چنین عوارض اختلالات خواب در بیماران پیشگیری کنند.

تقدیر و تشکر

تأییدیه اخلاقی این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) با کد مصوبه IR.BMSU.REC.1398.175 گرفته شده است. همچنین پروتکل اجرایی این مطالعه در سایت اختصاصی ثبت مطالعات مرور نظام‌مند و فرا تحلیل PROSPRO با موفقیت با کد CRD42020145830 ثبت شده است.

تیم تحقیق از همکاری مرکز تحقیقات تروما دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) کمال تشکر را دارد.

تضاد منافع

به این وسیله نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]

منابع

1. Perry AG. Fundamentals of nursing 2005 6th ed.
2. Arhami Isaloo Z. Effectiveness of Sleep Hygiene Education on Sleep Quality, Interpersonal Problems and Health Anxiety in Nurses Masters thesis, University of Mohaghegh Ardabili. 2017.
3. Bahramnezhad F, Farokhnezhad AP, Zolfaghari M. Improvement of nursing care practices on sleeping quality of patients admitted to coronary care units. 2013.
4. Lewis SR, Pritchard MW, Schofield-Robinson OJ, Alderson P, Smith AF. Melatonin for the promotion of sleep in adults in the intensive care unit. The Cochrane database of systematic reviews. 2018;5:CD012455.
5. Parsons EC, Hough CL, Vitiello MV, Palen B, Zatzick D, Davydow DS. Validity of a single PTSD checklist item to screen for insomnia in survivors of critical illness. Heart & lung : the journal of critical care. 2018;47(2):87-92.
6. P. Farokhnezhad Afshar FB, M.Alavi, M.Moradi. Sleep-related factors from the viewpoint of patients admitted to the coronary care units of Shahid Rajai Heart Center, 2014. Nursing Journal of the Vulnerable 2017;4(10):13-23.
7. Shahsavand E, Mehrdad R. Sadegh Nhk. Surveyabout Sleep Disorders Prevalenceamong Nurses In Emam Khomeini Hospital–Tehranand Effectivefactorson It. 2001.
8. Altman MT, Knauert MP, Murphy TE, Ahasic AM, Chauhan Z, Pisani MA. Association of intensive care unit delirium with sleep disturbance and functional disability after critical illness: an observational cohort study. Annals of intensive care. 2018;8(1):63.
9. Kamdar BB, Needham DM, Collop NA. Sleep deprivation in critical illness: its role in physical and psychological recovery. Journal of intensive care medicine. 2012;27(2):97-111.
10. Telias I, Wilcox ME. Sleep and circadian rhythm in critical illness. Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine 2019: Springer; 2019. p. 651-64.
11. YorkUniversity. Systematic Reviews:CRD's guidance for undertaking reviews in health care. third ed: Centre for Reviews and Dissemination, University of York.York Publishing Services Ltd; 2008 January 2009.
12. Hu R-f, Jiang X-y, Zeng Y-m, Chen X-y, Zhang Y-h. Effects of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment. Critical care. 2010;14(2):1-9.
13. Dabirian A, Sadeghim M, Mojab F, Talebi A. The effect of lavender aromatherapy on sleep quality in hemodialysis patients. Advances in nursing & midwifery. 2013;22(79):8-16.
14. Saeedi M, Ashktorab T, Saatchi K, Zayeri F, Amir Ali Akbari S. The effect of progressive muscle relaxation on sleep quality of patients undergoing hemodialysis. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2012;5(1):23-8.
15. Ghiasvandian S, Haghverdi R, Zakerimoghadam M, Kazemnezhad A, Mousavi M, Saeid Y. The effect of preferred music on sleep quality among patients after coronary artery bypass surgery. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2014;3(3):14-21.
16. Huang H-W, Zheng B-L, Jiang L, Lin Z-T, Zhang G-B, Shen L, et al. Effect of oral melatonin and wearing earplugs and eye masks on nocturnal sleep in healthy subjects in a simulated intensive care unit environment: which might be a more promising strategy for ICU sleep deprivation? Critical care. 2015;19(1):1-11.
17. Hojat M, Karimyar Jm, Karami Z. Effect of continuous care model on sleep quality and dialysis adequacy of hemodialysis Patients: a clinical trial study. 2015.
18. Babaii A, Adib-Hajbaghery M, Hajibagheri A. The effect of aromatherapy with damask rose and blindfold on sleep quality of patients admitted to cardiac critical care units. Iran Journal of Nursing. 2015;28(93):96-105.
19. Eliyasianfar S, Khazaei H, Khatoni A, Pourmirza Kr, Rezaei M. The effect of blindfolds and earplugs on sleep quality of patients admitted to the cardiac intensive care unit. 2016.
20. Farokhnezhad Afshar P, Zahednezhad H, Ajri Khamesloo M, Ghanei Gheshlagh R, Fathi R. Effect of white noise on the sleep of elderly patients hospitalized in coronary care units. Iranian Journal of Ageing. 2016;11(1):44-51.
21. Dıaz-Alonso J, Smith-Plaza AM, Suarez-Mier B, Lana A. Impact of a Nurse Intervention to Improve Sleep Quality in Intensive Care Units. Dimensions of Critical Care Nursing. 2018;37(6).
22. Wesnes K, Warburton DM. A comparison of temazepam and flurazepam in terms of sleep

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]

quality and residual changes in performance. Neuropsychobiology. 1984;11(4):255-9.
23. Oshvandi K, Koosha MM, Cheraghi F, Fardmal, Tabrizi N, Falahinia G. The impact of nursing interventions on quality of sleep among patients in coronary care unit of Ekbatan Hospital in Hamadan City, Iran. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2014;22(1):60-9.
24. Bagheri-Nesami M, Gorji MAH, Rezaie S, Pouresmail Z, Cherati JY. Effect of acupressure with valerian oil 2.5% on the quality and quantity of sleep in patients with acute coronary syndrome in a cardiac intensive care unit. Journal of traditional and complementary medicine. 2015;5(4):241-7.
25. Tazakori Z, Babaee S, Mansooreh Karimolahi3 P, Bayat F, Taghizadeh-Kashani L. The effect of damask rose extract on sleep quality in patients undergo-ing angiography admitted to cardiac care unit. Cardiovascular Nursing Journal. 2016;5(1):52-7.
26. Yaghoubi A, Golfeshan E, Azarfarin R, Nazari A, Alizadehasl A, Ehasni A. Effects of acupressure on sleep quality after coronary artery bypass surgery. Iranian Heart Journal. 2017;18(3):28-34.
27. Richardson S. Effects of relaxation and imagery on the sleep of critically ill adults. Dimensions of Critical Care Nursing. 2003;22(4):182-90.
28. Scotto CJ, McClusky C, Spillan S, Kimmel J. Earplugs improve patients' subjective experience of sleep in critical care. Nursing in critical care. 2009;14(4):180-4.
29. Ryu MJ, Park JS, Park H. Effect of sleep-inducing music on sleep in persons with percutaneous transluminal coronary angiography in the cardiac care unit. Journal of clinical nursing. 2012;21(5- 6):728-35.
30. Su CP, Lai HL, Chang ET, Yiin LM, Perng SJ, Chen PW. A randomized controlled trial of the effects of listening to non- commercial music on quality of nocturnal sleep and relaxation indices in patients in medical intensive care unit. Journal of advanced nursing. 2013;69(6):1377-89.
31. Mashayekhi F, Pilevarzadeh M, Amiri M, Rafiei H. The effect of eye mask on sleep quality in patients of coronary care unit o efeito da mascara de olhos na qualidade de sono em pacientes em uma unidade coronariana. Sleep Science. 2013;6(3):108-11.
32. Arab M, Mashayekhi F, Ranjbar H, Abazari F, Dortaj E. Comparing the effects of using Earplugs and eye masks on sleep quality of patients in coronary care unit (CCU). 2013.
33. Cho M-Y, Min ES, Hur M-H, Lee MS. Effects of aromatherapy on the anxiety, vital signs, and sleep quality of percutaneous coronary intervention patients in intensive care units. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2013;2013.
34. Yazdannik AR, Zareie A, Hasanpour M, Kashefi P. The effect of earplugs and eye mask on patients' perceived sleep quality in intensive care unit. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2014;19(6):673.
35. Rahmani A, Naseri M, Salaree MM, Nehrir B. Comparing the effect of foot reflexology massage, foot bath and their combination on quality of sleep in patients with acute coronary syndrome. Journal of caring sciences. 2016;5(4):299.
36. Chamanzari H, Hesari Mm, Malekzadeh J, Shakeri Mt, Hojat Sk, Hosseini Sm, et al. Effect of implementation of Quiet Time Protocol on sleep quality of patients in Intensive Care Unit. 2016.
37. Sharafi S, Hajiabadi F, Razi M, Bahrami M. The Effect of Simultaneously Using Earplug and Eye mask on Quality of Sleep in Intensive Care Unit Patients: A Randomized Clinical Trial Study. Critical Care Nursing. 2018;11(4):27-34.
38. Aalami H, Moghadam HM, Moghaddam MB, Bazeli J. Effect of hybrid aromatherapy on sleep quality of patients with acute coronary syndrome admitted to cardiac care unit. Middle East Journal of Family Medicine. 2018;7(10):268.
39. Bourne RS, Mills GH, Minelli C. Melatonin therapy to improve nocturnal sleep in critically ill patients: encouraging results from a small randomised controlled trial. Critical Care. 2008;12(2):1-9.
40. Shilo L, Dagan Y, Smorjik Y, Weinberg U, Dolev S, Komptel B, et al. Effect of melatonin on sleep quality of COPD intensive care patients: a pilot study. Chronobiology international. 2000;17(1):71-6.
41. Burry L, Scales D, Williamson D, Foster J, Mehta S, Guenette M, et al. Feasibility of melatonin for prevention of delirium in critically ill patients: a protocol for a multicentre, randomised, placebo-controlled study. BMJ open. 2017;7(3).
42. Chen J-H, Chao Y-H, Lu S-F, Shiung T-F, Chao Y-F. The effectiveness of valerian acupressure on the sleep of ICU patients: a randomized

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]

clinical trial. International journal of nursing studies. 2012;49(8):913-20.
43. Jaber S, Bahloul H, Guétin S, Chanques G, Sebbane M, Eledjam J, editors. Effects of music therapy in intensive care unit without sedation in weaning patients versus non-ventilated patients. Annales francaises d'anesthesie et de reanimation; 2006.
44. Engelmann C, Wallenborn J, Olthoff D, Kaisers UX, Rüffert H. Propofol versus flunitrazepam for inducing and maintaining sleep in postoperative ICU patients. Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine. 2014;18(4):212.
45. Lehmkuhl P, Prass D, Pichlmayr I. General anesthesia and postnarcotic sleep disorders. Neuropsychobiology. 1987;18(1):37-42.
46. Hellström- Westas L, Inghammar M, Isaksson K, Rosén I, Stjernqvist K. Short- term effects of incubator covers on quiet sleep in stable premature infants. Acta Paediatrica. 2001;90(9):1004-8.
47. Stone BM, Turner C, Mills SL, Paty I, Patat A, Darwish M, et al. Noise- induced sleep maintenance insomnia: hypnotic and residual effects of zaleplon. British journal of clinical pharmacology. 2002;53(2):196-202.
48. Parthasarathy S, Tobin MJ. Effect of ventilator mode on sleep quality in critically ill patients. American journal of respiratory and critical care medicine. 2002;166(11):1423-9.
49. Foreman B, Westwood AJ, Claassen J, Bazil CW. Sleep in the neurological intensive care unit: feasibility of quantifying sleep after melatonin supplementation with environmental light and noise reduction. Journal of Clinical Neurophysiology. 2015;32(1):66-74.
50. Jean R, Shah P, Yudelevich E, Genese F, Gershner K, Levendowski D, et al. Effects of deep sedation on sleep in critically ill medical patients on mechanical ventilation. Journal of sleep research. 2020;29(3):e12894.
51. Sanders MH, Kern N. Obstructive sleep apnea treated by independently adjusted inspiratory and expiratory positive airway pressures via nasal mask: physiologic and clinical implications. Chest. 1990;98(2):317-24.
52. Topf M. Effects of personal control over hospital noise on sleep. Research in nursing & health. 1992;15(1):19-28.
53. Sanders MH, Kern NB, Stiller RA, Strollo Jr PJ, Martin TJ, Atwood Jr CW. CPAP therapy via oronasal mask for obstructive sleep apnea. Chest. 1994;106(3):774-9.
54. Wallace CJ, Robins J, Alvord LS, Walker JM. The effect of earplugs on sleep measures during exposure to simulated intensive care unit noise. American Journal of Critical Care. 1999;8(4):210.
55. Cultrara A, Bennett GH, Lazar C, Bernstein J, Goldstein N. Preoperative sedation in pediatric patients with sleep-disordered breathing. International journal of pediatric otorhinolaryngology. 2002;66(3):243-6.
56. Gabor JY, Cooper AB, Crombach SA, Lee B, Kadikar N, Bettger HE, et al. Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. American journal of respiratory and critical care medicine. 2003;167(5):708-15.
57. Friedman M, Ibrahim H, Lee G, Joseph NJ. Combined uvulopalatopharyngoplasty and radiofrequency tongue base reduction for treatment of obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome. Otolaryngology—Head and Neck Surgery. 2003;129(6):611-21.
58. Stanchina ML, Abu-Hijleh M, Chaudhry BK, Carlisle CC, Millman RP. The influence of white noise on sleep in subjects exposed to ICU noise. Sleep medicine. 2005;6(5):423-8.
59. Oto J, Yamamoto K, Koike S, Imanaka H, Nishimura M. Effect of daily sedative interruption on sleep stages of mechanically ventilated patients receiving midazolam by infusion. Anaesthesia and intensive care. 2011;39(3):392-400.
60. Arab Z, Shariati A, Bahrami H, Asayesh H, Vakili M. The effect of acupressure on quality of sleep in hemodialysis patients. Nursing and Midwifery Journal. 2012;10(2):0-.
61. Andréjak C, Monconduit J, Rose D, Toublanc B, Mayeux I, Rodenstein D, et al. Does using pressure-controlled ventilation to rest respiratory muscles improve sleep in ICU patients? Respiratory medicine. 2013;107(4):534-41.
62. Kondili E, Alexopoulou C, Xirouchaki N, Georgopoulos D. Effects of propofol on sleep quality in mechanically ventilated critically ill patients: a physiological study. Intensive care medicine. 2012;38(10):1640-6.
63. Waye KP, Elmenhorst E-M, Croy I, Pedersen E. Improvement of intensive care unit sound environment and analyses of consequences on sleep: an experimental study. Sleep medicine. 2013;14(12):1334-40.
64. Wu X-H, Cui F, Zhang C, Meng Z-T, Wang D-X, Ma J, et al. Low-dose dexmedetomidine

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]

improves sleep quality pattern in elderly patients after noncardiac surgery in the intensive care unit: a pilot randomized controlled trial. Anesthesiology. 2016;125(5):979-91.
65. Demoule A, Carreira S, Lavault S, Palancca O, Morawiec E, Mayaux J, et al. Impact Of Earplugs And Eye Mask On Sleep In Critically Ill Patients: A Prospective Randomized Study. B29 A State Of Unrest: Sleep/Sdb In The Icu And Hospital: American Thoracic Society; 2016. p. A3102-A.
66. Jaiswal SJ, McCarthy TJ, Wineinger NE, Kang DY, Song J, Garcia S, et al. Melatonin and sleep in preventing hospitalized delirium: a randomized clinical trial. The American journal of medicine. 2018;131(9):1110-7. e4.
67. Levy J, Hassan F, Plegue MA, Sokoloff MD, Kushwaha JS, Chervin RD, et al. Impact of hands- on care on infant sleep in the neonatal intensive care unit. Pediatric pulmonology. 2017;52(1):84-90.
68. Borromeo AR. The effect of aromatherapy on the patient outcomes of anxiety and sleep quality in coronary care unit patients 1998.
69. Li SY, Wang TJ, Vivienne Wu SF, Liang SY, Tung HH. Efficacy of controlling night- time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit. Journal of clinical nursing. 2011;20(3- 4):396-407.
70. Kamdar BB, King LM, Collop NA, Sakamuri S, Colantuoni E, Neufeld KJ, et al. The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU. Critical care medicine. 2013;41(3):800.
71. Huang H, Jiang L, Shen L, Zhang G, Zhu B, Cheng J, et al. Impact of oral melatonin on critically ill adult patients with ICU sleep deprivation: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2014;15(1):1-11.
72. Hu R-F, Jiang X-Y, Hegadoren KM, Zhang Y-H. Effects of earplugs and eye masks combined with relaxing music on sleep, melatonin and cortisol levels in ICU patients: a randomized controlled trial. Critical care. 2015;19(1):1-9.
73. Kamdar BB, Combs MP, Colantuoni E, King LM, Niessen T, Neufeld KJ, et al. The association of sleep quality, delirium, and sedation status with daily participation in physical therapy in the ICU. Critical Care. 2016;20(1):1-9.
74. van de Pol I, van Iterson M, Maaskant J. Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: Hogeschool van Amsterdam; 2017.
75. A A, A R. The Effect of Planned Team Work-based Cares on the Sleep Quality in
Cardio Vascular Surgery Patients of Intensive Care Unit. 2021.
76. Fakhr-Movahedi A, Mirmohammadkhani M, Ramezani H. Effect of milk-honey mixture on the sleep quality of coronary patients: A clinical trial study. Clinical nutrition ESPEN. 2018;28:132-5.
77. Knauert MP, Redeker NS, Yaggi HK, Bennick M, Pisani MA. Creating naptime: an overnight, nonpharmacologic intensive care unit sleep promotion protocol. Journal of patient experience. 2018;5(3):180-7.
78. Pathy M, Bayer AJ, Stoker M. A double- blind comparison of chlormethiazole and temazepam in elderly patients with sleep disturbances. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1986;73:99-103.
79. Treggiari-Venzi M, Borgeat A, Fuchs-Buder T, Gachoud J-P, Suter PM. Overnight sedation with midazolam or propofol in the ICU: effects on sleep quality, anxiety and depression. Intensive care medicine. 1996;22(11):1186-90.
80. Gagner-Tjellesen D, Yurkovich EE, Gragert M. Use of music therapy and other ITNIs in acute care. Journal of psychosocial nursing and mental health services. 2001;39(10):26-37.
81. Ruggiero C, Dziedzic L. Promoting a healing environment: quiet time in the intensive care unit. The Joint Commission Journal on Quality and Safety. 2004;30(8):465-7.
82. Egi M, Bates S, Norman T, Hart G, Bellomo R, Ibrahim M, et al. A double blind placebo controlled randomised pilot study of nocturnal melatonin in tracheostomised patients. Critical Care and Resuscitation. 2006;8(3):187.
83. Richardson A, Allsop M, Coghill E, Turnock C. Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep? Nursing in critical care. 2007;12(6):278-86.
84. Koo YJ, Koh HJ. Effects of eye protective device and ear protective device application on sleep disorder with coronary disease patients in CCU. Taehan Kanho Hakhoe Chi. 2008;38(4):582-92.
85. Gardner G, Collins C, Osborne S, Henderson A, Eastwood M. Creating a therapeutic environment: a non-randomised controlled trial of a quiet time intervention for patients in acute care. International journal of nursing studies. 2009;46(6):778-86.
86. Mirzaeian R, Rouhi M, Khadibi M. Exploring the effect of aromatherapy using lavenderoil on the patients with ischemic heart disease in

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]

theintensive care units (ICUS) of the hospitals of the city of Isfahan in 2009. 2013.
87. Gradisar M, Dohnt H, Gardner G, Paine S, Starkey K, Menne A, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy plus bright light therapy for adolescent delayed sleep phase disorder. Sleep. 2011;34(12):1671-80.
88. Jones C, Dawson D. Eye masks and earplugs improve patient's perception of sleep. Nursing in critical care. 2012;17(5):247-54.
89. Le Guen M, Nicolas-Robin A, Lebard C, Arnulf I, Langeron O. Earplugs and eye masks vs routine care prevent sleep impairment in post-anaesthesia care unit: a randomized study. British journal of anaesthesia. 2014;112(1):89-95.
90. Zeighami R, Jalilolghadr S. Investigating the effect of "Citrus Aurantium" aroma on sleep quality of patients hospitalized in the coronary care unit (CCU). Complementary Medicine Journal. 2014;4(1):720-33.
91. Patel J, Baldwin J, Bunting P, Laha S. The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. Anaesthesia. 2014;69(6):540-9.
92. Esmaeeli M, Kazem Nejad A. The effect of supportive educational intervention on sleep before coronary artery bypass graft surgery. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2016;4(4):40-7.
93. Farrehi PM, Clore KR, Scott JR, Vanini G, Clauw DJ. Efficacy of sleep tool education during hospitalization: a randomized controlled trial. The American journal of medicine. 2016;129(12):1329. e9-. e17.
94. Valizadeh S, Hosseini M, Jafarabadi MA, Mirnia K, Saeidi F, Jabraeeli M. Comparison of 2 Methods of Light Reduction on Preterm Infants' Sleep Pattern in NICU: A Randomized Controlled Trial. Crescent Journal of Medical and Biological Sciences. 2017;4(4):211-6.
95. Borji M, Otaghi M, Salimi E, Sanei P. Investigating the effect of performing the quiet time protocol on the sleep quality of cardiac patients. 2017.
96. Johanson KA, Bohlen AJ, Feliciano L. No Need to Count Sheep: Investigating an Online Insomnia Intervention among Older Adults. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2018;26(3):S156.
97. Dennis CM, Lee R, Woodard EK, Szalaj JJ, Walker CA. Benefits of quiet time for neuro-intensive care patients. Journal of Neuroscience Nursing. 2010;42(4):217-24.
98. Das V, Boelle P-Y, Galbois A, Guidet B, Maury E, Carbonell N, et al. Cirrhotic patients in the medical intensive care unit: early prognosis and long-term survival. Critical care medicine. 2010;38(11):2108-16.
99. Zolfaghari M AP, Noghabi AAA, Khameslou MA. Modification of environmental factors on quality of sleep among patients admitted to CCU. hayyat. 2013;18(4):61-8.
100. Chisholm E, Kuchai R, McPartlin D. An objective evaluation of the waterproofing qualities, ease of insertion and comfort of commonly available earplugs. Clinical Otolaryngology & Allied Sciences. 2004;29(2):128-32.
101. Parker KP, Dunbar SB. Sleep and heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing. 2002;17(1):30-41.
102. Koo YJ, Koh HJ. Effects of eye protective device and ear protective device application on sleep disorder with coronary disease patients in CCU. Journal of Korean Academy of Nursing. 2008;38(4):582-92.
103. Hu R-f, Jiang X-y, Zeng Y-m, Chen X-y, Zhang Y-h. Effects of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment. Critical Care. 2010;14(2):R66.
104. Baghaei R, Ghaderi C, Feizi A. The effect of eye masks on nocturnal sleep in patients hospitalized in the intensive cardiac care units. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2014;12(9):800-6.
105. Najafi Ghezeljeh T. Investigating the effect of listening to nature sounds on sleep quality in patients hospitalized in cardiac care units. Complementary Medicine Journal. 2018;8(1):2167-80.
106. Afshar PF, Bahramnezhad F, Asgari P, Shiri M. Effect of white noise on sleep in patients admitted to a coronary care. Journal of caring sciences. 2016;5(2):103.
107. Cheraghi Ma, Akbari K, Bahramnezhad F, Haghani H. The effect of instrumental music on sleep in patients admitted to Coronary Care Unit. 2015.
108. Nilsson U. Soothing music can increase oxytocin levels during bed rest after open- heart surgery: a randomised control trial. Journal of clinical nursing. 2009;18(15):2153-61.
109. Williamson J. The effects of ocean sounds on sleep after coronary artery bypass graft surgery. American journal of critical care: an

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]

official publication, American Association of Critical-Care Nurses. 1992;1(1):91-7.
110. Cheraghi M A AK, Bahramnezhad F, Haghani H. Investigating the Effect of Using Earplugs on the Quality of Sleep in
Patients Hospitalized in Coronary Care Unit. Complementary Medicine Journal. 2018;2(2):2293-303.
111. Neiseh F, Daneshmandi M, Sadeghi Sm, Ebadi A. The effects of ear and eye protect device application on quality of sleep of CCU patients with acute coronary syndrome (hospital military). 2011.
112. Neyse F, Daneshmandi M, Sadeghi Sharme M, Ebadi A. The effect of earplugs on sleep quality in patients with acute coronary syndrome. Iran J Crit Care Nurs. 2011;4(3):127-34.
113. Cheraghi M-A, Akbari K, Bahramnezhad F, Haghani H. The effect of instrumental music on sleep in patients admitted to Coronary Care Unit. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2015;3(4):24-33.
114. Fischer S, Hallschmid M, Elsner AL, Born J. Sleep forms memory for finger skills. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2002;99(18):11987-91.
115. Maquet P. The role of sleep in learning and memory. science. 2001;294(5544):1048-52.
116. Tung A, Lynch JP, Mendelson WB. Prolonged sedation with propofol in the rat does not result in sleep deprivation. Anesthesia & Analgesia. 2001;92(5):1232-6.
117. Murphy M, Bruno M-A, Riedner BA, Boveroux P, Noirhomme Q, Landsness EC, et al. Propofol anesthesia and sleep: a high-density EEG study. Sleep. 2011;34(3):283-91.
118. Karadag E, Samancioglu S, Ozden D, Bakir E. Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients. Nursing in critical care. 2017;22(2):105-12.
119. Najafi Z, Tagharrobi Z, Shahriyari-Kale-Masihi M. Effect of aromatherapy with Lavender on sleep quality among patients undergoing hemodialysis. KAUMS Journal (FEYZ). 2014;18(2):145-50.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]

جدول یک. مقالات وارده شده به مرور نهایی

	نویسنده و سال	نوع مداخله	نتایج	ابزار سنجش کیفیت و کمیت خواب
۱	Rong-fang et al;[12] 2010	استفاده از گوش بند و چشم بند	استفاده از گوش بند و چشم‌بند باعث افزایش زمان REM ، کاهش برانگیختگی و افزایش سطح ملاتونین می‌شود. گوش‌بند و چشم‌بند باعث تعادل خواب و هورمون در بیماران ICU شده بود.	پرسش‌نامه کیفیت خواب پیترزبرگ
۲	Dabirian A et al;[13] 2012	استنشاق اسانس اسطوخودوس	استنشاق اسانس اسطوخودوس بر کیفیت خواب بیماران دیالیزی تأثیر مطلوبی داشته است.	پرسش‌نامه کیفیت خواب پیترزبرگ
۳	Saeedi M et al;[14] 2012	آرام‌سازی پیشرونده عضلانی	آرام‌سازی پیشرونده عضلانی در بیماران تحت همودیالیز بر کیفیت خواب تأثیرگذار بود.	پرسش‌نامه کیفیت خواب پیترزبرگ
۴	Ghiasvandian Sh et al;[15] 2014	تأثیر موسیقی ترجیحی	کیفیت خواب در گروه آزمون و مداخله قبل و بعد از مداخله در بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر تفاوت معنادار آماری نداشت.	پرسش‌نامه کیفیت خواب پیترزبرگ
۵	Hua-Wei Huang et al;[16] 2015	ملاتونین خوراکی و گوش‌بند و چشم‌بند	ملاتونین بیشتر باعث افزایش زمان خواب و افزایش مرحله REM در مقایسه با چشم‌بند و گوش‌بند شده‌بود.	پرسش‌نامه کیفیت خواب پیترزبرگ
۶	Hojat M et al;[17] 2015	تأثیر مدل مراقبت پیگیر	اجرای مدل مراقبت پیگیر، باعث بهبود کیفیت خواب بیماران دیالیزی شده بود.	پرسش‌نامه کیفیت خواب پیترزبرگ
۷	Babaii A et al;[18] 2015	رایحه گل محمدی و چشم بند	هر دو روش در بهبود خواب بیماران CCU تأثیر دارد. تأثیر چشم بند از تأثیر رایحه درمانی با گل محمدی بیشتر بود.	پرسش‌نامه کیفیت خواب پیترزبرگ
۸	Eliyasianfar Sh et al;[19] 2016	استفاده از گوش بند و چشم بند	استفاده از گوش‌بند و چشم‌بند بر کیفیت خواب تأثیرگذار است. استفاده هر دو ابزار تأثیر مطلوب‌تری داشته‌است.	پرسش‌نامه کیفیت خواب پیترزبرگ
۹	Farokhnejad afshr P et al;[20] 2016	تأثیر موسیقی سفید	موسیقی سفید وضعیت خواب سالمندان در CCU را از نظر آماری تغییر نداده بود. اما از افت ساعت خواب و افزایش زمان القای خواب جلوگیری کرده بود.	پرسش‌نامه کیفیت خواب پیترزبرگ
۱۰	Julian Diaz-Alonso, et al;[21] 2018	کاهش فعالیت‌های پرستاری (کاهش سروصدا و رفت وامد و کاهش فعالیت‌های غیر ضروری)	کاهش کیفیت خواب در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل. محققین اعلام کردند که انجام مداخله سبب بهبود کیفیت خواب در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل نشده بود.	پرسش‌نامه کیفیت خواب پیترزبرگ
۱۱	پرسش‌نامه کیفیت خواب بیمارستانی مریم مقدس	هر دو دارو باعث افزایش چشمگیر و قابل توجهی در کیفیت ، عمق و مدت زمان خواب می شوند. همچنین فلورازپام کاهش قابل توجهی در میزان بیدار شدن در طول شب نشان داده است.	مقایسه تمازپام و فلورازپام	Wesnes K and Warburlon D.M;[22] 1984
۱۲	پرسش‌نامه کیفیت خواب بیمارستانی مریم مقدس	تدابیر پرستاری طراحی شده بر کیفیت خواب بیماران تأثیر داشت.	تدابیر پرستاری (تعدیل سر و صدا)	Oshvandi Kh et al;[23] 2014
۱۳	پرسش‌نامه کیفیت خواب بیمارستانی مریم مقدس	طب سوزنی و ماساژ با روغن والرین به طور معناداری کیفیت خواب را بهبود داده و باعث بهبود خواب و کاهش بیداری در طول شب شده است.	طب سوزنی با روغن والرین	Bagheri-Nesami M et al;[24] 2015
۱۴	پرسش‌نامه کیفیت خواب بیمارستانی مریم مقدس	کیفیت خواب گروه آزمون(عصاره گل‌محمدی) و کنترل(پلاسبو) تفاوت معناداری نداشت، ولی در هر دو گروه تفاوت معناداری پس از	تأثیر عصاره گل محمدی	Tazakori Z et al;[25] 2016

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]

		مداخله مشاهده شد.	
۱۵	پرسش‌نامه کیفیت خواب بیمارستانی مریم مقدس	طب سوزنی بر کیفیت خواب بیماران پیوند عروق کرونری موثر بوده است.	طب سوزنی	Yaghoubi A et al;[26] 2017
۱۶	Stephanie R;[27] 2003	آرام‌سازی و تصویر سازی	آرام‌سازی و تصویرسازی در بهبود خواب بیماران دارای شرایط بحرانی مؤثر گزارش شده‌است.	ابزار وران اسنایدرهالپرن
۱۷	Scotto C et al;[28] 2009	گوش‌بند	استفاده از گوش‌بند در بیماران بخش ICU کیفیت خواب را ارتقا داده‌بود.	ابزار وران اسنایدرهالپرن
۱۸	Min-Jung R et al;[29] 2011	موسیقی درمانی	موسیقی درمانی به طور قابل توجهی بر کیفیت خواب بیماران تحت آنژیوگرافی عروق کرونر تأثیر گذار گزارش شده‌است.	ابزار وران اسنایدرهالپرن
۱۹	Chiu-Ping S et al;[30] 2012	موسیقی درمانی	موسیقی در بیماران بخش ICU موجب کوتاه شدن مرحله N2 و طولانی شدن مرحله N3 شده و در کل باعث بهبود کیفیت خواب شده‌است.	ابزار وران اسنایدرهالپرن
۲۰	Mashayekhi F;[31] 2013	چشم‌بند	استفاده از چشم‌بند در بیماران بخش CCU کیفیت خواب را ارتقا داده‌بود.	ابزار وران اسنایدرهالپرن
۲۱	Arab M et al;[32] 2013	استفاده از گوش بند و چشم بند	نتایج نشان داد که چشم‌بند و گوش بند باعث بهبودی خواب می‌شوند ولی قویترین تأثیر را گوش بند ایجاد کرده‌است.	ابزار وران اسنایدرهالپرن
۲۲	Mi-Yeon C et al;[33] 2013	رایحه درمانی ترکیبی	رایحه درمانی به طور موثری سطح اضطراب را کاهش داده و کیفیت خواب را افزایش داده‌است.	ابزار وران اسنایدرهالپرن
۲۳	Yazdannik A et al;[34] 2014	استفاده از گوش بند و چشم بند	استفاده از گوش‌بند و چشم‌بند بر کیفیت خواب تأثیرگذار گزارش شده‌است.	ابزار وران اسنایدرهالپرن
۲۴	Rahmani A et al;[35] 2016	مقایسه ماساژ پا و حمام پا و ترکیب هر دو	نتایج نشان داد که ترکیب ماساژ پا با حمام پا موثرتر گزارش شده است.	ابزار وران اسنایدرهالپرن
۲۵	Chamanzari H et al;[36] 2016	پروتکل زمان آرام	استفاده از پروتکل زمان آرام بر کیفیت خواب تأثیرگذار گزارش شده‌است.	ابزار وران اسنایدرهالپرن
۲۶	Sharafi S et al;[37] 2018	استفاده از گوش بند و چشم بند	استفاده از گوش‌بند و چشم‌بند بر کیفیت خواب تأثیرگذار گزارش شده‌است.	ابزار وران اسنایدرهالپرن
۲۷	Aalami H et al;[38] 2018	رایحه‌درمانی ترکیبی	نتایج نشان داد که رایحه‌درمانی ترکیبی به عنوان روشی مقرون به صرفه و بدون عارضه می‌تواند کیفیت خواب بیماران مبتلا به ACS بستری در CCUرا بهبود ببخشد.	ابزار وران اسنایدرهالپرن
۲۸	Bourne R et al;[39] 2008	ملاتونین خوراکی	ملاتونین میزان خواب شبانه بیماران را به مدت یکساعت افزایش داده‌بود.	ابزار اکتیگرافی
۲۹	Shilo L et al;[40] 2000	ملاتونین خوراکی	ملاتونین باعث ارتقا کیفیت خواب بیماران COPD بستری در ICU شده است	ابزار اکتیگرافی
۳۰	Burry L et al;[41] 2017	ملاتونین	ملاتونین باعث ارتقا کیفیت خواب بیماران بستری در ICU شده است.	ابزار اکتیگرافی
۳۱	Chen J et al;[42] 2012	طب فشاری با والرین	زمان خواب و کیفیت خواب بیماران ICU بهبود یافته‌است.	ابزار اکتیگرافی
۳۲	Jaber S et al;[43] 2007	موسیقی درمانی	هیچگونه تغییر معنی داری در طول مدت استراحت مشاهده نشده‌بود.	ابزار شاخص بیسپکترال
۳۳	Bourne R et al;[39] 2008	ملاتونین خوراکی	ملاتونین میزان خواب شبانه بیماران را به مدت یکساعت افزایش داده‌بود.	ابزار شاخص بیسپکترال
۳۴	Engelmann C et al;[44] 2014	مقایسه اثر پروپوفول و فلوتیرازپام بر کیفیت خواب بیماران ICU	پروپوفول باعث کاهش فراوانی بیداری و افزایش کیفیت خواب در بیماران ICU درمقایسه با فلوتیرازپام داشت و فاوتیرازپام باعث افزایش زمان خواب شده‌بود.	ابزار شاخص بیسپکترال
۳۵	Lehmkuhl P et al;[45] 1987	داروهای بیهوشی عمومی	مداخلات باعث کاهش بی‌نظمی در مراحل خواب بیماران ICUشده‌بود.	ابزار الکتروانسفالوگرافی

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]

۳۶	Hellstrom-Westas L et al;[46] 2001	کاهش سر و صدا	پوشش انکیباتور تأثیر کوتاه مدت بر خواب نوزادان نارس داشته‌است.	ابزار الکتروانسفالوگرافی
۳۷	Stone B et al;[47] 2002	داروی زالپلون و زوپیکلون	زالپلون تاخیر در به خواب رفتن را کاهش داده‌است. زوپیکلون زمان مرحله ۱ را کاهش و زمان مرحله ۳ خواب و کل زمان خواب را افزایش داده‌بود.	ابزار الکتروانسفالوگرافی
۳۸	Parthasarathy S and Tobin M;[48]2002	تأثیر مد تنفسی ACV[1]	آپنه های مرکزی و تکه تکه شدن خواب ، به خصوص در بیمارانی که نفس می کشند باعث کاهش کیفیت خواب می‌شود.	ابزار الکتروانسفالوگرافی
۳۹	Foreman B et al;[49] 2015	مقایسه ملاتونین با کاهش صدا و نور	مداخلات باعث ارتقا کیفیت خواب شده‌است.	ابزار الکتروانسفالوگرافی
۴۰	Jean R et al;[50] 2019	پروپوفول و فنتالین	مداخلات باعث ارتقا خواب شده بود. پروپوفول کمتر ریتم خواب را برهم زده‌بود.	ابزار الکتروانسفالوگرافی
۴۱	Sanders M et al;[51] 1990	مقایسه Nasal CPAP و Nasal BIPAP	تفاوتی در مراحل خواب گزارش نشده‌است.	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۴۲	Topf M;[52] 1992	کاهش سر و صدا	کاهش سر و صدا باعث بهبود شرایط خواب و به خواب رفتن شده‌است.	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۴۳	Sanders M et al;[53] 1994	مقایسه CPAP ماسک صورت و CPAP ماسک دهانی بینی	تفاوتی در مراحل خواب گزارش نشده‌است.	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۴۴	Jane Wallace C et al;1999[54]	گوش بند	استفاده از گوش بند باعث افزایش مرحله REM شده است.	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۴۵	Cultrara A et al;[55] 2002	داروی میدازولام	در کودکان بستری در ICU با اختلالات تنفسی خواب قبل از عمل جراحی آرام سازی با داروی میدازولام موثر بر اختلال تنفسی هنگام خواب گزارش شده است.	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۴۶	Jonathan Y et al;[56] 2003	جداسازی اتاق‌ها	کیفیت خواب بیمارانی که در اتاق‌های جداگانه بودند بیشتر گزارش شده‌است.	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۴۷	FRIEDMAN M et al;[57] 2003	مقایسه جراحی بافت گلو با رادیوفرکوانسی بافت زبان	در کوتاه مدت نتایج جراحی موثرتر گزارش شده‌اند و در مراحل بعدی ترکیب دو روش بیشتر کیفیت خواب را ارتقا داده‌اند.	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۴۸	Stanchina M et al;[58] 2005	مقایسه صدای سفید و کاهش سر و صدا	استفاده از صدای سفید طول مدت خواب را افزایش و زمان به خواب رفتن را کاهش داده‌است، ولی کاهش سر و صدا از صدای سفید موثرتر گزارش شده‌است.	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۴۹	Rong-fang et al;[12] 2010	استفاده از گوش بند و چشم بند	استفاده از گوش بند و چشم‌بند باعث افزایش زمان REM ، کم شدن فاصله به REM رفتن ، کاهش برانگیختگی و افزایش سطح ملاتونین می‌شود. گوش‌بند و چشم‌بند باعث تعادل خواب و هورمون در بیماران ICUشده‌بود.	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۵۰	Yamamoto K et al;[59] 2011	انفوزیون میدازولام	مرحله N3 و N4 و REM گروه مداخله طولانی تر از گروه کنترل گزارش شده است.	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۵۱	Chiu-Ping S et al;[60] 2013	موسیقی درمانی	موسیقی در بیماران بخش ICU موجب کوتاه شدن مرحله N2 و طولانی شدن مرحله N3 شده و در کل باعث بهبود کیفیت خواب شده‌است.	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۵۲	Andre´jak C et al;[61] 2012	مقایسه مد PCV با مد Low PSV	مد PCV باعث بهبود کیفیت و کمیت خواب شده‌است.	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۵۳	Kondili E et al;[62] 2012	داروی پروپوفول	تغییر معناداری در کیفیت خواب و قطع شدن خواب و اختلال در مراحل خواب بیماران تحت ونتیلاتور ICUگزارش نشده است.	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۵۴	Persson Waye K;[63] 2013	کاهش سر و صدا	کاهش صدا از ۶۴ دسی بل به ۵۶ دسی بل	ابزار پلی‌سومنوگرافی

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]

			تغییری در کیفیت خواب بیماران بخش ویژه نداشت.	
۵۵	Foreman B et al;[49] 2015	مقایسه ملاتونین با کاهش صدا و نور	مداخلات باعث ارتقا کیفیت خواب شده‌است.	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۵۶	Wu X et al;[64] 2016	دز پایین دکسمدتومدین	انفوزیون دکسمدتومدین باعث کاهش N1 و افزایش N2 و مدت زمان و کیفیت خواب شده است.	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۵۷	Demoule A et al;[65] 2017	چشم بند و گوش بند	استفاده از چشم بند و گوش بند باعث افزایش زمان خواب و کاهش بیدار شدن در بیماران ICU شده است	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۵۸	Jaisewal S et al;[66] 2018	داروی ملاتونین	مصرف ملاتونین سه میلیگرم شبانه تغییری در دلیریوم و بهبود خواب بیماران ایجاد نکرده‌است.	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۵۹	Levy J et al;[67] 2018	تأثیر تماس دستی در NICU	برای به حداقل رساندن بی نظمی در خواب و تنفس پیشنهاد شده است.	ابزار پلی‌سومنوگرافی
۶۰	Borromeo A;[68] 1998	رایحه درمانی با لاوندر	تغییر معناداری در کیفیت خواب و بی‌قراری گزارش نشده‌است.	ابزار کیفیت خواب ریچاردز-کمپل
۶۱	Li Sh et al;[69] 2010	کنترل سر و صدا و فعالیت شبانه	گروه مداخله از کیفیت خواب بهتری نسبت به گروه کنترل برخوردار بودند.	ابزار کیفیت خواب ریچاردز-کمپل
۶۲	Kamdar B et al;[70] 2013	مداخله بهبود کیفیت در سطح ICU	مداخله بهبود کیفیت در سطح ICU به بهبود خواب و هذیان بیماران کمک کرده‌است.	ابزار کیفیت خواب ریچاردز-کمپل
۶۳	Huang H et al;[71] 2014	داروی ملاتونین	نویسنده در نتیجه مطالعه بررسی درمان‌های دیگر را توصیه کرده‌است.	ابزار کیفیت خواب ریچاردز-کمپل
۶۴	Rong-fang et al;[72] 2015	استفاده از گوش بند و چشم بند و موسیقی درمانی	کیفیت خواب در بیماران جراحی قلب باز با استفاده همزمان چشم‌بند و گوش‌بند و موسیقی‌درمانی بهبود یافته‌است.	ابزار کیفیت خواب ریچاردز-کمپل
۶۵	Kamdar B et al;[73] 2016	فیزیوتراپی	ارتباطی بین فیزیوتراپی و بهبود کیفیت خواب مشاهده نشده‌است.	ابزار کیفیت خواب ریچاردز-کمپل
۶۶	Burry L et al;[41] 2017	داروی ملاتونین	ملاتونین می تواند از ابتلا به دلیریوم و عوارض آن در بیماران بدحال در مقایسه با دارونما جلوگیری کند	ابزار کیفیت خواب ریچاردز-کمپل
۶۷	van de Pol I et al;[74] 2017	پروتکل کاهش صدای شبانه	شیوع هذیان پس از اجرای یک پروتکل کاهش صدای شبانه به طور قابل توجهی کاهش یافت. ولی بهبود کیفیت خواب معنادار نبود.	ابزار کیفیت خواب ریچاردز-کمپل
۶۸	Amirifar A;۲۰۲۱ [75]	تأثیر مراقبت های برنامه ریزی شده مبتنی بر کار تیمی بر کیفیت خواب	تأثیر مراقبت های برنامه ریزی شده مبتنی بر کار تیمی کیفیت خواب را به طور قابل توجهی در گروه مداخله بهبود یافته بود.	ابزار کیفیت خواب ریچاردز-کمپل
۶۹	Fakhr-Movahedi A et al;[76] 2018	ترکیب شیر و عسل قبل از خواب	مخلوط شیر و عسل به عنوان یک مداخله موثر و مقرون به صرفه باعث بهبود کیفیت خواب شده‌است.	ابزار کیفیت خواب ریچاردز-کمپل
۷۰	Knauert M et al;[77] 2018	پروتکل زمان آرام	کاهش سر و صدا و مراقبت‌های پرستاری بر کیفیت خواب موثر است.	ابزار کیفیت خواب ریچاردز-کمپل
۷۱	Jaiswal S et al;[66] 2018	داروی ملاتونین	ملاتونین در طول مدت خواب شبانه و کل زمان خواب بین بیماران تفاوت معنی داری نداشت.	ابزار کیفیت خواب ریچاردز-کمپل
۷۲	Julian Diaz-Alonso, et al;[21] 2018	تدابیر پرستاری(کاهش سر و صدا و روشنایی)	محققین اعلام کردند که انجام مداخله سبب بهبود کیفیت خواب در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل نشده بود.	ابزار کیفیت خواب ریچاردز-کمپل
۷۳	Pathy M et al;[78] 1986	مقایسه کلرمتیازول و تمازپام	در هر دو گروه زمان شروع خواب کاهش و زمان کلی خواب افزایش داشته‌است.	duration of sleep
۷۴	Treggiari M et al;[79] 1996	آرام‌سازی با میدازولام و پروپوفول	در هر دو گروه مداخله کیفیت خواب بیشتر شده ولی اضطراب و افسردگی کاهش نداشت.	night times scores
۷۵	Tjellesen G et al;[80]	موسیقی درمانی	استفاده از موسیقی درمانی باعث بهبود کیفیت	Questaionnaire

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]

	2001		خواب شده‌است.	
۷۶	Espinosa J;[81] 2004	پروتکل زمان آرام	استفاده از پروتکل زمان آرام باعث بهبود کیفیت خواب شده‌است.	Priority index questions
۷۷	Espinosa J; 2004	پروتکل زمان آرام	استفاده از پروتکل زمان آرام باعث بهبود کیفیت خواب شده‌است.	Familyvisitor survey questions
۷۸	Espinosa J; 2004	زمان آرام	زمان آرام باعث بهبود کیفیت خواب شده‌است.	patient survey questions
۷۹	Ibrahim M et al;[82] 2006	داروی ملاتونین	میزان خواب شبانه در بیماران تراکئوستومی بستری در ICU افزایشی نداشت.	sleep time
۸۰	Richardson A et al;[83] 2007	چشم‌بند و گوش‌بند	استفاده از چشم‌بند و گوش‌بند باعث بهبود کیفیت خواب شده‌است.	sleep assessment rating scales
۸۱	Yoon Jung K et al;[84] 2008	چشم‌بند و گوش‌بند	استفاده از چشم‌بند و گوش‌بند باعث بهبود کیفیت خواب شده‌است.	General sleep patterns
۸۲	Bourne R et al;[39] 2008	ملاتونین خوراکی	ملاتونین میزان خواب شبانه بیماران را به مدت یکساعت افزایش داده‌بود.	sleep efficiency index
۸۳	Gardner G et al;[85] 2009	پروتکل زمان آرام	استفاده از پروتکل زمان آرام باعث بهبود کیفیت خواب شده‌است.	Epworth Sleepiness (Scale (ESS
۸۴	Mirzaean R et al;[86] 2009	رایحه‌درمانی با لاوندر	رایحه‌درمانی با لاوندر باعث کاهش بدخوابی و افزایش کیفیت خواب شده‌است.	sleep hospital quality questionnaire
۸۵	Li Sh et al;[69] 2010	کنترل سر و صدا و فعالیت شبانه	گروه آزمایش از کیفیت خواب بهتری نسبت به گروه کنترل برخوردار بودند.	sleep status scale
۸۶	Gradisar M et al;[87] 2011	درمان شناختی رفتاری به همراه نور روشن	درمان شناختی رفتاری به همراه نور روشن کاهش تاخیر در خواب ، شروع زود هنگام خواب و افزایش مدت خواب را نشان داده‌است.	The Pediatric Daytime Sleepiness Scale (PDSS)
۸۷	Jones C et al;[88] 2012	چشم‌بند و گوش‌بند	استفاده از چشم‌بند و گوش‌بند باعث بهبود کیفیت خواب شده‌است.	Likert scales
۸۸	Chen J et al;[42] 2012	طب فشاری با والرین	زمان خواب و کیفیت خواب بیماران ICU بهبود یافته‌است.	Stanford Sleepiness Scale
۸۹	Le Guen M et al;[89] 2013	چشم‌بند و گوش‌بند	استفاده از چشم‌بند و گوش‌بند به طور قابل توجهی کیفیت خواب را حفظ می کند.	sleep-quality scales
۹۰	Engelmann C et al;[44] 2014	پروپوفول و فلوتیرازپام	انفوزیون با مقدار کم پروپوفول باعث بهبود کیفیت خواب در بیماران شده است.	standardized sleep DAIRY
۹۱	Zeyghami R et al;[90] 2014	رایحهٔ بهارنارنج	بین گروه کنترل و مداخله اختلاف معنادار آماری وجود داشت. استفاده از رایحهٔ بهارنارنج باعث بهبود کیفیت خواب شده‌است.	Hospital Sleep Questionnaire
۹۲	Patel J et al;[91] 2014	برنامه کاهش سر و صدای محیطی و کاهش نور	برنامه کاهش سر و صدای محیطی و کاهش نور در بخش مراقبت‌های ویژه در کاهش کمبود خواب و هذیان مؤثر بود.	sleep efficiency index(sei)
۹۳	Zakeri-Moghadam M et al;[92] 2016	مداخله حمایتی (تن آرامی، تنفس عمیق، تصویر سازی هدایت شده و غیره)	بین گروه کنترل و مداخله اختلاف معنادار آماری وجود داشت. استفاده از مداخله حمایتی باعث بهبود کیفیت خواب شده‌است.	Groningen sleep quality scale
۹۴	Farrehi P et al;[93] 2016	چشم‌بند و گوش‌بند و موسیقی سفید	استفاده از ابزار باعث ارتقا کیفیت خواب شده‌است.	PROMIS
۹۵	Valizadeh S et al;[94] 2017	کاهش نور	کاهش نور با پوشش‌های انکوباتور و محافظ چشم باعث افزایش فراوانی و طول مدت خواب در نوزادان نارس می‌شود.	Observations
۹۶	Borji M et al;[95] 2017	پروتکل زمان آرام	استفاده از پروتکل زمان آرام باعث بهبود کیفیت خواب شده‌است.	Epworth Sleepiness (Scale (ESS
۹۷	Johanson K et al;[96] 2018	شناختی- رفتاری	اختلاف معناداری دیده نشد.	Glidewell Rapid Sleep Screen

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.15.1.45]