مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۵، آبان ۱۳۹۵، ۷۱۴-۶۹۱

عوامل تسهیل‌کنندهٔ کاربرد درمان‌های مکمل در پرستاری بالینی: آنالیز محتوای کیفی

زهرا تقربی[۱]، سیما محمدخان کرمانشاهی[۲]، عیسی محمدی[۳]

دریافت مقاله: ۹۵/۳/۲٤ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۵/٦/۱۵ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۵/۷/۳ پذیرش مقاله:۹۵/۸/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: در راستای پاسخ به نیاز جامعه، لازم است پرسنل پرستاری در عملکرد حرفه‌ای خود از درمان‌های مکمل استفاده نمایند. در این زمینه تسهیل‌کننده‌های موجود در عرصه‌های بالینی مختلف، متفاوت بوده و شناسایی آنها مهم و ضروری است. لذا این مطالعه با هدف تبیین ادراک پرستاران بالینی در رابطه با عوامل تسهیل‌کنندهٔ کاربرد درمان‌های مکمل در پرستاری بالینی طراحی شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی، که از نوع تحلیل محتوای قراردادی است، در فاصله تیرماه ۹۳ تا تیر ۹۴ در شهرهای اصفهان و کاشان انجام شد. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف انجام و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. جهت دسترسی به نمونه‌های واجد شرایط از روش گلوله برفی استفاده شد. با ۱۶ پرستار دارای تجربه غنی و ۲ پزشک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق انجام شد. داده‌ها، هم‌زمان با جمع‌آوری، به روش تحلیل محتوای قراردادی آنالیز شد.

یافته‌ها: در رابطه با هدف پژوهش، ۹ طبقه اصلی شامل "همکاری مددجو"، "برخورداری پرستار از مهارت فنی و قدرت قانونی"، "همکاری پرستاران"، "همسویی متخصصین"، "مدیر پرستاری، تلنگرزن هوشمند"، "سازماندهی، هدایت و نظارت مدیر پرستاری"، "راهبردهای فعال"، "راهبردهای منفعلانه" و "موفقیت نسبی در کنترل مشکل" استخراج شد که از آنها ۴ مضمون "همگامی مددجو و پرستار"، "همکاران حامی"، "هوشمندی مدیر پرستاری" و "راهبردهای موقعیتی اثربخش" انتزاع گردید.

نتیجه‌گیری: همکاری مددجو، برخورداری پرستار از مهارت و قدرت و اختیار، بهره‌گیری وی از راهبردهای موقعیتی در مواجهه با مشکلات اجرایی، و حمایت همکاران و پزشکان و مدیران پرستاری سبب می‌شود پرستاران راحت‌تر در عملکرد حرفه‌ای خود در امر مراقبت از مددجویان، از درمان‌های مکمل استفاده نمایند. آگاهی از این یافته‌ها، جهت ارائه راهکارهای مناسب به‌منظور عملیاتی نمودن برنامه‌های تلفیق درمان‌های مکمل با عملکرد پرستاری، می‌تواند دست‌اندرکاران و برنامه‌ریزان را یاری دهد.

واژه‌های کلیدی: پرستاری، تحقیق کیفی، تسهیل‌کننده‌ها، درمان‌های مکمل

۱- دانشجوی دکترای پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲-(نویسنده مسئول) دکترای پرستاری، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران ایران
تلفن: ۸۲۸۸۳۸۹۹-۰۲۱، دور نگار: ۸۲۸۸۳۸۹۹-۰۲۱، پست الکترونیکی: kerman_s@madares.ac.ir
۳- دکترای پرستاری، استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران ایران

مقدمه

درمان‌های مکمل (Complementary therapies/ CTs) شامل یک مجموعه وسیع از عملکردهای مراقبت سلامت می‌باشند که به علت چالش‌های مطرح در رابطه با عملکردها و باورهای اجتماعی متنوع، به‌راحتی با مدل غالب مراقبت سلامت تلفیق نمی‌شوند [۱]. سعی شده است با طبقه‌بندی این روش‌ها، در زمینه تعریف درمان‌های مکمل شفاف‌سازی بیشتری انجام شود. در آخرین طبقه‌بندی ارائه‌شده از سوی مرکز ملی طب مکمل و سلامت تلفیقی، این درمان‌ها در قالب ۶ دسته شامل: ۱- درمان‌های جسم و ذهن و روح، ۲- درمان‌های یدی و مبتنی بر جسم، ۳- محصولات طبیعی، ۴- انرژی‌درمانی، ۵- سیستم‌های مراقبت و ۶- شفادهنده‌های سنتی، طبقه‌بندی شده‌اند [۲]. برخی صاحب‌نظران نیز آنها را به‌طورکلی، به دو دسته درمان‌های دارویی و غیردارویی تقسیم نموده‌اند [۴-۲]..

هم‌اکنون این روش‌ها در جوامع مختلف به‌وفور مورداستفاده قرار می‌گیرند [۶-۵]؛ به‌طوری که نقل شده است ۵۰٪ جمعیت ژاپن، ۷۶٪ جمعیت سنگاپور، ۷۴/۸٪ جمعیت کره [۵] و ۷۰٪ ساکنان شرق ترکیه [۶]، در مراقبت از سلامت خود، از درمان‌های مکمل استفاده می‌کنند. فراوانی استفاده از حداقل یکی از این درمان‌ها در طول یک سال در جمعیت اروپا معادل ۵۶٪ [۷] و در پایتخت ایران ۵۲/۵٪ گزارش شده است [۸]. صرف‌نظر از عموم جمعیت، درصد قابل‌توجهی از بیماران بستری نیز از روش‌های مکمل استفاده می‌کنند یا متقاضی استفاده از آن هستند [۹، ۳]. در غالب کشورها از جمله ایران درصد کمی از مصرف‌کنندگان به توصیه پرسنل بهداشتی درمانی از این روش‌ها استفاده می‌کنند [۳،۱۰] و اکثراً ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی رایج را در جریان استفاده خود از این روش‌ها قرار نمی‌دهند؛ این موضوع می‌تواند مسائل و مشکلات عدیده‌ای را به دنبال داشته باشد [۱۱]. لذا لازم است به‌موازات تغییر در ذائقه مردم، متخصصین حرف بهداشتی درمانی وارد عمل شده و در عملکرد حرفه‌ای خویش از این‌گونه روش‌ها بهره گیرند.

درصد زیادی از جمعیت شاغل در حوزه سلامت، به پرستاران اختصاص دارد. برخی صاحب‌نظران با استناد به محتوای دوره آموزشی و ماهیت شغل پرستاری، مطرح کرده‌اند که این گروه در به‌کارگیری درمان‌های مکمل دارای جایگاهی ایده‌آل، منحصربه‌فرد و استراتژیک می‌باشند [۱۲-۱۵،۷]. Shorofi و Arbon (۲۰۱۰)، افزایش رو به تزاید استفاده از CTs را در بین عموم جمعیت، به‌عنوان چالشی برای پرستاران مطرح کرده‌اند، چرا که این گروه باید به‌سرعت با این روش‌ها آشنا شوند و این جنبه مراقبتی را هدایت نمایند؛ آنها افزوده‌اند نگرش مثبت پرستاران نسبت به CTs نشان‌دهنده آمادگی این حرفه جهت پاسخگویی به نیاز جامعه است [۷].

مراقبت کل‌نگر، تئوری‌های پرستاری، اخلاق پرستاری و طبقه‌بندی‌های مطرح در علم پرستاری، همگی توجیه‌کننده لزوم استفاده از CTs در عملکرد پرستاری هستند [۱۸-۱۶، ۳]. پرستاری، علمی انسان‌محور و متعهد نسبت به جامعه است؛ لذا پرستاران در ایفای نقش حرفه‌ای خود لازم است آگاهانه کلیه روش‌های درمانی، اعم از رایج و مکمل را به‌کارگیرند [۱۹]. امروزه برخی دانشگاه‌های جهان در مقاطع مختلف تحصیلی در رشته

پرستاری، آموزش روش‌های درمانی مکمل را در برنامه درسی خود مدنظر قرار داده‌اند [۱۹] و در آنها، درصد قابل‌توجهی از فعالیت‌های پژوهشی نیز به این زمینه مطالعاتی اختصاص دارد [۲۰]؛ لذا بر اساس تئوری عملکرد مستدل (Theory of reasoned action)، انتظار می‌رود با افزایش سطح دانش و آگاهی، به‌واسطه تغییر در باور و نگرش، استفاده از CTs در عملکرد پرستاری حرفه‌ای سیر صعودی قابل‌توجهی طی نماید [۱۴]. دیده شده است که پرستاران در برخی بیمارستان‌ها در کشور آمریکا، علی‌رغم دریافت آموزش و حمایت از سوی مدیریت، در عملکرد مراقبتی خود از این روش‌ها استفاده نمی‌کنند [۲۱]. در یک مطالعه مرور نظام‌مند بر اساس مرور ۱۱ گزارش توسط Chang و Chang (۲۰۱۵) پیرامون دانش، نگرش و عملکرد پرستاران نسبت به CTs، ۶۶/۴٪ آنها نگرش مثبتی نسبت به CTs داشتند؛ و بین ۵۶/۳٪ تا ۹۰/۶٪ آنها نیز خواستار ادغام CTs با طب مرسوم بودند. در همین مطالعه میزان استفاده پرستاران از این‌گونه روش‌ها در عملکرد بالینی در محیط‌های مختلف بین ۲۷٪ تا ۷۰٪ متفاوت گزارش شده بود [۲۲]. در ایران نیز تجارب ما حاکی از آن است که تعدادی از پرستاران به‌صورت پراکنده در بعضی بخش‌ها، بخصوص بخش‌های مراقبت ویژه، انکولوژی و مراقبت تسکینی و بخش‌های روانپزشکی، در جهت به‌کارگیری درمان‌های مکمل تلاش می‌کنند و به این مهم اهتمام می‌ورزند؛ درحالی‌که بعضی دیگر، با کاربرد این‌گونه روش‌ها در عملکرد حرفه‌ای میانه چندانی ندارند؛ چالش مطرح این است که علت گستردگی این دامنه تفاوت چیست؟ بدیهی است که در برخی شرایط وجود یکسری از موانع پرستاران را از کاربرد روش‌های مکمل بازداشته و در برخی شرایط نیز، صرف‌نظر از فلسفه به‌کارگیری روش‌ها، عواملی وجود داشته‌اند که باعث شده‌اند پرستاران تا حدی موانع را پشت سر گذاشته و راحت‌تر از این روش‌ها استفاده کنند و به فعالیت خود در این زمینه ادامه دهند. در این ارتباط برخی مطالعات با رویکرد کمی [۲۷-۲۲، ۱۷، ۱۵] و برخی با رویکرد کیفی [۲۹-۲۸، ۳۳]، بیشتر در یافته‌های خود روی عوامل بازدارنده متمرکز شده‌اند؛ درحالی‌که جهت موفقیت در تلفیق CTs با عملکرد پرستاری، یکی از گام‌های ضروری، شناسایی عوامل تسهیل‌کننده است؛ چراکه کشف دقیق این عوامل نیز به‌نوبه خود می‌تواند دست‌اندرکاران را در ارائه راهکارهای مناسب جهت ترویج کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری بالینی یاری دهد. مطالعات بین‌المللی که اختصاصاً، حداقل در بخشی از یافته‌های خود، به‌طور شفاف به معرفی عوامل تسهیل‌گر پرداخته باشند، انگشت‌شمارند [۳۸-۳۳، ۲۱]. به‌علاوه، بر اساس مستندات موجود در پایگاه‌های علمی ملی و بین‌المللی، مطالعه‌ای که با رویکرد کیفی یا کمی به بررسی عوامل تسهیل‌کننده کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری پرداخته باشد، تاکنون در ایران انجام نشده است. عوامل تسهیل‌کنندهٔ کاربرد درمان‌های مکمل، متأثر از زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و سازمانی است [۳۹]. با توجه به حاکم بودن جو مذهبی و سنتی در جامعه ایرانی، وضعیت ساختار مراکز بهداشتی درمانی در ایران، سلسله‌مراتب قدرت در این مراکز و نقش کم‌رنگ پرستاران در تصمیم‌گیری‌های مربوط به بیمار، انتظار می‌رود عوامل تسهیل‌گر موجود در عرصه‌های بالینی کشور ایران، الزاماً همانند یافته‌های مطالعات گزارش‌شده در سایر کشورها

نباشد. لذا انجام این بررسی در عرصه‌های بالینی ایران ضروری به نظر رسید.

در مجموع، نظر به خلأ اطلاعاتی موجود در سطح ملی در این زمینه، و با توجه به اینکه مطالعات کیفی با کشف عمیق تجارب مشارکت‌کنندگان، اطلاعات بیشتر و بهتر و دید وسیع‌تری را در مورد موضوع موردبررسی فراهم می‌آورند، این مطالعه با رویکردی کیفی و با هدف تبیین ادراک پرستاران بالینی در رابطه با عوامل تسهیل‌کنندهٔ کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری بالینی طراحی شد.

مواد و روش‌ها

نوع مطالعه

این مطالعه بر مبنای پارادایم پژوهشی طبیعت‌گرا [۴۱-۴۰] و با طراحی کیفی و استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. این روش به‌عنوان روشی سیستماتیک به‌منظور توصیف عمیق پدیده بکار رفته است و برای بررسی تجارب افراد نسبت به موضوعی خاص مناسب است [۴۲] و زمانی بیشتر کاربرد دارد که تئوری و مطالعات موجود در رابطه با پدیده مورد مطالعه محدود باشد [۴۳].

مشارکت‌کنندگان

جهت انتخاب نمونه‌های دارای تجربه غنی، از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف [۴۰] استفاده شد. مشارکت‌کنندگان پرستارانی بودند که در موقعیت شغلی پرستار بالینی در عملکرد کاری خود حداقل یکی از روش‌های درمانی مطرح در طبقه‌بندی روش‌های درمانی مکمل را مورد استفاده قرار داده بودند. توانایی برقراری ارتباط کلامی به زبان فارسی و تمایل به قرار دادن تجارب خود در اختیار محقق، نیز جزء معیارهای ورود منظور شد. اولین مشارکت‌کننده پرستاری بود که از سوی یک انکولوژیست و ۲ نفر عضو هیئت علمی پرستاری، به‌عنوان فردی باتجربه در زمینهٔ کاربرد روش‌های معنوی، ارتباط درمانی مؤثر و شیوه‌های آرام‌سازی معرفی شد. دسترسی به سایر مشارکت‌کنندگان به روش گلوله برفی انجام شد و نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت [۴۱]. سعی شد در انتخاب مشارکت‌کنندگان از نظر بخش محل اشتغال، سابقه کار، سن، سمت و نوع روش‌های مورد استفاده، تنوع وجود داشته باشد. معنویت، تکنیک‌های ریلکسیشن، حرکت‌درمانی، توصیه‌های تغذیه‌ای، ارتباط درمانی، موسیقی یا سایر محرک‌های صوتی، لمس، ماساژ، هنرهای خلاقانه، بازی‌درمانی، ترکیبات طبیعی خوراکی یا موضعی، رایحه‌درمانی، مداخلات محیطی، داروهای گیاهی، هیپنوتیزم، تصویرسازی ذهنی و روش‌های مثبت‌اندیشی، عمده روش‌های مورد استفاده توسط مشارکت‌کنندگان بودند که هریک از آنها یک یا تعدادی از این‌ها را در عملکرد کاری خود مورد استفاده قرار داده بودند. نمونه‌ها از ۶ مرکز دولتی (۵ بیمارستان و یک آسایشگاه سالمندان) از بخش‌های همودیالیز، شیمی‌درمانی، بازتوانی، روانپزشکی، جراحی قلب، NICU، دو بخش ICU و یک بخش انکولوژی و مراقبت تسکینی در شهرهای کاشان و اصفهان انتخاب شدند؛ بسیاری از آنها سابقه اشتغال در بخش‌ها و شهرهای دیگر را دارا بودند. غالب آنها زن بودند؛ سن آنها بین ۳۰ تا ۴۸ سال بود و سابقه کاری بین ۷ تا ۲۵ سال داشتند (جدول ۱).

جدول ۱- اطلاعات مشارکت‌کنندگان (n=۱۶)

نوع متغیر		فراوانی تعداد (درصد)
سن (سال)	۳۰-۳۴	۴ (۲۵)
	۳۵-۳۹	۵ (۳۱/۲۵)
	۴۰-۴۴	۳ (۱۸/۷۵)
	۴۴-۴۹	۴ (۲۵)
تحصیلات	کارشناسی	۱۴ (۸۷/۵۰)
	کارشناسی ارشد	۲ (۱۲/۵۰)
سابقه کار (سال)	۵-۹	۱ (۶/۲۵)
	۱۰-۱۴	۸ (۵۰)
	۱۵-۱۹	۱ (۶/۲۵)
	۲۰-۲۴	۳ (۱۸/۷۵)
	۲۵	۳ (۱۸/۷۵)
سمت فعلی	پرستار	۹ (۵۶/۲۵)
	مدیر پرستاری	۷ (۴۳/۷۵)
وضعیت تأهل	مجرد	۳ (۱۸/۷۵)
	متأهل	۱۳(۸۱/۲۵)
جنس	زن	۱۵ (۹۳/۷۵)
	مرد	۱ (۶/۲۵)

دو مشارکت‌کننده پزشک در جدول منظور نشدند

جمع‌آوری داده‌ها

جمع‌آوری داده‌ها از تیرماه ۱۳۹۳ تا تیرماه ۱۳۹۴ با استفاده از مصاحبه‌های فردی نیمه‌ساختاریافته [۴۱] صورت گرفت. در ابتدا با هر مشارکت‌کننده تلفنی تماس گرفته می‌شد و در صورت واجد شرایط بودن، موافقت وی جلب شده و سپس زمان و مکان مناسب جهت انجام مصاحبه با نظر مشارکت‌کننده تعیین می‌شد. عدم تمایل به همکاری قبل یا در طول مصاحبه توسط هیچ‌یک از مشارکت‌کنندگان اظهار نشد. برای انجام مصاحبه‌ها ابتدا لیستی از برخی سؤالات راهنما با توجه به هدف پژوهش تهیه شد که بسته به جریان هر مصاحبه هریک در جایگاهی مناسب پرسیده می‌شد؛ بین مصاحبه‌های مختلف با توجه به داده‌های حاصل‌شده، سؤالاتی به آن لیست اضافه شد. هر مصاحبه با سؤالی کلی تحت عنوان:"در مورد روش یا روش‌های مکملی که در عملکرد کاری خود استفاده کرده یا می‌کنید توضیح دهید" شروع می‌شد و بر اساس نوع پاسخ‌ها، با سؤالاتی نظیر: "چطور شد به این روش یا روش‌ها علاقه‌مند شدید؟"، چه عواملی باعث می‌شد شما راحت‌تر در این زمینه فعالیت کنید؟"،"افرادی بودند که به شما کمک کنند؟"، "عکس‌العمل بیماران یا خانواده‌ها در برابر اقدام شما چگونه بوده است؟"، "در مورد واکنش همکارانتان توضیح می‌دهید؟"، پیگیری می‌شد. برای دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر از سؤالات عمق‌دهنده، مثل: "منظورتان چیست؟" یا "بیشتر توضیح دهید!"، نیز استفاده شد. درصد زیادی از داده‌ها بعد از مصاحبه ششم تکرار می‌شد و در مصاحبه شانزدهم به اشباع رسید. محقق در مصاحبه‌های هفدهم و هجدهم اقدام به تغییر محیط پژوهش نمود، ولی هیچ‌گونه داده جدیدی حاصل نشد. جهت جمع‌آوری داده‌های تکمیلی با دو پزشک عضو هیئت علمی (یک روانپزشک و یک فوق تخصص نوزادان) نیز مصاحبه شد؛ در مصاحبه با آنها مواردی مثل واکنش و نحوه برخورد پزشکان در رابطه با استفاده پرستاران از CTs در عملکرد پرستاری پرسیده شد. کلیه مصاحبه‌ها توسط نویسنده اول که دانشجوی دکتری پرستاری و عضو هیئت علمی دانشگاه می‌باشد و در زمینه نحوه انجام

مصاحبه کیفی آموزش دیده بود، هدایت شد. ۱۸ مصاحبه به‌صورت چهره به چهره در مرکز درمانی محل خدمت مشارکت‌کننده در محیطی آرام انجام شد. طول مدت هر مصاحبه کامل، به‌طور متوسط ۷۰ دقیقه بود. بخش کوچکی از دو مصاحبه (مشارکت‌کننده اول و سوم) با دو مکالمه تلفنی حدوداً ۵ دقیقه‌ای، شفاف‌سازی شد. کلیه مصاحبه‌ها (در مجموع ۲۰ مصاحبه) با موافقت مشارکت‌کنندگان ضبط شد و در اولین فرصت کلمه به کلمه، همراه با ذکر حرکات و حالات و اشارات غیرکلامی، در برنامه word تایپ شد. روند انجام مصاحبه‌ها توسط نویسنده دوم و سوم مقاله که در امر تحقیقات کیفی صاحب‌نظر می‌باشند، مورد ارزیابی و نقد قرار می‌گرفت. علاوه بر مصاحبه، در فرایند جمع‌آوری داده‌ها از یادداشت در عرصه [۴۱] نیز استفاده شد.

آنالیز داده‌ها

هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل به روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد [۴۲]. پس از تایپ متن، کلیه مصاحبه‌ها و یادداشت‌ها، جهت سهولت سازماندهی داده‌ها، وارد نسخه ۱۰ نرم‌افزار Max QDA گردید؛ متن هر مصاحبه بارها خوانده و مرور شد. برای آنالیز داده‌ها از متد پیشنهادی Zhang و Wildemuth استفاده شد که دارای ۸ مرحله آماده کردن داده‌ها، تعریف واحد آنالیز، طراحی دسته‌ها و طرح‌وارهٔ کدگذاری، تست طرح‌وارهٔ کدگذاری روی بخشی از نوشته‌ها، کدگذاری همه نوشته‌ها، بررسی ثبات کدگذاری، نتیجه‌گیری از داده‌های کدگذاری‌شده، و گزارش روش کار و یافته‌ها می‌باشد. بدین منظور پس از آماده‌سازی متن، با توجه به سؤال پژوهش، واحدهای معنایی مشخص شده و برای هر واحد معنایی، کدهای مناسبی نوشته شد. پس از انجام ۴ مصاحبه، کدهای اولیه بر اساس تشابه مفهومی دسته‌بندی و نام‌گذاری شدند (زیرطبقات) و پس از بازنگری، اصلاح و تأیید توسط تیم تحقیق، روند جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها ادامه یافت. زیرطبقات با هم مقایسه شده و در دسته‌های اصلی که انتزاعی‌تر بودند، (طبقات) قرار گرفتند. طبقات اصلی نیز دسته‌بندی شده و به آنها مفهومی انتزاعی‌تر اختصاص داده شد (درون‌مایه) و در نهایت، روش کار و یافته‌ها گزارش گردید [۴۴-۴۲]. کلیه کدها و طبقات استخراج‌شده، توسط نویسندگان دوم و سوم این مقاله مورد بازنگری و تأیید قرار گرفت. روند انتزاع یکی از درون‌مایه‌ها در جدول شماره ۲ نمایش داده شده است.

استحکام یافته‌ها

جهت اطمینان از استحکام یافته‌ها از چهار معیار Lincoln and Guba استفاده شد [۴۴، ۴۱]. به‌منظور مقبولیت (credibility) یافته‌ها، کلیه کدهای استخراجی از هر مصاحبه با مصاحبه‌شونده چک شده و در صورت نیاز اصلاح شد (member check). زمانی بیش از یک سال به جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها اختصاص داده شد (prolonged engagement)؛ در جمع‌آوری داده‌ها، علاوه بر مصاحبه با پرستاران، از مصاحبه با پزشکان و یادداشت در عرصه نیز استفاده شد (sources triangulation). جهت قابلیت تأیید یافته‌ها (confirmability)، کلیه متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج‌شده، توسط نویسندگان دوم و سوم این مقاله (peer check) و یک نفر عضو هیئت علمی خارج از تیم تحقیق (faculty check) مورد بازنگری و تأیید قرار

گرفت. در راستای قابلیت اطمینان (dependability) یافته‌ها نیز، مراحل و روند پژوهش تا حد امکان به‌طور دقیق و گام‌به‌گام ثبت و گزارش شد (audit trial). سعی شد از نظر بخش محل اشتغال، سابقه کار، نوع روش مورد استفاده و سمت شغلی، مشارکت‌کنندگان تنوع داشته باشند (maximum variation) که این مورد علاوه بر مقبولیت به انتقال‌پذیری یافته‌ها (transferability) نیز کمک می‌کند.

جدول ۲- روند انتزاع درون‌مایه " همگامی مددجو و پرستار "

نمونه‌ای از واحدهای معنایی	نمونه‌ای از کدهای اولیه	زیر طبقات	طبقات اصلی	درون‌مایه
"... خانواده خودش هم استقبال کنه کار ما راحته، قبول کنه که این چیزا تأثیر داره، ... اگه خود خانواده استقبال کنه، که این کار رو معمولاً می‌کنند... هیچوقت خودم با همراهی برخورد نکردم که سفت و سخت مخالفت بکنه... قبول می‌کنن ... وسایل رو می‌آرن..."(م ۵)	- همکاری خانواده در تأمین وسایل لازم برای اجرای موسیقی - استقبال خانواده از پیشنهاد پرستار در خصوص به‌کارگیری موسیقی‌درمانی	همکاری خانواده	همکاری مددجو	همگامی مددجو و پرستار
" ... وقتی به یه مریض می‌گین هیپنوتیزم... به‌ندرت دیدم در نهایت هم گفتن نه، من اعتقادی ندارم .... ولی اکثراً مریضا همکاری دارن، و من به‌راحتی می‌تونم با این روش کمکشون کنم... موارد متعددی رو می‌تونم مثال بزنم..."(م ۱۵)	همکاری بیمار در انجام هیپنوتیزم	تمایل بیمار		
" ... وقتی خودم در مقام مسئول بخش بودم... بخش دست خودم بود... بر اساس اون چیز طبقاتی که هست... هیچوقت کسی نیومد به من بگه چرا ریلکسیشن استفاده کردی..." (م ۱)	سهولت به‌کارگیری ریلکسیشن با داشتن اختیار بیشتر	برخورداری پرستار از قدرت و اختیار	برخورداری پرستار از مهارت فنی و قدرت قانونی	
"... روش‌هایی مثل هیپنوتیزم و یوگا و اینا چون من خودمم یه مقدار کار کردم، برا دوستام و اطرافیام استفاده کردم، تجربه بیشتری دارم؛ این باعث شده که هی بیشتر برم دنبالش بیشتر یاد بگیرم و بیشتر، راحت‌تر و با اطمینان برا مریضا استفاده کنم..." (م ۴)	نقش تجربه و پیش‌دانسته‌ها بر مطالعه و کاربرد بیشتر	برخورداری پرستار از تجربه		

جدول ۳- زیر طبقات و طبقات چهار مضمون استخراج‌شده

زیر طبقات	طبقات اصلی	درون‌مایه
همکاری خانواده تمایل بیمار برخورداری پرستار از قدرت و اختیار	همکاری مددجو	همگامی مددجو و پرستار
برخورداری پرستار از تجربه	برخورداری پرستار از مهارت فنی و قدرت قانونی	
نگرش مناسب پرستاران همکار عملکرد مناسب پرستاران همکار حمایت از عملکرد پرستار توسط متخصصین مواجهه با درخواست اجرا از سوی متخصصین	همکاری پرستاران	همکاران حامی
عدم مخالفت متخصصین تأیید متخصصین نگرش مثبت متخصصین	همسویی متخصصین	
ویژگی فردی مدیران پرستاری سیاست‌های تشویقی مدیران پرستاری سیاست‌های متنبه‌سازی مدیران پرستاری توجه به آموزش پرستار از سوی مدیران پرستاری نگرش مثبت مدیران پرستاری توصیه به استفاده از سوی مدیران پرستاری جانبداری از سوی مدیران پرستاری استقبال از نظرات توسط مدیران پرستاری	مدیر پرستاری، تلنگرزن هوشمند	هوشمندی مدیر پرستاری
پیگیری و توجه به استفاده از شواهد توسط مدیران توجه به مشکلات اجرایی توسط مدیران پرستاری فراهم کردن تسهیلات توسط مدیران پرستاری نظارت مدیر پرستاری بر اجرای صحیح	سازماندهی، هدایت و نظارت مدیر پرستاری	
سعی در قانع کردن مقابله با مشکل حمایت از مددجو درخواست کمک در صورت رویارویی با مشکل	راهبردهای فعال	راهبردهای موقعیتی اثربخش
تغییر در روش اجرا تغافل عقب‌نشینی در صورت مواجهه با مشکل	راهبردهای منفعلانه	
اثربخشی کامل راهبردهای کنترل مشکل اثربخشی نسبی راهبردهای کنترل مشکل	موفقیت نسبی در کنترل مشکل	

ملاحظات اخلاقی

کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس مطالعه را تأیید کرد (۵۵۲/۵۱۸۷ مورخ ۹۳/۸/۲۰). از کلیه مشارکت‌کنندگان در خصوص شرکت در پژوهش با بیان هدف، ماهیت و روش کار، رضایت آگاهانه اخذ شد. مکان، زمان و طول مدت مصاحبه بر اساس نظر مشارکت‌کنندگان انتخاب شد. تأمین راحتی و خلوت مصاحبه‌شونده در طول مصاحبه در نظر گرفته شد. در مورد محرمانه بودن اطلاعات و فایل‌های صوتی به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد. مشارکت‌کنندگان جهت امتناع از ادامه مصاحبه آزادی عمل داشتند و هیچ‌گونه ضرر و زیانی متوجه آنان نبود.

نتایج

پس از انجام ۲۰ مصاحبه با ۱۸ مشارکت‌کننده، از داده‌های تحقیق پیرامون تسهیل‌کننده‌های مرتبط با کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری بالینی، جمعاً ۴۶۰ کد اولیه استخراج شد که از آنها چهار مضمون اصلی "همگامی مددجو و پرستار"، "همکاران حامی"، "هوشمندی مدیر پرستاری" و "راهبردهای موقعیتی اثربخش" انتزاع گردید زیر طبقات و طبقات این مضامین در جدول ۳ ارائه‌شده است.

۱. همگامی مددجو و پرستار

مفهوم "همگامی مددجو و پرستار" دربرگیرنده نقش تسهیل‌کنندهٔ همکاری مددجو و برخورداری پرستار از مهارت فنی و قدرت قانونی است:

۱-۱. همکاری مددجو

یکی از ویژگی‌های همگامی مددجو و پرستار، "همکاری مددجو" اعم از بیمار و یا خانواده می‌باشد. پرستاران در بیانات خود به تجربه موقعیت‌های متعددی که نشان‌دهنده سهولت کاربرد روش‌ها در صورت تمایل بیمار و یا همکاری خانواده می‌باشد، اشاره دارند. مشارکت‌کننده شماره ۵ در این رابطه درخصوص استفاده از موسیقی‌درمانی در بخش ویژه، این‌گونه می‌گوید: "... خانواده خودش هم استقبال کنه، کار ما راحته، قبول کنه که این چیزا تأثیر داره، ... اگه خود خانواده استقبال کنه، که این کار رو معمولاً می‌کنند. ... هیچ‌وقت خودم با همراهی برخورد نکردم که سفت و سخت مخالفت بکنه... قبول می‌کنن ... وسایل رو می آرن...".

۲-۱. برخورداری پرستار از مهارت فنی و قدرت قانونی

دومین ویژگی مفهوم "همگامی مددجو و پرستار"، برخورداری پرستار از مهارت فنی و قدرت قانونی است. به‌کرات مشاهده می‌شود پرستاران با قرار داشتن در جایگاه سرپرستاری در رابطه با به‌کارگیری روش‌ها با مشکلات کمتری مواجه بوده و راحت‌تر از سایرین، این روش‌ها را در مراقبت از بیماران بکار می‌گیرند؛ در تأیید این ادعا مشارکت‌کننده شماره ۶ در مورد استفاده از ترکیبات سنتی در امر مراقبت از بیماران بستری در بخش ویژه، بیان کرده است: " ... چون مسئول بخشم مشکل نداشتم، به‌راحتی قابل‌اجرا بوده ... من به‌عنوان مسئول بخش برای اجرای خیلی روشا مشکل ندارم، می‌تونم فلان ترکیب رو گاواژ کنم... یا حتی به بقیه بگم ... می تونم بگم همراه بیاد مریض رو ماساژ بده ...".

مهارت فنی یا به روایتی تجربه نیز عاملی است که نقش تسهیل‌گر داشته و ردپای آن در بیانات برخی

مشارکت‌کنندگان از جمله مشارکت‌کننده شماره ۴ مشهود است: "روش‌هایی مثل هیپنوتیزم و یوگا و اینا چون من خودمم یه مقدار کار کردم، برا دوستام و اطرافیام استفاده کردم، تجربه بیشتری دارم؛ این باعث شده که هی بیشتر برم دنبالش، بیشتر یاد بگیرم و بیشتر، راحت‌تر و با اطمینان برا مریضا استفاده کنم...".

۲. همکاران حامی

مفهوم" همکار حامی" درونداد مستخرج از دو طبقه اصلی" همکاری پرستاران" و " همسویی متخصصین" می‌باشد:

۲-۱. همکاری پرستاران

اکثر مشارکت‌کنندگان اظهار می‌دارند که همکاران پرستار آنها غالباً نسبت به کاربرد روش‌ها دید مثبت داشته‌اند و در عمل نیز با کمک چندوجهی خود، یاری‌رسان آنها در کاربرد بیشتر این روش‌ها می‌باشند. پرستاران بیان می‌کنند که همکارانشان آنها را مستقیماً در انجام این روش‌ها یاری نموده و یا اینکه در انجام سایر وظایف محوله به آنها کمک می‌نمایند. در ارتباط با نحوه عملکرد پرستاران همکار و شکل‌های مختلف دریافت کمک از سوی آن‌ها، مشارکت‌کننده شماره ۳ مطرح کرده است: "خیلی وقتا در انجام این روشا، همکارا کمک می‌کنن مثلاً خانم "ج" خودش هم وارد عمل می‌شه؛ خیلی وقتا هم که وقتی من میرم یه روشی رو برا آروم کردن مریضی انجام بدم، همکار دیگه من یک سری از کارهایی رو که من باید انجام بدم، آخه ما تقسیم کار داریم، به جای من انجام می‌ده...".

ذکر این نکته ضروری است که در مطالعه حاضر به‌ندرت مشارکت‌کنندگان به علت به‌کارگیری برخی روش‌ها با عملکرد و یا واکنش منفی همکاران پرستار خود روبرو شده بودند.

۲-۲. همسویی متخصصین

تجارب اکثریت مشارکت‌کنندگان حاکی از آن است که حمایت و همسویی متخصصین شاغل در بخش‌های بالینی باعث شده که آنها با سهولت بیشتر این‌گونه روش‌ها را در عملکرد حرفه‌ای خود بکار بگیرند. غالباً پرستاران مطرح می‌کنند که در کل، پزشکان نگرش مثبتی نسبت به روش‌های بکارگرفته‌شده توسط آنها داشته و با انجام این‌گونه کارها مخالفتی ندارند؛ آنها خاطرنشان می‌سازند که در برخی موارد شاهد بی‌تفاوتی پزشکان نسبت به عملکرد خود می‌باشند، ولی اکثراً با مخالفت آنها مواجهه نمی‌شوند. غالب پرستاران بیان می‌کنند که پزشکان به عملکرد آنها اعتماد دارند، حمایت کرده و حتی بعضاً از آن استقبال هم می‌کنند. پرستاران اعتقاد دارند در برخی موارد به علت آگاهی پزشکان از پایه‌های علمی روش، روش بکارگرفته شده توسط آن‌ها، از طرف پزشکان تأیید می‌شود؛ تأیید پزشک برای آنها مهم بوده و سبب می‌گردد که رغبت بیشتری در به‌کارگیری روش داشته باشند. در این رابطه، مشارکت‌کننده شماره ۹ در مورد ماساژ نوزاد و استفاده از دکستروز خوراکی برای کاهش درد ناشی از رگ‌گیری در نوزاد می‌گوید: ".... پزشکا حتی بعضی وقتا باریکَلایی هم می‌گن که این خودش، یعنی وقتی مقام بالاتر تأییدت می‌کنه، باعث میشه بهتر کارت رو انجام بدی، بیشتر انجام بدی. ... خودم چند بار چنین مواردی برام پیش اومده که اون لحظه وقتی تأیید اونا رو دیدم خیلی خوشم اومده..."؛ این بیانات با صحبت‌های مشارکت‌کننده شماره ۱۷، به‌عنوان یک پزشک نیز قابل

حمایت می‌باشد: "من به‌عنوان یه پزشک با این کارا کاملاً موافقم، این کارا خیلیش علمیه، کار علمی انجام بشه من کاملاً موافقم، حالا با من هم هماهنگ نکرده باشن، بعداً گزارش می‌کنن، می‌گن. یه موقایی هم مستقیماً بهشون گفتم کلامی تأیید کردم که دیدم باعث شده اون بیشتر، بهتر، با اعتماد به نفس بیشتر کارش رو انجام بده...".

به‌علاوه، برخی مشارکت‌کنندگان به بیان تجربیات خود مبنی بر درخواست پزشک به‌صورت شفاهی یا کتبی در رابطه با به‌کارگیری نوعی از روش‌ها برای بیماران می‌پردازند؛ در این ارتباط مشارکت‌کننده شماره ۶ در مورد مراقبت از بیماران بی‌هوش، این‌گونه اظهار داشته است:" بعضی وقتا دکتر"ف" می‌گه خانوادش بیشتر بیادش، اگه موسیقی گوش می‌داده، کتابی چیزی می‌خونده، هر کاری می‌کرده، براش همون کار رو بکنید". مشارکت‌کننده شماره ۱۷ نیز به‌عنوان پزشک، در این رابطه این‌گونه می‌گوید: "... بعضی وقتا من خودم می‌گم بچه رو با روغن زیتون ماساژ بده یا حتی بعضی وقتا اوردر هم می‌ذارم". بنابراین، در مجموع نگرش و عملکرد پزشکان نسبت به کاربرد درمان‌های مکمل توسط پرستاران در محیط‌های بالینی، به‌گونه‌ای است که منجر به تسهیل انجام این فرایند می‌شود؛ آنها در نقش حامی و به صورت‌های مختلف کلامی و عملکردی، پرستاران را در این مسیر یاری می‌دهند.

البته در این مطالعه، به‌ندرت برخی مشارکت‌کنندگان به مواردی از مخالفت از سوی پزشکان اشاره کرده بودند.

۳. هوشمندی مدیر پرستاری

مفهوم "هوشمندی مدیر پرستاری"، بیانگر نقش مثبت و البته قابل‌توجه مدیران پرستاری در به‌کارگیری این روش‌ها توسط پرستاران می‌باشد. این مفهومِ درون‌مایه از دو طبقه اصلی "مدیر پرستاری، تلنگرزن هوشمند" و "سازماندهی، هدایت و نظارت مدیر پرستاری" انتزاع شده است:

۱-۳. مدیر پرستاری، تلنگرزن هوشمند

صحبت‌های اکثراً مشارکت‌کنندگان بیانگر این نکته است که مدیران پرستاری با هوشمندی خاص در پرسنل جهت به‌کارگیری روش‌ها انگیزه ایجاد می‌کنند. وجود یک سری ویژگی‌های فردی در مدیر، نظیر اشتغال به تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد، علاقه به مطالعه و یادگیری و جدیت و توانمندی در اجرای روش‌ها، سبب می‌شود که انگیزه پرستاران جهت فعالیت در این زمینه‌ها تحریک شود. در این رابطه مشارکت‌کننده شماره ۱۱ می‌گوید: "... سرپرستارمون خودش دانشجوئه، هر روز در حال خوندن مقاله و مجله هست ... مسئول ما خیلی فعاله... هر چیزی که فکر کنه اطلاعاتش بدرد نوزاد می‌خوره بخصوص در مورد این‌جور روشا مثل ماساژ نوزاد، کنترل درد، دنبال اینه که بگیره بیاره به ما یاد بده... خانم "ت" تو کار جدیه، کار خوب می‌خواد، وقتی می‌گه روشی خوبه، ما سعی می‌کنیم اجرا کنیم...".

بر اساس بیانات پرستاران، غالباً مدیران پرستاری نسبت به کاربرد روش‌ها نگرش مثبت داشته و این نوع نگرش، در رابطه با عملکرد پرستاران درخصوص درمان‌های مکمل، نقشی برانگیزنده و تسهیل‌گر بر عهده دارد؛ غالب پرستاران در این ارتباط اظهار می‌دارند که همسویی و همفکری و باور و اعتقاد مدیران پرستاری به کارایی این‌گونه روش‌ها، از جمله عواملی است که سبب می‌شود آنها راحت‌تر در این زمینه فعالیت کنند. گفته‌های مشارکت‌کننده شماره

۱۰ در رابطه با واکنش سرپرستار نسبت به کاربرد ترکیبات سنتی، تأییدکننده این مدعا می‌باشد: "... خودشون با من همسو و همفکرن... چیزی نیست که بخوان مخالفتی کنن، خودشون هم به این چیزا معتقدن، بعضی وقتا با من اصلاً مشورت می‌کنن ...". البته به‌ندرت برخی مشارکت‌کنندگان به نگرش منفی مدیران پرستاری و اجبار به تبعیت از آنها در عدم استفاده از روش‌ها اشاره کرده بودند.

پرستاران به نقش انگیزشی مدیران پرستاری از بُعد سیاست‌های تشویقی، سیاست‌های متنبه‌سازی و توجه به آموزش پرستاران نیز می‌پردازند؛ پرستاران غالباً اظهار می‌کنند که عملکرد آنها در این زمینه‌ها در بسیاری شرایط از سوی مدیران پرستاری، بالأخص سرپرستاران، به‌صورت کلامی مورد تأیید و حتی مورد تشویق قرار می‌گیرد و در برخی شرایط نیز در سیاست‌های تشویقی مثل محاسبه کارانه و حسن انجام کار منظور می‌گردد. در این ارتباط، مشارکت‌کننده شماره ۱۰ در مورد کاربرد ترکیبات سنتی در بخش ویژه می‌گوید: "...گاهی وقتا من به سرپرستارمون گفتم به همراه این مریض گفتم فلان ترکیب مثلاً عرق نعناع بیاره، آورد، دادم؛ همیشه تو این شرایط بهم میگه خوب کردین.... وقتی خودش با کارم مواجه میشه، به بقیه می‌گه فلانی اهمیت می‌ده، این کارا رو انجام می‌ده... کلامی تشویق می‌کنه ... یه موقایی هم که کارم یه جورایی نمود خاصی داشته و خیلی قابل‌توجه در حل مشکل مریض مؤثر بوده ازش شنیدم می‌گه این‌قدر به پرکیس‌ات اضافه کردم ....". بسته به شرایط در برخی موارد اقدام پرستاران در این خصوص برای مدیران پرستاری مهم بوده است و بی‌توجهی آنها، اعتراض مدیران را به دنبال دارد. مشهود است که سیاست‌های متنبه‌سازی مدیران پرستاری خالی از اثر انگیزشی نیست؛ در این ارتباط مشارکت‌کننده شماره ۱۱ می‌گوید: "... یه وقتی پیش اومده مسئولمون گفته چرا امروز فلان مریض رو KMC نکردی، میگم ... وقت نکردم، متقاعد شده؛ ولی بعداً سعی کردم اونایی که نیازشون بیشتره رو یه جورایی...". از طریق توجه به آموزش پرستاران نیز مدیران پرستاری سعی می‌کنند آنها را به سمت استفاده از روش‌ها سوق دهند. مشارکت‌کننده شماره ۱۵ در رابطه با برگزاری دوره‌های تخصصی طب تسکینی از سوی دفتر پرستاری می‌گوید: "... دفتر پرستاری بر اساس افرادی که فکر می‌کرد چهره‌های مهربون‌تر دارن انتخاب کرد و ما رو فرستاد برا آموزش طب تسکینی، هزینه رو هم خودشون پرداخت کردن". در تأیید عملکرد مدیران پرستاری در این رابطه، مشارکت‌کننده شماره ۱۲ به‌عنوان سوپروایزر آموزشی بیان کرده است: "... در مورد مراقبت از بیمار بی‌قرار... من برا بخشا یه جزوه آموزشی کامل رو تدوین کردم ... مثلاً در بخش تسکین درد بیمار، اول رو رایحه‌درمانی فوکوس کرده، هیپنوتیزم رو گفته، تلاوت قران رو گفته، رو اصوات مختلف صحبت‌هایی داره...".

۲-۳. سازماندهی، هدایت و نظارت مدیر پرستاری

بر اساس بیانات مشارکت‌کنندگان، عملکرد مدیران پرستاری در رابطه با سازماندهی، هدایت و نظارت بر کاربرد روش‌ها سبب می‌شود آنها در این مسیر راحت‌تر گام بگذارند و راه را ادامه دهند. بیانات بسیاری از مشارکت‌کنندگان حاکی از آن است که مدیران پرستاری با انجام روش‌ها در فرصت‌های ایجادشده، حمایت از عملکرد پرستاران اجراکننده و انجام هماهنگی‌های لازم،

در این زمینه با پرسنل هم‌صدا می‌شوند؛ از آنها جانب‌داری نموده و با این کار به تداوم فعالیت توسط آنها کمک می‌نمایند. آنها برای کاهش مقاومت سایرین، در بسیاری موارد از عملکرد پرستار اجراکننده حمایت می‌کنند؛ در صورت نیاز به هماهنگی، هماهنگی‌های لازم را انجام می‌دهند؛ بعضاً در ابتدا خود مستقیماً اقدام به اجرای روش نموده و ادامه فعالیت را به سایر پرسنل محول می‌نمایند. در این رابطه مشارکت‌کننده شماره ۱۴ به‌عنوان سرپرستار عملکرد خود را این‌گونه توضیح می‌دهد: "... اون عرقیجات مثلاً عرق نعناع رو که گفتم خودم همون صبح، اول با دکترش هماهنگ می‌کنم، با کارشناس تغذیه‌مون هماهنگ کردم دادم بعد به بچه‌ها می‌گم، دیگه اون کار رو می‌کنن". تجارب بسیاری از مشارکت‌کنندگان بیانگر آن است که مدیران پرستاری از نظرات پرسنل باتجربه و مطلع در زمینه به‌کارگیری روش‌ها، استقبال می‌کنند و کاربرد روش‌ها را به پرسنل خود به نحوی دوستانه، نه از باب وظیفه و اجبار، پیشنهاد می‌نمایند. در این ارتباط مشارکت‌کننده شماره ۱۰ این‌گونه بیان کرده است: "... من خودم در مورد مصرف برخی عرقیجات و اسانس‌ها برا مریضا تو بخش ویژه با توجه به اطلاعاتم، به سرپرستارمون پیشنهادهایی داشتم که گفته خوبه، به بقیه هم پیشنهاد کرده استفاده کنن". مشارکت‌کننده شماره ۶ که خود سرپرستار بخش ویژه نیز می‌باشد، این‌گونه راجع به این موضوع توضیح می‌دهد: "تو بخش خیلی پیش می‌آد چشمای مریض جرم زیاد می‌گیره؛ بچه‌های من صبح با چایی می شورن ...البته من خودم بهشون می‌گم من انجام می‌دم و به اونا هم می‌گم ... خانم "گ" پرستار بخشه، خودش تو باریج اسانس هم کار می‌کنه، خودش یه بار می‌گفت اجازه هست اینقدر مریضا نفخ دارن عرق نعناع تو سوپشون بریزیم گاواژ کنیم، من قبول کردم و به بقیه‌ام گفتم... خیلی وقتا هم بعضی بچه‌ها پیشنهاد می‌دن بر اساس تجاربشون، فلان کار ممکنه اثر داشته باشه من به بقیه هم می‌گم سعی کنن اجرا کنن...". مدیران پرستاری در سطوح مختلف، به شواهد موجود نیز توجه داشته، سعی می‌نمایند به یافته‌های تحقیقات دسترسی پیدا کنند و تا حد ممکن به آنها قابلیت اجرایی بخشند. در ارتباط با این قضیه، سرپرستار مذکور اظهار کرده است:"... در ارتباط با این روشا یک سری کارای تحقیقاتی هم تو بخش انجام شده و می‌شه که من چون مسئول بودم در جریان هستم، معمولاً نتیجه رو ازشون پرسیدم، برخی مثل همین آوای قرآن رو که بچه‌ها انجام دادن و پرستارا می‌تونن بکار بگیرن رو سعی کردم بعداً هم تو بخش استفاده کنم ...". پرستاران اظهار می‌کنند در برخی موارد مدیران پرستاری با فراهم کردن وسایل و امکانات لازم در جهت به‌کارگیری بعضی از روش‌ها، آنها را یاری می‌دهند. توجه به اجرای صحیح روش‌ها و مشکلات اجرایی مربوط به آنها نیز از دید مدیران پرستاری دور نمانده است. در رابطه با نظارت بر اجرای صحیح، مشارکت‌کننده شماره ۱۳ به‌عنوان سوپروایزر بالینی می‌گوید: "... مثلاً من یه بار... دیدم بچه‌ها از سشوار گرم برای بدسور (زخم بستر) استفاده می‌کردن بهشون تذکر دادم، براشون توضیح دادم ... گفتم باید از سرما استفاده کنید ... یه موقع موسیقی بوده صداش زیاد بوده باعث اذیت مریضای دیگه، که تذکر دادم، صداش رو کمتر کنید، در اتاقشون رو ببندید که باعث اذیت مریض بغلی نشه؛ موردای این‌جوری داشتم... برخورد کردم، تذکر دادم". در رابطه با توجه و اهتمام به حل

مشکلات اجرایی از سوی مدیران پرستاری، مشارکت‌کننده شماره ۱۱ می‌گوید: "...سرپرستارمون خودش هم پیگیره. مثلاً برا KMC، ما گفتیم لباس مادرا اصلاً مناسب نیست، دنبال اینه که لباسی مناسب درست کنه، اختصاصی بدوزن به مادرا بدن... صندلی‌های ما مناسب این‌کار نیست، می‌دونم یه تعداد درخواست کرده... چون ما خیلی وقتا بخوایم هم نمی‌رسیم، درخواست نیرو کرده...".

۴. راهبردهای موقعیتی اثربخش

مفهوم "راهبردهای موقعیتی اثربخش" درونداد مستخرج از سه طبقه اصلی "راهبردهای فعال"، "راهبردهای منفعلانه" و "موفقیت نسبی در کنترل مشکل" می‌باشد. تجارب مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد پرستاران در به‌کارگیری برخی روش‌ها با بعضی مشکلات روبرو بوده‌اند که برای کنترل آنها، بسته به شرایط، راهبردهایی را اتخاذ می‌نمایند و آن راهبردها با اثربخشی نسبی تا کامل خود غالباً سبب می‌شوند پرستاران راحت‌تر موانع را پشت سر گذاشته و به استفاده از روش‌ها در عملکرد بالینی خود ادامه دهند.

۱-۴. راهبردهای فعال

در برخی موارد پرستاران برای رفع یا تعدیل موانع از راهبردهای فعال نظیر: سعی در قانع کردن، مقابله، حمایت از مددجو، درخواست کمک و تغییر در روش اجرا، استفاده می‌نمایند. در بسیاری مواقع در رویارویی با واکنش یا مقاومت بیمار، خانواده بیمار، همکاران بالینی و غیربالینی و یا مدیران، مشارکت‌کنندگان سعی می‌کنند با توضیح دادن و توجیه کردن و یا نشان دادن اثربخشی روش‌ها، آنها را قانع کرده و راه خود را هموار کنند. در رابطه با استفاده از راهبرد "سعی در قانع کردن"، مشارکت‌کننده شماره ۶ این‌گونه گفته است: "... بعضی پزشکا بودن می‌گفتن مریضای من رو نمی‌خوام این کارا رو (عسل‌درمانی زخم) براش بکنید، مام برا اونایی که تو سرویس اینا نبودن انجام دادیم و نتیجه رو بهشون نشون دادیم یعنی دیدن، خُب می‌دید زخم خوبه دیگه چیزی نمی‌گفت ... گاهی موقا مورد حراست داشتم... گاهی موقا مخالفت سوپرا بوده .... براشون توضیح دادم اینا اینجا دچار محرومیت حسی می‌شن و باید این کار رو (موسیقی‌درمانی) انجام بدیم، توجیه کردم ... بالاخره با شرایطی پذیرفتن". در برخی موارد مشارکت‌کنندگان با مشکل مقابله کرده و تلاش می‌کنند روش را آن‌گونه که مدنظر است، اجرا نمایند. مشاهده می‌شود که پرستاران گاهی با عدم همکاری بیمار و یا خانواده روبرو بوده و سعی می‌نمایند با ایفای نقش حمایتی خود به صورت همدلی، صحبت کردن، تشویق کردن، آگاهی و یا آموزش دادن، همکاری آنها را جلب کنند. گاهی پرستاران در موقعیت مواجهه با مشکل، مثل نداشتن فرصت کافی یا عدم همکاری بیمار یا خانواده، اقدام به درخواست کمک از دیگران اعم از متخصصین، همکاران، پرسنل غیردرمانی یا حتی بعضاً بیماران می‌نمایند. صحبت‌های مشارکت‌کننده شماره ۱۵ در رابطه با به‌کارگیری هیپنوتیزم در بیماران انکولوژی، در این راستا می‌باشد: "... حالا وقتی به یه مریض می‌گین هیپنوتیزم، ممکنه بگه ... من اعتقادی ندارم ... اگه خدا خوب بود ... منم باید مثل تو سالم باشم، اصلاً قبول نمی‌کنه، در این مورد ما مشاور داریم؛... مشاور تو حوزه معنویت داریم ... مشاوره روان‌پرستاری داریم... ترتیبی میدم بیاد ایشون رو ببینه معاینه کنه ... بیاد ببینه در بیاره، که بعضی وقتا مؤثر بوده، دیدشون تغییر کرده...".

گاهی وقت‌ها، به‌خصوص در مواردی که اجرای روش به درخواست خانواده می‌باشد، ممکن است انجام روش به شکل مدنظر از نظر علمی درست نبوده و انجام آن مقدور نباشد و یا مخالفت دیگران را بدنبال داشته باشد؛ در این شرایط پرستاران سعی می‌کنند با اعمال تغییر در روش اجرا و با کنترل موانع، بیمار و یا خانواده را از اثرات روش‌ها بهره‌مند سازند. مشارکت‌کننده شماره ۱۰ با اشاره به ناراحتی برخی همکاران در زمان کاربرد موسیقی‌درمانی در بخش ویژه می‌گوید: "... برا خود مریض هدفون می‌ذارم که فقط خودش. مشکلی پیش نمی‌آد، اگه همکاری دوست نداشته باشه، شخصی برا خود مریض استفاده می‌کنیم...".

۲-۴. راهبردهای منفعلانه

پرستاران گاهی در مواجهه با مشکلات اجرایی از راهبردهای منفعلانه نظیر تغافل و عقب‌نشینی بهره می‌گیرند. آنها با توجه به شرایط، در برخی موارد از راهبرد تغافل استفاده می‌کنند، یعنی از روی مصلحت‌اندیشی، مشکل را نادیده می‌گیرند؛ موقتاً از انجام روش منصرف می‌شوند؛ یا با توجه به انگیزه شخصی خود به استفاده از روش‌ها ادامه می‌دهند. اتخاذ این راهبرد سبب می‌شود با سپری شدن زمان، آنها راحت‌تر مشکل را مدیریت نمایند. در ارتباط با نادیده گرفتن مشکل و انصراف موقتی از انجام روش، مشارکت‌کننده شماره ۳ می‌گوید: "... گاهی خواستم برا مریض افسرده از ورزش یا کارای هنری استفاده کنم، مریض امتناع کرده، یکسری کارا کردم... اثر نداشته، دیگه حالا ولش کردم؛ به صلاحه، به نظر من اوایل درمان خیلی نمیشه به مریض گیر داد. یکی دو هفته که بگذره چرا؛ ولی اوایل درمان دیگه... شاید نتیجه عکس بده، شاید بیشتر بی‌قرار بشه، گریه کنه، برا همین زیاد دیگه بهش اصرار نمی‌کنم، ممکنه اصلاً بعد من رو ببینه بی‌قرار بشه...". در برخی موارد پرستاران با توجه به ماهیت مشکلات، از راهبرد عقب‌نشینی استفاده کرده، در واقع تسلیم مشکل شده و از انجام روش اجتناب می‌کنند. مشاهده می‌شود که بعضاً همین کار ناخودآگاه با پیشگیری از ایجاد تنش در درازمدت در جهت به‌کارگیری روش‌ها، به نفع پرستار می‌باشد. در رابطه با عقب‌نشینی در برابر مخالفت همکار با موسیقی‌درمانی، مشارکت‌کننده شماره ۵ این‌گونه اظهار کرده است: "... اگه همکاری خیلی تند بوده، مجبوریم بالاخره رعایت حال همکارمون رو هم بکنیم، من خاموش می‌کردم،... حداقل دیگه نرفته این‌ور اون‌ور بگه این... و من مجبور نبودم هی به این و اون جواب بدم ... و تو شیفتای دیگه کارمو دنبال کردم".

۳-۴. موفقیت نسبی در کنترل مشکل

در کل، آن‌گونه که در تجارب پرستاران مشهود است، به‌کارگیری راهبردهای موقعیتی در رفع موانع موجود به‌صورت نسبی یا کامل مؤثر بوده و در مجموع موفقیت نسبی پرستاران را در خصوص مدیریت مشکل درپی داشته است. گفته‌های مشارکت‌کننده شماره ۷ در رابطه با راهبرد سعی در قانع کردن، تأییدکننده اثربخشی راهبرد مذکور می‌باشد: "... یه مریضICU بود... خانواده از پخش موسیقی برا مریضشون شاکی بودن ... بعد که گفتیم چه اثراتی رو مریضشون داره، کاملاً توجیه شدند".

بحث

در این مطالعه تجارب پرستاران در رابطه با تسهیل‌کننده‌های کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری در عرصه‌های بالینی ایران تبیین شده است.

یافته‌های پژوهش بیانگر چهار درون‌مایه تحت عناوین "همگامی مددجو و پرستار"، "همکاران حامی"، "هوشمندی مدیر پرستاری" و "راهبردهای موقعیتی اثربخش" بود. مضمون "همگامی مددجو و پرستار" دارای ابعاد "همکاری مددجو" و "برخورداری پرستار از مهارت فنی و قدرت قانونی"؛ مضمون "همکاران حامی" دارای ویژگی‌های "همکاری پرستاران" و "همسویی متخصصین"؛ مضمون هوشمندی مدیر پرستاری دارای ویژگی‌های "مدیر پرستاری، تلنگرزن هوشمند" و "سازماندهی، هدایت و نظارت مدیر پرستاری" و مضمون راهبردهای موقعیتی اثربخش دارای ویژگی‌های "راهبردهای فعال"، "راهبردهای منفعلانه" و "موفقیت نسبی در کنترل مشکل" می‌باشد.

پیرامون موضوع مورد بحث، مطالعات چندی انجام شده است و مجموعه‌ای از یافته‌های مرتبط را گزارش نموده‌اند. در مطالعه Kristiniak (۲۰۱۱) که با رویکردی پدیدارشناختی به بررسی تجارب پرستاران آمریکایی استفاده‌کننده از درمان‌های مکمل پرداخته بود، مشارکت‌کنندگان، که همگی در زمینه درمان‌های مکمل آموزش دیده بودند و در یک بیمارستان دارای نشان Magnet به فعالیت اشتغال داشتند، عواملی مانند حمایت و تأیید پزشکان، عدم نیاز به دستور پزشک، حمایت مدیران پرستاری و استفاده از راهبردهای خلاقانه در مواجهه با مشکل وقت ناکافی را از دلایل موفقیت در ادغام CTs در داخل عملکرد پرستاری معرفی کردند [۳۱]. در پژوهش Cant و همکاران (۲۰۱۲) که با رویکردی کیفی و با هدف شناسایی تسهیل‌کننده‌ها و بازدارنده‌های استفادهٔ پرستاران و ماماها از درمان‌های مکمل در بیمارستان‌های خدمات ملی بهداشتی انگلیس انجام شده است، یکی از درون‌مایه‌های استخراج‌شده، افزایش استفاده از CTs در بخش‌های بیمارستانی بود. در این راستا، مشارکت‌کنندگان دلایل موفقیت در تلفیق CTs در عملکرد بالینی در این بیمارستان‌ها از اواسط دهه ۱۹۸۰ تا اواخر دهه ۱۹۹۰ را فقدان خط‌مشی‌های محدودکننده، مدیریت دقیق و وجود افرادی متعهد، باانرژی و دارای جایگاه قدرت نسبی در سلسله‌مراتب اداری و توانمند در زمینهٔ مهارت‌های گفتگو و مذاکره، ذکر کرده بودند [۴۵]. Hupkens (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای کیفی که با هدف توصیف فرایند اجرای مداخلات مکمل در سازمان‌های مراقبت بهداشتی هلند انجام داده، با افراد دست‌اندرکار از جمله پرستاران مصاحبه نموده است. تسهیل‌کننده‌های عمده در این بررسی، علاقه و حمایت همکاران، تقدیر بیماران، اثربخشی مداخلات، انتشار مثبت در رسانه‌ها، دسترسی به مداخلات و حمایت از جانب مدیران و افراد کلیدی معرفی شدند؛ ضمناً در این پژوهش همانند مطالعه فعلی، مشارکت‌کنندگان استراتژی‌های استفاده‌شده جهت رویارویی با مشکلات را نیز جزء تسهیل‌کننده‌ها برشمرده بودند؛ آنها اشاره کردند که سعی کرده بودند از طریق توجیه کردن و توضیح دادن و نشان دادن اثرات مفید روش‌ها روی بیماران، مقاومت افراد مخالف را تعدیل نمایند؛ جهت جلب موافقت و همکاری مدیران رده‌بالا و پزشکان و افراد کلیدی از مشارکت افراد مورداحترام و ذی‌نفوذ کمک بگیرند و جهت تأمین بودجه، تخصیص وقت و پرداختن به آموزش و پژوهش لازم از حمایت مدیریت استفاده نمایند. به‌علاوه، انعکاس نتایج مثبت و استفاده از صدای رضایت بیماران، فراهم کردن شواهد، راه‌حل‌های خلاقانه برای تأمین بودجه

و روتین‌سازی کاربرد روش‌ها را نیز جزء راهبردهای استفاده‌شده جهت سهولت اجرای پروژه تلفیق درمان‌های مکمل با عملکرد بالینی گزارش نموده‌اند [۳۶]. Johannessen (۲۰۱۳) در تحقیقی که با رویکرد اقدام‌پژوهی به بررسی تجربه پرستاران نروژی در رابطه با رایحه‌درمانی در بیماران دمانسی مبتلا به اختلال خواب پرداخته است، یکی از عوامل تسهیل‌کننده عمده را همانند پژوهش حاضر، حمایت از جانب رهبران پرستاری گزارش کرده است [۳۵]. در مطالعه ترکیبی انجام‌شده توسط Fletcher و همکاران (۲۰۱۴) که به بررسی ادراکات مدیران و ارائه‌دهندگان طب مکمل در یک سازمان بهداشتی وابسته به علوم نظامی در آمریکا پرداخته‌اند، یکی از درون‌مایه‌های استخراج‌شده به موانع و تسهیل‌کننده‌ها اختصاص داشت، و مشارکت‌کنندگان صرف‌نظر از امکانات و تسهیلات، همانند مطالعه فعلی، نقش مدیریت و تجربه و مهارت پرسنل را به‌عنوان تسهیل‌گر معرفی کرده بودند [۳۷]. Johannessen و Garvik (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای که با رویکردی پدیدارشناختی به بررسی تجارب پرستاران در رابطه با استفاده از طب مکمل و جایگزین در آسایشگاه‌های سالمندان در کشور نروژ پرداخته بودند؛ همانند پژوهش فعلی به نقش مهم رهبران پرستاری اشاره کرده‌اند؛ توانمندی و مهارت رهبران، ایفای نقش آموزشی توسط آنها، دیدگاه مثبت، مشارکت در تهیه لوازم و وسایل و اهمیت دادن به درمان‌های مکمل در فرایندهای استخدامی از نکات مورد تأکید مشارکت‌کنندگان در رابطه با نقش مدیران پرستاری بود. علاوه بر این، همسو با مطالعه فعلی، در تحقیق آنها نیز همراهی و موافقت همکاران و همراهی پزشکان نیز به‌عنوان عوامل تسهیل‌گر قید شده و در کل، همکاران متعهد و مدیران حامی به‌عنوان فاکتورهایی مهم و تعیین‌کننده در رابطه با کاربرد CTs معرفی شدند [۳۴]. در مطالعه Wool و همکاران (۲۰۱۵) آموزشی بودن محل کار و دارا بودن مدرک تحصیلی بالا، جزء تسهیل‌کننده‌ها معرفی شده بود [۳۸]. Garner (۲۰۰۰) نیز که به بررسی تجارب پرستاران در رابطه با استفاده از گیاهان دارویی با رویکرد تئوری زمینه پرداخته است، درون‌مایه‌ای تحت عنوان ارتباط درمانگر و بیمار استخراج کرده که در این خصوص، مشابه یافته‌های تحقیق حاضر، روی پذیرش درمان از سوی بیمار تأکید شده است [۲۹]. در تحقیق ترکیبی انجام‌شده توسط Kryak (۲۰۱۴) در آمریکا که به بررسی فاکتورهای داخلی و خارجی مؤثر بر استفاده پرستاران از CTs در عملکرد بالینی اختصاص داشت، نمونه‌های انتخاب‌شده، همگی آموزش‌دیده و دارای مجوز و همگن بودند و در یک بیمارستان کاندید دریافت نشان Magnet، به فعالیت اشتغال داشتند. در این مطالعه یکی از درون‌مایه‌های استخراج‌شده، ترویج‌دهنده‌های استفاده از CTs بود. در این ارتباط، به حمایت مدیریت بیمارستان و دفتر پرستاری اشاره شده بود و نقش دفتر پرستاری در تهیه وسایل و امکانات مورد تأکید قرار گرفته بود. همچنین، آموزش به بیمار، همکاران پرستار، پزشکان و سایر پرسنل که به‌عنوان بخشی از برنامه‌های آموزشی بدو استخدام در بیمارستان مدنظر است، کار پرستاران را تسهیل ساخته بود. به‌علاوه، مشارکت‌کنندگان بیان کرده بودند وجود مشاور متخصص در زمینه CTs در بیمارستان با مدرک پرستاری، فضای اختصاصی برای انجام روش و تعریف شدن روش‌ها در

قالب برنامه‌های استاندارد مراقبت، کار آنها را تسهیل کرده بود. در بخش کمّی این پژوهش نیز مشخص شد پرستارانی که در زندگی شخصی خود از CTs استفاده می‌کنند، یا همکارانشان در بخش این روش‌ها را بکار می‌گیرند و یا راجع به این روش‌ها صحبت کرده و یا از آنها جهت به‌کارگیری درخواست کمک می‌کنند، راحت‌تر این‌گونه روش‌ها را در عملکرد حرفه‌ای خود بکار می‌گیرند [۲۱].

مدل مفهومی ارائه‌شده توسط Hirschkorn و Bourgealt (۲۰۰۵) نیز با بخش‌هایی از تحقیق حاضر مطابقت دارد؛ چراکه آنها در توصیف عوامل مؤثر بر عملکرد ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت در رابطه با استفاده از درمان‌های مکمل برای مددجویان، به ویژگی‌های فردی ارائه‌دهنده مثل سوابق آموزشی و مهارتی، تجربه کاری، آشنایی حرفه‌ای با CTs؛ و ویژگی‌های بیمار مثل دیدگاه، علائق و یا درخواست وی اشاره دارند [۳۹]. همین محققین در پژوهشی با رویکرد کیفی در کشور کانادا، همسو با پژوهش حاضر، تعامل با همکاران و اختیارات حرفه‌ای را از عوامل مؤثر بر کاربرد CTs در عملکرد حرفه‌ای توسط پرسنل بهداشتی درمانی معرفی نمودند [۴۶]. در کل همان‌گونه که مشهود است هر یک از مطالعات فوق به گونه‌ای تأییدکننده برخی از یافته‌های مطالعه فعلی می‌باشند.

البته در برخی پژوهش‌ها نیز نتایج قدری متفاوت می‌باشند. Mcdowell و Burman (۲۰۰۴) در قالب مطالعه‌ای کیفی در خصوص بررسی باور و نگرش پرستاران بالینی نسبت به CTs در آمریکا، عدم تمایل بیمار، عدم قدرت و اختیار، و فقدان ارتباط حرفه‌ای را جزء موانع گزارش کردند. مشارکت‌کنندگان بیان کرده بودند که عدم تمایل بیمار سبب می‌شود آنها این روش را بکار نگیرند، اما وجود یک پرستار متخصص در زمینه CTs می‌تواند با افزایش تقاضای بیماران، سبب سهولت کار پرستاران در این زمینه شود. بعلاوه آنها اظهار کرده بودند که توان و قدرت تغییر خط‌مشی بخش خود را ندارند و حمایت ناکافی پزشکان را در ایجاد این احساس ناتوانی مؤثر می‌دانستند. آنها باور داشتند که کاربرد CTs ربطی به کار حرفه‌ای آنها ندارد و اگر از طرف پزشکان یا مدیریت رهبری شوند، راحت‌تر می‌توانند در این جهت اقدام نمایند. به‌علاوه، آنها وجود خط‌مشی را نیز کمک‌کننده دانسته‌اند. البته در مطالعه مذکور، از نظر سطح تحصیلات، مشارکت‌کنندگان مدارک تحصیلی بالایی نداشتند و در سلسله‌مراتب قدرت نیز از جایگاه برخوردار نبودند و لذا احتمالاً این عوامل در برخورد انفعالی آنها با کاربرد CTs، نقش داشته است [۴۷].

در مجموع، به علت برخی تفاوت‌ها نظیر تفاوت در زمان و مکان و زمینه‌های فرهنگی اجتماعی و ساختاری عرصه فعالیت و نیز مشخصات نمونه‌های موردبررسی بخصوص از حیث رده شغلی، سطح تحصیلات و آموزش‌های اختصاصی، بدیهی است تسهیل‌کننده‌های درک‌شده توسط پرستاران در مطالعات مختلف، قدری از نظر تعداد و تنوع متفاوت باشند. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر و غالب مطالعات مشابه در عرصه بین‌المللی، انتظار می‌رود با افزایش دامنه اختیارات پرستاران و اجرای برنامه‌های آموزشی مرتبط و متناسب با نقش برای بیماران و پزشکان و پرستاران و مدیران پرستاری، پرستاران بتوانند با حداقل تردید و نگرانی و با سهولت بیشتر در عملکرد حرفه‌ای

خود از روش‌های مکمل استفاده نمایند. در کل می‌توان گفت با توجه به عوامل تسهیل‌کننده شناسایی‌شده در این مطالعه، لازم است در مراحل ابتدایی برنامه‌ریزی جهت تلفیق، روی عوامل تسهیل‌کننده سرمایه‌گذاری کرد و آنها را تقویت نمود.

انجام مصاحبه‌های عمیق، هدایت مصاحبه‌ها توسط یک نفر و دخالت کلیه اعضای تیم تحقیق در فرایند آنالیز داده‌ها، از بارزترین نقاط قوت مطالعه حاضر بود. به‌علاوه، این مطالعه با محدودیت خاصی مواجه نبود. از آنجا که یافته‌های مطالعات انجام‌شده در کشورهای دیگر با یافته‌های مطالعه ما موافق می‌باشند (Multi zones studies)، لذا این یافته‌ها قابلیت انتقال دارند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش در رابطه با عوامل تسهیل‌کنندهٔ کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری بالینی، نشان داد که همکاری بیمار و خانواده، برخورداری از تجربه، قرار داشتن در جایگاه قدرت و اختیار، بهره‌گیری از راهبردهای موقعیتی در مدیریت و کنترل موانع اجرایی، و حمایت همکاران و پزشکان و مدیران پرستاری می‌تواند به پرستاران در کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد بالینی آنها کمک کند. آگاهی از عوامل تسهیل‌کننده‌ای که در این مطالعه شناسایی‌شده‌اند، برای مسئولین و دست‌اندرکاران در عملیاتی نمودن برنامه‌های تلفیق CTs با عملکرد پرستاری قابل استفاده است. همچنین، محققین پرستاری نیز می‌توانند در طراحی ابزارهای استاندارد از این یافته‌ها استفاده نمایند.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با دید موشکافانه تحقیقات کیفی، سایر عوامل تأثیرگذار بر کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری مطالعه شود و سپس با طراحی ابزاری مناسب با استفاده از پژوهش‌های کمی و توان آزمون‌های آماری، در خصوص عوامل مؤثر، به طراحی مدل اقدام گردد. بعلاوه، واحد حمایت از تحقیقات بالینی در بیمارستان‌ها با بهره‌گیری از قدرت و اختیار سازمانی اعضای خود و با رویکردی اقدام‌پژوهانه در این زمینه، به بررسی وضعیت موجود، ارائه و ارزشیابی راهبردهای عملیاتی بپردازد.

تشکر و قدردانی

تیم پژوهش از کلیه مشارکت‌کنندگان بابت ارائه تجارب ارزشمند خود، و نیز از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به خاطر حمایت مالی تشکر می‌نماید. این مطالعه بخشی از رساله دکتری نویسنده اول بوده که توسط دانشگاه تربیت مدرس، [۵۵۲/۴۵۰۴ مورخ ۹۳/۷/۱۴] تأیید و مورد حمایت مالی قرار گرفته است.

References

[1] Dossey BM, Keegan L, Guzzetta CE. Holistic Nursing. 4th ed. Boston: Jones& Bartlett publishers; 2005.

[2] Lindqulst R, Snyder M, Tracy MF. Complementary & Alternative Therapies in Nursing. 6th ed. New York: Springer Publishing Company; 2014.

[3] Tracy MR, Lindquist R, Savik, Katanuki S, Sendelbach S, Kreitzer MJ, et al. Use of complementary and alternative therapies: A national survey of critical care nurses. *Am J Crit Care* 2005; 14(5): 404-15.

[4] Tracy MF, Chlan L. Nonpharmacological interventions to manage common symptoms in patients receiving mechanical ventilation. *Crit Care Nurse* 2011; 31(3): 19-28

[5] Shams Ardekani MH, Ardeshir Rouhanifard Sh, Abedtash H. A glance at use and prevalence of complementary and alternative medicine in other countries based on the last statistical surveys. *Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine* 2011; 2(1): 37-46. [farsi]

[6] Çamurdan C, Gül A. Complementary and alternative medicine use among undergraduate nursing & midwifery students in Turkey. *Nurse Educ Pract* 2013; 13(5): 350-4.

[7] Shorofi S A, Arbon P. Nurses' knowledge, attitudes, and professional use of complementary and alternative medicine (CAM): A survey at five metropolitan hospitals in Adelaide. *Complement Ther Clin Prac* 2010; 16(4): 229-34.

[8] Tehrani Banihashemi SA, Asgharifard H, Haghdoust AA, Barghamadi M, Mohammad Hosseini N. The use of complementary alternative medicine among the general population in tehran, iran. *Payesh* 2008; 7(4): 355-62. [farsi]

[9] Shorofi SA. Complementary and alternative medicine (CAM) among hospitalized patients: Reported use of CAM and reasons for use, CAM preferred during hospitalization, and the socio-demographic determinants of CAM users. *Complement Ther Clin Prac* 2011; 17(4): 199-205.

[10] Sajadian AS, Kaviani A, Montazeri A, Haji mahmoudi M, Ebrahimi M, Samiei manesh F, et al. Complementary medicine use among iranian cancer patients. *Payesh* 2005; 4(3): 198-205.[farsi]

[11] Yom Y, Lee K. A comparison of the knowledge of, experience with and attitudes towards complementary and alternative medicine between nurses and patients in Korea. *J Clin Nurs* 2008; 17(19): 2565–72.

[12] Salomonsen LJ, Skovgaard L, Cour S, Nyborg L, Launsø L, Fønnebø V. Use of complementary and alternative medicine at Norwegian and Danish hospitals. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2011; 11:4.

[13] Holroyd E, Zhang A L, Suen L, Xue Ch. Beliefs and attitudes towards complementary medicine among

registered nurses in Hong Kong. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(11): 1660–6.

[14] Trail-Mahan T, Mao Ch, Bawel-Brinkley K. Complementary and alternative medicine: nurses' attitudes and knowledge. *Pain Manag Nurs* 2013; 14(4): 277-86.

[15] Cutshall S, Derscheid D, Miers AG, Ruegg S, Roeder B J, Tucker Sh. Knowledge, Attitudes, and Use of Complementary and Alternative Therapies Among Clinical Nurse Specialists in an Academic Medical Center. *Clin Nurse Spec* 2010; 24(23): 125-31.

[16] American Holistic Nurses Association. Position on the role of nurses in the practice of complementary and alternative therapies. Available at: http://www.ahna.org/Resources/Publications/PositionStatements/tabid/1926/Default.aspx. November 11, 2015.

[17] Cooke M, Mitchell M, Tiralongo E, Murfield J. Complementary and alternative medicine and critical care nurses: A survey of knowledge and practices in Australia. *Aust Crit Care* 2012: 25, 213-23.

[18] O'Regan P. Complementary therapies: a challenge for nursing practice. *Nurs Stand* 2010; 24(21): 35-9.

[19] Fernández-Cervilla AB, Piris-Dorado AI, Cabrer-Vives ME, Barquero-González A. Current status of Complementary Therapies in Spain in nursing degree. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013; 21(3): 679-86.

[20] Moradilakeh M, Goushehgir SA, Amini M. Ttraditional and complementary/alternative medicine (TCAM) in medical theses. *Payesh* 2008; 7(14): 337-44. [Farsi]

[21] Kryak ED. Impact of *Intrinsic and Extrinsic Factors on Nurses' Use of Hospital-Endorsed Complementary and Alternative Medicine Treatments.* [Dissertation]. Philadelphia: Drexel University; 2014.

[22] Chang HY, Chang Hl. A review of nurses' knowledge, attitudes, and ability to communicate the risks and benefits of complementary and alternative medicine. *J Clin Nurs* 2015; 24(11-12): 1466-78.

[23] van Vliet M, Jong M, Busch M, Meijer JE, von Rosenstiel IA, Jong MC. Attitudes, Beliefs, and Practices of Integrative Medicine Among Nurses in the Netherlands. *J Holist Nurs* 2014; 33(2):110-21.

[24] Sung HC, Lee WL, Chang SM, Smith GD. Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities. *J Clin Nurs* 2011; 20(11-12): 1776–83.

[25] Kamizato M, Jahana S, Tamai N, Aihara Y, Saeki K, Shimizu K, et al. Nurses use of complementary alternative medicine for cancer patients in Japan. *J Nurs Care* 2013, S5: 011.

[26] Zargarzadeh M, Memarian R. Assesing barriers for using of complementary medicine in relieving pain in patients by nurses. *Nursing Management* 2013; 1 (4): 45-53

[27] Chu FY, Wallis M. Taiwanese nurses' attitudes towards and use of complementary and alternative medicine in nursing practice: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(8): 1371–8.

[28] Smith G, Wu Sh. Nurses' beliefs, experiences and practice regarding complementary and alternative medicine in Taiwan. *J Clin Nurs* 2012; 21(17-18): 2659-67.

[29] Garner VA. Nurse practitioners' experience with herbal therapy. [Dissertation]. Maryland: Uniformed Services University of the Health Sciences; 2000.

[30] Kim AK, Lee YS, Kim HJ. The Process of *Acceptance of Complementary and Alternative Therapies* (CATs) among nurses: Grounded theory approach. *J Korean Acad Nurs* 2013; 43(5): 669-80.

[31] Kristiniak S. Exploring the experiences of complementary nurses: A qualitative phenomenological study. [Dissertation]. Arisona: University of Phoenix; 2011.

[32] Hunt V, Randle J, Freshwater D. Paediatric nurses' attitudes to massage and aromatherapy massage. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2004; 10(3):194-201.

[33] Anderson J, Friesen MA, Fabian J, Swengros D, Herbst A, Mangione L. Examination of the perceptions of registered nurses regarding the use of healing touch in the acute care setting. *J Holist Nurs 2016; 34(2):167-76.*

[34] Johannessen B, Garvik G. Experiences with the use of complementary and alternative medicine in nursing homes: A focus group study. *Complement Ther Clin Pract* 2016; 23:136-40.

[35] Johannessen B. Nurses experience of aromatherapy use with dementia patients experiencing disturbed sleep patterns. An action research project. *Complement Ther Clin Pract* 2013; 19: 209-13.

[36] Hupkens S. Implementation of complementary interventions in the Netherlands: Experiences of pioneers. *Patient Educ Couns* 2012; 89(3): 411-6.

[37] Fletcher CE, Mitchinson AR, Trumble ER, Hinshaw DB. Dusek jA. Perceptions of providers and administrators in the veterans health administration regarding complementary and alternative medicine. *Med Care* 2014; 52(12): S91-6.

[38] Wool C, Kozak LE, Lindley LC. Work environment facilitators to the availability of complementary and alternative therapies in perinatal hospices. *J Hosp Palliat Nurs* 2015; 17(5):391-6.

[39] Hirschkorn KA, Bourgeault IL. Conceptualizing mainstream health care providers' behaviors in relation to complementary and alternative medicine. *Soc Sci Med* 2005; 61(1): 157–70.

[40] Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Co; 2010.

[41] Speziale HS, Streubert H, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

[42] Elo S, Kyngäs H, The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-15.

[43] Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.

[44] Zhang Y, Wildemuth B M. Qualitative analysis of content. In: Wildemuth B, editor. Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science, Westport, CT: Libraries Unlimited; 2009; p.308-19.

[45] Cant S, Watts P, Ruston A. The rise and fall of complementary medicine in National Health Service hospitals in England. *Complement Ther Clin Pract* 2012; 18(3): 135-9.

[46] Hirschkorn KA, Bourgeault IL. Structural constraints and opportunities for CAM use and referral by physicians, nurses, and midwives. *Health (London)* 2008; 12(2): 193 –213.

[47] McDowell J E, Burman M E. Complementary and alternative medicine: a qualitative study of beliefs of a small sample of Rocky Mountain area nurses. *Med surg Nurs* 2004; 13(6): 383-90.

The Facilitators of Using Complementary Therapies in Clinical Nursing: A Qualitative Content Analysis

Z. Tagharrobi[1], S. Mohammadkhan Kermanshahi[2], E. Mohammadi[3]

Received:13/6/2016 Sent for Revision:05/09/2016 Received Revised Manuscript:24/09/2016 Accepted:31/11/2016

Background and Objectives: In response to the community need, it is necessary for nursing staff to use complementary therapies in their professional performance. The related facilitators in various clinical settings are different and the exploration of these factors are essential and important. So, this study was designed to assess clinical nurses' perceptions about the facilitators of using complementary therapies in clinical nursing.

Materials and Methods: This qualitative content analysis study was done from June 2014 to July 2015 in Kashan and Isfahan cities. Sampling was done purposively and ended after reaching data saturation. The snowball sampling was used to access the eligible samples. In-depth and Semi-structured interviews were done with sixteen nurses and two physicians who had rich experience. Concurrently with data collection, the data were analyzed via the conventional content analysis approach.

Results: In relation to the research objective, the study participants' perceptions fell into nine main categories of 'client collaboration'; 'the nurse's technical expertise and legal authority'; 'the peers collaboration'; 'compatible specialists'; 'nursing manager-intelligent stimulator'; 'organizing, directing and supervising by nursing manager'; 'active strategies'; 'passive strategies', and 'partial achievement in problem management' from which, the four main themes of 'supportive co-workers', 'the nurse and client Synchronization', 'intelligent nursing manager',and 'effectives situational strategies ' were abstracted.

Conclusion: Client collaboration, nurse's technical expertise and legal authority, using situational strategies in operational problems management, and the support provided by peers,physicians,and nursing managers cause the nurses to use complementary therapies in care plan easierly. The awareness of these findings is useful for authorities and designers to design guidelines related to integration of complementary therapies into nursing practice.

Key words: Complementary therapies, Facilitators, Nursing, Qualitative Research

Funding: This research was funded by Tabiat Modares University.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Tarbiat Modares University approved the study.

How to cite this article: Tagharrobi Z, Mohammadkhan Kermanshahi S, Mohammadi E.The Facilitators of Using Complementary Therapies in Clinical Nursing: A Qualitative Content Analysis. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2016; 15(8): 691-714. [Farsi]

1- PhD Candidate in Nursing, Dept. of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2- PhD in Nursing, Assistant Prof., Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran (Corresponding author) Tel: (021) 82883899, Fax: (021) 82883899, Email: kerman_s@madares.ac.ir

3- PhD in Nursing, Prof., Dept. of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran