



انجمن علمی پرستاری ایران

# فصلنامه پرستاری داخلی و جراحی



دوره ۵، شماره ۱، بهار ۱۳۹۵

آدرس سایت مجله: <http://www.ijmsn.ir>

صاحب امتیاز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پرستاری و مامایی

دارای رتبه علمی پژوهشی از یکصد و دهمین جلسه کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور به شماره ۱۰۰/۵۰۷ مورخ ۹۲/۳/۲۷

شماره استاندارد بین المللی نشریه: ۲۳۲۲-۱۷۸۸  
 شماره شاپا الکترونیکی: ۲۳۲۲-۴۱۶۹  
 شماره مجوز ارشاد اسلامی: ۹۰/۷/۲۴، ۱۹۹۱/۹۰  
 مدیر مسئول و سردبیر: دکتر علی نویدیان  
 مدیر اجرایی: فتیحه کرمان ساروی  
 ویراستار علمی و ادبی: فرشته نجفی  
 ویراستار انگلیسی: دکتر فریبا یعقوبی نیا  
 کارشناس مجله: تکتیم کیانیان  
 کارشناس اجرایی و مدیر پایگاه: مهدیه رضایی

## اسامی هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر فضل الله احمدی: استاد پرستاری دانشگاه تربیت مدرس تهران  
 دکتر حسین انصاری: استادیار اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان  
 دکتر مریم رسولی: دانشیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران  
 دکتر علی زرغام: دانشیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
 دکتر عباس عبادی: دانشیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله تهران  
 دکتر عباس عباس زاده: استاد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران  
 دکتر مسعود فلاحي خشکناپ: دانشیار پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران  
 دکتر نگین مسعودی علوی: استاد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان  
 دکتر زهرا مودی: استادیار مامایی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان  
 دکتر رضا نگارنده: استاد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران  
 دکتر علی نویدیان: دانشیار مشاوره خانواده دانشگاه علوم پزشکی زاهدان  
 دکتر فریبا یعقوبی نیا: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان  
 دکتر فریده یغمایی: دانشیار پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان

## اسامی داوران این شماره (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر حسین انصاری، حمیدرضا بهنام وشانی، مهلقا دهقان، دکتر مریم رسولی، دکتر نسرين رضائی، دکتر مژگان رهنما، دکتر سکینه سبزواری، محمدرضا شیخی، دکتر رضا ضیغمی، دکتر فرشته قلجایی، ناصر کاظمی، تکتیم کیانیان، محدثه محسن پور، سولماز موسوی، دکتر فریبا یعقوبی نیا

حیطه تخصصی: پرستاری

حمایت علمی و تامین اعتبارات مالی مجله: معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، با همکاری انجمن علمی پرستاری ایران  
 استفاده از مطالب نشریه با ذکر منابع بلامانع می باشد.

این مجله در پایگاه های اینترنتی زیر نمایه می گردد:

CINAHL, ISC, Iran Medex, Magiran, SID, Google Scholar

آدرس: زاهدان، میدان مشاهیر، دانشکده پرستاری و مامایی زاهدان، کدپستی: ۹۸۱۶۹۱۳۳۹۶

Email: [ijmsn@zaums.ac.ir](mailto:ijmsn@zaums.ac.ir)

نمبر: ۰۵۴-۳۳۴۴۲۴۸۱

تلفن: ۰۵۴-۳۳۴۳۸۴۷۳

## ادراک پرستاران از علل کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری بالینی

زهرا تقریبی<sup>۱</sup>، سیما محمدخان کرمانشاهی<sup>۲</sup>، عیسی محمدی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳. استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

### مقاله پژوهشی

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال پنجم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۵، صفحات ۱۱-۱

### چکیده

زمینه و هدف: بسیاری از پرستاران خواستار ادغام درمان‌های مکمل با طب مرسوم بوده و برخی از آن‌ها در عملکرد بالینی خود از این‌گونه روش‌ها استفاده می‌کنند. علل به‌کارگیری این درمان‌ها توسط پرستاران در عرصه‌های مختلف متفاوت و شناسایی آن‌ها مهم و ضروری است. لذا این مطالعه با هدف تبیین ادراک پرستاران از علل کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری بالینی طراحی شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی 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. با ۱۵ پرستار دارای تجربه غنی مصاحبه نیمه‌ساختاریافته انجام شد. داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری به روش تحلیل محتوای قراردادی تحلیل شدند. جهت سازماندهی و کمک به تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAX QDA استفاده شد.

یافته‌ها: در رابطه با هدف پژوهش ۴ طبقه اصلی "تمایلات و ادراکات اخلاق محور"، "باورها و اعتقادات تعهد‌آور"، "توجه به اطلاعات کسب شده از منابع غیر رسمی" و "توجه به اطلاعات کسب شده از منابع رسمی" استخراج شد که از آن‌ها ۲ درون‌مایه‌ی "تعهد اخلاقی پرستار" و "استفاده پرستار از منابع اطلاعات" انتزاع گردید.

نتیجه‌گیری: عملکرد پرستار در رابطه با علت کاربرد درمان‌های مکمل در بالین، توسط تعهد اخلاقی و استفاده وی از منابع اطلاعاتی مختلف بالاخص منابع غیررسمی قابل تبیین است. آگاهی از این یافته‌ها برای برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران در ارائه دستورالعمل و مدل‌های عملکردی مرتبط با کاربرد درمان‌های مکمل در بالین مفید است.

کلیدواژه‌ها: پرستاری، تمقیق کیفی، (درمان‌های مکمل)

نویسنده مسوول:  
سیما محمدخان کرمانشاهی  
دانشگاه تربیت مدرس

پست الکترونیک:  
kerman\_s@modares.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۰۸

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۱/۳۰

### مقدمه

از انواع درمان‌های مکمل را مورد استفاده قرار می‌دهند.<sup>۴</sup> در یک مرور نظام‌مند با بررسی ۵۱ گزارش در ۱۵ کشور، شیوع استفاده از این نوع درمان در یک دوره ۱۲ ماهه، از ۹/۸٪ تا ۷۶٪ متفاوت گزارش شده است و در این میان کشورهای آسیایی به‌خصوص در سال‌های اخیر، بالاترین ارقام را به خود اختصاص داده‌اند.<sup>۵</sup> ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست. طب مکمل و سنتی در ایران قدمتی دیرینه به اندازه تاریخ تمدن بشری داشته که در دوران تمدن اسلامی و با طلوع ستارگانی همچون ابن‌سینا در تاریخ طب کشور، دستخوش تحولات عمده‌ای شده است و از حدود ۴ دهه قبل نیز شاخه اصلی آن تحت عنوان طب سنتی ایرانی و اسلامی، با اهتمام مسئولین کشور و فعالیت‌های سازمان جهانی بهداشت به سرعت در حال گسترش می‌باشد.<sup>۶</sup> حیدری‌فر و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه محلی بر روی ساکنین شهر قم میزان استفاده از این نوع درمان، صرفاً در زمینه گیاهان دارویی را ۹۳/۵٪ گزارش کردند.<sup>۷</sup> به‌کارگیری درمان‌های مکمل در پرستاری موضوع جدیدی نیست و از دیرباز مورد توجه پیشگامان و نظریه‌پردازان حرفه پرستاری بوده است. در

درمان‌های مکمل (Complementary therapies/ CTs) گستره وسیعی از منابع شفابخش هستند که جهت پیشگیری یا درمان بیماری، ارتقا سلامت و یا بهبود وضعیت کلی فرد در کنار درمان‌های مرسوم به‌کار می‌روند.<sup>۱</sup>

جهت شفاف‌سازی بیشتر، این نوع درمان در طبقات مختلفی دسته‌بندی شده است.<sup>۲</sup> به گونه‌ای که در آخرین طبقه‌بندی ارائه شده از سوی مرکز ملی طب مکمل و جایگزین در آمریکا، این درمان‌ها در قالب ۶ دسته اعم از درمان‌های جسم، ذهن و روح، درمان‌های یدی و مبتنی بر جسم، محصولات طبیعی، انرژی درمانی، سیستم‌های مراقبت و شفادهنده‌های سنتی طبقه‌بندی شده‌اند.<sup>۲</sup> این در حالی است که برخی صاحب‌نظران نیز به‌طور کلی درمان‌های مکمل را به دو دسته درمان‌های دارویی و غیردارویی تقسیم نموده‌اند که در جوامع مختلف به وفور مورد استفاده قرار می‌گیرند.<sup>۳</sup> Barnes و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای گزارش کردند که در کشور آمریکا تقریباً از هر ده نفر بزرگسال، ۴ نفر و از هر ۹ کودک یک نفر، برخی

سوال اینجاست که بر اساس ادراک پرستاران علت استفاده از درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری بالینی چیست؟ آیا به‌راستی فلسفه کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری بر اساس تجارب پرستاران بالینی با آنچه که در رابطه با دیدگاه متخصصین و صاحب‌نظران حرفه در رابطه با لزوم کاربرد این نوع درمان در عملکرد پرستاری گفته شد، مطابقت دارد؟ در رابطه با عوامل موثر بر استفاده پرستاران از درمان‌های مکمل در عملکرد بالینی در سطح بین‌المللی، مطالعاتی با رویکرد کمی یا کیفی انجام شده است که عمدتاً در گزارش یافته‌های آن‌ها این عوامل در قالب عوامل بازدارنده،<sup>۲۱</sup> تسهیل‌کننده<sup>۲۲-۲۴</sup> یا حداقل عوامل مرتبط<sup>۲۵، ۲۴، ۲۳</sup> مورد بحث قرار گرفته‌اند. در این میان تمرکز خاص محققین روی علل کاربرد کمتر مشهود است.<sup>۲۶، ۲۵، ۲۲، ۱۸</sup> در برخی مطالعات مرتبط نیز عملکرد پرستار در محیط بیمارستان مدنظر نبوده و در آن‌ها علل کاربرد درمان‌های مکمل توسط پرستاران در کلینیک‌های خصوصی مورد بررسی قرار گرفته است.<sup>۲۷</sup> به‌علاوه، براساس مستندات موجود در پایگاه‌های علمی ملی و بین‌المللی، مطالعه‌ای که به بررسی علل کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری پرداخته باشد، در ایران انجام نشده است. این در حالی است که پدیده مورد مطالعه مبتنی بر زمینه و متاثر از مشخصات عرصه پژوهش بوده<sup>۲۶</sup> و تبیین دقیق آن در عرصه‌های بالینی کشورهای مختلف مهم و ضروری است؛ چراکه کشف دقیق و کاملاً شفاف این علل، می‌تواند به دست‌اندرکاران در تدوین دستورالعمل‌های کاربردی و ارائه مدل ترویج درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری کمک نماید. در مجموع نظر به خلاء اطلاعاتی موجود در سطح ملی در این زمینه و با توجه به اینکه مطالعات کیفی دید شفاف و گسترده‌تری نسبت به موضوع ارائه می‌کنند، این مطالعه با هدف تبیین ادراک پرستاران از علل کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری بالینی با رویکرد کیفی انجام شد.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی از نوع تجلیل محتوای قراردادی است<sup>۲۸-۳۱</sup> که طی سال‌های ۹۴-۱۳۹۳ با مشارکت ۱۵ پرستار شاغل در ۵ مرکز دولتی (۴ بیمارستان و یک آسایشگاه سالمندان) در شهرهای کاشان و اصفهان و به روش مبتنی بر هدف انجام شد.

پرستارانی به‌عنوان مشارکت‌کننده انتخاب شدند که در موقعیت شغلی پرستار بالینی در عملکرد کاری خود، حداقل یکی از روش‌های درمانی مطرح در طبقه‌بندی روش‌های درمانی مکمل<sup>۲</sup> را مورد استفاده قرار داده بودند. افرادی که صرفاً در رابطه با فعالیت‌های تحقیقی مرتبط، این‌گونه روش‌ها را استفاده کرده بودند، پرستارانی که در کلینیک‌های خصوصی به‌طور سرپایی ارائه‌دهنده این‌گونه خدمات به مددجویان بودند یا آن‌ها که به‌طور محدود در حد ۲-۱ بار این درمان‌ها را در عملکرد بالینی خود لحاظ کرده بودند، مورد مصاحبه قرار نگرفتند.

دهه ۱۸۸۰ فلورانس نایتینگل روی مهیاسازی شرایط محیطی مناسب برای بیماران تاکید نموده و در دهه اخیر نیز جین واتسون در تئوری خود با رویکرد کل‌نگری، مراقبت از جسم و ذهن و روح را مورد بحث قرار داده است.<sup>۸</sup> اما امروزه با تغییر در ذائقه مردم، در حرفه پرستاری به این رویکرد مراقبتی بیشتر پرداخته شده است.<sup>۸</sup>

Chang و Chang (۲۰۱۵) در مروری نظام‌مند با مطالعه ۱۱ گزارش پیرامون دانش، نگرش و عملکرد پرستاران نسبت به درمان‌های مکمل، گزارش کردند که ۶۶/۴٪ پرستاران نسبت به درمان‌های مکمل نگرش مثبت داشته و بین ۵۶/۳٪ تا ۹۰/۶٪ آن‌ها نیز خواستار ادغام درمان‌های مکمل با طب مرسوم بودند.<sup>۹</sup> در حال حاضر به دلیل اهمیت این روش‌ها در برخی از کشورها در بخش‌های مختلف نظیر کوریکولوم درسی مقاطع مختلف رشته پرستاری، طراحی گرایش‌های تخصصی پرستاری، امتحانات RN، برنامه‌های آموزش مداوم و یا پژوهش‌های پرستاری به این موضوع توجه شده است.<sup>۱۰، ۸</sup> در رابطه با علل گرایش حرفه پرستاری به سمت استفاده از درمان‌های مکمل، برخی صاحب‌نظران به عواملی نظیر ارتقاء کیفیت مراقبت از بیمار، افزایش استقلال عملکردی، گسترش نقش پرستاران، جلب رضایت‌مندی بیماران و بهبود فرایند ارتباطی بین بیمار و پرستار اشاره کرده‌اند.<sup>۱۱، ۱۲</sup>

در این ارتباط روی تجانس و سنخیت درمان‌های مکمل و پرستاری تاکید شده و محققان عنوان کردند که اصول اساسی درمان‌های مکمل بی‌شابهت به پرستاری نیست و در هر دو بخش، پایه اصلی کل‌نگری است. واژه کل‌نگری به درمان بدن به‌عنوان یک واحد کلی اشاره دارد. در روش‌های درمانی مکمل بیمار به‌عنوان یک کل در نظر گرفته می‌شود. در مراقبت کل‌نگر نیز تاثیر متقابل جسم و ذهن و روح مدنظر است و این موضوع با بسیاری از تئوریهای پرستاری همخوانی دارد. به‌علاوه، خودمراقبتی، خودمسئولیتی و ایجاد مشارکت بین درمانگر و مددجو از ویژگی‌های کلیدی درمان‌های مکمل می‌باشند. این ویژگی‌ها در پرستاری کل‌نگر نیز مطرح هستند و در بسیاری از تئوری‌های پرستاری روی این مفاهیم تاکید شده است.<sup>۱۱، ۱۳</sup> در اصل به تعبیر Cooke و همکاران (۲۰۱۲) وارد کردن درمان‌های مکمل در فرایند مراقبت، به منزله در نظر گرفتن رویکرد کل‌نگر در امر پرستاری می‌باشد.<sup>۱۴</sup> پرستاری کل‌نگر مبتنی بر دیدگاه انسان‌گرایانه است و طب مکمل به‌عنوان یک واژه جایگزین برای آن پیشنهاد شده است.<sup>۱۵</sup> صرف نظر از کل‌نگری، تجانس پرستاری و طب مکمل را می‌توان با تاکید بر تئوری‌های پرستاری، اخلاق پرستاری و وجود طبقه‌بندی‌های مختلف در علم پرستاری نیز تشریح نمود.<sup>۱۶، ۱۵، ۳</sup>

در مجموع تجانس و سنخیت مشابه عملکرد پرستاری و روش‌های درمانی مکمل سبب شده تا بسیاری از بوردهای پرستاری، درمان‌های مکمل را در گستره فعالیت‌های پرستاری به رسمیت شناخته و در خصوص علت به‌کارگیری این‌گونه روش‌ها در عملکرد بالینی روی همین نکته تاکید نمایند.<sup>۱۷</sup>

اشباع رسیدند. لازم به ذکر است که محقق در مصاحبه هفدهم اقدام به تغییر محیط پژوهش نمود، ولی هیچ گونه داده جدیدی حاصل نشد.

کلیه مصاحبه‌ها توسط نویسنده اول که در زمینه نحوه انجام مصاحبه کیفی آموزش دیده بود، هدایت شد.<sup>۱۶</sup> مصاحبه به صورت چهره به چهره در مرکز درمانی محل خدمت مشارکت کنندگان در محیطی آرام انجام شد. طول مدت هر مصاحبه کامل به طور متوسط ۷۳ دقیقه بود. بخش کوچکی از دو مصاحبه (مشارکت کننده اول و سوم) با دو مکالمه تلفنی حدوداً ۵ دقیقه‌ای شفاف سازی شد. کلیه مصاحبه‌ها (در مجموع ۱۷ مصاحبه) با موافقت مشارکت کنندگان ضبط شد و در اولین فرصت کلمه به کلمه، همراه با حرکات، حالات و اشارات غیر کلامی در برنامه word تایپ شد. علاوه بر مصاحبه در فرایند جمع آوری داده‌ها از یادداشت در عرصه نیز استفاده شد.<sup>۱۹</sup>

همزمان با جمع آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل به روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد.<sup>۲۰</sup> پس از تایپ متن، کلیه مصاحبه‌ها و یادداشت‌ها جهت سهولت سازماندهی داده‌ها وارد نسخه ۱۰ نرم افزار MaxQDA گردید. متن هر مصاحبه بارها خوانده و مرور شد. برای آنالیز داده‌ها از الگوی پیشنهادی Wildemuth و Zhang که دارای ۸ مرحله آماده کردن داده‌ها، تعریف واحد آنالیز، طراحی دستجات و طرح‌واره‌ی کدگذاری، تست طرح‌واره‌ی کدگذاری روی بخشی از نوشته‌ها، کدگذاری همه نوشته‌ها، بررسی ثبات کدگذاری، نتیجه‌گیری از داده‌های کدگذاری شده و گزارش روش کار و یافته‌ها می‌باشد، بهره گرفته شد. بدین منظور پس از آماده‌سازی متن، با توجه به سوال پژوهش، واحدهای معنایی مشخص و برای هر واحد معنایی، کدهای مناسب نوشته شد. پس از انجام ۴ مصاحبه، کدهای اولیه براساس تشابه مفهومی دسته‌بندی و نام‌گذاری شدند (زیرطبقات) و پس از بازنگری، اصلاح و تایید توسط تیم تحقیق، روند جمع آوری و آنالیز داده‌ها ادامه یافت. زیرطبقات با هم مقایسه شده، 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.<sup>۲۱-۲۲</sup>

جهت اطمینان از استحکام یافته‌ها از چهار معیار لینکلن و گوبا استفاده شد.<sup>۲۹، ۳۲</sup> به منظور مقبولیت یافته‌ها، کلیه کدهای استخراجی از هر مصاحبه با مصاحبه‌شونده چک شده و در صورت نیاز اصلاح شد؛ و همچنین زمانی بیش از یک سال به جمع آوری و آنالیز داده‌ها اختصاص داده شد. جهت قابلیت تایید یافته‌ها متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده توسط نویسنده دوم و سوم مقاله و یک نفر عضو هیات علمی خارج از تیم تحقیق مورد بازنگری و تایید قرار گرفت. در راستای قابلیت اطمینان یافته‌ها نیز مراحل و روند پژوهش تا حد امکان به طور دقیق و گام به گام ثبت و گزارش شد. در این مطالعه سعی گردید تا مشارکت کنندگان از نظر بخش محل اشتغال، سابقه کار، نوع روش مورد استفاده و سمت شغلی، تنوع داشته باشند که این مورد علاوه بر مقبولیت به انتقال‌پذیری یافته‌ها نیز کمک می‌کند.

جمع آوری داده‌ها از تیرماه ۱۳۹۳ تا تیرماه ۱۳۹۴ با استفاده از مصاحبه‌های فردی نیمه‌ساختار یافته<sup>۲۹</sup> صورت گرفت. در ابتدا با هر مشارکت کننده تماس تلفنی گرفته می‌شد و در صورت واجد شرایط بودن، موافقت وی جلب شده و سپس زمان و مکان مصاحبه تعیین می‌شد.

از کلیه مشارکت کنندگان در خصوص شرکت در پژوهش با بیان هدف، ماهیت و روش کار، رضایت نامه کتبی آگاهانه اخذ شد. مکان، زمان و طول مدت مصاحبه براساس نظر مشارکت کنندگان انتخاب شد. تامین راحتی و خلوت مصاحبه‌شونده در طول مصاحبه در نظر گرفته شد. همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات و فایل‌های صوتی به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد و اعلام گردید در هر زمان بدون اینکه هیچ گونه ضرر و زبانی متوجه آن‌ها شود، می‌توانند مطالعه را ترک کنند. عدم تمایل به همکاری قبل یا در طول مصاحبه توسط هیچ یک از مشارکت کنندگان اظهار نشد.

اولین مشارکت کننده پرستاری بود که از سوی یک انکولوژیست و ۲ نفر عضو هیات علمی پرستاری به عنوان فرد با تجربه در زمینه کاربرد روش‌های معنوی، ارتباط درمانی موثر و شیوه‌های آرام‌سازی معرفی شد. دسترسی به سایر مشارکت کنندگان به روش گلوله برفی انجام شد.<sup>۲۹</sup> نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت.<sup>۲۹</sup> سعی شد در انتخاب مشارکت کنندگان از نظر بخش محل اشتغال، سابقه کار، سن، سمت و نوع روش‌های مورد استفاده تنوع وجود داشته باشد. معنویت، تکنیک‌های آرام‌سازی، حرکت درمانی، توصیه‌های تغذیه‌ای، ارتباط درمانی، موسیقی یا سایر محرک‌های صوتی، لمس، ماساژ، هنرهای خلاقانه، بازی درمانی، ترکیبات طبیعی خوراکی یا موضعی، رایحه‌درمانی، مداخلات محیطی، داروهای گیاهی، هیپنوتیزم، تصویرسازی ذهنی و روش‌های مثبت اندیشی عمده روش‌های مورد استفاده توسط مشارکت کنندگان بودند که هر یک از آن‌ها یک یا تعدادی از این‌ها را در عملکرد کاری خود مورد استفاده قرار داده بودند.

برای انجام مصاحبه‌ها ابتدا لیستی از برخی سوالات راهنما با توجه به سوال پژوهش تهیه شد که بسته به جریان هر مصاحبه هر یک در جایگاهی مناسب پرسیده می‌شد. بین مصاحبه‌های مختلف با توجه به داده‌های حاصل شده، سوالاتی به لیست اضافه شد. هر مصاحبه با سوال کلی "در مورد روش یا روش‌های مکملی که در عملکرد کاری خود استفاده کرده یا می‌کنید، توضیح دهید" شروع می‌شد و براساس نوع پاسخ‌ها، با سوالاتی نظیر "چطور شد به این روش یا روش‌ها علاقمند شدید؟"، "در مورد عوامل موثر روی کارتان توضیح دهید؟"، "چرا این روش یا روش‌ها را در مراقبت از بیمار استفاده می‌کنید؟"، "در مورد احساسات موقع استفاده از روش‌ها توضیح دهید؟" پیگیری می‌شد.

برای دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر از سوالات عمق‌دهنده، مانند "منظورتان چیست؟ بیشتر توضیح دهید!"، نیز استفاده شد. درصد زیادی از داده‌ها بعد از مصاحبه ششم تکرار می‌شد و در مصاحبه شانزدهم داده‌ها به

## یافته‌ها

بعضاً جز اخلاق حرفه‌ایه و باید جز شرح وظایف بشه...". (پرستار ۴۸ ساله - کارشناس)

در برخی موارد در رابطه با علت به کارگیری روش‌ها، پرستاران به پیامدهای ناشی از عدم استفاده و تمایل به پیشگیری از آن‌ها اشاره می‌کردند. در این زمینه تمرکز اصلی خاص روی عوارض ناشی از زیادی دوز داروها مشهود است.

"... چون بیقرار بودن و دوز دارویی دیگه زیاد می‌رفت بالا، دیگه دوز مخدری که استفاده می‌کردیم، زیاد می‌شد و نمی‌خواستیم عوارض‌ام مثلاً اعتیاد به مخدر رو برا مریض ایجاد کنیم، ما می‌خواستیم با حداقل دوز مریض آروم بشه؛ با این دید مجبور بودیم از روش‌های کمکی استفاده کنیم". (پرستار ۴۴ ساله - کارشناس)

در برخی شرایط در زمینه علت استفاده بالینی از روش‌ها، پرستاران به تشخیص خود در خصوص احساس نیاز در مددجویان اعم از بیمار یا خانواده وی، اشاره می‌کردند. آن‌ها به دنبال این ادراک، خود را ملزم به پاسخ به نیاز تشخیص داده شده دانسته و در جهت کمک به رفع آن از این روش‌ها بهره می‌گرفتند. یکی از مشارکت‌کنندگان در مورد کاربرد روش‌های معنوی بیان داشت:

"من می‌گم از نظر آرامشی که به خانواده می‌ده، گاهی موقع‌ها خانواده‌ها خیلی استرس زیادی دارن، بیشتر نیاز دارن... من بیشتر هم برا اونا اینکارا رو می‌کنم". (پرستار ۳۳ ساله کارشناس)

درک کم‌کاری سایر درمانگران شاغل در بخش در رفع مشکلات بیمار و تمایل به پوشش آن نیز یکی از انگیزه‌های کاربرد روش‌ها توسط پرستاران بود.

"روانشناسا اصلاً نمایان قشنگ درست کار کنن، یه ریلکسیشن تریپی درست انجام بدن، قدیم چرا داشتیم... ولی بعدش اینقدر کم رنگ شد که... نمی‌بینید کسی انجام بده. من خودم این شیوه ریلکسیشن رو برا مریض اجرا می‌کنم". (پرستار ۴۵ ساله - کارشناس)

## ۱-۲. باورها و اعتقادات تعهدآور

بعد دیگر تعهد اخلاقی پرستار، باورها و اعتقادات آنها می‌باشد که بسیاری از این باورها از جمله باور به پاداش الهی و مفید و بدون عارضه بودن روش‌ها، عمدتاً ریشه در ارزش‌های فرهنگی و یا مذهبی دارند.

عده‌ای از پرستاران علت به کارگیری روش‌ها را باور به اهمیت اهداف دنبال شده از جمله آرامش بیمار، آرامش‌بخش بودن، رضایت مددجو و سرعت بخشیدن به روند بهبودی بیمار می‌دانستند. از طرفی نیز به خاطر باور به اهمیت اهداف دنبال شده، برخی مشکلات احتمالی ثانویه ناشی از بکارگیری روش‌ها، از سوی پرستاران نادیده گرفته میشد. یکی از مشارکت‌کنندگان در رابطه با اقدام به شبیه‌سازی محیطی برای کودکان بستری در بخش ویژه گفت:

"... برا بچه‌ها می‌گم عروسکا رو بیارن... وسایل خود بچه مثلاً پتوش رو بیارن؛ دیدم اینا رو آرامش بچه تاثیر زیادی داره. برا بچه‌ها خیلی

ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. با انجام ۱۷ مصاحبه با ۱۵ مشارکت‌کننده، ۲۲۶ کد اولیه، ۱۶ زیرطبقه و ۴ طبقه استخراج شد که از آن‌ها دو درون‌مایه "تعهد اخلاقی پرستار" و "استفاده پرستار از منابع اطلاعات" انتزاع گردید (جدول ۲).

## ۱. تعهد اخلاقی پرستار

مفهوم "تعهد اخلاقی پرستار" نشان‌دهنده نقش تمایلات و ادراکات اخلاق‌محور و باورها و اعتقادات تعهدآور در ایجاد احساس الزام در پرستار نسبت به کمک به مددجو با به کارگیری درمان‌های مکمل در امر مراقبت از وی می‌باشد. این درون‌مایه شامل دو طبقه تمایلات و ادراکات اخلاق‌محور و همچنین باورها و اعتقادات تعهدآور بود.

## ۱-۱. تمایلات و ادراکات اخلاق‌محور

پرستاران اظهار می‌کردند که در بسیاری از موارد بخشی از ادراکات و تمایلات آن‌ها که مبتنی بر اخلاقیات می‌باشد، آن‌ها را به سمت استفاده از روش‌ها برای مددجویان هدایت می‌کند.

برخی مشارکت‌کنندگان علت به کارگیری روش‌ها را در عملکرد بالینی خود درک احساسات مددجو، اعم از بیمار یا خانواده، و همدلی با آن‌ها ذکر می‌کردند. پرستاران بیان نمودند که تجربه مسائل و مشکلات مربوط به بیماری اطرافیان در ایجاد انگیزه همدلی بی‌تاثیر نمی‌باشد.

"بیمار روان رو درک می‌کنم، بیمار می‌دونم... دوستش دارم، به عنوان بیمار قبولش کردم؛ وقتی میشه برای آروم کردنش از روش‌های دیگه استفاده کرد، با دادن داروی اضافه به او موافق نیستم و از اون روش‌ها کمک می‌گیرم... من مریض رو... دوست دارم؛ شاید به خاطر اینه که از اول شروع کاریم که اومدم یا تو کار پرستاری گذاشتم، داداشم سرطان خون داشت...". (پرستار ۴۵ ساله - کارشناس)

در مورد علت به کارگیری روش‌ها برخی پرستاران به احساس وظیفه اشاره می‌کردند. برخی مشارکت‌کنندگان با تاکید بر وجود مسائل و مشکلات جسمانی و روحی روانی در مددجویان اظهار می‌کردند که اصلاً ماهیت شغل پرستاری ایجاب‌کننده است. این روش‌ها در حیطه فعالیت‌های پرستاری قرار دارد و چون آن‌ها پرستار هستند، باید به بیماران کمک کنند. حتی عده‌ای از بعد اخلاق حرفه‌ای به موضوع نگرینسته و خود را موظف به بکارگیری روش‌ها در بالین می‌دانستند. در این ارتباط یکی از مشارکت‌کنندگان در رابطه با به کارگیری روش‌هایی نظیر آرام‌سازی و ارتباط‌درمانی اظهار داشت:

"... من پرستار می‌تونم اجرا کنم می‌تونم اجرا نکنم. ولی به خاطر سلامت بیمار، من واقعاً خودم رو موظف دونستم که اینکارا برا مریض انجام بشه... من خودم وجداناً به خاطر وجدانی که نسبت به کارم دارم... به خاطر اون قسمی که خوردم، به خاطر اون تعهدی که نسبت به کارم دارم و خودم رو مسئول می‌دونم هر مانعی هم جلو من باشه من این روش‌ها رو به کار می‌گیرم... اصلاً

## ۲. استفاده پرستار از منابع اطلاعات

مفهوم "استفاده پرستار از منابع اطلاعات" بیانگر نقش منابع کسب اطلاعات در استفاده از درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری بالینی می‌باشد. این درون‌مایه شامل دو طبقه‌ی توجه به اطلاعات کسب شده از منابع غیررسمی و توجه به اطلاعات کسب شده از منابع رسمی است.

### ۲-۱. توجه به اطلاعات کسب شده از منابع غیررسمی

در بسیاری از موارد علت به کارگیری درمان‌های مکمل در امر مراقبت از مددجویان، توجه پرستاران به منابع کسب اطلاعات بالاخص منابع غیررسمی بود. در منابع کسب اطلاعات به‌خصوص در تجارب شخصی و دیده‌ها و شنیده‌ها، ردپای ارزش‌های فرهنگی و مذهبی کاملاً مشهود است.

پرستاران در رابطه با علت کاربرد درمان‌های مکمل در بالین، به نقش تجارب حرفه‌ای اشاره کردند و عمده‌ترین فلسفه کاربرد و تداوم استفاده از این روش‌ها در امر مراقبت از مددجویان بود. یکی از مشارکت‌کنندگان در رابطه با استفاده از عسل در درمان زخم بیان نمود:

"... در مورد عسل درمانی زخم اولین بار به من در بیمارستان ... همراهش گفت برایش استفاده کنید. بعد از ۳-۲ روز استفاده، دیدم زیر زخمش پیدا نیست ... می‌خواستم ولش کنم دیگه نزنم، زخم رو شستشو دادم دیدم ... انگار خودش دبرید کرده بود ... بعد ادامه دادیم ... اصلاً اسکارش هم به‌جا نموند دیگه این تو ذهن من موند و استفاده کردم". (پرستار ۳۳ - ساله - کارشناس)

برخی دیگر از پرستاران به مشاهده اثربخشی کاربرد شخصی روش‌ها برای خود یا اطرافیان اشاره داشتند. یک پرستار در این ارتباط اظهار نمود:

"من می‌بینم برا خودم موثره، آگه دل درد می‌کنم، بچه‌ام دل درد می‌کنه، عرق نعناع رو می‌خوریم خیلی موثره... دیگه برا مرضی که نفخ داره عرق نعناع گاوآژ می‌کنم یا قرص نعناع میدم". (پرستار ۳۶ - ساله - کارشناس)

یکی دیگر از منابع کسب اطلاعات پرستاران در رابطه با بکارگیری روش‌ها، دیده‌ها و شنیده‌ها در زندگی روزمره بود. مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که با مشاهده عملکرد و یا شنیدن صحبت‌های دیگران، اعم از بزرگان خانواده، پزشکان، مددجویان، همکاران، سرپرستاران، دانشجویان و حتی افراد عادی جامعه، به‌صورت کاملاً غیررسمی به کسب اطلاعات در رابطه با درمان‌های مکمل پرداخته و سعی می‌کنند تا این اطلاعات را در عملکرد حرفه‌ای خود بکارگیرند. اغلب آن‌ها به عملکرد پیشینیان که نشأت گرفته از ارزش‌های فرهنگی و یا مذهبی است، توجهی خاص داشتند.

"مهندس ح اینجا بستری بود آگه مای‌بی‌بیشون رو عوض می‌کردن موضعی عرق کاسنی استفاده می‌کردن ... برا جلوگیری از سوزش، ایشون عصاره گل سرخ رو ماساژ می‌دادن ... برا مرضی دیگه هم من توصیه می‌کنم همراها بیارن، براشون استفاده می‌کنم...". (پرستار ۳۶ - ساله - کارشناس)

محدودیت‌ها رو می‌شکنیم ... تو بخش، من می‌گم آرامش اون بچه و کاهش اضطرابش نسبت به مسائلی که در مورد کاهش ریت عفونت مطرح میشه، مثلاً فلان وسیله رو نیارید، ارجحه، اینکار رو کردم ... مشکلی هم ایجاد نمی‌کنه... به ندرت به موقع دیدم ظاهر مثلاً اون پتو خیلی تمیز نیست دادم اینجا شسته شده...". (پرستار ۳۳ - ساله - کارشناس)

باور به بی‌ضرر بودن روش‌ها و اعتقاد به مضر بودن داروهای شیمیایی و ارجح بودن درمان‌های مکمل نسبت به آن‌ها نیز جزء ادله مطرح شده از سوی پرستاران بود. در برخی موارد پرستاران حتی با وجود تردید در اثربخشی بعضی روش‌ها، به علت اعتقاد به بی‌ضرر بودن، آن‌ها را به کار می‌گرفتند. یکی از پرستاران در رابطه با استفاده از ترکیبات سنتی در بخش ویژه اظهار داشت:

"من اعتقاد دارم چرا آدم مثلاً قرص رانیتیدین بخوره، هیوسین بخوره، ترکیبات شیمیایی که مطمئناً کنارش به ضرر هم داره؛ ترجیح می‌دم عرق نعناع رو استفاده کنم ... من خودم این شاخه درمانا رو ضرری متوجه آدم نیست، خیلی بیشتر از شیمی درمانی دوست دارم". (پرستار ۳۶ - ساله - کارشناس)

اغلب پرستاران در توضیح علت به کارگیری روش‌ها به‌طور ویژه و به کرات به باور خود در زمینه مفید و موثر بودن روش‌ها اشاره می‌کردند. اعتقاد به مفید بودن این گونه درمان‌ها به قدری قوی بود که برخی از پرستاران کلیه سختی‌ها و موانع موجود در مسیر را به جان خریدند و به فعالیت خود در این زمینه ادامه می‌دادند.

"... با وجود اینکه به خاطر شرایط بخشمون خیلی مشکل داریم با همراها و کنترل آلودگی خیلی برامون سخت هست ولی چون اینکارا واقعاً برا نوزاد خوبه، نتیجه‌ای که می‌گیریم برامون ارزش داره؛ با همه حرفه‌ایی که هست بازم خودم به مادرا می‌گم بیان ...". (پرستار ۴۳ - ساله - کارشناس ارشد)

اعتقاد به پاداش الهی نیز در رابطه با بکارگیری درمان‌های مکمل در امر مراقبت از مددجویان، موضوعی بود که مورد توجه پرستاران قرار داشت. از آن‌جا که آن‌ها با به کارگیری این روش‌ها به اشکال مختلف به بهبود کیفیت زندگی مددجو کمک می‌کردند، این اقدام را کاری خیر و ثواب تلقی می‌نمودند.

"من بیشتر رو پاداش معنوی تاکید دارم، خودم اینجوری فکر می‌کنم... من می‌گم خدا هست، انرژی هست، اینکاری که داری می‌کنی بر می‌گرده به خودت، پس ما باید اون کاری رو بکنیم که درسته و برا مرضی مفیده...". (پرستار ۳۸ - ساله - کارشناس)

برخی پرستاران نیز هدف خود را از انجام این گونه فعالیت‌ها، ادای نذر و کار خیر بیان می‌کردند.

"... نیت اصلی خودم به نذر بود به خاطر پدر مادرم و خودم که مشکل داشتم، جراحی کردم، گفتم خدا یا آگه سلامتتم رو پیدا کردم، به مدت میام اینجا... علت اینکارا برا اینا همون نیت بود". (پرستار ۴۷ - ساله - کارشناس)

برخی پرستاران از آموخته‌های دوره تحصیل خود در مقاطع مختلف رشته پرستاری به‌عنوان منبع کسب اطلاعات استفاده می‌کردند.

"من مربی خودم تو پرستاری می‌گفت من کیسی داشتم که اینقدر سورش زیاد بود که دست توش می‌رفت، می‌گفت من با عسل طبیعی پرش کردم و به‌خاطر این‌که از اون استادم شنیده بودم برا بعضی مریضا اجرا کردم". (پرستار ۳۶-ساله - کارشناس)

برخی از یادداشت‌های ثبت شده توسط محقق نیز پیرامون نقش توجه پرستار به همین منبع اطلاعاتی می‌باشد. یک پرستار استفاده‌کننده از تکنیک‌های انحراف فکر و طب فشاری در زمان تزریق پنی‌سیلین برای یک کودک، در مواجهه با سوال محقق در یک گفتگوی غیررسمی در رابطه با علت استفاده از روش‌های فوق گفت:

"مربی‌مون تو کارآموزی گفته بود، بهمون یاد داده بود. انحراف فکر که تکلیفش معلومه؛ این ماساژ هم باعث میشه که درد کم بشه، الان یادم نیست به مکانیسمی هم داره؛ من هر وقت تزریق عضلانی انجام می‌دم سعی می‌کنم اینکار رو بکنم". (یادداشت در عرصه ۳، بیمارستان شهیدبهشتی کاشان)

جدول ۱: ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان

متغیر	تعداد (درصد)
وضعیت تاهل	مجرد ۲ (۱۳/۳۳)
	متاهل ۱۳ (۸۶/۶۶)
تحصیلات	کارشناسی ۱۳ (۸۶/۶۶)
	کارشناسی ارشد ۲ (۱۳/۳۳)
سمت فعلی	پرستار ۸ (۵۳/۳۳)
	مدیر پرستاری ۷ (۴۶/۶۶)
سن (سال)	۳۰-۳۴ ۳ (۲۰)
	۳۵-۳۹ ۵ (۳۳/۳۳)
انحراف معیار $\pm$ میانگین	۴۰-۴۴ ۳ (۲۰)
	۴۴-۴۹ ۴ (۲۶/۶۶)
سابقه کار (سال)	$39/38 \pm 5/81$
	۵-۹ ۱ (۶/۶۷)
انحراف معیار $\pm$ میانگین	۱۰-۱۴ ۷ (۴۶/۶۶)
	۱۵-۱۹ ۱ (۶/۶۷)
انحراف معیار $\pm$ میانگین	۲۰-۲۴ ۳ (۲۰)
	۲۵ ۳ (۲۰)
	$16/13 \pm 5/88$

عده‌ای از پرستاران نیز در رابطه با شروع استفاده از برخی روش‌ها از تجارب پزشکان در این زمینه بهره می‌گرفتند. در این رابطه یک مشارکت‌کننده بیان کرد:

"... گاهی بچه گریه می‌کنه به مادرم میگم شیرت رو بدوش رو پنبه بریز به مقدر، بذار بالاسر بچه؛ بوی شیر... این رو اول بار از دکتر "ح" سال‌ها قبل اینجا بود، شنیده بودم، می‌گفت پرستارا در فلان شهر اینکارو می‌کنن...". (پرستار ۴۳-ساله - کارشناس ارشد)

پرستاران جهت کسب اطلاعات از اهمیت همفکری فرابخشی نیز غافل نمی‌شدند. آن‌ها با پرستاران شاغل در بخش‌های مشابه به طرق مختلف در حال تعامل، تبادل نظر و تجربه بوده و از این طریق به کسب اطلاعات می‌پرداختند. آنها سعی می‌کردند بعد از اطمینان نسبت به ایمنی و اثربخشی روش پیشنهادی، آنرا در عملکرد مراقبتی خود بکار گیرند. در این رابطه تکنولوژی مدرن نیز یاری‌رسان آن‌ها می‌باشد. یک مشارکت‌کننده در همین راستا بیان کرد:

"الان با دوستانم تو بیمارستان‌های تهران، شهرهای دیگه از طریق وایبر خیلی در این زمینه تجربیاتمون رو رد و بدل می‌کنیم، اونا نظر می‌دن بعضاً می‌گن ما به کار گرفتیم و اثرش رو دیدیم. الان یکی... گفت اسطوخودوس رو ما برای مریضای آرتیزه تو ICU امتحان کردیم نتیجه می‌ده... من می‌خوام با پزشکای بیهوشی صحبت کنم... رو چند نفر امتحان کنم و اگر نتیجه داد... استفاده کنم". (پرستار ۳۳-ساله - کارشناس)

## ۲-۲. توجه به اطلاعات کسب شده از منابع رسمی

در برخی موارد منبع کسب اطلاعات پرستاران در رابطه با بکارگیری روش‌ها، منابع رسمی بودند. دوره‌های بازآموزی و آموزش‌های ضمن خدمت یکی از منابع رسمی است که بسیاری از مشارکت‌کنندگان از آن طریق اطلاعات خود را در زمینه درمان‌های مکمل کسب کرده بودند.

"من از طرف بیمارستان کلاس‌های هیپنوتیزم رو رفتم... و به‌صورت کامل دوره‌هاش رو دیدم، از اون موقع که آموزش دیدم، حرفه‌ای به‌کار می‌گیرم...". (پرستار ۳۸-ساله - کارشناس)

خودآموزی و مطالعه شخصی نیز از دید پرستاران مغفول نمانده بود. البته دسترسی به منابع در محل کار در این قضیه بی‌تاثیر نمی‌باشد. در این رابطه یک مشارکت‌کننده این‌گونه اظهار داشت:

"... در رابطه با این روش‌ها، چیزایی که برا بخش ما خوبه، خودمم مطالعه کردم، کتاب خوندم، به جزوه‌هایی هم مثلاً راجع به ماساژ تو بخش هست، استفاده کردم. حتی به مقالاتی رو نگاه کردم... می‌رم تو اینترنت، هر موقع فرصت کنم...". (پرستار ۳۲-ساله - کارشناس)

جدول ۲: روند شکل‌گیری درون‌مایه‌ها، طبقات و زیرطبقات

زیرطبقات	طبقات	درون‌مایه
درک مددجو و همدلی با وی		
احساس وظیفه		
تمایل به پیشگیری از عوارض ناشی از عدم استفاده	تمایلات و ادراکات اخلاق‌محور	
پاسخ به نیاز تشخیص داده شده در مددجو		تعهد اخلاقی پرستار
تمایل به پوشش کم‌کاری سایر درمانگران شاغل در بخش		
باور به اهمیت پیامدها		
باور به بدون عارضه بودن روش‌ها	باورها و اعتقادات تعهدآور	
باور به مفید واقع شدن		
اعتقاد به پاداش الهی		
توجه به دیده‌ها و شنیده‌ها		
تجارب حرفه‌ای	توجه به اطلاعات کسب شده از منابع غیررسمی	
تجارب شخصی		
استفاده از همفکری فرابخشی		استفاده پرستار از منابع اطلاعات
مطالعه شخصی		
بازآموزی و آموزش ضمن خدمت	توجه به اطلاعات کسب شده از منابع رسمی	
اطلاعات کسب شده در دوران تحصیل		

## بحث

بر اساس یافته‌های این پژوهش، دو درون‌مایه اصلی شامل "تعهد اخلاقی پرستار" و "استفاده پرستار از منابع اطلاعات" حاصل شد که هر کدام از دو طبقه اصلی تشکیل شده بودند.

تعهد اخلاقی در پرستار یکی از اجزای اصلی درک پرستاران بود که به‌عنوان یک عامل محرک قوی آن‌ها را به سمت استفاده از روش‌های مکمل جهت تعدیل مشکلات مددجو هدایت می‌کرد. به تعبیر روشن‌تر تمایلات و ادراکات اخلاق‌محور پرستار و باورها و اعتقادات تعهدآور وی، حاصل درک پرستار از مددجو و همدلی با وی، احساس وظیفه نسبت به مددجو، درک پرستار از عوارض ناشی از عدم استفاده از روش‌ها بالاخص عوارض داروهای شیمیایی، احساس نیاز در مددجو، تمایل به پوشش کم‌کاری سایر درمانگران، باور به اهمیت آرامش بیمار، باور به بی‌ضرر بودن و کارایی روش‌ها و اعتقاد به پاداش الهی، تشکیل‌دهنده شاکله اصلی درک و نگرش پرستاران نسبت به علل استفاده از درمان‌های مکمل بوده است.

برخی پژوهش‌های کمی با طراحی مقطعی، همسو با یافته‌های تحقیق حاضر نشان داده‌اند، عواملی نظیر وجود شواهد علمی<sup>۳</sup>، علاقه و تمایل شخصی<sup>۳۴</sup>، وابستگی به جریانات مذهبی<sup>۳۳</sup>، استفاده شخصی از روش‌ها<sup>۳۴</sup>،<sup>۳۵</sup>،<sup>۳۶</sup> ادراک پرستار نسبت به فوائد درمان‌های مکمل<sup>۳</sup>، آشنایی با روش‌ها<sup>۳۵</sup>،<sup>۳۶</sup> باور به کارایی روش‌ها<sup>۳۴</sup>،<sup>۳۶</sup> برخوردار از آموزش رسمی در رابطه با درمان‌های مکمل، نگرش مثبت نسبت به درمان‌های مکمل<sup>۳۶</sup>، آشنایی

حرفه‌ای با درمان‌های مکمل، دیدگاه‌های حرفه‌ای<sup>۳۵</sup> و اعتقاد به کم‌عارضه بودن روش‌ها<sup>۳۴</sup> میزان استفاده از آن‌ها را در عملکرد بالینی افزایش می‌دهند. نتایج مطالعه Cooke و همکاران (۲۰۱۲) بر روی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه در کشور استرالیا همانند مطالعه حاضر، بیانگر آن است که بین ادراک پرستاران نسبت به مشروعیت داشتن و مفید بودن درمان‌های مکمل و دانش و آموزش مرتبط با آن‌ها با استفاده حرفه‌ای از این‌گونه روش‌ها ارتباط وجود دارد.<sup>۱۴</sup> در مطالعه Wardle و همکاران (۲۰۱۳) در کشور استرالیا علل ارجاع بیماران توسط پزشکان عمومی به ماساژ درمان، استفاده شخصی، باور به کارایی، تجربه اثرات مثبت روی بیماران و ارتباط با افراد ماساژ درمان معرفی شدند؛<sup>۳۷</sup> که این یافته‌ها نیز با یافته‌های مطالعه حاضر مطابقت دارد. در مطالعه Kristiniak (۲۰۱۱) که با رویکرد پدیدارشناسی به بررسی تجارب پرستاران آمریکایی استفاده‌کننده از درمان‌های مکمل پرداخته بود؛ علت تصمیم به استفاده از درمان‌های مکمل توسط پرستاران، مدیریت علائم، شکست در درمان و ادغام با مراقبت عمومی گزارش شد. در واقع آن‌ها بی‌اثر بودن گه‌گاه درمان‌های رایج، مشاهده تسکین علائم بیمار به‌دنبال به‌کارگیری روش‌ها و تمایل مسئولین به برنامه ادغام را از دلایل کاربرد روش‌ها برشمرده بودند. دو عامل مدیریت علائم و شکست در درمان در راستای زیرطبقات "باور به مفید بودن روش‌ها" و "تمایل به پیشگیری از عوارض ناشی از عدم استفاده" می‌باشد. شاید یکی از دلایل تفاوت در استخراج سایر طبقات متفاوت در مطالعه مذکور این امر باشد که



روش را در امر مراقبت استفاده نمایند.<sup>۱۸</sup> علی‌رغم اینکه در این مطالعه صرفاً لمس درمانی مدنظر بود، با این حال این یافته تاحدی با درون‌مایه تعهد اخلاقی در مطالعه حاضر مطابقت دارد.

در پژوهش حاضر مشخص شد پرستاران از منابع مختلف به کسب اطلاعات پرداخته و با دید مثبتی که به تبع کسب اطلاعات نسبت به این گونه روش‌ها پیدا می‌کنند، آن‌ها را در عملکرد حرفه‌ای خود مورد استفاده قرار می‌دهند. سایر مطالعات نیز نشان می‌دهند که پرستاران از منابع مختلف اعم از رسمی و غیررسمی نظیر رسانه‌های گروهی، کتب، مجلات و روزنامه‌ها، کنفرانس‌ها، اینترنت، خانواده، دوستان، همکاران، افراد درمانگر و کلاس‌های آموزشی به کسب اطلاعات می‌پردازند و به‌دنبال آگاهی از روش‌ها به‌خصوص در زمینه کارایی و ایمنی، سعی می‌کنند در امر مراقبت از بیماران از آن‌ها بهره‌گیرند.<sup>۸،۳۴</sup>

در تحقیقی که Johannessen (۲۰۱۳) با رویکرد اقدام‌پژوهی به بررسی تجربه پرستاران نروژی در رابطه با آروماتراپی در بیماران دمانسی مبتلا به اختلال خواب پرداخته بود؛ یکی از علل تمایل پرستاران به تداوم استفاده از آروماتراپی، مشاهده اثرات مثبت روی بیمار و علم به طبیعی بودن آن ذکر شد.<sup>۳۳</sup> این یافته با زیربقات "تجارب حرفه‌ای" و "باور به بدون عارضه بودن روش‌ها" در پژوهش حاضر مشابهت دارد.

Johannessen و Garvik (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای که با رویکرد پدیدارشناسی به بررسی تجارب پرستاران در رابطه با استفاده از درمان‌های مکمل در آسایشگاه‌های سالمندان کشور نروژ پرداخته بودند؛ همانند پژوهش فعلی، تجربه، مشاهده اثرات مثبت و علاقه پرستاران را از جمله عوامل محرک در بکارگیری درمان‌های مکمل معرفی کردند.<sup>۳۲</sup> علل گزارش شده مؤید زیرطبقه "تجارب حرفه‌ای" و طبقه "تمایلات و ادراکات اخلاق‌محور" در پژوهش فعلی می‌باشند.

همان‌گونه که مشهود است، هر یک از مطالعات فوق به گونه‌ای تأییدکننده برخی از یافته‌های مطالعه فعلی می‌باشند. در مجموع به‌علت برخی تفاوت‌های ذکر شده در متن گزارشات نظیر تفاوت در زمان و مکان و زمینه‌های فرهنگی اجتماعی، ویژگی‌های ساختاری عرصه‌های بالینی و مشخصات نمونه‌های مورد بررسی به‌خصوص از حیث شخصیت، باورهای مذهبی، سطح تحصیلات و آموزش‌های اختصاصی، بدیهی است علل استفاده از درمان‌های مکمل در عملکرد بالینی توسط پرستاران از نظر تعداد و تنوع در مطالعات مختلف قدری متفاوت باشند.

در ایران در بخش آموزش پرستاری در طول ۲-۱ سال اخیر در مقطع کارشناسی‌ارشد برخی گرایش‌های پرستاری، تا حدودی به موضوع درمان‌های مکمل پرداخته شده است. در برنامه‌های آموزش ضمن خدمت نیز جایگاه اختصاصی برای این گونه روش‌ها منظور نشده است و هیچ‌گونه مدل یا برنامه عملیاتی رسمی نیز در این زمینه در بیمارستان‌ها وجود ندارد. براساس مطالب گفته شده، یافته‌های تحقیق حاضر قابل توجه است و بدیهی است که در این خصوص پرستاران از منابع مختلف، عمدتاً منابع غیررسمی، کسب

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه همگی در زمینه درمان‌های مکمل آموزش دیده و در یک بیمارستان دارای نشان Magnet به فعالیت اشتغال داشتند.<sup>۲۶</sup> در حالی‌که در مطالعه حاضر همه پرستاران دوره آموزشی را سپری نکرده بودند.

در پژوهش Fletcher و همکاران (۲۰۱۴) که با رویکرد کیفی به بررسی ادراک مدیران و ارائه‌دهندگان درمان‌های مکمل در یک سازمان بهداشتی وابسته به علوم نظامی در کشور آمریکا اختصاص داشت، درون‌مایه‌ی استخراج شده در رابطه با علل انتخاب این روش‌ها، "دانش و نگرش" بود که مشابه مطالعه فعلی، عملکرد پرسنل متأثر از دو عامل مذکور گزارش شده بود.<sup>۳۱</sup> درون‌مایه "دانش و نگرش"، هر دو درون‌مایه "تعهد اخلاقی" که منتج از نگرش بوده و استفاده پرستار از منابع کسب اطلاعات" را در مطالعه حاضر تأیید می‌نماید. در مطالعه‌ای که با رویکرد کیفی به بررسی تجارب پرستاران آمریکایی در رابطه با توصیه به استفاده از روش‌های طب چینی اختصاص داشت؛ برخی پرستاران در مورد علت توصیه، به پرستار بودن و نقش خود در کمک به مردم تأکید کرده بودند؛<sup>۳۸</sup> که این یافته همسو با زیرطبقه "احساس وظیفه" در مطالعه کنونی می‌باشد. در مطالعه طراحی شده توسط Van der Riet و همکاران (۲۰۱۲) که با روش تحلیل گفتمان به بررسی تجارب پرستاران تایلندی در رابطه با استفاده از درمان‌های مکمل در بخش‌های بازتوانی پرداخته بود، کل‌نگری مورد تأکید قرار گرفته و انگیزه برخی از پرستاران، فعالیت خیر ذکر شده بود<sup>۳۹</sup> که یافته اخیر در راستای زیرطبقه "اعتقاد به پاداش الهی" در پژوهش حاضر می‌باشد.

در مطالعه Hall و همکاران (۲۰۱۳) که با رویکرد گراند تئوری به تبیین فاکتورهای شکل‌دهنده رفتار ماماها در رابطه با استفاده زنان باردار از درمان‌های مکمل پرداخته بود، یکی از طبقات استخراج شده به آگاهی و باورهای ماماها اختصاص داشت<sup>۴۰</sup> که این یافته با درون‌مایه "استفاده پرستار از منابع اطلاعات" و طبقه "باورها و اعتقادات تعهدآور" در مطالعه حاضر مطابقت دارد. در مطالعه Kim و همکاران (۲۰۱۳) با رویکرد گراند تئوری در رابطه با فرایند پذیرش درمان‌های مکمل در بین پرستاران کره‌ای، علاقه داشتن به روش و محدودیت‌های پزشکی رایج به‌عنوان شرایط علی گزارش شدند.<sup>۳۵</sup> مضمون "علاقه داشتن به روش" در راستای طبقه "ادراکات و تمایلات اخلاق‌محور" در مطالعه حاضر می‌باشد. البته در تطابق یافته‌ها، توجه به این نکته که کلیه مشارکت‌کنندگان در تحقیق مذکور به‌طور رسمی آموزش دیده بودند و پدیده مورد مطالعه صرفاً فرآیند پذیرش اینگونه روش‌ها از سوی آن‌ها بوده است، ضروری است.

در پژوهش Anderson و همکاران (۲۰۱۵) که با رویکرد تحلیل محتوا به بررسی ادراک پرستاران آمریکایی در رابطه با لمس تسکینی پرداخته شده بود، یکی از درون‌مایه‌های استخراج شده، کل‌نگری ماوراء آگاهی از شرح وظیفه بود. به‌عبارت دیگر مشارکت‌کنندگان در آن مطالعه بیان کرده بودند که عملکرد آن‌ها در این زمینه مبتنی بر وظیفه نبوده و به‌علت دیدگاه کل‌نگری و برقراری ارتباط درمانی با بیمار سعی می‌کردند که این

### تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان بیان نشده است.

### سهم نویسندگان

زهرا تقریبی: طراحی مطالعه، جمع‌آوری، آنالیز و تفسیر داده‌ها و نگارش  
پیش‌نویس مقاله

سیما محمدخان کرمانشاهی: مشارکت در طراحی مطالعه، آنالیز و تفسیر  
داده‌ها و انجام اصلاحات اساسی در دست‌نوشته و نظارت بر مطالعه  
عیسی محمدی: مشارکت در طراحی مطالعه، آنالیز و تفسیر داده‌ها و  
انجام اصلاحات اساسی در دست‌نوشته و نظارت بر مطالعه

### سپاسگزاری

این مقاله بخشی از رساله دکتری تخصصی پرستاری دانشگاه تربیت  
مدرس به شماره مصوب کمیته اخلاق ۵۵۲/۵۱۸۷ مورخ ۹۳/۸/۲۰ می‌باشد  
که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه مذکور تایید و مورد حمایت مالی قرار  
گرفته است [۵۵۲/۴۵۰۴ مورخ ۹۳/۷/۱۴]. تیم پژوهش از کلیه  
مشارکت‌کنندگان بابت تجارب ارزشمند خود؛ همچنین از معاونت  
پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به‌خاطر حمایت مالی تشکر می‌نمایند.

اطلاعات نموده و تلاش می‌کنند تا آنچه که با توجه به شواهد و قراین  
موجود، از دید آن‌ها ایمن و کارا بوده و با تمایلات، مبانی اعتقادی و شرح  
وظایف آن‌ها همخوانی دارد، را در عملکرد حرفه‌ای خود بکار گیرند.

هم‌راستا بودن یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج سایر مطالعات، می‌تواند  
انتقال‌پذیری یافته‌ها باشد؛ با این حال به علت محدود بودن محیط نمونه‌گیری،  
تفسیر یافته‌ها بایستی با احتیاط صورت گیرد.

### نتیجه‌گیری

در این مطالعه مشخص شد، تأکید پرستاران در رابطه با علت کاربرد  
درمان‌های مکمل در عملکرد بالینی، دانش و تعهد اخلاقی برگرفته از درک  
می‌باشد. لذا براساس یافته‌های مطالعه حاضر، جهت ترویج استفاده از  
درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری، مهیا ساختن آموزش‌های مناسب و  
مکفی برای دانشجویان پرستاری در مقاطع مختلف تحصیلی الزامی است.  
علاوه بر این، در قالب برنامه‌های آموزش مداوم و ضمن خدمت برای  
پرستاران شاغل باید به مبحث درمان‌های مکمل توجه ویژه شود. راه‌اندازی  
گرایش‌های تخصصی مرتبط برای پرستاران نیز از دید مسئولین نباید مغفول  
بماند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی به طراحی ابزار مناسب اقدام و مدل  
عوامل علی منجر به کاربرد درمان‌های مکمل توسط پرستاران در عملکرد  
بالینی ارائه گردد. به‌علاوه به نظر می‌رسد تجارب پرستاران ارائه‌دهنده این گونه  
روش‌ها در کلینیک‌های خصوصی نیز می‌تواند ابعاد دیگری از موضوع را  
روشن سازد.

### References

- Committee on the use of complementary and alternative medicine by the American public. *Complementary and Alternative Medicine in the United States*. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2005.
- Lindquist R, Snyder M, Tracy MF. *Complementary & alternative therapies in nursing*. 6<sup>th</sup> ed. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2014.
- Tracy MF, Lindquist R, Savik K, Watanuki S, Sendelbach S, Kreitzer MJ, Berman B. Use of complementary and alternative therapies: a national survey of critical care nurses. *American Journal of Critical Care* 2005; 14(5): 404-15.
- Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. *Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2007*. National Health Statistics Reports 2008, 1(12): 1-25.
- Harris PE, Cooper KL, Relton C, Thomas KJ. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *International Journal of Clinical Practice* 2012; 66(10): 924-39.
- Nayernouri T. Sense and nonsense in the practice of medicine a critique of traditional Iranian medicine. *Archives of Iranian Medicine* 2013; 16(12): 731-5.
- Heidarifar R, Mehran N, Momenian S, Mousavi SM, Kouhbor M, Hajjaligol A. A study of the status of use of drug plants and its related factors in Qom city, Iran. *Qom University of Medical Sciences Journal* 2013; 7(4): 95-100. [Persian]
- Cutshall S, Derscheid D, Miers AG, Ruegg S, Schroeder BJ, Tucker S, et al. Knowledge, attitudes, and use of complementary and alternative therapies among clinical nurse specialists in an academic medical center. *Clinical Nurse Specialist* 2010; 24(3): 125-31.
- Chang HY, Chang HL. A review of nurses' knowledge, attitudes, and ability to communicate the risks and benefits of complementary and alternative medicine. *Journal of Clinical Nursing* 2015; 24(11-12): 1466-78.
- Fernández-Cervilla AB, Piris-Dorado AI, Cabrer-Vives ME, Barquero-González A. Current status of complementary therapies in Spain in nursing degree. *Revista latino-americana de Enfermagem* 2013; 21(3): 679-86.
- Antigoni F, Dimitrios T. Nurses' attitudes towards complementary therapies. *Health Science Journal* 2009; 3(3): 149-57.
- Nottingham EN. Complementary and alternative medicine: nurse practitioner education and practice. *Holistic Nursing Practice* 2006; 20(5): 242-6.
- O'Regan P, Wills T, O'Leary A. Complementary therapies: a challenge for nursing practice. *Nursing Standard* 2010; 24(21): 35-9.
- Cooke M, Mitchell M, Tiralongo E, Murfield J. Complementary and alternative medicine and critical

- care nurses: a survey of knowledge and practices in Australia. *Australian Critical Care* 2012; 25(4): 213-23.
15. McEvoy L, Duffy A. Holistic practice: a concept analysis. *Nurse Education in Practice* 2008; 8(6):412-9.
  16. Papathanasiou I, Sklavou M, Kourkouta L. Holistic nursing care: theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science* 2013; 2(1): 1-5.
  17. Trail-Mahan T, Mao CL, Bawel-Brinkley K. Complementary and alternative medicine: nurses' attitudes and knowledge. *Pain Management Nursing* 2013; 14(4): 277-86.
  18. 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. *Journal of Holistic Nursing* 2015; Published online doi: 10.1177/0898010115592744.
  19. McDowell JE, Burman ME. Complementary and alternative medicine: a qualitative study of beliefs of a small sample of Rocky Mountain area nurses. *Medsurg Nursing* 2004; 13(6): 383-90.
  20. Cant S, Watts P, Ruston A. The rise and fall of complementary medicine in national health service hospitals in England. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2012; 18(3): 135-9.
  21. Fletcher CE, Mitchinson AR, Trumble EL, Hinshaw DB, Dusek JA. Perceptions of providers and administrators in the veterans health administration regarding complementary and alternative medicine. *Medical Care* 2014; 52(12): 91-6.
  22. Johannessen B, Garvik G. Experiences with the use of complementary and alternative medicine in nursing homes: a focus group study. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2016; 23: 136-40.
  23. Johannessen B. Nurses experience of aromatherapy use with dementia patients experiencing disturbed sleep patterns. an action research project. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2013; 19(4): 209-13.
  24. Wool C, Kozak LE, Lindley LC. Work environment facilitators to the availability of complementary and alternative therapies in perinatal hospices. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2015; 17(5): 391-6.
  25. Kim AK, Lee YS, Kim HJ. The process of acceptance of complementary and alternative therapies (cats) among nurses: grounded theory approach. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2013; 43(5): 669-80.
  26. Kristiniak S. Exploring the experiences of complementary nurses: a qualitative phenomenological study [MSC thesis] Arisona: University of Phoenix, 2011.
  27. Johannessen B. Why do norwegian nurses leave the public health service to practice CAM? *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2009; 15(3): 147-51.
  28. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Co; 2010.
  29. Speziale HS, Streubert H, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
  30. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 62(1): 107-15.
  31. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 2005; 15(9): 1277-88.
  32. 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.
  33. Shorofi SA, Arbon P. Nurses' knowledge, attitudes, and professional use of complementary and alternative medicine (CAM): a survey at five metropolitan hospitals in Adelaide. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2010; 16(4): 229-34.
  34. Holroyd E, Zhang AL, Suen LK, Xue CC. Beliefs and attitudes towards complementary medicine among registered nurses in Hong Kong. *International Journal of Nursing Studies* 2008; 45(11): 1660-6.
  35. Hirschhorn KA, Bourgeault IL. Conceptualizing mainstream health care providers' behaviours in relation to complementary and alternative medicine. *Social Science & Medicine* 2005; 61(1): 157-70.
  36. Wong LY, Toh MP, Kong KH. Barriers to patient referral for complementary and alternative medicines and its implications on interventions. *Complementary Therapies in Medicine* 2010; 18(3): 135-42.
  37. Wardle JL, Sibbritt DW, Adams J. Referral to massage therapy in primary health care: a survey of medical general practitioners in rural and regional new south wales, Australia. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 2013; 36(9): 595-603.
  38. Bertrand SW. Registered nurses integrate traditional Chinese medicine into the triage process. *Qualitative Health Research* 2012; 22(2): 263-73.
  39. Van der Riet P, Dedkhard S, Srithong K. Complementary therapies in rehabilitation: nurses' narratives, Part 1. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21(5-6): 657-67.
  40. Hall HG, McKenna LG, Griffiths DL. Contextual factors that mediate midwives' behaviour towards pregnant women's use of complementary and alternative medicine. *European Journal of Integrative Medicine* 2013; 5(1): 68-74.

## *The nurses' perceptions of the reasons for using complementary therapies in clinical nursing practice*

Zahra Tagharrobi<sup>1</sup>, Sima Mohammadkhan Kermanshahi<sup>2</sup>, Eesa Mohammadi<sup>3</sup>

1. PhD candidate in Nursing, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2. Assistant professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
3. Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Original Article

*Medical - Surgical Nursing Journal, 2016; 5(1): 1-11.*

### ABSTRACT

**Background and Objective:** Many of the nurses has been calling for the integration the complementary therapies into the conventional medicine. Some of them use these methods in their clinical practice. The reasons for application of complementary therapies by nurses are different in various fields. Identification of these reasons are essential and important. So, this study was conducted to explore the nurses' perceptions of the reasons for using complementary therapies in clinical nursing practice.

**Materials and Method:** This qualitative content analysis study was done from June 2014 to July 2015 in Isfahan and Kashan cities. Sampling was done purposively and was continued until data saturation. Semi-structured interviews were done with fifteen nurses who had first-hand and rich experience. Data were analyzed concurrently with data collection. Data analysis was done via the conventional content analysis approach and MaxQDA software was used to help organizing and analyzing the data.

**Results:** Results showed that 4 major categories including ethical trends & perceptions, 'commitment beliefs, attention to information from informal sources' and attention to information from formal sources. Also two main themes including 'nurse's moral obligation' and 'nurse' use of information sources' were abstracted.

**Conclusion:** The nurse's practice about the reasons for using complementary therapies in clinical settings can be explained by their moral obligation and obtained information from various sources especially informal sources. These findings are useful for managers to designing guidelines and models related to integration of complementary therapies into nursing practice.

**Keywords:** *Complementary therapies, nursing, qualitative research*

### Correspondence:

Sima Mohammadkhan  
Kermanshahi  
Tarbiat Modares  
University

### Email:

kerman\_s@modares.ac.ir

Received: 29/12/2015  
Accepted: 18/04/2016

**Please cite this article as:** Tagharrobi Z, Mohammadkhan Kermanshahi S, Mohammadi E. The nurses' perceptions of the reasons for using complementary therapies in clinical nursing practice. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2016; 5(1): 1-11.



# Medical & Surgical Nursing Journal

Vol. 5, No. 1, 2016



Iranian Nursing Association

Owned and Published by: Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Nursing and Midwifery school

ISSN: 2322-178X

Online ISSN: 2322-4169

Islamic Guidance License No: 19191/90,  
90.7.24

Director in Charge: Ali Navidian

Editor-in-Chief : Ali Navidian

Executive Manager: Fatiheh Kermansaravi

Scientific & Literature Editor: Fereshteh Najafi

English Editor: Fariba Yaghoubinia

Journal Expert: Toktam Kianian

Executive Expert & Site Manager: Mahdiye Rezaei

## Editorial Board

**Fazlollah Ahmadi.** Professor of Nursing, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

**Abbas Abbaszadeh.** Professor of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Hosein Ansari.** Assistant Professor of Epidemiology, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

**Abbas Ebadi.** Associate Professor of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Masoud Fallahi Khoshknab.** Associate Professor of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

**Fatiheh Kermansaravi.** Assistant Professor of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

**Negin Masudi Alavi.** Professor of Nursing, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

**Zahra Moodi.** Assistant Professor of Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

**Reza Negarandeh.** Professor of Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Ali Navidian.** Associate Professor of Councilor Family, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

**Maryam Rassouli.** Associate Professor of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Farideh Yaghmaei.** Associate Professor of Nursing, Islamic Azad University of Zanjan, Zanjan, Iran

**Fariba Yaghoubinia.** Assistant Professor of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

**Ali Zargham.** Associate Professor of Nursing, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

## The referee of this issue

Ansari H. (PhD), Behnam Vashani HR. (MSc), Dehghan M. (PhD Student), Ghaljaei F. (PhD), Kazemi N. (MSc), Kianian T. (MSc), Mohsen Pour M. (PhD Student), Mousavi S. (PhD Student), Rasouli M. (PhD), Rezaei N. (PhD), Rahnama M. (PhD), Sabzevari S. (PhD), Sheikhi MR. (PhD Student), Yaghoubinia F. (PhD), Zeighami R. (PhD)

**Journal Scope:** Nursing

**Funded By:** Zahedan University of Medical Sciences, Deputy Minister for Research and Technology with cooperation by Iranian Nursing Scientific Association

Reprinting of this publication is subject to citing the references, and all rights reserved.

**This Journal is Indexed & Abstracted in:**

**CINAHL, ISC, Iran Medex, Magiran, SID, Google Scholar**

**Address:** Medical & Surgical Nursing Journal, Mashahir Square, Zahedan Nursing and Midwifery School. P.O. Box: 98169-13396.

Tel: +98 54 33438473 fax: +98 54 33442481, email: ijmsn@zaums.ac.ir