

فصلنامه علمی - پژوهشی طب مکمل، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۵

موانع کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری: آنالیز محتوای کیفی

زهرا تقریبی^۱، سیما محمدخان کرمانشاهی^{۲*}، عیسی محمدی^۳

۱. دانشجوی دکترای پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده‌ی علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۲. دکترای پرستاری، دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده‌ی علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۳. دکترای پرستاری، استاد، گروه پرستاری، دانشکده‌ی علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۳/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۹/۱۵

چکیده

مقدمه: در راستای پاسخ به نیازهای مراقبتی جامعه، لازم است کارکنان پرستاری در عملکرد حرفه‌ای خود از درمان‌های مکمل استفاده کنند و جهت ارائه‌ی راهبردهای مناسب در این زمینه، شناسایی موانع موجود در عرصه‌های بالینی الزامی است. این مطالعه با هدف بررسی ادراک پرستاران بالینی در رابطه با موانع کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری بالینی طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، پژوهشی کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی بود و در فاصله‌ی تیرماه ۱۳۹۳ تا تیرماه ۱۳۹۴ در ایران اجرا شد. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. با ۱۵ پرستار دارای تجربه‌ی غنی و ۲ پزشک، به‌صورت نیمه‌ساختاریافته‌ی عمیق، مصاحبه شد. داده‌ها، هم‌زمان با جمع‌آوری، به روش تحلیل محتوای قراردادی آنالیز شدند. جهت سازمان‌دهی و کمک به تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAX QDA استفاده شد.

یافته‌ها: در رابطه با هدف پژوهش، ۵ طبقه‌ی اصلی «دانش ناکافی پرستار»، «موانع مربوط به شرایط روانی - فرهنگی حاکم بر پرستار»، «شرایط و امکانات نامناسب»، «موانع پرسنلی غیر پرستاری» و «حمایت ناکافی مدیران غیر پرستار» استخراج شد که از آن‌ها دو مضمون اصلی «آمادگی ناکافی پرستار» و «محدودکننده‌های سازمانی» انتزاع گردید.

نتیجه‌گیری: آمادگی ناکافی پرستار و محدودکننده‌های سازمانی، پرستاران را در به‌کارگیری درمان‌های مکمل با مشکل مواجه ساخته و به‌عنوان بازدارنده عمل می‌کنند. آگاهی دست‌اندرکاران از ویژگی‌های این دو مضمون، برای ارائه‌ی دستورالعمل‌های مناسب به‌منظور عملیاتی کردن برنامه‌های تلفیق درمان‌های مکمل با عملکرد پرستاری، مفید است.

کلیدواژه‌ها: تحقیق کیفی، پرستاری، درمان‌های مکمل.

*نویسنده مسئول: E.mail: kerman_s@modares.ac.ir

مقدمه

جامعه دانسته و خاطرنشان کرده‌اند که این گروه باید به سرعت در این جهت اقدام کنند (۱۱). مراقبت کل‌نگر، تئوری‌های پرستاری، اخلاق پرستاری و طبقه‌بندی‌های مطرح در علم پرستاری، همگی توجیه‌کننده‌ی لزوم استفاده از CTs در عملکرد پرستاری می‌باشند (۶، ۱۴-۱۲). باین‌حال، در خصوص لحاظ نمودن CTs به‌عنوان جزء لاینفک برنامه‌ی مراقبتی در برخی پرستاران، کماکان تردید وجود دارد (۱۳).

بسیاری از مطالعات بین‌المللی (۱۰، ۱۶-۱۴) و ملی (۱۷) نشان‌دهنده‌ی نگرش مثبت و ابراز تمایل زیاد پرستاران نسبت به کاربرد CTs در عملکرد بالینی است؛ حتی برخی از پژوهش‌ها این تلفیق را از دید پرستاران بسیار ضروری و مهم گزارش کردند (۱۶، ۱۸). لیکن مشهود است که تناسبی بین میزان علاقه‌ی پرستاران نسبت به درمان‌های مکمل و میزان استفاده‌ی آن‌ها از این‌گونه روش‌ها در عملکرد حرفه‌ای‌شان وجود ندارد؛ پژوهش ولیس و چو^۳ (۱۵) و سونگ^۴ و همکاران (۱۹) به موضوع طرح‌شده دلالت دارند.

عدم همخوانی بین نوع نگرش پرستاران با آمارهای موجود و وضعیت مشهود در رابطه با کاربرد CTs در عملکرد پرستاری، حاکی از این است که پرستاران در ارتباط با تلفیق درمان‌های مکمل در عملکرد حرفه‌ای خود با موانعی روبرو هستند؛ مطالعه‌ی انجام‌شده به‌وسیله‌ی ون‌ولیت^۵ و همکاران مؤید این ادعاست (۱۸). جهت موفقیت در تلفیق CTs با عملکرد پرستاری، یکی از گام‌های ضروری، شناسایی موانع موجود است؛ چراکه دست‌اندرکاران می‌توانند به دنبال بررسی و شناسایی موانع، راهکارهای مناسب را در این زمینه ارائه دهند و جهت رفع موانع اقدام کنند.

تعدادی از محققان در بخشی از مطالعه‌ی خود در کشورهای خارجی با رویکرد کمی به بررسی این موانع پرداخته‌اند (۲۰، ۱۸، ۱۵، ۱۰، ۶)؛ در ایران نیز در یک مطالعه‌ی محلی انجام‌شده در شهرکرد با تعداد نمونه‌ی محدود، موانع

درمان‌های مکمل (CTs)^۱ شامل گستره‌ی وسیعی از منابع شفابخش است که جهت پیشگیری یا درمان بیماری، ارتقاء سلامت و یا بهبود وضعیت کلی فرد در کنار درمان‌های مرسوم به کار می‌روند (۱). البته صاحب‌نظران سعی کرده‌اند با طبقه‌بندی این روش‌ها، درزمینه‌ی تعریف آن‌ها به شفاف‌سازی بیشتری بپردازند (۲).

هم‌اکنون، این‌گونه درمان‌ها در جوامع مختلف به‌وفور مورد استفاده قرار می‌گیرند (۳). در ایران فراوانی استفاده از حداقل یکی از روش‌های مکمل در طول یک سال در ساکنان شهر تهران ۵۲/۵٪ اعلام شده است (۴). صرف‌نظر از عموم جمعیت، درصد قابل توجهی از بیماران بستری نیز از روش‌های مکمل استفاده کرده یا متقاضی استفاده از آن‌ها هستند (۵، ۶). این در حالی است که فقط تعداد محدودی از بیمارستان‌ها برخی از این روش‌ها را ارائه می‌دهند (۷). در غالب کشورها از جمله ایران، درصد کمی از مصرف‌کنندگان به توصیه‌ی کارکنان بهداشتی - درمانی از این روش‌ها استفاده می‌کنند (۸، ۶) و اکثر آنان، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی رایج را در جریان استفاده‌ی خود از این روش‌ها قرار نمی‌دهند. این موضوع می‌تواند مسائل و مشکلات عدیده‌ای را به دنبال داشته باشد (۹)؛ بنابراین، نظام بهداشتی - درمانی باید پاسخ‌گویی نیاز جامعه بوده و با تحولات ایجادشده همگام شود.

درصد زیادی از جمعیت شاغل در حوزه‌ی سلامت را پرستاران تشکیل می‌دهند. برخی صاحب‌نظران مطرح کرده‌اند که پرستاران در به‌کارگیری CTs دارای جایگاهی ایده‌آل، منحصربه‌فرد و استراتژیک هستند (۷، ۱۱، ۱۰). برخی از انجمن‌های پرستاری نیز از الحاق این روش‌ها به مراقبت سلامت رایج حمایت کرده و به‌کارگیری آن‌ها را جزء شرح وظایف پرستاران عنوان کرده‌اند (۱۲). شروفی و آربون^۲ نگرش مثبت پرستاران نسبت به درمان‌های مکمل را نشان‌دهنده‌ی آمادگی آنان جهت پاسخ‌گویی به نیاز

³ Chu & Wallis⁴ Sung⁵ Van Vliet¹ Complementary therapies / CTs² Shorofi & Arbon

ادراک پرستاران بالینی در رابطه با موانع کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری بالینی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مبتنی بر رویکرد پژوهشی طبیعت‌گرا (۳۳) با طراحی کیفی با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. این روش به‌عنوان روشی نظام‌مند به‌منظور توصیف عمیق پدیده‌ی به‌کاررفته برای بررسی تجارب افراد نسبت به موضوعی خاص مناسب است و زمانی کاربرد دارد که تئوری و مطالعات موجود در رابطه با پدیده‌ی مورد مطالعه محدود باشند (۳۳، ۳۴).

جهت انتخاب نمونه‌های دارای تجربه‌ی غنی، از نمونه-گیری مبتنی بر هدف (۳۳) 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 در اختیار محقق نیز جزء معیارهای ورود منظور شد. اولین مشارکت‌کننده، پرستاری بود که از سوی یک انکولوژیست و ۲ نفر عضو هیئت‌علمی پرستاری به‌عنوان فرد باتجربه در زمینه‌ی کاربرد روش‌های معنوی، ارتباط درمانی مؤثر و شیوه‌های آرام‌سازی معرفی شد. انتخاب سایر مشارکت‌کنندگان به روش گلوله‌برفی انجام شد (۳۳). نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت (۳۳). در انتخاب مشارکت‌کنندگان از نظر بخش محل اشتغال، سابقه‌ی کار، سن، سمت و نوع روش‌های مورد استفاده تنوع وجود داشت. معنویت‌درمانی، تکنیک‌های آرام‌سازی، 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 از سوی مشارکت‌کنندگان بودند که هریک از آن‌ها یک یا تعدادی از این روش‌ها را در عملکرد کاری خود مورد استفاده قرار دادند. نمونه‌ها

به‌کارگیری طب مکمل در تسکین درد بیماران به‌وسیله‌ی پرستاران، در قالب «موانع فردی پرستاران، موانع فردی بیماران، موانع محیطی و موانع مدیریتی» مورد بررسی و بحث قرار گرفت (۲۱). البته ماهیت و ذات پژوهش‌های کمی، اشکالات متدولوژیک به‌خصوص از حیث روش نمونه‌گیری و ریزش زیاد نمونه‌ها، ازجمله محدودیت‌هایی است که سبب شده چشم‌انداز ارائه‌شده در مطالعات فوق در این خصوص دقیق و عمیق نباشد و محققان به دنبال بهره‌گیری از مطالعات کیفی باشند. برخی پژوهش‌های کیفی که در سطح بین‌المللی روی گروه‌های مختلف حرفه‌های بهداشتی - درمانی انجام شده‌اند، در بخشی از یافته‌های خود به اطلاعاتی در این زمینه دست یافته‌اند (۲۵-۲۲). اختصاصاً در ارتباط با حرفه‌ی پرستاری، چند پژوهش بین‌المللی با رویکرد کیفی، ضمن توصیف ادراکات و تجربیات پرستاران در خصوص کاربرد CTs در عملکرد بالینی به موانع درک‌شده‌ی آن‌ها در این خصوص پرداختند (۳۱-۲۶، ۱۴). در ایران نیز در یک مطالعه‌ی کیفی از نوع پدیدارشناسی که با هدف بررسی تجربه‌ی پرستاران در مورد توصیه به درمان‌های خانگی در خراسان شمالی طراحی و اجرا شد. در مطالعه‌ی یادشده، عدم اطلاعات کافی و فقدان مستندات تحقیقی به‌عنوان مانع شناسایی شدند؛ البته در این مطالعه صرفاً درمان‌های خانگی مدنظر بود (۳۲). با توجه به حاکم بودن جوّ مذهبی و سنتی در جامعه‌ی ایرانی، ساختار مراکز بهداشتی - درمانی در ایران، سلسله‌مراتب قدرت در این مراکز و نقش کم‌رنگ پرستاران در تصمیم‌گیری‌های مربوط به بیمار، انتظار می‌رود موانع موجود در عرصه‌های بالینی کشور لزوماً همانند یافته‌های مطالعات گزارش شده در سایر کشورها نباشد. لذا انجام این بررسی در عرصه‌های بالینی در ایران ضروری است.

درمجموع، 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 مورد بررسی فراهم می‌آورند این مطالعه در ایران با رویکرد کیفی و با هدف بررسی

روش‌ها چه سختی‌هایی را تجربه کرده‌اید؟»، «واکنش بیماران در برابر اقدام شما چگونه بوده است؟»، «در مورد نحوه‌ی برخورد پزشکان توضیح دهید؟» پیگیری می‌شد. برای دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر از سؤالات عمق‌دهنده، مانند «مثال بزنید، منظورتان چیست؟ و بیشتر توضیح دهید»، نیز استفاده شد. درصد زیادی از داده‌ها بعد از مصاحبه‌ی ششم تکرار شدند و در مصاحبه‌ی شانزدهم به اشباع رسیدند. محقق در مصاحبه‌ی هفدهم اقدام به تغییر محیط پژوهش کرد ولی هیچ‌گونه داده‌ی جدیدی حاصل نشد. سپس برای جمع‌آوری داده‌های تکمیلی با دو پزشک عضو هیئت‌علمی (یک روان‌پزشک و یک فوق تخصص نوزادان که دارای سمت مدیریتی نیز بودند) مصاحبه شد. در مصاحبه با آن‌ها مواردی مثل واکنش و نحوه‌ی برخورد پزشکان و مدیران پرسیده شد. کلیه‌ی مصاحبه‌ها را نویسنده‌ی اول مقاله - که دانشجوی دکتری پرستاری و عضو هیئت‌علمی دانشگاه بود و درزمینه‌ی نحوه‌ی انجام مصاحبه‌ی کیفی آموزش دیده بود - هدایت کرد. ۱۷ مصاحبه به‌صورت چهره‌به‌چهره در مرکز درمانی محل خدمت مشارکت‌کننده در محیطی آرام انجام شد. طول مدت هر مصاحبه‌ی کامل، به‌طور متوسط، ۷۰ دقیقه بود. بخش کوچکی از دو مصاحبه (با مشارکت‌کننده‌ی اول و سوم) با دو مکالمه‌ی تلفنی حدوداً ۵ دقیقه‌ای شفاف‌سازی شد. کلیه‌ی مصاحبه‌ها (درمجموع ۱۹ مصاحبه) با موافقت مشارکت‌کنندگان ضبط شدند و در اولین فرصت، کلمه‌به‌کلمه، همراه با حرکات، حالات و اشارات غیرکلامی در برنامه‌ی word تایپ شدند. روند انجام مصاحبه‌ها به‌وسیله‌ی نویسنده‌ی دوم و سوم مقاله که در امر تحقیقات کیفی صاحب‌نظرند، مورد ارزیابی و نقد قرار گرفت. علاوه بر مصاحبه در فرایند جمع‌آوری داده‌ها از یادداشت در عرصه (۳۳) نیز استفاده شد.

هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه‌وتحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد (۳۴). پس از تایپ متن، کلیه‌ی مصاحبه‌ها و یادداشت‌ها، جهت سهولت سازمان‌دهی، وارد نسخه‌ی ۱۰ نرم‌افزار Max QDA

از ۵ مرکز دولتی (۴ بیمارستان و یک آسایشگاه سالمندان) از بخش‌های 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 سابقه‌ی اشتغال در بخش‌ها و شهرهای دیگر را دارا بودند. کلیه‌ی آن‌ها زن بودند. سن آن‌ها بین ۳۰ تا ۴۸ سال و سابقه‌ی کاری آن‌ها بین ۷ تا ۲۵ سال بود (جدول شماره‌ی ۱).

داده‌ها از تیرماه ۱۳۹۳ تا تیرماه ۱۳۹۴ با استفاده از مصاحبه‌های فردی نیمه‌ساختاریافته (۳۳) جمع‌آوری شدند. در ابتدا با هر مشارکت‌کننده تماس تلفنی گرفته شد و در صورت واجد شرایط بودن، موافقت وی جلب شد. سپس زمان و مکان مناسب جهت انجام مصاحبه با نظر او تعیین شد. از کلیه‌ی مشارکت‌کنندگان در خصوص شرکت در پژوهش با بیان هدف، ماهیت و روش کار، رضایت آگاهانه‌ی کتبی اخذ شد. طول مدت هر مصاحبه بر اساس نظر مشارکت‌کنندگان تنظیم 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 ادامه‌ی مصاحبه آزادی عمل داشتند و هیچ‌گونه ضرر و زیانی متوجه آن‌ها نبود. عدم تمایل به همکاری قبل یا در طول مصاحبه از سوی هیچ‌یک از مشارکت‌کنندگان اظهار نشد. برای انجام مصاحبه‌ها ابتدا فهرستی از برخی سؤالات راهنما با توجه به سؤال پژوهش تهیه شد که بسته به جریان هر مصاحبه هر یک در جایگاهی مناسب پرسیده می‌شدند. 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: «چه عواملی کار شما را با مشکل مواجه می‌ساخت؟»، «راجع به واکنش مسئولان در برابر عملکردتان توضیح دهید؟»، «در رابطه با استفاده از این

باشند^{۱۲} که این مورد، علاوه بر مقبولیت به انتقال‌پذیری یافته‌ها^{۱۳} نیز کمک کرد.

یافته‌ها

نوزده مصاحبه با ۱۷ مشارکت‌کننده، پیرامون موانع مرتبط با کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری انجام شد و از داده‌های تحقیق، ۱۸۲ کد اولیه استخراج شدند که از آن‌ها دو مضمون اصلی «آمادگی ناکافی پرستار» و «محدودکننده‌های سازمانی» منتزع شدند. زیرطبقات و طبقات این مضامین در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

۱. آمادگی ناکافی پرستار

بر اساس دیدگاه مشارکت‌کنندگان، این مفهوم دارای دو ویژگی کلی «دانش ناکافی پرستار» و «موانع مربوط به شرایط روانی - فرهنگی حاکم بر پرستار» است:

۱-۱. دانش ناکافی پرستار

پرستاران موقعیت‌های متعددی را تجربه می‌کنند که نشان‌دهنده‌ی عدم کفایت دانش تخصصی آن‌هاست و در بسیاری از موارد، همین عامل سبب ایجاد محدودیت در استفاده‌ی آنان از روش‌های مکمل در عملکرد حرفه‌ای‌شان می‌شود؛ موقعیت «مواجهه با سؤال مددجو»، از جمله موقعیت‌های مذکور است. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که به علت اطلاعات ناکافی، در بسیاری از موارد از توصیه‌ی برخی روش‌ها به مددجو خودداری می‌کنند و فقط در موقعیت مواجهه با سؤال آن‌ها بیشتر بر اساس اطلاعاتی که به شکل غیررسمی کسب کرده و از پایه‌ی علمی آن اطمینان چندانی ندارند، پاسخ می‌دهند. تجربه‌ی برخی پرستاران حاکی از آن است که در موقعیت مذکور، در حد اطلاعات علمی خود، پاسخ‌گو بوده یا اظهار بی‌اطلاعی می‌کنند. در غالب موارد، مشاهده می‌شود که آنان در پاسخ به سؤال مددجو از تجارب شخصی و حرفه‌ای خود یا همکاران و دیده‌ها و شنیده‌ها، پاسخ‌هایی می‌دهند که خالی از شک و تردید نیست. آنچه که در تجربه‌ی مواجهه با سؤال در بین پرستاران غالب است این است که بیشتر آنان

شدند. متن هر مصاحبه بارها خوانده و مرور شد. برای آنالیز داده‌ها از روش پیشنهادی والیموت و زانگ^۱ (مندرج در جدول شماره ۲) استفاده شد. واحدهای معنایی با توجه به سؤال پژوهش، مشخص شدند و برای هر واحد معنایی، کدهای مناسب نوشته شد. پس از انجام ۴ مصاحبه، کدهای اولیه بر اساس تشابه مفهومی دسته‌بندی (زیرطبقات) و نام‌گذاری شدند و پس از بازنگری، اصلاح و تأیید گروه تحقیق، روند جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها ادامه یافت. زیرطبقات نیز با هم مقایسه شدند و در دسته‌های اصلی (طبقات) که انتزاعی‌تر بودند قرار گرفتند و درنهایت روش کار و یافته‌ها گزارش شدند (۳۴،۳۵). کلیدی کدها و طبقات استخراج‌شده به‌وسیله‌ی نویسنده‌ی دوم و سوم مقاله مورد بازنگری و تأیید قرار گرفت. روند استخراج یکی از طبقات در جدول شماره ۳ نمایش داده شده است.

جهت اطمینان از استحکام یافته‌ها از چهار معیار گوبا و لینکولن^۲ استفاده شد (۳۳،۳۵). به‌منظور مقبولیت^۳ یافته‌ها، کلیدی کدهای استخراجی از هر مصاحبه با مصاحبه‌شونده چک شدند و در صورت نیاز اصلاح شدند^۴. زمانی بیش از یک سال به جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها اختصاص یافت^۵. در جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر مصاحبه با پرستاران، از مصاحبه با پزشکان نیز استفاده شد^۶. جهت قابلیت تأیید یافته‌ها^۷، نویسنده‌ی دوم و سوم مقاله^۸ و یک نفر عضو هیئت‌علمی خارج از گروه تحقیق^۹، متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج‌شده را مورد بازنگری و تأیید قرار دادند. در راستای قابلیت اطمینان^{۱۰} یافته‌ها نیز مراحل و روند پژوهش تا حد امکان به‌طور دقیق و گام‌به‌گام ثبت و گزارش شد^{۱۱}. سعی شد از نظر بخش محل اشتغال، سابقه‌ی کار، نوع روش مورد استفاده و سمت شغلی، مشارکت‌کنندگان تنوع داشته

¹ Wildemuth & Zhang

² Guba & Lincoln

³ credibility

⁴ member check

⁵ prolong engagement

⁶ sources triangulation

⁷ confirmability

⁸ peer check

⁹ external check

¹⁰ Dependability

¹¹ Audit trial

¹² maximum variation

¹³ transferability

این ادله در صحبت‌های مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۰ مشهود است. «...یه مورد بود یه دانشجوی ارشد، رو اثر قهوه کار می‌کرد. برا مریضا گواژ می‌کرد... علاقه‌مند بودم که بینم نتیجه چی میشه. اگه بدونم رو هوشیاری مریضای ما اثر داره، حتماً اینکار رو می‌کنم... یه منبع باشه. اطلاعاتی داشته باشم... مثلاً تو مریض کما. تو ترکیبات گیاهی مثلاً اسطوخودوس. من می‌دونم برا اعصاب خیلی خوبه، ولی اطلاعاتی ندارم، منبعی ندیدم که برا مریضی که تو کما هست کسی تحقیق کرده آیا استفاده از این در افزایش هوشیاریشون مؤثر هست یا نه. اطلاعاتی ندارم، چیزی مکتوب ندیدم که بتونیم استفاده‌ی بیشتری از این ترکیبات بکنیم. ... اینکار رو نکردم؛ ولی خیلی دوست داشتم که...».

در کل، واکاوی تجربه‌ی پرستاران در خصوص نحوه‌ی مواجهه با سؤال مددجو، علل ارجاع مددجو به متخصصان و دلایل عدم استفاده از روش‌ها، گویای ناکافی بودن دانش پرستاران در زمینه‌ی کاربرد درمان‌های مکمل است.

۱-۲. شرایط روانی - فرهنگی حاکم بر پرستار

دومین ویژگی کلی مفهوم «آمادگی ناکافی پرستار»، شرایط روانی - فرهنگی حاکم بر پرستار است. این شرایط منتج از شرایط عاطفی، موانع ادراکی - شناختی و یا مسائل فرهنگی است که گاهاً به‌عنوان عامل بازدارنده در رابطه با استفاده از نوعی از درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری عمل می‌کنند. پرستاران اظهار کردند که در برخی موارد شرایط عاطفی آن‌ها از جمله بی‌حوصلگی سبب می‌شود شخصاً از به‌کارگیری روش خودداری کرده یا تقاضای مددجو را در این زمینه‌ها نادیده بگیرند. در این رابطه مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۵ این‌گونه بیان کرده است: «... در مورد موسیقی، گاهی به خاطر بی‌حوصلگی خودم، برا مریضم تو بخش نداشتم...».

موانع ادراکی - شناختی بعد دیگری است که در تجربه‌ی برخی مشارکت‌کنندگان مشهود است. احساس نیاز پرستار به تمرکز و نقش مداخله‌گر محرک‌های صوتی در رابطه با آن، از نکات مطرح‌شده به‌وسیله‌ی آن‌هاست. در این خصوص مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۱ این‌گونه بیان کرد:

صرف‌نظر از سطح اطلاعات خود، به علت کافی ندانستن دانش خود در مورد روش موردنظر، شرایط بیمار و سازگاری و تناسب این دو، نهایتاً اقدام به ارجاع مددجو به پزشک یا سایر افراد مطلع می‌کنند. در این ارتباط، مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۵ می‌گوید: «در مواجهه با سؤال مریض، مثلاً داشتم: مریضایی که ازم پرسیدن زالودرمانی خوبه یا نه. من تماماً گفتم اینا روش‌های مکمله، تو باید با پزشکت مشورت کنی... توصیه من اینه که ... و حتماً رجوع می‌دم به پزشک و می‌گم با پزشکت مشورت کن! شرایط مریضای ما خاصه ... و من درست اطلاع ندارم». تجارب برخی مشارکت‌کنندگان حاکی از آن است که علت عدم استفاده‌ی آنان از برخی روش‌ها، عدم آگاهی آن‌ها در این زمینه‌هاست. همین عدم آگاهی سبب شده که پرستاران، در زمان درک و شناسایی مشکل در مددجویان و اقدام جهت رفع آن، گاهاً مددجو را به درمانگران شناخته شده ارجاع دهند.

برخی مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند گاهی اوقات در عملکرد غیرحرفه‌ای خود، برای دوستان و آشنایان، برخی از این‌گونه روش‌ها را بر اساس تجارب شخصی و حرفه‌ای خود، توصیه می‌کنند؛ ولی برای کاربرد این‌گونه روش‌ها در عملکرد حرفه‌ای به‌منظور پیشگیری از مشکلات قانونی، نیاز به شواهد علمی لازم دارند. یک پرستار که دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری است در گفت‌وگوی غیر رسمی با محقق این‌گونه بیان کرد: «... چون من خودم برا بچه‌ام عرق بومادران رو استفاده کردم و نتیجه گرفتم، اصرار دارم اینکار تحقیقی رو انجام بدم. تو بخشی که کار می‌کنم اسهال شایع هستش می‌خوام اگه دیدم تحقیق تأیید می‌کنه، به مادرا بگم برا تسریع در روند بهبود بچه‌هاشون استفاده کنن. الان ای یه موقعی، خیلی به‌ندرت، آشنایی باشه، همین‌جوری، دوستانه، تک‌وتوک بهشون گفتم بدن خوبه» (فیلدنت شماره‌ی ۹). در همین رابطه، برخی مشارکت‌کنندگان، عدم اطلاع از یافته‌های تحقیقات انجام‌شده در بیمارستان و عدم آگاهی از اطلاعات و منابع علمی معتبر، و به عبارت کلی‌تر دسترسی ناکافی به شواهد را از دلایل عدم استفاده از این روش‌ها عنوان کردند. ردّیابی

۲. محدودکننده‌های سازمانی

این مضمون درون‌داد مستخرج از سه طبقه‌ی اصلی: «شرایط و امکانات نامناسب»، «موانع پرسنلی غیر پرستاری» و «حمایت ناکافی مدیران غیر پرستار» است:

۲-۱. شرایط و امکانات نامناسب

یکی از ویژگی‌های درک‌شده‌ی این مفهوم، شرایط فیزیکی نامناسب بخش همچون: سروصدای زیاد، شلوغی، تهویه‌ی نامناسب، عدم ثبات و به‌هم‌ریختگی، نامناسب بودن شرایط سایر بیماران، زیادی حجم کار، رعب‌آور بودن محیط برخی بخش‌ها و کمبود فضای فیزیکی است. مسلم است مشارکت‌کنندگان بسته به نوع روش‌های مورد استفاده، نوعی از موانع مربوط به شرایط فیزیکی نامناسب را تجربه کرده‌اند. به‌عنوان مثال، مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۱ در خصوص استفاده از رایحه‌درمانی با شیر مادر اظهار کرد: «... بعضی وقتا به خاطر اون بو به کار نمی‌گیرم؛ حتی همکارم هم ممکنه بگه. ... بو اذیت می‌کنه بخش ما هم که تهویه خوب نیست...».

دومین ویژگی درک‌شده‌ی شرایط و امکانات نامناسب، «نقص در ضوابط اداری» است. در این زمینه مشارکت‌کنندگان عدم وجود خط‌مشی و دستورالعمل‌های مرتبط با به‌کارگیری روش‌های مکمل را مورد تأکید قرار دادند. مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱ در این رابطه این‌گونه مطرح کرد: «... در بخش روان‌پزشکی زمان ترخیص مریض به صورت آموزشی داشتیم ... جزء آیت‌های اون این روش‌های مکمل نبود که من سفت‌وسخت به همه بگم. اونا رو می‌گفتم. کنارش هم کلاً بعضی وقتا می‌گفتم مثلاً خانم» ر «... چیزای ضعف‌آور و ترش و اینا رو نخور؛ plan ترخیص داریم، در پلن ترخیص این روش‌ها نبود...». به‌علاوه، پرستاران به موظف نبودن کارکنان پرستاری در رابطه با به‌کارگیری روش‌ها اشاره داشتند. مسئولان نیز در تأیید آن‌ها متذکر شدند که بخش‌ها موظف به گزارش‌دهی به دفتر پرستاری در این خصوص نیستند. در این رابطه مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۶ که خود سرپرستار نیز هست،

«من خودم با موزیک نمی‌تونم خیلی کار کنم؛ چون من احساس می‌کنم فکرم درگیر میشه. ولی وقتی ... کارا رو انجام دادم... چرا ... یه وقتی می‌ذارم ... البته بعضیا خیلی تمرکز دارن... ولی من خودم به‌شخصه نمی‌تونم». احساس پرستار در رابطه با تأثیر منفی روش روی بیمار، مانع ادراکی دیگری است که در تجربه‌ی برخی پرستاران به چشم می‌خورد. در این زمینه مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۶ در رابطه با استفاده از موسیقی در بخش ویژه اظهار کرد: «... بعضی وقتا می‌بینم ناراحت شدن. گریه می‌کنن. چون احساس من اینه که مریض ناراحت شده. حالا شاید خاطرات داشته باشه. از روی ناراحتی هم نباشه؛ ولی چون احساس من اینه که ناراحت شده و من نمی‌خوام مریضم رو دپرس کنم، خاموش می‌کنم...».

عوامل فرهنگی نیز جزء موانع درک‌شده از سوی برخی پرستاران است. در برخی موارد مشارکت‌کنندگان با توجه به فرهنگ حاکم بر جامعه، در مورد نوع قضاوت دیگران تردید داشته، روش مورد نظر مثلاً موسیقی را تابو تلقی کرده از به‌کارگیری آن در حضور دیگران اجتناب می‌کنند. مستند این ادعا، اظهارات مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۶ است: «... خیلی موقا بوده که یه پزشکی می‌آد، یه مسئولی می‌آد یا یه سوپروایزری می‌آد، یا شیفت صبحه مردم هستن. احساس می‌کردم باید این رو خاموشش کنم. معذب بودیم... احساس می‌کنم همون نگرشه که اینجا محیط کاری‌یه. مردم چی فکر می‌کنن. چی می‌گن. می‌گن اینا نشستن برا خودشون آهنگ گوش می‌کنن. اینا...». البته عوامل فرهنگی، در برخی موارد سبب شده پرستار، کلاً روش مورد نظر را از برنامه‌ی مراقبتی خود حذف کند. به‌عنوان مثال در رابطه با رها کردن استفاده از روش فرادرمانی در بخش مراقبت ویژه به دنبال مطرح شدن استفاده از این روش از سوی یک-سری از جریان‌ات انحرافی در سطح جامعه، مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۰ اظهار کرد: «... خیلی در مورد حلقه‌های عرفانی آگاهی نداشتیم. بعداً متوجه شدم ... اینکار رو دیگه نکردم. فرادرمانی رو آموزش دیدم. ... خب به خاطر اینا اصلاً به کل جریان شک کردم و دیگه استفاده نکردم...».

است. در این رابطه مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۵ اظهار کرد: «... طب تسکینی آموزش خوبی بود. مثلاً رایحه-درمانی رو آموزش دادن؛ ولی بیمارستان رایحه‌ها رو تهیه نکرد در اختیار ما بذاره. من می‌خواستم اجرا کنم ۱-۲ بار هم به همراهها گفتیم تهیه کردن ولی مشکلاتی بود...». برخی مشارکت‌کنندگان نیز به مکفی نبودن وسایل و امکانات موجود اشاره کردند.

پنجمین ویژگی درک‌شده در رابطه با شرایط و امکانات نامناسب، وقت ناکافی است که مشارکت‌کنندگان در قالب عبارات «صرف وقت زیاد برای انجام کارهای غیر پرستاری، وقت‌گیر بودن فعالیت‌های مستندسازی، مشغله‌ی زیاد، نداشتن فرصت کافی جهت انجام روش‌ها، اضطراب در سرعت عمل و وقت‌گیر بودن انجام برخی روش‌ها» به آن اشاره کردند. در این ارتباط، مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۰ می‌گوید: «... در مورد ترکیبات سنتی هم یه موقع بخش خیلی پرکار بوده، مریض خیلی پرکار بوده، همین نیازهای اولیه‌شون، ... پک سل، داروها، این‌ها خودش این‌قدر ازت وقت گرفته که دیگه اصلاً فرصت نکردی فکر کنی که بهتر بود یه عرق نعنای هم بهش بدی». البته مدیران پرستاری نیز به این قضیه واقف بوده و در انتظارات خود از کارکنان به این مورد توجه دارند. در این ارتباط مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۹ به‌عنوان سرپرستار می‌گوید: «... من خیلی دوست داشتم برای KMC دستورالعملی بذارم، مثل کنترل VS. جدول داشته باشه. بچه تو این تاریخا KMC شد؛ ولی به خاطر مشغله و کمبود وقت کارکنان چون نتونستیم ازشون بخواهیم، خب به این شکل‌ام در نیاوردیم». ذکر این نکته ضروری است که به‌ندرت برخی مشارکت‌کنندگان بسته به نوع روش مورد استفاده به وقت‌گیر نبودن این‌گونه مداخلات اشاره داشتند. باین‌حال در کل آنچه در تجربه‌ی مشارکت‌کنندگان مشهود است این است که عامل ناکافی بودن وقت، نقش بازدارندگی را در این زمینه ایفا می‌کند.

۲-۲. موانع پرسنلی غیر پرستاری

گرچه تجربه‌ی غالب پرستاران گویای آن است که پزشکان

این‌گونه اظهار داشت: «... این‌ها کاری نیست که جزء وظایفم باشه ... برخی روش‌ها مثل ترکیبات گیاهی رو به پرسنلم گفتم. معمولاً رعایت می‌کنن. موسیقی رو بعضیا استفاده می‌کنن. کلاً چون از ما نمی‌خوان، اجباری نیست که اینکارو بکنیم». گاهاً مشاهده می‌شود غیرقابل انعطاف تعریف شدن برخی قوانین و مقررات بیمارستان، مشارکت‌کنندگان را با محدودیت مواجه کرده است. در رابطه با نقص در ضوابط اداری، یک‌سری الزامات تعریف‌شده‌ی خارج از شرح وظایف و حیطه‌ی فعالیت کارکنان پرستاری نیز از جمله موانع درک‌شده از سوی مشارکت‌کنندگان بود. در این ارتباط مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۷ که خود مترون نیز هست این موضوع را این‌گونه مطرح کرد: «... مسئولین بالاتر در اولویت‌ها چیزایی رو مشخص کردن ... مثلاً تو بیمارستان، سیستم HIS یه قسمت وسیعی از وقت پرستارا رو می‌گیره. ... به‌رحال مسئولین می‌گن ... این کار رو پرستار باید انجام بده. خب این کلی وقت پرستار رو می‌گیره و خیلی از روش‌های مکملی رو که می‌تونه انجام بده و باید انجام بده رو، باید بذاره کنار و وقت بده به این... برا همین برا کارکنان در این زمینه بایدی در کار نیست، موظف نیستن...».

سومین ویژگی درک‌شده در رابطه با شرایط و امکانات نامناسب، کمبود نیروی انسانی است. غالب مشارکت‌کنندگان به درمان‌های مکمل به‌عنوان مراقبت‌های حاشیه‌ای نگاه کرده و اشاره کردند که به علت کمبود نیروی انسانی اعم از پرستار و کمک بهیار، عمدتاً وقت خود را صرف کارهایی می‌کنند که موظف به انجام آن‌ها هستند. در این رابطه مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۱ این‌گونه بیان کرد: «... دیگه اینکه بعضی وقتام فرصت انجام اینکار رو نداشتم، انجام ندادم. وقتی ۲۵ تا مریض داشتیم و ۳ نفر بودیم خدائیش اصلاً نمی‌رسیدیم... ما بیشتر درگیر کارای اصلی بیمار بودیم...».

چهارمین ویژگی درک‌شده در رابطه با شرایط و امکانات نامناسب، کمبود امکانات است، تجارب برخی مشارکت‌کنندگان حاکی از عدم وجود امکانات و وسایل مورد نیاز

این کار نیست ... خودم تو موقعیت‌های مختلف از شون شنیدم. واقعاً دیدگاهشون همینه ...». در خصوص عملکرد آن‌ها نیز به مسائلی از جمله بی‌توجهی نسبت به تهیه‌ی وسایل و امکانات موردنیاز و مقاومت در برابر تخصیص امتیاز به برنامه‌های آموزشی مرتبط اشاره شد. در این رابطه مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۶ به‌عنوان رئیس بخش در تأیید صحبت پرستاران بالینی اظهار کرد: «... خب کارکنان، سرپرستار بخش، گاهی صحبت می‌کنن. می‌گن برا اینکه این جور کارا رو انجام بدیم، نیرو می‌خوایم. امکانات مناسب نداریم. چون دست ما بسته است، نتونستیم به خواستشون توجه کنیم. ترتیب اثرم ندادیم ...». صحبت‌های مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۲ نیز که یک سوپروایزر آموزشی است دال بر عدم دریافت حمایت کافی از سوی مدیران است: «... درزمینه‌ی آموزش کارکنان ... بحث درمان تسکینی و بحث بهبود خواب، به نظرم یه آیتم خیلی مهمی بود ... ولی متأسفانه هیچ کدوم رو به من مجوز ندادند ... مثلاً یکی از بحث‌هایی که پارسال درخواست کردم و OK ندادند بحث مدیریت استرس بود ...».

بحث

در این مطالعه، تجارب پرستاران در رابطه با موانع کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری بالینی تبیین شد. یافته‌های پژوهش بیانگر دو درون‌مایه تحت عناوین «آمادگی ناکافی پرستار» و «محدودکننده‌های سازمانی» بود. مضمون آمادگی ناکافی پرستار دارای ویژگی‌های «دانش ناکافی» و «شرایط روانی - فرهنگی حاکم بر پرستار» بود و مضمون عوامل سازمانی محدودکننده نیز دارای ویژگی‌های «شرایط و امکانات نامناسب»، «موانع پرسنلی» و «حمایت ناکافی مدیران غیر پرستار» بود.

پیرامون موضوع موردنظر، برخی مطالعات انجام‌شده با رویکرد کیفی، یک سری یافته‌های مرتبط را گزارش کرده‌اند. در مطالعه‌ی اسمیت و وو^۱ که به بررسی تجارب پرستاران تایوانی در خصوص کاربرد CTS در عملکرد پرستاری پرداختند درون‌مایه‌ی استخراج‌شده که به موانع

در رابطه با کاربرد درمان‌های مکمل در عملکرد بالینی، به اشکال مختلف، پرستاران را مورد ترغیب و حمایت قرار می‌دهند؛ با این حال آن‌ها به عدم همراهی و مشارکت پزشکان در فرایند اجرای روش به‌عنوان عامل بازدارنده اشاره کردند: «... سر ویزیتا من بارها دیدم تو حینی که داشتی در رابطه با این روشا کاری برا مریض می‌کردی، دکتر به هوای اینکه به ویزیت بعدی، به اتاق بعدی برسه؛ اصلاً این فرصت رو... می‌تونسته وایسه با شما... می‌گن ما وقت نداریم... یه پزشک چندتا مسئولیت داره ... خب اینم چون می‌خواد به همه‌ی اونا برسه ناخودآگاه با شما تو اون آموزش همکاری نمی‌کنه...» (م ۴). در تأیید این مورد، مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۶ به‌عنوان پزشک، این‌گونه اظهار داشت: «حقیقت اینه که پزشکا مسئولیت‌های زیادی دارن، من رئیس بخش هستم ... مسئولیت‌های آموزشی هست... فرصت نمیشه، من تک‌تک. ولی دیدم برحسب مورد، به‌ندرت البته برخورد کردم یه موقع که مادرا چیزایی می‌پرسن یا کارکنان موردی رو در حضور من برا اونا توضیح می‌دن... اون لحظه به شکلی تأیید من رو هم دیدن؛ بهتر پیگیر میشن...». موانع مربوط به کارکنان غیردرمانی نیز بخشی از موانع پرسنلی درک‌شده از سوی پرستاران است. در این زمینه مشارکت‌کنندگان دخالت افرادی نظیر منشیان بخش‌ها و کارمندان حراست را خاطرنشان کردند. صحبت‌های مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۶ در این رابطه این است: «... گاهی موقا مورد حراست داشتیم ... اگه یه آهنگ شاد باشه با توجه به اینکه صدا می‌ره بیرون حراست اومده...».

۳-۲. حمایت ناکافی مدیران غیر پرستاری

مشارکت‌کنندگان به‌ندرت اظهار کردند که جهت اجرای بعضی از روش‌ها از سوی مدیران غیر پرستار تا حدی مورد حمایت قرار گرفتند؛ ولی در این ارتباط غالباً آن‌ها، نگرش و عملکرد غیر حمایتی این مدیران را متذکر شدند. در ارتباط با نگرش این گروه از مدیران، مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۲ مطرح کرد که «... مسئولین رده‌بالا، اهمیت انجام این روش‌ها رو تو بخش روان درک نمی‌کنن. اونا فکر می‌کنن

¹ Smith & Wu

خصوص ایمنی، فقدان دستورالعمل مشخص، مشکلات قانونی، ناکافی بودن وقت و هزینه تهیهی وسایل از جمله مواردی بودند که مورد تأکید قرار گرفته بودند (۲۸). لذا آن گونه که مشهود است هریک از این مطالعات به گونه‌ای تأییدکننده‌ی برخی از یافته‌های مطالعه‌ی فعلی است.

در مطالعه‌ی حاضر تجارب پرستاران حاکی از موقعیت‌های مختلفی بود که عدم کفایت دانش تخصصی را به‌عنوان یکی از عوامل بازدارنده‌ی عمده معرفی می‌کرد. بررسی تجربه‌ی پرستاران در رابطه با نحوه‌ی مواجهه با سؤال مددجو، علل ارجاع مددجو به متخصصان و دلایل عدم استفاده از روش‌ها، گویای ناکافی بودن دانش پرستاران در زمینه‌ی کاربرد درمان‌های مکمل در امر مراقبت از مددجویان بود. در تأیید این یافته، در یک مطالعه‌ی مرور نظام‌مند به‌وسیله‌ی چانگ و چانگ^۴ بیش از ۸۰٪ نمونه‌ها به وجود مانع در رابطه با کاربرد نوعی از این‌گونه درمان‌ها در عملکرد بالینی اشاره کرده بودند و مهم‌ترین مانع، با فراوانی ۷۷/۴٪، به کمبود آگاهی، دانش و یا آموزش اختصاص داشت. این محققان گزارش کردند که بین ۴۷/۳ تا ۶۷/۷٪ پرستاران به علت کمبود دانش قادر به بحث در این رابطه با بیماران خود نیستند و فقط بین ۹ تا ۲۳/۱٪ بیان کرده بودند که در این رابطه با بیماران خود گفت‌وگو می‌کنند. در واقع، در این بررسی عدم آشنایی با خطرات و فوائد CTS به‌عنوان بازدارنده‌ی مهم معرفی شده بود (۱۶). کامیازاتو و همکاران نیز بر اساس بررسی خود روی پرستاران ژاپنی بیان کردند که ۵۶/۴٪ پرستاران از سوی بیماران در رابطه با کاربرد نوعی از این‌گونه روش‌ها مورد مشاوره قرار گرفته و غالباً آن‌ها را به علت کمبود دانش در پاسخ‌گویی (همانند مشارکت‌کنندگان مطالعه‌ی فعلی) به پزشکان ارجاع داده بودند؛ در همین بررسی ۶۸٪ از نمونه‌ها به دانش ناکافی به‌عنوان مانع اشاره کرده بودند (۲۰). ناکافی بودن دانش، مهارت، آگاهی و یا آموزش، عاملی است که بسیاری از محققان دیگر نیز در تحقیقات خود به اهمیت آن اذعان داشته‌اند (۲۱، ۲۴، ۷). رشد روزافزون

اختصاص دارد، «تجربه‌ی محدود» بود که دربرگیرنده‌ی سه عامل «دانش محدود پرستاران»، «کمبود وقت» و «قرار نداشتن در حوزه‌ی عملکرد بالینی» است (۱۴). در پژوهشی با هدف بررسی تجارب پرستاران نروژی در رابطه با استفاده از CTS در خانه‌های سالمندان، یکی از درون‌مایه‌های استخراج‌شده «چالش‌های استفاده از CTS» بود. در این خصوص، دانش ناکافی، کمبود کارکنان، عدم همراهی و مقاومت کارکنان در برابر تغییر و مشکل در متقاعد کردن آن‌ها، مخالفت پزشکان، چالش در جلب همکاری خانواده و شرایط سایر بیماران، به‌عنوان عوامل محدودکننده معرفی شدند (۲۶). هاستینگز - تولسما^۱ و همکاران در پژوهش خود که به بررسی نحوه‌ی تصمیم‌گیری پرستار - ماماها‌ی آمریکایی در رابطه با استفاده از CTS در زنان باردار اختصاص داشت، سه درون‌مایه‌ی «فقدان دانش»، «نگرانی در رابطه با عوارض احتمالی و تبعات قانونی» و «فاصله فرهنگی» را به‌عنوان عوامل بازدارنده استخراج کردند (۲۲). در مطالعه‌ای با هدف بررسی ادراکات پرستاران اطفال در رابطه با ماساژ و رایحه‌درمانی در انگلیس، یکی از درون‌مایه‌های استخراج‌شده «عقب کشیدن» بود که بیانگر دلایل عدم استفاده از جمله کمبود آموزش، وقت ناکافی، مسائل مربوط به ایمنی و پاسخ‌گویی، ترس از تغییر و موظف نبودن کارکنان به انجام این روش‌ها بود (۳۱). در بررسی انجام‌شده به‌وسیله‌ی کیم^۲ و همکاران که با رویکرد گزندتئوری به بررسی فرایند پذیرش CTS در بین پرستاران کره‌ای پرداخته بودند «نگاه دیگران»، «احساس خستگی در پرستاران» و «محیط فیزیکی» به‌عنوان عوامل مداخله‌گر معرفی شده بودند (۲۹). گارنر^۳ نیز در بررسی تجارب پرستاران در رابطه با استفاده از گیاهان دارویی با رویکرد گزندتئوری، ۵ درون‌مایه‌ی دانش، ایمنی، مسئولیت‌پذیری، زمان و هزینه را استخراج کرد که هر یک به شکلی به عوامل محدودکننده اشاره داشتند. دانش، آموزش و منابع علمی ناکافی، نگرانی در

¹ Hastings-Tolsma

² Kim

³ Garner

⁴ Chang & Chang

جامعه بالاخص در محیط بیمارستان، نباید نادیده گرفته شود.

شرایط و امکانات نامناسب به‌عنوان یکی از ویژگی‌های عوامل سازمانی محدودکننده ازجمله موانع درک‌شده‌ی پرستاران در مطالعه‌ی فعلی بود که از ابعاد شرایط فیزیکی نامناسب، نقص در ضوابط اداری، کمبود نیروی انسانی، کمبود امکانات و وقت ناکافی مورد بحث قرار گرفته بود. در بسیاری از مطالعات به شرایط فیزیکی نامناسب تحت عنوان مناسب نبودن فضا، شلوغی اتاق بیماران (۲۱)، زیادی حجم کار بخش (۲۱،۲۵)، کمبود فضا (۲۴،۱۰)، شرایط سایر بیماران (۲۶،۲۴) و محیط فیزیکی نامناسب (۲۹) اشاره شده است. در رابطه با نقص در ضوابط اداری، همسو با مطالعه‌ی فعلی، برخی محققان به عدم وجود خط‌مشی و دستورالعمل مرتبط (۱۵،۲۸،۲۵) اشاره کرده‌اند. در مطالعه‌ی هانت^۲ و همکاران، مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند این‌گونه کارها لوکس بوده و در مقایسه با بسیاری از عملکردهای پرستاری اهمیت کمتری دارند. آن‌ها همانند پرستاران در مطالعه‌ی حاضر، موظف نبودن کارکنان پرستاری را در به‌کارگیری این‌گونه روش‌ها به‌عنوان عامل محدودکننده برشمرده بودند (۳۱). هوپکنز^۳ کمبود بررسی و ارزیابی اثرات به‌کارگیری روش‌ها را به‌عنوان یکی از موانع مداخلات مکمل معرفی کرده است (۳۶). کانت^۴ و همکاران نیز به اجرای برنامه‌ی حاکمیت بالینی به‌عنوان یکی از الزامات تعریف‌شده برای کارکنان پرستاری اشاره کرده و افزوده‌اند این کار به مقدار زیاد زمان‌بر و توأم با کاغذبازی است و در بیمارستان‌های انگلیس باعث محدودشدن استفاده از CTS شده است (۲۵). در رابطه با کمبود نیروی انسانی و امکانات، بسیاری از پژوهش‌های انجام‌شده در سطح بین‌المللی (۱۵،۱۶،۱۸،۱۹،۲۵،۲۸،۲۹) تأییدکننده‌ی یافته‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشند. برخی پژوهشگران در مطالعه‌ی خود، هم‌راستا با مطالعه‌ی فعلی به عامل ناکافی بودن وقت به‌عنوان عامل بازدارنده اشاره کرده‌اند

استفاده از CTS در سطح جامعه و بالاخص در بین بیماران، مسلح‌شدن پرستاران به آگاهی مناسب و کافی در خصوص این روش‌ها را ایجاب می‌کند. نیاز به آموزش در این زمینه، در قالب کوریکولوم درسی رشته‌ی پرستاری در مقاطع مختلف و برنامه‌ی آموزش مداوم احساس می‌شود و این مسئله همت متولیان آموزش پرستاری را طلب می‌کند. به‌علاوه، به نظر می‌رسد توجه به این موضوع در فرایندهای استخدامی، در بخش ارزیابی سطح صلاحیت متقاضیان ایفای نقش بالینی، در جهت رفع تدریجی مشکل، کمک‌کننده باشد.

در پژوهش حاضر، شرایط روانی - فرهنگی حاکم بر پرستار ازجمله موانع درک‌شده از سوی پرستاران بود. در این رابطه در برخی مطالعات به عواملی نظیر ترس و نگرانی پرستار در خصوص مسائل قانونی (۱۳) و یا عوارض احتمالی (۲۲)، کمبود اعتمادبه‌نفس، عدم اطمینان (۱۵)، احساس خستگی در پرستاران (۲۸) و ترس از تغییر (۳۱) اشاره شده است. در یک مطالعه‌ی کیفی نیز به فاصله‌ی فرهنگی اشاره و مطرح شده که در مواردی که روش با فرهنگ بیمار انطباق بیشتری دارد، پرستاران روش را راحت‌تر توصیه کرده یا به کار می‌برند (۲۲). فلتچر^۱ و همکاران نیز بیزاری از روش به علت شرایط فرهنگی را در فرد ارائه‌دهنده یا سرویس‌گیرنده به‌عنوان مانع یادآور شده و در این مورد به ضرورت فرهنگ‌سازی اشاره کردند (۲۴). لذا بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی فعلی و مطالعات مذکور، برای افزایش کاربرد CTS در عملکرد پرستاری لازم است با به کار گرفتن تمهیدات مناسب مثل ترویج استفاده‌ی شخصی از برخی از درمان‌های مکمل از سوی پرستاران، در جهت به حداقل رساندن خستگی و بی‌حوصلگی و به حداکثر رساندن ظرفیت و قدرت تمرکز در آن‌ها اقدام شود. به‌علاوه، با آموزش و افزایش سطح آگاهی آن‌ها در رابطه با ایمنی و خطرات احتمالی روش‌ها، بسیاری از نگرانی‌های بی‌مورد آن‌ها تعدیل گردد. البته در این راستا اهمیت فرهنگ‌سازی در خصوص استفاده‌ی درمانی از برخی روش‌ها در سطح

² Hunt

³ Hupkens

⁴ Cant

¹ Fletcher

روش‌ها را از کارکنان سلب می‌کردند و به‌علاوه در این امر با آن‌ها همراهی نمی‌کردند.

در تحقیق حاضر حمایت ناکافی مدیران غیر پرستار به‌عنوان یکی از عوامل سازمانی محدودکننده معرفی شد. سایر مطالعات نیز تحت عناوین کمبود حمایت سازمانی مالی و نبود حمایت حرفه‌ای در صورت اقامه‌ی دعوی (۲۵)، هر یک به شکلی به نقش بازدارندگی عامل مذکور اشاره کرده‌اند. بر اساس یافته‌های مرتبط با موانع پرسنلی و حمایت ناکافی مدیران غیر پرستار، به نظر می‌رسد اجرای برنامه‌های آموزشی و توجیه‌سازی رده‌های شغلی مختلف در محیط بیمارستان و جلب همکاری، موافقت و حمایت مدیران رده‌بالا با استفاده از توان افراد بانفوذ و مورد احترام، به کاربرد بیشتر درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری کمک کند.

در کل به علت برخی تفاوت‌ها نظیر: تفاوت در زمان و مکان و زمینه‌های فرهنگی - اجتماعی و ساختاری، بدیهی است موانع درک‌شده از سوی پرستاران از نظر تعداد و تنوع در مطالعات مختلف قدری متفاوت باشند. در مجموع با توجه به موانع درک‌شده در این مطالعه، لازم است در برنامه‌ریزی جهت تلفیق، قبل از هر چیز به بهسازی ساختار و آماده نمودن پرستاران به‌خصوص از حیث سطح دانش و آگاهی توجه شود.

انجام مصاحبه‌های عمیق، هدایت مصاحبه‌ها به‌وسیله‌ی یک نفر، و دخالت کلبه‌ی اعضاء گروه تحقیق در فرایند آنالیز داده‌ها از بارزترین نقاط قوت مطالعه‌ی حاضر بود. به‌علاوه این مطالعه با محدودیت خاصی مواجه نبود.

نتیجه‌گیری

این پژوهش مشخص ساخت برخی عوامل بازدارنده در رابطه با عدم استفاده‌ی پرستاران از درمان‌های مکمل در عملکرد پرستاری بالینی، عبارت‌اند از: شرایط و امکانات نامناسب، عدم همراهی و عدم مشارکت پزشکان در فرایند اجرای روش، نوع نگاه کارکنان غیردرمانی به درمان‌های مکمل، حمایت ناکافی مدیران غیر پرستار از این موضوع و

(۱۹، ۲۹، ۲۰، ۱۶، ۱۵، ۱۰)؛ در یک مطالعه‌ی کیفی، پرستاران انگلیسی، وقت ناکافی را به‌عنوان یک عامل بازدارنده‌ی عمده معرفی کرده بودند؛ ولی در کل اعتقاد داشتند در درازمدت استفاده از این روش‌ها با کاهش مشکلات بیماران سبب صرفه‌جویی در وقت می‌گردد (۳۱). در یک مطالعه‌ی پدیدارشناختی در خصوص کشف تجارب پرستاران آمریکایی استفاده‌کننده از روش‌های درمانی مکمل نیز، یکی از درون‌مایه‌های استخراج‌شده به‌عنوان بزرگ‌ترین چالش، «زمان» بود. مشارکت‌کنندگان به وقت ناکافی به‌عنوان یک عامل محدودکننده اشاره کرده بودند، البته برخی به علت اثر این روش‌ها بر کاهش نیاز به مصرف دارو و افزایش سطح رضایت بیماران، در مجموع این روش‌ها را از نظر تخصیص وقت مقرون‌به‌صرفه شمرده بودند. عده‌ای نیز همانند بعضی از مشارکت‌کنندگان مطالعه‌ی فعلی بیان کرده بودند که انجام برخی روش‌ها چون هم‌زمان با سایر اقدامات انجام می‌شود نیاز به صرف وقت زیاد ندارد (۳۰). بنابراین با توجه به مسائل مطرح در رابطه با شرایط و امکانات نامناسب انتظار می‌رود با تدوین تدریجی دستورالعمل‌ها و خطوط راهنمای بالینی و به‌تبع آن تجدیدنظر در شرح وظایف کارکنان پرستاری و اصلاح کمبودهای ساختاری و سازمانی، گامی بلند در جهت تلفیق مداخلات مکمل در عملکرد پرستاری برداشته شود.

یکی دیگر از محدودکننده‌های سازمانی در این مطالعه موانع پرسنلی بود که در این ارتباط به عدم همراهی و مشارکت پزشکان در فرایند اجرای روش و نوع نگاه کارکنان غیردرمانی اشاره شد. در رابطه با موانع پرسنلی، برخی پژوهش‌ها کمبود حمایت پزشکان (۲۲، ۱۰)، نگرش منفی همکاران (۲۷)، مقاومت یا اکراه همکاران و یا پزشکان (۶) را متذکر شده‌اند. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر در کل، همکاران اعم از پزشکان و پرستاران نقش حمایتی داشتند و روش‌های مورد استفاده از سوی پرستاران را تأیید می‌کردند؛ لیکن پزشکان به علت مشغله‌ی زیاد، در زمان ویزیت عجله داشتند و فرصت اجرای برخی

تشکر و قدردانی

گروه پژوهش از کلیه‌ی مشارکت‌کنندگان بابت ارائه‌ی تجارب ارزشمند خود و از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به خاطر حمایت مالی این طرح تشکر می‌کنند. این مطالعه، بخشی از رساله‌ی دکتری نویسنده‌ی اول بود که در معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به شماره‌ی ۵۵۲/۴۵۰۴ مورخ ۹۳/۷/۱۴ تصویب شد؛ همچنین، این طرح با کد ۵۵۲/۵۱۸۷ در کمیته‌ی اخلاق دانشگاه به تصویب رسید.

آمادگی ناکافی پرستاران از حیث دانش و شرایط روانی - فرهنگی. آگاهی مسئولان و دست‌اندرکاران از «موانع شناسایی‌شده» در عملیاتی کردن برنامه‌های تلفیق CTS با عملکرد پرستاری، بسیار مفید است؛ محققان پرستاری نیز می‌توانند در طراحی ابزارهای استاندارد از این یافته‌ها استفاده کنند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با دید موشکافانه‌ی تحقیقات کیفی، شرایط علی و تسهیل‌کننده‌های کاربرد CTS در عملکرد پرستاری مورد مطالعه قرار گیرد و سپس با طراحی ابزاری مناسب با استفاده از پژوهش‌های کمی و توان آزمون‌های آماری، در خصوص عوامل تأثیرگذار، به طراحی مدل اقدام گردد.

جدول شماره ۱ (۱) اطلاعات مشارکت کنندگان (n = ۱۵)

نوع متغیر	فرآوانی (درصد) تعداد
سن (سال)	۳ (۲۰)
	۳۰-۳۴
	۵ (۳۳/۳۳)
	۳۵-۳۹
	۳ (۲۰)
	۴۰-۴۴
	۴ (۲۶/۶۶)
	۴۴-۴۹
تحصیلات	۱۳ (۸۶/۶۶)
	کارشناسی
	۲ (۱۳/۳۳)
	کارشناسی ارشد
سابقه‌ی کار (سال)	۱ (۶/۶۷)
	۵-۹
	۷ (۴۶/۶۶)
	۱۰-۱۴
	۱ (۶/۶۷)
	۱۵-۱۹
	۳ (۲۰)
	۲۰-۲۴
	۳ (۲۰)
	۲۵
سمت فعلی	۸ (۵۳/۳۳)
	پرستار
	۷ (۴۶/۶۶)
	مدیر پرستاری
وضعیت تأهل	۲ (۱۳/۳۳)
	مجرد
	۱۳ (۸۶/۶۶)
	متاهل

* دو مشارکت کننده‌ی پزشک در جدول منظور نشدند

جدول شماره ۲ (۲) فرایند پردازش و آنالیز داده‌ها بر اساس روش Zhang و Wildemuth

مراحل	عمل
۱	آماده کردن داده‌ها
۲	تعریف واحد آنالیز
۳	طراحی دسته‌جات و طرح‌واره‌ی کدگذاری
۴	آزمون طرح‌واره‌ی کدگذاری روی بخشی از نوشته‌ها
۵	کدگذاری همه‌ی نوشته‌ها
۶	بررسی ثبات کدگذاری
۷	نتیجه‌گیری از داده‌های کدگذاری شده
۸	گزارش روش کار و یافته‌ها

جدول شماره‌ی (۳) روند استخراج طبقه‌ی «دانش ناکافی پرستار»

طبقه‌ی اصلی	زیرطبقات	نمونه‌ای از کدهای اولیه	نمونه‌ای از واحدهای معنایی
دانش ناکافی پرستار	اطلاعات ناکافی در پاسخ به سؤال مددجو	- پاسخ به سؤال در حد آگاهی و اقدام به مطالعه	«مثلاً در مورد طب سوزنی یا مثلاً طب سنتی ... می‌گم؛ من شنیدم، پرسیدم، مشورت کنید! ... من در این حد می‌دونم... هیچ از اینکه بگم نمی‌دونم به مریض، ابا ندارم. چیزی باشه ندونم می‌گم نمی‌دونم. بعضاً بعداً رفتم دنبالش مطالعه کردم» (م ۴)
		- پاسخ به بیمار بر اساس تجربه‌ی شخصی	«... می‌پرسه چی بخورم نخورم، چیزی علمی که ... نخوندم، در این حد می‌گم سیراب‌شیردون، گوشت لوبیا، اینا شیر رو زیاد می‌کنه. من به تجربه دیدم و چون تجربه کردم اینا شیر رو زیاد می‌کنه، برا افزایش شیر، اینا رو توصیه می‌کنم...» (م ۸)
ارجاع مددجوی سؤال‌کننده	اطلاعات بی‌اطلاعی و ارجاع به فرد مطلع	- اظهار بی‌اطلاعی و ارجاع به فرد مطلع	«... بعضیاً می‌پرسن رازیانه و اینا خوبه؟ شیر زیاد می‌کنه؟ من می‌گم نمی‌دونم؛ می‌گم از پزشکای طب سنتی بپرس! می‌گه خوبه و بچه رو شل نمی‌کنه، بخور، ولی من نمی‌دونم.» (م ۱۱)
		- اجتناب از اظهارنظر صد درصد قاطع و ارجاع	«در مورد چیزایی مثل حمامات هم می‌گم با دکترا مشورت کن. صد درصد توصیه نمی‌کنم چون خودم اطلاعاتم آن‌قدر نیست... در مورد ترکیبات سنتی، ترکیباتی می‌شناسم مثلاً دارچین، اثرش رو قند خوبه ولی رو فشار... می‌گم مشورت کنید. چیزی رو صد درصد نمی‌گم، چون واقعاً اعتقاد دارم به اینکه من علمش رو ندارم که بخوام در این حد باشم...» (م ۴)
آگاهی ناکافی از به‌کارگیری روش‌ها	عدم آگاهی از خواص عرقیجات علت عدم توصیه	- عدم آگاهی از خواص عرقیجات علت عدم توصیه	من چیزایی در مورد مصرف عرقیجات در افزایش تولید شیر شنیدم. من خودم به‌شخصه تو عرقیجات وارد نیستم. برا افزایش شیر هم، خودم مصرف اون‌ها رو پیشنهاد نمی‌دم ... ولی اون قطره گیاهی رو چون می‌شناسم، اثرش رو دیدم، می‌گم...» (م ۹)
		- عدم آگاهی کامل در مورد اثر و مکانیسم موسیقی‌درمانی	«...یه موقع بعضی همکارا رفتن گفتن این موسیقی برا خودش می‌دازه... من هم دیگه اونقدر استفاده نمی‌کنم. چون خودم از نظر علمی اطلاعات کافی ندارم. هیچ‌وقت نتونستم اون همکارا رو از نظر علمی توجیه‌شون کنم. فقط من خودم دیدم، احساس کردم...» (م ۵)
ارجاع مددجو جهت استفاده از روش‌ها	ارجاع بیمار بستری به روان‌شناس بخش	- ارجاع بیمار بستری به روان‌شناس بخش	«... من بر اساس مطالعاتی که در شروع کارم داشتم، اینکارا رو می‌کنم... یه موقع بعضی از مریضا رو که احساس می‌کنم نیاز دارن، اطلاعات من کافی نیست و من نمی‌تونم کمک‌چندانی به‌شون بکنم، روان‌شناس داریم، برا مشاوره، به روان‌شناس بخشمون ارجاع می‌دم...» (م ۱)
		- توصیه به مصرف ترکیبات سنتی در کنار داروی شیمیایی با مشورت پزشک	«به بیمارای قلبی عروقی می‌گم داروت رو بخور، ولی چون ترکیبات سنتی هم خوبه، برا فشار، قند، برا چربی، کمک می‌کنه، در کنار دارو استفاده کن؛ البته نه سرخود، برو پیش پزشکای طب سنتی، با مشورت اونا... من خیلی تخصصی نمی‌دونم، هرکس یه شرایطی داره...» (م ۴)
دسترس‌ی ناکافی به شواهد	عدم اطلاع پرستار از یافته‌های تحقیقات انجام‌شده در بخش	- عدم اطلاع پرستار از یافته‌های تحقیقات انجام‌شده در بخش	«یه مورد بود یه دانشجوی ارشد رو اثر قهوه کار می‌کرد. برا مریضا گواژ می‌کرد قرار بود بیاد نتیجه رو بگه که نیومد ... ولی علاقه‌مند بودم که ببینم نتیجه چی میشه. اگه بدونم رو هوشیاری مریضی ما اثر داره حتماً اینکار رو می‌کنم.» (م ۱۰)
		- دسترس‌ی ناکافی به اطلاعات و منابع علمی معتبر	«...یه منبع باشه، اطلاعاتی داشته باشم... مثلاً تو مریض کما. تو ترکیبات گیاهی مثلاً اسطوخودوس من می‌دونم برا اعصاب خیلی خوبه، ولی اطلاعاتی ندارم. شواهدی در دسترس نیست. منبعی ندیدم که برا مریضی که تو کما هست کسی تحقیق کرده آیا استفاده از این در افزایش هوشیاریشون مؤثر هست یا نه. اطلاعاتی ندارم چیزی مکتوب ندیدم که بتونیم استفاده‌ی بیشتری از این ترکیبات بکنیم... اینکار رو نکردم؛ ولی خیلی دوست داشتم که ...» (م ۱۰)

جدول شماره ۴) زیر طبقات و طبقات مضامین «آمادگی ناکافی پرستار» و «عوامل سازمانی محدودکننده»

زیر طبقات	طبقات اصلی	درون‌مایه
اطلاعات ناکافی در پاسخ به سؤال مددجو	دانش ناکافی پرستار	آمادگی ناکافی پرستار
ارجاع مددجوی سؤال‌کننده		
آگاهی ناکافی از به‌کارگیری روش‌ها		
ارجاع مددجو جهت استفاده از روش‌ها		
دسترسی ناکافی به شواهد		
موانع مربوط به شرایط عاطفی پرستار	موانع مربوط به شرایط روانی فرهنگی حاکم بر پرستار	
موانع ادراکی - شناختی در پرستار		
احساس پرستار در مورد تابو بودن روش		
شرایط فیزیکی محدودکننده	شرایط و امکانات نامناسب	محدودکننده‌های سازمانی
نقص در ضوابط اداری		
کمبود نیروی انسانی		
کمبود امکانات		
وقت ناکافی		
عدم همراهی و عدم مشارکت پزشک در فرایند اجرا	موانع پرسنلی	
موانع مربوط به کارکنان غیردرمانی		
عملکرد نامناسب مدیران غیر پرستار	حمایت ناکافی مدیران غیر پرستار	
دیدگاه نامناسب مدیران غیر پرستار		

References:

1. 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.
2. Lindquist R, Snyder M, Tracy MF. Complementary & Alternative Therapies in Nursing. 6th ed. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2014.
3. 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.
4. Tehrani Banihashemi SA, Asgharifard H, Haghdoost 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.[Persian]
5. Shorofi SA. Complementary and alternative medicine (CAM) among hospitalised patients: reported use of CAM and reasons for use, CAM preferred during hospitalisation, and the socio-demographic determinants of CAM users. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2011;17(4):199-205.
6. 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. *American Journal of Critical Care*. 2005; 14(5): 404-15.
7. 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.
8. 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.[Persian]
9. 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. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17(19): 2565-72.
10. 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. *Clinical Nurse Specialist*. 2010; 24(23): 125-31.
11. 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. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2010; 16(4): 229-34.
12. American Holistic Nurses Association. Position on the role of nurses in the practice of complementary and alternative therapies. *Beginnings (American Holistic Nurses Association)*. 2000; 1(1): 1-4.

- Holistic Nurses' Association). 2001;21(2):1.
13. Nottingham EN. Complementary and alternative medicine: Nurse practitioner education and practice. *Holistic nursing practice*. 2006;20(5):242-6.
 14. Smith G, Wu Sh. Nurses' beliefs, experiences and practice regarding complementary and alternative medicine in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21(17-18): 2659-67.
 15. Chu F-Y, Wallis M. Taiwanese nurses' attitudes towards and use of complementary and alternative medicine in nursing practice: a cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*. 2007;44(8):1371-8.
 16. 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.
 17. Adib-Hajbagherya M, Hoseinian M. Knowledge, Attitude and practice toward complementary and traditional medicine among Kashan health care staff, 2012. *Complementary Therapies in Medicine*. 2014; 22(1): 126-32.
 18. 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. *Journal of holistic nursing* . 2014; 33(2):110-21.
 19. 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. *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 20(11-12): 1776-83.
 20. 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. *Journal of Nursing & Care*. 2013; 5:11.
 21. 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.[Persian]
 22. Hastings-Tolsma M, Vincent D. Decision-making for use of complementary and alternative therapies by pregnant women and nurse midwives during pregnancy: An exploratory qualitative study. *International Journal of Nursing and Midwifery*. 2013; 5(4):76-89.
 23. Culverhouse S E, Wohlmuth H. Factors affecting pharmacists' recommendation of complementary medicines – a qualitative pilot study of Australian pharmacists. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2012; 12(1):183.
 24. 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. *Medical Care*. 2014; 52(12): 91-6.
 25. 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.
 26. 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.
27. 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: 209-13.
 28. Garner VA. Nurse Practitioners' Experience With Herbal Therapy. [MSC thesis], Maryland: Uniformed Services University of the Health Sciences, 2000.
 29. 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.
 30. Kristiniak S. Exploring the experiences of complementary nurses: A qualitative phenomenological study. [MSC thesis], Arizona: University of Phoenix, 2011.
 31. Hunt V, Randle J, Freshwater D. Paediatric nurses' attitudes to massage and aromatherapy massage. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*. 2004; 10(3):194-201.
 32. Modineshat M. Nurses experience about home remedies recommendation to patients: A phenomenology study. *Proceedings of the National Conference on natural products and herbal therapies, North Khorasan, 2012*. [Persian]
 33. Speziale HS, Streubert H, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
 34. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005; 15(9): 1277-88.
 35. 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.
 36. Hupkens S. Implementation of complementary interventions in the Netherlands: Experiences of pioneers. *Patient Education and Counseling*. 2012; 89(3):411-6.

The application Barriers of complementary therapies in nursing practice: a qualitative content analysis

Tagharrobi Z¹, Mohammadkhan Kermanshahi S^{*2}, Mohammadi E³

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

Received: 13 June, 2016 :Accepted: 05 December, 2016

Abstract

Introduction: In response to the community need, it is necessary nursing staff in their professional performance to use complementary therapies. The related barriers should be identified to provide appropriate strategies for integrating these therapies into the clinical nursing practice. So, this study was designed to assess clinical nurses' perceptions about the application barriers of the complementary therapies in clinical nursing practice.

Methods: This qualitative content analysis study was done from June 2014 to July 2015 in Iran. Sampling was done purposively and ended after reaching data saturation. In-depth and Semi-structured interviews were done with fifteen nurses and two physicians who had rich experience. Concurrently with data collection, the data were analyzed via the conventional content analysis approach. Max QDA software was used to help data organizing and analyzing.

Results: In relation to research objective, the study participants' perceptions fell into five main categories of 'insufficient knowledge of nurse', 'the barriers related to nurse's cultural and mental conditions', 'unsuitable conditions and facilities', 'the obstacles related to non-nursing Personal ' and 'inadequate support of non-nursing managers' from which, the two main theme of 'inadequate preparation of nurse' and 'organizational limiters' were abstracted.

Conclusion: Inadequate preparation of nurse and organizational limiters create problem for nurses and act as inhibitor of complementary therapies application in clinical practice. The awareness of these two themes attributes is useful for Authorities to designing guidelines related to integration of complementary therapies into nursing practice.

Keywords: Complementary therapies, Nursing, Qualitative Research.

*Corresponding author: E.mail: kerman_s@modares.ac.ir