

تحلیل موقعیت بستر تجویز پرستاری در ایران: یک مطالعه کیفی

محمد علی چراغی^۳

*سودابه جولایی^۲

آذر درویش پور^۱

چکیده

زمینه و هدف: تجویز دارو توسط پرستاران یک حرکت تاریخی برای حرفه پرستاری و بخش مهمی از راه حل نظام سلامت کشورهای پیشرو در جهت بهبود دسترسی و کاهش زمان انتظار بیماران برای دریافت دارو بوده است. با وجود توجه فزاینده دنیا به بحث تجویز پرستاری، بررسی متون موجود بیانگر آن است که هنوز شواهدی در زمینه تجویز پرستاری در کشور ایران وجود ندارد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی بسترهای تجویز پرستاری صورت گرفت.

روش بررسی: طراحی این مطالعه به صورت یک مطالعه کیفی توصیفی بود. روش نمونه‌گیری بصورت هدفمند و با مصاحبه‌ی نیمه ساختارمند با دست‌اندرکاران مختلف سیستم مراقبت سلامت از جمله سیاست‌گذاران سلامت، پزشکان و پرستاران صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای مرسوم و کدگذاری مصاحبه‌ها با نرم افزار MAXQDA انجام شد. برای دستیابی به صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای موثق بودن Lincoln و Guba بهره گرفته شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های مشارکت‌کنندگان، منجر به استخراج ۳۸ کد اولیه و پدیدار شدن پنج زیرطبقه و پنج طبقه اصلی گردید. طبقات اصلی تحت عنوان "بستر نظری تجویز پرستاری" با دو زیر طبقه، "بستر سازمانی تجویز پرستاری" با سه زیر طبقه، "بستر آموزشی تجویز پرستاری"، "بستر پژوهشی تجویز پرستاری" و "بستر فرهنگی- اجتماعی تجویز پرستاری" نام گذاری شدند.

نتیجه‌گیری کلی: بررسی دیدگاه‌ها و نظرات سیاست‌گذاران سلامت و صاحبان فرایند تیم سلامت در کشور نشان داد که چالش‌هایی در بسترهای سازمانی، آموزشی و پژوهشی و فرهنگی- اجتماعی وجود دارد که نیازمند طراحی مسئله محور در حوزه تجویز پرستاری می‌باشد.

کلید واژه‌ها: تجویز دارو، پرستاری، تحقیق کیفی.

تاریخ دریافت: ۹۵/۸/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۱۳

^۱ استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی و پیراپزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
Email: joolae.s@iums.ac.ir ۸۸۶۷۱۶۱۳ - (۰۲۱)

^۳ دانشیار، گروه پرستاری ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

مقدمه

تجویز دارو توسط پرستاران یک حرکت تاریخی برای حرفه پرستاری و بخش مهمی از راه حل نظام سلامت کشورهای پیشرو در جهت بهبود دسترسی و کاهش زمان انتظار بیماران برای دریافت دارو بوده است^(۱). در حال حاضر در بسیاری از کشورها (استرالیا، ایالات متحده، انگلستان، کانادا، ایرلند و ...) گروه‌های خاصی از پرستاران مجاز به تجویز دارو می‌باشند^(۲). به عنوان مثال، در ایالات متحده آمریکا، تجویز مشترک داروسازان و پرستاران از سال ۱۹۷۰ امکان پذیر بوده است و در انگلستان از اواخر سال ۱۹۹۰، پرستاران و ناظرین سلامت (Health visitors)، حق تجویز محدود را داشته‌اند^(۳). شروع این نقش برای پرستاران سوئد نیز موجب دسترسی آسان به داروها برای بیمارانی شده است که در مناطق دور زندگی می‌کردند و نیز به منظور کاهش حجم کار پزشکان بوده است^(۴).

در بسیاری از کشورها، تجویز پرستاری در حوزه‌های بالینی همچون قلب و عروق، بیماری‌های مزمن، فیبروز سیستیک، پوست، دیابت، اعمال جراحی انتخابی (Elective surgery)، مراقبت‌های تسکینی، کنترل درد^(۵،۶)، بیماری کلیوی، روماتولوژی و سوء مصرف مواد (Substance misuse) به اجرا در آمده است^(۶).

در سطح بین المللی، نظام‌های مراقبت سلامت، مزایای بالقوه دیگری از تجویز پرستاری برای بیماران، از جمله افزایش تداوم مراقبت از بیماران و دسترسی بهتر به دارو^(۳)، کارآیی در تحویل دارو و راحتی بیمار^(۷) و کاهش زمان انتظار بیمار را مطرح می‌نمایند^(۳). در مطالعه Hobson ذکر شده است که توسعه حق تجویز با ارائه راحتی بیشتر و بهبود دسترسی به درمان، می‌تواند باعث ارائه مراقبت دارویی با کیفیت بالا شده^(۴) و موجبات رضایت بیماران را فراهم نماید^(۸) پرستاران در مطالعه Bradley و Nolan تأیید کردند که تجویز پرستاری موجب صرفه جویی در زمان می‌گردد به خصوص در شرایطی که منتظر حضور پزشکان برای

امضای نسخه هستند^(۹) و بنابر استدلال Jones و همکاران تجویز پرستاری می‌تواند نقش مراقبتی پرستاران را ارتقاء بخشد^(۸).

با توجه به مزایای فراوان و قابل توجه تجویز پرستاری در امر مراقبت از مددجویان، سازمان بهداشت جهانی (WHO) در پنجمین پانل مشورتی مجمع پرستاری منطقه مدیترانه شرقی در سال ۲۰۰۱ در اسلام آباد پاکستان، به نقش پرستاران و عملکرد آنان جهت تجویز دارو در کشورهای منطقه پرداخت. از نظر این سازمان نیز، تجویز پرستاری موجب دسترسی سریعتر به خدمات سلامتی با کیفیت می‌شود و بیان شده است در جائیکه پرستاران به عنوان خط اول ارائه دهندگان مراقبت سلامت مطرح می‌باشند آنها باید توانمند شده و برای تجویز صحیح دارو آماده باشند^(۱۰).

با وجود توجه فزاینده دنیا به بحث تجویز پرستاری و تأکید سازمان جهانی بهداشت به این امر، بررسی متون موجود بیانگر آن است که هنوز شواهدی در زمینه تجویز پرستاری در کشور ایران وجود ندارد؛ در حالیکه با عنایت به چشم انداز بیست ساله نظام سلامت کشور، متعهد به کسب رتبه نخست توسعه نظام سلامت در منطقه تا سال ۱۴۰۴ می‌باشیم. بنابراین این سؤال در ذهن پژوهشگر شکل گرفت که جایگاه تجویز پرستاری در زمینه ارائه خدمات سلامت کشور ایران کیجاست؟ و با توجه به اینکه این موضوع متأثر از عوامل زمینه‌ای در هر کشور است سؤال بعدی مطرح شد که زیر ساخت‌های لازم برای اجرای آن چیست؟ تلاش برای یافتن پاسخ به این سؤالات پژوهشگر را بر آن داشت. تا پژوهش حاضر را با هدف بررسی بستر تجویز پرستاری در ایران انجام دهد.

روش بررسی

طراحی این مطالعه به صورت کیفی توصیفی است که با روش تحلیل محتوای مرسوم (conventional content analysis) انجام شد. تحلیل محتوا یک روش تحقیق و پژوهش برای استنتاج تکرار و معتبر از داده^(۱۱)

پرستاری) و نیز ۶ پزشک و ۹ پرستار تشکیل دادند. ویژگی‌های جمعیت شناختی این مشارکت کنندگان در جدول شماره یک به نمایش درآمده است.

است. مشارکت کنندگان این تحقیق را دست اندرکاران سیستم مراقبت سلامت از جمله ۱۴ نفر از سیاستگذاران سلامت (دو نفر از حوزه معاونت درمان وزارت بهداشت، ۶ نفر از اعضای نظام پرستاری و ۶ نفر از اعضای بورد

جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی مشارکت کنندگان بر اساس جنس، سطح تحصیلات و سوابق حرفه‌ای

میانگین سابقه خدمت (سال)	سطح تحصیلات			جنس		مشارکت کنندگان
	دکتر	کارشناس ارشد	کارشناس	مؤنث	مذکر	
	(تعداد)	(تعداد)	(تعداد)	(تعداد)	(تعداد)	
۲۲/۵	۲	-	-	۲	-	سیاست گذاران وزارت بهداشت
۲۳	۶	-	-	۳	۳	نظام مراقبت بورد پرستاری
۲۱/۸۳	-	۳	۳	۱	۵	سلامت نظام پرستاری
۱۱/۳	۶	-	-	-	۶	پزشک
۵/۵	-	۱	۸	۸	۱	پرستار
۱۴/۳۷	۱۴	۴	۱۱	۱۴	۱۵	جمع

دارو توسط پرستار چیزی شنیده‌اید؟" ولی اولین پرسش سیاست گذاران نظام مراقبت سلامت بدلیل میزان بالای آگاهی و شناخت آنان از مسایل روز پرستاری به این صورت مطرح می‌شد:

"آیا تاکنون پرستاران از شما درخواست کرده‌اند که آنها نیاز به اقتدار تجویز دارو دارند یا خودتان در تجارب حرفه‌ای خود احساس کرده‌اید که نیاز است پرستار هم دارو تجویز کند؟". سپس با توجه به پاسخ دریافت شده، سؤالات دیگری از قبیل "دیدگاه کلی شما در مورد تجویز دارو توسط پرستار چیست و ضرورت آن را چگونه می‌بینید؟"، "این موضوع چه اهمیتی می‌تواند داشته باشد؟" و "آیا تا کنون تجربه تجویز داشته‌اید؟" مطرح می‌شد.

در هر مصاحبه همچنین از سؤالات پی‌گیری کننده‌ای (follow up questions) نظیر "ممکن است در این مورد بیشتر توضیح دهید؟"، "آیا در این مورد تجربه خاصی دارید؟" و "آیا منظورتان این است که...؟" بهره گرفته می‌شد. در پایان از مشارکت کنندگان خواسته می‌شد تا اگر حرف و سخنی باقی مانده بیان نمایند. طول

روش نمونه‌گیری در مطالعه حاضر، بصورت هدفمند (Purposeful) بود. نمونه‌گیری هدفمند به معنای انتخاب هدف‌دار واحدهای پژوهش برای کسب دانش یا اطلاعات است^(۱۲). نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها (Data saturation) ادامه یافت. اشباع عبارت است از این که داده‌های جمع آوری شده، تکرار داده‌های قبلی باشد و اطلاعات جدیدی حاصل نگردد^(۱۳).

از مصاحبه‌ی نیمه ساختارمند برای جمع آوری داده‌ها بهره گرفته شد. مصاحبه با مشارکت‌کنندگان با تعیین وقت قبلی و در محل خدمت آنها انجام شد. محقق در ابتدا هدف پژوهش را برای مشارکت‌کنندگان توضیح داد و در صورت تمایل آنها، پس از اخذ رضایت آگاهانه، اقدام به انجام مصاحبه می‌نمود. مصاحبه‌ها با استفاده از دستگاه ضبط صوت دیجیتالی ضبط شد.

تمامی مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر و با استفاده از سؤالات راهنما انجام شد. اولین پرسش پژوهشگر بر اساس میزان آگاهی و درگیری مشارکت‌کنندگان با چالش‌های روزآمد پرستاران متفاوت بود. به عنوان مثال اولین پرسش گروه پرستاران و پزشکان این سؤال بود که "آیا در مورد تجویز

استفاده از راهنمای مصاحبه، تخصیص زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها، بررسی مداوم و مقایسه‌ی مداوم داده‌ها و طبقات از نظر تشابه‌ها و تفاوت‌ها، کنترل کردن دوباره یافته‌ها با مشارکت‌کنندگان، ارائه تحلیل داده‌ها به صورت مشروح و مبسوط و توصیفات عمیق و غنی از پژوهش برای خوانندگان، سعی در تأمین این معیارها نمود.

به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق با کد ۱۹۲۹، با همراه داشتن نامه رسمی از ریاست دانشکده برای انجام مصاحبه‌ها اقدام نمود. قبل از هر مصاحبه، رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان جهت ورود به مطالعه کسب شده و در رابطه با حفظ رازداری، رعایت امانت در نگهداری و ارائه درست اطلاعات کسب شده، بدون درج نام افراد تأکید می‌گردید.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های مشارکت‌کنندگان، منجر به استخراج ۳۸ کد اولیه و پدیدار شدن پنج زیرطبقه و پنج طبقه اصلی گردید. طبقات اصلی تحت عناوین "بستر نظری تجویز پرستاری" (با دو زیرطبقه دیدگاه‌های مثبت نسبت به تجویز پرستاری و دیدگاه‌های منفی نسبت به تجویز پرستاری)، "بستر سازمانی تجویز پرستاری" (با سه زیر طبقه تحت عناوین محدودیت‌های سازمانی، نیروی انسانی در بستر تجویز پرستاری و فرهنگ سازمانی)، "بستر آموزشی تجویز پرستاری"، "بستر پژوهشی تجویز پرستاری" و "بستر فرهنگی - اجتماعی تجویز پرستاری" نام گذاری شدند. جدول شماره ۲، خلاصه‌ای از واحدهای معنایی، کدهای اولیه، زیر طبقات مربوط به طبقه دوم "بستر سازمانی تجویز پرستاری" را نشان می‌دهد.

مدت مصاحبه از حداقل ۲۰ دقیقه تا حداکثر ۱/۵ ساعت و به طور متوسط ۴۰ دقیقه بود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، هر متن مصاحبه (با مشارکت کنندگان) به عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته شد. سپس بر اساس مدل پیشنهادی Graneheim و Lundman^(۱۴)، تحلیل داده‌ها با خواندن مکرر همه داده‌های متنی شروع شد تا حس کلی از داده‌ها بدست آید. برای این منظور متن هر مصاحبه چندین بار خوانده و مرور شد و بعد از کسب حس کلی، با استفاده از رویکرد استقرایی (یعنی بدون تصورات از پیش پنداشته محقق و یا گروه بندی)، آنالیز داده‌ها انجام شد. در زمان خواندن متن مصاحبه‌ها، پاراگراف‌های مهم با خواندن خط به خط کاملاً مشخص و زیر قسمت‌های مهم خط کشیده شد تا از سایر قسمت‌ها متمایز شوند. به عبارت دیگر متن هر مصاحبه با تقسیم به واحدهای معنایی خلاصه گردید. به هر پاراگراف یا عبارت مهم یک کد اختصاص داده شد. کدگذاری با نرم افزار MAXQDA ۲۰۰۷ انجام شد. برای دستیابی به صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای موثق بودن (Trustworthiness) Lincoln و Guba استفاده شد. این معیار معادل روایی و پایایی در پژوهش‌های کمی است. بدین منظور چهار معیار اعتبار (Credibility)، قابلیت وابستگی (اعتماد) (Dependability)، مقبولیت یا تأییدپذیری (Confirmability) و قابلیت انتقال (Transferability)^(۱۵) مورد بررسی قرار گرفت. جهت تأمین این معیارها پژوهشگر با دقت در انتخاب مطلعین کلیدی، تماس طولانی مدت با مشارکت‌کنندگان و جلب اعتماد آنان، تلفیق روش‌های گردآوری داده‌ها (از قبیل استفاده از مصاحبه، یادداشت در عرصه، یادآور نویسی)، تلفیق (Triangulation) گروه‌های مختلف سیاست‌گذار پرستاری در حوزه‌های مختلف نظام مراقبت سلامت،

جدول شماره ۲: خلاصه‌ای از واحدهای معنایی، کدهای اولیه، زیر طبقات طبقه دوم "بستر سازمانی تجویز پرستاری"

واحدهای معنایی	کدهای اولیه	خرده طبقات	زیر طبقات	طبقه اصلی
برای اینکه بتوانیم برای نقش‌ها و مسئولیت‌هایی که پرستاران دارند به نحو احسن جوابگو باشیم باید پرستاری جزء رشته‌های پروانه دار باشد، یعنی برای اینها باید پروانه صادر بشود، تا بتوانند در خدماتی که ارائه می‌دهند و نیازهای دارویی که برای بیمار پیش می‌آید را براحتی برطرف کنند.	لزوم صدور مجوز و پروانه کار پرستاری	محدودیت‌های اجرایی		طبقه اصلی
ببینید حرف اول رو همین حمایت قانونی می‌زند. تا زمانی کار شما خوب باشد و برای مریض مشکل پیش نیاید، آن پزشک خیلی هم راحت هست و باری از روی دوشش برداشته می‌شود؛ خیلی هم متشکر می‌شود، ولی اگر کوچکترین مشکلی برای مریض پیش بیاید که ربطی به کار نرس و تجویز دارو نداشته باشد، به نوعی به آن ربط می‌دهد و می‌گوید تو درکار من دخالت کردی. تو در کار پزشکی چرا دخالت کردی؟ چرا بدون اجازه دارو دادی؟. اما اگر قانون باشد، می‌توانیم با دست باز دارو تجویز کنیم. اون موقع خیالمان راحت هست که اگر چیزی پیش بیاید، یک مدرک قانونی هست که از من حمایت می‌کند.	حمایت قانونی بعنوان اولویت اول در تجویز پرستاری	محدودیت‌های قانونی	محدودیت‌های سازمانی	محدودیت‌های سازمانی
آنها (پرستاران) گاهی حتی بهتر از پزشکان می‌توانند دارو تجویز کنند، چون با یک سری داروهای محدود در تماس هستند. مثلاً بعضی داروها را من نمی‌دانم چه جوری تولید می‌شود و می‌پرسم این آمپولش هست یا قرص یا کیسول. آنها بهتر می‌دانند، چون آنها هر روز دارند با آنها کار می‌کنند.	تجویز بهتر پرستاران نسبت به پزشکان شناخت بهتر دارو توسط پرستاران نسبت به پزشکان	توانمندی تجویزی پرستاران	بستر سازمانی تجویز پرستاری	بستر سازمانی تجویز پرستاری
اگر همکاران عزیز بهورز ما با آن موقعیت و سطح سواد، به همین مردم این مملکت، ۵۹ قلم تا ۸۰ قلم دارو میتوانند بدهند، پرستاری که این همه علم و تجربه کسب کرده؛ این همه منابع دور و برش هست و در یک فضای غنی قرار گرفته، چطور نمی‌تواند به مریضش در موارد اورژانس کمک کند؟!.	تجویز دارو توسط بهورزان	توانمندی بهورزان	نیروی انسانی در بستر تجویز پرستاری	نیروی انسانی در بستر تجویز پرستاری
جنسیت نقش دارد. آقایان به جهت خصوصیات شهامتی که دارند؛ شجاعتی که دارند؛ ریسک پذیری مردان باعث شد برخوردها متفاوت بشود. من همیشه می‌گویم یکی از دلایلی که نظام پرستاری این قدر سریع موفق شد و توانست ارتقای بهره وری را بگیرد همین داستانها بود. الان وجود آقایان پرستار باعث شده مدیر بیمارستان یک پرستار مرد باشه و خیلی جاها در پرستاری این اتفاق دارد میفتد و پرستاران دارند پست‌های کلیدی را می‌گیرند.	شهامت، شجاعت و ریسک پذیری مردان تأثیر حضور آقایان در موفقیت‌های نظام پرستاری	حضور مردان در پرستاری		
ببینید در سیستم و نظام سلامت ما، همه چیز از پزشکی هست، یعنی پزشک تعیین میکند من چه چیزی را میتوانم انجام بدهم و چه چیزی	وابستگی کل نظام سلامت به پزشکی	پزشک سالاری	فرهنگ سازمانی	فرهنگ سازمانی

رو نمی‌توانم انجام بدهم. حتی نگاه کنید بعضی از پزشکها وقتی دستورات خودشان را مینویسند، در مورد خیلی از چیزهای پرستاری که شاید ما در سش را تخصصی تر خوانده‌ایم، از پوزیشن بیمار گرفته تا خیلی چیزهای دیگر را هم مشخص می‌کنند. این نشان می‌دهد که پزشک خودش را در یک موقعیتی میداند که همه مسئولیت بیمار و مسایل مراقبتی بیمار به عهده او هست و پرستار صرفاً یک مجری است که از خودش هیچ آزادی عمل ندارد.

تعیین کنندگی امور
پرستاری توسط پزشکان
پرستار مجری صرف
دستورات پزشک

طبقه اول: بستر نظری تجویز پرستاری

نتایج بررسی نظرات و دیدگاه‌های گروه‌های مختلف (سیاست‌گذاران، پزشکان و پرستاران) در کشور نشان داد که بیشتر آنها در رابطه با نیاز و ضرورت اجرای تجویز پرستاری در کشور اتفاق نظر داشته و موافق موضوع بودند و برخی نیز با وجود اعلام مخالفت در واقع به صورت مشروط با این امر موافق بودند. این طبقه خود از دو زیر طبقه "دیدگاه‌های مثبت نسبت به تجویز پرستاری" و "دیدگاه‌های منفی نسبت به تجویز پرستاری" پدیدار شد که ذیلاً در مورد هریک توضیح داده می‌شود.

• دیدگاه‌های مثبت نسبت به تجویز پرستاری

مشارکت‌کنندگانی که موافق اجرای تجویز پرستاری بودند اعتقاد داشتند مردم جامعه نیازمند ارائه خدمات پرستاران هستند و مطرح شدن موضوع تجویز پرستاری چون بر اساس سلامت و نیاز مردم است، ضرورت دارد. از نظر آنان این نیاز مخصوصاً در برخی شرایط خاص بالینی که نیازمند اقدامات فوری است ولی بدلیل حضور نداشتن همیشگی پزشکان میسر نیست، نمود بیشتری دارد و همین موضوع (حضور نداشتن مداوم پزشکان) سبب می‌شود تا آنان (پرستاران) برای رفع نیازهای فوری و حیات بخش بیماران، اقدام به تجویز دارو نمایند. به عنوان مثال یکی از مشارکت‌کنندگان پرستار در این رابطه چنین عنوان نمود:

"من زمانی که در اورژانس‌های الکتیو پایین بودم خیلی پزشک در دسترس بود؛ اما الان اورژانس بالا که هستم یک کد می‌زنیم تا سی پی آر اعلام بکنیم تقریباً پنج

دقیقه‌ای طول می‌کشد، در حالیکه گلدن تایم شش دقیقه هست. ما که نمی‌توانیم منتظر پزشک بمانیم. حالا تازه اینجا اورژانس هست. خیلی بخش‌ها هستند مثل طبی جنرال، اصلاً تا پزشک برسد، مریض را سی پی آر کرده‌ایم و برگردانده‌ایم."

موضوع حضور نداشتن پزشکان نه فقط از سوی پرستاران مطرح گردید بلکه خود پزشکان نیز به آن معترف بودند. عبارات زیر مربوط به بیانات یکی از مشارکت‌کنندگان پزشک در این خصوص است:

"قطعاً پزشکان خصوصاً پزشکانی که در بخش‌های مراقبت ویژه مثلاً آی سی یو، سی سی یو کار می‌کنند، من فکر می‌کنم قطعاً موافق این مسئله باشند. به خاطر فوریت در انجام بعضی کارها. گاهی اوقات حتی به نوشتن هم نمی‌رسد. کار (اجرای دارو) باید انجام بشود و بعد نوشته بشود. حالا چه کسی این را بنویسد در آیتیم بعدی قرار می‌گیرد."

• دیدگاه‌های منفی نسبت به تجویز پرستاری

علاوه بر مشارکت‌کنندگانی که بطور واضح موافقت خود را برای تجویز پرستاری اعلام می‌نمودند عده بسیار کمی از مشارکت‌کنندگان نیز بیان می‌نمودند که مخالف با موضوع هستند ولی جستجوی عمیق‌تر گفتگو با آنها، حکایت از موافقت مشروط آنان داشت. به عنوان مثال یکی از مشارکت‌کنندگان سیاست‌گذار (از اعضاء نظام پرستاری) در ابتدا این چنین اظهار نمود:

"سازمان نظام پرستاری به شدت با این کار موافق هست ولی من شخصاً مخالفم و دلیل مخالفتم این هست که قطعاً الان وقتی که برای اولین بار تجویز دارو توسط پرستار

ارائه می‌دهند و نیازهای دارویی که برای بیمار پیش می‌آید را براحتی برطرف کنند".

مصاحبه با مشارکت‌کنندگان نشان داد که مسایل قانونی نیز به عنوان یکی از جنبه‌های اساسی در تجویز پرستاری مطرح می‌باشد. گزیده زیر بخشی از بیانات یکی از مشارکت‌کنندگان پرستار در این زمینه است:

"بینید حرف اول رو همین حمایت قانونی میزند. تا زمانی کار شما خوب باشد و برای مریض مشکل پیش نیاید، آن پزشک خیلی هم راحت هست و باری از روی دوشش برداشته می‌شود؛ خیلی هم متشکر می‌شود، ولی اگر کوچک‌ترین مشکلی برای مریض پیش بیاید که ربطی به کار نرس و تجویز دارو نداشته باشد، به نوعی به آن ربط می‌دهد و می‌گوید تو درکار من دخالت کردی. تو در کار پزشکی چرا دخالت کردی؟ چرا بدون اجازه دارو دادی؟".

• نیروی انسانی در بستر تجویز پرستاری

مصاحبه با مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر نشان داد که بیشتر آنها از "توانمندی" تجویزی پرستاران سخن می‌گفتند. آنها معتقد بودند که پرستاران قابلیت‌ها و توانایی‌های لازم برای هر کار و از جمله تجویز دارو را دارند. این موضوع (توانمندی پرستاران) حتی از دیدگاه پزشکان نیز مورد پذیرش است، به طوریکه یکی از پزشکان در این رابطه بیان می‌نماید:

"آنها (پرستاران) گاهی حتی بهتر از پزشکان می‌توانند دارو تجویز کنند، چون با یک سری داروهای محدود در تماس هستند. مثلاً بعضی داروها را من نمی‌دانم چه جوری تولید می‌شود و می‌پرسم این آمپولش هست یا قرص یا کیسول. آنها بهتر می‌دانند، چون آنها هر روز دارند با آنها کار می‌کنند".

یکی از مسائل دیگری که در رابطه با توانمندی پرستاران مطرح می‌شود، مقایسه توانمندی آنان با سایر اعضای تیم سلامت است. این مسئله بویژه در مقایسه با توانمندی بهورزان که با دانشی به نسبت کمتر از پرستاران، از سال‌ها قبل مبادرت به امر تجویز می‌نمایند تظاهر بیشتری

انجام بشود، اول از همه به PhDهای پرستاری این اجازه را می‌دهند، در حالیکه بسیاری از PhDهای پرستاری ما اصلاً نه مریض را می‌شناسند، نه داروها را می‌شناسند و نه با بیمار هستند. بعد از آن می‌رسند به من که فوق لیسانسم؛ من الان در بیمارستان نیستم، مریض را نمی‌شناسم، دارو ها را نمی‌شناسم؛ به همین خاطر با شرایطی که من می‌دانم اگر این اجرایی بشود، آن کسی که اتفاقاً مهر این کار را به دستش نمی‌دهند، با این قضیه مخالفم".

ولی همین مشارکت‌کننده در ادامه صحبت‌های خود می‌گوید:

"اگر این کار در اختیار پرستار بالین، یعنی آنها تنها کسانی باشند که در اولویت باشند، ما جزء موافقین صد در صد آن هستیم".

طبقه دوم: بستر سازمانی تجویز پرستاری

بر اساس بیانات بیشتر مشارکت‌کنندگان، شرایط حاکم بر بستر سازمانی نظام سلامت به گونه‌ای است که اجرای تجویز را با مشکل روبرو خواهد نمود. این مشکلات در سه زیر طبقه تحت عناوین محدودیت‌های سازمانی، نیروی انسانی در بستر تجویز پرستاری و فرهنگ سازمانی دسته‌بندی شدند که در مورد آنها توضیح داده می‌شود.

• محدودیت‌های سازمانی

مصاحبه با مشارکت‌کنندگان نشان داد که بیشتر آنان به محدودیت‌های اجرایی و قانونی در سازمان معترف بودند. از جمله محدودیت‌های اجرایی موضوع صدور مجوز و پروانه کار بود که مشارکت‌کنندگان، آن را به عنوان یکی از پیش نیازهای اجرای تجویز پرستاری قلمداد می‌نمودند. به عنوان نمونه یکی از مشارکت‌کنندگان در نظام پرستاری گفت:

"برای اینکه بتوانیم برای نقش‌ها و مسئولیت‌هایی که پرستاران دارند به نحو احسن جوابگو باشیم باید پرستاری جزء رشته‌های پروانه‌دار باشد، تا بتوانند در خدماتی که

مشارکت‌کنندگان سیاست‌گذار (از اعضای بورد پرستاری) در همین راستا است:

"بینید در سیستم و نظام درمان ما، همه چیز از پزشکی هست، یعنی پزشک تعیین می‌کند من چه چیزی را می‌توانم انجام بدهم و چه چیزی رو نمی‌توانم انجام بدهم. حتی بعضی از پزشکها در مورد خیلی از چیزهای پرستاری از پوزیشن بیمار گرفته تا چیزهای دیگر که شاید ما درش را تخصصی‌تر خوانده‌ایم را هم مشخص می‌کنند. این نشان می‌دهد که پزشک خودش را در یک موقعیتی می‌داند که همه مسئولیت بیمار و مسایل مراقبتی بیمار به عهده او هست و پرستار صرفاً یک مجری است که از خودش هیچ آزادی عمل ندارد."

طبقه سوم: بستر آموزشی تجویز پرستاری

اظهارات مشارکت‌کنندگان در رابطه با وضعیت آموزشی بیانگر نگرانی‌هایی در خصوص کفایت دانش دارو شناسی و یا نقایص موجود در آماده سازی علمی پرستاران برای داروشناسی کاربردی و درمانی بود. مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که این میزان از آموزش‌ها کافی نیست و خواستار آموزش‌های تکمیلی در این زمینه بودند. یکی از مشارکت‌کنندگان پرستار بیان نمود:

"پرستارهای ما واحد (داروشناسی) گذرانده‌اند، ولی به اندازه‌ای که یک پزشک گذرانده، پرستار نگذرانده؛ یا اگر هم گذرانده ولی کافی نبوده. الان اگر به پرستارهایمان بگوییم دارو تجویز بکنند، چقدر فارکومولوژی را می‌دانند؟"

برخی از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که روند آموزش‌های پرستاری به گونه‌ای است که نه تنها قدرت و اقتدار تجویز را به دانشجویان نمی‌دهد بلکه دانش درستی هم ایجاد نمی‌کند. این امر سبب می‌شود که کم کم این احساس غالب گردد که صرف دستور گرفتن و اجرا نمودن بهتر از داشتن قدرت تجویز است. عبارت زیر گزیده‌ای از بیانات یکی از مشارکت‌کنندگان سیاست‌گذار (از اعضای بورد پرستاری) است:

می‌یابد. یکی از مشارکت‌کنندگان سیاست‌گذار (از اعضای بورد پرستاری) در این خصوص چنین بیان می‌کند:

"اگر همکاران عزیز بهورز ما با آن موقعیت و سطح سواد، به همین مردم این مملکت، ۵۹ قلم تا ۱۰ قلم دارو می‌توانند بدهند، پرستاری که این همه علم و تجربه کسب کرده؛ این همه منابع دور و برش هست و در یک فضای غنی قرار گرفته، چطور نمی‌تواند به مریضش در موارد اورژانس کمک کند؟!"

یکی دیگر از موضوعاتی که مشارکت‌کنندگان در رابطه با بحث نیروی انسانی به آن اشاره داشتند، بحث "حضور مردان در پرستاری" بود. بر اساس بیانات برخی از مشارکت‌کنندگان یکی از عللی که باعث پیشرفت‌های حرفه‌ای شد، حضور مردان در پرستاری بوده است و همین عامل در بحث تجویز پرستاری نیز می‌تواند کمک کننده باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان پرستار در این رابطه گفت:

"جنسیت نقش دارد. آقایان به جهت خصوصیات شهامت و شجاعتی که دارند، ریسک می‌کنند. همین حضور آقایان در سیستم باعث شد برخوردها متفاوت بشود. من همیشه می‌گویم یکی از دلایلی که نظام پرستاری این قدر سریع موفق شد و توانست ارتقای بهره‌وری را بگیرد همین داستانها بود. الان وجود آقایان پرستار باعث شده مدیر بیمارستان یک پرستار مرد باشه و خیلی جاها در پرستاری این اتفاق دارد میفتد و پرستاران دارند پست‌های کلیدی را می‌گیرند."

• فرهنگ سازمانی

یکی از مسایلی که از بیانات مشارکت‌کنندگان در رابطه با بستر سازمانی مطرح بود، فرهنگ سازمانی بود. مشارکت‌کنندگان بر این اعتقاد بودند که فرهنگ رایج درون سازمانی نظام سلامت ما صرفاً برای گروه پزشکان اهمیت قائل شده و به آنها بها می‌دهد. به طوریکه جو پزشک سالاری حاکم در تمامی ابعاد سازمان از جمله مدیریت و سیاست‌گذاری بهداشت و درمان ریشه دوانده است. گزیده زیر بخشی از بیانات یکی از

طبقه پنجم: بستر فرهنگی - اجتماعی تجویز پرستاری

برخی از مشارکت‌کنندگان بستر فرهنگی - اجتماعی حاکم بر جامعه را از عوامل مهم و تأثیرگذار در تجویز پرستاری می‌دانستند و معتقد بودند مردم آن چنان که به پزشکان اعتماد دارند و جهت انجام مسایل درمانی به آنها مراجعه می‌نمایند به پرستاران برای درمان بیماری خود اعتماد ندارند. یکی از مشارکت‌کنندگان از اعضاء نظام پرستاری در این زمینه گفت:

"در جامعه ما این اعتماد بین پزشک و بیمار وجود دارد که خودش را به او می‌سپارد. اما آیا این بیمار حاضر هست درمان خودش را به یک پرستار بسپارد؟"

و یا مشارکت‌کننده پرستار ذکر می‌کند:

"ما اینجا داشتیم مریضی که بچه‌ها صبح تا شب بالا سرش بودند. صبح که چشمهایش را باز کرد گفت آقای دکتر کجاست که من از او تشکر بکنم؟ یعنی انگار واقعا تو هیچی نیستی! نمی‌دانم این از فرهنگ غلطی هست که در جامعه ما جا افتاده، چی هست؟ نمی‌دانم!"

همین مشارکت‌کننده در جای دیگری از بیانات خود بیان می‌کند:

"الان همراهان بیمار از من می‌پرسند: خانم شما لیسانس دارید؟ شما درس خوندید؟ با خودم می‌گویم خدایا این مریضی که من بالای سرش می‌روم نمی‌داند من لیسانسم! مثلاً فکر می‌کند من چی هستیم؟ کی هستیم؟ بعد شما از ما انتظار دارید ما برای اینها دارو تجویز کنیم!"

مشارکت‌کنندگان همچنین برای تغییر دیدگاه موجود در جامعه نیز راهکارهایی پیشنهاد می‌نمودند. یکی از اعضاء بورد پرستاری اینطور بیان نمود:

"ما باید کاری کنیم مردم به ما احساس نیاز بکنند. یعنی اینکه ما باید کاری کنیم که مردم باورشون بشود که ما مفید هستیم. اگر یک دوره کوتاه حداقل به خودمان این سختی را بدهیم و جوری کار بکنیم که مردم متوجه اهمیت ما بشوند، بعد از آن دیگر کار ما راحت هست."

"رویکردی که ما داریم به پرستارهایمان یاد می‌دهیم رویکرد تجویزی نیست. اصلاً، این قدرت را به پرستارهایمان نمی‌دهیم، دانش آن را نمی‌دهیم، و ضمن اینکه خود دوره‌ی آموزش پرستاری بچه‌ها را به این سمت می‌کشاند که اگر دستور بگیری کمتر پاسخگو خواهی بود."

از نظر این مشارکت‌کنندگان اصلاح کوریکولوم آموزشی از ضروریات اصلی برای تجویز پرستاری است. یکی از اعضاء بورد پرستاری در این رابطه می‌گوید:

"اگر قرار باشد، بحث تجویز دارو توسط پرستاران مطرح بشود، حتماً باید کوریکولوم آن درست طراحی بشود، پرستاری که می‌تواند تجویز بکند باید گواهینامه داشته باشد."

طبقه چهارم: بستر پژوهشی تجویز پرستاری

بر اساس نظر مشارکت‌کنندگان، با توجه به اینکه هنوز کشور در ابتدای مسیر توسعه در زمینه تجویز پرستاری قرار دارد، متأسفانه پژوهش خاصی در این زمینه انجام نشده است ولی شرایط لازم برای انجام آن مهیا است. مشارکت‌کنندگان همچنین به نقش دانشکده‌های پرستاری در اجرای پژوهش‌های کاربردی در زمینه تجویز تأکید داشتند و پیشنهادهایی را نیز مطرح می‌نمودند. یکی از مشارکت‌کنندگان سیاست‌گذار (از اعضاء نظام پرستاری) در این رابطه می‌گوید:

"بحث تحقیقات اولین چیزی است که ما می‌توانیم در این زمینه دستاورد داشته باشیم. خیلی از تحقیقات می‌تواند به سمت تجویز دارو برود. ما نیازمند این هستیم که بحث اقتصادی تجویز دارو و کاهش هزینه‌های بیمه‌ها و مردم را برجسته کنیم. ما اگر بتوانیم با تحقیقات پرستاری و نشان دادن نمونه‌های خارجی نشان بدهیم که چقدر در هزینه‌های بیمه و مردم کاهش صورت می‌گیرد، قطعاً در جا افتادن این سیستم و قبول آن توسط نهادهای تصمیم‌گیر موفق‌تر خواهیم بود."

بحث و نتیجه‌گیری

از تحلیل نتایج در مطالعه حاضر به منظور دستیابی به پاسخ برای سؤال پژوهش یعنی "بستر تجویز پرستاری در بافت کشور چگونه است؟" نهایتاً پنج طبقه اصلی پدیدار شد. طبقه اول در پژوهش حاضر "بستر نظری تجویز پرستاری" نشان دهنده دیدگاه‌های گروه‌های مختلف (سیاست‌گذاران امر سلامت کشور، پزشکان و پرستاران) و موافقت کلی آنان در رابطه با نیاز و ضرورت اجرای تجویز پرستاری بود. مطرح نمودن طرح‌ها و برنامه‌های جدید مستلزم ایجاد آمادگی و پیش زمینه‌های اجرایی آن است و شاید یکی از مهم‌ترین پیش زمینه‌ها، دیدگاه مثبت مسئولین سیاست‌گذار در امر سلامت باشد؛ چراکه برنامه‌ریزی و حمایت‌های لازم را فراهم خواهند نمود^(۱۶). Miles و همکاران نیز معتقد هستند، برای موفقیت در مکانیسم‌های توسعه تجویز پرستاری، اراده قوی سیاست‌گذاران یکی از عناصر کلیدی است^(۱۷). خوشبختانه بیانات مشارکت‌کنندگان این پژوهش نشان دهنده دیدگاه مثبت سیاست‌گذاران بود. از سوی دیگر نگرش خود پرستاران و دیگر حرفه‌های تیم سلامت یک عامل مهم در موفقیت تجویز پرستاری می‌باشد^(۱۸). یافته‌ها در مطالعه Van Ruth و همکاران و Bhanbhro و همکاران نشانگر دیدگاه مثبت نسبت به تجویز پرستاری بوده است^(۱۹). پذیرش نقش تجویز توسط ذینفعان از جمله همکاران و پزشکان نیز ضروری است. در صورت کسب این موافقت اجرای تجویز نیز با موفقیت همراه خواهد بود^(۲۱). در مطالعه حاضر نتایج مصاحبه با برخی از مشارکت‌کنندگان نشان داد که آنها نیز با وجود مخالفت اولیه، به طور کلی با این موضوع موافق هستند. در مطالعات Cooper و همکاران و Creedon و همکاران نیز با وجود برداشت کلی مثبت نسبت به تجویز پرستاری، به طور غیر مستقیم به دیدگاه‌های منفی پزشکان در این خصوص اشاره شده است^(۲۲،۳). به طور کلی در بحث بستر نظری تجویز پرستاران بنابر اظهار Hobson، می‌توان بیان داشت که نظرات منفی در مقایسه با نظرات مثبت بسیار اندک

است^(۴) و یافته‌ها بیانگر آن است که یک اقبال عمومی نسبت به تجویز پرستاری وجود داشته و دارد^(۱۰). طبقه دوم این پژوهش یعنی "بستر سازمانی تجویز پرستاری" از سه زیر طبقه تحت عناوین محدودیت‌های سازمانی، نیروی انسانی در بستر سازمانی و فرهنگ سازمانی پدیدار شد. در رابطه با محدودیت‌های اجرایی، مشارکت‌کنندگان، موضوع صدور مجوز و پروانه کار را به عنوان یکی از پیش نیازهای اجرای تجویز پرستاری قلمداد می‌نمودند. در سراسر کشورهای دنیا، میزان آمادگی سازمانی، از جمله مواردی است که برای پیاده سازی تجویز غیرپزشکی، مؤثر شناخته شده است^(۲۱). یافته‌های مطالعه Foster نشان داد که برای معرفی یک نقش جدید در پرستاری، آمادگی سازمان باید مورد ارزیابی قرار گیرد^(۲۳). Stenner و همکاران به نقل از Courtenay و همکاران، به موضوع فقدان آمادگی بستر سازمانی (مانند سازماندهی دسترسی به پد تجویزی)، مشکلات پیاده سازی و اجرا، و مسایل مالی اشاره داشتند^(۲۱). Bowskill این عوامل را به عنوان موانع تجویز پرستاری معرفی نمود^(۸). Watterson و همکاران نیز به مسائل اجرایی از جمله بودجه و تخصیص آن، تأخیر دریافت پد نسخه و مشکلات در رابطه با نسخه‌های کامپیوتری تأکید داشتند^(۲۴). نتایج مطالعه Bissell و همکاران نیز نتایج مشابهی را در بر داشت^(۲۵). یافته‌های مشابهی نیز توسط Courtenay و Carey گزارش شده است^(۲۶) که همگی دلالت بر وجود مشکلات در بستر سازمانی دارد.

آماده بودن بستر قانونی و وجود چارچوب قانونی و مقررات حرفه‌ای، پرستاران را قادر می‌سازد تا با مجوز، دارو تجویز نمایند^(۱۷). از نظر Lockwood و Fealy پیامدهای قانونی برای تجویز پرستاری باید قبل از هر گونه پیاده سازی آن مد نظر قرار گیرد^(۲۷). Sketris و همکاران نیز در مطالعه خود به منظور بهبود عملکرد تجویزی به مداخلاتی از جمله "مداخلات مربوط به قانون و مقررات" اشاره می‌نمایند^(۲۸). اهمیت این موضوع

قدرت دارد به ویژه در جوامعی که پدر سالار هستند، و با توجه به این واقعیت که بیشتر شاغلین در حرفه پرستاری عمدتاً زن هستند^(۳۱). به این ترتیب با ورود مردان در عرصه این حرفه در نظام سلامت کنونی، می‌توان انتظار داشت در آینده شاهد تغییرات قدرت و اقتدار در پرستاری به ویژه در بحث تجویز پرستاری باشیم.

از دیگر مسایل در رابطه با "بستر سازمانی"، فرهنگ سازمانی بود که مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر معتقد به حاکمیت پزشک‌سالاری در تمامی ابعاد نظام سلامت بودند. متأسفانه ساختار فرهنگی بیشتر مراکز مراقبت بهداشتی-درمانی در کشور به گونه‌ای است که سبب می‌شود که پرستاران در یک جایگاه پایین‌تری نسبت به مدیران، که اکثر آنها را پزشکان تشکیل می‌دهند، قرار گیرند. از لحاظ تاریخی نیز، همیشه یک رابطه سلسله‌مراتبی بین پرستاران و پزشکان وجود داشته است و در عرصه بهداشت و درمان پزشکان اغلب دیگران را به عنوان زیردست خود تصور می‌نمایند^(۳۲).

اظهارات مشارکت‌کنندگان در رابطه با "بستر آموزشی تجویز پرستاری" (طبقه سوم پژوهش حاضر)، بیانگر نگرانی‌هایی در مورد کفایت دانش دارو شناسی و یا نقایص موجود در آماده سازی علمی پرستاران برای داروشناسی کاربردی و درمانی بود. از نظر مشارکت‌کنندگان اصلاح برنامه آموزشی از ضروریات اصلی برای تجویز پرستاری است. آموزش به منظور توسعه نقش در مدیریت دارو و حمایت از عملکرد پرستاری، تجویز ایمن و موثر و در نهایت برای مراقبت بیماران ضروری است^(۱۷). آموزش می‌تواند به عنوان یک مانع بالقوه و یا به عنوان یک عامل تسهیل‌گر در نظر گرفته شود، بسته به اینکه چگونه نیازهای تجویزی پرستاران را مرتفع سازد^(۳۳،۱۸). کفایت آموزش تجویز توسط پرستاران به خصوص از نظر محتوای دوره‌ها، یکی از مباحثی است که در مطالعات مختلف مورد بحث قرار گرفته است^(۲۵). در مطالعه Jabareen تقریباً تمامی مصاحبه‌شوندگان بر نیاز پرستاران به آموزش مداوم تأکید

بعنوان یکی از زیر طبقات در طبقه "بستر سازمانی تجویز پرستاری" از مطالعه حاضر مطرح گردید. در مطالعه Kroezen و همکاران اشاره شده است که همه کشورهای غربی و اروپایی و آنگلو ساکسون که تجویز پرستاری را عملاً اجرا می‌نمایند و یا در آغاز اجرای آن هستند، متحمل محدودیت‌های قانونی بوده‌اند^(۲۹).

در مطالعه Watterson و همکاران، برخی از پرستاران تجویزگر، نگرانی‌های اولیه در مورد مسائل قانونی تجویز را گزارش نمودند^(۲۴). در مطالعه Jabareen، نیز یکی از موانع تجویز پرستاری، مسایل قانونی ذکر شده است^(۳۰). Stenner و همکاران به نقل از Courtenay و همکاران، به محدودیت‌های اعمال شده توسط قانون در اجرای تجویز پرستاری اشاره کرده‌اند^(۲۱). در مطالعه Lockwood و Fealy ترس از شکایت‌های قانونی به عنوان عمده‌ترین مانع تجویز پرستاری مطرح شد. آنان پیشنهاد نمودند که مدیران پرستاری باید تسهیلات مورد نیاز در زمینه قانون را فراهم نمایند^(۲۷). بنابر این به نظر می‌رسد مسایل قانونی جزء مسایل ادامه دار بوده است که با وجود وجود چهارچوب و ساختار مشخص در کشورهای پیشرو در تجویز پرستاری، هنوز به عنوان یک مانع برای تجویز پرستاری مطرح می‌باشد.

زیر طبقه دیگر در طبقه "بستر سازمانی تجویز پرستاری"، نیروی انسانی در بستر تجویز پرستاری بود. در مطالعه Sketris و همکاران یکی از عوامل مؤثر بر تجویز دارو، عوامل مربوط به تجویزگر (نیروی انسانی) ذکر شده است^(۲۸). Miles و همکاران به نقل از Rosenfield و Hemachidha بیان می‌کنند برای اجرای برنامه‌های نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه، باید از پرستاران و نیز پرسنل کمکی به نحو شایسته‌تری استفاده گردد. آنان اظهار می‌نمایند سیاست‌گذاران باید بپذیرند که پزشکان برای ارائه همه خدمات مورد نیاز نیستند^(۱۷).

یکی دیگر از موضوعاتی که مشارکت‌کنندگان در رابطه با بحث نیروی انسانی به آن اشاره داشتند، بحث "حضور مردان در پرستاری" بود. احتمالاً جنسیت ارتباط نزدیکی با

در دانش مبتنی بر شواهد در عرصه تجویز پرستاری وجود دارد^(۲۰).

طبقه پنجم پژوهش حاضر، تحت عنوان "بستر فرهنگی - اجتماعی تجویز پرستاری" بود. بر اساس نظر مشارکت کنندگان، مردم به پزشکان اعتماد داشته و برای درمان خود به آنها مراجعه نمایند. پزشکان در مطالعه Jabareen نیز معتقد بودند که بیماران همیشه ترجیح می‌دهند که توسط یک پزشک ویزیت گردند تا یک پرستار^(۳۰). در مطالعه Hobson نیز به مسائلی همانند "وضعیت سنتی طبابت" و "اعتماد مردم به کار پزشکان" به عنوان موانع تجویز پرستاری اشاره گردیده است. این امر می‌تواند با عوامل مختلفی مرتبط باشد. دلیل اول مربوط به تصویر اشتباهی است که از پرستاری و نقش آن در اذهان مردم نقش بسته است. آنان پرستاران را به عنوان دستیار و یا وردست پزشکان می‌شناسند و دلیل دوم مربوط به نبود آگاهی عمومی در مورد پرستاری مدرن است^(۴). پرستاری در فرایند تحولی خود در طول تاریخ دستخوش تغییراتی شده است که قابل قیاس با گذشته نیست. به نظر می‌رسد یکی از اقدامات مهمی که در رابطه با این چالش باید صورت گیرد فرهنگ سازی و تغییر برداشت عموم مردم از نقش و جایگاه حرفه پرستاری است. یکی از ابزارهایی که می‌تواند در این رابطه کمک کننده باشد، نقش رسانه‌ها است. Foster بیان می‌کند پرستاری به پتانسیل کامل خود نمی‌رسد مگر آنکه عموم مردم فرصت تجربه خدمات پرستاری را از طریق منابع رسانه‌ای کسب نموده باشند^(۲۳).

به عنوان یک نتیجه کلی از مطالعه حاضر می‌توان گفت که با وجود گشوده نبودن باب گفتگو در زمینه تجویز پرستاری، خوشبختانه دیدگاه سیاست‌گذاران سلامت مثبت بوده است که همین امر می‌تواند اجرای آن را تسهیل نماید چرا که می‌تواند زمینه را برای برنامه‌ریزی و حمایت‌های لازم فراهم سازد. بسیاری از موانعی که در زمینه‌های مختلف تجویز پرستاری در دنیا مطرح می‌باشند، در زمینه کشور ما نیز موجودیت دارند که تلاش

داشته و معتقد بودند که ارائه نقش‌ها و وظایف جدید، نیاز به آموزش‌های جدید نیز دارند^(۳۰). Maddox نیز در مطالعه خود به نقش منابع آموزشی و اطلاعاتی بعنوان عوامل موثر بر تصمیم‌گیری تجویز اشاره نمود^(۳۴). پرستاران تجویزگر در مطالعه Clancy، اعلام نمودند که آموزش آنها برای تجویز کافی نبوده است. در ایرلند نیز نیاز به داروشناسی به عنوان یک موضوع اصلی در آموزش پرستاری پابرجا است^(۳۵). مطالعه Hobson و Jabareen نیز نتایج مشابهی در برداشت^(۳۰،۴). در مطالعه Watterson و همکاران پرستاران تجویزگر فقدان آموزش مستمر و به روز رسانی اطلاعات دارویی را به عنوان تهدیدی برای دانش دقیق و در نتیجه ایمنی بیمار مطرح نمودند و مکانیزم‌های مختلفی را برای آن پیشنهاد نمودند^(۲۴). علاوه بر آن اصلاح کوریکولوم آموزشی برای ارتقاء دانش دارویی دانشجویان پرستاری پیشنهاد گردید^(۱۸). این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش حاضر هم راستا است. این امر نشان می‌دهد که آموزش و نیاز به یادگیری امری است دائمی که با توجه به پیشرفت علم در طول زمان، نیاز به آن نیز همیشگی خواهد بود. به عبارت دیگر هر قدر هم دانش داشته باشیم باز هم از آموزش‌های جدید بی‌نیاز نخواهیم بود.

از دیگر مباحثی که در زیرساخت‌های تجویز پرستاری مورد توجه مشارکت‌کنندگان بود، بستر پژوهشی است. آنان به اجرای پژوهش‌های کاربردی در زمینه تجویز تأکید داشتند و پیشنهاداتی را مطرح می‌نمودند. در واقع، با پژوهش، می‌توان شواهد محکمی برای حمایت و ارتقاء هرچه بیشتر تجویز پرستاری ارائه نمود. بررسی متون نشان می‌دهد که تا کنون پژوهش‌های فراوانی در دنیا در رابطه با تجویز پرستاری صورت گرفته است ولی نیاز به پژوهش‌های بیشتر همچنان احساس می‌گردد^(۲۰).

Cooper و همکاران به ضعف روش شناختی (متدولوژی) پژوهش‌ها اشاره داشتند^(۳). از نظر Bhanbho و همکاران بطور کلی شکاف قابل توجهی

و تدوین سیاست‌ها در جهت اجرای تجویز پرستاری یاری رساند. در عرصه بالینی، آشنایی پرستاران از نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند ارتقاء دانش و آگاهی آنان از توسعه نقش پرستاران در ارائه مراقبت با کیفیت از بیمار را به همراه داشته باشد. دسترسی به شرکت‌کنندگان به ویژه پزشکان و سیاست‌گذاران سلامت از محدودیت‌های این پژوهش بود و پژوهشگر با پیگیری‌های متوالی توانست برای اجرای مصاحبه با آنها هماهنگی نماید.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران لازم می‌دانند مراتب تقدیر و تشکر خود را از همکاری صمیمانه مشارکت‌کنندگان ابراز نمایند. لازم به ذکر است این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه تحت عنوان "تحلیل موقعیت تجویز پرستاری در ایران و جهان: مقایسه بسترها" در مقطع دکترای تخصصی در سال ۱۳۹۳ می‌باشد که توسط دانشگاه های علوم پزشکی ایران و تهران حمایت شده است.

و همت مدیران و مسئولین ذیربط را در جهت فراهم سازی بستر لازم آن مطالبه می‌نماید. بورد پرستاری، نظام پرستاری و معاونت پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این راستا نقش ویژه‌ای را به عهده دارند. امید است با تلاش مسئولین وزارت بهداشت و سازمان‌های وابسته این موضوع نیز در برنامه چشم انداز ملی سلامت کشور مورد عنایت قرار گیرد.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند در عرصه‌های آموزش، پژوهش، مدیریت پرستاری و خدمات بالینی حائز اهمیت فراوانی باشد. در قلمرو آموزش پرستاری، برنامه ریزان آموزشی می‌توانند برای اصلاح برنامه و کوریکولوم رشته پرستاری در راستای توانمند کردن پرستاران در حوزه تجویز دارو، یافته‌های این مطالعه را مورد توجه قرار دهند.

با توجه به زمینه‌ی بکر و دست نخورده‌ی تجویز پرستاری در کشور، نتایج این مطالعه می‌تواند زیربنایی برای پژوهش‌های بعدی در این حوزه باشد. در حوزه مدیریت، نتایج این پژوهش می‌تواند به عنوان یک مستند و شاهدهی برای سیاست‌گذاران و مدیران محسوب شده و آنان را در شناسایی موضوعات مؤثر بر تجویز پرستاری، برنامه‌ریزی

فهرست منابع

1. Sheet RF. Nurse prescribing in the UK. 2012. Available from: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/462370/15.12_NursePrescribing_in_the_UK_RC�_Factsheet.pdf
2. Delamaire M, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. *OECD Health Working Papers* 2010; 54(5): 1-107.
3. Cooper RJ, Anderson C, Avery T, Bissell P, Guillaume L, Hutchinson A, et al. Nurse and pharmacist supplementary prescribing in the UK—a thematic review of the literature. *Health Policy*. 2008;85(3):277-92.
4. Hobson RJ. Investigation into early implementation of non medical prescribing in the UK.: PhD Thesis, University of Bath. Department of Pharmacy and Pharmacology, 2008.
5. Stenner K, Courtenay M. The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. *J Adv Nurs*. 2008;63(3):276-83.
6. Jones K. Developing a prescribing role for acute care nurses: Kathryn Jones says that giving nurses responsibility for prescribing offers patients faster access to medicines while making better use of staff skills. *Nurs Manage*. 2009;16(7):24-8.
7. Hudson SA, McAnaw JJ, Johnson BJ. The changing roles of pharmacists in society. Bowskill D. The integration of nurse prescribing: case studies in primary and secondary care: University of Nottingham; 2009. Available from: <http://etheses.nottingham.ac.uk/1036>

8. Bradley E, Nolan P. Impact of nurse prescribing: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2007;59(2):120-8.
9. Darvishpour A, Joolae S, Cheraghi MA. [A meta-synthesis study of literature review and systematic review published in nurse prescribing]. *Med J Islam Repub Iran*. 2014;28:77. Persian
10. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107-15.
11. Holloway I, Wheeler S. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. 3rd ed. Oxford: Blackwell science; 2010.
12. Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
13. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12.
14. Polit-O'Hara D, Beck CT. *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
15. Barrowman L. Review of the implementation of the nurse prescribing role. On behalf for the Trust Nurses Association in Northern Ireland. Northern Ireland Practice and Education Council for Nursing and midwifery (NIPEC) Belfast; 2007. Available from: <http://www.nipec.hscni.net/pub/NursePrescribingFinalRpt.pdf>
16. Miles K, Seitio O, McGilvray M. Nurse prescribing in low-resource settings: professional considerations. *Int Nurs Rev*. 2006;53(4):290-6.
17. Blanchflower J, Greene L, Thorp C. Breaking through the barriers to nurse prescribing. *Nurs Times*. 2013;109(31-32):12-3.
18. Ruth Lv, Francke A, Mistiaen P. Effects of nurse prescribing of medication: a systematic review. 2008.; 5(2).
19. Bhanbhro S, Drennan VM, Grant R, Harris R. Assessing the contribution of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of literature. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):330: 3-10.
20. Stenner K, Carey N, Courtenay M. Implementing nurse prescribing: a case study in diabetes. *J Adv Nurs*. 2010;66(3):522-31.
21. Creedon R, O'Connell E, McCarthy G, Lehane B. An evaluation of nurse prescribing. Part 1: a literature review. *Br J Nurs*. 2009;18(21): 1322-27.
22. Foster J. *A history of the early development of the Nurse Practitioner role in New South Wales, Australia (Doctor of Philosophy)*. 2010.
23. Watterson A, Turner F, Coull AF, Murray I, Boreham N. An evaluation of the expansion of Nurse Prescribing in Scotland. 2009.
24. Courtenay M, Carey N. The prescribing practices of nurse independent prescribers caring for patients with diabetes. *Practical Diabetes International*. 2008;25(4):152-7.
25. Lockwood EB, Fealy GM. Nurse prescribing as an aspect of future role expansion: the views of Irish clinical nurse specialists. *J Nurs Manag*. 2008;16(7):813-20.
26. Sketris IS, Lummis H, Langille E. *Optimal prescribing and medication use in Canada: challenges and opportunities*: Citeseer; 2007.
27. Kroezen M, Francke AL, Groenewegen PP, van Dijk L. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a survey on forces, conditions and jurisdictional control. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(8):1002-12.
28. Jabareen HM. *Skill mix development in general practice: a mixed method study of practice nurses and general practitioners*: University of Glasgow; 2009.
29. Groves W. *A Study Of Nurses' implementation of assessing, diagnosing and prescribing of patient treatment in different health care settings in Bamenda, Cameroon: Philosophical and Methodological underpinnings*. PhD thesis, Faculty of Business and Law. Kingston University. 2009.

30. Brancato V. Improving nurse-physician collaboration: a health care imperative. *The Pennsylvania Nurse*. 2005;60(5):23.
31. Courtenay M, Stenner K, Carey N. An exploration of the practices of nurse prescribers who care for people with diabetes: a case study. *J Nurs Healthc Chronic Illn*. 2009;1(4):311-20.
32. Bissell P, Cooper R, Preston L, Anderson C, Avery A, James V, et al. An evaluation of supplementary prescribing in nursing and pharmacy. Final report for the Department of Health. 2008.
33. Maddox C. Influences on Non-Medical Prescribing: Nurse and Pharmacist Prescribers in Primary and Community Care. PhD thesis, Faculty of Medical and Human Science, University of Manchester. School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences. 2011.
34. Clancy M. Irish Emergency Nurses' Attitudes towards Role Expansion in, and Barriers to Nurse Prescribing. Masters dissertation, Dublin: Royal College of Surgeons in Ireland. 2011.

Situational Analysis of Nurse Prescribing Context in Iran: A Qualitative Research

Darvishpour A. PhD¹

*Joolae S. PhD²

Cheraghi MA. PhD³

Abstract

Background & Aims: Drug prescribing by nurses is a historic movement for the nursing profession and an essential part of the solution that the leading countries health care system applied in order to improve access and reduce patients waiting time to receive medication. Despite the increasing attention of the world to discuss nurse prescribing, the review of the literature indicates that there is no evidence in nurse prescribing in Iran. This study aimed to assess nurse prescribing context in our country.

Material & Methods: This study was designed as a descriptive qualitative study. The purposeful sampling method carried out through semi-structured interviews with various stakeholders of health care system, including policy makers, doctors and nurses. Data analysis was conducted using conventional content analysis and the coding of interviews was performed by MAXQDA software. To achieve the accuracy and reliability of the data, the Lincoln and Guba authenticity criteria were used.

Results: Analysis of the recorded interviews of participants in this study resulted in 38 original codes, 5 sub categories and 5 main categories. The main extracted categories were "The theoretical context of nurse prescribing " with 2 sub categories, "Organizational context of nurse prescribing" with 3 sub categories, "Educational context of nurse prescribing", "Research context " and "The socio-cultural context of nurse prescribing,".

Conclusion: The views and perspectives of nursing policy makers and health care system stakeholders indicated there are many challenges in organizational, educational, research and socio-cultural context of nurse prescribing that require the problem based designing in nurse prescribing field.

Key words: Drug Prescription, Nursing, Qualitative Research.

Received: 2 Nov 2016

Accepted: 1 Feb 2017

1 .Assistant Professor of Nursing, Department of Nursing, Social Determinants of Health Research Center, School of nursing, Midwifery and paramedicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

2 .Associate Professor, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran. (*Corresponding Author). Tel:09122095002 Email joolae.s@iums.ac.ir

3. Associate Professor, Department of critical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.