

ضرورت تجویز پرستاری از دیدگاه سیاست‌گذاران پرستاری

آذر درویش‌پور^۱، سودابه جولایی^۲، محمد علی چراغی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: در حال حاضر، در بسیاری از کشورها گروه‌های خاصی از پرستاران، مجاز به تجویز دارو می‌باشند. برخلاف توجه فزاینده دنیا به بحث تجویز پرستاری و تأکید سازمان جهانی بهداشت به اجرای آن در کشورهای منطقه، بررسی متون موجود بیانگر آن است که هنوز شواهدی در زمینه تجویز پرستاری در کشور ایران وجود ندارد. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی ضرورت تجویز پرستاری از دیدگاه سیاست‌گذاران پرستاری صورت گرفت.

روش: طراحی این مطالعه، به صورت یک مطالعه کیفی-توصیفی و با مصاحبه با ۱۴ نفر از سیاست‌گذاران پرستاری انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود. از مصاحبه نیمه ساختارمند برای جمع‌آوری داده‌ها بهره گرفته شد. مصاحبه با مشارکت کنندگان، به وسیله تعیین وقت قبلی و در محل خدمت آن‌ها انجام شد. تمامی مصاحبه‌ها با استفاده از دستگاه ضبط صوت دیجیتال ضبط شد و همزمان با پیاده کردن متن، تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای مرسوم و با استفاده از رویکرد استقرایی انجام گرفت. کدگذاری با نرم‌افزار MAXQDA انجام شد. برای دستیابی به صحت و پایایی داده‌ها، از معیارهای موثق بودن لینکلن و گوبا بهره گرفته شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های مشارکت کنندگان، منجر به استخراج ۳ طبقه اصلی تحت عنوان "حق سلامت و نیاز مردم"، "وضعیت جاری در شرایط بالینی" و "پیامدهای تجویز پرستاری" گردید.

نتیجه‌گیری: بررسی دیدگاه‌ها و نظرات سیاست‌گذاران پرستاری در کشور نشان داد که با توجه به حق سلامتی افراد جامعه و نیاز مردم به خدمات سیستم مراقبت سلامت و نیز پیامدهای مثبتی که ممکن است از اجرای تجویز پرستاری حاصل گردد، ضرورت اجرای آن احساس می‌گردد که نیازمند تلاش مسؤولان ذی‌ربط در جهت اجرایی شدن آن می‌باشد.

کلید واژه‌ها: تجویز دارو، سیاست‌گذاران پرستاری، تحقیق کیفی

ارجاع: درویش‌پور آذر، جولایی سودابه، چراغی محمد علی. **ضرورت تجویز پرستاری از دیدگاه سیاست‌گذاران پرستاری.** مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۵؛ ۵ (۱): ۷۰-۵۶.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۵

۱- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی لنگرود، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۲- دانشیار، گروه پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳- دانشیار، گروه پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

Email: darvishpour@gums.ac.ir

نویسنده مسؤول: آذر درویش‌پور

مقدمه

در بسیاری از کشورها، سیاست‌گذاران سلامت و مدیران نظام مراقبت سلامت در پاسخ به افزایش تقاضا برای عرضه مراقبت به دلیل پیری جمعیت و افزایش شیوع بیماری‌های مزمن، کمبود پزشک و محدودیت‌های بودجه‌ای، از راهکارهایی همچون مدرنیزه کردن نقش‌ها و ترکیب حرفه‌های سلامت از جمله توسعه نقش‌های پرستاران بهره برده‌اند (۱). یکی از مهم‌ترین تغییرات نقش، توسعه "تجویز دارو توسط گروه‌های حرفه‌ای مرتبط با سلامت (Allied health professionals)" بوده است (۲). این گروه‌های حرفه‌ای شامل پرستاران، داروسازان و پرتونگاران و... می‌باشند که می‌توانند تحت آموزش‌های مناسب، همانند یک پزشک دارو تجویز نمایند (۳). 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 (۴). در حال حاضر، در بسیاری از کشورها (استرالیا، ایالات متحده، انگلستان، کانادا، ایرلند و...) گروه‌های خاصی از پرستاران مجاز به تجویز دارو می‌باشند (۵، ۱). به عنوان مثال، در ایالات متحده آمریکا، تجویز مشترک داروسازان و پرستاران از سال ۱۹۷۰ امکان پذیر بوده است و در انگلستان از اواخر ۱۹۹۰، پرستاران و ناظران سلامت (Health visitors)، حق تجویز محدود را داشته‌اند (۶). 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 (۷).

در سطح بین‌المللی، نظام‌های مراقبت سلامت، مزایای بالقوه دیگری از تجویز پرستاری برای بیماران، از جمله افزایش تداوم مراقبت از بیماران (۸، ۹) و دسترسی بهتر به دارو (۶)، کارایی در تحویل دارو و راحتی بیمار (۱۰) و کاهش زمان انتظار بیمار را مطرح می‌نمایند (۶). در مطالعه Hobson ذکر شده است که توسعه حق تجویز با ارایه راحتی بیشتر و بهبود دسترسی به درمان، می‌تواند باعث ارایه مراقبت دارویی

با کیفیت بالا شده (۷) و موجبات رضایت بیماران را فراهم نماید (۱۱). پرستاران در مطالعه Bradley و Nolan تأیید نمودند که تجویز پرستاری موجب صرفه‌جویی در زمان می‌گردد، به خصوص در شرایطی که منتظر حضور پزشکان برای امضای نسخه هستند (۱۲). در مطالعه‌ای نیز استدلال شده که تجویز پرستاری می‌تواند نقش مراقبتی پرستاران را ارتقا بخشد (۱۱).

با توجه به فواید تأمل برانگیز تجویز پرستاری در امر مراقبت از بیماران، سازمان جهانی بهداشت نیز در پنجمین پانل مشورتی (Advisory panel) مجمع پرستاری منطقه مدیترانه شرقی که در سال ۲۰۰۱ در اسلام‌آباد پاکستان و با حضور نمایندگان از کشورهای منطقه و از جمله ایران برگزار گردید، به مسأله پرستاری با عملکرد پیشرفته (Advanced practice nursing) و تجویز پرستاری در کشورهای منطقه پرداخت. در گزارش این مجمع آمده است که از اهداف جهانی این سازمان، عدالت در دسترسی، استفاده منطقی و ارتقای کیفیت داروها می‌باشد و هر بیمار و یا مددجوی خدمات سلامت، می‌تواند انتظار خدمات مراقبت سلامتی با کیفیت را داشته باشد که شامل تجویز مناسب داروهای مورد نیاز او است. از نظر این سازمان نیز، تجویز پرستاری موجب دسترسی سریع‌تر به خدمات سلامتی با کیفیت می‌شود و در جایی که پرستاران به عنوان خط اول ارایه دهندگان مراقبت سلامت مطرح می‌باشند، آن‌ها باید توانمند شده و برای تجویز صحیح دارو آماده باشند (۱۳). در کشور ما، در راستای بهره‌مندی از توانمندی نیروی انسانی در بحث تجویز دارو توسط افراد غیر پزشک نیز فعالیت‌هایی صورت گرفته است. از جمله این فعالیت‌ها، توسعه نقش تجویز به بهورزان در خانه‌های بهداشت بوده است. شروع این نقش برای بهورزان به عنوان یکی از دستاوردهای نظام سلامت ایران در سال‌های پس از انقلاب و برای نیل به اهداف ارزشمندی همچون توزیع عادلانه سلامت، افزایش سطح سلامتی، افزایش پوشش خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیر ضروری و افزایش پاسخگویی در بازار سلامت بوده است که با راه‌اندازی شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی

راهنما انجام شد. مصاحبه با مشارکت کنندگان به دلیل میزان بالای آگاهی و شناخت آنان از مسایل روز پرستاری با این سؤال شروع 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؟». 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 اینه که...؟» بهره گرفته می‌شد. در پایان، از مشارکت کنندگان خواسته می‌شد تا اگر حرف و سخنی باقی مانده بیان نمایند. طول مدت مصاحبه از حداقل ۲۰ دقیقه تا حداکثر ۱/۵ ساعت و به طور متوسط ۴۰ دقیقه بود.

جهت 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 تحلیل داده‌ها با خواندن مکرر همه داده‌های متنی شروع شد، تا حس کلی از داده‌ها به دست آید (۱۹). 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 گروه‌بندی)، آنالیز داده‌ها انجام شد. در زمان خواندن متن مصاحبه‌ها، پاراگراف‌های مهم با خواندن خط به خط به طور کامل مشخص و زیر قسمت‌های مهم خط کشیده شد تا از سایر قسمت‌ها متمایز شود. به عبارت دیگر، متن هر مصاحبه با تقسیم به واحدهای معانی خلاصه گردید. به هر پاراگراف یا عبارت مهم یک کد اختصاص داده شد. کدگذاری با نرم‌افزار ۲۰۰۷ انجام شد. برای دستیابی به صحت و پایایی داده‌ها، از معیارهای موثق بودن (Lincoln (Trustworthiness) و Guba استفاده شد. این معیار معادل روایی و پایایی در تحقیقات کمی است. بدین منظور، ۴ معیار اعتبار (Credibility)، قابلیت وابستگی یا اعتماد (Dependability)، مقبولیت یا تأییدپذیری (Confirmability) و قابلیت انتقال (Transferability) مورد بررسی قرار گرفت (۲۰). جهت تأمین این معیارها، پژوهشگر با دقت در انتخاب مطلعان کلیدی، تماس طولانی

(Primary health care) در جمعیت روستایی تظاهر نموده است (۱۵، ۱۴).

برخلاف 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 حالی که با عنایت به چشم‌انداز ۲۰ ساله نظام سلامت کشور، متعهد به کسب رتبه نخست توسعه نظام سلامت در منطقه تا سال ۱۴۰۴ می‌باشیم. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی ضرورت تجویز پرستاری از دیدگاه سیاست‌گذاران پرستاری صورت گرفت.

روش

طراحی این مطالعه به صورت کیفی- توصیفی بود 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 است (۱۶). مشارکت کنندگان این تحقیق را ۱۴ نفر از سیاست‌گذاران سلامت (۲ نفر از حوزه معاونت درمان وزارت بهداشت، ۶ نفر از مسؤولان نظام پرستاری و ۶ نفر از اعضای بورد پرستاری) تشکیل دادند.

روش نمونه‌گیری در مطالعه حاضر، به صورت هدفمند (Purposeful) بود. نمونه‌گیری هدفمند به معنی انتخاب هدف‌دار واحدهای پژوهش برای کسب دانش یا اطلاعات است (۱۷). نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها (Data saturation) ادامه یافت. اشباع عبارت است از این که داده‌های جمع‌آوری شده، تکرار داده‌های قبلی باشد و اطلاعات جدیدی حاصل نگردد (۱۸).

از مصاحبه نیمه ساختارمند، برای جمع‌آوری داده‌ها بهره گرفته شد. مصاحبه با مشارکت کنندگان با تعیین وقت قبلی و در محل خدمت آن‌ها انجام شد. محقق در ابتدا هدف پژوهش را برای مشارکت کنندگان توضیح داده و در صورت تمایل آن‌ها، پس از اخذ رضایت آگاهانه، اقدام به انجام مصاحبه می‌نمود. مصاحبه‌ها با استفاده از دستگاه ضبط صوت دیجیتال (Digital voice recorder) ضبط شد.

تمامی مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر و با استفاده از سؤالات

مصاحبه، رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان جهت ورود به مطالعه کسب شده و در رابطه با حفظ رازداری، رعایت امانت در نگهداری و ارایه درست اطلاعات کسب شده، بدون درج نام افراد تأکید می‌گردید.

مدت با مشارکت کنندگان و جلب اعتماد آنان، تلفیق روش‌های جمع‌آوری داده‌ها (از قبیل استفاده از مصاحبه، یادداشت در عرصه، یادآور نویسی)، تلفیق (Triangulation) گروه‌های مختلف سیاست‌گذار پرستاری در حوزه‌های مختلف نظام مراقبت سلامت، استفاده از راهنمای مصاحبه، تخصیص زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها، بررسی مداوم و مقایسه مداوم داده‌ها و طبقات از نظر تشابهات و تفاوت‌ها، چک کردن مجدد یافته‌ها با مشارکت کنندگان، ارایه تحلیل داده‌ها به صورت مشروح، 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 همراه داشتن نامه رسمی از ریاست دانشکده برای انجام مصاحبه‌ها اقدام نمود. قبل از هر

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های مکتوب مشارکت کنندگان در این پژوهش، منجر به استخراج ۲۷ کد اولیه، ۸ زیرطبقه و ۳ طبقه اصلی گردید. طبقات اصلی پدیدار شده شامل «حق سلامت و نیاز مردم»، «وضعیت جاری در شرایط بالینی» و «پیامدهای تجویز پرستاری» می‌باشد. جدول ۱ خلاصه‌ای از واحدهای معنایی، کدهای اولیه، زیرطبقات مربوط به طبقه اصلی «پیامدهای تجویز پرستاری» را نشان می‌دهد.

جدول ۱. خلاصه‌ای از واحدهای معنایی، کدهای اولیه، زیرطبقات طبقه اصلی «پیامدهای تجویز پرستاری»

واحدهای معنایی	کدهای اولیه	زیرطبقات	طبقه اصلی
اگر دارو به موقع به بیمار داده نشود، بیمار آسیب می‌بیند. در دسترس بودن پرستار مزیت بزرگی است که بتواند به کار بیمار بیاید و مشکل مریض را در همان لحظه حل کند. کاری را که پرستار می‌تواند انجام بدهد، به طور مثال اگر هزینه‌اش ۱۰ هزار تومان هست، اگر متخصص انجام بدهد، ۵۰ هزار تومان می‌شود. یک پزشک متخصص داخلی در یک شیفت صبح باید ۸۰-۷۰ بیمار را ببیند. از این تعداد، شاید ۵۰ مورد بیمارانی هستند که فقط آمده‌اند داروی تنگی نفس یا دیابتشان را تمدید کنند و این یک بار کار اضافی برای پزشکان به همراه دارد. در بخش قلب، می‌دانیم که برای PTT ۳۵ باید دو دوز هپارین بزنیم. این را کاملاً می‌دانیم و تجربه داریم، ولی باید حتماً زنگ بزنیم به پزشک. این قطعاً وقت پزشک را می‌گیرد. آیا من فقط می‌توانم فشار آن‌ها را بگیرم یا فقط تزریقات انجام بدهم؟ یا این که می‌توانم علمم را به صورت کاربردی برایشان انجام بدهم و مشکلاتشان را حل کنم و درد آن‌ها را بر طرف کنم؟ تجویز دارو، تأکیدی بر نقش مستقل پرستاری هست و ما هر چقدر بتوانیم این نقش را پررنگ‌تر کنیم، جایگاه پرستاری در سیستم بهداشت و نظام اجتماعی و در ذهن مردم تقویت می‌شود. با بحث تجویز پرستاری، انگیزه برای یاد گرفتن فارمکولوژی زیادتر می‌شود. انگیزه برای توجه به عوارض دارویی و انگیزه برای بالا بردن علم در پرستاری بیشتر خواهد شد. چون در آن صورت مجبور خواهند بود اطلاعاتشان را زیادتر کنند. الان پرستارهای بخش‌های ویژه ما، یا دیگر بخش‌ها ممکن است این کار (تجویز دارو) را انجام بدهند. منتهی، این غیر رسمی است و اگر اتفاقی هم بیفتد، ممکن است پرستار مسؤؤل باشد، چون خارج از شرح وظایف خودش عمل کرده است. اطباء اغلب وقت کمی برای پرونده‌نویسی می‌گذارند که نتیجتاً ممکن هست خیلی از داروها میسده بشود؛ در حالی که بیمارستان این داروها را هزینه کرده است، ولی چون ثبت نمی‌شود هیچ پولی دست بیمارستان نمی‌آید.	کاهش آسیب و خطر دسترسی سریع‌تر به درمان صرفه‌جویی اقتصادی	پیامدهای تجویز پرستاری برای بیماران	پیامدهای تجویز پرستاری
	کاهش بار کاری کاهش اتلاف وقت	پیامدهای تجویز پرستاری برای پزشکان	تجویز پرستاری
	بهره‌مندی بیشتر از توان بالقوه پرستاران توسعه ارتقای دانش پرستاری	پیامدهای تجویز پرستاری برای پرستاران	تجویز پرستاری
	صرفه‌جویی اقتصادی در هزینه‌های سلامت	پیامدهای تجویز پرستاری برای نظام سلامت	تجویز پرستاری

طبقه اول: حق سلامت و نیاز مردم

نتایج بررسی دیدگاه‌های سیاست‌گذاران پرستاری نشان داد که اکثریت آن‌ها در رابطه با نیاز و ضرورت اجرای تجویز پرستاری در کشور به «حق» مردم برای داشتن سلامتی و «نیاز» آن‌ها برای دریافت خدمات سلامتی معترف بودند. آنان اعتقاد داشتند که دریافت خدمات خوب از حقوق مسلم مردم جامعه است و وظیفه ارایه دهنده‌گان خدمات بر طرف نمودن نیاز آن‌ها می‌باشد. یکی از مشارکت کنندگان سیاست‌گذار در نظام پرستاری در این رابطه چنین عنوان نمود:

«مردم حقشان است که خدمات خوب دریافت کنند، ما هم باید بتوانیم خدمات خوب به آن‌ها ارایه بدهیم. ما باید تصمیم درستی برای مددجوهایمان بگیریم تا از نهایت سلامت و مراقبت برخوردار باشند».

مشارکت کنندگان همچنین، به نیاز مردم جامعه جهت دریافت خدمات پرستاران اشاره نمودند و بیان داشتند که مطرح شدن موضوع تجویز پرستاری چون بر اساس سلامت و نیاز مردم است، ضرورت دارد. یکی از مشارکت کنندگان بیان نمود:

«تجویز پرستاری، چون اساس آن منطقی است، باید تأمین بشود. اساس آن، سلامت مردم و نیاز مردم هست، و گرنه تجویز کردن برای ما چیزی ندارد. ما می‌خواهیم زحمتی را بپذیریم برای این که سلامت مردم حفظ بشود».

مشارکت کننده دیگری اظهار نمود:

«هدف اصلی ما باید این باشد که ببینیم نیاز جامعه ما چیست و مردم چه گرفتاری‌هایی دارند و این گرفتاری‌ها را چگونه می‌شود با حداقل هزینه قابل تحمل با معیشت مردم، ارایه داد. مردم به خدمات ما نیاز دارند و اگر ما نیاز جامعه و مردم را ملاک قرار بدهیم، همه چیز خود به خود درست سر جای خودش قرار می‌گیرد. بهروز با دارو دادن به نیاز مردم پاسخ می‌دهد، اگر ما هم در پوزیشنی مثل بهروز قرار بگیریم و صد قلم دارو را تجویز کنیم، من با آن موافقم، چون داریم نیاز مردم را با هزینه‌ای قابل تحمل برای مردم و کشور تأمین می‌کنیم».

طبقه دوم: وضعیت جاری در شرایط بالینی

از نظر مشارکت کنندگان نیاز به تجویز پرستاری در برخی

«شرایط خاص بالینی» که نیازمند اقدامات فوری و حیاتی بخش برای بیماران است، ولی به دلیل «عدم حضور همیشگی پزشکان» میسر نیست، نمود بیشتری دارد و همین موضوع (عدم حضور مداوم پزشکان) سبب می‌شود تا پرستاران، به دلیل در دسترس بودن اقدام به تجویز دارو نمایند. به عنوان مثال، یکی از مشارکت کنندگان در این رابطه چنین عنوان نمود:

«به نظر بنده هر پرستاری که در بالین به صورت مستقیم با بیمار در بیمارستان کار می‌کند، قطعاً این نیاز برای او پیش می‌آید که در یک مقطع خاصی برای بیمارانش دارو تجویز کند. علت این که این همه استندینگ اردر مانند استرپتوکیناز که داروی خیلی خطرناکی است و یا پتدین، مرفین و اقلام ساده‌تر در بخش‌ها وجود دارد، این است که پرستار همیشه در دسترس هست و این در دسترس بودن پرستار مزیت بزرگی است که بتواند مشکل مریض را در همان لحظه حل کند».

مشارکت کننده دیگری بیان نمود:

«فرض بفرمایید در یک شرایط اورژانسی در ICU یا CCU قرار گرفته‌اید، پزشک حضور ندارد، یک اتفاق حادی برای مریض به وجود بیاید. در این جا لازم است، پرستار یک کاری انجام بدهد. گرچه الان به طور غیر رسمی این اتفاق دارد می‌افتد. مثلاً مریض حالش به هم می‌خورد، شما تا بخواهید پزشک را پیدا کنید طول می‌کشد. چون بعضی اقدامات وابسته به لحظه است و گاهی یک لحظه در سلامت مریض، حیاتی است. بنابراین، چون ما با موقعیت‌های حاد اورژانسی مواجه هستیم، باید برای نجات جان مریض بتوانیم دارو تجویز کنیم».

مشارکت کنندگان معتقد بودند که پزشکان به دلیل مشغله فراوان نمی‌توانند دائماً در بخش حضور داشته باشند و همین مسأله ضرورت تجویز پرستاری را در برخی از شرایط خاص محرز می‌نماید. یکی از مشارکت کنندگان سیاست‌گذار چنین عنوان نمود:

«پزشکان ما این قدر وقتشان آزاد نیست که سردرد بیمار را هم بررسی کنند و من فکر می‌کنم به جهت این که حداقل در خیلی از بیمارستان‌ها پزشک مقیم نداریم و یا حتی اگر هم

عدم اجرای تجویز پرستاری برای بیمار هست. هر بار که یک قرص استامینوفن در پرونده بیمار وارد بشود، یک ویزیت چند هزار تومنی برای مریض حساب می‌شود و این با بحث عدالت جور در نمی‌آید. در عوض، خدماتی که پرستاران ارایه می‌کنند برای مردم ارزان‌تر تمام می‌شود. ۹۹ درصد از مراجعات مردم، مراجعات پیگیری بیماری است که این‌ها را با تجویز پرستاری به صورت ارزان می‌شود راه انداخت.»

ب- پیامدهای تجویز پرستاری برای پرستاران

اکثریت مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر اذعان نمودند که تجویز پرستاری برای خود پرستاران نیز پیامدهایی را به دنبال خواهد داشت که از مهم‌ترین آن‌ها بهره‌مندی بیشتر از توان بالقوه آنان است. آنان معتقد بودند که این بهره‌گیری در نهایت، منجر به ارتقای بیشتر سطح سلامت جامعه می‌گردد. عبارات زیر گزیده‌ای از بیانات مشارکت‌کنندگان در این رابطه است:

«مردم، ما را به واسطه خدماتی که به آن‌ها ارایه می‌دهیم، می‌شناسند. آیا من فقط می‌توانم فشار آن‌ها را بگیرم یا فقط تزریقات انجام بدهم؟ یا این که می‌توانم علمم را به صورت کاربردی برایشان انجام بدهم و مشکلاتشان را حل کنم و درد آن‌ها را برطرف کنم.»

«من معتقدم خیلی از اتفاقات ناخوشایندی که برای بیماران ما می‌افتد، بعضاً با یک درایت و دقت نظر پرستار می‌تواند پیشگیری شود. چون توان آن را دارند و این توانمندی در بحث درمان بیماران و حوزه مراقبت از آن‌ها حتی در سطح جامعه می‌تواند خیلی کمک کننده باشد. بیماران دیابتی که نایبنا می‌شوند، یا کسانی که کلیه خود را از دست می‌دهند و دیالیزی می‌شوند، با یک بررسی مناسب، می‌شود از این مشکلات پیشگیری کرد. از افرادی مثل پرستار می‌توان در این رابطه بهره گرفت و اگر قرار باشد پرستار در این موقعیت قرار بگیرد، نیازمند این هست که به یک سری وسایل کار مجهز شود که یکی از این وسایل کار، داروهای هست که قانون‌گذار تعیین می‌کند. برای بهورز ۵۸ تا است، ممکن است برای پرستار هم ۵۸ تا یا کمتر یا بیشتر باشد.»

از پیامدهای دیگر تجویز پرستاری برای پرستاران، توسعه حرفه‌ای است که بر اساس نظر مشارکت‌کنندگان، به دنبال

داشته باشیم، چون شناخت پرستار از بیمار و پروسه بیماری او بیشتر هست، می‌تواند در یک محدوده خاص، یک سری از داروها را تجویز کند. وقتی خود مردم با یک مقدار دارو می‌توانند خود درمانی کنند، پرستاری که این همه تحصیلات دارد، قطعاً می‌تواند دارو تجویز کند.»

طبقه سوم: پیامدهای تجویز پرستاری

مشارکت‌کنندگان مزایای بالقوه فراوانی را برای تجویز پرستاری قایل بودند که در ۴ زیرطبقه «پیامدهای تجویز پرستاری برای بیماران»، «پیامدهای تجویز پرستاری برای پرستاران»، «پیامدهای تجویز پرستاری برای پزشکان» و «پیامدهای تجویز پرستاری برای سیستم سلامت» دسته‌بندی شدند. ذیلاً به این زیرطبقات پرداخته شده است.

الف- پیامدهای تجویز پرستاری برای بیماران

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که مهم‌ترین پیامدهای مثبت تجویز پرستاری برای بیماران دسترسی سریع‌تر آن‌ها به درمان و در نتیجه کاهش آسیب و خطر ناشی از تأخیر درمانی است. یکی از مشارکت‌کنندگان سیاست‌گذار در این زمینه اظهار نمود که «قطعاً، اگر دارو به موقع به بیمار داده نشود، بیمار آسیب می‌بیند.»

موضوع دیگری که مشارکت‌کنندگان به آن معترف بودند، ارزان و مقرون به صرفه بودن خدمات پرستاری و نتیجتاً صرفه‌جویی اقتصادی است که می‌تواند برای بیماران به همراه داشته باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان عضو نظام پرستاری در این زمینه بیان نمود که «در کشورهای اروپایی برای مثال یک سوند فولی را پرستار، پزشک عمومی و پزشک اولوروژیست می‌تواند برای بیمار بگذارد، ولی از نظر اقتصاد بهداشت بهتر است این بسته خدمتی را کسی انجام بدهد که برای بیمار مقرون به صرفه باشد. کاری را که پرستار می‌تواند انجام بدهد، مثلاً اگر هزینه‌اش ۱۰ هزار تومان هست، اگر متخصص انجام بدهد می‌شود، ۵۰ هزار تومان. پس اقتصادی‌تر آن است که توسط پرستار انجام بشود. دنیا به این سمت می‌رود که حتی اسکوپ‌ها، آندوسکوپ‌ها یا اکو را به پرستار می‌دهند که انجام بدهد.»

مشارکت‌کننده دیگری عنوان نمود که «بیشترین ضرر از

بیفتد پرستار مسؤؤل است، چون خارج از شرح وظایف خودش عمل کرده است".

«الان تجویز دارو توسط پرستاران، در بیمارستان‌های ما انجام می‌شود. من که در بیمارستان خصوصی کار می‌کردم، یادم هست یک پزشک عمومی در آن‌جا بود. در هر بخش، مریض بدحال می‌شد، می‌گفت ببرید سی‌سی‌یو، اون‌جا بچه‌های سی‌سی‌یو کارهایش را انجام می‌دهند. چون می‌دانست، ما کارها را برای بیمار انجام می‌دهیم. خب ببینید این‌ها تا کی صحیح است؟ تا وقتی که پای آدم به قانون کشیده نشود».

برخی از مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر نیز معتقد بودند که تجویز پرستاری غیر از افزایش بار مسؤولیت برای پرستاران، پیامد خاصی برای این گروه نخواهد داشت. آنان اذعان می‌نمودند که علت موافقت آن‌ها برای اجرای تجویز پرستاری، منافی است که ممکن است برای بیماران، افراد جامعه و نظام سلامت به همراه داشته باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان عنوان نمود: «پرستار هر کاری که انجام می‌دهد، برای مریض انجام می‌دهد، برای خودش انجام نمی‌دهد. به نظر من، حتی این کار (تجویز دارو) ممکن است مسؤولیت پرستار را هم بیشتر کند و یا حتی طبعاتی برایش داشته باشد. چیزی که ما ز آن صحبت می‌کنیم، نفعی است که بیمار و نظام سلامت از آن می‌برد، نه پرستار».

مشارکت‌کننده دیگری بیان نمود: «ما به خود پرستار فکر نمی‌کنیم، ما نهایتاً به این فکر می‌کنیم که چه کاری را می‌توانیم انجام بدهیم که باعث نجات جان بیماران می‌شود. هدف نهایی ما جامعه است».

ج- پیامدهای تجویز پرستاری برای پزشکان

مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که تجویز پرستاری می‌تواند با کاهش بار کاری پزشکان امکان ویزیت بیشتر و با کیفیت بیشتر را فراهم سازد. یکی از مشارکت‌کنندگان در این رابطه بیان نمود:

«من فکر می‌کنم، اگر با یک دید فراحرفه‌ای نگاه کنیم، قطعاً پزشکان هم از این موضوع (تجویز پرستاری) بهره خواهند برد. من خودم در بیمارستانی که کار می‌کنم، یک

استقلال در عملکرد آنان تظاهر می‌یابد. یکی از مشارکت‌کنندگان سیاست‌گذار در این رابطه بیان نمود:

«تجویز دارو، تأکیدی بر نقش مستقل پرستاری هست و ما هر چقدر بتوانیم این نقش را پررنگ‌تر کنیم، جایگاه پرستاری در سیستم بهداشت و نظام اجتماعی و در ذهن مردم تقویت می‌شود».

مشارکت‌کننده دیگری عنوان نمود که «اگر پرستار بتواند تجویز کند، اثرات بسیار خوبی از نظر اجتماعی و هم از لحاظ رشد حرفه‌ای برای پرستاری کشور ما خواهد داشت. این که ما می‌گوییم پرستاری پشتوانه اجتماعی ندارد با این وضعیت شاید بتواند یک پشتوانه اجتماعی هم به دست آورد».

مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر همچنین، ارتقای دانش پرستاری را از پیامدهای اصلی تجویز پرستاری می‌دانستند. آنان معتقد بودند که تجویز پرستاری انگیزه برای به روز نمودن اطلاعات دارویی در پرستاران را افزایش و ارتقای سطح دانش آنان را در پی خواهد داشت. یکی از مشارکت‌کنندگان در این رابطه بیان نمود:

«شاید یکی از دلایل عمده‌ای که پرستاران ما بعد از فراغت از تحصیل دنبال کتاب نمی‌روند، این است که خیلی تصمیم گیرنده نیستند. اگر تصمیم گیرنده باشند، مثل دانشجویهای پزشکی که همیشه در یک گوشه‌ای کتابی در دست دارند که وقت استراحت مطالعه کنند، پرستاران هم بیشتر مطالعه نند. با بحث تجویز پرستاری انگیزه برای یاد گرفتن فارمکولوژی زیادتر می‌شود. انگیزه برای توجه به عوارض دارویی و نیز انگیزه برای بالا بردن علم در پرستاری بیشتر خواهد شد، چون در آن صورت مجبور خواهند بود، اطلاعاتشان را زیادتر کنند».

از دیگر پیامدهای تجویز پرستاری از نظر مشارکت‌کنندگان، پیشگیری از پنهان‌کاری و تجویز غیر قانونی دارو توسط پرستاران است که در برخی از بخش‌ها صورت می‌گیرد. عبارات زیر گزیده‌هایی از بیانات مشارکت‌کنندگان در این رابطه است: «الان این اتفاق می‌افتد که پرستارهای بخش‌های ویژه یا دیگر بخش‌ها، این کار (تجویز دارو) را انجام می‌دهند. منتهی، این غیر رسمی است و اگر اتفاقی هم

فراموش) بشوند؛ در حالی که بیمارستان این داروها را هزینه کرده است، ولی چون ثبت نمی‌شود، هیچ پولی دست بیمارستان نمی‌آید. ولی پرستاران چون همیشه در بخش حضور دارند، روی داروها دقت می‌کنند و اگر دارویی اضافی باشد، عودت می‌دهند که برای بیمار کسورات نزنند».

بحث

یافته‌های این مطالعه دربردارنده ۳ طبقه اصلی تحت عناوین «حق سلامت و نیاز مردم»، «وضعیت جاری در شرایط بالینی» و «پیامدهای تجویز پرستاری» در رابطه با ضرورت تجویز پرستاری از دیدگاه سیاست‌گذاران پرستاری بود.

طبقه اول حاصل از تحلیل داده‌ها با عنوان «حق سلامت و نیاز مردم» بود. آن چه مسلم است، سلامت انسان‌ها به عنوان یک حق اساسی، یک دارایی و سرمایه ارزشمند برای تمامی سطوح و طبقات اجتماع است (۱۵) و مأموریت اصلی نظام‌های سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ گفتن به نیازهای مردم و جامعه می‌باشد (۲۲، ۲۱). در جمهوری اسلامی ایران نیز سلامت به عنوان یک حق در قانون اساسی شناخته شده است (۱۵) و به واسطه همین حق است که مشارکت کنندگان پژوهش حاضر حق دریافت به موقع و سریع مراقبت‌های درمانی جهت برطرف نمودن نیازهای بیماران را از حقوق اصلی آنان دانسته، تجویز پرستاری را به عنوان یکی از روش‌های برقراری این حق قلمداد کرده و به ضرورت آن معترف بودند.

طبقه دوم بیانگر «وضعیت موجود در شرایط بالینی» مراکز درمانی کشور است. از نظر مشارکت کنندگان، وضعیت موجود در اکثر بخش‌ها به گونه‌ای است که پزشکان به طور مداوم در دسترس نیستند و این موضوع به خصوص بخش‌های اورژانس و مراقبت ویژه که نیازمند اجرای هرچه سریع‌تر اقدامات درمانی و دارویی برای مددجویان بوده و انتظار برای رسیدن پزشک بر بالین بیمار ممکن است، موجب فوت وقت گردد، منجر به تجویز دارو توسط پرستاران می‌شود. اهمیت موضوع عدم حضور پزشکان مقیم و دسترسی آسان به آنان برای ویزیت مددجویان به قدری است که Mistretta

پزشک متخصص داخلی در یک شیفت صبح باید ۱۰-۲۰ بیمار را ببیند. از این تعداد، شاید ۵۰ مورد بیمارانی هستند که فقط آمده‌اند داروی تنگی نفس یا دیابتشان را تمدید کنند و این یک بار کاری اضافی برای پزشکان به همراه دارد؛ در صورتی که یک یا دو پرستار می‌توانند کنار پزشک در درمانگاه بنشینند، بیماری را که سال‌ها سابقه آسم دارد، معاینه کنند و اگر بیمار مشکل جدیدی نداشته باشد، همان روند دارویی قبلی خود را ادامه بدهد. آن متخصص و فوق تخصص هم می‌تواند به بیماران بیشتری برسد و وقت بیشتری برایشان بگذارد».

مشارکت کنندگان همچنین معتقد بودند که تجویز پرستاری در برخی از شرایط روتین در بخش می‌تواند، موجب کاهش اتلاف وقت پزشکان گردد. یکی از مشارکت کنندگان بیان کرد:

«مثلاً در بخش قلب، جواب آزمایش بیمار می‌آید و ما می‌بینیم که PT و PTT بیمار مختل است. خب ما می‌دانیم که برای PTT ۳۵ باید دو دوز هپارین بزنیم. این را کاملاً می‌دانیم و تجربه داریم، ولی چون اختیار نداریم، باید حتماً زنگ بزنیم به پزشک. این قطعاً وقت پزشک را می‌گیرد».

د- پیامدهای تجویز پرستاری برای سیستم سلامت

مشارکت کنندگان معتقد بودند که کلیه پیامدهای مثبتی که تجویز پرستاری می‌تواند برای گروه‌های مختلف (بیماران، پرستاران و پزشکان) به همراه داشته باشد، در واقع به طور غیر مستقیم به سیستم نیز انعکاس داده می‌شود، ولی مهم‌ترین دلیلی که اکثریت مشارکت کنندگان به طور اختصاصی برای نظام سلامت معترف بودند، موضوع اقتصاد بهداشت و صرفه اقتصادی است و آن هم به دلیل حضور همیشگی پرستاران در بالین و نیز دقت عملکرد آن‌ها در ثبت داروها می‌باشد که موجب کاهش کسورات مراکز درمانی می‌گردد. عبارت زیر بیانات یکی از مشارکت کنندگان سیاست‌گذار و از اعضای نظام پرستاری در رابطه پیامدهای مثبت برای نظام سلامت می‌باشد:

«تجویز پرستاری در بحث اقتصاد بهداشت هم کمک کننده است. چون اطبا معمولاً وقت کمی برای پرونده‌نویسی می‌گذارند که نتیجتاً ممکن هست خیلی از داروها میسند

کار و تجویز غیر قانونی» از اهم این پیامدها بوده است. بحث بهره‌مندی از توان بالقوه نیروی انسانی، از موضوعات مهم در سیاست‌گذاری‌های کلان است؛ به طوری که علت اصلی شکست بسیاری از طرح‌های توسعه، کم توجهی به توانایی‌های انسانی و سازمانی در کشورهای توسعه یافته ارزیابی شده است. به همین دلیل، گروهی پرداختن به موضوع نیروی انسانی را نخستین و مهم‌ترین اولویت برنامه‌های اصلاح نظام سلامت می‌دانند (۲۲). از سوی دیگر، درآمد یک کشور هر چقدر هم که باشد، روش‌های کارآمدی وجود دارد که به نظام سلامت امکان می‌دهد تا بهترین کارکرد را از خود نشان دهد. به عبارت دیگر، یک نظام مراقبت سلامت باید تعادلی میان سرمایه‌گذاری در منابع انسانی جهت پوشش نیازهای آینده و در عین حال تقاضاهای فعلی برقرار کند (۲۶). مشارکت کنندگان پژوهش نیز با توجه به اهمیت موضوع نیروی انسانی، خواستار بهره‌مندی بیشتر از توان بالقوه نیروهای پرستاری بودند. Cooper و همکاران نیز در مطالعه خود استفاده بهینه از منابع اقتصادی و انسانی را برای اجرای تجویز پرستاری مطرح می‌نمایند (۶).

از پیامدهای دیگر تجویز پرستاری برای پرستاران، توسعه حرفه‌ای است که از نظر مشارکت کنندگان، این مهم به دنبال استقلال در عملکرد آنان تظاهر می‌یابد. استقلال (Autonomy) به صورت داشتن حق تصمیم‌گیری برای خود و عمل کردن بر طبق آن تفسیر می‌گردد (۲۷). پرستاران، واژه استقلال را به معنی آزادی در تصمیم‌گیری بالینی خود توصیف می‌نمایند؛ در حالی که جامعه‌شناسان، آن را به عنوان یکی از حقوق حرفه‌ای و برای توصیف آزادی یک حرفه در تصمیم‌گیری مستقل در مورد بدنه دانش خویش و کاربرد آن به صورت آزاد و رها از نفوذ یا قدرت دیگران توصیف می‌کنند (۲۸). اکثر محققین، در این مورد توافق نظر دارند که استقلال برای دستیابی به وضعیت حرفه‌ای در پرستاری ضروری است (۳۰، ۲۹). البته، به معنی انجام خدمات به صورت مستقل نیست؛ چرا که ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مستلزم فعالیت در یک کار تیمی و گروهی است، بلکه این بدان معنی است که صاحبان حرفه برای مسایل حرفه‌ای، سیاست‌گذاری

بیان می‌نماید به واسطه عدم دسترسی به پزشک، مشکلات کوچک بهداشتی می‌توانند توسعه یابند و منجر به بیماری‌های جدی و مزمن شوند (۲۳). همچنین، این امر موجب می‌شود که نظام سلامت، پاسخگویی مناسبی به اولویت‌های سلامتی مردم نداشته باشد و گاهی حتی در موارد اورژانس نیز نتواند به طور کامل به رسالت خود عمل نماید (۲۴) و شاید به همین دلیل است که هم اکنون حضور پزشک مقیم در بیمارستان‌ها در طرح «تحول نظام سلامت» به طور جدی و در قالب یکی از ۸ بسته خدمتی سلامت، مد نظر برنامه‌ریزان قرار گرفته است (۲۵). البته، این موضوع خاص کشور ما نیست و در کشورهای دیگری که به دنبال اصلاحات نظام سلامت خود بوده‌اند، نیز به نوعی مطرح بوده است (۱۲، ۱)؛ به طوری که موضوع عدم حضور پزشکان و انتظار پرستاران برای اخذ امضای نسخه دارویی بیماران از آنان در مطالعه Nolan و Bradley نیز مورد اشاره قرار گرفته است (۱۲). این موضوع موجب شد که این کشورها برای اجرای اصلاحات، در صدد یافتن روش‌هایی هزینه‌اثربخش همانند بهره‌گیری از توانمندی سایر گروه‌های حرفه‌ای و از جمله پرستاران برآیند.

طبقه سوم در مطالعه حاضر «پیامدهای تجویز پرستاری» است که از ۴ زیرطبقه «پیامدهای تجویز پرستاری برای بیماران»، «پیامدهای تجویز پرستاری برای پرستاران»، «پیامدهای تجویز پرستاری برای پزشکان» و «پیامدهای تجویز پرستاری برای سیستم سلامت» تبلور یافت. در میان پیامدهای مثبت ذکر شده، بخش مهمی از پیامدها مربوط به بیماران و گیرندگان خدمت است که محور اصلی خدمات سلامت می‌باشد. از مهم‌ترین این پیامدها، افزایش سطح «رضایت» مددجویان است. به موضوع رضایت بیماران از عملکرد تجویزی پرستاران در مطالعه Bowskill نیز اشاره شده است که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۱).

بخش دیگری از پیامدهای تجویز پرستاری در رابطه با پیامدهایی است که می‌تواند برای خود پرستاران به همراه داشته باشد و چنانچه در بخش نتایج به آن اشاره شد، موضوع «بهره‌مندی بیشتر از توان بالقوه پرستاری»، «توسعه حرفه‌ای»، «ارتقای دانش پرستاری» و «پیشگیری از پنهان

گردید. آماده بودن بستر قانونی و داشتن قوانین و مقررات حرفه‌ای مشخص، یکی از هسته‌های اصلی برای گسترش دامنه عملکرد پرستاران در زمینه دارو است (۳۷). وجود چارچوب قانونی و مقررات حرفه‌ای، پرستاران را قادر می‌سازد تا با مجوز، دارو، تجویز نمایند (۳۸). از نظر Lockwood و Fealy پیامدهای قانونی برای تجویز پرستاری باید قبل از هرگونه پیاده‌سازی آن مد نظر قرار گیرد (۳۹). Sketris و همکاران نیز در مطالعه خود به منظور بهبود عملکرد تجویزی به مداخلاتی از جمله «مداخلات مربوط به قانون و مقررات» اشاره می‌نمایند (۴۰).

مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر، معترف به اجرای تجویز پرستاری (حتی به شکل غیر قانونی) بودند. Miles و همکاران نیز به وجود این مسأله در کشورهای کم درآمد اشاره می‌کنند. یافته‌های مطالعه آنان، حاکی از این است که پرستاران در کشورهای کم درآمد، اغلب نقش‌های مختلفی از جمله تجویز دارو را ایفا می‌نمایند، بدون آن که حتی آموزش کافی دیده باشند و یا این که قانون و مقررات خاصی در این زمینه وجود داشته باشد (۳۸). این امر می‌تواند به دلیل سیاست‌های مختلف سیستم مراقبت سلامت که متأثر از وضعیت سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و... در زمینه اجرا و نیز عدم علاقه‌مندی پژوهشگران در انتشار این موضوع در مقالات آنلاین و رسانه‌ای کردن آن (به دلیل ترس از عواقب احتمالی ناشی از نداشتن مجوز قانونی) باشد.

از نظر Miles و همکاران در کشورهای غنی و ثروتمند، چارچوب‌های قانونی برای تجویز پرستاری وجود دارد (۳۸). در حال حاضر، قوانین جاری برای تجویز پرستاری در بریتانیا بیش از سایر نقاط جهان است (۴۲، ۴۱). در کشورهای فقیر و کم درآمد، محدودیت‌های قابل توجه در زیرساخت‌های مالی، انسانی، فیزیکی و نیز بی‌ثباتی سیاسی منجر به ضعف سیستم‌های حاکمیتی می‌گردد و همین امر موجب می‌شود که اجرای برنامه تجویز پرستاری و اخذ مجوز قانونی آن، در کوتاه مدت، قابل اجرا نباشد (۳۸). به هر حال و برخلاف فراهم نبودن زیرساخت‌های لازم، این موضوع سبب نشده است که پرستاران دارو تجویز نکنند و چنانچه Bowskill نیز اشاره

و قوانین حرفه‌ای، خودشان تصمیم‌گیر باشند. از طرفی، به این نکته مهم نیز باید تأکید کرد که استقلال، هرگز بر خود یا قدرت شخصی تأکید نمی‌کند، بلکه تمرکز آن بر انجام اقداماتی است که دارای مزیت‌هایی برای بیماران بوده و باعث افزایش کیفیت مراقبت و رفاه حال بیماران می‌شود (۳۱). پرستاران بنا به دلایلی چون تصمیم‌گیری برای برقراری و حفظ امنیت بیماران (۲۹)، تصمیم‌گیری برای افزایش ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران (۲۹، ۲۸)، کاهش میزان مرگ و میر بیماران (۲۸)، نیازمند داشتن استقلال هستند و تجویز پرستاری بر اساس مطالعات صورت گرفته، موجب افزایش استقلال پرستاران می‌گردد (۳۲-۳۴). البته، در این میان پیامدهایی همانند افزایش رضایت شغلی (۳۵)، ایجاد تعهد به سازمان (۳۰)، حفظ و جذب پرستاران (۳۶) و تمایل برای باقی ماندن در محیط کار نیز حاصل می‌گردد (۳۰) که به ارتقای حرفه کمک می‌نماید.

از نظر مشارکت کنندگان، ارتقای دانش پرستاری از دیگر مزایای تجویز پرستاری است. پرستاران تجویزگر در مطالعه Bowskill اظهار داشتند که اقتباس مدل‌های پزشکی در مدل‌های پرستاری منجر به تکمیل نقش مراقبتی پرستار می‌شود (۱۱). پرستاران از طریق آموزش تجویز داروها، دانش خود را بهبود بخشیده و این دانش، اعتماد به نفس پرستاران را برای بحث با پزشکان در مورد مدیریت داروهای بیماران افزایش می‌دهد (۱۱). علاوه بر این، توسعه نقش‌های پیشرفته برای پرستاران با افزایش چشم‌انداز حرفه‌ای، اغلب به عنوان راهی برای افزایش جذابیت حرفه و حفظ نیروهای موجود مورد توجه قرار گرفته است (۱). Bowskill نیز بیان می‌کند که ترکیب عناصر مدل درمانی، در واقع نقش پرستاری را بهبود می‌بخشد. در این حوزه، پرستار از قضاوت و تصمیم‌گیری‌های مربوط به نیازهای بیمار آگاه می‌شود (۱۱). از نظر Hobson توسعه حق تجویز با ارایه راحتی بیشتر و بهبود دسترسی به درمان، می‌تواند مراقبت دارویی با کیفیت بالا را برای بیماران فراهم نماید (۷).

از دیگر مزایای تجویز پرستاری در مطالعه حاضر، تحت عنوان "پیشگیری از پنهان کاری و تجویز غیر قانونی" مطرح

وظایف، قطعاً هدر دادن پول و سرمایه است. از طرفی، پرورش یک پزشک می‌تواند ۳ برابر هزینه بیشتری نسبت به تربیت یک پرستار به دنبال داشته باشد. در نتیجه، پرورش بیشتر پرستاران و سایر متخصصان غیر پزشکی در نظام سلامت، می‌تواند جایگزینی هزینه اثربخش به جای تربیت یک پزشک باشد (۲۶).

موضوعی که Delamaire و Lafortune در زمینه هزینه فایده و مقرون به صرفه بودن خدمات پرستاران با عملکرد پیشرفته و به تبع آن تجویز پرستاری بیان می‌نمایند، نیز قابل توجه است. آنان استدلال می‌کنند که نباید انتظار داشت که ارائه خدمت این گروه از پرستاران منجر صرفه‌جویی قابل توجه در هزینه‌ها شود؛ چرا که اگر انگیزه اصلی از خدمات پرستاران افزایش کیفیت خدمات است، حتی می‌توان انتظار داشت که در کوتاه مدت، شاهد افزایش هزینه‌ها نیز باشیم. در واقع، عملکرد این گروه از پرستاران، پتانسیل صرفه‌جویی هزینه‌ها در دراز مدت را خواهد داشت (۱).

با توجه به مسایل مطرح شده، به نظر می‌رسد که جستجو برای کسب اطلاعات بیشتر در زمینه هزینه فایده و مقرون به صرفه بودن تجویز پرستاری می‌تواند موضوعی برای پژوهش‌های آینده باشد.

به طور کلی، نتایج مصاحبه با سیاست‌گذاران، نشان دهنده پیامدهای مثبت زیادی است و بر اساس نظر McMillan و Bellchambers به احتمال زیاد، این پیامدهای مثبت با اجرای تجویز پرستاری افزایش نیز خواهد یافت (۴۵). این نکته حایز اهمیت است که حتی اگر پیامدهای مثبت تجویز محدود به پیامدهای مطرح شده هم باشد، به قدر کافی می‌تواند از ضرورت توسعه تجویز پرستاری در کلیه کشورها حمایت نماید، چه رسد به این که افزایش نیز داشته باشد.

بر اساس دیدگاه‌ها و نظرات سیاست‌گذاران پرستاری کشور، با توجه به حق سلامتی افراد جامعه، نیاز مردم به خدمات سیستم مراقبت سلامت و نیز پیامدهای مثبتی که ممکن است از اجرای تجویز پرستاری حاصل گردد، ضرورت اجرای آن احساس می‌گردد که نیازمند تلاش مسؤولان ذیربط در جهت اجرایی شدن آن می‌باشد.

می‌کند، پرستاران از مدت‌ها قبل و پیش از کسب اختیارات قانونی، برای بیماران خود دارو تجویز می‌کرده‌اند و دستیابی به اختیارات قانونی از طریق سیاست‌های تجویزی، گام بعدی و یک پروسه طبیعی در توسعه نقش پرستار بوده است (۱۱). اظهارات مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر، نیز تأییدی بر این ادعا است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تجویز پرستاری برای پزشکان نیز می‌تواند مفید واقع گردد. یافته‌های مشابهی در سایر مطالعات گزارش شده است. به عنوان مثال، Jabareen در مطالعه خود بیان می‌کند که تجویز پرستاری به پزشکان اجازه می‌دهد تا آن‌ها به ویزیت بیماران با مشکلات طبی پیچیده‌تر بپردازند (۴۳). همچنین، Bowskill ذکر می‌کند که تجویز پرستاری، ابزاری مفید برای کاهش فاصله‌های حرفه‌ای بوده و قادر است تا همکاری نزدیک بین پرستاران تجویزگر و همکاران پزشک آن‌ها برقرار نماید (۱۱).

از پیامدهای دیگر تجویز پرستاری، صرفه‌جویی اقتصادی در هزینه‌های سلامت است. جستجو در متون و مطالعات انجام شده، نشان می‌دهد که تعداد بسیار کمی از مطالعات به موضوع پیامدهای بالینی و هزینه اثربخشی تجویز پرستاری، به خصوص در مقایسه با پزشکان و تجویزهای سنتی دارو پرداخته‌اند، ولی برخلاف اطلاعات ناقص در این زمینه، پیش‌بینی می‌شود که تجویز پرستاری از نظر اقتصادی نیز به صرفه باشد (۳۸). علاوه بر فوایدی مانند پیشگیری از بیماری‌ها و کاهش تعداد مراجعات که موجب کاهش تحمیل هزینه بر نظام سلامت می‌گردد، دلیل دیگری نیز ممکن است از این ادعا حمایت نماید و آن وضعیت حاکمیتی بیمارستان‌ها و ارزان‌تر بودن هزینه خدمات ارائه شده توسط پرستاران است که با یک حساب ساده و سرانگشتی می‌توان نتیجه گرفت که تجویز پرستاری نسبت به تجویز پزشکی ارزان و مقرون به صرفه است؛ چرا که حقوق نیروهای انسانی اغلب بزرگ‌ترین مورد منفرد، در بودجه جاری بخش سلامت است (۴۴). در بسیاری از کشورها، دو سوم یا بیشتر از کل هزینه جاری صرف شده، مربوط به هزینه‌های نیروی کار است. بنابراین، به کار گرفتن و استخدام پزشکان جهت انجام ساده‌ترین

تشکر و قدردانی

پژوهشگران لازم می‌دانند تا مراتب تقدیر و تشکر خود را از همکاری صمیمانه سیاست‌گذاران پرستاری، ابراز نمایند. لازم به ذکر است که این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه تحت عنوان «تحلیل موقعیت تجویز پرستاری در ایران و جهان:

مقایسه بسترها» در مقطع دکتری تخصصی در سال ۱۳۹۳ بود که توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران حمایت شده است و بدین وسیله از دانشگاه‌های مذکور سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. Delamairie ML, Lafortune G. Nurses in advanced roles. A description and evaluation of experiences in 12 developed countries [Online]. [cited 2010 Jul 10]; Available from: URL: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en
2. 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 Services Research 2011; 11: 330.
3. Fittock A. Non-medical prescribing by nurses, optometrists, pharmacists, physiotherapists, podiatrists and radiographers [Online]. [cited 2010 Mar]; Available from: URL: http://www.prescribingforsuccess.co.uk/document_uploads/ahp-publishedwork/NMP_QuickGuid.pdf
4. Royal College of Nursing. RCN fact sheet. Nurse prescribing in the UK [Online]. [cited 2014]; Available from: URL: https://www2.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/462370/15.12_NursePrescribing_in_the_UK_RCN_Factsheet.pdf
5. 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.
6. 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.
7. Hobson RJ. Investigation into early implementation of non medical prescribing in the UK [Thesis]; Bath, UK: School of Pharmacy and Pharmacology, University of Bath; 2008.
8. Gielen SC, Dekker J, Francke AL, Mistiaen P, Kroezen M. The effects of nurse prescribing: a systematic review. Int J Nurs Stud 2014; 51(7): 1048-61.
9. Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, de Rond M, de Veer AJ, Francke AL. Neutral to positive views on the consequences of nurse prescribing: Results of a national survey among registered nurses, nurse specialists and physicians. Int J Nurs Stud 2014; 51(4): 539-48.
10. Hudson SA, McAnaw JJ, Johnson BJ. The changing roles of pharmacists in society. IeJSME 2007; 1(1): 22-34.
11. Bowskill D. The integration of nurse prescribing: case studies in primary and secondary care [PhD Thesis]. Nottingham, UK: University of Nottingham; 2009.
12. Bradley E, Nolan P. Impact of nurse prescribing: a qualitative study. Journal of Advanced Nursing 2007; 59(2): 120-8.
13. World Health Organization. Fifth meeting of the regional advisory panel on nursing and consztltation on advanced practice nursing and nurse prescribing: implications for regulation, nursing education and practice in the eastern Mediterranean [Online]. [cited 2001 Jun 24-26]; Available from: URL: http://applications.emro.who.int/docs/who_em_nur_348_e_1_en.pdf
14. Khayati F, Saberi M. Primary Health Care (PHC) an ever strategy for health equity extension. J Health Adm 2009; 12(35): 33-40. [In Persian].
15. Council Policy and Health Reform. Document of primary health care promotion policy [Online]. [cited 2007]; Available from: URL: http://selection.behdasht.gov.ir/uploads/291_1664_Primary_Health_Care_Services_Policy.pdf [In Persian].
16. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs 2008; 62(1): 107-15.
17. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing and healthcare. 3rd ed. New York, NY: John Wiley & Sons; 2013.
18. Speziale HS, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.

19. 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.
20. Polit D, Beck C, Hungler BP. *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. 5th ed. New York, NY: Lippincott; 2001.
21. Ministry of Health and Medical Education. The map of development of the Iran health system, based on the Islamic Iranian model of progress [Online]. [cited 2011Dec]; Available from: URL: <http://mediaserver.research.ac.ir/Repository/UploadSenderSubSystem/c6ded7f0-5540-4421-bbdb-b8d87cdadb75.pdf>
22. Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. *Hakim Res J* 2006; 9(3): 1-18. [In Persian].
23. Mistretta MJ. Differential effects of economic factors on specialist and family physician distribution in Illinois: a county-level analysis. *J Rural Health* 2007; 23(3): 215-21.
24. Seyedmajidi M, Motalebnejad M, Bijani A, Sabbagzadeh M. Defining effective factors on patients' satisfaction referring to dental faculty in Babol University of Medical Sciences: A principle step to socially accountable medical education. *Biannual Journal of Medical Education Development Center* 2013; 1(2): 58-66. [In Persian].
25. Health Reform Program. The secretariat of the national headquarters of health reform program implementation [Online]. [cited 2014]; Available from: URL: <http://tahavol.behdasht.gov.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=426&pageid=52563> [In Persian].
26. The World Health Report of 2000. Economic studies office of Islamic Consultative Parliament [Online]. [cited 2000]; Available from: URL: <http://rc.majlis.ir/fa/report/show/729070> [In Persian].
27. Kramer M, Maguire P, Schmalenberg CE, Andrews B, Burke R, Chmielewski L, et al. Excellence through evidence: structures enabling clinical autonomy. *J Nurs Adm* 2007; 37(1): 41-52.
28. Weston MJ. Strategies for enhancing autonomy and control over nursing practice. *The Online Journal of Issues in Nursing* 2010; 15(1): 1-10.
29. Karagozoglu S. Level of autonomy of Turkish students in the final year of university baccalaureate degree in health related fields. *Nurs Outlook* 2008; 56(2): 70-7.
30. Kramer M, Schmalenberg C. The practice of clinical autonomy in hospitals: 20 000 nurses tell their story. *Crit Care Nurse* 2008; 28(6): 58-71.
31. Lewis FM. Autonomy in nursing. *Ishikawa Journal of Nursing* 2006; 3(2): 1-6.
32. Bradley E, Nolan P. Addressing the concerns of the trainee nurse prescriber. *Nurs Times* 2006; 102(11): 36-9.
33. Carey N, Stenner K. Does non-medical prescribing make a difference to patients? *Nurs Times* 2011; 107(26): 14-6.
34. Klein T. Prescribing competencies for autonomous aprn prescriptive authority: what do nurse prescribers need to know? [Thesis]. Pullman, WA: Washington State University; 2011.
35. Cousins R, Donnell C. Nurse prescribing in general practice: a qualitative study of job satisfaction and work-related stress. *Fam Pract* 2012; 29(2): 223-7.
36. Penz KL, Stewart NJ. Differences in autonomy and nurse-physician interaction among rural and small urban acute care registered nurses in Canada. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care* 2008; 8(1): 39-53.
37. ABA, An Bord Altranais, and National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery. Review of nurses and midwives in the prescribing and administration of medicinal products [Online]. [cited 2005 Jun]; Available from: URL: https://www.pna.ie/images/ncnm/13%20Oct%2005%20ABA%20Rx_Report%20Summary_bmarked.pdf
38. Miles K, Seittio O, McGilvray M. Nurse prescribing in low-resource settings: professional considerations. *Int Nurs Rev* 2006; 53(4): 290-6.
39. 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.
40. Sketris I, Ingram EL, Lummis H. Optimal prescribing and medication use in Canada challenges and opportunities [Online]. [cited 2007 may]; Available from: URL: http://www.conseilcanadiendelasante.ca/tree/2.37.1-Appendices_OptimizingPrescribingBehaviours.pdf
41. Carey N, Stenner K, Courtenay M. How nurse prescribing is being used in diabetes services: views of nurses and team members. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* 2010; 2(1): 13-21.
42. Stenner K, Carey N, Courtenay M. Implementing nurse prescribing: a case study in diabetes. *J Adv Nurs* 2010; 66(3): 522-31.

43. Jabareen HM. Skill mix development in general practice: a mixed method study of practice nurses and general practitioners [PhD Thesis]. Glasgow, Scotland: School of Medicine, University of Glasgow; 2008.
44. Jones & Bartlett Learnin. The profession of nursing [Online]. [cited 2012]; Available from: URL: http://samples.jbpub.com/9781449649029/46066_CH01_6031.pdf
45. McMillan M, Bellchambers H. Nurse prescribing: adding value to the consumer experience (Editorial). *Australian Prescriber* 2007; 30(1): 2.

The Necessity of Nursing Prescription from the Perspectives of Nursing Policymakers

Azar Darvishpour¹, Soodabeh Joolae², Mohammad Ali Cheraghi³

Original Article

Abstract

Introduction: Presently, in many countries, certain groups of nurses are allowed to prescribe medicine. Despite the increasing attention of the world to nursing prescription and emphasis of the World Health Organization (WHO) on its implementation in regional countries, a review of literature indicated that there is no evidence of nursing prescription in Iran. Thus, this study aimed to assess the necessity of nursing prescription from the perspective of the Iranian nursing policymakers.

Method: This descriptive qualitative study was performed through interviews with 14 nursing policymakers. The participants were selected through purposive sampling method. Semi-structured interviews were used to collect data. Interviews were conducted after coordination with participants and in their workplace. All interviews were recorded using a digital voice recorder. Interviews were simultaneously transcribed verbatim and analyzed using conventional content analysis through inductive approach. The coding was performed using 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 resulted in the extraction of the 3 main categories of "the right to health and individual's requirements", "the current situation of the clinical setting", and "nursing prescription outcomes".

Conclusion: The views and perspectives of nursing policymakers indicated that due individuals' right to health and need for health care services, and also the positive outcomes that may result from nursing prescription, the necessity of its implementation is felt. However, there are challenges to its implementation that require the relevant authorities' efforts to resolve them.

Keywords: Drug prescription, Nursing policymakers, Qualitative research.

Citation: Darvishpour A, Joolae S, Cheraghi MA. **The Necessity of Nursing Prescription from the Perspectives of Nursing Policymakers.** J Qual Res Health Sci 2016; 5(1): 56-70.

Received date: 26.12.2015

Accept date: 15.3.2016

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

2- Associate Professor, Department of Nursing and Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Department of Nursing and Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Azar Darvishpour, Email: darvishpour@gums.ac.ir