

Nurse Prescribing: An Integrative Review

Safoura Yadollahi¹, Leila Ghanbari-Afra², Ismail Azizi-Fini^{3*}

1- Assistant Professor of Nursing, Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

2- PHD candidate, Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

3- Associate Professor of Nursing, Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

Corresponding author: Ismail Azizi-Fini, Associate Professor of Nursing, Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

Email: azizifinies@yahoo.com

Received: 2023/07/24

Accepted: 2023/12/12

Abstract

Introduction One of the most important change role in the nursing profession is the development of nurse prescribing. In the implementation of nurse prescribing, it seems necessary to recognize the existing challenges.

Methods: In this review, Persian and English articles were researched in the years of 1998-2023 using the keywords include "nursing prescription", "drug prescription", "independent prescribing" and "supplemental prescribing". The research was done in online databases including Science direct, PubMed, Web of Science, Google scholar and Persian databases including Mag Iran and Jahad Daneshgahi. The inclusion criteria were articles that only focus on the drug prescription in nursing and were related to the objectives of the study. Exclusion criteria included articles whose full text was not available or were presented in the form of a poster, speech and letter to the editor. Also, the validity of the selected articles has been qualitatively evaluated by the authors in terms of originality, credibility and the publishing journal.

Result: 58 selected studies showed the advantages, disadvantages, obstacles and facilitating factors of nursing prescription from the point of view of nurses and doctors in Iran and other countries. One of the major challenges is the lack of appropriate policies in this field, the lack of necessary infrastructure, the critical view of the health care team, the lack of issuing legal licenses, and the unwillingness of some nursing.

Conclusions: Considering the benefits and advantages of nurse prescribing, it is suggested that policy makers and nursing managers provide the conditions for the implementation of nurse prescribing in Iran with planning for existing challenges, including legal licenses, holding specialized pharmacology courses for nurses and encourage nurses to accept this responsibility.

Keywords: Drug prescription, Nurse, Nursing prescription, Prescription, Review study.

تجویز پرستاری در ایران و جهان: یک مطالعه مرور یکپارچه

صفورا یداللهی^۱، لیلا قنبری افرا^۲، اسماعیل عزیزی فینی^{۳*}

۱- استادیار پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران.

۲- دانشجوی دکتری پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران.

۳- دانشیار پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران.

نویسنده مسئول: اسماعیل عزیزی فینی، دانشیار پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران.
ایمیل: azizifinies@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۵/۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۹/۲۱

چکیده

مقدمه: یکی از مهمترین تغییرات نقش در حرفه پرستاری، توسعه تجویز پرستاری است. در اجرای تجویز پرستاری، شناخت چالشهای موجود و مزایا و معایب آن امری ضروری به نظر می رسد.

روش کار: در مرور یکپارچه حاضر، مقالات فارسی و انگلیسی در محدوده زمانی سالهای ۱۹۹۸ تا ۲۰۲۳، با استفاده از کلمات کلیدی "تجویز پرستاری"، "تجویز دارو"، "تجویز مستقل" و "تجویز مکمل" و کلیدواژه های انگلیسی، Supplementary prescribing, Independent prescribing, Nurse Prescriber, Nurse Prescribing, از پایگاه های اطلاعاتی برخط شامل Science direct, PubMed, Web of Science, Google scholar و پایگاه های فارسی از جمله مگ ایران و جهاد دانشگاهی مورد استخراج قرار گرفت. معیار ورود مقالاتی بود که صرفا به تجویز دارو در پرستاری پرداخته بود و مرتبط با اهداف مطالعه بود. معیارهای خروج، شامل مقالاتی بود که متن کامل آنها در دسترس نبود یا به صورت پوستر، سخنرانی و نامه به سردبیر ارائه شده بود. همچنین اعتبار مقالات انتخابی از نظر اصالت، اعتبار و مجله منتشر کننده آن، توسط نویسندگان مورد ارزیابی کیفی قرار گرفته است.

یافته ها: ۵۸ مطالعه برگزیده، مزایا، معایب، موانع و عوامل تسهیل گر تجویز پرستاری از دیدگاه پرستاران و پزشکان در ایران و سایر کشورها را نشان داد. از عمده ترین چالش ها می توان به عدم سیاست گذاری های مناسب در این زمینه، نبود زیرساخت های لازم، نگاه منتقدانه تیم مراقبتهای بهداشتی، عدم صدور مجوزهای قانونی و عدم تمایل برخی از نیروهای پرستاری به فعالیت در این زمینه اشاره کرد.

نتیجه گیری: با توجه به منافع و مزایای تجویز پرستاری پیشنهاد می گردد، سیاست گذاران و مدیران پرستاری با برنامه ریزی مناسب جهت برطرف کردن چالشهای موجود از جمله صدور مجوزهای قانونی، برگزاری دوره های تخصصی داروشناسی برای پرستاران و تشویق آنها به پذیرفتن این مسئولیت، زمینه را برای اجرای تجویز پرستاری در ایران فراهم نمایند.

کلیدواژه ها: تجویز دارو، پرستار، تجویز پرستاری، نسخه نویسی، مطالعه مروری.

مقدمه

نقش های حرفه ای از جمله پرستاران نموده اند (۱،۲). یکی از مهمترین تغییرات نقش در حرفه پرستاری، توسعه تجویز پرستاری می باشد (۳). در حال حاضر، روند جهانی در جهت گسترش عملکرد پرستاران به خصوص در مراقبت های بهداشتی اولیه (Primary Health Care) است (۴-۶). طبق اعلام شورای بین المللی پرستاران (International

در بسیاری از کشورها سیاست گذاران و مدیران نظام سلامت در پاسخ به افزایش نیاز به مراقبت های اولیه در جامعه در ارتباط با افزایش جمعیت سالمندان، شیوع بیماریهای مزمن، کمبود پزشک و محدودیت های بودجه ای اقدام به توسعه

حرفه ای رهنمون سازد. با توجه به اینکه تجویز پرستاری موضوعی بحث برانگیز و توأم با چالش های مختلف می باشد، این مقاله مروری با هدف معرفی تجویز پرستاری و بررسی نتایج مطالعات صورت گرفته در زمینه مزایا، معایب و چالش های آن در ایران و سایر کشورها صورت گرفته است.

روش کار

مرور یکپارچه حاضر با بررسی نتایج مطالعات صورت گرفته در زمینه تجویز پرستاری و با استفاده از کلمات کلیدی «تجویز پرستاری»، «تجویز دارو»، «تجویز مستقل» و «تجویز مکمل» و کلیدواژه های انگلیسی، Supplementary prescribing, Independent prescribing, Nurse Prescriber, Nurse Prescribing در پایگاه های اطلاعاتی برخط شامل Science direct, PubMed, Web of Science, Google scholar و پایگاه های فارسی از جمله مگ ایران و جهاد دانشگاهی که توسط دو پژوهشگر به صورت جداگانه مورد جستجو قرار گرفت، انجام شد. معیارهای ورود، مقالات فارسی یا انگلیسی بود که صرفاً به «تجویز دارو در پرستاری» در کشورهای مختلف پرداخته بود و امکان دسترسی به متن کامل مقالات وجود داشت. مقالات بدون محدودیت زمانی تا سال ۲۰۲۳ مورد جستجو قرار گرفت. معیارهای خروج، شامل مقالاتی بود که متن کامل آنها در دسترس نبود یا به صورت پوستری، سخنرانی و نامه به سردبیر ارائه شده بود. همچنین اعتبار مقالات انتخابی از نظر اصالت، اعتبار و مجله منتشر کننده آن، توسط نویسندگان مورد ارزیابی کیفی قرار گرفت.

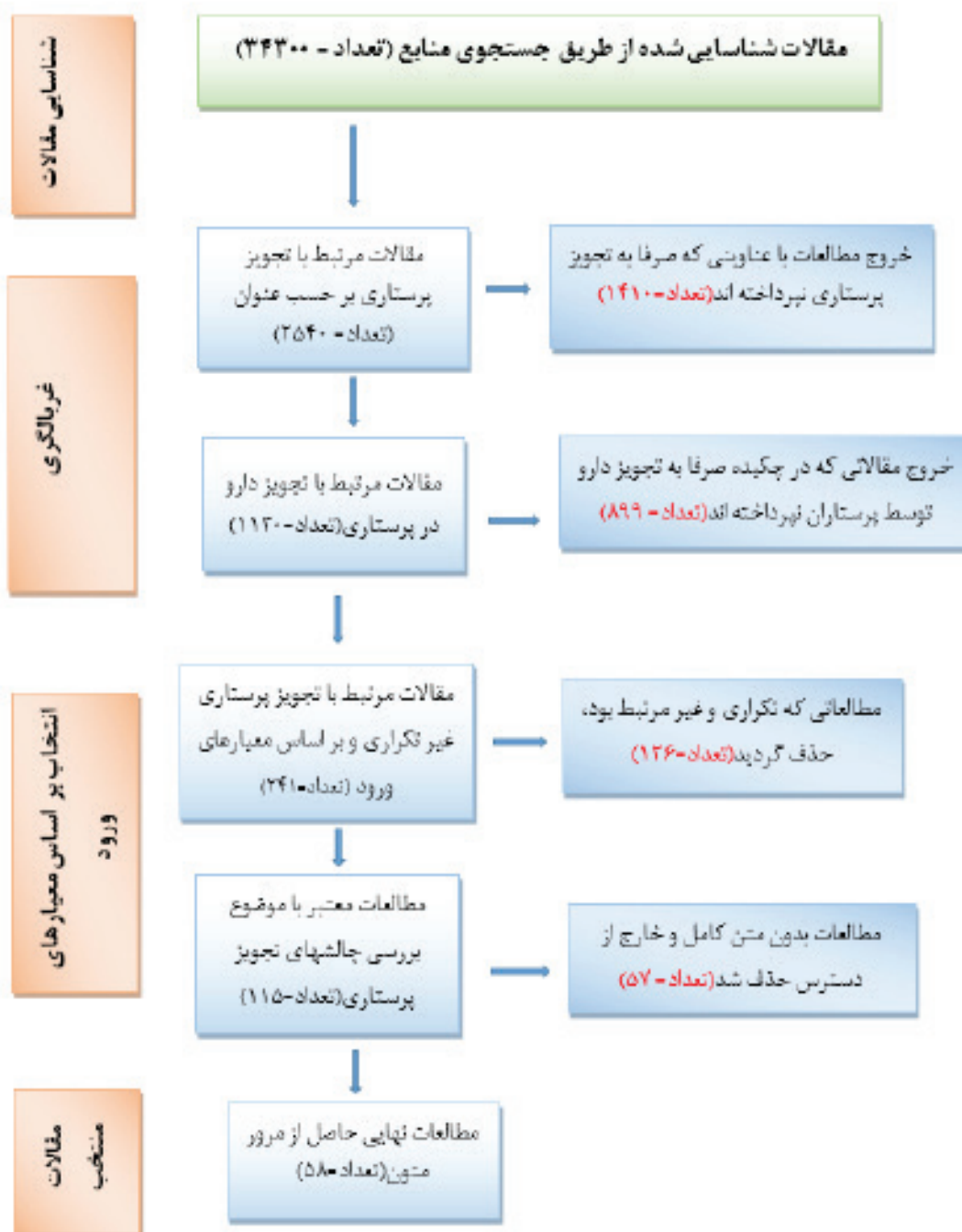
در ابتدا ۳۴۳۰ مقاله در مورد تجویزهای پرستاری (اعم از دارویی و غیردارویی) در پایگاه های داده به دست آمد. سپس مقالاتی انتخاب شد که در عنوان یا چکیده مقاله کلیدواژه «تجویز پرستاری» ذکر شده بود، به این ترتیب ۲۵۴۰ مقاله باقی ماند. ۱۱۳۰ مقاله مرتبط با «تجویز دارو» در پرستاری بود که پس از حذف مقالات تکراری و غیر مرتبط با موضوع این مطالعه، ۲۴۱ مقاله مورد ارزیابی قرار گرفت. از این تعداد ۱۱۵ مقاله به بررسی «چالش های تجویز دارو در پرستاری» پرداخته بود که با توجه به محدودیت دسترسی به متن کامل برخی مقالات و عدم اعتبار کافی برخی دیگر، نهایتاً ۵۷ مقاله حذف و ۵۸ مقاله باقی مانده مورد بررسی قرار گرفت.

(Council of Nurses)، نمونه ای از کارکردهای جدید پرستاران تجویز دارو در زمینه مراقبت های اولیه است که پرستاران را ملزم به داشتن پیش نیازهایی همچون دانش خاص در این زمینه و تجربه بالینی می نماید (۷). نقش پرستار در روند تجویز دارو، درخواست آزمایشات تشخیصی و انجام معاینات بالینی در سراسر جهان توسعه یافته است. از نظر شورای بین المللی پرستاری، این اقدامات عناصر خلاقانه ای محسوب می شوند که باعث ارتقاء عملکرد پرستاری خواهند شد (۸، ۹).

منظور از تجویز پرستاری، دادن دستور دارویی جهت راهنمایی، انتخاب دارو، نحوه به کارگیری و آماده نمودن دارو است که به صورت شفاهی یا کتبی و یا هر دو روش مطرح می باشد و جهت کمک به ارایه مراقبت بهتر و دسترسی به خدماتی با کیفیت بالاتر، از طریق آموزش مهارتهای حرفه ای پیشرفته تر شکل گرفته است (۱۰). سازمان بهداشت جهانی در سال (۲۰۰۱) اعلام نمود که پرستاران به عنوان اولین سطح ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی در صورت توانمندی از قابلیت انجام تجویز برخوردارند (۳). انتظار می رود که تجویز پرستاری به مراقبت مؤثر و کارآمد از بیمار منجر شود و کیفیت و استمرار مراقبت را بهبود بخشد (۷). علاوه بر این، تجویز پرستاری این موقعیت را فراهم می کند که پرستاران بتوانند از مهارت های حرفه ای خود حداکثر استفاده را برده، ضمن صرفه جویی در زمان بیماران و پزشکان موجب افزایش استقلال و عملکرد پرستاری شوند (۱۱).

در حال حاضر تعداد کشورهایی که پرستاران از نظر قانونی مجوز تجویز دارو دارند، طی دو دهه گذشته رشد چشمگیری داشته است (۷) و از سال ۱۹۶۰، پرستاران در کشورهای همچون انگلستان، سوئد، ایالات متحده آمریکا، کانادا، استرالیا، نیوزلند، آفریقای جنوبی، ایرلند، پرتغال، کنیا، اسپانیا و چین شروع به تجویز دارو نمودند (۱۲-۱۴). اگرچه تجویز پرستاری در کشورهای مختلف در حال انجام است ولیکن تاکنون در کشور ایران برنامه ای برای اجرای آن در دست کار نیست.

به نظر می رسد، توجه به تجویز پرستاری و شناخت مزایا، معایب و چالش های آن، می تواند در آماده سازی بستر مناسب برای اجرای این برنامه مؤثر بوده و سیاست گذاران و مدیران پرستاری را در به کارگیری این پتانسیل



شکل ۱: مراحل جمع آوری داده ها

شده بود. نتایج حاصل از مطالعات در قالب مدل های تجویز پرستاری، مزایا، معایب، موانع و عوامل تسهیل گر و وضعیت تجویز پرستاری در ایران ارائه گردید. خلاصه نتایج مطالعات مورد بررسی در جدول ۱ طبقه بندی گردیده است.

یافته ها

از بین ۵۸ مقاله انتخابی، ۱۵ مورد مروری و بقیه مقالات اصیل پژوهشی در زمینه تجویز دارو توسط پرستاران بود. ۶ مورد از مقالات فارسی و بقیه به زبان انگلیسی منتشر

جدول ۱: خلاصه ای از یافته های پژوهش

چالش های تجویز پرستاری	
مزایای سیستم بهداشت و درمان: ارائه خدمات بهتر به مددجویان، افزایش رضایت بیماران، کاهش تعداد پرسنل مورد نیاز در مراکز درمانی، بهبود ارتباط بین افراد تیم مراقبت های بهداشتی و کاهش هزینه های بالقوه در سیستم (۱۷-۱۵).	مزایا
مزایای بیماران: دسترسی آسانتر بیماران به داروها و مراقبت، دریافت مراقبت با کیفیت بالاتر در اسرع وقت، ارتقاء سلامتی، درمان سریع، کاهش زمان انتظار برای دارو، افزایش ایمنی، افزایش رضایتمندی بیماران، افزایش پذیرش دارو، جلوگیری از تجمع بیماران در مراکز مراقبت های بهداشتی، کاهش نگرانی بیماران و کاهش تعداد سفرها جهت مراجعه به پزشک (۱۸، ۱۹).	
مزایای پرستاران: کاهش بار کاری، صرفه جویی در وقت، افزایش استقلال حرفه ای و رضایت شغلی، ارتقا حرفه، افزایش صلاحیت بالینی، شناسایی توانایی های پرستاران و بکارگیری مهارت و تجربه آنها، شناسایی ظرفیت ها و تخصص پرستاران، افزایش مسئولیت پذیری، نظارت مؤثر و گزارش عوارض جانبی داروها، بهبود ارتباط بین افراد تیم مراقبت های بهداشتی درمانی (۳، ۲۰، ۲۱).	
ترس از درگیری با بیماران و پزشکان، نقصان آموزش کافی پرستاران در زمینه دارو، افزایش مسوولیت و بار کاری پرستار، تعارضات بین رشته ای، کاهش تماس پزشکان با مددجویان، کاهش نظارت مناسب بر روند تجویز و عدم پاداش مناسب برای پرستاران در قبال اجرای این نقش نقش (۲۸-۲۲).	معایب
عدم حمایت و یا اعتراض پزشکان یا سایر کارکنان تیم بهداشتی، عدم زیرساختهای حمایتی لازم، تغییر نقش در پرستاری، تضاد نقش با سایر حرفه های مراقبت های بهداشتی، نگرانی در مورد تأثیر تجویز پرستاری بر ارتباط با بیماران، نگرانی در مورد سطح آموزش پرستاران و عدم پذیرش مسئولیت های اضافی (۳۴-۲۸).	موانع
آمادگی آموزشی پرستاران در زمینه داروها، حمایت عوامل مدیریتی، ارزیابی شایستگی های پرستاران توسط مدیران، ایجاد آمادگی در عوامل سازمانی جهت آگاه کردن پزشکان و سایر پرسنل درمانی در مورد تجویز پرستاری، افزایش حمایت در گروه های درمانی، صدور مجوزهای قانونی تجویز پرستاری، ایجاد تغییر در نگرش جامعه و افراد تیم درمان نسبت به تجویز پرستار، توجه بیشتر مدرسان پرستاری به نیازهای خاص پرستاران تجویزگر و برگزاری دوره های آموزشی برای آمادگی پرستاران، تشویق و هدایت پرستاران به فعالیت و اعطا امتیازهایی برای پرستاران فعال در این زمینه (۱۲، ۱۶، ۳۵، ۳۶).	تسهیل کننده ها

مدل های تجویز پرستاری

اصطلاح تجویز پرستاری شامل روشهای متنوعی است که در ارتباط با آن می توان سه مدل را ذکر نمود: تجویز مستقل یا جایگزین (Substitute) تجویز نیمه مستقل یا مکمل (complementary) و پروتکل گروهی (دستورالعمل های گروه بیمار) (Group protocol or Patient group directions) (۷، ۳۷). در تجویز مستقل، پزشکان مسئول ارزیابی بالینی بیمار، تشخیص و تصمیم گیری در مورد مناسب بودن یک دارو یا درمان و تجویز آن می باشند (۱۰، ۳۷). تجویز مکمل به صورت مشارکت داوطلبانه یک فرد کمک کننده در درمان مانند پرستار می باشد. پس از ارزیابی اولیه و تشخیص وضعیت بیمار توسط پزشک معالج، فرد کمک کننده می تواند به صورت محدود در تجویز برای بیمار، مشارکت نموده و قبل از آن با پزشک معالج همکاری و یا مشورت داشته باشد (۱۲، ۳۷). پروتکل گروهی یا دستورالعمل های گروه- بیمار به دستورالعمل های کتبی جهت تجویز لیست مشخصی از داروها اطلاق می شود که در یک وضعیت بالینی خاص به کار می روند (۹، ۱۳). پروتکل های گروهی نباید به عنوان یک تجویز مستقل تلقی شوند، زیرا پرستاران یا دیگر متخصصان مراقبت های بهداشتی فقط مجاز به تجویز داروها در شرایط خاص و با

یک دستورالعمل از پیش تعیین شده پس از ارزیابی نیازهای

بیمار می باشند (۱۴).

مزایای تجویز پرستاری

برخی از مطالعات مزایای تجویز پرستاری را بررسی نموده اند. این مزایا به سه دسته فابل تقسیم بندی است: مزایای سیستم بهداشت و درمان شامل ارائه خدمات بهتر، دستیابی به رضایت بیماران، کاهش تعداد پرسنل مورد نیاز، بهبود ارتباط بین افراد تیم مراقبت های بهداشتی و کاهش هزینه های بالقوه می باشد (۱۵-۱۷). با توجه به اینکه تعداد فارغ التحصیلان پرستاری بیشتر از سایر رشته هاست و اینکه در اکثر کشورها پرستاران سطح اولیه خدمات را به بیماران ارائه می دهند، این یک مزیت مهم محسوب می شود (۲۰، ۱۷). مزایای بیماران از جمله راحتی، دسترسی آسانتر به داروها و مراقبت، دریافت مراقبت بهتر، ارتقاء سلامتی، درمان زودتر، کاهش زمان انتظار برای دارو، ایمنی، رضایت از مراقبت، افزایش پذیرش دارو، جلوگیری از تجمع بیماران در مراکز مراقبت های بهداشتی، کاهش نگرانی بیماران و کاهش تعداد سفرها می باشد (۱۸، ۱۹). مزایای پرستاران شامل کاهش بار کاری، صرفه جویی در وقت، استقلال حرفه ای، رضایت شغلی، ارتقا حرفه، افزایش صلاحیت بالینی، بکارگیری مهارت و تجربه، شناسایی توانایی

نمودند: ترس از درگیری، نقصان آموزش کافی، افزایش مسولیت و بار کاری پرستار، تعارضات بین رشته ای، کاهش تماس پزشکان با مددجویان، کاهش نظارت مناسب و عدم پاداش مناسب برای این نقش (۲۴).

نتایج مطالعات نشان داد به طور کلی پرستاران و پزشکان دیدگاه های مثبت تا نسبتاً خنثی نسبت به تجویز پرستاری دارند اما همه گروه ها موافقتی که به طور کلی تجویز پرستاری در عملکرد روزانه پرستار و حرفه پرستاری اثر مثبت خواهد داشت (۲۹،۴۸). اگرچه نگرانی هایی در مورد پیامدهای منفی احتمالی تجویز پرستاری در عملکرد پزشکان و حرفه پزشکی انتظار می رود (۱۵، ۴۹). با این وجود، همه گروه های حرفه ای موافقتی که تجویز پرستار، مراقبت را کمی پیچیده تر می کند و همچنین از این واقعیت آگاهند که این امر نیاز به مشاوره پزشکان را افزایش خواهد داد. خصوصاً در بین پزشکان بیشتر نگرانی در مورد کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار گزارش شده است (۲۸).

تسهیل کننده های تجویز پرستاری

در بررسی مطالعات مشخص گردید، افزودن مدیریت داروها به برنامه درسی دانشجویان پرستاری باعث تشویق و تسهیل جذب پرستاران به تجویز دارو خواهد شد، همچنین می تواند باعث ایجاد فرهنگ سازی در مورد تجویز پرستاری در سایر حرفه ها شود (۵۰-۵۲). بر اساس انجمن بین المللی پرستاری، پرستاران می بایست آموزش های خاصی در زمینه تجویز دارو داشته باشند (۳۶،۵۳). در بسیاری از کشورها این شرایط متفاوت است. از دوره آموزشی یک ماهه در کشور انگلستان تا دوره های آموزشی پیشرفته در ایالات متحده، استرالیا و نیوزلند، به طوری که علاوه بر کار در سطح کارشناسی ارشد، یک دوره خاص داروشناسی نیز لازم است (۲۹، ۵۵، ۵۴). وجود انگیزه در تجویزگران عامل تسهیل گر مهمی است که وجود آن برای رسیدن به موفقیت لازم است. مطالعات قابل توجهی در زمینه بررسی نگرش و نظرات پرستاران و پزشکان در مورد تجویز پرستاری انجام شده است. این مطالعات بیانگر دیدگاه مثبت در بین پرستاران و پزشکان در مورد تجویز پرستاری می باشد، به عنوان مثال باعث بهبود کارایی و هماهنگی مراقبت از بیمار شده (۲۹، ۵۵، ۵۶) و افزایش استقلال پرستاران را به همراه داشته است (۲۸، ۱۴). به همین ترتیب، مدیران نیز باید زیرساخت های حمایتی و عملیاتی لازم را برای پرستاران فراهم نمایند (۳۵، ۱۲). گذشته از آمادگی های آموزشی و انگیزه پرستاران،

ها، ظرفیت ها و تخصص پرستاران، مسئولیت پذیری بهتر، افزایش نظارت مؤثر و گزارش عوارض جانبی داروها و بهبود ارتباط بین افراد تیم مراقبت های بهداشتی درمانی است (۲۱، ۳۰، ۳). به علاوه شواهد نشان داد که تجویز پرستاری برای پزشکان و سایر افراد تیم مراقبت های بهداشتی درمانی نیز مفید است (۳۸، ۳۹). جبارین (۲۰۰۸) به نقل از Crossman (۲۰۰۶) بیان می کند که تجویز پرستاری به پزشکان اجازه می دهد تا فرصت بیشتری برای رسیدگی به موضوعات پیچیده تر داشته باشند (۴۰). همچنین تجویز پرستاری روش موثری برای کاهش فاصله بین حرفه ای و ایجاد فرصت مناسب برای پرستاران تجویزگر است تا با همکاران پزشک ارتباط نزدیک تری داشته باشند (۴۱، ۴۲). یک مطالعه در چین نشان داد، مزایای تجویز پرستاری از مزایایی که دولت پیش بینی نموده بود، بیشتر بود (۴۳). اگرچه همچنان برخی از پزشکان دچار سوء برداشت هایی در مورد نقش تجویز در پرستاران هستند (۶). پزشکان در مورد ورود پرستاران به حیطه پزشکی، مهارت های بالینی آنها و احتمال تجویز پرستاران خارج از حوزه صلاحیت خود نگران هستند (۶). اگر پرستاران قبل از انجام تجویز با پزشکان ارتباط برقرار نمایند و پزشکان بتوانند برخی از مزایای ملموس این نقش را تجربه نمایند، این امر به کاهش این نگرانی ها کمک خواهد کرد (۲۲).

معایب تجویز پرستاری

اما تجویز پرستاری معایبی هم برای پرستاران دارد. Harris (۲۰۰۴) این موارد را این چنین بیان نمود: «بیشتر پرستاران احساس می کردند که کار اضافی مرتبط با ثبت و مدیریت تجویزها وجود دارد» (۲۲). Price و همکاران (۲۰۱۲) این مضرات را «نگرانی های ایمنی» نامیدند (۲۳). ارزیابی برایندهای تجویز پرستاری در مناطق آزمایشی، یافته های مثبتی را گزارش می نماید اما نشان می دهد که تجویز پرستاری با اضطراب و نگرانی های زیادی در مورد قبول مسولیت و پاسخگویی به خصوص در بین پرستاران نسبتاً جوان همراه است (۲۵). پژوهش های انجام شده در رابطه با دانش دارویی پرستاران، نشان می دهد که ممکن است کمبود دانش و آگاهی در این زمینه وجود داشته باشد (۲۶، ۴۴-۴۶). نگرانی در مورد این کمبود دانش ممکن است در عدم اعتماد به نفس پرستاران هنگام تجویز دارو منعکس شود (۴۷، ۴۴). Nolan و همکاران (۲۰۰۱) معایب تجویز پرستاری از دیدگاه پرستاران بهداشت روان را این گونه معرفی

حمایت عوامل مدیریتی و ارزیابی شایستگی ها توسط آنها و عوامل سازمانی جهت آگاه کردن پزشکان، سایر پرسنل درمانی و جامعه در مورد تجویز پرستاری از تسهیل کننده های مهم تجویز پرستاری معرفی گردیده است (۵۷، ۲۰).

موانع اجرای تجویز پرستاری

بسیاری از مسائل بین پرستاران و پزشکان در حیطه کار، مرزهای حرفه ای را در بر می گیرد. مطالعات نشان دادند که حمایت صاحبان سایر حرفه های مراقبت های بهداشتی برای موفقیت در تجویز پرستاران بسیار مهم است و عدم حمایت آنها و یا اعتراض پزشکان یا سایر کارکنان تیم بهداشتی می تواند مانع از تجویز پرستاران شود (۲۹، ۳۰، ۵۸). عدم حمایت یا حتی مقاومت برخی پزشکان نسبت به تجویز پرستاران بارها در مقالات ذکر شده است (۱۳، ۲۷). همچنین نگرانی در مورد تغییر نقش های شغلی و عدم اعتماد به نفس پرستاران در مورد برخورداری از صلاحیت تجویز بر اساس آموزش های دریافت شده نیز مطرح می باشد (۱). اگر مزایای تجویز پرستاری بیشتر شود و پرستاران در این نقش احساس حمایت کنند، لازم خواهد بود به پزشکان در مورد محدودیت های حرفه ای تجویز پرستاری آموزش داده شود (۳۱). برخی مطالعات اهمیت زیرساخت های حمایتی را مورد توجه قرار داده اند (۳۲) و برخی دیگر به افزایش استقلال پرستاران و کاهش وابستگی آنها به همکاران پزشک در تجویز پرستاری اشاره نموده اند (۳۳). افزایش تعداد پرستاران و گسترش نقش آنها در تجویز دارو نشانگر تغییرات سیستم بهداشت و گسترش مراقبت در جامعه است به این معنی که پرستاران غالباً اولین نقطه تماسی هستند که بیماران از طریق آنها به مراقبت و درمان دسترسی پیدا می کنند (۳۶، ۵۹). با این وجود، برخی مطالعات گزارش کرده اند که همه پرستاران تمایل به استفاده از قدرت تجویز خود ندارند (۳۲، ۶۰). در شیکاگو بیش از ۲۰۰۰۰ پرستار واجد شرایط تجویز در مراکز مراقبت های بهداشتی اولیه و عمومی مشغول به کار هستند (مرکز تجویز ملی ۲۰۰۱) اما از زمان اجرای آموزش ملی در سال ۱۹۹۸، تنها تعداد کمی از پرستاران تجویزگر دیدگاه خود را در زمینه تجویز منتشر نموده اند (۳۳).

از سوی دیگر مساله تغییر نقش در پرستاری مطرح می باشد. نقش های سنتی و مرزهای حرفه ای برای مشاغل بسیار مهم است، زیرا کمک می کند تا هویت حرفه ای و حدود آن تعریف شود (۳۴). بنابراین، هنگامی که حرفه ها

وظایف جدیدی بر عهده می گیرند و یا وظایف آنها تغییر داده می شود، مرزهای حرفه ای در معرض مذاکره قرار گرفته و حرفه ها برای نشان دادن صلاحیت وظایف محوله با یکدیگر به رقابت می پردازند (۳۳). این مساله زمانی که تجویز پرستاری برای اولین بار معرفی شد در چندین کشور اتفاق افتاد. به عنوان مثال، انجمن های پزشکی در استرالیا، اسپانیا، سوئد و ایالات متحده آمریکا به شدت مخالف تجویز پرستاری بودند (۲۸). در انگلستان و نیوزلند، موانع اجرای تجویز پرستاری در مراکز بهداشت روان شامل عدم پشتیبانی، تضاد نقش با سایر حرفه های مراقبت های بهداشتی، نگرانی در مورد تأثیر آن بر ارتباط با بیماران، نگرانی در مورد سطح آموزش و عدم پذیرش مسئولیت های اضافی بود (۲۵، ۳۲).

وضعیت تجویز پرستاری در ایران

در ایران تجویز غیر پزشکی توسط بهورز در خانه های بهداشت انجام می شود (۵۴). این در حالی است که پرستاران ایرانی مجاز به تجویز دارو در محیط های درمانی نیستند. با وجود تلاش های زیاد در گسترش نقش پرستاران در تجویز دارو، همچنان چالش هایی همچون مقاومت پزشکان، عدم پذیرش جامعه، عدم توجه سیاست گذاران پرستاری (۶۱) و حتی عدم تمایل خود پرستاران برای پذیرش این مسئولیت در ایران و سایر کشورها مشاهده می شود (۶۲، ۶۳). درویش پور و همکاران (۲۰۱۶)، تسهیل گرهای تجویز پرستاری را تحت عنوان چهار دسته طبقه بندی کرده اند که شامل «دیدگاه مثبت سیاستگذاران سیستم بهداشت-درمان»، «قابلیت های منابع انسانی»، «تجربیات تجویز غیر پزشکی» و «فعالیت های سازمانی دولتی و غیر دولتی» می باشند. همچنین، چهار دسته از موانع تجویز پرستاری استخراج شده از مطالعه درویش پور عبارتند از: «عوامل فرهنگی- اجتماعی»، «عوامل سازمانی»، «موانع آموزشی» و «موانع انسانی» (۳).

در کشور ایران، با افزایش آگاهی عمومی، بهبود دانش و مهارت پرستاران، حل موانع حقوقی و استفاده از تجربیات موفق سایر کشورها می توان بر این چالش ها غلبه کرد. به طور کلی، مزایای تجویز پرستاری بیش از معایب آن است و با توجه به وضعیت گسترده جغرافیایی ایران و مشکل کمبود پزشک در مناطق محروم کشور و وجود مقاطع تحصیلی کارشناسی ارشد و دکتری در رشته پرستاری، به نظر می رسد اجرای تجویز پرستاری قابل اجرا باشد

با افزایش حمایت در گروه های درمانی، صدور مجوزهای قانونی تجویز پرستاری، ایجاد تغییر در نگرش جامعه و افراد تیم درمان نسبت به تجویز پرستاری، توجه بیشتر مدرسان پرستاری به نیازهای خاص پرستاران تجویزگر و برگزاری دوره های آموزشی برای آمادگی پرستاران، تشویق و هدایت پرستاران به فعالیت و اعطا امتیازهایی برای پرستاران فعال در این عرصه می توان گام بزرگی در جهت توسعه تجویز پرستاری برداشت. مهمترین براینده بالینی برای قضاوت در مورد موفقیت آمیز بودن تجویز پرستاری، مزایای آن برای بیماران است. کاهش تردد بیماران برای مراجعه به مراکز درمانی، تسهیل و تسریع دریافت خدمات درمانی، کاهش مراجعه به پزشک و دسترسی همه افراد به خدمات درمانی در مناطق محروم و دور افتاده از جمله این مزایاست. تجویز پرستاری گذشته از مزایایی که برای بیماران و سیستم بهداشت و درمان دارد می تواند به توسعه و ارتقاء رشته پرستاری کمک نموده و باعث حرفه ای شدن این رشته گردد. در راستای ایجاد و توسعه تجویز پرستاری، محققان و مدیران پرستاری حائز نقش بسیار مهمی می باشند. آنها می توانند در مورد راه هایی که می تواند تجویز پرستاری را ایمن و موثر نموده و موجب تسهیل اجرای آن گردد، تلاش نمایند، لذا پیشنهاد می شود با رفع موانع موجود و فراهم سازی شرایط لازم و حمایت سیاست گذاران و مدیران پرستاری مقدمات اجرای تجویز پرستاری در ایران نیز فراهم شود. از محدودیت های مطالعه حاضر می توان به عدم دسترسی به متن کامل برخی مقالات مرتبط اشاره کرد که باعث شد استفاده از نتایج آنها در این مطالعه میسر نگردد.

سیاسگذاری

نویسندگان بر خود لازم می دانند مراتب تقدیر و تشکر خود را از پژوهشگرانی که مقالات آنها در نگارش مطالعه حاضر مورد استفاده قرار گرفته است، اعلام نمایند.

تعارض منافع

تعارض منافع نویسندگان وجود ندارد.

(۶۲). در یک مطالعه کیفی که در سال ۲۰۱۳ توسط جهرمی و معطری در مورد مجوز قانونی تجویز پرستاری انجام شد، پروانه حقوقی به عنوان یکی از مضامین اصلی با دو موضوع فرعی «صدور گواهینامه» و «پشتیبانی» ارائه شد. در واقع تأیید صلاحیت علمی و تجربی پرستاران و اعطای مجوز قانونی به آنها از ضروریات مهم تجویز دارو توسط پرستاران ایرانی است. به طوری که حمایت پرستاران توسط مراکز رسمی، سازمان های بیمه و سازمان نظام پرستاری برای اجرای این هدف بسیار ضروری است (۶۴). اگر چه در ایران بهورزان خانه های بهداشت دارای مجوز قانونی صدور دارو می باشند ولیکن تاکنون چنین مجوزی برای پرستاران سایر مراکز درمانی حتی در مقاطع کارشناسی ارشد و دکتری وجود ندارد. لذا به نظر می رسد برای ایجاد و گسترش تجویز پرستاری در ایران گام اول حمایت قانونی و صدور مجوزهای لازم برای پرستاران است. اگرچه این مورد محدود به ایران نبوده و در سایر کشورها هم کم و بیش مطرح می باشد. به طوری که موضوع صدور مجوز قانونی برای تجویز دارو یکی از چالش برانگیزترین خواسته های پرستاران در سطح جهان است (۳، ۶۵) و در هر کشور به طور متفاوت پیش رفته است. به عنوان مثال، پرستاران سوئد در سال ۱۹۹۴، مجوز قانونی برای تجویز ۲۰۰ دارو در ۶۰ موقعیت مختلف را به دست آوردند. در ایالات متحده آمریکا پرستاران سال ها در تلاش برای به دست آوردن مجوز قانونی تجویز پرستاری تلاش نمودند تا سرانجام موفق شدند آن را در هر ایالت کسب نمایند. در سال ۲۰۰۶، ایالت جورجیا به عنوان پنجاهمین و آخرین ایالت موفق شد این مجوز را از مراکز قانونی دریافت کند.

نتیجه گیری

تجویز پرستاری تجربه مثبتی است که سایر کشورها اجرای آن را بدون نگرانی جدی آغاز نموده اند. با وجود رشد سریع و موفقیت آمیز تجویز پرستاری، برخی از چالش ها در این زمینه هنوز باقی مانده است که می توان با فراهم کردن زیر ساخت های لازم، افزایش آگاهی پزشکان و کادر درمان و تشویق پرستاران تجویز کننده این موارد را برطرف نمود.

References

1. Lockwood EB, Fealy GM. Nurse prescribing as an aspect of future role expansion: the views of Irish clinical nurse specialists. *Journal of Nursing management*. 2008;16(7):813-20. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2008.00853.x>
2. Smith LJ. Effectiveness of Nurse Prescribing: A Review of the Literature. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*. 2005;9(1):59.
3. Darvishpour A, Joolae S, Cheraghi MA, Mokhtari-Lakeh N. Iran's health policymakers' views on barriers and facilitators of nurse prescribing in their context: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2016;21(3):297. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.180384>
4. Hämel K, Toso BRGdO, Casanova A, Giovanella L. Advanced Practice Nursing in Primary Health Care in the Spanish National Health System. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;25:303-14. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28332019>
5. Schober M. Introduction to advanced nursing practice: Springer; 2016. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-32204-9>
6. Nuttall D. Nurse prescribing in primary care: a metasynthesis of the literature. *Primary health care research & development*. 2018;19(1):7-22. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000500>
7. Martiniano CS, de Castro Marcolino E, de Souza MB, Coelho AA, Arcêncio RA, Fronteira I, et al. The gap between training and practice of prescribing of drugs by nurses in the primary health care: a case study in Brazil. *Nurse Education Today*. 2016;36:304-9. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.07.017>
8. Martiniano CS, Latter S, da Costa Uchoa S. Medication prescription by nurses and the case of the Brazil: what can we learn from international research? *International journal of nursing studies*. 2014;51(8):1071-3. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.006>
9. Arifkhanova A. The impact of nurse practitioner scope-of-practice regulations in primary care: PARDEE RAND GRADUATE SCHOOL; 2017. <https://doi.org/10.7249/RGSD396>
10. Arian M, Nobahar M, Raiesdana N, Oghazian MB. Identifying the fields of activity, challenges and positive outcomes of nursing prescription: A systematic review. *Hayat Journal*. 2018;24(3):279-95.
11. Maier CB. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human Resources for Health*. 2019;17(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>
12. Romero-Collado A, Raurell-Torreda M, Zabaleta-Del-Olmo E, Rascon-Hernan C, Homs-Romero E. Nurse prescribing in Spain: The law and the curriculum. *Nursing & Health Sciences*. 2017;19(3):373-80. <https://doi.org/10.1111/nhs.12355>
13. Bagg J. Rural nurse practitioners in South Australia: recognition for registered nurses already fulfilling the role. *Australian Journal of Rural Health*. 2004;12(1):3-5. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2004.00545.x>
14. Ling D-L, Lyu C-M, Liu H, Xiao X, Yu H-J. The necessity and possibility of implementation of nurse prescribing in China: An international perspective. *International journal of nursing sciences*. 2018;5(1):72-80. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.12.011>
15. Coull A, Murray I, Turner-Halliday F, Watterson A. The expansion of nurse prescribing in Scotland: an evaluation. *British journal of community nursing*. 2013;18(5):234-42. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.5.234>
16. VALIZADEHL, ZAMANZADEHV, ASGHARI E, MOTAZEDI Z. NURSE PRESCRIBING BENEFITS: AN INTEGRATED REVIEW. 2016.
17. Creedon R, O'Connell E, McCarthy G, Lehane B. An evaluation of nurse prescribing. Part 1: a literature review. *British Journal of Nursing*. 2009;18(21):1322-7. <https://doi.org/10.12968/bjon.2009.18.21.45366>
18. Ruth Lv, Francke A, Mištiaen P. Effects of nurse prescribing of medication: a systematic review. 2008.
19. Gielen SC, Dekker J, Francke AL, Mištiaen P, Kroezen M. The effects of nurse prescribing: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51(7):1048-61. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.003>
20. Valizadeh L, Motazedi Z, Asghari E, Zamanzadeh V. NURSE PRESCRIBING BENEFITS: AN INTEGRATED REVIEW. 2016;14(5397-406).
21. O'Connell E, Creedon R, McCarthy G, Lehane B. An evaluation of nurse prescribing. Part 2: a literature review. *British Journal of Nursing*. 2009;18(22). <https://doi.org/10.12968/bjon.2009.18.22.45570>
22. Harris J, Taylor J, Mackie C. Research literature review on prescribing: Scottish Executive Social Research; 2004.
23. Price O, Baker J, Paton C, Barnes T. Patient Group Directions: a safe and effective practice? *British Journal of Nursing*. 2012;21(1):26-31. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.1.26>

24. Nolan P, Haque MS, Badger F, Dyke R, Khan I. Mental health nurses' perceptions of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;36(4):527-34. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.02005.x>
25. Mangle L, Phillips P, Pitts M, Laver-Bradbury C. Implementation of independent nurse prescribing in UK mental health settings: focus on attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2014;6(4):269-79. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0138-x>
26. Sodha M, Williams G, Shah R, Clegg J. Nurse prescribing: testing the knowledge base. *Journal of community nursing*. 2002;16(3):4-14.
27. MacLellan L, Higgins I, Levett-Jones T. Medical acceptance of the nurse practitioner role in Australia: a decade on. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2015;27(3):152-9. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12141>
28. 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. *International journal of nursing studies*. 2014;51(4):539-48. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.08.002>
29. Courtenay M, Carey N. Nurse prescribing by children's nurses: views of doctors and clinical leads in one specialist children's hospital. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(18):2668-75. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02799.x>
30. Gumber R, Khoosal D, Gajebasia N. Non-medical prescribing: audit, practice and views. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2012;19(6):475-81. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01779.x>
31. Hopia H, Karhunen A, Heikkilä J. Growth of nurse prescribing competence: facilitators and barriers during education. *Journal of clinical nursing*. 2017;26(19-20):3164-73. <https://doi.org/10.1111/jocn.13665>
32. Lim AG, North N, Shaw J. Navigating professional and prescribing boundaries: Implementing nurse prescribing in New Zealand. *Nurse education in practice*. 2017;27:1-6. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.08.009>
33. Abbott A. *The system of professions: An essay on the division of expert labor*: University of Chicago press; 2014.
34. Bechky BA. *Object lessons: Workplace artifacts as representations of occupational jurisdiction*. *American Journal of Sociology*. 2003; 109 (3):720-52. <https://doi.org/10.1086/379527>
35. Blanchflower J, Greene L, Thorp C. Breaking down the barriers to nurse prescribing. *Nurse prescribing*. 2013;11(1):44-7. <https://doi.org/10.12968/npre.2013.11.1.44>
36. 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. *International journal of nursing studies*. 2012;49(8):1002-12. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.02.002>
37. Black A, Gage H, Norton C, Franklin BD, Murrells T, Courtenay M. A comparison between independent nurse prescribing and patient group directions in the safety and appropriateness of medication provision in United Kingdom sexual health services: a mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*. 2020;103:590. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103590>
38. While AE, Biggs KS. Benefits and challenges of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;45(6):559-67. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02948.x>
39. Earle EA, Taylor J, Peet M, Grant G. Nurse prescribing in specialist mental health (part 2): the views and experiences of psychiatrists and health professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2011;18(4):281-7. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01517.x>
40. Jabareen HM. *Skill mix development in general practice: a mixed method study of practice nurses and general practitioners*: University of Glasgow; 2009.
41. Pritchard M. Analysis of interviews to uncover the effects of nurse prescribing on the doctor-nurse relationship. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2018;36(2):35.
42. Bowskill D. *The integration of nurse prescribing: case studies in primary and secondary care*: University of Nottingham; 2009.
43. Han S-F, Zhu R-F, Han H-H. A research report on the prescription rights of Chinese nurses. *Chinese Nursing Research*. 2015;2(1):12-23. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2015.02.001>
44. Dobel-Ober D, Brimblecombe N. National survey of nurse prescribing in mental health services; a follow-up 6 years on. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2016;23(6-7):378-86. <https://doi.org/10.1111/jpm.12329>
45. Hallett CE, Austin L, Caress A, Luker

- KA. Wound care in the community setting: clinical decision making in context. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(4):783-93. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01348.x>
46. Leathard HL. Understanding medicines: conceptual analysis of nurses' needs for knowledge and understanding of pharmacology (Part I). *Nurse Education Today*. 2001;21(4):266-71. <https://doi.org/10.1054/nedt.2001.0553>
47. Luker KA. Decision making: the context of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing*. 1998;27(3):657-65. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00592.x>
48. Patel M, Robson D, Rance J, Ramirez N, Memon T, Bressington D, et al. Attitudes regarding mental health nurse prescribing among psychiatrists and nurses: a cross-sectional questionnaire study. *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46(11):1467-74. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.04.010>
49. Watterson A, Turner F, Coull AF, Murray I, Boreham N. An evaluation of the expansion of nurse prescribing in Scotland. 2009.
50. Lymn JS, Bath-Hextall F, Wharrad HJ. Pharmacology education for nurse prescribing students-a lesson in reusable learning objects. *BMC nursing*. 2008;7:1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-7-2>
51. Leung J. The extended nurse prescribing curriculum. *British Journal of Community Nursing*. 2002;7(3):143-7. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2002.7.3.10213>
52. Snell H, Budge C, Courtenay M. A survey of nurses prescribing in diabetes care: Practices, barriers and facilitators in New Zealand and the United Kingdom. *Journal of Clinical Nursing*. 2022;31(15-16):2331-43. <https://doi.org/10.1111/jocn.16052>
53. Ešteban-Sepúlveda S, Gallego-Cortes MC, Giró-Formatger D, Fernandez-Canto S, Salguero-Grau S, Lacueva-Pérez L. Nurse prescription start-up in a Spanish health organization: Nurses' preparedness and 6-month results. *Nurse Education Today*. 2023;120:105653. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105653>
54. Roštamigooran N, Esmailzadeh H, Rajabi F, Majdzadeh R, Larijani B, Daštgerdi MV. Health system vision of Iran in 2025. *Iranian journal of public health*. 2013;42(Supple1):18.
55. Stenner K, Courtenay M. Benefits of nurse prescribing for patients in pain: nurses' views. *Journal of advanced nursing*. 2008;63(1):27-35. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04644.x>
56. Binkowska-Bury M, Więch P, Bazaliński D, Marć M, Bartosiewicz A, Januszewicz P. Nurse prescribing in Poland: Opinions expressed by primary care doctors, nurses, and patients. *Medicine*. 2016;95(33). <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004506>
57. Canet-Vélez O, Jodar-Solà G, Martín-Royo J, Mateo E, Casañas R, Galbany-Estragués P. Experiences of Spanish nurses in the rollout of nurse prescribing: a qualitative study. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1163492. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1163492>
58. Earle EA, Taylor J, Peet M, Grant G. Nurse prescribing in specialist mental health (Part 1): the views and experiences of practising and non-practising nurse prescribers and service users. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2011;18(3):189-97. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01672.x>
59. Shokouhi M, Rezapur-Shahkolai F, Naghavi M, Laflamme L. Fall safety promotion in rural communities. input from injury data and community health workers in Twisarkan, Iran. *Injury Prevention*. 2010;16(Suppl 1):A262-A3. <https://doi.org/10.1136/ip.2010.029215.932>
60. Rana T, Bradley E, Nolan P. Survey of psychiatrists' views of nurse prescribing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2009;16(3):257-62. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01351.x>
61. Darvishpour A, Joolae S, Cheraghi MA. The necessity of nursing prescription from the perspectives of nursing policymakers. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2020;5(1):56-70.
62. Sajjadi M, Khoshnazar T, Shareinia H, Rassouli M. A review on prescribing in nursing. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2016;10(4):67-75.
63. Kelishami FG, Gholamnezhad H, Abbaszadeh A, Rasoolzadeh N. An Overview of Prescription in the Nursing. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2020;28(4):8-12.
64. Faseleh jahromi m, moattari M. Prescriptive authority for Iranian nurses: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2013;8(1):9-18.
65. Darvishpour A, Joolae S, Cheraghi MA. Manifestations of Ethics and law in nurse prescribing: a qualitative content analysis. *Education and Ethics in Nursing*. 2022;5(2):39-48. <https://doi.org/10.52547/ethicnurs.5.2.6>