

• 护理管理 •
• 论 著 •

护士处方胜任力框架的构建

陈美连^{1,2}, 廖晓艳^{1,3}, 罗伟香⁴, 莫蓓蓉⁵, 彭刚艺⁶

摘要:目的 构建中国本土化护士处方胜任力框架,为专科护士处方胜任力培训、认证及相关政策制定提供理论依据。**方法** 基于文献分析初步构建护士处方胜任力框架,通过专家会议法优化框架,采用德尔菲专家函询法确定最终框架。**结果** 12名专家完成2轮函询,问卷回收率均为100%,专家权威系数分别为0.90和0.89。最终构建的护士处方胜任力框架包含处方实践、处方治理、处方环境3个领域、10个维度及55项支持性陈述。**结论** 构建的护士处方胜任力框架科学、严谨,可为专科护士培训体系设计、认证标准制定及护士处方政策的完善提供理论支持与实践指导。

关键词: 护士; 处方权; 胜任力; 处方实践; 处方治理; 处方环境; 德尔菲法; 护理管理

中图分类号: R47; C931.3 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2026.13.040

Development of a nurse prescribing competency framework Chen Meilian, Liao Xiaoyan, Luo Weixiang, Mo Beirong, Peng Gangyi. Nursing Department, Nanfang Hospital, Southern Medical University, Guangzhou 510515, China

Abstract: **Objective** To construct a nurse prescribing competency framework in China, and to provide a theoretical basis for the training and certification of specialty nurses' prescribing competency, as well as for the formulation of related policies. **Methods** A prescribing competency framework was developed through literature review, optimized via expert panel discussions, and finalized using the Delphi expert consultation method. **Results** Twelve experts completed two rounds of consultation, with a questionnaire return rate of 100% for both rounds. The expert authority coefficients were 0.90 and 0.89, respectively. The final framework comprises three domains (prescribing practice, prescribing governance, and prescribing environment), 10 dimensions and 55 supporting statements. **Conclusion** The nurse prescribing competency framework constructed in this study is scientific and rigorous, which can provide theoretical support and practical guidance for the design of nurse training systems, the development of certification standards, and the improvement of nurse prescribing policies.

Keywords: nurse; prescriptive authority; competency; prescribing practice; prescribing governance; prescribing environment; Delphi method; nursing management

全球人口老龄化进程加速、慢性病负担日益加重以及人口健康需求多元化,共同驱动医疗卫生保健需求的持续增长。为应对这一挑战,扩大卫生保健人员的实践范围与权限,例如授予护士处方权,已成为国际公认的提升卫生服务体系运行效率、缓解资源短缺的有效策略^[1-2]。国际护士理事会呼吁全球各国家和地区通过处方权改革,以提升照护服务的连续性、促进全民健康覆盖并保障患者安全^[3]。截至2024年,全球已有44个国家和地区通过立法授予护士处方权^[3]。然而,非医疗处方权的启动常伴随争议与公众疑虑,其中尤以处方胜任力相关的患者安全问题备受关注^[4-6]。开具处方是一个涵盖病情评估、诊断与鉴

别诊断、循证决策、疗效评估及治疗方案调整的复杂临床认知过程,对护士的专业胜任力提出了更高要求^[7]。为有效回应公众关切并确保护士处方权的可持续发展,在非医疗处方制度实施成熟的国家,如英国^[8]、澳大利亚^[9]、新西兰^[10],多已制定处方胜任力框架或指南,并据此设计培训项目及认证标准。

我国的护士教育背景、执业环境、法律体系及医疗服务模式与国外存在显著差异。国际上多数国家要求处方护士为具备研究生学历背景的高级实践护士(Advanced Practice Nurse, APN)。例如,澳大利亚和新西兰要求处方护士最低教育背景为硕士,且分别要求处方护士具备相关领域5年和4年的临床经验^[11]。我国护理高等教育发展较晚,因而形成了以专科护士为特色的过渡模式,即通过短期进阶培训将具有丰富临床经验的高年资护士培养成为专科护理人才^[12]。这类专科护士是注册护士与APN之间的过渡性角色,构成了我国处方权制度设计必须面对的人才现状。此外,《中华人民共和国医师法》^[13]明确医师为法定处方权主体,《处方管理办法》^[14]对处方

作者单位: 1. 南方医科大学南方医院护理部(广东 广州, 510515); 2. 南方医科大学护理学院; 3. 广州医科大学护理学院; 4. 深圳市人民医院护理部; 5. 深圳市南山区医疗集团总部; 6. 广东省护士协会

通信作者: 廖晓艳, liaoxy@gzhmu.edu.cn

陈美连: 女, 硕士, cml2895739518@163.com

收稿: 2025-10-26; 修回: 2026-02-14

开具、审核、调配等环节的行为主体有严格规定。2017 年,安徽省曾率先尝试给予执业护士在高血压、糖尿病以及伤口换药等特定范围内的处方权,在医师的指导下开具处方^[15],但因法律依据缺失等原因未能真正落地。目前,深圳是国内唯一通过地方立法授予专科护士有限处方权的地区。由此可见,直接套用国外框架难以适应我国政策语境与临床实际。构建符合中国国情的护士处方胜任力框架,具有重要的理论价值与现实紧迫性。因此,本研究构建了适用于我国护士的处方胜任力框架,旨在为相关培训、考核、认证及政策制定提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 护士处方胜任力框架的初步构建

1.1.1 文献分析 以“处方;胜任力”为中文检索词,检索中国知网、万方数据知识服务平台、维普网。以“non-medical prescribing;nurse prescribing;competency”为英文检索词,检索 PubMed、Web of Science、CINAHL、Embase、Scopus。检索时间为建库至 2024 年 12 月。此外,追溯参考文献,补充检索政府及行业学会/协会官方网站的相关政策性文件。经筛选后最终纳入 27 篇文献(见附件 1)。采用内容分析法对纳入文献的相关内容进行分析。初步构建了护士处方胜任力框架,包含 3 个领域(处方实践、处方治理、处方环境),10 个维度和 64 项支持性陈述。

1.1.2 专家会议法 采用线上会议的方式,会前发放材料,会议记录双人核对。专家人数以 4~16 名为宜^[16]。本研究邀请 1 名护士处方权领域专家(护理卫生政策专家)及 3 名深圳护理管理专家对文献分析后形成的框架草稿进行结构化讨论(领域及维度的内涵和命名、支持性陈述的合并/删减等)。专家均参与了护士处方权政策的制定。本研究已通过南方医科大学南方医院医学伦理委员会批准(NFEC-2024-052)。专家对支持性陈述进行了语言调适,且合并内涵重复的 4 项支持性陈述,未对框架的领域和维度提出修改意见,形成了覆盖 3 个领域、10 个维度、60 项支持性陈述的函询稿。

1.2 专家函询

1.2.1 遴选函询专家 采用目的抽样法选取函询专家。专家主要来源于 3 个渠道:护士处方权试点地区(深圳市)护理学会;广东省医学会、药学会的常务委员;已有相关研究发表或参与过处方权政策论证的高校及医疗机构专家。专家纳入标准:①在医疗、护理、药学等领域从事本专业实践 10 年以上;②副高级及以上技术职称;③本科及以上学历,且在本领域具有一定学术影响力;④遵循知情同意和自愿原则。排除标准:因职务或利益关系可能影响客观判断(受邀专家均声明无相关利益冲突)。德尔菲法通常以专家人

数在 10~18 名为宜^[17]。有观点认为,专家咨询的可靠性关键在于专家对所研究问题的专业代表性及经验深度,而非单纯追求数量^[18]。最终纳入 12 名专家,女 9 名,男 3 名;年龄 35~<51 岁 8 名,51~65 岁 4 名;护理专家 7 名,药学专家 2 名,医学专家 3 名。正高级职称 10 名,副高级 2 名;博士 3 名,硕士 5 名,本科 4 名;来自广东省 11 名,山西省 1 名(长期致力于护士处方权研究)。

1.2.2 函询流程 通过问卷星发送函询问卷,开展 2 轮函询,间隔 2 周。指标筛选标准:算术均数 ≥ 4.0 ,满分为 ≥ 0.5 ,变异系数 ≤ 0.25 。若某一指标至少有 2 项不符合以上条件,则将该指标列为“待删除”。根据指标的全面性、科学性及可行性原则,结合函询专家意见,在研究小组充分讨论的基础上,判定该指标是否删除。同时,研究小组对函询专家的开放意见进行定性分析和讨论,修订框架。根据定性和定量分析结果对指标进行修改后形成第 2 轮函询问卷,并将修改意见反馈给函询专家确认。第 2 轮函询专家对修订框架再次评分,确定最终框架。

1.3 统计学方法 采用 SPSS25.0 软件进行统计分析。计数资料采用频数、构成比描述;计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示。采用问卷回收率评价专家积极程度;采用权威系数评价专家的权威性。采用变异系数和协调系数表示协调程度,算术均数和满分为表示专家意见的集中程度。以第 2 轮函询专家对框架的相关性评分计算内容效度。

2 结果

2.1 专家积极程度与权威系数 第 1、2 轮函询分别发出问卷 12 份,有效回收率均为 100%。第 1 轮专家的判断依据为 0.92,熟悉程度为 0.88,权威系数为 0.90;第 2 轮专家的判断依据为 0.93,熟悉程度为 0.85,权威系数为 0.89。

2.2 专家协调程度 第 1 轮函询中所有条目的变异系数为 0~0.23,第 2 轮为 0~0.18。第 1、2 轮函询的协调系数分别为 0.30、0.49(均 $P<0.05$)。

2.3 专家意见集中程度 第 1 轮函询重要性赋值为 4.25~5.00 分,满分为 0.50~1.00;第 2 轮重要性赋值为 4.50~5.00 分,满分为 0.58~1.00。

2.4 框架修订情况 基于第 1 轮函询的专家建议,统一“开具处方”和“处方”的表述,删除 1 项支持性陈述,增加 1 项支持性陈述,合并 5 项支持性陈述。对第 2 轮函询的意见进行讨论后,仅对部分维度和支持性陈述做出了语言调适修改。最终形成的护士处方胜任力框架覆盖处方实践、处方治理、处方环境 3 个领域 10 个维度 55 项支持性陈述。其中,处方实践是指护士处方实践时,始终将“以患者为中心”放在首位,在处方开具全过程展现出相应知识、技能、行为规

范和能力;处方治理是指护士通过不断的自我监管和反思,提高处方实践胜任力并维持自身专业发展,确保所提供专科护理服务的安全性、有效性和及时性;处方环境是指护士在与内外部环境互动中展现出领导力,确保医疗机构能提供相应资源以承担处方者角色,与多学科团队合作,持续改善处方实践环境。见表 1。

表 1 护士处方胜任力框架的最终函询结果

领域	维度	支持性陈述	重要性赋值 (分, $\bar{x}\pm s$)	满分比	变异 系数
A 处方实践	A1 评估患者		5.00±0.00	1.00	0.00
			5.00±0.00	1.00	0.00
		A1.1 能选择合适的问诊环境和方式,全面评估患者的需求和状况(如语言、年龄、功能障碍、认知障碍、经济状况、社会支持等),并系统采集与记录其病史、用药史、治疗史、生活史及社会生理状态	4.83±0.39	0.83	0.08
		A1.2 能运用良好的沟通技巧(如积极倾听、身体语言),与患者建立和谐的治疗关系	4.92±0.29	0.92	0.06
		A1.3 能根据专业知识和技能,选择适当的技术与设备,对患者进行临床评估(如观察、社会心理学评估和体格检查),在授权范围内开具并解读相关实验室与辅助检查	4.83±0.39	0.83	0.08
		A1.4 能识别并报告可能导致患者就医的脆弱性因素(如虐待、药物成瘾等)	4.67±0.49	0.67	0.11
		A1.5 能回顾患者的诊疗记录,掌握其当前问题和管理方案	4.75±0.45	0.75	0.10
		A1.6 能对患者问题形成鉴别诊断和最终诊断	4.58±0.79	0.75	0.17
		A1.7 能分析患者临床问题的病因、进程、严重程度、风险和就医期望,评估当前治疗方案(含药物)的有效性 & 患者依从性	4.75±0.45	0.75	0.10
	A2 生成治疗方案		4.75±0.62	0.83	0.13
		A2.1 能全面考虑潜在的治疗方案(无需治疗、非药物或药物治疗)并应用(如优化剂量或终止处方)	4.67±0.65	0.75	0.14
		A2.2 能评估治疗方案的潜在风险与获益	4.83±0.39	0.83	0.08
		A2.3 能分析并存疾病、现用药、过敏史、不耐受、禁忌证、生活方式及生活质量对治疗方案的影响	4.75±0.45	0.75	0.10
		A2.4 能掌握相关药物的药效学和药代动力学,并评估与两者有关的其他因素对用药方案的影响	4.58±0.67	0.67	0.15
		A2.5 能甄别不同信息源的可靠性,批判性评估和运用最新证据、专家共识与临床指南以指导临床决策	4.67±0.49	0.67	0.11
		A2.6 能持续更新专业知识,开展循证实践(兼顾临床效益和成本效益)	4.75±0.45	0.75	0.10
	A3 共同决策		4.75±0.45	0.75	0.10
		A3.1 能理解并尊重患者/照顾者的多样性(背景、文化、价值观与信仰等),并回应其顾虑和期望	4.75±0.45	0.75	0.10
		A3.2 能尊重患者选择权,结合其意见、想法、偏好、经济能力、身体状况共同决策,确保患者/照顾者对治疗方案知情同意	4.83±0.39	0.83	0.08
		A3.3 能评估患者对治疗方案的依从性,理解患者可能不依从的原因并提供必要的支持	4.75±0.45	0.75	0.10
		A3.4 能够以患者可理解的方式,向其解释临床问题的性质以及治疗方案的原理和利弊	4.83±0.39	0.83	0.08
	A4 开具处方并提供信息		4.67±0.65	0.75	0.14
		A4.1 能根据药物或产品的作用、不良反应、适应证、禁忌证、注意事项、可及性、成本及居家储存条件等,在授权范围内开具处方	4.67±0.65	0.75	0.14
		A4.2 能准确计算处方剂量,开具剂量、数量及用药间隔合理的处方	4.67±0.78	0.83	0.17
		A4.3 能开具符合法规,清晰、明确和完整的纸质或电子处方	4.83±0.58	0.92	0.12
		A4.4 能根据患者/照顾者的健康素养,提供清晰易懂的治疗与药物信息,并指导其获取可靠信息的方法	4.67±0.65	0.75	0.14
		A4.5 能评估患者/照顾者对治疗方案的理解程度和依从意愿	4.58±0.67	0.67	0.15
		A4.6 能确保患者知晓在出现问题时(如病情恶化、疗效不佳或存在顾虑)的应对措施及复诊计划	4.67±0.65	0.75	0.14
		A4.7 能鼓励和支持患者/照顾者进行药物自我管理 & 病情自我监控	4.58±0.67	0.67	0.15
	A5 评价治疗效果		4.92±0.29	0.92	0.06
		A5.1 能结合患者依从性、客观指标以及其他卫生保健人员的评估信息,评价治疗效果	4.83±0.39	0.83	0.08
		A5.2 能建立治疗全过程的随访计划(如监测疗效与潜在不良反应)	4.75±0.45	0.75	0.10

续表 1 护士处方胜任力框架的最终函询结果

领域	维度	支持性陈述	重要性赋值 (分, $\bar{x} \pm s$)	满分比	变异 系数
B 处方治理	B1 安全开具处方	A5.3 能根据随访情况及时调整治疗方案(如停药或调整剂量、频次)	4.75±0.45	0.75	0.10
		A5.4 能与患者及其他卫生保健人员沟通治疗信息,共同评估并优化治疗方案	4.83±0.39	0.83	0.08
			5.00±0.00	1.00	0.00
		B1.1 能在自身实践领域内开具处方,并认识到自身知识和技能以及教育培训的局限性	4.92±0.29	0.92	0.06
		B1.2 了解处方错误的常见类型与原因,识别潜在的不良反应,并掌握风险管理方法	4.83±0.39	0.83	0.08
		B1.3 能及时跟进与处方安全相关的最佳实践	4.67±0.49	0.67	0.11
		B1.4 能识别并使用合适的系统报告处方不良事件,实施质控,避免不良事件再发生	4.83±0.39	0.83	0.08
	B2 专业开具处方	B1.5 能完成客观、真实、准确、及时、完整的临床记录	4.75±0.45	0.75	0.10
			4.83±0.39	0.83	0.08
		B2.1 能为处方和临床决策承担个人责任,接受问责,并理解其法律与道德后果	4.83±0.58	0.92	0.12
		B2.2 能在法律法规、监管框架与机构规章制度内开展处方实践	4.83±0.58	0.92	0.12
		B2.3 能在开展处方实践时恪守职业道德、行为规范和相关临床指南	4.83±0.58	0.92	0.12
		B2.4 能充分考虑患者需求而非仅凭处方者个人偏好作出处方决策	4.75±0.62	0.83	0.13
		B2.5 能在处方实践中展现出专业的判断和推理能力	4.83±0.58	0.92	0.12
	B3 改善处方实践	B2.6 能有效运用药品清单、决策支持工具与电子处方系统等开具处方	4.83±0.58	0.92	0.12
		B2.7 能在处方实践中保护患者隐私、维护其尊严并确保知情同意	4.75±0.62	0.83	0.13
			4.83±0.58	0.92	0.12
		B3.1 能分享并反思自己和他人的处方实践,根据反馈改善处方实践	4.58±0.51	0.58	0.11
		B3.2 能掌握并运用质量持续改进工具(如督导、观察、问卷调查、数据分析等)改善处方实践	4.75±0.45	0.75	0.10
		B3.3 能坚持与处方角色有关的学习和持续专业发展	4.67±0.49	0.67	0.11
		B3.4 能建立并使用人际关系网络(如与医生一起出诊)获得支持,以改善处方实践	4.75±0.45	0.75	0.10
	C 处方环境		4.75±0.62	0.83	0.13
	C1 与卫生保健团队合作		4.75±0.45	0.75	0.10
		C1.1 能与多学科团队协作,建立理解、信任和尊重的良好关系,及时沟通,确保卫生保健服务的连续性	4.83±0.39	0.83	0.08
		C1.2 能识别存在不确定性或超出自身实践范围的问题,主动寻求其他卫生保健人员帮助,并及时提请会诊或转诊	4.83±0.39	0.83	0.08
		C1.3 能在转诊患者、新开或修改处方之后,及时向相关卫生保健人员提供准确和完整的交接信息	4.75±0.45	0.75	0.10
		C1.4 能积极争取卫生保健团队对护士处方角色适当水平的支持,并自觉接受团队监督	4.83±0.39	0.83	0.08
		C1.5 能对其他卫生保健人员的处方角色给予必要的支持、建议和监督	4.58±0.51	0.58	0.11
	C2 在所属卫生保健系统内规范实践		4.67±0.49	0.67	0.11
		C2.1 掌握国家和地方对护士处方实践的准入及执业范围要求,熟悉医保政策,并在相关法律法规及政策指导下开展工作	4.75±0.62	0.83	0.13
		C2.2 掌握改善不同人群获得卫生保健服务的办法,为其提供卫生保健咨询和教育,以提高人口健康素养	4.58±0.67	0.67	0.15
		C2.3 了解相关国家和地方卫生政策、规定和指引(如处方集、临床路径和专业指南)及其与护士处方实践的相互影响	4.67±0.65	0.75	0.14
		C2.4 了解药物使用相关的公共卫生问题,合理使用药物,以达最佳疗效与经济效益,消除不规范、过度及不充分用药现象	4.50±0.67	0.58	0.15
		C2.5 在与制药等关联行业往来时,恪守行业道德与行为准则	4.50±0.80	0.67	0.18
		C2.6 了解医疗机构内护士处方实践的准入要求与保障条件,并通过有效沟通与协调,确保医疗机构为自身处方实践提供必要的资源支持	4.67±0.65	0.75	0.14

2.5 内容效度 经过修订的 55 项支持性陈述的条目水平的内容效度指数(I-CVI)为 0.83~1.00,总体

平均水平的内容效度指数(S-CVI/Ave)为0.97。

3 讨论

3.1 本框架构建的科学性 本研究采用文献分析、专家会议法与德尔菲专家函询法相结合的方法,整合国际证据、本土实践经验与多学科共识,形成方法学上的三角互证。专家会议法遵循开发讨论原则,具有时效性强、资源集约的优势^[19]。会议专家均来自护士处方权试点城市深圳,且均曾参与相关政策制定与临床实践,确保了框架与相关政策及实践需求紧密衔接。为降低专家间观点交互污染风险,专家会议法采取了分阶段研讨、主持人中立、禁止初期批判等质控措施。德尔菲专家函询法则通过匿名、多轮反馈与量化分析,保障专家能够充分阐释学术见解^[20]。函询专家涵盖护理学、临床药学及临床医学(含内、外、儿科)领域,具有良好的专业代表性。护理专家确保框架聚焦护士专业特性;医疗专家的参与确保框架与传统处方标准的衔接;临床药学专家则有助于强化框架中处方临床治理环节的严谨性,多学科参与增强了框架的平衡性与适用性。2轮函询的专家权威系数、意见协调程度、内容效度良好,进一步支持了研究结果的可靠性。

3.2 框架构建的依据与适用性 本框架在结构上具有自身特点,尤其体现在以下方面:①处方环境领域作为本框架的突出特色,包含与卫生保健团队合作、在所属卫生保健系统内规范实践2个维度。该领域在国际相关框架中较少单独设立,却是对我国医疗体系顶层设计^[21]、国家基本药物制度^[22]、医疗团队协作模式及护理人才发展现状的直接回应,强调护士处方实践不仅依赖个人能力,更离不开多学科协作、系统支持与政策衔接,也体现了专科护士在改善处方实践环境中应具备的领导力。②处方实践领域是处方行为的操作核心,涵盖评估患者、生成治疗方案、共同决策、开具处方并提供信息、评价治疗效果5个维度,强调开具处方是基于全面评估、循证决策、医患协商并需持续监测的动态过程^[23],而非单一的处方行为,完整地反映了处方开具全过程应具备的临床胜任力,并形成了以患者为中心的临床闭环。尽管深圳当前授予专科护士的权限在范畴上为有限处方权,但其性质仍属于独立处方,护士需独立完成临床评估与决策。因此,本框架在此领域系统覆盖了独立处方所需的核心能力。③处方治理领域聚焦于处方的专业自律与持续改进,包含安全开具处方、专业开具处方、改善处方实践3个维度,强调护士不仅应会开具处方,更须做到安全、专业、反思性地开具处方,通过持续自我监管和专业发展确保处方胜任力。

本框架在支持性陈述的设置上也注重与国内政策及临床实践的衔接。例如,新增支持性陈述C2.6

呼应了深圳政策中要求医疗机构“提供必要条件”的规定,体现了从个人能力到系统赋能的本土化拓展。支持性陈述B1.5则与国内病历书写规范一致^[24]。

3.3 本框架构建的实践意义 护士处方权的有效实施与可持续发展是一项复杂的系统工程。国家卫生健康委员会明确指出,需“充分论证职责定位与培训体系”并“适时修订法规”^[25],这表明当前推动护士处方权仍面临顶层设计与专业人员胜任力建设的双重挑战。构建本土化护士处方胜任力框架,并以此为基础开发培训课程、设计认证与监管体系,可为专科护士安全、规范地行使处方权提供系统支撑,从而更好地发挥其在健康服务体系中的专业价值。国际经验表明,处方胜任力框架具有多方面的实践效用。例如,加拿大将处方胜任力框架纳入医学教育体系,用于系统识别药学学生能力短板,确保课程与临床实践紧密衔接^[26];英国成瘾服务部门还运用该框架实施人员分级管理,在促进新手能力发展的同时,通过明确不同资质处方者权限范围保障医疗安全^[27]。此外,此类框架在国际上也被用于评估与提升处方安全性和质量^[28],帮助卫生保健人员优化患者用药管理。

本研究构建的框架可为我国推进护士处方权试点工作提供不同层面的指引。①政策层面:为明确护士处方实践的责任边界及相关实施细则提供理论依据。②医疗机构层面:可参照框架建立涵盖培训、授权、监督与质量评估的内部管理体系,明确处方护士在多学科团队中的角色与协作机制,优化工作流程,开展处方质控与处方点评。③教育认证层面:培训机构可基于框架开发模块化、分专科的培训课程与考核工具,认证机构可据此推动“培训—考核—认证”一体化。④专业监管层面:可将“处方治理”领域设为护士再认证的核心依据,建立定期审核机制,确保处方护士在职业生涯中持续、安全、有效地实践^[29]。⑤个人层面:该框架可作为护士专业发展与执业规划的清晰导航。

4 结论

本研究构建的护士处方胜任力框架包含处方实践、处方治理与处方环境3个核心领域。该框架有助于推动我国护士处方权试点工作的可持续发展。本研究的局限性主要体现在:仅检索了8个数据库,可能导致文献覆盖不全,未来需扩展检索范围;专家群体以深圳市为主,地域代表性不足,后续应纳入更广泛地域的临床专家及政策制定者;当前仅完成框架内容效度验证,未来须通过开展临床场景的试点应用进一步检验框架的实证效度,并开发配套培训课程与评估工具,推动框架在试点机构的应用与迭代。

附件 1 纳入的文献

请用微信扫码查看



附件1 纳入的文献

参考文献:

- [1] Maier C B, Aiken L H, Busse R. Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation [R]. Paris: OECD Publishing, 2017.
- [2] Bhanbhro S, Drennan V M, Grant R, et al. Assessing the contribution of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of literature[J]. BMC Health Serv Res, 2011, 11(1): 330.
- [3] International Council of Nurses. Guidelines on prescriptive authority for nurses[EB/OL]. (2021-09-22)[2024-08-17]. <https://www.icn.ch/news/international-council-nurses-publishes-guidelines-prescriptive-authority-nurses>.
- [4] Zhou Q, Xu Y, Yang L, et al. Attitudes of the public and medical professionals toward nurse prescribing: a text-mining study based on social medias[J]. Int J Nurs Sci, 2024, 11(1): 99-105.
- [5] Stenner K, Carey N, Courtenay M. Nurse prescribing in dermatology: doctors' and non-prescribing nurses' views [J]. J Adv Nurs, 2009, 65(4): 851-859.
- [6] Sunzi K, Luo H, Li Y, et al. Barriers and facilitators in nurse prescribing practices: a protocol for qualitative meta-synthesis from nurses' perspectives[J]. BMJ Open, 2024, 14(12): e084103.
- [7] Tan W, Hu Q, Wang C, et al. Outline of nurse prescribing education programs: a scoping review [J]. Nurse Educ Today, 2023, 131: 105941.
- [8] Royal Pharmaceutical Society. A competency framework for all prescribers [EB/OL]. (2021-09)[2024-03-06]. <https://www.rpharms.com/resources/frameworks/prescribing-competency-framework/competency-framework>.
- [9] NPS Medicine Wise. Prescribing competencies framework: embedding quality use of medicines into practice. 2nd ed [EB/OL]. (2021-04-08)[2025-03-06]. <https://coilink.org/20.500.12592/dq382m>.
- [10] Pharmacy Council of New Zealand. Pharmacist prescriber: prescribing competency framework and standards [EB/OL]. [2025-03-06]. <https://pharmacycouncil.org.nz/wp-content/uploads/2021/03/PP-Prescribing-Competency-Framework.pdf>.
- [11] Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen P P, et al. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature[J]. BMC Health Serv Res, 2011, 11(1): 127.
- [12] 田君叶, 苏莉, 张嘉晖, 等. 我国专科护士培训 20 年的发展思考[J]. 中华护理教育, 2024, 21(7): 773-779.
- [13] 中国人大网. 中华人民共和国医师法[EB/OL]. (2021-08-20)[2025-06-28]. http://www.npc.gov.cn/npc/c2/c30834/202108/t20210820_313104.html.
- [14] 中华人民共和国中央人民政府. 处方管理办法(卫生部令 第 53 号)[EB/OL]. (2007-02-14)[2025-06-28]. https://www.moj.gov.cn/pub/sfbgw/flfggz/flfggzbmzg/200706/t20070612_144412.html.
- [15] 安徽省卫生健康委员会. 盘活优质护理资源, 做实城市医联体试点工作方案(试行)[EB/OL]. (2017-07-27)[2025-01-08]. <https://wjw.ah.gov.cn/public/7001/52074831.html>.
- [16] 李坤. 基于知信行理论学龄期哮喘儿童自我管理干预方案的构建及应用[D]. 青岛: 青岛大学, 2022.
- [17] Okoli C, Pawlowski S D. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications [J]. Inf Manage, 2004, 42(1): 15-29.
- [18] Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts[J]. Inf Manage, 1963, 9(3): 458-467.
- [19] 应桂英, 李恒, 段占祺, 等. 卫生统计指标筛选方法评价[J]. 中国卫生事业管理, 2012, 29(6): 465-467.
- [20] Skulmoski G J, Hartman F T, Krahn J. The Delphi method for graduate research[J]. J Inf Technol Educ, 2007, 6: 1-21.
- [21] Yip W, Fu H, Chen A T, et al. 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in Universal Health Coverage[J]. Lancet, 2019, 394(10204): 1192-1204.
- [22] Song Y, Bian Y, Petzold M, et al. The impact of China's national essential medicine system on improving rational drug use in primary health care facilities: an empirical study in four provinces[J]. BMC Health Serv Res, 2014, 14(1): 507.
- [23] De Vries T P G M, Henning R H, Hogerzeil H V, et al. Guide to good prescribing: a practical manual; WHO/DAP/94. 11 [R]. Geneva: World Health Organization, 1994.
- [24] 国家卫生健康委员会. 病历书写基本规范[EB/OL]. (2010-02-04)[2025-08-13]. <https://www.nhc.gov.cn/bgt/s10696/201002/8cd7d4d70f4b42da839d2428dcbf723c.shtml>.
- [25] 国家卫生健康委员会. 对十四届全国人大二次会议第 5870 号建议的答复[EB/OL]. (2024-08-20)[2025-08-12]. <https://www.nhc.gov.cn/wjw/jianyi/202408/202c749afa164146bdf6a94e18fb820f.shtml>.
- [26] Abdallah O, Ageeb R A, Elkhailifa W H I, et al. Evaluating prescribing competencies covered in a Canadian-accredited undergraduate pharmacy program in Qatar: a curriculum mapping process [J]. BMC Med Educ, 2020, 20(1): 253.
- [27] Hall K, Picton C. Analysing the competency framework for all prescribers[J]. J Prescr Pract, 2020, 2(3): 122-128.
- [28] Picton C, Loughrey C, Webb A. The need for a prescribing competency framework to address the burden of complex polypharmacy among multiple long-term conditions[J]. Clin Med, 2016, 16(5): 470-474.
- [29] Nimmo S, Paterson R, Irvin L. CPD needs of opioid nurse prescribers: a survey[J]. Nurse Prescrib, 2017, 15(6): 297-302.

(本文编辑 吴红艳)