# ABSTRACT

## Analysis of push and pull factors in nurse migration: A scoping review

Ali Mohammad Mosaddegh Rad[1], Ali Akbar Fazaeli[1], Abbas Ebadi[2], Farinaz Moghaddasi[3*]

1. School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Nursing Care Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. School of Public Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Received: 23 October 2024
Accepted for publication: 3 June 2025
[EPub a head of print-26 April 2026]
Payesh: 2026; 25(3): 319- 334

**Objective(s):** In recent decades, the migration of nurses has escalated significantly, reaching a critical juncture. This trend, primarily observed in the movement from developing to developed countries, presents a formidable challenge to enhancing health systems in the countries of origin. Understanding the underlying causes of nurse migration is a crucial first step toward effectively managing this phenomenon.
**Methods:** This study was conducted as a scoping review. Relevant literature regarding the causes of nurse migration was gathered from reputable databases such as PubMed, Web of Science, and Scopus. The search employed specific keywords within the timeframe of January 2000 to May 2024. Ultimately, 73 pertinent studies were selected, and the data were analyzed using thematic analysis.
**Results:** Findings indicate that the reasons behind nurses' migration can be categorized into two main groups: push and pull factors. Push factors include inadequate salaries and benefits, a mismatch between income and living expenses, unemployment and limited job opportunities, lack of personal security, and heavy workloads. Political instability and limited opportunities for career advancement are also significant contributors in this category.Pull factors involve higher and timely salaries and benefits, a higher standard and quality of life, educational and career advancement opportunities, and a safe working environment with proper care standards.
**Conclusion:** The migration of nurses, influenced by both push and pull factors, poses a significant challenge for health systems worldwide. To address this issue, it is essential to enhance working conditions, which include improving salaries and benefits, adjusting nurse-to-patient ratios, and ensuring safe working environments. Furthermore, providing educational opportunities can boost nurses' motivation to stay in their home countries. Ensuring political stability and implementing cultural reforms to elevate the social standing of nurses are also vital in mitigating the adverse effects of migration.

**Keywords:** Nurse migration, Push factors, Pull factors

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15 ]

[ DOI: 10.66224/payesh.25.3.319 ]

* Corresponding author: School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: farinazmoghaddasi@gmail.com

# تحلیل عوامل فشار و کشش در مهاجرت پرستاران: یک مرور حیطه‌ای

**علی محمد مصدق راد[۱]، علی اکبر فضائلی[۱]، عباس عبادی[۲] ، فریناز مقدسی[۳*]**

۱. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران
۳. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، تهران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۸/۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۳/۱۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۵ اردیبهشت ۱۴۰۵]
نشریه پایش: ۳۳۴- ۳۱۹ :(۳)۲۵؛ ۱۴۰۵

## چکیده

**مقدمه**: مهاجرت پرستاران در دهه‌های اخیر به‌طور چشمگیری افزایش یافته و به مرحله‌ای بحرانی رسیده است. این روند، عمدتاً از کشورهای در حال توسعه به کشورهای توسعه‌یافته، به عنوان مانعی بزرگ در بهبود سیستم‌های سلامت کشورهای مبدأ شناخته می‌شود. شناسایی علل مهاجرت پرستاران، نخستین گام برای مدیریت این پدیده است.

**مواد و روش کار:** این مطالعه به‌روش مرور حیطه‌ای انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، مطالعات مرتبط با علل مهاجرت پرستاران از پایگاه‌های معتبر شامل PubMed، Web of Science و Scopus بررسی گردید. جستجو با کلیدواژه‌های مرتبط در بازه زمانی ژانویه ۲۰۰۰ تا مه ۲۰۲۴ انجام شد و ۷۳ مطالعه مناسب انتخاب و داده‌ها با استفاده از تحلیل موضوعی تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** یافته‌ها نشان می‌دهد که علل مهاجرت پرستاران به دو دسته اصلی فشار و کشش تقسیم می‌شوند: علل فشار شامل حقوق و مزایای ناکافی و عدم تناسب درآمد با هزینه‌ها ، بیکاری و فرصت‌های شغلی محدود، عدم امنیت شخصی و حجم کاری بالا است. بی‌ثباتی سیاسی و عدم پیشرفت شغلی نیز از دیگر عوامل مهم در این دسته به شمار می‌روند. علل کشش شامل دریافت حقوق و مزایای بالاتر و به موقع، استاندارد و کیفیت بالاتر زندگی، فرصت‌های آموزشی و پیشرفت شغلی، و محیط کار ایمن و با استانداردهای مراقبتی مناسب است.

**نتیجه گیری:** مهاجرت پرستاران به‌دلیل عوامل فشار و کشش، به چالشی جدی برای نظام‌های بهداشتی تبدیل شده است. برای کاهش این پدیده، لازم است شرایط کاری از جمله حقوق و مزایا، نسبت پرستار به بیمار و محیط‌های ایمن بهبود یابد. ثبات سیاسی و اصلاحات فرهنگی برای ارتقای منزلت اجتماعی پرستاران نیز ضروری است تا از تبعات منفی مهاجرت جلوگیری شود.

**کلیدواژه ها:** مهاجرت پرستاران، علل فشار، علل کشش

**کداخلاق:** IR.TUMS.SPH.REC.14010289

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت
E-mail: farinazmoghaddasi@gmail.com



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15 ]

[ DOI: 10.66224/payesh.25.3.319 ]

## مقدمه

منابع انسانی سلامت نقش حیاتی در عملکرد سیستم‌های بهداشتی دارند و تأثیر بسزایی بر پیامدهای سلامتی جمعیت دارند [۲ ، ۱]. عملکرد این سیستم‌ها به ویژه به نیروی کار پرستاری وابسته است که بر اساس گزارش سازمان سلامت جهان ، بیش از نیمی از نیروی انسانی بخش سلامت را تشکیل می‌دهد [۳]. پرستاران نه‌تنها در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها، بلکه در ارائه مراقبت‌های اولیه و جامع نیز نقشی کلیدی ایفا می‌کنند. با افزایش جمعیت، طولانی‌تر شدن امید به زندگی، شیوع بیماری‌های مزمن و پیچیدگی روزافزون مراقبت های بهداشتی، تقاضا برای پرستاران در سطح جهانی به‌سرعت در حال افزایش است. در عین حال، عرضه آن به‌ویژه در کشورهای توسعه‌یافته مانند انگلستان، ایالات متحده آمریکا، کانادا و استرالیا کاهش یافته است. این وضعیت، سیستم‌های سلامتی را با چالش کمبود پرستاران واجد شرایط روبه رو کرده و کمبود پرستار به یک مشکل جهانی در سال های اخیر تبدیل شده است [۴].

"سلامت و رفاه خوب برای همه" سومین هدف توسعه پایدار است که پرستاران و ماماها در دستیابی به آن نقش بسزایی دارند [۵]. سازمان سلامت جهان تخمین می‌زند که تا سال ۲۰۳۰ به ۹ میلیون پرستار و ماما اضافی برای تحقق این هدف نیاز خواهد بود و تا سال ۲۰۳۵، کمبود ۱۲,۹ میلیون پرستار در جهان وجود خواهد داشت [۶]. کمبود پرستار به وضعیتی اشاره دارد که در آن تقاضا برای پرستاران در یک کشور از تعداد موجود فراتر می رود. عوامل متعددی در این کمبود جهانی نقش دارند؛ از جمله پیری نیروی کار، کاهش ثبت‌نام در رشته پرستاری به دلیل فرصت‌های شغلی جذاب‌تر، وجهه عمومی ضعیف پرستاری و شرایط کاری نامناسب که منجر به نارضایتی شغلی پرستاران می شود [۸ ، ۷]. به‌طور کلی، علل کمبود پرستار را می‌توان به فقدان خط‌مشی و برنامه‌ریزی مناسب، موانع آموزش پرستاران جدید، ترک شغل و فرسودگی شغلی نسبت داد [۹]. در حالی که چندین راهبرد برای افزایش عرضه پرستاران در کشورهای توسعه یافته به کار گرفته شده، این اقدامات به اندازه کافی پاسخگوی تقاضا نبوده است. عدم تعادل بین تقاضا و عرضه، کشورهای توسعه یافته را وادار کرده است که این شکاف را از طریق استخدام پرستاران مهاجر پر کنند [۱۰].

مهاجرت پرستاران به کشورهای پردرآمد پدیده ای دیرینه است، اما در سال‌های اخیر با سرعتی قابل توجه افزایش یافته و به وضعیتی هشداردهنده رسیده است. از هر هشت پرستار، یک نفر در کشوری غیر از زادگاه یا محل آموزش خود مشغول به کار است [۱۱]. توزیع نادرست پرستاران در سراسر جهان به طرز قابل توجهی به سمت کشورهای توسعه‌یافته انحراف یافته است؛ به‌طوری‌که نسبت پرستار به جمعیت در اروپا ده برابر بیشتر از آفریقا یا آسیای جنوب شرقی و در آمریکای شمالی ده برابر بیشتر از آمریکای جنوبی است [۱۲]. کشورهای آفریقایی با بار مضاعف بیماری های واگیر و غیرواگیر مواجه هستند که فشار زیادی به سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی وارد می‌آورد [۱۳]. پرستاران و ماماها کادر حیاتی هستند که می توانند در رفع چالش های بهداشتی قاره آفریقا مشارکت مؤثری داشته باشند [۱۴]. آفریقا تقریباً ۱۵ درصد از جمعیت جهان را تشکیل می دهد و ۲۴ درصد بار بیماری جهانی را بر دوش دارد، در حالی که تنها ۳ درصد از کل نیروی سلامت جهان را در اختیار دارد [۱۱]. مهاجرت پرستاران از کشورهای فقیر به سمت کشورهای ثروتمند، این نابرابری را تشدید کرده و منجر به کاهش دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و افزایش هزینه‌ها می‌شود و پیامدهای نامطلوبی برای سلامتی جمعیت به همراه دارد [۱۵]. این وضعیت در سال‌های اخیر به‌ویژه با شیوع کووید-۱۹ تشدید شده است، زیرا برخی از پرستاران جان خود را از دست داده و برخی دیگر شغل خود را ترک کردند. این بحران موجب افزایش تقاضا برای پرستاران در کشورهای با درآمد بالا و تسریع استخدام از کشورهای با درآمد پایین، به‌ویژه در آفریقا گردید [۱۷ ، ۱۶].

پس از شیوع بیماری همه گیر، هر ماه حدود هزار پرستار از آفریقا به آمریکا مهاجرت کرده‌اند و در انگلستان نیز جذب پرستاران خارجی افزایش یافته است، که اکثراً از کشورهای آفریقایی مانند غنا، نیجریه، زیمبابوه و کارائیب هستند [۱۸ ، ۱۶]. مهاجرت پرستاران نه تنها بر دستیابی به اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت تأثیر منفی می گذارد، بلکه بار مالی سنگینی بر دوش کشورهای مبدأ نیز می‌گذارد. به‌عنوان مثال، در مطالعه‌ای در کنیا، به ازای هر پرستاری که مهاجرت می کند، آن کشور تقریباً ۸۶۸،۳۳۸ دلار خسارت می‌بیند [۱۹]. تأثیر منفی این پدیده بر سیستم‌های سلامت کشورهای مبدأ، به ویژه کشورهای در حال توسعه، موجب شده است که سازمان‌های مختلف برای کاهش این اثرات منفی بیانیه‌های رسمی صادر کنند [۲۲]. در شصت و سومین مجمع جهانی سلامت در سال ۲۰۱۰، سازمان سلامت جهان آئین‌نامه‌ای درباره استخدام بین‌المللی کارکنان بخش سلامت ارائه کرد. این آئین‌نامه اصول



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15 ]
[ DOI: 10.66224/payesh.25.3.319 ]

اخلاقی را معرفی کرده و کشورها را تشویق می‌کند که در فرآیندهای استخدام بین‌المللی به آن عمل کنند [۲۱].

مجموعه‌ای پیچیده از عوامل موجب مهاجرت پرستاران به کشورهای با درآمد بالا شده است. دستیابی به شرایط زندگی بهتر به‌عنوان هدف نهایی در این مهاجرت شناخته می‌شود. با این حال، علل مهاجرت در طول زمان تغییر کرده است. نظریه های متعددی برای تبیین مهاجرت وجود دارد، اما رفتارهای مهاجرتی پرستاران عموماً با استفاده از «نظریه عوامل فشار و کشش» توصیف می‌شود که مدلی از قرن نوزدهم است. این نظریه، که توسط اورت لی در سال ۱۹۶۶ مطرح شد، متداول ترین چارچوب نظری برای تحلیل مهاجرت به شمار می‌رود [۲۴-۲۲].

در این نظریه، عوامل فشار و کشش به‌عنوان عوامل تعیین‌کننده فرار مغزها دسته‌بندی می‌شوند [۲۵]. عوامل فشاری شامل شرایطی هستند که در کشور مبدا کارکنان سلامت رخ می دهند و آن ها را به ترک خانه یا محل کار خود وادار می‌کنند؛ این عوامل می‌تواند شامل دستمزد ناکافی، فرصت‌های آموزشی محدود، رضایت شغلی پایین، محیط های سیاسی ناپایدار و کمبود کارکنان باشد [۲۶ ، ۱۹]. در مقابل، عوامل کششی به ویژگی ها، سیاست ها و اقداماتی اشاره دارند که در کشورهای مقصد وجود دارد و به طور ناخواسته یا عمدی کارکنان بخش سلامت را به آنجا جذب می کند و فرآیند مهاجرت را تسهیل می‌کند. برخی از این عناصر کششی شامل استقلال، شرایط کاری مطلوب، فرصت های پیشرفت حرفه‌ای و در دسترس بودن شغل است [۲۸ ، ۲۷، ۱۹].

نظریه فشار و کشش لی به‌خوبی نشان می‌دهد که بین عوامل فشار در کشور مبدا و عوامل کشش در کشور مقصد، رابطه‌ای متقابل وجود دارد. این عوامل معمولاً در تضاد با یکدیگر هستند و ترکیب آن‌ها غالباً منجر به خروج خالص متخصصان سلامت از کشورهای مبدا می شود [۲۹]. به‌علاوه، عواملی نظیر جهانی شدن اقتصادی و توافقنامه‌های تجاری بین‌المللی نیز مهاجرت نیروی کار از کشورهای کم درآمد را تشدید می‌کند [۳۱ ، ۳۰].کاهش نیروی انسانی پرستاری ناشی از مهاجرت، بار سنگینی را بر دوش پرستاران باقی‌مانده در کشورهای مبدأ می گذارد. این وضعیت نه تنها به افزایش چشمگیر حجم کاری آن‌ها منجر می‌شود، بلکه عواقب ناگواری همچون افزایش خطاهای پرستاری، نارضایتی شغلی، کاهش روحیه و فرسودگی روانی را به همراه دارد و در نهایت می‌تواند به ترک خدمت آنان بیانجامد [۳۲]. بنابراین، شناسایی عوامل مؤثر بر مهاجرت پرستاران و توسعه راهکارهای مدیریتی برای کنترل این پدیده به یک ضرورت حیاتی تبدیل شده است. این مطالعه با هدف عمیق‌نگری به عوامل فشار و کشش مؤثر بر مهاجرت پرستاران، از نظریه فشار و کشش بهره می برد. در این تحقیق، تلاش می شود تا اطلاعات ارزشمندی به حرفه پرستاری، جامعه، مدیران و سیاست گذاران بخش سلامت ارائه گردد. با درک جامع تر این پدیده، امید می رود که راهبردهای مؤثری برای کاهش فرار نیروی انسانی و بهبود شرایط کاری پرستاران در کشورهای مبدأ شکل گیرد. بدین ترتیب، گام های مؤثری در راستای ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی و حفظ نیروی انسانی پرستاری برداشته شده و به آینده‌ای روشن‌تر برای سلامت جامعه دست یابد.

## مواد و روش کار

مطالعه حاضر با استفاده از روش مرور حیطه ای انجام شد. این روش با هدف ترکیب، سازمان دهی و نقشه برداری از دانش موجود، از طریق جستجوی نظام مند در متون علمی، به شناسایی مفاهیم کلیدی، نظریه ها، منابع اطلاعاتی و خلأهای دانشی کمک می کند. مرور حیطه‌ای زمانی مناسب است که موضوع مورد بررسی هنوز به‌طور جامع و نظام‌مند مطالعه نشده باشد و زمینه برای تولید فرضیه های جدید وجود داشته باشد؛ در حالی که مرور نظام مند بیشتر برای پاسخ به سوالات مشخص و آزمون فرضیه‌ها به کار می‌رود. مرور حیطه ای شامل فرایندی ساختاریافته و روش جستجوی نظام مند است؛ اما، برخی از محدودیتهای مرور نظا م مند مثل بررسی مقالات پژوهشی اصیل داوری شده و ارزشیابی کیفیت آن مقالات را ندارد و شامل ادبیات خاکستری نظیر خلاصه مقالات کنفرانسها، پایان نامه ها و مقالات مروری هم می شود. در نتیجه، تعداد بیشتری از شواهد مفید در زمان کوتاهی شناسایی خواهند شد[۳۳]. در این مطالعه از چارچوب پیشنهادی آرکسی و اومالی پیروی شد که شامل شش مرحله است: ۱) شناسایی سوالات پژوهش، ۲) شناسایی مطالعات مرتبط از طریق جستجوی نظام مند در پایگاه های معتبر و متون خاکستری، ۳) انتخاب مطالعات بر اساس معیارهای ورود و خروج، ۴) استخراج داده‌ها به‌صورت نمودار و جدول، ۵) تحلیل، ترکیب و گزارش یافته‌ها، و ۶) مشاوره اختیاری با صاحب‌نظران برای اعتبارسنجی نتایج[۳۴]. سوالات اصلی این پژوهش عبارت بودند از: «عوامل فشار و کشش مؤثر بر مهاجرت پرستاران کدام‌اند؟» و «کدام‌یک از این عوامل در مطالعات بیشتر مورد تأکید قرار گرفته‌اند؟».



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15 ]

[ DOI: 10.66224/payesh.25.3.319 ]

معیارهای ورود شامل مطالعات منتشر شده به زبان فارسی یا انگلیسی بین ژانویه ۲۰۰۰ تا مه ۲۰۲۴ بودند که به صورت کمی، کیفی، ترکیبی، مروری یا مداخله‌ای به بررسی علل مهاجرت پرستاران پرداخته بودند. مطالعاتی که به زبان هایی غیر از فارسی و انگلیسی منتشر شده بودند به‌دلیل محدودیت‌های زبانی و امکان‌سنجی تحلیل علمی معتبر، کنار گذاشته شدند. همچنین مقالات تکراری و مواردی که متن کامل آن ها در دسترس نبود، از مطالعه حذف شدند. جستجو در پایگاه های انگلیسی زبان شامل PubMed، Web of Science، Scopus، Springer، Wiley Online Library و Science Direct و در منابع فارسی شامل Magiran، SID و موتور جستجوی Google Scholar انجام شد. کلیدواژه‌های مورد استفاده شامل ترکیبی از واژه‌های Migration, Nurse, Push, Pull, Brain Drain, Drivers, Causes, Reasons, Nurse Retention, Health Workforce, International Migration, Healthcare Workers, Immigration و معادل‌های فارسی آن‌ها بود.

در مجموع ۱۲۰۲۲ سند علمی بازیابی شد که پس از حذف موارد تکراری و غربالگری بر اساس عنوان، چکیده و متن کامل، در نهایت ۷۳ مطالعه واجد شرایط برای تحلیل انتخاب شدند (نمودار ۱). مطالعات بازیابی‌شده به نرم‌افزار اندنوت نسخه X9 وارد گردیدند. این فرآیند به‌طور مستقل توسط دو پژوهشگر انجام شد یک پژوهشگر غربالگری مستندات را انجام داد و در صورت وجود ابهام یا مشکل، مستند توسط پژوهشگر دوم مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات با استفاده از فرم استخراج داده‌ها که شامل نام نویسندگان، سال انتشار، محل انجام مطالعه، نوع مقاله، روش گردآوری اطلاعات و علل مهاجرت بود، جمع‌آوری شد. با توجه به تنوع روش‌شناسی مطالعات (کمی، کیفی، مروری و مداخله‌ای)، تحلیل به‌صورت ترکیبی انجام شد. یافته های کیفی مستقیماً وارد تحلیل مضمون شدند و داده‌های کلیدی استخراج‌شده از مطالعات کمی به‌صورت متنی بازنویسی و سپس در چارچوب تحلیل مضمون قرار گرفتند. تحلیل نهایی با استفاده از روش تحلیل موضوعی شش‌مرحله‌ای براون و کلارک صورت گرفت که شامل آشنایی با داده ها، استخراج کدهای اولیه، جستجوی مضامین، مرور مضامین، تعریف مضامین و نگارش گزارش نهایی بود[۳۵]. تمامی ملاحظات اخلاقی مرتبط با مطالعات مروری، از جمله پرهیز از سوگیری، امانت‌داری در گزارش‌دهی و استفاده از منابع معتبر رعایت شد.

## یافته‌ها

تعداد ۷۳ مقاله از ابتدای ژانویه ۲۰۰۰ تا پایان مه ۲۰۲۴ میلادی به طور دقیق در این مطالعه بررسی شدند. عمده ترین تحقیقات در سال های ۲۰۱۴، ۲۰۱۶ و ۲۰۲۰ صورت گرفته‌اند (نمودار ۲). از این تعداد، ۷۱ مطالعه (۹۷٪) به زبان انگلیسی و ۲ مطالعه (۳٪) به زبان فارسی منتشر شده اند. در میان این مقالات، ۳۴ مطالعه (۴۶٪) از روش مروری، ۱۶ مطالعه (۲۲٪) از روش کمی، ۱۳ مطالعه (۱۸٪) از روش کیفی و ۱۰ مطالعه (۱۴٪) از روش ترکیبی برای گردآوری داده‌ها بهره برده‌اند. علل مهاجرت به دو دسته عوامل فشار و کشش تقسیم‌بندی شدند که هر یک به تفکیک به عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، حرفه‌ای و آموزشی، شخصی و سیاسی تفکیک گردیدند. به‌طور کلی، ۳۷ عامل فشار در این مطالعات شناسایی شد (جدول ۱). پرتکرارترین عوامل فشار شناسایی شده شامل حقوق و مزایای ناکافی و عدم تناسب درآمد با هزینه‌ها ، بیکاری و محدودیت فرصت‌های شغلی در نظام سلامت ، فشار مالی ناشی از شرایط خانوادگی و مسئولیت تأمین مالی خانواده توسط فرد مهاجر، حجم کاری بالا و نسبت پایین پرستار به بیمار، کیفیت پایین آموزش‌های حرفه‌ای و نبود مسیر پیشرفت شغلی عادلانه، کمبود فرصت‌های تحصیلی، یادگیری و عدم حمایت برای ادامه تحصیل، فرسودگی شغلی و چالش‌های عاطفی در محیط کار ، مدیریت ضعیف، جو کاری ناکارآمد و نگرش های سنتی مدیران، بی ثباتی سیاسی، جنگ، ناامنی و درگیری‌های انتخاباتی، شیوع بیماری‌های عفونی (مانند ایدز و سل) و کمبود تجهیزات حفاظتی مناسب است (نمودار ۳). علاوه بر این، ۴۹ عامل کشش نیز شناسایی گردید (جدول ۱) که پرتکرارترین آن‌ها شامل دریافت حقوق و مزایای بیشتر و به موقع، فرصت‌های شغلی بهتر، استاندارد و کیفیت بالاتر زندگی، تبلیغات آژانس‌های کاریابی بین‌المللی، شبکه‌های اجتماعی و حضور گسترده مهاجران در کشور مقصد، فرصت‌های یادگیری، توسعه مهارت‌ها و آموزش های تخصصی، محیط کار ایمن و با استانداردهای مراقبتی مناسب، فرصت های ارتقا و پیشرفت شغلی، سیستم مدیریتی حمایتی و جو کاری مثبت، فرصت سفر، آشنایی با فرهنگ‌های جدید و تجربه سبک زندگی متفاوت، پیوستن به خانواده و دوستان مقیم خارج ، روابط پسااستعماری و تاریخی با کشور مقصد، و امکان نقل مکان با خانواده بودند (نمودار ۴).



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15 ]
[ DOI: 10.66224/payesh.25.3.319 ]

**جدول ۱: عوامل فشار و کشش موثر بر مهاجرت پرستاران**

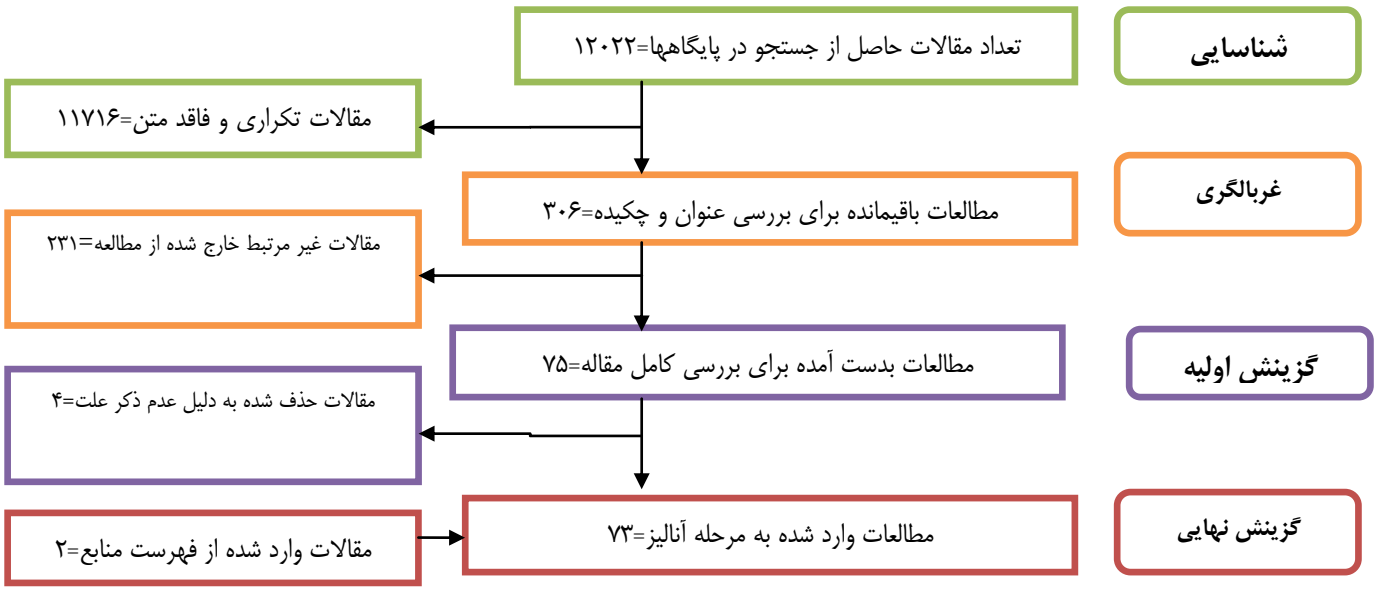
| | عوامل فشار(فراوانی) | عوامل کشش(فراوانی) |
|---|---|---|
| **عوامل اقتصادی** | • حقوق و مزایای ناکافی و عدم تناسب درآمد با هزینه‌ها (۵۴ مورد)<br>• بیکاری و محدودیت فرصت‌های شغلی در نظام سلامت (۲۴ مورد)<br>• فشار مالی ناشی از شرایط خانوادگی و مسئولیت تأمین مالی خانواده (۱۳ مورد)<br>• کمبود منابع مالی در نظام سلامت و نبود سرمایه گذاری کافی (۱۳ مورد)<br>• نبود زیرساخت‌های اقتصادی و رفاهی مناسب (۸ مورد)<br>• عدم امنیت شغلی (۳ مورد)<br>• مالیات‌های سنگین (۲ مورد)<br>• بی‌ثباتی اقتصادی کلان (۲ مورد) | • دریافت حقوق و مزایای بیشتر و به موقع (۴۰ مورد)<br>• فرصت شغلی بهتر (۱۶ مورد)<br>• امنیت شغلی بیشتر ( ۴ مورد)<br>• مزایای بازنشستگی منصفانه ( ۴ مورد)<br>• کمک‌های مالی مرتبط با مسکن (اعطای وام مسکن یا کمک هزینه مسکن) (۴ مورد)<br>• کمک‌های مالی جانبی (اعطای کمک هزینه سفر، بلیط پرواز رایگان و...)<br>• دریافت دستمزد معادل کارکنان بومی کشور مقصد ( ۱ مورد)<br>• دارا بودن ارتباط تجاری با کشور مقصد (۱ مورد)<br>• امکان پس انداز سریع برای استفاده در کشور مبدا ( ۱ مورد)<br>• ثبات اقتصادی ( ۱ مورد) |
| **عوامل اجتماعی و فرهنگی** | • جرم و جنایت و عدم امنیت شخصی (۱۱ مورد)<br>• نبود آزادی‌های مدنی (۱۰ مورد)<br>• تجربه خشونت فیزیکی و کلامی از سوی بیماران و همراهان آن‌ها (۹ مورد )<br>• جایگاه و منزلت اجتماعی پایین شغل پرستاری (۹ مورد)<br>• نگرانی برای آینده فرزندان و فقدان شرایط آموزشی مناسب در مناطق محروم (۵ مورد)<br>• تبعیض جنسیتی و نژادپرستی(۵ مورد)<br>• تجربه تعرض و آزار جنسی در محل کار (۴ مورد)<br>• ملاک بودن رابطه به جای ضابطه و عدم شایسته‌سالاری(۴ مورد)<br>• احساس ناامیدی نسبت به آینده (۳ مورد)<br>• امکانات و استانداردهای پایین زندگی (۳مورد)<br>• نابرابری‌های منطقه‌ای (۲ مورد)<br>• وجود فرهنگ تشویق به مهاجرت (۱ مورد) | • استاندارد و کیفیت بالاتر زندگی (۱۹ مورد)<br>• تبلیغات آژانس‌های کاریابی بین‌المللی (۱۱ مورد)<br>• شبکه‌های اجتماعی و حضور گسترده مهاجران در کشور مقصد (۱۰ مورد)<br>• فرصت‌های شغلی و تحصیلی بهتر برای فرزندان و خانواده (۷ مورد)<br>• محیط زندگی امن‌تر و نرخ جرم پایین‌تر(۷ مورد)<br>• دسترسی به فناوری‌های پیشرفته و زیرساخت‌های مدرن (از جمله اینترنت) (۷ مورد)<br>• احترام، منزلت و موقعیت اجتماعی بالاتر برای پرستاران (۵ مورد)<br>• آشنایی فرهنگی و زبانی با کشور مقصد(۳ مورد)<br>• وجود طرح‌های حمایت اجتماعی و خدمات رفاهی عمومی (۲ مورد)<br>• فضای آزاد فکری و آزادی‌های مدنی بیشتر (۱ مورد)<br>• برابری جنسیتی و عدالت اجتماعی (۱ مورد) |
| **عوامل حرفه ای و آموزشی** | • حجم کاری بالا و نسبت پایین پرستار به بیمار (۲۲ مورد)<br>• کیفیت پایین آموزش‌های حرفه‌ای و نبود مسیر پیشرفت شغلی عادلانه (۲۰ مورد)<br>• کمبود فرصت‌های تحصیلی، یادگیری و عدم حمایت برای ادامه تحصیل(۱۸ مورد)<br>• فرسودگی شغلی و چالش‌های عاطفی در محیط کار(۱۷ مورد)<br>• مدیریت ضعیف، جو کاری ناکارآمد و نگرش‌های سنتی مدیران (۱۵ مورد)<br>• شیوع بیماری های عفونی (مانند ایدز و سل) و کمبود تجهیزات حفاظتی مناسب (۱۳ مورد)<br>• ساختارهای ناکارآمد سازمانی و محدودیت در استقلال حرفه‌ای(۱۰ مورد)<br>• زیرساخت‌های ناکافی آموزشی شامل کمبود دانشکده‌ها و منابع علمی معتبر (۹ مورد)<br>• ضعف در استانداردهای مراقبت سلامت (مانند کمبود دارو و تجهیزات) (۴ مورد)<br>• برنامه‌های کاری نامناسب و بار اضافی اداری (۴ مورد)<br>• پرداخت ناعادلانه و تبعیض‌آمیز (۱ مورد) | • فرصت‌های یادگیری، توسعه مهارت‌ها و آموزش‌های تخصصی (۱۶ مورد)<br>• محیط کار ایمن و با استانداردهای مراقبتی مناسب (۱۴مورد)<br>• فرصت‌های ارتقا و پیشرفت شغلی (۱۲ مورد)<br>• سیستم مدیریتی حمایتی و جو کاری مثبت(۱۲ مورد)<br>• ساعات کاری متعادل، برنامه کاری انعطاف‌پذیر و حجم کاری کمتر(۹ مورد)<br>• دسترسی به تجهیزات و فناوری‌های پیشرفته در محل کار (۶ مورد)<br>• آموزش و سیستم بالینی مشابه با کشور مبدأ (۴ مورد)<br>• استقلال حرفه‌ای در تصمیم‌گیری‌های بالینی و استفاده از مهارت‌ها (۴ مورد)<br>• نسبت مناسب پرستار به بیمار در محیط‌های بالینی کشور مقصد (۲ مورد)<br>• شیوع پایین‌تر بیماری‌های عفونی مانند سل و ایدز در کشور مقصد (۱ مورد)<br>• احساس ارزشمندی و دیده شدن به‌عنوان عضوی مؤثر از تیم درمان (۱ مورد)<br>• امکان بهره‌مندی از مرخصی و تعطیلات برای دیدار با خانواده در کشور مبدأ (۱ مورد)<br>• تجربه تحصیل یا کار قبلی در کشور مقصد به‌عنوان تسهیل‌گر مهاجرت (۱ مورد)<br>• امکان انجام تحقیقات علمی و پژوهشی در کشور مقصد (۱ مورد)<br>• دسترسی به فرصت‌های آموزشی رایگان یا حمایتی در کشور مقصد(۱ مورد) |
| **عوامل شخصی** | • اصرار و تشویق خانواده و اطرافیان به مهاجرت (۵ مورد)<br>• همراهی با همسر مهاجر یا شرایط خانوادگی خاص مانند طلاق (۳ مورد)<br>• تمایل به تغییر سبک زندگی و خودسازی، در کنار فرصت ناکافی برای ارتقاء فردی (۲ مورد) | • فرصت سفر، آشنایی با فرهنگ‌های جدید و تجربه سبک زندگی متفاوت (۱۵ مورد)<br>• پیوستن به خانواده و دوستان مقیم خارج (۱۲ مورد)<br>• تسلط نسبی یا علاقه به زبان مشترک با کشور مقصد (۷ مورد)<br>• تمایل به توسعه فردی، رشد شخصی و تغییر سبک زندگی (۴ مورد)<br>• نزدیکی جغرافیایی و سهولت رفت‌وآمد به کشور مقصد (۳ مورد)<br>• وجود زمینه‌های مذهبی یا فرهنگی آشنا در کشور مقصد(۲ مورد)<br>• ادامه زندگی پس از ازدواج یا تحصیل در کشور مقصد(۱ مورد) |



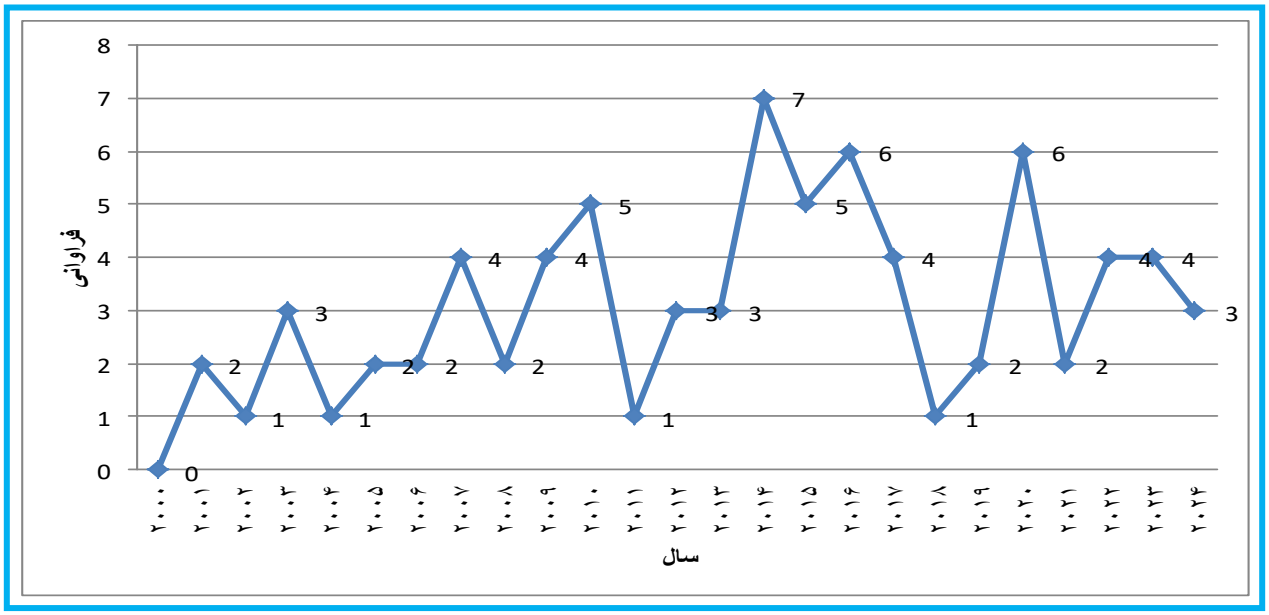
[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15 ]

[ DOI: 10.66224/payesh.25.3.319 ]

| | | |
|---|---|---|
| عوامل سیاسی | • بی‌ثباتی سیاسی، جنگ، ناامنی و درگیری‌های انتخاباتی (۲۵ مورد)<br>• فساد ساختاری شامل فساد سیاسی، اختلاس و فساد مالی (۵ مورد)<br>• ناکارآمدی نظام اداری و حکمرانی (۴ مورد) | • امکان نقل مکان با خانواده (۸ مورد)<br>• روابط پسااستعماری و تاریخی با کشور مقصد (۸ مورد)<br>• ثبات سیاسی و نبود خشونت در کشور مقصد (۶ مورد)<br>• وجود توافق‌نامه‌های دوجانبه مهاجرتی میان کشور مبدا و مقصد(۴ مورد)<br>• سهولت و سرعت در اخذ ویزا و مجوز اقامت(۳ مورد)<br>• کاهش بروکراسی و پیچیدگی‌های اداری در فرایند مهاجرت(۱ مورد) |

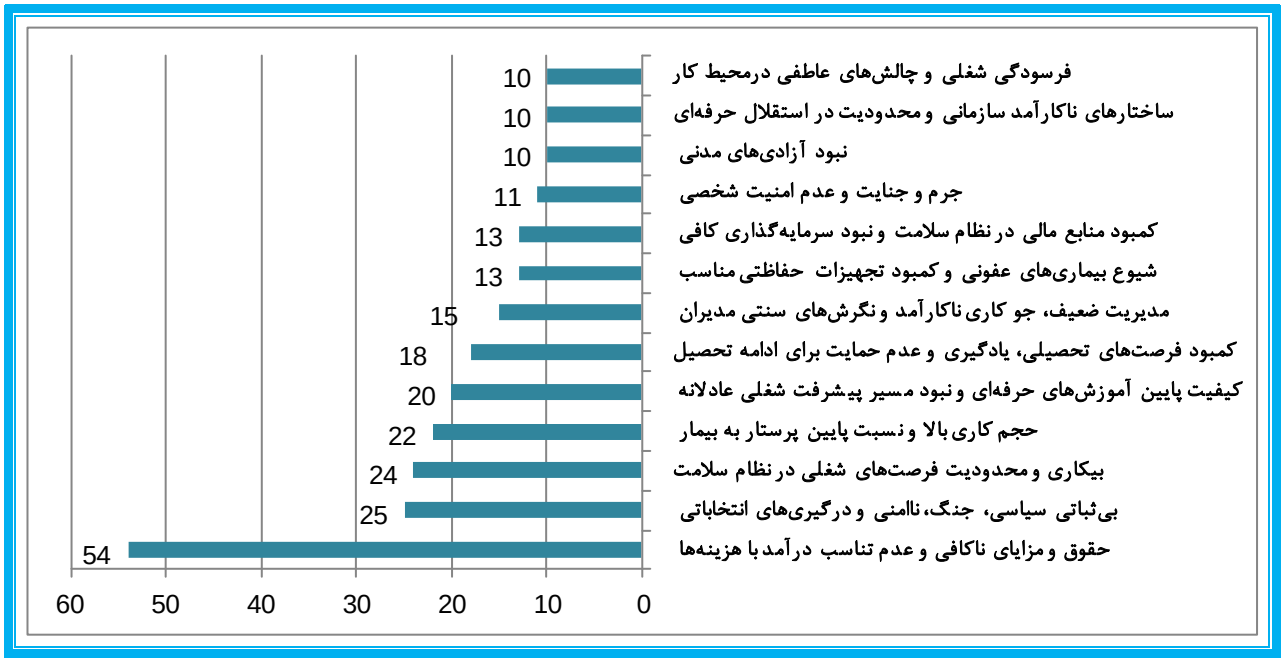



**نمودار ۱: روند بررسی مقالات در پایگاههای داده ای**

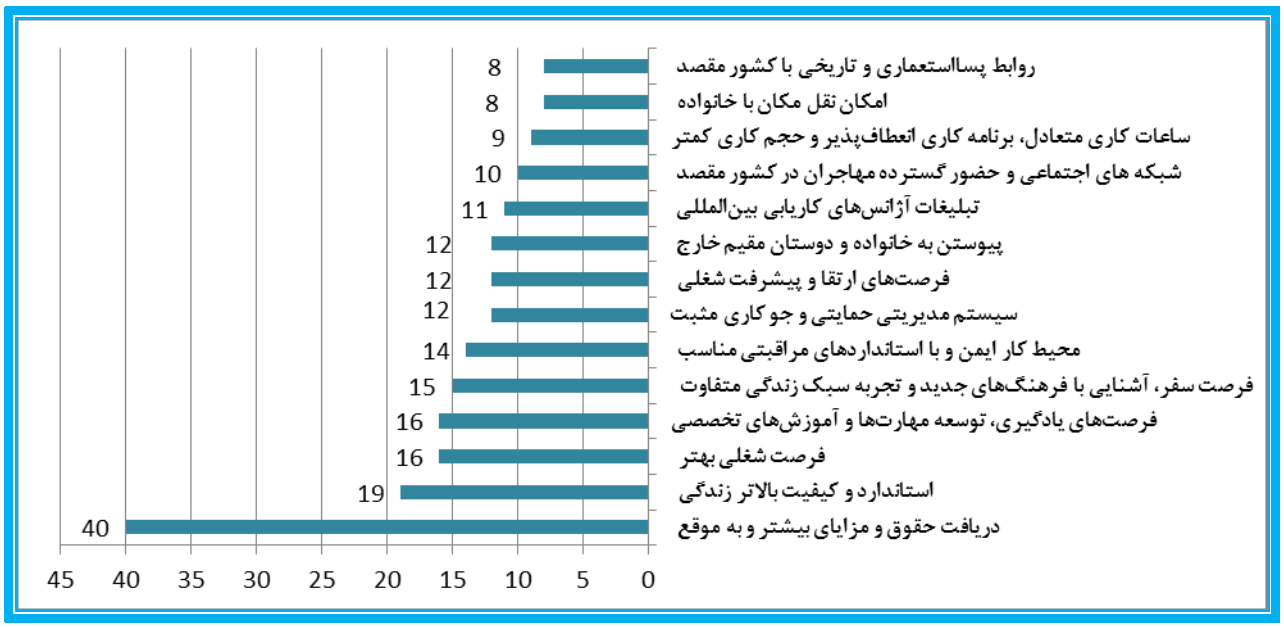



**نمودار ۲ : توزیع فراوانی مطالعات علل مهاجرت پرستاران بر حسب سال**

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15 ]
[ DOI: 10.66224/payesh.25.3.319 ]




نمودار ۳: توزیع فراوانی پرتکرارترین علل فشار مهاجرت پرستاران




نمودار۴: توزیع فراوانی پرتکرارترین علل کشش مهاجرت پرستاران

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه شناسایی علل مهاجرت پرستاران بود. در این مسیر، ۳۷ علت به عنوان علل فشار و ۴۹ علت به عنوان علل کشش شناسایی و دسته‌بندی شدند. از علل فشار می‌توان به حقوق و مزایای ناکافی و عدم تناسب درآمد با هزینه‌ها ، بیکاری و محدودیت فرصت‌های شغلی در نظام سلامت، فشار مالی ناشی از شرایط خانوادگی و مسئولیت تأمین مالی خانواده توسط فرد مهاجر، حجم کاری بالا و نسبت پایین پرستار به بیمار، کیفیت پایین آموزش‌های حرفه‌ای و نبود مسیر پیشرفت شغلی عادلانه، کمبود فرصت‌های تحصیلی، یادگیری و عدم حمایت برای ادامه تحصیل، فرسودگی شغلی و چالش‌های عاطفی در محیط کار، مدیریت ضعیف، جو کاری ناکارآمد و نگرش های سنتی مدیران، بی ثباتی سیاسی، جنگ،



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15 ]
[ DOI: 10.66224/payesh.25.3.319 ]

ناامنی و درگیری‌های انتخاباتی ، شیوع بیماری‌های عفونی (مانند ایدز و سل) و کمبود تجهیزات حفاظتی مناسب اشاره کرد. تجربیاتی چون خشونت فیزیکی و کلامی از طرف بیماران و همراهان، جایگاه و منزلت اجتماعی پایین شغل و نبود آزادی مدنی نیز بر این فهرست افزوده می‌شود.

در سوی دیگر، عوامل کشش شامل دریافت حقوق و مزایای بیشتر و به موقع ، فرصت های شغلی بهتر، استاندارد و کیفیت بالاتر زندگی ، تبلیغات آژانس‌های کاریابی بین‌المللی، شبکه‌های اجتماعی و حضور گسترده مهاجران در کشور مقصد، فرصت‌های یادگیری، توسعه مهارت‌ها و آموزش‌های تخصصی، محیط کار ایمن و با استانداردهای مراقبتی مناسب، فرصت‌های ارتقا و پیشرفت شغلی، سیستم مدیریتی حمایتی و جو کاری مثبت ، فرصت سفر، آشنایی با فرهنگ‌های جدید و تجربه سبک زندگی متفاوت ، پیوستن به خانواده و دوستان مقیم خارج، روابط پسااستعماری و تاریخی با کشور مقصد، و امکان نقل مکان با خانواده از مهم‌ترین عوامل کشش هستند که در ادامه مورد بحث قرار می‌گیرند.

**عوامل اقتصادی:** تعدادی از مطالعات این بررسی به‌روشنی نشان داده‌اند که عوامل اقتصادی، به‌ویژه حقوق پایین، عامل اصلی مهاجرت پرستاران به‌شمار می‌آید. تفاوت‌های چشمگیر در دستمزد پرستاران بین کشورهای مبدأ و مقصد وجود دارد. اگرچه ممکن است با در نظر گرفتن برابری قدرت خرید و هزینه‌های بالای زندگی در کشورهای توسعه‌یافته، این تفاوت کمتر به‌نظر برسد، اما تأثیر درآمد بالاتر به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بر تصمیمات مهاجرت پرستاران غلبه دارد [۳۷ ، ۳۶]. به‌عنوان مثال، در یک مطالعه، تفاوت دستمزد به‌عنوان یکی از دلایل اصلی مهاجرت پرستاران هندی به کشورهای نظیر ایالات متحده، کانادا و امارات شناسایی شد [۳۹]. در کشورهای فیلیپین و نپال نیز، حقوق پایین پرستاران در هر دو بخش دولتی و خصوصی به‌عنوان عامل فشار اصلی برای مهاجرت مطرح شده است. تحقیقات در کشورهای آفریقایی نشان می‌دهد که دلایل اقتصادی، به‌ویژه عدم تناسب حقوق با مسئولیت‌های پرستاران، از عوامل کلیدی در تصمیم‌گیری برای مهاجرت است [۴۰ ، ۳۹ ، ۲۹]. حتی زمانی که پرستاران احساس کنند درآمد کافی برای تأمین نیازهای مالی فعلی خود دارند، نگرانی از ناتوانی در تضمین امنیت مالی بلندمدت برای خانواده و فرزندان— به‌خصوص در زمینه‌هایی چون خرید خانه— می‌تواند آنان را به سمت مهاجرت سوق دهد [۳۶]. درصد بالایی از پرستاران مهاجر از کشورهای با درآمد کم و متوسط هستند و انگیزه اصلی آن ها حمایت مالی از خانواده از طریق ارسال پول است [۴۱، ۳۹]. علاوه بر این، پایین بودن دستمزد نسبی پرستاران و تفاوت قابل توجه در دستمزد میان پرستاران و سایر مشاغل در کشور مبدأ، و همچنین اختلاف دستمزد بین بخش خصوصی و دولتی، به‌طور قابل توجهی بر تصمیم به مهاجرت تأثیرگذار است. به‌عنوان مثال، در مطالعه‌ای در هند، درصد بیشتری از پرستاران شاغل در بخش خصوصی به دلیل حقوق پایین‌تر نسبت به مشاغل دولتی، تمایل خود را برای مهاجرت ابراز کرده‌اند [۴۲،۲۳]. مشکلات مالی پرستاران در کشورهای در حال توسعه غالباً به اقتصاد ضعیف این کشورها مرتبط است، که تحت تأثیر عواملی خارج از کنترل آن‌ها قرار دارد. شرایط ناعادلانه وام از کشورهای توسعه‌یافته و مؤسسات بین‌المللی، به‌نوعی موجب فلج شدن اقتصاد این کشورها شده و مانع از رشد آن‌ها می‌گردد [۳۷]. به‌دلیل سیاست‌های صندوق بین‌المللی پول و بانک جهانی و برنامه‌های تعدیل ساختاری، بسیاری از کشورهای آفریقا جنوب صحرا ناچار به کاهش ارزش پول خود شده‌اند. این مسائل در برخی موارد منجر به کاهش ۷۰ درصدی حقوق و افزایش بیکاری در بخش سلامت گردیده است [۴۴ ، ۳۷]. در مقابل، کشورهای توسعه یافته قادرند پرستاران را با حقوق و بسته‌های مزایای جذاب‌تری جذب کنند که کشورهای فقیر نمی‌توانند با آن‌ها رقابت کنند [۴۵]. همچنین، آژانس‌های استخدام بین‌المللی با وعده‌هایی نظیر بلیط سفر رایگان، محل اقامت یارانه ای و حقوق معاف از مالیات، پرستاران را به مهاجرت تشویق می‌کنند [۴۷، ۴۶].

**عوامل اجتماعی و فرهنگی:** مهاجرت پرستاران تنها به عوامل اقتصادی محدود نمی‌شود؛ این پدیده در غیاب مشوق‌های دستمزدی نیز به وقوع می‌پیوندد. به‌عنوان نمونه، وقتی درآمدها بر اساس قدرت خرید تنظیم می شوند، دستمزد پرستاران در استرالیا و کانادا تقریباً ۱۴ برابر دستمزد پرستار در غنا و دو برابر دستمزد پرستار در آفریقای جنوبی است. اگر دستمزدها تنها عامل تعیین کننده بودند، باید شاهد مهاجرت بیشتر پرستاران غنائی نسبت به پرستاران آفریقای جنوبی می‌بودیم، اما واقعیت نشان



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15 ]
[ DOI: 10.66224/payesh.25.3.319 ]

می‌دهد که نسبت پرستاران متقاضی مهاجرت از این دو کشور تقریباً برابر است، که بیانگر تأثیر عواملی فراتر از دستمزد بر انتخاب‌های آن‌هاست [۴۸].

مطالعات متعدد نشان داده اند که انگیزه پرستاران برای مهاجرت، به‌ویژه در شرایطی که فشار اقتصادی وجود ندارد، جستجوی کیفیت بهتر زندگی در کشور مقصد است [۵۰، ۴۹، ۴۷]. به‌عنوان مثال، تحقیقی که به بررسی انگیزه‌های پرستاران مهاجر به انگلستان پرداخته، نشان می‌دهد پرستارانی که به‌طور مستقیم از کشورهای مبدأ خود به انگلستان می‌آیند، نسبت به آن‌هایی که از مقاصد مهاجرتی پیشین، نظیر عربستان سعودی، می‌آیند، انگیزه‌های اقتصادی بیشتری دارند [۵۱]. با استناد به نظریه سلسله مراتب نیازهای مازلو، رفتار افراد تحت تأثیر نیازهایی است که برای آن ها در آن لحظه مهم‌ترین است [۵۲]. این انگیزه‌ها پس از بهبود وضعیت مالی در اولین مقصد مهاجرت تغییر می‌کنند و نیازهای اجتماعی، مانند جستجوی محیطی با آزادی فردی بیشتر، قوی‌تر می‌شوند. به‌ویژه برای پرستارانی که به کشورهای حاشیه خلیج فارس، مانند عربستان سعودی، مهاجرت کرده‌اند و به دلیل محدودیت‌های اجتماعی برای زنان در آنجا، تصمیم به مهاجرت مجدد به انگلستان می‌گیرند [۵۱]. علاوه بر این، در تحلیل روند تصمیم‌گیری برای مهاجرت، نمی‌توان به تأثیر دیدگاه‌های پسااستعماری بی‌توجه بود[۵۳]. پیوندهای تاریخی و فرهنگی، از جمله زبان، نقش مهمی در توضیح مسیرهای مهاجرت بین کشورهایی مانند استرالیا، کانادا، هند و انگلستان دارند [۵۴]. به‌عنوان مثال، پرستاران هندی به دلیل این پیوندها و شباهت‌های آموزشی، به انگلستان مهاجرت می‌کنند. پرستاران فیلیپینی نیز به دلایل مشابه، عموماً به ایالات متحده روی می‌آورند [۵۵]، و هلند نیز به مستعمرات سابق خود مانند سورینام و کشورهای هلندی زبان مانند آفریقای جنوبی به‌عنوان منابع نیروی سلامت نگاه می‌کند [۵۴]. اما با جهانی شدن بازار کار سلامت، این پیوندهای تاریخی به تدریج سست شده و مهاجران بیشتر بر اساس شرایط اقتصادی بهتر به جای پیوندهای تاریخی یا خانوادگی انتخاب می‌کنند [۵۶]. نقش آژانس‌های استخدام بین‌المللی و اینترنت در آگاهی پرستاران از فرصت‌های شغلی جهانی نیز بسیار مؤثر است. شبکه‌های اجتماعی و دوستان مهاجر می‌توانند هزینه‌ها و خطرات مهاجرت را برای تازه‌واردان کاهش دهند و به‌طور کلی فرآیند مهاجرت را تسهیل کنند [۵۷]. همچنین، رشد انجمن‌های پرستاران در خارج از کشور و شبکه‌های حمایتی در کشورهای مقصد به‌عنوان یک عنصر کلیدی، مهاجرت را تقویت می‌کند [۵۸].

**عوامل حرفه ای و آموزشی:** برخی از مطالعات نشان داده‌اند که علی‌رغم دلایل اقتصادی، عوامل حرفه‌ای به‌عنوان رایج‌ترین دلایل مهاجرت پرستاران شناخته می‌شوند [۶۰، ۵۹]. شرایط کاری نامناسب و فشارهای روانی ناشی از بار کاری سنگین، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، به پرستاران این انگیزه را می‌دهد که به‌دنبال فرصت‌های شغلی در خارج از کشور خود باشند [۶۱]. برای نمونه، در بسیاری از کشورهای آفریقایی، شیوع ایدز منجر به افزایش بار کاری و ترس از قرار گرفتن در معرض بیماری شده است. در غیاب تجهیزات محافظ، این شرایط به فرسایش روانی پرستاران منجر می‌شود [۶۴، ۶۲]. همچنین، پاندمی کووید-۱۹ به سلامت روانی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، به‌ویژه پرستاران، آسیب جدی وارد کرد و به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر تصمیم به ترک شغل آنان تأثیر گذاشت. در واقع، اپیدمی‌ها به‌وضوح تأثیر عمده‌ای بر سطوح استرس کاری پرستاران دارند و می‌توانند آن‌ها را به سمت مهاجرت سوق دهند [۶۴]. استرس ناشی از بار کاری بیش از حد و احساس ناتوانی در ارائه مراقبت مناسب به بیماران نیز در مطالعات مختلفی از کشورهای کنیا، سریلانکا و مصر به‌عنوان دلایل مهاجرت پرستاران مطرح شده است [۶۵، ۳۲]. به‌علاوه، پرستاران نپالی به فشار کاری و نسبت نامتناسب پرستار به بیمار به‌عنوان جنبه‌های کلیدی ترک کار اشاره کردند که این امر تشدیدکننده بحران کمبود نیروی انسانی است [۶۶].

شیوه های ضعیف مدیریت منابع انسانی نیز عاملی قوی در عدم اثربخشی بخش سلامت و مهاجرت پرستاران به شمار می‌رود [۶۷]. به‌عنوان مثال، در مطالعه‌ای مشخص شد که پرستاران مالاویایی به‌دلیل نادیده‌گرفتن مهارت‌ها و تلاش‌هایشان توسط مدیران پرستاری تصمیم به مهاجرت می گیرند [۶۸]. علاوه بر این، عدم حمایت از ادامه تحصیل به بی‌انگیزگی پرستاران، به‌ویژه جوانانی که تمایل به پیشرفت دارند، دامن می‌زند [۶۹، ۵۰]. دسترسی به مدارک تحصیلی بالاتر و زیرساخت‌های حرفه‌ای پیشرفته و همچنین فناوری‌ها و تجهیزات مدرن که در کشور مبدأ معمولاً در دسترس نیستند، جذابیت مهاجرت را برای پرستاران دوچندان



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15 ]
[ DOI: 10.66224/payesh.25.3.319 ]

می‌کند [۷۰ ، ۵۸]. نهایتاً، پزشک‌سالاری به‌عنوان عاملی برای نارضایتی و فقدان استقلال پرستاران مطرح می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلاف قدرت میان پزشکان و پرستاران، عامل مهمی در نارضایتی پرستاران است و این موضوع به تصویر بد پرستاری و تصور نادرست جامعه از این حرفه مرتبط است [۷۱]. همچنین، مطالعات در کشورهای مصر، اردن و هند نشان می‌دهند که پرستاران نگرش منفی جامعه نسبت به شغل خود را به‌عنوان عاملی بسیار تأثیرگذار در تصمیم به مهاجرت شناسایی کرده‌اند [۷۴ - ۷۲]. این عوامل نشان‌دهنده این است که شرایط نامناسب کاری و حرفه‌ای، فشارهای روانی و نارضایتی‌های ناشی از نظام‌های مدیریتی ضعیف، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، از اصلی‌ترین دلایل مهاجرت پرستاران به شمار می‌روند.

**عوامل شخصی:** نباید این تصور را داشت که همه پرستاران مهاجر از وضعیت شغلی خود ناراضی‌اند. بر اساس یک مطالعه در هند، ۵۶٪ از پرستارانی که از شغلشان راضی بودند، همچنان قصد مهاجرت داشتند. این موضوع نشان می‌دهد که دلایل مهاجرت پرستاران به عوامل دیگری همچون انگیزه‌های شخصی نیز مرتبط است[۷۳]. چندین مطالعه تأکید کرده‌اند که پرستاران عمدتاً با تمایلات و انگیزه‌های فردی مانند اشتیاق به سفر و تجربه زندگی و کار در کشورهای دیگر به مهاجرت می‌پردازند [۷۵، ۶۹، ۵۹، ۴۷]. برخی از آن‌ها برای همراهی با شریک زندگی خود یا در پی جدایی تصمیم به مهاجرت می‌گیرند [۷۵، ۵۹]. همچنین، عده‌ای این سفر را فرصتی طلایی برای بازدید از سرزمین اجدادی خود می‌دانند و برخی به دنبال چالش‌های جدید و هیجان‌انگیز در محیط‌های کاری متفاوت هستند[۷۵]. دستیابی به اهداف شخصی، کشف علایق جدید و فرار از یکنواختی زندگی روزمره از جمله محرک‌هایی هستند که پرستاران را به جستجوی شغل در دیگر کشورها ترغیب می‌کند. بسیاری به دنبال کسب تجربه‌های بین‌المللی در حرفه پرستاری‌اند و برخی دیگر نیز با انگیزه‌های معنوی و مذهبی به مهاجرت فکر می‌کنند. به‌عنوان مثال، یک مطالعه در مصر نشان داد که پرستاران علاوه بر جستجوی استانداردهای بالاتر زندگی، به دلایل مذهبی نظیر ادای مناسک حج و عمره، تمایل به سفر به عربستان سعودی دارند [۷۱ ، ۶۶]. علاوه بر این، خانواده و دوستانی که قبلاً در کشور مقصد مستقر شده‌اند، نقشی کلیدی در تشویق افراد به مهاجرت دارند [۷۶]. این عوامل به روشنی نشان می‌دهند که مهاجرت پرستاران تنها به نارضایتی‌های حرفه‌ای محدود نمی‌شود، بلکه شامل انگیزه‌های عمیق‌تر، شخصی‌تر و حتی فرهنگی نیز می‌گردد.

**عوامل سیاسی:** اکثر مطالعات این مرور بر این نکته تأکید دارند که بی‌ثباتی سیاسی، امنیتی و درگیری‌های خشونت‌آمیز نقش چشمگیری در مهاجرت پرستاران ایفا می‌کنند. جنگ‌های داخلی لبنان در دهه ۱۹۷۰ نه تنها زندگی مردم را مختل کرد، بلکه به یکی از عوامل اصلی مهاجرت متخصصان سلامت تبدیل شد. این الگو در کشورهای دیگر نظیر سوریه، عراق و لیبی نیز دیده می شود؛ جایی که در پی درگیری‌ها، شمار زیادی از متخصصان ناچار به ترک وطن شدند [۷۷]. همچنین، در کشورهای در حال توسعه مانند موزامبیک و لیبریا، جنگ های داخلی موجب شد تا ۸۰ درصد از نیروی کار پرستاری به خارج از کشور مهاجرت کند. احساس ناامیدی و فقدان چشم‌انداز روشن، همراه با سطوح بالای خشونت و جرم و جنایت، پرستاران را به جستجوی فرصت های بهتر در دیگر کشورها سوق می‌دهد [۷۸].

تحقیقات در رومانی و مالزی نیز نشان می دهد که فساد سیاسی و بی‌ثباتی قانونی به‌عنوان قوی‌ترین عوامل تعیین‌کننده مهاجرت پرستاران شناخته می شوند [۸۰ ، ۷۹]. نگرانی های سیاسی و مسائل امنیتی همچنین در میان پرستاران نپالی نیز از عوامل فشار مهم برای مهاجرت به شمار می رود [۶۶]. علاوه بر این، فرهنگ سازمانی که روابط خویشاوندی را به‌جای قانون ارجحیت می‌دهد، می‌تواند برخی پرستاران را به سمت مهاجرت ترغیب کند. مطالعات در هند نشان می‌دهند که پرستاران به‌دلیل سیاست‌های ناعادلانه ارتقا که فقط به طبقات خاصی اختصاص دارد، به دنبال کشورهایی هستند که فرصت‌های برابر برای همه فراهم می‌کنند [۷۳]. به‌طور مشابه، در لبنان نیز خویشاوندسالاری به‌عنوان عاملی مؤثر در مهاجرت پرستاران مطرح شده است [۵۰].

در مجموع نتایج این مطالعه به وضوح نشان می‌دهد که مهاجرت پرستاران به‌عنوان یک چالش جهانی، تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل پیچیده و چندوجهی قرار دارد. این پژوهش با شناسایی علل فشار و کشش، به درک عمیق‌تری از فرآیند تصمیم‌گیری پرستاران دست یافت. از جمله فشارهای اقتصادی می توان به حقوق پایین، عدم تعادل میان مخارج و درآمد، و شرایط کاری نامناسب اشاره



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15 ]
[ DOI: 10.66224/payesh.25.3.319 ]

کرد. این عوامل، از جمله دلایل اصلی ترک وطن به شمار می‌آیند. به‌علاوه، عوامل اجتماعی مانند عدم امنیت شغلی، کمبود اعتبار حرفه‌ای و مشکلات مربوط به حمایت‌های اجتماعی، و همچنین چالش‌های سیاسی نظیر بی‌ثباتی و فساد، بر تمایل پرستاران به مهاجرت تأثیر می‌گذارند. در مقابل، جذابیت‌های کشش شامل فرصت های شغلی بهتر، کیفیت زندگی بالاتر، و حقوق و مزایای جذاب‌تر در کشورهای توسعه‌یافته، نقش حیاتی در جذب پرستاران ایفا می‌کند. این دوگانگی در عوامل فشار و کشش، نمایانگر یک معادله پیچیده است که نیازمند توجه جدی سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه است.

برای مقابله با این چالش، ضروری است که سیاست‌گذاران به بهبود شرایط کاری و ارتقای حقوق و مزایای پرستاران پرداخته و اقدامات مؤثری در جهت فراهم‌سازی فرصت‌های آموزشی و حرفه‌ای، بهبود زیرساخت های بهداشتی، و ایجاد حمایت های لازم به عمل آورند. با ایجاد محیطی حمایت گر و بهبود شرایط اجتماعی و سیاسی، انگیزه‌های مهاجرت کاهش می‌یابد و پرستاران تشویق می‌شوند تا در کشور خود ماندگار شوند. این اقدامات نه تنها به نفع پرستاران است، بلکه به ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در جوامع مختلف نیز کمک می کند و در نهایت به سلامت عمومی و رفاه اجتماعی منجر خواهد شد.

نقش سازمان‌های بین‌المللی، به‌ویژه سازمان سلامت جهان ، در این زمینه بسیار حائز اهمیت است. این سازمان ها با فراهم کردن چارچوب‌های حقوق بشری و استانداردهای جهانی، به کشورها کمک می کنند تا سیاست های مناسبی را برای جذب، نگه‌داشت و مدیریت نیروی کار بهداشت و درمان طراحی کنند. همچنین، ترویج همکاری‌های بین‌المللی و تبادل اطلاعات از سوی این سازمان‌ها می‌تواند به بهبود شرایط کاری و حقوق پرستاران در کشورهای مبدأ کمک کند و از این طریق فشارهای مهاجرت را کاهش دهد.

با این حال، اجرای این پیشنهادات با چالش‌هایی نیز مواجه است. مسائل اقتصادی، سیاسی و اجتماعی موجود در کشورهای در حال توسعه می‌تواند مانع از تحقق این اهداف شود. بنابراین، برای موفقیت این تلاش‌ها، باید به درک عمیق‌تری از نیازها و اولویت‌های محلی پرداخته شود و برنامه‌های قابل‌اجرا با توجه به واقعیت‌های هر کشور تدوین گردد.

در نهایت، ایجاد جهانی که در آن پرستاران احساس ارزشمندی و امنیت داشته باشند، به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها و سلامت میلیون‌ها نفر کمک می‌کند. سرمایه‌گذاری در نیروی کار پرستاری باید در صدر اولویت‌های نظام‌های سلامتی قرار گیرد تا از تبعات منفی مهاجرت جلوگیری شود. ایجاد یک محیط حمایتی و پویا برای پرستاران، به عنوان یک مسئولیت جمعی، می‌تواند نظام‌های سلامتی را به تحول و پیشرفت سوق دهد. با یک رویکرد هماهنگ، می‌توان به تحقق این هدف و بهبود کیفیت خدمات سلامتی و آینده‌ای بهتر برای نسل‌های آینده دست یافت.

## سهم نویسندگان

علی محمد مصدق راد: مشارکت در طراحی ، تجزیه و تحلیل داده ها و ویرایش مقاله

علی اکبر فضائلی: مشارکت در طراحی و تأیید نهایی مقاله

عباس عبادی: مشارکت در طراحی و تأیید نهایی مقاله

فریناز مقدسی: مشارکت در طراحی، مسئول جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله

## تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری تخصصی اقتصاد سلامت با عنوان "بار مالی مهاجرت پرستاران؛ علل و راهکارهای مدیریت آن" و به شماره کد اخلاق IR.TUMS.SPH.REC.14010289 از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران است. نویسندگان صمیمانه از داوران محترمی که با نظرات ارزشمند خود در ارتقاء کیفیت این مقاله نقش مؤثری ایفا کردند، قدردانی و تشکر می‌نمایند.

## منابع

1. Anand S, Bärnighausen T. Health workers at the core of the health system: framework and research issues. Health Policy 2012;105:185-91

2. Anand S, Bärnighausen T. Health workers and vaccination coverage in developing countries: an econometric analysis. Lancet 2007;369:1277-85

3. Ramjan LM, Maneze D, Salamonson Y, Zugai J, Bail K, Liu XL, Montayre J. Undergraduate nursing students challenge misconceptions towards men in nursing: a mixed-method study. Journal of Advanced Nursing 2024;80:1638-51



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15 ]

[ DOI: 10.66224/payesh.25.3.319 ]

4. Baumann A, Crea-Arsenio M. The crisis in the nursing labour market: Canadian policy perspectives. Healthcare 2023;11:1–9
5. Das T, Holland P, Ahmed M, Husain L. Sustainable Development Goal 3: Good Health and Well-being. In: Das T, Nayar PD, editors. South-East Asia Eye Health: Systems, Practices, and Challenges. 1st Edition, Springer: Singapore, 2021
6. Bakibinga P. Africa can and must do more to support nurses and midwives. The Conversation. Available at: https://theconversation.com/africa-can-and-must-do-more-to-support-nurses-and-midwives-135722 [Access date: 07/10/2023]
7. Chirico F, Khabbache H, Rizzo A, Nucera G, Yildirim M, Batra K, et al. Bridging ethics and spirituality in healthcare policies for a holistic response to climate change, new pandemics and global health challenges: a call to action. Advances in Medical Psychology and Public Health 2024;1:170-3
8. Achieve CE. Nursing shortage: economic and financial implications to nurses. Available at: https://achievece.com/blog/nursing-shortage-economic-and-financial-implications-to-nurses [Access date: 05/10/2024]
9. Tamata AT, Mohammadnezhad M. A systematic review study on the factors affecting shortage of nursing workforce in the hospitals. Nursing Open 2023;10:1247-57
10. Buchan J. Nurse migration and international recruitment. Nursing Inquiry. 2001;8:203–204
11. World Health Organization. State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs and Leadership. Geneva: WHO; 2020. Available at: https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677 [Accessed: 07/9/2024]
12. Kaelin L. A question of justice: assessing nurse migration from a philosophical perspective. Developing World Bioethics 2011;11:30-9
13. Peer N. The converging burdens of infectious and non-communicable diseases in rural-to-urban migrant Sub-Saharan African populations: a focus on HIV/AIDS, tuberculosis and cardio-metabolic diseases. Tropical Diseases, Travel Medicine and Vaccines 2015;1:1-8
14. Ezeonwu M. The role of African nurse diaspora in addressing public health priorities in Africa. Global Qualitative Nursing Research 2021;8:23333936211031501
15. Mokoena MJ. Perceptions of professional nurses on the impact of shortage of resources for quality patient care in a public hospital: Limpopo Province. [Master's thesis]. Pretoria: University of South Africa; 2017. Available at: https://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/22928/dissertation_mokoena_mj.pdf [Access date: 08/11/2024]
16. Joshi R, Yakubu K, Keshri VR, Jha V. Skilled health workforce emigration: its consequences, ethics, and potential solutions. Mayo Clinic Proceedings 2023;98:960-5
17. Stievano A, Caruso R, Shaffer F. Navigating the health professional migration tsunami in the era of COVID-19 and globalization: a call to action for a collective and coordinated response from government and non-government organizations. Healthcare (Basel). 2023;11:931
18. Nolen S. Rich countries lure health workers from low-income nations to fight shortages. The New York Times. 2022 Jan 24. Available at: https://www.nytimes.com/2022/01/24/health/health-workers-migration.html [Access date: 05/10/2024]
19. Kirigia JM, Gbary AR, Muthuri LK, Nyoni J, Seddoh A. The cost of health professionals' brain drain in Kenya. BMC Health Services Research 2006;6:1-10
20. Diallo K. Data on the migration of health-care workers: sources, uses, and challenges. Bulletin of the World Health Organization 2004;82:601-7
21. World Health Organization. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Geneva: WHO; 2010. Available at: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf [Access date: 01/05/2025]
22. Najib M, Abdullah S, Narresh S, Juni MH. Brain-drain phenomenon among healthcare workers. International Journal of Public Health and Clinical Sciences 2019;6:90-103
23. Walton-Roberts M, Runnels V, Rajan SI, Sood A, Nair S, Thomas P, et al. Causes, consequences, and policy responses to the migration of health workers: key findings from India. Human Resources for Health 2017;15:1-8
24. Thapa B, Shrestha K. Factors influencing brain drain among Nepalese nurses. Kathmandu University Medical Journal 2017;15:35-9
25. Kabbash I, El-Sallamy R, Zayed H, Alkhyate I, Omar A, Abdo S. The brain drain: why medical students and young physicians want to leave Egypt. Eastern Mediterranean Health Journal 2021;27:1102–1108
26. Sasso L, Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Aleo G, Watson R, et al. Push and pull factors of

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15 ]
[ DOI: 10.66224/payesh.25.3.319 ]

nurses' intention to leave. Journal of Nursing Management 2019;27:946-54
27. Ajayi PO, Ajayi OM, Ogunleye TS. Determinants of brain drain among health workers in public teaching hospitals in Ekiti State, Nigeria. International Journal of Health and Pharmaceutical Research 2022;7:45–55
28. Ogaboh AAM, Udom HT, Eke IT. Why brain drain in the Nigerian health sector? Asian Journal of Applied Sciences 2020;8:95–104
29. Pretorius CM. A phenomenological study of South African nurse migration and workplace reintegration upon return [Master's thesis]. Stellenbosch: Stellenbosch University; 2018. Available at: https://scholar.sun.ac.za/handle/10019.1/103671 [Access date: 01/05/2025]
30. Smith R, Hanefeld J. Globalization, trade, and health economics. Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance. Oxford: Oxford University Press; 2018. Available at:https://oxfordre.com/economics/display/10.1093/acrefore/9780190625979.001.0001/acrefore-9780190625979-e-35 [Accessed: 07/6/2024]
31. Wibulpolprasert S, Pachanee CA, Pitayarangsarit S, Hempisut P. International service trade and its implications for human resources for health: a case study of Thailand. Human Resources for Health 2004;2:1-2
32. Abdou HR, Hagrass Ø. Nurses' awareness about brain drain and its determinants factors at Main Mansoura University Hospital. International Egyptian Journal of Nursing Science Research 2024;5:36-51
33. Neyazi N, Mosadeghrad AM, Afshari M, Isfahani P, Safi N. Strategies to tackle non-communicable diseases in Afghanistan: a scoping review. Front Public Health 2023;11:1–15
34. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology 2005;8:19-32
35. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006;3:77-101
36. Mensah K, Mackintosh M, Henry L. The 'skills drain' of health professionals from the developing world: a framework for policy formulation. London: Medact; 2005. Available at: https://www.medact.org/app/uploads/2014/03/2.-the-skills-drain-of-health-professionals.pdf [Accessed: 05/5/2024]
37. Likupe G. The skills and brain drain what nurses say. Journal of Clinical Nursing 2013;22:1372-81
38. George G, Rhodes B. Is there a financial incentive to immigrate? Examining the health worker salary gap between India and popular destination countries. Human Resources for Health 2017;15:1-0
39. Dimaya RM, McEwen MK, Curry LA, Bradley EH. Managing health worker migration: a qualitative study of the Philippine response to nurse brain drain. Human Resources for Health 2012;10:1-8
40. Kadel M, Bhandari M. Factors intended to brain drain among nurses working at private hospitals of Biratnagar, Nepal. Bibechana 2019;16:213-20
41. Ross SJ, Polsky D, Sochalski J. Nursing shortages and international nurse migration. International Nursing Review 2005;52:253–262
42. Simoens S, Villeneuve M, Hurst J. Tackling nurse shortages in OECD countries. OECD Health Working Papers, No. 19. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2005. Available at: https://doi.org/10.1787/172102620474 [Accessed: 07/10/2023]
43. Oda H, Tsujita Y, Irudaya Rajan S. An analysis of factors influencing the international migration of Indian nurses. Journal of International Migration and Integration 2018;19:607-24
44. Liese B, Dussault G. The state of the health workforce in sub-Saharan Africa: evidence of crisis and analysis of contributing factors. Africa Region Human Development Working Paper Series, No. 75. Washington, D.C.: World Bank; 2004. Available at: https://documents1.worldbank.org/curated/en/412051468002680722/pdf/328040Health0workforce0AFHD0No175.pdf [Accessed: 02/10/2024]
45. McGillis Hall L, Pink GH, Jones CB, Leatt P, Gates M, Peterson J. Is the grass any greener? Canada to United States of America nurse migration. International Nursing Review 2009;56:198-205
46. Singh JA, Nkala B, Amuah E, Mehta N, Ahmad A. The ethics of nurse poaching from the developing world. Nursing Ethics 2003;10:666-70
47. Beaton M, Walsh J. Overseas recruitment: experiences of nurses immigrating to Newfoundland and Labrador, 1949–2004. Nursing Inquiry 2010;17:173-83
48. Vujicic M, Zurn P, Diallo K, Adams O, Dal Poz MR. The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. Human Resources for Health 2004;2:1-4

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15 ]
[ DOI: 10.66224/payesh.25.3.319 ]

49. Tregunno D, Peters S, Campbell H, Gordon S. International nurse migration: U-turn for safe workplace transition. Nursing Inquiry 2009;16:182-90
50. El-Jardali F, Dumit N, Jamal D, Mouro G. Migration of Lebanese nurses: a questionnaire survey and secondary data analysis. International Journal of Nursing Studies 2008;45:1490-500
51. Alonso-Garbayo Á, Maben J. Internationally recruited nurses from India and the Philippines in the United Kingdom: the decision to emigrate. Human Resources for Health. 2009;7:37 Available at: https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-7-37 [Access date: 01/05/2025]
52. Maslow AH, Frager R. Motivation and Personality. 3st Edition, Harper & Row: New York, 1987
53. Raghuram P. Caring about 'brain drain' migration in a postcolonial world. Geoforum 2009;40:25-33
54. Tjadens F. Health care shortages: where globalization, nurses and migration meet. Eurohealth 2002;8:33-5
55. Choy CC. Empire of care: nursing and migration in Filipino American history. 1st Edition, Duke University Press: Durham, 2003
56. International Labour Organization. Towards a fair deal for migrant workers in the global economy. International Labour Conference, 92nd Session, Geneva, 2004. Available at: https://webapps.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc92/pdf/rep-vi.pdf [Accessed: 07/11/2023]
57. Massey DS, Arango J, Hugo G, Kouaouci A, Pellegrino A, Taylor JE. Theories of international migration: a review and appraisal. Population and Development Review 1993;19:431-66
58. Khadria B. Migration of Highly Skilled Indians: Case Studies of IT and the Health Professionals. OECD Science, Technology and Industry Working Papers, No. 2004/6. Paris: OECD Publishing; 2004. Available at: https://doi.org/10.1787/381236020703 [Accessed: 17/11/2023]
59. de Veer A, den Ouden DJ, Francke A. Experiences of foreign European nurses in the Netherlands. Health Policy 2004;68:55-61
60. Buchan J. The impact of global nursing migration on health services delivery. Policy, Politics, & Nursing Practice 2006;7:16S-25S
61. Buchan J, Parkin T, Sochalski J. International nurse mobility: trends and policy implications. Geneva: World Health Organization; 2003. Available at: https://apps.who.int/iris/handle/10665/68061 [Accessed: 07/8/2024]
62. Friedman EA. An action plan to prevent brain drain: building equitable health systems in Africa. Boston: Physicians for Human Rights; 2004. Available at: https://phr.org/our-work/resources/an-action-plan-to-prevent-brain-drain [Accessed: 07/10/2023]
63. Shapiro RL. Drawing lines in the sand: the boundaries of the HIV pandemic in perspective. Social Science & Medicine 2002;55:2189-99
64. Ekingen E, Teleş M, Yıldız A, Yıldırım M. Mediating effect of work stress in the relationship between fear of COVID-19 and nurses' organizational and professional turnover intentions. Archives of Psychiatric Nursing 2023;42:97-105
65. Mudihanselage HS, Chamaru AA. The nursing shortage impact on job outcome (the case in Sri Lanka). Journal of Competitiveness 2015;7:64-73
66. Sapkota TN, van Teijlingen E, Simkhada PP. Nepalese health workers' migration to the United Kingdom: a qualitative study. Health Science Journal 2014;8:57–74
67. Bach S. Human resources and new approaches to public sector management: improving human resources management capacity. In: Ferrinho P, Dal Poz MR, editors. Towards a Global Health Workforce Strategy. 1st Edition, ITG Press: Antwerp, 2003
68. Schmiedeknecht K, Perera M, Schell E, Jere J, Geoffroy E, Rankin S. Predictors of workforce retention among Malawian nurse graduates of a scholarship program: a mixed-methods study. Global Health: Science and Practice 2015;3:85-96
69. Chikanda A. Nurse migration from Zimbabwe: analysis of recent trends and impacts. Nursing Inquiry 2005;12:162-74
70. Kingma M. Nursing migration: global treasure hunt or disaster-in-the-making? Nursing Inquiry 2001;8:205-12
71. Hashish EA, Ashour HM. Determinants and mitigating factors of the brain drain among Egyptian nurses: a mixed-methods study. Journal of Research in Nursing 2020;25:699-719
72. Ibrahim AF, Akel DT, Alzghoul HW. Image of nursing profession as perceived by Egyptian and Jordanian undergraduate male nursing students: a comparative study. Journal of Education and Practice 2015;6:24-36

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15 ]
[ DOI: 10.66224/payesh.25.3.319 ]

73. Thomas P. The international migration of Indian nurses. International Nursing Review 2006;53:277-83
74. Garner SL, Conroy SF, Bader SG. Nurse migration from India: a literature review. International Journal of Nursing Studies 2015;52:1879-90
75. Larsen JA, Allan HT, Bryan K, Smith P. Overseas nurses' motivations for working in the UK: globalization and life politics. Work, Employment & Society 2005;19:349-68
76. Sanders D, Lloyd B. Human resources: international context: human resources. South African Health Review 2005;2005:76-87
77. Bou-Karroum L, Daou KN, Nomier M, El Arnaout N, Fouad FM, El-Jardali F, et al. Health care workers in the setting of the "Arab Spring": a scoping review for the Lancet-AUB Commission on Syria. Journal of Global Health. 2019;9:010402
78. Kalipeni E, Semu LL, Mbilizi MA. The brain drain of health care professionals from sub-Saharan Africa: a geographic perspective. Progress in Development Studies 2012;12:153-71
79. Fong T, Hassan Z. Factors contributing to brain drain in Malaysia. International Journal of Education, Learning and Training 2017;2:14-31
80. Cristian ER, Baragan GL. Identification of main economic and social causes of Romanian migration. Ecoforum Journal 2015;4:7–13

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15 ]

[ DOI: 10.66224/payesh.25.3.319 ]