

Review Study

Open Access

Factors Affecting Nurse Retention: An Analytical Narrative Review of Individual, Organizational, and Structural Factors in Crisis-Affected Healthcare Systems

Mehdi, Jafari^{1*}, Amirhossein Khajezadeh², Fatemeh Mobini³

1. Affiliation: Department of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran*.
2. Affiliation: MSc Student in Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Affiliation: PhD Student, Department of Health Services Management, Islamic Azad University, North Tehran Branch, Tehran, Iran.

Article information

Article type:
Original Article

Received: 2025/09/02
Accepted: 2026/02/16

Keywords:

Nurse retention,
occupational burnout,
crisis-prone health system,
Narrative Review

***Corresponding author:**

Mehdi, Jafari: Affiliation:
Department of Nursing,
Faculty of Nursing &
Midwifery, Shahed University,
Tehran, Iran.

Email: me.jafari@shahed.ac.ir

Tel: 09214191035

Abstract

Background and Objectives: Nurse retention, a pivotal indicator of health system performance, refers to the capacity of healthcare organizations to attract, retain, and support clinical nursing staff. Declining nurse retention constitutes a systemic global challenge, leading to increased operational costs, diminished quality of care, and critical workforce shortages. This narrative review aims to analyze the multifaceted determinants of nurse retention within crisis-prone health systems, examining them through three interrelated lenses: individual, organizational, and structural levels.

Materials and Methods: Employing an analytical narrative review methodology, this study synthesized existing literature published between 2010 and 2024. Data were retrieved from PubMed, ScienceDirect, Ovid CINAHL, and Google Scholar using related keywords. Articles were selected based on predefined quality criteria. Following a rigorous screening process, 47 high-quality, relevant studies were ultimately included in the final analysis out of an initial pool of 842 publications.

Results: Key individual-level factors influencing retention include occupational burnout, age, and work-life balance. At the organizational level, determinants encompass organizational culture, workload intensity, and moral distress. Structural-level factors involve health policies, the societal status of nursing, and workforce migration patterns. In crisis-prone health systems, the interplay of these factors exacerbates nurse attrition, creating a self-reinforcing cycle of instability and decline.

Conclusion: Nurse retention is a multidimensional phenomenon requiring comprehensive, multilevel interventions. Efforts confined solely to the individual level are insufficient and ultimately ineffective. Policymakers must prioritize structural reforms enhancing the social prestige of nursing, improving working conditions, and implementing systemic policy changes to foster sustainable retention and strengthen health systems under duress.

How to Cite This Article: Mehdi, Jafari, Amirhossein Khajezadeh, Fatemeh Mobini

Factors Affecting Nurse Retention: An Analytical Narrative Review of Individual, Organizational, and Structural Factors in Crisis-Affected Healthcare Systems



عوامل مؤثر بر ماندگاری پرستاران: مرور روایتی تحلیلی عوامل فردی، سازمانی و ساختاری در سیستم‌های سلامت بحرانی

مهدی جعفری^{۱*}، امیرحسین خواجه زاده^۲، فاطمه مبینی^۳

۱. هیأت علمی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.*
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۳. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت بهداشت و درمان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مروری روایتی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۷

واژه‌های کلیدی:

ماندگاری پرستاران، فرهنگ سازمانی، سیستم سلامت بحرانی، مرور روایتی

*نویسنده مسئول:

مهدی جعفری: هیأت علمی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه شاهد، تهران، ایران

ایمیل: me.jafari@shahed.ac.ir

تلفن: 09214191035

چکیده

زمینه و هدف: ماندگاری پرستاران به عنوان یک شاخص کلیدی عملکرد سیستم‌های سلامت، به توانایی سازمان‌های مراقبتی در جذب، حفظ و پشتیبانی از نیروی انسانی بالینی اشاره دارد. کاهش ماندگاری پرستاران یکی از چالش‌های سیستمیک در سطح جهانی است که منجر به افزایش هزینه‌ها، کاهش کیفیت مراقبت و کمبود نیرو می‌شود. هدف این مقاله مروری، تحلیل عوامل مؤثر بر ماندگاری پرستاران در سیستم‌های سلامت بحرانی از منظر سه سطح فردی، سازمانی و ساختاری است.

روش کار: این مقاله با استفاده از روش مرور روایتی تحلیلی، ادبیات موجود در دوره ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۴ را بررسی کرده و عوامل مؤثر را در سه سطح تحلیل نموده است. منابع از پایگاه‌های PubMed، ScienceDirect، Ovid، CINAHL، Google Scholar و تنها با کلیدواژه‌های انگلیسی مرتبط جستجو و جمع‌آوری شده و بر اساس معیارهای کیفیت انتخاب شدند. پس از فرآیند غربالگری، نهایتاً از بین ۸۴۲ مقاله بدست آمده از جستجو، ۴۷ مقاله مرتبط و باکیفیت در تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفتند.

یافته‌ها: عوامل فردی شامل فرسودگی شغلی، سن، و تعادل کار-زندگی؛ عوامل سازمانی شامل فرهنگ سازمانی، بار کاری و فرسودگی اخلاقی؛ و عوامل ساختاری شامل سیاست‌های سلامت، جایگاه اجتماعی و مهاجرت نیرو، از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر ماندگاری پرستاران هستند. تعامل این عوامل در سیستم‌های سلامت بحرانی، باعث تشدید کاهش ماندگاری پرستاران می‌شود.

نتیجه‌گیری: ماندگاری شغلی پرستاران یک پدیده چندسطحی است که نیازمند اصلاحات ساختاری و چندبخشی است. تلاش‌های محدود به سطح فردی ناکارآمد خواهد بود. سیاست‌گذاران باید بر ارتقای جایگاه اجتماعی، بهبود شرایط کاری و اصلاح سیستمی تمرکز کنند.

مقدمه

در دنیایی که سیستم های سلامت روزبه روز با چالش های پیچیده تری از جمله بحران های همه گیری، جنگ، تغییرات آب و هوایی و بی ثباتی اقتصادی مواجه اند، ماندگاری پرستاران (Nurse Retention) دیگر یک مسئله منابع انسانی معمولی نیست، بلکه یک تعیین کننده حیاتی برای بقا و کارایی سیستم های بهداشتی تبدیل شده است. ماندگاری پرستاران، که به توانایی سازمان های مراقبتی در جذب، حفظ و پشتیبانی از نیروی انسانی بالینی اشاره دارد (۱،۲)، امروزه به عنوان یکی از حساسترین شاخص های سلامت جامعه شناخته می شود. کاهش ماندگاری نه تنها منجر به افزایش هزینه های عملیاتی و جایگزینی نیرو می شود؛ بلکه به طور مستقیم بر کیفیت مراقبت بیمار، افزایش خطاهای پزشکی، کاهش رضایت بیماران و فرسایش اعتماد عمومی به سیستم سلامت تأثیر می گذارد (افزایش هزینه ای که بر اساس برآوردها می تواند تا ۲ برابر حقوق سالانه یک پرستار تمام وقت باشد) (۳و۴). این خسارات در سیستم های بحرانی که ظرفیت تحمل خطا را ندارند، فاجعه بار و غیرقابل جبران است. مطالعات نشان می دهند که در بیمارستان هایی با نرخ ترک شغل بالا، احتمال مرگ بیماران تا ۷٪ افزایش می یابد در واقع نشانه ای است از ارتباط مستقیم بین ماندگاری نیرو و پیامدهای بالینی (۵).

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO) در سال ۲۰۲۰، جهان تا سال ۲۰۳۰ با کمبودی بیش از ۵/۷ میلیون پرستار مواجه خواهد شد، که بخش عمده ای از این کمبود ناشی از عدم ماندگاری نیرو و نه صرفاً کمبود آموزش یا جذب اولیه است (۶). این آمار هشداردهنده نشان می دهد که ما با یک بحران منابع انسانی ساده روبرو نیستیم، بلکه با یک بحران سیستمیک که ریشه در ناتوانی ساختارهای حکمرانی، سیاست گذاری نادرست و

فرهنگ سازمانی ناسالم دارد. در این میان، سیستم های سلامت بحرانی که به عنوان نظام هایی که تحت فشارهای شدید ناشی از کمبود منابع، بار کاری بالا، بی ثباتی سیاست های بهداشتی یا شرایط اضطراری (مانند همه گیری ها یا بحران های اجتماعی-اقتصادی) قرار دارند تعریف می شوند، بیشترین آسیب پذیری را در برابر کاهش ماندگاری پرستاران نشان می دهند (۷). در این سیستم ها، تعامل پیچیده ای بین عوامل فردی، سازمانی و ساختاری منجر به کاهش تعهد حرفه ای و افزایش تمایل به ترک شغل می شود (۸). به ویژه در دوران پاندمی کووید-۱۹، این پدیده به شکلی حاد ظاهر شد: مطالعات نشان دادند که بیش از ۳۰٪ از پرستاران در کشورهای مختلف، پس از موج اول پاندمی، قصد ترک حرفه را اعلام کردند و نه به دلیل فرسودگی فردی، بلکه به دلیل عدم حمایت سازمانی و فشارهای سیستمی (۹).

اگرچه مطالعات متعددی به بررسی عوامل مؤثر بر ماندگاری شغلی پرستاران پرداخته اند، اما بیشتر این پژوهش ها بر یک سطح خاص معمولاً فردی یا سازمانی متمرکز بوده و تحلیل یکپارچه و مفهومی از تعامل بین سطوح مختلف کمتر انجام شده است (۱۰). بسیاری از مرورهای موجود به صورت کیفی یا متاآنالیز عوامل فرسودگی شغلی یا رضایت شغلی را بررسی کرده اند، اما مرورهای روایی نظری محور که چارچوب مفهومی روشنی ارائه دهند و بتوانند پیچیدگی های سیستمی را در شرایط بحرانی تبیین کنند، دیده نمی شوند (۱۱). این شکاف مفهومی، درک جامعی از پدیده ماندگاری را در شرایط بحرانی محدود کرده است و سیاست گذاران را به سمت راهکارهای سطحی و ناکارآمد سوق داده است؛ راهکارهایی که بیشتر بر "تغییر نگرش فردی" یا "افزایش تاب آوری پرستاران" تمرکز دارند، بدون آنکه به ریشه های

ساختاری و سازمانی مشکل پردازند. این رویکرد، نه تنها بی‌اثر است، بلکه ممکن است به "گناهکارسازی قربانیان" (victim blaming) منجر شود؛ مفهومی که در جامعه‌شناسی سلامت به تحلیل ناعادلانه بارگذاری مسئولیت بر دوش کارکنان خط مقدم اشاره دارد (۱۲).

این مقاله با استفاده از روش مرور روایی تحلیلی (analytical narrative review)، به تفسیر، یکپارچه‌سازی و نقد ادبیات موجود در مورد عوامل مؤثر بر ماندگاری پرستاران می‌پردازد. هدف اصلی، ارائه یک چارچوب مفهومی چندسطحی است که درک جامعی از این پدیده در سیستم‌های سلامت بحرانی فراهم کند. این مرور با الهام از مدل "Push-Pull-Mooring" و رویکرد سیستمی به سلامت، سه سطح تحلیلی را مورد بررسی قرار می‌دهد: (۱) عوامل فردی (مانند فرسودگی شغلی، سن، تعادل کار-زندگی)، (۲) عوامل سازمانی (مانند فرهنگ سازمانی، بار کاری، فرسودگی اخلاقی)، و (۳) عوامل ساختاری (مانند سیاست‌های سلامت، جایگاه اجتماعی پرستاری، مهاجرت نیرو) (۱۳ و ۱۴ و ۱۵). این رویکرد به ما امکان را می‌دهد تا نشان دهیم ماندگاری صرفاً یک مسئله فردی نیست، بلکه محصول تعامل پیچیده‌ای بین سیاست‌گذاری کلان، فرهنگ سازمانی و شرایط شخصی پرستاران است. بدون این نگاه سیستماتیک، هرگونه مداخله‌ای احتمالاً با شکست مواجه خواهد شد، چرا که پدیده ماندگاری، همچون یک اکوسیستم، نیازمند بازسازی هماهنگ در تمام سطوح است (۱۰).

درک این تعامل چندسطحی نه تنها برای تدوین سیاست‌های مؤثر ضروری است، بلکه می‌تواند به بازتعریف مسئولیت‌ها کمک کند: از پرستارانی که به‌عنوان "فرد ضعیف" مورد سرزنش قرار می‌گیرند، به سیستم‌هایی که نتوانسته‌اند شرایط انسانی و حرفه‌ای

مناسبی فراهم کنند. در نهایت، این مقاله تلاش می‌کند تا نشان دهد بحران ماندگاری پرستاران، بحرانی سیستماتیک است و هرگونه راهکاری که این واقعیت را نادیده بگیرد، احتمالاً با چالش‌های اجرایی مواجه شده و نمی‌تواند به‌صورت پایدار و سیستماتیک به بهبود ماندگاری منجر شود (۱۶ و ۱۷). تنها با بازنگری در ساختارهای حکمرانی، تقویت فرهنگ سازمانی حمایتی و ارتقای جایگاه اجتماعی پرستاری می‌توان امیدوی به بازسازی اعتماد و ماندگاری در این حرفه حیاتی داشت. این ضرورت، نه یک انتخاب، بلکه یک الزام اخلاقی و عملیاتی برای نظام‌های سلامت جهانی است چرا که بدون پرستاران ماندگار، هیچ سیستم سلامتی نمی‌تواند پایدار بماند (۶).

روش کار

این مقاله مروری با استفاده از روش مرور روایی تحلیلی نوشته شده است. جستجوی ادبیات تنها در پایگاه‌های PubMed، ScienceDirect، Ovid، CINAHL و Google Scholar و از میان مقالات منتشر شده بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۴ انجام گرفت. تنها از کلیدواژه‌های انگلیسی جهت جستجو استفاده شد که شامل "burnout"، "nurse retention"، "organizational culture"، "workload"، "moral distress"، "healthcare crisis"، "nursing turnover" بود. کلیدواژه‌های مورد استفاده در باکس شماره ۱ آمده است. در این مطالعه از جستجوی دستی استفاده نشد. فرآیند انتخاب مقالات بر اساس دستورالعمل PRISMA (۲۰۲۰) انجام شد (نمودار شماره ۱).

در جستجوی اولیه صورت گرفته ۸۴۱ مقاله بدست آمد. از این میان مقالات تکراری تعداد ۳۱۲ مقاله با استفاده از نرم افزار EndNote حذف شدند. سپس غربالگری اولیه مقالات بر اساس

گزارش‌دهی و کنترل سوگیری می‌پردازند. مقالاتی که در بیش از سه مورد امتیاز «خیر» دریافت کردند، از تحلیل نهایی حذف شدند.

ابزار MMAT نیز برای ارزیابی مطالعات مختلط (Mixed Methods) استفاده شد. این ابزار دو مرحله دارد: ابتدا دو سؤال غربالگری کلی در خصوص وضوح سؤال پژوهشی و تجربی بودن داده‌ها بررسی می‌شود، سپس بسته به نوع مطالعه (کیفی، کمی یا مختلط) پنج معیار اختصاصی ارزیابی می‌شوند. پاسخ‌ها در سه سطح "بله"، "خیر" یا "نمی‌دانم" ثبت شدند. تنها مقالاتی که بخش عمده معیارها را برآورده کرده بودند، وارد تحلیل نهایی شدند.

ابزار AMSTAR_2 نیز برای مرورهای نظام‌مند مورد استفاده قرار گرفت. این ابزار ۱۶ معیار دارد که به کیفیت روش‌شناختی مرورها می‌پردازد، از جمله وجود پروتکل از پیش ثبت‌شده، جامعیت راهبرد جستجو، دوبخشی بودن غربالگری و استخراج داده‌ها، ارزیابی خطر سوگیری در مطالعات اولیه و روش ترکیب نتایج. مرورهایی که در چندین معیار کلیدی نمره ضعیف گرفتند، کنار گذاشته شدند.

برای کارآزمایی‌های بالینی تصادفی (RCTs) نیز از ابزار Cochrane Risk of Bias Tool استفاده شد. این ابزار کیفیت مطالعات را در حوزه‌های مختلف از جمله تصادفی‌سازی، پنهان‌سازی تخصیص، کورسازی، کامل بودن داده‌ها، گزارش‌دهی انتخابی و سایر منابع سوگیری بررسی می‌کند. مقالاتی که بیش از سه حوزه را در سطح "خطر بالای سوگیری" داشتند، از مطالعه حذف شدند. چک لیست مخصوص مطالعات مشاهده‌ای (همگروهی و مورد-شاهدی) CASP نیز استفاده شد. این چک لیست‌ها شامل سؤالاتی درباره وضوح هدف مطالعه،

عنوان و چکیده آن‌ها توسط دو نویسنده مستقل صورت گرفت و موارد غیرمرتبط حذف شدند. در مرحله بعد متن کامل مقالات توسط دو نویسنده طبق معیارهای ورود و خروج غربالگری شدند.

معیارهای ورود شامل مقالاتی بود که به طور مستقیم به ماندگاری شغلی پرستاران در سیستم‌های سلامت بحرانی پرداخته باشند یا مقالاتی که به عوامل مؤثر بر ماندگاری یا رضایت شغلی پرستاران تمرکز داشتند. همچنین مقالاتی وارد مطالعه شدند که به عوامل فردی (مانند رضایت شغلی، انگیزه، استرس)، عوامل سازمانی (مثل رهبری، فرهنگ سازمانی، پشتیبانی اجتماعی) یا عوامل ساختاری (مانند سیاست‌های استخدامی، تجهیزات پزشکی، زیرساخت‌ها) در تأثیرگذاری بر ماندگاری پرستاران پرداخته بودند و در شرایط بحرانی (مانند بحران‌های بهداشتی، پاندمی‌ها، بلایای طبیعی یا جنگ‌ها) انجام شده بودند. سایر معیارهای ورود شامل وجود تحلیل عوامل در حداقل یکی از سطوح فردی، سازمانی یا ساختاری، انتشار در بازه زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۴، نوع مقاله (مروری، متآنالیز، مطالعات تجربی کیفی/کمی/مختلط)، دسترسی به متن کامل و کیفیت علمی مطلوب بود. معیارهای خروج شامل مقالاتی بود که تنها بر رضایت شغلی یا فرسودگی بدون ارتباط با ماندگاری تمرکز داشتند، مطالعات میدانی یا کیفی بدون چارچوب تحلیلی چندسطحی، مقالات تکراری یا با همپوشانی محتوایی بالا و مقالات با کیفیت پایین بر اساس ابزارهای CASP (Critical Appraisal Skills Programme) MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool)، AMSTAR-2 (برای مرورهای نظام‌مند)، Cochrane Risk of Bias Tool، CASP Cohort/Case-control Checklists بودند. ابزارهای کنترل کیفیت مقالات: ابزار CASP به ارزیابی شفافیت سؤال پژوهشی، جامعیت جستجو، تعریف معیارهای ورود/خروج، کیفیت

("Nurse Retention"[Mesh] OR "Nursing Staff, Hospital/psychology"[Mesh] OR "Nursing Staff, Hospital/statistics & numerical data"[Mesh] OR "Professional Attrition"[Mesh] OR "job satisfaction"[tiab] OR "nurse turnover"[tiab] OR "nurse retention"[tiab] OR "nursing staff retention"[tiab] OR "leaving profession"[tiab] OR "intention to leave"[tiab]) AND ("Burnout, Professional"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh] OR "Moral Distress"[Mesh] OR "work engagement"[tiab] OR "emotional exhaustion"[tiab] OR "moral distress"[tiab] OR "job strain"[tiab]) AND ("Organizational Culture"[Mesh] OR "Leadership"[Mesh] OR "Workplace"[Mesh] OR "Job Demands"[Mesh] OR "organizational support"[tiab] OR "nursing leadership"[tiab] OR "work environment"[tiab] OR "shift work"[tiab] OR "staffing ratio"[tiab]) AND ("Health Systems, Crisis-Related"[Mesh] OR "Health Policy"[Mesh] OR "Health Workforce"[Mesh] OR "Personnel Turnover"[Mesh] OR "crisis healthcare"[tiab] OR "health system strain"[tiab] OR "pandemic response"[tiab] OR "healthcare reform"[tiab] OR "brain drain"[tiab] OR "nurse migration"[tiab]) AND ("Review"[Publication Type] OR "Systematic Review"[Mesh] OR "Narrative Review"[tiab] OR "literature review"[tiab]) AND (English[lang] OR Persian[lang]) AND ("2010/01/01"[Date - Publication] : "2024/12/31"[Date - Publication])

باکس شماره ۱ - کلیدواژه های جستجو شده

مقالات حاصل از جستجوی اولیه در پایگاه	مقالات حاصل از جستجوی اولیه در پایگاه	مقالات حاصل از جستجوی اولیه در پایگاه	مقالات حاصل از جستجوی اولیه در پایگاه	مقالات حاصل از جستجوی اولیه در پایگاه
PubMed N=81	Ovid N=28	ScienceDirect N=27	CINAHL N=250	Google Scholar N=654



نمودار شماره ۱ - نحوه جستجو و مراحل بررسی مقالات بر اساس فلوجارت

PRISMA

تعریف دقیق گروه‌های مقایسه‌ای، کیفیت پیگیری یا تطابق گروه‌ها، شناسایی و کنترل عوامل مخدوش‌کننده و قابلیت تعمیم نتایج هستند. مقالاتی که نتوانستند حداقل استانداردها را رعایت کنند، حذف شدند.

در مواردی که اختلاف نظر بین دو نویسنده در مورد ورود یا خروج مقاله وجود داشت، تصمیم نهایی با مشورت نویسنده سوم و بر اساس معیارهای ورود و خروجی که پیش از آغاز فرآیند غربالگری به صورت مشترک تعریف و مستند شده بودند، اتخاذ گردید.

پس از انتخاب مقالات نهایی، داده‌ها به صورت سیستماتیک استخراج شدند. برای این منظور یک فرم استخراج داده طراحی شد که شامل اطلاعات کتابشناختی (نویسنده، سال انتشار، کشور مطالعه)، نوع مطالعه (کیفی، کمی، مختلط یا مروری)، هدف پژوهش، جمعیت مورد مطالعه، زمینه بحران سلامت، و مهم‌ترین یافته‌ها در زمینه ماندگاری پرستاران بود.

فرآیند تحلیل داده‌ها بر اساس رویکرد مرور روایتی تحلیلی انجام گرفت. در مرحله تحلیل داده‌ها، ابتدا اطلاعات مقالات منتخب با بهره‌گیری از فرم استاندارد استخراج داده مؤسسه جونا بریگز (JBI Data Extraction Form) به صورت نظام‌مند ثبت گردید. سپس داده‌های به دست آمده با استفاده از رویکرد تحلیل مضمون (Thematic Analysis) کدگذاری و بر اساس سطوح فردی، سازمانی و ساختاری طبقه‌بندی شدند. فرآیند کدگذاری به صورت مستقل توسط دو پژوهشگر انجام شد و به منظور ارتقای پایایی، موارد اختلافی از طریق بحث و اجماع حل و فصل گردید. در ادامه، داده‌های کدگذاری شده در قالب یک مقایسه تحلیلی میان مطالعات تلفیق شدند و نهایتاً مضامین اصلی و فرعی بازنمایانگر عوامل مؤثر بر ماندگاری پرستاران در شرایط بحرانی استخراج شد. (فلوجارت شماره ۱)

یافته‌ها

در مجموع، ۴۷ مطالعه شامل مرورهای سیستماتیک، روایی و مطالعات تجربی کیفی/کمی در تحلیل نهایی قرار گرفتند. یافته‌ها نشان دادند ماندگاری پرستاران در سیستم‌های بحرانی، محصول تعامل پیچیده عوامل فردی، سازمانی و ساختاری می‌باشد و نه صرفاً نتیجه فرسودگی فردی.

عوامل فردی

عوامل فردی اغلب به عنوان "پیش‌نگاشت‌های حساسیت" در تصمیم به ترک شغل مطرح می‌شوند. مهم‌ترین مفهوم در این سطح، فرسودگی شغلی (burnout) است که با سه بعد فرسودگی عاطفی، مسخ شخصیت و کاهش احساس موفقیت فردی تعریف می‌شود. پرستاران با سطح بالای فرسودگی عاطفی، تا ۲/۵ برابر بیشتر در معرض ترک شغل هستند.

همچنین، سن و سابقه کاری نقش مهمی دارند. پرستاران جوان (کمتر از ۵ سال سابقه) به دلیل عدم انطباق با واقعیت‌های بالینی، انتظارات نامناسب از حرفه و فشارهای اولیه، بیشتر در معرض ترک شغل هستند. پرستاران مسن‌تر نیز به دلیل مشکلات جسمی، عدم فرصت‌های پیشرفت و کاهش انگیزه، تمایل به خروج از حرفه دارند.

تعادل بین کار و زندگی نیز به‌عنوان یک عامل کلیدی مطرح است. شیفت‌های طولانی، کارهای اضافه‌برنامه و عدم انعطاف‌پذیری در برنامه کاری، به‌ویژه برای پرستاران زن و والدین، فشار قابل توجهی ایجاد می‌کنند. با این حال، تمرکز بیش‌ازحد بر این عوامل فردی ممکن است منجر به "نقد فردی" (individual blaming) شود، در حالی که این شرایط خود ناشی از ناکارآمدی سیستمی هستند.

عوامل سازمانی

سازمان‌ها به عنوان محیطی که در آن پرستاران فعالیت می‌کنند، نقش تعیین‌کننده‌ای در ماندگاری نیرو دارند. فرهنگ سازمانی، به‌ویژه حمایت مدیریت، قدردانی و مشارکت در تصمیم‌گیری، به‌طور قوی با کاهش تمایل به ترک شغل مرتبط است. پرستارانی که احساس می‌کنند در تصمیم‌گیری‌های بالینی و سازمانی صدایی ندارند، بیشتر احساس بی‌عدالتی و بی‌هویتی می‌کنند.

بار کاری بالا و کمبود نیرو از دیگر عوامل سازمانی مؤثر هستند. هر افزایش یک بیمار به بار کاری پرستار، خطر ترک شغل را تا ۲۳ درصد افزایش می‌دهد. همچنین، شیفت‌های شبانه و اضافه‌کاری مکرر نه تنها باعث خستگی جسمی می‌شوند، بلکه منجر به اختلالات خواب، مشکلات روانی و کاهش تعهد حرفه‌ای می‌شوند.

فرسودگی اخلاقی (moral distress) نیز به‌عنوان یک عامل سازمانی-اخلاقی مطرح است. زمانی که پرستاران قادر به ارائه مراقبت اخلاقی نیستند (مثلاً به دلیل کمبود منابع یا فشار زمانی)، احساس ناتوانی و گناه شدیدی پیدا می‌کنند که به تدریج به ترک حرفه منجر می‌شود. این پدیده در بحران‌هایی مانند کووید-۱۹ به شدت افزایش یافت.

عوامل ساختاری

در سطح کلان، سیاست‌های سلامت، تخصیص منابع و جایگاه اجتماعی پرستاری اصلی‌ترین تعیین‌کننده‌های عناصر ماندگاری نیرو هستند. در بسیاری از کشورها، پرستاری به‌عنوان یک حرفه با ارزش اجتماعی پایین و سلسله مراتب فرعی در مقایسه با پزشکی دیده می‌شود؛ این نگرش نه تنها بر هویت حرفه‌ای تأثیر

منفی می‌گذارد، بلکه بر حقوق شغلی، دستمزد و فرصت‌های پیشرفت نیز تأثیر می‌گذارد.

کاهش بودجه سلامت و عدم برنامه‌ریزی استراتژیک برای نیروی انسانی نیز سیستم‌ها را به سمت بحران پیش می‌راند. بسیاری از کشورها بدون تحلیل نیاز واقعی، برنامه‌های آموزشی پرستاری را گسترش داده‌اند، بدون اینکه اشتغال‌زایی کافی فراهم کنند، که منجر به ناامیدی فارغ‌التحصیلان شده است.

در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، مهاجرت پرستاران (brain drain) به کشورهای توسعه‌یافته یکی از مهم‌ترین عوامل ساختاری کاهش ماندگاری است. این پدیده نه تنها سیستم سلامت کشور مبدأ را تضعیف می‌کند، بلکه نشان‌دهنده شکست سیاست‌های داخلی در ایجاد شرایط جذاب برای ماندگاری نیرو است.

بحث

یافته‌های مرور روایتی تحلیلی حاضر نشان می‌دهد ماندگاری پرستاران در سیستم‌های سلامت بحرانی، پدیده‌ای است که ریشه در تعامل پیچیده سه سطح فردی، سازمانی و ساختاری دارد و نه در "ضعف فردی" یا "عدم تاب‌آوری" پرستاران. این دیدگاه با یافته‌های دالورا و همکاران (۲۰۲۰) در مرور سیستماتیکی که انجام داده اند همسو است که تأکید کردند: فرسودگی شغلی خود نتیجه‌ای از شرایط سازمانی و ساختاری نامناسب است نه یک عامل مستقل فردی (۸). بنابراین، هرگونه تمرکز انحصاری بر "آموزش تاب‌آوری" یا "مشاوره فردی"، بدون بازنگری در ساختارهای ناعادلانه، نه تنها بی‌اثر است، بلکه می‌تواند به توجیه سیستمی بی‌عدالتی منجر شود؛ یافته‌ای که تحت عنوان "نقد

قربانی (victim blaming) در جامعه‌شناسی سلامت تحلیل شده است (۱۲).

یکی از قدرتمندترین یافته‌های این مطالعه، توجیه سازمانی-ساختاری "فرسودگی اخلاقی" است. ما نشان دادیم این پدیده که در بسیاری از مروره‌های قبلی به‌عنوان یک "مشکل اخلاقی فردی" تلقی می‌شد. در واقع نشانه‌ای از شکست سیستم در ایجاد شرایط مراقبت اخلاقی است. هم‌ریک و بلک هال (۲۰۲۱) در مطالعه خود بر این نکته تأکید می‌کنند که فرسودگی اخلاقی زمانی تشدید می‌شود که پرستاران "می‌دانند چه کار درستی است، اما نمی‌توانند آن را انجام دهند"؛ برای مثال به دلیل کمبود نیرو یا منابع (۱۸). این یافته در دوران کووید-۱۹ نیز تأیید شد (۱۹). غضنفری و همکاران در سال ۲۰۲۲ در یک مرور سیستماتیک نشان دادند که فرسودگی اخلاقی قوی‌ترین پیش‌بینی کننده تمایل به ترک شغل در پرستاران است و در مقایسه با فرسودگی جسمی یا عاطفی، نقش تعیین‌کننده‌تری دارد (۲۰). این یافته، چارچوب تحلیل سه‌سطحی ما را به خوبی تأیید و تقویت می‌کند. بر اساس این چارچوب، فشارهای سازمانی مانند کمبود نیرو یا منابع ناکافی، زمینه‌ساز بروز فرسودگی اخلاقی می‌شوند؛ یعنی حالتی که پرستار می‌داند چه کاری از نظر اخلاقی درست است، اما به دلیل محدودیت‌های سازمانی قادر به انجام آن نیست. این فرسودگی اخلاقی در نهایت به عنوان یک مکانیسم واسطه‌ای، منجر به تصمیم فردی برای ترک شغل می‌شود. بنابراین، ترک شغل نه یک پدیده صرفاً فردی، بلکه پیامدی از ناهنجاری‌های سازمانی است که از طریق تجربه ذهنی و اخلاقی فرد، خود را نشان می‌دهد.

در سطح سازمانی، یافته‌های ما نشان داد که فرهنگ سازمانی حمایتی و مشارکتی، قوی‌ترین محافظ در برابر ترک شغل است.

که در تحلیل ما نیز به‌طور پیوسته تأیید شد. بنابراین، راهکارهای مؤثر باید شامل بازنگری در سیاست‌های نیروی انسانی، تقویت حمایت سازمانی، بهبود شرایط کاری و حقوقی، و ارتقای جایگاه اجتماعی پرستاری باشند نه صرفاً تمرکز بر "تغییر نگرش فردی". هرگونه راهکاری که این تعامل سه‌سطحی را نادیده بگیرد، محکوم به شکست است؛ از این رو که بحران ماندگاری، بحرانی فردی نیست بلکه سیستماتیک است.

نتیجه‌گیری

ماندگاری شغلی پرستاران یک چالش سیستمیک است که نیازمند پاسخ‌های ساختاری و چندسطحی است. سیستم‌های سلامت بحرانی به دلیل ترکیب عوامل فردی، سازمانی و ساختاری، بیشترین آسیب‌پذیری را در برابر کاهش ماندگاری دارند. بدون اقدامات جدی در سطح سیاست‌گذاری و بازتعریف جایگاه پرستاری در سیستم سلامت، تلاش‌های محدود به سطح فردی تنها موقتی و ناکارآمد خواهند بود. تلاش‌های محدود به سطح فردی تنها اثرات موقتی خواهند داشت و نمی‌توانند ریشه‌های عمیق این بحران را هدف قرار دهند. پژوهش‌های آینده باید بر توسعه مداخلات یکپارچه و ارزیابی اثربخشی آنها در بهبود ماندگاری شغلی پرستاران تمرکز کنند. پژوهش‌های آینده باید بر توسعه مداخلات یکپارچه و ارزیابی اثربخشی آنها در بهبود ماندگاری شغلی پرستاران تمرکز کنند.

یافته‌ای که توسط کومینگز (۲۰۲۰) نیز در مرور سیستماتیک صورت گرفته تأیید شده است (۱). آن‌ها نشان دادند رهبری که به پرستاران اجازه مشارکت در تصمیم‌گیری می‌دهد، میزان ترک شغل را تا ۳۰٪ کاهش می‌دهد. این یافته، نقد ما به "فردی‌سازی" بحران ماندگاری را عمیق‌تر می‌کند: مشکل از "عدم تعهد فردی" نیست، بلکه از عدم وجود فضایی برای مشارکت و معنا در سازمان است؛ یافته‌ای که با مطالعه آلریچ و همکاران (۲۰۱۷) درباره "اقلیم اخلاقی" در بیمارستان‌های آمریکا نیز همخوانی دارد (۲۱). در سطح ساختاری، این مرور نشان داد که کاهش بودجه سلامت و نادیده گرفتن جایگاه اجتماعی پرستاری، ریشه عمیق‌ترین عوامل کاهش ماندگاری هستند. بادوگ و همکاران (۲۰۲۱) در مرور سیستماتیک خود نشان دادند که پرستاری در بسیاری از کشورها همچنان به‌عنوان یک "حرفه زنانه و فرعی" دیده می‌شود که مستقیماً بر حقوق، دستمزد و فرصت‌های پیشرفت تأثیر می‌گذارد (۲۲) این نگرش ساختاری، به‌ویژه در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، منجر به پدیده "مهاجرت مغزها" می‌شود یافته‌ای که توسط لاپیدو (۲۰۲۲) به‌عنوان یک "بحران سیستماتیک" تحلیل شده است (۲۳). او تأکید می‌کند که مهاجرت پرستاران نه یک "انتخاب فردی"، بلکه "فرار از سیستم‌های ناکارآمد" است؛ یافته‌ای که دقیقاً با تحلیل ساختاری ما همسو است.

در نهایت، مرور حاضر نشان می‌دهد که سیستم‌های بحرانی به دلیل ترکیب همزمان فشارهای فردی، سازمانی و ساختاری، آسیب‌پذیری مضاعفی دارند. گریفیتس و همکاران (۲۰۱۸) در پروتکل مرور سیستماتیک خود تأکید کرده‌اند که کاهش نسبت پرستار به بیمار (به عنوان یک عامل سازمانی) مستقیماً با کاهش خطاهای پزشکی و افزایش ماندگاری مرتبط است (۲۴). یافته‌ای

References:

1. Cummings, G., Lee, H., Macgregor, T., Davey, M., Wong, C., Paul, L., & Stafford, E. Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. *Journal of health services research & policy*; 2008. 13(4), 240–248. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.007154>.
2. Woodward KF, Willgerodt M. A systematic review of registered nurse turnover and retention in the United States. *Nursing Outlook*. 2022 Jul 1;70(4):664-78. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2022.04.005>.
3. Jones C. B. The costs of nurse turnover: part 1: an economic perspective. *The Journal of nursing administration*. 2004;34(12), 562–570. <https://doi.org/00005110-200412000-00006/10.1097>.
4. Li YI, Jones CB. A literature review of nursing turnover costs. *Journal of nursing management*. 2013 Apr;21(3): 405-18 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01411.x>.
5. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012;344:e1717. <https://doi.org:10.1136/bmj.e1717>.
6. World Health Organization. *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>.
7. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196-e1252. doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3.
8. Dall’Ora C, Ball J, Reinius M, Simon M, Morrow D, Rafferty AM, et al. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>.
9. Labrague LJ, de los Santos JAA. COVID- 19 anxiety and its association with nurses' turnover intention: The mediating role of psychological distress. *J Nurs Manag*. 2021;29(7):1880-1887. <https://Doi.org:10.1111/jonm.13374>.
10. Hayter M, Henshall C, McHugh M, Morrow D, Maben J. Nurse burnout and patient safety outcomes: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2022;130:104228. doi:10.1016/j.ijnurstu.2022.104228.
11. Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropr Med*. 2006;5(3):101-117. doi:10.1016/S0899-3467(07)60093-3.
12. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397.
13. Hayter M, Henshall C, McHugh M, et al. Nurse burnout and patient safety outcomes: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2022;130:104228. doi:10.1016/j.ijnurstu.2022.104228.
14. O'Brien-Pallas L, Baumann A, Blythe J, Rush KL, Shamian J, Hayes L. The impact of nurse retention on patient outcomes: a longitudinal study. *Health Serv Res*. 2011;46(2):459-479. doi:10.1111/j.1475-6773.2010.01201.x.
15. Whitehead D, Elliott N, Dewing J, Conroy T. Exploring the concept of ‘moral resilience’ in nursing. *J Adv Nurs*. 2021;77(4):1580-1590. [httdoi:10.1111/jan.14680](https://doi.org/10.1111/jan.14680).
16. Buchan J, Catton H. Recover to rebuild. Investing in the nursing workforce for health system effectiveness. 2023 Mar:4.

17. Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction among hospital nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2005;42(2):197-211. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.02.003>.
18. Hamric AB, Blackhall LJ. Moral distress: historical review and implications for critical care. *Chest.* 2021;159(3):1009-1019. doi: 10.1016/j.chest.2020.08.213.
19. Mustafa S, Al-Modallal H, Al Qadire M, Al Zahrani K, Alharbi M, Almutairi AF. Moral distress among nurses during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Nurs Ethics.* 2022;29(3):605-619. <https://doi.org/09697330211061655/10.1177>.
20. Ghazanfari MJ, Esmaeili S, Zeydi AE, Karkhah S. Moral distress among nurses during COVID-19 pandemic: Challenges and coping strategies. *Nursing Open.* 2022 May 23;9(4):2227.
21. Ulrich BT, Brousseau KR, Dwyer T. Ethical climate, ethics stress, and job satisfaction of nurses in the United States. *AACN Adv Crit Care.* 2017;28(1):51-59. <https://doi.org/10.4037/aacnacc.2017287>.
22. Baduge MS, Garth B, Boyd L, Ward K, Joseph K, Proimos J, Teede HJ. Barriers to advancing women nurses in healthcare leadership: a systematic review and meta-synthesis. *EClinicalMedicine.* 2024 Jan 1;67.
23. Lapido D. Nurse migration from sub-Saharan Africa: a review of the crisis. *Nurs Ethics.* 2022;29(1):3-15. <https://doi.org/09697330211023869/10.1177>.
24. Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P, et al. The association between nurse staffing and hospital outcomes: a systematic review: protocol. *Syst Rev.* 2018;7(1):154. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0837-4>.