



Review article

Nurse migration management strategies: A scoping review

Ali Mohammad Mossadeghrad¹ , Ali Akbar Fazaeli¹ , Abbas Ebadi² , Farinaz Moghaddasi^{1*}

¹ Department of Health management, policy and economics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² Nursing Care Research Center, Clinical Sciences Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ARTICLE INFO

Corresponding Author:

Farinaz Moghaddasi

e-mail addresses:

farinazmoghaddasi@gmail.com

Received: 23/Mar/2024

Modified: 13/Jun/2024

Accepted: 19/Jun/2024

Published: 14/Dec/2024

Keywords:

Management

Nurse migration

Migration management

Strategy

10.61186/jha.27.2.90

ABSTRACT

Introduction: The migration of nurses results in a shortage of human resources within healthcare systems, a decline in the quality of health services, an increased workload for the remaining staff, and diminished access to effective healthcare services for vulnerable populations. This study aimed to identify strategies for managing nurse migration.

Methods: In this scoping review, relevant Persian and English studies on the management of nurse migration were searched in databases such as PubMed, Web of Science, Wiley Online Library, Springer, Science Direct, Scopus, Magiran, SID, and the Google Scholar search engine from January 2000 to October 2023, utilizing appropriate keywords. Ultimately, 89 documents were selected and analyzed using MAXQDA software and thematic analysis.

Results: A total of 42 strategies for managing nurse migration were identified, categorized into two groups: strategies for countries of origin and those for destination countries. The most significant strategies pertaining to countries of origin included increasing salaries and benefits, improving working conditions, creating barriers to migration, establishing bilateral or multilateral agreements, implementing brain circulation processes, and enhancing the political and economic conditions within these countries. Conversely, strategies for destination countries encompassed the ethical recruitment of nurses from developing nations, compensating countries of origin, and efforts aimed at achieving self-sufficiency in the nursing workforce.

Conclusion: Despite the short-term benefits of nurse migration for destination countries, it presents significant challenges for the healthcare systems of developing nations. Identifying and implementing effective strategies- including increasing salaries and benefits, improving working and living conditions in countries of origin, and establishing bilateral or multilateral agreements while ensuring ethical recruitment in destination countries—are essential for managing nurse migration. These initiatives necessitate extensive international cooperation and a commitment from policymakers to prevent health crises and enhance global health systems.

What was already known on this topic:

- Nurse migration represents a significant challenge for the healthcare systems of developing countries.
- Economic difficulties, political instability, and unfavorable working conditions are the primary factors driving nurse migration.
- Effective management of nurse migration is essential for mitigating its adverse effects on healthcare systems.

What this study added to our knowledge:

- The primary strategies for managing nurse migration encompass enhancing working and living conditions in countries of origin, promoting ethical recruitment practices in destination countries, and reinforcing bilateral agreements to regulate migration flows.
- The implementation of both financial and non-financial incentives, alongside policies that facilitate return migration or circular migration, is pivotal in mitigating the adverse effects of nurse migration.
- Effective management of nurse migration necessitates coordinated efforts and collaboration between countries of origin and destination.

Extended Abstract

Introduction

In 2024, the global number of nurses was estimated to be 29 million. Nurses play a crucial role in enhancing health outcomes and fostering economic development. The World Health Organization (WHO) predicts a shortage of 4.5 million nurses by 2030, with the most significant shortages occurring in African countries, Southeast Asia, the Eastern Mediterranean region, and certain areas of Latin America [1]. The global nursing workforce shortage is attributed to factors such as an aging population, an increase in chronic diseases, rising demand for healthcare services, an aging nursing workforce, and limitations in nursing education capacity. Furthermore, challenging working conditions, high workloads and stress, insufficient salaries and benefits, and nurse migration exacerbate this crisis [2].

Developed countries address their nursing workforce shortages by recruiting foreign nurses, which further intensifies the shortage in developing countries. On average, one in eight nurses is a migrant, and migrant nurses constitute approximately 15.2% of the nursing workforce in high-income countries [1]. Nurse migration refers to the voluntary relocation of nurses from one workplace in a particular country to another workplace in a different country in pursuit of better job conditions. Factors such as heavy workloads, lack of resources, low salaries and benefits, unfavorable living and working conditions, lack of managerial support, limited opportunities for job promotion, and job insecurity encourage nurses to leave their home countries. Conversely, factors such as higher income, safer working environments, improved quality of life, and suitable educational and job opportunities for family members attract nurses to developed countries [2-4].

The increasing migration of nurses has both positive and negative effects on healthcare systems and nursing care in both source and destination countries. On one hand, migrant nurses contribute to the economies of their home countries by earning income abroad. Conversely, the departure of nurses undermines the healthcare system in the origin country [2]. In contrast, destination countries mitigate their nursing shortages at a lower cost by recruiting migrant nurses. However, the process of training and integrating these nurses into a new organizational culture is both time-consuming and expensive. Migrant nurses encounter various challenges, including separation from family and community, difficulties in securing suitable housing and employment, the necessity of learning a new language, adaptation to a new environment and culture, loss of social support, experiences of racial discrimination, and navigating the lengthy and

costly process of credential evaluation and adaptation to different clinical practices [5].

Limited resources, unlimited needs, and poor management represent the most significant challenges faced by healthcare managers in developing countries, including Iran [6]. These challenges adversely affect the equity, quality, and efficiency of healthcare systems in these nations [7]. The availability and equitable distribution of healthcare resources are prerequisites for public health and play a crucial role in the equity and efficiency of the healthcare system, as well as in the achievement of its goals [8]. The migration of nurses results in a shortage of nursing staff and jeopardizes the sustainability of the healthcare system. Nurse migration management refers to the process of formulating and implementing policies and programs aimed at regulating and optimizing the flow of nurse migration within healthcare systems. This approach emphasizes effective workforce planning, reducing unnecessary migration, improving working conditions, and expanding job opportunities within the country. This study aims to identify strategies for managing nurse migration. The findings of this research will assist policymakers in developing and implementing appropriate strategies to control this trend, improve nurses' working conditions, reduce the inclination to migrate, and ensure the sustainability and efficiency of the healthcare workforce.

Methods

This study was conducted using the scoping review method. A scoping review is a secondary study that synthesizes research evidence to address "what" and "why" questions. This method is particularly suitable for broad, complex, or less-explored topics [9]. While scoping reviews employ a systematic search methodology, they do not encompass certain limitations associated with systematic reviews, such as the quality appraisal of peer-reviewed primary research articles. Additionally, scoping reviews include gray literature, such as review articles, theses, conference abstracts, and organizational reports. Consequently, a greater volume of relevant and useful evidence can be identified and utilized in a shorter timeframe [10].

The study adhered to the Arksey and O'Malley protocol, which comprises six stages: identifying the research question, searching for relevant studies, selecting studies, data extraction, summarizing and reporting findings, and optional consultation with experts [11]. English databases, including PubMed, Web of Science, Wiley Online Library, Springer, Science Direct, and Scopus, alongside Persian databases such as Magiran, the Islamic World Science Citation Center (SID), and the Google

Scholar search engine, were utilized to search for relevant literature. The search was conducted using a combination of pertinent keywords, including policy, strategy, management, solution, method, control, brain drain, nurse migration, health workers, health professionals, and their Persian equivalents.

All retrieved articles were imported into EndNote X9 software. A total of 61,263 documents were obtained from databases and search engines. The identified articles underwent an initial screening based on title and abstract, during which articles clearly unrelated to nurse migration were excluded. Subsequently, the full texts of the articles were

reviewed according to inclusion and exclusion criteria. The inclusion criteria comprised articles published in English and Persian, specifically those related to nurse migration management strategies from January 2000 to October 2023. The exclusion criteria included duplicate articles and those for which the full text was unavailable. Ultimately, 89 documents were selected for data extraction. Key information from the selected articles was extracted and recorded in a table. Thematic analysis, based on Braun and Clarke's six-phase approach, was employed to analyze the qualitative data in this study [12].

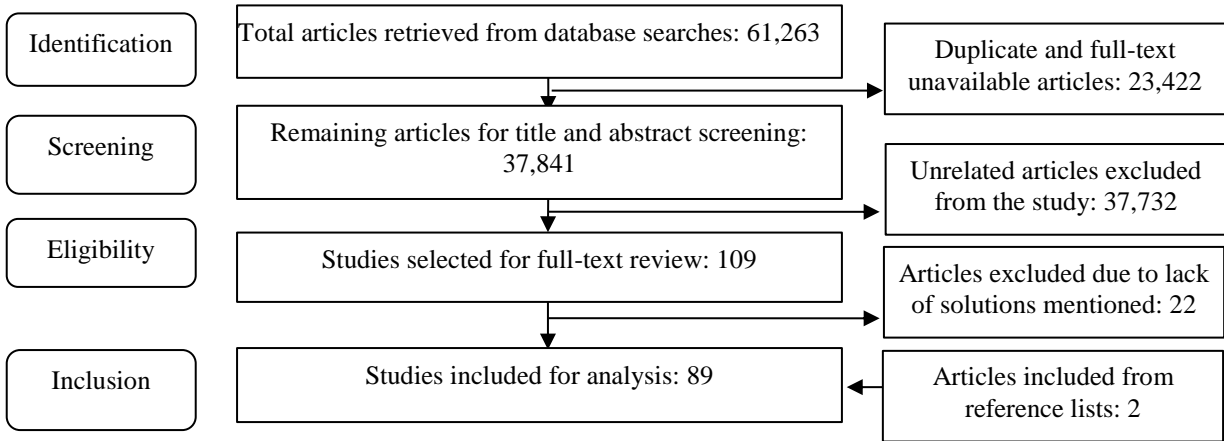


Figure 1. The Process of Article Review in Databases

Results

A total of 42 strategies for managing nurse migration were proposed in these studies, categorized into two groups: strategies for managing nurse migration in

the country of origin and strategies for managing nurse migration in the destination country country (Table 1).

Table 1. Strategies for Managing Nurse Migration

Strategies for Managing Nurse Migration in the Country of Origin (Frequency of studies)
<ul style="list-style-type: none">• Increase nurses' salaries and benefits to reduce the wage gap between countries [32]• improving the working conditions for nurses [31]• Establish barriers to nurse migration to retain human resources [22]• Formulate bilateral or multilateral agreements with destination countries to manage nurse migration [20]• Implement a circular migration model and facilitate alternating mobility for nursing staff [20]• Support the reintegration of returning migrant nurses into their home country's healthcare system [16]• Improve economic conditions and promote sustainable growth [14]• Enhance political stability and mitigate tensions that lead to internal and international conflicts [14]• Improve social conditions and advocate for civil liberties and social justice [13]• Develop information systems for the official monitoring and analysis of migration data [11]• Manage foreign currency earnings generated from nurse migration [11]• Provide support for nurses working in rural, remote, and underserved areas [11]• Offer better academic and professional development opportunities for nurses in their home country [9]• Provide scholarships, study grants, and advanced training programs for nurses [7]• Grant greater professional autonomy to nurses [5]• Formulate and revise immigration policies and laws pertaining to nurses [4]• Increase investment in public health to reduce illness and enhance nurses' working conditions [4]• Update nursing curricula and improve the alignment between education and employment [4]

Table 1.Continued

Strategies for Managing Nurse Migration in the Country of Origin (Frequency of studies)
<ul style="list-style-type: none">• Delegate nursing responsibilities in rural areas to lower-tier nursing staff [4]• Develop national policies and long-term development programs for nursing human resources [3]• Train additional nurses to prevent workforce shortages resulting from migration [2]• Expand job opportunities and reduce unemployment rates among nurses [2]• Raise awareness of international ethical recruitment guidelines among nurses and officials [2]• Provide scholarships to attract local students to nursing and encourage employment in their regions [2]• Educate nursing graduates to foster social responsibility towards their country [2]• Develop supportive policies for female nurses in their roles as mothers and spouses [2]• Expand private nursing colleges to train international nurses for export [2]• Measure the economic losses resulting from nurse migration to enhance management policies [2]• Implement nationalistic and patriotic promotion policies [2]• Shift the language of nursing education from English to the local language to mitigate migration [1]• Achieve a balanced distribution of nurses between urban and rural areas to prevent emigration [1]• Attract international assistance to strengthen the nursing system and meet human resource needs [1]• Grant licenses to public sector nurses for conducting certain private activities [1]
Strategies for Managing Nurse Migration in the Destination Country (Frequency)
<ul style="list-style-type: none">• Ensure ethical recruitment practices for nurses from developing countries [28]• Provide compensation to countries of origin to mitigate the negative impacts of nurse migration [14]• Strive for self-sufficiency in the nursing workforce [13]• Offer technical and financial assistance to countries of origin to alleviate the adverse effects of migration [12]• Enhance the collection of migration flow data for effective monitoring [4]• Implement transfer programs that include cultural training for host nursing staff to prevent discrimination [3]• Establish national frameworks to ensure accountability in the implementation of ethical recruitment guidelines [2]• Raise the retirement age to extend nurses' working lives and prevent shortages in human resources [2]• Develop strategies to increase nurse retention rates and reduce premature retirement [1]

Discussion

The aim of this study was to identify effective strategies for managing nurse migration. A total of 42 strategies were identified and categorized into those applicable to source and destination countries. The most significant strategies for source countries included improving the salary and benefits system, enhancing working conditions, creating barriers to migration, signing bilateral or multilateral agreements, implementing brain circulation processes, and improving political and economic conditions. Conversely, strategies for destination countries involved the ethical recruitment of nurses from developing countries, compensating source countries, training nurses, and improving the collection of migration data.

The primary driver of nurse migration is the wage disparity between developed and developing countries. Due to poor economic conditions in developing nations, most nurses receive salaries significantly lower than those in developed countries. Therefore, improving the salary and benefits system in the source country is one of the most critical strategies for managing migration [13]. In addition to financial incentives, non-financial incentives, such as enhancing working conditions, also play a crucial role in managing nurse migration. Strategies for improving nurses' working conditions include enhancing workplace safety, addressing social needs and professional development,

improving nursing management, offering flexible work schedules, providing access to education, defining roles and responsibilities, developing family-friendly policies, reducing nurses' workloads, providing housing and transportation, and offering low-interest loans [14, 15].

Burnout is highly prevalent in the nursing profession. A shortage of nurses diminishes the quality of nursing services, increases medication errors, and leads to excessive workloads, ultimately resulting in burnout, job dissatisfaction, stress, and emotional exhaustion. These factors contribute to increased attrition and migration. Remaining nurses face heightened workloads and stress, which negatively impact their job satisfaction and further drive nurse attrition and migration. Implementing minimum nurse-to-patient ratio regulations is an effective strategy in this regard [16, 17]. Furthermore, nurse-physician conflicts significantly contribute to emotional exhaustion and depersonalization among nurses. Addressing these conflicts and enhancing nurses' participation in hospital affairs, along with improving nursing management, can significantly increase nurses' job satisfaction and workplace retention [18]. Decentralizing the authority granted to physicians and providing professional autonomy to nurses also help reduce migration rates [19]. Ensuring workplace safety for nurses has a substantial impact on their job satisfaction [20].

Hospital managers should implement comprehensive measures for the effective management of staff, including nurses. This involves selecting competent and committed personnel, providing training and development, fostering effective communication, evaluating performance, and offering adequate and equitable compensation and benefits. Additionally, redesigning jobs to enhance employees' autonomy, authority, flexibility, and creativity leads to increased job satisfaction and organizational commitment [21]. Beyond improving the economic and professional conditions for nurses, enhancing the social and political environments of source countries is also vital for managing nurse migration. Social conditions, political stability, and crime rates in source countries act as significant barriers to migrants' return. Without substantial improvements in these areas, the number of migrants returning permanently to their home countries will remain relatively low. Therefore, combating corruption, strengthening political stability, ensuring accountability, upholding the rule of law, and improving regulatory quality can help manage nurse migration [22]. Increasing employment opportunities for nurses and reducing unemployment in source countries are also effective strategies for managing nurse migration.

The World Health Organization (WHO) recommends the ethical recruitment of migrant nurses by destination countries [23]. The International Code of Practice for the Ethical Recruitment of Health Personnel aims to address the global health workforce crisis and prevent the weakening of health systems in source countries by providing a policy framework for ethical recruitment. The code advises destination countries to refrain from recruiting nurses from countries experiencing a health workforce crisis without obtaining consent from the source country. However, the main limitation of this code is its voluntary nature, meaning that countries and stakeholders are merely encouraged to implement it without any legal or mandatory enforcement. Signing bilateral agreements on nursing workforce migration has emerged as an effective strategy in recent years between source and destination countries. This approach, emphasized in the WHO's guidelines, seeks to ensure mutual benefits while protecting the welfare and rights of migrant healthcare workers and maintaining the quality of patient care in both countries [24]. Such agreements can prevent issues like the exploitation of migrant labor and the deterioration of nursing service quality in source countries while creating better conditions for migrant nurses.

One significant method of development assistance involves compensating or covering the training costs of migrant healthcare personnel by

destination countries. This compensation can be realized through financial investments in nursing schools in source countries and covering the training costs of surplus nurses to meet the labor market demands of destination countries. In other words, destination countries can mitigate the impact of health workforce migration by financing nurse education and supporting training programs in source countries. This type of cooperation allows destination countries to meet their workforce needs while providing financial and technical assistance to source countries. Some source countries have focused on initiatives that encourage migrants to return permanently or temporarily (circular migration). This circular migration model allows nurses to temporarily migrate to destination countries, gain experience and expertise, and then return to their home country to contribute to the improvement of the healthcare system [25].

A primary step in managing nurse migration is regularly updating databases on migrant nurses in all countries. In most low-income countries, the evidence required for monitoring and assessing migration trends is incomplete or entirely absent. Adequate data facilitates a better understanding of migration patterns and enables effective management strategies [26]. The lack of awareness and information about nurse migration hinders accurate assessments of migration destinations, return rates, and the status of migrant nurses. Cooperation between source and destination countries in collecting, analyzing, and utilizing migration-related data is essential for effective policy development. Without sufficient data, emerging migration patterns cannot be identified, making it more challenging to formulate effective migration management policies.

In conclusion, managing nurse migration as a complex global phenomenon requires coordinated approaches from both countries of origin and destination. Countries of origin must enhance working conditions and educational capacities to retain their nursing workforce, while destination countries need to focus on sustainable human resource practices. Effective collaboration and policy formulation can optimize the utilization of human resources and improve global health systems. Future research should include resources in various languages and conduct empirical studies to enhance the understanding and management of nurse migration.

Declarations

Ethical considerations: Ethical considerations were rigorously upheld, including the acquisition of an ethics code from the Research Department of Tehran University of Medical Sciences (IR.TUMS.SPH.REC.14010289), maintaining the impartiality of researchers during data collection,

and ensuring the accuracy and validity of data interpretation and analysis.

Funding: This study received no financial support from any organizations.

Conflict of interest: The authors declared no conflicts of interest.

Authors' Contributions: S.H: AMM, AAF, AE and FM participated in the design of the study. AMM, AAF and FM undertook the literature review process. All authors drafted the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Consent for publication: Not applicable.

Data Availability: Not applicable.

AI declaration: Not applicable.

Acknowledgments: The authors express their gratitude to the reviewers whose valuable feedback contributed to the improvement of the quality of this article.

References

- World Health Organization. Nursing and midwifery. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025/03/04] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>
- Mosadeghrad AM, Moghadasi F. Antecedents and consequences of migration of the Iranian nurses: a letter to editor. *Tehran University Medical Journal*. 2023 May 10;81(2):166-7. Available from: <https://tums.tums.ac.ir/article-1-12377-en.pdf>
- Li H, Nie W, Li J. The benefits and caveats of international nurse migration. *International Journal of Nursing Sciences*. 2014;1(3):314-7. doi: 10.1016/j.ijnss.2014.07.006.
- World Health Organization. Working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 [cited 2025/03/26] Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43432/9241563176_eng.pdf?sequence=1
- Keliddar I, Mosadeghrad AM, Jafari-Sirizi M. Rationing in health systems: a critical review. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran* . 2017; 31:47 . doi: 10.14196/mjiri.31.47
- Mosadeghrad AM, Ferlie E. Total quality management in healthcare. Management innovations for healthcare organizations: adopt, abandon or adapt. New York : Routledge; 2016:378-96
- Mosadeghrad AM, Janbabaei G, Kalantari B, Darrudi A, Dehnavi H. Equity in distribution of hospital beds in Iran. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2020; 24 (6) :12-36 [in Persian]. Available from: <https://sjku.muk.ac.ir/article-1-4674-en.html>
- Chandra A, Willis WK. Importing nurses: Combating the nursing shortage in America. *Hospital Topics*. 2005;83(2):33-7. doi: 10.3200/htps.83.2.33-37
- Neyazi N, Mosadeghrad AM, Afshari M, Isfahani P, Safi N. Strategies to tackle non-communicable diseases in Afghanistan: a scoping review. *Frontiers in Public Health*. 2023; 11:982416. doi: 10.3389/fpubh.2023.982416
- Mosadeghrad A, Darrudi A, Karimi F. Health care pricing and tariff setting methods: a scoping review. *Payesh* 2024; 23 (1) :19-34 [in Persian]. Available from: <https://payeshjournal.ir/article-1-2162-en.html>
- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005; 8(1):19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006 ;3(2):77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Mensah K, Mackintosh M, Henry L. The 'skills drain' of health professionals from the developing world: a framework for policy formulation. [cited 2025/03/26] Available from: <https://www.medact.org/app/uploads/2014/03/2.-the-skills-drain-of-health-professionals.pdf>
- McColl K. Fighting the brain drain. *The BMJ*. 2008;337. doi: 10.1136/bmj.a1496
- Kanchanachitra C, Lindelow M, Johnston T, Hanvoravongchai P, Lorenzo FM, Huong NL, et al. Human resources for health in Southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. *Lancet*. 2011; 377(9767):769-81. doi: 10.1016/s0140-6736(10)62035-1
- Simoens S, Villeneuve M, Hurst J. Tackling nurse shortages in OECD countries. *OECD Health Working Papers*, No. 54. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2005. doi: 10.1787/172102620474
- Kingma M. Nurses on the move: Migration and the global health care economy. Ithaca: Cornell University Press; 2018.
- Ogbolu Y, Johantgen ME, Zhu S, Johnson JV. Nurse reported patient safety in low-resource settings: a cross-sectional study of MNCH nurses in Nigeria. *Applied Nursing Research*. 2015; 28(4):341-6. doi: 10.1016/j.apnr.2015.02.006
- Okafor C, Chimereze C. Brain drain among Nigerian nurses: implications to the migrating nurse and the home country. *International Journal of Research and Scientific Innovation*. 2020; 7(1):15-21. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/338741425>
- International Labour Organization. Programme on Safety and Health at Work and the Environment. Estimating the economic costs of occupational injuries and illnesses in developing countries: essential information for decision-makers. Geneva, Switzerland: International Labour Organization; 2012
- Mosadeghrad AM. Strategic collaborative quality management and employee job satisfaction.

- International Journal of Health Policy and Management, 2014; 2 (4): 167-74. doi: 10.15171/ijhpm.2014.38
22. Poppe A, Wojczewski S, Taylor K, Kutalek R, Peersman W. The views of migrant health workers living in Austria and Belgium on return migration to sub-Saharan Africa. *Human Resources for Health*. 2016;14 (Suppl 1):125-33. doi: 10.1186/s12960-016-0129-4
23. Merçay C. Managing the international migration of health workers: the development of the WHO code of practice. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 2014;40(6):960-78. doi: 10.1080/1369183X.2013.855076
24. Stokes F, Iskander R. Human rights and bioethical considerations of global nurse migration. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2021; 18:429-39. doi: 10.1007/s11673-021-10110-6
25. Bristol MA. Brain drain and return migration in CARICOM: a review of the challenges. *Caribbean Stud*. 2010; 38(1):129-46. doi: 10.1353/crb.2010.0023
26. Diallo K. Data on the migration of health-care workers: sources, uses, and challenges. *Bull World Health Organ*. 2004;82(8):601-7

مقاله مروری

راهکارهای مدیریت مهاجرت پرستاران: یک مرور حیطه‌ای

علی محمد مصدق راد^۱، علی اکبر فضائلی^۱، عباس عبادی^۲، فریناز مقدسی^{۱*}

^۱ گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
^۲ مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری، مؤسسه علوم بالینی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله چکیده

مقدمه: پرستاران موجب کمبود نیروی انسانی نظام سلامت، کاهش کیفیت خدمات سلامت، افزایش بار کاری بر روی کارکنان باقی‌مانده و کاهش دسترسی به خدمات درمانی مؤثر برای جمعیت آسیب‌پذیر می‌شود. این پژوهش با هدف شناسایی و تبیین راهکارهای مدیریت مهاجرت پرستاران انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش با روش مرور حیطه‌ای انجام شد. مطالعات فارسی و انگلیسی مرتبط با مدیریت مهاجرت پرستاران در پایگاه‌های داده‌ای Science Direct, Springer, Wiley Online Library, Web of Science, PubMed, SID, Magiran, Scopus و موتور جستجوی Google scholar در بازه‌ی زمانی ژانویه ۲۰۰۰ تا اکتبر ۲۰۲۳ میلادی با کلید واژه‌های مناسب جستجو شد. در نهایت، ۸۹ مقاله انتخاب و با کمک نرم افزار MAXQDA و روش تحلیل موضوعی تحلیل شدند.

یافته‌ها: تعداد ۴۲ راهکار برای مدیریت مهاجرت پرستاران شناسایی شد که به دو دسته راهکارهای کشورهای مبدأ و مقصد تقسیم شدند. مهمترین راهکارهای مربوط به کشورهای مبدأ شامل افزایش حقوق و مزایا، بهبود شرایط محیط کار، ایجاد موانع برای مهاجرت، عقد توافق‌نامه‌های دو یا چندجانبه، اجرای فرآیند چرخش مغزها و بهبود شرایط سیاسی و اقتصادی کشورها بودند. از سوی دیگر، راهکارهای کشورهای مقصد شامل استخدام اخلاقی پرستاران از کشورهای در حال توسعه، پرداخت غرامت به کشورهای مبدأ و تلاش برای خودکفایی در نیروی کار پرستاری بود.

نتیجه‌گیری: مهاجرت پرستاران به‌رغم مزایای کوتاه‌مدت برای کشور مقصد، به چالش‌های جدی برای نظام سلامت کشورهای در حال توسعه منجر می‌شود. شناسایی و اجرای راهکارهای مؤثر از جمله افزایش حقوق و مزایا و بهبود شرایط کاری و زندگی در کشورهای مبدأ و ایجاد توافق‌نامه‌های دو یا چندجانبه و استخدام اخلاقی در کشورهای مقصد برای مدیریت این پدیده ضروری است. این اقدامات نیازمند همکاری گسترده بین‌المللی و تعهد سیاستگذاران کشورها برای جلوگیری از بحران‌های بهداشتی و ارتقای نظام‌های سلامت جهانی است.

نویسنده مسئول:

فریناز مقدسی

رایانامه:

farinazmoghaddasi@gmail.com

وصول مقاله: ۱۴۰۳/۰۱/۰۴

اصلاح نهایی: ۱۴۰۳/۰۳/۲۴

پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰

انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۰۹/۲۴

واژه‌های کلیدی:

مهاجرت

مهاجرت پرستاران

مدیریت مهاجرت

راهکار

آنچه می‌دانیم:

- مهاجرت پرستاران یکی از چالش‌های اصلی نظام سلامت کشورهای در حال توسعه است.
- مشکلات اقتصادی، بی‌ثباتی سیاسی و شرایط کاری نامطلوب از عوامل اصلی مهاجرت پرستاران است.
- مدیریت مهاجرت پرستاران برای کاهش اثرات منفی این پدیده بر نظام سلامت ضروری است.

آنچه این مطالعه اضافه کرده است:

- راهکارهای اصلی مدیریت مهاجرت پرستاران شامل بهبود شرایط کاری و معیشتی در کشورهای مبدأ، ترویج استخدام اخلاقی در کشورهای مقصد و تقویت توافق دوجانبه برای تنظیم جریان مهاجرت است.
- اجرای مشوق‌های مالی و غیرمالی، همراه با سیاست‌های مشوق بازگشت یا مهاجرت گردشی، نقش مهمی در کاهش اثرات منفی مهاجرت پرستاران ایفا می‌کنند.
- مدیریت مؤثر مهاجرت پرستاران نیازمند تلاش‌های هماهنگ و همکاری میان کشورهای مبدأ و مقصد است.

مقدمه

کادر پرستاری به‌عنوان بزرگ‌ترین گروه شغلی بخش سلامت، حدود ۵۹ درصد از مشاغل این حوزه را دربر می‌گیرد. در سال ۲۰۲۴ میلادی، تعداد پرستاران جهان ۲۹ میلیون نفر برآورد شد. بیش از ۸۰ درصد پرستاران جهان در کشورهای کار می‌کنند که نیمی از جمعیت جهان را در خود جای داده‌اند. پرستاران نقش اساسی در بهبود سلامت و توسعه اقتصادی ایفا می‌کنند و علاوه بر ارایه مراقبت‌های ضروری، در تدوین سیاست‌های سلامت و پیشبرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه نیز نقش مهمی دارند. همچنین، آنها در شرایط اضطراری خدمات درمانی ارایه داده و از پایداری نظام‌های سلامت در سراسر جهان محافظت می‌کنند. تعداد بیشتر پرستاران با پوشش خدمات سلامت و افزایش امید به زندگی همبستگی مثبت و با کاهش مرگ‌ومیر نوزادان ارتباط معکوس دارد [۱].

سازمان بهداشت جهانی کمبود ۴/۵ میلیون پرستار را تا سال ۲۰۳۰ پیش‌بینی می‌کند. بیشترین کمبود پرستار در کشورهای آفریقا، آسیای جنوب شرقی، منطقه مدیترانه شرقی و برخی از مناطق آمریکای لاتین مشاهده می‌شود [۱]. کمبود نیروی پرستاری در جهان ناشی از افزایش جمعیت سالمند، افزایش بیماری‌های مزمن، افزایش تقاضا برای خدمات سلامت، سالمند شدن کادر پرستاری و محدودیت ظرفیت‌های آموزش پرستاری است. شرایط کاری دشوار، فشار کاری و استرس بالای پرستاری، حقوق و مزایای ناکافی و مهاجرت پرستاران این بحران را تشدید کرده است. همچنین، شیوع بیماری‌های واگیر و بلایای طبیعی موجب فرسودگی و ترک شغل پرستاران شده است [۲]. کشورهای توسعه‌یافته برای جبران کمبود نیروی پرستاری، اقدام به جذب پرستاران خارجی می‌کنند که این امر کمبود پرستار را در کشورهای در حال توسعه تشدید می‌کند. به‌طور میانگین، از هر هشت پرستار، یک نفر مهاجر است. پرستاران مهاجر حدود ۱۵/۲ درصد از کادر پرستاری در کشورهای با درآمد بالا را تشکیل می‌دهند [۱]. در سال ۲۰۱۶ میلادی، تعداد پرستاران شاغل در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی به ۱۱/۲ میلیون نفر رسید که معادل ۸/۶ پرستار به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت بود. مهاجرت پرستاران سهم قابل‌توجهی در افزایش تعداد نیروی پرستاری در این کشورها داشته است. در این میان، ایالات متحده، آلمان، انگلستان، استرالیا و کانادا به‌ترتیب ۵، ۷، ۱۱، ۱۵ و ۴۵ درصد از پرستاران مهاجر را به خود اختصاص داده‌اند [۴].

مهاجرت پرستاران به معنای جابجایی داوطلبانه آنها از یک محل کار در کشوری به محل کاری دیگر در کشوری متفاوت، با هدف دستیابی به شرایط شغلی مطلوب‌تر است. این پدیده، مسأله‌ای چندبعدی و پیچیده محسوب می‌شود که تحت تأثیر ترکیبی از عوامل فشاری (Push) و کششی (Pull) قرار دارد. عواملی مانند حجم کاری سنگین، کمبود امکانات، پایین بودن حقوق و مزایا، شرایط نامطلوب زندگی و کار، ضعف در ساختارهای شغلی، نبود حمایت مدیریتی، محدودیت در

فرصت‌های ارتقای شغلی و توسعه حرفه‌ای و عدم اطمینان از آینده شغلی، از جمله دلایلی هستند که پرستاران را به ترک کشور خود ترغیب می‌کنند. در مقابل، عواملی همچون درآمد بالاتر، محیط کاری امن‌تر، کیفیت بهتر زندگی و فرصت‌های آموزشی و شغلی مناسب برای اعضای خانواده، موجب جذب پرستاران به کشورهای توسعه‌یافته می‌شود [۵، ۲، ۶].

افزایش مهاجرت پرستاران تأثیرات مثبت و منفی بر نظام سلامت و مراقبت‌های پرستاری در هر دو کشور مبدأ و مقصد دارد. از یک‌سو، پرستاران مهاجر با اشتغال در کشور مقصد و ارسال درآمد به خانواده‌های خود، به بهبود وضعیت اقتصادی کشور مبدأ کمک می‌کنند. از سوی دیگر، مهاجرت پرستاران باعث کاهش نیروی پرستاری در کشور مبدأ شده و موجب افزایش حجم کاری، استرس شغلی، فرسودگی، کاهش انگیزه، رضایت شغلی و تعهد سازمانی در میان پرستاران باقی‌مانده می‌شود. این امر منجر به افزایش جابجایی و غیبت نیروی پرستاری و در نهایت کاهش کیفیت خدمات و آسیب به بیماران خواهد شد. علاوه‌براین، با خروج پرستاران متخصص، نظام سلامت کشور مبدأ تضعیف شده و تربیت نسل آینده پرستاران با چالش مواجه می‌شود [۲]. در مقابل، کشورهای مقصد با هزینه‌ای کمتر، کمبود نیروی پرستاری خود را از طریق جذب پرستاران مهاجر جبران می‌کنند. با این حال، فرایند آموزش و تطبیق این پرستاران با فرهنگ سازمانی جدید، زمان‌بر و پرهزینه است. در مراحل اولیه، ممکن است کیفیت خدمات ارایه‌شده این پرستاران پایین باشد که نارضایتی بیماران را به دنبال خواهد داشت [۸، ۷]. پرستاران مهاجر با چالش‌هایی همچون دوری از خانواده و جامعه، دشواری در یافتن محل سکونت و شغل مناسب، نیاز به یادگیری زبان جدید، سازگاری با محیط و فرهنگ تازه، از دست دادن حمایت‌های اجتماعی، تبعیض‌های نژادی و رویارویی با فرایند طولانی و پرهزینه ارزیابی صلاحیت و انطباق با شیوه‌های متفاوت بالینی مواجه می‌شوند [۹].

منابع محدود، نیازهای نامحدود و مدیریت ضعیف از مهمترین چالش‌های مدیران بهداشتی و درمانی کشورهای در حال توسعه از جمله ایران است [۱۰] که تأثیر منفی بر عدالت، کیفیت و کارایی نظام سلامت این کشورها دارند [۱۱]. بودن و توزیع عادلانه منابع نظام سلامت پیش نیاز دستیابی مردم به سطح قابل قبولی از سلامت است و نقش بسزایی در عدالت، کارایی و تحقق اهداف اساسی نظام سلامت دارد [۱۲]. مهاجرت پرستاران موجب کمبود کادر پرستاری می‌شود و پایداری نظام سلامت را به مخاطره می‌اندازد. علاقه پرستاران به مهاجرت در ایران به‌طور قابل توجهی در حال افزایش است. دلایل مختلفی از جمله فشار کاری شدید، حقوق و مزایای پایین و فقدان حمایت مناسب از پرستاران، در این روند تأثیرگذارند [۲]. این شرایط زندگی پرستاران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بسیاری از آنها را به جستجوی فرصت‌های بهتر در کشورهای دیگر سوق می‌دهد. در این وضعیت، اهمیت

می‌دهد. این روش برای موضوعات گسترده و پیچیده یا کمتر بررسی شده مناسب است [۱۳]. اهداف این نوع مرور شامل شناسایی انواع شواهد، مفاهیم کلیدی، مدل‌های مفهومی، روش‌های پژوهشی، ترسیم نقشه ادبیات، تحلیل شکاف‌های پژوهشی و تعیین نیاز به مرور نظام‌مند است [۱۴]. در مرور حیطه‌ای از روش جستجوی نظام‌مند استفاده می‌شود ولی محدودیت‌های مرور نظام‌مند، مانند ارزشیابی کیفی مقالات پژوهشی اصلی، اعمال نمی‌شود. علاوه بر آن، «ادبیات خاکستری» از قبیل مقالات مروری، پایان‌نامه‌ها، چکیده‌های کنفرانس‌ها و گزارش‌های سازمانی نیز در نظر گرفته می‌شوند. این امر موجب می‌شود که تعداد بیشتری از شواهد کاربردی و مرتبط، در بازه زمانی کوتاه‌تری شناسایی و استفاده شوند [۱۵].

در این مطالعه، از پروتکل آرکسی و اومالی (Arksey و O'Malley) استفاده شد که شامل شش مرحله شناسایی سوال پژوهش، جستجوی مطالعات مرتبط، انتخاب مطالعات، استخراج داده‌ها، خلاصه‌سازی و گزارش یافته‌ها، و مشاوره اختیاری با متخصصان است [۱۶]. سوالات اصلی این پژوهش عبارت بودند از «روش‌های مدیریت مهاجرت پرستاران کدامند؟» و «کدام‌یک از این روش‌ها بیشتر در مطالعات بیان شده‌اند؟» برای جستجوی ادبیات مرتبط، از پایگاه‌های داده معتبر انگلیسی شامل پابمد (PubMed)، وب‌آوساینس (Web of Science)، وایلی آن‌لاین لایبرری (Wiley Online Library)، اشپرینگز (Springer)، ساینس دایرکت (Science Direct)، اسکوپوس (Scopus) و پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی مگایران (Magiran)، پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (SID) و موتور جستجوی گوگل اسکولار (Google Scholar) استفاده شد. جستجو با ترکیب کلیدواژه‌های policy, strategy, manage, solution, method, control, brain drain, migration nurse, health workers, health professionals و معادل‌های فارسی آن‌ها انجام شد (جدول ۱). به تنوع کلیدواژه‌ها به منظور اطمینان از پوشش جامع موضوع و شناسایی مقالات مرتبط توجه شد.

توجه مدیران به بهبود شرایط کاری پرستاران و ایجاد انگیزه برای ماندن آنها در کشور بیش از پیش نمایان می‌شود.

مدیریت مهاجرت پرستاران به فرآیند تدوین و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌هایی گفته می‌شود که با هدف تنظیم و بهینه‌سازی جریان مهاجرت پرستاران در نظام سلامت صورت می‌گیرد. این رویکرد بر برنامه‌ریزی مؤثر برای تأمین نیروی انسانی، کاهش مهاجرت‌های غیرضروری، بهبود شرایط شغلی و توسعه فرصت‌های کاری در داخل کشور تمرکز دارد. از اهداف کلیدی آن می‌توان به حفظ سرمایه انسانی، تأمین نیروی پرستاری متخصص، کاهش کمبود پرستار و ارتقای کیفیت خدمات درمانی اشاره کرد. مزایای این مدیریت شامل پیشگیری از بحران نیروی انسانی در بخش سلامت، کاهش هزینه‌های مرتبط با آموزش و جایگزینی پرستاران مهاجر و افزایش رضایت و بهره‌وری پرستاران از طریق حمایت‌های حرفه‌ای و ایجاد انگیزه‌های شغلی است. این پژوهش با هدف شناسایی و تبیین راهکارهای مدیریت مهاجرت پرستاران انجام شد. با توجه به تأثیر مهاجرت پرستاران بر کیفیت خدمات سلامت، تعادل نیروی انسانی بخش سلامت و پایداری نظام سلامت، یافته‌های این پژوهش می‌تواند مبنای تصمیم‌گیری سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت قرار گیرد و به آنها کمک می‌کند تا با تدوین و اجرای راهبردهای مناسب، ضمن کنترل این روند، شرایط لازم برای بهبود وضعیت شغلی پرستاران، کاهش تمایل به مهاجرت و تضمین تأمین نیروی انسانی پایدار و کارآمد در نظام سلامت را فراهم سازد.

روش‌ها

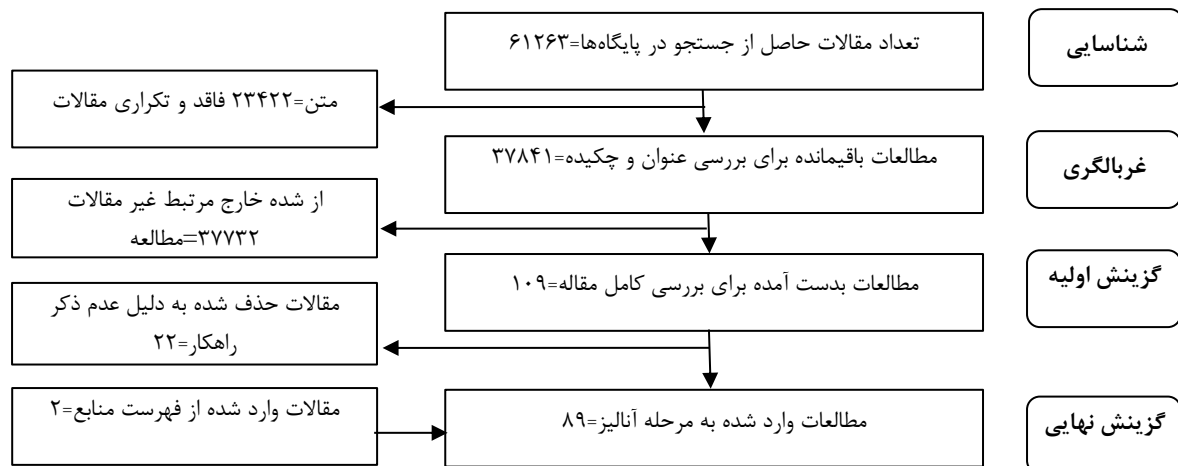
مطالعه حاضر با استفاده از روش مرور حیطه‌ای (Scoping Review) انجام شد. مرور حیطه‌ای، مطالعه‌ای ثانویه برای ترکیب شواهد پژوهشی است که به سوالات «چه چیزی» و «چرا» پاسخ

جدول ۱. استراتژی جستجو در پایگاه‌های داده

پایگاه داده	استراتژی جستجو	جستجوی اولیه
PubMed	((("Health Workforce Migration"[Mesh]) OR ("Nursing Staff"[Mesh])) AND ("Brain Drain"[Mesh]) OR "Migration")) AND ("Health Policy"[Mesh] OR "Management"[Mesh] OR "Retention Strategies")	۲۹
Scopus	(policy OR strategy OR manage OR solution OR retention OR control) AND ("brain drain" OR "migration") AND ("nurse" OR "health workers" OR "health professionals")	۲۶
Springer	OR solution OR control) AND ("brain drain" ((policy OR strategy OR manage OR retention OR "migration")) AND ("nurse" OR "health workers" OR "health professionals"))	۴۸۸۰۲ (۵ صفحه اول)
Web of Science	TS=(policy OR strategy OR manage OR retention OR solution OR control) AND TS=("brain drain" OR "migration") AND TS=(nurse OR "health workers" OR "health professionals")	۱۶
ScienceDirect	(policy OR strategy OR manage OR solution OR retention OR control) AND ("brain drain" OR "migration") AND "nurse" OR "health workers" OR "health professionals")	۱۱۴۱۹ (۵ صفحه اول)
Wiley Online Library	retention OR control) AND ("brain drain" OR (policy OR strategy OR manage OR solution OR professionals") "migration") AND ("nurse" OR "health workers" OR "health	۹۴۶ (۵ صفحه اول)
Magiran	مهاجرت + پرستار	۱۰
SID	مهاجرت و پرستار	۲
Google Scholar	retention OR control ("brain drain" OR policy OR strategy OR manage OR solution OR "migration")AND ("nurse" OR "health workers" OR "health professionals")	۱۳

۱). اطلاعات کلیدی از مقالات منتخب استخراج و در یک جدول ثبت شد. این اطلاعات شامل عنوان مقاله، نام نویسندگان، سال انتشار، محل مطالعه، نوع مطالعه (کمی، کیفی، مروری و غیره)، روش جمع‌آوری اطلاعات و نتایج کلیدی (راهبردهای مدیریت مهاجرت پرستاران) بود. از روش تحلیل موضوعی (Thematic analysis) برای تحلیل داده‌های کیفی این براون (Braun) و کلارک (Clarke) برای تحلیل داده‌های کیفی این مطالعه استفاده شد که شامل مراحل آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجو برای مضامین، مرور مضامین، تعریف مضامین و تهیه گزارش نهایی بود [۱۷].

تمامی مقالات بازبینی شده وارد نرم‌افزار اندنوت (EndNote X9) شدند. تعداد ۶۱۲۶۳ مستند از پایگاه‌ها و موتورهای جستجو به‌دست آمد. مقالات شناسایی شده ابتدا بر اساس عنوان و چکیده غربالگری شدند. در این مرحله، مقالاتی که به‌طور واضح به موضوع مهاجرت پرستاران مرتبط نبودند، حذف شدند. سپس، متن کامل مقالات با توجه به معیارهای ورود و خروج بررسی شد. معیارهای ورود شامل مقالات به زبان‌های انگلیسی و فارسی، مقالات مربوط به روش‌های مدیریت مهاجرت پرستاران از ژانویه ۲۰۰۰ تا اکتبر ۲۰۲۳ میلادی و معیارهای خروج شامل مقالات تکراری و مقالاتی که متن کامل آنها در دسترس نبود. در نهایت، ۸۹ مستند برای استخراج داده انتخاب شدند (نمودار

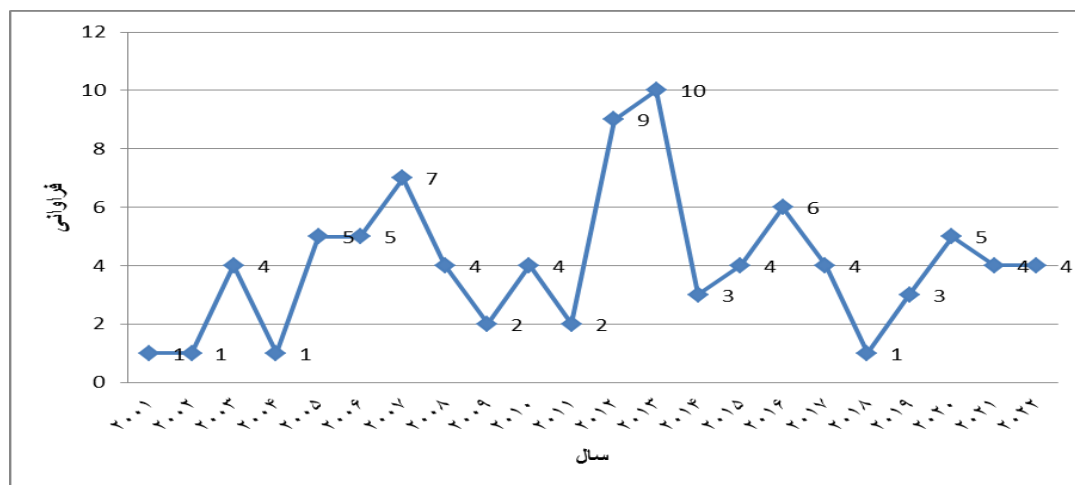


نمودار ۱. روند بررسی مقالات در پایگاه‌های داده

روش کمی، ۱۶ مطالعه (۱۸٪) از روش کیفی و ۷ مطالعه (۸٪) از روش ترکیبی برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده کرده بودند. به‌طور کلی، تعداد ۴۲ راهکار مدیریت مهاجرت پرستاران در این مطالعات پیشنهاد شده بود که در دو دسته راهکارهای مدیریت مهاجرت پرستاران در کشور مبدا و راهکارهای مدیریت مهاجرت پرستاران در کشور مقصد ارائه شدند (جدول ۲).

یافته‌ها

تعداد ۸۹ مقاله از ابتدای ژانویه ۲۰۰۰ تا پایان اکتبر ۲۰۲۳ میلادی وارد مطالعه شدند. بیشترین تعداد مطالعات در سال‌های ۲۰۰۷، ۲۰۱۲ و ۲۰۱۳ میلادی انجام شده بودند (نمودار ۲). از این تعداد، ۸۷ مطالعه به زبان انگلیسی (۹۸٪) و ۲ مطالعه به زبان فارسی (۲٪) منتشر شده بود. همچنین، تعداد ۵۸ مطالعه (۶۵٪) از روش مروری، ۸ مطالعه (۹٪) از



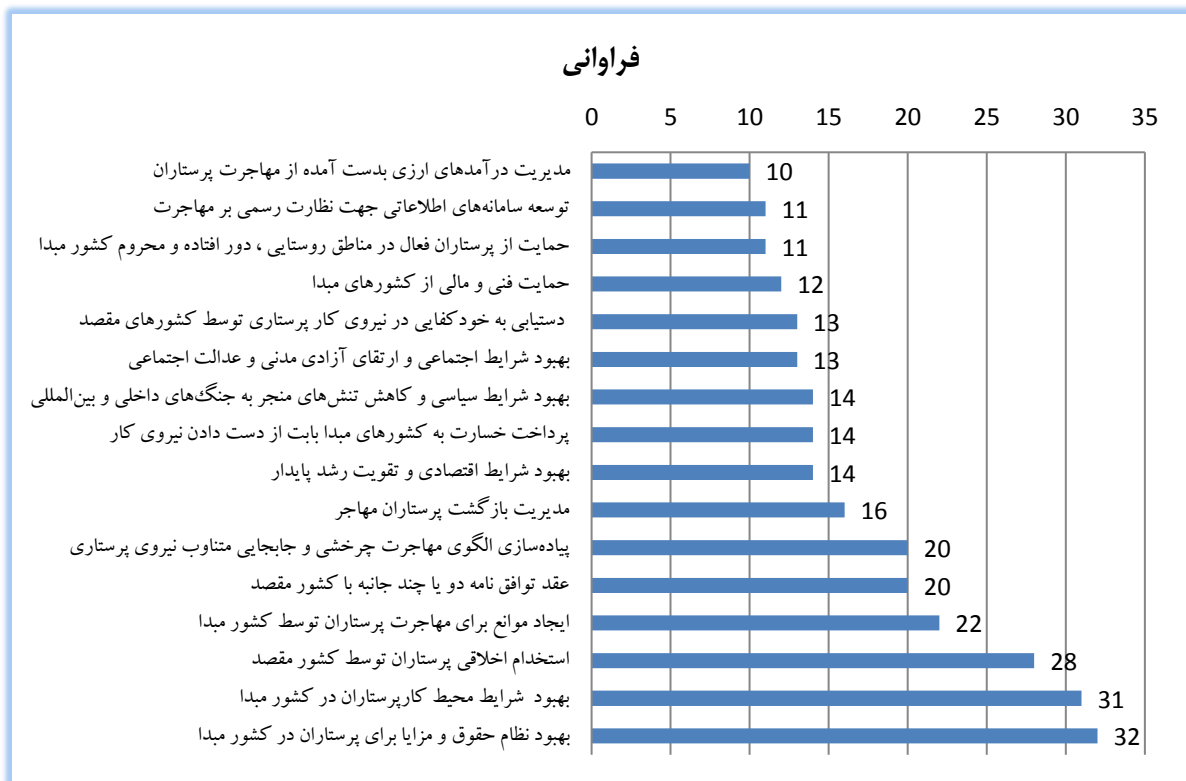
نمودار ۲: توزیع فراوانی مطالعات راهکارهای مدیریت مهاجرت پرستاران بر حسب سال

جدول ۲. راهکارهای مدیریت مهاجرت پرستاران استخراج شده از مطالعات

راهکارهای مدیریت مهاجرت پرستاران در کشور مبدا	فراوانی (درصد)
• افزایش حقوق و مزایای پرستاران برای کاهش شکاف دستمزد بین کشور مبدا و مقصد	۳۲ (۱۳)
• بهبود شرایط محیط کاری پرستاران	۳۱ (۱۲)
• ایجاد موانع برای مهاجرت پرستاران به منظور حفظ نیروی انسانی	۲۲ (۹)
• عقد توافق‌نامه‌های دو یا چند جانبه با کشور مقصد برای مدیریت مهاجرت پرستاران	۲۰ (۸)
• اجرای الگوی مهاجرت چرخشی و جابجایی متناوب نیروی پرستاری	۲۰ (۸)
• مدیریت بازگشت پرستاران مهاجر و تسهیل ادغام مجدد آنها در سیستم سلامت کشور مبدا	۱۶ (۶)
• بهبود شرایط اقتصادی و تقویت رشد پایدار	۱۴ (۶)
• بهبود شرایط سیاسی و کاهش تنش‌های منجر به جنگ‌های داخلی و بین‌المللی	۱۴ (۶)
• بهبود شرایط اجتماعی و ارتقای آزادی مدنی و عدالت اجتماعی	۱۳ (۵)
• توسعه سامانه‌های اطلاعاتی برای نظارت رسمی و تحلیل داده‌های مهاجرت	۱۱ (۴)
• مدیریت درآمدهای ارزی به دست آمده از مهاجرت پرستاران	۱۱ (۴)
• حمایت از پرستاران شاغل در مناطق روستایی، دور افتاده و محروم	۱۱ (۴)
• فراهم کردن فرصت‌های آکادمیک و رشد حرفه‌ای بهتر پرستاران در کشور خود	۹ (۴)
• اهدا کمک‌هزینه‌های تحصیلی، بورسیه‌های تحصیلی و برنامه‌های آموزشی پیشرفته برای پرستاران	۷ (۳)
• اعطای استقلال حرفه‌ای بیشتر به پرستاران	۵ (۲)
• تدوین و اصلاح سیاست و قوانین مهاجرت پرستاران	۴ (۲)
• افزایش سرمایه‌گذاری در سلامت عمومی برای کاهش بیماری‌ها و بهبود شرایط پرستاران	۴ (۲)
• به‌روزرسانی برنامه‌های درسی پرستاری و تطابق بیشتر آموزش و اشتغال	۴ (۲)
• واگذاری وظایف پرستاری در مناطق روستایی به کارکنان پرستاری سطح پایین‌تر	۳ (۱)
• تهیه سیاست ملی و برنامه توسعه بلندمدت برای منابع انسانی پرستاری	۲ (۱)
• تربیت پرستاران بیشتر برای جلوگیری از کمبود نیرو پس از مهاجرت	۲ (۱)
• گسترش فرصت‌های شغلی و کاهش نرخ بیکاری در میان پرستاران	۲ (۱)
• آگاهی پرستاران و مسئولین پرستاری از آیین‌نامه استخدام اخلاقی بین‌المللی	۲ (۱)
• اعطای بورسیه تحصیلی برای جذب دانش‌آموزان محلی به پرستاری و اشتغال در منطقه خود	۲ (۱)
• آموزش فارغ‌التحصیلان پرستاری برای ایجاد مسئولیت اجتماعی نسبت به فقرا و بیماران کشور خود	۲ (۱)
• تدوین سیاست‌های حمایتی برای پرستاران زن در نقش مادر و همسر	۲ (۱)
• گسترش دانشکده‌های پرستاری خصوصی برای تربیت پرستاران بین‌المللی جهت صادرات	۲ (۱)
• اندازه‌گیری زیان اقتصادی ناشی از مهاجرت پرستاران برای بهبود سیاست‌های مدیریتی	۲ (۱)
• اعمال سیاست‌های ترویج ملی‌گرایی و میهن‌پرستی	۱ (۰)
• تغییر زبان آموزش پرستاری از انگلیسی به زبان بومی برای کاهش مهاجرت	۱ (۰)
• توزیع متوازن پرستاران بین مناطق شهری و روستایی برای جلوگیری از مهاجرت آنان	۱ (۰)
• جذب کمک‌های بین‌المللی برای تقویت سیستم پرستاری و تأمین نیروی انسانی مورد نیاز	۱ (۰)
• صدور مجوز انجام برخی فعالیت‌های خصوصی به پرستاران بخش دولتی	۱ (۰)
راهکارهای مدیریت مهاجرت پرستاران در کشور مقصد	فراوانی (درصد)
• استخدام اخلاقی پرستاران از کشورهای در حال توسعه	۲۸ (۳۵)
• پرداخت خسارت به کشورهای مبدا برای جبران اثرات منفی ناشی از مهاجرت پرستاران	۱۴ (۱۸)
• تلاش برای دستیابی به خودکفایی در نیروی کار پرستاری	۱۳ (۱۶)
• حمایت فنی و مالی از کشورهای مبدا به منظور کاهش اثرات منفی مهاجرت بر آنها	۱۲ (۱۵)
• بهبود جمع‌آوری داده‌های جریان مهاجرت برای اعمال نظارت	۴ (۵)
• اجرای برنامه انتقال مؤثر شامل آموزش فرهنگی برای کادر پرستاری میزبان برای جلوگیری از تبعیض	۳ (۴)
• معرفی چارچوب‌های ملی پاسخگویی در خصوص اجرای آیین‌نامه استخدام اخلاقی	۲ (۳)
• افزایش سن بازنشستگی به منظور افزایش عمر کاری پرستاران و جلوگیری از کمبود نیروی انسانی	۲ (۳)
• راهبردهایی برای افزایش نرخ نگهداری پرستاران و کاهش نرخ بازنشستگی پیش از موعد	۱ (۱)

مرتبط با مهاجران، مدیریت درآمدهای ارزی به‌دست‌آمده از مهاجرت پرستاران، و حمایت از پرستاران فعال در مناطق روستایی، دورافتاده و محروم. راهکارهای پرتکرار مدیریت مهاجرت پرستاران از سوی کشورهای مقصد به‌ترتیب شامل استخدام اخلاقی پرستاران از کشورهای در حال توسعه، پرداخت غرامت به کشورهای مبدأ، تلاش برای دستیابی به خودکفایی در نیروی کار پرستاری، حمایت فنی و مالی از کشورهای مبدأ برای کاهش اثرات منفی مهاجرت بر آنها و بهبود جمع‌آوری داده‌های جریان مهاجرت به‌منظور اعمال نظارت بودند (نمودار ۳).

بیشترین راهکارهای مدیریت مهاجرت پرستاران استخراج‌شده از مطالعات برای کشورهای مبدأ عبارتند از بهبود نظام حقوق و مزایا و از بین بردن شکاف دستمزد بین کشور مبدأ و مقصد، بهبود شرایط محیط کار، ایجاد موانع برای مهاجرت، عقد توافق‌نامه‌های دو یا چندجانبه با کشور مقصد، اجرای فرآیند چرخش مغزها، مدیریت بازگشت مهاجران، بهبود شرایط اقتصادی و تقویت رشد پایدار، بهبود شرایط سیاسی و کاهش تنش‌های منجر به جنگ‌های داخلی و بین‌المللی، بهبود شرایط اجتماعی و ارتقای آزادی مدنی و عدالت اجتماعی، توسعه سامانه‌های اطلاعاتی جهت نظارت رسمی بر مهاجرت و بهبود گردآوری داده‌های



نمودار ۳: توزیع فراوانی پرتکرارترین راهکارهای مدیریت مهاجرت پرستاران

ممانعت یا تاخیر در صدور مجوز خروج برای مهاجرت، عقد توافق‌نامه دو یا چند جانبه با کشور مقصد، اجرای فرایند چرخش مغزها، مدیریت بازگشت مهاجران، حمایت از پرستاران فعال در مناطق روستایی، دور افتاده و محروم، بهبود شرایط اقتصادی و تقویت رشد پایدار، بهبود شرایط سیاسی و کاهش تنش‌های منجر به جنگ‌های داخلی و بین‌المللی، بهبود شرایط اجتماعی، ارتقای آزادی‌های مدنی و عدالت اجتماعی، توسعه سامانه‌های اطلاعاتی جهت نظارت رسمی بر مهاجرت و بهبود گردآوری داده‌های مرتبط با مهاجران و مدیریت درآمدهای ارزی به‌دست آمده از مهاجرت پرستاران از پرتکرارترین راهکارهای مدیریت مهاجرت پرستاران در کشور مبدأ بود.

مهمترین دلیل مهاجرت پرستاران شکاف دستمزد بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است. بدلیل وضعیت بد اقتصادی کشورهای در حال توسعه، اکثر پرستاران دستمزدی دریافت می‌کنند

بحث

هدف این پژوهش، شناسایی و تبیین راهکارهای مؤثر در مدیریت مهاجرت پرستاران بود. تعداد ۴۲ راهکار مختلف شناسایی شد که به دو دسته اصلی تقسیم شدند: دسته اول شامل راهکارهایی بود که مختص کشورهای مبدأ پرستاران بودند و به تقویت و نگهداشت نیروی انسانی در این کشورها معطوف می‌شدند؛ در حالی که دسته دوم شامل راهکارهایی بود که به کشورهای مقصد مربوط می‌شدند و تمرکز آنها بر جذب مؤثر و حمایت از پرستاران مهاجر بود. این طبقه‌بندی علاوه بر کمک به درک بهتر چالش‌های موجود در هر دو طرف، می‌تواند به‌عنوان راهنمایی برای سیاست‌گذاران و مدیران سلامت در طراحی راهبردهای مناسب برای مدیریت بهینه مهاجرت کارکنان سلامت عمل کند.

بهبود نظام حقوق و مزایا و از بین بردن شکاف دستمزد بین کشور مبدأ و مقصد، بهبود شرایط محیط کار، ایجاد موانع برای مهاجرت و

بر استرس کاری پرستاران و احتمالاً مهاجرت آنها به کشورهای دیگر دارند [۲۱].

مدیران بیمارستان‌ها باید اقدامات جدی برای مدیریت صحیح کارکنان از جمله پرستاران به کار گیرند که شامل انتخاب کارکنان شایسته، متخصص و متعهد، آموزش و توسعه آنها، برقراری ارتباط موثر با آنها، ارزیابی عملکرد آنها و جبران خدمت و پرداخت حقوق و مزایای کافی و عادلانه است. علاوه بر این، طراحی مجدد مشاغل به منظور افزایش استقلال، اختیار، انعطاف‌پذیری و خلاقیت کارکنان منجر به افزایش رضایت شغلی و تعهد سازمانی آنها می‌شود [۳۴]. در کنار بهبود وضعیت اقتصادی و حرفه‌ای پرستاران، بهبود وضعیت اجتماعی و سیاسی کشورهای مبدأ نیز در مدیریت مهاجرت پرستاران نقش حیاتی دارد. بر اساس گزارش مرکز بین‌المللی مهاجرت پرستاران، یکی از علل اصلی مهاجرت پرستاران، ناپایداری‌های سیاسی و فساد اجتماعی در کشورهای مبدأ است [۳۵]. علاوه بر این، شرایط اجتماعی، فضای سیاسی و میزان جرم و جنایت در کشورهای مبدأ، موانع مهمی برای بازگشت مهاجران به کشور خود به شمار می‌روند. تا زمانی که تغییری اساسی در این شرایط اجتماعی، سیاسی و امنیتی ایجاد نشود، تعداد مهاجرانی که برای همیشه به کشور خود باز می‌گردند، نسبتاً کم خواهد بود. بنابراین، مبارزه با فساد، بهبود ثبات سیاسی، پاسخگویی، حاکمیت قانون و کیفیت مقررات می‌تواند مهاجرت پرستاران را مهار کند [۳۶]. یکی دیگر از راهکارهای کشور مبدأ برای حفظ پرستاران و کاهش مهاجرت، اجرای طرح‌های اخذ تعهد و خدمات اجباری است. طرح‌های خدمات اجباری یعنی پرستار پس از فارغ‌التحصیلی، باید برای مدتی معمولاً برابر با تعداد سال‌های آموزش، برای بازپرداخت بخشی از هزینه آموزش که توسط دولت تأمین شده است، برای مؤسسات دولتی کار کند و در صورت نقض تعهد، مشمول جریمه مالی می‌شود. این طرح‌ها تنها به عنوان سازوکار به تأخیر انداختن مهاجرت عمل می‌کنند و به علل ریشه‌ای آن نمی‌پردازند. پرستاران می‌توانند دوره خدمت اجباری را با وظیفه‌شناسی انجام دهند و سپس، به کشورهای دیگر مهاجرت کنند [۲۱]. در بازار کار حرفه‌ای بین‌المللی اقدامات اجباری اگر به شیوه‌ای خودسرانه اجرا شوند، حتی می‌توانند به تمایل پرستاران برای مهاجرت بیفزایند [۳۷].

افزایش فرصت‌های شغلی برای پرستاران و کاهش بیکاری در کشورهای مبدأ یکی دیگر از راهکارهای موثر در مدیریت مهاجرت پرستاران است. برخی از کشورها، مانند هند و فیلیپین، به رغم نیازهای داخلی خود، قادر به ایجاد فرصت‌های شغلی کافی برای پرستاران نیستند. این کشورها برای دهه‌ها، پرستاران را برای بازارهای بین‌المللی آموزش داده‌اند و بازارهایی برای مدارس خصوصی با گرایش‌های بین‌المللی ایجاد کرده‌اند. همچنین، به رغم کمبود پرستار در نيجریه، برخی از پرستاران در این کشور قادر به پیدا کردن شغل نیستند. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، تعداد زیادی پرستار واجد شرایط به لحاظ حرفه‌ای وجود دارند که با وجود کمبود نیروی پرستاری در نظام سلامت این کشورها، بیکار هستند. این وضعیت، یک پارادوکس است: پرستاران مایل به کار هستند اما به دلیل کمبود بودجه و محدودیت‌های مالی، نظام‌های سلامت دولتی قادر به جذب آنها نیستند [۷].

که به طور قابل توجهی کمتر از کشورهای توسعه یافته است. علاوه بر حقوق و مزایای پایین، تأخیر در دریافت آن نیز یکی از دلایل افزایش مهاجرت پرستاران است [۱۹، ۱۸]. بنابراین، بهبود نظام حقوق و مزایا در کشور مبدأ یکی از مهمترین راهکارهای مدیریت مهاجرت است [۲۰]. با توجه به تورم بالا در اکثر کشورهای مبدأ، حقوق و دستمزد دائماً از رشد قیمت‌ها عقب می‌ماند و بر معیشت پرستاران تأثیر منفی می‌گذارد [۲۱]. در حالی که افزایش دستمزد یکی از راهکارهای اصلی کاهش مهاجرت است ولی تفاوت دستمزد بین کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته آنقدر زیاد است که افزایش اندک دستمزدها بعید است تأثیری در کاهش مهاجرت داشته باشد [۲۲]. ثبات قیمت‌ها، عدم وجود تورم و بهبود رشد اقتصادی در کشورهای در حال توسعه تفاوت حقوق و کیفیت تسهیلات بین کشورهای مبدأ و مقصد را کاهش می‌دهد و در نتیجه احتمال مهاجرت پرستاران کاهش می‌یابد. به عنوان نمونه، رشد اقتصادی بالای چین و هند در چند سال گذشته تأثیر مثبتی بر کاهش سرعت فرار مغزها داشته است [۲۴، ۲۳]. علاوه بر انگیزه‌های مالی، مشوق‌های غیر مالی مانند بهبود شرایط محیط کار نیز در مدیریت مهاجرت پرستاران موثر است. راهکارهای بهبود شرایط کار پرستاران شامل بهبود ایمنی محیط کار، رسیدگی به نیازهای اجتماعی و توسعه حرفه‌ای، بهبود مدیریت پرستاری، برنامه کاری انعطاف‌پذیر، دسترسی به آموزش، تعریف نقش‌ها و مسئولیت‌ها، تدوین سیاست‌های دوستدار خانواده، کاهش بار کاری پرستاران، فراهم نمودن مسکن و حمل و نقل و وام‌های کم بهره است [۲۶، ۲۵].

فرسودگی شغلی در حرفه پرستاری بسیار رایج است. چرخه معیوبی وجود دارد که با کمبود پرستار شروع می‌شود. کمبود پرستار باعث کاهش کیفیت خدمات پرستاری، افزایش خطای تجویز دارو و فشار کاری می‌شود که در نهایت، منجر به فرسودگی شغلی، نارضایتی شغلی، استرس و خستگی عاطفی می‌شود و افزایش ترک شغل و مهاجرت را بدنبال دارد. پرستاران باقیمانده با افزایش حجم کاری و استرس مواجه می‌شوند که در نتیجه، رضایت شغلی آنها را تحت تأثیر منفی قرار می‌دهد و به افزایش ترک خدمت و مهاجرت بیشتر پرستاران منتهی می‌شود [۲۷، ۲۸]. اجرای قوانین تعیین و اجرای حداقل نسبت پرستار به بیمار راهکار مؤثری در این زمینه است. به عنوان نمونه، اجرای این قانون در ایالت ویکتوریا استرالیا، باعث شد که هزاران پرستار که این حرفه را ترک کرده بودند، دوباره به کار پرستاری برگردند. در ایالات متحده نیز، اجرای چنین قوانینی در کاهش ترک شغل موفق بوده است [۷، ۲۹]. علاوه بر نسبت کم پرستار به بیمار و حجم کاری بالای پرستاران، تعارض‌های بین پرستار و پزشک نیز عامل مهمی در ایجاد خستگی عاطفی و مسخ شخصیت پرستار است [۳۰]. حل این تعارض‌ها و همچنین، مشارکت پرستاران در امور بیمارستان و بهبود مدیریت پرستاری به طور قابل توجهی باعث افزایش رضایت پرستاران از محیط کار می‌شود [۳۱]. تمرکززدایی از قدرت اعطا شده به پزشکان و اعطای استقلال حرفه‌ای به پرستاران نیز نرخ مهاجرت را کاهش می‌دهد [۳۲]. حفظ ایمنی پرستاران در محیط کار نیز تأثیر زیادی بر رضایت شغلی آنها دارد [۳۳]. ترس از قرار گرفتن در معرض بیماری‌ها و عفونت‌ها یکی از دلایل فرسایش شغلی است. اپیدمی‌ها و پاندمی‌ها، تأثیر زیادی

تواند از مشکلات احتمالی مانند تنش‌های فرهنگی و نارضایتی شغلی جلوگیری کند.

آیین‌نامه سازمان بهداشت جهانی به کشورهای مقصد توصیه می‌کند که برای ایجاد نیروی کار سلامت پایدار و کاهش نیاز به استخدام کارکنان خارجی تلاش کنند. این توصیه شامل برنامه‌ریزی، آموزش و راهبردهای حفظ نیروی کار برای کاهش وابستگی به نیروی کار مهاجر است [۴۲]. این سیاست خودکفایی و تلاش برای تقویت ظرفیتهای داخلی نیروی کار سلامت، پیش از تصویب آیین‌نامه سازمان بهداشت جهانی نیز در برخی کشورها به اجرا درآمده بود. به‌عنوان نمونه، انگلستان پیش از تصویب آیین‌نامه جهانی، استخدام نیروی انسانی از کشورهای دارای کمبود پرستار را ممنوع کرده بود، مگر آنکه این استخدام به‌صورت بخشی از توافق دو جانبه بین دو دولت صورت گیرد [۴۳]. ایران نیز از دهه ۱۹۸۰ میلادی، با سیاست خودکفایی، توانسته است در افزایش عرضه داخلی کارکنان سلامت موفقیت‌های قابل توجهی کسب کند [۴۴]. با وجود این، برخی کشورهای حاشیه خلیج فارس اقدامات موثری در پاسخ به آیین‌نامه سازمان بهداشت جهانی انجام نداده‌اند [۴۵]. این کشورها همچنان به استخدام نیروی کار خارجی به‌ویژه از کشورهای دارای کمبود پرستار ادامه می‌دهند. برای جبران کمبود نیروی پرستاری و دستیابی به خودکفایی در نیروی کار سلامت، کشورهای مقصد می‌توانند از افزایش بودجه برای تربیت نیرو، راهبردهایی برای افزایش نرخ نگهداری پرستاران، کاهش نرخ بازنشستگی پیش از موعد، تأخیر در بازنشستگی، جذب مجدد پرستاران بازنشسته به نیروی کار و افزایش دستمزدها استفاده کنند [۲۹]. این روش‌ها به‌عنوان راهکارهایی برای تقویت نیروی کار داخلی و کاهش وابستگی به نیروی مهاجر شناخته می‌شوند. علاوه بر این، کمک‌های توسعه‌ای برای بهبود نظام سلامت و شرایط کار کارکنان در کشورهای مبدا نیز باید مد نظر قرار گیرد [۴۶]. تنها در این صورت است که می‌توان یک راه‌حل جامع و پایدار برای مدیریت مهاجرت پرستاران ایجاد کرد که هم از حقوق پرستاران مهاجر حمایت کند و هم نیازهای کشورهای مبدا و مقصد را برآورده سازد.

یکی از روش‌های مهم برای کمک‌های توسعه‌ای، پرداخت خسارت یا هزینه تربیت نیروی انسانی مهاجر توسط کشورهای مقصد است. این نوع پرداخت خسارت از طریق سرمایه‌گذاری مالی در دانشکده‌های پرستاری کشور مبدا و همچنین پرداخت هزینه‌های آموزشی پرستاران مازاد برای تأمین نیازهای نیروی کار کشورهای مقصد قابل انجام است. به عبارت دیگر، کشورهای مقصد می‌توانند با پرداخت هزینه‌های آموزشی پرستاران و حمایت مالی از آموزش آنها، به نوعی خسارت ناشی از مهاجرت نیروی انسانی متخصص را جبران کنند. به‌عنوان نمونه، در فیلیپین، برخی از دانشکده‌های پرستاری خصوصی با سرمایه‌گذاری کشورهای مقصد، پرستارانی را آموزش می‌دهند که قصد مهاجرت به این کشورها را دارند [۴۷]. این نوع همکاری‌ها می‌تواند به کشورهای مقصد این امکان را بدهد که نیازهای نیروی کار خود را از طریق آموزش نیروی انسانی در کشورهای مبدا تأمین کنند، در حالی که به کشورهای مبدا نیز کمک مالی و فنی می‌شود. برخی از کشورهای مبدا بر روی اقداماتی متمرکز شده‌اند که می‌تواند مهاجران را به بازگشت دائم یا

استخدام اخلاقی پرستاران از کشورهای در حال توسعه، پرداخت غرامت به کشورهای مبدا، تلاش برای دستیابی به خودکفایی در نیروی کار پرستاری، حمایت فنی و مالی از کشورهای مبدا برای کاهش اثرات منفی مهاجرت بر آنها و توسعه سامانه‌های اطلاعاتی جهت نظارت از پرتکرارترین راهکارهای مدیریت مهاجرت پرستاران در کشور مقصد شناسایی شدند که در ادامه مورد بحث قرار می‌گیرند. سازمان بهداشت جهانی کشورهای مقصد را به استخدام اخلاقی پرستاران مهاجر توصیه می‌کند. آیین‌نامه استخدام اخلاقی بین‌المللی کارکنان سلامت با این استدلال که کارکنان ماهر سلامت از کشورهای در حال توسعه با سرعت زیادی به کشورهای توسعه یافته مهاجرت می‌کنند و منجر به تضعیف نظام سلامت کشورهای مبدا می‌شوند، در شصت و سومین مجمع جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰ میلادی تصویب و ابلاغ شد [۳۸]. این آیین‌نامه با هدف رسیدگی به بحران نیروی کار سلامت و جلوگیری از تضعیف نظام سلامت در کشورهای مبدا، چارچوبی سیاستی برای استخدام اخلاقی در مقیاس جهانی فراهم می‌آورد و به کشورهای مقصد توصیه می‌کند از استخدام پرستاران از کشورهای دارای بحران نیروی انسانی سلامت بدون کسب موافقت کشور مبدا خودداری کنند. این آیین‌نامه ضمن تأکید بر حق شخصی کارکنان سلامت برای مهاجرت، از کشورهای مقصد می‌خواهد که برای ایجاد نیروی کار پایدار بدون وابستگی به نیروی کار مهاجر تلاش کنند. با این حال، بزرگترین نقطه‌ضعف این آیین‌نامه، ماهیت داوطلبانه و اختیاری بودن آن است. به عبارت دیگر، کشورها و سایر ذینفعان تنها تشویق میشوند تا آن را در اقدامات و سیاست‌های خود به‌کار گیرند و الزام قانونی یا اجباری برای اجرای آن وجود ندارد.

عقد موافقت‌نامه‌های دوجانبه در مورد نیروی پرستاری یکی از روش‌های مؤثر در مدیریت مهاجرت پرستاران است که در سال‌های اخیر میان کشورهای مبدا و مقصد رواج پیدا کرده است. این روش، که در آیین‌نامه سازمان بهداشت جهانی نیز مورد تأکید قرار گرفته، با هدف تضمین منافع متقابل و در عین حال حمایت از رفاه و حقوق کارکنان مهاجر و حفظ کیفیت مراقبت از بیماران در هر دو کشور انجام می‌شود [۳۹]. چنین توافق‌نامه‌هایی می‌توانند از بروز مشکلاتی مانند استثمار نیروی کار مهاجر و کاهش کیفیت خدمات پرستاری در کشورهای مبدا جلوگیری کنند و شرایط مناسب‌تری برای پرستاران مهاجر فراهم آورند. یکی از نکات مهم در این فرآیند این است که مهاجرت پرستاران باید از طریق دولت‌ها و نه سازمان‌های مستقل صورت گیرد تا مسیرهای شغلی این افراد منصفانه، قابل مشاهده و قابل نظارت باشد [۴۰]. این امر تضمین‌کننده عدالت در انتخاب و شرایط کاری پرستاران است و موجب می‌شود که مهاجرت پرستاران در چارچوب‌های قانونی و با رعایت استانداردهای بین‌المللی انجام شود. توافق‌نامه‌های دوجانبه باید بر اساس اصول شفافیت و انصاف طراحی شوند و شامل جزئیاتی مانند اعلام حقوق و مزایای کار، حقوق و مزایای مورد انتظار، مسائل فرهنگی که مهاجران ممکن است با آن مواجه شوند و همچنین، چالش‌های اشتغال پایدار پرستاران در کشور مقصد باشند [۴۱]. این موارد، به‌ویژه در کشورهای مقصد که ممکن است پرستاران با شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی متفاوتی روبه‌رو شوند، اهمیت بالایی دارد و می‌

موقت (مهاجرت دایره‌ای) تشویق کند. این نوع مهاجرت دایره‌ای به پرستاران این امکان را می‌دهد که به‌طور موقت به کشورهای مقصد مهاجرت کنند و پس از مدتی با کسب تجربه و تخصص به کشور خود بازگشته و به بهبود نظام سلامت آن کمک کنند [۴۸].

فرار مغز (Brain Drain)، افزایش مغز (Brain Gain) و گردش مغز (Brain Circulation) سه سناریو هستند که به دلیل مهاجرت پرستاران به وقوع می‌پیوندند. فرار مغزها به معنای از دست دادن مهارت‌های حیاتی، دانش حرفه‌ای و ظرفیت‌های مدیریتی در کشور مبدا است که معمولاً در نتیجه مهاجرت دائم اتفاق می‌افتد [۴۹]. در مقابل، افزایش مغز به فرآیند جذب نیروی متخصص از کشورهای دیگر برای یک کشور خاص اشاره دارد و می‌تواند به تقویت بخش‌های علمی و صنعتی آن کشور کمک کند. در نهایت، گردش مغز یا مهاجرت دایره‌ای به معنای رفت و آمد مداوم متخصصان بین کشورهای مبدا و مقصد است [۵۰] و این امکان را فراهم می‌آورد تا آنها با کسب تجربه و دانش جدید، به بهبود وضعیت کشور خود کمک کنند. این سه مفهوم آثار متفاوتی بر اقتصاد و توسعه کشورها دارند و درک آنها می‌تواند به سیاست‌گذاران در اداره مهاجرت نیروی انسانی کمک کند.

چین از سال ۲۰۰۱ میلادی به دنبال رویکرد گردش مغز است و دولت این کشور تلاش می‌کند تا استعدادهای مهاجر خود را تشویق کند که برای مأموریت‌های کوتاه‌مدت به وطن خود بازگردند یا در سمت‌های همزمان در چین و خارج از کشور مشغول به کار شوند تا به تحقیق و توسعه در کشور کمک کنند [۵۱]. مهاجران بازگشته می‌توانند مهارت‌های جدید و چشم‌انداز وسیع‌تری را به کشور خود بیاورند و این امر می‌تواند به تحول در نظام سلامت کمک کند. برای تحقق گردش مغز یا مهاجرت دایره‌ای، مهاجران باید فرصتی برای حرکت آزادانه بین کشور مبدا و مقصد داشته باشند. این امر در اتحادیه اروپا که مردم می‌توانند به راحتی بین کشورهای عضو حرکت کنند، و همچنین، در هند و نپال که سیاست مرزی باز دارند، رایج است [۵۲]. اعطای ویزای موقت به پرستاران برای کار در خارج از کشور به مدت محدود، می‌تواند به ایجاد این فرصت‌ها کمک کند. به عنوان نمونه، کشورهای کارائیب با استفاده از این روش، متخصصان ماهر را تشویق می‌کنند تا به مدت سه سال یا بیشتر به صورت چرخشی در خارج از کشور کار کنند و سپس، به وطن خود بازگردند [۵۳]. پس از چند سال کار پرستاران در کشورهای مقصد، استخدام کنندگان خصوصی یا دولتی باید اقداماتی را برای بازگشت و ادغام مجدد مهارت‌ها و آموزش‌های آنها در نظام سلامت کشور مبدا انجام دهند. اجرای این نوع سیاست هم به حفظ پرستاران کمک می‌کند و هم مهاجرت را به یک راهبرد پایدار برای آموزش بین‌المللی تبدیل می‌کند. برخی دیگر از سیاست‌ها و شیوه‌هایی که برای ترویج بازگشت یا مهاجرت دایره‌ای پیشنهاد شده‌اند، استفاده از مشوق‌های مادی و غیر مادی مانند افزایش حقوق، اعطای وام مسکن، خرید بدون عوارض گمرکی، پرداخت هزینه بلیط هواپیما، بیمه درمانی، اعطای تابعیت مضاعف و حقوق اقامتی انعطاف‌پذیر، و سازماندهی مبادلات آموزشی و سمپوزیوم‌های سالانه برای متخصصان خارج از کشور است. متخصصینی که ارتباط فعال خود را با کشور خود حفظ

می‌کنند، احتمال بیشتری دارد که در آینده به کشور خود بازگردند [۵۴].

یکی از اقدامات مهم اولیه برای مدیریت مهاجرت پرستاران، به‌روز رسانی منظم پایگاه‌های داده پرستاران مهاجر در همه کشورها است. شواهد مورد نیاز برای نظارت و ارزیابی پدیده مهاجرت در اغلب کشورهای فقیر، ناقص است یا اصلاً وجود ندارد. اطلاعات کافی به تجزیه و تحلیل پدیده مهاجرت کمک می‌کند و اقدامات مناسب برای مدیریت آن را ممکن می‌کند [۵۵]. عدم آگاهی و اطلاعات در مورد مهاجرت پرستاران مانع از ارزیابی دقیق در مورد محل مهاجرت، بازگشت آنها و اینکه چه اتفاقی برای آنها افتاده است، می‌شود. برای ارزیابی میزان مهاجرت، همکاری کشورهای مقصد و مبدا در جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و استفاده از داده‌های مربوط به مهاجرت ضروری است. بدون داده‌های کافی، الگوهای نوظهور مهاجرت نمی‌توانند شناسایی شوند و تدوین سیاست‌های موثر برای مدیریت فرآیندهای مهاجرت دشوارتر می‌شود.

در این مطالعه با بررسی ۸۹ مقاله مرتبط، ۴۲ راهکار برای مدیریت مهاجرت پرستاران شناسایی و تبیین شد. با وجود این، مطالعه حاضر محدود به بررسی مقالات و مستندات چاپ شده به زبان انگلیسی و فارسی بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، مقالات و منابع به زبان‌های مختلف هم مورد بررسی قرار گیرند تا راهکارهای بیشتری برای مدیریت مهاجرت پرستاران شناسایی شود. همچنین، انجام مطالعات مداخله‌ای برای تعیین اثربخشی راهکارهای مدیریت مهاجرت پرستاران و مطالعات مرور نظام‌مند یا مرور واقع‌گرایانه برای شناسایی راهکارهای موثر مدیریت مهاجرت پرستاری مفید خواهد بود. به‌طور خلاصه، مهاجرت پرستاران به عنوان یک چالش مهم جهانی، مستلزم راهبردهای یکپارچه بین کشورهای مبدا و مقصد است، در غیر این صورت، سیاست‌های جهانی مدیریت مهاجرت ناکارآمد خواهد بود. موانعی نظیر منافع اقتصادی کوتاه‌مدت، مانع همکاری مؤثر و اجرای آیین‌نامه‌های بین‌المللی می‌شود. رویکرد بهینه شامل ارتقاء شرایط کاری در مبدا، استخدام اخلاقی در مقصد و سیاست‌هایی مانند مهاجرت دایره‌ای است. همکاری در جمع‌آوری داده و تدوین سیاست‌های مبتنی بر شواهد، کلید بهره‌برداری بهینه از منابع انسانی و ارتقاء نظام‌های سلامت جهانی است.

اعلان‌ها

ملاحظات اخلاقی: مواردی نظیر اخذ کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران (IR.TUMS.SPH.REC.1401.289) و بی طرفی پژوهشگران در گردآوری اطلاعات، اطمینان از دقت و صحت داده‌ها و تعبیر و تفسیر اطلاعات، استناد صحیح به منابع، حفظ امانت‌داری علمی، شفافیت در روش‌شناسی و اجتناب از سوگیری در تفسیر داده‌ها رعایت شد.

حمایت مالی: برای انجام این پژوهش حمایت مالی از سوی هیچ سازمانی صورت نگرفته است.

تضاد منافع: در انجام این پژوهش، نویسندگان هیچگونه تضاد منفعی نداشته‌اند.

9. Chandra A, Willis WK. Importing nurses: Combating the nursing shortage in America. *Hosp Top*. 2005 spring; 83(2):33-7. doi: 10.3200/https.83.2.33-37
10. Keliddar I, Mosadeghrad AM, Jafari-Sirizi M. Rationing in health systems: A critical review. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran* . 2017; 31: 47. doi: 10.14196/mjiri.31.47
11. Mosadeghrad AM, Ferlie E. Total quality management in healthcare. *Management innovations for healthcare organizations: adopt, abandon or adapt*. New York : Routledge; 2016:378-96
12. Mosadeghrad AM, Janbabaie G, Kalantari B, Darrudi A, Dehnavi H. Equity in distribution of hospital beds in Iran. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2020; 24 (6) :12-36 [in Persian]. Available from: <https://sjku.muk.ac.ir/article-1-4674-en.html>
13. Neyazi N, Mosadeghrad AM, Afshari M, Isfahani P, Safi N. Strategies to tackle non-communicable diseases in Afghanistan: a scoping review. *Frontiers in Public Health*. 2023; 11:982416. doi: 10.3389/fpubh.2023.982416
14. Peters MD, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JB1 evidence implementation*. 2021 ;19(1):3-10. doi: 10.1097/xe.0000000000000277
15. Mosadeghrad A, Darrudi A, Karimi F. Health care pricing and tariff setting methods: A scoping review. *Payesh* 2024; 23 (1) :19-34 [in Persian]. Available from: <https://payeshjournal.ir/article-1-2162-en.html>
16. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005; 8(1):19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006 ;3(2):77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
18. Tessema M. Causes, challenges and prospects of brain drain: The case of Eritrea. *International Migration*. 2010;48(3):131-57. doi: 10.1111/j.1468-2435.2009.00585.x
19. Attah FM, Angioha PU. Examining the level of relationship between working condition predictor variables; remuneration, working hours, office design, job security and workers wellbeing and productivity in commercial banks. *Int J Sci Res Publ*. 2019;9(5):552-7. doi: 10.29322/ijsrp.9.05.2019.p8967
20. Mensah K, Mackintosh M, Henry L. The 'skills drain' of health professionals from the developing world: a framework for policy formulation. [cited 2025/03/26] Available from: <https://www.medact.org/app/uploads/2014/03/2.-the-skills-drain-of-health-professionals.pdf>
21. Chikanda A. Nurse migration from Zimbabwe: analysis of recent trends and impacts. *Nurs Inq*. 2005 Sep;12(3):162-74. doi: 10.1111/j.1440-1800.2005.00273.x

مشارکت نویسندگان: علی محمد مصدق راد، علی اکبر فضایی، عباس عبادی و فریناز مقدسی در طراحی مطالعه مشارکت داشتند. علی محمد مصدق راد، علی اکبر فضایی و فریناز مقدسی جمع آوری داده‌ها را انجام دادند. علی محمد مصدق راد، علی اکبر فضایی، عباس عبادی و فریناز مقدسی تحلیل داده‌ها را انجام دادند. تمامی نویسندگان پیش‌نویس مقاله را تهیه کردند. تمامی نویسندگان مقاله نهایی را خوانده و تأیید کردند.

رضایت برای انتشار: کاربرد ندارد.

دسترسی به داده‌ها: کاربرد ندارد.

استفاده از هوش مصنوعی: از ابزارهای هوش مصنوعی در نگارش مقاله استفاده نشده است.

تشکر و قدردانی: نویسندگان از داوران محترمی که با نظرات ارزشمند خود به بهبود کیفیت این مقاله کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌کنند

منابع

1. World Health Organization. Nursing and midwifery. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025/03/04] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>
2. Mosadeghrad AM, Moghadasi F. Antecedents and consequences of migration of the Iranian nurses: a letter to editor. *Tehran University Medical Journal*. 2023;81(2):166-7 Available from: <https://tumj.tums.ac.ir/article-1-12377-en.pdf>
3. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2025/03/26] Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1>
4. Lafortune G, Socha-Dietrich K, Vickstrom E. Recent trends in international mobility of doctors and nurses. Recent trends in international migration of doctors, nurses and medical students. 2019:11-34. doi:10.1787/5571ef48-en
5. Li H, Nie W, Li J. The benefits and caveats of international nurse migration. *International Journal of Nursing Sciences*. 2014; 1(3):314-7. doi: 10.1016/j.ijnss.2014.07.006.
6. World Health Organization. Working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 [cited 2025/03/26] Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43432/9241563176_eng.pdf?sequence=1
7. Kingma M. Nurses on the move: Migration and the global health care economy. Cornell University Press; 2018.
8. Tomblin Murphy G, MacKenzie A, Waysome B, Guy-Walker J, Palmer R, Elliott Rose A, et al. A mixed-methods study of health worker migration from Jamaica. *Human Resources for Health*. 2016; 30;14(Suppl 1):36 . doi:10.1186/s12960-016-0125-8

34. Mosadeghrad AM. Strategic collaborative quality management and employee job satisfaction. *International Journal of Health Policy and Management*. 2014; 2 (4): 167-74. doi: 10.15171/ijhpm.2014.38
35. International Centre on Nurse Migration. Return migration of nurses. Geneva: Switzerland. 2008. [cited 2025/03/26] Available from: <https://www.intlnursemigration.org/wp-content/uploads/2019/08/Return-Migration-of-Nurses.pdf>
36. Poppe A, Wojczewski S, Taylor K, Kutalek R, Peersman W. The views of migrant health workers living in Austria and Belgium on return migration to sub-Saharan Africa. *Human Resources for Health*. 2016;14(Suppl 1):125-33. doi: 10.1186/s12960-016-0129-4
37. Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health*. 2003; 14;1(1):1. doi: 10.1186/1478-4491-1-1
38. Merçay C. Managing the international migration of health workers: the development of the WHO code of practice. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 2014;40(6):960-78. doi: 10.1080/1369183X.2013.855076
39. Stokes F, Iskander R. Human rights and bioethical considerations of global nurse migration. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2021;18:429-39. doi: 10.1007/s11673-021-10110-6
40. Brush BL. Global nurse migration today. *Journal of Nursing Scholarship*. 2008;40(1):20-5. doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00201.x
41. Efendi F, Mackey TK, Huang MC, Chen CM. IJEP: Gray area for health policy and international nurse migration. *Nursing Ethics*. 2017;24(3):313-28. doi: 10.1177/0969733015602052
42. World Health Organization. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly, Document WHA 63.16, 21 May 2010. Geneva; 2010. [cited 2025/03/26] Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/3090/A63_R16-en.pdf?sequence=1
43. Willetts A, Martineau T. Ethical international recruitment of health professionals: Will codes of practice protect developing country health systems. Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine; 2004. [cited 2025/03/26] Available from: <https://www.aspeninstitute.org/wp-content/uploads/files/content/images/Martineau%20codesofpracticereport.pdf>
44. Sarfati H. Remuneration of nurses in Islamic countries: economic factors in a social context. Women in nursing in islamic societies. Oxford: Oxford University Press. C. Pereira. 2003.
45. Abuagla A, Badr E. Challenges to implementation of the WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel: the case of Sudan. *Human Resources for Health*. 2016;14(Suppl 1):5-10. doi: 10.1186/s12960-016-0117-8
22. 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(3):1-14. doi: 10.1186/1478-4491-2-3
23. Ouaked S. Transatlantic roundtable on high-skilled migration and sending countries issues. *Int Migr*. 2002;40(4):153-66. doi: 10.1111/1468-2435.00209
24. Simplicé A. Determinants of health professionals' migration in Africa: a WHO-based assessment. *International Journal of Social Economics*. 2015;42(7):666-86. doi: 10.1108/ijse-12-2013-0287
25. McColl K. Fighting the brain drain. *The BMJ*. 2008 Sep 15;337. doi: 10.1136/bmj.a1496
26. Kanchanachitra C, Lindelow M, Johnston T, Hanvoravongchai P, Lorenzo FM, Huang NL, et al. Human resources for health in Southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. *Lancet*. 2011;377(9767):769-81. doi: 10.1016/s0140-6736(10)62035-1
27. Hassmiller SB, Cozine M. Addressing the nurse shortage to improve the quality of patient care. *Health Aff*. 2006;25(1):268-74. doi: 10.1377/hlthaff.25.1.268
28. Galbany-Estragués P, Nelson S. Migration of Spanish nurses 2009–2014. Underemployment and surplus production of Spanish nurses and mobility among Spanish registered nurses: A case study. *International Journal of Nursing Studies*. 2016; 63:112-23. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.08.013
29. Simoens S, Villeneuve M, Hurst J. Tackling nurse shortages in OECD countries. OECD Health Working Papers, No. 54. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2005. doi: 10.1787/172102620474
30. Alubo O, Hunduh V. Medical dominance and resistance in Nigeria's health care system. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*. 2017;47(4):778-94. doi: 10.1177/0020731416675981
31. Ogbolu Y, Johantgen ME, Zhu S, Johnson JV. Nurse reported patient safety in low-resource settings: a cross-sectional study of MNCH nurses in Nigeria. *Applied Nursing Research*. 2015 ;28(4):341-6. doi: 10.1016/j.apnr.2015.02.006
32. Okafor C, Chimereze C. Brain drain among Nigerian nurses: Implications to the migrating nurse and the home country. *International Journal of Research and Scientific Innovation*. 2020;7(1):15-21. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/338741425>
33. International Labour Organization. Programme on Safety and Health at Work and the Environment. Estimating the economic costs of occupational injuries and illnesses in developing countries: essential information for decision-makers. Geneva, Switzerland: International Labour Organization; 2012. [cited 2025/03/26] Available from: <https://www.ilo.org/publications/estimating-economic-costs-occupational-injuries-and-illnesses-developing>

46. O'Brien P, Gostin LO. Health worker shortages and global justice. New York: Millbank Memorial Fund. 2011 Nov 28 [cited 2025/03/26] Available from: <https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2016/04/healthworkershortages-1.pdf>
47. Corcega T, Lorenzo M, Yabes J, De la Merced B, Vales K. Nurse supply and demand in the Philippines. University of the Philippines Manila Journal. 2002;5(1):1-7 [cited 2025/03/26] Available from: <https://www.herdin.ph/index.php/herdin-journals?view=research&cid=32888>
48. Bristol MA. Brain drain and return migration in CARICOM: a review of the challenges. Caribbean Studies. 2010;38(1):129-46. doi: 10.1353/crb.2010.0023
49. Kingma M. Nurses on the move: a global overview. Health Services Research. 2007;42(3p2):1281-98. doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00711.x
50. Haour-Knipe M, Davies A. Return migration of nurses. International Centre on Nurse Migration; 2008. [about 69 p]. [cited 2025/03/26] Available from: https://books.google.com/books/about/Return_Migration_of_Nurses.html?id=pivzvQAACAAJ
51. Nair M, Webster P. Health professionals' migration in emerging market economies: patterns, causes and possible solutions. Journal of Public Health. 2013 ;35(1):157-63. doi: 10.1093/pubmed/fds087
52. Ray KM, Lowell BL, Spencer S. International health worker mobility: causes, consequences, and best practices. International Migration. 2006;44(2):181-203. doi: 10.1111/j.1468-2435.2006.00368.x
53. Buchan J, Parkin T, Sochalski J. International nurse mobility: trends and policy implications. Geneva: World Health Organization; 2003. [cited 2025/03/26] Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/68061/WHO_EIP_OSD_2003.3.pdf
54. Mendoza DR. From a zero-sum to a win-win scenario. Literature review on circular migration. Washington, DC: Migration Policy Institute. 2006 Sep. [cited 2025/03/26] Available from: <https://www.migrationpolicy.org/research/zero-sum-win-win-scenario-literature-review-circular-migration>
55. Diallo K. Data on the migration of health-care workers: sources, uses, and challenges. Bulletin of the World Health Organization. 2004;82(8):601-7