

## بررسی علل ترک حرفه در دانش آموختگان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران: مطالعه‌ای ترکیبی

محمد منتصری<sup>۱</sup>، فاطمه بهرام نژاد<sup>۲\*</sup>

### چکیده

**مقدمه:** پرستاری، به‌عنوان یکی از ارکان اصلی نظام سلامت، با چالش‌هایی همچون ترک حرفه و عدم تمایل به ادامه تحصیل دانش‌آموختگان مواجه است که می‌تواند کیفیت خدمات درمانی را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف «تبیین و تعیین علل ترک حرفه در دانش‌آموختگان مقطع کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران» انجام شد تا با شناسایی این عوامل، راهکارهایی برای کاهش این چالش ارائه شود.

**روش بررسی:** این پژوهش در دو فاز کیفی و کمی اجرا شد. در فاز کیفی، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۲۳ دانش‌آموخته پرستاری انجام و مصاحبه‌ها با رویکرد گرانهایم و لاندمن تحلیل شد. فاز کمی بر اساس کدهای کیفی و با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد ارتباط شغلی، حمایت اجتماعی درک‌شده و ارتباطات حرفه‌ای انجام شد.

**نتایج:** در فاز کیفی، کدهای استخراج شده در قالب دو دسته اصلی تقسیم بندی شدند: عوامل درونی (مانند فرسودگی شغلی، کاهش انگیزه، و نگرش منفی به آینده شغلی) و عوامل بیرونی (مانند حقوق و مزایای ناکافی، حمایت اجتماعی ضعیف و محیط کاری استرس‌زا). در فاز کمی، ۷۸٪ از شرکت‌کنندگان حمایت اجتماعی را ضعیف، ۱۷/۷٪ در حد متوسط و ۴/۳٪ در سطح خوب ارزیابی کردند. میانگین نمره تنش شغلی  $23/42 \pm 18/05$  بوده و کیفیت ارتباطات حرفه‌ای در ۸۰/۴٪ موارد ضعیف گزارش شد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به وضعیت کمبود پرستاری در کشور، ضروری است که حمایت اجتماعی، بازنگری کریکولوم مبتنی بر نیازهای جامعه، ارتقای حقوق و مزایای پرستاران مورد توجه قرار گیرد و مسئولین برای این امر برنامه ریزی کرده و اقدامات لازم را انجام دهند.

**کلید واژه‌ها:** دانش آموخته، ترک حرفه، حمایت اجتماعی، کمبود پرستار، ایران

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری مراقبت ویژه، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

پست الکترونیکی: [bahramnezhad@sina.tums.ac.ir](mailto:bahramnezhad@sina.tums.ac.ir)

\* (نویسنده مسئول): تلفن: +۲۱۶۱۰۵۴۴۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۲۰

تاریخ بازمینی: ۱۴۰۳/۰۷/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۳۱

مقدمه

دانشگاه‌ها به‌عنوان مراکز علمی و آموزشی، نقشی کلیدی در پویایی و توسعه کشورها ایفا می‌کنند و با ارائه آموزش‌های تخصصی، دانشجویان را برای مشاغل مختلف آماده می‌سازند (۱). دانشجویان به‌عنوان رکن اساسی نظام آموزش عالی، نقشی مهم در تحقق اهداف آن دارند و توجه به آموزش و تربیت آنان، به شکوفایی و پویایی بیشتر این نظام می‌انجامد (۲). دانشگاه‌های علوم پزشکی به دلیل ارتباط مستقیم دانش‌آموختگان با جان انسان‌ها اهمیت ویژه‌ای دارند، زیرا سلامت فرد و جامعه به عملکرد حرفه‌ای آنان وابسته است (۳). در واقع، سلامت یکی از حوزه‌هایی است که اثرات علم و فناوری بر آن به‌طور بارز مشاهده می‌شود (۴). سلامت از نیازها و حقوق اساسی مردم بوده و در عین حال عرصه‌ای با تغییر و تحولات سریع می‌باشد (۵). لازمه بوجود آمدن یک جامعه مطلوب تامین سلامت با کیفیت زندگی مطلوب و بهره‌مندی از محیط زیست سالم است (۶).

در این زمینه، نقشه جامع علمی سلامت برای تأمین نیازهای بهداشتی جامعه و پیشبرد توسعه علمی کشور طراحی شده و اولویت‌های آن در سه حوزه زیرساخت، بقا و کمال تعریف شده است (۷).

اولویت زیرساخت بر مدیریت اطلاعات، ارتقای سلامت و عدالت متمرکز است. عناصر بقا شامل تغذیه، تشخیص، درمان و مراقبت از بیماری‌ها بوده و ارتقای فناوری، تولید دارو و طب سنتی را نیز در بر می‌گیرد. نقشه جامع علمی سلامت، بخشی از برنامه بلندمدت علم و فناوری ایران است که با پژوهش، آموزش و بهره‌برداری منظم از دانش، توسعه کشور را هدف قرار داده و در این مسیر، دانشگاه‌های علوم پزشکی و نیروی انسانی نقش اساسی دارند (۸).

رسالت اصلی دانشگاه‌های علوم پزشکی، تربیت نیروی انسانی متخصص و ماهر برای رشد و پیشرفت است و به‌عنوان مهم‌ترین پایگاه علمی در این زمینه نقشی کلیدی دارند (۹). از

آن‌جا که نیروی انسانی ارزنده‌ترین سرمایه هر کشور است، پیشرفت و بالندگی فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی هر کشور در گرو تربیت نیروهای متخصص و نهایتاً رشد علمی و افزایش سطح آگاهی افراد آن جامعه خواهد بود (۳). بدین منظور دانشگاه‌های علوم پزشکی هر ساله با پذیرش دانشجویان جدید و دانش‌آموختگی دانشجویان، به تربیت نیروی انسانی می‌پردازند. در دو دهه اخیر، با گسترش نظام خدمات بهداشتی و درمانی، سیاست وزارت بهداشت بر افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو در رشته‌های پزشکی متمرکز بوده تا از این طریق نیروی مورد نیاز را تأمین و اهداف بهداشتی و درمانی را محقق سازد (۹).

در راستای این سیاست‌ها و همچنین گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی دولتی و غیردولتی، در سال‌های گذشته شاهد افزایش تعداد دانش‌آموختگان رشته‌های علوم پزشکی هستیم (۱۰). با این وجود، نظام سلامت با کاهش نیروی انسانی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی خود مواجه است (۱۱). در واقع، علی‌رغم اینکه وزارت بهداشت سالانه اعتبار بالایی را جهت آموزش و تربیت دانشجویان خود هزینه می‌کند (۱۲)، آمار بیکاری و ترک حرفه در این قشر همچنان در حال افزایش است (۱۳). در این بین توجه به موضوع ترک حرفه پرستاری به دلیل نقش حیاتی پرستاران در مراقبت از بیماران و تأثیر مستقیم آن بر کیفیت خدمات سلامت، از جایگاه ویژه‌ای بین رشته‌های علوم پزشکی برخوردار است (۱۴). ترک حرفه پرستاری، به یکی از چالش‌های اساسی در بسیاری از کشورها تبدیل شده و توجه سیاست‌گذاران را به خود جلب کرده است (۱۵). در سال ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی ۲ کمبود جهانی ۵٫۹ میلیون پرستار و ماما را تخمین زد و این کمبود را عاملی زیان‌بار برای سلامت و رفاه جمعیت‌های جهانی دانست (۱۶). علاوه بر این، بر اساس پیش‌بینی‌ها، کمبود جهانی پرستاران تا

<sup>2</sup> World Health Organization (WHO)

اکثر دانشجویان پزشکی در مورد افت موقعیت و درآمد پزشکی عمومی نگران بودند (۲۳). نتایج حاصل از مطالعه‌ای در ژاپن نیز نشان داد تنها ۱۲/۳ درصد از پرستاران تمایل به باقی ماندن در حرفه پرستاری را داشتند (۲۴).

در ایران نیز مطالعات پیشین نشان می‌دهد بیکاری و ترک حرفه در بین نیروی کار و نگرانی در مورد آینده شغلی در رشته های علوم پزشکی رو به افزایش است. در مطالعه‌ای بر روی ۵۲۸ نفر از دانش آموختگان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان نشان داده شد که حدود ۲۰ درصد از آن‌ها در دراز مدت (گذشت بیش از ۳ سال از اتمام تحصیل) به صورت مستقیم در فعالیت های مرتبط به رشته تحصیلی خود وارد نشده و یا از کشور خارج شده‌اند (۲۵). همچنین نتایج مطالعه ای روی نگرش دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه اصفهان نسبت به رشته تحصیلی و آینده شغلی شان، حاکی از نگرش منفی این دانشجویان به آینده شغلی خود بوده است (۳). نتایج پژوهش حریریان و همکاران (۱۳۸۸) نیز که نظرات دانشجویان پرستاری زنجان را نسبت به حرفه‌ی خود مورد بررسی قرار داده بود نشان داد تنها ۳۰ درصد دانشجویان نظر مثبتی نسبت به حرفه خود داشته و ۵۷ درصد آن‌ها موافق با ترک آن بوده‌اند (۲۶).

ناتوانی در حفظ پرستاران هزینه‌های مالی سنگینی بر سازمان‌های بهداشتی تحمیل می‌کند. نرخ پایین نگهداشت و حفظ نیرو به معنای هزینه‌های بیشتری برای جذب، آموزش و حمایت از کارکنان جدید است. این موضوع همچنین باعث ناآرامی در محیط کار شده و بار کاری اضافی بر دوش نیروهای باقی‌مانده می‌گذارد، که در نهایت به کاهش رضایت شغلی، افت روحیه و کاهش کیفیت مراقبت از بیماران منجر می‌شود (۱۶، ۲۷). این مشکلات، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان را در کشورهای مختلف، چه با درآمد بالا و چه پایین، با چالش‌های جدی مواجه کرده است. با وجود تلاش‌های استراتژیک برای حفظ نیروی پرستاری، بسیاری از کشورها همچنان با کمبود قابل توجه نیروی انسانی روبه‌رو هستند و

سال ۲۰۳۵ به حداقل ۱۲،۹ میلیون نفر خواهد رسید که نسبت به کمبود فعلی ۷/۲ میلیون نفر، افزایش قابل توجهی را نشان می‌دهد (۱۷). کمبود پرستار و حفظ نیروی کاری با مهارت کافی، از دغدغه‌های اصلی کارفرمایان حوزه سلامت در سطح بین‌المللی نیز است. در بریتانیا، سازمان سرویس سلامت ملی<sup>۳</sup> تأکید کرده است که دلایل ترک حرفه پرستاری باید به‌دقت بررسی شود (۱۸). مطالعات نیز نشان داده‌اند که کمبود پرستاران، با کیفیت پایین‌تر آموزش، فرسودگی شغلی کارکنان، کاهش کیفیت مراقبت از بیماران، و حتی افزایش نرخ مرگ‌ومیر در میان بیماران مرتبط است (۲۱، ۲۰، ۱۹). به‌طور خاص، آیکن و همکاران گزارش کردند که هر بیمار اضافی در بار کاری پرستاران، خطر مرگ یک بیمار بستری دیگر را تا ۷ درصد افزایش می‌دهد (۱۹).

در سال ۲۰۱۴، سازمان آموزش سلامت انگلستان<sup>۴</sup> گزارش کرد که ۱۰ درصد از پرستاران به‌طور جدی قصد ترک حرفه خود را دارند. همچنین در سال ۲۰۲۰، یک نظرسنجی از ۴۲،۰۰۰ عضو کالج سلطنتی پرستاری<sup>۵</sup> نشان داد که این تمایل به دلیل فشارهای ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ افزایش یافته است و ۳۶ درصد از پاسخ‌دهندگان در حال بررسی و تصمیم‌گیری برای ترک حرفه پرستاری بودند. دلایلی که توسط این افراد ذکر شد شامل حقوق ناکافی، مسئولیت‌های سنگین‌تر، کمبود نیرو، و عدم حمایت از سوی مدیریت بود. با این حال، بسیاری از پرستاران اعلام کردند که از سوی عموم مردم و بیماران احساس ارزشمندی بیشتری می‌کنند، اما تنها ۱۸ درصد بیان کردند که دولت به آن‌ها توجه بیشتری نشان داده است، در حالی که فشار کاری آن‌ها نسبت به گذشته افزایش یافته بود (۱۶). همیگ<sup>۶</sup> (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای در سوئیس نشان داد ۱۶،۶ درصد پرستاران به ترک حرفه خود فکر می‌کنند (۲۲). در مطالعه‌ی دیگری در دانشگاه آکسفورد،

<sup>3</sup> National Health Service (NHS)

<sup>4</sup> Health Education England (HEE)

<sup>5</sup> Royal College of Nursing

<sup>6</sup> Hämmig

مجبورند از راه‌حل‌های موقت مانند جذب پرستاران از سایر کشورها استفاده کنند (۲۸)(۴).

سال‌ها نظر بر این بود که نرخ بیکاری با ارتقای سطح آموزش کاهش می‌یابد، بطوریکه نرخ آن در بین دانش‌آموختگان آموزش عالی به صفر می‌رسد (۲۹، ۳۰). این نظریه امروزه با افزایش تعداد بیکاران آموزش دیده در سطح عالی، متزلزل شده است. بررسی تحولات آموزش عالی و تحلیل رشد و توسعه کمی موسسات علوم پزشکی در چند دهه اخیر مبین وجود چالش‌ها و نارسایی‌های متعددی است که ریشه در خط‌مشی‌ها و رویکردهای حاکم بر نظام آموزش عالی کشور، واقع بینانه نبودن برنامه‌ها و عدم توجه به اصول برنامه ریزی دوره‌ها دارد (۳۱). تجربیات موفق کشورهای مختلف نیز نشان می‌دهد که توسعه فناوری، توانمندی‌ها و مهارت‌های انسانی سبب شده ترک حرفه در رشته‌های علوم پزشکی کاهش یابد (۳۲). عدم اشتغال و ترک حرفه نیروی انسانی در رشته‌های علوم پزشکی منجر به هدررفت مقادیر قابل توجهی از سرمایه‌های ملی، چه مادی و چه معنوی، می‌شود. این مسئله تأثیرات گسترده‌ای بر این قشر از جامعه داشته و به‌طور مستقیم بر کیفیت و کمیت مراقبت‌های بهداشتی و سلامت افراد و جامعه اثر خواهد گذاشت (۳۳).

با توجه به اینکه دانش‌آموختگان رشته پرستاری چالش‌های متفاوتی داشته و به دلایل متعددی حرفه خود را ترک می‌کنند، کشف و شناسایی دلایل و چالش‌های آن‌ها ابتدا نیازمند انجام یک مطالعه کیفی مقدماتی بود. در واقع شناسایی دلایل واقعی آن‌ها نیاز به ورود به دنیای مشارکت‌کنندگان و شناخت عمیق و غنی تجربیات آن‌ها داشت که با روش‌های ساختارمند مانند پرسشنامه‌ها امکان پذیر نبود. پس از تحلیل اطلاعات حاصل از مرحله کیفی و استخراج دلایل واقعی ترک حرفه آن‌ها با اطلاعات کشف شده از مرحله کیفی، پیگیری مطالعه بر اساس این اکتشاف با داده‌های کمی انجام شد. با توجه به اینکه موضوع پژوهش حاضر چند بعدی است (شنیدن صدای مشارکت‌کنندگان، درک نیازها، تجارب و دیدگاه‌های

متنوع آن‌ها با رویکرد کیفی و تعیین دلایل عدم تمایل به اشتغال به کار در رشته مورد مطالعه) و به منظور پاسخگویی به سوالات پژوهش از روش پژوهش ترکیبی (تلفیقی) استفاده شد. پژوهش ترکیبی نوعی از پژوهش است که در آن رویکردهای پژوهش کیفی و کمی به منظور افزایش وسعت و عمق درک و تایید با یکدیگر ترکیب می‌شوند (۳۴). استفاده از هر دو نوع داده به پژوهشگر اجازه می‌دهد که به طور همزمان نتایج به دست آمده از نمونه‌ها را به جامعه تعمیم دهد و بتواند درک عمیق‌تری از پدیده مورد علاقه به دست آورد. لذا روش پژوهش ترکیبی می‌تواند نتیجه‌گیری‌های قوی‌تر و فرصت بیشتری برای ارزیابی دیدگاه‌های متفاوت ایجاد کند (۳۵).

بنابراین با توجه به وضعیت کمبود پرستار و ترک حرفه دانش‌آموختگان رشته پرستاری پژوهش حاضر با هدف "تبیین و تعیین علل ترک حرفه در دانش‌آموختگان مقطع کارشناسی رشته پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران" انجام شد. در واقع از آن جایی که دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشگاه مادر محسوب شده و در بسیاری از موارد، دانشجویان با رتبه‌های برتر در این دانشگاه درس می‌خوانند جامعه پژوهش این مطالعه دانشگاه علوم پزشکی تهران انتخاب شد و دلایل ترک حرفه پرستاران از دید این دانشجویان بررسی شد.

### روش کار

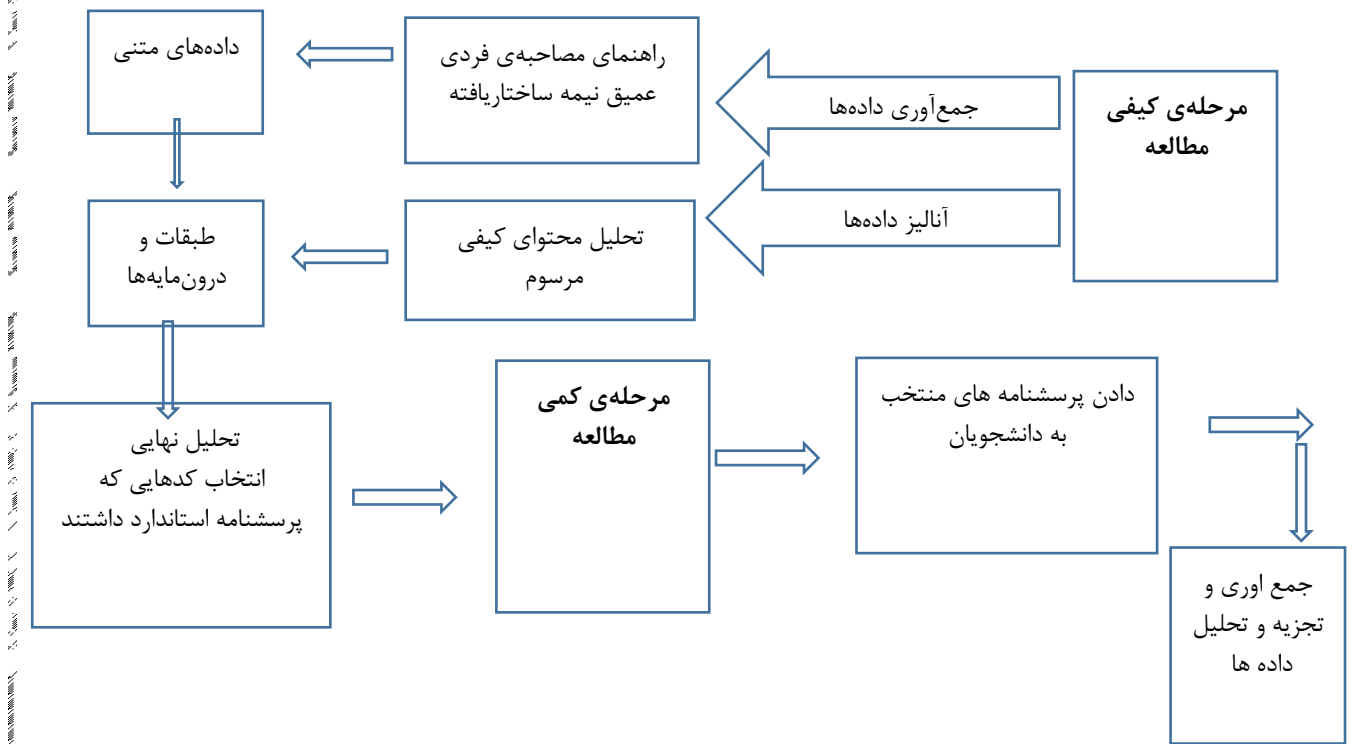
مطالعه حاضر به صورت متوالی اکتشافی در فاصله مهر ۱۳۹۹ تا فروردین ۱۴۰۲ انجام شد. در بخش کیفی، ابتدا با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با دو نفر از دانشجویان پرستاری که هر دو رتبه یک دوره خود را داشتند، در مکان و زمان تعیین‌شده توسط آنان انجام شد. با توجه به فاصله طولانی بین مصاحبه‌ها و نیاز به افزایش تعداد نمونه‌ها، نمونه‌گیری به روش گلوله برفی تغییر یافت. از مشارکت‌کنندگان درخواست شد افرادی را که دانش‌آموخته پرستاری بوده اما وارد حرفه پرستاری نشده‌اند، معرفی کنند. معیارهای ورود به مطالعه در بخش کیفی شامل داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، عدم تمایل به اشتغال در حرفه

گوبا و لینکلن (۱۹۹۴) واژگان مقبولیت، قابلیت اعتماد، قابلیت انتقال و تأییدپذیری را که تکنیک‌های عملی کسب استحکام در مطالعه هستند را شناسایی کرده‌اند. برای افزایش مقبولیت و دقت یافته‌ها، از تلفیق چند روش مصاحبه عمیق، چک کردن مجدد مطالب با مصاحبه شونده‌گان و تحلیل هم‌زمان توسط پژوهشگران استفاده شد. به منظور قابلیت اعتماد یا ثبات یافته‌ها با نسخه‌نویسی در اسرع وقت، استفاده از نظرات همکاران و مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان صورت گرفت. همچنین برای تأییدپذیری یافته‌ها، درباره صحت تفسیرها و فرآیند کدگذاری با تعدادی از متخصصان (دو نفر عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی و یک نفر عضو هیأت علمی دانشکده علوم اجتماعی) مشورت شد و همه مراحل انجام کار و چگونگی استخراج داده‌ها به دقت ثبت گردید. قابلیت انتقال نیز با ارایه نقل قول‌های مستقیم و تبیین غنی داده‌ها و مشورت با اساتید مطرح در زمینه تحقیق کیفی امکان‌پذیر شد.

پس از استخراج کدها و مشورت در تیم تحقیق تصمیم گرفته شد که در حیطه کدهای استخراج شده، جست و جو شود و کدهایی که برای آن‌ها پرسشنامه استاندارد وجود دارد، در فاز کمی مورد بررسی قرار گیرند. بدین منظور جست و جو در پایگاه‌های داده ای همچون Pub Med, Scopus, Web of Science و موتور جست و جوی Google Scholar انجام شد. بر اساس نتایج جست و جو برای کدهای رضایت مندی شغلی، انتظارات برآورده نشده در قالب حمایت اجتماعی، ارتباط با همکاران و محیط کاری پرتلاطم پرسشنامه‌هایی نزدیک به آن‌ها یافت شد و در بخش کمی مورد بررسی قرار گرفت (شکل ۱).

پرستاری، و تمایل به شرکت در مصاحبه بود. در این بخش، ۲۵ مصاحبه با ۲۳ دانش‌آموخته رشته پرستاری انجام شد. متن مصاحبه‌ها بلافاصله بعد از هر مصاحبه با رویکرد گرانهایم و لاندمن تجزیه و تحلیل شدند. بدین منظور مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط، سپس کلمه به کلمه دست‌نویس، مرور و کدگذاری می‌شدند و بلافاصله مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها، هم‌زمان و بطور مستمر با جمع‌آوری اطلاعات انجام می‌گرفت. برای کدگذاری اولیه از نقل‌قول‌های مشارکت‌کنندگان و کدهای دلالت‌کننده (برداشت‌های پژوهشگران از مصاحبه‌ها) استفاده شد. واحدهای معنی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان در قالب کدهای اولیه از مصاحبه‌ها استخراج شدند. کدها چندین بار، بازخوانی شدند و براساس تشابه و تناسب بیان‌کننده موضوع واحد، در یک دسته یا طبقه قرار گرفتند. سپس با اطلاق کدهای جداگانه و مرور مکرر و ادغام کدهای مشابه، طبقه بندی صورت گرفت. بدین ترتیب کدگذاری سطح دوم شکل گرفت. در مرحله بعدی، طبقه‌ها با یکدیگر مقایسه شدند و طبقه‌هایی که از نظر خصوصیت مشابه بودند، با یکدیگر تلفیق شده و طبقه وسیع‌تری را پدید آوردند. کدهای حاصل از تحلیل داده‌ها نیز تا مراحل پایانی نگارش طرح پژوهشی مکررا مورد بازنگری و اصلاح قرار می‌گرفتند. کدهای اولیه استخراج شده، طی فرآیند تحلیل و مقایسه مداوم داده‌ها تقلیل یافتند و در نهایت طبقات و زیرطبقات در مورد چالش‌ها و دلایل ترک حرفه دانش آموختگان حرفه پرستاری استخراج شدند.

استحکام در پژوهش کیفی از طریق توجه پژوهشگر، کشف اطلاعات و تأیید آن نشان داده می‌شود. هدف از استحکام، نمایش دقیق تجربیات مشارکت‌کنندگان است. عبارات متفاوتی برای شرح فرآیندی که منجر به استحکام در داده‌های پژوهش کیفی می‌شود، وجود دارد.



شکل ۱: فرایند انجام مرحله کیفی و کمی مطالعه

در این فرمول آلفا، خطای نوع اول و برابر ۰/۰۵ و بتا خطای نوع دوم که در این مطالعه برابر با ۰/۲۰ بود به ترتیب ۱/۹۶ و ۰/۸۴ است و  $\sigma$  میزان انحراف معیار اختلاف جفت اندازه‌گیری که در این مطالعه با نظر متخصصین و بر حسب تجربیات قبلی ۲۳ در نظر گرفته شد و اختلاف میانگین میان دوبار اندازه‌گیری  $(\mu - \mu_0)$ ، ۵ واحد در نظر گرفته شد که حجم نمونه ۱۶۹ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن ۲۰ درصد ناکامل بودن داده تعداد به ۲۱۲ نفر افزایش یافت. البته با توجه به اینکه این افراد در دسترس نبودند، مقرر شد که نمونه‌گیری به صورت در دسترس شروع شود و تا رسیدن به سطح نرمالیتی ادامه یابد. لذا با ۱۱۰ نمونه نرمالیتی نمونه‌ها حاصل شد.

در بخش کمی، نمونه‌ها شامل دانش‌آموختگان پرستاری بودند که معیارهای زیر را داشتند:

۱. ترک حرفه پرستاری پس از اشتغال در کمتر از یکسال
۲. عدم ورود به حرفه پرستاری پس از فارغ‌التحصیلی

در بخش کمی، نمونه‌ها شامل پرستارانی بودند که یا پس از فارغ‌التحصیلی وارد حرفه پرستاری نشده بودند، یا پس از مدت کوتاهی اشتغال (کمتر از یکسال)، حرفه خود را ترک کرده بودند. پرستارانی که به خارج از کشور مهاجرت کرده و همچنان در حوزه پرستاری مشغول به کار بودند، در این مطالعه وارد نشدند.

تعداد نمونه بر اساس فرمول حجم نمونه، فاصله اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۸۰٪ و انجام مطالعه مقدماتی ۲۱۲ نفر به دست آمد.

حجم نمونه با استفاده از نرم افزار Stata 12 و دستور `sampsi one sample` محاسبه شد. در این مطالعه از فرمول تی تست یک نمونه‌ای (در اینجا تی تست جفتی چون فرمول هر دو یکی است) استفاده شد که به شرح ذیل است:

$$N = (Z\alpha/2 + Z\beta)^2 \times (\sigma / \mu - \mu_0)^2$$

۳. نداشتن سابقه اشتغال در محیط‌های خارج از کشور.

در این قسمت پرسشنامه‌ها به صورت حضوری یا از طریق ارسال الکترونیکی توزیع شدند. در هر مورد، توضیحات لازم درباره اهداف پژوهش و نحوه تکمیل ابزارها ارائه شد. ابزارهای جمع‌آوری داده:

• پرسشنامه حمایت اجتماعی مک کین و مارکلین قبلاً دارای ۸ گویه بود که میزان حمایت اجتماعی دریافت شده پرستاران از سوی همکاران را اندازه می‌گرفت. در ویرایش جدید این ابزار، ۶ گویه نیز مربوط به حمایت از سوی سوپروایزرها و سرپرستاران اضافه شده است. گویه‌های این ابزار بر اساس لیگت ۵ گزینه‌ای اصلاً این طور نیست (۱ امتیاز)، این طور نیست (۲ امتیاز)، نظری ندارم (۳ امتیاز)، این طور است (۴ امتیاز) و کاملاً این طور است (۵ امتیاز) محاسبه شد. مجموع امتیازات بین ۷۰-۱۴ و نحوه طبقه‌بندی به این ترتیب بود: امتیازات ۳۲-۱۴ حمایت کم، امتیازات ۵۱-۳۳ حمایت متوسط و امتیازات ۷۰-۵۲ حمایت زیاد.

• پرسشنامه ارتباطات حرفه‌ای حاوی ۲۲ گویه است که با یک لیگت ۵ گزینه‌ای کاملاً موافقم (نمره ۵)، موافقم (نمره ۴)، نظری ندارم (نمره ۳)، مخالفم (نمره ۲) و کاملاً مخالفم (نمره ۱) محاسبه شد. روایی و پایایی این ابزار در مطالعه حاضر انجام شد. بدین منظور پرسشنامه در اختیار ده نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار گرفت. سپس نظرات و توصیه‌های آن‌ها اعمال شد. به منظور پایایی نیز، پرسشنامه در اختیار ۱۵ نفر که جز جامعه پژوهش بوده اما جز نمونه‌های پژوهش نبودند قرار داده شد. سپس الفای کرونباخ سنجیده شد که ۰/۸۱ به دست آمد.

• به جهت بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران از پرسشنامه کیفیت زندگی کاری بروکس و اندرسون استفاده شد. این ابزار دارای ۴ بعد و ۴۲ گویه بوده و با لیگت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۶) نمره گذاری می‌شود. محدوده نمرات بین ۴۲-۲۵۲ است که نمره ۴۲ برای توصیف کمترین میزان کیفیت زندگی کاری از دیدگاه شرکت کنندگان می‌باشد. ابعاد این مقیاس شامل: بعد زندگی کاری\_زندگی خانوادگی (۷ مولفه)، برنامه کاری (۱۰ مولفه)، محیط کاری (۲۰ مولفه)، دنیای کاری یا بعد جهانی کار (۵ مولفه) می‌باشد.

### یافته‌ها

فاز کیفی:

بر اساس ۲۵ مصاحبه انجام شده در مجموع ۱۲۳۱ کد اولیه استخراج شد که پس از بررسی کدهای اولیه، کدهایی که با هم قرابت محتوایی داشته ادغام و در نهایت دو دسته اصلی علل درونی و علل بیرونی حاصل شد که طبقه اصلی، زیر طبقات و کدهای اولیه هر دسته در جدول شماره ۱ بیان شده است. در طبقه علل درونی زیرطبقات علائق و انگیزه های شغلی، رضایتمندی شغلی، روتین شدن امور بالینی، عدم آگاهی از رشته، انتظارات برآورده نشده، تبعیض حرفه ای و احساس عذاب وجدان در حرفه ظاهر شدند. در طبقه علل بیرونی زیر طبقاتی همچون ارتباط با همکاران، سختی کار، گرداب ادامه تحصیل، پشتوانه خانوادگی، نقش محوری اساتید، چالشهای کریکولوم آموزشی، محیط کاری پرتلاطم، نظام پرداخت ناعادلانه، شکاف آموزشی ظاهر شدند.

جدول ۱: طبقات و زیرطبقات استخراج شده از مصاحبه‌ها

علل درونی	علايق و انگيزه‌ها	مرتبط با بالين	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ کم رنگ شدن علاقه به حرفه</li> <li>✓ عدم ایجاد عوامل مشوق کاری و حرفه‌ای در رشته</li> <li>✓ عدم علاقه به کار در محیط بالين</li> <li>✓ تجارب شخصی ناخوشايند</li> </ul>
	مرتبط با دانشگاه		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ عدم علاقه برای ادامه تحصیل</li> <li>✓ بی‌انگيزگی برای ادامه تحصیل</li> </ul>
	علل شخصی		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ عدم علاقه به رشته</li> </ul>
علل بیرونی	عدم آگاهی از رشته		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ عدم آشنایی با ماهیت رشته</li> <li>✓ عدم شناخت کافی از رشته</li> <li>✓ عدم آگاهی درباره حرفه</li> <li>✓ عدم انتخاب آگاهانه هنگام ورود به رشته</li> </ul>
	روتين شدن امور بالینی		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ تکرار امور بالینی</li> <li>✓ عدم وجود خلاقیت در حرفه</li> <li>✓ عدم احساس پیشرفت در حرفه</li> <li>✓ احساس رکود و عدم پیشرفت در محیط بالين</li> </ul>
	رضایت‌مندی شغلی		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ عدم رضایت شغلی در پرسنل حرفه</li> </ul>
	انتظارات برآورده نشده		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ برآورده نشدن انتظارات</li> <li>✓ عدم تحقق توقعات و انگیزه‌های تحصیلی</li> <li>✓ عدم احترام به پرستار در محیط بالين</li> <li>✓ عدم حفظ کرامت پرستار در محیط بالين</li> <li>✓ جایگاه نامناسب پرستار در محیط بالين</li> <li>✓ توقع بالای دانشجویان از رشته و جایگاه حرفه‌ای</li> <li>✓ برآورده نشدن انتظارات شغلی</li> <li>✓ داشتن تصویر آرمانی و غیر واقعی از رشته</li> </ul>
	تبعیض حرفه‌ای		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ پزشک‌سالاری</li> <li>✓ مقایسه‌های بین رشته‌ای</li> <li>✓ عدم استقلال و قدرت عمل پرستاران در محیط بالين</li> <li>✓ عدم استقلال حرفه‌ای مدیران میانی و بالایی</li> <li>✓ تبعیض درون حرفه‌ای</li> </ul>
	احساس عذاب وجدان در حرفه		
علل بیرونی	نقش محوری اساتید	روحیه مخرب	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ سرخوردگی اساتید</li> <li>✓ بی‌انگيزگی اساتید</li> <li>✓ ناامیدی اساتید</li> <li>✓ عدم دریافت حمایت روانی توسط اساتید</li> <li>✓ عدم حمایت اساتید از پژوهش در حوزه پرستاری</li> <li>✓ عدم حمایت و انتقال انگیزه به دانشجو برای ادامه تحصیل در رشته</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ پایین بودن سطح علمی اساتید</li> <li>✓ کم تجربگی اساتید در زمینه کار بالینی</li> <li>✓ عدم تمرکز بر آموزش مهارت‌های بالینی به دانشجویان</li> <li>✓ آموزش‌های سطحی و ابتدایی در ابتدای تحصیل در حرفه</li> </ul>	علم و تجربه ناکافی		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ دیدگاه غیرواقعی اساتید نسبت به رشته</li> <li>✓ عدم انتقال جنبه‌های منفی رشته به دانشجویان</li> <li>✓ تمرکز صرف بر جنبه‌های مثبت پرستاری</li> <li>✓ عدم آشناسازی دانشجویان با حقایق مربوط به رشته</li> </ul>	دیدگاه غیرواقعی		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ برخورد نامناسب با دانشجویان در محیط آکادمیک و بالین</li> <li>✓ الگو نبودن اساتید در محیط بالین</li> </ul>	رفتار غیر حرفه‌ای		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ فرسایشی بودن پیشرفت در محیط آکادمیک رشته</li> <li>✓ تغییرات ناگهانی و غیراصولی در برنامه درسی کارشناسی</li> <li>✓ غیر تخصصی بودن دروس در ابتدای راه پرستاری</li> <li>✓ زمان‌بندی نامناسب جهت ورود به بالین و کارآموزی‌ها</li> <li>✓ عدم کاربرد پژوهش در بالین پرستاری</li> </ul>	چالش‌های کوریکولوم و آموزش		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ بی‌ارتباط دانستن رتبه علمی با جایگاه پرستار در بالین</li> <li>✓ عدم تمرکز بر ارتقا مهارت‌های بالینی در مقطع تحصیلات تکمیلی</li> <li>✓ تمرکز صرف بر پژوهش در مقطع ارشد و دکترا</li> <li>✓ کم فایده بودن سرفصل‌های کوریکولوم در مقطع تحصیلات تکمیلی برای بالین</li> <li>✓ عدم تأثیر ادامه تحصیل بر حجم کاری پرستار در محیط بالین</li> <li>✓ سیر طولانی پیشرفت و ارتقا در محیط آکادمیک</li> </ul>	گرداب ادامه تحصیل		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ فشار بالای کاری</li> <li>✓ فشار بالای روانی</li> <li>✓ استرس و فرسودگی بالا در محیط بالین</li> <li>✓ شیفت‌های سنگین</li> <li>✓ استرس کاری بالا</li> <li>✓ حجم کاری بالا</li> <li>✓ سختی کار در حرفه</li> <li>✓ فرسودگی شغلی</li> </ul>	سختی کار		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ عدم موافقت خانواده به ادامه تحصیل و کار در بالین</li> <li>✓ عدم حمایت خانواده</li> <li>✓ تضاد نقش</li> </ul>	پشتوانه خانوادگی		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ روابط منفی بین همکاران در محیط بالین</li> <li>✓ نبود روابط دوستانه در محیط کار</li> </ul>	ارتباط با همکاران		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ مناسب نبودن جو و شرایط بیمارستان</li> <li>✓ عدم رعایت حریم شخصی در بیمارستان</li> <li>✓ جو متشنج محیط کار</li> <li>✓ شیفت‌های نامنظم</li> <li>✓ پایین بودن سطح علمی پرسنل پرستاری</li> <li>✓ نادیده گرفته شدن ابعاد کل نگرانه بیمار</li> <li>✓ حجم بالای ثبت در سیستم پرستاری</li> <li>✓ نبود الگوی مناسب در حرفه و محیط بالین</li> </ul>	محیط کاری پرتلاطم		

✓ مرخصی‌های محدود		
✓ عدم کفایت درآمد مالی ✓ عدم حمایت کافی در بعد مالی ✓ عدم کفایت درآمد پرستاران ✓ متناسب نبودن حقوق دریافتی با سختی کار در حرفه پرستاری	نظام پرداخت ناعادلانه	
✓ عدم تطابق بین دانش تئوری با عملکرد پرستاران در محیط بالین ✓ عدم کارایی آموخته‌های دانشگاهی در بالین ✓ عدم کاربرد دانش در بالین ✓ اختلاف زیاد دانش تئوری با عملکرد بالینی ✓ عدم پای‌بندی به سیستم ارجاع در ایران و در نظر نگرفته شدن جایگاه پرستاری	شکاف آموزشی	
✓ نامتناسب بودن نسبت پرستار به بیمار ✓ کمبود نیروی پرستاری ✓ عدم فرصت کافی برای مراقبت موثر ✓ عدم امکان و ایجاد فرصت برای بهبود بیمار ✓ اجرایی نشدن آموخته‌های دانشگاهی در بالین به علت نیروی کم و تعداد بالای بیماران	کمبود پرستاری	
✓ محدود بودن فعالیت پرستار به محیط بیمارستان ✓ نداشتن قدرت عمل در بهبود شرایط بیمار ✓ عدم وجود بستر کافی برای کاربرد دانش ✓ عدم وجود بستر کافی برای مراقبت ✓ عدم وسعت فعالیت‌های پرستاری در مقام سیاسی ✓ عدم کفایت در شکوفایی استعدادها ✓ مشخص نبودن چارچوب رشته پرستاری ✓ متمرکز نبودن حرفه	چارچوب محدود پرستاران	
✓ عدم وجود ارتباط بین رشته‌ای ✓ عدم وجود ارتباط بین رشته‌ای و بین دانشگاهی	انزوا در رشته	
✓ جایگاه نامناسب پرستاری در ایران ✓ مناسب نبودن جایگاه پرستاری ✓ عدم وجود اعتماد به نفس در مدیران حرفه ✓ نگرش منفی جامعه نسبت به پرستار ✓ عدم وجود دید مناسب جامعه نسبت به حرفه پرستاری ✓ عدم دید آکادمیک به رشته پرستاری در بالین ✓ عدم دید علمی نسبت به حرفه پرستاری	بازخورد اجتماع	

### فاز کمی

میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه  $31,23 \pm 11,2$  فعالیت در این حرفه سرباز زده بودند. سایر مشخصات بود. بیشترین فراوانی مربوط به جنس مذکر (۶۹٪) بود. اکثریت شرکت کنندگان (۵۸٪) پس از اخذ مدرک کارشناسی از ادامه

فعالیت در این حرفه سرباز زده بودند. سایر مشخصات دموگرافیک در جدول ۲ بیان شده است.

جدول شماره ۲: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در فاز کمی

مشخصات دموگرافیک		فراوانی (درصد)	
وضعیت تاهل	مجرد	۲۸(13.20)	
	متاهل	۱۸۴ (86.20)	
سابقه کار در حرفه پرستاری	خیب	۱۱۱ (52.4)	
	بله	کمتر از سه ماه	۸۰ (47.6)
		۳ تا ۶ ماه	۱۱ (5.2)
		۶ تا ۹ ماه	۴ (1.9)
		۹ تا ۱۲ ماه	۶ (2.9)
اشتغال در علوم پزشکی پس از ترک حرفه پرستاری	خیب	۱۹۰ (89.7)	
	بله	۲۲(10.3)	

و انحراف معیار نمرات هر یک از ابعاد کیفیت زندگی کاری در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جهت بررسی تنش شغلی پرستاری نیز، از پرسشنامه تنش شغلی اسپو و همکاران (۱۹۸۷) استفاده شد. این پرسشنامه از ۶ بعد بارکاری نقش، بی کفایتی نقش، دوگانگی نقش، محدوده نقش، مسئولیت و محیط فیزیکی تشکیل شده است. هر یک از این ابعاد شامل ۱۰ گویه است. پایایی این ابزار در پژوهش‌های مختلف بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۷ محاسبه شده است. نمره گذاری بر مبنای طیف ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت هرگز (۱ امتیاز)، به ندرت (۲ امتیاز)، بعضی اوقات (۳ امتیاز)، معمولاً (۴ امتیاز) و همیشه (۵ امتیاز) در نظر گرفته شد. دامنه تغییرات بین ۶۰ تا ۳۰۰ است. نمرات بالاتر نشان دهنده تنش بیشتر است. همچنین تنش در ۴ سطح تنش کم (امتیاز کمتر از ۹۹)، تنش کم تا متوسط (۱۰۰ تا ۱۴۹)، تنش متوسط تا شدید (۱۵۰ تا ۱۹۹)، و تنش شدید (امتیاز ۲۰۰ و بالاتر) طبقه بندی شد. نمره کلی تنش شغلی  $23/43 \pm 18/05$  بود. سایر ابعاد تنش شغلی در جدول شماره ۴ ذکر شده است.

در فاز کمی برای کدهای انزوا در رشته و بازخورد اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی استفاده شد. لازم به ذکر است اگرچه ۶ سوال آن در خصوص حمایت سرپرستار و سوپروایزر از پرستار است اما تیم تحقیق پس از مشورت تصمیم گرفت همچنان از این پرسشنامه استفاده کند. در واقع از آنجایی که دانشجویان پرستاری در دوران دانشجویی بیش از نیمی از واحدهای عملی را در محیط بالین و در تماس مستقیم با پرستاران بالین، سرپرستاران و سوپروایزرها هستند و از طرفی همان‌طور که در بخش کیفی نیز مشخص شد، شرکت کنندگان نگرش منفی به حرفه پرستاری را در برخورد این افراد با همکارانشان توصیف کرده بودند و اکثر آن‌ها همچنین در بیمارستان‌های خصوصی کار دانشجویی می‌کردند، لذا براساس صلاح دید تیم تحقیق این پرسشنامه برای بررسی این متغیر اهمیت ویژه‌ای داشت.

براساس یافته‌های مطالعه ۷۸ درصد از شرکت کنندگان، حمایت اجتماعی پرستاران را ضعیف، ۴،۳٪ حمایت اجتماعی را در سطح زیاد و ۱۷،۷٪ در حد متوسط گزارش کردند. میانگین

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی کاری

میانگین $\pm$ انحراف معیار	ابعاد زندگی کاری
۱۸/۵۷۱ $\pm$ ۵/۳۸	زندگی کاری- زندگی خانوادگی
۳۰/۵۰ $\pm$ ۵/۶۷	برنامه کاری
۶۵/۷۵ $\pm$ ۱/۲۰	زمینه کاری- محیط کاری
۱۴/۵۶ $\pm$ ۳/۸۹	دنیای کاری
۳۴/۱۳ $\pm$ ۲۰/۴۵	نمره کل کیفیت زندگی

جدول ۴: ابعاد تنش شغلی شرکت کنندگان در مطالعه

میانگین $\pm$ انحراف معیار	ابعاد تنش شغلی
۳۱/۲۹ $\pm$ ۶/۱۸	بار کاری نقش
۲۹/۹۹ $\pm$ ۵/۰۳	بی کفایتی نقش
۲۹/۶۲ $\pm$ ۳/۳۰	دوگانگی نقش
۲۸/۰۳ $\pm$ ۶/۰۹	مسئولیت
۲۹/۰۹ $\pm$ ۷/۱۳	محیط فیزیکی

همچنین، عوامل بیرونی شامل حقوق و مزایای ناکافی، حمایت اجتماعی ضعیف، و محیط کاری استرس‌زا بودند. در در تانزانیا در سال ۲۰۱۸، مطالعه‌ای کیفی با هدف تحلیل تجارب پزشکان متخصص در سه منطقه جغرافیایی متفاوت انجام شد. نتایج نشان داد که باقی ماندن پزشکان در حرفه خود در مناطق سه گانه مورد مطالعه با چالش‌های گوناگونی از جمله شرایط محیطی نامناسب، عدم اطمینان از پیشرفت شغلی و دست‌مزد پایین و عدم تناسب کریکولومی آموزشی با نیازهای جامعه، که منجر به عدم پاسخگویی صحیح پزشکان و در نتیجه کاهش اعتماد به نفس آن‌ها می‌شود، روبروست (۳۶). شکورنیا و همکاران (۱۳۹۶) نیز مطالعه‌ای مقطعی با هدف تعیین عوامل مؤثر بر انتخاب رشته داروسازی و رضایت‌مندی تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد مهم‌ترین عوامل مؤثر در انتخاب رشته داروسازی "میزان درآمد، آینده شغلی مناسب" و "توانایی علمی و استعداد فردی" و کم اهمیت‌ترین عوامل "تشویق دوستان و آشنایان" و "موقعیت اجتماعی" بود. همچنین نتایج مطالعه حاکی از آن بود که عوامل اقتصادی و

در خصوص ارتباطات حرفه‌ای نیز، کیفیت ارتباطات حرفه‌ای آن‌ها در ۸۰٫۴٪ موارد در حد ضعیف بود. همچنین در ۱۳٫۴٪ شرکت کنندگان در حد خوب و در ۶٫۲٪ موارد نیز در حد خیلی خوب بود.

### بحث

این مطالعه با هدف تعیین و تبیین عوامل مؤثر بر ترک حرفه دانش آموختگان رشته پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. در این مطالعه علل متعددی منجر به عدم حضور افراد به عنوان پرستار و یا عدم ادامه تحصیل در این حرفه وجود داشت.

در فاز کیفی، عوامل مؤثر در قالب دو دسته اصلی عوامل درونی و عوامل بیرونی شناسایی شد. عوامل درونی شامل مواردی چون فرسودگی شغلی، کاهش انگیزه، و نگرش منفی به آینده شغلی بودند. این نتایج نشان می‌دهد که پرستاران با چالش‌های روانی و عاطفی قابل توجهی در محیط کار مواجه‌اند.

عنوان یک حرفه بی ارزش برای زنان تلقی می‌شود. همچنین اگرچه آمار دقیقی از علل عدم علاقه و تمایل به ماندن در پرستاری در ایران وجود ندارد، اما به نظر می‌رسد حقوق و مزایای پایین و سطح اجتماعی پایین آن از عوامل مؤثر بر این موضوع باشد.

از طرفی دومین عامل اصلی کمبود پرستاری در جهان، آموزش ناکافی پرستاری است که با مسائل مالی و کاستی‌های تحصیلی همراه است. در ایالات متحده، در سال ۲۰۱۲، نزدیک به ۸۰۰۰۰ درخواست برای ثبت نام در مقاطع کارشناسی یا کارشناسی ارشد به دلیل ناکافی بودن اعضای هیئت علمی، محیط‌های بالینی و فضای کلاس درس رد شده است (۵۱). البته در ایران، آموزش ناکافی پرستاری عامل اصلی کمبود پرستاری نیست و در رتبه ششم قرار دارد که احتمالاً به دلیل تلاش سازمان‌های ذیربط برای افزایش پذیرش دانشجویان باشد. در این خصوص عباس زاده و عبدی به نقل از رئیس سازمان نظام پرستاری کشور گفتند: ظرفیت پذیرش دانشجویان در سال ۱۳۹۰ از ۷۰۰۰ نفر به ۱۰۰۰۰ نفر افزایش یافته است (۵۰).

سومین علت اصلی کمبود پرستار در جهان نیز، افزایش جمعیت سالمند و نیاز به مراقبت بیشتر است که در نتیجه افزایش تقاضا و تشدید کمبود پرستار است. طبق گزارش سازمان ملل، از سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰، جمعیت بالای ۶۰ سال از ۹۰۱ میلیون نفر به ۱,۴ میلیارد نفر افزایش می‌یابد (۵۲) و نیاز به مراقبت و پرستاری متعاقباً افزایش خواهد داشت (۵۳). این دلیل را نیز نمی‌توان علت کمبود پرستاری در ایران دانست، زیرا میانگین سنی در ایران ۳۱/۱ سال است (۵۴). البته با توجه به افزایش جمعیت سالمندان، این مشکل کمبود پرستاری در سال‌های آینده تشدید خواهد شد.

حقوق و مزایای بالا یکی از راه‌های جذب و حفظ نیروی کار است. در ایران سومین علت کمبود پرستار، حقوق ناکافی پرستاری نسبت به سایر مشاغل دانسته شده است (۴۰). با توجه به اینکه این مشکل جز علل اصلی علت کمبود پرستار در جهان نیست می‌توان گفت سطح حقوق پرستاران ایرانی

بازار کار بیشترین تأثیر را بر انتخاب رشته داروسازی در دانشجویان مورد مطالعه داشت (۳۷).

شمسی و پیروی نیز در یک مطالعه مروری نظامند در سال ۲۰۲۰ مهم‌ترین دلایل کمبود پرستار در ایران را عدم حمایت اجتماعی، حقوق و مزایای پایین و چالش‌ها و تنش‌های شغلی بالا دانسته که به طور ویژه در طی پاندمی کووید ۱۹ بیشتر نیز شده است (۴۰).

به طور کلی مهم‌ترین علت کمبود پرستاری در جهان، پیری پرستاران است. در حال حاضر، تقریباً یک میلیون پرستار بالای ۵۰ سال مشغول به کار هستند، به این معنی که طی ۱۰ تا ۱۵ سال آینده یک سوم از نیروی کار پرستاری ممکن است به سن بازنشستگی برسد (۴۱، ۴۲). بنابراین با وجود ورود پرستاران جوان به این حرفه، کمبود پرستار تمام نشده است (۴۳، ۴۴). میانگین سنی پرستاران مشغول به کار حدود ۴۶ سال است و تعداد زیادی از آن‌ها در ۱۰ تا ۱۵ سال آینده بازنشسته خواهند شد (۴۵، ۴۶). با این وجود، میانگین سنی پرستاران در ایران ۳۵ تا ۳۸ سال است (۴۷، ۴۸) و این عامل نمی‌تواند منجر به کمبود پرستار در ایران شود.

از دیگر دلایل اصلی کمبود پرستاران در ایران می‌توان به عدم علاقه و تمایل افراد برای ورود و ادامه کار در حرفه پرستاری یا تمایل به ترک این شغل اشاره کرد. به همین دلیل، میزان ترک شغل، عدم تمایل پرستاران به ادامه کار در حرفه خود، و مقایسه شرایط کاری پرستاری با سایر مشاغل از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۴۳). در مطالعه‌ای که وی و همکاران (۲۰۲۳) در ایالات متحده انجام دادند، ۲۸,۴ درصد پرستاران اعلام کردند که تا سال آینده حرفه پرستاری را ترک خواهند کرد (۴۹). در پژوهشی با هدف بررسی روند ترک شغل پرستاران ایرانی نیز مشخص شد که نارضایتی از حرفه، ضعف مدیریتی و موقعیت اجتماعی نامناسب پرستاری از عوامل اصلی ترک شغل پرستاران در ایران بوده است (۵۰). در این رابطه باید گفت نرخ بالای ترک شغل و عدم علاقه به حرفه پرستاری ممکن است به این دلیل باشد که در اکثر کشورها پرستاری به

نامناسب و پایین است. در این راستا، کارشناسان معتقدند برای ایجاد تغییرات پایدار، انجام اصلاحاتی در حوزه‌های سیاست گذاری، اصلاح قوانین و دیدگاه عمومی مورد نیاز است (۵۵). بنابراین برای بهبود شرایط موجود می‌توان اصلاح در حوزه سیاست‌ها و قوانین و اجرای طرح تعرفه گذاری خدمات پرستاری و افزایش حقوق پرستاران را پیشنهاد کرد.

از طرف دیگر اشتغال ناکافی پرستاران می‌تواند با استرس، رضایت شغلی پایین و تمایل به ترک حرفه همراه باشد که از عوامل مهم کمبود پرستار در جهان و ایران محسوب می‌شود (۵۶، ۵۷). در ایران، اکثر مراکز بهداشتی درمانی با وجود اینکه از نظر اقتصادی غیردولتی هستند اما به دولت وابسته‌اند و در جذب نیروی کار با محدودیت‌هایی مواجه‌اند (۴۸). علاوه بر این، مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف به محدودیت‌های مالی اشاره داشته و آن را به‌عنوان یکی از دلایل اصلی کمبود نیروی پرستاری مطرح کرده‌اند (۴۰ و ۵۸ و ۵۹).

حمایت ناکافی مدیریتی نیز یکی از عوامل اصلی کمبود نیروی پرستاری در جهان و ایران به شمار می‌رود و از نظر اهمیت تقریباً هم‌سطح با سایر عوامل است. مطالعات بسیاری به نقش موثر مدیران در حفظ و نگهداری پرستاران و کاهش ترک شغل اشاره کرده‌اند (۵۹-۶۰). بنابراین یکی از تلاش‌های مدیران برای حفظ نیروی انسانی می‌تواند ایجاد رضایت شغلی و جلوگیری از نارضایتی کارکنان باشد.

مهاجرت پرستاران از ایران نیز یکی دیگر از دلایل کمبود نیروی پرستاری در کشور است (۶۱، ۶۲). اگرچه آمار دقیقی در این زمینه یافت نشد، اما به نظر می‌رسد این مهاجرت‌ها اغلب با هدف بهبود وضعیت اقتصادی و کیفیت زندگی صورت می‌گیرد. این در حالی است که کشورهای توسعه‌یافته به پرستاران خود پاداش‌ها و مزایای مالی مناسبی ارائه می‌دهند. از این رو، مسئولین و مدیران پرستاری باید متناسب سازی حقوق و مزایای پرستاران را در نظر داشته باشند.

در فاز کمی مطالعه، پرسشنامه‌های استاندارد استفاده‌شده نشان دادند که ۷۸٪ از شرکت‌کنندگان حمایت اجتماعی

ضعیف، ۱۷٪ حمایت اجتماعی متوسط، و تنها ۴٪ حمایت اجتماعی خوب را گزارش کردند. کیفیت ارتباطات حرفه‌ای نیز در ۴٪/۸۰ موارد ضعیف، ۴٪/۱۳ خوب، و ۲٪/۶ بسیار خوب ارزیابی شد. علاوه بر این، میانگین نمره تنش شغلی در شرکت‌کنندگان  $43/23 \pm 18/05$  بود که سطح بالای استرس کاری را نشان می‌دهد.

سوداگر و همکاران (۱۳۹۳) مطالعه‌ای مقطعی در شهر شیراز با هدف تعیین میزان تمایل به ادامه کار در حرفه پرستاری و عوامل مرتبط با آن انجام دادند، از بین ۲۶۴ پرستار مورد مطالعه، نیمی از آن‌ها تمایل در حد خیلی زیاد و یا نسبتاً زیاد به ادامه کار در حرفه پرستاری داشتند و ۲۰ نفر نیز اصلاً تمایلی به ادامه کار در حرفه پرستاری نداشتند. همچنین نتایج حاصل از رگرسیون خطی نشان داد ۵۰ درصد از تغییرات تمایل به ادامه کار در حرفه پرستاری با متغیرهای جنسیت، سن و علاقه به رشته پرستاری مرتبط بود. بطوریکه زنان، افراد با وضعیت استخدامی رسمی و پیمانی، افراد کم سن و سال و افرادی که در بخش‌های داخلی کار می‌کردند، تمایل بیشتری به ادامه کار در حرفه پرستاری داشتند (۳۸). لیو و همکاران (۲۰۲۴) نیز در مطالعه‌ی مروری یکپارچه خود نشان دادند که میزان قصد ترک شغل در بین پرستاران تازه دانش آموخته شده در حد متوسط بوده و عوامل چند وجهی و متنوعی بر قصد ترک حرفه این پرستاران موثر است. آن‌ها همچنین خاطر نشان کردند نیاز به توجه مستمر مدیران ارشد پرستاری ضروری در این زمینه است (۳۹). مرزبان و همکاران (۱۳۹۷) مطالعه‌ای با هدف بررسی وضعیت نگرش دانشجویان رشته پرستاری دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان نسبت به رشته تحصیلی و آینده شغلی انجام دادند. این مطالعه یک مطالعه توصیفی-مقطعی بود که در آن دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان به عنوان جامعه پژوهشی در نظر گرفته شده بودند. یافته‌ها نشان داد که ۲۵۰ دانشجوی پرستاری که وارد مطالعه شده بودند، اکثریت‌شان علاقه‌ای به ادامه حضور در این رشته را نداشتند و مهم‌ترین دلایل عدم این حضور را عدم

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از مرکز پژوهش‌های دانشجویی و پرستاران شرکت کننده در این مطالعه کمال تشکر را دارند.

### تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که در این مطالعه هیچ تعارض منافی وجود ندارد.

### حمایت مالی

این پژوهش هیچ کمک مالی از سازمان‌های مالی بخش دولتی، عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

### ملاحظات اخلاقی

تمامی اصول اخلاقی در این مقاله در نظر گرفته شده است. شرکت‌کنندگان در جریان هدف پژوهش و مراحل اجرای آن قرار گرفتند. آن‌ها همچنین از محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان داشتند و می‌توانستند هر زمان که بخواهند مطالعه را ترک کنند و در صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیار آن‌ها قرار خواهد گرفت. از شرکت‌کنندگان رضایت نامه کتبی گرفته شده است. اصول APA و کنوانسیون هلسینکی نیز رعایت شد. این مطالعه در مرکز پژوهش‌های دانشجویی با کد طرح 99-1-125-46470 و کد اخلاق IR.TUMS.MEDICINE.REC.1399.1013 ثبت شده است.

### مشارکت نویسندگان

(ف. بهرام نژاد) مطالعه را طراحی کرده و مصاحبه‌ها را انجام داده و کدگذاری را انجام داده است. (م. منتصری و ف. بهرام نژاد) در جلسه‌ای مهمترین کدها را انتخاب و از کمی را طراحی کردند. (م. منتصری) داده‌های مرحله کمی را جمع‌آوری کرده و (ف. بهرام نژاد) تجزیه و تحلیل داده‌ها را انجام داد. (م. منتصری و ف. بهرام نژاد) پیش‌نویس اولیه مقاله را نوشته و بررسی نهایی مقاله را انجام دادند.

حمایت اجتماعی و مناسب نبودن آینده شغلی این حرفه دانستند. همچنین آن‌ها معتقد بودند که عدم ارتباط صحیح اعضای این حرفه با هم یکی از مهم‌ترین دلایل عدم تمایل به حضور در این حرفه است (۳).

### نتیجه‌گیری

مطالعه ترکیبی حاضر با هدف تبیین و تعیین علل ترک حرفه دانش آموختگان مقطع کارشناسی رشته پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. نتایج نشان داد که علل درونی و بیرونی متعددی بر تصمیم دانشجویان برای ترک این حرفه تأثیرگذار است. از جمله علل درونی می‌توان به کمبود علاقه به حرفه، تجارب ناخوشایند، روتین شدن امور بالینی و عدم برآورده شدن انتظارات شغلی اشاره کرد. علل بیرونی نیز شامل مواردی همچون روحیه مخرب در میان اساتید، شرایط محیطی نامناسب بیمارستان‌ها، و عدم حمایت اجتماعی پرستاران در محیط کار بود. نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد که بیش از ۷۸ درصد شرکت‌کنندگان حمایت اجتماعی ضعیفی دریافت می‌کردند و دچار تنش شغلی در سطح متوسط تا شدید بودند. این یافته‌ها هم‌راستا با مطالعات گذشته در ایران و سایر کشورها بوده و نشان می‌دهد که مشکلات ساختاری و اجتماعی حرفه پرستاری، نه تنها در ایران بلکه در سایر نقاط جهان نیز وجود دارد. عواملی چون نظام پرداخت ناعادلانه، کمبود نیروی پرستاری و عدم تناسب آموزش با نیازهای واقعی بالین از جمله مواردی است که نیاز به توجه جدی دارد. با این حال نتایج مطالعه نشان‌دهنده شرایط چالش‌برانگیز پرستاران در ایران است. بنابراین توصیه می‌شود که سیاست‌گذاران حوزه سلامت به بهبود شرایط محیط کار پرستاران، ارائه حمایت‌های اجتماعی بیشتر، اصلاح کوریکولوم آموزشی پرستاری و اصلاح نظام پرداخت و مزایا توجه ویژه‌ای داشته باشند. امید است این اقدامات بتواند به حفظ نیروی کار پرستاری و ارتقای کیفیت خدمات پرستاری در ایران کمک کند.

## References

1. Altbach PG, Reisberg L, Rumbley LE. *Trends in global higher education: Tracking an academic revolution*: Brill; 2019.
2. Pourkarimi J, Mobinrahni Y. *Relationship between achievement motivation and academic burnout mediating role of self-efficacy Tehran University Students*. Journal of Education Strategies in Medical Sciences 2018; 11(1): 139-47. [Persian]
3. Marzban A, Marzban H. *Attitudes of nurse students toward their discipline and future career in Hormozgan University of Medical Sciences*. Hormozgan University of Medical Sciences Publications 2018. [Persian]
4. Hamm NA, van Lochem M, Hoek G, Otjes R, van der Sterren S, Verhoeven H. "The Invisible Made Visible": Science and Technology. AiREAS. 2016: 51-77.
5. Evans RG, Stoddart GL. *Producing health, consuming health care*. Why are some people healthy and others not?: Routledge; 2017: 27-64.
6. Carmona M. *Place value: Place quality and its impact on health, social, economic and environmental outcomes*. J Urban Des. 2019; 24(1): 1-48.
7. Singh P. *Formulating suitable strategies to improve public health services in India with focus on infrastructure and administration* [dissertation]. Pilani: BITS Pilani; 2018.
8. Arshadi M, Rahkar FM. *Conformity of nursing researches with comprehensive health plan of Iran: case study: master's theses and Ph.D. in nursing of Tabriz University of Medical Sciences*. Tabriz University of Medical Sciences Publications 2015. [Persian]
9. Veiskarami H, Yousefvand L. *Investigating the role of academic vitality and happiness in predicting the students creativity in Lorestan University of Medical Sciences*. Research in Medical Education 2018; 10(2): 28-37. [Persian]
10. Mirjani Aghdam A, Khorshidi A, Barzegar N, Moradi S, Ahmadi S. *Exploring the Dimensions and Components of Accountable Education for the Rehabilitation Sciences Curriculum in Tehran Universities of Medical Sciences: A Qualitative Content Analysis*. Archives of Rehabilitation 2022; 22(4): 524-43. [Persian]
11. Zandi R, Vakilalroaia Y, Farhadi Nejad M. *Designing a Model for Maintaining Elite Gene with an Emphasis on Graduates of Higher Education and Ministry of Health*. Journal of Applied Sociology 2019; 30(4): 97-112. [Persian]
12. Mahdi M. *Requirements for Establishing a Quality Assurance System in Higher Education and Research System*. Majlis and Rahbord 2024; 31(118): 123-57. [Persian]
13. Dalavi M, Ganji M. *The Impact of ethical leadership on job stress and occupation turnover intention in nurses of hospitals affiliated to Shahrekord University of Medical Sciences*. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2014; 16(1). [Persian]
14. Roth C, Wensing M, Breckner A, Mahler C, Krug K, Berger S. *Keeping nurses in nursing: a qualitative study of German nurses' perceptions of push and pull factors to leave or stay in the profession*. BMC Nurs. 2022; 21(1): 48.
15. Vossensteyn JJ, Kottmann A, Jongbloed BW, Kaiser F, Cremonini L, Stensaker B, et al. *Dropout and completion in higher education in Europe: Main report*. 2015.
16. Garside J, Stephenson J, Hayles J, Barlow N, Ormrod G. *Explaining nursing attrition through the experiences of return-to-practice students: a mixed-methods study*. Br J Nurs. 2021;30(8):490-6.
17. Mohamed Z, Mahadi N, Baskaran S. *Factors Influencing Nursing Attrition: Why Matter?* J Nurs Manag.
18. Mbemba G, Gagnon M-P, Paré G, Côté J. *Interventions for supporting nurse retention in rural and remote areas: an umbrella review*. Hum Resour Health. 2013; 11: 1-9.
19. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*. Lancet. 2014; 383(9931): 1824-30.
20. Aiken L. *No doubt that there's safety in nurse numbers*. Nurs Stand. 2018; 32(21): 29.
21. Lh A. *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. JAMA. 2002; 288(16): 1987-93.
22. Hämmig O. *Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals—a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland*. BMC Health Serv Res. 2018; 18: 1-11.



23. Barber S, Brettell R, Perera-Salazar R, Greenhalgh T, Harrington R. *UK medical students' attitudes towards their future careers and general practice: a cross-sectional survey and qualitative analysis of an Oxford cohort*. BMC Med Educ. 2018; 18: 1-9.
24. Kudo Y, Satoh T, Hosoi K, Miki T, Watanabe M, Kido S, et al. *Association between intention to stay on the job and job satisfaction among Japanese nurses in small and medium-sized private hospitals*. J Occup Health. 2006; 48(6): 504-13.
25. Dehghani MR, Kamyabi A, Haghdoost AA, Rooholamini A, Hoseini Nejad Z, Mousapour N. *Career status of Medical graduates between 2001 and 2007 from Kerman University of Medical Sciences*. Strides in Development of Medical Education 2008; 4(2): 67-76. [Persian]
26. Haririan H, Aghajanloo A, Jabari R. *Zanjan nursing student's opinions toward nursing and reasons for giving it up*. Journal of Medical Education Development 2010; 2(3): 1-8. [Persian]
27. Li Y, Jones CB. *A literature review of nursing turnover costs*. J Nurs Manag. 2013; 21(3): 405-18.
28. Twigg D, McCullough K. *Nurse retention: a review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings*. Int J Nurs Stud. 2014; 51(1): 85-92.
29. DePrince AE, Morris PD. *The effects of education on the natural rate of unemployment*. Bus Econ. 2008; 43: 45-54.
30. Shimer R. *Why is the US unemployment rate so much lower?* NBER Macroecon Annu. 1998; 13: 11-61.
31. Rahimnia F, Nosrati S, Eslami G. *Investigating effects of job security and autonomy on intention to quit through the mediating role of job embeddedness in public organizations*. Journal of Public Administration 2017; 9(2): 333-57. [Persian]
32. Othman Z, Yahya F. *Extent and sources of anxiety among employees attending a university hospital clinic*. Int Med J. 2018; 25: 143-6.
33. Souza EFDd, Silva AG, Silva AILFd. *Active methodologies for graduation in nursing: focus on the health care of older adults*. Rev Bras Enferm. 2018; 71: 920-4.
34. Haq M. *A comparative analysis of qualitative and quantitative research methods and a justification for adopting mixed methods in social research*. 2015.
35. Dougherty L, Stammer E, Derbile E, Dery M, Yahaya W, Gle DB, et al. *A mixed-methods evaluation of a community-based behavior change program to improve maternal health outcomes in the upper west region of Ghana*. J Health Commun. 2018; 23(1): 80-90.
36. Sirili N, Frumence G, Kiwara A, Mwangu M, Anaeli A, Nyamhanga T, et al. *Retention of medical doctors at the district level: a qualitative study of experiences from Tanzania*. BMC Health Serv Res. 2018; 18: 1-10.
37. Shakurnia A, Karami MA. *Factors Influencing on the choice and Satisfaction of Continuing Education among Pharmacy Students at Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences*. Educational Development of Judishapur 2017;8(1):30-8. [Persian]
38. Soudagar S, Rambod M, Beheshtipoor N. *Intention to stay at nursing profession and its related factors*. Sadra Medical Sciences Journal. 2014;2(2):185-94. [Persian]
39. Lyu X-C, Huang S-S, Ye X-M, Zhang L-Y, Zhang P, Wang Y-J. *What influences newly graduated registered nurses' intention to leave the nursing profession? An integrative review*. BMC Nurs. 2024; 23(1): 57.
40. Shamsi A, Peyravi H. *Nursing shortage, a different challenge in Iran: A systematic review*. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran 2020; 34: 8. [Persian]
41. Slattery MJ, Logan BL, Mudge B, Secore K, Von Reyn LJ, Maue RA. *An undergraduate research fellowship program to prepare nursing students for future workforce roles*. J Prof Nurs. 2016; 32(6): 412-20.
42. Halter M, Boiko O, Pelone F, Beighton C, Harris R, Gale J, et al. *The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews*. BMC Health Serv Res. 2017; 17: 1-20.
43. Lee H, Kim MS, Yoon JA. *Role of internal marketing, organizational commitment, and job stress in discerning the turnover intention of Korean nurses*. Jpn J Nurs Sci. 2011; 8(1): 87-94.
44. Potempa K, Auerbach DI, Buerhaus PI, Staiger DO. *A future nursing shortage?/the future nursing workforce: The authors reply*. Health Aff. 2012; 31(3): 652.
45. De Gieter S, Hofmans J, Pepermans R. *Revisiting the impact of job satisfaction and organizational commitment on nurse turnover intention: An individual differences analysis*. Int J Nurs Stud. 2011; 48(12): 1562-9.
46. Aaocon A. *Sequestration: estimating the impact on America's nursing workforce and healthcare discoveries*. 2013.

47. Salehi T, Shojaee N, Haghani H. *Relationship Between Participation in Clinical Decision-making and Organizational Culture Among Nurses in Intensive Care Units of Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Sciences*. Iranian Journal of Nursing Research 2022; 35(138): 360-73. [Persian]
48. Farsi Z, Dehghan- Nayeri N, Negarandeh R, Broomand S. *Nursing profession in Iran: an overview of opportunities and challenges*. Jpn J Nurs Sci. 2010; 7(1): 9-18.
49. Wei H, Horsley L, Cao Y, Haddad LM, Hall KC, Robinson R, et al. *The associations among nurse work engagement, job satisfaction, quality of care, and intent to leave: A national survey in the United States*. Int J Nurs Sci. 2023;10(4):476-84.
50. Abbaszadeh A, Abdi A. *Nursing shortage challenge: A serious threat for the health system: A review study*. Journal of Community Health Research 2017; 9(1): 37-47. [Persian]
51. Rosseter R. *Nursing faculty shortage fact sheet*. Washington, DC: American Association of Colleges of Nursing; 2015.
52. Nations U. *World population ageing*. Department of Economic and Social Affairs. 2015: 1-164.
53. Thorne S. *Interpretive description: qualitative research for applied practice*. 2nd ed. New York: Routledge; 2016.
54. Fathi I, Sarkheil B, Javid N. *A look at the average and median age of the Iranian population*. Iranian Journal of Medical Sciences 2017; 5(3): 27-32. [Persian]
55. Perkins A. *Nursing shortage: Consequences and solutions*. Nurs Made Incredibly Easy. 2021; 19(5): 49-54.
56. Stemmer R, Bassi E, Ezra S, Harvey C, Jojo N, Meyer G, et al. *A systematic review: Unfinished nursing care and the impact on the nurse outcomes of job satisfaction, burnout, intention - to - leave and turnover*. J Adv Nurs. 2022;78(8):2290-303.
57. Stefanovska-Petkovska M, Stefanovska VV, Bojadjieva S, Bojadjiev MI. *Psychological distress, burnout, job satisfaction and intention to quit among primary healthcare nurses*. Health Serv Manage Res. 2021; 34(2): 92-8.
58. MacLean L, Hassmiller S, Shaffer F, Rohrbaugh K, Collier T, Fairman J. *Scale, causes, and implications of the primary care nursing shortage*. Annu Rev Public Health. 2014; 35(1): 443-57.
59. Buchan J, Aiken L. *Solving nursing shortages: a common priority*. J Clin Nurs. 2008; 17(24): 3262-8.
60. Duvall JJ, Andrews DR. *Using a structured review of the literature to identify key factors associated with the current nursing shortage*. J Prof Nurs. 2010; 26(5): 309-17.
61. Mosadeghrad AM, Moghadasi F. *Antecedents and consequences of migration of the Iranian nurses: a letter to the editor*. Tehran University of Medical Sciences Journal 2023; 81(2): 166-167. [Persian]
62. Motie M, et al. *Exploring the global nurses' migration phenomenon: a narrative review*. Nursing And Midwifery Journal 2024; 22(1): 1-15. [Persian]

## *Investigating the Causes of Attrition among Nursing Graduates of Tehran University of Medical Sciences: A Mixed-Methods Study*

Montaseri M (Msc)<sup>1</sup>, Bahramnezhad F (PhD)<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Msc of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> PhD of Critical Care Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 21 Sep 2024

Revised: 05 Oct 2024

Accepted: 10 Dec 2024

### **Abstract**

**Introduction:** Considering the complex factors contributing to Nursing Attrition, we decided to conduct research aimed at "explaining and determining the reasons for the Attrition of undergraduate nursing graduates from Tehran University of Medical Sciences.

**Method:** This study was conducted in two phases: qualitative and quantitative. In the qualitative phase, semi-structured interviews, each lasting an average of 60-90 minutes, were conducted. The interview transcripts were analyzed using the Granheim and Lundman approach. In the quantitative phase, based on the findings from the qualitative phase, questionnaires on job communication, perceived social support, and professional communication were administered.

**Result:** In the qualitative phase, the main themes identified were internal and external factors. Based on the findings, 78% of nurses reported weak social support. Only 4.3% reported a high level of social support, and 17.7% reported a moderate level. The overall job stress score was  $180.05 \pm 23.43$ . Regarding professional communication, 80.4% of nurses reported poor communication quality, 13.4% indicated it was good, and 6.2% reported excellent communication.

**Conclusion:** Given the current nursing shortage the country is facing, it is crucial to increase nurses' salaries and benefits, improve social support, and revise the nursing curriculum. Planning and necessary actions by the authorities are essential.

**Keywords:** Nursing graduates, Nursing attrition, Social support, Iran nursing shortage

#### ***This paper should be cited as:***

Montaseri M, Bahramnezhad F. *Investigating the Causes of Attrition among Nursing Graduates of Tehran University of Medical Sciences: A Mixed-Methods Study*. J Med Edu Dev 2024; 19(3): 913 - 931.

\* Corresponding Author: Tel: +982161054410, Email: bahramnezhad@sina.tums.ac.ir