

روش: پژوهش حاضر از جمله مطالعات کاربردی و بر اساس روش گردآوری داده‌ها، توصیفی-پیمایشی می‌باشد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق‌ساخته در قالب سئوالات پنج‌گانه لیکرت استفاده شده است. جامعه آماری شامل مدیران، پزشکان، پرستاران در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و با فرمول کوکران، حجم نمونه ۱۸۰ نفر تعیین شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون t تک نمونه‌ای و آزمون فریدمن) استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد که در بین مشاغل مورد بررسی مشاغل پزشکی (تکنسین‌های فوریت پزشکی، امدادگر، پرستاری، پزشکی و بهیار) مناسب‌ترین مشاغل برای نیروهای داوطلب می‌باشند. در بین مشاغل غیرپزشکی نیز مدیران و کارکنان سازمان‌ها، تأسیسات و نیروهای مسلح می‌توانند در اقدامات داوطلبانه برای بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مفید واقع گردند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، آشنایی افراد با بحث امداد و درمان می‌تواند نقش قابل توجهی در انتخاب افراد به عنوان نیروهای داوطلب داشته باشد. هر چه شغل فرد غیرمرتبط با مباحث بهداشتی درمانی باشد، به همان اندازه برای این قبیل فعالیت‌ها نامناسب خواهد بود.

کلمات کلیدی: مشاغل، پزشکی، غیرپزشکی، فعالیت‌های داوطلبانه

بررسی مشاغل پزشکی و غیرپزشکی برای فعالیت‌های داوطلبانه بیمارستانی

(مطالعه موردی: بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم

پزشکی تهران)

فروزنده جنت^۱، علی اردلان^۲، مختار ملک‌پور^۳،

غلامرضا معصومی^۴، مرضیه وحید دستجردی^۵

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکترای مدیریت سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشگاه اصفهان، پژوهشگاه شاخص پژوه، دانشکده مدیریت سلامت، اصفهان، ایران.

Email: forozandejannat@gmail.com

۲. دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه سلامت در بلایا و حوادث، تهران، ایران.

۳. استاد دانشگاه اصفهان، پژوهشگاه شاخص‌پژوه، دانشکده مدیریت سلامت، اصفهان، ایران.

۴. استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پزشکی، گروه طب اورژانس، بیمارستان هفتم‌تیر، تهران، ایران.

۵. دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی، بیمارستان آرش، گروه زنان و زایمان، تهران، ایران.

دریافت: ۹۵/۴/۳۰ پذیرش: ۹۵/۹/۷

چکیده

مقدمه: در شرایط بحرانی علاوه بر سازمان‌های ویژه مدیریت شرایط اضطراری نیاز به حضور نیروهای داوطلب نیز همواره احساس شده است. داوطلبان در مشاغل مختلف می‌توانند خدمات مورد نیاز را فراهم آورند. در این خصوص هدف مطالعه حاضر بررسی اهمیت و اولویت مشاغل در فعالیت‌های داوطلبانه بیمارستانی است.

مقدمه

هنگامی که در جامعه، بحرانی انسان‌ساخت یا طبیعی رخ می‌دهد، سازمان‌های ویژه مدیریت شرایط اضطراری و برخی از سازمان‌های غیر انتفاعی، بر اساس برنامه قبلی، با بحران مقابله می‌کنند. هر کدام از این سازمان‌ها، نقش ویژه‌ای را بر عهده دارند تا مقابله با خرابی‌های فاجعه و بازیابی از آن، به خوبی انجام شود. علاوه بر سازمان‌های متولی، داوطلبان نیز می‌توانند نقش مهمی را در فرایند امداد و نجات ایفا نمایند. [۱]

بی‌شک نیروهای داوطلب از سرمایه‌های ارزشمند انسانی برای دست یابی به اهداف ترسیم شده سازمان‌های امدادی و بیمارستان‌ها می‌باشند که مدیریت و به کارگیری صحیح و آگاهانه از این ظرفیت عظیم می‌تواند منشا خدمات فراوانی باشد. [۲]

داوطلبان خودجوش و غیر وابسته که بیش‌تر از همسایگان، دوستان و شهروندان عادی هستند، آماده برای کمک رسانی به صحنه حادثه می‌آیند، اما از آنجا که آنان به هیچ نظام، گروه یا سازمانی وابسته نیستند، تلاش‌های آنان برای کمک رسانی معمولاً کاربرد چندانی ندارد و حتی ممکن است برای بسیاری از مأموران متخصص واکنش، مشکل‌ساز باشند. [۳]

در شرایط اضطراری معمولاً مدیریت داوطلبان خودجوش، کار دشواری است. داوطلبان از مشاغل مختلفی می‌آیند و در بیش‌تر مواقع، بسیاری از خدمات مورد نیاز را فراهم می‌آورند و انجام

خدمات داوطلبانه، بخش با ارزش هر جامعه قدرتمند است. [۴]

در شرایط اضطراری تمام افراد می‌توانند از نظر نیروی کار یا برای تأمین منابع کمک کنند. ایده‌آل این است که تمام داوطلبان به سازمان‌های مشهور و شناخته شده وابسته باشند و برای اقدامات خاص مقابله با بحران آموزش دیده باشند. [۵]

در چهار مرحله شرایط اضطراری می‌توان از نیروهای داوطلب استفاده کرد. در مراحل پیشگیری، آمادگی، مقابله و بازیابی و نیز در دیگر زمینه‌های مورد نیاز جامعه، نقش‌های بارز و مناسبی برای داوطلبان وجود دارد. [۶]

مطالعات نشان می‌دهد که تحقیقات بسیاری در داخل و خارج کشور به بحث نیروهای داوطلب پرداخته‌اند. تئوری جامع نیروهای داوطلب بیمارستانی با توصیف متغیرهای تعیین کننده توسعه داده شده‌اند. پرستاران و نیروهای داوطلب از طریق سطح بالای تحصیلات، درآمد و ویژگی‌های اساسی سلامت در این چارچوب نظری ارزیابی شده‌اند. [۷]

تئوری تحقیق جامعه‌شناسی ویلسون و موسیک درمورد وظایف نیروهای داوطلب رسمی و غیررسمی بر اساس مقدماتی تشریح می‌گردد. وظایف نیروهای داوطلب: (۱) کاری مولد و سودبخش است که نیاز به سرمایه انسانی دارد. (۲)

حرکت جمعی که نیاز به سرمایه اجتماعی دارد. (۳) کار اخلاقی که نیاز به سرمایه فرهنگی دارد. [۸]

بحث نیروهای داوطلب در چارچوب تئوری امداد نیروهای برنامه‌ریزی شده و خودجوش مطرح شده‌اند. [۹] همچنین امداد خودجوش و غیر

ترغیب می‌نماید و فرصت‌هایی ایجاد می‌کند تا مطالب جدیدی را یاد بگیرند و از دانش قبلی خود استفاده نمایند. [۱۶]

فعالیت داوطلبانه می‌تواند فرصت‌هایی برای اجتماعی‌شدن فراهم آورد، شخص را در فعالیت مطلوب درگیر کرده و مزایای مرتبط شغلی را ایجاد کند، موجب رشد و توسعه فردی شود و مسیری را برای حل مشکلات شخصی افراد باشد. [۱۷]

تعریف نیروهای داوطلب بدون داشتن یک استاندارد واحد، امری دشوار است. نیروهای داوطلب در سازمان‌های مختلف، وظایف بی‌شماری را انجام می‌دهند. این نیروها از افراد کاملاً یکسان و مشابه تشکیل نشده‌اند، بلکه از نظر سنی، تجربه و مهارت متفاوت می‌باشند. [۱۸]

افراد با سطح تحصیلات دانشگاهی نسبت به افراد کم سواد، تمایل بیشتری به داوطلب شدن دارند. همچنین افراد شاغل در این گروه سنی نسبت به بیکاران علاقه بیشتر به داوطلب شدن دارند. [۱۹]

داوطلب فردی است که بدون دستمزد برای سازمان‌هایی همچون مدرسه‌ها، کلیساهای بیمارستان‌ها و سازمان‌های مدنی کار می‌کند. کار نیروی داوطلب از بُعد هدف مشابه نیروی کار استخدامی نیست. نیروهای داوطلب را می‌توان به چهار دسته اصلی از جمله حرفه‌ای (متخصصان)، غیرماهر، نیروهای آشنا و آموزش‌دیده، و خودجوش تقسیم‌بندی کرد. [۲۰]

در این خصوص، مطالعه حاضر با هدف بررسی مشاغل مناسب برای فعالیت‌های داوطلبانه به این موضوع می‌پردازد که اهمیت و اولویت مشاغل

خودجوش در چارچوب تئوریک شرایط قوی و ضعیف قرار داده شده‌اند: موقعیت قوی کاملاً ساختار یافته است درحالی‌که موقعیت ضعیف، ساختار مشخص نداشته و تحت تأثیر اثرات موقعیتی و مشکل‌ساز قرار می‌گیرد. [۱۰]

نیروهای داوطلب آموزش‌دیده، کمک مستمر و بلند مدت را به مردم نیازمند ارائه می‌نمایند، در حالی‌که نیروهای داوطلب خودجوش با شرایط پیش‌بینی نشده برای کمک به افراد مواجه می‌شوند. [۱۱]

در تئوری نیروهای داوطلب، فعالیت داوطلبانه به‌عنوان حرکتی برنامه‌ریزی‌شده مطرح شده‌اند. [۱۲] درحالی‌که مطالعات بسیاری، فعالیت داوطلبانه را به‌صورت خودجوش و کوتاه مدت بیان کرده‌اند. [۱۳]

دو مدل نظری در زمینه فعالیت داوطلبان ارائه شده‌اند: (۱) مدل فرایند نیروهای داوطلب (۲) مدل شناسایی وظیفه. مدل شناسایی وظیفه نیروهای داوطلب، یک مدل متمایل به مباحث جامعه‌شناسی است. این مدل روی متغیرهای موقعیتی تأکید کرده و از تئوری وظیفه و ساختار اجتماعی استفاده می‌کند. این مدل فرض می‌کند زمانی‌که نیروهای داوطلب مشارکت خود را با یک سازمان ادامه می‌دهند، تعهدشان در مقابل سازمان افزایش می‌یابد. در عوض تغییرات فردی داوطلبان و وظیفه داوطلبان بخشی از هویت شخصی آنها می‌گردد. در واقع مدل شناسایی و هویت وظیفه، رفتار داوطلب را به‌طور مستقیم جهت می‌دهد. [۱۴ و ۱۵]

فعالیت‌های داوطلبانه براساس نگرانی‌های بشردوستانه، مردم را نسبت به کمک به سایرین

سئوالات مربوط به ویژگی‌ها و مشخصات نیروهای داوطلب که شامل ۷ گویه بوده، بخش دوم سئوالات مربوط به مهارت‌سنجی نیروهای داوطلب شامل ۹ گویه و بخش سوم ارزیابی مشاغل به صورت طرح سئوالات مستقیم در ارتباط با دانش و مهارت نیروهای داوطلب می‌باشد. پرسشنامه با استفاده از طیف لیکرت حالت پنج‌گانه از نمره یک (خیلی کم) تا نمره پنج (خیلی زیاد) طراحی شده است که میزان مناسب بودن مشاغل را در فعالیت‌های داوطلبانه می‌سنجد. برای بررسی روایی پرسشنامه از نظرات کارشناسان و اساتید مربوطه استفاده شد. پرسشنامه در اختیار ۱۰ تن از اساتید و متخصصان مدیریت بحران و نیروی انسانی بیمارستان قرار گرفت و موارد مذکور برای افزایش روایی در پرسشنامه تدوین شده لحاظ گردید. به منظور محاسبه پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. پس از تکمیل ۳۰ پرسشنامه از جامعه آماری شامل مدیران و کارشناسان در سطح امداد و نجات، پزشکان و پرستاران اورژانس‌ها و بیمارستان‌ها، مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد که نشان‌دهنده مناسب بودن پایایی پرسشنامه بوده است. برای تحلیل داده‌های به دست آمده از آمار توصیفی و استنباطی بهره گرفته شد. تحلیل توصیفی از طریق محاسبه میانگین و انحراف استاندارد داده‌ها و تحلیل استنباطی از طریق آزمون t ، آزمون فریدمن و آزمون خی‌دو انجام گردیده است. برای مقایسه میانگین نظری (میانگین نظری ۳ در نظر گرفته شده است) و میانگین تجربی (میانگین امتیازات لیکرت) از آزمون t تک نمونه‌ای استفاده شد.

پزشکی و غیرپزشکی به چه صورت است و چه راهکارهایی برای به‌کارگیری بهینه از مشاغل در فعالیت‌های داوطلبانه ارائه می‌گردد.

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر هدف در حیطه پژوهش‌های کاربردی و براساس روش گردآوری داده‌ها، توصیفی-پیمایشی است. جامعه آماری تمامی پرسنل بیمارستانی شامل مدیران در سطح امداد و نجات، پزشکان و پرستاران اورژانس‌ها در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در مجموع ۳۴۰ نفر می‌باشند. روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای می‌باشد. بدین صورت که ابتدا چهار بیمارستان در مناطق مختلف تهران تعیین شدند و سپس افراد نمونه برای تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. برای تعیین حجم نمونه نیز از روش کوکران بهره گرفته شده است. برای محاسبه حجم نمونه فرمول کوکران به صورت زیر می‌باشد:

$$n = \frac{\frac{t^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{t^2 pq}{d^2} - 1 \right)}$$

در فرمول بالا n حجم نمونه، حداکثر اشتباه مجاز (d) معادل ۰/۰۵، $t = 1/96$ و مقادیر p و q نیز هرکدام معادل ۰/۵ و N حجم جامعه در نظر گرفته می‌شود. حجم نمونه با این روش ۱۸۰ نفر تعیین شده است.

در این تحقیق از پرسشنامه محقق‌ساخته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است. پرسشنامه از سه بخش اصلی تشکیل شده است. بخش اول

میانگین سابقه فعالیت حرفه‌ای ۱۱/۹ سال با حداقل سابقه سه سال و حداکثر ۲۹ سال بود و فقط ۹ درصد پاسخ‌دهندگان سابقه فعالیت داوطلبانه داشته‌اند. پس از بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جامعه مورد مطالعه، زمینه مشاغل مناسب برای نیروهای داوطلب بررسی شد که میانگین و انحراف استاندارد سئوالات مربوط به میزان اهمیت نوع شغل در گزینش نیروهای داوطلب و امتیاز طیف لیکرت برای هر کدام از مشاغل در جدول شماره ۱ آورده شده است. با توجه به این جدول، میانگین اکثر مشاغل بیشتر از متوسط می‌باشد. از نظر تمامی پاسخ‌دهندگان، در بین مشاغل مورد بررسی تکسین‌های فوریت پزشکی و امدادگر با میانگین ۵، مناسب‌ترین شغل برای فعالیت‌های داوطلبانه در بیمارستان است، سپس مشاغل مانند پرستاری، پزشکی و بهیار به ترتیب با میانگین ۴/۹۳، ۴/۸۶ و ۴/۱۶ برای فعالیت‌های داوطلبانه اولویت‌بندی شدند. در بین مشاغل غیرپزشکی، مدیران و کارکنان سایر سازمان‌ها با میانگین ۳/۵۵، تأسیسات با میانگین ۳/۴۵ و نیروهای مسلح با میانگین ۳/۲۸ بالاترین امتیاز را کسب کرده‌اند.

با بهره‌گیری از آزمون t تک نمونه‌ای و آزمون فریدمن هدف‌ها و فرضیه‌ها مورد ارزیابی گرفت و نشان داد، از نظر آماری مشاغل تا چه حد در فعالیت‌های داوطلبانه می‌توانند مفید واقع شوند و بهره‌گیری از کدام مشاغل باید در اولویت بیمارستان‌ها قرارگیرد. به منظور اولویت‌بندی مشاغل از آزمون فریدمن و آزمون خی‌دو استفاده شده است. برای انجام تحلیل‌های آماری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و برای رسم نمودارها از نرم‌افزار Excel استفاده شد.

یافته‌ها

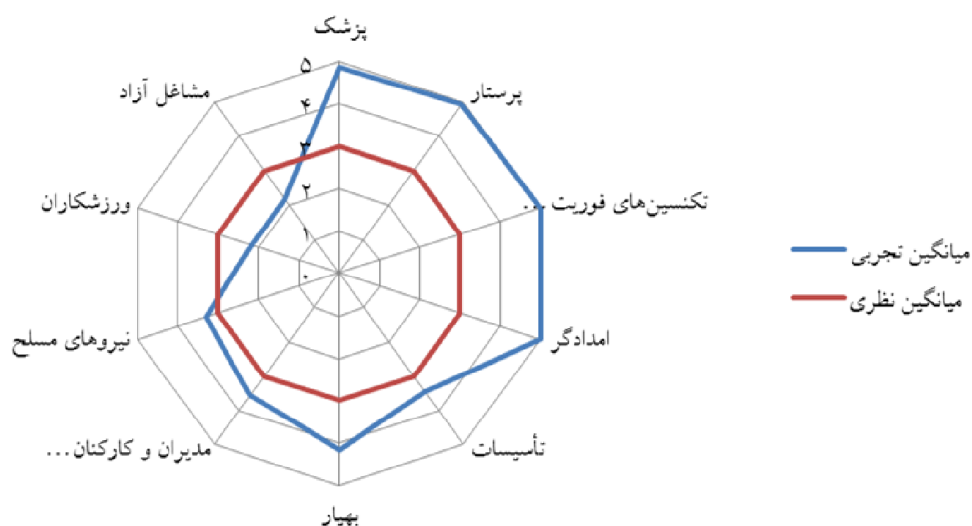
نتایج جمعیت‌شناختی جامعه مورد مطالعه نشان داد، در بین پاسخ‌دهندگان ۳۹/۴ درصد در گروه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال، ۳۲/۲ درصد در گروه سنی ۳۵ تا ۴۵ ساله و ۲۸ درصد، ۴۵ سال و بیشتر بوده‌اند. ۶۵/۶ درصد پاسخ‌دهندگان مرد و بقیه زن بودند. از نظر شغل پاسخ‌دهندگان ۲/۳ درصد از افراد نمونه، پزشک متخصص، ۲۳/۹ درصد پزشک عمومی، ۳۶/۱ درصد پرستار، ۱۳/۳ درصد مدیر مراکز درمانی و ۹/۴ درصد امدادگر بوده‌اند. همچنین از نظر تحصیلات ۶۵ درصد تحصیلات دکتری، ۸/۳ درصد فوق‌لیسانس و ۲۶/۷ درصد لیسانس بودند که نشان‌دهنده سهم بالای تحصیلات تخصصی در افراد پاسخ‌دهنده است.

جدول شماره ۱: میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر میزان اهمیت نوع اشتغال در گزینش

نیروهای داوطلب

ردیف	مشاغل	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
۱	پزشک	۴/۸۶	۰/۳۴	۳	۵
۲	پرستار	۴/۹۳	۰/۲۴	۳	۵
۳	تکنسین‌های فوریت پزشکی	۵/۰۰	۰/۰۰	۵	۵
۴	امدادگر	۵/۰۰	۰/۰۰	۵	۵
۵	تأسیسات	۳/۴۵	۰/۴۹	۱	۴
۶	بیمار	۴/۱۶	۰/۳۶	۳	۵
۷	مدیران و کارکنان سایر سازمان‌ها	۳/۵۵	۰/۴۹	۱	۴
۸	نیروهای مسلح	۳/۲۸	۰/۴۵	۱	۴
۹	ورزشکاران	۲/۱۷	۰/۳۸	۱	۳
۱۰	مشاغل آزاد	۲/۱۷	۰/۳۸	۱	۳

در نمودار شماره ۱ (رادار)، میانگین نظری با توجه به فرضیه آزمون t ، ۳ در نظر گرفته شده است و میانگین تجربی با توجه به نتایج طیف لیکرت نشان داده شده است. با توجه به نمودار رادار مشخص می‌گردد که به غیر از مشاغل آزاد و ورزشکاران سایر مشاغل میانگین تجربی بالاتر از میانگین نظری دارند.



نمودار شماره ۱: رادار مربوط به مقایسه میانگین نظری و تجربی مشاغل

جدول شماره ۲: آزمون t و اولویت‌بندی مشاغل در سازماندهی نیروهای داوطلب

ردیف	مشاغل	آماره t	p-value	میانگین رتبه‌ای	آماره آماری	درجه آزادی
۱	پزشک	۴/۴۶	۰/۰۰۱	۸/۱	۱۴۸۳/۹۸	۹
۲	پرستار	۸/۲۹	۰/۰۰۲	۸/۳۱		
۳	تکنسین‌های فوریت پزشکی	۱۱/۲۱	۰/۰۰۰	۸/۵۲		
۴	امدادگر	۱۰/۳۲	۰/۰۰۰	۸/۵۲		
۵	تأسیسات	۱۲/۱۴	۰/۰۱۹	۴/۱۸		
۶	بهبار	۹/۲۵	۰/۰۱۲	۵/۸۶		
۷	مدیران و کارکنان سایر سازمان‌ها	۵/۹۵	۰/۰۲۴	۴/۴		
۸	نیروهای مسلح	۶/۴۱	۰/۰۳۱	۳/۸۲		
۹	ورزشکاران	-۰/۸۱	۰/۱۴۱	۱/۶۴		
۱۰	مشاغل آزاد	-۱/۷۷	۰/۰۸۷	۱/۶۷		

رتبه مربوط به ورزشکاران و مشاغل آزاد با میانگین ۱/۶۴ و ۱/۶۷ می‌باشد (میانگین رتبه ای بالاتر نشان دهنده اولویت بودن آن شاخص می‌باشد). بنابراین نتایج مربوط به میانگین رتبه‌ای نیز با تأیید نتایج به‌دست آمده در جدول ۱ بیان می‌دارد که مشاغل مرتبط با پزشکی و درمانی همچون تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی، امدادگر، پزشک و پرستار مناسب‌ترین مشاغل در فعالیت‌های داوطلبانه می‌باشند.

بحث

در فرایند سازماندهی نیروهای داوطلب ابعاد مختلفی تأثیرگذار است که یکی از این موارد شغل و تخصص افراد می‌باشد. از این‌رو، در این مطالعه، میزان مناسب بودن مشاغل پزشکی و غیرپزشکی در فعالیت‌های داوطلبانه بیمارستانی بررسی شد. برای این منظور، نمونه‌ای از مدیران در سطح امداد و

در جدول شماره ۲، نتایج مربوط به آزمون t و اولویت‌بندی مشاغل برای نیروهای داوطلب آورده شده است. آماره t در تمامی مشاغل به جز ورزشکاران و مشاغل آزاد معنادار بوده و مقادیر p-value نیز کمتر از ۰/۰۵ بوده و معناداری را تأیید می‌نماید. بنابراین می‌توان بیان نمود که مشاغل پزشکی، پرستاری، تکنسین‌های فوریت پزشکی، امدادگر، تأسیسات، بهبار، مدیران و کارکنان سایر سازمان‌ها و نیروهای مسلح، برای سازماندهی نیروهای داوطلب مناسب و قابل قبول می‌باشند. نتایج آزمون فریدمن حاکی از آن است که در سطح اطمینان ۰/۰۵ بین میانگین رتبه ای مشاغل در سازماندهی نیروهای داوطلب تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اولویت‌بندی مشاغل نشان داد که بالاترین رتبه مربوط به تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی و امدادگر با میانگین ۸/۵۲ و پایین‌ترین

همچنین در این تحقیقات بر این موضوع تأکید شده که افراد تحصیل کرده بخصوص در زمینه بهداشت و درمان و مشاغل تخصصی برای فعالیت‌های داوطلبانه مناسب بود و افراد در مشاغل پزشکی تمایل بیشتری به مشارکت داشته‌اند. [۲۱، ۲۲ و ۲۳]

این تحقیق با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود که دسترسی به نتایج مناسب را دشوار می‌سازد که از جمله می‌توان به نبود مطالعات میدانی معتبر در زمینه نیروهای داوطلب در کشور، نبود یا ضعف فعالیت داوطلبانه در بیمارستان‌ها، آشنا نبودن برخی کارشناسان با مقوله نیروهای داوطلب بیمارستانی و در نتیجه صرف زمان و هزینه نسبتاً بالا برای تکمیل پرسشنامه‌ها اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان بیان کرد، در بین مشاغل مورد بررسی، مشاغل پزشکی (تکنسین‌های فوریت پزشکی، امدادگر، پرستاری، پزشکی و بهیار) مناسب‌ترین مشاغل برای نیروهای داوطلب می‌باشند. در بین مشاغل غیرپزشکی نیز مدیران و کارکنان سازمان‌ها، تأسیسات و نیروهای مسلح می‌توانند در اقدامات داوطلبانه برای بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مفید واقع گردند. در واقع نتایج تحقیق نشان داد که آشنا بودن افراد با بحث امداد و درمان می‌تواند نقش قابل توجهی در مؤثر بودن افراد به‌عنوان نیروهای داوطلب داشته باشد. در مقابل هر چه شغل فرد غیرمرتبط با مباحث بهداشتی درمانی باشد به همان اندازه برای فعالیت‌های داوطلبانه نامناسب خواهد بود. البته می‌توان با آموزش‌های مفید و مؤثر برای اقشار

نجات، پزشکان و پرستاران اورژانس‌ها انتخاب شدند. یافته‌ها نشان داد که در بخش میانگین امتیازات طیف لیکرت، تکنسین‌های فوریت پزشکی و امدادگر با میانگین ۵ بالاترین امتیاز و مشاغلی همچون پرستاری، پزشکی و بهیار به ترتیب با میانگین ۴/۹۳، ۴/۸۶ و ۴/۱۶ برای فعالیت‌های داوطلبانه اولویت‌بندی شده‌اند. بدین ترتیب تمامی مشاغل پزشکی در اولویت فعالیت‌های داوطلبانه قرار گرفته‌اند. در بین مشاغل غیر پزشکی، مدیران و کارکنان سایر سازمان‌ها با میانگین ۳/۵۵، تأسیسات با میانگین ۳/۴۵ و نیروهای مسلح با میانگین ۳/۲۸ بالاترین امتیاز را کسب کرده‌اند. همچنین ورزشکاران مشاغل آزاد با میانگین ۲/۱۷ کمترین امتیاز را در بین مشاغل مورد بررسی کسب کرده‌اند.

در تجزیه و تحلیل آزمون t تک نمونه‌ای برای مشاغل نیز مشخص گردید که آماره t برای مشاغل آزاد و ورزشکاران معنادار نبوده که نشان می‌دهد مشاغل مذکور به منظور انجام فعالیت‌های داوطلبانه بیمارستانی مناسب تشخیص داده نشده‌اند. این در حالی است که در سایر مشاغل آماره t معنادار می‌باشند. نتایج به دست آمده از آزمون فریدمن نیز نشان داد که بالاترین رتبه مربوط به تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی و امدادگر با میانگین ۸/۵۲ و پایین‌ترین رتبه مربوط به ورزشکاران و مشاغل آزاد با میانگین ۱/۶۴ و ۱/۶۷ می‌باشد.

ازسوی دیگر، مقایسه نتایج تحقیق حاضر با مطالعات مشابه در زمینه نیروهای داوطلب نشان داد، نیروهای داوطلب براساس نوع آموزش‌ها و مهارت مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند [۱۸، ۱۹ و ۲۰].

کاهش دهد. برای مطالعات آتی نیز توصیه می‌گردد، سایر ابعاد، ویژگی‌ها و عوامل انگیزشی نیروهای داوطلب بیمارستانی مورد بررسی قرار گیرد تا بتوان نهادی منسجم و با نیروی انسانی توانمند در بخش داوطلبین، سازمان‌دهی کرد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری در رشته مدیریت سلامت در حوادث و بلایا در پژوهشگاه شاخص پژوه وابسته به دانشگاه اصفهان می‌باشد. بدین‌وسیله از همکاران بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران که در انجام این پژوهش و تکمیل اطلاعات همکاری کرده‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

مختلف جامعه آنان را با مباحث و مطالب امدادی و درمانی آشنا نمود که مطالعه آن خارج از مبحث این تحقیق می‌باشد.

در انتها، با توجه به نتایج، پیشنهاد می‌گردد که سازمان‌های مرتبط با امداد و نجات شامل بیمارستان‌ها، اورژانس و هلال‌احمر با برنامه‌ریزی مناسب نسبت به جذب نیروهای داوطلب و سازمان‌دهی آنان اقدام نمایند. در این میان توجه به مشاغل افراد، اهمیت بالایی در افزایش کارایی و سرعت عمل این سازمان‌ها در بهره‌گیری هرچه بهتر از نیروهای داوطلب دارد. همچنین به‌کارگیری اصولی از افراد با مهارت و تخصص مرتبط، تاحدودی می‌تواند هزینه‌های مربوط به آموزش را

References

- Nicolai S, Triplehorn C. The role of education in protecting children in conflict. London: Overseas Development Institute Press, 2003.
- Haji Heidari F. The most important barriers to volunteers' talent management from the view of Volunteers Organization staff. Quarterly Scientific Journal of Rescue & Relief, 2014; 6(3): 71-80. [In Persian]
- Haraoka T, Hayasaka S, Murata C et al. Prevention of injuries and diseases in non-professional disaster volunteer activities in the Great East Japan Earthquake areas: A preliminary study. Journal of Public health, 2013; 127(1): 72-75.
- Cliff BJ, Morlock L, Curtis AB. Is There an Association Between Risk Perception and Disaster Preparedness in Rural US Hospitals? Prehospital & Disaster Medicine, 2009; 24(6): 512-517.
- Chapman, AK. Arbon P. Are nurses ready? Disaster preparedness in the acute setting. Australian Emergency Nursing Journal, 2008; 11(3):135-144
- Pinkowski J. Disaster Management Handbook. Translated by Behrbar S. 1st ed. Tehran: Nedaye Karafarin Press (Tehran Disaster Mitigation and Management Organization); 2013: 50-55. [In Persian]
- Zhong Sh. Developing an Evaluation framework for hospital disaster resilience: tertiary hospitals of Shandong province, China. PhD dissertation, School of Public Health and Social Work Faculty of Health, Queensland University of Technology; 2014.
- Wilson J, Musick M. Who cares? Toward an integrated theory of volunteer work. American Sociological Review, 1997; 62(5): 694-713.

9. Toyokuni Y, Suzukawa M, Yamashita K, et al. Introduction of the community first responder system into Japan: is that possible? *International Journal of Emergency Medicine*, 2013; 6(34): 1-7.
10. Clary G, Orenstein L. The amount and effectiveness of help: the relationship of motives and abilities to helping behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1991; 17(1): 58-64.
11. Omoto A, Snyder M. Sustained Helping without Obligation: Motivation, Longevity of Service and Perceived Attitude Change among AIDS Volunteers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995; 68(4): 671-686.
12. Ocak T, Duran A, Ozdeş T, et al. Problems encountered by volunteers assisting the relief efforts in van, turkey and the surrounding earthquake area. *Journal of academic emergency medicine*, 2013; 12 (2): 66-70.
13. Nivolianitou Z, Synodinou B. Towards emergency management of natural disasters and critical accidents: The Greek experience. *Journal of Environmental Management*, 2011; 92(10): 2657-2665.
14. Clary G, Ridge R, Stukas A, et al. Understanding and Assessing the Motivations of Volunteers: A Functional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998; 74(6): 1516-1530.
15. Liu Y. A Proposal for a Spiritual Care Assessment Toolkit for Religious Volunteers and Volunteer Service Users. *Journal of Religion and Health*, 2014; 53(5): 1414-1426.
16. Jansma T. Extending the emergency medical services network for out of hospital cardiac arrest victims- an explorative study for the province of Drenthe. Master thesis, university of Groningen; 2014.
17. Penner L, Finkelstein M. Dispositional and Structural Determinants of Volunteerism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998; 74(2): 525-537.
18. Bussell H, Forbes R. Understanding the volunteer market: the what, where, who and why of volunteering. *International Journal of nonprofit and voluntary Sector Marketing*, 2002; 7(3): 244-257.
19. Powers M. Life cycles and volunteering. *Human Ecology Forum*, 1998; 26(3): 3-4.
20. Bellamy PA. Why volunteer and is volunteering worth the effort. Master thesis of Arts in Liberal Studies, East Tennessee State University; 2001.
21. Gist R, Daniel P, Grock et al. Use of Medical Reserve Corps volunteers in a hospital-based disaster exercise. *Prehospital and Disaster Medicine*, 2016; 31(3): 259-262.
22. Garcia C. Optimizing coordinated multi-team volunteer scheduling: a combined constraint programming and goal programming approach. *International Journal of Industrial and Systems Engineering*, 2011; 9 (2): 183-194.
23. Bajow NA, Alkhalil SM. Evaluation and Analysis of Hospital Disaster Preparedness in Jeddah. *Health*, 2014; 6(19): 2668-2687.