

بررسی تعهد عاطفی پزشکان و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن:

مطالعه پزشکان شهر تهران

سجاد یاهک

محمد توکل^۱

چکیده

مقدمه: در نزد اطباء برخورداری از درجه‌ای از تعهد عاطفی عامل تأثیرگذاری بر انگیزه‌های شغلی و کیفیت کاری آنان محسوب می‌شود. در مطالعه حاضر که براساس یافته‌های یک مطالعه تجربی در باب تأثیرات عوامل اجتماعی بر تعهد عاطفی پزشکان در شهر تهران تدوین شده است، سعی گردیده برخی از عوامل اجتماعی که در مبنای نظری و تجربی مربوط به عنوان متغیرهای تأثیرگذار بر تعهد عاطفی نظیر جامعه‌پذیری حرفه‌ای و درونی‌سازی هنجارهای اجتماعی، التزام و تعهد شغلی، سرمایه‌گذاری بلندمدت در شغل مربوطه، رضایت شغلی و نظایر آن مطرح‌اند، مورد بررسی قرار گیرند.

روش: با استفاده از روش تحقیق پیمایش تعداد ۳۹۶ پزشک (عمومی، متخصص، فوق تخصص و دندانپزشک) با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای احتمالی از میان ۴۴۲۰۲ پزشک شاغل به طبابت در شهر تهران انتخاب و با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته، داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری گردید. اطلاعات حاصله از طریق نرم‌افزار SPSS پردازش و مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: با توجه به یافته‌های تحقیق، رضامندی شغلی، درونی‌سازی هنجارها، جامعه‌پذیری حرفه‌ای، التزام و تعهد شغلی و سرمایه‌گذاری بلندمدت در حرفه مربوطه (پزشکی) رابطه معنی‌داری را با تعهد عاطفی پزشکان نشان می‌دهند. مع‌الوصف میزان تعهد عاطفی بر حسب سن و جنس تغییر نمی‌کند. بیشترین همبستگی را در تعهد عاطفی به ترتیب متغیرهای رضایت، تعهد و التزام شغلی، جامعه‌پذیری حرفه‌ای و درونی‌سازی

۱. استاد جامعه‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم

Email:mtavakol@ut.ac.ir

پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

هنجارهای اجتماعی به خود اختصاص داده‌اند. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز نشان داد که متغیرهای مستقل این مطالعه حدود ۴۱ درصد از تغییرات مربوط به تعهد عاطفی پزشکان تحت مطالعه را تبیین می‌نمایند.

نتیجه‌گیری: هر قدر پزشکان از لحاظ رضایتمندی در سطح بالایی قرار داشته باشند به همان نسبت نیز از تعهد عاطفی بالاتری برخوردار خواهند بود. اطرافیان پزشک، شرایط اجتماعی جامعه، ویژگی‌های خاص مربوط به شغل از جمله منابعی هستند که رضایت را تولید می‌کنند.

واژگان کلیدی

التزام شغلی، تعهد عاطفی، جامعه‌پذیری حرفه‌ای، درونی‌سازی هنجارها، رضایتمندی.

بررسی تعهد عاطفی پزشکان و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن:

مطالعه پزشکان شهر تهران

در رویه‌ای که جوامع منابع خود را برای مقابله با مخاطرات بهداشتی و عرضه مراقبت‌های پزشکی به مردم سازماندهی می‌کنند عوامل اجتماعی اثر قابل توجهی دارد. جامعه‌شناسان پزشکی، مظاهر اجتماعی سلامت و بیماری، کارکردهای اجتماعی سازمان‌ها و نهادهای بهداشتی، درمانی، رفتار اجتماعی پزشکان و عاملان مرتبط با اعمال پزشکی و خدمات پزشکی و مصرف‌کنندگان این خدمات را مورد مطالعه قرار می‌دهند. مراجعه به پزشک، معاینه‌ها و درمان‌ها به تجربه بیمار در مورد بیماری نظم می‌بخشد و محتوای روشنی به او می‌دهد. به این ترتیب واقعیت زیستی با توجهی که جامعه به آن نشان می‌دهد، شکل اجتماعی به خود می‌گیرد (آدام، ۱۳۸۵، ص ۲۴). پزشکی در جامعه مدرن بعنوان یک سیستم جهانی عمل می‌کند (بطور تاریخی جایگزین مذهب) و پاسخ‌هایی را به سوال‌های کلیدی در مورد ارتباط طبیعت با جامعه، ارتباط افراد با جامعه و تاثیر متغیرهای اجتماعی نظیر طبقه، قومیت و جنسیت بر روی بیوگرافی‌های فردی بیمار ارائه می‌کند (وایت، ۲۰۰۲، ص ۱۲).

از میان بدن انسان‌هایی که بهبودی آنها از نظر پزشک غیرممکن است، بویژه از ناحیه پزشکان در افکار عمومی به قتل تعبیر شده است. از جنجال‌برانگیزترین مباحثی که در این زمینه مطرح شده است اعترافات جرج مایر جراح انگلیسی است که در کتاب خود اعتراف یک جراح، بیان داشت که ۱۵ بیمار را تا آن زمان (سال ۱۹۷۴) از روی ترحم کشته است. وی در این کتاب می‌نویسد: من آنها را کشتم. این اصل لغت است و پی‌جویی برای یک تعبیر بهتر بی‌نتیجه می‌ماند. انسانها باید از نظر روحی و حتی تکنیکی این امکان را داشته باشند که زندگی‌شان

را با شایستگی به پایان برسانند. قتل، حتی وقتی آن را با این لفظ می‌نامیم اگر دلایل انسانی و آمیخته به ترحمی داشته باشد نباید مستوجب توبیخ شناخته شود. بررسی انجام‌شده در میان پزشکانی که در تابستان ۱۹۹۶ در کنفرانس بین‌المللی ایدز در ونکوور کانادا شرکت کرده بودند نشان داد که در حدود ۵۳٪ از متخصصان اظهار داشتند که به بیماران خود امکان داده‌اند با استفاده از مقدار بیش از اندازه داروهای تخدیرکننده به خودکشی دست بزنند (محسنی، ۱۳۷۹، ص ۲۴۳).

پارسونز در چهار زیر عنوان به نقش پزشک می‌پردازد:

۱- زمینه کارکردی کنش پزشکی و سنت فرهنگی

۲- موقعیت پزشک

۳- اعتبار کارکردی الگوی نهادی کنش پزشکی

۴- ارتباط با امور خصوصی بیماران.

علیرغم لذتهایی که در حرفه پزشکی ملاحظه می‌شود، در گذر زمان و بخصوص وقتی که سن افزایش می‌یابد در برخی از پزشکان این احساس ایجاد می‌شود که میان هدف‌ها، امیدها و نحوه عملکرد جامعه و شرایط موجود فاصله‌های پرنشندی وجود دارد. رفتارهای برخی از بیماران در جهت دلخواه پزشکان نیست و همیشه نمی‌توانند به همه کمک کنند. در عین حال که پزشک به تسکین آلام بیماران می‌پردازد و تلاش می‌کند آنان را در شرایط بهتری از لحاظ جسمی و روانی قرار دهد، عوامل و شرایط، فشارها و عوامل اقتصادی همواره با زندگی سالم هماهنگ نیست. یکی دیگر از عوامل ناامیدی می‌تواند درخواستهای غیرمنطقی بیماران و خودداری آنان از پذیرش واقعیات زیست‌شناختی باشد عقاید و باورهای خاص آنان گاهی اوقات سبب عدم درک امکانات عملی علم پزشکی می‌شود.

به زعم صاحب‌نظران، پزشک در رابطه حرفه‌ای با بیمار خود لازم است متشخص و دارای حداقل قابلیت‌ها و خصوصیات چنانچه توانایی کاری، خود را به جای دیگران قرار دادن، پیشقدم شدن و پیش‌بینی شرایط دشوارتر، تصمیم‌گیری سریع، توافق در مورد درمان، کنجکاوی علمی، و قدرت درک کافی باشد. جوزف فلچر^۱ پزشک آمریکایی در کتاب پزشکی و اخلاق اعتقاد دارد که یکی از خصوصیات لازم پزشک، داشتن علاقه وافر به عالم بشریت و صفت انسان‌دوستی است. کسانی که به اصول اخلاقی معتقدند، در تجزیه و تحلیل جنبه‌های اخلاقی پزشکی به مراقبت از شخص بیمار بیشتر از درمان او علاقه نشان می‌دهند. وظیفه اخلاقی هر پزشک این است که علاوه بر تأمین احتیاجات جسمانی و درمان بیمار خود، به خواست‌های روانی، طرز تفکر، شخصیت و به طور کلی برای تمام حقوق وی از نظر یک انسان اهمیت قائل شده و حتی قسمت اخیر را باید مقدم بر درمان بشمارد. تخلفات و در بعد مخالف آن اخلاق در رابطه با ماهیت فعالیت‌های پزشکی (درمان، آزمایشگاه، تحقیق، آموزش، مدیریت و غیره) می‌تواند از جهات مختلف مذهبی، حقوقی و آداب و رسوم مورد بحث قرار گیرد. رشد تکنولوژی در حوزه علوم پزشکی بیش از هر زمان دیگر دامنه انتخاب را گسترده‌تر کرده است، اما در عین حال حوزه اخلاقی که در پرتو آن دست به انتخاب زده می‌شود بیش از پیش (دست کم در برخی از زمینه‌ها) با تردید مواجه است. در نگرش‌های نوین، کارشناسان عقیده دارند که مناسب‌ترین روش برخورد با خطاهای پزشکی ایجاد نظام مناسب آموزش مداوم برای تمامی نیروی انسانی شاغل در خدمات پزشکی درمانی است (محسنی، ۱۳۷۶، صص ۲۴۲-۲۴۳).

طبابت در هر کشوری در چهارچوب قوانین و مقررات خاص که عملاً هنجارهای قانونی حرفه را مشخص می‌کند صورت می‌گیرد. هر یک از حرف

پزشکی تابع ضوابط مشخصی هستند که در سطح کشورها متفاوت است. به عنوان مثال در ایران تخلفات کیفی پزشکان جراحی مانند: صدور گواهی خلاف واقع، سقط جنین، افشاء اسرار بیمار، فریب دادن بیمار، اشتغال بدون مجوز قانونی، امتناع از کمک به بیماران در حالت اورژانس، و... را شامل می‌شود. ولی در عین حال برخی از دانشمندان موضوعات جهانشمولی را در مورد پزشک و پزشکی مورد ملاحظه قرار می‌دهند که از این موضوعات مهم تعهد پزشک است که بسیار مورد توجه بوده است. می‌یر^۲ و هرسکوویچ^۳ در این زمینه مفهوم‌سازی روشنی انجام داده‌اند که مبنای پژوهش حاضر قرار گرفته است، آنها معتقدند که تعهد یک ذات اصلی دارد بدون توجه به متن و زمینه‌ای که مورد مطالعه قرار می‌گیرد و باید امکان این وجود داشته باشد که بتوان یک مدل عمومی از تعهد حرفه‌ای ارائه کرد. آنها پیشنهاد می‌کنند که چنین مدلی باید بر این پیش فرض‌ها بنیان نهاده شود الف) تعهد^۴ نیرویی است که یک فرد را به یک رشته از کنش‌های مرتبط با هدف پیوند می‌زند ب) تعهد می‌تواند با سازه‌های ذهنی مختلفی که نقشی در شکل‌گیری رفتار بازی می‌کنند، همراه شود (می‌یر و هرسکوویچ، ۲۰۰۱، ص ۲۹۹). با توجه به بحثی که میر و هرسکوویچ طرح می‌کنند فرد برای اینکه بتواند به هدف خود دست یابد باید نیرویی مانند تعهد در وجود خود پرورش دهد.

ماودی، استیروز و پورتر (۱۹۷۹) از دیگر محققانی هستند که در مورد تعهد حرفه‌ای به مفهوم‌پردازی پرداخته‌اند، تعهد شغلی را با سه فاکتور بارز تعریف کرده‌اند: الف) یک باور قوی به پذیرش اهداف و ارزشهای شغلی، ب) تلاش برای پیشبرد حرفه و ج) میل شدید برای عضویت داشتن در سازمان‌های مربوط به حرفه خود (تتریچ و فرکاس، ۱۰۸۸، ص ۴۸). با توجه به رویکردی که اندیشمندان نسبت به تعهد دارند و از سوی دیگر با توجه به اینکه پزشکی به عنوان یکی از

مهمترین مشاغل در سطح جوامع مطرح می‌باشد، و به دلیل اینکه مسائل عاطفی در پزشکی جزء مهم‌ترین مسائل مربوط به شمار می‌رود، از میان جنبه‌های مختلف تعهد به بررسی تعهد عاطفی پرداخته‌ایم. در این مطالعه درصدد بررسی این مسئله هستیم که تعهد عاطفی تا چه اندازه در پزشکان در مورد حرفه خود نهادینه شده است و چه عوامل اجتماعی مهمی بر تعهد عاطفی پزشکان تاثیر می‌گذارد؟

تعهد عاطفی^۵، به وابستگی احساسی شخص، هویت‌یابی‌اش با شغل، و درگیری‌اش در حرفه، التزام به شغل و سرمایه‌گذاری بلندمدت در حرفه اشاره دارد. کارمندان با تعهد عاطفی بالا، کار در این حرفه را ادامه می‌دهند به این دلیل که آنها می‌خواهند و دوست دارند که چنین کاری را انجام دهند. رضایتمندی^۶، انگیزش^۷ و التزام شغلی و جامعه‌پذیری حرفه‌ای، درونی‌سازی هنجارهای اجتماعی^۸ و سرمایه‌گذاری بلندمدت که متغیرهای مورد بررسی ما در این مقاله می‌باشد از جمله عوامل اجتماعی‌ای هستند که تعهد عاطفی پزشکان و حتی زندگی آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهند به طوری که به نظر می‌رسد بسیاری از اوقات چنین عواملی چه بسا بیشتر از توانایی‌های حرفه‌ای و فنی، کارایی پزشکان را تحت شعاع قرار می‌دهند. می‌یر و آلن (۱۹۹۱) به عواملی اشاره می‌کنند که تعهد عاطفی به شغل را تحت تاثیر قرار می‌دهند از جمله آنها به ویژگی‌های شخصی مانند سن، جنس و سطح سواد که با تعهد پیوند خورده‌اند اشاره می‌کنند آنها همچنین بر ساختار حرفه تاکید دارند. به عقیده آنها برخی شواهد نشان می‌دهد که تمرکززدایی در تصمیم‌گیری‌ها با تعهد عاطفی به شغل در ارتباط است. به نظر می‌یر و آلن تاثیر ویژگی‌های شغلی ممکن است مستقیم نباشد بلکه بیشتر توسط تجربیات شغلی مانند روابط کارمند با مافوق، شفافیت شغلی، احساس امنیت شغلی و نظایر آن تعدیل شود. تجربیات کاری از نظر می‌یر و آلن بیشتر از ویژگی‌های شخصی و ساختاری

با تعهد عاطفی ارتباط دارد. آنان در این مورد یادآور می‌شوند که تعهد بعنوان نتیجه تجربیاتی که نیازهای شخص را ارضا می‌کنند و یا با ارزش های فرد سازگار هستند، توسعه می‌یابد (می‌یر و آلن، ۱۹۹۱، ص ۶۷).

در مطالعه حاضر، هدف اصلی سنجش تعهد عاطفی و عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر آن در نمونه‌ای از پزشکان شاغل به طبابت در شهر تهران است.

روش

مطالعه حاضر از نوع پیمایشی است که با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه صورت گرفته است. جامعه آماری در این تحقیق را پزشکان شهر تهران که برابر ۴۴۲۰۲ نفر بر طبق آمار سازمان نظام پزشکی ارائه شده است، تشکیل می‌دهند. بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه کوکران ۳۹۶ نفر از پزشکان شهر تهران با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده‌اند و مکان مورد مراجعه، مطب‌ها، کلینیک‌ها و بیمارستان‌های شهر تهران بوده است. تعهد عاطفی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است. در پژوهش حاضر ابتدا از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای و سپس به صورت تصادفی ساده پزشکان شهر تهران نمونه‌یابی شده‌اند. جهت پردازش داده‌ها و اطلاعات از نرم افزار SPSS 17.0 و تحلیل رگرسیون، آزمون T، آزمون Leven و آزمون F استفاده شده است.

یافته‌ها

تعهد عاطفی: جدول شماره‌ی ۱ نشان‌دهنده موضوع نرمال بودن توزیع تعهد عاطفی در میان پاسخگویان است. عدد ۲۵ نشان دهنده بالاترین میزان تعهد عاطفی پزشک و عدد ۷ نشانگر پایین‌ترین میزان تعهد عاطفی می‌باشد، در جدول زیر میانگین تعهد عاطفی پاسخگویان ۱۹/۳ است که نشان می‌دهد، تعهد عاطفی

جمعیت نمونه در حد بالایی است. بیشترین فراوانی نمونه مربوط به عدد ۲۰ است. براساس نمره میانه، ۵۰ درصد پاسخگویان پژوهش تعهد عاطفی بالاتر از ۲۰ دارند و تعهد عاطفی بقیه پایین‌تر از ۲۰ است.

جدول شماره ۱: آماره‌های مربوط به تعهد عاطفی

متغیر	میانگین	میانه	واریانس	حداقل	حداکثر
تعهد عاطفی	۱۹/۳	۲۰	۱۰/۵	۷	۲۵

ترکیب گویه‌ها در قالب یک مقیاس نشان می‌دهد که حدود ۶۴/۴ درصد (۲۶۳ نفر) پزشکان مورد مطالعه دارای تعهد عاطفی در حد بالا و خیلی بالا، ۲۶ درصد (۱۰۳ نفر) در حد متوسط و ۷/۶ درصد (۳۰ نفر) نیز در حد پایین و خیلی پایین هستند.

توزیع پاسخگویان بر حسب سن: براساس یافته‌های پژوهش، میانگین سن پاسخگویان ۴۲/۳۴ است که نشان می‌دهد، جمعیت نمونه نسبتاً در سنین میانی هستند. بیشترین فراوانی نمونه مربوط به سن ۴۰ سال است. براساس نمره میانه، ۵۰ درصد پاسخگویان پژوهش بالای سن ۴۰ سال دارند و سن بقیه پایین‌تر از ۴۰ سال است. بر اساس آزمون چولگی که مقدار آن ۱/۲۷ است، توزیع سن پاسخگویان چولگی مثبت دارد، به عبارت دیگر افراد با سنین پایین‌تر از میانگین، بیش از افراد با سنین بالاتر از میانگین هستند. مقدار کشیدگی سن پاسخگویان نیز ۱/۳ است، بنابراین توزیع سنی پاسخگویان به گونه‌ای است که حول نمره میانگین قرار گرفته‌اند، به عبارت دیگر افراد دارای میانگین سنی نرمال هستند یا توزیع از کشیدگی مثبتی برخوردار است.

جدول شماره ۲: آماره‌های مربوط به سن پاسخگویان

متغیر	میانگین	میانه	چولگی	کشیدگی	حداقل	حداکثر
سن	۴۲/۳۴	۴۰	۱/۲۷	۱/۳	۲۸	۹۲

این جدول نشان‌دهنده توزیع سن پاسخگویان می‌باشد. یافته‌ها نشان داد که ۷۵/۵ درصد (تعداد ۲۹۹ نفر) از پزشکان مورد مطالعه در گروه سنی ۲۸-۴۸ ساله قرار دارند. ۱۹/۲ درصد (۷۶ نفر) در گروه سنی ۴۹-۶۹ ساله هستند و ۵/۳ درصد (۲۱ نفر) در گروه سنی ۷۰-۹۲ ساله قرار دارند. این داده‌ها نشان می‌دهد که بیشترین نمونه مورد مطالعه ما را پزشکان جوان و میان‌سال تشکیل داده‌اند.

توزیع پزشکان برحسب جنسیت: ۶۳/۶ درصد (۲۵۲ نفر) از نمونه مورد مطالعه ما را در این پژوهش پزشکان مرد و ۳۶/۴ درصد (۱۴۴ نفر) بقیه را پزشکان زن تشکیل می‌دهند.

توزیع رضایتمندی شغلی: جدول شماره ۳ نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع رضایتمندی شغلی در میان پاسخگویان است. در جدول فوق میانگین رضایتمندی شغلی پاسخگویان ۱۶/۶ است که نشان می‌دهد، رضایتمندی شغلی جمعیت نمونه در حد بالایی است. بیشترین فراوانی نمونه مربوط به عدد ۱۷ است. براساس نمره میانه، ۵۰ درصد پاسخگویان پژوهش رضایتمندی شغلی بالاتر از ۱۷ دارند و رضایتمندی شغلی بقیه پایین‌تر از ۱۷ است.

جدول شماره ۳: آماره‌های مربوط به رضایتمندی شغلی

میانگین	خطای استاندارد	میانگین	میانه	انحراف استاندارد	واریانس
۱۶/۶	۰/۱۹	۱۷	۳/۹۳	۱۵/۴	

ترکیب گویه‌ها در قالب یک مقیاس نشان می‌دهد که حدود ۴۲/۹ درصد (۱۷۰ نفر) پزشکان دارای رضایتمندی شغلی در حد بالا و خیلی بالا، ۳۵/۱ درصد (۱۳۹ نفر) در حد متوسط و ۲۲ درصد (۸۷ نفر) نیز در حد پایین و خیلی پایین هستند.

توزیع فراوانی میزان جامعه‌پذیری حرفه‌ای و درون‌سازی هنجارهای اجتماعی: جدول شماره‌ی ۴ نشان‌دهنده‌ی موضوع نرمال بودن توزیع میزان درونی‌سازی هنجارهای اجتماعی و جامعه‌پذیری حرفه‌ای در میان پاسخگویان است. در جدول زیر میانگین درونی‌سازی هنجارهای اجتماعی و جامعه‌پذیری حرفه‌ای پاسخگویان ۱۹/۲ است که نشان می‌دهد، جامعه‌پذیری و درونی‌سازی هنجارهای اجتماعی جمعیت نمونه در حد بالایی است. بیشترین فراوانی نمونه مربوط به عدد ۱۸ است. براساس نمره‌ی میانه، ۵۰ درصد پاسخگویان پژوهش، جامعه‌پذیری حرفه‌ای و درونی‌سازی هنجارهای اجتماعی بالاتر از ۱۹ دارند و جامعه‌پذیری حرفه‌ای و درونی‌سازی هنجارهای اجتماعی بقیه پایین‌تر از ۱۹ است.

جدول شماره‌ی ۴: آماره‌های مربوط به درونی‌سازی هنجارهای اجتماعی و جامعه‌پذیری حرفه‌ای

میانگین	خطای استاندارد میانگین	میانه	انحراف استاندارد	واریانس
۱۹/۲	۰/۱۷	۱۹	۳/۴۳	۱۱/۸

ترکیب گویه‌ها در قالب یک مقیاس نشان می‌دهد که حدود ۷۲/۵ درصد (۲۸۷ نفر) پزشکان دارای درونی‌سازی هنجارهای اجتماعی و جامعه‌پذیری حرفه‌ای در حد بالا و خیلی بالا، ۲۱/۵ درصد (۸۵ نفر) در حد متوسط و ۶/۱ درصد (۲۴ نفر) نیز در حد پایین و خیلی پایین هستند.

توزیع انگیزش به کار و تعهد شغلی: جدول زیر نشان‌دهنده موضوع نرمال بودن توزیع انگیزش به کار و تعهد شغلی در میان پاسخگویان است. در جدول فوق میانگین انگیزش به کار و تعهد شغلی پاسخگویان ۱۹/۲ است که نشان می‌دهد، انگیزش و تعهد به کار جمعیت نمونه در حد بالایی است. بیشترین فراوانی نمونه مربوط به عدد ۱۸ است. براساس نمره میانه، ۵۰ درصد پاسخگویان پژوهش تعهد و انگیزش به کار بالاتر از ۱۹ دارند و تعهد و انگیزش بقیه پایین‌تر از ۱۹ است.

جدول شماره ۵: آماره‌های مربوط به انگیزش و تعهد به کار

میانگین	خطای استاندارد میانگین	میانه	انحراف استاندارد	واریانس
۱۹/۵	۰/۱۷	۲۰	۳/۴۱	۱۱/۶

ترکیب گویه‌ها در قالب یک مقیاس نشان می‌دهد که حدود ۷۷/۳ درصد (۳۰۶ نفر) پزشکان دارای تعهد و انگیزش به کار در حد بالا و خیلی بالا، ۱۹/۷ درصد (۷۸ نفر) در حد متوسط و ۳ درصد (۱۲) نیز در حد پایین و خیلی پایین هستند.

توزیع تعهد عاطفی پژوهش بر اساس جنس پاسخگویان: جدول ۶ نشان‌دهنده موضوع نرمال بودن توزیع تعهد عاطفی در میان پاسخگویان مرد و زن است. در جدول فوق میانگین تعهد عاطفی پاسخگویان مرد ۱۹/۲ و زنان ۱۹/۴ است که نشان می‌دهد تعهد عاطفی جمعیت نمونه در حد بالایی است و تعهد عاطفی زنان بیشتر از مردان می‌باشد. براساس نمره میانه، ۵۰ درصد پاسخگویان هم مرد و هم زن در پژوهش، تعهد عاطفی بالاتر از ۲۰ دارند و تعهد عاطفی بقیه پایین‌تر از ۲۰ است. حداقل نمره مردان از تعهد عاطفی ۷ و حداقل نمره زنان از تعهد عاطفی ۱۱ می‌باشد که این خود تاییدی بر مطلب بالاست.

جدول شماره ۶: آماره‌های مربوط به تعهد عاطفی براساس جنسیت

فرآوانی	میانگین	میان	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
مرد	۱۹/۲	۲۰	۳/۳۶	۷	۲۵
زن	۱۹/۴	۲۰	۳/۰۲	۱۱	۲۵

آزمون فرضیات

رابطه جنسیت و تعهد عاطفی: جدول زیر رابطه بین تعهد عاطفی پزشکان با جنسیت آنها را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که با فرض برابری واریانس، در میزان تعهد عاطفی بین زنان و مردان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. و با توجه به اینکه میانگین زنان (۵۳/۵۹) و مردان (۵۳/۲۳)، تفاوت معنی‌دار و بارزی با یکدیگر ندارند، می‌توان گفت که میزان تعهد عاطفی این دو گروه کم و بیش باهم یکسان‌اند.

جدول شماره ۷: رابطه جنسیت و تعهد عاطفی

آزمون Leven برای همگنی واریانس			آزمون T برای برابری میانگین‌ها			
متغیر	جنسیت	F	Sig	t	df	sig. (2-tailed)
متغیر مستقل	تعهد	۰/۹۰۸	۰/۳۴۱	۰/۴۷۹	۳۹۴	۰/۶۳۲
متغیر وابسته						۰/۳۵۹

آزمون تفاوت میانگین تعهد عاطفی پزشکان براساس گروه‌های سنی:

جدول شماره ۸: آزمون تفاوت میانگین تعهد پزشکان براساس گروه‌های سنی

متغیر	مقوله	میانگین تعهد	آزمون F	سطح معنی‌داری
گروه‌های سنی	۲۸-۴۸ ساله	۵۳/۵۰	۰/۳۳۶	۰/۷۱۵
	۴۹-۶۹ ساله	۵۳/۰۲		
	۷۰-۹۲ ساله	۵۴/۴۲		

جدول ۸ آزمون تفاوت میانگین تعهد در میان پزشکان براساس گروه‌های سنی را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین تعهد گروه سنی ۷۰-۹۲ ساله از بقیه گروه‌ها بالاتر است ولی با توجه به سطح معناداری ($\text{sig}=0/715$) روشن است که رابطه بین این دو متغیر معنادار نیست. به بیان دقیق‌تر، داده‌های جدول فوق نشان می‌دهد که پزشکان شهر تهران از لحاظ گروه‌های سنی در میزان تعهد تفاوت معناداری ندارند. بنابراین نمی‌توان ادعا کرد که سن پزشکان بر تعهد آنها تأثیر دارد.

رابطه میان رضایتمندی شغلی و تعهد عاطفی پزشکان:

نتایج تحقیق نشان داد که این فرضیه تایید می‌شود. در واقع رضایتمندی با تعهد عاطفی دارای رابطه معناداری ($\text{sig}=0/000$) است و میزان این رابطه ۰/۵۹۰ است که از نظر شدت، یک همبستگی مطلوب محسوب می‌شود.

رابطه میان درونی‌سازی هنجارهای اجتماعی و جامعه‌پذیری حرفه‌ای و تعهد عاطفی پزشکان:

نتایج پژوهش نشان داد که این فرضیه تایید می‌شود. در واقع درونی‌سازی هنجارهای اجتماعی و جامعه‌پذیری حرفه‌ای و تعهد عاطفی پزشکان دارای رابطه معناداری ($\text{sig}=0/000$) است و میزان این رابطه ۰/۴۲۹ است که از نظر شدت، یک همبستگی متوسط محسوب می‌شود.

رابطه میان انگیزش و تعهد به شغل و تعهد عاطفی پزشکان:

نتایج تحقیق این فرضیه را نیز تایید می‌کند. در واقع انگیزش و التزام به شغل و تعهد عاطفی پزشکان دارای رابطه معناداری ($\text{sig}=0/000$) است و میزان این رابطه $0/519$ است که از نظر شدت، یک همبستگی متوسط محسوب می‌شود.

جدول شماره ۹: نتایج آزمون تحلیل رگرسیون درباره عوامل موثر بر تعهد عاطفی

Method: stepwise		روش ورود متغیرها: گام به گام
R:	.644	ضریب همبستگی چندگانه
R2:	.414	ضریب تعیین
R2 adj. :	.410	ضریب تعیین تعدیل یافته
S.E.:	.71101	خطای معیار
Sig:	.000	سطح معنی داری

جدول شماره ۱۰: ضرایب آزمون تحلیل رگرسیون درباره عوامل موثر بر تعهد عاطفی

Sig	t	S.E.	Beta	b	متغیرهای مستقل
0/000	4/761	0/202	-	0/963	مقدار ثابت
0/000	8/318	0/045	0/403	0/375	رضایتمندی شغلی
0/000	4/084	0/058	0/206	0/237	انگیزش و تعهد به کار (سرمایه گذاری بلندمدت)
0/000	3/605	0/049	0/162	0/176	جامعه پذیری حرفه‌ای و درونی سازی هنجارهای اجتماعی

جدول ۹ نتایج تحلیل رگرسیون درباره عوامل موثر بر تعهد عاطفی پزشکان را نشان می‌دهد. داده‌های این جدول نشان می‌دهد که ضریب همبستگی چندگانه میزان تعهد عاطفی پزشکان با ترکیب خطی متغیرهای رضایتمندی شغلی، انگیزش

و تعهد به کار و جامعه‌پذیری حرفه‌ای و درونی سازی هنجارهای اجتماعی معادل ۰/۶۴ و ضریب تعیین چندگانه آن ۰/۴۳ است. بدین معنی که نسبتی از واریانس متغیر وابسته که توسط متغیرهای مستقل تبیین شده است به اندازه ۰/۴۳ است. یا به عبارتی دیگر متغیرهای مستقلی که در معادله باقی مانده‌اند بطور همزمان با متغیر وابسته ۶۴ درصد همبستگی دارند که از نظر شدت، یک همبستگی مطلوب است. علاوه بر این، این متغیرها می‌توانند تنها ۴۱ درصد از تغییرات مربوط به تعهد عاطفی پزشکان را تبیین نمایند. ضریب تعیین تعدیل یافته نیز در این پژوهش برابر است با تقریباً ۴۰ درصد، این معیار نسبت به R^2 حقیقی تر است؛ زیرا الزاماً با افزایش تعداد متغیرهای مستقل افزایش نمی‌یابد، درحالی‌که مقدار R^2 تابع تعداد متغیرهای مستقل مدل است. جدول ۱۰ نیز ضرایب آزمون تحلیل رگرسیون درباره عوامل موثر بر تعهد عاطفی پزشکان را نشان می‌دهد. برطبق داده‌های این جدول می‌توان گفت، ضریب رگرسیون شاخص رضایتمندی شغلی تقریباً برابر با ۳۷ درصد است، ضریب رگرسیون شاخص انگیزش و تعهد به کار (سرمایه‌گذاری بلندمدت) تقریباً برابر است با ۲۳ درصد و ضریب رگرسیون شاخص درونی سازی هنجارهای اجتماعی و جامعه‌پذیر حرفه‌ای نیز تقریباً برابر با ۱۷ درصد است. علاوه بر این، بتای شاخص رضایتمندی شغلی برابر با ۴۰ درصد، بتای شاخص انگیزش و تعهد به کار ۲۰ درصد و بتای شاخص درونی سازی هنجارهای اجتماعی و جامعه‌پذیری حرفه‌ای نیز برابر با تقریباً ۱۶ درصد است. آزمون F معنی‌داری رابطه آماری بدست آمده را تأیید می‌کند (sig: 0.000). به بیان آماری نسبت F بیانگر آن است که رگرسیون متغیر وابسته بر متغیرهای مستقل مورد نظر به لحاظ آماری معنی‌دار است. لازم به یادآوری است که از ضرایب B ها برای پیش‌بینی تغییرات استفاده می‌کنند در صورتی که از ضرایب Beta برای تعیین میزان اثر متغیرهای مستقل بر روی متغیر وابسته استفاده می‌شود (منصورفر، ۱۳۸۵، ص ۱۴۳).

نتیجه

این مطالعه نشان می‌دهد که سن پزشکان و جنسیت آنها با میزان تعهد عاطفی شان رابطه‌ای ندارد. بدین صورت که زن یا مرد بودن پزشک در اینکه پزشک تعهد عاطفی بالایی دارد یا نه، ارتباطی مشاهده نمی‌شود. و این موضوع در مورد جوان یا سالخورده بودن پزشکان نیز صدق می‌کند. و مع الوصف برخی از عوامل اجتماعی نظیر رضایت‌مندی شغلی، درونی‌سازی هنجارها و ارزشهای جامعه و تعهد و انگیزش پزشکان به کار بر تعهد عاطفی آنها تأثیر می‌گذارد. به طوری که با تغییر میزان این فاکتورها در پزشکان، میزان تعهد عاطفی آنها نیز تغییر می‌یابد.

بررسی انجام‌شده در میان پزشکانی که در تابستان ۱۹۹۶ در کنفرانس بین‌المللی ایدز در ونکوور کانادا شرکت کرده بودند نشان داد که در حدود ۵۳٪ از متخصصان اظهار داشتند که به بیماران خود امکان داده‌اند با استفاده از مقدار بیش از اندازه داروهای تخدیرکننده به خودکشی دست بزنند (می‌یر و آلن، ۱۹۹۱، ص ۶۸).

تاکید بر روی ایده‌های پزشکی و اینکه چطور این اعمال پزشکی در زمینه اجتماعی شکل گرفته‌اند، به محققان اجازه می‌دهد که تحلیل و تفسیر کنند که چگونه ایده‌های معین و اعمال پزشکی توسط زمینه اجتماعی ممکن است شکل بگیرد (لوک، ۲۰۰۳). پورتر اشاره می‌کند که پزشکی قرن بیستم قربانی موفقیت خود شده است طوری که انتظارات بوجود آمده در بیماران و خدمات پزشکی باعث شده است که پزشکان ملزم به پرداختن به مسائل انسانی موضوعات مرتبط با پزشکی شوند (ایوانز و فینالی، ۲۰۰۱). همچنین این کنش پزشکی، ارتباط نهادینه‌شده‌ای با جنبه‌های معینی از سنت فرهنگی عمومی جامعه مدرن دارد. کنش پزشکی مدرن با کاربرد دانش علمی به مسائل بهداشت و بیماری سازمان یافته است (پارسونز، ۱۹۵۱، ص ۲۴۰). این مسائل ما را رهنمون می‌شود که در مورد رفتار

پزشکان خصوصاً در موارد مربوط به بیماران موشکافانه‌تر به تحلیل و بررسی پردازیم، از این رو تعهد عاطفی پزشکان کمک شایانی به برداشت‌های جامعه نسبت به پزشک و جامعه پزشکی خواهد کرد. چرا که این به عنوان یک نیاز مبرم شناخته می‌شود. دلیل مهم این قضیه پیوند خوردن آن با مسئله کلی سلامت در جامعه است. آرمسترانگ در مقاله‌ای با عنوان «ریشه‌های مشکل رفتارهای مرتبط با بهداشت: مطالعه‌ای باستان‌شناختی» به بررسی این موضوع می‌پردازد که چگونه رفتارهای پرخطر مرتبط با سلامتی نظیر سیگار کشیدن، اعتیاد به کار، عدم تحرک و ورزش، شیوه‌های بد غذا خوردن و بی‌بند و باری جنسی ماتریالیزه شده و چنین اهمیتی در مباحث پزشکی اواخر قرن ۲۰ پیدا کرده‌اند. رفتارهایی که امروزه به عنوان مخاطرات بهداشتی مطرح هستند، در گذشته نیز مضر و خطرآفرین بودند و ما اکنون می‌توانیم نقش آن رفتارها را در دوران اخیرتر مورد تحلیل قرار دهیم. آرمسترانگ رخدادهای تاریخی را در بکارگیری روش باستان‌شناختی فوکویی در کار خود، مورد اکتشاف قرار می‌دهد. در نیمه دوم قرن بیستم، روشهای جدید اندیشیدن درباب بیماریها تغییر کرده است به طوری که امروزه بیماری توسط تعیین‌کننده‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی فهم می‌شوند. آرمسترانگ عقیده دارد که در پزشکی اکنون تمرکز عمده بر روی رفتار خود پزشکان و تاثیر بالقوه آنها بر روی سلامت بیماران است (آرمسترانگ، ۲۰۰۹، صص ۲۸-۲۹). آرمسترانگ به نکته‌ای اشاره می‌کند که شاید مهمترین بحث در جامعه‌شناسی پزشکی کنونی باشد و نقشی که این پزشکی در روندهای جامعه به عهده دارد. پزشک به عنوان یک کنشگر مهم و شناخته شده می‌تواند جامعه را از وضعیت بیمارگونه نجات دهد تا جایی که به آن مربوط است. پارسونز که به پزشک و پزشکی به عنوان حرفه‌ای بی‌طرف و ارزش آزاد، بسیار ارجح می‌داد، اشاره

می‌کند که باید پزشک در جایگاه واقعی خود در ساختار جامعه قرار گیرد تا بتواند به نحو مطلوب و مورد انتظار جامعه رفتار کند تا شاید بهترین کارکرد را به اجرا بگذارد و این امکان‌پذیر نخواهد بود مگر اینکه شرایط برای این کنشگر فعال و تأثیرگذار آماده باشد. ماتیو و زاجاک (۱۹۹۰) اشاره می‌کنند که جامعه می‌تواند از تقویت تعهد شغلی کارمندان در کاهش جابجایی‌های شغلی، خلاقیت ملی بالاتر یا کیفیت کاری بهره لازم را ببرد (کورتز، ۲۰۰۸، ص ۷). پارسونز همچنین بین تعهد افراد و رضایت شغلی و ترک کار رابطه‌ی قوی یافت. مطابق پژوهش‌های انجام شده، کارکنانی که تعهد شغلی بالایی دارند: الف) در کارشان شادمان‌اند (ب) وقت کمتری را با کارهای غیرمرتبط با شغل خود صرف می‌کنند (ج) احتمال کمتری دارد که حرفه خود را ترک کنند (میرهاشمی و همکاران، ۱۳۸۶، ص ۱۳۵). رضایتمندی بنابر مفهوم‌سازی لاک، حالت عاطفی خوشحال‌کننده و دلخواهی است که در نتیجه بهتر بودن شغل شخص، با بدست آوردن و فراهم کردن ارزش‌های یک شغل بوجود می‌آید (لین هو و وینگ، ۲۰۰۶). تحقیق حاضر نشان داد که هرچقدر پزشکان از لحاظ رضایتمندی در سطح بالایی قرار داشته باشند به همان نسبت نیز از تعهد عاطفی بالاتری برخوردار خواهند بود. اطرافیان پزشک، شرایط اجتماعی جامعه، ویژگی‌های خاص مربوط به شغل از جمله منابعی هستند که رضایت را تولید می‌کنند. در پژوهش حاضر همچنین دریافتیم که هر چه پزشکان از لحاظ احترام به هنجارها و ارزش‌های جامعه و میزان درونی کردن هنجارهای حرفه‌ای در سطح بهتری قرار داشته باشند، از لحاظ داشتن تعهد عاطفی نیز در سطح بهتری خواهند بود. پارسونز اشاره می‌کند که هنجارهای اجتماعی در بالاترین درجه‌اش، کارکرد ساختار بنیادین نقش و ارزش‌های مسلط نظام اجتماعی می‌باشد (پارسونز، ۱۹۵۱، ص ۲۴۰).

پی‌نوشت‌ها

* مقاله حاضر از پایان‌نامه کارشناسی ارشد سجاد یاهک تحت عنوان «بررسی عوامل جامعه‌شناختی و روانشناختی تأثیرگذار بر تعهد (عاطفی، استمرار و هنجاری) پزشکان: رویکردی بر جامعه‌شناسی پزشکی» به راهنمایی دکتر محمد توکل در گروه جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران استخراج شده است.

1. Fletcher
2. Meyer
3. Herscovitch
4. Commitment
5. Affective commitment
6. Satisfaction
7. Motivation
8. Integration With Social Norms

فهرست منابع

- آدام، فیلیپ. (۱۳۸۵). جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی، ترجمه لورانس- دنیا کتبی، تهران، نشر نی.
- آرمسترانگ، دیوید، توکل، محمد. (۱۳۸۷). جامعه‌شناسی پزشکی، تهران، انتشارات حقوقی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی.
- بهادری، مسلم. (۱۳۸۶). حرفه‌ای‌گرایی و اخلاق پزشکی، دومین سمینار اخلاق پزشکی، سازمان نظام پزشکی ایران.
- محسنی، منوچهر. (۱۳۷۶). جامعه‌شناسی پزشکی و بهداشت، تهران، طهوری.
- منصورفر، کریم. (۱۳۸۵). روش‌های پیشرفته آماری همراه با برنامه‌های کامپیوتری، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
- میر هاشمی، مالک، پاشاشریفی، حسن، نفیسی، غلامرضا، بهاری، سیف‌الله. (۱۳۸۶). پیش‌بینی تعهد سازمانی اعضای هیات علمی بر اساس ادراک آنها از محیط کار، دانش و پژوهش در روانشناسی، شماره ۳۱، صص ۱۳۳-۱۵۳.

- Luke, Hayda. (2003). Medical education and sociology of medical habitus: It's not about the stethoscope, New York: Kluwer Academic Publishers.
- Evans, Martin., Finlay, Ilora G. (2001). Medical humanities, London: BMJBOOKS.
- Meyer, John P., Herscovitch, Lynne. (2001). Commitment in the work place: Toward a general model, human resource management review.
- White, Kevin (2002). An introduction to the sociology of health and illness, London: Sage Publications.

- Tetrich, E. Lois., Farkas J. Arthur (1988). A Longitudinal examination of the dimensionality and stability of the organizational commitment questionnaire (OCQ), Educational and psychological measurement.
- Meyer, P John., Allen, Nathalie. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment, Human Resource Management Review 1, 1: 67-68.
- Armstrong, David. (2009). Origins of the problem of health-related: a genealogical study, social studies of science, reprints and permissions.
- Cortez, Derek Shaun. (2008). A case study of organizational commitment. dissertation presented to the faculty of the graduate school of the university of texas at austin in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, University of Texas at Austin.
- Parsons, Talcott. (1951). The social system, London: Routledge.
- Lim Ho, Chung., Tung Au, Wing. (2006). Teaching satisfaction scale: Measuring job satisfaction of teachers, Educational and Psychological Measurement.

یادداشت شناسه مؤلفان

سجاد یاهک: دانش‌آموخته کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی از دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران و عضو پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات. مهمترین علایق پژوهشی وی عبارت‌اند از جامعه‌شناسی سلامت و پزشکی، روش‌شناسی پژوهش کیفی و کمی و جامعه‌شناسی رسانه‌ها.

محمد توکل: دانش‌آموخته دکترای جامعه‌شناسی دانشگاه آبردین و فوق‌دکترای جامعه‌شناسی دانشگاه کمبریج انگلستان، استاد جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران و مدیر گروه جامعه‌شناسی پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. مهمترین علایق پژوهشی وی عبارت‌اند از جامعه‌شناسی علم و معرفت، جامعه‌شناسی پزشکی، جامعه‌شناسی تکنولوژی و جامعه‌شناسی جامعه اطلاعاتی.

نشانی الکترونیک: mtavakol@ut.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۶/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۹/۴