

تعهد استمرار و هنجاری پزشکان و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن (مطالعه پزشکان شهر تهران)

محمد توکل^۱

سجاد یاهک^۲

چکیده

مقدمه: در همه حرف و مشاغل موجود درجه‌ای از تعهد استمرار و هنجاری از ارکان و لوازم عمده دلبستگی، رضامندی، شوق، انگیزش به کار، سرمایه‌گذاری بلندمدت در حرفه و کیفیت کار و خدمات می‌باشد. علی‌الخصوص نزد اطباء که یکی از مهمترین نقش‌ها را به عنوان نقش پزشک در جامعه احراز کرده‌اند برخوردار از چنین خصوصیت فردی و ویژگی شخصیتی، عامل تأثیرگذاری بر انگیزه‌های شغلی و کیفیت کاری آنان محسوب می‌شود. در مقاله حاضر که بر اساس یافته‌های یک مطالعه تجربی در باب تأثیرات عوامل اجتماعی بر تعهد استمرار و هنجاری پزشکان در شهر تهران تدوین شده است، سعی گردیده برخی از عوامل اجتماعی که در مبانی نظری و تجربی مربوط به عنوان متغیرهای تأثیرگذار بر تعهد استمرار و هنجاری نظیر جامعه‌پذیری حرفه‌ای و درونی‌سازی هنجارهای اجتماعی، التزام و تعهد شغلی، سرمایه‌گذاری بلندمدت در شغل مربوطه، رضایت شغلی و نظایر آن مطرح‌اند، مورد تدقیق و بررسی علمی قرار گیرند.

روش: با استفاده از روش تحقیق پیمایش و با استعانت از قواعد آماری مربوط به تعیین حجم نمونه، حدود 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 تکنیک پرسشنامه محقق‌ساخته، داده‌ها و اطلاعات مورد

۱- استاد جامعه‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲- کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

Email: syyahaks@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۱۱/۲۸

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۷/۵

نیاز جمع‌آوری گردید. اطلاعات مآخوذه از طریق نرم‌افزار SPSS پردازش و مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: با توجه به یافته‌های تحقیق، رضامندی شغلی، فشار شغلی و انگیزش رابطه معنی‌داری را با تعهد استمرار پزشکان و متغیرهای رضامندی شغلی، حمایت اجتماعی و انگیزش رابطه معنی‌داری را با تعهد هنجاری پزشکان نشان می‌دهند. مع‌الوصف میزان تعهد استمرار و هنجاری بر حسب سن و جنس تغییر نمی‌کند. بیشترین همبستگی را در تعهد استمرار و هنجاری به ترتیب متغیرهای رضایت، حمایت اجتماعی و فشار شغلی به خود اختصاص داده‌اند. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز نشان داد که رضامندی، حمایت اجتماعی و فشار شغلی در حرفه حدود ۳۵ درصد از تغییرات مربوط به تعهد استمرار و هنجاری پزشکان تحت مطالعه را تبیین می‌نمایند.

نتیجه‌گیری: هر چه قدر پزشکان از لحاظ رضایت‌مندی در سطح بالایی قرار داشته باشند به همان نسبت نیز از تعهد استمرار و هنجاری 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 نتایج نشان داد که هر چه پزشکان از لحاظ احترام به هنجارها و ارزش‌های جامعه و میزان درونی‌کردن هنجارهای حرفه‌ای در سطح بهتری قرار داشته باشند، از لحاظ داشتن تعهد استمرار و هنجاری نیز در سطح بهتری خواهند بود و در نتیجه جامعه‌ای سالم‌تر خواهیم داشت.

واژگان کلیدی

التزام و تعهد شغلی، انگیزش به کار، تعهد استمرار و هنجاری، جامعه‌پذیری حرفه‌ای، درونی‌سازی هنجارها، رضایت‌مندی.

مقدمه

بیماری‌ها به صورت اجتماعی ایجاد و پخش شده‌اند و صرفاً بخشی از طبیعت یا زیست نیستند. جامعه‌شناسان، بهداشت و بیماری را تنها به این خاطر مطالعه نمی‌کنند که آنها ذاتاً علاقه‌مند به آن هستند و به مسائل محوری هستی انسانی مانند درد، رنج و مرگ می‌پردازند، بلکه آنها به ما کمک می‌کنند تا بفهمیم که جامعه در چه مسیری حرکت و چگونه عمل می‌کند. برای جامعه‌شناسان، مریضی و بیماری، برونداد سازمان جامعه می‌باشند (وایت، ۲۰۰۲ م، ص ۱). دانش پزشکی در جامعه ایجاد شده است و ویژگی‌های ساختاری جامعه را منعکس می‌کند (وایت، ۲۰۰۲ م، ص ۵).

در نیمه دوم قرن بیستم روش‌های جدید اندیشیدن درباره بیماری تغییر کرد؛ به گونه‌ای که بیماری‌ها توسط تعیین‌کننده‌های زیست‌شناختی، روانشناختی و جامعه‌شناختی درک می‌شدند. آرمسترانگ عقیده دارد که در پزشکی اکنون بیشتر تمرکز بر روی رفتار خود پزشکان و تأثیر بالقوه آنها بر روی سلامت بیماران است (آرمسترانگ، ۲۰۰۹ ک، ص ۱۴).

پیتر کونارد^۱ در کتاب پزشکی‌شدن جامعه^۲ بحث می‌کند که در دهه ۱۹۷۰ چاقی و الکلیسم در حرفه پزشکی به عنوان یک بیماری محسوب نمی‌شد و هیچ چیز قابل توجهی درباره ایدز و بیماری‌هایی مانند حساسیت شیمیایی وجود نداشت، در حالی که هنوز خیلی از موضوعات دیگر ظهور نکرده بودند. در سی سال اخیر متخصصان پزشکی مسائل و مشکلات زیادی که در زندگی وجود دارد را به عنوان مسأله پزشکی مطرح کردند. وی چنین بیان می‌کند که آیا این بدین معناست که یک اپیدمی جدیدی از مشکلات پزشکی ظهور کرده است یا اینکه پزشکی توانایی بیشتری در درمان و بهبود مشکلات و مسائل موجود دارد؟ یا

بدین معنی است که طیف وسیعی از مسائل مربوط به زندگی، اکنون تشخیص پزشکی پیدا کرده‌اند و موضوع درمان پزشکی هستند، برخلاف اینکه شواهد در مورد پزشکی بودن این مسائل مورد تردید است (کونارد، ۲۰۰۷ م، ص ۳).

پورتر اشاره می‌کند که پزشکی قرن بیستم قربانی موفقیت خود شده است؛ به طوری که انتظارات به وجود آمده در بیماران و خدمات پزشکی باعث شده است که پزشکان ملزم به پرداختن به مسائل انسانی موضوعات مرتبط با پزشکی شوند (ایوانس و فاینلی، ۲۰۰۱ م، ص ۲۳۷).

تأکید روی ایده‌های پزشکی و اینکه چطور اعمال پزشکی شکلی اجتماعی به خود گرفته‌اند، به محققان اجازه می‌دهد که تحلیل و تفسیر کنند که چگونه ایده‌های معین و اعمال پزشکی می‌توانند جنبه اجتماعی داشته باشند؟ (لوک، ۲۰۰۳ م، ص ۴۵).

پزشکان شاهد ترس، درد، خشم، اندوه، افسردگی، اضطراب و وحشت از مرگ در میان بیماران هستند. هنگامی که بیماران تحت فشار شدید عواطف خود قرار می‌گیرند، پزشکان در کنار آنان حضور دارند. متخصصان پزشکی آنگاه که بیماران با مشکلات توانفرسا دست و پنجه نرم می‌کنند، شاهد ناکامی‌ها و موفقیت‌های آنان هستند و طبعاً در همین روابط پزشکان و بیماران فرصتی برای ارتباط نزدیک‌تر و صمیمی‌تر فراهم می‌شود (دیماتیو، ۱۳۸۷ ش، ص ۴۲۷ به نقل از کازینس، ۱۹۸۳ م).

جوزف فلچر، پزشک آمریکایی در کتاب پزشکی و اخلاق اعتقاد دارد که یکی از خصوصیات لازم پزشک، 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 تمام حقوق وی به عنوان یک انسان اهمیت قائل شده و حتی رعایت حقوق بیمار را مقدم بر درمان بشمارد (محسنی، ۱۳۷۹ ش، ص ۲۳۷).

انجام حرفه پزشکی در هر کشور 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 دنیا بسیار متفاوت است. به عنوان مثال در ایران تخلفات کیفی پزشکان جراحی مانند صدور گواهی خلاف واقع، سقط جنین، افشاء اسرار بیمار، فریفتن بیمار، اشتغال بدون مجوز قانونی، امتناع از کمک به بیماران در حالت اورژانس و... را شامل می‌شود.

از میان بردن انسان‌هایی که بهبودی آنها از نظر پزشک غیرممکن است، به ویژه توسط پزشکان، در افکار عمومی به قتل تعبیر شده است. از جنجال برانگیزترین مباحثی که در این زمینه مطرح شده اعترافات جورج مایر جراح انگلیسی است که در کتاب خود با عنوان «اعتراف یک جراح»، اذعان کرد که ۱۵ بیمار را تا آن زمان (سال ۱۹۷۴م.) 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 اگر دلایل انسانی و آمیخته به ترحم داشته باشد، نباید مستوجب توبیخ شناخته شود. بررسی‌های انجام‌شده در میان پزشکانی که در تابستان ۱۹۹۶ در کنفرانس بین‌المللی ایدز در ونکوور کانادا شرکت کرده بودند نشان داد که حدود ۵۳٪ از متخصصان به بیماران خود این امکان را داده‌اند تا با استفاده از مقدار بیش از اندازه داروهای تخدیرکننده به خودکشی دست بزنند (محسنی، ۱۳۷۹ ش، ص ۲۴۳).

پارسونز در چهار عنوان زیر به نقش پزشک می‌پردازد که هر یک از آنها جای بحث دارد:

۱- زمینه کارکردی کنش پزشکی و سنت فرهنگی^۳

۲- موقعیت پزشک^۴

۳- اعتبار کارکردی الگوی نهادی کنش پزشکی^۵

۴- ارتباط با امور خصوصی بیماران^۶ (پارسونز، ۱۹۵۱ م.).

علی‌رغم لذت‌هایی که در حرفه پزشکی ملاحظه می‌شود، با گذر زمان و به خصوص 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 پرشدنی 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 شرایطی نظیر الکل، توتون و رانندگی نادرست به حمله خود ادامه می‌دهند؛ به عبارت دیگر 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 بیماران گاهی سبب عدم درک امکانات عملی علم پزشکی می‌شود.

تعهد

اکنون به خوبی روشن شده است که افراد می‌توانند تعهدات چندگانه مرتبط با کار را از خود نشان دهند و تعهد به تنهایی یک سازه چند بعدی است. در

ادبیات تعهد شغلی، هنوز اختلاف نظرها در این خصوص که تعهد چطور توسعه می‌یابد، ابعاد آن چگونه است و چطور رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، هنوز پابرجاست. بحث میر و هرسکوویچ این است 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 شغلی ارائه کرد. آن‌ها پیشنهاد می‌کنند که چنین مدلی باید بر این پیش فرض‌ها بنیان نهاده شود: الف) تعهد^۷ نیرویی است که 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 می‌کند، همراه شود (میر و هرسکوویچ، ۲۰۰۱ م، ص ۲۹۹).

بسیاری از کسانی که در حیطه تعهد، مطالعاتی انجام داده‌اند به این نتیجه رسیدند که تعهدات محیط کاری می‌تواند اشکال گوناگونی به خود بگیرد؛ شامل تعهد به سازمان‌ها (میر و آلن، ۱۹۹۱ م، ماتیو و زازاک، ۱۹۹۰ م. و موودی ۱۹۸۲ م)، تعهد به واحدها (بارلینگ، فولگر و کلووی، ۱۹۹۲ م، گوردان و همکاران، ۱۹۸۰ م)، تعهد به مشاغل و حرفه‌ها (بلو، ۱۹۸۵ م، میر، آلن و اسمیت، ۱۹۹۳ م)، تعهد به تیم‌ها و رهبران (بکر، ۱۹۹۲ م، هانت و مورگان، ۱۹۹۴ م)، تعهد به اهداف (کامپیون و لورد، ۱۹۸۲ م) و تعهد به دوره‌های شخصی. اما راجع به این سؤال که این تعهدات چگونه گسترش می‌یابند، چطور رفتار کاری را تحت تأثیر قرار می‌دهند و چه تأثیری بر اثربخشی سازمانی و کارایی شخص دارند، در رویکردهای مختلف پاسخ‌های گوناگونی ارائه شده است.

سالانسیک^۸ (۱۹۷۷ م) تعهد را چنین تعریف می‌کند: «حالتی که یک فرد توسط اعمالش احاطه شده است و از طریق این اعمال، باورهایی دارد که برای ادامه فعالیت‌هایش به وی کمک می‌کند (سالانسیک، ۱۹۷۷ م، ص ۶۲).

در طول دهه‌های گذشته، روانشناسان سازمانی، به مفهوم تعهد شغلی به عنوان ویژگی نسبتاً ثابت یک کارمند، علاقه شدیدی پیدا کرده‌اند (پورتر، استیرز، موودی و بولین، ۱۹۷۴ م، کوچ و استیرز، ۱۹۷۸ م). که به طور اطمینان بخشی می‌تواند برخی رفتارهای شغلی بعنوان مثال گریز از محیط کار و ایفای شغل را پیش‌بینی کند.

موودی، استیرز و پورتر (۱۹۷۹ م) تعهد شغلی را با سه فاکتور بارز تعریف کرده‌اند: ۱) باور قوی به پذیرش اهداف و ارزش‌های شغلی ۲) تلاش برای پیشبرد حرفه ۳) میل شدید برای عضویت در سازمان‌های مربوط به حرفه خود (لویز و فارکاس، ۱۹۸۸ م، ص ۴۸).

میر و آلن (۱۹۹۷ م) متقاعدکننده‌ترین بحث را در حوزه تعهد شغلی ارائه می‌دهند. آن‌ها مطرح می‌کنند که هرچند مشاغل در حال تغییر هستند و دوست دارند که تغییر کنند، ولی دوست ندارند که از بین بروند. پژوهش در حوزه تعهد شغلی نیاز به این دارد که همگام با تغییرات جهانی حرکت کند و فهم ما را از مسائلی مانند ادغام، کوچک شدن و تملک و غیره گسترده‌تر نماید.

موودی، پورتر و استیرز (۱۹۸۲ م) مطرح می‌کنند که درک وسیع فرایندهای مرتبط با تعهد شغلی دلالت‌هایی برای کارمندان، سازمان‌ها و جامعه دارد. آنها اضافه 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 م، ص ۷).

میر و آلن مدل سه جزئی خود را بر پایه مشاهده‌ای قرار دادند که در مفهوم‌سازی‌های تک بعدی از تعهد سازمانی، هم از مشابهت‌ها و هم از تفاوت‌ها بحث می‌کند. آن‌ها باور دارند که تعهد، فرد را به حرفه پیوند می‌زند و احتمال جدایی از حرفه را کاهش می‌دهد (میر و هرسکوویچ، ۲۰۰۱ م) میر و آلن (۱۹۹۱ م) از تمایز موجود میان تعهد رفتاری و تعهد گرایشی فراتر رفته و معتقدند که تعهد به

عنوان یک حالت روانشناختی حداقل داری سه جزء مجزا می‌باشد که بازتاب‌کننده: الف) خواسته و آرزو: «تعهد عاطفی»، ب) نیاز: «تعهد استمرار»، و ج) اجبار: «تعهد هنجاری» می‌باشد تا یک کارمند در یک حرفه باقی بماند (میر و آلن، ۱۹۹۱ م، ص ۶۱). تفاوت‌های کلیدی در ذهنیت‌های افراد به تعهد ویژگی می‌بخشد. این ذهنیت‌ها، سه محتوای قابل تمایز را منعکس می‌کند: وابستگی عاطفی به شغل، هزینه قابل ملاحظه ترک و اجبار به باقی ماندن در حرفه. میر و آلن بحث می‌کنند که تعهد ممکن است با یک یا بیشتر این ذهنیات همراه شود پس آنها برای تمایز قائل شدن به تأثیر این ذهنیات بر روی تعهد، آن را به سه جزء تعهد عاطفی، تعهد استمرار و تعهد هنجاری تقسیم‌بندی کردند. به هر حال در مورد اینکه تعهد هنجاری و عاطفی، اشکال قابل تمایز تعهد هستند و نیز در مورد اینکه آیا تعهد استمرار یک سازه تک بعدی است یا نه، اختلاف نظر وجود دارد. هر چند در تحلیل‌های عامل، آیتم‌های تعهد هنجاری و تعهد عاطفی عوامل متمایزی را نشان می‌دادند، ولی همبستگی‌های میان تعهد هنجاری و عاطفی بسیار بالا بود (میر و هرسکوویچ، ۲۰۰۱ م).

میر و آلن (۱۹۹۱ م) اشاره می‌کنند با توجه به سه جزء تعهد، تعهد یک حالت روانشناختی است که اولاً به ارتباط میان شخص و حرفه ویژگی می‌بخشد و ثانیاً بر روی تصمیم افراد برای ادامه عضویت در یک حرفه تأثیرگذار است. آنها اعتقاد دارند که ماهیت حالات روانشناختی متفاوت است. تعهد عاطفی، به وابستگی احساسی شخص، هویت‌یابی وی با شغل و درگیریش در حرفه اشاره دارد. کارمندان با تعهد عاطفی بالا کار در حرفه را ادامه می‌دهند به این دلیل که آنها می‌خواهند که چنین کاری را انجام دهند. تعهد استمرار به آگاهی از هزینه‌هایی اشاره دارد که با ترک حرفه همراه است. کارمندانی که پیوندشان با شغل

بر پایه تعهد استمرار است در شغل خود باقی می‌مانند به این دلیل که آن‌ها نیاز دارند که چنین کاری را انجام دهند و بالاخره تعهد هنجاری احساس اجبار به تداوم کار را منعکس می‌کند. افرادی که سطح بالایی از تعهد هنجاری را دارا هستند احساس می‌کنند که باید در حرفه باقی بمانند (میر و آلن، ۱۹۹۱ م، ص ۶۷).

روش

مطالعه حاضر منتج از پیمایشی است که با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه صورت گرفته است. جامعه آماری در این تحقیق را پزشکان شهر تهران که طبق آمار سازمان نظام پزشکی حدود ۴۴۲۰۲ اعلام شده است، تشکیل می‌دهند. بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه کوکران ۳۹۶ نفر از پزشکان شهر تهران و با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده‌اند و مکان مورد مراجعه، مطب‌ها، کلینیک‌ها و بیمارستان‌های شهر تهران بوده است. در پژوهش حاضر ابتدا با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و سپس به صورت تصادفی ساده پزشکان شهر تهران نمونه‌یابی شده‌اند. جهت پردازش داده‌ها و اطلاعات از نرم افزار (SPSS) و آماره‌های تحلیل رگرسیون، آزمون تی و غیره استفاده شده است.

یافته‌ها

توزیع پاسخگویان بر حسب سن: بر اساس 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. بر اساس نمره میانه، ۵۰ درصد پاسخگویان پژوهش بالای 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^۱ مثبت دارد، به عبارت دیگر افراد با سنین پایین تر از میانگین، بیش از افراد با سنین بالاتر از میانگین هستند. مقدار آزمون کشیدگی^۱ 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 آماره‌های مربوط به سن پاسخگویان

میانگین	میان	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 سال قرار دارند. ۱۹/۲ درصد (۷۶ نفر) در گروه سنی ۴۹-۶۹ سال و ۵/۳ درصد (۲۱ نفر) در گروه سنی ۷۰-۹۲ سال قرار دارند. این داده‌ها نشان می‌دهد که بیشترین نمونه مورد مطالعه ما را پزشکان جوان و میان سال تشکیل داده‌اند. توزیع پزشکان بر حسب جنسیت: ۶۳/۶ درصد (۲۵۲ نفر) از نمونه مورد مطالعه ما را پزشکان مرد و ۳۶/۴ درصد (۱۴۴ نفر) بقیه را پزشکان زن تشکیل می‌دهند.

متغیرهای وابسته پژوهش

توزیع میزان تعهد استمرار در میان پاسخگویان: جدول ۱ نشان‌دهنده موضوع نرمال بودن توزیع تعهد استمرار در میان پاسخگویان است. در جدول فوق میانگین تعهد استمرار پاسخگویان ۱۴/۸ است که نشان می‌دهد تعهد استمرار جمعیت نمونه در حد متوسطی است. بیشترین فراوانی نمونه مربوط به عدد ۱۵ است. بر اساس

نمرهٔ میانه، ۵۰ درصد پاسخگویان پژوهش تعهد استمرار بالاتر از ۱۵ دارند و تعهد استمرار بقیه پایین تر از ۱۵ است.

جدول شماره ۱: آماره‌های مربوط به تعهد استمرار

متغیر	میانگین	میانه	واریانس	حداقل	حداکثر
تعهد استمرار	۱۴/۸	۱۵	۱۵/۵	۵	۲۵

ترکیب گویه‌ها در قالب یک مقیاس نشان می‌دهد که حدود ۲۵ درصد پاسخگویان دارای تعهد استمرار در حد بالا و خیلی بالا، ۳۶/۹ درصد در حد متوسط و ۳۸/۱ درصد نیز در حد پایین و خیلی پایین هستند. توزیع میزان تعهد هنجاری در میان پاسخگویان: جدول ۲ نشان‌دهندهٔ موضوع نرمال بودن توزیع تعهد هنجاری در میان پاسخگویان است. در جدول فوق میانگین تعهد هنجاری پاسخگویان ۱۴/۸ است که نشان می‌دهد تعهد هنجاری جمعیت نمونه در حد متوسطی است. بیشترین فراوانی نمونه مربوط به عدد ۱۵ است. بر اساس نمرهٔ میانه، ۵۰ درصد پاسخگویان پژوهش تعهد هنجاری بالاتر از ۱۵ دارند و تعهد هنجاری بقیه پایین تر از ۱۵ است.

جدول شماره ۲: آماره‌های مربوط به تعهد هنجاری

متغیر	میانگین	میانه	واریانس	حداقل	حداکثر
تعهد هنجاری	۱۴/۸	۱۵	۱۵/۵	۵	۲۵

ترکیب گویه‌ها در قالب یک مقیاس نشان می‌دهد که حدود ۳۹/۴ درصد پاسخگویان دارای تعهد هنجاری در حد بالا و خیلی بالا، ۴۳/۹ درصد در حد متوسط و ۱۶/۷ درصد نیز در حد پایین و خیلی پایین هستند.

توزیع رضایتمندی شغلی: جدول شماره ۳ نشان دهنده 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. بر اساس 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 درونی‌سازی هنجارهای اجتماعی: جدول شماره ۴ نشان دهنده 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. بر اساس نمره 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 شماره ۴: آماره‌های مربوط به درونی‌سازی هنجارهای اجتماعی و جامعه‌پذیری

حرفه‌ای

میانگین	خطای استاندارد میانگین	میان	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 نشان دهنده 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. بر اساس 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	میان	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 استمرار پژوهش بر اساس جنسیت پاسخگویان

نتایج نشان دهنده نرمال بودن توزیع تعهد استمرار در میان پاسخگویان مرد و زن است. میانگین تعهد استمرار پاسخگویان مرد ۱۴/۹ و زنان ۱۴/۶ است که نشان می‌دهد تعهد استمرار جمعیت نمونه در حد متوسطی است و تعهد استمرار مردان بیشتر از زنان می‌باشد. بر اساس نمره میانه، ۵۰ درصد پاسخگویان هم مرد و هم زن، تعهد استمرار بالاتر از ۱۵ دارند و تعهد استمرار بقیه پایین‌تر از ۱۵ است. حداقل نمره مردان و زنان از تعهد استمرار ۵ می‌باشد که نشانگر نبود تفاوت در دو جنس در میزان تعهد استمرار آن‌ها می‌باشد.

توزیع تعهد هنجاری پژوهش بر اساس جنس پاسخگویان

نتایج نشان‌دهنده موضوع نرمال بودن توزیع تعهد هنجاری در میان پاسخگویان مرد و زن است. میانگین تعهد هنجاری پاسخگویان مرد ۱۹/۴ و زنان ۱۹/۲ است که نشان می‌دهد تعهد هنجاری جمعیت نمونه در حد بالایی است و تعهد هنجاری مردان بیشتر از زنان می‌باشد. بر اساس نمره میانه، ۵۰ درصد پاسخگویان مرد، تعهد هنجاری بالاتر از ۲۰ دارند و تعهد هنجاری بقیه پایین‌تر از ۲۰ است، در حالی که ۵۰ درصد پاسخگویان زن، تعهد هنجاری بالاتر از ۱۹ دارند و تعهد هنجاری بقیه زنان پایین‌تر از ۱۹ است. حداقل نمره مردان از تعهد هنجاری ۷ و حداقل نمره زنان از تعهد هنجاری ۸ می‌باشد.

نتایج حاصل از آزمون فرضیات تحقیق

میزان تعهد بر حسب جنسیت

جدول زیر رابطه بین تعهد پزشکان با جنسیت را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که با فرض برابری واریانس، در میزان تعهد بین زنان و مردان تفاوت معنی داری وجود ندارد و با توجه به اینکه میانگین زنان (۵۳/۵۹) و مردان (۵۳/۲۳) است، تفاوت آنچنانی با یکدیگر ندارند. بنابراین می‌توان گفت که میزان تعهد این دو گروه باهم تفاوتی ندارند.

جدول رابطه جنسیت و تعهد

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

آزمون تفاوت میانگین تعهد پزشکان بر اساس گروههای سنی

جدول زیر آزمون تفاوت میانگین تعهد در میان پزشکان بر اساس گروههای سنی را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود میانگین تعهد گروه سنی ۷۰-۹۲ سال از بقیه گروهها بالاتر است ولی با توجه به سطح معناداری (sig=۰/۷۱۵) واضح 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 ما نمی‌توانیم ادعا کنیم که سن پزشکان بر تعهد آنها تأثیر دارد.

جدول 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		

رابطه میان حمایت اجتماعی و تعهد استمرار پزشکان: به نظر می‌رسد بین حمایت اجتماعی و تعهد استمرار پزشکان رابطه معناداری وجود دارد. اما نتایج این فرضیه را رد می‌کند. در واقع حمایت اجتماعی با تعهد استمرار دارای رابطه معناداری ($\text{sig}=0/882$) نیست و میزان این رابطه $0/007-$ است که از نظر شدت، یک همبستگی بسیار ضعیف محسوب می‌شود.

رابطه میان حمایت اجتماعی و تعهد هنجاری پزشکان: به نظر می‌رسد بین حمایت اجتماعی و تعهد هنجاری پزشکان رابطه معناداری وجود دارد. نتایج این فرضیه را تایید می‌کند. در واقع حمایت اجتماعی با تعهد هنجاری دارای رابطه معناداری ($\text{sig}=0/000$) است و میزان این رابطه $0/350$ است که از نظر شدت، یک همبستگی متوسط محسوب می‌شود.

رابطه میان رضایتمندی و تعهد استمرار پزشکان: به نظر می‌رسد بین رضایتمندی و تعهد استمرار پزشکان رابطه معناداری وجود دارد. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نیز این فرضیه را تایید می‌کند. در واقع رضایتمندی با تعهد استمرار دارای رابطه معناداری ($\text{sig}=0/000$) است و میزان این رابطه $0/234-$ است که از نظر شدت، یک همبستگی متوسط محسوب می‌شود.

رابطه میان رضایتمندی و تعهد هنجاری پزشکان: به نظر می‌رسد بین رضایتمندی و تعهد هنجاری پزشکان رابطه معناداری وجود دارد. نتایج تأییدی بر این فرضیه است. در واقع رضایتمندی با تعهد هنجاری دارای رابطه معناداری ($\text{sig}=0/000$) است و میزان این رابطه $0/473$ است که از نظر شدت، یک همبستگی متوسط محسوب می‌شود.

رابطه میان فشار شغلی و تعهد استمرار پزشکان: به نظر می‌رسد بین فشار شغلی و تعهد استمرار پزشکان رابطه معناداری وجود دارد. نتایج نشان می‌دهد که این فرضیه تأیید می‌شود. در واقع فشار شغلی و تعهد استمرار پزشکان دارای رابطه معناداری ($\text{sig}=0/005$) است و میزان این رابطه $0/141$ است که از نظر شدت، یک همبستگی ضعیف محسوب می‌شود.

رابطه میان فشار شغلی و تعهد هنجاری پزشکان: به نظر می‌رسد بین فشار شغلی و تعهد هنجاری پزشکان رابطه معناداری وجود دارد. نتایج نشان می‌دهد که این فرضیه رد می‌شود. در واقع فشار شغلی و تعهد هنجاری پزشکان دارای رابطه معناداری ($\text{sig}=0/469$) نیست و میزان این رابطه $-0/037$ است که از نظر شدت، یک همبستگی بسیار ضعیف محسوب می‌شود.

تحلیل رگرسیون چند گانه

رگرسیون چند گانه در بعد تعهد استمرار

جدول نتایج تحلیل رگرسیون درباره عوامل مؤثر بر بعد تعهد استمرار پزشکان نشان می‌دهد که ضریب همبستگی چند گانه میزان تعهد استمرار پزشکان با ترکیب خطی متغیرهای رضایتمندی و فشار شغلی معادل $0/30$ و ضریب تعیین چند گانه آن $0/09$ است. بدین معنی که نسبتی از واریانس متغیر وابسته که توسط

متغیرهای مستقل تبیین شده است به اندازه ۰/۰۹ است یا به عبارتی دیگر متغیرهای مستقلی که در معادله باقی مانده‌اند به طور همزمان با متغیر وابسته ۳۰ درصد همبستگی دارند که از نظر شدت، یک همبستگی ضعیف است. علاوه بر این، این متغیرها می‌توانند تنها ۰/۰۹ درصد از تعهد استمرار را تبیین نمایند. ضریب تعیین تعدیل یافته نیز در این پژوهش برابر است با تقریباً ۰/۰۸ درصد، این معیار نسبت به R^2 حقیقی‌تر است؛ زیرا الزاماً با افزایش تعداد متغیرهای مستقل افزایش نمی‌یابد، درحالی‌که مقدار R^2 تابع تعداد متغیرهای مستقل مدل است. جدول ضرایب آزمون تحلیل رگرسیون درباره عوامل مؤثر بر تعهد استمرار پزشکان نشان می‌دهد که ضریب رگرسیون شاخص رضایتمندی تقریباً برابر است با ۳۰ درصد و ضریب رگرسیون شاخص فشار شغلی نیز تقریباً برابر با ۰/۰۷ درصد است. علاوه بر این، بتای شاخص رضایتمندی برابر با ۲۹ درصد و بتای شاخص فشار شغلی نیز برابر با تقریباً ۱۲ درصد است. نکته‌ای که در اینجا باید ذکر نمود این است که از تمام متغیرهای مستقلی که وارد معادله رگرسیون نموده‌ایم، فقط در بعد استمرار تعهد سه متغیر فوق‌الذکر در معادله باقی مانده‌اند و تأثیر معناداری بر تعهد استمرار داشته‌اند و بقیه از مدل خارج شده‌اند. آزمون F معنی داری 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.

جدول نتایج آزمون تحلیل رگرسیون درباره عوامل مؤثر بر بعد تعهد استمرار

Method: stepwise		روش ورود متغیرها: گام به گام
R:	.303	ضریب همبستگی چندگانه
R ² :	.092	ضریب تعیین

R ² adj. : .085	ضریب تعیین تعدیل یافته
S.E.: .96926	خطای معیار
Sig: .000	سطح معنی داری

جدول ضرایب آزمون تحلیل رگرسیون درباره عوامل مؤثر بر بعد تعهد استمرار

Sig	T	S.E.	Beta	B	متغیرهای مستقل
۰/۰۰۰	۱۱/۶۸۲	۰/۲۵۰	-	۲/۹۲۲	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	-۵/۴۲۰	۰/۰۵۶	-۰/۲۹۹	-۰/۳۰۵	رضایتمندی
۰/۰۱۸	۲/۳۸۶	۰/۰۳۳	۰/۱۲۰	۰/۰۷۸	فشار شغلی

رگرسیون چند گانه در بعد تعهد هنجاری

جدول نتایج تحلیل رگرسیون درباره عوامل مؤثر بر بعد تعهد هنجاری پزشکان نشان می‌دهد که ضریب همبستگی چند گانه میزان تعهد هنجاری پزشکان با ترکیب خطی متغیرهای رضایتمندی و حمایت اجتماعی معادل ۰/۵۹ و ضریب تعیین چند گانه آن ۰/۳۵ است. بدین معنی که نسبتی از واریانس متغیر وابسته که توسط متغیرهای مستقل تبیین شده است به اندازه ۰/۳۵ است، یا به عبارتی دیگر متغیرهای مستقلی که در معادله باقی مانده‌اند بطور همزمان با متغیر وابسته ۵۹ درصد همبستگی دارند که از نظر شدت، یک همبستگی خوب است. علاوه بر این، این متغیرها می‌توانند تنها ۰/۳۵ درصد از تعهد هنجاری را تبیین نمایند. ضریب تعیین تعدیل یافته نیز در این پژوهش برابر است با تقریباً ۰/۳۴ درصد، این معیار نسبت به R² حقیقی تر است؛ زیرا الزاماً با افزایش تعداد متغیرهای مستقل افزایش نمی‌یابد، درحالی‌که مقدار R² تابع تعداد متغیرهای مستقل مدل است. ضرایب آزمون تحلیل رگرسیون درباره عوامل مؤثر بر تعهد هنجاری پزشکان نشان می‌دهد که

ضریب رگرسیون شاخص رضایتمندی تقریباً برابر است با ۲۳ درصد و ضریب رگرسیون شاخص حمایت اجتماعی نیز تقریباً برابر با ۰/۱۲ درصد می‌باشد. علاوه بر این، بتای شاخص رضایتمندی برابر با ۲۵ درصد، بتای شاخص حمایت اجتماعی نیز برابر با تقریباً ۱۳ درصد است. نکته‌ای که در اینجا باید ذکر نمود این است که از تمام متغیرهای مستقلی که وارد معادله رگرسیون نموده‌ایم، فقط در بعد هنجاری تعهد دو متغیر فوق‌الذکر در معادله باقی مانده‌اند و تأثیر معناداری بر تعهد هنجاری داشته‌اند و بقیه از مدل خارج شده‌اند. آزمون F معنی‌داری رابطه آماری بدست آمده را تأیید می‌کند (sig: 0.01). به بیان آماری نسبت F بیانگر آن است که رگرسیون متغیر وابسته بر متغیرهای مستقل مورد نظر به لحاظ آماری معنی‌دار است.

جدول نتایج آزمون تحلیل رگرسیون درباره عوامل موثر بر بعد تعهد هنجاری

روش ورود متغیرها: گام به گام	Method: stepwise
ضریب همبستگی چندگانه	R: .589
ضریب تعیین	R ² : .347
ضریب تعیین تعدیل یافته	R ² adj.: .339
خطای معیار	S.E.: .73047
سطح معنی‌داری	Sig: .000

جدول ضرایب آزمون تحلیل رگرسیون درباره عوامل موثر بر بعد تعهد هنجاری

متغیرهای مستقل	B	Beta	S.E.	t	Sig
مقدار ثابت	۰/۵۰۹	-	۰/۲۰۹	۲/۴۴۱	۰/۰۱۵
رضایتمندی	۰/۲۳۰	۰/۲۵۴	۰/۰۴۴	۵/۱۷۷	۰/۰۰۰
حمایت اجتماعی	۰/۱۲۶	۰/۱۳۷	۰/۰۴۲	۳/۰۲۳	۰/۰۰۳

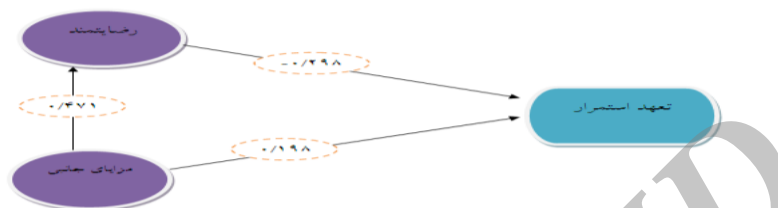
تحلیل مسیر

برای بررسی میزان تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته و تعیین میزان کل تغییرات متغیر وابسته که توسط مجموع متغیرهای مستقل بیان می‌شوند، می‌توان با استفاده از تحلیل مسیر، اثرات مستقیم و غیرمستقیم هریک از متغیرهای مستقل را بر روی متغیر وابسته بررسی و از این طریق میزان متناسب بودن^۱ مدل را ارزیابی کرد. سودمندی استفاده از تحلیل مسیر در آن است که بعنوان روشی در آزمون مدل‌های علی^۲ به بررسی و تبیین تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهایی که علت گرفته شده‌اند در متغیرهایی که معلول فرض گردیده‌اند کمک می‌کند. این روش همچنین امکان می‌دهد که ضمن تعیین اثر هر متغیر به ساز و کار اثر متغیرها بر یکدیگر پی ببریم و مشخص کنیم که اثر هر متغیر تا چه حد صحیح و تا چه حد غیر صحیح است (کرلینگر و پدهاوزر، ۱۳۶۶ ش، ص ۳۰۲).

از آنجایی که تحلیل مسیر راهی است برای ارزیابی میزان تناسب و همخوانی مجموعه‌ای از داده‌ها با مدل، پس می‌توان با رسم نمودار مسیر و مشخص کردن مقدار بتا به روش جبری، روی فلش‌های نشان دهنده رابطه علی در مدل مؤثرترین متغیر را تعیین کرد، زیرا در این روش کلیه متغیرهای مستقل به طور همزمان وارد معادله می‌شوند. از این رو سهم (میزان بتا) در تمامی متغیرها مشخص می‌شود.

مدل تحلیل مسیر تعهد استمرار

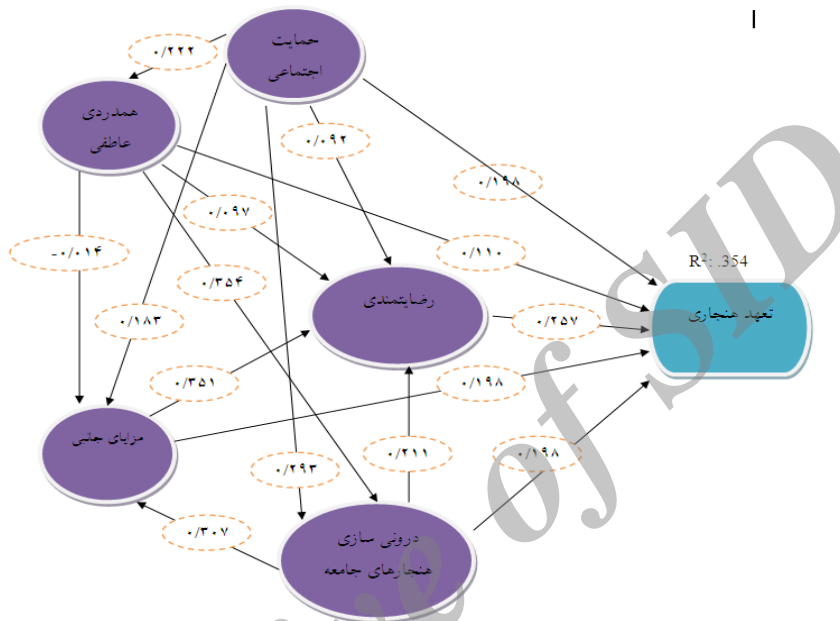
نمودار تحلیل مسیر عوامل موثر بر تعهد استمرار



همان گونه که مدل تحلیل مسیر فوق نیز نشان می‌دهد، در مجموع تنها دو متغیر رضایتمندی با $(-0/29)$ و مزایای جانبی با $(0/19)$ تأثیر مستقیمی بر میزان تعهد استمرار از خود نشان می‌دهد. به این معنی که با بالا رفتن مزایای جانبی، تعهد استمرار افزایش می‌یابد. متغیر رضایتمندی رابطه معکوسی با تعهد استمرار دارد به گونه‌ای که با بالا رفتن رضایتمندی از میزان تعهد استمرار کاسته می‌شود. لازم به ذکر است که با توجه به ضریب مسیر این دو متغیر، اثر مستقیم رضایتمندی بر تعهد استمرار به مراتب بیشتر از اثر مستقیم متغیر مزایای جانبی می‌باشد. همچنین مزایای جانبی اثر غیرمستقیمی نیز بر روی تعهد استمرار از خود نشان می‌دهد. به این صورت که مزایای جانبی می‌تواند با افزایش رضایتمندی، منجر به افزایش تعهد استمرار شود. در نهایت این که بقیه متغیرهای مستقل تحقیق هیچ گونه اثر مستقیم یا غیر مستقیمی در تحلیل مسیر بر میزان تعهد استمرار پزشکان ندارند.

مدل تحلیل مسیر تعهد هنجاری

نمودار تحلیل مسیر عوامل موثر بر تعهد هنجاری

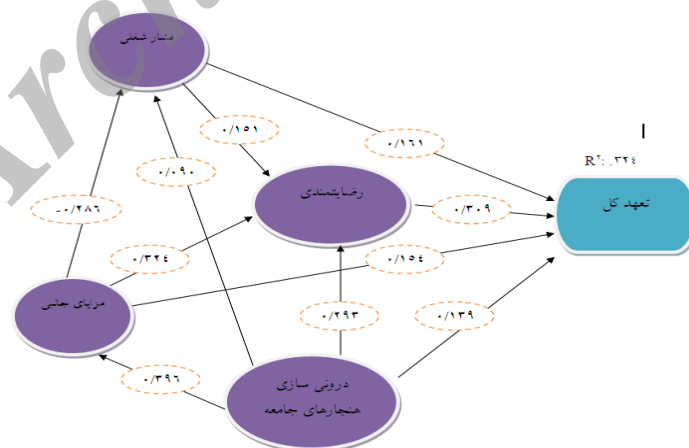


همانگونه که مدل تحلیل مسیر فوق نیز نشان می‌دهد، در مجموع پنج متغیر رضایتمندی با (۰/۲۵)، درونی سازی هنجارها با (۰/۱۹)، حمایت اجتماعی با (۰/۱۹)، همدردی استمرار و هنجاری با (۰/۱۱) و مزایای جانبی با (۰/۱۹) تأثیر مستقیمی بر میزان تعهد هنجاری از خود نشان می‌دهد. به این معنی که با بالا رفتن رضایتمندی، درونی سازی هنجارهای جامعه، با افزایش حمایت اجتماعی و همدردی، تعهد استمرار و هنجاری و با افزایش مزایای جانبی، تعهد هنجاری افزوده می‌شود. لازم به ذکر است که با توجه به ضریب مسیر این پنج متغیر، اثر مستقیم رضایتمندی بر تعهد هنجاری به مراتب بیشتر از اثر مستقیم چهار متغیر دیگر می‌باشد. در کل متغیرهای وارد شده در تحلیل رگرسیونی توانسته‌اند ۳۴ درصد از تغییرات متغیر وابسته یعنی تعهد هنجاری را تبیین کنند.

همچنین درونی سازی هنجارهای جامعه، حمایت اجتماعی، همدردی استمرار و هنجاری و مزایای جانبی اثر غیرمستقیمی نیز بر روی تعهد هنجاری از خود نشان می‌دهد. به این صورت که درونی سازی هنجارهای جامعه می‌تواند با افزایش رضایتمندی و مزایای جانبی منجر به افزایش تعهد هنجاری شود. ضمناً حمایت اجتماعی می‌تواند به طور غیرمستقیم با افزایش رضایتمندی، افزایش حمایت اجتماعی، مزایای جانبی و همدردی استمرار و هنجاری، تعهد هنجاری را در آنها بالا ببرد. متغیر همدردی استمرار و هنجاری نیز به طور غیر مستقیم با افزایش رضایتمندی، مزایای جانبی و درونی‌سازی هنجارهای جامعه، تعهد هنجاری را در آنها بالا می‌برد و مزایای جانبی نیز با افزایش رضایتمندی به افزایش میزان تعهد هنجاری منجر می‌شود. در نهایت این که بقیه متغیرهای مستقل تحقیق هیچ گونه اثر مستقیم یا غیرمستقیمی در تحلیل مسیر بر میزان تعهد هنجاری پزشکان ندارند.

مدل تحلیل مسیر تعهد کل

نمودار تحلیل مسیر عوامل موثر بر تعهد کل



همانگونه که مدل تحلیل مسیر فوق نیز نشان می‌دهد، در مجموع چهار متغیر رضایتمندی با (۰/۳۰)، درونی سازی هنجارها با (۰/۱۳)، فشار شغلی با (۰/۱۶) و مزایای جانبی با (۰/۱۵) تأثیر مستقیمی بر میزان تعهد کل (عاطفی، استمرار و هنجاری) از خود نشان می‌دهد. به این معنی که با بالا رفتن رضایتمندی، درونی سازی هنجارهای جامعه، با کاهش فشار شغلی و با افزایش مزایای جانبی بر میزان تعهد کلی افزوده می‌شود. لازم به ذکر است که با توجه به ضریب مسیر این چهار متغیر، اثر مستقیم رضایتمندی بر تعهد کلی به مراتب بیشتر از اثر مستقیم سه متغیر دیگر می‌باشد. در کل متغیرهای وارد شده در تحلیل رگرسیونی توانسته‌اند ۳۲ درصد از تغییرات متغیر وابسته یعنی تعهد کل را تبیین کنند.

همچنین درونی سازی هنجارهای جامعه، فشار شغلی و مزایای جانبی اثر غیرمستقیمی نیز بر روی تعهد کل از خود نشان می‌دهد. به این صورت که درونی سازی هنجارهای جامعه می‌تواند با افزایش رضایتمندی و مزایای جانبی و کاهش فشار شغلی منجر به افزایش تعهد کلی شود. ضمناً فشار شغلی می‌تواند به طور غیر مستقیم با افزایش رضایتمندی، تعهد کل را در آنها بالا ببرد. متغیر مزایای جانبی نیز به طور غیر مستقیم با افزایش رضایتمندی و کاهش فشار شغلی، تعهد کل را در آنها بالا ببرد.

در نهایت بقیه متغیرهای مستقل تحقیق هیچ گونه اثر مستقیم یا غیر مستقیمی در تحلیل مسیر بر میزان تعهد کل (عاطفی، استمرار و هنجاری) پزشکان ندارند.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان می‌دهد که سن پزشکان و جنسیت آنها با میزان تعهد آنها رابطه‌ای ندارد. بدین صورت که بین زن یا مرد بودن پزشک و اینکه پزشک تعهد

استمرار یا هنجاری بالایی دارد یا نه، ارتباطی مشاهده نمی‌شود. این موضوع در مورد جوان یا سالخورده بودن پزشکان نیز صدق می‌کند. مع الوصف برخی از عوامل اجتماعی نظیر رضایتمندی شغلی، حمایت اجتماعی، فشار شغلی و انگیزش پزشکان به کار بر تعهد استمرار و هنجاری آن‌ها تأثیر می‌گذارد. به طوری که با تغییر میزان این فاکتورها در پزشکان، میزان تعهد استمرار و هنجاری آن‌ها نیز تغییر می‌یابد.

بررسی انجام شده 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 به بیماران خود این امکان را داده‌اند با استفاده از مقدار بیش از اندازه داروهای تخدیرکننده به خودکشی دست بزنند (میر و آلن، ۱۹۹۱ م، ص ۶۸).

تأکید بر روی ایده‌های پزشکی و اینکه چطور اعمال پزشکی شکل اجتماعی به خود گرفته‌اند، به محققان اجازه می‌دهد که تحلیل و تفسیر کنند که چگونه ایده‌های معین و اعمال پزشکی توسط زمینه اجتماعی ممکن است شکل بگیرند (لوک، ۲۰۰۳ م). پورتر اشاره می‌کند که پزشکی قرن بیستم قربانی موفقیت خود شده است طوری که انتظارات بوجود آمده در بیماران و خدمات پزشکی باعث شده که پزشکان ملزم به پرداختن به مسائل انسانی موضوعات مرتبط با پزشکی شوند (ایوانز و فاینالی، ۲۰۰۱ م). همچنین این کنش پزشکی، ارتباط نهادینه شده‌ای 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 م، ص ۲۴۰). این مسائل ما را رهنمون می‌شود که در مورد رفتار پزشکان خصوصاً در موارد مربوط به بیماران موشکافانه‌تر به تحلیل و بررسی بپردازیم. از این رو تعهد عاطفی پزشکان کمک شایانی به برداشت‌های جامعه نسبت به پزشک و

جامعه پزشکی خواهد کرد. چرا که این موضوع به عنوان یک نیاز مبرم شناخته می‌شود. دلیل مهم این قضیه پیوند خوردن آن با مسأله 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 نکردن، شیوه‌های بد غذا خوردن و بی‌بند و باری جنسی ماتریالیزه شده وارد مباحث پزشکی اواخر قرن ۲۰ شده‌اند. رفتارهایی که امروزه به عنوان مخاطرات بهداشتی مطرح هستند، در گذشته نیز مضر و خطرآفرین بودند و ما اکنون می‌توانیم نقش آن رفتارها را مورد تحلیل قرار دهیم. آرمسترانگ رخدادهای تاریخی را در به کارگیری روش باستان‌شناختی فوکویی در کار خود، مورد اکتشاف قرار می‌دهد. در نیمه دوم قرن بیستم، روش‌های جدید اندیشیدن در باب بیماری‌ها تغییر کرده است؛ به طوری که امروزه بیماری توسط تعیین‌کننده‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی درک می‌شوند. آرمسترانگ عقیده دارد که در پزشکی اکنون تمرکز عمده بر روی رفتار خود پزشکان و تأثیر بالقوه آنها بر روی سلامت بیماران است (آرمسترانگ، ۲۰۰۹، ص ۲۸-۲۹). آرمسترانگ به نکته‌ای اشاره می‌کند که شاید مهمترین بحث در جامعه‌شناسی پزشکی کنونی و نقشی باشد که پزشکی در دیگر فرایندهای 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 ارزش‌آزاد، 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 زاژاک (۱۹۹۰) اشاره می‌کنند که جامعه می‌تواند از تقویت تعهد شغلی کارمندان در کاهش جابجایی‌های شغلی، خلاقیت ملی بالاتر یا کیفیت کاری بهره‌لازم را ببرد (کورتز، ۲۰۰۸ م، ص ۷). پارسونز همچنین بین تعهد افراد و رضایت شغلی و ترک کار رابطه 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 ش، 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 م). تحقیق حاضر نشان داد که هر چقدر 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. همچنین دریافتیم که هر چه پزشکان از لحاظ رضایتمندی و حمایت اجتماعی در سطح بهتری قرار داشته باشند، از لحاظ داشتن تعهد استمرار و هنجاری نیز در سطح بهتری خواهند بود.

پی‌نوشت‌ها

- 1- Peter Conard
- 2- Medicalization Of Society
- 3- The Functional Setting of Medical Practice and the Cultural Tradition.
- 4- The Situation Of The Physician
- 5- The Functional Significance Of The Institutional Pattern Of Medical Practice
- 6- to “Involve” The Physician In “Private” Affairs Of His Patients
- 7- Commitment
- 8- Salancik
- 9- Skewness
- 10- Kurtosis
- 11- Goodness of Fit
- 12- Causal Models

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.
- کرلینجر، پدهاوزر. (۱۳۸۴). *رگرسیون چند متغیره در پژوهش رفتاری*. ترجمه حسن سرایی، تهران: انتشارات سمت.
- محسنی، منوچهر. (۱۳۷۶). *جامعه‌شناسی پزشکی و بهداشت*. تهران: انتشارات طهوری.
- میر هاشمی، مالک. پاشاشریفی، حسن. نفیسی، غلامرضا و بهاری، سیف‌الله (۱۳۸۶). *پیش‌بینی تعهد سازمانی اعضای هیات علمی بر اساس ادراک آنها از محیط کار. دانش و پژوهش در روانشناسی*، ۱۳۸۶ شماره ۳۱، ۱۵۳-۱۳۳.
- Armstrong, David (2009). *Origins of the Problem of Health-Related Behaviors: a Genealogical Study*, Social Studies of Science, Reprints and Permissions:
<http://Www.Sagepub.Co.Uk/Journalspermissions.Nav/2009;۲۸-۴۸>.
 Www.Sagepublications.Com
- Champion, J. Dean. (1975) *the Sociology of Organizations*, USA: Mc Graw- Hill, Inc.

- Conard, Peter. (2007). *the Medicalization of Society: on the Transformation of Human Conditions Into Treatable Disorders*, USA: The Johns Hopkins University Press
- 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, the University of Texas at Austin, May 2008
- Evans, Martyn; Finlay, Ilora G. (2001) *Medical Humanities*, LONDON: BMJBOOKS
- Lim Ho, Chung and Tung Au, Wing.(2006) *Teaching Satisfaction Scale: Measuring Job Satisfaction of Teachers, Educational and Psychological Measurement*
[Http://Epm.Sagepub.Com/Cgi/Content/Abstract/66/1/172](http://Epm.Sagepub.Com/Cgi/Content/Abstract/66/1/172)
- Luke, Hayda. (2003) *Medical Education and Sociology of Medical Habitus: "It's Not About the Stethoscope!*, NEW YORK: Kluwer Academic Publishers.
- Meyer, J.P., Allen, N. J., & Smith, C. A. (1993). *Commitment to Organizations and Occupations: Extension and Test of a Three-Component Conceptualization*. *Journal Of Applied Psychology*, 78,.
- Meyer, John P. And Lynne Herscovitch. (2001) *Commitment in the Work Place: Toward a General Model*, *Human Resource Management Review*, 11 (2001) .
- Meyer, P. John and Allen, Nathalie. (1991) *A Three-Component Conceptualization of Organizational Commitment*. *Human Resource Management Review*, Volume 1, Number 1,
- Parsons, Talcott. (1951) *the Social System*, London: Routledge.
- Tetrich, E. Lois and Farkas J. Arthur (1988). *A Longitudinal Examination of the Dimensionality and Stability of the Organizational Commitment Questionnaire (OCQ)*, *Educational and Psychological Measurement*. ([Http://Epm.Sagepub.Com/Cgi/Content/Abstract/48/3/723](http://Epm.Sagepub.Com/Cgi/Content/Abstract/48/3/723))
- White, Kevin. (2002) *An Introduction To The Sociology Of Health And Illness*, London: Sage Publications

یادداشت شناسه مؤلفان

محمد توکل: استاد جامعه شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

سجاد یاهک: کارشناسی ارشد جامعه شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: syyahaks@gmail.com

Social factors on continuous and normative commitment of Doctors: study of Doctors in Tehran

Mohammad Tavakkol

Sajjad Yahak

Abstract

Introduction: In the all profession and jobs existing, degree of continuous and normative commitment is of notable pillar and requirement of interest, satisfaction, delight, motivation to work, long-term investment in job and work quality and services. Especially, in doctors who have the most important role in society as a doctor, having that individual characteristic, is effective factor on job motivation and work quality. Some parts of issues considered in sociology of profession and work and social psychology and sociology of industry is related to cultural, social and environmental factors effecting continuous and normative commitment of persons. In this article provided from findings taken from an empirical study on social factors effecting on continuous and normative commitment of doctors in Tehran, we try to investigate and study scientifically some social factors effecting on continuous and normative commitment such as social support and job satisfaction and so on.

Method: Using the survey method and applying statistical methods related to determining the volume of sample, about 396 doctors have chosen by probable cluster as a sampling method trough 44202 doctors in Tehran and we collected required data and information

using standard questionnaire. Data processed and analyzed by SPSS software.

Findings: With regard to findings, variables as job satisfaction, motivation and job pressure and social support have significant relationship with continuous and normative commitment of doctors. Continuous and normative commitment not varies with regard to gender and age variables. Most correlation in continuous and normative commitment is for satisfaction, social support in sequent. Results of multiple regression analysis indicate that variables such as job satisfaction, job pressure and motivation have explained 35 percent of variations of continuous and normative commitment of doctors.

Conclusion: whatever doctors have a high level satisfaction so they have high level continuous and normative commitment. Relatives of doctors, social condition, and exclusive characteristics of job are some sources of satisfaction creation. In this research, we found that whatever doctors have a better level of social support and job satisfaction, they will have the best level of continuous and normative commitment and consequently we will have the safe and healthy society.

Keywords

occupational commitment, continuous and normative commitment, internalization of norms, professional socialization, satisfaction, work motivation