



## بررسی رابطه عدالت سازمانی و پاسخگویی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

عرفانه رحمانیان<sup>۱</sup>، محمد عرب<sup>۲</sup>، سید مصطفی حسینی<sup>۳</sup>، محمد مردانی<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۰۴

تاریخ ویرایش: ۹۵/۰۸/۰۸

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۱/۰۸

### چکیده

**زمینه و هدف:** عدالت سازمانی تلقی کارکنان از میزان رعایت انصاف و برابری در محیط کار می‌باشد و پاسخگویی به معنی توانایی سیستم‌های بهداشتی برای پاسخ به انتظارات غیر پزشکی مردم است؛ یکی از مهمترین اجزا در یک نظام بهداشتی، بیمارستان‌ها هستند و افزایش پاسخگویی بیمارستان‌ها در قبال مردم یکی از عوامل موثر بر درک عدالت است از این رو مطالعه حاضر به بررسی رابطه عدالت سازمانی و پاسخگویی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران پرداخته است.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی بوده که بصورت مقطعی انجام شده و نمونه آن شامل ۳۴۲ نفر از بیماران و کارکنان بیمارستان‌های منتخب علوم پزشکی تهران بود. ابزارهای مورد استفاده، پرسشنامه عدالت سازمانی و پاسخگویی است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون توسط نرم افزار SPSS صورت گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین نمره کلی عدالت سازمانی بیمارستان‌های مورد مطالعه  $15/17 \pm 62/06$  و میانگین نمره پاسخگویی این بیمارستان‌ها  $19/20 \pm 104/12$  بود که هر دو در سطح متوسط طبقه بندی می‌شوند. نتایج آزمون همبستگی پیرسون، رابطه معنادار و مستقیمی را در تمامی ابعاد عدالت سازمانی در مقایسه با ابعاد پاسخگویی، نشان می‌دهد ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** باتوجه به رابطه مستقیم و معنادار ابعاد عدالت سازمانی و پاسخگویی، و نیز نقش آنها در افزایش کیفیت خدمات و درک بهتر خدمات ارائه شده توسط بیماران؛ ضروری بنظر می‌رسد که خط مشی‌هایی، در جهت رفع موانع ارتباطی بین کارکنان و بیماران تنظیم شود و اقداماتی در جهت افزایش عدالت در سطوح سازمان که منجر به افزایش پاسخگویی می‌شود، انجام گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** عدالت سازمانی، پاسخگویی، بیمارستان‌ها.

### مقدمه

رفاهی می‌دانند؛ بر این اساس ممکن است رویه‌ای از نظر مدیر عالی سازمان عادلانه تلقی شود در حالی که زیر دستان آن را ناعادلانه می‌پندارند [۲]. عدالت سازمانی را می‌توان بوسیله سه بعد ذیل تعریف کرد:

۱. عدالت توزیعی (Distributive Justice): به عادلانه بودن پیامدهای شغلی از جمله درآمد، مسئولیت شغلی و برابری فرصت‌های ارتقا در یک بافت سازمانی اشاره می‌کند [۳]. هومانز (Homans) (۱۹۶۱) عدالت توزیعی را به عنوان "عدالت در توزیع پاداش‌ها و هزینه‌ها میان افراد" تعریف می‌کند [۴].

۲. عدالت رویه‌ای (Procedural Justice): انصاف مربوط به رویه‌ها و فرآیندهایی است که برای نتایج

امروزه با توجه به نقش فراگیر و همه جانبه سازمان‌ها در زندگی اجتماعی انسان‌ها، نقش عدالت در سازمان‌ها بیش از پیش آشکار شده است؛ عدالت پدیده‌ای است اجتماعی که مورد توجه بسیاری از متخصصان روان‌شناسی اجتماعی و رفتار سازمانی قرار گرفته است. واژه عدالت سازمانی برای اولین بار توسط گرینبرگ (Greenberg) در دهه‌ی ۱۹۷۰ بیان گردید که او عدالت سازمانی را "رفتار منصفانه سازمان با کارمندان" تعریف می‌کند [۱].

افراد سازمان عادلانه بودن رویه‌ها و فرآیندهای کاری و ارتباطات سازمانی را در میزان حجم کار و زمان بندی آن، میزان حقوق و دستمزد، مزایای کار و تسهیلات

۱- کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران.

۲- استاد، دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- استاد، دکترای تخصصی آمار زیستی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴- (نویسنده مسئول) دانشجو کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

mardani.mums@gmail.com

آوری درآمد، نحوه انباشت و مدیریت منابع و استفاده از این منابع برای خرید خدمات سلامت) و آرایه خدمات [۲۷].

مفهوم پاسخگویی<sup>۲</sup> از دهه‌ی ۱۹۹۰ میلادی وارد حوزه سلامت شد که الگوی جدیدی در راهبری سازمان‌های مراقبت سلامت و از جمله بیمارستان‌ها ایجاد کرد [۲۸، ۲۹]. پاسخگویی توانایی سیستم‌های بهداشتی برای پاسخ به انتظارات غیر پزشکی مردم است که WHO در مقوله ابعاد غیر پزشکی خدمت یا پاسخگویی، بر چگونگی تجربه‌ی بیمار از خدماتی که در طول دوره‌ی مراقبت دریافت کرده است تاکید دارد [۳۰]. حوزه‌هایی که توسط WHO به عنوان پاسخگویی نظام‌های سلامت پذیرفته شده است شامل: شرافت و کرامت انسانی<sup>۳</sup>، استقلال و خودمختاری<sup>۴</sup>، محرمانگی و اعتماد<sup>۵</sup>، ارتباط با بیمار<sup>۶</sup>، اقدام سریع<sup>۷</sup>، دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در زمان مراقبت<sup>۸</sup>، کیفیت امکانات اولیه‌ی مورد نیاز<sup>۹</sup>، آزادی امکان انتخاب درمانگر<sup>۱۰</sup> می‌باشد [۳۱].

بیماران به علت فقدان دانش پزشکی، آگاهی لازم در امور درمانی و تصمیمات منطقی پزشکی را ندارند، در نتیجه به طور کامل قادر به اندازه‌گیری یا در نظر گرفتن کیفیت پیامدهای بهداشتی به هنگام قضاوت در مورد عملکرد نظام سلامت نیستند؛ از این رو پاسخگویی نظام سلامت به عنوان هدفی قابل درک برای بیماران در نظر گرفته شده است [۳۲]. در این راستا سازمان جهانی بهداشت پرسشنامه‌ای را تهیه کرده و با استفاده از آن، پاسخگویی سیستم‌های مراقبت بهداشتی ۱۹۱ کشور برآورد و مقایسه کرده است؛ امتیازات کشورها براساس ویژگی‌هایی از قبیل نسبت زن و مرد، میزان آزادی‌های

تصمیمات به کار می‌رود [۵].

۳. عدالت مرادده‌ای (Interactional Justice): به برخورد عادلانه با یک فرد شاغل در قالب روش‌های رسمی تصویب شده اطلاق می‌شود و تبادل میان فرد و سرپرستش را نشان می‌دهد. بایس و موگ<sup>۱</sup> (۱۹۸۶) عدالت مرادده‌ای را "کیفیت رفتار بین فردی اشخاص، طی اجرای رویه‌ها" تعریف می‌کنند [۶].

مطالعات نشان داده‌اند که ویژگی‌های شخصی، بردارک فرد از عدالت سازمانی اثر می‌گذارد [۷، ۸] و بدین جهت است که نتایج پژوهش‌های انجام شده در مورد عدالت سازمانی درک شده در یک جامعه را نمی‌توان به جوامع دیگر نسبت داد [۹].

مطالعات بسیاری تاثیر عدالت سازمانی را بر افراد و سازمان بررسی کرده‌اند؛ یافته‌های آنها نشان می‌دهد که عدالت سازمانی و درک کارکنان از عدالت می‌تواند بر متغیرهایی همچون نگرش شغلی [۱۰]، تعهد سازمانی [۱۱-۱۵]، بهره‌وری [۱۶]، رضایت شغلی [۱۷-۲۱] عملکرد کارکنان، کیفیت کار و میزان همکاری بین افراد [۲۲]، دلبستگی به کار و مشارکت در تصمیم‌گیری [۲۳]، اعتماد به سازمان [۲۴-۲۶] و میزان استرس افراد [۱۱] موثر باشد. بنابراین رعایت عدالت برای ادامه حیات سازمان‌ها به یک ضرورت انکارناپذیر تبدیل شده است [۲۶].

گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت هدف‌های نظام سلامت را ارتقای سطح سلامت مردم و جامعه، پاسخگویی به نیازهای غیرپزشکی مردم (مانند احترام گذاشتن به مراجعه‌کننده، کاستن از طول مدت انتظار برای عمل‌های جراحی، محرمانه نگه داشتن اطلاعات بیماران) و توقع مشارکت مالی عادلانه از مردم برای برخورداری از خدمات سلامت می‌داند که برای دست یافتن به این اهداف می‌بایست چهار کارکرد عمده را به اجرا گذاشت: تولید (سیاست‌گذاری، وضع مقررات مناسب، نظارت، برقراری نظام اطلاعات سلامت)، تولید منابع (به ویژه انسانی)، تأمین مالی (شیوه‌های جمع

<sup>2</sup> Responsiveness

<sup>3</sup> Dignity

<sup>4</sup> Autonomy

<sup>5</sup> Confidentiality

<sup>6</sup> Clarity of Communication

<sup>7</sup> Prompt Attention

<sup>8</sup> Access to Social Support

<sup>9</sup> Quality of Basic Amenities

<sup>10</sup> Choice of Health Care Provider

<sup>1</sup> Bies & Moag

پاسخگویی براساس تاکید سازمان جهانی بهداشت از مهم‌ترین عملکردهای سازمانی است که متاثر از عدالت سازمانی ادراک شده در سازمان می‌باشد [۳۷]. لذا با توجه به اهمیت عدالت سازمانی و پاسخگویی و جایگاه کلیدی بیمارستان در نظام سلامت، مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه عدالت سازمانی و پاسخگویی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

### روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد که بصورت مقطعی انجام شد، و در آن به بررسی ارتباط (همبستگی) عدالت سازمانی و پاسخگویی در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران پرداخته شده است.

برای تعیین حجم نمونه از فرمول ذیل (ضریب همبستگی دو صفت) استفاده شد:

$$n - 3 = \left[ \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}}{\omega - \omega_0} \right]^2$$

که در این فرمول با توجه به مطالعات قبلی [۱۸] ضریب همبستگی حدود ۰/۲ در نظر گرفته شد و با در نظر گرفتن اطمینان آماری ۰/۹۵ ( $\alpha=0/05$ ) و همچنین توان آزمون ۰/۹ ( $\beta=0/1$ ) تعداد نمونه‌ی لازم ۳۴۲ نفر محاسبه گردید.

$$\left( \frac{1.96+1.28}{0.176-0} \right)^2 + 3 = 342$$

جامعه مورد پژوهش، بیماران و کلیه کارکنان دارای ارتباط مستقیم با بیمار می‌باشند (۳۴۲ نفر شامل ۱۷۱ بیمار و ۱۷۱ کارمند).

در مطالعه حاضر نمونه‌گیری بصورت خوشه‌ای بود، (بیمارستان به صورت خوشه در نظر گرفته شد) که برای اعمال دقت بیشتر ضریب تصحیح نمونه‌گیری خوشه‌ای

فردی و سطح توسعه‌یافتگی کشورها تطبیق داده شده است که در بین همه کشورها ایالات متحده آمریکا رتبه اول و سومالی رتبه آخر را کسب نموده‌اند. در گزارش جهانی سلامت، پاسخگویی سیستم مراقبت‌های بهداشتی ایران در جایگاه صدم از ۱۹۱ کشور دنیا رتبه بندی شده است [۲۷] که بدون شک در این جایگاه نیاز به ارتقاء احساس می‌شود.

بیمارستان‌ها به عنوان یکی از نهادهای مهم ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی، اهمیت ویژه‌ای در بخش سلامت دارند و درصد بالایی از منابع کلیدی این بخش را جهت برآوردن نیاز مصرف‌کنندگان به خود اختصاص می‌دهند؛ از طرف دیگر براساس مطالعه بانک جهانی، بین ۵۰ تا ۸۰ درصد منابع بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه به بیمارستان‌ها اختصاص می‌یابد [۱۶،۳۳] که این سهم قابل توجه بیان‌گر اهمیت و جایگاه بیمارستان‌ها در نظام سلامت است.

مسینا<sup>۱۱</sup> و همکاران دریافته‌اند که پاسخگویی یکی از مسائل مهم هر سیستم بهداشتی درمانی است که برای سیاست‌گذاران و مدیران سلامت اهمیت بسیاری دارد؛ پاسخگویی با رضایت بیمار همراه است و رضایت بیمار با کیفیت خدمات، پذیرش بیمار و عملکرد مالی بیمارستان رابطه مستقیم و تایید شده‌ای دارد [۳۴]. همچنین نتایج مطالعه لین<sup>۱۲</sup> و همکاران نشان می‌دهد که توجه و سرمایه‌گذاری در جنبه‌های داخلی پاسخگویی منجر به بهبود بهره‌وری شده و سرمایه‌گذاری در جنبه‌های خارجی پاسخگویی منجر به بهبود عملکرد مالی بیمارستان‌ها می‌شود [۳۵].

علی رغم اهمیت پاسخگویی و نیز نقش عمده بیمارستان‌ها در نظام سلامت، نتایج مطالعات حاکی از آن است که میزان پاسخگویی در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی مورد مطالعه، در حد متوسط بوده است [۳۶-۳۸]. هرچند که در برخی مطالعات یافته‌ها نشان می‌دهد که بیمارستان‌های خصوصی میزان پاسخگویی بیشتری نسبت به بیمارستان‌های دولتی دارند [۳۶،۳۸].

<sup>11</sup> Messina DJ

<sup>12</sup> Lin HP

۲ بکار گرفته شد. در میان خوشه‌ها و درون هر خوشه، نمونه‌گیری بصورت تصادفی ساده انجام شد که با توجه به طراحی مطالعه، پیش شرط وجود ارتباط مستقیم بین دو گروه مورد تحقیق (کارکنان بیمارستان‌ها و بیماران) نیز رعایت شد؛ بطوریکه افرادی وارد مطالعه شدند که در آنها هر بیمار با کارمند متناظرش دارای رابطه خدمت‌گیرنده-خدمت‌دهنده بودند.

از میان ۱۳ بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۰ بیمارستان تخصصی و ۳ بیمارستان جنرال) نیز به روش تصادفی سازی ساده، ۳ بیمارستان تخصصی و ۲ بیمارستان جنرال جهت نمونه‌گیری انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها دو پرسشنامه پاسخگویی سازمان جهانی بهداشت و پرسشنامه عدالت سازمانی نیهوف و مورمن (۱۹۹۳) بود.

برای سنجش پاسخگویی در بیماران، از پرسشنامه پاسخگویی ارائه شده توسط WHO، دارای ۳۲ سوال در ۸ بعد شامل: "شرافت و کرامت انسانی" (سوالات ۵-۸)، "استقلال و خودمختاری" (سوالات ۸-۱۶)، "محرمانگی و اعتماد" (سوالات ۹-۱۱)، "ارتباط با بیمار" (سوالات ۱۲-۱۴)، "اقدام سریع" (سوالات ۱۹-۱۵)، "دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در زمان مراقبت" (سوالات ۲۰-۲۲)، "کیفیت امکانات اولیه مورد نیاز" (سوالات ۲۳-۲۹) و "آزادی امکان انتخاب درمانگر" (سوالات ۳۰-۳۲)، استفاده شد.

امتیازدهی به این پرسشنامه به شیوه لیکرت از ۱ تا ۵ (بسیار مناسب، مناسب، تاحدی مناسب، نامناسب و کاملاً نامناسب) است که به گزینه بسیار مناسب امتیاز ۵ و به گزینه کاملاً نامناسب امتیاز ۱ داده شد. روایی این پرسشنامه در مطالعه جوادی و همکاران به اثبات رسیده و پایایی آن نیز با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ<sup>۱۳</sup> معادل ۰/۸۹ به دست آمده است [۳۷]. در مطالعه حاضر روایی مورد بررسی قرار گرفت و بر اساس نظرات اساتید و صاحب نظران مربوطه تایید گردید؛ پایایی نیز بررسی

شد و آلفا کرونباخ ۰/۹۵ بدست آمد.

برای سنجش عدالت، از پرسشنامه عدالت سازمانی نیهوف و مورمن (۱۹۹۳) استفاده شد که در آن ۲۰ سوال در ۳ بعد شامل: "عدالت توزیعی" (سوالات ۵-۱)، "عدالت رویه‌ای" (سوالات ۶-۱۱) و "عدالت مرادده‌ای" (سوالات ۱۲-۲۰) وجود داشت. برای امتیاز دهی به این پرسشنامه از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، نه موافق و نه مخالف، مخالفم و کاملاً مخالفم) استفاده گردید. امتیاز هر سوال بین ۱ تا ۵ تعیین شد که برای گزینه کاملاً موافقم امتیاز ۵ و برای گزینه کاملاً مخالفم امتیاز ۱ در نظر گرفته شد. روایی این پرسشنامه در مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۹۳) به اثبات رسیده و پایایی آن ۰/۹۱ گزارش شده است [۳۹]. در مطالعه حاضر نیز روایی آن بررسی و تایید شد و آلفا کرونباخ ۰/۹۴ برای این پرسشنامه بدست آمد. پرسشنامه پاسخگویی را بیماران تکمیل کردند و پرسشنامه عدالت سازمانی را کارکنانی که در ارتباط مستقیم با بیمار بودند، پر نمودند؛ پیش فرض اصلی نیز در برقراری ارتباط بین دو پرسشنامه مذکور، ارتباط مستقیم کارکنان با بیمار متناظرشان بود، به این ترتیب که در هر بخش بیمارستان به تعداد مساوی کارمند و بیمار منتسب به ایشان، پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل کردند.

داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و ضریب همبستگی پیرسون<sup>۱۴</sup> مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از هر یک از پرسشنامه‌ها در یک طیف از ضعیف تا خوب (مطلوب) قرار گرفت که برای عدالت سازمانی کمتر از ۴۹/۹ در رسته ضعیف، ۷۴/۹-۵۰ در رسته متوسط و ۷۵-۱۰۰ در رسته خوب (مطلوب) دسته بندی شدند و برای پاسخگویی، کمتر از ۷۹/۹ در رسته ضعیف، ۸۰-۱۱۹/۹ در رسته متوسط و ۱۶۰-۱۲۰ در رسته خوب (مطلوب) در نظر گرفته شد. قابل ذکر است که افراد شرکت‌کننده با رضایت

<sup>14</sup> Pearson

<sup>13</sup> Cronbach's alpha

## یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۷۱ نفر از کارکنان و ۱۷۱ نفر از بیماران بیمارستان‌های مورد مطالعه شرکت کردند. بیشترین تعداد کارکنان شرکت کننده در پژوهش از نظر جنس، وضعیت تاهل، وضعیت استخدامی، مدرک تحصیلی، سن و سابقه خدمت متعلق به گروه‌های

آگاهانه در مطالعه شرکت کردند و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی‌شان به صورت محرمانه حفظ خواهد شد. همچنین در مواردی که بیماران قادر به تکمیل پرسشنامه نبودند، با کمک همراهان داده‌ها جمع‌آوری گردید.

جدول ۱- جدول توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک کارکنان و بیماران مورد مطالعه

متغیر	تعداد کارکنان	درصد کارکنان	تعداد بیماران	درصد بیماران
جنسیت	مرد	۴۰	۳۳/۴	۳۲/۲
	زن	۱۲۳	۷۱/۹	۶۶/۷
	بدون پاسخ	۸	۴/۷	۱/۲
وضعیت تاهل	مجرد	۴۹	۲۸/۷	۱۹/۹
	متاهل	۱۰۸	۶۳/۲	۷۷/۸
	مطلقه	۲	۱/۱	-
	بدون پاسخ	۱۲	۷/۰	۲/۳
	طرحی	۱۵	۸/۸	-
وضعیت استخدامی	قراردادی	۴۵	۲۶/۳	-
	شرکتی	۱۳	۷/۶	-
	پیمانی	۱۲	۷/۰	-
	رسمی	۷۳	۴۲/۷	-
	بدون پاسخ	۱۳	۷/۶	-
	سن	۸۷	۵۰/۸۸	-
	۳۴-۳۴ ساله	۳۴	۱۹/۸۸	-
	۴۴-۴۴ ساله	۱۸	۱۰/۵۳	-
	بدون پاسخ	۳۲	۱۸/۷۱	-
	مدرک تحصیلی	۲	۱/۲	۱۲/۳
دیپلم	۳۳	۱۹/۳	۲۶/۳	
فوق دیپلم	۷	۴/۱	۱۸/۷	
لیسانس	۹۶	۵۶/۱	۳۰/۴	
فوق لیسانس و دکتری	۲۲	۱۲/۹	۷/۶	
بدون پاسخ	۱۱	۶/۴	۴/۷	
نوع بیمه	تامین اجتماعی	-	-	۵۰/۳
	خدمات درمانی	-	-	۲۸/۱
	نیروهای مسلح	-	-	۸/۲
	سایر سازمان‌های بیمه‌گر	-	-	۴/۷
	فاقد بیمه	-	-	۵/۳
سابقه خدمت	پاسخ نداده	-	-	۳/۵
	۱-۵ سال	۴۸	۲۸/۰۷	-
	۵-۱۰ سال	۴۰	۲۳/۴۰	-
	۱۰-۱۵ سال	۱۴	۸/۱۹	-
	۱۵-۲۰ سال	۱۹	۱۱/۱۱	-
	۲۰-۲۵ سال	۱۷	۹/۹۴	-
	بیش از ۲۵ سال	۱	۰/۵۸	-
	بدون پاسخ	۳۲	۱۸/۷۱	-

انحراف معیار نمره عدالت سازمانی  $15/172 \pm 62/06$  و نمره پاسخگویی  $19/204 \pm 104/12$  به دست آمد که در سطح متوسط قرار دارد (جدول شماره ۲). نتایج همچنین نشان داد که میان عدالت سازمانی در کارکنان و پاسخگویی در بیماران مورد مطالعه رابطه معناداری برقرار است و با توجه به ضریب همبستگی به دست آمده این رابطه مستقیم می‌باشد ( $R = 0/781$  و  $p = 0/0001$ ).

نتایج بررسی همبستگی نشان داد که p-value در تمام ابعاد کمتر از  $0/05$  است، لذا رابطه معنی‌داری میان

مونت (۷۱/۹٪)، متاهل (۶۳/۲٪)، رسمی (۴۲/۷٪)، لیسانس (۵۶/۱٪)، ۲۴-۳۴ ساله (۵۰/۸۸٪) و ۱-۵ سال سابقه (۲۸/۰۷٪) بودند. همچنین از بیماران مشارکت کننده در پژوهش، ۶۶/۷٪ زن، ۷۷/۸٪ متاهل و ۵۰/۳٪ دارای بیمه تامین اجتماعی و ۳۰/۴٪ دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند. مشخصات دموگرافیک کارکنان و بیماران مورد مطالعه جهت سنجش عدالت سازمانی و پاسخگویی در جدول ۱ آورده شده است. براساس نتایج مندرج در جدول شماره ۲ میانگین و

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات عدالت سازمانی و پاسخگویی

متغیرها	Mean $\pm$ SD
ابعاد عدالت	
عدالت توزیعی	۱۱/۸۸ $\pm$ ۰/۹۹۵
عدالت رویه‌ای	۱۹/۳۳ $\pm$ ۵/۸۱۳
عدالت مرادده‌ای	۳۰/۸۱ $\pm$ ۸/۱۲۴
عدالت سازمانی کل	۶۲/۰۶ $\pm$ ۱۵/۱۷۲
ابعاد پاسخگویی	
شرافت و کرامت انسانی	۱۷/۷۳ $\pm$ ۳/۶۷۵
استقلال و خودمختاری	۱۱/۳۶ $\pm$ ۲/۳۶۱
محرمانگی و اعتماد	۱۱/۶۸ $\pm$ ۲/۵۲۲
ارتباط با بیمار	۹/۲۹ $\pm$ ۲/۵۲۴
اقدام سریع	۱۴/۳۴ $\pm$ ۳/۷۳۹
دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در زمان مراقبت	۹/۹۴ $\pm$ ۲/۲۷۴
کیفیت امکانات اولیه مورد نیاز	۲۲/۸۰ $\pm$ ۶/۰۰۵
آزادی امکان انتخاب درمانگر	۶/۹۸ $\pm$ ۲/۳۵۴
پاسخگویی کل	۱۰۴/۱۲ $\pm$ ۱۹/۲۰۴

جدول ۳- ضرایب همبستگی بین مولفه‌های عدالت سازمانی و حیطه‌های پاسخگویی

p	مولفه‌های عدالت سازمانی			حیطه‌های پاسخگویی
	عدالت مرادده‌ای	عدالت رویه‌ای	عدالت توزیعی	
< 0/001	0/715	0/569	0/334	شرافت و کرامت انسانی
< 0/001	0/636	0/476	0/210	استقلال و خودمختاری
< 0/001	0/638	0/562	0/207	محرمانگی و اعتماد
< 0/001	0/647	0/593	0/347	ارتباط با بیمار
< 0/001	0/451	0/521	0/269	اقدام سریع
< 0/001	0/528	0/475	0/280	دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در زمان مراقبت
< 0/001	0/652	0/580	0/158	کیفیت امکانات اولیه مورد نیاز
< 0/001	0/347	0/450	0/376	آزادی امکان انتخاب درمانگر

امتیاز متوسط بیمارستان‌های بررسی شده در مطالعه حاضر در ابعاد فوق نشان می‌دهد که تلقی کارکنان از میزان منصفانه بودن نتایج و پرداخت‌های سازمان به کارکنان (مانند حقوق و مزایا، پاداش و ارتقا)، فرآیندهای تصمیم‌گیری در مورد تخصیص این نتایج و نیز ارتباط سرپرستان و مدیران با کارکنان قابل اصلاح است.

مقایسه یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های دیگر محققین نشان می‌دهد که در سایر بیمارستان‌های مورد مطالعه در کشور نیز مانند مطالعه حاضر، وضعیت عدالت سازمانی در حد متوسط ارزیابی شده است [۱۲، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۳۷، ۴۴]. علاوه بر این در مطالعه حاضر و اکثر مطالعات انجام شده در کشور، بیمارستان‌های مورد پژوهش کمترین امتیاز را در بعد عدالت توزیعی و بیشترین امتیاز را در بعد عدالت مراوده‌ای کسب کرده‌اند؛ از جمله مطالعه منظری توکلی و رجبی در دانشگاه علوم پزشکی کرمان [۱۸]، مطالعه دباغ و همکاران در بیمارستان خورشید اصفهان [۱۲]، مطالعه هدایتی و همکاران در بیمارستان‌های شهر زابل [۱۶]، مطالعه یعقوبی و همکاران در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان [۱۹]، مطالعه قاسمیانی و همکاران در بیمارستان‌های شریعتی و ولی عصر (عج) تهران [۴۴]، مطالعه جوادی و همکاران در بیمارستان‌های منتخب دولتی و خصوصی شهر اصفهان [۳۷].

کاشیرو<sup>۱۵</sup> در تحقیقی به این نتیجه رسید که میانگین نمره عدالت سازمانی در بین ۷۲ نفر از کارکنان یک سازمان دولتی ۳/۲۸ است که از میانگین تحقیق حاضر بیشتر است و در بین ابعاد عدالت سازمانی به ترتیب عدالت مراوده‌ای، عدالت رویه‌ای و عدالت توزیعی بیشترین میانگین را به خود اختصاص دادند [۴۵] که با میانگین تحقیق حاضر همخوانی دارد.

نادیری و ناتوا<sup>۱۶</sup> در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که میانگین عدالت سازمانی در بین ۲۰۸ نفر از کارکنان و مدیران ۵ هتل از هتل‌های قبرس ۳/۶۸ است و در بین ابعاد عدالت سازمانی به ترتیب عدالت رویه‌ای، عدالت

عدالت سازمانی و پاسخگویی وجود دارد بطوری که حیطه‌های مختلف عدالت سازمانی و ابعاد مختلف پاسخگویی، در تمامی موارد رابطه مستقیم و ناقصی دارند که در بین آنها حیطه "عدالت توزیعی" و بعد "کیفیت امکانات اولیه مورد نیاز" پاسخگویی، دارای ضریب همبستگی ۰/۱۵۸ بوده است که ضعیف‌ترین رابطه مستقیم و ناقص بدست آمده می‌باشد و ضریب همبستگی "عدالت مراوده‌ای" و "شرافت و کرامت انسانی" برابر با ۰/۷۱۵ بدست آمد که قوی‌ترین رابطه مستقیم و ناقص است (جدول شماره ۳).

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش حاکی از آن است که عدالت سازمانی و ابعاد آن (عدالت توزیعی، رویه‌ای و مراوده‌ای) با حیطه‌های مختلف پاسخگویی (شرافت و کرامت انسانی، استقلال و خودمختاری، محرمانگی و اعتماد، ارتباط با بیمار، اقدام سریع، دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در زمان مراقبت، کیفیت امکانات اولیه مورد نیاز، آزادی امکان انتخاب درمانگر) همبستگی مثبت معناداری دارند، یعنی با افزایش میانگین نمره عدالت سازمانی، میانگین نمره پاسخگویی نیز افزایش می‌یابد و برعکس که این نتیجه با پژوهش جوادی و همکاران [۳۷] و قرایی و همکاران [۹] کاملاً همسو و هماهنگ می‌باشد. موید این مطلب مطالعاتی است که اعلام می‌دارد عدالت سازمانی به رفتار منصفانه و اخلاقی درون سازمان اشاره دارد و این مفهوم با عملکردهای سازمانی مانند تعهد، عملکرد و رضایت کارکنان ارتباط دارد [۴۰-۴۲] و با توجه به اینکه مفهوم پاسخگویی در واقع عملکرد سیستم سلامت در برآوردن انتظارات قانونی بیمار در جنبه‌های غیر بالینی است [۴۳] این ارتباط منطقی به نظر می‌رسد.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میزان عدالت سازمانی در بین کارکنان در حد متوسط می‌باشد و از میان انواع عدالت، عدالت مراوده‌ای بیش از سایر ابعاد، نمره کسب نموده (۳۰/۸۱ ± ۸/۱۲۴) و عدالت توزیعی کمترین نمره را دارا بوده است (۱۱/۸۸ ± ۳/۹۹۵).

<sup>15</sup> Kaneshiro

<sup>16</sup> Nadiri, H., Tanova, C

در پژوهشی در تایلند، اهمیت اجزای پاسخگویی نظام سلامت به ترتیب شامل اقدام سریع، شرافت و کرامت انسانی، ارتباط با بیمار، استقلال و خودمختاری، کیفیت امکانات اولیه مورد نیاز، محرمانگی و اعتماد، امکان انتخاب درمانگر و دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در زمان مراقبت بود [۴۸] که مغایر با نتایج این پژوهش است ولی در مورد اهمیت کمتر انتخاب درمانگر و دسترسی به حمایت‌های اجتماعی با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

آنچه که از نتایج مذکور بر می‌آید این است که بعد "کیفیت امکانات فیزیکی" از ابعاد پر اهمیت و از دغدغه‌های اصلی گیرندگان خدمات در این مطالعه بوده است. بعدی که بیشتر تسهیلات و امکانات فیزیکی و همچنین رعایت جوانب بهداشتی را مدنظر دارد و متأسفانه مراکز مختلف ارائه دهنده خدمت از این بابت با مشکلات و محدودیت‌هایی مواجه می‌باشند و این امر توجه بیشتر مسئولین و سیاستگذاران را در این خصوص طلب می‌کند.

همچنین برای گیرندگان خدمات، بعد "آزادی امکان انتخاب درمانگر" اهمیت کمتری داشته است. هرچند که آگاهی بیماران از حقوق خود و اطلاع رسانی در این زمینه با عنایت به حقوقی که برای بیماران در استانداردهای اعتباربخشی ایران تعریف شده است می‌تواند اهمیت این بعد را برای بیماران نیز افزون گرداند، اما در شرایط فعلی بیماران و گیرندگان خدمات از این حق قانونی خود چشم‌پوشی کرده و دیگر ابعاد پاسخگویی را پراهمیت‌تر ذکر کرده‌اند.

در مطالعه‌ای که توسط ولنتین<sup>۱۸</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۸ در مورد پاسخگویی سیستم سلامت در ۴۱ کشور مختلف دنیا انجام شده است نتایج نشان داده است بیشتر مردم "کیفیت امکانات اولیه مورد نیاز" را به عنوان مهم‌ترین بعد پاسخگویی و "دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در حین مراقبت" را به عنوان کم اهمیت‌ترین بعد معرفی کرده‌اند [۴۹]. همچنان که

توزیعی و عدالت مرادده‌ای بیشترین میانگین را به خود اختصاص داده بودند که مغایر با نتایج تحقیق حاضر است [۱۱]. این مغایرت ممکن است به دلیل تفاوت اساسی در نوع سازمان‌های مورد بررسی باشد، چراکه مطالعه فوق بر روی بخش خصوصی و خدمات رفاهی انجام شده است و مطالعه حاضر در بخش دولتی و خدمات بهداشتی و درمانی انجام شده است که مسلماً نحوه مدیریت، تامین مالی، کارکنان و اهداف در آنها کاملاً متفاوت خواهد بود.

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که وضعیت پاسخگویی بیمارستان‌های مورد مطالعه در حد متوسط می‌باشند؛ که با نتایج مطالعه جوادی و همکاران همسو می‌باشد [۳۷].

همچنین بین ابعاد پاسخگویی، بیشترین میانگین مربوط به بعد "کیفیت امکانات اولیه مورد نیاز" ( $6/0.05$ ) و کمترین آن مربوط به بعد "آزادی امکان انتخاب درمانگر" ( $2/35 \pm 6/98$ ) می‌باشد. در مطالعه قرایی و همکاران بیشترین میانگین و انحراف معیار مربوط به بعد "شرافت و کرامت انسانی" ( $39 \pm 6$ ) و کمترین آن مربوط به بعد "آزادی امکان انتخاب درمانگر" ( $34 \pm 9$ ) است که از نظر کمترین میانگین با پژوهش حاضر همخوانی دارد [۳۸]. همچنین روهینی<sup>۱۷</sup> در پژوهش خود در بیمارستان‌های دولتی، غیر دولتی و خیریه هند، سطح پاسخگویی این بیمارستان‌ها را در حد متوسط ارزیابی کرده‌اند [۲۸].

در مطالعه‌ای در ۸ کشور اروپایی (سوئیس، انگلیس، آلمان، ایتالیا، سوئد، اسپانیا، اسلوانی، هلند) که از طریق شماره گیری تلفنی تصادفی انجام شد بیش از ۵۰ درصد پاسخگویان از پاسخگویی و نحوه ارائه خدمات سیستم سلامت این کشورها راضی بوده‌اند [۴۶].

کشور ترکیه نیز در سال ۲۰۰۶ مطالعه‌ای در بین مدیران ۱۹۲ بیمارستان انجام و نمره پاسخگویی در بیمارستان‌های این کشور بالاتر از حد متوسط اعلام نموده است [۴۷].

<sup>18</sup> Valentine N

<sup>17</sup> Rohini & Mahadevappa



پاسخگویی و درک عملکرد کارکنانی بوده، که به ایشان خدمت رسانی نموده‌اند و نیز اینکه در مطالعه حاضر از پرسنل بخش‌های اداری و پشتیبانی و تشخیصی صرف نظر شده است که ممکن است عملکرد ایشان نیز بر نظر بیماران در مورد پاسخگویی تاثیرگذار باشد اما با توجه به سیاست و روش انجام مطالعه، می‌بایست کسانی مورد بررسی قرار می‌گرفتند که حتماً در ارتباط مستقیم با بیمار متناظر خود بوده‌اند وگرنه امکان برقراری ارتباط بین دو پرسشنامه وجود نداشت.

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره نمود که محققین در این پژوهش توانسته‌اند ارتباط بین دو پرسشنامه متفاوت را در دو گروه متفاوت بسنجند و دو فاکتور نامرتبط را بوسیله ارتباط بین دو گروه، به یکدیگر مرتبط سازند.

در تکمیل این مطالعه پیشنهاد می‌شود که محققین در پژوهش‌های آتی همت خود را در ارزیابی وضعیت ارائه خدمات به بیماران، در بیمارستان‌هایی که میزان عدالت در آنها در حد مطلوب گزارش شده است، بگمارند و در جهت ارائه راهکارهای افزایش عدالت در کارکنان که موجب بهبود ارائه خدمات می‌شود کوشا باشند.

### تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر، منتج از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد که در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد ۹۲۱۱۳۸۲۰۱۳ به تصویب رسیده است. نویسندگان بدین وسیله از حمایت‌های آن دانشگاه کمال تشکر را دارند و بر خود لازم می‌دانند که از تمامی افرادی که در این مطالعه ما را یاری کردند تشکر و قدردانی بعمل آورند.

### منابع

1. Greenberg J. Stress Fairness to Fare No Stress: Managing Workplace Stress by Promoting Organizational Justice. *Organ Dyn.* 2004;33(4):352-65.
2. Fernandes C, Awamleh R. Impact of organisational justice in an expatriate work

مشخص است نتیجه این مطالعه با نتیجه مطالعه حاضر در شناسایی اهم ابعاد پاسخگویی همخوانی دارد. بطور کلی عدالت سازمانی و پاسخگویی در مطالعه حاضر در حد متوسط ارزیابی شدند بطوریکه در میان ابعاد عدالت سازمانی بعد "عدالت مراوده‌ای" بیشترین و بعد "عدالت توزیعی" کمترین میانگین را دارا بودند. در ابعاد پاسخگویی نیز بعد "کیفیت امکانات اولیه مورد نیاز" بیشترین و بعد "ارتباط با بیمار" کمترین میانگین را داشت و میان تمامی ابعاد عدالت و پاسخگویی رابطه معنادار و مستقیم وجود داشت.

چنانچه پیش‌تر اشاره شد، ادراک کارکنان از عدالت سازمانی می‌تواند بر متغیرهای فردی و سازمانی اثرگذار باشد که این اثر در مشتریان سازمان نیز نمود پیدا می‌کند. بنابراین اتخاذ سیاست‌هایی مانند اصلاح روش‌ها و مکانیسم‌های پرداخت و ارائه بازخورد مناسب به کارکنان، تجدید نظر در فرآیندهای تصمیم‌گیری و نیز بهبود ارتباطات مدیران با کارکنان منجر به بهبود ادراک کارکنان از عدالت سازمانی شده و متعاقباً سطح پاسخگویی بیمارستان را نیز ارتقا خواهند داد؛ که آن نیز منجر به ایجاد تصویر بهتری از بیمارستان در ذهن بیماران و مراجعه‌کنندگان خواهد شد و افزایش توان جذب و حفظ مراجعه‌کننده و بهبود عملکرد بیمارستان را در پی خواهد داشت.

باتوجه به رابطه مستقیم عدالت سازمانی و پاسخگویی، ضروری است مدیران ارشد در نظام سلامت و بیمارستان‌ها در جهت ارتقای عدالت سازمانی به خصوص عدالت توزیعی (توزیع عادلانه منابع و امکانات در سازمان) برنامه‌ریزی و هدف‌گذاری نموده و اجرای سریع اقدامات لازم را در دستور کار خود قرار دهند؛ بنظر می‌رسد که ایجاد خط‌مشی‌هایی جهت رفع موانع ارتباطی بین کارکنان و بیماران نیز می‌تواند راهگشا باشد که با دستیابی به این مهم می‌توان شاهد ارتقای پاسخگویی نیز بود.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان عدم دسترسی به تمامی بخش‌ها را ذکر کرد که این خود به دلیل عدم توانایی برخی بیماران (بخش مراقبت‌های ویژه) در

dimensions and organizational commitment in the staffs of Isfahan city municipality. *Journal of Psychological Studies* 2009; 5(4): 129. [In Persian].

16. Hedayati SP, Faraji UA, Mohabati F, Hamed S, Emadi V, Sharifi T. Relationship between organizational justice and employee's productivity in hospitals of Zabol city; 2010. *Med Ethics*. 2016;5(17):105-118.

17. Ahmadzadeh Mashinchi S, Yaghoubi E, Ahmadi E, Hadi A, Hamid E. An analysis of correlation between organizational justice and job satisfaction. *Afr J Bus Manag*. 2012;6(3):995-1002.

18. Manzari Tavakoli A, Rajabi M. The Relationship between Organizational Justice Perception and Job Satisfaction: a study on employees of Kerman University of Medical Sciences. *J Health Dev*. 2013;2(1):22-0.

19. Yaghoubi M, Saghaian Nejad S, Abolghasem Gorji H, Norozi M, Rezaie F. Organizational Justice, Job Satisfaction and Organizational Commitment in the Hospital Staffs Medical University of Isfahan (MUI). *J Health Adm*. 2009;12(35):25-32.

20. Shayan JSA, Moslem S, Javad I. Relationship Between Organizational Justice and Organizational Commitment with Job Satisfaction Among Exceptional Schools Teachers of Bandar Abbas. 2009 Jan 1;2(5):7-33.

21. Moshrefjavadi MH, Dalvi MR, Abdolbaghi AM. Organizational justice under the protection of Alavi justice. *Journal of Management Tomorrow* 2006; 4(15-16): 133-42. [In Persian].

22. Fatimah O, Amiraa AM, Halim FW. The relationships between organizational justice, organizational citizenship behavior and job satisfaction. *Pertanika J Soc Sci Hum*. 2011;19:115-121.

23. Golparvar M, Nasry M, Malekpour M. The Roles of Participation to Decision Making, Job Involvement, Job Alternatives and .... On Perceived Organizational Justice in Teachers of Special Schools in Esfahan. *JSR*. 2007 Oct 15;1(15):25-46.

24. Javaheri Kamel M. The Effects of Organizational Justice, Leadership Relationship-Member, Trust And Psychological Empowerment on Organizational Citizenship Behaviors. 2009;6(24):7-24.

25. Ashja A, Nouri A, Oreyzi HR, Samavatiyan H. The Relationship of Organizational Justice's Dimontions With Trust in Organization And Supervisor of Personnel of Isfahan's Foolad Mobarakeh Compelex. 2009;11(40):1-12.

26. Patterson M, Warr P, West M. Organizational climate and company productivity: The role of

environment. *Manag Res News*. 2006 Nov 1;29(11):701-12.

3. Haghghi MA, Ahmadi I, Ramin Mehr H. The Effect of Organizational Justice on Employee's Performance. 2010;7(20):79-101.

4. Leach E. Review of Social Behavior: Its Elementary Forms. *Am Anthropol*. 1961;63(6):1339-41.

5. Leventhal GS. What Should Be Done with Equity Theory? In: *Social Exchange*. 1980. p. 27-55.

6. Bies RJ, Moag JS. Interactional justice: communication criteria of fairness. *Research on Negotiation in Organization*. 1986; 1: 43-55.

7. Fang R, Lim V. Collectivism, machiavellianism, perceived organizational justice and organizational citizenship behavior: An empirical study of chinese employees. In: *The second international conference on electronic business*. 2002.

8. Blakely GL, Andrews MC, Moorman RH. The moderating effects of equity sensitivity on the relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors. *J Bus Psychol*. 2005;20(2):259-273.

9. Gharaee H, Bahrami MA, Rejalian F, Atashbahar O, Homayoun A and et al. The Relationship of Organizational Perceived Justice and Social Responsibility in Yazd Hospitals, Iran. *J Manag Med Inform Sch*. 2013 Nov 15;1(1):26-37.

10. Devasagayam HC. Organizational citizenship behavior of distributed teams: a study on the mediating effects of organizational justice in software organizations. *Int J Sci Eng Res*. 2013;4(1):1-54.

11. Nadiri H, Tanova C. An investigation of the role of justice in turnover intentions, job satisfaction, and organizational citizenship behavior in hospitality industry. *Int J Hosp Manag*. 2010;29(1):33-41.

12. Dabbagh P, Esfahani AN, Shahin A. Studying Relationship between Perceived Organizational Justice and Organizational Salience (Case Study: Khorshid Hospital's Personals). *Interdiscip J Contemp Res Bus*. 2012;3(10):468.

13. Nazim A, Shahid J. Relationship between Organizational Justice and Organizational Commitment and Turnover Intentions amongst Medical Representatives of Pharmaceuticals Companies of Pakistan. *Journal of Managerial Sciences*. 6(2):201-12.

14. Baharifar A, Javaheri Kamel M. The study of organization's ethical values outcomes. *Police Human Development* 2010; 7(1): 95-118. [In Persian].

15. Ghafouri MR, Golparvar M. The study of relationship between organizational justice

- Mohammadzadeh M. Relationship between Organizational Justice And Organizational Commitment Among The Employees Of The Health Centers Of Yazd. 2014;5(212):35-42.
40. Olkkonen M-E, Lipponen J. Relationships between organizational justice, identification with organization and work unit, and group-related outcomes. *Organ Behav Hum Decis Process*. 2006;100(2):202-215.
41. Eslami H, Sayar A. Organizational Citizenship Behavior. *Tadbir Journal*. 2007;18(187):56-60. [In Persian].
42. Park WY, Yoon SH. The mediating role of organizational citizenship behavior between organizational justice and organizational effectiveness in nursing organizations. *J Korean Acad Nurs*. 2009;39(2):229-236.
43. A Framework for Measuring Responsiveness. World Health Organization; 2000. 82 p.
44. Ghasemyani S, Pourreza A, Forotan S. Determining the Relationship between organizational justice and organizational commitment among employees of Shariati and Vali Asr hospital (as) in the year 1390. *J Hosp*. 2014;13(3):51-8.
45. Kaneshiro P. Analyzing the organizational justice, trust, and commitment relationship in a public organization [Internet]. [SI: sn]; 2008 [cited 2016 Jun 19]. Available from: <http://ir.library.oregonstate.edu/xmlui/handle/1957/24032>
46. Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Public Health*. 2005;15(4):355-60.
47. Ugurluoglu O, Celik Y. How Responsive Turkish Health Care System Is to Its Citizens: The Views of Hospital Managers. *J Med Syst*. 2006 Dec 1;30(6):421-8.
48. Liabsuetrakul T, Petmanee P, Sanguanchua S, Oumudee N. Health system responsiveness for delivery care in Southern Thailand. *Int J Qual Health Care*. 2012 Apr 1;24(2):169-75.
49. Valentine N, Darby C, Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Soc Sci Med* 1982. 2008 May;66(9):1939-50.
- employee affect and employee level. *J Occup Organ Psychol*. 2004;77(2):193-216.
27. World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. World Health Organization; 2000. 244 p.
28. Rohini R, Mahadevappa B. Social responsibility of hospitals: an Indian context. *Soc Responsib J*. 2010;6(2):268-285.
29. Brandão C, Rego G, Duarte I, Nunes R. Social responsibility: a new paradigm of hospital governance? *Health Care Anal HCA J Health Philos Policy*. 2013 Dec;21(4):390-402.
30. Coyne JS, Hilsenrath P. The World Health Report 2000: Can Health Care Systems Be Compared Using a Single Measure of Performance? *Am J Public Health*. 2002 Jan;92(1):30-3.
31. Multi-Country Survey Study on Health and Responsiveness (MCSS). Multi-Country Survey Study on Health and Responsiveness (MCSS).
32. Askari R, Arab M, Rashidian A, Akbari-Sari A, Hosseini SM, Gharaee H. Designing Iranian Model to Assess the Level of Health System Responsiveness. *Iran Red Crescent Med J*. 2016;18(3).
33. Wibulpolprasert S, Tangcharoensathien V. Health systems performance--what's next? *Bull World Health Organ*. 2001;79(6):489.
34. Messina DJ, Scotti DJ, Ganey R, Zipp GP. The relationship between patient satisfaction and inpatient admissions across teaching and nonteaching hospitals. *J Healthc Manag Am Coll Healthc Exec*. 2009 Jun;54(3):177-189-190.
35. Lin HP, Huang WC, Chen HF, Ke YP, others. An Empirical Study of Taiwan's Hospital Foundation Investment in Corporate Social Responsibility and Financial Performance. *J Commun Comput*. 2012;9(7):787-794.
36. Arab M, Rahimi-Foroushani A, Akbari Sari A, Khammarnia M, Sadeghi A, Siavashi E. Comparison of Responsiveness Rate among Private and Social Security Hospitals in Tehran City. 14(4):29-39.
37. Javadi M, Karimi S, Raiesi A, Yaghoubi M, Shams A, Kadkhodaie M. Organizational justice and responsiveness in selected private and public hospitals of Isfahan, Iran. *J Sch Public Health Inst Public Health Res*. 2012;9(4):11-20.
38. Ghraee H, Bahrami MA, Hamidi Y, Tapak L, Askari R. The relationship of Organizational Climate and responsibility in selected public, private and charity hospitals of Hamedan and Yazd city 2014. *Journal of Healthcare management*. 2012; 3(1, 2).
39. Mohammadi M, Mirzaei M, Bahrami MA,

## The relationship between organizational justice and responsibility in hospitals of Tehran University of Medical Sciences

Erfaneh Rahmanian<sup>1</sup>, Mohammad Arab<sup>2</sup>, Seyed Mostafa Hosseini<sup>3</sup>, Mohammad Mardani<sup>4</sup>

Received: 2016/03/27

Revised: 2016/10/29

Accepted: 2017/01/23

### Abstract

**Background and aims:** Organizational justice has shown the perception of fairness and equality in the workplace by staff and responsibility is the ability of health systems in response to people's non-medical expectations. One of the important components in a health care system is hospitals and the increased responsibility of hospitals is one of the factors affecting the perception of justice. Therefore, this study examines the relationship between organizational justice and responsibility in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences.

**Methods:** This is a cross-sectional descriptive and analytic study and the samples include 342 patients and employees of selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Organizational justice questionnaires and responsibility were used for data collection. Data were analyzed descriptively and Pearson Correlation Coefficient using SPSS.

**Results:** The mean score of organizational justice of studied hospitals was  $62.06 \pm 15.17$ , and the mean score of responsibility was  $104.12 \pm 19.20$  that both of them were classified at the intermediate level. The result of Pearson Correlation Coefficient showed a direct significant relationship in all dimensions of organizational justice in compare with the dimension of responsibility ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** According to direct significant relationship between organizational justice and responsibility and their role in increasing the quality of services and understanding services provided for patients, it seems necessary to set policies in order to eliminate communication barriers between staff and patients and do actions to increase justice in organizations and consequently increase responsibility.

**Keywords:** Organizational Justice, Responsibility, Hospital.

1. MSc in Health Care Management, Department of Public Health, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran.

2. Professor, PhD in Health Care Management, Department of Health Management & Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Professor, Ph.D. in Biostatistics, Department of Epidemiology & Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. (**Corresponding author**) MSc Student in Health Care Management, Department of Management Science & Health Economics, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. mardani.mums@gmail.com