

Original Article

Depiction of Health  
2020;11(3):202-213  
<http://doh.tbzmed.ac.ir>

## Correlation of the Dimensions of Organizational Justice and Responsibility in Hospitals

Mohammad Mardani<sup>1</sup> , Erfaneh Rahmanian<sup>1</sup> , Mohammad Arab<sup>2</sup> , Seyed Mostafa Hosseini<sup>3</sup> , Ali Vafae Najar\*<sup>1</sup> 

### Article Info:

#### Article History:

Received: 01.26.2020  
Accepted: 04.07.2020  
Published: 09.22.2020

#### Keywords:

Organizational Justice  
Responsibility  
Hospitals  
Tehran

DOI: 10.34172/doh.2020.28

### Abstract

**Background and Objectives:** organizational justice is employees' perceptions of fairness and equity in their behaviors and relationships so this perception can be effective in responding to patients. Accordingly, this study aimed to decide the correlation between the dimensions of organizational justice and responsibility at affiliated hospitals of Tehran University of Medical Sciences in 2015.

**Material and Methods:** This cross-sectional and descriptive-analytical study performed on 342 patients and staff with direct relation to patients. Niehoff and Moorman's questionnaire and WHO standard questionnaire used to measure justice and responsibility. Data analyzed using descriptive and analytical statistics (t-test, ANOVA and Pearson) with SPSS software.

**Results:** The mean and standard deviation of justice and responsibility was obtained  $62.70 \pm 15.23$  and  $105.16 \pm 18.75$ . Correlation analysis showed that there was a significant relationship between justice dimensions and responsibility so that the weakest and strongest relationship was obtained between "distributive justice and Quality of Basic Amenities" and "interactional justice and dignity". In addition, there was no significant relationship between demographic variables and justice, and only type of insurance and academic degree had a significant relationship with responsibility.

**Conclusion:** The results showed that the level of responsibility could be improved by improving employees' perceptions of justice. This will lead to a better vision of the hospital in the minds of patients, which will increase the ability to attract customers. Therefore, it is recommended to managers to enhance the responsibility by organizational justice, especially equity in resource distribution.

**Citation:** Mardani M, Rahmanian E, Arab M, Hosseini SM, Vafae Najar A. Correlation of the Dimensions of Organizational Justice and Responsibility in Hospitals. Depiction of Health. 2020;11(3):202-213.

1. Department of Health Management & Economics, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (Email: vafaeaa@mums.ac.ir)
2. Department of Health Management & Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Department of Epidemiology & Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

TUOMS  
PRESS  
Tabriz University of  
Medical Sciences

© 2020 The Author(s). This work is published by Depiction of Health as an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

## همبستگی ابعاد عدالت سازمانی و حیطه‌های پاسخ‌گوئی در بیمارستان‌ها

محمد مردانی<sup>۱</sup>، عرفانه رحمانیان<sup>۱</sup>، محمد عرب<sup>۲</sup>، سید مصطفی حسینی<sup>۳</sup>، علی وفائی نجار<sup>۱\*</sup>

### چکیده

**زمینه و اهداف:** عدالت سازمانی ادراک کارکنان از میزان انصاف و برابری در رفتارها و روابط کاری است که این ادراکات می‌تواند بر پاسخ‌گوئی در برابر بیماران مؤثر باشد. براین اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی ابعاد عدالت سازمانی و پاسخ‌گوئی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر از نوع مقطعی، توصیفی-تحلیلی بود که ۳۴۲ نفر از بیماران و کارکنان دارای ارتباط مستقیم با بیمار انتخاب شدند. برای سنجش عدالت و پاسخ‌گوئی از پرسش‌نامه‌ی Niehoff and Moorman و پرسش‌نامه‌ی استاندارد WHO استفاده شد. داده‌ها به کمک آمار توصیفی و تحلیلی (ANOVA، T-test و Pearson) با نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار نمره‌ی عدالت  $15/23 \pm 62/70$  و نمره‌ی پاسخ‌گوئی  $18/75 \pm 105/16$  محاسبه شد. نتایج بررسی همبستگی نشان‌دهنده‌ی وجود ارتباط معنادار در تمامی ابعاد عدالت و پاسخ‌گوئی بود به طوری که ضعیف‌ترین و قوی‌ترین رابطه بین بعد «عدالت توزیعی با کیفیت امکانات اولیه‌ی موردنیاز» و «عدالت مراوده‌ای با شرافت و کرامت انسانی» به دست آمد. همچنین بین متغیرهای دموگرافیک کارکنان و عدالت رابطه‌ی معناداری یافت نشد و تنها نوع بیمه و مدرک تحصیلی بیماران ارتباط معناداری با پاسخ‌گوئی داشت.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که می‌توان با بهبود ادراک کارکنان از عدالت، سطح پاسخ‌گوئی را ارتقا بخشید که نهایتاً منجر به ایجاد تصویر بهتری از بیمارستان در ذهن مراجعه‌کنندگان شده و سبب افزایش توان جذب و حفظ مشتری خواهد شد؛ لذا به مدیران توصیه می‌شود با تقویت عدالت سازمانی به خصوص عدالت در توزیع منابع، پاسخ‌گوئی را افزایش دهند.

**کلیدواژه‌ها:** عدالت سازمانی، پاسخ‌گوئی، بیمارستان، تهران

نحوه استناد به این مقاله: مردانی م، رحمانیان ع، عرب م، حسینی س م، وفائی نجار ع. همبستگی ابعاد عدالت سازمانی و حیطه‌های پاسخ‌گوئی در بیمارستان‌ها. تصویر سلامت. ۲۰۲۰؛ ۱۱(۳): ۲۱۳-۲۱۹.

۱. گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (Email: vafaee@iums.ac.ir)
۲. گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

TUOMS  
PRESS  
Tabriz University of  
Medical Sciences

## مقدمه

مک ناب (McNabb) در تحقیق خود نشان داد که عدالت سازمانی بر رضایت شغلی اثری مثبت و رضایت شغلی بر تمایل به ترک شغل اثری منفی دارد (۱۱). با بررسی و تحلیل عدالت و اهمیت و ویژگی‌های آن در حیطه‌ی عملکرد سازمان‌ها می‌توان گفت که رعایت عدالت برای ادامه‌ی حیات سازمان‌ها به یک ضرورت انکارناپذیر تبدیل شده است (۱۲).

در پژوهش حاضر دومین متغیر بررسی شده، پاسخ‌گوئی است؛ این واژه اولین بار توسط براون (Brown) در کتاب معروفش با نام «مسئولیت‌های اجتماعی یک تاجر» مورد استفاده قرار گرفت و تاکنون تعاریف مختلفی از پاسخ‌گوئی ارائه شده است به طوری که الکینگتن (Elkington) پاسخ‌گوئی اجتماعی را معادل توجه به جنبه‌های اجتماعی و محیطی در تمام فرآیندهای تولید به شمار می‌آورد و کوتلر (Kotler) آن را به معنی تعهد به بهبود جامعه می‌داند (۱۳).

پاسخ‌گوئی یکی از اهداف اصلی و از مؤلفه‌های مورد نظر سیاستگذاران و مدیران نظام‌های سلامت است، به طوری که سیستم‌های بهداشتی سراسر دنیا در پی یافتن راه‌هایی برای پاسخ‌گوئی بهتر به بیماران و جامعه‌ی تحت پوشش خود هستند؛ چراکه چارچوب سازمان بهداشت جهانی برای ارزیابی عملکرد هر نظام سلامت سه محور سلامتی، پاسخ‌گوئی و عدالت مالی را به عنوان اهداف اصلی هر سیستم بهداشتی درمانی مدنظر قرار می‌دهد (۱۴، ۱۵).

مهم‌ترین تعریفی که در مورد پاسخ‌گوئی در بخش سلامت مدنظر سازمان بهداشت جهانی است عبارت است از: توانایی نظام سلامت در برآوردن توقعات مشروعی که جامعه از تعاملات خود با نظام سلامت، سوی توقعاتشان برای ارتقای سلامت یا اقتصاد بهداشت و درمان دارند که این توقعات مشروع جامعه براساس هنجارهای بین‌المللی، حقوق بشر و اخلاق حرفه‌ای تعریف شده‌اند (۱۶).

سازمان بهداشت جهانی (WHO) برای اندازه‌گیری پاسخ‌گوئی، چارچوبی را تهیه کرده است که براساس آن، مفهوم پاسخ‌گوئی در ۸ حیطه معرفی شده است که عبارت‌اند از: استقلال فردی (Autonomy) (دخالت در تصمیم‌گیری، احترام به حقوق بیمار برای انتخاب آگاهانه)، شأن انسانی (Dignity) (درمان و ارتباطات توأم با احترام)، توجه سریع (Prompt attention) (انتقال سریع و زمان انتظار کم)، حق انتخاب (Choice of health care provider) (حق انتخاب ارائه‌دهنده)، وضوح ارتباط (Communication) (شفاف بودن ارتباطات)، رازداری (Confidentiality) (رازداری و حفاظت از اطلاعات شخصی)، کیفیت محیط ارائه‌ی خدمات (Quality of basic amenities) (برخوردار از راحتی و ایمنی مبتنی بر کیفیت)، دسترسی به

سازمان‌ها به عنوان یکی از بارزترین مشخصه‌های جوامع امروزی به سرعت در حال تغییرند و نقش نیروی انسانی در این تحولات غیر قابل انکار است. در این صورت اگر منابع انسانی را یکی از مهم‌ترین ارکان سازمان بدانیم واضح است که بررسی متغیرهای مرتبط با آن از لحاظ پژوهشی اهمیتی دوچندان دارد؛ چرا که نیروی انسانی هم حیات‌بخش سازمان است و هم وجه تمایز و مزیت رقابتی آن (۱).

عدالت، مبنای پایداری هر سیستم اجتماعی است و موجبات تعادل در این سیستم‌ها را فراهم آورده است و رعایت عدالت با فراهم آوردن قابلیت پیش‌بینی رفتار سازمانی، آن را تا حدودی قابل کنترل می‌نماید؛ بنابراین با توجه به تأثیر بسزای رفتار کارکنان بر رضایت و برداشت مثبت مشتریان و جامعه از سازمان، اعمال توجه خاص به این موضوع ضروری می‌نماید (۲).

در ادبیات سازمان و مدیریت، واژه‌ی عدالت سازمانی ابتدا توسط گرینبرگ (Greenberg) (۱۹۸۷) به کار گرفته شد که در آن عدالت سازمانی با ادراک کارکنان از انصاف کاری در سازمان مرتبط است (۳). عدالت در سازمان‌ها به قوانین و هنجارهای اجتماعی در مدیریت سازمان اطلاق می‌شود که شامل چگونگی تخصیص ستانده‌ها، رویه‌های تصمیم‌گیری و چگونگی رفتارهای بین فردی در سازمان است (۴) که این موارد به مفهوم عدالت سازمانی که رفتار منصفانه‌ی سازمان با کارکنان است، اشاره دارد؛ رفتار منصفانه چیزی است که کارکنان در قبال زمان و توانایی‌های خود که در سازمان سرمایه‌گذاری می‌کنند، انتظار دریافت آن را دارند (۵).

عدالت سازمانی دارای سه بعد «عدالت توزیعی، رویه‌ای و مرادده‌ای» است. عدالت توزیعی به ادراک کارکنان از میزان منصفانه بودن نتایج، تخصیص‌ها و پرداخت‌های سازمان به آن‌ها اطلاق می‌شود. عدالت رویه‌ای نشان‌دهنده‌ی حد منصفانه بودن وسایل، رویه‌های تصمیم‌گیری در مورد نتایج و سیاست‌ها یا فرآیندهای رسمی تخصیص آن‌هاست و عدالت مرادده‌ای، به منصفانه بودن رفتار تصمیم‌گیرندگان سازمان با کارکنان، میزان احترام و توجه سرپرستان به زیردستان و روابط بین فردی اشاره دارد (۶-۸).

در واقع، افراد سازمان عادلانه بودن رویه‌ها و مراددهات سازمانی را با بررسی و مقایسه‌ی حجم کار، زمان‌بندی کار، سطوح دستمزد، مزایای کار و تسهیلات رفاهی تعیین و ادراک می‌کنند (۹).

در پژوهش مرتضوی و کارگذار که بر روی پرستاران بیمارستان امام رضا (ع) مشهد انجام شد، ادراک عدالت مرادده‌ای کارکنان با میانگین ۳/۶۹ در حد نسبتاً مطلوب و ادراک عدالت توزیعی با میانگین ۲/۷۹ در حد پایین‌تری قرار داشت (۱۰).

جهانی، بین ۵۰ تا ۸۰ درصد منابع بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه به بیمارستان اختصاص می‌یابد (۲۸،۲۷).

با توجه به اهمیت عدالت سازمانی و پاسخ‌گویی به‌خصوص در بیمارستان‌ها، این مطالعه با هدف تعیین همبستگی بین ابعاد عدالت سازمانی و حیطه‌های پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

## مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، پژوهشی توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۴ در ۵ بیمارستان (بیمارستان‌های امام، ولی‌عصر، فارابی، رازی و بهرامی) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران (شامل ۲ بیمارستان عمومی و ۳ بیمارستان تخصصی) انجام شد. جامعه‌ی پژوهش شامل بیماران و کارکنانی بودند که ارتباط مستقیم با بیماران داشتند (پرستار، بهیار و خدمات). نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای (بیمارستان به صورت خوشه در نظر گرفته شد) بوده که برای اعمال دقت بیشتر ضریب تصحیح نمونه‌گیری خوشه‌ای ۲ برای مطالعه در نظر گرفته شد و در درون هر خوشه (بیمارستان) نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده از بین بیماران و کارکنان هر بخش انتخاب شدند. تعداد نمونه برای هر ۲ گروه بیماران و کارکنان با در نظر گرفتن ضریب همبستگی ۰/۲ براساس مطالعات پیشین (۲۴)، توان آزمون ۰/۹ و خطای برآورد ۰/۰۵، ۳۴۲ نفر (۱۷۱ کارمند و ۱۷۱ بیمار) محاسبه گردید.

$$n - 3 = \left[ \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}}{\omega - \omega_0} \right]^2 \left( \frac{1.96 + 1.28}{0.176 - 0} \right)^2 + 3 = 342$$

داده‌ها توسط دو پرسش‌نامه‌ی عدالت سازمانی نیهوف و مورمن (Niehoff and Moorman) (۱۹۹۳) (۲۹) که توسط کارکنان بیمارستان تکمیل گردید و پرسش‌نامه‌ی پاسخ‌گویی سازمان جهانی بهداشت (۳۰) که توسط بیماران تکمیل گردید، جمع‌آوری شد به طوری که نرخ پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها در حدود ۸۶ درصد بود که از این میان کمتر از ۵ درصد پرسش‌نامه‌ها به دلیل نقص در پر کردن اطلاعات ضروری کنار گذاشته شدند. پرسش‌نامه‌ی عدالت سازمانی دارای ۲۰ سؤال در ۳ حیطه‌ی عدالت توزیعی (۵ سؤال)، عدالت رویه‌ای (۶ سؤال) و عدالت مرادده‌ای (۹ سؤال) و ۶ سؤال مشخصات دموگرافیک می‌باشد و روایی آن با استفاده از نظرات اساتید و صاحب‌نظران مورد بررسی قرار گرفت و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه‌ی سید جوادین و همکاران (۳۱) مورد بررسی قرار گرفته و ضریب Cronbach's alpha ۰/۷۳ برای آن محاسبه شده است. پرسش‌نامه‌ی پاسخ‌گویی نیز دارای ۳۲ سؤال در ۸ حیطه‌ی شرافت و کرامت

حمایت خانواده و شبکه‌ی اجتماعی (Access to social support) (دسترسی به خانواده و برخورداری از حمایت اجتماعی و حق ملاقات) (۱۸،۱۷).

پاسخ‌گویی بر پاسخ به انتظارات منطقی افراد در مورد جنبه‌های غیرپزشکی نظام سلامت اشاره دارد، انتظارات منطقی همان اصول شناخته‌شده و مورد قبول یا قوانین و استانداردها هستند (۱۹). مطالعه‌ی در تایوان به این نتیجه رسیده است که سرمایه‌گذاری در جنبه‌های داخلی پاسخ‌گویی اجتماعی منجر به بهبود بهره‌وری و سرمایه‌گذاری در جنبه‌های خارجی آن منجر به بهبود عملکرد مالی بیمارستان‌ها می‌شود (۲۰).

در پژوهش اصغری تحت عنوان «پاسخ‌گویی نظام ارائه‌ی خدمات سلامت به کودکان دچار اختلال تکامل و عوامل موثر بر آن» نشان داده شد که ۱۰ درصد والدین پاسخ‌گویی را برای خدمات سرپایی و ۱۵ درصد برای خدمات بستری گزارش داده‌اند (۲۱).

در پژوهشی که در هند تحت عنوان «تأثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی بر پاسخ‌گویی نظام سلامت» انجام گرفت، پاسخ‌گویی افراد فقیر نسبت به ثروتمندان، در مورد شأن و مقام ۱۰ درصد در مقابل ۱۸ درصد بود (۲۲). مطالعه‌ی نیز در تایلند تحت عنوان «پاسخ‌گویی سیستم سلامت برای ارائه‌ی مراقبت» نشان داد اجزای پاسخ‌گویی نظام سلامت که بر تصمیم زنان به زایمان در بیمارستان تأثیر دارد، به ترتیب اهمیت عبارت‌اند از: توجه فوری، عزت، ارتباط روشن، استقلال، امکانات اولیه، محرمانه بودن، انتخاب ارائه‌دهنده و حمایت اجتماعی (۲۳).

با توجه به موارد فوق و اهمیت عدالت سازمانی و پاسخ‌گویی و نیز با در نظر گرفتن ارتباط میان این دو که در پژوهش‌های مستقیم انجام‌شده در مورد این مفاهیم به اثبات رسیده است (۲۵،۲۴،۱۴) می‌توان گفت در هر سازمان بایستی در مورد عدالت سازمانی محتاط بود؛ چرا که عدم توجه به عدالت در سازمان نتیجه‌ی خود را در برخورد افراد با مشتریان نشان خواهد داد و مفهوم پاسخ‌گویی را تحت‌الشعاع قرار داده و چهره‌ی مخدوش از سازمان برای مشتریان ترسیم می‌نماید. امروزه دستیابی به اهداف سازمان‌ها تا حد زیادی در گرو عملکرد مناسب و صحیح کارکنان است. این امر در سازمان‌های خدماتی همچون بیمارستان‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار است و کارآمدی این سازمان‌ها پیوند نزدیک خود را با مقوله‌هایی مثل عدالت سازمانی حفظ کرده است (۲۶).

در بخش سلامت، بیمارستان به عنوان یکی از نهادهای مهم ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی کشور به شمار می‌رود که در بازگشت سلامت جسمانی و روانی افراد بیمار و نهایتاً ارتقای سطح سلامت جامعه نقش اساسی ایفا می‌کند، از سوی دیگر براساس مطالعه‌ی وسیع بانک

همبستگی (Pearson) جهت ارتباط‌سنجی میان متغیرهای دموگرافیک و هریک از ابعاد عدالت سازمانی و پاسخ‌گوئی و همچنین میان ابعاد این دو پرسش‌نامه، استفاده گردید. قابل ذکر است که افراد شرکت‌کننده با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت کردند و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات فردی‌شان محرمانه خواهد بود؛ همچنین در مواردی که بیماران قادر به تکمیل پرسش‌نامه نبودند، محقق با کمک همراهان اقدام به جمع‌آوری داده‌ها نمود.

### یافته‌ها

در مطالعه‌ی حاضر ۱۷۱ نفر از کارکنان و ۱۷۱ نفر از بیماران بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد مطالعه قرار گرفتند که در آن بیشترین تعداد کارکنان شرکت‌کننده در پژوهش از نظر جنس، وضعیت تأهل، وضعیت استخدامی و مدرک تحصیلی مربوط به زنان (۷۱/۹ درصد)، متأهل (۶۳/۲ درصد) با وضعیت استخدامی رسمی (۴۲/۷ درصد) و با مدرک تحصیلی لیسانس (۵۶/۱ درصد) بود. همچنین از بیماران مشارکت‌کننده در پژوهش، ۶۶/۷ درصد زن، ۵۰/۳ درصد دارای بیمه تأمین اجتماعی، ۷۷/۸ درصد متأهل و ۳۰/۴ درصد دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند.

همان‌طور که یافته‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد نمره‌ی عدالت سازمانی بیمارستان‌های مورد مطالعه از دیدگاه کارکنان  $15/23 \pm 62/70$  و نمره‌ی پاسخ‌گوئی از دیدگاه بیماران بستری  $18/75 \pm 105/16$  بوده است که در سطح متوسط قرار دارد (جدول شماره ۱). در مجموع میانگین نمره‌ی «عدالت مراوده‌ای» و بعد «کیفیت امکانات اولیه‌ی موردنیاز» پاسخ‌گوئی در وضعیت بهتری قرار داشته است.

انسانی (۵ سؤال)، استقلال و خودمختاری (۳ سؤال)، محرمانگی و اعتماد (۳ سؤال)، ارتباط با بیمار (۳ سؤال)، اقدام سریع (۵ سؤال)، دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در زمان مراقبت (۳ سؤال)، کیفیت امکانات اولیه‌ی مورد نیاز (۷ سؤال) و آزادی امکان انتخاب درمانگر (۳ سؤال) و ۴ سؤال مشخصات دموگرافیک می‌باشد. پایایی این پرسش‌نامه نیز در مطالعه‌ی جوادی و همکاران (۱۴) به اثبات رسیده است که در آن ضریب Cronbach's alpha معادل ۰/۸۹ به دست آمده است.

در خصوص نحوه‌ی نمره‌گذاری سؤالات هر دو پرسش‌نامه‌ی عدالت سازمانی و پاسخ‌گوئی از طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای به ترتیب (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) و (بسیار مناسب، مناسب، تاحدی مناسب، نامناسب و کاملاً نامناسب) استفاده شد که برای بهترین گزینه امتیاز ۵ و برای بدترین گزینه امتیاز ۱ لحاظ شد.

برای تحلیل پرسش‌نامه‌ها، نتایج حاصل از جمع نمرات هر یک از پرسش‌نامه‌ها در یک طیف از ضعیف تا خوب (مطلوب) قرار گرفت که با توجه به اینکه پرسش‌نامه‌ی عدالت سازمانی دارای ۲۰ سؤال ۵ گزینه‌ای بود، نمره‌ی کمتر از ۴۹/۹ (چارک اول و دوم) در رسته‌ی ضعیف، نمره‌ی ۵۰-۷۴/۹ (چارک سوم) در رسته‌ی متوسط و نمره‌ی ۷۵-۱۰۰ (چارک چهارم) در رسته‌ی خوب (مطلوب) قرار گرفت و به همین ترتیب در پرسش‌نامه‌ی پاسخ‌گوئی با ۳۲ سؤال ۵ گزینه‌ای، نمره‌ی کمتر از ۷۹/۹ (چارک اول و دوم) در رسته‌ی ضعیف، نمره‌ی ۸۰-۱۱۹/۹ (چارک سوم) در رسته‌ی متوسط و ۱۲۰-۱۶۰ (چارک چهارم) در رسته‌ی خوب (مطلوب) در نظر گرفته شد. داده‌های گردآوری‌شده در نرم‌افزار آماری SPSS ثبت، طبقه‌بندی و تلخیص شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (جداول فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و ضریب

جدول ۱. وضعیت ابعاد عدالت سازمانی و پاسخ‌گوئی در بیمارستان‌های مورد مطالعه

متغیرها	انحراف معیار $\pm$ میانگین
عدالت سازمانی	$62/70 \pm 15/23$
عدالت توزیعی	$11/98 \pm 3/95$
عدالت رویه‌ای	$19/85 \pm 5/40$
عدالت مراوده‌ای	$31/01 \pm 8/12$
پاسخ‌گوئی	$105/16 \pm 18/75$
شرافت و کرامت انسانی	$17/87 \pm 3/55$
استقلال و خودمختاری	$11/40 \pm 2/28$
محرمانگی و اعتماد	$11/74 \pm 2/37$
ارتباط با بیمار	$9/39 \pm 2/55$
اقدام سریع	$14/59 \pm 3/75$
دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در زمان مراقبت	$10/03 \pm 2/25$

۲۲/۹۸ ± ۶/۰۳

۷/۱۵ ± ۲/۱۹

کیفیت امکانات اولیه‌ی مور نیاز

آزادی امکان انتخاب درمانگر

خودمختاری، دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در زمان مراقبت، ارتباط با بیمار و آزادی امکان انتخاب درمانگر دارای بیشترین نمره بودند. همبستگی بین متغیرهای دموگرافیک کارکنان و بیماران با عدالت سازمانی و پاسخ‌گوئی در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

با توجه به جدول فوق مشاهده می‌شود که عدالت سازمانی و پاسخ‌گوئی در حد متوسط قرار داشته و در عدالت سازمانی به ترتیب عدالت مراوده‌ای، رویه‌ای و توزیعی بیشترین نمره را کسب نموده‌اند و در پاسخ‌گوئی نیز به ترتیب حیطه‌های کیفیت امکانات اولیه‌ی موردنیاز، شرافت و کرامت انسانی، اقدام سریع، محرمانگی و اعتماد، استقلال و

جدول ۲. همبستگی پیرسون بین متغیرهای دموگرافیک کارکنان و بیماران با عدالت سازمانی و پاسخ‌گوئی

عدالت سازمانی		
متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	Sig.
جنس	۰/۰۳۱	۰/۷۱۱
سن	-۰/۰۸۷	۰/۳۲۲
وضعیت تأهل	۰/۰۲۴	۰/۷۳۳
وضعیت استخدامی	-۰/۰۸۱	۰/۳۲۸
مدرک تحصیلی	-۰/۰۱۲	۰/۸۸۰
سابقه‌ی خدمت	-۰/۰۴۸	۰/۵۹۰
پاسخ‌گوئی		
جنس	۰/۰۷۹	۰/۳۳۹
نوع بیمه	-۰/۳۰۸	* ۰/۰۰۰۱
وضعیت تأهل	۰/۱۴۰	۰/۰۸۹
مدرک تحصیلی	۰/۲۰۰	* ۰/۰۱۴

\* متغیرهای دموگرافیک که دارای ارتباط معنادار هستند.

معناداری برقرار است و باتوجه به ضریب همبستگی به دست آمده این رابطه مستقیم می‌باشد (R = ۰/۷۸۱ و p = ۰/۰۰۰۱). ضرایب همبستگی ابعاد عدالت سازمانی با حیطه‌های پاسخ‌گوئی در بیمارستان‌های مورد مطالعه نیز در جدول ۳ آمده است.

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که رابطه‌ی معناداری بین مشخصات دموگرافیک و عدالت سازمانی وجود ندارد، اما میان نوع بیمه و مدرک تحصیلی با پاسخ‌گوئی ارتباطی معنادار وجود دارد. نتایج همچنین نشان داد که میان عدالت سازمانی در کارکنان و پاسخ‌گوئی در بیماران مورد مطالعه رابطه‌ی

جدول ۳. نتایج بررسی همبستگی پیرسون بین ابعاد عدالت سازمانی و ابعاد پاسخ‌گوئی

عدالت سازمانی			پاسخ‌گوئی
عدالت مراوده‌ای	عدالت رویه‌ای	عدالت توزیعی	
P=۰/۰۰۰۱ R=۰/۷۳۶	P=۰/۰۰۰۱ R=۰/۶۶۵	P=۰/۰۰۰۱ R=۰/۳۳۷	شرافت و کرامت انسانی
P=۰/۰۰۰۱ R=۰/۶۰۸	P=۰/۰۰۰۱ R=۰/۴۵۱	P=۰/۰۰۰۶ R=۰/۲۲۵	استقلال و خودمختاری
P=۰/۰۰۰۱ R=۰/۶۱۶	P=۰/۰۰۰۱ R=۰/۵۷۹	P=۰/۰۰۰۵ R=۰/۲۲۹	محرمانگی و اعتماد
P=۰/۰۰۰۱	P=۰/۰۰۰۱	P=۰/۰۰۰۱	ارتباط با بیمار

R=۰/۶۵۷	R=۰/۶۳۲	R=۰/۳۴۱	
P=۰/۰۰۰۱	P=۰/۰۰۰۱	P=۰/۰۰۰۱	اقدام سریع
R=۰/۴۲۷	R=۰/۴۸۹	R=۰/۳۰۱	
P=۰/۰۰۰۱	P=۰/۰۰۰۱	P=۰/۰۰۰۴	دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در زمان مراقبت
R=۰/۵۰۷	R=۰/۴۸۶	R=۰/۲۳۶	
P=۰/۰۰۰۱	P=۰/۰۰۰۱	P=۰/۰۰۳۴	کیفیت امکانات اولیه مورد نیاز
R=۰/۶۳۷	R=۰/۵۸۰	R=۰/۱۷۴	
P=۰/۰۰۰۱	P=۰/۰۰۰۱	P=۰/۰۰۰۱	آزادی امکان انتخاب درمانگر
R=۰/۳۶۷	R=۰/۴۱۶	R=۰/۳۷۰	

و ارتقای احساس عدالت درک‌شده در کارکنان تلاش کنند تا از این طریق موجب ارتقای پاسخ‌گوئی به بیماران و در نتیجه ارتقای سطح کیفیت خدمات شوند؛ چرا که عدالت مانند سایر نیازهای انسانی به عنوان یک نیاز فطری مطرح است.

به علاوه نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میزان عدالت سازمانی در بین کارکنان بیمارستان‌های منتخب در حد متوسط می‌باشد و این بیمارستان‌ها بیشترین امتیاز را در بعد عدالت مرادده‌ای و کمترین امتیاز را در بعد عدالت توزیعی به دست آوردند. در واقع کارکنان بیمارستان‌های مورد مطالعه معتقد بودند نتایجی که از پاداش‌های ناشی از کار وجود دارد، به صورت عادلانه در بیمارستانشان وجود ندارد، در واقع کارکنان این بیمارستان احساس عدالت بیشتری از رفتار مدیریت نسبت به چگونگی توزیع پاداش در محل کار خود داشته‌اند.

در مطالعه‌ای که توسط یعقوبی و همکاران انجام شده، میانگین نمره عدالت سازمانی از دیدگاه کارکنان ۳/۴۵ (از ۴ نمره) اعلام گردیده است (۳۴). در این مطالعه نیز مانند پژوهش پیشین این محققین، بیمارستان‌های مورد پژوهش بالاترین امتیاز را در بعد عدالت مرادده‌ای و کمترین امتیاز را در بعد عدالت توزیعی کسب کرده‌اند.

همچنین در مطالعه‌ی نادیری و تانوا (Nadiri & Tanova) میانگین نمره عدالت سازمانی متوسط رو به بالا است که با پژوهش حاضر همخوانی دارد (۳۵). منظری توکلی و رجبی، در مطالعه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی کرمان به این نتیجه رسیدند که عدالت سازمانی در این دانشگاه در حد متوسط (امتیاز ۲/۷۹ از ۵) است (۳۶). در بررسی هدایتی و همکاران در بیمارستان‌های شهر زابل نیز میانگین امتیاز عدالت ادراک‌شده‌ی سازمانی ۷۲/۱۱ بوده است و بیمارستان‌های مورد پژوهش در این مطالعه، بیشترین امتیاز را در بعد عدالت رویه‌ای و کمترین امتیاز را در بعد عدالت مرادده‌ای به دست آوردند (۲۷) که ممکن است ناشی از تفاوت در جامعه‌ی مورد مطالعه باشد.

از نتایج دیگر این پژوهش این بود که پاسخ‌گوئی به بیماران در سطح متوسطی قرار دارد. همچنین در میان ابعاد

نتایج بررسی همبستگی نشان داد که  $p$ -value در تمام ابعاد کمتر از ۰/۰۵ است، لذا رابطه‌ی معناداری بین تمام ابعاد عدالت سازمانی و ابعاد پاسخ‌گوئی وجود دارد که این رابطه در تمامی موارد ناقص (کمتر از ۱) و مستقیم است. همچنین قابل ذکر است که حیطه‌ی «عدالت توزیعی» و بعد «کیفیت امکانات اولیه‌ی موردنیاز» در مفهوم پاسخ‌گوئی دارای ضریب همبستگی ۰/۱۷۴ بوده که ضعیف‌ترین رابطه‌ی مستقیم و ناقص به دست آمده می‌باشد و ضریب همبستگی «عدالت مرادده‌ای» و «شرافت و کرامت انسانی» برابر با ۰/۷۳۶ بوده که قوی‌ترین رابطه‌ی ناقص مستقیم در جدول فوق می‌باشد.

## بحث

نتایج این پژوهش حاکی از این است که عدالت سازمانی کلی و مؤلفه‌های آن (عدالت توزیعی، رویه‌ای و مرادده‌ای) با حیطه‌های مختلف پاسخ‌گوئی همبستگی مثبت معناداری دارند که نتایج حاصل با نتایج پژوهش‌های پیشین هماهنگ است. این یافته‌ها به ویژه با مطالعه‌ی جوادی و همکاران (۱۴) و قرائی و همکاران (۲۴) هماهنگ و همسو می‌باشد.

مطالعه‌ی عامریون که به بررسی ارتباط ابعاد عدالت سازمانی با ابعاد پاسخ‌گوئی در بیمارستان‌های منتخب نیروهای مسلح پرداخته است، از این باور حمایت می‌کند. در مطالعه‌ی مذکور محققان به این نتیجه رسیدند که کارکنانی که احساس بی‌عدالتی می‌کنند، سطوح پایین‌تری از پاسخ‌گوئی را از خود نشان می‌دهند و برعکس پاسخ‌گوئی بالای کارکنان، سازمان عدالت‌محور را به سمت مقاصد و اهداف تعیین‌شده هدایت می‌کند (۳۲) که این همسو با یافته‌های این مطالعه می‌باشد.

کولکوایت (Colquitt) و همکاران در سال ۲۰۰۱ با انجام یک متاآنالیز در مورد عدالت سازمانی اظهار داشتند که بین عدالت توزیعی، رویه‌ای و مرادده‌ای با برآیندهای سازمانی مانند رضایت شغلی، رفتار مدنی سازمانی و عملکرد شغلی ارتباط منحصر به فردی وجود دارد (۳۳).

در اغلب پژوهش‌های انجام‌شده به نقش مهم عدالت سازمانی توجه شده و لازم است مدیران سازمان‌ها با اقدامات و تمهیدات مناسب برای بالا بردن عدالت سازمانی در سازمان

این نیز با نتایج تحقیق حاضر همسوست؛ اما در ادراک عدالت سازمانی با وضعیت استخدامی تفاوت معناداری مشاهده کردند که مغایر با نتایج تحقیق حاضر است؛ این تضاد ممکن است به دلیل تعداد محدود نمونه (۵۰ نفر) و یا دوحالتی بودن نوع استخدامی در مطالعه‌ی خطیبی باشد؛ چراکه این حالت سبب خواهد شد نوع استخدامی با تعداد نیروی بیشتر، اثرگذاری بیشتری بر متغیر وضعیت استخدامی داشته باشد.

یان (Youn) (۲۰۰۷) در مطالعه‌ی خود نشان داد که در ادراک عدالت سازمانی با سطوح تحصیلی تفاوت معناداری وجود ندارد که با نتیجه‌ی تحقیق حاضر همسوست، ولی در ادراک عدالت سازمانی در میان مردان و زنان و سابقه‌ی خدمت تفاوت معناداری مشاهده شد (۴۲). همچنین نادیری و تانوا (Nadiri & Tanova) (۲۰۱۰) نیز گزارش کردند که در ادراک عدالت سازمانی با سابقه‌ی خدمت ارتباط مثبت و معناداری وجود داشته و با مدرک تحصیلی ارتباطی منفی برقرار می‌باشد که در تضاد با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر است (۳۵). این مغایرت‌ها با پژوهش حاضر می‌تواند ناشی از تفاوت مفروضات در بخش صنعت و سلامت باشد.

یازیکی اوغلو و توپاللو (Yazicioglu & Topaloglu) (۲۰۰۹) در تحقیقی دریافتند که در ادراک عدالت سازمانی در میان مردان و زنان تفاوت معناداری وجود ندارد که با پژوهش حاضر مطابقت دارد، اما در ادراک عدالت سازمانی با سطوح تحصیلی و سابقه‌ی خدمت تفاوت معناداری وجود دارد که مغایر با نتیجه‌ی تحقیق حاضر است که این عدم تقارن ممکن است به دلیل تفاوت ذاتی میان بخش سلامت و گردشگری باشد (۴۳).

یافته‌های حاضر نشان داد که میانگین امتیاز کل پاسخ‌گوئی بیمارستان‌ها از دیدگاه مردان و زنان تفاوت چندانی با هم ندارد و هر دو گروه وضعیت پاسخ‌گوئی را در سطح «متوسط» ارزیابی کرده‌اند. قابل ذکر اینکه این ارتباط از نظر آماری معنادار نبود. در مطالعه‌ی انجام‌شده توسط لیابسوآتروکول (Liabsuetrakul) و همکاران (۲۰۱۲)، نتایج حاکی از آن است که بین رضایت زنان از خدمات مراقبت زایمان با ابعاد پاسخ‌گوئی ارتباط معناداری وجود دارد و این ارتباط معنادار آماری در تمامی حیطه‌های پاسخ‌گوئی مصداق داشت که این نتایج با یافته‌های حاضر در تضاد بوده و ممکن است این عدم تقارن به دلیل تک جنسیتی بودن مطالعه‌ی مذکور باشد (۲۳).

میانگین امتیاز کل پاسخ‌گوئی بیمارستان‌ها طبق نظر افرادی که متأهل بوده‌اند، بیشتر (بهتر) از مجردین بود، اما ارتباط معناداری بین وضعیت تأهل گیرندگان خدمات و سطح پاسخ‌گوئی بیمارستان‌ها یافت نشد. در این راستا نتایج مطالعه‌ی قریایی و همکاران (۱۳۹۲) نیز نشان داد که با توجه به اطلاعات دموگرافیک جمع‌آوری شده از افراد شرکت‌کننده

پاسخ‌گوئی «آزادی امکان انتخاب درمانگر» دارای کمترین نمره می‌باشد و «امکانات اولیه‌ی مورد نیاز» دارای بالاترین نمره می‌باشد. در این راستا، در مطالعه‌ی سنجش پاسخ‌گوئی بیمارستان‌های ترکیه از دیدگاه مدیران ارشد و پرستاران اعلام شد که پس از «محرمانگی اطلاعات» و «دسترسی به شبکه‌های اجتماعی» در مرحله‌ی سوم، بالاترین نمره مربوط به «امکانات فیزیکی بیمارستان‌ها» و حاکی از وضعیت مناسب این امکانات در بیمارستان‌های ترکیه است (۳۷).

در دیگر مطالعه‌ی انجام‌شده توسط لو (Lou) و همکاران (۲۰۱۲)، نتایج نشان می‌دهد که شاخص کلی سطح پاسخ‌گوئی در این پژوهش (که متناسب با مدل سازمان جهانی بهداشت بوده است) برای سال‌های ۲۰۰۷، ۲۰۰۸، ۲۰۰۹ به ترتیب ۷/۴۵، ۷/۴۶ و ۷/۴۶ (از ۱۰) می‌باشد و بهترین عملکرد از ابعاد پاسخ‌گوئی مربوط به ابعاد «شان انسانی»، «ارتباطات» و «دسترسی به حمایت‌های اجتماعی» می‌باشد. همچنین بدترین عملکرد از ابعاد پاسخ‌گوئی مربوط به ابعاد «خودمختاری»، «محرمانگی اطلاعات» و «کیفیت فیزیکی محیط ارائه‌ی خدمات» می‌باشد (۳۸). در مطالعه‌ی حاضر نیز بعد «شرافت و کرامت انسانی» بعد از «کیفیت امکانات اولیه‌ی موردنیاز» بالاترین نمره را به خود اختصاص داده است.

در مطالعه‌ی دیگری که توسط گوهری و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان «مطالعه‌ی ۷ بعد پاسخ‌گوئی در بیمارستان‌های آموزشی: یک مطالعه‌ی کشوری» انجام شده است، نتایج نشان داد که بیشترین میانگین امتیاز مربوط به بعد ساختاری (۳/۵۴ ± ۰/۹۷) و کمترین میانگین امتیاز مربوط به بعد اطلاع‌رسانی (۳/۴۵ ± ۰/۹۶) می‌باشد. بیشترین و کمترین میانگین امتیاز پاسخ‌گوئی را به ترتیب بیمارستان شهر رشت (۳/۹۹ ± ۰/۶۱) و بیمارستان شهر تهران (۳/۰۲ ± ۰/۶۷) به خود اختصاص داده‌اند. همبستگی بین تمام ابعاد مورد مطالعه تأیید و میانگین کلی پاسخ‌گوئی در بیمارستان‌های آموزشی کشور متوسط به بالا ارزیابی گردید (۳۹) که این نیز همسو با یافته‌های این مطالعه می‌باشد که همبستگی میان تمامی ابعاد را تأیید نموده و نمره‌ی عدالت و پاسخ‌گوئی را در حد متوسط ارزیابی نموده است.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، تفاوت معناداری بین میانگین عدالت سازمانی و مشخصات دموگرافیک کارکنان وجود ندارد که این نتیجه با یافته‌های مطالعه‌ی پورسلطانی و همکاران مطابقت دارد و با وجود اینکه میانگین نمره‌ی عدالت سازمانی کارکنان مرد بیشتر از کارکنان زن است، این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست و می‌توان گفت کارکنان زن و مرد ادراک یکسانی از عدالت سازمانی داشته‌اند (۴۰). همچنین نتایج مطالعه‌ی خطیبی و همکاران در سال ۱۳۸۹ نشان داد که در ادراک عدالت سازمانی در میان مردان و زنان و بین کارکنان مجرد و متأهل تفاوت معناداری وجود ندارد (۴۱) که



از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به آموزشی بودن بیمارستان‌های مورد مطالعه و مشکلات مربوط به هماهنگی در خصوص تکمیل پرسش‌نامه‌ها و ملاحظه‌کاری برخی از پاسخ‌گویان در تکمیل پرسش‌نامه اشاره نمود و نیز بایستی توجه داشت که در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری اطلاعات مورد نظر فقط از پرسش‌نامه استفاده گردیده است و ممکن است روش‌هایی مانند مصاحبه و مشاهده نتایج متفاوتی را رقم زند؛ همچنین ممکن است عدم پوشش تمامی بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران در این مطالعه سبب سوگیری در یافته‌ها شده باشد که این امر با انتخاب تصادفی بیمارستان‌ها تقلیل یافت.

در تکمیل این مطالعه پیشنهاد می‌شود در رابطه با اهمیت پاسخ‌گوئی به انتظارات غیرپزشکی مردم و بیماران در بیمارستان‌ها و سایر مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت فرهنگ‌سازی شده و آموزش‌های لازم به کارکنان در این زمینه داده شود و همسو با آن سطح دانش و شناخت گیرندگان خدمات و بیماران برای آگاهی هرچه بیشتر از منشور حقوق بیماران ارتقاء یابد. همچنین مطالعات وسیع‌تر به منظور بررسی ارتباط بین نوع مالکیت مراکز و سطح پاسخ‌گوئی سیستم سلامت نیز می‌تواند در اغنای علمی این حوزه مؤثر باشد.

### پیامدهای علمی پژوهش

یافته‌های مطالعه حاضر نشان‌دهنده وجود ارتباط میان عدالت سازمانی و پاسخ‌گوئی بوده است که با توجه به مطالعات پیشین در این زمینه، می‌توان گفت به طور قطع این متغیرها بر یکدیگر تأثیرگذار هستند که این می‌تواند راه را برای بررسی‌های بیشتر و تعیین عوامل مؤثر بر این ارتباط و چگونگی تغییرات احتمالی پس از بهبود یک یا چند متغیر هموار سازد.

### ملاحظات اخلاقی

کلیه مسائل اخلاقی مربوط به پژوهش‌های توصیفی مقطعی در مطالعه رعایت شده است. مطالعه با اخذ رضایت از جامعه‌ی مورد مطالعه، صورت پذیرفت و نتایج آن نیز برای استفاده به مراجع مورد نیاز اعلام شد. پروتکل مطالعه در کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران بررسی و تأیید شده است.

### تضاد منافع

در انجام مطالعه‌ی حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

در مطالعه، بین اطلاعات دموگرافیک بیماران و پاسخ‌گوئی رابطه‌ی معناداری وجود ندارد (۲۵).

میانگین امتیاز کل پاسخ‌گوئی سیستم سلامت همراه با افزایش سطح تحصیلات گیرندگان خدمات، تقریباً روند کاهشی را نشان می‌دهد به طوری که افراد با سطح تحصیلات کمتر ارزیابی بهتری از نحوه‌ی عملکرد بیمارستان در بحث پاسخ‌گوئی داشته‌اند هرچند این ارتباط از نظر آماری معنادار نبوده است ( $P=0/624$ ). در این جهت نتایج مطالعه‌ی ملهوترا (Malhotra) (۲۰۱۳) نشان داده است که افراد با درآمد پایین‌تر و همچنین افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر، وضعیت پاسخ‌گوئی به انتظارات غیرپزشکی را در بیمارستان‌های ارائه‌کننده‌ی خدمات بهتر و بالاتر ارزیابی کرده‌اند (۲۲). همچنین نتایج مطالعه‌ی لی (Lee) و همکاران (۲۰۰۳) در کشور آمریکا انجام شده است، نشان داد که میزان رضایت افراد با سطح تحصیلات بالاتر به علت شناخت بهتر و بیشتر از حقوق بیمار، پایین‌تر از افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر می‌باشد (۴۴).

### نتیجه‌گیری

به طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که وضعیت عدالت سازمانی و ابعاد زیرمجموعه‌ی آن در بیمارستان‌های مورد مطالعه قابل بهبود می‌باشد که این امر بایستی با توجه به هر یک از ابعاد و انجام اقدامات عملی برای بهبود هر حیطه انجام پذیرد. همچنین، این مطالعه وجود رابطه بین عدالت سازمانی و پاسخ‌گوئی را در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران تأیید کرد؛ پس بایستی توجه داشت که ادراک کارکنان از عدالت سازمانی نه تنها می‌تواند بر متغیرهای فردی و سازمانی بسیاری اثرگذار باشد بلکه این تأثیرات بر مشتریان سازمان نیز القا می‌شود؛ بنابراین اتخاذ سیاست‌هایی مانند اصلاح روش‌ها و مکانیسم‌های پرداخت و تخصیص نتایج به کارکنان، تجدید نظر در فرآیندهای تصمیم‌گیری و نیز بهبود ارتباطات سرپرستان با کارکنان که منجر به بهبود ادراک کارکنان از عدالت سازمانی می‌شود، سطح پاسخ‌گوئی بیمارستان را ارتقا خواهد بخشید که در نهایت منجر به ایجاد تصویر بهتری از بیمارستان در ذهن مراجعه‌کنندگان، افزایش توان جذب و حفظ مشتری و بهبود عملکرد مالی بیمارستان‌ها خواهد شد. این پژوهش نشان داد که اگر در هر بعد از عدالت سازمانی سرمایه‌گذاری، برنامه‌ریزی و اقدامات عملی جهت بهبود صورت گیرد تا چه اندازه می‌توان انتظار داشت پاسخ‌گوئی سازمان ارتقا یابد، با این فرض مدیران بایستی جهت بهبود پاسخ‌گوئی بیش از پیش به بعد عدالت مرواده‌ای و سپس عدالت رویه‌ای توجه نمایند تا بتوانند از این طریق اثری قوی‌تر در افزایش پاسخ‌گوئی سازمان ایجاد کنند.

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از تمامی عزیزانی که در این مطالعه همکاری نمودند، ابراز می‌دارند.

## تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد تحت عنوان «عدالت سازمانی و پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران» در سال ۱۳۹۴ با کد ۹۲۱۱۳۸۲۰۱۳ در دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد و

## References

1. Zamzam E, Mohammadzadeh Y, Rezaian F. The relationship between total quality management with creativity and productivity employee at head quarter of Youth and Sport Fars province. *Advances in Environmental Biology*. 2014; 8: 2562-5.
2. Dehghan N, Omranifar A, Hosseini MR, Fathi S. On the relationship between organizational justice and staff job satisfaction (a case study in a military setting). *A Research Quarterly In Military Management*. 2012; 12(46): -. (Persian)
3. Greenberg J. Organizational justice: yesterday, today, and tomorrow. *Journal of management*. 1990; 16(2): 399-432. doi:10.1177/014920639001600208.
4. Tabarsa Gh A, Esmaeili Givi MR, Esmaeili Givi HR. Effective factors on organizational citizenship behavior in a military hospital. *J Mil Med*. 2010; 12(2): 93-9. (Persian)
5. Karriker JH, Williams ML. Organizational justice and organizational citizenship behavior: a mediated multifoci model †. *J Manage*. 2009; 35: 112-35. doi:10.1177/0149206307309265.
6. Sitter VL. Communication style as a predictor of interactional justice. *International Leadership Studies Conference*; 2003; Virginia Beach, VA, USA.
7. McDowall A, Fletcher C. Employee development: an organizational justice perspective. *Personnel Review*. 2004; 33: 8-29. doi:10.1108/00483480410510606.
8. Cohen-Charash Y, Spector PE. The role of justice in organizations: a meta-analysis. *Organizational Behavior And Human Decision Processes*. 2001; 86(2): 278-321. doi:10.1006/obhd.2001.2958.
9. Fernandes C, Awamleh R. Impact of organisational justice in an expatriate work environment. *Management Research News*. 2006; 29(11): 701-12. doi: 10.1108/01409170610716016.
10. Mortazavi S, Kargozar N. Study of the Relationship between Organizational Justice, Job Satisfaction, and Affective Commitment on Customer Oriented Behavior of Nurses of Imam Reza Hospital, Mashhad, Iran. *J Adv Med Biomed Res*. 2012; 20 (80) :84-97. (Persian)
11. McNabb NS. The daily floggings will continue until morale improves: an examination of the relationships among organizational justice, job satisfaction, organizational commitment and intention to turnover [unpublished phd dissertation]. Oklahoma: The University of Oklahoma; 2009.
12. Patterson M, Warr P, West M. Organizational climate and company productivity: the role of employee affect and employee level. *Journal Of Occupational And Organizational Psychology*. 2004; 77(2): 193-216. doi:10.1348/096317904774202144.
13. Macuda M. Corporate social responsibility-a new trend in hospital accounting? *Studia Ekonomiczne*. 2016; 284: 76-86.
14. 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. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2012; 9(4): 11-20. (Persian)
15. Gakidou EE, Murray CJ, Frenk J. *Measuring preferences on health system performance assessment*. WHO; 2001.
16. Asghari F, Majdzadeh R. Responsiveness: concept and importance. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*. 2005; 5(0): 15-23.
17. Rice N, Robone S, Smith PC. *The measurement and comparison of health system responsiveness*. University of York: Centre for Health Economics; 2008.
18. Üstün TB, Chatterji S, Villanueva M, Bendib L, Çelik C, Sadana R, et al. *WHO multi-country survey study on health and responsiveness*. Geneva: WHO; 2001.
19. De Silva A, Murray C, Kawabata K, Wikler D, Valentine N, Darby CH, et al. *A framework for measuring responsiveness*. Geneva: WHO; 2000.
20. Lin H-P, Huang W-C, Chen H-F, Ke Y-P. An empirical study of Taiwan's hospital foundation investment in corporate social responsibility and financial performance. *World Academy of Science, Engineering and Technology*. 2011; 78: 345-9.

21. Asghari M. Responsiveness of health services to children with developmental disorders and factors affecting it. *Journal of Public Health Department of Health*. 2008; 5(1): 29-37. (Persian)
22. Malhotra C, Do YK. Socio-economic disparities in health system responsiveness in India. *Health Policy Plan*. 2012; 28(2): 197-205. doi: 10.1093/heapol/czs051.
23. Liabsuetrakul T, Petmanee P, Sanguanchua S, Oumudee N. Health system responsiveness for delivery care in Southern Thailand. *Int J Qual Health Care*. 2012; 24(2): 169-75. doi: 10.1093/intqhc/mzr085.
24. Gharaee H, Bahrami MA, Rejalian F, Atashbahar O, Homayoun A, Ataollahi F, et al. The relationship of organizational perceived justice and social responsibility in Yazd Hospitals, Iran. *J Manag Med Inform Sch*. 2013; 1(1): 26-37. (Persian)
25. Ghraee H, Bahrami M, 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): 35-47. (Persian)
26. Mardani Hamule M, Heydari H. Relationship between organizational justices with the civil behavior of hospital staff. *J Med Ethics Hist Med*. 2008; 2(2): 47-9. (Persian)
27. Hedayati SP, Faraji UA, Mohabati F, Hamed S, Emadi V, Sharifi T. Relationship between organizational justice and employees' productivity in hospitals of Zabol city; 2010. *Medical Ethics*. 2016; 5(17): 105-18. (Persian)
28. Wibulpolprasert S, Tangcharoensathien V. Health systems performance--what's next? *B World Health Organ*. 2001; 79(6): 489.
29. Niehoff BP, Moorman RH. Justice as a mediator of the relationship between methods of monitoring and organizational citizenship behavior. *Acad Manag j*. 1993; 36(3): 527-56. doi: 10.2307/256591.
30. 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*. 2008; 66(9): 1939-50. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.12.002.
31. Seyed Javadin SR, Faraahi MM, Taheri Attar G. How different dimensions of organizational justice affect the different dimensions of job and organizational satisfaction. *JBM*. 2009; 1(1): 55-70. (Persian)
32. Ameriun A, Jabbarzade Balkanloo M, Tofighi S, Sepandi M, Ghanjal A. Study the relationship between organizational justice and responsibility dimensions in selected hospitals of the armed forces. *Nurse and Physician within War*. 2014; 2(2): 23-9. (Persian)
33. Colquitt JA, Conlon DE, Wesson MJ, Porter C, Ng KY. Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *J APPL PSYCHOL*. 2001;86(3): 425-45. doi: 10.1037//0021-9010.86.3.425.
34. 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). *Journal of Health Administration*. 2009; 12(35): 25-32. (Persian)
35. 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 Of Hospit Manag*. 2010; 29(1): 33-41. doi:10.1016/j.ijhm.2009.05.001.
36. Manzari Tavakoli A, Rajabi M. The relationship between organizational justice perception and job satisfaction: a study on employees of Kerman university of medical sciences. *Health Develop J*. 2013; 2(1): 22-0. (Persian)
37. Ugurluoglu O, Celik Y. How responsive Turkish health care system is to its citizens: the views of hospital managers. *J Med Syst*. 2006; 30(6): 421-8. doi:10.1007/s10916-005-9006-8.
38. Luo Q, Wang Q, Lu Z, Liu J. Evaluation of responsiveness of community health services in urban China: a quantitative study in Wuhan City. *PLoS One*. 2013; 8(5): e62923. doi:10.1371/journal.pone.0062923.
39. Gohari M, Tabibi SJ, Nasiripour A, Mahboubi M. Seven dimensions of accountability in iran's teaching hospitals: a national study. *Payavard*. 2012; 6(4): 255-64. (Persian)
40. Poursoltani H, Mirzaei F, Zareiyan H. The relationship between perception of justice and job satisfaction in sport science research center of Ministry of science, research and technology's staffs. *Sport Management And Motor Sciences*. 2011; 1(1): 59-70. (Persian)
41. Khatibi A, Asadi H, Hamidi M. The relationship between job stress and organizational commitment in National Olympic and Paralympic Academy. *WJSS*. 2009; 2(4): 272-8.
42. Youn D-h. The Effects on Job Attitude of Perception of Justice in the HRM System. *Japanese*

*Journal of Administrative Science*. 2007; 20.  
doi:10.5651/jaas.20.185.

43. Yazıcıoğlu İ, Topaloğlu IG. The relationship between organizational justice and commitment: A case study in accommodation establishments. *Journal of Business Research-Turk*. 2009; 1(1): 3-16.

44. Lee SY, Alexander JA, Bazzoli GJ. Whom do they serve? Community responsiveness among hospitals affiliated with health systems and networks. *Med Care*.

2003; 41(1): 165-79.

doi:10.1097/01.Mlr.0000039838.13313.De.