

## عدالت سازمانی و پاسخگویی در بیمارستانهای دولتی و خصوصی منتخب شهر اصفهان

**مرضیه جوادی:** دانشجوی دوره دکتری، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران - نویسنده رابط: [m\\_javadi@mng.mui.ac.ir](mailto:m_javadi@mng.mui.ac.ir)

**سعید کریمی:** استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
**احمد رضا رئیسی:** استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
**مریم یعقوبی:** دانشجوی دوره دکتری، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

**اسداله شمس:** استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
**مریم کدخدایی:** مربی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مبارکه، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۰/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۵/۲۵

### چکیده

**زمینه و هدف:** پاسخگویی مقوله ای است که برای سیاستگذاران و مدیران سلامت بسیار با اهمیت است. پاسخگویی یعنی اینکه سیستم سلامت چگونه به انتظارات قانونی بیماران در جنبه های غیربالینی مراقبتها پاسخ می دهد. از سوی دیگر در سازمانها، عدالت سازمانی، عملکرد مناسب پرسنل را به رفتار عادلانه با آنها منوط می نماید عدالت سازمانی می گوید باید چه شیوه هایی با کارکنان رفتار شود تا احساس کنند که به صورت عادلانه ای با آنها رفتار شده است. در این مطالعه پاسخگویی بیمارستانها از دیدگاه بیماران و پرستاران بررسی و رابطه این متغیر با عدالت سازمانی از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان ها مورد بررسی قرار گرفته است.

**روش کار:** این مطالعه یک بررسی توصیفی تحلیلی است که با هدف بررسی پاسخگویی و عدالت سازمانی در ۸ بیمارستان اصفهان (۴ دولتی و ۴ خصوصی) انجام گردید. جامعه مطالعاتی را بیماران و پرستاران تشکیل می دادند تعداد نمونه ۳۲۰ نفر (۱۶۰ بیمار و ۱۶۰ پرستار) بود که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای از هر بیمارستان انتخاب شدند. ابزار مطالعه دو پرسشنامه بود. پرسشنامه عدالت از بیوکر و پرسشنامه پاسخگویی WHO که بر اساس شرایط بیمارستانها تعدیل شد و روایی و پایایی آن اندازه گیری شد. پرسشنامه عدالت را پرستاران و پرسشنامه پاسخگویی را بیماران و پرستاران تکمیل نمودند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل گردید.

**نتایج:** نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که در مقیاس کلی نمره عدالت سازمانی از دیدگاه پرستاران در بیمارستانهای مورد مطالعه در حد  $0.77 \pm 1/9$  (از حداکثر نمره ۴) می باشد. میانگین نمره پاسخگویی بیمارستانها از دیدگاه پرستاران  $0.54 \pm 2/32$  و از دیدگاه بیماران  $0.58 \pm 2/48$  بود. بین نظرات آنها در مورد میزان پاسخگویی تفاوت معناداری وجود نداشت. از دیدگاه پرستاران بین عدالت سازمانی و پاسخگویی به صورت مستقیم و معناداری ارتباط وجود داشت.

**نتیجه گیری:** این مطالعه نشان داد متغیرهای مورد بررسی در بیمارستانهای مورد مطالعه در سطح متوسط ارزیابی گردیده اند و تفاوت معناداری بین بیمارستانهای مختلف وجود ندارد. اما میزان پاسخگویی بیمارستانهای خصوصی بیشتر از بیمارستانهای دولتی بود. این واقعیت لزوم توجه بیشتر مسئولین را به اهمیت سرمایه های انسانی بخش سلامت و توجه به انگیزاننده ها و مکانیزم هایی برای پاسخگویی بهتر و ارائه خدمات با کیفیت تر به ویژه در بخش دولتی می طلبد.

**واژگان کلیدی:** بیمار، بیمارستان، پاسخگویی، عدالت سازمانی

## مقدمه

پاسخگویی یکی از اهداف اصلی و از مولفه های مورد نظر سیاستگذاران و مدیران نظام های سلامت است. همه سیستم های بهداشتی در سراسر دنیا در پی یافتن راههایی برای پاسخگویی بهتر به بیماران و جامعه تحت پوشش هستند چارچوب WHO برای ارزیابی عملکرد سیستم بهداشتی درمانی حول ۳ محور (۱) سلامتی (۲) پاسخگویی و (۳) عدالت مالی بعنوان اهداف اصلی هر سیستم بهداشتی درمانی است (Murray and Frenk 2000). امروزه پاسخگویی اهمیت روزافزونی یافته و در مفهوم سیستمی اینگونه تعریف می شود: پیامدها یا منافی برای مشتریان، که اگر روابط سازمانی و برون سازمانی چنان طراحی شده باشند که شناخت کافی و پاسخ مناسبی به انتظارات منطقی مشتریان بدهند، تحقق می یابد.

در حقیقت پاسخگویی بر پاسخ به انتظارات منطقی افراد در مورد جنبه های غیر پزشکی نظام سلامت اشاره دارد. انتظارات منطقی همان اصول شناخته شده و مورد قبول و یا قوانین و استانداردها هستند (De Silva 1997) پاسخگویی همچنین با خرسندی و خوشایند بیمار همراه است و رضایت و خرسندی بیمار از جنبه های غیر پزشکی خدمات معمولاً "با جواب دادن دستورات درمانی، اقدام بلادرنگ در مورد بیمار، درک بهتر و حفظ اطلاعات پزشکی بیمار ارتباط دارد" (Murphy and Larsen 1984).

می توان گفت پاسخگویی شامل دو مولفه مهم است الف- احترام به افراد: شامل عزت، محرمانه بودن و استقلال از افراد و خانواده ها برای تصمیم گیری در مورد سلامت خود

ب- مشتری مداری شامل توجه فوری، دسترسی به شبکه های حمایت اجتماعی در مراقبت، نگهداری، کیفیت امکانات رفاهی اولیه و انتخاب ارائه دهنده خدمت یا درمانگر مربوطه (Murray and Frenk 2000).

پاسخگویی را می توان از دو زاویه نگریست. یکی از دیدگاه مصرف کننده سیستم مراقبت های بهداشتی، که اغلب به عنوان مشتری شناخته می شود، به عنوان ابزاری برای جذب مشتری، و دوم پاسخگویی به عنوان مفهومی اساسی در رابطه با صیانت از حقوق بیماران در زمینه مراقبت کافی و به موقع است (De Silva 1997).

پاسخگویی معیاری برای سنجش چگونگی پاسخ به نیازهای سلامت افراد یا نتایج بالینی نیست بلکه چگونگی پاسخ یک سیستم به جنبه های غیر بهداشتی، برآورده شدن یا نشدن انتظارات افراد و نحوه برخورد ارائه دهندگان خدمات با آنها مد نظر است (World Health Report 2000).

مدل پذیرفته شده پاسخگویی WHO متشکل از ۸ عنصر به عنوان جنبه های غیر پزشکی و مراقبت های بهداشتی است. عناصر مورد اشاره حاصل مرور ادبیات و اجرای مطالعات نظرسنجی از بیماران و بحث در مورد پژوهشهای مرتبط از رشته های مختلف درگیر در تحقیقات بخش سلامت استناد شده است (De Silva 1997) این عناصر یا حیطه ها شامل: Dignity: شرافت و کرامت انسانی (احترام به بیمار و حفظ حریم خصوصی بیمار در معاینه) Autonomy: استقلال و خودمختاری (مشارکت دادن بیمار در مراقبت و معالجه و انجام آزمایشات و درمانها با اجازه بیمار)

Confidentiality: محرمانه نگه داشتن و اعتماد (سخن گفتن بیمار و درمانگر در شرایطی که دیگران نشنیده و محفوظ نگه داشتن اطلاعات پزشکی بیمار)

Communication: برقراری ارتباط (درمانگر به صحبت بیمار با دقت گوش کند و اطلاعات لازم را به گونه ای قابل فهم برای او شرح دهد)

Access to social support networks during care: در طول دوره بستری خانواده و دوستان بیمار بتوانند با او مراد داشته، غذاها و سایر ملزومات مورد پسند بیمار را برای او تهیه کنند. همچنین بیمار قادر به

اصولی از عملکرد اجزای کلیدی مختلف سیاست‌ها را شفاف‌تر خواهد کرد. به عنوان مثال، عملکرد بخش بیمارستانی، که بیش از نیمی از منابع بخش سلامت را جذب می‌کند، موکداً باید ارزیابی شود (Suwit and Viroj 2001).

مفهوم دیگری که امروزه در سازمانها و به ویژه در سازمانهای ارائه خدمات سلامت مورد بحث است عدالت سازمانی است. امروزه به خوبی مشخص شده است که ادراک کارکنان از عدالت در سازمان عاملی بسیار اثرگذار و اساسی در رفتارهای کاری و سازمانی است (Lipponen et al. 2004). عدالت سازمانی مربوط به رفتار منصفانه با مردم در سازمانهاست و می‌توان آن را جزیی از عدالت اجتماعی به حساب آورد (Bies 2001).

در دهه اخیر توجه بسیاری به عدالت سازمانی به عنوان یک ساختار مهم و یک زمینه تحقیقی قابل توجه در روانشناسی سازمانی معطوف شده است و در زندگی سازمانی امروزه عدالت بطور روزافزونی برای کارکنان اهمیت پیدا می‌کند تئوری مبتنی بر عدالت سازمانی، رضایتمندی و افزایش انگیزش پرسنل را به رفتار عادلانه با آنها منوط می‌نماید. عدالت سازمانی همچنین به رفتار منصفانه و اخلاقی درون سازمان اشاره دارد این مفهوم با فرایندهای سازمانی مهم مانند تعهد، عملکرد و رضایت کارکنان ارتباط دارد (Lipponen et al. 2004).

عدالت سازمانی اجزایی دارد که در متون مختلف بطور متفاوتی به آن اشاره شده است برخی عدالت سازمانی را شامل سه جزء می‌دانند: بدست آوردن اطلاعات کافی (عدالت تعاملی)، کسب پاداش بر اساس عملکرد (عدالت توزیعی) و دریافت هشدار کافی قبل از تنبیه (عدالت رویه ای) (Yaghoobi et al. 2007).

در برخی متون دیگر عدالت در چهار جزء تعریف شده است و به ابعاد فوق عدالت سیستمی (ادراک کارکنان در خصوص عادلانه رفتارکردن همکاران، سرپرستان و رویه های کاری عادلانه در محیط کاری نیز اضافه شده است (Kaneshiro 2008).

انجام و شرکت در مراسم اجتماعی و شعائر دینی خود باشد.

Quality of basic amenities: امکانات فیزیکی مناسب چون (فضای کافی، مبلمان و وسایل استراحت، آب تمیز و هوای پاک در بخشها و فضاهای انتظار وجود داشته باشد)

Choice of health care provider: بیمار بتواند درمانگری که با او راحت است و او را دوست دارد انتخاب کند.

Prompt Attention: انجام اقدامات در حداقل زمان ممکن و کوتاه بودن زمان انتظار در آزمایشات (Letkovicova et al. 2005).

در مطالعه انجام شده توسط دیکرت و کاس، عنوان می‌شود که بیماران اظهار داشته اند احترام به افراد دارای عناصر مهم زیراست: همدلی، مراقبت، استقلال، ارائه اطلاعات، به رسمیت شناختن بیمار، شرافت و توجه به نیازهای بیمار (Dickert and Kass 2009).

با استفاده از پرسشنامه تنظیمی توسط WHO پاسخگویی سیستم های مراقبت های بهداشتی ۱۹۱ کشور عضو برآورد و مقایسه شده است. امتیازات کشورها در این مطالعه براساس برخی ویژگی ها همچون میزان آزادیهای فردی و سطح توسعه یافتگی کشورها و بر حسب نسبت زن و مرد نیز تطبیق شده است. در این گزارش (گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰) پاسخگویی سیستم مراقبت های بهداشتی کشور ایران در جایگاه صدم از ۱۹۱ کشور دنیا رتبه بندی شده است (World Health Report 2000).

WHO همه کشورهای عضو خود را مرتباً "تشویق به نظارت بر عملکرد سیستم سلامت آنها نموده است این امر به اعمال مالکیت آنها کمک کرده و استفاده از ارزیابی در سیستم ها را تضمین می‌کند.

علاوه بر این، نظام سلامت مجموعه ایی از اجزای زیر سیستم های متعدد از قبیل منابع انسانی، بیمارستان ها و برنامه های عمومی سلامت است، درک درست و ارزیابی

تصادفی طبقه ای مشخص شد و در درون هر بیمارستان نیز بیماران دارای شرایط ورود به مطالعه با استفاده از لیست بیماران هر بخش و پرستاران نیز از لیست مربوطه در کارگزینی بیمارستان، به صورت تصادفی ساده انتخاب و پرسشنامه بین آنان توزیع شد. ابزار پژوهش شامل: (۱) پرسشنامه عدالت سازمانی بیوگر (Beugre) شامل ۴ حیطه عدالت رویه ای، توزیعی، تعاملی و سیستمی بود (Beugre 1998). که ضریب پایایی آن (آلفای کرونباخ ۰/۹۱) بدست آمد. این پرسشنامه توسط پرستاران تکمیل شد.

(۲) ابزار جمع آوری داده ها برگرفته از پرسشنامه پاسخگویی WHO بود که روایی آن تایید و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. این پرسشنامه توسط کلیه افراد نمونه یعنی هم بیماران و هم پرستاران تکمیل گردید.

پرسشنامه پاسخگویی WHO در ۸ حیطه:

- شرافت و کرامت انسانی
- استقلال و خودمختاری
- محرمانگی و اعتماد
- اقدام بلادرنگ
- کیفیت امکانات فیزیکی
- دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در حین مراقبت
- آزادی امکان انتخاب درمانگر
- ارتباط با بیمار، به حساب آوردن بیمار و نظرخواهی و مشارکت بیمار در فرایند درمان تعریف شده است (WHO 2000).

تحلیل داده ها با استفاده از شاخص های آمار توصیفی چون فراوانی، میانگین و آزمونهای آمار تحلیلی همچون ضریب همبستگی پیرسون، و آنالیز واریانس استفاده گردید.

## نتایج

از تعداد کل افراد مورد مطالعه از تعداد کل ۳۲۰ نفر نمونه انتخابی مطالعه، تعداد ۱۴۰ پرستار (۴۸ درصد)

در مطالعه ما نیز عدالت در قالب ۴ بعدی مورد مطالعه قرار گرفته است. به طور یقین و براساس مطالعات عمکرد سازمانی کارکنان با ادراک آنان از عدالت سازمانی رابطه دارد در بررسی های محققین ارتباط متغیرهای مختلفی همچون تعهد شغلی، رفتار مدنی خشنودی شغلی و انگیزه کار یا ترک خدمت با عدالت سازمانی ادراک شده مورد تایید قرار گرفته است (Lipponen et al. 2004; Eslami and Sayar 2007; Park and Yoon 2009).

پاسخگویی نیز بر اساس تاکید سازمان جهانی بهداشت از مهمترین عملکردهای سازمانی است و یقیناً از متغیرهای دیگری از جمله عدالت سازمانی ادراک شده در سازمان تاثیر می گیرد. با توجه به اهمیت این مفهوم در نظام سلامت در این مطالعه در ابتدا به ارزیابی میزان پاسخگویی بیمارستان های مورد مطالعه و در مرحله بعد اینکه این پاسخگویی یا نحوه عملکرد در مورد بیمار چگونه با عدالت سازمانی ادراک شده در محیط کاری ارتباط دارد پرداخته شده است.

## روش کار

این مطالعه یک پژوهش توصیفی- تحلیلی از نوع همبستگی است ضمن ارزیابی میزان پاسخگویی بیمارستان ها به بررسی ارتباط دو مقوله عدالت سازمانی و پاسخگویی در بیمارستانهای منتخب در شهر اصفهان پرداخته است. جامعه مطالعاتی شامل بیماران و پرستاران بیمارستانهای منتخب در شهر اصفهان بود که بر اساس روش تصادفی ساده ۴ بیمارستان خصوصی و ۴ بیمارستان دولتی از بین بیمارستان های شهر اصفهان انتخاب شد. تعداد نمونه براساس فرمول، حداقل ۸۰ نفر برآورد گردید که در دو گروه بیمارستانهای دولتی و خصوصی ۱۶۰ نفر از هرگروه بیمار و پرستار محاسبه شد. معیار انتخاب پرستاران داشتن حداقل سه سال سابقه کار و معیار انتخاب بیماران سن بالای ۱۸ سال و اقامت بیشتر از ۷۲ ساعت در بیمارستان بود. تعداد نمونه هر بیمارستان به صورت

بررسی شد. اطلاعات این بخش براساس بررسی دیدگاه پرستاران جمع آوری گردیده بود.

نتایج نشان داد که در بیمارستان های مورد مطالعه عدالت سازمانی و پاسخگویی به صورت مستقیم و به طور معناداری با یگدیگر ارتباط دارند ( $p = ۰/۰۳$ ).

## بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد نمره پاسخگویی بیمارستانهای مورد مطالعه  $۰/۵۶ \pm ۲/۳۵$  (از ۴ نمره) است که در واقع نشان می دهد میانگین نظر افراد در مورد میزان پاسخگویی در سطح متوسط بوده است. در مطالعه ای در ۸ کشور اروپایی (سوئیس، انگلیس، آلمان، ایتالیا، سوئد، اسپانیا، اسلوانی، هلند) از طریق شماره گیری تلفنی تصادفی انجام شد بیش از ۵۰ درصد پاسخگویان از پاسخگویی و نحوه ارائه خدمات سیستم سلامت این کشورها راضی بوده اند (Coulter and Jenkinson 2005). رتبه پاسخگویی نظام سلامت ایران در گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰ با نمره ۵/۱۶ در مقیاس صفر تا ده، صدمین کشور دنیا در بین ۱۹۱ کشور اعلام گردید (WHO 2000). کشور ترکیه نیز در سال ۲۰۰۶ نیز مطالعه ای در بین مدیران ۱۹۲ بیمارستان انجام و نمره پاسخگویی در بیمارستان های این کشور ۶/۱۴ (در مقیاس ۰-۱۰) اعلام نموده است. به این ترتیب پاسخگویی در حد بالاتر از متوسط ارزیابی شده است (Ugurluoglu and Celik 2006). البته رتبه پاسخگویی نظام سلامت این کشور بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت ۵/۱۶ (رتبه ۹۳ دنیا) اعلام شده است.

بررسی نتایج به تفکیک میانگین نظرات پرستاران و بیماران نشان داد بیماران نمره پاسخگویی بیمارستان ها را اندکی بیشتر برآورد کرده اند البته این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. آنچه در ارتباط با دیدگاه افراد مختلف در مورد کیفیت خدمات یا نحوه ارائه خدمات قابل ذکر است این که به طور کلی پاسخ به نیازهای بیمار و برآورد توقع بیمار یک امر نسبی تلقی می شود و معمولاً "به ادراک و پیش

و ۱۵۰ بیمار (۵۲ درصد) پرسشنامه طرح را تکمیل و برگشت دادند.

نمره پاسخگویی بیمارستان ها برحسب دیدگاه کل پاسخگویان (پرستار و بیمار)  $۰/۵۶ \pm ۲/۳۵$  (از حداکثر ۴ نمره) بود.

نمره پاسخگویی بیمارستان ها بر اساس دیدگاه پرستاران و بیماران تحلیل و مشخص شد بیماران امتیاز بیشتری به بیمارستان ها داده اند اما تفاوت موجود در نظرات بیماران و پرستاران معنادار نبود.

میانگین نظر پاسخگویان برحسب بیمارستان های دولتی و خصوصی بررسی شد و مشخص شد میانگین نمره پاسخگویی در بیمارستان های خصوصی بالاتر از بیمارستانهای دولتی ارزیابی شده است و تفاوت بین این دو دسته بیمارستان از نظر میزان پاسخگویی معنادار است ( $p < ۰/۰۰$ ).

عدالت سازمانی ادراک شده متغیری بود که فقط پرستاران در جمع آوری داده ها شرکت داشتند و نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار نمره عدالت سازمانی از دیدگاه پرستاران در کل بیمارستانهای مورد مطالعه  $۰/۷۷ \pm ۱/۹$  (از حداکثر ۴ نمره) می باشد.

در بررسی عدالت سازمانی برحسب هر یک از ابعاد تعاملی، رویه ای، توزیعی و سیستمی مشخص شد که عدالت تعاملی با میانگین ۲/۶۹ و انحراف معیار ۰/۸۶ بیش از سایر ابعاد عدالت امتیاز کسب نموده و عدالت توزیعی با میانگین ۱/۱ و انحراف معیار ۰/۹۷ کمترین امتیاز را دارا بوده است.

نمره عدالت سازمانی بیمارستان ها نیز براساس نوع بیمارستان ها (دولتی و خصوصی) تحلیل و مشخص شد بیمارستان های دولتی میانگین بالاتری در عدالت سازمانی کسب کرده اند اما آزمون آماری انجام شده نشان داد تفاوت معناداری بین بیمارستان های دولتی و خصوصی در زمینه عدالت سازمانی ادراک شده وجود ندارد.

در راستای بخشی از هدف مطالعه رابطه نمره عدالت سازمانی و نمره پاسخگویی در بیمارستان ها

ترتیب ۸۱ درصد و ۷۵ درصد بوده است (Pongsupap and Lerberghe 2006).

البته نباید این نکته را از نظر دور داشت که معمولاً افراد انتظار بیشتری نیز از بخش خصوصی برای ارائه خدمات با کیفیت و توجه به خواسته های بیماران دارند و این خواسته نیز تقاضایی منطقی و پذیرفته شده است. کما اینکه در مطالعه ای اعلام گردیده که حتی در مواردی که منابع و امکانات یکسانی در بخش دولتی و خصوصی به کار گرفته می شود بیمار انتظار ندارد کیفیت در بخش دولتی و خصوصی یکسان باشد در این مطالعه انتظارات بیماران را در موارد مختلفی از قبیل امکانات، مراقبتهای حرفه ای، محیط درمان، خدمات حمایتی و دسترسی بررسی و نشان داد که از آیتم های مورد بررسی فقط مقوله دسترسی به خدمات (Accessibility) است که در بیمارستان دولتی بیش از بیمارستان خصوصی مورد انتظار بیمار است (Camilleri and O'Callaghan 1998). و معمولاً بیمار از بخش خصوصی انتظار دریافت خدمات با کیفیت تری دارد.

مطالعه ای نیز در کشور ترکیه با استفاده از مدل سروکوال (Servqual) برای بررسی کیفیت خدمات در بیمارستانهای دولتی و خصوصی انجام و نشان داد در بیمارستانهای خصوصی بیماران از خدمات ارائه شده، همچنین پزشکان و پرستاران و خدمات حمایتی رضایتمندی بیشتری نسبت به بیمارستان دولتی داشته اند و عوامل تعیین کننده برای جذب بیماران به بیمارستانهای دولتی هزینه معقول و پزشکان شاغل در آن بیمارستانها می باشد (Taner and Antony 2006).

در این مطالعه مشخص شد نمره عدالت سازمانی از دیدگاه پرستاران در بیمارستانهای منتخب مورد مطالعه در شهر اصفهان در حد  $0.77 \pm 1/9$  (حداکثر نمره ۴) می باشد چنانچه برحسب درجه بندی کیفی این میانگین را مورد توجه قرار دهیم، می بینیم که نمره میانگین عدالت در سطح متوسط قرار دارد. در مطالعه ای که قبلاً توسط یعقوبی و همکاران انجام شده میانگین نمره عدالت

فرضهای ذهنی افراد نیز وابسته است در این زمینه مطالعه ای در چین انجام گردید و مشخص شد که ادراک بیماران و پرستاران در مورد کیفیت خدمات و مراقبتهای ارائه شده به بیمار درد و گروه پرستاران و بیماران تفاوت معناداری دارد ضمن اینکه در برخی از جنبه ها مشابهت نظرات معنادار بوده است (Zhao et al. 2009). این تفاوت برداشت و ادراک در بین دو گروه زنان و مردان در مطالعه انجام شده در ترکیه به چشم می خورد در مطالعه مذکور زنان و مردان در مورد برخی از ابعاد پاسخگویی ارزیابی متفاوتی داشته اند (Ugurluoglu and Celik 2006). همچنین در مطالعه ۸ کشور اروپایی گروه جوانتر انتظارات بیشتری را در مورد پاسخگویی مراکز ارائه خدمات سلامت مطرح و پاسخگویی را کمتر از افراد مسن تر ارزیابی کردند (Coulter and Jenkinson . 2005) موضوع پاسخگویی به تفکیک بیمارستان دولتی و خصوصی بررسی شد و نتایج حاکی از آن بود که میانگین نمره پاسخگویی در بیمارستان های خصوصی بالاتر از بیمارستانهای دولتی ارزیابی شده است و تفاوت بین این دو دسته بیمارستان از نظر میزان پاسخگویی معنادار است ( $p < 0.00$ ).

در همین رابطه مطالعه ای نیز در بانکوک به مقایسه عملکرد بیمارستان خصوصی و دولتی و پزشک خانواده (مرکز مراقبتهای اولیه) از منظر، تجویز منطقی دارو و بیمارمحوری پرداخته و اعلام داشته که بیمارستانهای خصوصی نسبت به مرکز مراقبتهای بهداشتی اولیه و بیمارستان دولتی پاسخگویی بالاتری داشته و بیمارمحورتر هستند ولی تجویز غیرمنطقی دارو در پزشکان بیمارستان خصوصی بیشتر است (Pongsupap and Lerberghe 2005).

همچنین در مطالعه دیگری مشخص شد توجه به درخواست بیمار برای کسب اطلاعات، همدلی با بیمار و میزان اطمینان به او برای رهایی از اضطراب و تشویش در بخش بیماران سرپایی بیمارستان خصوصی و دولتی به

Yoon 2009). باتوجه به اینکه مفهوم پاسخگویی در واقع عملکرد سیستم سلامت در برآوردن انتظارات قانونی بیمار در جنبه های غیربالینی است (De Silva 1997) قاعدتا" این ارتباط منطقی به نظری رسد.

محدودیت های پژوهش: اصولا مفاهیمی چون رضایت بیمار، احساس فرد از کیفیت خدمات و همچنین موضوع پاسخگویی، به دلیل ماهیت ذاتی خود به ذهنیت افراد بستگی دارد (این موضوع در مطالعات مختلف) مورد تاکید قرار گرفته است بر این اساس پاسخ به نیازهای بیمار و برآورد توقع بیمار یک امر نسبی تلقی می شود و معمولا" به ادراک و پیش فرضهای ذهنی افراد وابسته است بنابراین یک از محدودیتهای این تحقیق نیز این است که در مطالعه در حقیقت ادراک افراد مورد بررسی قرار گرفته است و ممکن است ادراک افراد در برخی موارد با واقعیت منطبق نباشد.

محدودیت دیگر این تحقیق این بود که مفهوم پاسخگویی از مفاهیمی است که با حقوق بیمار و آگاهی او از حقوق خود مرتبط است بنابراین ناآگاهی بیماران از حقوق خود که در بسیاری از مطالعات و در مناطق مختلف دنیا نیز به اثبات رسیده است می تواند در ارزیابی و قضاوت بیماران از خدمات تاثیرگذار بوده و معمولا این ناآگاهی باعث ارزیابی بالاتر از واقعیت می شود.

### نتیجه گیری

نتایج کلی این مطالعه نشان داد که هم عدالت سازمانی و هم پاسخگویی در بیمارستانهای مورد مطالعه در سطح متوسط ارزیابی گردیده اند. درموضوع عدالت تفاوت چندانی بین بیمارستانهای خصوصی و دولتی مشاهده نشد اما در مقوله پاسخگویی بیمارستانهای دولتی به مراتب امتیاز کمتری در پاسخگویی اخذ کرده بودند گرچه معمولا" انتظار بیماران خدمات با کیفیت تر از بخش خصوصی است اما وجود امکانات، نیروی انسانی متخصص و تجهیزات پیشرفته بخش دولتی در بسیاری از موارد اگر بیش از بخش خصوصی نباشد کمتر نیست و این

سازمانی بیمارستانها از دیدگاه کارکنان (۳/۴۵ از ۴ نمره) اعلام گردیده است (Yaghoobi et al. 2007). باتوجه به اینکه جامعه مطالعاتی در دو پژوهش تفاوت دارد این اختلاف قابل بررسی است و اینکه چرا بین ادراک پرستاران و کارکنان از عدالت سازمانی تفاوت وجود دارد.

در بررسی عدالت سازمانی برحسب هریک از ابعاد تعاملی، رویه ای، توزیعی و سیستمی مشخص شد که عدالت تعاملی بیش از سایر ابعاد عدالت امتیاز کسب نموده و عدالت توزیعی کمترین امتیاز را دارا بوده است. عدالت تعاملی مرتبط با جنبه های فرآیند ارتباطات (همچون ادب، صداقت و احترام) بین فرستنده و گیرنده عدالت است و عدالت توزیعی به نحوه پاسخ دهی افراد نسبت به رفتارهای ناعادلانه مدیران و سرپرستان در توزیع امکانات و پاداشها در سازمان ها توجه دارد ( Hosseinzadeh 2007). در مطالعه یعقوبی و همکاران نیز عدالت تعاملی در بیمارستانهای دولتی بالاترین امتیاز و عدالت توزیعی پایین ترین امتیاز را به خود اختصاص داده است (Yaghoobi et al. 2007).

در بررسی نمره عدالت سازمانی برحسب بیمارستانهای دولتی و خصوصی مشخص شد هر دو دسته بیمارستان با میانگین تقریبا" نزدیک به یکدیگر از نظر عدالت سازمانی ادراک شده تفاوت معناداری ندارند این نتیجه در مطالعه یعقوبی و همکاران نیز تایید شده است و اعلام گردیده که عدالت سازمانی در بیمارستانهای خصوصی با تفاوت اندکی نسبت به بیمارستانهای دولتی بیشتر است (Yaghoobi et al. 2007).

بخشی از نتایج مربوط به بررسی ارتباط عدالت سازمانی و پاسخگویی در بیمارستانهای مورد مطالعه بود که نشان داد این دو متغیر به صورت مستقیم و به طور معناداری با یکدیگر ارتباط دارند ( $t = 0.72, p = 0.03$ ). موید این مطلب مطالعاتی است که اعلام می دارد عدالت سازمانی به رفتار منصفانه و اخلاقی درون سازمان اشاره دارد و این مفهوم با عملکرد های سازمانی مانند تعهد، عملکرد و رضایت کارکنان ارتباط دارد (Lippone et al. 2004; Eslami and Sayar 2007; Park and

همین لحاظ به نظر می رسد مسئولین و سیاستگذاران باید در زمینه عدالت سازمانی خصوصاً "توزیع عادلانه منابع و امکانات در سازمانها تلاش و برنامه ریزی بیشتری مبذول دارند یقیناً با این تمهید بخش عمده ای از مشکلات به طور طبیعی رفع خواهند شد.

### تشکر و قدردانی

از مسئولین محترم کلیه بیمارستانهای مورد مطالعه، همچنین پرستاران و بیماران محترم آنها که با دقت نظر و دلسوزی پرسشنامه ها را تکمیل کردند و مجموعه همکاران مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت که زمینه انجام این مطالعه را فراهم نمودند صمیمانه سپاسگزارم.

امکانات این قابلیت را به طور بالقوه به بیمارستانهای می دهد که خدمات با کیفیت تری به جامعه ارائه دهند. به همین ترتیب لازم است مسئولین اجرایی در بخش دولتی با بهره گیری این سرمایه استراتژیک تمهیدات مناسبی برای بازدهی بهتر، خدمت رسانی شایسته تر پاسخگویی بیشتر و ارائه خدمات با کیفیت تر بیندیشند. وجود ارتباط بین دو متغیر عدالت سازمانی و پاسخگویی به ما گوشزد می کند که عدالت در یک سازمان و در واقع آنچه که کارکنان در رویه های سازمانی از رفتار و عملکرد مسئولین ادراک می کنند تاثیر زیادی در رفتار و عملکرد آنان با بیمار خواهد داشت خصوصاً "در مطالعه ما بعد عدالت توزیعی که به نحوه پاسخ دهی افراد نسبت به رفتارهای ناعادلانه مدیران و سرپرستان در توزیع امکانات و پاداشها در سازمان ها توجه دارد امتیاز بسیار کمتری را اخذ و به

جدول ۱- میانگین نمره پاسخگویی کل بیمارستانها برحسب دیدگاه پرستاران و بیماران

| پاسخگویان | میانگین | انحراف معیار | f    | p-value |
|-----------|---------|--------------|------|---------|
| پرستار    | ۲/۳۲    | ۰/۵۴         | ۰/۹۷ | ۰/۳     |
| بیمار     | ۲/۴۸    | ۰/۵۸         |      |         |

جدول ۲ - میانگین نمره پاسخگویی کل بیمارستانها به تفکیک دولتی و خصوصی-دیدگاه کل پاسخگویان

| بیمارستان | میانگین | انحراف معیار | f    | p-value |
|-----------|---------|--------------|------|---------|
| دولتی     | ۲/۲۶    | ۰/۴۹         | ۱۵/۲ | ۰/۰۰۰   |
| خصوصی     | ۲/۵۸    | ۰/۶۲         |      |         |



جدول ۳ - میانگین نمره ابعاد مختلف عدالت سازمانی ادراک شده در بیمارستان ها از دیدگاه پرستاران

| انحراف معیار | میانگین | ابعاد مختلف عدالت سازمانی |
|--------------|---------|---------------------------|
| ۰/۸۶         | ۲/۶۹    | عدالت تعاملی              |
| ۰/۹۹         | ۲/۰۹    | عدالت رویه ای             |
| ۰/۹۷         | ۱/۱     | عدالت توزیعی              |
| ۰/۹۳         | ۱/۶     | عدالت سیستمی              |

جدول ۴ - میانگین نمره عدالت سازمانی بیمارستان های دولتی و خصوصی

| p-value | f    | انحراف معیار | میانگین | بیمارستان |
|---------|------|--------------|---------|-----------|
| ۰/۵     | ۰/۲۷ | ۰/۷۶         | ۱/۸۸    | دولتی     |
|         |      | ۰/۷۹         | ۱/۹۳    | خصوصی     |

جدول ۵ - رابطه نمره عدالت سازمانی ونمره پاسخگویی از دیدگاه پرستاران

| p-value | r   | میانگین     | پرستاران |
|---------|-----|-------------|----------|
| ۰/۰۳    | ۰/۲ | ۱/۹ ± ۰/۷۷  | عدالت    |
|         |     | ۲/۳۵ ± ۰/۵۶ | پاسخگویی |

## References

- Beugre, CD., 1998. Implementing business process reengineering: the role of organizational justice. *Journal of Applied Behavioral Science*. **34**(3), pp.347-361.
- Bies, RJ., 2001. Interactional in justice: the sacred and the profane. In: Greenberg J, Cropanzano R, Editors. *Advances in Organizational Justice*. California: Stanford University Press.
- Camilleri, D. and O'Callaghan, M., 1998. Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. **11**(4), pp.127-133.
- Coulter, A. and Jenkinson, C., 2005. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *European Journal of Public Health*. **15**(4), pp. 355-360.
- De Silva, A., 1997. a Framework for Measuring Responsiveness. GPE Discussion Paper Series: No. 32: World Health Organization.
- Dickert, N.W., Kass, N.E., 2009. Understanding respect: learning from patients. *Journal of Medical Ethics*. **35**(7), pp. 419.
- Eslami, H. and Sayar, A., 2007. Organizational Citizenship Behavior. *Tadbir Journal*. **18**(187), pp. 56-60. [In Persian]
- Hosseinzadeh, A., 2007. organizational justice. *Tadbir journal*. **190**(1), pp. 20.
- Kaneshiro, P., 2008. Analyzing the organizational Justice, Trust and Commitment Relationship in a public Organization. In: University Microfilms, Editor. *Dissertation abstracts international: The humanities and social sciences*. New York: University Microfilms International.

- Letskovicova, H., Prasad, A., Vallée, R.L., and Valentine, N., 2005. The health systems analytical guidelines for survey in the multi-country survey study. world Health Organization. Geneva, Switzerland.
- Lipponen, J., Olkkonen, M.E. and Mury, L., 2004. Personal value orientation as a moderator in relationships between perceived organizational justice and its hypothesized consequences. *Social Justice Research*. **17**(3), pp. 275-92.
- Murphy-Cullen, CL. and Larsen, LC., 1984. Interaction between the socio-demographic variables of physicians and their patients: its impact upon patient satisfaction. *Social Science and Medicine*. **19**(2), pp. 163-166.
- Murray, CJ. and Frenk, J., 2000. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin world health organ*. **78**(6), pp. 717-31.
- Park, WY. and Yoon, SH., 2009. The mediating role of organizational citizenship behavior between organizational justice and organizational effectiveness in nursing organizations. *J Korean Acad emic Nursing*. **39**(2), pp. 229-36.
- Pongsupap, Y. and Lerberghe, W.V., 2005. Choosing between public and private or between hospital and primary care: responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine and International Health*. **11** (1), pp. 81 – 89.
- Pongsupap, Y. and Lerberghe, W.V., 2006. Is motivation enough? Responsiveness, patient-centredness, medicalization and cost in family practice and conventional care settings in Thailand. *Human Resources for Health*. **4**(19).
- Suwit, W. and Viroj, T., 2001. Health systems performance :whats next?. *Bulletin of the World Health Organization*. **79**(6), pp.489.
- Taner, T. and Antony, J., 2006. Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Journal of Leadership in Health Services*. **19**(2), pp. 1-10.
- WHO., 2001. Key Informant Survey. Geneva, Switzerland. Available from: [Accessed 2010]. [http://www.who.int/responsiveness / surveys / KIS \\_ 2001 \\_ questionnaire.pdf](http://www.who.int/responsiveness / surveys / KIS _ 2001 _ questionnaire.pdf)
- WHO., 2000. Health systems: improving performance. World Health Organization. Geneva, Switzerland. Available from: [www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf). [Accessed 2010].
- Yaghoobi, M., sagmaieannejad, S., Gorji, HA., Norouzi, M. and Rezaie, F., 2007. correlation of organizational justice, job commitment and job satisfaction in personal of MUI selected hospitals. *Journal of Health Information management*. **12**(35), pp. 25-32.
- Yaghoobi, M., Yarmohammadian, M., Raiesi, A., Javadi, M. and sagmaieannejad, S., 2010. A Study of Relationship between the Organizational Justice and Organizational Citizenship Behavior among Medical Records in Hospitals of IUMS. *Journal of Health Information management*. **4**(Assembly), pp. 506-515.
- Zhao, S., Akkadechanunt, T. and Xue, X., 2009. Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a Chinese hospital. *Journal of Clinical Nursing*. **18**(12), pp. 1722.