

# Improving Hospital Financial Performance: Application of Social Responsibility Future Research

Ali Azhdari<sup>1</sup>  Mahmoud Moeinaddin<sup>2\*</sup>  Forough Heirani<sup>3</sup>  Shahnaz Nayebzadeh<sup>4</sup> 

## Abstract

**Introduction:** Today, managers in the field of health and care, especially in hospitals, need to address not only the internal issues but also the social and environmental issues of their decisions and actions to improve financial performance and increase productivity. The purpose of this study was to improve the financial performance of hospitals through social responsibility future study.

**Methods:** The method of this research was applied in terms of purpose, and according to the research methodology, it was a mix of quantitative and qualitative methodology consisting of phenomenology, content analysis, and future study. In the first step, phenomenological methods and interviews with experts were used to extract hospital financial performance indicators. In the second step, the content analysis method and systematic review on selected articles, dimensions, and indicators of social responsibility were extracted. Finally, as for the future study, the variables related to social responsibility were extracted through fuzzy delphi technique and analyzed using structural-interpretive model.

**Findings:** In the first step, 16 financial performance indicators were extracted. In the second step, the results of this phase showed the extraction of 35 proponents and four dimensions of economic, social, employee, and environmental social responsibility. In the last step, 20 variables related to social responsibility were extracted using the structural-interpretive model. The power of penetration and the degree of the dependence of the variables were determined.

**Conclusion:** The research results showed that all the variables associated with social responsibility had a great deal of influence and instability powers. That is, any change that occurs on them affects both them as well as other variables. Since the main purpose of public hospitals is to provide quality services to all segments of society and satisfy them, Therefore, considering all dimensions and components of social responsibility increases productivity and consequently improves the financial performance of hospitals.

**Keywords:** financial performance, social responsibility, future study, hospitals, proponents

• Received: 09/Jan/2020 • Modified: 07/March/2020 • Accepted: 16/March/2020

<sup>1</sup>.PHD Student of Accounting, Faculty of Accounting, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran , (ajdary58@gmail.com)

<sup>2</sup>.Assistant Professor of Accounting Department, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran; Corresponding author, (mahmoudmoein@iauyazd.ac.ir)

<sup>3</sup>.Assistant Professor of Accounting Department, Faculty of Accounting, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran, (heyrani@iauyazd.ac.ir)

<sup>4</sup>. Assistant Professor of Department of Management, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran , (snayebzadeh@iauyazd.ac.ir)



# رابطه فرهنگ ایمنی بیمار و حوادث ناخواسته در بیمارستان: مطالعه موردی

علی اژدری<sup>۱</sup>  محمود معین‌الدین\*<sup>۲</sup>  فروغ حیرانی<sup>۳</sup>  شهناز نایب زاده<sup>۴</sup> 

چکیده

**مقدمه:** امروزه مدیران در حوزه بهداشت و درمان به‌ویژه بیمارستان‌ها برای بهبود عملکرد مالی و افزایش بهره‌وری نه‌تنها باید به مسائل درونی توجه کنند بلکه مسائل اجتماعی و زیست‌محیطی را نیز باید سرلوحه همه تصمیمات و اقدامات خود قرار دهند. هدف پژوهش حاضر ارتقاء عملکرد مالی بیمارستان‌ها از طریق آینده‌پژوهی مسئولیت اجتماعی است.

**روش‌ها:** پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی بوده و برحسب روش پژوهش، آمیخته کیفی و کمی است که در سه مرحله اجرا شد. در مرحله اول با برای استخراج شاخص‌های عملکرد مالی بیمارستان از روش پدیدارشناسی و مصاحبه با خبرگان استفاده گردید. در مرحله دوم با روش تحلیل محتوا و مرور نظام‌مند بر روی مقالات منتخب، ابعاد و شاخص‌های مسئولیت اجتماعی استخراج شد و در مرحله آخر که به آینده‌پژوهی اختصاص دارد از شیوه دلفی فازی، متغیرهای مرتبط با مسئولیت اجتماعی استخراج و با بهره‌گیری از مدل ساختاری - تفسیری این متغیرها تحلیل شد.

**یافته‌ها:** در مرحله اول تعداد ۱۶ شاخص عملکرد مالی استخراج شد. حاصل مرحله دوم، تعداد ۳۵ متغیر و چهار بعد اقتصادی، اجتماعی، کارکنان و محیط‌زیست برای مسئولیت اجتماعی بود و در مرحله آخر تعداد ۲۰ متغیر مرتبط با مسئولیت اجتماعی استخراج و با بهره‌گیری از مدل ساختاری - تفسیری، قدرت نفوذ و میزان وابستگی متغیرها تعیین گردید.

**نتیجه‌گیری:** تمام متغیرهای مرتبط با مسئولیت اجتماعی دارای قدرت نفوذ و وابستگی زیادی (بی‌ثباتی) هستند. بدین معنا که تغییر هرکدام، بر آن‌ها و سایر متغیرها نیز اثر می‌گذارد. از آنجاکه هدف اصلی بیمارستان‌های دولتی ارائه خدمات باکیفیت به تمام اقشار جامعه و جلب رضایت آن‌ها است؛ بنابراین در نظر گرفتن تمام ابعاد و متغیرهای مسئولیت اجتماعی موجب افزایش بهره‌وری و به‌تبع آن بهبود عملکرد مالی بیمارستان‌ها می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** عملکرد مالی، مسئولیت اجتماعی، آینده‌پژوهی، بیمارستان‌ها، پیشران‌ها.

• وصول مقاله: ۹۸/۱۰/۱۹ اصلاح نهایی: ۹۸/۱۲/۱۷ پذیرش نهایی: ۹۸/۱۲/۲۶

<sup>۱</sup>. دانشجوی دکتری حسابداری، دانشکده حسابداری، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران، (ajdary58@gmail.com)

<sup>۲</sup>. دانشیار، گروه حسابداری، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران؛ نویسنده مسئول، (mahmoudmoein@iauyazd.ac.ir)

<sup>۳</sup>. استادیار، گروه حسابداری، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران، (heyrani@iauyazd.ac.ir)

<sup>۴</sup>. دانشیار، گروه مدیریت بازرگانی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران، (snayebzadeh@iauyazd.ac.ir)

## مقدمه

امروزه کنترل روند فزاینده هزینه‌های نظام سلامت جزء دغدغه‌های اساسی دولت‌ها است. محدودیت‌های بودجه‌ای در بخش دولتی، توزیع برابر منابع بین خدمت‌گیرندگان بدون توجه به عدالت عمومی و درصد بالاتر پرداخت از جیب دهک‌های پایین درآمدی، عدم کارایی بخش دولتی و پایین بودن سطح کیفیت خدمات موجب شد تا سیاست‌گذاران به دنبال راه‌حلی برای بهبود وضعیت ارائه خدمات در بخش دولتی باشند. بهره‌وری پایین بیمارستان‌های دولتی و سرانه پایین تخت‌های بیمارستانی از جمله نمونه‌های ضعف خدمت‌رسانی در مراقبت‌های بستری ایران هستند. [۱]

با توجه به این‌که پیشرفت‌های فن آوران، رشد انتظارات مشتریان، افزایش تقاضا، کمبود منابع و نگرانی در مورد خطاهای سیستم‌های بهداشتی درمانی، بر پیچیدگی بیشتر نظام‌های بهداشتی درمانی افزوده‌اند، این امر موجب شده تا بر مسئله عملکرد سازمان‌های بهداشتی درمانی تأکید شود. آمار و شاخص‌ها، معیاری جهت اندازه‌گیری موفقیت عملکرد سازمان هستند و میزان وصول به اهداف مورد نظر آن سازمان را تعیین می‌کند. بنابراین، اعمال نظارت به نحو موثر، نیازمند تهیه و به‌کارگیری شاخص‌های مناسب است. [۲]

بیمارستان‌ها مهم‌ترین و پرهزینه‌ترین اجزای سیستم‌های بهداشتی درمانی هستند. آن‌ها بیش از دوسوم هزینه‌های بهداشتی را به خود اختصاص می‌دهند و به‌طور چشمگیری روی کیفیت کلی مراقبت‌های بهداشتی درمانی تأثیر می‌گذارند. از آنجاکه رقابت در بین بیمارستان‌ها جهت جلب رضایت بیشتر بیمار و کاهش هزینه‌های درمانی و در نهایت افزایش درآمد بیشتر منجر به تغییرات اساسی در ساختار و عملکرد بیمارستان‌ها در سال‌های اخیر شده است، لذا ارزشیابی دیدگاه و نظرات بیماران از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. [۳] بنابراین، بررسی

رضایت بیماران و نظرات آن‌ها در مورد خدمات بیمارستانی، به دلیل رقابت‌های درمانی بیمارستان و پذیرش بیشتر بیمار در جهت کاهش هزینه‌های درمانی و بالطبع افزایش درآمد بیمارستان‌ها یکی از متداول‌ترین روش‌ها و ارزیابی خدمات بیمارستانی بوده و نتیجه آن به‌طور گسترده‌ای در خدمات کاربرد دارد لذا به نظر بیماران باید توجه خاص مبذول داشت زیرا این مسئله نه تنها باعث بهبود خدمات می‌شود بلکه موجب اصلاحات در ارائه خدمات و اجرای آن مطابق استانداردها خواهد شد. [۴]

از سوی دیگر نظام اقتصادی و مالی در بیمارستان‌ها وابسته به وجود بخش مالی کارا و قدرتمند است. امروزه بسیاری از بیمارستان‌ها به‌ویژه بیمارستان‌های آموزشی و دولتی با مشکل نداشتن کفایت درآمدهای بیمارستانی برای تأمین هزینه‌های ثابت، جاری و توسعه‌ای خود مواجه‌اند؛ و با عنایت به پیچیدگی فرآیندهای موجود در نظام هزینه و درآمد بیمارستان‌ها، مداخله روسای بیمارستان‌ها در صورتی که از الگوهای علمی تبعیت نمایند، نخواهند توانست منجر به بهبود در فرآیندهای اقتصادی بیمارستان‌ها و رضایت مشتریان شود. [۵] بنابراین ارزیابی و بهبود عملکرد مالی دوروی یک سکه می‌باشند که اقدام برای اولی، منجر به تغییر در دومی خواهد شد. در گذشته عملکرد بیمارستان‌ها صرفاً از طریق شاخص‌های درمانی سنجیده می‌شد در حالی که پیچیدگی سازمان‌های بهداشتی و درمانی کنونی، هزینه‌های فزاینده بهداشت و درمان، تخصص‌گرایی، تأکید بر مشتری، محیط‌زیست، جامعه و همچنین کارایی و اثربخشی خدمات از جمله عواملی هستند که بیمارستان‌ها را به تحول در ارزیابی عملکرد به‌ویژه عملکرد مالی ترغیب و تشویق نموده است. محیط متحول و متغیر کنونی، درجه‌بندی بیمارستان‌ها را به لحاظ اعتباری نیز تا حدودی به ساختار مالی آنان منوط کرده است. [۶]



به‌خصوص بیمارستان‌ها مطالعات اندکی انجام شده است و مطالعات اندک انجام شده در زمینه مسئولیت اجتماعی بیمارستان‌ها جهت دستیابی به مبنایی برای تدوین الگوی مسئولیت‌پذیری بیمارستان‌ها بوده است. [۱۳] پژوهش‌های گذشته مبین آن است که مسئولیت اجتماعی در بهبود کیفیت و ارائه خدمات مناسب در تمام سازمان‌ها به‌ویژه بیمارستان‌ها که ارائه‌کنندگان خدمات به عموم جامعه هستند نقش مؤثری را ایفا می‌کند. با توجه به اهمیت رعایت مسئولیت اجتماعی در بهبود عملکرد مالی، هدف از انجام پژوهش حاضر، ارتقاء عملکرد مالی آتی بیمارستان‌های دولتی با استفاده از ابعاد و مؤلفه‌های مسئولیت اجتماعی است.

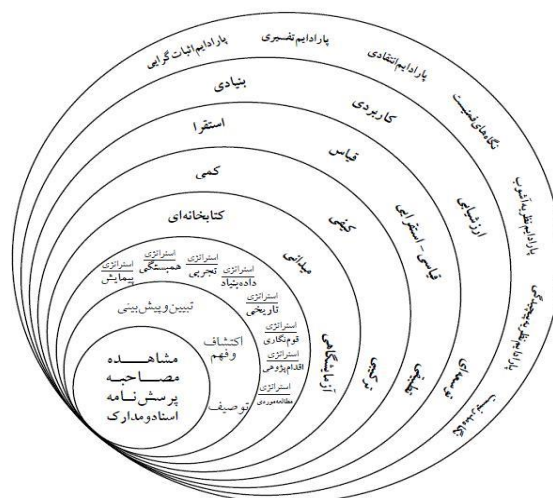
### روش‌ها

روش انجام پژوهش حاضر بر اساس پیاز پژوهش [۱۴] مبتنی بر پارادایم تفسیری بوده و به لحاظ جهت‌گیری، از یک‌سو بنیادی بوده، زیرا به دنبال یافتن شاخص‌های عملکرد مالی بیمارستان‌ها و ابعاد مسئولیت اجتماعی در این حوزه است و از سوی دیگر کاربردی است زیرا به صورت کاربردی می‌توان با به‌کارگیری نتایج حاصل از مطالعه، آینده مطلوب عملکرد مالی بیمارستان‌ها را از طریق پابندی بیشتر بیمارستان‌ها به مسئولیت اجتماعی ترسیم نمود. رویکرد پژوهش استقرایی است زیرا از جزء به کل می‌رسد و صبغه آن کیفی است. هدف از انجام پژوهش حاضر اکتشافی است که به صورت تک مقطعی انجام می‌پذیرد. محیط پژوهش، میدانی و استراتژی آن آینده‌پژوهی است.

اهمیت مسئولیت اجتماعی و نقش آن در بهبود عملکرد مالی بیمارستان‌ها در پژوهش‌های زیادی انعکاس یافته است. جعفریان و همکاران [۷] در پژوهش خود بیان نمودند که در سال‌های اخیر، علاقه عمومی به شفافیت نهادها در حوزه مسئولیت اجتماعی به میزان قابل توجهی افزایش یافته است؛ به‌گونه‌ای که حوزه سلامت و به‌خصوص بیمارستان‌ها نیز از این قاعده مستثنی نبوده و می‌توانند از پذیرش مسئولیت اجتماعی بهره‌مند شوند. دروپرت و همکاران [۸] در مقاله خود نشان دادند که در حال حاضر، مسئولیت اجتماعی سازمان‌ها به‌عنوان یک موضوع حیاتی و نیازمند توجه در بیمارستان‌ها مطرح شده است؛ و با توجه به اینکه بیمارستان‌ها تأثیر عمده‌ای بر جامعه دارند، بنابراین، فعالیت آن‌ها باید به‌گونه‌ای باشد که اثرات مثبت حاصل از فعالیت خود را به حداکثر و اثرات منفی را به حداقل برسانند. قاسم نژاد و همکاران [۹] نیز موفقیت مدیران در بیمارستان‌ها را نه تنها منوط به توجه آن‌ها به محیط داخلی بیمارستان که مستلزم در نظر داشتن محیط بیرونی آن دانستند که این همان پذیرش مسئولیت اجتماعی توسط بیمارستان است. مک دانیل و همکاران [۱۰] بیان کردند که بیمارستان‌ها برای دستیابی به موفقیت، باید در کنار توجه به هدف افزایش بهره‌وری، به انتظارات اجتماعی و احکام اخلاقی، واکنش مناسب نشان دهند و با رعایت مسائل اجتماعی از قبیل کاهش زباله‌های غذایی در حمایت از محیط‌زیست و ایجاد رژیم‌های پایدار نقش مهمی را در حمایت از بهداشت عمومی در جامعه انجام دهند. لویس و همکاران [۱۱] نیز موفقیت بیمارستان‌ها را در دستیابی به شهرت سازمانی و افزایش اعتماد عمومی و به تبع آن توانایی رقابت با سازمان‌های دیگر را در شناخت بهتر از انتظارات و توقعات جامعه و فرصت‌های مرتبط با مسئولیت اجتماعی می‌دانند. پولکر و همکاران [۱۲] در پژوهش خود بیان کردند که در زمینه مسئولیت اجتماعی حوزه سلامت و

آینده پژوهی اختصاص دارد و جهت ترسیم آینده مطلوب در زمینه عملکرد مالی از طریق پابندی به مسئولیت اجتماعی با استفاده از شیوه دلفی تعداد ۲۰ متغیر مرتبط با مسئولیت اجتماعی استخراج و در نهایت و برای تعیین قدرت نفوذ و وابستگی هر یک از متغیرهای مستخرج از تکنیک دلفی از مدل ساختاری - تفسیری (Interpretive Structure Modeling) (ISM) به شرح زیر استفاده شده است.

قبل از اجرای مدل ساختاری - تفسیری و به منظور تسهیل در اجرای مدل، برای هر یک از متغیرهای مسئولیت اجتماعی نمادهایی به شرح جدول یک در نظر گرفته شد.



شکل ۱: پیاز فرآیند پژوهش [۱۴]

جدول ۱: جدول نماد متغیرهای استخراج شده از تکنیک دلفی

| نماد متغیر | متغیرهای مسئولیت اجتماعی             |
|------------|--------------------------------------|
| A          | عملکرد اقتصادی                       |
| B          | رقابت با بیمارستان‌های خصوصی         |
| C          | تعادل بین کار و زندگی خصوصی          |
| D          | خدمات باکیفیت                        |
| E          | رویه‌های عملیاتی منصفانه             |
| F          | قوانین و مقررات مرتبط با بعد اجتماعی |
| G          | حریم خصوصی بیماران                   |
| H          | هدایا و خدمات خیریه                  |
| I          | ارتقاء سطح دانش کارکنان              |
| K          | استخدام عادلانه                      |
| L          | محیط کاری سالم و بهداشتی             |
| M          | حفظ سلامتی کارکنان                   |
| N          | حقوق و مزایا                         |
| O          | روحیه کاری                           |
| P          | مشارکت کارکنان                       |
| Q          | ورزشی و رفاهی                        |
| R          | بازنشستگی و مزایای پایان خدمت        |
| S          | قوانین و مقررات زیست محیطی           |
| T          | امحاء زباله‌های عفونی                |
| U          | تولید زباله                          |

پژوهش حاضر به منظور دستیابی به اهداف خود مراحل زیر را اجرا نموده است:

در مرحله اول پژوهش و برای تعیین شاخص‌های عملکرد مالی در بیمارستان‌های دولتی از روش پدیدارشناسی استفاده شده است. شیوه گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته و نیمه عمیق و شیوه تحلیل داده‌ها با استفاده از کدگذاری باز و محوری و با استفاده از نرم‌افزار Atlas.ti.8 انجام گرفته است که تعداد ۱۶ شاخص از متن مصاحبه‌ها استخراج گردید.

مرحله دوم تحقیق مرتبط با تعیین و شناسایی شاخص‌ها و ابعاد مسئولیت اجتماعی در بیمارستان‌های دولتی است که برای این منظور از روش تحلیل محتوا استفاده شد. مقالات حوزه پژوهش با استفاده از روش مرور نظام‌مند و نرم‌افزار VOS viewer تعیین و ارزیابی گردید. شیوه تحلیل داده‌ها با استفاده از کدگذاری باز، محوری و انتخابی و با استفاده از نرم‌افزار Atlas.ti.8 انجام گرفته است که تعداد ۳۵ متغیر مرتبط با مسئولیت اجتماعی استخراج شد.

مرحله سوم به ترسیم آینده مسئولیت اجتماعی بیمارستانی در ایران بر اساس نتیجه فازهای اجرایی قبلی می‌پردازد. این گام به



### گام های اجرای مدل ساختاری - تفسیری

گام اول: شناسایی متغیرهای مرتبط با مسئله: برای استخراج متغیرهای مربوط به موضوع مسئولیت اجتماعی از مطالعات گسترده ادبیات و روش تحلیل محتوا استفاده شد و در نهایت ۲۰ متغیر کلیدی مرتبط توسط خبرگان تأیید نهایی گردید. بار در ماه، ۴ = یکبار در هفته، ۵ = چندین بار در هفته، ۶ - هرروز) درجه بندی شده است.

همه داده ها به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد. نتایج توصیفی مرتبط با فرهنگ ایمنی بیمار، حوادث نامطلوب و جمعیت شناختی با استفاده از میانگین، انحراف معیار و درصد ارائه شده است. به منظور بررسی رابطه بین سطح فرهنگ ایمنی بیمار و حوادث نامطلوب رگرسیون لجستیک بکار برده شد. برای این منظور شش حادثه نامطلوب به دو گروه صفر = هرگز حادثه اتفاق رخ نداده است و یک = اتفاق رخ داده است (از قبیل چندین بار در سال، یکبار در ماه، چندین بار در ماه، یکبار در هفته،

چندین بار در هفته و هرروز) تقسیم شد. از طریق تعدیل سایر متغیرها (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه کار، بخش محل کار، میزان ساعت کاری در هفته) در مدل رگرسیون، اثر مخدوش گری آنها کنترل شد.

### یافته ها

#### یافته های جمعیت شناختی

بیشتر پرستاران (۴۸/۸ درصد) در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال قرار داشتند. بیشتر آنها زن (۷۸/۹ درصد) و مجرد (۷۱/۲ درصد) بودند. از طرف دیگر بیشتر شرکت کنندگان سابقه زیر ۱۰ سال (۷۸/۹ درصد) داشتند و دارای مدرک تحصیلی کارشناسی (۸۶/۲ درصد) بودند. همچنین، بیشتر آنها در بخش های عمومی بیمارستان مشغول به کار بودند (۴۴/۹ درصد) و بیش از ۴۴ ساعت در هفته کار می کردند (۷۵/۸ درصد) (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی پرستاران شرکت کننده در مطالعه بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی

| متغیر                   | تعداد           | درصد |      |
|-------------------------|-----------------|------|------|
| سن (سال)                | ۲۱-۳۰           | ۲۷۷  | ۴۲/۶ |
|                         | ۳۱-۴۰           | ۳۱۷  | ۴۸/۸ |
|                         | ≥۴۱             | ۵۶   | ۸/۶  |
| جنس                     | مرد             | ۱۳۷  | ۲۱/۱ |
|                         | زن              | ۵۱۳  | ۷۸/۹ |
| وضعیت تأهل              | مجرد            | ۴۶۳  | ۷۱/۲ |
|                         | متأهل           | ۱۷۸  | ۲۸/۸ |
| سابقه کار بالینی (سال)  | <۱۰             | ۵۱۳  | ۷۸/۹ |
|                         | ≥۱۰             | ۱۳۷  | ۲۱/۱ |
| سطح تحصیلات             | کارشناسی        | ۵۶۰  | ۸۶/۲ |
|                         | کارشناسی ارشد   | ۹۰   | ۱۳/۸ |
|                         | مراقبت های ویژه | ۲۲۱  | ۳۴/۰ |
| بخش محل کار             | اورژانس         | ۱۳۷  | ۲۱/۱ |
|                         | بخش های عمومی   | ۲۹۲  | ۴۴/۹ |
| میزان ساعت کاری در هفته | ≥۴۴ ساعت        | ۴۹۳  | ۷۵/۸ |
|                         | <۴۴ ساعت        | ۱۵۷  | ۲۴/۲ |
| کل                      | ۶۵۰             | ۱۰۰  |      |

در مورد خطاها ( $3/4 \pm 0/82$ ) و کار تیمی درون واحدهای سازمانی ( $3/4 \pm 0/88$ ) بود. پرستاران کمترین نمره را به فرهنگ ایمنی بیمار در ابعاد تبادلات و انتقال اطلاعات ( $2/4 \pm 0/86$ )، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار ( $2/6 \pm 0/65$ ) و باز بودن مجاری ارتباطی ( $2/9 \pm 0/73$ ) داده بودند. میانگین و انحراف معیار سایر ابعاد در جدول دو ارائه شده است.

### میانگین نمرات ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار

میانگین امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار در مطالعه حاضر برابر با  $3/0$  با انحراف معیار  $0/40$  بود که نشان دهنده سطح متوسط فرهنگ ایمنی بیمار است. از بین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار بیشترین میانگین مربوط به بعد یادگیری سازمانی ( $3/4 \pm 0/74$ )، بعد ارتباطات و ارائه بازخورد

جدول ۲: میانگین نمرات ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های مورد پژوهش

| انحراف معیار | میانگین | ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار                |
|--------------|---------|--|
| 0/74         | 3/4     | یادگیری سازمانی                        |
| 0/82         | 3/4     | ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها |
| 0/88         | 3/4     | کار تیمی درون واحدهای سازمانی          |
| 0/74         | 3/1     | حمایت مدیریت از کارکنان                |
| 0/82         | 3/1     | تناوب گزارش دهی رخداد                  |
| 0/93         | 3/1     | پاسخ غیر تنبیهی در قبال رویداد خطا     |
| 0/76         | 3/0     | مسائل مربوط به کارکنان                 |
| 0/91         | 3/0     | کار تیمی بین واحدهای سازمانی           |
| 0/56         | 3/0     | درک کلی از ایمنی بیمار                 |
| 0/73         | 2/9     | باز بودن مجاری ارتباطی                 |
| 0/65         | 2/6     | حمایت مدیریت از ایمنی بیمار            |
| 0/86         | 2/4     | تبادلات و انتقال اطلاعات               |
| 0/40         | 3/0     | ایمنی کلی بیمار                        |

نکرده‌اند. همچنین، اکثر پرستاران ( $64/6$  درصد) مورد سقوط را در یک سال گذشته به صورت هرگز گزارش کردند. از طرف دیگر، بیشتر شرکت کنندگان مطالعه اظهار کردند که در یک سال گذشته هرگز تجربه مشاهده عوارض جانبی دارو ( $51/9$  درصد)، عفونت زخم جراحی ( $51/5$  درصد)، واکنش به تزریق یا انتقال خون ( $59/2$  درصد) و شکایت بیمار یا خانواده‌ها ( $48/1$  درصد) را نداشته‌اند (جدول ۳).

### وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در بخش و بیمارستان

به‌طور کلی میانگین امتیاز وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران بر اساس پاسخ آن‌ها به دو سؤال در مورد وضعیت کلی ایمنی بیمار در بخش و بیمارستان به ترتیب  $3/74$  و  $3/48$  بود.

### حوادث ناخواسته

بیشترین تعداد شرکت کنندگان ( $48/1$  درصد) عنوان کردند که در طول یک سال گذشته هرگز زخم بستر مشاهده



جدول ۳: فراوانی حوادث ناخواسته در یک سال گذشته در بیمارستان‌های شهر همدان از دیدگاه پرستاران

| هرگز        | چندین بار در سال | یک بار در ماه | چندین بار در ماه | یک بار در هفته | چندین بار در روز | هرروز    |                  |
|-------------|------------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------|------------------|
| ۱۲۵ (٪۴۸/۱) | ۹۳ (٪۳۵/۸)       | ۲۰ (٪۷/۷)     | ۱۴ (٪۵/۴)        | ۳ (٪۱/۲)       | ۴ (٪۱/۵)         | ۱ (٪۰/۴) | زخم بستر         |
| ۱۶۸ (٪۶۴/۶) | ۵۸ (٪۲۲/۳)       | ۲۳ (٪۸/۸)     | ۷ (٪۲/۷)         | ۲ (٪۰/۸)       | ۱ (٪۰/۴)         | ۱ (٪۰/۴) | سقوط از تخت      |
| ۱۳۵ (٪۵۱/۹) | ۹۵ (٪۳۶/۵)       | ۲۱ (٪۸/۱)     | ۷ (٪۲/۷)         | ۱ (٪۰/۴)       | ۱ (٪۰/۴)         | ۱ (٪۰/۴) | عوارض جانبی دارو |

جدول ۳: (ادامه)

| هرگز        | چندین بار در سال | یک بار در ماه | چندین بار در ماه | یک بار در هفته | چندین بار در روز | هرروز    |                              |
|-------------|------------------|---------------|------------------|----------------|------------------|----------|------------------------------|
| ۱۳۴ (٪۵۱/۵) | ۸۳ (٪۳۱/۹)       | ۲۳ (٪۸/۸)     | ۱۵ (٪۵/۸)        | ۳ (٪۱/۲)       | ۱ (٪۰/۴)         | ۱ (٪۰/۴) | عفونت زخم جراحی              |
| ۱۵۴ (٪۵۹/۲) | ۷۳ (٪۲۸/۱)       | ۲۵ (٪۹/۶)     | ۴ (٪۱/۵)         | ۲ (٪۰/۸)       | ۱ (٪۰/۴)         | ۱ (٪۰/۴) | واکنش به تزریق یا انتقال خون |
| ۱۲۵ (٪۴۸/۱) | ۸۴ (٪۳۲/۳)       | ۱۵ (٪۵/۸)     | ۲۴ (٪۹/۲)        | ۳ (٪۱/۲)       | ۸ (٪۳/۱)         | ۱ (٪۰/۴) | شکایت بیماران یا خانواده     |

رابطه بین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار و حوادث ناخواسته  
ایمنی بیمار و تمامی حوادث ناخواسته ارتباط معنادار وجود داشت ( $P < 0/001$ ) (جدول ۴).

با کنترل متغیرهای جمعیت شناختی پرستاران و سایر متغیرها به عنوان متغیرهای مخدوش گر در مدل رگرسیون، بین فرهنگ

جدول ۴: رگرسیون لجستیک رابطه بین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار و حوادث ناخواسته در یک سال گذشته در بیمارستان‌های شهر همدان از دیدگاه پرستاران

| متغیرها                       | ضریب مدل رگرسیون (B) | 95% CI          | P-value     |
|-------------------------------|----------------------|-----------------|-------------|
| زخم بستر                      | ۰/۳۲۹                | (۰/۲۲۶ - ۰/۴۸۱) | $P < 0/001$ |
| سقوط از تخت                   | ۰/۳۴۴                | (۰/۲۳۸ - ۰/۴۹۶) | $P < 0/001$ |
| عوارض جانبی دارو              | ۰/۴۲۶                | (۰/۲۹۸ - ۰/۶۰۸) | $P < 0/001$ |
| عفونت زخم جراحی               | ۰/۳۱۰                | (۰/۲۱۲ - ۰/۴۵۳) | $P < 0/001$ |
| واکنش به تزریق یا انتقال خون  | ۰/۳۴۰                | (۰/۲۳۵ - ۰/۴۹۱) | $P < 0/001$ |
| شکایت بیماران یا خانواده آنها | ۰/۳۳۳                | (۰/۲۲۹ - ۰/۴۸۴) | $P < 0/001$ |

که فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های مورد مطالعه با میانگین ۶۰ درصد در مقایسه با سایر کشورها در سطح متوسط قرار دارند. در میان ابعاد مختلف مربوط به فرهنگ ایمنی، بالاترین امتیاز مثبت به بعد کار تیمی درون واحدهای بیمارستان و تناوب گزارش دهی حوادث ناخواسته اختصاص داشت. [۲۷]

بر اساس یافته‌های مطالعه از بین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار بیشترین میانگین مربوط به بعد یادگیری سازمانی، بعد ارتباطات

### بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین فرهنگ ایمنی بیمار و بروز حوادث ناخواسته بر اساس دیدگاه پرستاران بیمارستان‌های شهر همدان انجام شد.

نمره کلی فرهنگ ایمنی بیمار در مطالعه حاضر در سطح متوسط بود. در راستای یافته‌های این مطالعه، مطالعه مصطفایی و همکاران در سال ۲۰۱۸ در بیمارستان‌های شهر تهران نشان داد



مدیریت از ایمنی بیمار و کارکنان از نقاط ضعف فرهنگ ایمنی بیمار بودند. [۳۶] در راستای یافته‌های مطالعه حاضر، مطالعه الکویز و همکاران در سال ۲۰۱۸ در عربستان بین پرستاران نشان داد که مهم‌ترین نقطه ضعف‌های فرهنگ ایمنی بیمار باز بودن مجاری ارتباطات، تبادل و انتقال اطلاعات و پاسخ غیر تنبهی به خطاها هستند. [۳۰] یک مطالعه مروری در کشورهای عربی که توسط المونتسری و همکاران در سال ۲۰۱۷ انجام شد نیز نتایج مشابهی را گزارش کرده است. [۳۸] ایمنی بیمار باید در بیمارستان و سازمان‌های مراقبت سلامت در اولویت قرار گیرد، زیرا بر بیماران و سازمان‌های مراقبت سلامت تأثیر منفی می‌گذارد. همچنین، ارتباطات نیز در موفقیت کار و تلاش تیمی به‌خصوص میان کارکنان مراقبت سلامت رکن اصلی است. [۳۸، ۳۱] از طرف دیگر، مجاری ارتباط ناکارآمد ممکن است منجر به نتایج منفی شود، همان‌طور که در نمرات کم به‌دست‌آمده در تبادل و انتقال اطلاعات منعکس شده است.

در مطالعه الجاردلی و همکاران [۳۹] در کشور لبنان در سال ۲۰۱۰ حدود ۷۰ درصد از پرستاران ابعاد تبادلات و انتقال اطلاعات و نیز حمایت مدیریت از ایمنی بیمار را به‌عنوان ضعیف‌ترین ابعاد در فرهنگ ایمنی بیمار دانسته و بر این باور بودند که پایین بودن ابعاد یادشده در فرهنگ ایمنی بیمار می‌تواند در کارکنان پرستاری تأثیراتی مانند تقویت روحیه در انجام کار در شرایط بحرانی و رسیدگی به حجم زیادی از کار را سلب کند. همچنین، طبق بررسی آیکن و همکاران [۴۰] در سال ۲۰۰۱ در پنج کشور، پایین بودن ابعاد فوق می‌تواند عدم رضایت بیمار از بیمارستان را به دنبال داشته باشد که می‌توان با مدیریت دقیق بر روی فرهنگ ایمنی بیمار و لحاظ کردن آن به نحو احسن این عامل را به بهترین سطح خود رساند.

طی مطالعه لجونگرن و همکاران [۴۱] در سال ۱۹۹۷ در هشت کشور، با انجام دستورالعمل‌های استاندارد برای ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار می‌توان به‌صورت برگزاری دوره‌های آموزشی مهارت‌های ارتباطی کارکنان پرستاری و مدیران بخش‌ها را تقویت نمود. همچنین، بر اساس مطالعه انجام‌گرفته توسط آیکن و همکاران [۴۰] مهارت‌های ارتباطی و حمایت مدیران در

و ارائه بازخورد در مورد خطاها و کار تیمی درون واحدهای سازمانی بود. شرکت‌کنندگان کمترین نمره را به فرهنگ ایمنی بیمار در ابعاد تبادلات و انتقال اطلاعات، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار و باز بودن مجاری ارتباطی داده بودند. در مطالعات نوردین و همکاران [۲۸] در سال ۲۰۱۳ و سینگر و همکاران [۲۹] در سال ۲۰۰۳ در آمریکا، کمترین امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار مربوط به عدم نظارت پشتیبانی مدیریتی بر ایمنی بیمار گزارش شد که بر این اعتقاد بودند مدیران سطح بالا می‌توانند برای حمایت از ایمنی بیماران بیشتر تلاش کنند. همچنین، نویسندگان معتقد بودند بعضی از چالش‌های امنیتی بیمار با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی خط مقدم در محل وقوع حل نمی‌شود و باید به آن‌ها در سطوح بالاتر سازمان‌ها پرداخته شود. در مطالعات انجام‌گرفته در کشورهای دیگر مانند عربستان [۳۱، ۳۰]، ترکیه [۳۲]، تایوان [۳۳]، فلسطین [۳۴]، آمریکا [۳۵] و سوئد [۳۶] بعد کار تیمی درون واحدهای بیمارستان و یادگیری سازمانی به‌عنوان نقطه قوت فرهنگ ایمنی بیمار شناسایی شده بودند که با یافته مطالعه حاضر همسو است. همچنین، مطالعه الاحمدی و همکاران در سال ۲۰۱۰ در کشور عربستان [۳۷] و چن و لی در سال ۲۰۱۰ در کشور تایوان [۳۳] نشان داد که از بین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار بالاترین میانگین مربوط به بعد یادگیری سازمانی بوده است. علاوه بر آن، مطالعات فوق برای افزایش سطح درک فرهنگ ایمنی بیمار برای بیمارستان‌های خود دوره‌های آموزشی و یادگیری را مدنظر قرار داده و بر اهمیت کار گروهی تأکید فراوان داشته‌اند. آن‌ها بر این باور بودند که از این طریق می‌توانند فضای یادگیری و همکاری در سازمان و روحیه فرهنگ ایمنی بیماران را ایجاد و تقویت کرده و با در دستور کار قرار دادن مدیریت فرهنگ ایمنی بیمار این برگ خرید مهم را تقویت کنند.

علاوه بر چند نقطه قوت اشاره‌شده در مطالعه، از دیدگاه پرستاران تبادلات و انتقال اطلاعات، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار و باز بودن مجاری ارتباطی در بیمارستان به‌عنوان نقطه ضعف مطرح بودند. در مطالعه‌ای که در کشور سوئد توسط دنیلسون و همکاران در سال ۲۰۱۷ انجام‌شده است حمایت



کشورهای موردبررسی نظیر (آمریکا ۴۹/۱ درصد، کانادا ۴۳/۴ درصد و آلمان ۳۲/۶ درصد) بوده است و با لحاظ سیستم حمایت مدیران از فرهنگ ایمنی بیمار می‌توان بهبود چشم‌گیری در ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار ایجاد کرد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شیوع حوادث ناخواسته در بین پرستاران بالا است. به‌طوری‌که اکثریت پرستاران تخمین زده‌اند یک‌بار در سال حادثه ناخواسته برای آن‌ها اتفاق افتاده است. میزان گزارش حوادث ناخواسته در مطالعه عبادی و همکاران در سال ۲۰۱۶ در ایران به‌طورکلی بین ۵۷/۷ درصد تا ۷۶/۱ درصد بود و برای عفونت خون، زخم بستر، سقوط بیمار و عفونت بیمارستانی به ترتیب ۷۶/۱ درصد، ۶۶/۲ درصد، ۵۹ درصد و ۵۷/۷ درصد گزارش شده است. [۷] در کشورهای توسعه‌یافته دامنه بروز حوادث ناخواسته از ۳/۵ درصد در آمریکا [۵]، ۹/۲ درصد در کانادا [۵] تا ۱۲/۳ درصد در سوئد [۶] است. یافته‌های مطالعه وانگ و همکاران در سال ۲۰۱۴ در کشور چین نشان داد که ۴۷/۸ تا ۷۵/۶ درصد پرستاران تخمین زدند که در یک سال گذشته حوادث ناخواسته مختلف برایشان رخ داده است. [۱۶]

در برخی مطالعات انجام‌شده در این زمینه کلیه کادر درمانی بیمارستان را به‌عنوان شرکت‌کننده در مطالعه وارد کرده بودند [۲۰، ۲۱، ۳۰، ۳۶] و در برخی دیگر از مطالعه‌ها پرستاران را به‌عنوان شرکت‌کننده در مطالعه در نظر گرفته بودند. [۳۰، ۳۲، ۷] علت این امر می‌تواند تعداد بالای پرستاران نسبت به سایر کارکنان بیمارستان، اطلاعات دقیق‌تر آن‌ها از موضوع به دلیل حضور بیشتر در بخش و ارتباط بیشتر با بیماران و همچنین دسترسی بهتر و آسان‌تر به آن‌ها باشد؛ اما با توجه به اینکه سایر گروه‌های کارکنان بیمارستان از جمله پزشکان، بهیاران، کادر خدماتی و سایر کارکنان بیمارستان که در تماس مستقیم با بیمار هستند نیز می‌توانند اطلاعات دقیقی در مورد این موضوع داشته باشند، استفاده از این گروه‌ها در انجام پژوهش در این زمینه در جمع‌آوری اطلاعات دقیق‌تر مؤثر خواهد بود.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر فرهنگ ایمنی بیمار پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار حوادث ناخواسته است. به این معنی که با بهبود

فرهنگ ایمنی بیمار میزان بروز حوادث ناخواسته در بیمارستان کاهش خواهد یافت. نتایج مطالعه ماردون و همکاران [۱۷] در سال ۲۰۱۰ نشان داد که ارتباط بین فرهنگ ایمنی بیمار با گزارش خطاهای ناخواسته مستقیم و معنی‌دار است به‌صورتی که در بیمارستان‌هایی که فرهنگ ایمنی بیمار بالاتر بوده، خطاهای ناخواسته کمتری گزارش شده است. نتایج مطالعه نجار و همکاران [۱] و فاروپ و همکاران [۲] نشان داد که ارتباط معکوسی بین فرهنگ ایمنی بیمار با عوارض ناشی از بیماری وجود دارد. این نتیجه حاکی از آن است که هرچه سطح فرهنگ ایمنی بیمار بالاتر باشد عوارض ناخواسته کمتری روی خواهد داد. لذا مسئولان حوزه سلامت و بیمارستان‌ها باید در جهت ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار در سیستم مدیریت بیمارستان‌ها و کارکنان آن‌ها از جمله پزشکان و پرستاران تلاش نمایند. نتایج مطالعه احمدی و همکاران در سال ۱۳۹۴ نشان‌دهنده آن است که یکی از چالش‌های اصلی در زمینه چالش‌های استقرار سیستم مدیریت خطر در بیمارستان‌ها نبود فرهنگ گزارش دهی خطا و وجود نگرانی از عواقب آن و همچنین عدم احساس نیاز در پزشکان برای وارد شدن به این حیطه است. [۴۲]

مطالعات آینده می‌توانند در زمینه بررسی علل و عوامل مؤثر بر عملکرد ضعیف بیمارستان در زمینه گزارش دهی و یا عدم گزارش موارد حوادث ناخواسته توسط کارکنان، صورت پذیرد. همچنین، بررسی حوادث ناخواسته در بین پزشکان و مقایسه آن با پرستاران نیز می‌تواند در زمینه شناسایی ابعاد مختلف مؤثر بر گزارش دهی حوادث ناخواسته مفید باشد. علاوه بر آن، انجام پژوهش در زمینه راهکارهای ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار نیز می‌تواند زمینه را برای اتخاذ تدابیر مؤثر در جهت ارتقای آن فراهم آورد.

از آنجایی که مطالعه حاضر به‌صورت گذشته‌نگر انجام شده است و اطلاعات شرکت‌کنندگان در مورد حوادث ناخواسته در طول یک سال گذشته استخراج شده است، یکی از محدودیت‌های این مطالعه تورش یادآوری است که می‌تواند دقت اطلاعات را تحت تأثیر قرار دهد. محدودیت دیگر پژوهش حاضر، انجام

برای گزارش دهی حوادث ناخواسته و برنامه‌ریزی جهت کاهش این حوادث را فراهم نمایند.

### ملاحظات اخلاقی

**رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی:** این پژوهش با کد اخلاق به شماره IR.UMSHA.REC.1396.866 اخذ شده از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شده است.

مسائل اخلاقی (از جمله جلب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان، سرقت ادبی، انتشار/ یا تسلیم دو گانه و غیره) توسط نویسندگان به طور کامل رعایت شده است. همچنین، اصول محرمانگی در مشخصات و اطلاعات افراد رعایت شده است. به افراد اطمینان داد شده است که نتایج مطالعه فقط در جهت اهداف مطالعه استفاده می‌شود. همچنین، هریک از افراد مجاز بودند در هریک از مراحل انجام مطالعه بدون آسیب و زیان مطالعه را ترک کنند.

**حمایت مالی:** این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران با شماره ۹۶۱۲۲۲۸۲۶۲ انجام شده است.

### تضاد منافع:

نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان بررسی رابطه بین فرهنگ ایمنی بیمار و حوادث ناخواسته در بیمارستان‌های شهر همدان، مصوب معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی همدان، در سال ۱۳۹۶ است.

نویسندگان از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی همدان به خاطر تصویب و حمایت مالی از این مطالعه در قالب طرح شماره ۹۶۱۲۲۲۸۲۶۲ تشکر و قدردانی می‌نمایند. همچنین، از کلیه شرکت‌کنندگان در مطالعه و مسئولین بیمارستان‌های مورد مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

نمونه‌گیری در دسترس است که به دلیل کاهش شانس حضور بخشی از کارکنان بیمارستان و حذف نظرات آن‌ها، این احتمال وجود دارد که بخشی از اطلاعات از دست‌رفته باشد. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه حساسیت موجود در بیمارستان‌ها نسبت به حوادث ناخواسته و برخورد با پرستاران و ارائه‌دهندگان خدمات به‌عنوان مقصر است که می‌تواند روی تمایل پرستاران برای ارائه این اطلاعات تأثیر بگذارد.

استفاده از پرستاران به‌عنوان شرکت‌کننده در مطالعه یکی از نقاط ضعف پژوهش حاضر است. در صورتی که حضور سایر کارکنان بیمارستان که با بیمار در تماس مستقیم هستند خصوصاً پزشکان، بهیاران، کارکنان خدمات و کارکنان بخش‌های تشخیصی امکان استخراج اطلاعات دقیق‌تر در این زمینه را فراهم خواهد آورد. نقطه ضعف دیگر مطالعه حاضر جمع‌آوری اطلاعات حوادث ناخواسته در قالب دو گزینه (مواجهه داشتن و مواجهه نداشتن) می‌تواند از لحاظ روانی بر پاسخ‌دهندگان تأثیر داشته و باعث جهت‌دهی به پاسخ‌های ایشان شده باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که درک پرستاران از فرهنگ ایمنی بیمار متوسط و بروز حوادث ناخواسته بالا بود. از این رو، عواملی از قبیل حمایت مدیران از ایمنی بیمار در بیمارستان، درک و شناخت پرستاران از فرهنگ ایمنی بیمار، بررسی مسائل مربوط به کارکنان و تسهیل تبادل و انتقال اطلاعات در سازمان برای کاهش بروز حوادث ناخواسته ضروری است. برگزاری کارگاه‌های و دوره‌های آموزشی در مورد فرهنگ ایمنی بیمار برای مسئولان و کارکنان بیمارستان می‌تواند در زمینه ارتقای فرهنگ ایمنی کمک‌کننده باشد. همچنین، برنامه‌ریزی منظم و هدفمند در زمینه سنجش فرهنگ ایمنی بیمار و ارتقای مداوم آن زمینه را برای ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار فراهم می‌آورد. مطالعات بیشتر برای شناسایی مداخلاتی که از طریق ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار منجر به کاهش حوادث ناخواسته شود، ضروری به نظر می‌رسد. از طرف دیگر متولیان سلامت باید از طریق روش‌هایی مثل تشویق گزارش حوادث ناخواسته و همچنین برگزاری دوره‌های آموزشی برای پرستاران زمینه را



## References

1. Asartmar M, Moqtada Mansouri A .The role of social responsibility components on organizational health, a case study of employees of Urmia Health Network. *J Healthc Manage and Treat.*2019;10(3): 7-21.[In Persian]
2. Taheri Nejadkani N, Tabibi SJ, Haji Nabi K. Relationship between hospital information system requirements and implementation of health system transformation plan in hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Healthc Manage.*2019; 8(1): 69-81.[ In Persian]
3. Dobrzykowski DD, McFadden KL, Vonderembse MA. Examining pathways to safety and financial performance in hospitals: A study of lean in professional service operations. *J Oper Manage.* 2016; 1;42:39-51.
4. Ranjbar M, Bahrami M A, Baghanan N, Izadi R, Eftekhari A, Yousefzadeh S. Causes of selection of educational hospitals in Yazd city for treatment by patients in SL 1395. *Health Manage.*2019; 8(1):. 81-91.[In Persian]
5. Kurdistani Gh, ghdarzadeh SK,Haghighat H. The effect of revealing social responsibility on accounting, economic and market evaluation criteria of corporate performance. *J Account Adv.* 2018; 10(1):181-210. [In Persian]
6. Chang YH, Yeh CH. Corporate social responsibility and customer loyalty in intercity bus services. *Transport policy.* 2017 ;1;59:38-45.
7. Ja'faripuyan A, Pourreza A, Rahimi Forosani A, Maleki R. Assessment of the Importance and Status of Social Responsibility Implementation from the Perspective of Kermanshah University of Medical Sciences Educational Hospitals Management Network .*Off J the Organ Hosp the Iran Assoc of Hosp Aff.* 2018; 17(1):9-16.[ In Persian]
8. Droppert H, Bennett S. Corporate social responsibility in global health: an exploratory study of multinational pharmaceutical firms. *Glob Health.*2015 ;11(1):15.
9. Ghasemnejad Kh, JaziniA R, Mohammadi Moghaddam Y,Hendiani A.The Model of Corporate Social Responsibility in Social Crime Prevention. *J Police Manage Res.* 2019; 14 (1):9-32.[ In Persian]
10. McDaniel P A, Cadman B, Malone R E. African media coverage of tobacco industry corporate social responsibility initiatives. *Glob public health.* 2018 ;1;13(2):43-129.
11. Lubis AN. Corporate social responsibility in health sector: a case study in the government hospitals in Medan, Indonesia. *Verslas: teorija ir praktika.* 2018;19(1):25-36.
12. Pulker CE, Trapp GS, Scott JA, Pollard CM. Global supermarkets' corporate social responsibility commitments to public health: a content analysis. *Glob and health.* 2018;14(1):121.
13. Tripathi N, Bharadwaja M, Ghosh V, Katak BB. CSR activities of a hospital: perspectives of stakeholders. *Int J Bus Excellence.* 2018;15(4):502-19.
14. Danaeifard H, Valavani S M, Azar A. *Quantitative Research Methodology in Management: A Comprehensive Approach"* by Saffar Publications. 2004.[ In Persian]
15. Naderi Bani M, Ebrahimzadeh Pezeshki R, Abolghasemi M, Malekinejad P. Designing a Conceptual Model for Achieving Organizational Entrepreneurship with a Combined Approach to Mikhailov's Fuzzy Hierarchical Analysis and Interpretive Structural Modeling (Case Study: Yazd Sports and Youth Organization). *Appl Res in Sports Manage.*2018; 23(3):127-139. [In Persian]



16. Firoozjaeian A As , Firoozjaeian M, Hashemi Petroudi SH , Gholamrezazadeh F. Application of interpretive structural modeling technique in tourism studies(Analysis with a pathological approach). J Tourism Plann and Dev.2013; 6(2):129-159.[ In Persian]
17. Ismailpour R, Azar A, Shah Mohammadi M . Provide an interpretive structural model of supplier selection indicators based on corporate social responsibility J Ind Manage Stud.2017; 47(15):45-70.[ In Persian]
- 18.Cachon G, Swinney R. The value of fast fashion: quick response, enhanced design, and strategic consumer behavior. Manage Science . 2011;57 (4): 778–795.
19. Cekrezi A. Determinants of financial performance of the insurance companies: A case of Albania. Int J Econ Commer and Manage. 2015;3(4):1-0.
20. Fatemi SA, Vahdat Sh, Hesam S .Designing a model for evaluating the performance of outsourcing services of Shahid Dr. Labbafi Nejad Hospital using a balanced evaluation card model. Health Manage. 2019; 10(1): 7-18.[ In Persian]
21. Adhami Moghadam F, Saheb Al-Zamani M, Rouhafza M. Investigating the gap between service quality from the perspective of hospitalized patients in hospitals of Islamic Azad University. Tehran Branch of Medical Sciences. 2019; 8(2) :21-32.[ In Persian]

