

مجله حسابداری سلامت، سال دهم، شماره دوم، پیاپی ۲۶، پاییز و زمستان ۱۴۰۰، صص. ۱۶۲-۱۳۴

گزارشگری پایداری بیمارستان‌های دولتی ایران: شناسایی و تبیین ابعاد و شاخص‌ها

مرضیه فریدونی^۱ و دکتر آرش تحریری^۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۲۵

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۴/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۱

چکیده

مقدمه: اهمیت گزارشگری پایداری در زمینه ایفای مسئولیت پاسخگویی سازمان‌ها سبب می‌شود تا شناسایی شاخص‌های گزارشگری پایداری در بیمارستان‌ها با اهمیت باشد؛ چرا که در صورت نبودن شاخص‌های مناسب و مشخص، پاسخگویی و کسب مقبولیت و مشروعیت در جامعه، به‌ویژه همانند دوره همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ دشوار یا غیرممکن است. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر شناسایی ابعاد و شاخص‌های گزارشگری پایداری در بیمارستان‌های دولتی ایران است.

روش پژوهش: این پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر ماهیت و روش، توصیفی-پیمایشی و از رویکرد منطق استدلال، استقرایی است. برای تحقق هدف پژوهش، ابتدا گزارش‌های پایداری زنجیره‌های تأمین (هلدینگ‌های) درمانی و بیمارستان‌های خارجی در سال ۲۰۲۰ به روش «تحلیل تم» بررسی شد. پس از آن، برای انطباق نتایج با شرایط ایران، ۲۰ نفر از خبرگان در حوزه پژوهش به روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی انتخاب و از آن‌ها با روش دلفی، نظرسنجی شد.

یافته‌ها: با تحلیل گزارش‌های پایداری خارجی، ۷۸ شاخص شناسایی شد. بر طبق نظرات خبرگان نیز ۷۳ شاخص برای استفاده در گزارشگری پایداری بیمارستان‌های دولتی ایران انتخاب شد. ابعاد شناسایی شده براساس گزارش‌های پایداری در بیمارستان‌های خارجی، به ترتیب، اهمیت عبارت‌اند از: زیست‌محیطی، اجتماعی، راهبری، عملکردی، اقتصادی، اخلاقی، قانونی، کرامت سرمایه انسانی، مسئولیت‌پذیری در برابر خدمات درمانی، ویژگی‌های ساختاری و الزامات نوع‌دوستانه. با تأیید خبرگان، از ابعاد نامبرده برای طبقه‌بندی شاخص‌های گزارشگری پایداری در بیمارستان‌های دولتی ایران نیز می‌توان استفاده کرد.

نتیجه‌گیری: باتوجه به اینکه افشای گزارشگری پایداری در ایران جنبه اختیاری داشته و تاکنون در بخش بهداشت و درمان گزارش پایداری تهیه نشده است، نتایج این پژوهش می‌تواند به بیمارستان‌ها در افشای مناسب اطلاعات برای شفافیت گزارشگری و پاسخگویی بیشتر کمک کند.

واژگان کلیدی: بیمارستان‌ها، پاسخگویی، گزارشگری پایداری.

۱. دانشجوی دکتری، گروه حسابداری، پردیس بین‌المللی کیش، دانشگاه تهران، ایران (رایانامه: Marziyehfereidooni@gmail.com).

۲. دانشیار، گروه حسابداری، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران، ایران (نویسنده مسئول، رایانامه: Arashtahriri@ut.ac.ir؛ دورنگار: ۰۱۷-۳۲۱۷۴۰۰۹).

مقدمه

افزایش آگاهی درباره اهمیت افشای اطلاعات غیرمالی، به‌ویژه جنبه‌های مربوط به پایداری، در دهه اخیر چشمگیر بوده است. بحران‌های مالی، رسوایی‌های حسابداری بین‌المللی، تغییرات آب و هوایی، نیاز سرمایه‌گذاران به شفافیت گزارشگری، جهانی‌شدن سریع اقتصاد، پیشرفت‌های فناوری و حمایت نهادهای نظارتی از دلایل ایجاد علاقه به گنجاندن اطلاعات غیرمالی در گزارش‌های سازمانی است (۱). با افزایش آگاهی عمومی درباره آثار اجتماعی و زیست‌محیطی فعالیت‌های سازمانی و نگرانی درباره توسعه پایدار، توجه عمومی به مشکلات جهانی کنونی مانند فقر، نقض حقوق بشر، آلودگی، گرمایش زمین، تغییرات آب و هوا و کاهش منابع نیز افزایش یافته است (۲). مؤسسه بین‌المللی توسعه پایدار، گزارشگری پایداری شرکتی را این‌گونه تعریف می‌کند: «اتخاذ راهبردها و فعالیت‌های تجاری که نیازهای امروز شرکت و ذی‌نفعان آن را برآورده کرده و درعین‌حال، منابع انسانی و طبیعی که در آینده مورد نیاز خواهد بود را محافظت، حفظ و تقویت می‌کند». این تعریف بر اهمیت تأمین نیازهای ذی‌نفعان اجتماعی و غیراجتماعی و نیز ایجاد تعادل بین ابعاد اقتصادی، زیست‌محیطی و اجتماعی عملکرد شرکت تأکید دارد (۳). انتظار می‌رود سازمان‌ها همان‌طور که بر مسائل مالی تمرکز دارند، از لحاظ اجتماعی و محیط زیست نیز مسئولانه رفتار کنند زیرا بی‌گمان اقتصاد جهانی پایدار، نیازمند فعالیت‌های پایدار سازمان‌ها است (۴). هدف افشای

پایداری، تشویق شرکت‌ها به داشتن شیوه‌ای متعادل‌تر برای انجام فعالیت‌ها، به‌منظور حفاظت از محیط زیست و جامعه‌ای است که شرکت در آن فعالیت دارد (۵). از طرفی، به نظر می‌رسد که اهمیت افشای پایداری در صنایع حساس مانند بخش بهداشت و درمان، به‌ویژه در دوره کنونی و همه‌گیری کووید-۱۹، بیشتر است (۱). سلامت، محور توسعه پایدار اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی جوامع بشری است که در زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه اهمیت ویژه‌ای دارد. بیمارستان‌ها به‌عنوان مهم‌ترین جزء نظام سلامت، نقش اساسی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی و کارایی نظام سلامت دارد. به‌علت ماهیت عملکرد این سازمان‌ها و نقش آن‌ها در افزایش سطح سلامت جوامع، در نظر گرفتن موضوع مسئولیت‌پذیری اجتماعی و ملاحظات محیط زیست بسیار بااهمیت است (۶). بیمارستان‌ها از سازمان‌های ارزش‌محور هستند و انتظار می‌رود که بعد اجتماعی و زیست‌محیطی عملکرد آن‌ها فراتر از بعد اقتصادی باشد. بنابراین، می‌توان با ادغام موضوعات اجتماعی و زیست‌محیطی در کسب‌وکار اصلی، یعنی بهداشت و درمان و ارتقای سلامت، جنبه منفی آن را به حداقل رساند و دستاوردها را در زمینه بهداشت افزایش داد. توسعه پایدار برای بیمارستان‌ها به بهینه‌سازی معیارهای مختلف کیفیت، تنها از نظر فعالیت اصلی بیمارستان مرتبط نیست بلکه به بهینه‌سازی از لحاظ بهره‌وری اقتصادی و سازگاری محیطی و اجتماعی نیز ارتباط دارد (۷). درحالی‌که این عقیده وجود دارد که گزارشگری پایداری بخش جدایی‌ناپذیری از فرایندهای

تصمیم‌گیری در بسیاری از سازمان‌ها است درباره اینکه چگونه سازمان‌ها اقدام‌های پایداری را در فرایندهای کسب‌وکار اجرا می‌کنند، شفافیت کافی وجود ندارد. حسابداری و گزارشگری مالی سنتی نیز، چندان امکان اندازه‌گیری آثار اجتماعی و زیست‌محیطی را فراهم نمی‌کند. در نتیجه، نیاز به گزارشگری گسترده‌تر در سازمان‌ها وجود دارد (۶). از طرفی، سازمان‌های بخش عمومی، هسته اصلی توسعه پایدار در جامعه است؛ چرا که از جنبه‌های مختلف مانند آموزش، خدمات محیطی و برنامه‌های اجتماعی بر زندگی مردم اثر می‌گذارد و چنانچه نقش رهبری را ایفا نکند، شهروندان را از سبک زندگی با رویکرد پایدار جدا می‌کند (۸). در انطباق با نظریه ذی‌نفعان و به دنبال افزایش ذی‌نفعان، حاکمیت دولتی بر افزایش شفافیت و پاسخگویی در سازمان‌های بخش عمومی به وسیله گزارشگری معیارهای عملکرد مالی و غیرمالی تأکید می‌کند. این سازمان‌ها افزون بر اینکه باید گزارشگری پایداری را در راهبردها بگنجانند مطابق با نظریه مشروعیت، باید با افشای اطلاعات از طریق گزارشگری، مشروعیت فعالیت‌های خود را در جامعه افزایش دهند (۹).

توجه روزافزون به گزارشگری پایداری در جهان به دلیل نقش مهم این‌گونه گزارش‌ها در شناخت چالش‌های اجتماعی، زیست‌محیطی و راهبردی موجب انجام پژوهش‌هایی در زمینه پایداری در بسیاری از بخش‌ها از جمله بخش بهداشت و درمان در سایر کشورها شده است. نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ارائه خدمات درمانی در حالت پایدار، افزون بر حفظ سلامت، به حفظ محیط زیست و جامعه نیز منجر می‌شود

(۱۰-۱۳) و بیمارستان‌هایی که گزارش‌های پایداری را منتشر کرده‌اند، از نظر شیوه‌های گزارشگری پایداری، پیشرفته‌تر از بیمارستان‌های بدون گزارشگری پایداری هستند (۱۰)؛ در ایران، هیچ پژوهشی به موضوع گزارشگری پایداری در بیمارستان‌ها نپرداخته و فقط پژوهش‌های اندکی (۱۴ و ۱۵) در زمینه مسئولیت‌پذیری اجتماعی در برخی از بیمارستان‌ها انجام شده است. از طرف دیگر، حسابداری و گزارشگری پایداری در بخش عمومی هنوز به‌طور جدی و فراگیر در نظر گرفته نشده است و سهم آن در چارچوب این بخش مشخص نیست (۸)؛ چرا که اساس پژوهش‌ها بر گزارشگری پایداری در شرکت‌های پذیرفته شده در بورس اوراق بهادار تهران بوده است. بر این اساس، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که از دیدگاه خبرگان، الگوی مناسب گزارشگری پایداری در بیمارستان‌های دولتی ایران چیست؟

به دلیل نداشتن چارچوب جامع برای گزارشگری پایداری در بیمارستان‌ها، هیچ بیمارستانی در ایران اقدام به تهیه گزارش پایداری نکرده است. بنابراین، هدف پژوهش این است که ابتدا، به روشی علمی و نظام‌مند، شاخص‌های گزارشگری پایداری در بیمارستان‌های خارجی را شناسایی کند. پس از آن، انطباق شاخص‌ها با بیمارستان‌های دولتی ایران را بررسی و الگویی پیشنهادی برای گزارشگری پایداری ارائه کند.

در ادامه، ابتدا مبانی نظری و خلاصه‌ای از پژوهش‌های انجام شده در زمینه موضوع پژوهش بیان می‌شود. سپس، به توضیح روش پژوهش، یافته‌های پژوهش و نتیجه‌گیری پرداخته می‌شود. سرانجام،

پیشنهادهای محدودیت‌های پژوهش ارائه می‌شود.

مبانی نظری

در سال‌های اخیر، همواره گزارشگری پایداری شرکت‌ها و ابعاد تأثیرگذار بر آن، از دیدگاه استفاده‌کنندگان مختلف گزارش‌ها و صورت‌های مالی شرکت‌ها اهمیت داشته است (۱۶). افزایش نگرانی شهروندان درباره شفافیت و پایداری منابع مالی دولت باعث شده که بخش عمومی، مسائل مربوط به گزارشگری پایداری را برای پاسخگویی به نیازهای نسل فعلی و آینده، به ذی‌نفعان ارائه دهد (۱۷). همچنین، گنجاندن جنبه‌های غیرمالی در گزارش‌دهی سازمان‌ها می‌تواند اهداف کوتاه‌مدت را به سمت اهداف میان‌مدت و بلندمدت و تمرکز بر خلق ارزش تغییر دهد (۱۲).

اهمیت گزارشگری پایداری را می‌توان از دیدگاه نظریه‌های ذی‌نفعان، مشروعیت و نهادی تبیین کرد (۶ و ۹). مطابق با نظریه مشروعیت، سازمان‌ها و جامعه از طریق قراردادهای اجتماعی به هم متصل می‌شوند. مفهوم قرارداد اجتماعی نشان می‌دهد که چگونه سازمان‌ها باید فعالیت خود را براساس انتظارات صریح و ضمنی جامعه، برای کسب مقبولیت و مشروعیت عمومی انجام دهند (۱۸). افزایش مشروعیت برای سازمان‌های دولتی ضروری‌تر به نظر می‌رسد زیرا حمایت دولت از آن‌ها (بودجه عمومی) موجب می‌شود که بیشتر در برابر نظرات و انتقادات عمومی پاسخگو باشند. این موضوع، اهمیت ارتباط عملکردی با ذی‌نفعان را مشخص می‌کند. از این رو، گزارشگری و

افشای پایداری در سازمان‌های دولتی نظیر بیمارستان‌های دولتی به دلیل اینکه اعتبار آن‌ها را نیز در جامعه افزایش می‌دهد، از اهمیت بیشتری برخوردار است (۱۹). نظریه ذی‌نفعان بر مسئولیت سازمان در برابر ذی‌نفعان تأکید می‌کند و ذی‌نفعان به عنوان گروه‌های تأثیرگذار بر سازمان یا تحت تأثیر فعالیت سازمان تعریف شده است. ذی‌نفعان شامل کارکنان، سهام‌داران، مشتریان و تأمین‌کنندگان، دولت‌ها و به‌طور کلی جامعه بوده که تعامل با آن‌ها افزون بر به حداکثر رساندن سود، به ایجاد ارزش نیز منجر می‌شود (۲۰). در چارچوب گزارشگری یکپارچه بین‌المللی، خلق ارزش در نتیجه تعامل سرمایه‌های مختلف موجود در یک سازمان مانند سرمایه‌های مالی، انسانی، اجتماعی و روابط توصیف شده است (۵). در این زمینه، سازمان‌های دولتی می‌توانند با افشای گزارشگری پایداری در پاسخ به فشارهای ذی‌نفعان، دیدگاه و اعتماد آن‌ها را بهبود بخشند که موجب افزایش اعتبار آن‌ها نیز می‌شود (۱۸). بیمارستان‌های دولتی با تهیه گزارش‌های پایداری می‌توانند نگرانی‌های زیست‌محیطی، اجتماعی و اقتصادی ذی‌نفعان را در نظر داشته باشند (۶). در ادامه، نظریه نهادی توضیح می‌دهد که چگونه جامعه و ذی‌نفعان، به سازمان‌ها برای انطباق ارزش‌ها فشار می‌آورد. این نظریه فرض می‌کند که سازمان‌ها، نوعی از ساختارها و شیوه‌های مدیریتی را به کار می‌برند که صرف‌نظر از سودمندی واقعی، سایر سازمان‌ها در حوزه کاری خود آن‌ها را مشروع می‌داند (۲۱). نظریه نهادی با ارائه درکی از چگونگی تغییر سازمان‌ها به دلیل فشارها و انتظارات ذی‌نفعان و جامعه،

نظریه‌های ذی‌نفعان و مشروعیت را تکمیل می‌کند (۹). سازمان جهانی بهداشت، ارتقای سلامت و رفاه را در سرلوحه اهداف توسعه پایدار ۲۰۳۰ سازمان ملل متحد گنجانده است. ارتقای سلامت و رفاه، پیوند روشنی با هریک از اهداف کلان در توسعه پایدار دارد. بر طبق این مطلب، بیمارستان‌ها یکی از بزرگ‌ترین حوزه‌ها در بخش خدمات درمانی است که فرصت مناسبی برای تأثیرگذاری بر عملکرد پایدار دارند (۲۲). توسعه پایداری، افزون بر اینکه بیمارستان‌ها را به بازنگری در شیوه تعامل با محیط زیست هدایت کرده، موجب شده که آن‌ها به بررسی فرایندهای درونی و چگونگی تأثیر کمتر بر محیط زیست و مشارکت بیشتر در جنبه‌های اجتماعی و اقتصادی برای توسعه پایدار بپردازند (۱۲).

بخش خدمات درمانی برحسب استفاده از محصولات و فناوری، مصرف منابع، تولید زباله و سازه‌ها و عملیات روزانه، به منبع عمده‌ای از آلودگی در جهان تبدیل شده و ناخواسته در مسیر به خطر انداختن سلامت عمومی قرار گرفته است (۲۳). مدیریت کارآمد پسماند و زباله‌های پزشکی، آلودگی را با کاهش یا جلوگیری از انتشار گازهای گلخانه‌ای به هوا، زمین و آب کنترل می‌کند (۲۴ و ۲۵) و به تضمین بهداشت و ایمنی مناسب برای کارکنان بهداشت و درمان و جوامع منجر خواهد شد. کارایی زیست‌محیطی، بیشتر به کارایی اقتصادی با ایجاد ارزش برای ذی‌نفعان تبدیل می‌شود (۳). افزون بر آن، پایداری اجتماعی که مربوط به جنبه انسانی پایداری است، در حال تبدیل شدن به هدف اساسی در بخش

بهداشت و درمان است. گفتنی است در حالی که درمان بیماران، نتیجه اولیه از زنجیره‌های تأمین خدمات بهداشت و درمان است، فراهم کردن فرصت‌های دسترسی و آموزش برای رفتار پیشگیرانه و سلامتی نیز به همان اندازه بااهمیت است (۱۱). به این ترتیب، بیمارستان‌ها و نظام‌های مراقبتی که گزارشگری پایداری را انجام می‌دهند، به مزایایی در حوزه‌های مختلف دست خواهند یافت، تلاش‌های آن‌ها به محیطی سالم‌تر منجر می‌شود، درک عمومی سازمان را بهبود می‌بخشند و می‌توانند به جوامع محلی نیز کمک کنند. هم‌اکنون، مزایای پایداری بیش از هر زمان دیگری اهمیت دارد (۳).

با توجه به نیاز شرکت‌ها به وجود چارچوبی برای افشای اطلاعات پایداری، نهادهای مختلف در این زمینه رهنمودهایی منتشر کرده‌اند. از آن جمله می‌توان به ابتکار سازمان گزارشگری جهانی، هیأت استانداردهای حسابداری پایداری در آمریکا و بنیاد استانداردهای گزارشگری مالی بین‌المللی اشاره کرد. چارچوب ابتکار سازمان گزارشگری جهانی، سازمان‌ها را به سمت انتخاب موضوع‌هایی هدایت می‌کند که منعکس‌کننده مهم‌ترین آثار اقتصادی، زیست‌محیطی و اجتماعی است. استانداردهای این نهاد بر ذی‌نفعان تأکید دارد و برای همه صنایع کاربرد دارد. هیأت استانداردهای حسابداری پایداری در آمریکا نیز استاندارد ویژه صنایع مختلف را منتشر کرده است اما استانداردهای این نهاد با تأکید بر سرمایه‌گذاران بوده و تمام ذی‌نفعان را پوشش نمی‌دهد. این استانداردها شامل موضوعات افشا در ۵ بُعد پایداری شامل

زیست محیطی، سرمایه اجتماعی، انسانی، کسب و کار و نوآوری، رهبری و حاکمیت است (۲۶).

برخلاف وجود رهنمودها و استانداردهای بین المللی، می توان گفت موضوع گزارشگری پایداری، فرایندی داوطلبانه و اختیاری است و الزام قانونی چندانی در سطح بین المللی برای آن وجود ندارد (۲۷). نداشتن استاندارد جامع برای گزارشگری پایداری و اجباری نبودن آن، مشکلاتی نظیر ممکن نبودن قابلیت مقایسه و تفاوت روش ها و الگوهای گزارشگری آثار اجتماعی و زیست محیطی در سازمان ها و کشورهای مختلف را به همراه داشته است (۲۸). به تازگی، بنیاد استانداردهای گزارشگری مالی بین المللی اعلام کرده است: «برای ارزیابی صحیح فرصت ها و خطرهای مربوط به پایداری و تغییرات اقلیمی، سرمایه گذاران به ارائه اطلاعات در زمینه پایداری، با کیفیت بالا، شفاف و قابل مقایسه در سطح جهانی نیاز دارند که با صورت وضعیت های مالی آنها سازگار باشد». تأسیس هیأت استانداردهای پایداری بین المللی، زمینه های دستیابی به این هدف را فراهم خواهد کرد. این هیأت با ایجاد استانداردهای پایه درباره ارائه اطلاعات در حوزه گزارشگری پایداری به ایجاد اطلاعات قابل مقایسه در صنایع و بازارهای مالی برای استفاده سرمایه گذاران و تنظیم کننده های بازار کمک می کند (۲۹).

پیشینه پژوهش

مهدوی و همکاران به بررسی رابطه سطح افشای اطلاعات زیست محیطی و اجتماعی با برخی

ویژگی های شرکت پرداختند. نتایج پژوهش آنها حاکی از آن است که اندازه شرکت با سطح افشای اطلاعات در زمینه زیست محیطی و اجتماعی رابطه معنی دار و مثبت دارد اما سطح افشای اطلاعات زیست محیطی و اجتماعی با سودآوری رابطه معنی داری ندارد. برخلاف انتظار پژوهشگران، سطح افشای اطلاعات زیست محیطی و اجتماعی شرکت های در صنایع حساس کمتر از شرکت هایی است که در صنایع غیر حساس فعالیت می کنند (۳۰).

تقوی گودرزی و فضیلت، چالش های گزارشگری پایداری و تغییرات زیست محیطی برای حسابداران بخش عمومی را بررسی کردند. آنها بیان کردند که پژوهشگران حسابداری در بخش عمومی ناگزیرند در کنار مرجع قرار دادن تجربه و عملکرد بخش خصوصی در این زمینه، شکاف بین این دو بخش را نیز بررسی کنند. به این دلیل که از یک سو بر شیوه ها و ابزارهای تولید اطلاعات و از سوی دیگر بر ارائه اطلاعات و کاربران و کاربردهای اطلاعات تمرکز کنند تا در دستیابی به اهداف توسعه پایدار مؤثر باشد (۳۱).

اخترشناس و همکاران به وسیله مصاحبه با متخصصان و صاحب نظران و با استفاده از روش نمونه گیری گلوله برفی و براساس تحلیل تم، الگویی برای عوامل مؤثر بر پایداری شرکتی در ایران تدوین کرده اند. نتایج پژوهش آنها بیانگر آن است که ۴ بُعد ویژگی های شرکت، عوامل مدیریتی، عوامل بازار و عوامل کلان و ۹ مؤلفه شامل ویژگی های ساختاری، ویژگی های عملکردی، سطح فردی، سطح سازمانی، بازار سرمایه، عوامل تجاری، عوامل اقتصادی، عوامل اجتماعی و

عوامل سیاسی و ۶۰ شاخص بر پایداری شرکتی تأثیر می‌گذارد. علاوه بر تأیید بسیاری از عوامل شناسایی شده در پژوهش‌های پیشین، عوامل نوینی همچون فرهنگ جامعه، سیاست حاکم بر کشور، پایبندی به اخلاق، الزامات قانونی، شهرت اجتماعی شرکت، سرمایه فکری و رقابت بازار محصول به عنوان عوامل مؤثر بر پایداری شرکتی شناسایی شده است (۳۲).

پورخانی ذاکله‌بری و همکاران الگویی برای افشای اطلاعات پایداری شرکتی و ارزیابی اثر عوامل مرتبط با نظریه علامت‌دهی و نظریه ذی‌نفعان بر گزارشگری این اطلاعات ارائه کردند. یافته‌های پژوهش آن‌ها مبین آن است که از مجموع ۱۶۹ مؤلفه، ۸۰ مؤلفه برای الگوی پایداری شرکتی بسیار ضروری است. از طرف دیگر، حساسیت شرکت در صنعت، بر شاخص کل پایداری شرکتی، افشا از جنبه اقتصادی، محیطی و اجتماعی تأثیر مستقیم دارد اما بر افشای پایداری از جنبه عمومی بی‌تأثیر است. مکان شرکت، بر افشای پایداری از جنبه اجتماعی تأثیر مستقیم دارد اما بر شاخص کل پایداری شرکتی، افشا از جنبه عمومی، اقتصادی و محیطی تأثیر ندارد. در نهایت، عمر شرکت، بر شاخص کل و جنبه‌های پایداری شرکتی تأثیر مستقیم دارد (۳۳).

براتی مارنانی و همکاران در پژوهشی مسئولیت‌پذیری اجتماعی در بیمارستان‌های اصفهان را بررسی کردند. بر اساس نتایج پژوهش آن‌ها میانگین امتیاز مسئولیت‌پذیری اجتماعی در بیمارستان‌های اصفهان ۶۸/۶ و میانگین امتیاز بعد راهبردی و فرایندهای درونی ۷۲/۲، بازار ۷۰، جامعه و کشور ۶۷/۸، محیط زیست ۶۷/۴ و محیط کار ۶۶/۲ به دست

آمد. نتایج پژوهش براتی مارنانی و همکاران بیان‌کننده آن است که میزان مسئولیت‌پذیری اجتماعی بیمارستان‌ها در حد متوسط بود و این میزان با نوع مالکیت و فعالیت بیمارستان رابطه معنی‌داری ندارد. پژوهشگران پیشنهاد دادند که بیمارستان‌ها به منظور افزایش میزان مسئولیت‌پذیری، بهبود شرایط و محیط کاری کارکنان و حمایت بیشتر از مسائل و موضوعات محیط زیست را در نظر بگیرند (۱۴).

قلی‌زاده و همکاران به بررسی وضعیت مسئولیت‌پذیری اجتماعی در بیمارستان‌های آموزشی تبریز از دیدگاه مدیران پرداختند. یافته‌های پژوهش آن‌ها گویای آن است که مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر فعالیت‌های بیمارستان‌ها در پذیرش مسئولیت اجتماعی، بیماران و پزشکان، همچنین مهم‌ترین محرک بیمارستان‌ها برای مسئولیت‌پذیری اجتماعی، نزدیک شدن به استانداردهای بین‌المللی بوده است. نتایج پژوهش قلی‌زاده و همکاران ثابت کرد که مدیران تعریف واحدی از مسئولیت‌پذیری اجتماعی نداشته‌اند. برای آن‌ها درک مسئولیت‌پذیری اجتماعی دشوار است و سیاست و فرایند خاصی برای مسئولیت‌پذیری اجتماعی در بیمارستان وجود ندارد (۱۵).

ماچادو و همکاران به تجزیه و تحلیل پایداری در بیمارستان‌ها از دیدگاه اقتصادی، زیست‌محیطی و اجتماعی پرداختند. هدف پژوهش آن‌ها بررسی تعداد بیمارستان‌های برزیلی بوده که ۳ دستورالعمل پایداری را در سیاست‌ها و برنامه راهبردی تعریف کرده‌اند. روش پژوهش ماچادو و همکاران توصیفی بوده است و نتایج اصلی آن بیان‌کننده آن است که تعداد کمی از

بیمارستان‌ها در حال بررسی پایداری‌اند و این بررسی را به صورت سطحی انجام می‌دهند (۱۲).

ناسیمتو و همکاران در پژوهشی درجه بلوغ بیمارستان‌های برزیل درباره شیوه‌های پایداری، به‌ویژه بعد زیست‌محیطی، را ارزیابی کردند. نتایج پژوهش آن‌ها بیان می‌کند که ۵۸٪ از این بیمارستان‌ها در نظرسنجی رتبه بلوغ بسیاربالا یا بالا را کسب کردند. بر این اساس، بیمارستان‌ها باید اقدام‌های پایداری بسیار بیشتری مانند شیوه برقراری گفت‌وگوی مشارکتی با ذی‌نفعان، به‌منظور بهبود و ارتقای سطح بلوغ در بیمارستان‌ها را در راهبردها بگنجانند (۱۰).

حسین و همکاران به شناسایی محرک‌ها، موانع و قابلیت‌های پایداری اجتماعی در زنجیره تأمین بهداشت و درمان پرداختند. پژوهش آن‌ها با توجه به نظریه سهام‌داران و تمرکز بر ۴ گروه ذی‌نفع شامل تأمین‌کنندگان، کارکنان، بیماران/جامعه و مالکان/دولت و با استفاده از روش تحلیل داده‌ها در بخش‌های مختلف ۱۰ بیمارستان، در امارات متحده عربی انجام شده است. نتایج پژوهش حسین و همکاران نشان‌دهنده آن است که هرچند حمایت جداگانه از گروه‌های ذی‌نفعان مهم است، تجزیه و تحلیل جامع از ادراکات ذی‌نفعان، از آنچه زنجیره تأمین اجتماعی پایداری را تشکیل می‌دهد، از مزایای بیشتری برخوردار است و به مدیران بیمارستان‌ها کمک می‌کند تا انتظارات گروه‌های درگیر را متعادل کنند (۱۱).

مهر و شارما طی پژوهشی با استفاده از روش‌شناسی یکپارچه در فرایند تحلیل سلسله‌مراتبی و الگوسازی ساختاری تفسیری به بررسی معیارهای پایداری در نظام

مراقبت‌های بهداشتی در هند پرداختند. نتایج پژوهش آن‌ها بیان‌کننده آن است که پژوهش و نوآوری‌ها و تولید بومی از محرک‌های مهم در مراقبت‌های بهداشتی پایداری است. افزون بر این، معیارهایی از جمله اقدام‌های دایره‌ای، کاهش و مدیریت زباله‌ها، طراحی یکپارچه تسهیلات، تدارکات پایداری، رضایت کارکنان و رشد سبز می‌تواند به‌عنوان راهنما و جهت‌گیری قوی به مدیران و افراد حرفه‌ای، در دستیابی به اهداف پایداری کمک کند (۳).

کنستانتینسکو به بررسی رابطه افشای گزارشگری پایداری اندازه‌گیری‌شده از طریق نمرات ترکیبی و فردی محیطی، اجتماعی و حاکمیتی و ارزش شرکت‌های اروپایی فعال در صنایع انرژی و بهداشت و درمان پرداخت. هدف پژوهش وی، افزایش آگاهی در زمینه‌های افشای گزارشگری پایداری، گنجاندن اطلاعات غیرمالی در گزارش‌های شرکتی و ارزش افزوده احتمالی آن برای شرکت، همه‌گیری کووید-۱۹ و تأثیر آن بر اقتصاد جهانی بوده است. نتایج پژوهش کنستانتینسکو حاکی از وجود همبستگی منفی و معنی‌دار عامل محیطی و ارزش شرکت‌ها برای بخش انرژی و بی‌تأثیر بودن افشای پایداری بر ارزش شرکت‌ها در بخش بهداشت و درمان است (۱).

اشعری و آنگورو در پژوهشی اجرای حسابداری سبز در ۳۷ بیمارستان دولتی در مالانگ را بررسی کردند. یافته‌های پژوهش آن‌ها نشان می‌دهد که شیوه‌های حسابداری سبز در بیمارستان‌های نامبرده برحسب فعالیت‌های مالی، اجتماعی و زیست‌محیطی به‌درستی و به‌طور مداوم اجرا شده است و

بیمارستان‌های دولتی در رده‌های بالاتر در مقایسه با بیمارستان‌های دولتی رده‌های پایین‌تر، در اجرای حسابداری سبز بهتر و سازگارتر عمل می‌کنند (۱۳).

روش پژوهش

روش پژوهش و گردآوری داده‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی است و ماهیت توصیفی-پیمایشی دارد. این پژوهش، از لحاظ منطق استدلال، استقرایی و از نظر بعد زمانی، پژوهشی مقطعی به‌شمار می‌آید. به‌منظور دستیابی به هدف اصلی پژوهش که شناسایی ابعاد و شاخص‌های گزارشگری پایداری در بیمارستان‌های دولتی ایران است، داده‌ها به روش کیفی جمع‌آوری شده است. به‌این‌ترتیب که در بخش اول، اطلاعات مورد نیاز به روش مطالعه اسناد و مدارک و از طریق گزارش‌های پایداری بیمارستان‌های خارجی در بخش خصوصی و عمومی گردآوری شده است. در بخش دوم، نظرات خبرگان با پرسش‌نامه دلفی جمع‌آوری شده که نوعی مصاحبه غیرحضوری نیز است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

تاکنون پژوهشگران مختلفی در حوزه گزارشگری زیست‌محیطی، اجتماعی و راهبری، از روش تحلیل محتوا و مضمون استفاده کرده‌اند (۶، ۱۲، ۳۲ و ۳۴-۳۶). در این پژوهش نیز همانند پژوهش محمودخانی و همکاران (۳۴)، گزارش‌های پایداری زنجیره‌های تأمین درمانی و بیمارستان‌های خارجی به

روش تحلیل تم (مضمون) بررسی شد. تحلیل مضمون، از رویکردی مناسب و انعطاف‌پذیر برای تحلیل داده‌های کیفی بهره می‌برد. این روش داده‌های پراکنده و متنوع را به داده‌های غنی و تفصیلی تبدیل می‌کند. افزون بر این، به‌عنوان فراگردی بازگشتی که در آن امکان حرکت به عقب و جلو در مراحل مختلف وجود دارد، در استخراج، تحلیل و تصحیح چند باره داده‌ها روشی بسیار مناسب است (۳۷). در این پژوهش، تحلیل مضمون برای گزارش‌های پایداری خارجی، با روش ۶ مرحله‌ای «کلارک و براون» به شرح زیر انجام شده است (۳۷):

۱. آشنایی با داده‌ها: برای اینکه پژوهشگر با عمق و گستره محتوایی داده‌ها آشنا شود، لازم است که آن‌ها را به‌طور دقیق بررسی کند. این بررسی معمولاً شامل بازخوانی مکرر داده‌ها و خواندن داده‌ها به‌صورت فعال (جست‌وجوی معانی و الگوها) است. در پژوهش کنونی، پژوهشگر قبل از اینکه کدگذاری داده‌ها را شروع کند، یک‌بار همه داده‌های متن‌ها را مطالعه کرده است. در واقع، از آغاز همین مرحله، یادداشت‌برداری و علامت‌گذاری معانی شروع می‌شود؛ چرا که در مراحل بعدی به آن‌ها نیاز پیدا خواهد شد.

۲. ایجاد کدهای اولیه: این مرحله شامل ایجاد کدهای اولیه از داده‌ها است. داده‌های کدگذاری شده از واحدهای تحلیل تم‌ها متفاوت است. در این زمینه، خلاصه داده‌ها کدگذاری شده و در چارچوب هر کد مرتب شده است. کدگذاری تاندازه‌ای به این بستگی خواهد داشت که تم‌ها بیشتر داده‌محور یا

۶. تهیه گزارش: در این مرحله که پژوهشگر با مجموعه‌ای از تم‌های اصلی انتزاعی و منطبق با ساختارهای زمینه‌ای پژوهش مواجه بود، تهیه گزارش یا خروجی برای تحلیل تم انجام شد. در بخش دوم پژوهش، باتوجه به لزوم استفاده از نظرات متخصصان و خبرگان و رسیدن به توافق جمعی در زمینه کاربرد شاخص‌های یادشده در بیمارستان‌های دولتی ایران، از روش دلفی استفاده شده است. این روش زمانی به کار می‌رود که درباره یک موضوع خاص، به نظرسنجی از متخصصان باتجربه نیاز باشد؛ به‌ویژه اگر آن‌ها از لحاظ جغرافیایی دور از یکدیگر باشند. این نظرسنجی‌ها با استفاده از پرسش‌نامه و بدون الزام افراد به حضور در محلی معین، طی چندین مرحله انجام می‌شود. در واقع، رسیدن به اجماع گروهی از طریق مراحل پرسش‌نامه، با حفظ هویت پاسخ‌دهندگان و بازخورد نظرات به اعضای خبرگان است (۳۸). در این پژوهش، از خبرگان خواسته شد که براساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای، میزان موافقت خود را درباره شاخص‌های پیشنهادی در هر بعد برای بیمارستان‌های دولتی ایران مشخص کنند. در انتهای پرسش‌نامه نیز از طریق سؤال باز، از خبرگان خواسته شد که اگر شاخص‌های دیگری در نظر داشته‌اند که به آن‌ها اشاره نشده است یا چنانچه پیشنهادی درباره طبقه‌بندی شاخص‌ها دارند، آن را بیان کنند.

جامعه آماری و نمونه پژوهش

در بخش اول، گزارش‌های پایداری زنجیره‌های تأمین درمانی و بیمارستان‌های خارجی در جهان با

نظریه‌محور است. در پژوهش کنونی، تمرکز بر نظریه بیشتر از داده بوده است. کدهای استخراج‌شده یا به‌طور مستقیم در متن (گزارش‌های پایداری در بیمارستان‌های خارجی) بیان شده بود یا پژوهشگر به‌طور غیرمستقیم آن را از متن استخراج کرده است. ۳. جست‌وجوی تم‌ها: در این مرحله، پژوهشگر به شناسایی تم‌های بالقوه پرداخت. به عبارت دیگر، درباره این موضوع تصمیم‌گیری شد که کدام کدهای سطح اول در یک دسته یا تم قرار گیرد تا ارتباط معنایی درستی با هم داشته باشد. کدهای ناقص، نامرتب و تکراری نیز حذف شد.

۴. بازبینی تم‌ها: زمانی که پژوهشگر مجموعه‌ای از تم‌ها را ایجاد کرد، آن‌ها را بازبینی می‌کند. این بازبینی شامل ۲ مرحله بازبینی و تصفیه تم‌ها است. مرحله اول، شامل بازبینی در سطح خلاصه‌های کدگذاری شده است. در مرحله دوم، اعتبار تم‌ها در رابطه با مجموعه داده‌ها در نظر گرفته شد. در این مرحله، پژوهشگر با مرور تم‌ها و بررسی رابطه آن‌ها با کدهای سطح اول و سایر تم‌های سطح دوم، به نقشه موضوعی (تماتیک) تحلیل رسید و ۷۸ تم فرعی شناسایی شد.

۵. تعریف و نام‌گذاری تم‌ها: پس از دستیابی به تصویر رضایت‌بخش از تم‌ها و اصلاح کدهای اختصاصی در هر تم، تعریف و نام‌گذاری پژوهشگر برای تم‌های اصلی (از ترکیب تم‌های فرعی سطح آخر) انجام شد. نام‌گذاری تم‌های اصلی برحسب محتویات آن و صلاحدید پژوهشگران، در چارچوب ۱۱ مورد بود.

۱. شاخص‌های گزارشگری پایداری در بیمارستان‌های

خارجی چیست؟

۲. مهم‌ترین ابعاد افشا برای گزارش‌های پایداری در

بیمارستان‌های خارجی کدام است؟

۳. شاخص‌های مربوط به گزارشگری پایداری در

بیمارستان‌های دولتی ایران کدام است؟

۴. الگوی مناسب برای گزارشگری پایداری در

بیمارستان‌های دولتی ایران چگونه است؟

یافته‌ها

مرحله اول: تحلیل گزارش‌های پایداری در

بیمارستان‌های خارجی

در پژوهش حاضر به‌منظور تعیین، تحلیل و بیان

موضوع و مفاهیم گزارش‌های پایداری در

بیمارستان‌های خارجی از روش تحلیل تم استفاده شده

است. در این راستا، تلاش شد زنجیره‌های تأمین

درمانی و بیمارستان‌هایی انتخاب شود که جنبه‌های

مختلف پایداری را در فعالیت خود اجرا کرده و به

شکل جامع‌تری مسائل پایداری را در گزارش به کار

برده‌اند. در واقع، به‌کارگیری گزارش‌های پایداری در

بیمارستان‌های بالاترین عملکرد پایداری، هدف

پژوهش را در زمینه شناخت جامع شاخص‌ها در

بیمارستان‌ها به شکل بهتری برآورده می‌کند. تحلیل تم

تأسیس به اشباع نظری انجام شد. با تحلیل ۸ گزارش،

داده‌ها بیان‌کننده تکرار کدهای پژوهش بود اما تحلیل

تا ۱۱ گزارش ادامه یافت که از اشباع داده‌ها اطمینان

حاصل شود. در جدول شماره ۱ اسامی زنجیره‌های

روش نمونه‌گیری غیراحتمالی انجام شده است. در این

روش، ۱۱ نمونه با هدف رسیدن به اشباع داده‌ها انتخاب

شده است.

در بخش دوم، جامعه آماری پژوهش شامل

گروه‌های زیر بوده است:

خبرگان علمی: این گروه شامل اعضای هیأت علمی

در دانشگاه‌های دولتی عضو گروه‌های حسابداری،

مدیریت مالی، مدیریت دولتی و علوم اجتماعی بوده

است. آن‌ها در زمینه مبانی نظری پژوهش صاحب‌نظر

بوده و برخی نیز درباره ابعاد گزارشگری پایداری،

پژوهش‌های رسمی و منتشرشده داشته‌اند.

خبرگان اجرایی: این گروه شامل کارشناسان و

مدیران سازمان حفاظت از محیط زیست، معاونان،

مدیران مالی و رؤسای حسابداری بیمارستان‌های دولتی

ایران با حداقل ۱۰ سال سابقه کار است.

انتخاب نمونه‌ها به صورت هدفمند و به روش

گلوله‌برفی انجام شده است. نمونه آماری پژوهش

متشکل از ۲۰ نفر از خبرگان باتجربه و صاحب‌نظر

شامل ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی از دانشگاه‌های

دولتی در رشته‌های حسابداری، مدیریت مالی و

مدیریت دولتی، ۷ نفر از مدیران مالی و رؤسای

حسابداری از بیمارستان‌های دولتی ایران و ۳ نفر از

کارشناسان سازمان محیط زیست است که در این زمینه

از تجربه کافی برخوردار بوده‌اند.

پرسش‌های پژوهش

باتوجه به مبانی نظری و اهداف پژوهش،

پرسش‌های زیر تدوین شده است:

تأمین درمانی و بیمارستان‌های مورد تحلیل ارائه شده است. لازم است ذکر شود که نمونه پژوهش از برترین گزارش‌های در دسترس انتخاب شده است و تلاش شده نمونه‌هایی بررسی شود که از امتیاز مسئولیت اجتماعی یا بورس برخوردار باشد. سابقه تأسیس و گستردگی تسهیلات نیز در انتخاب نمونه در نظر گرفته شده است. برخی از آن‌ها به شهر بیمارستانی و برخی دیگر به زنجیره‌های تأمین درمانی، شامل مراکز بهداشت و بیمارستان‌های مختلف مربوط بوده است. برای نمونه می‌توان به گروه پزشکی رافلز اشاره کرد که شامل ۳ بیمارستان عالی، بیش از ۱۰۰ کلینیک با بیشتر از ۴۵ سال تخصص و ۲۷۰۰ کارمند است. این مجموعه در فهرست بورس سنگاپور قرار دارد و در ۱۴ شهر از ۵ کشور آسیایی فعالیت می‌کند. افزون بر آن، به دلیل آن‌که زنجیره‌های تأمین درمانی و بیمارستان‌ها در انتشار گزارش‌های پایداری، بیشتر اوقات از استانداردها و رهنمودهای مشخصی مانند استانداردهای ابتکار گزارشگری جهانی و هیأت استانداردهای حسابداری پایداری در آمریکا استفاده می‌کنند، گزارش‌ها تاندازه‌ای شبیه هم است و اشباع نظری سریع‌تر به وجود می‌آید.

در ادامه، نمونه‌ای از روش استخراج کدهای اولیه از متن گزارش‌های پایداری و شکل‌گیری تم‌های فرعی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. در این مرحله، مفاهیم و شاخص‌های اولیه در چارچوب کدهای اولیه، خلاصه و نشانه‌گذاری شد.

پس از شناسایی کدهای اولیه، مفاهیم شناسایی شده بر پایه ارتباط مفهومی با یکدیگر، در برجسب‌های کلی‌تر دسته‌بندی شد و تم‌های فرعی شکل گرفت. در این مرحله، به‌منظور اطمینان از رابطه مناسب تم‌های تعیین شده و مجموعه داده‌های تشکیل دهنده آن‌ها، همه تم‌ها چندین بار بازبینی شد. در نهایت، ۷۸ تم فرعی (شاخص) شناسایی شد. از ترکیب ترم‌های فرعی، ۱۱ تم اصلی (ابعاد) تشکیل دهنده گزارشگری پایداری تعیین شد که در جدول شماره ۳ آورده شده است.

در جدول شماره ۴، سعی شده است که ابعاد پایداری مورد توجه هریک از زنجیره‌های تأمین درمانی و بیمارستان‌ها، جداگانه ارائه شود. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود ابعاد پایداری در کشورهای مختلف و در یک کشور مشابه نبوده است. این یعنی چارچوب جامع و مشخصی برای گزارشگری پایداری در بیمارستان‌ها وجود ندارد.

جدول ۱: اسامی زنجیره‌های تأمین درمانی و بیمارستان‌های مورد تحلیل

نام سازمان	کشور	نام سازمان	کشور
Raffles Medical Group (RMG)	سنگاپور	The Royal Melbourne Hospital	استرالیا
Ramsay Health Care (Ramsay)	استرالیا	Bangkok Dusit Medical Services PCL (BDMS)	تایلند (بانکوک)
Molina Healthcare	آمریکا	Apollo Hospital	هند
Gloucestershire Hospitals	انگلیس	Helios Company	آلمان
Life Healthcare	آفریقای جنوبی	Encompass Helth	آمریکا
Medikaloka Hermina	اندونزی		

جدول ۲: روش استخراج کدهای اولیه و شکل‌گیری تم‌های فرعی

عبارات (متن/مضمون)	
متن اول: همه خدمات بهداشت عمومی طبق سیاست بودجه دولت ایالتی، ملزم به گزارش مجموعه استانداردها از آثار زیست‌محیطی در گزارش سالیانه یا پایداری به صورت مجموع و نیز نرخ (برای مثال، در هر متر مربع از زمین یا به ازای پذیرش هر بیمار) هستند. با وجود تفاوت‌های نظام‌های بهداشت و درمان کشورهای بریتانیا و استرالیا با نظام بهداشت و درمان کشورهای ایالات متحده، تجربه آن‌ها قابل توجه است زیرا درخواست‌هایی برای ادغام معیارهای پایداری در برنامه پرداخت کیفیت مراقبت پزشکی وجود دارد که پایداری نظام بهداشت و درمان را تغییر می‌دهد. شاید برجسته‌ترین درس از تجربه انگلیسی و ایالت ویکتوریای استرالیا این باشد که گزارش پایداری در بخش بهداشت و درمان در طول زمان پیشرفت کرده است. این قوانین را شبکه‌ای ارگانیک از قوانین، راهبرد و فعالیت‌های مقدماتی پشتیبانی می‌کند و با هدف راهبردی هدایت می‌شود. این قوانین حمایتی درمورد ایالت ویکتوریای استرالیا نشان می‌دهد که چگونه چارچوب گزارشگری سازمان بهداشت و درمان عمومی، برگرفته از قانون تغییر اقلیم این ایالت است.	متن دوم: در سال‌های اخیر، سهم بخش بهداشت در آسیب رساندن یا تخریب محیط زیست آشکار شده است. برآورد این موضوع در سال ۲۰۱۹ نشان می‌دهد که اثر کرین جهانی ناشی از مراقبت‌های بهداشتی ۴/۴٪ از کل انتشار گازهای گلخانه‌ای در جهان است، درحالی‌که هزینه‌های بهداشتی حدود ۱۰٪ از تولید اقتصاد جهانی را تشکیل می‌دهد. این موضوع حاکی از آن است که انتشار گازهای گلخانه‌ای، ذرات معلق، اکسیدهای نیتروژن، دی‌اکسید گوگرد، افزایش خطر مالاریا، رواناب نیتروژن و استفاده از آب کمیاب، باید مورد توجه قرار گیرد. آلودگی ناشی از خدمات مراقبت‌های بهداشتی، به‌طور مستقیم به سلامت انسان آسیب می‌رساند و موجب بیماری او می‌شود. برآوردهای سطح ملی نشان می‌دهد که بخش بهداشت و درمان مسئول انتشار ۷/۹٪ تا ۹/۸٪ از گازهای گلخانه‌ای ملی در ایالات متحده است. در حال حاضر، برخی از کشورها تلاش می‌کنند نظام‌های بهداشت و درمان را در رأس برنامه‌های خود قرار دهند تا بتوانند به تعهدات خود به دنبال توافقی با پاریس، برای کاهش آثار تغییرات آب و هوایی عمل کنند و در نهایت، تمام مواردی که رعایت کرده‌اند را در گزارش‌های پایداری بیان کنند. برای مثال می‌توان گفت بریتانیا به‌تازگی در برنامه خدمات بهداشت ملی انگلستان خود را متعهد کرد که تا سال ۲۰۴۰ به تولید صفر خالص کرین دست یابد.
کدهای اولیه	
شبکه‌ای از قوانین، راهبردها، اهداف راهبردی، قوانین و مقررات حمایتی	انتشار گازهای گلخانه‌ای، ذرات معلق، اکسیدهای نیتروژن، دی‌اکسید گوگرد، افزایش خطر مالاریا، رواناب نیتروژن، تغییرات آب و هوا و صفر خالص کرین
تم‌های فرعی	
تطبیق با قوانین، راهبردهای قانونی حمایتی	انتشار گازهای گلخانه‌ای، تغییرات آب و هوا
متن سوم: این گزارش، فعالیت‌های گروه را در سال ۲۰۲۰ در چهار رکن اساسی، یعنی مشتریان، کارکنان، محیط زیست و بازار ارائه می‌کند. در این گزارش باید به جنبه‌های درآمد، هزینه و مخارج اشاره شود و با محاسبه میزان سرمایه‌گذاری، برداشت سرمایه و خطرهای مالی موجود و در نظر گرفتن آثار و پیامدهای آن، برای بهبود وضعیت تلاش کرد.	متن چهارم: بیمارستان سلطنتی ملبورن، ابتکارات پایداری زیست‌محیطی را در سال ۲۰۰۹ آغاز کرد. این بیمارستان حدوداً ۱۰ سال است که تفکیک زباله را بهبود بخشیده، نرخ بازیافت را افزایش داده و تولید زباله را کاهش داده است. مصرف آب و انرژی کم‌ویش ثابت باقی مانده است. برای اطمینان از توسعه راهبردی جدید در سال ۲۰۲۰، از مدیران اجرایی درخواست همکاری و پشتیبانی شد. ابتکارات پایداری در آینده به‌طور گسترده در سازمان اجرا خواهد شد. در سال ۲۰۱۹، راهبرد جدید در پایداری محیطی ۲۰۲۰ توسعه داده شد که شامل رهبری راهبردی سازمانی، کاهش انتشار، به حداقل رساندن زباله و کاهش مصرف کاغذ است.

عبارات (متن / مضمون)	
کدهای اولیه	
درآمد، هزینه، مخارج، سرمایه گذاری، برداشت سرمایه، خطرهای مالی	تفکیک زباله، افزایش میزان بازیافت، کاهش تولید زباله، ثابت ماندن مصرف آب و انرژی، کاهش انتشار گازهای گلخانه‌ای، به حداقل رساندن زباله، کاهش مصرف کاغذ
تم‌های فرعی	
فرصت‌های مالی، مدیریت خطر سرمایه گذاری	بازیافت، مدیریت مصرف منابع

جدول ۳: تم‌های فرعی و اصلی تشکیل دهنده الگوی گزارشگری پایداری در بیمارستان‌ها

شماره	تم‌های اصلی	تم‌های فرعی
۱	الزامات محیطی	مدیریت پسماند، انتشار گازهای گلخانه‌ای، تغییرات آب و هوا، کاهش ضایعات بیمارستانی، حفظ منابع طبیعی، کاهش مصرف منابع، بازیافت، کاهش خسارت‌های زیست محیطی، بهداشت محیط، شفاف سازی محیطی، تأثیر بر طبیعت، مدیریت مصرف منابع
۲	الزامات اجتماعی	مسئولیت پذیری، پاسخگویی، تعهدات اجتماعی، نبودن تبعیض، شمول اجتماعی، شفاف سازی اجتماعی، مسائل عمومی اجتماعی، توسعه اجتماعی، آموزش اجتماعی، محیط و فرهنگ بیمارستان
۳	ویژگی‌های عملکردی	کارایی، اثربخشی خدمات ارائه شده، بهره‌وری بیمارستان، عملکرد اجرایی بیمارستان، بهبود مراجعان
۴	الزامات اقتصادی	ارزش اقتصادی توزیع شده، کمک‌های مالی دریافتی از دولت، خطرهای مالی، مدیریت خطر سرمایه گذاری
۵	الزامات قانونی	قوانین و مقررات کاری، تطبیق با قوانین، جریمه و مجازات در صورت انطباق نداشتن با قوانین، حفظ سوابق اطلاعاتی بیماران، اقدام‌های نظارتی در مدیریت خطر، راهبردهای قانونی حمایتی، فرصت‌های برابر، عدالت
۶	ویژگی‌های ساختاری	اندازه بیمارستان، گستره فعالیت‌های بیمارستان، ساختار بیمارستان، رقابت در بین مراکز دولتی، دارایی‌های نامشهود
۷	ویژگی‌های حکمرانی (راهبری)	نقش هیأت مدیره، تعیین ارزش‌ها و راهبردهای سازمان، تمرکز مالکیت، ترکیب و ساختار حکمرانی، حاکمیت دولتی، استقلال اعضای هیأت مدیره، اندازه هیأت مدیره، ترکیب هیأت مدیره، دانش و نگرش مدیران، ویژگی‌های رفتاری مدیران
۸	الزامات اخلاقی	رعایت اصول اخلاقی، تابع تعهدات اخلاقی، ارزش‌ها، استانداردها و هنجارهای بیمارستانی، نظارت بر رعایت اصول و رفتارها، رازداری و حفظ اسرار
۹	الزامات نوع دوستانه	حمایت از حقوق کار، رعایت اصول حقوق بشر، رعایت اصول بشردوستانه، انجام فعالیت‌های داوطلبانه، حمایت همه جانبه از افراد، احترام
۱۰	مسئولیت پذیری در قبال خدمات درمانی	خدمات با کیفیت، افزایش سلامت مراجعه کنندگان، ارائه نکردن خدمات ممنوعه، عدم به کارگیری محصولات تاریخ مصرف گذشته، ارتقای کیفیت درمان، ارتقای سلامت
۱۱	کرامت سرمایه انسانی	امنیت شغلی، رویه‌های پرداخت حقوق و دستمزد، مشارکت همه جانبه نیروی انسانی، توسعه منابع انسانی، تناسب پاداش و عملکرد، شایسته سالاری

جدول ۴: مقایسه ابعاد گزارشگری پایداری در بیمارستان‌های کشورهای مختلف

ابعاد	کشور	سنگاپور	اسرائیل	آمریکا	انگلستان	آفریقای جنوبی	اندونزی	اسرائیل	تایلند	هند	آلمان	آمریکا	چین
زیست محیطی	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	۱۱
اجتماعی	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	۸
عملکردی	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	۶
راهبری	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	۶
مسئولیت‌پذیری در برابر خدمات درمانی	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	۱
اخلاقی	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	۴
قانونی	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	۴
اقتصادی	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	۱
ساختاری	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	۴
سرمایه انسانی	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	۱
الزامات نوع‌دوستانه	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	۱
جمع	۴	۴	۶	۶	۶	۳	۵	۴	۴	۳	۴	۴	۴۷

سنجش روایی و پایایی

به دلیل زیربنای کیفی پژوهش و جنبه تفسیری آن، اتفاق نظر دقیقی درباره مفهوم روایی و پایایی در حوزه پژوهش کیفی وجود ندارد. گوبا و لینکلن، قابلیت اعتماد را معیاری برای جایگزینی روایی و پایایی می‌دانند که شامل ۴ مفهوم جزئی‌تر قابلیت اعتبار، قابلیت انتقال، قابلیت تأیید و اطمینان‌پذیری است (۳۹). روش ارزیابی قابلیت اعتبار، انتقال و تأیید که بیان‌کننده روایی پژوهش بر طبق روش گوبا و لینکلن است، در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

برای آزمون اطمینان‌پذیری (پایایی) از روش توافق درونی استفاده شد. به این صورت که از ۲ نفر از

صاحب‌نظران خارج از موضوع پژوهش، به عنوان کدگذار خواسته شد تا ۴ بخش از متن‌ها را که به صورت تصادفی گزینش شده بود، کدگذاری کنند. پس از آن، درصد توافق درون موضوعی با رابطه شماره ۱ محاسبه شد. نتایج در جدول شماره ۶ ارائه شده است.

رابطه ۱

درصد توافق درون موضوعی = تعداد توافق ÷ تعداد کل کدها

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول شماره ۶ نشان می‌دهد، میزان توافق صاحب‌نظران برای همه متن‌های گزینشی ۷۵٪ به بالا است که پایایی قابل‌قبولی برای کدگذاری انجام‌شده را بیان می‌کند.

جدول ۵: روش سنجش روایی پژوهش براساس روش گوبا و لینکلن

شاخص	فرایند
قابلیت انتقال	توسعه و توصیف غنی مجموعه داده‌ها در مرحله گردآوری داده‌ها و نظرسنجی از خبرگانی که در پژوهش نامبرده شرکت نداشتند.
قابلیت اعتبار	زمان کافی برای پژوهش، خودبازبینی پژوهشگر در فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و ارائه تحلیل‌ها و نتایج به متخصصان
قابلیت تأیید	مستندسازی و بررسی داده‌ها و تفسیرها و رعایت همه گام‌های طی شده در پژوهش

جدول ۶: نتایج پایایی پژوهش با روش توافق درونی

ردیف	متن	کل کدها	توافق‌ها	پایایی آزمون
۱	اول	۲۱	۱۸	٪۸۵
۲	دوم	۱۶	۱۲	٪۷۵
۳	سوم	۱۷	۱۳	٪۷۶
۴	چهارم	۱۴	۱۱	٪۷۸

مرحله دوم: تطبیق شاخص‌ها با محیط بیمارستان‌های دولتی ایران

اطلاعات جمعیت‌شناختی خبرگان

ذکر این مطلب لازم است که از ۳۵ نفر خبره نظرسنجی شد اما فقط ۲۰ نفر از خبرگان در هر دو مرحله دلفی شرکت کردند که اطلاعات جمعیت‌شناختی آن‌ها در جدول شماره ۷ ارائه شده است.

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول شماره ۷ نشان می‌دهد، ۱۰٪ خبرگان زن و ۹۰٪ آن‌ها مرد بوده است. مدرک تحصیلی ۶۰٪ از خبرگان، دکتری و رشته تحصیلی ۶۵٪ آن‌ها حسابداری بوده است. ۵۰٪ خبرگان عضو هیأت علمی دانشگاه‌های دولتی، ۳۵٪ از آن‌ها مدیران مالی و رؤسای حسابداری بیمارستان‌های

دولتی و ۱۵٪ جزء سایر (کارشناسان محیط زیست) بوده‌اند. ۶۵٪ از خبرگان، سابقه کاری بیشتر از ۲۰ سال داشته‌اند. این نتایج بیان می‌کند که خبرگان از شرایط لازم برای پاسخگویی به پرسش‌نامه برخوردار بوده‌اند.

اجرای مرحله اول دلفی

پس از بررسی گزارش‌های پایداری در بیمارستان‌های خارجی و شناسایی ۷۸ شاخص، پرسش‌نامه مرحله اول دلفی تنظیم شد و ابعاد و شاخص‌های پیشنهادی در اختیار خبرگان قرار گرفت. در جدول شماره ۸، فهرست شاخص‌ها و نتایج مرتبط با مرحله اول روش دلفی شامل میانگین رتبه، میانگین و انحراف معیار آورده شده است. در این مرحله، شاخص‌هایی که میانگین آن‌ها از ۴ به بالا

جدول ۷: اطلاعات جمعیت‌شناختی خبرگان

شاخص	متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	زن	۲	۱۰٪
	مرد	۱۸	۹۰٪
مدرک تحصیلی	کارشناسی	۲	۱۰٪
	کارشناسی ارشد	۶	۳۰٪
	دکتری	۱۲	۶۰٪
رشته تحصیلی	حسابداری	۱۳	۶۵٪
	مدیریت	۴	۲۰٪
	سایر	۳	۱۵٪
سمت سازمانی	عضو هیأت علمی دانشگاه دولتی	۱۰	۵۰٪
	مدیر مالی یا رئیس حسابداری	۷	۳۵٪
	سایر	۳	۱۵٪
سابقه کار	۱۰ تا ۱۵ سال	۲	۱۰٪
	۱۶ تا ۲۰ سال	۵	۲۵٪
	بیشتر از ۲۰ سال	۱۳	۶۵٪

۱. شاخص زنجیره تأمین پایدار به ابعاد الزامات اقتصادی و شاخص رضایتمندی کارکنان و مراجعان به ویژگی‌های عملکردی بیمارستان اضافه شد.

۲. شاخص‌های نقش هیأت‌مدیره، استقلال اعضای هیأت‌مدیره، اندازه هیأت‌مدیره و ترکیب هیأت‌مدیره در ابعاد ویژگی‌های حکمرانی با هم ادغام شدند و در مرحله دوم، به عنوان ویژگی‌های هیأت‌مدیره در نظر گرفته شد.

۳. شاخص رقابت در بین مراکز دولتی از ابعاد ویژگی‌های ساختاری سازمان به ابعاد الزامات اقتصادی انتقال یافت.

اجرای مرحله دوم دلفی

در این مرحله، دوباره از اعضای خبرگان درخواست شد که درباره ابعاد و شاخص‌های پرسش‌نامه، پس از اعمال تغییرات اظهارنظر کنند. مطابق جدول شماره ۸،

ارزیابی شده (میانگین اهمیت مرتبط و کاملاً مرتبط)، انتخاب و به مرحله بعدی وارد شده است. نتایج آزمون رتبه‌های دلیو کندال (ضریب توافق کندال) نیز، در جدول شماره ۹ نشان داده شده است. براساس مقدار آزمون خی دو که در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنی‌دار است با اطمینان ۹۹٪ می‌توان گفت به دلیل اینکه $P < ۰/۰۵$ است، تفاوت میانگین رتبه‌ها معنی‌دار است. با توجه به اینکه مقدار ضریب توافق، بیشتر به سمت صفر میل می‌کند (دلیو کندال = ۰/۰۹)، این آزمون باید یک‌بار دیگر با اصلاحات اجرا شود. در مرحله دوم روش دلفی، شاخص‌های بهره‌وری بیمارستان، خدمات باکیفیت، افزایش سلامت مراجعه‌کنندگان و کاهش مصرف منابع از نظرسنجی حذف شد؛ چرا که میانگین آن‌ها کمتر از ۴ بوده است. همچنین، طبق نظرها و پیشنهادهای خبرگان، تغییرات زیر اعمال شد:

ضریب توافق در حد به نسبت قوی ارزیابی می‌شود و می‌توان نظرسنجی را متوقف کرد. در نتیجه، پس از اجرای ۲ مرحله دلفی و نظرسنجی از ۲۰ خبره و اعمال نظرات آن‌ها، ۷۳ شاخص انتخاب شد.

در نهایت، از آنجا که ابعاد پیشنهادی برای طبقه‌بندی شاخص‌ها را خبرگان تأیید کردند، الگوی پیشنهادی برای گزارشگری پایداری در بیمارستان‌های دولتی در شکل شماره ۱ ارائه شده است.

تمام شاخص‌ها در مرحله دوم با میانگین ۴ و بیشتر از آن بوده است که به عنوان شاخص‌های مدنظر خبرگان انتخاب می‌شود. برحسب جدول شماره ۹ نیز مقدار آزمون خی‌دو در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱، معنی‌دار نیست. بر طبق این مطلب، با اطمینان ۹۹٪ می‌توان بیان داشت به دلیل اینکه $P < 0/05$ است، تفاوت میانگین رتبه‌ها معنی‌دار نیست و اتفاق نظر میان اعضای خبرگان وجود دارد. مقدار ضریب توافق از ۰/۵ بالاتر است و بیشتر به سمت ۱ میل می‌کند (دبلیو کندال = ۰/۸۸). از این رو،

جدول ۸: توصیف آماری نتایج مرحله اول و دوم دلفی

ابعاد	شاخص	ردیف	مرحله اول			مرحله دوم		
			میانگین رتبه	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	میانگین	انحراف معیار
زیست محیطی	مدیریت پسماند	۱	۴۲/۳	۴/۱	۰/۰۵	۳۳/۲۴	۴/۴	۰/۵
	انتشار گازهای گلخانه‌ای	۲	۴۹/۸	۴/۷۵	۰/۴۴	۳۳/۲	۴/۵۵	۰/۵۱
	تغییرات آب و هوا	۳	۴۲/۱	۴/۵۵	۰/۵۱	۳۳/۲	۴/۳	۰/۴۷
	کاهش ضایعات بیمارستانی	۴	۳۸/۲	۴/۴۵	۰/۵۱	۳۱/۴۳	۴/۴۵	۰/۵۱
	حفظ منابع طبیعی	۵	۳۸/۹	۴/۴۵	۰/۶	۳۶/۷۵	۴/۴	۰/۵
	کاهش مصرف منابع	۶	۲۱/۴	۳/۵	۱/۱۵	حذف		
	باز یافت	۷	۴۲/۱	۴/۵۵	۰/۵۱	۳۶/۷۵	۴/۵	۰/۵۱
	کاهش خسارت‌های زیست محیطی	۸	۴۲/۱	۴/۵۵	۰/۵۱	۳۶/۷۵	۴/۴	۰/۵
	بهداشت محیط	۹	۴۲	۴/۵۵	۰/۵۱	۴۳/۸۵	۴/۴۵	۰/۵۱
	شفاف سازی محیطی	۱۰	۴۰/۲	۴/۵	۰/۵۱	۳۶/۷۵	۴/۴	۰/۵
	تأثیر بر طبیعت	۱۱	۳۸/۲	۴/۴۵	۰/۵۱	۳۴/۹۸	۴/۶	۰/۵
	مدیریت مصرف منابع	۱۲	۴۰/۲	۴/۵	۰/۵۱	۳۶/۷۵	۴/۴۵	۰/۵۱
اجتماعی	مسئولیت پذیری	۱۳	۴۱/۹	۴/۵۵	۰/۵۱	۴۰/۳	۴/۴	۰/۵
	پاسخگویی	۱۴	۳۴/۳	۴/۳۵	۰/۴۹	۳۸/۵۳	۴/۴۵	۰/۵۱
	تعهدات اجتماعی	۱۵	۴۷/۷	۴/۷	۰/۴۷	۴۷/۴	۴/۷	۰/۴۷
	نبودن تبعیض	۱۶	۳۸/۴	۴/۴۵	۰/۵۱	۳۸/۵۳	۴/۶۵	۰/۴۹
	شمول اجتماعی	۱۷	۴۳/۹	۴/۶	۰/۵	۳۶/۷۵	۴/۳	۰/۴۷
	شفاف سازی اجتماعی	۱۸	۴۶	۴/۶۵	۰/۴۹	۳۱/۴۳	۴/۴	۰/۵
	مسائل عمومی اجتماعی	۱۹	۴۲/۱	۴/۵۵	۰/۵۱	۳۴/۹۸	۴/۳	۰/۴۷
	توسعه اجتماعی	۲۰	۴۰/۲	۴/۵	۰/۵۱	۳۴/۹۸	۴/۵۵	۰/۵۱
	آموزش اجتماعی	۲۱	۳۶/۳	۴/۴	۰/۵	۳۳/۲	۴/۵۵	۰/۵۱
	شرایط و فرهنگ بیمارستان	۲۲	۳۸/۳	۴/۴۵	۰/۵۱	۳۳/۲	۴/۴	۰/۵

جدول ۸: (۱۴۱۴ه)

ابعاد	شاخص	ردیف	مرحله اول			مرحله دوم		
			میانگین رتبه	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	میانگین	انحراف معیار
ویژگی‌های عملکردی بیمارستان	کارایی	۲۳	۴۵/۹	۴/۶۵	۰/۴۹	۳۶/۷۵	۴/۵	۰/۵۱
	اثربخشی خدمات ارائه‌شده	۲۴	۴۲/۲	۴/۵۵	۰/۵۱	۳۸/۵۳	۴/۴۵	۰/۵۱
	بهره‌وری بیمارستان	۲۵	۱۸/۵	۳/۶۵	۰/۹۳	حذف		
	عملکرد اجرایی بیمارستان	۲۶	۳۶/۳	۴/۴	۰/۵	۳۳/۲	۴/۵۵	۰/۵۱
	بهبود مراجعان	۲۷	۴۳/۹	۴/۶	۰/۵	۳۴/۹۸	۴/۵	۰/۵۱
	رضایتمندی کارکنان و مراجعان (اضافه)					۳۴/۹۸	۴/۵	۰/۵۱
	ارزش اقتصادی توزیع‌شده	۲۸	۴۲	۴/۵۵	۰/۵۱	۳۴/۹۸	۴/۵۵	۰/۵۱
الزامات اقتصادی	کمک‌های مالی دریافتی از دولت	۲۹	۳۶/۳	۴/۴	۰/۵	۴۰/۳	۴/۶	۰/۵
	خطرها	۳۰	۴۵/۹	۴/۶۵	۰/۴۹	۳۳/۲	۴/۵	۰/۵۱
	فرصت‌های مالی	۳۱	۴۲/۱	۴/۵۵	۰/۵۱	۳۸/۵۳	۴/۵	۰/۵۱
	مدیریت خطر سرمایه‌گذاری	۳۲	۴۲/۱	۴/۵۵	۰/۵۱	۳۳/۲	۴/۳	۰/۴۷
	رقابت در بین مراکز دولتی (انتقال)					۳۴/۹۸	۴/۵	۰/۵۱
	زنجیره تأمین پایدار (اضافه)					۳۱/۴۳	۴/۵۵	۰/۵۱
	قوانین و مقررات کاری	۳۳	۴۲	۴/۵۵	۰/۵۱	۳۶/۷۵	۴/۳	۰/۴۷
الزامات قانونی	تطبیق با قوانین جرمه و مجازات در صورت انطباق نداشتن با قوانین	۳۴	۴۲	۴/۵۵	۰/۵۱	۳۴/۹۸	۴/۴۵	۰/۵۱
	حفظ سوابق اطلاعاتی بیماران	۳۵	۳۸/۳	۴/۴۵	۰/۵۱	۳۳/۲	۴/۶۵	۰/۴۹
	اقدام‌های نظارتی در مدیریت خطر	۳۶	۴۲/۱	۴/۵۵	۰/۵۱	۳۶/۷۵	۴/۴۵	۰/۵۱
	راهبردهای قانونی حمایتی فرصت‌های برابر عدالت	۳۷	۴۹/۵	۴/۷۵	۰/۴۴	۳۶/۷۵	۴/۵۵	۰/۵۱
	اندازه بیمارستان	۳۸	۳۸/۳	۴/۴۵	۰/۵۱	۴۰/۳	۴/۳	۰/۴۷
	گستره فعالیت‌های بیمارستان	۳۹	۴۲	۴/۵۵	۰/۵۱	۳۳/۲	۴/۴	۰/۵
	ساختار بیمارستان	۴۰	۳۸/۲	۴/۴۵	۰/۵۱	۳۳/۲	۴/۵۵	۰/۵۱
ویژگی‌های ساختاری	رقابت در بین مراکز خدماتی	۴۱	۳۶/۴	۴/۴	۰/۵	۳۶/۷۵	۴/۶	۰/۵
	دارایی‌های نامشهود	۴۲	۳۸/۳	۴/۴۵	۰/۵۱	۳۳/۲	۴/۶	۰/۵
	انتقال به ابعاد الزامات اقتصادی	۴۳	۴۰/۱	۴/۵	۰/۵۱	۳۶/۷۵	۴/۶۵	۰/۴۹
	انتقال به ابعاد الزامات اقتصادی					۴۰/۳	۴/۵۵	۰/۵۱
	دارایی‌های نامشهود	۴۴	۴۰/۲	۴/۵	۰/۵۱	۴۰/۳	۴/۵۵	۰/۵۱
	دارایی‌های نامشهود	۴۵	۴۲/۱	۴/۵۵	۰/۵۱	۴۰/۳	۴/۵۵	۰/۵۱

جدول ۸: (۱۵۱امه)

ابعاد	شاخص	ردیف	مرحله اول			مرحله دوم		
			میانگین رتبه	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	میانگین	انحراف معیار
ویژگی‌های حکمرانی (راهبری)	نقش هیأت‌مدیره	۴۶	۴۳/۹	۴/۶	۰/۵	ویژگی‌های هیأت‌مدیره		
	استقلال اعضای هیأت‌مدیره	۴۷	۳۶/۳	۴/۴	۰/۵			
	اندازه هیأت‌مدیره	۴۸	۳۴/۴	۴/۳۵	۰/۴۹			
	ترکیب هیأت‌مدیره	۴۹	۴۱/۹	۴/۵۵	۰/۵۱			
	تعیین ارزش‌ها و راهبردهای سازمان	۵۰	۳۶/۳	۴/۴	۰/۵	۳۶/۷۵	۴/۴۵	۰/۵۱
	تمرکز مالکیت	۵۱	۳۴/۵	۴/۳۵	۰/۴۹	۴۰/۳	۴/۶	۰/۵
	ترکیب و ساختار حکمرانی	۵۲	۴۰/۲	۴/۵	۰/۵۱	۳۸/۵۳	۴/۵	۰/۵۱
	حاکمیت دولتی	۵۳	۴۰/۱	۴/۵	۰/۵۱	۳۴/۹۸	۴/۶۵	۰/۴۹
	دانش و نگرش مدیران	۵۴	۳۶/۵	۴/۴	۰/۵	۳۳/۲	۴/۶	۰/۵
	ویژگی‌های رفتاری مدیران	۵۵	۳۶/۳	۴/۴	۰/۵	۳۴/۹۸	۴/۶	۰/۵
الزامات اخلاقی	رعایت اصول اخلاقی	۵۶	۴۳/۹	۴/۶	۰/۵	۳۳/۲	۴/۴۵	۰/۵۱
	تابع تعهدات اخلاقی	۵۷	۴۲	۴/۵۵	۰/۵۱	۳۳/۲	۴/۴	۰/۵
	ارزش‌ها، استانداردها و هنجارهای بیمارستانی	۵۸	۴۷/۹	۴/۷	۰/۴۷	۳۳/۲	۴/۴	۰/۵
	نظارت بر رعایت اصول و رفتارها	۵۹	۳۶/۴	۴/۴	۰/۵	۳۳/۲	۴/۴۵	۰/۵۱
	رازداری و حفظ اسرار	۶۰	۴۳/۹	۴/۶	۰/۵	۳۳/۲	۴/۴	۰/۵
	حمایت از حقوق کار	۶۱	۳۶/۳	۴/۴	۰/۵	۳۳/۲	۴/۴	۰/۵
الزامات نوع‌دوستانه	رعایت اصول حقوق بشر	۶۲	۴۰/۲	۴/۵	۰/۵۱	۳۳/۲۴	۴/۴	۰/۵
	رعایت اصول بشردوستانه	۶۳	۳۴/۵	۴/۳۵	۰/۴۹	۳۳/۲	۴/۵۵	۰/۵۱
	انجام فعالیت‌های داوطلبانه	۶۴	۴۲	۴/۵۵	۰/۵۱	۳۳/۲	۴/۳	۰/۴۷
	حمایت همه‌جانبه از افراد	۶۵	۳۶/۴	۴/۴	۰/۵	۳۱/۴۳	۴/۴۵	۰/۵۱
	احترام	۶۶	۴۰/۱	۴/۵	۰/۵۱	۳۶/۷۵	۴/۴	۰/۵
	خدمات باکیفیت	۶۷	۲۱/۲	۳/۴۵	۱/۰۵	حذف		
مسئولیت‌پذیری در برابر خدمات	افزایش سلامت مراجعه‌کنندگان	۶۸	۱۸/۲	۳/۲۲	۰/۹۵	حذف		
	عدم ارائه خدمات ممنوعه	۶۹	۳۸/۴	۴/۴۵	۰/۵۱	۳۶/۷۵	۴/۵	۰/۵۱
	عدم به کارگیری محصولات تاریخ‌مصرف گذشته	۷۰	۴۴	۴/۶	۰/۵	۳۶/۷۵	۴/۴	۰/۵
	ارتقای کیفیت درمان	۷۱	۴۰/۲	۴/۵	۰/۵۱	۴۳/۸۵	۴/۴۵	۰/۵۱
	ارتقای سلامت	۷۲	۳۶/۴	۴/۴	۰/۵	۳۶/۷۵	۴/۴	۰/۵

جدول ۸: (۱۵۱۴)

ابعاد	شاخص	ردیف	مرحله اول			مرحله دوم		
			میانگین رتبه	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	میانگین	انحراف معیار
پایداری اجتماعی	امنیت نیروی انسانی	۷۳	۳۸/۳	۴/۴۵	۰/۵۱	۳۴/۹۸	۴/۶	۰/۵
	رویه‌های حقوق و دستمزد	۷۴	۳۸/۳	۴/۴۵	۰/۵۱	۳۶/۷۵	۴/۴۵	۰/۵۱
	مشارکت همه‌جانبه نیروی انسانی	۷۵	۴۷/۷	۴/۷	۰/۴۷	۴۰/۳	۴/۴	۰/۵
	توسعه منابع انسانی	۷۶	۴۳/۸	۴/۶	۰/۵	۳۸/۵۳	۴/۴۵	۰/۵۱
	تناسب پاداش و عملکرد	۷۷	۳۸/۲	۴/۴۵	۰/۵۱	۴۷/۴	۴/۷	۴/۷
	شایسته‌سالاری	۷۸	۴۰/۱	۴/۵	۰/۵۱	۳۸/۵۳	۴/۶۵	۴/۹

جدول ۹: نتایج آماری مرحله اول و دوم دلفی

مرحله اول		مرحله دوم
تعداد	۲۰	۲۰
دبلیو کندال	۰/۰۹۱	۰/۸۸
آزمون خی دو	۱۳۹/۷۶	۸۳/۲۱۹
درجه آزادی	۷۷	۷۰
سطح معنی داری	۰/۰۰۰	۰/۳۷۳

نتیجه‌گیری

است متفاوت باشد (۲۸) و چارچوب مشخصی برای گزارشگری پایداری بیمارستان‌ها در ایران وجود ندارد، پژوهش حاضر به دنبال شناسایی و تبیین ابعاد و شاخص‌های گزارشگری پایداری در بیمارستان‌های دولتی بوده است. به منظور تحقق این هدف، ابتدا ۱۱ نمونه از گزارش‌های پایداری زنجیره‌های تأمین درمانی و بیمارستان‌های خارجی که جنبه‌های مختلف گزارشگری پایداری را اجرا کرده‌اند، تا رسیدن به اشباع داده‌ها بررسی شد. پس از آن، برای انطباق نتایج با شرایط ایران و ارائه الگوی پیشنهادی برای ابعاد و شاخص‌ها در بیمارستان‌های دولتی، از خبرگان حوزه پژوهش نظر سنجی شد.

در سطح جهانی، توسعه ناپایدار به تخریب محیط زیست و رنج انسان‌ها منجر شده و پایداری اکوسیستم‌ها و نهادهای اجتماعی برای حمایت از زندگی انسان را به خطر انداخته است. در سال‌های اخیر، شاهد نقش بخش بهداشت و درمان در آسیب رساندن و تخریب محیط زیست بوده‌ایم اما اکنون با ظهور رهبران تغییر در حوزه بهداشت و درمان، انتظار می‌رود متخصصان سلامت، تحول لازم در شیوه‌های پایداری را تسهیل کنند (۱۳). از آنجاکه اهمیت ابعاد پایداری در صنایع مختلف، برحسب ماهیت و نوع عملکرد آن‌ها ممکن



شکل ۱: الگوی پیشنهادی برای گزارشگری پایداری در بیمارستان‌های دولتی ایران (منبع: یافته‌های پژوهش)

در پرسش اول پژوهش تعیین شاخص‌های گزارشگری پایداری در بیمارستان‌های خارجی مدنظر قرار داده شد. مطابق با نتایج تحلیل تم ارائه شده در جدول شماره ۳ شاخص‌های گزارشگری پایداری بیمارستان‌های خارجی ۷۸ مورد است. باتوجه به اینکه افشای پایداری جنبه داوطلبانه و اختیاری دارد (۲۷)، تحلیل گزارش‌های پایداری بیمارستان‌های خارجی که در افشا و گزارشگری پایداری، پیشرو و فعال بوده‌اند، بااهمیت بوده و بینش گسترده‌تری درباره موارد لازم برای افشا فراهم می‌کند. از طرف دیگر، بررسی گزارش‌های نامبرده بیان‌کننده این است که بیمارستان‌ها برای تهیه گزارش پایداری، محدود به ابعاد ارائه شده در رهنمودها و استانداردهای ابتکار گزارشگری جهانی و هیأت استانداردهای حسابداری پایداری در آمریکا نشده‌اند و از الگوی ثابتی پیروی نمی‌کنند. در واقع، این سازمان‌ها در پاسخ به فشار ذی‌نفعان و برای افزایش اعتبار و مشروعیت، اقدام به افشای پایداری کرده‌اند اما برخلاف فرض نظریه نهادی که بیان می‌کند که «سازمان‌هایی که در محیط سازمانی یکسانی فعالیت می‌کنند، در معرض فشارهای مشابهی قرار دارند و در ساختارها و رفتارهای خود هم‌شکل هستند (۹)»، الگوی یکسانی برای افشا و گزارشگری پایداری نداشته‌اند. به همین دلیل است که بنیاد استانداردهای گزارشگری مالی بین‌المللی برای رفع مشکل ذکر شده و با هدف انطباق اجتماعی و افزایش قابلیت مقایسه گزارش‌های پایداری، هیأت استانداردهای پایداری بین‌المللی را تأسیس کرده است. در پاسخ به پرسش دوم پژوهش مبنی بر تعیین

مهم‌ترین ابعاد افشا برای گزارش‌های پایداری در بیمارستان‌های خارجی، باید بیان کرد که در گزارش‌های پایداری زنجیره‌های تأمین درمانی و بیمارستان‌های خارجی، جنبه‌های مختلفی از فعالیت‌های سازمان بررسی شده است. این جنبه‌ها به ترتیب اهمیت عبارت‌اند از: الزامات زیست‌محیطی، اجتماعی، راهبری، عملکردی، اقتصادی، اخلاقی، قانونی، کرامت سرمایه انسانی، مسئولیت‌پذیری در برابر خدمات درمانی، ویژگی‌های ساختاری و الزامات نوع‌دوستانه. نتایج بررسی پرسش دوم نشان داد که مهم‌ترین ابعاد افشا در گزارش‌های پایداری بیمارستان‌های خارجی، ابعاد زیست‌محیطی و اجتماعی است. از آنجا که دستیابی به سلامتی و رفاه یکی از اهداف کلان توسعه پایدار است، انتظارات جامعه از بیمارستان‌ها افزایش یافته و اکنون این انتظارات فراتر از مراقبت و درمان به شکل سنتی است. فعالیت‌های بیمارستانی همواره تهدید جدی برای محیط زیست از طریق مواردی مانند افزایش آلودگی منابع آب، افزایش حجم زباله‌های عفونی و پسماندهای بیمارستانی بوده است (۲۳). انتظار می‌رود که بیمارستان‌ها راهبردها و اقدام‌های جدی مانند کاهش انتشار گازهای گلخانه‌ای، بازیافت و مدیریت صحیح پسماند، کاهش خسارت‌های زیست‌محیطی و مدیریت مصرف منابع را با هدف کاهش آثار منفی فعالیت‌ها بر محیط زیست ادامه دهند و با گزارش‌های پایداری افشا کنند (۳). افزون بر این، بیمارستان‌ها به دلیل تأثیرات اجتماعی فراوانی که بر جامعه دارند، باید علاوه بر انجام فعالیت اصلی، یعنی ارائه خدمات درمانی باکیفیت، موضوعات

مهمی مانند آموزش، پاسخگویی مناسب، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، نبودن تبعیض و بهبود فرهنگ سازمانی را در نظر بگیرند و به روش مناسب در گزارش‌های پایداری افشا کنند (۱۱).

نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تعداد کمی از بیمارستان‌ها در حال بررسی موضوعات پایداری هستند و درباره آن‌ها به صورت سطحی عمل می‌کنند (۱۰ و ۱۲). لازم است آن‌ها اقدام‌های پایداری بیشتری را در راهبردهای خود بگنجانند. نتایج پژوهش حاضر بیان می‌کند که بیمارستان‌ها برای کسب مقبولیت و مشروعیت عمومی فعالیت می‌کنند. مطابق با نظریه ذی‌نفعان، در سطح بین‌المللی برای پاسخگویی به فشار فزاینده ذی‌نفعان در بیمارستان‌ها اقدام‌هایی انجام شده است. فشارهای ذی‌نفعان برای افشای اطلاعات درباره عملکردهای محیطی و اجتماعی بوده است. در حال حاضر، علاوه بر ابعاد محیطی و اجتماعی، توجه بیمارستان‌ها به جنبه‌های دیگری مانند اخلاقی، قانونی و کرامت سرمایه انسانی معطوف شده است. از این رو، شواهدی مبنی بر اهمیت نظریه‌های ذی‌نفعان و مشروعیت در حوزه گزارشگری پایداری بیمارستان‌ها یافت شد.

همچنین، نتایج پژوهش حاضر ثابت می‌کند که جنبه‌های گزارشگری پایداری برای زنجیره‌های تأمین درمانی و بیمارستان‌های خارجی متغیر بوده است. کامل‌ترین افشای ابعاد پایداری به آمریکا و انگلیس و کمترین میزان افشا به آفریقای جنوبی و هند مربوط بوده است. قابل ذکر است که حتی ابعاد و شاخص‌های گزارش‌های پایداری، در بیمارستان‌های مختلف هر

کشور نیز (مانند کشورهای آمریکا و استرالیا) یکسان نبوده و می‌توان نتیجه گرفت که چارچوب الزامی مشخصی برای تدوین و افشای گزارش‌های پایداری در بیمارستان‌ها وجود ندارد.

در ادامه، برای تبیین ابعاد و شاخص‌های گزارشگری پایداری در بیمارستان‌های دولتی ایران و بررسی اینکه گزارش‌های پایداری در بیمارستان‌های خارجی به تنهایی به قابلیت تعمیم نتایج منجر نمی‌شود، با استفاده از پرسش‌نامه دلفی از ۲۰ نفر از خبرگان نظرسنجی شد. پس از انجام دو مرحله دلفی، اتفاق نظر بین خبرگان حاصل شد. در نهایت، ۷۳ شاخص انتخاب شد. بنابراین، در پاسخ به پرسش سوم پژوهش مبنی بر تعیین شاخص‌های مربوط به گزارشگری پایداری در بیمارستان‌های دولتی ایران، می‌توان گفت که ۷۳ شاخص یادشده برای گزارشگری پایداری در بیمارستان‌های دولتی ایران قابل استفاده است. از مجموع آن‌ها ۱۱ مورد در ابعاد زیست‌محیطی، ۱۰ مورد در ابعاد اجتماعی، ۷ مورد در ابعاد راهبری، ۵ مورد در ابعاد عملکردی، ۷ مورد در ابعاد اقتصادی، ۵ مورد در ابعاد اخلاقی، ۸ مورد در ابعاد قانونی، ۶ مورد در ابعاد کرامت سرمایه انسانی، ۴ مورد در ابعاد مسئولیت‌پذیری در برابر خدمات درمانی، ۴ مورد در ابعاد ویژگی‌های ساختاری و ۶ مورد در ابعاد الزامات نوع‌دوستانه طبقه‌بندی شده است.

در پاسخ به پرسش چهارم، می‌توان اظهار داشت که طبق نظرات خبرگان، ۷۳ شاخص انتخاب و برحسب ۱۱ بعد به صورت الگوی پیشنهادی گزارشگری پایداری در بیمارستان‌های دولتی ایران ارائه شده است. گفتنی

است که بیمارستان‌های دولتی از یک طرف، ارتباط مستقیم با سلامتی و رفاه و نقش مهم در پیشبرد اهداف توسعه پایدار دارند و از طرف دیگر، انتظارات سازمان‌های بخش دولتی و فشار بر آن‌ها برای پاسخگویی، در مقایسه با بخش خصوصی همواره بیشتر بوده است. بر طبق این مطلب، این بیمارستان‌ها می‌توانند از الگوی پیشنهادی پژوهش برای شروع فرایند گزارشگری پایداری در حوزه فعالیت استفاده کنند. گفتنی است که در رابطه با موضوع پژوهش حاضر در کشور پژوهشی انجام نشده است که بتوان آن را به صورت مستقیم با نتایج این پژوهش مقایسه کرد.

پیشنهادهای پژوهش

باتوجه به اختصاص بیشترین سهم مصرف منابع مالی، انرژی و منابع در بخش بهداشت و درمان، به ویژه در دوره همه گیری کووید- ۱۹ برای فعالیتهای بیمارستانی و تأثیر این فعالیتهای بر محیط زیست و جامعه، باید زمینه‌های مناسبی برای گزارشگری پایداری در بیمارستان‌های ایران ایجاد شود. به این منظور، تدوین الزامات و مقررات مناسب از طرف نهادهای مربوط به حوزه گزارشگری سازمان‌ها، با همکاری نهادهای فعال در زمینه اجتماعی و زیست محیطی برای پاسخگویی به انتظارات ذی‌نفعان پیشنهاد می‌شود. توصیه می‌شود اعمال فشار و نفوذ دولت برای الزام و تعهد بیمارستان‌ها به افشای اطلاعات پایداری، به طور مستقل یا در چارچوب گزارش‌های یکپارچه باشد.

افزون بر آن، پیشنهاد می‌شود بیمارستان‌ها برای

تشکیل واحد یا کمیته مستقل پایداری در ساختار سازمانی به منظور تدوین راهبردها، اهداف و برنامه‌های پایداری و چگونگی پایش و افشای آن در ابعاد مختلف، با رویکرد توسعه پایدار اقدام کنند. براساس نتایج پژوهش، توصیه می‌شود که بیمارستان‌ها برای افزایش پاسخگویی در برابر ذی‌نفعان و جامعه و کسب مشروعیت بیشتر، اهمیت ابعاد زیست محیطی و اجتماعی را برای عملکرد و افشای پایداری در نظر بگیرند.

پژوهش‌های پایداری در سایر کشورها بر بهداشت و درمان متمرکز بوده است و نشان داده که ارائه خدمات درمانی در حالت پایدار، علاوه بر حفظ سلامت، به حفظ محیط زیست و جامعه نیز منجر می‌شود (۱۰-۱۳). بیمارستان‌هایی که گزارش‌های پایداری را منتشر کرده‌اند، از نظر شیوه‌های پایداری، پیشرفته‌تر از بیمارستان‌های بدون گزارشگری پایداری هستند (۱۰). به این ترتیب، برحسب الگوی پیشنهادی برای ابعاد و شاخص‌های گزارشگری پایداری، توصیه می‌شود بیمارستان‌های دولتی در زمینه گزارشگری پایداری پیش قدم باشند و شفافیت گزارشگری را درباره تعهدات پایداری سازمانی ارتقا بخشند.

به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود که با مطالعه موردی در بیمارستان‌های دولتی ایران، به شناسایی دقیق معیارهای مرتبط با شاخص‌های پیشنهادی در این پژوهش بپردازند. در نهایت، گزارش پایداری برای بیمارستان مربوطه را ارائه کنند. همچنین، بر طبق تفاوت‌های بین بخش‌ها و صنایع مختلف، به پژوهشگران آینده توصیه می‌شود که به شناسایی و

مانند بی‌انگیزگی یا کمبود وقت برخی از خبرگان مجرب و متخصص بود که از همکاری کامل با پژوهش خودداری کردند. از طرف دیگر، امکان مصاحبه حضوری و مستقیم با تمام اعضای گروه دلفی به دلیل شرایط بیماری کووید-۱۹ وجود نداشت.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

تبیین ابعاد و شاخص‌های گزارشگری پایداری در صنایع دیگر پردازند و نتایج آن را با یافته‌های این پژوهش مقایسه کنند.

محدودیت‌های پژوهش

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که در ایران امکان دسترسی به گزارش‌های پایداری بیمارستان‌های خارج از کشور و تارنماهای مفید ارائه‌دهنده اطلاعات پایداری مانند تامسون رویترز وجود ندارد. نمونه دیگر، محدودیت ذاتی پرسش‌نامه

References

- 1 Constantinescu D. Sustainability disclosure and its impact on firm's value for energy and healthcare industry. *Central European Economic Journal*. 2021;55(8):313-329.
- 2 Yadava RN, Sinha B. Scoring sustainability reports using GRI 2011 Guidelines for assessing environmental, economic, and social dimensions of leading public and private Indian companies. *Journal of Business Ethics*. 2016;138(3):549-558.
- 3 Mehra R, Sharma MK. Measures of sustainability in healthcare. *Sustainability Analytics and Modeling*. 2021;1:1-15.
- 4 Kilic M, Kuzey C, Uyar A. The impact of ownership and board structure on corporate social responsibility (CSR) reporting in the Turkish banking industry. *Corporate Governance: The International Journal of Business in Society*. 2015;3(15):357-374.
- 5 Qureshi MA, Kirkerud S, Theresa K, Ahsan T. The impact of sustainability (environmental, social, and governance) disclosure and board diversity on firm value: The moderating role of industry sensitivity. *Business Strategy and the Environment*. 2019;29(3):1199-1214.
- 6 Rodriguez R, Svensson G, Wood G. Sustainability trends in public hospitals: Efforts and priorities. *Evaluation and Program Planning*. 2020;78:1-11.
- 7 Weisz U, Haas W, Pelikan JM, Schmied H. Sustainable hospitals: A Socio-ecological approach. *GAIA—Ecological Perspectives for Science and Society*. 2011;20(3):191-198.
- 8 Ball A, Grubnic S, Birchall J. Sustainability accounting and accountability. 2th ed. London. 2014.
- 9 Persson K, Vingren T. Factors affecting the sustainability disclosures in Swedish State-Owned Enterprises as hybrid organizations [Thesis]. Kristianstad University; 2017 [2021

- October 7]. Available from: <https://researchportal.hkr.se/ws/portal/files/portal/34966292/FULLTEXT01.pdf>
- 10 Nascimento G, Silva Araujo CA, Albuquerque-Alves L. Corporate sustainability practices in accredited Brazilian hospitals: A degree-of-maturity assessment of the environmental dimension. *Revista de Administracao*. 2017;52:26-35.
- 11 Hussain M, Gunasekaran A, Khan M, Ajmal M. Exploration of social sustainability in healthcare supply chain. *Journal of Cleaner Production*. 2018;203:977-989.
- 12 Machado ML, Scavarda A, Vaccaro G, Korzenowski AL, Batista E. Analysis of hospital's sustainability: Economical, environmental, and social lenses. *Industrial and Systems Engineering Research Conference*. 2015.
- 13 Ashari MH, Anggoro Y. How is the implementation of green accounting in public hospital?. *Journal of Islamic Accounting and Finance Research*. 2021;3(1):131-154.
- 14 Barati-Marnani A, Sajadi H, Keivan-Ara M. Social responsibility of Isfahan hospitals. *Journal of Health Development*. 2011;5(1):1-23. Persian.
- 15 Gholizade M, Salehi A, Farugh Khosravi M, Asadi S, Hosseinnejad M. Investigating the status of social responsibility of teaching hospitals in Tabriz from the perspective of managers. *National E-Conference on Advances in Management and Accounting*. Tehran 19 February. 2014. Persian.
- 16 Mion G, Loza Adaui CR. Mandatory nonfinancial disclosure and its consequences on the sustainability reporting quality of Italian and German companies. *Sustainability Journal*. 2019;11:1-28.
- 17 Farneti F, Guthrie J. Sustainability reporting by Australian public sector organizations: Why they report. *Accounting Forum*. 2009;33:89-98.
- 18 Garde-Sanchez R, Rodriguez Bolivar M, Lopez-Hernandez AM. Corporate and managerial characteristics as drivers of social responsibility disclosure by state-owned enterprises. *Review of Managerial Science*. 2016;11:633-659.
- 19 Rodriguez-Bolivar M, Garde-Sanchez R, Lopez-Hernandez AM. Managers as drivers of CSR in state-owned enterprises. *Journal of Environmental Planning and Management*. 2015;58(5):777-801.
- 20 Freeman RE. (2010). *Strategic management: A stakeholder approach*. Cambridge University Press; 2010.
- 21 Dillard JF, Rigsby JT, Goodman C. The making and remaking of organization context: Duality and the institutionalization process. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*. 2004;17(4):506-542.
- 22 Teuteberg F, Wittstruck D. A systematic review of sustainable supply chain management research: What is there and what is missing?. *Accounting and Information Systems*. 2010 [2021 October 10]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/277009487>.
- 23 Brandenburg M, Govindan K, Sarkis J, Seuring S. Quantitative models for sustainable supply chain management: Developments and directions. *European Journal of Operational Research*. 2014;233(2):299-312.
- 24 Singh P. Lean in healthcare

- organization: Opportunity for environmental sustainability. Benchmarking an International Journal. 2019;26(1):205-220.
- 25 Leite H, Bateman N, Radnor Z. Beyond the ostensible: An exploration of barriers to lean implementation and sustainability in healthcare. Production Planning & Control. 2019;31(1):1-18.
- 26 Global Reporting Initiative, and Sustainability Accounting Standards Board. A practical guide to sustainability reporting using GRI and SASB standards. Value Reporting Foundation. 2021 [2021 January 25]. Available from: <https://www.globalreporting.org/media/mlkjpn1i/gri-sasb-joint-publication-april-2021.pdf>
- 27 Fakhari H, Malekian E, Jafaei Rahni M. Explaining and ranking of the components and indicators of environmental, social and corporate governance reporting by Analytic Hierarchy Process in the companies listed in Stock Exchange. Journal of Value & Behavioral Accounting. 2018;2(4):153-187. Persian.
- 28 Rahimian N, Tavakolnia E, Asadi Z. Social responsibility accounting, social responsibility and corporates sustainability. Journal of Certified Public Accountant. 2012;9(17):32-40. Persian.
- 29 Corporate Social Responsibility Database. New institution for monitoring sustainability standards. 2021 [2021 January 27]. Available from: <https://www.csrir.com>. Persian.
- 30 Mahdavi Gh, Daryaei AA, Alikhani R, Maranjory M. The relation of firm size, industry type and profitability to social and environmental information disclosure. Empirical Research in Accounting. 2015;5(1):87-103. Persian.
- 31 Taghavigudarzi M, Fazilat F. Sustainable reporting challenges and environmental changes for public sector accountants. Quarterly Journal of Public Sector Accounting & Budgeting. 2021;2(3):65-71. Persian.
- 32 Akhtarshenas D, Khodamipour A, Pourheidari O. Developing of effective factors model on corporate sustainability in Iran. Empirical Studies in Financial Accounting. 2020;16(65):175-201. Persian.
- 33 Pourkhani ZakaleBari M, Jahanshad A, Heidarpour F. Providing a model for exposing corporate sustainability and evaluating the effect of factors related to signaling theory and stakeholders on reporting of this information. Journal of Value & Behavioral Accounting. 2021;5(10):385-421. Persian.
- 34 Mahmoudkhani M, Rahmani A, Homayoun S, Niakan L. Identify the components of sustainability reporting in the insurance industry. Journal of Value & Behavioral Accounting. 2021;6(11):187-216. Persian.
- 35 Hayati N, Hejazi R, Hosseini SA, Bastani S. Extraction of environmental indicators from the board of directors' report, using qualitative content analysis. Empirical Research in Accounting. 2018;8(2):43-70. Persian.
- 36 Lock I, Seele P. Analyzing sector Gspecific CSR reporting: Social and environmental disclosure to investors in the chemicals and banking and insurance industry. Corporate Social Responsibility and Environmental Management. 2015;22(2):113-128.
- 37 Clarke V, Braun V. Using Thematic analysis in Psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101.

- 38 Rahmani A, Vazirinejad R, Ahmadinia H, Rezaeian M. Methodological foundations and applications of the Delphi method: A narrative review. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2020;19:515-538. Persian.
- 39 Abbaszadeh M. A reflection on validity and reliability in qualitative researches. *Applied Sociology (Isfahan University Human Sciences Research Journal)*. 2012;23(1):515-538. Persian.