

مدل سازی ساختاری نقش میانجی فرهنگ ایمنی بیمار در روابط بین مدیریت**کیفیت جامع، یادگیری سازمانی و تصویر سازمانی در بخش خدمات سلامت**سید محمدحسن حسینی^۱، عاطفه فلاح^۲، سعید آبیایی اصفهانی^۳**چکیده**

زمینه و هدف: تصویری که بیماران از کیفیت خدمات سلامت در ذهن دارند می‌تواند تا اندازه زیادی ارزیابی کلی آن‌ها از این سازمان‌ها را شکل دهد. هدف کلی این پژوهش بررسی تاثیر یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع بر تصویر سازمان با نقش میانجی فرهنگ ایمنی بیمار در بخش خدمات سلامت است.

روش‌شناسی: روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بوده و کارکنان بیمارستان‌ها به عنوان جامعه آماری این پژوهش برای سه متغیر مدیریت کیفیت جامع، یادگیری سازمانی و فرهنگ ایمنی بیمار لحاظ شده است. همچنین جامعه آماری برای متغیر تصویر سازمان، شامل بیمارانی بوده است که در بازه زمانی ۶ ماهه به این بیمارستان‌ها مراجعه کرده‌اند در نهایت ۲۴۰ نفر از هر دو گروه به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌های استاندارد بود که برای تأیید پایایی و روایی پرسش‌نامه‌ها از شاخص‌های آلفای کورنباخ، پایایی ترکیبی، روایی همگرا و روایی و اگر استفاده شد. تحلیل داده‌های به دست آمده توسط نرم افزارهای آماری SPSS و Smart PLS انجام شد.

یافته‌ها: یادگیری سازمانی بر سه متغیر مدیریت کیفیت جامع، فرهنگ ایمنی بیمار و تصویر سازمان اثر مثبتی دارد. همچنین مدیریت کیفیت جامع بر فرهنگ ایمنی بیمار و تصویر سازمان اثر مثبت و معناداری دارد. برای تعیین اثر متغیر میانجی نیز از آزمون سوبل استفاده شده و نتایج، نقش میانجی‌گری فرهنگ ایمنی بیمار را تأیید می‌نماید. بنابراین فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان متغیر میانجی بر رابطه میان دو متغیر یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع، بر تصویر سازمان اثر مثبت و معناداری دارد.

نتیجه‌گیری: مدیران سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت می‌توانند با اجرای موثر طرح‌های مدیریت کیفیت جامع و بهبود یادگیری سازمانی تصویر سازمان خود را در ذهن بیماران بهبود بخشند.

کلیدواژه‌ها: تصویر سازمانی، خدمات سلامت، فرهنگ ایمنی بیمار، مدیریت کیفیت جامع، یادگیری سازمانی

۱. استادیار، گروه مدیریت، دانشکده مهندسی صنایع و مدیریت دانشگاه صنعتی شاهرود، شاهرود، ایران

۲. کارشناس ارشد مدیریت صنعتی، دانشکده مهندسی صنایع و مدیریت دانشگاه صنعتی شاهرود، شاهرود، ایران

۳. استادیار، گروه مدیریت، دانشکده مهندسی صنایع و مدیریت دانشگاه صنعتی شاهرود، شاهرود، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۷/۰۳

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۹۷/۰۹/۲۶

نویسنده مسئول مقاله: سید محمدحسن حسینی

E-mail: sh.hosseini@shahroodut.ac.ir

مقدمه

بی‌شک، به دست آوردن و حفظ وجهه و تصویر بیرونی مثبت، یکی از اهداف مهم تمامی سازمان‌ها محسوب می‌شود. امروزه بسیاری از سازمان‌ها زمان، منابع و تلاش بسیاری را صرف ایجاد تصویری تأثیرگذار از خود یا کسب و کارشان می‌کنند؛ چراکه هرگاه سازمانی تصویر مثبتی داشته باشد مخاطبان، ذی‌نفعان و مشتریان آن عموماً رفتارها و تصمیمات آن سازمان و نیز تجربه‌های خود را با آن مثبت تلقی خواهند کرد (مقدمی و زارع، ۱۳۸۷). امروزه یکی از مهم‌ترین ارکان خدماتی در هر جامعه‌ای، حوزه سلامت است و بیمارستان‌ها یکی از عوامل و ارکان اصلی ارائه‌دهنده‌ی خدمات در این بخش هستند که نقش بسزایی در محیط پرتلاطم و حیاتی این حوزه ایفا می‌کنند. سازمان‌های خدماتی و بهداشتی همانند بیمارستان‌ها و سایر مراکز درمانی از جمله سازمان‌هایی هستند که تصویر ذهنی مشتریان و مراجعه‌کنندگان به این سازمان بسیار مهم است و دارایی پرارزشی محسوب می‌شود. اسمیت و همکاران^۱ (۲۰۰۸) معتقدند یکی از مهم‌ترین مسائل در بخش سلامت و به‌ویژه در مراکز درمانی، کیفیت مراقبت است. کیفیت مراقبت نیز خود از عناصری تشکیل شده که ایمنی بیمار یکی از مهم‌ترین آن‌هاست (یعقوبی فر و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۵۵). می‌توان فرهنگ ایمنی بیمار^۲ را یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارائه مراقبت‌های سلامت دانست (ناش و گلدفارب^۳، ۲۰۰۶). از طرفی دیگر، چالش ناشی از رقابت‌های جهانی باعث افزایش فشار بر سازمان‌ها برای بهبود مهارت‌ها، قابلیت‌ها و کیفیت محصولات و خدمات شده است و سازمان‌ها ناگزیرند برای رشد و توسعه‌ی خود، ارزش‌افزوده‌ی فعالیت‌های سازمانی خود را ارتقاء ببخشند. یکی از مهم‌ترین راهکارهای این امر پیاده کردن مدیریت کیفیت جامع^۴ (TQM) است. اوکلی و همکاران^۵ (۲۰۰۶)؛ معتقدند در سال‌های اخیر اهمیت کیفیت خدمات بهداشتی باعث شده ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی به مسأله‌ی ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی توجه نمایند. در بسیاری از کشورها بدون در نظر گرفتن بزرگی یا

1. Smite et al.

2. Patient Safety Culture

2. Nash & Goldfarb

4. Total Quality Management

5. Oakley et al.

ثروت آنها، نگرانی عمده در مورد بهداشت و درمان و چگونگی ارائه مراقبت‌های بهداشتی-درمانی کارا به‌وسیله منابع در دسترس است. ارزیابی این خدمات نیز از نیازهای تمام مدیران ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی است (زارعی و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۴). امیری و سکاکی (۲۰۰۷) اظهار معتقدند که در چنین محیطی سازمان‌ها برای بقا و کسب موفقیت پایدار نیازمند مدیریت مدبرانه منابع هستند؛ لذا مدیریت کیفیت و سیستم‌های مدیریت کیفیت جامع نیز در بخش بهداشت و درمان با استقبال زیادی روبرو شده است (زارعی و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۴). به عقیده بسیاری از پژوهشگران، استراتژی مدیریت کیفیت جامع به‌صورت بالقوه ابزار مفیدی برای پرورش یادگیری و افزایش مزیت‌های رقابتی سازمان‌هاست. یادگیری سازمانی^۱ ابزاری است که سازمان‌ها به کمک آن خود را با محیط وفق می‌دهند تا عملکرد خود را بهبود بخشند (پرداختچی و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۲۸). بیمارستان‌ها علاوه بر هدف اصلی خود که ارتقای سلامت و تضمین و تأمین آن است به نوعی یک سازمان یادگیرنده نیز هستند، سازمانی که پیوسته در تعامل با محیط اطراف خود بوده، به خلق دانش جدید پرداخته و آن را به گونه‌ای یکپارچه در شبکه‌های ارتباطی قرار داده تا دیگران نیز به آسانی از این روش‌ها استفاده نمایند. با توجه به اهمیت مطالب فوق، این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین مدیریت کیفیت جامع و یادگیری سازمانی بر تصویر سازمانی با نقش میانجی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های استان سمنان صورت گرفته است.

مروری بر مبانی نظری

تصویر سازمان

اصطلاح «تصویرسازمانی» نخستین بار از مقاله‌ای در هاروارد بیزینس ریویو^۲ در سال ۱۹۵۵ ظهور نمود. در آن زمان، تعریف رایج از تصویرسازمانی، صرفاً وجهه و سیمایی بود که سازمان در اذهان گروه‌ها و اجتماعات مرتبط با خود به وجود آورده و طبعاً بیشتر به جنبه‌های بصری سازمان‌ها گره‌خورده بود (بريستول^۳، ۱۹۶۰ به نقل از لی^۴ ۲۰۰۴: ۴).

1. Organizational Learning
2. Harvard business review
3. Bristol
4. Lee

کلر^۱ (۱۹۹۳) معتقد است که تصویرسازمانی مبتنی بر باورهای یک مشتری بوده که توسط تداعیات برند موجود در حافظه، بازتاب می‌یابد. سلامه^۲ (۱۹۸۸) معتقد است تصویر، احساسات نامحسوسی است که شکل‌دهی و باز شکل‌دهی می‌شود تا ادراکات مطلوبی را در ذهن مردم ایجاد نماید. این احساس به تدریج شکل گرفته و هر روز کامل‌تر می‌شود (صالح‌نیا و همکاران، ۱۳۹۱: ۳۲۳). گری‌گوری (۱۹۹۱)، تصویر سازمان را ادراک عمومی از سازمان و ایده‌های پیش‌پنداشته و پیش‌داوری شده‌ای که در ذهن مشتریان شکل‌بندی شده است می‌داند (صالح‌نیا و همکاران، ۱۳۹۱: ۳۲۳).

مدیریت کیفیت جامع و یادگیری سازمانی

اصول مدیریت کیفیت جامع ابتدا در سال ۱۹۵۰ توسط دمینگ در کشور ژاپن پایه‌ریزی شد (علاقه‌بند، ۱۳۸۹). مدیریت کیفیت جامع فلسفه‌ای مدیریتی است که با استفاده از راهبردهای مختلف، تغییرات مؤثری در فرایندهای سازمان ایجاد می‌کند (دوران و همکاران^۳، ۲۰۱۴). به نظر می‌رسد واژه‌ی یادگیری سازمانی اولین بار توسط سایرت و مارچ^۴ در مطالعه اولیه‌شان روی جنبه‌های تصمیم‌گیری رفتار سازمانی در سال ۱۹۶۳ به کار گرفته شده است (داوس^۵، ۲۰۰۳)؛ اما برخی بر این باورند که توجه محافل دانشگاهی به چگونگی یادگیری سازمان‌ها به دهه‌ی ۱۹۵۰ بازمی‌گردد (بایراکتاروغلو و کوتانیز^۶، ۲۰۰۳). یادگیری سازمانی یک فرایند انطباقی با تأکید بر شیوه‌های علمی استاندارد جهت دستیابی به اهداف سازمانی است (شریف‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۵۲). سیر تحول مدیریت کیفیت نشان می‌دهد که مدیریت کیفیت ریشه در یادگیری دارد و سازمان‌هایی که مدیریت کیفیت را بکار می‌گیرند نسبت به سایر سازمان‌ها، گرایش بیشتری به یادگیری دارند. یادگیری منشأ اصلی مزیت رقابتی و عاملی برای تغییر است، بنابراین یک سازمان باید با استقرار عوامل تسهیل‌کننده یادگیری و برطرف کردن موانع یادگیری زمینه را برای نشر و نمای مدیریت کیفیت جامع آماده کند. همانطور که ساتیش و سرینیواسان^۷ (۲۰۱۰) معتقدند که رواج و اشاعه مدیریت کیفیت جامع

1. Keller

2. Salame

3. Durana et al.

4. Syert & March

5. Dawes

6. Bayraktaroglu & Kutunis

7. Satish and Srinivasan

در سازمان باعث ایجاد سیستم و فرهنگ یادگیری سازمانی می شود و نوآوری را افزایش می دهد (اکبری و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۸-۳۷).

فرهنگ ایمنی بیمار

عبارت فرهنگ ایمنی^۱، نخستین بار به صورت رسمی در سال ۱۹۸۶ توسط آژانس بین المللی انرژی اتمی، در گزارش حادثه چرنوبیل به کاربرده شد. فرهنگ ایمنی را مجموعه ای از باورها، هنجارها، انگیزه ها، نقش ها و عملکردهای اجتماعی و تخصصی می دانند که موجب کاهش رویارویی کارکنان، مدیران، مصرف کنندگان و عموم مردم با شرایط خطرناک و آسیب رسان می شود (سکستون و همکاران^۲، ۲۰۰۸). یکی از عواملی که نقش مؤثری در ارتقاء سطح ایمنی بیمار در مراکز بهداشتی دارد، وجود فرهنگ ایمنی بیمار در این مراکز است (اندرسون^۳، اندرسون^۳، ۲۰۰۶). در واقع، فرهنگ ایمنی بیمار، نشان دهنده میزان اولویت ایمنی بیمار از نظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آنها است (میلیگان^۴، ۲۰۰۷). تونر و همکاران^۵ همکاران (۱۹۸۹) معتقدند فرهنگ ایمنی محصول ارزش ها، نگرش ها، ادراکات، شایستگی ها شایستگی ها و الگوهای رفتاری فردی و گروهی است که تعهدات، سبک و کارایی یک سازمان بهداشتی و درمانی را تعیین می کند. فرهنگ ایمنی در واقع منعکس کننده نقش ها و عملکردهای فنی و اجتماعی افراد، در موقعیت های بحرانی، است (بقایی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۵۶). به اعتقاد زهر و همکاران^۶ (۲۰۰۷) در واحدهایی که فرهنگ ایمنی بیمار از میزان استاندارد، پایین تر است اشتباهات نیز بیشتر رخ خواهد داد. وجود جو مناسب از فرهنگ ایمنی بیمار در یک واحد از میزان اشتباهات و اثرات مضر آنها در بیمارستان می کاهد (بقایی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۵۶). صاحب نظران معتقدند بیمارستان ها بایستی به منظور ارتقای کیفیت و ایمنی در مراقبت سلامت، همگام با مداخلات ساختاری، فرهنگ ایمنی بیمار را نیز در میان کارکنان خود حکم فرما سازند (گیبیز^۷، ۲۰۰۵). می توان گفت فرهنگ ایمنی بیمار یکی از عناصر اصلی ارتقای ایمنی و بهبود کیفیت مراقبت از بیمار است و جزء مهم ترین دغدغه افراد

1. Safety culture
 2. Sexton et al.
 3. Anderson
 4. Milligan
 5. Turner et al.
 6. Zohar et al.
 7. Gibbs

است (سکستون و همکاران، ۲۰۰۶).

باتوجه به تعریف متغیرهای مورد بررسی در این تحقیق که برگرفته از منابع و مطالعات پیشین مطابق شرح فوق ارائه گردید، در ادامه، خلاصه‌ای از تحقیقات داخلی و بین‌المللی در حوزه تحقیق حاضر تشریح می‌شود.

تحقیقی با عنوان «تأثیر محیط فیزیکی بیمارستان بر تصویر سازمان: دیدگاه مشتریان بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی و علوم پزشکی شهر اصفهان» توسط صالح نیا و همکاران (۱۳۹۱)، صورت پذیرفت. نتیجه تحقیق نشان داد رابطه قوی و معناداری بین متغیرهای محیط فیزیکی و تصویر ذهنی سازمان وجود دارد (صالح نیا و همکاران ۱۳۹۱: ۳۲۱). بینگول و همکاران^۱ (۲۰۱۳) در پژوهش خود به بررسی تأثیر فرهنگ سازمانی بر تصویر سازمانی و هویت سازمانی در یک شرکت داروسازی پرداختند. نتایج حاصل از تحقیق نشان از سطح متوسط هویت و تصویر سازمانی برای کارکنان دارد. همچنین بر اساس یافته‌ها ارزیابی می‌شود که فرهنگ سازمانی فعلی نیاز به تغییر دارد (بینگول و همکاران، ۲۰۱۳: ۲۲۲). کزاززی و شول^۲ (۱۳۹۲)، در مقاله‌ای با عنوان «تأثیر مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد نوآوری با اثر تعدیل‌کنندگی یادگیری سازمانی» به بررسی تأثیر مدیریت کیفیت جامع و یادگیری سازمانی بر عملکرد نوآوری در شرکت مس سرچشمه پرداختند. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از معادلات ساختاری نشان می‌دهد که عملکرد نوآوری به میزان ۹۳ درصد تحت تأثیر مستقیم مدیریت کیفیت جامع است و یادگیری سازمانی این تأثیر را تعدیل می‌کند (کزاززی و شول، ۱۳۹۲). هنریپور و اسدی (۲۰۱۲) تحقیقی با عنوان «بررسی رابطه بین مدیریت کیفیت جامع و یادگیری سازمانی» انجام دادند. نتیجه این پژوهش نشان داد که مدیریت کیفیت جامع رابطه نزدیکی با یادگیری سازمانی دارد و همچنین یادگیری سازمانی یکی از دستاوردهای مهم مدیریت کیفیت جامع می‌باشد (هنریپور و اسدی، ۲۰۱۲). جیمینز و واله^۳ (۲۰۱۱)، طی تحقیقی با عنوان «تحلیل نوآوری، یادگیری یادگیری سازمانی و عملکرد سازمانی» دریافتند که یادگیری سازمانی و نوآوری تأثیر مثبتی بر روی عملکرد کارکنان و سازمان دارد (جیمینز و واله، ۲۰۱۱: ۴۰۸). اوشک سرائی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه خود به بررسی رابطه بین رضایت شغلی پرستاران و فرهنگ ایمنی بیمار در

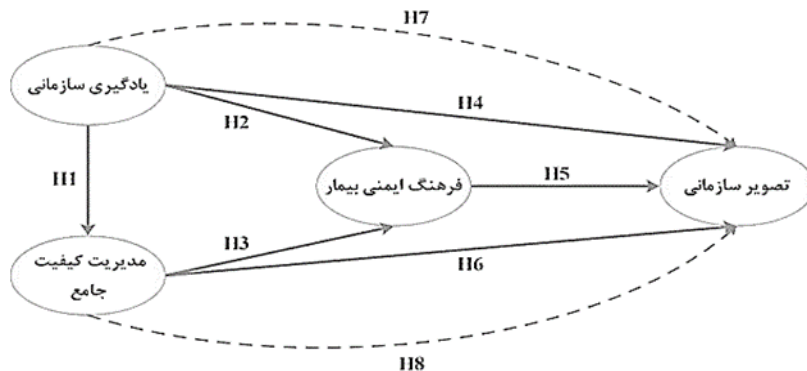
1. Bingol et al.

2. Kazzazi & shol

3. Jimenez & Valle

بیمارستان های دولتی و خصوصی شهر رشت پرداختند. نتایج از دیدگاه پاسخ دهندگان نشان داد که امتیاز رضایت شغلی پرستاران و فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های واقع در شهر رشت در سطح متوسط قرار دارد. علاوه بر آن نتایج نشان داد که بین رضایت شغلی پرستاران و فرهنگ ایمنی بیمار رابطه مستقیمی وجود دارد. همچنین رضایت شغلی پرستاران و فرهنگ ایمنی بیماران نیاز به ارتقاء دارد (اوشک سرائی و همکاران، ۱۳۹۵: ۹۱). مارک^۱ (۲۰۱۲) مطالعه ای با عنوان «ابزاری برای شناسایی یادگیری سازمانی و تأثیر آن بر فرهنگ ایمنی» در یک بیمارستان انجام داد. نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که یادگیری سازمانی بر فرهنگ ایمنی تأثیر مثبتی دارد (مارک، ۲۰۱۲). در مطالعه ای زابلی و همکاران، به بررسی رابطه بین فرهنگ ایمنی بیمار و ادراک بیماران از کیفیت مراقبت سلامت در بیمارستان های نظامی پرداختند. نتایج این مطالعه نشان می دهد با افزایش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان، درک بهتری از کیفیت مراقبت با توجه به مراقبت های بهداشتی می توان انتظار داشت (زابلی و همکاران، ۲۰۱۳: ۱۹). گونز و همکاران^۲، یک ارزیابی در مورد فرهنگ ایمنی بیمار از ۵۵۴ پرستار در ترکیه انجام دادند. در این مطالعه، از میان ابعاد دوازده گانه فرهنگ ایمنی بیمار، بالاترین نمره مربوط به یادگیری سازمانی و بهبود مستمر بود (گونز و همکاران، ۲۰۱۶: ۲۲۵).

باتوجه به ادبیات و پیشینه تحقیق، مدل مفهومی تحقیق حاضر مطابق شکل (۱) می باشد. در این الگو خطوط نقطه چین به معنی اثر میانجی گری متغیرها می باشد.



شکل ۱. مدل مفهومی تحقیق

1. Mark
2. Gunes et al.

براساس مدل مفهومی تحقیق، فرضیه‌های تحقیق به صورت زیر ارائه می‌شود:

- بین یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع اثر معناداری وجود دارد.
- بین یادگیری سازمانی و فرهنگ ایمنی بیمار اثر معناداری وجود دارد.
- بین مدیریت کیفیت جامع و فرهنگ ایمنی بیمار اثر معناداری وجود دارد.
- بین یادگیری سازمانی و تصویر سازمانی اثر معناداری وجود دارد.
- بین فرهنگ ایمنی بیمار و تصویر سازمان اثر معناداری وجود دارد.
- بین مدیریت کیفیت جامع و تصویر سازمانی اثر معناداری وجود دارد.
- یادگیری سازمانی و تصویر سازمانی از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار اثر معناداری بر یکدیگر دارند.
- مدیریت کیفیت جامع و تصویر سازمانی از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار اثر معناداری بر یکدیگر دارند.

روش‌شناسی پژوهش

هدف از انجام این پژوهش، بررسی تأثیر یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع بر تصویر سازمانی از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار در بخش بهداشت و درمان است. این تحقیق بر اساس هدف، کاربردی و بر اساس شیوه گردآوری داده‌ها، توصیفی مقطعی از نوع همبستگی است. به این دلیل کاربردی است که نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند تأثیر بسزایی در بخش بهداشت و درمان استان سمنان داشته باشد و از این جهت که محقق درصدد روابط بین چند متغیر است تحقیق از نوع همبستگی است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های استاندارد تصویرسازمانی، یادگیری سازمانی، فرهنگ ایمنی بیمار و مدیریت کیفیت جامع است. برای گردآوری اطلاعات از دو روش کتابخانه‌ای و میدانی استفاده می‌شود که برای تدوین مبانی نظری و پیشینه تحقیق از روش کتابخانه‌ای و برای گردآوری داده‌ها از جامعه آماری با استفاده از پرسشنامه و روش میدانی استفاده می‌شود. جامعه آماری تحقیق حاضر برای متغیرهای مدیریت کیفیت جامع، یادگیری سازمانی و فرهنگ ایمنی بیمار کارکنان بخش‌های مختلف بیمارستان‌های دولتی استان سمنان بوده که تعداد آنها ۸۰۰ نفر است و برای متغیر تصویرسازمانی، ۱۶۰۰ نفر از بیمارانی که در بازه زمانی ۶ ماهه به این بیمارستان‌ها مراجعه کرده‌اند مشخص شدند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری ساده استفاده شده و

حجم نمونه بر اساس جدول مورگان برای جامعه آماری کارکنان ۲۶۰ نفر است که به همین تعداد پرسشنامه در میان آنها توزیع گشت. درنهایت ۲۴۰ نمونه‌ی کامل و صحیح از میان آن‌ها انتخاب شد. همچنین حجم نمونه برای جامعه آماری مشتریان (بیماران) ۳۱۰ نفر می‌باشد که به همین تعداد پرسشنامه در میان بیماران توزیع گشت و از میان آن‌ها ۲۴۸ پرسشنامه‌ی صحیح و کامل پاسخ‌داده‌شده به دست آمد و با مشورت اساتید در راستای بهبود نتایج مدل پیشنهادی درنهایت ۲۴۰ نمونه نیز برای بیماران در نظر گرفته شد. به منظور تحلیل داده‌ها از روش حداقل مربعات جزئی^۱ استفاده شده که روش نسبتاً جدیدی از ساختار معادلات رگرسیون محسوب می‌شود. این روش برای رگرسیون تک متغیری و چند متغیری استفاده می‌شود؛ بنابراین ممکن است چندین متغیر وابسته داشته باشد. شاخص AVE^۲ که نشان‌دهنده‌ی واریانس توسعه‌یافته می‌باشد، به منظور بررسی روایی همگرایی پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. اگر مقادیر AVE بالاتر از ۰/۵ باشد، قابل قبول است طبق جدول ۱ تمام سازه‌های مورد مطالعه دارای میانگین واریانس استخراج‌شده بالاتر از ۰/۵ هستند، درنتیجه روایی ابزار اندازه‌گیری تحقیق حاضر مورد تأیید است. CR^۳ و آلفای کرونباخ نیز جهت بررسی پایایی پرسشنامه استفاده می‌شود و لازمه‌ی تأیید پایایی بودن بالاتر بودن این شاخص‌ها از مقدار ۰/۷ است. تمامی این ضرایب مطابق جدول ۱ بالاتر از مقدار ۰/۷ می‌باشد که نشان از پایا بودن ابزار اندازه‌گیری دارد.

جدول ۱. پایایی و روایی متغیرهای اصلی مدل مفهومی پژوهش

متغیر	آلفای کرونباخ	AVE	CR
یادگیری سازمان	۰.۹۶۰۲۱۳	۰.۸۹۷۷	۰.۹۷۵
مدیریت کیفیت جامع	۰.۹۶۴۶۰۰	۰.۸۹۲۶	۰.۹۶۷
فرهنگ ایمنی بیمار	۰.۹۸۲۶۱۷	۰.۸۱۹۹	۰.۹۷۸
تصویر سازمان	۰.۹۵۲۴۲۵	۰.۸۰۱۰	۰.۹۵۱

1. Partial Least Square (PLS)
 2. Average Variance Extracted
 3. Composite Reliability

یافته‌های پژوهش

جدول ۲، وضعیت توصیفی متغیرها را در جامعه بررسی می‌کند. با توجه به طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای این تحقیق، متغیرهایی که میانگین بیشتر از ۳ داشته باشند در وضعیت مطلوبی هستند و ارزیابی پاسخ‌دهندگان از این متغیر بیشتر از حد متوسط است. طبق جدول ۲ تمامی مقادیر مربوط به میانگین متغیرها بیشتر از ۳ است که وضعیت مطلوب ارزیابی پاسخ‌دهندگان را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
یادگیری سازمان	۴.۳۹۸۷	۰.۶۲۲۸
مدیریت کیفیت جامع	۴.۵۴۰۹	۰.۶۱۸۳
فرهنگ ایمنی بیمار	۴.۴۸۶۳	۰.۶۱۱۸
تصویر سازمان	۴.۴۷۶۱	۰.۶۲۹۰

قدرت پیش‌بینی مدل با دو معیار Q^2 و R^2 ارزیابی می‌شود. شاخص Q^2 که توسط استون و گیزر^۱ (۱۹۷۵) معرفی شد، تنها برای سازه‌های درون‌زای مدل که شاخص‌های آن از نوع انعکاسی باشد محاسبه می‌شود و در صورتی که مقدار آن در مورد یک سازه درون‌زا صفر یا کمتر از صفر شود، روابط بین سازه‌های دیگر مدل و آن سازه درون‌زا به خوبی تبیین نمی‌شود و در نتیجه مدل احتیاج به اصلاح دارد. هنسler و همکاران^۲ (۲۰۰۹) در مورد شدت قدرت پیش‌بینی مدل در سازه‌های درون‌زا سه مقدار ۰.۰۲، ۰.۱۵ و ۰.۳۵ را تعیین نموده‌اند که به ترتیب نشان از قدرت پیش‌بینی ضعیف، متوسط و قوی یک سازه در قبال شاخص‌های آن سازه دارد. طبق جدول ۳، متغیرهای فرهنگ ایمنی بیمار و مدیریت کیفیت جامع، قدرت پیش‌بینی متوسط و تصویر سازمان، قدرت پیش‌بینی قوی دارند. متغیر یادگیری سازمان نیز از نوع متغیر برون‌زا است. R Squares معیاری است که برای متصل کردن بخش اندازه‌گیری و بخش ساختاری مدل‌سازی معادلات ساختاری به کار می‌رود و تأثیری که یک متغیر برون‌زا بر یک متغیر درون‌زا می‌گذارد را نشان می‌دهد. براساس این نتایج، سازه‌های درون‌زای مدل یعنی فرهنگ ایمنی بیمار، تصویر سازمانی و مدیریت کیفیت جامع با سازه‌ی برون‌زا دارای مقداری بیش از ۰.۴۳۱۹، ۰.۵۰۳۴، ۰.۶۷۰۲ هستند

1. Stone & Geisser

2. Hensler et al.

که نشان از ارتباط ساختاری قوی و از قوی بودن بخش ساختاری متغیرهای درون زای مدل است.

جدول ۳. مقادیر R^2 و Q^2

مقادیر R^2	مقادیر Q^2	متغیر
-	-	یادگیری سازمان
۰.۴۳۱۹۴۱	۰.۲۶۸۸۴۳	مدیریت کیفیت جامع
۰.۵۰۳۴۹۳	۰.۲۹۲۷۳۴	فرهنگ ایمنی بیمار
۰.۶۷۰۲۳۴	۰.۳۵۸۸۵۱	تصویر سازمان

جهت ارزیابی برازش کلی مدل، معیار Gof مورد استفاده قرار گرفته است. این شاخص عددی بین ۰ تا ۱ است که هرچه مقدار آن به ۱ نزدیک تر باشد نشان از اعتبار و کیفیت بالاتر مدل دارد. Gof از رابطه زیر به دست می آید.

$$Gof = \sqrt{\text{COMMUNALITY} \times R^2}$$

در این فرمول، Commuality میانگین مقادیر اشتراکی هرسازه در مدل Pls است که مقادیر آن در جدول (۴) قابل مشاهده می باشد.

جدول ۴. معیار COMMUNALITY

مقادیر Commuality	متغیر
۰.۵۸۲۵۹۸	یادگیری سازمان
۰.۶۲۷۰۳۱	مدیریت کیفیت جامع
۰.۵۸۶۴۱۴	فرهنگ ایمنی بیمار
۰.۵۴۱۰۹۸	تصویر سازمان

با قراردادن میانگین مقادیر Commuality و R^2 موجود در جداول (۳) و (۴) مقدار حاصل از Gof برابر است با:

$$Gof = \sqrt{0.703 * 0.535} = 0.613$$

با توجه به سه مقدار ۰.۰۱، ۰.۲۵، ۰.۳۶ که به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی شده اند (وترلس و همکاران^۱، ۲۰۰۹)، حاصل شدن ۰.۶۱۳ برای معیار GOF نشان دهنده برازش کلی قوی الگوی پژوهش دارد.

آزمون فرضیه‌ها

معیار تأیید یا رد فرضیه‌ها عدد معناداری T-Value است. خروجی مدل نشان می‌دهد ضریب معناداری بین فرضیه‌های پژوهش اگر از $1.96 \pm$ بیشتر باشد، بدان معناست که تمامی متغیرهای پژوهش در سطح اطمینان ۹۵٪ تأیید می‌شوند و اگر کمتر از $1.96 \pm$ باشند فرضیه‌های پژوهش مورد تأیید قرار نمی‌گیرند. ضریب مسیر نیز بیان‌کننده اثر مستقیم یک متغیر بر متغیر دیگر است. با توجه به جدول (۵) که مقدار آماره t و ضریب استاندارد شده مسیر میان فرضیه‌ها را نشان می‌دهد، می‌توان فرضیه‌های تحقیق را مورد بررسی قرار داد. همچنین شکل (۲) و (۳) مربوط به ضریب معناداری و ضریب مسیر استاندارد فرضیه‌های تحقیق است.

فرضیه اول: بین یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع اثر معناداری وجود دارد. در سطح اطمینان ۹۵ درصد مقدار آماره آزمون t باید بالاتر از ۱.۹۶ باشد تا قابل قبول واقع شود. مقدار آماره t برای فرضیه اول ۱۷.۷۸۸ می‌باشد که بالاتر از ۱.۹۶ بوده و همچنین ضریب مسیر استاندارد میان یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع به میزان ۰.۶۵۸ می‌باشد که معنادار است؛ بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود.

فرضیه دوم: بین یادگیری سازمانی و فرهنگ ایمنی بیمار اثر معناداری وجود دارد. در سطح اطمینان ۹۵ درصد مقدار آماره آزمون t باید بالاتر از ۱.۹۶ باشد تا قابل قبول واقع شود. مقدار آماره t برای فرضیه دوم ۴.۱۸۳ می‌باشد که بالاتر از ۱.۹۶ بوده و همچنین ضریب مسیر استاندارد میان یادگیری سازمانی و فرهنگ ایمنی بیمار به میزان ۰.۲۱۴ می‌باشد که معنادار است؛ بنابراین فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود.

فرضیه سوم: بین مدیریت کیفیت جامع و فرهنگ ایمنی بیمار اثر معناداری وجود دارد. در سطح اطمینان ۹۵ درصد مقدار آماره آزمون t باید بالاتر از ۱.۹۶ باشد تا قابل قبول واقع شود. مقدار آماره t برای فرضیه سوم ۸.۱۵۳ می‌باشد که بالاتر از ۱.۹۶ بوده و همچنین ضریب مسیر استاندارد میان مدیریت کیفیت جامع و فرهنگ ایمنی بیمار به میزان ۰.۵۵۲ می‌باشد که معنادار است؛ بنابراین فرضیه سوم پژوهش تأیید می‌شود.

فرضیه چهارم: بین یادگیری سازمانی و تصویر سازمانی اثر معناداری وجود دارد. در سطح اطمینان ۹۵ درصد مقدار آماره آزمون t باید بالاتر از ۱.۹۶ باشد تا قابل قبول واقع شود. مقدار آماره t برای فرضیه چهارم ۳.۸۴۵ می‌باشد که بالاتر از ۱.۹۶ بوده و همچنین ضریب مسیر استاندارد میان یادگیری سازمانی و تصویر سازمانی به میزان ۰.۲۲۷

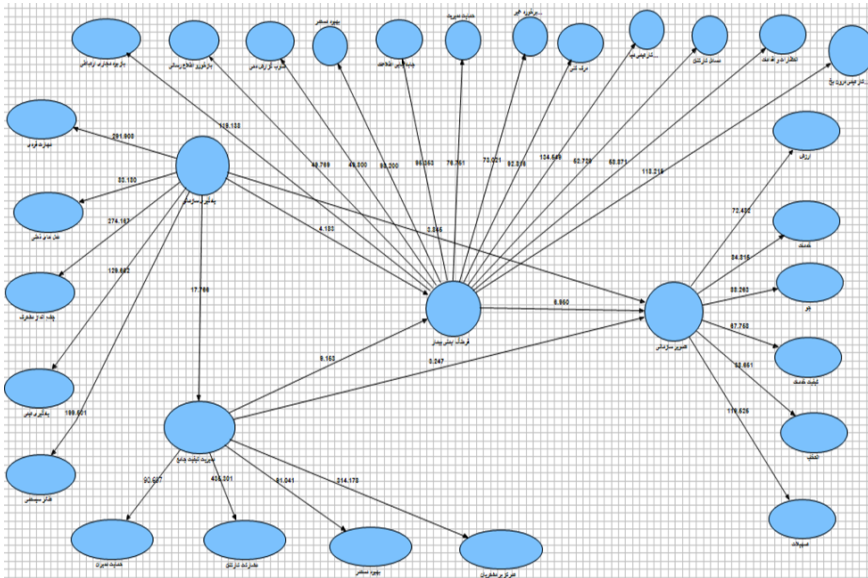
می باشد که معنادار است؛ بنابراین فرضیه چهارم پژوهش تأیید می شود.

فرضیه پنجم: بین فرهنگ ایمنی بیمار و تصویر سازمانی اثر معناداری وجود دارد. در سطح اطمینان ۹۵ درصد مقدار آماره آزمون t باید بالاتر از ۱.۹۶ باشد تا قابل قبول واقع شود. مقدار آماره t برای فرضیه پنجم ۸.۹۵۰ می باشد که بالاتر از ۱.۹۶ بوده و همچنین ضریب مسیر استاندارد میان فرهنگ ایمنی بیمار و تصویر سازمانی به میزان ۰.۴۸۲ می باشد که معنادار است؛ بنابراین فرضیه پنجم پژوهش تأیید می شود.

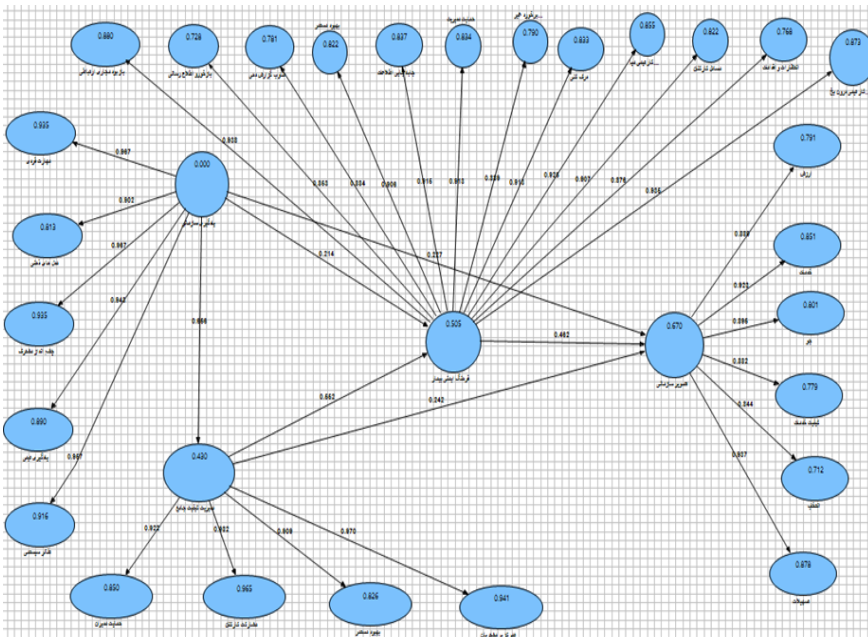
فرضیه ششم: بین مدیریت کیفیت جامع و تصویر سازمانی اثر معناداری وجود دارد. در سطح اطمینان ۹۵ درصد مقدار آماره آزمون t باید بالاتر از ۱.۹۶ باشد تا قابل قبول واقع شود. مقدار آماره t برای فرضیه ششم ۳.۲۴۷ می باشد که بالاتر از ۱.۹۶ بوده و همچنین ضریب مسیر استاندارد میان مدیریت کیفیت جامع و تصویر سازمانی به میزان ۰.۲۴۲ می باشد که معنادار است؛ بنابراین فرضیه ششم پژوهش تأیید می شود.

جدول ۵. ضریب مسیر و آماره های آزمون t و نتایج فرضیه های اول تا ششم

فرضیه	مسیر	ضریب مسیر	آماره t	نتیجه آزمون
۱	یادگیری سازمان <<< مدیریت کیفیت جامع	۰.۶۵۸	۱۷.۷۸۸	تأیید فرضیه
۲	یادگیری سازمان <<< فرهنگ ایمنی بیمار	۰.۲۱۴	۴.۱۸۳	تأیید فرضیه
۳	مدیریت کیفیت جامع <<< فرهنگ ایمنی بیمار	۰.۵۵۲	۸.۱۵۳	تأیید فرضیه
۴	یادگیری سازمان <<< تصویر سازمان	۰.۲۲۷	۳.۸۴۵	تأیید فرضیه
۵	فرهنگ ایمنی بیمار <<< تصویر سازمان	۰.۴۸۲	۸.۹۵۰	تأیید فرضیه
۶	مدیریت کیفیت جامع <<< تصویر سازمان	۰.۲۴۲	۳.۲۴۷	تأیید فرضیه



شکل ۲. ضریب معناداری T-value



شکل ۳. ضریب مسیر استاندارد شده مربوط به فرضیات پژوهش

برای سنجش معناداری تأثیر میانجی گری یک متغیر در رابطه‌ی میان دو متغیر دیگر، از آزمون سوبل استفاده می‌شود. با توجه به این که فرضیه هفتم و هشتم از طریق متغیر میانجی مورد سنجش قرار می‌گیرند از آزمون سوبل و جهت تعیین شدت اثر میانجی این فرضیه‌ها از آزمون واف استفاده می‌شود که مقداری بین صفر و یک را اختیار می‌کند و هر چه این مقدار به یک نزدیک‌تر باشد، نشان از قوی‌تر بودن تأثیر متغیر میانجی دارد. مقدار t در آزمون سوبل از طریق فرمول زیر به دست می‌آید که در صورت بیشتر شدن این مقدار از ۱.۹۶ می‌توان در سطح اطمینان ۹۵ درصد، معنادار بودن تأثیر میانجی یک متغیر را تأیید کرد.

فرضیه هفتم: یادگیری سازمانی و تصویر سازمانی از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار اثر معناداری بر یکدیگر دارند.

مفروضات فرمول: a : مقدار ضریب مسیر بین متغیر مستقل و میانجی؛ b : مقدار ضریب مسیر بین متغیر میانجی و وابسته؛ c : مقدار ضریب مسیر بین متغیر مستقل و وابسته؛ Sa : مقدار خطای استاندارد میان مسیر متغیر مستقل و میانجی؛ Sb : مقدار خطای استاندارد میان مسیر متغیر میانجی و وابسته

$$(a=0.214); (b=0.482); (c=0.227); (Sa=0.0422); (Sb=0.0637); \text{فرضیه هفتم}$$

$$\frac{a \times b}{\sqrt{(b^2 \times S^2 a) + (a^2 \times S^2 b) + (S^2 a \times S^2 b)}} = \frac{0.1031}{0.02460} = 4.193$$

تی فرضیه هفتم

با توجه به جدول (۶) مقدار تی حاصل از آزمون سوبل برابر با ۴.۱۹۳۰ می‌باشد که به دلیل بیشتر بودن این مقدار از ± 1.96 می‌توان اظهار داشت که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، تأثیر متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار در رابطه‌ی بین یادگیری سازمانی بر تصویر سازمانی معنادار است. در نتیجه فرضیه هفتم قابل قبول است. محاسبه شدت تأثیر میانجی نیز در ذیل آمده است.

$$\text{واف} = \frac{a \times b}{(a \times b) + c}$$

$$\text{واف فرضیه هفتم} = \frac{0.214 \times 0.482}{(0.214 \times 0.482) + 0.227} = 0.3123$$

این محاسبه نشان می‌دهد که تقریباً بیش از ۳۱ درصد از اثر کل یادگیری سازمانی بر تصویر سازمانی از طریق غیرمستقیم توسط متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار تبیین می‌شود. فرضیه هشتم: مدیریت کیفیت جامع و تصویر سازمانی از طریق متغیر میانجی فرهنگ

ایمنی بیمار اثر معناداری بر یکدیگر دارند.

فرضیه هشتم: $(a=0.552)$; $(b=0.482)$; $(c=0.242)$; $(Sa=0.598)$; $(Sb=0.637)$

$$t = \frac{a \times b}{\sqrt{(b^2 \times S^2 a) + (a^2 \times S^2 b) + (S^2 a \times S^2 b)}} = \frac{0.2660}{0.0456} = 5.8347$$

با توجه به جدول (۶) مقدار تی حاصل از آزمون سو بل برابر با ۵.۸۳۴۷ می باشد که به دلیل بیشتر بودن این مقدار از $1.96 \pm$ می توان اظهار داشت که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، تأثیر متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار در رابطه ی بین مدیریت کیفیت جامع بر تصویر سازمانی معنادار است. در نتیجه فرضیه هشتم نیز قابل قبول می باشد.

$$\text{و اف فرضیه هشتم} = \frac{0.552 \times 0.482}{(0.552 \times 0.482) + 0.242} = 0.5236$$

این بدان معنی است که تقریباً بیش از ۵۲ درصد از اثر کل مدیریت کیفیت جامع بر تصویر سازمانی از طریق غیرمستقیم توسط متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار تبیین می شود.

جدول ۶. نتیجه آزمون تأثیر متغیر میانجی و نتایج فرضیه های هفتم و هشتم

فرضیه	مسیر	ضریب مسیر	تی حاصل از آزمون سو بل	نتیجه آزمون
۷	یادگیری سازمانی <<< فرهنگ ایمنی بیمار	۰.۲۱۴	-	-
	فرهنگ ایمنی بیمار <<< تصویر سازمانی	۰.۴۸۲	-	-
	یادگیری سازمانی <<< تصویر سازمانی	-	۴.۱۹۳۰	تأیید فرضیه
۸	مدیریت کیفیت جامع <<< فرهنگ ایمنی بیمار	۰.۵۵۲	-	-
	فرهنگ ایمنی بیمار <<< تصویر سازمانی	۰.۴۸۲	-	-
	مدیریت کیفیت جامع <<< تصویر سازمانی	-	۵.۸۳۴۷	تأیید فرضیه

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش بررسی رابطه بین یادگیری سازمان و مدیریت کیفیت جامع بر تصویر سازمان با نقش میانجی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های دولتی استان سمنان است. نتایج تحقیق گویای این موضوع می باشد که یادگیری سازمانی بر مدیریت کیفیت جامع در سازمان مورد مطالعه اثر معناداری دارد. بر این اساس می توان گفت یادگیری سازمان، با هدف ایجاد اعتماد متقابل و فرهنگ به اشتراک گذاشتن دانش در میان اعضای سازمان نقش بسزایی در ارتقای مدیریت کیفیت جامع سازمان دارد. یافته های تحقیق حاضر با تحقیقات مالیک و همکاران^۱ (۲۰۱۲)، چو و همکاران^۲ (۲۰۰۷)، جیمز و مارتینز^۳ (۲۰۰۸) و کزازی و شول (۱۳۹۲) همخوانی دارد. همچنین در مقایسه این تحقیق با تحقیقات گذشته، بهرامی و همکاران (۱۳۹۵) در یک مطالعه به بررسی رابطه میان یادگیری سازمانی بر چابکی سازمان در بیمارستان های آموزشی شهر یزد پرداختند. نتیجه این تحقیق حاکی از رابطه مثبت و معنادار یادگیری سازمانی و چابکی سازمان می باشد. در ادامه نتایج به دست آمده، فرضیه دوم حاکی از آن است که یادگیری سازمانی بر فرهنگ ایمنی بیمار اثر معناداری دارد. نتیجه این فرضیه با تحقیق مارک (۲۰۱۲) همخوانی دارد. در مقایسه این تحقیق با تحقیقات گذشته، می توان به تحقیق عباسی مقدم و همکاران (۱۳۹۲) اشاره کرد که به بررسی وضعیت یادگیری سازمانی و توانمندسازی پرستاران پرداخته اند. نتیجه این تحقیق حاکی از رابطه قوی و معنادار بین یادگیری سازمانی و توانمندسازی است. فرضیه سوم حاکی از آن است که مدیریت کیفیت جامع بر فرهنگ ایمنی بیمار اثر معناداری دارد. با توجه به نتیجه این فرضیه می توان بیان کرد که مدیریت کیفیت جامع در بخش بهداشت و درمان با نگاه برقراری اصول عدالت، توجه به بیماران، رضایت بیماران، رضایت کارکنان و کارایی بیشتر، افق های جدیدی را فراروی این سیستم خدمات اجتماعی قرار داده است؛ بنابراین، بیمارستان هایی که در آن ها سیستم مدیریت کیفیت جامع اجرا می شود، با اولویت قراردادن آموزش و ارتقای آگاهی کارکنان، آن را به صورت جزئی از فرهنگ ایمنی

1. Malik & et al.

2. Choo & et al.

3. Jimenez & martinez

درمی آورند. نتیجه حاصل از این فرضیه با تحقیق ماکائی و همکاران^۱ (۲۰۰۹) که مدیریت کیفیت و ایمنی بیمار را در بیمارستان‌های مجارستان مورد بررسی قرار دادند همخوانی دارد. همچنین در مقایسه نتیجه این تحقیق با تحقیقات پیشین می‌توان به مطالعه بهرامی و همکاران (۱۳۹۱) اشاره کرد که نشان دادند بین مدیریت کیفیت جامع و مدیریت دانش در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان رابطه معناداری وجود دارد. فرضیه چهارم حاکی از آن است که یادگیری سازمانی بر تصویر سازمانی اثر معناداری دارد. علامه و مقدمی (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان دادند یادگیری سازمانی با عملکرد سازمانی رابطه معناداری دارد. شریفی و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان دادند بین یادگیری سازمانی و موفقیت سازمانی در بیمارستان امام‌رضا (ع) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. فرضیه پنجم حاکی از آن است که فرهنگ ایمنی بیمار بر تصویر سازمانی اثر معناداری دارد. از مقایسه نتیجه حاضر با نتیجه تحقیقاتی که در گذشته صورت گرفته می‌توان بیان کرد نتایج حاصل از این تحقیقات در یک راستا می‌باشند. اوشک‌سرائی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند که بین رضایت شغلی پرستاران و فرهنگ ایمنی بیمار رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. فرضیه ششم حاکی از آن است که مدیریت کیفیت جامع بر تصویر سازمان اثر معناداری دارد. مقایسه نتایج پیشین با یافته‌های حاصل از تأیید رابطه مثبت میان مدیریت کیفیت جامع و تصویر سازمان نشان از همسو بودن نتایج دارد. به‌عنوان مثال خنیفر و حیدرنیا (۱۳۸۵) در یک مطالعه، به بررسی رابطه بین مدیریت کیفیت جامع و رضایت مشتریان در بخش خدمات پرداخته‌اند. نتیجه این تحقیق حاکی از رابطه مثبت و معنادار بین مدیریت کیفیت جامع و رضایت مشتریان می‌باشد. همچنین هنریور و اسدی (۲۰۱۲) نشان دادند که مدیریت کیفیت جامع و یادگیری سازمانی رابطه نزدیکی با یکدیگر دارند. فرضیه هفتم و هشتم، مبنی بر اثر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار بر رابطه میان یادگیری سازمانی و تصویر سازمان و همچنین رابطه میان مدیریت کیفیت جامع و تصویر سازمان مورد تأیید قرار گرفت. از آنجا که تاکنون تحقیقی اثر میانجی‌گری فرهنگ ایمنی بیمار را بر یادگیری سازمانی، تصویر سازمانی، مدیریت کیفیت جامع و سایر متغیرهای مدیریتی مورد بررسی قرار نداده است نمی‌توان مقایسه‌ای با نتایج حاصل از این تحقیق انجام داد.

پیشنهادها

با توجه به اثر مثبت میان یادگیری سازمانی و فرهنگ ایمنی بیمار می توان گفت؛ بیمارستان ها به دلیل تولید خدمات، رابطه نزدیک با مشتری (بیمار) و اهمیتی که خدمات بهداشت و درمانی در سلامت جامعه دارد و همچنین به علت ارائه خدمات فنی در سازمان های بهداشتی، از نظر یادگیری در سطح حساس و از جایگاه ویژه ای برخوردار هستند، از این رو به مدیران در سازمان های بهداشتی و درمانی به خصوص بیمارستان ها توصیه می شود حرکت به سمت یادگیری را آغاز کنند. از آنجایی که یادگیری سازمانی یکی از ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار است، می توان انتظار داشت که با بهبود و گسترش یادگیری سازمانی، فرهنگ ایمنی بیمار نیز بهبود یابد.

با توجه به وجود اثر مثبت میان یادگیری سازمانی و تصویر سازمانی، به مدیران سازمان های خدمات سلامت و درمان توصیه می شود که مهارت های فردی را از طریق انجام آموزش های مناسب تقویت نمایند، فرهنگ یادگیری و کار تیمی را در سازمان افزایش دهند، چشم انداز مشترکی بین تمامی بخش های سازمان و کارکنان ایجاد نمایند.

با توجه به رابطه اثر میان مدیریت کیفیت جامع و تصویر سازمان می توان خدمات را بر اساس نیاز مشتری و مطابق با خواسته شان به آنها ارائه نمود. کارکنان در ارائه خدمات با کیفیت و مطلوب به مشتریان (بیماران) مشارکت کامل نمایند. همچنین بهبود مستمر فرایند را نیز به عنوان یکی از اصول مدیریت کیفیت جامع در نظر داشته باشند.

با توجه به رابطه مثبت میان فرهنگ ایمنی بیمار و تصویر سازمان، کار تیمی که یکی از ابعاد مهم فرهنگ ایمنی بیمار می باشد را در میان و درون بخش های مختلف سازمان گسترش دهند. کارکنان اطلاعات مهم را بین بخش ها و شیفت های کاری جابجا کنند، همچنین حوادث ناخواسته را به طور متناوب گزارش دهند.

به محققان آینده جهت انجام پژوهش های جدید در ادامه پژوهش حاضر پیشنهاد می شود: در جهت بهبود و توسعه عملکرد سازمان های ارائه دهنده خدمات سلامت و درمان، می توان علاوه بر متغیرهای بکارگرفته شده در این پژوهش، متغیرهایی نظیر تعهد سازمانی، عملکرد سازمانی، انعطاف پذیری منابع انسانی، مدیریت دانش و ... را نیز بکار برد.

با جایگزین کردن متغیر فرهنگ سازمانی به جای متغیر فرهنگ ایمنی بیمار، می توان مدل مطرح شده در پژوهش را در حوزه ها، صنایع و سازمان های مختلف بکار گرفت تا اثرات

پیاده‌سازی یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع بر بهبود تصویر سازمان‌ها مشخص شود. مطالعه سطح قابلیت‌ها بین پرستاران و دیگر پرسنل بیمارستان می‌تواند تأثیر نوع شغل بر یادگیری سازمان و خصوصاً قابلیت انتقال و یکپارچه‌سازی دانش را نشان دهد که بررسی این تأثیر نیز می‌تواند موضوع مناسب جدیدی برای تحقیقات آتی باشد.

منابع

- اکبری، پیمان، بهارستان، امید و نصر اصفهانی، علی. (۱۳۹۲). تحلیل نقش تعدیل‌کنندگی یادگیری سازمانی در رابطه بین مدیریت کیفیت جامع و عملکرد نوآورانه (مطالعه موردی: شرکت ایران دارو). *فصلنامه مدیریت صنعتی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۸ (۲۳)، ۴۶-۳۵.
- اوشک سرائی، مریم، آزاده دل، محمدرضا و جبّاری صدودی، فرشاد. (۱۳۹۵). تعیین رابطه بین رضایت شغلی پرستاران و فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های شهر رشت. *فصلنامه بهداشت و ایمنی کار*، ۳ (۶)، ۹۱-۱۰۲.
- بقایی، رحیم، نورانی، داوود، خلخالی، حمیدرضا و پیرنژاد، حبیب‌الله. (۱۳۹۱). بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در کارکنان مراکز آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۹۰. *دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۲ (۱۰)، ۱۶۴-۱۵۵.
- بهرامی، محمدامین، کیانی، محمدمهدی، فلاح‌زاده، حسین، منتظرالفرج، راضیه و محمدزاده، مرتضی. (۱۳۹۵). بررسی رابطه یادگیری سازمانی و چابکی سازمانی در بیمارستان‌های آموزشی شهر یزد در سال ۱۳۹۴. *راهبردهای مدیریت در نظام سلامت*، ۱ (۱)، ۸۰-۷۱.
- بهرامی، سوسن، یارمحمدیان، محمدحسین، فردوسی، مسعود، اجاقی، رضوان، ایزدی ورکی، فهیمه السادات و گلکار، مرضیه. (۱۳۹۱). رابطه‌ی مدیریت کیفیت جامع و مدیریت دانش از دیدگاه اعضای هیئت علمی دانشگاه اصفهان و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. *نشریه مدیریت اطلاعات سلامت*، ۲۶ (۲۶)، ۵۶۶-۵۵۸.
- پرداختچی، محمدحسن، خراسانی، اباصلت، عموزاده، محمد، ملکی، حاتم و بهرامیان، امید. (۱۳۹۶). نقش یادگیری سازمانی در بهبود عملکرد غیرمالی. *فصلنامه مطالعات منابع انسانی*، ۶ (۲۴)، ۱۴۴-۱۲۷.
- خنیفر، حسین و حیدرنیا، زهرا. (۱۳۸۵). رابطه بین مدیریت کیفیت جامع و رضایت مشتریان در بخش خدمات. *مجله فرهنگ مدیریت*، ۱۴ (۱۴)، ۱۱۶-۸۷.
- شریفی، طاهره، امیراسماعیلی، محمدرضا، بهشتی‌فر، ملیکه و نکویی مقدم، محمود. (۱۳۹۴). تأثیر یادگیری سازمانی بر موفقیت سازمانی در کارکنان اداری دانشکده‌های علوم پزشکی کرمان. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل*، ۷ (۱)، ۱۱-۱.
- شریف‌زاده، فتاح، نوری، داوود و سالمی شکوری، احسان. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین مدیریت منابع انسانی الکترونیک با عملکرد و یادگیری سازمانی (مورد مطالعه: سازمان آب منطقه‌ای استان کرمانشاه). *فصلنامه مطالعات منابع انسانی*، ۶ (۲۰)، ۱۷۰-۱۴۷.

- زارعی، فاطمه، تقدیسی، محمدحسین، محبی فر، رفعت، طهرانی، هادی، شجاعی زاده، داوود و معتمدی، امیر. (۱۳۹۲). تأثیر مداخله آموزشی بر به کارگیری مفاهیم مدیریت کیفیت جامع. *فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی*، ۴ (۱۳)، ۴۰-۳۳.
- صالح نیا، منیره، کاظمی، مصطفی و احمدی زاده جزئی، سمیه. (۱۳۹۱). تأثیر محیط فیزیکی بیمارستان بر تصویر ذهنی آن: دیدگاه مشتریان. *مجله پژوهشی حکیم*، ۴ (۱۵)، ۳۲۹-۳۲۱.
- عباسی مقدم، محمدعلی، بختیاری، محمد، رعدآبادی، مهدی و بهادری، محمدکریم. (۱۳۹۲). وضعیت یادگیری سازمانی و توانمندسازی پرستاران دانشگاه علوم پزشکی تهران. *مجله راهبردهای آموزشی در علوم پزشکی*، ۶ (۲)، ۱۱۸-۱۱۳.
- علاقه بند، علی. (۱۳۸۹). *مبانی نظری و اصول مدیریت آموزشی*، تهران: نشر روان.
- علامه، سید محسن و مقدمی، مهدی. (۱۳۸۹). بررسی رابطه میان یادگیری سازمانی و عملکرد سازمانی (مطالعه موردی: واحد نیرومحرکه شرکت ایران خودرو). *پژوهشنامه‌ی مدیریت اجرایی*، ۱۰ (۱)، پیاپی ۳۸، ۹۹-۷۶.
- کزازی، ابوالفضل و عباس شول. (۱۳۹۲). تأثیر مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد نوآوری: اثر تعدیل کنندگی یادگیری سازمانی. *مطالعه مدیریت (بهبود و تحول)*، ۲۳ (۷۱)، ۱۷-۱.
- مقدمی، مهدی و زارع، سید محسن. (۱۳۸۷). بررسی تصویر ذهنی مشتریان از سازمان و روش‌های بهبود آن (مطالعه موردی شرکت ایران خودرو). *سومین کنفرانس بین‌المللی مدیریت بازرگانی*.
- یعقوبی فر، محمدعلی، تکبیری، افسانه، حق‌گشایی، الهه و تبرایی، یاسر. (۱۳۹۲). بررسی فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی نقاط ضعف و قوت آن در بیمارستان‌های شهر سبزوار در سال ۱۳۹۰. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲ (۲۰)، ۱۶۴-۱۵۴.
- Anderson, J. D. (2006). "creating a culture of safety: leadership, teams and tools". *Journal of Nurse leader*, 4(5), 38-41.
- Bingol, D., Sener, I., and Cevik, E. (2013). "The effect of organizational culture on organizational image and identify: evidence from a pharmaceutical company". *Journal of social and behavioral sciences*, 99, 222-229.
- Bayraktaroglu, S. & Kutanis, R.O. (2003). "Transforming hotels into learning organisations: A new strategy for going global". *Tourism Management*, 24(2), 149-154.
- Choo A. S., Linderman K. W., and Schroeder, R. G. (2007). "Method and Context Perspectives on Learning and Knowledge Creation in Quality Management". *Journal of Operations Management*, 25(4), PP 918-931.
- Durana, C., Aysel, C., and Ozcan, S. (2014). "An analysis on the relationship between TQM practices and knowledge management: The case of Eskişehir". *Journal of Social and Behavioral Sciences*, 109, 65-77.
- Gibbs, V. C. (2005). "Patient safety practices in the operating room: correct-site surgery and nothing left behind". *Surg Clin North Am*, 85, 1307-1319
- Gunes, U., Gurlek, O., and Sonmez, M. (2016). "A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey Collegian", 23(2), 225 - 232.

- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sinkovics, R. R. (2009). "The use of partial least squares path modeling in international marketing". In *New challenges to international marketing* pp. 277-319. *Emerald Group Publishing Limited*.
- Honarpour, A., & Asadi, A. (2012). "TQM and Organizational Learning: A Methodological Perspective". *International Journal of Business and Management Tomorrow*, 2 (9), 1-6.
- Jimenez, D.J., & Martinez, C.M. (2008). "Are Companies that Implement TQM Better Learning Organisations? An Empirical Study". *Total Quality Management*, 19(11), 1101-1115.
- Jimenez, D. J. & Valle, R. S. (2011). "Innovation, organizational learning and performance". *Journal of Business Research*, 64 (4), 408-417.
- Lee, B. K. (2004). "Corporate Image Examined in a Chinese-Based Context: A Study of a Young Educated Public in Hong Kong". *Journal of Public Relations Research*, 16(1), 1-33.
- Makai, P., Klazinga, N., Wagner, C., Boncz, I., and Gulacsi, L. (2009). "Quality management and patient safety: survey results from 102 Hungarian hospitals. Health policy". *Journal of Health Policy*, (90), 175-180.
- Malik A., Sinha A. and Blumenfeld, S. (2012), "Role of Quality Management Capabilities in Developing Market-based Organisational Learning Capabilities: Case Study Evidence from Four Indian Business Processoutsourcing Firms". *Industrial Marketing Management*, 41(4), PP 639-648.
- Mark, A.S. (2012). "A novel tool for organizational learning and its impact on safety culture in a hospital". *Reliability Engineering and system safety*, 101, 21-31.
- Milligan, J. F. (2007). "Establishing a culture for patient safety - the role of education". *Journal of Nurse education today*, 27(2), 95-102.
- Nash, D., & Goldfarb, N. (2006). "The Quality Solution: The Stakeholders Guide to Improving Health Care", 1st Edition, Jones & Bartlett Publishers: UK.
- Perez, J., & Torres, E. (2016). "Evaluation of the organizational image of a university in a higher education institution". *Contaduría y Administración*, 62(1), 123 - 140.
- Sexton, J. B., Makary, M. A., and Tersigni, A. R. (2006). "Teamwork in the operating room: frontline perspectives among hospitals and operating room personnel". *journal of Anesthesiology*, 105(5), 877-884.
- Wetzels, M., Odekerken, S. G. and Van, P. C. (2009), "Using PLS Path Modeling for Assessing Hierarchical Construct Models: Guidelines and Empirical Illustration". *MIS Quarterly*, 33(1), 168-177.
- Zaboli, R., Hasani, M., Khalagi, K., Karimi, M., and Shirzad, H. (2013). "The relationship between patients safety culture and patients perception of health care quality in Military hospitals in 2013". *journal of police Medicine*, 3(1), 19-30.