

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشکده مهندسی صنایع و مدیریت

پایان نامه دوره کارشناسی ارشد مدیریت صنعتی

بررسی تأثیر یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع بر تصویر سازمان با نقش میانجی

فرهنگ ایمنی بیمار در بخش خدمات سلامت

(مطالعه موردی: بیمارستان‌های دولتی استان سمنان)

توسط:

عاطفه فلاح

استاد راهنما:

دکتر سید محمدحسن حسینی

استاد مشاور:

دکتر سعید آبیاهی اصفهانی

دی ماه ۱۳۹۶

۵۶۲۲
۹۶/۱۰/۲۶

شماره:
تاریخ:

باسمه تعالی



مدیریت تحصیلات تکمیلی

فرم شماره (۳) صورتجلسه نهایی دفاع از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد

با نام و یاد خداوند متعال، ارزیابی جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد محاطه فلاح با شماره دانشجویی ۹۴۱۳۵۰۴ رشته گرایش تحت عنوان بررسی تاثیر یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع بر تصویر سازمانی با نقش میانجی فرهنگ ایمنی بیمار در بخش خدمات سلامت (مطالعه موردی: بیمارستان های استان سمنان) که در تاریخ با حضور هیأت محترم داوران در دانشگاه صنعتی شاهرود برگزار گردید به شرح ذیل اعلام می گردد:

قبول (با درجه:) ☒ مردود ☐ نوع تحقیق: نظری ☐ عملی ☐			
عضو هیأت داوران	نام و نام خانوادگی	مرتبه علمی	امضاء
۱- استاد راهنمای اول	دکتر محمد حسن حسینی		
۲- استاد راهنمای دوم	-		
۳- استاد مشاور	دکتر سعید آبیانی اصفهانی		
۴- نماینده تحصیلات تکمیلی	دکتر علی اکبر حسینی		
۵- استاد ممتحن اول	دکتر محمد فتاحی		
۶- استاد ممتحن دوم	دکتر بزرگمهر اشرفی		

نام و نام خانوادگی رئیس دانشکده:

تاریخ و امضاء و مهر دانشکده:

تبصره: در صورتی که کسی مردود شود حداکثر یکبار دیگر مجاز تحصیل می تواند از پایان نامه خود دفاع نماید (دفاع مجدد نباید زودتر از ۴ ماه برگزار شود).

تقدیم

خدای را بسی شاکرم که از روی کرم، پدر و مادری فداکار نصیبم ساخته تا در سایه
درخت پر بار وجودشان بیاسایم و از ریشه آنها شاخ و برگ گیرم و از سایه وجودشان
در راه کسب علم و دانش تلاش نمایم. والدینی که بودنشان تاج افتخاری است بر سرم و
نامشان دلیلی است بر بودنم. چرا که این دو وجود، پس از پروردگار، مایه هستی‌ام
بوده‌اند، دستم را گرفتند و راه رفتن را در این وادی زندگی پر از فراز و نشیب
آموختند. آموزگارانی که برایم زندگی، بودن و انسان بودن را معنا کردند.

تقدیم به وجود باارزشتان.....

تشکر و قدردانی

از استاد با کمالات و شایسته؛ جناب آقای دکتر سید محمدحسن حسینی که در کمال سعه صدر، با حسن خلق و فروتنی، از هیچ کمکی در این عرصه دریغ ننموده‌اند و زحمت راهنمایی این رساله را بر عهده گرفتند.

همچنین از استاد فرزانه جناب آقای دکتر سعید آیبافی اصفهانی که زحمت مشاوره این رساله را بر عهده گرفتند کمال تشکر و قدردانی را دارم.

تعهد نامه

اینجانب عاطفه فلاح دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مدیریت صنعتی دانشکده مدیریت و مهندسی صنایع دانشگاه صنعتی شاهرود، نویسنده پایان نامه با عنوان بررسی تأثیر یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع بر تصویر سازمانی با نقش میانجی فرهنگ ایمنی بیمار در بخش خدمات سلامت (مطالعه موردی: بیمارستان های دولتی استان سمنان)، تحت راهنمایی دکتر سید محمد حسن حسینی متعهد می شوم:

- تحقیقات در این پایان نامه توسط اینجانب انجام شده است و از صحت و اصالت برخوردار است.
- در استفاده از نتایج پژوهش های دیگر پژوهش گران، به مرجع مورد استفاده استناد شده است.
- مطالب این پایان نامه، تاکنون توسط خود، یا فرد دیگری برای دریافت هیچ نوع مدرک یا امتیازی در هیچ جا ارایه نشده است.
- حقوق معنوی این اثر، به دانشگاه صنعتی شاهرود تعلق دارد، و مقالات مستخرج با نام "دانشگاه صنعتی شاهرود" یا "Shahrood University of Technology" به چاپ خواهد رسید.
- حقوق معنوی تمام افرادی که در به دست آوردن نتایج اصلی پایان نامه تاثیرگذار بوده اند، در مقالات مستخرج از پایان نامه رعایت می گردد.
- در تمام مراحل انجام این پایان نامه، در مواردی که از موجود زنده (یا بافت های آنها) استفاده شده است، ضوابط و اصول اخلاقی رعایت شده است.
- در تمام مراحل انجام این پایان نامه، در مواردی که به حوزه اطلاعات شخصی افراد دسترسی یافته (یا استفاده شده است)، اصل رازداری و اصول اخلاق انسانی رعایت شده است.

عاطفه فلاح

دی ماه ۱۳۹۶

مالکیت نتایج و حق نشر

- تمام حقوق معنوی این اثر و محصولات آن (مقالات مستخرج، کتاب، برنامه های رایانه ای، نرم افزارها و تجهیزات ساخته شده) متعلق به دانشگاه صنعتی شاهرود می باشد. این مطلب باید به نحو مقتضی، در تولیدات علمی مربوطه ذکر شود.
- استفاده از اطلاعات و نتایج موجود در این پایان نامه بدون ذکر منبع مجاز نمی باشد.

چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع بر تصویر سازمان با نقش میانجی فرهنگ ایمنی بیمار در بخش خدمات سلامت صورت می‌پذیرد. جامعه آماری این پژوهش برای متغیرهای مدیریت کیفیت جامع، یادگیری سازمانی و فرهنگ ایمنی بیمار کارکنان بیمارستان‌های دولتی استان سمنان و برای متغیر تصویرسازمانی، بیمارانی که در بازه زمانی ۶ ماهه به این بیمارستان‌ها مراجعه کرده‌اند می‌باشد که درنهایت ۲۴۰ نفر از هر دو گروه به روش نمونه‌گیری ساده انتخاب می‌شوند. جهت گردآوری داده‌های پژوهش نیز از روش کتابخانه‌ای در جهت تدوین مبانی نظری و پیشینه پژوهش استفاده شده و با به‌کارگیری روش میدانی و استفاده از پرسشنامه به جمع‌آوری داده‌های مربوط به متغیرهای یادگیری سازمانی، مدیریت کیفیت جامع، فرهنگ ایمنی بیمار و تصویرسازمانی پرداخته می‌شود. توصیف داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS و برای آزمون مدل معادلات ساختاری از نرم‌افزار Smart PLS 2 استفاده می‌شود. با استفاده از تحلیل‌های صورت گرفته در پژوهش، مدل پیشنهادی پژوهش مورد تأیید قرار گرفته و نشان از ارتباط مثبت و معنادار میان تمامی مسیرهای مطرح‌شده مدل پیشنهادی دارد که این مسئله نشانگر اعتبار بالای مدل پیشنهادی در جهت بهبود تصویر سازمان‌های فعال در حوزه سلامت به‌ویژه بیمارستان‌ها می‌باشد.

کلید واژه: یادگیری سازمانی، مدیریت کیفیت جامع، فرهنگ ایمنی بیمار، تصویرسازمانی

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل ۱- کلیات	۱
۱-۱- مقدمه	۲
۲-۱- بیان مسئله	۳
۳-۱- اهداف پژوهش	۵
۱-۳-۱- هدف اصلی پژوهش	۵
۲-۳-۱- اهداف فرعی پژوهش	۵
۴-۱- سؤالات پژوهش	۶
۱-۴-۱- سؤال اصلی	۶
۲-۴-۱- سؤالات فرعی	۶
۵-۱- متغیرهای استفاده شده در تحقیق	۷
۱-۵-۱- تصویرسازی	۷
۲-۵-۱- فرهنگ ایمنی بیمار	۷
۳-۵-۱- یادگیری سازمانی	۷
۴-۵-۱- مدیریت کیفیت جامع	۸
۶-۱- فرضیات پژوهش	۸
۱-۶-۱- فرضیه اصلی	۸
۲-۶-۱- فرضیه های فرعی	۸
۷-۱- قلمرو پژوهش	۹
۱-۷-۱- قلمرو مکانی	۹
۲-۷-۱- قلمرو زمانی	۹
۸-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش	۹
۹-۱- ساختار پژوهش	۹
فصل ۲- مبانی نظری و پیشینه پژوهش	۱۰
۱-۲- مقدمه	۱۱
۲-۲- بررسی نظریه های پیرامون تصویرسازی	۱۲
۱-۲-۲- سطوح مختلف تصویر ذهنی	۱۴

۱۴.....	۱-۱-۲-۲ تصویرسازی
۱۴.....	۲-۱-۲-۲ تصویر خرده‌فروشی
۱۴.....	۳-۱-۲-۲ تصویر ذهنی شرکت خدماتی
۱۵.....	۴-۱-۲-۲ تصویر ذهنی تجاری
۱۵.....	۲-۲-۲ ابعاد مختلف تصویر ذهنی
۱۷.....	۳-۲-۲ جنبه‌های مختلف تصویرسازی
۱۷.....	۱-۳-۲-۲ جنبه سازمانی
۱۷.....	۲-۳-۲-۲ جنبه فردی
۱۷.....	۳-۲ بررسی نظریه‌های پیرامون مدیریت کیفیت جامع
۲۰.....	۱-۳-۲ سیستم مدیریت کیفیت جامع
۲۲.....	۲-۳-۲ فلسفه مدیریت کیفیت جامع
۲۲.....	۱-۲-۳-۲ فلسفه دکتر دمینگ
۲۵.....	۲-۲-۳-۲ فلسفه ژوران (نظریه بهبود کیفیت)
۲۵.....	۳-۲-۳-۲ فلسفه کرازبی
۲۷.....	۳-۳-۲ مفهوم کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی
۲۷.....	۴-۲ بررسی نظریه‌های پیرامون یادگیری سازمانی
۳۰.....	۱-۴-۲ سطوح یادگیری
۳۰.....	۱-۱-۴-۲ یادگیری در سطح فردی
۳۰.....	۲-۱-۴-۲ یادگیری در سطح تیمی یا گروهی
۳۱.....	۳-۱-۴-۲ یادگیری در سطح سازمان
۳۱.....	۲-۴-۲ فرآیند یادگیری سازمانی
۳۱.....	۳-۴-۲ انواع یادگیری سازمانی
۳۳.....	۵-۲ بررسی نظریه‌های پیرامون فرهنگ ایمنی بیمار
۳۵.....	۶-۲ پیشینه تصویرسازی
۳۵.....	۱-۶-۲ تحقیقات داخلی در حوزه تصویرسازی
۳۷.....	۲-۶-۲ تحقیقات بین‌المللی در حوزه تصویرسازی
۴۰.....	۷-۲ پیشینه مدیریت کیفیت جامع
۴۱.....	۱-۷-۲ تحقیقات داخلی در حوزه مدیریت کیفیت جامع
۴۲.....	۲-۷-۲ تحقیقات بین‌المللی در حوزه مدیریت کیفیت جامع
۴۵.....	۸-۲ پیشینه یادگیری سازمانی
۴۵.....	۱-۸-۲ تحقیقات داخلی در حوزه یادگیری سازمانی
۴۶.....	۲-۸-۲ تحقیقات بین‌المللی در حوزه یادگیری سازمانی

۵۰.....	۹-۲ - پیشینه فرهنگ ایمنی بیمار.....
۵۰.....	۱-۹-۲ - تحقیقات داخلی در حوزه فرهنگ ایمنی بیمار.....
۵۱.....	۲-۹-۲ - تحقیقات بین‌المللی در حوزه فرهنگ ایمنی بیمار.....
۵۴.....	۱۰-۲ - جمع‌بندی پایه‌های تجربی.....
۵۶.....	فصل ۳ - روش شناسی پژوهش.....
۵۷.....	۱-۳ - مقدمه.....
۵۷.....	۲-۳ - روش تحقیق.....
۵۷.....	۳-۳ - مدل مفهومی تحقیق.....
۵۸.....	۴-۳ - جامعه آماری.....
۵۸.....	۵-۳ - نمونه آماری.....
۵۹.....	۶-۳ - مراحل انجام تحقیق.....
۶۰.....	۷-۳ - روش و ابزار گردآوری اطلاعات.....
۶۰.....	۸-۳ - روایی و پایایی ابزار پژوهش.....
۶۲.....	۹-۳ - پرسشنامه‌ها.....
۶۲.....	۱-۹-۳ - پرسشنامه تصویرسازمانی.....
۶۲.....	۲-۹-۳ - پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار (HSOPSC).....
۶۳.....	۳-۹-۳ - پرسشنامه یادگیری سازمانی.....
۶۳.....	۴-۹-۳ - پرسشنامه مدیریت کیفیت جامع.....
۶۴.....	۱۰-۳ - روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....
۶۵.....	۱۱-۳ - جمع‌بندی.....
۶۶.....	فصل ۴ - تجزیه و تحلیل داده‌ها.....
۶۷.....	۱-۴ - مقدمه.....
۶۷.....	۲-۴ - یافته‌های پژوهش.....
۶۷.....	۱-۲-۴ - یافته‌های توصیفی.....
۶۸.....	۱-۱-۲-۴ - آمار توصیفی مربوط به کارکنان.....
۷۱.....	۲-۱-۲-۴ - آمار توصیفی مربوط به مشتریان.....
۷۲.....	۲-۲-۴ - میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش.....
۷۳.....	۳-۲-۴ - یافته‌های استنباطی.....
۷۳.....	۴-۲-۴ - آزمون فرضیه‌ها.....

۷۷.....۳-۴ - برآزش الگوی کلی

۴-۴- جمع

۷۸.....بندی

۷۹..... فصل ۵- نتیجه‌گیری و پیشنهادها

۸۰.....۱-۵ - مقدمه

۸۰.....۲-۵ - بررسی فرضیه‌های تحقیق

۸۰.....۱-۲-۵ - بررسی فرضیه اول

۸۰.....۲-۲-۵ - بررسی فرضیه دوم

۸۱.....۳-۲-۵ - بررسی فرضیه سوم

۸۱.....۴-۲-۵ - بررسی فرضیه چهارم

۸۲.....۵-۲-۵ - بررسی فرضیه پنجم

۸۳.....۶-۲-۵ - بررسی فرضیه ششم

۸۳.....۷-۲-۵ - بررسی فرضیه هفتم

۸-۲-۵ - بررسی فرضیه

۸۴.....هشتم

۸۴.....۳-۵ - پیشنهادهای کاربردی پژوهش

۸۵.....۴-۵ - پیشنهاد برای پژوهش‌های آتی

۵-۵ - محدودیت‌های

۸۶.....تحقیق

۸۷.....فهرست مراجع

۱.....پیوست

فهرست شکل‌ها

عنوان.....	صفحه.....
شکل ۱-۳: مدل مفهومی تحقیق.....	۶۱
شکل ۲-۳: مراحل انجام تحقیق حاضر.....	۶۳
شکل ۱-۴: توزیع فراوانی کارکنان بر حسب جنسیت.....	۷۱
شکل ۲-۴: توزیع فراوانی کارکنان بر حسب سن.....	۷۱
شکل ۳-۴: توزیع فراوانی کارکنان بر حسب میزان تحصیلات.....	۷۲
شکل ۴-۴: توزیع فراوانی کارکنان بر حسب سابقه کار.....	۷۳
شکل ۵-۴: توزیع فراوانی کارکنان بر حسب سمت شغلی.....	۷۳
شکل ۶-۴: توزیع فراوانی مشتریان بر حسب جنسیت.....	۷۴
شکل ۷-۴: توزیع فراوانی مشتریان بر حسب سن.....	۷۵
شکل ۸-۴: توزیع فراوانی مشتریان بر حسب میزان تحصیلات.....	۷۵
شکل ۹-۴: ضریب مسیر فرضیه های اصلی مدل مفهومی تحقیق.....	۷۸
شکل ۱۰-۴: آماره های آزمون t فرضیه های اصلی مدل مفهومی پژوهش.....	۷۸

فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲: تعاریف تصویرسازمانی از دیدگاه دیگر صاحب نظران (پون و همکاران، ۲۰۰۰).....	۱۴
جدول ۲-۲: شاخص های ارزیابی تصویرسازمانی از دیدگاه هر یک از ذینفعان سازمان (جیمز پون و همکاران، ۲۰۰۰).....	۱۷
جدول ۳-۲: تعاریف مدیریت کیفیت جامع از دیدگاه محققان مختلف	۲۰
جدول ۴-۲: تعاریف یادگیری سازمانی از دیدگاه صاحب نظران.....	۳۰
جدول ۵-۲: مراحل اصلی فرآیند یادگیری سازمانی (قربانی زاده، ۱۳۸۷).....	۳۳
جدول ۶-۲: خلاصه پیشینه تحقیق تصویرسازمانی.....	۴۱
جدول ۷-۲: خلاصه پیشینه تحقیق مدیریت کیفیت جامع	۴۶
جدول ۸-۲: خلاصه پیشینه تحقیق یادگیری سازمانی	۵۱
جدول ۹-۲: خلاصه پیشینه تحقیق فرهنگ ایمنی بیمار.....	۵۶
جدول ۱-۳: جدول مورگان.....	۶۲
جدول ۲-۳: پایایی و روایی متغیرهای اصلی مدل پیشنهادی پژوهش	۶۴
جدول ۳-۳: ابعاد پرسشنامه تصویر سازمان و تعداد سؤالات مربوط به هر بعد.....	۶۵
جدول ۴-۳: ابعاد پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار و تعداد سؤالات مربوط به هر بعد	۶۵
جدول ۵-۳: ابعاد پرسشنامه یادگیری سازمانی و تعداد سؤالات مربوط به هر بعد.....	۶۶
جدول ۶-۳: ابعاد پرسشنامه مدیریت کیفیت جامع و تعداد سؤالات مربوط به هر بعد.....	۶۷
جدول ۱-۴: میانگین و انحراف استاندارد مربوط به متغیرهای پژوهش.....	۷۶
جدول ۲-۴: ضریب مسیر و آماره آزمون t هر یک از فرضیه های اصلی مدل مفهومی پژوهش.....	۷۹
جدول ۳-۴: آماره های آزمون سوبل مربوط به متغیرهای میانجی.....	۸۰
جدول ۴-۴: ماتریس همبستگی متغیرهای اصلی پژوهش	۸۰

فصل ۱ – کلیات

بی‌شک، به‌دست 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 سازمان یا کسب‌وکار خود 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. درحالی‌که اگر در ذهن خود تصویری منفی از آن سازمان داشته باشند، عملکرد و رفتار آن سازمان نزد آن‌ها به شکلی غیرواقعی تحت تأثیر تلقی‌ها و برداشت‌های منفی خواهد بود (مقدمی و زارع، ۱۳۸۷). سازمان‌هایی که تصویر مساعدتر و مثبت‌تری دارند، سبب ایجاد رضایت در مشتریان می‌شوند و درنتیجه از وفاداری بیشتر آنان برخوردار می‌شوند. چراکه فرض بر این است که مشتری راضی، مشتری وفاداری نیز خواهد بود (باقری و عرفانی فر، ۱۳۸۹). مشتریان با توجه به تجربه مستقیمی که از خرید و مصرف محصول یا خدمت به دست می‌آورند یک تصویر ذهنی برای خود می‌سازند (مکنالی و چماتونی^۱، ۱۹۹۹) و این تصویر بر تصمیم‌های آن‌ها درباره خرید و یا عدم خرید تأثیر می‌گذارد (زیمن^۲، ۲۰۰۴). تصویر ذهنی مطلوب در افزایش فروش، افزایش سهم بازار و افزایش توان رقابت‌پذیری سازمان‌ها بسیار اثرگذار است (سلنر، ۱۹۹۳) و می‌تواند موجب جلب سرمایه‌های مشتریان و کارکنان بااستعداد و حفظ آن‌ها شده و سبب جلب حمایت آن‌ها از سازمان گردد (کریست^۳، ۲۰۰۲). ازاین‌رو، سازمان‌های خدماتی و بهداشتی همانند بیمارستان‌ها و سایر مراکز درمانی ازجمله سازمان‌هایی هستند که تصویر ذهنی‌ای که مشتریان و مراجعه‌کنندگان به این سازمان دارند بسیار مهم است و دارایی پرارزشی برای سازمان محسوب می‌شود. یکی از مهم‌ترین مسائل در بخش سلامت و به‌ویژه در مراکز درمانی، کیفیت مراقبت می‌باشد. کیفیت مراقبت نیز خود از عناصری تشکیل‌شده است که ایمنی بیمار یکی از مهم‌ترین آن‌هاست (اسمیت و همکاران^۴، ۲۰۰۸). می‌توان گفت فرهنگ ایمنی بیمار به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارائه مراقبت‌های سلامت است (ناش و گلدفار^۵، ۲۰۰۶). فرهنگ ایمنی فرهنگی است که در آن ایمنی مهم‌ترین دغدغه افراد است (میلیگان^۶، ۲۰۰۷). از این لحاظ می‌توان فرهنگ ایمنی

¹ McEnally & Chematony

^۲ Zimen

³ Christie

⁴ Smites & et al

⁵ Nash & Goldfarb

⁶ Milligan

بیمار را پذیرش و به‌کارگیری ایمنی بیمار به‌عنوان نخستین اولویت و ارزش رایج در سازمان تعریف نمود (بودور و فیلیز^۱، ۲۰۰۹). از طرفی دیگر، چالش ناشی از رقابت‌های جهانی باعث افزایش فشار بر سازمان‌ها برای بهبود مهارت‌ها، قابلیت‌ها و کیفیت محصولات و خدمات شده است. 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 (TQM) است. مدیریت کیفیت جامع تلاشی پیگیر برای بهبود مستمر فرایندها، تولیدات، خدمات و همه فعالیت‌های سازمانی در جهت تأمین نیازهای مشتری یا ارباب‌رجوع و دستیابی به سطح بهینه انجام کار در رابطه با شرایط متغیر محیطی می‌باشد (سمیعی نیستانی و همکاران، ۱۳۸۹). به عقیده بسیاری از پژوهشگران، استراتژی مدیریت کیفیت جامع به‌صورت بالقوه ابزار مفیدی برای پرورش یادگیری و افزایش مزیت‌های رقابتی سازمان‌هاست. یادگیری سازمانی فرایندی پویا است که سازمان را قادر می‌سازد تا به‌سرعت با تغییر سازگاری یابد.

با توجه به مطالب فوق، هدف از انجام این تحقیق عبارت است از بررسی تأثیر یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع بر تصویر سازمان با نقش میانجی فرهنگ ایمنی بیمار در بخش خدمات سلامت استان سمنان.

۱-۲- بیان مسئله

یکی از مسائل مهم در بخش سلامت، کیفیت خدمات و مراقبت‌های ارائه‌شده به بیماران می‌باشد. بیمار در بیمارستان محور اصلی است و خدمات بیمارستانی به خاطر حضور بیمار انجام می‌شود. توجه ویژه انسان به بهبودی و سلامتی خود باعث گردیده که بیماران حاضر در بیمارستان‌ها انتظار داشته باشند، خدمات درمانی که به آن‌ها ارائه می‌شود، درنهایت کیفیت باشد (مقری^۲، ۲۰۰۹). کیفیت مراقبت از عناصری تشکیل‌شده است که ایمنی بیمار یکی از مهم‌ترین آن‌هاست (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۸). امروزه خطاهای پزشکی یکی از مشکلات عمده بخش بهداشت و درمان در جهان می‌باشد که سالانه سبب مرگ‌ومیر، عوارض جسمی برای بیماران و سایر افراد خانواده و حتی جامعه می‌شود (دلفان و همکاران^۳، ۲۰۰۹). خطاهای پزشکی ممکن است در هر نقطه از فرایند مراقبت رخ دهد و نتایج جدی به همراه داشته باشد (الوارز و کوپرا^۴، ۲۰۰۶). این خطاها تهدیدی برای رفاه و سلامت بیمار می‌باشد و تکرار چنین مواردی کیفیت مراقبت ارائه‌شده را دستخوش تغییر می‌کند (مقری، ۲۰۰۹). وجود

¹ Bodur & Filiz

² Moghri

³ Delfan & et al

⁴ Alvarez & Coiera

فرهنگ‌سازمانی مناسب در مؤسسات بهداشتی و درمانی که ایمنی بیماران را مورد حمایت قرار می‌دهد، لازمه و پیش‌شرط حرکت به‌سوی ایجاد محیطی ایمن‌تر برای بیماران و کاهش هزینه‌های مربوط به خطاهای پزشکی می‌باشد (اعظمی و اکبرزاده، ۲۰۰۴). فرهنگ ایمنی بیمار، فرهنگی است که کارکنان یک سازمان درباره پتانسیل وقوع خطا، آگاهی فعال و دائمی دارند (ساتورنو و همکاران^۱، ۲۰۰۸). همچنین فرهنگی است که در آن بستر باز و منصفانه برای ایمنی وجود دارد و کارکنان تشویق می‌شوند درباره اشتباهات صحبت کنند. در سازمان‌های دارای فرهنگ ایمنی، افراد قادر به یادگیری از اشتباهات و اصلاح آن‌ها و انجام درست امور هستند (ساتورنو همکاران، ۲۰۰۸). استقرار فرهنگ ایمنی در سازمان و تغییر فرهنگ سکوت و خاموشی با ایجاد فضای باز برای گزارش خطاها و افزایش یادگیری سازمان منجر به بهبود ایمنی بیمار می‌شود (ویلسون^۲، ۲۰۰۷). در بخش بهداشت و درمان به لحاظ اهمیت نوع خدمات و سروکار داشتن با سلامت و جان انسان‌ها اعتلای کیفیت و تضمین آن، برای نظام بهداشت و درمان و مردم به‌طور فزاینده و مداوم مورد توجه قرار گرفته است. مدیریت کیفیت جامع یک دیدگاه جدیدی است که برای ادامه بقای سازمان کاملاً حیاتی است به‌خصوص در محیط‌های حساسی چون بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی؛ چون این مکان‌ها با جان انسان سروکار دارند و همچنین کیفیت یک فرآیند مستمر است که مدیران با حداکثر دانش و نگرش می‌توانند در این زمینه امر حیاتی را در آینده مهیا نمایند تا سطح سلامت جامعه بهبود یابد. به‌هرحال لزوم بهره‌گیری از دانش مدیریت پیشرفته در تمامی سازمان‌ها از جمله سازمان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی امری غیرقابل انکار است. سازمان‌ها و مراکزی که با ارزشمندترین موهبت الهی یعنی سلامتی افراد سروکار داشته، مسئولیتی سنگین در این رابطه بر دوش دارند. مدیران در این سازمان‌ها باید از قدرت درک بالایی برخوردار بوده و با اتخاذ تدابیر و شیوه‌های شایسته در سیستم بهداشت و درمان زمینه را برای ارائه خدماتی باکیفیت و مطلوب فراهم کنند. یکی از روش‌های پیشنهادی برای ارزیابی و ارتقای سطح خدمات بهداشتی و درمانی اعمال مدیریت کیفیت جامع است. چراکه بهبود مستمر مدیریت کیفیت جامع به دلیل کیفیت و بهره‌وری می‌تواند زمینه‌ساز بهبود کیفیت و افزایش کیفیت خدمات، کاهش هزینه و مؤثر در بهره‌وری باشد (ریاحی، ۱۳۸۱). امروزه یادگیری به‌عنوان منشأ کسب امتیاز در رقابت‌های تجاری تلقی می‌شود. در عصر حاضر سازمان‌هایی موفق هستند که همه کارکنان آن برای بالا بردن توانمندی خود بکوشند وظیفه مدیر فراهم آوردن شرایط مناسب برای این روند یادگیری و آموزش است. محیط سازمان‌ها به‌شدت در حال تغییر است و از شیوه سنتی بیرون آمده است و همه‌ی اعضای سازمان را در این محیط دگرگون و

¹ Saturno & et al

² Wilson

متغیر مشارکت داده است. در این حالت، مدیران نیاز دارند که برای حفظ بقاء سازمان‌ها با این دگرگونی‌ها هماهنگ شوند و برای دستیابی به این امر، باید به یادگیری به‌عنوان پدیده‌ای ارزشمند بنگرند و بدین‌وسیله همواره خود را آماده پذیرش تغییرات کنند و کارکنان سازمان را نیز با دگرگونی‌ها همراه سازند. سازمان‌هایی که در آن‌ها یادگیری سازمانی وجود دارد به‌طور مستمر در پی افزایش قابلیت‌های خود در زمینه خلاقیت، نوآوری و تحول هستند که عمده‌تاً از طریق آموزش و بهره‌ور ساختن نیروی انسانی میسر می‌شود. از طرفی برای پایداری در جامعه کنونی، سازمان‌ها ناچار به تغییر بوده و بایستی رسالت خود را همگام با تغییرات جهانی تغییر دهند. تغییرات پیش‌آمده در زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، استفاده از مدیریت کیفیت جامع را برای برنامه ریزان و متولیان مراقبت‌های بهداشتی ضرورتی اجتناب‌ناپذیر ساخته است. از مهم‌ترین مسائل پیش روی سازمان‌ها نه تنها فراهم کردن محصولات و خدمات باکیفیت، بلکه حفظ مشتریان و بقاء در محیط‌های پرتغییر نیز است. مدیریت کیفیت جامع برای برآورده ساختن نیازهای مشتری و ارائه ارزش برتر، به‌طور مستمر بر بهبود فرایند در درون سازمان‌ها تمرکز می‌کند.

بیمارستان یک نهاد پیچیده است که خصوصیات منحصربه‌فردی نسبت به سایر صنایع دارد. صنعت بهداشت و درمان چالش‌های فراوانی برای نوآوری دارد از جمله این چالش‌ها می‌توان به کیفیت بالاتر از مراقبت‌های بهداشت و درمان از طریق روش خلاقیت و ترویج عملیات کارآمد اشاره کرد. با توجه به اهمیت این موضوع هدف از انجام این تحقیق بررسی رابطه بین یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار بر تصویر سازمان در بخش خدمات سلامت استان سمنان می‌باشد.

۱-۳- اهداف پژوهش

۱-۳-۱- هدف اصلی پژوهش

بررسی تأثیر یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار بر تصویر سازمان در بخش خدمات سلامت استان سمنان

۱-۳-۲- اهداف فرعی پژوهش

- بررسی تأثیر یادگیری سازمانی بر مدیریت کیفیت جامع
- بررسی تأثیر یادگیری سازمانی بر فرهنگ ایمنی بیمار

- بررسی تأثیر مدیریت کیفیت جامع بر فرهنگ ایمنی بیمار
- بررسی تأثیر متغیر فرهنگ ایمنی بیمار بر تصویر سازمان
- بررسی تأثیر یادگیری سازمان از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار بر تصویر سازمان
- بررسی تأثیر مدیریت کیفیت جامع از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار بر تصویر سازمان
- بررسی تأثیر یادگیری سازمان بر تصویر سازمان
- بررسی تأثیر مدیریت کیفیت جامع بر تصویر سازمان

۱-۴- سوالات پژوهش

۱-۴-۱- سؤال اصلی

آیا یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار با تصویر سازمانی رابطه معناداری دارد یا خیر؟

۱-۴-۲- سوالات فرعی

- آیا یادگیری سازمانی با مدیریت کیفیت جامع رابطه معناداری دارد؟
- آیا یادگیری سازمانی با فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معناداری دارد؟
- آیا مدیریت کیفیت جامع با فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معناداری دارد؟
- آیا فرهنگ ایمنی بیمار با تصویر سازمان رابطه معناداری دارد؟
- آیا یادگیری سازمانی از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار با تصویر سازمانی رابطه معناداری دارد؟
- آیا مدیریت کیفیت جامع از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار با تصویر سازمانی رابطه معناداری دارد؟
- آیا یادگیری سازمانی با تصویر سازمانی رابطه معناداری دارد؟

- آیا مدیریت کیفیت جامع با تصویر سازمانی رابطه معناداری دارد؟

۱-۵- متغیرهای استفاده‌شده در تحقیق

در این بخش به تبیین متغیرهای استفاده‌شده در تحقیق حاضر پرداخته می‌شود.

۱-۵-۱- تصویر سازمانی

تصویر سازمان؛ تأثیر همه‌جانبه واقعی توسط یک فرد یا یک گروه خاص نسبت به یک سازمان است و در نتیجه حس‌گیری‌های گروهی و ارتباطات توسط این سازمان از یک تصویر ساخته و پیش‌بینی‌شده است (هیچ و شولتز^۱، ۱۹۹۷).

۱-۵-۲- فرهنگ ایمنی بیمار

نشان‌دهنده میزان اولویت ایمنی بیماران از نظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آنها است. جو ایمن به معنای برداشت کارکنان از ایمنی و تأثیر انگیزه آنان بر بروز رفتار ایمن در محیط کار تعریف‌شده است. فرهنگ ایمنی یک ذهنیت در سطح گروه است که به ارزش‌ها و عقاید سهیم در میان اعضای گروه یا سازمان در ارتباط با ایمنی و رفتار ایمن اطلاق می‌شود. فرهنگ ایمنی به‌عنوان یک ذهنیت ابتدا در بخش صنعت هواپیمایی و انرژی اتمی به وجود آمد و در این اواخر در صنعت بهداشت و درمان استفاده می‌شود (پترز و پترز، ۲۰۰۸). ایجاد یک فرهنگ ایمنی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی در کاهش خطاهای طبی و صدمات به بیماران و کارکنان بسیار مهم است (پترز و پترز^۲، ۲۰۰۸).

۱-۵-۳- یادگیری سازمانی

یادگیری سازمانی به‌عنوان راهی تعریف‌شده است که طی آن سازمان‌ها به تولید، تکمیل و ساماندهی دانش پرداخته، فعالیت‌های خود را بر اساس آن عادی می‌سازند و آن را به درون فرهنگ خود وارد می‌کنند (مهرا و دهاوان^۳، ۲۰۰۳).

¹ Hatch & Schultz

² Peters & Peters

³ Mehra & Dhawan

آرجریس (۱۹۹۷) یادگیری سازمانی را فرایند کشف و اصلاح خطا تعریف می‌کند. وی یادگیری سازمانی را حاصل به اشتراک گذاشتن دانش، باورها و مفروضات بین افراد و تیم‌ها می‌داند (گراهام^۱، ۲۰۰۶).

۱-۵-۴- مدیریت کیفیت جامع

مدیریت کیفیت جامع، یک سیستم مدیریتی شامل ارزش‌ها، روش‌ها و ابزارهایی باهدف افزایش رضایت مشتریان داخلی و خارجی با منابع کم می‌باشد (فریدریسکون^۲، ۲۰۰۴).

۱-۶- فرضیات پژوهش

۱-۶-۱- فرضیه اصلی

بین متغیرهای یادگیری سازمان، مدیریت کیفیت جامع، متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار و تصویر سازمان رابطه معناداری وجود دارد.

۱-۶-۲- فرضیات فرعی

- بین یادگیری سازمان و مدیریت کیفیت جامع رابطه معناداری وجود دارد.
- بین یادگیری سازمانی و فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معناداری وجود دارد.
- بین مدیریت کیفیت جامع و فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معناداری وجود دارد.
- بین تصویر سازمان و فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معناداری وجود دارد.
- بین یادگیری سازمانی از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار با تصویر سازمان رابطه معناداری وجود دارد.
- بین مدیریت کیفیت جامع از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار با تصویر سازمان رابطه معناداری وجود دارد.
- بین یادگیری سازمانی و تصویر سازمان رابطه معناداری وجود دارد.
- بین مدیریت کیفیت جامع و تصویر سازمان رابطه معناداری وجود دارد.

¹ Graham

² Fredriksson

۱-۷- قلمرو پژوهش

۱-۷-۱- قلمرو مکانی

در این پژوهش در جهت بررسی تأثیر یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع بر تصویر سازمان با نقش میانجی فرهنگ ایمنی بیمار در بخش سلامت، بیمارستان‌های دولتی استان سمنان به‌عنوان قلمرو مکانی پژوهش انتخاب شدند.

۱-۷-۲- قلمرو زمانی

قلمرو زمانی پژوهش حاضر از مهرماه سال ۱۳۹۵ تا دی ماه سال ۱۳۹۶ می‌باشد.

۱-۸- اهمیت و ضرورت پژوهش

خطاهای پزشکی یکی از مشکلات عمده، در خدمات بهداشتی و درمانی در جهان است که سالانه سبب مرگ و میر، عوارض جسمی برای بیماران و سایر افراد خانواده و حتی جامعه می‌شود (بگنار و همکاران^۱، ۲۰۰۸). تحقیقات نشان می‌دهد بیمارستان‌هایی که جو ایمنی بهتری در آن‌ها حکم فرماست، عملکرد ایمن‌تری داشته و میزان بروز حوادث در آن‌ها کم‌تر است (سینگر و همکاران^۲، ۲۰۰۹). با توجه به افزایش خطاهای پزشکی، آگاهی از فرهنگ ایمنی بیمار در بخش سلامت به‌منظور تغییر این فرهنگ و سازگار ساختن آن با پیشرفت‌هایی که در زمینه کیفیت مراقبت صورت می‌پذیرد، حائز اهمیت است چراکه بهبود ایمنی بیمار، تنها موضوعی بالینی نیست، بلکه به ابعاد سازمانی هم مرتبط است (رامانجو و همکاران^۳، ۲۰۰۵).

صاحبان اصلی بهداشت و درمان جامعه و مردم می‌باشند که با دریافت خدمات بهتر، منافع خود را در عملکرد منطقی‌تر و کارایی بیشتر نظام بهداشت و درمان جستجو می‌کنند. فقدان خدمات کارا، مؤثر و باکیفیت در جهت ارتقای سلامت نه‌تنها باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود بلکه از ارتقای بهره‌وری در بخش‌های دیگر اقتصادی نیز جلوگیری می‌کند و باعث افزایش بیماری، ناتوانی، معلولیت، عدم سلامت جسمی و روانی و درنتیجه به وجود آوردن مشکلاتی در زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی می‌گردد.

¹ Bognar & et al

² Singer & et al

³ Ramanujam & et al

در نتیجه، بخش سلامت بیمارستان و مراکز بهداشتی و درمانی به عنوان یکی از نهادهای مهم ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به شمار می‌آیند که با تسهیلات ویژه خود در بازگشت سلامت جسمانی و روانی افراد بیمار جامعه نقش اساسی ایفا می‌کند.

۱-۹- ساختار پژوهش

این تحقیق مشتمل بر ۵ فصل می‌باشد. در فصل اول کلیات پژوهش، اعم از مقدمه، بیان مسئله، اهمیت و ضرورت پژوهش، اهداف پژوهش، سؤالات اصلی و فرعی پژوهش بیان شده است. در فصل دوم به بیان مبانی نظری و پیشینه تحقیق پرداخته شده است، فصل سوم شامل روش‌شناسی پژوهش، جامعه آماری، نمونه آماری، پرسشنامه‌ها، مدل مفهومی تحقیق و فلوچارت می‌باشد، در فصل چهارم تجزیه و تحلیل یافته‌ها و نتایج حاصل از نرم‌افزار و در نهایت در فصل پنجم به بیان نتیجه‌گیری، پیشنهادها و محدودیت‌های تحقیق حاضر پرداخته شده است.

فصل ۲- مبانی نظری و پیشینه پژوهش

امروزه عرضه‌کنندگان خدمات مراقبت‌های بهداشتی در جهان پیرامون خود با چالش‌های گوناگونی مواجه‌اند که می‌توانند با مدیریت ارتباط مناسب با مشتریان برای ایجاد تصویر ذهنی مثبت بر این چالش‌ها فائق آیند؛ زیرا به‌عنوان یک قانون، مشتری در معرض واقعیاتی است که از طرف سازمان خلق می‌شود و ممکن است آگاهانه یا ناآگاهانه افکار و احساساتی را انتخاب کند که پایه و اساس تصویر ذهنی او را تشکیل دهند (ابرات و موفوکنگ^۱، ۲۰۰۱). کاتلر (۱۹۸۴)، تصویر ذهنی را ایده و نظری راجع به خصوصیات کلی یک فرد یا یک شیء می‌داند. او نظر مشتریان راجع به وجهه بیمارستان را امری نسبی می‌داند. وجهه خوب بیمارستان از طریق اعتماد بیمار در طول دوره درمان ایجاد می‌شود و از طریق افزایش دانش بیمار پیرامون آن مرکز پزشکی، توسعه‌یافته و سبب افزایش تمایل او به انتخاب آن مرکز در آینده خواهد شد (هون و همکاران^۲، ۲۰۰۷)؛ بنابراین سازمان باید عوامل مؤثر بر بهبود تصویر خود در ذهن مشتریان را شناسایی کرده و طی برنامه‌های مدیریت تصویرسازی به تقویت عوامل تقویت‌کننده و حذف عوامل بازدارنده اقدام نماید. مدیریت تصویر سازمان یک رویداد نبوده بلکه یک فرایند مستمر است که نیاز به رویکرد ساختارمند دارد تا به هدف سازمانی دلخواه برسد (یانگ و جونگ^۳، ۲۰۱۰). با توجه به اهمیت ذهنیت مشتری در انتخاب خدمات و همچنین غیرملموس بودن و تعداد دفعات کمتری که یک فرد ممکن است از بسیاری از خدمات در مقایسه با کالاها استفاده نماید، ایجاد جایگاه ذهنی مناسب در بین مشتریان را می‌توان به‌عنوان یک عامل مهم و اثرگذار در بخش خدمات در نظر گرفت (وظیفه دوست و همکاران، ۲۰۰۹). در سال‌های اخیر اهمیت کیفیت و خدمات بهداشتی باعث شده است که ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی به مسئله‌ی ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی توجه نمایند. 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 (امیری و سکاکی، ۲۰۰۷)؛ بنابراین به نظر می‌رسد در جهت رسیدن به ارتقای سلامت به‌عنوان هسته مرکزی کیفیت زندگی امکان پیاده کردن استانداردهای مدیریت کیفیت جامع و مفاهیمی چون الزامات و تعهدات سازمانی، اقدام مبنی بر شواهد و اطلاع‌رسانی، مدیریت متعهد و مسئولانه و همچنین تعامل و مشارکت از طریق رویکردهای حاکم بر مدیریت امکان‌پذیر است (اسپنسر^۴، ۱۹۹۴). از سویی دیگر، با توجه به اینکه بیمارستان‌ها با محیطی متلاطم و ناآرام و از لحاظ

¹ Abratt & Mofokeng

² Hoon & et al

³ Young & Jung

⁴ Spencer

تحولات علمی و فن آوری با محیط‌های پیچیده‌ای روبرو هستند، تهدیدهای گوناگونی بقای این سازمان‌ها را به خطر می‌اندازد. از این رو این سازمان‌ها باید با تأکید بر قوت‌ها و فرصت‌های پیش رو بر ضعف‌ها و تهدیدها غلبه کنند. این موضوع در قالب یادگیری سازمانی امکان‌پذیر می‌باشد. یادگیری به‌عنوان یکی از پایه‌های استقرار مدیریت دانش و یکی از ابزارهای کسب مزیت رقابتی برای سازمان‌های کنونی می‌باشد (مالن و همکاران^۱، ۲۰۱۵).

این فصل از تحقیق خواننده را با کارها و زمینه‌های قبلی و همچنین با حیطه موضوع مورد مطالعه آشنا می‌کند. این فصل به دو بخش تقسیم می‌شود. در بخش اول به مطالعه مبانی نظری موضوع و در بخش دوم پیشینه تحقیق و مطالعات صورت گرفته در حوزه کاری هریک از متغیرها پرداخته شده است. در نهایت به جمع‌بندی فصل پرداخته می‌شود.

۲-۲- بررسی نظریه‌های پیرامون تصویر سازمانی

تصویر سازمانی مقوله‌ای است که به‌صورت مشترک سازمان‌ها و مجموعه‌ی گسترده‌ای از مخاطبان و مشتریان آن را ایجاد و تعریف می‌کنند و به چالش می‌کشند. لذا با شناخت و درکی بهتر از این مفهوم تا حدودی می‌توان بر تصویری که دیگران از سازمان دارند پی برد (باقری و عرفانی فر، ۱۳۸۹). آلوسون (۱۹۹۰) معتقد است تصویر سازمانی یک واقعیت فوق‌العاده است که در یک زمینه خاص اجتماعی برجسته می‌شود. آن به‌عنوان یک بخش غیر بدیهی از مدیریت و عملکرد سازمانی است که توسط فعالان داخلی تجربه و تعریف می‌شود که مشروط به عوامل اجتماعی، فرهنگی و مادی است (داتون و دورکج^۲، ۱۹۹۱). بر اساس این تعریف، داتون و همکاران (۱۹۹۴) تصویر سازمانی را به‌عنوان تصویر خارجی تفسیر شده، توسعه‌یافته برداشت اعضای سازمان از دیدگاه خارجی‌ها نشان می‌دهند. در این چارچوب هیچ شولتز (۱۹۹۷) به ارائه یک تعریف جامع‌تری در رابطه با تصویر سازمان می‌پردازند و آن این است که تصویر سازمان تأثیر همه‌جانبه‌واقعی توسط یک فرد یا یک گروه خاص نسبت به یک سازمان است و در نتیجه حس‌گیری‌های گروهی و ارتباطات توسط این سازمان از یک تصویر ساخته و پیش‌بینی شده است. کلر (۱۹۹۳) معتقد است که تصویر سازمانی مبتنی بر باورهای یک مشتری پیرامون یک برند خاص می‌باشد که توسط تداعیات برند موجود در حافظه، بازتاب می‌یابد. تصویر سازمانی را می‌توان نوعی تصویر برند دانست که در آن نام برند منعکس‌کننده یک سازمان می‌باشد و نه محصولات. یک تصویر همان

¹ Mallén & et al

² Dutton & Dukerich

گمان و ادراکی است که عموم مردم در مورد یک فرد، شرکت یا یک سازمان دارند. تصویر یک عکس نیست، یعنی یک نمایش و ارائه جز به جز نیست بلکه مجموعه‌ای از جزئیات محدود است که با انعطاف موجود در ادراک فرد آمیخته شده است (گرونیک^۱، ۱۹۹۳). هر سازمان دارای شخصیت خاص خود می‌باشد که می‌تواند به عنوان مجموعه‌ای از ویژگی‌های رفتاری و فکری تعریف شود که آن را از سازمان دیگر متمایز می‌سازد. درواقع تصویر ذهنی سازمان مجموعه عواملی است که پا را فراتر از ادراک محض افراد می‌گذارد. محققان، تصویر ذهنی سازمان را تنها از طریق افرادی که در مسیر آن قرار دارند قابل درک می‌دانند. تصویر ذهنی سازمانی یک موجودیت منفرد نبوده و به ادراک هر گروه از افراد و نوع انتظارات و تماس‌های آن‌ها با سازمان وابسته است (مقدمی و زارع، ۱۳۸۷). تصویر ذهنی سازمانی موضوعی است که تمامی سازمان‌ها با آن معنا پیدا می‌کنند و درواقع عبارت است از برآیند تفکرات کارکنان و تمامی افراد مرتبط با سازمان؛ چه در داخل و چه در خارج از سازمان. امروزه تمامی سازمان‌ها سعی دارند تصویر ذهنی مثبتی داشته باشند، به این دلیل که سازمان‌های با کارکنان دارای تصاویر ذهنی مناسب نسبت به سازمان، دارای مشتریان و ارباب رجوعی هستند که بادی مثبتی به سازمان می‌نگرند. همچنین تصویر ذهنی منفی در کارکنان باعث می‌شود عملکرد و فعالیتشان تحت تأثیر این رویکرد منفی قرار گرفته و نتوانند به خوبی وظایف خود را انجام دهند؛ که درنتیجه این حالت مخاطبان و ذینفعان سازمان تحت تأثیر تصویر ذهنی این دسته از کارکنان قرار گرفته و برداشت مناسبی از سازمان نخواهند داشت. درواقع تصویرسازمانی از کارکنان به مخاطبان انتقال می‌یابد (بهرامی زاده و همکاران، ۱۳۸۸، به نقل از غفوری، ۱۳۹۱).

استفاده از تصاویر در زندگی روزمره انسان‌ها به اینجا ختم نمی‌شود. افراد بر اساس کلیشه‌ها در مورد دیگران قضاوت می‌کنند. کلیشه‌ها در حقیقت همان تصویری هستند که افراد در مورد یک طبقه یا دسته اجتماعی در ذهن خود شکل داده‌اند. دسته‌های اجتماعی بر اساس اطلاعات ساده مشهود مثل جنسیت، نژاد و مکان ایجاد می‌شوند. اساس شکل‌گیری چنین تصاویری در ذهن افراد تجربه‌ی خود آن‌ها یا آموزه‌های فرهنگی است (قلی‌پور و همکاران، ۱۳۸۹). در جدول ۱-۲، به بیان برخی از تعاریف تصویرسازمانی از دیدگاه محققان مختلف اشاره شده است.

جدول ۱-۲: تعاریف تصویرسازمانی از دیدگاه دیگر صاحب نظران (پون و همکاران^۲، ۲۰۰۰)

صاحب نظر	تعریف تصویرسازمانی
وینترز (۱۹۸۶)	تصویرسازمانی یعنی نگرش نسبت به یک سازمان

¹ Grunig

² Poon & et al

صاحب نظر	تعریف تصویرسازمانی
آبرت و پیت (۱۹۸۷)	مجموعه ایده‌ها، احساسات و نگرش‌های فرد نسبت به یک محصول و ماهیت اجتماعی و روان شناختی آن است.
داولینگ (۱۹۸۸)	تصویر، مجموعه احساساتی است که موجودیت در ذهن مردم ایجاد می‌کند و به شخصیت سازمان مربوط می‌شود.
سلامه (۱۹۸۸)	تصویر، احساسات نامحسوسی است که شکل‌دهی و باز شکل‌دهی می‌شود تا ادراکات مطلوبی را در ذهن مردم ایجاد نماید. این احساس بتدریج شکل گرفته و هر روز کامل‌تر می‌شود.
جانسون و زینخان (۱۹۹۰)	احساس کلی در مورد سازمان توسط بخش‌هایی از توده مردم است.
گری گوری (۱۹۹۱)	ادراک عمومی از سازمان و ایده‌های پیش پنداشته و پیش داوری شده‌ای که در ذهن مشتریان شکل بندی شده است.
فیرنلی (۱۹۹۳)	تصویر، تجربه جمعی کسانی است که برای سازمان کار می‌کنند یا با آن‌ها در تماس هستند.
گارونه (۱۹۹۸)	تصویر، ترکیبی از آوازه، برند و پیام‌هاست. این ترکیب بر مبنای عواملی همچون ارزش کالا و خدمات، رفتار کارکنان، مسئولیت پذیری اجتماعی، واکنش نسبت به بحران و ... شکل می‌گیرد.

➤ سطوح مختلف تصویر ذهنی

۲-۲-۱- تصویرسازمانی

عبارت است از هرچیزی که بر نحوه‌ی ادراک و برداشت هریک از ذی‌نفعان یا تمامی آنها و یا حتی نحوه‌ی برداشت و دریافت مشتری از سازمان، تأثیر می‌گذارد؛ این عوامل تأثیرگذار می‌توانند قیمت سهام، تبلیغات و محصولات جدید باشند (گریگوری^۱، ۱۹۹۱).

۲-۲-۲- تصویر خرده‌فروشی

مسیری که در آن یک خرده‌فروشی در ذهن خریدار تعریف می‌شود. قسمتی از این تصویر برگرفته از کیفیت عملیاتی است و قسمت دیگر ناشی از نگرش روان‌شناختی می‌باشد (بلومر و رویتر^۲، ۱۹۹۸).

۲-۲-۳- تصویر ذهنی شرکت خدماتی

به‌عنوان یک صافی عمل می‌کند. گرونروس (۲۰۰۰) در این باره توضیح می‌دهد، اگر تصویر ذهنی شرکت در ذهن مشتری خوب باشد، مشکلاتی که این مشتری در ارتباط با نتیجه فرایند داشته باشد، احتمالاً

¹ Gregory

² Bloemer & Ruyter

تا اندازه‌ای به وسیله تصویر ذهنی نادیده گرفته می‌شود اگر مشکلات به صورت پیوسته روی دهد، تصویر ذهنی مثبت نهایتاً مخدوش و منفی می‌شود.

۲-۲-۴- تصویر ذهنی تجاری

در بازارهای تجاری نام و نشان تجاری نقش مهمی را در رقابت بازی می‌کند به خصوص وقتی که بسیار مشکل است که تصویر کالاها و خدمات را بر اساس ویژگی‌های کیفی قابل لمس از هم مجزا سازیم. تصویر ذهنی تابعی از ویژگی‌های مختلف یک فروشگاه خاص است که نسبت به همدیگر ارزیابی می‌شوند. بنابراین تصویر ذهنی فروشگاه به عنوان ترکیبی از ادراک‌های مصرف‌کننده از یک فروشگاه بر اساس ویژگی‌های مختلف آن می‌باشد (کاندامپولی و سوهارتانو^۱، ۲۰۰۰).

➤ ابعاد مختلف تصویر ذهنی

(اندرسون و همکاران^۲، ۱۹۸۴)، ویژگی‌های مختلفی را که محققان در تعریف تصویر ذهنی در نظر گرفته‌اند به شرح زیر بیان کرده‌اند:

- ویژگی‌های عمومی، ادراکات یا احساسات
 - شخصیت مارک
 - ارتباط بین ویژگی‌ها و احساسات
 - مجموعه‌ای از معانی که همگی در یک مسیر سازمان‌دهی می‌شوند.
 - مجموعه‌ای از باورها که مصرف‌کنندگان نسبت به یک کالای خاص دارا هستند.
- جیمز پون و همکارانش (۲۰۰۰) برای هریک از دینفعان شاخص‌هایی را جهت ارزیابی تصویرسازمانی در نظر گرفته‌اند که در جدول ۲-۲ به آن‌ها اشاره شده است.

¹ Kandampully & Suhartano

² Anderson & et al

جدول ۲-۲: شاخص های ارزیابی تصویرسازمانی از دیدگاه هر یک از ذینفعان سازمان (جیمز پون و همکاران، ۲۰۰۰)

شاخص ارزیابی	ذینفعان
اخلاقیات	جامعه
حمایت از محیط	
به کارگیری قوانین حمایت از مصرف کننده	
ارائه اطلاعات درباره فعالیت های شرکت	
همکاری با نهادهای عمومی	
همکاری در زمینه های سودرسانی	
خدمات پس از فروش	مشتری
قیمت محصولات خدمات	
کیفیت محصولات خدمات	
در دسترس بودن محصولات خدمات	
رفتار اخلاقی سازمان	
تنوع محصولات خدمات ارائه شده	
توانایی به روز رسانی	
سادگی نحوه پرداخت	
رضایت شغلی بالاتر	
فرصت های ارتقای حرفه ای بهتر	
فرهنگ سازمانی	کارکنان
برنامه های آموزشی مناسب	
مزایای کارکنان	
فرصت های آموزشی کافی	
سیستم های حقوق دهی منصفانه	
ابزارهای کاری مناسب	
حقوق پایه بالاتر	
فضای کاری مناسب	
توانایی کسب سود فراوان و مقاوم	سهامداران
توانایی جذب سرمایه گذار	
ارائه اطلاعات از تصمیمات سرمایه گذاری	
ارائه اطلاعات از تصمیمات پروژه های آتی	
ارائه اطلاعات از تصمیمات مدیران درباره سیاست های سازمان	

➤ مؤلفه‌های تأثیرگذار بر تصویر سازمانی

باوجود تلاش‌های بسیاری که صرف تعریف و تبیین تصویرسازمانی شده، پژوهشگران اندکی تلاش کرده‌اند تا اصل و جوهره‌ی این مفهوم را موشکافی و تشریح کنند. شاید اوناریوس (۱۹۹۳) یکی از معدود افرادی باشد که تصویرسازمانی را بر اساس مؤلفه‌ها و اجزای نهفته در آن تعریف کرده است. طبق تعریف وی، تصویرسازمانی از سه مؤلفه تشکیل شده است (بیکزاده و رضاییگی، ۱۳۹۳):

- میزان شناخته بودن: که شرط لازم هر تصویرسازمانی به شمار می‌رود؛ به این معنا که فقط سازمان‌هایی می‌توانند نقشی تأثیرگذار داشته باشند که شناخته شده باشند.
- شهرت سازمانی: عبارت است از برآورد و ارزیابی فعالانه‌تری از جامعه که مبنای آن را تاریخچه و پیشینه سازمان یا سابقه عملکردی آن تشکیل می‌دهد.
- سابقه و پیشینه خاص (و درخشان): هر سازمان می‌تواند به واسطه آن از سازمان‌های رقیب خود (که شاید شهرتی معادل با آن داشته باشند)، متمایز شود.

➤ جنبه‌های مختلف تصویر سازمانی

۲-۲-۱- جنبه سازمانی

مجموع افکاری است که افراد درباره سازمان دارند. برای ذینفعان، ظاهر و شهرت سازمان از چندین منبع تصویری به دست می‌آید؛ ادراک مصرف‌کنندگان، نگرش و عواطف که اعتماد سازمان را تعیین می‌کنند (ترن^۱، ۲۰۱۵)؛ بنابراین ممکن است که تصویرسازمانی از آنچه سازمان برای ایجاد آن تلاش می‌کند، فراتر بوده و به‌طور متفاوتی توسط افراد و جامعه درک شود. تصویرسازمانی، ساختار ارزیابی ذهنی است که در اذهان افراد حفظ می‌شود و بنابراین دارایی سازمان محسوب نمی‌شود (بروکس و همکاران، ۲۰۰۹).

۲-۲-۲- جنبه فردی

دالوینگ (۱۹۹۳) اظهار می‌دارد که تصویرسازمانی نتیجه هم‌تراز شدن سازمان با ادراکات ذی‌نفعان است که از طریق ارتباطات اتفاق می‌افتد (کریستین سن و اسگارد، ۲۰۰۱). محققان عقیده دارند که افراد تصور و درک یکسانی از برند سازمانی ندارند و در پی شواهدی هستند که نشان دهند سازمان تنها یک تصویر ندارد، بلکه تصاویر چندگانه‌ای دارد. براون و دایسن (۱۹۹۷)، "افکار سازمانی" را به‌عنوان «چتر

¹ Tran

اطلاعاتی» می‌دانند که افراد درباره سازمان دارند که شامل شناخت، قضاوت و افکار آنان از سازمان است (یانگ و سالامون^۱، ۲۰۰۲).

۲-۳- بررسی نظریه‌های پیرامون مدیریت کیفیت جامع

پیدایش مدیریت کیفیت جامع یکی از مهم‌ترین جنبه‌های عملکرد مدیریت است. مدیریت کیفیت جامع بر این فرض مبتنی است که مردم تلاشگر هستند و می‌خواهند در انجام کار بیشترین سعی و کوشش را بروز دهند. اصول مدیریت کیفیت جامع ابتدا در سال ۱۹۵۰ توسط دمینگ در کشور ژاپن پایه‌ریزی شده و گاهی گمان می‌رود که اصول مدیریت کیفیت جامع که به‌وسیله‌ی ادوارد دمینگ پیشنهاد شده فقط در سازمان‌های بزرگ و انتفاعی کاربرد دارد. ولی واقعیت این است که مدیریت کیفیت جامع در هر سازمانی از قبیل دانشگاه‌ها، سازمان‌های آموزشی، سازمان‌های خدماتی و غیره کاربرد دارد. مدیریت کیفیت جامع طی سال‌های اخیر، به حوزه‌ای اثرگذار و مهم در کشورهای در حال توسعه و صنعتی تبدیل شده و به‌طور وسیع در سازمان‌های تجاری، علمی و فرهنگی مورد استفاده قرار گرفته است (نقشبندی و همکاران، ۲۰۱۲). زیتر و همکاران (۱۹۹۵) اظهار داشته‌اند که به تدریج مدیریت کیفیت جامع به امری نهادینه تبدیل شده؛ بدین معنی که بسیاری از مؤسسات و صنایع در محیط‌های رقابتی و متغیر توجه خود را به آن معطوف نموده و موجبات تقویت چنین برنامه‌هایی را فراهم ساخته‌اند (گلپرو و همکاران، ۱۳۸۸). پیاده‌سازی مدیریت کیفیت جامع، سازمان‌ها را قادر می‌سازد تا کارایی داخلی‌شان را بهبود بخشند و این در حقیقت پیش‌نیازی برای رقابتی شدن در بازار است (ویکراماتینگ^۲، ۲۰۱۲). سازمان بین‌المللی استاندارد (۲۰۰۵)؛ مدیریت کیفیت جامع رویکرد مدیریتی یک سازمان است که متمرکز بر روی کیفیت بر پایه مشارکت تمامی اعضای سازمان است و هدف آن دستیابی به موفقیت طولانی‌مدت از طریق رضایت‌مندی مشتریان و منتفع ساختن تمامی اعضای سازمان و بطور کلی جامعه است. همچنین راهی برای اداره یک سازمان است که بر کیفیت و مشارکت تمامی اعضای سازمان استوار بوده و هدف آن دستیابی به موفقیت طولانی‌مدت می‌باشد. وجود شرایط کیفیت، یک از لازمه‌های حیاتی در راستای تقویت منابع سازمان، به‌منظور دستیابی به سطوح بالاتر بازدهی و کارآمدی می‌باشد. امروزه کسب اطمینان از کیفیت محصول و خدمات اهمیتی حیاتی در اقتصاد بین‌الملل پیدا کرده است. به

¹ Young & Salamon,

² Wickramasinghe

عبارتی، ثبات و رشد سازمان‌ها به میزان درجه برآورده سازی نیازمندی‌های محصول (کیفیت) از دیدگاه مشتری بستگی دارد.

در جدول ۳-۲، به بیان برخی از تعاریف مدیریت کیفیت جامع از دیدگاه محققان مختلف اشاره شده است.

جدول ۳-۲: تعاریف مدیریت کیفیت جامع از دیدگاه محققان مختلف

محقق	تعریف مدیریت کیفیت جامع
جوران و گودفری ^۱ (۱۹۹۹)	مدیریت کیفیت جامع، مجموعه‌ای از فرایندها و سیستم‌های مدیریتی است که هدفش کسب رضایت مشتری از طریق توانمندسازی کارکنان، دستیابی به درآمد بالاتر و هزینه پایین تر می‌باشد.
کایانک ^۲ (۲۰۰۳)	مدیریت کیفیت جامع، عبارت است از یک فلسفه مدیریت کل‌نگر که به بررسی بهبود مستمر در همه‌ی وظایف یک سازمان تلاش می‌کند.
شانی و همکاران ^۳ (۲۰۰۴)	مدیریت کیفیت جامع یک فرایند مشتری محور است که به دنبال بهبود مستمر و برآوردن نیازهای مشتری می‌باشد.
کیول کارینی ^۴ (۲۰۰۵)	مدیریت کیفیت جامع، ادغام وظایف و فرایندهای داخل سازمان به منظور دستیابی به بهبود مستمر کیفیت کالاها و خدمات است و هدف آن رضایت مشتری است.
گوئیچ و دیویس (۲۰۱۲)	انجام کارهای درست در اولین فرصت، تلاش مستمر برای بهبود و همیشه راضی نگهداشتن مشتری.
بن و مصطفی ^۵ (۲۰۱۳)	روش‌ها و فنون ایجاد مستمر، حفظ آن و تأمین تقاضاهای مشتریان.
دوران و همکاران ^۶ (۲۰۱۴)	فلسفه‌ای مدیریتی است که با استفاده از راهبردهای مختلف، تغییرات مؤثری در فرایندهای سازمان ایجاد می‌کند.

➤ نگاهی ژرف به مفهوم کیفیت

کیفیت خدمات یک‌رشته علمی نسبتاً جوانی است که در حدود دو دهه از تحقیقات در این زمینه می‌گذرد (کارونا و همکاران^۷، ۱۹۹۸). این واژه برای افراد مختلف، معنای متفاوتی دارد، بنابراین در اولین گام از بهبود کیفیت خدمات باید درک روشنی از مفهوم کیفیت داشته باشیم. بعلاوه تعریف کیفیت

¹ Juran & Godfrey

² Kayank

³ Sahney & et al

⁴ Kulkarni

⁵ Bon & Mustafa

⁶ Duran & et al

⁷ Caruana & et al

نه تنها از جهت معنایی مهم است بلکه مهم تر از آن هدایت کننده تلاش های کارکنان جهت رسیدن به خدمات باکیفیت تر خواهد بود.

* کیفیت هیچ معنا و مفهومی به جز هر آنچه مشتری واقعاً می خواهد، ندارد. به عبارت دیگر یک محصول زمانی باکیفیت است که با خواسته ها و نیازهای مشتری انطباق داشته باشد. کیفیت باید به عنوان انطباق محصول با نیاز مشتری تعریف شود (کروزبی^۱، ۱۹۸۴).

* سازمان استانداردهای بین المللی، کیفیت را این گونه تعریف می کند: تمامیت ویژگی ها و خصوصیات محصول یا خدمت که توانایی برآورده کردن نیازهای مشتری را دارد.

* سازمان ملی بهره وری سنگاپور؛ کیفیت توسط مشتری تعریف می گردد نه تولیدکننده یا ارائه کننده خدمت. به عبارت روشن تر، کیفیت مجموعه ای از خصوصیات و مشخصات یک کالا یا خدمت است که احتیاجات و رضایت مصرف کننده را تأمین می کند.

* دمینگ و باوم کیفیت را چنین تعریف می کنند: «کیفیت مفهوم وسیعی است که تمام بخش های سازمان نسبت به آن متعهد هستند و هدف آن افزایش کارایی کل مجموعه است به طوری که مانع پدید آمدن عوامل مخل کیفیت می شود و هدف نهایی آن مطابقت کامل با مشخصات مورد نیاز مشتری با حداقل هزینه برای سازمان است که منجر به افزایش رضایت می شود»

محققان بسیاری نظیر گاروین هالبروک، کرفمن جاکوبی و اولسون تأکید کرده اند که بین کیفیت ادراک شده و کیفیت عینی تفاوت وجود دارد. برای مثال هالبروک و کرفمن اشاره می کنند که مصرف کننده، واژه کیفیت را به همان شیوه ای که محققان و بازاریابان بکار می برند، به کار نمی برند، آن ها کیفیت را بطور مفهومی تعریف می کنند. معنای مفهومی، بین کیفیت انسانی و مکانیکی تمایز ایجاد می کند. کیفیت مکانیکی شامل یک جنبه یا ویژگی عینی شیء یا رویداد است، در حالی که کیفیت انسانی دربرگیرنده واکنش ذهنی افراد به اشیاء است؛ بنابراین کیفیت پدیده ای با درجه نسبت بالایی است که میان قضاوت ها، تفاوت ایجاد می کند (پاراسورامان^۲، ۱۹۹۱).

➤ سیستم مدیریت کیفیت جامع

در ۵۰ سال گذشته به وسیله دانشمندی چون دمینگ، کرازبی، جوران و دیگران، این موضوع تا حدی روشن شده است که کیفیت توسط کارگران ساده کارگاه یا تکنسین هایی که در کارخانه ها یا سازمان ها

¹ Crosby

² Parasuraman

به مشتری سرویس می‌دهند تعیین نمی‌شود، بلکه به‌وسیله‌ی مدیران ارشد یک سازمان که به دلیل موقعیت شغلی‌شان در قبال مشتریان، کارکنان، عرضه‌کنندگان و سهامداران مسئول موفقیت کسب‌وکار می‌باشند، تعیین می‌گردد (آتش‌پور و همکاران، ۱۳۸۷).

مدیریت کیفیت جامع، روش مدیریت یک سازمان است که اساس آن محور بودن کیفیت و مشارکت همه‌ی اعضای سازمان می‌باشد و هدف آن نیل به موفقیت در درازمدت از طریق جلب رضایت مشتری و تأمین نیاز همه‌ی اعضای سازمان و جامعه است. به عبارت دیگر، مدیریت کیفیت جامع یک شیوه‌ی مدیریتی مشورتی و نظام‌یافته در یک سازمان است و بر این اساس می‌توان گفت که (آتش‌پور و همکاران، ۱۳۸۷):

- بر دسته‌ای از اصول محکم، کارا و استوار است، از جمله این که «کیفیت توسط مشتری تعیین می‌شود» در نتیجه، الزاماً باید به‌گونه‌ای عمل کند که خطاهای تثبیت‌شده را برطرف نماید.
- از جنبه‌ی شغلی بسیار منطقی و دربرگیرنده‌ی مسائل جدی است. از جمله اجرای برنامه‌های مالی و رضایت مشتری.
- بر مبنای چارچوب اصولی سیستم‌های متمرکز بر مشتری و زنجیره‌ی داخلی تولیدکننده / مشتری پی‌ریزی شده است. نسبت به تثبیت و بازنگری استانداردهای اجرایی و منطبق با ویژگی‌های خاص، یا حساسیت و تیزبینی عمل نموده و در این رابطه از فن‌آوری‌های مورد اعتماد کیفی استفاده می‌کند.
- رویکردی است برای هر جا که پیشرفت مستمر یک شیوه‌ی بقا تلقی می‌شود.
- رویکردی است که موفقیت را صرفاً در به‌کارگیری و دستیابی به نظریات اعضای سازمان می‌داند.

مدیریت کیفیت جامع ترکیبی از اقدامات سازمانی برای نیل به پیامدهای مثبت رقابتی از طریق بهبود مستمر در تمامی جنبه‌های فکری، مدیریتی، طراحی و عملیات سازمان است و در این خصوص نقش هر یک از واژگان آن به شرح ذیل می‌باشد (علیخانی، ۱۳۸۸):

- مدیریت: کلیه مدیران اعم از ستادی و اجرایی در قبال تمام فعالیت‌های خود مسئول و متعهد بوده و می‌بایست به‌منظور نیل به اهداف متعالی سازمان که همان دستیابی به سطح مطلوب کیفی و کسب رضایت مشتریان است، کسب دانش نموده و تلاش نمایند.
- کیفیت: شامل دستیابی به بایدها و استانداردها، رضایت کارکنان و تأمین انتظارات مشتریان می‌باشد.

- جامع: برنامه‌ها و طرح‌های مدیریت کیفیت جامع دربرگیرنده کلیه فرایندها، فعالیت‌ها، منابع، افراد، برنامه‌ها، نرم‌افزارها، مشخصات، شاخص‌های کمی و کیفی و نیز انتظارات جوامع مختلف مشتریان سازمان می‌باشد و اهمیت آن به دلیل نقش گسترده مدیریت کیفیت در سازمان می‌باشد.

به‌منظور برجسته‌تر نمودن اهمیت مدیریت کیفیت جامع باید اذعان نمود، بر اساس تحقیقات ادوارد دمینگ در سال ۱۹۸۶، قریب به ۹۴ درصد از مشکلات مربوط به کیفیت، ناشی از سوء مدیریت و عدم سیستماتیک بودن سازمان می‌باشد، در این زمینه همه افراد سازمان مکلف به مشارکت در توسعه و بهبود کیفیت می‌باشند.

➤ فلسفه مدیریت کیفیت جامع

امکان دارد شما و سازمانتان تصور کنید که مشتریان ثابتی دارید. آن‌ها سالیان طولانی با شما بوده‌اند و اطمینان دارید که با شما خواهند ماند. شاید این فرضیه تا حدودی درست باشد، اما تحقیقات نشان داده است که چنین تصویری می‌تواند خطرات جدی در پی داشته باشد. مشتریان امروز کسانی هستند که انتظار ندارند در اماکن عمومی یا خرده‌فروشی‌های خیابان‌های اصلی، اجناسی را با استانداردهای بالا و مطابق با فرم انتخابی خود پیدا کنند. هر شرکتی نیاز دارد تصویری از کیفیت مطلوب را به مشتریان عرضه کند. چنین کاری از طریق ارائه‌ی محصولات استاندارد باقیمت مناسب، تنوع کافی، قابلیت انتخاب، خدمات، تسهیلات و تحویل استاندارد، امکان‌پذیر خواهد بود.

برای بسیاری از سازمان‌ها در گوشه و کنار جهان، رقبای بسیاری وجود دارد که باید با آن‌ها مقابله کنند. این موضوع دقیقاً بر این واقعیت تأکید می‌کند که برای بقا و رشد و بهره‌وری باید نیروهای لازم را جذب کرد و نسبت به بخش‌های مربوط به خود به‌عنوان رهبران جهانی، آگاه و هوشیار بود. همچنین برای تأمین نیازهای مشتریان، سیاست و عملکرد خاصی را پذیرفت و دستیابی به بهبود مستمر را مدنظر قرارداد. شرکت‌ها، نه‌تنها در برابر انتظارات فزاینده‌ی مشتریان خود قرار دارند، بلکه با رقبای داخلی و خارجی نیز در حال رقابت هستند. ذکر این نکته ضروری است که فهرست‌ها اغلب از طریق وضع قوانین جدید تغییر می‌کنند یا رد می‌شوند. قوانین جدید از جمله اعمال محدودیت بر واردات، عامل ایجاد فشارهای مضاعف می‌شوند؛ اما به‌هرحال، در کار دادوستد می‌توان استدلال کرد که این اقدامات، خود بخشی از اقتصاد وابسته به بازار هستند و برای ترویج و رشد اقتصاد سالم مقابله جدی می‌کنند (آتش پور، ۱۳۸۷).

به منظور درک هر چه بهتر فلسفه مدیریت کیفیت جامع، در این قسمت اشاره‌ای خواهیم داشت به فلسفه مدیریت کیفیت جامع از دیدگاه پیشگامان این رویکرد مدیریتی.

۲-۳-۱- فلسفه دکتر دمینگ

دمینگ به عنوان پدر کنترل کیفیت منشأ پیشرفت‌های زیادی در بهبود کیفیت بوده است. وی که یک آمریکایی بود، ایده‌هایش در آنجا با استقبال عمومی مواجه نگردید و از این رو به ژاپن عزیمت نمود و ایده‌های وی مورد استقبال ژاپنی‌ها قرار گرفت و توانست خدمات زیادی به جامعه‌ی ژاپن ارائه نماید. وی عقیده داشت که مسبب کیفیت ضعیف در سازمان ۸۵٪ مشکل مدیریت و ۱۵٪ مشکل کارگر است (آتش پور و دیگران، ۱۳۸۷). فلسفه و اصول چهارده‌گانه ارائه‌شده از سوی دمینگ در این رابطه عبارت‌اند از (حاجی شریف، ۱۳۷۹):

۱. ایجاد اهداف باثبات برای بهبود کارها (محصول/ خدمت)
- ایجاد اهداف پایدار و باثبات، تضمین اطمینان کارکنان را برای مدیریت به ارمغان می‌آورد. اگر مدیر هر لحظه و یا هر روز هدف خود را تغییر دهد، سبب می‌شود کارکنان گیج شوند، آمادگی کاری را از دست داده و حالت انفعالی پیدا کنند.
۲. پذیرش یک فلسفه جدید مدیریتی
- سازمان باید فلسفه کیفیت را به عنوان فلسفه جدید مدیریت قبول کند تا از این رهگذر زمینه دستیابی به اهداف کیفیت میسر گردد.
۳. درک هدف بازرسی
- مدیریت باید درک کند که هدف از بازرسی، بهبود فرایند و کاهش هزینه‌ها می‌باشد، درحالی که در اکثر موارد بازرسی زیاد هزینه‌بر و غیرقابل اعتماد است (جعفری و دیگران، ۱۳۸۳). بازرسی فقط می‌تواند محصولات و یا خدمات معیوب و ناقص را نشان دهد و به منشأ عیب کاری ندارد. به همین جهت بازرسی در کاهش ضایعات و اتلاف منابع چندان نقشی ندارد و اهداف کیفیت را تأمین نمی‌نماید. بنابراین بهتر است در محل‌های مناسب به جای به کارگیری بازرسی‌های گسترده از بهبودهای بی‌پایان با استفاده از فنون آماری بهره برد.
۴. توقف پاداش به کسب و کار، تنها بر اساس برچسب قیمت
- هنگامی که ملاک در معاملات؛ قیمت باشد کیفیت فدا می‌گردد. زیرا جنسی خریداری می‌شود که ارزان تر باشد. بنابراین کاهش هزینه‌ها باید در کل فرایند مؤثر باشد نه صرفاً در خرید مواد اولیه.
۵. بهبود مستمر و مداوم

بهبود مداوم فرایند، تنها عامل تضمین کیفیت است. بنابراین مدیریت باید برای بهبود مستمر و پایدار کیفیت و افزایش بهره‌وری و کاهش هزینه‌ها مسئولیت بیش‌تری را در برابر مشکلات متقبل گردد.

۶. برقراری و تأمین آموزش

آموزش، ستون فہیم شدن سازمان و پشتیبان بهبود کیفیت فراگیر و ارتقاء دهنده کارایی است. مدیریت باید برای آموزش کارکنان منابع لازم را تخصیص دهد تا آن‌ها به فلسفه سازمان درباره تعهد به بهبود مداوم فرایندها آگاهی کامل پیدا کنند.

۷. برقراری و نهادینه کردن رهبری

ہنگامی رهبری در سازمان نهادینه می‌گردد که احساس مسئولیتی که مدیر نسبت به کیفیت دارد سایر افراد سازمان نیز همان را حس کنند. به این منظور باید ارتباطی شفاف از مدیریت ارشد به سرپرستان و از سرپرستان به کارکنان برقرار شود.

۸. برطرف کردن ترس و ایجاد فضای اعتماد و نوآوری

ترس، مهم‌ترین عامل در رشد روحیه محافظه‌کاری در افراد و از مشخصات سیستم بروکراسی است. به همین خاطر در نظام مدیریت کیفیت جامع، افراد نظرات خود را برای بهبود کیفیت آزادانه بیان می‌کنند و ترس از محیط کار رخت برمی‌بندد.

۹. شکستن سدهای موجود بین محیط‌های ستادی

تمامی افراد سازمان اعم از واحدهای تولیدی، پشتیبانی و خدماتی، باید در بهبود کیفیت مشارکت داشته باشند و عواملی که باعث ایجاد مانع بین واحدهای سازمانی می‌شوند از بین بروند. برای رسیدن به این هدف باید تمامی واحدها، هماہنگ باہم کار کرده و گروه‌های پروژه‌ای و چند تخصصی در سازمان ایجاد شوند.

۱۰. حذف شعارها، نصیحت‌ها و اهداف توخالی

باید از اهداف، نصیحت‌ها و شعارهایی که امکان دسترسی به آن‌ها میسر نیست بر حذر بود. اهداف باید قابل‌دستیابی و در راستای موفقیت‌های بلندمدت سازمان باشند.

۱۱. حذف سهمیه‌های کمی

در تولید نباید اهداف را بر پایه حجم و مقدار تولید تعیین کرد. زیرا با این کار محدودیتی برای تولید ایجاد می‌شود که مانع از استفاده بهینه از ظرفیت‌ها و استعدادهای نہفته سازمان می‌گردد و از طرف دیگر کمیت هیچ‌گاه معرف کیفیت نیست.

۱۲. حذف سدهایی که مانع احساس غرور کارکنان از مهارت خود می‌شود

احساس غرور کارکنان، عامل مؤثر در تداوم بهبود کیفیت در سازمان است. بنابراین هر عامل که مانع ایجاد چنین احساسی گردد باید از بین برود. تقویت روحیه افتخار به کار و مهارت، به تعهدی بلندمدت در مدیریت نیاز دارد.

۱۳. تشویق و گسترش مؤثر برنامه‌های آموزشی

برنامه‌ریزی آموزشی باید به نحوی باشد که کارکنان را در جهت فلسفه مدیریت کیفیت جامع یاری کرده و مهارت و دانش کارکنان را ارتقاء دهد. سازمان‌ها به کارکنانی نیاز دارند که هم‌زمان با آموزش پیشرفت نمایند.

۱۴. اقدام در جهت اجرای دگرگونی و تحول

تغییر تنها عامل پیشرفت بشر است. ماندن و اسیر گذشته بودن، نتیجه‌ای جز رکود و تنزل ندارد. به همین جهت این اصل یکی از مهم‌ترین اصول دمینگ به شمار می‌رود.

۲-۳-۲- فلسفه ژوران (نظریه بهبود کیفیت)

ژوران به کانون‌های بهبود کیفیت توجه دارد و تأکیدش بر مشتری می‌باشد. تمرکز روش ژوران بر گام‌های مربوط به هر فرایند است، چراکه مشتری در هر یک از این گام‌ها به‌نوعی درگیر است. شیوه ژوران با شناخت مشتری آغاز و سپس به تشکیل کانون‌های بهبود کیفیت منجر می‌شود. هدف‌های اصلی کانون‌های بهبود کیفیت، تبیین رابطه‌های علت و معلولی در مورد هر مسئله است. برای بهبود کیفیت از دیدگاه ژوران، اقدامات زیر ضروری است (حاجی شریف، ۱۳۷۹):

- آگاهی دادن نسبت به ضرورت بهبود کیفیت
- سازمان‌دهی (شکل کانون‌های بهبود کیفیت برای تبیین رابطه‌های علت و معلولی در هر مسئله و بالاخره دستیابی به اهداف)
- آموزش مستمر
- تعریف پروژه برای حل مسائل بر اساس روش گام‌به‌گام
- ارزیابی پیشرفت و ثبت نتایج
- تداوم و استمرار حرکت بهبود کیفیت.

۲-۳-۳- فلسفه کرازبی

فلسفه کرازبی نیز مانند فلسفه دمینگ بر ۱۴ اصل استوار است که عبارت‌اند از (حاجی شریف، ۱۳۷۹):

۱. تعهد مدیریت به نوآوری
- مدیریت باید، خط‌مشی سازمان را به نحوی تدوین کند که «کیفیت» به‌عنوان هدف اصلی در خدمت اولویت‌ها قرار گیرد.
۲. برنامه بهبود کیفیت
- ایجاد گروه‌های بهبود کیفیت به‌عنوان مسئولین بهبود کیفیت و تبیین‌کنندگان خطوط اصلی.
۳. اندازه‌گیری کیفیت
- در محدوده بهبود کیفیت یک نوع اندازه‌گیری کیفیت برقرار شود تا ارزشیابی مسائل و اقدامات اصلاحی را میسر سازد.
۴. تعیین مفهوم هزینه
- هزینه‌های مربوط به کیفیت باید معین و برای هر مورد مانند دوباره‌کاری، ضایعات و... تضمین‌ها مشخص گردد.
۵. آگاهی کارکنان
- روشی برای ارتقاء آگاهی کارکنان در مورد کیفیت امور به وجود آید.
۶. تبیین علت‌های اشتباه
- باید سیستمی به وجود آورد تا مدیریت از سدهایی که کارکنان برای ارائه کار خود با آن‌ها روبرو هستند، آگاه گردند.
۷. تشویق کارکنان
- از افرادی که در فرایند کارها، مؤثرند باید قدردانی به عمل آید.
۸. شورای کیفیت
- برای انتقال اطلاعات مربوط به کیفیت و ارتباط منظم افراد و گروه‌ها در سازمان، باید این شورا تشکیل شود.
۹. تداوم فرآیند
- مدیریت باید برنامه‌ای برای تکرار فرآیند بهبود کیفیت ایجاد نماید.
۱۰. رویه لازم برای حل مسئله

برای حل و فصل مسائل باید روشی تدوین شود که از یک سلسله گام‌هایی تشکیل شده باشد و هر گام یک یا چند اقدام مشخص را در برمی‌گیرد.

۱۱. برنامه کار بی نقص

یک برنامه مناسب برای «کار بی نقص» باید تدوین و به کارکنان آموزش داده شود.

۱۲. آموزش و مشارکت کارکنان

تمام کارکنان باید در مورد درگیر شدن در فرآیندها آموزش داده شوند.

۱۳. روز کار بی نقص

یک روز به نام «روز کار بدون نقص» تعیین شود و به کارکنان نشان داده شود که تغییرات موردنظر واقعاً به وجود آمده است.

۱۴. تعیین هدف به عنوان یک راهنما برای ردیابی فعالیت‌ها

هدف‌های مشخصی که مکانیسم‌های لازم را برای سوابق و اطمینان یابی از مشارکت کارکنان، در برداشته باشد تعیین شود.

➤ مفهوم کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی

در مورد مفهوم کیفیت در خدمات بهداشتی تعاریف بسیاری شده که گاه با یکدیگر تفاوت‌های چشمگیری دارند. از نظر برخی محققان مانند اندرسون کیفیت یعنی آنچه بیننده می‌تواند ببیند و در مورد آن به قضاوت بنشیند. وی معتقد است کیفیت را از دیدگاه‌های متفاوتی می‌توان تعریف کرد که عبارت‌اند از (آرنولد^۱، ۱۹۸۸):

- کیفیت از نظر فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی که می‌تواند کسب استفاده مادی از طریق ارائه خدمات باشد.
- کیفیت از دیدگاه بیمار که می‌تواند احساس بهبودی یا به عبارت دیگر احساس بهتر شدن باشد.
- کیفیت از نظر بیمارستان که می‌تواند مراقبتی باشد که در قبال آن پرداختی صورت می‌گیرد.

¹ Arnold

۲-۴- بررسی نظریه‌های پیرامون یادگیری سازمانی

مفهوم یادگیری سازمانی به لحاظ زمانی قبل از سازمان یادگیرنده توسعه داده شده است. کار جدی محققین پیرامون یادگیری سازمانی زمینه‌ساز شکل‌گیری نظریه سازمان یادگیرنده بوده است. یادگیری سازمانی به‌طور فزاینده‌ای در میان سازمان‌هایی که به افزایش مزیت رقابتی، نوآوری و اثربخشی علاقه‌مندند، موردتوجه ویژه قرار گرفته است. آرجریس و شون که دو تن از پژوهشگران اولیه در این زمینه هستند، یادگیری سازمانی را به‌عنوان " کشف و اصلاح خطا " تعریف می‌کنند. از یادگیری سازمانی عمدتاً به‌عنوان یک واژه توصیف‌کننده برای توضیح و کمی کردن فعالیت‌ها و رویدادهای یادگیری استفاده می‌شود، درحالی‌که واژه‌ی سازمان یادگیرنده به سازمانی اشاره می‌کند که از طریق داشتن ساختار سازمانی با توانایی تسهیل کردن یادگیری، امکان یادگیری را فراهم سازد (لاو و هنگ^۱، ۲۰۰۰).

در مطالعات الگر و چیوا از یادگیری به‌عنوان فرآیندی یاد می‌شود که سازمان از طریق آن یاد می‌گیرد و این یادگرفتن به معنی هرگونه تغییر در مدل‌های سازمانی است که منجر به بهبود یا حفظ عملکرد سازمان می‌شود (آلگر و چیوا^۲، ۲۰۰۸). یادگیری سازمانی را مجموعه‌ای از اقدام‌های سازمانی مانند کسب دانش، توزیع و تفسیر داده‌ها و اطلاعات سازمانی می‌دانند که به‌صورت آگاهانه یا ناآگاهانه بر فرآیند تصویرسازمانی اثر مثبت دارد. یادگیری سازمانی زمانی اتفاق می‌افتد که اعضا به‌صورت آشکار به تغییرات محیط درونی و بیرونی و اصلاح اشتباهات پاسخ دهند. یادگیری، زیرساخت‌های لازم جهت شناخت و بهبود منابع و توانمندی‌های موردنظر را در اختیار سازمان‌ها قرار می‌دهد (نادی و همکاران، ۱۳۹۰). هدف از یادگیری سازمانی تبدیل سازمان به یک سازمان یادگیرنده است که بتواند در شرایط مختلف رفتار متفاوت از خود نشان دهد. در سال‌های اخیر اهمیت مطالعه و تحلیل یادگیری سازمانی افزایش یافته است و پژوهشگران مختلف با استفاده از رویکردهای مختلف به تحلیل آن پرداخته‌اند (تمپلتون و همکاران^۳، ۲۰۰۲). باوجود پژوهش‌های متعدد در زمینه مفهوم‌سازی، مدیریت، توسعه و به‌کارگیری یادگیری سازمانی هنوز یک توافق کلی درباره مفهوم، تعریف و تئوری‌های یادگیری سازمانی به وجود نیامده است (کیم^۴، ۱۹۹۳). علت این عدم توافق چند رشته‌ای بودن گفتمان یادگیری سازمانی، به‌کارگیری این نوع یادگیری در حوزه‌هایی مانند پردازش اطلاعات، نوآوری، تغییر سازمانی،

¹ Love & Henge

² Alegra & Chiva

³ Templeton & et al

⁴ kim

فرهنگ سازمانی و همچنین چند سطحی بودن تحلیل مفهوم یادگیری از سطح فردی تا سازمانی می‌باشد (گاروین^۱، ۱۹۹۹). ژنگ و همکاران (۲۰۰۹)، یادگیری سازمانی فرآیندی پویا است که سازمان را قادر می‌سازد تا به سرعت با تغییر سازگاری یابد. این فرآیند شامل تولید دانش جدید، مهارت‌ها و رفتارها می‌شود. یادگیری سازمانی راه اصلی ایجاد کار دانشی و بهبود کارایی سازمان است. طبق نظر مورگان و همکاران (۱۹۹۸) یادگیری سازمانی می‌تواند باعث تسهیل روش‌ها و فرآیندهای نوین سازمانی برای یادگیری و تغییر شود. اوکسل ویمیسستر (۲۰۰۰)، به دلیل نیاز سازمان‌ها به سازگاری با تغییرات محیطی، مفهوم یادگیری سازمانی به‌طور روزافزونی رایج شده، همان‌طور که یادگیری برای رشد افراد ضروری است برای سازمان نیز اهمیت دارد، هرچند یادگیری سازمانی بیش از مجموع توان یادگیری افراد است. یادگیری سازمانی هنگامی حاصل می‌شود که افراد در درون سازمان یک موقعیت مشکل‌آفرین و مسئله‌زا را تجربه کنند و از جانب سازمان درباره آن مسئله و مشکل به تحقیق و بررسی بپردازند. موقعیت مشکل‌آفرین و مسئله‌ساز یعنی موقعیتی که در آن عدم سازگاری و تطابق بین آنچه مورد انتظار بوده و آنچه در عمل به دست آمده تا ما را به تعجب و شگفتی وادارد. این عدم سازگاری و نبود تطابق و تناسب موجب می‌شود که فرد به فرآیندی از تفکر، تجزیه و تحلیل و اقدام دست بزند. این امر به نوبه خود منجر به آن می‌شود که تصویر فرد از سازمان و شناخت و برداشت او از پدیده سازمان تغییر کند و در نتیجه رفتار خود را تغییر دهد، طوری که نتایج حاصل به انتظارات نزدیک شود. این روند در حقیقت همان منبع فرایند یادگیری سازمانی است که موجب می‌شود ما تئوری را که در ذهن خود از سازمان و چگونگی اداره امور آن داریم، همواره تغییر دهیم و اصلاح کنیم (پرداختچی، ۱۳۸۳). در جدول ۲-۴ به تعریف یادگیری سازمانی از دیدگاه محققین مختلف اشاره شده است.

جدول ۲-۴: تعاریف یادگیری سازمانی از دیدگاه صاحب نظران

صاحب نظر	تعریف یادگیری سازمانی
آرگریس و شون ^۲ (۱۹۷۸)	یادگیری سازمانی را به عنوان کشف و تصحیح خطاها تعریف می‌کنند.
فایول و لایز ^۳ (۱۹۸۵)	معتقدند یادگیری سازمانی فرآیند بهبود اقدامات از طریق دانش و شناخت بهتر است.

^۱ Garvin

^۲. Argyris & Cshon

^۳. Fiol & Lyles

صاحب نظر	تعریف یادگیری سازمانی
سایمون ^۱ (۱۹۹۱)	یادگیری سازمانی را رشد بینش و تجدید ساختاری و بازنگری موفقیت آمیز مشکلات سازمانی توسط افراد که نتایج آن در عوامل ساختاری و نتایج سازمان منعکس می شود، می داند.
داگسون ^۲ (۱۹۹۳)	یادگیری سازمانی را به عنوان روشی که سازمان ها ایجاد، تکمیل و سازماندهی می کنند تا دانش و جریان های عادی کار در رابطه با فعالیت هایشان و در داخل فرهنگشان و همچنین کارایی یادگیری سازمانی از طریق بهبود به کارگیری مهارت های گسترده نیروی کارشان، انطباق داده و توسعه بخشند، تعریف می کند.
هویسمن ^۳ (۲۰۰۰)	یادگیری سازمانی فرایندی است که یک سازمان به ایجاد دانش می پردازد یا دانش فعلی را بازسازی می کند.
ورا و کروسان ^۴ (۲۰۰۳)	یادگیری سازمانی فرایندهای تغییر در فرد و تفکرات، نظرات و اعمال گروه است که تحت تأثیر نمادهای سازمان قرار می گیرد. زمانی که یادگیری فردی و گروهی نهادینه می شود یادگیری سازمانی رخ داده و دانش در فرایند، فرهنگ، استراتژی و ساختار سازمان جای می گیرد.
آرمسترانگ و فولی ^۵ (۲۰۰۳)	یادگیری سازمانی فرایندی مشتمل بر ساز و کارهای چهارگانه ای است که شامل محیط یادگیری، تشخیص نیازهای توسعه ای و یادگیری، تحقق نیازهای توسعه ای و یادگیری و به کارگیری در محیط کار می باشد.
باو من جی ^۶ (۲۰۰۵)	معتقد است یادگیری سازمانی زمانی در بین گروه ها ترویج داده می شود که سه شرط وجود داشته باشد: ۱- وجود ایده های جدید ۲- شک نسبت به دانش و اعمال فعلی سازمان ۳- توسعه و انتقال دانش در میان کارکنان سازمان.
گارسیا مورالز و همکاران ^۷ (۲۰۰۷)	یادگیری سازمانی را قابلیت سازمانی برای حفظ و بهبود عملکرد بر اساس تجارب گذشته تعریف می کنند و این قابلیت را توانایی کسب و بهره وری از دانش ضمنی و صریح به تشریک دانش و استفاده از دانش در سازمان می دانند.

¹. simon

². Dodgson

³. Huysman

⁴. Vera & crossan

⁵. Armstrong &Foley

⁶. Bauman G

^۷. Garcia Morales and et al

➤ سطوح یادگیری

۲-۴-۱- یادگیری در سطح فردی

عبارت است از تغییراتی که در مهارت‌ها، بینش‌ها، دانش، نگرش‌ها و ارزش‌ها از طریق خودآموزی، آموزش مبتنی بر فناوری و مشاهده حاصل می‌شود. مارسیک و اتکینز (۲۰۰۳) عقیده دارند که یادگیری فردی، فرایندی است که در آن افراد اختلافات یا چالش‌های محیط پیرامون خود را کشف می‌کنند، استراتژی‌هایی بر پایه ادراک عاطفی و شناختی از این چالش‌ها برمی‌گزینند، این استراتژی‌ها را به کار بسته و اثربخشی آن‌ها را ارزیابی می‌کنند و سرانجام این چرخه مجدداً آغاز می‌شود (برگ و شیپانگ^۱، ۲۰۰۸).

۲-۴-۲- یادگیری در سطح تیمی یا گروهی

یادگیری گروهی به این معنا است که تیم‌ها قادر باشند به‌عنوان یک هویت واحد کارکرده، چیزی را خلق نموده و بیاموزند. متفکرین زیادی از جمله سنگه (۱۹۹۹) و پائولوفسکی (۲۰۰۰) به اهمیت یادگیری گروهی به‌عنوان پلی برای حصول یادگیری سازمانی اشاره کرده‌اند زیرا که در این صورت یادگیری به دانش سازمانی، تبدیل می‌شود. یادگیری گروهی دربرگیرنده‌ی افزایش دانش، مهارت‌ها و قابلیت‌هایی است که توسط گروه و در درون آن به دست می‌آید؛ بنابراین یادگیری گروهی را می‌توان حدفاصل یادگیری فردی و سازمانی دانست و آن را به‌مثابه راه و مدخل دستیابی به یادگیری سازمان در نظر گرفت زیرا افراد، شاکله وجودی تیم‌ها و سازمان‌ها هستند (سبحانی نژاد و همکاران، ۱۳۸۵).

۲-۴-۳- یادگیری در سطح سازمان

سومین سطح یادگیری، یادگیری سازمانی می‌باشد. یادگیری سازمانی عبارت است از افزایش توان سازمان برای انجام کارهای مؤثر و کارا. یادگیری سازمانی فرایندی است که طی آن سازمان از تجارب مشترک افراد در سازمان، دانش و بینش جدیدی را ایجاد می‌کند که دارای پتانسیل نفوذ در رفتار و بهبود توانایی‌های سازمان است.

^۱ Berg & Chyung

➤ فرآیند یادگیری سازمانی

درباره فرایند یادگیری سازمانی می‌توان چهار مرحله اصلی (۱- اکتساب / خلق اطلاعات، ۲- تعبیر و تفسیر / انتقال اطلاعات، ۳- به‌کارگیری اطلاعات / ایجاد دانش، ۴- نهادینه کردن دانش) را بر آن برشمرد. مراحل چهارگانه یادگیری سازمانی در جدول ۲-۵ نشان داده شده است.

جدول ۲-۵: مراحل اصلی فرآیند یادگیری سازمانی (قربانی زاده، ۱۳۸۷)

مرحله	عنوان	توضیح
۱	اکتساب / خلق اطلاعات	کنکاش محیط درونی و بیرونی و شناسایی و گردآوری اطلاعات مفید برای سازمان و مرور نتایج عملکرد و تجربیات گذشته و ایجاد اطلاعات جدید.
۲	تعبیر و تفسیر / انتقال اطلاعات	توزیع و تبادل اطلاعات در بین افراد، گروه‌ها و بخش‌های مختلف سازمان و تعبیر و تفسیر اطلاعات توسط آن‌ها. در این مرحله توجه به جریان و گردش اطلاعات و نوع ارتباطات در سطوح مختلف سازمان مهم است.
۳	به‌کارگیری اطلاعات / ایجاد دانش	به‌کارگیری اطلاعات متناسب با شرایط و نیازمندی‌های سازمان، استفاده عملی از اطلاعات و بررسی نتایج رفتاری آن و تولید دانش جدید و افزودن آن به سیستم‌های فعلی دانش در سازمان.
۴	نهادینه کردن دانش	عمومی شدن دانش جدید در سراسر سازمان و استفاده از آن در فعالیت‌های روزمره و تبدیل دانش نظری به دانش عملی و کاربردی.

➤ انواع یادگیری سازمانی

آرگریس و شون^۱ (۱۹۷۸) سه نوع یادگیری سازمانی و یا به تعبیر دیگر، سه سطح یادگیری را به شرح زیر توصیف کرده‌اند:

۱- یادگیری تک حلقه‌ای: این یادگیری زمانی اتفاق می‌افتد که در بستر هدف‌ها و سیاست‌های جاری سازمان خطاها کشف و اصلاح می‌شوند. از یادگیری تک حلقه‌ای به‌عنوان یادگیری انطباقی و یادگیری غیر راهبردی نیز نام برد (رهنورد، ۱۳۷۶). به‌عبارت‌دیگر، یادگیری تک حلقه‌ای به فرایندی اشاره می‌کند که در آن بازخورد، سبب بهبود فعالیت‌ها می‌شود تا به نتایج مقرر منجر شود (استام و ملمان، ۱۹۹۵).

¹. Argyris & Cshon

۲- یادگیری دو حلقه‌ای: زمانی اتفاق می‌افتد که سازمان خطا را کشف و اصلاح کند و هنجارها، رویه‌ها، سیاست‌ها و هدف‌های موجود را زیر سؤال برد و به تعدیل و اصلاح آن‌ها بپردازد. از این نوع یادگیری به‌عنوان یادگیری مولد؛ یادگیری سطح بالا و یادگیری راهبردی نیز نام می‌برند (رهنورد، ۱۳۷۶).

۳- یادگیری سه حلقه‌ای یا ثانویه: این یادگیری زمانی اتفاق می‌افتد که سازمان دو نوع یادگیری قبل را اجرا کند، به عبارت دیگر، یادگیری سه حلقه‌ای توانایی یادگرفتن است. دو فرم یادگیری اولیه صورت نمی‌گیرد، اگر سازمان آگاه نباشد که یادگیری باید اتفاق بیفتد (رهنورد، ۱۳۷۶). علاوه بر آن مایکل جی مارکوآرت^۱ (۱۹۹۵) چهار نوع یادگیری سازمانی را معرفی می‌کند (سبحانی نژاد و همکاران، ۱۳۸۵):

- یادگیری انطباقی^۲: زمانی اتفاق می‌افتد که یک فرد یا سازمان از تجربه و تفکر، یادگیری کسب می‌کند.
- یادگیری پیش‌بینی کننده^۳: زمانی اتفاق می‌افتد که سازمان از آینده مورد انتظار و مرجح چیزی را می‌آموزد.
- یادگیری ثانویه: به نظر مارکوآرت وقتی سازمان در یادگیری ثانویه درگیر و مشغول می‌شود، اعضای آن از زمینه‌های سازمانی ماقبل به‌منظور کسب یادگیری، آگاه می‌شوند. افراد درک می‌کنند که چه چیزی انجام داده‌اند که یادگیری را تسهیل کرده و یا مانع شده است تا بتوانند استراتژی‌های جدیدی را برای یادگیری ابداع کنند.
- یادگیری کنشی^۴: یادگیری عملی شامل کار بر روی مسائل واقعی، تمرکز بر یادگیری، آشنایی با معادله یادگیری حاصل شده و به کار بستن واقعی راه‌حل‌ها می‌باشد.

۲-۵- بررسی نظریه‌های پیرامون فرهنگ ایمنی بیمار

یکی از عواملی که نقش مؤثری در ارتقاء سطح ایمنی بیمار در مراکز بهداشتی دارد، وجود فرهنگ ایمنی بیمار در این مراکز است (اندرسون، ۲۰۰۶). درواقع، فرهنگ ایمنی بیمار، نشان‌دهنده میزان اولویت ایمنی بیماران از نظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آن‌ها است (میلیگان، ۲۰۰۷). مواردی از

^۱. Marquardt

^۲. Adaptive learning

^۳. Predictive learning

^۴. Action learning

قبیل عدم پنهان سازی خطاها و حوادث، آموزش کارکنان در زمینه ی امنیت بیمار، وجود سیستم گزارش دهی انواع خطاها، استفاده از داده های سیستم گزارش دهی در جهت بهبود فرایندها، کاهش سرزنش افراد، کار تیمی، ارتباط شفاف بین واحدها و توجه رهبری سازمان به امنیت از ویژگی های بارز چنین فرهنگی است (اسچوتز و همکاران^۱، ۲۰۰۷). گسترش و توسعه مفهوم خطاهای پزشکی مستلزم مطالعات بیشتر با محوریت و تمرکز بیشتر بر ایمنی بیمار می باشد (سعید و امیل، ۲۰۰۹).

فرهنگ ایمنی در یک سازمان حاصل ارزش های فردی و گروهی، نگرش ها، ادراکات، شایستگی ها و کسب و کارهای مدیریت ایمنی در سازمان است. سازمانی که دارای فرهنگ ایمنی مثبت است، به وسیله ی ارتباطات دوطرفه ی مبتنی بر اعتماد و درک مشترک از اهمیت ایمنی و اطمینان به کارایی شاخص های پیشگیرانه است (نیوا و سرا^۲، ۲۰۰۳).

پی بردن به اهمیت وافر فرهنگ ایمنی در افزایش ایمنی بیماران و کاهش خطاهای پزشکی سبب گردید که ابزارهای متعددی جهت سنجش وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز مختلف بهداشتی درمانی از جمله بیمارستان ها طراحی شود و پژوهش های متعددی در این زمینه صورت گیرد. چه بسا چالش کنونی بیمارستان های دولتی نظارت بر ایمنی بیمار در فرایندهای درمانی و غیر درمانی است (سعید و امیل، ۲۰۱۰). صاحب نظران معتقدند که 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 (گیبز^۳، ۲۰۰۵). می توان گفت که فرهنگ ایمنی بیمار یکی از عناصر اصلی ارتقای ایمنی و بهبود کیفیت مراقبت از بیمار می باشد و مهم ترین دغدغه افراد است (سکستون و همکاران^۴، ۲۰۰۶). در تحلیل مسائل مطرح در ایمنی بیمار دو سطح فردی و سیستمی مطرح است؛ در رویکرد فردی خطاها توسط کارکنان سلامت و به هنگام استفاده از روش های غیر ایمن رخ می دهد که حاصلش تنبیه است. در رویکرد مبتنی بر سیستم این گونه به نظر می رسد که بیشتر خطاها توسط سیستم های معیوب ایجاد شده و افراد را به سمت ارتکاب خطا یا ناتوانی در پیشگیری از آن رهنمون می کنند، بنابراین برای تأمین ایمنی بیمار می توان با اتخاذ نگرش سیستمی فرهنگ ایمنی بیمار را بهبود بخشید (مظفری و همکاران، ۲۰۱۳ و کوهن و همکاران^۵، ۲۰۰۰).

¹ Schutz

² Nieva & Sorra

³ Gibbs

⁴ Sexton & et al

⁵ Kohn & et al

با توجه به اهمیت ایمنی بیمار مدل‌های مختلفی برای ارتقاء آن ارائه شده است که یکی از آنها، مدل هفت گام به‌سوی ایمنی بیمار، آژانس ملی ایمنی بیمار انگلستان است که عبارت‌اند از (آژانس ملی ایمنی بیمار، ۲۰۰۴):

- ایجاد فرهنگ ایمنی بیمار
 - هدایت و حمایت از کارکنان
 - نهادینه کردن مدیریت ریسک در سازمان
 - تشویق گزارش خطا
 - استفاده از تجارب و نظرات بیماران و جامعه
 - یادگیری و به اشتراک‌گذاری تجارب و درس‌ها
 - ارائه راه‌حل‌های اجرایی برای جلوگیری از آسیب
- در این مدل، ایجاد فرهنگ ایمنی بیمار اولین گام جهت دستیابی به ایمنی بیمار بیان شده است (آژانس ملی ایمنی بیمار، ۲۰۰۴).
- کایسر (به نقل از ساویچ و فرد) هفت مشخصه از فرهنگ ایمنی را بیان می‌کند که عبارت است از (ساویچ و فرد^۱، ۲۰۰۸):

- اعلام خطر به کارکنان و افراد مسئول در مقابل کاهش خطر
- مشاهده و تشخیص خطا به‌عنوان فرصتی برای ارتقای ایمنی سیستم
- ایجاد محیط امن و غیر تنبیهی که افراد در کمال آرامش، خطاها را گزارش نمایند
- ارتباط به شیوه‌ای صادقانه و باز و قابلیت نگهداری اطلاعات به‌صورت قابل اعتماد
- گزارش دهی و یادگیری از خطاها از طریق مکانیسم‌های خاص
- جبران و پرداخت غرامت به افراد صدمه‌دیده در اثر خطا
- تعهد به ارزش‌ها و مسئولیت طلبی

همچنین مزایای ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار عبارت‌اند از (نیوا و سرا، ۲۰۰۳):

- تعیین وضعیت سازمان در ارتباط با حوادث ناخواسته
- کمک به تصمیم‌گیری جهت ارتقای ایمنی بیمار
- شناخت فرهنگ ایمنی و افزایش آگاهی ذینفعان
- ارزیابی مداخلات مرتبط با ایمنی بیمار و پیگیری تغییرات در طول زمان

¹ Savage & Ford

- بهینه کاوی داخلی و خارجی
- کمک به برآورده سازی الزامات قانونی و سایر الزامات

اجزای کلیدی فرهنگ ایمنی بیمار نیز عبارت‌اند از:

- شناسایی نقاطی که بروز اشتباهات و خطاها در آن‌ها زیاد است
- ایجاد محیطی عاری از سرزنش، به‌منظور انجام گزارش دهی صحیح و درست
- همکاری و تشریک‌مساعی در سازمان
- منابعی که سازمان برای ایمنی بیمار اختصاص می‌دهد

۲-۶- پیشینه تصویرسازی سازمانی

تصویر سازمان مقوله‌ای است که به‌صورت مشترک سازمان‌ها و مجموعه‌ی گسترده‌ای از مخاطبان و مشتریان آن را ایجاد و تعریف می‌کنند و به چالش می‌کشند. لذا با پیدا کردن شناخت و درکی بهتر از این مفهوم تا حدودی می‌توان بر تصویری که دیگران از سازمان دارند پی برد. نخستین نمود و ظهور اصطلاح "تصویرسازی سازمانی" را می‌توان از مقاله‌ای در هاروارد بیزینس ریویو در سال ۱۹۵۵ ردیابی کرد. در آن زمان، تعریف رایج از تصویرسازی، صرفاً وجهه و سیمایی بود که سازمانی در اذهان گروه‌ها و اجتماعات مرتبط با خود به وجود آورده و طبعاً بیشتر به جنبه‌های بصری سازمان‌ها گره‌خورده بود (بريستول، ۱۹۶۰ به نقل از لی^۱ ۲۰۰۴).

➤ تحقیقات داخلی در حوزه تصویرسازی سازمانی

باقری و عرفانی فر (۱۳۸۹) در پژوهش خود تحت عنوان طراحی مدل مؤلفه‌های مؤثر بر تصویرسازی دانشگاه امام صادق (ع)، مؤلفه‌های تأثیرگذار همچون هویت و فرهنگ دانشگاه، دانش‌آموختگان، گزینش و سایر عوامل بد ورود، شهرت و پیشینه خاص، ویژگی‌ها و عملکرد بخش‌های مختلف و محیط فیزیکی را به‌عنوان مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر تصویر دانشگاه شناسایی کرد. یافته‌های پژوهش وی نشان داد که هویت و فرهنگ، دانش‌آموختگان و عوامل بد ورود دارای بیشترین تأثیرگذاری بر تصویرسازی در دانشگاه امام صادق (ع) می‌باشند (باقری و عرفانی فر، ۱۳۸۹).

¹ Lee

دیواندري و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه‌ای با عنوان شناسایی و ارزیابی عوامل مؤثر بر تصویرسازمانی با رویکرد تحقیق آمیخته، به بررسی عناصر اصلی پیاده‌سازی راهبردهای برندینگ در صنعت بانکداری پرداختند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که چهار متغیر تصویرسازمانی، تصور از کارکنان، تصور از خدمات و تصور از شعب، اصلی‌ترین ابعاد ذهنی برند بانک‌ها بوده و تصویرسازمانی به‌عنوان یکی از منابع ایجادکننده ارزش ویژه برند تحت تأثیر سه عامل دیگر قرار می‌گیرد؛ بنابراین، تصور از کارکنان، تصور از خدمات و تصور از شعب اصلی‌ترین عناصر پیاده‌سازی راهبرد برند در صنعت بانکداری محسوب می‌شوند (دیواندري و همکاران، ۱۳۹۰).

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. طبق نتیجه آزمون تحلیل عاملی و رگرسیون خطی به این نتیجه دست‌یافتند که رابطه قوی و معناداری بین متغیرهای محیط فیزیکی و تصویر ذهنی سازمان وجود دارد (صالح نیا و همکاران، ۱۳۹۱).

دولت آبادی و همکارانش (۱۳۹۲)، در مطالعه‌ای تحت عنوان "تحلیل تأثیر مسئولیت اجتماعی شرکت بر تصویر ذهنی، تصویر عملکردی وفاداری برند" به بررسی تأثیر مسئولیت اجتماعی شرکتی، بر وفاداری برند از طریق نقش میانجی‌گری تصویر برند در میان ۱۳۰ نفر از مشتریان بانک شهر اصفهان می‌پردازد. نتیجه این پژوهش، نشان می‌دهد که مسئولیت‌های قانونی، اخلاقی و وفاداری مشتریان با پل ارتباطی تصاویر عملکردی و ذهنی به هم متصل می‌شوند. به بیان رساتر و دقیق‌تر، ارتباط وفاداری با تصویر ذهنی ادراک‌شده مشتریان، مستحکم‌تر از تصویر عملکردی تشخیص داده شد (دولت آبادی و همکاران، ۱۳۹۲). در مطالعه‌ای باهدف "بررسی توسعه محصول سبز و تأثیر آن بر تصویر ذهنی مشتریان با رویکرد مدل‌سازی معادلات ساختاری در صنایع مواد غذایی استان یزد" به بررسی تأثیر میان متغیرها پرداخته شد. جهت نیل به این هدف، پس از بررسی هرکدام از این متغیرها یک مدل مفهومی با شش متغیر (توسعه محصول سبز، کیفیت خدمات، رضایت مشتری، هویت سازمان، وفاداری مشتری و تصویر ذهنی سازمان) پیشنهاد شد که با استفاده از رویکرد مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزار آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که؛ توسعه محصول سبز به‌صورت مستقیم بر هویت سازمان تأثیر دارد. همچنین توسعه محصول سبز به‌صورت غیرمستقیم و از طریق متغیر میانجی کیفیت خدمات بر تصویر ذهنی سازمان تأثیر مثبت دارد و درنهایت رضایت مشتری نیز بر وفاداری مشتری و تصویر ذهنی سازمان تأثیر مثبت و معناداری دارد (عندلیب اردکانی و کشاورز، ۱۳۹۵).

تحقیقات بین‌المللی در حوزه تصویرسازی

موری (۱۹۷۱) اولین تحقیق را در زمینه‌ی تصویر ذهنی از دانشگاه انجام داد و به بررسی تأثیر تصویر ذهنی بر روی تصمیم‌گیری دانشجویان پرداخت. وی در این تحقیق به مقایسه تصویر ذهنی سه دانشکده و دو گروه از دانشجویان سال اول و دوم پرداخت و نتایج این تحقیق نشان داد که نه تنها تصاویر ذهنی دانشجویان سال اول و دوم با یکدیگر متفاوت است بلکه تصاویر ذهنی از دانشکده‌ها نیز بر اساس نیازها و انتظارات دانشجویان متفاوت می‌باشد (موری^۱، ۱۹۷۱).

کندی (۱۹۷۷) در تحقیقات خود دریافت که تصویر ذهنی شامل دو جزء می‌باشد: جزء کارکردی و احساسی. جزء کارکردی شامل محرک‌های ملموس بوده که به سادگی مورد سنجش قرار می‌گیرند مانند دارایی‌های فیزیکی، در حالی که جزء احساسی مرتبط با شرایط روان‌شناختی که از طریق احساسات و نگرش‌ها قابل درک هستند (کندی، ۱۹۷۷).

آرپان و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود با عنوان رویکرد شناختی در درک تصویر دانشگاهی با رویکرد روان‌شناسی شناختی، در بین دو گروه انجام دادند تا ادراک و تصورات گروه‌ها در مورد تصویر دانشگاهی مورد ارزیابی قرار گیرد. مؤلفه‌های عوامل دانشگاهی، ورزشی و رسانه‌ای در گروه اول (دانشجویان) و مؤلفه‌های ترکیبی ویژگی‌های دانشگاهی، پوشش رسانه‌ای، قهرمانی ورزشی و سطح تسهیلات در گروه دوم (بزرگسالان غیر دانشجو)، مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد مؤلفه‌های مؤثر در درک و ایجاد تصویرسازی، در بین دانشجویان و بزرگسالان غیر دانشجو تا حدی متفاوت است. مؤلفه‌های ویژگی‌های دانشگاهی و قهرمانی ورزشی بیشترین تأثیر را در بین بزرگسالان غیر دانشجو داشت (آرپان و همکاران، ۲۰۰۳).

لیونز و مالر^۲ (۲۰۱۱) در پژوهش خود با عنوان بررسی تصویرسازی در استخدام از طریق وبسایت به کشف این موضوع پرداختند که آیا تصویرسازی در ارتباط بین ویژگی‌های وبسایت واحد جذب سازمان نقشی دارد و آیا ارتباط بین تخصص شغلی فرد واحد جذب را تعدیل می‌کند؟ یافته‌ها نشان داد که ارتباط کاملی بین جلوه‌های ویژه وبسایت واحد جذب سازمان وجود دارد و همچنین رابطه بین تخصص شغلی فرد و جذب سازمانی را تعدیل می‌کند. یافته‌ها همچنین به اهمیت روابط مثبت بین تصویرسازی و جذب سازمان تأکید دارند. علاوه بر این سازمان‌ها باید عکس‌العمل داوطلبان را نسبت

¹ Morey

² Lyons & Marler

به صفحه وب، مورد ارزیابی قرار دهند. چون صفحات وب در نگرش و ادراک مثبت داوطلبان به کار تأثیر بسزایی دارد (لیونز و مالر، ۲۰۱۱).

من و استاکس^۱ (۲۰۱۲)، در پژوهش خود با عنوان تأثیر سبک رهبری و توانمندسازی کارکنان در کسب شهرت توانمندسازی کارکنان پرداختند. جامعه آماری پژوهش ۷۰۰ نفر از بین ۵۰۰ شرکت در ایالت متحده آمریکا در سال ۲۰۱۱ به طور تصادفی انتخاب شدند. یافته‌ها نشان داد رهبری تحول‌گرا، تصورات کارکنان و شهرت سازمانی را به طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق توانمندسازی، تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ اما رهبری سودگرانه به طور غیرمستقیم در ایجاد تصویرسازمانی تأثیر منفی دارد. کارکنانی که از طریق مشارکت در تصمیم‌گیری و کسب شایستگی احساس توانمندی می‌کنند ارزیابی مطلوبی از شهرت سازمانی خواهند داشت (من و استاکس، ۲۰۱۲).

راتیو و همکاران^۲ (۲۰۱۳) به بررسی تصویرسازمانی و عملکرد سازمانی پلیس از دیدگاه شهروندان رومانیایی پرداختند، تجزیه و تحلیل نشان داد که "ایمنی" به عنوان شاخص مهم تصویرسازمانی و "لباس فرم" به عنوان کمترین صفت مشخصه پلیس شناخته شد (راتیو و همکاران، ۲۰۱۳).

سیان و سراوی (۲۰۱۴) در پژوهش خود با عنوان «زیر چتر شهرت، مروری یکپارچه بر تصویرسازمانی، هویت‌سازمانی، فرهنگ‌سازمانی، تصویر طراحی‌شده» ارتباط بین این متغیرها را بررسی کردند. یافته‌ها نشان داد که بین هویت‌سازمانی و فرهنگ‌سازمانی ارتباط درونی وجود دارد و همچنین تصویر طراحی‌شده و کسب‌شده با هویت‌سازمانی در ارتباط مستقیم هستند. در نهایت، شهرت همانند چتری همه این مفاهیم را در بردارد (سیان و سراوی، ۲۰۱۴).

ترن (۲۰۱۵) در پژوهش خود با عنوان کشف فرآیند تشکیل تصویرسازمانی، بر اساس مدل مفهومی می‌کوشد تا نیاز به کشف فرآیند تشکیل تصویرسازمانی را توسعه بخشد و بتواند تعریف جامعی از آن را ارائه دهد. در تحقیق وی ارتباط پیچیده بین تصویرسازمانی، شهرت سازمانی، ارتباط سازمانی و هویت‌سازمانی مورد بررسی قرار گرفته است. این تحقیق هفت بعد مختلف و کلیدی تصویرسازمانی را نشان می‌دهد. ابعادی مانند عواطف مثبت، تأثیرات محیطی، تأثیرات دیداری، ظاهر آنلاین، وضعیت ظاهری کارکنان، رفتار و نگرش، ارتباطات بیرونی. یافته‌های پژوهش وی نشان داد که زمان و تجربه برای تصویرسازمانی، شهرتی ماندگار را به وجود می‌آورد که شامل پنج سطح: آگاهی، آشنایی، مطلوبیت،

¹ Men & Stacks

² Ratiu & et al

اعتماد و حمایت عمومی است. همچنین، ظاهر آنلاین دانشگاه بیشترین تأثیر را در ایجاد تصویر ماندگار دارد. دانشگاه باید تلاش کند تا این تصویر در اذهان مردم باقی بماند (ترن، ۲۰۱۵).

پرز و تورس^۱ (۲۰۱۶) در مقاله‌ای تحت عنوان، ارزیابی تصویرسازمانی از یک دانشگاه در مکزیک، به بررسی تأثیر تصویرسازمانی در آموزش عالی پرداختند. نتایج این تحقیق نشان داد که ویژگی‌های روان‌سنجی برای ارزشیابی ساختار مؤسسات، تفاوت معناداری با تصویرسازمانی در هر موسسه دارد (پرز و تورس، ۲۰۱۶).

خلاصه پیشینه تحقیق تصویرسازمانی را می‌توان در جدول ۲-۶ مشاهده نمود.

جدول ۲-۶: خلاصه پیشینه تحقیق تصویرسازمانی

پژوهشگر	موضوع پژوهش	نتایج پژوهش
باقری و عرفانی فر (۱۳۸۹)	طراحی مدل مولفه‌های موثر بر تصویرسازمانی در دانشگاه امام صادق (ع)	هویت و فرهنگ، دانش‌آموختگان و عوامل بدو ورود دارای بیشترین تأثیر بر تصویر سازمان در این دانشگاه می‌باشند.
دیواندری و همکاران (۱۳۹۰)	شناسایی و ارزیابی عوامل موثر بر تصویرسازمانی با رویکرد تحقیق آمیخته در صنعت بانکداری	چهار متغیر تصویرسازمانی، تصور از کارکنان، تصور از خدمات و تصور از شعب اصلی‌ترین ابعاد ذهنی تصویر بانک‌ها می‌باشند.
صالح نیا و همکاران (۱۳۹۱)	بررسی رابطه بین محیط فیزیکی بیمارستان و تأثیر ذهنی سازمان از دیدگاه مشتریان در بیمارستان‌های وابسته به تأمین اجتماعی و علوم پزشکی شهر اصفهان	رابطه قوی و معناداری بین متغیرهای محیط فیزیکی و تصویر ذهنی وجود دارد.
دولت آبادی و همکاران (۱۳۹۲)	تحلیل تأثیر مسئولیت اجتماعی شرکت بر تصویر ذهنی، تصویر عملکردی و وفاداری برند در بانک شهر اصفهان	ارتباط و وفاداری با تصویر ذهنی ادراک شده مشتریان، مستحکم‌تر از تصویر عملکردی تشخیص داده شده است.
عندلیب اردکانی و کشاورز (۱۳۹۵)	بررسی توسعه محصول سبز و تأثیر آن بر تصویر ذهنی مشتریان با رویکرد مدلسازی معادلات ساختاری در صنایع غذایی استان یزد	رابطه مثبت و معناداری بین متغیرها برقرار است.
موری (۱۹۷۱)	بررسی تأثیر تصویر ذهنی بر روی تصمیم‌گیری دانشجویان	تصاویر ذهنی از دانشکده‌ها بر اساس نیازها و انتظارات متفاوت می‌باشد.
کندی (۱۹۷۷)	اجزای تصویر ذهنی سازمان	تصویرسازمانی شامل دو جزء کارکردی و احساسی می‌باشد.

¹ Perez & Torres

پژوهشگر	موضوع پژوهش	نتایج پژوهش
آرپان و همکاران (۲۰۰۳)	رویکرد شناختی در درک تصویر دانشگاهی با رویکرد روان شناسی شناختی	مولفه‌های موثر در درک و ایجاد تصویر سازمانی، در بین دانشجویان و بزرگسالان غیردانشجو تا حدی متفاوت است.
لیونز و مالر (۲۰۱۱)	بررسی تصویرسازمانی در استخدام از طریق وب سایت	بین تصویرسازمانی و جذب نیرو در سازمان ارتباط مستقیمی وجود دارد.
من و استاکس (۲۰۱۲)	تأثیر سبک رهبری و توانمندسازی کارکنان در کسب شهرت توانمندسازی کارکنان در ایالت متحده آمریکا	رهبری سودگرانه به طور غیر مستقیم در ایجاد تصویرسازمانی تأثیر منفی دارد.
راتیو و همکاران (۲۰۱۳)	بررسی تصویرسازمانی و عملکرد سازمانی پلیس از دیدگاه شهروندان رومانیایی	"ایمنی" به عنوان شاخص مهم تصویرسازمانی و "لباس فرم" به عنوان کم‌ترین صفت مشخصه پلیس شناخته شد.
سیان و سراوی (۲۰۱۴)	زیر چتر شهرت، مروری یکپارچه بر تصویرسازمانی، هویت سازمانی، فرهنگ سازمانی و تصویر کسب شده	بین هویت و فرهنگ سازمانی ارتباط مثبتی وجود دارد و همچنین تصویر کسب شده با هویت سازمانی ارتباط مستقیم دارد. زمان و تجربه برای تصویرسازمانی، شهرتی ماندگار را به وجود می‌آورد.
ترن (۲۰۱۵)	کشف فرآیند تشکیل تصویرسازمانی بر اساس مدل مفهومی	ظاهر آنلاین دانشگاه بیشترین تأثیر را در ایجاد تصویر ماندگار دارد.
پرز و تورس (۲۰۱۶)	ارزیابی تصویرسازمانی از یک دانشگاه در مکزیک	ویژگی‌های روان‌سنجی برای ارزشیابی ساختار موسسات تفاوت معناداری با تصویرسازمانی در هر موسسه دارد.

۲-۷- پیشینه مدیریت کیفیت جامع

واژه کنترل کیفیت اولین بار در مقاله‌ای در سال ۱۹۶۹ توسط فیجن بام^۱ معرفی شد. مدیریت کیفیت جامع در آمریکا در حدود سال ۱۹۸۰ که در ابتدا برای پاسخی به چالش‌های رقابتی شرکت‌های ژاپنی بود، شروع شد. تشخیص مدیریت کیفیت جامع به عنوان یک مزیت رقابتی در سراسر جهان خصوصاً

¹ feigenbaum

کشورهای غربی سریعاً گسترش یافت و امروزه شرکت‌های محدودی هستند که واژه‌ی مدیریت کیفیت جامع را نادیده بگیرند (دیان^۱ و بون^۲، ۱۹۹۴).

➤ تحقیقات داخلی در حوزه مدیریت کیفیت جامع

مقاله‌ای تحت عنوان "بررسی عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران" توسط تورانی و همکاران (۱۳۸۷) انجام شد. در این مقاله هشت عامل تأثیرگذار بر اجرای مدیریت کیفیت جامع (توجه به مشتری، توجه مدیران به فرهنگ سازمانی، مشارکت کارکنان، توسعه منابع انسانی، کار تیمی، تعهد رهبری، ارتباطات مناسب سازمانی و ساختار مناسب) در بین ۹۰ نفر از مدیران و سرپرستان بیمارستان موردسنجش قرار گرفت. نتایج نشان داد که از بین هشت عامل مؤثر، توجه به مشتری، ارتباطات مناسب سازمانی و ساختار مناسب از وضعیت مطلوبی برخوردار بودند اما پنج عامل دیگر در وضعیت متوسط قرار داشتند (تورانی و همکاران، ۱۳۸۷). گیلانی نیا و موسویان (۱۳۸۹) در مطالعه خود به تأثیر سطوح مختلف ابعاد مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد شرکت‌های بیمه کشور ایران پرداختند. مطالعات نشان می‌دهد مشتریان به لحاظ تماس نزدیک با ارائه‌دهندگان خدمت و مشارکت در فرآیند خدمت در موقعیت مناسبی برای سنجش کیفیت خدمات هستند همچنین تأثیر سطوح مختلف ابعاد مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد شرکت‌های بیمه کشور ایران متفاوت است (گیلانی نیا و موسویان، ۱۳۸۹).

احمدی و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیقی به بررسی رابطه بین رفتار شهروندی سازمانی، مدیریت کیفیت جامع و عملکرد شرکت‌های صنعتی استان تهران پرداختند و به این نتیجه رسیدند که رفتار شهروندی سازمانی تأثیر مستقیمی بر عملکرد سازمانی شرکت‌های صنعتی استان تهران ندارد بلکه از طریق به‌کارگیری یک روش مدیریتی مانند استقرار مدیریت کیفیت جامع است که رفتار شهروندی سازمانی با رضایت مشتریان و بهره‌وری به‌عنوان دو فاکتور مهم عملکرد سازمانی ارتباط پیدا می‌کند؛ بنابراین مدیریت کیفیت جامع نقش مهمی در ارتباط بین رفتار شهروندی سازمانی و عملکرد شرکت‌های صنعتی ایجاد می‌کند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۱).

اکبری و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای به بررسی نقش تعدیل‌کنندگی یادگیری سازمانی در رابطه بین مدیریت کیفیت جامع و عملکرد نوآورانه در شرکت ایران دارو پرداختند. نتایج نشان داد که بین فعالیت‌های مدیریت کیفیت جامع و یادگیری سازمانی، بین یادگیری سازمانی و عملکرد نوآورانه و بین

¹ dean

² Bowen

مدیریت کیفیت جامع و عملکرد نوآورانه رابطه معناداری وجود دارد. همچنین یادگیری سازمانی در ارتباط میان مدیریت کیفیت جامع و عملکرد نوآورانه نقش تعدیل‌کننده را دارد (اکبری و همکاران، ۱۳۹۲).

پژوهشی تحت عنوان "تأثیر مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد بانک‌ها: نقش میانجی بازار گرایی در استان گیلان" توسط آذر و همکاران (۱۳۹۴) صورت پذیرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که مدیریت کیفیت جامع و بازار گرایی تأثیر مثبت و معناداری بر عملکرد سازمان دارد و همچنین بازار گرایی می‌تواند در اثرگذاری مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد نقش واسطه را ایفا نماید (آذر و همکاران، ۱۳۹۴).

➤ تحقیقات بین‌المللی در حوزه مدیریت کیفیت جامع

سامسون و ترزیوسکی^۱ (۱۹۹۹)، در مقاله خود به بررسی رابطه بین اقدامات مدیریت کیفیت جامع و عملکرد عملیاتی در یک جامعه بزرگ متشکل از ۱۲۰۰ سازمان در نیوزلند و استرالیا پرداختند. نتایج نشان داد که ارتباط مثبت و معناداری بین مدیریت کیفیت جامع و عملکرد عملیاتی وجود دارد (سامسون و ترزیوسکی، ۱۹۹۹).

توکلی، به بررسی نقش جوایز کیفیت در یادگیری سازمانی (با تأکید بر واحدهای تحت پوشش وزارت دفاع) پرداخت. وی دریافت که هم معیارها و ارزش‌های محوری حاکم بر جوایز کیفیت و هم نظام‌ها و فرایندهای حاکم بر جوایز کیفیت موجب تقویت یادگیری سازمانی می‌شود (توکلی، ۲۰۰۱).

پراجوگو سوهال^۲، به بررسی شیوه‌های چندبعدی مدیریت کیفیت جامع در تعیین کیفیت عملکرد و نوآوری در صنایع استرالیا پرداختند. نتایج نشان داد که مدیریت کیفیت جامع از بعد شیوه‌های مکانیکی و ارگانیک، رابطه معناداری با کیفیت عملکرد و نوآوری دارد (پراجوگو سوهال، ۲۰۰۴).

تحقیقی با عنوان بررسی تأثیر مدیریت کیفیت جامع بر نوآوری سازمان در سال (۲۰۰۶) انجام شد. نتایج تحقیق نشان داد که مدیریت کیفیت جامع تأثیر مثبت و معناداری بر نوآوری در کشورهای توسعه‌یافته دارد (هوآنگ و همکاران، ۲۰۰۶).

حسین بیگی و همکاران (۲۰۰۹)، به بررسی یادگیری سازمانی از طریق حلقه‌های کنترل کیفیت در شرکت‌های قطعه‌سازی ایرانی پرداختند و دریافتند که ایجاد حلقه‌های کنترل کیفیت در شرکت‌های قطعه‌سازی ایرانی می‌تواند ابزار مناسبی برای ورود به برخی تغییرات سازمانی و مکمل یادگیری سازمانی برخاسته از محتوای مدیریت کیفیت جامع باشد (حسین بیگی و همکاران، ۲۰۰۹).

¹ Samson & Terziovski

² Prajogo & Sohal

در پژوهشی باهدف "یکپارچگی بین مدیریت کیفیت جامع و مدیریت تکنولوژی بر شاخص عملکرد کیفیت و نوآوری" به بررسی رابطه بین مدیریت کیفیت جامع و مدیریت تکنولوژی پرداخته شد. نتیجه این پژوهش نشان داد که مدیریت کیفیت جامع دارای قدرت پیش‌بینی قوی برای عملکردهای کیفی سازمان است ولی هیچ‌گونه رابطه مشخص و قابل‌توجهی با عملکردهای نوآوری ندارد (فارسیجانی و نیستانی، ۲۰۱۰).

در تحقیقی با عنوان "تأثیر مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد نوآوری" به بررسی رابطه میان مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد نوآوری در صنعت‌های با تکنولوژی بالا در کشور تایوان پرداخته شد. نتیجه این تحقیق نشان داد که مدیریت کیفیت جامع و به‌ویژه مؤلفه بهبود مستمر تأثیر ویژه‌ای بر عملکرد نوآوری دارد (هونگ و همکاران^۱، ۲۰۱۱).

هنرپور 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 (هنرپور و اسدی، ۲۰۱۲).

نورارزی و فیض^۲ (۲۰۱۴) به بررسی رابطه بین مدیریت کیفیت جامع و عملکرد شرکت‌های کوچک و متوسط با نقش میانجی یادگیری سازمانی در مالزی پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که مدیریت کیفیت جامع، یادگیری سازمانی و عملکرد شرکت رابطه مثبت و معناداری با یکدیگر دارند. همچنین یادگیری سازمانی نقش مثبتی به‌عنوان متغیر میانجی در تأثیر مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد شرکت-ها دارد (نورارزی و فیض، ۲۰۱۴).

لاپینا و همکاران (۲۰۱۵)، به بررسی نقش فرهنگ سازمان در مدیریت کیفیت دانشگاه در دانشکده فنی ریگا پرداختند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که فرهنگ سازمانی زمینه را برای عامل مدیریت کیفیت فراهم می‌کند و به‌طور مستقیم به توسعه سازمان منجر می‌شود (لاپینا و همکاران، ۲۰۱۵).

در پژوهشی تحت عنوان، مدیریت کیفیت در مؤسسات آموزش عالی، به بررسی وضعیت مدیریت کیفیت در مؤسسات آموزش عالی در کشور ترکیه (۲۴۱ دانشکده و مؤسسات عالی) پرداخته شد. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد اگرچه در سال‌های اخیر مؤسسات آموزش عالی ترکیه تلاش‌های فراوانی در راستای کیفیت انجام داده‌اند اما هنوز راه طولانی در پیش دارند (کارا و همکاران، ۲۰۱۶).

خلاصه پیشینه تحقیق مدیریت کیفیت جامع را می‌توان در جدول ۲-۷ مشاهده نمود.

¹ Hung & et al

² Nurazree & Faiz

جدول ۲-۷: خلاصه پیشینه تحقیق مدیریت کیفیت جامع

پژوهشگر	موضوع پژوهش	نتایج پژوهش
تورانی و همکاران (۱۳۸۷)	بررسی عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران	بین ۸ عامل مؤثر، توجه به مشتری، ارتباطات مناسب سازمانی و ساختار مناسب از وضعیت مطلوبی برخوردار بودند اما ۵ عامل دیگر در وضعیت متوسط قرار داشتند.
گیلانی‌نیا و موسویان (۱۳۸۹)	بررسی تأثیر سطوح مختلف ابعاد مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد شرکت‌های بیمه کشور ایران	تأثیر سطوح مختلف ابعاد مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد شرکت‌های بیمه متفاوت است.
احمدی و همکاران (۱۳۹۱)	بررسی رابطه بین رفتار شهروندی سازمانی، مدیریت کیفیت جامع و عملکرد شرکت‌های صنعتی استان تهران	مدیریت کیفیت جامع نقش مهمی در ارتباط بین رفتار شهروندی و عملکرد شرکت‌های صنعتی ایجاد می‌کند.
اکبری و همکاران (۱۳۹۲)	بررسی نقش تعدیل‌کنندگی یادگیری سازمانی در رابطه بین مدیریت کیفیت جامع و عملکرد نوآورانه در شرکت ایران دارو	بین فعالیت‌های مدیریت کیفیت جامع و یادگیری سازمانی، بین یادگیری سازمانی و عملکرد نوآورانه و بین مدیریت کیفیت جامع و عملکرد نوآورانه رابطه معناداری وجود دارد.
آذر و همکاران (۱۳۹۴)	تأثیر مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد بانک‌ها با نقش میانجی بازارگرایی در استان گیلان	مدیریت کیفیت جامع و بازارگرایی تأثیر مثبت و معناداری بر عملکرد سازمان دارد و بازارگرایی می‌تواند در اثرگذاری مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد نقش واسطه را ایفا کند.
توکلی (۲۰۰۱)	بررسی نقش جوایز کیفیت در یادگیری سازمانی با تأکید بر واحدهای تحت پوشش وزارت دفاع	معیارها و ارزش‌های محوری حاکم بر جوایز کیفیت و همچنین نظام‌ها و فرایندهای حاکم بر جوایز کیفیت موجب تقویت یادگیری سازمانی می‌شود.
پراجوگو و سوهال (۲۰۰۴)	بررسی شیوه‌های چند بعدی مدیریت کیفیت جامع در تعیین کیفیت عملکرد و نوآوری در صنایع استرلیا	مدیریت کیفیت جامع از بعد شیوه‌های مکانیکی و ارگانیک رابطه معناداری با کیفیت عملکرد و نوآوری دارد.
هوانگ و همکاران (۲۰۰۶)	بررسی تأثیر مدیریت کیفیت جامع بر نوآوری در کشورهای توسعه یافته	مدیریت کیفیت جامع تأثیر مثبت و معناداری بر نوآوری در کشورهای توسعه یافته دارد.
حسین بیگی و همکاران (۲۰۰۹)	بررسی یادگیری سازمانی از طریق حلقه‌های کنترل کیفیت در شرکت‌های قطعه‌سازی ایرانی	ایجاد حلقه‌های کنترل کیفیت می‌تواند ابزار مناسبی برای ورود به برخی تغییرات سازمانی و مکمل یادگیری سازمانی برخاسته از محتوای مدیریت کیفیت جامع باشد.

پژوهشگر	موضوع پژوهش	نتایج پژوهش
فارسیجانی و نیستانی (۲۰۱۰)	بررسی یکپارچگی بین مدیریت کیفیت جامع و مدیریت تکنولوژی بر شاخص عملکرد کیفیت و نوآوری	مدیریت کیفیت جامع دارای قدرت پیش‌بینی قوی برای عملکردهای کیفی سازمان است ولی هیچگونه رابطه مشخص و قابل توجهی با عملکردهای نوآوری ندارد.
هونگ و همکاران (۲۰۱۱)	بررسی تأثیر مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد نوآوری در صنعت‌های با تکنولوژی بالا در تایوان	مدیریت کیفیت جامع، به‌ویژه مولفه بهبود مستمر تأیید ویژه‌ای بر عملکرد نوآوری دارد.
هنریور و همکاران (۲۰۱۲)	بررسی رابطه بین مدیریت کیفیت جامع، مدیریت دانش و نوآوری	مدیریت کیفیت جامع تأثیر مثبتی بر مدیریت دانش و نوآوری در سازمان دارد.
نورارزی و فیض (۲۰۱۴)	بررسی تأثیر مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد شرکت‌های متوسط مالزی با میانجی‌گری یادگیری سازمانی	مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد شرکت‌ها و یادگیری سازمان تأثیر مثبت دارد. همچنین یادگیری سازمانی نقش مثبتی به‌عنوان متغیر میانجی در تأثیر مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد شرکت‌ها دارد.
لاپینا و همکاران (۲۰۱۵)	بررسی نقش فرهنگ سازمانی در مدیریت کیفیت دانشگاه در دانشکده فنی ریگا	فرهنگ سازمانی زمینه را برای عامل مدیریت کیفیت فراهم می‌کند و به طور مستقیم منجر به توسعه سازمان می‌شود.
کارا و همکاران (۲۰۱۶)	مدیریت کیفیت جامع در موسسات آموزش عالی در کشور ترکیه	گرچه در سال‌های اخیر موسسات آموزش عالی ترکیه تلاش‌های فراوانی در راستای کیفیت انجام داده‌اند اما هنوز راه طولانی در پیش دارند.

۲-۸- پیشینه یادگیری سازمانی

به نظر می‌رسد واژه‌ی یادگیری سازمانی اولین بار توسط سائیرت و مارچ در مطالعه اولیه‌شان روی جنبه‌های رفتاری تصمیم‌گیری سازمانی در سال ۱۹۶۳ به‌کاررفته است (داوس^۱، ۲۰۰۳)؛ اما برخی بر این باورند که توجه محافل دانشگاهی به چگونگی یادگیری سازمان‌ها به دهه‌ی ۱۹۵۰ بازمی‌گردد (بایراکتاراولو کوتانیز^۲، ۲۰۰۳). صرف‌نظر از تاریخ دقیق شروع بحث یادگیری سازمانی، این موضوع تا

¹. Dawes

². Bayraktaroglu & Kutanziz

اواخر دهه‌ی ۱۹۷۰ توجه چندانی را به خود جلب نکرد. در این هنگام بود که تعدادی از نظریه‌پردازان، فعالیت‌های خود را بر یادگیری سازمانی متمرکز کردند.

➤ تحقیقات داخلی در حوزه یادگیری سازمانی

شریفی و اسلامی (۱۳۸۷) در پژوهش خود با عنوان «بررسی رابطه میان یادگیری سازمانی و به‌کارگیری فناوری اطلاعات در دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار در سال تحصیلی ۸۶-۸۷» به این نتیجه رسیدند که بین یادگیری سازمانی و به‌کارگیری فناوری ارتباطات و اطلاعات در دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار رابطه‌ی معناداری وجود دارد (شریفی و اسلامی، ۱۳۸۷).

در تحقیقی بر روی اعضای هیئت‌علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، به بررسی رابطه بین فرهنگ سازمانی، یادگیری سازمانی و مدیریت دانش پرداخته شد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که میان فرهنگ سازمانی و یادگیری سازمانی با مدیریت دانش رابطه معناداری وجود دارد (جاودانی، ۱۳۸۹).

علامه و مقدمی (۱۳۸۹) به بررسی رابطه میان یادگیری سازمانی و عملکرد سازمانی در واحد نیرومحرکه شرکت ایران خودرو پرداختند. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که یادگیری سازمانی با عملکرد سازمانی رابطه معناداری دارد (علامه و مقدمی، ۱۳۸۹).

میرکمالی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود با عنوان "بررسی رابطه رهبری تحول‌آفرین با یادگیری سازمانی (مورد مطالعه: شرکت سایپا)" به این نتیجه رسیدند که بین مؤلفه‌های رهبری تحول‌آفرین و مؤلفه‌های یادگیری سازمانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (میرکمالی و همکاران، ۱۳۹۰).

مطالعه‌ای با عنوان تأثیر هوش سازمانی بر یادگیری سازمانی انجام شد. جامعه آماری این مطالعه کارکنان مجتمع پزشکی و ام آر آی شیراز بودند. نتایج این مطالعه نشان داد که هوش سازمانی بر یادگیری سازمانی تأثیر مثبت و معناداری دارد (حسینی و چلی سریل، ۱۳۹۲).

مظلومی و همکاران (۱۳۹۳) به بررسی رابطه میان یادگیری سازمانی، بهبود مستمر و اعتماد میان سازمانی با عملکرد سازمانی در شرکت‌های نمایندگی خدمات بیمه‌ای پرداختند. نتایج نشان داد که رابطه معناداری میان یادگیری سازمانی، اعتماد میان سازمانی، بهبود مستمر و عملکرد سازمانی وجود دارد (مظلومی و همکاران، ۱۳۹۳).

پژوهشی با عنوان "تأثیر رهبری تحول‌آفرین و یادگیری سازمانی بر کاهش سکوت سازمانی (مورد مطالعه: کارکنان بانک سپه استان تهران)" انجام شد. نتایج تحقیق نشان داد که متغیرهای کسب رهبری تحول‌آفرین و یادگیری سازمانی هر دو در کاهش سکوت سازمانی مؤثر بوده‌اند. همچنین با توجه به

ضرایب مسیر به دست آمده می‌توان گفت سهم یادگیری سازمانی در کاهش سکوت سازمانی بیشتر از رهبری تحول‌آفرین بوده است (فرهادی و همکاران، ۱۳۹۴).

پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر استقلال شغلی کارکنان بر ارتقای عملکرد فردی و سازمانی با میانجی‌گری یادگیری فردی و یادگیری سازمانی انجام شد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که استقلال شغلی بر یادگیری سازمانی، یادگیری فردی، عملکرد فردی و عملکرد سازمانی رابطه مثبت و معناداری دارد (قنبری و همکاران، ۱۳۹۵).

➤ تحقیقات بین‌المللی در حوزه یادگیری سازمانی

نیفه (۲۰۰۱) در پژوهشی با عنوان «مقایسه‌ی مؤلفه‌های یادگیری سازمانی در دانشگاه‌هایی که پروژه‌ی بهبود کیفیت علمی (AQIP^۱) را اجرا کرده‌اند (دانشگاه‌های مدرن) و دانشگاه‌هایی که این پروژه را اجرا نکرده‌اند (دانشگاه‌های سنتی)»، انجام داده است. نتایج این پژوهش نشان داد که بین مؤلفه‌های یادگیری سازمانی در دانشگاه‌های سنتی و مدرن تفاوت وجود دارد. باوجودی که بیشتر دانشگاه‌های مورد مطالعه (مدرن و سنتی) از ویژگی‌های عمده‌ی یادگیری سازمانی برخوردار بوده‌اند. ولی شاخص کلی یادگیری سازمانی نشان داد که میزان یادگیری سازمانی دانشگاه‌های مدرن نسبت به دانشگاه‌های سنتی در سطح بالاتری قرار دارد (نیفه، ۲۰۰۱).

کراسان^۲ و بردرو (۲۰۰۳) در تحقیقی پیرامون یادگیری سازمانی و نوسازی راهبردی، دریافت که یادگیری سازمانی، کارایی سازمان را بهبود می‌بخشد که این بهبود وضعیت توسط مشتریان قابل ارزیابی است. وی همچنین اجرایی کردن برنامه‌های یادگیری سازمانی را در ایجاد مزیت رقابتی برای سازمان، مهم تلقی کرده است (کراسان و بردرو، ۲۰۰۳).

پژوهشی با عنوان بررسی ارتباط بین فرهنگ یادگیری سازمانی، رضایت شغلی و تعهد سازمانی در بین شرکت‌های با مالکیت خصوصی و دولتی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که فرهنگ یادگیری سازمان دارای رابطه‌ای مثبت با تعهد سازمانی و رضایت شغلی می‌باشد و فرهنگ یادگیری سازمانی پیش‌بینی کننده این دو متغیر می‌باشد و دیگر اینکه رضایت شغلی تعدیل‌کننده‌ی رابطه بین تعهد سازمانی و فرهنگ یادگیری سازمان می‌باشد (وانگ، ۲۰۰۵).

¹. Academic Quality Improvement Project

². Crossan

مورالز و همکاران^۱ (۲۰۰۶) طی پژوهشی در زمینه‌ی عوامل و موانع استراتژیک برای ارتقاء یادگیری سازمانی در دانشگاه‌ها اعلام نمودند یادگیری سازمانی تأثیر مثبتی بر بهبود عملکرد و تغییر رفتار اعضای سازمان دارد (مورالز و همکاران، ۲۰۰۶).

رئال و همکاران (۲۰۰۶) ضمن بررسی تأثیر فناوری اطلاعات بر یادگیری سازمانی به این نتیجه رسیدند که فناوری اطلاعات در نقش یک توانمند ساز و ایجادکننده فرایند یادگیری سازمانی عمل می‌کند و قابلیت‌های ویژه تکنولوژیکی سازمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد که محصول آن، عملکرد تجاری بهتر سازمان است (رئال و همکاران، ۲۰۰۶).

جمینز و همکاران^۲ (۲۰۰۸) پژوهشی را باهدف بررسی تجربی رابطه بین بازار گرایی، یادگیری سازمانی، نوآوری و عملکرد انجام دادند. مشخص گردید بازار گرایی و یادگیری سازمانی موجب پرورش خلاقیت در سازمان می‌شود. همچنین این خلاقیت تأثیر مستقیمی بر رابطه بازار گرایی و یادگیری سازمانی دارد و به‌عنوان متغیر میانجی فعالیت می‌کند (جمینز و همکاران، ۲۰۰۸).

تحقیقی با عنوان اثرات یادگیری سازمانی بر روی تعهد سازمانی، رضایت شغلی و عملکرد سازمانی صورت پذیرفت. این تحقیق در بین ۵۰۰ نفر کارمندان ۲۸ اداره دولتی کشور مالزی صورت گرفت و آنان پی بردند که یادگیری سازمانی با تعهد سازمانی، رضایت شغلی و عملکرد شغلی رابطه مثبتی دارد و رابطه بین تعهد سازمانی و رضایت شغلی با عملکرد شغلی نیز رابطه‌ای مثبت است (راس و همکاران، ۲۰۰۹).

جمینز وال (۲۰۱۱)، طی تحقیقی با عنوان تحلیل نوآوری، یادگیری سازمانی و عملکرد سازمانی دریافتند که یادگیری سازمانی و نوآوری تأثیر مثبتی بر روی عملکرد کارکنان و عملکرد سازمان دارد و یادگیری سازمانی به‌عنوان نیاز اصلی سازمان شناخته‌شده است (جمینز وال، ۲۰۱۱).

کملک و همکاران^۳ (۲۰۱۲)، به بررسی رابطه بین یادگیری سازمانی و عملکرد نوآوری شرکت پرداختند و مطالعات خود را بر روی ۱۹۹ مدیر میانی و ارشد شرکت‌های فعال در منطقه مرمره ترکیه انجام دادند، نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که دو بعد یادگیری سازمانی (گرایش سیستمی و ایجاد دانش) تأثیر مثبتی روی عملکرد نوآوری شرکت دارد (کملک و همکاران، ۲۰۱۲).

¹ Morales & et al

² Jimenez & et al

³ Comlek & et al

در پژوهشی به بررسی مکانیسم‌های یادگیری سازمانی در مدارس متوسطه پرداخته شد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که مکانیسم‌های یادگیری سازمانی می‌تواند به‌عنوان یک متغیر واسطه بین سیستم در سطح مدرسه و سطح کلاس درس بکار گرفته شود و چرخه یادگیری را ارزیابی، تجزیه و تحلیل و در پردازش اطلاعات مؤثر واقع شود (چستر و آتارچی، ۲۰۱۴).

وجهان و گومز (۲۰۱۶)، به بررسی قابلیت یادگیری سازمانی، نوآوری و عملکرد در سرمایه‌گذاری‌های کوچک و متوسط (۹۲ سرمایه‌گذار در صنعت نساجی در برزیل) پرداختند. اطلاعات به‌وسیله معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که یادگیری سازمانی بر نوآوری و عملکرد شرکت‌های سرمایه‌گذار کوچک و متوسط تأثیر می‌گذارد (وجهان و گومز، ۲۰۱۶).

خلاصه پیشینه تحقیق یادگیری سازمانی را می‌توان در جدول ۲-۸ مشاهده نمود.

جدول ۲-۸: خلاصه پیشینه تحقیق یادگیری سازمانی

پژوهشگر	موضوع پژوهش	نتایج پژوهش
شریفی و اسلامی (۱۳۸۷)	بررسی رابطه میان یادگیری سازمانی و به‌کارگیری فناوری اطلاعات در دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار در سال تحصیلی ۸۶-۸۷	بین یادگیری سازمانی و به‌کارگیری فناوری ارتباطات و اطلاعات رابطه معناداری وجود دارد.
یعقوبی و همکاران (۱۳۸۸)	بررسی رابطه بین مولفه‌های یادگیری سازمانی و مدیریت دانش در کارکنان بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان	یادگیری سازمانی در بیمارستان‌های مورد مطالعه ضعیف می‌باشد. همچنین بین یادگیری سازمانی و مدیریت دانش کارکنان رابطه معناداری وجود دارد.
جاودانی (۱۳۸۹)	بررسی رابطه بین فرهنگ سازمانی، یادگیری سازمانی و مدیریت دانش در اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت	میان فرهنگ سازمانی و یادگیری سازمانی با مدیریت دانش رابطه معناداری وجود دارد.
علامه و مقدمی (۱۳۸۹)	بررسی رابطه میان یادگیری سازمانی و عملکرد سازمانی در واحد نیروی محرکه‌ی شرکت ایران خودرو	یادگیری سازمانی رابطه معناداری با عملکرد سازمانی دارد.
میرکمالی و همکاران (۱۳۹۰)	بررسی رابطه رهبری تحول‌آفرین با یادگیری سازمانی در شرکت سایپا	بین مؤلفه‌های رهبری تحول‌آفرین و مؤلفه‌های یادگیری سازمانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.
حسینی و چلی‌سریل (۱۳۹۲)	تأثیر هوش سازمانی بر یادگیری سازمانی در مجتمع پزشکی و ام آر آی شیراز	هوش سازمانی بر یادگیری سازمانی تأثیر مثبت و معناداری دارد.
مظلومی و همکاران (۱۳۹۳)	بررسی رابطه میان یادگیری سازمانی، بهبود مستمر و اعتماد میان سازمانی با عملکرد سازمانی در شرکت‌های نمایندگی خدمات بیمه‌ای	رابطه معناداری میان یادگیری سازمانی، اعتماد میان سازمانی، بهبود مستمر و عملکرد سازمانی وجود دارد.

پژوهشگر	موضوع پژوهش	نتایج پژوهش
فرهادی و همکاران (۱۳۹۴)	تأثیر رهبری تحول آفرین و یادگیری سازمانی بر کاهش سکوت سازمانی در میان کارکنان بانک سپه استان تهران	متغیرهای رهبری تحول آفرین و یادگیری سازمانی هر دو بر کاهش سکوت سازمانی مؤثر می‌باشند.
قنبری و همکاران (۱۳۹۵)	بررسی تأثیر استقلال شغلی کارکنان بر ارتقای عملکرد فردی و سازمانی با میانجی-گری یادگیری فردی و یادگیری سازمانی	استقلال شغلی با یادگیری سازمانی، یادگیری فردی، عملکرد فردی و عملکرد سازمانی رابطه مثبت و معناداری دارد.
نیفه (۲۰۰۱)	مقایسه مولفه‌های یادگیری سازمانی در دانشگاه‌هایی که پروژه بهبود کیفیت علمی را اجرا کرده‌اند (دانشگاه‌های مدرن) و دانشگاه‌هایی که این پروژه را اجرا نکرده-اند (دانشگاه‌های سنتی)	بین مولفه‌های یادگیری سازمانی در دانشگاه‌های سنتی و مدرن تفاوت وجود دارد.
کراسان و بردرو (۲۰۰۳)	رابطه یادگیری سازمانی و نوسازی راهبردی	یادگیری سازمانی کارایی سازمان را بهبود می‌بخشد که این بهبود وضعیت توسط مشتریان قابل ارزیابی است.
وانگ (۲۰۰۵)	بررسی ارتباط بین فرهنگ یادگیری سازمانی، رضایت شغلی و تعهد سازمانی بین شرکت‌های با مالکیت دولتی و خصوصی	فرهنگ یادگیری سازمان رابطه مثبت و معناداری با تعهد سازمانی و رضایت شغلی دارد.
مورالز و همکاران (۲۰۰۶)	عوامل و موانع استراتژیک برای ارتقا یادگیری سازمانی در دانشگاه‌ها	یادگیری سازمانی تأثیر مثبتی بر بهبود عملکرد و تغییر رفتار اعضای سازمان دارد.
رنال و همکاران (۲۰۰۶)	بررسی تأثیر فناوری اطلاعات بر یادگیری سازمانی	فناوری اطلاعات در نقش یک توانمندساز و ایجادکننده فرایند یادگیری سازمانی عمل می‌کند.
جمینز و همکاران (۲۰۰۸)	بررسی تجربی رابطه بین بازارگرایی، یادگیری سازمانی، نوآوری و عملکرد سازمانی	رابطه مستقیمی بین متغیرها وجود دارد.
راس و همکاران (۲۰۰۹)	اثرات یادگیری سازمانی بر روی تعهد سازمانی، رضایت شغلی و عملکرد سازمانی در بین ۵۰۰ نفر از کارمندان ۲۸ اداره دولتی در کشور مالزی	رابطه مثبت و معناداری بین متغیرها برقرار است.
جمینز وال (۲۰۱۱)	بررسی تأثیر یادگیری سازمانی، نوآوری و عملکرد سازمانی	رابطه مثبت و معناداری بین متغیرها برقرار است.
کملک و همکاران (۲۰۱۲)	رابطه یادگیری سازمانی و عملکرد نوآوری شرکت در منطقه مرمره ترکیه	دو بعد یادگیری سازمانی (گرایش سیستمی و ایجاد دانش) تأثیر مثبتی روی عملکرد و نوآوری شرکت دارد.
چستر و آتارچی (۲۰۱۴)	بررسی مکانیسم‌های یادگیری سازمانی در مدارس متوسطه	مکانیسم‌های یادگیری سازمانی می‌تواند به عنوان یک متغیر واسطه بین سیستم

پژوهشگر	موضوع پژوهش	نتایج پژوهش
		در سطح مدرسه و سطح کلان بکار گرفته می‌شود.
وجهان و گومز (۲۰۱۶)	بررسی قابلیت یادگیری سازمانی، نوآوری و عملکرد در سرمایه‌گذاری‌های کوچک و متوسط در کشور برزیل	یادگیری سازمانی بر نوآوری و عملکرد شرکت‌های سرمایه‌گذار کوچک و متوسط تأثیر می‌گذارد.

۲-۹- پیشینه فرهنگ ایمنی بیمار

عبارت فرهنگ ایمنی نخستین بار، به صورت رسمی در سال ۱۹۸۶ به وسیله آژانس بین‌المللی انرژی اتمی، در گزارش حادثه چرنوبیل به کار برده شد. فرهنگ ایمنی را مجموعه‌ای از باورها، هنجارها، انگیزه‌ها، نقش‌ها و عملکردهای اجتماعی و تخصصی می‌دانند که موجب کاهش رویارویی کارکنان، مدیران، مصرف‌کنندگان و عموم مردم با شرایط خطرناک و آسیب‌رسان می‌شود (سکستون و همکاران، ۲۰۰۸ و اسچوتز و همکاران، ۲۰۰۷).

➤ تحقیقات داخلی در حوزه فرهنگ ایمنی بیمار

در یک مطالعه تحت عنوان "برداشت کارکنان از فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران" ده بعد فرهنگ ایمنی و چهار بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی در سه بیمارستان مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی در این بیمارستان‌ها نیاز به بهبود دارد (عبدی و همکاران، ۱۳۹۰).

یعقوبی فر و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای به بررسی فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی نقاط قوت و ضعف آن در بیمارستان‌های شهر سبزوار پرداختند. نتایج نشان داد که این بیمارستان‌ها می‌توانند با تکیه بر نقاط قوت خود از نظر فرهنگ ایمنی بیمار و تلاش در جهت برطرف کردن نقاط ضعف خود، برای ایجاد محیطی ایمن و جوی مساعد تلاش نمایند؛ بنابراین ترس از سرزنش شدن در قبال اشتباهات را حذف و جوی سرشار از ارتباطات باز و یادگیری مستمر را در بیمارستان پیاده سازند (یعقوبی فر و همکاران، ۱۳۹۱).

مطالعه‌ای با عنوان فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان مازندران توسط شریفی و همکاران (۱۳۹۳) صورت گرفت. نتایج نشان داد که از بین ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار،

پرستاران بالاترین نمره را به بعد "کارگروهی درون بخش‌های بیمارستانی" و "یادگیری سازمانی" و کمترین نمره را به بعد "کارکنان" و "پاسخ غیر تنبیهی به خطا" دادند (شریفی و همکاران، ۱۳۹۳).

الماسی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای به ارزیابی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار توسط کارکنان بیمارستان‌های استان کرمانشاه پرداختند. نتایج نشان داد که وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در کارکنان بیمارستان‌های استان کرمانشاه ۴۹/۷٪ دارای وضعیت مطلوب و ۵۰/۳٪ دارای وضعیت نامطلوب بودند. تفاوت آماری معنی‌داری بین بیمارستان‌های غیردانشگاهی و بیمارستان‌های دانشگاهی وجود نداشت. همچنین نتایج نشان داد که میزان کلی فرهنگ ایمنی کارکنان با جنسیت، نوع استخدام، مدرک تحصیلی و رده شغلی ارتباط آماری معنی‌داری نداشت (الماسی و همکاران، ۱۳۹۴).

اوشک سرائی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه خود به بررسی رابطه بین رضایت شغلی پرستاران و فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر رشت پرداختند. نتایج از دیدگاه پاسخ‌دهندگان نشان داد که امتیاز رضایت شغلی پرستاران و فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های 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. هر چه میزان رضایت شغلی پرستاران افزایش یابد فرهنگ ایمنی بیمار نیز بهبود خواهد یافت (اوشک سرائی و همکاران، ۱۳۹۵).

➤ تحقیقات بین‌المللی در حوزه فرهنگ ایمنی بیمار

هلینگز و همکاران^۱ (۲۰۱۰) در تحقیقی به بررسی بهبود فرهنگ ایمنی بیمار در کشور بلژیک پرداخت. در این تحقیق قرار بر این بود که با اجرای روش‌های مناسب، فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های جامعه آماری بهبود یابد. نتایج تحقیق نشان داد که بعد کار تیمی درون واحد بیمارستانی نمره بالایی دریافت نمود و بهبود یافت؛ اما سه بعد نقل و انتقالات بیمارستان، پاسخ غیر تنبیهی هنگام بروز خطا و امور مربوط به کارکنان کم‌ترین میانگین درصد پاسخ‌های مثبت و بهبود را داشتند (هلینگز و همکاران، ۲۰۱۰).

عبدی و همکاران (۲۰۱۱) مطالعه‌ای با عنوان برداشت کارکنان از فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام دادند. در این تحقیق ده بعد فرهنگ ایمنی و چهار بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی در جامعه آماری موردسنجش قرار گرفت. یافته‌های تحقیق نشان داد که

¹ Hellings & et al

امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار در هر ده بعد فرهنگ ایمنی و دو بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی در حد پایین‌تر از متوسط است. تحقیق مذکور نشان داد جهت ارتقای فرهنگ ایمنی در این بیمارستان‌ها باید ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی را بهبود بخشید (عبدی و همکاران، ۲۰۱۱).

محفوظ پور و همکاران (۲۰۱۲) در تحقیق خود به بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های آموزشی تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی پرداختند. در این مطالعه وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار از هشت بعد مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که سطح فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های مختلف در حد متوسط بود (محفوظ پور و همکاران، ۲۰۱۲).

در مطالعه‌ای زابلی و همکاران، به بررسی رابطه بین فرهنگ ایمنی بیمار و ادراک بیماران از کیفیت مراقبت سلامت در بیمارستان‌های نظامی پرداختند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که با افزایش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان، می‌توانیم درک بهتر از کیفیت مراقبت با توجه به مراقبت‌های بهداشتی انتظار داشته باشیم و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی تحت تأثیر عوامل دیگری نیز هستند (زابلی و همکاران، ۲۰۱۳).

وانگ و همکاران^۱ (۲۰۱۴)، به بررسی روابط بین فرهنگ ایمنی بیمار و عوارض جانبی در یک نظرسنجی پرسشنامه‌ای در ۵ منطقه از گوانژو چین پرداختند. نتایج نشان می‌دهد که از میان ابعاد دوازده‌گانه فرهنگ ایمنی بیمار، بالاترین نمره مربوط به بعد یادگیری سازمانی و بهبود مستمر بود (وانگ و همکاران، ۲۰۱۴).

گونز و همکاران^۲ (۲۰۱۶)، یک نظرسنجی از فرهنگ ایمنی بیمار از ۵۵۴ پرستار استخدام‌شده در چهار بیمارستان ترکیه انجام دادند. در این مطالعه، از میان ابعاد دوازده‌گانه فرهنگ ایمنی بیمار، بالاترین نمره بعد از یادگیری سازمانی و بهبود مستمر مربوط به کار گروهی در واحدها بود. کمترین نمره میانگین مربوط به پاسخ غیر تنبیهی به خطا گزارش شده بود (گونز و همکاران، ۲۰۱۶).

خلاصه پیشنهاد تحقیق مربوط به فرهنگ ایمنی بیمار را می‌توان در جدول ۲-۹ مشاهده نمود.

¹ Wang & et al

² Gunes & et al

جدول ۲-۹: خلاصه پیشینه تحقیق فرهنگ ایمنی بیمار

پژوهشگر	موضوع پژوهش	نتایج پژوهش
عبدی و همکاران (۱۳۹۰)	برداشت کارکنان از فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران	ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار در این بیمارستان‌ها نیاز به بهبود دارد.
یعقوبی‌فر و همکاران (۱۳۹۱)	بررسی فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی نقاط ضعف و قوت آن‌ها در بیمارستان‌های شهر سبزوار	ترس از سرزنش در قبال اشتباهات را حذف و جوی سرشار از ارتباطات باز و یادگیری مستمر را در بیمارستان باید پیاده‌سازی کرد.
شریفی و همکاران (۱۳۹۳)	فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان مازندران	از بین ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار، پرستاران بالاترین نمره را به بعد کار گروهی درون بخش‌های بیمارستانی و یادگیری سازمانی دادند و کمترین نمره را به بعد کارکنان و پاسخ غیر تنبیهی به خطا دادند.
الماسی و همکاران (۱۳۹۴)	ارزیابی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار توسط کارکنان بیمارستان‌های استان کرمانشاه	وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در کارکنان بیمارستان‌های کرمانشاه ۴۹٫۰۷٪ دارای وضعیت مطلوب و ۵۰٫۹۳٪ دارای وضعیت نامطلوب بودند.
اوشک سرائی و همکاران (۱۳۹۵)	بررسی رابطه بین رضایت شغلی پرستاران و فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر رشت	بین رضایت شغلی پرستاران و فرهنگ ایمنی بیمار رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد.
هلینگز و همکاران (۲۰۱۰)	بررسی بهبود فرهنگ ایمنی بیمار در کشور بلژیک	بعد کار تیمی درون واحد بیمارستانی نمره بالایی دریافت نمود و بهبود یافت.
عبدی و همکاران (۲۰۱۱)	برداشت کارکنان از فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران	جهت ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار در این بیمارستان‌ها باید ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی را بهبود بخشید.
محفوظ‌پور و همکاران (۲۰۱۲)	بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های آموزشی تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	سطح فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های مختلف در حد متوسط می‌باشد.
زابلی و همکاران (۲۰۱۳)	بررسی رابطه فرهنگ ایمنی بیمار و ادراک بیماران از کیفیت مراقبت سلامت در بیمارستان‌های نظامی	با افزایش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان می‌توان درک بهتری از کیفیت مراقبت داشت.

پژوهشگر	موضوع پژوهش	نتایج پژوهش
وانگ و همکاران (۲۰۱۴)	بررسی روابط بین فرهنگ ایمنی بیمار و عوارض جانبی آن در یک نظرسنجی در منطقه گوانزو چین	از میان ابعاد ۱۲ گانه فرهنگ ایمنی بیمار، بالاترین نمره مربوط به بعد یادگیری سازمانی و بهبود مستمر بود.
گونز و همکاران (۲۰۱۶)	نظرسنجی از فرهنگ ایمنی بیمار در میان ۵۵۴ پرستار استخدام شده در ۴ بیمارستان ترکیه	از میان ابعاد ۱۲ گانه بالاترین نمره بعد از یادگیری سازمانی و بهبود مستمر مربوط به کارگروهی در واحدها بود و کمترین نمره مربوط به پاسخ غیر تنبیهی به خطا گزارش شده بود.

باوجوداینکه پژوهش‌های مختلفی در زمینه تصویرسازمانی صورت گرفته بااین حال تصویر سازمان‌های خدماتی و بهداشتی و درمانی و محیط‌های آموزشی ازجمله حیطه‌هایی است که توجه کمتری به آن‌ها شده است، با توجه به اهمیت فراوان این مفهوم و نقش آن در پیشرفت و موفقیت سازمان‌ها، در کشور و در بخش بهداشت و درمان، به این موضوع چنان که باید پرداخته نشده است. لذا انجام تحقیقی به‌منظور شناسایی و تشریح عوامل مؤثر و مؤلفه‌های شکل‌دهنده "تصویرسازمانی" در این بخش ضروری به نظر می‌رسد. ازاین‌رو در این تحقیق عوامل مؤثر بر تصویر سازمان در بخش بهداشت و درمان را بررسی خواهیم کرد. انجام درست و باکیفیت متغیرهای ذکر شده یعنی یادگیری سازمانی، فرهنگ ایمنی بیمار و مدیریت کیفیت جامع درنهایت به ارائه‌ی تصویر مناسب از سازمان می‌انجامد. این تصویر خوب باعث ارتقاء در سیستم سلامت و افزایش اعتماد مردم به جامعه و سیستم سلامت می‌شود که درنتیجه افزایش سلامت روانی جامعه را به دنبال دارد.

۲-۱۰- جمع‌بندی پایه‌های تجربی

با توجه به مبانی نظری بیان‌شده برای هریک از متغیرها به این مهم دست می‌یابیم که؛ به علت نامحسوس بودن خدمات، غالباً برای مشتریان درک خدمات مشکل است؛ بنابراین مشتریان، درباره خدمات بر اساس محسوسات و محیط احاطه‌کننده خدمت، قضاوت می‌نمایند. درزمینه‌ی خدمات و با توجه به غیرملموس بودن ارائه خدمت، اولین چیزی که مشتریان دریافت می‌کنند اثر بعد ملموسات ارائه خدمت می‌باشد و محیط فیزیکی بیمارستان مهم‌ترین ملموسات قابل‌مشاهده برای مشتریان می‌باشد. ازاین‌رو می‌توان گفت مشتریان در اولین مواجهه خود با بیمارستان آنچه را که مشاهده می‌کنند بخصوص آنچه ملموس‌تر می‌باشد را به ذهن می‌سپارند و بر اساس آن تصور خود از بیمارستان یا سایر

محیطها را شکل می‌دهند. امروزه سازمان‌های تولیدی و خدماتی، میزان رضایت مشتری را به‌عنوان معیاری مهم برای سنجش کیفیت کار خود قلمداد می‌کنند و این روند همچنان در حال افزایش است، چنان‌که در جایزه ملی کیفیت مالکوم بالدريج (MBNQA) مشاهده می‌شود، چیزی حدود ۳۰ درصد از کل امتیازها را برای رضایت مشتریان تعیین می‌کنند. در این میان، مدیریت کیفیت جامع نیز از این مهم غافل نبوده، در بطن خود نوعی توجه را در برآوردن هرچه بیشتر و بهتر انتظارات مشتریان تا سرحد رضایت کامل آن‌ها، به همراه دارد (جعفری و همکاران، ۱۳۸۳). از طرفی، مدیریت کیفیت فراگیر و یادگیری سازمانی دارای رابطه دوطرفه هستند و سازمان نیازمند بهبود مستمر به‌عنوان یکی از اجزای مدیریت کیفیت فراگیر است و بهبود مستمر موجب یادگیری سازمانی می‌شود. موفقیت مدیریت کیفیت فراگیر منوط به توانایی سازمان برای یادگیری، جذب و اعمال مفهومی تغییرات و اجرای آن‌ها در سراسر سازمان می‌باشد (ترزویسکی و سامسون^۱، ۱۹۹۹). مدیریت کیفیت فراگیر می‌تواند محیطی برای یادگیری سازمانی فراهم کند (میچر^۲، ۱۹۹۲). فرهنگ ایمنی بیمار نیز به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت از مباحث مهم جامعه پزشکی و سازمان جهانی بهداشت در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه است که به‌صورت پیشگیری و کاهش پیامدهای نامطلوب و آسیب‌های وارده در حین ارائه مراقبت‌های بهداشتی تعریف شده است (کوهن و همکاران، ۲۰۰۰). از این‌رو، ارزیابی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار به سازمان‌ها کمک می‌کند تا از جنبه‌های مختلف ایمنی بیمار که نیازمند توجه جدی هستند، آگاهی یابند و از این طریق نقاط ضعف و قوت سازمان خود را در زمینه‌ی ایمنی بیمار و مشکلات موجود در این زمینه شناسایی نمایند.

از نکات قوت این تحقیقات، جمع‌آوری اطلاعات موضوعی و مقیاس‌های اندازه‌گیری آن‌ها می‌باشد که بسترهای مناسب و مفیدی را برای اجرای بهتر تحقیق آشکار می‌سازد، هرچند پیشنهادها مطرح شده مستقیماً با موضوع مورد مطالعه‌ی این پژوهش ارتباط ندارد و هر کدام از موضوعات مطرح شده متغیرهای مذکور تحقیق را با متغیرهای دیگری در نظر گرفته است، اما پیشنهادها مطرح شده هم از نظر موضوعی و هم از نظر محتوایی زمینه‌ها و زوایای دید مناسب را برای اجرای بهتر تحقیق فراهم کرده است.

¹ Terziovski & Samson

² Macher

فصل ۳ - روش شناسی پژوهش

۳-۱- مقدمه

فرآیند تحقیق علمی، به مجموعه مراحل منظم و پیوسته‌ای گفته می‌شود که امر تحقیق علمی را از آغاز تا پایان امکان‌پذیر می‌نماید. فرآیند تحقیق علمی شامل مراحل کلی است که هر مرحله خود نیز دارای خرده فرایندی شامل مراحل ریزتر است که عملیات و اقدامات متناسب با آن انجام می‌گیرد. اصل اساسی در روش تحقیق، رعایت ترتیب و نظم فرآیند کلی و خرده فرایندهای هر مرحله است تا تحقیق علمی را در کوتاه‌ترین زمان ممکن و با کم‌ترین آسیب‌ها در زمینه کشف مجهول و راه‌حل مسئله امور مالی و مسائل انسانی و تدارکاتی علمی سازد (حافظ نیا، ۱۳۷۷).

در این فصل به توضیح و تبیین روش انجام تحقیق پرداخته و پیرامون روش نمونه‌گیری مطالبی بیان شده و همچنین در مورد ابزار جمع‌آوری اطلاعات بحث شده است.

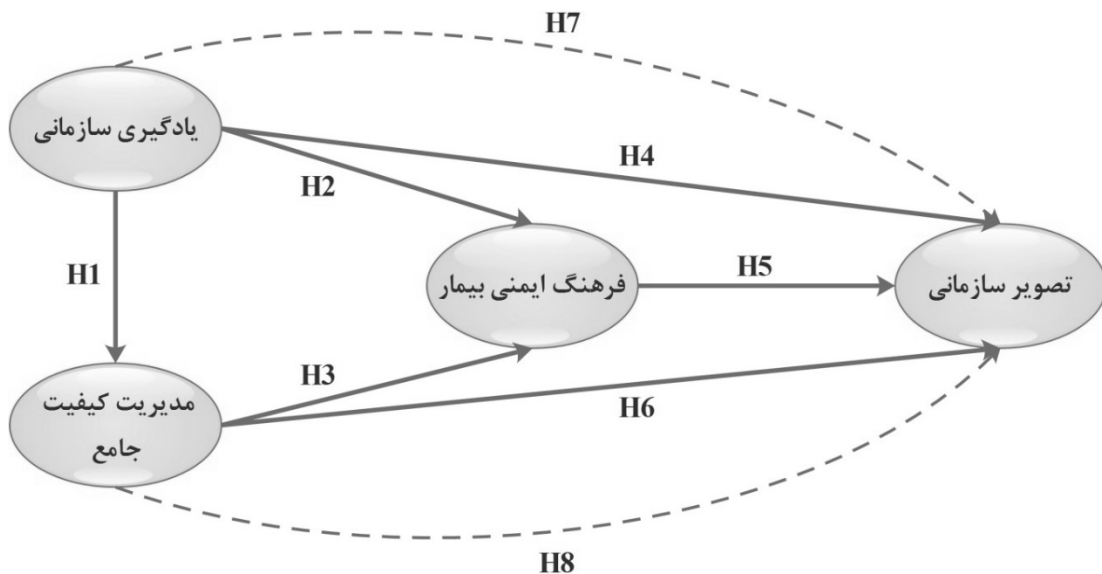
۳-۲- روش تحقیق

دشوارترین گام در فرایند تحقیق، مشخص کردن مسئله مورد مطالعه است. نخست آنکه درباره یک چیز، یک مانع یا یک موقعیت مبهم تردید وجود دارد. تردیدی که نیازمند تعیین است. در هر تحقیق ابتدا باید نوع، ماهیت، اهداف تحقیق و دامنه‌ی آن مشخص شود تا بتوان با استفاده از قواعد و ابزار و از راه‌های معتبر به واقعیت‌ها دست یافت (سرمد و همکاران، ۱۳۸۱).

هدف از انجام این پژوهش، بررسی تأثیر یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار در بخش بهداشت و درمان است. این تحقیق برحسب 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 می‌باشد تحقیق از نوع همبستگی می‌باشد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های استاندارد تصویرسازمانی، یادگیری سازمانی، فرهنگ ایمنی بیمار و مدیریت کیفیت جامع می‌باشد. جهت تعیین روایی ابزار از شیوه‌ی تعیین محتوا با استفاده از نظر اساتید و افراد خبره استفاده گردید. سازگاری درون ابزارها نیز با آلفای کرونباخ سنجیده می‌شود. جهت گردآوری اطلاعات از دو روش کتابخانه‌ای و میدانی استفاده می‌شود. جهت تدوین مبانی نظری و پیشینه تحقیق از روش کتابخانه‌ای و جهت گردآوری داده‌ها از جامعه آماری با استفاده از پرسشنامه و از روش میدانی استفاده می‌شود.

۳-۳- مدل مفهومی تحقیق

مدل مفهومی تحقیق حاضر مطابق شکل ۱-۳ می باشد.



شکل ۱-۳: مدل مفهومی تحقیق

۴-۳- جامعه آماری

جامعه آماری به کل گروه، افراد، وقایع یا چیزهایی اشاره دارد که محقق می خواهد به تحقیق درباره آنها بپردازد و در حقیقت شامل همه عناصری است که موضوع یک پژوهش معین در آن مصداق پیدا می کند (سکاران، ۱۳۸۸).

جامعه آماری تحقیق حاضر برای متغیرهای مدیریت کیفیت جامع، یادگیری سازمانی و فرهنگ ایمنی بیمار کارکنان بخش های مختلف بیمارستان های دولتی استان سمنان و برای متغیر تصویرسازمانی، بیمارانی که در بازه زمانی ۶ ماهه به این بیمارستان ها مراجعه کرده اند می باشد.

۵-۳- نمونه آماری

گروه نمونه مجموعه کوچکی از جامعه آماری است مشتمل بر برخی از اعضا که از جامعه آماری انتخاب شده اند و نمونه برداری فرآیند انتخاب کردن تعداد کافی از میان اعضای جامعه آماری است به طوری که با مطالعه گروه نمونه و فهمیدن خصوصیات یا ویژگی های آزمودنی های گروه نمونه قادر خواهیم بود این خصوصیات یا ویژگی ها را به اعضای جامعه آماری تعمیم دهیم (سکاران، ۱۳۸۸).

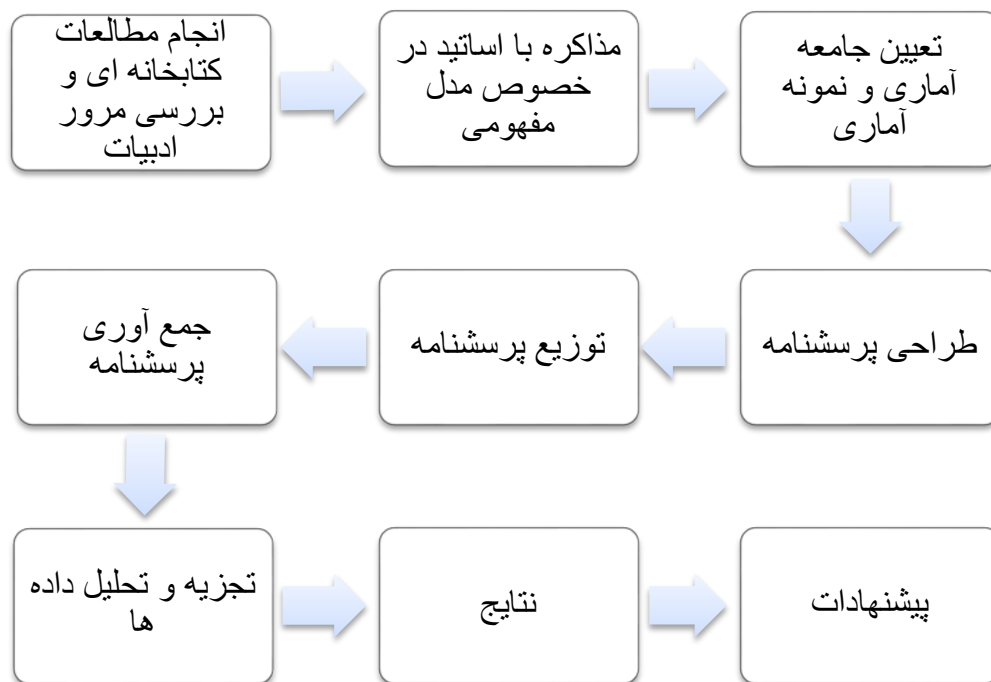
جدول ۱-۳: جدول مورگان

S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
338	2800	260	800	162	280	80	100	10	10
341	3000	265	850	165	290	86	110	14	15
246	3500	269	900	169	300	92	120	19	20
351	4000	274	950	175	320	97	130	24	25
351	4500	278	1000	181	340	103	140	28	30
357	5000	285	1100	186	360	108	150	32	35
361	6000	291	1200	181	380	113	160	36	40
364	7000	297	1300	196	400	118	180	40	45
367	8000	302	1400	201	420	123	190	44	50
368	9000	306	1500	205	440	127	200	48	55
373	10000	310	1600	210	460	132	210	52	60
375	15000	313	1700	214	480	136	220	56	65
377	20000	317	1800	217	500	140	230	59	70
379	30000	320	1900	225	550	144	240	63	75
380	40000	322	2000	234	600	148	250	66	80
381	50000	327	2200	242	650	152	260	70	85
382	75000	331	2400	248	700	155	270	73	90
384	100000	335	2600	256	750	159	270	76	95

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری ساده استفاده شده است. با استفاده از جدول مورگان که در جدول ۱-۳ نشان داده شده است و با توجه به جامعه‌ی آماری انتخاب شده، تعداد ۲۶۰ پرسشنامه در میان کارمندان و شاغلین در آزمایشگاه، بخش جراحی و بخش داخلی توزیع گشت و در نهایت تعداد ۲۴۰ نمونه‌ی کامل و صحیح از میان آن‌ها انتخاب شد. همچنین ۳۱۰ پرسشنامه نیز در میان بیماران توزیع گشت و از میان آن‌ها ۲۴۸ پرسشنامه‌ی صحیح و کامل پاسخ داده شده به دست آمد که با مشورت با اساتید و در راستای بهبود نتایج مدل پیشنهادی در نهایت ۲۴۰ نمونه نیز برای بیماران در نظر گرفته شد.

۳-۶- مراحل انجام تحقیق

در این بخش می‌توان مراحل انجام تحقیق حاضر را به صورت شکل ۳-۲ نشان داد.



شکل ۳-۲: مراحل انجام تحقیق حاضر

۳-۷- روش و ابزار گردآوری اطلاعات

جهت گردآوری اطلاعات از دو روش کتابخانه‌ای و میدانی استفاده می‌شود. جهت تدوین مبانی نظری و پیشینه تحقیق از روش کتابخانه‌ای و جهت گردآوری داده‌ها از جامعه آماری با استفاده از پرسش‌نامه از روش میدانی استفاده می‌شود.

در این تحقیق برای اندازه‌گیری شاخص‌های تحقیق، جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات لازم از پرسشنامه استفاده شده است که در ادامه به پرسشنامه‌های هر متغیر و ابعاد آن‌ها در قالب جدول اشاره شده است.

۳-۸- روایی و پایایی ابزار پژوهش

روایی از واژه‌ی روا به معنای جایز و درست گرفته شده و به معنای صحیح و درست بودن است. مقصود از روایی آن است که وسیله‌ی اندازه‌گیری تا چه حد بتواند خصیصه ویژگی‌ای که موردنظر ما است را اندازه بگیرد (سرمد و همکاران، ۱۳۸۱). اهمیت روایی از آن جهت است که اندازه‌گیری‌های نامناسب و ناکافی می‌تواند هر پژوهش علمی را بی‌ارزش و ناروا سازد. اعتبار در اصل به صحت و درستی اندازه‌گیری محقق برمی‌گردد.

پس از طراحی و تنظیم پرسشنامه و بازبینی استاد راهنما و مشاور و مطابقت و بررسی، اعتبار صوری ابزار اندازه‌گیری مورد توجه قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است که پرسشنامه‌های مورد استفاده در تحقیق حاضر استاندارد بوده و مورد تأیید اساتید راهنما و مشاور قرار گرفته است.

AVE نشان‌دهنده‌ی واریانس توسعه‌یافته می‌باشد که به منظور بررسی روایی همگرایی پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد. به این معنا که نشان‌گرهای هر سازه در نهایت تفکیک مناسبی را به لحاظ اندازه‌گیری نسبت به سازه‌های دیگر مدل فراهم آوردند. به عبارت ساده‌تر هر نشانگر فقط سازه خود را اندازه‌گیری کند و ترکیب آن‌ها به گونه‌ای باشد که تمام سازه‌ها به خوبی از یکدیگر تفکیک شوند. اگر مقدار AVE بالاتر از ۰٫۵ باشد قابل قبول می‌باشد که طبق جدول (۲-۳) مشخص می‌شود که تمام سازه‌های مورد مطالعه دارای میانگین واریانس استخراج شده بالاتر از ۰٫۵ هستند در نتیجه روایی ابزار اندازه‌گیری تحقیق حاضر مورد تأیید است.

پایایی ابزار که از آن به اعتبار، دقت و اعتمادپذیری تعبیر می‌شود، عبارت است از این که اگر یک وسیله‌ی اندازه‌گیری که برای سنجش متغیر و صفتی ساخته شده در شرایط مشابه در زمان یا مکان دیگر مورد استفاده قرار گیرد، نتیجه‌ی مشابهی از آن حاصل شود، به عبارت دیگر، قابلیت اعتماد یا پایایی یک ابزار عبارت است از درجه ثبات آن در اندازه‌گیری هر آنچه اندازه می‌گیرد یعنی اینکه ابزار اندازه‌گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می‌دهد (سرمد و همکاران، ۱۳۸۱).

CR و آلفای کرونباخ جهت بررسی پایایی پرسشنامه استفاده می‌شود و لازمه‌ی تأیید پایایی بودن بالاتر بودن این شاخص‌ها از مقدار ۰٫۷ می‌باشد. تمامی این ضرایب در جدول ۲-۳ بالاتر از مقدار ۰٫۷ می‌باشد که نشان از پایا بودن ابزار اندازه‌گیری دارد. همچنین کرونباخ ضریب پایایی ۰٫۴۵ را کم، ۰٫۷۵ را متوسط و قابل قبول و ضریب ۰٫۹۵ را زیاد پیشنهاد کرده است. طبق جدول ۲-۳ پرسشنامه‌های پژوهش حاضر از اعتبار کافی برخوردار می‌باشد بدین معنی که پاسخ‌های داده شده ناشی از شانس و تصادف نمی‌باشد.

جدول ۲-۳: پایایی و روایی متغیرهای اصلی مدل پیشنهادی پژوهش

متغیر	تعداد سوالات	آلفای کرونباخ	AVE	CR
یادگیری سازمانی	۲۴	۰٫۸۱۹	۰٫۵۳۰	۰٫۹۰۷
مدیریت کیفیت جامع	۲۱	۰٫۸۴۹	۰٫۵۶۵	۰٫۸۷۳
فرهنگ ایمنی بیمار	۴۲	۰٫۹۰۶	۰٫۶۳۵	۰٫۹۱۳
تصور سازمانی	۱۹	۰٫۸۶۶	۰٫۵۵۳	۰٫۸۹۳

۳-۹- پرسشنامه‌ها

➤ پرسشنامه تصویر سازمانی

پرسشنامه تصویرسازمانی شامل ۱۹ گویه و ۶ بعد می‌باشد. این پرسشنامه استاندارد بوده و بر اساس طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت می‌باشد. هر سؤال با یکی از گزینه‌های کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم پاسخ داده می‌شود که امتیاز این گزینه‌ها از ۱ تا ۵ می‌باشد. مؤلفه‌های این پرسشنامه و تعداد سؤالات ناظر بر سنجش هر پرسشنامه که در این پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفته است طبق جدول ۳-۳ می‌باشد.

جدول ۳-۳: ابعاد پرسشنامه تصویر سازمان و تعداد سؤالات مربوط به هر بعد

ابعاد پرسشنامه	تعداد سؤالات	شماره سؤالات
ارزش	۳	۱-۳
خدمات	۳	۴-۶
جو	۳	۷-۹
کیفیت خدمات	۳	۱۰-۱۲
انتخاب	۴	۱۳-۱۶
تسهیلات	۳	۱۷-۱۹

➤ پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار (HSOPSC)

این پرسشنامه به وسیله آژانس کیفیت و تحقیقات مراقبت سلامت (AHRQ) در سال ۲۰۰۴ طراحی و تاکنون برای بررسی نظرات کارکنان بیمارستان در مورد فرهنگ ایمنی بیمار در نقاط متفاوت دنیا بکار گرفته شده است (سرا و نیوا، ۲۰۰۳). در مطالعه مقری و همکاران (۲۰۱۲) روایی و پایایی این پرسشنامه برای کار در ایران مورد بررسی قرار گرفته است (مقری و همکاران، ۲۰۱۲). پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار ۴۲ سؤال و مشتمل بر ۱۲ بعد است که در جدول ۴-۳ به آن‌ها اشاره شده است.

جدول ۴-۳: ابعاد پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار و تعداد سؤالات مربوط به هر بعد

ابعاد پرسشنامه	تعداد سؤالات	شماره سؤالات
باز بودن مجاری ارتباطی	۳	۱-۳
باز خور و اطلاع‌رسانی به دیگران در مورد خطاها	۳	۴-۶
تناوب گزارش‌دهی حوادث ناخواسته	۳	۷-۹
جایجایی اطلاعات مهم بیمار بین بخش‌ها و شیفت‌های کاری	۴	۱۰-۱۳

ابعاد پرسشنامه	تعداد سؤالات	شماره سؤالات
حمایت مدیریت از ایمنی بیمار	۳	۱۴-۱۶
برخورد غیرتنبیهی با خطاها و اشتباهات	۳	۱۷-۱۹
بهبود مستمر یادگیری سازمانی	۳	۲۰-۲۲
درک کلی از ایمنی بیمار	۴	۲۳-۲۶
مسائل مربوط به کارکنان	۴	۲۷-۳۰
انتظارات و اقدامات مدیر در جهت ارتقای ایمنی	۴	۳۱-۳۴
کار تیمی میان بخش‌ها	۴	۳۵-۳۸
کار تیمی درون بخش‌ها	۴	۳۹-۴۲

➤ پرسشنامه یادگیری سازمانی

پرسشنامه یادگیری سازمانی شامل ۲۴ گویه و ۵ بعد می‌باشد. این پرسشنامه استاندارد بوده و بر اساس طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت می‌باشد. هر سؤال با یکی از گزینه‌های کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم پاسخ داده می‌شود که امتیاز این گزینه‌ها از ۱ تا ۵ می‌باشد. مؤلفه‌های این پرسشنامه و تعداد سؤالات ناظر بر سنجش هر مؤلفه که در این پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفته است طبق جدول ۳-۵ می‌باشد.

جدول ۳-۵: ابعاد پرسشنامه یادگیری سازمانی و تعداد سؤالات مربوط به هر بعد

ابعاد پرسشنامه	تعداد سؤالات	شماره سؤالات
مهارت‌های فردی	۶	۱-۶
مدل‌های ذهنی	۶	۷-۱۲
چشم‌انداز مشترک	۴	۱۳-۱۶
یادگیری تیمی	۴	۱۷-۲۰
تفکر سیستمی	۴	۲۱-۲۴

➤ پرسشنامه مدیریت کیفیت جامع

پرسشنامه مدیریت کیفیت جامع شامل ۲۱ سؤال و ۴ بعد می‌باشد. این پرسشنامه استاندارد بوده و بر اساس طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت می‌باشد. هر سؤال با یکی از گزینه‌های کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم پاسخ داده می‌شود که امتیاز این گزینه‌ها از ۱ تا ۵ می‌باشد. مؤلفه‌های این

پرسشنامه و تعداد سؤالات ناظر بر سنجش هر مؤلفه که در این پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفته است طبق جدول ۳-۶ می‌باشد.

جدول ۳-۶: ابعاد پرسشنامه مدیریت کیفیت جامع و تعداد سؤالات مربوط به هر بعد

ابعاد پرسشنامه	تعداد سؤالات	شماره سؤالات
حمایت مدیران ارشد	۵	۱-۵
مشارکت کارکنان	۶	۶-۱۱
بهبود مستمر	۵	۱۲-۱۶
تمرکز بر مشتریان	۵	۱۷-۲۱

۳-۱۰- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

از تکنیک معادلات ساختاری و از نرم‌افزار Smart PLS 2 که یکی از مشهورترین نرم‌افزارها جهت اجرای این‌گونه مدل‌ها است، به‌منظور آزمون فرضیه‌ها باهدف سنجش روابط هم‌زمان، مستقیم یا غیرمستقیم میان متغیرها استفاده شده است. یکی از قوی‌ترین و مناسب‌ترین روش‌های تجزیه و تحلیل در تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی تجزیه و تحلیل چند متغیره است، زیرا ماهیت این‌گونه موضوعات چند متغیره بوده و نمی‌توان آن‌ها را با شیوه دو متغیری (که هر بار تنها یک متغیر مستقل با یک متغیر وابسته در نظر گرفته می‌شود) حل نمود. تجزیه و تحلیل چند متغیره به یک سری روش‌های تجزیه و تحلیل اطلاق می‌شود که ویژگی اصلی آن‌ها تجزیه و تحلیل هم‌زمان k متغیر مستقل و n متغیر وابسته است. تکنیک معادلات ساختاری یکی از اصلی‌ترین روش‌های تجزیه و تحلیل ساختارهای داده‌ای پیچیده است و به معنی تجزیه و تحلیل متغیرهای مختلفی است که در یک ساختار مبتنی بر تئوری، تأثیرات هم‌زمان متغیرها را بر هم نشان می‌دهد. این روش، ترکیب ریاضی و آمار پیچیده‌ای از تحلیل عاملی، رگرسیون چند متغیره و تحلیل مسیر است که در یک سیستم پیچیده گرد هم آمده تا پدیده‌های پیچیده را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد. از طریق این رویکرد می‌توان قابل قبول بودن مدل‌های نظری را در جامعه‌های خاص با استفاده از داده‌های همبستگی، غیرآزمایشی و آزمایشی آزمود. مدل معادلات ساختاری به دو فاز کلی تحلیل عاملی تأییدی و تحلیل مسیر تقسیم می‌شود. در قسمت اندازه‌گیری ارتباط نشانگرها یا همان سؤالات پرسشنامه با سازه‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد و در قسمت ساختاری ارتباط عامل‌های مورد بررسی با یکدیگر جهت آزمون فرضیات مورد توجه هستند (کلانتری، ۱۳۸۸).

به‌طور کلی به‌منظور طبقه‌بندی داده‌های جمع‌آوری‌شده از آمار توصیفی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در نرم‌افزار^۱ SPSS و جهت بررسی تأثیر هم‌زمان متغیرهای پژوهش بر یکدیگر و اندازه‌گیری اثرات مستقیم و غیرمستقیم آن‌ها بر یکدیگر از تکنیک معادلات ساختاری در نرم‌افزار پی‌ال‌اس استفاده‌شده است.

۳-۱۱- جمع‌بندی

در این فصل با گذری بر مقدمه، به چگونگی روش تحقیق و جامعه آماری که در این پژوهش کارکنان و مشتریان بیمارستان استان سمنان را شامل می‌شود پرداخته شد. سپس روش نمونه‌گیری و تعریف مختصری از نمونه و جامعه آماری شرح داده شد و در قسمت بعد به ابزار گردآوری اطلاعات، روایی و پایایی پرسشنامه‌ها، ابعاد پرسشنامه و تعداد سؤالات مربوط به هر بعد اشاره شد و در پایان نیز روش تجزیه و تحلیل داده‌ها و فلوچارت مراحل تحقیق ذکر شد که برای خوانندگان ملموس‌تر شود که با استفاده از این فنون بتوان با ذهنی آماده فصل چهارم را شروع کرده و به تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها پرداخته شود.

¹ Statistical Package for Social Sciences

فصل ۴ – تجزیه و تحلیل داده‌ها

۴-۱- مقدمه

هدایت هر فرایند تحقیق در هر یک از شاخه‌های علوم جهت رسیدن به یکسری نتایج و یافته‌های پژوهشی جهت کاربست در زندگی بشری است. به‌واقع یافته‌ها برون‌داد فرآیند تحقیق هستند و موجودیت تحقیق را توجیه و اثبات می‌کنند. یافته‌های هر پژوهش شامل یکسری توضیحات درباره وضعیت موجود و برخی استنباط‌ها بر اساس تفاوت‌ها و رابطه‌ها است. لذا در این فصل با توجه به داده‌های گردآوری شده، به بررسی فرضیه‌های تحقیق پرداخته، درصدد دستیابی به اهداف تحقیق می‌باشیم. درنهایت نیز، از آنجا که هر تحقیق، می‌تواند به یافته‌هایی دست یابد که جزء اهداف آن نبوده، ولی می‌تواند محقق یا سایر پژوهشگران را برای تحقیقات آتی و یا دلایل احتمالی بروز وقایع و پدیده‌ها، یاری کند، به بررسی سایر یافته‌های تحقیق می‌پردازیم.

در این فصل برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده حاصل از پرسشنامه از مباحث آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در قسمت آمار توصیفی ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه آماری و در قسمت آمار استنباطی نیز آزمون t ، ضریب مسیر و رگرسیون بیان شده است. نرم‌افزارهای مورد استفاده جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها بسته نرم‌افزاری SPSS و بسته نرم‌افزاری Smart PLS 2 می‌باشند.

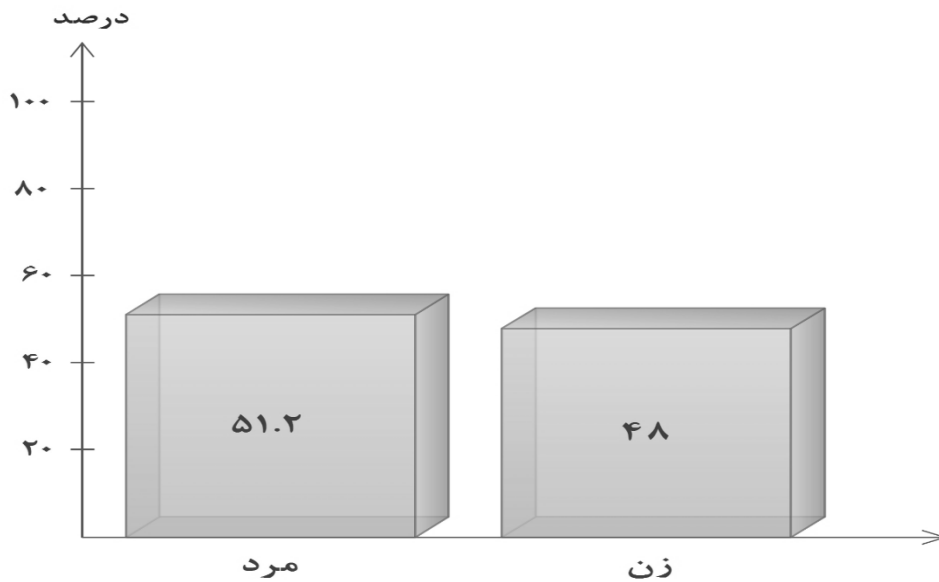
۴-۲- یافته‌های پژوهش

➤ یافته‌های توصیفی

در این قسمت به ارائه آماره‌های توصیفی و جداول مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه می‌پردازیم. شناخت ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه، از این جهت مفید است که به کمک آن مشخصات کلی جامعه مورد بررسی و ویژگی‌های عمومی آن برای سایر محققان مشخص می‌شود. بعلاوه، این شناخت باعث می‌شود در تعمیم نتایج به جوامع دیگر، یا در طراحی سؤالات تحقیقات آتی برای جوامع دیگر از این اطلاعات استفاده کنیم.

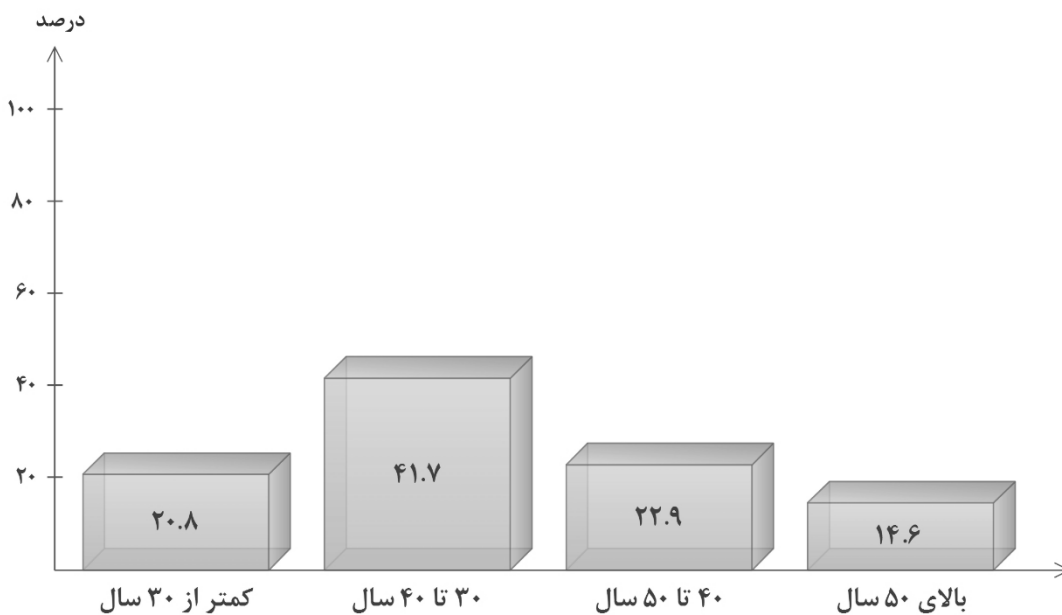
این یافته‌ها بر اساس سن، جنس، تحصیلات، سابقه خدمت و عنوان شغل می‌باشد که در فصل‌های قبل به آن‌ها اشاره شده است و همچنین نمودار مربوط به هریک از این شاخص‌ها به صورت جداگانه آورده شده است.

۴-۲-۱- آمار توصیفی مربوط به کارکنان



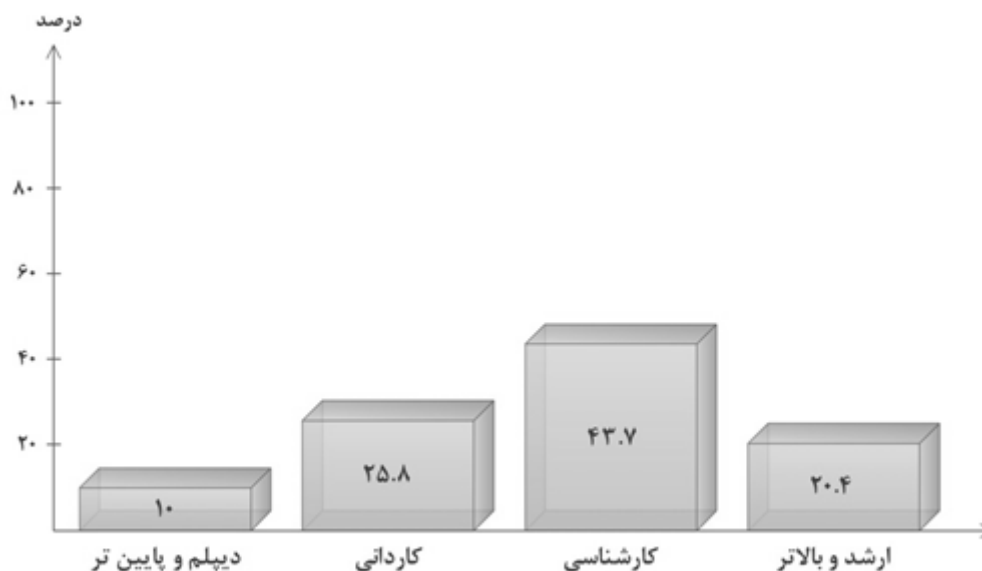
نمودار ۴-۱: توزیع فراوانی کارکنان بر حسب جنسیت

طبق نمودار ۴-۱، براساس جنسیت پاسخ دهندگان به پرسشنامه از کل کارکنان ۵۱,۲ درصد از آنها مرد و ۴۸/۷۵ درصد از آنها زن می باشند که بر این اساس تعداد پاسخ دهندگان مرد از زن بیشتر است.



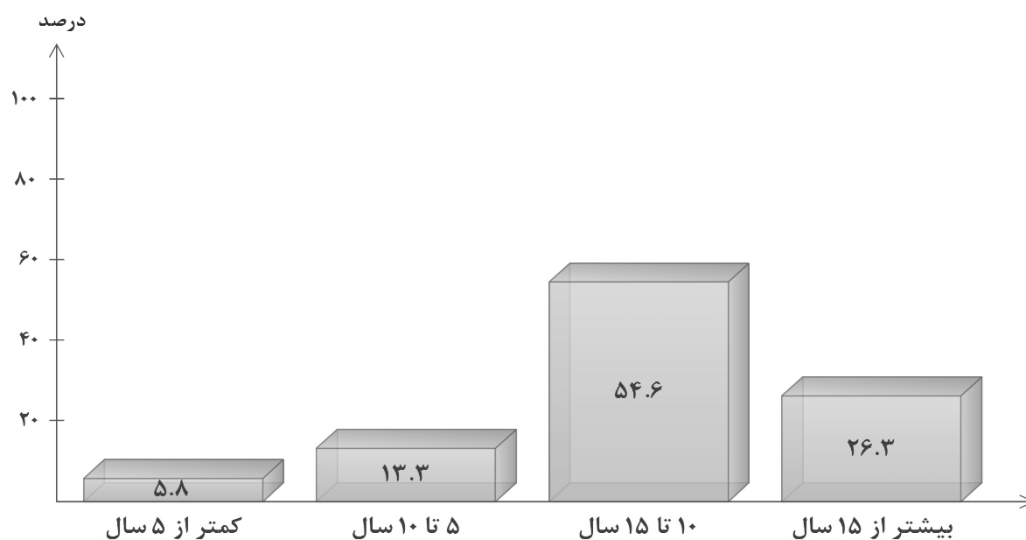
نمودار ۴-۲: توزیع فراوانی کارکنان بر حسب سن

طبق نمودار ۲-۴، بر اساس میزان سن پاسخ دهندگان به پرسشنامه از کل کارکنان ۲۰,۸ درصد از آن‌ها کمتر از ۳۰ سال، ۴۱,۷ درصد از آن‌ها بین ۳۰ تا ۴۰ سال، ۲۲,۹ درصد بین ۴۰ تا ۵۰ سال و ۱۴,۶ درصد بالای ۵۰ سال هستند. که بر این اساس بیشترین پاسخ دهندگان دارای سنی بین ۳۰ تا ۴۰ و کمترین آن‌ها دارای سنی بالاتر از ۵۰ سال بوده اند.



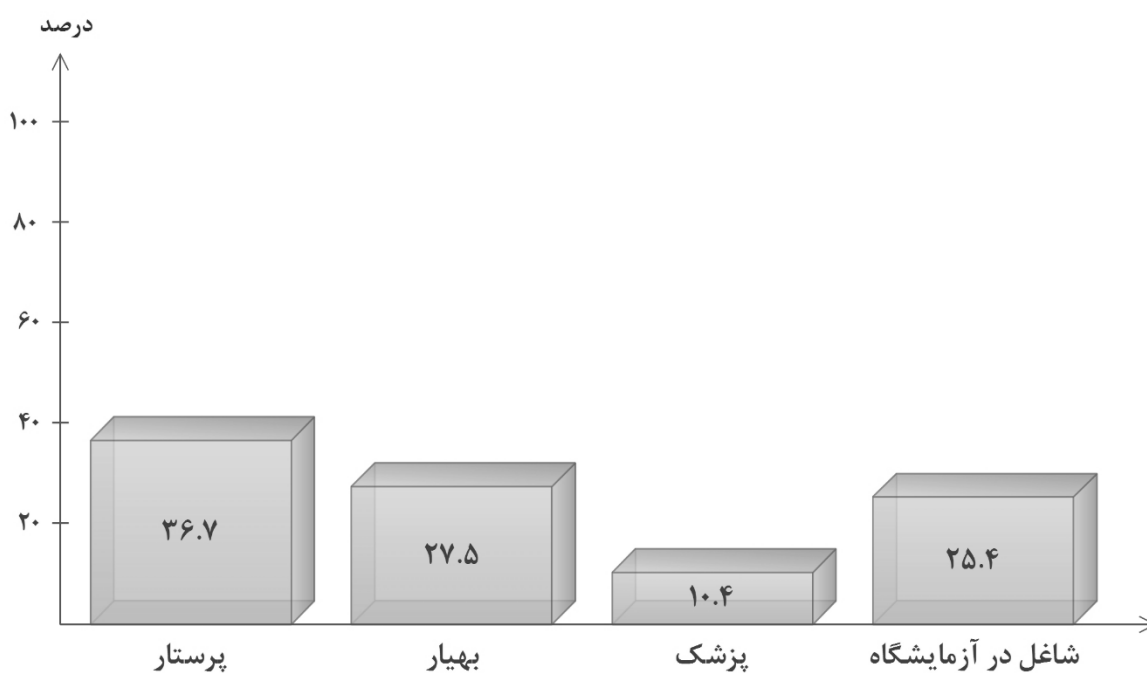
نمودار ۳-۴: توزیع فراوانی کارکنان بر حسب میزان تحصیلات

طبق نمودار ۳-۴، بر اساس میزان تحصیلات پاسخ دهندگان به پرسشنامه از کل کارکنان ۱۰ درصد از آن‌ها دارای مدرک دیپلم و پایین تر، ۲۵,۸ درصد از آن‌ها دارای مدرک کاردانی و ۴۳,۷ درصد دارای مدرک کارشناسی و ۲۰,۴ درصد از آن‌ها دارای مدرک ارشد و بالاتر هستند. که بر این اساس بیشترین پاسخ دهندگان دارای مدرک کارشناسی و کمترین آن‌ها دارای مدرک دیپلم و پایین تر بوده اند.



نمودار ۴-۴: توزیع فراوانی کارکنان بر حسب سابقه کار

طبق نمودار ۴-۴، بر اساس میزان سابقه خدمت پاسخ دهندگان به پرسشنامه از کل کارکنان ۵,۸ درصد از آن‌ها کمتر از ۵ سال، ۱۳,۳ درصد از آن‌ها بین ۵ تا ۱۰ سال، ۵۴,۶ درصد بین ۱۰ تا ۱۵ سال و ۲۶,۳ درصد بیشتر از ۱۵ سال می‌باشد. که بر این اساس بیشترین پاسخ دهندگان دارای سابقه خدمتی بین ۱۰ تا ۱۵ سال و کمترین آن‌ها کمتر از ۵ سال بوده اند.

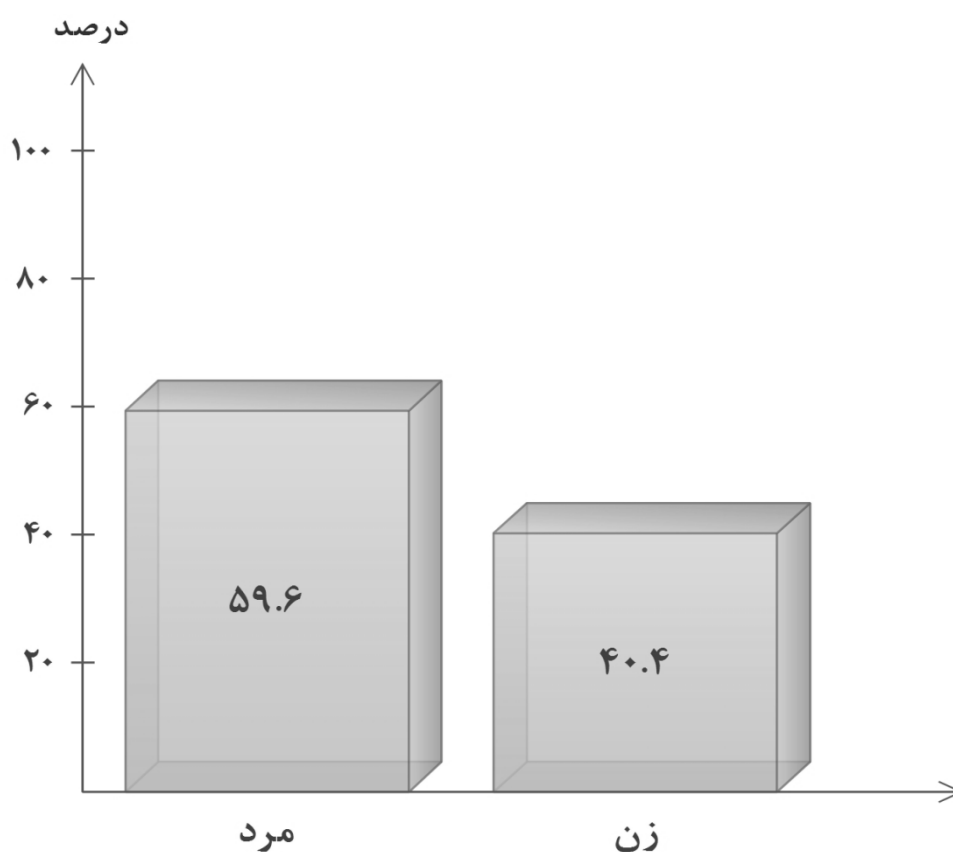


نمودار ۵-۴: توزیع فراوانی کارکنان بر حسب سمت شغلی

طبق نمودار ۵-۴، بر اساس عنوان شغلی پاسخ دهندگان به پرسشنامه از کل کارکنان ۳۶,۷ درصد از آن‌ها پرستار، ۲۷,۵ درصد از آن‌ها بهیار، ۱۰,۴ درصد از آن‌ها پزشک و ۲۵,۴ درصد از آن‌ها در آزمایشگاه

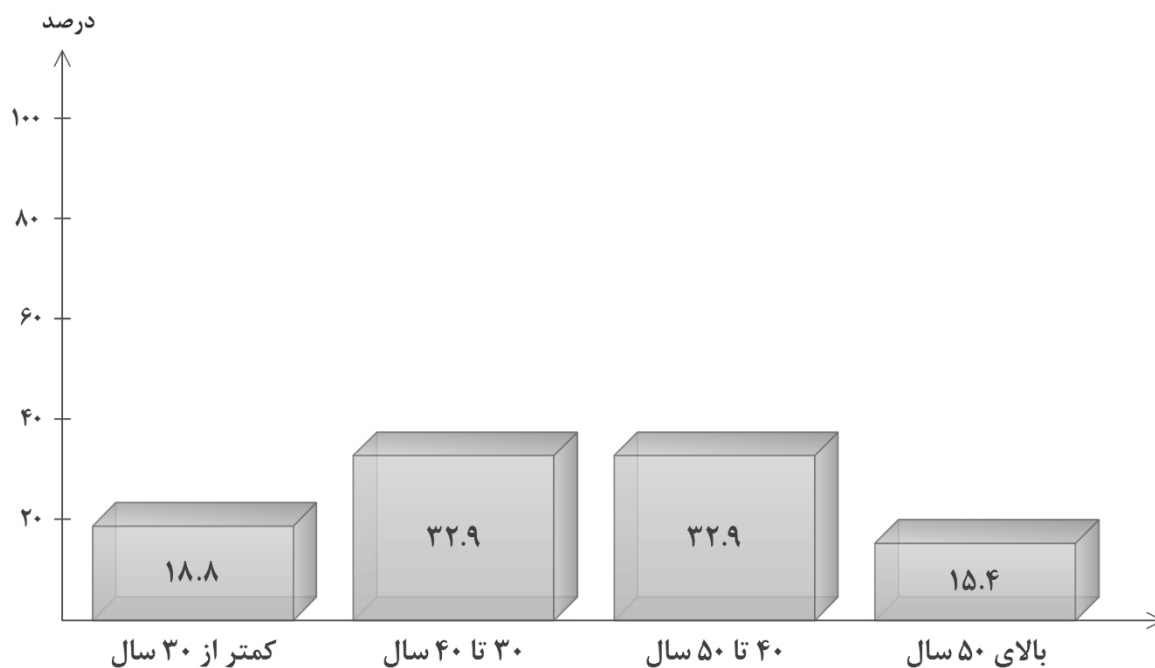
شاغل می‌باشند. که بر این اساس بیشترین پاسخ دهندگان دارای سمت شغلی پرستار و کمترین آن‌ها پزشک بوده‌اند.

۴-۲-۲- آمار توصیفی مربوط به مشتریان



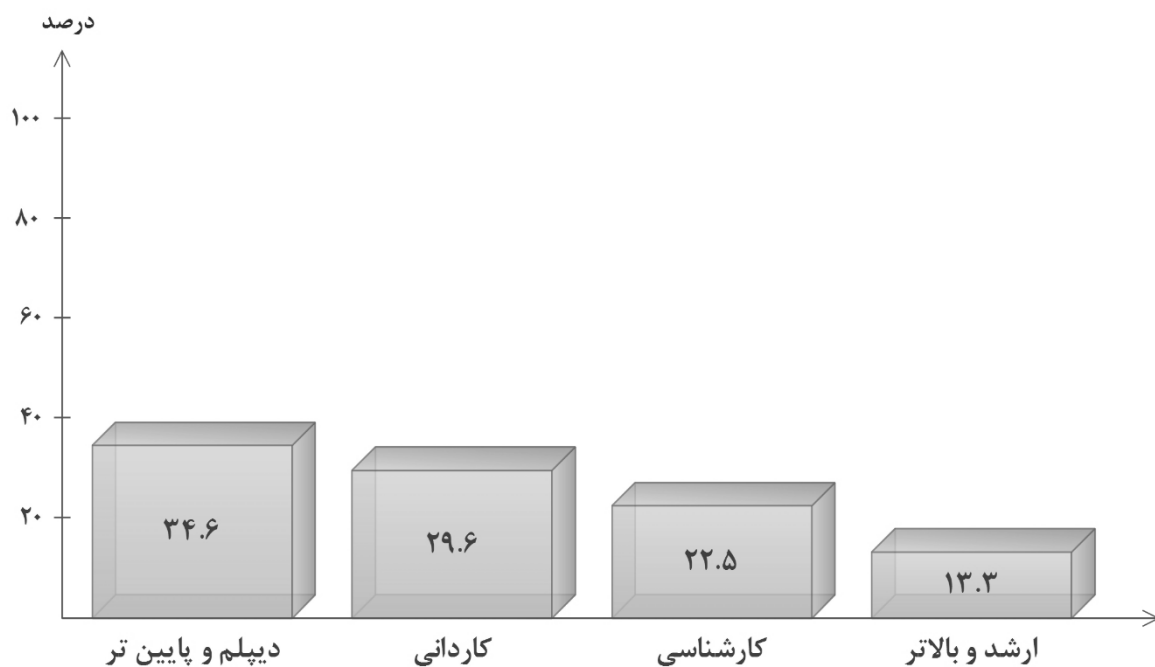
نمودار ۴-۶: توزیع فراوانی مشتریان بر حسب جنسیت

طبق نمودار ۴-۶؛ ۵۹,۶ درصد از پاسخ دهندگان مرد و ۴۰,۴ درصد از پاسخ دهندگان زن می‌باشند.



نمودار ۷-۴: توزیع فراوانی مشتریان برحسب سن

طبق نمودار ۷-۴، ۱۸,۸ درصد از پاسخ دهندگان کمتر از ۳۰ سال، ۳۲,۹ درصد از پاسخ دهندگان بین ۳۰ تا ۴۰ سال، ۳۲,۹ درصد بین ۴۰ تا ۵۰ سال و ۱۵,۴ درصد از پاسخ دهندگان بالای ۵۰ سال می باشند.



نمودار ۸-۴: توزیع فراوانی مشتریان بر حسب میزان تحصیلات

طبق نمودار ۴-۸؛ ۳۴,۶ درصد از پاسخ‌دهندگان دارای مدرک دیپلم و پایین تر، ۲۹,۶ درصد از پاسخ‌دهندگان کاردانی، ۲۲,۵ درصد کارشناسی و ۱۳,۳ درصد ارشد و بالاتر می‌باشند. بیشترین توزیع فراوانی مربوط به مدرک تحصیلی دیپلم و پایین تر و کمترین مربوط به ارشد و بالاتر می‌باشد.

➤ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

جدول ۴-۱ 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 می‌توان گفت در وضعیت مطلوبی می‌باشند و ارزیابی پاسخ‌دهندگان از این متغیر بیشتر از حد متوسط می‌باشد اما شاخص‌هایی که میانگین کمتر از ۳ داشته باشند نامطلوب ارزیابی شده‌اند. طبق جدول ۴-۱ تمامی مقادیر مربوط به میانگین متغیرها بیشتر از ۳ می‌باشد که نشان دهنده‌ی وضعیت مطلوب ارزیابی پاسخ‌دهندگان می‌باشد. بیشترین مقدار میانگین مربوط به متغیر مدیریت کیفیت جامع (۴,۵۴۰۹) و کمترین مقدار میانگین مربوط به یادگیری سازمانی (۴,۳۹۸۷) می‌باشد. همچنین متغیر فرهنگ ایمنی بیمار دارای کمترین مقدار انحراف استاندارد (۰,۶۱۱۸) و متغیر تصویرسازمانی با مقدار (۰,۶۲۹۰) بیشترین مقدار انحراف استاندارد را دارا می‌باشد.

جدول ۴-۱: میانگین و انحراف استاندارد مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	مینیمم	ماکسیمم	میانگین	انحراف استاندارد
یادگیری سازمانی	۲,۴۹	۴,۳۲	۴,۳۹۸۷	۰,۶۲۲۸
مدیریت کیفیت جامع	۲,۶۵	۴,۲۳	۴,۵۴۰۹	۰,۶۱۸۳
فرهنگ ایمنی بیمار	۲,۵۲	۴,۸۳	۴,۴۸۶۳	۰,۶۱۱۸
تصویرسازمانی	۲,۷۳	۴,۵۷	۴,۴۷۶۱	۰,۶۲۹۰

➤ یافته‌های استنباطی

نوع دیگر از روابط بین متغیرهای پنهان در مدل معادلات ساختاری، از نوع اثر مستقیم می‌باشد. اثر مستقیم که در واقع یکی از اجزاء سازنده مدل‌های معادلات ساختاری است و رابطه جهت داری را میان دو متغیر نشان می‌دهد. این نوع اثر در واقع بیانگر تأثیر خطی فرض شده یک متغیر بر متغیر دیگر است. در درون یک مدل هر اثر مستقیم، رابطه‌ای را میان یک متغیر وابسته و متغیر مستقل مشخص و بیان می‌کند. اگرچه یک متغیر وابسته در یک اثر مستقیم دیگر می‌تواند متغیر مستقل باشد و برعکس. هر

مسیر نشان‌دهنده‌ی یکی از فرضیات اصلی مدل مفهومی تحقیق می‌باشد و عددی که بر روی هر مسیر قرار دارد ضریب مسیر هریک از فرضیات مطرح‌شده می‌باشد. ضریب مسیر بیان‌کننده اثر مستقیم یک متغیر بر متغیر دیگر است و هرچه مقدارش بیشتر باشد اثر پیش‌بینی متغیرهای پنهان، بزرگتر از متغیرهای وابسته خواهد بود. از طرفی جهت ارزیابی و سنجش معنادار بودن ضرایب مسیر، معناداری مقدار آماره‌ی t برای هر ضریب مسیر باید در نظر گرفته شود. شکل ۴-۹ ضریب مسیر هر یک از فرضیه‌های اصلی مدل مفهومی و شکل ۴-۱۰ آزمون آماره t هریک از فرضیه‌های اصلی مدل مفهومی را نشان می‌دهد.

➤ آزمون فرضیه‌ها

با توجه به جدول ۴-۲ تحلیل عاملی تأییدی هر یک از فرضیه‌های اصلی مدل مفهومی پژوهش را می‌توان مورد بررسی قرار داد.

فرضیه اول: بین یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع رابطه معناداری وجود دارد. در سطح معناداری ۰,۰۵، مقدار آماره آزمون t باید بالاتر از ۱,۹۶ باشد تا قابل قبول باشد. برای فرضیه اول، ضریب مسیر استاندارد میان یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع ۰,۶۹۵ است که معنادار می‌باشد ($\beta = 0.695$ $\rho = 0.05$)، و مقدار آماره t نیز ۱۶,۷۷۶ است که از ۱,۹۶ بیشتر می‌باشد، در نتیجه فرضیه اول قابل قبول است.

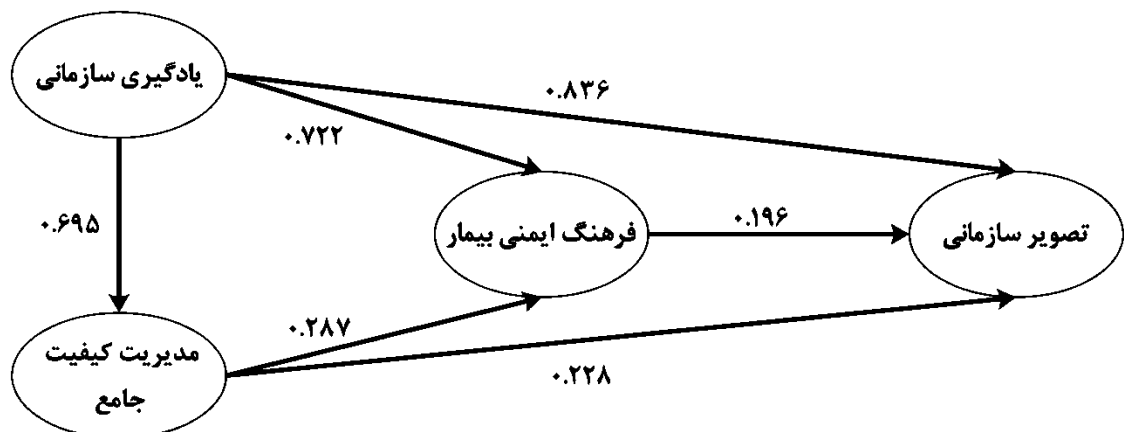
فرضیه دوم: بین یادگیری سازمانی و فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معناداری وجود دارد. برای فرضیه دوم، ضریب مسیر استاندارد بین یادگیری سازمانی و فرهنگ ایمنی بیمار معنادار است ($\beta = 0.722$ $\rho = 0.05$) و مقدار آماره t ۲۴,۱۷۷ می‌باشد که بزرگتر از ۱,۹۶ است، در نتیجه فرضیه دوم نیز قابل قبول است.

فرضیه سوم: بین مدیریت کیفیت جامع و فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معناداری وجود دارد. ضریب مسیر استاندارد میان متغیرهای مدیریت کیفیت جامع و فرهنگ ایمنی بیمار معنادار است ($\beta = 0.287$ $\rho = 0.05$) و مقدار آماره t ۷,۸۴۰ می‌باشد که بزرگتر از ۱,۹۶ است، در نتیجه فرضیه سوم نیز قابل قبول است.

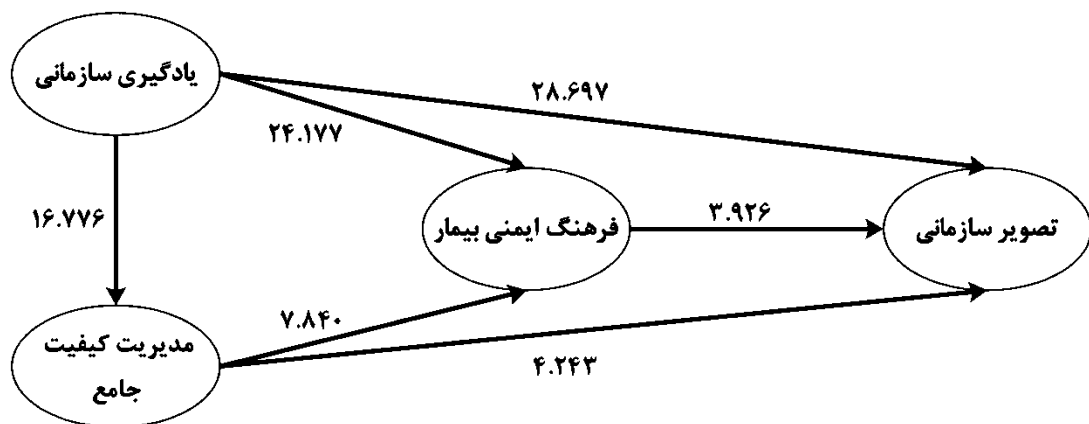
فرضیه چهارم: بین یادگیری سازمانی و تصویرسازمانی رابطه معناداری وجود دارد. ضریب مسیر استاندارد میان متغیرهای یادگیری سازمانی و تصویرسازمانی معنادار می‌باشد ($\beta = 0.836$ $\rho = 0.05$) و آماره t مربوط به این دو متغیر نیز ۲۸,۶۹۷ است که بزرگتر از ۱,۹۶ می‌باشد، در نتیجه فرضیه چهارم نیز قابل قبول است.

فرضیه پنجم: بین فرهنگ ایمنی بیمار و تصویرسازمانی رابطه معناداری وجود دارد.
ضریب استاندارد میان متغیرهای فرهنگ ایمنی بیمار و تصویرسازمانی معنادار می‌باشد
($\beta = 0.196$ $\rho = 0.05$) و آماره t مربوط به این دو متغیر ۳,۹۲۶ است که از مقدار ۱,۹۶ بیشتر می‌باشد، در نتیجه فرضیه پنجم نیز قابل قبول است.

فرضیه ششم: بین مدیریت کیفیت جامع و تصویرسازمانی رابطه معناداری وجود دارد.
ضریب استاندارد میان این دو متغیر معنادار می‌باشد ($\beta = 0.228$ $\rho = 0.05$) و مقدار آماره t نیز ۴,۲۴۳ است که از مقدار ۱,۹۶ بیشتر می‌باشد، در نتیجه فرضیه ششم نیز قابل قبول است.



شکل ۹-۴: ضریب مسیر فرضیه های اصلی مدل مفهومی تحقیق



شکل ۱۰-۴: آماره های آزمون t فرضیه های اصلی مدل مفهومی پژوهش

جدول ۴-۲: ضریب مسیر و آماره آزمون t هر یک از فرضیه های اصلی مدل مفهومی پژوهش

فرضیه	مسیر	ضریب مسیر	آماره آزمون t	وضعیت
۱	یادگیری سازمانی <<<< مدیریت کیفیت جامع	۰,۶۹۵	۱۶,۷۷۶	قابل قبول
۲	یادگیری سازمانی <<<< فرهنگ ایمنی بیمار	۰,۷۲۲	۲۴,۱۷۷	قابل قبول
۳	مدیریت کیفیت جامع <<<< فرهنگ ایمنی بیمار	۰,۲۸۷	۷,۸۴۰	قابل قبول
۴	یادگیری سازمانی <<<< تصویرسازمانی	۰,۸۳۶	۲۸,۶۹۷	قابل قبول
۵	فرهنگ ایمنی بیمار <<<< تصویرسازمانی	۰,۱۹۶	۳,۹۲۶	قابل قبول
۶	مدیریت کیفیت جامع <<<< تصویرسازمانی	۰,۲۲۸	۴,۲۴۳	قابل قبول

با توجه به جدول ۴-۲ و توضیحات ارائه شده، به این نتیجه دست می‌یابیم که تمامی فرضیه های اصلی تحقیق حاضر مورد پذیرش قرار گرفته است. حال به ارزیابی فرضیات مربوط به متغیرهای میانجی می‌پردازیم. برای بررسی وضعیت مربوط به این متغیرها از آزمون سوبل استفاده می‌شود. در سطح معناداری ۰,۰۵ اگر مقدار به دست آمده حاصل از تجزیه و تحلیل این آزمون بالاتر از ۱,۹۶ باشد فرضیه معنادار و مورد قبول واقع می‌شود. این آزمون برای معناداری تأثیر میانجی یک متغیر در رابطه میان دو متغیر دیگر بکار می‌رود.

فرضیه هفتم: بین یادگیری سازمانی و تصویرسازمانی از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معنی‌داری وجود دارد.

برای بررسی تأثیر فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان متغیر میانجی بر رابطه بین یادگیری سازمانی و تصویرسازمانی از آزمون Sobel Test استفاده شده است. مقدار این آزمون برای این بررسی ۸,۳۳۳۶ به دست آمد که نشان می‌دهد فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان متغیر میانجی بر رابطه میان یادگیری سازمانی و تصویرسازمانی تأثیر مثبت و معناداری دارد.

فرضیه هشتم: بین مدیریت کیفیت جامع و تصویر سازمانی از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معنی‌داری وجود دارد.

برای بررسی تأثیر فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان متغیر میانجی بر رابطه بین مدیریت کیفیت جامع و تصویر سازمانی از آزمون Sobel Test استفاده شده است. مقدار این آزمون برای این بررسی ۶,۲۸۳۳ به دست آمد که نشان می‌دهد فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان متغیر میانجی بر رابطه میان مدیریت کیفیت جامع و تصویر سازمانی تأثیر مثبت و معناداری دارد.

تمامی فرضیات مربوط به متغیرهای میانجی در مدل پیشنهادی نیز مورد قبول واقع شده‌اند که مقادیر آماره‌های این فرضیات در جدول ۴-۳ قابل مشاهده می‌باشد.

جدول ۴-۳: آماره های آزمون سوبل مربوط به متغیرهای میانجی

فرضیه	مسیر	β	انحراف استاندارد	آماره آزمون سوبل	وضعیت
۷	یادگیری سازمانی <<< فرهنگ ایمنی بیمار	۰,۷۲۱۸	۰,۰۳۲۲	-	-
	فرهنگ ایمنی بیمار <<< تصویرسازمانی	۰,۱۹۵۷	۰,۰۲۱۸	-	-
	یادگیری سازمانی <<< تصویرسازمانی	-	-	۸,۳۳۳۶	قابل قبول
۸	مدیریت کیفیت جامع <<< فرهنگ ایمنی بیمار	۰,۲۸۶۸	۰,۰۳۲۶	-	-
	فرهنگ ایمنی بیمار <<< تصویرسازمانی	۰,۱۹۵۷	۰,۰۲۱۸	-	-
	مدیریت کیفیت جامع <<< تصویرسازمانی	-	-	۶,۲۸۳۳	قابل قبول

رگرسیون (ماتریس همبستگی): رابطه بین دو یا چند متغیر را همبستگی می گویند. این ماتریس به دنبال رابطه بین چندین متغیر می باشد. در حقیقت می توان فرضیه های ذکر شده را با بررسی ضریب همبستگی بین متغیرهای مذکور بررسی کرد. رگرسیون قدرت روابط میان متغیرهای مدل ارائه شده را بیان می کند و به بررسی رابطه خطی بین متغیرها می پردازد. لازم به یادآوری است که ضریب همبستگی شاخص آماری برای نشان دادن شدت و حدود همبستگی می باشد. روی قطر اصلی این ماتریس عدد یک واقع شده است، به این منظور که هر متغیر با خودش همبستگی کامل دارد.

نتایج آزمون همبستگی و حداقل مربعات جزئی این مسئله را تأیید می کند که متغیرهایی که در این مدل پیشنهاد کردیم با یکدیگر همبستگی و ارتباط معناداری دارند که این مسئله صحت مدل پیشنهادی را بیان می کند. طبق جدول ۴-۴ و با توجه به مقادیر به دست آمده، بیشترین مقدار به دست آمده مربوط به رابطه میان متغیرهای تصویرسازمانی و یادگیری سازمانی (۰,۹۸۱۱) می باشد که نشان دهنده ی رابطه قوی میان این دو متغیر است و همچنین کمترین مقدار مربوط به رابطه میان متغیرهای تصویرسازمانی و مدیریت کیفیت جامع (۰,۷۰۲۲) می باشد.

جدول ۴-۴: ماتریس همبستگی متغیرهای اصلی پژوهش

CI	PSC	TQM	OL	
			۱,۰۰۰۰	OL
		۱,۰۰۰۰	۰,۷۹۵۳	TQM
	۱,۰۰۰۰	۰,۷۸۹۲	۰,۹۲۱۵	PSC
۱,۰۰۰۰	۰,۸۹۱۲	۰,۷۰۲۲	۰,۹۸۱۱	CI
۰,۹۶۶۵	۰,۹۸۱۸	۰,۹۶۳۴	۰,۰۰۰۰	ضریب تعیین (R^2)

۳-۴- برازش الگوی کلی

برازش کلی الگو از طریق معیار GOF که تننهاوس و همکارانش عرضه کرده‌اند استفاده می‌شود (تننهاوس و همکاران^۱، ۲۰۰۴). این معیار از طریق رابطه‌ی زیر محاسبه می‌گردد:

$$GOF = \sqrt{\overline{Communalities} * \overline{R^2}}$$

به‌طوری که $\overline{Communalities}$ نشانه‌ی میانگین مقادیر اشتراکی هر سازه است و $\overline{R^2}$ نیز مقدار میانگین مقادیر R squares درون‌زای الگو است.

مقدار GOF الگو عبارت است از:

$$\left. \begin{array}{l} \overline{Com} = 0.5707 \\ \overline{R^2} = 0.7279 \end{array} \right\} \rightarrow GOF = 0.6445$$

با توجه به سه مقدار ۰،۰۱، ۰،۲۵، ۰،۳۶، که به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی شده است (وتزلس و همکاران^۲، ۲۰۰۹)، حاصل شدن ۰،۶۴۴۵ برای GOF نشان از برازش کلی قوی الگوی پژوهش دارد.

۴-۴- جمع‌بندی

هدف این فصل تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از طریق پرسشنامه با استفاده از آزمون‌های تشریح شده در فصل سوم است. در این فصل ابتدا ویژگی‌های جمعیت شناختی پاسخ‌دهندگان مورد بررسی قرار گرفت. سپس در ادامه با استفاده از آزمون آماری t و ضریب مسیر فرضیات تحقیق بررسی شدند. در نهایت نیز با استفاده از آزمون سوبل فرضیه‌های مربوط به متغیر میانجی مورد بررسی قرار گرفت.

¹ Tenenhaus & et al

² Wetzels & et al

فصل ۵- نتیجه گیری و پیشنهادها

۵-۱- مقدمه

نتیجه‌گیری، مرحله نهایی کار عملی تحقیق است. تحقیق زمانی کامل است که نتایج آن در اختیار جامعه علمی گذارده شود. به عبارت دیگر اگر محقق نتواند یافته‌های تحقیق و نتایج آن را در اختیار سایر محققان قرار دهد، یافته‌های او هراندازه مهم باشد به پیشرفت علمی کمک نخواهد کرد. این فصل شامل ۳ بخش می‌باشد. در بخش اول فرضیات تحقیق و نتایج آن، بررسی و در بخش دوم به پیشنهادهای تحقیق پرداخته و در آخر نیز پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آتی برآمده از نتایج آماری تحقیق برای سایر محققین ارائه می‌شود.

۵-۲- بررسی فرضیه‌های تحقیق

➤ بررسی فرضیه اول

بین یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع رابطه معناداری وجود دارد. طبق جدول ۴-۲ اثر یادگیری سازمانی بر مدیریت کیفیت جامع دارای ضریب مسیر ۰,۶۹۵ که دارای آماره t ، ۱۶,۷۷۶ می‌باشد. مقدار t برای این پارامتر بزرگ‌تر از ۱,۹۶ محاسبه شده است. لذا می‌توان بیان نمود که ادعای محقق با ۹۵ درصد اطمینان تأیید می‌شود. به عبارت دیگر یادگیری سازمانی بر مدیریت کیفیت جامع دارای اثر معناداری به لحاظ آماری است و با توجه به مثبت بودن ضریب مسیر می‌توان گفت نوع رابطه دو متغیر مثبت و معنادار می‌باشد، این بدان معنی است که با افزایش یادگیری سازمانی در سازمان به همان نسبت کیفیت ارائه محصولات و خدمات افزایش پیدا می‌کند. با توجه به نتیجه این فرضیه می‌توان انتظار داشت با ایجاد و تشکیل حلقه‌های کیفی در سازمان به ایجاد یادگیری سازمان، بهبود مستمر، بقای سازمانی و رسیدن به تعالی سازمان کمک کرد. تشکیل حلقه‌های کیفیت مزایای بسیاری از جمله افزایش کار گروهی، افزایش همبستگی و هم‌دلی میان کارکنان، افزایش حس مشارکت افراد، افزایش دانش فنی و تخصصی اعضای گروه از طریق تبادل دانش و افزایش روحیه انگیزه و حس تعلق سازمانی دارد که منجر به بهبود خواهد شد. با مقایسه نتیجه این فرضیه با یافته‌های کزازی و شول (۱۳۹۲)، مالیک و همکاران (۲۰۱۲)، چو و همکاران (۲۰۰۷) و جیمنز و همکاران (۲۰۰۸) نتیجه تحقیق تأیید می‌شود.

➤ بررسی فرضیه دوم

بین یادگیری سازمانی و فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معناداری وجود دارد.

طبق جدول ۴-۲ اثر یادگیری سازمانی بر فرهنگ ایمنی بیمار دارای ضریب مسیر ۰,۷۲۲ که دارای آماره t ، ۲۴,۱۷۷ می‌باشد. مقدار t برای این پارامتر بزرگ‌تر از ۱,۹۶ محاسبه شده است. لذا می‌توان گفت یادگیری سازمانی بر فرهنگ ایمنی بیمار دارای اثر معناداری به لحاظ آماری است و با توجه به مثبت بودن ضریب مسیر می‌توان گفت نوع رابطه دو متغیر مثبت و معنادار می‌باشد، به عبارت دیگر با افزایش یادگیری سازمانی، فرهنگ ایمنی بیمار نیز به همان نسبت گسترش خواهد یافت.

با توجه به نتیجه این فرضیه می‌توان بیان کرد که بیمارستان 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 سازمان‌های بهداشتی، این نوع از سازمان‌ها از نظر یادگیری در سطح حساس و از جایگاه ویژه‌ای برخوردار هستند، از این‌رو مدیران در سازمان‌های بهداشتی و درمانی علی‌الخصوص بیمارستان‌ها بایستی حرکت به سمت یادگیری را آغاز کنند. از آنجایی که یادگیری سازمانی یکی از ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار می‌باشد می‌توان انتظار داشت که با بهبود و گسترش یادگیری سازمانی در سطح سازمان فرهنگ ایمنی بیمار نیز بهبود می‌یابد.

➤ بررسی فرضیه سوم

بین مدیریت کیفیت جامع و فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معناداری وجود دارد.

طبق جدول ۴-۲ اثر مدیریت کیفیت جامع بر فرهنگ ایمنی بیمار دارای ضریب مسیر ۰,۲۸۷ که دارای آماره t ، ۷,۸۴ می‌باشد. مقدار t برای این پارامتر بزرگ‌تر از ۱,۹۶ محاسبه شده است. لذا می‌توان گفت مدیریت کیفیت جامع بر فرهنگ ایمنی بیمار دارای اثر معناداری به لحاظ آماری است و با توجه به مثبت بودن ضریب مسیر می‌توان گفت نوع رابطه دو متغیر مثبت و معنادار می‌باشد، به عبارت دیگر، با افزایش مدیریت کیفیت جامع، فرهنگ ایمنی بیمار نیز به همان نسبت در سازمان گسترش خواهد یافت.

با توجه به نتیجه این فرضیه می‌توان 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، افق‌های جدیدی را فراروی این سیستم خدمات اجتماعی قرار داده است. با گذراندن آموزش‌های مناسب، پرستاران جدیدترین استانداردهای عملکردی و روش‌های درمانی را می‌آموزند. درنهایت، بیمارستان‌هایی که در آن‌ها سیستم مدیریت کیفیت جامع اجرا می‌شود، با اولویت قرار دادن آموزش و ارتقای آگاهی کارکنان، آن را به صورت جزئی از فرهنگ ایمنی درمی‌آورند.

➤ بررسی فرضیه چهارم

بین یادگیری سازمانی و تصویرسازمانی رابطه معناداری وجود دارد. طبق جدول ۴-۲ اثر یادگیری سازمانی بر تصویرسازمانی دارای ضریب مسیر ۰,۸۳۶ که دارای آماره t ۲۸,۶۹۷ می‌باشد. مقدار t برای این پارامتر بزرگ‌تر از ۱,۹۶ محاسبه شده است. لذا می‌توان گفت یادگیری سازمانی بر تصویرسازمانی دارای اثر معناداری به لحاظ آماری است و با توجه به مثبت بودن ضریب مسیر می‌توان گفت نوع رابطه دو متغیر مثبت و معنادار می‌باشد، به عبارت دیگر، با افزایش یادگیری سازمانی در سازمان وجهه و تصویر آن سازمان بهبود خواهد یافت. با توجه به نتیجه این فرضیه می‌توان بیان کرد که بهره بردن از ویژگی‌ها و توانایی‌های کارکنان سازمان به‌طور مؤثر موجب بهبود تصویر سازمان خواهد شد و همچنین در نظر گرفتن ویژگی‌هایی مثل تدوین برنامه‌های لازم جهت درگیر نمودن کارکنان در کارها، فراهم آوردن اطلاعات لازم جهت تصمیم‌گیری، تدوین منشور اخلاقی به‌منظور هدایت رفتار پرسنل و توجه نمودن به جزئیات و تأکید بر یادگیری در فعالیت‌های روزانه می‌تواند بر تصویری که مشتریان از سازمان دارند تأثیر مثبت‌تری داشته باشد.

➤ بررسی فرضیه پنجم

بین فرهنگ ایمنی بیمار و تصویرسازمانی رابطه معنی‌داری وجود دارد. طبق جدول ۴-۲ اثر فرهنگ ایمنی بیمار بر تصویرسازمانی دارای ضریب مسیر ۰,۱۹۶ که دارای آماره t ۳,۹۲۶ می‌باشد. مقدار t برای این متغیر بزرگ‌تر از ۱,۹۶ محاسبه شده است. لذا می‌توان بیان کرد که ادعای محقق با ۹۵ درصد اطمینان تأیید می‌شود. به عبارت دیگر فرهنگ ایمنی بیمار بر تصویرسازمانی دارای اثر معناداری به لحاظ آماری است و با توجه به مثبت بودن ضریب مسیر می‌توان گفت نوع رابطه دو متغیر مثبت و معنادار می‌باشد، به عبارت دیگر با افزایش فرهنگ ایمنی بیمار در سازمان وجهه و تصویری که مشتریان از سازمان دارند بهبود خواهد یافت. با توجه به نتیجه این فرضیه می‌توان بیان کرد که تصویر سازمان‌ها، یکی از عوامل تأثیرگذار بر سرنوشت آن‌ها در دنیای امروز می‌باشد به‌گونه‌ای که تصویر ذهنی منفی در بین مخاطبان یکی از عوامل سقوط سازمان‌ها می‌باشد، زیرا همانند دیگر پدیده‌ها افراد بر اساس ادراک خود از سازمان‌ها، با آن‌ها ارتباط برقرار می‌کنند. از طرفی دیگر وجود یک تصویر ذهنی مثبت از یک سازمان بر جنبه‌های گوناگون از جمله جذب منابع، حمایت و پشتیبانی مخاطبان و درنهایت موفقیت آن‌ها تأثیر می‌گذارد.

از طرفی یکی از عوامل مؤثر در تصویر ذهنی مثبت از سازمان، وجود یک فرهنگ قوی و مثبت در سازمان است. فرهنگ سازمانی به عنوان مجموعه‌ای از باورها و ارزش‌های مشترک بر رفتار و اندیشه اعضای سازمان اثر می‌گذارد و می‌توان نقطه شروعی برای حرکت و پویایی و یا مانعی در راه پیشرفت به شمار آید. فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها از اساسی‌ترین زمینه‌های تأثیرگذار بر اذهان مخاطبان و ایجاد تصویر مثبت در آنهاست. به‌طوری‌که با بالا رفتن سطح فرهنگ ایمنی بیمار به همان نسبت تصویری که مخاطبان از تصویر آن سازمان دارند افزایش خواهد یافت.

➤ بررسی فرضیه ششم

بین مدیریت کیفیت جامع و تصویرسازمانی رابطه معنی‌داری وجود دارد. طبق جدول ۴-۲ اثر مدیریت کیفیت جامع بر تصویرسازمانی دارای ضریب مسیر ۰,۲۲۸ که دارای آماره t ، ۴,۲۴۳ می‌باشد. مقدار t برای این متغیر بزرگ‌تر از ۱,۹۶ محاسبه شده است. لذا می‌توان بیان کرد که ادعای محقق با ۹۵ درصد اطمینان تائید می‌شود. به عبارت دیگر، مدیریت کیفیت جامع بر تصویرسازمانی دارای اثر معناداری به لحاظ آماری است و با توجه به مثبت بودن ضریب مسیر می‌توان گفت نوع رابطه دو متغیر مثبت و معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر با افزایش مدیریت کیفیت جامع در سازمان به همان نسبت تصویری که از یک سازمان در ذهن مشتریان نقش خواهد بست بهبود می‌یابد. با توجه به نتیجه این فرضیه می‌توان بیان کرد از آنجایی که یکی از مهم‌ترین اهداف مدیریت کیفیت جامع کسب رضایت مشتری می‌باشد و تصویرسازمانی نیز فرایند خلق تصویر و دریافت و به‌کارگیری آن از سوی مخاطبان است؛ بنابراین با بکار بردن مدیریت کیفیت جامع در یک سازمان وجهه و تصویری که مخاطبان از آن سازمان دارند بهبود خواهد یافت.

➤ بررسی فرضیه هفتم

بین یادگیری سازمانی و تصویرسازمانی از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معنی‌داری وجود دارد.

طبق جدول ۴-۳ برای بررسی تأثیر فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان متغیر میانجی بر رابطه بین یادگیری سازمانی و تصویرسازمانی از آزمون Sobel Test استفاده شده است. مقدار این آزمون همانند آزمون t در سطح اطمینان ۹۵ درصد باید بالای ۱,۹۶ باشد تا مورد تائید قرار گیرد. نتیجه این آزمون برای این بررسی ۸,۳۳۳۶ به دست آمد که نشان می‌دهد فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان متغیر میانجی بر رابطه

میان یادگیری سازمانی و تصویرسازمانی تأثیر مثبت و معناداری دارد. یعنی با بکارگیری فرهنگ ایمنی بیمار در سازمان رابطه میان یادگیری سازمانی و تصویر سازمانی قوی‌تر خواهد شد.

➤ **بررسی فرضیه هشتم**

بین مدیریت کیفیت جامع و تصویر سازمانی از طریق متغیر میانجی فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معنی‌داری وجود دارد.

طبق جدول ۳-۴ برای بررسی تأثیر فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان متغیر میانجی بر رابطه بین مدیریت کیفیت جامع و تصویر سازمانی از آزمون Sobel Test استفاده شده است. مقدار این آزمون همانند آزمون t در سطح اطمینان ۹۵ درصد باید بالای ۱,۹۶ باشد تا مورد تأیید قرار گیرد. نتیجه این آزمون برای این بررسی ۶,۲۸۳۳ بدست آمد که نشان می‌دهد فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان متغیر میانجی بر رابطه میان مدیریت کیفیت جامع و تصویر سازمانی تأثیر مثبت و معناداری دارد.

۵-۳- پیشنهادهای کاربردی پژوهش

با توجه به وجود رابطه مثبت میان یادگیری سازمانی و تصویر سازمانی، به مدیران سازمان‌های خدمات سلامت و درمان توصیه می‌شود از طریق موارد ذیل نسبت به بهبود تصویر سازمانی اقدام نمایند:

- تقویت مهارت فردی از طریق آموزش‌های مناسب
- ترویج فرهنگ کار تیمی و یادگیری تیمی
- توسعه و آموزش مدل‌های ذهنی به کارکنان مرتبط
- ایجاد و اشاعه چشم‌انداز مشترک سازمان بین تمامی بخش‌های سازمان و کارکنان برای رسیدن به هدف مشترک سازمان
- باتوجه به رابطه مثبت میان مدیریت کیفیت جامع و تصویر سازمانی به مدیران سازمان‌های خدمات سلامت و درمان توصیه می‌شود از طریق موارد ذیل نسبت به بهبود تصویر سازمانی اقدام نمایند:
- ارائه خدمات مناسب به مشتری بر اساس نیاز مشتری
- مشارکت کامل کارکنان در ارائه خدمات باکیفیت و مطلوب به مشتریان

➤ بهبود مستمر فرایند

با توجه به رابطه مثبت میان متغیرهای فرهنگ ایمنی بیمار و تصویر سازمانی به مدیران سازمان‌های خدمات سلامت و درمان توصیه می‌شود از طریق موارد ذیل نسبت به بهبود تصویر سازمانی اقدام نمایند:

➤ کار تیمی میان بخش‌ها

➤ کار تیمی درون بخش‌ها

➤ بهبود مستمر یادگیری سازمانی

➤ جابجایی اطلاعات مهم بین بخش‌ها و شیفت‌های کاری

➤ تناوب گزارش‌دهی حوادث ناخواسته

➤ بازبودن مجاری ارتباطی

- به‌تمامی سازمان‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت و درمان به‌ویژه بیمارستان‌ها که به‌صورت مستقیم با فعالیت‌های اجتماعی سروکار دارد پیشنهاد می‌شود تا بخش‌های مستقلی با عنوان "بخش یادگیری سازمانی"، "بخش مدیریت کیفیت جامع" و "بخش فرهنگ ایمنی بیمار" برای برنامه‌ریزی، پیاده‌سازی، و نظارت بر فعالیت‌های سازمان ایجاد نماید.
- برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی جهت چگونگی ارتقای یادگیری سازمانی، مدیریت کیفیت جامع و فرهنگ ایمنی بیمار در محیط سازمان و بررسی راه‌کارهای بهبود تصویر سازمانی.

۴-۵- پیشنهاد برای پژوهش‌های آتی

- در جهت بهبود و توسعه‌ی عملکرد سازمان‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت و درمان به‌ویژه بیمارستان‌ها، می‌توان علاوه بر متغیرهای بکار گرفته‌شده در این پژوهش متغیرهایی نظیر متغیرهای مالی و حسابداری، تعهد سازمانی، عملکرد سازمانی، انعطاف‌پذیری منابع سازمانی، نوآوری سازمانی، مدیریت دانش و غیره نیز استفاده نمود و با بررسی تعاملات متقابل میان متغیرهای مربوط به حوزه‌ی سلامت با هر یک از این متغیرها، هر چه بیشتر در جهت ارتقای سلامت جامعه گام برداشت.
- مدل مطرح‌شده در پژوهش حاضر را می‌توان در تمامی سازمان‌های مرتبط با سلامت و درمان که ارتباط مستقیم یا غیرمستقیمی با بیماران دارند به کار گرفت، همچنین با جایگزین کردن

متغیر فرهنگ سازمانی به جای متغیر فرهنگ ایمنی بیمار، می توان مدل مطرح شده در پژوهش حاضر را در حوزه ها، صنایع و سازمان های مختلف به کار گرفت تا اثرات پیاده سازی یادگیری سازمانی و مدیریت کیفیت جامع بر بهبود تصویر سازمان ها مشخص گردد.

- تحقیقات آینده می تواند به بررسی عناصر زمینه ای سازمانی در ایجاد دانش و یادگیری در سازمان از طریق مدیریت کیفیت جامع بپردازد.
- مطالعه سطح قابلیت ها بین پرستاران و دیگر پرسنل بیمارستان می تواند تأثیر نوع شغل بر یادگیری سازمانی و خصوصاً قابلیت انتقال و یکپارچه سازی دانش را نشان دهد که بررسی این تأثیر نیز یکی از تحقیقات آتی می تواند باشد.

۵-۵- محدودیت های تحقیق

- با توجه به ماهیت روش شناسی، این پژوهش نیازمند همکاری پاسخ گویان جهت تکمیل پرسشنامه بود که برخی ابتدا از پاسخ گویی امتناع می ورزیدند لذا با توجه میزان اهمیت موضوع سعی گردید میزان امتناع از پاسخ گویی به حداقل برسد.
- یکی دیگر از محدودیت های این پژوهش این است که نتایج و یافته های بدست آمده تنها قابل کاربرد در جامعه آماری پژوهش حاضر می باشد و نمی توان آن را به جامعه آماری دیگری تعمیم داد.
- همکاری ضعیف مسئولین بیمارستان ها در تردد و جمع آوری اطلاعات
- منابع کم در حوزه فرهنگ ایمنی بیمار

فهرست مراجع

- آتش پور ح، نادى م و رحيمى نژاد پ، (۱۳۸۷) "مدیریت سازمان‌ها با رویکرد روان جامعه‌شناسی سازمانی"، چاپ اول، نشر علم، تهران، ص ۴۲.
- احمدی ف، محمدی ا و فرجی ب، (۱۳۹۱) "بررسی رابطه بین رفتار شهروندی سازمانی، مدیریت کیفیت جامع و عملکرد شرکت‌های صنعتی استان تهران"، پژوهش‌های مدیریت عمومی، شماره ۱۶، دوره ۵، ص ص ۹۱-۱۱۷.
- آذر ع، تقی‌زاده جورشری م و تأخیره م، (۱۳۹۴) "تأثیر مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد بانک‌ها: نقش میانجی بازار گرایى"، چشم‌انداز مدیریت بازرگانی، شماره ۲۱، ص ص ۲۹-۴۷.
- اکبری پ، بهارستان ا و نصرافهانی ع، (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، شماره ۲۳، دوره ۸، ص ص ۳۶-۴۶.
- الماسی ا، پورمیرزا کلهری ر، احمدی جویباری ت، گودرزی ا و احمدی ع، (۱۳۹۴) "ارزیابی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در کارکنان بیمارستان‌های استان کرمانشاه در سال ۱۳۹۲"، مجله تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی، شماره ۱، دوره ۴، ص ص ۱۴-۲۳.
- اوشک سرائی م، آزاده دل م و جباری صدودی ف، (۱۳۹۵) "تعیین رابطه بین رضایت شغلی پرستاران و فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های شهر رشت"، فصلنامه بهداشت و ایمنی کار، شماره ۳، دوره ۶، ص ص ۹۱-۱۰۲.
- باقری م و عرفانی فرا، (۱۳۸۹) "طراحی مؤلفه‌های مؤثر بر تصویرسازمانی دانشگاه امام صادق (ع)"، اندیشه مدیریت راهبردی، شماره ۲، دوره ۴، ص ص ۴۳-۷۷.
- بیک زاد، جعفر و رضاییگی، سعید (۱۳۹۳)، "تصویر ذهنی سازمان؛ راهگشای سازمان در مسیر حرکت به سوی پیشرفت"، سومین همایش علوم مدیریت نوین.
- پرداختچی م، (۱۳۸۳) "دانشگاه به‌عنوان سازمان یادگیرنده، میزگرد بررسی ارتقای کیفیت آموزش‌های دانشگاهی" تهران، دانشگاه شهید بهشتی.
- تورانی س، طیبی ج و شهبازی ب، (۱۳۸۷) "بررسی عوامل مؤثر بر اجرای مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران"، مجله پژوهشی حکیم، دوره ۱۱، شماره ۲، ص ص ۲۲-۳۲.

جاودانی م، (۱۳۸۹)، پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی: "بررسی رابطه بین فرهنگ سازمانی و یادگیری سازمانی با مدیریت دانش میان اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت در سال تحصیلی ۸۹-۸۸"، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

جعفری م، اصولی ح و شهریاری ح، (۱۳۸۳) "ابزارهای استراتژیک و فرهنگی مدیریت کیفیت جامع"، جلد اول و دوم، انتشارات رسا، چاپ سوم، ص ۱۵۰.

حاجی شریف م، (۱۳۷۹) "طراحی سیستم مدیریت کیفیت فراگیر"، چاپ سوم، انتشارات مرکز آموزش مجتمع سیمان آبیک، تهران.

حافظ نیا م، (۱۳۷۷) "روش‌های تحقیق در علوم انسانی"، چاپ اول، انتشارات سمت، تهران، ص ۴۸.

حسینی ی، و چلی سریل ن، (۱۳۹۲) "تأثیر هوش هیجانی بر یادگیری سازمانی"، فصلنامه علمی-پژوهشی مطالعات مدیریت (بهبود و تحول)، دوره ۲۳، شماره ۷۱، ص ص ۱۵۹-۱۳۱.

حمیدی ی، (۱۳۷۷) "بررسی چگونگی کاربرد نمونه مدیریت کیفیت جامع و مراحل طراحی و الگوی مناسب در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی همدان"، مجله مدیریت سلامت، دوره ۲، شماره ۲، ص ص ۳۰-۱۵.

دولت آبادی ح، جوشیار نجف آبادی ل، خزائی پور ج و وریج کاظمی ر، (۱۳۹۲) "تحلیل تأثیر مسئولیت اجتماعی شرکتی بر تصویر نمادین، تصویر عملکردی وفاداری برند"، مدیریت بازرگانی، دوره ۵، شماره ۲، ص ص ۸۸-۶۹.

دیواندری ع، الهیاری ا و براری م، (۱۳۹۰) "شناسایی و ارزیابی عوامل مؤثر بر تصویرسازمانی با رویکرد تحقیق آمیخته"، مجله چشم‌انداز مدیریت بازرگانی، دوره ۳۹، شماره ۶، ص ص ۵۲-۳۳.

رهنورد ف، (۱۳۷۶) "یادگیری سازمانی و سازمان یادگیرنده"، نشریه مدیریت دولتی، تهران، ص ۴۳.

ریاحی ب، (۱۳۸۱) "مدیریت کیفیت جامع در بخش عمومی"، انتشارات مرکز آموزش و تحقیقات صنعتی ایران، چاپ اول.

سبحانی‌نژاد م، شهبائی ب و یوزباشی ع، (۱۳۸۵) "سازمان یادگیرنده: مبانی نظری الگوهای تحقق و سنجش"، چاپ اول، نشر یسپرون، تهران، ص ۳۰.

سرمد ز، بازرگان ع و حجازی ا، (۱۳۸۱) روش‌های تحقیق در علوم رفتاری، چاپ ششم، نشر آگه، تهران، ص ۱۵۸.

سکاران ا، (۱۳۸۸) "روش تحقیق در مدیریت؛ ترجمه: صائبی م و شیرازی م"، مرکز آموزش مدیریت دولتی، تهران.

سمیعی نیستانی ا، فارسیجانی ح و ابوالحسنی آ، (۱۳۸۹) "بررسی نقش یکپارچگی بین مدیریت کیفیت جامع و مدیریت تکنولوژی در تعیین عملکردهای کیفیت و نوآوری (پژوهشی در مورد شرکت های تولیدی استان مرکزی)"، فصلنامه مدیریت صنعتی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد واحد سنندج، دوره ۵، شماره ۱۴، ص ص ۷۵-۸۸.

شریفی ا و اسلامی ف، (۱۳۸۷) "بررسی رابطه میان یادگیری سازمانی و به کارگیری فناوری ارتباطات و اطلاعات در دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار در سال تحصیلی ۸۷-۸۶"، فصلنامه‌ی رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، دوره ۱، شماره ۲، ص ص ۱-۲۲.

شریفی س، ایزدی طامه ا، حاتمی پور خ، صادقی گوغری ن و صفابخش ل، (۱۳۹۳) "فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان مازندران"، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران (نشریه پرستاری ایران)، دوره ۲۷، شماره ۸۸، ص ص ۷۷-۸۷.

صالح‌نیا م، کاظمی م و احمدی‌زاده جزی س، (۱۳۹۱) "تأثیر محیط فیزیکی بیمارستان بر تصویر ذهنی آن: دیدگاه مشتریان"، مجله پژوهشی حکیم، دوره ۱۵، شماره ۴، ص ص ۳۲۹-۳۲۱.

عبدی ژ، ملکی م و خسروی آ، (۱۳۹۰) "برداشت کارکنان از فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران"، فصلنامه پایش، دوره ۱۰، شماره ۴، ص ص ۴۱۹-۴۱۱.

عزیزی ف (۱۳۹۳)، پایان نامه کارشناسی ارشد: "بررسی رابطه بین یادگیری سازمانی با درگیری شغلی و نوآوری سازمانی دبیران مدارس متوسطه عمومی استان کرمانشاه در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲"، گروه آموزشی علوم تربیتی، دانشگاه بوعلی سینا.

علاقه بند ع، (۱۳۸۹) "مبانی نظری و اصول مدیریت آموزشی"، ویراست ششم، نشر روان، تهران، ص ۱۲۵.

علامه م و مقدمی م، (۱۳۸۹) "بررسی رابطه میان یادگیری سازمانی و عملکرد سازمانی (مطالعه موردی: واحد نیرومحرکه شرکت ایران خودرو)"، پژوهشنامه‌ی مدیریت اجرایی، دوره ۱۰، شماره ۱، ص ص ۷۶-۹۹.

علیخانی کوشک ر، (۱۳۸۸) "مدیریت کیفیت جامع بارویکرد TQMEX"، چاپ اول، انتشارات جهان جام جم.

عندلیب اردکانی د و کشاورز پ، (۱۳۹۵) "بررسی توسعه محصول سبز و تأثیر آن بر تصویر ذهنی مشتریان با رویکرد مدل سازی معادلات ساختاری (مورد مطالعه: صنایع مواد غذایی استان یزد)"، پژوهش های نوین در تصمیم گیری، دوره ۱، شماره ۳، ص ص ۱۱۲-۸۵.

غفوری ز، (۱۳۹۱) "مدیریت تصویربرداری؛ نگرشی نوین در علم رفتار سازمانی"، همایش ملی رفتار سازمانی در پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیروان، شیروان.

فرهادی ا، غفوری پ، حقیقی کفاش م و ابراهیمی م، (۱۳۹۴) "تأثیر رهبری تحول آفرین و یادگیری سازمانی بر کاهش سکوت سازمانی (مورد مطالعه: کارکنان بانک سپه استان تهران)"، پژوهش نامه مدیریت تحول، دوره ۷، شماره ۱۳، ص ص ۱۷-۱.

قلی پور آ، پور عزت ع و نقوی حسینی ع، (۱۳۸۹) "شناسایی عوامل مؤثر بر تصویر سازمانی پلیس"، فصلنامه دانش انتظامی، دوره ۱۲، شماره ۴، ص ص ۱۷۸-۱۴۴.

قنبری س، اسکندری ا و فرهادی م، (۱۳۹۵) "بررسی تأثیر استقلال شغلی کارکنان بر ارتقای عملکرد فردی و سازمانی با میانجی گری یادگیری فردی و یادگیری سازمانی"، فصلنامه آموزش و توسعه منابع انسانی، دوره ۳، شماره ۸، ص ص ۹۵-۷۷.

کزازی ا و شول ع، (۱۳۹۲) "تأثیر مدیریت کیفیت جامع بر عملکرد نوآوری: اثر تعدیل کنندگی یادگیری سازمانی"، مطالعات مدیریت (بهبود و تحول)، دوره ۲۳، شماره ۷۱، ص ص ۱۷-۱.

کلانتری خ، (۱۳۸۸) "مدل سازی معادلات ساختاری در تحقیقات اجتماعی-اقتصادی (با برنامه ی LISREL و SIMPLIS)"، چاپ اول، انتشارات فرهنگ صبا، تهران.

گلپرور م و عریضی سامانی ح، (۱۳۸۸) "روابط مستقیم و غیرمستقیم بین مدیریت کیفیت فراگیر و عدالت رویه ای ادراک شده با تعهد سازمانی"، فصلنامه مدرس علوم انسانی، دوره ۱۳، شماره ۲، ص ص ۲۴۳-۲۳۹.

گیلانی نیازش و موسویان ج، (۱۳۸۹) "تأثیر سطوح مختلف ابعاد مدیریت کیفیت فراگیر بر -عملکرد سازمانی شرکت های بیمه"، فصلنامه مدیریت صنعتی، دوره ۵، شماره ۱۲، ص ص ۶۵-۵۳.

الماسی ا، پور میرزا کلهری ر، احمدی جویباری ت، گودرزی ا و احمدی ع، (۱۳۹۴) "ارزیابی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در کارکنان بیمارستان های استان کرمانشاه"، مجله تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی، دوره ۴، شماره ۱، ص ص ۲۳-۱۴.

مظلومی ن، زمانی م، سید نقوی م و ربانی ع، (۱۳۹۳) "بررسی رابطه یادگیری سازمانی، بهبود مستمر و اعتماد میان سازمانی با عملکرد سازمانی (مورد مطالعه: شرکت های نمایندگی خدمات بیمه ای)"، پژوهش نامه بیمه، دوره ۲۹، شماره ۲، ص ص ۱۸۲-۱۶۳.

مقدمی م و زارع م، (۱۳۸۷) "بررسی تصویر ذهنی مشتریان از سازمان و روش‌های بهبود آن (مطالعه موردی شرکت ایران خودرو)"، سومین کنفرانس بین‌المللی مدیریت بازرگانی.
میرکمالی م، نارنجی ثانی ف و اعلامی ف، (۱۳۹۰) "بررسی رابطه رهبری تحول‌آفرین با یادگیری سازمانی (مورد مطالعه: شرکت سایپا)"، پژوهش‌نامه مدیریت تحول، دوره ۳، شماره ۶، ص ص ۲۷-۱.

نادی م، نصرآبادی ح و فرهنگ‌پور م، (۱۳۹۰) "تحلیل رابطه بین ابعاد سطوح یادگیری سازمانی در بین اعضای هیئت‌علمی دانشگاه اصفهان در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸"، علوم تربیتی، دوره ۴، شماره ۱۳، ص ص ۱۴۶-۱۲۳.

یعقوبی فر م، تکبیری ا، حق‌گشایی ا و ترابی ی، (۱۳۹۱) "بررسی فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی نقاط ضعف و قوت آن در بیمارستان‌های شهر سبزوار"، مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۰، شماره ۲، ص ص ۱۶۴-۱۵۴.

- Abdi Z., Maleki MR. and Khosravi A. (2011), "Perceptions of patient safety culture among staff of selected Medical Sciences", Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research, 10 (4), pp 411-419. [in Persian].
- Abratt R. and Mofokeng T. (2001), "Development and Management of Corporate Image in South Africa", European Journal of Marketing, 35(3/4), pp 368-386.
- Alegra J and Chiva R. (2008), "Assessing the Impact of Organizational Learning Capability on Product Innovation Performance: An Empirical Test", Journal of Tecnovation, 28(6), pp 315-326.
- Alvarez G. and Coiera E. (2006), "Interdisciplinary communication: An uncharted source of medical error?", Journal of Critical Care, 21(3), pp 236-42.
- Alvesson M. (1990), "Organization: From Substance to Image?", Organization Studies, 11 (3), pp 373- 394.
- Amiri M. and Sakaki M. (2007), "Guide of the organization performance evaluation with excellence foundation of quality management model (EFQM): RADAR. 1ed", Tehran: Productivity and Human Resource Institute, 1(10).
- Anderson J.D. (2006), "creating a culture of safety: leadership, teams and tools", Nurse Leader Journal, 4(5), pp: 38- 41.
- Anderson., James C., James A. and Naru s., (1984), "A Model of the Distributor's Perspective of Distributor-Manufacturer Working Relationships", Journal of Marketing , 48 (Fall), pp 62-74.
- Argyris C. and Schon D.A. (1978), "Organizational Learning: A Theory of Action Perspective", Reading, MA: Addison-Wesley.
- Armstrong A. and Foley P. (2003), "Foundations for a learning organization: organization learning mechanisms", Learning Organization, 10(2), pp 74-82.
- Arnold E.J. (1998), "Quality assurance in health care", Health affairs, USA.

- Arpan L.M., Raney A.A. and Zivnuska S. (2003), "A cognitive approach to understanding university image", *Corporate Communication: An International Journal*, 8 (2), pp 97-113.
- Azami A. and AkbarZadeh K. (2004), "The survey of patient satisfaction from services provided by Ilam city hospitals", *Scientific journal of Ilam University of medical sciences*, 2004; 44: 10-16.(Persian) Saunders S., medication errors: clinical information. Joanna Briggs Institute, (2009);
- Bauman G. L. (2005), "Promoting organizational learning in higher education to achieve equity in educational outcomes", *New Directions for Higher Education*, (131), pp 23-35.
- Bayraktaroglu S. and Kutanis R.O. (2003), "Transforming hotels into learning organisations: A new strategy for going global", *Tourism Management*, 24(2), pp 149-154.
- Berg S.A. and Chyung S.Y.Y. (2008), "Factors that influence informal learning in the workplace", *Journal of workplace learning*, 20(4), pp 229-244.
- Bloemer J. and Ruyter K.D. (1998), "On the relationship between store image, store satisfaction and store loyalty", *European Journal of Marketing*, 32(5/6), pp 499 – 513.
- Bodur S. and Filiz E. (2009), "A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey", *journal of Quality Healthcare*, 21(5), pp 348-55.
- Bognar A., Barach P. and Johnson J.K. (2008), "Errors and the burden of errors: Attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams", *Journal of The Annals of Thoracic Surgery*, 85(4), pp 1374-81.
- Bon A.T., and Mustafa M.A. (2013), "Impact of Total Quality Management on Innovation in Service Organizations: Literature review and New Conceptual Framework", *Procedia Engineering*, 53, pp 516-529.
- Brown T.J. and Dacin P.A. (1997), "The company and the product: Corporate associations and consumer product responses", *Journal of Marketing*, 61(1), PP 68-84.
- 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.
- Chowdhury J., Reardon J. and Srivastava R. (1998), "Alternative modes of measuring store image: an empirical assessment of structured versus unstructured measures", *Journal of Marketing Theory and Practice*, 6(2), PP 72–86.
- Christensen L.T. and Askegaard A. (2001), "Corporate identity and corporate image revisited – A semiotic perspective", *European Journal of Marketing*, 35(3/4), PP 292-315.
- Christie D. (2002), "A Trilateral Model for the Management of Corporate Image: an Examination of Inter– relationship between an Organizations' Self-image, its Protected Image and its Perceived Image", *Griffith University 2002*, PP 19-25.
- Cian L. and Sara Cervai S. (2014), "Under the reputation umbrella: An integrative and multidisciplinary review for corporate image, projected image, construed image,

- organizational identity, and organizational culture", *Corporate Communications*, 19(2), PP 182-199.
- Comlek O., Kitapci H., Celik V . and Ozsahin M . (2012), "The effects of organizational learning capacity on firm innovative performance" , *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 41 (6), PP 367 – 374.
- Crosby . and Philip B. (1984), "Quality with out tears: The art of Hassle free management" , mcgraw hill, new York, 1984.
- Crossan M.M. and Berdrwo I. (2003), "Organizational learning and strategic renewal", *Strategic management journal*, 24(11), PP 1087-1105.
- Cyert R. and March J. (1963), "A behavioral theory of the firm", Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1963.
- Dawes P. L. (2003), "A model of the effects of technical consultants on organizational learning in high-technology purchase situations", *Journal of high technology management research* , 14 (1), PP 11-20.
- Dean J.W. and Bowen D.E. (1994), "Management theory and total quality: improving research and practice through theory development", *Academy of Management Review*, 19 (3), PP 392- 418.
- Delfan B., Mosadegh A., Nsafir Moghaddas S., Batebi R., Heydar Najafi F. and Ahmadi M. (2009), "The survey of importance of tuition medical errors from general physicians", *point of views in Lorestan County*, 10(1), PP 19-22.
- Dodgson M. (1993), "Organizational learning: a review of some literatures", *Organization studies*, 14(3), PP 375-394.
- Durana C., Aysel Ç. and Ozcan Ş. (2014), "An analysis on the relationship between TQM practices and knowledge management: The case of Eskişehir", *Social and Behavioral Sciences*, 109, PP 65–77.
- Dutton J.E., Dukerich J.M. and Harquail C.V. (1994), "Organizational Images and Member Identification", *Administrative Science Quarterly*, 39(2), pp 239- 263.
- Dutton J. E. and Dukerich J. M. (1991), "Keeping an Eye on the Mirror: Image and Identity in Organizational Adaptation", *Academy of Management Review*, 14 (34), pp 517 -554.
- Farsijani H. and SamieiINeyestani A.A.F. (2010), "Surveying the Role of Integration between TQM and Technology Management in Determining Quality and Innovation Performance (Survey around: Product companies Located AT Markazi Province)". *Journal of Information Technology Management*, 2(4), PP 117-136.
- Fiol C. M. and Lyles M. A. (1985), "Organizational learning", *Academy of management review*, 10(4), PP 803-813.
- Fredriksson M. (2004), "experienced effects from applying TQM in societal improvement work in a Swedish community", *The TQM Magazine*, 16(1), PP 6-13.
- GarciaMorales V. J., Lorens F. J. and Verdu A. J. (2007), "Influence of personal mastery on organizational performance through organizational learning and innovation in large firm and SMEs Technovation", 27, PP 547-568.

- Garvin D.A. (1999), "Learning In Action: A Guide To Putting The Learning Organization To Work", Boston: Harvard Business Press.
- Gibbs V.C. (2005), "Patient safety practices in the operating room: correct-site surgery and nothing left behind", *Surg Clin North Am*, 85, pp 1307-1319.
- Gomez G. Wojahn R.M. (2016), "Organizational learning capability, innovation and performance: study in small and medium-sized enterprises (SMES), *Technology management*", *Revista de administracao*, 52, pp 163-175.
- Graham C.M. (2006), "Organizational Learning, Entrepreneurship and Evaluative Inquiry Mechanisms of Small - Size Business Enterprises", University of Arkansas Thesis, pp 13-6.
- Gregory J. (1991), "Marketing corporate image", Chicago: NTC Business Book.
- Grunig L. A. (1993), "Image and Symbolic Leadership: Using Focus Group Research to Bridge the Gaps", *Journal of Public Relations Research*, 5(2) , pp 95-125.
- Gunes U., Gurlek O. and Sonmez M . (2016), "A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey Collegian " , 23(2), pp 225 – 232.
- Hatch M. J. and Schultz M. (1997), "Relations Between Organizational Culture, Identity and Image", *European Journal of Marketing*, 31 (5/6), pp 356-365.
- Hellings J., Schrooten W., Klazinga NS. and Vleugels A. (2010), "Improving patient safety culture", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(5), pp 489-506.
- Hoang, D. T., Igel B. and Laosirihongthong T. (2006), "The impact of total quality management on innovation Findings from a developing country", *International Journal of Quality & Reliability Management*, 23(9), pp 1092-1117.
- Honarpour A. and Asadi A. (2012), "TQM and Organizational Learning: A Methodological Perspective", *International Journal of Business and Management Tomorrow*, 2 (9), pp 1-6.
- Hoon K.K., Sik K.K., Yul K.D., Kim D.Y., Kim J.H. and Kang A.H. (2007), " Brand Equity in Hospital Marketing", *Journal of Business Research*, 61(1), pp 75-82.
- Hossein Beigi A. R., Ebrahim Nejad A. and Soltanifar M. (2009), "Organizational learning through quality control circles", *Towth International Conference of Iranian Operations Research*, Tehran-Iran.
- Hung R.Y., Lien B.Y., Yang B., Wu C. and Kuo Y. (2011), "Impact of TQM and organizational learning on innovation performance in the high-tech industry", *Journal of International Business Review*, 20(2), pp 213-225.
- Huysman M. (2000), "An organizational learning approach to the learning organization", *European Jornal of Work and Organizational Psychology*, 9(2), pp 133-145.
- Janghorbani M., Raisi A., Dehghani S. and Mousavi A. (2013), "Assessment of Safety Status in Operating Rooms of Shahid Beheshti Hospital by the World Health Organization Standards for Safety-Friendly Hospitals", *Health Info Management* , 9(7), pp 1066-1072.

- Jimenez D.J., Raquel S.V. and Hernandez M. (2008), "fostering innovational:the role of market orientation and organizational learning", *European journal of innovation management*, 11(3), PP 389-412.
- Jimenez D.J. and Valle R.S. (2011), "Innovation, organizational learning, and performance", *Journal of Business Research*, 64(4), pp 408-417.
- Jimenez D.J. and Martinez C.M. (2008), "Are Companies that Implement TQM Better Learning Organisations? An Empirical Study", *Total Quality Management*, 19 (11), P 1101–1115.
- Juran J. and Godfrey A. (1998), " Juran quality Handbook", 5th Edition, MC Graw – Hill.
- Kandampully J. and Suhartano D. (2000), "Customer loyalty in the hotel industry the role of customer satisfaction & image", *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 12(6), pp 346-351.
- Kara E., Aydogan E. and Eryilmaz M. (2016), "Quality Management in the Turkish Higher Education Institutions", *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 229(19), pp 60 – 69.
- Kayank h. (2003), "The relationship between TQM practices and their effects on firm performance", *journal of operations management*, 21(4), PP 405-435.
- Keller K.L. (1993), "Conceptualizing, measuring and managing customer -based brand equity", *Journal of marketing*, 57(1), pp 1-22.
- Kennedy S.H. (1977), "Nurturing corporate image", *European Journal of Marketing*, 11(3), pp 120-164.
- Kim D.H. (1993), "The Link between Individual and Organizational Learning", *Sloan Management Review*, pp 37– 50.
- Kohn L.T., Corrigan J.M. and Donaldson M.S. (2000), "To err is human: building a safer health system", Washington (DC): National Academy Press.
- Kulkarni S. (2005), "graph theory and matrix approach for performance evaluation of TQM in Indian industries", *The TQM Magazine*, 17(6), PP 509-526.
- Lapina I., Kairisa I. and Aramina D. (2015), "Role of Organizational Culture in the Quality Management of University", *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 213 (1), PP 770 – 774.
- 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), PP 1-33.
- Love P.E.D. and Henge L.I. (2000), "Total Quality management and the learning organization: A Dialogue for change in const ruction", *Construction management & Economics*, 3(18), PP 321-333.
- Lyons B.D. and Marler J.H. (2011), "Got image? Examining oranization in web recruitment", *Journal of Managerial Psychology*, 26(1), PP 58-76.
- Mahfoozpour S., Ainy E., Mobasheri F. and Faramarzi A. (2012), "Patients safety culture status among educational hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2011" *Pajoohandeh J.* 2012, 17(3), PP 134-141. Persian.

- 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 Process Outsourcing Firms", *Industrial Marketing Management*, 41(4), PP 639–648.
- Mallén F., Chiva R., Vidal J.A., Guinot J., Zideman A. and Lange T. (2015), "Are altruistic leaders worthy? The role of organizational learning capability", *International Journal of Manpower*, 36(3), PP 271-295.
- McEnally M. and Chematony L. (1999), "The Evolving Nature of Branding: Consumer and Managerial Considerations", *Academy of Marketing Science Review*, 99(2), pp 1-38.
- Mehra K. and Dhawan S.K. (2003), "Study of the process of organizational Learning in software firms in India", *Technovation*, Vol 23, pp 12-129.
- Men L.R. and Stacks D.W. (2012), "The impact of leadership style and employee empowerment on perceived organizational reputation", *Journal of Communication Management*, 17(2), pp 171-192.
- Milligan J.F. (2007), "Establishing a culture for patient safety - the role of education", *Nurse Education Today*, 27(2), pp 95-102.
- Moghri J. (2009), "Validation of Hospital Survey of Patient Safety Culture (HSOPSC) and assessment patient safety culture from physicians, nurses and radiology and laboratory staff view [M.S thesis]", Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2009.(Persian).
- Morales V. J. G. (2006), "Strategies Factors and Barriers for Promoting Educational Organizational Learning", *Teaching and Teacher Education*, Vol. 22, pp 478-502.
- Morey A.I. (1971), "Image and selection; An examination of the images of three university of California campuses", paper presented at the meeting of the California education research association, an Diago, Calif, April, 29-30.
- Morgan R.E., Katsikeas C.S. and Appiah-Adu K. (1998), "Market orientation and organizational learning capabilities", *Journal of Marketing Management*, 14(4), pp 353–381.
- Mozafari J., Fahimi M.A., Masoumi K., Asgari Darian A. and Arash Forouzan. (2013), "Emergency Medicine Residents Perception about Patient Safety Culture", *Adv Bio* 7(5), pp 155-158.
- Naghshbandi S., Yousefi B., Zardoshtian S.h. and Moharramzade M. (2012), "Assessment of military force staff readiness for TQM Approval in Tehran Province", *Social and Behavioral Sciences*, Vol 46, pp 45-53.
- Nash D. and Goldfarb N. (2006), "The Quality Solution: The Stakeholders Guide to Improving Health Care", 1st Edition, Jones & Bartlett Publishers: UK, 2006.
- National Patient Safety Agency, Seven steps to patient safety the full reference guide. 2004, Available from: URL: www.npsa.nhs.uk/sevensteps/.
- Neefe D.O., (2001), Unpublished thesis, "Comparing levels of Organizational learning maturity of colleges and universities participating traditional and non-traditional

- (Academic Quality Improvement Project) accreditation processes”, University of Wisconsin- Ston Menomonie, WI5475, p.16.
- Nieva V.F. and Sorra J. (2003), “Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations”, *Qual Saf Health Care*, 12 (2), pp 17-23.
- Nurazree M. and Faiz H.M. (2014), “TQM and Malaysian SMEs Performance: The Mediating Roles of Organization Learning”, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Vol 130, pp 216 – 225.
- Ouksel A. and Vyhmeister R. (2000), “Performance of organizational Design Models and their Impact on organization learning”, *Journal of Computational & Mathematical Organization Theory*, 6(4), pp 395-410.
- Parasuraman A., Berry, Leonard L., Zeithaml and Valarie A. (1991), “understanding customer expectations of services”, *sloan management review*, 32(3), Pg.39.
- Perez J. and Torres E. (2016), “Evaluation of the organizational image of a university in a higher education institution”, *Contaduría y Administración*, 62(1), pp 123 – 140.
- Peters G.A. and Peters B.J. (2008), “Medical Error and Patient Safety: Human Factors in Medicine”, New York, NY: CRC Press INC; 2008, pp 22-40.
- Poon J. and Fatt T. (2000), “Enhancing Corporate Image in Organizations Management”, *Research News*, 23(1), pp1-7.
- Prajogo D.I. and Sohal A.S. (2004), “The multidimensionality of TQM practices in determining quality and innovation performance — an empirical examination”, *Journal of Tec novation*, 24(6), pp 443–453.
- Ramanujam R., Keyser D.J. and Sirio C.A. (2005), “Making a case for organizational change in patient safety initiatives”, *Advances in Patient Safety From Research to Implementation (Volume 2: Concepts and Methodology)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Ratiu L., Vonas G., Baban A. and Lenuta Rus C. (2013), “Police Organizational Image and Performance: the Citizens’ View “, *Procedia - Social and Behavioral Sciences* , Vol 18, pp 531 – 535.
- Real J.C., Leal A. and Roldan J.L. (2006), “Information technology as a determinante of organizational learning and technological distinctive competencies”, *Industrial marketing management*, Vol 35, PP 505-521.
- Rose R.C., Kumar N. and Pak O.G. (2009), “The effect of organizational learning on organizational commitment, job satisfaction and work performance”, *The Journal of Applied Business Research*, 25(6), pp 55-65.
- Sahney S., Banwet D.K. and Karunes S. (2004), "conceptualizing total quality management in higher education", *The TQM Magazine*, 16(2), pp 145-159.
- Said B. and Emel F. (2009), “A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey”, *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), pp 348–355.
- Said B. and Emel F. (2010), “Validity and reliability of Turkish version of Hospital Survey on Patient Safety Culture and perception of patient safety in public hospitals in Turkey”, *BMC Health Services Research*, 10:28.

- Samson D. and Terziovski M. (1998), "The relationship between total quality management practices and operational performance", *Journal of operations Management*, 17(4), pp 393–409.
- Saturno P.J., Gama Z.A., Oliveira-Sousa S.L., Fonseca Y.A., De Souza-Oliveira A.C., Castillo C., Lopez M.J., Ramon T., Carrillo A. and Iranzo M.D. (2008), "Analysis of the patient safety culture in hospitals of the Spanish National Health System", *Med Clin (Barc)*, 131 (3), pp 18-25.
- Savage G.T. and Ford E.W. (2008), "Patient Safety in Health Care Management", New York, NY: Emerald Group Publishing, pp 50-77.
- Schutz L.A., Counte A.M. and Meurer S. (2007), "Development of a patient safety culture measurement tool for ambulatory health care settings: analysis of content validity", *Health Care Management Science*, Vol 2, pp 139-149.
- Selnes F. (1993), "An Examination of the Product Performance on Brand Reputation, Satisfaction and Loyalty", *European Journal of Marketing*, 27(9), pp 19-35.
- Sexton J., Helmerich R., Neilands T., Rowan K., Vella K. and Boyden J.(2008), "The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research", *BMC Health Serv Res.* 2006 Apr 3;6: 44. [Cited 2006 Nov 10]. Available from: www.biomedcentral.com/1472-6963/44/abstract.
- Sexton J.B., Makary M.A. and Tersigni A.R. (2006), "Teamwork in the operating room: front line perspectives among hospitals and operating room personnel", *Anesthesiology*, 105(5), pp 877–884.
- Simon H.A. (1991), "Bounded rationality and organizational learning", *Organization science*, 2(1), pp 125-134.
- Singer S., Lin S., Falwell A., Gaba D. and Baker L. (2009), "Relationship of safety climate and safety performance in hospitals", *Health Services Research*, 44(2), pp 399-421.
- Smities M., Christiaans-Dingelhoff I., Wagner C., Wal G. and Groenewegen P.P. (2008), "The psychometric properties of the 'Hospital survey on Patient safety culture in Dutch hospitals", *BMC Health Services Research*, 8, pg. 230.
- Spencer B.A. (1994), "Models of organization and total quality management: a comparison and critical evaluation", *Academy of Management Review*, Vol 19, pp 446-471.
- Stam M. Molleman E. (1995), "Matching the demand for and supply of IT Professionals: toward a learning organization", *International Journal of Manpower*, 20 (5/6), pp 375-388.
- Tavakoli G.R. (2001), "The role of quality awards in organizational learning (with an emphasis on the units under the Ministry of Defence Ministry", *The Master of Business Tarbiat Moddares University*.
- Templeton G.F., Lewis B.R. and Snyder C.A. (2002), "Development of A Measure For The Organizational Learning Construct", *Journal of Management Information System*, 19(2), pp 175-218.

- Tenenhaus M., Amato S. and Esposito Vinzi V. (2004), "A Global Goodness-of-fit Index for PLS Structural Equation Modeling", In Proceedings of the XLII SIS Scientific Meeting, pp 739-742.
- Tran M.A., Nguyen B., Melewar T.C. and Bodoh J. (2015), "Exploring the corporate image formation process", *Qualitative Market Research: An International Journal*, 18(1), pp 86-114.
- Vazifehdoost H., Saeedneya H.R. and Kashani S. (2009), "Investigation of Effect of Brand Strategy on Service Corporate Brand Situation (Case Study: Banks and Affiliation of Service Corporate with Pasargad Brand in Tehran City)", *Journal of Researcher (Quarterly of management)*, 6(16), pp 47-58. (in Persian)
- Wang X., Liu K., You L., Xiang J., Hu H., Zhang L., Zheng J. and Zhu X. (2014), "The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey", *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), pp 1114 – 1122.
- Wang X. (2005), PHD thesis, "Relationship among organizational learning culture, job satisfaction, organizational commitment in Chinese state-owned and privately owned enterprise", St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Wetzels M., Odekerken-Schroder G. and Van Oppen C. (2009), "Using PLS Path Modeling for Assessing Hierarchical Construct Models: Guidelines and Empirical Illustration", *MIS Quarterly*, 33(1), pg.177.
- Wickramasinghe V. (2012), "Influence of TQM on human resource management practices: An exploratory study", *International Journal of Quality & Reliability Management*, 29(8), pp 836-850.
- Wilson K.A. (2007), PHD Dissertation, "Does Safety culture Predict Clinical Outcome?", United States-Florida: University of Central Florida, 2007.
- Young D.R. and Salamon L.M. (2002), "Commercialization, social ventures, and for-profit competition", in Salamon, L.M. (Ed.), *The State of Nonprofit America*, Brookings Institution Press, Washington, DC.
- Young-El K. and Jung-Wan I. (2010), "Relationship between Corporate Image and Customer Loyalty in Mobile Communications Service Markets", *Africa Journal of Business Management*, 4(18), pp 4035-41.
- Zaboli R., Hasani M., Khalagi K., Karimi M. and Shirzad H. (2013), "The relationship between patient safety culture and patient perception of health care quality in Military hospitals in 2013", *Journal of Police Medicine*, 3(1), pp 19 – 30.
- Zimen S. (2004), "End of Traditional Marketing Area", Translated by: Sina Bagherloo. Mobaleghan Publication. Tehran. 2004; 49. (in Persian)

✓ پرسشنامه تصویر ذهنی سازمان

همکار محترم:

با سلام و احترام

پرسشنامه زیر در راستای پژوهشی جهت بررسی تصویر ذهنی سازمان تهیه شده است. لذا با تخصیص زمان ارزشمندتان به طور دقیق آنرا تکمیل و به پژوهشگر عودت دهید. شایان ذکر است این اطلاعات کاملاً محرمانه تلقی شده و صرفاً جهت دستیابی به اهداف پژوهش به صورت کلی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. پیشاپیش از همکاری صمیمانه شما سپاسگزاری می‌شود.

سوالات عمومی

این سوالات بسته به قلمرو زمانی، مکانی و پژوهشی شما باید تغییر کند.

جنسیت: زن مرد

سن: کمتر از ۳۰ سال ۳۰ تا ۴۰ سال ۴۰ تا ۵۰ سال بیشتر از ۵۰ سال

سابقه خدمت: کمتر از ۱ سال ۳ تا ۵ سال ۵ تا ۱۰ سال بیشتر از ۱۰ سال

میزان تحصیلات: دیپلم و پائین‌تر کاردانی کارشناسی تحصیلات تکمیلی

سوالات تخصصی

خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
					در مجموع هزینه‌ها در این بیمارستان خیلی مناسب است.
					هزینه‌ها در این بیمارستان نسبت به بیمارستان‌های دیگر مناسب‌تر است.
					در این فروشگاه می‌توان مجموعه‌ای از خدمات با هزینه مناسب دریافت کرد.
					در این بیمارستان می‌توان خدماتی سفارشی و ویژه دریافت کرد.
					ارائه صحیح خدمات به وسیله کارکنان حتی در همان در بار اول هم صورت می‌گیرد.
					انجام خدمت در زمان وعده داده شده صورت می‌گیرد.
					فضای دوستانه‌ای در این بیمارستان وجود دارد.
					کارکنان و مشتریان احساس نزدیکی بیشتری نسبت به هم دارند.
					محیط کار از آرامش بالایی برخوردار است.
					کیفیت خدمات در سازمان ، رضایت بخش است.
					به کنترل کیفیت خدمات ارائه شده در این سازمان بها داده می‌شود.
					برای ارائه خدمات از پرسنل آموزش دیده استفاده می‌شود.
					سازمان ، به دنبال عملکرد قابل اطمینان برای ارائه خدمات می‌باشد.
					در مراجعه بعدی بازهم سراغ همین سازمان خواهیم رفت.
					از اینکه این بیمارستان را انتخاب کرده‌ام پشیمان نیستم.
					انتخاب این بیمارستان را به دیگر بیماران هم توصیه می‌کنم.
					در این بیمارستان زمان کافی و مناسب به مشتری تخصیص داده می‌شود.

خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	
					در این بیمارستان در زمان بروز مشکل برای مشتری، کمک و همدردی با او صورت می گیرد.
					در این بیمارستان در روزهای تعطیل (اعیاد، تعطیلات پایان هفته، ...) نیز خدمت مناسب و کامل ارائه می گردد.

منبع شناسی و راهنما

Chowdhury, J., Reardon, J., Sirvastava, R., (1998). "Alternative modes of measuring store image: an empirical assessment of structured versus unstructured measures".
Journal of marketing theory and practice, 6(2), 72-86.

سوالات تصویر ذهنی سازمان (تک بعدی)

سازمان خدمات متنوعی را ارائه می کند.
 بطور کلی کیفیت خدمات این سازمان خوب است.
 خدمات این سازمان ارزش بهای پرداختی را دارد.
 دکوراسیون و محیط داخلی این سازمان آرامش بخش است.
 بطور کلی حس مثبتی به این سازمان دارم.
 معمولاً از متغیرهایی مانند اعتماد، رضایت، وفاداری و قصد خرید نیز در کنا تصویر ذهنی برند استفاده می شود. سوالاتی در این همین ارتباط از مقاله زیر انتخاب شده است:

Ulrich R. Orth, Mark T. Green, Consumer loyalty to family versus non-family business: The roles of store image, trust and satisfaction, Journal of Retailing and Consumer Services, Volume 16, Issue 4, July 2009, Pages 248-259

ابعاد	سوالات
اعتماد به مدیریت و	سهولت برقراری ارتباط مشتری با مسؤول قسمت قابل توجه است.
عملیات	پشتیبانی مدیریت ارشد از تامین نیازهای مشتریان وجود دارد.

ابعاد	سوالات
اعتماد به کارکنان	رفتار مدیریت حس اعتماد را تلقین می کند.
	مدیریت به تعهدات خود به طور صحیح و صادقانه عمل می کنند.
	کارکنان به تعهدات خود به طور صحیح و صادقانه عمل می کنند.
	کارکنان مایل هستند به من کمک کنند و خدمات را به سرعت ارائه کنند.
	آراستگی و مرتب بودن ظاهر کارکنان مطلوب است.
رضایت	کارکنان از مهارت کافی برای انجام وظیفه خود برخوردار هستند.
	احساس می کنم سازمان گوش شنوا برای شنیدن خواسته های من دارد.
	رابطه دوستانه و صمیمانه با مشتری در این سازمان موجب خشنودی خاطر است.
وفاداری	به طور کلی، من از این شرکت بسیار راضی هستم.
	من قطعاً در زمان بعدی نیز به این شرکت برخوادم گشت و از همان خدمات استفاده می کنم.
	برای من دشوار است که به حمایت و طرفداریم از این شرکت پایان دهم.
	به طور کلی، این شرکت کارهای خوبی برای من انجام می دهد.
	من درباره خوب بودن خدماتی که از این شرکت دریافت می کنم، در مقایسه با سایر شرکت ها اطمینان دارم.

✓ پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار

پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار (آژانس کیفیت و تحقیقات مراقبت سلامت ، ۲۰۰۴)

ابعاد	سوالات
بازبودن مجاری ارتباطی	کارکنان در این واحد از یکدیگر حمایت می کنند.
	تعداد کارکنان برای انجام کار کافی می باشد.
	زمانی که نیاز به انجام دادن کار زیاد در مدت زمان کوتاهی باشد، همگی به عنوان یک تیم دور هم جمع می شویم تا به کمک هم آن کار را انجام دهیم.
بازخور و اطلاع رسانی به دیگران درمورد خطاها	در این واحد کارکنان با احترام با یکدیگر رفتار می کنند.
	ساعات کار انجام شده در این واحد/بخش بیشتر از زمانی است که برای مراقبت از بیماران لازم است.
	کارکنان در این واحد فعالانه کارهای مختلفی را به منظور بهبود ایمنی بیمار انجام می دهند.

ابعاد	سؤالات
تناوب گزارش دهی حوادث ناخواسته	تعداد کارکنان شرکتی / قراردادی که برای مراقبت از بیمار استفاده می شوند بیش از میزان مورد نیاز است.
	کارکنان احساس می کنند از خطاهایشان بر علیه آن ها استفاده می شود.
	در اینجا اشتباهات منجر به تغییرات مثبت می شود.
	شانس و اقبال باعث نمی شود که اشتباهات جدی تر در اینجا اتفاق بیفتد.
جایجایی اطلاعات مهم بیمار بین بخشها و شیفت های کاری	زمانی که یک قسمت در این واحد با کار زیادی روبرو می شود، سایر قسمت های واحد به کمکش می آیند.
	وقتی حادثه ای گزارش می شود، احساس می شود بیش تر به حادثه اتفاق افتاده پرداخته شود، تا اینکه در مورد شخص گزارش تهیه شود.
	پس از آن که به منظور بهبود ایمنی بیمار تغییراتی ایجاد کردیم، اثربخشی تغییرات را مورد بررسی قرار می دهیم.
	ما در "وضعیت بحرانی" کار می کنیم یعنی سعی می کنیم بیشتر و سریع تر کار کنیم.
حمایت مدیریت از ایمنی بیمار	ایمنی بیمار برای انجام کارهای بیشتر فدا نمی شود.
	کارکنان نگران این هستند که اشتباهاتشان در پرونده پرسنلی آن ها ثبت شود.
	در این واحد مشکلات مربوط به ایمنی بیمار وجود دارد.
بر خورد غیر تنبیهی با خطاها و اشتباهات	سیستم ها و رویه های موجود در این واحد در پیشگیری از بروز خطاها بخوبی عمل می کند.
	سوپروایزر / مدیر این واحد هنگامی که مشاهده می کند کاری بر طبق رویه های ایمنی بیمار انجام گرفته از کارکنان تشکر کرده و از آنان تمجید می کند.
	سوپروایزر / مدیر این واحد به طور جدی به پیشنهادات کارکنان برای بهبود ایمنی بیمار توجه می کند.
بهبود مستمر یادگیری سازمانی	زمانی که فشار کار زیاد می شود، سوپروایزر / مدیر از ما می خواهد که سریعتر کار کنیم.
	سوپروایزر / مدیر این واحد از مشکلات مربوط به ایمنی بیمار که بارها اتفاق می افتد چشم پوشی نمی کند.
	به ما در باره تغییراتی که بر اساس گزارش های حوادث ناخواسته صورت می پذیرد، بازخورد داده می شود.
درک کلی از ایمنی بیمار	کارکنان در صورت مشاهده عملی که ممکن است بر مراقبت از بیمار تأثیر منفی داشته باشد آزادانه و با صراحت می توانند صحبت کنند.

سؤالات	ابعاد
ما از خطاهایی که در این واحد اتفاق می افتد مطلع می شویم.	مسائل مربوط به کارکنان
کارکنان می توانند آزادانه در مورد اقدامات و تصمیمات مسئولین پرسش کنند.	
در این واحد، ما در باره راه های پیشگیری از وقوع مجدد خطا ها بحث می کنیم.	
در مواقعی که اقدامی صحیح به نظر نمی رسد کارکنان می توانند سوال کنند.	
هر زمان که اشتباهی رخ می دهد ولی پیش از آن که بیمار را تحت تأثیر قرار دهد کشف و تصحیح می شود.	
هنگامی که اشتباهی رخ می دهد، اما آن اشتباه نتواند به بیمار صدمه بزند.	انتظارات و اقدامات مدیر در جهت ارتقای ایمنی
هنگامی که اشتباهی رخ می دهد که می تواند منجر به آسیب زدن به بیمار شود، ولی در نهایت هیچ اتفاقی برای بیمار نمی افتد.	
مدیریت بیمارستان جو کاری را بوجود آورده که ایمنی بیمار را ارتقا می بخشد.	
هماهنگی خوبی بین واحدهای مختلف بیمارستان وجود دارد.	
در هنگام جابجایی بیماران از واحدی به واحدی دیگر چیزی از قلم نمی افتد.	
همکاری خوبی بین واحدهای بیمارستانی که نیاز به همکاری دارند وجود دارد.	کار تیمی میان بخش ها
اطلاعات مهمی در مورد مراقبت از بیمار اغلب به هنگام تغییر شیفت از دست نمی رود.	
کار کردن با کارکنان سایر بخش های بیمارستانی برایمان خوشایند است.	
اغلب در تبادل اطلاعات بین واحدهای بیمارستانی مشکل بوجود نمی آید.	
اقدامات مدیریت بیمارستان نشان می دهد، مسئله ایمنی بیمار در بیمارستان دارای اولویت بالایی است.	
بنظر نمی رسد که مدیریت بیمارستان فقط پس از رخ دادن یک حادثه ناخواسته به مسئله ایمنی بیمار علاقمند شده و توجه نشان می دهد.	کار تیمی درون بخش ها
واحدهای بیمارستانی به منظور فراهم کردن بهترین مراقبت از بیمار به خوبی با یکدیگر کار می کنند.	
تغییر شیفت کارکنان در این بیمارستان برای بیماران مشکل ایجاد نمی کند.	

✓ پرسشنامه یادگیری سازمانی نیفه

تعریف مفهومی متغیر پرسش نامه

یادگیری سازمانی: یادگیری سازمانی، ایجاد شرایطی در سازمان است که تک تک افراد آن شرایط و تغییرات به وجود آمده را می پذیرند و از آن به عنوان یک فرایند دائمی استقبال می کنند (استاتا، ۱۹۸۹، به نقل از قربانی زاده، ۱۳۸۷: ۳۱).

تعریف عملیاتی متغیر پرسش نامه

یادگیری سازمانی: نمره ای است که آزمودنی ها از پاسخ به سؤال های پرسشنامه ی یادگیری سازمانی ۲۴ سؤالی نیفه (۲۰۰۱) به دست می آورند.

مؤلفه های پرسش نامه و پرسش نامه:

۶ سؤال اول مهارت های فردی، ۶ سؤال دوم مدل های ذهنی و سؤال های ۱۳ تا ۱۶ چشم انداز مشترک و ۱۷ تا ۲۰ یادگیری تیمی و ۲۱ تا ۲۴ تفکر سیستمی را می سنجد.

پرسش نامه استاندارد یادگیری سازمانی نیفه (۲۰۰۱؛ به نقل از عزیزی، ۱۳۹۳)

گویه ها	مخالفم کاملاً	مخالفم	ندارم نظری	موافقم	کاملاً موافقم
۱- من در سازمان فرصت برای کارکردن روی موقعیت های چالشی دارم.					
۲- در کارم به طور کامل از مهارت ها و توانایی هایم استفاده می کنم.					
۳- در کارم فرصت هایی برای بهبود دانش ، مهارت ها و توانایی هایم دارم که بدان وسیله می توانم موقعیت جدیدی را به عهده بگیرم.					
۴- آموزش های مهارتی که دریافت می کنم ، می توانم برای بهبود کارم در کلاس به طور آنی به کار گیرم.					
۵- در این سازمان روی آموزش کارکنان در همه سطوح و به طور یکسان تأکید می شود.					
۶- در این سازمان کارکنان نیاز دارند که به طور مستمر دانش و سطح تحصیلات خود را افزایش دهند.					
۷- کارکنان اغلب فرضیاتی در مورد فعالیت های سازمان با دیگر کارکنان در میان می گذارند برای اطمینان از این که از لحاظ رعایت اصول سازمانی در یک مسیر قرار دارند.					
۸- کارکنان در مورد تناسب برنامه های خود با اهداف سازمان پرس و جو می کنند.					

گویه ها	مخالفم كاملا	مخالفم	ندارم نظري	موافقم	موافقم كاملا
۹- کارکنان معمولاً از بازخوردها یاد می گیرند و واکنش های خود را تغییر می دهند.					
۱۰- کارکنان معمولاً از رویدادهای مهم در سازمان برای تفکر در مورد عقاید خود راجع به کار استفاده می کنند.					
۱۱- کارکنان اغلب در روش های قدیمی برای پیاده سازی رویکردهای جدید و بهتر تغییراتی می دهند.					
۱۲- کارکنان اغلب به دنبال کشف ایده ها و فرضیات همدیگر درباره ی کارکردهای بهتر هستند.					
۱۳- بیانیه چشم انداز سازمان ، ارزش هایی را که همه کارکنان باید خود را با آن تطبیق نمایند ، معرفی می نماید.					
۱۴- در سازمان ، بیانیه چشم انداز مورد تأیید و قبول اکثریت افراد است.					
۱۵- مدیران و کارکنان در این سازمان چشم انداز مشترکی از این که چگونه کارها باید انجام شود دارند.					
۱۶- ما فرصت هایی را برای خود ارزیابی در مسیر دستیابی به هدف داریم.					
۱۷- کارکردهای فعلی سازمان ، کارکنان را به حل مسائل بین خود ، قبل از این که آن را به سرپرست ارجاع دهند ، تشویق می کند.					
۱۸- اکثر گروه های حل مسأله در این سازمان شامل کارکنانی از ناحیه ها یا بخش های متعدد هستند.					
۱۹- تداخل (هم پوشانی) زیادی در کارها بین واحدهای متفاوت سازمان وجود دارد.					
۲۰- آموزش در این سازمان از طریق تیم های کاری صورت می گیرد.					
۲۱- ما در حل مشکلات نه تنها به دنبال راه حل هستیم بلکه به دنبال شناسایی اینکه چگونه مسأله به وجود می آید و چگونه می توان مانع از بروز آن شد ، هستیم.					

گویه ها	مخالفم كاملا	مخالفم	ندارم نظري	موافقم	موافقم كاملا
۲۲- افراد و تیم ها تشویق می شوند تا اقداماتی که منجر به موفقیت یا شکست می شوند ، منعکس کنند.					
۲۳- کارکنان از اینکه چگونه نقششان در فرایند کلی سازمان تأثیرگذار است ، آگاهی دارند.					
۲۴- کارکنان به درک دیدگاه های افراد در موقعیت های دیگر تشویق می شوند.					

به دو طریق می توان از تحلیل این پرسش نامه استفاده کرد

A. تحلیل بر اساس مؤلفه های پرسش نامه

B. تحلیل بر اساس میزان نمره به دست آمده

تحلیل بر اساس مؤلفه های پرسش نامه

به این ترتیب که ابتدا پرسشنامه ها را بین جامعه خود تقسیم و پس از تکمیل پرسش نامه ها داده ها را وارد نرم افزار اس پی اس کنید. البته قبل از وارد کردن داده ها شما باید پرسش نامه را در نرم افزار اس پی اس تعریف کنید و سپس شروع به وارد کردن داده ها کنید.

نمره گذاری پرسش نامه:

مخالفم كاملا	مخالفم	نظري ندارم	موافقم	موافقم كاملا
۱	۲	۳	۴	۵

• تحلیل (تفسیر) بر اساس میزان نمره پرسش نامه

• بر اساس این روش از تحلیل شما نمره های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت کنید. توجه داشته باشید میزان امتیاز های زیر برای یک پرسش نامه است

در صورتی که به طور مثال شما ۱۰ پرسشنامه داشته باشید باید امتیازهای زیر را ضربدر ۱۰ کنید.

• مثال: حد پایین نمرات پرسشنامه به طریق زیر بدست آمده است

• تعداد سوالات پرسشنامه * ۱ = حد پایین نمره

حد بالایی نمرات	حد متوسط نمرات	حد پایین نمره
۱۲۰	۶۰	۲۴

• امتیازات خود را از ۲۴ عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن ۲۴ و حداکثر ۱۲۰ خواهد بود.

• نمره بین ۲۴ تا ۴۰: میزان یادگیری سازمانی در حد پایینی می باشد.

• نمره بین ۴۰ تا ۸۰: میزان یادگیری سازمانی در حد متوسطی می باشد.

• نمره بالاتر از ۸۰: میزان یادگیری سازمانی در حد بالایی می باشد.

روایی و پایایی پرسشنامه

روایی ابزار جمع آوری داده ها

اعتبار یا روایی با این مسئله سر و کار دارد که یک ابزار اندازه گیری تا چه حد چیزی را اندازه می گیرد که ما فکر می کنیم (سرمد و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش عزیزی (۱۳۹۳) برای تعیین روایی پرسشنامه از روش روایی محتوا استفاده شد و مورد تأیید متخصصان مدیریت قرار گرفت.

پایایی ابزارهای جمع آوری داده ها

قابلیت اعتماد یا پایایی یک ابزار عبارت است از درجه ثبات آن در اندازه گیری هر آنچه اندازه می گیرد یعنی اینکه ابزار اندازه گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می دهد (سرمد و همکاران، ۱۳۹۰).

در پژوهش عزیزی (۱۳۹۳)، پایایی پرسشنامه بر روی یک نمونه ۵۰ نفری از آزمودنی ها (دبیران زن و مرد) انجام شد و برآورد آماری آن ها از طریق آلفای کرونباخ برای یادگیری سازمانی ۰/۸۷ به دست آمده است.

متغیر	تعداد	آلفای کرونباخ
-------	-------	---------------

۰/۸۷۰	۵۰	یادگیری سازمانی	مؤلفه ها	یادگیری سازمانی
۰/۷۵۷	۵۰	مهارت های فردی		
۰/۷۲۵	۵۰	مدل های ذهنی		
۰/۶۴۱	۵۰	چشم انداز مشترک		
۰/۶۰۹	۵۰	یادگیری تیمی		
۰/۶۰۹	۵۰	تفکر سیستمی		

منابع:

سرمد، زهره؛ حجازی، الهه و عباس بازرگان (۱۳۹۰) روش تحقیق در علوم رفتاری، تهران: انتشارات آگه.

عزیزی، فریده (۱۳۹۳). بررسی رابطه یادگیری سازمانی با درگیری شغلی و نوآوری سازمانی دبیران مدارس متوسطه عمومی استان کرمانشاه در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه بوعلی سینا، گروه آموزشی علوم تربیتی.

قربانی زاده، (۱۳۸۷). "یادگیری سازمانی و سازمان یادگیرنده با نگرشی بر مدیریت دانش". بازتاب. تهران. ۱.

✓ پرسشنامه مدیریت کیفیت جامع

همکار محترم؛

با سلام و احترام

پرسشنامه زیر در راستای پژوهشی جهت بررسی مدیریت کیفیت فراگیر تهیه شده است. لذا با تخصیص زمان ارزشمندتان به طور دقیق آنرا تکمیل و به پژوهشگر عودت دهید. شایان ذکر است این اطلاعات کاملاً محرمانه تلقی شده و صرفاً جهت دستیابی به اهداف پژوهش به صورت کلی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. پیشاپیش از همکاری صمیمانه شما سپاسگزاری می شود.

سوالات عمومی

این سوالات بسته به قلمرو زمانی، مکانی و پژوهشی شما باید تغییر کند

۱. جنسیت: مرد ☐ زن ☐

۲. سن : کمتر از سی سال ☐ ۳۰ تا ۴۰ سال ☐ ۴۰ تا ۵۰ سال ☐ بیشتر از ۵۰ سال ☐

۳. سابقه خدمت: کمتر از ۱ سال ☐ ۳ تا ۵ سال ☐ ۵ تا ۱۰ سال ☐ بیشتر از ۱۰ سال ☐

۴. میزان تحصیلات: دیپلم و پائینتر ☐ کاردانی ☐ کارشناسی ☐ تحصیلات تکمیلی ☐

پاسخگوی گرامی لطفاً با علامت زدن هر کدام از گزینه ها نظر خود را در رابطه با موارد ذکر شده بیان فرمایید

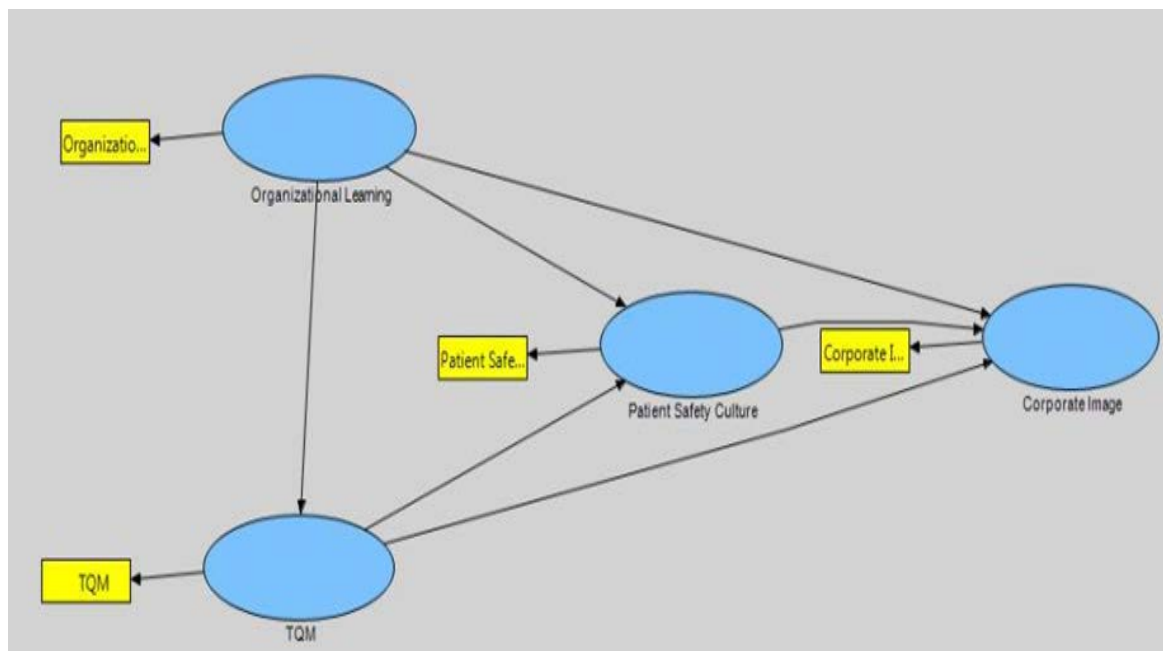
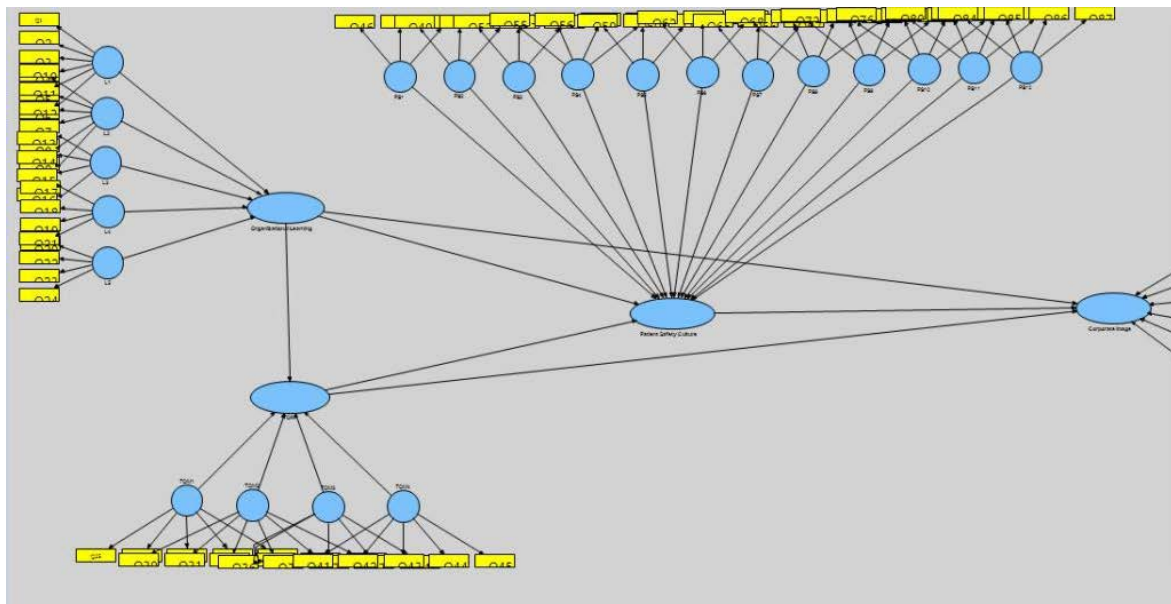
پرسش نامه مدیریت کیفیت جامع (کرازی و شول، ۱۳۹۲)

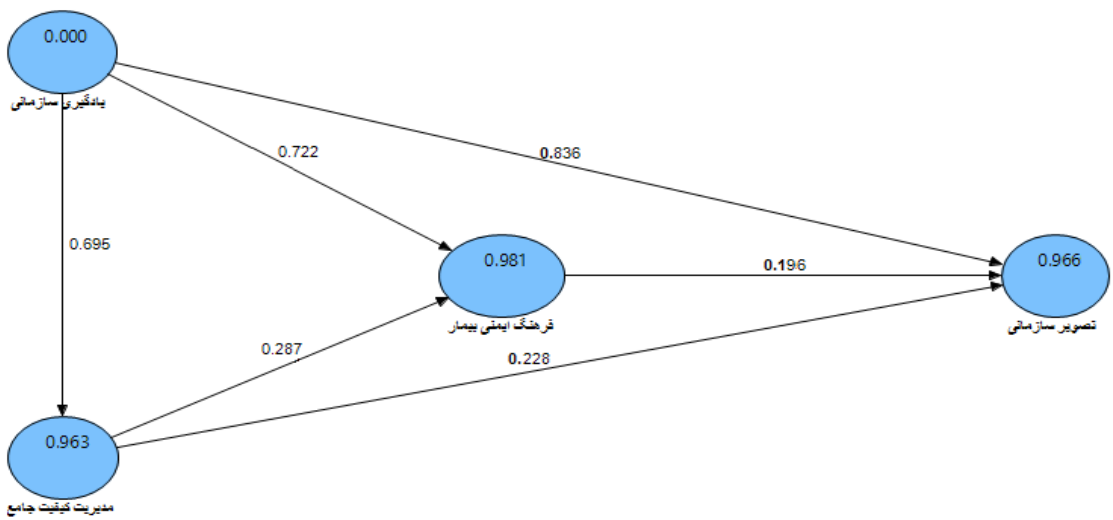
عوامل مدیریت کیفیت جامع	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
حمایت مدیران ارشد					۱- مدیریت ارشد به کیفیت انجام کارها متعهد می باشد.
					۲- مدیریت ارشد، ارزش های کیفیت شرکت را توسعه داده و ابلاغ می کند.
					۳- مدیران عالی به طور مستقیم و فعالانه در فعالیت های بهبود کیفیت درگیر می شوند
					۴- اهداف کیفیت ، به عنوان بخشی از فرآیند انجام کار ها لحاظ می گردد
					۵- کیفیت انجام کارها، به عنوان یکی از معیارهای سنجش عملکرد کارکنان در نظرسنجی ها لحاظ می شود
مشارکت کارکنان					۶- از مشارکت کارکنان در امور مربوط به کیفیت قدردانی می شود.
					۷- اخلاق و روحیه کارکنان از طریق انجام پژوهش بررسی و ارزیابی می شود .
					۸- سازمان برنامه شناسایی و آموزش کارکنان را به صورت منظم به اجرا در می آورد
					۹- اکثریت مدیران از توانمند سازی کارکنان و کار تیمی حمایت می کنند
					۱۰- آموزش های لازم به کارکنان برای انجام مسئولیت های جدید صورت میگیرد.
					۱۱- شناسایی عوامل انسانی محیط کار که برای انجام مسئولیت لازم است، صورت میگیرد.

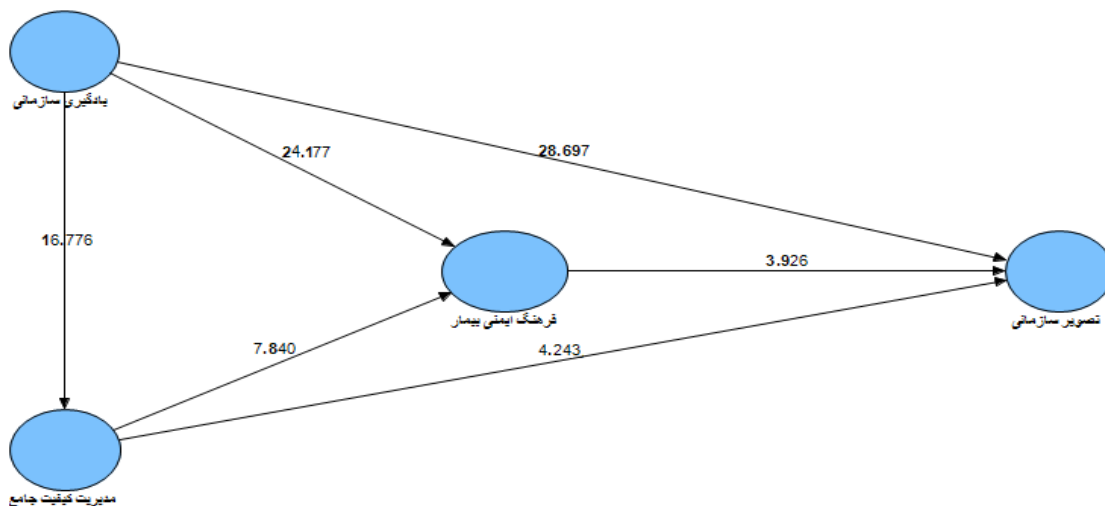
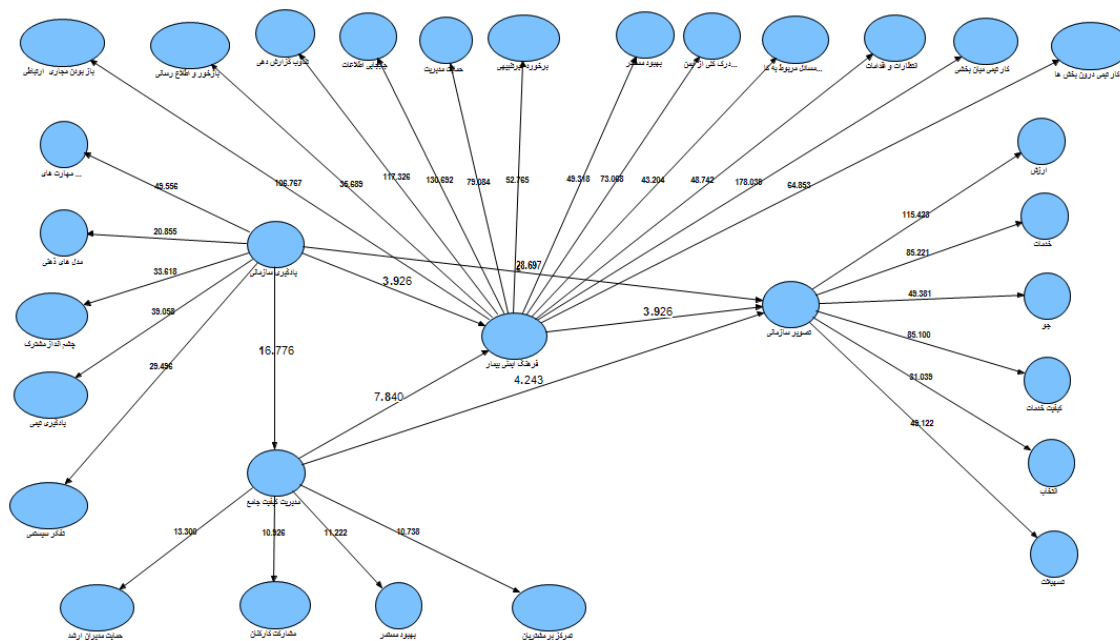
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	عوامل مدیریت کیفیت جامع	
					۱۲- استفاده از بازنگری مدیریت ، ممیزی های داخلی و اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه برای شناسایی فرصت هایی برای افزایش اثر بخشی سیستم مدیریت کیفیت صورت میگیرد	بهبود مستمر
					۱۳- اهداف کیفی قابل اندازه گیری برای فعالیت ها تعریف شده است.	
					۱۴- پیگیری فعال و مستمر سیستم مدیریت کیفیت برای رسیدن به بهبود ها همیشه صورت میگیرد.	
					۱۵- کنترل عملکرد و اتخاذ اقدامات اصلاحی برای اعمال بهبودهای لازم وجود دارد.	
					۱۶- شواهدی در دست است که نشان می دهد ، مقداری بهبود در کیفیت و بهره وری در یک یا چند حوزه بوجود آمده است	
					۱۷- در سازمان واکنش در مقابل شکایات ارباب رجوع انجام میگیرد و شکایات به صورت رسمی مورد پیگیری قرار میگیرد.	تمرکز بر مشتریان
					۱۸- برای تامین نیازها و انتظارات مراجعه کنندگان در فرایندهای کاری انعطاف لازم وجود دارد.	
					۱۹- ایفای نقش فعال برای تعیین سطوح رضایت /عدم رضایت مشتری وجود دارد.	
					۲۰- بررسی پیشنهادات و برگه های ارزیابی پر شده توسط مراجعه کنندگان بصورت منظم و برنامه ریزی شده صورت میگیرد.	
					۲۱- شیوه های موثر جهت گرفتن بازخور از مشتریان برای تمامی کارکردهای سازمانی مورد استفاده قرار می گیرد	

ابعاد TQM بر اساس استانداردهای ISO9001, 1994 و ISO9001, 2000 می باشد

➤ خروجی نرم افزار







age

Statistics

		age	education	sex
N	Valid	240	240	240
	Missing	0	0	0
Mean		2.4500	2.1458	1.4042
Median		2.0000	2.0000	1.0000
Mode		2.00 ^a	1.00	1.00
Std. Deviation		.96681	1.04280	.49176
Variance		.935	1.087	.242
Skewness		.031	.419	.393
Std. Error of Skewness		.157	.157	.157
Kurtosis		-.961	-1.042	-1.861
Std. Error of Kurtosis		.313	.313	.313
Range		3.00	3.00	1.00
Minimum		1.00	1.00	1.00
Maximum		4.00	4.00	2.00
Sum		588.00	515.00	337.00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	less than 30	45	18.8	18.8	18.8
	30 to 40	79	32.9	32.9	51.7
	40 - 50	79	32.9	32.9	84.6
	more than 50	37	15.4	15.4	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

education

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	diploma and less	83	34.6	34.6	34.6
	technician	71	29.6	29.6	64.2
	bachelor	54	22.5	22.5	86.7
	master and higher	32	13.3	13.3	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

		sex			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	male	143	59.6	59.6	59.6
	female	97	40.4	40.4	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

		Statistics				
		education	age	experience	position	sex
N	Valid	240	240	240	240	240
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		2.2542	2.3125	3.0125	2.2458	1.4875
Median		2.0000	2.0000	3.0000	2.0000	1.0000
Mode		2.00	2.00	3.00	1.00	1.00
Std. Deviation		.89512	.96283	.79476	1.19710	.50089
Variance		.801	.927	.632	1.433	.251
Skewness		.324	.331	-.728	.415	.050
Std. Error of Skewness		.157	.157	.157	.157	.157
Kurtosis		-.607	-.814	.438	-1.371	-2.014
Std. Error of Kurtosis		.313	.313	.313	.313	.313
Minimum		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Maximum		4.00	4.00	4.00	4.00	2.00
Sum		541.00	555.00	723.00	539.00	357.00

		education			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	diploma and less	24	10.0	20.4	20.4
	technician	62	25.8	43.8	64.2
	bachelor	105	43.7	25.8	90.0
	master and higher	49	20.4	10.0	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

		age			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	less than 30	50	20.8	20.8	20.8
	30 to 40	100	41.7	41.7	62.5
	40 - 50	55	22.9	22.9	85.4
	more than 50	35	14.6	14.6	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

experience					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	less than 5	14	5.8	5.8	5.8
	5 - 10	32	13.3	13.3	19.2
	10 - 15	131	54.6	54.6	73.8
	more than 15	63	26.3	26.3	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

position					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nurse	88	36.7	36.7	36.7
	nurse assistant	66	27.5	27.5	64.2
	doctor	25	10.4	10.4	74.6
	lab worker	61	25.4	25.4	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

sex					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	male	123	51.3	51.3	51.3
	female	117	48.8	48.8	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

Abstract

The purpose of this study is to investigating the effect of organizational learning and total quality management on the organizational image with the role of mediating patient safety culture in the health care sector. The statistical population of this study for the variables of total quality management, organizational learning and patient safety culture are the employees of various departments of governmental hospitals in Semnan province and for the variable of organizational image are the patients who reffered to this hospitals during the 6 months period, which eventually resulted in 240 from both groups, they are selected by simple simpling. In orther to collect the research data, the library method was used to develop theoretical foundations and research background using the field method and using a questionnaire data were collected about the variables organizational learning, total quality management, patient safety culture and organizational image. The data was analyzed by using SPSS software and SMATR PLS 2 software was used to test the structural equation model. Using the analyzes done in the research, the suggested model of the research has been confirmed and shows a positive and significant relationship between all the proposed pathways of the proposed model, which indicates the high validity of the proposed model for improving the image of active organizationals in the healthcare sector, especially hospitals.

Key words: Organizational learning, total quality management, patient safety culture, organizational image



Faculty of Industrial Engineering and Management

Master's thesis of Industrial Management

**Investigating the impact of organizational learning and total quality
management on organizational image with the role of mediation
patient safety culture in healthcare sector
(case study: Governmental hospitals of Semnan province)**

By
Atefeh Fallah

Supervisor
Dr. M. H. Hosseini

Advisor
Dr. S. Aibaghi Esfahani

January 2018