

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة أبي بكر بلقايد- تلمسان
كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم
تخصص: تسيير

عنوان الرسالة

واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات
دراسة تطبيقية لعينة من مستشفيات الجنوب
الغربي -ولاية بشار-

تحت إشراف		إعداد الطالب	
أ.د بوهنة علي		سعيدان رشيد	
لجنة المناقشة			
رئيسا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د كرزابي عبداللطيف
مشرفا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د بوهنة علي
مناقشا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د شليل عبداللطيف
مناقشا	جامعة بشار	أستاذ محاضر	الدكتور فراحي بلحاج
مناقشا	جامعة بشار	أستاذ محاضر	الدكتور بوسهمين أحمد
مناقشا	جامعة سيدي بلعباس	أستاذ محاضر	أونان بومدين

السنة الجامعية: 2016-2017

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique



جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان

Université Aboubakr Belkaid - Tlemce



كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير

واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات لرأسة تطبيقية لعينة من مستشفيات الجنوب الغربي - ولاية بشار

إشراف الأستاذ الدكتور

أ.د. بوهنة علي

إعداد الطالب

سعيدان رشيد

لجنة المناقشة

رئيسا	أستاذ التعليم العالي	الأستاذ الدكتور
مقررا	أستاذ التعليم العالي	الأستاذ الدكتور
مناقشا	أستاذ التعليم العالي	الأستاذ الدكتور
مناقشا	أستاذ التعليم العالي	الأستاذ الدكتور
مناقشا	أستاذ التعليم العالي	الأستاذ الدكتور
مناقشا	أستاذ التعليم العالي	الأستاذ الدكتور

السنة الجامعية 2016 / 2017

إهداء

أهدي ثمرة هذا العمل إلى:

الوالدين الكريمين

إلى الإخوة الأعزاء

إلى عائلتي الكريمة

إلى كل الأهل و الأصدقاء

إلى كل من ساعدنا و لو بكلمة طيبة

إلى هؤلاء جميعا أهدي هذا العمل المتواضع

شكر و عرفان

الحمد لله و الصلاة و السلام على رسول الله

أشكر الله العليّ القدير الذي أنعم عليّ بنعمة العقل والدين. القائل في محكم التنزيل
"وَمَنْ قَدْ كُنَّ حَيْثُ عَلِمَ عَلَيْهِ" سورة يوسف آية 76 صدق الله العظيم

وقال عليه الصلاة و السلام : من صنع إليكم معروفاً فكافئوه، فإن لم تجدوا ما تكافئونه به فادعوا له حتى تروا أنكم تكافئوه) "رواه أبو داود.

وفاءً وتقديراً وإعترافاً مني بالجميل أتقدم بجزيل الشكر لأولئك المخلصين الذين لم يألوا جهداً في مساعدتنا في مجال البحث العلمي، وأخص بالذكر الأستاذ الفاضل بوهنة علي المشرف بتوجيهاته ونصائحه ، فجزاهم الله كل خير.

وأتقدم بشكري الجزيل إلى أساتذتي الموقرين في لجنة المناقشة رئاسة وأعضاء لتفضلهم علي بقبول مناقشة هذه الرسالة، فهم أهل لسد خللها وتقويم معوجها وتمذيب نتواتها والإبانة عن مواطن القصور فيها، سائلاً الله الكريم أن يثيبهم مني خيراً.

(ليجزيهم الله أحسن ما عملوا ويزيدهم من فضله)

كما أتقدم بجزيل شكري إلي كل من مدوا لي يد العون والمساعدة في إخراج هذه الرسالة.
فكان من الله التوفيق ومننا الشكر والثناء

رشيـد سعـيدان

ملخص البحث

هدفت الدراسة إلى معرفة واقع ممارسة المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاستشفائية اتجاه الأطراف أصحاب المصلحة و أخذت كعينة المؤسسة الاستشفائية العمومية 240 سرير بالجنوب الغربي للوطن باعتبارها احد المؤسسات الهامة بالمنطقة. ارتكزت الدراسة على فرضيات تضمنت الأولى البعد الأخلاقي في ممارسة المستشفى لمسئوليتها الاجتماعية، أما الفرضية الثانية و الثالثة فتضمنت أهمية أصحاب المصلحة وواقع التزام المستشفى بمسئوليتها الاجتماعية اتجاه هذه الأطراف من العمال و المرضى المستفيدين كطرف أساسي تم المجتمع، المتعاملين و البيئة.

الدراسة في شقها النظري تعرضت إلى التأصيل النظري للمسؤولية الاجتماعية بمفاهيمها و أبعادها المختلفة لتؤكد على البعد الأخلاقي والاجتماعي كهدف أول بالنسبة للمستشفيات يليه البعد الاقتصادي و البيئي كهدف ثاني .

الجانب التطبيقي للدراسة كشف عن وجود تباين في واقع التزام المؤسسة بمسئوليتها الاجتماعية حيث كانت النتائج متوسطة اتجاه العاملين والمجتمع و المتعاملون على عكس المستفيدين فكانت جيدة إلى حد ضعيفة بالنسبة للبيئة . في نفس السياق كشفت الدراسة عن عدم وجود اختلافات كبيرة في واقع المسؤولية يعزى إلى المتغيرات الشخصية كالخبرة المهنية، طبيعة العمل، العمر و الجنس.

خلصت الدراسة إلى عدد من التوصيات أبرزها التأكيد على أهمية أصحاب المصلحة باعتبار المؤسسات الاستشفائية نظام مخرجاته من خدمات صحية يتوقف على مدى مشاركة و مساندة جميع الأطراف أصحاب المصلحة.

الكلمات الدالة: المسؤولية الاجتماعية، أصحاب المصلحة، المستشفيات، الخدمات الصحية.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
I.	- إهداء
II.	- كلمة شكر
I.	- الملخص
II.	- فهرس المحتويات
III.	- فهرس الاشكال
IV.	- فهرس الجداول
V.	- فهرس الملاحق
أ-ث	- المقدمة العامة
1-86	الفصل الأول: التأصيل النظري للمسؤولية الاجتماعية لمنظمات الاعمال
01	مقدمة الفصل
02	المبحث الأول: المفاهيم النظرية المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية
03	أولاً: تطور مفهوم المسؤولية الاجتماعية للشركات
04	1- المفهوم الكلاسيكي (التقليدي):
04	2- المفهوم الإداري
05	3 - المفهوم البيئي
04	ثانياً: مفهوم المسؤولية الاجتماعية للشركات
13	ثالثاً: أبعاد المسؤولية الاجتماعية للشركات
16	رابعاً: الأسباب التي أدت إلى بروز مفهوم المسؤولية الاجتماعية للشركات
16	1 معالجة الاثار السلبية للممارسات الاقتصادية الخاطئة
17	2. تبني المسؤولية الاجتماعية للشركات بهدف تحقيق مكاسب:
18	خامساً: المسؤولية الاجتماعية، الأهمية و المزايا و المعوقات
19	2 - الأهمية
22	3 - المعوقات
24	المبحث الثاني: نشأت و تطور المسؤولية الاجتماعية
25	أولاً: المسؤولية الاجتماعية التطور والأبعاد
27	1 -مرحلة إدارة تعظيم الارباح
28	2 -مرحلة إدارة الوصايا
28	3 -مرحلة نوعية الحياة
30	ثانياً: النظريات المفسرة للمسؤولية الاجتماعية

31	1- النظرية النيوكلاسيكية " نموذج Sharholder "
32	2- نظرية الوكالة " la théorie de l'agence "
34	3- نظرية أصحاب المصلحة " Stakeholders "
42	ثالثا: أنماط المسؤولية الاجتماعية
47	رابعا: خصائص المسؤولية الاجتماعية
52	المبحث الثالث: علاقة المسؤولية الاجتماعية و القانون و أخلاقيات العمل
52	أولا- أخلاقيات الأعمال
56	ثانيا- أخلاقيات الإدارة
57	ثالثا- المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات العمل و أخلاقيات الإدارة
62	رابعا: القانون و للمسؤولية الاجتماعية
70	خامسا: مؤشرات قياس المسؤولية الاجتماعية
70	1: المؤشرات الاجتماعية
50	2 : مؤشرات الأداء البيئي:
68	المبحث الرابع: المواصفة الدولية ايزو 26000 للمسؤولية الاجتماعية
68	أولا: مفهوم المواصفة الدولية ايزو 26000
70	ثانيا: هيكل و مراحل الإعداد لمواصفة ايزو 26000
73	ثالثا : أهداف مواصفة ايزو 26000 والمسؤولية الاجتماعية
74	رابعا: أهم الإرشادات و التوجيهات التي تقدمها ايزو للمنظمات
75	المبحث الخامس: التأصيل الإسلامي لمفهوم المسؤولية الاجتماعية
75	أولا: المفهوم الإسلامي للمسؤولية الاجتماعية
77	ثانيا: المسؤولية الاجتماعية للشركات إلزام أم التزام
80	ثالثا : أبعاد المسؤولية الاجتماعية من الناحية الإسلامية
86	خاتمة الفصل
-89 143	الفصل الثاني: المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الإستشفائية
89	مقدمة الفصل
90	المبحث الأول: نظام خدمات الرعاية الصحية
90	أولا: خدمات النظام الصحي
92	ثانيا: العناصر المكونة للرعاية الصحية
96	ثالثا: الخصائص المميزة للخدمات الصحية عن الخدمات الأخرى.
99	المبحث الثاني: المؤسسات الإستشفائية كجزء من النظام الصحي

99	أولاً: التطور التاريخي للمؤسسات الصحية
102	ثانياً: مفهوم المستشفيات وتصنيفها
105	ثالثاً: بيئة المستشفيات
112	المبحث الثالث: المستشفيات وظائفها وتنظيمها، وخصائصها
112	أولاً: وظائف المستشفيات
115	ثانياً: تنظيم المستشفيات
121	ثالثاً: الخصائص المميزة للمستشفى و المضايمين المترتبة عليها
127	المبحث الرابع: المسؤولية الاجتماعية و الأخلاقية للمؤسسات الإستشفائية
128	أولاً: المستشفى و أصحاب المصالح (الأطراف المتعاملة مع المستشفى)
129	1-المسؤولية الاجتماعية تجاه العاملين بالمستشفى :
132	2- المسؤولية الاجتماعية تجاه المتعاملين مع المستشفى
136	ثانياً: المسؤولية الأخلاقية للمؤسسات الصحية
136	1 - أخلاقيات المهنة الطبية
138	2 - مبادئ المسؤولية الأخلاقية في المؤسسات الصحية
143	خاتمة الفصل
149	الفصل الثالث: الدراسة الميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية
149	مقدمة الفصل
149	المبحث الأول: المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات من خلال التطور التاريخي
149	أولاً: الوضع الصحي في الجزائر قبل الاحتلال الفرنسي
151	ثانياً: النظام الصحي أثناء الاحتلال الفرنسي
159	ثالثاً: النظام الصحي الجزائري بعد الاستقلال
173	المبحث الثاني: الدراسة الميدانية بالقطاع الصحي بشار
173	أولاً: تقديم عام للقطاع الصحي بالولاية (بشار)
179	ثانياً: المؤسسة العمومية الإستشفائية 240 سرير (ترايبى بوجمعة بشار).
184	المبحث الثالث: الطريقة و الاجراءات
184	أولاً: منهجية الدراسة
184	ثانياً: مجتمع البحث
185	ثالثاً: العينة و مواصفاتها
186	رابعاً:أداة الدراسة (الاستبيان)
192	المبحث الرابع: عرض وتحليل لنتائج الدراسة

190	أولاً: دراسة و تحليل الاستمارة الخاصة بالعاملين
212	ثانياً: الاستمارة الخاصة بالمرضى المستفيدين
219	ثالثاً: الاستمارة الخاصة بالمجتمع و الجماعات المحلية و البيئة
233	خاتمة الفصل
235	الخاتمة العامة
248	المراجع
	الملاحق

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
(1-I)	المراحل التاريخية لاتجاهات المديرين نحو المسؤولية الاجتماعية	71
(2-I)	أبعاد المسؤولية الاجتماعية في النصوص القرآنية و الأحاديث النبوية	78
(1-III)	تطور مستخدمي القطاع 2010-2014	175
(2-III)	تطور الهياكل الصحية بالقطاع الصحي لولاية بشار	176
(3-III)	عدد المصالح الصحية بالنسبة لعدد السكان بالقطاع الصحي	177
(4-III)	يبيّن الأسلاك المهنية المكونة لعينة الدراسة (العمال)	185
(5-III)	تصنيف مقياس ليكارت الحماسي	188
(6-III)	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	190
(7-III)	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	191
(8-III)	توزيع أفراد العينة حسب طبيعة العمل	192
(9-III)	توزيع أفراد العينة حسب طبيعة العمل حسب الذكور و الاناث	192
(10-III)	- توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية وحسب الجنس	193
(11-III)	المتوسط المرجح	195
(12-III)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومستوى التنبؤ	195
(13-III)	معامل الارتباط بين محاور الدراسة والمسؤولية الاجتماعية	198
(14-III)	فرق المتوسطين T TEST حسب الذكور و الأنثى	199
(15-III)	T TEST LEVENS	199
(16-III)	اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) ANOVA حسب متغير طبيعة العمل	202
(17-III)	إختبار تحليل التباين الاحادي (ف) ANOVA حسب طبيعة العمل	202

203	تحليل التباين الأحادي ANOVA حسب الخبرة المهنية	(18-III)
204	تحليل التباين الاحادي ANOVA حسب المستوى الدراسي	(19-III)
205	اختبار مربع كاي (طبيعة العمل * الخبرة المهنية)	(20-III)
205	تابع اختبار مربع كاي دو (طبيعة العمل * الخبرة المهنية)	(21-III)
206	نموذج تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية و محور التوظيف	(22-III)
206	تحليل الانحدار البسيط للعلاقة بين تبني المسؤولية الإجتماعية و التوظيف	(23-III)
207	اختبار الانحدار لمدى تأثير ظروف العمل على مستوى المسؤولية الاجتماعية	(24-III)
208	اختبار الانحدار :مدى تأثير ظروف العمل على مستوى المسؤولية الاجتماعية	(25-III)
208	تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية و محور ظروف العمل	(26-III)
208	تحليل الانحدار البسيط للعلاقة بين تبني المسؤولية الإجتماعية و ظروف العمل	(27-III)
209	تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية و محور مزايا العمل	(28-III)
210	تحليل الانحدار البسيط للعلاقة بين تبني المسؤولية الاجتماعية و مزايا العمل	(29-III)
211	معامل الفاكرونباخ و معامل الصدق	(30-III)
211	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	(31 III)
212	توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي	(32-III)
212	توزيع عينة الدراسة حسب مدة الإقامة	(33 III)
212	توزيع عينة الدراسة حسب مستوى العمر	(34-III)
213	مقياس ليكرت الخماسي لقياس درجة الاهمية	(35-III)
213	المتوسط المرجح لفقرات الدراسة	(36-III)
214	المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمحور الجوانب المادية	(37 -III)
215	المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لظروف الايواء	(38-III)
216	المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمحور التعاطف	(39-III)

217	جدول رقم (III-40) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمحور الأمان	(III-40)
217	جدول رقم (III-41) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمحور الاعتمادية	(III-41)
218	جدول رقم (III-42) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمحور الاستجابة	(III-42)
218	المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لجميع المحاور	(III-43)
219	اختبار معامل الثبات الفا كرونباخ Alpha de Cronbach	(III-44)
219	اختبار Kolmogorov-Smirnov (التوزيع الطبيعي)	(III-45)
220	دراسة واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفى نحو المجتمع	(III-46)
221	واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفى نحو المتعاملين	(III-47)
223	المسؤولية الاجتماعية للمستشفى نحو البيئة	(III-48)
224	ملخص واقع التربي للمسؤولية الاجتماعية للمستشفى اتجاه المجتمع، المتعاملون و البيئة	(III-49)
225	ملخص مستوى تبني المسؤولية الاجتماعية لكل من المجتمع، المتعاملون و البيئة	(III-50)
226	اختبار الانحدار البسيط مدى تأثير المجتمع على مستوى المسؤولية الاجتماعية	(III-51)
226	نموذج تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية و المجتمع	(III-52)
227	تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية و المجتمع	(III-53)
227	تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية و المجتمع	(III-54)
229	نموذج تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية و البيئة	(III-55)

قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفة
(1-I)	- تدرج الدور الاجتماعي للمؤسسة	15
(2-I)	- أصحاب المصلحة والمؤسسة	40
(3-I)	- أنماط المسؤولية الاجتماعية	46
(4-I)	- التداخل بين المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الإدارة	61
(5-I)	- التداخل بين القانون و المسؤولية الاجتماعية و أخلاقيات الإدارة	63
(1- II)	- المستشفى كنظام مفتوح	111
(2- II)	- التنظيم الوظيفي للمستشفى	116
(3- II)	- النظام الداخلي للمستشفى	120
(1-III)	- خريطة مجموع دوائر ولاية بشار	174
(2-III)	- مخطط توضيحي لتطور مستخدمي القطاع 2010-2014	176
(3- III)	- المخطط التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية بشار	183
(4-III)	- نموذج الدراسة الميدانية	189

قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الملحق
(1)	اسبيان موجه للعاملين
(2)	استبيان المجتمع، المتعاملين، البيئة
(3)	استبيان خاص بالمرضى

المقدمة العامة

المقدمة العامة

تنشأ وتقوم منظمات الأعمال في العصر الحديث بهدف تقديم السلع والخدمات لمختلف الأفراد والهيئات التي تحتاج إليها، وهي عندما تزاوُل أنشطتها تحتاج إلى موارد متعددة المصادر. فهي تستمد رأس المال من أصحاب المؤسسة أو حملة الأسهم أو المقرضين والبنوك والهيئات المالية الأخرى، كما تستمد العنصر البشري من البيئة أو المجتمع المحلي الذي تعمل فيه بالإضافة إلى أنها تستمد الوضع القانوني والحماية والأمن والاستقرار من الإطار التشريعي والقانوني الذي تحدده الدولة ومن ناحية أخرى تقوم المؤسسة بتوريد مخرجاتها المختلفة إلى المستهلكين أو العملاء في البيئة الخارجية، كما أن المؤسسة أثناء مزاولتها لأنشطتها المختلفة عليها أن تأخذ في الحسبان تأثير هذه الأنشطة على المجتمع وعلى البيئة ككل.

فالمؤسسة تتعامل مع أطراف عديدة في البيئة المحلية، أطراف مباشرة داخلية وأخرى خارجية غير مباشرة وهي لا تعمل بمعزل عن تأثير هذه المجموعات أو الأطراف عليها، بمعنى آخر فالمؤسسة كنظام تتعامل مع البيئة الخارجية من خلال علاقات التأثير والتبادل والاعتماد، فهي كما تتأثر بالقوى والعوامل البيئة تؤثر فيها أيضاً وهذا هو جوهر منهج النظم. ولكي يكتمل تفاعل المؤسسة مع الأطراف والنظم الخارجية والداخلية، يجب أن تأخذ في الحسبان الأثر الذي تحدثه قراراتها وسلوكياتها تجاه هذه القوى، فلكل طرف له علاقة تبادلية مع المؤسسة، وعلى المؤسسة أن تعظم هذه العلاقة بما يؤدي إلى إرضاء وتحقيق أهداف مختلف الجوانب وفي نفس الوقت يجب ألا يتعارض هذا مع الأهداف التي تسعى المنظمة التي تحقيقها.

التأثيرات والعلاقات التبادلية بين المؤسسة والبيئة الخارجية يطلق عليها المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة، هذا المفهوم للمسؤولية الاجتماعية ليس حديث العهد وإنما له جذور تاريخية عميقة تمتد إلى الثورة الصناعية فقد نمت وتطورت كنتيجة طبيعية لإخفاق إدارة الأعمال في الاستجابة لاحتياجات بيئتها الاجتماعية ولمصالح الأطراف الأخرى فهي نتاج المشكلات الكثيرة والأزمات العديدة التي ارتبطت بجرية الأعمال ونظرتها الضيقة لمصلحتها الذاتية على حساب المجتمع الذي تعمل فيه. فمند بداية الثورة الصناعية كان التركيز منصباً على مصلحة الأعمال وقد تم التعبير عن ذلك من خلال

الاهتمام الكبير بمعايير الكفاءة والربح على حساب جميع المعايير الأخرى. وقد ظلت هذا الحالة حتى بداية هذا القرن، حيث مصلحة الأعمال هي المصلحة العليا وأقصى الربح هو القيمة الاقتصادية العليا، ليأخذ فيما بعد اتجاه جديد يتسم بالتأكيد على مصالح الأطراف الأخرى ذات العلاقة بالشركة حيث تم التأكيد على العاملين، العملاء والموردين والموزعين والمنافسين وصولاً إلى المجتمع و البيئة.

هذا التطور في التعامل مع هذه المسؤولية تباينت فيه وجهات نظر المختصون فوضعوا له أشكال وأنماط منها الإلزام الاجتماعي، رد الفعل الاجتماعي، الاستجابة الاجتماعية وذلك تحت تفسير نظري مختلف باختلاف الفترة الزمنية و المدارس، فنتج عنه نظريات مختلفة، من أبرزها النظرية النيوكلاسيكية، نظرية الوكالة، ونظريات أصحاب المصلحة.

تشير النظرية النيوكلاسيكية إلى أن ممارسة المسؤولية الاجتماعية يكون من خلال القرارات الموجهة لتحسين المردودية و الربحية لفائدة المساهمين، وأن مبدأ تعظيم قيمة المساهم هو الهدف الاجتماعي المناسب للمؤسسات لأنه يعادل تعظيم الثروة الاجتماعية المؤسسة. حيث يقول فريدمان صاحب النظرية " إن مسؤولية الأعمال نحو المجتمع واحدة فقط و هي تحقيق الحد الأقصى من الأرباح للمساهمين، داخل الإطار القانوني و العرف الأخلاقي في البلد"¹.

أما نظرية الوكالة تفسر من خلال العلاقة بين المسيرين و مجموع أصحاب المصلحة المتعاملين مع المؤسسة (مساهمين، مستهلكين، دائنين، موردين)، وحسب هذه النظرية فإن أصحاب المصلحة لهم القدرة على التأثير على القرارات الإستراتيجية للمسيرين. بالنسبة للنظرية المتعلقة بأصحاب المصلحة مضمونها يحرص على أنه يجب أن ينظر إلى جميع أصحاب المصلحة في عملية صنع القرار في المؤسسة . و أصحاب المصلحة هم مجموعة من الأفراد و الهيئات و الإدارات الذين لهم علاقة مباشرة أو غير مباشرة مع المؤسسة، يتأثرون و يؤثرون إيجابا و سلبا في قراراتها و أهدافها.

ومن خلال مراحل التطور التي مر بها مفهوم المسؤولية الاجتماعية و مختلف النظريات التي اهتمت بهذا الجانب، والأبحاث والدراسات التي أجراها العديد من الباحثين وكذا التعاريف المقدمة من طرف المنظمات و الهيئات الدولية، حيث

¹ Garriga Elisabet et Melé Doméneq, "Corporate social responsibility theories: Mopping the territory", journal of business Ethics, University of Northern British Columbia, 2004, issue 53, 2004, p53

جميعها أكدت على نقطة أساسية هي التزام المؤسسة من خلال نشاطاتها بتحقيق التنمية ليشمل الجانب الاقتصادي والاجتماعي و البيئي, ليس فقط دمج هذه الجوانب في نشاطات المؤسسة وإنما التوفيق فيما بين هذه الجوانب. إن تتبع التطور التاريخي لمفهوم المسؤولية الاجتماعية يظهر أن تبني هذا المفهوم في العالم الغربي جاء نتيجة للإفرازات السلبية للأنظمة الغربية وبالأخص النظام الرأسمالي الذي فشل في تحقيق العدالة الاجتماعية. هذا الفشل الذي قامت على أساسه الشيوعية ثم ثبت عجزها هي الأخرى في تحقيق ذلك بينما تحاول الرأسمالية معالجة الآثار السلبية المترتبة عن ممارستها الاقتصادية الخاطئة، وهذا و أن مفهوم المسؤولية الاجتماعية ليس بمجديد على الأمة الإسلامية وما دعوة الغرب إلى تبني هذا المفهوم ما هو إلا دعوة للعودة إلى مكارم الأخلاق والتعاليم الدينية وذلك باعتراف الغرب أنفسهم كما هو الحال بالنسبة لأفكار (Max Weber و Bowen) وغيرهما، فعلى سبيل المثال في مقال حديث لباحثين فرنسيين² يبينون فيه الأسس الدينية لمفهوم المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات، إذ يرجعون أصلها إلى الديانة البروتستانتية وأيضا الكاثوليكية معتمدين على أعمال الأمريكي (W.C Fredirick) الذي خلص إلى أن الدين هو البعد الأساسي لمفهوم المسؤولية الاجتماعية، وبما أن الإسلام هو خاتم الرسالات السماوية وأكملها قد اعتنى بجميع شؤون الإنسان لصالح دينه وديناه. إن مبادئ المسؤولية الاجتماعية للشركات التي نصت عليها اللوائح الدولية تتلخص في أربعة أبعاد: البعد الاقتصادي، البعد الاجتماعي و البعد البيئي، قد اعتنى بها التشريع الإسلامي بشكلٍ أو بآخر سواء من خلال الآيات القرآنية أو الأحاديث النبوية الشريفة أو من خلال إقتفاء أثر السلف الصالح رضوان الله عليهم. فالمسؤولية في الإسلام هي تكليف لا تشريف وهي تعني أن المسلم المكلف مسئول عن كل شيء جعل الشرع له سلطان عليه أو قدرة التصرف فيه بأي وجه سواء كانت مسؤولية شخصية أو جماعية " فكلكم راع و كلكم مسئول عن رعيته".

المستشفى يعتبر احد أكثر التنظيمات تعقيدا و تميزا بالمقارنة مع التنظيمات الأخرى بما فيها التنظيمات الخدمية. و مما لا شك فيه أن هذا التعقيد و التميز ينبع من خصوصية و تميز المستشفى عن غيره من التنظيمات و ما يتطلبه ذلك من

² A. ACUIER ; J.P GOND et J.I LIRHE (2005) : « Des fondements religieux de la responsabilité sociale de l'entreprise à la responsabilité sociale de l'entreprise comme religion». Cahier de recherche n°2005.166.

ترتيبات إدارية و تنظيمية خاصة تتفق مع طبيعته المتميزة.و يمكن إرجاع تعقيد المستشفى الحديث إلى عدد من الخصائص التي يكاد ينفرد بها عن أي تنظيم أو مؤسسة أخرى،اقتصادية،تجارية أو خدمية.و لعل من ابرز هذه الخصوصيات تعدد الأطراف المتعاملة مع المستشفى و تأثيراتها المباشرة و الغير مباشرة على الخدمات الصحية، إضافة إلى خصوصية اليد العاملة التي تمتاز بالتنوع و التخصص،طبيعة الخدمة... الخ .هذه الخصوصيات في مجملها تزيد من صعوبة و تعقيد التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤوليتها الاجتماعية اتجاه مختلف الأطراف .

والمسؤولية الاجتماعية للمستشفيات في اسمي معانيها هي التزام المستشفى بمسؤوليات متعددة، و متدرجة بالأهمية،تندرج من الجانب الاقتصادي في تحقيق الربح، والرفاهية الاقتصادية، وفي الجانب القانوني من خلال الالتزام بالقوانين، والأنظمة و التشاريعات الصادرة من الدولة ، و في الجانب الأخلاقي بالعمل بأخلاقيات المهنة الطبية و عدم الإضرار بالآخرين و الالتزام بما هو جيد و ترك ما هو سيء ، كما هي تعهد و التزام إدارات هذه المؤسسات و التزامها حيال المجتمع من خلال القرارات التي تتخذها لبلوغ الأهداف الموضوعة لها، في تحقيق رسالتها الإنسانية التي يقف في مقدمتها خلق بيئة صحية سليمة خالية من الأمراض"³.

لقد عدت المسؤولية الاجتماعية اليوم تحديا كبيرا لمنظمات الأعمال عامة و المؤسسات الصحية بخاصة نتيجة للتغير الاجتماعي و الاقتصادي و الثقافي الكبير الحاصل في بيئة عمل هذه المنظمات.فأصبح النظر إلى تحقيق حياة نوعية للأفراد بشكل يوازي في سعيها لتقدم خدمة صحية ناجحة إلى الأطراف التي تتعامل معها.و من هنا برز دور المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية المختلفة في تامين صلاتها بأصحاب المصلحة، وبالتالي أصبح اهتمام هذه المؤسسات لا ينحصر في حدود جزء من سوق عملها أو عدد من خدماتها الصحية ،بل امتد إلى المجتمع بعموميته و مختلف الأطراف بما فيها تأثيراتها على البيئة التي تعمل فيها لذلك أصبحت من اهتمام المؤسسات الدولية كمؤسسات المواصفات الدولية و حتى دساتير و موثيق الأمم المتحدة.

3 تامر الياسر البكري،إدارة المستشفيات،دار اليازوري العلمية ،الطبعة الاولى،عمان/الاردن،2005،ص237.

إشكالية البحث:

المؤسسات الاستشفائية من خلال نشاطها مسؤولة إجتماعيا ليس فقط بتطبيق ما تفرضها عليها قوانين وتشريعات، بل يجب أن تذهب الى ما هو أبعد من ذلك ويكون بالسعي الدائم والمستمر نحو التعرف على متطلبات أصحاب المصالح والعمل جديا على إشباعها. فبقدر الاهتمام الذي توليه المستشفيات لأصحاب المصالح بقدر يجعل منها ذلك أكثر مسؤولية في المجتمع الذي تنشط فيه، مما ينعكس ذلك على تحسين وتحقيق الهدف الأسمى الذي انشأت لأجله و هو توفير خدمات صحية للفرد و للمجتمع .

الإصلاحات التي قامت بها الدولة مع بداية 2009 و التي مست المنظومة الصحية بأكملها كان الهدف من ورائها تعزيز و تطوير دور المنظومة الصحية بصفة عامة و المستشفيات بصفة خاصة لتجعلها أكثر استجابة لتطلعات المجتمع و من تم تفعيل و تعزيز دور هذه المؤسسات في التزامها بمسؤوليتها الاجتماعية اتجاه مختلف أصحاب المصلحة، و سعي منا في معرفة واقع هذا الالتزام و تأسيسا على ما تقدم تمت صياغة الإشكالية التالية:

ما واقع التزام المؤسسات الاستشفائية العمومية بمسؤوليتها الاجتماعية اتجاه أصحاب المصلحة: العاملين

،المرضى،المجتمع المحلي ،البيئة و المجتمع؟

لمعالجة وتحليل هذه الإشكالية، وبعية الوصول إلى استدلال منطقي ، وعلمي يمكن من بلورة إطار نظري وفكري حول

الإشكالية المطروحة نقوم بطرح والإجابة على الأسئلة الفرعية التالية:

- ما مفهوم المسؤولية الاجتماعية، ما هي مبرراتها و مجالاتها و النظريات المفسرة لها؟
- ما طبيعة أصحاب المصالح و ما العلاقة التي يمكن لمنظمة الأعمال أن تربطها مع كل طرف؟
- فيما تتمثل المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاستشفائية و ما هي أبعادها؟
- ما واقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤوليتها الاجتماعية اتجاه أصحاب المصلحة؟
- هل يوجد تأثير لأصحاب المصلحة على التزام المؤسسة بمسؤوليتها الاجتماعية؟

- هل يوجد اختلاف في واقع التزام المستشفيات بمسؤوليتها الاجتماعية اتجاه أصحاب المصلحة في المؤسسة محل

الدراسة

فرضيات الدراسة

تقوم المستشفيات على تقديم و تطوير خدماتها الصحية بناء على مساندة و مشاركة جميع الأطراف ويتوقف مدى التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤوليتها الاجتماعية على قوة هذه المساندة والمشاركة، دون أن نتجاهل دور هذه المستشفيات نحو مختلف الأطراف: العاملون، المرضى، المتعاملون، الحكومة، المجتمع المحلي، البيئة، المجتمع، مؤسسات مساندة... اضافة إلى أن قيام هذه المؤسسات بمسؤوليتها يدخل ضمن البعد الأخلاقي للمهنة، وعلية وبناء على الإشكالية و الأسئلة المطروحة يمكن طرح الفرضيات التالية:

الفرضية الرئيسية الأولى:

- يتوقف التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤوليتها الاجتماعية على مدى مشاركة جميع أطراف أصحاب المصلحة .

الفرضية الأساسية الثانية:

تعتبر المسؤولية الاجتماعية ضمن البعد الأخلاقي للعمل ضمن المؤسسات الإستشفائية.

الفرضية الرئيسية الثالثة:

- واقع ممارسة المؤسسات الإستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية متباين تجاه أصحاب المصلحة: (العاملين، المستفيدين (المرضى)، المجتمع، البيئة، المؤسسات الداعمة و المجتمع المحلي).

- الفرضيات الفرعية التابعة للفرضية الرئيسية الثالثة:

- ممارسة المؤسسات الإستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية ضعيف اتجاه العاملين.

- لا يوجد اختلاف في ممارسة المؤسسة الاستشفائية لمسؤوليتها الاجتماعية اتجاه العاملين تبعاً للمتغيرات الشخصية .

- ممارسة المؤسسة الإستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية متوسط اتجاه المرضى.

- ممارسة المؤسسة الإستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية ضعيف اتجاه المجتمع.
- ممارسة المؤسسة الإستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية ضعيف اتجاه البيئة.
- ممارسة المؤسسة الإستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية ضعيف اتجاه المؤسسات المكملة و الداعمة.
- ممارسة المؤسسة الإستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية جيد اتجاه الحكومة
- (الالتزام بالقواعد و التشريعات و القوانين و النظم، دفع الضرائب و الرسوم...)

أهمية البحث:

- ترجع أهمية البحث أولاً إلى أهمية القطاع الصحي بصفة عامة والمستشفى محل الدراسة و الدور الذي يلعبه بالمنطقة في تقديم الخدمات الصحية لكافة سكان المنطقة و سكان ولايات الجنوب الغربي رغم الإمكانيات المحدودة و بعده عن منطقة الشمال. كما تكمن الأهمية كذلك في أهمية المسؤولية الاجتماعية و الاهتمام البالغ الذي توليه لها المؤسسات على مختلف نشاطاتها خاصة في الآونة الأخيرة. و يمكن إبراز هذه الأهمية من خلال النقاط التالية:
- توضيح مفهوم المسؤولية الاجتماعية وعناصرها المختلفة.
- تأكيد الدور الذي تلعبه المستشفيات في المجتمع في إنتاج وتقديم الخدمات الصحية باعتبارها احد المقومات و المؤشرات الاقتصادية الأساسية لأي دولة.
- معرفة واقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسئوليتها الاجتماعية اتجاه أصحاب المصلحة بمختلف أصنافهم خاصة بمنطقة الجنوب الغربي.
- أهمية البحث بالنسبة للسلطات المعنية، أصحاب القرار في اطلاعهم على أهم الأسباب و الانشغالات التي تعوق دون التزام المستشفيات بصفة عامة و المستشفى محل الدراسة بمسئوليتها في تقديم الخدمات الصحية للفرد و المجتمع.
- إثراء الجانب العلمي و المعرفي بدراسة نظرية و تطبيقية جديدة في مجال المسؤولية الاجتماعية تتعلق بالمستشفيات على غرار دراسات أخرى متعلقة بإدارة الأعمال.

أهداف البحث:

الهدف الأساسي من البحث هو معرفة واقع المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر العاملين، المرضى، المجتمع المحلي، المؤسسات الداعمة، المجتمع و البيئة. كما تعد الدراسة الحالية من الدراسات القليلة في البلاد التي تعنى بالمسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية مع محاولة تقييم هذا الواقع بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية بالجنوب الغربي للبلاد. فالهدف الخروج بمجموعة من النتائج تعزز من دور المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاستشفائية و بتوصيات يمكن أن تسهم في تحسين مستوى الخدمات الصحية بشكل عام.

حدود الدراسة

تتمثل محددات الدراسة بالعيادة المستخدمة والمتغيرات التي تتضمنها الدراسة، والأسلوب الإحصائي المستخدم في الدراسة (SPSS 21) بالإضافة إلى الفترة الزمنية التي جرت فيها الدراسة (ما بين نوفمبر 2015 و جوان 2016)، وما واجهه الباحث من صعوبة في الحصول على المعلومات الإحصائية وتحليلها وترتيبها حيث تعلق الأمر بأضخم قطاع و المتمثل في قطاع الصحة، مع صعوبة الإحاطة و التعامل مع جميع أصحاب المصلحة، و مجال البحث الذي شمل احد ولايات المناطق الجنوبية .

منهجية الدراسة

بغية القيام بتحليل علمي ومنهجي لإشكالية المطروحة "واقع التزام المؤسسات الإستشفائية العمومية بمسؤوليتها الاجتماعية اتجاه أصحاب المصالح (العاملين و المتعاملين معها) و بهدف اختبار صحة الفرضيات المقترحة تم اعتماد المنهج الوصفي. وذلك بإجراء دراسة نظرية للموضوع مشتملة مراجعة لأهم المؤلفات العلمية ذات الصلة. أما الدراسة التطبيقية استخدمنا فيها المنهج التحليلي وذلك بتحليل معلومات وبيانات الدراسة الميدانية والتي تم الحصول عليها من خلال الاعتماد بدرجة كبيرة على تحليل الاستمارة، و لمعالجة البيانات تم الاعتماد على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) مع استخدام الأدوات الإحصائية اللازمة لذلك.

الدراسات السابقة

الدراسات العربية:

- دراسة: إبراهيم علي عبيد الخالد 2015، "أثر التزام المستشفيات بالمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمات الصحية المدركة رسالة ماجستير (دراسة تطبيقية على عينة من المرضى في المستشفيات الخاصة بمدينة عمان/الأردن)

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى مدى تأثير التزام المستشفيات بالمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمة الصحية المدركة في المستشفيات الخاصة بمدينة عمان. وتوصلت الدراسة إلى أن هنالك أثراً إيجابياً للمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمات الصحية المدركة كما توصلت الدراسة إلى وجود آثار دو دلالة إحصائية لأبعاد المسؤولية الاجتماعية (البعاد الاقتصادي، البعاد القانوني، البعاد الأخلاقي، البعاد الإنساني) في جودة الخدمات الصحية المدركة، وأظهرت النتائج كذلك أن توجهات عينة الدراسة إيجابية بالنسبة لجودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الخاصة. وأوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بأبعاد المسؤولية الاجتماعية لما لها من أهمية في جودة الخدمات الصحية، وإنشاء المستشفيات وحدات متخصصة لمواضيع المسؤولية الاجتماعية.

— دراسة: (القيوبي، وآخرون،) 2014 بعنوان (دور المسؤولية الاجتماعية في تحقيق الميزة التنافسية).

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى تأثير المسؤولية الاجتماعية بأبعادها المختلفة في تحقيق الميزة التنافسية في شركة الاتصالات الخلوية (زين)، وقد توصلت إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لكل من العاملين، العملاء، البيئة، وكذا الاهتمام بالمشكلات الاجتماعية، المنافسة دعم الخطط التنموية في تحقيق الميزة التنافسية في الشركة. ومن توصيات الدراسة ضرورة الاهتمام بتدريب العاملين عامل أساسي في تحقيق التميز، وضرورة تعاون جميع الشركات من أجل تعزيز مسؤوليتهم الاجتماعية تجاه المجتمع، كما أظهرت نتائج الدراسة وجود تأثير ذي دلالة إحصائية للمسؤولية الاجتماعية (المسؤولية نحو البيئة، المسؤولية نحو المستهلكين، المسؤولية نحو المجتمع المحلي) على تحقيق الميزة التنافسية (تخفيض التكلفة، الابتكار والتجديد في الشركات الصناعية الأردنية).

- دراسة: ميسان كرومية، 2014 "المسؤولية الاجتماعية و حماية المستهلك في الجزائر"، رسالة دكتوراه بجامعة تلمسان، هدفت الدراسة إلى معرفة مدى التزام المؤسسات الإنتاجية العاملة بولاية سعيدة بمسؤوليتها الاجتماعية و علاقتها بحماية المستهلك ومحاولة تحليل علاقة الارتباط لأبعاد المسؤولية الاجتماعية المتمثل في كل من المجتمع، البيئة، المورد البشري، المستهلك و العملاء و المتغير التابع المتمثل في حماية المستهلك. و قد بينت نتائج الدراسة أن كل من درجة التزام المؤسسات الإنتاجية بالمسؤولية الاجتماعية و حماية حقوق المستهلكين كانت أعلى قليلا من الوسط الفرضي . و خلصت الدراسة إلى تقديم مجموعة من التوصيات، كان أهمها ضرورة انتقال المؤسسات إلى تطبيق فلسفة المسؤولية الاجتماعية، وذلك من خلال التركيز على متابعة و تحديد احتياجات أصحاب المصالح بشكل عام و المستهلك بشكل خاص باعتبارها تشكل مزايا تنافسية للمؤسسة.

- دراسة بن سفيان الزهراء 2014 مساهمة المسؤولية الاجتماعية للمقاول في تحقيق التنمية المستدامة ،رسالة دكتوراه بجامعة تلمسان الدراسة شملت احد المؤسسات الخاصة ،تمثلت في مؤسسة كندور condor لصناعة الالكترونيات حيث حاولت الباحثة من خلال التركيز على فرضية رئيسية " تدرك المؤسسة الخاصة ضرورة المساهمة في إحلال التنمية المستدامة و الرقي بجودة حياة الفرد من خلال تبنيتها للمسؤولية الاجتماعية "بناء على المسح النظري للموضوع ومناقشة الفرضيات اتضح أن المؤسسة مدركة لمسؤوليتها الاجتماعية بشكل لا يراعي جميع الأركان بنفس الأهمية ،ومن أهم نتائج البحث ما يلي:

- أهمية الإمكانيات البشرية و المادية في ممارسة المسؤولية الاجتماعية.
- الأداء الاجتماعي يعزز الأداء الاقتصادي.
- الفهم المتعمق للتنمية المستدامة يسمح بإدراك المسؤولية الاجتماعية.
- تسارع الحياة الاقتصادية والاجتماعية و المناخ العام يحد من قدرة المقاول على الموازنة بين تطلعات أصحاب المصالح.

- مدى قرّة مؤسسة condor على ممارسة المسؤولية الاجتماعية و المساهمة في التنمية المستدامة باعتماد أنظمة إدارة الجودة في معظم أنشطتها مما سمح لها لتختار كأول مؤسسة خاصة في الاستفادة من مشروع توظيف المسؤولية الاجتماعية.
- كنتيجة عامة خلصت الدراسة الى وجود ارتباط بين استراتيجيات المسؤولية الاجتماعية بتجسيد التنمية المستدامة و أوضحت أن ارتقاء المؤسسة من المسؤولية الاقتصادية،القانونية إلى المسؤولية الأخلاقية تم الخيرة هو ذاته التدرج في المسار المجتمعي الاستراتيجي سعياً نحو الإستراتيجية الريادية في ممارسة المسؤولية الاجتماعية.
- دراسة: مقدم وهيبه، 2013، بعنوان "تقييم مدى استجابة منظمة الأعمال في الجزائر للمسؤولية الاجتماعية"، رسالة الدكتوراه جامعة وهران أخذت كعينة مؤسسات الغرب الجزائري.توصلت الباحثة إلى عدد من النتائج منها: لا وجود لأي فلسفة أو اثر للمسؤولية الاجتماعية لدى المؤسسات محل الدراسة، كذلك لا اثر لكل من حجم و شكل و نشاط المؤسسة على ممارسة المسؤولية الاجتماعية للشركة، كما خلصت الدراسة إلى أن استجابة المؤسسات محل الدراسة بالغرب الجزائري للمسؤولية الاجتماعية كان متوسط على العموم.
- دراسة بخدة الزهراء، 2013" اثر ممارسة المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات على سلوك المستهلك"، مذكرة ماجستير دراسة حالة مؤسسة جيزي للاتصالات، وكالة بشار، تؤكد الدراسة على أهمية ممارسة المسؤولية الاجتماعية من قبل مؤسسة جيزي للاتصالات و اثر هذا المفهوم في تحسين صورتها لدى زبائنها.فقد خلصت الدراسة أن المؤسسة من خلال ممارستها للعديد من الأنشطة و البرامج الاجتماعية تتولى أبعاد المسؤولية الاجتماعية، حيث تلتزم بمسئوليتها اتجاه العاملين، الزبائن، البيئة و المجتمع بدرجة عالية، كما أن أنشطة و خدمات المؤسسة في تدعيم صورة المتعامل أثرت بشكل كبير على قرارات المستهلكين.
- دراسة: الزريقات، 2012 بعنوان (أثر التوجه الاستراتيجي في تحقيق المسؤولية الاجتماعية).هدفت هذه الدراسة التعرف إلى أثر التوجه الاستراتيجي في تحقيق المسؤولية الاجتماعية في المصارف التجارية الأردنية،وتوصلت الدراسة إلى مجموعة

من النتائج كان من أبرزها أن تصورات العاملين لأبعاد التوجه الاستراتيجي ذات مستوى مرتفع، وأن تصوراتهم للمسؤولية الاجتماعية ذات مستوى متوسط، وأنه يوجد أثر لأبعاد التوجه الاستراتيجي في تحقيق المسؤولية الاجتماعية، وأن أبعاد التوجه الاستراتيجي تفسر ما مقداره % 36.8، من التباين في تحقيق المسؤولية الاجتماعية.

أوصت الدراسة بضرورة العمل على إيجاد ثقافة تنظيمية تعزز أبعاد التوجه الاستراتيجي في البيئة التنظيمية، والارتقاء بهذه الاستراتيجيات إلى المستويات العليا المرغوبة، من خلال تطوير مهارات العاملين وتوفير رؤية إستراتيجية واضحة المعالم لقطاع المصارف وأهدافه، لما لها من آثار في تحقيق المسؤولية الاجتماعية.

— دراسة :بوعباس، 2011 بعنوان " أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المرضى " دراسة تحليلية مقارنة في مستشفى الأمير الحكومي ومستشفى السلام الدولي في دولة الكويت دراسة في جامعة الشرق الأوسط الأردنية. هدفت الدراسة التعرف إلى الجودة المدركة، ورضا المرضى المتلقين للعلاج في المستشفيات الحكومية، والخاصة في دولة الكويت كما أنها سعت إلى التعرف إلى الدور الذي تلعبه الاتصالات، والمعلومات كمتغير وسيط ما بين الجودة والرضا وقد شملت الدراسة على 386 مريض من المتلقين للعلاج في كل من مستشفى الأمريكي الحكومي، و مستشفى السلام الدولي في دولة الكويت. وقد أظهرت نتائج التحليل عدداً من النتائج المهمة يأتي في مقدمتها ارتفاع مستوى جودة الخدمة المدركة، وكذلك رضا المرضى في مستشفى السلام الدولي الحكومي قياساً بالمستشفى الأمريكي الحكومي والذي تأكد من خلال معنويات الفارق الإحصائي ما بين المستشفين، وبطبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة فقد أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود أثر ذي دلالة إحصائية على كل من رضا المرضى، والاتصالات، والمعلومات، وكذلك وجود آثار للاتصالات والمعلومات على رضا المرضى. كما أكدت الدراسة أهمية الاتصالات والمعلومات كمتغير وسيط في تعزيز أثر جودة الخدمة الصحية المدركة على رضا المرضى، وقد خلصت الدراسة إلى بعض الاستنتاجات والتوصيات منها ضرورة إعطاء المستشفيات وبصفة خاصة المستشفى الحكومي اهتماماً أكثر في البيئة المادية لخدمة الرعاية الصحية

وكذلك الاهتمام بتطوير أداء العاملين وبصفة خاصة فيما يتعلق بأسلوب التعامل مع المرضى، ومستوى الاستجابة لحاجاتهم وإحساسهم بالتعاطف والأمان وذلك للدور الكبير الذي يلعبونه في تحقيق رضا المرضى.

- دراسة: (حسدين، الجمدل، 2011) بعنوان (المسؤولية الاجتماعية وانعكاساتها على أخلاقيات الأعمال) دراسة استطلاعية لآراء عينة من منتسبي بعض مستشفيات الموصل.

تناول البحث دراسة العلاقة بين أبعاد المسؤولية الاجتماعية تجاه العاملين وبين أخلاقيات العمل ضمن إطار نظري تجسد مفاهيم أساسية لبعدي البحث، وإطار ميداني لوصف متغيرات البحث واختبار فرضياته.

وأهم نتائج الدراسة أنه تم تحديد مفهوم أخلاقيات الإدارة العامة، وأخلاقيات العمل بخاصة، وأن هنالك عدداً من الأبعاد الخاصة بالمسؤولية الاجتماعية تجاه العاملين، وأظهرت نتائج التحليل ووصف متغيرات البحث أن أغلب فئات عينة البحث من الأطباء والفنيين والإداريين متفقون على أهمية أبعاد المسؤولية الاجتماعية تجاه العاملين في المستشفيات، وضرورة توفيرها، وبالأخص تقديم الخدمات الصحية، كما أظهرت نتائج التحليل أن الفئة العظمى من فئات الأفراد من الأطباء والفنيين والإداريين متفقون على أهمية هذه الأبعاد وأظهرت نتائج تحليل التباين بأن هناك فروقاً معنوية لإجابات المبحوثين من الأطباء والفنيين العاملين في المستشفيات، في حين لم تظهر فروق معنوية لدى الإداريين، وكان أهم متغير متميز لدى الأطباء هو ضرورة تقديم خدمات صحية للأفراد العاملين في المستشفيات مقارنة مع الخدمات الأخرى، أما العامل المتميز و الأهمية بالنسبة للفنيين هو ضرورة المزيد من اهتمام المديرين والمشرفين في المستشفيات وحثهم على المزيد من العمل.

- دراسة: (التميمي، 2010) بعنوان "واقع تبني المسؤولية الاجتماعية فد التسويق للشركات المنتجة لمستحضرات التجميل"، هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن واقع تبني المسؤولية الاجتماعية في التسويق للشركات المنتجة لمستحضرات التجميل، والتحقق من وجود علاقة بين تبني المسؤولية الاجتماعية ونمط تبنيتها ولهذا العرض فقد تم اعتماد الأنماط الثلاثة للمسؤولية الاجتماعية الآتية (الاقتصادي، الاجتماعي، المتوازن) وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة

من 225 مديراً من أصل 270 من مديري الوظائف الرئيسية في الشركات المذكورة. توصلت نتائج الدراسة إلى وجود تباين للمسؤولية الاجتماعية و التسويق مع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تبني المسؤولية الاجتماعية في التسويق مع كل نمط من أنماط تبني المسؤولية الاجتماعية للشركات المنتجة لمستحضرات التجميل، وأوصت الدراسة بعدة توصيات أهمها ضرورة تعزيز تبني المسؤولية الاجتماعية، والتركيز على التبني من خلال الأفعال التي تقوم بها المنظمات.

— دراسات: الحوري، 2008 بعنوان "تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية) دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الخاصة".

هدفت الدراسة إلى تشخيص مدى إدراك العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تمثلت في رضا الزبون (المريض)، والتزام الإدارة العليا ودعمها، والتحسين المستمر، بالإضافة إلى إشراك الموظفين وتمكينهم، كما هدفت إلى بيان مدى وجود فروقات معنوية في إدراك العاملين لأهمية تطبيق هذه المبادئ إضافة إلى بيان العلاقة بين بعض المتغيرات الشخصية (الخبرة، والمستوى التعليمي، المستوى الوظيفي، والحجم) الدراسة كشفت أن العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة يدركون أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، حيث أظهرت النتائج مستويات عالية من الإدراك لمبادئ إدارة الجودة الشاملة. كما بينت وجود فروقات معنوية في إدراك العاملين لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية (الخبرة، المستوى التعليمي)، وبينت كذلك وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين العوامل الشخصية بدلالة أبعاده الخبرة، المستوى التعليمي، المستوى الوظيفي، الحجم) وإدراك أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية الخاصة .

و خلصت الدراسة إلى عدداً من التوصيات والمقترحات كان من بينها ضرورة استمرار دعم الإدارة العليا والتزامها في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، بالإضافة إلى تفعيل عناصر المشاركة وفرق العمل لدى العاملين، وترسيخها في ثقافتهم التنظيمية.

- دراسة محمد عاطف محمد ياسين 2008"واقع تبني منظمات الأعمال الصناعية للمسؤولية الاجتماعية"رسالة ماجستير، هدفت الدراسة إلى معرفة واقع تبني منظمات الأعمال الصناعية للمسؤولية الاجتماعية من وجهة نظر مديري الوظائف في شركات الأدوية البشرية الأردنية. توصلت الدراسة إلى مجموعة من الاستنتاجات منها: وجود اثر لكل من رأسمال الشركة، عمر وحجم الشركة و عدد العاملين على كل من النمط الاقتصادي، الاجتماعي و البيئي للمسؤولية الاجتماعية.

الدراسات الاجنبية

- دراسة (Luu Trong Tuan, (2014) بعنوان (Clinical Governance, Corporate Social Responsibility, Health Service Quality, And Brand Equity)) الدراسة هدفت الى التعرف فيما إذا كانت فعاليات العيادات الحكومية تقاد من قبل المسؤولية الاجتماعية. وإذا كانت تؤثر على جودة رعاية المرضى الذي بدوره يؤثر على العلامة التجارية التي يتم بناؤها من خلال جودة خدمات الرعاية الصحية. من خلال اختبار الفرضيات على العلاقات بين العلامة التجارية الحالية والسابقة لها، فقد أظهرت النتائج مؤشرا قويا على فعالية العيادات الحكومية في تقديم اهتمامات كبيرة بجودة الخدمات المقدمة للمرضى وبين العلامة التجارية للمستشفى.

- دراسة Skudiene, Vilte 2012 بعنوان The Contribution Of Corporate Social

Responsibility To Internal Employee Motivation,

الدراسة عالجت تأثير المسؤولية الاجتماعية للشركات على التحفيز الداخلي للموظفين حيث أشارت نتائج الدراسة التي أجريت في لتوانيا إلى أن أنشطة المسؤولية الاجتماعية الداخلية، والخارجية للشركات ترتبط بشكل إيجابي مع التحفيز الداخلي للموظفين و أن أبعاد المسؤولية الاجتماعية الداخلية ذات فعالية أكبر من أبعاد المسؤولية الاجتماعية الخارجية للشركات. وفيما يتعلق بالمسؤولية الاجتماعية الخارجية للشركات، أوضحت النتائج أن الأنشطة المتعلقة

بالعملاء هي الأقوى في التحفيز الداخلي للموظفين من المجتمعات المحلية والشركاء التجاريين. وأن أضعف العلاقة هي بين التحفيز الداخلي للموظفين وشركاء الأعمال المتعلقة.

— دراسة Al-Dmour & A. Askar 2011 بعنوان (The Impact Of Corporate Social Responsibility On Companies Perceived Performance) ;

هدفت هذه الدراسة إلى الإجابة على السؤال الذي كان موضوع اهتمام الأكاديمي لعدة سنوات، المتعلق بتأثير للمسؤولية الاجتماعية للشركات على أداء الأعمال المتصورة لمجموعتين من الشركات في الأردن، الشركات المحلية والأجنبية .

و خلصت الدراسة إلى أن كلا الشركتين تمارس المسؤولية الاجتماعية مع تفاوت في الجانب البيئي حيث هناك اهتمام ايجابي كبير من طرف الشركات الأجنبية من الشركات المحلية.

— دراسة R. Rohini, B. Mahadevappa (2010) بعنوان (Social Responsibility Of Hospitals : An Indian Context) ;

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى إدراك المسؤولية اتجاه المجتمع، من خلال عمل خمس مستشفيات عمومية غير ربحية، وكشفت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عالية في التصور حول مسؤوليات العمل بين الأطباء، وغيرهم من أصحاب المصلحة، وكذا أهمية مشاركة الإدارة العليا مع أصحاب المصالح المختلفين للاضطلاع بشكل فعال على المسؤوليات الاجتماعية الشاملة في المستشفيات. خلصت الدراسة إلى أن المستشفيات يجب أن تأخذ في الاعتبار الخصائص الاجتماعية والثقافية والمالية للمرضى للوفاء بالالتزامات المجتمعية وأن الاحتياجات التدريبية، ومراجعة الأثر البيئي وتشجيع، الموظفين على الانضمام إلى المنظمات الطوعية المحلية من الاحتياجات العاجلة لتحسين أنشطة المسؤولية الاجتماعية في المستشفيات.

— دراسة Jérémy Geeraert 2011 " LE SOCIAL À L'HOPITAL " بفرنسا. هدفت الدراسة إلى التأكد من فاعلية نظام (PASS)* المطبق منذ 60 سنة في الكشف عن مدى التزام المستشفيات العمومية بمسؤوليتها الاجتماعية. فقد توصلت الدراسة إلى أن البرامج العلاجية المطبقة لم تكن في مستوى طموحات المجتمع وخاصة الطبقات الفقيرة. وعليه عملت الحكومة على تطبيق إجراءات جديدة تأكد على ضرورة توفير عناية صحية و اجتماعية للمريض و ضرورة تعزيز قنوات الاتصال بين المستشفى و مختلف الأطراف بغية تقديم أفضل خدمة صحية.

— دراسة Sandra. Collins, 2010 بعنوان Corporate Social Responsibility and the Future (Health' Care Manager) أجريت الدراسة لتحديد ما هي التوجهات ، والنظرة المستقبلية للمسؤولية الاجتماعية لمديري الرعاية الصحية وأجريت هذه الدراسة على عينة عشوائية لطلبة إدارة الرعاية الصحية بجامع (Southern Illinois University Carbondale الأمريكية لمعرفة وجهات النظر المستقبلية، اتجاهات المديرين للمسؤولية الاجتماعية للرعايا الصحية، وشملت العينة على 76 طالباً ممن يرغبون أن يصبحوا مديري رعاية صحية، فكانت النتائج أن النظرة المستقبلية لمديري الرعاية الصحية على اهتمام كبير برعاية المرضى بدلاً من عظيم الأرباح، وان الرعاية الصحية بحاجة أكثر إلى متابعة للقواعد، والقوانين واللوائح والعقوبات القانونية لتوجيه أعمالهم وسلوكياتهم.

— دراسة Cécile Rozuel 2006 (Meaning Of Corporate Social Responsibility) بعنوان In A Local French Hospital: A Case Study

هدف البحث لدراسة كيف أن المسؤولية الاجتماعية للشركات مفهومه السياق مقارنة مع التعريفات المقترحة بالمحاضرات الأكاديمية. والبحث متعلق بتحليل حالة دراسية لأحد المستشفيات في فرنسا، باستخدام المقابلات مع عددا من أصحاب العلاقة لاستكشاف المسؤوليات المتصورة للمنظمة، قامت نتائج الدراسة بتوفير أساس لتطوير

* Permanence Accès Au Soins De Santé

نموذج للمسؤولية الاجتماعية للشركات في المستشفيات. وألقت النتائج الضوء على أهمية مساهمة الإدارة العليا في الحوار مع أصحاب المصالح، فضلا عن تأثير المؤثرات الخارجية، على عموم الأداء الاجتماعي في المستشفى.

دراسة 2006, Mark بعنوان The Challenge Of Developing Corporate Citizenship For (Sustainable Public Health) -

بينت الدراسة أن اختيار الصحة هي أولا إستراتيجية الصحة العامة البريطانية لتسليط الضوء على مفاهيم المسؤولية الاجتماعية للشركات، ومواطنة الشركات، ومناقشة أهميتها لتحسين الصحة. وأوضحت الدراسة أنه على الرغم من أن هذه المصطلحات تستخدم بالقطاع الخاص على نطاق أوسع من القطاع العام إلا أن تزايد تطبيقه في القطاع العام بدأ بشكل أكبر، حيث أفادت التقارير بالاعتراف المتزايد بأن مواطنة الشركات داخل الخدمات الصحية الوطنية يمكن أن تقدم مساهمة هامة على الصحة العامة، وتطوير التنمية واستدامتها والحد من عدم المساوات، وحددت عملية مسح لاحقة غرب إنجلترا بأنها واحدة من المناطق المتطورة في هذا النهج. وقدمت الدراسة توضيح مفاهيم المسؤولية الاجتماعية للشركات، ومواطنة الشركات، واستكشاف السياقات النظرية والسياسات المتعلقة بتطبيقه ومناقشة التنمية المستدامة، والاستثمار للصحة والبيئات الصحية، ما قدمت لمحة عامة عن العمل في شمال غرب إنجلترا؛ والتركيز بشركل خاص على أعمال التطوير، واستكشاف كيف يمكن تطوير العمل لمواطنة الشركات، ويناقد القضايا الناشئة في سياق مناقشات أوسع على الصحة العامة العالمية.

أهم ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

- تعتبر هذه الدراسة من الدراسات العربية القليلة التي تطرقت لموضوع المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الإستشفائية سواء تعلق الأمر بالإطار النظري أو الإطار التطبيقي، كما أنها من الدراسات العلمية القليلة في الجزائر التي تتناول الموضوع من جانب تطبيقي من خلال إجراء استبيان شمل عينة من المؤسسات الإستشفائية بإحدى ولايات الجنوب لاختبار الفرضيات الموضوعية في الدراسة.

الدراسة الحالية توسعت في معرفة ممارسة المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة ليشمل عدد كبير من أصحاب المصلحة لتشمل العاملين، المرضى، المتعاملون من المؤسسات الداعمة و المساندة، المجتمع، المجتمع المحلي والبيئة، على عكس معظم الدراسات في إدارة الاعمال التي اقتصرت على متعامل واحد .

اعتمدت الدراسة في الاستمارة المخصصة للمرضى على أسلوب SERVPERV للجودة المتضمن محور الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف و الجوانب المادية الملموسة كمحاور أساسية للحكم على واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفى .

نتائج الدراسة ألفت الضوء على واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات بالجنوب الغربي حيث كانت النتائج متوسطة لكافة أصحاب المصالح سوى الجانب البيئي حيث كانت النتائج جد ضعيفة.

التعريف ببعض المصطلحات الواردة في البحث

المسؤولية الاجتماعية : المسؤولية الاجتماعية هي الالتزام الأخلاقي و التصرف المسئول تجاه مجموعة من الأطراف و هم أصحاب المصلحة، و من أهم الأطراف المستفيدة من برامج المسؤولية الاجتماعية نجد كلا من الملاك، العمال، الزبائن، المجتمع و البيئة.

أصحاب المصلحة : هم أفراد أو جماعات لهم مصالح أو نصيب لدى منظمة الأعمال يعطيهم الحق في السؤال عن طبيعة وكيفية أدائها.

منظمة الأعمال: هي وحدة ذات شخصية معنوية مستقلة تسعى إلى تحقيق هدف أو مجموعة من الأهداف الاقتصادية والاجتماعية من خلال إشباع حاجة المجتمع من السلع و الخدمات.

المستشفى: تعرف منظمة الصحة العالمية المستشفى بأنه: "جزء أساسي من تنظيم طبي و اجتماعي وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجا ووقاية و تمتد عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، و المستشفى هو أيضا

مركب لتدريب العاملين الصحيين و القيام ببحوث اجتماعية و بيولوجية" ⁴. المستشفى وفقا لما سبق تنظيم اجتماعي صحي هدفه تقديم رعاية طبية للمجتمع علاجا ووقاية تحت تفاعل أنظمة فرعية مثل النظام الطبي و النظام التمريضي و النظام الإداري و الاجتماعي و النظام الاقتصادي

الخدمات الصحية: حسب تعريف لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية (1959): "الرعاية الطبية هي برامج للخدمات و التي يجب عليها أن توفر للأفراد كافة المنشآت، العلوم الطبية و العلوم الطبية المساندة الضرورية لتحسين و صيانة الصحة الجسدية و العقلية و الاجتماعية و كذلك توفير العلاج للمجتمع. و يجب أن يأخذ البرنامج في الاعتبار المحيط المادي و الاجتماعي و الأسري مع مراعاة تخفيف العجز" ⁵.

محتويات الدراسة: من أجل دراسة و تحليل الإشكالية المطروحة، تم تقسيم البحث إلى أربعة محاور:

أولاً- الإطار المنهجي للدراسة: و نتناول من خلال طبيعة المشكلة البحثية، و الفرضيات التي تقوم عليها، و كذا أهمية البحث و الهدف منه، كما تطرقنا إلى التعريفات الإجرائية للدراسة و إلى الدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع.

ثانياً- الإطار النظري للدراسة: نتعرض فيه لأهم المفاهيم المتعلقة بمفهوم المسؤولية الاجتماعية بشكل عام، ثم نتناول المؤسسات الإستشفائية بشكل خاص وواقع المسؤولية الاجتماعية لها و أهم الأبعاد المرتبطة بها.

ثالثاً - منهجية الدراسة التطبيقية و عرض و تحليل البيانات: نخصص هذا الجزء من البحث، إلى شرح منهجية الدراسة التطبيقية، و طريقة تصميمها، و وصف مجتمع و عينة الدراسة، و توضيح أداة الدراسة المستعملة، ثم نقوم بتحليل البيانات المحصل عليا و اختبار الفرضيات.

رابعاً- النتائج و التوصيات (الخاتمة): نعرض في الخاتمة نتائج البحث و توصياته.

⁴ - عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، القاهرة، 1997، ص32.

⁵ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الطبعة الأولى، 2008، ص66

خطة البحث

من اجل الإجابة عن الإشكالية المطروحة و التأكد من صحة الفرضيات تم تقسيم البحث إلى ثلاثة فصول كالاتي:

الفصل الأول : التأصيل النظري للمسؤولية الاجتماعية في منظمات الاعمال

المبحث الأول: نشأت و تطور المسؤولية الاجتماعية

المبحث الثاني: المفاهيم النظرية المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية

المبحث الثالث: علاقة المسؤولية الاجتماعية بأخلاقيات العمل و القانون و أخلاقيات الإدارة

المبحث الرابع: المواصفة العالميو ايزو 26000

المبحث الخامس: التأصيل الإسلامي لمفهوم المسؤولية الاجتماعية

الفصل الثاني: المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الإستشفائية

المبحث الأول: نظام خدمات الرعاية الصحية

المبحث الثاني: المؤسسات الإستشفائية كجزء من النظام الصحي

المبحث الثالث: المستشفيات ووظائفها و تنظيمها، و خصائصها

المبحث الرابع: المسؤولية الاجتماعية و الاخلاقية للمؤسسات الإستشفائية

الفصل الثالث: الفصل الثالث: دراسة ميدانية حول مدى التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

اتجاه أصحاب المصالح دراسة حالة ولاية بشار

المبحث الأول : المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات الجزائرية من خلال التطور التاريخي .

المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية.

المبحث الثالث: المعالجة الإحصائية، تحليل النتائج و تفسيرها.

الفصل الأول

التأصيل النظري لمفهوم المسؤولية الاجتماعية

الفصل الأول: التأصيل النظري للمسؤولية الاجتماعية لمنظمة الأعمال

مقدمة الفصل

شهدت السنوات الأخيرة عدة تطورات في مجالات مختلفة كانت لها انعكاساتها على المنظمات و خاصة منظمات الأعمال حيث انتقلت هذه الأخيرة من خلال نشاطاتها من التركيز على الربح المادي فقط كبعد اقتصادي بدرجة الأولى إلى التركيز على البعد الاقتصادي الاجتماعي تم البيئي سعياً منها في تحقيق المصلحة العامة لتشمل جميع أصحاب المصلحة كأطراف أساسية لها تأثيراتها الايجابية و السلبية على المؤسسة .

هذه التطورات كانت مجال اهتمام كثير من المتخصصين في مجال الإدارة فتنوعت بذلك النظريات و تغيرت من خلالها المسميات لتتوقف عند المسؤولية الاجتماعية للمنظمات كبعد و كركيزة أساسية لتحقيق أكبر عائد ممكن تستفيد من خلاله جميع الأطراف. وبطبيعة الحال هذا التحول جاء نتيجة عدد من الضغوطات فرضتها المتغيرات البيئية الاقتصادية الاجتماعية، التكنولوجية و حتى السياسية لتعود في الأخير على المؤسسات بصفة عامة بجملة من الايجابيات أكثر منها بالسلبيات وأخذت بذلك مفاهيم مختلفة كأخلاقيات الأعمال، أخلاقيات الإدارة، المنظمة الخيرية، المنظمة المسؤولة... الخ.

مفهوم المسؤولية الاجتماعية أخذ عدة تعريفات منها تعريفات المنظمات و الهيئات الدولية و الأكاديمية كما تمت الإشارة و التأكيد عليه من مختلف الديانات السماوية أبرزها الدين الإسلامي ضمن مختلف النصوص القرآنية و الأحاديث النبوية الشريفة. كل هذه العناصر سنتطرق لها من خلال هذا الفصل المتضمن التأصيل النظري للمسؤولية الاجتماعية من خلال المباحث التالية:

المبحث الأول: المفاهيم النظرية المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية

المبحث الثاني: نشأت و تطور المسؤولية الاجتماعية

المبحث الثالث: علاقة المسؤولية الاجتماعية بأخلاقيات العمل و القانون و أخلاقيات الإدارة

المبحث الرابع: التأصيل الإسلامي للمسؤولية الاجتماعية

المبحث الأول: المفاهيم النظرية المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية

أولاً: مفهوم المسؤولية الاجتماعية لمنظمات الأعمال

يعتبر مفهوم المسؤولية الاجتماعية مفهوم متغير ودائم التطور وهو يرتبط بالتنمية المستدامة على المنظمات

بجانب البحث عن الثروة والربح الاهتمام بالبيئة والمشاركة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، كما يتوجب عليها

كذلك العمل في إطار من الشفافية ومراعاة أخلاقيات الأعمال وحقوق الموظفين، ومحاربة الفساد والمنافسة

الشريفة، وتتعدى مسؤوليات المنظمات المساهمة في الأعمال الخيرية لتشتمل توفير آليات فاعلة للتصدي للتحديات

الاجتماعية القائمة و إيجاد الحلول لديها، وتوفير الدعم والمساندة من قبل إدارتها العليا ومجالس إدارتها من أجل

التوصل إلى التنمية المستدامة في المجتمعات التي تعمل بها سواء محليا أو عالميا.

وكما سبق فقد تم الإشارة على أن المسؤولية الاجتماعية تمتد من داخل المنظمة حتى خارجها بوصفها تمثل

قراراتها لتحقيق منافع اقتصادية مباشرة، فالمسؤولية الاجتماعية الداخلية ترتبط بالأفراد والموارد المستخدمة والمرتبطة

بالأداء المحقق للعمل داخل المنظمة والذي يساهم في تطوير العاملين وتحسين نوعية حياة العمل المهنية، أما المسؤولية

الاجتماعية الخارجية فهي ترتبط بالمشاكل التي يعاني منها المجتمع ومحاولة معالجتها ومحاربتها. ففي وقت لم تكن فيه

المنظمات تتحدث إطلاقاً عن "المسؤولية الاجتماعية" أصبح اليوم النقاش العالمي يركز على قضايا البيئة وآفاق

التنمية المستدامة، إذ نالت المسؤولية الاجتماعية حيزاً هاماً من النقاشات في مؤتمر جو هانسبرغ 2002¹، وبالرغم

من أن عدداً كبيراً من المنظمات تدرك أهمية هذا الاتجاه الجديد إلا أنه لم يتم حصر مفهوم المسؤولية الاجتماعية

بصورة مقبولة، ومن أهم المفاهيم الفكرية لهذا المفهوم نذكر²:

¹ محمد عادل عياض، "المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة: مدخل مساهمة منظمات الأعمال في الاقتصاد التضامني"، ملتقى الاقتصاد التضامني، 2005/05/12،

جامعة تلمسان.

² تامر ياسر البكري، التسويق والمسؤولية الاجتماعية، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، 2001، ص 22.

1. المفهوم الكلاسيكي (التقليدي): يستند على أفكار الاقتصادي الشهير آدم سميث القائمة و التي تبلورت حول

كون المؤسسات تسعى لتقديم أفضل الخدمات للمجتمع ككل مع تحقيق أعلى مستوى ممكن من الأرباح بمراعاة الأحكام القانونية و القواعد الأخلاقية السائدة و بهذا يعتبر الربح الهدف الوحيد للمؤسسة وفي هذا الصدد يشير العالم ميلتون فريدمان بقوله: "هناك شيء واحد لا شيء غيره في منظمات الأعمال وبما تتحمله من مسؤولية اجتماعية هو استخدامها للموارد وتصميمها للأنشطة المطلوبة لزيادة الأرباح على الأمد الطويل وجعل ذلك قاعدة في إنجاز أعمالها"¹.

أما من جهة الإطار الفلسفي لمفهوم المسؤولية الاجتماعية فإن التعبير عنه يكون من خلال السلوك و القيم الشخصية لمسيرى المؤسسة و التي تتميز بمجموعة القيم القائمة على مبدأ " ما هو جيد للمؤسسة جيد للمجتمع " باعتبار الربح الهدف الأول و الأخير للمؤسسة و هو منفعة للمجتمع. و بالرغم من سيادة هذا المفهوم في مرحلة معينة إلا أن التغيرات و التطورات الحاصلة أفرزت أهدافا أخرى لا تقل أهمية عن تعظيم الربح، كلها تنسجم مع المفهوم الإداري الحديث.

2. المفهوم الإداري: مع التطورات الحاصلة و الطبيعية الجديدة للمؤسسات ظهرت فجوة كبيرة فيما يخص المفهوم

الكلاسيكي للمسؤولية الاجتماعية و الأهداف التي تطمح المؤسسة الوصول إليها (كالوصول على أكبر حصة سوقية، خلق صورة و سمعة للمؤسسة...)، وفي هذا الصدد قام العديد من الباحثين بعدة دراسات و تحاليل كان أولها التحليل الذي قام به كل من Berle et Means من خلاله وصلا إلى " أن قوة صنع القرار المتعلقة بحدود المسؤولية الاجتماعية يجب أن ترتبط بالمسيرين أكثر من ارتباطها بالمستثمرين"².

¹ تامر البكري، المرجع السابق، ص 23.

² المرجع السابق، ص 26.

في بحث آخر أجراه العالم Frances X.Sutton عام 1956 أشار فيه إلى " كون المسؤولية الاجتماعية تظهر في المؤسسات من خلال موازنة إدارة المؤسسة فيما بين عدد العناصر المتفاعلة معها و التي لها تأثير في مساعدة المسيرين لتقديم المزيد من المنافع العامة نحو المجتمع"¹.

يضيف العالم الاقتصادي Paul Samuelson: "أن منظمات الأعمال الكبيرة لا تتعهد بتحقيق مسؤوليتها

الاجتماعية فقط، بل إنها يجب أن تحاول وبشكل تام عمل ما هو أفضل"، فمع التطورات الحاصلة والطبيعة

الجديدة للمنظمات ظهرت فجوة كبيرة فيما يخص المفهوم الكلاسيكي للمسؤولية الاجتماعية والأهداف التي تطمح

المنظمة الوصول إليها، فتبلورت الأفكار وظهر مفهوم جديد أكثر بعدا وعمقا يقوم على فكرة أن المنظمة نظام

مفتوح تحقق منفعتها الذاتية مع تحقيق منافع أخرى كإرضاء حاجات الأفراد والاهتمام بالعمال كتوفير الأمن،

السلامة، الرعاية الصحية... الخ، وما عزز المفهوم الإداري للمسؤولية الاجتماعية مجموعة الأفكار التي طرحتها لجنة

التطوير الاقتصادي بوصفها المفهوم كونه "يمثل علاقة المنظمة بالزبائن والمجتمع ككل".

3- المفهوم البيئي: فبعد أن أدرك المسيرون أن المسؤولية الاجتماعية لا تنحصر فقط داخل المنظمة وإنما تتعدى

حدودها ذلك لتصل إلى أطراف وفتات خارجية عديدة، ظهر مفهوم جديد سمي ب "المفهوم البيئي" أو "نموذج

البيئة الاجتماعية"، حيث اعتبر المفهوم الأكثر حداثة وارتباطا بالبيئة، وما ميز ذلك مختلف الأبحاث والدراسات التي

أجرها العديد من الباحثين وكأفضل مثال دراسة كل من " Ralph Nader et John K.Galbraith" على

مجموع المنظمات الصناعية الكبيرة ومدى تأثيرها على المجتمع وبها وصلا إلى استنتاج مفاده: "عندما تكون

المصلحة الاجتماعية العامة هي القضية فليس هناك أي حق طبيعي يعلو تلك المصلحة"²، بمعنى أن المصلحة العامة

للمجتمع من أولويات المنظمة وفوق أي اعتبار ذاتي؛ وبالتالي فإن مفهوم المسؤولية الاجتماعية يقوم على مدى

تحقيق مصلحة المجتمع مع تحقيق الأرباح على المدى الطويل بمراعاة حاجات الأفراد وتلبيتها والمحافظة على البيئة

واعتبارها مسؤولية الجميع.

¹ المرجع السابق، ص27.

² نفس المرجع السابق، ص30.

ومن خلال مراحل التطور التي مر بها مفهوم المسؤولية الاجتماعية و مختلف النظريات التي اهتمت بهذا الجانب،

يمكن أن نلاحظ وجهتي نظر متعارضتين حيث شكلتا نمطين متناقضين في إدراك المؤسسة للدور الاجتماعي

الواجب عليها ممارستها حتى أنها أدرجت المسؤولية الاجتماعية كهدف تسعى إلى تحقيقه كسعيها لتحقيق الأرباح.

ثانيا: تعريف المسؤولية الاجتماعية للشركات:

شهد تعريف المسؤولية الاجتماعية لمنظمات الأعمال تغيرات جوهرية على مر الزمن ولا يزال يتطور مع تقدم

المجتمع وتطور توقعاته، إذ لا يوجد تعريف يحظى بقبول عالمي، كما لا يوجد توافق في الآراء بشأن قائمة نهائية

للقضايا التي يشملها. ويسلم عادة أن المسؤولية الاجتماعية ليست عملا خيريا من جانب المنظمة ولا امثالا مطلقا

للقانون، والقاسم المشترك بين أكثر التعاريف هي أن المسؤولية الاجتماعية مفهوم تدرج بموجبه المنظمات

الاهتمامات الاجتماعية والبيئية في السياسات والأنشطة الخاصة بأعمالها قصد تحسين أثرها في المجتمع. كما

يبين J. P, Igalens. J. 2008 وond J.P, Igalens. J. 2008 يوجد عدة مقاربات نظرية للمسؤولية الاجتماعية و بالتالي تكون المسؤولية

الاجتماعية بمثابة عنصر تنظيم و توافق ما بين المؤسسة و المجتمع¹. وتمثل المسؤولية الاجتماعية للمنظمة في إدارتها

للأعمال بطريقة تستوفي أو تتجاوز توقعات المجتمع الأخلاقية والقانونية والتجارية والعمومية في إدارة الأعمال،

وتعتبر المنظمات الرائدة أن المسؤولية الاجتماعية هي أكثر من مجموعة الممارسات المنفردة أو الأعمال العرضية أو

المبادرات التي سببرها علاقات السوق أو العلاقات القائمة مع الجمهور أو غيرها من فوائد الأعمال التجارية، بل

تعتبر المسؤولية الاجتماعية مجموعة شاملة من السياسات والممارسات والبرامج التي تدمج في جميع مراحل عملياتها

ومراحل اتخاذ القرار التي تدعمها وتكافئها الإدارة العليا^{*}. فرغم مساعي المجلس العالمي للتنمية المستدامة لتحديد

مفهوم مضبوط للمسؤولية الاجتماعية للمؤسسات اعتمادا على برنامج خاص منذ سنة 1998 لازالت المسؤولية

¹ Gond J.P, Igalens. J. La responsabilité sociale de l'entreprise, , collection Que Sais-je ? Puf, Nov 2008.

* تعريف الأعمال التجارية المراعية للمسؤولية الاجتماعية لمفهوم "المسؤولية الاجتماعية للمنظمات الأعمال".

الاجتماعية تستمد وجودها بطابع طوعي لا تلزمه أي قوة قانونية محلية أو دولية^{*}. و تتوالى الأبحاث و الاجتهادات لتقدم مفهوم لها.

1 -تعريف المسؤولية الاجتماعية: يصادف كل من يبحث في مجال المسؤولية الاجتماعية للشركات العشرات من التعاريف صادرة من توجهين في تعريف المسؤولية الاجتماعية للشركات. فالتوجه الأول وهو ما تتفق حوله التعاريف الأكاديمية. أما التوجه الثاني وهو ما اجتمعت حوله التعاريف الصادرة من المنظمات والهيئات المحلية والدولية، و معظمها مختلف باختلاف وجهات نظر من قام بتقديمها.

بالنسبة للتعاريف التي اقترحها الأكاديميون الممثلون في علماء الاقتصاد والإدارة، فقد صدر للمنظر الأول للمسؤولية الاجتماعية للشركات بحثا سنة 2010 يؤكد فيه أنه لحد هذه السنة "تم إحصاء أكثر من 37 تعريف أكاديمي قدم للمسؤولية الاجتماعية للشركات¹. نبدأ بعرض التعاريف الأكاديمية ثم ننتقل بعدها بتقديم التعاريف الصادرة عن المنظمات والهيئات ذات الشأن.

• دقق في تعريفها الاقتصادي الليبرالي ميلتون فريدمان **Milton Friedman** سنة 1970 في مقال بجريدة نيويورك تايمز على أنها "استعمال المؤسسة لمواردها والقيام بأنشطة موجهة لتعظيم أرباحها شريطة أن تحترم قواعد اللعبة أي بالاعتماد على التنافس الحر في السوق دون اللجوء إلى الطرق المغشوشة وإلى التحايل².

* نفتح المجال هنا للأخذ في اقتراحات بعض الباحثين باستعمال مصطلح " المشاركة للدلالة عن الالتزامات الطوعية للمؤسسة الاقتصادية لتحقيق التنمية المستدامة ، بدلا عن المسؤولية الاجتماعية. أو المجتمعية. يوحي بوجود قوة إلزامية قانونية . و نشير إلى الجدل القائم حول تنظيم المسؤولية الاجتماعية الذي أوجد اتجاهين متعارضين، يرى أحدهما بضرورة وضع إطار تنظيمي قانوني لبرامج المسؤولية الاجتماعية لضمان إلتزام المؤسسات الخاصة بالمشاركة الفعالة لتحقيق التنمية المستدامة مشكلا أداة بيد الحكومات لتحفيز و تشجيع المؤسسات. ويثي أصحاب هذا التوجه على مجهودات المنظمات الدولية لتحقيق ذلك بإصدارها لمواثيق و إجراءات محفزة(شهد هذا التوجه رواجا واسعا في الاتحاد الأوربي إذ إستحدثت بعض الدول وزارات خاصة بالمسؤولية الاجتماعية على رأسها "إنجلترا"). بينما يرى التوجه المعارض(و الراجح في الدول النامية) أن التنظيم القانوني للمسؤولية الاجتماعية الخاصة سيحد من مبادرات المؤسسات بشكل لا يتعدى ما هو مفروض قانونيا، فضلا عن مخلفات ممارسته التي ستزيد من تفشي البيروقراطية ويرفع تكلفة المسؤولية الاجتماعية على النحو الذي يؤثر سلبا على الأرباح واستدامتها.

¹ Archie B CAROLL & Kareem M SHABANA, The business case for corporate social responsibility: a review of concepts, research and practice, International journal of Management review, USA, 2010, p. 86.

² **Milton Friedman**, The Social Responsibility of Business is to Increase its Profits, The New York Times Magazine, September 13, 1970. Copyright , 1970 by The New York Times Company .

- Peter Drucker-1977: عرفها من منظور عام على أنها "التزام منظمة الأعمال تجاه المجتمع الذي تعمل فيه"¹.
- في سنة 1979 أشار **Strier** إلى كونها "تمثل توقعات المجتمع لمبادرات المنشأة في مجال مسؤوليتها تجاه المجتمع و بما يتجاوز الحد الأدنى من الإذعان للقانون وبصورة لا تضر بقيام المنشأة بوظائفها الأساسية للحصول على عائد مناسب من استثماراتها"².
- ومن وجهة نظر أخرى والتي يعد من ابرز أنصارها رجل الاقتصاد الحائز على جائزة نوبل بول ساميولسن Paul SAMUELSON الذي يرى "أن مفهوم المسؤولية الاجتماعية يمثل البعدين الاقتصادي والاجتماعي معا. كما يشير إلى أن المؤسسات الاقتصادية في عالم اليوم يجب ألا تكتفي بالارتباط بالمسؤولية الاجتماعية، بل يجب أن تغوص في أعماقها، وأن تسعى نحو الإبداع في تبنيها. إذ أن إبداعها من شأنه أن يحقق أرباحا على المدى الطويل، ويعزز مركزها لدى أصحاب المصالح، كما يساعدها على تجنب الضغوط الحكومية بشكل كبير"³.
- Hay 1984"تتمثل أنشطة الطابع الاجتماعي التي يقوم بها القطاع الخاص دون النظر إلى إلزامية تحقيقه بالقانون"⁴.
- أما Holmes فقد عرفها- سنة 1985- بكونها "التزام على منشأة الأعمال اتجاه المجتمع الذي تعمل فيه وذلك عن طريق المساهمة بمجموعة كبيرة من الأنشطة الاجتماعية مثل محاربة الفقر وتحسين الخدمات الصحية ومكافحة التلوث وخلق فرص عمل وحل مشكلة الإسكان والمواصلات و غيرها"¹.

¹ Archie B CAROLL, Corporate Social responsibility : evolution of a defitional construct, Business Society, USA, 1999, vol. 38, n° 3, p. 286

² طاهر محسن و صالح العامري ، المسؤولية الاجتماعية لمنظمات الأعمال الثقافية : نظام المعلومات : دراسة تطبيقية لعينة من المصاريف التجارية الأردنية : مجلة العلوم الإنسانية ، الأردن ، العدد 36 ، 2005 ، ص 216.

³ Keith DAVIS, The case for and against business assumption of responsibilities, The academy of management Journal, vol/ 16, n° 2, Jun 1973, p.312.

⁴ محمد إبراهيم التويجري " مدى تطبيق الإدارة في القطاع لنشاط المسؤولية الاجتماعية ". دراسة استقلالية على التراث السعودية " ورقة عمل مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر الأول للمسؤولية الاجتماعية للشركات ، بصنعاء 29- 30 أكتوبر 2008.

- Robbins-1987- " يمكن أن يتحدد مفهوم المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة ضمن الأنشطة التي تقوم المؤسسة بتنفيذها اختياريًا دون ضغوط خارجية والتي تحقق منافع للمجتمع... " وهي بذلك تستند إلى اعتبارات أخلاقية مركزة على الأهداف بشكل التزامات بعيدة الأمد و آخذة في الاعتبار مبادرات منظمة الأعمال الحقيقية للوفاء بهذه الالتزامات وبما يعزز صورتها في المجتمع"².
- Carrol - 1989- : هي "جميع القرارات والفلسفات والطرق والأفعال التديرية التي تعتبر تطور ورفاهية المجتمع هدفًا لها". وهي بذلك "التزام يتوجب على قطاع الأعمال القيام به اتجاه المجتمع وإن من شأن هذا الالتزام أن يعمل على تعظيم الآثار الإيجابية لنشاطات المؤسسات على المجتمع و تخفيض الآثار السلبية لتلك النشاطات إلى أكبر قدر ممكن و أوضح إلى كون المسؤولية الاجتماعية مفهوم يشتمل على أربع جوانب تتمثل في المسؤولية الاقتصادية و القانونية والمسؤولية الأخلاقية ومن تم المسؤولية الخيرة"³.
- K.Davis و R.Blomstrom عرفا المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة على أنها: "التزام المنشأة بوضع نصب عينيهما خلال عملية صنع القرارات الآثار والناتج المرتبة عن هذه القرارات على النظام الاجتماعي الخارجي بطريقة تضمن إيجاد توازن بين تحقيق الأرباح الاقتصادية المطلوبة والفوائد الاجتماعية المترتبة على هذه القرارات"⁴.
- الأكاديمي الفرنسي المختص في مجالات علاقة المؤسسة الاقتصادية بالتنمية المستدامة كريستيان برودهاق Christian Brodhag عرفها على أنها "الأخذ بعين الاعتبار بصفة طوعية للاهتمامات الاجتماعية والبيئية من طرف المؤسسات أثناء أدائهم لأنشطتهم التجارية وكذلك في علاقاتهم مع أصحاب المصالح. فالمسؤولية

¹ بودي عبد القادر و بن سفيان زهرة؛ "المسؤولية الاجتماعى للمؤسسة الخاصة في تحقيق التنمية المستدامة"؛ مجلة الاقتصاد و المناجنت؛ منشورات كلية العلوم الاقتصادية و التسيير؛ جامعة تلمسان؛ العدد10؛ أكتوبر 2011، ص 458.

² عبد الله بن منصور، إشكالية العلاقة بين الاقتصاد و الأخلاق، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير ،جامعة تلمسان، 2008، ص241.

³ Stratégie De Lovasoa Nirina Ramboarisata; Analyse Institutionnelle De La Responsabilité Sociale D'entreprise (Rse)- Des Institutions Financières Coopératives-; Thèse Présentée Comme Exigence Partielle Du Doctorat En Admiinistration ; Septembre 2009 ;P4 .

⁴ أباد محمد عودة ، قياس التكاليف الاجتماعية و مدى مساهمتها بتحقيق الرفاهية الاجتماعية . دراسة ميدانية على فنادق ذات خمس نجوم في الأردن، رسالة ماجستير جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، الأردن 2008.

الاجتماعية لا تعني فقط المطابقة لكل ما هو التزامات قانونية سارية المفعول ولكن أيضا الذهاب الاستثمار في

الرأسمال البشري وفي البيئة وفي العلاقات بين أصحاب المصالح¹.

ما يلاحظ من التعاريف السابقة هو اشتراكها في النقاط التالية²:

- الإجماع على الدور المهم الذي يمكن أن تلعبه المؤسسة في المجتمع بصفتها عضوا فيه.

- التزام المؤسسة بمسؤوليتها الاجتماعية هي الآلية التي من خلاله تساهم في تحقيق التنمية المستدامة.

- الطابع 'الطوعي الإرادي' الذي يميز التزام المؤسسة بمسؤوليتها الاجتماعية.

- الطابع الدائم الذي يؤكد على التزام المؤسسة و الذي يجعل من المسؤولية الاجتماعية احد ركائز

إستراتيجيتها.

- القدرة على إشراك أطراف أخرى تهتم بالمؤسسة و تتعامل معها(مواطنة المؤسسة).

أما التعاريف المقدمة من طرف المنظمات والهيئات الدولية، فيمكن تقديم جملة منها وهي كما يلي:

• تعريف مجلس الأعمال العالمي للتنمية المستدامة على أنها: "الالتزام المستمر من قبل مؤسسات الأعمال

بالتصرف أخلاقيا والمساهمة في تحقيق التنمية الاقتصادية والعمل على تحسين نوعية الظروف المعيشية للقوى العاملة

وعائلاتهم إضافة إلى المجتمع المحلي والمجتمع ككل³.

• تعريف البنك الدولي للمسؤولية الاجتماعية لرجال الأعمال: "التزام أصحاب النشاطات التجارية بالمساهمة في

التنمية المستدامة من خلال العمل مع موظفيهم وعائلاتهم والمجتمع المحلي والمجتمع ككل لتحسين مستوى معيشة

الناس بأسلوب يخدم التجارة ويخدم التنمية في آن واحد"⁴.

¹ Christian Brodhag, Le Developpement Durable, Colloque INAISE (International Association of Investors in Social Economy), Mulhouse, France, 23 mai 2002, p.2

² محمد عادل عياط، المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة، مدخل مساهمة منظمات الاعمال في الإقتصاد التضامني، ملتقى الإقتصاد التضامني، جامعة تلمسان، 2005/02/12، ص256.

³ Frank Hond Et Al, Managing Corporate Social Responsibility In Action Talking, (Corporate Social Responsibility Series), Ashgate Publishing Company, Usa, 2007, P :10.

⁴ Frank Hond et al, op-cit, 2007, p :38.

- أما الغرفة التجارية العالمية للمسؤولية الاجتماعية فعرفتها بأنها : "جميع المحاولات التي تساهم في تطوع المؤسسات لتحقيق تنمية بسبب اعتبارات أخلاقية و اجتماعية ، و بالتالي فإن المسؤولية الاجتماعية تعتمد على مبادرات رجال الأعمال دون وجود إجراءات ملزمة قانونيا و لذلك فإن المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة تتحقق من خلال الإقناع و التعليم"¹.
- حسب منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية: تعرف المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات على أنها "التزام المؤسسة بالمساهمة في التنمية الاقتصادية مع الحفاظ على البيئة العمل مع العمال وعائلاتهم والمجتمع المحلي و المجتمع ككل بشكل عام يهدف إلى تحسين جودة الحياة لجميع هذه الأطراف"².
- تعريف المرصد الفرنسي للمسؤولية الاجتماعية للشركات ORSE: هي "تجنيد كل طاقات المؤسسة كي تساهم بشكل ايجابي إلى جانب كل الفاعلين العموميين في التنمية المستدامة ويكون ذلك بإدماج الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والبيئية في أنشطتهم وهذا حتى تصبح متوائمة مع أهداف التنمية المستدامة"³.
- تعريف الإتحاد الأوروبي 2001: "المسؤولية لرأس المال هو مفهوم تقوم المؤسسات بمقتداه بتضمين اعتبارات اجتماعية وبيئية في أعمالها وفي تفاعلها مع أصحاب المصالح على نحو تطوعي"⁴.
- المنظمة العالمية للمعايرة تعتبر المسؤولية الاجتماعية "بأنها نشاطات للمنشأة لتحمل المسؤولية الناجمة عن أثر النشاطات التي تقوم بها على المجتمع و المحيط لتصبح نشاطاتها منسجمة مع منافع المجتمع و التنمية المستدامة، إذ تركز المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة على السلوك الأخلاقي واحترام القوانين والأدوات الحكومية وتدمج مع النشاطات اليومية للمنشأة"⁵.

¹ السكارنة بلال خلف. أخلاقيات العمل. الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، 2009، ص 162.

² Marie française GUYONNAND et Frédérique WILLARD, management environnemental durable des entreprises, edi : ADEME, France, 2004,P05.

³ Observatoire de la responsabilité sociétale de l'entreprise « ORSE » et Agence française de normalisation « AFNOR », Développement durable et entreprises, Editions AFNOR, France, 2003, p.12

⁴ Commission des communautés européennes, livret vert, promouvoir le cadre européen pour la Responsabilité Sociale des Entreprises, Bruxelles, Belgique, 2001, p.7.

⁵ Michel Capran Et Françoise Quarel, La Responsabilité Sociale Des Entreprises ,Ed, La ecoouverte, Paris, 2007p :23.

• **جمعية الإداريين الأمريكيين** ترى بأن المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة: "استجابة إدارة المؤسسات إلى التغيير في توقعات المستهلكين و الاهتمام العام بالمجتمع و الاستمرار بإنجاز المساهمات الفردية للأنشطة التجارية الهادفة إلى خلق الثورة الاقتصادية"¹.

• **المنتدى الدولي لقادة الأعمال** : تعني المسؤولية للمؤسسات ممارسات الأعمال التجارية المتسمة بالانفتاح و الشفافية و القائمة على مبادئ أخلاقية و احترام الموظفين و المجتمع و البيئة ، و صممت تلك المسؤولية لإتاحة قيمة مستدامة للمجتمع عامة إضافة إلى المساهمين².

• **معهد الأمم المتحدة لبحوث التنمية الاجتماعية** : "هي السلوك الأخلاقي لمؤسسة ما اتجاه المجتمع و تشمل سلوك الإدارة المسؤولة في تعاملها مع الأطراف المعنية التي لها مصلحة شرعية في مؤسسة الأعمال وليس مجرد حاملي الأسهم³.

• **برنامج الأمم المتحدة للتنمية (UNDP)**: ما تقوم به الشركات و تقدمه للمجتمع طبقا لتوقعاته من هذه الشركات على أن تتضمن هذه المسؤولية الاجتماعية مراعاة لحقوق الإنسان و قيم المجتمع وأخلاقياته و الالتزام بالقوانين و مكافحة الفساد و الشفافية و الإفصاح².

بالنسبة للتعريف المقدمة من طرف المنظمات و الهيئات الدولية، نلاحظ أنها شملت نقطة أساسية هي التزام

المؤسسة من خلال نشاطاتها بتحقيق التنمية المستدامة ليشمل الجانب الاقتصادي و الاجتماعي و البيئي، ليس فقط دمج هذه الجوانب في نشاطات المؤسسة وإنما التوفيق فيما بين هذه الجوانب.

بالرغم من كل الاختلافات و التباينات في تعرف المسؤولية الاجتماعية إلا أن هناك جانبين يمكن التركيز عليهما¹

الأول قانوني ينطلق أساسا من العلاقة القائمة بين المجتمع و المؤسسة و يتمثل مضمونها في أن المؤسسة لها عمليات

¹ محمد الصيرفي، المسؤولية الاجتماعية للإدارة، الطبعة الأولى، دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر، مصر، 2007، ص17

² لخضر مولاي و سايح بوزيدي، دور الإقتصاد الإسلامي في تعزيز مبادئ المسؤولية الاجتماعية للشركات ، الملتقى الدولي الأول حول الإقتصاد الإسلامي، المركز الجامعي بغرداية 22-23 فيفري 2011، ص3.

³ المصدر السابق، ص2.

تنفذها وسلوكات تمارسها و أهداف تحققها و بالتالي لا بد أن يكون لذلك آثاره التي تمتد لتغطي كل المجتمع أيا كانت تلك الآثار. أما الثاني يتمثل في الجانب الإنساني و يقوم على الدور الذي يمكن أن تلعبه المؤسسة بصفقتها وحدة مستقلة تعمل في مجتمع و مدى مساهمتها فيه، فالعلاقة التي تتكون في بيئة المؤسسات هي التي تشكل المجتمع لذلك هناك التزامات اجتماعية و إنسانية تقع تحت مسؤولية المؤسسة.

ثالثا: أبعاد المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات

تتضمن المسؤولية الاجتماعية عدة أبعاد منها البعد الاقتصادي، القانوني، الإنساني، الأخلاقي، والبيئي، وتتركز في بعض المجالات خاصة العمل الاجتماعي، مكافحة الفساد، التنمية البشرية، التشغيل والمحافظة على البيئة وتستند المسؤولية الاجتماعية للشركات إلى نظرية أصحاب المصالح، التي تنص على أن الهدف الأساسي لرأس المال يتمثل في توليد وتعظيم القيمة لكل أصحاب المصالح، من حملة أسهم، شركاء، موردين، موزعين، وعملاء وأيضا العاملين، وأسرههم والبيئة المحيطة والمجتمع المحلي والمجتمع ككل.

سعى العديد من الكتاب والباحثين إلى محاولة تحديد أبعاد المسؤولية الاجتماعية من وجهات نظر مختلفة، ووضعوا لها مسميات متباينة؛ نذكر منهم على سبيل المثال كل من (Pride & Ferrell) الذين أشارا إلى أربعة أبعاد للمسؤولية الاجتماعية تمثلت في ما يلي:²

المسؤولية الإنسانية: بأن تكون المنظمة صالحة وتعمل على الإسهام في تنمية وتطوير المجتمع وتحسين نوعية الحياة.

المسؤولية الأخلاقية: أن تكون المنظمة مبنية على أسس أخلاقية، و تلتزم بالأعمال الصحيحة، و تمتنع عن إيذاء الآخرين.

¹ محمد عادل عياط، مرجع سبق ذكره، ص258.

²Pride, M., William and Ferrell, C.O, Marketing concepts and strategies, Ninth Edition, Houghton, Mifflin company, Boston, 1997, P 65.

- **المسؤولية القانونية:** أي التزام المنظمة بإطاعة القوانين، واكتساب ثقة الآخرين من خلال التزامها بتنفيذ الأعمال الشرعية وعدم القيام بالأعمال المخلة بالقانون؛

- **المسؤولية الاقتصادية:** بأن تكون المنظمة نافعة ومجدية اقتصادياً، وأن تحاول جاهدة توفير الأمان للآخرين. وتحتسبها لما سبق أورد Carroll أبعاد المسؤولية الاجتماعية بشكل معادلة¹:

المسؤولية الاجتماعية الشاملة = المسؤولية الاقتصادية + المسؤولية القانونية + المسؤولية الأخلاقية + المسؤولية الخيرية.

من خلال الأبعاد التي طرحها Carroll نجد أربع استراتيجيات للمسؤولية الاجتماعية تتبعها المؤسسات الاقتصادية وتمثل في²:

- **الإستراتيجية الإستباقية (التطوعية):** وهي أن تأخذ المؤسسة القيادة في مجال المبادرة الاجتماعية للإيفاء بمستلزمات المسؤوليات الاقتصادية والقانونية والأخلاقية والتطوعية.

- **الإستراتيجية التكميلية:** وهي أن تعمل المؤسسة وفق الحد الأدنى المقبول والمطلوب للإبقاء بمتطلبات والمسؤوليات الاقتصادية والقانونية والأخلاقية.

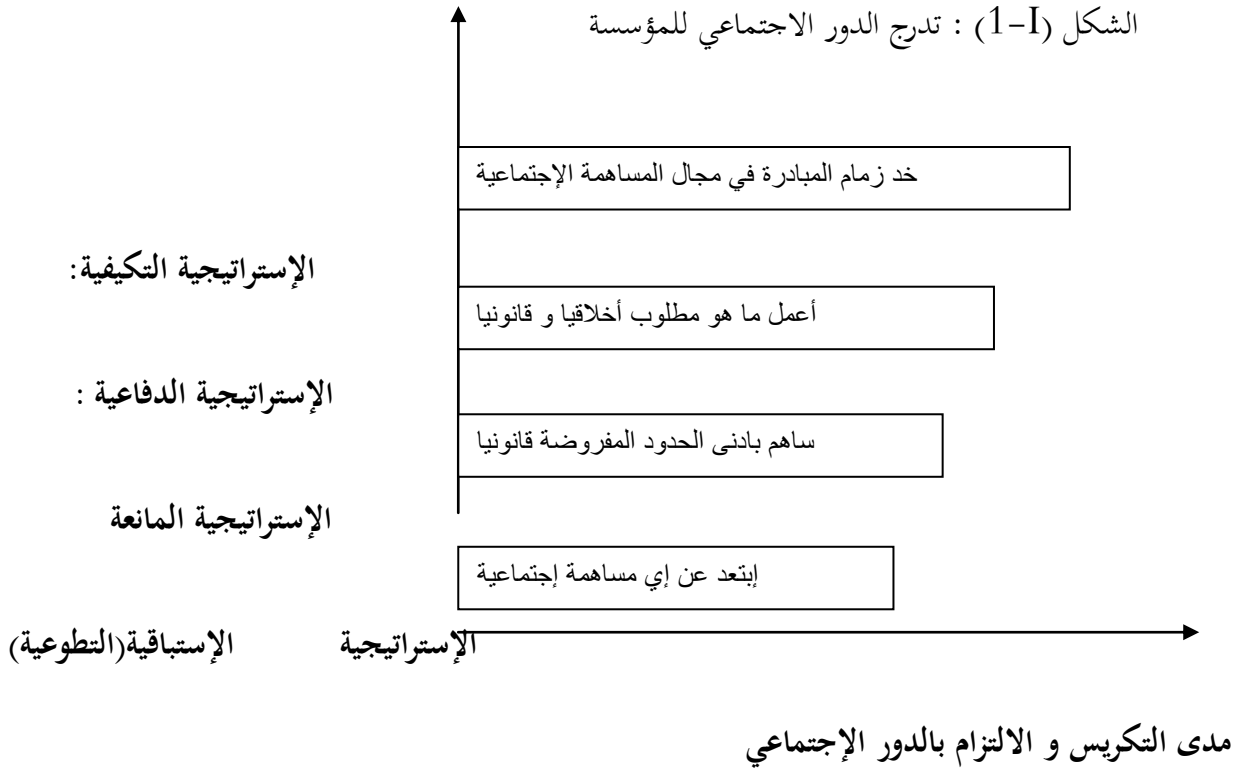
- **الإستراتيجية الدفاعية:** وهي ان تعمل المؤسسة وفق الحد الأدنى المقبول والمطلوب للإبقاء بمتطلبات والمسؤوليات الاقتصادية والاجتماعية.

- **الإستراتيجية المانعة:** وهي قيام المؤسسة بمحاربة الطلبات الاجتماعية.

ويمكن أن نتصور ماتقدم من أفكار في المخطط التالي:

¹ محمد عاطف محمد ياسين، واقع تبني منظمات الأعمال الصناعية للمسؤولية الاجتماعية دراسة تطبيقية لأراء عينة من مديري الوظائف الرئيسية في شركات صناعة الأدوية البشرية الأردنية، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا كلية العلوم الإدارية والمالية، 2008، ص33.

² طاهر محسن المنصور الغالبي و صالح مهدي محسن العامري، الإدارة و الأعمال، دار وائل للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2007، ص92.



المصدر: طاهر محسن المنصور الغالبي و صالح مهدي محسن العامري، الإدارة و الأعمال، دار وائل للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، 2007، ص92.

رابعاً: الأسباب التي أدت إلى بروز مفهوم المسؤولية الاجتماعية للشركات

إن تتبع التطور التاريخي لمفهوم المسؤولية الاجتماعية يظهر أن تبني هذا المفهوم في العالم الغربي جاء نتيجة للإفرازات السلبية للأنظمة الغربية وبالأخص النظام الرأسمالي الذي فشل في تحقيق العدالة الاجتماعية. هذا الفشل الذي قامت علي أساسه الشيوعية ثم ثبت عجزها هي الأخرى في تحقيق ذلك بينما تحاول الرأسمالية معالجة الآثار السلبية المترتبة عن ممارستها الاقتصادية الخاطئة . ويمكن تقسيم أسباب تنامي الاهتمام بمفهوم المسؤولية الاجتماعية للشركات إلى صنفين:

1- معالجة الآثار السلبية للممارسات الاقتصادية الخاطئة:

لعل من أبرز هذه الأسباب محاولة التخفيف من الأضرار التي سببتها عولمة الاقتصاد والتي من أهمها:

- عدم تحقيق العدالة الاجتماعية بين دول العالم.
- إضعاف قدرة الدولة على السيطرة على اقتصادها.
- عدم قدرة الدولة على حماية المنتجين المحليين من المخاطر.
- عدم قدرة الدولة على تحسين المستوى المعيشي للعائلات الفقيرة.
- زيادة البطالة مع تكييف اقتصاديات الدول لمواجهة متطلبات التعامل في الأسواق العالمية والاستجابة لظروف العولمة كضغوط الصندوق النقد الدولي.
- عدم العدالة في توزيع المكاسب المتأتية من تحرير التجارة الخارجية.
- تزايد حدة الأزمات المالية بسبب تحرير الأسواق العالمية النقدية.
- الكوارث البيئية والفضائح الأخلاقية التي تسببت في أضرار إنسانية وبيئية جسيمة نذكر منها على سبيل المثال تلك التي خلفها مصنع الكيمياويات في بوبال بالهند سنة 1984 والتي خلفت خمسة عشر ألف (15.000) ضحية و أيضا الكارثة التي أحدثتها Exxon Oil Spill النفطية في آلاسكا سنة 1989 ونذكر أيضا فضيحتي الرشوة التي قامت بها شركة IBM و شركة Bancon Nacion الأرجنتينيين وغيرها من الفضائح الأخلاقية والمالية والاقتصادية.
- تزايد ضغوط الهيئات والجمعيات الإنسانية والبيئية التي تعمل على إيقاف التجاوزات التي تؤثر سلبا على حياة الإنسانية.

2. تبني المسؤولية الاجتماعية للشركات بهدف تحقيق مكاسب:

إن الأسباب السالفة الذكر هي التي أدت إلى مطالبة أو إلزام المؤسسات الاقتصادية بالمسؤولية الاجتماعية فهي إذن أسباب خارجية. أما الأسباب الداخلية أو الدوافع الخفية التي تجعل الشركات تتبنى برامج المسؤولية الاجتماعية فهي تلك المكاسب المتعددة التي تعود عليها من خلال ذلك فهي بالأصل مؤسسات اقتصادية همها الأساسي هو تحقيق مصالحها والمحافظة على استمرارها. و من بين المكاسب التي تستفيد منها الشركات من خلال اهتمامها ببرامج المسؤولية الاجتماعية نذكر:—

—تحسين سمعة الشركات.

—تسهيل الحصول على الائتمان.

—استقطاب الكفاءات البشرية.

—بناء علاقات قوية مع الحكومات.

—رفع قدرة الشركات على التعلم والابتكار.

خامسا: المسؤولية الاجتماعية، الأهمية و المزايا و المعوقات

من المؤكد أن المؤسسة الاقتصادية خاصة تعد خلية اقتصادية واجتماعية في آن واحد لذلك يرى الباحثين أن النمو الاقتصادي تتعاضد قيمه إذا ارتكز على أخلاقيات تهتم بخدمة الإنسان بنحو دائم شامل ومستمر، فلا يمكن أن تتطور المؤسسة في مجتمع عرضة للإساءات ذات الطابع الاجتماعي¹.

المؤسسة التي تبني إستراتيجياتها على المسؤولية الاجتماعية تضمن حد من الدعم لرسالتها وغاياتها وأهدافها

التنموية من جميع أفراد المجتمع ومساهماتهم في مساعيها وهي بذلك تحمي مصالح جميع أطرافها وكذا الدفاع عن

¹ Jean Christophe LEPISSIER, manager: une responsabilité sociale, edi: Liasons, Paris 2001, p49.

وجودها* إذ تشير أحدث دراسة بعنوان المرصد السنوي للمسؤولية الاجتماعية للشركات الصادرة

عن¹ Environics International إلى أن 27% من المستهلكين في نحو 25 دولة قاموا بمعاينة المؤسسات التي تحمل الدور الاجتماعي لخدمة أفرادها. كما أشارت دراسة أخرى أجرتها مؤسسة أسترالية تعمل في مجال استعلامات التسويق إلى أن 68% من المستهلكين الأستراليين عاقبوا المؤسسات عن سلوكها الغير أخلاقي بالتحويل لمنتجات مؤسسات منافسة... أما في أوروبا نجد أن 73% من قادة الأعمال يؤمنون بأن الإهتمام بالمسؤولية الاجتماعية يسهم بشكل فعال في رفع القاعدة الإنتاجية إلى أقصى حد. وتؤكد دراسات حديثة لجامعة Harverd أن المؤسسات المطبقة لمفهوم المسؤولية الاجتماعية زاد معدل ربحيتها إلى 18% وزاد معدل نموها بمعدل أربع أضعاف عن تلك الغير ممارسة للمسؤولية و إلا أخلاقية في ممارساتها الاقتصادية. مما أثبت الارتباط الطردي بين تطبيقات المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الخاصة والعامة وتعزيز القدرات التنافسية لها و للاقتصاد ككل². إذ لم تعد المراكز المالية أساس لبناء سمعة وشهرة المؤسسة ويعد مؤشر مواطنتها والتزامها بالعمل المسئول المستمر معزز لأدائها وسمعتها. لذلك بدأ المستثمرون في الأسهم يشترطون إلتزام المؤسسات المساهمون فيها بمبادئ المسؤولية الاجتماعية^(*)؛ بلغت تلك النسبة في الولايات المتحدة 10% من الأموال الاستثمارية (ترليون دولار) خاضعة لشروط المسؤولية الاجتماعية. في هذا السياق يرى Porter أن "المؤسسات الناجحة بحاجة إلى مجتمع صحي والمجتمع الصحي بحاجة إلى مؤسسات ناجحة؛ أو بشكل أعم إن البيئة التنافسية الناجحة تحتاج إلى مؤسسات ناجحة والعكس صحيح".

^{*} تعد دراسة Zadek -2005- من أهم الدراسات التي إهتمت بعلاقة المسؤولية الاجتماعية و القدرة التنافسية للمؤسسة، وخلصت إلى وجود ثلاثة أجيال من المؤسسات: الجيل الأول يتبنى المسؤولية الاجتماعية للتخفيف من وطأة الأُم و متطلبات المجتمع في إطار قصر المدى، و إستراتيجية الجيل الثاني تهتم بالتخطيط الاستراتيجي وسياسات إدارة المخاطر أما الجيل الثالث هم المؤسسات المسؤولة و الريادية في دمج مفهوم المسؤولية الاجتماعية في إستراتيجيتهم وتكتسب قدرات تنافسية مميزة.

¹ المسؤولية الاجتماعية للشركات: التحديات والأفاق من أجل التنمية.

² نادية العارف، التخطيط الإستراتيجي و العولة، الدار الجامعية للنشر و التوزيع، الإسكندرية، 2002-2003، ص38.

^(*) خلال الفترة الممتدة من 1989 إلى 1995 إرتفع الإدخار في أسهم المؤسسات المتزمة إجتماعيا من 200 مليون جنيه إسترليني إلى ما يفوق 2 مليون جنيه؛ وتضاعف معدل نمو تلك الأسهم خلال ثلاث سنوات (1996-1999).

1 أهمية ومزايا المسؤولية الاجتماعية:

- باختلاف أصحاب المصالح تختلف طبيعة ودرجة الاستفادة وتباين أهمية المسؤولية الاجتماعية ومنافعها لكل طرف وفق ما تنطوي عليه من أعباء مالية ومادية؛ وإجمالاً تكمن المكاسب المحققة من تبني المسؤولية الاجتماعية في:
- خلق توازن بين المؤسسة والعاملين لدعم آليات التجديد والابتكار. و استظهار ميزات تنافسية تركز على المورد البشري المؤهل.
 - توثيق الصلة مع الزبائن لأن احترام المسؤولية الاجتماعية يعني احترام شروط الصحة والسلامة والأمان ؛ وذلك يعمل على خلق الرضا والوفاء لدى الزبون (لوجود إنطباع ذهني إيجابي* .
 - دعم استمرار العلاقة المبنية على الثقة و الاحترام والمصالح المشتركة مع المورد.
 - جني ثمار الالتزام الاجتماعي إتجاه المساهمين لمدى تأثرهم بنتائجها المالية والغير مالية و بهذا تعمل المسؤولية الاجتماعية على توليد فرص جذب المستثمرين و الاستثمار المسؤل.
 - الإستخدام الأمثل والعاقل للموارد (خصوصاً غير المتجددة) و العمل على تطوير الموارد وصيانتها مع الحد من ظاهرة التلوث وتحمل عواقبها و أعبائها بقدر إحداثها.
 - تتجلى المسؤولية الاجتماعية إتجاه المجتمع ككل في العمل الدائم و المسؤل لتلبية حاجات الأجيال الحاضرة مع عدم هدر حق الأجيال القادمة، وتتطلب ضرورة تحسين ظروف المعيشة و جودة الحياة لجميع الناس.
 - بناء علاقات قوية بين مختلف الأطراف و الحكومات مما يساعد في حل المشكلات أو النزاعات القانونية التي قد تتعرض لها المؤسسات أثناء ممارستها لنشاطها الاقتصادي.

* أشرنا فيما أن Drucker و Carrol يعتبراه الطرف الأكثر أهمية و يقع في المرتبة الأولى ضمن إهتمامات المؤسسة و سؤلياتها الاجتماعية.

- حسن إدارة المخاطر الاجتماعية المتمثلة في الالتزام البيئي واحترام قوانين العمل وتطبيق المواصفات القياسية، والتي تشكل تحديات معاصرة للمؤسسات الصغيرة والمتوسطة لاسيما الخاصة في زمن العولمة و الانفتاح الاقتصادي.

- رفع قدرة المقاوم الخاص على العطاء و التعلم والابتكار و الإبداع المجتمعي الذي يعظم من الفرص و يقلص المخاطر نظرا للدعم الذي تحظى به المؤسسة الخاصة التي يساهم مستحدثها في حل قضايا مرتبطة بالمجتمع...

- بالنسبة للمجتمع تتمثل في القدرة على الحصول على الخدمات التي يحتاجها في مختلف الجوانب الضرورية مثل الخدمات التعليمية أو الصحية أو الثقافية أو الاقتصادية في المجتمع.

وتشير التجارب الدولية إلى أن أهمية تبني الدور الاجتماعي يتمثل فيما يلي¹:

- **تحسين الأداء المالي:** البحوث التي أجريت في هذا المجال من مجالات المسؤولية الاجتماعية للشركات قد بيّنت وجود صلة حقيقية بين الممارسات المسؤولية اجتماعياً للشركات والأداء المالي الإيجابي.

- **تخفيض تكاليف التشغيل:** هنالك مبادرات كثيرة تستهدف تحسين الأداء البيئي وتؤدي إلى خفض التكاليف مثل تقليل انبعاثات الغازات التي تسبب تغير المناخ العالمي أو تقليل استخدام المواد الكيميائية الزراعية، كما يمكن تقليل تكاليف التخلص من النفايات من خلال مبادرات إعادة تدويرها. والجهود المبذولة في إطار المسؤولية الاجتماعية للشركات في مجال الموارد البشرية مثل جداول العمل المرنة، والتناوب على الوظائف وغير ذلك من البرامج المتصلة بمكان العمل تؤدي إلى خفض نسبة غياب العاملين، وزيادة الاحتفاظ بعدد كبير من الموظفين شديدي الحماس للعمل، والفعالية والكفاءة الإنتاجية، وخفض تكاليف التوظيف والتدريب.

¹ طاهر محسن منصور الغالين، صالح مهدي محسن العامري، المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الأعمال (الأعمال و المجتمع)، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص 65.

- **تحسين سمعة المنظمات** والتي تُبنى على أساس الكفاءة في الأداء، والنجاح في تقديم الخدمات، والثقة المتبادلة بين المنظمات وأصحاب المصالح ومستوى الشفافية الذي تتعامل به هذه المنظمات ومدى مراعاتها للاعتبارات البيئية واهتمامها بالاستثمار البشري ويسهم التزام المنظمات بمسؤوليتها الاجتماعية بدرجة كبيرة في تحسين سمعتها¹.
- **تعزيز المبيعات وولاء العملاء:** إن العودة بصورة ملحوظة إلى تامين النقاء البيئي والمنتجات الطبيعية قد دفع المستهلكين إلى الاهتمام الخاص بعمليات الإنتاج وتأثير هذه العمليات والمنتجات على البيئة، على الرغم من أن منظمات الأعمال التجارية يجب عليها أن تفي في المقام الأول بالمعايير الشرائية للمستهلكين مثل الأسعار، وجودة السلع، وتوفرها، وسلامتها وملاءمتها، فإن الدراسات تظهر تزايد الرغبة في الشراء) أو عدم الشراء (بسبب بعض المعايير الأخرى المستندة إلى قيم مثل قلة التأثير على البيئة، وعدم استخدام مواد أو مكونات معدلة وراثياً).
- **زيادة الإنتاجية والجودة:** إن الجهود التي تبذلها المنظمات في سبيل الاضطلاع بالمسؤولية الاجتماعية من خلال القوة العاملة والعمليات التي تقوم بها تؤدي في الغالب إلى زيادة الإنتاجية وتخفيض معدل وقوع الأخطاء وتعزز الفعالية والكفاءة عن طريق تحسين ظروف العمل وزيادة مشاركة الموظفين في صنع القرار.
- **زيادة القدرة على جذب الموظفين والاحتفاظ بهم:** المنظمات المسؤولة اجتماعياً يسهل عليها تعيين موظفين ذوي كفاءة عالية والمحافظة عليهم، ويؤدي ذلك إلى خفض تكاليف التوظيف والتدريب. ويتم في الغالب تعيين الموظفين من المجتمع الذي تعمل فيه الشركة ولهذا السبب، ستصبح القيم المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية للشركات متسقة مع قيم الموظفين، الشيء الذي يستبعد أي تعارض من حيث القيم ويعزز بيئة العمل.
- **تسهيل الحصول على الائتمان المصرفي:** خاصة في ضوء إستحداث بعض المؤشرات التي تؤثر على القرار الإئتمائي للبنوك. و تتضمن هذه المؤشرات مؤشرات دونجز للاستدامة، والذي أطلق عام 1999، و يعنى بترتيب المؤسسات العالمية وفقاً لدرجة مراعاتها للأبعاد الاجتماعية وللاعتبارات البيئية خلال ممارستها للنشاط الاقتصادي¹.

¹ مولاي لخضر عبد الرزاق، بوزيد سايح، دور الاقتصاد الإسلامي في تعزيز مبادئ المسؤولية الاجتماعية للشركات، مرجع سابق، ص 10/9.

2- المعوقات التي تمنع ممارسة المسؤولية الاجتماعية: هناك بعض المعوقات التي تحول دون ممارسة المؤسسات

لأداء دورها الاجتماعي وهي:

2-1- المعوقات الإدارية

- عدم احتواء بعض الشركات على إدارة العلاقات العامة².
- نقص الخبرة لدى الذين يشغلون إدارات وأقسام الشركات فيما يتعلق بالأمور الاجتماعية و الأخلاقية.
- ضعف الإحساس بالمسؤولية الاجتماعية والأخلاقية، الذي هو ف الواقع مرتبط بفلسفة الإدارة العليا تجاه المجتمع و البيئة المحيطة، وضعف الاهتمام ببرامج المسؤولية الاجتماعية.
- إهمال الإدارات العليا في عملية اشتراك المستويات الإدارية الأخرى في عملية اتخاذ القرارات الإستراتيجية المتعلقة بموضوع المسؤولية الاجتماعية،
- عدم وجود اتصالا فاعلا من قبل الإدارات مع الجمهور.

2 2- المعوقات القانونية:

- الالتزام بنشاطات محددة تنص عليها القوانين والأنظمة.
- عدم وجود صيانة سياسية اجتماعية أخلاقية، التي هي وظيفة من وظائف التخطيط الاستراتيجي.
- عدم وضع دستور اجتماعي أخلاقي في منظمات الأعمال، كالذي يتم تطبيقه في كبرى الشركات في العالم.
- عدم احترام التشريعات والقوانين والأنظمة في سبيل تحقيق المكاسب المادية وعندما يقدمون على مخالفة يضعون في حسابهم إحدى الاحتمالات التالية: قد لا يكتشف أمر المخالف؛ قد لا يتم إدانة المخالف.
- أما إذا اكتشف أمره أو دين فقد تغطي المكاسب المالية التي يحصل عليها ما يتحمله من خسائر.

¹ المغربل نحال و فؤاد ياسمين، المسؤولية الاجتماعية لرأس المال في مصر: بعض التجارب الدولية، المركز المصري للدراسات الاقتصادية، ورقة عمل رقم 138، سبتمبر 2008، ص05.

² عرفت العلاقات العامة من قبل الجمعية الدولية بأنها "وظيفة إدارية ذات طابع مخطط و مستمر تهدف من خلاله المنظمات و الهيئات العامة و الخاصة الى كسب تعاطف و تأييد أولئك الذين تهتم بهم و الحفاظ على ثقتهم، عن طريق تقييم الرأي العام المتعلق بما من اجل ربط سياستها و إجراءاتها قدر الإمكان، و من اجل تحقيق تعاون مثمر أكثر، و من اجل مقابلة المصالح العامة بدرجة أكثر كفاءة عن طريق تخطيط المعلومات و نشرها"

- لأن المسؤولية الاجتماعية هي التزام أخلاقي من قبل المديرين على الأغلب لم تفرضه القوانين و الأنظمة بل تحتمه ضرورات المنفعة المجتمعية العامة أدت إلى ضعف الاهتمام بالمسؤولية الاجتماعية عند المدراء.

2-3- المعوقات المالية:

- هدف بعض الشركات هو تعظيم الأرباح فقط
- الاعتقاد بأن الاهتمام بالمسؤولية الاجتماعية يؤدي إلى خفض أرباح الشركة وإضعافها في المنافسة الدولية.
- نقص الموارد المالية التي تحول دون الاسهام في نشاطات المسؤولية الاجتماعية
- صعوب الجمع بين العمل المربح وعمل الشركة المتجاوبة اجتماعياً.

المبحث الثاني: نشأت و تطور المسؤولية الاجتماعية

يرى مؤرخو الاقتصاد و التسيير أن مفهوم المسؤولية الاجتماعية لم يكن معروفا بوضوح في النصف الأول من القرن العشرين¹ حيث حصرها الفكر التنموي الكلاسيكي في تعظيم الأرباح وتبلور المعيار الأساسي للمؤسسة في كفاءتها الاقتصادية. ولكن مع النقد المستمر لمقومات النظرية الاقتصادية الكلاسيكية ظهرت بوادر لتبني المؤسسات دورا أكثر شمولية وإستدامة اتجاها جميع أطراف المجتمع لتصبح الإدارة مسؤولة اقتصاديا واجتماعيا وبيئيا² وفي حقيقة الأمر مبدأي التعاون والتعايش جبلت عليهما البشرية وبذلك نستطيع القول أن البدايات الأولى للمسؤولية الاجتماعية تشكلت مع نشأة المجتمعات وتطور الحضارات؛ ولأكثر من أربعة عشرة قرن عززت من مكانتها الديانات السماوية وهي أصل من أصول الدين الإسلامي الحنيف الذي يقوم على التعاون والتكافل (بصور عدة منها الفرائض ومنها المستحب كالزكاة، الصدقات و الوقف بأنواعه...) ويعنى بالجانب الروحي والأخلاقي كما يعنى بالجانب المادي مصداقا لقوله تعالى { وتعاونوا على البر والتقوى } [الآية 8 من سورة المائدة] . وقوله تعالى في الآية 71 من سورة التوبة { المؤمنون والمؤمنات بعضهم أولياء بعض } و { إنما المؤمنون إخوة } [سورة الحجرات الآية 71] ؛ إضافة إلى السنة وأحاديث الرسول التي تحث على ذلك كقوله صلى الله عليه وسلم "المؤمن للمؤمن كالبنيان المرصوص يشد بعضه بعضا" وقوله "مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم كمثل الجسد إذا اشتكى منه عضوا تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى".

¹ تجدر الإشارة إلى أن مصطلح المسؤولية الاجتماعية يرجع إلى القرن الثامن عشر للميلاد حيث أعلن الفيلسوف الاقتصادي A.Smith أن إحتياجات ورغبات المجتمع سوف تتحقق على أفضل وجه بفضل التعاون بين المنظمات والمؤسسات الاقتصادية والمجتمع. لتفاصيل أكثر طالع: أحمد عبادة العري، " المسؤولية الاجتماعية واحتياجات المجتمع " متاح على الموقع <http://muntada.islamtoday.net/t80831.html>

² وبالنظر تاريخيا لموضوع المسؤولية الاجتماعية نجد أنه طرح في القرن الثامن عشر من خلال عدد من المبادرات التي عززت مصالح العمال والمجتمع مع الحفاظ على البيئة ومن الأمثلة على ذلك إستجابة شركة شرق الهند 1790 لمقاطعة المستهلكين البريطانيين، وفي 1800 قامت شركة "أوكر ليد" ببناء المدن في إنجلترا للعاملين وشركة "كاد بوري" و "راونتريز" في المملكة المتحدة، "جينيس" في أيرلندا و "هيرشي" في الولايات المتحدة الأمريكية التي قدمت برامج تنطوي على أبعاد المسؤولية الاجتماعية في القرن التاسع عشر، وشركة "تاتا" في الهند 1909. طالع: صالح الحسيباني، مرجع سبق ذكره ، ص9.

أما المراحل المؤرخ لها ترجع أساساً إلى ظهور نظرية العقد الاجتماعي¹ وتطورها حيث كان ينظر للمسؤولية على أنها عقد بين المؤسسة والمجتمع يتم في إطاره تجديد مجال الأداء الاجتماعي ومبينة على أساس متغيرات الحياة الاقتصادية والاجتماعية .

أولاً: المسؤولية الاجتماعية التطور والأبعاد

لقد نمت وتطورت المسؤولية الاجتماعية كنتيجة طبيعية لإخفاق الأعمال في الاستجابة لاحتياجات بيئتها الاجتماعية و مصالح الأطراف الأخرى فيها. فهي نتاج المشكلات الكثيرة والأزمات العديدة التي ارتبطت بحرية الأعمال ونظرتها الضيقة لمصلحتها الذاتية على حساب المجتمع الذي تعمل فيه. لهذا لم يكن ممكناً الاستمرار في حرية الأعمال خاصة بعد أن بدأت شركات الأعمال تواجه ظروفاً جديدة ووعياً اجتماعياً وبيئياً ومفاهيم جديدة تقوم على المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الأعمال من أجل مراعاة مصالح الأطراف الأخرى ومصلحة المجتمع .

لقد عاشت الأعمال (Business) منذ الثورة الصناعية عصرها الذهبي حيث كان التطور الصناعي بأي ثمن في تصاعد مستمر، وكان الاتجاه نحو تعظيم الأرباح (Profit-Maximizing) و ما هو مهم لي مهم للمجتمع (وفيما بعد) ما هو مهم لشركتي مهم للمجتمع (يبرر كل شيء لصالح الأعمال على حساب مصالح الأطراف الأخرى .فكان في البدء أسبوع العمل ذي المائة ساعة عمل، وظروف العمل المأساوية، الأمراض المهنية، وإصابات العمل الفردية والجماعية، هدر الموارد، وحروب الأعمال في الداخل والخارج، وغيرها الكثير، كلها كانت مقبولة كثمن اجتماعي لا بد منه من أجل التطور الاقتصادي.

فمع الثورة الصناعية كان التركيز منصباً على مصلحة الأعمال، حيث إن اليد الخفية وقوى السوق غير المنظورة تجعل المصلحة الخاصة تعمل لصالح المجتمع، حتى وإن بدت مضرّة لبعض الأطراف .وقد تم التعبير عن ذلك من خلال الاهتمام الكبير بمعايير الكفاءة والربح على حساب جميع المعايير الأخرى .لهذا شهدت الثورة الصناعية ولفترة

¹ أحمد فرغلي محمد، " إتحافات الفكر المحاسبي في مجال محاسبة المسؤولية الاجتماعية"، مجلة كلية العلوم الإدارية جامعة الرياض، العدد 15 سنة 1996، ص 22.

طويلة من تطورها مآسي إنسانية من الإهمال وسوء الاستغلال وتشغيل الأطفال والأحداث والنساء في ظروف عمل قاسية. وقد ظلت هذا الحالة حتى بداية هذا القرن، حيث مصلحة الأعمال هي المصلحة العليا وأقصى الربح هو القيمة الاقتصادية العليا، وأن ما هو خير لي هو خير للمجتمع.

وبعد ذلك بدأ اتجاه جديد يتسم بالتأكيد على مصالح الأطراف الأخرى ذات العلاقة بالشركة ففي البداية تم التأكيد على العاملين، ومن ثم العملاء والموردين والموزعين والمنافسين وصولاً إلى المجتمع ككل، وذلك بالحد من حرية استقلال الأعمال . وقد تطور هذا الاتجاه تحت تأثير عوامل يمكن أن نوجزها في الآتي¹:

- الاشتراكية التي انتشرت في الدول الصناعية والتي كانت تقف على نقيض من الرأسمالية والاقتصاد الحر وحرية الأعمال واستقلالها.

- الأزمات الاقتصادية التي كانت تعزى إلى طبيعة الاقتصاد الرأسمالي الحر ووحداته الأساسية شركات الأعمال التي كانت تعمل وفق مصالحها الخاصة دون مراعاة لمصالح النظام الاقتصادي ككل².

- الحربان العالميتان الأولى والثانية اللتان شكلتا تجربة مهمة في تدخل الدولة في مجالات عديدة وتوجيه الاقتصاد القومي في الدول المتحاربة لخدمة المجهود الحربي، مما جعل تدخل الدولة مسألة واردة في كل مجال لا يتم الأداء فيه وفق معايير اقتصادية وغير اقتصادية حتى في دول اقتصاد السوق في فترة ما بعد الحرب وهذا هو مضمون القانون الحديدي للمسؤولية.

- التطورات الإدارية التي أدت إلى الانتقال من المفهوم الضيق قصير الأمد للكفاءة، والذي يجعل للإدارة مضموناً هندسياً وبنياً في تحقيق الكفاءة، إلى المفهوم الأشمل طويل الأمد الذي يجعل الإدارة معنية بالأداء طويل الأمد ومتعدد المجالات . لهذا لم تعد الشركة مجرد وحدة اقتصادية ذات أهداف ضيقة، مسؤولة واحدة في تعظيم الربح، وإنما أصبحت وحدة اقتصادية اجتماعية ذات أهداف متعددة .

¹ نجم عبود نجم، أخلاقيات الإدارة في عالم متغير، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، ص164.

² - في مقدمة هذه الأزمات الاقتصادية ، أزمة عام 1929 التي أدت إلى ظهور نظريات الاقتصادية الداعية إلى تدخل الدولة (J.M.Keynes) كينز أثناء الأزمات الاقتصادية.

الوعي الاجتماعي للمديرين: إن النمط التقليدي للمدير هو الذي يفصل الإدارة عن القضايا الاجتماعية، وهو غير مهتم بما يحدث في المجتمع وإنما يهتم بالكفاءة داخل النظام التشغيلي في الشركة. في حين أن النمط الجديد للمدير هو المتابع للقضايا الاجتماعية، والمهتم بما يحدث في المجتمع، لأن الكفاءة تكمن فعلاً خارج الشركة حيث العميل هو مركز الربح في حين لا يوجد داخل الشركة إلا مركز التكلفة كما يقول بيتر دراكر (P.F.Dracker) وأن رضا العميل ورضا المجتمع هما المصدر الحقيقي الجديد للكفاءة، وهذا لن يتحقق بدون مسؤولية اجتماعية للشركة من أجل قبول العملاء والمجتمع لها.

محصن المعلوماتية و اقتصاد المعرفة فرض على المؤسسات الاقتصادية تطوير مبادراتها الاجتماعية المعبر عنها من خلال سياساتها و استراتيجياتها لتحقيق تميز يضمن لها البقاء.

مصدر الميثاق العالمي للمسؤولية الاجتماعية في المنتدى الاقتصادي العالمي لسنة 1999 و بهذا الاقتراح تعززت صورتها باعتبارها مبادرة مواطنة طوعية للمؤسسات لتفعيل دورها في المجتمع ويتم بشكل نهائي في سنة 2000. ليدرك العالم أن تقييم المؤسسات ما عاد يقتصر على ربحيتها و مراكزها المالية و إنما على مدى و مقدار التزامها بالعمل المسؤول و الدائم اتجاه المجتمع من أجل خلق بيئة قادرة على التعامل مع التطورات المسارعة في الجوانب الاقتصادية و التكنولوجية و الإدارية .

أبحاث رائدة فيما يتعلق بتطور اهتمام الشركات بالمسؤولية الاجتماعية على رأسها هاي وآخرين (Hay et al.) يحددون ثلاث مراحل لهذا التطور والذي تعبر عنه اتجاهات المديرين نحو المسؤولية الاجتماعية كالاتي¹ :

1- مرحلة إدارة تعظيم الأرباح للفترة 1800-1920 هذه المرحلة كانت المسؤولية الأساسية للأعمال هي تعظيم الأرباح، والتوجه نحو المصلحة الذاتية الصرفة . وأن النقود والثروة هي الأكثر أهمية، و أن ما هو جيد لي هو جيد للبلد.

¹ نجم عبود نجم، أخلاقيات الإدارة و مسؤولية الأعمال في منظمة الأعمال، الطبعة الأولى، الوراق للنشر و لتوزيع، عمان، 2006، ص ص 204. 205.

2- مرحلة إدارة الوصاية للفترة من أواخر العشرينيات حتى بداية الستينيات :وفيها المسؤولية الأساسية للأعمال هي تحقيق الربح الملائم الذي يحقق المصلحة الذاتية ومصالح الأطراف الأخرى مثل المساهمين والعاملين. وأن النقود مهمة ولكن الأفراد مهمون أيضاً، و أن ما هو جيد للشركات جيد للبلد.

3 - مرحلة إدارة نوعية الحياة للفترة من أواخر الستينيات حتى الوقت الحاضر: في هذه المرحلة تقوم المسؤولية الأساسية للأعمال على أن الربح ضروري، ولكن الأفراد أهم من النقود و هذا يحقق المصلحة الذاتية المستنيرة لشركات الأعمال ومصالح المساهمين والمجتمع ككل، أن ما هو جيد للمجتمع هو جيد للبلد. الجدول التالي يوضح هذا المراحل والاتجاهات السائدة فيها.

جدول رقم ((1-I)): المراحل التاريخية لاتجاهات المديرين نحو المسؤولية الاجتماعية

الإتجاهات	المرحلة 1)	المرحلة 2)	المرحلة 3)
	إدارة تعظيم الأرباح 1800- 1920	إدارة الوصاية من أواخر العشرينيات إلى بداية الستينيات	إدارة نوعية الحياة من أواخر الستينيات إلى الوقت الحاضر
التوجه	المصلحة الذاتية الصرفة	المصلحة الذاتية مصالح المساهمين	المصلحة الذاتية المستنيرة. مصالح المساهمين. مصلحة المجتمع
	ما هو جيد لي جيد لبلدي.	ما هو جيد للمنظمات جيد لبلدنا	ما هو جيد لمجتمعنا جيد لبلدنا
	أقصى الأرباح	الربح الملائم	الربح ضروري لكن الأفراد أهم من النقود
	النقود و الثروة أكثر أهمية	النقود مهمة لكن الأفراد مهمون ايضا	

الفصل الأول :التأصيل النظري للمسؤولية الاجتماعية

دع المشتري يحتس	دعنا لا نغش العميل	دع البائع يحتس	
العمل سلعة تباع و تشتري	للعمل حقوق محددة يجب الاعتراف بها	كرامة العامل يجب ان تحترم	
مسائلة الإدارة من قبل المالكين	مسائلة الإدارة من قبل المالكين، العملاء ، العاملين ، المساهمين ، الموردون	مسائلة الإدارة من قبل المالكين، المساهمين والمجتمع	
القيم التكنولوجية	التكنولوجيا مهمة جدا ولكن الأفراد مهمون أيضاً.	الأفراد أكثر أهمية من التكنولوجيا	
القيم الاجتماعية	مشكلات العاملين يجب تركها في البيت. أنا فرد صارم وأدير أعمالي كما أشاء. جماعات الأقلية أدنى من البيض ويجب أن تعامل حسب ذلك	نعترف أن للعاملين حاجات أبعد من الحاجات الاقتصادية. أنا فردي ولكني أعترف بقيمة مشاركة الجماعة. جماعات الأقلية لهم موقعهم في المجتمع وإن موقعهم أدنى مني.	إننا نستخدم الفرد كوحدة كلية. مشاركة الجماعة أساسية لنجاحنا. إنهم مثلي ومثلك
القيم السياسية	البيئة الطبيعية تسيطر على قدر الناس.	الناس مكن أن يتحكموا ويعالجوا لبيئة. المحافظة على البيئة من أجل نوعية الحياة.	
القيم الجمالية	-القيم الجمالية ؟ ما هي؟.	القيم الجمالية جيدة، وكأنها ليست لنا جانبنا.	نحافظ على قيمنا الجمالية. من جانبنا.

Source: R.D.Hay, et al , Business and Society: Cases and Texts, South Western, Publishing, Cincinnati .1976 . PP10-11.

ومع هذا التطور فإن شركات الأعمال لم تعمل بطوعية واستجابة إيجابية لمسئولياتها الاجتماعية، وإنما كانت تتعامل مع هذه المسؤولية بأشكال وأنماط عديدة يمكن تحديدها بما يأتي¹:

- **الإلزام الاجتماعي**: وهذا هو النمط التقليدي للمسؤولية الاجتماعية ومن خلال هذا الإلزام الاجتماعي فإن الشركة تواصل جهودها وخططها من أجل مسؤوليتها الأساسية وهي صنع النقود وتعظيم الربح مع الحد الأدنى من المسؤولية الاجتماعية في حدود ما يفرضه القانون.

- **رد الفعل الاجتماعي**: بمعنى أن المؤسسة مسؤولة عن الاستجابة والمشاركة الطوعية في معالجة المشكلات التي تسبب فيها باعتبار المسؤولية الاجتماعية سلوك رد فعل على القيم و توقعات الأداء الاجتماعي.

- **الاستجابة الاجتماعية**: تشير إلى التصرفات التي تتعدى مجرد تحقيق التزام اجتماعي أو رد فعل اجتماعي إلى النمط الحديث للمسؤولية الاجتماعية المتمثل في الاستجابة الإيجابية، التي تجعل الشركات ذات حس اجتماعي توقعي وقائي من خلال الاستجابة الإيجابية وبشكل طوعي للمشاركة في معالجة المشكلات الاجتماعية و هي بذلك تجسد المعنى الشامل و الأوسع للمسؤولية الاجتماعية. فقد تساهم الشركة في أنشطة كثيرة في هذا المجال مثل: استخدام المعوقين أو أصحاب السوابق برغم عدم وجود قانون ، القيام بتنظيم دورات تدريبية لتأهيل الشباب على مهن جديدة لمواجهة البطالة أو تقديم تبرعات للمؤسسات الخيرية .. الخ.

ثانيا: النظريات المفسرة للمسؤولية الاجتماعية

اختلفت الأطر النظرية المفسرة للدور الاجتماعي للمؤسسة من اقتصادي إلى آخر، و من مدرسة إلى أخرى و من نظرية إلى أخرى. و من أهم هذه النظريات المفسرة للمسؤولية الاجتماعية هي النظريات النيوكلاسيكية، نظرية الوكالة، و نظريات أصحاب المصلحة.

¹ سيد محمد جاب الرب ، إدارة منظمات الأعمال ، مكتبة الجلاء الحديثة، بور سعيد، 1995، ص ص 202-204.

1- النظرية النيوكلاسيكية " نموذج Sharholder "

"لا شئ سوى أعلى الأرباح للمالكين" هذا هو أساس هذه النظرية الراضية لشيء يسمى المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات¹. و رائد هذه المدرسة الاقتصادي الأمريكي ميلتون فريدمان " Milton Friedman الحائز على جائزة نوبل في الاقتصاد، والذي يشير إلى أن ممارسة المسؤولية الاجتماعية يكون من خلال القرارات الموجهة لتحسين المردودية و الربحية لفائدة المساهمين، وأن مبدأ تعظيم قيمة المساهم هو الهدف الاجتماعي المناسب للمؤسسات لأنه يعادل تعظيم الثروة الاجتماعية للمؤسسة. حيث ويقول فريدمان " إن مسؤولية الأعمال نحو المجتمع واحدة فقط و هي تحقيق الحد الأقصى من الأرباح للمساهمين، داخل الإطار القانوني و العرف الأخلاقي في البلد"². كما يدعي فريدمان في كتابه "الرأسمالية و الحرية" سنة 1962 أن المسؤولية الاجتماعية هي عقيدة هدامة بشكل أساسي في المجتمع الحر³.

فالاعتقاد أن تعظيم قيمة السهم هو الذي يخدم الصالح الاجتماعي العريض لأنه يعادل تعظيم القيمة الكلية للمنشأة بواسطة المؤسسة، مشتق من نظرية المنشأة التي يتبناها منظرو التمويل و الباحثون القانونيون في الثمانينات و تفهم فيها المؤسسة بأنها سلسلة مترابطة من العقود، حيث يذهب أنصار هذه النظرية إلى أن علاقات كل الأطراف المشاركة باستثناء علاقات المساهمين تحكمها عقود تحدد ما يجب أن يفعله كل طرف و ما ينبغي أن يحصل عليه في المقابل. وإذا كانت مطالبات كل المشاركين الآخرين محمية تماما بواسطة العقد وفقا لمنطق هذه النظرية فإن تعظيم ما يتبقى للمساهمين يعادل تعظيم حجم الكعكة كلها. و يضع أنصار النظرية النيوكلاسيكية مبررات لنظريتهم منها:

– صعوبة الجمع بين العمل المريح و العمل المتجاوب اجتماعيا.

¹ زيارة فريد فهمي، وظائف منظمات الأعمال، مدخل معاصر، عمان، الأردن، دار البازوري للنشر و التوزيع، 2009، ص268

² Garriga Elisabet et Melé Doméneq, "Corporate social responsibility theories: Mopping the territory", journal of business Ethics, University of Northern British Columbia, 2004, issue 53, 2004, p53.

³ Banerjee Sbbhrata Boddy, Corporate Responsibility: The Good-The Bad And The Ugly, UK: Edward Elgar Publishing; 2007; p05.

- نقص الخبرة لدى إدارات المؤسسات فيما يتعلق بالأمور الاجتماعية.

- تعدد الجوانب الاجتماعية و محدودية موارد المؤسسة.

- صعوبة قياس الحد المطلوب اجتماعيا وما هو أكثر من ذلك¹.

و بالتالي تعتقد هذه النظرية أن توجهات المؤسسات اقتصادية بالأساس (تعظيم الأرباح)، غير أنها لم تراعي الجانب الاجتماعي، حيث يجب على المؤسسة أن تأخذ في الاعتبار الأهداف الاجتماعية في عملية اتخاذ القرارات.

2-نظرية الوكالة (la théorie de l'agence)

ظهرت نظرية الوكالة بفضل مساهمة الباحثان Michel Jensen Et William Meckling اللذان يعتبران المؤسسة سوق حرة وعقد العمل ما هو إلا عقد تجاري.

1-2 تعريف نظرية الوكالة: تعرف نظرية الوكالة بأنها "الحالات التي يكون فيها شخص واحد (الوكيل) يعمل

لصالح شخص آخر(الموكل أو المالك) للقيام ببعض الأعمال نيابة عنه" وبالتالي العلاقة تنشأ عندما يستأجر

طرف(المالك) طرف آخر(الوكيل) للقيام ببعض الخدمات، ومن تم تفويض سلطة اتخاذ للوكيل². و كنتيجة لذلك

يتصرف المديرون كمجرد أمناء على المؤسسة وأنشطتها التشغيلية والأماكن التي عليها عبء في إدارة مصالح

أصحابها³ كما تعرف نظرية الوكالة بأنها نظرية للتعامل مع المشاكل التي يمكن أن تنشأ في علاقة تجارية عندما يقوم

شخص واحد بتفويض سلطة اتخاذ القرار إلى شخص آخر⁴.

تفترض نظري الوكالة عدم تطابق الأهداف وان هناك عدم التماثل في المعلومات بين المالك و الوكيل الذي يجعلها

صعبة مكلفة للتأكد من عمل الوكيل. لذلك هناك قلق عام بأن الوكيل سوف يقوم باستخدام مكانة المعلومات

¹ زيارة فريد فهمي، المرجع السابق، ص296

² Ralitzta Germanova, **corporate social responsibility as corporate governance tool : the practice by the business in bulgarie**, Master thesis ; economics and Business Administration, Filand,Hanken,2008,p08.

³ Growth David et Bacchus Lez Rayman , **Perspectives On Corporate Social Responsibility**, England :Ashgate Pubishing Limited,2005,p49.

⁴ Sharles W.L Hill et Gareth R.Jones , **Essentials Of Strategic Management**, Second Edition, Canada : Cengage learning,2009.p32

البالغة الأهمية لتعظيم مصلحته الشخصية على حساب الأصيل. وتلك هي مشكلة المخاطرة الأخلاقية* . ولا تتضمن المخاطرة الأخلاقية بعض التصرفات فقط مثل الغش و التهرب و لكن تتضمن أيضا تصرفات أخرى ليست في مصلحة الأصيل مثل مقايضات مكافأة الخطر عند اختيار المشروع¹.

2-2 تكاليف الوكالة و أقسامها: تولد علاقة الوكالة مشاكل ناجمة عن تضارب المصالح، فالهيكل التنظيمي

للإدارة يجب أن يكون مهيكلا بصفة محكمة حتى يتم التخفيض و التقليل من حدة هذه المشاكل، وبهذا بوضع نظم توجيه و مراقبة من اجل أن تسيطر على مصالح كل فرد سواء كان أصيل او وكيل. حيث عرف بازل تكاليف التسويق بأنها: التكاليف الناجمة عن القيام بعملية تحويلية، كتحويل الملكية من الأصيل الى المسير، فالريح الذي يأخذه المسير هو تكلفة تحويلية أو تكلفة و كالة². و تنقسم تكاليف الوكالة إلى ثلاثة أقسام :

- تكاليف الرقابة: يتحملها الموكل لمراقبة المسير (الوكيل) وجعله يعمل على تعظيم مصلحته الشخصية، لان نظرية

الوكالة مبنية على أساس المبدأ النيوكلاسيكي، أين يهدف كل عوم إلى تعظيم مصلحته الخاصة قبل المصلحة العامة، و يمكن للمسير تحديد أثر هذه التكاليف على دخله، على اعتبار انه اعلم من الغير بوضعية المؤسسة.

- تكاليف التعهد و الالتزام: يتحملة المسير ليرز للموكل كفاءته في اتخاذ القرارات المتعلقة بتسيير المؤسسة

و المتوافقة مع رغبته.

- التكاليف المتبقية: هي التكاليف الناتجة عن استحالة تطبيق رقابة شاملة على سلوك و تصرفات المسير، و في

هذه الحالة تفوق التكلفة الحدية للرقابة العائد الحدي للمستثمر، إذا تحققت هذ ه النتيجة يكون من الأجدر

* في القاموس المالي تعرف المخاطرة الأخلاقية بأنها تعبر عن المخاطر الناجمة عن عدم تصرف احد أطراف الصفقة بأمانة

¹ أبو فضة أبو مروان محمود، "عقد الوكالة و تطبيقاته في المصارف الإسلامية"، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، الجامعة الإسلامية بعزة، فلسطين، مجلد17، العدد02، جوان2009، ص793.

² عمر علي عبد الصمد، دور المراجعة الداخلية في تطبيق حوكمة المؤسسات - دراسة ميدانية، مذكرة ماجستير، مالية و محاسبة، جامعة المدية، الجزائر، 2008/2009، ص ص04-05.

أن يتحصل المسير على تلك المصاريف بدلا من استخدامها في الرقابة. تعبر أيضا عن التكاليف المتبقية عن الخسائر الناتجة عن تعارض المصالح بين المسيرين و المساهمين¹.

2-3 علاقة الوكالة بين أصحاب المصالح: هذه العلاقة بين المالك و المسير يمكن تحويله بين المسير و المستخدم

الذي قد يمثل في كثير من الأحيان قاعدة هذه العلاقة، فعلى المسير نقل هذه الوكالة إلى مستخدميه و محاولة ترسيخه لثقافة تنظيمية لديهم تجعلهم عون في نشاطهم بالعمل الذي يقوم به المسير، و الذي طبعا يترتب عليه عناوين خاصة في تحويله لهم، كما يجب أن يوفر للمستخدمين ما هم محتاجين لله من اجل تحقيق الهدف الاجتماعي، فمثلا توفير الوسائل و الموارد التي تجعل المستخدم يبدع و ينشئ قيمة، فهذه الطريقة يتمكن المسير من إيجاد الحلول المناسبة للمشاكل التي قد تؤثر على قراراته و تعرقل العلاقة بينه و بين الأصيل، من خلال تحويل المسير لعلاقة الوكالة، يتبين انه قد قام بدور الوسيط بين المالك و المستخدم².

من خلال ما سبق، فلكل نظرية الوكالة تفسر من خلال العلاقة بين المسيرين و مجموع أصحاب المصلحة المتعاملين مع المؤسسة (مساهمين، مستهلكين، دائنين، موردين)، وحسب النظرية فإن أصحاب المصلحة لهم القدرة على التأثير على القرارات الإستراتيجية للمسيرين.

3- نظرية أصحاب المصلحة (Stakeholders)

أشاع فريمان ولأول مرة، في سنة 1984 تعبير أصحاب المصلحة، إلا أن هناك من يرى أن أول محاولة للخوض في مجال علاقة المؤسسة الاقتصادية بأصحاب المصالح تعود إلى الباحث بونروز Penrose وكان ذلك سنة 1959 "إذ يعتبر أحد الأوائل في الخوض في نظرية أصحاب المصالح³. ويشير التعبير إلى العديد من المجموعات ذات

¹ العايب ياسين، إشكالية تمويل المؤسسات الاقتصادية- دراسة حالة المؤسسات الصغيرة و المتوسطة في الجزائر، أطروحة دكتوراه، العلوم الاقتصادية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، 2010/2011، صص 42-43.

² العنزي سعد، "محاول جادة لتأطير نظرية أصحاب المصالح في دراسات إدارة الأعمال"، مجلة العلوم الاقتصادية و الإدارية، كلية الإدارة و الاقتصاد، جامعة بغداد، العراق، المجلد 13، العدد 2007، صص 48، 02.

³ Eric PERSAIS, les rapports sociétaux : **Enjeux Et Limites**, Revue française de gestion, Paris, France, n° 152, Septembre – octobre, 2004, p. 168.

الاهتمامات الخاصة التي تستطيع التأثير على المؤسسة أو تكون متأثرة من قبل نشاط أو قرارات المؤسسة مثل المستثمرين والمستخدمين والزبائن والحكومة ومجموعات الضغط والمجتمع¹.

3-1 تعريف أصحاب المصلحة: يتكون مصطلح أصحاب المصلحة "Stakeholders" من مقطعين "Stake" و "holder" يعني انه مبلغ من المال المجازف به في عمل معين كحصة في نصيب الربح و الخسارة، أو هو تعويض مقدم للإيفاء بوعده في شأن دفع مبلغ من المال و بهذا جاء الانطلاق لتوضيح المقطع الثاني "Holder" بدجة مع المقطع الأول كمصطلح واحد "Stakeholders" ليكون ذلك الذي يمتلك عهدة أو أمانة بصفة ضمان، أو رهان حتى يأمل ليحقق ربحا منها².

- أم اصطلاحا فيعرف فريمان Freeman أصحاب المصلحة بأنهم: "كل شخص او مجموعة أشخاص الذين تتوفر لديهم القدرة على التأثير على المنظمة في تحقيق أهدافها و كذلك الذين تؤثر فيهم المنظمة في نفس المجال³.
- كما يمكن تعريفهم أيضا بأنهم: " تلك المجموعة التي بدون دعم المؤسسة سوف تزول من الوجود"⁴.
- ويعرف Preston و Donaldson أصحاب المصلحة بأنهم: "هم الذين لهم مصلحة مشروعة في المؤسسة"⁵.
- يعرفها Philips 1997 بأنها: " تلك الجماعات التي تقبل طوعا فوائدا نظام المنفعة المتبادلة للتعاون التي تتطلب تضحية أو مساهمة في اجزاء المشاركين. من خلال ما سبق يمكن استنتاج ما يلي:

- ✓ أصحاب المصلحة هم مجموعة من الأفراد لديهم مصالح مشروعة في المؤسسة و هي محددة و معروفة.
- ✓ مصالح جميع أصحاب المصلحة لها قيمة فعلية.

¹ ATAUR Rahman Belal, **Corporate Social Responsibility Reporting in Developing Countries**, (Corporate social responsibility series) Ashgate Publishing Company, USA, 2008, pp : 18-22.

² العنزي سعد ، مرجع سابق، ص02.

³ Banerjee Sbhadrata Boddy, **Corporate Responsibility** ,op.cit.p24

⁴ Cooper Stuart, **Corporate Social Performance-A Stakeholder Appraoate**,op.cit.p24.

⁵ Ayadi Salma Damak, la théorie des parties prenantes :**théorie empirique ou théorie normative?** tire de site :Halshs-archives-ouvertes.fr ,au 29/03/2013.

و بالتالي يمكن تعريف أصحاب المصلحة بأنهم مجموعة من الأفراد الذين لهم علاقة مباشرة أو غير مباشرة مع المؤسسة، يتأثرون و يؤثرون في قراراتها و أهدافها.

3-2 تصنيف أصحاب المصالح: لقد حاول باحثون كثيرون تقديم قائمة مفصلة بهؤلاء الأصحاب كما حاول آخرون القيام بتصنيف هؤلاء الأطراف حسب درجة تأثيرهم في المنظمة. فيما يخص التصنيف فهناك من يرى أن أصحاب المصالح فئتين، الأساسيين والثانويين. ويأتي على رأس هذا التصنيف كلاركسون Clarkson سنة 1995 حيث اعتبر "أن أصحاب المصالح فئتين وهما الأساسيين والثانويين، فالأساسيين هم الذين يستثمرون أموالهم في المؤسسة، فهم بذلك ضروريين من أجل ضمان السير العادي للمؤسسة. ويدخل ضمن هذه الفئة كل من أصحاب رؤوس الأموال والمستثمرين والعمال والموردون والزبائن. أما الفئة الثانية فتضم كل الأفراد أو المجموعات التي تؤثر أو تتأثر بالنشاط الذي تمارسه المؤسسة ولكنهم ليسوا ضروريين لضمان بقاء وديمومة المؤسسة.¹ وهناك من يرى أن أصحاب المصالح فئتين، المباشرين وغير المباشرين ويأتي على رأس هذا التصنيف Caroll و Nasi في دراسة صدرت لهما سنة 1997 والتي تم فيها تقسيمهم إلى أصحاب المصالح المباشرين وأصحاب المصالح غير المباشرين. فحسب صاحبي الدراسة "من الممكن التفرقة بين أصحاب المصالح المباشرين وهم الذين تربطهم علاقة تعاقدية ورسمية بالمؤسسة وهم المساهمون والعمال والموردون والزبائن. في حين أن أصحاب المصالح غير المباشرين هم وسائل الإعلام والمستهلكين وجماعات الضغط والحكومات والمنافسين وكافة الجمهور والمجتمع بصفة عامة.² وعلى الرغم من المحاولات المتكررة لتصنيف أصحاب المصالح، إلا أن هناك من يرفض أي تصنيف يعطى لأصحاب المصالح، منتقدين بذلك كل ما جاء به كلاركسون Clarkson و كارول Caroll ومن تبعهم في تصنيف أصحاب المصالح. ويأتي على رأس المنتقدين والرافضين للتصنيف الباحث الأمريكي ميتشل Mitchell "الذي يرى

¹ Eric PERSAIS, Op. Cit., p169.

² Samuel MERCIER, *l'apport de la théorie des parties prenantes au management stratégique: une synthèse de la littérature*, 10eme conférence de l'association Internationale de Management Stratégique « AIMS », du 13 au 15 juin 2001, Faculté des Sciences de l'Administration, Université LAVAL, Québec, p.7.

أن تصنيف أصحاب المصالح يعبر عن رؤية ضيقة لأصحاب المصالح على اعتبار أن كل صاحب مصلحة يؤثر ويتأثر بشكل جوهري بالنشاط الممارس من طرف المؤسسة، وبالتالي فإن أي تصنيف لأصحاب المصالح فهو غير مؤسس¹ وفيما يلي تفصيلا لأهم الأطراف ذات المصلحة على النحو التالي:

أ. **المساهمون:** يمثل المساهمون فئة مهمة جدا من أصحاب المصالح والمستفيدين المباشرين من نشاط المؤسسة الاقتصادية. إن هؤلاء المالكون يتحملون مخاطر الاستثمار من خلال المغامرة بأموالهم الخاصة متوقعين عائدا مجزيا ومناسبا من هذه الاستثمارات. ويمكن أن يكون المالك شخصا واحدا أو مجموعة أو شركة مساهمة أو شركة تضامن أو أي شكل قانوني آخر. إن كل من يجوز على جزء من رأسمال المؤسسة مهما كان وزنه سواء تعلق الأمر بالمستثمرين المؤسسيين (investisseurs institutionnels) أو صغار المساهمين (Petits Porteurs) لديه الحق في توجيه سياسة المؤسسة فبالإضافة إلى الربحية التي تمثل المعيار الأهم في توجيه استراتيجيات وسياسات المؤسسة واتخاذ قرارات الاستثمارية، فمن حق المساهمين أيضا أن يفرضوا الجوانب الاجتماعية في وضع ورسم تلك السياسات، فالمستثمرون لا يسعون فقط إلى الربح على المدى القصير فقط بل وعلى المدى الطويل كذلك وهذا ما يدعوهم إلى تبني سياسة اجتماعية وبيئية في المؤسسة.

ب. **الزبائن:** إن هذه الشريحة من أصحاب المصالح ذات أهمية كبيرة لكل المؤسسات الاقتصادية بدون استثناء. فوجود هذه الأخيرة مرتبط بإنتاج سلع أو خدمات وهذه يستهلكها زبائن وطبيعة التعامل معهم وإقناعهم باستهلاك هذه المنتجات عمل مهم من أعمال إدارة التسويق في أي منظمة من المنظمات. إن ما يرحوه الزبائن من المؤسسة يمر عبر إجراءات تهدف إلى تحسين الخدمات للمستهلك عن طريق تحسين نوعية المنتج وخدمات أخرى ذات أهمية مثل الإعلام الصادق حول جودة ونوعية المنتجات بالإضافة إلى رصد آراء المستهلكين وقياس درجة رضاهم والاهتمام بالخصائص الاجتماعية والبيئية لها. على هذا النحو، يصبح المستهلك عنصرا فاعلا وله القدرة على اختيار منتجات ذات علامة تجارية مميزة.

¹ Eric PERSAIS, Op. Cit., p169.

ج. **العمال:** تشمل هذه الفئة جميع العاملين من إداريين وفنيين وفئات أخرى . ويعتبرون مصدر ثروة للمؤسسة، حيث أن لهم مصلحة مهمة لا تقتصر على الأجور فحسب بل تتعداها إلى توفير ظروف عمل ملائمة كمحيط العمل، التكوين والتدريب وكذلك نظام للحوافز. فالعمال يساهمون وبشكل إيجابي في تحسين نوعية الإنتاج والخدمات، وكذا ابتكار طرق جديدة للعمل.

د. **الموردون:** يمكن أن ينظر للعلاقة بين الموردين والمؤسسات الاقتصادية على أنها علاقة مبنية على الثقة المتبادلة والوثيقة جدا. لذلك يتوقع كل طرف من الطرف الآخر أن يصون هذه العلاقة ويحترمها ويبادر إلى تعزيزها. ويتعلق الأمر بخلق نوع جديد من العقود مع موردي المؤسسة تتمثل في عقود على المدى الطويل، وليس الهدف هو الحصول على أفضل الأسعار فقط بقدر ما هو الحصول على خدمات ومنتجات ذات نوعية جيدة وخلال فترات دائمة ومستمرة وبذلك تعم الفائدة كلا الطرفين أي المؤسسة والموردين.

هـ. **المجتمع المحلي:** يمثل المجتمع المحلي شريحة مهمة من المستفيدين. نقصد بهم كل من يقطن أو يعيش حول محيط وحدات الإنتاج ويتأثرون سواء بصفة مباشرة أو غير مباشرة من هذا النشاط الذي تمارسه المؤسسة. إن حياة وتطور المجتمع والتجمعات المحلية تعتمد وبشكل مباشر على التأثيرات الاقتصادية للمؤسسات خاصة فيما يخص توفير مناصب الشغل، بالإضافة إلى مساهمة الضرائب والجمعيات في المحافظة على الخدمات العامة وكذا التجارة. والمؤسسات الاقتصادية مجبرة على توطيد العلاقة مع المجتمع المحلي باعتبارها تدعم النظرة الإيجابية لتلك المؤسسات التي تبادر بتعزيز العلاقة مع هذا المجتمع. والمؤسسة الاقتصادية التي ترى نفسها متحلية بالمسؤولية الاجتماعية عليها أن تجد أساليب وطرقا تسعى من خلالها إلى تلبية متطلبات المجتمع المحلي.

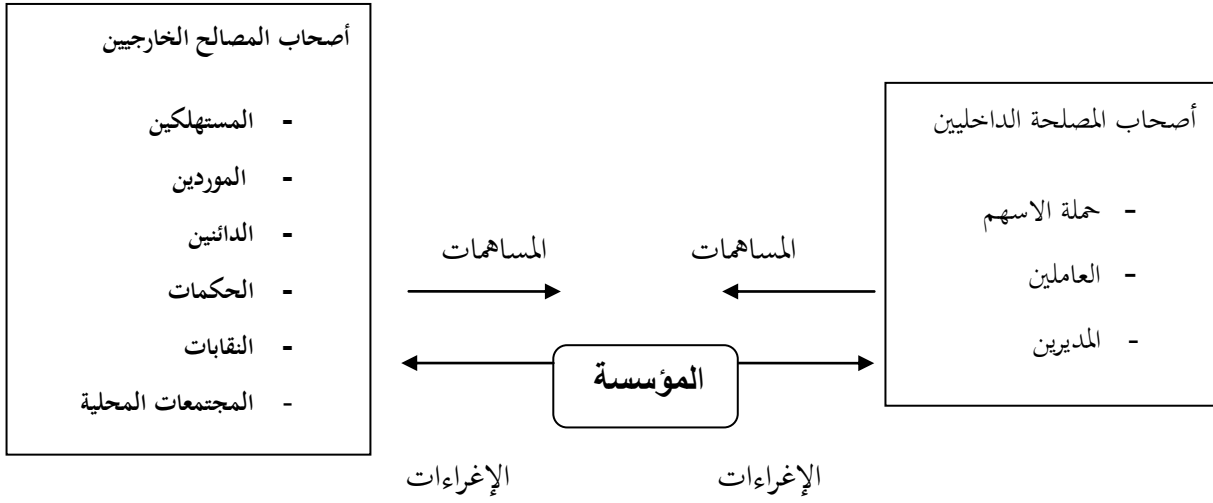
و. **البيئة الطبيعية:** ويقصد بها كل من التربة والماء والهواء. وقد أصبح المجتمع معنيا بشكل كبير وبتزايد مستمر بالآثار البيئية التي تتركها الممارسات المختلفة للمؤسسات الاقتصادية على صحة الإنسان أولا وعلى النباتات والحيوانات والمياه والتربة والهواء من آثار.

ز. **جماعات الضغط:** منذ ثلاثة عقود تقريبا تجمعت بعض الهيئات التي لها أثر دولي تحت لواء منظمات غير حكومية يكمن دورها في إثارة الرأي العام وكذا الإعلام حول الممارسات السيئة للمؤسسات الاقتصادية التي تطالب من مسيرتها بأن يكونوا أكثر شفافية وذلك بتقديم إيضاحات في حالة ما إذا لاحظوا الاستغلال السيئ للنفوذ الذي تحوز عليه بعض المؤسسات مثل المنافسة غير الشريفة ومخالفة قوانين العمل وتلويث البيئة. وتعاني كثيرا كبريات المؤسسات الاقتصادية عبر العالم من هذه الجماعات حيث أن تصرفات البعض منها أدى إلى تدهور سمعتها وصورتها كأن تطالب مثلا من الرأي العام من مقاطعة منتجاتها وقد يترتب عليه أيضا آثار سلبية من الجانب المالي بسبب انخفاض قيمة أسهمها في البورصة وانسحاب المستثمرين. ومن الأمثلة على جماعات الضغط يمكن ذكر كل من منظمة العفو الدولية ومنظمة السلام الأخضر green peace وأطباء بدون حدود Medecins Sans Frontieres والصندوق العالمي للطبيعة وكذا رابطة فرض الضرائب على المعاملات المالية لمساعدة المواطنين. ولتفادي الضرر الذي قد يلحق بالمؤسسات نتيجة تصرفات جماعات الضغط، تقوم بعض المؤسسات بإبرام علاقات مع بعض المنظمات غير الحكومية من خلالها تسعى إلى تنمية ورفع الوعي البيئي والاجتماعي لدى الرأي العام وتبرهن أن تصرفاتها كلها تنصب تحت ما تقتضيه المبادئ التي تقوم عليها المسؤولية الاجتماعية للشركات.

ح. **الحكومة:** الحكومة فئة من المستفيدين تعيرها المؤسسات الاقتصادية أهمية كبيرة باعتبارها الممثل القانوني للدولة.

ط. **المنافسون:** تنتظر المؤسسات الاقتصادية المتنافسة من بعضها البعض عدالة المنافسة ووضوح آلياتها والاتفاق على إجراءاتها وأن لا تكون منافسة غير عادلة وشريفة.

الشكل رقم (I-2): أصحاب المصلحة والمؤسسة



المصدر: : Sharles W.L Hill et Gareth R.Jones ,Essentials Of Strategic Management:

بتصرف من الباحث

3-3 إدارة أصحاب المصلحة: إدارة أصحاب المصلحة تمكن رجال الأعمال من وصف وفهم وتحليل وإدارة

علاقتها بين الشعوب الهامة التي تؤثر وتتأثر بعملياتها، وبالتالي فتح المجال لحماية مصالحها على المدى

الطويل. وبالتالي يؤسس كارول خمس خطوات رئيسة التي يمكن طرحها من أجل اتخاذ المكونات الأساسية لبناء إدارة

فعالة لأصحاب المصالح:

- ✓ تحديد أصحاب المصلحة.
- ✓ تحديد حصصهم.
- ✓ توضيح الفرص والتحديات التي يقدمها أصحاب المصلحة.
- ✓ تصور الأبعاد الحالية للمسؤولية الاجتماعية للمؤسسات (مسؤولية اقتصادية، أخلاقية، قانونية، طوعية)
- ✓ لأصحاب المصلحة.

✓ وضع الإستراتيجيات ولإجراءات والقرارات الواجب اتخاذها للتعامل مع هذه المسؤوليات¹.

3-4 مضمون نظرية أصحاب المصلحة: تنص نظرية أصحاب المصلحة على أنه يجب أن ينظر إلى جميع

أصحاب المصلحة في عملية صنع القرار في المؤسسة. كما تنص النظرية على أن هناك ثلاث أسباب يجب مراعاتها: أنها الطريقة الصحيحة أخلاقيا للتصرف - القيام بذلك في الواقع يفيد أيضا المساهمين أنه يعكس ما يحدث فعلا في المؤسسة².

أفرزت المدارس الفكرية ورؤى الباحثين الأكاديميين عددا من المنظورات أو التوجيهات أو التصورات التي تفترض نماذج لآطر عمل نظرية أصحاب المصالح بالمؤسسات ، والتي من بينها الآتي:

- المنظور الوسيلى **Instrumental Perspective**: هو مدخل استراتيجي يفيذ أن المؤسسة التي

تتبنى مدخل أصحاب المصالح في الإدارة الإستراتيجية. في حالة ثبات العوامل الأخرى، سوف تحقق عوائد مالية أعظم من تلك التي تقوم بذلك. و يستعمل هذا المنظور لتحديد مدى وجود الارتباطات المتوازنة أو الاختلافات المتخبطة بين إدارة أصحاب المصالح و تحقيق الأهداف الإستراتيجية للمؤسسة³.

-المنظور الوسيلى التجريبي **Descriptive/Empirical perspective**: يرى Donaldson et

Preston أن نظرية أصحاب المصالح وصفية،و من هذا المنظور يتصرف المديرون داخل المؤسسة مع مراعاة مصالح و مطالب مختلف الأطراف الفاعلة.ولذلك يتم استخدام هذا الأسلوب بوصف و شرح الميزات و أحيانا سلوكيات معينة مثل طبيعة المؤسسة، طريقة تفكير المديرين حول غدارة المؤسسة، كيفية إدارة المؤسسات للممارسات التنظيمية في نشر المعلومات المجتمعية،أصحاب المصلحة المستهدفين وأهميتهم بالنسبة للمؤسسة. ولكن هذا النهج

¹ Cegato Luis Francisco Bertomeu,Corporate Social Responsibility In Brazil :A Case Study Of The Barazilian Consumers Perception, maters thesis, MA in corporate communication,Denmark,Aarhus universsity,2009,p31

² Growth Davidd Et Aras Guler, Corporate Social Respensibility, London :Ventus Publishing APS,2008,pp30-31.

³ العنزي سعد،مرجع سبق ذكره،ص12.

الوصفي يقدم اقتراحات استكشافية ولا يمكن إجراء الاتصال بين إدارة أصحاب المصالح و الأهداف التقليدية للمؤسسة¹.

– المنظور المعياري **Normative perspective**: يرى أصحاب هذه النظرية أن أصحاب المصلحة

لهم مصالح مشروعة في المؤسسة، وأن هذه المصالح لها قيمة جوهرية. وهذا يعني أن كل مجموعة من أصحاب المصلحة تستحق النظر فيها بحد ذاتها، ليس فقط بسبب قدرتها على التأثير على مصالح مجموعة أخرى. و هكذا تحاول النظرية المعيارية لأصحاب المصلحة الإجابة على السؤال: ما هو الشيء الصحيح الذي ينبغي حمله لحساب المؤسسة و مديرها؟².

– المنظور البيئي **Ecological perspective** : يفترض أن أفعال الأفراد هي التي تصيغ المؤسسات

و تصاغ هي أيضا من خلالها، وفي نفس الوقت المؤسسات تعد هي الفاعل أو اللاعب الأساسي بالنسبة للقوى البيئية، ليس فقط في عمل ما يحتاجونه للتكيف، ولكن أيضا من خلال المرور عبر دورات الحياة الكلية، الاندماج و الموت و التي يتم انتقائها عبر عمليات مختارة³. وبالتالي تنظر هذه النظرية إلى مجمل العلاقات التي تربط أصحاب المصلحة بنشاطات و قرارات المؤسسة.

ثالثا: أنماط المسؤولية الاجتماعية النقاط السابقة التي تم من خلالها عرض و مناقشة كل ما يتعلق بمهية

المسؤولية الاجتماعية من حيث تعدد مفاهيمها؛ وتطورات التي طرأت على المصطلح من حيث الدلالة و العمق و المراحل التاريخية ذات التأثير البالغ فيه يوحي بأن الأدبيات الاقتصادية للمسؤولية الاجتماعية للمؤسسة الخاصة و العامة متعددة من حيث الأنماط و الآراء و التوجهات بحكم أن الالتزام الاجتماعي الطوعي للمؤسسة الاقتصادية لاسيما الخاصة ليس له نطاق محدود واضح المعالم، سواء تشكلت المشكلة الاجتماعية بشكل مباشر

¹ Ayadi Salma Damak , , Op.cit.p18.

² Hill Brand Jens, Op.cit.p29

³ Vracem Paul Van Et Umflat Maritime Jansens, Comportement De Cconsommateur-Facteur D'influence Externe, Belgium :De Boek-Wwesmael,1994,P13

عن نشاط المؤسسات الاقتصادية أو بصفة غير مباشرة وحتمية لتطور المجتمعات وخصائصها. ومن أهم تلك الأنماط التي صنفت ضمن مناهج عامة نذكر¹:

المنهج الأول: تعتبر أنماطه من أشهر أنماط المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة وأكثرها تداولاً، إذ من خلال

التبع التاريخي لظهور وتطور مفهوم المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات تظهر جملة المتغيرات التي زادت من تأثير المؤسسات في مجتمعاتها والسعي المتبادل والمشاركة لتحسين نوعية الحياة. يضم هذا المنهج نمطين في تبنيها للمسؤولية الاجتماعية و تناقصهما ولد نمط ثالث متوازن.

■ النمط الاقتصادي: أو ما يعرف بنمط المسؤولية الاقتصادية يقوم أساساً على هدف تعظيم الأرباح بغض

النظر عن أي مساهمة اجتماعية؛ ويمكن أن تتولد هاته الأخيرة كعامل محصل للهدف الأساسي و تعتبر نتائج ثانوية لذلك يصنف على أنه نموذج أحادي النظرة و المسؤولية² من أهم أنصار هذا النمط Friedman. و غالبية المؤسسات الخاصة على أساس هذا النمط الذي يعد نمطاً كلاسيكياً مقارنة بالمستجدات.

■ النمط الاجتماعي: مناقض تماماً للنمط الأول إذ يجعل من المؤسسات الاقتصادية وحدات اجتماعية بدرجة

كبيرة همها وهدفها وغايتها الأولى المجتمع ومتطلباته. وهذا أمر يتسم بدرجة عالية من الصعوبة لموازنة الأداء

الاقتصادي و التزامات الاتجاه الاجتماعي على الصعيدين الداخلي و الخارجي؛ خاصة مع تزايد مطالب المجتمعات

المعاصرة ومن أهم مناصري هذا النمط جماعات السلام الأخضر و الأحزاب الاجتماعية. و يستحيل على المؤسسة

الاقتصادية الخاصة أن تستجيب لذلك أو أن تعتمد هذا النمط بشكل عام في نشاطها.

■ النمط المتوازن (اقتصادي_ اجتماعي): تقارب وجهات النظر بشكل أكثر موضوعية و واقعية أدى لبروز

النموذج المتوازن للمسؤولية الاجتماعية إذ يركز على البعدين الاقتصادي و الاجتماعي على حد سواء بحكم أن

المؤسسات تمثل جملة من المصالح لأطراف متعددة، و اتساع رقعة التخصصة ساهمت في الترويج لهذا النمط إذ

¹ طاهر محسن منصور الغالي، صالح مهدي محسن العامري، المسؤولية الاجتماعية و أخلاقيات الأعمال، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص 62.

² جم عيود نجم، أخلاقيات الإدارة و مسؤولية الأعمال في منظمات الأعمال، الطبعة الأولى، الوراق للنشر و لتوزيع، عمان، 2006، ص222.

تطمح المجتمعات في أن تتحمل المؤسسات الخاصة مسؤولياتها إلى جانب الحكومات التي أثقل كاهلها بمتطلبات المجتمع المتزايدة و اللا متناهية فباتت تبحث عن شريك فعلي لذلك، في حقيقة الأمر يبدو طبيعياً لمؤسسات العالم المتقدم لكن يعد مشكلة من أكبر المشاكل في الدول النامية بحكم أن الهاجس الأول لمؤسساتها الخاصة هي تحقيق أقصى الأرباح (أي الأداء الاقتصادي)، ومتطلبات وطموحات أفراد المجتمع تلقى على عاتق المؤسسات العمومية التي قد يجرفها التيار الاجتماعي إلى أبعد الحدود مضعفاً بذلك أداءها الاقتصادي.

المنهج الثاني: اهتم ببعدها المسؤولية الاجتماعية الداخلي والخارجي من حيث مدى التزام المؤسسة تجاه

أصحاب المصالح ذوي العلاقة المباشرة وغير مباشرة وهو الآخر على ارتباط بتطورات المحيط العام للمؤسسة و درجة تأثيره على هته الأخيرة لتبني المسؤولية الاجتماعية بشكل تدريجي. طورت في إطار ثلاث أنماط وهي:

■ النمط الكلاسيكي: و هو مماثل للنمط الاقتصادي للمنهج السابق الذكر، يقوم في جوهره على مبدأ العقلانية الاقتصادية الساعية إلى تعظيم الأرباح وأي مجهود للمؤسسة سواء مع الزبائن أو العمال يسخر لتحقيق أقصى ربح ممكن - إن لم نقل مستحيل.

■ النمط الإداري: يعتبر بداية التوجه العقلاني للفكر الإداري في إطار تغيير البيئة و مركباتها، و تنامي الوعي

الجماهيري و تركيزه على ما تقدمه المؤسسات الاقتصادية للمجتمع من خلال ما يتبناه مسيرو ومستحدثي

(مقاولي) المؤسسات الخاصة لتحقيق المنفعة الذاتية لمؤسساتهم بالإضافة إلى منافع أطراف المجتمع التي تحقق

بالاعتماد على دعائم موازنة المصالح .

■ النمط البيئي: تسارع وتيرة المستجديات و توسع حجم نشاط المؤسسات الاقتصادية وبشكل محدد الخاصة

و تعالي أصوات الجماهير بضرورة تبني المؤسسات مسؤولية اجتماعية أعمق تمس كافة الأطراف وتصنع المنفعة

العامّة في الصدارة وفوق أي اعتبار و العمل الجدي لتحسين نوعية حياة الأفراد و الاهتمام بكل متطلبات للحفاظ على البيئة¹ و سلامة الأجيال الحالية والمستقبلية.

المنهج الثالث: هو الآخر تبلورت أنماطه من جراء تطور مفهوم المسؤولية الاجتماعية وعلى تقارب من النهجين السابقين؛ إلا أنه اهتم بنظرية العقد الاجتماعي في إطار ضرورة تحمل المؤسسة أيًا كانت طبيعة نشاطها للكلفة الاجتماعية ليقوم بذلك ثلاث أنماط وهي:

■ النمط التقليدي: يرى أن أي التزامات للمؤسسة الاقتصادية التي تتعدى التزامها الأساسي و المتمثل في تقديم منتوجات تستجيب لحاجات المجتمع و ترتقي لتطلعاته هي محل تقدير مسيري و مستحدثي المؤسسة بما يتوافق و إمكانيات المؤسسة شريطة أن لا يضعف ذلك من درجة أدائها الاقتصادي و لا يؤثر على الأهداف الاقتصادية. النمط الاجتماعي: سبق وأشرنا من خلال المنهج الأول إلى أن هذا النمط كان وليد النقد المستمر للنمط الاقتصادي القائم على تعظيم الأرباح، و المطالب بضرورة إدماج الأهداف الاجتماعية لأهداف المؤسسة بنفس درجة الاهتمام بالأهداف الاقتصادية، تأثر هذا النمط بالفلسفات الماركسية المنادية بانتقال مسؤولية الرقابة على كل نشاط داخل المجتمع من إطار المسؤولية الخاصة إلى المسؤولية العامة .

■ نمط الكلفة الاجتماعية: يستند هذا النمط إلى نظرية العقد الاجتماعي وما حققته من تطورات، إذ بموجبها أضيفت مسؤوليات و التزامات لأعباء المؤسسة، وفي إطارها تعد المسؤولية الاجتماعية مهمة ووظيفة جديدة لمسيرين ومستحدثين المؤسسات لها كلف شأنها شأن باقي المهام لا بد أن تحتسب ضمن القرارات الاقتصادية ومن المفترض عدم التخلي عنها من وجهة نظر معاصرة في علاقة المؤسسة بالمجتمع.

■ **المنهج الرابع:** المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة الاقتصادية تقوم على جملة من الأبعاد تكسبها قابلية للتكليف وفقاً لقياسات مختلفة ترتكز على درجة تأثير أصحاب المصالح باختلافهم. و على أساس شمولية محتوى المسؤولية

¹ تامر البكري و أبي سعيد الديويجي، " إدراك المديرين لمفهوم المسؤولية الاجتماعية " المجلة العربية للإدارة، المجلد رقم 2، العدد الأول، 2001، ص 22 .

الاجتماعية خلص CARROLL إلى جوهرها الذي يقوم على أربع أبعاد وظفها بشكل هرمي متسلسل .
الشكل (3-I) يوضح ذلك . قاعدة الهرم تجسد المسؤولية الاقتصادية إذ أن دعوة المؤسسات الاقتصادية لاسيما الخاصة إلى زيادة الاهتمام بالمسؤولية الاجتماعية لا يعني تخليها عن مسؤوليتها في تحقيق الربح وإنما لابد أن يكون في إطار الاعتدال بين مفهوم المؤسسة ذات الغرض الوحيد (أقصى الربح) و مفهوم الشركة الأم الراحية (*) أي المهمة و الملتزمة و المستجيبة للمسؤولية الاجتماعية في حدود المسؤولية القانونية بصفتها المطالب الأساسية للمجتمعات، مما يسمح برقي المؤسسة إلى المسؤولية الأخلاقية بتبني قرارات و إستراتيجيات تتجنب من خلالها الإضرار بالأطراف المختلفة. وكل ذلك يسمو بها إلى المواطنة بتحقيقها المسؤولية الخيرة.

الشكل رقم (3-I): أنماط المسؤولية الاجتماعية لـ CARROLL



المصدر: طاهر محسن منصور الغالي، صالح مهدي محسن العامري، المسؤولية الاجتماعية و أخلاقيات الأعمال، ط3، عمان: دار

وائل للنشر، 2010، ص 83

(*) ما يعرف بالمصطلح الاقتصادي الإنجليزي Metrcorporation ، نجم عبود نجم ، مرجع سبق ذكره ، ص 212

المنهج الخامس: أخذت الأبحاث المرتبطة بالمسؤولية الاقتصادية و الأداء الاجتماعي في التطور و التعمق أكثر

فأكثر و ساهمت أبحاث CARROLL و آخرون في إثراء هذا الحقل لاسيما فيما يرتبط بأبعاده ليكشف عن

منهج المسؤولية الاجتماعية الشاملة المتضمن ل :

■ البعد الخير الشامل: يتضمن مختلف صور الخير و البر و الإحسان التي كثيرا ما تتجسد في تبرعات تخضع

لإستراتيجية خيرية تعمد إليها المؤسسة بشكل دائم مستمر دعما منها لمسائل المجتمع المرتبطة بالتنمية.

■ بعد المسؤولية الشاملة : يتضمن كل أنشطة المؤسسة و مبادراتها التي تعكس تمتعها بمسؤولية عالية اتجاه المجتمع

من تحسين البيئة و تقليل التلوث والاستغلال العقلاني للطاقة و العمل على ترشيده وكذا تحسين ظروف العمل

و فتح الباب أمام الأقليات و المعوقين و إنتاج كل ما هو صحي وآمن...

■ بعد السياسة الشاملة: يعبر عن موقف المؤسسة اتجاه المسائل السياسية و القضايا الاجتماعية التي يشهدها

المجتمع و فرض نفسها على الساحة وقد يشمل مبادرات طوعية تمس كل شرائح المجتمع أو فئات معينة منه

من جملة النماذج نستشعر مدى عمق موضوع المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات و ثرائه إذ لا يمكن أن يحد في

زاوية معينة أو ينمط بشكل قاطع نظرا لدرجة التكامل بين مختلف الأنماط و تدرجها بصفة عملية لا تتوقف على

الطرح النظري فقط، و ترتقي بالمؤسسة الخاصة إلى أن تكون شريك فعلي في إحلال التنمية المستدامة بكل أنواعها

بالتأكيد وفق ما تمتلكه من إمكانيات دون أن تهمل دور المستحدث و الروح المبادراتية لديه في تبنى ذلك الالتزام

بشكل طوعي و العمل على تنميته ليلبغ الشمولية.

رابعا: خصائص المسؤولية الاجتماعية: تتميز المسؤولية الاجتماعية ببعض الخصائص الرئيسية منها:

1- التوازن بين التكوين البيولوجي للإنسان والتكوين الاجتماعي: المسؤولية الاجتماعية للفرد تعكس توازن بين

التكوين البيولوجي للإنسان والتكوين الاجتماعي، وهو ما يعني من ناحية أن الإنسان بحكم تكوينه البيولوجي

والخلقي مؤهل لأن يتحمل المسؤولية الاجتماعية. يؤكد ذلك امتلاك الإنسان للعقل المدرك والقادر على إدراك

المسؤولية، بقول تعالى في ذلك "إنا عرضنا الأمانة على السموات والأرض والجبال فأبين أن يحملنها وأشفقن منها وحملها الإنسان إنه كان ظلومنا جهولاً" سورة الأحزاب الآية 72، وهو ما يعنى أن الإنسان كائن مخلوق ومؤهل للقيام بأدوار اجتماعية. ويسمى عالم الاجتماع تالكوت بارسونز Talcott Parsons هذه الحالة بالاستعداد Need-Disposition أي أن الإنسان كائن مخلوق لكي يقوم بأدوار ويتحمل مسؤوليات اجتماعية. وإستناداً إلى هذا البعد الفطري أو الخلقى في الإنسان، فإنه يكتسب مسؤولياته الاجتماعية الواحدة تلو الأخرى من خلال التنشئة الاجتماعية. عبر مؤسسات التنشئة الاجتماعية المختلفة، حيث تؤسس فيه هذه المؤسسات بنية المسؤولية الاجتماعية بجوانبها المتعلقة بالواجبات أو الحقوق.

2- تبين المسؤوليات الاجتماعية وفقاً لمجموعة من المتغيرات الاجتماعية: ارتباطاً بذلك بتباين المسؤوليات

الاجتماعية التي تقوم بها الإناث عن الذكور استناداً لمتغير النوع، وكذلك تباين المسؤوليات الاجتماعية استناداً إلى متغير السن، حيث يلعب هذا المتغير دوراً محورياً في تحديد قدر المسؤولية الاجتماعية للشخص. بالإضافة إلى ذلك نجد أن لمتغير المستوى الاجتماعي الاقتصادي فاعلية في هذا الصدد، حيث نجد أن مساحة المسؤولية الاجتماعية تتسع عند الأغنياء مقارنة بمساحة المسؤولية الاجتماعية للفقراء. وتأكيداً لذلك نجد أن المرجعيات الدينية تتحدث عادة عن مسؤوليات الأغنياء تجاه الفقراء، تأكيداً لذلك تفرض واجبات معينة على الأغنياء تجاه الفقراء، كالزكاة مثلاً. كما تباين المسؤولية الاجتماعية حسب متغير التعليم، فملكية البعض لرأس المال التعليمي أو الثقافي أو الاجتماعي أو منها جميعاً. يجعل من هذه الفئة المالكة نخبة تكون بالتالي مسؤولياتها الاجتماعية أكثر اتساعاً مقارنة بالمسؤوليات الاجتماعية للجماهير. في هذا الإطار نستطيع التأكيد على قاعدة أنه كلما كان الإنسان أكثر انتماء للمجال العام وأكثر ارتباطاً به، كلما اتسعت مساحة مسؤوليته الاجتماعية بصورة واضحة.

3- عدم الاختلاف بين المجتمعات: تشير هذه الخاصية للمسؤولية الاجتماعية إلى أنها لا تختلف بين المجتمعات،

فجميع البشر لديهم مسؤوليات اجتماعية تجاه المجتمع، وفي هذا الإطار من الضروري أن نميز في المسؤولية

الاجتماعية للفرد من عدة أبعاد أساسية. أول هذه الأبعاد تتمثل في طبيعة مسؤوليات الفرد تجاه التكوينات الاجتماعية داخل المجتمع. فكلما كانت التكوينات الاجتماعية ذات طبيعة أثنية، كلما كان ثقل الواجبات بالنظر إلى الحقوق في بنية المسؤولية أعلى. غير أننا إذا انتقلنا من نطاق التكوينات الاجتماعية الإثنية ذات الطبيعة التقليدية إلى المجتمع، فإننا سوف نلاحظ توازنا في بنية المسؤولية بين الحقوق والواجبات¹. وارتباطا بذلك فإنه كلما قطع المجتمع شوطا على طريق التقدم، وكلما إبتعد عن التكوينات الإثنية، وكلما تحققت بصورة نسبية دولة الرفاهية، كلما تضخم مكون الحقوق مقارنة بمكون الواجبات. بحيث تصبح حقوق المواطن على الدولة واضحة ومعترف بها مقارنة بالدولة المتخلفة التي لا تعترف بأن للمواطن حقوقا إلا على الصفحات الورقية للدستور. من الأبعاد الأساسية للمسؤولية الاجتماعية للفرد أنها تتشكل في اتجاهين، فهناك مسؤولية للفرد تجاه الآخر داخل المجتمع. فعلى الفرد عديد من الواجبات تجاه الآخرين كما أن له حقوق عليهم، وهو ما يمكن أن نسمية بالمسؤولية في بعدها الأفقي. بالإضافة إلى ذلك يوجد البعد الرأسي للمسؤولية الاجتماعية، وهي مسؤولية الفرد تجاه المجتمع، فعليه استنادا إلى مرجعية المواطنة حزمة من الواجبات في مقابل أن له حزمة من الحقوق².

4- ميل المسؤولية الاجتماعية للتوسع: تؤكد الخاصية الرابعة على ميل المسؤولية الاجتماعية للتوسع، وهو ما

يعنى أن هذه الخاصية تعنى أن هناك دوائر متتابعة للمسؤولية، إبتداءا من مسؤولية الفرد في نطاق الأسرة وحتى مسؤوليته كفرد في هذا العالم. وفي هذا الإطار فإننا نلاحظ أن عبور الفرد إلى دوائر أوسع من المسؤولية، يستند إلى بعدين أساسيين.

— البعد الأول: النمو أو التطور العمري إذ نجد أن الإنسان كلما كبر كلما اضطلع بمسؤوليات أوسع، كالانتقال من حدود المسؤولية الأسرية إلى نطاق مسؤولية الفرد في العمل، بحيث تصبح مسؤولية العمل مضافة إلى مسؤولية الفرد.

¹.Parsons. Talcott, The Social System. The Free Press, Glencose, Illinois,1922,P.62 .

² ناديا متى فخرى، المسؤولية الاجتماعية، عناصرها ومظاهرها وكيفية تمتتها، <http://www.islamonline.net/servlet>، بتاريخ 11-3-2015.

- **البعد الثاني:** فيتصل بتحرك الفرد من مجال الأسرة حيث المجال الخاص إلى المجال العام، ومن المجال العام إلى مركز المجال العام. و في هذه الحالة فإننا نجد أن هناك بعض الأفراد الذين تتوقف مسؤولياتهم عند حدود الأسرة أو العمل، غير أن هناك بعض الأفراد الآخرين الذين تتسع مسؤولياتهم الاجتماعية، حينما ينضموا إلى النخبة الاجتماعية والثقافية. بحيث يضيفوا إلى مسؤولية العمل مسؤوليات عامة بحكم كونهم من النخبة، وفي هذه الحالة تتسع مسؤولياتهم لتصبح مسؤوليات عن المجتمع ككل. وعلى ذلك نجد أن مساحة المسؤولية الاجتماعية للكبار مقارنة بالصغار وللرجال مقارنة بالنساء، وللعقلاء مقارنة بفاقدى العقل، ولمن هم في أعلى السلم الاجتماعي لمن هم في الأدنى¹.

5- التوازن بين الحقوق والواجبات: تؤكد الخاصية الخامسة على تميز بنية المسؤولية الاجتماعية بالتوازن بين الحقوق والواجبات. وإذا كانت الواجبات هي التي كانت في البداية هي المفروضة على الفرد استناداً إلى وازع أخلاقي بداخله أو أوامر دينية تفرض عليه ذلك، أو أن هذه الواجبات هي عبارة عن لزميات متوقعة من الآخر الذي يتدرج حتى الآخر العام. في مقابل ذلك فإننا نجد أن من حق الفرد على المجتمع أن يحصل على الفرص التي تتيح له إشباع حاجاته الأساسية، وهي التي يعبر عنها عادة بصيغ حقوق الإنسان². و في هذا الإطار فإننا نجد أنه كلما تحقق التوازن بين الواجبات والحقوق، كلما تقوى ارتباط الفرد بمجتمعه وتأكيد انتمائه له، وكلما انعكس ذلك على دعم المواطنة. أما إذا اهتز التوازن بين الواجبات والحقوق، كأن يفرض المجتمع مثلاً في الدولة على الفرد كثيراً من الواجبات. فإن مثل هذا الموقف يصبح قهرياً، وإذا استمر لفترة طويلة، فإنه قد يضعف انتماء الفرد لمجتمعه، خاصة أن الأخير يفرض عليه القيام بالواجبات دون أن يمنحه حقوقه في إشباع حاجاته الأساسية. والعكس صحيح فإنه إذا إختل التوازن لصالح الحقوق، فإنه ينشر حالة من الإسترخاء في المجتمع. كما أنه يقتل الطوعية والإرادية في الأفراد وقد

¹ ناديا متى فخرى، المرجع السابق. نفس الصفحة.

² على ليلة، فلريدو بارتو ودورة الصفوة في إطار النظام، المكتبة المصرية للنشر والتوزيع.

يؤدي ذلك إلى ضعف الانتماء بحيث يصبح مدخلاً لحالة من عدم الاستقرار الاجتماعي¹، يحدث ذلك إذا لم تكن ثمة عدالة قائمة فيما يتعلق بتوزيع الحقوق والواجبات بين مختلف أفراد المجتمع أو جماعته.

6- الوازع الأخلاقي: تذهب الخاصية السادسة إلى أن الوازع الأخلاقي يعد أحد الخصائص الأساسية للمسؤولية

الاجتماعية، ويرجع ذلك إلى أن سلوك الفرد والأدوار التي يؤديها في مختلف المجالات الاجتماعية تكون موجهة بثلاثة أبعاد أساسية²:

- من خلال منظومات القيم كموجهات ثقافية عامة، حيث يعنى توجيهها لأداء البشر لأدوارهم الاجتماعية تعبير عن بعد أخلاقي.

- القيم والمبادئ تتسلل إلى داخل الفرد، من خلال عملية التنشئة الاجتماعية لتشكّل ضميره الداخلي، الذي يدفعه إلى أداء أدواره أو مسؤولياته الاجتماعية حسبما يفرض أو يتطلب المجتمع ذلك.

- يتصل بصيغة التوقعات المتبادلة حيث يعمل الوازع الأخلاقي هنا باتجاه تطابق أداء الفرد لأدواره التي تعكس، وفائه بمسؤولياته الاجتماعية تطابقاً مع توقعات الآخر، ابتداءً من الفردي إلى العام أو المجتمع³. بالإضافة

إلى ذلك هناك الوازع الأخلاقي للوفاء بالمسؤولية الاجتماعية من خلال تحول الثقافة ومنظومات القيم إلى

أعراف وتقاليد وقواعد وقوانين تفرض ضرورة قيام الأفراد بمسؤولياتهم الاجتماعية تجاه الجماعة أو المجتمع، وإلا واجه الفرد العقاب بسبب تقصيره عن الوفاء بأي من متطلبات المسؤولية الاجتماعية.

¹ إميل دوركايم والتصور الوظيفي للمجتمع، المكتبة المصرية للنشر والتوزيع.

³ . Manne, Henry G. & Henry C. Wallich, The Modern Corporation and Social Responsibility, Rational Debate Series, American Enterprise Institute For Public Policy Research, Washington, D. C. P13.

المبحث الثالث: علاقة المسؤولية الاجتماعية بأخلاقيات العمل و القانون و أخلاقيات الإدارة

لا شك في أن هناك علاقة قوية بين المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الإدارة. وأن هذه العلاقة في أكثر الأحيان أدت إلى الربط والتداخل بين الاثنين، حيث إن الحديث عن إحداهما يرتبط بشكل صريح أو ضمني بالحديث عن الأخرى كما أن الأدبيات الحديثة في الإدارة تشتمل على فصل نمطي يحمل عنواناً مثيراً هو: المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الإدارة. فكيف إذن يمكن أن نحدد العلاقة بينهما؟ وهل هي علاقة تطابق أي أن كل ما يدخل ضمن المسؤولية الاجتماعية للشركة هو من أخلاقيات الإدارة وبالعكس، أم هي علاقة تكامل، أم غير ذلك؟ وما علاقة كل منهما بالكفاءة بوصفها هدفاً أساسياً للأعمال وبالقانون بوصفه الحد الأدنى الأخلاقي (Law) الاجتماعي المطلوب من المجتمع وعلى شركات الأعمال الالتزام به.

للإجابة عن هذه التساؤلات لابد من التطرق للمفاهيم المتعلقة بكل من أخلاقيات العمل و أخلاقيات الإدارة تم محولة استنتاج العلاقة بينهما كما يراها الباحثين و المختصين في المجال.

أولاً- أخلاقيات الأعمال:

إن الأخلاقيات في مكان الأعمال من وجهة نظر الفكر الإداري هي أن الأعمال الأخلاقية هي الأعمال الجديدة إذا ارتبط هذا المفهوم بالعديد من المواضيع والمهام المنظمة كالإدارة والعاملين و العمل والقيادة والمديرين لأنها ترشد وتعزز السلوك الجيد والسلوك غير الجيد وتعد أخلاقيات العمل اليوم من الأمور المهمة لشغل الوظيفة في المنظمة إذ يتم التأكيد عليها من إدارتها لأنها تعد بمثابة الرقابة الذاتية للفرد لأنه يستطيع أن يميز بين الصواب والخطأ في سلوكه أثناء العمل. ولهذا يتم استقطاب الأفراد ذوي الأخلاقيات* العالية للعمل في المنظمة على أساس أن هؤلاء الأفراد هم الذين يجلبون الأخلاقيات لها أو أن المنظمة تستمد أخلاقياتها من الأفراد العاملين فيها .

* كلمة الأخلاق في اللغة يراد بها: الطبع و السجية و المروءة و الدين، و الى هذا ذهب ابن المنصور، اما اصطلاحاً عرفها الغزالي بأنها " هيئة راسخة في النفس تصدر عنها الأفعال بيسر و سهولة من غير حاجة إلى فكر و روية". و قد عرفها بعض العلماء بأنها " التحلي بالمليح و التخلي عن القبيح " .

1 -تعريف أخلاقيات الأعمال : هناك عدة تعريفات لأخلاقيات العمل نذكر منها:¹

- المبادئ و المعايير التي تعتبر أساس للسلوك المستحب من أفراد العمل و يتعهد أفراد بالالتزام بها.

- المبادئ و المعايير التي تعد مرجع للسلوك المطلوب لأفراد المهنة الواحدة و التي يعتمد عليها المجتمع في تقييم أدائهم إجابا أو سلبا.

- هي مجموعة عامة من المعتقدات و القيم و المبادئ التي تحكم سلوك الفرد في اتخاذ القرارات و تمييز بين ما هو صواب و ما هو خطأ، جيد ،سيء، حلال حرام.و لا يمكن فصل أخلاقيات العمل عن الأخلاق العامة للفرد بل يجب على الفرد أن يتعامل مع مشاكل العمل من منطلق المعايير الأخلاقية العامة التي يؤمن بها و من هذه القيم ما يلي:(الأمانة، إطاعة النظم،احترام الآخرين، المساعدة و التعاون،الصدق، العدل،الرحمة،الولاء،التحكم في النفس، السجاعة).

• يمكن تعريف أخلاقيات العمل في المنظمة بأنها ” اتجاه الإدارة وتصرفها اتجاه موظفيها وزبائنها والمساهمين والمجتمع عامة وقوانين الدولة ذات العلاقات بتنظيم عمل الأفراد ”².

• أما Daft فيشير إلى أنها مجموعة المبادئ السلوكية والقيم التي تحكم سلوك الفرد أو الجماعة في التمييز بين الصواب والخطأ³.

إن مفهوم أخلاقيات العمل يشير إلى معرفة الخطأ والصواب في موقع العمل ومحاولة عمل ما هو صواب وجيد في المنتجات أو الخدمات التي تقدمها المنظمات تجاه ذوي العلاقة بالمنظمة من أصحاب المصالح.إن المنظمة تضع معايير إلى جانب المعايير الذاتية للأفراد والجماعات والتي تعمل جميعها كمحددات للسلوك تجاه مسؤوليات وواجبات العمل .

¹ بلال خلف السكارنه، أخلاقيات العمل، عمان،الأردن، دار المسيرة للنشر و التوزيع،2011،ص20.

²الاونكتاد ، السياسات العامة للإعمال وهيكل التنظيم الأساسية ، المنهج الدولي لمؤتمر الامم المتحدة للتجارة والتنمية ، الجمع العربي للمحاسبين القانونيين، عمان الأردن. 2001 ،ص194.

³ Daft, Richard L., (1997), **Management**, 4th ed. Dryden Press, Orlando, USA.p142

من خلال التعاريف السابقة يمكن أن نستنتج :

أخلاقيات أعمال هي مجموعة القواعد والسلوكيات والمدونات التي يفرضها مسيرو المؤسسة من خلال نظامهم الإداري.

-من الضروري أن يتبنى أفراد المؤسسة تلك الأخلاقيات.

-يجب أن تتجلى أخلاقيات الأعمال في تصرفات سلوكيات كل فرد سواء اتجه المؤسسة أو الأطراف المتعاملة.

2- أهمية أخلاقيات الأعمال : تكمن أهمية أخلاقيات الأعمال سواء بالنسبة للمؤسسة أو الأفراد الذين ينتمون

إليها أو للأطراف ذات المصلحة في أنها تعد أمرا مهما في تقوية مدى الالتزام بمبادئ العمل الصحيح الذي بإمكانه

توجيه المؤسسة نحو مفهوم أوسع يبرر وجودها

وإذا أردنا الإشارة إلى أهمية أخلاقيات الأعمال فإننا سنحاول إيرادها في شكل نقاط على النحو التالي:

➤ تساعد مختلف الشرائح المكونة للموارد البشرية للمؤسسة بالالتزام بالأهداف المرسومة لهم بالاستناد إلى قيم

المؤسسة التي تؤثر فيهم .

-تسهل عملية صنع القرار وتحقق احترام كل الأطراف سواء من داخل أو من خارج المؤسسة.

-تولد لدى العاملين الشعور بالثقة والفخر بالانتماء للمؤسسة.

- تعزيز سمعة المؤسسة على صعيد البيئة المحلية والإقليمية والدولية وهذا أيضا له مردود إيجابي على المؤسسة .

-إن الحصول على شهادات عالمية كشهادات الإيزو أو جوائز الجودة الشاملة يقترن بالالتزام من قبل المؤسسة

بالعديد من المعايير الأخلاقية في إطار الإنتاج والتوزيع والاعتراف بالخصوصيات والعمل الصادق والثقة

المتبادلة ودقة وصحة المعلومات،بعبارة أخرى الشهادة الدولية بالالتزام بالمعايير الفنية في الإنتاج تحمل في

طياتها اعترافا بمضمون أخلاقي و اجتماعي أظهرته منظمة الأعمال.

➤ أنها وسيلة للنهوض بالأمة، ذلك أن التاريخ يخبرنا أن سقوط كثير من الأمم و الحضارات كان بسبب انهيار الأخلاق كما قرر ذلك ابن خلدون وغيره و قد سئل احد وزراء اليابان ما سر تقدم اليابان فأجاب لتركيبتها الأخلاقية.

3- مصادر أخلاقيات الأعمال: من أهم خصائص السلوك الإنساني أنه مسبب و هادف و مدفوع، فهو لا يأتي من فراغ حيث تقف عدة عوامل ورائه، و لذا فإن التعرف على مصادر السلوك و دراستها و تحليلها، و توظيفها بشكل سليم لصالح المؤسسة أمر في غاية الأهمية. إضافة إلى أن التعرف على مصادر السلوك لدى الأفراد في المؤسسة يفيد في التنبؤ بالظواهر المرتبطة بهذا الجانب، و من ثم السيطرة عليها أو التكيف معها بالشكل الذي يكون في صالح المؤسسات. و تستند أخلاقيات الأعمال إلى ركنين أساسيين:

الأول: نظام القيم الاجتماعي و الأخلاقي، الأعراف و التقاليد السائدة في المجتمع.

الثاني: نظام القيم الذاتي المرتبط بالشخصية والمعتقدات التي تؤمن بها، وكذلك خبرتها السابقة.

و إجمالاً يمكن أن نحدد مصادر أخلاقيات الأعمال التي تتجسد في السلوك الأخلاقي بالآتي¹:

- التربية العائلية: حيث تمثل العائلة النواة الأولى لبناء السلوك لدى الفرد.

- ثقافة المجتمع، عاداته و تقاليده: حيث يتأثر سلوك الفرد بمؤثرات خارجية كثيرة أهمها ثقافة المجتمع، و المجتمعات

الإنسانية تتباين في نوع ثقافتها و إعطائها أولويات لقيم معينة دون أخرى كذلك العادات و التقاليد الموروثة .

- المدرسة و نظام التعليم: يلعب النظام التعليمي دوراً مهماً في المجتمع وفي تكوين القيم الأخلاقية و تنمية السلوك

الأخلاقي لدى الفرد.

- التأثير بالجماعات المرجعية.

- مجتمع العمل.

¹ أحمد محمد البوني، اخلاقيات الاعمال و أثرها في تقليل الفساد الإداري، متوفر على الموقع www.nazaba.iq/conf7-soci5.pdf تاريخ التصفح 19-2011، ص24.

- القوانين و التشريعات الوطنية تتمثل بالمعايير القانونية الموثقة.
- الخبرة المتراكمة و الضمير الصالح .
- البيئة المحيطة: كالعوامل الاقتصادية، الجغرافية، الاجتماعية.

ثانيا: مفهوم أخلاقيات الإدارة

- مع انه ليس هناك تعريف محدد و دقيق لأخلاقيات الإدارة، فإن العديد من المختصين و الدارسين لهذا الموضوع حاولوا تقديم التعريفات التي تساعد على فهم هذا المصطلح و مدلوله :-
- عرف الأخلاق ريو و بايرز (Rue et Byris) بأنها: المعايير و المبادئ التي تهمين على سلوك الفرد و المجموعة من الأفراد و بالتالي فإن أخلاقيات الإدارة هي مجموعة من المعايير و المبادئ التي تهمين على السلوك الإداري ويتعلق بما هو صحيح او خطأ.¹
 - عرفها ايفانسفنتج و زميلاه (Ivancevitch et al): غن أخلاقيات الإدارة تمثل خطوطا توجيهية للمديرين في صنع القرار، و أن أهميتها تزداد بالتناسب مع آثار و نتائج القرار، فكلما كان نشاط المدير أكبر تأثيرا في الآخرين ازدادت أهمية أخلاقيات ذلك المدير.²
 - فالوك (P.W.Van Valak) يعرف أخلاقيات الإدارة بأنها: الدراسة المنهجية للخيار الأخلاقي التي يتم من خلالها اختيار ما هو جيد.³
 - أما (P.F.Draker) يرى أن الأخلاق في الإدارة هي: العلم الذي يعالج الاختيارات العقلانية على أساس التقييم بين الوسائل المؤدية إلى الأهداف.⁴

¹ L, W? rue and L, Byars (1989) Management, Irwin Homewood Illinois.pp.602-603.

² بلال خلف السكارنه، أخلاقيات العمل، عمان، الأردن، دار المسيرة للنشر و التوزيع، 2011، ص13.

³ المرجع السابق، ص14.

⁴ المرجع السابق، نفس الصفحة.

- فمن خلال التعريفات السابقة يلاحظ التركيز على المبادئ و المعايير في السلوك الإداري و منهم من أضاف بعدا علميا للأخلاقيات حتى يمكن استيعابها ضمن علم الإدارة. إلى جانب البعد الموضوعي و ذلك لإضفاء الطابع المنهجي العلمي على الأخلاقيات التي هي أشد حاجة إليها كي تصبح الأخلاقيات علما و فنا :
- علما من ناحية تحليل و توجيه الأعمال وفق اختيارات منهجية عقلانية نحو مسؤوليات متوازنة في علاقاتها مع بعضها وهذا هو جانب العلم فيها.
- نحو مسؤوليات إضافية تتسم بالتنوع و الخصوصية البيئية و الخلفية التاريخية المتميزة في علاقاتها مع المجتمع و هذا هو جانب الفن من جهة أخرى.

ثالثا-العلاقة بين المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات العمل و أخلاقيات الإدارة :

- أشار (Kirrane) إلى انه هناك تماثل بين أخلاقيات العمل والمسؤولية الاجتماعية إذ أن حركة المسؤولية الاجتماعية ما هي إلا إحدى جوانب منهج شامل من أخلاقيات العمل .
- أما (Daft) فقد أوضح بان الأخلاقيات تتعلق بالقيم الداخلية والتي هي جزءاً من البيئة الثقافية للمنظمة وأيضاً بأشكال القرارات المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية وذلك بما يتصل بالبيئة الخارجية. إذ أن المسألة الأخلاقية تؤثر على تصرفات الفرد أو المجموعة أو المنظمة بشكل (سليبي أو ايجابي) على الآخرين¹. في حين وصف (Wehrich and Koontz) أخلاقيات العمل بأنها كل ما يتعلق بالعدالة وبعض النواحي مثل توقعات المجتمع والمنافسة بنزاهة والإعلان والعلاقات العامة والمسؤولية الاجتماعية².

¹ Daft, Richard L., **Management,2003,op.cit,p139.**

² Wehrich, Heinz and Koontz, Harold, **Management: A Global Perspective**, International Edition, McGraw Hill Inc., New York, USA,193,p70.

ويمكن القول أن أخلاقيات العمل هي الإطار الشامل الذي يحكم التصرفات والأفعال تجاه شيء ما، وتوضح ما هو مقبول أو صحيح وما هو مرفوض أو خاطئ بشكل نسبي في ضوء المعايير السائدة في المجتمع بحكم العرف والقانون، والذي تلعب فيه ثقافة المنظمة والقيم وأنظمة المنظمة وأصحاب المصالح دوراً أساسياً في تحديده¹.

وهذا ما ينسحب على مفهوم المسؤوليات الأخلاقية والتميزية، فالمسؤوليات الأخلاقية تشمل سلوكاً متوقفاً يتجاوز الالتزامات القانونية والمسؤوليات المتميزة تشمل سلوكيات محددة سابقة للفعل لحماية رفاهية المكونات الرئيسية. فإدراك المسؤوليات الأخلاقية والتميزية للأعمال ليس لديها التزامات بيئية وقانونية فالأعمال ليست مسؤولة فقط عن مالكيها ولكن عن موظفيها وزبائنها والمجتمع بشكل عام، إضافة إلى مجاميع أخرى ونتيجة لذلك فإن زيادة الأرباح يجب أن تكون الهدف الوحيد للأعمال ويجب أن تسود القناعة بان الأموال المحوّلة إلى أفعال اجتماعية في المدى القصير سينتج عنها تحسينات في المجتمع تجعل من السهل بقاء الأعمال والتمتع بالأرباح طويلة الأمد².

في البدء لا بد من التأكيد على أن الأخلاقيات كانت نزوعاً أسبق لدى الأفراد في المجتمع من مسؤوليتهم الاجتماعية، وهي أيضاً أسبق لدى الأفراد في الشركات من المسؤولية الاجتماعية. ولا شك في أن النزوع الأخلاقي كان قديماً، في حين أن الكثير من المفاهيم ومواقف المسؤولية الاجتماعية ترتبط بالتطورات الحديثة في المجتمع كما هو الحال في الدعوة الاجتماعية البيئية (لا تُلوث البيئة) التي تمثل موقفاً اجتماعياً ووعياً جديداً ومسؤولية اجتماعية جديدة.

ومع أن المسؤولية الاجتماعية تحمل جانباً أخلاقياً مما يعطيها بعداً أعمق من التسميات وامتداداً أبعد من ظهور المصطلح في التداول في الستينيات، إلا أن ممارسة الشركات لمسئوليتها الاجتماعية تحد من إمكانية جعل المسؤولية الاجتماعية قديمة قدم الأخلاقيات في عمل الأفراد. ومن التحليل يمكن التوصل إلى استنتاج مهم وهو أن مفهوم

¹ المعاضيدي محمد عصام احمد، اثر أخلاقيات العمل في تعزيز إدارة المعرفة"، دراسة لآراء عينة من تدريسي جامعة الموصل، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الادارة والاقتصاد، جامعة الموصل 2005، ص6.

² Bedeian, Arthur G., Management, New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1993, p133.

المسؤولية الاجتماعية هو (Enlightened Self-Interest) وليد المصلحة الذاتية المستنيرة وليس نتاجاً مباشراً لرؤية أخلاقية اجتماعية في الأصل فهي وليدة النموذج الاقتصادي القائم على الكفاءة (تعظيم الربح) وسرعان ما أظهر هذا النموذج أن البعد الواحد الكفاءة فقط بأبعاده السلبية على الأطراف الأخرى وعلى المجتمع سيكون أكثر تكلفة وتضحية للشركة من النموذج الاقتصادي الاجتماعي الذي يقوم على الرؤية المتعددة الأبعاد والمتوازنة ما بين الاعتبارات الاقتصادية والاعتبارات الاجتماعية . لهذا يمكن القول: إن ظهور وتطور مفهوم المسؤولية الاجتماعية يكمن في النموذج الاقتصادي نفسه، وبالمصلحة الذاتية الصرفة التي لم تعد قادرة بأشكالها القديمة على مجازاة التطور في المفاهيم والممارسات الجديدة، فتحولت إلى نمط المصلحة الذاتية المستنيرة الأكثر توازناً . وهذا ما يمكن ملاحظته من خلال ما يأتي:

- لقد أصبح واضحاً للشركات أن الإخلال بالمسؤولية الاجتماعية والالتزامات في المجتمع ليس هو العمل الأرخص فالحاكم يمكن أن تجعل (الشركات المخلة بمسئوليتها الاجتماعية في دوامة طويلة الأمد وأمام تكاليف وتعويضات لا قبل لها بها، وبشكل لا يقارن مع التكاليف التي تتحملها عند قيامها بالالتزامات الاجتماعية، مما يعني أن المسؤولية الاجتماعية هي بحق نتاج تحليل رشيد للمنفعة العائدة في ظل ظروف جديدة.

- إن القانون الحديدي للمسؤولية قائم على التلويح بالتشريع لإخبار الشركات بأن عليها الالتزام بمسئوليتها الاجتماعية، وفي حالة عدم تبنيتها للمبادرة الطوعية في ذلك فسيتم فرضها بالقانون . والحالات الكثيرة التي صدرت فيها قوانين منظمة منذ بداية هذا القرن في الدول الصناعية يمكن أن توضح حقيقة مهمة وهي أن شركات الأعمال كانت تعمل أولاً لمصلحتها الاقتصادية الصرفة لتأتي المسؤولية الاجتماعية لتجبرها على إعادة النظر في ذلك، سواء لتجنب قوانين جديدة أو للالتزام بقوانين قائمة.

- إن التحليل الاقتصادي لشركات الأعمال يوضح أن المسؤولية الاجتماعية يمكن أن تدفع أي شركة إلى أن تكون لها عوائد مقابل نفقاتها . وهذا ما يجعلها في أحيان كثيرة مقبولة ومبررة من الناحية الاقتصادية أيضا فهي وسيلة فعالة

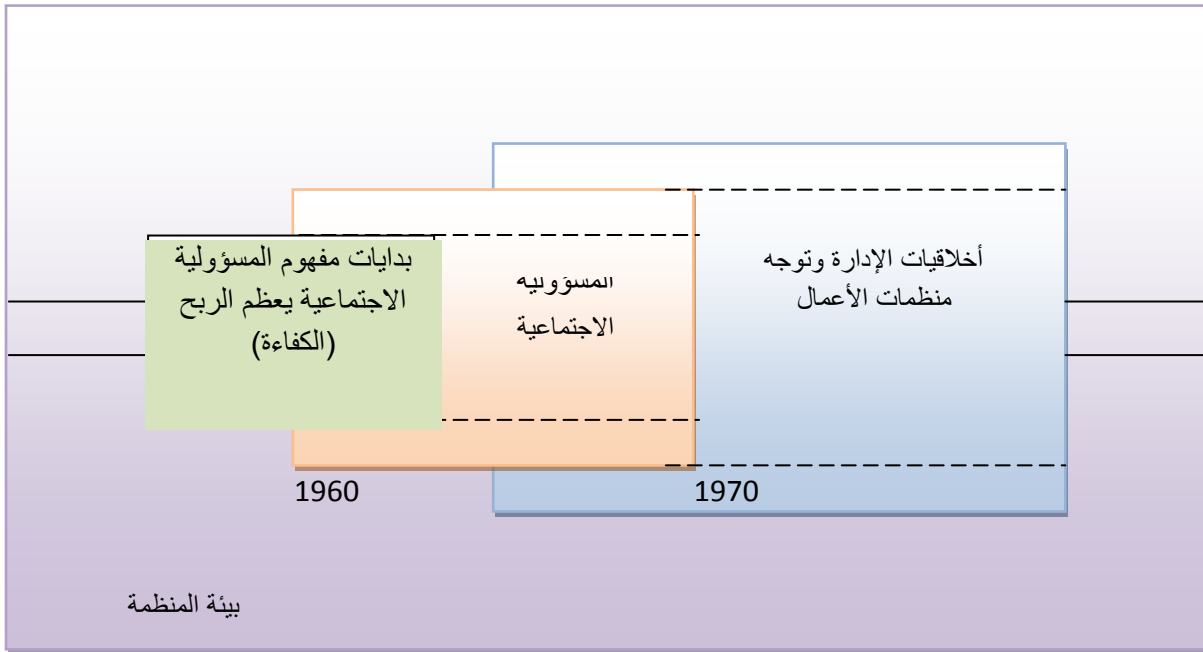
في تعزيز سمعة الشركة والشعور الودي والصورة الذهنية الملائمة لدى العملاء . وهذه الفكرة كانت تنسجم مع فكرة بيتر دراكر التي أشرنا إليها في أن العميل خارج الشركة وحده هو الذي يخلق الربح، أما داخل الشركة فلا يوجد إلا مراكز التكلفة. وبالتالي فإن المسؤولية الاجتماعية في هذا التحليل الاقتصادي هي ضرب من مبادلة الربح قصير الأمد بآخر أهم (Tradeoff) وأبقى هو الربح طويل الأمد

لهذا كله يمكننا القول: أن المسؤولية الاجتماعية وجدت تطبيقها في المجال الاقتصادي بلغة الوحدات الاقتصادية . ولا شك في أن الأخلاقيات هي أبعد من الحسابات الاقتصادية، لأنها تقتزن بالنزعات الأخلاقية للإنسان سواء أكان مديراً أم غير ذلك . ولأن ما هو صحيح وجيد مطلوب، ليس لأنه يمثل مصلحة المدير أو مصلحة الشركة وهذا قد تحققه المسؤولية الاجتماعية أيضاً وإنما هو مطلوب لذاته لأنه صحيح وجيد . ومن المناسب هنا أن نشير إلى الفكرة التي قدمها نورمان بوي بأن عمل (N.Bowie) الشركة الذي يمثل جانباً من المسؤولية الاجتماعية، لا يكون أخلاقياً إلا إذا كانت الشركات الأخرى لا تقوم بذلك العمل والواقع أن مثل هذه الأفكار تجعل الأخلاقيات من نوع الحالات المطلقة أي أن الأخلاق تأتي في المرتبة الأولى أولاً حتى لو تضاربت مع المصالح الأساسية التقليدية للشركة، في حين أن المسؤولية الاجتماعية هي من نوع الحالات النسبية أي بالمقارنة مع المصالح والأطراف الأخرى ذات العلاقة بالشركة.

ومن جهة أخرى فإن المسؤولية الاجتماعية التي تعتبر في تحليلنا جزءاً من المفهوم الواسع للكفاءة في المدى الطويل تعتبر أكثر انسجاماً مع الأخلاقيات وتعبيراً عنها، مقارنة بالكفاءة بمفهومها الضيق الذي كان سائداً في النموذج الاقتصادي القائم على تعظيم الربح .. والربح فقط . ومن المؤكد أن الأخلاقيات في السلوك العام للأفراد في المجتمع تعمل على دعم المسؤولية الاجتماعية كما تمثل أساساً قوياً للتطور نحو مفاهيم جديدة لأخلاقيات الإدارة التي تطورت فيما بعد . ذا يمكن من خلال تطور النظرة أن يتم الحديث عن العلاقة بين الكفاءة) النموذج الاقتصادي (والمسؤولية الاجتماعية) النموذج الاقتصادي الاجتماعي (وأخلاقيات الإدارة) نموذج التحول كما في الشكل

(4-I) الذي يظهر أولوية الكفاءة في المرحلة الأولى منذ الثورة الصناعية وحتى بداية الستينيات، والمرحلة الثانية حيث التأكيد على المسؤولية الاجتماعية إلى جانب التأكيد على الكفاءة منذ بداية الستينيات إلى السبعينيات، والمرحلة الثالثة حيث التأكيد على أخلاقيات الإدارة إلى جانب المسؤولية الاجتماعية والكفاءة منذ بداية السبعينيات. إذن يمكن القول أن هنالك تداخل كبير بين المفاهيم وبالتحديد بدايات ممارسة شكل من أشكال المسؤولية الاجتماعية منذ الثورة الصناعية وبدايات القرن العشرين داخل المصانع ومن خلال الاهتمام بظروف بيئة العمل ونوعيتها وهكذا وبعد السبعينيات أصبح للمسؤولية الاجتماعية بعد أخلاقي جعلها تتداخل مع أخلاقيات الإدارة عموماً. والشكل التالي يوضح أبعاد هذا التداخل¹.

الشكل (4-I): التداخل بين المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الإدارة



المصدر: نجم ، نجم عبود ، أخلاقيات الإدارة في عالم متغير ، الطبعة الأولى ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، سلسلة بحوث ودراسات ، القاهرة ، 2000، ص147.

¹ نجم نجم عبود ، أخلاقيات الإدارة في عالم متغير ، الطبعة الأولى ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، سلسلة بحوث ودراسات القاهرة ، جمهورية مصر العربية، 2000، ص147.

ويؤكد (الطه)¹ أن الأخلاقيات في السلوك العام للإفراد في المنظمة تعمل على دعم المسؤولية الاجتماعية كما تمثل الأساس لتطور مفاهيم جديدة لأخلاقيات الإدارة التي تطورت بدورها فيما بعد.

فالمسؤولية الاجتماعية، التي تتمثل ببعد رسمي ضمن القانون من جانب يكون لها بعد آخر أخلاقي من جانب آخر يتمثل في الالتزام بالمبادرات الاجتماعية الطوعية التي تعبر عن النزعات الأخلاقية أكثر من الامتثال للقانون.

رابعاً- القانون و للمسؤولية الاجتماعية: لا بد من التأكيد في البداية على أن القانون يتم بإلزام رسمي وهو بهذا أداة فرض وإلزام. فما أتى ضمن القانون فهو مسموح، ومن يتجاوز القانون يمكن أن يقاضى فيعاقب بالجزاء أو التعويض الملائم. والقانون أيضاً هو القيم الرسمية المقبولة بالحد الأدنى من قبل المجتمع من الناحية الاجتماعية والأخلاقية. لهذا فإن القانون أفضل قاعدة للتعامل الرسمي التعاقدية الملزم الذي يمثل المكافئ المتعادل والمتوازن إلى حد ما لصالح جميع الأطراف في فترة معينة هي فترة نفاذه في التطبيق (دون أن نغفل أن القانون قد يكون في حالات معينة ينحاز لطرف أو فئة على حساب أطراف أو فئات أخرى). فإذا كانت قوة الإلزام في القانون هي نقطة قوته من حيث التطبيق العملي، فإنها تمثل أيضاً نقطة الضعف فيه من منظور المسؤولية الاجتماعية كالإلزام الاجتماعي وكاتجاه إيجاب ومن منظور الأخلاقيات كمعايير ومبادئ أخلاقية عالية.

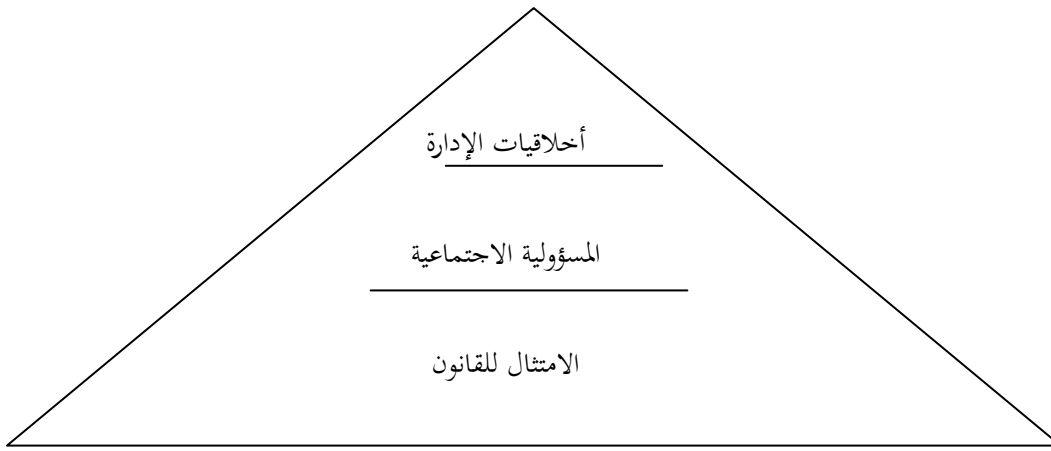
تتمحور المسؤولية الاجتماعية للشركات على التزام هذه الأخيرة بالعمل من أجل تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية، خاصة وأنها كثيراً ما تلحق بالبيئة أضراراً معتبرة مع استنزاف الثروات عند أدائها لأعمالها (فنتقب طبقة الأوزون، وتلوث البحار هي أمثلة عن مخلفات الصناعة وتطور العصر الحديث)، والمسؤولية الاجتماعية تفتقر إلى تعريف محدد وقاطع يكتسب بموجبه قوة إلزام قانونية وطنية أو دولية فهذه المسؤولية لا تزال أدبية في جوهرها ومعنوية، أي أنها تستمد قوتها وقبولها وانتشارها من طبيعتها الطوعية الاختيارية.

¹ الطه شهاب محمد محمود، المسؤولية الاجتماعية والأخلاقية للمنظمات الإنتاجية في توفير مبدأ حماية المستخدم بالتطبيق على مجموعة من المنظمات العراقية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل 2002، ص 32-36.

لهذا فإن مصطلح المسؤولية الاجتماعية للشركات غير مناسب من الناحية القانونية لأن المسؤولية تعني أنه يجب على الشركات حتماً ولزماً القيام بأعباء الاجتماعية لصالح المجتمع أو الفئات المستهدفة وإذا لم تقم بذلك فإن الشركات تكون عرضة للمسائلة الجنائية والمدنية والإدارية في حين أن الواجب الملقى على عاتق الشركات في هذا الشأن واجب أخلاقي طوعي وليس قانوني ملزم.

وفي ضوء هذا التحليل يمكن أن نشير إلى نمط التطور في الالتزام العام لنقول إن القانون يمثل الحد الأدنى من الالتزام، وهو بهذا الوصف يشكل قاعدة هرم الالتزام العام لتأتي بعده في التدرج المسؤولية الاجتماعية لتمثل المستوى المتوسط من حيث الالتزام، ومن ثم أخلاقيات الإدارة التي تقف عند قمة الهرم في الإلزام والشكل التالي يوضح هذا التدرج في الالتزام.

الشكل (I- 5): التداخل بين القانون و المسؤولية الاجتماعية و أخلاقيات الإدارة



المصدر: نجم نجم عبود (2000)، أخلاقيات الإدارة في عالم متغير، الطبعة الأولى، المنظمة العربية للتنمية الإدارية سلسلة بحوث ودراسات القاهرة، جمهورية مصر العربية ص 147.

ويلاحظ من الشكل أن هناك قدرًا من التداخل، فالقانون يحمل بعداً اجتماعياً وأخلاقياً بوصفه قيماً رسمية ذات أبعاد اجتماعية وأخلاقية، وهو بهذا المعنى لا يمكن أن يمثل وسيلة أو أداة محايدة من النواحي الاجتماعية

والأخلاقية. كما أن المسؤولية الاجتماعية في جانب منها لها بعد رسمي مفروض بالقانون، وفي جانب آخر منها تكون ذات بعد أخلاقي يتمثل في الالتزام بمبادرات اجتماعية طوعية تعبر عن نزعات أخلاقية أكثر من الامتثال لقانون مفروض وكذلك الحال في أخلاقيات الإدارة فهي بقدر ما تحمل بعداً رسمياً قانونياً في الامتثال والالتزام بالقوانين المشرعة وتعليمات الشركة حيث ترى فيهما إلى حد كبير تعبيراً عن القيم الرسمية التي يتبناها المجتمع فهي ذات بعد اجتماعي في التزامها بما هو صحيح وجيد مما يمثل مصالح الأطراف الأخرى ومصلحة المجتمع¹.

فتكليف المسؤولية الاجتماعية على أنها مبادرة تقوم بها الشركات بصفة طوعية هذا يعني أن التكليف القانوني للمسؤولية الاجتماعية للشركات سيكون على أساس واجب أخلاقي وليس قانوني، ومع هذا فإن هناك بعض مظاهر وصور المسؤولية الاجتماعية تعد واجبا قانونيا ملزما مثل دفع ورفع الأضرار التي تحدثها الشركات بالمستهلكين أو البيئة وكذا تنفيذ القوانين واللوائح والتعليمات والمعايير والمقاييس والمواصفات ذات الصلة بأعمال الشركات².

خامسا: مؤشرات قياس مستوى المسؤولية الاجتماعية

لقياس مستوى المسؤولية الاجتماعية لمنظمات الأعمال في ظل تدعيم ريادةها وتنافسيتها، تستخدم مؤشرات أساسية **أولاً- المؤشرات الاجتماعية:** إن قياس الأداء الاجتماعي هو معيار للحكم على مدى وفاء المنظمة بالتزاماتها ومسؤولياتها الاجتماعية، أي الحكم على الفوائد الاجتماعية لنشاطها الاقتصادي. وبذلك تتلخص مؤشرات الأداء الاجتماعي في الآتي:³

- **مؤشر الأداء الاجتماعي للعاملين بالمنظمة:** ويشمل جميع تكاليف الأداء بخلاف الأجر الأساسي الذي تقدمه المنظمة للعاملين لديها بغض النظر عن مواقعهم التنظيمية أو نوع أو طبيعة أعمالهم. وتقوم المنظمة بالالتزام بتوفير كافة العوامل اللازمة لخلق وتعميق حالة الولاء والانتماء للعاملين كالاهتمام بحالتهم الصحية وتدريبهم وتوفير لهم

¹ نجم عبود، مصدر سابق، ص 148.

² عبد المؤمن شجاع الدين: "المسؤولية الاجتماعية للشركات بين الفقه والقانون"، كلية الشريعة والقانون، جامعة صنعاء، ص 14.

³ - حارس كريم العاني، دور المعلومات الحاسوبية في قياس وتقييم الأداء الاجتماعي للمؤسسات الصناعية، المؤتمر العلمي الرابع حول: الريادة والإبداع، كلية العلوم الإدارية والمالية، جامعة فيلادلفيا، الأردن، 15-16/03/2005، ص: 9.

محيط عمل جيد خالي من كل المخاطر وكل الوسائل اللازمة لحمايتهم من الحوادث وتحسين وضعهم الثقافي والاهتمام بمستقبلهم عند انتهاء فترة خدماتهم وما إلى ذلك.

- **مؤشر الأداء الاجتماعي للمجتمع**: ويتضمن كافة تكاليف الأداء التي تهدف إلى إسهامات المنظمة في خدمة المجتمع مشتملة بذلك على التبرعات والمساهمات للمؤسسات التعليمية والثقافية والرياضية والخيرية ومؤسسات التكفل بالفئات الخاصة، إضافة إلى تكاليف الإسهامات في برامج التعليم والتدريب الاجتماعي ومشاريع التوعية الاجتماعية وعدد مناصب الشغل التي توفرها المنظمة لأفراد المجتمع وما إلى ذلك.

ولقياس العمليات المرتبطة بمجال الأداء الاجتماعي للمجتمع نميز بين مجموعتين، تتعلق الأولى بمساهمة المنظمة في حل المشاكل الاجتماعية بطريقة مباشرة من خلال قيامها بعمليات اجتماعية معينة كتوظيف عمالة زائدة وتوظيف المعوقين والمساهمة في توفير مراكز لرعاية الطفولة والمسنين، أما المجموعة الثانية فتتعلق بمساهمة المنظمة في حل المشاكل الاجتماعية بطريقة غير مباشرة، وذلك من خلال تدعيم الأنشطة المؤدية لها ومثال ذلك تدعيم البرامج التي تعدها المنظمات العلمية والهيئات التي تراعي الشؤون الصحية والثقافية والرياضية والمنظمات الخيرية المختصة برعاية شؤون غير القادرين على الكسب. وتجدر الإشارة هنا إلى أن هذه العمليات تدرج ضمن مجال المسؤولية الاجتماعية الاختيارية، تدرك المنظمة أنها مرغوبة اجتماعيا أو تدرك أن القيام بها تجعلها رائدا في مجال الأداء الاجتماعي.

- **مؤشر الأداء الاجتماعي لتطوير الإنتاج**: وتشمل كافة تكاليف الأداء التي تنصب في خدمة المستهلكين، حيث تتضمن تكاليف الرقابة على جودة الإنتاج وتكاليف البحث والتطوير وتكاليف ضمانات المتابعة ما بعد البيع وتدريب وتطوير العاملين وغيرها من الخدمات التي تحقق حالة الرضا عن المنافع المتأتية من المنتجات والخدمات المقدمة.

ثانيا: مؤشرات الأداء البيئي:

- من بين أهم المؤشرات لقياس الأداء البيئي العناصر الآتية:¹
- تكاليف وعدد أيام التكوين لفائدة العمال في مجال إحترام البيئة.
- معدل الإنبعاثات الغازية التي تفرزها المنظمة ولها تأثير على طبقة الأوزون.
- معدل الإنبعاثات التي تلوث الهواء.
- معدل الإنبعاثات السائلة والصلبة الملوثة للتربة والمياه.
- حجم النفايات الموزعة حسب نوعية وطبيعة معالجتها.
- حصة الفضلات التي يتم تدويرها نسبة إلى إجمالي الفضلات.
- معدل إستهلاك الطاقة والمياه والمواد الخام.
- تكاليف المساهمة في المشاريع الهادفة لحماية البيئية وصيانة مواردها الطبيعية.
- تكاليف إزالة أو تنظيف آثار التلوث المؤذية والفضلات الضارة بالصحة والبيئة ومعالجتها.
- تكاليف مخصصة لمعالجة الكوارث المأساوية.
- تكاليف التطوير واستخدام التكنولوجيات النظيفة.
- تكاليف بدائل التحسين لاستنفاد الموارد الطبيعية.
- تكاليف تبني برامج وسياسات حماية البيئية وتطويرها.
- التكاليف الإضافية الناجمة عن استخدام مواد بديلة في العمليات الإنتاجية بهدف الحد من التلوث.
- الرسوم والغرامات والتعويضات الحاصلة بسبب حماية البيئة.

¹ - عبد الرحمان العايب، عبد الرحمان العايب، التحكم في الأداء الشامل للمؤسسة الاقتصادية في الجزائر في ظل تحديات التنمية المستدامة : حالة قطاع صناعة الاسمنت بالجزائر، الملتقى الدولي حول: أداء وفعالية المنظمة في ظل التنمية المستدامة، جامعة المسيلة، الجزائر، أيام 10-11/11/2009.

- Octave Gélinier, et outre, développement durable pour une entreprise compétitive et responsable, ESF éditeur, 3^{ème} édition, 2005, P: 97.

وقد قدمت منظمة بيئية في اليابان في عام 2000 تقريراً جاء فيه التكاليف البيئية التي تعبر عن محاولة لقياس الأداء البيئي للمنظمة، وتنقسم إلى أربعة عناصر أساسية هي:¹

- حجم الاستثمارات الخاصة بالبيئة والنفقات البيئية: ويقصد به مجموع الأموال التي يتم استثمارها لتحسين أنواع المنتجات لتتوافق مع المتطلبات البيئية العالمية، وكذلك النفقات التي تصرف على أمور متعلقة بالبيئة.

- تكاليف البحث والتطوير: وتشمل التكاليف الخاصة ببحوث تحسين المنتجات لتتلائم مع المتطلبات البيئية.

- تكاليف تشمل تقييم الأضرار الصحية وأضرار المياه والمنتجات الزراعية والثروة السمكية والتربة الناتجة عن التخلص من المواد الملوثة التي تنتجها أنشطة المنشآت المختلفة.

- تكاليف متعلقة بحماية البيئة، وقد يطلق عليها أيضاً تكاليف الوقاية البيئية: والمقصود بها تكاليف التحكم أو منع الحوادث الخاصة بالآثار البيئية التي لها تأثير على البيئة، نتيجة أنشطة المنظمة والنشاطات الإنسانية الأخرى، وذلك للحفاظ على وضع أفضل للبيئة، وإزالة الآثار وتصحيح الدمار الذي حدث.

تجدر الإشارة إلى أن الممارسات الاجتماعية والبيئية لأي منظمة أعمال لا يمكن تقييمها والحكم عليها بنظرة مجردة بمعزل عن تكاليف الأضرار التي يتحملها المجتمع نتيجة للآثار السلبية للنشاط الاقتصادي لتلك الوحدة، وبذلك ينبغي إجراء الموازنة بين ما تقدمه تلك الوحدة من أداء اجتماعي لكافة الأطراف ذات العلاقة من جانب، وما لها من آثار سلبية على البيئة والمجتمع ككل من جانب آخر.²

في خضم هذا السياق فإن المشكلة الأساسية التي تعيق عملية الموازنة هي كيفية إخضاع تكاليف تلك الأضرار الاجتماعية للقياس الكمي، بمعنى آخر كيفية تحويل بعض هذه التكاليف من أضرار معنوية إلى خسائر على شكل قيم نقدية لأغراض القياس الكمي. فبعض الأضرار التي يتحملها المجتمع مثل الضوضاء أو تلوث البيئة

¹ - A study group for developing a system for environmental accounting, developing an environmental accounting system, environmental agency, Japan, 2000, PP: 11-14.

² - حارس كريم العاني، مرجع سابق، ص: 9.

قد تنعكس بشكل أو بآخر على زيادة تكاليف العلاج للأمراض ذات العلاقة بهذا التلوث، والذي تتحمله الوحدات الصحية أو أفراد المجتمع، إلا أنه يبقى من الصعب قياس بشكل مباشر ودقيق لحجم تلك الآثار.

المبحث الرابع : المواصفة الدولية ايزو 26000 للمسؤولية الاجتماعية

أولاً: مفهوم المواصفة الدولية ايزو 26000

المنظمة الدولية للمعايير (International Organization for Standardization) أيزو (ISO) هي منظمة غير حكومية لا تهدف للربح، تأسست في عام 1947، وتوجد الأمانة المركزية للمنظمة في جنيف بسويسرا، و يشارك في عضويتها 157 هيئة مواصفات قومية من مختلف دول العالم، وتعمل على رفع المستويات القياسية ووضع المعايير والأسس والاختبارات ومنح الشهادات المتعلقة بها من أجل تشجيع تجارة السلع والخدمات على مستوى عالمي في شتى المجالات.

-المواصفة القياسية هي وثيقة أعدت على أساس من الاتفاق، تم اعتمادها بواسطة منظمة معترف بها لتقدم (للاستخدام المتكرر) قواعد و إرشادات أو خواص متعلقة بأنشطة أو بنتائجها بهدف تحقيق الدرجة المثلى للنظام في إطار معين.

-أما الأيزو 26000 فهي "مواصفة دولية تعطي إرشادات حول المسؤولية الاجتماعية و من المزمع استخدامها من قبل جميع المنظمات بشتى أنواعها في كلا القطاعين العام والخاص، في كل من الدول المتقدمة و النامية وتلك التي تمر بمرحلة انتقالية و سوف تساعدهم في جهودهم الرامية للتعاون بأسلوب مسئول اجتماعيا و الذي يتطلبه المجتمع بطريقة متزايدة"¹.

¹ شركة تنمية المعرفة، المسؤولية الاجتماعية: ايزو 26000، نشرة تعريفية.

توفر منظمة الايزو "قيمة مضافة لكل المبادرات الحالية المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية، من خلال عرض مجموعة من الارشادات و التوجيهات المتكاملة، تركز على اتفاق عالمي بين الخبراء الذين يمثلون أطراف مختلفة من أصحاب المصالح، و تشجع هذه المواصفة أ على الممارسات الجيدة في مجال المسؤولية الاجتماعي في العالم ككل"¹. وتعرف مواصفة الايزو 26000 كذلك بأنها: "مواصفة عالمية تقدم الإرشادات العامة للمبادئ الأساسية للمسؤولية الاجتماعية والمواضيع والقضايا المرتبطة بها، كما أنها تتطرق للوسائل التي تمكن المنظمات من إدخال مفهوم المسؤولية الاجتماعية ضمن إطار الاستراتيجيات والآليات والممارسات والعمليات بها، وبما أن هذه المبادئ والتوجيهات لن تكون متساوية في الاستخدام، فإن المسؤولية تقع على المؤسسات في تحديد ما يهملها منها وتنفيذها بالتساوي والتعاون مع شركائها. وقد ترغب بعض المؤسسات الحكومية في استخدام هذه المواصفة إلا أنها لا تستهدف أو تغير من واجبات الحكومات .وهي مواصفة اختيارية ولا يعمل بها لأغراض الترخيص والمطابقة أو التشريع أو لإبرام أي عقود لأي صفقات كما أنها لا تقصد أن تكون من العوائق غير الجمركية للتجارة أو أن تغير من الوضع القانوني للشركات، ولذلك فإنها لا تكون مستندا قانونيا لأي إجراءات قضائية دفاعا أو اتهاما على أي مستوى محلي أو عالمي أو غيرها".²

و تعتبر المواصفة بمثابة دليل إرشادي لتطبيق مبادئ المسؤولية الاجتماعية³، كما تهدف إلى دمج ممارسات المسؤولية الاجتماعية ضمن الخطط الإستراتيجية والأنظمة والممارسات والعمليات للشركات.

¹ L'ISO et la responsabilité sociétale, <http://www.iso.org>.

² :Guest Author, **ISO 26000 and the Definition of Social Responsibility**, March 14th, 2011, on the web site: <http://www.triplepundit.com>.

³ تعطي منظمة الايزو تعطي الحق للدول المتحفظة على المواصفة ببناء مواصفة محلية في مجال المسؤولية المجتمعية في ضوء مبادئها الخاصة بما استنادا إلى المواصفة العالمية آيزو 26000.

ثانيا: هيكل و مراحل الإعداد لمواصفة ايزو 26000:

- مراحل الإعداد لمواصفة : شهدت المواصفة مرحلة اعداد طويلة قبل أن ترى النور، حيث "بدأت فكرة مشروع إيزو 26000 ابتداء من سنة 2001 من قبل منظمات حماية حقوق المستهلك، حيث كانت هذه المنظمات قلقة حيال توجهات بعض الشركات متعددة الجنسيات و متخوفة من امكانية تأثير نشاطات هذه الشركات على ظروف العمل و مستوى المعيشة، فكانت لجنة (COPOLCO)¹ المسؤولة عن العلاقات مع المستهلكين تم البدء في اجراء دراسة جدوى لوضع مواصفة قياسية للمسؤولية الاجتماعية"².

و خلصت هذه اللجنة خلصت اللجنة إلى القدرة على إعداد المواصفات القياسية الدولية الخاصة بالمسؤولية الاجتماعية، لذا تم البدء في تفعيل هذا المشروع، ففي "بداية عام 2003 قامت منظمة الإيزو بتكوين مجموعة استشارية إستراتيجية (SAG)³ لتختص بالمسؤولية الاجتماعية بهدف المساعدة في تقرير ما إذا كان هذا المشروع المعد من ايزو قد تضيف أية قيمة للمبادرات والبرامج المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية و القائمة بالفعل"⁴.

وقد خلصت المجموعة الاستشارية الإستراتيجية إلى ضرورة المضي قدما نحو إعداد المواصفة، و تم إنشاء مجموعة عمل جديدة تقوم بإعداد مواصفة قياسية دولية تقدم التوجيه فيما يختص بالمسؤولية الاجتماعية، وفي يناير 2005 صوت 37 عضوا في الإيزو على اقتراح بند عمل جديد⁵ (وهو اقتراح لإعداد مواصفة قياسية جديدة) حول المسؤولية الاجتماعية.

¹ ISO Committee on Consumer Policy (COPOLCO)

² Site AFNOR, La norme ISO 26000 en quelques mots, <http://www.afnor.org/profils/centre-d-interet/rse-iso-26000/la-norme-iso-26000-en-quelques-mots>.

³ ISO Advisory Group on Social Responsibility (SAG)

⁴ نشرة صادرة عن المنظمة العالمية للمعايرة، المشاركة في المواصفة القياسية الدولية المستقبلية أيزو 26000 حول المسؤولية الاجتماعية، ص:3.

⁵ يعد اقتراح بند العمل الجديد هو الوثيقة الأساسية إلى تقدم الخطوط الإرشادية الرئيسية لإعداد المواصفة القياسية الجديدة، وقد حصل هذا الاقتراح على أغلبية كافية ضمت 32 دولة، وقد أعربت هذه الدول عن استعدادها للمشاركة في إعداد مواصفة قياسية خاصة بالمسؤولية الاجتماعية.

و كانت التتابع الزمني لاصدار مواصفة الايزو 26000 كما يلي¹:

-تم الانتهاء من مسودة العمل الأولى في عام 2006.

-المسودة النهائية للمواصفة القياسية الدولية تم إعدادها في سبتمبر 2008 .

-إصدار المواصفة القياسية الدولية في ديسمبر 2008.

و أخيرا تم نشر هذه المواصفة في 01 نوفمبر 2010.

- **هيكل مواصفة الايزو 26000**: بنود المواصفة تتكون مسودة المواصفة العالمية ISO26000 من تمهيد

ومقدمة وسبعة بنود وعدة ملاحق، يوضح الجدول التالي بنود هذه المواصفة. وتتضمن المواصفة العناصر الآتية:²

— المقدمة: تعرض معلومات عن محتوى المواصفة القياسية الإرشادية والأسباب التي تدعو لإعدادها؛

— البند الأول:المجال يقوم هذا الجزء بتعريف موضوع المواصفة القياسية الإرشادية ومدى تغطيتها وحدود

قابليتها للتطبيق؛

— البند الثاني:المراجع القياسية:يحتوى هذا الجزء على قائمة بالوثائق إن وجدت التي يجب قراءتها بما يرتبط

بالمواصفة القياسية الإرشادية.

— البند الثالث:المصطلحات والتعاريف:يحدد هذا الجزء المصطلحات المستخدمة في المواصفة القياسية

الإرشادية والتي تتطلب تعريفا، وسوف يتم تقديم هذه التعاريف في هذا الجزء؛

— البند الرابع:سياق المسؤولية الاجتماعية الذي تعمل فيه كل المنشآت: يناقش هذا الجزء السياق التاريخي

والمعاصر للمسؤولية الاجتماعية.ويتناول أيضا المواضيع التي تبرز من خلال طبيعة مفهوم المسؤولية

الاجتماعية كما يتناول المواضيع ذات الصلة التي تم الأطراف المعنية.

¹ نشرة صادرة عن المنظمة العالمية للمعايرة، المشاركة في المواصفة القياسية الدولية المستقبلية أيزو 26000 حول المسؤولية الاجتماعية، ص:8.

² : الايزو، المشاركة في المواصفة القياسية الدولية المستقبلية أيزو 26000 حول المسؤولية الاجتماعية، مرجع سبق ذكره ، ص:9.

- البند الخامس: مبادئ المسؤولية الاجتماعية ذات الصلة بالمنشآت: يحدد هذا الجزء مجموعة من مبادئ المسؤولية الاجتماعية المستمدة من مصادر متنوعة، ويقدم التوجيه فيما يختص بهذه المبادئ، و يتم تناول المواضيع ذات الصلة التي تهم الأطراف المعنية في هذا الجزء.
- البند السادس: التوجيه بشأن الموضوعات والقضايا الجوهرية المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية: يقدم هذا الجزء التوجيه بشكل منفصل بشأن مجموعة من المواضيع والقضايا الجوهرية وربطها بالمنشآت. و يتم تناول القضايا ذات الصلة التي تهم الأطراف المعنية في هذا الجزء.
- البند السابع: توجيه المنشآت بشأن تطبيق المسؤولية الاجتماعية: يقدم هذا الجزء توجيهها عمليا بشأن تطبيق وإدماج المسؤولية الاجتماعية في المنشأة، بما يشمل على سبيل المثال السياسات والممارسات والمناهج وتحديد الموضوعات وتقييم الأداء وإعداد التقارير والتواصل، و يتم تناول الموضوعات ذات الصلة التي تهم الأطراف المعنية في هذا الجزء.
- ملاحق إرشادية: تحتوي المواصفة القياسية الإرشادية على ملاحق عند الحاجة إليها، الملحق (A) الخاص بقائمة لمبادرات تطوعية وأدوات متعلقة بالمسؤولية الاجتماعية التي تعالج جانب واحد أو أكثر من المواضيع الأساسية أو دمج المسؤولية الاجتماعية في جميع أنحاء مؤسسة ، والملحق (B) يقدم اختصارات المصطلحات المستعملة في الايزو 26000.
- بيان بالمراجع المتصلة بالموضوع. ويتبين مما تقدم أن المواصفة توفر إطار عمل يمكن للمنظمات استغلاله في الاضطلاع بمسئوليتها الاجتماعية في حدود تعيين الأطراف أصحاب المصلحة والعمل معهم لتحقيق ذلك.

ثالثا : أهداف مواصفة المسؤولية الاجتماعية ايزو 26000 : تتمثل أهداف المواصفة فيما يلي :

1: على مستوى أداء المؤسسات تجاه المجتمع

- مساعدة المؤسسات في مخاطبة مسؤولياتها الاجتماعية، و في نفس الوقت احترام الاختلافات الثقافية الاجتماعية و البيئية و القانونية و ظروف التنمية الاقتصادية.
- توفير التوجيهات العملية التي تجعل من المسؤولية الاجتماعية قابلة للتطبيق و الممارسة العملية، تعزيز مصداقية التقارير المعدة من أجل عرض تقييم ممارسات المسؤولية الاجتماعية.
- التوافق مع الاتفاقات و المبادرات الدولية المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية للشركات.
- نشر الوعي بأهمية المسؤولية الاجتماعية و التحسيس بأهميتها و مكاسبها للشركات.
- العمل المشترك على المستوى الدولي في حقل المسؤولية الاجتماعية و توحيد ممارساتها ليسهل تقييمها بشكل متماثل في الدول المختلفة.

2: على مستوى الأداء البيئي و الدور التنموي

- جعل من الممارسات العملية للمسؤولية الاجتماعية أداة لتحقيق التنمية المستدامة، و الحفاظ على الإنسان و الحيوان و البيئة، و الاعتماد على القوانين المنظمة لذلك مثل : حقوق الانسان و قوانين حماية البيئة.
- اعتبار كل قضايا التنمية كمكون أصيل لمواصفة المسؤولية الاجتماعية.
- نشر مفاهيم و ممارسات المسؤولية الاجتماعية من خلال دمجها في البرامج التنموية و التعليمية و التثقيفية و برامج البحث العلمي في الجامعات.

3: على مستوى علاقة المؤسسات بأصحاب المصلحة:

- تحسين العلاقة بين المؤسسة و باقي أصحاب المصلحة المتعاونين معها، و ذلك من خلال خلق حوار بين مشترك بين الطرفين موضوعه عن أهمية تحقيق المنافع المتبادلة.

- الالتزام بحقوق كل من العاملين و المستهلكين و الموردين، و تحسينها بشكل مستمر، في سبيل أن تتحسن الذهنية تجاه المؤسسة، و تتكاتف جهود كل الاطراف لتحقيق المصلحة العامة.
- عدم اهمال حق المجتمع في استفادته من مزايا تمنحها المؤسسة الاقتصادية الصناعية، مثل عدالة التوظيف، و منح المساعدات و الهبات لمنظمات المجتمع المدني، و المساهمة في تحقيق التنمية بكافة أشكالها.
- تحمل تبعات النشاطات الصناعية على البيئة، فان كانت نشاطات ملوثة يجب التخفيف من حدة التلوث، مع محاولة تجنب كل ما من شأنه أن يؤثر سلبا على البيئة و تفاديه.

رابعا: أهم الإرشادات و التوجيهات التي تقدمها إيزو 26000 للمنظمات

- تقدم إيزو 26000 توجيهات لجميع أنواع المنظمات، بغض النظر عن حجمها أو نشاطها أو موقعها للعمل بأسلوب مسئول اجتماعيا بتقديم إرشادات بخصوص¹:
- المفاهيم والمصطلحات والتعريفات المتصلة بالمسؤولية الاجتماعية.
 - خلفية واتجاهات وخصائص المسؤولية الاجتماعية.
 - المبادئ والممارسات المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية.
 - المواضيع والقضايا الأساسية ذات الصلة بالمسؤولية الاجتماعية.
 - تنفيذ وتعزيز السلوك المسئول اجتماعيا في المنظمة بأسرها ومن خلال سياساتها وممارساتها ضمن مجال نفوذها.
 - تحديد أصحاب المصلحة والتعامل معهم.
 - تبادل الالتزامات، والأداء و المعلومات الأخرى المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية.

شهادة الأيزو 26000 هي معيار دولي يقدم إرشادات حول المسؤولية الاجتماعية ، وهو مصمم ليستخدم من قبل جميع أنواع المؤسسات، و يساعد هذا المعيار المؤسسات في العمل بطريقة مسؤولة اجتماعيا بأسلوب أفضل ، بما يحقق النفع للمجتمع و يلي متطلبات التنمية المستدامة، و يشتمل معيار الأيزو 26000 على إرشادات طوعية، وليست واجبة . كما تعد المواصفة الدولية

¹ شركة تنمية المعرفة، المسؤولية الاجتماعية: إيزو 26000، نشرة تعريفية.

للمسؤولية الاجتماعية مرجعا رئيسا أمام جميع المؤسسات للتأسيس والعمل بمفهوم المسؤولية الاجتماعية وأهميتها في توجيه هذه المؤسسات نحو الخدمة المجتمعية في كل مشروعاتها وبرامجها.

تضمن مواصفة الايزو 26000 من ورائها المسؤولية الاجتماعية حقوق العديد من الأطراف، من أهمهم:

العمال و المستهلكين و المجتمع و البيئية، كما أن تبنيها يعكس درجة المواطنة التي تتمتع بها المؤسسات عامة، هذه المواطنة تنعكس من خلال أداء اجتماعي و بيئي متميز و عال.

المبحث الخامس: التأصيل الإسلامي لمفهوم المسؤولية الاجتماعية

إن مفهوم المسؤولية الاجتماعية في النصوص الوضعية الغربية ليس بالمفهوم الثابت. فهو محل نقاش دائم وتغيير

مستمر خاضع للظروف الاقتصادية والاجتماعية التي يمر بها العالم. في حين كل ما توصل إليه الغرب من خلال

أبحاثه طوال قرون عديدة قد جاء به ديننا الحنيف منذ 15 قرنا... فتأمل المبادئ والأسس الوضعية لمفهوم المسؤولية

الاجتماعية يجعلنا ندرك أن هذا المفهوم متأصل في ثقافتنا الإسلامية ويندرج ضمن الأمر بالمعروف والنهي عن

المنكر وهي القاعدة الإسلامية التي بها يصلح الفرد ويصلح المجتمع. إذ يقول المولى عز وجل "قد كنتم خير أمة

أخرجت للناس تأمرون بالمعروف وتنهون عن المنكر و تؤمنون بالله". (آل عمران: 110). فالإسلام هو شريعة الحياة

وهي شريعة ثابتة صالحة لكل مكان وكل زمان. و المولى عزوجل لما خلق الكون وضع له نظام أزلي لا يتبدل و

وضع له قوانين جاءت بها جميع الديانات السماوية لتحث الناس على الامتثال لها. هذه القوانين تتمثل في التزام

البشر بمكارم الأخلاق كالصدق، الأمانة، الإخلاص، العدل وغيرها. إذ يقول الرسول الكريم صلى الله عليه وسلم:

"إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق".

أولا: المفهوم الإسلامي للمسؤولية:

المسؤولية في الإسلام هي تكليف لا تشريف وهي تعني أن المسلم المكلف مسئول عن كل شيء جعل الشرع

له سلطان عليه أو قدرة التصرف فيه بأي وجه من الوجوه سواء كانت مسؤولية شخصية أو جماعية.

1-المسؤولية الشخصية: هي مسؤولية كل فرد على نفسه، عمله وعلمه، معاملات، ماله، صحته وشبابه، إذ

يقول الرسول صلى الله عليه وسلم: "لا تزول قدم عبد يوم القيامة حتى يسأل عن عمره فيما أفناه وعن عمله ما ذا عمل فيه وعن ماله: من أين اكتسبه؟ وفيما أنفقه؟ وعن جسمه فيما أبلاه؟".

2-المسؤولية الجماعية: وتتضمن المسؤولية الكبرى وتتمثل في الحفاظ على الأموال والممتلكات والمرافق

العامّة. وبهذا، فإن كل لحظة من حياة المسلم تتجسد فيها المسؤولية بكل صورها أفراداً ومجتمعات، هيئات و مؤسسات، شعوباً وحكومات. وهذا ما يتضح جلياً في قول النبي صلى الله عليه وسلم: "كلكم راع وكل راع مسئول عن رعيته". وقوله أيضاً: "ما من عبد يسترعيه الله رعية، يموت يوم يموت وهو غاش لرعيته إلا حرم الله عليه الجنة". وعليه، فإن المسؤولية في التشريع الإسلامي تشمل كل جوانب الحياة و تتمثل في:

— المسؤولية الدينية: وهي، التزام المرء بأوامر الله تعالى و نواهيه.

— المسؤولية الأخلاقية: وهي حالة تمنح المرء القدرة على تحمل تبعات أعماله وآثارها ومصدرها الضمير.

للمسؤولية الاجتماعية: وهي التزام المرء بقوانين المجتمع ونظمه وتقاليده وتتلخص في: الالتزام بقانون

الجماعة، التعاون مع الجماعة في سبيل الخير العام، كما جاء في قوله تعالى: "وتعاونوا على البر والتقوى ولا

تعاونوا على الإثم والعدوان واتقوا الله إن الله شديد العقاب". [المائدة: 2]، تقديم العمل الصالح والتنافس في

هذا السبيل. إذ يقول الحق سبحانه: "من عمل عملاً صالحاً من ذكر أو أنثى وهو مؤمن فلنحياه حياة طيبة

ولنجزيهم أحسن ما كانوا يعملون" (النحل: 97)، نشر العلم الذي يسهم إسهاماً إيجابياً في بناء المجتمع

وتطوره.

ثانياً: المسؤولية الاجتماعية للشركات إلزام أم التزام¹: من بين المبادئ التي تستند إليها المسؤولية الاجتماعية

هناك مبدأ الإدعان القانوني الذي مفاده إن تلتزم المؤسسات بدفع و رفع الأضرار التي تحدثها الشركات بالمستهلكين

أو بالبيئة و كذا احترام القوانين و اللوائح السارية المحلية و الدولية. و بهذا فان مصطلح المسؤولية الاجتماعية

للشركات ينطوي في بعض جوانبه على مسؤولية قانونية و بالتالي فهي تتضمن العناصر الأساسية للمسؤولية و هي

الإلزام و الالتزام و الجزاء. إلا أن مصدر هذه العناصر يختلف بين وجهتي النظر الوضعية و الفقهية.

أ) حسب النصوص الوضعية لا تعتبر المسؤولية الاجتماعية للشركات إلزاماً إلا في جانبها القانوني و مصدر الإلزام

هنا هو القوانين المحلية و الدولية و التزام الشركات بهذا الجانب هو بدافع احترام القوانين لتفادي الجزاء

العقابي. أما في جانبها الأخلاقي الذي هو الجانب الأهم فان المسؤولية الاجتماعية للشركات ليست إلزاماً

قانونياً و التزام الشركات بها هو طوعي إرادي مصدره الضمير. إلا أنه في واقع الأمر التزام الشركات هو بدافع

مادي إذ أنها تسعى من خلالها إلى تحسين صورتها و تعزيز مصداقيتها و الثقة في أعمالها.

¹ من خلال التعريفات والمفاهيم الخاصة بكلمة المسؤولية نجد أنها مقترنة بثلاثة عناصر أساسية و هي الإلزام، الالتزام والجزاء . فإذا انتفى الالتزام لا انتفت المسؤولية، ولو انعدمت المسؤولية فلن يكون ثمة جزاء ولا عدالة¹ لكي نبين موقع المسؤولية الاجتماعية للشركات من بين كل هذه المفاهيم لا بد أن نعرض على توضيح الفرق بين الإلزام والالتزام.

* **الإلزام**: في معناه اللغوي هو التبيكيت والقسر والإكراه فالإلزام هو بمعنى الثبوت والوجوب.

أما من الناحية القانونية: فالإلزام يعني اقتران القاعدة القانونية بجزاء. والقاعدة القانونية فيها أمر وتكليف. والإلزام له جزاء مادياً توقعه السلطة العليا في الجماعة.

أما المفهوم الفقهي: فالإلزام هو من أهم الأسس التي يقوم عليها النظام الأخلاقي في الإسلام. والإلزام الخلقي هو مقدرة فطر الإنسان عليها، إذ يقول الله تعالى: " ونفس وما سواها فألهمها فجورها وتقواها قد افلح من زكاها وقد خاب من دساها". (الشمس: 10/7).

و مصادر الإلزام الخلقي هي:

— الوحي الديني: حيث أن الدين يدل الإنسان على فعل الخير و الأخلاق الحميدة.

— العقل هو الذي يرشد الإنسان إلى الأخلاق الحميدة واجتناب الرذائل.

— الإلزام بوازع الترهيب والترغيب: الترهيب بانتقام الله من العاصي الظالم والترغيب بما يجزي به من ثواب وحسنات.

— الإلزام بوازع السلطة: هو العقوبات الدنيوية التي فرضتها الشريعة و فوض أمرها إلى الحاكم.

* **الالتزام**: وفي معناه اللغوي يعني اعتناق الشيء والتعلق به وعدم مفارقتها¹ بمعنى التزام الشخص نفسه بأمر سواء كان ذلك على وجه الالتزام بإرادته المحضة أو من آخر.

من الناحية القانونية: فالالتزام هو واجب قانوني يتعين فيه على شخص معين هو المدين أو الملتزم القيام بأداء مالي يتمثل في القيام بعمل أو الامتناع عن عمل لمصلحة

شخص آخر هو الدائن أو صاحب الحق الشخصي . أما في الفقه الإسلامي: فالالتزام بمعناه العام هو إيجاب الإنسان أمراً على نفسه إما باختياره وإرادته من تلقاء

نفسه وإما بإلزام الشرع إياه فيلزمه امتثالاً وطاعة لأمر الشرع. ومنه فالالتزام في الفقه الإسلامي يتميز بالعمومية والشمول

ب) أما في المنظور الإسلامي فالمسؤولية الاجتماعية هي مسؤولية دينية شاملة لكل الجوانب الأخلاقية و الاجتماعية يكلف بها الفرد و الجماعة كما أنها إلزامية و مصدر إلزامها التشريع الإسلامي الذي حدده القرآن و السنة النبوية. أما الالتزام بها فهو نابع من الإيمان و صحة العقيدة. فالمسلم بالتزامه بطاعة الله و تطبيق شريعته يسعى إلى نيل الجزاء من الله و ثوابه في الدنيا و الآخرة. إذ يقول عز من قائل: "آمنوا بالله و رسوله و أنفقوا مما جعلناكم مستخلفين فيه فالذين آمنوا منكم و أنفقوا لهم أجر كبير". (الحديد: 7).

في تكييف فقهي لنشاطات المسؤولية الاجتماعية يرى الدكتور عبد المؤمن شجاع أن:

- المسؤولية الاجتماعية شكل من أشكال البر.
- المسؤولية الاجتماعية شكل من أشكال التكافل الاجتماعي.
- المسؤولية الاجتماعية شكل من أشكال الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر.
- المسؤولية الاجتماعية تدرج في إطار سد الذرائع وهي النهي عن كل فعل مباح يؤدي إلى محذور.
- المسؤولية الاجتماعية للشركات وقاعدة درء المفسد أولى من جلب النعم . وهذا ما جاء في العديد من النصوص القرآنية والأحاديث الشريفة في هذا النص و نكتفي بذكر بعض الأمثلة نوجزها في الجدول الموالي:

الجدول رقم (I- 2): أبعاد المسؤولية الاجتماعية في التأسيس الإسلامي

أبعاد المسؤولية الاجتماعية	محدداتها في النصوص الوضعية	أمثلة عن أصلها في النصوص الإسلامية
البعد الاقتصادي	<ul style="list-style-type: none"> - الممارسة الأخلاقية داخل المؤسسات. - منع الرشوة و الفساد و الاحتكار. 	<ul style="list-style-type: none"> - "و أحل الله البيع و حرم الربا". (البقرة: 275). - " يأيها الدين امنوا أوفوا بالعقود". (المائدة: 1). - " لعن الله الراشي و المرتشي". (حديث شريف). - "المسلم أخو المسلم و لا يجل لمسلم إذا باع من أخيه بيعاً أن يبينه له".

الفصل الأول: التأصيل النظري للمسؤولية الاجتماعية

<p>(حديث شريف). - "فأوفوا الكيل و الميزان و لا تبخسوا الناس أشياءهم و لا تفسدوا في الأرض بعد إصلاحها ذلكم خير لكم إن كنتم مؤمنين". (الأعراف: 85).</p>	<p>- حماية حقوق المستهلك. - احترام مصالح الأطراف المعنية.</p>	
<p>- "لا خير في كثير من نجواهم إلا من أمر بصدقة أو معروف أو إصلاح بين الناس و من يفعل ذلك ابتغاء مرضات الله فسوف يؤتيه أجرا عظيما". (النساء: 114). - "أمنوا بالله ورسوله وأنفقوا مما جعلكم مستخلفين فيه". (الحديد: 7). - "خير الناس أنفعهم للناس". (حديث شريف). - "المؤمن للمؤمن كالبنيات يشد بعضه بعضا". (حديث شريف).</p>	<p>- تحقيق رفاهية المجتمع إقامة المشاريع و تقديم الهبات و التبرعات. - رعاية شؤون العاملين. - الأمن الوظيفي و المهني. - الرعاية الصحية. - حماية حقوق الإنسان.</p>	<p>البعد الاجتماعي</p>
<p>- "لا تفسدوا في الأرض بعد إصلاحها و أذوه خوفا و طمعا". (الأعراف: 56). - "و كلوا و اشربوا ولا تسرفوا انه لا يحب المسرفين". (الأعراف: 31). - "إن المبذرين كانوا إخوان الشياطين". (الأعراف: 31). - لا يغرس مسلم غرسا أو زرعاً فيأكل منه إنسان و لا دابة و لا شيء إلا كانت له صدقة". (حديث شريف).</p>	<p>-المحافظة على البيئة بالحد من الآثار المترتبة عن بعض المنتجات. -القضاء على انبعاث الغازات السامة. -الاقتصاد في استخدام الموارد الطبيعية. -تجنب مسببات التلوث.</p>	<p>البعد البيئي</p>

المصدر: عبد المؤمن شجاع الدين، المسؤولية الاجتماعية للشركات بين الفقه والقانون

.http://iefpedia.com/arab/wp-content/uploads/2010/05/.

ثالثاً: أبعاد المسؤولية الاجتماعية من الناحية الإسلامية

إذا ما أتينا على موقف الإسلام من كل بعد من أبعاد المسؤولية الاجتماعية، فسنجد أن ذلك البعد قد تم تناوله بشكلٍ أو بآخر سواء من خلال الآيات القرآنية أو الأحاديث النبوية الشريفة أو من خلال إقتفاء أثر السلف الصالح رضوان الله عليهم، وسنأتي على تناول ذلك، على النحو التالي¹:

1- الإسلام و المجتمع: حث الدين الإسلامي على ضرورة أن يكون للمجتمع الذي تعمل فيه المنظمة نصيب من الحظ أو الخير الذي يمكن أن تجنيه جراء قيامها بأنشطتها المختلفة، ويمكن الاستشهاد هنا بالعديد من الآيات والأحاديث النبوية الشريفة حيث يقول:

"خيركم خيركم لأهله." وفي الحث على عمل الخير يقول "إذا مات ابن آدم انقطع عمله إلا من ثلاث: صدقة جارية أو علم ينتفع به أو ولد صالح يدعو له." وقد يكون ضمن الصدقات الجارية بناء المساجد أو المدارس أو الخدمات العامة التي يمكن الانتفاع بها.

وفي الحث على رعاية الأيتام يقول الرسول عليه الصلاة و السلام: أنا وكافل اليتيم له أو لغيره أنا وهو يوم القيامة كهاتين في الجنة. مشيراً إلى تلازم إصبعيه السبابة والوسطى (رواه مسلم/الجزء 4/ 2287).

2- موقف الإسلام من المستهلك: وضع الإسلام إطاراً أخلاقياً محدداً لعمليات التجارة والتبادل، وفرض العقوبات التي تكفل حماية المستهلك والحث على الأمانة في البيع والشراء وعدم الغش، وفي هذا قال تعالى:

و أوفوا الكيل و الميزان" و لا تبخسوا الناس أشياءهم و لا تفسدوا في الأرض بعد إصلاحها ذلكم خير لكم عن كنتم مؤمنين (الأعراف /آية 85)

¹ فؤاد محمد حسين الحمدي "الأبعاد التسويقية للمسؤولية الاجتماعية للمنظمات وانعكاساتها على رضا المستهلك- دراسة تحليلية لآراء عينة من المديرين والمستهلكين في عينة من المنظمات المصنعة للمنتجات الغذائية في الجمهورية اليمنية، كلية الإدارة والاقتصاد في الجامعة المستنصرية، اليمن، 2004.

كما قال (عليه الصلاة والسلام): " (من غشنا فليس منا " رواه مسلم. وحول جودة المنتج أشار صلى الله عليه وسلم إلى ذلك بقوله: "إن الله يحب إذا عمل أحدكم عمل أن يتقنه" رواه الطبراني. والإتقان هنا يأتي بمعنى الجودة. كما نهي الإسلام عن بيع الغرر، بيع النجش، بيع المنابذة والملاسة¹ *).

ولحماية المستهلك من الغش والتلاعب، ولتنظيم العلاقة بين البائع والمشتري انشأ الرسول عليه الصلاة والسلام نظاماً سمي " نظام الحسبة " وهو نظام إسلامي شأنه الإشراف على المرافق العامة، وقد عرفها " الماوردي بأنها أمر بالمعروف إذا ظهر تركه، ونهي عن المنكر إذا ظهر فعله."

وقال المجيدي: إعلم أن الحسبة من أعظم الخطط الدينية، وهي بين خطة القضاء وخطة الشرطة. جامعة بين نظر شرعي وديني، وزجر سياسي سلطاني². وهي بذلك تشير إلى المفهوم الحديث في العلوم الإدارية حول وظيفة الرقابة الإدارية التي تقوم بها الدولة عن طريق موظفين مختصين بالأنشطة الاقتصادية والقانونية تحقيقاً للعدل والفضيلة وفقاً للمبادئ المقررة في الشريعة الإسلامية. لذا عرف العرب المواصفات من خلال قانون الحسبة في كل ما يتعلق بالقناتير والدراهم، وفي معرفة الموازين والمكاييل والأذرع، وفي الحسبة على العلافين، الطحانين، الفرانين، الخبازين، الشوايين، وأصحاب السفن والمراكب، الفخارين، النجارين... الخ³.

¹ الخبز، حماية المستهلك ودورها في رفع مستوى الوعي الاستهلاكي لدى المواطن السوري، مجلة . جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد السابع عشر، العدد الأول، 2001، ص90.

* - بيع الغرر: وهو ما كان ظاهره يغري المشتري وباطنه مجهولاً.

- بيع النجش: الزيادة الصورية لرفع الأسعار أو إطرء السلعة بما ليس فيها.

- بيع المنابذة والملاسة: الشراء دون التعرف الواضح على السلعة المراد شراؤها.

² القرشي، محمد بن محمد بن احمد، " معالم القرية في أحكام الحسبة"، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، 1976، ص198.

³ القرشي، مرجع سبق ذكره، نفس الصفحة.

وقد شمل قانون الحسبة أكثر من خمسين مهنة أو صناعة، وكان لكل من تلك المهن مواصفات محددة يلتزم بها صاحبها ويتعرض لمراقبة المحتسب دوماً وباستمرار، كما كانت حقوق المستهلك محفوظة واحتياجاته مؤمنة، على خلاف ما كانت عليه أوضاع المستهلك الغربي في القرون الوسطى.

3- أخلاق العمل الإسلامية: في مجال أخلاقيات الأعمال الإسلامية لا يسعنا سوى الإشارة إلى أن هناك مبادئ وقواعد عمل أخلاقية شرعها الباربي عز وجل قبل أكثر من أربعة عشر قرناً من الزمن، وسبقت القوانين والمبادئ الوضعية وكانت كاملة وشاملة، وإذا ما تم الالتزام بها فإنها تعد الملاذ وفيها الخير الكثير لكافة المجتمعات من أفراد ومنظمين ومسوقين وغيرهم من فئات المجتمع. قال تعالى: "كنتم خير أمة أخرجت للناس تأمرون بالمعروف و تنهون عن المنكر و تؤمنون بالله". آل عمران الآية 110. وخير دليل على أن الأعمال الأخلاقية التي ينادي بها الغرب زائفة وفيها الكثير من الخداع والتضليل وتفشي المشاكل الأخلاقية، فعلى سبيل المثال يشير بحث تم تطبيقه على (2000 منظمة أمريكية كبرى إلى أن مدراء تلك المنظمات يمارسون سلوكيات لا أخلاقية في المجالات التالية¹:

- تعاطي المخدرات والكحول- المحاباة والتمييز في الأجر

- سرقة مستحقات العاملين- الصراع حول المصالح الذاتية

- سوء استخدام المعلومات- عدم الاهتمام بمسألة نوعية المنتجات

- سوء استخدام موجودات المنظمة- عدم الاهتمام بالمحافظة على نظافة البيئة

- إغلاق المصانع وطرده العاملين- التحايل في ميزانية المنظمات

- إعلان الأرباح الوهمية لزيادة قيمة اسهم المنظمة في السوق.

وإذا كان الفكر الإداري في بداية هذا القرن قد ألقى الضوء على أهمية المتطلبات الاجتماعية

¹ Beekun, I., Rafik, "Islamic Business Ethics", November ,1996.

والإنسانية للعاملين وضرورة توافرها بالقدر المناسب، نجد أن الإسلام هو السباق إلى ذلك حيث يقول الرسول عليه الصلاة والسلام " (من كان لنا عاملاً فليكتسب زوجة، فإن لم يكن له خادم فليكتسب خادماً، فإن لم يكن له مسكن فليكتسب مسكناً) رواه أبو داود/ الجزء 1 / 304.

وفي ضرورة منح العاملين مستحقاتهم وعدم مماطلتهم قال: أعطوا الأجير أجره قبل أن يجف عرقه" رواه الطبراني . وفي ضرورة الالتزام والمسؤولية تجاه ما يناط بالفرد من مهام يقول: "كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته)" رواه عبد الله بن عمر/ البخاري الجزء 1 / 304. وهناك العديد من الآيات القرآنية والأحاديث النبوية الشريفة التي يمكن الاستشهاد بها حول البعد الأخلاقي في الإسلام وتنظيمه لآليات التعامل بين المنظمة والمجتمع ككل إذ لا إدارة في الإسلام بلا أخلاق.

4- الإسلام و حماية البيئة: اهتم الدين الإسلامي بالبيئة وقدم جملة من ركائز المحافظة على البيئة تمثلت في:

-العناية بالتشجير وزراعة الأرض: حيث يقول تعالى في هذا: " أم من خلق السماوات و الأرض و انزل لكم من السماء ماء فأنبثنا به حدائق ذات بھجة ما كان لكم أن تنبتوا شجرها " النمل/الآية (60)
" و كما قال الرسول عليه الصلاة و السلام : لا يغرس مسلم غرساً أو يزرع زرعاً فيأكل منه إنسان ولا دابة ولا شيء إلا كانت له صدقة . رواه مسلم الجزء 3 / 1188)

-الإحياء والتعمير: إن أن الدين الإسلامي الحنيف قد حث على إحياء الأرض وعمارتها وعدم إفسادها حيث يقول الله تعالى: و لا تفسدوا في الأرض بعد إصلاحها و اعبدوه خوفاً و طمعا .(الأعراف/الآية(56) ,
و قوله تعالى: " ومن الناس من يعجبك قوله في الحياة الدنيا و يشهد الله على ما في قلبه و هو الد الخصام و إذا تولى سعى في الأرض ليهلك الحرت و النسل و الله لا يحب الفساد" البقرة /الآية (204-205).

-النظافة: هناك العديد من التوجيهات العظيمة نحو النظافة بدءً بنظافة البدن والملبس، إذ قال تعالى: "إن الله يحب
التوايين و يحب المتطهرين". البقرة/ الآية 222) . و قوله تعالى: " و تيابك فطهر " (المدثر/الآية 4) .

كما قال رسول الله صلى عليه وسلم: "الطهور شرط الإيمان" أي نصفه) رواه مسلم .

كما حتى صلى الله عليه و سلم على نظافة البيئة فقال الإيمان بضع وسبعون باباً أفضلها لا إله إلا الله وأدناها

إمطة الأذى عن الطريق) رواه أبو هريرة.

-المحافظة على الموارد الطبيعية: جاء الدين الإسلامي بالعديد من الإرشادات حول ضرورة الحفاظ على الموارد

الطبيعية كونها تعد منفعة عامة للجميع، لذا فقد قال تعالى: "إن المبذرين كانوا إخوان الشياطين...".

كما قال عليه الصلاة و السلام: " من قطع سدره صوب الله رأسه في النار"، وفي هذا التوجيه وعيد شديد سعيًا

نحو المحافظة على الأشجار لما فيها من نفع كبير للبيئة، ومن هنا نهى الجيوش عن قطع الأشجار في الغزوات.

كما نهى عن التبذير في استخدام المياه، حيث يقول المصطفى عليه الصلاة و السلام: لا تسرف في الماء ولو

كنت على نهر جار.

-المحافظة على الثروة الحيوانية: حيث تعد هذه الثروة مورداً هاماً وهي مسخرة لمنفعة الإنسان، ويستفيد منها

في شتى المجالات من لحومها و أوبارها وجلودها وغيرها .

لذا فقد نهى الرسول عليه الصلاة و السلام عن قتل الحيوان دون الاستفادة منه و دون الحاجة إليه حيث يقول ":

من قتل عصفوراً عبثاً عجز إلى الله يوم القيامة فيقول يا رب إن عبدك هذا قتلني عبثاً ولم يقتلني بمنفعة "

الطبراني 4 / 30.

-المحافظة على صحة الإنسان: إذ يعد المورد البشري من أهم الموارد اللازمة للتنمية لذا عني القرآن الكريم والسنة

النبوية بصحة الإنسان وعافيته ويصعب كثيراً تفصيل المنهج الإسلامي المحدد لعلاقة الإنسان بالبيئة، لان الآيات

القرآنية والأحاديث النبوية الشريفة تزخر بالعديد من التعاليم التي تبين دقائق هذا المنهج وتفصيلاته¹.

¹ حسين، عادل الشيخ، "البيئة مشكلات وحلول"، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 1997، ص11.

وهكذا نلاحظ أن نظرة الإسلام نحو آليات التعامل مع البيئة محددة ودقيقة وبالفعل فإن الدين الإسلامي لم يترك شاردة ولا واردة إلا تطرق إليها ووضع الحلول المناسبة لها، من خلال ما يسمى والذي يشير إلى إمكانية ابتكار المنتجات وتسعيها (Green Marketing) حديثا بالتسويق الأخضر وترويجها وتوزيعها مع الأخذ في الاعتبار النواحي البيئية في كل وظيفة من الوظائف الإنتاجية عموما والوظيفة التسويقية بشكل خاص.

خاتمة الفصل

في هذا الفصل تم التطرق إلى أهم المفاهيم المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية من المفهوم الكلاسيكي الذي يركز على الإرباح إلى المفهوم الإداري الذي يعتبر المؤسسة نظام مفتوح تسعى إلى تحقيق المنفعة الذاتية إضافة إلى منافع أخرى تركز على العمل و محيط العمل، تم المفهوم البيئي المتضمن المحافظة على البيئة بما فيها تحقيق المنفعة الذاتية و المنافع الأخرى .

من خلال مراحل التطور التي مر بها مفهوم المسؤولية الاجتماعية و مختلف النظريات التي اهتمت بهذا الجانب، يمكن أن نلاحظ وجهتي نظر متعارضتين حيث شكلتا نمطين متناقضين في إدراك المؤسسة للدور الاجتماعي الواجب عليها ممارسته حتى أنها أدرجت المسؤولية الاجتماعية كهدف تسعى إلى تحقيقه كسعيها لتحقيق الأرباح. وحتى وقتنا الراهن لم يتم الوصول إلى مفهوم المسؤولية الاجتماعية بشكل محدد وقاطع يكتسب بموجبه قوة إلزامية قانونية وطنية أو دولية ولا تزال هذه المسؤولية في جوهرها أدبية ومعنوية أي أنها تستمد قوتها وقبولها وانتشارها من طبيعتها الطوعية الاختيارية، ومن هنا برزت عدة تعاريف للمسؤولية الاجتماعية والتي تختلف باختلاف وجهات النظر في تحديد شكلها، فالبعض يراها بمثابة تذكير لمنظمات الأعمال بمسئولياتها وواجباتها إزاء مجتمعاتها الذي تنتسب إليه، بينما يرى البعض الآخر أن مقتضى هذه المسؤولية لا يتجاوز مجرد مبادرات اختيارية تقوم بها المنظمات بإرادتها المنفردة اتجاه المجتمع ويرى آخرون أنها صورة من صور الملائمة الاجتماعية الواجبة على المنظمة.

المسؤولية الاجتماعية في جانب منها لها بعد رسمي مفروض بالقانون، وفي جانب آخر منها ذات بعد أخلاقي يتمثل في الالتزام بمبادرات اجتماعية طوعية تعبر عن نزعات أخلاقية أكثر من الامتثال لقانون مفروض. وكذلك الحال في أخلاقيات الإدارة فهي بقدر ما تحمل بعداً رسمياً قانونياً في الامتثال والالتزام بالقوانين المشرعة وتعليمات الشركة حيث ترى فيهما إلى حد كبير تعبيراً عن القيم الرسمية التي يتبناها المجتمع فهي ذات بعد اجتماعي في التزامها بما هو صحيح وجيد مما يمثل مصالح الأطراف الأخرى ومصصلحة المجتمع.

فإذا كانت المسؤولية الاجتماعية ضمن مختلف التعاريف تؤكد على البعد الاقتصادي والاجتماعي والبيئي فهي في الشريعة الإسلامية حق شرعي وواجب ديني أخلاقي و هي تكليف لا تشرىف و تعني أن المسلم المكلف مسئول عن كل شيء جعل الشرع له سلطان عليه أو قدرة التصرف فيه بأي وجه من الوجوه سواء كانت مسؤولية شخصية أو جماعية.

إن الدور المنوط بالمؤسسات في تبنيتها للمسؤولية الاجتماعية لم يقتصر على إدارات الأعمال فقط بل امتد ليشمل المؤسسات العمومية و خاصة المؤسسات الاستشفائية التي تعد المسؤولية الاجتماعية في صميم و مبتغى نشاطاتها.

الفصل الثاني

المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاستثنائية

الفصل الثاني : المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات

مقدمة الفصل

في ضوء مناقشة و التعرف على طبيعة المفاهيم السابقة بالنسبة للمفاهيم العامة للمسؤولية الاجتماعية لأي مؤسسة. و في ضوء أن المسؤولية الاجتماعية لأي مؤسسة تعني الأخذ في الاعتبار عند اتخاذ قرار داخل المؤسسة، تأثير هذه القرارات على جميع الأطراف العاملة و المتعاملة مع المؤسسة بحيث لا يكون هناك تعارض أو يتم تخفيضه إلى ادني مستوى، وبحيث يتم تحقيق أهداف المؤسسة. و في ضوء بان هناك سلسلة من التأثيرات المتتالية و المتبادلة بين المنظمة و العاملين فيها و المتعاملين معها بما يحقق المنفعة المتبادلة بين جميع الأطراف، و في ضوء أن أي مؤسسة ما هي إلا نظام فرعي داخل البيئة المحلية التي تعمل فيها و لها، و في ضوء أن المسؤولية الاجتماعية علاقة اخذ و عطاء، قد تتكافأ هذه العلاقة أحيانا و قد لا تتكافأ أحيانا أخرى، في ضوء كل ما سبق يمكن أن نتناول من خلال هذا الفصل مفهوم و طبيعة المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة الاستشفائية من خلال مناقشة المباحث التالية:

- المبحث الأول: نظام خدمات الرعاية الصحية
- المبحث الثاني: المؤسسات الإستشفائية كجزء من النظام الصحي
- المبحث الثالث: المستشفيات وظائفها و تنظيمها
- المبحث الرابع: المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الإستشفائية

الفصل الثاني: المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاستشفائية

المبحث الأول: نظام خدمات الرعاية الصحية

يعرف النظام الصحي مجموعة من العناصر المترابطة و التي عندما تعمل مع بعضها البعض ككل متكامل تنتج عن حدوث شئ ما . و بهذا المفهوم يمكن تعريف النظام الصحي بأنه " مجموعة من العناصر المترابطة و المتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات و التي تعمل معا لتحقيق هدف النظام الصحي و المتمثل بضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد و المجتمع و المحافظة عليه و ترقيته باستمرار¹ .

أولاً- خدمات النظام الصحي: حتى يتمكن النظام من تحقيق الهدف المرسوم له لا بد من توفير مجموعتين رئيسيتين من الخدمات الصحية يشكلان معا النظام الصحي الكلي.

1 - خدمات و برامج الصحة العامة الموجهة نحو خدمة المجتمع و تشمل ما يلي :

- خدمات الارتقاء بالصحة² و هي بخدمات موجهة نحو بناء سلوكيات صحية إيجابية لدى الأفراد و تشمل أهمية

الغذاء الصحي المتوازن، و ممارسة الرياضة و خدمات التثقيف الصحي و أهمية الصحة الشخصية للفرد و صحة

البيئة.

¹ - فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الطبعة الأولى، 2008، ص54.
² مفهوم الصحة تعني الصحة في المجال الطبي "غياب المرض الظاهر و خلو الإنسان من العجز و العلل" [عبد المحي محمود حسن صالح، 2003، ص17] وقد عرفها Perkino "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، و أن حالة التوازن تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، و أن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه" [أيمن مزاهرة، 2000، ص13].

أما منظمة الصحة العالمية (OMS) فقد عرفت الصحة بأنها "حالة السلامة النفسية و البدنية و الاجتماعية الكاملة، وليس غياب المرض و عدم الاتزان" [فريد النجار، 2007، ص363] هذا التعريف يشمل ما يلي: للصحة ثلاثة أبعاد مرتبطة ببعضها البعض، الجانب النفسي، و الجانب البدني و الاجتماعي، كذلك نسبية الصحة فلا يمكن تحديدها تحديدا مطلقا. الصحة لا تعني الغلو من المرض فقط، فالمرض هو حال الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد نفسيا او جسميا ،او عقليا او اجتماعيا و قد يكون هناك انحراف في أكثر جانب من الجوانب المحددة للشخصية الإنسانية، و هذا الانحراف يمكن أن يكون نسبيا أو مطلقا. و المرض ليس مرادفا للاعتلال أو السقم حيث أن: المرض يمكن أن يحدد بأنه الإدراك الواعي بعدم الراحة و يؤثر في فردية و شخصية الفرد. السقم هو حالة عضوية أو نفسية للاختلال الوظيفي على فردية و شخصية الفرد. الاعتلال يحدد بأنه حالة من الاختلال الوظيفي و الذي يتأثر بها الجانب الاجتماعي و تؤثر على علاقة الفرد بالآخرين.

و ترتبما لما سبق يمكن ان نلخص أن الصحة و المرض ليس بمفهومين متضادين بل يمكن اعتبارهما حالات نفسية تختلف من شخص لآخر و من حالة إلى أخرى ، و أن الصحة حالة نسبية من التوازن أو السوية الجسمانية و النفسية و الاجتماعية و المقدرة على العمل.

- خدمات الصحة العامة: تهتم هذه الخدمات بصحة الأفراد كمجموعات و تشمل السيطرة على الأمراض و القضاء عليها و عزل الحالات المصابة و القضاء عليها، تقييم و تنمية الم واد المتاحة، الأبحاث العلمية في المجال الصحي، الإحصاءات الحيوية و الصحية.

- خدمة صحة البيئة: هي خدمات موجهة نحو توفير البيئة الصحية السليمة للأفراد و تهتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث البيئي والأمن والسلامة العامة و قضايا الإسكان والمسكن الصحي و تشمل هذه الخدمات: توفير الماء الصالح للشرب والطرق السليمة لاستعماله وتخزينه، التخلص السليم من النفايات الصلبة والسائلة، صحة الأطعمة والمشروبات، السيطرة على المواد المشعة الخطيرة. تركز خدمات وبرامج الصحة العامة على صحة المجتمع ككل بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع و المحافظة على أعلى مستوى صحي ممكن.

2 - خدمات الرعاية الطبية: و تشير إلى الخدمات الصحية الشخصية التي تقدم إلى الفرد فيما يتعلق بصحته و المحافظة عليها حيث تركز على صحة الفرد على عكس خدمات الصحة العامة و التي تركز على صحة المجتمع ككل. و هذه الخدمات لا تقتصر على ما يعرف بخدمات التشخيص و العلاج بل تشمل المدى الكامل من الخدمات الصحية الشخصية ابتداء من خدمات ترقية الصحة و الوقاية من الأمراض، و الكشف المبكر عنها و تشخيصها و علاجها، و انتهاء بخدمة التأهيل الاجتماعي و المهني للمرض.

و قد ناقشت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية (1959)¹ أن الرعاية الطبية يجب أن لا تتوقف فقط على الإجراءات اللازمة لشفاء المرضى من خلال العلاج الطبي و خدمات التأهيل بل يجب أن يشمل أيضا بعض الإجراءات المحددة و التي تهدف إلى ترقية الصحة ووقايتها من المرض و الاكتشاف المبكر لأعراض المرض و قد خرجت اللجنة بالتعريف التالي: "الرعاية الطبية هي برامج للخدمات و التي يجب عليها أن توفر للأفراد كافة المنشآت، العلوم الطبية و العلوم الطبية المساندة الضرورية لتحسين و صيانة الصحة الجسدية و العقلية

¹ - فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص 66.

و الاجتماعية وكذا توفير العلاج للمجتمع. و يجب أن يأخذ البرنامج في الاعتبار المحيط المادي و الاجتماعي و الأسري مع مراعاة تخفيف العجز .

ثانيا- العناصر المكونة للرعاية الصحية :

خدمات الرعاية الصحية تقوم على مركب من العلاقات الشخصية و التنظيمية و التي من خلالها يجري تقديم هذه الخدمات للأفراد. حيث يتم إنتاجها و تمويلها و تقديمها من خلال مجهودات و أنشطة أطراف متعددة و هو ما يعرف بمركب الرعاية الطبية. وهناك خمسة عناصر أساسية مكونة لمركب الرعاية الطبية في أي نظام للخدمات الصحية و في أي مجتمع و هذه العناصر هي :

1 الإدارة: تعتبر الإدارة الصحية فرعا متخصصا من العلوم الإدارية و الصحية المتميزة فهي علم تطبيقي اجتماعي يضم مزيج من علوم إدارة الأعمال و الإدارة العامة و العلوم الطبية و الصحة العامة و السياسات الصحية و علم الأنظمة الصحية و علوم أخرى متخصصة في الإدارة الصحية كالبحوث الصحية أو أنظمة البحوث العلمية و التخطيط الصحي و ال ثقافة الصحية، و تقويم البرامج الصحية. لقد عرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات الإدارة الصحية بما يلي:

"الإدارة الصحية هي تخطيط و تنظيم و توجيه و رقابة و تنسيق الموارد و الإجراءات و الطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات و الطلب على خدمات الرعاية الصحية و الطبية و توفر البيئة الصحية و ذلك من خلال تقديم هذه الخدمات للمستهلكين كأفراد و جماعات و للمجتمع ككل"¹.

إن مركب الرعاية الطبية و ما يتصف به من تعقيد لتعدد العناصر المشاركة فيه و المتعاونة معه يتطلب توفير أطر إدارية مؤهلة على درجة عالية من الفعالية و الكفاءة للقيام بالوظائف الإدارية. فالنظام الصحي من أعقد الأنظمة

¹ - فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص 20

بسبب تعدد الخبرات و المهارات و عدم تجانسها و ندرة و محدودية الموارد المتاحة و ارتفاع كلفتها و ما يتطلب ذلك من عقلانية و منطقية القرارات لتحقيق أهداف المرسومة.

1 1 خصوصية الإدارة الصحية: مما لا شك فيه أن الإدارة الصحية ينبع من خصوصيات القطاع الصحي

و خصوصية مؤسساته كأكبر وأعقد قطاع بالمقارنة مع القطاعات الأخرى في أي مجتمع كان و من الخصائص

للمميزة للقطاع الصحي ما يلي:

- الطبيعة الفردية للخدمة الصحية بمعنى انه لا بد من تكييف الخدمة الصحية و تخطيطها و تنظيمها و تقديمها وفقا لحاجة كل فرد .

- العمل اليومي للمؤسسة الصحية مختلف و متشعب و بالتالي غير خاضع إلا للقليل من التنميط و القياس،

إضافة إلى أن الجزء الأكبر من العمل يتم بواسطة الإنسان.

- الدرجة العالية من التخصص في إذ يعتبر هذا القطاع من أكبر القطاعات تخصصا في المجتمع.

- تعدد المؤسسات الصحية و الجهات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية داخل البلد، مما يجعل تقديم الخدمات

يتطلب مداخل إدارية مختلفة و متعددة لا يوجد مثيلا لها في القطاعات الأخرى.

- الطلب على الخدمة الصحية يزداد بزيادة درجة التطور الحضاري لأي مجتمع فكلما زادت درجة التحضر

و التقدم زاد الطلب على الخدمة الصحية و بالتالي زاد عدد و نوع الصحية و يأتي دور الإدارة في إبراز الأولويات

و إعادة ترتيبها على ضوء الاحتياجات التي تستجد و تحديد المزيج المطلوب من الخدمات الصحية بشكل

مستمر.

-عدم خضوع الخدمة الصحية لقانون العرض و الطلب، كما أن الطلب على الخدمة الصحية ذا طبيعة طارئة

و ملحة عموما و لا يمكن تأجيله كما هو الحال في الخدمات الأخرى.

إن هذه الخصائص المميزة للقطاع الصحي والمؤسسة الإستشفائية عن غيرها من القطاعات و المؤسسات تجعل الإدارة الصحية متميزة في أدائها و دورها و مسؤولياتها عن التخصصات الإدارية الأخرى و تتطلب عناصر قيادية مؤهلة ذات مواصفات عالية تستطيع التعامل مع خصوصيات هذا القطاع. و بهذا المعنى يقول أحد الكتاب بأن على مدير الصحة الاسترشاد دائما و الالتزام بما يسمى بالإنجليزية (Rs3) و هي¹:

- الإستجابة Responsiveness : لحاجات و طلبات مستعملي و مستهلكي الخدمات الصحية.
- المسؤولية عن وظائف التخطيط و التنظيم والرقابة و تنسيق الخدمات.
- الإصلاح و التوفيق Réconciliation بين المعارف المتجددة و الضخمة و المواقف و المهارات التي تتفاعل في تشغيل النظام الصحي و مؤسساته .

2 العنصر التنظيمي: يشمل مجموعة الإجراءات و الترتيبات المطلوبة لتنظيم و تنسيق الأنشطة المختلفة لفريق

- الرعاية الطبية بهدف ضمان تواجد خدمات الرعاية الطبية بالكم و الكيف الصحيح و ضمان الوصول لها و الانتفاع بها من قبل الفرد في المكان و الزمان الصحيح و حسب حاجته لها و يتطلب ذلك :
- تحديد مستويات الرعاية الطبية و توضيح العلاقة بينها و تنسيق أنشطتها.
- نظام تحويل فعال بين مستويات الرعاية المختلفة لضمان استمرارية الرعاية و فعاليتها.
- نظام جيد للتسجيل الصحي لتنظيم عملية استخدام الخدمة في المكان و الزمان الصحيح حسب الحاجة.

- تنظيم خدمات الرعاية الطبية على أساس إقليمي لضمان عدالة توزيع الإمكانيات و الموارد بين المناطق المختلفة و لضمان التكامل و التنسيق بينها.
- نظام قومي شامل للتأمين الصحي يشمل كافة المواطنين لضمان الوصول للخدمة الصحية و الانتفاع بها.

¹ - فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الطبعة الأولى، 2008، ص 23.

-نظام تقويم و رقابة فعال لضمان تقديم خدمات جيدة و بأقل كلفة ممكنة.

3 العنصر المهني: و يمثل كافة المهنيين الصحيين الذين يقدمون الخدمة الصحية بما في ذلك المهن الصحية

المساندة. فلم تعد الخدمة الصحية تقوم على علاقة ثنائية مباشرة بين الطبيب و المريض بل أصبحت عملية

تنظيمية تقوم على مجهودات و أنشطة مجموعة متعددة الاختصاصات و من ميادين معرفية مختلفة مثل الأطباء

و المرضين و الصيادلة و المدراء الصحيين و أخصائي التغذية و الخدمات الاجتماعية و الفنيين الصحيين

و الإداريين و غيرهم من المهن المساندة في المجال و هو ما يعرف اليوم بفريق الرعاية الطبية.

4 العنصر الشخصي: يمثل كافة الأفراد والجماعات المنتفعين بالبرنامج الصحي أو الذين يتوقع أن يستخدموا هذه

الخدمات عند حاجتهم لها. ولضمان فعالية و نجاح البرنامج الصحي و قدرته على سد الاحتياجات الحالية

و المستقبلية للأفراد و الجماعات لابد من التعرف على خصائص المنتفعين بالبرنامج مثل العدد الكلي للسكان

و أماكن تواجدهم و الخصائص الديمغرافية المميزة لهم من حيث التوزيع العمري، و الجنس و معدلات حدوث

الأمراض و الوفيات و معدلات النمو، و مستويات التعليم و معدل دخل الفرد و أنماط العمالة و الاستخدام

و مدى توفر البيئة المنزلية الصحية، حيث ترتبط هذه العوامل بالمستوى الصحي الفردي و المجتمعي و تؤثر عليه

بشكل مباشر. إن تحديد هذه العوامل يعتبر كأهمية بمكان حيث لا يمكن تخطيط خدمات البرنامج و تقدير كم

و نوع الإمكانيات المطلوبة و تقييم مدى فعاليتها و كفاءته في تحقيق الأهداف المرسومة له دون التعرف على هذه

المعلومات و أخذها في الاعتبار.

5-العنصر الاجتماعي و المؤسسي: ويشمل كافة المؤسسات الإستشفائية منها و الخاصة و التي تقوم على

إنتاج و تقديم خدمات الرعاية الطبية و يمكن تقسيمها إلى قسمين:

-مؤسسات المرضى الداخليين: تشمل المستشفيات العامة والمتخصصة ومراكز التأهيل وأية مؤسسة تقدم خدمات

للمرضى الداخليين.

- مؤسسات المرضى الخارجيين: وتشمل عيادات الطب العام و عيادات المستشفيات و غرف الطوارئ كما تشمل المختبرات و بنوك الدم و الأشعة و العلاج الطبيعي و غيرها من الخدمات التي تقدم على أساس خارجي. و تعتبر المؤسسات العامة لما يتوفر لها من إمكانات فنية و تكنولوجية و بشرية ضخمة و متخصصة من أهم المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الطبية، كما تعتبر الأولى من حيث تكلفة الإنشاء و التجهيز و التشغيل مما يترتب عليها القيام بدور هام في مجال تقديم الرعاية الطبية بمفهومها الواسع و الصحيح.

ثالثا: الخصائص المميزة للخدمات الصحية عن الخدمات الأخرى.

تختلف الرعاية (الخدمة) الصحية عن الخدمات و السلع المادية اختلافا جوهريا و هناك مجموعة من الاختلافات ذات الطبيعة العالمية *universal* تميز الخدمة الإستشفائية و تجعلها مختلفة في كافة المجتمعات و الدول و الأنظمة الصحية و فيما يلي هذه الاختلافات بشكل موجز:

1 - جهل المستهلك نتيجة عدم توفر المعلومات أو قلتها لدى مستهلك الخدمة الصحية و يترتب عنه :

- لا يمكن لمستهلك الخدمة الصحية التعلم بسرعة او بتكلفة قليلة عند استهلاكه للخدمة على عكس الخدمات المطلوبة حول السلعة.

- يصعب على مستهلك الخدمة الصحية الحكم على و تقييم جودة الخدمة الصحية حيث أنها ليست سلعة معيارية تستهلك بظروف معيارية كما هو حال في السلع و الخدمات.

- يصعب تحديدي المنفعة عند استهلاك أو عدم استهلاك الخدمة الصحية.

- عدم التيقن من النتيجة النهائية للخدمة الصحية كما أن فاعلية الخدمة هو غالبا مؤجل لأيام أو أسابيع أو أشهر.

- معلومات المستهلك حول الخدمة الصحية يعيقها غياب الإعلان و الدعاية .

- عدم قدرة مستهلك الخدمة الصحية على تقييم الجودة و الحكم عليها تدفع بالمستهلك إلى اللجوء للطبيب أو الممرضين للحصول على النصيحة أو الإرشاد.
- 2- هنالك تحيز ضد إطلاق مكنزمات و حوافز السوق (قوى العرض و الطلب و المنافسة) لتعمل في قطاع الرعاية الصحية بسبب تضارب المصالح بخصوص تقديم خدمات صحية و كذلك بسبب الاعتبارات الأخلاقية و دواعي العدالة الاجتماعية و النواتج الاقتصادية المترتبة على ذلك.
- 3 - عدم المرونة بالنسبة للقوى العاملة في الميدان الصحي (أطباء، صيادلة، ممرضين و غيرهم) بسبب متطلبات الترخيص أو موازلة المهنة و شهادات التخصص كما أن التقدم على مسار المهنة مقيد كذلك بمتطلبات و شهادات علمية.
- 4 - من النادر أن يحل الاستثمار الرأسمالي محل القوى العاملة في الرعاية الصحية فالغالبية العظمى من التكنولوجيا الطبية هي خالقة للعمالة في القطاع الصحي على عكس ذلك في القطاعات الأخرى حيث تعتبر موفرة للعمالة.
- 5 - تتميز الرعاية الصحية و مؤسساتها و بشكل خاص الخدمة الإستشفائية بكثافة العمالة و هذا يعني إن الجزء الأكبر من الإنفاق يذهب للرواتب و الأجور و التي تصل إلى 70% من مجل الإنفاق بينما تتراوح هذه النسبة في الصناعة 15-25% فقط.
- 6 - توقعات العلاقة بين الأطباء و مرضاهم حيث تتميز بإذعان المرضى لأطبائهم فيما يتعلق بقرارات العلاج و الرعاية و فيما يتعلق بكم و كيف و مكان و زمان العلاج و الرعاية.
- 7 - صعوبة وضع موازنة للإنفاق على الخدمة الصحية بشكل فردي مما يستدعي تجميع موارد المجتمع على أساس التضامن و المسؤولية الاجتماعية.

8 - الخدمة الصحية خدمة تم تسييسها حيث أن الوصول للخدمة و الانتفاع بها أصبح و بشكل متزايد و في معظم المجتمعات المنظمة حق معترف به لكل مواطن مشرع بالقانون.

9 - تعتبر خدمات الرعاية الطبية مزيج من عناصر كل من الاستهلاك و الاستثمار. فالخدمات المقدمة لمعالجة الألم و المعاناة لدى كبار السن تعتبر استهلاكاً. بينما ما يقدم للقوى العاملة و للمجموعات العمرية الصغيرة يعتبر استثماراً و هذا ما يؤخذ في الاعتبار عند التخطيط للخدمات و الإنفاق في الكثير من الدول.

10 - تتميز الخدمات الصحية بوجود مرونة سعرية مختلفة للخدمات المختلفة فعلى سبيل المثال خدمات الطوارئ و إنقاذ الحياة ذات مرونة صفرية فهي تتطلب و تستهلك بغض النظر عن السعر بينما الخدمات الوقائية و طب الأسنان و خدمات التجميل ذات مرونة سعرية عالية.

المبحث الثاني: المؤسسات الإستشفائية كجزء من النظام الصحي

أولاً: التطور التاريخي للمؤسسات الصحية

إن المؤسسات الصحية لم تصل إلى هذا المستوى من التقدم إلا نتيجة للتطورات التاريخية التي طرأت عليها على مر العصور، بدأ بالحضرات القديمة حتى العصر الحديث. و بالتالي يمكن التمييز بين ثلاثة مراحل أساسية لتطور المؤسسات الصحية، تتمثل فيما يلي:¹

- المؤسسات الصحية في الحضارة القديمة.
- المؤسسات الصحية في العصر الاسلامي.
- المؤسسات الصحية في العصر الحديث.

يمكن القاء الضوء على كل مرحلة من هذه المراحل باختصار كما يلي

1 المؤسسات الصحية في الحضارة القديمة:

إن تاريخ المؤسسات الصحية يرجع إلى ما قارب 1200 سنة قبل الميلاد وذلك في المعابد الإغريقية، ويخبر أبو قراط (Hippocrate) أول من وضع أساسيات معالجة المرضى في هذه المعابد. كما استخدم فراعنة مصر (حوالي 600 سنة قبل الميلاد) معابدهم لإيواء ومعالجة المرضى، و سميت بمعابد الشفاء². و أنشأ الفارسيون مستشفيات داخل المدن أطلق عليها إسم "بيمارستانات"، وهي كلمة فارسية تعني دار المرضى. أما الحضارة الهندية (خلال الفترة 232-273 قبل الميلاد) فقد شهدت بناء مستشفيات عرفت بإسم "سيكستا Cikista"، قيل أنها كانت على درجة عالية من النظافة. و قد خصصت الرومان (خلال الفترة

¹ أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات، رؤية معاصرة، مصر، المكتبة العصرية للنشر و التوزيع، الطبعة الاولى، 24، 2006.

² سليم بطرس جاد، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية، الأردن، دار الشروق للنشر و التوزيع، الطبعة الاولى، 2007، ص18،

350-500 ميلادية) أماكن ملحقة بالكنائس المسيحية لإيواء وعلاج المرضى، كما أنشؤا مستشفيات صغيرة لعلاج الجنود.

تميزت المؤسسات الصحية في الحضارات القديمة بعدد من الخصائص من أهمها¹:

- استخدام المؤسسات الصحية كمكان لإيواء المرضى وتقديم العلاج مع التركيز مع التركيز على صحة الفرد الشخصية من حيث الاهتمام بتغذيته و نظافته.
- استخدام المؤسسة كمركز للتدريب.
- دراسة تأثير العوامل البيئية المختلفة على المرضى.
- الاهتمام بنظافة بيئة المؤسسة الداخلية للمؤسسة.

2- المؤسسات الصحية في العصر الإسلامي: شهدت المؤسسات الصحية في العصر الإسلامي تطورا

ملحوظا وكانت "خيمة ريفية" التي تم إنشائها في مسجد رسول الله صلى الله عليه و سلم، أول مستشفى ثابت في هذا العصر. وقام الوليد بن عبد الملك (706 م-882 هـ) مستشفى متكامل في دمشق حشد له مجموعة من الأطباء. أما في العصر العباسي فقد تم تشييد عدد من المؤسسات الصحية في بغداد و دمشق و القاهرة. وقد تم تصنيف هذه المؤسسات و الى ثلاثة مجموعات:

- مؤسسات صحية ثابتة: مثل المستشفيات التي أقيمت على نهر دجلة ومؤسسات السجون.
- مؤسسات صحية متنقلة: مثل مستشفيات السبيل التي ترافق الحجاج.
- مؤسسات العزل: مثل دور المجانين.

من أبر الخصائص التي تميزت بها المؤسسات الصحية في العصر الإسلامي ما يلي²:

¹ سليم بطرس جاد، المرجع السابق، ص19.

² عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامة، الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم و التطبيقات، مصر، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003، ص5.

- عزل المرضى المصابين و عدم السماح لهم بمخالطة المرضى الآخرين.
- إختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المؤسسات الصحية.
- وجود مؤسسات متنقلة يتم إرسالها إلى المناطق النائية بصفة دورية.
- إنشاء مؤسسات عامة و خاصة.
- الاهتمام بنظافة البيئة الداخلية للمؤسسة.
- التركيز على جودة الخدمة المقدمة للمرضى.

3 - **المؤسسات الصحية في العصر الحديث :** يمثل العصر الحديث ثورة هائلة بالنسبة إلى المؤسسات الصحية و أعمالها، فقد حملت الثورة الصناعية الكثير من التغيرات الاجتماعية التي أثرت بدورها على الخدمات الصحية و بالتالي تأسيس مستشفيات جديدة. و في أعقاب الحرب العالميتين الأولى و الثانية، و بعد بناء صرح اقتصادي و اجتماعي ضخم ظهرت المؤسسات الصحية بكثرة لخدمة ما يتعرض له العمال من حوادث في العمل و التنقل و خدمة لأمراض و خدمت لأمراض تلوث الجو و أمراض البيئة الصناعية بشكل عام. و لقد زاد حجم و عدد هذه المؤسسات و ظهرت الحاجة الماسة إلى تلك المؤسسات بفاعلية و كفاءة.

أما في وقتنا الحاضر فقد اتخذت المؤسسات الصحية بمفهومها المعاصر أشكالاً متعددة و أطلق عليها مسميات متنوعة، و أصبح ينظر إليها على أنها نظام مفتوح لاعتمادها على أفراد المجتمع و تأثرها بالبيئة. وقد تم وصفها بأنها نظام الإنسان الاجتماعي وذلك لأن الإنسان هو أساس النظام ولا يعمل إلا بوجوده، و هو صانع الخدمة و في نفس الوقت المنتفع بها¹.

- 1 تامر الياسر البكري، إدارة المؤسسات، مرجع سابق، ص21.

من أهم ما ميز المؤسسات الصحية¹ في العصر الحديث مايلي²:

- التركيز على استخدام التقنيات الحديثة بشكل واسع.
- التركيز على العيادات الخارجية وتقديم الخدمات الصحية في المنزل.
- التركيز على معايير الجودة ومدى تحقيقها في المجالات الطبية.

ثانيا- المستشفيات المفهوم و التصنيف:

1 -المفهوم العام للمستشفيات: لم يعد دور المستشفى في عصرنا الحالي مقتصر على مجرد تقديم الخدمة

العلاجية، ولم يعد يعرف بأنه مكان لإيواء المرضى و المصابين كما كان في الماضي، حيث كان ايسط و أقدم

تعريف للمستشفى هو أنه مكان لإيواء المرضى و المصابين حتى يتم شفاؤهم³. و لكن المستشفى الحديث يعد

تنظيما طبيا متكاملًا يستهدف تقديم الخدمة الصحية بمفهومها الشامل وقاية و علاجا و تعليما طبيا، إضافة الى

إجراء البحوث الصحية في مختلف فروعها. فهي تعتبر أهم المؤسسات الخدمية التي تقدم الخدمة الصحية المتكاملة.

¹ مفهوم الصحة تعني الصحة في المجال الطبي "غياب المرض الظاهر و خلو الإنسان من العجز و العلل" [عبد المحي محمود حسن صالح، 2003، ص17] وقد عرفها

Perkino "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، و أن حالة التوازن تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، و أن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه" [أيمن مزاهرة، 2000، ص13].

أما منظمة الصحة العالمية (OMS) فقد عرفت الصحة بأنها "حالة السلامة النفسية و البدنية و الاجتماعية الكاملة، وليس غياب المرض و عدم الاتزان" [فريد

النجار، 2007، ص363] هذا التعريف يشمل ما يلي: للصحة ثلاثة أبعاد مرتبطة ببعضها البعض، الجانب النفسي، و الجانب البدني و الاجتماعي، كذلك نسبية

الصحة فلا يمكن تحديدها تحديدا مطلقا. الصحة لا تعني الغلو من المرض فقط، فالمرض هو حال الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد نفسيا او جسميا، او عقليا او

اجتماعيا و قد يكون هناك انحراف في أكثر جانب من الجوانب المحددة للشخصية الإنسانية، و هذا الانحراف يمكن أن يكون نسبيا أو مطلقا. و المرض

ليس مرادفا للاعتلال أو السقم حيث أن: المرض يمكن أن يحدد بأنه الإدراك الواعي بعدم الراحة و يؤثر في فردية و شخصية الفرد. السقم هو حالة عضوية أو نفسية

للاختلال الوظيفي على فردية و شخصية الفرد. الاعتلال يحدد بأنه حالة من الاختلال الوظيفي و الذي يتأثر بها الجانب الاجتماعي و تؤثر على علاقة الفرد

بالآخرين. و ترتيبا لما سبق يمكن ان نلخص أن الصحة و المرض ليس بمفهومين متضادين بل يمكن اعتبارهما حالات نفسية تختلف من شخص لآخر و من حالة إلى

أخرى، و أن الصحة حالة نسبية من التوازن أو السوية الجسمانية و النفسية و الاجتماعية و المقدرة على العمل

2 احمد محمد غنيم، مرجع سابق، ص20.

³ - عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، القاهرة، 1997، ص31

تعرف منظمة الصحة العالمية المستشفى بأنه: "جزء أساسي من تنظيم طبي و اجتماعي وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجاً ووقاية، و تمتد عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، و المستشفى هو أيضاً مركب لتدريب العاملين الصحيين و القيام ببحوث اجتماعية و بيولوجية"¹.

أما الجمعية الأمريكية للمستشفيات American Hospital Assosiaty فتعرف المستشفى بأنه: مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرة للتنويم و خدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء و خدمات التمريض المستمرة لتقديم التشخيص و العلاج اللازمين للمرضى.

لجنة خبراء إدارة المستشفيات بمنظمة الصحة العالمية عام 1967 رأت من الضروري تعريف المستشفى بصورة علمية كي ينطبق على شتى المستشفيات "مؤسسة تكفل للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية و التمريض"، ثم استدرك هذا التعريف فيما بعد ليشمل أعمال أخرى مثل التعليم و التدريب و البحوث الطبية و الوقائية و الاجتماعية و التنظيمية".

و يقسم المختصين في إدارة المستشفيات تعريف المستشفى إلى نوعين:

-التعريف التنظيمي: هو التعريف القانوني الذي ينظر إلى المستشفى كمؤسسة تقدم الرعاية الصحية للمرضى و بهذا التعريف يسهل التمييز بين المستشفى و المؤسسات الصحية الأخرى.

-التعريف الوظيفي: يركز هذا التعريف على الغرض من المستشفى و ليس من أجزائه و يمثل الغرض العام للمستشفى في رعاية صحة الأفراد في المجتمع، وبذلك تلبية الحاجات الصحية للمجتمع.

المستشفى وفقاً لما سبق "تنظيم اجتماعي صحي هدفه تقديم رعاية طبية للمجتمع علاجاً ووقاية تحت تفاعل أنظمة فرعية مثل النظام الطبي والنظام التمريضي والنظام الإداري والاجتماعي والنظام الاقتصادي".

¹ - عبد الإله ساعاتي، المرجع السابق، ص 32.

2- تصنيف المستشفيات: تتعدد أساليب تصنيف المستشفيات و وفقا لمعايير التصنيف المستخدمة ومن أكثر هذه

المعايير قبولاً و شيوعاً معيار الملكية و الإدارة و معيار الخدمة (الإكلينيكي).

- معيار الملكية و الإدارة: تقسم المستشفيات إلى مستشفيات حكومية و مستشفيات خاصة.

- تتضمن المستشفيات الحكومية كافة المستشفيات التي تعتمد في تمويلها على المال العام للدولة، قد تتبع

جهات حكومية متعددة مثل وزارة الصحة، الداخلية، الدفاع...

- المستشفيات الخاصة: تتضمن وتشمل كافة المستشفيات التي تتبع في ملكيتها القطاع الخاص حيث يتم إدارة

و تمويل هذه المستشفيات من قبل القطاع الخاص و هذه المؤسسات قد تكون مملوكة من قبل فرد أو مؤسسة أو

اتحاد أو جمعيات خيرية. و قد تكون مؤسسات ربحية شأنها شأن أية مشروعات للأعمال.

- المعيار الخدماتي: حسب الخدمة التي تقدمها المستشفيات و تقسم حسب هذا المعيار إلى مستشفيات عامة

و مستشفيات خاصة.

-المستشفى العام هو الذي يحتوي على التخصصات الأربعة الرئيسية في الطب و الجراحة و هي خدمات

الطب الباطني و الجراحة و الأطفال، وخدمات أمراض النساء و الولادة. كما يمكن أن يضم الخدمات الأخرى

مثل طب الأنف و الأذن و الحنجرة و طب العيون و العظام إضافة إلى خدمات الطوارئ.

- المستشفى المتخصص: و هو المتخصص في علاج نوع معين من الأمراض كأمراض العيون، أمراض

العظام، أمراض القلب و غيرها.

تعتبر المستشفيات العامة أكثر أهمية لأنها تعد كمراكز رئيسية لصحة المجتمع و كنقطة ارتكاز للنظام الصحي

الكلي بصفتها النموذج الأكثر قدرة على تقديم خدمات رعاية طبية شاملة و متكاملة و بما ينسجم مع المفهوم

الحديث و الصحيح للرعاية الطبية الحديثة التي تقوم على جهودات فريق متكامل و متعدد الاختصاصات.

-معايير أخرى: هناك معايير أخرى يمكن بناءا عليها يمكن تصنيف المستشفيات :

- بناء على معيار إقامة المرضى (مدة الإقامة).
 - بناء على معيار السعة السريرية (عدد الأسرة).
 - بناء على معيار التعليم: المستشفيات الجامعية التابعة لكلية الطب أو المرتبطة معها حسب ترتيبات معينة.
 - بناء على الترخيص(الإعتراف):وتصنف المستشفيات حسب حصولها على اعتراف من هيئات الترخيص Agence d'accréditation.والاعتراف بالمستشفى حسب الهيئات المختصة يدل على مستوى مرتفع من جودة الأداء في الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى.
- النقطة الهامة هنا أن المستشفيات بشكل عام المتخصصة منها و العامة قد تتبع في ملكيتها و إدارتها القطاع العام كما قد تتبع القطاع الخاص ،و كما أن مستشفيات القطاع العام و القطاع الخاص قد تكون مستشفيات عامة و قد تكون متخصصة و هذه بدورها قد تكون مستشفيات للإقامة الطويلة و قد تكون مستشفيات للإقامة القصيرة.

ثالثا- بيئة المستشفيات: توضح نظرية النظم التي ابتكرها(دايفيد ايستون) التأثير المتبادل بين البيئة و المنظمة من خلال المدخلات و التفاعلات تم المخرجات.

1 -المنهج البيئي الايكولوجي: كلمة ايكولوجي *écologie* هي كلمة يونانية الأصل مكونة من كلمتين(Ekos)و معناها ما يحيط بالشئ و كلمة (Logy) و معناه علم،و هي تعني علم البيئة المحيطة بالشئ محل الدراسة، و كذلك العلاقة المتبادلة بين الكائن الحي و بيئته¹.

¹ - عبد الكريم درويش، ليلي تكلا، أصول الإدارة العامة، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الثالثة، القاهرة، 1972، ص110.

تتمثل مفاهيم المدرسة البيئية في دراسة الإدارة باختصار في أن المنظمة في أي مجتمع هي جزء من ذلك المجتمع تتفاعل مع مكوناته السياسية و الاقتصادية و الاجتماعية و الجغرافية و المناخية و الثقافية و تبعا لذلك لا يمكن دراسة المنظمة و التعرف على اتجاهاتها دون التعرف على البيئة المحيطة بها.

و لقد عرف جوس في مقالته مفهوم المنهج البيئي و قال بأنه يشمل عناصر المكان و المناخ و الزمان و الناس الذين يعيشون في المكان من حيث عددهم و متوسط أعمارهم و مستويات تعليمهم و الجوانب الاجتماعية المختلفة.

و في أواخر عام 1947 نشر روبرت دال (Robert Dahl) مقاله الشهير في الإدارة العامة الأمريكية مؤكدا أهمية المنهج البيئي الايكولوجي لدراسة الإدارة حيث قال " لا يمكن لعملية إدارية معينة طبقت بنجاح في بلد معين ان تعمم على بقية البلدان نظرا لاختلاف بيئة كل بلد عن البلد الآخر، و لكن المبادئ الإدارية العامة يمكن تطبيقها في بيئة مختلفة و مع هذا فإن إمكانية تطبيقها لا تتحدد إلا بعد دراسة تلك البيئة و لا يمكن أن يكون هنالك تعميم عالمي إلا بعد دراسة دقيقة للأمم و صفاتها و خصائصها، ولذلك فإن علم الإدارة يجب أن يعتمد على مرتكزات شمولية واسعة و ليس فقط على معلومات و تقنيات و عمليات ضيقة و محددة. بل تمتد لتشمل العوامل التاريخية الاجتماعية و التقنية و الاقتصادية التي تعطي الإدارة صفتها و خصوصياتها المتفردة في كل دولة¹.

2- نظرية النظم : لقد استخدم الكثير من علماء إدارة المستشفيات هذه النظرية لتبيان أثر البيئة في المستشفى،

حيث تتحول المدخلات (الموارد) من خلال مجموعة عمليات إلى مخرجات تمثل النتائج و الأهداف المتحققة.

فالمستشفى هو التنظيم الرسمي الذي يقدم خدمات صحية (مخرجات) من خلال استخدام الموارد (المدخلات).

وإدارة المستشفى تلعب دورا حيويا من خلال هذه الموارد للوصول إلى الأهداف و النتائج بأقل التكاليف وأحسن جودة من خلال تفاعل مثمر مع العوامل البيئية المتمثلة في التفافات و القيم و المعتقدات للعاملين ولأفراد المجتمع

¹ - عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، القاهرة، 1998، ص40.

و ذلك أن الموارد تأتي من البيئة الخارجية للمستشفى. كما أن استخدام هذه الموارد يتم من قبل العاملين بالمستشفى (البيئة الداخلية) و المخرجات تخرج إلى البيئة الخارجية للمستشفى. فالبيئة تؤثر في المستشفى من خلال المدخلات و تتأثر بالمستشفى من خلال المخرجات.

تتطلب عملية تحويل المدخلات إلى المخرجات المرغوبة تنظيم الإمكانيات المتاحة(العنصر البشري، الأموال والمواد والتكنولوجيا) من خلال مجموعة من الإجراءات الرسمية وغير الرسمية لتقديم الخدمات الطبية.

أ) المدخلات: تكتسب المدخلات و تستخدم من أجل إنتاج المخرجات المرغوبة، و إن الأهداف التي يتم إنجازها من خلال العاملين. وتتضمن هذه المدخلات (موارد الطاقة البشرية، المواد، التكنولوجيا، الأجهزة الطبية و المعدات، المعلومات، رأس المال، و المرضى...).

تتضمن موارد الطاقة البشرية في المنظمات الصحية المدراء، الأطباء، الصيادلة الممرضين، الفنيين، العاملين في الخدمات الاجتماعية، الموظفين في الأقسام الإدارية، مهندسي الصيانة...

تتضمن المواد و التكنولوجيا المعدات، الأدوية، أفلام الأشعة، الأدوات و المعدات التكنولوجية كأجهزة التصوير المغناطيسي و التصوير الطبقي المحوري...

تشمل المعلومات معلومات داخلية عن المرضى و التقارير اليومية للأنشطة و البرامج و الموازنات العامة و الخطط العملياتية و الإستراتيجية. و معلومات خارجية مثل التشريعات الحكومية، السياسة الصحية للدولة، آراء المستفيدين و المستثمرين، المعلومات الاقتصادية، الخطط المستقبلية.

و تتضمن المصادر المالية المنشآت المالية كالمصارف و المخصصات المالية.

و يعتبر المرضى المادة الخام التي يراد تحويلها إلى مجموعة من الأصحاء حيث تقدم لنهم الرعاية الصحية للوقاية من المرض و حفظ الصحة من العجز و التردّي.

إن هذه الموارد ضرورية جدا للمنظمة الصحية من أجل ضمان عمل المؤسسة الصحية و استمرارها، وإن الضعف في أي من هذه المدخلات قد يعرض فعالية المنظمة الصحية إلى الخطر. فارتفاع أسعار المواد الطبية مثلا سوف يؤثر على المخرجات بزيادة تكلفة الرعاية الصحية، و عدم توفر القوى العاملة في بعض المجالات سوف تحرم المرضى من الاستفادة من بعض الخدمات الصحية

(ب) العمليات (**les processus**): (التحويل و التكامل) و هي التي يتم فيها تحويل المدخلات إلى مخرجات، و هي عملية ذات نشاط إداري داخلي أي يحدث في بيئة المؤسسة الرسمية و ذات طبيعة فكرية و منطقية لتحقيق التكامل و الدمج بين الموارد المتعددة المتاحة للمنظمة حيث تتأثر عملية التكامل و الدمج بالإبداع و القدرات و عناصر هذه العمليات تشمل: القوى البشرية، التركيب الهيكلي و تعيين خطوط السلطة و المسؤولية و التنسيق و المعلومات و الرقابة و التقنية، والواجبات العملية و يقصد بها تصميم العمل و إجراءات العمل و تسلسله و طرقة. كما يمكن تقسيم هذه العمليات إلى¹:

- نشاطات إكلينيكية مباشرة مثل العمليات الجراحية.
 - نشاطات إكلينيكية غير مباشرة في غياب المستفيد مثل التحاليل الطبية.
 - نشاطات غير إكلينيكية التي لا تتعلق بالمرضى، وإنما بالتسيير و التنظيم الذي يضمن رعاية صحية في أحسن الظروف، مثل صيانة الأجهزة، تكوين المستخدمين، و النشاطات الإدارية.
- و يتضمن قياس العمليات نوعية و كفاءة التنظيم و الطرق و الأساليب التي يستعملها و يركز هذا البعد على وجود إجراءات عمل مكتوبة و محددة لكل نشاك في المستشفى يبين طريق تنفيذ الأنشطة، وعلى مستويات التوظيف و برمجة العمليات يعتبر تقويم العمليات هو الأساس الذي تقوم عليه مراجعة جودة الخدمة الطبية التي تقو به لجنة التدقيق الطبي و اللجان الأخرى.

¹-Claude Vilcot,et Hervé Leclot, **Indicateurs qualité en santé**, 2^{ème} Edition, AFNOR,2006,p03.

ت) **المخرجات** : تتمثل في الخدمة الصحية (نتائج الأداء) للأفراد و للمنظمة الصحية التي تنتج عن عملية التحويل. و المخرجات في المؤسسات الصحية يمكن أن تكزون على مستويين: نتائج أداء الأفراد و نتائج أداء المنظمة الصحية ككل. فإذا كانت النتائج على كلا المستويين ملائمة و مرغوب فيها و تؤدي الى تحقيق الأهداف تستمر المنظمة الصحية بالعطاء و تضمن بقائها. و تتضمن أهداف المنظمة رعاية المرضى، و خدمة مستهلكي الرعاية الصحية، و جودة الرعاية الصحية بأسعار مقبولة و تكاليف معقولة والنمو والاستمرار و مكانة المركز المالي و تلبية حاجات و مطالب أصحاب المصالح (المستثمرين في قطاع الصحة و المجتمع) و المشاركة في التعليم الطبي و التدريب و الأبحاث الطبية و الصحية و المحافظة على السمعة الجيدة للمنظمة.

يتضمن قياس المخرجات نوعية و جودة الخدمة المقدمة من قبل كل دائرة في المستشفى بالمقارنة مع معايير محددة مثل دقة مواعيد تسليم الأدوية إلى الأجنحة الداخلية و انتظام هذه المواعيد.

- نظافة غرف المرضى بعد تنظيفها.

- نظافة الممرات و القاعات.

- تقديم و جبات المرضى في المواعيد المحددة.

- نظافة الغسيل و نظافة المعدات و ما إلى ذلك من مؤشرات جودة المخرجات.

3- البيئة الخارجية: تعتبر المنظمة الإستشفائية نظام اجتماعي مفتوح و المنظمات الصحية تعمل ضمن البيئة

الخارجية الكلية، و التي تتألف من البيئة العامة Macro environnement، و البيئة الصحية الخاصة المباشرة

(بيئة الرعاية الصحية). تتأثر المنظمات الصحية بالبيئة الخارجية حيث تزودها بالمدخلات المطلوبة و تؤثر في بيئتها

الخارجية حيث تصب مخرجاتها فيها.

3-1- البيئة الكلية: و تتكون من النظم الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والأخلاقية/القانونية و السياسية و

البيئة العامة) مثل المستفيدين و المستثمرون و الجماعات المهنية و الإعلام و النقابات) و كلها بمجموعها تؤثر على

النظام الصحي، فمثلا النظام السياسي والاقتصادي يؤثر على النظام الصحي، وعلى الأنظمة الفرعية المتعددة و منها المنظمة الصحية.

3-2- بيئة الرعاية الصحية: و تعتبر من أكثر البيئات أهمية و تأثيرا مباشر على المنظمة الصحية. فالقوى

و المؤثرات العديدة العاملة في القطاع الصحي تؤثر على المنظمة الصحية وعلى المدراء وعلى كيفية إدارتهم لمنظمتهم و من القوى الهامة المؤثرة في الرعاية الصحية:

-التنظيمات النقابية و المهنية للأطباء و المرضى و الصيادلة و جمعيات المستشفيات.

-المنتفعين بخدمات المنظمة كالمرضى و مؤسسات الأعمال، وشركات التأمين الصحي، و صناديق الضمان و الحكومات و مؤسسات المجتمع المدني و المحلي.

-هيئات الترخيص الطبي و المهني وهيئات اعتماد المنظمات الصحية و التنافس بين المنظمات الصحية.

-مصادر التمويل العامة و الخاصة للرعاية الصحية.

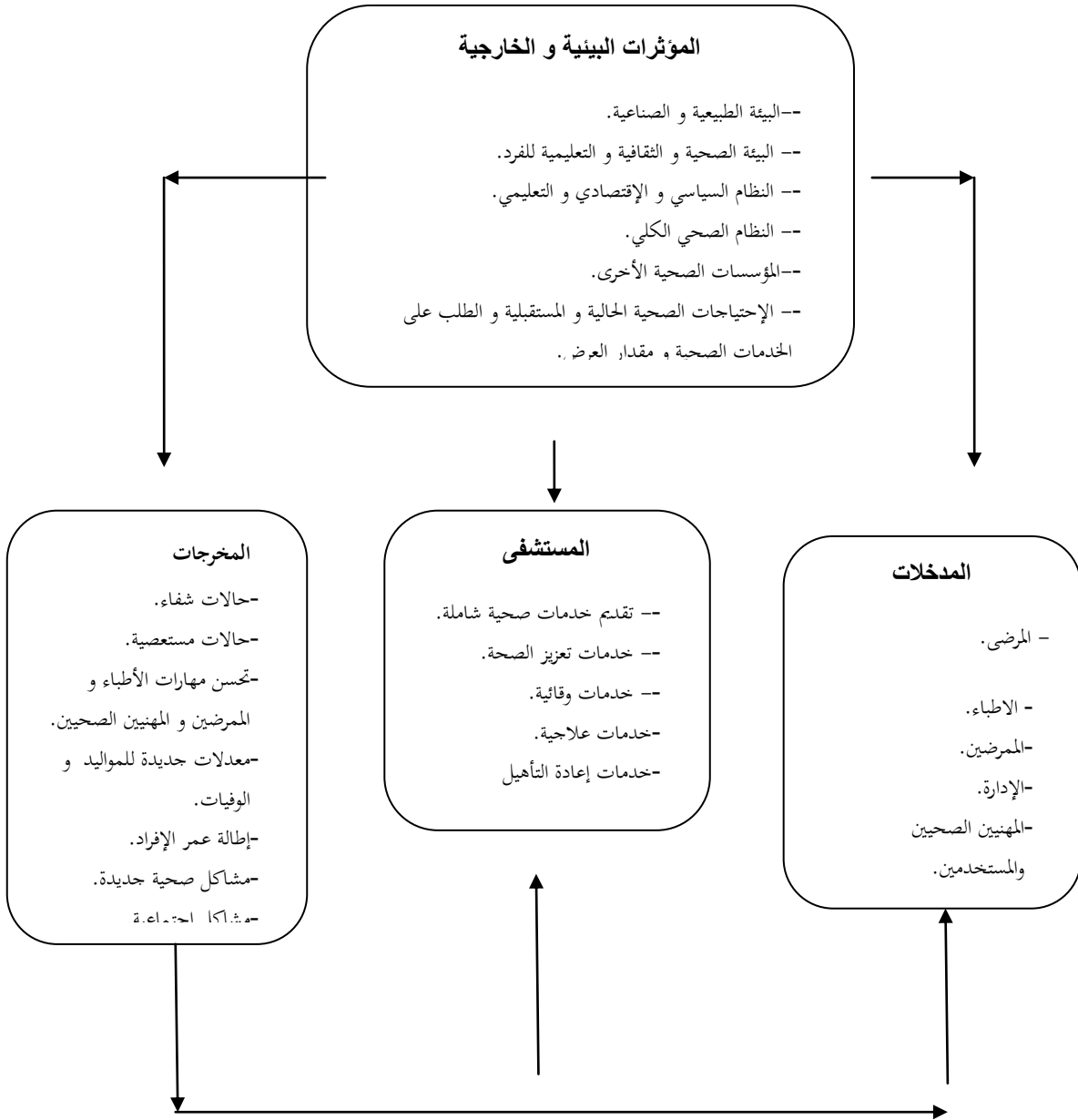
-مؤسسات تطوير الأدوات الطبية و المواد واللوازم و مؤسسات تطوير التكنولوجيا.

-من المؤثرات الأخرى البيئية: التعليم الطبي والصحي، الحالة الصحية، و معدل انتشار الأمراض، ووسائل ارقى

بالصحة و الوعي الصحي و مستوى الصحة العامة و صحة البيئة و النظافة العامة و التلوث و الحوادث و

غيرها.

الشكل رقم (II-1): المستشفى كنظام مفتوح



المصدر: فريد توفيق نصيرات إدارة المستشفيات، ص56.

المبحث الثالث: وظائف وتنظيم المستشفيات

أولاً: وظائف المستشفيات: بالرغم من أن وظيفة رعاية المرضى و مصابي الحوادث هي الوظيفة الأولى و الأساسية للمستشفى و التي تتركز حولها كافة الأنشطة و المهام التي تقوم بها المستشفى لأداء هذه الوظيفة على أفضل وجه. وتجمع الكتب و المراجع و المهنيين بموضوع الرعاية الطبية ان المستشفى و على اعتباره المؤسسة الصحية الرئيسية المسؤولة عن صحة المجتمع المحلي الذي تعمل فيه لا بد له من القيام بالعديد من المهام و الأنشطة الأخرى التي من شأنها تحسين عملية رعاية المرضى و رفع مستواها. و يحدد فيردمان خمسة وظائف أساسية للمستشفى الحديث تتلخص فيما يلي¹:

- تقديم خدمات التشخيص و العلاج للمرضى الداخليين و الخارجيين.
 - القيام بأنشطة التدريب و التعليم للمهنيين الصحيين في القطاع الصحي.
 - رفع المعرفة الطبية و الصحية من خلال ما يقوم به من أنشطة بحثية في هذا المجال.
 - الوقاية من الأمراض و يشمل ذلك وقاية المرضى في المستشفى ووقاية أفراد المجتمع.
- كما توصي لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية بضرورة قيام المستشفى بخمسة وظائف أساسية: الوظيفة العلاجية، الوظيفة الوقائية، التدريب و التعليم، الأبحاث الطبية و الاجتماعية الخدمات الممتدة الإجتماعية. و فيما يلي شرح موجز لكل من هذه الوظائف².

1- الوظيفة العلاجية: مما لا شك فيه ان تقديم خدمات الرعاية الطبية للمرضى و مصابي الحوادث هي الوظيفة

الأولى و الأساسية للمستشفى، حيث يركز المستشفى على تقديم أعلى مستوى ممكن من الخدمات للمرضى الداخليين و مرضى العيادات الخارجية و الحالات الطارئة و تحسين جودة هذه الخدمات و بشكل مستمر و لغاية ضمان جودة الرعاية الإستشفائية لا بد لإدارة المستشفى من التركيز على النقاط التالية:

¹ - فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الطبعة الأولى، 2008، ص109.

² فريد توفيق نصيرات إدارة المستشفيات، إثراء للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الاردن، 2008، ص56.

-مرعاة التصميم الجيد للأبنية و منشأة المستشفى و بحيث يتم مراعاة الناحية العلمية في التصميم لتسهيل تنفيذ الأنشطة.

-توفير القدرات الإدارية المؤهلة في مجال الإدارة الصحية و إدارة المستشفيات.

-التخطيط الجيد لخدمات المستشفى و توفير الخدمات لسد الاحتياجات الصحية الحاضرة و المستقبلية.

-تنظيم المستشفى و تزويده بالأجهزة و المعدات و الموارد البشرية اللازمة و المؤهلة لضمان أعلى مستوى ممكن من الرعاية الطبية.

-ضرورة التعامل مع المريض كشخص بكيته و ليس نظام بيولوجي يعاني من انحراف الوضع الطبيعي، فقد

أثبتت الكثير من الدراسات و الأبحاث ان العوامل البيئية و الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية و التعليمية

و السلوكية للفرد تؤثر على حدوث المرض كما أنها تؤثر على مسار المرضى و على استجابة المريض للمعالجة.

2 -**الوظيفة الوقائية:** و تتم من خلال مساهمة المستشفى في الوقاية من الأمراض و منع انتشار حدودها و التبليغ

عن الحالات المعدية و التعاون مع الهيئات العاملة في ميدان الطب و الصحة العامة، كما يساهم المستشفى في

تثقيف الجهود و توعيته إعلاميا لاكتشاف الأمراض و طرق الوقاية منها. و يمكن تصنيف الخدمات الوقائية إلى

ثلاثة أصناف:

-**خدمات الوقاية الأولية:** وهي خدمات محددة و مباشرة يجري تخطيطها و تنظيمها و تقويمها لوقاية الأفراد من

الأمراض و النمط المعروف لهذه الخدمات هو حملات التطعيم و التحصين الجماعية.

-**خدمات الوقاية الثانوية:** تركز هذه الخدمات على الكشف المبكر عن المرض و علاجه و تشمل خدمات

التشخيص و الكشف المبكر للأمراض قبل استفحالها.

-**الخدمات الوقائية ذات الدرجة الثالثة:** و هي خدمات متخصصة تقوم على جهودات فريق متخصص و

تهدف إلى إعادة تأهيل المرضى و تمكينهم من ممارسة حياة طبيعية. و تعرف لجن ة خبراء منظمة الصحة العالمية

للتأهيل الطبي خدمات إعادة التأهيل كما يلي:" الاستعمال المنظم و المنسق للمعايير و المعرفة الطبية،

الاجتماعية، التعليمية و المهنية لتدريب أو إعادة تدريب الفرد إلى أعلى مستوى ممكن من القدرة على العمل¹.

3- وظيفة التعليم و التدريب: لكي يستطيع المستشفى القيام بالوظيفة الأولى و الأساسية على أكمل و وجه

و هي تقديم أفضل رعاية ممكنة للمرضى و تحسين هذه الرعاية بشكل مستمر فلا بد من قيامه بقدر ما من أنشطة

التدريب و التعليم لرفع كفاءة العناصر البشرية العاملة فيه و إكسابهم مهارات و معارف جديدة و متطورة. و تعرف

هيئة الترخيص للتعليم الطبي المستمر *Accréditation Council for Continuing Medical Education*

éducation التعليم الطبي المستمر بأنه "التعليم الطبي المستمر يتضمن نشاطات تعليمية تستهدف صيانة

و تطوير و تنمية المعلومات و المهارات والأداء المهني والعلاقات التي يستخدمها الطبيب وأعوانه لتقديم الخدمات

الطبية للمرضى و للمجتمع و للمهنة. غن محتوى التعليم الطبي المستمر هو بناء من المعلومات و المهارات المقررة

و المقبولة من قبل المهنة مثل أسس العلوم الطبية و العلوم الإكلينيكية و معايير الرعاية الصحية للمجتمع²."

فالتعليم الطبي المستمر يعد من المنطلقات الأساسية لتحقيق أهداف الجودة الشاملة للخدمات الطبية. فإذا

كانت صيانة الأجهزة و المعدات الطبية تحظى بقدر من الاهتمام فإن الاهتمام بصيانة العقل البشري الذي يدير

هذه الأجهزة و المعدات ينبغي أن يكون أكبر و هذا الدور يعد من أهم و وظائف المستشفيات في العصر الحديث.

4- الوظيفة البحثية: يعتبر المستشفى مجالا خصبا لإجراء البحوث و الدراسات الطبية في مختلف المجالات و يمكن

تقسيم هذه البحوث الى بحوث طبية و بحوث إدارية. و تشمل الأولى الفحوصات و البحوث المخبرية التي تتطلبها

عملية علاج المرضى كما تشمل البحوث الطبية المخططة و الهادفة إلى تحسين عملية رعاية المرضى و علاجهم. أما

البحوث الإدارية و تتضمن مدى واسع يشمل كافة الأنشطة و الخدمات التي تدعم الرعاية الطبية كالبحوث

الإدارية و بحوث التمريض و خدمات الإطعام.

¹ - فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الطبعة الأولى، 2008، ص116.

² - عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، القاهرة، 1998، ص51.

5 -الوظيفة الممتدة إلى المنزل: إن المستشفى العام كمركز رئيسي لصحة المجتمع و كمؤسسة اجتماعية نشطة من مؤسساته دائمة التأثير بالبيئة المحيطة لا ينبغي له اقتصاره دوره على تقديم الخدمات الطبية لمن يطلبها و يسعى في الحصول عليها داخل أسواره بل لابد له من توسيع أنشطته و الخروج بها إلى المدى الكامل من خدمات الرعاية الطبية لتصل الى بعض المرضى في بيئتهم المنزلية و خاصة الحالات المزمنة التي لا تتطلب الرعاية في المستشفى. و نظرا لمثل هذه الخدمات الممتدة من فوائد اقتصادية و اجتماعية واضحة للمستشفى و للمجتمع ككل تدير كثير من المستشفيات العامة في الدول المتقدمة كبريطانيا و أمريكا مثل هذه البرامج لكونها ذات تكلفة أقل بكثير من تكلفة الرعاية في المستشفى ، إضافة إلى الفوائد الاجتماعية المتمثلة في إبقاء المريض في المنزل بين أسرته و تقديم له الرعاية اللازمة.

ثانيا- تنظيم المستشفيات: تتبع المستشفيات المدخل الوظيفي لتنظيم أنشطتها حيث يتم إنشاء ثلاثة إدارات:

-الإدارة الطبية: مسؤولة عن كافة الأنشطة الطبية المتعلقة بإنتاج و تقديم و تقييم جودة الخدمات الطبية.

-إدارة التمريض: مسؤولة عن كافة الأنشطة الطبية المتعلقة بإنتاج و تقديم و تقييم جودة خدمات التمريض.

-الإدارة العامة: تعتبر مسؤولة عن كافة الأنشطة غير الطبية و غير التمريضية كالمشؤون الإدارية و المالية

و الخدمية الأخرى. و للقيام بمسؤولية تقديم الرعاية الطبية و تقويم جودة هذه الخدمات يعتمد مجلس إدارة

المستشفى على الهيئة الطبية و يفوضها مسؤولية تقديم أفضل مستوى ممكن من الرعاية الطبية و مسؤولية تقديم

جودة هذه الخدمات و المحافظة على جودتها و مستواها. و للقيام بهذه المسؤولية تقوم الهيئة الطبية بتنظيم نفسها

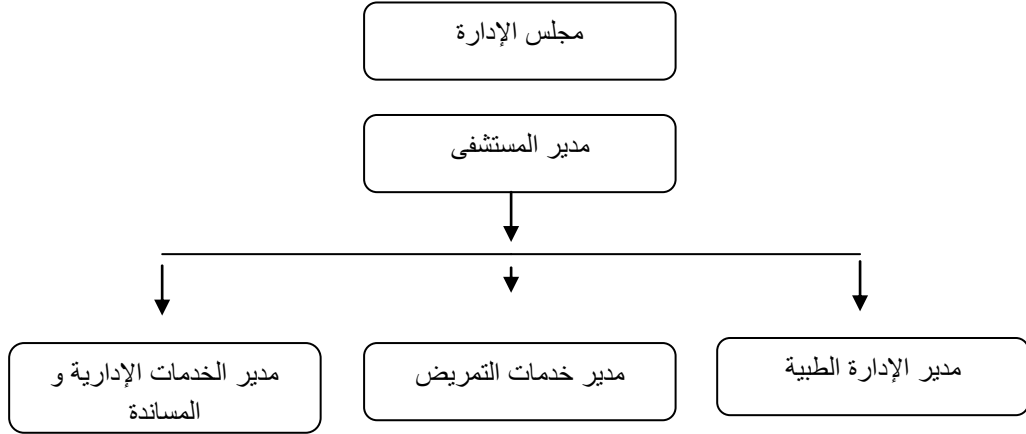
من خلال دوائر متخصصة تبعا لحجم الأنشطة و الخدمات التي يقدمها المستشفى من خلال لجان و وظيفية

متخصصة و هذا ما سنتطرق إليه لاحقا. وعلى ذلك نجد أن الهيكلة العامة للمستشفى تتكون من العناصر

التالية (مجلس الإدارة، مدير المستشفى ومساعديه، الهيئة الطبية، والأقسام المختلفة بما فيها من عناصر بشرية مؤهلة

لإدارة ز تنفيذ الأنشطة و الأعمال).

- الشكل رقم (II- 2): التنظيم الوظيفي لإدارة المستشفى



المصدر: فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الطبعة

الأولى، 2008، ص93.

سنحاول استعراض إدارة و تنظيم الهيئة الطبية كأحد أهم عناصر الهيكل لأهمية و محورية الدور الذي تقوم به من

إنتاج و تقديم الخدمة الطبية و تقييم جودتها بما يتناسب مع إدارة المستشفيات الحديثة.

1- الهيئة الطبية: لما كان الأطباء مسئولون أمام المرضى و مجلس الإدارة و المستشفى ككل عن ضمان أفضل

رعاية طبية ممكنة للمرضى من خلال تطبيق الإجراءات و التقنيات الطبية و المهنية في المستشفى تشترط الجمعية

الأمريكية لاعتماد المستشفيات وجود هيئة طبية منظمة مسؤولة أمام المريض و مجلس الإدارة عن جودة الرعاية

الطبية في المستشفى و عن الممارسة المهنية و الأخلاقية لأعضائها. و تشير الجمعية إلى أن المحافظة على معايير

الرعاية الصحية يعتمد على طبيعة الأطباء و فعالية تنظيمهم في تنفيذ الواجبات التالية:

- إختيار الأطباء الأكفاء بالانضمام لعضوية الهيئة.

- التحليل المستمر و المراجعة للعمل الطبي.

- دعم الهيئة الطبية و سياسات المستشفى.

- المحافظة على سجلات طبية جيدة و مناسبة.

- تقديم الإستشارات.

أصدرت الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات سنة 1965¹ مبادئ عامة حول تنظيم الهيئة الطبية تبين وظائف وواجبات ومسؤوليات كل عضو من الهيئة و بالنسبة للهيئة ككل. والجدير بالذكر أن مجلس الإدارة هو المسئول قانونيا و أخلاقيا على عمل الهيئة الطبية حيث يتم المصادقة و تبني القوانين الداخلية و التعليمات المنظمة لهذه الهيئة.

1-1- وظائف الهيئة الطبية: تتألف الهيئة الطبية من الأطباء العاملين في المستشفى والأطباء المستقلين الذين لهم

عياداتهم الخاصة خارج المستشفى و يستخدمون تسهيلات المستشفى لمعالجة مرضاهم. و تؤثر الهيئة الطبية بما لديها من معرفة متخصصة و مهارات فنية لوصف العلاج ووضع خطة المعالجة على عملية تقديم الخدمات الصحية كما و نوعا إلى درجة أكبر من أي عمل آخر داخل التنظيم فهم الوحيدون المؤهلون و المفوضون قانونيا للممارسة مهنة الطب. و بشكل عام فإن الهيئة مسؤولة عن القيام بالوظائف التالية:-

-رعاية المرضى و التي تركز عليها كافة الجهود و النشاطات في المستشفى.

-المحافظة على كفاءة أداء عملية تقديم الخدمات الطبية و تحسين كفاءة الأطباء.

-تنظيم أفراد الهيئة الطبية و ربطهم بالتنظيم الكلي للمستشفى ووضع السياسات و القواعد الخاصة بممارسة المهنة و سلوك أفرادها و تنسيق الجهود و النشاطات لعملية تقديم الخدمة الصحية.

- التعليم و التدريب و يتضمن ذلك إعطاء المحاضرات النظرية و التطبيقات العلمية لأعضاء الهيئة الطبية

و المرضى بما يتماشى مع سياسة المستشفى.

- تقديم المشورة للإدارة و مساعدتها في إدارة و تنظيم المستشفى و خاصة بما يتعلق بالنواحي الفنية للمستشفى.

¹ - فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الطبعة الأولى، 2008، ص93.

- مراجعة استخدام أجهزة و معدات و تسهيلات المستشفى للتأكد من سلامة إستخدامها و ترشيد هذا الاستخدام.

- تقويم عملية أداء الخدمة الطبية و نتائجها من خلال وضع و تبني مقاييس مهنية تحكم الأداء لضمان مستوى جيد من الخدمة و يتم ذلك من خلال اللجان الدائمة المشكلة لهذا الغرض.

(أ) **لجنة السجلات الطبية** : تعتبر اللجنة من أهم لجان الهيئة الطبية لما تقوم به من دور هام في المحافظة على مستوى عالي من الرعاية الطبية و التعليم و الأبحاث و توفير الحماية القانونية للمرضى و الأطباء و المستشفى.

(ب) **لجنة التدقيق الطبي** : تقوم هذه اللجنة بتقويم مستوى جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضة و ذلك من واقع السجلات الطبية لهم و كما تحكمها المعلومات و البيانات المدونة في السجل الطبي للمريض سواء أثناء إقامته في المستشفى أو بعد خروجه.

(ت) **لجنة الأنسجة و مراجعة الأنشطة الجراحية** :تقوم هذه اللجنة بمراجعة و تقويم كافة الأنشطة الجراحية التي تجري في المستشفى و تتحمل مسؤولية المحافظة و التقيد بالمعايير المحددة و المعتمدة لهذه الأنشطة.

(ث) **لجنة مراجعة الاستخدام** : يتركز عمل هذه اللجنة على ترشيد إستخدام الموارد و الإمكانيات التي يوفرها المستشفى لخدمة المرضى و تقليل الفاقد منها،و تحديد العوامل التي قد تساهم في الإقامة الغير الضرورية في المستشفى أو غير المبررة.

(ج) **لجنة الدواء و الصيدلية** : و تتولى هذه اللجنة مسؤولية رسم السياسات الطبية المتعلقة بتوفير و استعمال الأدوية في المستشفى و ضبط استعمالها و توزيعها بما يحقق الاستخدام الأمثل. كما تقوم هذه اللجنة بتقديم النصح و المشورة للأطباء و إدارة المستشفى فيما يتعلق باختيار الأدوية من بين البدائل المطروحة في السوق من حيث الفعالية و التكلفة.

- ح) لجنة السيطرة على العدوى: لما كانت احتمالات العدوى في المستشفى قائمة في أي وقت لذلك فإن المسؤولية الأولى لهذه اللجنة هي السيطرة على احتمالات حدوث العدوى وإبقاء مثل هذا الاحتمال عند أدنى حد ممكن و لا يمكن أن يتأتى إلا عن طريق التعليم المستمر حول و الأساليب الممكنة لرقابة و ضبط العدوى.
- و مما يجدر ذكره أن الجمعية الأمريكية للاعتراف بالمستشفيات JCAH تشترط عقد اجتماعات للهيئة الطبية لضمان قيام هذه الأخيرة بمسؤولياتهم فيما يتعلق بتقديم خدمات طبية جيدة حيث يجري في هذه الاجتماعات استعراض للأنشطة و الأعمال الطبية التي يقوم بها الأطباء في علاج مرضاهم و مراجعتها و تحليلها و تقويمها للتعرف على النواحي الإيجابية والسلبية فيه و بذلك تسهم الهيئة الطبية بتعليم أفرادها و زيادة مهاراتهم
- و) هيئة التمريض: تعتبر هيئة التمريض جزء من التنظيم الإداري الرسمي للمستشفى، حيث ترتبط بمدير المستشفى من خلال مدير التمريض. و هيئة التمريض مسئولة عن التنسيق بين مهام رعاية المريض و مهام المعالجة الممثلة بالطبيب و هي بهذا تعمل كوسيط بين النظام الفرعي الفني المتمثل بالأطباء و النظام الفرعي التنسيقي المتمثل بالجهاز الإداري مما يضعها في دورين متضاربين في التنظيم. و بالنسبة للمريض فالهيئة التمريضية هي الممثل الرئيسي للمستشفى لارتباطها المباشر و تفاعلها المستمر بمراحل علاجه من خلال تنسيق كافة النشاطات الضرورية لرعايته مما جعل منها قوة و مركزا للنفوذ في المستشفى و عنصرا فعالا في التنظيم.
- 1-2 أساسيات الخدمة التمريضية الجيدة:** لتحقيق هدف دائرة التمريض و المتمثل بتقديم أفضل رعاية تمريضية ممكنة للمرضى لابد لكل و ممرضة مراعاة الأساسيات التالية:
- المحافظة دائما على موقف مهني مسئول و ملتزم تجاه المرضى، تجاه أقارب المريض و دويه و اتجاه المهنة نفسها.
- التطبيق الدقيق لخطة العلاج التي يحددها الطبيب المعالج.
- الملاحظة للأغراض المرضية أثناء إقامة المريض بالمستشفى.

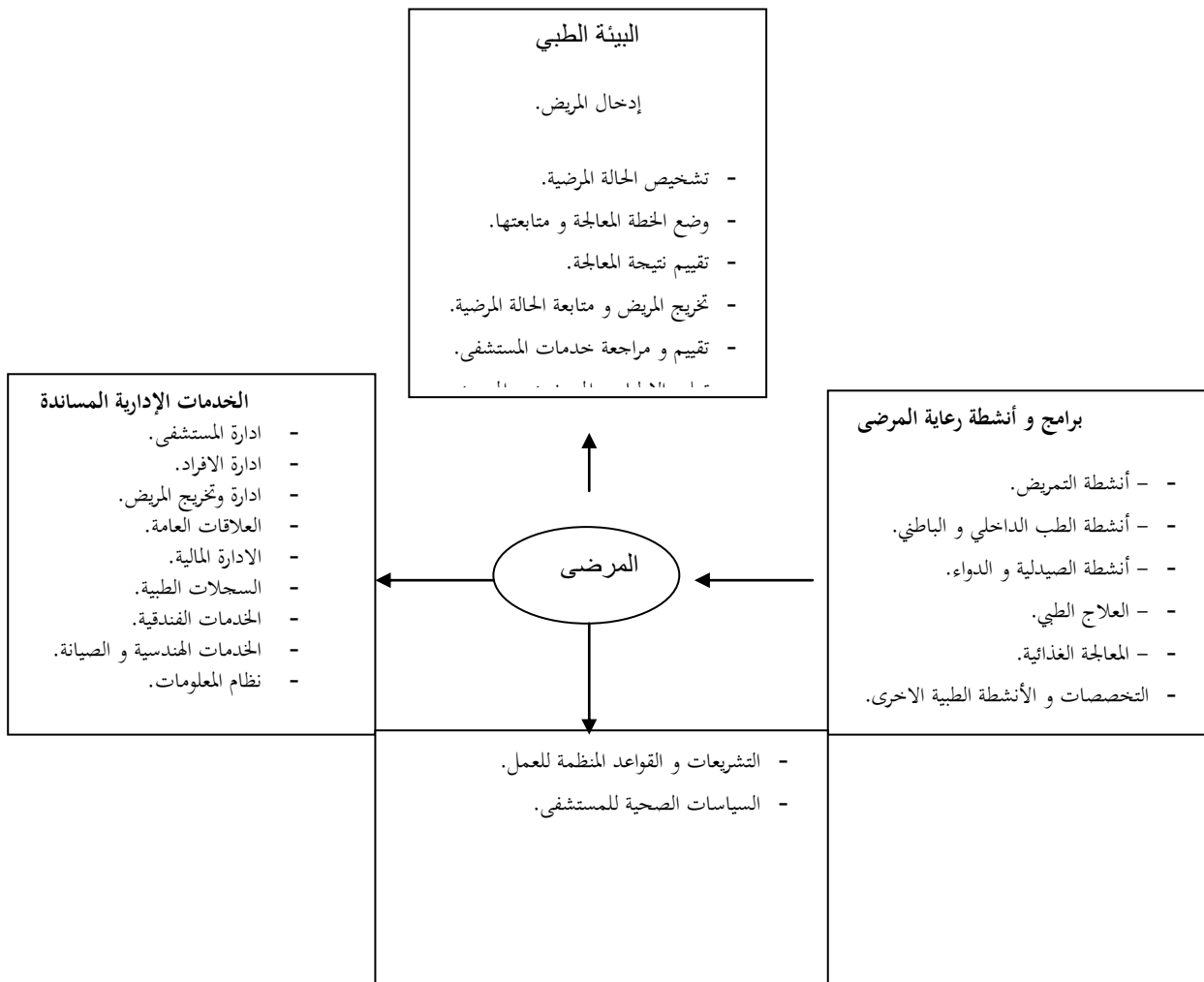
- المحافظة على علاقة جيدة تعاونية مع الأقسام الأخرى في المستشفى و إظهار روحية الفريق المتعاون.

2 **الجهاز الإداري:** يتألف الجهاز الإداري من مدير المستشفى و مساعده و رؤساء الأقسام و الخدمات

الإدارية و الفنية، و التي تقع مسؤولية اختيارهم على كاهل مدير المستشفى و تعتبر كما ذكر سابقا مسؤولة

عن كافة الأنشطة غير الطبية و غير التمريضية كالمشؤون الإدارية و المالية و الخدمية الأخرى.

الشكل (II-3) : النظام الداخلي للمستشفى



المصدر: فريد توفيق نصيرات إدارة المستشفيات، إثراء للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن 2008، ص 85.

ثالثا: الخصائص المميزة للمستشفى و المضامين المترتبة عليها

تجمع أدبيات الإدارة الصحية و الباحثين في أدبيات القطاع الصحي و مؤسساته على أن المستشفى هو احد أكثر التنظيمات تعقيدا و تميزا في الوجود بالمقارنة مع التنظيمات الأخرى بما فيها التنظيمات الخدمية. و مما لا شك فيه هذا التعقيد و التميز ينبع من خصوصية و تميز المستشفى عن غيره من التنظيمات و ما يتطلبه ذلك من تنظيمات ترتيبا إدارية و تنظيمي خاصة تتفق مع طبيعته المتميزة.

و يمكن إرجاع تعقيد المستشفى الحديث إلى عدد من الخصائص التي يكاد ينفرد بها عن أي تنظيم آخر في ذلك التنظيمات الخدمية و أهم هذه الخصائص ما يلي:

1 - تعدد الأهداف التي يسعى المستشفى لتحقيقها: فرغم أن الهدف الرئيسي للمستشفى هو تقديم أفضل

مستوى ممكن من الرعاية الطبية و بأقل تكلفة ممكنة إلا أن هنالك العديد من الأهداف الأخر و التي لا بد من القيام بها و تحقيقها في مجال تدريب و تعليم الأطباء و المرضى و المهنيين الصحيين والعاملين في حقل الإدارة الصحية و القيام بالأبحاث العلمية و الطبية التي من شأنها تحسين جودة الرعاية الطبية في المستشفى ورفد المعرفة الطبية ككل.

2 - التقسيم الواسع للعمل و تنوع و اختلاف التركيبة الاجتماعية للعناصر البشرية العاملة: يتصف العمل

بالمستشفى بدرجة عالية من التخصص والتمايز والاختلاف وهو مقسم بين عدد كبير من العناصر البشرية العاملة بالمستشفى و المختلفة في خلفياتها العلمية و خبراتها و مهاراتها و مواقفها و قيمها و تطلعاتها واحتياجاتها إبتداء من الأطباء و المدراء كأهم العناصر البشرية من حيث التعليم و الثقافة وحساسية و أهمية الدور الذي يقومون به و انتهاء بعمال التغذية و النظافة الأقل حظا من التعليم والثقافة. إن التوفيق بين هذه العناصر المختلفة و التنسيق بينهما وجمعها في مجموعة واحدة و توجيهها باتجاه تحقيق الأهداف الكلية للتنظيم هو أمر في غاية الصعوبة كما أن احتمالات و مجالات الاحتكاك و الصراع بين هذه العناصر هو دائم الوجود.

3 -تداخل الخدمات والأنشطة و اعتمادها الكبير على بعضها البعض: إن الرعاية الإستشفائية الحديثة تقوم

على خدمات و أنشطة وتخصصات مختلفة و متعددة تعود لحقول معرفية متعددة،فبسبب الدرجة العالية من التخصص و التقسيم الواسع للعمل في المستشفى نجد أن كل شخص يعمل في المستشفى يعتمد إلى حد كبير في إنجاز عمله و القيام بدوره في التنظيم على ما يقوم به من غيره من العاملين في المستشفى.إن هذا التداخل في الأنشطة و الاعتماد الكبير على بعضها البعض يتطلب قدرا كبيرا و ملائما من التنسيق وبين الأقسام و الدوائر المختلفة لضمان الفعالية و الكفاءة في تحقيق الأهداف. و يعتبر ذلك من المهام الصعبة التي تواجه مدراء المستشفيات في سبيل خلق و إيجاد البيئة التنظيمية المناسبة لأداء خدمات الرعاية الاستشفائية.

4 - الطبيعة الطارئة لعمل المستشفى: إن الطلب على الجزء الأكبر من خدمات المستشفى هو ذا طبيعة طارئة

وغير قابلة للتأجيل أوالتأخير والانتظار.وهذا يجعل من الصعب على إدارة المستشفى والعاملين فيه توقع حجم العمل ومزيج الحالات المرضية التي يمكن أن ترد الى المستشفى و تتضمن هذه الخاصية المميزة للمستشفى عدد من المضامين لإدارته و تحملها أعباء كبيرة كما يلي:

-ضرورة التشغيل المستمر للمستشفى على مدار 24 ساعة و ما يفرضه ذلك من تكاليف إضافية مرتفعة إضافة إلى المشاكل الكثيرة المتعلقة ببرمجة الأنشطة و الخدمات المختلفة على مدار الساعة و مشاكل المناوبات و الأفراد.

-تتطلب الطبيعة الطارئة للعمل جاهزية و استعداد مستمر من جانب كافة العاملين بالمستشفى و ما يوفره من منشآت و خدمات لمواجهة الظروف الطارئة التي قد تحدث في اي وقت مما يضع عبئا ثقيلا على المستشفى و العاملين فيه.

-إن الطبيعة الطارئة للعمل في المستشفى تدفع المدراء و المشرفين غالبا الى تبني أسلوب الإدارة بالأزمات بدلا من أسلوب الإدارة بالأهداف و الأسلوب الأوتوقراطي أكثر من الأسلوب الديمقراطي في الإدارة حيث لا مجال للتشاور و المناقشة عند التعامل مع الظروف الطارئة و الأزمات التي قد تحدث في بيئة المستشفى في أي وقت.

-يتطلب المستشفى قدرا كبيرا من الانضباط و السلوك المنظم لذلك لا بد من تحديد خطوط السلطة و المسؤولية بشكل واضح و لا بد من المحافظة على النظام و الانضباط بتبني نظام محدد للتأديب و المساءلة يستند إلى لوائح تنظيمية و سياسات واضحة و محددة بحكم ان الممارسة الطبية غير قابلة للإصلاح في كثير من الأحيان و تترتب عليه عواقب كبيرة تؤثر مباشرة على صحة و حياة الفرد.

5 -المستشفى تنظيم شبه بيروقراطي: إن المستشفى هو تنظيم رسمي يشبه الى حد كبير التنظيمات البيروقراطية و كغيره من التنظيمات الموجهة نح تنفيذ المهام يعتمد إلى حد كبير على سياسات و قواعد و لوائح رسمية و على خطوط رسمية للسلطة لضبط سلوكيات العاملين و تنظيم علاقات العمل بينهم. هذا التركيز على الوسائل الرسمية للتنظيم و على الإجراءات المحددة للعمل و على الرقابة التوجيهية المباشرة أكثر منها على الرقابة الديمقراطية تعطي المستشفى شخصيته البيروقراطية التسلطية. و مع انه في السنوات الأخيرة يمكن أن نلاحظ اتجاه متزايد نحو تنظيمات أكثر منطقية و اتجاهها متزايدا نحو أسلوب الإدارة بالمشاركة فمن غير المحتمل أن تتمكن المستشفيات من التخلص من كل الخصائص البيروقراطية و ذلك للأسباب التالية:

-حقيقة تعامل المستشفى مع قضايا الحياة و الموت و الصحة و المرض و التي تضع عبئا ثقيلا على المستشفى و العاملين فيه و كما بيننا سابقا و حيثما تكون حياة الإنسان في خطر فهناك مجالا محدودا جدا لاحتمال أو قبول الخطأ و الإهمال.

-هناك فصور واضح في ما هو موجود في بدائل إدارية و تنظيمية يمكن استخدامها لضمان وضوح المسؤوليات و كفاءة الإنجاز في المستشفى.

-هناك اهتمام كبير و دائم من قبل إدارة المستشفى و الجهات الرسمية المخططة و الممولة للرعاية الصحية لتحقيق مستوى عال من كفاءة الإنجاز و في غياب نمط الإنتاج الممكن في المستشفى فإن هذا الاهتمام يجبر المستشفى إلى استعمال وسائل شبه بيروقراطية لإدارة و تنظيم و رقابة الأنشطة بما فيه اللوائح الرسمية و الإجراءات المحددة للعلم و الإشراف المباشر عليه.

6 -المستشفى تنظيم إنساني أكثر منه تنظيم آلة: إن المستشفى هو في الأساس تنظيم إنساني أكثر منه تنظيم

آلي، فأهم مدخلا ته (المرضى و العاملين فيه) و مخرجاته الرئيسية و التي هي رعاية المرضى تتألف من خدمات شخصية و فردية و يتم معظمها بواسطة الإنسان. و نظرا لاختلاف حجم العمل و مزيج الحالات التي يمكن أن ترد للمستشفى في أي وقت و عدم انتظام تدفق ذلك. ونظرا لان خدمات الرعاية الطبية هي خدمات فردية أكثر منها نمطية و نظرا لأن غالبية الأنشطة و الفعاليات في المستشفى لا يمكن مكنتها و تنميطها أو تخطيطها بشكل مسبق فلا يد للمستشفى من أن يعتمد و إلى حد كبير على العناصر البشرية المتعددة و العاملة فيه للقيام بتعديلات اليومية و التأقلم المطلوب على ضوء الأوضاع اليومية المتغيرة التي يواجهها وهذه التعديلات لا يمكن تفصيلها و توضيحها بشكل كامل من خلال التعليمات واللوائح التنظيمية الرسمية. كذلك فإن قدرا من الانحراف عن هذه التعليمات واللوائح الرسمية يمكن أن يكون ضروريا لمواجهة حالات و ظروف محددة .

7 -مشكلة التمهين و الاحتراف في المستشفى: يعرف فرسون المهني " بأنه الشخص المؤهل علميا و عمليا في

حقل من حقول المعرفة و كنتيجة لبرنامج طويل و متخصص في التدريب الذهني و الذي يلتزم باستعمال معرفته و علمه و مهاراته وفقا للمعايير المحددة من قبل أصحاب المهنة التي ينتمي لها" ¹. و تؤكد معايير العمل لدى المهنيين و بشكل دائم على نقطتين هامتين:

- الحكم و الإدارة الذاتية للمهنيين ككل.

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، دار إثراء للنشر و التوزيع ، عمان، الاردن، الطبعة الأولى، 2008، ص45.

- الاستقلال و الحكم الذاتي لكل ممارس من هؤلاء المهنيين ضمن إطار حدود المهنة ذاتها.

إن غالبية أولئك اللذين يتحملون المسؤوليات الرئيسية لخدمات العناية الطبية هم مهنيون محترفون و يشمل هؤلاء الأطباء و الممرضون و الصيادلة و الفنيين و المدراء. و يأتي الأطباء على رأس هذه المجموعة. إن الدرجة العالية من الاحتراف و التمهين للأطباء إضافة إلى مركزهم المتميز في تنظيم المستشفى يمكن أن يشكل مصدرا للمشاكل الإدارية و التشغيلية لإدارة المستشفى للاعتبارات التالية:

-إن الأطباء بحكم تعليمهم و تدريبهم و تمهينهم لديهم الدوافع القوية للاستقلال الشخصي و التمتع بقدر كبير من الحرية و الإدارة الذاتية عند ممارستهم لعملهم ما يجعلهم ميالون لمقاومة النظام و الانضباط الذي تخلقه التشريعات و اللوائح التنظيمية الرسمية.

-الأطباء لديهم المعرفة الطبية المتخصصة و لكنهم يمتلكون القليل من المعرفة و الخبرة الإدارية و في الجانب الآخر نجد أن المدراء المستشفيات لديهم المعرفة و الخبرة الكافية في الإدارة و تقنياتها و لكنهم يمتلكون القليل من المعرفة في المسائل الطبية. إن هذا الوضع يمكن أن يؤدي إلى احتكاكات خطيرة بين الجانبين أو يهـيء الفرصة لظهور قضايا هامة تعود للسلطة و الصلاحيات في المستشفى.

-إن الأطباء و بحكم مهنتهم يتمتعون بمراكز اعلي من تلك التي يحتلها غيرهم من أصحاب المهنة في المستشفى و حتى عندما لا يتمتع هؤلاء الأطباء بسلطة رسمية مفوضة لهم في التنظيم فإن مؤهلاتهم العلمية و خبراتهم و مهارتهم تمكنهم من ممارسة قدر كبير من النفوذ و السلطة و التأثير على كافة العناصر البشرية العاملة في المستشفى بمختلف مستوياتهم

8 -غياب خط السلطة المنفرد: إن غياب خط السلطة المنفرد في المستشفى هي خصوصية أخرى مميزة

للمستشفى و التي تربط مباشرة بخصوصية التمهين و الاحتراف فالسلطة في المستشفى لا تنبثق من مصدر واحد

و لا تتسلل عبر خط واحد للأمر كما هو الحال في التنظيمات الأخرى و تخلق هذه الخاصية و بشكل دائم مشاكل إدارية و تشغيلية لإدارة المستشفى .

9 -ظروف العمل غير العادية في المستشفى: حيث يتعامل المستشفى مع قضايا الحياة و الموت الصحة و المرض مما يضع عبئا ثقيلا و إرهاقا ماديا و نفسيا على العاملين بالمستشفى بمختلف مستوياتهم و صنفهم حيث نجد أن المرضى و بسبب حالتهم المرضية معلى قدر كبير من القلق و الترقب و عدم الارتياح و كذلك الأمر بالنسبة لذوي المرضى من أقارب و أصدقاء و زائرين كما أن الأطباء و المرضى بحالة من القلق و الإجهاد الدائم بسبب ضغوط و مفاجآت العمل و دقة المسؤولية و قداسة الأمانة التي يتحملونها مما يجعل من المستشفى و ظروف العمل فيه أمرا مختلفا عن أي تنظيم آخر.

10 -مشكلة قياس المخرجات النهائية للمستشفى: لا زالت مشكلة جودة و مستوى الرعاية الطبية و قياسها قائمة في المستشفيات لصعوبة وجود معايير دقيقة يمكن معها قياس العناية الطبية المقدمة للمرضى و هناك مقدار كبير من الاتفاق لا يزال موجودا بين الخبراء و الباحثين فيما يتعلق بما يجب أن يقاس و كيف يقاس.

المبحث الرابع: المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الإستشفائية

إن المؤسسات الصحية عامة و المستشفى بخاصة تضطلع بمسؤولية كبيرة تجاه المجتمع و العلاقات العامة لها دور مؤثر في تعزيز المسؤولية الاجتماعية التي تنوء بها المستشفى لخدمة المجتمع و التفاعل معه. و المسؤولية الاجتماعية التي تعد من احداث المفاهيم الفلسفية السائدة في منظمات الأعمال بعلاقتها مع البيئة المحيطة بها هي: تعهد و التزام لإدارة منظمة الأعمال في مواصلة السياسات لصنع القرارات و معالجة الحالات المرغوبة و لتحقيق الأهداف و القيم لعموم المجتمع" و يقصد بذلك و بقدر تعلق الأمر في المؤسسات الصحية " هو تعهد و التزام إدارات هذه المؤسسات و التزامها حيال المجتمع و من خلال القرارات التي تتخذها لبلوغ الأهداف الموضوعة لها، و في تحقيق رسالتها الإنسانية لعموم أفراد المجتمع التي يقف في مقدمتها خلق بيئة صحية سليمة خالية من الأمراض"¹.

لقد عدت المسؤولية الاجتماعية اليوم تحديا كبيرا لمنظمات الأعمال عامة و المؤسسات الصحية بخاصة نتيجة للتغير الاجتماعي و الاقتصادي و الثقافي الكبير الحاصل في بيئة عمل هذه المنظمات. فأصبح النظر إلى تحقيق حياة نوعية للإفراد بشكل يوازي في سعيها لتقديم خدمة صحية ناجحة إلى الأطراف التي تتعامل معها. و من هنا برز دور المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الصحية المختلفة في تامين صلاتها بالمجتمع، وبالتالي أصبح اهتمام هذه المؤسسات الصحية لا ينحصر في حدود جزء من سوق عملها أو عدد من خدماتها الصحية المقدمة، بل امتد إلى المجتمع بعموميته و الأسواق بمجملها. ولعل هذا الأمر في التغير يكمن في الآتي:

-التغير في مفهوم العقد الاجتماعي: للمنظمات وذلك لكون المجتمع يتوقع اليوم المزيد من العطاء لهذه المنظمات عامة و الصحية بخاصة كما كانت عليه في السابق. فالعلاقة بين الطرفين و المتمثلة بالعقد الاجتماعي الذي ينظر إليه الفلاسفة و المنظرون الاجتماعيون علأنه اتفاق و التزام و أعرافا ما بين المؤسسة و المجتمع.

1 تامر الياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية، الطبعة الأولى، عمان/الأردن، 2005، ص237.

- هناك ضغط كبير على منظمات الأعمال و من أطراف و مجاميع متعددة نحو تحميلها المزيد من المسؤوليات تجاه المجتمع. و هذا ينطبق بشكل خاص على المؤسسات الصحية نظرا لزيادة المخاطر الصحية التي تنعكس على حياة الفرد في ظل الأمراض المستعصية و المخاطر البيئية المختلفة تتمثل الأطراف الضاغطة بشكل خاص بالزبائن، و العاملين والمجهزين و المستثمرين، الحكومة و المجتمع عامة .
- طالما كان من أهداف المنظمة هو البقاء و الاستمرار فإن توافق الخدمات التي تقدمها مع حاجات و رغبات المجتمع يساعدها في تحقيق ذلك الهدف إلى حد كبير، مع وجود فرص مواتية إلى زيادة تحسين مستوى الأداء و الارتقاء بنوعية الخدمة الصحية المقدمة بما يحقق فائدة أفضل لعموم المجتمع.
- الأنظمة و القوانين التي تسنها الدولة التي في ضوئها تحدد المؤسسات الصحية أهدافها وبرامجها التي تهدف من خلالها خدمة المجتمع، و إيجاد الشروط المناسبة لتنفيذ أعمالها وبما يكفل تحقيقها للخطط المعدة لذلك.
- إذن وفق ذلك أصبحت المسؤولية الاجتماعية واحدة من أبرز التحديات التي تواجهها المنظمات الصحية و خصوصا في ظل التغيرات البيئية المختلفة بصورة مباشرة او غير مباشرة.
- أولا: المستشفى و أصحاب المصالح (الأطراف المتعاملة مع المستشفى)
- يمكن القول بداية أن المنظمات الصحية بمختلف أنواعها سواء كانت حكومية أو خاصة، يجب أن تلتزم بمسؤولياتها الاجتماعية تجاه الأطراف الأخرى سواء كانوا ا لعاملين فيها أو المتعاملين معها و المبررات الآتية تبرر ذلك.

1-المسؤولية الاجتماعية تجاه العاملين بالمستشفى: وتشمل الهيئة الطبية و التمريضية و الهيئة الإدارية.

1-1 مزايا إلتزام المؤسسات الصحية بمسئولياتها الاجتماعية تجاه العاملين فيها:

- إن قيام المؤسسة أي كانت بالالتزام بمسئوليتها الاجتماعية تجاه العاملين فيه يعتبر من قبيل الأعمال المرجحة على المدى الطويل. حيث أن راحة العاملين بالمستشفى يؤدي الى رفع الروح المعنوية بالنسبة لهم فهذا ينعكس على أدائهم بحيث يصبح متميزا وبالتالي نزيد إنتاجهم.

- إن الإلتزام بالمسؤولية الاجتماعية يؤدي إلى زيادة قدرة المؤسسة على الاستمرار و البقاء و النمو في عالم الأعمال. فإذا قلنا أن المؤسسة ليس عليها التزام صحي و اجتماعي و ترفيهي تجاه العاملين فيها، وان هناك مؤسسات أخرى تعطي هذه الميزة للعاملين فيها فإن هذا يؤدي إلى انتقال العمالة الخاصة الماهرة منها إلى المنظمات التي تقدم بعض المزايا للعاملين بها وبالتالي يزداد معدل دوران العمل في المؤسسات الأولى ويحدث نوع من عدم الاستقرار. يترتب عليه عدم استقرار النظم و السياسات و تصبح المؤسسة مهددة بالتوقف و الإفلاس و الخروج من السوق

- يزيد التزام المؤسسات الصحية بالمسؤولية الاجتماعية تجاه العاملين فيها إلى زيادة درجة الانتماء والولاء التنظيمي للأفراد العاملين فيها مما يؤدي إلى زيادة القوة التنافسية لهذه المؤسسة.

- يهدف التزام المؤسسات الإستشفائية بمسئوليتها الاجتماعية تجاه العاملين فيها إلى منع المشاكل قبل وقوعها. حيث أن المنظمات العمالية و النقابية ومؤسسات التأمين الصحي و الاجتماعي و غيرها. قد تعارض سياسات المؤسسة إذا لم توفر خدمة معينة بمستوى معين للعاملين ويظهر هذا خاصة في العيادات الخاصة و المستشفيات و الوحدات و مراكز التحاليل و الأشعة الخاصة.

- إن القوانين و النظم الحكومية لا تستطيع تغطية كل الظروف و الحالات و المواقف،فالتزام المؤسسات الطبية بمسئوليتها الاجتماعية يساعد الحكومة و المجتمع و يساهم في حل مشكلات وطنية منها الحد من البطالة و الحد

من هجرة العمالة للخارج و ارتفاع مستوى دخل الفرد... الخ. ولذلك يمكن القول أن التزام المؤسسات الإستشفائية بمسؤوليتها الاجتماعية تجاه العاملين هو هدف قومي و استراتيجي في نفس الوقت.

1-2 مجالات المسؤولية الاجتماعية تجاه العاملين بالمستشفى:

هناك مجالات كثيرة يمكن للمستشفيات و العيادات و الوحدات الصحية المتنوعة أن تستجيب فيه لزيادة الدعم

الاجتماعي و الاقتصادي للعاملين فيه. ويمكن إبراز واهم المجالات فيما يلي:

- توفير الرعاية الطبية و الصحية سواء كانت علاجاً أو وقاية لجميع العاملين في الوحدة الصحية. وقد يكون هذا

الأمر سهلاً في مثل هذه المنظمات نظراً لطبيعة نشاطها. إلا أنه قد يكون صعباً عندما يكون مكلفاً و يحتاج المريض

لإجراء عملية جراحية أو يحتاج فحوصات و أشعة و تحاليل أو نقل دم أو غير ذلك. و في مثل هذه الأحوال يجب

أن تكون الخدمات الصحية الجيدة مقصورة فقط على الأطباء أو أهليهم أو طبقة الإدارة العليا المتميزة في

المستشفى، ولكن يجب أن تمتد إلى جميع العاملين، و بل يمكن القول أن العاملين ذو الدخل المنخفض هم أولى .

- توفير أو المساهمة في توفير الإسكان للعاملين بالوحدات و المؤسسات الإستشفائية.

- توفير الخدمات الترفيهية و الثقافية و الرياضية للعاملين. غن المؤسسات الإستشفائية مطالبة بتوفير هذه الخدمات

للعاملين و ليس الأمر مقصوراً على توفير هذه الخدمات للمرضى، فكيف يتسنى للعامل أن يخدم مريضاً يتمتع بهذه

الخدمات و العامل محروماً منها. و تشمل هذه الخدمات الرحلات و تنظيم عمليات الحج والعمرة وزيارة الأماكن

المقدسة و إقامة الندوات و الاجتماعات و إحداث نوع من التقارب بين الإدارة و العاملين وبين مختلف الفئات

العاملة في المستشفى. إن هذا الأمر يؤدي إلى توفير الإشباع النفسي و المعنوي كما انه يقلل من الصراع و التعارض

بين مختلف الفئات العاملة في المؤسسات الاستشفائية.

وهذا بالإضافة إلى خدمات أخرى في هذا المجال مثل تنظيم المسابقات الرياضية و الثقافية للعاملين و أبنائهم و توفير الإشباع الديني و العقائدي من خلال دعوة المتخصصون في مثل هذه المجالات لإعطاء محاضرات و ندوات يمكن من خلالها الإجابة عن الاستفسارات و الأسئلة التي تدور في أذهان العاملين بالمنظمات الصحية..

-توفير الخدمات الأساسية للعاملين في الوحدات الصحية مثل توفير وسائل النقل و المواصلات و المساهمة في توفير السلع الأساسية و السلع النادرة أوالتي يعاني السوق من عدم تواجدها...الخ.

-توفير الخدمات التعليمية و التدريبية للعاملين في المستشفيات و المراكز الطبية و تشمل هذه الخدمات ما يلي:

- تسهيل مهمة الباحثين الإداريين و الأطباء نحو استكمال بحوثهم العلمية.
- تسهيل مهمة البرامج التدريبية التي تنمي الكفاءة و تحسن الأداء.
- تنظيم برامج لمحو الأمية للذين لا يعرفون القراءة و الكتابة بالاستعانة بوزارة التعليم.
- توفير المدارس الخاصة بأولاد العاملين في المستشفيات...الخ.

- توفير خدمات الحضانه لأبناء العاملين بالمؤسسات الصحية لتنفيذ العديد من المشاكل منها الزوجية

الاجتماعية و الاقتصادية ولتجنب حالات الإجازات و الاستئذان و التغيب و الخروج من غير إذن و التأخر عن الحضور في الموعد المناسب و الخروج مبكرا...كل هذه الأمور تنعكس في النهاية على انخفاض كفاءة الأداء التنظيمي و زيادة تكلفته و لذا يجب أن تساهم المؤسسات الصحية في حل مشكلات العاملين بها في هذا المجال.

- التزام المؤسسات الصحية بتوفير مختلف الضمانات التي تؤمن حياة و استقرار العاملين بها:

- الأجور و المرتبات المناسبة.
- المكافآت و الحوافز المجزية.
- التأمين الصحي و الاجتماعي.

- توفير حد ادني من المرتبات و الأجور عند الإحالة إلى سن التقاعد.

- توفير خدمات ما بعد سن التقاعد مثل المتابعة و التأكد من صرف المستحقات المالية للعاملين المحالين إلى

التقاعد و المساهمة في خدمتهم اجتماعيا واقتصاديا و هكذا.

وباستعراض الخدمات السابقة، قدر يرى البعض أنها مكلفة و مجهددة و تحتاج إلى وقت و موارد بشرية و مالية كثيرة،

وهذا حقيقي إلا انه يمكن القول انه باحتساب العائد في الأجل الطويل فسوف تكون النتيجة في صالح المؤسسة.

2- المسؤولية الاجتماعية تجاه المتعاملين مع المستشفى

2 4 الأطراف الخارجية للمؤسسات الصحية و أهمية التعامل معها:

تتعدد الفئات التي تتعامل معها المؤسسات و المنظمات الصحية و يمكن إجمال هذه الفئات فيما يلي:

- المرضى و الجمهور المتردد على المنظمات الصحية (العملاء).

- المؤسسات الصحية المنافسة التي تقدم نفس الخدمات الصحية و تتفاوت فيما بينها في جودتها و نوعيتها.

- المؤسسات الصحية المكملة مثل شركات و مصانع الأدوية و مصانع و شركات إنتاج الأدوات والأجهزة

و التجهيزات الطبية و مخابر التحاليل و الأشعة و غيرها.

- المؤسسات العامة التي تساهم في نجاح المؤسسات الصحية مثل الشؤون الاجتماعية، التعليم، الإعلام، الإذاعة،

التلفزيون و الصحافة و المالية و القوى العاملة و الجامعات و مراكز البحث العلمي و كليات الطب وغيرها.

- مؤسسات و منظمات المجتمع المحلي المباشر مثل المجالس الشعبية المحلية، و المجالس التنفيذية، المحافظون و أعضاء و مجلس

الشعب و الشخصيات و المؤسسات العامة التي تقدم الدعم و التأييد و المهتمة بالنشاط الصحي .

- المؤسسات و المنظمات الصحية العالمية، مثل منظمات الصحة العالمية و مختلف مكاتبها ووكالات التنمية الدولية

و مراكز البحوث الطبية و الجامعات الأجنبية و الدولية المعروفة في هذا المجال.

- الحكومة بمفهومها العام "مصلحة الضرائب، الشهر العقاري، و الجمارك، القوانين و التشريعات.. الخ".

- الموردون " لجميع مستلزمات المنظمة": و تشمل المؤسسات و الأفراد الذين يقومون بتزويد المستشفى بمستلزمات القيام بأعمالها من مواد و تجهيزات و غير ذلك.. للقيم بإنتاج الخدمات و تقديمها. و على المستشفى أن يقوم بالتعرف على عدد الموردين و مستوياتهم و نوعية المواد و الأجهزة التي يتعاملون بها سواء على المستوى المحلي أم الدولي و ذلك ضمانا للمستشفى في استمرار تقديم خدماته الصحية.

ويتضح مما سبق أن المؤسسات الصحية تعتبر نظاما فرعيا داخل المجتمع المحلي و الدولي أيضا لذا فإنها تتعامل مع جميع النظم المحلية و أيضا النظم الطبية الدولية و لذا يتعين عليها أن تأخذ في حسابها احتياجات و متطلبات و اتجاهات مختلف هذه الأطراف و تلك الأجهزة و المنظمات تمثل البيئة الخارجية التي تعمل معها هذه المؤسسات. و يلاحظ أن بعض الأطراف السابقة تعتبر مباشرة في التعامل مع المنظمات الصحية مثل العملاء و المجتمع المحلي، وبعضها يعتبر غير مباشر مثل باقي النظم لكن ما نؤكد عليه أن مؤسسات اليوم مؤسسات مفتوحة على البيئة الخارجية فهي تؤثر و تتأثر بكل مكونات البيئة الخارجية على أي مؤسسة يكون اشد و أقوى أثرا من تأثير البيئة الداخلية للمؤسسة (العاملين) و مختلف النظم الداخلية. و ذلك لان المؤسسة قد تستطيع التحكم في العوامل الداخلية، لكنها لا تستطيع التحكم في العوامل الخارجية وبالرغم من ذلك فهي مضطرة للتعامل مع هذه العوامل و ما عليها إلا أن تؤقلم نفسها و تطور أنظمتها للتعامل مع هذه المتغيرات البيئية وإلا فقدت أهميتها ووجودها و يكون من المحتوم أن تخرج من نطاق السوق و المنافسة.

2 2 مجالات المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاستشفائية تجاه المتعاملين :

تقدم الخدمات الصحية و الطبية و الجيدة و المناسبة لجميع المرضى و المترددون على المستشفى أي كانت ظروفهم المادية أو جنسياتهم أو عقائدهم و عمرهم. و يمكن إجمالها بالآتي¹ :

- الحق في العناية اللائقة التي تضمن له الاحترام و المعالجة حسب مستوى علمي رفيع.

¹ تامر الياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2005، ص 244.

- حق الحصول على المعلومات الخاصة بحالته و ذلك بلغة يستطيع المريض فهمها.
 - الحصول على المعلومات الكافية التي تمكنه من اتخاذ القرار الصحيح و الإجراءات التي يوافق على اتخاذها.
 - للمريض حق رفض العلاج و المعالجة ضمن الحدود التي يسمح بها القانون.
 - للمريض حق الاحتفاظ بسرية حالته المرضية و برنامج المعالجة المتبع.
 - للمريض الحق في تحفظ المعلومات والمراسلات والسجلات الخاصة بحالته المرضية و بمعالجته بشكل سري .
 - للمريض الحق في معرفة أية إجراءات تجريبية تتخذ بشأنه و تتعلق بمعالجته.
 - للمريض الحق في تفحص فاتورة حسابه و يستوضح بشأنها بغض النظر عن الجهة التي تسدد الحساب.
 - للمريض حق الإطلاع على قوانين المستشفى و أنظمتها التي لها علاقة بكيفية وضعه كمريض في المستشفى.
 - لا يجوز إعطاء أي معلومات تتعلق بالمريض (باستثناء ما يتطلبه القانون) بدون الحصول على موافقة المريض أو عائلته أو الطبيب المعالج.
- * أن تكون المنافسة بين القطاع العام والخاص أو بين المستشفيات والعيادات الخاصة و بعضها، منافسة شريفة تقوم على تقديم الأجرود من الخدمات و بأسعار مناسبة لظروف المجتمع الاقتصادية و الاجتماعية.
- * أن تلتزم المؤسسات الإستشفائية بالتشريعات والقوانين و النظم التي تضعها الدولة مثل قوانين و نظم الإسكان و المرافق الأساسية و الكهرباء و المياه و الاستيراد و التوثيق في الشهر العقاري و غيرها.
- * أن تلتزم المؤسسات الصحية بدفع ما عليه من الضرائب ورسوم للدولة. فالنظام الضريبي يساهم من خلال إعادة توزيع حصيلته إلى تحقيق نوع من العدالة الاجتماعية في المجتمع.
- * أن يكون هناك نوع من التنسيق الموضوعي و الفعال بين المؤسسات الصحية و المؤسسات الأخرى المكملة لها أو المؤسسات العامة بهدف تحسين صحة الأفراد و المجتمع المحلي في نطاق الإمكانيات المتاحة و في نطاق الدعم المحلي لهذه المؤسسات.

- * أن تتمكن المؤسسات الصحية الأجهزة المعنية من الرقابة عليها و متابعة أنشطتها، ولا يتأتى ذلك إلا من خلال نظام معلومات يوفر المستندات و السجلات الملائمة للمتابعة و اتخاذ القرار.
- * يتوجب على المستشفيات دعم و تشجيع كل طريقة فعالة من شأنها تخفيف العبء المالي المترتب على معالجة المرضى ويشمل ذلك:(العلاج المجاني أو الميسر للفقراء،تقليل مدة إقامة المرضى ما أمكن،الامتناع عن إدخال المرضى للمستشفى دون ضرورة طبية مبررة،إمكانية الدفع لفاتورة المستشفى على أقساط...).
- * على المستشفيات أن تكون آمنة وغير متحيزة في إدارة كل العلاقات المتعلقة بإجراء صفقات الأعمال مع الآخرين و أن تكون الأجور و الأسعار عادلة للمستشفيات الأخرى.
- * أن تشارك المؤسسات الصحية في المؤتمرات الدولية الطبية للتعرف على الجديد في العلوم الطبية و الجديد في العلوم الاجتماعية الطبية **وأبضا** التعرف على الجديد في مجال تكنولوجيا الطب و الهندسة الطبية.
- * وجود خطة محددة المعالم وواضحة للتنسيق المباشر والفعال مع أجهزة ومؤسسات المجتمع المحلي خاصة في مجال الإعلام و التعليم و التوظيف والمتابعة،حتى تنهض هذه المنظمات بمسؤولياتها الصحية و الطبية.
- * الاستجابة لحاجات المجتمع المستجدة ومشاركة المجتمع مشاكله وهمومه الصحية وإيجاد أفضل الطرق لحماية من التلوث و الوقاية ضد الأمراض والمساهمة في علاج وحل المشكلات المترتبة على الكوارث الطبية وغير الطبية وكذا المحافظة على معايير الأداء المهني.
- * يتوجب على المستشفى توفير المنشآت الملائمة لتوثيق و حفظ سجلات طبية كاملة و ملائمة، ويتحمل المستشفى و موظفيه مسؤولية حماية هذه السجلات.

ثانيا: المسؤولية الأخلاقية للمؤسسات الصحية (الإستشفائية)

الأخلاقيات¹ هي عبارة عن تلك المبادئ و القيم التي تؤثر على كل من الفرد و الجماعة عند اتخاذ أي قرار. و تلتزم إدارة المؤسسة سلوكيات و مبادئ إنسانية معينة عن التعامل مع العاملين في المؤسسة أو المتعاملين معها. وهذه السلوكيات يجب ان تتبع من العادات و القيم و العقائد السائدة في المجتمع. بحيث لا تأتي المؤسسة أي أفعال أو تصرفات تثير الرأي العام أو تخالف الاتجاهات و العقائد الدينية أو الأيديولوجية في هذا المجتمع². وإذا كانت المؤسسات مطالبة بالتمسك بالأخلاقيات و القيم عند التعامل مع غيرها أو مع جمهورها، فإن المؤسسات الصحية مطالبة أكثر من غيرها بهذا الإطار. حيث أن هذه المؤسسات تهتم بأعلى و أثن ش يء ألا وهو صحة الفرد أو صحة المجتمع، و الصحة يجب ألا تباع أو تشتري في سوق الأعمال، و إنما يجب الحفاظ عليها باستمرار بصرف النظر عن عمليات الربح و الخسارة و التجارة و غيرها.

1 - أخلاقيات المهنة الطبية: يعتبر الطب فن ومهنة تتعلق بحفظ الصحة ومقاومة المرض وإعادة الصحة

للمريض (John)3 وما لهذه المهنة من دور حساس في المجتمع فإن الحديث عن الآداب والأخلاقيات المرتبطة بها بدأ منذ آلاف السنين ولا يزال موضوع يجلب انتباه جميع فئات المجتمع إلى يومنا هذا. ف قد ارتبطت أخلاق مهنة الطب بقيم الديانات المختلفة وعلى رأسها الدين الإسلامي، بالآداب العامة للمجتمع، وبأعراف وتقاليد الأمم، كما تم التطرق إلى الموضوع في عدة علوم مثل علم النفس، علم الاجتماع، والقانون، حيث ربطت هذه العلوم مهنة الطب بعدة أبعاد مثل: النزاهة والأمانة، التواضع واحترام الآخرين، الصبر، المعاملة الحسنة للمريض وحفظ أسرار، العطف، العدل، إدراك مسؤولية المهنة، المعرفة والكفاءة الضرورية لممارسة المهنة، نشر الوعي الصحي في المجتمع، تجنب النقد السلبي لزملاء المهنة... الخ (Organisation, 1998,)

¹ سبق الإشارة إليها بالتفصيل في الفصل الأول، المبحث الرابع ص

² سيد محمد جاد الرب، إدارة منظمة الأعمال، منهج متكامل في إطار مدخل النظم، دار النهضة العربية، 1995، ص 218-224.

³ John, W.R., (2009), Medical Ethics Manual, 2nd edition, World Health Communication Associates, UK.p 17.

3- (World Health p1) ويرى John¹ أن أهم ثلاث أبعاد لأخلاقيات مهنة الطب هي الشعور بالمرضى، المهارات العالية، والاستقلالية في أداء المهنة. وفي دراسات تم تحديد مجموعة أبعاد لأخلاقيات مهنة الطب تم استنتاجها من علوم التسيير حيث تمس هذه الأبعاد كل من إدارة الموارد البشرية وسلوكيات الموظفين، وتتمثل هذه الأبعاد في الرقابة الذاتية، التطوير الذاتي للمهارات، دقة ووضوح الأدوار، الولاء الوظيفي. ويرى (John, 2009) أنه يمكن لأخلاقيات المهنة الطبية أن تتغير مع الوقت تبعاً للتطور في العلوم الطبية، التكنولوجيا، وقيم المجتمع.

–**الرقابة الذاتية (Self Control):** تسميها الأدبيات القديمة بالتعلم الذاتي من الموارد (Learned resourcefulness)، وتتعلق الرقابة الذاتية بالقواعد الوجدانية والسلوك الإيجابي للفرد اتجاه عمله من حيث إنجاز المهام بكفاءة وفعالية، تحمل ضغوط العمل، تجنب الوقوع في الخطأ، والمساهمة في حل مشاكل العمل... الخ، بحيث أن هذا السلوك يحكمه قدرته على التحكم والسيطرة على النواحي السلبية في إدراكه، سلوكه، ومواقفه (Lightsey et al, 2) كما تصف الرقابة الذاتية توجه الفرد نحو تجنب الممارسات التي لها تكاليف طويلة المدى تفوق المزايا المتحصل عليها من عوائدها النقدية. وعادة ما يتصف الأشخاص ذوي الرقابة الذاتية المنخفضة بروح المخاطرة، نقص ثقافة الاهتمام والتعاطف، تفضيل المهام البسيطة والسهلة، وتجنب المهام المادية.

–**وضوح الدور (Role Clarity)** (Donnelly. Jr. and Ivancevich, 3): عرف (وضوح الدور على أنه درجة المعلومات التي يحتاجها الفرد لإدراك وفهم عمله. ولدقة ووضوح الدور دور أساسي في تقليص عدم التأكد في توقع ما هو مطلوب من الموظفين ، بحيث يمكن وضوح الدور من فهم قيم وأهداف كل من

¹John, W.R Op cit,p22.

². Lightsey, O.R., Maxwell, D.A., Nash, T.M., Rarey, E.B., & McKinney, V.A., (2011), Self-Control and Self-Efficacy for Affect Regulation as Moderators of the Negative Affect–Life Satisfaction Relationship, Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly Steptoe, Vol. 25, N. 2.

³. Donnelly. Jr. J. H., and Ivancevich, J.M., (1975), Role Clarity and the Salesman, Journal of Marketing, pp. 71-77.

الأفراد والمؤسسة.

- **تطوير المهارات (skills Development):** عرف (Toner)¹ المهارات على أنها الأصول المنتجة من القوى العاملة والتي تم اكتسابها من خلال الأنشطة التعليمية، كما أن مستوى المهارات تترجم في تركيب من التعليم والتدريب والخبرات. وأكد (Oyewole et al)² أن المهارات تكتسب وتستخدم خلال فترة حياة المورد البشري، كما أن امتلاك المهارات يحتاج إلى التعلم في مختلف المجالات والميادين باعتبارها عوامل ضرورية للمورد البشري. كما أكد (Haan,)³ إلى ضرورة تطوير المهارات بشكل مستمر ويرى أن ذلك يتحقق من خلال التعلم المستمر من الخبرة.

- **الولاء الوظيفي (loyalty):** عرف (Gill)⁴ الولاء الوظيفي على أنه التزام الموظفين بكل ما يجعلهم ناجحين في المؤسسة واعترافهم بأن وظيفتهم أمر مفضل بالنسبة لهم، وهذا ما يترجم في تفاعل الموظفين مع الثقافة، الهيكل والقيادة في المؤسسة.

2- مبادئ المسؤولية الأخلاقية في المؤسسات الصحية

- **تحقيق المفهوم النفعي:** و هو المفهوم الذي يحقق أكبر قدر ممكن من المنافع لأكبر قدر ممكن من الأفراد. ويجب أن تهدف المؤسسات الصحية إلى تحقيق هذا المفهوم و ذلك من خلال تحقيق الأهداف التنظيمية سواء فيما يتعلق بزيادة منافع وفوائد أصحاب رأس المال أو تحقيق بعض المكاسب للعاملين فيها أو المرضى و الجمهور المتردد عليها. ويتم ذلك من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة سواء كانت بشرية أو مالية أو مادية، وبما

¹ Toner, P. (2011), "Workforce Skills and Innovation: An Overview of Major Themes in the Literature", OECD Education Working Papers, No. 55, OECD Publishing.

² Oyewole.S.A., Farde.A.M., Haight.J.M .,and Okareh.O.T. (2011), "Evaluation of complex and dynamic safety tasks in human learning using the ACT-R and SOAR skill acquisition theories", Computers in Human Behavior, 27, PP, 984-995.

³ Haan, G., (2010), The development of ESD-related competencies in supportive institutional frameworks, Int Rev Educ, Vol. 56, PP. 315-328/

⁴ Gill, R., (2011), Using Storytelling to Maintain Employee Loyalty during Change, International Journal of Business and Social Science, Vol. 2 No. 1, Pp. 23-32.

يحقق الكفاءة و الفعالية المناسبين. و يجب على المنظمات الصحية و هي تسعى لتحقيق هذه الأهداف أن

تأخذ في الحسبان التعارض أو الصراع القائم بينها، وتحاول التقريب بين وجهات النظر .

وهكذا يركز مدخل المنفعة على تحقيق أكبر قدر ممكن من المنافع لأكبر عدد من الأفراد.

- مفهوم الالتزام بالحقوق الأخلاقية: وهذا المفهوم يمكن تطبيقه في المؤسسات الصحية أكثر من غيرها بسبب

طبيعة النشاط في هذه المنظمات، فيجب على المؤسسات الصحية او القائمين بالعمليات العلاجية فيها ما يلي:

-توفير أعلى درجات الأمن و الحماية للعاملين داخل هذه المستشفيات أو المرضى ،فيجب ألا تتسبب

الفئات العاملة في المستشفيات في إحداث أضرار أو أخطار أو مشاكل تؤدي الجمهور المتردد عليها.

-المصداقية :عند التعامل مع المرضى سواء من حيث الكشف أو الفحص أو التحليل أو إجراء العمليات

الجراحية وأيضا المصداقية عند تحديد أسعار العلاج ورسوم الإقامة بالمستشفيات وغيرها، وإتباع المصداقية في العلاج

والحوار مع المريض يوفر إطارا عاما للثقة المتبادلة بين المريض و الطبيب.

-السرية:هذا أن على الطبيب أو معاونوه أن لا يكشف أسرار المريض، فهناك من الأمراض ما تثير الحساسية لدى

المرضى كالأمراض الجنسية مثلا. وأيضا يجب أن تحافظ إدارة المستشفى على أسرار الموظفين بها، فلا تدلي بأي

بيانات عن أي موظف لأي شخص إلا من خلال الأطر القانونية و التنظيمية.

-حرية العقيدة:وهذا يعني أن عمليات العلاج و الطب بصفة عامة و الأطباء بصفة خاصة يجب ألا يميزوا بين

الأفراد و المرضى على أساس عقائدهم أو معتقداتهم،فالطب عملية أخلاقية و إنسانية في المقام الأول.فإذا فقد

الطبيب هذه الخاصية فقد نفسه و مهنته في الأساس.

-حرية التعبير: و هذا المبدأ نجد واضحاً في المؤسسات الصحية من خلال جانبين أساسيين هما:

● علاقة الطبيب بالمريض و هي تحتم أن يستمع الطبيب إلى المريض ويقول المريض كل ما يريد عن حالته ولا

يخفى شيئا حتى يساعد الطبيب في سرعة العلاج و ما يعاب على الأطباء الكبار أو ذو الشهرة الطبية في الدول

النامية أهم لضيق الوقت غالبا لا يسمعون للمريض سوى ما يقوله جهاز الضغط أو السماع أو التحليل أو الأشعة، وهناك جوانب نفسية لا تكشف عنها الأجهزة و المعدات.

و لذلك يرى البعض أن المسؤولية الصحية مشتركة بين الطبيب والمريض¹ ولكل منهما حق معين، فالطبيب عليه حق العلاج و المريض عليه حق الإدلاء و الإفصاح بالمعلومات المرضية المتوفرة لديه و أيضا عليه حق الحفاظ على نفسه و إتباع التعليمات و الإرشادات الطبية.

● علاقة مديري المستشفيات ورؤسائها بالعاملين في هذه المستشفيات، فيجب أن يكون الاتصال في اتجاهين، من الإدارة إلى العاملين فيه أو من العاملين إلى الإدارة كما يلي:

الإدارة ← (أوامر - تعليمات - قرارات - إرشادات) ← العاملين

الإدارة → (تظلمات - اقتراحات - شكاوى - آراء...) → العاملين

- تحقيق مفهوم العدالة، ويعني هذا المفهوم في إطار نشاط المنظمات الصحية ما يلي:

- العدالة في تحديد أسعار العلاج و تكلفته.
- العدالة في إجراءات و جودة إجراءات و نظم العلاج.
- العدالة في توزيع الأنشطة الصحية على مختلف المناطق.
- العدالة في توزيع المكافآت و الحوافز على العاملين.
- العدالة في تطبيق نم الثواب و العقاب.
- العدالة في توزيع المهام و الأعمال التي يكلف بها الأفراد.

¹ سيد محمد جاد الرب، إطار مقترح لإدارة الصراعات التنظيمية، المجلة العلمية للإقتصاد و التجارة، كلية التجارة، جامعة عين شمس، العدد الأول، ص199.

مع ملاحظة ان مبدأ العدالة ليس مطلقا أي يجب أن تكون العدالة في إطار الوظائف و المهام و المستويات المتاحة داخل المؤسسة. و يلاحظ ان الصراعات التنظيمية داخل المؤسسات الخدمية و منها المؤسسات الصحية قد تأتي في كثير من الأحوال نتيجة عدم العدالة في توزيع الموارد المادية و البشرية و أيضا عدم العدالة في توزيع الأدوار و المهام الإدارية بين مختلف الأفراد و الإدارات و الأقسام الإكلينيكية أو الفنية المتخصصة و الإدارية أيضا.

- إلتزام الهيئة الطبية و التمريضية بالأخلاقيات التالية:

- الرفق بالمرضى و معاملتهم معاملة حسنة.
 - إلتباع سياسة اللين و العلاقات الإنسانية عند التعامل مع المرؤوس او معاونين.
 - إلتباع المثل و الأخلاقيات البالغة الحساسية عند علاج النساء.
 - إعطاء نفس الأهمية و الدقة عند علاج الأغنياء و الفقراء، أو العلاج مجانا فليس هناك تمييز في صحة الناس.
 - متابعة المريض و ملازمته إذا تطلب الأمر ذلك خاصة في الحالات الحرجة.
 - النهي عن تناول المسكرات فأقدار الناس بيد الله ثم استأمن عليها الأطباء.
 - عدم إخضاع المرضى للتجارب إلا بعلم المريض و تكون القوانين السائدة تسمح بذلك و تنظم هذه العملية.
- إن التزام الأطباء و المعالجين بهذه القيم و المعايير الأخلاقية أمر غاية في الأهمية ،ففي هذا الصدد يقول ابو بكر الرازي و هو احد الأطباء و الفلاسفة المشهود لهم بالدارسة و التدقيق و التحقيق في عالم الطب و هومن علماء العرب البارزين(864-926) اجتمع للأطباء خمسة خصال لم تجتمع لغيرهم و هي¹ :

- اتفاق أهل الملل والأديان على تفصيل صناعتهم (عملهم).
- اعتراف الملوك والسوقه (عامة الناس) بشدة الحاجة إليهم.
- مجاهدة ماغاب عن إبصارهم (البحث والتشخيص) .

¹ أبو بكر محمد زكرياء الرازي، أخلاقيات الطبيب: تقديم و تحقيق عبد اللطيف محمد العبد، القاهرة، دار التراث، 1977، ص87-88.

- اهتمامهم الدائم بإدخال الراحة والسرور على غيرهم .
- الاسم المشتق من أسماء الله تعالى (الرحمة من الرحمن).

خاتمة الفصل

في هذا الفصل تم التطرق إلى أهم المفاهيم المتعلقة بالنظام الصحي و الأجزاء المتكون منها حيث شمل برامج الصحة العامة و برامج الرعاية الصحية التي تركز على صحة الفرد و ترقيتها خلافا لبرامج الصحة العامة التي تركز على المجتمع ككل. كما تطرقنا في هذا الفصل إلى خصوصيات الخدمة الصحية وما يميزها عن باقي الخدمات، الأمر الذي يتطلب تكثيف الجهود و مشاركة جميع الأطراف أصحاب المصلحة، فقد اشرفنا إلى أن المؤسسات الاستشفائية تنظيم اجتماعي صحي هدفه تقديم رعاية طبية للمجتمع علاجا ووقاية تحت تفاعل أنظمة فرعية مثل النظام الطبي والنظام التمريضي والنظام الإداري والاجتماعي والنظام الاقتصادي، و من منظور مسؤوليتها الاجتماعية فهي تعهد و التزام إدارات هذه المؤسسات و التزامها حيال المجتمع و من خلال القرارات التي تتخذها لبلوغ الأهداف الموضوعية لها، و في تحقيق رسالتها الإنسانية لعموم أفراد المجتمع التي يقف في مقدمتها خلق بيئة صحية سليمة خالية من الأمراض".

لقد عدت المسؤولية الاجتماعية اليوم تحديا كبيرا لمنظمات الأعمال عامة و المؤسسات الصحية بخاصة نتيجة للتغير الاجتماعي و الاقتصادي و الثقافي الكبير الحاصل في بيئة عمل هذه المنظمات. فأصبح النظر إلى تحقيق حياة نوعية للأفراد بشكل يوازي في سعيها لتقديم خدمة صحية ناجحة إلى الأطراف التي تتعامل معها. وبالتالي أصبح اهتمام هذه المؤسسات الصحية لا ينحصر في خدماتها الصحية المقدمة، بل امتد ليشمل جميع الأطراف أصحاب المصلحة.

فإذا كانت منظمات الأعمال مطالبه بالاستجابة لمسؤولياتها الاجتماعية والأخلاقية تجاه مختلف الأطراف، فإن المنظمات الصحية أكثر حاجة من هذه المنظمات لتطبيق والأخذ بهذا المفهوم والذي يعكس الجانب القيمي والأخلاقي والاجتماعي لطبيعة هذه المنظمات التي تهتم بصحة الناس والمجتمع والتي تحاول جاهدة توفير الرفاهية الصحية والتي هي شرط أساسي للرفاهية الاقتصادية والاجتماعية لجميع أفراد المجتمع كما أن التزام هذه المنظمات

بالمسؤولية الأخلاقية والاجتماعية يعكس كفاءة إدارة هذه المنظمات والقائمين عليها ويزيد من القوة التنافسية لها في مجال المنافسة الصحية عامه .

الفصل الثالث

دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية الجنوب الغربي

بشار

مقدمة الفصل

بعد مناقشة المفاهيم النظرية المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية و ربطها بالمؤسسات الاستشفائية سنتطرق في هذا الفصل إلى أهم المراحل التي مرت بها المنظومة الصحية و ذلك سعياً منا إلى معرفة واقع المسؤولية الاجتماعية لهذه المنظومة خلال ثلاثة مراحل أساسية، ما قبل الاحتلال، أثناء الاحتلال و بعد الاستقلال حيث تباينت الأوضاع الصحية من مرحلة إلى أخرى و خاصة بعد الاستقلال حيث حرصت الحكومة على توفير الدعم وتعويض الحرمان الذي عرفه الشعب أثناء هذه الفترة فعمدت إلى بناء المستشفيات و العيادات و المراكز الصحية عبر كافة التراب الوطني في حدود الإمكانيات المتوفرة آنذاك.

لم تتوقف الحكومة في دعم البرامج الصحية حيث عرفت الإصلاحات عدة مراحل الهدف من ورائها تعزيز مسؤوليتها الاجتماعية تجاه مواطنيها ليتجلى ذلك في التأكيد مرة أخرى على توفير الطب المجاني لكافة المجتمع و تدعيم القطاع العمومي بالقطاع الخاص في مجال الخدمات الصحية مع مطلع التسعينيات.

من خلال الدراسة الميدانية سنحاول تأكيد حرص الحكومة على توفير الدعم للقطاع العمومي من خلال خلاصة لأهم الإحصائيات في المجال الصحي عبر كافة تراب الولاية، لتتوقف خلالها على احد المستشفيات الهامة بالولاية لمعرفة واقع المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة الاستشفائية العمومية 240 سرير اتجاه الأطراف أصحاب المصالح المتمثلة في العاملين، المستفيدين، المجتمع، المجتمع المحلي، المؤسسات الأخرى الداعمة و المساندة تم البيئية و ذلك بالاعتماد على برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS 21 في تحليل الاستبيان الموجه إلى هذه الفئات .

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية اتجاه أصحاب

المصلحة دراسة حالة ولاية بشار

المبحث الأول: المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات في الجزائر من خلال التطور التاريخي

أولاً: الوضع الصحي في الجزائر قبل الاحتلال الفرنسي

كان الوضع الصحي في الجزائر قبل الاحتلال الفرنسي متبايناً، لقد اهتم الحكام كثيراً بصحتهم و صحة حاشيتهم مع أنه لم يؤسسوا جامعات متخصصة في الطب و لكنهم انتدبوا أطباء أوروبيين مسيحيين من الأسرى من أجل العلاج و الرعاية الصحية، حيث روي أنه كان للباشا بابا علي طبيب جراح قد وقع أسيراً، كما كان للباشا حسين طبيب إنجليزي يدعى بود وين قاميزو Baudouine كما قام صالح باي بشراء طبيب إيطالي يدعى باسكال ، وكذلك الباي حسين باي قسنطينة كان له طبيب هولندي يدعى سانسون.

فالحكام في هذه الفترة، كانوا يهتمون بصحتهم و صحة حاشيتهم من خلال جلب الأطباء من الأسرى الأوروبيين لوقايتهم و علاجهم من الأمراض تاركين العامة للطب التقليدي عن طريق التداوي خاصة بالأعشاب والنباتات¹.

من ناحية النظام الصحي فقد كان في الجزائر عدة ملاجئ و مصحات من بينها ملجأ في ناحية باب عزون خاص بالأمراض العقلية، و ملجأ آخر يأوي بعض العجزة من الأتراك و الجيش الإنكشاري، كما كانت هناك مستشفيات خصصت للأسرى المسيحيين حيث تم إنشاء أول مستشفى عام 1551 م و مستشفى آخر في عام 1575² Sébastien من طرف الراهب سيستيان، و كانت هذه المستشفيات تسير من طرف المنظمات الدينية المسيحية.

الصيدليات شبه منعدمة ما عدا صيدلية واحدة كانت بمدينة الجزائر، و كانت قرب قصر الداوي و يشرف عليها "باش جراح" و الذي كان صيدلي و جراح وطبيب في نفس الوقت، ما يميز هذه الصيدلية هو أنها تحتوي على بعض القناني و الكؤوس المحتوية على العقاقير و التوابل، و بعض الدكاكين المخصصة لبيع الأعشاب و النباتات الطبية كالحلبة

¹ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط 1، الجزائر: دار كتامة للكتاب، 2008، ص 95.

² المرجع السابق، ص 96.

و القرنفل¹ ومن بين الأطباء الذين إشتهروا في تلك الفترة، نجد الطبيب "إبن حمادوش" المولود في 1802م 1107 هـ - والمتوفى في 1197 و 1200 هـ الموافق ل 1695 م الذي ألف ما بين 1785 كتاب من بينها كتاب أسماه "الجوهر المكنون من بحر القانون" حيث خصصه لشرح المصطلحات الطبية وتعريفها، وتدوين حوالي 90 دواء مرتبة ترتيبا أبجديا معتمدا في ذلك على كتاب القانون لابن سينا.²

تعرضت الجزائر للمجاعة خلال سنوات 1794 و 1800 و 1804 و 1809 م مما أثر كثيرا على قدرة السكان في تحمل المرض ومقاومته، مما انعكس سلبا على الحالة الاقتصادية والاجتماعية و حتى على النمو الديمغرافي الذي تدهور كثيرا مما أثر في نقص عدد السكان.

ما كان يحسب لصالح الحكام العثمانيين، هو أنهم قاموا باتخاذ بعض الإجراءات لعدم تنقل العدوى من الخارج إلى البلاد، كتفتيش السفن التجارية الآتية إلى الجزائر و ضرورة حيازتها على شهادة تثبت عدم إصابة طاقم السفينة بالمرض) الطاعون و إلا يتم منعها من دخول الميناء واستعمال أسلوب الحجر الصحي و ذلك لمنع انتقال العدوى إلى أشخاص آخرين. فالجزائر لم تكن بلد يتوطن فيه المرض و الوباء و لكن انتقال الأوبئة إلى الجزائر كان عن طريق العلاقات الخارجية التي تربطها بدول العالم، خاصة منها دول إفريقية و عربية، و التي تعتبر الموطن الرئيسي لتلك الأمراض، مما يدل على أن الجزائر كانت خالية من الوباء، خاصة وباء الطاعون الذي أهلك عدد كبير من السكان.

انتشار الأمراض و الأوبئة في الجزائر أثر كثيرا على الوضعية الاجتماعية و حتى الاقتصادية للسكان مما انعكس سلبا على النمو الديمغرافي، فهذه المرحلة غير المستقرة التي مر بها المجتمع الجزائري خاصة و الدولة العثمانية عامة، ساعدت كثيرا على الإحتلال الفرنسي للجزائر، هذا الأخير أدخل معه نظام صحي جديد في محتواه و أهدافه.

¹ المرجع السابق، ص 97

² نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 98.

- مميزات هذه الفترة:

- اقتصر الطب على الطبقة الحاكمة (اطباء من الأسرى المسيحيين) و الطب التقليدي لعامة السكان.
- انتشار الأوبئة و الأمراض القادمة من الخرج 1787،1817،1818.
- شهدت الجزائر فترات مجاعة 1794 و 1800 و 1804 و 1809 انعكس على التطور الاقتصادي و الاجتماعي و الصحي.
- تدابير وقائية من خلال منع السفن الحاملة للمرض.
- أول مستشفى سنة 1551 كان للأسرى المسيحيين.
- المستشفيات كانت عبارة عن ملاجئ و مصحات للعجزة و أفراد الجيش.
- من أشهر الأطباء في تلك الفترة ابن حمادوش ألف كتاب "الجواهر المكنون من بحر القانون" حيث خصصه لشرح المصطلحات الطبية وتعريفها، وتدوين حوالي 90 دواء مرتبة ترتيبا أبجديا معتمدا في ذلك على كتاب القانون لابن سينا.¹
- صيدلية باش جراح
- انتقال الأوبئة إلى داخل الوطن كان عن طريق العلاقات الخارجية

ثانيا: النظام الصحي أثناء الإحتلال الفرنسي

صاحب احتلال الجزائر ظهور مؤسسة صحية تخدم مصالح المنطق الاستعماري، حيث يصاحب كل احتلال منطق ضروري لتثبيت وجوده وتوطيده. وإذا كان لنا أن نعرف أهم التغيرات التي صاحبت هذا الاحتلال و أثرها على بنية وتركيبه المجتمع الجزائري، سنتطرق إلى النظام الصحي و ذلك من خلال تقسيم هذه الفترة إلى ثلاث مراحل أساسية:

¹ نور الدين حاروش المرجع السابق، ص98.

- المرحلة الأولى 1830-1850

عرف قطاع الصحة عدة إجراءات و أشكال تتماشى مع التطور العام للاحتلال والأهداف التي يصبوا إلى تحقيقها. كان المستوطنون في بداية الاحتلال يتكونون أساسا من العسكريين و ما يرافقهم من فريق طبي ممرضين و أطباء عسكريين و تمثل دورهم في المساندة و تقديم الرعاية الدائمة للجيش. لم يهتم الاحتلال الفرنسي بتطوير النظم الصحية التي كانت موجودة قبل غزوه للجزائر وإنما كان هدفه الأساسي في هذه المرحلة المبكرة هو العمل على بسط قوته و نفوذه على كامل التراب الجزائري، والهدف جذب و كسب تأييد السكان و بالتالي تسهيل الهيمنة و الاستيطان، فقد تم تقديم العلاج لهم عن طريق الممرضين و المسعفين، و لكن بصفة عامة فإن الأهالي المدنيين رفضوا و نفروا من الاستفادة من العلاج و الإسعاف الذي يقدمه العسكريون، الذين اعتبروا أعداء دائما¹.

تم في عام 1832 م إقامة مستشفى في كل من الجزائر، وهران، عنابة و في 1834 م مستشفى في بجاية و آخر في الدويرة و في مستغانم سنة 1835، و عام 1837 م في قالمة، وفي البليدة عام 1839 م و في عام 1843 م سجلت قائمة المصحات المتنقلة و المستشفيات المفتوحة للمدنيين وكذا العسكريين (مدينة بوغار، تنس، ثنية الحد). وفي العام 1845 م كانت الجزائر برمتها تعد 38 مستشفى²، إن وجود هذه المستشفيات جميعها كانت تخصص ملحقات للمدنيين المواليين للنظام الاستعماري. يقول بوزين Bousin أحد الأطباء الفرنسيين " أن الطب عمل تحضيرى وتمديني من جهة، ومن جانب آخر يشكل مؤسسة سياسية بإمكانها من خلال استقطاب العرب إلبنا، المساهمة في توسيع نفوذنا و تأثيرنا السلمى على قبائل المناطق الداخلى"³، لقد لعب قطاع الصحة في المرحلة الأولى من مراحل الاحتلال دور المساندة و الدعم لتثبيت قدم المحتلين في الجزائر و خدمة الجيش الاستعماري سنة 1835 م بلغ عدد الأطباء 80 طبيبا معظمهم

¹ Ministère de la Santé, L'organisation de la distribution des soins durant la période coloniale, séminaire sur le développement d'un système national de santé: l'expérience algérienne, Exposé n°1, Alger les 07 et 08 avril, 1983, p 24.

² إفون تيران، المواجعات الثقافية في الجزائر المستعمرة ترجمة: محمد عبد الكريم أوزغلة، الجزائر: دار القصة، 2007، ص 17.

³ المرجع سابق، ص 34.

يقطن بمراكز إقامة المستوطنين الفرنسيين و الأوروبيين و ذلك لخدمتهم و الحفاظ على صحتهم¹ ; تعتبر هذه الفترة عسكرية ما عدا مناطق الجنوب التي لم تحتل بعد، في هذه الفترة كان توزيع العلاج يتم من طرف مصلحة الصحة العسكرية أي بواسطة العسكريين حيث تم وضع عيادات وسيارات إسعاف ثابتة، و هذه الهياكل كانت توضع في المناطق الآهلة بالعسكريين و هذا لخدمتهم² .

- المرحلة الثانية 1850-1945 : عرفت هذه المرحلة تطورا كبيرا، حيث شهدت ميلاد مؤسسة صحية حقيقية تخدم مصالح الاحتلال الفرنسي بالجزائر. ما ميز هذه المرحلة هو المقاومة الكبيرة للشعب الجزائري في شكل ثورات ومقاومات شعبية، مما دفع بالاحتلال الفرنسي إلى اتخاذ سياسة أخرى أكثر عدوانية و لكن إنسانية في ظاهرها، و هي إنشاء نظام صحي يهتم بصحة الجيش الفرنسي و السكان المدنيين من الأوروبيين والجزائريين. اهتمت الإدارة الفرنسية في هذه المرحلة بتطوير النظام الصحي المدني وذلك باتخاذ عدة إجراءات كان أهمها³ -

- تشجيع الأطباء الغربيين على الهجرة إلى الجزائر و العمل في العيادات الطبية.
- إنشاء دوائر طبية و مستشفيات مدنية مفتوحة خاصة للأوروبيين.
- تدعيم و جعل المستشفيات الموجودة مفتوحة خاصة للأوروبيين.
- تدعيم و جعل المستشفيات العسكرية مختلطة.
- إنشاء هيئات علمية و مؤسسات طبية جديدة.
- إنشاء مؤسسات و هيئات مساندة، و يتعلق الأمر بإنشاء كلية الطب بجامعة الجزائر ومعهد باستور، و المخزن العام للمصالح المدنية للصحة. كما تم تكوين المساعدين الطبيين من الأهالي عام 1904 وإنشاء عيادات للأهالي عام 1907، المرضات الزائرات عام 1926. وكانت المؤسسة الصحية مؤلفة من أربعة أشكال للتنظيم و هي:

¹ ريمو بوعزيز، "إختيار المريض لأسلوب العلاج في القطاع العام و القطاع الخاص". رسالة ماجستير، معهد علم الاجتماع، تخصص .ديمغرافيا، جامعة الجزائر، سنة 2002، ص27.

² نورالدين حاروش، مرجع سابق، ص113

³ كريمة بوعزيز، المرجع السابق، ص28

- تنظيم صحي عسكري كوسيلة منطقية و ضرورية للمستوطنين، تنظيم صحي ليبرالي¹ هذين التنظيمين كانا موجّهين للأوروبيين و الجزائريين العاملين في القطاعات التالية: البريد والمواصلات، السكك الحديدية، عمال المناجم، النقل و الورشات الصناعية، و كان يقدم خدمات صحية مرضية بصفة عامة و هذا ما يسمى بطب المستعمر . médecine de l'occupant² .

- تنظيم قائم على المساعدة الطبية المجانية، موجه للسكان الأصليين المحرومين، وبالطبع للعمال في قطاع الفلاحة الذين يمثلون قوة العمل في المزارع الإستعمارية.

- شكل من الطب التقليدي المحصور في الأرياف و الجبال، و لكنه كان مهددا باستمرار من قبل الأشكال الثلاثة الأولى للتنظيمات الصحية.

إن التطورات التي حدثت في النظام الصحي في الجزائر المستعمرة، جاءت للاستجابة لمطالب المستوطنين الفرنسيين و الأوروبيين من جهة، و من جهة أخرى فإن التطورات و الإجراءات التي أدخلت على النظام الصحي المدني وكذا العسكري، كانت مجرد وسيلة إستراتيجية للإدارة الفرنسية كمحاولة لكسب تأييد الجزائريين لمشروع الاحتلال، لأن المستشفيات و مراكز العلاج التي سمح للأهالي الاستفادة من خدماتها كانت تلاميحي حذرا و تخوفا كبيرا من قبل المرضى الجزائريين، و لم يكونوا يعالجون فيها إلا إذا تفاقم المرض و لم تتمكن الأسرة من علاجه³.

نستنتج أن تطور النظام الصحي في الجزائر في هذه الفترة لم يكن إنسانيا لصالح السكان و الأهالي، بقدر ما كان سياسة إستعمارية جديدة تهدف من خلالها فرنسا إلى توطيد علاقتها مع السكان الأهالي و ذلك للقضاء على الثورات الشعبية والحركة الوطنية .

¹ Ministère de la santé, op.cit.pp24-25.

² نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص113.

³ Mohamed Amir, I histoire de la santé en Algérie , Alger:o.p.u, p219.

- المرحلة الثالثة 1945-1962: ما ميز هذه المرحلة هو أن الاحتلال الفرنسي أدخل بعض التحسينات على

النظام الصحي القائم و بطبيعة الحال ليس لصالح الغالبية من الشعب الجزائري، و إنما لصالح أفراد الجيش

الإستعماري والمستوطنين وكذا الخدم من الجزائريين.

إن ظهور الحركة الوطنية بتنظيماتها و تشكيلاتها المختلفة، نجم شمال إفريقيا في سنة 1926، جمعية العلماء المسلمين في سنة

1931، حزب الشعب الجزائري في سنة 1937 جعل الشعب الجزائري يطالب بحقوقه بطريقة قانونية منظمة، ومن بين ما

كانت تنادي به، العدالة والمساواة في إستفادة كل الجزائريين دون تمييز عرقي أو ديني أو طبقي من خدمات الصحة

وامتيازات الضمان الاجتماعي.

لم يكن لهذه الأحزاب و الجمعيات تأثير فعال و واضح على التنظيم الصحي الاستعماري، والذي واصل تدعيمه للعمل

على الإستجابة لمصالح المستوطنين الأوروبيين، و ساعد الحظ القلة من الجزائريين المثقفين ممن كانوا أعضاء في المجالس

الإنتخابية في الإدارة الاستعمارية و العمال في القطاعات الصناعية، من الاستفادة من امتيازات الضمان الاجتماعي

و الاستفادة من مصالح الصحة المخصصة للأوروبيين.

-نشأة النظام الصحي لجبهة التحرير الوطني (FLN) 1954: إن النظام الطبي للثورة الجزائرية كان يمتاز بصفتين

أساسيتين: الأولى الثورية و الشعبية، فهو نظام ثوري في تكوين الإطارات و إحضار الأدوية، وفي العلاج، أما الصفة الثانية

التي هي الشعبية، فتظهر في كون طب الثورة لم يكن خاصا بوحدة جيش التحرير وعناصر جبهة التحرير الوطني

فقط، بل كان شاملا لكافة أبناء الشعب و كان مجانا، و هذا لإضفاء الطابع الشعبي للثورة بالمفهوم الواسع لها¹. تميز

النظام الصحي للثورة التحريرية بفترتين متباينتين:

الفترة الأولى تمتد من 1954 إلى 1956 و تميزت بالعشوائية و عدم التنظيم، حيث كان النظام الصحي قائما على العلاج

الأولي أو الإسعافات الأولية، و كان في مجمله غير مؤطر وغير مجهز بما فيه الكفاية.

¹ نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص116.

و الفترة الثانية تمتد من 1956 إلى 1962، حيث تميزت بانعقاد مؤتمر الصومام في 20 أوت 1956 الذي نظم الثورة، بما فيه تنظيم قطاع الصحة و منحه طابع المؤسسة، حيث تم تنظيمه وتقسيمه إلى خمسة مستويات: القسمة-القطاع-الناحية-المنطقة-الولاية، حيث يعتبر القطاع أساس هذا النظام في حين أن الناحية تضمن التنسيق بين القطاعات.

تمثلت المؤسسات الصحية غالبا من بنايات على شكل كوخ أو بيوت من الطين و مخابئ مهيأة على شكل مستشفى كما كانت التجهيزات و الوسائل المستعملة بسيطة جدا تأتي أغلبيتها من المؤسسات الصحية الاستعمارية بواسطة أطباء و ممرضين جزائريين يعملون بالمستشفيات الأوروبية، ولكنهم ينتمون إلى جبهة التحرير الوطنية و يعملون لصالحها، أما فيما يخص الأشخاص المؤطرين، فإنه يجدر الإشارة إلى الاستجابة الفعالة للطلبة و الثانويين نتيجة الإضراب التاريخي للطلبة الجزائريين في 19 ماي 1956 مما سمح بدخول العديد من الطلبة في صفوف جيش التحرير الوطني، بما في ذلك طلبة كلية الطب و ممرضين وأطباء جراحين و صيادلة إنضموا إلى صفوف الجهاد و عملوا على تدعيم وتطوير نظام الصحة للثورة.¹ أما فيما يخص النظام الصحي للثورة التحريرية فقد تركز على ضمان الخدمات رغم نقص الإمكانيات المادية والبشرية.

- نشاطات خاصة بتقديم العلاج للمجاهدين والجنود، والكشف على حالتهم الصحية والقيام بعمليات جراحية غالبا ما تكون صعبة.

- نشاطات خاصة بالوقاية، خاصة من الأمراض المعدية.

- نشاطات خاصة بتكوين المساعدين الطبيين خاضع لإحتياجات ومتطلبات الفترة.

إمتدت هذه النشاطات التي كانت موجهة في أول الأمر إلى جنود ومجاهدي جيش التحرير الوطني إلى السكان المدنيين بالدواوير والجبال. إن الخدمات الاجتماعية بما فيها الخدمات الصحية لجبهة التحرير الوطني تأسست في أول الأمر لتلبية إحتياجات العلاج لصالح جيش التحرير الوطني، في بداية الأمر كان منتجي الصحة من أطباء قليل جدا لا يكفي لتغطية كل التراب الوطني و تقديم العلاج المناسب، فكان دور الأطباء غير كافي ومحدود، فكان كل قطاع يعتمد

¹ A.Bouchrit·Dj.Auïld abbas·M.Toumi·Le système de santé durant la guerre de l'libération national ,Ministère de la santé,Alger,1983,p42.

على مصادره الخاصة، بحيث يكون هناك طبيب واحد أو ممرض لتقديم الإسعافات الأولية للمصابين من الجنود في الحرب وكذلك تقديم العلاج للمجتمع المدني¹، ونعني بذلك عامة الشعب دون استثناء.

لكن ومع بداية سنة 1957 بدأت تتحسن وضعية النظام الصحي لجيش التحرير الوطني، حيث إزداد عدد الأطباء وتم تكوين عدد كبير من الممرضين وهذا بفضل الطلبة الجزائريين الذين كانوا يدرسون في كليات الطب الفرنسية بالجزائر وفرنسا، و هو السبب الذي دفع بالإدارة الاستعمارية إلى اتخاذ إجراءات شديدة لمراقبة دخول المنتجات الصيدلانية²

بشأن التنظيم الداخلي للنظام الصحي للثورة فكان منظما كما يلي:

- يلحق النظام الصحي رأسا إلى النظام العسكري، وكل الذين يقومون به يخضعون إلى النظم العسكرية التي يخضع لها جيش التحرير، عدا نظام المرشحات الاجتماعيات فإنه كان يتبع إلى الميدان السياسي.

- يمنع على القائمين على المستشفى أن يتجولوا أو يتصلوا بأي شخص، ويمنع عليهم أن يخبروا بمكان المستشفى، كما يمنع أن يتصل بهم أي شخص أو يعرف مكانه كما يوجد بالمستشفى فرقة خاصة بالحراسة، و يجلب التموين و الاتصال بإدارة القسم والناحية والمسئول العسكري بصفة خاصة.

- يزود المستشفى بالتموين لمدة أطول ما يمكن، مع أسبقية المستشفى في الأكل واللباس.

- يمنع على الممرضين المتحولين أن يظهروا أنفسهم بأن مهنتهم هي التمريض أو الطب إلا عند الحاجة.

- أن لا يحمل الممرض من الدواء إلا أقل كمية، أما الباقي فهو مخزن تحت الأرض.

- كل ما يخص المستشفى من تموين و أدوات و دواء يجب أن يخزن في أماكن خاصة لا يعلمها إلا إثنان أو ثلاثة.

- هناك ساعي البريد خارج المستشفى يقوم بتبليغ الأوامر³.

¹ F.Benatia, les actions humanitaires pendant la lutte de libération(1954-1962),Alger,Imprimerie

Dahlab,1999,pp73-74.

² Ibid,p75

³ نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 119.

نظرا لقوة الثورة وشموليتها دفع بالشعب الجزائري إلى الالتفاف حولها، مما عَقَد من مهمة الإدارة الاستعمارية، لذلك عمدت هذه الأخيرة إلى إدخال بعض الإصلاحات السياسية والاقتصادية وهذا لصالح الغالبية الكبرى من الشعب الجزائري، هذا في ظاهرها ولكن النية الحقيقية للاحتلال من وراء هذه الإصلاحات هو عزل الثورة عن الشعب مما يسهل عملية القضاء عليها، ومن بين هذه الإصلاحات ما جاء في مخطط قسنطينة سنة 1958 والذي خصص مبلغ 182,3 مليون فرنك فرنسي كغلاف مالي لقطاع الصحة والبرامج الصحية، وذلك سنة 1959، و انتقل المبلغ إلى 330,6 مليون فرنك فرنسي سنة 1962¹.

بقيت هذه الإصلاحات حبر على ورق ما عدا السماح للطلبة الجزائريين الالتحاق وبأعداد مهمة بكلية الطب بجامعة الجزائر ومدارس تكوين المساعدين الطبيين، أما باقي الشعب الجزائري في المحتشدات والقرى المعزولة بقي يعاني حقد وبطش الاحتلال الفرنسي.

فالإصلاحات التي مست النظام الصحي والتي باشرتها الإدارة الاستعمارية في الجزائر، كانت في الواقع لصالح الفرنسيين والأوروبيين ولم يستفد منها الشعب الجزائري إلا القليل ممن كان موالي لهذه للإدارة، ومن جانب آخر ظهور نظام صحي مؤسس وإنساني في طبيعته وثوري في أهدافه، ألا وهو النظام الصحي لجبهة التحرير الوطني والذي كان موجه لأفراد جيش التحرير الوطني من جهة وموجه كذلك لتقديم العلاج للسكان من جهة أخرى، حيث يعتبر النظام الصحي لجبهة التحرير الوطني البذرة الأولى لبروز النظام الصحي للجزائر في عناصره وأهدافه.

¹ كريمة بوعزيز، مرجع سابق، ص34.

ثالثا: النظام الصحي الجزائري بعد الإستقلال

تميزت فترة الاحتلال الفرنسي بعدم التوازن الجهوي واللامساواة فيما يتعلق بصحة السكان، بحيث وجهت كامل الجهود للاعتناء بالصحة العسكرية والأفراد المستوطنين، وتركزت المراكز الصحية في المدن الكبرى بصفة خاصة، فالوضعية الصحية للسكان الجزائريين كانت صعبة جدا وتميزت بانتشار الأمراض والأوبئة، كالملا ربا والسل والكوليرا والتيفود والإسهال... الخ. في حين كانت المدن الكبرى في الجزائر بها مستشفيات وأطباء، كان الريف الجزائري يعتمد على الطب التقليدي والأعشاب الطبية، بسبب عدم وجود مراكز صحية، حيث سجل قرابة 300 طبيب فقط ل 10 ملايين نسمة¹. بعد الاستقلال واجهت الحكومة عدة تحديات، فكان عليها تحديد الأولويات ومعرفة التحديات والرهانات، عن طريق وضع سياسة وطنية صحية الهدف من خلالها القضاء على الأمراض والأوبئة، ومكافحة وفيات الأطفال التي كانت بنسبة عالية جدا، وكذا بناء الهياكل وتكوين الإطارات الطبية والشبه الطبية والإدارية. وعليه يمكن تقسيم هذه الفترة إلى أربع مراحل

-المرحلة الأولى: 1962 - 1974: بروز و نشأة النظام الصحي الجزائري

الصحة ليست حق أساسي فقط وإنما هي كذلك مصدر أساسي للتطور الاجتماعي والاقتصادي والفردى، وعلى أساس هذا المبدأ العام عمدت الجزائر في كل الدساتير التي سنتها إلى جعل مبدأ حق المواطنين في حماية الصحة أساسى² لا يمكن نكرانه أو تجاهله.

فقد ورثت الجزائر عن الإحتلال الفرنسي في سنة 1962 حالة صحية أقل ما يقال عنها أنها متدهورة، فالنظام الصحي الموجود آنذاك كان متمركزا في المدن الكبرى بالجزائر العاصمة، وهران وقسنطينة، ويتمثل النظام الصحي خاصة في الطب العمومي داخل المستشفيات، وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية، ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم³.

¹ نور الدين حاروش، السياسة الصحية في الجزائر بين الرهانات و الواقع، مجلة دراسات إستراتيجية، الصادرة بالجزائر، عدد 07، 2009، ص43

² - République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé et de la population, Développement du système national de santé. Stratégie et perspectives, Alger, 2001, p4.

³ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ص132.

إتخذت الجزائر بعد استرجاع السيادة على أراضيها النهج الاشتراكي كنظام اقتصادي، وكقطيعة مع النظام الليبرالي الاستعماري، وكان لزاما على الحكومة استبدال الشكل الصحي الاستعماري الموروث بشكل آخر يختلف عنه في عناصره وأهدافه. غداة الاستقلال، كانت الجزائر تُعد حوالي 5000 طبيب (50 %) جزائريين (وذلك لتغطية احتياجات السكان الذين قدر عددهم آنذاك بحوالي 10,5 مليون نسمة، أما الوضعية الصحية في هذه الفترة فقد كانت تتميز بوفيات الأطفال خاصة الرضع، والتي كانت بنسبة مرتفعة تجاوز معدلها 180‰، و أمل حياة لم يصل إلى 50 سنة، وكان انتشار الأمراض المعدية المرتبطة بالحالة البيئية والمعيشية السبب الرئيسي للوفيات. وأمام هذه الوضعية ومحدودية الموارد المتوفرة، سطرت وزارة الصحة هدفين رئيسيين وهما:

- إعادة توزيع المؤسسات الصحية عامة وخاصة و الأطباء على مختلف جهات الوطن للسماح لكل السكان الاستفادة من العلاج بشكل متساوي مع إجبارية العمل بنصف الوقت في القطاع العمومي بالنسبة للممارسين الطبيين في القطاع الخاص، وتشكيل فرق طبية متنقلة.

- مكافحة الوفيات والقضاء على الأمراض والأوبئة المتنقلة.

- وضع عدة برامج صحية موجهة لحماية الفئات المحرومة، وبذلك فقد تم تأسيس التلقيح الإجباري للأطفال

أما المحاور الكبرى التي ركزت عليها الحكومة في وضعها للسياسة الصحية الوطنية فتمثلت في¹:

- الوقاية: وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل إنتشاره عن طريق التلقيح.

- علاج الأمراض: حيث يتلقى المريض العلاجات الضرورية إبتداء من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة إستعصاء العلاج.

- التوزيع العقلاني للأطباء: تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهياكل والمعدات الضرورية.

¹ نور الدين حاروش، السياسة الصحية في الجزائر بين الرهانات و الواقع، مرجع سبق ذكره، ص131.

تميزت هذه الفترة بتقلص الأطباء الفرنسيين من 2500 طبيب إلى 630 طبيب، مع نقص فادح في الهياكل الصحية، أما عن المؤشرات الخاصة بالصحة العمومية فكانت كالآتي¹ :

- نسبة وفيات الأطفال 180 %.

-أمل الحياة 50 سنة.

-عدد الأطباء 1,2 إلى 1,6 لكل 10.000 ساكن.

-أطباء الأسنان من 1 إلى 2 لكل 100.000 ساكن.

-الصيدلة 3 لكل 100.000 ساكن.

تم خلال هذه الفترة تأسيس الصيدلية المركزية الجزائرية والتي تهتم بإنتاج وإستيراد وتوزيع الأدوية بالجملة، أما التوزيع بالتجزئة فكان موزع على القطاع العام والخاص² أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم، حيث بلغ سنة 1966م، 163 مستشفى بسعة 39418 سرير، و 256 مركز صحي، وبعدهد 364 طبيب و 20.000 شبه طبي وحوالي 19000 مستخدم إداري، وشهدت سنة 1974 م زيادة في عدد السكان حيث وصل إلى 15.6 مليون نسمة، وزيادة في عدد الأسرة بلغ 41728 سرير، وبلغ عدد المراكز الصحية 558 مركز، وزيادة في عدد الأطباء بلغ 1425 طبيب، وإنشاء ما يسمى بالقطاع الصحي حيث بلغ العدد 143³، ما ميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاءات العلاج مقارنة بسنة 1962 م.

تسمى هذه الفترة بطب الدولة، من خلال المؤسسات الإستشفائية التي تضمن العلاج والإستشفاء، وكانت تسير من طرف وزارة الصحة التي تم إنشائها كوزارة قائمة بذاتها في سنة 1965، وقبل ذلك كانت مندجحة في وزارات أخرى، ونجد المراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية

¹ براحو فافة سهيلة، إصلاح المنظومة الصحية. واقع و أفاق، مجلة دراسات إستراتيجية،الصادرة بالجزائر ،عدد 06 ،سنة 2009 ،ص113 .

² R.A.D.P, Ministère de la santé et de la population, Développement du système national de santé, stratégie et perspectives, Alger, Mai 2003, p.3.

³ Ecole National de Santé Publique, le système de santé publique en Algérie, analyse et perspectives, Alger, avril 2008, p.5.

المجانية في المدن والبلديات، والتي كانت تسير من طرف البلديات، ومراكز النظافة المدرسية التي كانت تسير من طرف وزارة التربية والتعليم هذا من جهة، ومن جهة أخرى كان هناك قطاع خاص يقدم علاج ذو طابع لبرالي في العيادات الخاصة، ولكن بإمكان الأطباء العاملين في القطاع الخاص إستعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة وذلك في إطار تعاقد مع بداية المخطط الوطني من جهة وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ في سنة 1964، وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدالة في سنة 1966 م من جهة ثانية، أخذت الأمور تتحسن وذلك من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي والشبه الطبي¹ وكذلك صدور 1969، والمتعلق بإجبارية التلقيح ومجانيتها، الذي ساهم بشكل كبير في مكافحة الأمراض بداية من سنة 1965 بمساعدة منظمة الصحة العالمية.

من خلال هذه الفترة نستنتج أن الحكومة الجزائرية بذلت مجهودات كبيرة في سبيل تحقيق أهدافها المتمثلة أساسا في إنشاء نظام صحي فعال، بحيث يستطيع إلى حد كبير تلبية احتياجات المواطنين من حيث الوقاية والعلاج رغم محدودية الإمكانيات المادية والبشرية والتقنية، خاصة إذا علمنا أنها مرحلة بداية تشكيل المؤسسات السياسية والدستورية للدولة الجزائرية، ومع ذلك نسجل عدم وجود إنصاف في توزيع الرعاية الصحية بين المناطق الحضرية والريفية من جهة، وعدم وجود توزيع جهوي عادل بين الشمال والجنوب من جهة أخرى، حيث تتمركز الموارد البشرية الطبية والشبه الطبية والهياكل القاعدية في المدن الرئيسية.

أما فيما يخص القطاع الخاص كان تقريبا على الهامش وهذا لعدم إهتمام الدولة به، وحرصها على أن يبقى القطاع العام هو المحرك الأساسي للنظام الصحي في الجزائر.

¹ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، 135.

– المرحلة الثانية: 1974 – 1989:

بسبب الضغط الاجتماعي الكبير وعودة الأمراض والأوبئة من جهة عجز النظام الصحي القائم بإمكانياته المتواضعة من تلبية كل احتياجات العلاج للسكان فجاء قرار تأسيس الطب المجاني¹، وهو أهم قرار اتخذته السلطة السياسية في سبيل التكفل بالطبقات الفقيرة وهو قرار سياسي يتوافق والنظام السياسي والاقتصادي الاشتراكي الذي سارت على وجه السلطة السياسية في الجزائر، بحيث لا يمكن عزل أو فصل قرار مجانية العلاج عن أي سياسة اجتماعية أو اقتصادية أخرى اتخذتها السلطة في تلك الفترة .

نستطيع القول أن من مميزات الخطاب السياسي في هذه الفترة، هو عزفه على وتر المصطلحات الكارزمية مثل العدل والمساواة بين جميع المواطنين في الاستفادة من العلاج والوقاية والرعاية أن التحولات الاجتماعية.

لقد سجل في هذه الفترة على مستوى السياسة الصحية قرارات أساسية منها:

– تأسيس الطب المجاني كما جاء ذكره في هياكل الصحة العمومية، بداية من شهر جانفي من سنة 1974. دعمه النص الأساسي للأمة من خلال الميثاق الوطني 1976 حيث جاء فيه ما يلي: "في مجال الصحة فإن الدولة مكلفة بضمان الصحة والحفاظ على صحة السكان وتحسينها" وكذلك من خلال قانون الصحة لسنة 1976 "تعمل مصالح الصحة بشكل يجعلها سهلة الإستعمال لكل السكان، مع ضمان أكبر قدر من والفعالية وذلك للاستجابة للاحتياجات الصحية." – إصلاح المنظومة التربوية وبالتحديد الدراسات الطبية من خلال تحسين نوعية التعليم والتكوين.

– تأسيس القطاع الصحي، بتوحيد كل وحدات العلاج الأولية المسيرة من طرف البلديات أو القطاع شبه الطبي².

– دعم الطب الخاص قرارات 1976-1977

¹ 1973 م المتعلق بإنشاء الطب الوقائي في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 65 /12/ المؤرخ في - 2 - 28 ج.د.ش، الأمر رقم 01. 73، الصادرة بتاريخ 1 جانفي 1974 م، ص

²R.A.D.P, Ministère de la santé et de la population, op.cit, p.3.

- إنشاء نظام صحي قائم على الخدمة الوطنية للصحة، حيث تم إقرار إعادة تنظيم القطاع بكامله بحيث يكون موحد ومتجانس، أي إلغاء قطاع الشبه العمومي، وذلك بإدماج مجموع نشاطاته الصحية والوقائية ضمن نشاطات القطاع العام، أي إرتباط المؤسسات الصحية بالحماية الاجتماعية الموجودة ضمن الحدود الجغرافية للقطاعات الصحية، ولقد طبقت هذه العملية سنة 1984 بالنسبة للهياكل والمؤسسات الموجودة (عيادات طب الأسنان والمستشفيات الصغيرة المتخصصة وعيادات طب الأطفال، عيادات الولادة والمراكز الطبية الإستشفائية).

شهدت هذه الفترة تشييد عدد معتبر من الهياكل الصحية وخاصة المستشفيات العمومية والهياكل القاعدية عيادات متعددة الخدمات ومراكز الصحة، وذلك لتحقيق مبدأ المساواة في الاستفادة من الرعاية الصحية ومجانبة العلاج.

خلال هذه الفترة تم إنشاء 13 مركزًا إستشفائيا جامعياً بمهام ثلاثة وهي: الرعاية وتقدي العلاج، التكوين والبحث¹ وكان ذلك في سنة 1986²، تراجع نسبة الوفيات خاصة وفيات الأطفال، وهذا بفضل البرامج الوطنية للصحة برنامج محاربة مرض السل ونقص التغذية، برنامج التلقيح الإجباري والمجاني...، كما سجلت هذه المرحلة تراجع ملحوظ للأمراض المتنقلة، وأمل الحياة إنتقل من 50 سنة في 1962 م إلى 65 سنة في سنة 1989 م.

من الناحية القانونية والتشريعية فقد تم تنظيم مهنة الطب في الجزائر عن طريق القانون رقم -05 المؤرخ في 26 جمادي الأولى 1405 هـ الموافق ل 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

لقد شهدت النفقات الوطنية للصحة في الجزائر نموا مطردا، حيث إنتقلت من نسبة % 1,6 من الناتج الداخلي الخام (PIB) في سنة 1973 م إلى نسبة % 3,7 سنة 1980 م و % 4,4 سنة 1985 م ونسبة % 6,0 في سنة 1988 م وأخيرا وصلت إلى نسبة % 5,4 من الناتج الداخلي الخام في سنة 1989 -1987 م، في حين تطورت ميزانية قطاع الصحة بنسبة % 961 خلال 12 سنة (1974)

¹ Ministère de la santé et de la population, op.cit, p.3

² ج.د.ش، المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1982 المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، عدد 06 الصادر في 12 فيفري 1986، ص 115

3.3- المرحلة الثالثة من 1989 الى 1999: رغم ما عرفته الجزائر خلال هذه العشرية من أزمة إقتصادية و

سياسية و اللإستقرار في كل المجالات فقد شهدت هذه الفترة إعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق إصدار مراسيم

تنفيذية و التي سمحت بإنشاء الوحدات الصحية الضرورية لإضفاء أكثر إنسانية على الهياكل الإستشفائية الوطنية و

عصرنتها وإضفاء نجاعة أكبر عليها. فمعظم هذه المراسيم قد تمت في الفترة ما بين 1993 و 1996¹. لقد طرأ تحول

كبير على الصعيد الإجتماعي في الجزائر على كل المستويات²:

- على المستوى الصحي فقد تمثل التحول في عودة بعض الأمراض والأوبئة المتقلبة عن طريق المياه، وظهور الأمراض

المزمنة كالسكري و أمراض القلب والتنفس، و يعود هذا الوضع إلى قلة النظافة العمومية و تدهور السكنات

و توسع رقعة الفقر بالإضافة إلى سوء التغذية عند بعض الطبقات الإجتماعية، و كذا التغيرات المناخية.

- على المستوى الإقتصادي و الإجتماعي فكان التحول راجعا إلى ضعف الدخل و حجم المديونية الكبير بحيث

تراوح من 37,28 مليار دولار سنة 1990 ليصل إلى 47,30 مليار دولار سنة 1998 هذه العوامل أدت إلى

تدني المستوى الإجتماعي، كتنقص توفير العمل وبالتالي إرتفاع نسبة البطالة بسبب تقليص الدولة من النفقات

العمومية، بما في ذلك الإنفاق على الصحة العمومية.

إن نقص الموارد المالية قلص من أداء القطاع العام للصحة في مواجهة الطلب على الخدمات الصحية و الإستشفائية ،

خاصة مع تدهور قيمة العملة الوطنية، حيث بات موضوع إقتناء الأدوية والأجهزة الطبية من أصعب أدوار قطاع الصحة

في الجزائر، وعلى إثر ذلك جاء قرار سياسي عبارة عن منشور وزاري في 1995 م و المتعلق بمساهمة المرضى في تسديد

¹ المرسوم التنفيذي رقم 05/93 المؤرخ في 1993/01/02 و المتعلق بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية، و المرسوم التنفيذي رقم 140/93 المؤرخ في 1994/03/30 و المتعلق بإنشاء المخبر الوطني لرقابة المواد الصيدلانية و المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/02/09 المتعلق بإنشاء الديوان الوطني

للدواء، و المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/03/30 المتعلق بتحويل معهد باسور الجزائري الى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي و تجاري، و المرسوم التنفيذي رقم 293/94 المؤرخ في 1994/09/25 المتعلق بإنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات، المرسوم التنفيذي رقم 108/95 المؤرخ في 1995/04/09 المتعلق

بإنشاء الوكالة الوطنية للدم، المرسوم التنفيذي رقم 68/96 المؤرخ في 1996/01/27 المتعلق بإنشاء المتعلق بإنشاء المفتشية العامة لوزارة الصحة و السكان، المرسوم التنفيذي رقم 355/96 المؤرخ في 1996/10/19 المتعلق بإنشاء شبكة المخابر للتجار و التحليلات القيمة ، المرسوم التنفيذي رقم 227/98 المؤرخ في

1998/07/13 المتعلق بالنفقات لتجهيزات الدولة و من بينها التجهيزات الصحية و العمليات المركزية

² براحو فافة سهيلة، مرجع سابق، ص 114

نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الإستشفائي¹، وجاء في قانون المالية لسنة 1993 أنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية و البحث و بالمعوزين، أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الإستشفائية وهيئات الضمان الإجتماعي².

أما فيما يتعلق بالتغطية من حيث الهياكل الصحية لسنة 1998 فيمكن الإستدلال على ذلك من خلال الأرقام التالية:
- 02 سرير لكل 1000 نسمة، عيادة لكل 60731 نسمة، مركز صحي لكل 25454 نسمة، قاعة علاج لكل 6667 نسمة.³ أما بشأن المؤشرات الصحية لهذه الفترة فهي كما يلي⁴:

-نسبة الزيادات 25,3%، نسبة الوفيات العامة 6,04%، نسبة وفيات الأطفال 44% متوسط أمل الحياة 68 سنة في حين كان تطور عدد المستخدمين كما يلي⁵:

- عدد الأطباء الجزائريين 28274

- عدد أطباء الأسنان 7966

- عدد الصيادلة 4022

- عدد التقنيون السامون 41657

- عدد التقنيون في الصحة 30048

- عدد أعوان الصحة 14206

أي ما يعادل - :طبيب واحد لكل 1123 نسمة.

-طبيب أسنان واحد لكل 4033 نسمة.

¹ ج.د.ش، وزارة الصحة و السكان، المنشور الوزاري رقم 01 المؤرخ في 08 أفريل 1995 المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الإطعام و الإيواء داخل المستشفى، ص2.

² نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص152

³ R.A.D.P, Ministère de la santé, Direction de la planification, statistique sanitaire, Alger, Août 1999,p.08

⁴ O.M.S, Rapport sur la santé dans le monde 1999, pour un réel changement, Genève, 1999,p.100.101.

⁵ أمير جيلالي، تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر. رسالة ماجستير، علوم اقتصادية، فرع تخطيط، جامعة الجزائر، 2001، ص121

-صيدلي واحد لكل 7818 نسمة.

:و يمكن إحصاء عدد الهياكل المسجلة في هذه الفترة على النحو التالي¹.

- عدد المستشفيات 223

- عدد الأسرة 60000

- عدد العيادات المتعددة الخدمات 465

- عدد المراكز الصحية 1144

- عدد عيادات الولادة 433

- عدد قاعات العلاج 4222

أما ما يخص التجهيزات الطبية: فكانت تسجل بها أعطال كثيرة حيث وصلت إلى ما يزيد عن 20% و مرد هذا إلى تقليص الغلاف المالي للصيانة و التجهيز، هذا التدهور المالي و الهيكلي والتجهيزات رافقه إنتشار الأمراض، والتي هي مؤشر واضح عن تدني في المستوى الصحي للسكان وظهور الأمراض المسماة بأمراض الفقر وقد سجل في أواخر هذه الفترة الحالات المرضية التالية وهذا حسب الديوان الوطني للإحصاء لسنة 1999 م²

-مرض التيفويد سجل 2427 حالة.

-مرض الإسهال سجل 2892 حالة.

-الحمى سجلت 3434 حالة.

-التسمم الغذائي سجل 1095 حالة منها حالة وفاة واحدة.

¹ أمير جيلالي، المرجع المرجع، ص119.

² نفس المرجع، ص120.

عملت وزارة الصحة على إنشاء هياكل الدعم لمؤسسات النظام الصحي وهذا من أجل مراقبة تحسين الأداء داخل المؤسسات الصحية العمومية ويمكن حصر هذه الهياكل كما يلي¹ :

- في سنة 1993 ، إنشاء المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية لكل أنواع الأدوية قبل طرحها في السوق.
- في سنة 1994 ، وهذا لضمان تمويل المؤسسات إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات الصحية بالمنتجات الصيدلانية (PCH)
- 1995، وهذا لتطبيق السياسة الوطنية للدم .إنشاء الوكالة الوطنية للدم (ANS)،م
- 1995 إنشاء الوكالة الوطنية للإعلام الصحي والإتصال الصحي(ANDS) والتي تتكفل بتطوير الإعلام.
- إنشاء المركز الوطني لمراقبة الوسائل و المنتجات الصيدلانية(CNPM)1998.
- إنشاء المركز الوطني للتسمم(CNT)1998 و هذا للتكفل بدراسة وتقويم كل ما يخص أخطار تسمم الدم.
- في 1996 ثم إنشاء المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين الشبه الطبي(INPFP) بالتعليم والتكوين والبحث في المجال الشبه الطبي.

رغم المجهودات المبذولة من طرف الحكومة في سبيل تطوير قطاع الصحة، وتحسين الخدمات في مجال الرعاية الصحية بالنسبة للمواطنين، إلا أن ذلك لم يغير في الوضع المزري الذي أصبح يعيشه قطاع الصحة في الجزائر، حيث أصبحت مديونية المستشفيات مرتفعة جدا مما يعيق عمل هذه الأخيرة، وهذا ناتج عن سوء التخطيط والتسيير المصاحب لعدم عقلانية الإنفاق العام، والإستعمال العشوائي للموارد المرصودة، وغموض العلاقة بين النظام الصحي وقطاع الضمان الاجتماعي.

-المرحلة الرابعة 1999_ 2009 :

في بداية هذه الفترة تم وضع خريطة صحية وطنية تهدف إلى تقليص الفوارق بين المناطق ومراعاة الخصوصيات والحاجات الملحة لكل جهة ومعالجة الإختلال في التنظيم والتنسيق. ويهدف البرنامج الحكومي في هذا المجال كذلك، إلى

¹ Ministère de la santé et de la population, Direction de la planification, op.cit, p.8

تهيئة الموارد البشرية من خلال التكوين الأساسي والتكوين المستمر، ومن أجل ترقية القطاع ورفع من أداء المؤسسات الطبية وتحديثها لإستيعاب الطلب المتزايد للمواطنين على الخدمات المقدمة، مع تشجيع القطاع الخاص.

ولتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن، عملت الحكومة أيضا على تطبيق سياسة جديدة في مجال توزيع الأدوية، تهدف إلى تشجيع الأدوية المماثلة وتقديم الدعم للأدوية الضرورية الخاصة بالأمراض المزمنة والخطيرة، كما عملت على تقوية المستشفيات الجهوية من أجل تخفيف الضغط على المراكز الإستشفائية الجامعية وفتح أقطاب طبية جديدة، وعلى تعزيز النظام الصحي في مجال الوقاية والطب الإستشفائي.

إن تطبيق الخريطة الصحية الجديدة ساهمت في تعزيز الهياكل الصحية بجميع أنواعها، وأدت إلى تقريب الصحة من المواطن، كما ساهم القطاع الخاص في تحسين هذه الوضعية، حيث وصل عدد العيادات إلى 286 وعدد الأخصائيين الخواص 5095 والطب العام 6205 طبيب، أما عن الإعتمادات الموجهة إلى القطاع الصحي لتحقيق أهداف الألفية المحددة من طرف منظمة الأمم المتحدة، فقد شهدت تطورا مستمرا، حيث بلغت نسبة 76,70% في مشروع قانون المالية لسنة 2008 مقابل 58% خلال سنة 1999 م.

وبالنسبة لتوزيع نفقات الصحة العمومية، فإن نسبة 42,08% تأتي من ميزانية الدولة، في حين يساهم صندوق الضمان الإجتماعي بنسبة 28,04%، وما تم إنجازه خلال السنوات الأخيرة من حيث عدد الأسرة يمثل ربع ما أنجز خلال 46 سنة، حيث بلغ 15500 سرير دون إدخال في الحسابان القطاع الخاص¹.

أما فيما يخص المؤشرات الصحية فلقد جاءت كما يلي:

- أمل الحياة بلغ حسب بيانات منظمة الصحة العالمية 71 سنة لدى الذكور و 73 سنة للإناث، أما حسب الإحصائيات الرسمية الوطنية فهي 75,1 سنة مع تعداد سكاني فاق 34,4 مليون % نسمة في أبريل 2008 ونمو سكاني بنسبة 1,78.
- الإنتقال الوبائي الذي تشهده الجزائر، حيث تم القضاء بصفة نهائية على معظم الأمراض المنتقلة (الجدام، الحصبة، الدفتيريا، ومرض السعال الديكي)، أما عدد حالات مرض السل فقد بلغ حسب إحصائيات منظمة

¹ براحو فافة سهيلة، مرجع سبق ذكره، ص 115-116.

الصحة العالمية في 2007 حوالي 8439 حالة، وظهور الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والسكري، وإرتفاع ضغط الدم والسرطان، حيث تبين أن نسبة % 10,5 من السكان مصابون هذه الأمراض في مقدمتها أمراض إرتفاع ضغط الشرايين

بنسبة % 4,38 وتليها أمراض السكري % 2,10.

-معدل وفيات الأطفال دون الخامسة 37 % . :

-معدل وفيات الأطفال حديث الولادة 22 % . :

-معدل وفيات الأطفال الرضع % 35 :ذكور و % 30 إناث.

-معدل وفيات البالغين بين 15 و 60 سنة % 147 :ذكور و % 121 إناث.

-نسبة وفيات الأمومة 180 :لكل 1.100000¹.

:أما عن الهياكل الصحية العمومية فقد بلغت سنة 2007 حسب إحصائيات فيفري 2008

*المستشفيات العمومية 240 :بعدهد 35157 سرير.

*المستشفيات الخاصة بالأمومة 511 عيادة.

*الهياكل العمومية للصحة الجوارية:

-العيادات المتعددة الخدمات 1477 :

-المراكز الصحية 338 :

-قاعات العلاج 5117 :قاعة و 324 قاعة غير مشغلة.

01بعدهد 740 سرير * EHU . المؤسسات الإستشفائية الجامعية

13بعدهد 12697 سرير * CHU . المراكز الإستشفائية الجامعية

54بعدهد 9785 سرير * EHS . المؤسسات الإستشفائية المتخصصة

¹ منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2009 ، ص 16

*الوكالات الصيدلانية 1019 وكالة¹ .

الهياكل الصحية للقطاع الخاص:

- العيادات الطبية المتخصصة 5206

- العيادات الطبية العامة 6179

- عيادات طب الأسنان 4381

- الصيدليات 6689

- العيادات الطبية الجراحية 164: عيادة.

- عيادات تشخيص الأمراض 13 عيادة².

تطور عدد المستخدمين:

- عدد الأطباء 35368: طبيب أي 11 طبيب لكل 10000 ساكن.

- أطباء الأسنان 9553: طبيب أي 03 لكل 10000 ساكن.

- 17 سرير لكل 10000 ساكن.

- الشبه الطبيين 69749: أي 22 لكل 10000 ساكن.

أما في مجال الأدوية، فقد عملت الدولة على تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية من خلال إلزام الموزعين الأجانب بالاستثمار محليا وكذا بواسطة منع إستيراد الأدوية التي يسمح الإنتاج المحلي بتغطية الطلب الوطني عليها. أما عن نظم التأمينات في الجزائر، فهو تحت وصاية هيئة عمومية وحيدة وهي صندوق التأمينات الإجتماعية، تغطي خدمات كافة المؤمنين سواء كانوا أجراء، غير أجراء أو مستخدمين. ويمول صندوق الضمان الإجتماعي من طرف إشتراكات كل من الأجراء، العاملين المستقلين و المتقاعدين ويغطي نظام التأمينات 28 مليون فرد أي ما يعادل % 87 من إجمالي

¹ -République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la Population et de la Réforme Hospitalière, **statistiques sanitaires année 2007**, Alger, 2008, p35

² Ibid; p36.

السكان. أما فيما يخص القطاع الخاص، فقد شهد بعض التطور من خلال زيادة عدد قاعات العلاج، التي أصبحت تقوم بالعمليات الطبية الوقائية و الإستشفائية على حد سواء .

خلاصة و إستنتاجات

تبين المراحل التاريخية التي تم التطرق إليها في هذا الفصل، أن المنظومة الصحية في الجزائر عرفت عدة تطورات و تحولات، سواء تعلق الأمر بالهياكل و المؤسسات الصحية، و طريقة تنظيمها وتسييرها، أو ما يتعلق بالظروف المحيطة بهذه الهياكل، من ظروف اجتماعية واقتصادية.

فيما يخص الظروف الصحية للسكان قبل و أثناء وجود الاحتلال الفرنسي في الجزائر، كانت جد متدهورة، من جهة كثرة الأمراض و الأوبئة نتيجة الظروف الإجتماعية القاسية، والظروف الاقتصادية المتردية التي كان الشعب الجزائري يعيش في كنفها، حيث نجد أن جل السكان كانوا يعيشون تحت مستوى الفقر بسبب الاحتلال، مما أدى ذلك إلى ظهور عدة أمراض فتكت بنسبة كبيرة من السكان، و نذكر على سبيل المثال مرض الطاعون الذي قتل عدد كبير من الجزائريين، و من جهة أخرى نجد أن النظام الصحي الاستعماري، لم يكن في صالح السكان الأهالي وإنما كان في صالح أفراد الجيش الاستعماري الفرنسي، بالإضافة إلى المعمرين الأوروبيين الذين وفدوا إلى الجزائر مباشرة بعد الاحتلال و بعض الجزائريين الذين كانوا موالين للاحتلال الفرنسي.

في هذه الفترة ظهر نظام صحي جديد مختلف عن النظام الصحي الاستعماري، مختلف عنه في أهدافه، هذا النظام الذي تم تأسيسه من طرف جيش التحرير الوطني الذي قاد الثورة التحريرية، حيث يعتبر اللبنة الأولى لظهور النظام الصحي الجزائري بعد الاستقلال.

أما مرحلة الاستقلال فقد عرفت هي الأخرى ظهور بعض الأمراض المتنقلة التي ساهمت بشكل كبير في وفيات الأطفال مثل أمراض السل، الدفتيريا، حمى المستنقعات... إلخ، وكان هذا مباشرة بعد الاستقلال، لذلك عملت السلطة السياسية الفتية من أجل محاربة هذه الأمراض من خلال تسطير برامج التلقيح الإجباري للأطفال، و برامج الوقاية من الأمراض المعدية.

وقد عملت السلطات العمومية على إعادة توزيع الهياكل الصحية، ومستخدمي قطاع الصحة من ممرضين و أطباء، عبر كامل التراب الوطني، بحيث يتيح لكل أفراد المجتمع الحق في الوصول إلى العلاج، وظهر ذلك من خلال القرار السياسي الذي اتخذته الدولة، والمتمثل في قرار تأسيس الطب المجاني، هذا الأخير يعتبر الركيزة الأساسية للمنظومة الصحية في الجزائر، ولكن مع التحول السياسي و الاقتصادي الذي شهدته الجزائر في بداية التسعينيات، ظهرت قوانين جديدة تتيح حرية إنشاء مؤسسات صحية خاصة، قبل ذلك كانت السلطة السياسية لا تعطي أي اهتمام للقطاع الخاص الذي كان تحت سيطرة القطاع العام.

إن القطاع الخاص عرف نموا ملحوظا في ظل تدهور المؤسسات الصحية العمومية، و يرجع ذلك إلى مجموعة من المعوقات و المشاكل التي واجهها النظام الصحي العمومي والتي دعت السلطات الوصية إلى التدخل و العمل على تصحيح المسار من خلال القيام بإصلاحات شاملة تخص قطاع الصحة بما فيه القطاع الخاص، من خلال إعادة تنظيم هياكل و مؤسسات المنظومة الصحية، وجعلها تتماشى و الظروف الاجتماعية و الاقتصادية للسكان، و من خلال كذلك الاهتمام بفتة الموارد البشرية حيث تم إعادة النظر في سلم توزيع المناصب، نظام الأجور و التعويضات و سلم الترقيات بغية تحسين ظروف العمل و سعيها من الحكومة في تحقيق مسؤوليتها الاجتماعية اتجاه مختلف أصحاب المصالح بهدف رفع مستوى الخدمات بشكل عام.

المبحث الثاني: واقع المسؤولية الاجتماعية من خلال الدراسة الميدانية بالقطاع الصحي بشار

قبل التطرق إلى عرض و تحليل نتائج الدراسة لابد من التعريف بالقطاع الصحي بالولاية و بميدان الدراسة و العينة.

أولاً: تقديم عام للقطاع الصحي بشار:

تعد ولاية بشار من أكبر ولايات الجنوب الغربي، تبعد عن العاصمة الجزائر ب 1150 كم و عن ولاية تندوف ب 850

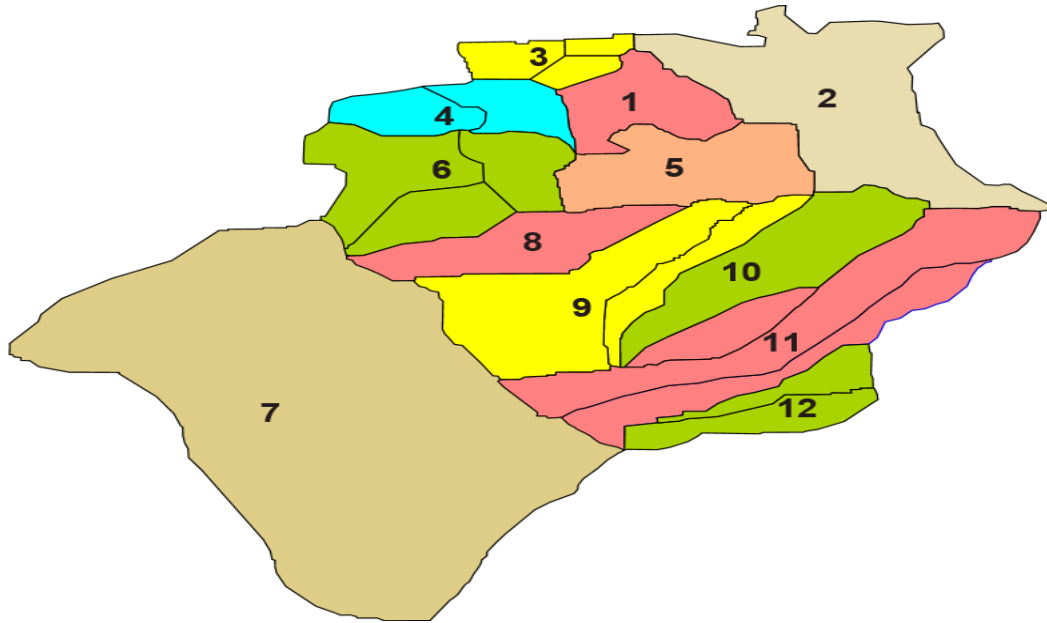
كم جنوباً و عن الحدود المغربية ب 80 كم غرباً. تبلغ مساحتها حوالي 164881 كم² مربع بعدد سكان حوالي

315779 نسمة ، بكثافة سكانية تصل الى 1,92 ساكن لكل كم².

تضم الولاية 12 دائرة : 1 بشار، 2 بني ونيف، 3 احمر، 4 القنادسة، 5 تاغيث، 6 العبادلة، 7 تلبالة، 8 إقلي، 9 بني

عباس، 10 الوائة، 11 كرزاز، 12 اولاد خضير.

الشكل قم (III-1) : خريطة الولاية (بشار)



تشكل الخريطة الصحية لولاية بشار من 04 مؤسسات عمومية استشفائية و مؤسسة استشفائية لطب العيون و

مؤسسة استشفائية متخصصة للامومة والطفولة، 07 مؤسسات للصحة الجوارية طبقاً للمراسيم التنفيذية:

- المرسوم التنفيذي رقم 204/ 07 المؤرخ في 30 جوان 2007 المتمم للمرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02

ديسمبر 1997، الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و تنظيمها و سيرها.

- المرسوم التنفيذي رقم 07/ 140 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء تنظيم و تسيير المؤسسات العمومية

الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية المعدل و المتمم .

-مرسوم تنفيذي رقم 13/ 93 المؤرخ في 25 فبراير سنة 2013 يتم قائمة المؤسسات الاستشفائية لطب العيون

الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 12-281 المؤرخ في 09 جويلية 2012 و المتضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية

لطب العيون و تنظيمها و تسييرها.

- 04 مؤسسات عمومية استشفائية (02 بشار، 01 بني عباس و 01 بالعبادلة) .

- 01 مؤسسة استشفائية متخصصة للأمومة والطفولة (محمد بوضياف)

- 07 مؤسسات عمومية للصحة الجوارية (بشار، بني ونيف، العبادلة، تاغيب، تبلباله، بني عباس، كرزاز).

- 01 مؤسسة استشفائية لطب العيون .

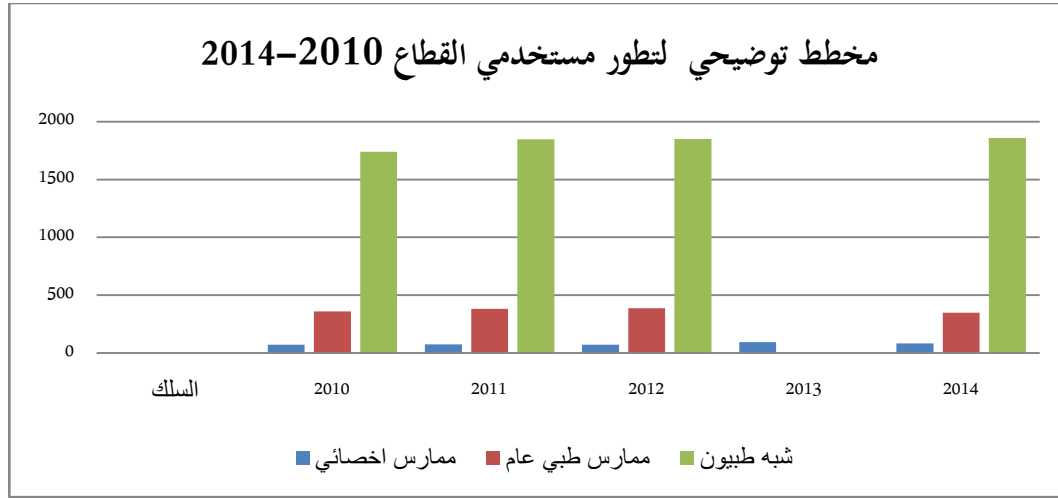
- السعة السريرية تقدر 845 بحوالي سرير ، بنسبة 2،8 سرير لكل 1000 نسمة.

الجدول رقم (III-1): تطور مستخدمي القطاع 2010-2014

السلك	2010	2011	2012	2013	2014
ممارس اخصائي	72	74	73	95	82
ممارس طبي عام	359	381	386	-	348
شبه طبيون	1740	1847	1850	-	1858

المصدر : مديرية الصحة و السكان بالولاية

الشكل رقم (III-2): مخطط توضيحي لتطور مستخدمي القطاع 2010-2014



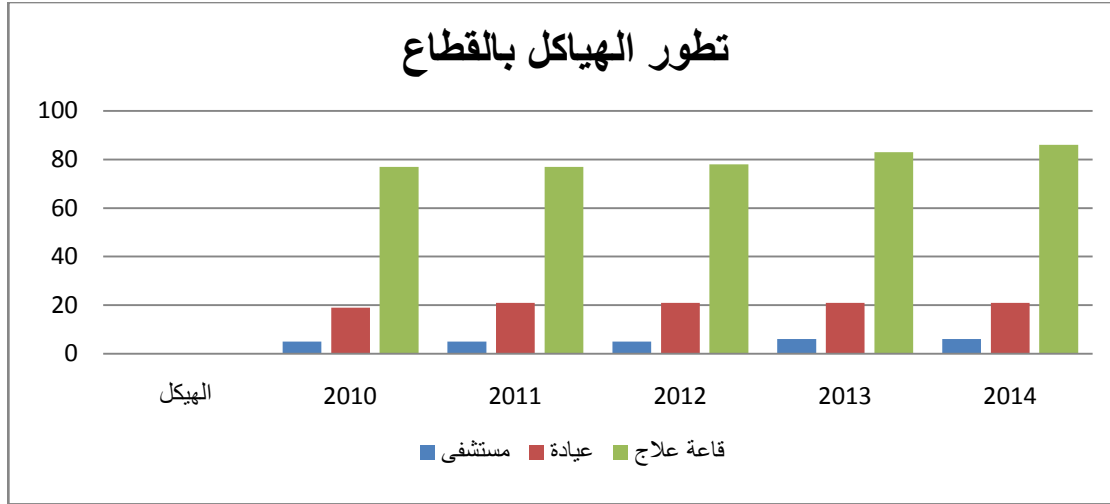
من الجدول يلاحظ تطور مستخدمي القطاع الصحي بالولاية بشكل طفيف عبر السنوات الأولى لجميع الفئات، بخلاف سنة 2014 فيلاحظ تراجع بالنسبة للأطباء المختصين و الأطباء العامون، و يرجع ذلك إلى انتقال هذه الفئة إلى الشمال لان معظم الأطباء لا يستقرون في مناصبهم بعد قضاء السنتين المفروضتين بالجنوب من طرف الوزارة و هذا ما يجعل المنطقة دائمة المعانات من نقص الاخصائيين.

- جدول رقم (III-3): تطور الهياكل الصحية بالقطاع الصحي لولاية بشار

الهيكل	2010	2011	2012	2013	2014
مستشفى	5	5	5	6	6
عيادة متعددة الخدمات	19	21	21	21	21
قاعة علاج	77	77	78	83	87

المصدر: مديرية القطاع الصحي بالولاية

الشكل رقم (III-2): مخطط توضيحي لتطور الهياكل الصحية بالقطاع 2010-2014



بعض المؤشرات الصحية:

- طبيب عام لكل 1027 نسمة
- جراح أسنان لكل 3800 نسمة .
- طبيب أخصائي لكل 2676 نسمة .
- صيدلية لكل 3900 نسمة

يتضح من خلال الإحصائيات أن الولاية تعاني من نقص كبير في الأطباء المتخصصين فعلى سبيل الذكر مستشفى الأمومة و الطفولة يعاني من نقص حاد في جراحة الأطفال و مختصي ولادة النساء رغم وجود الأطباء الأجانب (الكوبيين) و تخصصاتهم الضيقة. كذلك بالنسبة لمستشفى 240 سرير، يعاني نقص كبير في بعض التخصصات و هذا ما يدفع بتحويل المرضى إلى ولايات الشمال و خاصة وهران و تلمسان في إطار التوأمة ما بين ولاية الجنوب و الشمال.

الفصل الثالث: دراسة ميدانية واقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

جدول رقم (III - 3): عدد المصالح السكانية بالنسبة لعدد السكان بالقطاع الصحي ببشار

البلدية / الدائرة	عدد السكان	قاعة علاج	قاعة علاج/ساكن	عيادة متعددة الخدمات	عيادة /ساكن
1. بشار	194068	18	10781.56	5	38813, 60
2. العبادلة	16333	4	4083, 25	1	16333
3. بني عباس	12943	3	4314 .33	1	12943
4. بن يخلف	2820	2	1410	0	
5. بني ونيف	12511	10	1251. 10	1	12511
6. بوكايس	723	1	723	0	
7. الواتة	8539	8	1067, 38	2	4269, 50
8. عرق فراج	5020	2	2510	1	5020, 00
9. اقلي	7747	1	7747	1	7747, 00
10. القنادسة	15522	5	3104, 40	2	7761, 00
11. كرزاز	5862	2	2931, 00	2	2931, 00
12. قصابي	3703	6	617, 17	0	
13. لحر	22 66	1	2266, 00	1	2266, 00
14. المشرع	3530	1	3530, 00	1	3530, 00
15. المريجة	678	1	678, 00	0	
16. موغل	1107	1	1107, 00	0	
17. اولاد خذير	4933	5	986, 60	1	4933, 00
18. تبلبالة	5954	4	1488, 50	1	5954, 00
19. تاغيت	7342	5	1468, 40	1	7342, 00
20. تمرنت	1422	3	474, 00	0	
21. تمودي	2756	4	689, 00	0	
22. الولاية	315779	87	3629 ,64	21	15037, 10

- المصدر: مديرية الصحة و السكان لولاية بشار(2015)

تضم الولاية 22 دائرة و بلدية بمجموع سكان يقدر بحوالي 315779 نسمة في مقدمتها كل من العبادلة و القنادسة تم بني عباس و آخرها بوكايس بـ 723 نسمة بقاعة علاج واحدة. توفر الولاية خدمات صحية تقدر قاعة علاج لكل 3226,64 ساكن و عيادة لكل 15037,10 ساكن مقارنة منطقة الجنوب الغربي التي تضم 03 ولايات* حيث تقدر الاحصائيات بقاعة علاج لكل 14117 ساكن و عيادة لكل 3220 ساكن¹ .

ما تدل عليه بيانات الجدول و المؤشرات السابقة هو حرص الدولة على تنمية القطاع الصحي بالولاية دعمنا منها لتعزيز و تطوير مسؤوليتها الاجتماعية في توفير الصحة للجميع و في كل قطر من أقطار الوطن.

ثانيا: المؤسسة العمومية الإستشفائية 240 سرير (تراب بوجمعة بشار).

1- تقديم عام لميدان البحث:

1.1 تنظيم المؤسسة الإستشفائية العمومية بشار:

1.1.1 التعريف و المهام: المؤسسة الإستشفائية العمومية 240 ترابي بوجمعة هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تتمتع بالشخصية المعنوية و الإستقلال المالي، و هي تحت وصاية والي ولاية بشار و هي تتكون من هياكل للتشخيص و العلاج و الاستشفاء. تتمثل مهامها في التكفل بصفة كاملة و متسلسلة بالاحتياجات الصحية للسكان، و في هذا الإطار تتولى المهام التالية:

-ضمان تنظيم و برمجة توزيع العلاج الإستشفائي و التشخيص و إعادة التأهيل الطبي .

-تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

-ضمان حفظ الصحة و النظافة و مكافحة الأمراض و الآفات الإجتماعية.

-ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم .

* منطقة الجنوب الغربي تضم 03 ولايات من 09 ولايات جنوبية حسب الخريطة الصحية للبلاد المقسمة الى 03 مناطق عبر كافة التراب الوطني وهي الشمال ، الهضاب العليا و الجنوب و كل منها مقسم الى غرب، وسط، شرق لتشكّل في المجموع 09 مناطق.

¹ L'offre du soins dans les différents région d'algerie en 2014, site internet http://www.santemaghreb.com/algerie/pdf/poivue_86.pdf, visite le 22/10/2016, 21 :45 ,

-تستخدم كميدان للتكوين الطبي و الشبه الطبي،و التسيير الإستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين¹.

2.1.1 التنظيم الإداري: تسيير المؤسسة الإستشفائية بواسطة مجلس إدارة يترأسه ممثل للوالي،و يختلف أعضاؤه من حيث إنتمائهم،فهناك ممثلين عن القطاع الإقتصادي و الجماعات المحلية و ممثلين عن مؤسسات التكوين والمجتمع المدني،و ممثلي المستخدمين في المؤسسة،و يمكن حصر أعضائه على النحو التالي:

-ممثل عن الوالي رئيسا.

-ممثل عن إدارة المالية.

-ممثل عن التأمينات الإقتصادية.

-ممثل عن هيئات الضمان الإجتماعي.

-ممثل عن المجلس الشعبي الولائي.

-ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة.

-ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه نظراؤه.

-ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه نظراؤه.

-ممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة.

-ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة.

-ممثل عن رئيس المجلس الطبي.

و يحضر كل من مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية و مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مداولات مجلس الإدارة

برأي إستشاري و يتوليان أمانتهما و يتداول المجلس فيما يخص:

-مخطط تنمية المؤسسة.

¹ ج.د.ش،مرسوم تنفيذي رقم 07 مؤرخ في 02 جمادي الأولى عام 1428 الموافق ل 19 مايو سنة 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها.الجريدة الرسمية،العدد 33، الصادر بتاريخ 03 جمادي الأولى 1428 الموافق ل 20 مايو 2007

-مشروع ميزانية المؤسسة، الحسابات التقديرية، والحساب الإداري.

-مشاريع الإستثمار.

-مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة.

-البرامج السنوية لحفظ البيانات و التجهيزات و صيانتها.

-الإتفاقيات المتعلقة بالتكوين، و عقود تقديم العلاج مع هيئات الضمان الإجتماعي، و التأمينات

والصفقات .

-مشروع جدول تعداد المستخدمين، و النظام الداخلي للمؤسسة.

-إقتناء و تحويل المنقولات و العقارات و قبول الهبات و الوصايا أو رفضها؛ و هذه المؤسسة تدار من طرف

مدير معين من وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، و هو المسؤول عن حسن سير المؤسسة، فهو

الممثل لها أمام العدالة، و هو الأمر بالصرف و مكلف بإعداد مشاريع الميزانيات و حسابات المؤسسة، و ينفذ

مداولات مجلس الإدارة، كما يمارس السلطة السلمية على المستخدمين و له سلطة التعيين.

و يساعد المدير أربعة نواب مديرين مكلفون على التوالي:

-نائب المدير مكلف بالمالية و الوسائل.

-نائب المدير مكلف بالموارد البشرية.

-نائب المدير مكلف بالمصالح الصحية.

-نائب المدير مكلف بصيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة لها.

=المجلس الطبي: هو هيئة إستشارية مكلف بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة و إبداء رأيه الطبي و التقني

فيها، ويمكن حصر هذه المسائل في مايلي:

-التنظيم و العلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية.

-مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية و بناء المصالح و إعادة تهيئتها.

-برامج الصحة و السكان.

-برامج التظاهرات العلمية و التقنية.

-إنشاء الهياكل الطبية أو إغائها.

كما يقترح كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة و سيرها، لاسيما مصالح العلاج والوقاية، و هو يضم مسؤولي المصالح الطبية، و الصيدلي و جراح الأسنان، وممثل عن سلك الشبه الطبي.

1.1.1 التنظيم المالي: تحدد مدونة الميزانية للمؤسسة العمومية الإستشفائية بقرار مشترك من وزير الصحة و السكان

وإصلاح المستشفيات و وزير المالية، و هي تشمل باب الإيرادات و باباً للنفقات. يقوم مدير المؤسسة بإعداد مشروع الميزانية، و يعرضه على مجلس الإدارة للمداولة، و يرسل بعد ذلك إلى السلطة الوصية(الوالي) للموافقة عليه، و تمسك محاسبتها حسب قواعد المحاسبة العمومية، ويسند تداول الأموال إلى عون محاسب يعينه أو يعتمده الوزير المكلف بالمالية.

المبحث الثالث: الطريقة و الاجراءات

أولاً: منهجية الدراسة

من أجل تحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي والذي يعرف بأنه " طريقة في البحث تتناول أحداث وظواهر وممارسات موجودة متاحة للدراسة والقياس دون تدخل الباحث في مجرياتها ويستطيع الباحث أن يتفاعل معها فيصفها ويحللها " (عبيدات وآخرون، 2007) حيث تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات وهي دراسة ميدانية على احد المستشفيات بالجنوب الغربي الجزائري تخص ولاية بشار، و قد اعتمدت الدراسة على نوعين أساسيين من البيانات:

- **البيانات الأولية:** وذلك بالبحث في الجانب الميداني بتوزيع استبيانات الدراسة على مفردات البحث وحصر وتجميع المعلومات اللازمة في موضوع البحث، ومن ثم تفرغها وتحليلها إحصائياً واستخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة باستخدام برنامج SPSS 20 بهدف الوصول لدلالات ذات قيمة ومؤشرات تدعم موضوع الدراسة.
- **البيانات الثانوية:** من أجل معالجة الإطار النظري للدراسة تم الاستعانة بالبيانات الثانوية المتمثلة في الكتب، الدوريات والمنشورات ذات العلاقة بالموضوع، وتم الاستعانة بالمراجع العربية والأجنبية التي ساهمت في إثراء الدراسة بشكل علمي، وتم الاستفادة من الأبحاث والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، بالإضافة إلى مواقع الإنترنت المختلفة.

ثانياً: مجتمع البحث

يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين و المرضى بمستشفى المؤسسة الإستشفائية العمومية ترابي بوجمعة و الذي يشمل 496 مستخدم، موزعين على جميع الأسلاك المهنية المكونة للمؤسسة، وبلغ عدد المرضى المقيمين والمراجعين في جميع المصالح التابعة للمستشفى بتاريخ توزيع الاستبيان 105 مريضاً . أما المجتمع المحلي فقد شمل سكان الولاية البالغ عددهم 194068 نسمة حسب إحصائيات 2015 لمديرية الصحة و السكان بالولاية .

ثالثا: العينة و مواصفاتها

- بالنسبة لفئة العمال : نظراً لوجود اختلافات في خصائص كل فئة من فئات مجتمع البحث، و كونها فئات غير متجانسة، قمنا باختيار طريقة العينة العشوائية النسبية الطبقيّة⁴⁹، بحيث تم اختيار ممثلين عن كل الفئات المكونة للمجتمع الكلي، وهي عبارة عن عينات فرعية تشكل عينة الدراسة الرئيسية. و عليه فقد تم إختيار عددًا من أفراد كل فئة بشكل يتناسب مع حجمها و الغرض من استعمال هذه الطريقة هو الحصول على بيانات دقيقة من فئات مجتمع البحث.

جدول رقم (III-4) يبين الأسلاك المهنية المكونة لعينة الدراسة (العمال)

الاسلاك	العدد	العينة (20 % من العدد الكلي لكل سلك)
مستخدمي السلك الطبي	98	20
مستخدمي السلك الشبه الطبي	301	61
مستخدمي السلك الإداري	54	11
العمّال المهنيين	42	8
المجموع	496	100

المصدر: مديرية الصحة و السكان لولاية بشار

- بالنسبة للمرضى فقد بلغ عددهم 96 مريضاً وقد حدد حجم العينة الطبقيّة ب 20 % من المجتمع الاحصائي

خلال فترة الدراسة الميدانية اي ما يقارب 20 مريضاً.

- فئة المجتمع تم اعتماد 100 استمارة اعتماداً على بعض الدراسات

⁴⁹ - العيّنة الطبقيّة: وهي التي يتم الحصول عليها بتقسيم المجتمع الأصلي إلى طبقات أو فئات وفقاً لخصائص معيّنة كالسنّ أو الجنس أو مستوى التعليم، ثمّ يتمّ تحديد عدد المفردات التي سيتمّ اختيارها من كلّ طبقة بقسمة عدد مفردات العيّنة على عدد الطبقات ثمّ يتمّ اختيار مفردات كلّ طبقة بشكل عشوائي.

رابعاً: أداة الدراسة (الاستبيان)

تمثلت أداة الدراسة في استمارة استبيان كأداة لجمع البيانات واستخلاص المعلومات لمعرفة واقع المسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة العمومية بالجنوب الغربي للبلاد (الجزائر) لولاية بشار، ولتحقيق هذا الهدف اتبعت الخطوات الآتية لبناء الاستبيان:

- مراجعة الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، والاستفادة منها في بناء الاستبيان وصياغة فقراتها.
- إعداد استبانة أولية من أجل استخدامها في جمع البيانات والمعلومات.
- عرض الاستبانة على المشرفين من أجل اختبار مدى ملائمتها لجمع البيانات وتعديلها
- تم عرض الاستبيان على مجموعة من المحكمين والذين قاموا بدورهم بتقديم النصح والإرشاد وتعديل وحذف ما يلزم
- إجراء دراسة استطلاعية ميدانية أولية للاستبيان لفحص صدق وثبات الأداة.
- توزيع الاستبيانات على جميع أفراد مجتمع الدراسة لجمع البيانات اللازمة للدراسة.
- تضمنت أداة الدراسة ثلاثة استمارات حيث تم تقسيم كل استمارة إلى عدد من المحاور.
- الاستمارة الأولى خاصة بفئة العاملين : بعد توزيع الاستمارة على جميع مفردات مجتمع الدراسة المكون من 100 مفردة وبعد الانتهاء من عملية جمع البيانات واسترداد الاستبيانات التي تم توزيعها خلص الباحث إلى 85 استمارة صالحة للتحليل بعد استبعاد الفاسدة منها وبذلك تكون نسبة الاسترداد 85 % تقريباً وتعتبر هذه النسبة جيدة لهذا النوع من البحوث.

- مستخدمى السلك الطبي (مختصين، أطباء عامون): 15

- مستخدمى السلك الشبه الطبي(التخدير و الانعاش، ممرضون، الطب التقني): 55

- مستخدمى السلك الإداري(متصرف، ملحق، عون، محاسب، مهندسون): 09

- العمّال المهنيين(عامل مهني، سائق، حاجب، منظفات) 06.

تتكون الاستمارة من المحاور التالية:

- محور خاص بالمعلومات الشخصية من السؤال 1 إلى 5.
- محور مجال التوظيف السؤال 06 إلى 24 .
- محور ظروف العمل من السؤال 25 إلى 29 .
- محور مجالات اخرى للمسؤولية الاجتماعية للمستشفى من العبارة 26 الى 29.
- الاستمارة الثانية خاصة بفئة المرضى : تم توزيع 22 استمارة على المرضى المقيمين بالمستشفى ، حيث تم استرداد 22 منها بنسبة 100% و تتكون من المحاور التالية:
 - محور خاص بالبيانات الشخصية يتضمن 04 أسئلة.
 - محور الجوانب المادية و ظروف الإيواء من السؤال 11 إلى 19.
 - محور مستوى الخدمات من السؤال 20 إلى 40 ، يتضمن مستوى (الاعتمادية، الاستجابة ،الأمان، التعاطف).
 - الاستمارة الثالثة خاصة بفئة المجتمع، الأطراف المتعاملة مع المستشفى والبيئة : تم توزيع 100 استمارة على مختلف فئات سكان الولاية استرجع منها 79 استمارة بعدما استبعدت الاستمارات الفاسدة فكانت النسبة تقريبا 80%، محاور الاستمارة تتكون من :
 - محور خاص بالمجتمع يتضمن 10 أسئلة.
 - محور الأطراف المتعاملة مع المستشفى يتضمن 10 أسئلة.
 - محور البيئة يتضمن 10 أسئلة.
- أساليب القياس و الإختبار : تعد المقاييس أداة تستخدم لنقل التراكم المعرفي في المسؤولية الاجتماعية إلى واقع ملموس يستدل به للتحقق مع صحة النموذج والفرضيات إثباتاً أو نفيًا، ويستفاد منها في كشف مستوى حركة المتغيرات والتبؤ بإتجاهاتها المستقبلية .وفيما تتنوع أساليب القياس فإن الدراسة الحالية إتبع أسلوب القياس المستند على مقياس (Likert 1961) الخماسي اعتمادًا على مقاييس خضع بعضها للإختبار، وبعضها مطورة بالإسترشاد بمضامين المسؤولية الاجتماعية الرئيسة والفرعية وبما ينسجم مع المؤسسة محل الدراسة ألا و هي المستشفيات حيث تمت الاستعانة

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

بمقياس SERVPERF⁵⁰ كمقياس شاع استخدامه لقياس مستوى الخدمات بالمؤسسات الاستشفائية بالنسبة للمرضى. بناء على ما تم ذكره و إسترشادًا بالتنظير الفكري للمسؤولية الاجتماعية، والمتغيرات المنتقاة يمكن بيان المقاييس و مستوى الاستجابة من (1-5) بوسط حسابي يساوي (03) كالآتي:

جدول رقم (III-5) : تصنيف مقياس ليكارت الخماسي

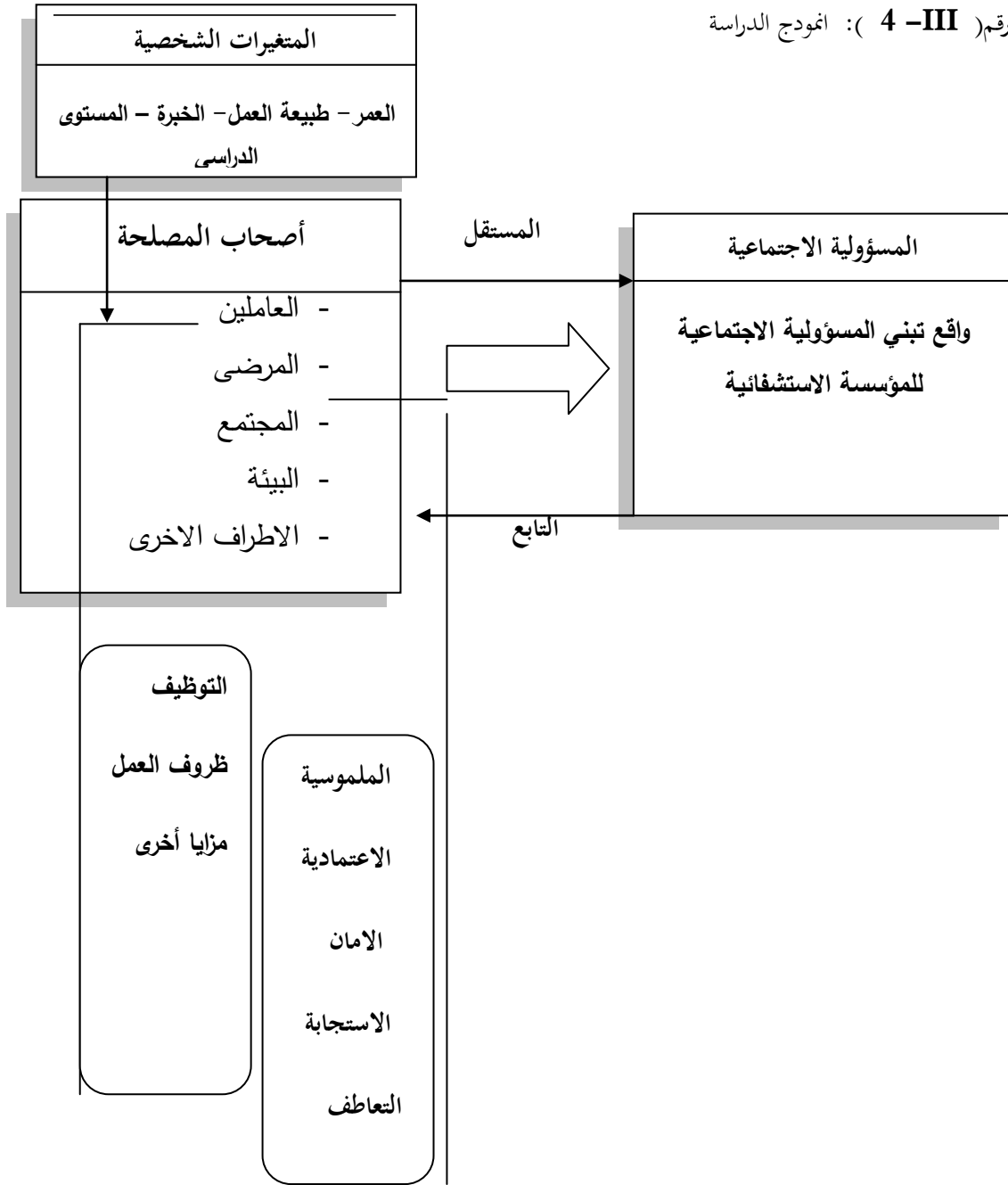
خاص بالمرضى	ممتاز	جيد	متوسط	ضعيف	ضعيف جدا
خاص بالعاملين و المجتمع و البيئة	موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق تماما
الدرجة	05	04	03	02	01

- المتغير التابع يتمثل في مستوى تبني المسؤولية الاجتماعية و يشمل جميع عبارات الاستبيان.
- المتغير المستقل يتمثل في المتغيرات المتعلقة بتبني المسؤولية الاجتماعية اتجاه العاملين بالمستشفى (التوظيف، ظروف العمل، مزايا أخرى).
- المتغيرات المنظمة تتمثل في خصائص عينة الدراسة (الجنس، طبيعة العمل، المستوى التعليمي، الخبرة المهنية).

1) لقد ناز جدل طويل حول استخدام مقياس سيرفكوال (SERVQUAL) من مجموعة من الباحثين أمثال (Taylor & Cronin) كون هذا المقياس صمم في فترة التسعينيات لقياس جودة الخدمات والصناعات، ووجهت له مجموعة من الانتقادات وخاصة أن هذا المقياس يقوم بقياس توقعات العميل من الخدمة ويركز على الفجوات ولا يقيس جودة الخدمات المدركة والفعلية، لذا تم اعتماد مقياس سيرفيرف مقياس الأداء الفعلي (كمقياس أفضل لجودة الخدمة المدركة وتم اختياره في العديد من الدراسات من قبل مجموعة من الباحثين. يتكون هذا الدليل من الأبعاد التالية: الدليل المادي الملموس، الاعتمادية، قوة الاستجابة، الأمان والثقة، التعاطف، خصائص المستشفى، كون هذا المقياس أكثر ملاءمة لأغراض الدراسة وقد استخدم في قياس جودة الخدمات الصحية من قبل عدد لا بأس به من الباحثين.

نموذج الدراسة:

الشكل رقم (III- 4): نموذج الدراسة



المصدر: من اعداد الطالب

المبحث الرابع: عرض و تحليل نتائج الدراسة

أولاً: دراسة و تحليل الاستمارة الخاصة بالعاملين

1 - الوصف الإحصائي لعينة الدراسة وفق المتغيرات الشخصية: في هذه الفقرة سيتم عرض وتحليل النتائج

المتعلقة بالمتغيرات الشخصية للشركات عينة الدراسة من حيث الجنس ذكر و أنثى، وحسب المستوى التعليمي، وحسب طبيعة العمل و الخبرة المهنية . و الجداول التالية تبين ذلك.

- توزيع أفراد العينة حسب الجنس:

الجدول رقم (III-6): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	الجنس	
			الجنس	الجنس
,000	1,00	49	الجنس	ذكر
1,082	2,53	49	المستوى التعليمي	
,621	2,78	49	طبيعة العمل	
,985	2,78	49	الخبرة المهنية	
		49	المجموع	
,000	2,00	36	الجنس	أنثى
,906	2,58	36	المستوى التعليمي	
,909	2,56	36	طبيعة العمل	
1,008	2,89	36	الخبرة المهنية	
		36	المجموع	

الجنس				
النسب التراكمية	النسب المئوية	العدد		
57,6	57,6	57,6	49	ذكر
100,0	42,4	42,4	36	انثى
	100,0	100,0	85	المجموع

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

يتضح من الجدول رقم (6) أن نسبة الذكور في أفراد عينة البحث تمثل نسبة % 57.60 في حين تمثل نسبة الإناث % 42.40، و هذا ما يؤكد اجتذاب قطاع الصحة للعنصر النسوي، لأن طبيعة الخدمات التي تقدمها المؤسسة تتطلب وجود هذا العنصر كما أن الخدمات الصحية تناسب مع الاستعدادات الفطرية للمرأة .

- توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

جدول رقم (III-7): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

النسب التراكمية	النسب المئوية	العدد	الجنس	
14,3	14,3	7	متوسط	ذكر
63,3	49,0	24	ثانوي	
69,4	6,1	3	تكوين مهني	
100,0	30,6	15	جامعي	
	100,0	49	المجموع	
8,3	8,3	3	متوسط	انثى
52,8	44,4	16	ثانوي	
80,6	27,8	10	تكوين مهني	
100,0	19,4	7	جامعي	
	100,0	36	المجموع	

النسب التراكمية	النسب المئوية	العدد	المستوى التعليمي	
11,8	11,8	10	متوسط	
58,8	47,1	40	ثانوي	
74,1	15,3	13	تكوين مهني	
100,0	25,9	22	جامعي	
	100,0	85	المجموع	

يبين الجدول رقم (7) مختلف الطبقات التي تتكون منها عينة البحث، و قد تمثلت كل طبقة بنسبة متناسبة مع المجتمع

الكلي للبحث .

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

أعلى نسبة في مجتمع البحث هي المستوى الثانوي حيث يمثلون 47,10 % من أفراد عينة البحث ثم تليها فئة المتحصلين على شهادات جامعية نسبة 25,90 % ، التكوين المهني بنسبة 15.30 %، أما التكوين المتوسط فقد بلغت النسبة 11,80 % .

النسب المتحصل عليها مؤشرات هامة توجب لفت الانتباه للمسيرين في العمل على تدريب و تكوين هذه الفئة بهدف مسايرة التطور و البحث في المجال الطبي و تحسين الخدمات بالمنطقة.

- توزيع أفراد العينة حسب طبيعة العمل:

- جدول رقم (III - 8): توزيع أفراد العينة حسب طبيعة العمل

النسب التراكمية	النسب المئوية	العدد	طبيعة العمل	
10,6	10,6	9	إداري	
28,2	17,6	15	طبي	
92,9	64,7	55	طبي شبه	
100,0	7,1	6	مهني	
	100,0	85	Total	

- جدول رقم (III - 9): توزيع أفراد العينة حسب طبيعة العمل حسب الذكور و الاناث

النسب التراكمية	النسب المئوية	العدد	الجنس	
4,1	4,1	2	إداري	ذكور
24,5	20,4	10	طبي	
93,9	69,4	34	شبه طبي	
100,0	6,1	3	مهني	
	100,0	49	المجموع	
19,4	19,4	7	إداري	أنثى
33,3	13,9	5	طبي	
91,7	58,3	21	شبه طبي	
100,0	8,3	3	مهني	
	100,0	36	المجموع	

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

من خلال البيانات الواردة في الجدول (9) يلاحظ أن طبقة الممرضين تشكل النسبة الأكبر من بين طبقات عينة البحث بنسبة 64,70 % سواء بالنسبة للذكور أو الإناث حيث بلغت على التوالي 69,40 % و 58,30 % تليها فئة الأطباء بنسبة 17,60 % ثم الإداريين ب 10,60 % لتصل إلى نسبة 7,10 % لفئة الإداريين ،

نتائج النسب تبين أن الممرضين هم الأكثر نسبة (حتى على المستوى العالمي) ما يجعل الخدمات في المستشفيات تعتمد بشكل كبير على هذه الفئة و هذا ما يستوجب الاهتمام و العناية أكثر بهذه الشريحة من العمال بتوفير الظروف المناسبة من سكن و أجور و تحفيزات مادية و معنوية ... للرقى بمستوى الخدمات، و لعل أهم الاضطرابات الموجودة حاليا بالمنظومة الصحية يعود إلى قلت الاهتمام بهذه الفئة.

- توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية:

- جدول رقم (III - 10): توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية وحسب الجنس

النسب التراكمية	النسب المتوية	العدد	الخبرة المهنية	
8,2	8,2	4	5 سنوات و اقل	ذكر
40,8	32,7	16	من 6 سنوات إلى 10	
77,6	36,7	18	من 11 سنوات إلى 20	
95,9	18,4	9	من 21 سنوات إلى 30	
100,0	4,1	2	أكثر من 30 سنة	
	100,0	49	المجموع	
8,3	8,3	3	5 سنوات و اقل	أنثى
36,1	27,8	10	من 6 سنوات الى 10	
69,4	33,3	12	من 11 سنوات الى 20	
97,2	27,8	10	من 21 سنوات الى 30	
100,0	2,8	1	اكثر من 30 سنة	
	100,0	36	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على برنامج SPSS

من خلال النسب المئوية أعلاه يلاحظ أن نسبة العمال ذو الخبرة المهنية من 11 سنوات إلى 20 بلغت 36,7 % ، تليها فئة العمال بخبرة من 6 سنوات إلى 10 بنسبة 30,6 % ، في حين ذو خبرة من 21 سنوات إلى 30 سنة بلغت 22,4 % و أكثر من 30 سنة بنسبة مئوية 3,5 % ، مع ملاحظة تقارب هذه النسب ذكورا و إناثا.

البيانات الواردة تعكس لنا واقع الخبرة المهنية بالمؤسسة حيث تقارب 60 % من العمال ذو الخبرة تفوق 11 سنوات و هذا من النقاط التي يجب أخذها بالحسبان أثناء وضع البرامج التكوينية ، و تعكس من جهة أخرى نسبة التوظيف المنخفضة خلال 10 سنوات الأخيرة، و هذا يعد مؤشر للسلطات المعنية و الإدارة الوصية بالعمل على وضع استراتيجيات للتوظيف تأخذ بالاعتبار أكثر نسبة التقاعد المستقبلية و أثرها على الخدمات بشكل عام.

2- حساب المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لكافة المحاور: للتعرف على واقع المسؤولية الاجتماعية

للمستشفيات استعنا بكل من المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية و الترتيب حسب الأهمية و مستوى التبني مقارنة المتوسط المرجح فكانت النتائج حسب الجداول التالية:

- حساب المتوسط المرجح لإجابات العينة على الاسئلة الواردة لمعرفة اتجاه آراء المقيمين: نقوم بالخطوات التالية

بحساب طول الفئة حسب مقياس ليكرت الخماسي كالآتي :

طول الفئة = الحد الأعلى للفئة - الحد الأدنى للفئة / عدد المستويات = $5 - 1 / 3 = 1,33$ و بذلك تكون الدرجة :

- منخفضة من 1 إلى أقل من 2,33

- درجة متوسطة من 2,34 إلى 3,66.

- درجة مرتفعة من 3,67 إلى 5.

جدول رقم (III - 11): المتوسط المرجح

المستوى	المتوسط المرجح
منخفض	1 الى أقل من 2.33 منخفض
متوسط	2.34 الى 3,66 متوسط
مرتفع	3,67 الى 5 مرتفع

جدول رقم (III - 12): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومستوى التنبئ و الترتيب حسب الأهمية

الرقم	العبارات	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب حسب الأهمية	مستوى التنبئ
01	تكافؤ الفرص	2,38	,873	19	متوسط
02	التصريح بالمناصب الشاغرة	2,12	,924	23	منخفض
03	الشفافية و العدالة	2,28	,979	21	منخفض
04	تناسب الوظيفة مع منصب العمل	3,74	,833	06	مرتفع
05	معايير التقييم	2,82	1,136	12	متوسط
	الدرجة الكلية للمحور الأول	2,82	1,007	03	متوسط
06	توفر المؤسسة الرعاية الطبية	3,44	,910	10	متوسط
07	المشاريع السكنية للعمال	2,42	1,039	16	متوسط
08	توفر الخدمات الترفيهية و الثقافية و الرياضية	2,13	,823	22	منخفض
09	الحج و العمرة	3,52	,878	08	متوسط
10	وسائل النقل	2,39	,986	18	متوسط
11	الاكل و الاطعام	3,50	,879	09	متوسط
12	الخدمات التعليمية و التكوينية	2,36	1,056	20	متوسط
13	المنح التعليمية	2,49	,976	16	متوسط
14	ساعات العمل	3,93	,793	03	مرتفع
15	المدارس الخاصة بأبناء العاملين	1,28	,504	27	منخفض
16	خدمات الحضنة	1,45	,525	26	منخفض

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

متوسط	07	1,036	3,63	عدالة الأجور	17
متوسط	13	,853	2,71	الحوافز و التعويضات	18
مرتفع	05	,898	3,75	التأمين الصحي و الاجتماعي	19
متوسط	14	,966	2,61	خدمات ما بعد التقاعد	20
مرتفع	04	,951	3,78	بيئة العمل	21
متوسط	11	1,003	3,34	نظام الأمن و حماية المخاطر	22
متوسط	15	,940	2,55	تعتمد المؤسسة نفس معايير التقييم بين العاملين	23
متوسط	17	1,048	2,41	المشاركة في اتخاذ القرار	24
متوسط	01	1,081	3,30	الدرجة الكلية للمحور الثاني	
مرتفع	02	,732	4,08	ثقافة عمل المرأة	25
مرتفع	01	,681	4,15	عطل مدفوعة الأجر للمرأة	26
مرتفع	04	,878	3,78	الاعتراف بالنقابات العمالية	27
منخفض	24	,790	2,08	توظيف ذوي الإحتياجات الخاصة	28
منخفض	25	,862	2,08	مساعدات للعمال	29
متوسط	02	,475	3,27	الدرجة الكلية للمحور الثالث	
متوسط		1,456	3,13	الدرجة الكلية لمجموع المحاور	

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على برنامج SPSS

يبين الجدول المتوسطات الحسابية و الانحراف المعياري و كذا الترتيب حسب الأهمية لكافة عبارات الاستبيان الموجه لطبقة العاملين بالمستشفى من أطباء و إداريين و ممرضين و مهنين لمعرفة مستوى التزام المستشفى بمسؤولياتها الاجتماعية اتجاه هذه الفئة فكانت الإجابات تتراوح ما بين مرتفع، متوسط و منخفض مقارنة بالمتوسط المرجح. الدرجة الكلية لجميع المحاور بلغت **13,3** بانحراف معياري **1,475** و هذا يعني أن مستوى التبني متوسط للمسؤولية الاجتماعية من وجهة نظر الطبقة العاملة ما يعني أن المستشفى لديه اهتمام متوسط نحو العاملين من حيث الحقوق و الواجبات و هذا ما يعكس عدم رضا مستخدمي القطاع حول واقعهم المهني و عن الوضعية التي آلت إليها المستشفيات .

للمحور الأول بلغت درجة الاستجابة 2,82 بانحراف معياري 1,007 و هي بذلك درجة متوسطة قريبة من درجة منخفض ما يؤكد الرتب الأخيرة لعبارات الاستبيان و انخفاض المتوسطات ما عاد العبارة رقم (04) تناسب الوظيفة مع منصب العمل حيث بلغت 3,74 بدرجة مرتفعة أعلى من متوسط المحور ، و حصلت الفقرة رقم (02) التصريح بالمناصب الشاغرة على المرتبة (23) بمتوسط حسابي و انحراف معياري (2,12) (0,924) على التوالي.و على العموم فإن إجراءات التوظيف بالمستشفى بحاجة أكبر لإهتمام المسؤولين لضمان العدالة و النزاهة لعمليات التوظيف.

المحور الثاني معظم العبارات جاءت بدرجات متوسطة الا القلة منها حيث جاءت عبارة : ساعات العمل ، بيئة العمل، التأمين الصحي و الاجتماعي في المراتب الأولى بمتوسطات حسابية كبيرة على التوالي 93,3 - 75,3- 74,3 و هذا ما يعكس المرتبة الاولى للمحور من بين المحاور الثلاث بمتوسط 3,30، المرتبة الاخيرة الفقرة رقم (15) و (16) توفير المدارس الخاصة و خدمات الحضانه لأبناء العاملين بمتوسط حسابي 1,28 - 1,45 على التوالي.وعليه فإن محور بيئة العمل يلاقي إهتمام كبير من طرف مسؤولي المستشفى في العمل على تهيئة الظروف الملائمة للعامل لضمان خدمات طبية أفضل

بالنسبة للمحور الثالث بلغت معظم العبارات درجات مرتفعة ما عاد العبارة 29- 28 حيث درجة الرضى منخفضة جدا المتمثلة في توظيف ذوي العاهات و تقديم مساعدات للعمال بمتوسط حسابي و انحراف معياري (2,08) - (0,76) (2,08) (0,86) على التوالي.و بالتالي تدني مستوى المسؤولية الاجتماعية نحو هذه الفئة من ذوي العاهات كما أن المؤسسة لا تراعي احتياجات العاملين في تقديم المساعدة للعمال بصفة عامة.

من خلال النتائج وبشكل عام يتبين أن واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفى اتجاه العاملين متوسطا.

3- قياس الارتباط بين المحاور: لمعرفة وجود علاقة بين المحاور ومعرف قوة الارتباط بينهما تم الاعتماد على:

جدول رقم (III- 13):معامل الارتباط بين محاور الدراسة والمسؤولية الاجتماعية

الارتباط بين المحاور			
مزايا اخرى	ظروف العمل	محور التوظيف	
-0,046	,217*	1	معامل بيرسون Pearson
,674	,047		الدلالة المعنوية Sig
85	85	85	حجم العينة
-0,247*	1	,217*	معامل بيرسون Pearson
,023		,047	الدلالة المعنوية Sig
85	85	85	حجم العينة
1	-0,247*	-0,046	معامل بيرسون Pearson
	,023	,674	الدلالة المعنوية Sig
85	85	85	حجم العينة

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على برنامج SPSS

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول نلاحظ ما يلي:

- العلاقة طردية ذات دلالة إحصائية (0,045) بارتباط ضعيف بين محور التوظيف وظروف العمل بمعامل إرتباط (0,217).

- عدم وجود علاقة بين محور التوظيف و محور مزايا أخرى لعدم وجود دلالة إحصائية (0,674) .

- العلاقة عكسية ذات دلالة إحصائية (0,023) بين محور ظروف العمل محور مزايا أخرى بمعامل ارتباط (سالب) (-0,274).

4- إجراء اختبار فرق المتوسطين (ت) INDEPENDENT TEST T لكل محور على متغير النوع (الجنس)

جدول رقم (III - 14): فرق المتوسطين T TEST حسب الذكور و الأناث

فرق المتوسطين T TEST					
قياسي متوسط الخطأ	الانحراف	المتوسط	العدد	الجنس	
,175	1,224	2,81	49	ذكر	محور التوظيف
,103	,618	2,84	36	انثى	
,131	,916	3,32	49	ذكر	ظروف العمل
,214	1,285	3,27	36	انثى	
,072	,507	3,21	49	ذكر	مزايا أخرى
,070	,421	3,35	36	انثى	

المصدر: من إعداد الطالب تبعا لمخرجات SPSS

جدول رقم (III - 15): Test de Levens sur l'égalité des variances:

Test d'échantillons indépendants										
Test-t pour égalité des moyennes						Test de Levene sur l'égalité des variances				
Intervalle de confiance 95% de la différence		Différence écart-type	Différence moyenne	Sig. (bilatérale)	ddl	t	Sig.	F		
Sup	Inf									
,411	-,474	,222	-,031	,888	83	-,141	,216	1,555	Hypothèse de variances égales	مقبول
,373	-,436	,203	-,031	,877	74,73	-,155			Hypothèse de variances inégales	
,517	-,432	,239	,042	,860	83	,177	,502	,455	Hypothèse de variances égales	ظروف

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

,544	-,460	,251	,042	,867	59,888	,168			Hypothèse de variances inégales	مزايا أخرى
,073	-,340	,104	-,133	,203	83	- 1,283	,726	,123	Hypothèse de variances égales	
,067	-,334	,101	-,133	,190	81,719	- 1,320			Hypothèse de variances inégales	

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على برنامج SPSS

الجدول يمثل إختبار التجانس Test de Levens sur l'égalité des variances و مقارنة المتوسطات عن طريق إختبار (ت) Test-t.

من العمود الأول يتضح وجود دلالة حيث القيم للمحاور الثلاثة على الترتيب 0,123 - 0,455 - 1,555 و جميعها أكبر من 0,05 يعني ذلك وجود تجانس بين الذكور و الإناث مما يعني الاعتماد لدلالة الإختبار على العمود الخامس و احتمالات المعنوية لإحتمالات (ت) للفرق بين المتوسطين هي على الترتيب (0,875 - 0,888 - 0,860) - (0,190 - 0,203 - 0,867) التي بدورها تؤكد عدم وجود اختلافات في الإجابات تبعا للجنس ذكور أو إناثا، لكل محور من محاور الدراسة (التوظيف، ظروف العمل، مزايا أخرى).

5 إجراء إختبار تحليل التباين الأحادي (ف) ANOVA لكل محور من محاور الدراسة : من اجل معرفة

الفروق في متوسطات الإجابة تبعا للتقسيمات ذات الثنائية الأعلى، تبعا لعامل طبيعة العمل، المستوى الدراسي

و الخبرة المهنية تم الاعتماد على تحليل التباين الأحادي ANOVA لمعرفة هذه الفروق، فكانت النتائج

حسب الجداول التالية:

-إختبار تحليل التباين الأحادي (ف) ANOVA حسب متغير طبيعة العمل (طبيب، ممرض، إداري، مهني)

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

جدول رقم (III-16) اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) ANOVA حسب متغير طبيعة العمل

احصاء وصفي									
القيم الكبرى	القيم الصغرى	مجال الثقة عند 95 % للمتوسط		الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط	N		
		الحد العلوي	الحد السفلي						
4	2	3,15	2,37	,169	,508	2,76	9	إداري	محور التوظيف
9	2	4,69	2,54	,503	1,947	3,61	15	طبي	
5	2	2,82	2,52	,075	,558	2,67	55	شبه طبي	
3	2	2,80	1,84	,187	,458	2,32	6	مهني	
9	2	3,04	2,60	,109	1,007	2,82	85	المجموع	
8	2	4,46	1,96	,543	1,629	3,21	9	إداري	ظروف العمل
6	3	4,47	3,16	,305	1,180	3,81	15	طبي	
6	2	3,33	2,91	,104	,768	3,12	55	شبه طبي	
7	2	5,79	1,78	,781	1,912	3,79	6	مهني	
8	2	3,53	3,07	,117	1,081	3,30	85	المجموع	
4	3	3,82	2,98	,183	,548	3,40	9	إداري	مزايا اخرى
4	1	3,57	2,77	,187	,723	3,17	15	طبي	
5	2	3,37	3,16	,054	,398	3,26	55	شبه طبي	
4	3	3,61	3,12	,095	,234	3,37	6	مهني	
5	1	3,37	3,17	,051	,475	3,27	85	المجموع	

الجدول يبين المتوسط و الانحراف المعياري و الخطأ المعياري و كذا مجال الثقة و القيم الصغرى و الكبرى لجميع

المحاور تبعا لطبيعة العمل، حيث يلاحظ أعلى متوسط بالنسبة لمحور التوظيف يرجع إلى فئة الأطباء بـ 3.61 ثم الإداريين

بـ 2.76 و فئة الممرضين بـ 2.67 و بالتالي يفسر ذلك على أن المؤسسة لها اهتمام أكبر بتوظيف الأطباء.

بالنسبة لظروف العمل فالأطباء في الطليعة بمتوسط قدر بـ 3.81 و يأتي في المرتبة الأخيرة فئة شبه الطبيين بمتوسط

قدره 3.12 و هذا ما يعكس استياء هذه الفئة من ظروف العمل .

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

بالنسبة لمزايا العمل فأعلى نسبة بلغت 3.40 خاصة بفئة الإداريين، و يرجع ذلك كون الفئة مستفيدة أكثر من

العطل المرضية (الولادة) و لان فئة الاداريين يغلب عليها العنصر النسوي.

جدول رقم (III-17) إختبار تحليل التباين الاحادي (ف) ANOVA حسب طبيعة العمل

ANOVA à 1 facteur					
الدلالة المعنوية	فيشر F	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
,005	4,538	4,089	3	12,266	بين المجموعات
			81	72,980	داخل المجموعات
			84	85,245	المجموع
,099	2,161	2,424	3	7,271	بين المجموعات
			81	90,847	داخل المجموعات
			84	98,118	المجموع
,667	,524	,120	3	,360	بين المجموعات
			81	18,555	داخل المجموعات
			84	18,916	المجموع

الجدول يوضح مقارنة المتوسطات من خلال اختبار ANOVA حيث بلغ مستوى الدلالة المعنوية للمحورين الثاني

و الثالث على الترتيب $0,099 - 0,667$ و هي أكبر من مستوى المعنوية $0,05$. مما يدل على عدم وجود فروق

في مستوى الإجابة لكافة عبارات الاستبيان تبعا لطبيعة العمل (إداري، مهني، طبيب، ممرض) بالنسبة لمحوري ظروف

العمل و مزايا أخرى. يفسر الباحث النتيجة بأن واقع المسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية تبعا لظروف

العمل و مزايا أخرى لا يختلف حسب الفئة العمالية فنظرهم متقاربة سواء كان العامل طبييا، ممرضاً، إدارياً أو مهنياً

و هذا يمكن تفسيره بأن المستشفى تراعي نفس الحقوق و الواجبات بين الفئة العمالية مراعاة للمصلحة العامة

خدمة المريض و المجتمع.

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

بالنسبة لمحور التوظيف بلغ مستوى الدلالة المعنوية (0,005) و هي أصغر من 0,05 مما يدل على وجود

اختلاف تبعا لطبيعة العمل بالنسبة لتوظيف العمال و هذا راجع لاختلاف فرص التوظيف حسب طبيعة كل

فئة، وفرص التوظيف بالنسبة للأطباء أكبر من الفئات الأخرى فقد بلغ أعلى متوسط بـ 3.61 ويفسر هذا بأن

المؤسسة تولي اهتمام أكبر بتوظيف الأطباء على الفئات الأخرى لأسباب يمكن إرجاعها إلى نقص الأطباء بالمنطقة

و كون كذلك هذه الفئة غير مستقرة لطابع الخدمة المدنية من 1 إلى 3 سنوات بالجنوب .

إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) ANOVA حسب متغير الخبرة المهنية:

جدول رقم (III - 18) تحليل التباين الأحادي ANOVA حسب الخبرة المهنية

ANOVA à 1 facteur						
الدلالة المعنوية	فيشر F	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
			4	3,507	بين المجموعات	محور التوظيف
		1,022	80	81,738	داخل المجموعات	
			84	85,245	المجموع	
			4	5,668	بين المجموعات	ظروف العمل
		1,156	80	92,450	داخل المجموعات	
			84	98,118	المجموع	
			4	,300	بين المجموعات	مزايا عمل أخرى
		,233	80	18,616	داخل المجموعات	
			84	18,916	المجموع	

يتضح من الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 في استجابات عينة الدراسة نحو مستوى

واقع المسؤولية الاجتماعية بالمستشفى تبعا لمتغير الخبرة المهنية على جميع المحاور بمستوى دلالة (0,493)، (0,306)،

862). ويفسر الباحث ذلك بأن مستوى التبني للمسؤولية الاجتماعية من وجهة نظر العاملين لا تختلف تبعاً للخبرة المهنية فالعامل ذو الخبرة الطويلة له نفس مستوى التبني مع العامل الجديد أو ذو الخبرة المتوسطة .

- إجراء إختبار تحليل التباين الاحادي (ف) ANOVA حسب متغير المستوى الدراسي
جدول رقم (III-19) تحليل التباين الاحادي ANOVA حسب المستوى الدراسي

ANOVA à 1 facteur						
الدلالة المعنوية	فيشر F	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
,009	4,105	3,750	3	11,251	بين المجموعات	محور التوظيف
		,914	81	73,994	داخل المجموعات	
			84	85,245	المجموع	
,509	,779	,917	3	2,751	بين المجموعات	ظروف العمل
		1,177	81	95,366	داخل المجموعات	
			84	98,118	المجموع	
,810	,322	,074	3	,223	بين المجموعات	مزايا اخرى
		,231	81	18,693	داخل المجموعات	
			84	18,916	المجموع	

المصدر: من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS

بالنظر الى النتائج المتحصل عليها من الجدول فإن قيمة الدلالة المعنوية لمحوري ظروف العمل و مزايا أخرى بلغ (0,509) (0,810) و هي قيم أكبر من قيمة الدلالة المعنوية (0,05) و هذا يعني عدم وجود دلالة إحصائية وبالتالي لا فروق في مستوى تبني المؤسسة الاستشفائية للمسؤولية الاجتماعية تبعاً لمتغير المستوى العلمي، فالنظرة واحدة لمستوى التبني سواء كان العامل ذو مستوى جامعي أو ثانوي أو متوسط بالنسبة للمحورين .

أما مايتعلق بمحور التوظيف فقد بلغت قيمة الدلالة المعنوية (0,009) و هي أقل من (0,05) مما يعكس وجود اختلاف في مستوى المسؤولية الاجتماعية لمحور التوظيف تبعاً لمتغير المستوى العلمي.

6 - اختبار مربع كاي للإستقلالية بين كل متغيرين من متغيرات الدراسة الوصفية (المتغيرات الشخصية)

- الفرضية الصفرية: لا توجد علاقة بين طبيعة العمل و الخبرة المهنية.

- الفرضية الموجبة: توجد علاقة بين طبيعة العمل و الخبرة المهنية.

جدول رقم (III - 20) : اختبار مربع كاي (طبيعة العمل * الخبرة المهنية)

طبيعة العمل * الخبرة المهنية						
المجموع	الخبرة المهنية					
	أكثر من 30 سنة	من 21 سنوات إلى 30 سنة	من 11 سنوات إلى 20 سنة	من 6 سنوات إلى 10	5 سنوات و اقل	
9	0	1	2	5	1	إداري
15	0	2	4	8	1	طبي
55	3	16	21	11	4	شبه طبي
6	0	0	3	2	1	مهني
85	3	19	30	26	7	المجموع

- جدول رقم (III - 21) : اختبار مربع كاي دو (طبيعة العمل * الخبرة المهنية)

Tests du Khi-deux اختبار كاي دو			
Signification asymptotique (bilatérale)	درجة الحرية ddl	القيمة Valeur	
,333	12	13,516 ^a	Khi-deux de Pearson
,224	12	15,329	Rapport de vraisemblance
,103	1	2,659	Association linéaire par linéaire
		85	Nombre d'observations valides

a. 16 cellules (80,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,21.

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

من خلال الجدول (21) قيمة مربع كاي تساوي 13,516 و احتمال المعنوية قيمته 0,333 و هي قيمة أكبر من 0,05 مما يعني عدم وجود دلالة إحصائية، أي لا توجد علاقة بين طبيعة العمل و الخبرة المهنية.

7 اختبار الانحدار الخطي البسيط و تحليل التباين : لاختبار مدى تأثير كل من محور التوظيف، محور ظروف العمل و محور مزايا العمل على المسؤولية الاجتماعية و قوة هذا التأثير ،اعتمدنا على الانحدار الخطي البسيط REGRESSION و تحليل التباين ANOVA فكانت النتائج حسب الجداول كالتالي:

8 - اختبار مدى تأثير كل من محور التوظيف على مستوى المسؤولية الاجتماعية

- جدول رقم (III - 22) نموذج تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية و محور التوظيف

Récapitulatif des modèles				
النموذج Modèle	معامل الارتبط R	معامل التحديد R-deux	معامل التحديد المصحح R-deux ajusté	تقدير الخطأ المعياري Erreur standard de l'estimation
1	,759 ^a	,576	,571	,351

a. Valeurs prédites : (constantes), محور التوظيف

جدول رقم (III - 23) نموذج تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية و محور التوظيف						
المعنوية Sig.	D	متوسط المربعات Moyenne des carrés	درجة الحرية ddl	مجموع المربعات Somme des carrés	النموذج Modèle	
,000 ^b	112,720	13,880	1	13,880	الانحدار Régression	
		,123	83	10,220	Résidu البواقي	
			84	24,100	Total المجموع	

a. Variable dépendante : المحاور مجموع

b. Valeurs prédites : (constantes), محور التوظيف

جدول رقم (III- 24) : تحليل الانحدار البسيط للعلاقة بين تبني المسؤولية الاجتماعية و التوظيف						
Coefficients ^a						
المعنوية Sig.	t	Coefficients standardisés	Coefficients non standardisés		النموذج Modèle	
		Bêta	Erreur standard	A		
,000	17,510		,114	1,991	(Constante)	1
,000	10,617	,759	,038	,404	محور التوظيف	

a. Variable dépendante : مجموع المحاور

يوضح الجدول رقم (III-24) العلاقة بين تبني المسؤولية الاجتماعية و محور التوظيف . حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين تبني المسؤولية الاجتماعية و التوظيف إذا بلغ معامل الارتباط (**0.759**) عند (**0.05**) وبمعامل تحديد (**0.571**) أي أن ما قيمته **57,1** % من المسؤولية الاجتماعية يرجع إلى محور ظروف العمل و بلغت قيمة درجة التأثير **0,404** و هذا يعني أن الزيادة في هذه القيمة ب **0,404** يؤدي إلى الزيادة في قيمة المسؤولية الاجتماعية بوحدة واحدة . كما بلغ مستوى الدلالة المعنوية **00,0** و هي اقل من

05,0 لهذا فإننا نرفض الفرضية الصفرية H_0 و نقبل الفرضية البديلة H_1

توجد علاقة (تأثير) ذات دلالة إحصائية بين التوظيف والمسؤولية الاجتماعية

الجدول الأخير يشير إلى معادلة الانحدار الخطي بين تأثير محور التوظيف على واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفى كما

يلي : المسؤولية الاجتماعية = $1,991 + (0.404 \times \text{التوظيف})$

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

- اختبار مدى تأثير ظروف العمل على مستوى المسؤولية الاجتماعية

جدول رقم (III-25): اختبار الانحدار البسيط مدى تأثير ظروف العمل على مستوى المسؤولية الاجتماعية

Récapitulatif des modèles

النموذج Modèle	معامل الارتباط R	معامل التحديد R-deux	معامل التحديد المصحح R-deux ajusté	تقدير الخطأ المعياري Erreur standard de l'estimation
1	,735a	,541	,535	,365

a. Valeurs prédites : (constantes), العمل ظروف

جدول رقم (III-26) نموذج تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية و محور ظروف العمل

ANOVA^a

المعنوية Sig.	D	متوسط المربعات Moyenne des carrés	درجة الحرية Ddl	مجموع المربعات Somme des carrés	النموذج Modèle
,000b	97,766	13,034	1	13,034	الانحدار Régression
		,133	83	11,066	البواقي ¹ Résidu
			84	24,100	المجموع Total

a. Variable dépendante : المحاور مجموع

b. Valeurs prédites : (constantes), العمل ظروف

جدول رقم (III-27) تحليل الانحدار البسيط للعلاقة بين تبني المسؤولية الاجتماعية و ظروف العمل

Coefficients^a

المعنوية Sig.	t	Coefficients standardisés	Coefficients non standardisés		النموذج Modèle
		Bêta	Erreur standard	A	
,000	15,067		,128	1,927	الثابت (Constante)
,000	9,888	,735	,037	,364	ظروف العمل

a. Variable dépendante (المتغير الثابت) : المحاور مجموع

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

يوضح الجدول (27) العلاقة بين المسؤولية الاجتماعية و ظروف العمل . حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المسؤولية الاجتماعية و ظروف العمل إذا بلغ معامل الارتباط (0.735) عند (0.05) وبمعامل تحديد (0.535) ، أي أن ما قيمته 53,5 % من المسؤولية الاجتماعية يرجع إلى محور ظروف العمل ، كما بلغ مستوى الدلالة المعنوية 0,00 ، و هي اقل من 0,05 ، إضافة إلى أن قيمة فيشر المحسوبة (750 ، 112) أكبر من قيمة فيشر الجدولية لهذا فإننا نرفض الفرضية الصفرية H_0 و نقبل الفرضية البديلة H_1 :
توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين ظروف العمل والمسؤولية الاجتماعية.

معادلة الانحدار الخطي بين تأثير محور ظروف العمل على واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفى كما يلي :

$$\text{المسؤولية الاجتماعية} = 1.927 + (0.364 \times \text{التوظيف})$$

– اختبار مدى تأثير مزايا أخرى على مستوى المسؤولية الاجتماعية

Récapitulatif des modèles

النموذج Modèle	معامل الارتبط R	معامل التحديد R-deux	معامل التحديد المصحح R-deux ajusté	تقدير الخطأ المعياري Erreur standard de l'estimation
1	,100 ^a	,010	-,002	,536

a. Valeurs prédites : (constantes), اخرى مزايا

جدول رقم (28-III) نموذج تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية و محور مزايا العمل

ANOVA^a

المعنوية Sig.	D	متوسط المربعات Moyenne des carrés	درجة الحرية ddl	مجموع المربعات Somme des carrés	النموذج Modèle
,361 ^b	,843	,242	1	,242	الانحدار Régression
		,287	83	23,858	البواقي Résidu
			84	24,100	المجموع Total

a. Variable dépendante : المحاور مجموع

b. Valeurs prédites : (constantes), اخرى مزايا

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

جدول رقم (III-29) تحليل الانحدار البسيط للعلاقة بين تبني المسؤولية الاجتماعية و مزايا العمل الأخرى

Coefficients^a

المعنوية Sig.	t	Coefficients non standardisés		النموذج
		Coefficients standardisés	Erreur standard	
		Bêta	A	
,000	6,777		,407	الثابت (Constante)
,361	,918	,100	,123	اخرى مزايا

a. Variable dépendante : المحاور مجموع

يبين الجدول أعلاه أن قيمة معامل الارتباط (R) بين المسؤولية الاجتماعية والمزايا الأخرى للعمل تقدر بـ (0,10) أي بنسبة (10 %) و هي أقل بكثير من 50 % ، و هذا يعني وجود ارتباط ضعيف بين المسؤولية الاجتماعية و مزايا الأخرى للعمل. كما أن معامل التحديد (R²) بلغ 0,010 أي أن 0,01 % من التغيرات التي تحدث في مستوى المسؤولية الاجتماعية يعود إلى مزايا العمل الأخرى. كما يوضح جدول ANOVA مستوى الدلالة المعنوية (Sig) والذي قدر بـ 0,361 أكبر من 0,05 و عليه نقبل الفرضية الصفرية و نرفض الفرضية البديلة

لا توجد علاقة بين المسؤولية الاجتماعية و مزايا العمل

معادلة الانحدار الخطي بين تأثير مزايا العمل على واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفى كما يلي :

$$\text{المسؤولية الاجتماعية} = 2,759 + (0.113 \times \text{مزايا العمل})$$

ثانيا: الاستمارة الخاصة بالمرضى المستفيدين

1 و صف و تحليل الاستبيان

- قياس صدق و ثبات الاستبيان:

جدول رقم (III-30): معامل الفاكرونباخ و معامل الصدق

رقم	المحور	معامل الفاكرونباخ	معامل الصدق
1	الجوانب المادية	0,730	0,854
2	ظروف الايواء	0,825	0,905
3	التعاطف	0,436	0,660
4	الامان	0,526	0,725
5	الاعتمادية	0,592	0,769
6	الاستجابة	0,704	0,839
	جميع عبارات الاستبيان (40 عبارة)	0,876	0,935

استخرج معامل الثبات للأداة بطريقة كرونباخ ألفا حيث وصل معامل الثبات الإجمالي لجميع عبارات الاستبيان إلى 0,876 وهي قيمة مرتفعة تدل على أن عبارات المحاور و عبارات الاستبيان ككل تتسم بالصدق و الثبات و بالتناسق الداخلي مما يجعلها قابلة للتحليل و الدراسة و يجعلها تفي بأغراض البحث .

- الوصف الاحصائي لعينة الدراسة:

- جدول رقم (III- 31): توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

النسب التراكمية	النسب المئوية	العدد	الجنس
54,5	54,5	12	ذكر
100,0	45,5	10	أنثى
	100,0	22	المجموع

جدول رقم (III-32): توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

النسب التراكمية	النسب المئوية	العدد	المستوى التعليمي
9,1	9,1	2	متوسط
54,5	45,5	10	ثانوي
77,3	22,7	5	تكوين مهني
100,0	22,7	5	جامعي
	100,0	22	Total

جدول رقم (III-33): توزيع عينة الدراسة حسب مدة الإقامة

النسب التراكمية	النسب المئوية	العدد	مدة الإقامة
22,7	22,7	5	أقل من يومين
45,5	22,7	5	من 3 الى 7 أيام
90,9	45,5	10	من 8 الى 15 يوم
100,0	9,1	2	أكثر من 15 يوم
	100,0	22	المجموع

جدول رقم (III-34): توزيع عينة الدراسة حسب مستوى العمر

النسب التراكمية	النسب المئوية	العدد	السن
9,1	9,1	2	أقل من 20 سنة
50,0	40,9	9	من 21 الى 40 سنة
100,0	50,0	11	من 41 الى 60 سنة
	100,0	22	المجموع

- المعالجة الإحصائية:

بعد جمع البيانات تم إدخال بياناتها للحاسب لتعالج بواسطة البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS). وقد استخدمت المتوسطات الحسابية الموزونة وتحليل (ت) وتحليل التباين الأحادي ANOVA، وقد حددت درجات الاستجابة حسب ليكرت الخماسي كما في الجدول .

. جدول رقم (III-35) : مقياس ليكرت الخماسي لقياس درجة الاهمية

خاص بالمرضى	ممتاز	جيد	متوسط	ضعيف	ضعيف جدا
خاص بالعاملين و المجتمع	موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق تماما
الدرجة	05	04	03	02	01

2 حساب المتوسطات الحسابية و الانحراف المعياري: للإجابة عن السؤال الثاني " ما مستوى التزام المؤسسة

الاستشفائية لمسؤولياتها الاجتماعية من وجهة نظر المرضى ". للإجابة عن السؤال تم الاستعانة بالمتوسطات

الحسابية و الانحرافات المعيارية و أهمية الفقرة فكانت الإجابة اعتمادا على المتوسط المرجح مبينة في الجداول

جدول رقم (III-36) المتوسط المرجح

المتوسط المرجح	المستوى
- من 1 الى 1,79	ضعيف جدا
- من 1,80 الى 2,59	ضعيف
- من 2,60 الى 3,39	متوسط
- من 3,40 الى 4,19	جيد
- من 4,20 الى 5,00	جيد جدا

محور الجوانب المادية:

جدول رقم (III-37) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمحور الجوانب المادية

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب الاهمية	المستوى
01 الموقع الملائم للمستشفى	4,0909	0,6101	02	جيد
02 البعد عن الضوضاء و الصخب	4,0000	,53452	04	جيد
03 المظهر الملائم	3,9545	,65300	05	جيد
04 اللوحات الارشادية	4,2727	,45584	01	ممتاز
05 اماكن الانتظار	3,0455	,65300	08	متوسط
06 نظافة الاماكن	3,4545	,67098	07	جيد
07 الممرات واسعة	4,0909	,75018	03	جيد

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

08	الاستقبال والاجراءات الادارية	3,9091	,52636	06	جيد
09	تجهيزات المستشفى	2,7727	,81251	09	ضعيف
	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للمحور	3,803	0,596		جيد

يتبين من الجدول رقم () ان إجابات عينة الدراسة نحو الجانب المادي الملموس جيدة على معظم الفقرات حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي 0,80 بانحراف معياري 0,59، فقد جاءت في المراتب الأولى كل من الموقع الملائم للمستشفى و احتواءه على الممرات الواسعة المزودة بالواحش الإرشادية التي تمكن العامل و المريض و حتى الزائر من الانتقال بسهولة و الوصول إلى مبتغاه في أسرع وقت . جانب آخر يعد ايجابيا هو تواجد المستشفى في مكان بعيد عن الضوضاء ما يضمن الراحة و الهدوء الكامل للمرضى بمتوسط حسابي 4,00 و انحراف معياري 0,53. النقطة السلبية للمستشفى هي ضعفه من حيث التجهيزات فرغم مجهودات الدولة في هذا الجانب إلا انه يبقى دون المستوى و هذا ما يفسر في الكثير من الأحيان لجوء المرضى إلى العيادات الخاصة أو التنقل نحو الشمال لإجراء الفحوصات الغير متوفرة بالمستشفى. عموما الجانب المادي جيد رغم النقائص ما نلفت من خلاله انتباه السلطات المعنية في العناية أكثر التجهيزات الطبية التي تعتبر من الضروريات التي لا تقوم الخدمات الطبية الا بتوافرها.

- محور ظروف الايواء:

جدول رقم (III-38) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لظروف الايواء					
المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب الاهمية	المستوى	
01	كمية الوجبات	3,32	,568	07	متوسط
02	نوعية الوجبات	3,09	,526	08	متوسط
03	الوجبات من ناحية درجة الحرارة	2,82	,733	09	متوسط
04	الوجبات من ناحية الرغبة	2,59	,908	10	ضعيف
05	قواعد النظافة في التغذية	3,64	,658	05	جيد
06	التهوية	4,14	,889	02	متوسط
07	الهدوء	3,95	,722	03	جيد
08	الحرارة و الرطوبة داخل الغرف	3,50	,673	06	جيد
09	نظافة الغرف	3,91	,610	04	جيد

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

10	اوقات الزيارات	4,27	,631	01	ممتاز
	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للمحور	3,266	0,713		متوسط

من نتائج الجدول أعلاه يتبين تراوح إجابات عينة الدراسة بين الجيد المتوسط و الضعيف حيث احتلت المراتب الأولى أوقات الزيارات المناسبة التي تعتبر في رأي المرضى ملائمة جدا بمتوسط حسابي 4,27 و انحراف معياري 0,71، كذلك جانب التهوية و الهدوء الرطوبة و الحرارة داخل الغرف ما يدعم المكان الملائم للمستشفى بمتوسط حسابي 4,14 و 3,95، 3,50.

أما جانب التغذية الإجابات جاءت متوسطة لا تلبي رغبة كل مريض و هذا يعود لطبيعة الخدمة العمومية المجانية و تكاليفها الباهضة. فعلى العموم تلاقي ظروف الإيواء درجة متوسطة حسب عينة الدراسة (المرضى) بمتوسط حسابي و انحراف معياري 3,26 - 0,71 على التوالي.

- محور التعاطف:

الرقم	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب الأهمية	المستوى
01	مصلحة المريض في المقدمة	3,73	,550	02	جيد
02	العناية الشخصية بالمريض	3,36	,658	03	متوسط
03	مراعاة ظروف المريض العلاجية	3,18	,853	05	متوسط
04	التعاطف مع المريض وظروفه	3,36	1,002	04	متوسط
05	الصدقة والمرح في التعامل مع المريض	3,95	,653	01	جيد
	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للمحور	3,516	0,7432		جيد

حسب النتائج الموضحة في الجدول أعلاه جاءت العبارات على درجات متوسطة سوى العبارة مصلحة المريض و التعامل مع المريض بمعدل درجة جيد 3,95 و 3,73 على التوالي و هذا ما يدل على درجة و عي مقدمي الخدمة بمسؤوليتهم اتجاه مرضاهم في الحرص على تقديم مصلحة المريض قبل كل شيء و مدى معاملتهم

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

و تعاطفهم لرفع معنوياتهم و إدراكهم بأهمية العامل النفسي في علاج المرضى تماشياً مع أخلاقيات المهنة التي تعتبر أخلاقية قبل أن تكون مسؤولية إلزامية. و تعتبر كذلك ميزة من الميزات النادرة للطبقة العاملة بالجنوب.

- محور الأمان:

جدول رقم (III-40) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمحور الأمان					
الرقم	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب الأهمية	المستوى
01	شغور المريض بالأمان	3,95	,575	01	جيد
02	ادب و اخلاق العاملين	3,77	,528	03	جيد
03	المتابعة المستمرة	3,23	,869	06	متوسط
04	المعاملة من قبل العاملين	3,86	,640	02	جيد
05	تقديم الفحوصات في الوقت المناسب	3,05	,950	07	متوسط
06	الادوية في الوقت المناسب	3,41	,734	05	جيد
07	معلومات تخص الحالة المرضية	3,45	,963	04	جيد
08	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للمحور	3,531	0,751		جيد

الجدول أعلاه يظهر إجابات عينة الدراسة نحو بعد الأمان حيث بلغت الدرجة الكلية للبعد 53,3 بانحراف معياري 0,75 و هي درجة جيدة تعكس مدى تقه المرضى بالعاملين و شعورهم بالأمان أثناء تعاملهم معهم و يمكن إرجاع ذلك إلى قدرات و مهارات العاملين على مختلف مستوياتهم سواء كانوا أطباء أو ممرضين.

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

– محور الاعتمادية:

جدول رقم (III-41) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمحور الاعتمادية					
الرقم	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب الاهمية	المستوى
01	تقديم الخدمة في الوقت المناسب	3,59	,854	02	جيد
02	الاهتمام بحل المشاكل	3,05	,844	04	متوسط
03	صحة تقديم الخدمة لأول مرة	3,23	,813	03	متوسط
04	توفر التخصصات	1,91	,526	05	ضعيف
05	الثقة في العمال	4,32	,568	01	جيد
	المتوسط الحسابي و الانحراف للمحور	3,22	0,721		متوسط

يتبين من الجدول رقم (41) السابق أن استجابات عينة الدراسة نحو الاعتمادية كانت متوسطة حيث بلغ المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري 3,22 و 0,721 على التوالي. أعلى استجابة شملت فقرة الثقة في العمال ب4,32، ثاني درجة شملت تقديم الخدمة في وقتها 3,59، الدرجة المتوسطة شملت كل من صحة تقديم الخدمة و الاهتمام بحل مشاكل العمال بمتوسطات حسابية 3,23 و 3,05 على التوالي. اضعف درجة على مستوى المحور تعود لعدم توفر التخصصات بمعدل 1,91 و هذا ما يدعم محور الموارد المادية الملموسة الذي سبق الإشارة إليه في النقض الحاد في التخصصات التي تعاني منها المؤسسة مما يؤثر سلبا على الخدمات و يعكس تديني مسؤولية المستشفى في توفير التخصصات اللازمة للخدمات الطبية.

– محور الاستجابة:

جدول رقم (III-42) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمحور الاستجابة					
الرقم	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب الاهمية	المستوى
01	الاخبار بموعد الخدمة	3,64	,790	02	جيد
02	الاستجابة الفورية للمريض	3,50	,859	03	جيد
03	الرد الفوري على الاستفسارات	3,14	,990	04	متوسط
04	الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى	3,90	,625	01	جيد
	المتوسط و الانحراف المعياري للمحور	3,545	0,816		جيد

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

من مخرجات الجدول أعلاه يتبين مستوى محور الاستجابة الذي بلغ 3,90 بانحراف معياري ضعيف 0,625 ما عاد الفقرة الثالثة للمحور " الرد الفوري على الاستفسارات" حيث بلغت درجة متوسطة بـ 3,14 و انحراف معياري 0,990. أعلى درجة تمثلت بمستوى الاستعداد الكبير للعاملين في التجاوب و التعاون مع المرضى و مدى الالتزام بمواعيد الخدمات حرصا على تلقي الرعاية في وقتها المحدد حفاظا على صحة المريض أما الرد الفوري على الاستفسارات فقد بلغ درجة متوسطة بمعدل 3,14 ما يفسر بان الخدمات الصحية تتطلب التأني و الانضباط و عدم العجلة لخطورة التدخلات في بعض الحالات و كذلك لتداخل الخدمات ببعضها مما يتطلب ضرورة التأكد قبل الرد على الاستفسارات.

- خلاصة لواقع تبني المؤسسة الاستشفائية لمسؤولياتها الاجتماعية لجميع المحاور كانت النتائج :

جدول رقم (III- 43) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لجميع المحاور					
الرقم	المحاور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب الأهمية	المستوى
01	محور الجوانب المادية	3,803	0,596	01	جيد
02	محور ظروف الإيواء	3,266	0,713	05	متوسط
03	محور التعاطف	3,516	0,7432	04	جيد
04	محور الأمان	3,531	0,751	03	جيد
05	محور الاعتمادية	3,22	0,721	06	متوسط
06	محور الاستجابة	3,545	0,816	02	جيد
مج	المتوسط و الانحراف المعياري الكلي	3,480	0,7233		جيد

بناء على ملخص إجابات عينة الدراسة المبينة في الجدول رقم (43) اعتمادا على الجداول السابقة تبين لنا أن

مستوى التبني للمسؤولية الاجتماعية من وجهة نظر المرضى اتجاه المستشفى جيد مع تفاوت نسبي حسب كل محور. فهناك تبني مرتفع لكل من محور الجوانب المادية، محور الاستجابة و محور الأمان مع محور التعاطف بدرجة متقاربة بمتوسط حسابي و انحراف معياري (0,596-3,803)، (0,816- 3,545)، (0,751- 3,531)، (0,7432- 3,516) على التوالي. أما محور ظروف الإيواء و محور الاستجابة فجاءت درجة التبني متوسطة بـ (3,22-3,266) و يرجع ذلك كما اشرنا سابقا لطبيعة الخدمة الصحية العمومية (مجانية العلاج).

مستوى التبني جيد من وجهة نظر المرضى اتجاه المستشفى مع تأثير كبير لبعض المحاور

ثالثا: الاستمارة الخاصة بالمجتمع و الجماعات المحلية و البيئة

ومن أجل البرهنة على أن الإستهيين يقيس العوامل المراد قياسها، والتثبت من صدقها، قمنا بإجراء اختبار مدى الاتساق الداخلي لفقرات المقياس، حيث تم تقييم تماسك المقياس بحساب **Cronbach Alpha**، حيث أن أسلوب كرونباخ ألفا يعتمد على اتساق أداء الفرد من فقرة إلى أخرى، وهو يشير إلى قوة الارتباط والتماسك بين فقرات المقياس، وللتحقق من ثبات أداة الدراسة بهذه الطريقة، طبقت معادلة ALPHA CRONBACH على درجات أفراد عينة البحث. وعلى الرغم عدم وجود قواعد قياسية بخصوص القيم لكن من الناحية التطبيقية يعد $\alpha \geq 0.60$ معقولا في البحوث المتعلقة بالإدارة والعلوم الإنسانية. أنظر الجدول التالي:

1 اختبار معامل الثبات الفا كرونباخ Alpha de Cronbach

جدول رقم (III - 44): اختبار معامل الثبات الفا كرونباخ Alpha de Cronbach

المحور	عدد المتغيرات	قيمة الفا كرونباخ
- المجتمع	10	0,80
- المتعاملين	11	0,79
- البيئة	11	0,85
مجموع المحاور	32	0,89

نتائج الجدول تبين تمتع الأداة بمعامل ثبات عالي **Alpha 0,89** أكبر من **0,60**، و هذا مقبول في مثل هذا النوع من البحوث على قدرة الأداة في تحقيق أغراض الدراسة.

2 اختبار Kolmogorov-Smirnov للتحقق من التوزيع الطبيعي للبيانات

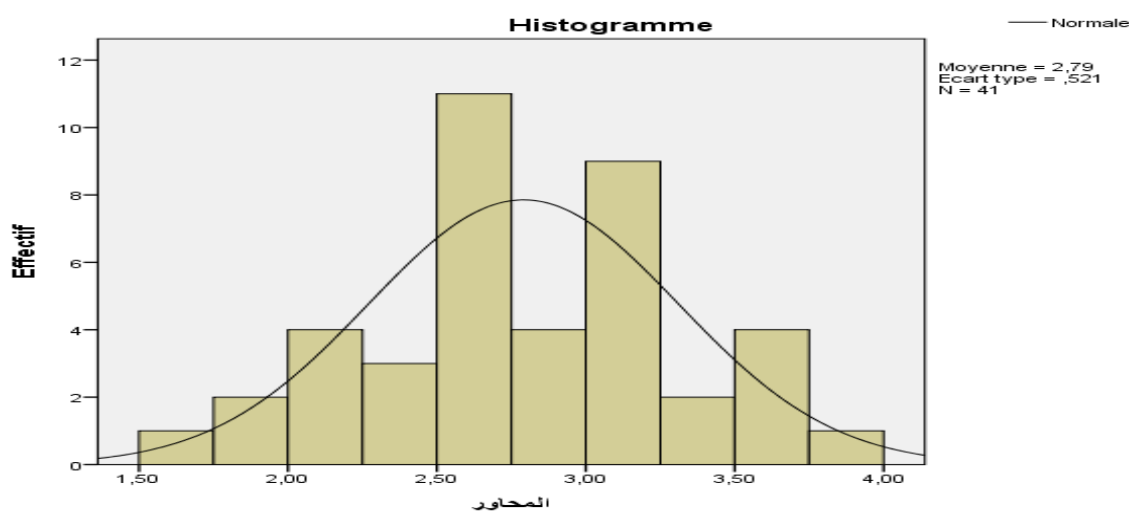
جدول رقم (III - 45): التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة

Tests de normalité						
Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov ^a			
Signification	ddl	Statistique	Signification	ddl	Statistique	
,910	41	,987	,200*	41	,086	المحاور
* . Il s'agit d'une borne inférieure de la signification réelle.						
a. Correction de signification de Lilliefors						

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

من اختبار Kolmogorov-Smirnov نجد أن قيمة $Sig = 0,08$ أكبر من $0,05$ و بالتالي البيانات تتبع التوزيع الطبيعي. كذلك بالنسبة لإختبار Shapiro-Wilk نجد أن قيمة $Sig = 0,987$ أكبر من $0,05$ و بالتالي البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.

الشكل (III- 44): التوزيع الطبيعي لعينة الدراسة



1 حساب المتوسطات الحسابية و الانحراف المعياري:

الرقم	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب الأهمية	المستوى
01	فرص العمل	2,650	1,144	07	متوسط
02	شكوى المجتمع	2,268	,922	09	ضعيف
03	تقليص نسبة البطالة	3,325	,858	01	متوسط
04	توفر الخدمات الصحية لكل أفراد المجتمع	3,122	1,381	03	متوسط
05	الدعم الصحي للفقراء	3,292	1,006	02	متوسط
06	تطوير وسائل الاتصال	2,325	,944	08	ضعيف
07	التبرعات للجهات الخيرية	2,025	,902	10	ضعيف
08	ندوات الحوار و التوعية	2,850	1,051	06	متوسط
09	توظيف المرأة وذو العاهات	2,900	,928	05	متوسط

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

متوسط	04	1,083	3,024	توافق أهداف المؤسسة و القيم الأخلاقية للمجتمع	10
متوسط		1,022	2,715	المجموع	

يشير الجدول رقم (46) إلى إجابات مفردات عينة الدراسة عن العبارات المتعلقة بمستوى المسؤولية الاجتماعية تجاه المجتمع حيث تتراوح النتائج بين المتوسط والضعيف فقد جاءت في المرتبة الأولى عبارة "تقليص نسبة البطالة" بمتوسط حسابي بلغ 3,325 و هي أعلى من المتوسط الكلي 2,715، تليها فقرة "الدعم الصحي للفقراء" تم "فقرة توفير الخدمات لجميع أفراد المجتمع" بمتوسط حسابي 3,292 و 3,122 على التوالي. في الرتبة الرابعة جاءت فقرة "توافق أهداف المؤسسة و القيم الأخلاقية للمجتمع" بمتوسط حسابي 3,024.

المراتب المتوسطة كانت لعباري "توظيف المرأة و ذوي العاهات" و "تقديم ندوات الحوار و التوعية للمجتمع" بمتوسط حسابي 2,900 - 2,850. بالنسبة للمراتب الضعيفة شملت باقي الفقرات (6)،(2)،(7) بمتوسط حسابي 2,268،2,325،2,025 على التوالي.

بناء على النتائج السابقة فإن مستوى تبني المسؤولية الاجتماعية للمستشفى من وجهة نظر المجتمع متوسطة على معظم الفقرات و ضعيفة لنسبة قليلة من الفقرات فقد بلغت النسبة الكلية لأفراد المجتمع نسبة متوسطة تقدر بـ 2,715 بانحراف قدره 1,022.

جدول رقم (III - 47) : واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفى نحو المتعاملين						
الرقم	الفقرات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيبي	المستوى
01	الالتزام بالقوانين و التشريعات	39	3,341	,911	04	متوسط
02	الضرائب و الرسوم للدولة	40	3,650	1,001	02	جيد
03	اشتراكات الضمان الاجتماعي	41	3,829	,972	01	جيد
04	الرقابة على المؤسسة	40	2,900	,744	09	متوسط
05	نظام المعلومات	41	3,195	,900	07	متوسط
06	التنسيق بين المؤسسات الطبية	41	3,195	,843	06	متوسط
08	التنسيق مع مؤسسات المجتمع المحلي	40	3,300	,790	05	متوسط
09	التنسيق مع منظمات الصحة البحوث	40	2,375	1,078	03	متوسط

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

					الطبية و الجامعات	
ضعيف	11	,883	2,538	39	منافسة المؤسسات الأخرى	10
متوسط	08	1,019	3,097	41	التزام المستشفى مع الموردون	11
متوسط		0,931	3,136	34	مجموع فقرات المحور	

يشير الجدول رقم (47) الى إجابات عينة الدراسة عن الفقرات المتعلقة بمستوى المسؤولية الاجتماعية تجاه المتعاملين مع

المستشفى حيث بلغت النسبة الإجمالية **3,136** بانحراف **0,931** و هي نسبة متوسطة. المراتب الأولى بدرجات جيدة جاءت كل من عبارة " دفع اشتراكات الضمان الاجتماعي " و " دفع الضرائب و الرسوم " و " التنسيق مع منظمات الصحة البحوث الطبية و الجامعات " و " الالتزام بالقوانين و التشريعات " بمتوسطات حسابية و انحراف معياري (0,972-3,829)،(1,001- 3,650)،(2,375- 1,078)،(3,341- 911)، على التوالي، هذا ما يدل

على أن المؤسسة ملتزمة بدرجة كبيرة بدفع مستحقات مؤسسات الضرائب و الضمان الاجتماعي و كذلك مدى التزامها بالقوانين اتجاه الدولة. فيما شملت الدرجات المتوسطة مجموعة من الفقرات منها " التنسيق مع مؤسسات المجتمع المحلي و التنسيق بين المؤسسات الطبية " بمتوسط (3,300-3,790)،(3,195- 0,843)، و تليها في المرتبة الثامنة و التاسعة الفقرات " التزام المستشفى مع الموردون " و " الرقابة على المؤسسة". لتأتي في المراتب الأخيرة كل من " المشاركة في المؤتمرات " و " منافسة المؤسسات " بمتوسط و انحراف قدر ب (3,076-1,109)،(2,538- 0,883) على التوالي. و هذا ما يدل على أن المستشفى لا تولي اهتماما للمشاركة في المؤتمرات أما المنافسة فلا وجود لها باعتبار المستشفى هي الوحيدة على مستوى الولاية.

نتائج الجدول متوسطة حول مستوى تبني المؤسسة الاستشفائية لمسؤوليتها الاجتماعية من زاوية المتعاملون

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

جدول رقم (III - 48) : المسؤولية الاجتماعية للمستشفى نحو البيئة						
الرقم	المتغيرات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب الأهمية	المستوى
01	نظافة محيط العمل	41	3,195	1,030	01	متوسط
02	تقليص نسبة التلوث	40	2,650	,892	04	متوسط
03	التخلص من النفايات بالطرق العلمية	41	2,512	,925	05	ضعيف
04	الاستغلال العقلاني للموارد	41	2,512	1,051	06	ضعيف
05	الاهتمام بالمساحات الخضراء	41	2,804	1,030	02	متوسط
06	تقارير المؤسسة حول البيئة	40	2,375	,837	08	ضعيف
07	الحفاظة على البيئة مع المؤسسات	40	2,500	,816	07	ضعيف
08	الدورات التحسيسية حول البيئة	41	2,341	,854	09	ضعيف
09	مكافآت للعمال حول الانشطة البيئية	41	1,951	,739	10	ضعيف جدا
10	الالتزام بقوانين البيئة	41	2,731	,742	03	متوسط
11	حصول المؤسسة على مواصفة الايزو للبيئة	39	1,410	,5485	11	ضعيف جدا
	المجموع	37	2,453	0,860		ضعيف

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على مخرجات SPSS

نتائج الجدول رقم (48) تشير إلى إجابات مفردات عينة الدراسة عن العبارات المتعلقة بمستوى المسؤولية الاجتماعية تجاه البيئة فقد جاءت في اغلبها ضعيفة سوى فقرات "نظافة محيط العمل" "الاهتمام بالمساحات الخضراء" بمتوسط حسابي و انحراف معياري (1,030-3,195)،(1,030-2,804)، تليها "الالتزام بقوانين البيئة" و "عمل المؤسسة على تقليص نسبة التلوث" بمتوسط و انحراف قدر ب (1,030-2,731)،(1,030-2,650)، على التوالي، ما يدل على أن المستشفى تسعى نحو الالتزام بقوانين البيئة من خلال العمل على تقليص نسبة التلوث باستعمال وسائل الحرق المعتمدة بالمستشفى، لكن الالتزام يبقى محدود لان التقنية المستعملة حسب تقرير مديرية البيئة لا تتماشى مع

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

التقنيات الحديثة⁵¹. أما باقي الفقرات فكانت نسبة التبنى ضعيفة بدءاً بفقرة " التخلص من النفايات بالطرق العلمية"، " مكافآت للعمال حول الأنشطة البيئية" حتى فقرة " حصول المؤسسة على مواصفة الايزو للبيئة" كمرتبة أخيرة بدرجة ضعيفة جدا بمتوسط حسابي و انحراف معياري (0,548-1,410) وهذا ما يدل على أن المؤسسة بعيدة عن تبني تطبيق المواصفات الدولية لاهتمامها الضعيف بالأنشطة البيئية. وكنتيجة لما سبق فإن مستوى التزام المستشفى بمسؤوليتها الاجتماعية نحو البيئة ضعيف بخاجة إلى اهتمام أكبر

خلاصة لواقع تبني المؤسسة الاستشفائية لمسؤوليتها الاجتماعية نحو المجتمع، المتعاملون و البيئة

كانت النتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (III-49): ملخص واقع التبنى للمسؤولية الاجتماعية للمستشفى اتجاه المجتمع، المتعاملون و البيئة

الرقم	المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
مستوى التبنى للمسؤولية الاجتماعية	المجتمع	2,715	1,022	02	متوسط
	المتعاملون	3,136	0,931	01	متوسط
	البيئة	2,453	0,860	03	ضعيف
	المجموع	2,768	0,937		متوسط

الجدول يوضح مستوى تبني المؤسسة الاستشفائية لمسؤوليتها الاجتماعية نحو كل من المجتمع، المتعاملون و البيئة فقد بلغت درجة متوسطة مع ملاحظة مستوى الالتزام نحو البيئة يبقى ضعيف للأسباب التي ذكرت سابقا .

2 - قياس قوة الارتباط بين المحاور: لمعرفة وجود علاقة بين المحاور ومعرف قوة الارتباط بينهما تم الاعتماد

على الجداول التالية فكانت النتائج :

⁵¹ في مقابلة جرت مع أعضاء المديرية أثناء ملء الاستمارة.

- جدول رقم (III-50) : ملخص مستوى تبني المسؤولية الاجتماعية لكل من المجتمع، المتعاملون و البيئة
درجة الارتباط بين المحاور

Corrélations					
البيئة	المتعاملون	المجتمع			
,731**	,761**	1,000	معامل الارتباط	المجتمع	Rho de Spearman
,000	,000	.	Sig. (bilatérale)		
41	41	41	المجموع		
,761**	1,000	,761**	معامل الارتباط	المتعاملون	
,000	.	,000	Sig. (bilatérale)		
41	41	41	المجموع		
1,000	,761**	,731**	معامل الارتباط	البيئة	
.	,000	,000	Sig. (bilatérale)		
41	41	41	المجموع		
**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).					

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن العلاقة بين المحاور طردية متساوية تقريبا و ذات دلالة إحصائية عالية أقل من 0,001، حيث بلغ مستوى الدلالة صفرا و النجمتان (**) فوق معامل الارتباط تدل على العلاقة القوية بين المجتمع و المتعاملون ب0.761، و بين المجتمع و البيئة ب 0,731 .

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

- اختبار الانحدار الخطي البسيط و تحليل التباين : لاختبار مدى تأثير كل من محور المجتمع، المتعاملون و البيئة

على المسؤولية الاجتماعية و قوة هذا التأثير، اعتمدنا على الانحدار الخطي البسيط REGRESSION و تحليل

التباين ANOVA فكانت النتائج حسب الجداول كالتالي:

- اختبار مدى تأثير المجتمع على مستوى المسؤولية الاجتماعية

جدول رقم (III- 51) : اختبار الانحدار البسيط مدى تأثير المجتمع على مستوى المسؤولية الاجتماعية

Récapitulatif des modèles ^b				
النموذج Modèle	معامل الارتبط R	معامل التحديد R-deux	معامل التحديد المصحح R-deux ajusté	تقدير الخطأ المعياري Erreur standard de l'estimation
1	,923 ^a	,852	,848	,20303
a. Valeurs prédites : (constantes), المجتمع				
b. Variable dépendante : المحاور				

- جدول رقم (III- 52) نموذج تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية و المجتمع

المعنوية Sig.	D	متوسط المربعات Moyenne des carrés	درجة الحرية ddl	مجموع المربعات Somme des carrés	النموذج Modèle
,000 ^p	224,041	9,235	1	9,235	1 الانحدار Régression
		,041	39	1,608	البواقي Résidu
			40	10,842	المجموع Total
a. Variable dépendante : المحاور					
b. b. Valeurs prédites : (constantes), المجتمع					

يوضح الجدول رقم (52) العلاقة بين تبني المسؤولية الاجتماعية والمجتمع . حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين مستوى تبني المستشفى للمسؤولية الاجتماعية و المجتمع إذا بلغ معامل الارتباط 0,993 عند (0.05) ومعامل تحديد 0,852 أي أن ما قيمته 85,2 % من

المسؤولية الاجتماعية يعود إلى المجتمع و بلغت قيمة درجة التأثير 0,750 و هذا يعني أن الزيادة في هذه القيمة ب 0,750 يؤدي إلى الزيادة في قيمة المسؤولية الاجتماعية بوحدة واحدة . كما بلغ مستوى الدلالة المعنوية 0,00 و هي اقل من 0,05 و عليه :

جدول رقم (III - 53): تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية و المجتمع

Coefficients ^a						
Sig.	t	Coefficients standardisés	Coefficients non standardisés		Modèle	
		Bêta	Erreur standard	A		
,000	5,002		,142	,712	(Constante)	1
,000	14,968	,923	,050	,750	المجتمع	

a. Variable dépendante : المحاور

الجدول ا يشير إلى معادلة الانحدار الخطي بين تأثير المجتمع على واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفى كما يلي :

$$\text{المسؤولية الاجتماعية} = 0.712 + (0.750 \times \text{المتعاملون})$$

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المجتمع والمسؤولية الاجتماعية.

- اختبار مدى تأثير المتعاملون على مستوى المسؤولية الاجتماعية

- جدول رقم (III - 54) نموذج تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية و المجتمع

Récapitulatif des modèles ^b				
النموذج Modèle	معامل الارتبط R	معامل التحديد R-deux	معامل التحديد المصحح R-deux ajusté	تقدير الخطأ المعياري Erreur standard de l'estimation
1	,897 ^a	,805	,800	,23264

a. Valeurs prédites : (constantes), المتعاملون

c. Variable dépendante : المحاور

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

المعنوية Sig.	D	متوسط المربعات Moyenne des carrés	درجة الحرية ddl	مجموع المربعات Somme des carrés	النموذج Modèle
,000 ^b	161,338	8,732	1	8,732	Régression
		,054	39	2,111	Résidu 1
			40	10,842	Total

يوضح الجدول رقم (III-54) العلاقة بين تبني المسؤولية الاجتماعية و المتعاملون . حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين تبني المسؤولية الاجتماعية للمستشفى و المتعاملون إذا بلغ معامل الارتباط **0,897** عند (**0.05**) وبمعامل تحديدي 0,805 أي أن ما قيمته **80,5 %** من المسؤولية الاجتماعية يرجع إلى المتعاملون .

Sig.	t	Coefficients standardisés	Coefficients non standardisés		Modèle
		Bêta	Erreur standard	A	
,661	-,442		,231	-,102	(Constante) 1
,000	12,702	,897	,073	,921	المتعاملون,

a. Variable dépendante : المحاور

بلغت قيمة درجة التأثير 0,921 و هذا يعني أن الزيادة في هذه القيمة ب 0,921 يؤدي الى الزيادة في قيمة المسؤولية الاجتماعية بوحدة واحدة . كما بلغ مستوى الدلالة المعنوية 0,00 و هي اقل من 0,05 لهذا نستنتج وجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتعاملون والمسؤولية الاجتماعية. يشير الجدول الأخير إلى معادلة الانحدار الخطي بين تاتير المتعاملون على واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفى كما يلي:

$$\text{المسؤولية الاجتماعية} = -0.102 + (0.921 \times \text{المتعاملون})$$

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية

- اختبار مدى تأثير البيئة على مستوى المسؤولية الاجتماعية

- جدول رقم (III- 55) نموذج تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية و البيئة

Récapitulatif des modèles ^b				
النموذج Modèle	معامل الارتبط R	معامل التحديد R-deux	معامل التحديد المصحح R-deux ajusté	تقدير الخطأ المعياري Erreur standard de l'estimation
1	,919 ^a	,845	,842	,20727
a. Valeurs prédites : (constantes), البيئة				
b. Variable dépendante : المحاور				

ANOVA ^a						
المعنوية Sig.	D	متوسط المربعات Moyenne des carrés	درجة الحرية ddl	مجموع المربعات Somme des carrés	النموذج Modèle	
,000 ^b	213,383	9,167	1	9,167	Régression	1
		,043	39	1,675	Résidu	
			40	10,842	Total	
a. Variable dépendante : المحاور						
b. Valeurs prédites : (constantes), البيئة						

Coefficients ^a					
Sig.	t	Coefficients standardisés	Coefficients non standardisés		Modèle
		Bêta	Erreur standard	A	
,000	4,673		,147	,689	(Constante) 1
,000	14,608	,919	,058	,854	البيئة
a. Variable dépendante : المحاور					

الجدول يشير إلى معادلة الانحدار الخطي بين تأثير البيئة على واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفى كما يلي:

$$\text{المسؤولية الاجتماعية} = +0.689 + (0.854 \times \text{البيئة})$$

يوضح الجدول رقم (III-55) العلاقة بين تبني المسؤولية الاجتماعية و البيئة . حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين مستوى تبني المسؤولية الاجتماعية للمستشفى و البيئة إذا بلغ معامل الارتباط 0,919 وبمعامل تحديد 0,845. أي أن ما قيمته 84,5% من المسؤولية الاجتماعية يرجع البيئة و بلغت قيمة درجة التأثير 0,854 و هذا يعني أن الزيادة في هذه القيمة بـ 0,854 يؤدي إلى الزيادة في قيمة المسؤولية الاجتماعية بوحدة واحدة . كما بلغ مستوى الدلالة المعنوية 0,00 و هي اقل من 0,05 لهذا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البيئة والمسؤولية الاجتماعية.

خاتمة الفصل

في المبحث الأول من هذا الفصل تم عرض مراحل تطور المسؤولية الاجتماعية منذ الاستقلال إلى وقتنا الحاضر ، فقد عرفت المنظومة الصحية في الجزائر عدة تطورات و تحولات، سواء تعلق الأمر بالهياكل و المؤسسات الصحية، و طريقة تنظيمها وتسييرها، أو ما يتعلق بالظروف المحيطة بمده الهياكل، من ظروف اجتماعية واقتصادية.

فيما يخص الظروف الصحية للسكان قبل و أثناء وجود الاحتلال الفرنسي في الجزائر، كانت جد متدهورة، من جهة كثرة الأمراض و الأوبئة نتيجة الظروف الإجماعية القاسية، والظروف الاقتصادية المتردية التي كان الشعب الجزائري يعيش في كنفها، حيث نجد أن جل السكان كانوا يعيشون تحت مستوى الفقر بسبب الاحتلال، مما أدى ذلك إلى ظهور عدة أمراض فتكت بنسبة كبيرة من السكان، و نذكر على سبيل المثال مرض الطاعون الذي قتل عدد كبير من الجزائريين. و من جهة أخرى نجد أن النظام الصحي الاستعماري، لم يكن في صالح السكان الأهالي وإنما كان في صالح أفراد الجيش الاستعماري الفرنسي، بالإضافة إلى المعمرين الأوروبيين الذين وفدوا إلى الجزائر مباشرة بعد الاحتلال و بعض الجزائريين الذين كانوا موالين للاحتلال الفرنسي.

في هذه الفترة ظهر نظام صحي جديد مختلف عن النظام الصحي الاستعماري، مختلف عنه في أهدافه، هذا النظام الذي تم تأسيسه من طرف جيش التحرير الوطني الذي قاد الثورة التحريرية، حيث يعتبر اللبنة الأولى لظهور النظام الصحي الجزائري بعد الاستقلال. أما مرحلة الاستقلال فقد عرفت هي الأخرى ظهور بعض الأمراض المتنقلة التي ساهمت بشكل كبير في وفيات الأطفال مثل أمراض السل ،الدفتيريا، حمى المستنقعات...، وكان هذا مباشرة بعد الإستقلال لذلك عملت السلطة السياسية الفتية على العمل من أجل محاربة هذه الأمراض من خلال تسطير برامج التلقيح الإجباري للأطفال، وبرامج الوقاية من الأمراض المعدية.

وقد عملت السلطات العمومية على إعادة توزيع الهياكل الصحية، ومستخدمي قطاع الصحة من ممرضين و أطباء، عبر كامل التراب الوطني، بحيث يتيح لكل أفراد المجتمع الحق في الوصول إلى العلاج ، وظهر ذلك من خلال القرار السياسي الذي

إنخذه الدولة، والمتمثل في قرار تأسيس الطب المجاني، هذا الأخير يعتبر الركيزة الأساسية للمنظومة الصحية في الجزائر، ولكن مع التحول السياسي و الإقتصادي الذي شهدته الجزائر في بداية التسعينيات، ظهرت قوانين جديدة تتيح حرية إنشاء مؤسسات صحية خاصة، قبل ذلك كانت السلطة السياسية لا تعطي أي إهتمام للقطاع الخاص .

إن القطاع الخاص عرف نموا ملحوظا في ظل تدهور المؤسسات الصحية العمومية، و يرجع ذلك إلى مجموعة من المعوقات و المشاكل التي واجهها النظام الصحي العمومي والتي دعت السلطات الوصية إلى التدخل و العمل على تصحيح المسار من خلال القيام بإصلاحات شاملة تخص قطاع الصحة بما فيه القطاع الخاص، من خلال إعادة تنظيم هياكل و مؤسسات المنظومة الصحية، وجعلها تتماشى و الظروف الاجتماعية و الاقتصادية للسكان، و من خلال كذلك الاهتمام بفئة الموارد البشرية حيث تم إعادة النظر في سلم توزيع المناصب، نظام الأجور و التعويضات و سلم الترقيات بغية تحسين ظروف العمل و سعيًا من الحكومة في تحقيق مسؤوليتها الاجتماعية اتجاه مختلف أصحاب المصالح بهدف رفع مستوى الخدمات بشكل عام.

المبحث الثاني تم التطرق إلى هدف الدراسة في معرفة واقع المسؤولية الاجتماعية من خلال الدراسة الميدانية بالقطاع الصحي بشار، حيث استهل في تقديم عام للقطاع الصحي مع بعض الإحصائيات . تم كعينة للدراسة المؤسسة العمومية الإستشفائية 240 سرير (تراب بوجمعة بشار) من خلال تقديم عام لميدان البحث وخصوصياته.

المبحث الثالث المتعلق بالطريقة و الاجراءات تعرضنا فيه لم نهجية الدراسة و مختلف الخطوات بدا بالعينة و الأداة المستعملة وصولا الى تشكيل النموذج.

المبحث الرابع تم عرض و تحليل نتائج الدراسة المتعلقة بالاستثمارات المخصصة للعمال و المرضى، المجتمع والأطراف المتعاملة تم البيئة لنصل في النهاية إلى مجموعة من النتائج سيتم التعرض لها بالتفصيل في خاتمة البحث.

خلاصة لهذا الفصل فان واقع المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة العمومية الاستشفائية تراخي بوجمعة 240 سرير متوسطة حسب آراء الطبقة العاملة بمختلف فئاتها كذلك المجتمع و المتعاملون ، بالنسبة للبيئة فواقع المسؤولية للمستشفى ضعيف على معظم الفقرات ، أما عينة الدراسة من المرضى المستفيدين فواقع المسؤولية جيد.

الخاصة العامة

الخاتمة العامة

إن تأصيل المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات في مختلف العمليات أصبح موضوعاً ذا أهمية بشكل متزايد لأسباب إستراتيجية للشركات وللحصول على المنافع المترتبة من ذلك مثل وجود مستويات مرتفعة من المساءلة والشفافية وتعزيز الامتثال للمعايير، وتحسين أداء العمليات واستخدام الموارد والنظم، وتحسين الممارسات للقوى العاملة، وزيادة الحوار الاجتماعي والذي يعمل بالتالي على زيادة المصداقية. ولذلك فإن الشركات الناجحة تعمل على تعزيز مسؤوليتها الاجتماعية بما يقوي علاقاتها مع أصحاب المصلحة والحكومات والمساهمين والشركاء والموردين والزبائن والمستهلكين حيث توفر بيئة يستفيد فيها الجميع.

تعتبر المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات مصطلح قديم قدم نشأت و تطور المستشفيات، جديد فرضته زيادة تكلفة الخدمات الصحية مع التطور التكنولوجي و ارتفاع صيحات المنادون بالعدالة و المساواة و حقوق الإنسان. فعبّر التاريخ نشأت المستشفيات كهدف بدافع تقديم الرعاية الصحية للطبقات الفقيرة، فكانت عبارة عن ملاجئ للفقراء، ثم تطورت كمراكز لمعالجة مرضى الحوادث و جرحى المعارك الحربية. مع التطور و التوسع الذي شمل كل القطاعات بما فيه قطاع الصحة، ظهرت المستشفيات الخاصة منافسة للقطاع العمومي مما زاد من تكلفة الخدمات فأصبحت المستشفيات العمومية لوحدها قادرة على توفير هذا النوع من الخدمات الصحية دون المستشفيات الخاصة، الأمر الذي دفع الفئات الأخرى من المجتمع إلى الطلب الخدمة العمومية. نتيجة للتكلفة الباهظة بدأت المستشفيات تقلص من خدماتها لتشمل الخدمات الاستعجالية و أصبحت الخدمات الأخرى تعتمد على نظام الدفع عن طريق مؤسسات الضمان الاجتماعي و التأمين الصحي... لكافة الفئات.

مع بداية الثمانينات و كنتيجة لتفشي الآفات الاجتماعية ظهرت صيحات تنادي بالعدالة و المساواة و الحق في توفير الرعاية ظهرت مفاهيم إدارية جديدة على مستوى قطاع الأعمال ليشمل فيما بعد القطاع العمومي كقطاع الصحي كنتيجة لإفرازات البيئة الاقتصادية و الاجتماعية المختلفة. فتنوعت بذلك مختلف الأطراف المتعاملة مع المستشفيات حيث كان لها التأثير الواضح على أداء هذه المستشفيات، و تنوعت بذلك المصطلحات و تعدد التسميات لمفهوم المسؤولية الاجتماعية فشمّل أصحاب المصلحة، الفاعلين، الأطراف المباشرة و الغير مباشرة... الخ. التطور التاريخي للمستشفيات الجزائرية مند الاستقلال يعكس مدى اهتمام الحكومة و يؤكد على مبدأ المسؤولية الاجتماعية لهذا القطاع ، حرصت فيه الحكومة على عدم التفاوت في تقديم الخدمات عبر مناطق الوطن لكافة الفئات غير أن واقع مستشفياتنا اليوم مازال بعيدا عن أهداف الوزارة في مواكبة العصرنة و الاستجابة الفعلية لمتطلبات المجتمع.

واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات بالجنوب حاولنا إبراز جانب منه من خلال الدراسة الميدانية التي شملت احد المؤسسات بالجنوب الغربي، بالتحديد المؤسسة الاستشفائية العمومية 240 سرير، فالمؤسسة تلعب دور كبير بالمنطقة في تقديم الرعاية الصحية إلى ما يزيد عن 400000 ساكن عبر كافة بلديات و دوائر الولاية بالإضافة إلى تقديم الدعم و المساندة إلى الولايات المجاورة أدرار، تندوف و تمنغاست.

ففي سبيل إبراز هذا الواقع ركزت الدراسة على الأطراف المتعاملة مع المؤسسة من خلال طرح 03 استمارات موضحة كالآتي :

- الاستبيان الأول شمل الطبقة العاملة بمختلف الفئات: الإدارية، الطبية، التمريضية، التقنية، تمثل في محور

التوظيف، محور ظروف العمل، محور المتغيرات الأخرى .

- الاستبيان الثاني تعلق بالمرضى في خمسة محاور: الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، و الجوانب المادية

للمستشفى

– الاستبيان الثالث، شمل فئة المجتمع، البيئة، المتعاملون.

من الأدوات الإحصائية المستعملة البرنامج الإحصائي SPSS , V21.

تأسيسا على ما تقدم من المسح النظري و الإسقاط العملي له، أثارت هذه الدراسة مجموعة من التساؤلات

و الفرضيات حاولنا الإجابة عنها من خلال إثباتها أو نفيها، فكانت النتائج كالتالي:

الجانب النظري

– مصطلح المسؤولية الاجتماعية مصطلح عرفته منظمات الأعمال نتيجة التأثيرات الاجتماعية و الاقتصادية التي

مارستها العديد من الأطراف: النقابات العمالية، المجتمع، البيئة، التشريعات و القوانين الحكومية.

– أساس المسؤولية الاجتماعية يرتكز على أسس و مبادئ أخلاقية قبل أن تفرضه القوانين و التشريعات الحكومية

و الإدارية و تمتد لتشمل كافة أصحاب المصلحة بدا بالمجتمع حتى المحيط البيئي .

– تعددت أشكال و أنماط المسؤولية الاجتماعية نتيجة تطور المفاهيم لتأخذ نمط الإلزام الاجتماعي، رد الفعل

الاجتماعي، الاستجابة الاجتماعية فظهرت عدة نظريات مفسرة لها منها النظرية النيوكلاسيكية، نظرية

الوكالة، اهمها نظرية أصحاب المصلحة و من المفاهيم الملازمة لهذا المفهوم لدينا المسؤولية الخيرية، أخلاقيات

الأعمال، أخلاقيات الإدارة، المنظمة المسؤولة، حوكت المنظمات.

– التشريع الإسلامي كغيره من الديانات السماوية أكد على الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية قبل أن تؤكد عليه

منظمة الأعمال و الهيئات و المواثيق الدولية.

– من الإبعاد الرئيسية التي تؤكد عليها المسؤولية الاجتماعية: البعد الاقتصادي، الاجتماعي، الاقتصادي

الاجتماعي، و البعد البيئي.

- من خصائص المسؤولية الاجتماعية أنها توازن بين التكوين البيولوجي للإنسان و التكوين الاجتماعي، ميوها للاتساع كذلك، من خصائصها التباين تبعاً للمتغيرات الاجتماعية كالجنس و النوع و عدم اختلافها بين المجتمعات بمعنى أن كل المجتمعات لها مسؤوليتها اتجاه المجتمع، وكذا التوازن بين الحقوق و الواجبات.
- من الأسباب الهامة التي أدت إلى ظهور المسؤولية الاجتماعية هو معالجة الآثار السلبية للممارسات الاقتصادية الخاطئة للنظام الرأسمالي و النظام الاشتراكي و حصول المؤسسة على مكاسب من خلال تبنيتها للمسؤولية الاجتماعية.
- أهمية المسؤولية الاجتماعية ترجع لكونها تعمل على تحسين الأداء المالي، تخفيض التكاليف، تحسين سمعة المؤسسة، زيادة الإنتاجية و الجودة، جذب الموظفين و الحفاظ عليهم... الخ.
- قياس المسؤولية الاجتماعية تركز على مؤشرات الأداء الاجتماعي (تكاليف الإنتاج، تكاليف العمال)، مؤشرات تكاليف المجتمع، و مؤشرات الأداء البيئي.
- المستشفى: تنظيم اجتماعي صحي هدفه تقديم رعاية طبية للمجتمع علاجاً ووقاية تحت تفاعل أنظمة فرعية مثل النظام الطبي، التمريضي، الإداري و النظام الاقتصادي و الاجتماعي.
- برز دور المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات كنتيجة لتغير مفهوم العقد الاجتماعي (اتفاق و التزام) بين المستشفى و المجتمع و كنتيجة للتطور التكنولوجي وما صاحبه من مخاطر و ارتفاع التكاليف و من تطور حاجات و رغبات المجتمع، إضافة إلى تأثير جماعات الضغط المناهضة بالعدالة و المساواة بين مختلف فئات المجتمع في الحصول على الخدمات ما دفع بالحكومات إلى مزيد من القوانين و التشريعات.
- لا اختلاف لمفهوم المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات عن منظمات الأعمال من حيث المفاهيم و الأبعاد، إلا ما يمكن إرجاعه في الاختلاف إلى طبيعة الخدمات¹ مما يعقد في الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية لهذه المؤسسات

¹ سبق الإشارة إليه في الفصل الثاني.

من جهة أخرى أصحاب المصلحة سواء كانوا مباشرين أو غير ذلك هم اشد وقعا و تأثيرا في المستشفيات من إدارة الأعمال لكون الخدمة تتعلق بصحة الإنسان فلا مجال للخطأ و النسيان فقد يتسبب غياب دواء أو خطأ في تناوله، تأخر سيارة إسعاف ،خطأ طبيب...في تأخر برء،تعقيد حالة أو حتى موت بشر.

- خلافا لمنظمات الأعمال كذلك،خدمات المستشفيات تتضمن و تتطلب أخلاقيات ومبادئ المسؤولية الاجتماعية فقد كانت عبارة عن ملاجئ للفقراء و المساكين إلى أن وصلت إلى ما هي عليه الآن. إن مصطلح المصلحة المادية الصرفة لمنظمات الأعمال لا تنطبق على إدارة المستشفيات و إنما هي أخلاقية طوعية واجتماعية قبل كل شيء لدى المستشفيات.

-اختبار الفرضيات:

- الفرضية الأولى: يتوقف التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤوليتها الاجتماعية على مدى مشاركة

جميع الأطراف أصحاب المصلحة.

عولجت الفرضية اعتمادا على النقاط التالية :

يصادف كل من يبحث في مجال المسؤولية الاجتماعية للشركات العشرات من التعاريف الصادرة من توجيهين. الأول و هو ما تتفق حوله التعارف الأكاديمية. أما التوجه الثاني وهو ما اجتمعت حوله التعاريف الصادرة من المنظمات والهيئات المحلية والدولية، فكلها لها مضامين مختلفة لكنها تؤكد على الاستجابة للطرف الآخر بمسميات مختلفة منها :اصحاب المصلحة،المساهمين،المجتمع،الأطراف الأخرى...فكل المفاهيم تضمنت التأكيد على الاستجابة لأصحاب المصلحة بشكل أو بآخر.

-من التطور التاريخي فقد نمت وتطورت المسؤولية الاجتماعية كنتيجة طبيعية لإخفاق الأعمال في الاستجابة لاحتياجات بيئتها الاجتماعية ولمصالح الأطراف الأخرى فيها. فهي نتاج المشكلات الكثيرة والأزمات العديدة التي ارتبطت بجرية الأعمال ونظرتها الضيقة لمصلحتها الذاتية على أصحاب المصالح .

– من أهم النظريات المفسرة للمسؤولية الاجتماعية لدينا نظرية أصحاب المصلحة التي تعتبر المرجعية الأساسية لهذه الأخيرة و التي تشير لعدد من المجموعات ذات الاهتمامات الخاصة التي تستطيع التأثير على المؤسسة . فحسب تصنيف كلاركسون Clarkson سنة 1995 الذي اعتبر " أصحاب المصالح فئتين : الأساسيين والثانويين، فالأساسيين هم الذين يستثمرون أموالهم في المؤسسة، فهم بذلك ضروريين من أجل ضمان السير العادي للمؤسسة. ويدخل ضمن هذه الفئة كل من أصحاب رؤوس الأموال والمستثمرين والعمال والموردون والزبائن. أما الفئة الثانية فتضم كل الأفراد أو المجموعات التي تؤثر أو تتأثر بالنشاط الذي تمارسه المؤسسة ولكنهم ليسوا ضروريين لضمان بقاء وديمومة المؤسسة.²

بناء على هذا الطرح يبقى التزام المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات تحت تأثير مجموعة من الأطراف ضرورة حتمية، حيث لا يمكن لهذه الأخيرة توفير الخدمات الصحية دون مشاركون و مساندة جميع الأطراف .

– الفرضية الثانية: تعتبر المسؤولية الاجتماعية ضمن البعد الأخلاقي للعمل ضمن المؤسسات

الإستشفائية.

تكمن أهمية أخلاقيات الأعمال سواء بالنسبة للمؤسسة أو الأفراد الذين ينتمون إليها أو للأطراف ذات المصلحة في أنها تعد أمرا مهما في تقوية مدى الالتزام بمبادئ العمل الصحيح الذي بإمكانه توجيه المؤسسة نحو مفهوم أوسع يبرر وجودها فمن خلال المفاهيم المتعددة فهي مجموعة عامة من المعتقدات و القيم و المبادئ التي تحكم سلوك الفرد في إتخاذ القرارات و تمييز بين ما هو صواب وما هو خطأ، جيد، سيء، حلال حرام. و من هذه القيم ما يلي: (الأمانة، إطاعة النظم، احترام الآخرين، المساعدة و التعاون، الصدق، العدل، الرحمة، الولاء، التحكم في النفس). فكلها قيم أخلاقية صرفة المؤسسات الاستشفائية أولى في تبنيتها من المؤسسات الأخرى.

² Eric PERSAIS, Op. Cit., p169.

- تعد الأخلاقيات اليوم من الأمور المهمة لشغل الوظيفة في المؤسسات إذ يتم التأكيد عليها من إدارتها لأنها تعد بمثابة الرقابة الذاتية للفرد لأنه يستطيع أن يميز بين الصواب والخطأ في سلوكه أثناء العمل. ناهيك عن المستشفيات التي يعد عملها أخلاقياً قبل كل شيء.

- أقر منذ آلاف السنين على أن الأخلاق هي مطلب أساسي لأي مهنة. ولقد أكدت كل النظم القديمة إلى حد ما على هذا المطلب. أستنبط الغربيون النظم الأخلاقية الطبية من قسّم أبقرط القديم ومن مبادئ الشرف النبيلة. ولقد دونت معايير السلوك المهني في أواخر القرن السابع عشر، وتبنتها الجمعيات الطبية رسمياً في بدايات القرن التاسع عشر.

- تعتمد الأخلاق المهنية الإسلامية على الأسس والمبادئ الأخلاقية التي نصّها القرآن الكريم، والتي تُشكل بدورها نموذجاً أخلاقياً لكل الأجناس البشرية، وكلّ المهن وفي كلّ زمن³.

- يزداد التزام المؤسسات بأخلاقيات العمل احترام المجتمع لعمال المستشفيات من أطباء و ممرضين و غيرهم وهذا لا ينكره احد.

- شهادات علمية كشها دة الإيزو و الجودة الشاملة يقترن بالالتزام من قبل المؤسسة بالعديد من المعايير الأخلاقية.

من الجانب التطبيقي الدراسة الحالية تؤكد هذه الفرضية من خلال تحديد مجموعة أبعاد لأخلاقيات عمل المستشفيات تم استنتاجها من الدراسات السابقة موضحة في الاستبيان حيث م سرت هذه الأبعاد الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف فكانت النتائج جيدة على مستوى المحاور تؤكد مدى التزام الطبقة العاملة بمختلف فئاتها بأخلاقيات المهنة، كذلك من الدراسات السابقة ما يؤكد ذلك مثل دراسة

³ بعض دساتير أخلاقيات المهنة الطبية : قسم أبقرط (400 ق.م ، Hippocrates، توماس بيرسيغال1740) م-1804م، الدستور الأخلاقي للجمعية الطبية الأمريكية (أم أ) 1846م دستور نورمبرغ (1947) م، إعلان جنيف (1948 م)، إعلان هيلسنكي (1964 م: متاح على موقع الانترنت <https://www.nmisr.com/vb/showthread.php?t=71932> ، تاريخ الصفح 21.09.2016.

(حسدین، الحمدل، 2011 عنوان (المسؤولية الاجتماعية وانعكاساتها على أخلاقيات الأعمال). كذلك دراسة الطه (2002) عنوان الدراسة " :المسؤولية الاجتماعية والأخلاقية للمنظمات الإنتاجية في توفير مبدأ حماية المستخدم " بالتطبيق على مجموعة من المنظمات العراقية. هدفت الدراسة إلى بيان المواقف المتناقضة في تطبيق مفهومي المسؤولية الاجتماعية والمسؤولية الأخلاقية لدى المنظمات الإنتاجية.

– الفرضية الرئيسية الثالثة واقع ممارسة المؤسسات الإستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية متباين تجاه أصحاب المصلحة: (العاملين، المستفيدين (المرضى)، المجتمع، البيئة، المؤسسات الداعمة و المتعاملون).

حسب نتائج الدراسة، الإجابات متباينة نلخصها كالآتي:

– واقع ممارسة المؤسسات الإستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية متوسط من وجهة نظر العاملين، يأتي في المرتبة الأولى محور ظروف العمل تم يليه المتغيرات الأخرى كاهتمام المؤسسة بعمل المرأة و النقابات العمالية. أما المرتبة الأخيرة فتعود لمحور التوظيف حيث تؤثر بعض المتغيرات كعدم التصريح بالمناصب الشاغرة، الشافية و العدالة على واقع الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية .

– الدراسة كذلك تؤكد عدم وجود اختلافات في الإجابات تبعا للجنس ذكور أو إناثا، لكل محور من محاور الدراسة (التوظيف، ظروف العمل، مزايا أخرى) في واقع التبي.

– من النتائج كذلك عدم وجود فروق في متوسطات الإجابة تبعا للتقسيمات ذات الشائبة الأعلى، تخصص طبيعة العمل، المستوى الدراسي و الخبرة المهنية تشمل كافة المحاور باستثناء محور التوظيف الذي يعكس اختلاف واقع المسؤولية الاجتماعية ما بين فئات العمال، حيث يلاحظ اهتمام أكبر بالأطباء في مجال التوظيف دون الفئات العاملة الأخرى.

- واقع ممارسة المؤسسات الإستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية جيد حسب المرضى المستفيدين لمجموع

المحاور مع تفاوت نسبي بينهما. هناك تبني مرتفع حسب الترتيب لكل من: الجوانب المادية، محور الاستجابة

و محور الأمان تم محور التعاطف و الاعتمادية. أما محور ظروف الإيواء فجاءت درجة التبني متوسطة .

- واقع ممارسة المؤسسات الإستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية متوسط اتجاه المجتمع على كافة

الفقرات باستثناء فقرة التبرعات للجهات الخيرية و شكاوى المجتمع التي تبقى خارج سيطرة المستشفى .

- واقع ممارسة المؤسسات الإستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية ضعيف اتجاه البيئة. فاهتمام المؤسسة

بالجانب البيئي يبقى دون المستوى و لا يجري التطورات في اعتماد المؤسسة الطرق الحديثة، فمازالت

المستشفى تعتمد الطرق التقليدية في التخلص من النفايات الأمر الذي ينعكس سلبا على المجتمع و البيئة .

- يتطلب على المؤسسة الاهتمام أكثر بالمساحات الخضراء .

- واقع ممارسة المؤسسات الإستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية متوسط اتجاه المتعاملون بصفة عامة

رغم الاهتمامات الكبيرة التي توليها المؤسسة لكل من الالتزام بالقوانين، دفع الضرائب و الرسوم و مستحقات

الضمان الاجتماعي . من ناحية موردو المؤسسة و من خلال المقابلة للبعض فإن الالتزام متوسط يؤثر عليه كثيرا

عدم الالتزام بمواعيد دفع المستحقات من فواتير وغيرها.

- **التوصيات:** وفقا لاستنتاجات الجانب النظري و نتائج الدراسة الميدانية المبينة على التحليل الإحصائي للبيانات

يمكن الخروج بالتوصيات التالية:

- التأكيد على ضرورة اهتمام المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة بالطبقة العاملة بمختلف فئاتها بتحسين

ظروف العمل بصفة عامة و خاصة الأجور و الترقيات كونها نقاط اختلاف بين النقابات العمالية و الوزارة

الوصية، إلى جانب محور التوظيف الذي يعاني من سوء التخطيط و التنبؤ بالمناصب دون الاعتماد على

إستراتيجية واضحة تلبي حاجيات المستشفى و المجتمع .فالإحصائيات تندر بأزمة حادة في اليد العاملة على المدى القريب تخص كل الفئات وخاصة التمريضية منها.

-ضرورة الاهتمام أكثر بالمرضى بالتركيز على الجوانب المادية من حيث النظافة و التغذية و ظروف الإيواء إلى جانب محور الاعتمادية الذي يبقى بحاجة إلى دعم أكثر لمختلف التخصصات من حيث الكفاءات البشرية والمعدات والآلات الطبية التي من شأنها أن تعطي دعما قويا للخدمات الصحية و تقضي على النقص و التفاوت الحاصل بين الشمال و الجنوب وتجنب المجتمع المحلي عناء السفر إلى مستشفيات المناطق الشمالية لتلقي العلاج.

-المؤسسات الاستشفائية من خلال نشاطها تفرز نفايات ضارة و خطيرة تلحق الضرر بالمجتمع ككل كما تسبب في تلوث البيئة ما يتطلب و يستدعي ضرورة التزام المستشفى بتوفير الأدوات والمستلزمات الوقائية بشكل كافي لكافة الفئات العاملة أثناء تواجدها أو تعاملها مع المرضى واعتماد تقنيات و تجهيزات حديثة للتخلص من النفايات و الإنبعاثات الغازية الضارة.

-التأكيد على ضرورة المساندة من طرف المؤسسات الاستشفائية الأخرى من اجل تخفيف الضغط على المستشفى من قبل المراكز الصحية و قاعات العلاج باحتوائها بعض الحالات المرضية و خاصة المؤسسات الخيرية و هيئات الضمان الاجتماعي في تقديم الدعم المالي و المادي للمستشفى. كما نؤكد كذلك على دور الشراكة بين مستشفيات الشمال و الجنوب في تقديم التسهيلات لاستقبال المرضى و احتوائهم حتى يتمكنوا من الرعاية اللازمة.

-ضرورة تكثيف مشاركة المؤسسة الاستشفائية في التبرعات الخيرية في إطار نشاطها على شكل برامج تطوعية لا تقتصر على المناسبات فقط و بعض العمليات البسيطة بل تمتد لتشمل عمليات معقدة تتطلب عناية خاصة مثل تلك التي تتطلب عناية خارج الوطن.

-التأكيد على دور القوانين و التشريعات الحكومية من اجل تفعيل دور المستشفيات في التزامها بمسئوليتها الاجتماعية عن طريق احترام القانون و ضمان العلاج للفئات المعوزة و القضاء على التفاوت بين مناطق التراب الوطني مع مراعاة خصوصيات كل منطقة من حيث التركيبة السكانية و الجغرافية.

-التأكيد على أن المسؤولية الاجتماعية تحتاج إلى دعم مادي و مالي سواء من الجمعيات الخيرية أو من الوزارة المعنية حتى تستطيع المستشفيات القيام بالتزاماتها المختلفة المتزايدة و الغير محدودة على غرار الميزانيات الإضافية السنوية للقطاع .

-ضرورة مراقبة المشاريع الموجهة لهده المستشفيات مع مراعات تطبيق المقاييس العالمية و إجبار المؤسسات الاستشفائية على الالتزام بمعايير الجودة و شهادات المواصفات الدولية التي من شأنها تقوية و تعزيز المسؤولية الاجتماعية للمستشفى .

-على المستشفى او المستشفيات بصفة عامة العناية أكثر بمؤشرات الأداء مع إدراج مؤشرات المسؤولية الاجتماعية ضمن المؤشرات الأساسية حتى تتمكن من تحسن م مراقبة التزاماتها اتجاه أصحاب المصالح. إن تأصيل المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات في مختلف العمليات أصبح موضوعاً ذا أهمية بشكل متزايد لأسباب استراتيجية للشركات وللحصول على المنافع المترتبة من ذلك مثل وجود مستويات مرتفعة من المساءلة والشفافية، وتعزيز الامتثال للمعايير، وتحسين أداء العمليات واستخدام الموارد والنظم، وتحسين الممارسات للقوى العاملة، وزيادة الحوار الاجتماعي والذي يعمل بالتالي على زيادة المصداقية. ولذلك فإن الشركات الناجحة تعمل على تعزيز مسؤوليتها الاجتماعية بما يقوي علاقاتها مع أصحاب المصلحة والحكومات والمساهمين والشركاء والموردين والزبائن والمستهلكين، حيث توفر بيئة يستفيد فيها الجميع.

آفاق البحث:

- مقارنة واقع المسؤولية الاجتماعية بين المستشفيات العامة و المستشفيات الخاصة.
- الدعم المالي (الميزانية) و تأثيرها على التزام المستشفيات بمسئوليتها الاجتماعية.
- مدى تأثير أصحاب المصلحة على التزام المستشفى بمسئوليتها الاجتماعية.
- الكفاءات الإدارية للمستشفى ودورها في تعزيز المسؤولية الاجتماعية للمستشفى.
- مدى تأثير الضمان الاجتماعي في قيام المستشفيات بمسئوليتها الاجتماعية.

المراجع

المراجع

المراجع باللغة العربية

القرآن الكريم

الأحاديث النبوية

- الكتب

1. ابو بكر محمد زكرياء الرازي، أخلاقيات الطبيب: تقديم وتحقيق عبد اللطيف محمد العبد، القاهرة، دار التراث، 1977.
2. أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات، رؤية معاصرة، مصر، المكتبة العصرية للنشر و التوزيع، الطبعة الاولى، 2006 .
3. إفون تيران، المواجهات الثقافية في الجزائر المستعمرة (ترجمة: محمد عبد الكريم أوزغلة) الجزائر: دار القصبه، 2007
4. إميل دوركيم والتصور الوظيفي للمجتمع، المكتبة المصرية للنشر والتوزيع.
5. السكارنة بلال خلف. أخلاقيات العمل. الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، 2009.
6. الاونكتاد ، السياسات العامة للأعمال وهياكل التنظيم الأساسية ،المنهج الدولي لمؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية المجمع العربي للمحاسبين القانونيين، عمان ، الاردن. 2001 .
7. العنزي سعد ، " محاول جادة لتأطير نظرية أصحاب المصالح في دراسات إدارة الأعمال"،مجلة العلوم الاقتصادية و الإدارية، كلية الإدارة و الاقتصاد، جامعة بغداد، العراق، المجلد13، العدد2007،48.
8. القرشي، محمد بن محمد بن احمد، " معالم القرية في أحكام الحسبة"، الهيئة العامة للكتب، القاهرة، 1976 .
9. بلال خلف السكارنه، أخلاقيات العمل، عمان ،الأردن، دار المسيرة للنشر و التوزيع، 2011.
10. تامر ياسر البكري، التسويق و المسؤولية الاجتماعية، الطبعة الاولى، دار وائل للنشر، 2001
11. تامر الياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية ،الطبعة الاولى، عمان/الاردن، 2005.
12. الادارة الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الطبعة الأولى، 2008.
13. حسين، عادل الشيخ، " البيئة مشكلات وحلول" ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 1997 .
14. زيارة فريد فهمي، وظائف منظمات الاعمال، مدخل معاصر، عمان،الأردن، دار اليازوري للنشر و التوزيع، 2009
15. سيد محمد جاب الرب ، إدارة منظمات الأعمال ، مكتبة الجلاء الحديثة، بور سعيد، 1995.
16. سليم بطرس جاد، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية،الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2007.
17. سيد محمد جاد الرب، إطار مقترح لإدارة الصراعات التنظيمية، المجلة العلمية للإقتصاد و التجارة، كلية التجارة، جامعة عين شمس، العدد الأول.

18. سيد محمد جاد الرب، المنظمات الصحية و الطبية، منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة
19. سيد محمد جاد الرب، إدارة منظمة الأعمال، منهج متكامل في إطار مدخل النظم، دار النهضة العربية، 1995.
20. طاهر محسن منصور الغالبي، صالح مهدي محسن العامري، المسؤولية الاجتماعية و أخلاقيات الأعمال (الأعمال و المجتمع)، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2005.
21. طاهر محسن المنصور الغالبي و صالح مهدي محسن العامري، الإدارة والأعمال، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الاولى، 2007.
22. طاهر محسن منصور الغالبي، صالح مهدي محسن العامري، المسؤولية الاجتماعية و أخلاقيات الأعمال (الأعمال و المجتمع)، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2005.
23. على ليلة، فلفيدو باريتو ودورة الصفوة في إطار النظام، المكتبة المصرية للنشر والتوزيع.
24. عبد المؤمن شجاع الدين: " المسؤولية الاجتماعية للشركات بين الفقه والقانون"، كلية الشريعة والقانون، جامعة صنعاء.
25. عبد الكريم درويش، ليلى تكلا، أصول الإدارة العامة، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الثالثة، القاهرة، 1972.
26. عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، الطبعة الاولى، القاهرة، 1998.
27. عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم و التطبيقات، مصر، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003
28. عبد الكريم درويش، ليلى تكلا، أصول الإدارة العامة، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الثالثة، القاهرة، 1972.
29. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الطبعة الأولى، 2008.
30. فريد توفيق نصيرات إدارة المستشفيات، إثراء للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الاردن، 2008.
31. محمد عادل عياط، المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة، مدخل لمساهمة منظمات الاعمال في الإقتصاد التضامني،
32. محفوظ جودة، التحليل الإحصائي الأساسي باستخدام SPSS، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، الأردن، 2008.
33. محمد الصيرفي، المسؤولية الاجتماعية للإدارة، الطبعة الأولى، دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر، مصر، 2007.
34. مسلم السعد و طاهر الغالبي، السياسات الإدارية: المفهوم، الصياغة و الحالات الدراسية، دار الكتب للطباعة و النشر، جامعة البصرة، 1990.

35. نجم عبود نجم، أخلاقيات الإدارة و مسؤولية الأعمال في منظمة الأعمال، الطبعة الاولى، الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2006.

36. نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط 1 ، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008 .

37. نادية العارف، التخطيط الإستراتيجي و العولمة، الدار الجامعية للنشر و التوزيع، الإسكندرية، 2002-2003.

الرسائل و الاطروحات

1. أمير جيلالي، تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر. رسالة ماجستير، علوم اقتصادية، فرع تخطيط، جامعة الجزائر، 2001
2. المعاضيدي محمد عصام احمد ، اثر أخلاقيات العمل في تعزيز إدارة المعرفة" ، دراسة لآراء عينة من تدريسيي جامعة الموصل رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية الإدارة والاقتصاد ، جامعة الموصل 2005.
3. الطه شهاب محمد محمود ، المسؤولية الاجتماعية والأخلاقية للمنظمات الإنتاجية في توفير مبدأ حماية المستخدم بالتطبيق على مجموعة من المنظمات العراقية ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية الإدارة والاقتصاد ، جامعة الموصل، 2002.
4. ريمة بوعزيز، "إختيار المريض لأسلوب العلاج في القطاع العام و القطاع الخاص." رسالة ماجستير، معهد علم الاجتماع، تخصص .ديمغرافيا، جامعة الجزائر، سنة 2002 .
5. عبد الله بن منصور، إشكالية العلاقة بين الاقتصاد و الأخلاق، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير جامعة تلمسان، 2008.
6. عمر علي عبد الصمد، دور المراجعة الداخلية في تطبيق حوكمة المؤسسات - دراسة ميدانية، مذكرة ماجستير، مالية و محاسبة، جامعة المدية، الجزائر، 2008/2009.
7. فؤاد محمد حسين الحمدي " الأبعاد التسويقية للمسؤولية الاجتماعية للمنظمات وانعكاساتها على رضا المستهلك " -دراسة تحليلية لآراء عينة من المديرين والمستهلكين في عينة من المنظمات المصنعة للمنتجات الغذائية في الجمهورية اليمنية، كلية الإدارة والاقتصاد في الجامعة المستنصرية، اليمن، 2004
8. محمد عاطف محمد ياسين، واقع تبني منظمات الأعمال الصناعية للمسؤولية الاجتماعية دراسة تطبيقية لآراء عينة من مديري الوظائف الرئيسية في شركات صناعة الأدوية البشرية الأردنية ، مذكرة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا كلية العلوم الإدارية والمالية، 2008.
9. بخدة الزهراء " اثر ممارسة المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات على سلوك المستهلك " مذكرة ماجستير دراسة حالة مؤسسة جيزي للاتصالات، جامعة بشار، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، 2013.

10. إبراهيم علي عبيد الخالد "أثر التزام المستشفيات بالمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمات الصحية المدركة" رسالة ماجستير (دراسة تطبيقية على عينة من المرضى في المستشفيات الخاصة بمدينة عمان/الأردن)، 2015.
11. بن سفيان الزهراء "مساهمة المسؤولية الاجتماعية للمقاول في تحقيق التنمية المستدامة"، رسالة الدكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير جامعة تلمسان، 2014.
12. مقدم وهيبه بعنوان "تقييم مدى استجابة منظمة الاعمال في الجزائر للمسؤولية الاجتماعية" رسالة الدكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير جامعة وهران، 2013.
13. محمد عاطف محمد ياسين رسالة ماجستير، 2008 "واقع تبني منظمات الأعمال الصناعية للمسؤولية الاجتماعية".

- المجالات و الملتقيات

1. الخير، حماية المستهلك ودورها في رفع مستوى الوعي الاستهلاكي لدى المواطن السوري، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد السابع عشر، العدد الأول، 2001.
2. أبو فضة أبو مروان محمود، "عقد الوكالة و تطبيقاته في المصارف الإسلامية"، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، الجامعة الإسلامية بعزة، فلسطين، جوان 200، مجلد 17، العدد 02، جوان 2009.
3. أحمد فرغلي محمد "إتجاهات الفكر المحاسبي في مجال محاسبة المسؤولية الاجتماعية"، مجلة كلية العلوم الإدارية، جامعة الرياض، العدد 15 سنة 1996.
4. الخير، حماية المستهلك ودورها في رفع مستوى الوعي الاستهلاكي لدى المواطن السوري، مجلة .جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد السابع عشر، العدد الأول، 2001.
14. أبو فضة أبو مروان محمود، "عقد الوكالة و تطبيقاته في المصارف الإسلامية"، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، الجامعة الإسلامية بعزة، فلسطين، جوان 200، مجلد 17، العدد 02، جوان 2009.
15. أحمد فرغلي محمد "إتجاهات الفكر المحاسبي في مجال محاسبة المسؤولية الاجتماعية"، مجلة كلية العلوم الإدارية، جامعة الرياض، العدد 15 سنة 1996.
16. منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2009.
17. حارس كريم العاني، دور المعلومات المحاسبية في قياس وتقييم الأداء الاجتماعي للمؤسسات الصناعية، المؤتمر العلمي الرابع حول: الريادة والإبداع، كلية العلوم الإدارية والمالية، جامعة فيلادلفيا، الأردن، 15-16/03/2005.

18. بودي عبد القادر و بن سفيان زهرة؛ "المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة الخاصة في تحقيق التنمية المستدامة"؛ مجلة الاقتصاد و المناجمنت؛ منشورات كلية العلوم الاقتصادية و التسيير؛ جامعة تلمسان؛ العدد10؛ أكتوبر 2011.
19. تامر البكري و أبي سعيد الديوتحي " إدراك المديرين لمفهوم المسؤولية الاجتماعية " المجلة العربية للإدارة، المجلد رقم 2، العدد الأول ، 2001.
20. طاهر محسن و صالح العامري، المسؤولية الاجتماعية لمنظمات الأعمال الثقافية: نظام المعلومات : دراسة تطبيقية لعينة من المصاريف التجارية الأردنية : مجلة العلوم الانسانية ، الأردن ، العدد 36 ، 2005.
21. نور الدين حاروش، السياسة الصحية في الجزائر بين الرهانات و الواقع،مجلة دراسات إستراتيجية،الصادرة بالجزائر ،عدد 07، /2009براحو فافة سهيلة،إصلاح المنظومة الصحية. واقع و آفاق،مجلة دراسات إستراتيجية،الصادرة بالجزائر ،عدد 06،سنة2009 .
22. مولاي لخضر عبد الرزاق، بوزيد سايح، دور الاقتصاد الإسلامي في تعزيز مبادئ المسؤولية الاجتماعية للشركات المتلقى الدولي حول:الاقتصاد الإسلامي،الواقع ورهانات المستقبل،المركز الجامعي بغرداية،يومي23-24 فيفري 2011.
23. نجم نجم عبود ، اخلاقيات الادارة في عالم متغير ، الطبعة الاولى ، المنظمة العربية للتنمية الادارية ، سلسلة بحوث ودراسات القاهرة ، جمهورية مصر العربية،2000.

- القوانين و المراسيم

1. المرسوم تنفيذي رقم 07 مؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 الموافق ل 19 مايو سنة 2007 ، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها.الجريدة الرسمية،العدد 33،الصادر بتاريخ 03 جمادى الأولى 1428 الموافق ل 20 مايو 2007.
2. المنشور الوزاري رقم 01 المؤرخ في 08 أفريل 1995 ،وزارة الصحة و السكان، المتضمن مساهمة المرضى في نفقات
3. الاطعام و الإيواء داخل المستشفى.
4. ج.ج.د.ش،المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1982 المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية،الجريدة الرسمية،عدد 06 الصادر في 12 فيفري 1986 ،ص115
5. المرسوم التنفيذي رقم 05/93 المؤرخ في 02/01/1993 و المتعلق بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية.
6. و المرسوم التنفيذي رقم 93/140 المؤرخ في 30/03/1994/و المتعلق بإنشاء المخبر الوطني لرقابة المواد الصيدلانية

7. المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/02/09 المتعلق بإنشاء الديوان الوطني للدواء، و المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/03/30 المتعلق بتحويل معهد باستور الجزائري الى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي و تجاري، و المرسوم التنفيذي رقم 293/94 المؤرخ في 1994/09/25 المتعلق بإنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات،
8. المرسوم التنفيذي رقم 108/95 المؤرخ في 1995/04/09 المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للدم، المرسوم التنفيذي رقم 68/96 المؤرخ في 1996/01/27 المتعلق بإنشاء المتعلق بإنشاء المفتشية العامة لوزارة الصحة و السكان.
9. المرسوم التنفيذي رقم 355/96 المؤرخ في 1996/10/19 المتعلق بإنشاء شبكة المخابر للتجارب و التحليلات القيمة.
10. المرسوم التنفيذي رقم 227/98 المؤرخ في 1998/07/13 المتعلق بالنفقات لتجهيزات الدولة و من بينها التجهيزات الصحية و العمليات المركزية.
11. المرسوم التنفيذي رقم 07 مؤرخ في 02 جمادي الأولى عام 1428 الموافق ل 19 مايو سنة 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها. الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادر بتاريخ 03 جمادي الأولى 1428 الموافق ل 20 مايو 2007.
12. المنشور الوزاري رقم 01 المؤرخ في 08 أبريل 1995، وزارة الصحة و السكان، المتضمن مساهمة المرضى في نفقات
13. الاطعام و الإيواء داخل المستشفى.
14. الجريدة الرسمية، العدد /12/ 65 المؤرخ في 1973م 28 - 2 - المتعلق بإنشاء الطب الوقائي في القطاعات الصحية ج.ج.د.ش، الأمر رقم 01. 73، الصادرة بتاريخ 1 جانفي 1974 م.
15. المرسوم التنفيذي رقم 93/ 13 المؤرخ في 25 فبراير سنة 2013 يتم قائمة المؤسسات الاستشفائية لطب العيون الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 12-281 المؤرخ في 09 جويلية 2012 و المتضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية لطب العيون و تنظيمها و تسييرها.
16. المرسوم التنفيذي رقم 204/ 07 المؤرخ في 30 جوان 2007 المتمم للمرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و تنظيمها و سيرها.
17. المرسوم التنفيذي رقم 140/ 07 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء تنظيم و تسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية المعدل و المتمم .

- مواقع الانترنت

24. منتدى التنمية البشرية، الموقع <http://muntada.islamtoday.net/t80831.html>
25. أحمد محمد البوتي، اخلاقيات الاعمال و أثرها في تقليل الفساد الإداري، الموقع www.nazaba.iq/conf7-soci5.pdf
26. ناديا متى فخرى، المسؤولية الإجتماعية، عناصرها ومظاهرها وكيفية تنميتها، <http://www.islamonline.net/servlet>
27. Ayadi Salma Damak, la théorie des parties prenantes :théorie empirique ou théorie normative- site :Halshs-archivves-ouvertes.fr ,.
28. http://www.santemaghreb.com/algerie/pdf/poivue_86.pdf,
29. www.sante.dz
- 30.L'ISO et la responsabilité sociétale, <http://www.iso.org>.
31. :Guest Author, ISO 26000 and the Definition of Social Responsibility, March 14th, 2011, on the web site: <http://www.triplepundit.com>.
- 32.Site AFNOR, La norme ISO 26000 en quelques mots, <http://www.afnor.org/profils/centre-d-interet/rse-iso-26000/la-norme-iso-26000-en-quelques-mots>

- المراجع باللغة الفرنسية

- Les ouvrages :

1. A.Bouchrit,Dj.Auuld abbas,M.Toumi,Le système de santé durant la guerre de l'libération national ,Ministère de la santé,Alger,1983.
2. Commission des communautés européennes, livret vert, promouvoir le cadre européen pour la Responsabilité Sociale des Entreprises, Bruxelles,Belgique, 2001
3. Claude Vilcot,et Hervé Leclét, Indicateurs qualité en santé ,2émé Edition, AFNOR,2006
4. Ecole National de Santé Publique,le système de santé publique en Algérie,analyse et perspectives,Alger,avril 2008,.

5. Eric PERSAIS, les rapports sociétaux : Enjeux Et Limites, Revue française de gestion, Paris, France, n° 152, Septembre – octobre, 2004.
6. F.Benatia,les actions humanitaires pendant la lutte de libération(1954–1962),Alger,Imprimerie Dahlab,1999.
7. Gond J.P, Igalens. J. La responsabilité sociale de l'entreprise,collection
8. Jean Christophe LEPISSIER,manager:une responsabilité sociale, edi:Liasons, Paris2001.
9. Marie française GUYONNAND et Frédérique WILLARD, management environnemental durable des entreprises, edi : ADEME, France, 2004
10. Michel Capran Et Françoise Quarel,La Responsabilité Sociale Des Entreprises ,Ed, La Decouverte,Paris,2007.
11. Manne, Henry G. & Henry C. Wallich, The Modern Corporation and Social Responsibility, Rational Debate Series, American Enterprise Institute For Public Policy Research, Washington, D. C.
12. Ministère de la Santé,L'organisation de la distribution des soins durant la période coloniale,séminaire sur le développement d'un système national de santé:l'expérience algérienne,Exposé n°1,Alger les 07 et 08 avril,1983.
13. Mohamed Amir,l histoire de la santé en Algérie , Alger:o.p.u.
14. Ministère de la santé et de la population, Direction de la planification,
15. Observatoire de la responsabilité sociétale de l'entreprise « ORSE » et Agence française de normalisation « AFNOR », Développement durable et entreprises, Editions AFNOR, France, 2003 .
16. Parsons. Talcott, The Social System. The Free Press, Glencoe, Illinois,1922.
17. P.D.A.R ,noitacifinalp al ed noitceriD ,étnas al ed erètsiniMstatistique sanitaire ,alger,1999.
18. R.A.D.P, Ministère de la santé et de la population, Développement du système national de santé,stratégie et perspectives, Alger, Mai 2003.
19. République Algérienne Démocratique et Populaire,Ministère de la Population et de la Réforme Hospitalière,statistiques sanitaires année 2007,Alger,2008

20. Que Sais-je ? Puf, Nov 2008
21. SMO, ednom el snad étnas al rus troppaR pour un réel changement, Genève ,1999.
22. Samuel MERCIER, l'apport de la théorie des parties prenantes au management stratégique: une synthèse de la littérature, 10eme conférence de l'association Internationale de Management Stratégique « AIMS », du 13 au 15 juin 2001, Faculté des Sciences de l'Administration, Université LAVAL, Québec.

المراجع باللغة الانجليزية

23. ATAUR Rahman Belal, Corporate Social Responsibility Reporting in Developing Countries, (Corporate social responsibility series) Ashgate Publishing Company, USA, 2008.
24. Archie B CAROLL, Corporate Social responsibility : evolution of a divisional construct, Business Society, USA, 1999, vol. 38, n° 3.
25. ,evitcepsreP labolG A :tnemeganaM ,dloraH ,ztnook dna znieH ,hcirhieW lliH warGcM ,noitidE lanoitanretnIInc., New York, USA,193,p70,
26. Bedeian, Arthur G., Management, New York: Harcourt Brace Jovanovich,1993.
27. Banerjee Sbhadrata Boddy, Corporate Responsibility :The Good-The Bad And The Ugly,UK:Edward Elgar Publishing;2007
28. Beekun, I.,Rafik, "Islamic Business Ethics", November ,1996.
29. Coopératives- ; Thèse Présentée *Comme* Exigence Partielle Du Doctorat En Adniinistration ; Septembre 2009 .
30. Cooper Stuart, Corporate Social Performance-A Stakeholder Approate,op.cit.p24.
31. Christian Brodhag, Le Developpement Durable, Colloque INAISE (International Association of Investors in Social Economy), Mulhouse, France, 23 mai 2002
32. Cegato Luis Francisco Bertomeu,Corporate Social Responsibility In Brazil :A Case Study Of The Barazilian Consumers Perception, maters.
33. Cooper Stuart, Corporate Social Performance-A Stakeholder Approate, USA:Ashgate Publishing Company,2004.

34. Donnelly. Jr. J. H., and Ivancevich, J.M., (1975), Role Clarity and the Salesman, Journal of Marketing, pp. 71–77.
35. Education Working Papers, No. 55, OECD Publishing.
36. Frank Hond Et Al, Managing Corporate Social Responsibility In Action Talking,(Corporate Social Responsibility Series),Ashgate Publishing Company, Usa,2007.
37. Garriga Elisabet et Melé Doménec,”corporate social responsibility héories :Mopping the territory”, journal of busness Ethics, University of Northern BritishClumbia,2004,issue53,2004
38. Growther David et Bacchus Lez Rayman , Perspectives On Corporate Social Responsibility, England :Ashgate Pubishing Limited,2005.
39. Gill, R., (2011), Using Storytelling to Maintain Employee Loyalty during Change, International Journal of Business and Social Science, Vol. 2 No. 1
40. Growther Davidd Et Aras Guler,Corporate Social Responsibility, London :Ventus Publishing APS,2008.
41. Haan,G.,(2010),The development of ESD-related competencies in supportive institutional frameworks, Int Rev Educ, Vol. 56.
42. John,W.R., (2009),Medical Ethics Manual, 2nd edition,World Health Communication Associates, UK..
- 43.L,W?rue and L,Byars (1989)Management,Irwin Homewood Illinois.pp.602–603.
44. Lightsey, O.R., Maxwell, D.A., Nash, T.M., Rarey, E.B., & McKinney, V.A., (2011), Self-Control and Self- Efficacy for Affect Regulation as Moderators of the Negative Affect–Li fe Satisfaction Relationship, Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly Steptoe, N. 2.
45. Milton Friedman, The Social Responsibility of Business is to Increase its Profits, The New York Times Magazine, September 13, 1970. Copyright , 1970 by The New York Times Company
46. 142p.ASU odnalrO ,sserP nedyrD .de ^{ht}4 tmemeganaM ,(1997) ,.L drahciR ,tfaD

47. Oyewole.S.A.,Farde.A.M., Haight.J.M,and Okareh.O.T.(2011),“Evaluation of complex and dynamic safety tasks in human learning using the ACT-R and SOAR skill acquisition theories”, *Computers in Human Behavior*, 27.
48. Pride, M,William and Ferrell, C.O, *Marketing concepts and strategies*, Ninth Edition,Houghton, Mifflin company, Boston1997.Ralitza Germanova,corporate social responsibility as corporate governance tool : the practice by the business in bulgarie,Master thesis ;economics and Business Administration,Filand,Hanken,2008.
49. Stratégie De Lovasoa Nirina Ramboarisata; *Analyse Institutionnelle De La Responsabilité Sociale D'entreprise (Rse)- Des Institutions Financières*.
50. Sharles W.L Hill et Gareth R.Jones ,*Essentials Of Strategic Management*, Second Edition, Canada : Cengage learning,2009.
51. Toner, P. (2011), “Workforce Skills and Innovation: An Overview of Major Themes in the Literature”, OECD .
52. thesis, MA in corporate communication,Denmark,Aarhus universsity,2009.
53. Vracem Paul Van Et Umflat Maritine Jansens,*Comportement De consommateur-Facture D'influence Externe*, Belgium :De Boek-Wwesmael,1994.

الملاحق

استمارة رقم (1) استبيان موجهة إلى عمال المؤسسة العمومية الاستشفائية ترايبى بوجمعة ولاية بشار

جامعة أبو بكر بالقائد - تلمسان -

كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير

سيدي الفاضل / سيدي الفاضلة

السلام عليكم و رحمة الله تعالى و بركاته

في إطار التحضير لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير ،مدرسة دكتوراه تخصص إدارة الموارد البشرية وحوكمت الشركات ،نقوم بإجراء دراسة حول "واقع المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاستشفائية العمومية" دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية 240 سرير ترايبى بوجمعة ولاية بشار.وبما أن نجاح هذا البحث يتوقف على إجاباتكم،لذا نرجو منكم التكرم بالإجابة على الأسئلة بكل دقة و مصداقية و موضوعية، و ذلك بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة.

الإجابة على الأسئلة تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

تحت إشراف الأستاذ الدكتور: بوهنة علي

إعداد الباحث: سعيدان رشيد

تقبلوا فائق الشكر و التقدير و الاحترام

-المسؤولية الاجتماعية:التزام المؤسسات من خلال نشاطاتها بمسئولياتها اتجاه أصحاب المصالح.

-أصحاب المصالح: المقصود بأصحاب المصالح هم كل الأشخاص والجهات التي تربطها بالمنظمة مصلحة سواء كان بشكل مباشر أو غير مباشر.أصحاب المصالح المباشرين هم الذين تربطهم علاقة تعاقدية ورسمية بالمؤسسة وهم العمال و الموردون و المساهمون والزبائن،أما أصحاب المصالح غير المباشرين هم وسائل الإعلام والمستهلكين وجماعات الضغط والحكومات والمنافسين وكافة الجمهور والمجتمع بصفة عامة.

استمارة رقم (1) خاصة بالعاملين

ضع علامة (x) في الخانة المناسبة

القسم الأول: المسؤولية الاجتماعية اتجاه العاملين

- المحور الأول: البيانات الشخصية

1 - الجنس: ذكر <input type="checkbox"/>	أنثى <input type="checkbox"/>			
2 - المستوى التعليمي: متوسط <input type="checkbox"/>	ثانوي <input type="checkbox"/>	تكوين مهني <input type="checkbox"/>	جامعي <input type="checkbox"/>	
3 - طبيعة العمل: ادري <input type="checkbox"/>	طبي <input type="checkbox"/>	شبه طبي <input type="checkbox"/>	تقني <input type="checkbox"/>	
4 - الخبرة المهنية: 05 سنوات أو أقل <input type="checkbox"/>	من 06 - 10 سنوات <input type="checkbox"/>	من 11 - 20 سنة <input type="checkbox"/>	من 21 - 30 سنة <input type="checkbox"/>	أكثر من 30 سنة <input type="checkbox"/>

- المحور الثاني: التوظيف

الرقم	العبارات	موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق تماما
01	- تراعي المؤسسة مبدأ تكافؤ الفرص في التوظيف.					
02	- تقوم بالتصريح بالمناسب الشاغرة و منح الوقت الكافي للتقديم.					
03	- تلتزم الشفافية و العدالة في التوظيف.					
04	- يناسبك منصب العمل مع مؤهلاتك و مستواك.					
05	- تعتمد المؤسسة نفس معايير التقييم و ترقية العاملين.					

- المحور الثالث: مجالات المسؤولية الاجتماعية اتجاه العاملين (ظروف العمل)

الرقم	العبارات	موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق تماما
06	- توفر المؤسسة الرعاية الطبية و الصحية علاجا ووقاية لجميع العاملين بالتساوي دون استثناء.					
07	- تساهم في إقامة مشاريع سكنية للعاملين.					
08	- توفر الخدمات الترفيهية و الثقافية و الرياضية للعاملين.					
09	- تنظيم عمليات الحج و العمرة و زيارة الأماكن المقدسة.					
10	- توفر وسائل النقل و المواصلات.					
11	- توفر خدمات الأكل و الإطعام للعاملين.					

					12 - توفر الخدمات التعليمية و التكوينية للعاملين.
					13 - تقدم المستشفى منح تعليمية للعاملين.
					14 - ساعات العمل ملائمة.
					15 - توفر المدارس الخاصة بأولاد العاملين.
					16 - توفير خدمات الحضانه لأبناء العاملين بالمستشفى.
					17 - العدالة في الأجور و المرتبات حسب كفاءة العمل.
					18 - تشجيع العمال عن طرق الحوافر و التعويضات.
					19 - توفير التأمين الصحي و الاجتماعي.
					20 - توفير خدمات ما بعد التقاعد.
					21 - البيئة الداخلية للمؤسسة مناسبة للعمل(الإنارة،التدفئة، التهوية..).
					22 - تملك المؤسسة نظام امن فعال ووسائل الحماية من المخاطر.
					23 - تعتمد المؤسسة نفس معايير التقييم و ترقية العاملين.
					24 - تشارك المؤسسة العمال في اتخاذ القرار.

- المحور الرابع: أبعاد أخرى للمسؤولية الاجتماعية

الرقم	العبارات	موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق تماما
25	- تتوفر المؤسسة على ثقافة عمل المرأة.					
26	- منح العطل مدفوعة الأجر للمرأة العاملة خلال فترة الولادة.					
27	- تعترف المؤسسة بالنقابات العمالية.					
28	- توظف المؤسسة ذو العاهات و الاحتياجات الخاصة.					
29	- تمنح المؤسسة للعمال مساعدات في حالة العجز، المرض، الوفاة..					

أشكركم على حسن تعاونكم

استمارة رقم (2) اصحاب المصلحة (المجتمع، المتعاملين، البيئة)

1 -المسؤولية الاجتماعية لمستشفى (ترايبى بوجمعة 240 سيرير) اتجاه المجتمع:

الرقم	العبارات	موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق تماما
01	- تعمل المؤسسة على خلق فرص عمل متساوية للمجتمع.					
02	- تحتم المؤسسة بشكاوي المجتمع.					
03	- تساهم المؤسسة في تقليص نسبة البطالة.					
04	- توفر المؤسسة الخدمات الصحية لكل أفراد المجتمع مهما كانت ظروفهم المادية وجنسياتهم أو عقائدهم أو أعمارهم.					
05	- تقوم المؤسسة بالتبرعات الخاصة بالدعم الصحي للطبقات الفقيرة في مختلف المناسبات(ختان، جراحة....)					
06	- تعمل المؤسسة على تطوير وسائل الاتصال بين المجتمع(الاستفسارات، الاحتجاجات،التقويم...)					
07	- تقوم المؤسسة بالتبرعات للجهات أو المؤسسات الخيرية					
08	- تشارك المؤسسة في إقامة ندوات الحوار و التوعية .					
09	- تحتم المؤسسة بتوظيف المرأة و ذوي العاهات.					
10	- تتوافق أهداف المؤسسة مع القيم الأخلاقية للمجتمع و مراعاة حقوق الإنسان.					

2- المسؤولية الإجتماعية اتجاه المتعاملين مع المستشفى:

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق بشدة
01	- تلتزم المؤسسة بالقوانين و التشريعات و النظم التي تضعها الدولة مثل قوانين و نظم الإسكان و المرافق الأساسية و التوثيق في الشهر العقاري و غيرها.					
02	- تلتزم المؤسسة بدفع ما عليها من ضرائب و رسوم للدولة .					
03	- تلتزم المؤسسة بدفع ما عليها من اشتراكات للضمان الاجتماعي					
04	- تسهل المؤسسة للأجهزة المعنية الرقابة عليها ومتابعة أنشطتها.					
05	- لذا المؤسسة نظام معلومات يوفر المستندات و السجلات الملائمة للمتابعة و اتخاذ القرار.					
06	- يوجد تنسيق موضوعي و فعال بين المؤسسة و المؤسسات الأخرى المكملة لها أو المؤسسات العامة بهدف تحسين صحة الفرد و المجتمع.					
07	- تشارك المؤسسة في المؤتمرات الطبية.					
08	- تنسق المؤسسة مع أجهزة و مؤسسات المجتمع المحلي مثل الشؤون الاجتماعية، الإعلام، الإذاعة، التعليم، التوظيف...					

					08 - هناك تنسيق بين المؤسسة و منظمات الصحة العالمية و مركز البحوث الطبية و الجامعات...
					09 -تقوم المؤسسة بالمنافسة الشريفة للمؤسسات الأخرى تقوم على تقديم الأجدود من الخدمات مراعاة لظروف المجتمع.
					10 -تلتزم المؤسسة اتجاه مورديها بدفع ما عليها من فواتير لتغطية جميع مستلزمات المستشفى حسب العقود و المواعيد المحددة .

3 -المسؤولية الاجتماعية للمستشفى نحو البيئة:

الرقم	العبارات	موافق جدا	موافق	موافق نوعا ما	غير موافق	غير موافق تماما
	- تحتم المؤسسة بنظافة أماكن و محيط العمل.					
01	- تحتم المستشفى بالعنصر البيئي و تقليص نسبة التلوث .					
02	- تستخدم المؤسسة الطرق العلمية في التخلص من النفايات					
03	- تحرص المؤسسة على الاستغلال العقلاني للموارد و الطاقة					
04	- تحتم المؤسسة بالمساحات الخضراء.					
05	- تقوم المؤسسة بإعداد تقارير حول أدائها البيئي.					
06	- تساهم المؤسسة مع الجهات ذات العلاقة في المحافظة على البيئة.					
07	- تقوم المؤسسة بإجراء دورات تحسيسية لعمالها بأهمية الحفاظ على البيئة.					
08	- تقوم المؤسسة بتقديم المكافآت للعاملين المتميزين في مجال الأنشطة البيئية.					
09	- تلتزم المؤسسة بالقوانين و اللوائح السارية المتعلقة بحماية البيئة.					
10	- الحصول على المواصفة القياسية الدولية ايزو المتعلقة بالبيئة					

أشكركم على حسن تعاونكم

الاستمارة رقم (03) الخاصة بالمرضى

تقييم واقع المسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية العمومية:

1 -الجوانب المادية و ظروف إيواء المرضى

- الجوانب المادية الملموسة

الرقم	العبارات	ضعيف جدا	ضعيف	متوسط	جيد	ممتاز
01	- المستشفى ذا موقع ملائم					
02	- المستشفى بعيد عن الضوضاء و الصخب.					
03	- جدابة المستشفى من ناحية المظهر العام					
04	- توفر اللوحات الارشادية داخل المستشفى					
05	- أماكن الانتظار كافية.					
06	- نظافة الأماكن و دورات المياه.					
07	- الممرات داخل المستشفى واسعة.					
08	- الاستقبال و الإجراءات الإدارية.					
09	- المستشفى من حيث التجهيزات.					

- ظروف الإيواء

الرقم	العبارات	ضعيف جدا	ضعيف	متوسط	جيد	ممتاز
10	- الوجبات مناسبة من الناحية الكمية					
11	- الوجبات مناسبة من الناحية النوعية .					
12	- الوجبات مناسبة من ناحية درجة الحرارة.					
13	- الوجبات مقدمة وفق رغبة كل مريض					
14	- مراعاة قواعد النظافة في التغذية.					

					15	- التهوية داخل الغرف.
					16	- الهدوء داخل الغرف.
					17	- درجة الحرارة و الرطوبة .
					18	- نظافة الغرف.
					19	أوقات الزيارات

2-واقع المسؤولية الاجتماعية من خلال الخدمات :

مستوى التعاطف

الرقم	العبارات	ضعيف جدا	ضعيف	متوسط	جيد	ممتاز
20	- تضع المستشفى مصلحة المريض في المقدمة					
21	- العناية الشخصية بكل مريض.					
22	- ملائمة و مراعاة ظروف المريض لتقديم العلاج .					
23	- تقدر المستشفى ظروف المريض و تتعاطف معه.					
24	- الروح المرحة و الصداقة في التعامل مع المرض					

- مستوى الأمان .

الرقم	- العبارات	ضعيف جدا	ضعيف	متوسط	جيد	ممتاز
25	- شعور المريض بالأمان في المعاملات داخل المستشفى.					
26	- آداب و أخلاق العاملين.					
27	- المتابعة المستمرة للمريض.					

					28 - المعاملة من قبل الأطباء و المرضين.
					29 - تقديم الفحوصات اللازمة في الوقت المناسب.
					30 - تقديم الأدوية في الوقت المناسب.
					31 - المعلومات المقدمة للمريض عن حالته المرضية.

- مستوى الإعتمادية .

الرقم	العبارات	ضعيف جدا	ضعيف	متوسط	جيد	ممتاز
32	- عندما تلتزم المستشفى بتقديم خدمة في وقت محدد فإنها تلتزم به.					
33	- عندما تواجهني مشكلة فإن المستشفى تبدي اهتماما خاص لحلها.					
34	- تؤدي المستشفى خدماتها الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة.					
35	- تتوفر بالمستشفى جميع التخصصات الطبية.					
36	- الثقة الكاملة في عمال المستشفى					

- مستوى الاستجابة :

الرقم	العبارات	ضعيف جدا	ضعيف	متوسط	جيد	ممتاز
37	- تقوم المستشفى بإخباري بموعد تقديم الخدمة بدقة.					
38	- الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال.					
39	- تقوم المستشفى بالرد الفوري على استفسارات و شكاوي المستفيدين					
40	- العاملين لديهم الاستعداد الدائم للتعاون مع المستفيدين.					

أشكركم على حسن تعاونكم

ملخص: هدفت الدراسة إلى معرفة واقع ممارسة المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاستشفائية اتجاه الأطراف أصحاب المصلحة و أخذت كعينة المؤسسة الاستشفائية العمومية 240 سرير بالجنوب الغربي للوطن باعتبارها احد المؤسسات الهامة بالمنطقة. ارتكزت الدراسة على فرضيات تضمنت الأولى البعد الأخلاقي في ممارسة المستشفى لمسئوليتها الاجتماعية، أما الفرضية الثانية و الثالثة فتضمنت أهمية أصحاب المصلحة وواقع التزام المستشفى بمسئوليتها الاجتماعية اتجاه هذه الأطراف من العمال و المرضى المستفيدين تم المجتمع، المتعاملين و البيئة. الدراسة في شقها النظري تعرضت إلى التأصيل النظري للمسؤولية الاجتماعية بمفاهيمها و أبعادها المختلفة لتؤكد على البعد الأخلاقي والاجتماعي كهدف أول بالنسبة للمستشفيات يليه البعد الاقتصادي و البيئي كهدف ثاني. الجانب التطبيقي للدراسة كشف عن وجود تباين في واقع التزام المؤسسة بمسئوليتها الاجتماعية حيث كانت النتائج متوسطة اتجاه العاملين والمجتمع و المتعاملون على عكس المستفيدين فكانت جيدة إلى حد ضعيف بالنسبة للبيئة. في نفس السياق كشفت الدراسة عن عدم وجود اختلافات كبيرة في واقع المسؤولية يعزى إلى المتغيرات الشخصية كالخبرة المهنية، طبيعة العمل، العمر و الجنس. خلصت الدراسة إلى عدد من التوصيات أبرزها التأكيد على أهمية أصحاب المصلحة باعتبار المؤسسات الاستشفائية نظام جودة مخرجاته من خدمات صحية يتوقف على مدى مشاركة و مساندة جميع الأطراف أصحاب المصلحة.

الكلمات الدالة: المسؤولية الاجتماعية، أصحاب المصلحة، المستشفيات، الخدمات الصحية.

Résumé : La présente étude vise à explorer la réalité de l'exercice de la responsabilité sociale dans les établissements de santé vers les parties prenantes. comme échantillon nous avons l'hôpital public "240 lits au sud-ouest de l'Algérie, comme l'une des institutions importantes de la région. l'étude se fonde sur trois hypothèse. la première concerne la dimension morale ou éthique. la deuxième et la troisième hypothèse face à l'importance des parties prenantes et la réalité de l'engagement de responsabilité social fait par l'hôpital vers les employés et les patients bénéficiaires, la société et de l'environnement. dans la partie théorique, l'étude expose la littérature de responsabilité sociale, en insistant sur sa signification et ses différentes dimensions,. pour le côté pratique, cette étude a révélé l'existence d'une divergence dans l'engagement de responsabilité sociale de l'entreprise qui a justifié par le résultat médiocre envers les employés, la société et les parties prenantes, tandis que ceux pour les bénéficiaires étaient bons, et très mauvais pour l'environnement. dans le même contexte, nous pouvons constater que n'est aucune grande différence dans la responsabilité lies au variable personnelle comme, l'âge et le sexe, l'expérience professional, et nature du travail. Enfin, l'étude résume quelques recommandations, dont le plus important est de souligner l'importance des parties prenantes, en particulier lorsque l'on considère l'établissement de santé comme un système ses qualité des services est basé sur le niveau de la participation et le soutien des parties prenantes pour ces institutions.

Mots clés: responsabilité sociale, les intervenants, les hôpitaux, les services de santé,

Abstract : The aim of this study is to highlight the relationship between the application of hospital's social responsibility and the interest of beneficiaries agent; the 240 bed hospital in bechar town as a case study .

Our study has three parts; the first, based on the application of ethical dimension of the social responsibility in the hospital services; the second and the third examines the interest of beneficiaries' agent from the practice of social responsibility in the hospital .The theoretical part of this study discuss about the social responsibility with all her aspects and theories.

The practice part discover a medium relation between the respect of social responsibility practice in hospital and society/ workers; unlike the relation between beneficiaries, environment was varied between good and bad . in addition from the study we can find that is no big difference in responsibility because of the personal variable such as :age and gender , professional experience, nature of work We concluded our study with some important recommendations were the important of beneficiaries interest in the quality of hospital services.

Key Words social responsibility, stakeholders, hospitals, health services.