



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة 8 ماي 1945 - قلمة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم الاجتماع

تخصص: علم اجتماع الصحة

## المسؤولية الاجتماعية للتخطيط الصحي

- بين النظري والتطبيق -

دراسة ميدانية بالعيادة المتعددة الخدمات حمام دباغ- بن يوب السعيد- قلمة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستري في علم الاجتماع

إعداد

بن قيراط أحلام

الصفة	الدرجة العلمية	الإسم واللقب
رئيسا	أستاذ محاضر-أ-	قريد سمير
مؤطرا	أستاذ محاضر-أ-	زنقوفي فوزية
عضوا	أستاذ محاضر-أ-	بن فرحات غزالة

السنة الجامعية: 2021/2020م

# شكر وتقدير

بعد حمد الله تعالى وشكره

والصلاة والسلام على نبيه محمد ﷺ

أتقدم بخالص شكري إلى الأستاذة الفاضلة الدكتورة "زينتوني فوزية"

على

مساعدتها لي بنصائحها الثمينة ومعارفها القيمة في إنجاز هذا البحث.

ولما مني خالص التقدير والاحترام

وإلى كل الأساتذة الذين ساهموا في بلوغي هذه المرحلة.

إلى كل أساتذة قسم علم الاجتماع

الطالبة: بن قيراط أحلام

## الإهداء

أهدي هذا البحث المتواضع إلى الوالدين الكريمين

أطال الله في عمرهما

إلى إخوتي فوزية وصفاء وأخي نور الدين

إلى زوجي أمين

كل الزملاء والأصدقاء

إلى كل من مد لي يد العون من قريب أو بعيد ولو بكلمة طيبة

إلى كل من شجعني على عملي هذا

الطالبة: بن قيراط أحلام

## محتويات الدراسة

أ	محتويات الدراسة	.....
هـ	فهرس الجداول	.....
و	فهرس الأشكال	.....
01	مقدمة	.....

### الفصل الأول: الإطار التصوري والمنهجي للدراسة

04	أولاً: الإشكالية	.....
07	ثانياً: فرضيات الدراسة	.....
08	ثالثاً: المفاهيم الأساسية للدراسة	.....
08	1. المسؤولية	.....
9	2. المسؤولية الاجتماعية	.....
10	3. التخطيط	.....
12	4. الصحة	.....
13	5. التخطيط الصحي	.....
15	رابعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة	.....
15	1. مجالات الدراسة	.....
17	2. منهج الدراسة	.....
18	3. تقنيات البحث الميداني	.....
20	خامساً: الدراسات السابقة	.....
21	1. الدراسة الأولى	.....
23	2. الدراسة الثانية	.....
25	3. الدراسة الثالثة	.....
28	4. الدراسة الرابعة	.....
29	5. الدراسة الخامسة	.....
31	6. الدراسة السادسة	.....

## الفصل الثاني: المقاربات السوسولوجية المفسرة للمسؤولية الاجتماعية والتخطيط الصحي

- أولاً: نظرية أصحاب المصلحة ..... 35
- ثانياً: نظرية المنظمات ..... 41
- ثالثاً: نظرية رأس المال الاجتماعي ..... 44
- رابعاً: نظرية الدور الاجتماعي ..... 47
- خامساً: النظرية البنائية الوظيفية ..... 50
- سادساً: نظرية الأنساق ..... 54
- سابعاً: نظرية ماري باركر فوليت ..... 59
- ثامناً: نظرية كيرت لوين ..... 61

## الفصل الثالث: الممارسات النظرية للمسؤولية الاجتماعية

- أولاً: تطور الاهتمام بالمسؤولية الاجتماعية ..... 64
- ثانياً: الإطار التكاملي للمسؤولية الاجتماعية ..... 67
- ثالثاً: حتمية تطبيق المبادئ والمناهج في مفاهيم المسؤولية الاجتماعية ..... 71
- رابعاً: القيمة التنموية للمسؤولية الاجتماعية ..... 78
- خامساً: المسؤولية الاجتماعية لمنظومة القيم ..... 81
1. المسؤولية الاجتماعية ودعم منظومة التعليم ..... 81
2. بناء الشراكة مع الشباب ..... 83
3. بناء منظومة قيم وسلوكيات للأداء الفعال لسوق العمل ..... 84
4. إدماج الفقراء وتمكينهم من خلال التنمية البديلة ..... 85
- سادساً: دمج برامج المسؤولية الاجتماعية ضمن العمليات الإدارية والاستراتيجية ..... 88

## الفصل الرابع: التطبيقات التنفيذية للتخطيط الصحي

- أولاً: البناء التنظيمي للتخطيط الصحي ..... 96
1. الضرورة الحتمية لتخطيط الصحي ..... 96
2. المقاييس المعتمدة في تصنيفات التخطيط الصحي ..... 98
3. الخطوات التنفيذية للتخطيط الصحي ..... 99
- ثانياً: الرؤية المستقبلية للتخطيط الصحي ..... 101

1. الاهتمام بدمج التفكير الاستراتيجي في العمليات التخطيطية ..... 101
2. هيكلية التخطيط الصحي على أساس التخطيط الاستراتيجي ..... 102
3. الاجراءات التطبيقية للتخطيط الاستراتيجي في المستشفيات العمومية ..... 108
- ثالثا: المتطلبات الوظيفية لاحتياجات المجتمع والخدمة الاجتماعية ..... 111
1. معايير تصنيف المستشفيات ..... 111
2. مؤشرات قياس كفاءة تقديم خدمات الرعاية الصحية ..... 117
3. مؤشرات قياس كفاءة الأداء بالمستشفيات ..... 118
4. فاعلية الخدمة الاجتماعية الطبية في وحدات الرعاية الصحية ..... 124

#### الفصل الخامس: دمج التفكير الاستراتيجي ضمن عمليات التخطيط الصحي

- أولا: هيكلية التخطيط الصحي وفقا لاستراتيجيات المنظمات الصحية ..... 130
1. نظام التخطيط الاستراتيجي ..... 130
2. معايير جودة خدمات الرعاية الصحية ..... 132
3. دور المسؤولية الاجتماعية في ترقية تسويق الخدمات الصحية ..... 137
- ثانيا: التطبيقات العملية للمسؤولية الاجتماعية في إطار التخطيط الصحي ..... 138
1. العمليات التنسيقية والتعاونية لمنظمات الرعاية الصحية في إطار التخطيط الصحي .. 138
2. الالتزامات الداخلية والخارجية للمسؤولية الاجتماعية ..... 140
3. مجهودات التخطيط الصحي في دعم خدمات الرعاية الصحية ..... 144
- ثالثا: المسؤولية الاجتماعية وجودة الخدمات الصحية ..... 148
1. المسؤولية الاجتماعية ودعم العمل التطوعي بالمؤسسة ..... 148
2. المواصفات النوعية والتجريبية للخدمات الصحية ..... 153
3. الأطر التطبيقية لمواصفات جودة الخدمات الصحية ..... 157

#### الفصل السادس: الإطار التحليلي للدراسة

- أولا: تحليل البيانات ..... 162
- ثانيا: المناقشة العامة لنتائج الدراسة ..... 186
1. مناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة ..... 186

188	2. مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة .....
189	3. مناقشة النتائج في ضوء نظريات الدراسة .....
191	ثالثا: النتائج العامة .....
192	رابعا: توصيات الدراسة .....
193	خاتمة .....
194	المراجع .....
-	الملاحق .....
-	ملخص .....

## فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
166	الظروف المناسبة للعمل	01
167	كيفية تدريب وتطوير مهارات الموظفين	02
168	تطبيق العدالة والمساواة مع الشعور بالتقدير والاحترام داخل المؤسسة	03
169	تطبيق العدالة والمساواة	04
170	السياسة التي تتبناها المؤسسة في توظيف العامل	05
170	الاقتراحات لتحسين ممارسات العمل بالمؤسسة	06
171	مدى توافق احتياجات الموظفين الطبية مع الإمكانيات المتوفرة	07
174	كيفية تنسيق المؤسسة مع إدارات أخرى	08
175	كيفية تدخل المشرف في تلبية الخدمات المطلوبة	09
175	الأدوات والوسائل الضرورية لتحسين تقديم الخدمات	10
176	نوع الشكاوي	11
177	تأثير أقدمية العامل على إشراف المسؤول على أداءه	12
178	كيفية تدخل المسؤول	13
180	تجسيد طابع السرية للعمال في إنجاز العمل	14
180	اقتراحات حول توفير العناية اللائقة للمريض والاحترام المتبادل	15
182	الصعوبات التي يتعرض لها العامل	16
183	الإطارات المتمكنة في المؤسسة حسب الوظيفة	17
185	كيفية المشاركة في عملية اتخاذ القرارات الإدارية	18
185	اقتراحات حول شروط عمل مناسب دون صعوبات	19



## فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
162	توزيع المبحوثين حسب الجنس	01
163	توزيع المبحوثين حسب السن	02
163	توزيع المبحوثين حسب الحالة العائلية	03
164	توزيع المبحوثين حسب الشهادة	04
165	توزيع المبحوثين حسب الوضعية المهنية	05
165	مدى توفير الإدارة الظروف المناسبة للعمل	06
167	عمل المؤسسة على تطوير مهارات الموظفين	07
169	تقديم المؤسسة تبرعات للطبقات المريضة	08
171	توافق الاحتياجات الطبية مع الإمكانيات المتوفرة بالمؤسسة	09
172	مدى تكفل المؤسسة بالمشكلات الطارئة	10
173	توفر شبكة الأنترنت في المؤسسة	11
173	مدى تنسيق المؤسسة مع إدارات أخرى في وضع برامج وخطط	12
174	مدى تدخل الجهة المشرفة في تلبية الخدمات المطلوبة	13
176	مدى استقبال إدارة المؤسسة للشكاوي والاعتراضات	14
179	تعاون العمال في المؤسسة من أجل تقديم أفضل الخدمات	15
179	اتصاف العمال بطابع السرية في إنجاز وأداء العمل.	16
181	تعرض العامل للصعوبات في إنجاز عمله	17
183	أخذ إدارة المؤسسة باقتراحات العاملين والمرضى في تحسين تقديم الخدمات	18
184	مشاركة العامل في عملية اتخاذ القرارات الإدارية	19



## مقدمة

يشهد عصرنا ظهور متغيرات وتفاعلات تساعد على نضج الوعي الإنساني بقضايا تقع على الساحة القومية والعالمية على السواء. بحيث تدخلت هذه القضايا والحدود، حتى أصبح من الصعب فصل ما هو قومي عن ما هو عالمي وخارجي. الأمر الذي انعكس على طبيعة العلاقة بين الإنسان ومجتمعه في ضوء من هذه الأحداث والتأثيرات. وسياقا على ذلك، تعيش المسؤولية الاجتماعية حالة تحول بفعل ظروف ومتغيرات عديدة، منها انفتاح المجتمعات على مجتمعات أخرى في نطاق النظام العالمي، بحيث لم يعد الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية من قبل فاعليها محددًا بالحدود القومية والثقافة القومية والمصالح القومية، بل أصبح الفاعل العالمي ممثلاً في القوى العالمية، وهذا يلعب دوراً أساسياً في تعيين حدود المسؤولية الاجتماعية والالتزام بها.

ومن هنا جاءت الحاجة لتبني نمط إداري جديداً يدمج المسؤولية الاجتماعية لمنظمات الأعمال في النظام الإداري للمؤسسات. هذه المسؤولية الاجتماعية التي تنفي اعتبارات المكسب المادي كهدف رئيسي للمؤسسات والمؤسسة الاستشفائية بصفة خاصة، فقد أضافت اهتمامات ومسؤوليات أخرى يجب أن تتحملها المؤسسة تجاه المتعاملين معها، على اختلاف أدوارهم من عمال ومرضى، إضافة إلى المجتمع والبيئة المحيطة.

ويعد التخطيط الصحي من بين أهم العوامل التي تعمل على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة ومتطلباتها ومتغيراتها الأساسية والمؤثرة من حيث غاياتها، وأهدافها وأساليبها الإدارية وثقافتها التنظيمية ومتطلبات العمل فيها، ... وغيرها، فضلاً عن فهمه للبيئة الخارجية المحيطة بالمؤسسة لوضع استراتيجياتها بنجاح وبشكل يضمن المواءمة الكبيرة بين ممارساتها والمتغيرات والتحديات التي تحتويها البيئة الداخلية والخارجية.

فالمؤسسة الاستشفائية من خلال نشاطها مسؤولة اجتماعياً ليس فقط بتطبيق ما تفرضها عليها القوانين والتشريعات، بل يجب أن تذهب إلى ما هو أبعد من ذلك، وهو بالسعي الدائم والمستمر نحو التعرف على متطلبات أصحاب المصالح والعمل جدياً على إشباعها. فبقدر الاهتمام الذي توليه المؤسسات الاستشفائية لأصحاب المصالح، بقدر ما يجعل منها ذلك أكثر مسؤولية في المجتمع الذي تنشط فيه، مما ينعكس ذلك على تحسين وتحقيق الهدف الأسمى الذي أنشأت لأجله، وهو توفير خدمات صحية للفرد والمجتمع.

وعليه، فقد تمحورت دراستنا حول واقع المسؤولية الاجتماعية في تفعيل استراتيجية التخطيط الصحي، لما له من تأثير على أداء الفرد وعلى المنظمة، وبالتالي تحقيق أهداف الفرد والمنظمة على حد سواء. وعلى هذا الأساس تم تطبيق الدراسة الميدانية في "العيادة المتعددة الخدمات حمام دباغ- بن يوب السعيد- ولاية قالمة".

وقد تم اختيار موضوع بحثنا بعد توفر مجموعة من المبررات الذاتية والموضوعية، والتي سمحت لنا باختياره، من بينها الميل الشخصي والرغبة في الاطلاع على كل ما هو جديد فيما يخص الموضوع، وكذلك الاهتمام المتزايد من قبل الباحثين والدارسين في مجال المسؤولية الاجتماعية، فضلا عن ملائمة الموضوع لطبيعة التخصص.

كما أن دراسة موضوع المسؤولية الاجتماعية للتخطيط الصحي له أهمية علمية وعملية، تتمثل في إبراز مساهمة المسؤولية الاجتماعية في تفعيل استراتيجية التخطيط الصحي في المؤسسة الاستشفائية، كذلك تقديم إطار معرفي يمكن الاعتماد عليه مستقبلا لإعداد دراسات أوسع وأكثر دقة، بالإضافة إلى كون المسؤولية الاجتماعية من أهم المكونات الأساسية في المؤسسة.

وترجع أهمية البحث إلى أهمية القطاع الصحي والدور الذي يلعبه بالمنطقة في تقديم الخدمات الصحية، كما تكمن الأهمية كذلك في أهمية المسؤولية الاجتماعية والاهتمام البالغ الذي توليه لها المؤسسات على مختلف نشاطاتها خاصة في الآونة الأخيرة. إضافة إلى أن كل دراسة أو بحث علمي يهدف إلى اكتشاف حقيقة معينة أو تفسير ظاهرة معينة، وهذا بفضل التحقيقات المتعلقة بالواقع المدروس من الباحث الاجتماعي.

وبناءً على هذه الأهمية تدرج أهداف موضوعنا في:

التعرف على دور المسؤولية الاجتماعية في التخطيط الصحي وأثرها على فاعلية المؤسسة. تقديم نظرة مستقبلية نستطيع من خلالها تحديد الأبعاد الجديدة للمسؤولية الاجتماعية في ظل المخاطر المحدقة.

التعريف بمفهوم المسؤولية الاجتماعية من الجانب النظري والتطبيقي، خصوصا وأنها من المفاهيم الإدارية التي ما تزال بحاجة إلى البحث والدراسة.

محاولة إبراز أهمية المسؤولية الاجتماعية في ضمان استمرارية وفاعلية المؤسسة.

ولتحقيق هذا المسعى قسمت دراستنا إلى ست فصول على النحو التالي:

يتناول الفصل الأول الإطار التصوري والمنهجي للدراسة، حيث تعرضنا فيه إلى طرح الإشكالية، فرضيات الدراسة، مفاهيم الدراسة، الإجراءات المنهجية للدراسة والدراسات السابقة، أما الفصل الثاني فقد خصصناه للاتجاهات النظرية المفسرة للمسؤولية الاجتماعية والتخطيط الصحي، في حين تناولنا في الفصل الثالث الممارسات النظرية للمسؤولية الاجتماعية، وخصص الفصل الرابع إلى التطبيقات التنفيذية للتخطيط الصحي، أما الفصل الخامس فقد تضمن دمج التفكير الاستراتيجي ضمن عمليات التخطيط الصحي، والفصل السادس شمل الإطار التحليلي للدراسة، بحيث تضمن تحليل البيانات الخاصة باستمارة البحث واستخلاص النتائج العامة للبحث وصولا إلى أهم التوصيات.

# الفصل الأول

## الإطار التصوري والمنهجي للدراسة

أولاً: الإشكالية

ثانياً: فرضيات الدراسة

ثالثاً: المفاهيم الأساسية للدراسة

رابعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة

خامساً: الدراسات السابقة

## أولاً: الإشكالية

نالت قضية المسؤولية الاجتماعية اهتمام الكثير من الباحثين والعلماء سواء على كل من المستوى النظري أو المستوى التطبيقي، نظرًا لما لها من أهمية كبرى في تحقيق الكثير من الإنجازات والإسهامات المرتبطة بنمو ورفاه المجتمع، من خلال العديد من الفئات والقطاعات المختلفة داخل المجتمع. ويرى بعض الباحثين والعلماء الاجتماعيين، أن المسؤولية الاجتماعية تمثل أحد الركائز الهامة التي تعتمد عليها الكثير من المجتمعات المتقدمة منها والنامية، لما تمثله من آلية فاعلة في الإصلاح والتغيير نحو مستقبل أفضل<sup>(1)</sup>.

لقد أدركت الكثير من المنظمات في مختلف دول العالم خصوصاً في الدول المتقدمة أهمية المسؤولية الاجتماعية كجزء لا يتجزأ من السياسة العامة لها. فبدأت بإدارة وممارسة العديد من برامج المسؤولية الاجتماعية، ومنحتها القدر الكافي من الاهتمام. وبالمقابل تحسنت صورة هذه المنظمات واكتسبت ميزة تنافسية غير ملموسة، ولكن لها بالغ الأثر على استمرارية ونمو المؤسسة.

وتعتبر المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات نشاطاً طوعياً تقوم به للعمل بطريقة اجتماعية واقتصادية في آن واحد، حيث يهدف تبني المسؤولية عن أعمال المؤسسات إلى تشجيع وإحداث تأثير إيجابي من خلال أنشطتها على الموظفين، العملاء، البيئة والمجتمع.

لأجل ذلك، توجد الكثير من العوامل التي تفرض نفسها على المؤسسات الصحية بما يجعلها تهتم بتقديم خدمات صحية تتلاءم مع توقعات المرضى وتلبية احتياجاتهم ومعرفة المعايير التي يعتمدون عليها في الحكم على جودة الخدمة المقدمة إليهم.

ومن أجل تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية، أصبحت هناك مناهج صحية للتطور المستمر من أجل تحسين وتطوير قطاع الصحة وتحقيق الجودة في المؤسسات الصحية. ووفقاً لما تؤكد عليه وتمليه منظمة الصحة العالمية، فقد توجب على الجزائر اتباع إصلاحات من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية<sup>(2)</sup>.

لذا تتسابق الدول في تقديم أحسن الخدمات الصحية وأفضلها لمواطنيها، والعمل على تطوير مؤسسات الرعاية الصحية وتزويدها بكل جديد في مجال التقنية الطبية والخبرات العلمية، والإنفاق على التعليم الطبي ودعم الأبحاث والدراسات في شتى مجالات الطب والمعالجة والوقاية وصحة البيئة، إيماناً

<sup>1</sup> - محمد فلاق: المسؤولية الاجتماعية لمنظمات الأعمال، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2015م، ص21.

<sup>2</sup> - مأمون الدراكة، طارق الشبلي: الجودة في المنظمات الحديثة، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2002م، ص11.

بأهمية الصحة كخطوة أولى هامة في بناء المواطن القادر على الإسهام في خدمة مجتمعه في كافة المجالات وفق قدراته<sup>(1)</sup>.

إن الارتقاء بالمستوى الصحي للمجتمع يستند على ضرورة توفير الخدمة الصحية وتحسين نوعية وكفاءة الخدمة الصحية المقدمة للمواطنين، ويفترض بالمخططين إدراك المسؤولية الملقاة على عاتقهم في دراسة الوضع الصحي ووضع الخطط الصحية للخدمات، والتي أصبحت تمثل ركنا أساسيا في اقتصاديات الدول. إذ بات الطلب على الخدمة وتحسينها كما ونوعا من ضرورات الحياة التي لا يمكن الاستغناء عنها.

كما أن العديد من الدول تقيس قوة اقتصادها من خلال قياس اقتصاد الخدمات فيها، حيث يقاس مدى تقدم الدول في المجال الصحي بعدد هذه المؤسسات والعاملين فيها ومستوى كفاءة تقديم الخدمة الصحية، لتلبية حاجة السكان وخاصة في المناطق الحضرية التي تتمتع بزيادة في السكان سنويا في الدول النامية ومنها الجزائر<sup>(2)</sup>.

ويعد التخطيط الاستراتيجي من بين أهم المداخل التي تعمل على تحسين أداء المؤسسة الاستشفائية، من خلال فهم البيئة الداخلية للمؤسسة ومتطلباتها ومتغيراتها الأساسية، فضلاً عن فهمه للبيئة الخارجية المحيطة بالمؤسسة، من أجل وضع استراتيجياتها بنجاح وبشكل يضمن المواءمة الكبيرة بين ممارساتها ونشاطاتها والمتغيرات والتحديات التي تحتويها البيئة الداخلية والخارجية<sup>(3)</sup>.

وإزاء التطور الذي حدث في شتى ميادين الحياة وعلوم الإدارة والفنون المعاصرة، كان لا بد أن تحظى المستشفيات والرعاية الطبية والصحية بنفس المستوى من الاهتمام لدى القائمين والمتخصصين في هذا المجال الواسع والكبير. والحقيقة التي لا تخفى على أحد في ظل هذه العولمة الجديدة التي نعيشها حالياً، وأن الخدمات الطبية والصحية والتقدم العلمي الهائل في مجال التطبيب والعلاج بشتى أشكاله كان لا بد لهذا النوع من الوظيفة الخدمية أن تتمتع بإدارة عصرية تتناسب ومعطيات العصر.

<sup>1</sup>- نبيل بن عامر، حسام لعمش: تفعيل دور المسؤولية الاجتماعية للتسويق في ترقية الخدمة الصحية-دراسة تحليلية مع عرض تجارب-، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، العدد 3، جامعة سطيف- الجزائر، جوان 2015م، ص176.

<sup>2</sup>- سعيدة رحمانية: وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر، مجلة الباحث الاجتماعي، العدد 11، قسم علم اجتماع- جامعة المسيلة، مارس 2015م، ص215،216.

<sup>3</sup>- ليلي بوحديد: التخطيط الاستراتيجي كمدخل لتحسين أداء الموارد البشرية في المستشفيات العمومية الجزائرية-دراسة حالة-، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، العدد 1، جامعة باتنة- الجزائر، ديسمبر 2014م، ص134.

وبالنظر لكثرة وتنوع المتغيرات والمؤثرات في نشاط المؤسسات الصحية خاصة على مستوى المحيط الخارجي (المرضى، القوانين، والتنظيم والجمعيات، تنوع وتزايد الأمراض، التطور التكنولوجي والعلمي...)، جاءت حتمية الاهتمام بتطور وترقية الأداء للرفع من كفاءة وفاعلية الخدمات المقدمة. ومن هنا كان التوجه نحو اعتماد جملة من الأبعاد والمؤشرات التي يمكن من خلالها تحديد وضبط مستوى جودة الخدمات الصحية، وهذا بالتطبيق العلمي لأسلوب إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية<sup>(1)</sup>.

وفي هذا الإطار، فقد كانت تجارب عالمية مختلفة اتخذت أنماطا متعددة لإدارة مؤسسات القطاع الصحي العام، تختلف بحسب الإمكانيات والوسائل ودافع الحاجة الصحية والتوجهات الاقتصادية العامة للبلاد<sup>(2)</sup>.

إن المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات في أسمى معانيها هي التزام المستشفى بمسؤوليات متعددة ومتدرجة الأهمية، تتدرج من الجانب الاقتصادي في تحقيق الربح والرفاهية الاقتصادية. وفي الجانب القانوني من خلال الالتزام بالقوانين والأنظمة والتشريعات الصادرة من الدولة. وفي الجانب الأخلاقي بالعمل بأخلاقيات المهنة الطبية وعدم الإضرار بالآخرين والالتزام بما هو جيد وترك ما هو سيء. كما تمثل أيضا تعهد وإلتزام إدارات هذه المؤسسات والتزامها اتجاه المجتمع من خلال القرارات التي تتخذها لبلوغ الأهداف الموضوعية لها، في إطار تحقيق رسالتها الإنسانية التي يقف في مقدمتها خلق بيئة صحية سليمة من الأمراض<sup>(3)</sup>.

لقد أصبحت المسؤولية الاجتماعية اليوم تحديا كبيرا لمنظمات الأعمال عامة والمؤسسات الصحية بصفة خاصة، نتيجة للتغير الاجتماعي والاقتصادي والثقافي الكبير الحاصل في بيئة عمل المنظمات، لذلك فقد توجه الاهتمام إلى تحقيق حياة نوعية للأفراد بشكل يوازي في سعيها لتقديم خدمة صحية ناجحة الأطراف التي تتعامل معها. ومن 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 ومختلف الأطراف، بما

<sup>1</sup> - بلال زويوش ، بدبسي فهيمة: جودة الخدمات الصحية-الخصائص الأبعاد والمؤشرات-، مجلة الاقتصاد والمجتمع، العدد 7، 2011م، ص135.

<sup>2</sup> - George A larbi : The new public management approach and crisis states, geneva : United ration research institute for social development, **discussion paper** N° 112, September 1999, p12.

<sup>3</sup> - تامر الياسر البكري: إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية، عمان-الأردن، 2005م، ص237.



فيها تأثيراتها على البيئة التي تعمل فيها، لذلك أصبحت من اهتمام المؤسسات الدولية ذات المواصفات الدولية وحتى دساتير ومواثيق الأمم المتحدة.

ومما سبق، فإن التساؤل الرئيسي لموضوع دراستنا كالتالي:

- ما هو واقع المسؤولية الاجتماعية في تفعيل استراتيجية التخطيط الصحي؟.

وبهدف توضيح توجهات البحث، فقد تم تجزئة هذا السؤال إلى أربعة أسئلة فرعية ندرجها على

النحو التالي:

1- ما هي دوافع تطبيق المسؤولية الاجتماعية في تسيير وتخطيط الإدارة؟.

2- كيف تجسدت تطبيقات التخطيط الاستراتيجي في هيكله التخطيطي الصحي؟.

3- هل تتوافق التطبيقات العملية للمسؤولية الاجتماعية واستراتيجية التخطيط الصحي؟.

4- ما هي العوامل المؤثرة في تنفيذ برامج المسؤولية الاجتماعية للتخطيط الصحي؟.

### ثانياً: فرضيات الدراسة

الفرضية عبارة عن فكرة مبدئية ترتبط بين الظاهرة موضوع الدراسة والعوامل المرتبطة أو المسببة لها، كما أنها عبارة عن إجابة احتمالية لسؤال مطروح في إشكالية البحث. وهي للاختبار، سواء عن طريق الدراسة النظرية أو عن طريق الدراسة الميدانية، والفرضية علاقة مباشرة بالبحث.<sup>(1)</sup> واستناداً لما طرحه إشكالية البحث من تساؤلات، فإن الدراسة استلزمت منا صياغة فرضية أساسية وأربعة فرضيات جزئية.

تتمثل الفرضية الرئيسية في:

- تسهم المسؤولية الاجتماعية في دمج التفكير الاستراتيجي ضمن عمليات التخطيط الصحي.

ولتحقيق هذه الفرضية صيغت أربع فرضيات جزئية:

1- توجد مجموعة من الدوافع لتطبيق مبادئ ومناهج المسؤولية الاجتماعية ضمن العمليات الإدارية.

2- يسهم التفكير الاستراتيجي في دعم هيكله التخطيطي الصحي.

3- يرتبط التخطيط الصحي بالتطبيقات العملية للمسؤولية الاجتماعية.

4- تتأثر برامج التنفيذ للمسؤولية الاجتماعية للتخطيط الصحي بمجموعة من العوامل التنظيمية

والمجتمعية.

<sup>1</sup>- ربحي مصطفى عليان: البحث العلمي-أسسه، مناهجه وأساليبه، إجراءاته-، بيت الأفكار الدولية، الأردن، 2012م، ص75.

### ثالثاً: المفاهيم الأساسية للدراسة

يعتبر الإطار المفاهيمي الخلفية التي تحدد مسارات البحث وتوجهاته على اعتبار أن المفهوم هو أداة بحثية تقود الدراسة من بدايتها إلى نهايتها، ولهذا فمن الضروري تحديد المفاهيم المعتمدة في الدراسة كالاتي:

#### 1. المسؤولية

تشير معظم المعاجم اللغوية إلى أن المسؤولية في اللغة هي طلب المعرفة والاستعطاء والاستخبار، فسأل الشيء أي طلبه، وسأله عن الشيء، أي استخبره<sup>(1)</sup>.

أما في المعجم الوجيز يرجع أصل الكلمة إلى سأل من كذا وعلى كذا، سؤالاً وتساؤل ومسألة: أستخبره عنه، والمحتاج الناس طلب منهم الصدقة، وفلاناً الشيء اسعطاه (سأله): أكثر سؤاله، (تساءلوا)، سأل بعضهم بعضاً، (السائل): الفقير، السؤال: طلب الصدقة، وما يطلب العلم الإجابة عنه في الامتحان (ج)، (أسئلة): (السؤال) بما معناه الطلب، والمسألة ما كان موضوع بحث أو نظر<sup>(2)</sup>.

وذكر قاموس Webster أن المسؤولية تعني واجباً يقع على عاتق الفرد وعليه القيام به كمسؤولية في منصب إداري، أو شخصاً ينبغي أن يكون أحدهم مسؤولاً عنه (كمسؤولية الأب عن الإبن)<sup>(3)</sup>. كما عرفت المسؤولية بأنها: حالة الشخص الذي يرتكب أمراً يستوجب المؤاخذه، أو هي المؤاخذه التي يتحملها الشخص نتيجة لأفعاله أو لأفعال الآخرين المسؤول عنهم أو الأشياء التي يستعملها<sup>(4)</sup>. تنقسم المسؤولية إلى أقسام عديدة ومنها ما يلي:

**المسؤولية الأخلاقية** وتتضمن جميع الأعمال التي يكون فيها المرء مسؤولاً أمام ضميره وأمام الله ومنها النوايا أو الأفعال الباطنة، وهناك أيضاً **المسؤولية المدنية** وتتعلق بالأفعال الظاهرة سواء أكانت حدثت بالفعل أم ما هي بسبيل الحدوث، وقد صنفت هذه الأفعال ضمن القوانين الوضعية الإنسانية لا وفقاً للقانون الأخلاقي، حيث تمثل المسؤولية المدنية أحد أركان النظام القانوني والاجتماعي، وهنا تتعلق

<sup>1</sup> - المعجم الوسيط، مجمع اللغة العربية، دار عارف، القاهرة-مصر، 1978م، ص411.

<sup>2</sup> - المعجم الوجيز، مجمع اللغة العربية، دار المركز العربية للثقافة والفنون للطبع والتوزيع والنشر، بيروت-لبنان، 1998م، ص299.

<sup>3</sup> - Webster Enclopedic V :Abridged dictivy of The English Responsibility, New york ir otand

hunse, 1984, p1222

<sup>4</sup> - فوزي عمر سامان: المسؤولية المدنية للصحة-دراسة مقارنة-، جامعة السليمانية، كلية القانون، دار وائل للنشر، الأردن،

2007م، ص95.

المسؤولية الاجتماعية بالمجتمعات التي ننتسب إليها بالطبع أو بالاختيار وهذا النوع من المسؤولية يكاد يكون هو والتضامن الاجتماعي شيئاً واحداً<sup>(1)</sup>.

وتعرف المسؤولية أيضاً بأنها: وسيلة قانونية تتكون أساساً من تدخل إداري ينقل بمقتضاه عبء الضرر الذي يدفع على شخص مباشر، يفعل قوانين الطبيعة أو البيولوجيا أو السيكلوجيا، أو القوانين الاجتماعية إلى شخص آخر ينظر إليه على أنه الشخص الذي يجب أن يتحمل هذا العبء<sup>(2)</sup>.

### 2. المسؤولية الاجتماعية

توجد العديد من التعاريف للمسؤولية الاجتماعية:

- عرفها Drucker بأنها: التزام المنظمة تجاه المجتمع الذي تعمل فيه، وهذا الالتزام يتسع باتساع شرائح أصحاب المصالح في هذا المجتمع وتباين توجهاتهم<sup>(3)</sup>.

- عرفها Holmes بأنها التزام على منظمة الأعمال تجاه 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 وغيرها<sup>(4)</sup>.

ويعرف الاتحاد الأوروبي المسؤولية الاجتماعية على أنها: "مفهوم تقوم المؤسسات بمقتضاه بتضمين اعتبارات اجتماعية وبيئية في أعمالها، وفي تفاعلها مع أصحاب المصالح على نحو تطوعي، ويركز الاتحاد الأوروبي على فكرة أن المسؤولية الاجتماعية هي مفهوم تطوعي لا يستلزم سن القوانين أو وضع قواعد محددة تلتزم بها المؤسسات للقيام بمسؤوليتها تجاه المجتمع<sup>(5)</sup>.

- وتعرف كذلك المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة بأنها: التزام اجتماعي وأخلاقي بين المؤسسة والمجتمع تسعى من خلاله المؤسسة إلى تقوية الروابط بينها وبين المجتمع بما من شأنه تعزيز مكانتها في أذهان المستهلكين والمجتمع بشكل عام، والذي ينعكس بدوره على نجاحها وتحسين أدائها المستقبلي<sup>(6)</sup>.

<sup>1</sup> - عبد الرحمن بدوي: الأخلاق النظرية، وكالة المطبوعات، الكويت، 1975م، ص 224، 225.

<sup>2</sup> - عمار عوابدي: نظرية المسؤولية الإدارية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1998م، ص 12.

<sup>3</sup> - وهيبه مقدم: المسؤولية الاجتماعية في منظمات الأعمال - المفهوم والأهمية، الإدارة والتقييم، التجارب الدولية -، دار الأيام للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، 2020م، ص 15.

<sup>4</sup> - Archie B caroll, corporate social responsibility : Evolution of a deFitional construct, Business society, Vol: 38, N°3, USA, 1999, p286.

<sup>5</sup> - نبيل بن عامر، حسام لعمش، مرجع سابق، ص 182.

<sup>6</sup> - سمير عبد الغني محمود: المسؤولية الاجتماعية لمنظمات الأعمال، مطابع الأهرام التجارية، القاهرة-مصر، 2007م، ص 36، 35.

- إن المسؤولية الاجتماعية هي المسؤولية الكبيرة للمنظمة تجاه المجتمع، حيث تمتد إلى التزام المنظمة بتحقيق أهداف المجتمع، فضلا عن اهتمامها بتحقيق أهدافها وبشكل متوازن، وأن وجه الاهتمام أو الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية يتراوح بين الاهتمام الذاتي بالمنظمة والاهتمام العالي بالمجتمع<sup>(1)</sup>.

- لذلك تعد المسؤولية الاجتماعية من المفاهيم الحيوية المرتبطة بتنظيم أفعال الإنسان وما يترتب عنها من نتائج إيجابية أو سلبية داخل الكيان الاجتماعي. فالشعور بالمسؤولية وتحمل نتائجها يحقق للإنسان التكيف النفسي والاجتماعي، وتخطي الصعاب التي قد تعترض طريقه بطرق تكيفية. كما أن هناك علاقة وثيقة بين أخلاق الفرد ومعايشته لقيم المجتمع السوية وبين تحمل المسؤولية.

- كما يرتبط هذا المفهوم بعدد من المفاهيم منها: الحقوق والواجبات، الهوية المواطنة، الأخلاق، القيم، الإدراك الاجتماعي، والضمير الفردي والجماعي<sup>(2)</sup>.

- المسؤولية الاجتماعية هي التزام واجب من جانب منظمات الأعمال تجاه المجتمع بشرائحه المختلفة، مع الأخذ في الاعتبار التوقعات بعيدة المدى لهذه الشرائح ومجسدة إياها بصورة يغلب عليها طابع الاهتمام بالعاملين والبيئة، شرط أن يكون هذا التوجه طوعا ومتجاوزا للالتزامات المنصوص عليها قانونا<sup>(3)</sup>.

نخلص إلى أن المسؤولية الاجتماعية هي جزء من المسؤولية بصفة عامة، وهي تحقق في ضوءها الوحدة والتماسك للجماعة والأفراد، ومن ثم يشمل المجتمع ككل، نظرا لما تفرضه من المعاملة والتفاعل والمشاركة.

### 3. التخطيط

هو عملية ترتيب الأولويات في ضوء الإمكانيات المادية والبشرية المتاحة، وينبغي هنا أن نفرق بين التخطيط والخطّة، فالتخطيط عملية مستمرة، أما الخطّة فهي وضع التخطيط في صورة برنامج موقوت بمراحل وخطوات وتحديد زمني ومكاني. والتخطيط قد يكون طويل المدى أو قصير المدى، وقد

<sup>1</sup>- سعادة راغب أحمد الخطيب: مدخل إلى العلاقات العامة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان-الأردن، 2000م، ص36.

<sup>2</sup>- أزهار صلاح عبد الحميد: التفكير الأخلاقي وعلاقته بالمسؤولية الاجتماعية في ضوء بعض المتغيرات الأكاديمية لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية، 2011م، ص86.

<sup>3</sup>- ناديا منى فخري: المسؤولية الاجتماعية-عناصرها ومظاهرها وكيفية تميمتها-، مجلة الجيش، العدد 249، بغداد، مارس 2006م،

يكون شاملا لكل القطاعات الاقتصادية والاجتماعية أو جزئياً أو خاصاً بقطاع معين كقطاع الصحة أو الصناعة أو التعليم أو الخدمات وهكذا، وقد يكون التخطيط على المستوى القومي أو الإقليمي أو المحلي<sup>(1)</sup>.

يعد التخطيط عملية ذكية وتصرف ذهني من أجل عمل الأشياء بطريقة صحيحة، والعمل في ضوء الحقائق بدلا من التخمين، فهو حجر الأساس للمؤسسة، ولا يمكن أن تكون هناك وظائف أخرى دون وجود تخطيط مسبق لذلك، وبالتالي فالتخطيط يسبق جميع الوظائف الإدارية للمؤسسة ويكون في ترابط معها<sup>(2)</sup>.

ومن التعاريف الأخرى للتخطيط أنه، أسلوب تنظيمي يهدف إلى تحقيق التنمية الاجتماعية خلال فترة زمنية معلومة، وذلك عن طريق حصر إمكانيات المجتمع البشرية والمادية، وتعبئة هذه الإمكانيات وتحريكها نحو تحقيق أهداف المجتمع وغاياته في هدى الفلسفة الاجتماعية التي يريد المجتمع أن ينمو في إطارها<sup>(3)</sup>.

ويعرف التخطيط أيضا بأنه: التوجيه الواعي لموارد المجتمع كافة، لتحقيق الأهداف الاجتماعية والاقتصادية<sup>(4)</sup>.

إن التخطيط هو بداية الطريق نحو الهدف المحدد، فهو كنشاط ذهني مستمر، يسبق كافة الأنشطة الإدارية، وعليه يتوقف كل نشاط آخر في المنظمة، كما أنه يعتمد على جميع البيانات والمعلومات والدراسات وتحليلها للوصول إلى النتائج التي تساعد المدير في تحديد ما يجب عمله وتوقيت البدء فيه، والأشخاص الذين يقومون به، وذلك في ظروف وأحداث مستقبلية يتوقع حدوثها<sup>(5)</sup>.

ويعرفه "فايول" بأنه التنبؤ بما سيكون عليه المستقبل مع الاستعداد لهذا المستقبل<sup>(6)</sup>.

ويعرف أيضا بأنه التخطيط على أنه: التدبير المسبق لمل مستقبلي، أو هو وضع الخطط المستندة على أنسب الأساليب لتحقيق هدف معين خلال فترة زمنية معينة في ضوء الظروف الحالية وتلك التي يمكن أن تسرد مستقبل بأفضل صورة ممكنة<sup>(7)</sup>.

<sup>1</sup> - وليد يوسف الصالح: إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2011م، ص42.

<sup>2</sup> - رضا صاحب أبو حمد آل علي، سنان كاظم الموسري: الإدارة لمحات معاصرة، الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006م، ص331.

<sup>3</sup> - حسن عبد الباسط محمد: التنمية الاجتماعية، مكتبة وهيبة، القاهرة-مصر، 1977م، ص152.

<sup>4</sup> - محي الدين عمرو: التنمية والتخطيط الاقتصادي، دار النهضة العربية، بيروت-لبنان، 1972م، ص271.

<sup>5</sup> - السبعراوي محمد: تطور الفكر الإداري، د. د. ن، غزة-فلسطين، 2003م، ص56، 57.

<sup>6</sup> - محمد الجبوسي: الإدارة علم وتطبيق، دار المسيرة، عمان-الأردن، 2000م، ص59.

<sup>7</sup> - عمر همشري: الإدارة الحديثة للمكاتب ومراكز المعلومات، مؤسسة الرؤى العصرية، عمان-الأردن، 2000م، ص103.

من خلال ما سبق يمكن تعريف التخطيط إجرائياً، هو مجموعة الخطط المبرمجة من طرف إدارة المؤسسة والتي من خلالها تتحدد الأهداف ويتم التنبؤ بتحقيق نتائج جيدة في المستقبل.

### 4. الصحة

الصحة هي حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم<sup>(1)</sup>، وهي علم وفن الوقاية من المرض والارتقاء بالصحة من خلال مجموعة من المجهودات المنظمة من قبل المجتمع، وتشمل العديد من المجالات والبيئات<sup>(2)</sup>.

وعرف "مارشال" الصحة بأنها: القوة الجسمية physical، والقوة العقلية mental للفرد، ويرتبط المستوى الصحي للفرد بحاجة المسكن، ومستوى التعليم ومستوى الغذاء وتنوعه، ومستوى نظافة البيئة، والخدمات الصحية المتاحة، ومدى إمكانية الحصول عليها<sup>(3)</sup>.

الصحة تعني غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والعلل، فطالما أن جسم الإنسان قد خلا من العلة وبرأ من الداء فذلك معناه أن هذا الجسم صحيح<sup>(4)</sup>.

تعرف منظمة الصحة العالمية W.O.H الصحة على أنها: حالة من الكفاية والسلامة الكاملة الجسمية والعقلية والاجتماعية، وليست مجرد الخلو من المرض والضعف<sup>(5)</sup>.

كما تعرف الصحة بأنها حالة من اكتمال القدرات الطبيعية الجسمية والعقلية والاجتماعية<sup>(6)</sup>.

وهي أيضاً تعني التمتع بحالة الصحة الجيدة، لا يعني مجرد الحياة بل يعني القدرة على التمتع بالحياة إلى أقصاها<sup>(7)</sup>.

- فالصحة هي ليست الخلو من المرض أو العاهة فقط، بل أن اكتمال الصحة يكون عن طريق اكتمال النواحي النفسية والبدنية والاجتماعية، وهذا ما يؤكد أن الناحية الاجتماعية مكوّن أساسي في تعريف الصحة.

<sup>1</sup> - عبد المجيد الشاعر وآخرون: الصحة والسلامة العامة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2005، ص13.

<sup>2</sup> - سلوى عثمان الصديقي: مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 2000م، ص25.

<sup>3</sup> - Alfred Marshall : **Principles of economics**, eighth, london the Macmillan press LTD, 1977, p161.

<sup>4</sup> - عبد المحي محمود حسن صالح: الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة-مصر، 2003م، ص17.

<sup>5</sup> - أيمن مزاهرة وآخرون: علم اجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2003م، ص42.

<sup>6</sup> - فوزية رمضان أيوب: علم الاجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة-مصر، 2013م، ص41.

<sup>7</sup> - طلعت الدرداش: اقتصاديات الخدمات الصحية، ط2، مكتبة القدس، الزقازيق-مصر، 2006م، ص17.

## 5. التخطيط الصحي

هو العملية التي من خلالها يحاول المسؤولون عن التخطيط الصحي نقل نظام وضع قائم إلى وضع أفضل، بحيث تصبح أعمال وأنشطة المنشآت أكثر إنتاجية وفعالية وكفاءة. وينتج عن عملية التخطيط الصحي الخطط أو البرامج التي تسعى المنشآت الصحية لتحقيقها، وكذلك التحديات المستقبلية وطرق تلافيتها حتى لا تؤثر على استمرارية المنشآت الصحية ومستوى الأداء<sup>(1)</sup>.

يعتبر التخطيط الصحي يعتبر سمة من سمات التقدم والاستمرار وأحد المرتكزات الأساسية لأي بناء صحي، وبالتخطيط نستطيع أن نحكم مسبقاً على أي عمل بالنجاح أو الفشل، بالتأخر أو التقدم مع ملاحظة مدى التزام المخطط بالقواعد العلمية أو تركها. حيث أن العمل غير المبرمج سوف يتيح بلا شك في زحمت المؤثرات والتغييرات الطارئة والسريعة التي ستصادف العمل والعاملين في بداية انطلاقتهم وتحركهم والتي تضغط بدورها على أفكار وشعور المنفذين للأخذ بها وترك ما هو أهم.

التخطيط الصحي هو تجميع معلومات وتحديد وإبراز عناصرها مع وضع افتراضات وتوقعات إيجابية لأعمال مستقبلية يقوم بها الفرد أو أفراد معينون لتحقيق أهداف معينة للنهوض والارتقاء بالمستوى الصحي في البلد وهو في جوهره لا يخرج عن كونه عملية منظمة واعية لاختيار أحسن الحلول الممكنة لتقديم أفضل الخدمات الصحية وبعبارة أخرى هو عملية ترتيب الأولويات في ضوء الإمكانيات المادية والبشرية المتاحة.<sup>(2)</sup>

التخطيط الصحي هو عملية إدارية يتم من خلالها توظيف الموارد المتاحة لتحقيق نتائج معينة في فترة زمنية محددة، وتتضمن عملية التخطيط الصحي تحليل الوضع القائم ووضع الأهداف ودراسة الخيارات المتاحة تمهيداً لصنع القرار المتمثل بوضع الخطة.

ويرتبط التخطيط الصحي نظرياً وتطبيقياً بمفهوم التخطيط الاستراتيجي والذي يعرف كالاتي:  
التخطيط الاستراتيجي هو عملية اختبار الأهداف المنظمة وتحديد السياسات والاستراتيجيات اللازمة لتحقيق الأهداف وتحديد الأساليب الضرورية لضمان تنفيذ السياسات الموضوعية. ويمثل العملية التخطيطية طويلة المدى التي يتم إعدادها بصورة رسمية لتحقيق أهداف المنظمة<sup>(3)</sup>.

<sup>1</sup> - وليد يوسف الصالح: إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2011م، ص42.

<sup>2</sup> - صباح صاحب المستوفي: التخطيط لتحسين الخدمات الصحية، مجلة المستنصرية للدراسات العربية والدولية، العدد1، بغداد-العراق، 2005م، ص186.

<sup>3</sup> - أحمد نافع المدادحة، سلامة سويلم النوافعة: مبادئ التخطيط والتنظيم في الإدارة والمكتبات، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان-

الأردن، 2013م، ص63،64.

## الفصل الأول: الإطار التصوري والمنهجي للدراسة

ويهتم التخطيط الاستراتيجي بالتغيرات البيئية وما يترتب عليها من تغيرات في القدرات والمهام الاستراتيجية للمؤسسة. ويستند منهج التخطيط الاستراتيجي على الفهم العميق لبيئة المؤسسة وما يشتمل عليه من دراسة وتحليل الأسواق وخاصة المنافسين والعملاء، وتكوين نظرة فاحصة للظروف الحالية والمستقبلية وتنمية القدرة على توقع التغيرات ذات التأثير الاستراتيجي على كيان ومستقبل المؤسسة<sup>(1)</sup>.

كما ترتبط المفاهيم الحديثة للتخطيط بمفهوم الإدارة الاستراتيجية والتي تتمثل في:

يعرف "تومبسون" الإدارة الاستراتيجية بأنها: رسم الاتجاه العام المستقبلي للمؤسسة وغايتها على المدى البعيد، واختيار النمط الاستراتيجي الملائم في ضوء متغيرات البيئة الداخلية والخارجية ثم تنفيذ الاستراتيجية وتقويمها<sup>(2)</sup>.

ويعرفها David,F بأنها صياغة وتطبيق وتقويم القرارات والأعمال التي من شأنها أن تمكن المنظمة من وضع أهدافها موضع التنفيذ<sup>(3)</sup>.

أما Glueck فيرى أن الإدارة الاستراتيجية هي مجموعة من القرارات والأعمال التي تؤدي إلى تطوير استراتيجية أو استراتيجيات فعالة، وذلك من خلال تحقيق أهداف المنظمة<sup>(4)</sup>.

وعرفت أيضا بأنها تصور المؤسسة لعلاقتها المتوقعة مع بيئتها، بحيث يوضح هذا التصور نوع العمليات التي يجب القيام بها على المدى البعيد الذي يجب أن تذهب إليه المؤسسة، والغايات التي يجب أن تحققها<sup>(5)</sup>.

وتعرف الإدارة الاستراتيجية أيضا بأنها: علم وفن صياغة وتطبيق وتقديم القرارات الوظيفية المختلفة التي تمكن المنظمة من تحقيق أهدافها<sup>(6)</sup>.

كما تعرف بأنها تصور الرؤى المستقبلية للمنظمة، ورسم رسالتها وتحديد غاياتها على المدى البعيد، وتحديد أبعاد العلاقات المتوقعة بينها وبين بيئتها بما يسهم في بيان الفرص والمخاطر المحيطة

<sup>1</sup> - محمد عبد الوهاب حسن عشاوي: الإدارة الاستراتيجية في تنمية الموارد البشرية، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، القاهرة-مصر، 2013م، ص13.

<sup>2</sup> - عبد السلام أبو قحب: أساسيات الإدارة الاستراتيجية، ط2، مكتبة الإشعاع للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية-مصر، 1997م، ص64.

<sup>3</sup> - David.F : **Concepts of strategic Management** , columbus Merrill publishing company, 1987, p9

<sup>4</sup> - Glueck ,w : **Business policy and strategic management**, New york Mc Graw-Hill, 1980, p64.

<sup>5</sup> - مؤيد سعيد السالم: أساسيات الإدارة الاستراتيجية، دار وائل للنشر، عمان-الأردن، 2005م، ص19.

<sup>6</sup> - محمود جاسم محمد الصميدعي: استراتيجيات التسويق-مدخل كمي وتحليلي-، دار وائل للنشر، الأردن، 2004م، ص20،21.



بها، ونقاط القوة والضعف المميزة لها، وذلك بهدف اتخاذ القرارات الاستراتيجية المؤثرة على المدى البعيد ومراجعتها وتقويمها<sup>(1)</sup>.

وبناءً على التخطيط الاستراتيجي وبواسطة الإدارة الاستراتيجية نأتي إلى مفهوم جودة الخدمات الصحية. والتي تعرف بأنها تحقيق مستوى عالي وجيد في الخدمة الطبية والصحية المقدمة للمريض منذ المرة الأولى، كما تشكل الجودة أحد الأسعقيات التنافسية، إضافة إلى التكلفة والمرونة ووقت التسليم والإبداع في تحقيق المؤسسة الاستجابة لطلبات السوق وإلى التنافس من خلالها<sup>(2)</sup>.

وقد عرفت أيضا على أنها مجموعة الإجراءات الموضوعية للتأكد من القدرة على ضمان تحقيق مستويات عالية من جودة الخدمة الصحية المقدمة إلى المرادين إلى المؤسسات الصحية. كما أنها تمثل شكل من أشكال الطرق التي تستخدمها المؤسسة الصحية لتمييز نفسها عن المؤسسات الصحية الأخرى والمشابهة لها في النشاط عن طريق تكوين صورة عن المؤسسة تتحدد من خلالها شخصية المؤسسة على جميع المستويات<sup>(3)</sup>.

فالخدمات الصحية هي الدرجة التي تبلغها الخدمات الصحية المقدمة في زيادة الحصيلة الصحية المرغوبة ضمن إطار اقتصادي معين، وموازنة للمخاطر بالفوائد، وبما يتماشى مع المعرفة المهنية الراهنة.

### رابعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة

#### 1. مجالات الدراسة

أ. **المجال المكاني:** يتمثل المجال المكاني للدراسة في لبيئة التي أجريت فيها دراستنا الميدانية، حيث حدد هذا المجال في "العيادة المتعددة الخدمات حمام دباغ - بن يوب السعيد- ولاية قالمه"، اختيرت هذه المؤسسة لتكون المجال التدريبي لدراستنا الميدانية.

أما بالنسبة للهيكل التنظيمي للعيادة المتعددة الخدمات حمام دباغ - بن يوب السعيد- فهي تتكون من مصلحة الموظفين التي تهتم بالمسار المهني للعمال(01 مكتب)، ومصلحة للعلاج (08 قاعات)،

<sup>1</sup> - عبد الحميد عبد الفتاح المغربي: الاستراتيجية لمواجهة تحديات القرن 21، مجموعة النيل العربية، القاهرة- مصر، 1999م، ص18-19

<sup>2</sup> - آلاء نبيل عبد الرزاق: استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية (دراسة حالة في عينة من مستشفيات مدينة بغداد)، مجلة الإدارة والاقتصاد ، العدد 90، العراق، 2011م، ص288.

<sup>3</sup> - أكرم أحمد الطويل وآخرون: إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية (دراسة في محافظة نينوي)، مجلة تكوين العلوم الإدارية والاقتصادية ، المجلد 02، العدد 19، العراق، 2010م، ص13.

ومصلحة اللقاح (02 قاعات)، مصلحة الأطفال (01 قاعة)، مصلحة التحاليل والأشعة (02)، وقاعة للإستعجالات، وقاعتين للاستقبال وأخرى للأمراض العصبية.

ب. **المجال البشري:** يتمثل المجال البشري لدراستنا في مجموع العاملين بالعيادة المتعددة الخدمات حمام دباغ - بن يوب السعيد - ولاية قالمة من أطباء ومرضى، ونظرا لحجم العاملين داخل المؤسسة والمقدر ب 75 عامل (60 إناث و 15 ذكور)، فقد اعتمدنا على أسلوب الحصر الشامل.

أسلوب الحصر الشامل هو أسلوب جمع الوحدات (وحدات المجتمع موضوع الدراسة) دون استثناء، ويهدف الحصر الشامل إلى الحصول على بيانات ومعلومات شاملة عن كل وحدة من وحدات المجتمع سواء كانت هذه الوحدة شخصا أو أسرة، أو مؤسسة أو مؤسسة أو أي وحدة أخرى.

يستخدم هذا النوع من الأساليب عندما نرغب في الحصول على بيانات تفصيلية عن جميع وحدات المجتمع<sup>(1)</sup>. وقد استخدمنا هذا الأسلوب بغرض تسهيل العمل الميداني، وتخفيف الكثير من الصعوبات والمشاكل.

ج. **المجال الزمني:** هو الفترة الزمنية التي ينزل فيها الباحث إلى ميدان الدراسة، ولهذا قمنا بتخصيص أوقات الزيارة للمؤسسة، بالإضافة إلى لقاءات كانت تتم من حين إلى آخر. ولقد مرت الدراسة الميدانية بمجموعة من المراحل وهي كالتالي:

- **المرحلة الاستطلاعية النظرية:** والتي كانت محصورة بين شهري أكتوبر وديسمبر 2020م، حيث قمنا بزيارة مختلف المكاتب بغية إلقاء نظرة على المراجع الخاصة ببحثنا النظري، أو الخاصة للعض المحاور النظرية في بحثنا.
- **المرحلة الاستطلاعية الميدانية:** حيث تم تحديد المكان الذي ستتم فيه الدراسة والحصول على الموافقة من طرف مسؤول المؤسسة، وتحصلنا على بعض البيانات التي تخدم البحث.
- **مرحلة توزيع الاستمارة:** تم إعداد الاستمارة خلال شهري فيفري و مارس 2021م، وبعد الحصول على الشكل النهائي تم تحكيمها وتجريبها وتوزيعها على العمال وجمعها بتاريخ 03-04 أفريل 2021م.
- **مرحلة تحليل البيانات:** انحصرت ما بين شهري أفريل وماي 2021م، حيث تمت مراجعة البيانات الموجودة في الاستمارة، وتفرغها في جداول إحصائية وتصنيفها وتمثيلها بيانيا وتحليلها.

<sup>1</sup> - كمال دشلي: منهجية البحث العلمي، مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية، الأردن، 2012م، ص62

## 2. منهج الدراسة

توجد العديد من المناهج في العلوم الاجتماعية، تختلف باختلاف الظاهرة المدروسة وطرق تناولها وطبيعة الميدان، فالمنهج المختار يكون قصد تحليل لظاهرة وإعطائها طابعا إحصائيا يزيد من دقة دراستها. ويعرف المنهج بأنه "عبارة عن أسلوب في تقصي الحقائق وتباينها، ويحتوي على عناصر التشويق التي تحفز القراء على البحث وتمكينهم من التعرف على أسرارها، ولهذا لم تكن المناهج ثابتة تستوجب التقيد بها كما يعتقد البعض، بل هي أساليب تختلف بالضرورة من موضوع إلى آخر ومن باحث إلى آخر<sup>(1)</sup>.

كما يعرف المنهج على أنه عبارة عن جواب سؤال "كيف؟" "نصل إلى الأهداف"<sup>(2)</sup>.

ولقد تعددت أنواع المناهج وصنفت عدة تصنيفات ومن بينها المنهج الوصفي وهو المنهج الذي تم اعتماده في دراستنا باعتباره يتماشى وطبيعة البحث وتدرج هذه الدراسة ضمن الدراسات الوصفية التي تهدف بشكل عام إلى تحديد خصائص الظاهرة وتفسيرها والتوصل إلى اقتراح حلول.

### • المنهج الوصفي

هو استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر كما هي قائمة في الحاضر بقصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصرها أو بينها وبين ظواهر أخرى، والبحث الوصفي لا يقف عند حدود<sup>(3)</sup>.

كما يمكن تعريفه على أنه: "وصف لحالة تتعلق بظاهرة طبيعية أو مجتمعية خلال فترة زمنية محددة، لمعرفة أسبابها ونتائجها ومن ثم تعميمها على الحالات المشابهة"<sup>(4)</sup>.

وقد اعتمدنا على المنهج الوصفي للحصول على أدق المعلومات النظرية والميدانية التي تخدم أغراض البحث، ويعتمد هذا المنهج على الوصف الدقيق والموضوعي للظاهرة المراد دراستها، وقد ساعدنا هذا المنهج في:

- اختيار الظاهرة المراد دراستها بعد معاشتها على أرض الواقع.

- تحديد الاشكالية بصورة علمية دقيقة.

- تحديد الأدوات المستخدمة في عملية جمع البيانات.

<sup>1</sup>- مروان عبد المجيد ابراهيم: أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق، عمان-الأردن، 2000م، ص64.

<sup>2</sup>- مورييس أنجريس: منهجية البحث في العلوم الإنسانية، ط2، ترجمة بوزيد صحراوي، دار القصبية للنشر، الجزائر، 2006م، ص181.

<sup>3</sup>- رحيم يونس خرو العزاري: مقدمة في منهج البحث العلمي، دار دجلة، عمان-الأردن، 2008م، ص72.

<sup>4</sup>- غازي عناية: منهجية إعداد البحث العلمي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2007م، ص87.

- جمع المعلومات المتعلقة بالظاهرة موضوع الدراسة.
- التحقق من البيانات التي تم جمعها حول موضوع الدراسة.
- القيام بعرض النتائج وتصنيفها وتنظيمها وتحليلها وتفسيرها، كما تم توظيف الأسلوب الاحصائي في جمع المادة العلمية وتجميعها كميًا بصورة رياضية بالأرقام والرسوم البيانية واستعمال التقنيات الحسابية ومقارنتها فيما بينها.

### 3. تقنيات البحث الميداني

من غير المنطقي أن ينطلق الباحث في عمله من فراغ، وإنما يتعين عليه الاستعانة بمجموعة من التقنيات والأدوات، لذلك فقد اعتمدنا لجمع المادة العلمية النظرية على المعاجم والقواميس، الكتب، الدوريات العلمية، الرسائل والأطروحات، الدراسات الميدانية والملتقيات.

أما بالنسبة للبيانات الميدانية فقد تم جمعها من الميدان مجال الدراسة عن طريق أدوات جمع البيانات التالية: الملاحظة (من خلال التفاعلات، السلوكات، التصرفات الصادرة عن العمال)، المقابلة، الاستمارة بهدف الاحاطة بالظاهرة محل الدراسة ميدانيا، الوثائق والسجلات.

#### • الملاحظة

تعتبر من الطرق المباشرة في جميع البيانات والمعلومات وخاصة إذا كان موضوع الدراسة سلوكا إنسانيا معيناً، أو ظاهرة اجتماعية محددة.

ويمكن تعريف الملاحظة بأنها عبارة عن عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظاهرة والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف، بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة وتوجيهها لخدمة أغراض الإنسان تلبية احتياجاته<sup>(1)</sup>.

كما تعرف كذلك بأنها وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات، وهي التي يقوم فيها العقل بدور كبير من خلال ملاحظة الظواهر وتفسيرها وإيجاد ما بينها من علاقات تسهم اسهاما كبيرا في البحوث الوصفية والكشافية والتجريبية<sup>(2)</sup>.

خاصة في موضوع دراستنا كانت ملاحظتنا كاشفة عن التعاون بين العمال.

<sup>1</sup> - محمد عبيدات وآخرون: منهجية البحث العلمي - القواعد والمراحل والتطبيقات -، دار للنشر، عمان -الأردن، 1999م، ص 86.

<sup>2</sup> - فاطمة عوض صابر، ميرفت علي خفاجة: أسس ومبادئ البحث العلمي، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية، الإسكندرية-مصر، 2002م، ص 143.

وقد تم الاستعانة بهذه التقنية لجمع المعلومات من خلال الزيارات الاستطلاعية لميدان الدراسة، حيث تم التركيز على ملاحظة تفاعلات، سلوكيات وتصرفات العاملين، وكانت هذه الأداة ذات فاعلية كبيرة خاصة في الدراسة الاستطلاعية كونها المصدر الأساسي في البحث العلمي للحصول على البيانات والمعلومات اللازمة لموضوع الدراسة.

### • المقابلة

تعتبر المقابلة وسيلة لجمع البيانات في البحث الاجتماعي، وهي وسيلة فعالة لما تمتاز به من رصد انفعالات واستجابات المبحوثين والتعمق في فهم كافة الجوانب التي تجري فيها المقابلة، وهي أمور قد لا يكون من الممكن جمعها بطرق أخرى.

وتعرف المقابلة بأنها "محادثة موجهة يقوم بها فرد مع آخر أو مع أفراد، بهدف حصوله على أنواع من المعلومات لاستخدامها في البحث العلمي أو الاستعانة بها في عمليات التوجيه والتشخيص والعلاج". كما تعرف أيضا على أنها: "تفاعل لفظي يتم بين شخصين في موقف مواجهة حيث يحاول أحدها وهو القائم بالمقابلة أن يستخبر بعض المعلومات أو التعبيرات لدى المبحوث والتي تدور حول آرائه ومعتقداته<sup>(1)</sup>. لأجل ذلك أجريت مقابلتين عن طريق أسئلة موجهة لرؤساء مصالح لعيادة متعددة الخدمات حمام دباغ - بن يوب السعيد - ولاية قالمة، بتاريخ 16-17 أفريل 2021م بغية على معلومات إضافية خاصة بالمؤسسة، وبالرغم من ضغوط عمل هؤلاء الأشخاص إلا أنهم قد ساعدونا في إجراء لقاءات معهم ومع بعض المبحوثين والتي ساعدتنا في تصميم الاستمارة وتحليلها. ولتطبيق هذه الأداة فقد شملت المقابلة 12 سؤالا في دليل المقابلة (موجه لرؤساء المصالح). وقد تلخصت المحاور الأساسية للمقابلة في:

- دوافع تجسيد المسؤولية الاجتماعية في تسيير الإدارة.
- التخطيط الاستراتيجي وتطبيقاته في هيكلية التخطيط.
- ارتباط تطبيقات المسؤولية الاجتماعية مع استراتيجيات التخطيط الصحي.
- الصعوبات التي تواجه تطبيق برامج المسؤولية الاجتماعية للتخطيط الصحي.

<sup>1</sup> - عمار بوحوش، محمد الذنبيات: مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2001م،

• الاستثمار

تعتبر الاستثمار من بين أهم أدوات جمع البيانات في العلوم الاجتماعية وأكثرها شيوعا وانتشارا، لما تمتاز به من دقة وشمولية عن غيرها من الأدوات الأخرى. تعد الاستثمار أحد الوسائل التي يعتمد عليها الباحث في تجميع البيانات والمعلومات من مصادرها. وتعتمد على استنطاق الأفراد المستهدفين بالبحث من أجل الحصول على إجاباتهم عن الموضوع والتي يتوقع الباحث أنها مفيدة لبحثه وتساعد على اختبار فرضياته<sup>(1)</sup>. وتعرف كذلك على أنها مجموعة مؤشرات يمكن عن طريقها اكتشاف أبعاد مواضيع الدراسة عن طريق الاستقصاء التجريبي، أي إجراء بحث ميداني على جماعة محددة من المبحوثين، وهي وسيلة الاتصال الرئيسية بين الباحث والمبحوث، وتحتوي على مجموعة من الأسئلة تخص القضايا المتعلقة بالمبحوث<sup>(2)</sup>.

لقد استخدمنا الاستثمار لجمع البيانات الميدانية، حيث وجهت إلى الأطباء والمرضى في العيادة المتعددة الخدمات حمام دباغ - بن يوب السعيد - ولاية قالمة وهي تتكون من خمسة محاور تحتوي في مجملها على 41 سؤال، موزعين كآتي:

- أولا: البيانات الأولية ( وتحتوي على 7 أسئلة).
- ثانيا: دوافع تطبيق المسؤولية الاجتماعية في تسيير وتطبيق الإدارة (وتحتوي على 9 أسئلة).
- ثالثا: تطبيقات التخطيط الاستراتيجي وهيكله التخطيطي ( وتحتوي على 9 أسئلة).
- رابعا: توافق التطبيقات العلمية للمسؤولية الاجتماعية واستراتيجيات التخطيط الصحي (وتحتوي على 9 أسئلة).
- خامسا: العوامل المؤثرة في تنفيذ برامج المسؤولية الاجتماعية للتخطيط الصحي ( وتحتوي على 7 أسئلة).

**خامسا: الدراسات السابقة**

إن الاطلاع على الدراسات والأبحاث السابقة قبل البدء في أولى خطوات البحث، يوفر للباحث مايلي:

- بلورة مشكلة البحث التي يفكر فيها وتحديد أبعادها ومجالاتها.

<sup>1</sup>- عبد الغاني عماد: منهجية البحث في علم الاجتماع، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت-لبنان، 2008م، ص21.

<sup>2</sup>- بلقاسم سلاطونية، حسن الجبلاني: أسس البحث العلمي، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2009م، ص77.

- إثراء مشكلة البحث التي اختارها الباحث.
- تزويد الباحث بالكثير من الأفكار والأدوات والإجراءات والاختبارات التي يمكن أن يستفيد منها في إجراءاته لحل مشكلته، إضافة إلى تزويده بالكثير من المراجع والمصادر الهامة.
- توجيه الباحث إلى تجنب المزالق التي وقع فيها الباحثون الآخرون وتعريفه بالصعوبات التي واجهوها.
- الاستفادة من نتائج الأبحاث والدراسات السابقة من خلال بناء مسلمات البحث على النتائج التي توصل إليها الآخرون واستكمال الجوانب التي وقفت عندها الدراسات السابقة<sup>(1)</sup>.
- وللإشارة فقد تم ترتيب الدراسات الآتية وفق التسلسل الزمني.

### 1-الدراسة الأولى: انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات -دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة- جامعة محمد خضير، بسكرة، من إنجاز الطالب بن فرحات عبد المنعم، 2017-2018م.

هدفت هذه الدراسة إلى توصيف أنماط التسيير المطبقة في المؤسسات للصحة بالجزائر والمراحل الانتقالية التي عرفتھا، محاولة فهم مدى تأثير نمط التسيير على نوعية الخدمة المقدمة بالمؤسسة العمومية للصحة. وتتمثل أهمية الدراسة من ناحيتين هما: تبرز الأهمية العلمية في فهم العلاقة بين نمط التسيير المعتمد في المرفق الصحي العمومي، سواء كان مركزيا أو لا مركزيا أو مستمدا من آليات القطاع الخاص وبين نوعية الخدمة الصحية المقدمة في هذا المرفق، كما تتجلى الأهمية العملية في كون هذه الدراسة تعالج جانبًا من مشكلات القطاع الصحي العمومي في الجزائر، والمتمثلة في تسيير المؤسسات العمومية للصحة ونوعية خدماتها، والذي كان الدافع لاتخاذ سياسات حكومية ومقاربات تنظيمية عديدة في ظل فترات زمنية متقاربة بغرض تحقيق أهداف الصحة العمومية وتحسين مستوى الخدمات.

تناول الباحث في هذه الدراسة خمس فصول بحيث يشمل الفصل الأول الإطار العام للدراسة، أما الفصل الثاني تضمن ماهية ومعايير تقييم الخدمة الصحية، والفصل الثالث تناول فيه أنماط تسيير المؤسسات العمومية للصحة، أما الفصل الرابع كان حول المؤسسة العمومية للصحة في الجزائر

<sup>1</sup>- فوزية زنفوني: دور المورد البشري-المعلم في التدريس بالكفاءات- دراسة ميدانية بمؤسسات التعليم الثانوي لولاية قالمة-، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم إجتماع الاتصال، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية- جامعة باجي مختار، عنابة- الجزائر، 2016-2017م، ص29

ومقاربات تسييرها، والفصل الخامس والأخير تناول فيه دراسة انعكاسات نمط التسيير على نوعية الخدمة بعينة من المؤسسات.

وقد تمحورت إشكالية الدراسة في:

- ما انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات؟ وتندرج تحت هذه الإشكالية تساؤلات فرعية وهي كالتالي:
  - ما نمط التسيير السائد بالمؤسسة العمومية للصحة بالجزائر؟ .
  - ما تقييم مرتقي المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر لجودة الخدمة؟.
  - ما أثر نمط التسيير على أبعاد جودة الخدمة الصحية في المؤسسات محل الدراسة؟. كإجابة أولية عن التساؤلات التي طرحنا وضع الباحث الفرضيات التالية:
  - نمط التسيير الحالي يقوم على البيروقراطية التنظيمية ومركزية التخطيط والتصور وتحجيم دور الهيئات الاستشارية ومجالس التسيير للمؤسسة العمومية للصحة.
  - يقيم مرفقون الخدمة بالمؤسسات العمومية للصحة تقييماً متوسطاً.
  - لنمط التسيير السائد أثراً سلبياً على أبعاد جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات محل الدراسة.
- ومن أجل توصيف أنماط تسيير المؤسسات العمومية للصحة وتطورها خلال فترات مختلفة، فقد اختار الباحث دراسة مختلف النصوص القانونية والتنظيمية التي تحدد أدوات تسيير المؤسسات العمومية التي تشكل عناصر خارطة الصحة العمومية بالجزائر. ولاختبار فروض الدراسة فقد اعتمد الباحث المنهج الإحصائي الاستدلالي من خلال بعض الاختبارات الإحصائية المطبقة على الاستمارة البحثية، بحيث تمثل مجتمع الدراسة الأفراد العاملين بمجموعة المؤسسات العمومية للصحة والتي راعا فيها الباحث طبيعة المؤسسة وتوزيعها حسب المناطق الجهوية بالجزائر، وتم إعداد استمارتين واحدة موجهة للموظفين (تضمنت 25 عبارة)، والأخرى موجهة للمرتفقين (تضمنت 23 عبارة).

ومن خلال التأكد من صدق الفرضيات استطاع الباحث أن يتوصل إلى النتائج التالية:

- وجود أثر ذو دلالة احصائية لنمط التسيير على جودة الخدمة الصحية، وسيطرة النمط التقليدي البيروقراطي في تسيير المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر، رغم محاولة الأخذ ببعض أدوات النمط التعاقدية. أهمية التفويض والتسيير التشاركي في تحسين نوعية الخدمة الصحية وكذلك أهمية المصالح المركزية في التحكيم وعدالة توزيع الإمكانيات بين مختلف المؤسسات.



- أن النمط التعاقدى يجسد منطق المقاربة بالأهداف والنتائج في مخالفة للمنطق التقليدي المرتكز على توفير الإمكانيات والوسائل.

من خلال ما توصل إليه الباحث من نتائج هذه الدراسة طرح الاقتراحات التالية:

- أن الحالات المرضية يجب التكفل بها في التوقيت الضروري المتوافق مع أدبيات المهنة الطبية.
- ضرورة إعداد خارطة تخضع للتحيين الدوري وينظر فيها لطبيعة توزيع الهياكل والمهارات الصحية بين مختلف الجهات<sup>(1)</sup>.

تشارك هذه الدراسة مع دراستنا في أنها ركزت على تأثير التخطيط والتسيير على نوعية الخدمة الصحية المقدمة، وهو ما أردنا أن نوضحه في دراستنا هذه.

**2- الدراسة الثانية: دور المسؤولية الاجتماعية في تحسين أداء المؤسسة-دراسة حالة لمؤسسة Batimital هياكل غرب وحدة عين الدفلى، جامعة الجيلالي بونعامة بخميس مليانة، من إنجاز الطالبتين فرحي زينة وبوزيان غنية، 2016-2017م.**

هدفت الدراسة إلى إبراز الدور الذي تلعبه المسؤولية الاجتماعية في تحسين أداء المؤسسة

وللإحاطة بهذا الموضوع قامت الباحثتين بطرح تساؤل رئيسي:

- ما دور المسؤولية الاجتماعية في تحسين أداء مؤسسة باتيميتال- غرب وحدة عين الدفلى؟.

وقد تمحورت إشكالية البحث حول التساؤلات الجزئية التالية:

- ما مفهوم المسؤولية الاجتماعية، وما أهميتها بالنسبة للمؤسسة؟.
- ما مفهوم الأداء، وما هي المؤشرات المساعدة على عملية تقييمه؟.
- إلى أي مدى تتبنى مؤسسة باتيميتال- غرب وحدة عين الدفلى أبعاد المسؤولية الاجتماعية؟
- ما مدى تأثير أبعاد المسؤولية الاجتماعية على أداء مؤسسة باتيميتال؟

وانطلاقاً من الإشكالية المطروحة تم بناء فرضية عامة تمثلت في:

- المسؤولية الاجتماعية في التزام المؤسسة اتجاه أصحاب المصالح.

- يساهم تطبيق المسؤولية الاجتماعية في تحسين أداء المؤسسة.

وينبثق عن الفرضية الثانية فرضيات فرعية تتمثل فيما يلي:

---

<sup>1</sup>- عبد المنعم بن فرحات: انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات -دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة-، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة محمد خضير، بسكرة- الجزائر، 2017-2018م.

- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد المسؤولية الاجتماعية في البعد المالي.
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد المسؤولية الاجتماعية في بعد العميل.
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد المسؤولية الاجتماعية في بعد العمليات الداخلية.
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد المسؤولية الاجتماعية في بعد التعلم والنمو.
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد المسؤولية الاجتماعية في بطاقة الأداء المتوازن.

وللتحقق من هذه الفرضيات استخدمنا الباحثان المنهج الاستقرائي والوصفي التحليلي في الجانب النظري من البحث، أما في الجانب التطبيقي الذي يتم فيه اسقاط الجانب النظري فقد اعتمدنا على دراسة حالة لمؤسسة باتيميتال غرب وحدة عين الدفلى، أما الأدوات المستخدمة فنتمثل في برنامج معالج الجداول (2007) EXEL، بالإضافة إلى الاستعانة ببرنامج الحزم الاحصائية للعلوم الاجتماعية (16) spss للتحليل الاحصائي الوصفي، وتم الاستعانة بالاستمارة وهي أحد تقنيات الاستقصاء وجمع المعلومات. وزعتا 55 استمارة على عمال المؤسسة ولم تستعمل كل هذه الاستمارات نظرا لإلغاء البعض منها.

ومن خلال التأكد من صدق الفرضيات، استطاعت الباحثتان أن تتوصلا إلى نتائج أهمها: ضرورة تطبيق المؤسسة للمسؤولية الاجتماعية في تحسين أداء المؤسسة، بحيث تعتبر المسؤولية الاجتماعية من أهم المكونات للبيئة الداخلية لمؤسسة BATIMITAL والتي تؤثر على سلوك وأداء المؤسسة، وأيضا التزام المؤسسات بالمسؤولية الاجتماعية يعود عليها بالعديد من المنافع ومن أهمها تحسين سمعة المؤسسة وعلاقتها التجارية، زيادة المبيعات وولاء المستهلك، تحسين أداء المؤسسة<sup>(1)</sup>.

ساعدتنا هذه الدراسة في أنها ركزت على فعالية المسؤولية الاجتماعية وتأثيرها على أدا العاملين، من خلال التعرف على أفضل الطرق لتقييم أداء العاملين في المؤسسة وكيفية الاستفادة من تطبيقاته، ويمكن الاستفادة من النتائج التي توصلت إليها.

<sup>1</sup> - زينة فرحي ، بوزيان غنية: دور المسؤولية الاجتماعية في تحسين أداء المؤسسة-دراسة حالة لمؤسسة batimital هياكل غرب وحدة عين الدفلى-، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في علوم التسيير، تخصص إدارة اعمال، جامعة الجبلاي بونعامة بخميس مليانة- الجزائر، 2016-2017م.

3-الدراسة الثالثة: واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات دراسة تطبيقية لعينة من مستشفيات الجنوب الغربي -ولاية بشار- جامعة أبي بكر بلقايد-تلمسان، من إنجاز الطالب سعيدان رشيد، 2016- 2017م.

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

تناول الباحث في هذه الدراسة ثلاث فصول بحيث تناول في الفصل الأول التأهيل النظري للمسؤولية الاجتماعية لمنظمات الأعمال، أما الفصل الثاني فكان حول المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاستشفائية، أما الفصل الأخير تناول الدراسة الميدانية لواقع التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية.

وعليه إشكالية الدراسة تم صياغتها كالتالي:

- ما واقع التزام المؤسسات الاستشفائية العمومية بمسؤوليتها الاجتماعية اتجاه أصحاب المصلحة العاملين والمرضى، المجتمع المحلي، البيئة والمجتمع؟.
- لمعالجة وتحليل هذه الإشكالية، تم طرح مجموعة من الأسئلة التالية:
- ما مفهوم المسؤولية الاجتماعية، ما هي مبرراتها ومجالاتها والنظريات المفسرة لها؟
- ما طبيعة أصحاب المصالح وما العلاقة التي يمكن لمنظمة الأعمال أن تربطها مع كل طرف؟.
- فيما تتمثل المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاستشفائية وما 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؟.

وبناءً على الإشكالية والأسئلة المطروحة تم طرح الفرضيات التالية:

## الفصل الأول: الإطار التصوري والمنهجي للدراسة

- يتوقف التزام المؤسسات الاستشفائية بمسئوليتها الاجتماعية على مدى مشاركة جميع أطراف أصحاب المصلحة.
  - تعتبر المسؤولية الاجتماعية ذات البعد الأخلاقي للعمل ضمن المؤسسات الاستشفائية.
  - واقع ممارسة المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية متباين تجاه أصحاب المصلحة: (العاملين، المستفيدين (المرضى)، المجتمع، البيئة، المؤسسات الداعمة والمجتمع المحلي).
  - أما الفرضيات الفرعية التابعة للفرضية الأخيرة هي: ممارسة المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية ضعيف اتجاه العاملين.
  - لا يوجد اختلاف في ممارسة المؤسسة الاستشفائية لمسئوليتها الاجتماعية اتجاه العاملين تبعاً للمتغيرات الشخصية.
  - ممارسة المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية متوسط اتجاه المرضى.
  - ممارسة المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية ضعيف اتجاه المجتمع.
  - ممارسة المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية ضعيف اتجاه البيئة.
  - ممارسة المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية ضعيف اتجاه المؤسسات المكملة والداعمة.
  - ممارسة المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية جيد اتجاه الحكومة.
  - الالتزام بالقواعد والتشريعات والقوانين والنظم، دفع الضرائب والرسوم.
- بغية القيام بتحليل علمي ومنهجي للإشكالية المطروحة وبهدف اختبار صحة الفرضيات المقترحة تم اعتماد المنهج الوصفي وذلك بإجراء دراسة نظرية للموضوع مشتملة مراجعة لأهم المؤلفات العلمية ذات الصلة. أما في الدراسة التطبيقية استخدم الباحث المنهج التحليلي وذلك بتحليل البيانات والمعلومات ولمعالجة تلك البيانات، واعتمد الباحث على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) مع استخدام الأدوات الإحصائية اللازمة لذلك، وتم توزيع 85 إستمارة على الموظفين .
- ومن خلال التأكد من صدق الفرضيات استطاع الباحث التوصل إلى النتائج التالية:
- التأكيد على ضرورة اهتمام المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة بالطبقة العاملة بمختلف فئاتها بتحسين ظروف العمل بصفة عامة وخاصة الأجور والترقيات، كونها نقاط اختلاف بين النقابات العمالية والوزارة الوصية، إلى جانب محور التوظيف الذي يعاني من سوء التخطيط والتنبؤ بالمناصب، دون

الاعتماد على استراتيجية واضحة تلبي حاجيات المستشفى والمجتمع، فالإحصائيات تنذر بأزمة حادة في اليد العاملة على المدى القريب تخص كل الفئات وخاصة التمريضية منها.

وانتهى الباحث إلى توصيات أهمها:

على المستشفى أو على المستشفيات بصفة عامة العناية أكثر بمؤشرات الأداء مع إدراج مؤشرات المسؤولية الاجتماعية ضمن المؤشرات الأساسية، حتى تتمكن من تحسين ومراقبة التزاماتها اتجاه أصحاب المصلحة. وأن تأصيل المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات في مختلف العمليات أصبح موضوعاً ذا أهمية بشكل متزايد لأسباب استراتيجية للمؤسسات والحصول 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 على زيادة المصداقية.

وفقا لاستنتاجات الجانب النظري ونتائج الدراسة الميدانية أعطى الباحث مجموعة من التوصيات

تمثلت في:

- التأكيد على ضرورة اهتمام المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة بالطبقة العاملة بمختلف فئاتها بتحسين ظروف العمل بصفة عامة وخاصة الأجور والترقيات كونها نقاط اختلاف بين النقابات العمالية والوزارة الوصية.

- إضافة إلى جانب محور التوظيف الذي يعاني من سوء التخطيط والتنبؤ بالمناصب دون الاعتماد على استراتيجية واضحة تلبي احتياجات المستشفى والمجتمع<sup>(1)</sup>.

ترتبط هذه الدراسة بموضوع دراستنا في أن هذه الدراسة ركزت على التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤوليتها الاجتماعية، ولهذا يمكن الاستفادة منها من خلال النتائج التي توصلت إليها ومقارنتها مع نتائج دراستنا، ومعرفة إذا كانت هناك اختلافات في بالتزامات المؤسسات الاستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية.

<sup>1</sup> - رشيد سعيدان: واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات دراسة تطبيقية لعينة من مستشفيات الجنوب الغربي -ولاية بشار-، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم، تخصص تسيير، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان- الجزائر، 2016-2017م.

4- الدراسة الرابعة: المسؤولية الاجتماعية للقطاع الخاص في الجزائر، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، من إنجاز الطالبة خولة طلحي، 2014 - 2015م

هدفت الدراسة إلى التعرف على القطاع الخاص في الجزائر ومدى تحمله لمسؤوليته الاجتماعية اتجاه المجتمع الجزائري، وكذلك التعرف على مفهوم المسؤولية الاجتماعية للقطاع الخاص، أما بالنسبة لطبيعة الدراسة فهي دراسة.

وقد تمحورت إشكالية الدراسة في: هل يساهم القطاع الخاص في تحمل المسؤولية الاجتماعية في الجزائر؟ حيث تفرعت عن هذه الإشكالية أسئلة فرعية أهمها:

- ما مفهوم المسؤولية الاجتماعية للقطاع الخاص؟
  - ما مدى اهتمام القطاع الخاص بالمسؤولية الاجتماعية في الجزائر؟
- وقد حاولت الباحثة الإجابة عن هذه الأسئلة من خلال طرح فرضيتين أهمها:
- يساهم القطاع الخاص الجزائري في تنمية المسؤولية الاجتماعية كلما زادت درجة وعيه بهذه المسؤولية.

- كلما زاد دعم الدولة للقطاع الخاص في الجزائر زادت درجة تحمله للمسؤولية الاجتماعية. وللتحقق من هذه الفرضيات، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي باعتباره يهتم بجمع الحقائق والمعلومات ومقارنتها وتحليلها وتفسيرها للوصول إلى وصف علمي متكامل، واعتمدت أيضا على منهج دراسة الحالة الذي يعد من أهم المناهج التي تتجه إلى جمع البيانات العلمية المتعلقة بوحدة معينة، كما استخدمت المنهج الإحصائي من خلال إعطاء احصائيات حول مشاركة القطاع الخاص الجزائري في تحمل المسؤولية الاجتماعية ومحاولة تحليلها، كما استخدمت منهج دراسة الحالة الذي يعد من أهم المناهج التي تتجه إلى جمع البيانات العلمية المتعلقة بدراسة حالة القطاع الخاص في الجزائر.

تم تحديد إطارها ونطاقها بعرضها وتقديمها ضمن خطة تحتوي على فصلين بحيث تناولت الباحثة في الفصل الأول الإطار المفاهيمي للمسؤولية الاجتماعية للقطاع الخاص، أما الفصل الثاني فيعد الجانب التطبيقي للدراسة، حيث تطرقت الباحثة إلى واقع المسؤولية الاجتماعية في الجزائر من خلال

مبحثين ومن خلال التأكد من صدق الفرضيات استطاعت الباحثة أن تتوصل إلى نتائج أهمها أن القطاع الخاص في الجزائر لم يرقى إلى مستوى المسؤولية المرجوة منه، ولم يساهم في رفع مستوى النمو

الاقتصادي ومكافحة البطالة وزيادة نسبة التشغيل، حيث أن القطاع الخاص في الجزائر لم يستطع تبني مشاريع إنمائية تساعد في تنمية المجتمع الجزائري والرفع من قدرته الشرائية.

من أهم التوصيات التي توصلت إليها الباحثة نجد: ضرورة اهتمام القطاع الصحي بالمسؤولية الاجتماعية التي تمتد الى الاستثمار في المجتمع وأفراده. ووضع رؤية مشتركة للمسؤولية الاجتماعية في الجزائر وتأكيد الالتزام بها. وتشجيع تبادل الخبرات الأجنبية والشراكة بينها وبين القطاع الخاص الجزائري في مجال تحمل المسؤولية الاجتماعية (1).

ترتبط هذه الدراسة بموضوع دراستنا في كونها ركزت على اهتمام القطاع الصحي في تحمل المسؤولية الاجتماعية، من خلال حث المؤسسات على تطبيق نماذج حديثة وتكييفها مع ظروف المؤسسة، ويمكن الاستفادة من النتائج التي توصلت إليها.

5-الدراسة الخامسة: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة-، جامعة أبو بكر بلقايد-تلمسان، من إنجاز الطالبة عتيق عائشة، 2011-2012م.

هدفت الدراسة إلى دراسة واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ومدى تأثيرها على رضا المريض، وتحثل هذه الدراسة أهمية كبيرة لتناولها المنظمات الصحية التي تعتبر من أكثر المنظمات ارتباطا بالجمهور، بسبب شمولية تأثير خدماتها على كافة أفراد المجتمع بشكل أو بآخر: حيث تهدف إلى توشي الحذر من الانحراف في الصحة وبناء إنسان مكتمل الصحة الجسمية والعقلية والاجتماعية.

وقسمت هذه الدراسة إلى ثلاثة فصول، فصلان مخصصان للجانب النظري، والآخر خاص بالجانب التطبيقي، بحيث تناول الفصل الأول تسويق الخدمات الصحية والفصل الثاني كان حول جودة الخدمات الصحية ورضا المريض، أما الفصل الثالث والأخير فتناولت فيه الباحثة دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة.

وقد تمحورت إشكالية الدراسة في: ما واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية وما مدى تأثيرها على رضا المريض؟ وتندرج تحت هذه الإشكالية التساؤلات التالية:

<sup>1</sup>- خولة طلحي: المسؤولية الاجتماعية للقطاع الخاص في الجزائر، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في السياسات العامة، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي-الجزائر، 2014-2015م.

- ما مفهوم الخدمات الصحية؟ وما طبيعة المزيج التسويقي للخدمات الصحية؟
  - إلى أي مدى يتم تطبيق الجودة وتحسين خدمات القطاع الصحي؟
  - ما هي أبعاد جودة الخدمات الصحية؟
  - ما المقصود برضا المريض؟
  - ما هو سلوك المريض كمستهلك للخدمة الصحية وما هي العوامل المؤثرة فيه؟
- وقد قدمت عدت فرضيات للإجابة عن الأسئلة السابقة وهي كالتالي:
- تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيراً إيجابياً على رضا المريض من ناحية بعد الاعتمادية.
  - تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيراً إيجابياً على رضا المريض من ناحية بعد الاستجابة.
  - تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيراً إيجابياً على رضا المريض من ناحية بعد الضمان.
  - تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيراً إيجابياً على رضا المريض ومن ناحية بعد الملموسة.
  - تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، تأثيراً إيجابياً على رضا المريض من ناحية بعد التعاطف.
- وتم الاعتماد على منهج يستند في جوهره على الوصف والتحليل، وهو منهج وسط يعتمد على الملاحظة الشخصية والمراجع باللغة العربية والأجنبية، كما استعانت الباحثة بالاستبيان الذي وزع على المرضى كعينة مجموعها 111 مريض.
- ومن خلال التأكد من صدق الفرضيات استطاعت الباحثة أن تتوصل إلى نتائج أهمها:
- إعادة النظر في أولويات الإنفاق على قطاع الصحة وفقاً للموارد المتاحة حالياً لتحقيق الارتقاء بالصحة العامة للمواطنين، وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية، ووضع نظام تأمين صحي يشمل جميع فئات المجتمع، ويضمن الحصول على حزمة أساسية من الخدمات، بالإضافة إلى حماية المواطن من عبء الإنفاق الكلي على علاج الأمراض ذات التكلفة الباهظة، مع ضرورة إجراء دراسات شاملة لاقتصاديات التأمين الصحي لتفادي العجز العالي في ميزانية التأمين الصحي.



- نشر الثقافة الصحية في أوساط المجتمع عن طريق إقامة المؤتمرات العلمية والمؤتمرات والأيام التحسيسية والندوات والمعارض، في مختلف وسائل الإعلام بشكل متواصل من أجل الوقاية من العلاج ومن ثم تخفيض الطلب على خدمات المستشفى، وتنمية الحياة المهنية للعامل بالاعتماد على نشاطات قاعدية تتركز في الأساس على تربصات تكوينية لتطوير الكفاءات وإنشاء شبكة اتصال داخلية في المؤسسة (الإنترنت) بين مختلف الأقسام والمصالح.

بناء على الاستنتاجات قدمت الباحثة الاقتراحات التالية:

- وضع أسس ومعايير علمية واضحة لترشيد التوسع في المنشآت الصحية اعتمادا على بيانات فعلية وحديثة ونظم معلومات جغرافية، لتحديد جميع أنواع الخدمات المتاحة وتوزيعها حسب احتياجات المجتمع.

- يجب أن يكون هناك نظام رقابي داخل كل مؤسسة صحية، مكون من الإداريين والأطباء والمرضى وأخصائيي التغذية، بما يضمن رفع كفاءة إدارة التغذية وفعاليتها<sup>(1)</sup>.

توجد علاقة بين هذه الدراسة ودراستنا من خلال أنها ركزت على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، ولهذا فالنتائج المتوصل إليها تساعدنا في عملية تحليل البيانات المتحصل عليها ومقارنتها مع بعضها البعض.

**6- الدراسة السادسة: تسويق الخدمات الصحية-دراسة حالة مصحة أبو القاسم بسكيكدة، جامعة 20 أوت 1955م سكيكدة، من إنجاز الطالبة نجات العامري، 2008 - 2009م.**

هدفت الدراسة إلى التعمق أكثر في التقنيات والمفاهيم الجديدة وإبراز أهمية التسويق الصحي في المنظمات الصحية، والتتويه بدور المنافسة في التأثير على الاستراتيجيات التسويقية لهذه المؤسسات. وبهدف بلوغ غايات ومقاصد هذه الدراسة تم تحديد إطارها ونطاقها، بعرضها الفصول الثلاث التالية: بحيث تناولت في الفصل الأول مفاهيم حول التسويق الصحي، أما الفصل الثاني فكان حول استراتيجيات المزيج التسويقي في المنظمات الصحية، أما بالنسبة للفصل الثالث فتناولت فيه واقع التسويق الصحي بمصحة أبو القاسم.

<sup>1</sup>- عائشة عتيق: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية -دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة-، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في تسويق دولي، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان-الجزائر، 2011-2012م.

وقد تمحورت إشكالية الدراسة في: إلى أي مدى يمكن تطبيق التسويق في المنظمات الصحية؟ وما هو الدور الذي يلعبه من أجل تطوير وتحسين الخدمة الصحية؟ وقد تفرعت عن هذه الاشكالية مجموعة من الأسئلة تمثلت في:

- ما هي أهم الاستراتيجيات والخطط التسويقية المتبعة من قبل المنظمات الصحية؟.
  - ما هو أثر البيئة التنافسية على استراتيجيات المزيج التسويقي في تقديم الخدمة الصحية؟.
  - كيف يمكن قياس درجة رضا الزبائن عن الخدمة المقدمة؟.
- وقد حاولت الباحثة الإجابة عن هذه الأسئلة من خلال طرح عدة فرضيات:
- بدأ الاهتمام بالتسويق الصحي يأخذ بعدًا جديدًا وهذا خاصة بالنسبة للقطاع الخاص، بحيث نلاحظ توسع في تطبيقه عكس القطاع العام والذي مزال غائبًا عنه.
  - كفاءة العنصر البشري وسرعة الاستجابة لطلبات المرضى عامل أساسي للارتقاء بمستوى الأداء في المنظمة الصحية.
  - تقوم المنظمات الصحية التابعة للقطاع الخاص بإجراء بحوث ميدانية حول الخدمة الصحية المقدمة، ويتم استخدام نتائجها في تخطيط وتحسين نوعية الخدمة بما يتوافق مع معايير الجودة.
  - تأثر البيئة التنافسية على استراتيجيات المزيج التسويقي للخدمة الصحية تأثيرًا متباينًا، حيث تدفع بالخدمة نحو تحسين والتجويد.

المنهج المتبع لدراسة هذا الموضوع هو المنهج الوصفي والمنهج التحليلي، بحيث يتجلى لنا المنهج الوصفي من خلال الجانب النظري، وذلك من خلال عرض مختلف المفاهيم والتعاريف التي تتناول موضوع التسويق الصحي، بينما المنهج التحليلي، فيتجلى في الفصل التطبيقي وذلك من خلال دراسة حالة منظمة خاصة وهي مصلحة أبو القاسم.

ومن خلال التأكد من صدق الفرضيات استطاعت الباحثة أن تتوصل إلى نتائج أهمها، أن التسويق يستطيع أن يلعب دورًا أساسيًا في نجاح المصحة ورفع كفاءة أدائها وتطوير خدماتها لإرضاء زبائنها. لذلك فإن تطور هذه المهنة وتقدمها بالشكل الذي يشبع حاجات المريض مرهون بإقناع القائمين عليها أطباء ومدراء المنظمات الصحية وممرضين وكل العاملين في هذا القطاع بأهمية علم التسويق في إنتاج وتقديم الخدمة الإنسانية النبيلة.

## الفصل الأول: الإطار التصوري والمنهجي للدراسة

---

وعلى ضوء النتائج التي توصلت إليها الباحثة وضعت مجموعة من الاقتراحات أهمها تطوير آلية لدراسة الشكاوي والمقترحات في المصحة بشكل جدي، وضمان تسجيلها وتوثيقها وفقا لإجراءات محددة ودقيقة، والاستفادة من هذه المقترحات لتطوير خدماتها بالاعتماد على وجهة نظر الزبون<sup>(1)</sup>. ساعدتنا هذه الدراسة في كونها ركزت على التسويق الصحي في المنظمات الصحية، من خلال التعرف على المفاهيم الأساسية لعملية التسويق الصحي وكذا الآليات المستخدمة في هذه العملية، وهو ما ارتأينا أن نوضحه في دراستنا.

---

<sup>1</sup> - نجاه العامري: تسويق الخدمات الصحية-دراسة حالة: مصحة أبو القاسم بسكيكة-، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، جامعة 20 أوت 1955م، سكيكة-الجزائر، 2008-2009م.

# الفصل الثاني

## المقاربات السوسيولوجية المفسرة للمسؤولية الاجتماعية والتخطيط الصحي

أولاً: نظرية أصحاب المصلحة

ثانياً: نظرية المنظمات

ثالثاً: نظرية رأس المال الاجتماعي

رابعاً: نظرية الدور الاجتماعي

خامساً: النظرية البنائية الوظيفية

سادساً: نظرية الأنساق

سابعاً: نظرية ماري باركر فوليت

ثامناً: نظرية كيرت لوين

إن المقاربات النظرية تتيح للباحث إمكانيات شتى لقراءة المسؤولية الاجتماعية من زوايا مختلفة، وتسمح له بالإجابة عن تساؤلاته، فقد تناولنا في هذا الفصل نظرية أصحاب المصلحة، نظرية المنظمات، نظرية رأس المال الاجتماعي والنظرية البنائية الوظيفية، نظرية الأنساق والنظرية السوسيولوجية الكلاسيكية.

### أولاً: نظرية أصحاب المصلحة

يعتبر (Edward Freeman) المنظر البارز لنظرية أصحاب المصلحة، حيث هو يعرف صاحب المصلحة بأنه: كل فرد أو مجموعة من الأفراد بإمكانهم التأثير أو التأثير بإنجاز المنظمة لأهدافها. وتعود أصول نظرية أصحاب المصلحة إلى التيار الفكري (الأعمال المجتمع)، والذي يعتبر أن منظمة الأعمال وقطاع الأعمال يمثلان جزء من المجتمع، كما يعرف أصحاب المصلحة أيضاً بأنهم: "كل الجماعات أو الأفراد الذي لهم منفعة من نشاط المنظمة".

وتقسم هذه النظرية أصحاب المصلحة إلى نوعين، النوع الأول هم أصحاب المصلحة الأساسيين، وهم الذين يرتبط بقاء المنظمة بإرضائهم وهم: حملة الأسهم والمستخدمون والمستهلكون والموردون. أما النوع الثاني فهم أصحاب المصلحة غير الأساسيين (الثانويين)، ولا يؤثر على استمرار المنظمة وبقائها، غير أنهم يمارسون تأثيراً عليها أو يخضعون لتأثيرها عليهم بشكل غير مباشر، من دون أن يرتبطوا معها من خلال تعاملات أو علاقات دائمة منتظمة أو رسمية، وبخلاف أصحاب المصلحة الأساسيين فإنه لا يوجد إجماع من طرف كتاب الإدارة على تحديد أصحاب المصلحة الثانويين بدقة<sup>(1)</sup>.

أشاع "فريمان" ولأول مرة في سنة 1984 تعبير أصحاب المصلحة، إلا أن هناك من يرى أن أول محاولة للخوض في مجال علاقة المؤسسة بأصحاب المصالح تعود إلى الباحث بونروز Penrose سنة 1959م، إذ يعتبر أحد الأوائل في الخوض في نظرية أصحاب المصالح<sup>(2)</sup>.

يتشكل مفهوم أصحاب المصلحة "Stakeholders" من مقطعين "stake"، ويعني أنه مبلغ من المال المجازف به في عمل معين كحصة من نصيب الربح والخسارة، أو هو تعويض مقدم للإيفاء بوعده في شأن دفع مبلغ من المال، وبهذا جاء الانطلاق لتوضيح المقطع الثاني "Holder" بدمجه مع المقطع

<sup>-1</sup> وهيبة مقدم ، مرجع سابق، ص 22.

<sup>2</sup> Eric Persais, les rapports sociétaux : Enjeux ET limites, **Revue Francaise de gestion**, paris- France, N° 152, septembre-octobre, 2004, p168.

الأول كمصطلح واحد "stakeholdeys" ليكون ذلك الذي يمتلك عهدة أو أمانة بصفة ضمان أو رهان حتى يأمل ليحقق ربحاً منها<sup>(1)</sup>.

أما اصطلاحاً، فيعرف "فريمان" Freeman أصحاب المصلحة بأنهم: كل شخص أو مجموعة أشخاص الذين تتوفر لديهم القدرة على التأثير على المنظمة في تحقيق أهدافها، وكذلك الذين تؤثر فيهم المنظمة في نفس المجال<sup>(2)</sup>.

ويعرفهم أيضاً بأنهم: "تلك المجموعة التي بدون دعم المؤسسة سوف تزول من الوجود"<sup>(3)</sup>.

لقد حاول باحثون كثيرون تقديم قائمة مفصلة بهؤلاء الأوصحاب كما حاول آخرون القيام بتصنيف هؤلاء الأطراف حسب درجة تأثيرهم في المنطقة. 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<sup>(4)</sup>.

وفريق آخر من يرى أن أصحاب المصالح فئتين، المباشرين وغير المباشرين، ويأتي على رأس هذا التصنيف Nasi et Caroll في دراسة صدرت لها سنة 1997م والتي تم فيها تقسيمهم إلى أصحاب المصالح المباشرين وأصحاب المصالح غير المباشرين، فحسب Nasi et Caroll من الممكن التفرقة بين أصحاب المصالح المباشرين. وهم الذين تربطهم علاقة تعاقدية ورسمية بالمؤسسة وهم المساهمون

<sup>1</sup> - سعد العنزي: محاولة جادة لتأطير نظرية أصحاب المصالح في دراسات إدارة الأعمال، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد - العراق، المجلد 13، العدد 48، 2007م، ص 2.

<sup>2</sup> - Banerjee sb habrata Boddy, **Corporate Responsibility, -the Good-the Bad And the ugly-**, UK : Edward Elgar publishing, 2007, p24.

<sup>3</sup> - Cooper stuart : **corporate social perfrmance-A stakeholder Approate**, : Ashgate publishing Company,USA, 2004, p24.

<sup>4</sup> - Eric persais, les rapports sociétaux et limi tes, **Revue Francaise de gestion**, paris- Francs, N°152, septembre-octobre 2004, p169

والعمال والموردين والزبائن، في حين أن أصحاب المصالح غير المباشرين هم وسائل الإعلام والمستهلكين وجماعات الضغط والحكومات والمنافسين وكافة الجمهور والمجتمع بصفة عامة<sup>(1)</sup>.

وعلى الرغم من المحاولات المتكررة لتصنيف أصحاب المصالح، إلا أن هناك من يرفض أي تصنيف يعطى لأصحاب المصالح، ومنتقدين بذلك كل ما جاء به كلاركسون Clarkson و كارول Carroll ومن تبعهم في تصنيف أصحاب المصالح. ويأتي على رأس المنتقدين والرافضين للتصنيف، الباحث الأمريكي ميتشل Mitchell الذي يرى 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 مؤسسا.

وفيما يلي تفصيلا لأهم الأطراف ذات المصلحة على النحو التالي:

- **المساهمون:** يمثل المساهمون فئة مهمة جدا من أصحاب المصالح والمستفيدين المباشرين من نشاط المؤسسة الاقتصادية. فهؤلاء 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 يحوز 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 من خلال إضافة الربحية التي تمثل المعيار الأهم في توجيه استراتيجيات وسياسات المؤسسة واتخاذ قرار الاستثمارية، فمن حق المساهمين أيضا أن يفرضوا الجوانب الاجتماعية في وضع ورسم تلك السياسات، لأن المستثمرون لا يسعون فقط إلى الربح على المدى القصير، بل وعلى المدى الطويل كذلك، وهذا ما يدعوهم إلى تبني سياسة اجتماعية وبيئية في المؤسسة.

- **الزبائن:** إن هذه الشريحة من أصحاب المصالح ذات أهمية كبيرة لكل المؤسسات الاقتصادية بدون استثناء، فوجود هذه الأخيرة مرتبط بإنتاج سلعة أو خدمات، وإقناعهم باستهلاك هذه المنتجات، ويعتبر هذا عمل مهم من أعمال إدارة التسويق في أي منظمة من المنظمات، فما يرجوه الزبائن من المؤسسة يمر عبر إجراءات تهدف إلى تحسين الخدمات للمستهلك عن طريق تحسين نوعية المنتج،

---

<sup>1</sup> - samuel Mercier, **l'apport de théorie des parties prenantes au management stratégique** : une synthèse de la littérature, 10<sup>ème</sup> con Férence de l'association internationale de Management stratégique «AIMS» du 13 au 15 juin 2001, Facultés des sciences de l'Administration, université, p135.

وفضلا عن وجود خدمات أخرى ذات أهمية مثل الإعلام الصادق حول جودة ونوعية المنتجات. بالإضافة إلى رصد آراء المستهلكين وقياس درجة رضاهم والاهتمام بالخصائص الاجتماعية والبيئية لها. وعلى هذا النحو، يصبح المستهلك عنصرا فاعلا وله القدرة على اختيار منتجات ذات علامة تجارية مميزة<sup>(1)</sup>.

- **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.
- **الموردون:** يمكن أن ينظر للعلاقة بين الموردين والمؤسسات على أنها علاقة مبنية على الثقة المتبادلة والثيقة 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 يتمثل في عقود على المدى الطويل، وليس الهدف هو الحصول على أفضل الأسعار فقط بقدر ما هو الحصول على خدمات ومنتجات صحيحة ذات نوعية وجودة جيدة وخلال فترات دائمة ومستمرة، وبذلك تعم الفائدة للطرفين أي المؤسسة والموردين.
- **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 والمجتمعات المحلية تعتمد وبشكل مباشر على التأثيرات الاقتصادية للمؤسسات خاصة فيما يتعلق بتوفير مناصب الشغل، بالإضافة إلى مساهمة الضرائب والجمعيات في المحافظة على الخدمات العامة والمؤسسات الصحية، التي ترى نفسها متحلية بالمسؤولية الاجتماعية، لذلك فهي ملزمة بإيجاد أساليب وطرقا تسعى من خلالها إلى تلبية متطلبات المجتمع المحلي.
- **البيئة الطبيعية:** ويقصد بها كل من التربة والماء والهواء، وقد أصبح المجتمع معنيا بشكل كبير وبتزايد مستمر بالآثار البيئية التي تتركها الممارسات المتخلفة للمؤسسات على صحة الإنسان وعلى النباتات والحيوانات والمياه والتربة والهواء من آثار.

<sup>1-</sup> Eric persais, **op-cit**, p169.



- **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 الصحية 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.
- **الحكومة:** الحكومة فئة من المستفيدين تعير لها المؤسسات الصحية أهمية كبيرة باعتبارها الممثل القانوني للدولة.
- **المنافسون:** تنتظر المؤسسات المتنافسة من بعضها البعض عدالة المنافسة ووضوح آلياتها والاتفاق على إجراءاتها وأن لا تكون منافسة غير عادلة وشريفة<sup>(1)</sup>.  
تمكن إدارة أصحاب المصلحة رجال الأعمال من وصف وفهم وتحليل وإدارة علاقاتها بين الشعوب الهامة التي تؤثر وتتأثر بعملياتها، وبالتالي فتح المجال لحماية مصالحها على المدى الطويل، وعليه يؤسس كارول خمس خطوات رئيسية التي يمكن طرحها من أجل اتخاذ المكونات الأساسية لبناء إدارة فعالة لأصحاب المصالح: تحديد أصحاب المصلحة، تحديد حصصهم وتوضيح الفرص والتحديات التي يقدمها أصحاب المصلحة وكذلك تصور الأبعاد الحالية للمسؤولية الاجتماعية للمؤسسات (مسؤولية اقتصادية، أخلاقية، قانونية، طوعية) لأصحاب المصلحة. وأخيرا وضع الاستراتيجيات والإجراءات والقرارات الواجب اتخاذها للتعامل مع هذه المسؤوليات<sup>(2)</sup>.  
مما سبق تؤكد نظرية أصحاب المصلحة على عملية صنع القرار في المؤسسة، كما تنص على أن هناك ثلاث متغيرات يجب مراعاتها:  
أنها الطريقة الصحيحة أخلاقيا للتصرف، القيام بذلك في الواقع يفيد أيضا المساهمين، كما أنه يعكس ما يحدث فعلا في المؤسسة<sup>(3)</sup>.  
لقد أفرزت المدارس الفكرية ورؤى الباحثين الأكاديميين عددا من المنظورات أو التوجيهات أو التصورات التي تفترض نماذج لأطر عمل نظرية أصحاب المصالح بالمؤسسات، والتي من بينها الآتي:

<sup>1</sup>-I, bid, p170.

<sup>2</sup> - Cegato louis Francisco Ber tomeu, **corate social Res pensibilitg in Brazil** : A Case study of the Batazilian consumers Perception maters thesis, MA in corprate communication, Danemark, A arhus universsity, 2009, p31.

<sup>3</sup> - Grow ther Davidd Et Aras Gu ler, **Corporate R espensi bilitg**, london : ventus publishing APS, 2008, p30,31.

أ- **المنظور الوسيلي Instrumental perspective**: هو مدخل استراتيجي يفيد أن المؤسسة تتبنى مدخل أصحاب المصالح في الإدارة الاستراتيجية. وفي حالة ثبات العوامل الأخرى، سوف تحقق عوائد مالية أعظم من تلك التي تقوم بذلك. ويستعمل هذا المنظور لتحديد مدى وجود الارتباطات المتوازنة أو الاختلافات المتخبطة بين إدارة أصحاب المصالح وتحقيق الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة<sup>(1)</sup>.

ب- **المنظور الوسيلي التجريبي Descriptive/Empirical perspective**: يرى Donaldson et preston أن نظرية أصحاب المصالح وصفية، ومن هذا المنظور يتصرف المديرون داخل المؤسسة مع مراعاة مصالح ومطالب مختلفة الأطراف الفاعلة، ولذلك يتم استخدام هذا الأسلوب بوصف وشرح الميزات وأحيانا سلوكيات معينة، مثل طبيعة المؤسسة، طريقة تفكير المديرين حول إدارة المؤسسة، كيفية إدارة المؤسسات للممارسات التنظيمية في نشر المعلومات المجتمعية، أصحاب المصلحة المستهدفين وأهميتهم بالنسبة للمؤسسة. ولكن هذا النهج الوصفي يقدم اقتراحات استكشافية ولا يمكن إجراء الاتصال بين إدارة أصحاب المصالح والأهداف التقليدية للمؤسسة.

ج- **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، وهكذا تحاول النظرية المعيارية لأصحاب المصلحة الإجابة على السؤال، ما هو الشيء الصحيح الذي ينبغي حمله لحساب المؤسسة ومديرها؟<sup>(2)</sup>.

د- **المنظور البيئي Ecological perspective**: يفترض أن أفعال الأفراد هي التي تصيغ المؤسسات وتصاغ هي أيضا من خلالها، وفي نفس الوقت المؤسسات تعد هي التفاعل أو اللاعب الأساسي بالنسبة للقوى البيئية، ليس فقط في عمل ما يحتاجونه للتكيف، ولكن أيضا من خلال المرور عبر دورات الحياة الكلية والاندماج والموت، والتي يتم انتقائها عبر عمليات مختارة. وبالتالي تنظر هذه النظرية إلى مجمل العلاقات التي تربط أصحاب المصلحة بنشاطات وقرارات المؤسسة<sup>(3)</sup>.

<sup>1</sup> - سعد العنزي: محاولة جادة لتأطير نظرية أصحاب المصالح في دراسات إدارة الأعمال، مرجع سابق، ص52.

<sup>2</sup> - Growther Davidd Et Aras Guler, **op-cit**, p18.

<sup>3</sup> - Vracem paul Van Et um F lat Maritine Jensens, **Competement de con sommateur D'im Fluence Externe**, Belgium : de Boek-wwesmael. 1994, p13.

## ثانيا: نظرية المنظمات

تعتمد طريقة تنظيم المجتمع في تحقيق الهدف الاستراتيجي لها، في المساهمة في إحداث تغير اجتماعي مقصور على ممارستها المهنية من خلال منظمات (أجهزة) متنوعة، يتم عن طريقها ترجمة هذا الهدف إلى واقع ملموس أو مساهمة فعلية في تنمية المجتمع وتطوره. ولذا تهتم هذه المنظمات بكيفية أداء أعمالها وتحليلها في إطار مهنة الخدمة الاجتماعية من خلال التركيز على ثلاثة محاور:

- فهم طبيعة المنظمات وأهدافها.
  - الاستفادة من المنظمات كأداة للتأثير في سلوك الأفراد بالمنظمات، وتوجيهها في الجوانب الإيجابية.
  - التعرف على أهم المشكلات التي تواجه المنظمات وأساليب مواجهتها<sup>(1)</sup>.
- لقد حدد بعض المفاهيم النظرية المنظمات بأنها وحدات اجتماعية أو وحدات إنسانية تُبنى ويعاد بناؤها بقصد، ولتحقيق أهداف معينة، وهي أنساق أنشطة معتمدة بالتبادل وموجهة نحو أهداف متناغمة.
- ويرى باركو **Barkar** أن المنظمة تتكون من الأفراد، والأدوات والموارد التي تشكل إطارًا بنائياً من أجل تحقيق مجموعة كبيرة من الأهداف<sup>(2)</sup>. وقد تكون هذه الأهداف مرتبطة بالعمل الإنساني والانتمائي والتعاون المتبادل، ومن ثم تنمية المجتمع من خلال تقديم خدمات صحية ورعاية وتوعوية ودفاعية وتنموية. وقد يتسع نطاق عملها وأهدافها وتنوع نشاطاتها، والنهج الذي تتبعه في تقديم الخدمات الاجتماعية والدفاعية والتنموية والرعاية المتعددة، لذلك فإن منع أداءه لن يتطابق على نحو دقيق مع توقعات الآخرين، ولن يتمكن من مواجهة كل التوقعات التي يكونها لذاتها<sup>(3)</sup>.

ومهما اختلفت الأدوار والمكانات الاجتماعية لأي فرد داخل المجتمع، إلا أن هذه الأدوار تتوقف على مدى استعداد هذا الفرد على القيام بالأدوار المطلوبة منه كعضو في الجماعة، ومدى التفاعل الذي يبديه لكي يقوم بواجباته. وبالتالي سوف يصبح له المكانة المرموقة التي يثبت بها بأنه إنسان ناجح وفعال في المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه، وقد يحفزها أيضا إلى أن يكون فردًا مكتسبًا لأدوار أخرى هو قام باختيارها بنفسه وقد يتعلمها كي يقوم بأدوار جانبية وإيجابية في نفس الوقت نتيجة لجهوده وأفعاله، والتي

<sup>1</sup>- أحمد أبو زيد: البناء الاجتماعي-مدخل لدراسة المجتمع-، ط4، الهيئة العامة للكتاب، مصر، 1975م، ص56.

<sup>2</sup>- محمد عبد الفتاح محمد: الاتجاهات النظرية المعاصرة لتنظيم المجتمع، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية- مصر، 2011م،

ص33.

<sup>3</sup>- مجموعة دراسات عن دور المنظمات غير الحكومية في تنفيذ توصيات المؤتمرات العالمية ومتابعتها، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الأمم المتحدة، 2003، ص10.

تسمى في مثل هذه الحالات الأدوار المكتسبة. Role Achieved، والتي قد يصبح من خلالها عضوًا في جماعة أخرى أو مؤسسة أو تنظيم، حيث يلعب بها أدوارًا جديدة وتصبح له مكانة أخرى جديدة وفعالة له ولمجتمعه.

ويرى كلاً من بلاو وسكوت Blau et Scott المنظمة بأنها كيان اجتماعي متفاعل، يتم إنشاؤه بطريقة مقصورة ويسعى إلى تحقيق أغراض معينة فهما يركزان على التفاعل بين أعضاء هذه المنظمات (1).

وترى دائرة معارف الخدمة الاجتماعية Encyclopedia of s.w المنظمة الاجتماعية، بأنها مجموعة من الأفراد والجماعات الذين يتقاربون ليصبحوا أداة للتغيير، وأن هذه المنظمة تضع مجموعة من القواعد، يتم في إطارها تحديد الأفراد المحتاجين إلى المساعدة ثم القيام بعمل لمواجهة احتياجاتهم (2).

لقد أصبحت المنظمات وفقاً للتغيرات في الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية الحالية، وسيلة هامة للتحكم في الأزمات الاجتماعية، والأزمات الاقتصادية، وتبعاً لذلك، فإن طبيعة المنظمات تختلف تبعاً لطبيعة تغير الأنظمة السياسية في كل دولة، وبما انعكس ذلك على إنشاء عدد كبير من هذه المنظمات وتعدد مجالاتها، وأصبحت بذلك وسيلة هامة لزيادة المشاركة المجتمعية في أي مجتمع (3).

وعند إبراز دور المنظمات خاصة المنظمات غير الحكومية على وجه الخصوص، نرى أنها تلعب دورًا كشريك للمنظمات الحكومية في تحقيق الأهداف والأغراض التي تتبناها. ومن أهمها:

- توفير الموارد المالية وكذلك المتطوعين نحو العمل الاجتماعي، حيث تعمل هذه المنظمات على اكتشاف الاحتياجات الحقيقية للمواطنين والتي يمكن الوصول إليها عن طريق القيادات الطبيعية.
- ومن الأدوار الهامة لهذه المنظمات هو اكتشاف الاحتياجات الحقيقية للمواطنين والتي يمكن الوصول إليها عن طريق القيادات الطبيعية.
- تعتبر هذه المنظمات بوتقة لمشاركة المتطوعين، من حيث أنها تمكنهم من الاستفادة من خبراتهم ومجهوداتهم ومهاراتهم (4).

<sup>1</sup> رشا أحمد عبد اللطيف: أساسيات طرق تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية، مدار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1997م، ص47.

<sup>2</sup> عصام محمود محمد شحاته: تقويم خدمات الرعاية الاجتماعية المستحدثة كمدخل لتنمية المجتمع المحي-الخدمة الاجتماعية بين الجهود التطوعية والاحتراف المهني-، المجلد الثاني، جامعة حلوان، القاهرة-مصر، 2001م، ص444.

<sup>3</sup> هالة مصطفى السيد: إدارة المؤسسات الاجتماعية-إعداد كوادر للعمل بالمنظمات غير الحكومية، ج1، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 2011م، ص20،19.

<sup>4</sup> أحمد صقر عاشور، علي الشرقاوي: الإدارة والنظم والعمليات والممارسات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1991م، ص124.

وتجدر الإشارة إلى أن هذه المنظمات تلعب دورًا هامًا أيضًا في التلاقي النفسي والاجتماعي للمتطوعين، حيث أنها تعتبر جهة موحدة للجهود وقناة للتواصل بين أعضاء المجتمع، للقيام بالأعمال التطوعية والاستفادة بمجهوداتهم في هذا الإطار، كما تمثل حلقتي الوصل بين كل من يرغب في خدمة مجتمعه من خلال جهوده وأفكاره ومهاراته، وبين الفئات المستهدفة من هذه الجهود، فلو لم يكن هناك مثل هذه المنظمات أو المؤسسات، لما وجدت هذه الأعمال التطوعية الهادفة التي تجمع أفراد المجتمع، وتعمل على ترجمة هذه الجهود والمبادرات الفردية إلى جهود وأفعال جماعية فعلية ناجحة<sup>(1)</sup>.

هناك عدة أنواع للمنظمات يمكن تصنيفها داخل المجتمع بأشكال عدة، ومن أهم هذه الأنواع:

1. المنظمات الأهلية والمنظمات الحكومية.

2. المنظمات الكبيرة والمعقدة والمنظمات البسيطة الصغيرة.

3. المنظمات الأولية والثانوية.

4. المنظمات الخدمية والإنتاجية.

5. المنظمات الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية والصحية والثقافية والدينية والروحية.

ويعتبر إيقور أنسوف Igor Ansoff من المنظرين الأوائل في نظرية التنظيم الذين أكدوا على أهمية الاستراتيجية، فهو يرى بأن المؤسسة يجب أن يكون لها مخطط استراتيجي ولكن أيضا طريقة لتحديد والمحافظة على استراتيجيتها، ومن أجل ذلك فهي في حاجة إلى معلومات عن حالة الأسواق، وعن حالة التقنيات المستخدمة في القطاع الذي تنشط فيه وخارجه. واهتم إيقور أنسوف بتحديد مفهوم الاستراتيجية، فبالنسبة إليه تمثل الاستراتيجية سياق فعل يساهم في تحديد الوسائل التي تسمح بتوجيه المؤسسة نحو تحقيق أهدافها، كما اهتم أيضا بالعلاقة بين الاستراتيجية وتحديد وتوزيع المصادر المالية للمؤسسة، بتصميم شبكة مهيكلة للأهداف وتحليل مقارن لفوائد القرارات الاستراتيجية، ونظرا لهذه المساهمات، ومحاولته ربط الاستراتيجية بكل من المالية والتسويق، يعتبر إيقور أنسوف أب استراتيجية المؤسسة الحديثة.

طور إيقور أنسوف مفهوم التخطيط الاستراتيجي، حيث يرى أنه لا يمكن تصور التخطيط في محيط ثابت يجب الأخذ بعين الاعتبار المحيط والتغيرات والتقاطعات التي تحدث فيه، مما يجعله أكثر تقبلا وتعقيدا، إلى جانب إجراءات التخطيط التي تتطلب مخطط مكتوب والتعبير الصريح عن الأهداف

<sup>1</sup> سمير محمد يوسف: إدارة المنظمات-الأسس النظرية والنواحي التطبيقية-، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة-مصر، 1983م،

المراد تحقيقها والتعليمات الموجهة إلى المستويات الدنيا ووضع آليات مراقبة معروفة من طرف الجميع. كما يجب أيضا التأكيد على سياقات الاختيار وسياقات اتخاذ القرارات ومراقبة تطبيقها، كونها تساهم في توضيح الاستراتيجية التي ستتجهها المؤسسة خلال السنوات المقبلة<sup>(1)</sup>.

### ثالثا: نظرية رأس المال الاجتماعي

يعد مدخل رأس المال الاجتماعي Social capital أحد المداخل الحديثة التي تناولتها العديد من الدراسات في ميادين عدة، ودار حولها جدلا كبيرا حول الدور الأساسي الذي يلعبه هذا المدخل في الإطار المجتمعي.

وقد كان روبرت بتنا أول من استخدم هذا المفهوم من خلال كتابه الشهير "حول المشاركة المدنية والمجتمع المدني ورأس المال الاجتماعي". الذي أوضح فيه الدور الذي يلعبه كأحد الموارد الهامة من موارد التنظيم الاجتماعي، ومصدر هام للقيمة يمكن العمل على تقويته وتدعيمه للوصول لأهداف استراتيجية تهدف إلى خدمة المجتمع.

ويرجع أساس هذا المدخل في قيامه على ركيزة هامة وهو مجموعة القيم والأخلاق الاجتماعية التي تسهل عمليات التفاعل الاجتماعي والاقتصادي بين أعضاء المجتمع ومؤسساته أو بين الأفراد وبعضهم البعض خلال شبكات اجتماعية، بما تحمله من قيمة وثقة تعكس التماسك الاجتماعي الذي يعد أمرا محوريا للمجتمعات التي تنهض اجتماعيا واقتصاديا، وتحافظ على استمرارية التنمية والروابط الراسخة بين مؤسساته المختلفة.

ترجع جذور رأس المال الاجتماعي إلى نهاية القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، وقد اتضح ذلك بشكل خاص في كتابات دي توكفيل الذي أكد على أهمية التضافر والتعاون من أجل تحقيق أهداف مشتركة، حيث أشار إلى أنه "لا تقرى العواطف والقلوب والآراء وتنمو وتتسع وتكبر، إلا من جراء تأثير الناس ببعضهم البعض. وعلى الرغم من أن توكفيل لم يستخدم صراحة مفهوم رأس المال الاجتماعي، إلا أنه تحدث عن فن الترابط Art of Association ليعبر عن ميل الأمريكيين لتكوين التجمعات المدنية الطوعية ولمواجهة الميل إلى الفردية في إطار النظرية الديمقراطية الليبرالية<sup>(2)</sup>.

ولاشك أن مفهوم ومدخل رأس المال الاجتماعي يعود إلى أصول العلوم الاجتماعية، ولكن الدراسات الاجتماعية الحديثة اعتبرت أن رأس المال الاجتماعي هو أحد موارد التنظيم الاجتماعي، ويعتبر

<sup>1</sup> عبد الكريم بوحفص: تطور الفكر التنظيمي الرواد والنظريات، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2017، ص211، 212.

<sup>2</sup> أماني قنديل: الموسوعة العربية للمجتمع المدني، الشبكة العربية للمنظمات الأهلية، القاهرة-مصر، 2008م، ص91.

في نفس الوقت مصدرًا كامنا للقيمة، يمكن العمل على دعمه وتقويته والعمل أيضا على تحويله إلى أهداف استراتيجية ومجتمعية ممكنة<sup>(1)</sup>.

ويأخذ مفهوم رأس المال الاجتماعي العديد من المعاني والأطر المختلفة التي ترتبط بطبيعة العلاقات الاجتماعية ومجموعة المبادئ والقيم التي يكتسب من خلالها الأفراد القدرة على التعاون والتفاعل، وبالتالي القدرة على اتخاذ القرار المرتبط بمدى مشاركته وانجازه لأهدافه التي قد ترتبط به أو بالآخرين من حوله في المجتمع.

وقد يكون التفاعل هو جزء من مفهوم رأس المال الاجتماعي، الذي يمكن الناس من بناء المجتمعات واعتماد بعضهم البعض، وربط النسيج الاجتماعي Social Fabric وتدعيم خبرات الشبكات الاجتماعية والعلاقات وإيجاد الثقة، وتعطي الثقة بين الأفراد الثقة في النسيج الواسع للمجتمعات والمؤسسات الاجتماعية، وتصبح مجموعة مشتركة Shared من القيم والمزايا والتوقعات داخل المجتمع ككل<sup>(2)</sup>.

وفي إطار مدخل رأس المال الاجتماعي المعاصر، يبرز بشكل خاص روبرت بوتنام كأحد أهم المساهمين في هذه النظرية، حيث قام بدراسة عدد كبير من مؤسسات المشاركة المدنية في الولايات المتحدة، وانتهى إلى أن هناك ما يشير إلى تراجع رأس المال الاجتماعي في المجتمع المدني في الولايات المتحدة الأمريكية، بسبب تراجع قيمة الثقة وتراجع معدلات المشاركة السياسية، ويربط ذلك بنمط الحياة الحديثة، مما أدى إلى عدم الاهتمام بالانضمام إلى التجمعات المدنية<sup>(3)</sup>.

ويضيف "فوكا ياما" بُعدًا آخر لرأس المال الاجتماعي، حيث يُعرفه بأنه يمثل قدرة المواطنين على العمل معًا ضمن جماعات ومنظمات من أجل تحقيق أهداف مشتركة، ويتجسد ذلك في جملة الممارسات التلقائية والعادات الاجتماعية العفوية التي لا علاقة لها بالعقلانية، والتي ترجع جذورها إلى القيم الأخلاقية التقليدية أو الدين، وحيث يزدهر المجتمع المدني وتلعب الثقة باعتبارهم أهم عناصره دورًا حيويًا في إصلاح أحوال الأمم والحفاظ على قدرتها التنافسية مع غيرها<sup>(4)</sup>.

<sup>1</sup> محمد عبد الغني وآخرون: التنسيق الاجتماعي - إدارة رأس المال الاجتماعي -، مركز تطوير الأداء والتنمية للنشر والتوزيع، القاهرة- مصر، 2011م، ص57.

<sup>2</sup> طلعت السروجي: رأس المال الاجتماعي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة-مصر، 2009م، ص37.

<sup>3</sup> أماني قنديل، مرجع سابق، ص92.

<sup>4</sup> غادة الحفناوي: رأس المال الاجتماعي والتنمية الريفية، ورقة عمل مقدمة لمشروع بحثي لرأس المال الاجتماعي في مصر، مركز الدراسات وبحوث الدول النامية، جامعة القاهرة، الإسكندرية-مصر، 2003، ص4.

ومن ثم يرتكز مدخل رأس المال الاجتماعي على متغيرات هامة تتحدد في العلاقات والشبكات الاجتماعية والاعتماد المتبادل، والثقة التي تربط النسيج والبناء الاجتماعي وتدعمه، والذي بدوره يعد ثروة قائمة في المجتمع، كما تركز على القيم الاجتماعية التي تعكس التوقعات في العلاقات والتفاعلات الاجتماعية بين الناس في المجتمع والتي تدعم الثقة في النظم الاجتماعية والاقتصادية في البناء الاجتماعي<sup>(1)</sup>.

وبذلك فإن المنظور المجتمعي لرأس المال الاجتماعي يعتمد إلى حد كبير على الثقة المتبادلة وشبكة العلاقات والمنظمات المجتمعية، التي تقوم بدورها بحشد كوادرها من العنصر البشري في تحقيق الرفاه الاجتماعي، من خلال بناء نسق قوي وفعال يتوافق مع السياق الاجتماعي بمكوناته وتفاعلاته وشبكة علاقاته سواء مع الأفراد بعضهم البعض أو مع علاقات الأفراد بالمؤسسات داخل الدولة في إطار تنظيمي سليم من أجل النهوض بالمجتمع بكافة قطاعاته.

إلى جانب المشاركة الاجتماعية في العديد من أوجه الأنشطة في المجتمع، نجد أنه قد ارتبط الانتماء للجماعات الدينية بشكل النمط الغالب للانتماء للمنظمات، وخاصة بين النساء للانتماء لجماعة الخدمة التعليمية وجمعيات المدرسين وأولياء الأمور والجماعات الرياضية والمهنية...، أما تطوع الرجال فيركز على الالتحاق بالنوادي الرياضية والنقابات العمالية والجماعات المهنية، مثال ذلك جمعيات الكشافة والجوالة والصليب الأحمر<sup>(2)</sup>.

إذن، فإن المسؤولية الاجتماعية ترتبط برأس المال الاجتماعي، أي أنه يمكن النظر إليها على أنها أحد مؤشرات رأس المال الاجتماعي، وهي ترتبط في نفس الوقت بالأعمال التي تقوم بها منظمات المجتمع المدني. فهذه العلاقة تمثل إحدى أشكال النسيج الاجتماعي القائم على التفاعلات بين الناس والتشكلات في العلاقات بين الأفراد والجماعات والمنظمات في المجتمع الواحد، والتي تهدف في النهاية إلى تقديم الخدمات والمساعدات، لتتضح مدى أهمية رأس المال الاجتماعي، الذي يتشعب في نسيج المجتمع ولتحقيق أي غاية من شأنها التقدم والنمو لأي مجتمع يهدف لذلك.

<sup>1</sup> - طلعت السروجي، مرجع سابق، ص 38.

<sup>2</sup> - فريد راغب النجار: إدارة منظمات المجتمع المدني، الدار الجامعية، الإسكندرية-مصر، 2010م، ص 93.



## رابعاً: نظرية الدور الاجتماعي

نظرية الدور واحدة من أهم النظريات المستخدمة في الخدمة الاجتماعية بصفة عامة، وخدمة الفرد بصفة خاصة، فهي تمثل أحد النظريات التي توضح مدى التفاعل بين الفرد مع بيئته الاجتماعية والعلاقة المتبادلة بينهما، فالكثير من مشكلات الفرد تنبع من عدم قدرته على أداء أدواره الاجتماعية بنجاح<sup>(1)</sup>. وبغض النظر عن طريقة انتماء الفرد إلى الجماعة، إلا أنه بمجرد أن ينتمي إليها، تحدد له مكانة محددة داخل تلك الجماعة، ويصبح له فيها مرتبة محددة ويخصص له دور يتعين عليه أن يؤديه فيها. وهناك مجموعة من التعليمات الاجتماعية التي تحدد المكانة واسم الدور، وذلك عندما نقصد شخصاً معيناً يشغل تلك المكانة، أي فرداً ملموساً له وجوداً محدداً، فهذا الشخص يشغل تلك المكانة، ويؤدي الدور المرتبط به، بدرجات متفاوتة من الاختلاف الفردي والابتكار الخاص<sup>(2)</sup>.

فكل فرد داخل المجتمع يلعب العديد من الأدوار بحسب المكانة التي يشغلها، فنجد دور الرجل المتزوج يلعب الزوج والأب والموظف والصديق، وكلها أدوار تختلف بحسب المكانة التي يشغلها داخل النسق الاجتماعي.

ومن ناحية أخرى، فإن نظرية الدور ترتبط بالنظرية البنائية الوظيفية في علم الاجتماع، حيث أن جزءاً منها يقوم على أن الأفراد يشغلون أماكن في التركيبات الاجتماعية وأن كل دور يرتبط بهذا الوضع. ويعتبر الدور مجموعة من التوقعات أو السلوكيات المرتبطة بوضعه في التركيبة الاجتماعية، كما أن الفكرة توحي بأن الأدوار يجب تقديرها وفقاً لمحيط العلاقات، والتي عن طريقها يمكن تحديد تلك الأدوار<sup>(3)</sup>.

كما تظهر تكاملية الدور عندما تتناسب الأدوار والسلوك والتوقعات جيداً مع توقعات المحيطين بنا، أما صراع الدور فيظهر عندما يتعارض أحد الأدوار مع آخر، كما يحدث صراع الدور المتبادل، عندما تتعارض الأدوار لدى أحد الأشخاص. بينما يحدث صراع الدور المتداخل، عندما لا تتفق التوقعات لدى الآخرين حول نفس الدور<sup>(4)</sup>.

<sup>1</sup> عبد المنعم يوسف السنهوري: فرصة الفرد إكلينيكيًا، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 2009م، ص59.

<sup>2</sup> محمد الجوهري: علم الاجتماع التطبيقي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1989م ص97.

<sup>3</sup> مالكوم باين: نظرية الخدمة الاجتماعية المعاصرة، ترجمة حمدي محمد إبراهيم منصور وآخرون، المكتب الجامعي الحديث،

الإسكندرية-مصر، 2010م، ص105.

<sup>4</sup> المرجع السابق، ص181.

فقد يجد الأفراد اختلافاً كبيراً في إيجاد تكامل بين الأدوار المختلفة، وقد لا يستطيع الشخص القيام بجميع الأدوار الاجتماعية المتعددة. وكقاعدة عامة يشترك كل شخص في عدد من الأدوار المختلفة قد تكون من الكثرة بقدر عدد انتماءاته لجماعات مختلفة، فضلاً عن أن أدوار الفرد تتغير من وقت لآخر بطبيعة الحال، وأن الكثير من الأشخاص يجدون صعوبة في تعلم مقتضيات الأدوار المتغيرة.

تقوم نظرية الدور على محور هام ورئيسي وهو أن الذات والدور في حالة تفاعل دائم، ولذا فإن مفهوم الدور اكتسب العديد من المفاهيم المترابطة به نظراً لما يحتويه من مضامين ومعاني مختلفة.

وهناك ثلاثة مفاهيم مختلفة تناولتها العديد من الكتابات وهي:

- يُعرف الدور بأنه المطالب المعينة بحكم تركيب الجماعة والمرتبطة بوضع اجتماعي معين، فالدور بهذا المعنى هو شيء خارج الفرد المعين، لأن الذي يحدد هذه المطالب هي الجماعة وليس الفرد ذاته.
- وقد يعرف الدور بأنه توجيه أو تفهيم عضو الجماعة بالجزء الذي يجب أن يلعبه في التنظيم.
- كما يعرف بأنه أفعال الأعضاء بما يتفق مع مجموعة أو يتعارض مع مجموعة معينة من المعايير التنظيمية القائمة<sup>(1)</sup>.

ويرى **Linton** الدور بأنه مجموعة الأنماط الثقافية المرتبطة بمكانة محددة تتضمن الاتجاهات – والقيم والسلوك التي يضعها المجتمع لأي فرد بشكل مكانة – كما يشمل المفهوم أيضاً التوقعات السلوكية المشروعة التي ينتظرها الأفراد الذين يشغلون المكانة داخل النسق<sup>(2)</sup>.

إذن فالدور عند "**لينتون**" **Linton** هو عنصر التفاعل الاجتماعي، وهو هنا يشير إلى نمط متكرر من الأفعال المكتسبة التي يؤديها شخص معين في موقف تفاعل، لذلك فإن المكانة هي مجموعة الحقوق والواجبات، وأن الدور هو المظهر الدينامي للمكانة، فالسير على هذه الحقوق والواجبات معناه القيام بالدور<sup>(3)</sup>.

ويعرف معجم العلوم الاجتماعية الدور بأنه السلوك المتوقع من الفرد في الجماعة والجانب الديناميكي لمركز الفرد. وبينما يشير المركز إلى مكانة الفرد في الجماعة، فإن الدور يشير إلى نموذج

<sup>1</sup> محمد عبد الفتاح محمد: الاتجاهات النظرية المعاصرة لتنظيم المجتمع، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 2011م،

ص54،53.

<sup>2</sup> عبد المنعم يوسف السنهوري، مرجع سابق، ص50.

<sup>3</sup> عاطف غيث: قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1999م، ص216.

السلوك الذي يتطلبه المركز، يحدد الدور أفعال الفرد في ضوء مستويات السلوك في الثقافة السائدة. وعادة ما يكون للفرد أكثر من دور واحد داخل النظام الاجتماعي الذي ينتمي إليه<sup>(1)</sup>.

وقد أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية دراسات عديدة عن فئة الأشخاص "المتعددي الانتماءات" أو "المتعددي الأنشطة" Joiners، ولو أن هذا النوع يمكن أن نصادفه في كل المجتمعات، وهو ذلك النمط (من الرجال أو النساء) الذي تجده عضوًا في كل أنواع الجمعيات التطوعية، وينتمي هذا الطراز من الناس إلى الطبقة الوسطى عادة، ويجسد القيم السائدة في مجتمعه، قيم النشاط والمثابرة، النجاح والسعادة الزوجية، الاتجاهات المحافظة (اجتماعيا)، لذلك فهو قادر على التكيف بسهولة في أغلب تلك الجماعات.

يستطيع الفرد القيام بعدد من الأدوار المختلفة في حياته في وقت واحد (أو على امتداد حياته)، خاصة إذا كانت تلك الأدوار تفرض عليه متطلبات متماثلة، أي عندما تكون قواعد ممارستها غير متناقضة أو غير متعارضة، ويكفي أن يشغل الفرد دورين، فيحدث تعارض بين قواعد ممارستها لكي تتحول حياته جسيمًا لا يطاق، ويختل توازنه ويضيع استقراره<sup>(2)</sup>.

بمعنى آخر فإن قدرة الفرد على التفاعل مع من حوله والقيام بأدوار متعددة ومختلفة مع كل جماعة هو ينتمي إليها بمكانة محددة، يستطيع القيام بهذا الدور، نظرًا لعدم تعارض الثقافة العامة داخل المجتمع، كما أنه يوظف كل إمكانياته وقدراته للقيام بأدوار عدة فيصبح مؤثرًا بها بشكل إيجابي وفعال، خاصة في الأدوار التي يقوم بها بإرادته هو، كعضويته في النوادي أو تطوعه في جمعية أو منظمة، أو انتماءه لجماعة لها أنشطة اجتماعية مختلفة في المجتمع، ولكن كل هذه النجاحات التي يحققها الفرد من خلال تعدد أدواره، ترجع إلى مدى استعداده وتقبله للقيام بهذه الأدوار المختلفة.

ويتضمن الدور الاجتماعي عناصر دائمة يمكن الاستفادة منها في تحليل أداء الفرد لدوره هي:

- مجموعة الأنشطة أو المظاهر السلوكية اللازمة والمطلوبة لمكانة معينة.
- موقف التفاعل: فكل دور يتضمن واحد أو أكثر من الأفراد الآخرين المشتركين في أداء الدور والتي يجب دراسة علاقاتهم بأداء الأدوار.
- مجموعة التوقعات الاجتماعية والمعايير الاجتماعية للأنشطة والتفاعلات، والتي تختلف من طبقة إلى أخرى، ومن ثقافة إلى أخرى، ومن فرد إلى آخر في نفس الأسرة حسب مكانته فيها.

<sup>1</sup>- أحمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت-لبنان، 1986م، ص395.

<sup>2</sup>- محمد الجوهري، مرجع سابق، ص101،100.

ولما كان لكل فرد أوضاعًا كثيرة داخل المجتمع، فهو له مجموعة مكانات مختلفة، وطالما أن وحدة الذات تتطلب درجة معينة من التكامل السلوكي والقيمي، فإن الشخص يميل إلى التأثير لهذا التكامل في طريقة أدائه لأدواره والصدام مع الآخرين أثناء قيامهم بعمليات الضبط لإشباع نفس الحاجات. وللوصول إلى حالة من التعايش السلمي، تطرح نظرية الضبط مفهوم المسؤولية، والذي يراه "جلاس (1986) بأن الفرد المسؤول نفسيًا واجتماعيًا هو الذي ينجح في ضبط سلوكه، حيث يقوم بإشباع حاجاته الخاصة مع السماح للآخرين بإشباع حاجاتهم بسلام، وترد نظرية الضبط الصراعات والخلافات بين أبناء البشر لفشل هؤلاء في ضبط أنفسهم وفشلهم في تعليم وممارسة مفهوم المسؤولية، كما تحدد نظرية الضبط مستوى النجاح أو الفشل لدى الفرد بدرجة الضبط ومستوى المسؤولية لديه.

ويوضح مصطفى فهي (1978) أنه كلما زادت قدرة الشخص على ضبط الذات، كلما قلت حاجاته إلى مختلف صنوف الضبط التي يمكن أن تصدر من سلطة أخرى خارجة عن الذات. وعلى هذا الأساس تصبح عملية التوافق الكامل ليس مجرد اتفاق الفرد مع الجماعة، فالشخص السوي يرفض أحيانًا أن ينصاع مع المألوف أو يقر بالمعايير المتفق عليها، وبذلك فإن الشخص صاحب الصحة النفسية السليمة هو الذي يعتبر نفسه مسؤولاً عن أعماله ويتحمل هذه المسؤولية عن طيب خاطر، وهذه إحدى السمات الهامة في الشخصية المتكاملة.

ومن هنا يمكن القول أن الفرد يكتسب معايير ومستوياته وتوجهاته السلوكية، وهي مؤثرات الضبط السلوكي خلال عملية التنشئة الاجتماعية من خلال الأسرة والمدرسة والرفاق والأقران والإعلام<sup>(1)</sup>.

### خامسا: النظرية البنائية الوظيفية

إن نشأة الاتجاه الوظيفي واتساع نطاقه، قد تأثر إلى حد كبير بالاهتمام الواضح بين العلماء بفكرة الوظيفية والتي تحددت معالمها في إطار علم الاجتماع، إلا أنها واضحة وسابقة في علم البيولوجيا وعلم النفس والأنثروبولوجيا الثقافية، وذلك لأن علم البيولوجيا يتناول الوظائف التي تقوم بها أعضاء الكائن الحي للحفاظ على بقاءه، ومن ثم فإنه من الواضح أن فكرة الوظيفية هي نزعة سوسولوجية وجدت في البيولوجيا وعلم النفس والأنثروبولوجيا قبل أن تظهر في علم الاجتماع. ففي علوم البيولوجيا كعلم تدور الوظيفية، حول فكرة مؤداها، أن كل عضو أو جزء من النسق يطلق عليه كائن عضوي يؤدي وظيفة أو

<sup>1</sup> عبد المنعم يوسف السنهوري، مرجع سابق، ص 65.

وظائف أساسية لبقاء هذا الكائن العضوي، كما يؤدي هذا العضو بدوره وظائف للنوع الذي ينتمي إليه باعتباره يمثل نسق يتألف من مكونات متناسقة ترتبط فيما بينها ارتباطاً وظيفياً<sup>(1)</sup>.

إن مفهوم الوظيفة هو مفهوم قديم في علم الاجتماع، فقد بدأ التفكير فيه مع "هربرت سبنسر" ثم تواصل مع "أوجست كونت" وتطور مع "إميل دوركايم" و"مارسيل موس" وأيضاً مع "سان سيمون"، كل هؤلاء هم ممثلي المدرسة الوظيفية الفرنسية، وأن هاتين المرجعيتين (الطبيعية والبيولوجية) قد أرسنا مبدأين أساسيين انطلقت منها المقاربة الوظيفية هما:

**الأول:** أن المجتمع مثل الجسم البشري كلية متكاملة.

**الثاني:** أن كل عضو من أعضاء هذا الجسم لا يمكن فهمه إلا في إطار كلية. وبالرجوع إلى معجم علم الاجتماع نجده يعطي معنيين أساسيين لاصطلاح الوظيفة واستعماله فالوظيفية الظاهرة هي نتيجة موضوعية للنظام المنفذ، والوظيفية الكامنة هي غير مقصودة وعليه معترف بها من قبل الأشخاص الذين ينجزونها حسب رأي "ميرتون"<sup>(2)</sup>.

ولمصطلح الوظيفية معاني أخرى تستخدم نذكرها بإيجاز:

الوظيفية هي الدراج الذي يستخدم في الحياة اليومية وما يزاوله الإنسان من نشاط اجتماعي، الوظيفية مرتبطة بالمهنة والتي تشير للمهنة أو العمل من حيث أنها تهيب القائمة بها فرصة للارتقاء والكسب، وهذا المعنى ساقه "ماكس فيبر" في النظرية الاجتماعية والاقتصادية للتنظيم.

والاتجاهات الوظيفية في جملتها تعبر عن نموذج دراسي تم اشتقاقه عند استخدام المماثلة بين المجتمعات الإنسانية والكائنات البشرية، وهو يرتكز على دوافع الفاعل - الإنسان - في الموقف.

ويقصد بمفهوم البناء الوظيفي أو البناء الاجتماعي بمجموعة العلاقات الاجتماعية المتباينة التي تتكامل وتتسق من خلال الأدوار الاجتماعية، فثمة مجموعة من الأجزاء مرتبة منسقة تدخل في تشكيل الكل الاجتماعي، وتتحدد بالأشخاص والرمز والجماعات وما ينتج عنها من علاقات وفقاً لأدوارها الاجتماعية التي يرسمها لها الكل وهو البناء الاجتماعي<sup>(3)</sup>.

ولتوضيح طبيعة الشكل البنائي لوحديتي المقارنة بين الكائن الحي والمجتمع الإنساني نجد "راد كليف براون" قد شرح عملية المقارنة شرحاً جيداً نوره فيما يلي: يتألف الكائن الحي من عدد من الخلايا

<sup>1</sup> السيد علي شتا: نظرية علم الاجتماع، مؤسسة شباب الجامعة، القاهرة-مصر، 1993م، ص297.

<sup>2</sup> ميشيل دينكن: معجم علم الاجتماع، ترجمة إحسان محمد الحسن، دار الطليعة، بيروت-لبنان، 1986م، ص102.

<sup>3</sup> ميشيل دينكن عمران: المدارس الاجتماعية المعاصرة، منشورات جامعة دمشق، سورية، 2003-2004م، ص70.

والسوائل التي تتخلل الأنسجة، وكلما تتخذ شكلا منظما في علاقتها بعضها ببعض، حيث لا تبدوا تلك الأجزاء وحدات منفصلة عن بعضها بل كوحدة كلية حية متكاملة، فإن هذا الكائن يعد بالنسبة للباحث في الكيمياء الحيوية نسقا معقدا متكاملا يحتوي مركبا من الجزئيات، ويطلق على نسق العلاقة التي تربط بواسطتها هذه الوحدات اسم البناء - أو التركيب - العضوي.... ولا يعد الكائن الحي بذاته بناء، بل هو مجموعة من الوحدات (خلايا وجزئيات) تأتي في شكل بناء، أو بمعنى آخر أنها تنظيم في ضوء مجموعة من العلاقات، وهنا يمكن تعريف البناء بأنه مجموعة من العلاقات تقوم بين الوحدات ويظل الكائن الحي محافظا على نوع معين من الاستمرار في البناء كلما كان حيا.

وإذا انتقلنا من مجال الحياة العضوية إلى مجال الحياة الاجتماعية، فنتناول جماعة محلية مثل قبيلة في مكان ما، فإنه بوسعنا أن نعرف ونذكر وجود بناء اجتماعي في مثل هذه القبائل، ذلك أن الكائنات البشرية - الأفراد - وهم الوحدات الجوهرية الذين يرتبطون بعضهم ببعض بواسطة مجموعة محددة من العلاقات الاجتماعية، وتؤلف منهم كلا متكاملا، بحيث لا يمكن أن ينقضي استمرار البناء الاجتماعي إذا ما تغيرت هذه الوحدات، فالأفراد قد يتركون المجتمع عن طريق الوفاة أو الهجرة، كما يمكن أن يفد إلى المجتمع أفراد آخرون، ولكن البناء الاجتماعي يظل قائما ينفصل بما يحدث في الحياة الاجتماعية من عمليات، تلك العمليات التي تتألف من نشاط الأفراد ومن تفاعلاتهم مع بعضهم ومع الجماعات التي يرتبطون بها<sup>(1)</sup>.

تعتمد الحياة الاجتماعية في أي مجتمع على الأداء الوظيفي للبناء الاجتماعي، إذ تكون وظيفة أي نشاط متكرر مثل فرض عقاب على الجريمة أو الطقوس الجنائزية، هي الجزء الذي يقوم به النشاط في الحياة الاجتماعية كلها، ومن ثم فهو يساهم في بقاء الاستمرار البنائي للمجتمع الذي يعني بالطبع استمرار البناء الاجتماعي.

بعد تأسيس علم الاجتماع. بدأ العلم ينقسم إلى أكثر من اتجاه، ويمثل الانقسام الأول كل من "كونت ودوركايم"، كان ذلك مع بداية علم الاجتماع الأكاديمي، والاتجاه الثاني تمثل في النظرية المادية التاريخية "ماركس". ولقد تطور علم الاجتماع الأكاديمي تحت تأثير الاتجاه الوضعي الأمبريقي "لكونت" والذي شارك فيه "هربرت سبنسر" كاتجاه نظري أشاد فيها بمراحل تطويرية رئيسية في تاريخ البشرية، واصفا في الوقت نفسه بنية المجتمع. وللنظرية الوظيفية جذورا معرفية تسبق تحول الوظيفية إلى

<sup>1</sup> شحاتة صيام: النظرية الاجتماعية من المرحلة الكلاسيكية إلى ما بعد الحداثة، مصر العربية للنشر والتوزيع، مصر، 2008م،

نظرية، وعندما نبحث عن الجذور، فإننا في الواقع نقوم بمقاربة للوظيفية كمفهوم قبل أن نقف عليها كنظرية، هذه الجذور المعرفية نجدتها لدى علماء الاجتماع الأوائل أمثال: "سان سيمون"، "أوجست كونت"، "إميل دور كايم"، "مارسيل موس" وحتى "كارل ماركس" و"ماكس فيبر"، وهي في وضعها هذا لا تعدو أن تكون مجرد مقارنة ولكنها قابلة للارتقاء إلى مستوى النظرية.

لقد ظهرت النزعة الوظيفية باعتبارها اتجاها فكريا متكاملًا في القرن العشرين في كتابات الأنثروبولوجيان: "مالينوفسكي" و"راد كليف براون"، فقد تأثر كل منهما بالنزعة العضوية عند "دور كايم"، مثلما تأثرت أفكارهما بدراستهما العقلية في المجتمعات البدائية، وبالرغم من تماثل الجذور الفكرية لكل منهما، فقد كشفت معالجتهم كثيرا من القضايا وقدرتهما على رؤية الأشياء وأهميتها النسبية عن عدد كبير من القضايا المختلف عليها<sup>(1)</sup>.

والنظرية الوظيفية من منظور علم الاجتماع هي أحد الاتجاهات النظرية التي تنظر إلى التنظيم على أنه مجموعة من البناءات الجزئية المتكاملة هيكليا وماديا متكاملة من حيث وظائف وأدوار محددة يقوم بها كل فرد أو جماعة وكل قسم من أقسام التنظيم، بحيث أن أي خلل في ذلك يؤدي إلى ضياع أهداف المنظمة.

وعلى ضوء هذا الطرح فالنظرية الوظيفية هي نظرية جزئية وليست نظرية كلية في علم الاجتماع، وهذا هو حالها فيما لو قارناها بالنظرية الماركسية التي تقدم نظرة شاملة للمجتمع<sup>(2)</sup>.

وتطلق النظرية الوظيفية كذلك في علم الاجتماع العام على الأعمال، أو المهن أو الخدمات الضرورية لحفظ بقاء المجتمع. ولهذه الوظائف الاجتماعية قسامين هما: الوظائف الخاصة التي يمارسها الأفراد بأنفسهم، والوظائف العامة التي تمارسها الدولة، كوظائف الأمن، والدفاع، والقضاء...<sup>(3)</sup>.

فمنذ العقود الأولى للقرن العشرين، أخذت الوظيفية بالهيمنة على ساحة علم الاجتماع خاصة بعد أن نشطت المدرسة الأنجلوسكسونية، التي ضمت كلا من "روبرت ميرتون"، "راد كليف براون"، "تالكوت بارسونز" و"مالينوفسكي" في إنجاز أبحاث استندت إلى النظرية الوظيفية أو ما عرف بالبنائية الوظيفية وعلينا أن نقر أنه من العبث فهم هذه المقاربة الجديدة قبل أن نرجعها إلى جذورها المعرفية، وعليه نقدم بعض الرواد الذين ساهموا في إثراء الاتجاه الوظيفي بأرائهم وأفكارهم من أجل تحقيق نظرية سوسيولوجية متكاملة.

<sup>1</sup> - جوناثان تيرنر: بناء نظرية علم الاجتماع، ط2، ترجمة محمد سعيد فرح، منشأة المعارف، الإسكندرية-مصر، 2000م، ص23.

<sup>2</sup> - ناصر قاسمي: دليل مصطلحات علم اجتماع التنظيم والعمل، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2011م، ص113.

<sup>3</sup> - جميل صليبا: المعجم الفلسفي، ج2، دار الكتاب اللبناني، لبنان، 1982م، ص581.

إن ظهور المدرسة الوظيفية عند بعض رواد علماء الاجتماع الغربيين ما لبث أن انتقل إلى العالم الجديد وبالتحديد إلى المجتمع الأمريكي، حيث عرفت الوظيفية أوج نموها بين العديد من علماء الاجتماع الأمريكي فيما بين الخمسينات 1956م والسبعينات 1975م من القرن العشرين، إذ أصبحت المدرسة السوسيولوجية تتمتع بسلطة لا تضاهي في هذه الفترة بالذات، أي أنها كانت سيدة الموقف كنظرية سوسيولوجية معاصرة والأكثر انتشاراً<sup>(1)</sup>.

ومن أبرز رواد نظرية الوظيفية هو "هربرت سبنسر" يتصور المجتمع كائناً عضوياً في ثلاثة عناصر، أولها التصور الكلي للمجتمع بمعنى أنه يشكل كل عضو متساند، وثانيهما يتمثل في علاقة الجزء بالكل، وتساند أجزاء هذا الكيان على المستوى الأول، ثم تساند هذا الكيان كجزء في كل أكبر وارتباطه بنائياً ووظيفياً، وثالثهما يتمثل في التطور والانحلال الذي يخضع له النموذج المجتمعي وأسباب كل منهما. بهذا الطرح فإن "سبنسر" قد وضع أسس التصور الوظيفي ولو أنه قد أخذ عنده طابعاً بيولوجياً، وهو الطابع الذي اختزله "دور كايم" بعد ذلك، واستبدله بطابع اجتماعي لازم الاتجاه الوظيفي طيلة تاريخه بعد ذلك<sup>(2)</sup>.

### سادساً: نظرية الأنساق

النسق هو وحدة تتكون من أجزاء أو وحدات متباينة ومتماسكة معاً، حيث كل وحدة تكون منضبطة بواسطة أو معتمدة على حالة سائر الوحدات، فالنسق يتميز بالكلية أو الوحدة المتماسكة مع التفاعل المستمر بين أجزائه<sup>(3)</sup>.

ويفترض مفهوم النسق أن هناك علاقات متبادلة بين مكوناته الداخلية من جهة، وبينه وبين البيئة الخارجية من جهة أخرى، وقد وصف "دافيد" النسق بأنه أي مجموعة من المتغيرات التي نختارها للوصف والتفسير<sup>(4)</sup>.

<sup>1</sup> مصطفى بوجلال: علم الاجتماع المعاصر - بين الاتجاه والنظريات -، ديوان المطبوعات الجامعية، مصر، 2015م، ص 106.

<sup>2</sup> ليلى علي: النظرية الوظيفية في علم الاجتماع والأنثروبولوجيا - الرواد والقضايا، جامعة عين شمس، القاهرة - مصر، 2008م، ص 55.

<sup>3</sup> عبد العزيز النوحى: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية - عملية حل المشكلة ضمن إطار نسقي ايكولوجي، ط2، دار الأقصى للطباعة، مصر، 2001م، ص 44.

<sup>4</sup> محمد علي محمد: أصول الاجتماع السياسي - السياسة والمجتمع في العالم الثالث، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية - مصر، 1985م، ص 291.



وينظر "سروكين" إلى النسق على أنه تفاعل ذو معنى بين إثنين أو أكثر من الأفراد، بحيث يكون هناك تأثير من أحد الطرفين على الآخر بشكل واضح، كما أشار "هكس" إلى النسق على أنه مجموعة من العناصر المتبادلة الارتباط أو المتبادل الاعتماد أو المتفاعلة، وهو كل منظم أو معقد ومجموعة مؤلفة من أشياء تكون كلا واحد<sup>(1)</sup>.

لذلك يعرف النسق على أنه الكل الذي يتضمن مجموعة من الأجزاء في علاقات بين بعضها البعض وبين خواصها المميزة. وتتنوع مصطلحات الأنساق طبقاً للنماذج التي تستخدمها وطبقاً للوحدات التي تتعامل معها. ويرتبط هذا المفهوم بثلاثة مفاهيم أساسية هي التكامل، العلاقة والتوازن بين عناصر النسق<sup>(2)</sup>.

يعرف "بارسونز" النسق الاجتماعي عدة تعريفات أهمها وأوضحها ذلك الذي يقول فيه النسق الاجتماعي عبارة عن فاعلين أو أكثر يجعل لكل منهم مركزاً أو مكانة متميزة عن الأخرى ويؤدي دوراً متميزاً، فهو عبارة عن نمط منظم يحكم علاقات الأعضاء ويصف حقوقهم وواجباتهم تجاه بعضهم البعض في إطار من المعايير أو القيم المشتركة، بالإضافة إلى أنماط مختلفة من الرموز والموضوعات الثقافية المختلفة<sup>(3)</sup>.

ولنظرية الأنساق مفاهيم أساسية هي:

النسق هو كيان له حدود يجري بداخله تبادل الطاقة البدنية والعقلية، أما المفهوم الثاني فهو نسق مغلق بحيث لا يحدث تبادل عبر حدوده، ونسق مفتوح تنتقل الطاقة عبر حدوده. أما مدخل فهو يتم تغذية النظام بالطاقة عبر الحدود، ومعالجة كيفية استخدام الطاقة داخل النظام، أما المخرج فهو تأثيرات الطاقة الخارجية من النظام عبر حدوده على البيئة، وأما مفهوم دوائر التغذية، فهو الطاقة والمعلومات الداخلية إلى النظام أو الناتجة عن مخرجاتها المؤثرة على البيئة لتنتقل نتائج المخرجات إليه.

<sup>1</sup> رشاد أحمد عبد اللطيف، علي عباس داندراوي: مهارات واستراتيجيات الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، مطبعة العمرانية، 2001م، مصر، ص 105.

<sup>2</sup> أحمد محمد السنهوري: الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرين، ج2، دار النهضة العربية، القاهرة-مصر، 2000م، ص 26.

<sup>3</sup> إبراهيم بيومي مرعي، عدلي سليمان: خدمة الجماعة وعملياتها المهنية والتطبيقية، المكتب الجامعي، الاسكندرية-مصر، 1997م، ص 11.

وأخيراً مقاييس الطاقة غير المستعملة، بحيث تميل النظم إلى استخدام طاقتها لكي تعيش مما يعني خمود حركتها وموتها إذا لم تتلف مدخلات من خارج حدودها<sup>(1)</sup>.

وتصف نظرية الأنساق وتركز على العناصر التشابكية Interlocking مثل المراكز، والأدوار مع التأكيد الكبير على المدخلات وعلى المخرجات<sup>(2)</sup>.

ويمكن استخدام هذه النظرية كنظرية قاعدية للممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، لأنها تحقق التكامل المعرفي وتوجه نظريتها وتحليلها للوحدات الاجتماعية التي يتعامل معها الممارس، كما أن المفاهيم المرتبطة بالأنساق من حيث البناء والوظيفية يمكن تطبيقها على مستوى الأنساق التي يتعامل معها الممارس بدءاً من الفرد حتى المجتمع القومي<sup>(3)</sup>.

ويقترح لاثروب Lathrope أنه يمكننا استخدام الأنساق في ممارسة الخدمة الاجتماعية على النحو

التالي:

ينظر الأخصائي إلى الموقف الذي يتعامل معه كلياً، لكونه معقداً ويتكون من أجزاء متكاملة مع بعضها، حيث أن العلاقة بين جزأين متأثرة بعلاقتها مع الكل وأجزاء هذا الكل فيما بينها، تعتبر بمثابة أنساق فرعية لها قدر من الإستقلال الذاتي في إطار علاقتها المتكاملة مع النسق الكلي. ورغم أن لكل نسق فرعي ذاتيته وكيانه، إلا أنه لا يمكن التعامل معه بمعزل عن النسق الأشمل. ورغم أن النسق يعيد توازنه بنفسه نظرياً، إلا أن الخدمة الاجتماعية تؤكد أيضاً على مفهوم النسق الدينامي أي المعرض باستمرار للتغيير. وأخيراً تضع الخدمة الاجتماعية في إطار اهتمامها باستمرار الوظائف الظاهرة الكاملة للنسق معاً أي أنها لا تهتم فقط بالوظائف الظاهرة للنسق، بل تتأهب للتعامل مع الوظائف الكامنة المحتملة<sup>(4)</sup>.

للأنساق أنواع عديدة تقبل التصنيف طبقاً لمحاور متعددة، ومن هذه الأنواع نذكر الأنساق المفتوحة، وهي تلك الأنساق ذات الحدود التي تسمح بالنفوذ إليها ومنها، وبالتالي هي على صلة وتفاعل مع مكوناتها ومع البيئة التي حولها، من خلالها المدخلات. والمخرجات وليس المقصود بنفاذية الحدود، أن

<sup>1</sup> مالكوم باين: نظرية الخدمة الاجتماعية المعاصرة، ترجمة حمدي منصور، سعيد عويضة، المكتب العلمي للنشر والتوزيع،

الإسكندرية-مصر، 1998م، ص 164، 165.

<sup>2</sup> محمود السيد أبو النيل: علم النفس الاجتماعي - دراسات عربية وعلمية -، ج2، دار النهضة العربية، بيروت، 1998م، ص 262.

<sup>3</sup> ماهر أبو المعاطي علي: مقدمة في الخدمة الاجتماعية مع نماذج تعليم وممارسة المهنة في الدول العربية، مكتبة النهضة

المصرية، مصر، 2002م، ص 375.

<sup>4</sup> عبد الحليم رضا عبد العال: البحث في الخدمة الاجتماعية، دار الحكيم للطباعة والنشر، القاهرة-مصر، 1993م، ص 284، 283.

تكون مفتوحة ومنفذة تمامًا بدرجة تجعل النسق يفقد كيانه وتميزه عن البيئة المحيطة، ولكن المقصود أنه مع احتفاظه بحدوده التي تميزه عن سواه يظل بوسعه استقبال المدخلات وإطلاق المخرجات.

أما النوع الثاني فهو الأنساق المغلقة، وهي على العكس من الأنساق المفتوحة ذات حدود لا تسمح بالإنفاذ لا إليها ولا منها، وبالتالي فليس لها تفاعل ضمن مكوناتها الداخلية ودون أي طاقة متجددة ترد إليها من خارجها، والنسق المغلق هو ذو حدود لا تسمح بالإنفاذ لا من الخارج، ولا من الداخل، فلا مدخلات ولا مخرجات فهو يعمل فقط داخل حدوده<sup>(1)</sup>.

إذن فالشرط الرئيسي لوجود نسق مفتوح هو أن تكون هناك عمليات مستمرة من تبادل الطاقة بين النسق والبيئة المحيطة به عبر إطاره أو حدوده، وذلك عكس الأنساق المغلقة التي لا يوجد بينها وبين الكيانات الواقعة خارج إطارها أي نوع من التفاعل أو التبادل<sup>(2)</sup>.

وأي نظم أو أي مؤسسة ما هي إلا نسق مفتوح، بحيث لا يمكن أن تكون المنظمة منعزلة عما يجاورها من البيئة المحيطة أو المجتمع الذي تعيش فيه، فهي تستمد مدخلاتها Inputs من البيئة فتأخذ رجالها منها وتحصل على أموالها منها وتعتمد على خبرات وأساليب أعمالها.

وكذلك تعطى مخرجاتها Outputs للبيئة فهي تنتج سلعة يستخدمها المستهلكون أو تقدم خدمة يستعملها المجتمع<sup>(3)</sup>.

ويتكون النسق المفتوح من ثلاثة أجزاء رئيسية ترتبط معًا في تكامل وثيق وهي المدخلات والعمليات التحويلية والمخرجات.

المدخلات وهي إما مدخلات يسعى النسق إلى الحصول عليها بسبب حاجته إليها ومن هنا يخصص بعض أعضائه للبحث عنها، وإما أن تفرض تلك المدخلات على النسق من واقع البيئة المحلية وظروفها ولا يكون أمامه سوى استقبالها واستيعابها ومحاولة الإفادة منها.

والعمليات التحويلية وهي المخصصة بأداء العمليات والأنشطة الهادفة إلى تحويل المدخلات إلى شكل آخر مغاير تمامًا لما كانت عليه عند دخولها للنسق، بحيث أن غالبية هذه المعالجات والأنشطة تتم داخل النسق.

<sup>1</sup> عبد العزيز النوحى، مرجع سابق، ص 51،46.

<sup>2</sup> Malcom payne, **Modern Social Work theory**, Second Edition, Macmillan press LTD, 1997, p138.

<sup>3</sup> محمد محمود إبراهيم عويس: الإدارة مفاهيم عملية وتطبيقات حديثة، الدار الجامعية، الاسكندرية-مصر، 1997م، ص 284.

المخرجات وهي التي تتمثل في سلسلة الإنجازات والنتائج المتحققة عن العمليات والأنشطة التي قام بها النسق، بمعنى أن الجزء الأخير يضم نتائج عمل النسق<sup>(1)</sup>.

فطالما أن المجتمع يتألف من أنساق اجتماعية متعددة لها مشكلاتها الخاصة واتجاهاتها المتميزة نحو التكامل والتوازن، وطالما أنه يتعذر إشباعها دائماً، فمن المتوقع أن تظهر توترات يترتب عليها نتائج غير مرغوبة في بناء النسق. إذن فمن الضروري أن يتغلب النسق على بعض المشكلات لكي يصبح قادراً على تحقيق توازنه وتكامله مع الأنساق الاجتماعية الأكبر.

فالمشكلة الأولى هي أنه من العسير أن يوجد تعارف بين النسق الاجتماعي وبين حاجات ودوافع وقدرات الأعضاء الذين يتولون أداء الأدوار الأساسية. ومعنى ذلك أن النسق عليه أن يشبع دوافع الأفراد وأعضاؤه. والمشكلة الثانية تنشأ بين نسق معين والثقافة الأساسية التي ينتمي إليها، فلكل نسق اجتماعي أنماطه المعيارية التي تلائمه وتتلائم ووظائفه الخاصة<sup>(2)</sup>.

ويقول **بارسونز** أن أي نسق على أي مستوى يجب أن يفي بأربعة متطلبات إذا كان يريد البقاء، وفي كل حالة فإن نسقاً فرعياً متخصصاً لا بد أن يظهر للوفاء بكل مطلب على حدا وتتمثل هذه المتطلبات الأربعة أو المستلزمات الوظيفية Functional prerequisites في:

- **التكيف**، هو أن كل نسق لا بد أن يتكيف مع بيئته.
- **تحقيق الهدف**، لا بد لكل نسق من أدوات يحرك بها مصادره كما يحقق أهدافه وبالتالي يصل إلى درجة الإشباع.
- **أما التكامل** يعني أن كل نسق يجب أن يحافظ على التوافق والانسجام بين مكوناته ووضع طرق أداء الانحراف والتعامل معه، أي لا بد له من المحافظة على وحدته وتماسكه.
- **المحافظة على النمط** ويجب على كل نسق أن يحافظ بقدر الإمكان على حالة التوازن فيه<sup>(3)</sup>.

من منطلق مناقشتنا للمقاربات السوسولوجية نخلص إلى أن الملامح المسلكية النظرية المنسجمة مع موضوع هذا البحث الهادف إلى التعرف على-واقع المسؤولية الاجتماعية في تفعيل استراتيجية

<sup>1</sup> - ماهر أبو المعاطي: إدارة المؤسسات الاجتماعية-مع نماذج تطبيقية من المجتمع السعودي-، مكتبة الصفوة بالقيوم، مصر، 1986م، ص 222.

<sup>2</sup> - محمد علي محمد: علم اجتماع التنظيم-مدخل للتراث والمشكلات والموضوع والمنهج-، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1986م، ص 222.

<sup>3</sup> - أيان كريب: النظرية الاجتماعية من بارسونز إلى هابرماس، ترجمة محمد حسين علوم، سلسلة عالم المعرفة، العدد 244، الكويت، أبريل 1999م، ص 74.

التخطيط الصحي- ترسم بالتحديد وبشكل أفضل معرفيا ومنهجيا ضمن مقارنة المنظمات، ومقاربة الأنساق، وذلك بناءً على الاعتبارات الاستمولوجية التي تدخل في سياق تعقل الموضوع سوسولوجيا، حيث تعتبر المسؤولية الاجتماعية البنية التحتية للمنظمة من خلال تعزيز المسؤولية الذاتية والتركيز على العاملين في المقام الأول، بما يتضمن ذلك إدراك العاملين لرؤية ورسالة المنظمة وما ينبثق عنها من أهداف واستراتيجيات، وتعلم مهارات وقدرات جديدة يتطلب من خلالها منح العمال درجة كبيرة من الاستقلالية والمشاركة في اتخاذ القرارات عن طريق تفويض الصلاحيات، ومنح حرية في الأداء ومشاركة أوسع في تحمل المسؤولية، وهو ما يمكن أن يقود إلى نتائج إيجابية على المستويين الفردي والتنظيمي. إنه من المهم إذا التعاطي مع هذه المقاربات (مقاربة التنظيم، مقاربة الأنساق) في فهم واقع المسؤولية الاجتماعية في تفعيل استراتيجية التخطيط الصحي.

### سابعاً: نظرية ماري باركر فوليت

باحثة أمريكية متخصصة في العلوم السياسية، اهتمت بشكل خاص بمشاكل مديرية الإدارة العمومية، حيث كانت أعمالها تدور حول السلطة والقوة وكانت ترى بأن القوة المشتركة ترتبط بالوظيفة. لقد كان شأنها شأن الكثيرين من علماء الاجتماع، قامت بدور فعال في توضيح وتأكيد أهمية العنصر الإنساني في النشاطات الإدارية والتنفيذية المختلفة من خلال مجموعة من المقالات التي كتبتها ونشرتها عام 1941م.

كان صوت فوليت الصوت الوحيد المختلف في عهد المدارس الإدارية التقليدية، والذي تميز عن بقية الأصوات، وإذا كان تايلور يدع بأب الإدارة العملية، فإن فوليت كان يصفها Peter Drucker أم الإدارة. لقد شددت ماري باركر فوليت على تفاعل الإدارة والعاملين، فهي تنظر إلى الإدارة والقيادة بشكل كلي وترعى أساليب الأنظمة الحديثة.

ركزت على ضرورة اهتمام المدقق بجماعات ومجموعات العمل وهذا في كل المستويات الرقابية، كانت ترى في طرح غير مسبوق أن خضوع العمال غير كاف، بل يجب على هؤلاء المشاركة في كل المستويات التنظيمية، رأت فوليت أن التنسيق هو قلب الإدارة النابض، واعتبرت أن المشكلة الأساسية في أي تنظيم هي تنسيق جهود الجماعات وإيجاد الانسجام بينها، لكي يبلغ أكفاً طاقة في إنجاز عمل ما، واقترحت أربعة مبادئ للتنظيم مركزة على مشكل التنسيق وذوبان سلوك الأفراد في خدمة المجموعة وتتمثل هذه المبادئ في: (التنسيق بالاتصال المباشر، التنسيق عند بداية المهام، التنسيق رغم وجود بعض المشاكل والتنسيق الدائم والمستمر).

يعتبر خلق المناخ الملائم والمنسجم مع رغبات وحاجات العاملين من جهة، والذي يحقق البرامج المرسومة والمخططة من جهة ثانية، من العوامل الأساسية التي تضمن نجاح العمليات الإدارية في

المنشآت الصحية والاقتصادية بشكل يحقق أهدافها وبأقل التكاليف، وهذا المناخ يتطلب بالدرجة الأولى خلق روح التعاون بين الرئيس والمرؤوسين<sup>(1)</sup>.

تناولت مواضيع مثل التعاون والعمل الجماعي، ونظرت إلى المؤسسات على أنها مجتمعات متعاونة عليها أن تعمل لتحقيق أهداف مشتركة، وشجعت العاملين والمديرين على العمل بتوافق وتعاون وانسجام دون سيطرة جهة على أخرى.

دافعت ماري باركر فوليت على الفكرة التي مفادها أن المسؤولية وأن المدير، كلاهما مسؤول عن شيء وليس أمام شخص، كما ترى بأن الأوامر يجب أن تصدر بعد تحليل موضوعي للأحداث. ومن هذا المنطلق، فإن ماري باركر فولت تؤكد مبدأً من مبادئ التنظيم العلمي، حيث أسهمت في تطوير فلسفة الريج المتبادل Gagnant-gagnant من خلال اهتمامها بالسلطة والتنظيم من منظور إيجابي، إذ اعتبرته ميكانيكياً عن التنوع وفرصة لتطوير الحلول المندمجة لكونه مجرد خلافاً.

ترى ماري باركر فولت بأن المسؤولية لا تقع على عاتق الشخص بذاته، فالشخص لا يعمل وحده، بل عدد كبير من الأفراد يشتركون مع بعضهم في تنفيذ أعمال متناسقة ومتكاملة لا يمكن فصلها، وبناءً على ذلك، فإن المسؤولية جماعية، حيث تتحدد مسؤولية كل فرد من خلال حجم أو قيمة الأعمال التي نفذها، كما أن محاسبة المقصرين تتم من خلال توجيه الجهود الجماعية الهادفة، لتحسين مستويات الأداء والتنفيذ مع ضرورة التنويه عن هذا التقصير الفردي بطريقة ليس لها تأثير سلبي على الفرد.

أكدت ماري باركر على أهمية الحرية في التعبير وأهمية التعاون لحل الخلافات في العمل، ورأت بأنه من واجب المدير أن يساعد الناس في المنظمة الصحية على التعاون معاً لتحقيق التكامل في المصالح والأهداف، وهذا ما يؤكد اهتمامها بالبعد الإنساني في العمل، من خلال نظرة متوازنة بين أهداف العمل وأهداف وحاجات الإنسان.

دعت بأن كل مركز من المراكز الصحية في الهيكل التنظيمي الإداري يحتاج بالضرورة لشخص محدد حسب المؤهلات والكفاءات المطلوبة، وأكدت على أن يتمتع شاغل هذا المركز الوظيفي بسلطة تتناسب تماماً وطبيعة العمل المسند إليه، لذلك فإن السلطة الممنوحة للفرد مسندة بالدرجة الأولى من الموقع الذي يشغله في المنظمة وليست ممنوحة له من المستويات الإدارية العليا.

وعموماً، أفكارها متميزة ومنقمة على الحقبة التي كانت تعيشها، وهذا يدل على أن الاهتمام بالجانب الإنساني وتنميته لا يرتبط بزمان أو مكان معين<sup>(2)</sup>.

كما سارت في هذا الاتجاه أيضاً مدرسة الإدارة العلمية والتي ركزت على ترشيد سلوك العمال في الأقسام، واهتمت بالمشكلات الفنية والإجرائية وأساليب التخطيط. وقد أولت أهمية كبيرة لتقسيم العمل في

<sup>1</sup> - عبد العزيز علي الغريب: نظريات علم الاجتماع - تصنيفاتها، اتجاهاتها، وبعض نماذجها التطبيقية -، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض - السعودية، 2009م، ص 42.

<sup>2</sup> - المرجع السابق، ص 44، 43.

المجال الإداري، كما أكدت على أهمية الصلة بين وظيفة التخطيط والوظائف الأخرى، وأعطت كل الصلاحيات لقسم التخطيط في إدارة كل الأعمال. ولهذا جعلت العبء الأكبر لتنفيذ الطرق الرشيدة من مهام الإدارة.

وعليه، انتقلت من الاهتمام بالعامل إلى الاهتمام بمعالجة مشكلات تنظيمية تمثلت في التنظيم والتخطيط لمجرى العمل وأساليب الرقابة.<sup>(1)</sup>

### ثامنا: نظرية كيرت لوين

تميز كيرت لوين بالفكر العلمي والتوجه الإنساني، ونظرا لكونه يهوديا فقد عانى من الاضطهاد، لذا كرس حياته مناديا بالتسامح والحرية، حيث تزايد اهتمامه بالتفاعل داخل المجموعات ليتناول بالتحليل دينامية الجماعات، وقد صاغ نظرية دينامية الجماعات في المعهد التكنولوجي بماساشوست.

تأثر كيرت لوين بالجشطالتيه لمجال القوة، كما قدم تحليلا لأنماط السلوك ضمن الجماعات، وقد اهتم على وجه الخصوص بأنماط التعبير عن السلطة والقيادة وتفاعلها مع دينامية الجماعة، كذلك قدم نظرية في القيادة يرى فيها وجود أنماط قيادية مختلفة، لكل منها خصائص ذات علاقة بنوعية المنتج ورضا من ينتجه. اعتمد لبيت وايت (Lippiet white) على نتائج كيرت لوين في أطروحتهما التي أشرف عليها كيرت لوين نفسه، ونشرا نتائج أبحاثهما في كتاب بعنوان "الأوتقراطية والديمقراطية" Autocracy and Democracy عام 1960م.

اختبر لوين ثلاثة أنماط قيادية انطلاقا من الدراسات التي أجراها على مجموعات مكلفة بصنع أقنعة، وتمثل هذه الأنماط في القائد المتسلط الذي يوجه العمال بإعطاء الأوامر، إذ لا يمكن للعمال مناقشتها (غياب كل تغذية راجعة)، فالقائد الديمقراطي هو الذي يقدم الاقتراحات ويشجع العمال ويشارك الجماعة أين يقوم التعلم على أساس التفاعل بين أعضاء الجماعة، فهو بمثابة القائد الذي يلعب دور المنشط، كذلك القائد المتساهل الذي لا يشارك في النشاطات إلا قليلا ولا تربطه علاقات عاطفية مع أفراد المجموعة، ويتمثل دوره في توجيه نشاط أعضاء الجماعة.

كما كشفت دراسته عن أهمية المشاركة في الإدارة وأثرها في تحفيز المرؤوسين على الأداء الجيد، وهي بذلك تنمي روح المبادرة، المشاركة، التعاون، المسؤولية الصادقة والتوحيد بالجماعة، ويتميز هذا النمط بأن الجماعة هي التي تتخذ القرارات وتهدف إلى تدريب عقول المرؤوسين، من خلال القائد الديمقراطي الذي يتمتع بالقدرة على التخيل وإيجاد حلول مبتكرة للمشاكل والصعاب التي تواجههم بصفة عامة والذي يمكن استخدامه في الإدارات العلمية، بصفته يهدف إلى خدمة المؤسسة وحل المشاكل عن طريق التشاور في اتخاذ القرارات.

<sup>1</sup> - محمد علي محمد: علم اجتماع التنظيم - مدخل للتراث والمشكلات والموضوع والمنهج -، ط3، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية - مصر، 1986م، ص139.

بينت نتائج دراسات لوين أن القائد المسؤول اجتماعيا كان أكثر فاعلية لتأثيره في نوعية العمل وأداء أفراد المجموعة، بينما تبين بأن النمط المتسلط كان الأسرع في أداء المهمة وإن كان أداء أعضاء المجموعة ضعيفا، بالمقابل فإن النمط المتساهل حقق رضى أفراد المجموعة وإبداعا أكثر، لكنه يتطلب مجهودا كبيرا من طرف أعضاء المجموعة، كما بينت نفس النتائج أهمية دينامية الجماعة القائمة على الحوار والثقة المتبادلة والمسؤولية<sup>(1)</sup>.

---

<sup>1</sup> – Aim Roger, *L'essentiel de la théorie des organisations*, Gualino, paris, France, 2012, p35.



# الفصل الثالث

## الممارسات النظرية للمسؤولية الاجتماعية

أولاً: تطور الاهتمام بالمسؤولية الاجتماعية

ثانياً: الإطار التكاملي للمسؤولية الاجتماعية

ثالثاً: حتمية تطبيق المبادئ والمناهج في مفاهيم المسؤولية الاجتماعية

رابعاً: القيمة التنموية للمسؤولية الاجتماعية

خامساً: المسؤولية الاجتماعية لمنظومة القيم

سادساً: دمج برامج المسؤولية الاجتماعية ضمن العمليات الإدارية

والاستراتيجية

من بين أبرز البرامج التي تتبناها المؤسسة الصحية نجد المسؤولية الاجتماعية، فالمؤسسة تعتمد أساساً على إدماج المبادرات الطوعية ضمن التزامات محددة، فقد تناولنا في هذا الفصل تطور الاهتمام بالمسؤولية الاجتماعية، وأيضاً الإطار التكاملي للمسؤولية الاجتماعية، حتمية تطبيق المبادئ والمناهج في مفاهيم المسؤولية الاجتماعية، القيمة التنموية للمسؤولية الاجتماعية، المسؤولية الاجتماعية لمنظومة القيم ودمج برامج المسؤولية الاجتماعية ضمن العمليات الإدارية والاستراتيجية.

### أولاً: تطور الاهتمام بالمسؤولية الاجتماعية

بفضل المشكلات والأعمال غير النافعة والضارة التي أحدثتها بعض منظمات الأعمال، فقد أولت المجتمعات في العديد من الدول الاهتمام بالقضايا الاجتماعية والأخلاقية، وازداد اهتمام منظمات الأعمال بالإنفاق على الأنشطة الاجتماعية المختلفة بعد أن ازداد النقد الموجه إليها بشأن تركيز اهتمامها بتعظيم أرباحها وعدم مراعاة المجتمع والبيئة التي تعمل فيها. وقد دفعت التشريعات الجديدة والإدراك والوعي المتزايد لدى الأفراد ورجال الأعمال إدارات المنظمات المختلفة نحو تحمل عبء المسؤولية الاجتماعية<sup>(1)</sup>. تشير فكرة المسؤولية الاجتماعية إلى أنه تقع على المنظمة مسؤولية تجاه مجتمعها، والتي تمتد إلى ما هو أبعد من تحقيق الأرباح، وأن آثار القرار الاستراتيجي تمتد إلى خارج المنظمة، كما أن الخطة الاستراتيجية التي تضعها الإدارة العليا يجب أن تعكس مسؤولية المنظمة تجاه البيئة الخارجية<sup>(2)</sup>. ويشير بعض المهتمين إلى أن مفهوم المسؤولية الاجتماعية قد بدأ بالظهور عندما قامت بعض المنظمات بتحسين ظروف العمل الداخلية وتحسين حياة العاملين وزيادة أجورهم وتوفير الرعاية الطبية لعائلاتهم وغيرها من الممارسات<sup>(3)</sup>. غير أن مفهوم المسؤولية الاجتماعية أصبح أكثر اتساعاً، فهو يركز على جوانب تحسين نوعية الحياة بشكل عام وتوفير الاستقرار الاجتماعي وزيادة التكافل الاجتماعي والعناية بشرائح المجتمع كافة دون تمييز<sup>(4)</sup>.

<sup>1</sup> الجعافرة أحمد فلاح: أثر أخلاقيات الأعمال والمسؤولية الاجتماعية على المكونات ذات البعد الاستراتيجي للمصاريف في الأردن،

أطروحة دكتوراه، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان- الأردن، 2009م، ص 41.

<sup>2</sup> جواد شوقي ناجي: إدارة الاستراتيجية، دار الحامد، عمان- الأردن، 2000م، ص 61.

<sup>3</sup> أحمد محمد، تسويق الخدمات المصرفية-مدخل نظري وتطبيقي-، دار البركة، عمان- الأردن، 2001م، ص 178.

<sup>4</sup> المغربي عبد الحميد عبد الفتاح: الإدارة-الأصول العلمية والتوجهات المستقبلية، المكتبة العصرية، المنصورة- مصر، 2006م،

ويعزو البعض انطلاق مفهوم المسؤولية الاجتماعية بصيغته الجديدة إلى الفكرة التي نادى بها أمين عام الأمم المتحدة في مؤتمر ديفوس في يناير 1999م، وفحواها أن تتبنى شركات القطاع الخاص والعام دورًا في المسؤولية الاجتماعية وتوجيه قوى الأسواق من أجل دعم المثل العليا على هذه المبادئ الثلاثة هي:

- 1- الاعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر عام 1948م.
  - 2- إعلان المبادئ والحقوق الأساسية في العمل الصادر عن منظمة العمل الدولية في عام 1998م.
  - 3- إعلان ريودي جانيرو حول البيئة الصادر عن مؤتمر قمة الأرض عام 1991م.
- تلك المبادئ أو الصكوك الثلاثة كما سميت، كلها تنادي بإعلاء القيمة الأخلاقية والإنسانية والبيئة لجعل الحياة أكثر إنسانية وأكثر سعادة.

لكن من المؤكد أن المفهوم لم يكن جديدًا، لا في الحضارة الغربية ولا في الحضارة الإسلامية، فقد عرف في الحضارة الغربية كمفهوم منذ بداية عصر التنوير في كتابات "مونتسكيو"، "جون هوبز"، "جون لوك" و"روسو" وغيرهم، لكنه استخدم بمفهومه الشائع باعتباره منهجًا واجبًا على رجال الأعمال والمؤسسات، ثم بدأ استخدامه في الإعلام في المجتمع الأمريكي مع بدايات القرن العشرين، وزاد الإهتمام به عقب الحرب العالمية الثانية، وذلك حينما بدأ بعض النقاد الغربيون يتشككون في فاعلية قواعد الإعلام أيضًا، تلك الوسائل التي راحت تجاري الروح التجارية المحمومة في المجتمعات الغربية، فلم تعد تتوانى عن نشر ما ينافي قيم المجتمع وأخلاقه ما دامت تحقق ربحًا أو انتشارًا للصحيفة.

وفي المجال الإعلامي أيضًا شهدت الساحة الغربية تراجعًا خطيرة في مجال الحريات نتيجة سيطرة رأس المال ونتيجة تغول مبدأ "تحقيق الأرباح وتعظيمها" مما نتج عنه أيضًا تردّيًا أخلاقيا في مستويات عديدة، الأمر الذي حفز على بدء الكثير من المرجعات مبادئ العمل الإعلامي، وتجلّى ذلك في عقد اللجان المتخصصة، ولجان تقصي الحقائق، لجان إعداد موثيق الشرف وغير ذلك من الجهود التي جاءت كردود فعل على أزمة حقيقية في المجتمع<sup>(1)</sup>.

أما في مجال الأعمال، فقد برزت مثالب المبادئ الليبرالية في الاقتصاد، والتي تتركز على الحريات المطلقة للتجارة دون أن تلتفت للأضرار التي يمكن أن تلحق بالأفراد والفئات الأقل حظًا في المجتمع،

<sup>1</sup> ناصر جرادات، عزام أبو الحمام: المسؤولية الأخلاقية والاجتماعية للمنظمات The Ethical and social Responsibility of organizations، مكتبة الجامعة، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2014، ص23،22.

ودون أن تلفت إلى الأضرار الجسيمة التي يمكن أن تقوم بها الاحتكارات الكبيرة في الإنتاج والتجارة وعلى مبدأ "تعظيم الأرباح" فحسب، وقد تمثلت التأثيرات السلبية التي ظهرت في المجتمعات الرأسمالية فيمايلي:

- الظلم الذي أصاب المستهلك جراء الغش في البضائع والتلاعب في الأسعار.
- الظروف القاسية التي يعمل بها العاملون وبما يهدد صحتهم وسلامتهم العامة.
- تزايد التلوث البيئي جراء العمليات الصناعية وعدم قيام المصانع بواجباتها تجاه مخلفاتها الصناعية.
- محدودية الاهتمام بالارتقاء لنوعية العمل Quality of work life والتي تمثلت في ضعف المهارات لدى العاملين ومحدودية تطويرها على الأمد البعيد، فضلا عن التمييز بين الأفراد العاملين على أساس الجنس أو العمر أو المذهب.
- الشكوك حول فساد الشركات، خصوصا فيما يتعلق بالرشاوي الكبيرة للحصول على العقود.
- التراجع الكبير الذي أصاب نوعية الحياة لأعداد كبيرة من الناس في الأرياف وفي المدن نفسها مقابل تتصل منظمات الأعمال من مسؤولياتها تجاه المجتمع.

ومنذ بداية القرن العشرين، بدأ مفهوم المسؤولية الاجتماعية ينتشر في الدول الصناعية، بداية من زيادة النقد الموجه للشركات التي ركزت جهودها حول هدف تحقيق الأرباح فقط دون الالتفات للمجتمع والبيئة من حولها، مع ظهور الشركات الصناعية، بداية من زيادة النقد الموجه للشركات التي ركزت جهودها حول هدف تحقيق الأرباح فقط دون الالتفات للمجتمع والبيئة من حولها، ومع ظهور الشركات الصناعية العملاقة التي توظف عشرات الآلاف من العاملين، والتي تستهلك كميات هائلة من المواد الأولية وتؤثر تأثيراً مباشراً على البيئة وعلى حياة المجتمعات التي تعمل فيها.

من هنا برزت الضرورة القصوى للقيام بالمسؤوليات الاجتماعية تجاه العاملين في المؤسسة كي يضمنوا استمرارهم في العمل على الأقل ثم انتقل المفهوم إلى التأقلم والإنسجام أيضاً مع المجتمع الذي يؤثر على سير أعمال المنظمة عن طريق التأثير في عدة عوامل منها: العاملين والموارد الخام، المستهلكين للسلع، وأمن المؤسسة وأصولها الثابتة وغيرها.

من ناحية أخرى، وفيما يتعلق بالبيئة والصحة، فقد زاد الاهتمام بأداء المؤسسات والشركات بعد وقوع بعض الحوادث المدمرة للبيئة والبشرية، مثل تلوث الهواء، التغيرات المناخية، تلوث الأنهار والشواطئ البحرية، وتلوث الأراضي الزراعية وغيرها. وكان العدل يقتضي أن تساهم هذه المؤسسات بجزء

من أرباحها ليس لتطوير حياة العاملين وأسره فحسب، بل وتنمية المجتمعات التي تمارس نشاطها فيها، وكذلك الإسهام في الحفاظ على البيئة الطبيعية والحد من تلوثها ودمارها<sup>(1)</sup>.

وخلال العقود الثلاثة الماضية شهد العالم إدراكًا متزايدًا لنموذج التنمية الحالي، وهو نموذج الحداثة، لم يعد مستخدمًا بعد أن ارتبط نمط الحياة الاستهلاكي المنبثق عنه بأزمات بيئية خطيرة، مثل فقدان التنوع البيئي، تقلص مساحات الغابات المدارية، تلوث الماء والهواء، ارتفاع درجة حرارة الأرض (الدفء الكوني)، الفيضانات المدمرة الناتجة عن ارتفاع منسوب مياه البحر والأنهار، واستنزاف الموارد غير المتجددة، مما دفع بعدد من منتقدي ذلك النموذج التنموي إلى الدعوة لنموذج تنموي بديل مستدام يعمل على تحقيق الانسجام بين تحقيق الأهداف التنموية من جهة، وحماية البيئة واستخدامها من جهة أخرى<sup>(2)</sup>.

لقد أصبح التوجه الحديث يستند إلى جعل هذه المساهمة حقًا قانونيا تفرضه الدولة أو بعض المؤسسات المدنية ذات الاختصاص، وتشرف على جمعه وتوظيفه للأغراض الاجتماعية والتنمية. بل وأن وسائل الإعلام والتوعية المختلفة أصبحت تشجع على الانحياز إلى منتجات المؤسسات التي تعلي من قدر المسؤوليات الاجتماعية في سياساتها، الأمر الذي ساعد على تحسين صورتها الذهنية وانعكس إيجابيًا على أدائها وما تحققه من أرباح.

### ثانياً: الإطار التكاملي للمسؤولية الاجتماعية

تشمل المسؤولية الاجتماعية مجموعة من المكونات المترابطة التي ينمي كل منها الآخر ويرتبط به ويدعمه ويقويه ويتكامل معه، ليشكلوا في النهاية إطاراً متكاملًا يسعى لتحقيق تنمية وتقدم المجتمع دون قصور من أي طرف من الأطراف، وتتمثل هذه العناصر فيما يلي:

**1- الاهتمام:** ويتضمن الارتباط العاطفي بالجماعة وحرص الفرد على سلامتها وتماسكها واستمرارها وتحقيق أهدافها. وللاهتمام مستويات منها: الانفعال مع الجماعة، حيث يساير الفرد وبصورة آلية حالتها الانفعالية لمجرد أنه يعتبر نفسه في قلب المسؤولية، فيتعاون ويتفاعل بحماس تلقائياً مع الجماعة، ويرى أن مسابرتها لها بموضوعية ومنطقية. أما الانفعال بالجماعة، فيحدث بصورة إرادية،

<sup>1</sup> سالم الرحاطة عبد الرزاق: المسؤولية الاجتماعية، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع - مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، 2011م، ص 61.

<sup>2</sup> الغامدي عبد الله بن جمعان: التنمية المستدامة بين الحق في استخدام الموارد الطبيعية والمسؤولية عن حماية البيئة، مجلة الإقتصاد والإدارة، مجلد 23، العدد الأول، جامعة الملك عبد العزيز بجدة، المملكة العربية السعودية، 2009م، ص 177، 226.

حيث يأتي تضامنه مع الجماعة بناءً على قناعة ذاتية منه، فيجعل أهدافها محور اهتمامه ويتفاعل معها بصدق وشفافية والتوحد مع الجماعة، ويسعى لأجل مصلحتها وي بذل كل جهده من أجل إعلاء مكانتها، ويشعر بالفوز إذا فازت أو بالأمن كلما خيم الأمن عليها ويغامر من أجل الدفاع عنها وأهدافها، وفي ذلك أحد أبعاد القوة لضمان التماسك والتكافل الاجتماعي.

**2- الفهم:** ويتضمن فهم الفرد للجماعة والقوى النفسية المؤثرة في أعضائها، وفهمه لدوافع السلوك الذي تنتهجه خدمة لأهدافها، وأيضا استيعابه للأسباب التي جعلته يتبنى مواقفها. فالفهم الصحيح يدعم المشاركة من جانب الفرد في القيام بمسؤولياته، وهو أيضا يشترط الالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير والاهتمامات الاجتماعية ومقاومة الضغوط، كما يشمل التقارب الفكري والمساهمة في المناقشة والوصول إلى النقاط التي يجب الاعتماد عليها للوصول إلى الغاية التي تخدم المصلحة العامة. فالتعاطي العقلاني يجعلنا نواجه الأزمات مواجهة مسؤولة، وحين يكون استعدادنا لتحمل المسؤولية الاجتماعية معتمدا على القوى الذاتية (العقل والعاطفة والتكامل النفسي) فهو يعطي ثماره الجيدة.

فالفهم يعني إدراك الفرد للظروف المحيطة بالجماعة وللأدوار المختلفة فيها، كما يقتضي تقدير المصلحة العامة والدفاع عن الوطن والعمل على رقيه وازدهاره.

**3- المشاركة:** المشاركة مسؤولية وهي الأرضية الأساسية لحياة اجتماعية مشرقة مستقرة، فهي تظهر قدر الفرد وقدرته على القيام بواجباته وتحمل مسؤولياته، والمقصود هنا مشاركة الفرد في أعمال تساعد في تحقيق الهدف الاجتماعي، حيث يكون مؤهلا اجتماعيا لذلك. ولها ثلاث جوانب أولها: التقبل، أي تقبل الفرد للدور أو الأدوار الاجتماعية التي يقوم بها والملائمة له في إطار ممارسة سليمة، وثانيها التنفيذ: حيث ينفذ الفرد العمل وينجزه باهتمام وحرص ليحصل على النتيجة التي ترضيه وترضي الآخرين وتخدم الهدف، وثالثهما التقييم: حيث يقوم كل فرد بعمله وفقا لمصلحة المعايير العامة والأخلاق.

وتلعب الثقافة دورا في مجال المشاركة الاجتماعية، فالثقافة هي همزة الوصل بين الفرد والواقع الاجتماعي، منها نتعلم أصول العلاقات الإنسانية ونستدل على سبل التعايش الإنساني والاجتماعي السليم.

ومن ثم يمكن القول بأن المسؤولية الاجتماعية هي بديل على التفاعل والانتماء للجماعة وللمجتمع بل وللوطن ككل. فعناصر المسؤولية الاجتماعية التي تبرز مدى الفهم والاهتمام أو المشاركة هي بمثابة

انعكاس لاستجابة كافة الفئات الاجتماعية نحو التطوع لمستقبل أفضل عن طريق الاندماج الفعلي في العطاء والسعي لخدمة المجتمع بكافة الأشكال والطرق التي تخطو به خطوات تنمو به نحو تحقيق التقدم الاقتصادي والاجتماعي والثقافي ...، وتحدي كافة الظروف والضغوط العالمية والإقليمية والمحلية والخروج من أية معوقات تعوق مسيرة التنمية التي يسعى لها أي مجتمع بكافة أفراد وجماعته ومؤسساته في حالة من التوحد والمسؤولية التي تحتم عليه ذلك<sup>(1)</sup>.

تتعدد تقسيمات المسؤولية الاجتماعية بتعدد مجالات استخداماتها، حيث يقسمها المعجم الفلسفي إلى:

أ. **مسؤولية مدنية Civil Responsibility**: وتتعلق بالأفعال الظاهرة سواء أكانت حدثت بالفعل أو على ماهي بسبيل الحدوث، وقد صنفت هذه الأفعال ضمن قوانين الوضعية الإنسانية وفقا للقانون الأخلاقي. وتمثل المسؤولية المدنية أحد أركان النظام القانوني والاجتماعي، ويقصد بها بصفة عامة المسؤولية عن تعويض الضرر الناجم عن الإخلال بالتزام مقرر في دقة المسؤول، وقد يكون مصدر هذا الالتزام عقداً يربطه بالمضروب، فتكون مسؤولية عقدية يربطها ويحدد مداها العقد من جهة والقواعد الخاصة بالمسؤولية العقدية من جهة أخرى. وقد يكون مصدره القانون في صورة تكاليف عامة يفرضها على كافة، وعندئذ تكون مسؤولية تقصيرية، لأن القانون هو الذي يحكمها ويحدد مداها. ومن هذا درج القضاء والفقهاء على التمييز في دائرة المسؤولية المدنية التي يحكمها ويحدد مداها نوعين من المسؤولية العقدية (مطلب أول) والمسؤولية التقصيرية (مطلب ثاني)<sup>(2)</sup>.

كما أنها توجب على الفاعل الذي سبب لغيره ضرراً أن يعرضه عنه، سواء سبب الضرر بإرادته أم بإهماله أو بتهوره. ومن لواحق هذه المسؤولية أن يكون المرء مسؤولاً عن فعل غيره من الأفراد الموضوعين تحت إشرافه، ومثال ذلك: مسؤولية الوالد عن أولاده الصغار، ومسؤولية المعلم عن تلاميذه.

ب. **مسؤولية جنائية Criminal Responsibility**: وهي التي تقع على شخص ارتكب مخالفة أو جنحة أو جريمة، ولهذه المسؤولية علاقة وثيقة بالمسؤولية الأخلاقية، لأنه لا يمكن معاقبة إنسان على ذنب ارتكبه إلا إذا كان فعله مصحوباً بوعي وإرادة، وكثيراً ما يكون بين المسؤولية المدنية والمسؤولية الجنائية اقتران فعلي، مثل مسؤولية سائق السيارة الذي توجب عليه المسؤولية المدنية التعويض عن

<sup>1</sup> ناديا منى فخري: المسؤولية الاجتماعية - عناصرها ومظاهرها وكيفية تمييزها، مجلة الجيش، العدد 249، بغداد-العراق، مارس

2006، ص4.

<sup>2</sup> عبد الرحمن بدوي: الأخلاق النظرية، وكالة المطبوعات، الكويت، 1975م، ص224، 225.

الضرر الذي سببه للغير، وتوجب عليه المسؤولية الجنائية تحمل إحدى العقوبات المنصوص عليها في القانون.

ج. المسؤولية الأخلاقية **Moral Responsabilité**: وهي المسؤولية الناشئة عن إلزامية القانون الأخلاقي، وعن كون الفاعل ذا إدارة حرة، ومعنى ذلك أن الفاعل الذي تكون أفعاله ضرورية، أي ناشئة عن أسباب طبيعية أو مسيرة بإرادة غيره، لا يعد مسؤولاً من الناحية الأخلاقية. ولهذه المسؤولية درجات متفاوتة، أعلاها مسؤولية الفاعل الواعي الذي تصدر الأفعال عن إدارته بحرية تامة، وأدناها مسؤولية الفاعل الذي يسيطر الهوى على قلبه ويعمي بصيرته ويمنعه من رؤية الحق<sup>(1)</sup>.

ويقسم علماء القانون المسؤولية إلى قسمين: أدبية وهي لا تدخل في إطار القانون ولا يترتب عليها جزاء قانوني موكول إلى الضمير، ومسؤولية قانونية مصدرها الإلزامي هو القانون وقواعده ونظرياته، وتشمل جميع المسؤوليات المستمدة من الدساتير والقوانين التي يحتذيها المجتمع. وتترتب عليها جزاءات مادية تتمثل في الغرامة، وجزاءات معنوية جسدية تتمثل بالحبس أو الإعدام<sup>(2)</sup>.

- وقسمها كارول الرائد في أبحاث المسؤولية الاجتماعية إلى أربع جوانب أو أنواع، هي: المسؤولية الاقتصادية، المسؤولية القانونية، والمسؤولية الأخلاقية، والمسؤولية الخيرية، وسيتم فيما يلي توضيح هذه الأنواع الأربعة للمسؤولية الاجتماعية:

• **المسؤولية الاقتصادية**: التي تشير إلى أن قطاع الأعمال عليه الالتزام بأن يكون انتاجياً ومربحاً ويلبي الحاجات الاستهلاكية للمجتمع<sup>(3)</sup>. وفي هذا الإطار يبين العامري والغالي أن البعد الاقتصادي للمسؤولية الاجتماعية يستند إلى مبادئ المنافسة والتطور التكنولوجي، أي أنه يشمل على مجموعة من عناصر المسؤولية الاجتماعية، منها المنافسة العادلة التي تدعو إلى منع الاحتكار وعدم الإضرار بالمستهلكين، واحترام قواعد المنافسة وعدم إلحاق الضرر بالمنافسين، ويستند هذا البعد للمسؤولية الاجتماعية على وجهة النظر التي تركز فيها منظمات الأعمال على هدف تعظيم الربح<sup>(4)</sup>.

<sup>1</sup> جميل صليب: المعجم الفلسفي، ج1، دار الكتاب اللبناني، بيروت- لبنان، 1973م، ص37.

<sup>2</sup> وافي علي عبد الواحد: المسؤولية في الإسلام، الدار السعودية للنشر والتوزيع، الرياض- السعودية، 1983م، ص14.

<sup>3</sup> -Carroll A.B, the pyramid of corporate social Responsibility Toward the moral management of organizational stakeholders. Business horizons, 1991, p 38.

<sup>4</sup> الغالي طاهر محسن منصور العامري، صالح مهدي حسن: المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الأعمال - الأعمال والمجتمع -، دار وائل للنشر، عمان- الأردن، 2008م، ص65.



- **المسؤولية القانونية:** تستند هذه المسؤولية على القوانين والتشريعات، حيث يتناول اهتمام قطاع الأعمال بالمسؤولية الاجتماعية عدة مواضيع تتمثل في حماية البيئة، حماية المستهلك، والمشاركة في حل مشكلات المجتمع. وتتضمن المسؤولية القانونية عدد كبير من العناصر، مثل: قوانين حماية المستهلك، قوانين حماية البيئة من التلوث، منع الاستخدام التعسفي للموارد، وتأمين السلامة والعدالة للأفراد من حيث عدم التمييز بينهم على أساس العرق أو الجنس أو الدين وغيرها.
- **المسؤولية الأخلاقية:** تهدف هذه المسؤولية القيام بما هو صحيح وعادل، وتجنب الضرر للآخرين، كما تتضمن عدم انتهاك المبادئ المتفق عليها والتي تحدد الصح والخطأ عند توجيهها لأعمالها. ومن أجل أن تلتزم المنظمات بالمسؤولية الاجتماعية، فإنه عليها إعطاء السلوك الأخلاقي الأولوية، حيث تستند المسؤولية الأخلاقية إلى المبادئ والمعايير الأخلاقية والقيم الاجتماعية واحترام حقوق الانسان والعادات والتقاليد<sup>(1)</sup>.
- **المسؤولية الخيرية أو الإنسانية:** وهي مسؤولية اختيارية أو إرادية في طبيعتها، وبالتالي يصعب الحكم والتحقق منها، ويندرج تحت هذه المسؤولية المساهمات الكبيرة للكثير من المنظمات المحلية والعالمية، مثل ما تقوم به مؤسسة بل جيتس للأعمال الخيرية، حيث يرتبط البعد الخيري أو الإنساني بمبدأ تطوير نوعية الحياة بشكل عام، وما يتفرع عن ذلك من عناصر ترتبط بالذوق ونوعية ما يتمتع به الفرد من غذاء وملابس وسكن وتعليم وصحة ونقل وغيرها من العناصر التي تضيف الرفاهية للفرد<sup>(2)</sup>.

### ثالثاً: حتمية تطبيق المبادئ والمناهج في مفاهيم المسؤولية الاجتماعية

تستند المسؤولية المجتمعية للمؤسسات على مجموعة من المبادئ الأساسية والتي ينبغي العمل بها في المؤسسة، حيث أن هناك تأثيراً سلبياً كبيراً على المؤسسات التي تبدأ في تطبيق مفاهيم المسؤولية الاجتماعية دون تطبيق بعض المبادئ، والتي أصبح متفق عليها على أنها مبادئ المؤسسات الأخلاقية، وأن مفهوم المسؤولية الاجتماعية في الأساس هو مفهوم يعتمد على الأخلاق والقيم والمبادئ الإيجابية المتفق عليها عالمياً والتي تتمثل في:

<sup>-1</sup> المرجع السابق، ص 65.

<sup>-2</sup> ناصر جرادات، عزام أبو الحمام: مرجع سابق، ص 33، 34.

### 1. مبدأ الإدغان القانوني - احترام سيادة القانون

أن تلتزم المؤسسة بجميع القوانين واللوائح السارية المحلية والدولية المكتوبة، والمعلنة والمنفذة طبقاً لإجراءات راسخة ومحددة. ويتعين على المؤسسة تفعيلاً لهذا المبدأ، أن تتأكد من أن علاقاتها وأنشطتها تقع ضمن الإطار القانوني المقصود والصحيح، وأن تبقى على دراية بكافة الإلتزامات القانونية لكي تراجع مدى تطبيقها للقوانين بشكل دوري والتأكد من الإلتزامات المطبقة.

### 2- مبدأ احترام الأعراف الدولية

أن تحترم المؤسسة الاتفاقيات الدولية والحكومية واللوائح التنفيذية والإعلانات، والمواثيق والقرارات والخطوط الإرشادية، عند قيامها بتطوير سياساتها وممارساتها للمسؤولية المجتمعية.

ويتعين على المؤسسة تفعيلاً لهذا المبدأ، الإلتزام بما يلي:

- احترام المعايير الدولية للسلوك في المواقف التي لا توفر الحد الأدنى من حماية المجتمع أو البيئة، وفي البلدان التي يكون بها القانون الداخلي أو تطبيقه يتعارض بشكل كبير مع المعايير والأعراف الدولية للسلوك، كما ينبغي على المؤسسات أن تبذل قصارى جهدها لاحترام ه المعايير لأقصى حد ممكن<sup>(1)</sup>.
- ينبغي على المؤسسات أن تضع في اعتبارها الفرص والقنوات الشرعية الهادفة إلى التأثير على سلسلة التوريد، لاحترام الأعراف الدولية.
- الابتعاد عن التوريط غير القانوني في أنشطة مؤسسات أخرى غير متوافقة مع معايير السلوك والأعراف الدولية.

### 3- مبدأ احترام مصالح الأطراف المعنية (أصحاب المصلحة)

أن تقرر المؤسسة وتتقبل أن هناك تنوعاً بالمصالح للأطراف المعنية، وتنوعاً في أنشطة ومنتجات المؤسسة الرئيسية والثانوية، وغيرها من العناصر التي قد تؤثر على تلك الأطراف المعنية.

ويتعين على المؤسسة تفعيلاً لهذا المبدأ، الإلتزام بما يلي:

- أن تقوم المؤسسة بتحديد الأطراف المعنية أصحاب المصلحة. وأن تكون على دراية بمصالح واهتمامات أطرافها المعنية، وأن تحترم هذه المصالح وأن تتجاوب مع اهتماماتهم المعلنة، كما يجب أن تعترف بالحقوق القانونية والمصالح الشرعية لأطرافها المعنية.

<sup>1</sup> صالح الحموي، رولا المعاينة: المسؤولية المجتمعية للمسؤولية-من الألف إلى الياء-، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع،

عمان- الأردن، 2005م، ص72.

- أن تدرك أنه يمكن لبعض الأطراف المعنية أن تؤثر بشكل كبير على أنشطة المؤسسة. وأيضاً تضع في الاعتبار العلاقة بين مصالح الأفراد المعنية والتوقعات الأكبر للمجتمع والتنمية المستدامة.

#### 4- مبدأ السلوك الأخلاقي

أن تتصرف المؤسسة في جميع الأوقات بشكل أخلاقي في معاملتها من حيث الأمانة والعدل والتكامل، وذلك فيما يتعلق بالأشخاص والحيوانات والبيئة والالتزام بتناول مصالح الأطراف المعنية. ويتعين على المؤسسة تفعيلاً لهذا المبدأ، الالتزام بما يلي:

- وضع وتحديد قيمها ومبادئها الجوهرية، ووضع هيكل حكومية تساعد على تعزيز السلوك الأخلاقي داخل المنظمة وفي تفاعلاتها مع الآخرين.
- تحديد وتبني وتطبيق معايير السلوك الأخلاقية التي تتلاءم مع غرضها وأنشطتها، وتحديد معايير السلوك الأخلاقي المتوقعة من هيكلها الحوكمي وموظفيها ومزوديها والمتعاقدين ومن الملاك والمديرين خاصة هؤلاء الذين يكون لهم تأثير على قيم وثقافات وتكامل واستراتيجية وتشغيل المنظمة، والعاملين بالنيابة عنها مع الحفاظ على الهوية الثقافية المحلية.
- إنشاء آليات لتسهيل عملية تقديم التقارير حول المخالفات الخاصة بالسلوك الأخلاقي دون خوف من الإنتقام.

#### 5- مبدأ القابلية للمساءلة

أن تكشف المؤسسة وبشكل منتظم للجهات المتحكمة والسلطات القانونية والأطراف المعنية، وبطريقة واضحة وحيادية وأمينية وإلى حد ملائم، السياسات والقرارات والإجراءات، ومن ضمنها الفحص والتدقيق الملائمين والأخذ في الإجراءات التصحيحية التي تتحمل مسؤوليتها بشكل مباشر، وأيضاً الآثار المتوقعة لما سبق على الرفاهية المجتمعية وعلى التنمية المستدامة. ويتعين على المؤسسة تفعيلاً لهذا، الالتزام بالنتائج المحصلة من قراراتها ومدى تأثير أنشطتها على المجتمع والبيئة المقصودة والغير مقصودة، دون إغفال الإجراءات التي أخذت لمنع تكرار هذه الآثار السلبية<sup>(1)</sup>.

<sup>1</sup> - المرجع السابق، ص 73.

## 6- مبدأ الشفافية

أن تفصح المؤسسة على نحو واضح ودقيق وتام عن سياستها وقراراتها وأنشطتها، بما في ذلك التأثيرات المعروفة والمحتملة على البيئة والمجتمع، وأن تكون هذه المعلومات متاحة للأشخاص المتأثرين أو المحتمل تأثيرهم بشكل جوهري من قبل المؤسسة<sup>(1)</sup>. وأن تقدم المعلومات للجهات الرقابية في الوقت المناسب، وأن تكون معلومات فعلية ومتاحة على نحو واضح وموضوعي، ولتمكين الأفراد المعنية من تقييم تأثير قرارات وأنشطة المنظمة بدقة مصالحهم وثيقة الصلة<sup>(2)</sup>.

ويتعين على المؤسسة تفعيلاً لهذا المبدأ، الإلتزام بما يلي:

- تحديد هدف وطبيعة ومكان ممارسة أنشطة المنظمة، وتحديد أي مصلحة متحركة في نشاط المنظمة، والسلوك الذي تتخذ، وتطبق وتراجع من خلاله المنظمة قراراتها، بما في ذلك تحديد الأدوار والمسؤوليات والسلطات فيما يتعلق بالوظائف المختلفة داخل المنظمة.
- المواصفات والمعايير التي تقيم المنظمة على أساسها أدائها المتعلقة بالمسؤولية المجتمعية وأدائها بشأن القضايا الهامة ذات الصلة بالمسؤولية الاجتماعية.
- مصدر مواردها المالية والتأثيرات المعرفية والمحتملة لقراراتها وأنشطتها على أطرافها المعنية والمجتمع والبيئة، وتحديد الأفراد المعنية والمعايير والإجراءات المستخدمة لتحديد واختيارهم وإشراكهم.

## 7- مبدأ احترام الحقوق الأساسية للإنسان

أن تنفذ المؤسسة السياسات والممارسات التي من شأنها تحترم الحقوق الموجودة في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.

الإعلان العالمي لحقوق الإنسان هو وثيقة حقوق دولية تمثل الإعلان الذي تبنته الأمم المتحدة في 10 ديسمبر 1948م في قصر شايو في باريس، ويتحدث الإعلان عن رأي الأمم المتحدة في حقوق الإنسان المحمية لدى كل الناس، ويتألف من 30 مادة ويظهر من خلالها رأي الجمعية العامة بشأن حقوق الإنسان المكفولة لجميع الناس، وتنص المادة الأولى على "يولد جميع الناس أحراراً متساوين في الكرامة والحقوق، وقد وهبوا عقلاً وضميراً وعليهم أن يعامل بعضهم بعضاً بروح الإخاء".

<sup>1</sup> محمد قويدري ، دولي سعاد: نحو صناعة سياحية في إطار رؤية تنمية مستدامة ومسؤولية، الملتقى الدولي الثالث حول منظمات الأعمال للمسؤولية الاجتماعية، الجزائر، 14، 15 فيفري 2012م، ص4.

<sup>2</sup> صالح الحموري، رولا المعاينة: مرجع سابق، ص74.

ويتعين على المؤسسة تفعيلاً لهذا المبدأ، الالتزام بما يلي:

- احترام وتعزيز الحقوق الموضوعة في الميثاق الدولي لحقوق الإنسان.
- القبول بأن الحقوق تعد عالمية وعامة وتعد جزءاً لا يتجزأ من الحقوق المطبقة في كافة الدول والثقافات والمواقف، وأن تحذو خطوات نحو العمل على احترام حقوق الإنسان في البلاد التي تحمي حقوق الإنسان وأن تعمل أيضاً على الابتعاد عن الاستفادة من هذه المواقف، كما يجب أن تلتزم بمبدأ احترام المعايير الدولية للسلوك إذا كان القانون الوطني أو تطبيقه لا يوفر حماية كافية لحقوق الإنسان.

### 8- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان

لما كان الاعتراف بالكرامة المتأصلة في جميع أعضاء الأسرة البشرية وبحقوقهم المتساوية الثابتة هو أساس الحرية والعدل والسلام في العالم. ولما كان تناسي حقوق الإنسان وازدواؤها قد أفضيا إلى أعمال همجية آذت الضمير الإنساني، وكانت غاية ما يسعى إليه عامة البشر انبثاق عالم يتمتع فيه الفرد بحرية القول والعقيدة ويتحرر من الفزع والفاقة. ولما كان للإدراك العام هذه الحقوق والحريات الأهمية الكبرى للوفاء التام بهذا التعهد. فإن الجمعية العامة تنادي بهذا الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على أنه المستوى المشترك الذي ينبغي أن يستهدف كافة الشعوب والأمم، حتى يسعى كل فرد وهيئة في المجتمع، إلى توطيد احترام هذه الحقوق والحريات عن طريق التعليم والتربية واتخاذ إجراءات مطردة وعلنية، لضمان الاعتراف بها ومراعاتها بصورة عالمية فعالة بين الدول الأعضاء ذاتها وشعوب البقاع الخاضعة لسلطانها<sup>(1)</sup>.

هناك العديد من المناهج لدراسة المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات وأنماطها ويمكن تلخيص أهم

المناهج كالتالي:

- يتضمن المنهج الأول النمط التقليدي للمسؤولية الاجتماعية والنمط الاجتماعي ونمط الكلفة الاجتماعية.
- المنهج الثاني، وهو المنهج الاجتماعي، وهناك بعدين لهذا المنهج، ينصب الأول على الداخل الذي يتعلق بالعاملين وتحسين ظروفهم، في حين يتعلق البعد الثاني وهو الخارجي بالتعامل مع إشكالات المجتمع.

<sup>-1</sup> المرجع السابق، ص 77.74.

- المنهج الثالث والذي أسسه الباحث "كارول"، ويتضمن أربعة أبعاد محددة هي: البعد الاقتصادي، والبعد القانوني، والبعد الأخلاقي، والبعد الخيري.
- المنهج الرابع، ويحدد ثلاثة أنماط مختلفة لتبني المسؤولية الاجتماعية من قبل المؤسسات وهي: نمط المسؤولية الاقتصادية الذي يعني بتعظيم الربح، ونمط المسؤولية الاجتماعية الذي يأخذ باحتياجات المجتمع، والنمط الثالث هو النمط المتوازن الذي يهتم بالأمرين معًا.
- المنهج الخامس، وهو منهج المسؤولية الاجتماعية الشاملة، والذي يتحدث عن تجسيد المسؤولية الاجتماعية والأداء الاجتماعي للمؤسسات بثلاثة أبعاد هي: بعد الخير الشامل، وبعد المسؤولية الشاملة، بعد السياسة الشاملة.

وفي دراسة الأدب الإداري الذي يتعلق بالمسؤولية الاجتماعية، يتضح أن هناك تباينًا في الآراء إزاء هذه القضية. يرى المؤيدون لتبني المسؤولية الاجتماعية أنهم يتوقعون من المؤسسات أن تلعب دورًا بعيدًا عن الجانب الاقتصادي، اعتقادًا منهم أن أرباحها ستساعد تباعًا، وأن الإلتزامات الأخلاقية تفرض على المؤسسات إيجاد دور اجتماعي لها من أجل تحسين صورتها، ناهيك عن دورها الإيجابي في تحسين البيئة الاجتماعية والحد من التدخل الحكومي في شؤون المؤسسات، ويقلل ذلك من حدة النقد لهذه المؤسسات، إضافة إلى تعزيز مكانة المؤسسة وزيادة فعاليتها، ما يؤدي ذلك بدوره إلى تحقيق إنجازات اجتماعية كبيرة، يتم تجنب المشاكل الاجتماعية المعقدة.

أما معارضو تبني المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات، فيؤكدون أن لعب هذه المؤسسات لدور اجتماعي سوف يؤدي إلى خرق قاعدة تنظيم الأرباح التي تعد القاعدة الأساسية التي تركز عليها هذه الشركات، كونها وُجِدت لتعمل وتقدم خدماتها بجودة عالية وأسعار منافسة، ولكي تتمكن من التوسع في استثماراتها وتعمل على إيجاد فرص عمل لأبناء المجتمع، وهذا ما يؤكد الاقتصاديون الليبراليون وفي مقدمتهم الحائز على جائزة نوبل "ميلتون فريدمان".

وهذا يعني أن استمرار وتوسع المؤسسات في القيام بدور اجتماعي سيؤدي إلى اضمحلالها مع مرور الزمن، إضافة إلى محدودية قدراتها المادية وافتقارها للمهارات الكافية التي تمكنها من النهوض بالدور الاجتماعي، وصعوبة المساءلة القانونية والمحاسبة عن أنشطتها الاجتماعية، بسبب عدم وجود جهة عليا رسمية من المجتمع المحلي تستطيع قياس ما حققته المؤسسات من إنجاز اجتماعي<sup>(1)</sup>.

ومما سبق فقد أفرزت حتمية تطبيق المبادئ والمناهج في مفاهيم المسؤولية الاجتماعية ما يلي:

<sup>1</sup>-Nickels Mchng and Mchugh, **understanding Business**, Mc Grew-hill, 2002, P<sub>103</sub>.

• تحسين الأداء المالي

وجود صلة حقيقية بين ممارسة المسؤولية اجتماعيا للشركات والأداء المالي الإيجابي، وقد بينت البحوث التي أجريت في هذا المجال من مجالات المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات حقيقة ذلك.

• تخفيض التكاليف التشغيلية

هناك العديد من المبادرات التي تستهدف تحسين الأداء البيئي والتي تؤدي إلى ترشيد التكاليف مثل: تقليل انبعاثات الغازات التي تتسبب في تغير المناخ العالمي من خلال ترشيد الرحلات والتنقلات أو من خلال ترشيد استخدام المواد الكيميائية، مثل مواد التنظيف في المستشفيات أو استخدام الأسمدة الكيميائية في الزراعة، بالإضافة إلى أنه يمكن التقليل من تكاليف التخلص من النفايات من خلال مبادرات إعادة تدويرها. كما أن الجهود المبذولة في إطار المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات في مجال الموارد البشرية، مثل جداول العمل المرنة والتناوب على الوظائف وغير ذلك من البرامج المتصلة بمكان العمل، كلها تؤدي إلى خفض نسبة غياب العاملين وزيادة الاحتفاظ بعدد كبير من الموظفين شديدي الحماس للعمل والفعالية والكفاءة الإنتاجية وخفض تكاليف التوظيف والتدريب.

• زيادة الإنتاجية والجودة

إن الجهود التي تبذلها الشركات في سبيل الاضطلاع بالمسؤولية الاجتماعية من خلال القوة العاملة والعمليات التي تقوم بها، تؤدي في الغالب إلى زيادة الإنتاجية وتخفيض معدل وقوع الأخطاء وتعزيز الفعالية والكفاءة عن طريق تحسين ظروف العمل وزيادة مشاركة الموظفين في صنع القرار.

• القدرة على جذب الموظفين والاحتفاظ بهم

إنه من السهل على المؤسسات المسؤولة اجتماعيا تعيين موظفين ذوي كفاءة عالية والمحافظة عليهم، مما يؤدي إلى خفض تكاليف التوظيف والتدريب، حيث يتم في الغالب تعيين الموظفين من المجتمع الذي تعمل فيه المؤسسة، ولهذا السبب ستصبح القيم المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية متسقة مع قيم الموظفين، الأمر الذي يستبعد أي تعارض من حيث القيم بين المؤسسات والعاملين فيها ويعزز بيئة العمل.

• تخفيض الرقابة التنظيمية

المؤسسات التي تفي بمتطلبات الامتثال للأنظمة بوضوح أو تذهب إلى أبعد من ذلك، تكتسب مزيدا من الثقة لدى الجهات الحكومية، وبالتالي فإنها تمنح قدرا أكبر من حرية التصرف، كما تخضع

لقد أقل من عمليات التفتيش والمراسلات الخطية. وقد تمنح الأفضلية أو معاملة سريعة، عندما تقدم طلبًا للحصول على تراخيص عمل أو تغيير مناطق العمل أو غير ذلك من التصاريح الحكومية<sup>(1)</sup>.

### رابعاً: القيمة التنموية للمسؤولية الاجتماعية

يسعى كل مجتمع إلى تنمية قيمة المسؤولية الاجتماعية لدى الأفراد من خلال عملية التنشئة الاجتماعية التي يتلقاها الطفل أو الفرد منذ ولادته وحتى وفاته، ثم العمليات المتلاحقة التي يحققها المجتمع بجميع فئاته وطبقاته الاجتماعية تجاه مناحي الحياة الاجتماعية المختلفة.

إن فقدان الانتماء والمسؤولية الاجتماعية من أخطر ما يهدد حياة أي مجتمع وينشر الأنانية والسلبية وهو ما يسمى بأزمة المسؤولية، حيث يتصل الأفراد في المجتمع من مسؤولياتهم وتخليهم عن المشاركة في تنمية مجتمعهم، ويرجع ذلك إلى عدم تربيتهم على المسؤولية الاجتماعية خاصة فئة الشباب، حيث تنازعاتهم اتجاهات مختلفة من الفكر والمعتقدات المتباينة، ولم تعد قيمة الانتماء للوطن وترائه في موضع الصدارة، بالإضافة إلى ما تركته التحولات المجتمعية من آثار تمثلت في إضعاف قيم العطاء للمجتمع وتدني قيم المشاركة.

ويؤكد البعض أن المسؤولية الاجتماعية خاصة في الشخصية الإنسانية يمكن غرسها وتربيتها في الشخصية الإنسانية، وأن الإرشاد الديني يلعب دورًا بارزًا في تنمية الخلق الاجتماعي الذي يسهم بدوره في تنمية المسؤولية الاجتماعية. ويرى آخرون أن المسؤولية الاجتماعية تمثل مبحثًا مهمًا ومطلبًا حيويًا من أجل إعداد الأفراد وتحمل أدوارهم، والقيام بها من أجل المشاركة في بناء المجتمع<sup>(2)</sup>.

لأجل ذلك تجعل المسؤولية الاجتماعية من الفرد عنصراً فاعلاً في الجماعة، وتجعله يهتم بمشكلات غيره من اهتماما يجعله يشارك فعلياً وبكل إخلاص في حل هذه المشكلات.

لذا تقاس قيمة الفرد في المجتمع بمدى تحمله للمسؤولية الاجتماعية تجاه ذاته وتجاه الآخرين، ومن ثم يحتاج مجتمعنا في ظل ظروفه الراهنة والتغيرات التي يشهدها والتحديات التي تواجهه إلى الفرد المسؤول اجتماعياً بقدر احتياجه إلى الفرد المسؤول مهنيًا وقانونياً، بل وتعد الحاجة إلى الفرد المسؤول اجتماعياً أشد إلحاحاً في مجتمعنا الآن<sup>(3)</sup>.

<sup>1</sup> - محمد سيد فهمي: مرجع سابق، ص 103، 104.

<sup>2</sup> - تيسير محمد كيره: المسؤولية الاجتماعية وعلاقتها ببعض سمات الشخصية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر، 1988م، ص 2.

<sup>3</sup> - محمد توفيق سلام: المسؤولية الاجتماعية لدى طلاب كلية التربية، مجلة البحوث النفسية والتربوية، السنة 14، الكلية التربوية، جامعة المنوفية، مصر، 1999م، ص 13.



إن الفرد في المجتمع مطالب بحماية نفسه وحياته على المستوى المادي والمعنوي في سلامته الشخصية ووعيه لصحته وصحة أسرته وتأمين مصدر عيشه بالطرق المشروعة وغيرها من ضرورات الحياة الأساسية، وهذا في نظرنا هو الجانب الأدنى في المسؤولية الاجتماعية وهو ما يمكن أن نسميه بالمسؤولية الشخصية. كما أن الفرد في المجتمع مطالب ومسؤول عن تربية أبنائه وتثقيف نفسه وأبناء مجتمعه والمحافظة على تماسك المجتمع ودرء الأخطار عنه، والمحافظة على تراث المجتمع ونسقه القيمي. كما أنه مطالب بالقيام بدوره في حماية الأرواح من حوادث السير والوقوع في مخاطر المخدرات المتزايدة يوماً بعد يوم بالرغم من الجهود العظيمة المبذولة من الدولة للقضاء على تلك الظاهرة. حيث أن دور الدولة وحده رغم أهميته لا يكفي، وهذا ركن آخر من أركان المسؤولية الاجتماعية للشخص، كما أنه من المتوقع قيام كل فرد في المجتمع، بحماية بيئته الخاصة والعامة والمحافظة على نظافتها والمساهمة في صيانة مجتمعه الصغير ووطنه الكبير وأمتة العربية، وهذا جانب آخر من المسؤولية الاجتماعية إلى جانب ترشيد استهلاك مياه الشرب. بالإضافة إلى دور هام يجب أن يعيه المواطن وهو إدراك مهام وظيفته وواجباته والحرص على أدائها في أكمل صورة، واتباع الفضيلة ودرء الرذيلة ومكافحة الغزو الثقافي، والحرص على معرفة كل ما هو جديد في مجال العلم والتكنولوجيا وما يمكن أن يستفيد منها وما يجب أن يخشاه منها من سوء استخدام على نفسه ومجتمعه<sup>(1)</sup>.

وعليه، يترتب على عدم تحمل الأفراد لمسؤولياتهم الاجتماعية نتائج جد خطيرة تهدد مستقبلهم ومستقبل وطنهم، حيث يصبح هؤلاء الأفراد عرضة للصراع الذي قد يؤدي إلى الانخراط والسلبية أو قلة اللامبالاة وعدم الاكتراث، وهي مظهر من مظاهر ضعف الشعور بالمسؤولية، وبذلك يفقد المواطن قوة وطاقة من أهم طاقاته، وقد توجه هذه الطاقة ضد المجتمع لأنها فقدت الوعي والاهتمام والمشاركة، أو قل فقد المسؤولية الاجتماعية<sup>(2)</sup>.

وللمبادرات الدولية دورا كبيرا في تنمية الوعي بأهمية المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات، لكونها ساهمت في وضع التوجيهات العملية لدمج هذا المفهوم في استراتيجيات المنظمات.

- مؤتمر الأمم المتحدة للبيئة والتنمية (بريود جانيرو) 1992: مع بداية التسعينات وخصوصا بعد مؤتمر الأمم المتحدة للبيئة والتنمية والذي عقد في (ريود جانيرو) عام 1992م ومع تطور مفهوم

<sup>1</sup> - محمد سيد فهمي: المسؤولية الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية- مصر، 2015م، ص50.

<sup>2</sup> - محمد أحمد عبد العزيز: الضغوط النفسية وعلاقتها بالمسؤولية الاجتماعية، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة ألمانيا، 2003م،

التمتية المستدامة، بدأت مرحلة جديدة في تطور مفهوم المسؤولية الاجتماعية لقطاع الأعمال خاصة مع تزامن ثورة الاتصالات والمعلومات التي أدت إلى زيادة الوعي بالقضايا البيئية وعلاقتها بالقضايا الاجتماعية والاقتصادية.

وقد أشارت أفندة القرن الحادي والعشرين الصادرة عن مؤتمر الأمم المتحدة للبيئة والتنمية إلى ضرورة تبني قطاع الأعمال لمفاهيم حماية البيئة من خلال استخدام تقنيات وأساليب الإنتاج الأنظف، ومن أجل حسن استخدام المواد الطبيعية والحد من التلوث، وضرورة الترويج لنظم الإدارة البيئية من أجل تحسين الإدارة الجيدة للتأثيرات البيئية.

### • منتدى الاتحاد الأوروبي لأصحاب المصلحة المتعددين المعنيين بالمسؤولية الاجتماعية للشركات

منذ منتصف التسعينات، دعا البرلمان الأوروبي إلى اعتماد مدونات سلوك للشركات متعددة الجنسيات الأوروبية العاملة في البلدان النامية. وفي إطار مؤتمر قمة المجلس الأوروبي المنعقد، أصدرت المفوضية الأوروبية كتاباً أخضرا في عام 2001، شكل بداية مناقشة مفهوم المسؤولية الاجتماعية. وتوصي الاستراتيجية باتباع نهج متوازن وواسع النطاق تجاه المسؤولية الاجتماعية، بما يشمل القضايا الاقتصادية والاجتماعية والبيئية ومصالح المستهلكين. وفي 2000م تم إنشاء منتدى أوروبي لأصحاب المصلحة المتعددين يعنى بالمسؤولية الاجتماعية، ومهمته إعداد تقرير يقدم إلى المفوضية، يتضمن توصيات باتخاذ تدابير جديدة في هذا المجال.

### • مبادئ سوليفان العالمية حول المسؤولية الاجتماعية لمنظمات الأعمال: وهي أقدم مبادرة لصياغة

قواعد سلوك المنظمات، قام بها رجل الدين "ليون سوليفان" عام 1977م، لتحديد طريقة القيام بأعمال تجارية في ظل نظام الفصل العنصري في جنوب إفريقيا، حيث طور عام 1999م (مبادئ سوليفان العامة).

والتي من أهم أهدافها: دعم العدالة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية من قبل المنظمات التي تقوم بأعمال تجارية، دعم حقوق الإنسان وتشجيع تكافؤ الفرص في كل مستويات التوظيف، مع مراعاة التنوع العرقي والاختلافات الجنسية في تشكيل لجان التعيين بالوظائف، وتدعم أيضا هذه المبادئ تطوير عمل المحرومين للحصول على فرص أفضل والوصول إلى مواقع الإشراف والإدارة، وتحسين نوعية الحياة وضمنان المواساة والكرامة لهم.

### • المنظمة العالمية للمعايرة (معيار 14000 ايزو ومعيار 26000 ايزو): أصدرت المنظمة العالمية

للمعايير (الإيزو) العديد من المواصفات المهمة المتعلقة بالإدارة البيئية (إيزو 14000)، تحديدا

(إيزو 14001) التي عرفت انتشاراً، والتي تهدف إلى قياس أثر نشاطات المنظمة على البيئة، حيث تأخذ بعين الاعتبار عدة محاور متعلقة بالبيئة مثل: تلوث الهواء، الفضلات التي ترمى في البحار، تلوث التربة، تسيير الفضلات، استعمال المواد الأولية والمواد الطبيعية.

أما (إيزو 14004)، فهي تعطي الإرشادات والتوجيهات حول نظام الإدارة البيئية وكيفية تطبيقه وفحص نتائجه، وتحدد متطلبات هذا النوع من الأنظمة، كما أطلقت المنظمة العالمية للمعايرة في سنة 2010م مواصفة جديدة تعنى بالمسؤولية الاجتماعية، وهي إيزو 26000، هذه المواصفة توضح للمؤسسات كيفية دمج معايير المسؤولية الاجتماعية والحوكمة والأخلاق في العملية الإدارية<sup>(1)</sup>.

يعد تحقيق التنمية كأحد التحديات الهامة التي تواجهها العديد من المجتمعات. في ظل التغيرات التي تواجهها سواء على المستوى الخارجي أو الداخلي، وانطلاقاً من هذه النقطة، فإن تحقيق التنمية بكافة جوانبها، يحتاج إلى تضافر الجهود والسعي إلى التوحد والتعاون من المجتمع كي يقفوا صفاً واحداً، وذلك انطلاقاً من الشعور بالمسؤولية الاجتماعية وروح الانتماء لهذا المجتمع في تحقيق القضايا المرتبطة بالتنمية.

### خامساً: المسؤولية الاجتماعية لمنظومة القيم

#### 1. المسؤولية الاجتماعية ودعم منظومة التعليم

يشكل البشر القوة الرئيسية وحجر الزاوية التي تعتمد عليها مشروعات التنمية، ويقدر ما يملك البشر من قدرات وطاقات ومعارف ومهارات، ويسهم التعليم بدور رئيسي في تشكيل جودة ما تملكه الأمم من رصيد وموارد بشرية. فقد لعب التعليم دوراً بارزاً في تكوين رأس المال البشري الذي اعتمدت عليه الأمم المتقدمة في تحقيق نموها وانطلاقها خلال القرن الماضي، وسيلعب دوراً أكثر تعاضماً في تشكيل رأس المال الفكري الذي ستعتمد عليه الأمم المعاصرة في تنافسها على إحراز التقدم والحفاظ عليه وتحقيق مكانة متميزة في الساحة التنافسية التي ستسود خلال القرن الجديد وتحقيق الأهداف التنموية المعاصرة<sup>(2)</sup>. لكونه يستهدف التركيز على المنظومة التعليمية، ولأهميته في تحقيق الكثير من الأهداف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية....

<sup>1</sup>- وهيبه مقدم: مرجع سابق، ص42.

<sup>2</sup>- أحمد صقر عاشور، التنمية وقضايا الحكومة والإصلاح المؤسسي في مصر، دار الجامعة الحديثة، الإسكندرية- مصر، 2011م،

تركز هذه المنظومة الحديثة على ضرورة الاعتماد على التجارب الأخرى من الدول المتقدمة واقتباس الآليات التي استخدمتها هذه الدول في عملية إصلاح وبناء منظومة التعليم على أسس علمية صحيحة، وعلى رأسها المصادر التعليمية والكتب والمناهج الدراسية الحديثة، الأنشطة المدرسية، أساليب التدريس، تنمية المعلمين وقدراتهم على التدريس، وتوفير كافة الموارد التي من شأنها إتاحة فرص تلقي التعليم بشكل يسهم فيما بعد بإخراج جيلاً من الأفراد المتعلمين لديهم القدرة على التفاعل والإبداع والابتكار في نمو المجتمع وتطويره.

كما أن هناك إطاراً آخرًا يرتبط بالمنظومة التعليمية، من خلال التركيز على التعليم الأساسي الابتدائي الذي يعد أحد الركائز الأساسية في محاربة التسرب الدراسي ومحو أمية الصغار، وذلك بالتأكيد على مجانيته وإتاحته في كل مكان بالمجتمع، خاصة في المناطق النائية والبعيدة، حيث أن إتاحة التعليم في هذه المرحلة تلعب دوراً هاماً في غرس الأسس العلمية والتعليمية للصغار، والتوجيه الإيجابي نحو تنمية قدرات التلاميذ وتطوير مواهبهم الابتكارية والإبداعية.

وهناك اتجاه آخر يسهم في دفع عجلة التعليم وينقلها نقلة نحو الأمام، بالاعتماد على الكوادر التعليمية والقائمين بالتدريس والمشرفين على العمليات التعليمية، من خلال تكثيف الدورات التعليمية وعمل برامج نظرية وتطبيقية نحو ممارسة الإدارة في جودة التعليم، وتحسين مخرجاته على كافة المستويات، حتى تنتقل كل هذه التجارب والخبرات نحو المتلقين من التعليم في كافة المراحل التعليمية، وإيجاد الصدى الإيجابي نحو التقدم والمنتج الكمي والكيفي للعملية التعليمية الموجودة.

ولا يجب أن نتهاون مع مراحل التعليم العالي، الذي تولي له أهمية كبيرة من جانب حكومات ودول الدول المتقدمة، نظراً لأنه الثمرة الأساسية في العملية التعليمية، والتي تخرج كوادر بشرية يعتمد عليها سوق العمل في العملية الإنتاجية والتخطيط بكافة أوجهه. لذلك فإن الجامعات والمناهج الجامعية وطرق التدريب وإدارة الجودة، من أهم المتطلبات التي تحتاجها منظومة التعليم العالي في التركيز على البحث العلمي الذي تعتمد عليه أغلب الشعوب في الوقت المعاصر، نظراً لما ينتجه من إنجازات ونتائج نظرية وتطبيقية، من شأنها تلقي الضوء على كافة المشكلات والقضايا المجتمعية التي تواجه الدولة وتسعى لحلها والحد منها<sup>(1)</sup>.

<sup>1</sup> - منال محمد عباس: المسؤولية الاجتماعية بين الشراكة وآفاق التنمية، دار المعرفة الجامعية - طبع ونشر وتوزيع، الإسكندرية -

## 2. بناء الشراكة مع الشباب

بما أن الإنسان هو هدف التنمية الاجتماعية وفي الوقت نفسه هو وسيلتها، فهو الذي من أجله تقوم التنمية لإشباع حاجاته ورغباته، وهو كذلك العامل النشط الذي يقوم بهذه العملية في جميع مراحلها، لذلك يتوجب عليه الإنسان أن يشارك ويساهم في رسم سياسة التنمية، وأن يبذل قصارى جهده في سبيل تحقيق تلك الأهداف السياسية. وبناء على ذلك، فهو ملزم بالتفاعل مع هذه العملية، حتى يستطيع أن يندمج معها ويتعايش فيها، ويتقبلها من أجل أن تظهر بصورة ناجحة<sup>(1)</sup>.

ويمثل الشباب أحد القطاعات المستهدفة التي تقوم عليها الأهداف التنموية للألفية المعاصرة، وبما أن العملية التنموية تقوم على إشراك كافة الأطراف للمساهمة والتفاعل مع كافة المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تعاني منها معظم المجتمعات، فإن الإنسان لا يستطيع أن يؤدي ذلك الدور في المشاركة والتفاعل مع عملية التنمية، ما لم تعطي له الفرص والضمانات الكافية والأسباب والقدرات، حتى تكون مشاركته ومساهمته ذات مردود إيجابي في التنمية. لذا فإن من واجب المسؤولية تهيئة هذه الظروف المواتية من أجل أن تسمح لهم أن يعيشوا في بيئة تدفعهم لخوض عملية التنمية، والقبول والعمل وفق مقتضياتها برغبة وتفاعل دون إرغام أو إصرار.

ومن ثم فإن هناك بعض الخطوات التي من شأنها تعزيز دور المؤسسة للشباب في إطار تحمل المسؤولية الاجتماعية، أما باقي الأطراف الأخرى من المؤسسات الحكومية والقطاع الخاص، ومنظمات المجتمع المدني، من أجل بناء شراكة فاعلة لكافة الأطراف، فينجم عنها نتائج إيجابية لصالح المجتمع، أهمها، إمام الكبار بالمعارف والمعلومات وأساليب العمل مع الشباب أفراداً وجماعات. وكلما عرف عن الشباب أكثر من حيث قيمهم وتصوراتهم وطموحاتهم وقدراتهم ومهاراتهم وتنوعاتهم، وما بينهم من تباينات واختلافات، وما يحفزهم على المشاركة، كان التفاعل مع الشباب أيسر أو أكثر إيجابية.

كذلك العمل مع الشباب من منظور الحاجة إليهم وأهميتهم، فالشباب يستجيب بإيجابية، كلما كان مقدرًا ومحترمًا الكبار، والاستماع إليهم، ومعرفة أسماء المشاركين في النشاط أو المشروع، وتوجيه النصائح على نحو دقيق يراعي المرحلة العمرية للشباب وعنفوانه<sup>(2)</sup>.

إن نشر ثقافة العمل التطوعي للشباب، وما ينتج عن مثل هذه الأعمال التطوعية داخل المجتمع والمشكلات التي يعاني منها، وبنفس الوقت الأجر والثواب من جانب من الأعمال الخيرية والمبادرات التي

<sup>1</sup>- فيصل محمود الغرابية: أبعاد التنمية الاجتماعية العربية، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2011م، ص117.

<sup>2</sup>- عبد الباسط عبد المعطي: قضايا معاصرة في التنمية، كلية البنات، جامعة عين شمس، القاهرة- مصر، 2009م، ص124-225.

يقوم بها مع بعض الفئات المستهدفة خاصة الفقيرة منها، وتقديم المساعدة وكل ما يلزم عمله تجاههم، سوف يولد شعورا بالإيجابية والدافعية نحو الإنجاز، والتطلع لما هو في أمس الحاجة لهذه الأعمال والقيام بها، حيث أن هذه الأعمال تولد لديهم شعورا بتحمل المسؤولية من ناحية، والشعور بالآخرين من ناحية أخرى.

كما أن مشاركة الشباب في تحمل المسؤولية الاجتماعية ولعبهم أدوارا مختلفة مع الشركاء والآخرين، ويمكن أن يحمي الشباب من الوقوع في براثن الجريمة أو الأعمال المنافية للقواعد والسلوكيات الاجتماعية في المجتمع، خاصة ما تركته العولمة من أدوات، قد فتحت الباب للانحراف والبعد عن القيم والمعايير الاجتماعية المتوارثة الخاصة بمجتمعاتنا<sup>(1)</sup>.

### 3. بناء منظومة قيم وسلوكيات للأداء الفعال لسوق العمل

يتطلب تحقيق التنمية على كافة المسارات، مع الاحتفاظ بهوية الدولة وكيانها وشخصياتها القومية، أن يتوجه الاهتمام إلى تنمية الجوانب المجتمعية والثقافية والسلوكية، التي تمثل قوة الدفع نحو تحقيق الإنجازات التنموية، دون ما أن يخلخل هذا التحول ما يمثل الركائز الإيجابية للهوية القومية، وبناء مجتمع ديموقراطي يعتمد على تمكين مواطنيه من المشاركة في عملية صنع القرار والعملية الديموقراطية وبناء المجتمع الذي يقوم على العمل الجماعي والتعاون وتضافر الجهود الجماعية، كل ذلك يتطلب غرس وتعميق وتأسيس سلوكيات التعاون وغرس ثقافة المسؤولية الاجتماعية تجاه المجتمع، والمشاركة في حل المشكلات التي يعاني منها المجتمع، لأن أي مجتمع لكي يحقق التفوق والإنجاز يتطلب درجة عالية من الشعور بالانتماء والاعتزاز بالوطن.

كما أن التحول في منظومة القيم والثقافة والسلوكيات المجتمعية، يعد تحديا تنمويا يتطلب وضعه كمحور تنموي لتعبئة مختلف طاقات مؤسسات المجتمع، خاصة تلك التي تلعب دورا هاما في تشكيل وعي الأفراد ومفاهيمهم ومعتقداتهم وسلوكهم نحو الإنجاز والدافعية نحو التقدم وتطور المجتمع. فضلا عن تحديد الالتزامات والواجبات لكافة الأطراف، والإشراك في قيم متماثلة ومنسجمة نحو تحقيق الأهداف، مع احساسهم بالمسؤولية لتحقيق الالتزامات الاجتماعية وشعورهم بالتماثل والتقليل من الانحراف الاجتماعي<sup>(2)</sup>.

<sup>1</sup> - منال محمد عباس: مرجع سابق، ص 217، 218.

<sup>2</sup> - أحمد صقر عاشور: مرجع سابق، ص 297.

فالأداء الفعال يعني مجموعة من العمليات والمعايير وعددا من الخطوات والاشتراطات، والتي تؤدي الالتزام بها إلى تنفيذ مهمة وتحقيق الأهداف بالكفاءة العالية والفعالية المطلوبة. ويمكن اعتبار الأداء استراتيجية الغايات المرتقبة، معنى ذلك أن العبرة ليست فقط بالأهداف والغايات، وإنما الوسيلة والأداء أيضا.

لأجل ذلك، ينبغي تعظيم أداء الإدارة باعتبارها مدخلا منهجيا لتحسين أداء السلطة التشريعية، من خلال التصميم على جعل تفاعل الأحزاب تعبر عن نفسها وأن الأفراد يتمتعون بالحس الوطني والرؤية السياسية، بتبادل الخبرات وأقسام أكبر قدر ممكن من المعرفة والمهارات والاتجاهات العصرية، ولن يتم ذلك إلا بتحديد الذات وتعريف الهوية، وذلك بعدة طرق مثل تنشيط المجتمع المدني، التنمية البشرية، وتوسيع اختيارات الناس<sup>(1)</sup>.

ومن ثم فإن التنمية بأهدافها، هي عملية تتبع من الإدارة، والإدارة في نفس الوقت، حيث أن العمل والإنجاز والتطلع نحو تحقيق الأهداف، هي بمثابة إحساس داخلي نابعا من الولاء والانتماء للوطن، والذي يحفز التفاعل والتواصل والثقة مع الآخرين، والتغير في النظرة للأمور عما كانت عليه من قبل، والتحولت العالمية التي طغت على كل الشعوب بمساوئها وإيجابياتها، والتي جعلت منها شعورا بأنه يجب أن يكون هناك دفاعا أكثر قوة نحو تحمل المسؤولية في العمل والعطاء وبناء المجتمع، بدلا من القيم الهدامة التي أفرزتها العولمة. الأمر الذي فرض ضرورة تبديل بعض قيمها والرجوع بقيم مجتمعاتنا بل وتحسينها، مثل إبدال ثقافة الاستهلاك بثقافة الإنتاج والبدء في بذل الجهود والاطلاع لإثبات الذات وإحداث التغير في المجال المنوط بالعمل به، لذلك فإن قيم الأداء الفعال المرتبطة بمتطلبات سوق العمل، هي من أهم الأهداف التي يجب التعاطي معها بجدية، حتى يكون هناك اندماج وتفاعل نحو تحقيق النجاح في مجال العمل وتحمل المسؤولية الاجتماعية<sup>(2)</sup>.

#### 4. إدماج الفقراء وتمكينهم من خلال التنمية البديلة\*

تتمركز التنمية البديلة على الناس وبيئتهم أكثر من تمركزها على الإنتاج والأرباح، مثلما يتناول النموذج التجريبي في السيطرة على مسألة النمو الاقتصادي من منظور المؤسسة، فإن التنمية البديلة

<sup>1</sup> - بثينة حسنين عمارة: العولمة وتحديات العصر، دار الأمين للنشر والتوزيع، القاهرة- مصر، 2000م، ص 91.

<sup>2</sup> - منال محمد عباس: مرجع سابق، ص 219، 220.

\* - الهدف منها بناء مجتمع أكثر عدلا وشمولا يحترم المساواة ويستخدم العمليات الديمقراطية والتشاركية كتعزيز التنمية.

وتأسيسا على فضاءات الحياة من المجتمع المدني، تتناول مسألة إجراء تحسين ظروف الحياة والمعيشة من منظور الأسرة المعيشية<sup>(1)</sup>.

فالتمكن هو مفتاح المشاركة، إذ يمكن للمشارك أن يصل صوته والجلوس على مائدة المفاوضات من دون التمتع بأي نفوذ حقيقي للمطالبة باحتياجات الفئات التي يمثلها، بمعنى إيصال صوت الناس وأخذ اهتماماتهم وآرائهم بعين الاعتبار في عملية صنع القرار.

إن مشاركة وإدماج الفقراء تعد مسألة غاية في الأهمية، نظرا لما يملكه الفقراء الكثير من المعلومات حول العوائق التي يواجهونها والمبادرات التي تزيد من فرصهم. ويشير التشاور مع الفقراء إلى الأهمية الكبيرة التي يعلقونها على الحد من المخاطر المتعلقة بالفساد والجريمة، وإلى انعدام فرص وصولهم المتكافئ والعاقل إلى النظام القضائي. ولعل الاستراتيجيات التي تتبعها بعض الدول في الحد من الفقر قائمة على الالتزام الجدي في بناء صلات مع مؤسسات المجتمع المدني على كل المستويات. فمشاركة الفقراء لتحديد الأولويات في برنامج العمل العام وتحديد آليات عمل هي ذات فعالية مؤثرة في هذه الأولويات.

وانطلاقا من هذه السياسات التنموية المهتمة بعامة الناس وقرائهم بالتمكين والمشاركة، فإنها تحتاج في الوقت نفسه إلى التوحد والإيجابية من جانب العديد من الأطراف داخل الدولة، والوقوف مع الدولة في تحقيق مثل هذه السياسات، والأخذ بعين الاعتبار الظروف المجتمعية المختلفة عند وضع هذه السياسات، والتلاحم مع شركاء آخرين كمنظمات المجتمع المدني التي لها صلة مباشرة مع هذه القطاعات الدنيا في المجتمع، وتسهيل عمليات التواصل وسماع الصوت لهذه الفئات، من أجل أن تتحقق كافة الأهداف نحو التنمية، وذلك بمشاركة كافة الأطراف في تحمل المسؤولية الاجتماعية تجاه تحقيقها<sup>(2)</sup>.

إن دراسة المسؤولية الاجتماعية لها أهمية بالغة بالنسبة للفرد في حد ذاته وبالنسبة إلى التحول والتغيير الاجتماعي الذي تمر به المجتمعات العربية في هذه المرحلة من تاريخها، وكذا بالنسبة إلى دور التربية في تنمية هذه المسؤولية الاجتماعية عند أغلبية هذه المجتمعات.

وفي الوقت الراهن يتعرض مجتمعنا لتحولات وتغيرات سريعة وكبيرة، وهذه التغيرات والتحولات تؤثر في سلوك المواطنين في المجتمع وعلى اتجاهاتهم ومشاعرهم وقيمهم. وقد كان لهذه التغيرات نتائج سلبية

<sup>1</sup> - جون فريدمان: التمكين سياسة التنمية البديلة، ترجمة ربيع وهبة، الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية، القاهرة-مصر،

2010م، ص70.

<sup>2</sup> - منال محمد عباس: مرجع سابق، ص222.



على الشباب تمثلت في ضعف الإحساس بالمسؤولية وضعف الارتباط بالجماعة والابتعاد عنه، وظهر الكثير من الخلل والاضطراب، والذي يرجع في جانب غير هين منه إلى النقص في نمو المسؤولية الاجتماعية عند الأفراد العاملين في مختلف نواحي النشاط في هذه المجتمعات، كما أن مظاهر هذا النقص واضحة في عدم الاكتراث أو الاهتمام أو الحرص على القيام بالأعمال المختلفة التي تتردد وتتداول في كل تعامل أو حوار في شؤون الحياة اليومية<sup>(1)</sup>.

ولذلك فإنه إذا كان من الضروري أن تنمو المسؤولية الاجتماعية عند الفرد في ظروف المجتمع العادية، فإنها أكثر إلحاحا في حالات التحول والتغير، فالمسؤولية الاجتماعية بذلك حاجة ملحة يتطلبها المجتمع بأسره من قبل الفرد المسؤول اجتماعيا، بوصفه المسؤول مهنيا وقانونيا.

ولا تقتصر أهمية المسؤولية الاجتماعية على الفرد أو الجماعة فحسب بل هي ضرورية لصالح المجتمع ككل. فالمجتمع بأسره في حاجة إلى الفرد المسؤول اجتماعيا بقدر حاجته إلى الفرد المسؤول مهنيا وقانونيا، بل أن الحاجة إلى الفرد المسؤول اجتماعيا أشد إلحاحا في مجتمعاتنا الحالية. فهي تجعل الفرد عنصرا فعالا في الجماعة والمجتمع، بعيدا عن كل جوانب السلبية واللامبالاة، مهتما بمشكلات غيره من الناس اهتماما يحفزهم إلى المساهمة الفعلية في حلها. ولا يقتصر هذا الاهتمام على الجماعة الخاصة التي ينتمي إليها، بل تتسع دائرة اهتمامه إلى حلقات أوسع فأوسع حتى يدرك انتماءه إلى الجنس البشري بأجمعه. كما تجعل المسؤولية الاجتماعية الفرد يدرك النتائج الاجتماعية التي تترتب على سلوكه كمواطن وكمنتج وكمستهلك<sup>(2)</sup>.

تؤثر نشاطات المنظمات والمؤسسات المختلفة في إطار تبنيتها لبرامج المسؤولية الاجتماعية إيجابيا على سمعة المنظمة وخاصة في ظل الأزمات التي قد تتعرض لها المؤسسة. فيما تمثل للمؤسسة بحدود معينة تمثل عملية مهمة ومفيدة في علاقتها مع مجتمعاتها لمواجهة كافة الانتقادات والضغوط المفروض عليها.

وتساعد المسؤولية الاجتماعية بشكل كبير في ربط العلاقة التجارية للمنظمة بمشاعر الحب والاحترام بما يساعد بشكل كبير في حكم الوزن النسبي للعلامة الخاصة بالمنظمة Brand Equity.

<sup>1</sup> - عثمان سيد أحمد: المسؤولية الاجتماعية - دراسة نفسية اجتماعية -، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة - مصر، 1973م، ص 9.

<sup>2</sup> - عبد المحيي محمود حسن: الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية - مصر، 1996م،

وكذلك تساعد الشركات والمؤسسات في تفعيل علاقة المنظمة بالمجتمع المحلي وأصحاب القرارات المهمة في إطار تقديم خدمات مجتمعية، ومساعدة المنظمات والمؤسسات العاملة في القطاع الخاص، على أن يكون أكثر قدرة على المنافسة في الأسواق الدولية.

كما أن المسؤولية الاجتماعية تؤثر بشكل إيجابي على كفاءة العمل وتطويره بما ينعكس على تحقيق الرضا الوظيفي للعاملين بالمؤسسة، ولها أهمية كبيرة في المساهمة في زيادة التكافل الاجتماعي والانتماء في المجتمع وتحقيق الاستقرار الاجتماعي، بالإضافة إلى تحقيق رفاهية المجتمع وتطوره.

### سادسا: دمج برامج المسؤولية الاجتماعية ضمن العمليات الإدارية والاستراتيجية

لا يكفي الإيمان بأهمية تبني برامج المسؤولية الاجتماعية والافتتاع بأنها ثقافة وسلوك إنساني لا بد منه، إنما على المنظمات والمؤسسات أن تسعى بشكل حثيث للمضي قدما في الإعداد والتخطيط لدمج برامج المسؤولية الاجتماعية في العملية الإدارية، بحيث تصبح جزءا لا يتجزأ منها. ولا يتم ذلك إلا من خلال اتباع الأساليب العلمية الإدارية الحديثة، وهي عملية الإدارة الاستراتيجية. كما يمكن أن تلجأ المؤسسة أو المنظمة إلى الشركات الاستشارية في مجال المسؤولية الاجتماعية لمساعدتها على إنهاء هذه الخطوة.

وكما كانت المؤسسة أكثر جدية في التعامل مع هذا المشروع الإداري الاستراتيجي، بحيث تخصص كل مواردها البشرية والمالية والمادية لإنجاحه، كلما كانت فعالية سياسة المسؤولية الاجتماعية أكبر وأكثر تأثيرا ونجاعة. فبالتالي تتطلب عملية تبني المسؤولية الاجتماعية في قلب النظام الإداري للمؤسسة مراحل أساسية تتمثل في:

#### • أهمية دمج المسؤولية الاجتماعية كنظام إداري ضروري في كل المنظمات

أصبحت برامج المسؤولية الاجتماعية اليوم ضرورة لا خيارا، ولم يعد الأمر يرتبط ببرامج تجميلية تقوم بها المنظمات الكبيرة والشركات متعددة الجنسيات لتغطية نشاطاتها المشبوهة، إنما مشروعا إداريا تحتاجه كل المؤسسات الصغيرة والمتوسطة والكبيرة، ليس لمجرد إثبات حسن نواياها واحترامها للقوانين وأصحاب المصالح، إنما لأنها أضحت اليوم واجبا يطالب به أفراد المجتمع وكل أصحاب المصلحة، وواجبا يستمد التزاماته من اعتبار المنظمة مواطنا في المجتمع الذي تعمل فيه.

#### • أهمية إعداد نظام لإدارة المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات

تتعرض الممارسات الإدارية المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية من خلال ثلاث نماذج مختلفة. أولا النموذج الكلاسيكي المؤسس على التفريق بين مجال الأعمال وباقي المجالات الأخرى، والذي يتم فيه

التركيز على الجانب الاقتصادي، على اعتبار أن تحقيق الربح هو الهدف الوحيد للمؤسسات والذي يجب أن تسعى إلى تحقيقه. أما النموذج الثاني فيعتمد على القيام ببعض النشاطات الخيرية والتي تعتبر نشاطات عرضية ليس لها أثر على الإدارة. فالمؤسسات التي تحصر تصميم المسؤولية الاجتماعية في هذه النشاطات ترغب في عدم تضمين نشاطاتها الاقتصادية في الحقل الاجتماعي. وينعكس النموذج الثالث من خلال دمج الاهتمامات الاجتماعية والبيئية في قلب النظام الإداري، ومن خلاله تعتبر برامج المسؤولية الاجتماعية جزءاً من السياسة العامة للمؤسسة. حيث يكون لهذا الدمج آثار على: أساليب التقييم والرقابة الداخلية للأداء، نظام التقارير، نظام الأجور، معايير اختيار الاستثمارات وغيرها. وهذا ما يستدعي وضع نمط إداري مبني على المسؤولية الاجتماعية.

### • أهمية إعداد نظام للإدارة الاستراتيجية للمسؤولية الاجتماعية

المسؤولية الاجتماعية قرار إداري جزئي في المؤسسة، يحتاج إلى خطوات سليمة من أجل تنفيذه.

وتمثل في:

#### - الإدارة الاستراتيجية: دمج للاستراتيجية في الممارسات الإدارية.

الإدارة الاستراتيجية هي العملية التي تقوم من خلالها الإدارة العليا بتحديد التوجيهات طويلة الأجل، بالتصميم الدقيق والتنفيذ المناسب والتقييم المستمر للاستراتيجية الموضوعية. ومن أهم منافعها: توحيد الجهود وتجميع الأدوات نحو أهداف موحدة، ودقة التنبؤ بنتائج التصرفات الاستراتيجية وجعل المديرين أكثر استجابة ووعياً بالظروف البيئية، بالإضافة إلى تحسين الأداء الكلي للمؤسسة في الأجل الطويل، وتقدير الفرص المستقبلية والمشكلات المتوقعة.

#### - الإدارة الاستراتيجية للمسؤولية الاجتماعية

من الصعوبات المرتبطة بمفهوم المسؤولية الاجتماعية هي تلك المتعلقة بمعرفة مكانتها وهيكلها في المنظمة. إذ يمكن اعتبارها من ناحية جزء من السياسة العامة للمؤسسة، كما يمكن أن ينظر إليها باعتبارها دمجاً للتوجيهات الاستراتيجية في المؤسسة. ويمكن التوفيق بين الرأيين على اعتبار أن الإدارة الاستراتيجية تساهم في وضع وتجسيد مبادئ المسؤولية الاجتماعية، وأن المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات تقود وتسير وتؤثر على النمط الإداري في المؤسسة.

إن المسؤولية الاجتماعية هي في الأصل ناجمة عن قرار يتعلق بالسياسة العامة للمؤسسة، وهذا القرار يحتاج من أجل وجوده في المؤسسة إلى إدارته استراتيجياً<sup>(1)</sup>.

وهناك استراتيجيات أساسيتان ذات صلة قوية بدراسة المسؤولية الاجتماعية في مختلف المجالات التي يتم من خلالها تطبيق مفهوم المسؤولية الاجتماعية:

**1. الاستراتيجية المادية:** في الشركات والمنظمات التي تعتمد على هذه الاستراتيجية، يركز القائم على إدارة المسؤولية الاجتماعية على ترجمة مبادئ المسؤولية الاجتماعية في أهداف واضحة وملموسة، ويحدد المعوقات المحتملة وما يمكن وما لا يمكن عمله ويقدم منظّمته باعتبارها منظمة. والسمة الأساسية في هذه الاستراتيجية هي أن التنفيذ يحدث من خلال السلوك، ثم يأتي تشكيل الاستراتيجية في مرحلة لاحقة، وتستخدم المقاييس والدراسات كدلائل مرشدة لتحديد الأنشطة المطلوبة.

**2. الاستراتيجية المنظمة:** يكون التركيز على ترسيخ جوانب المسؤولية الاجتماعية في نظم الإدارة، وغالباً ما يتم تقديم نظم الإدارة ولجودة بالفعل، ثم يتم تكميلها فيما بعد بمهام إضافية وأهداف وأدلة. وترتبط الأفكار الخاصة بالمسؤولية الاجتماعية بالأنشطة الرئيسية للشركة المنظمة. وسبب نجاح هذه الاستراتيجية هو الطريقة الهيكلية والبنائية في العمل<sup>(2)</sup>.

يتمثل الاختيار الحقيقي لمدى تطبيق المسؤولية الاجتماعية بالنظر في قضايا المصلحة العامة، ومدى أخذها بعين الاعتبار عند اتخاذ القرار (Davis and Blomstrom). فالمسؤولية الاجتماعية للمؤسسات لا تعني تقديم المساعدات والإعانات للجمعيات الخيرية في الأعياد والمناسبات فحسب، بل يتجاوز معناها الحقيقي ذلك بأشواط كبيرة لتصبح سلوكاً حميداً يجب على المؤسسات أن تتحلى به باستمرار باعتبارها مواطناً صالحاً في المجتمع<sup>(3)</sup>.

وقد حددت استراتيجيات المسؤولية الاجتماعية من طرف العديد من الباحثين في أربع استراتيجيات أساسية، وهي كالتالي:

<sup>1</sup> - وهيبه مقدم: مرجع سابق، ص 81، 83.

<sup>2</sup> - بن دريدي فوزي وآخرون: المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات والشركات بين المقاربات النظرية والممارسات التطبيقية، المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية، برلين - ألمانيا، 2019، ص 86.

<sup>3</sup> - صالح مهدي محسن العامري، طاهر محسن منصور الغالبي: الإدارة والأعمال، دار وائل، عمان - الأردن، 2007م،

أ- استراتيجية الممانعة أو عدم التبني

تهتم هذه الاستراتيجية بالأولويات الاقتصادية للمؤسسات دون تبني أي دور اجتماعي، لأن هذه المؤسسات تركز على تعظيم الربح والعوائد الأخرى، أين تتحاشى المؤسسات الإنفاق على الأنشطة الاجتماعية. وبالعودة إلى هرم المسؤولية الاجتماعية، فإن المؤسسات التي تتبنى هذا النوع من الاستراتيجيات تصنف في المستوى الأول، وهي المسؤولية الاقتصادية، وتحاول أن تتجنب حتى المسؤولية القانونية بمختلف الأساليب والطرق الممكنة بسبب تعرضها لمشكلات قانونية<sup>(1)</sup>.

ب- استراتيجية الدفاع

تهتم المؤسسات وفقا لهذه الاستراتيجية بالقيام بأقل من المطلوب منها قانونيا، أي الحد الأدنى قانونيا والمفروض كدور اجتماعي وبيئي، من خلال مواجهة المسؤوليات الاقتصادية والقانونية. ومع زيادة الضغوط التنافسية والسوقية وزيادة الأصوات التي تنادي بحماية المستهلك والبيئة، تلجأ إدارة المؤسسة إلى المناورات القانونية كتكتيك للمحاولة من تقليل أو تجنب الالتزامات المرتبطة بالمشاكل التي تحدثها المنظمات، وبالتالي حمايتها من الوقوع في مساءلة قانونية<sup>(2)</sup>.

ج- استراتيجية التكيف

تتعلق هذه الاستراتيجية من التزام المؤسسات بالمسؤوليات الاقتصادية والقانونية، ثم تراعي بعد ذلك المتطلبات الأخلاقية من خلال الاهتمام بالقيم والأعراف السائدة والسلوكيات المقبولة اجتماعيا في بيئتها الداخلية، والتي تمثل ثقافة المؤسسة وكذلك بالنسبة للمجتمع الذي تعمل فيه<sup>(3)</sup>.

د- استراتيجية المبادرة التطوعية

تبني المؤسسة دورا اجتماعيا واسعا، حيث تأخذ مصلحة المجتمع وتطلعاته في كل قرارات المؤسسة. وهذا النوع من الاستراتيجيات يحمل في طياته المسؤولية الخيرية، حيث يأخذ زمام المبادرة في توفير المتطلبات الاجتماعية والبيئية، فضلا عن بناء قاعدته بكل المسؤوليات الاقتصادية، القانونية والأخلاقية<sup>(4)</sup>.

<sup>1</sup> - ناصر جردات، عزام أبو الحمام: مرجع سابق، ص 214، 215.

<sup>2</sup> - فاتح غلابة، بويكر زريقات: المسؤولية الاجتماعية داخل المؤسسة وعلاقتها بأداء العامل، الملتقى الوطني الثالث حول ممارسات تسيير الموارد في المؤسسات الجزائرية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة-الجزائر، 24-25 فيفري 2014م، ص 8.

<sup>3</sup> - محمد سيد فهمي: مرجع سابق، ص 166، 167.

<sup>4</sup> - ناصر جردات، عزام أبو الحمام: مرجع سابق، ص 215.

مما سبق، تتحدد أبعاد المسؤولية الاجتماعية وفقا للمساهمات العلمية للمختصين بالبحث في مجالاتها، والمتمثلة في البعد الاقتصادي والقانوني، الأخلاقي والبعد الخيري. فبالنسبة للبعد الاقتصادي تمارس منظمة الأعمال أنشطة اقتصادية لتحقيق الكفاءة والفاعلية. وتستخدم الموارد بشكل رشيد لتنتج سلعاً وخدمات. وتوزع العوائد بعدل على عوامل الإنتاج، وبذلك تكون قد تحملت مسؤولية اقتصادية.

أما بالنسبة للبعد القانوني فهو يتمثل في الالتزام الواعي والطوعي بالقوانين والتشريعات الحاكمة لمختلف الجوانب في المجتمع، سواء كان هذا في الاستثمار أو الأجور أو العمل أو البيئة أو المنافسة أو غيرها من القوانين المعمول بها في الدولة.

ويقصد بالبعد الأخلاقي، ذلك البعد الذي تراعي من خلاله منظمة الأعمال الجانب الأخلاقي في كل نشاطاتها وقراراتها ومسارها في الصناعة التي تعمل فيها، في سبيل تجنب أي ضرر قد يلحق المجتمع. ويشمل البعد الخير على التبرعات والهبات والمساعدات الخيرية التي تخدم المجتمع ولا تهدف إلى الربح. وفي هذا الإطار تتبنى المنظمة قضية أساسية من قضايا المجتمع وتعمل على دعمها ومتابعتها<sup>(1)</sup>.

ومن المنظور النفسي تتضح أبعاد المسؤولية الاجتماعية في:

### • المشاركة الإيجابية

تقوم المشاركة بدور هام في تنمية الشعور بالمسؤولية تجاه الآخرين، حيث ينشأ هذا الشعور وينمو ويتطور نتيجة تحمل المسؤولية فعلاً، أي أن طريق المشاركة مع الآخرين من أفراد الجماعة في دراسة ومواجهة المشكلات العامة التي تضم وترتبط بينهم جميعاً. وتستطيع المدرسة أن تقوم بدور رئيسي وهام في تنمية الحساسية والإحساس بمشكلات الغير عند تلاميذها وذلك عن طريق الخبرات الاجتماعية في مواجهة المشكلات المشتركة.

ويربط العديد من الباحثين بين مفهوم المشاركة وكل من مفهومي التلقائية والإيجابية، حيث تتحدد المشاركة لدى عبد الهادي الجوهري على أنها تلك العملية التي من خلالها يلعب الأفراد دورهم في الحياة الثقافية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية، بحيث يكون لديهم الفرص للمشاركة في وضع الأهداف العامة لذلك المجتمع.

<sup>1</sup> - وهيبة مقدم: مرجع سابق، ص 25.

بينما يرى محسن حسن إسماعيل أن المشاركة تتمثل في الجهود التي تقوم على المبادرة الذاتية للمواطنين في مجتمع محلي أو جماعة من جماعته بأنفسهم وبمواردهم المحلية لمواجهة مشكلاتهم وإشباع بعض احتياجاتهم، فيحققون بذلك هدفا من أهداف التنمية.

ويرى إبراهيم عبد الرحمان رجب المشاركة باعتبارها تتلخص في الجهد التطوعي الذي يبذله الفرد لتأدية عمل يعود بالنفع على غيره من الأفراد، سواء كان هذا الجهد تبرعا بالمال أو الوقت أو الجهد، إحساسا منه بالمسؤولية الاجتماعية وبالتضامن مع أبناء مجتمعه.

ومن الضروري مشاركة الطفل والمراهق والشاب وتحمله مسؤوليات اجتماعية متدرجة المستوى ومستمرة، إذ أن تلك المساهمة المستمرة من قبل الناشئ تحمله على الإحساس باستمرار حيال المجتمع بالمسؤولية ومحاولته المستمرة للمشاركة الإيجابية في حل المشكلات الاجتماعية<sup>(1)</sup>.

### • الاهتمام الاجتماعي البنّاء

والاهتمام الاجتماعي لا يقتصر على النواحي الاجتماعية، بل يتسع إطاره ليشمل علاقة المؤسسة تأثرا به وتأثيرا فيه وادراكا لحاجته ومساهمة في خدماته وفي تحقيق تطلعاته إلى التقدم.

وهذا ما يذهب إليه مصطفى فهمي بخصوص أهمية دور النشاط الاجتماعي، حيث ينخرط الأطفال في المواقف الحياتية في علاقات وممارسات مع غيرهم من الأشخاص، يقلدونهم ويتعلمون منهم مع حالات انفعالية مختلفة، ويأتون بأنماط سلوكية تحقق لهم التوافق مع الجماعة وتجذب استحسان أعضائها. ومما يساعد على تحقيق هذا، أن يتفهم الشخص طبيعة وأهمية حاجته للأفراد، حيث يتضمن هذا الفهم قدرة الشخص واهتمامه بل حرصه وسعيه على تكوين علاقات شخصية وثيقة.

ويوضح سيد عثمان أن سمو الذاتية يظهر بالاهتمام بالجماعة والانتماء إليها، فعندما يكون موضع الاستغراق ذا خاصية اجتماعية كأن يكون قضية أو مشكلة أو مبدأ اجتماعيا أو يكون جماعة صغيرة أو كبيرة، فإن الاستغراق يحقق سموا لذاته واتساعها بهذا الاهتمام والانتماء الاجتماعي، لأن الاهتمام والانتماء يعملان عمل القوى الدافعة في وجود الإنسان ليشارك مشاركة كلية.

ومن هنا يمكن القول أن المسؤولية الاجتماعية تعتبر أكثر من مجرد أساس أو مبدأ تربوي أو مجموعة من الممارسات التربوية. فمن جانب نجد أن المسؤولية تتعلق بالاهتمام، أي تتعلق بالطريقة التي

<sup>1</sup> - عبد المحيي محمود حسن: مرجع سابق، ص 268.

نحيا بها مع بعضنا البعض ونتعامل بها مع بعضنا البعض، وتعتبر من جانب آخر بمثابة رؤية لقدراتنا الإنسانية وتحقيقاً لهذه الرؤية<sup>(1)</sup>.

• الضبط الداخلي

يذهب طلعت منصور إلى القول بأن توجيه الأوامر إلى الذات يعد من الآليات المميزة للسلوك الإداري، فإذا كان الشخص قد تعود أن يأمر بذاته، فإن ذلك يعني أنه قد حقق درجة عالية من الضبط والتوجيه النابعين من داخله. أما توجيه الأوامر إلى الذات فهو يسمح للفرد بأن يحقق مبدأ أو قوة أهدافه وبرامجه التي يلتزم بها وينجز خطته وينظم سلوكه.

وهكذا يمكن تحديد مفهوم الضبط الداخلي بأنه مبادرة الفرد وتلقائيته في الإسهام في جهود وسياسات تطوير مجتمعه وتقدمه استناداً على قناعاته الذاتية وبغير دوافع أو ضغوط خارجية.

• الإنضباط السلوكي

إن لكل فرد منا نظاماً ضابطاً يحاول تحقيق صورته الخاصة أو رغباته التي تؤدي إلى إشباع حاجاته والتي يشترك فيها مع الآخرين وهذا يؤدي بنا إلى الصراع.

---

<sup>1</sup> - عثمان سيد أحمد: المسؤولية الاجتماعية والشخصية المسلمة - دراسة نفسية تربوية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة - مصر، 1986م، ص 293.



## الفصل الرابع

### التطبيقات التنفيذية للتخطيط الصحي

أولاً: البناء التنظيمي للتخطيط الصحي

ثانياً: الرؤية المستقبلية للتخطيط الصحي

ثالثاً: المتطلبات الوظيفية لاحتياجات المجتمع والخدمة  
الاجتماعية

يعتبر التخطيط الصحي سمة من سمات التقدم والاستمرار وأحد المرتكزات الأساسية لأي بناء صحي، لذا تناولنا في هذا الفصل البناء التنظيمي للتخطيط الصحي، الرؤية المستقبلية للتخطيط الصحي والمتطلبات الوظيفية لاحتياجات المجتمع والخدمة الاجتماعية.

## أولاً: البناء التنظيمي للتخطيط الصحي

### 1. الضرورة الحتمية للتخطيط الصحي

أصبح التخطيط الصحي ضرورة لتحقيق معدلات سريعة في تنمية المجتمعات وبخاصة النامية منها، ويمكن تحديد أبرز المجالات أهمية في النقاط التالية:

- يستجيب التخطيط بشكل عام والتخطيط الصحي بشكل خاص في رسم السياسة العامة للمجتمع، وتحديد الأهداف الاستراتيجية ومجالات العمل والاتجاهات الملزمة، وبالتالي في رسم السياسة الاجتماعية للمجتمع التي تنبثق أصلاً من السياسة العامة له.
- يستثمر التخطيط الصحي موارد المجتمع بمختلف أشكالها وبشكل أفضل، ونحو تطلعات وأهداف عامة.
- تتبع أهميته من قدرته على تحقيق التوازن بين احتياجات المجتمع وإمكانياته، وذلك بالعمل على تحقيق الحد الأقصى من إشباع الاحتياجات المجتمعية ضمن حدود الإمكانيات المتاحة عن طريق استخدام أسلوب أولويات الإشباع في التخطيط.
- يساعد التخطيط المجتمع على تجنب نتائج وآثار المشكلات التي قد تقع مستقبلاً، عن طريق وضع البرامج والخطط الوقائية والعلاجية والإنمائية اللازمة والضرورية لمواجهة الأزمات.
- يمكن التنبؤ بتوقعات المستقبل ورصد الاحتمالات السلبية والإيجابية، ووضع خطط وحلول تناسب كل منها.
- يساعد التخطيط المنظم على تحقيق التنسيق والتكامل بين برامج الخدمة الاجتماعية وتنظيم جهود الجهات المشرفة عليها للوصول إلى مرحلة متقدمة من الكفاءة في تلبية الخدمات المطلوبة.
- يعد التخطيط الأسلوب الأفضل والأمثل للدول النامية، الرغبة في تحقيق تنمية سريعة في مجتمعاتها<sup>(1)</sup>.

<sup>1</sup> - صباح صاحب المستوفي: مرجع سابق، ص 189.

- إتاحة فرص المشاركة وتوفير الحافز ورفع الروح المعنوية، لضمان الالتزام بالتنفيذ وتحسين الأداء، وتزويد المؤسسة الصحية بالاتجاهات التي سوف تسلكها. وأيضاً تحسين قدرة المؤسسة الصحية على التنافس مع القطاعات الأخرى على الموارد المحدودة.  
كما يساعد التخطيط الصحي على السير الحسن للأنشطة والإجراءات وإزالة المعوقات مسبقاً، تشجيع روح المبادرة على حساب ردود الأفعال Proactivity vs . Reactivity ، مقابلة التطورات التقنية، والتقليل من المشاكل والمفاجآت، تلبية احتياجات المستهلكين بصورة أفضل، تقليل الازدواجية والتضارب نتيجة لتوحيد الجهود وتنسيقها، تسهيل الرقابة وضبط الجودة من خلال تحديد المقاييس، تحسين مستوى الخبرات والمهارات عن طريق تشجيع التفكير المستقبلي، وعلى حساب الانغماس في المشاكل الآنية الفورية كوسيلة تدريبية تعليمية، تحسين كفاءة استخدام الموارد الصحية بأكثر الطرق اقتصاداً، تحسين قدرة المؤسسة الصحية على التعامل مع الأنشطة الكبيرة والمعقدة، والاستفادة من الموارد البشرية المحدودة وحمايتها<sup>(1)</sup>.
- التعرف المستمر على الوضع الصحي وعلى المعلومات والبيانات ذات الصلة به، وعلى عوامل الاختطار التي تهدده ومكان القوة فيه وكيفية ترسيخها والاستفادة منها إلى أقصى درجة ممكنة، ومواقع الضعف وكيفية تدعيمها والتخلص منها، والتصدي للمشكلات الراهنة والتعرف على الاحتياجات وتلبيتها<sup>(2)</sup>.
- العمل المتواصل في تحديد الأولويات والاهتمام بها، استشراف المستقبل والتعرف على احتمالات المخاطر والمفاجآت والاستعداد لمواجهتها، ترسيخ التكامل والتنسيق في الأعمال الراهنة والمستقبلية. بالإضافة إلى تقليل الجهد وتقصير الوقت اللازم للعمل، وللحصول على النتائج بسبب السير وفق خطوات معروفة مسبقاً، وضمان الاستخدام الأمثل للموارد المتوافرة التي يحتمل أن تتوافر. وكذلك تسهيل عملية الرقابة والمتابعة والتقييم، منح الموظفين الثقة والراحة النفسية، الأخذ بالحسبان الأدوار التي تقوم بها أطراف خارج نطاق فريق المسؤولين في وزارة الصحة، ولكنها تؤثر تأثيراً إيجابياً أو سلبياً في الوضع الصحي، مواجهة التفتت الذي تعاني منه بعض نظم الرعاية الصحية، والتعرف على المشكلات الخاصة التي تعانيها القوى العاملة الصحية.

<sup>1</sup> - وليد يوسف، مرجع السابق، ص 43.

<sup>2</sup> - سارة قاسم طه ، مرجع سابق، ص 35.

مما سبق، يعد التخطيط الأساس لكل الوظائف الإدارية الأخرى، إذ يتيح للمديرين فرصة اتخاذ القرار الملائم حول ماذا يعملون وكيف ينجزون عملهم ومتى وأين وبأية تكلفة، ووضع الخطط البديلة وتحقيق التوازن بين الموارد والاحتياجات.

ويتعامل التخطيط مع التوقعات العالية لمستهلك الخدمات الصحية الذي يتوقع ما لا يمكن تحقيقه، ينبه التخطيط المسؤولين إلى التصاعد المستمر في تكاليف الخدمات الصحية.

وللاشارة لذلك، يأخذ التخطيط في الحسبان احتمال حدوث تدمر وعدم رضا العاملين في تقديم الخدمات الصحية وبشكل خاص الأطباء والممرضات، بسبب ضغط العمل وزيادة الطلب على الخدمة وتدني الأجور، كما يقترح الحلول لها في وقت مبكر.

كما يضع التخطيط في الحسبان التقديرات الإنسانية والأخلاقيات الاجتماعية والمهنية، وهو ضروري لمواجهة التغيير. فالتخطيط يوصل المؤسسات إلى أهداف ويدفعها إلى الإلمام بالظروف التي يحتمل أن تصبح سائدة في المستقبل والتطلع إلى تحقيق النتائج المناسبة. فضلا عن أنه يوفر النفقات بالاستخدام الأمثل للموارد المالية والبشرية لتحقيق الأهداف بالتكاليف المتاحة<sup>(1)</sup>.

### 2. المقاييس المعتمدة في تصنيفات التخطيط الصحي

تختلف أنواع التخطيط الصحي باختلاف الفترة الزمنية، وبالتالي تعتمد على المقاييس التالية في تصنيف التخطيط الصحي:

- **حسب الفترة الزمنية** التي يغطيها، فهناك التخطيط طويل الأجل يغطي فترات طويلة عادة خمس سنوات وأكثر، ويتطلب القدرة على التنبؤ بالأوضاع المستقبلية المراد الوصول إليها. لذلك ينبغي أن يكون التخطيط مرناً وقابل للتكيف مع متغيرات الزمن أثناء التنفيذ. وهناك التخطيط متوسط الأمد الذي يغطي فترات زمنية بين سنتين وخمس سنوات، وهناك التخطيط قصير الأمد لتنفيذ أنشطة معينة بدقة أو حل مشكلة محددة، ويغطي في الغالب سنة واحدة. وهناك التخطيط الآني أو الفوري للاستجابة لأحداث غير متوقعة، مثل الكوارث والطوارئ.
- **حسب نطاق التأثير**، فهناك التخطيط الفردي، التخطيط لفريق، التخطيط لمؤسسة، التخطيط لكيان إداري واسع (مثل المحافظة أو الولاية)، التخطيط لدولة بكاملها، التخطيط القومي أو التخطيط الوطني، والتخطيط للمنظمات الدولية.

<sup>1</sup> - المرجع السابق، ص 36.

- حسب القضايا الصحية أو الفئات المستهدفة، مثل التخطيط للتصدي لأمراض الأطفال في الطبقات الفقيرة.
- حسب الطرق والأساليب المتبعة في التخطيط، مثل التخطيط من الأعلى إلى الأسفل أو من القاعدة إلى القمة.
- حسب المستوى الإداري، مثل التخطيط الاستراتيجي، الذي يُعد أهم أنواع، التخطيط واقعية وقدرة على تلبية الاحتياجات المستقبلية، ويركز على تحقيق أهداف بعيدة المدى، حيث يتم من خلاله اختيار أفضل الخيارات والوسائل لتحقيق الأهداف المرسومة. وتبدأ عملية التخطيط الاستراتيجي بتحليل الأوضاع، حيث يتطلب قدرات تنظيمية وقيادية وإدارية عالية، لذلك تخضع توجهات التخطيط الاستراتيجي للرؤية السياسية، وتعد الخطة الخمسية أحد الأمثلة على التخطيط الاستراتيجي.
- حسب موقع التنفيذ، مثل التخطيط الميداني أو التنفيذي الذي يستخدم لبناء خطط تشغيلية، عملية لتنفيذ الأنشطة المتعلقة بالخطط الاستراتيجية، بحيث تحتوي التفاصيل الدقيقة الخاصة بالتنفيذ وتحدد المسؤوليات ومكان وزمن التنفيذ، ونوعية الأنشطة وكيفية تنفيذها، وعادة ما يكون مداها الزمني لعام أو أقل<sup>(1)</sup>.

### 3. الخطوات التنفيذية للتخطيط الصحي

- المرحلة التمهيديّة  
تتم هذه المرحلة دراسة العوامل المحيطة بالمنظمة مثل، العوامل الاقتصادية والاجتماعية، وكذلك ظروف البيئة الداخلية مثل نوع الخبرات والكفاءات لدى الأفراد ونوع الأجهزة والآلات.
- تحديد الأهداف  
على ضوء تحديد ظروف البيئة، تحدد الأهداف من خلال رسم وتحديد أهداف الخطة في ضوء الإمكانيات المادية والبشرية المتاحة ومراجعة تلك الأهداف لوضعها في صورتها النهائية.
- تحديد البدائل  
على ضوء تحديد الهدف، تحدد البدائل التي من خلالها نستطيع تحقيق هذا الهدف، فإذا كان هدفنا هو زيادة حجم الخدمات الطبية المقدمة، فتكون البدائل أمامنا، وهي إما أن نوسع هيكل المستشفى أو أن نبني مستشفى جديداً.

<sup>1</sup> - سارة قاسم طه: التخطيط الصحي، سلسلة المناهج العمرانية، الكويت، 2018م، ص40.

• تقييم البدائل

بعد وضع عدد البدائل التي نسعى من خلالها إلى تحقيق الهدف، نبدأ بتقييم كل بديل من خلال معرفة وتحديد مدى تحقيق كل بديل للهدف، وكلما كان البديل أقرب إلى تحقيق الهدف النهائي، كلما كان مرغوبًا به أكثر، أي أننا هنا نحاول تحديد مدى تحقيق كل بديل للهدف، ونحاول من خلال البحث والتحليل والدراسة تقييم مدى إمكانية تحقيق زيادة في الخدمات الطبية المطلوبة، من خلال بناء مستشفى جديد مقارنة بتوسيع هيكل المستشفى القديم.

• تحديد البديل الأفضل ووضع الإطار الخاص بالخطوة

خلال هذه المرحلة، تختار المنظمة البديل الذي يحقق هدفها وينسجم مع سياساتها وبأقل المخاطر، ومن ثم وضع الخطط الفرعية لكل المجالات، من خلال تحديد الأنشطة والأعمال التي يجب القيام بها لوضع البديل المختار موضع التنفيذ، بحيث تكون الأنشطة على شكل سياسات، إجراءات، قواعد، برامج، ميزانيات يجب الالتزام بها، حيث بدونها لا يمكن ضمان حسن التنفيذ.

• مرحلة إقرار الخطوة

وذلك لمناقشتها بعد وضعها في الصورة النهائية مع جميع من لهم علاقة بعملية التخطيط والتنفيذ وإجراء التعديلات المناسبة والتأكد من قابلية الخطوة للتنفيذ وعدم تعرضها لأي عقبات.

• مرحلة اعتماد الخطوة

وتكون بعد مصادقة الجهات العليا.

• تنفيذ الخطوة

حيث يتم توزيع الأدوار والمهام للقيام بجميع الإجراءات والأنشطة المختلفة لتحقيق الأهداف المحددة.

• المتابعة والتقييم

تكون بشكل دوري ومستمر للتعرف مرحليًا على ما تم إنجازه وما تم تحقيقه من أهداف وإجراء التعديلات المناسبة عند الضرورة<sup>(1)</sup>.

<sup>1</sup> - وليد يوسف الصالح: مرجع سابق، ص 54

## ثانياً: الرؤية المستقبلية للتخطيط الصحي

### 1. الاهتمام بدمج التفكير الاستراتيجي في العمليات التخطيطية

يوضح التطور التاريخي أن تفكير المنظمات قد تطور من حيث اهتمامها بالمستقبل وبروز أهمية الإدارة الاستراتيجية من خلال المراحل التالية:

- **مرحلة عدم الاهتمام بالمستقبل،** حيث تركز فيها الإدارة على القرارات الحالية في ظل الظروف والمتغيرات الحالية دون الاهتمام بالمستقبل، فتليها
  - **المرحلة الثانية التي أصبحت الإدارة فيها تهتم أكثر بالمستقبل،** حيث تأكد المديرون أن هناك فائدة كبيرة من الاهتمام بالمستقبل والاستعداد له.
  - **مرحلة التخطيط المالي البسيط،** حيث تركزت هذه المرحلة على إعداد النظم والإجراءات المساعدة في اتخاذ القرارات الإدارية القصيرة الأجل، ومن أجل التفرغ للقرارات الهامة، ثم يلي ذلك إعداد الموازنات بفضل عمليات التخطيط والرقابة.
  - **مرحلة التخطيط المبني على التنبؤ بالعوامل الخارجية المحيطة بالمنظمة،** وقد تركزت هذه المرحلة على التنبؤ بالمستقبل باستخدام الأدوات الاقتصادية والإحصائية. ونظراً لقصور نظم الموازنات عن التعامل مع المتغيرات المستقبلية، ظهر التخطيط طويل الأجل الذي ركز على التنبؤ بالمستقبل باستخدام الأدوات الاقتصادية والإحصائية، وقد كان التخطيط طويل الأجل يتم من خلال مجموعة من المتخصصين تحت وصاية الإدارة العليا وقد تأخذ بها في بعض الأحيان وقد لا تأخذ بها في أحيان أخرى، وهذا ما أدى إلى عدم الاستفادة منها في بعض الأحيان بسبب عدم المشاركة في إعداد هذه الخطط.
  - **مرحلة الإدارة الاستراتيجية،** أما المدخل الحالي والمتمثل في الإدارة الاستراتيجية فيقوم به الاستراتيجيون من المديرين ومستشاريهم في الإدارة، ويهتم هؤلاء بإعداد خطط بديلة متعددة للتعامل مع السيناريوهات المحتملة في المستقبل<sup>(1)</sup>.
- تزداد أهمية الإدارة الاستراتيجية باعتبارها أحد أهم الأنظمة التي تساهم في استغلال الفرص والاستفادة من نقاط القوة وتحقيق عوائد اقتصادية مرضية، كما أنه يمكنها من وضع رؤية مستقبلية لمكانة

<sup>1</sup> - سوما علي سليطن: الإدارة الاستراتيجية وأثرها في رفع أداء منظمات الأعمال - دراسة ميدانية على المنظمات الصناعية العامة في الساحل السوري -، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد، جامعة تشرين، دمشق - سوريا، 2007م،

تنافسية متميزة من خلال تحقيق الفعالية في استغلال مواردها المالية والبشرية، وكذا الاستفادة من الفرص التي تتيحها البيئة التنافسية، فضلا عن مواجهة تهديدها بما يمكن المؤسسة من تحقيق أهدافها الاستراتيجية<sup>(1)</sup>.

وقد تعددت أهمية الإدارة الاستراتيجية لتشمل تدعيم المركز التنافسي، فالإدارة الاستراتيجية تقوي مركز المؤسسة في ظل الظروف التنافسية سواء على مستوى الأسواق المحلية أو الخارجية، حيث تتجسد المؤسسات الاستراتيجية في بناء مزايا تنافسية تستند إلى فهمها لبيئتها الخارجية وما تفرزه من فرص وتمييزها لمواردها الداخلية، التي تمكنها من استغلال هذه الفرص بشكل يجعلها متفوقة على منافسيها.

كما أن التخصيص الفعال للموارد والإمكانيات، يساعد الإدارة الاستراتيجية المؤسسة على توجيه مواردها إلى الطريق الصحيح في المدى البعيد، ويسهم في تمكينها من استخدام مواردها وإمكانياتها بالطريقة الصحيحة الفعالة التي يفضلها يتم استغلال نقاط القوة والتغلب على نواحي الضعف. وتظهر أهميتها أيضا في القدرة على إحداث التغيير بالاعتماد على الموارد البشرية ذات الفكر الإيجابي، والقدرة على مواجهة التحديات والرغبة في تطوير واقع المؤسسة إلى الأفضل فالقائمون على صياغة الاستراتيجية يجدون صناعة التغيير وينظرون إليه باعتباره شيئا مرغوبا يبعث على التحدي وليس عائقا لتحقيق الأهداف. فضلا عن تدعيم الأداء وتحقيق نتائج مالية مرضية، حيث تشير نتائج بعض الدراسات إلى قدرة الإدارة الاستراتيجية على تحقيق المواءمة مع بيئة النشاط<sup>(2)</sup>.

### 2. هيكلية التخطيط الصحي على أساس التخطيط الاستراتيجي

بعد عملية تحديد السياسات العامة للمؤسسة وأهدافها، وبعد التحليل العام للمحيط وللوضعية الداخلية وإمكانياتها، تمر المؤسسة في إجراءات التخطيط الاستراتيجي إلى المرحلة الأقرب إلى الميدان العلمي، وهي وضع الخطط الاستراتيجية ثم توزيعها إلى خطط علمية تشغيلية أكثر تفصيلا، ليتم تنفيذها ضمن موازنات لكل قسم أو مصلحة تقنية، وتأتي بعد ذلك مرحلة المراقبة وتقييم العملية كلها. وفي هذا التسلسل المنطقي للعمليات، يتضح تكاملها أيضا إنطلاقا من تحديد سياسة المؤسسة إلى مراقبة تنفيذ الموازنات، لتعود نتائج هذه المراقبة إلى البداية بواسطة التغذية المرتدة (Feed back) لتقيد في إعادة النظر أو التصحيح حسب الحاجة في الاستراتيجية أو في مرحلة التخطيط العلمي.

<sup>1</sup> - يوسف مسعداوي: أساسيات في إدارة المؤسسات، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2013م، ص404.

<sup>2</sup> - ثابت عبد الرحمن إدريس، جمال الدين محمد المرسي: الإدارة الاستراتيجية- مفاهيم ونماذج تطبيقية-، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، مصر، 2003م، ص173.



ولهذا فعند التطرق إلى التخطيط الاستراتيجي لا يمكن أن تمس إحدى الحلقات بمعزل عن الأخرى، لكونها تكمل بعضها البعض، وليس التخطيط الاستراتيجي فقط هو المرحلة الأولى من الإجراءات، أي مرحلة التحليل والتنبؤ لاختيار استراتيجية معينة، بل هذه العملية تسبق وضع الخطوط العريضة لتنفيذ الاستراتيجية ضمن إطار مخطط حسب التدرج المذكور أعلاه.

### أ- إجراءات التخطيط الاستراتيجي

إذا كانت أي إجراءات تتعلق بمجموعة قواعد وطرق وتقنيات، من شأنها تسمح بتكوين وإعداد نشاط معين وتوجيهها حتى النهاية المرغوبة، فإن إجراءات التخطيط الاستراتيجي تجمع عملية فكرية بعدد من المصالح الوظيفية والعملية بحيث يطرحون من خلالها الأسئلة التالية ويعدون الإجابة عليها:

- ماذا يلائمنا أن نعمل؟ أو أين يمكن أن نذهب؟ وهذا يستدعي التحديات والفرص الملائمة أو المناسبة، بدراسة المحيط.

- ماذا نستطيع أن نعمل؟ أو أين نستطيع أن نذهب؟ والإجابة بتحديد نقاط القوة والضعف للمؤسسة بدراسة المؤسسة وطاقاتها.

- ماذا نريد أن نعمل؟ أين نريد أن نذهب؟ وهذا نجيب عنه بقيم وطموحات المسيّرين والمؤسسة العامة.

- ماذا سنعمل؟ وأين سنذهب؟ وفي هذه المرحلة يتم تحديد الاستراتيجيات والخطط العملية. وهذه الإجراءات تتطابق مع المنهجية العامة للمؤسسات، ولكن لا توجد منهجية متطابقة أو موحدة في كل مكان وزمان، فكل مؤسسة تكيف هذه الإجراءات مع هيكلها وتنظيمها، وحتى الجانب النظري نجده موزعا بين أكثر من مدرسة في هذا المجال:

وهكذا ففي تصور مدرسة "Harvard Business school"، فإن أنظمة التخطيط الرسمية لا تكون إلا نوعا من تدخل وجهين بين إعداد الاستراتيجية وتنفيذها، بينما يجب أن نميز عند stand fornd sesharch institute بين:

- تخطيط استراتيجي: أين بمعنى تحديد أهداف أساسية واختيار الاستراتيجية الممكنة.
- تخطيط التنمية المنظمة: كيف؟ بمعنى تحديد الموارد التي تنقص المؤسسة، وتحديد الأعمال الواجب عملها، ووزناتها، توزيع الوسائل والمسؤوليات.

- عملية التخطيط: من؟ ماذا؟ متى؟ بمعنى إعداد برامج الإنتاج، برامج البيع وبرامج التمويل<sup>(1)</sup>.

#### ب-مراحل نظام التخطيط الاستراتيجي

- مرحلة تحليل وتشخيص الوضعية الاستراتيجية للمؤسسة في محيطها

تضم هذه المرحلة دراسة المحيط، وهي تعني حصر القيود والفرص التي يقدمها المحيط في توجيهاته، وتحديد العناصر الحرجة التي تسمح بنجاح المؤسسة. ويقسم المحيط لدى البعض إلى مباشر وموسع، فالأول يرتبط بقطاع نشاط المؤسسة الذي تنشط فيه المؤسسة، أو التي تريد أن تدخل فيه، ويعني تحديد تطور السوق وحاجات المستهلك، دراسة المنافسة المستقبلية وتقدير تطور المنتجات.

أما المحيط الموسع فيشمل عناصر متعددة، مثل الدور الذي تلعبه المؤسسة في حياة الإنسان وضرورة تكيفها مع احتياجاته الاجتماعية والثقافية وغيرها.

وفي المقابل، تتدخل الجهات الرسمية وغير الرسمية حول ما تقوم به المؤسسة من القضاء على الموارد الطبيعية وما تنتجه من أضرار للطبيعة وتهدد به حتى الوجود الإنساني. بالإضافة إلى دراسة المحيط تضم الدراسة الداخلية للمؤسسة، والتي تسمح بتحديد وضعيتها تجاه المنافسة، حيث يطرح السؤال، كيف يمكن أن نصل إلى الهدف مقارنة مع الآخرين؟

والهدف من هذا، هو الاطلاع على نقاط الضعف والقوة للبنية وطاقاتها المتميزة، حتى يتسنى لها بعد ذلك القيام بتعديلات أو إصلاحات للعودة إلى التوازن في نقاط الضعف المسجلة، وبناء استراتيجيتها على طاقاتها المتميزة.

وفي هذا التحليل يكون الاتجاه أكثر نحو المنتجات والسوق، مع نظرة تسويقية، بحيث تدرس وتقرن وضعيتها في السوق في ما يتعلق بنصيبها في السوق وتوزيع خدماتها<sup>(2)</sup>.

- مرحلة تحديد أو إظهار السياسة والأهداف العامة

وفيها يتم إظهار النهايات والغايات التي يراها المسيرون كمجال لعمل المؤسسة، وهي العناصر التي يتم تحديدها بواسطة عدة طرق، وتدخل فيها عدة أطراف لها دور ووجود في المؤسسة<sup>(3)</sup>.

<sup>1</sup> - ناصر دادي عدون: الإدارة والتخطيط الاستراتيجي، ط3، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2017م، ص69.

<sup>2</sup> - Michel Geivais: *contrôle de gestion et planification de l'entreprise*, 2<sup>e</sup> ed.economica, 1983، p362,372.

<sup>3</sup> - المرجع سابق، ص71.

• مرحلة وضع الخطة الاستراتيجية

في هذه المرحلة يتم القيام بعملية اختبار إحدى الاستراتيجيات الممكنة للمؤسسة، والتي تستطيع أن تحقق فيها أكبر نسبة من النجاح من الإمكانيات أو البدائل المختلفة. ويتعلق هذا العمل بالنتائج الإدارية الخارجية والداخلية من جهة، وبسياسة المؤسسة وأهدافها من جهة أخرى، كما تمر هذه العملية عادة بما يسمى بالفارق الاستراتيجي، وهذا الفارق يتعين بالمقارنة بين ما يمكن أن تحققه المؤسسة من غايات في ضرورة نتائج أو تمويل ذاتي مثلاً، إذا تم استمرارها في نشاطها الطبيعي الحالي، وما بين ما تحققه إذا اتبعت الاستراتيجية الممتازة أولاً.

وفي هذه المرحلة يتم اختيار الاستراتيجية الأكثر فعالية، بعد الأخذ بعين المراجعة الممكنة في الأهداف، ووضع الوسائل الإضافية المطلوبة ويمكن أن ينتج:

• تسمية التخطيط الاستراتيجي يحتفظ به لعملية الاختيار المحدد للاتجاهات الكبرى (الطرق والوسائل)، التي تسمح للمؤسسة بتحقيق امتياز حاسم في المنافسة، وبذلك السير نحو الانتصار، فالتخطيط الاستراتيجي يقابل التخطيط العملي (أو التكتيكي)، والذي يهتم بأساليب التطبيق الملائم للاستراتيجية وبأحسن الوسائل للإدماج عند القيام بالنشاطات العادية.

يتجه التخطيط الاستراتيجي إلى توجيه النشاطات بطريقة جزئية وللمدى الطويل (لأنه من التفكير الذي يسلكه تتولد انتصارات- خسائر، التي ستكون لها آثار دائمة على حياة المؤسسة) وفي المقابل القرارات العملية يمكن أن يعاد النظر فيها من سنة لأخرى ضمن الخطة المعنية<sup>(1)</sup>.

ويرتكز التخطيط الاستراتيجي على البحث عن التقدم أو التطور في مجالات محددة تسمح بالوصول إلى الغايات العامة، وبالعكس التخطيط العملي والنظام الموازني يهتم بكل دوائر المؤسسة، والتي تضمن تسييراً منسجماً.

التخطيط الاستراتيجي ينتج توقف الاستمرارية أو الانقطاع بالخطة العملية، والنظام الموازني يتجه إلى تحسين الفعالية بشكل مستمر للنشاطات دون إعادة النظر فيها. لكن الخطة الاستراتيجية عكس ذلك، حيث يلعب التغيير، الربح سيحصل بانقطاعات من كل نظام أو رتبة مقارنة مع الماضي، والموجهة لمواجهة تغيير ما للمحيط أو للحصول على ميزة معتبرة في المنافسة باستعمال أفضل للأصول، وهذا الانقطاع يتجه إلى أن يجعل عدم تأكد أكثر للتحليل الكمي، وضرورة أكثر لتقييم كفي مكمّل له.

<sup>1</sup> -M.Gervais, op-cit, P377.

فالخطة الاستراتيجية التي تعطي عادة إعداد تقرير، وثيقة أو خطة، هي خاصة مهمة من خلال عملية التعبئة الداخلية التي تسمح بإنتاج تقرير الخطة والتي تتبع بعد ذلك بالتنفيذ، والمتابعة والمراقبة. وبالتالي فالخطة ليست المنتج النهائي، ولكن تعتبر فقط مرحلة من عملية التخطيط، والتي يأتي بعدها التنفيذ والمراقبة من خلال الخطط العملية والموازنات.

- الخطة الاستراتيجية والخطة العملية تختلفان في المدة، بحيث الأولى في المدى المتوسط أو المدى الطويل وتتغير من مؤسسة لأخرى (من خمسة سنوات إلى عشرة سنوات أو خمسة عشرة سنة حسب القطاعات، ويتم التغييرات والجمود التي تواجهها). ومن هنا فيمكن اعتبار المدى الطويل هو الأفق الذي يمكن أن تتغير فيه أشياء عديدة. أما المرحلة العملية (فهي تتراوح بين 18 شهر إلى عدد من السنوات)، وال المدى المعتبر يتعلق بأجل تنفيذ العمليات الاستراتيجية وبأفق نتائجها. وتعتبر الدورة السنوية عادة المرحلة الملائمة للموازنة<sup>(1)</sup>.

### • مرحلة الخطة العملية

المرحلة التي يتم فيها ترجمة العمليات الضرورية المنبثقة عن الاستراتيجية المختارة إلى برامج أكثر دقة نسبيًا، وفي نفس الوقت التأكد من مردوديتها المالية وانسجامها، وهي تعمل كحلقة تربط بين الاستراتيجية والنظام الموازني وتتمثل أهدافها في:

- تحسين عمل النشاطات الموجودة بتخطيط أعمال التطوير، أي بالاتجاه أكثر إلى التحليل الداخلي للمؤسسة استكمالاً للتحليل الاستراتيجي، واقتراح أعمال تطوير ترمي إلى رفع كفاءة طرق تسيير النشاطات الموجودة .

- برمجة القرارات الواجب اتخاذها لتنفيذ الاختيارات الاستراتيجية المختارة، وذلك بوضع تواريخ قصوى لهذه القرارات مع الأخذ في الاعتبار الأهداف والنتائج المحددة.

- ترقيم أو تقييم مجموع الإيرادات والمصاريف الناتجة عن الاستراتيجيات المحتفظ بها، وتوزيعها أفقيًا وعموديًا، وبعد ذلك مراقبة أو اختبار الانسجام بجمع الخطط لمختلف الأقسام عموديًا، بين الأهداف والغايات العامة المحددة في الخطة الاستراتيجية والغايات المحددة في هذه المرحلة (خطط عملية) لمختلف أقسام المسؤولية. وأفقيًا بين مختلف المراكز من خلال التأكد من عدم وجود تناقضات بين

<sup>1</sup> – De Guerny et Guiriec, **principes et pratiques de gestion previsionnelle**, delmas, 1976, p377. 378.

الأعمال الجزئية المقدره، وأن المشاكل الحدودية والإندماج قد تم حلها بشكل ملائم، وأن الوسائل توجه لاستعمالين في نفس الوقت<sup>(1)</sup>.

• مرحلة الموازنة

في هذه المرحلة تتم ترجمة السنة الأولى من الخطة العملية إلى موازنة تقديرية، مرقمة ومقيمة ماليًا، وتوزع فيها الموارد وتحدد فيها المسؤوليات وإعداد الموازنات، وليس مجرد موازنة منفردة، فالمرحلة تتم في الواقع ضمن نظام موازني تحدده السياسة العامة للمؤسسة وثقافتها واستراتيجياتها وطريقة الإدارة المطبقة فيها، ديمقراطية...، كما أن هيكل المؤسسة وتنظيمها، الذي ينتج بدوره عن الاستراتيجية العامة للمؤسسة بدوره يحدد النظام الموازني.

هذا النظام عادة ما يتميز بوجود عدد من الموازنات الرئيسية في أعلى الهرم الهيكلي، مثل موازنة المبيعات وغيرها. تأتي بعدها الموازنات الأقل أهمية والأكثر جزئية، مثل موازنة أعباء الورشات، ويتوقف تدرج الموازنات وتعددتها مع المستويات على التقسيم الذي تأخذه الإدارة كمقياس لذلك، فقد تكون الموازنات حسب الوظائف أو خطوط المنتوجات أو حسب المناطق الجغرافية.

ومن الأهداف الأساسية للموازنات:

- تحديد الإمكانيات والموارد الضرورية وتوزيعها حسب رزنامة زمنية لتنفيذ الأهداف المحددة في الخطة العملية وقبلها في الخطة الاستراتيجية، وبهذا فالموازنة تعتبر وسيلة تنفيذ للخطة وتنسيق فيما بينها.
- توزيع المسؤوليات على مختلف أقسام المسؤولية والمصالح التي تحددها المؤسسة حسب هيكلها التنظيمي وطريقة إدارتها وغيرها، وفي نفس الوقت وضع مختلف الموارد المالية والبشرية تحت تصرف هؤلاء المسؤولين وتوجيههم ضمن الاستراتيجية العامة والسياسات الفرعية.
- القيام بدراسات وإستطلاعية للسوق وعلى إمكانيات المؤسسة الداخلية عند إعداد الموازنة، تصبح هذه الأخيرة وسيلة لمتابعة حركة المحيط الداخلي والخارجي للمؤسسة باستمرار، وهي عملية تبتدئ بالاستراتيجية العامة والتحليلات التي تسبقها.
- تسمح الموازنات بإعادة النظر في كل ما هو ضروري حسب الأهداف الزمنية، وفي توزيع الموارد المتعلقة بالسنة المعنية، نتيجة لما تقدمه تحليلات المحيط الداخلي والخارجي للمؤسسة من نتائج جديدة لم تكن متوقعة في الاستراتيجية العامة، وهذا يدخل ضمن متابعة المحيط وتدارك تأثيراته في

<sup>1</sup> – M.Gervais, op-cit, p400.

الوقت والمكان المناسبين، مع الحفاظ على الاتجاه العام للاستراتيجية نحو الأهداف العامة، وهنا تظهر الاستراتيجيات التكتيكية، أي عند التنفيذ والعمل في الواقع الحقيقي للمؤسسة.

- وفي التحليل والتنبؤ للاستراتيجيات، فإن إعداد الموازنة تعتبر فرصة في يد المسؤولين لإشراك المتعاملين الداخليين فيها أساسًا، وخاصة في المستويات الدنيا أين يتم التعامل مع البرامج التنفيذية والموارد المختلفة في المؤسسة، والتي تعتبر كنظام سياسي وتقني في نفس الوقت، مما يستوجب الأخذ بالحسبان الجانب الاجتماعي والنزاعات والتحفيز، وغيرها من العناصر التي تجعل من الموازنات إما وسيلة لرفع درجة الاندماج وجمع أكثر للطاقات البشرية وتوجيهها نحو تحقيق أهدافها، أو تكون سببًا لظهور نزاعات واضطرابات قد تؤدي إلى انفجارها<sup>(1)</sup>.

### 3. الإجراءات التطبيقية للتخطيط الاستراتيجي في المستشفيات العمومية

يتضمن التخطيط الاستراتيجي مجموعة من الإجراءات يمكن إجمالها فيما يلي:

- **الرسالة:** تعتبر الرسالة المؤشر أو الموجه لمسار عمل الإدارة وجميع العاملين في المنظمة الصحية من أفراد السلك الطبي والشبه الطبي والإداريين، وبالتالي فإن تحديدها بوضوح يعني تأشير نطاق عمل المنظمة الصحية واتجاهها المستقبلي. والرسالة بذات الوقت لا تتغير على فترات متقاربة، إلا إنه يمكن تعديلها بفترات متباعدة نسبيًا.
- **التحليل البيئي:** يمثل التحليل البيئي في حقيقته مقارنة ما بين عوامل البيئة الداخلية للمنظمة مع بيئتها الخارجية، وهذا بغرض تحديد أثرها على نشاط المنظمة واكتشاف مكامن القوة والضعف من جانب والتهديدات من جانب آخر، سعيًا منها لإقامة حالة من التوازن بين عناصر مجتمعة إن لم تكن أصلاً تسعى إلى أن تكون الكفة راجحة لصالح المنظمة، ويرمز لهذا التحليل اختصاراً بـ (swot).
- **صياغة الأهداف:** تستند المنظمة الصحية في صياغة أهدافها إلى رسالة المنظمة والتحليل البيئي، فهي عبارة عن ترجمة واضحة ومحددة بأبعاد زمنية معينة. وعموماً فإن الأهداف يجب أن تتسم بوضع رتيب لتحديد أولويات الأهداف التي تسعى إدارة المنظمة الصحية إلى تحقيقها، بما يتوافق مع الإمكانيات المتاحة لها في التنفيذ. ولا بد أن تكون الأهداف معبراً عنها بمقياس كمي قدر المستطاع، حتى يمكن على ضوء ذلك تحديد مستوى ونسبة الإنجاز المتحقق. كما يجب أن تمتاز الخطة بالمرونة الكافية وبما يتوافق مع التحليل البيئي وأن لا تتسم بالجمود والسكون، وأيضاً الاتساق بصفة الاتساق أو الانسجام مع بقية الأهداف الأخرى للأقسام المختلفة للمنظمة الصحية.

<sup>1</sup> - ناصر دادي عدون: مرجع سابق، ص 77، 79.

• **صياغة الاستراتيجية:** الاستراتيجية هي خطة تعتمد على المنظمة الصحية وتطبقها بغرض تحقيق أهدافها الطويلة الأمد، عن طريق وضع سياسات تمهد الطريق لهذه الاستراتيجيات، وذلك بوضع مجموعة من الخطط والأهداف والبرامج القصيرة الأجل، والتي تسهم في الوصول إلى تحقيق الأهداف بعيدة الأمد.

ولتطوير فاعلية استراتيجية المنظمة الصحية يجب العمل في اتجاهين، يتمثل الأول في تطوير استراتيجية محفظة المنتج/الخدمة (product portofolio strategy) والتي تعنى بالعمل الذي يمكن اتخاذه مع كل خدمة صحية تقدمها المنظمة إلى زبائنها من المرضى. والاتجاه الثاني يتمثل في تطوير استراتيجية الانتشار أو التوسع في السوق/المنتج (product/market expansion strategy) والتي تعنى بالمنتجات (الخدمات) التي يمكن إضافتها إلى الأسواق.

• **صياغة البرامج:** إن صياغة البرنامج التسويقي يقوم في جوهره على أساس الاستخدام الأفضل للموارد المتاحة للمنظمة الصحية بما يتوافق والأهداف الموضوعية في السوق المختار، وعليه فإن صياغة تتضمن البرامج عنصرين هما: اختيار السوق المستهدف وتحديد عناصر المزيج التسويقي.

• **التنفيذ:** يصبح التخطيط الاستراتيجي عمل غير منتج وليس ذي جدوى إن لم يقترن بالتنفيذ الصحيح والسليم له. والاستراتيجية المصاغة من قبل إدارة المنظمة تمثل في حقيقتها أحد الأركان السبعة في إنجاح عمل المنظمة، كما يوضحه نموذج (Mctkinesey 7s) لهيكله نجاح المنظمة والمتمثلة في: الاستراتيجية، الهيكل، النظم، الأنماط، الملاك، المهارات، القيم المشتركة). ويتضح من خلال هذا النموذج أن العناصر الثلاثة الأولى وهي الاستراتيجية، الهيكل والنظم والتي يمكن تسميتها (hardware) تعد الركيزة المادية في إنجاح عمل المنظمة. أما العناصر الأربعة الأخرى فتسمى (Software). إذ يتمثل العنصر الأول في الأنماط (Style) والذي يقصد به التفكير والسلوك العام المشترك للأفراد العاملين في المنظمة، والعنصر الثاني الملاك (staff) ويقصد به التدريب المستمر للأشخاص العاملين في المنظمة الصحية والعمل على إكسابهم الخبرة اللازمة لإنجاح عملية التنفيذ للخطة الموضوعية والأعمال الخاصة بهم. والعنصر الثالث وهو المهارة (skills) وتعني بأن المنظمة الصحية بحاجة لإكساب العاملين فيها مهارات أكثر مما تحددها الخطة الموضوعية من قبل إدارة المنظمة الصحية. وذلك لمواجهة الحالات الطارئة والاستثنائية والعنصر الرابع والأخير وهو القيم المشتركة (shared values)، وتعني اشتراك العاملين في المنظمة الصحية بذات القيم الأخلاقية المرشدة في عملهم.

• الرقابة والتغذية العكسية: يقصد بذلك متابعة التنفيذ للخطة ومقارنة النتائج المحققة مع ما خطط مسبقاً والكشف عن الإنحرافات الحاصلة في تنفيذ الخطة إن وجدت<sup>(1)</sup>.

وفي ضوء هذه الاجراءات التطبيقية، اهتمت المؤسسات بمختلف أنواعها وأنشطتها بعملية التخطيط الاستراتيجي، كونه يجعل المؤسسة على دراية ومعرفة بما يمكن أن تؤول إليه أوضاعها مستقبلاً. وقد ازداد هذا الاهتمام بشكل كبير في الآونة الأخيرة خاصة مع التغيرات الكبيرة التي شهدتها العالم في غضون فترة زمنية محددة، فقد تطور التخطيط الاستراتيجي باعتباره أسلوباً عملياً لإدارة موارد المؤسسة وتحقيق أهدافها.

ولكن بالرغم من هذا التطور الذي شهدته موضوع التخطيط الاستراتيجي باعتباره مدخلاً رشيدياً للتصرف بالموارد وفق أسلوب عملي ومنهجي منظم، إلا أنه أصبح أكثر تعقيداً بسبب التطورات الكبيرة التي شهدتها وسيشهدتها العالم الحديث. وقد تعددت وتعدت طرق وأساليب التخطيط الاستراتيجي، بما جعله يعاني من العديد من الاشكاليات والمعوقات.

وفيما يخص عملية التخطيط الاستراتيجي في المستشفيات العمومية الجزائرية، فإنه يمكن توضيح واقع التخطيط الاستراتيجي بها من حيث هذه المعوقات، والتي تعتبر من معوقات تطور الفكر الاستراتيجي بشكل عام. وتتمثل أهم المعوقات التي تواجه المستشفيات العمومية الجزائرية في صعوبة الوضع المالي للعديد من المستشفيات العمومية الجزائرية، والتي تعتمد في وضعها لخططها على الإمكانيات المحدودة المتاحة، وهذه لا تؤهلها للقيام بعمليات تخطيط استراتيجي. وهذا الأمر يحول في أغلب الأحيان دون الإفصاح عن التغيرات الهيكلية المطلوبة، لتخوف السلطة السياسية من أن يكون في هذه التغيرات مساساً بمصالح الدولة.

إن عدم اهتمام الإدارة العليا في المستشفيات العمومية الجزائرية بالمشكلات والقضايا الاستراتيجية، هو نتيجة لاهتمامها بالمشكلات الروتينية اليومية وانشغالها فيها، الأمر الذي يجعل المستويات الإدارية العليا بمعزل عن الاهتمام بقضايا مصيرية للمستشفيات، مثل قضايا النمو في الأجل الطويل والتغييرات الخاصة بالجوانب التكنولوجية وغيرها. فالمشكلات الروتينية تأخذ معظم وقت المديرين ولا يجدون متسعاً من الوقت للتفكير في مثل هذه القضايا الاستراتيجية والتخطيط لها. والاعتقاد بأن عملية التخطيط الاستراتيجي هي مسؤولية هيئة متخصصة في التخطيط وليس مسؤولية الإدارة على كافة المستويات،

<sup>1</sup>- تامر ياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية، عمان-الأردن، 2009م، ص91.



جعل عملية التخطيط الاستراتيجي خارج نطاق الاهتمام المباشر للكثير من العاملين في المستشفيات العمومية الجزائرية.

إن التفرد في اتخاذ القرارات ذات الصلة بعملية التخطيط الاستراتيجي وعدم السماح للأفراد العاملين بالمشاركة في اتخاذ تلك القرارات، فقد انعكس سلبا على دوافع وسلوك الأفراد والبيئة الثقافية للمستشفيات العمومية الجزائرية بصفة عامة، كذلك سيطرة نمط التنظيم البيروقراطي والقيادة البيروقراطية بين أجزاء التنظيم، وعدم تشجيع التفكير الابتكاري والإبداعي للأفراد. إضافة إلى عدم توافر نظام جيد للمعلومات لمساعدة المديرين بالحصول على المعلومات اللازمة عن البيئة المحيطة.

وأيا قصور المستشفيات العمومية الجزائرية وعدم قدرتها على تنفيذ الخطط الاستراتيجية التي تم وضعها، فالكثير من المستشفيات العمومية الجزائرية تضع خطط استراتيجية بعد أن تكون قد عملت على تحليل البيئتين الداخلية والخارجية، وتكون تلك الخطط مصاغة بشكل جيد. غير أن الكثير من تلك المستشفيات تكون قد وضعت تلك الخطط كمتطلبات شكلية أمام الجهات المختلفة المرتبطة بها، وليس بقصد تنفيذها<sup>(1)</sup>.

### ثالثا: المتطلبات الوظيفية لاحتياجات المجتمع والخدمة الاجتماعية

#### 1. معايير تصنيف المستشفيات

عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات American Hospital Association المستشفى، بأنها مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للتموين، وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة، وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين.

أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت المستشفى من منظور وظيفي، بأنه جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي، تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية، تمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنه أيضا يمثل مركزا لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية<sup>(2)</sup>.

<sup>1</sup> - ناصر جرادات: الإدارة الاستراتيجية - منظور تكاملي حديث-، إثناء للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2013م، ص126.

<sup>2</sup> - فتحي أحمد محمد علي: الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الصحية في ضوء سياسات التخصص، المكتب الجامعي الحديث - دار الكتب والوثائق القومية، الإسكندرية-مصر، 2015م، ص77.

كما عرفت في البلدان النامية بأنه مؤسسة تكفل للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض<sup>(1)</sup>.

ولقد عرف كل من "جورج بولوس" Georg Poulos و"مانن" Mann المستشفى على أنها تنظيم يقوم بتعبئة المهارات والجهود لعدد كبير من الجماعات المهنية المحترفة وشبه المهنية المحترفة، والجماعات غير المهنية المحترفة من الأفراد من أجل الحصول على خدمات ذات كفاءة عالية إلى المرضى<sup>(2)</sup>.

وتتعدد أساليب تصنيف المستشفيات وفقاً لمعايير مختلفة، ترجع إلى إختلاف الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية السائدة في المجتمع. ولكن هذا لا يعني أن أي مجتمع من المجتمعات يسوده نوع واحد من المستشفيات، ولكن قد يحتوي المجتمع الواحد على أنماط متعددة من نوعيات المستشفيات. وعلى الرغم من إختلاف الكتاب والباحثين حول تصنيفهم لأنواع المستشفيات، إلا أننا سوف نحاول فيما يلي سرد بعض الأمثلة لتصنيفات هؤلاء الكتاب، ثم تحديد أوجه الشبه والإختلاف فيما بينها حول هذه التصنيفات المتعددة للمستشفيات.

أ- فلقد صنف لنا الدكتور "فوزي مذكور" المستشفيات بحيث أشار إلى أننا يمكن أن نقسم المستشفيات وفق التقسيمات التالية:

• وفق فترة الإقامة بالمستشفى Length of stay

حيث صنف المستشفيات وفق هذا التقسيم إلى:

- مستشفى ذات فترة إقامة محدودة Short-Term hospital وفيها يقيم المريض لفترة أقل من 30 يوماً
- مستشفى ذات فترة إقامة طويلة Long-Term Hospital وفيها تكون فترة الإقامة من 3 - 6 شهور.

• وفق نوع الخدمة المقدمة Type of service وتنقسم إلى:

- مستشفى عام The General Hospital، وهي تلك المستشفى التي تقدم تشكيلة متنوعة من الخدمات العلاجية والجراحية، خدمات التوليد وخدمات الأطفال والأطفال الرضع.

<sup>1</sup>- حسان محمد نذير حرساني: إدارة المستشفيات، الإدارة العامة للبحوث -معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 1990م،

<sup>2</sup> -Georgopoulos, B.S.F.C. Mann, the hospitl organization, Ings Rakich (ed) Hospital organization and Management : A Book of Reading. ST. Louis. The catholic Health Association. 1972.p13

- مستشفى متخصص specialty hospital ، وهي مستشفيات تقدم الرعاية للأمراض محددة أو لمجموعات معينة من السكان، مثل مستشفى الأطفال، مستشفى الولادة، مستشفى الأمراض المتوطنة، مستشفى الأمراض الصدرية، مستشفى الأمراض النفسية.

• وفق شكل الملكية Form of ownership وتقسم إلى:

- مستشفى حكومة أو ذات ملكية عامة لا تهدف للربح.

- مستشفيات خاصة تهدف للربح.

- مستشفيات خاصة تابعة لطوائف دينية معينة أو لديانة معينة أو مستشفى خاص تطويعي<sup>(1)</sup>.

ب- ويصنف لنا غازي فرحان أبو زيتون المستشفيات وفق التصنيف التالي:

• حسب حجم المستشفى Hospital Size

حيث حدد حجم المستشفى بناء على عدد أسرة الرجال والنساء والأطفال، ويستثنى من ذلك أسرة

الأطفال حديثي الولادة، وضمن هذا التصنيف نستطيع أن نميز بين الأنواع التالية:

• المستشفيات صغيرة الحجم: وهي التي تحتوي على 100 سرير فأقل .

• المستشفيات متوسطة الحجم: وهي المستشفيات التي تحتوي ما بين 101 - 500 سرير .

• المستشفيات كبيرة الحجم: وهي التي يزيد عدد أسرتها عن 500 سرير

• حسب نوع الخدمة Type of service

وهنا يمكننا التمييز بين أربعة أنواع من المستشفيات.

• مستشفيات الأمراض العقلية.

• مستشفيات السل والدرن.

• مستشفيات متخصصة مثل (الولادة، الأنف والأذن والحنجرة، العيون، التأهيل والعظام).

• المستشفيات العامة، وهي المستشفيات غير المتخصصة والتي تشمل أكثر من تخصص واحد.

• حسب أنماط الملكية أو الإشراف:

- مستشفيات القطاع العام، والتي تشمل مستشفيات وزارة الصحة، مستشفيات القوات المسلحة، وهذه

المستشفيات توفر كافة أنواع الخدمات الصحية للمنتفعين بموجب نظام بطاقات المعالجة الخاصة

بكل فئة من المنتفعين.

<sup>1</sup>- فوزي مذکور: تسويق الخدمات الصحية، إثراء للنشر والتوزيع، القاهرة-مصر، 1998م، ص21،22.

- مستشفيات القطاع الخاص، وتحت هذا التصنيف يمكن أن نفرق بين نوعين من المستشفيات: المستشفيات الربحية، والمستشفيات غير الربحية.
- المستشفيات الجامعية، حيث أنشئت هذه المستشفيات من أجل أهداف تعليمية، كتدريب طلبة كليات الطب، طب الأسنان، التمريض والمهن المساندة الأخرى، بالإضافة إلى تقديم خدمات صحية وطبية مختلفة لموظفي الجامعات والمرضى المحولين من المستشفيات الحكومية بموجب اتفاقيات خاصة.

### • حسب مدة الإقامة، حيث قسمت المستشفيات وفق هذا التصنيف إلى نوعين:

- مستشفيات قصيرة الإقامة، حيث يصل متوسط فترة إقامة المريض في هذه المستشفيات من يوم واحد إلى ثلاثين يومًا، مثل مستشفيات الأطفال والنساء والولادة والمستشفيات العامة.
- مستشفيات طويلة الإقامة، ويصل متوسط الإقامة في هذه المستشفيات أكثر من ثلاثين يومًا مثل مستشفيات الأمراض النفسية<sup>(1)</sup>.

ج- بينما صنف لنا الأستاذ حسان حرساني المستشفيات وفق مجموعة من المحددات هي:

### • تصنيف المستشفيات من الناحية الإكلينيكية Clinical Classification

حيث يمكن تصنيف المستشفيات من الناحية الإكلينيكية أو حسب نوعية الأمراض إلى نوعين أساسيين هما:

- المستشفى العام (أو ذو التخصصات المتعددة)، وهو المستشفى الذي تتوفر فيه جميع الخدمات الإكلينيكية أو الطبية كعلاج وتشخيص مختلف الحالات العامة.
- المستشفى التخصصي، وهو المستشفى الذي تتوفر فيه خدمات إكلينيكية متخصصة لمعالجة حالات مرضية معينة أو لعلاج فئة معينة من أفراد المجتمع مثل، (الصحة النفسية، العيون، الأطفال).

والإتجاه في هذا العصر يميل نحو المستشفيات العامة المتخصصة في مجالات طبية معينة، كأن تقوم المستشفى بإجراء بعض العمليات الجراحية المتخصصة مثل جراحة القلب المفتوح أو معالجة أمراض معينة كالسرطان مثلاً، هذا وقد تنفرد بعض المستشفيات العامة بتقديم عناية متخصصة في كافة التخصصات الطبية، بهدف علاج مختلف الحالات المرضية المعقدة أو الصعبة التي لا تستطيع

<sup>1</sup> - غازي فرحان أبو زيتون: خدمات الإيواء في المستشفيات، دار زهران، عمان-الأردن، 1999م، ص 129.

المستشفيات الأخرى عادة تقديمها، بسبب قلة الإمكانيات المادية والبشرية، ويطلق على هذا النوع من المستشفيات "المستشفيات العامة التخصصية".

• تصنيف المستشفيات حسب أنماط الإشراف والملكية

حيث تصنف المستشفيات حسب أنماط الإشراف والملكية إلى (المستشفيات الحكومية - المستشفيات الخاصة).

المستشفيات الحكومية وهي المستشفيات التي تملكها هيئات رسمية تقوم على رعاية شؤونها ومصالحها وهي بدورها تنقسم إلى نوعين وفقاً لأهمية العلاج بها:

- مستشفيات حكومية متاحة خدماتها لجميع المواطنين في ظل الخدمات الصحية الوطنية، مثل مستشفيات وزارة الصحة.

- مستشفيات حكومية متاحة خدماتها لفئة محددة من المواطنين، مثل المستشفيات العسكرية.

أما المستشفيات الخاصة فيمكن تصنيفها إلى:

- مستشفيات ذات طابع ربحي، وهي المستشفيات التي قد يملكها شخص أو شركة أو هيئة بهدف تحقيق مكاسب ربحية من خلال الخدمات المقدمة.

- مستشفيات ذات طابع غير ربحي، وهي المستشفيات التي تتوافر فيها نفس خصائص ومميزات

المستشفيات ذات الطابع الربحي، غير أن الهدف من إنشائها هو تقديم خدمة اجتماعية عامة

لأفراد المجتمع. وعلى خلاف ما يعتقد البعض فإن العلاج في هذه المستشفيات ليس مجانيًا وإنما

الأموال المحصلة من المرضى تصرف على النفقات المتعلقة بتطوير خدمات المستشفى

وتشغيله<sup>(1)</sup>.

• تصنيف المستشفيات حسب متوسط فترة الإقامة، حيث يتم تصنيف المستشفيات وفق هذا المعيار

إلى:

- مستشفيات ذات عناية قصيرة، وهي المستشفيات التي يكون فيها متوسط فترة الإقامة أقل من ثلاثين يومًا.

- مستشفيات ذات عناية طويلة، وهي المستشفيات التي يكون فيها متوسط الإقامة أكثر من ثلاثين يومًا.

• تصنيف المستشفيات حسب جودة خدمات الرعاية الطبية المقدمة، وتنقسم تلك المستشفيات إلى:

<sup>1</sup> - حسان محمد نذير حرساني، مرجع سابق، ص 44، 45.

## الفصل الرابع: التطبيقات التنفيذية للتخطيط الصحي

- المستشفيات المعتمدة، وهي المستشفيات المعترف بجودة خدمات الرعاية الطبية التي تقدمها من قبل الهيئات العلمية الاستشارية المتخصصة في هذا المجال، ومن هذه الهيئات على سبيل المثال، "الهيئة الأمريكية لاعتماد المستشفيات"، ويتم اعتماد المستشفى بعد امتثاله للضوابط والشروط الموضوعية من قبل الهيئات المتخصصة، وهذه الدراسات المتعلقة بجودة الرعاية الطبية المقدمة من قبل المستشفيات واسعة الإنتشار بالدول المتقدمة.

- المستشفيات غير المعتمدة وهي المستشفيات التي لا تمتثل للضوابط والشروط الموضوعية من قبل هيئات الاعتماد المتخصصة.

### • تصنيف المستشفيات حسب الموقع والسعة السريرية، وتنقسم تلك المستشفيات إلى:

- المستشفيات المحلية الصغيرة: وهي المستشفيات التي تخدم تجمعات سكنية قليلة، ولا تتجاوز عادة سعة المستشفى السريرية أكثر من 100 سرير.

- المستشفيات المركزية: هي المستشفيات التي تخدم تجمعات سكنية متوسطة كضواحي المدن أو المنطقة الصحية، وتتراوح سعتها السريرية 100 - 500، سرير وتعتبر تلك المستشفيات بمثابة مستشفيات عامة لتوافر كافة الإمكانيات المادية والبشرية.

- مستشفيات المناطق أو المستشفيات العامة، وهي التي تخدم منطقة صحية بأكملها وتحتوي هذه المستشفيات عادة على خدمات تخصصية لا تستطيع توفيرها بقية المستشفيات الأخرى.

د- كما صنف لنا الدكتور "الإله ساعاتي" المستشفيات إلى نوعين رئيسيين وهما:

- المستشفى العام: وهو المستشفى الذي يضم تخصصات طبية متعددة.

- المستشفى التخصصي: وهو المستشفى المتخصص في علاج نوع معين من الأمراض كأمراض العظام أو أمراض الأورام (السرطان).

### • وتنقسم المستشفيات أيضا من حيث ملكيتها إلى:

- **المستشفى الحكومي:** وهو المستشفى الذي يدار بواسطة جهة حكومية قد تكون وزارة الصحة أو وزارة الداخلية والجامعات أو غيره.

- **المستشفى الخاص:** وهو المستشفى المملوك لشخص أو مجموعة أشخاص أو شركة أهلية، ويستهدف تحقيق الربح، ويدر وفق أساليب إدارة الأعمال.

- **المستشفى الخيري:** وهو المستشفى الذي تملكه إحدى المؤسسات الخيرية ولا يستهدف الربح، ولكنه يدار بأساليب إدارة الأعمال.

## 2. مؤشرات قياس كفاءة تقديم خدمات الرعاية الصحية

يعتبر مؤشر الكفاءة من المؤشرات الهامة التي يمكن استخدامها في دراسة الأداء التنظيمي بالمستشفيات، ويجب علينا قبل أن نتناول أهم عناصر أو مكونات مؤشرات الكفاءة، أن نتعرف على طبيعة مفهوم الكفاءة والمقصود به في دراسة التنظيميات.

إن مفهوم الكفاءة يتداخل مع العديد من المفاهيم الأخرى عند دراسة الإنتاجية والأداء بصفة عامة، كما أن استخدام هذا المفهوم في الكتابات أو الدراسات العربية يترادف مع بعض المفاهيم الأخرى مثل الكفاية، وهناك من يرادف بين استخدام كل من المفهومين الكفاءة والكفاية معاً، وإن كنا نؤيد مفهوم الكفاءة والذي يعني به في اللغة الإنجليزية Efficiency على مفهوم الكفاية خاصة عند دراسة الأداء وغيره من العمليات التنظيمية غير الملموسة التي يصعب تحليلها بصورة كمية<sup>(1)</sup>.

ولقد عرفت معاجنا العربية الكفاءة، بأنها تعكس استخدام أكثر الوسائل قدرة على تحقيق هدف محدد، ولا تمثل خاصية فطرية في أي فعل من الأفعال، بل تتحدد عن طريق العلاقة بين الوسائل المتعددة والأهداف وفقاً لترتيب أولويتها<sup>(2)</sup>.

كما عرفت الكفاءة بأنها النسبة بين المدخلات والمخرجات في المشروع أو البرنامج، وترتبط فكرة الكفاءة ارتباطاً وثيقاً بفكرة الإنتاجية، والتي يقصد بها النسبة بين مجموع العوامل الداخلة في العملية الإنتاجية وبين الثروة الناتجة من ناحية أخرى، ولا يقتصر المعنى على الإنتاج الصناعي فقط، بل على أي نشاط يقوم به الفرد<sup>(3)</sup>.

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية الكفاءة بأنها تعبير عن العلاقات بين النتائج المحرزة من البرامج أو النشاط الصحي والجهود المبذولة فيه من حيث الموارد البشرية والمالية وغيرها من العمليات والتكنولوجيا الصحية والوقت<sup>(4)</sup>.

<sup>1</sup> - عبد الله محمد عبد الرحمن: الإنتاجية والأداء التنظيمي والطبي بالمستشفيات-قضايا وآراء-، مجلة الإداري الصادرة عن معهد الإدارة العامة، العدد 45، مسقط-الأردن، 1991م، ص55.

<sup>2</sup> - نخبة من أساتذة علم الاجتماع: المرجع في مصطلحات العلوم الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، ص153.

<sup>3</sup> - أحمد شفيق السكري: قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 2000م،

ص169.

<sup>4</sup> - عبد الله محمد عبد الرحمن: مرجع سابق، ص55.

كما تعرف الكفاءة الإنتاجية للمستشفيات بأنها "الاستغلال الأمثل لكافة الموارد والإمكانيات المادية والبشرية وغيرها المتاحة للمستشفى بغرض الوصول إلى تحقيق أقصى إنتاجية ممكنة، أي تحقيق أكبر قدر ممكن من الخدمات وبأعلى مستوى ممكن من الجودة"<sup>(1)</sup>.

### 3. مؤشرات قياس كفاءة الأداء بالمستشفيات

يحتاج أصحاب الشأن في أي مستشفى إلى قياس أداء المستشفى لمعرفة مدى سلامة سيرة المستشفى في تحقيقها لأهدافها، ومدى حسن استخدامها لمواردها المتاحة البشرية منها والمادية<sup>(2)</sup>. وهذا ما دفع العديد من المنظمات الصحية إلى استخدام مقاييس كمية ووصفية معًا، لكي يكون التقييم دقيقًا من خلال مجموعة معايير، ولتحقيق الأداء الأمثل في كل جزئية من جزئيات الخدمة الصحية، ابتداءً من رعاية المريض والمحافظة على صحته. ومن تلك المنظمات والهيئات الصحية التي اهتمت بتقييم المستشفيات:

- الهيئة الأمريكية المشتركة للاعتراف بالمستشفيات.
- الجمعية الأمريكية لإدارة المستشفيات.
- الجمعية الأمريكية للصحة العامة.
- الجمعية الدولية للمستشفيات<sup>(3)</sup>.

وتستخدم معظم هذه الهيئات المؤشرات الإحصائية المتعلقة بالمستشفى وبالسكان، إضافة إلى مؤشرات أخرى لتقييم المستشفيات من حيث مدى استفادة المجتمع من الإمكانيات التي يتيحها المستشفى من خلال العيادات الخارجية وأقسام التنويم الداخلي<sup>(4)</sup>.

ولقد اختلفت جهات النظر بين الباحثين حول تحديد مؤشرات كفاءة الأداء بالمستشفيات، فمنهم من يرى تقسيم مؤشرات كفاءة الأداء بالمستشفيات إلى نوعين رئيسيين وهما:

- مؤشرات قياس كفاءة الموارد البشرية.
- مؤشرات قياس كفاءة الموارد المادية.

<sup>1</sup> - سهام مصطفى يونس: مؤشرات الكفاءة الإنتاجية في تقديم الخدمات الصحية بالمستشفيات، رسالة دكتوراه، كلية التجارة، جامعة أسيوط-مصر، 1981م، ص48.

<sup>2</sup> - عبد الإله ساعاتي: مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، القاهرة-مصر، 2001م ص88.

<sup>3</sup> - محمد المتولي: مبدأ المساواة أمام المرافق العامة، دار النهضة العربية، القاهرة-مصر، 1997م، ص404.

<sup>4</sup> - عبد الإله ساعاتي: مرجع سابق، ص88، 89.



## الفصل الرابع: التطبيقات التنفيذية للتخطيط الصحي

أما بالنسبة للمؤشر الأول، يمكن استخدامه لمعرفة كافة القوى العاملة المستخدمة في المستشفيات وارتباطها من حيث النوعية والكمية وتقديرها بصورة عامة. ومن أهم التقديرات التي سعت لتحديد كفاءة بعض الفئات العاملة في المستشفيات، تقديرات منظمة الصحة العالمية، ويسمى (بالاستخدام الكفاء) لذوي المهن الطبية والصحية، وهو مقياس مقبول بالنسبة للملائمة. وطبقاً لهذه المقاييس على سبيل المثال، أن توفر إثني عشر من الكوادر الوسيطة (ذوي المهن الصحية) مقابل كل واحد من ذوي المهن الطبية (1:12) يعتبر مستلزماً أساسياً للاستخدام الكفاء لكل من الفنيين معاً (الصحية والطبية).

ومن ناحية أخرى تتحدد نسبة الكفاءة في المستشفيات عن طريق دراسة معدلات خدمة الأطباء للأسرة. فالنسبة المقبولة لكافة المستشفيات حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية هي (6:5) أسرة لكل طبيب، ولكن قد تختلف هذه النسبة حسب التخصصات العلاجية للمستشفيات. وتحدد خدمة الممرضات للأسرة عموماً بمقدار (4:3) سرير لكل ممرضة.

أما بالنسبة للمؤشر الثاني قياس كفاءة الموارد المالية فيمكن التحقق من كفاءة تلك الموارد ومدى ارتباطها بارتفاع وانخفاض مستويات الأداء العلاجي والطبي والإداري للمستشفيات، وذلك بقياس تلك الكفاءة عن طريق استخدام عدد من المؤشرات الثانوية التالية:

### أ. تكاليف علاج المريض الواحد

يواجه هذا المؤشر بعض الصعوبات من الناحية الواقعية، فتحديد التكاليف يتوقف على السياسات العلاجية وأنماط النظام الصحي الموجود في الدول، والتي تتباين بين كل منها والأخرى. فعلى سبيل المثال في ضوء سياسات الانفتاح الاجتماعي، فقد تغيرت السياسات العلاجية وتبنت المستشفيات الحكومية أساليب تنويع مصادرها المالية عن طريق تقسيم الأقسام العلاجية إلى ثلاث فئات أساسية (علاج بالأجر - علاج اقتصادي - مجاني) وقد انعكس ذلك على مستويات الرعاية الصحية بصفة عامة، حيث أدت إلى نتائج إيجابية في بعض الأقسام العلاجية دون البعض الآخر.

### ب - نسبة اشغال السرير الواحد

وتختلف هذه النسبة من قسم علاجي إلى آخر (بالأجر - اقتصادي - مجاني)، فنجد أن هناك نوع من التمايز في تلك الخدمات الطبية المرتبطة بالقسم العلاجي، والتي تنقسم إلى مستويات علاجية متباينة ووصلت إلى أسوأ حالتها في الأقسام المجانية.

ج- معدل فترة مكوث أو بقاء المريض والاعتماد عليه

في دراسة كفاءة الرعاية الطبية والصحية، تختلف معدلات الإقامة بالنسبة للوحدات العلاجية داخل المستشفى ذاتها<sup>(1)</sup>.

ومنهم من يرى تقسيم مؤشرات كفاءة الأداء بالمستشفيات إلى نوعين هما:

- المؤشرات التي تقيس كفاءة استخدام المستشفى.
  - المؤشرات التي تتعلق بالسكان.
- فيما يتعلق بالمؤشر الأول (قياس استخدام المستشفى) فيتضمن:
- عدد من حالات الدخول، وهو عدد حالات المرضى الذين ينامون بالمستشفى ليلة واحدة على الأقل، وتقدم لهم خدمات طبية أثناء تنويمهم.
  - عدد حالات الخروج، وهو عدد المرضى الذين يغادرون المستشفى بعد الشفاء أو التحسن أو الموت، أو الذين يحولون إلى جهة أخرى خارج المستشفى.
  - الحالة عند الخروج، وتمثل الحالة التي يكون عليها المريض عند مغادرته المستشفى، هل هو في حالة شفاء كامل أو تحسين أو هل هو متوفى.
  - عدد أيام العلاج، ويقصد بذلك أيام العلاج التي يقضيها المريض بقسم التنويم الداخلي بالمستشفى، ويوم العلاج هو الوحدة التي تدل على الخدمات التي تقدم لمريض واحد ضمن تعداد المستشفى بين يوم واليوم الذي يليه. وعدد أيام العلاج في السنة هو المجموع السنوي لتعداد الأسرة المشغولة خلال السنة.
  - معدل إشغال الأيّرة وبين العلاقة بين عدد الأيّرة المستخدمة وعدد الأيّرة الأساسي للمستشفى، وتتضح من خلال مدى كفاية وكفاءة عدد الأيّرة المتاحة في كل قسم بالمستشفى وقياس معدل إشغال الأيّرة في شهر بـ:  $100 \times \frac{\text{عدد الأيّرة التي شغلت خلال شهر}}{30 \times \text{عدد الأيّرة الأساسي}}$
  - فترة خلو السرير ويقصد به متوسط عدد الأيام يبقى فيها السرير شاغر ونحصل على فترة خلو السرير على النحو التالي:

$$\text{فترة خلو السرير} = \frac{\text{عدد الأيّرة الأساسي في السنة} - \text{عدد أيام العلاج الفعلية للمريض}}{\text{عدد حالات الخروج}}$$

<sup>1</sup> - عبد الله محمد عبد الرحمن، مرجع سابق، ص 57، 59.

## الفصل الرابع: التطبيقات التنفيذية للتخطيط الصحي

ويدل وجود فترة خلو طويلة إما على وجود فائض في عدد الأسرة أو على وجود خلل في نظام الدخول، والعكس فإن وجود فترة خلو قصيرة معناها وجود حاجة إلى زيادة الأسرة.

- متوسط الإقامة، ويقصد به متوسط عدد الأيام التي أمضاها المريض بالمستشفى. ويستخرج متوسط

أيام الإقامة من خلال المعادلة التالية:  $\frac{\text{عدد أيام العلاج للمرضى الخارجين بما فيهم الموتى}}{\text{عدد حالات الخروج بما فيهم الموتى}}$

- معدل دوران السرير، ونحصل على هذا المعدل من خلال المعادلة التالية:

$\frac{\text{عدد حالات الخروج بما فيهم الموتى}}{\text{عدد الأسرة الأساسي}}$

- معدل الوفيات، ونحصل عليه من المعادلة التالية:

$\frac{\text{مجموع الوفيات خلال فترة معينة} \times 100}{\text{مجموع الخروج بما فيهم الوفيات خلال تلك الفترة}}$

أما فيما يتعلق بالمؤشر الثاني والمتعلق بالسكان فيضم:

- معدل الدخول لكل ألف من السكان.

- معدل الخروج لكل ألف من السكان.

- معدل الأسرة المتاحة لكل ألف من السكان.

- معدل العمليات الجراحية لكل ألف من السكان<sup>(1)</sup>.

بينما نرى وجهة نظر ثالثة تقيم مؤشرات الحكم على كفاءة أداء المستشفى إلى ثلاثة اتجاهات:

- الاتجاه الأول: النظر للمستشفى كوحدة واختيار ووضع مؤشرات تصلح للحكم على المستشفى ككل بمختلف أقسامه.

- الاتجاه الثاني: تقسيم المستشفى إلى وحدات ووضع مؤشرات للحكم على كل وحدة على حدى.

- الاتجاه الثالث: النظر لجانب واحد أو جزئية واحدة من المستشفى دون غيرها ووضع مؤشرات للحكم عليها.

وبالتالي سنعرض النقاط الرئيسية للاتجاه الأول والذي ينظر إلى المستشفى كوحدة واحدة متكاملة.

ولتحقيق الاتجاه تختار ثلاث مجموعات من المؤشرات وهي:

<sup>1</sup> - عبد الإله سعاتي: مرجع سابق، ص 89، 91.

❖ مؤشرات للحكم على إمكانيات المستشفى بمختلف أقسامه وهذه المجموعة تتمثل في مؤشرات خاصة بكل من العناصر الثلاث التالية:

1- مؤشرات خاصة، ومن أمثلتها - حجم البناء ومساحته - ما يخص السرير الواحد من الحجم والمساحة - نوعية توزيع المرضى على الغرف (عدد الغرف ذات السرير الواحد - عدد الغرف ذات السريرين وعدد الغرف ذات الأسرة المتعددة).

2- مؤشرات خاصة بالأسرة ووحدات التجهيز، ومن أمثلتها - عدد الأسرة القائمة منها والمتاحة - عدد الأسرة المخصصة للحوادث والطوارئ - عدد وحدات التجهيزات من الأشعة والمعمل والعمليات، وعدد الأسرة التي تخدمها كل وحدة من هذه التجهيزات.

3- مؤشرات خاصة بالقوى العاملة، ومن أمثلتها إجمالي عدد الأطباء ومعدلاتهم المختلفة حسب تخصصاتهم بالنسبة - للأسرة - عدد الممرضات ونوعياتهم ومعدلاتهم المختلفة حسب تخصصاتهم بالنسبة للأسرة - عدد الممرضات نوعياتهم ومعدلاتهم المختلفة حسب المؤهلات وحسب الخدمة السريرية إلى عدد من الأسرة - عدد الفنيين المساعدين حسب نوعياتهم المختلفة ومعدلاتهم للأسرة - عدد الصيادلة ومعدلاتهم للأسرة.

❖ مؤشرات للحكم على نشاط المستشفى، وهذه المجموعة تتمثل في مؤشرات خاصة بكل من العناصر الثلاث التالية:

1- مؤشرات للحكم على نشاط العيادة الخارجية، ومن أمثلتها ما يخص المريض الواحد من زمن الفحص بالدقيقة - معدل إنتاجية الطبيب الواحد من المرضى يوميًا - معدل تردد المنتفع الواحد في عام على العيادة الخارجية - ما يمكنه المريض الواحد في العيادة الخارجية قبل الفحص.

2- مؤشرات للحكم على نشاط الأقسام الداخلية ومن أمثلتها، - عدد مرضى القسم الداخلي وعدد أيام العلاج - متوسط دورة السرير الواحد ومتوسط ما يخص المريض من الليالي - النسبة المئوية لإشغال الأسرة في التخصصات المختلفة.

3- مؤشرات للحكم على نشاط الأقسام الفنية المساعدة، ومن أمثلتها المعدل اليومي للتحاليل أو الأشعة أو العمليات - معدل ما يخص السرير لكل عام من التحليل والأشعة والعمليات - معدل إنتاجية الفني الواحد من الفحص بالأشعة أو عدد التحاليل في اليوم.

❖ مؤشرات للحكم على اقتصاديات المستشفى ككل، حيث ينظر للمستشفى كوحدة إنتاجية واحدة من ناحية حساب إجمالي الإيرادات وإجمالي المصروفات.

وتقسم الإيرادات إلى ثلاثة بنود:

- إيراد النشاط الجاري، ومن أمثله (إيراد المعمل، إيراد العمليات، أجور التخدير، أجور إقامة بالقسم الداخلي).
  - إيراد الإعانة ومن أمثله (إعانة تحسين الخدمة، إعانة الطوارئ، إعانة سند العجز).
  - وإيرادات تحويلية. وبحساب إجمالي الإيرادات يمكن الوصول إلى مؤشرين هما:
    - ما يخص السرير كل عام من المصروفات.
    - ما يخص المريض كل ليلة من المصروفات<sup>(1)</sup>.
- وذلك تماشياً مع التطورات الاجتماعية والاقتصادية السائدة في المجتمع المعاصر<sup>(2)</sup>.

وفي هذا السياق، يقوم الأخصائي الاجتماعي بدور مهم في إطار العمل الفريقي في مساعدة وحدات الرعاية الصحية على تحقيق أهدافها، باعتباره يمثل مهنة تساعد المريض على الاستفادة الكاملة من برامج العلاج ومواجهة الصعوبات المختلفة، التي تباعد بين المريض وبين رعايته صحياً واجتماعياً، وذلك بهدف تحقيق الأهداف العامة لسياسة الرعاية الصحية. والتي تتمثل في النهوض بمستوى الخدمات الصحية والاجتماعية الموجهة للمريض، ويتم ذلك من خلال اعتبار العمل الاجتماعي الطبي وثيق الصلة بالجمهير، هدفه حل مشاكل المرضى الاجتماعية المسببة أو الناجمة عن المرض أو الإصابة من خلال العمل المتكامل مع الفريق الطبي، وكذلك العمل مع الفريق الطبي للوقاية من المرض أو اكتشافه في مرحلة مبكرة والعمل مع الفريق الطبي في رسم خطة العلاج وتهيئة الظروف الملائمة للمريض للتكيف مع المجتمع بعد الشفاء إضافة إلى ذلك رفع معدلات الأداء وزيادة الإنتاجية في مجالات الخدمة الصحية الطبية، والمشاركة في تخطيط برامج الخدمات الاجتماعية الصحية وإدارتها.

ومن ثم، فإن الخدمة الصحية تهدف إلى مساعدة المريض للوصول إلى الشفاء بأسرع وقت ممكن، وحتى يمكن أن يؤدي وظيفته وأدواره الاجتماعية على أفضل صورة ممكنة، وهذا يعني أن الخدمة

<sup>1</sup> - سهام مصطفى يونس، مرجع سابق، ص 58، 70.

<sup>2</sup> - عيد الله محمد عبد الرحمن: معوقات البناء التنظيمي للمستشفى -دراسة ميدانية في علم الاجتماعي الطبي-، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1990م، ص 43.

الصحية تتخلل في الأمراض التي تحدث نتيجة للضغوط البيئية والاجتماعية، والتي تتسبب في فشل المريض في أدائه الاجتماعي وفي إعاقة إحدى أدواره الاجتماعية<sup>(1)</sup>.

### 4. فاعلية الخدمة الاجتماعية الطبية في وحدات الرعاية الصحية

نتيجة للتقدم والتطور الذي يمر به المجتمع في كل جوانب الحياة، كان ضروريا على الجهود العلمية والعلوم المختلفة لأن تسهم بفعالية لمقابلة احتياجات المجتمع. والخدمة الاجتماعية كمهنة فقد حددت أهدافها على أساس التدخل الوقائي والعلاجي والإنمائي لتحسين الأداء الاجتماعي للإنسان والوصول إلى أفضل مستوى للتكيف وتحسين ظروف الحياة. ومن هنا تبرز أهمية دور الخدمة الاجتماعية الطبية، حيث أصبح للأخصائي الاجتماعي دور مهما في الرعاية الصحية<sup>(2)</sup>.

وتعد الخدمة الصحية اليوم إحدى المهن الضرورية لخدمة المجتمعات وتنميتها، وذلك لما تؤديه من أدوار وقائية وعلاجية وتنموية على المستويات الفردية والجماعية والمجتمعية<sup>(3)</sup>.

فالخدمة الاجتماعية كمهنة تستهدف مساعدة مؤسسات الرعاية الاجتماعية-المستشفيات والمراكز الصحية- على القيام بوظائفها وتطوير أهدافها وزيادة فعاليتها في أدائها لوظائفها التي يتطلبها منها المجتمع<sup>(4)</sup>.

وتمارس هذه الخدمة مستندة على إطارها النظري الذي يتضمن كثيرا من المفاهيم والحقائق والمعارف التي توجه الممارسة، وهي تستهدف تنمية قدرة الأفراد على مواجهة مشكلاتهم وإشباع احتياجاتهم ودعم ومساندة مؤسسات المجتمع<sup>(5)</sup>.

وقد شهد القرن الحالي تغييرا واضحا في مختلف مجالات ممارسة الخدمة الصحية في المجال الطبي، حيث كان نطاقها منحصرا في التعامل مع المريض فقط، غير أنه مع تطور الممارسة واتساع نطاق العمل خرجت هذه الممارسات عن نطاق العمل مع المريض فقط، لتمتد إلى أسرة المريض ثم إلى العاملين بالمستشفى القائمين على خدمة المريض بمختلف تخصصاتهم.

<sup>1</sup> - سعود فارس سعود الجوير: المعوقات التي تواجه الاخصائي الاجتماعي في وحدات الرعاية الصحية بدولة الكويت-دراسة ميدانية-مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، العدد 103، مجلس النشر العلمي-جامعة الكويت، الكويت، أكتوبر-نوفمبر-ديسمبر، 2001م، ص188.

<sup>2</sup> - محمد كامل البطريق: الخدمة الاجتماعية مهنة ذات علم وفن، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة-مصر، 1972م، ص245.

<sup>3</sup> - عصام قمر: الخدمة الاجتماعية بين الصحة العامة والبيئة، دار السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة-مصر، 2007م، ص189.

<sup>4</sup> - عبد الحليم رضا عبد العال: الخدمة الاجتماعية المعاصرة، دار النهضة العربية، القاهرة-مصر، 1990م، ص125.

<sup>5</sup> - CHales D.Grauin, Brett Asebury : **Interpersonal practice In social Work : process and procedures New Jerseg**, Englelewood cliffs, Prentice Hall, Inc. 1984, P<sub>65</sub>.

ويعود الفضل فيما حققته إدارة الجودة من تطورات إلى دراسات وأبحاث علماء ومفكرين كرسوا أنفسهم لإيجاد الطرق الفعالة لتحسين الجودة في المنظمات الصحية، ومن أهم هؤلاء نذكر: إدوارد ديمينغ وجوزيف جواران، فيليب كروسي وأرماند فيجينوم.

### - أفكار إدوارد ديمينغ

يلقب إدوارد ديمينغ بأب الجودة، لما قدمه من مساهمات هادفة في تطوير الجودة، حيث بدأ حياته في أمريكا أين تخصص في علم الإحصاء، ثم انتقل إلى اليابان أين شرع بتجسيد أفكاره في المنظمات، وأهمها استخدام الأساليب الإحصائية في الرقابة على الجودة وهي عبارة عن إشارة لمفهوم إدارة الجودة الشاملة، وهي: التهيؤ للاستمرارية في التوجيه نحو تحسين المنتج أو الخدمة، بالإضافة إلى تصميم برامج للتحسين المستمر في التكاليف، الجودة، الخدمة والإنتاجية، والإقلال من استخدام الأهداف الكمية، واستخدام طرق إحصائية للتحسين المستمر في الجودة والإنتاجية، وعدم السماح بوقوع أخطاء عند التمرين أو في الأداء البشري. بالإضافة إلى الاهتمام بالتدريب لتحسين مستوى جميع العاملين، وكذلك التركيز على مساعدة الأفراد نحو أداء أفضل للعمل، وتهيئة كل الأساليب والأدوات لتسهيل الأداء الجيد، والذي يجعل العاملين فخورين بأدائهم وإبعاد الخوف وتشجيع الاتصال المتبادل في الاتجاهين. إضافة إلى إزالة الحواجز بين الإدارات وتشجيع حل المشاكل من خلال فرق العمل، ومحاولة القضاء على معوقات الاعتراف والاعتزاز بكفاءات العاملين، وتصميم برنامج قوي للتدريب والتعلم لجعل العاملين مواكبين للتطورات الجديدة في المواد وطرق الأداء والتكنولوجيا بشكل عام، وتوضيح الالتزام الدائم للإدارة بكل من الجودة والإنتاجية<sup>(1)</sup>.

ومن المساهمات الأخرى "الديمنج" ما سماه الأمراض السبعة المميتة، والتي اكتشفها في الشركات الأمريكية، وهي الأسباب المؤدية لفشل برامج تحسين الجودة في المنظمات. كما يعتقد "ديمنج" أنه لنجاح إدارة الجودة الشاملة يجب استئصال هذه الأمراض، والتي تتمثل في الفشل في توفير موارد بشرية ومالية مناسبة لتدعيم الهدف من تحسين الجودة، والتأكيد على تحقيق الأهداف القصيرة الأجل، والمتمثلة في الأرباح والفوائد السريعة. بالإضافة إلى اعتماد تقييم الأداء السنوي على الملاحظات والأحكام، إذ أن "ديمنج" ينصح بالتقييم المستمر للأداء وضرورة فهم أسباب الانحرافات المتحصل عليها، وعجز الإدارة بسبب التنقل المستمر بين الوظائف، إذ أن هذا يؤثر على تحقيق الأهداف في المدى القصير. وكذلك

<sup>1</sup>- لويد دوينز، كلير كراوفورد ماسون: إدارة الجودة- التقدم والحكمة وفلسفة ديمينغ-، ترجمة حسين عبد الواحد، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية، القاهرة-مصر، 1997م، ص86،72.

استخدام الإدارة للمعلومات المتاحة دون الاهتمام بالحصول على معلومات أكثر وذات أهمية أكبر، إضافة إلى تكاليف العناية الصحية الزائدة والأعباء القانونية الزائدة<sup>(1)</sup>.

### - أفكار جوزيف جوان

ركز "جوران" على العيوب أو الأخطاء أثناء الأداء التشغيلي (العمليات)، وكذلك على الوقت الضائع أكثر من الأخطاء المتعلقة مباشرة بالجودة ذاتها، كما أنه ركز على الرقابة على الجودة. وبالنسبة له الجودة تعني مواصفات المنتج التي تشبع حاجات المستهلكين وتحوز على رضاهم مع عدم احتوائها على العيوب أو النقائص. كما يرى أن التخطيط للجودة يمر بعدة مراحل، وهي كالتالي: تحديد من هم المستهلكين وتحديد احتياجاتهم، تطوير مواصفات المنتج لكي يستجيب لحاجات المستهلكين وتطوير العمليات التي من شأنها تحقيق تلك المواصفات أو المعايير المطلوبة، وأيضاً نقل نتائج الخطط الموضوعية إلى القوى التشغيلية.

أما فيما يتعلق بالرقابة على الجودة كأحد عناصر العملية الإدارية، فإن "جوران" يرى بأنها عملية ضرورية لتحقيق أهداف العمليات الإنتاجية، وكذلك الحد من العيوب والمشاكل الأخرى التي يمكن تجنبها قبل حدوثها وتتضمن عملية الرقابة على الجودة حسب "جوران" على الخطوات التالية: تقييم الأداء الفعلي للعمل ومقارنة الأداء المحقق أو الفعلي بالأهداف الموضوعية، وأيضاً معالجة الاختلافات أو الانحرافات باتخاذ الإجراءات التصحيحية.

كما ساهم "جوران" في وضع مبادئ إدارة الجودة الشاملة، إذ أنه أشار إلى تطوير المنتج، ويرى أنها عملية تمثل صميم إدارة الجودة الشاملة لأنها عملية مستمرة.

بالإضافة إلى ذلك قام بصياغة طرق لإنشاء الشركة الموجهة نحو العميل، وقد ذكر أن التركيز على الجودة من أجل العميل يجب أن يدخل في صميم كل عملية ونظام في المنظمة، وأخيراً أدرك جوران أن الأدوات وحدها لا يمكن أن تحقق إدارة الجودة الشاملة، فقوة العقل البشري في تحديد وحل المشكلات هي أكثر فعالية من كل أدوات الجودة المستعملة<sup>(2)</sup>.

### - أفكار فليب كروسي

بدأ "كروسي" حياته المهنية بوظيفة مشرف خطوط إنتاج في شركة أمريكية، بعد ذلك شغل عدة مناصب فيها إلى أن وصل إلى منصب نائب المدير. وقد ساعدته هذه الخبرة على إصدار كتابين في

<sup>1</sup>- ريتشارد ويليامز: أساسيات إدارة الجودة الشاملة، مكتبة جرير، مصر، 1999م، ص11-12.

<sup>2</sup>- محمد كمال البطريق، مرجع سابق، ص253.



مجال الجودة، الأول بعنوان: Quality is free والثاني بعنوان: Quality without tears، ومن الأفكار الأساسية التي أسهم فيها هي: أن الجودة ترتبط بشكل أساسي بمطابقة الخدمة، وأيضاً الجودة من المسؤوليات الأساسية للإدارة ووسيلة الاتصال بين النظام الإنتاجي بجميع أجزائه ومراحلها، ومن الضروري احترام الجودة بشكل جدي، والطريق الوحيد لتحقيق الجودة هو منع حدوث الأخطاء والعيوب، وهذا يتطلب الفهم الواضح لكل مراحل العملية الإنتاجية واكتشاف كل احتمالات الخطأ والعمل على منع وقوعها في الوقت المناسب. بالإضافة إلى إمكانية قياس الجودة من خلال معرفة مقدار الثمن النقدي أو العيني الذي تدفعه المنظمة نتيجة عدم مطابقة منتجاتها للمواصفات.

ولكي تحقق الرعاية الصحية أهدافها، فهي تستعين بوسائل وأساليب متنوعة وتوزع جهودها في نواحي متعددة من نواحي الحياة الاجتماعية، ومن هذه الوسائل إثارة المواطنين وتعريفهم بالأمراض وأعراضها وخصوصاً في وقت انتشارها، وتزويدهم بالمعرفة عن كيفية الوقاية منها وأيسر الطرق لعلاجها، كما ينبغي تعريف المواطنين بالمستشفيات والعيادات التي تقدم لهم الفرص العلاجية، ووسائل المسؤولين في هذا السبيل، الدعاية بكافة ألوانها بالإضافة إلى المنشورات والمحاضرات، ويقوم بهذه المهمة قسم الصحة الاجتماعية والتنظيف الصحي، وأيضاً توفير المؤسسات الطبية المختلفة، وتوفير العدد الكافي من المسؤولين عن الرعاية الصحية وتدريب الموظفين والعمل على رفع مستوى المهن التمريضية، دون إغفال رفع مستوى الطبقات الفقيرة وإرشادها إلى الطرق الصحية للتغذية والعمل على توفير الموارد اللازمة للوقاية والنمو وتدعيم النظم الصحية الجديدة كفحص الراغبين في الزواج، ومؤسسات رعاية الناقهين وتدعيم نظام الزائرات الصحيات، وأيضاً ربط العمل الصحي بالنواحي الدينية. حيث تعتبر الدوافع الدينية من الدوافع القوية عند الإنسان فالمواطن يقبلون على البرامج عندما تكون هناك أحاديث نبوية وآيات قرآنية كثيرة تحث على التمسك بالسلوك الصحي، مثل الحديث النبوي الشريف "لولا أن أشق على أمتي لأمرتهم بالسلوك عند كل صلاة" فهذا يعتبر دافع قوي لقيمة وأهمية المحافظة على الإنسان ونظافتها.

إضافة إلى محاولات للتجارب مع الحاجات والرغبات النفسية، كأن يكون الإستعادة من البرنامج الصحي دافعا للحصول على مركزا اجتماعيا ... فمثلا قد يقبل بعض القرويين على برنامج، لأنه سيصبح صديقا للطبيب أو لمعادن الصحة أو للأخصائي الاجتماعي، أو أن يصبح عضوا في لجنة من لجان المؤسسة الصحية أو الحصول على مكسب مادي، كأن يقر بعض المعونات المجانية من مواد تموينية أو توفير برامج يظهر فيها مواقف تنافسية بين الأسر أو الأفراد، مثل وضع برنامج يسمح للأمهات للتنافس

على نظافة أطفالهم، كما أن توفير نوع من العلاقات الودية بين العاملين في برامج الرعاية الصحية وبين أفراد المجتمع، يشعر هؤلاء بالالتزام للصدقة، فيقبلون على البرامج حفاظا على هذه الصداقة<sup>(1)</sup>.

---

<sup>1</sup>- سلوى عثمان الصديقي: مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 1999م، ص76،74.

# الفصل الخامس

## دمج التفكير الاستراتيجي ضمن عمليات التخطيط الصحي

أولاً: هيكلية التخطيط الصحي وفقاً لاستراتيجيات المنظمات الصحية

ثانياً: التطبيقات العملية للمسؤولية الاجتماعية في إطار التخطيط الصحي

ثالثاً: المسؤولية الاجتماعية وجودة الخدمات الصحية

ظهرت المسؤولية الاجتماعية في العديد من المؤسسات وخاصة الصحية منها، عزز الجانب التطوعي بهدف الرفع من مستوى جودة الخدمات الصحية، حيث تناولنا في هذا الفصل هيكلية التخطيط الصحي وفقا لاستراتيجيات المنظمات الصحية، التطبيقات العملية للمسؤولية الاجتماعية في إطار التخطيط الصحي وفي الأخير تناولنا المسؤولية الاجتماعية وجودة الخدمات الصحية.

### أولاً: هيكلية التخطيط الصحي وفقا لاستراتيجيات المنظمات الصحية

#### 1. نظام التخطيط الاستراتيجي

يتأثر نظام التخطيط الاستراتيجي بمجموعة من العوامل، والتي يمكن إجمالها كما يلي:

- **الأفق الزمني للاستراتيجية:** يلعب الزمن دوراً كبيراً في تحديد الآثار المتوقعة من تنفيذ الاستراتيجية، فهناك قرارات قصيرة المدى تتعلق بالتشغيل ذي المدى القصير، وأخرى قرارات متوسطة المدى كخطط القوى العاملة والتوزيع وتحديد مستوى الطلب، وأخيراً القرارات طويلة المدى كالإنشاءات وتغيير خطوط الإنتاج ونمط المنتج وغيرها.
- **التركيز في الإنتاج:** يقصد بالتركيز هنا عدد المنتجات أو الخدمات التي تنتجها المنظمة، فكلما قل هذا العدد استطاعت أن تبسط سيطرتها وتحكمها في تنفيذ برامجها وأنشطتها، وهذا ما يسهل على المنظمات ذات التركيز العالي على إنتاج خدمات محددة صياغة وتنفيذ خططها الاستراتيجية.
- **التنافس في السياسات:** تعتمد المنظمة مجموعة من السياسات، كل منها يتعلق بهدف من أهدافها، ولكي تؤدي هذه السياسات دورها في تحقيق الأهداف بشكل فعال، يتعين على المخطط الاستراتيجي العمل على التنسيق بين السياسات المذكورة، وبدون ذلك تؤول أعمال المنظمة إلى فوضى وارتباك.
- **نوع وكلفة الخدمات:** تؤكد الاستراتيجية على نوع الخدمات المقدمة والتكاليف المبذولة في إنتاجها والعمل المستمر من خلال الدراسات والتحليلات للوصول إلى نتائج حاسمة بشأن اختيار الخدمة الأفضل بالتكاليف الأقل.
- **المرحلة التي تمر بها المنظمة:** تمر المنظمة بمراحل عدة، فهناك مرحلة النشوء ومن ثم مرحلة الصعود وهناك مراحل المنافسة ومن ثم الاستقرار فالانكماش ثم الاضمحلال، وكل مرحلة تتطلب استيعاب كامل لخصائصها وأهدافها والسياسات الواجب اتخاذها.

• إيمان الإدارة العليا وحماسها للعمل الاستراتيجي: فكلما ازداد إدراك الإدارة العليا وحماسها للتخطيط الاستراتيجي كلما كانت احتمالات نجاحه عالية والعكس بالعكس<sup>(1)</sup>.

وإذا تتبعنا واقع التخطيط الاستراتيجي في المستشفيات العمومية الجزائرية، فقد اهتمت المؤسسات بمختلف أنواعها وأنشطتها بعملية التخطيط الاستراتيجي كونه يجعل المؤسسة على دراية ومعرفة بما يمكن أن تؤول إليه أوضاعها مستقبلا، وقد ازداد هذا الاهتمام بشكل كبير في الآونة الأخيرة، خاصة مع التغيرات الكبيرة التي شهدتها العالم في غضون فترة زمنية محددة، فقد تطور التخطيط الاستراتيجي باعتباره أسلوبًا علميًا لإدارة موارد المؤسسة وتحقيق أهدافها.

ولكن بالرغم من هذا التطور الذي شهده موضوع التخطيط الاستراتيجي، باعتباره مدخلا رشيدًا للتصرف بالموارد وفق أسلوب عملي ومنهجي منظم، إلا أنه أصبح أكثر تعقيدًا بسبب التطورات الكبيرة التي شهدتها ويشهدها العالم الحديث، فقد تعددت وتعقدت طرق وأساليب التخطيط الاستراتيجي، وبدأ يعاني من العديد من الإشكاليات والمعوقات.

وفيما يخص عملية التخطيط الاستراتيجي في المستشفيات العمومية الجزائرية، فإنه يمكن توضيح واقع التخطيط الاستراتيجي بها من حيث المعوقات والتي تعتبر من معوقات تطور الفكر الاستراتيجي بشكل عام، وبذات الوقت تحدث إشكاليات في خطط التنمية والتطور التي تشهدها الجزائر، وتتمثل أهم المعوقات التي تواجه المستشفيات العمومية الجزائرية كالاتي:

- صعوبة الوضع المالي للعديد من المستشفيات العمومية الجزائرية، والتي تعتمد في وضعها لخطتها على الإمكانيات المحددة المتاحة، وهذه لا تؤهلها للقيام بعمليات التخطيط الاستراتيجي.
- المركزية العالية في أنظمة الحكم عمومًا، وهذا الأمر يحول في أغلب الأحيان دون الإفصاح عن التغييرات الهيكلية المطلوبة، لتخوف السلطة السياسية من أن يكون في هذه التغييرات مساسًا بمصالح الدولة.
- عدم اهتمام الإدارة العليا في المستشفيات العمومية الجزائرية بالمشكلات والقضايا الاستراتيجية، نتيجة لاهتمامها بالمشكلات الروتينية اليومية وانشغالها فيها، الأمر الذي يجعل المستويات الإدارية العليا بمعزل عن الاهتمام بقضايا مصيرية للمستشفيات، مثل قضايا النمو في الأجل الطويل والتغيرات الخاصة بالجوانب التكنولوجية وغيرها، فالمشكلات الروتينية تأخذ معظم وقت المديرين ولا يجدون متسعًا من الوقت للتفكير في مثل هذه القضايا الاستراتيجية والتخطيط لها.

<sup>1</sup>- مجيد الكرخي: التخطيط الاستراتيجي المبني على النتائج، مطبعة الريان، الدوحة-قطر، 2014م، ص74-75.

- الاعتقاد بأن عملية التخطيط الاستراتيجي هي مسؤولية هيئة متخصصة في التخطيط وليس مسؤولية الإدارة على كافة المستويات، الأمر الذي يجعل عملية التخطيط الاستراتيجي خارج نطاق الاهتمام المباشر للكثير من العاملين في المستشفيات العمومية الجزائرية.
- التفرد في اتخاذ القرارات ذات الصلة بعملية التخطيط الاستراتيجي، وعدم السماح للأفراد العاملين بالمشاركة في اتخاذ تلك القرارات، الأمر الذي ينعكس سلبيًا على دوافع وسلوك الأفراد، والبيئة الثقافية للمستشفيات العمومية الجزائرية بصفة عامة.
- قصور المستشفيات العمومية الجزائرية، وعدم قدرتها على تنفيذ الخطط الاستراتيجية التي تم وضعها، فالكثير من المستشفيات العمومية الجزائرية تعتمد إلى وضع خطط استراتيجية بعد أن تكون قد عملت على تحليل البيئتين، تلك الخطط تعتبر كمتطلبات شكلية أمام الجهات المختلفة المرتبطة بها، وليس بقصد تنفيذها<sup>(1)</sup>.

### 2. معايير جودة خدمات الرعاية الصحية

إن ما نعنيه بضمان الجودة Quality Assurance، هو مجموعة المقاييس والوسائل التي تتخذها المنظمة لضمان أن منتجاتها وخدماتها تتطابق والمستويات الموضوعية لها، وهذا قد تم بالإشراف ومراجعة النظراء، ومراجعة ممثلي المستهلكين أو المراقبين الرسميين المعنيين لفحص العمل ومراجعة مواصفاته، أو تقييم نظام الإنتاج ورفض المنتجات أو الخدمات التي لا تتطابق مع المستوى، وربما تتخذ إجراءات لمراجعة استكمالها، ويمكن توقيع الجزاء على مقدمها.

أما برنامج ضمان الجودة Quality Assurance program، فيعنى به مراجعة سجلات منتقاة لمرضى المستشفى من قبل أعضاء من الهيئة الطبية بغية تقييم نوعية وفاعلية العناية الطبية المقدمة في المستشفى وفقا لمعايير معتمدة عالميًا، وتخطيط أنشطة التعليم المستمر للأطباء<sup>(2)</sup>.

ويقصد بإدارة الجودة الشاملة Total Quality Mangement هي تلك الجهود المبذولة من جانب كل فرد في المنظمة وبشكل متواصل لتطوير الأداء على النحو الذي يقابل توقعات العملاء النهائيين المستفيدين من الخدمة، وبالتطبيق على المستشفيات، فإن إدارة الجودة الشاملة تتمثل في تكامل الجهود المتواصلة من جانب الإدارة والأطباء والمرضى والعاملين، من أجل الارتقاء بمستوى أداء الخدمة

<sup>1</sup> - جرادات ناصر: الإدارة الاستراتيجية-منظور تكاملي حديث-، إثراء للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2013م، ص126.

<sup>2</sup> - أحمد شفيق السكري، قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 2000م،

الصحية وتحقيق مستويات عالية من جودة هذه الخدمة مقابل توقعات المستفيدين منها من المواطنين (المرضى)<sup>(1)</sup>.

ويعرف معهد الجودة الفيدرالي الأمريكي الجودة الشاملة بأنها: "القيام بالعمل الصحيح بشكل صحيح من أول وهلة مع الاعتماد على تقييم العميل في معرفة مدى تحسين الأداء"<sup>(2)</sup>. كما تعرف الجودة الشاملة بأنها الأداء الذي يحوز على رضا العميل ويلبي احتياجاته ويخلو مما لا يرضيه.

ويعرف "فليب كروسبي" Philip Crosby الجودة الشاملة بأنها هي الطريقة المنهجية المنظمة لضمان سير النشاطات التي خطط لها مسبقاً، كما أن إدارة الجودة الشاملة تعد الأسلوب الأمثل الذي يساعد على منع وتجنب حدوث المشكلات، وذلك من خلال التشجيع على السلوكيات المطلوبة والاستخدام الأمثل لأساليب التحكم والرقابة التي تحول دون حدوث هذه المشكلات<sup>(3)</sup>.

وليس من الممكن الحصول على الجودة في الرعاية الصحية إلا بمعرفة كيفية الحصول على هذه الجودة، هذا يعني أن الحصول على الجودة لا يتحقق بدون أن يكون لدينا العلم والتكنولوجيا الضروريين والمرتبطين بالجودة المتاحة، وهذا ما يضطلع به كل من القطاع المهني وقطاع المؤسسات بإخلاص لهذه المسؤولية، ويحشدان جهودهما بشكل مستمر للنهوض بعلم الرعاية الصحية. نخلص من هذا إلى أن المسؤولية تتركز بوضوح في القطاع المهني وقطاع المؤسسات، لإرساء الأساس الضروري للجودة في الرعاية الصحية. وتتضمن مكونات هذا الأساس:

### • قاعدة من المعرفة

فإلى جانب ضرورة أن يكون لدينا العلم والتكنولوجيا الضروريين والمرتبطين بالجودة المتاحة، فلا بد أن يكون لدينا أيضاً معرفة تامة بالتكلفة، لأن التكلفة أصبحت موضوعاً هاماً يوماً بعد يوم وموضوعاً حرجاً، فنحن نحتاج إلى وسائل الرعاية التي تحسن الصحة ولكن بتكلفة أقل. ومن المهم أن نعرف أن لكل وسيلة كماً من المال يتعين إنفاقه من أجل الحصول على أي الأنواع والكميات من مزايا الصحة،

<sup>1</sup> - ثابت عبد الرحمن درويش: استخدام مدخل الجودة الشاملة في إدارة المستشفى بالتركيز على إدراكات وتوقعات المرضى، مؤتمر تطوير إدارة المستشفيات الجامعية، جامعة المنوفية، مصر، 22-23 سبتمبر 1998م، ص3.

<sup>2</sup> - توفيق محمد عبد الحسن: تخطيط ومراقبة جودة المنتجات-مدخل إدارة الجودة الشاملة-، دار النهضة العربية، القاهرة-مصر، 1996م، ص12،13.

<sup>3</sup> - Philip Crosby, **Quality is free ,theart of making Quality certain**, MC graw Hill Book co, New york, 1979, P150.

ولابد من إيجاد التوازن بين التكاليف والمزايا حتى يمكن اتخاذ القرارات الحكيمة بناء على المعرفة، أي إننا في حاجة لعلم جديد للرعاية الصحية، علم أقل في التبذير والإسراف وأكثر اقتصاداً وتديباً.

### • انتشار المعرفة

يتفق الكثيرون على أن التعليم والتدريب المهني الأساسي هو حجر الزاوية لضمان الجودة في الرعاية الصحية، حيث يحتاج إلى تجديد ومراجعة ومستمرتين، لنقل العلم والتكنولوجيا الحديثة وتحديث المعرفة القديمة وإلغاء التكنولوجيا التي تقاوم عهدها، لذلك لابد من وجود الضوابط المشددة على الاستخدام المبكر للتكنولوجيا مثل التأكد من اختيارها.

### • توفير الموارد المالية والبشرية

وهو العنصر الثالث لإرساء أساس ضمان الجودة لممارسة الرعاية الجيدة، فمن المهم أن يكون لدينا الموارد الكافية ذات النوعية الجيدة، خاصة عند النظر إلى كفاءة الأشخاص العاملين في الرعاية الصحية<sup>(1)</sup>.

وفي ضوء ما سبق نجد أن الجودة في الرعاية الصحية يمكن اعتبارها ناتجاً لإثنين من المكونات هي:

- علم وتكنولوجيا الرعاية الصحية والذي يحدد لنا إمكانيات تحقيق الجودة وكيفية ذلك.
- مدى قدرتنا على تطبيق العلم والتكنولوجيا كمتخصصين في مجال الرعاية الصحية والاهتمام بمراقبة الأداء، وهو تقييم درجة نجاحنا في تطبيق العلم والتكنولوجيا المتاحة لنا<sup>(2)</sup>.

وبعد استعراضنا لمفهوم الجودة ومفهوم ضمان الجودة وإدارة الجودة الشاملة، يمكننا أن نحدد خصائص جودة الرعاية الصحية في النقاط الرئيسية التالية:

- أ- **فاعلية الرعاية:** ويعني بذلك أن تؤدي الرعاية إلى أفضل تحسن في متوسط العمر المتوقع مع توافر القدرة على الأداء الوظيفي والشعور بالرفاهية والسعادة بشكل مستمر.
- ب- **كفاءة الرعاية:** معناها أنه مهما كانت درجة التحسن في الصحة والقدرة على الأداء الوظيفي، فلا بد أن يتيسر ذلك بأقل تكلفة ممكنة. وترتبط بهذه الخاصية مجموعة من الخصائص الفرعية متمثلة في:

<sup>1</sup> - أفيديس دونابيديان: إعادة النظر في المسؤوليات المهنية والمؤسسة لضمان الجودة في الرعاية الصحية، المؤتمر القومي الأول لجودة الرعاية الصحية، القاهرة-مصر، 26-28 سبتمبر 1995م، ص 63.

<sup>2</sup> - أفيديس دونابيديان: الارتقاء بجودة الرعاية الصحية عن طريق مراقبة الأداء الإكلينيكي وتعديله، المؤتمر القومي الأول لجودة الرعاية الصحية، القاهرة-مصر، 26-28 سبتمبر 1995م، ص 2.



- تيسير إمكانية الوصول لخدمات الرعاية وإزالة العوائق التي تحول بين المريض وبين وصوله للخدمة، والمتمثلة في عوائق جغرافية مرتبطة بالمكان وعوائق اجتماعية تنظيمية، ونحن نحتاج إلى مواجهة الإثنان معًا للحصول على كفاية الخدمة مع تحقيق المساواة في الوصول إلى جودة متساوية للخدمة من حيث (الملائمة، الراحة، الخصوصية، التحضر، التفاعل مع ممارسي الرعاية الصحية على قدم من المساواة الودية).

- تمكين المنتفعين (المستهلكين)، وذلك لأنه لا يمكن نجاح مقدمي الرعاية الصحية بمفردهم دون تعاون المنتفعين معهم وترك الفرص لهم في التعبير عما يريدونه والمشاركة في تحقيق ما يريدون، ويمكن أن يحدث ذلك من خلال السرعة في تلقي شكاوي المنتفعين ومقترحاتهم، وأيضًا التيسير على المنتفعين حتى يقدموا الشكاوي ويقترحون الآراء عن كيفية تحسين الرعاية وقيام أجهزة مراقبة الجودة بالبحث بإيجابية ونشاط عن الشكاوي والآراء والمقترحات، وتعريف المنتفعين بأن كل ما يقدمونه من آراء وشكاوي يتم تدوينه ويؤخذ في الاعتبار، وإن كان مناسبًا سيتم التصرف فيه والاستجابة له من قبل المؤسسة. وأخذ هذا فضلًا عن تصميم نظام الحوافز بقطاع الرعاية الصحية الذي يشجع على جودة الأداء وهذه الحوافز قد تكون مادية أو مهنية أو رمزية. دون إغفال مراقبة أداء النظام، فمن خلاله نعلم كيف يعمل النظام في المتوسط وما مدى ما يصادفه من تغير في الأداء. وتعتبر المراقبة مهنية في جزء منها ومسؤولية مؤسسية في الجزء الآخر. فالمهنيون مسؤولون على أن يكونوا على مستوى تعهداتهم بالنسبة للجودة، وأن يسعوا نحو الإصلاح المستمر واضعين أمامهم أولويات المؤسسة والكوادر الإدارية، أيضًا يجب أن تلتزم بالجودة تحقيقًا لمبدأ "الإلتساق" الذي بدونه سوف يعمل المهنيون الممارسون والإداريون بأهداف متعارضة تؤدي إلى إلحاق الضرر بالجميع.

- ممارسة الحكمة وحسن التمييز، بمعنى يتصرف شخص من أجل تحقيق أفضل المصالح لشخص آخر<sup>(1)</sup>.

ج- **مدى قبول الرعاية:** ونتائجها من جانب المرضى، وإن كان ذلك يخضع لاعتبارات اجتماعية منها:  
- الكفاءة الفنية، وتعني المهارات والقدرات والأداء الفعلي الصحيح والثابت لمقدمي الخدمة الصحية من المهنيين والإداريين والكوادر المساعدة، وتقاس الكفاءة الفنية من حيث مدى مطابقتها للمواصفات الفنية المطلوبة.

<sup>1</sup>- فتحي أحمد محمد علي: الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الصحية في ضوء سياسات الخصخصة، دار الكتب والوثائق القومية، الإسكندرية-مصر، 2005م، ص70،71.

## الفصل الخامس: دمج التفكير الاستراتيجي ضمن عمليات التخطيط الصحي

فاعلية الرعاية، ولتقييم الفاعلية نجيب على السؤال التالي: هل هذا الإجراء أو العلاج المطبق بطريقة صحيحة أعطى النتائج المرجوة؟ ويقاس بقسمة النتائج/المدخلات.

- العلاقة بين أفراد الفريق العلاجي، وقياس هذا البعد التفاعل بين كل من أعضاء الفريق العلاجي، حيث أن العلاقات الجيدة بين أفراد الفريق تبعت على الثقة والمصداقية من خلال إظهار الاحترام والمحافظة على السرية.

- الاستمرارية، وتعني أن المريض الواحد يراجع نفس الطبيب دائما والذي يعرف سيرته المرضية، وفي حالات أخرى تعني الاحتفاظ بملفات طبية صحيحة تمكن الطبيب الجديد من معرفة السيرة المرضية للمرضى ومتابعة علاجهم.

- السلامة الصحية، وتشمل السلامة الصحية للمريض وللفريق العلاجي أو الصحي.

- الكفاءة في استخدام الموارد، وتعني تقديم أفضل وليس أقصى رعاية صحية للمريض وللمجتمع، وذلك بتحقيق أكبر منفعة من الموارد المتاحة.

- الكماليات، وتعني مقومات الخدمات التي ليس لها علاقة بالإجراءات الطبية، ولكنها تزيد من إقبال المرضى ورضاهم وعودتهم للخدمة الصحية واستعدادهم لدفع ثمن هذه الخدمة<sup>(1)</sup>.

وهناك مجموعة من العوامل تعتبر ضوابط عامة تحدد جودة الخدمات الصحية تتمثل هذه الضوابط

فيما يلي:

❖ **الإجازة:** إن النقطة الأهم في نظام الإجازات أنه تقوم على افتراض أن الشخص المؤهل للإجازة

سوف يقوم بخدمات صحية جيدة ولمدة زمنية طويلة، ومع ذلك فإن الدراسات تشير إلى اختلافات

كبيرة في الجودة، وهذا ما يبين أن نظام الإجازة قليل المصداقية فيما يتعلق بضمان الأداء الجيد.

كما أن هناك اتجاه بتعديل هذا النظام وإدخال ما يسمى بنظام الإجازة المؤسسي، حيث تصبح

المؤسسة الصحية مسؤولة عن كفاءة الأفراد الذين تستخدمهم.

❖ **الاعتماد:** تقيم المؤسسات الصحية على أساس الهيكل المادي للمؤسسة والهيكل التنظيمي،

ومؤهلات العاملين في المؤسسة الصحية، وهذا النظام يعمل على أساس أنه إذا تحققت المعايير

المادية والتنظيمية، فإن الخدمات الصحية المقدمة تكون جيدة.

<sup>1</sup>- بهاء الدين السروري: آليات تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الجامعية -اجتياح استراتيجي-، مؤتمر تطوير إدارة المستشفيات الجامعية، جامعة المنوفية، مصر، 22-23 سبتمبر 1998م، ص5.

❖ **الشهادات:** حيث يتم استعمال المعايير التالية: الخبرة، التعليم، ونتائج الامتحانات، فهذه المعايير تحدد أهلية الأفراد مقدمي الخدمات الصحية<sup>(1)</sup>.

### 3. دور المسؤولية الاجتماعية في ترقية تسويق الخدمات الصحية

إن الطبيعة القدسية لمهنة الطب الهائل والمستمر والتنامي في وقتنا الحاضر، جعلت من التسويق نشاطا قابلا ومؤثرا، ينبغي أن يؤدي دورا رياديا في عملية رفع مستوى رفاهية الأفراد في المجتمع. فالتوجه الاجتماعي للتسويق يعبر عن الأفكار التي يؤمن بها رجال التسويق المنعكسة آثارها على الأنشطة التي يزاولونها والمنصبية نحو تحقيق المصالح العامة للمجتمع، ودون تقييدها بفئة معينة من الأفراد<sup>(2)</sup>.

إلا أن هذا التوجه التسويقي يشكل أحيانا مشكلة للمنظمات الصحية ذات التوجه التسويقي، والملتزمة بإرضاء حاجات الأسواق ورغباتها، ولعل المشكلة تكمن في أن ما يحتاج إليه السوق ربما هو ما لا يرغب فيه، وأن ما يحتاج إليه المريض من علاج هو عادة شيء معقول يتضمن في نوعيته رعاية جيدة، في حين أن بحوث التسويق تظهر بأن المرضى يرغبون ويتمنون أمنيات متنوعة غير مرتبطة بالحاجة المعقولة التي هي نوعية جيدة من الرعاية، فهم يريدون فضلا عن العلاج، استجابة سريعة لرغباتهم ومتطلباتهم الكثيرة في غرفهم وخيارات مختلفة في أنواع الأطعمة المقدمة في وجباتهم الغذائية وغيرها، بالإضافة إلى أنه توجد رغبات لا يمكن إشباعها، لتعارضها مع سلامة صحة المريض أو لتعارضها مع اهتمامات المجتمع مثل التدخين، وفي كل من الحالات المتقدم ذكرها، فإن المؤسسات الصحية بتطبيقها المفهوم الاجتماعي للتسويق تضغط وتحث على بعض رغبات وحاجات المريض من أجل مصلحته. وفي هذه المرحلة من مراحل الفكر التسويقي ظهرت حقوق المستهلك، ومؤسسة وجمعيات حماية المستهلك. وفي مجال القطاع الصحي برز ما يسمى بحصانة المريض patient charter التي يعتقد بأنها تمثل التحول الأساسي باتجاه سيادة المريض<sup>(3)</sup>.

كما يفترض المفهوم الاجتماعي للتسويق بأن مهمة المؤسسة هي تحديد حاجات ورغبات واهتمامات الأسواق المستهدفة، وتقديم الرضا المرغوب بصورة أكثر كفاءة وفاعلية من المنافسين، وبالطريقة التي من شأنها أن تدعم المستهلك والمجتمع وتحقق الرفاهية لهما. وفي هذا الصدد نجد بأن المؤسسات الصحية تتبع عدة مداخل متنوعة في التعامل مع مسؤولياتها تجاه المجتمع تبعا لأسباب كثيرة منها: رسالة

<sup>1</sup> - فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسير للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2008م، ص385.387.

<sup>2</sup> - Parcours : le Marketing, Edition Hachette livre, paris, 1996, p247.

<sup>3</sup> - نجاة العامري: تسويق الخدمات الصحية-دراسة حالة مصلحة أبو القاسم بسكيكة-، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سكيكة-الجزائر، 2009م، ص35.34.

المؤسسة واستراتيجيتها وأهدافها، فضلا عن طبيعة عملها وتخصصها ...، ويمكن تأشير ثلاثة مداخل رئيسية في المسؤولية الاجتماعية للمنظمات:

### - مدخل الواجب الاجتماعي

المؤسسات الصحية في هذا المدخل تكون ملتزمة بالتعليمات الوزارية والقوانين والأنظمة الحكومية، إلا أنها لا ترغب في عمل شيء ذي توجه اجتماعي أبعد من ذلك، وهذا قد لا يتطابق مع بيئة عمل المؤسسات الصحية، فالجراح الذي يجري عملية جراحية لأحد المرضى وحدثت فيها مضاعفات لا يفترض به مغادرة صالة العمليات عند انتهاء أوقات الدوام الرسمية، ما لم يتأكد من صحة المريض واستقرار حالته.

### - مدخل التفاعل الاجتماعي

في هذا المدخل تكون المؤسسات الصحية ملتزمة بالواجب الاجتماعي، وترغب في الوقت نفسه في التفاعل مع المجتمع لملاقاة اهتماماته ومتطلباته بطريقة تلقائية.

### - الاستجابة الاجتماعية

تبحث المؤسسات في هذا المدخل عن طرق وأساليب جديدة ومبتكرة كي تحقق فائدة للمجتمع، فضلا عن ملاقاة الواجب الاجتماعي والتفاعل الطوعي مع المجتمع<sup>(1)</sup>.

## ثانيا: التطبيقات العملية للمسؤولية الاجتماعية في إطار التخطيط الصحي

### 1. العمليات التنسيقية والتعاونية لمنظمات الرعاية الصحية في إطار التخطيط الصحي

تتعرض منظمات الرعاية الاجتماعية للعديد من العوامل الداخلية والخارجية التي تؤثر فيها وتتأثر بها، حيث تعمل هذه المنظمات على التوافق مع هذه العوامل عن طريق ميكانيزمات توجد لها لتحقيق ذلك التوافق الداخلي والخارجي حتى تتمكن من أداء أدوارها، لذا يطلق عليها الأنساق الاجتماعية الإمبريقية. فهي ترتبط بالتطبيق الاجتماعي أو بأداء نشاط ملموس، وترتبط العلاقات بين منظمات الرعاية الاجتماعية والمنظمات الأخرى بالمجتمع بعمليتي التنسيق والتعاون<sup>(2)</sup>.

<sup>1</sup>- تامر ياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص220.

<sup>2</sup>- محمد رفعت قاسم: تنظيم المجتمع -الأسس والأجهزة-، الثقافة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة-مصر، 1999م،

أ- التنسيق

يعرف التنسيق بصفة عامة بأنه عملية إقامة علاقة مناسبة بين عدة وحدات وهذا بدوره يتضمن محاولة ربط تلك الوحدات في إطار تعاوني للتوصل إلى سياسات وإجراءات عمل متفق عليها بين المنظمات. ويركز "فوردر" على التعاون كمفهوم أساسي للتنسيق بين المنظمات، والذي يعنى به تحديد الأدوار وانتهاج أساليب من شأنها أن تؤدي إلى تجنب اتخاذ قرارات متعارضة<sup>(1)</sup>.

كما عرفه "هنري فايول" H.Fayol بأنه إيجاد الانسجام والتكامل بين جميع الأنشطة في المنظمة بطريقة تيسر العمل وتحقق النجاح.

ويعرف أيضا بأنه المجهود الذي يرمي إلى تعاون مختلف أجزاء الإدارة وعدم تضاربها في سبيل تحقيق الهدف المشترك<sup>(2)</sup>.

كما يعرف أيضا بأنه هو التركيب المنظم لمجهود الجماعة للوصول إلى وحدة العمل من أجل تحقيق هدف محدد. وبذلك يضمن التنسيق العمل داخل المنظمة في اتجاه واحد نحو الهدف بدون تعارض أو تضارب أو ضياع للمجهود<sup>(3)</sup>.

ومن ثم فإن التنسيق عملية للعمل بين منظمات الرعاية الاجتماعية، فهو يتضمن إيجاد تعاون رسمي بين مجموعة من منظمات الرعاية الاجتماعية، بحيث يتضمن ذلك التعاون تبادل المنفعة بين المنظمات المنسق فيما بينها، وبذلك تتخذ تلك المنظمات قرارات غير متعارضة، أي لا تؤدي إلى الإخلال بمصالح المنظمات الأخرى، فهي منظمات متعاونة تعمل على تحقيق أهداف مشتركة في نطاق برنامج عمل متفق عليه<sup>(4)</sup>.

ب-التعاون

التعاون هو أحد مظاهر التفاعل الاجتماعي ونمط من أنماط السلوك الإنساني، فهو التعبير المشترك لشخصية أو أكثر في محاولة لتحقيق هدف مشترك<sup>(5)</sup>.

<sup>1</sup> - عبد الحليم رضا عبد العال: تنظيم المجتمع النظرية والتطبيق، مركز كتاب كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، مصر،

1998م، ص33،32.

<sup>2</sup> - محمد بهجت جاد الله كشك: المنظمات وأسس إدارتها-مدخل لدراسة المؤسسات الاجتماعية-، دار الطباعة الحرة، الإسكندرية-

مصر، 1995م، ص212.

<sup>3</sup> - أحمد كمال أحمد: تنظيم المجتمع، ج1، ط2، دار وهدان للطباعة والنشر، القاهرة-مصر، 1973م، ص61،62.

<sup>4</sup> - عبد الحليم رضا عبد العال: مرجع سابق، ص33.

<sup>5</sup> - محمد رفعت قاسم: مرجع سابق، ص381.

وبالرغم من أن التعاون يبدو عموماً أنه مرغوب فيه، فإنه يكون لبعض المنظمات في بعض الأوقات الصراع أو التنافس مفضلاً، وهذا النوع من التنافس إذا تم داخل تعاون أوسع، يمكن أن يفيد كل المنظمات المشاركة، وفي بعض الحالات يكون الصراع مع منظمة أخرى له مميزات خاصة بتوفر وحدة داخلية في كل المنظمات المتصارعة، ولهذا فإنه يمكن تشجيع الصراع الخارجي لحل المشاكل الداخلية. لقد قسم "ماكيفر" طرق التعاون إلى مباشرة وغير مباشرة، وهذا يقابل التعاون ذو المصالح المشتركة وتعاون ذو المصالح المتشابهة، حيث يتعاون الناس والجماعات والتنظيمات ذوي المصالح والأهداف المشتركة اعتقاداً منهم بأن العمل التعاوني أدعى لخيرهم من العمل الفردي، بل إحساساً منهم أيضاً بقيمة المجموعة المتعاونة ومثلها العليا. أما التعاون القائم على أساس من المصالح المتشابهة فلا يكون بمثل هذه القوة، وذلك لوجود العنصر الفردي ظاهراً مثلاً في الدافع المؤدي إلى المصلحة الخاصة. فالفردي في هذه الحالة يتعاون لأنه وجد أنه من الممكن أن تتفق مصلحته مع مصلحة الآخرين، وهذا النوع من التعاون يقوم على المنفعة المتبادلة<sup>(1)</sup>.

### 2- الالتزامات الداخلية والخارجية للمسؤولية الاجتماعية

إن المنظمات الصحية بمختلف أنواعها سواء كانت عامة أو خاصة، يجب أن تلتزم بمسؤولياتها الاجتماعية تجاه الأطراف الأخرى سواء كانوا العاملين فيها أو المتعاملين معها، وهي كالتالي:

#### أ- المسؤولية الاجتماعية تجاه العاملين بالمستشفى

إن قيام المؤسسة هو الالتزام بمسؤوليتها الاجتماعية تجاه العاملين فيها، وهذا يعتبر من الأعمال المربحة على المدى الطويل، حيث أن راحة العاملين بالمستشفى تؤدي إلى رفع الروح المعنوية بالنسبة لهم بما ينعكس على أدائهم، بحيث يصبحون متميزين وبالتالي تزيد إنتاجيتهم.

إن الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية يؤدي إلى زيادة قدرة المؤسسة على الاستمرار والبقاء والنمو في عالم الأعمال. فإذا صرحنا بأن المؤسسة ليس عليها التزاماً صحياً واجتماعياً وترفيهياً تجاه العاملين فيها، وأن 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 والسياسات، وتصبح المؤسسة مهددة بالتوقف والإفلاس والخروج من السوق.

<sup>1</sup> - عبد الحليم رضا وآخرون: تنظيم المجتمع: أجهزة - مجالات - حالات -، مكتبة نهضة الشرق، جامعة القاهرة-مصر، 1996م،

## الفصل الخامس: دمج التفكير الاستراتيجي ضمن عمليات التخطيط الصحي

تؤدي التزام المؤسسات الصحية بالمسؤولية الاجتماعية تجاه العاملين فيها إلى زيادة درجة الانتماء والولاء التنظيمي للأفراد العاملين مما ينعكس على زيادة القوة التنافسية لهذه المؤسسة.

ويهدف التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤوليتها الاجتماعية تجاه العاملين فيها إلى منع المشاكل قبل وقوعها، حيث أن المنظمات العمالية والنقابية ومؤسسات التأمين الصحي والاجتماعية وغيرها، قد تعارض سياسات المؤسسة إذا لم توفر خدمة معينة بمستوى معين للعاملين، ويظهر هذا خاصة في العيادات الخاصة والمستشفيات والوحدات ومراكز التحاليل والأشعة الخاصة.

إن القوانين والنظم الحكومية لا تستطيع تغطية كل الظروف والحالات والمواقف، فالتزام المؤسسات الطبية بمسؤوليتها الاجتماعية يساعد الحكومة والمجتمع ويساهم في حل مشكلات وطنية، منها الحد من البطالة والحد من هجرة العمالة للخارج وارتفاع مستوى دخل الفرد....، ولذلك يمكن القول أن التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤوليتها الاجتماعية تجاه العاملين هو هدف قومي واستراتيجي في نفس الوقت. وهناك مجالات كثيرة يمكن للمستشفيات والعيادات والوحدات الصحية المتنوعة أن تستجيب فيه لزيادة الدعم الاجتماعي والاقتصادي للعاملين فيه، ويمكن إبراز أهم هذه المجالات في:

- توفير الرعاية الطبية والصحية 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، لأن المريض يحتاج إجراء عملية جراحية أو يحتاج فحوصات وأشعة وتحليل أو نقل دم أو غير ذلك. وفي مثل هذه الأحوال يجب أن تكون الخدمات الصحية الجيدة مقصورة فقط على الأطباء أو أهاليهم أو طبقة الإدارة العليا المتميزة في المستشفى، ولكن يجب أن تمتد إلى جميع العاملين، وبإمكان القول أن العاملين ذوي الدخل المنخفض هم أولى.

- توفير الخدمات الترفيهية والثقافية والرياضية للعاملين، فالمؤسسات الاستشفائية مطالبة بتوفير هذه الخدمات للعاملين، وإذا كان الأمر مقصوراً على توفير هذه الخدمات للمرضى، فكيف يتسنى للعامل أن يخدم مريضاً يتمتع بهذه الخدمات والعامل محروماً منها. وتشمل هذه الخدمات الرحلات وتنظيم عمليات الحج والعمرة وزيادة الأماكن المقدسة وإقامة الندوات والاجتماعات وإحداث نوع من التقارب بين الإدارة والعاملين وبين مختلف الفئات العاملة والمستشفى. إن هذا الأمر يؤدي إلى توفير الإشباع النفسي والمعنوي، كما أنه يقلل من الصراع والتعارض بين مختلف الفئات العاملة في المؤسسات الاستشفائية.

## الفصل الخامس: دمج التفكير الاستراتيجي ضمن عمليات التخطيط الصحي

- توفير الخدمات الأساسية للعاملين في الوحدات الصحية، مثل توفير وسائل النقل والمواصلات والمساهمة في توفير السلع الأساسية والسلع النادرة أو التي يعاني السوق من عدم تواجدها.
- توفير خدمات الحضانه لأبناء العاملين بالمؤسسات الصحية، لتقادي العديد من المشاكل منها الزوجية الاجتماعية والاقتصادية، ولتجنب حالات الإجازات والاستئذان والتغيب والخروج من غير إذن والتأخر عن الحضور في الموعد المناسب والخروج مبكراً...، كل هذه الأمور تتعكس في النهاية على انخفاض كفاءة الأداء التنظيمي وزيادة تكلفته، ولذا يجب أن تساهم المؤسسات الصحية في حل مشكلات العاملين بها في هذا المجال.
- توفير خدمات ما بعد سن التقاعد، مثل المتابعة والتأكد من صرف المستحقات المالية للعاملين المحليين إلى التقاعد والمساهمة في خدمتهم اجتماعياً واقتصادياً وهكذا. واستعراض الخدمات السابقة، قد يرى البعض أنها مكلفة ومجهدة وتحتاج إلى وقت وموارد بشرية ومالية كثيرة، وهذا حقيقي، إلا أنه يمكن القول أنه باحتساب العائد في الأجل الطويل فسوف تكون النتيجة في صالح المؤسسة<sup>(1)</sup>.

### ب- المسؤولية الاجتماعية تجاه المتعاملين مع المستشفى

- تتعدد الفئات التي تتعامل معها المؤسسات والمنظمات الصحية، ويمكن إجمالها هذه فيما يلي:
- المرضى والجمهور المتردد على المنظمات الصحية (العملاء).
  - المؤسسات الصحية المنافسة التي تقدم نفس الخدمات الصحية وتتفاوت فيها بينها وجودتها ونوعيتها.
  - المؤسسات الصحية المكملة، مثل شركات ومصانع الأدوية ومصانع شركات إنتاج الأدوات والأجهزة والتجهيزات الطبية ومخابر التحاليل والأشعة وغيرها.
  - المؤسسات العامة التي تساهم في نجاح المؤسسات الصحية، مثل الشؤون الاجتماعية، التعليم، الإعلام، الإذاعة، التلفزيون والصحافة والمالية والقوى العاملة والجامعات ومراكز البحث العلمي وكليات الطب وغيرها.
  - مؤسسات ومنظمات المجتمع المحلي المباشر، مثل المجالس الشعبية المحلية والمجالس التنفيذية، المحافظون وأعضاء ومجلس الشعب والشخصيات والمؤسسات العامة التي تقدم الدعم والتأييد والمهتمة بالنشاط الصحي.

<sup>1</sup>- نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتانة للكتاب، الجزائر، 2008م، ص96-97.



## الفصل الخامس: دمج التفكير الاستراتيجي ضمن عمليات التخطيط الصحي

- المؤسسات والمنظمات الصحية العالمية، مثل منظمات الصحة العالمية ومختلف مكاتبها ووكالات التنمية الدولية ومراكز البحوث الطبية والجامعات الأجنبية والدولية المعروفة في هذا المجال<sup>(1)</sup>.
- ومن مجالات المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاستشفائية تجاه المتعاملين، تقديم الخدمات الصحية والطبية الجيدة والمناسبة لجميع المرضى والمترددون على المستشفى، أيا كانت ظروفهم المادية أو جنسياتهم أو عقائدهم وعمرهم، ويمكن إجمالها كالتالي:
- الحق في العناية اللائقة التي تضمن للمريض الاحترام والمعالجة حسب مستوى علمي رفيع.
- حق الحصول على المعلومات الخاصة بحالته وذلك بلغة يستطيع المريض فهمها.
- الحصول على المعلومات الكافية التي تمكنه من اتخاذ القرار الصحيح والإجراءات التي يوافق على اتخاذها.
- للمريض حق الاحتفاظ بسرية حالته المرضية وبرنامج المعالجة المتبع.
- 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 وبعضها، منافسة شريفة تقوم على تقديم أجود الخدمات وبأسعار مناسبة لظروف المجتمع الاقتصادية والاجتماعية.
- أن تلتزم المؤسسات الصحية بدفع ما عليها من الضرائب ورسوم للدولة، فالنظام الضريبي يساهم من خلال إعادة توزيع حصيلته في تحقيق نوع من العدالة الاجتماعية بالمجتمع. وأن يكون هناك نوع من التنسيق الموضوعي والفعال بين المؤسسات الصحية والمؤسسات الأخرى المكمل لها أو المؤسسات العامة، بهدف تحسين صحة الأفراد والمجتمع المحلي في نطاق الإمكانيات المتاحة وفي نطاق الدعم المحلي لهذه المؤسسات.
- يتوجب على المستشفيات دعم وتشجيع كل طريقة فعالة من شأنها تخفيض 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....)

<sup>1</sup> - المرجع السابق، ص 98.

- يتوجب على المستشفى توفير المنشآت الملائمة لتوثيق وحفظ سجلات طبية كاملة وملائمة، ويتحمل المستشفى وموظفيه مسؤولية حماية هذه السجلات<sup>(1)</sup>.

### 3. جهودات التخطيط الصحي في دعم خدمات الرعاية الصحية

كان للتغيرات التي طرأت مؤخرًا على البيئة الاقتصادية تأثير خطيرا على الجهود التي بذلت في كثير من البلدان في سبيل تنفيذ استراتيجياتها الرامية إلى توفير الصحة للمجتمع، ويمكن لهذه العقبات الاقتصادية في الوقت نفسه أن توجد فرصًا تتاح للقطاع الصحي من خلالها الاضطلاع بدور أكثر فعالية في التغلب عليها، أن الوضع الاقتصادي غير المواتي الذي يواجه بعض البلدان سوف يستمر في تحدي واضعي السياسة الذين يسعون لتحقيق توازن بين الأهداف الاقتصادية والاجتماعية، وبالتالي عليهم الموازنة بين الجهود التي تستهدف تحقيق النمو الاقتصادي وبين تلك التي ترمي إلى حماية وتعزيز التنمية الاجتماعية والصحية والبشرية، واتباع سياسات موجهة نحو تحقيق العدالة الاجتماعية.

وعليه، يمكن أن ينطوي الدعم الاقتصادي المنخفض الذي يتوافر للقطاع الصحي على تأثير خطير في فعالية الخدمات الصحية وكفاءتها وعدالتها، بحث يواجه واضعو السياسة صعوبة أخرى في التعرف على خطورة ذلك التأثير وإيجاد طرق جديدة للتغلب عليها وتحسين نوعية ومقدار الدعم الاجتماعي الذي يخصص للاستراتيجيات الوطنية لتوفير الصحة للجميع، وربط تلك الإمكانيات ربطاً وثيقاً بسياسات التنمية الشاملة. كما أن قدرة البلدان على الاستثمار في التنمية الصحية والاجتماعية تتأثر إلى حد كبير باتجاهات تنميتها الاقتصادية.

وعلى غرار ذلك، فإن قدرة الأفراد على تحمل تكلفة ما يحتاجون إليه من خدمات صحية تتوقف على مستوى معيشتهم، وفضلا عن ذلك، فإن مستويات المعيشة هي ذاتها معينات هامة للحالة الصحية، مثلما يزيد الفقر وسوء التغذية من الاستهداف للمرض ويحولان دون اكتمال الصحة<sup>(2)</sup>.

### أ- المسؤولية العامة للقطاع العام

يقع معظم العمل اللازم لبلوغ أهداف توفير الصحة للجميع على عائق الحكومة حيث تتبع مسؤولية الحكومة عن الصحة من عدم مقدرة الأفراد والهيئات التطوعية والقطاع الخاص الوفاء بجميع الاحتياجات الصحية بمفردهم. وعلى هذا الأساس، ينبغي أن تقدم الخدمات التي تفيد البلد ككل من دون مقابل تفرضه الحكومة على الأفراد، خاصة الفئات المحرومة من الرعاية، حيث تشكل الفئات المحرومة من الرعاية

<sup>1</sup>- تامر الياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 244.

<sup>2</sup>- أحمد مندور، أحمد رمضان: اقتصاديات الموارد الطبيعية والبشرية، الدار الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1990م، ص 333.

جزءًا من سكان كل بلد، الذين لا يتيسر لهم الحصول على الرعاية الصحية ومنهم المسنون والمرضى، والذين بلا مأوى أو عمل أو أنهم يقطنون مناطق عشوائية نائية أو نازحون، وتكون هذه العناصر المحرومة في كثير من البلدان ولاسيما في البلدان النامية الضعيفة سياسيًا وغير المتعلمة، لذلك فمن الواجب على الحكومات الاهتمام برعاية المجموعات المحرومة من الرعاية لاسيما وأن إحدى مسؤولياتها تتجسد في ضمان التوزيع العادل لموارد المجتمع على ضوء مبادئ العدل الاجتماعي.

### ب- مسؤولية الفرد والعائلة

من الضروري مشاركة الأفراد والعائلات في المجال الصحي، لأن الرعاية تنشأ أساسًا بين الناس لتقابل مشاكلهم الصحية، فبدلًا من مجرد تلقيهم الرعاية على نحو سلبي لابد عليهم من المباشرة في مطالبة حقوقهم، وتشمل حقوقهم وامتيازاتهم الحق في الحصول على فرصة صحية متساوية، أي الحق في الرعاية الصحية والحق في التزود بالمعلومات والحق في المشاركة. وينبغي عليهم أن يعملوا على تنمية قدراتهم وتحديد احتياجاتهم والتعبير عنها، فضلًا عن الإدراك الكافي فيما يتعلق بمتى وكيف تستخدم الرعاية الصحية لتلبية احتياجاتهم، وهذه المشاركة الفعالة في الرعاية الصحية هي التي تمكنهم من اختيار الرعاية الصحية المناسبة، وتضمن توافر المستلزمات الصحية الكافية للجميع، وأن تكون بيئتهم صحية وأن يلبي نظام الرعاية الصحية احتياجاتهم<sup>(1)</sup>.

### ج- دور القطاع الخاص

يشكل القطاع الخاص عنصرًا هامًا من العناصر التي يقوم عليها النظام الصحي في العديد من البلدان النامية والمتقدمة، ولا يقتصر دوره على تقديم الرعاية الصحية، بل يشمل أيضا إنتاج الأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها والتزويد بالمياه والتخلص من الفضلات الصلبة والسائلة. كما أن الأساليب الجديدة التي يجري تصميمها لتوفير الرعاية الصحية الأولية وتمويلها، تتضمن طائفة واسعة من الترتيبات المؤسسية التي تهدف إلى إشراك القطاع الخاص في هذه الجهود. وقد حددت للأجهزة الحكومية والهيئات شبه الحكومية والشركات الخاصة أدوارًا مختلفة في هذا الخصوص.

ومن الجدير بالذكر، أن الاقتراح الخاص بقيام المؤسسات المستقلة التي تسعى للربح في قطاع الرعاية الصحية الأولية، قد تبدو مثيرة للدهشة، إلا أن القضية الأساسية هنا هي مدى قدرة الحكومات

<sup>1</sup> - منظمة الصحة العالمية: الدعم الاقتصادي للاستراتيجيات الوطنية لتوفير الصحة للجميع، المكتب الإقليمي للشرق البحر

المتوسط، الإسكندرية-مصر، 1989م، ص128، 131.

على تشكيل علاقات قائمة مع المؤسسات الخاصة على نحو يمكن من تحقيق الأهداف الاجتماعية وبخاصة هدف توفير الصحة للجميع بخطى سريعة وفعالة.

### د- دور الهيئات والمنظمات المحلية

تُحوّل العديد من المنظمات غير الحكومية إلى هيئات وطنية، كالمجتمعات والنوادي واتحادات العمال والنقابات، وهي تختلف اختلافاً كبيراً عن بعضها البعض وتمثل اهتمامات متباينة للغاية، كما أنها مستقلة عن الحكومات وتمتلك أموالها الخاصة، وهدفها العام في إطار الرعاية الصحية هو مساعدة القطاعات ذات الدخل المنخفض من السكان، ولاسيما في المجتمع المحلي، وعلى تنظيم مواردها الذاتية والبشرية والمادية واستخدامها على نحو أفضل.

وقد أسفر الوعي المتزايد والقبول الأوسع نطاقاً للدور الذي تضطلع به المنظمات غير الحكومية في الحقل الصحي عن عدد من المبادرات والمشاريع الناجعة، مما يوضح قيمة وأهمية أسلوب المشاركة. وقد تشمل هذه المبادرات منظمات طوعية محلية صغيرة الحجم تركز في عملها على المجموعات المحرومة اجتماعياً في منطقة جغرافية محددة، فتقدم لها الرعاية الصحية الأساسية، وقد تشمل منظمات واسعة النطاق على المستوى الوطني، تربط بها الحكومة كامل المسؤولية عن برنامج صحي معين (مثل جمعيات تنظيم الأسرة).

### هـ- مسؤولية المجتمع

من المسلّم به بصفة عامة أن مشاركة المجتمع مبدأً أساسياً من المبادئ التي يقوم عليها منهج الرعاية الصحية الأولية، وقد ورد ذلك في مضمون جميع التصريحات التي أصدرتها الحكومات الوطنية والمنظمات الدولية، فهناك اتفاق واسع النطاق على أن المجتمعات يمكن أن تضطلع بدور هام في استعراض المشكلات الصحية، وفي البحث عن حلول مناسبة ذات مردود، فحيثما لا تكفي الأموال العامة لإيصال الخدمات الصحية الأساسية للمحرومين منها، يمكن دعوة المجتمعات للمشاركة في تحمل ذلك العبء عن طريق الاسهام في الجهود والمواد والمال<sup>(1)</sup>.

### و- العلاقات المؤسسية

تدعم أنشطة الرعاية الصحية وتوجه من قبل المنظمات الرسمية وغير الرسمية على حد سواء، وفي البلدان النامية تشمل المنظمات الرسمية في العادة وزارة الصحة والوحدات التابعة لها، أما المنظمات غير

<sup>1</sup> - المرجع السابق، ص 132، 136.

## الفصل الخامس: دمج التفكير الاستراتيجي ضمن عمليات التخطيط الصحي

الرسمية فهي عبارة عن مجموعة من الناس تنظم نفسها بحيث تكون لها أولويات في الرعاية الصحية وتعمل على تعبئة الموارد.

وفي بعض البلدان لا تتبع هذه المنظمات غير الرسمية إدارياً وزارة الصحة، بل وزارة الإدارة المحلية والحكم المحلي، مما يتطلب وجوب تحقيق المزيد من الترابط والتنسيق بين مختلف الأجهزة الفرعية، بحيث تصبح الرعاية الصحية الأولية محور اهتمام جميع تلك الأجهزة لاحترام مبدئي العدالة والرعاية الصحية الأولية للسكان. وإذا ما حاولنا استعراض الجهود التي قام بها المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بإقليم شرق المتوسط والمدرج بالتقرير السنوي للمدير الإقليمي فسندج أن تلك الجهود تمثلت في:

- توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية كاملة للجميع: حيث تم عام 1998م تنفيذ بعض الأنشطة الهامة في بلدان الإقليم (شرق المتوسط) بغية تنظيم وتعزيز خدمات الرعاية الصحية الأولية ودفعها قدماً، وتعزيز تنفيذ هذه الخدمات ورصدها وتقييمها.

وقد أعربت بلدان الإقليم عن التزام قوي ومتجدد بالقيم الأساسية للرعاية الصحية الأولية وأهميتها المحورية في مجال التنمية المضمونة الاستمرارية، وتم إملاء اهتمام خاص لتنسيق نظام المنطقة الصحية، مع اشتراك المجتمعات مشاركة كاملة في جميع مراحل التنمية والبحث عن مصادر بديلة للتمويل والمخصصات المالية الحكومية. من أجل تحسين نظم الرعاية الصحية الأولية والحفاظ على المكاسب الصحية، قامت السلطات المعنية بتنفيذ عدد كبير من الأنشطة الرامية إلى دعم أسلوب نظام المنطقة الصحية وتوسيع نطاق الأخذ به. ويتم ذلك في حالة إذا تم انتقاء عشر مناطق صحية لإجراء وتحليل تفصيلي للوضع الراهن، وقد جرى في هذا الصدد إعداد بعض خطط العمل بالتعاون مع السلطات المحلية المعنية أين قامت بعض وكالات الأمم المتحدة بدعم هذه العملية دعماً قوياً<sup>(1)</sup>.

- تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية: على الرغم من أن نظام الرعاية الصحية يقوم بدور هام في تحقيق العدالة، إلا أن تأثيره يفوقه تأثير بعض المبادرات التي يتم اتخاذها في مجالات تخرج عن نطاق القطاع الصحي الرسمي والتي تتعلق بمحددات الصحة.

لذلك واصل المكتب الإقليمي للشرق المتوسط دعمه القوي لمبادرة تلبية الاحتياجات الأساسية وتبشيره بها بين بلدان الإقليم من أجل تحسين نوعية الحياة، وترتكز هذه المبادرة على مبادئ التنمية الكلية المتكاملة من خلال مشاركة المجتمع فيها مشاركة فعالة ومن خلال التعاون بين القطاعات.

<sup>1</sup> - المكتب الإقليمي للشرق المتوسط: التقرير السنوي لأعمال منظمة الصحة العالمية بإقليم شرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية، الإسكندرية-مصر، ديسمبر 1998م، ص38.

ومن أبرز الانجازات التي تحققت في هذا الصدد، إقامة مجمع اجتماعي وروحي يضم مسجدًا ومركزًا صحيًا وعيادة لطب الأسنان ووحدة للرعاية الاجتماعية وورشة للتأهيل المهني وناديًا نسائيًا وفصل لمحو الأمية وقد شارك في التكاليف الإجمالية لهذا المجتمع كل من منظمة الصحة العالمية وصندوق الرعاية الاجتماعية وأفراد المجتمع من خلال المنظمة اللاحكومية<sup>(1)</sup>.

• **تمويل خدمات الرعاية الصحية:** يختلف نظام التمويل باختلاف المنظمة الصحية وطبيعتها، فعلى سبيل المثال المستشفى الحكومي يتم تمويله من الميزانية الحكومية والمال العام، ويدخل الأمر في نطاق المالية العامة وقدرة مدير المستشفى في التفاوض وإقناع الإدارة السياسية في زيادة الميزانية أو تعديل بنودها، أما المستشفى الخيري فيقوم على جمع التبرعات والمساعدات المالية والإعانات، أما إذا كان المستشفى خاص، فيتم التمويل عن طريق رأس المال الخاص أو الاقتراض لآجال طويلة أو قصيرة من البنوك<sup>(2)</sup>.

• **دعم الرعاية الثانوية والثالثية:** حيث وفر المكتب لبدان الإقليم دعم الرعاية الثانوية والثالثية في مجالات عديدة منها إدارة المستشفيات وإنشاء نظم الإحالة تتسم بالكفاءة وتطوير خدمات الطوارئ الطبية، وصيانه المعدات، وإصلاحها<sup>(3)</sup>.

### ثالثًا: المسؤولية الاجتماعية وجودة الخدمات الصحية

#### 1. المسؤولية الاجتماعية ودعم العمل التطوعي بالمؤسسة

يعتمد تنفيذ المسؤولية الاجتماعية بشكل كبير على حجم المؤسسة، قطاع نشاطها، ثقافتها والتزام إدارتها، وقد تلجأ المؤسسات إلى تبني اتجاه واحد من المسؤولية وتركز على محور من المحاور الثلاث الرئيسية (اجتماعية، اقتصادية أو بيئية)، بينما تقوم مؤسسات أخرى بدمج الممارسات الاجتماعية في جميع جوانب عملياتها، وتسعى إلى بلوغ هدف أبعد من مجرد تحقيق الربح أو أن تصبح هي الأفضل إلى اتباع الممارسات التجارية الأخلاقية والمسؤولة، وتتخذ القرارات التي من شأنها الموازنة بين متطلبات مختلفة أصحاب المصلحة من مساهمين، موظفين، زبائن....، لذلك على المؤسسة أن تؤمن بضرورة المسؤولية الاجتماعية نحو المجتمع وأن تكون على قناعة ويقين من قبل كل مسؤول فيها بدءًا بأصحاب

<sup>1</sup> - فتحي أحمد محمد علي: مرجع سابق، ص 61، 62.

<sup>2</sup> - فريد راغب النجار: إدارة الأعمال في الأنظمة الصحية والطبية، مؤسسة الوحدة للنشر والتوزيع، الكويت، 1976م، ص 304.

<sup>3</sup> - فتحي أحمد محمد علي: مرجع سابق، ص 62.

## الفصل الخامس: دمج التفكير الاستراتيجي ضمن عمليات التخطيط الصحي

المؤسسات، مروراً بمديريها المستفيدين، وصولاً إلى الموظفين حول أهمية هذا الدور، وأنه أمر واجب على كل مؤسسة اتجاهاً للمجتمع الذي يعيش فيه.

وعلى الرغم من أن المؤسسة لديها كل الحق في وضع أهداف وتطلعات طموحة، ولها الحرية للتمتع بروح الابتكار واستقلالية التفكير، إلا أن مجلس إدارتها يقوم بتكوين لجان معنية بالأخلاقيات والمسؤولية الاجتماعية، بغية استعراض الخطط الاستراتيجية وتقييم التطور وتوفير التوجيه بشأن المسائل التي تنشأ في مجال الممارسات الاجتماعية، كما أنه يوجد التزام من طرف المؤسسة بين ما تمثله وما تصرح القيام به من سياسات وممارسات وبين أدائها الفعلي والطريقة الأمثل لتحقيق ذلك، هي بوضع هيكل إداري ينسق بين الالتزامات في مجال المسؤولية الاجتماعية وبين مهمتها، حجمها، نشاطها ثقافتها وكذا التحديات التي تواجهها عند القيام بعملية التخطيط على الأمد الطويل، وبهذا تصبح المسؤولية الاجتماعية جزءاً رئيسياً من أنشطة المؤسسات يتم متابعتها من قبل رئيس المؤسسة.

كما أنه على إدارة المؤسسة احترام مبدأ المسائلة العامة، والتي تضمن تيسير تعميم أساليب المسؤولية لتشمل جميع مستويات التنظيم وليس الإدارة فقط، وذلك بتناول القضايا المتصلة بتوصيف الوظائف وأهداف الأداء لأكثر عدد ممكن من الموظفين، إذ يمكن للموارد البشرية المشاركة في الجهود العامة التي تبذلها المؤسسة حتى تصبح مسؤولة اجتماعياً.

كما يمكن تعزيز المسؤولية الاجتماعية من خلال دمج القضايا بالنظام المجتمعي من طرف المؤسسة في مجال التوظيف، والترقية، والمكافآت...، وكذلك الترويج لأهميتها داخلياً من خلال وضع برامج التكوين، المحاضرات، تقديم المعلومات للمسيرين والموظفين، وكل ما يتعلق بعمليات صنع القرار التي تمكنهم من تحقيق نتائج تتسم بالمسؤولية.

ولعل من أكبر المعوقات التي تواجه المؤسسات الراغبة في الانطلاق في برامج المسؤولية الاجتماعية، رغبتها في الانطلاق من خلال المشاريع الكبيرة وتضخيم الأرقام، ولكن حتى يتم البدء في هذه البرامج يجب أن تكون الانطلاقة من خلال أهداف صغيرة ومحددة تكبر بمرور الأيام لتحقيق المشاريع والبرامج الكبيرة.

بالإضافة إلى كل ما سبق، لا بد من الإشارة إلى أنه يجب على المؤسسات تقييم أدائها الاجتماعي والبيئي منظمة، من خلال إعداد تقارير سنوية من شأنها بناء الثقة مع مختلف أصحاب المصالح، وكذا تشجيع الجهود الداخلية الرامية إلى مراعاة أهداف المؤسسة في مجال المسؤولية الاجتماعية وأن تكون المعايير لوضع أهداف التحسين.

## الفصل الخامس: دمج التفكير الاستراتيجي ضمن عمليات التخطيط الصحي

وفي هذا السياق القيمي، فقد ظهر مصطلح التدقيق لجوانب المسؤولية الاجتماعية وأصبح شائعاً، إذ بموجبه يتم فحص وتدقيق المساهمات الاجتماعية للمؤسسات في مختلف المجالات<sup>(1)</sup>.

تمثل المسؤولية الاجتماعية إحدى المفاهيم التي ترتبط بكثير من القطاعات المختلفة داخل المجتمع، ولا تقتصر على جهة ما أو قطاع ما، هذا الإطار يشير إلى أن مفهوم المسؤولية الاجتماعية يرتبط ارتباطاً وثيقاً بقطاع المؤسسات، ويكونون هذه العلاقة في مدى تحمل المؤسسة جزء من المسؤولية المرتبطة بنشر ثقافة العمل التطوعي داخل المجتمع، فقد أصبح هناك اهتماماً متزايداً فيها يتعلق بالكوارث البيئية، انتهاك حقوق الإنسان، والجرائم.

وتشير المسؤولية الاجتماعية إلى مساهمة المؤسسات في التنمية المستدامة على المستويات البيئية والصحية والاجتماعية، فالمؤسسات لا تقتصر على مجرد دورها ووظائفها، ولكن ينظر إليها على أنها تمثل جزء من هذا المجتمع، والذي ينبغي أن يتحمل جزءاً من المسؤولية في العديد من المناطق الإيكولوجية والاجتماعية. وبالتالي من الضروري اتخاذ الخطوات والإجراءات التي تسهم في حل المشكلات، وذلك ضمن أنشطة المؤسسة ذات الصلة للعلاقة بين الموظفين والمجموعات المتطوعة، والتفاعل الفعلي لهؤلاء الموظفين للقيام بمثل هذه الأنشطة التطوعية، وهو الأمر الذي يسعهم في دحض ما هو شائع عن أن مهمة الشركات هو البحث عن الأرباح فقط<sup>(2)</sup>.

فالعامل التطوعي المجتمعي *community volunteering* مبادرة تدعم فيها المؤسسات وتشجع الموظفين وشركاء التجزئة أو الجهات الحائزة على امتيازها على التطوع بوقتهم في سبيل دعم منظمات وقضايا المجتمع المحلي. ومن الممكن أن تشمل الجهود التطوعية، تطوع الموظفين بالمساهمة بخبرتهم ومواهبهم وأفكارهم أو عملهم البدني. ويتضمن الدعم المؤسسي توفير الوقت مدفوع الأجر والمستقطع من وقت العمل، مساعدة الموظفين على إيجاد فرص تثير اهتمامهم، كذلك تقدير الخدمة، وتنظيم فرق لدعم القضايا المحددة المستهدفة من قبل المؤسسة.

إن تمييز العمل التطوعي المجتمعي عن وسائل المبادرات الأخرى ليس صعباً، لأنه الوحيد الذي يتضمن تطوع موظفي مؤسسة ما بأشخاصهم بالعمل في منظمات محلية (مثل نوادي الذكور أو الإناث) والعمل لصالح جهود القضايا المحلية (مثل النقاط الفضلات الملقاة على الأرض). والعمل التطوعي في

<sup>1</sup> - طاهر محسن المنصور الغابي، صالح مهدي محسن العامر: الإدارة والعمال، دائر وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2007م،

ص94.

<sup>2</sup> - منال محمد عباس، مرجع سابق، ص168، 169.



المجتمع ليس مبادرة مؤسسية جديدة، ولكن ما هو جدير بالملاحظة، هو أننا نرى في بعض البلدان أن هناك زيادة واضحة في اندماج الجهود التطوعية ضمن المبادرات الاجتماعية المؤسسية القائمة، وحتى ربط الجهود التطوعية بالأعمال. ويبدو أن القاعدة المتعارف عليها، أن غالبا ما يتم تشجيع الموظفين على التطوع من أجل قضايا تدعمها حاليا مبادرات اجتماعية أخرى، كثيرا ما تكون مرتبطة بيقين وأهداف الأعمال التجارية الأساسية، على سبيل المثال لشركة (IBM) التزام عريق بالتعليم من خلال مبادرة اسمها إعادة اختراع التعليم وتدعيم الموظفين، لكي يصبحوا مرشدين لشباب المدارس، ومثل تشجيع مؤسسة (فاني ماي) الموظفين على دعم برنامج المؤسسة المسمى "ساعد المرشدين"<sup>(1)</sup>.

وهذا ليس كل شيء، بل هناك بعدا آخر في إطار المسؤولية الاجتماعية للتطوع، وهو التبرعات الإنسانية للمجموعات غير الهادفة للربح في جميع القطاعات، وتقع هذه التبرعات في إطار استراتيجية تتبعها المؤسسة على الأمد البعيد، دعما لقضية ما من قضايا المجتمع، فمثلا هناك مؤسسة للواجبات التشريعية الأمريكية قامت بدعم كبير من المساكن المخصصة لإيواء العائلات التي يوجد لديها أطفال مرضى مرضًا عضليًا دائمًا، ويحتاج لعلاج مستمر بعيدا عن منطقة سكن العائلة، كما يقع في نفس الإطار إسناد مؤسسة أردنية للكتب مساندة بكل من الطلاب والباحثين من خلال الانفاق على الخدمات التي تقدم لهم، وتقديم التسهيلات المطلوبة لهم<sup>(2)</sup>.

وينتقل الكثيرون للعمل التطوعي في المجتمع والدعم المؤسسي المشجع على القيام به، كأحدى أشكال الانخراط المؤسسي مصدقا وإرضاءً، وذلك لأنه يمثل عملا نابعا من داخل كل فرد برضاه وبدون مقابل، وذلك بهدف مساندة ومساعدة الآخرين الذين هم في حاجة لمساعدته وتعاونهم معهم، من خلال مهاراته وقدراته الإبداعية في المجال الذي يحتقى به.

وهناك بعض النماذج التي تشكل إحدى الأمثلة الفعالة والخلاقة في دعم العمل التطوعي للمؤسسات ومدى دورها المؤثر في المجتمع، من خلال إنخراط الموظفين في هذه الأنشطة الاجتماعية والإنسانية. وتتمثل أهم النماذج الداعمة فيما يلي:

- تدعيم الأخلاق من خلال الاتصالات للمؤسسة التي تشجع الموظفين على التطوع في مجتمعهم، فمن الممكن أن توفر معلومات عن الموارد التي يمكن الحصول عليها لاستكشاف فرص العمل التطوعي،

<sup>1</sup> - علا أحمد صلاح: المسؤولية الاجتماعية للشركات، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية، القاهرة-مصر، 2011م، ص229.

<sup>2</sup> - طاهر محسن المنصور وآخرون: المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الأعمال والمجتمع، دار الوسائل للنشر والتوزيع، الأردن،

2008م، ص27.

واقترح قضايا ومنظمات تطوعية جديدة قد يرغب الموظفون في دراسة التطوع فيها، وتقديم معلومات تفصيلية عن كيفية الانخراط فيها، وغالبا ما يكون ذلك في قضايا ومنظمات تطوعية مدعومة من المبادرات الاجتماعية الأخرى، وكذلك تنظيم فرق من المتطوعين من أجل قضية أو حدث محدد، مثل حدث "يوم الرعاية" الذي تنظمه مؤسسة يوناييتد واي، حيث يقوم فيه الموظفون بطلاء الجدران الداخلية لنشأة لرعاية الأطفال المشردين.

- وليس هذا فقط، بل مساعدة الموظفين على إيجاد الفرص من خلال المنسقين المتواجدين في المواقع وقوائم المواقع الإلكترونية من خلال برامج وبرمجيات تقوم بالتوفيق والموائمة بين اهتمامات الموظفين ومعاييرهم والحاجات المجتمعية الحالية، والسماح بوقت مدفوع الأجر مستقطع من العمل خلال العام من أجل أداء العمل التطوعي. وتتراوح المزايا بين إعطاء 2- 5 أيام إجازة سنوية مدفوعة الأجر مقابل أداء العمل التطوعي في وقت الشركة وإتاحة الفرصة لأحد الموظفين لقضاء سنة بالنيابة عن المؤسسة في العمل في بلد نامي، وأيضا تقدير الموظفين المتطوعين المثاليين من خلال وسائل مثل التتويه عنهم في نشرات الأخبار الداخلية، ومنحهم هدايا تذكارية أو لوحات شرف أو التتويه بهم خلال العروض التقديمية خاصة في اجتماعات الإدارات أو الاجتماعات السنوية للمؤسسة<sup>(1)</sup>.
- وتتضمن المشروعات المجتمعية -وهي الأكثر شيوعا- جهودا مثل بناء المسكن وجمع الطعام من أجل بنوك الطعام، الرد على المكالمات الهاتفية من أجل حملات التعهدات الإذاعية، تنظيف المنتزهات، القراءة للأطفال، إرشاد الشباب المتعرضين للمخاطر، العمل التطوعي في الفصول الدراسية وزيارة الأطفال في المستشفيات، تمضية وقت مع المسنين في دور الرعاية، تعليم مهارات الكمبيوتر، بناء ملاعب للأيتام، ومصادقة نزلاء ملجأ لإيواء المتشردين.
- وتشمل المشروعات المتصلة بالصحة والسلامة التي يتطوع فيها الموظفون أنشطة، مثل الكشف على الأطفال لمعرفة إن كانوا يعانون من مشكلات في الأسنان، قيادة برامج للنشاط البدني الشبابي، إجراء فحص لسلامة مقاعد السيارة، توزيع نشرات تثقيفية عن الفيروس المسبب للإيدز، وتدريب الأطفال على كيفية استخدام ممرات المشاة في الشوارع. هذا وقد يتضمن النشاط التطوعي، نشاطا بيئيا، مثل النقاط المهملة الملقاة في الطريق، غرس الأشجار في المناطق المتضررة من الحرائق، عرس البذور لتجميل الطريق السريعة، التعرف على النباتات، وإعادة تأهيل الأراضي الرطبة.

<sup>1</sup> - علا أحمد صلاح: مرجع سابق، ص 232.

- وبالنظر إلى مثل هذه الأنشطة والأعمال المختلفة في إطار العمل التطوعي، فإنه يمكن أن نلمسها ونلمس آثارها على أرض الواقع من خلال الجهود المشتركة ونشر ثقافة العمل التطوعي، وتحمل المسؤولية تجاه هذه الأنشطة الهادفة، خاصة من خلال الأنشطة الواقعة على عائق المؤسسات والمنظمات الصحية، كلها تتخطى العديد من الأمور المعقدة وعلى رأسها الكثير من العقبات في أحيان كثيرة، وهذا نظرا لوجود الوعي الكافي بقيمة هذه الأنشطة المجتمعية. التي تسهم بشكل كبير في إسعاد الآخرين، إبراز الجانب الإنساني، وتحمل المسؤولية الاجتماعية من خلال المشاركة الفعالة إلى جانب الحكومات كمؤسسات ومنظمات. ويساعد هذا المناخ الجماعي في عمل مشترك وهادف إلى تحفيز العديد من الموظفين إلى الانضمام لمثل هذه الأنشطة، والتي تلعب دورا مؤثرا في النهاية في نفوس من يتلقى هذه المساعدات، أو في المجتمع ذاته من نشر لقيم إنسانية على مستوى الأفراد، والمؤسسات، وفي المشاركة والمساعدة لحل العديد من المشكلات التي يعاني منها المجتمع، وتخفيف جزء من العبء الذي تلقاه العديد من القطاعات المختلفة بالمجتمع<sup>(1)</sup>.

### 2. المواصفات النوعية والتجريبية للخدمات الصحية

من الصعوبات الكبيرة التي يواجهها المرضى هو تقييمهم للخدمة، لكونها غير ملموسة، فكيف الأمر إذا لم يتمكنوا من رؤيتها أو الشعور بها أو سماعها، بينما الأمر في السلع المادية يكون أكثر سهولة، مع ذلك فإن الخدمات ومنها الصحية تمتلك بديلاً عن ذلك مواصفات نوعية تجريبية أو موثوقية تعتمد على التجربة والخبرة، كالرضا، السعادة، السرور والحزن، وهي صفات يمكن تقييمها فقط ومن خلال الشراء أو الاستهلاك للخدمة الصحية، كما في تناول وتضميد الجروح، قلع الأسنان، تجبير كسور العظام....

والأمر يتسع لما هو أبعد من ذلك في الخدمات الصحية، عندما ترتبط أو تعتمد المواصفات النوعية على الثقة والمصادقية، فهي مواصفات قد لا يستطيع المريض تقييمها حتى بعد الحصول عليها، كما هو مثلا في التشخيص الطبي بالاعتماد على الأجهزة المتقدمة والمستندة على الكمبيوتر. وعلى الرغم من كل ذلك فالمرضى يعتمدون في تقييمهم للخدمة الصحية على مستوى أو درجة جودتها، معتمدين في ذلك على خمسة أبعاد:

<sup>1</sup> - منال محمد عباس: مرجع سابق، ص 174.175.

#### أ- الاعتمادية Reliability

تشير الاعتمادية إلى قدرة مقدم الخدمة في صفة الطبيب على إنجاز أو أداء الخدمة المرادة بشكل دقيق يعتمد عليه. ولتفهم الاعتمادية، فإن الذي يجب التركيز عليه هو مجموعة من خصائص الخدمة التي تتصل بكيفية أداء الطبيب لوظيفته خلال الاستعمال، فهي عبارة عن مقياس منتج أو الخدمة على أداء الوظيفة المطلوبة منه بنجاح في ظروف الاستعمال العادية ولمدة محددة. وفي هذا التعريف أربعة عناصر هامة هي: الأداء، ظروف الاستعمال والمدة الزمنية المحددة والتعبير عن القياس بالاحتمال، وتشمل المعولية "عملها صحيحة من الأولى" وهي أحد مكونات الخدمة الأكثر أهمية للعملاء، كما تتسم أيضا بتوفير الخدمات الموعد بها وفي الوقت المحدد، والاحتفاظ بسجلات خالية من الأخطاء، لذلك فإن الميل إلى الخدمات المبالغ في وعودها وقيادة العملاء إلى توقعات غير واقعية، لا يتسبب إلا في نفاذ صبر هؤلاء وفقدان ثقتهم، فالمستفيد من الخدمة الصحية أي المريض فقط هو الذي يتطلع إلى ذلك من خلال الوقت والإنجاز والوفاء بالالتزامات، ويمثل هذا البعد 32% كأهمية نسبية<sup>(1)</sup>.

#### ب- الاستجابة Responsiveness

الاستجابة تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم، فهي تعكس الرغبة أو الرضا بمساعدة الزبون وتقديم الخدمة السريعة، كما أن الاستجابة في مجال الخدمات الصحية تعني مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمستفيدين عند احتياجهم لها، وتشير أيضا إلى أن جميع المرضى بغض النظر على أصلهم وحالتهم وخلفيتهم، يتلقون الرعاية السريعة من قبل إدارات المستشفى من حسن المعاملة والتعاون ووقت انتظار ملائم أو مناسب وغير مزعج.

فالاستجابة في مجال الخدمة الصحية تشمل المتغيرات التالية: السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال، الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض، الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي ...، الاستجابة وتعني المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة إلى المستفيد (المريض)، ويمثل هذا البعد 22% كأهمية نسبية في الجودة قياسا للأبعاد الأخرى.

<sup>1</sup> - سمير محمد عبد العزيز، اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والايزو 9000 و10011، مكتبة الإشعاع، الإسكندرية-مصر، 2000م، ص59.

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية يشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها، فضلا عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المنظمة الصحية والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوي المقدمة من قبلهم، وكذلك سرعة إنجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها<sup>(1)</sup>.

### ج- الضمان Assurance

فقد أطلق عليه تسمية التأكيد ويقصد بها السمات التي يتسم بها العاملين من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة ويمثل هذا البعد 19% كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى. ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد التالي: سمعة ومكانة المستشفى عالية، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي، الصفات الشخصية للعاملين.

والضمان كأحد أبعاد جودة الخدمة الصحية، يقصد به تأكيد إدارة المنظمة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء، ممرضين وغيرهم)، فضلا عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي بما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة<sup>(2)</sup>.

### د- الملموسية (Tangibles)

الملموسية تشير إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال، إضافة إلى أن الجوانب المتعلقة بلملموسية الخدمة، هي المباني وتقنية المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه، التسهيلات الداخلية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، المظهر الخارجي للعاملين والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة وغير ذلك. ويمثل هذا البعد 11% كأهمية نسبية قياسا بالأبعاد الأخرى. ومن معايير التقييم لهذا البعد كالتالي: الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة، أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة، كما أنها تشير إلى الأخذ بالاعتبار النظافة في التسهيلات الصحية.

<sup>1</sup>- تامر ياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 212.

<sup>2</sup>- ألاء حسيب الجليلي، أكرم أحمد الطويل: إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة تكريب للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 06، العدد 19، د.ب.ن، ص 10.

## هـ- التعاطف (Empathy)

التعاطف يشير إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية، ويشمل هذا البعد على خصائص مثل مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان والاتصالات ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد.

إن التعاطف يعني درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد، ويمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى، ومن معايير التقييم لهذا البعد هو اهتمام شخصي بالمريض، الإصغاء الكامل لشكوى المريض، وتلبية حاجات المريض بروح من الود واللطف<sup>(1)</sup>.

ويمكن أن نعدد مجموعة من النقاط تبرز أهمية جودة الخدمة الصحية وهي كالتالي:

- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين وتقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضى المستفيد (المريض) وزيادة ولاؤه للمنظمة الصحية، والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية.

- تعد معرفة آراء وانطباعات المرضى وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها، وأيضاً تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها، وتمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفعالية.

بالإضافة إلى تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المرضى هو الهدف الأساسي من تطبيق الجودة، وكسب المريض، فهناك قيماً أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي منظمة صحية، تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب المريض، وتحسين معنويات العاملين، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديهم وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية بما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج<sup>(2)</sup>.

<sup>1</sup>- تامر ياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص212.

<sup>2</sup>- أكرم أحمد الطويل وآخرون: إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية-دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد20، العدد19، العراق، 2010م، ص14.

#### 4. الأثر التطبيقية لمواصفات جودة الخدمات الصحية

إنجاح تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية تتضمن توافر مجموعة من العوامل، نلخصها فيما يلي:

- يجب أن تقتنع الإدارة العليا في المنظمات الصحية بأهمية ومزايا تطبيق نظام الجودة الشاملة، ويجب أن تقتنع الإدارة العليا جميع العاملين في المنظمة بفوائد ومزايا هذا النظام، كما يجب أن تتوقع الإدارة في المنظمة بعض القيود والمعوقات ومقاومة بعض الأفراد لتطبيق هذا النظام. وكلما تفهم الجميع أهمية النظام كلما انخفضت حدة وحجم المقاومة. وبالنسبة لتكاليف تطبيق النظام فهي ترفع في أول الأمر ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي حتى تستقر عند حجم معين، وعندها يبدأ النظام في الكشف عما من مزايا وفوائد.

- ويتطلب النظام في كثير من جوانبه تغيير في السياسات والمفاهيم والاستراتيجيات والهياكل التنظيمية في المنظمات الصحية، وأن نظام الجودة الشاملة ليس نظاما بديلا للنظم السائدة، ولكنه أداة رئيسية وأساسية للبحث عن الأداء العالي المتميز منذ بداية التشغيل حتى النهاية ومع وجود أخطاء الحد منها إلى أقصى حد.

ولنجاح تطبيق النظام تحتاج المنظمة إلى نظم فعالة ومساندة أهمها، الترويج لهذا النظام وتسويقه لدى العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المنظمة أو المتعاملين معها هو نظام فعال للعلاقات الإنسانية، يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويحقق ويعمق المفهوم. أن الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد في الوحدة الصحية، وأيضا الفهم الواضح لأساليب وطرق الرقابة الإحصائية ونظام فعال لتشغيل البيانات ونظام كفاء للمعلومات كل هذا يدعم هذا النظام وعملية اتخاذ القرارات.

وأیضا نظام واضح ومحدد ومعلن للثواب والعقاب فيما يتعلق بتطبيق هذا النظام، ونظم فعالة للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية، كما تظهر الملامح الجيدة لتطبيق هذا النظام بسرعة في المنظمات الصحية الخاصة، حيث الإمكانيات العالية والعناصر البشرية الفعالة والمناخ التنظيمي الملائم. ويحتاج النظام قبل تنظييمه إلى دورات تدريبية مكثفة، إلى الاستفادة من تجارب المنظمات التي نجحت في هذا المجال<sup>(1)</sup>.

<sup>1</sup> - سيد محمد جاد الرب: إدارة المنظمات الصحية والطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية، مصر، 1997م، ص188.

وهناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية والتي تتمثل تحليل توقعات المريض، حيث تحتاج المستشفيات إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية، بحيث يكون هذا التصميم متفوقا على توقعات المريض، لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المتقدمة ويمكن للمرضى أن يحققوا إدراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للجودة وهي: الجودة المتوقعة والجودة المدركة والجودة القياسية والجودة الفعلية.

الجودة المتوقعة وهي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها، وهذا المستوى من الجودة يصعب تحديده في الغالب، إذ يختلف باختلاف خصائص المرضى وحالاتهم العلاجية فضلا عن اختلاف الخدمات التي يتوقعون وجودها في المستشفى. والجودة المدركة هي إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المستشفى، أي تصور المريض لجودة الخدمات الصحية المقدمة له. بالإضافة إلى الجودة القياسية ذلك المستوى من الخدمة المقدمة التي تتطابق مع المواصفات المحددة أساسا للخدمة والتي تمثل بذات الوقت إدراكات إدارة المستشفى، وأخيرا الجودة الفعلية وهي تلك الدرجة من الجودة التي اعتاد المستشفى تقديمها للمرضى<sup>(1)</sup>.

أما بالنسبة لتحديد جودة الخدمات، عندما يفهم المستشفى حاجات المرضى، فإنه يجب أن يضع التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة.

وهذا التوصيف عادة ما يكون مرتبطا مع أداء العاملين في المستشفى ومستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الطبية.

بالإضافة إلى أداء العاملين، عندما تضع إدارة المستشفى معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي في المستشفى، فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب.... ويكون من المهم أن تتوقع إدارة المستشفى تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم، وأن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها، وهنا يكون من الضروري أن لا تقدم الإدارة وعود لا تستطيع الوفاء بها لأي سبب كان<sup>(2)</sup>.

ويمكن تحديد الإطار الذي من خلاله يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، فيما يلي:

<sup>1</sup>- تامر ياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 231

<sup>2</sup>- على عبد الجليل علي الغزالي: جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا المرضى-دراسة ميدانية على المستشفيات العامة الواقعة في نطاق مدينة بنغازي-، قسم الإدارة، جامعة بنغازي، ليبيا، 2014م، ص 37.



يبدأ الإنجاز الناجح لإدارة الجودة الشاملة من الإعداد والتهيئة لتطبيقها، وفي هذه المرحلة التي تسبق بناء النظام، تشترك الإدارة العليا للمستشفى ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية بها بالتعاون مع مستشارين أو محترفين في مجال تصميم نظام الجودة الشاملة، بالإضافة إلى كبار الموظفين في مختلف التخصصات، في مناقشة كافة جوانب العمل بالمستشفى وحصر مشكلاتها واستنباط الأفكار والحلول المثلى لها. ورغم أنه لا توجد آلية محددة لكيفية إنجاز هذه المرحلة، فإن هدفها الأساسي يتلخص في توفير كافة البيانات والمعلومات والأفكار والمقترحات التي تحدد الملامح الأساسية والأبعاد الرئيسية والمركزات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمستشفى والخطط التشغيلية والبرامج التنفيذية والمشروعات الخاصة بتحقيق ما تصبو إليه من طموحات وما تسعى إلى تحقيقه من غايات<sup>(1)</sup>.

يتبين مما سبق أن هذه المرحلة تهيئة تنظيمية، وتتطلب مشاركة القيادات الطبية والفنية وهي كالتالي:

- نشر ثقافة الجودة الشاملة، فلفهم إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية مبادئ، ومهارات وطرائق، وأدوات مختلفة، لذلك ينبغي للأنشطة الأولية المتعلقة بالجودة أن تشمل على تنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوجيه أصحاب القرار والمديرين بشأن مفهوم ومنافع إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية، وينبغي أن تعقب هذه الحلقات الدراسية مناقشات، فكرية حول تطبيقات هذا المفهوم في بلد معين، مع مراعاة الموارد المتاحة والثقافة السائدة، والوضع الصحي الراهن والهياكل القائمة، وينبغي كذلك تنظيم أنشطة مماثلة لتعريف سائر العاملين بمفهوم إدارة الجودة الشاملة للحصول على دعمهم لهذا المفهوم وتوسيع نطاق نشره. إضافة إلى تكوين فريق عمل الجودة، وتختلف التسميات، فقد سمي فريق الجودة أو مجلس الجودة أو إدارة الجودة، وغير ذلك من التسميات. وتستند إلى هذا الفريق المهام التالية:

- وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل بالمستشفى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها مع التأكيد في هذه السياسة على أداء العمل بالطريقة السليمة من المرة الأولى دون السماح بأي أخطاء، ومشاركة جميع فئات العاملين في حل مشكلات العمل والقضاء على الأخطاء، والتركيز على ضرورة تفهم احتياجات المرضى الظاهرة والخفية والعمل على

<sup>1</sup> - عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، المكتبة المركزية، القاهرة- مصر، 2003م، ص47.

تليبتها بأقصى كفاءة ممكنة. وكذلك التركيز على نظم وإجراءات وأساليب العمل والنتائج المتحققة في أن واحد مع تطوير فكرة الولاء والانتماء للمستشفى وأهدافها.

- تكوين حلقات أو جماعات الجودة في مختلف مجالات العمل بالمستشفى، حيث تعتبر هذه الحلقات من أكثر أساليب نشر ثقافة الجودة والمساعدة في تطبيق أساليبها، وأيضا التخطيط لأنشطة الجودة عن طريق تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها وصياغة السياسات أو الخطوط العريضة التي يسترشد بها في اتخاذ القرارات الخاصة بأنشطة الجودة، بالإضافة إلى تحديد الإجراءات وأساليب أداء الأعمال اللازمة لذلك.

- البدء في تطبيق خطة الجودة ومتابعتها، ومن أهم متطلبات التطبيق السليم لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات ما يلي: تحليل هيكل العمالة الموجودة بالمستشفى كمًا ونوعًا واتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة توزيعها وفقا لمقتضيات العمل بمختلف الأقسام الفنية والإدارية، وتعديل الهياكل التنظيمية الرئيسية والتفصيلية للمستشفى لدعم أنشطة الجودة من ناحية وتوفير المناخ التنظيمي المناسب لدعم العمل الجماعي وخلق اتجاهات إيجابية لدى مختلف فئة العاملين، بالإضافة إلى استكمال بطاقات الوصف الوظيفي لمختلف الوظائف الطبية والفنية والإدارية، وأيضا أدلة إجراءات ونظم العمل والصلاحيات والمسؤوليات واستمرار مراجعتها للتأكد من وفائها باحتياجات العمل في مختلف المجالات<sup>(1)</sup>.

<sup>1</sup> - المرجع السابق، ص 204.

# فصل السادس

## الإطار التحليلي للدراسة

أولاً: تحليل البيانات

ثانياً: المناقشة العامة لنتائج الدراسة

ثالثاً: النتائج العامة

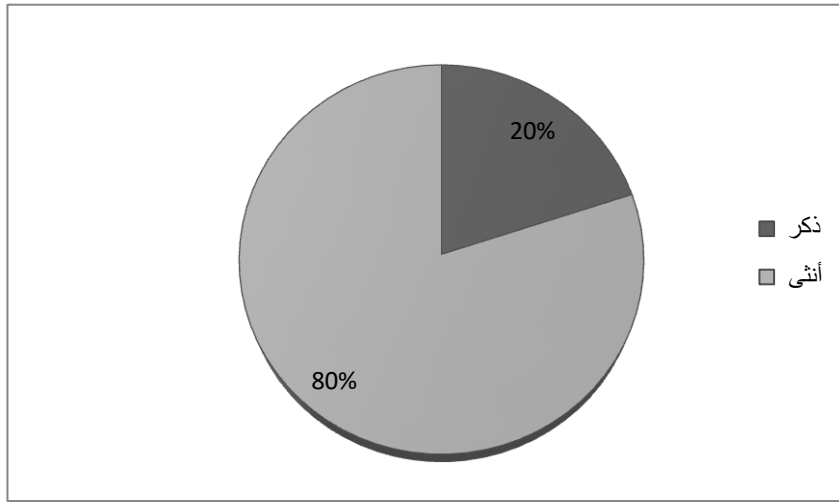
رابعاً: توصيات الدراسة

### أولاً: تحليل البيانات

يعتبر الجانب النظري من موضوع البحث غير كافياً لتحقيق أهداف الدراسة والوصول إلى نتائج تجسد الواقع الفعلي للمؤسسة محل الدراسة، لذا تم القيام بالدراسة الميدانية لمحاولة الكشف عن دور المسؤولية الاجتماعية في التخطيط الصحي عن طريق تحليل البيانات باستخدام النسب المئوية والتكرارات المتضمنة في الجداول والرسومات البيانية، للخروج بنتائج عامة مؤكدة لصحة فرضيات الدراسة والإجابة على التساؤل الرئيسي لموضوع بحثنا.

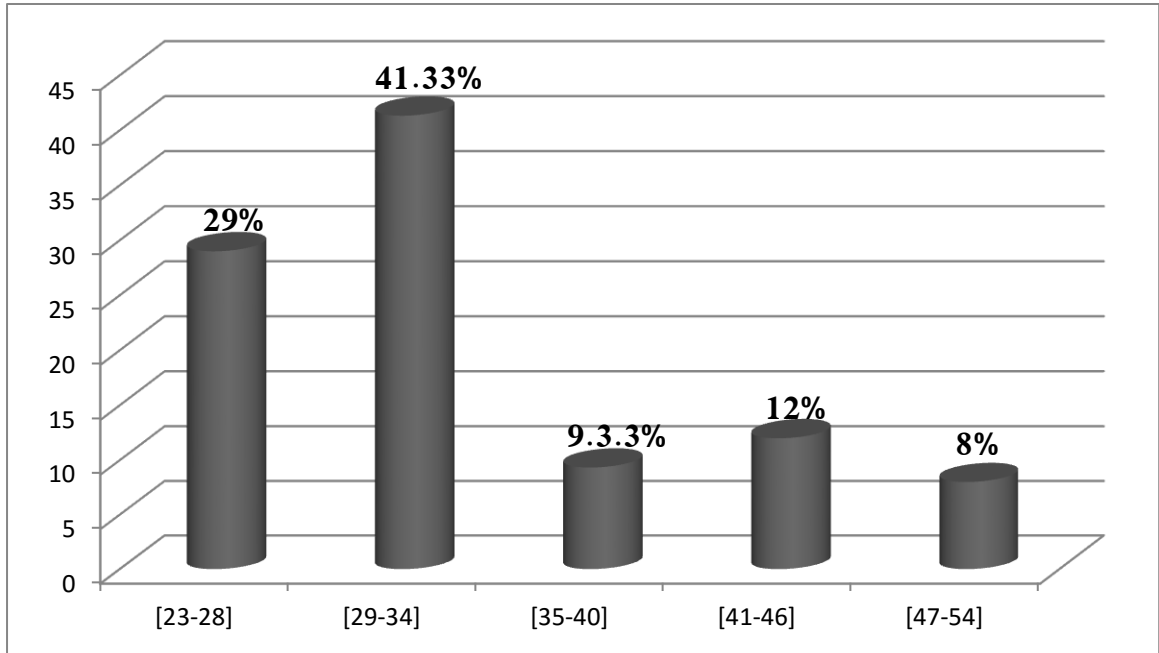
#### 1- البيانات الأولية

الشكل رقم (01): دائرة نسبية تبين توزيع المبحوثين حسب الجنس



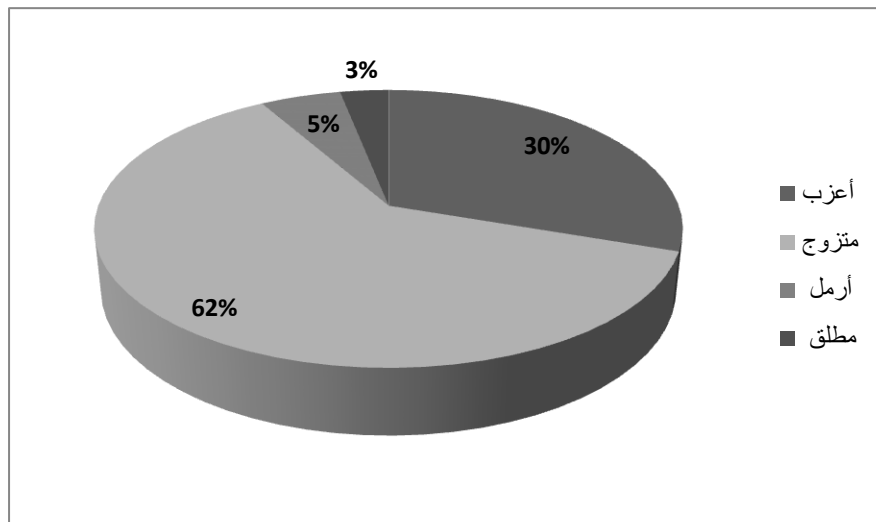
يتضح من خلال الشكل أعلاه أن أكبر نسبة تظهر عند فئة الإناث والمقدرة بـ 80%، في حين نجد أن نسبة الذكور ضئيلة حيث تقدر بـ 20%، ويمكن تفسير هذا الاختلاف الكبير بين النسبتين إلى أن مشاركة فئة الإناث في مسابقات التوظيف كانت أكثر من فئة الذكور حسب تصريحات المسؤولين في القطاع، وبالتالي فرص التشغيل كانت عندهن أكبر من الذكور. وأيضاً بسبب تسوية الحالة المدنية للذكور اتجاه الخدمة العسكرية، والتي أثرت على تكملة ملف المسابقة.

الشكل رقم (02): أعمدة بيانية توضح توزيع المبحوثين حسب السن



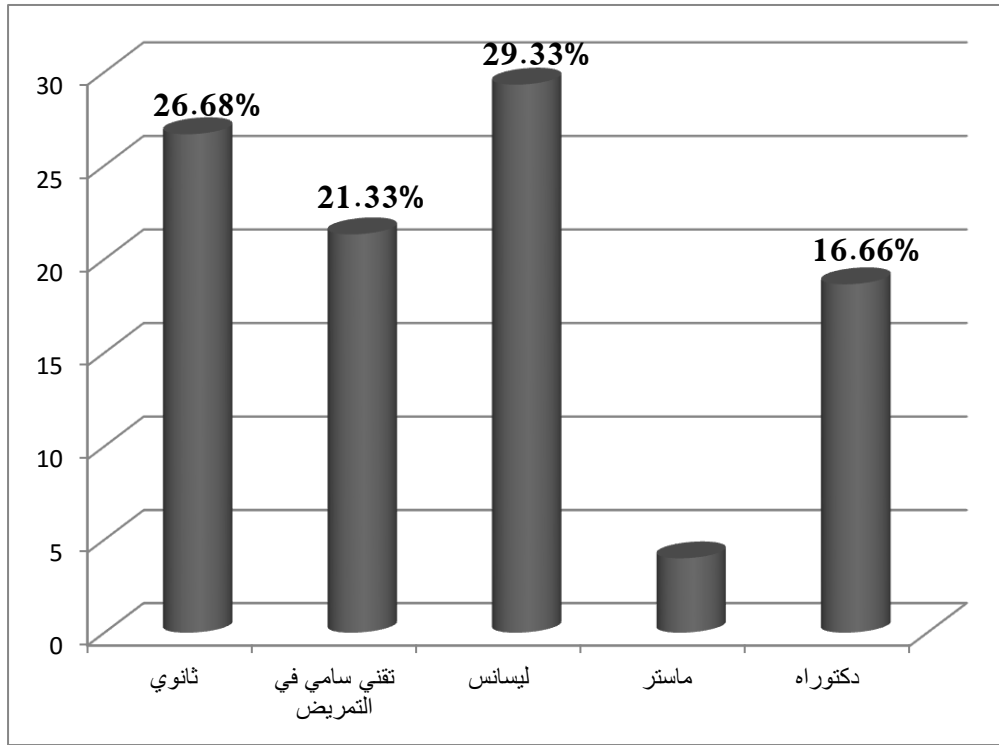
تشير المعطيات الإحصائية أن نسبة توزيع المبحوثين عالية للفئتين [23-28] و [29-34] والمقدرة بـ 29.33% و 41.33% على الترتيب، وهو السن الذي يكون فيه الفرد بكامل قوته ونشاطه وشبابه والذي يعود بالنفع على المؤسسة، بفضل القابلية في اكتساب المهارات والخبرة الكافية من الموظفين الذين لهم الأقدمية في هذه المؤسسة وتوظيفها على المدى البعيد.

الشكل رقم (03): دائرة نسبية تبين توزيع المبحوثين حسب الحالة العائلية



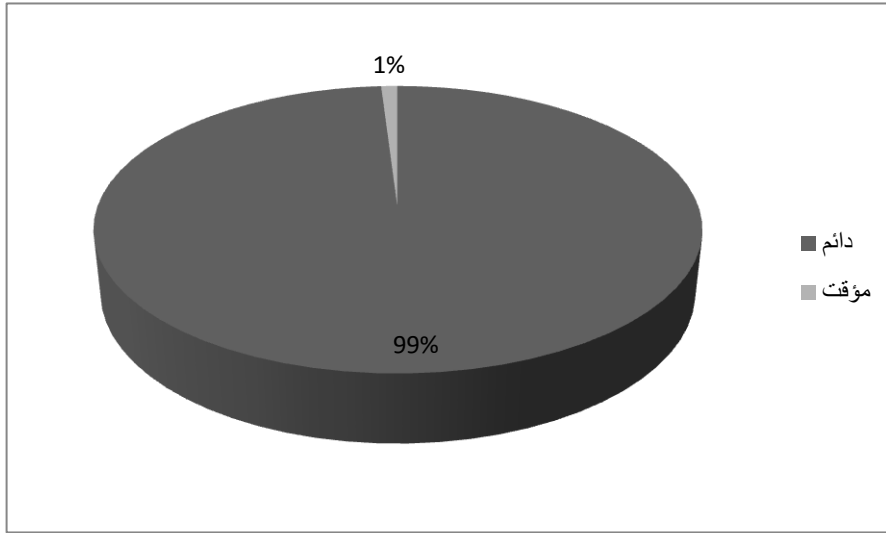
يتضح من خلال المعطيات أن أغلبية المبحوثين هم من الفئة المتزوجة وتقدر نسبتهم بـ 62%، مما يعني أن وضعية العامل النفسية والاجتماعية مستقرة، وبالتالي فهذه الفئة مؤهلة أكثر للقيام بمجهودات

أكبر في العمل لتحقيق التوازن الاقتصادي للعائلة وتزويد من تحسين نوعية الخدمات الصحية.  
الشكل رقم (04): أعمدة بيانية توضح توزيع المبحوثين حسب الشهادة



من خلال المعطيات البيانية، نجد أن أكثر نسبة مسجلة عند فئة حاملي شهادة ليسانس والمقدرة بـ 29.33%، ما يدل على أن مجتمع الراسة يتميز بكفاءة علمية تسمح بأداء المهام على أكمل وجه، وهذا مرتبط بشروط التوظيف التي تعتمدها المؤسسة على أساس الشهادة العلمية المتحصل عليها، ثم تليها فئة التعليم الثانوي بنسبة 26.68%، ثم جاءت نسبة 21.33% التي تمثلت في فئة التقني سامي في التمريض وذلك تماشياً مع التطور التكنولوجي الحاصل. في حين قدرت نسبة حاملي شهادة دكتوراه في الطب 18.66% مما يزيد من نجاح المؤسسة، ثم تليها فئة الماستر بنسبة 4%، وهذا التنوع في الاختصاص دليل على أن المؤسسة تعمل على استقطاب ذوي الكفاءات والمؤهلات العلمية المتخصصة والمتنوعة للإمام بكفاءة المهام والأعمال.

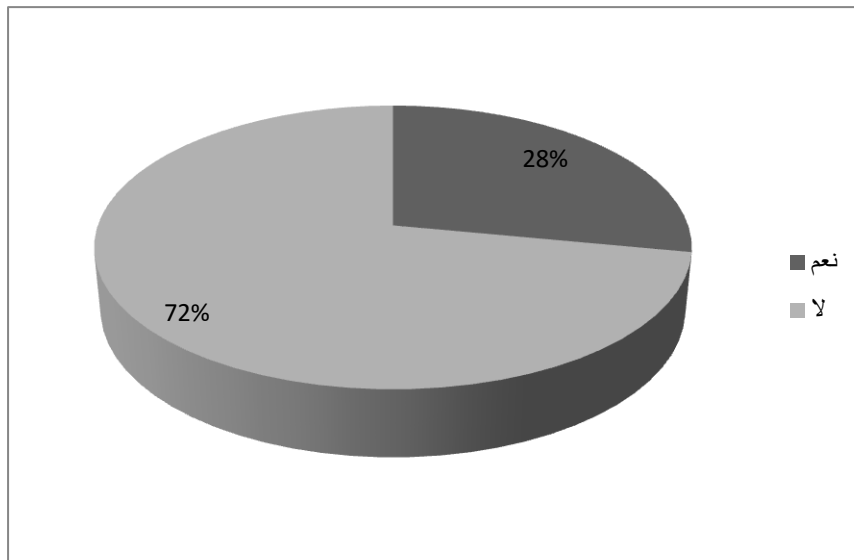
الشكل رقم (05): دائرة نسبية تبين توزيع المبحوثين حسب الوضعية المهنية



نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الشكل أعلاه أن جميع المبحوثين يشغلون منصب عمل دائم بنسبة 99% وهو ما يضيفي جوا من الاستقرار من خلال العمل وهذا حافزا إيجابيا يمنح الثقة بين صاحب العمل والموظف بوجود النية للدخول في تعاون طويل الأجل، فضلا عن ذلك، فإنه يمنح شيئا من الأمان لصاحبه، فالعامل الدائم في عمله ينتج أكثر، لأنه ينتمي للمؤسسة ولديه الولاء لعمله.

## 2- دوافع تطبيق المسؤولية الاجتماعية في تسيير وتطبيق الإدارة

الشكل رقم (06): دائرة نسبية تبين مدى توفير الإدارة الظروف المناسبة للعمل



من خلال البيانات الإحصائية تبين أن أغلبية المبحوثين والمقدرين ب 72% من حجم مجتمع الدراسة قد صرحوا بأن الإدارة لا توفر لهم الإدارة الظروف المناسبة للعمل، وهذا ما يؤثر على أداء عملهم

وكذلك على نوعية الخدمات الصحية التي يقدمها هذا العامل، وهذا يتعارض مع إجابات رؤساء المصالح الذين صرحوا في دليل المقابلة بتوزيع برنامج مناسباً للعمل لجميع العاملين في المؤسسة، وهو ما أكدته نظرية الأنساق أنه لا بد أن يتكيف العامل مع بيئته لتحقيق الهدف ولا بد له من المحافظة على وحدته وتماسكه. في حين 28% توفر لهم الإدارة الظروف المناسبة للعمل وهذا يكشف نوعاً ما على غياب العدل والمساواة بين الموظفين، مما قد يولد صراعات وخلافات داخل مكان العمل والوقوع في الأخطاء والمخالفات.

الجدول رقم (01): يوضح الظروف المناسبة للعمل

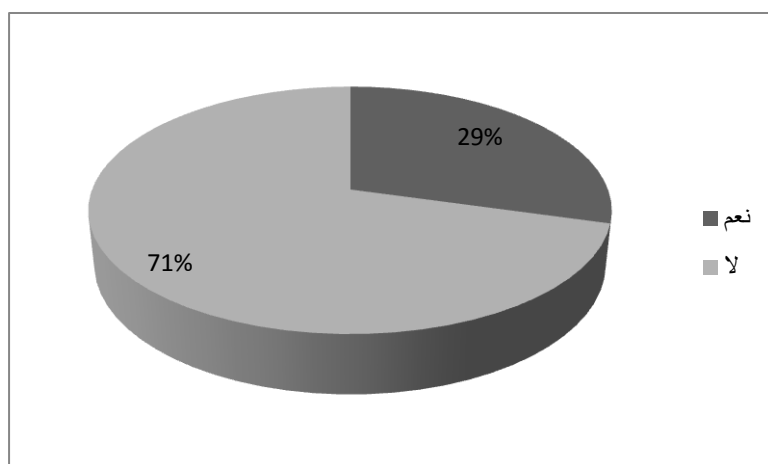
الفئات	التكرار	النسبة المئوية
التدفئة، المكيفات، الإضاءة..	16	61.35%
توفير الأمن والسلامة العامة	06	23.07%
توفير وسائل النقل والمواصلات	04	15.38%
المجموع	*26	100%

(\* ) لم يجب جميع المبحوثين

من خلال المعطيات الإحصائية الواردة في الجدول أعلاه، نلاحظ أن نسبة 61.53% من مجموع أفراد المجتمع صرحوا بأنه من بين الظروف التي توفرها لهم الإدارة تتمثل في التدفئة، المكيفات والإضاءة وغيرها مما يساعدهم على تقديم خدمات صحية جيدة، على غرار 23.07% أكدت أنها تستفيد من توفير الأمن والسلامة العامة لها. أما نسبة 15.38% صرحت بتوفير وسائل النقل والمواصلات لها، وهذا ما يترك أثراً كبيراً على نجاح المؤسسة في تقديم خدمات صحية ذات جودة من خلال توفير الراحة للعامل بالمؤسسة بما يجعله يقدم كل ما عنده، وهو ما أشارت إليه دراسة بن فرحات عبد المنعم بعنوان انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات، حيث توصل الباحث إلى أن نمط التسيير يؤثر على نوعية الخدمات المقدمة بالمؤسسة العمومية للصحة.



الشكل رقم (07) دائرة نسبية تبين عمل المؤسسة على تطوير مهارات الموظفين



من خلال البيانات الواردة بالشكل، نلاحظ أن نسبة 71% من أفراد مجتمع البحث صرحوا بأن المؤسسة لا تعمل على تطوير كفاءاتهم ومهاراتهم، وهذا ما يتنافى مع إجابات وتصريحات رؤساء المصالح في دليل المقابلة الذين صرحوا بالسماح للعمال بالقيام بدورات تدريبية وتكوينية، وكذلك يتنافى مع إجابات المسؤولين في دليل المقابلة، حيث أكدوا على السماح للعمال بالقيام بدورات تدريبية لتحسين عملهم، وهذا راجع لأقدمية العامل في عمله، في حين تصرح نسبة 29.34% بأن المؤسسة تعمل على تدريبهم وتكوينهم وهذا يعود إلى الرتبة التي يشغلها العامل.

الجدول رقم (02): يبين كيفية تدريب وتطوير مهارات الموظفين

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
تقديم دورات تدريبية وتكوينية	18	72%
تبادل المعلومات والزيارات مع إدارات أخرى	04	16%
المشاركة في تظاهرات علمية تخدم الوظيفة	03	12%
المجموع	*25	100%

(\*): المجموع فاق عدد المبحوثين لتعدد احتمالات الإجابة

نلاحظ أن 72% من إجمالي مجتمع البحث صرحوا بأنهم يستفيدون من دورات تدريبية وتكوينية لتحسين المستوى، علماً أن التدريب يساعد على تطوير وتنمية المهارات والقدرات والوصول إلى مستوى من الكفاءة والفاعلية في الأداء، وكون التدريب أيضاً يحدد المعلومات وينمي الشخصية ويطورها إلى الأحسن. ويكون بذلك العامل على علم بكل ما هو جديد في مجال العمل والتعرف على الأمور التي تساعده في تسهيل عملية المتابعة والمراجعة، وهناك مبحوثين صرحوا بتبادل المعلومات والزيادات مع

## الفصل السادس: الإطار التحليلي للدراسة

إدارة أخرى وهذا بنسبة 16%، وهذا ما يكسب المؤسسة الكفاءة العالية والدقة في العمل من خلال الاستقادة من الخطط الصحية التي اتبعتها المؤسسات الأخرى.

الجدول رقم (03): يبين تطبيق العدالة والمساواة مع الشعور بالتقدير والاحترام داخل المؤسسة

النسبة المئوية	لا أشعر	أشعر	الشعور بالتقدير والاحترام تطبيق العدالة والمساواة
16	2	14	تطبق
%61.35	%11.76	%24.13	
28	10	18	لا تطبق
%23.07	%58.82	%31.03	
31	5	26	أحيانا
%15.38	%29.41	%44.82	
75	17	58	المجموع
%100	%100	%100	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (03) الذي يبين تطبيق العدالة والمساواة مع الشعور بالتقدير والاحترام داخل المؤسسة، أن أعلى نسبة كانت تمثل عدم تطبيق المساواة بين العاملين وعدم شعور العامل بالاحترام والتقدير داخل المؤسسة حيث قدرت النسبة بـ 58.82%، وهذا يعود على نوعية الخدمة الصحية المقدمة، وتليها نسبة 44.82% الذين صرحوا بشعورهم بالاحترام والتقدير وتطبيق العدالة، وهذا يساعد على تجاوز جميع مسببات الخلاف وإنجاز العمل دون التعرض لمشكلات العمل، وهو ما أكدته كيرت لوبين في نظريته التي تركز على أن التفاعل داخل مجموعة العمل قائم على الحوار والثقة المتبادلة والمسؤولية، في حين صرحت نسبة 44،82% بأن هذه الفئة تشعر أحيانا بالتقدير و الاحترام داخل المؤسسة إضافة إلى تطبيق العدالة على جميع العاملين بالمؤسسة، وهو ما أشارت إليه دراسة فرحي زينة وبوزيان غنية بعنوان دور المسؤولية الاجتماعية في تحسين أداء المؤسسة، وهو أن التزام المؤسسات بالمسؤولية الاجتماعية يعود عليها بالعديد من المنافع ومن أهمها تحسين سمعة وأداء المؤسسة.

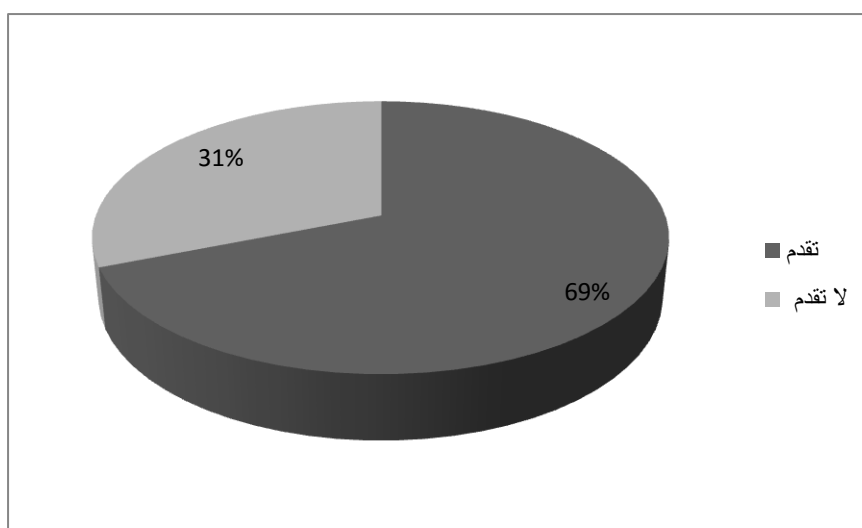
الجدول رقم (04): يبين تطبيق العدالة والمساواة

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
توزيع ساعات العمل	22	50%
نفس معايير التقييم والترقية	13	29.54%
تقديم المساعدات في حالة المرض أو العجز	09	20.45%
المجموع	*44	100%

(\* ) لم يجب جميع المبحوثين

من خلال المعطيات الاحصائية الموضحة في الجدول نلاحظ أن نسبة 50% من عينة الدراسة صرحوا بأن من تطبيقات الإدارة للعدالة والمساواة بين الموظفين برزت في توزيع ساعات العمل بعدل ومساواة وهذا ما يدل على ظروف توفير بيئة عمل آمنة وصحية مما ينعكس إيجابيا على المؤسسة كنظام متكامل يحمل على قياس إصدار الأحكام وتقييم نتائج وتحقيق أهداف أداء العامل، ومن ثم الأداء العام للمؤسسة الصحية، تليها نسبة 29.54% من المبحوثين صرحوا بأن العدل يظهر في استخدام نفس معايير التقييم والترقية للمعاملين. بينما صرحت 20.45% بتقديم المساعدات في حالة مرض أو العجز، وهذا لضمان صحة وسلامة العامل والاهتمام به دون تفرقة.

الشكل رقم (8): دائرة نسبية تبين تقديم المؤسسة تبرعات للطبقات المريضة



من معطيات الشكل الموضح أعلاه صرح أفراد مجتمع الدراسة بنسبة 69% أن المؤسسة تقوم بتبرعات أو خدمات تطوعية على الفقراء، وهذا دليل على توسيع نطاق الخدمات المقدمة من قبل المؤسسة الصحية ما يزيد من انسجام البيئة الداخلية والخارجية لها، وهذا يعد كتطبيق لمبادئ المسؤولية

الاجتماعية التي تقوم على العمل التطوعي، بينما صرحت نسبة أخرى 31% أن المؤسسة لا تقوم بتبرعات وتطوعات على الطبقات الفقيرة.

**الجدول رقم (05) يبين السياسة التي تتبناها المؤسسة في توظيف العامل**

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
على أساس الشهادة العلمية	09	39.13%
على أساس المسابقات	08	34.78%
دراسة ملفات	06	26.08%
<b>المجموع</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

من خلال بيانات الجدول أعلاه صرحت نسبة 39.13% أنه يتم توظيف العمال على أساس الشهادة العلمية وهذا ما يعطي المؤسسة الصحية الطابع العلمي ويميزها بالكفاءة، تليها نسبة 34.78% التي تمثل توظيف العمال على أساس المسابقات، في حين صرحت نسبة 26.08% بأنه يتم التوظيف في المؤسسة بدراسة ملفات من أجل انتقاء الأحق بالمنصب بمعنى أن المؤسسة تعتمد أكثر في التوظيف على أساس الشهادة العلمية وهو مؤشر فاعل في تحسين كفاءة المؤسسة في تقدير جودة الخدمات الصحية من جهة ومن جهة أخرى يبرز التزام المؤسسات اتجاه خريجي الجامعات في توفير مناصب عمل تتناسب والشهادة المتحصل عليها، وذلك في إطار مسؤوليتها الاجتماعية.

**الجدول رقم (06) يبين الاقتراحات لتحسين ممارسات العمل بالمؤسسة**

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
إعادة هيكلة الإدارة	07	13.46%
توفير المستلزمات والأمن	28	53.38%
المساواة بين العمال	11	21.15%
الاحترام والتقدير	06	11.53%
<b>المجموع</b>	<b>*52</b>	<b>100%</b>

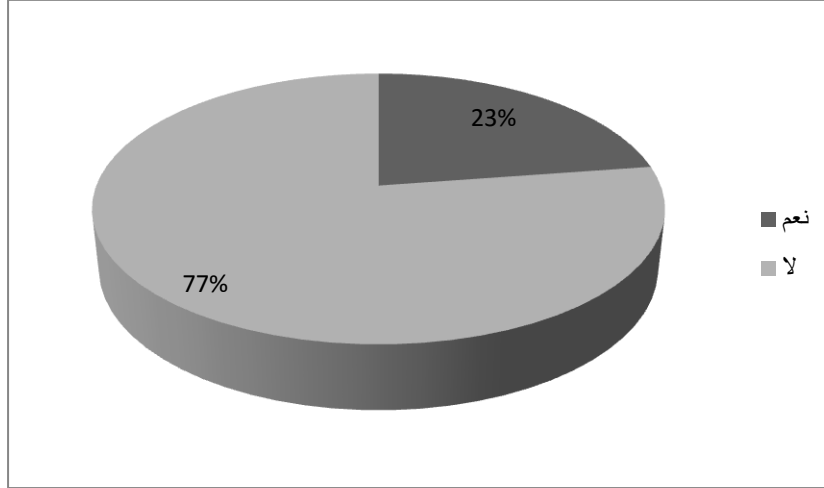
(\* ) لم يجب جميع المبحوثين

من خلال المعطيات الاحصائية الموضحة في الجدول نلاحظ أن نسبة 53.46% من أفراد مجتمع الدراسة صرحوا بأن من الطرق التي تحسن وتساعد ممارسات العمل بالمؤسسة هو إعادة هيكلة الإدارة، خاصة فيما تعلق بنقص قاعات العلاج وكذلك تغيير المسؤولين ووضع قوانين جديدة صارمة تطبق على الجميع دون سواء. تليها نسبة 21.15% من المبحوثين الذين صرحوا بضرورة المساواة بين العمال،

وتليها نسبة 11.53% من المبحوثين صرحوا بضرورة احترام وتقدير الموظفين، وهذا يساعد على تجاوز جميع مسببات الخلاف، لأن الاهتمام يكون منصبا على شؤون العمل فقط.

ثانيا: تطبيقات التخطيط الاستراتيجي وهيكله الخطي الصحي

الشكل رقم (09): دائرة نسبية تبين مدى توافق الاحتياجات الطبية مع الإمكانيات المتوفرة بالمؤسسة



نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الشكل أعلاه أن أغلبية المبحوثين تتوافق احتياجاتهم الطبية مع الإمكانيات المتوفرة في المؤسسة وهذا بنسبة 77%، وهذا يعكس إيجابا على أداء المؤسسة والعامل. فإشباع بعض الاحتياجات يعمل على زيادة الإنتاج وتطوير العمل، وهذا دافع يحفز العامل، مما ينمي رغبته في بذل مستوى أعلى من الجهود في تحقيق أهداف المؤسسة، أما نسبة 22.66% فهم صرحوا بنقص الإمكانيات من أجهزة ومعدات طبية لازمة. بمعنى أن التزامات المؤسسة في توفير الاحتياجات الطبية بما يتوافق والإمكانيات المتوفرة بالمؤسسة، قد حقق دورا فاعل في تطبيق مسؤوليتها الاجتماعية اتجاه العاملين.

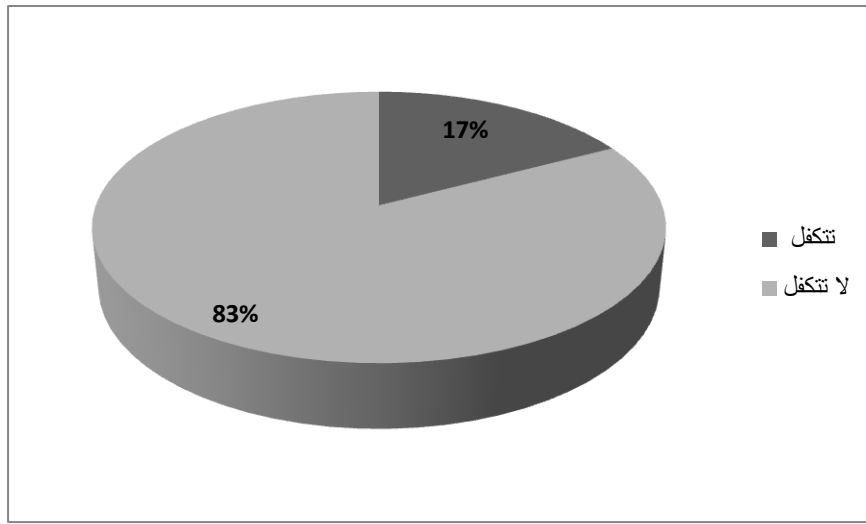
الجدول رقم (07): يبين مدى توافق احتياجات الموظفين الطبية مع الإمكانيات المتوفرة

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
توفير الأدوية والأجهزة	11	44%
توفر أدوات العمل الوقائية	08	32%
توفر الصيانة الضرورية	06	24%
المجموع	*25	100%

(\* ) المجموع فاق عدد المبحوثين الذين أجابوا بنعم (17) لتعداد احتمالات الإجابة

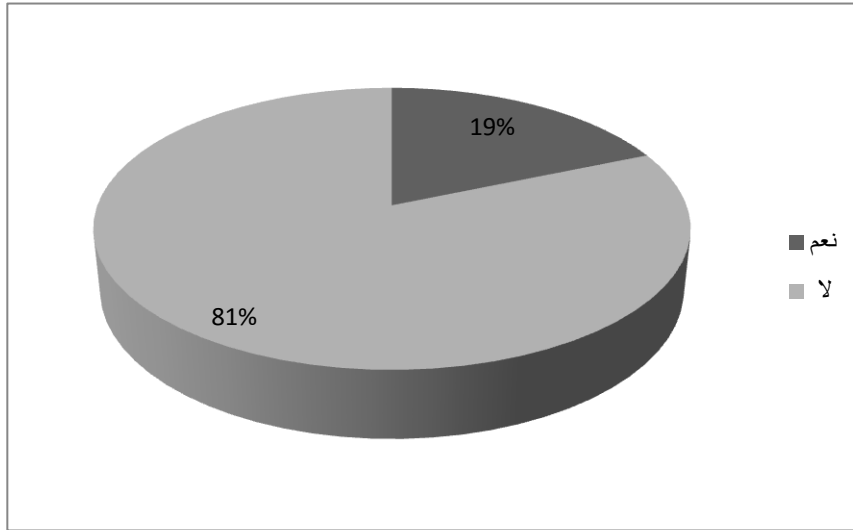
صرح 44% من أفراد البحث أن احتياجاتهم الطبية تتوافق مع الإمكانيات المتوفرة بالمؤسسة، وهذا يبرز في توفير الأدوية والأجهزة الطبية، مما ينعكس إيجاباً على أداء المؤسسة، وتبين نسبة 32% في توفر أدوات العمل الوقائية، وهذا ما يحافظ على سلامتهم خاصة في فترة فيروس كورونا وحفظ صحتهم العامة وهذا دليل على حرص المسؤول على معرفة وتلبية احتياجات العمال لتأدية عملهم في ظروف مناسبة تسمح لهم بتقديم خدمة صحية ذات كفاءة ونوعية للمرضى، وبالتالي ينعكس إيجاباً على أداء المؤسسة.

الشكل رقم (10): دائرة نسبية تبين مدى تكفل المؤسسة بالمشكلات الطارئة



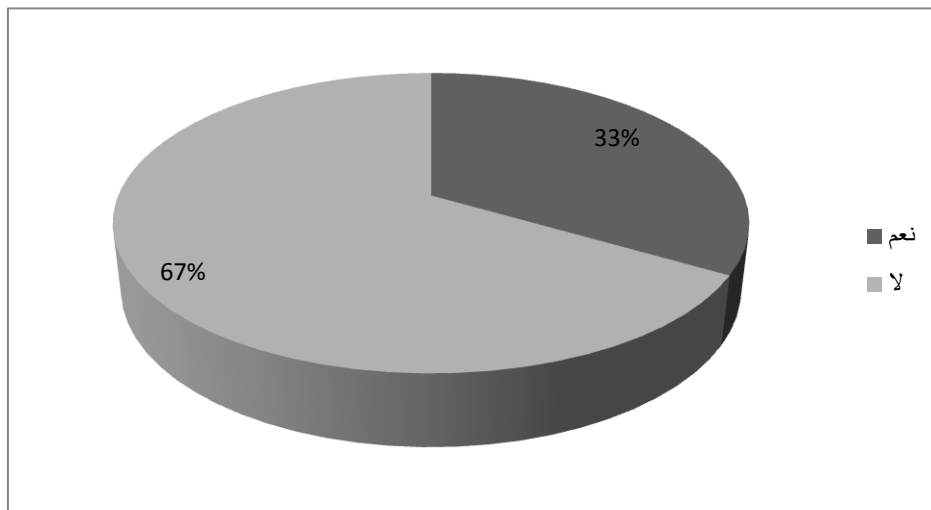
من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن نسبة 83% من أفراد مجتمع البحث صرحوا بأن المؤسسة تتكفل بالمشكلات الطارئة، مما يتضح لنا أنه هناك تخطيط صحي جيد في المؤسسة، وهذا يوضح خطط لتقاضي المشكلات التي قد تظهر ويكون ذلك بالتدخل السريع، أما نسبة 17% فكانت الإجابة بعدم التكفل بالمشكلات الطارئة وهنا يتضح لنا تناقض ما بين الإجابتين بسبب التناقض الموجود سابقاً في كيفية التعامل وتوفير التدريب المرتبط بالمنصب المشغول.

الشكل رقم (11): دائرة نسبية تبين توفر شبكة الأنترنت في المؤسسة



تبين المعطيات البيانية أن أغلبية المبحوثين صرحوا بأنه لا تتوفر شبكة أنترنت بالمؤسسة، حيث قدرت النسبة بـ 81%، وهي نسبة عالية مقارنة بنسبة المبحوثين الذين صرحوا أنه توجد شبكة أنترنت، وهنا يمكن أن يرجع ذلك إلى نوع الوظيفة والتخصص الذي يشغله العامل، بحيث تتوفر بمصالح ومصالح أخرى لا تتوفر بها شبكة الأنترنت، بالرغم من أهمية التكنولوجيا في قطاع الصحة الحساس، وهذا من أجل التعرف على آخر المستجدات التي تستعاد منها المؤسسة لمعالجة بعض الأمراض وكذلك الاستفادة من تجارب المؤسسات الأخرى وتقادي الوقوع في نفس الأخطاء.

الشكل رقم (12): دائرة نسبية تبين مدى تنسيق المؤسسة مع إدارات أخرى في وضع برامج وخطط



توضح المعطيات الإحصائية المبينة في الشكل أعلاه أن أغلبية المبحوثين والمقدرين بنسبة 67%، بأن المؤسسة لا تتسق مع إدارات أخرى في وضع برامج وخطط وقائية وعلاجية، وهذا ينعكس سلباً على

## الفصل السادس: الإطار التحليلي للدراسة

المؤسسة، في المقابل يصرح 33% بقيام المؤسسة بالتنسيق مع إدارات أخرى فنلاحظ هنا أن هناك تضارب في الآراء، يمكن إرجاعه دائما على طبيعة ونوعية المنصب المشغول. فالتنسيق منحصر فقط على المستويات العليا.

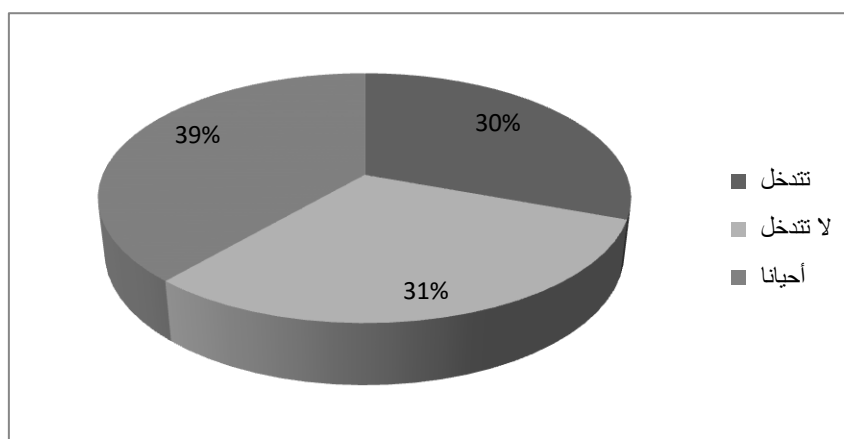
الجدول رقم (08): يبين كيفية تنسيق المؤسسة مع إدارات أخرى

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
عقد اجتماعات تنسيقية	19	73.07%
استغلال شبكة الأنترنت في تبادل المعلومات	04	15.38%
الاطلاع على المستجدات في القطاع من خلال الأنترنت	06	11.53%
المجموع	*26	100%

(\* ) لم يجب جميع المبحوثين

من خلال المعطيات الواردة في الجدول، صرح أفراد مجتمع البحث والمقدرة نسبتهم بـ 73.07% أن تنسيق المؤسسة مع إدارة أخرى يكون بعقد اجتماعات تنسيقية من أجل وضع خطط صحية للسير عليها واتباعها وكذا تبادل الأفكار وحل المشكلات التي تصادفهم، وتبين نسبة 15.38% أنه يتم استغلال شبكة الأنترنت في تبادل المعلومات، وهذا يوسع مجال الصحة في المؤسسة، ويصبح هناك سد للثغرات الموجودة من خلال المشاكل التي تجدها المؤسسة، وهذا بتبادل المعلومات مع إدارة أو مؤسسة أخرى. كما أن تشير مجموعة أخرى من أفراد البحث أن التنسيق يكون عن طريق الاطلاع على المستجدات في القطاع من خلال الأنترنت وهذا بنسبة 15.35%. فالتنسيق قد أحتل أكبر نسبة، لكن يبقى دائما على مستوى الإدارات العليا وليس على جميع المستويات.

الشكل رقم (13): دائرة نسبية تبين مدى تدخل الجهة المشرفة في تلبية الخدمات المطلوبة





## الفصل السادس: الإطار التحليلي للدراسة

توضح المعطيات الإحصائية أن نسبة 39% كانت أحياناً يتدخل فيها المشرف في تلبية احتياجات والخدمات المطلوبة للعاملين، بينما كانت النسبة متساوية بين تتدخل ولا تتدخل بنسبة 30%، وهذا دليل على عدم المساواة بين الموظفين بحيث هناك فروقات في تلبية احتياجاتهم، وهذا قد يرجع إلى وجود محسوبة داخل المؤسسة، وهذا ما يحبط من نفسية العامل مما يعود بالسلب على أداءه لعمله، ومما يلاحظ فإن القطاع الصحي يختلف في توزيع وتلبية الخدمات المطلوبة.

الجدول رقم (09): يبين كيفية تدخل المشرف في تلبية الخدمات المطلوبة

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
إيجاد حلول للمشاكل القائمة	22	50%
تزويد المؤسسة بالاستعجالات	09	20.45%
تجديد أدوات ووسائل العمل	13	29.54%
المجموع	*44	100%

(\*) المجموع فاق عدد الذين أجابوا بالتدخل

من خلال البيانات الإحصائية يتضح أن نسبة 50% من المبحوثين صرحوا بأن تدخل المشرف في تلبية احتياجاتهم تكمن في إيجاد حلول للمشاكل القائمة، وهذا ما يدل على كفاءة المسؤول وقدرته على تسيير الأعمال والسيطرة على الوضع من خلال حل النزاعات التي قد تحدث داخل المؤسسة، أما نسبة 29.54% أجابوا بتحديد أدوات ووسائل العمل مثل القفازات والأدوية والمعقمات واللقاحات وغيرها من المستلزمات الضرورية للعمل بشكل جيد، وبالتالي لوحظ تحسين في تقديم الخدمات الصحية للمرضى، و29.54% صرحوا بتزويد المؤسسة بالاستعجالات. وهذا ما يفسر فاعلية المسؤولية الاجتماعية في تلبية الخدمات والتزام المسؤولية بأدائها وفق الإمكانيات المتوفرة.

جدول رقم (10): يبين الأدوات والوسائل الضرورية لتحسين تقديم الخدمات

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
زيادة الأيدي العاملة	23	43.93%
تطوير الوسائل الطبية	18	33.96%
التكوين المتواصل	12	22.64%
المجموع	53	100%

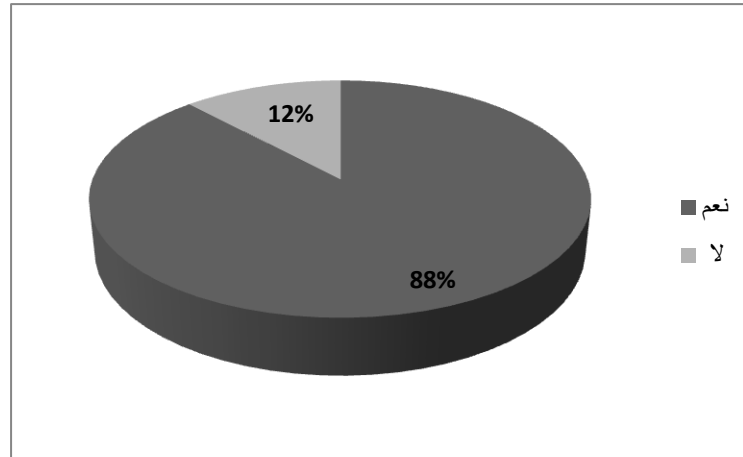
من خلال البيانات الإحصائية أعلاه كانت أعلى نسبة 43.93% والتي تمثلت في زيادة اليد العاملة، وهذا دليل على تعب وإرهاق الطاقم الطبي مما جعلهم يطالبون بزيادة عدد الأطباء والمرضى

## الفصل السادس: الإطار التحليلي للدراسة

من أجل التخفيف عليهم الضغط والعمل بشكل جيد في تقديم الخدمات الصحية للمواطن بشكل لائق، أما نسبة 33.96% تعود إلى تطوير الوسائل الطبية وهذا لمواكبة العصر الراهن، لأن الصحة عرفت تطورا كبيرا جدًا، وبالتالي العمل على تطوير الأدوات المستخدمة من أجل الحصول على نتيجة مرضية، وهو ما تركز عليه نظرية المنظمات هو فهم طبيعة المنظمات وأهدافها، والتعرف على أهم المشكلات التي تواجه المنظمات وأساليب مواجهتها، والتأثير في سلوك الأفراد بالمؤسسة وتوجيهها في الجوانب الايجابية، أما نسبة 22.64% صرح أفراد البحث أنه من الضروري وضع تكوين متواصل لكل تخصص من أجل تطوير الكفاءات والمهارات الطبية. وهذا ما يبين فاعلية التخطيط الصحي في تحسين تقديم الخدمات.

### 4- توافق التطبيقات العملية للمسؤولية الاجتماعية واستراتيجيات التخطيط الصحي

الشكل رقم (14): دائرة نسبية تبين مدى استقبال إدارة المؤسسة للشكاوي والاعتراضات



توضح المعطيات الإحصائية أن غالبية المبحوثين والمقدين بنسبة 88% صرحوا باستقبال إدارة المؤسسة للشكاوي، وهذا يدل على مدى اهتمام المسؤولين بشكاوي العاملين والمرضى والعمل عليها من أجل جودة الخدمة الصحية وكفاءتها، وبالتالي اهتمام المؤسسة بمحيطها الخارجي، وتبين نسبة 12% عدم استقبال المؤسسة لشكاوي وهذا راجع لعدم إبداء الاهتمام الكافي من قبل العاملين في شكاوهم. وهو ما يعزز قيمة المسؤولية الاجتماعية في أداء المهام بفاعلية.

### جدول رقم (11) يبين نوع الشكاوي

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
داخلية	34	43.03%
خارجية	45	56.96%
المجموع	79	100%

## الفصل السادس: الإطار التحليلي للدراسة

يتضح من خلال البيانات أعلاه أن إجابة المبحوثين كانت متقاربة ما بين شكاوي العمال وشكاوي المرضى، بحيث كانت نسبة الشكاوي الخارجية 56.96%، وهذا ما يعكس اهتمام المسؤولين واهتمام المؤسسة بمحيطها الخارجي، كما يعكس اهتمام الجهة في العمل على تسهيل استقبال الشكاوي على التعامل واهتمامها بتطوير خدماتها، وذلك بزيادة الوعي العام للمؤسسة بما يساعد في الوصول إلى أسس المشكلات والعمل على وضع حلول لها لضمان عدم تكرارها، وبالتالي العمل على تحسين مواطن الضعف، في حين كانت نسبة 43.03% تشير إلى استقبال الشكاوي الداخلية أي من العمال وهذا من أجل تحقيق مطالبهم وحل المشكلات القائمة داخل المنظمة الصحية لتفادي حدوث صراعات داخلية. وهذا يدخل ضمن متطلبات التخطيط الصحي وفاعليته في تحسين مستوى أداء المؤسسة.

الجدول رقم (12) يبين تأثير أقدمية العامل على إشراف المسؤول على أداءه

النسبة المئوية	لا	نعم	إشراف المسؤول الأقدمية
22 %29.33	01 %09.09	21 %73.281	[3 - 8]
25 %33.33	01 %9.09	24 %37.5	[9 - 14]
15 %20	03 %27.27	12 %18.75	[15 - 20]
09 %12	03 %27.27	06 %9.37	[21 - 26]
04 %5.33	03 %36.36	01 %0	[27 - 30]
75 %100	11 %100	64 %100	المجموع

من خلال الجدول رقم (12) الذي يبين تأثير أقدمية العامل في العمل على إشراف المسؤول على أداءه، نلاحظ أن أعلى نسبة كانت 36.36% للذين لهم أقدمية في العمل واكتسابهم للخبرة والكفاءة في أداء العمل، مما يجعل المسؤول لا يتدخل في أدائهم لعملمهم نتيجة إتقان العمل على أكمل وجه دون الحاجة إلى تدخلات المسؤول، بحيث كانت سنوات العمال ما بين (27-30) سنة خبرة، في حين كانت

## الفصل السادس: الإطار التحليلي للدراسة

نسبة 37.5% التي تمثل نسبة العمال الذين صرحوا بتدخل المسؤول في أداء عملهم، وهذا نتيجة سنوات الخبرة المهنية القليلة بحيث أنهم يجدوا صعوبات في العمل مما يستلزم توجيه وإشراف المسؤول عليهم، وكانت سنوات عملهم تتراوح ما بين (9-14)، في حين تليها نسبة 34.37% التي كانت إجابتهم بتدخل المسؤول في عملهم وتوجيههم وإرشادهم والتي تمثل فئة (3- 8) سنوات عمل، أي أنهم لا زالوا بحاجة إلى مساندة المسؤول لهم، وهذا دليل على وجود علاقة طردية ما بين أقدمية العامل وتدخل المسؤول في أداء العمل.

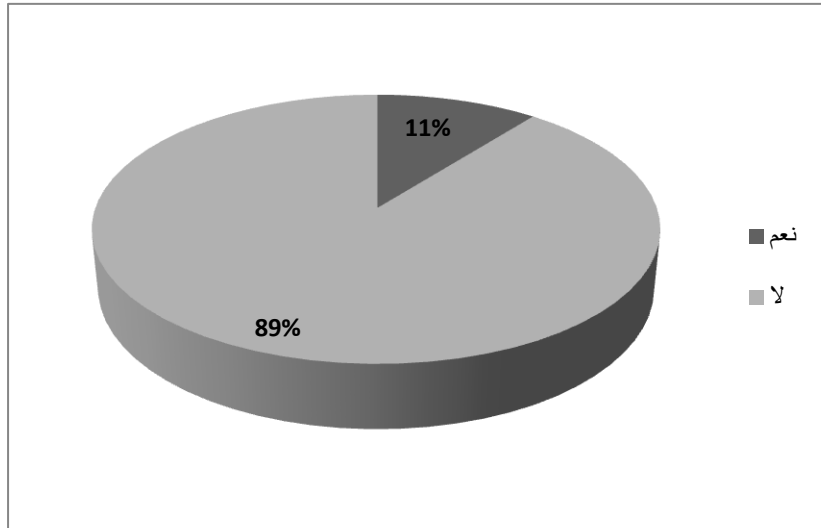
### جدول رقم (13): يبين كيفية تدخل المسؤول

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
تقديم توجيهات وتعليمات لسير العمل	38	50%
المساعدة في حل مشكلات العمل	24	31.57%
تقديم الدعم والمساندة والتحفيز	12	15.78%
تعديل برنامج العمل	02	2.63%
المجموع	*76	100%

(\*) المجموع فاق عدد المبحوثين الذين أقرروا بإشراف المسؤول على أداء العمل (64) لتعدد احتمالات الإجابة.

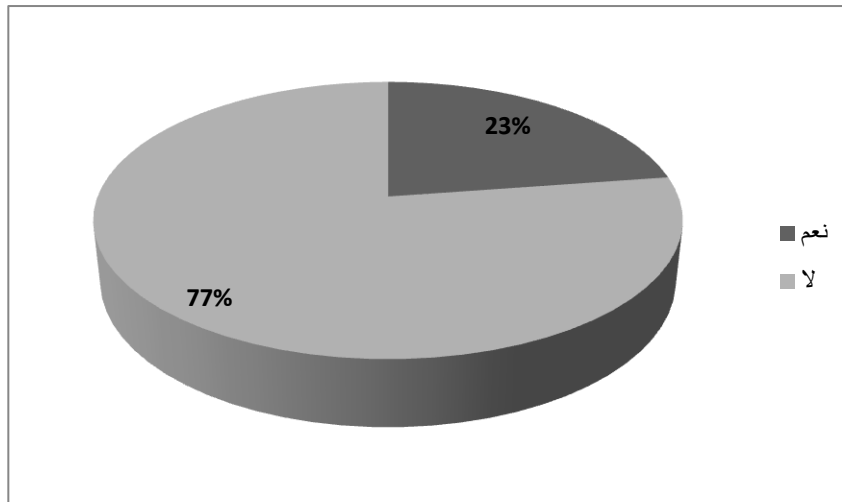
من خلال المعطيات الإحصائية الموضحة في الجدول، نلاحظ أن نسبة 50% من أفراد الدراسة صرحوا بأن المسؤول المشرف عليهم يقدم لهم توجيهات وتعليمات لسير العمل وتحسين جودة ونوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، بينما صرحت 31.57% بالمساعدة في حل مشكلات العمل حتى يتم الوصول إلى الأهداف المرجوة بسرعة وبكفاءة، كما يدل ذلك على خبرة المسؤول في التعامل مع طاقم العمل، في حين صرحت نسبة 15.78% بتقديم المسؤول بالدعم والمساندة والتحفيز، وهذا بإعطائهم الثقة في أنفسهم وخبراتهم ومنحهم فرصة الابتكار كي يكون لهم السبق في تطوير العمل، بينما أجابت فئة أخرى بتعديله لبرنامج العمل لهم لكي يصبح مناسباً أكثر .

الشكل رقم (15): دائرة نسبية توضح تعاون العمال في المؤسسة من أجل تقديم أفضل الخدمات



توضع المعطيات الإحصائية في الشكل أن إجمالي أفراد مجتمع البحث والمقدرة نسبتهم بـ 89% صرحوا بتعاون العمال في المؤسسة في إنجاز المهام، وهو سبب النجاحات المتعددة للأفراد والمؤسسات والوصول إلى أفضل وسائل لتحقيق الأهداف، وبالتالي فالتعاون بين أطراف العمل وأجنحته والسير على خطى واحدة هو هدف المنظمة الأول، وهذا يدل على الحث على الأداء بأعلى مستوى من الكفاءة والفعالية، وبالتالي تقديم أفضل الخدمات الصحية وتحسين علاقة أفراد المؤسسة ببعضهم، وهذا ما جاء في نظرية رأس المال الاجتماعي التي أكدت أن هذه العلاقة تمثل إحدى أشكال النسيج الاجتماعي القائم على التفاعلات بين التشكلات في العلاقات بين الأفراد والجماعات والمنظمات في المجتمع الواحد التي تهدف في النهاية إلى تقديم الخدمات والمساعدات، في حين نسبة 11% صرحوا بعدم تعاون العمال في المؤسسة من أجل تقديم أفضل الخدمات وهي نسبة ضئيلة جدا.

الشكل رقم (16): دائرة نسبية توضح اتصاف العمال بطابع السرية في إنجاز وأداء العمل.



يتبين من خلال البيانات الإحصائية أن نسبة 77% من أفراد مجتمع البحث صرحوا بأن العمال يتصفون بطابع السرية في إنجاز وأداء العمل ما يجعلهم يكسبون ثقة المريض، وهذا ينعكس إيجاباً على سيرورة وديمومة المؤسسة الصحية، بينما أجابت نسبة 23% بعدم اتصاف العمال بطابع السرية وإفشاء معلومات حول المريض، مما يتبين لنا أن هناك تضارب في الآراء يمكن يرجع السبب إلى أن هناك من لا يحترم مبادئ وأخلاقيات المهنة وعدم اكتسابه لمسؤولية الدور الذي فيه. ويمكن إرجاعه أيضاً إلى عدم مسؤولية العامل في الإلتزام والولاء لمهنته.

**الجدول رقم (14): يوضح تجسيد طابع السرية للعمال في إنجاز العمل**

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
عدم إعطاء معلومات عن المريض إلا بموافقة أو موافقة عائلته أو ما يسمح به القانون	48	57.83%
غرس الاطمئنان والثقة لدى المرضى لكسب حسن وسهولة التعامل معهم	35	42.16%
<b>المجموع</b>	<b>*83</b>	<b>100%</b>

(\* ) المجموع فاق عدد المبحوثين الذين أجابوا بنعم (58) لتعدد احتمالات الإجابة

من خلال الإجابات المتحصل عليها نلاحظ أن نسبة 57.83% صرحوا بعدم إعطاء معلومات عن المريض إلا بموافقة منه أو من عائلته دليلاً بالتزامهم بأخلاقيات المهنة الطبية ومبادئ العمل، في حين أكدت نسبة 42.16% على غرس الإطمئنان والثقة لدى المرضى لكسب حسن وسهولة التعامل معهم، وهذا يعود بالإيجاب على أداء المؤسسة في تقديم الخدمات الصحية الجيدة للمرضى. وبما يفسر فاعلية التخطيط الصحي الناجمة من المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة.

**الجدول رقم (15): يوضح اقتراحات حول توفير العناية اللائقة للمريض والاحترام المتبادل**

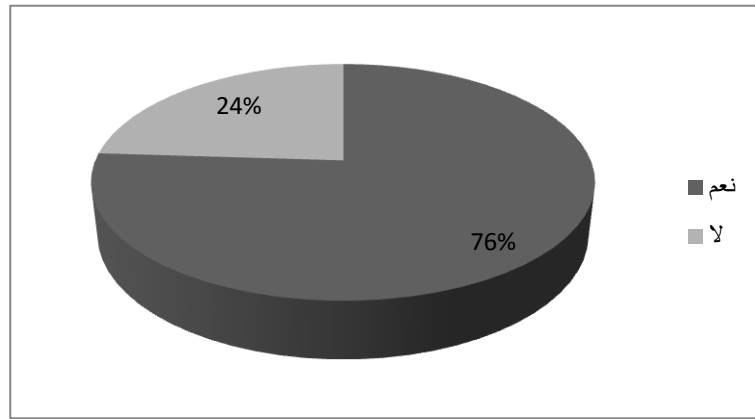
الفئات	التكرار	النسبة المئوية
تلبية احتياجات المرضى	03	6.25%
توفير ظروف مناسبة للعمال	06	12.5%
التكوين الحسن للأطباء والممرضين	11	22.91%
توفير المعدات الطبية والأمن	28	58.33%
<b>المجموع</b>	<b>*48</b>	<b>100%</b>

(\* ) لم يجب جميع المبحوثين

## الفصل السادس: الإطار التحليلي للدراسة

من خلال المعطيات الواردة في الجدول أعلاه يتبين أن أفراد مجتمع البحث والمقدرة نسبتهم بـ 58.33% صرحوا بتوفير المعدات الطبية اللازمة، وكذلك توفير الأمن الكافي لهم من أجل أداء عملهم على أكمل وجه، أما نسبة 22.91% صرحوا بالتكوين الحسن للأطباء والمرضى وهذا لتنمية المهارات والقدرات الطبية وأداء العمل بكفاءة وفاعلية، وتبين نسبة 12.5% توفير ظروف مناسبة للعامل من حيث برنامج العمل وبيئة عمل مناسبة (أمن، مأكّل، تدفئة...) في حين صرحت نسبة 6.25% بتلبية احتياجات المرضى، وهو ما أكدته نظرية المنظمات حيث اهتم "إيقور أنسوف" بالعلاقة بين الاستراتيجية وتحديد وتوزيع المصادر المادية والاحتياجات للمؤسسة لتحقيق أهدافها.

خامسا: العوامل المؤثرة في تنفيذ برامج المسؤولية الاجتماعية للتخطيط الصحي  
الشكل رقم (17): دائرة نسبية توضح تعرض العامل للصعوبات في إنجاز عمله



من خلال الشكل أعلاه يتضح أن 76% من أفراد مجتمع البحث صرحوا بتعرضهم لبعض الصعوبات في إنجاز العمل، وهذا ما يؤدي إلى نقص الجودة في الخدمة الصحية المقدمة بسبب نقص المعدات الطبية اللازمة وتعطل الأجهزة القديمة أو عدم ملائمة برنامج العمل لهم، في حين صرحت نسبة 24% من المبحوثين بعدم تعرضهم لـ صعوبات في العمل، وهو ما يتوافق وإجابات رؤساء المصالح في دليل المقابلة والذي أكدوا على عدم وجود أي صعوبات في أداء العمل.

الجدول رقم (16): يبين الصعوبات التي يتعرض لها العامل

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
نقص الخبرة في التعامل والتشخيص	08	13.55%
نقص الثقة بالنفس	37	62.71%
نقص كفاءة الأجهزة والأدوات والوسائل	05	8.47%
نقص الاحترام	06	10.16%
نقص قاعات العلاج	02	3.38%
ثقافة ومعتقدات الشعب	01	1.69%
المجموع	*59	100%

(\* ) المجموع فاق عدد المبحوثين الذين أجابوا بنعم (57) لتعدد احتمالات الإجابة.

من خلال المعطيات الواردة في الجدول والذي يوضح الصعوبات التي يتعرض لها العمال أثناء عملهم نلاحظ أن نسبة 13.55% من أفراد مجتمع البحث أرجعت الصعوبة إلى نقص الخبرة في التعامل والتشخيص، وهذا راجع إلى عدم استقادة العمال من دورات التدريب لتحسين أدائهم، علما أن التدريب يساعد على تطوير وتنمية المهارات والقدرات والوصول إلى مستوى من الكفاءة والفاعلية في الأداء، وبالتالي يصبح الطبيب قادرا على التمريض بكفاءة جيدة، أما نسبة 62.71% صرحت بنقص الثقة بالنفس وهذا يعود بالسلب على أداء العامل وعلى المؤسسة في نفس الوقت، أما نسبة 8.41% صرحت بنقص كفاءة الأجهزة والأدوات والوسائل، في حين صرح 10.16% بنقص الاحترام، وهذا منافي لما جاءت به "نظرية كريت لورين" حيث أكد في نظريته على أن التفاعل داخل مجموعات العمل قائم على الحوار والثقة المتبادلة والمسؤولية، أما 3.38% أفادت بنقص قاعات العلاج وهذا ما يزعج الأطباء باشتراكهم بقاعات العلاج وعدم الشعور بالارتياح أثناء العمل، أما نسبة 1.69% التي صرحت بثقافة ومعتقدات الشعب، وهذا يشكل صعوبة التعامل مع المرضى لتعدد ثقافات أفراد المجتمع الواحد.

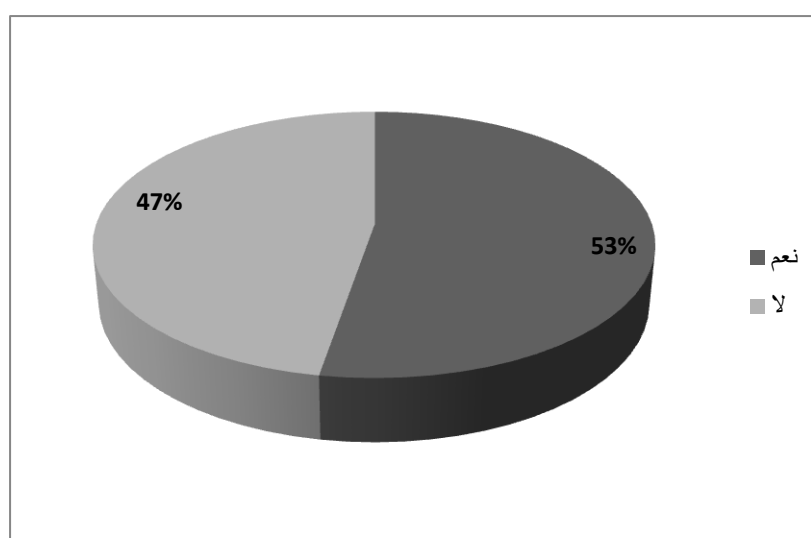


الجدول رقم (17): يبين الإطارات المتمكنة في المؤسسة حسب الوظيفة

المجموع	بيولوجي	رئيس مصلحة	مساعد ممرض	مخبري	ممرض	طبيب	حسب الوظيفة الإطارات المتمكنة
58	6	1	20	6	11	14	تتوفر
%77.33	%75	%50	%95.23	%85.71	%61.11	%13.66	
17	2	1	1	1	7	5	لا تتوفر
%22.66	%25	%50	%4.76	%14.28	%38.88	%26.31	
75	8	2	21	7	18	19	المجموع
%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100	

من خلال بيانات الجدول نلاحظ أن نسبة 77.33% صرحت بتوفر الإطارات المتمكنة بالمؤسسة، حيث نجد نسبة 50% كانت عند رئيس مصلحة وتليها عند الأطباء بنسبة 73.68% ثم 85.71% عند المخبري لتليها فئة البيولوجيين بنسبة قدرت بـ 75% وهذا دلالة على أن المؤسسة تحتوي على الإطارات المتمكنة مما يدل على كفاءة المؤسسة وفعاليتها، حيث قدرت نسبة 21.33% من الذين صرحوا بعدم توفر إطارات متمكنة بالمؤسسة وهي نسبة ضئيلة.

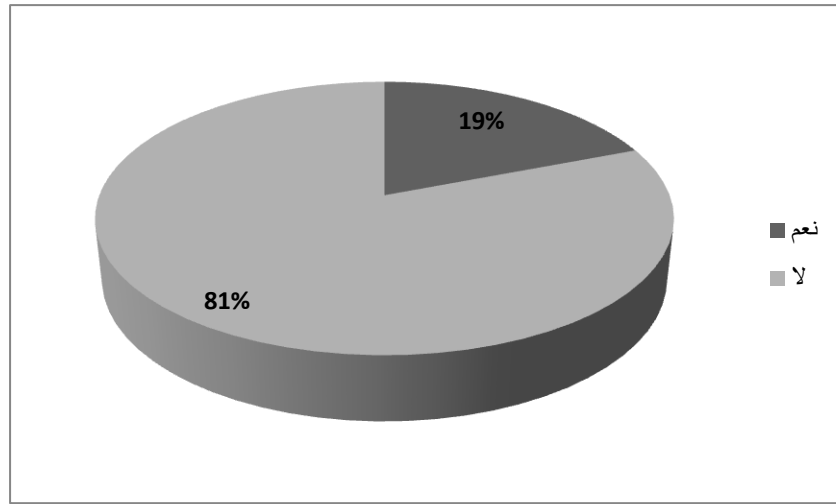
الشكل رقم (18): دائرة نسبية تبين أخذ إدارة المؤسسة باقتراحات العاملين والمرضى في تحسين تقديم الخدمات



من خلال الشكل أعلاه يتضح أن نسبة 53% صرحوا بأن إدارة المؤسسة تأخذ باقتراحاتهم واقتراحات المرضى من أجل تحسين تقديم الخدمات الصحية، وهو ما يتوافق وإجابات رؤساء المصالح

في دليل المقابلة والذين أكدوا على إعطاء العامل فرصة لوضع خطة عمل، وهذا راجع إلى ثقة المسؤول في عماله، وهو ما كشفت عليه نظرية كيرت لوين أهمية المشاركة في الإدارة وأثرها في تحفيز العمال على الأداء الجيد وهي بذلك تنمي روح المبادرة، المشاركة، التعاون، المسؤولية الصادقة والتوحيد بالجماعة هذا ما تتميز به الجماعة التي تتخذ القرارات المشتركة أما نسبة 47% صرحوا بأن الإدارة لا تأخذ باقتراحاتهم مما يدل على أن هناك تضارب في إجابات المبحوثين.

الشكل رقم (19): دائرية نسبية تبين مشاركة العامل في عملية اتخاذ القرارات الإدارية



تبين من خلال المعطيات الواردة في الشكل أن أغلبية المبحوثين صرحوا بأنهم لا يشاركون في عملية اتخاذ القرارات الإدارية، حيث قدرت النسبة بـ 81% وهي نسبة عالية مقارنة بنسبة المبحوثين الذين صرحوا بأنهم يشاركون في عملية اتخاذ القرارات الإدارية أي 19%، وتدل هذه النتائج أو الإحصائيات أن عدم مشاركة العامل في عملية اتخاذ القرارات تحبط العامل، لأن مشاركة أفراد فريق العمل في وضع خطة عمل تحفزهم على تحقيق المستهدفات الخاصة بهم وتحملهم مسؤولية اتخاذ القرارات، كما أن مشاركة العامل في وضع الخطط والقرارات يجعله على درجة كبيرة من الحماس في تنفيذها على أكمل وجه، وهذا ما جاء في نظرية "كيرت لوين"، حيث أن المسؤول يهدف إلى خدمة المؤسسة وحل المشاكل عن طريق التشاور في اتخاذ القرارات، وما ركزت عليه نظرية ماري باركر فولت أن خضوع العامل غير كاف، بل يجب على هؤلاء المشاركة في كل المستويات التنظيمية، وأن التنسيق هو قلب الإدارة النابض.

الجدول رقم (18): يبين كيفية المشاركة في عملية اتخاذ القرارات الإدارية

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
منح صلاحية اتخاذ القرار من طرف المسؤول المباشر	05	35.71%
تحمل مسؤولية القرار	09	64.28%
المجموع	14	100%

من خلال المعطيات الواردة في الجدول يتبين أن أفراد مجتمع البحث والمقدرة نسبتهم بـ 35.71% صرحوا بأن المسؤول المباشر يمنحهم صلاحية اتخاذ القرار، وهذا ما يتوافق مع إجابة المسؤولين في دليل المقابلة، مما يؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، في حين صرح 64.28% بأن العامل يتحمل مسؤولية القرار الذي وضعه، وهذا دليل على نجاح المؤسسة كفاءة عاملها، بما يعزز مسؤوليتها الاجتماعية.

الجدول رقم (19): يبين اقتراحات حول شروط عمل مناسب دون صعوبات

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
تقديم توجيهات وتعليمات لسير العمل	38	50%
المساعدة في حل مشكلات العمل	24	31.57%
تقديم الدعم والمساندة والتحفيز	12	15.78%
تعديل التوقيت	02	2.63%
المجموع	*76	100%

(\* ) المجموع فاق عدد المبحوثين لتعدد احتمالات الإجابة.

من خلال البيانات الإحصائية، تبين أن 54.41% صرحوا أن تطبيق العدالة والمساواة بين العاملين من بين شروط العمل المناسبة من دون صعوبات، أما نسبة 19.11% أكدت على توفير الأجهزة والأدوات الطبية اللازمة لتخطي جميع الصعوبات التي تواجه بالتنسيق الجيد بين الإدارة والعاملين وهذا يكون بوضع فرد كفاً وذي اختصاص في المنصب المناسب به وذي مسؤولية لتقادي المشاكل الداخلية داخل المؤسسة، أما نسبة 8.82% أكدت على تلبية احتياجات العمال. فمتابعة المسؤول لاحتياجات عماله دليل على أن المؤسسة تعمل في شفافية مع عمالها وهذا يحفزهم على المنافسة في تحسين جودة الأداء بما يزيد من فاعلية المؤسسة الصحية، ويؤكد إلتزاماتها الاجتماعية وسيرورة التخطيط الصحي.

ثانياً: المناقشة العامة لنتائج الدراسة

بعد الدراسة التحليلية لمجمل البيانات والمعلومات المتعلقة بموضوع البحث، تمكنا من الوصول إلى عدة استنتاجات سمحت لنا بمناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة والدراسات السابقة وفي ضوء النظريات، مما يضيفي ذلك نظرة عميقة على موضوع البحث، والتي ندرجها كالتالي:

1. مناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة

أ. توجد مجموعة من الدوافع لتطبيق مبادئ ومناهج المسؤولية الاجتماعية ضمن العمليات الإدارية أثبتت الدراسة الميدانية أن هناك مجموعة من الدوافع لتطبيق مبادئ ومناهج المسؤولية الاجتماعية ضمن العمليات الإدارية، حيث أكد المبحوثين من خلال الجدول رقم (03) الذي يوضح تطبيق العدالة والمساواة بين العاملين في المؤسسة، أن الإدارة الاستراتيجية تساهم في وضع وتجسيد مبادئ المسؤولية الاجتماعية، وأن المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية تقود وتسير وتؤثر على النمط الإداري في المؤسسة. وتتمثل هذه الدوافع في تحديد الأهداف الكلية التي يتم تصميمها لمساعدة المؤسسة على النجاح والاستجابة الفعالة للمتغيرات والعوامل المحيطة بالمؤسسة ومعرفة مدى تحمل العامل للمسؤولية داخل المؤسسة.

إذن المسؤولية الاجتماعية هي في الأصل ناجمة عن قرار يتعلق بالسياسة العامة للمؤسسة، وهذا القرار يحتاج منا وجود التزام ذاتي ومجتمعي. وهذا ما يجعل الفرضية الأولى مقبولة.

ب. يسهم التفكير الاستراتيجي في دعم هيكلية التخطيط الصحي

حيث يساعد التفكير الاستراتيجي التخطيط الصحي على تحقيق التنسيق والتكامل بين برامج الخدمة الصحية وتنظيم جهود الجهات المشرفة عليها للوصول إلى مرحلة متقدمة من الكفاءة في تلبية الخدمات المطلوبة. فلا يمكن تطبيق هذه الاستراتيجية دون أحداث تغييرات في المؤسسة، والاستعانة بتوفير التسهيلات الضرورية لإنجاز العمل ومواكبة التطورات ومستجدات العصر والانفتاح على البيئة الخارجية وهذا ما بينه الشكل رقم (11) الذي يمثل توفر شبكة الأنترنت لتسهيل حسن سير العمل في المؤسسة وكذلك الشكل رقم (12) الذي يبين المؤسسة بالتنسيق مع إدارات أخرى في صنع برامج وخطط وقائية وعلاجية، وهذا من أجل تبادل الأفكار ووضع خطط استراتيجية محكمة.

إن المشرف أو المسؤول المباشر يقوم بمتابعة العمل باستمرار والسهر على حسن التنفيذ واحترام القوانين سارية المفعول وهذا يؤثر إيجاباً ويدعم هيكلية التخطيط الصحي بالمؤسسة، وهذا ما يوضحه الشكل رقم (13) الذي يبين مدى تدخل الجهة المشرفة في تلبية الخدمات المطلوبة، والجدول رقم (12)

الذي يوضح تأثير أقدمية العامل على إشراف المسؤول على أداءه، ورغم هذا لا يمنع أن يقوم العامل برقابة ذاتية لأعماله وأن يكون مسؤولاً على دوره.

فالتفكير الاستراتيجي يتيح للمديرين فرصة اتخاذ القرار الملائم حول ماذا يعملون وكيف ينجزون عملهم ومتى وأين وبأية تكلفة، ووضع الخطط البديلة للمؤسسة الصحية.

بعد عملية تحديد السياسات العامة للمؤسسة وأهدافها، وبعد التحليل العام للمحيط وللوضع الداخلي وإمكانيات، تمر المؤسسة في إجراءات التخطيط الاستراتيجي إلى المرحلة الأقرب للميدان العلمي، وهي وضع الخطط الاستراتيجية ثم توزيعها إلى خطط علمية تشغيلية أكثر تفصيلاً، ليتم تنفيذها ضمن موازنات لكل قسم أو مصلحة تقنية، وهذا ما يجعل الفرضية الثانية مقبولة.

### ج. يرتبط التخطيط الصحي بالتطبيقات العملية للمسؤولية الاجتماعية

إن الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية يؤدي إلى زيادة قدوة المؤسسة على الاستمرار والبقاء والنمو في عالم الأعمال، كما يزيد التزام المؤسسات الصحية بالمسؤولية الاجتماعية تجاه العاملين فيها إلى زيادة القوة التنافسية لهذه المؤسسة. وهذا ما يوضحه الجدول رقم (13) الذي يبين شعور العمال بالاحترام والتقدير داخل المؤسسة، وكذلك الشكل رقم (16) الذي يبين اتصاف العمال بطابع السرية في انجاز وأداء العمل، وهذا دليل على تطبيق مبادئ المسؤولية الاجتماعية.

كما نجد أن الإدارة تسمح للعمال بالقيام بدورات تدريبية وتكوينية من أجل تطوير مهاراتهم، وهذا دليل على حرص المؤسسة على تدريب عاملها وتعزيز كفاءتهم في أداء مهاراتهم بمهارة وفاعلية وتمكينا، بما يعزز الوعي بتبني استراتيجية تمكين العاملين بالمؤسسة، وهذا ما بينه الشكل رقم (07) الذي يبين عمل المؤسسة على تطوير مهارات الموظفين، مما يدل على إعطاء العامل الفرصة لتنمية مهاراته وتطوير قدراته الفردية.

نفهم أن هناك ارتباط بين التخطيط الصحي والتطبيقات العملية للمسؤولية الاجتماعية.

### د. تتأثر برامج التنفيذ للمسؤولية الاجتماعية للتخطيط الصحي بمجموعة من العوامل التنظيمية والمجتمعية

حيث أثبتت الدراسة أن القرار الذي يصنع بمشاركة مختلف أفراد المؤسسة يكون أكثر فاعلية من القرار الذي يتخذه فرد واحد، لأن توسيع دائرة المشاركة كلما أمكن، توفر ميزات عديدة، وهذا ما أكده الشكل رقم (18) الذي يوضح أخذ إدارة المؤسسة باقتراحات العاملين والمرضى في تحسين تقديم الخدمات، والشكل رقم (19) الذي يبين مشاركة العامل في عملية اتخاذ القرارات الإدارية.

تتمثل العوامل التنظيمية المؤثرة على تنفيذ برامج المسؤولية الاجتماعية للتخطيط الصحي في الفرد في اتخاذ القرارات ذات الصلة بعملية التخطيط الاستراتيجي، وعدم السماح للأفراد العاملين بالمشاركة في اتخاذ تلك القرارات، فقد يتعكس سلبا على دوافع وسلوك الأفراد، وأن عدم اهتمام الإدارة بالمشكلات والقضايا الاستراتيجية، هو نتيجة اهتمامها بالمشكلات الروتينية اليومية وانشغالها فيها ما يجعل الإدارة بمعزل عن الاهتمام بقضايا مصيرية للمؤسسة، وكذلك تتمثل في نقص المعدات والأجهزة الطبية اللازمة، أما بالنسبة للعوامل المجتمعية، فتتمثل في البيئة المحيطة للمؤسسة واختلاف انتماءات وثقافة ومعتقدات المرضى، مما يجعل في ذلك صعوبة في التعامل معهم، كما صرح المبحوثين في ايجاد بعض الصعوبات في انجاز العمل وهي موضحة في الشكل رقم(17) الذي يبين تعرض العامل للصعوبات في إنجاز عمله، وهذا ما يجعل الفرضية الرابعة مقبولة.

### 2. مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة

من خلال النتائج المتحصل عليها، نكشف ضرورة تطبيق المؤسسة للمسؤولية الاجتماعية في تحسين أداء العامل والمؤسسة بحيث تعتبر المسؤولية الاجتماعية من أهم مكونات البيئة الداخلية للمؤسسة، من أجل تجاوز العقبات والتأكد من السير الحسن للأنشطة وفقا للمخططات الموضوعية، وهذا ما أكد عليه رؤساء المصالح في دليل المقابلة بمتابعة عمل الموظفين والإشراف على أدائهم من أجل المحافظة على كفاءة المؤسسة، وهذا ما يتوافق أيضا مع دراسة فرحي زينة وبوزيان غنية حول دور المسؤولية الاجتماعية في تحسين أداء المؤسسة، من خلال أن التزام المؤسسات بالمسؤولية الاجتماعية يعود عليها بالعديد من المنافع ومن أهمها تحسين سمعة المؤسسة وتحسين أدائها.

كما أثبتت دراستنا ضرورة اهتمام المؤسسة بتطوير مهارات العمال، ترتبط القرارات التي يتخذها العمال بخبراتهم المهنية من خلال سنوات العمل والانفتاح على كل جديد من خلال التدريب لاكتساب خبرات ومهارات معرفية أكثر، وهذا ما أكدته دراسة عتيق عائشة حول جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية من خلال تنمية الحياة المهنية للعامل، والاعتماد على نشاطات قاعدية تتركز في الأساس على تربية تكوينية لتطوير الكفاءات وإنشاء شبكة اتصال داخلية في المؤسسة (الأنترنت) بين مختلف الأقسام والمصالح، وهذا ما أكدته الشكل (11) الذي يبين تفر شبكة الأنترنت في المؤسسة، والشكل (12) الذي يوضح مدى تنسيق المؤسسة مع إدارات أخرى في وضع برامج وخطط.

من خلال النتائج نستنتج أن هناك تغييرات أدخلت على مستوى العمل، وتتمثل تلك التغييرات في الغالب بتوفير التسهيلات الضرورية لإنجاز العمل، بما ينعكس ذلك على جودة الخدمة الصحية، حيث

يتوافق ذلك مع دراسة بن فرحات عبد المنعم حول انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات، بأهمية التسيير التشاركي في تحسين نوعية الخدمة الصحية وكذلك أهمية المصالح المركزية في التحكم وعدالة توزيع الإمكانيات بين مختلف المؤسسات، وهذا ما أكده الشكل رقم (09) الذي يبين توافق احتياجات الموظفين الطبية مع الإمكانيات المتوفرة بالمؤسسة، والجدول رقم (07) الذي يوضح مدى توافق احتياجات الموظفين الطبية مع الإمكانيات المتوفرة.

كما تبين لنا أن العامل جدير بالصلاحيات والقرارات المفوضة إليه من طرف مسؤوله، كما أنه يساهم في عملية اتخاذ القرارات الإدارية الخاصة بالمؤسسة، وهو ما يتوافق مع دراسة سعيدان رشيد بعنوان واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات التي توصلت إلى أنه يتوقف التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤوليتها الاجتماعية على مدى مشاركة جميع أطراف أصحاب المصلحة. كما ترتبط القرارات التي يتخذها العامل بخبراتهم المهنية من خلال سنوات العمل، والانفتاح على كل ما هو جديد من خلال التدريب اليومي لاكتساب خبرات ومهارات معرفية أكثر، هذا ما أكده الشكل رقم (19) الذي يبين مشاركة العامل في عملية اتخاذ القرارات الإدارية.

إن شعور العامل بالراحة النفسية في العمل راجع إلى حرص المؤسسة على خلق جو ملائم للعمل، وذلك من خلال التمكين النفسي للعامل الذي يضيف شعور الراحة، والأمن الوظيفي، وهو ما جاءت به دراسة نجاة العامري بعنوان تسويق الخدمات الصحية، أن كفاءة العنصر البشري وسرعة الاستجابة لطلبات العاملين عامل أساسي للارتقاء بمستوى الأداء في المنظمة الصحية.

### 3. مناقشة النتائج في ضوء نظريات الدراسة

من النتائج المتوصل إليها ميدانيا نلاحظ أن عمال المؤسسة يشعرون بالاحترام والتقدير المتبادل، وبالتالي تكون الخدمة المقدمة في المستوى المطلوب وتحقيق رضا المريض، وهذا ما يجعل العامل يحب العمل، وهذا ما ركزت عليها نظرية رأس المال الاجتماعي أن مجموعة القيم والأخلاق الاجتماعية تسهل عمليات التفاعل الاجتماعي والاقتصادي بين أعضاء المؤسسة أو بين الأفراد وبعضهم البعض خلال شبكات اجتماعية، وتحافظ على استمرارية التنمية والروابط الراسخة بين أفراد المؤسسة، وهذا ما يشير إليه الجدول رقم (13) الذي يبين كيفية تدخل المسؤول.

كما تبين لنا أن المسؤول يقوم بفتح مجال للحوار والسماح للعمال بالمشاركة في اتخاذ القرارات مما يحفز العمال على حسن تقديم الخدمات وفتح مجال الإبداع وزيادة عمليات التفاعل داخل مجموعات العمل، مما ينتج عنه الشعور بالارتياح و الطمأنينة أثناء إنجاز المهام، وهذا ما تركز عليه نظرية كيرت

لورين في اعتماد المؤسسة على التفاعل داخل المجموعات ليتناول بالتحليل دينامية الجماعات القائمة على الحوار والثقة المتبادلة والمسؤولية. ففتح الحوار والتشاور دليل على وجود علاقات سوية وإيجابية ومرتبطة بين أفراد التنظيم من خلال تعزيز المشاركة الجماعية للعاملين والتعاون فيما بينهم، وبالتالي تحمل المسؤولية الاجتماعية، وهذا ما يوضحه الشكل رقم (15) الذي يوضح مدى تعاون عمال المؤسسة من أجل تقديم أفضل الخدمات. وكذلك الشكل رقم (19) الذي يبين مشاركة العمال في عملية اتخاذ القرارات الإدارية.

كما يتضح من خلال النتائج أن المؤسسة تعمل على تحقيق دوافع الفرد وتحديد احتياجاته الأساسية والاهتمام بالعلاقات الإنسانية من خلال تهيئة مناخ تنظيمي يمكن من السيطرة إلى حد كبير على سلوك وأداء الأفراد داخل المؤسسة، وهذا ما تؤكدته **نظرية الأنساق** بتركيزها على أنه لا بد أن يتكيف العامل مع بيئته لتحقيق الهدف، ولا بد لكل نسق من أدوات يحرك بها مصادره مثلما يحقق أهدافه، وبالتالي يصل إلى درجة الإشباع، كما أن كل نسق يجب أن يحافظ على التوازن والانسجام بين مكوناته ووضع طرق أداء الانحراف والتعامل معه، أي لا بد له من المحافظة على وحدته وتماسكه، وهذا ما يوضحه الشكل رقم (06) الذي يوضح مدى توفير الإدارة الظروف المناسبة للعمل.

إن التوزيع العادل للمهام بين العمال وتوفير التسهيلات اللازمة لتلبية طلبات المرضى من طرف الإدارة وأن المؤسسة تسيّر وفق نمط تنظيمي ووضع خطط استراتيجية. وتقوم على مبدأ تكافؤ الفرص في توزيع المهام، وهذا ما يعد دعماً اجتماعياً للعامل وتحفيزه، وانتهاج سياسة تمكين العاملين في المؤسسة بما يجعل العامل أكثر فاعلية وإدارة، وهو ما دعت إليه **نظرية المنظمات** وهو فهم طبيعة المنظمات وأساليب مواجهتها. بحيث تعتمد طريقة تنظيم المؤسسة في تحقيق الهدف الاستراتيجي لها، والمساهمة في إحداث تغيير اجتماعي مقصور على ممارستها من خلال أجهزة متنوعة.

لقد تبين أن الاستقلالية في العمل تعكس إحساس الفرد بالحرية لاتخاذ طريقة أدائه لعمله وتحمله مسؤولية المهام والصلاحيات الممارسة، وهذا ما يشجع على تعزيز ثقافة تمكين العاملين في المؤسسة باعتبار أن الاستقلالية في العمل تعد بعد استراتيجي في تمكين العمال من خلال تغيير الأنشطة والعمليات تماشياً مع هذه الاستراتيجية، وذلك عبر المشاركة الفعالة في عملية تطوير وتحسين جودة الخدمات المقدمة، بما يحتاج منح العاملين الحرية في التصرف والاستقلالية في اتخاذ القرارات، وهذا ما أكدته **نظرية الدور الاجتماعي** أنه عادة ما يكون للفرد أكثر من دور واحد داخل النظام الاجتماعي الذي يقوم بها بإرادته.



كما لاحظنا أن المؤسسة تعمل على التنسيق بين المهام من أجل تحسين الجودة وتحقيق كفاءة الأداء وهذا من خلال تعاملها مع العاملين والمرضى بكل هدوء وعقلانية على أساس الاحترام المتبادل والشفافية في تطبيق القوانين والتعليمات حتى تكون الخدمة المقدمة في المستوى المطلوب لتحقيق رضا المواطن، وهذا يجعل العامل يحب العمل ويفضل ممارسة المسؤولية الذاتية لتحقيق الأهداف، وهذا ما تؤكدُه النظرية البنائية الوظيفية أنه بالعلاقات الاجتماعية المتبادلة التي تتكامل وتتسق من خلال الأدوار الاجتماعية.

### ثالثاً: النتائج العامة

في ضوء تحليل ومناقشة نتائج الدراسة توصلنا إلى:

- التخطيط في القطاع الصحي هو الخطوة الأولى لرفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة وإن ضعفه أو غيابه يفسر كثيرا من مظاهر الفساد الإداري وسوء الأداء وتدني مستوى الخدمات العلاجية والوقائية.
- تقوم المسؤولية الاجتماعية على اكتشاف نقاط القوة والضعف للمؤسسة.
- تعمل المؤسسة على التقليل من شكاوي المرضى والعاملين من خلال بناء علاقات خارجية وتطوير الأساليب المستخدمة في العمل مع هيكلية الإدارة الصحية.
- يساعد وجود الانسجام والتعاون على خلق ميزة تنافسية والاستقرار داخل المؤسسة والعمل على تطويرها.
- إن اعتماد التخطيط الاستراتيجي من خلال التفكير المنطقي المنظم يكون ابتداءً بجمع المعلومات وتحديد الأهداف مروراً بإجراء مسح شامل للبيئتين الخارجية والداخلية للمنظمات الصحية، وما يمكن أن يطرأ عليها من تغيرات مستقبلية سوف يفرز عددا من الخطط البديلة ويوفر أكبر قدر من المرونة في ضوء التغيرات البيئية المتسارعة.
- هناك العديد من الأبعاد الخاصة بالمسؤولية الاجتماعية اتجاه العاملين، فمن واجب المؤسسات أخذها بعين الاعتبار لأنها تحقق أهداف المؤسسة في ظل المنافسة وتحديات البيئة.
- تحافظ المسؤولية الاجتماعية على أصول المؤسسة وعلى عملياتها ومراقبة مستوى الأداء ودرجة الالتزام بتنفيذ قراراتها.

#### رابعاً: توصيات الدراسة

لقد كان الهدف الأساسي من الدراسة هو معرفة واقع المسؤولية الاجتماعية في تفعيل استراتيجية التخطيط الصحي، فحسب النتائج التي توصلنا إليها حاولنا أن نضع جملة من التوصيات التي تمثلت في:

- العمل على تفعيل دور المسؤولية الاجتماعية لما له من أثر إيجابي في دعم الإدارة.
- ضرورة عقد دورات تدريبية وتكوينية للعمال بهدف إكسابهم المعرفة الكافية بمعايير المهنة.
- العمل على التقليل من شكاوي العمال والمرضى من خلال بناء علاقات خارجية للاستفادة من التجارب في حل المشاكل.
- الاهتمام بتقوية مهارات الاتصال والتواصل بين الإدارة والعمال مع تحفيزهم لتحقيق الشعور بالارتياح والطمأنينة أثناء تأدية العمل.
- على المستشفى أو المستشفيات بصفة عامة العناية أكثر بمؤشرات الأداء مع إدراج مؤشرات المسؤولية الاجتماعية ضمن المؤشرات الأساسية حتى تتمكن من تحسين ومراقبة التزاماتها اتجاه أصحاب المصالح.
- التأكيد على أن المسؤولية الاجتماعية تحتاج إلى دعم مادي ومالي سواءً من الجمعيات الخيرية أو من الوزارة المعنية حتى تستطيع المستشفيات القيام بالتزاماتها المختلفة المتزايدة والغير محدودة على غرار الميزانيات الإضافية السنوية للقطاع.

## خاتمة

إن تأصيل المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات في مختلف العمليات أصبح موضوعا ذا أهمية بشكل متزايد، لأسباب استراتيجية تخص المؤسسات، وللحصول على المنافع المترتبة من ذلك، مثل وجود مستويات مرتفعة من المساءلة والشفافية وتعزيز الامتثال للمعايير، تحسين أداء العمليات واستخدام الموارد والنظم، وزيادة الحوار الاجتماعي، والذي يعمل على زيادة المصداقية. لذلك فإن المؤسسات الناجحة تعمل على تعزيز مسؤوليتها الاجتماعية بما يقوي علاقاتها مع موظفيها والمرضى، بما توفره بيئة يستفيد منها الجميع.

لقد أصبح موضوع الصحة وكيفية إدارة المنظومة الصحية وتقديمها بنوعية وكفاءة وفعالية من الاهتمامات البارزة للمؤسسات والمنظمات والهيئات العامة والباحثين في هذا المجال، وذلك لعدة أسباب منها، أهمية الصحة للفرد ليتمكن من التمتع بالحياة، قدرته على المساهمة في البناء والانتماء الاقتصادي للمجتمع والدولة، ارتفاع التكاليف المترتبة عن الصحة حال فقدانها ومضاعفات ذلك على الوضع الاجتماعي للفرد والأسرة والمجتمع والدولة على مستويات مختلفة، وارتفاع تكلفتها عند تقديمها أيضا نظرا للتعقيد الكبير الذي تتميز به مستلزماتها المادية وكلفتها العالية، إضافة إلى كثرة عدد العاملين في مجال الخدمة الصحية وتنوع المهن والوظائف فيها.

وأمام هذه الحتمية الصحية، برزت أهمية الاعتناء بكيفية إدارة وتسيير المنظومة الصحية ودوائر تقديمها، لتحقيق الفعالية والكفاءة النوعية في تقديم خدمة صحية تتميز بجودة عالية في الحصول على صحة تتيح على الحياة بشكل أفضل.

كما تعتبر المسؤولية الاجتماعية وسيلة فعالة لتطوير المؤسسة خاصة في ظل التغيرات والتحديات التي تواجهها، لذلك أصبحت هناك حاجة ملحة لوجودها، وذلك باستخدام التخطيط الصحي، وللتأكد من أن الأعمال والمهام تسيير حسب الخطط المرسومة والتعليمات الصادرة، ولاكتشاف المشاكل ومعالجتها وتقادي تكرارها في المستقبل من خلال اتخاذ قرارات ووضع خطط بديلة بغرض المحافظة على سمعة المؤسسة. لذلك لا يمكن للمسؤولية الاجتماعية تحقيق النجاح للمؤسسة الصحية، إلا إذا اعتمدت على طاقم طبي ذو خبرة وكفاءة ووضع إطار قانوني مرن وواضح يتماشى مع أهداف المؤسسة، وذلك وفقا طرق علمية من أجل تقديم المهام بفعالية وتحقيق عمل متميز.

# قائمة المراجع

## قائمة المراجع

أولاً: بالعربية

### أ- الموسوعات والمعاجم والقواميس

1. أحمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت-لبنان، 1986م.
2. أحمد شفيق السكري: قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 2000م.
3. جميل صليبا: المعجم الفلسفي، ج2، دار الكتاب اللبناني، لبنان، 1982م.
4. صليب جميل: المعجم الفلسفي، ج1، دار الكتاب اللبناني، بيروت-لبنان، 1973م.
5. عاطف غيث: قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1999م.
6. المعجم الوجيز، مجمع اللغة العربية، دار المركز العربية للثقافة والفنون للطبع والتوزيع والنشر، بيروت-لبنان، 1998م.
7. المعجم الوسيط، مجمع اللغة العربية، دار عارف، القاهرة-مصر، 1978م.
8. ميشيل دينكن: معجم علم الاجتماع، ترجمة إحسان محمد الحسن، دار الطليعة، بيروت-لبنان، 1986م.

### ب- الكتب

9. إبراهيم بيومي مرعي، عدلي سليمان: خدمة الجماعة وعملياتها المهنية والتطبيقية، المكتب الجامعي، الإسكندرية-مصر، 1997م.
10. أحمد أبو زيد: البناء الاجتماعي-مدخل لدراسة المجتمع-، طه، الهيئة العامة للكتاب، مصر، 1975م.
11. أحمد صقر عاشور، التنمية وقضايا الحكومة والإصلاح المؤسسي في مصر، دار الجامعة الحديثة، الإسكندرية-مصر، 2011م.
12. أحمد صقر عاشور، علي الشرقاوي: الإدارة والنظم والعمليات والممارسات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1991م.
13. أحمد كمال أحمد: تنظيم المجتمع، ج1، ط2، دار وهدان للطباعة والنشر، القاهرة-مصر، 1973م.
14. أحمد محمد السنهوري: الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرين، ج2، دار النهضة العربية، القاهرة-مصر، 2000م.
15. أحمد محمد، تسويق الخدمات المصرفية-مدخل نظري وتطبيقي-، دار البركة، عمان-الأردن، 2001م.
16. أحمد مندور، أحمد رمضان: اقتصاديات الموارد الطبيعية والبشرية، الدار الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1990م.
17. أحمد نافع المدادحة، سلامة سويلم النوافعة: مبادئ التخطيط والتنظيم في الإدارة والمكتبات، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2013م.
18. أماني قنديل: الموسوعة العربية للمجتمع المدني، الشبكة العربية للمنظمات الأهلية، القاهرة-مصر، 2008م.

19. أيمن مزاهرة وآخرون: علم اجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2003م.
20. إدريس ثابت عبد الرحمن ، جمال الدين محمد المرسي: الإدارة الاستراتيجية-مفاهيم ونماذج تطبيقية-، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، مصر، 2003م.
21. بثينة حسنين عمارة: العولمة وتحديات العصر، دار الأمين للنشر والتوزيع، القاهرة- مصر، 2000م.
22. بلقاسم سلاطونية، حسن الجبلاني: أسس البحث العلمي، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2009م.
23. تامر الياسر البكري: إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2005م.
24. تامر الياسر البكري: تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية، عمان-الأردن، 2009م.
25. توفيق محمد عبد الحسن: تخطيط ومراقبة جودة المنتجات-مدخل إدارة الجودة الشاملة-، دار النهضة العربية، القاهرة-مصر، 1996م.
26. جواد شوقي ناجي: إدارة الاستراتيجية، دار الحامد، عمان-الأردن، 2000م.
27. جون فريدمان: التمكين سياسة التنمية البديلة، ترجمة ربيع وهبة، الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية، القاهرة-مصر، 2010م.
28. جوناثان تيرنر: بناء نظرية علم الاجتماع، ط2، ترجمة محمد سعيد فرح، منشأة المعارف، الإسكندرية-مصر، 2000م.
29. حسان محمد نذير حريستاني: إدارة المستشفيات، الإدارة العامة للبحوث -معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 1990م.
30. حسن عبد الباسط محمد: التنمية الاجتماعية، مكتبة وهيبة، القاهرة-مصر، 1977م.
- 31.
32. ربحي مصطفى عليان: البحث العلمي-أسسه، مناهجه وأساليبه، إجراءاته-، بيت الأفكار الدولية، الأردن، 2012م.
33. رحيم يونس خرو العزازي: مقدمة في منهج البحث العلمي، دار دجلة، عمان-الأردن، 2008م.
34. رشا أحمد عبد اللطيف: أساسيات طرق تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1997م.
35. رشاد أحمد عبد اللطيف، علي عباس دانراوي: مهارات واستراتيجيات الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، مطبعة العمرانية، مصر، 2001م.
36. رضا صاحب أبو حمد آل علي، سنان كاظم الموسري: الإدارة -لمحات معاصرة-، الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006م.
37. ريتشارد ويليامز: أساسيات إدارة الجودة الشاملة، مكتبة جرير، مصر، 1999م.
38. سالم الراحلة عبد الرزاق: المسؤولية الاجتماعية، دار الإعمار العلمي للنشر والتوزيع- مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2011م.

39. سارة قاسم طه: التخطيط الصحي، سلسلة المناهج العمرانية، الكويت، 2018م.
40. سعادة راغب أحمد الخطيب: مدخل إلى العلاقات العامة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان-الأردن، 2000م.
41. سلوى عثمان الصديقي: مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 2000م.
42. سلوى عثمان الصديقي: مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 1999م.
43. سمير عبد الغني محمود: المسؤولية الاجتماعية لمنظمات الأعمال، مطابع الأهرام التجارية، القاهرة-مصر، 2007م.
44. سمير محمد عبد العزيز، اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والإيزو 9000 و10011، مكتبة الإشعاع، الإسكندرية-مصر، 2000م.
45. سمير محمد يوسف: إدارة المنظمات-الأسس النظرية والنواحي التطبيقية-، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة-مصر، 1983م.
46. السيد علي شتا: نظرية علم الاجتماع، مؤسسة شباب الجامعة، القاهرة-مصر، 1993م.
47. سيد محمد جاد الرب: إدارة المنظمات الصحية والطبية- منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة-، دار النهضة العربية، مصر، 1997م.
48. شحاتة صيام: النظرية الاجتماعية من المرحلة الكلاسيكية إلى ما بعد الحداثة، مصر العربية للنشر والتوزيع، مصر، 2008م.
49. صالح الحموي، رولا المعاينة: المسؤولية المجتمعية للمسؤولية-من الألف إلى الياء-، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2005م.
50. صالح مهدي محسن العامري، طاهر محسن منصور الغالبي: الإدارة والأعمال، دار وائل، عمان-الأردن، 2007م.
51. طاهر محسن المنصور وآخرون: المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الأعمال والمجتمع، دار الواصل للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
52. طلعت السروجي: رأس المال الاجتماعي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة-مصر، 2009م.
53. طلعت الدرداش: اقتصاديات الخدمات الصحية، ط2، مكتبة القدس، الزقازيق-مصر، 2006م.
54. عبد الإله ساعاتي: مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، القاهرة-مصر، 1998م.
55. عبد الباسط عبد المعطي: قضايا معاصرة في التنمية، كلية البنات، جامعة عين شمس، القاهرة-مصر، 2009م.

56. عبد الحليم رضا عبد العال: البحث في الخدمة الاجتماعية، دار الحكيم للطباعة والنشر، القاهرة-مصر، 1993م.
57. عبد الحليم رضا عبد العال: الخدمة الاجتماعية المعاصرة، دار النهضة العربية، القاهرة-مصر، 1990م.
58. عبد الحليم رضا عبد العال: تنظيم المجتمع النظرية والتطبيق، مركز كتاب كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، مصر، 1998م.
59. عبد الحليم رضا وآخرون: تنظيم المجتمع: -أجهزة، مجالات، حالات-، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة-مصر، 1996م.
60. عبد الحميد عبد الفتاح المغربي: الاستراتيجية لمواجهة تحديات القرن 21، مجموعة النيل العربية، القاهرة-مصر، 1999م.
61. عبد الرحمن بدوي: الأخلاق النظرية، وكالة المطبوعات، الكويت، 1975م.
62. عبد السلام أبو قحب: أساسيات الإدارة الاستراتيجية، ط2، مكتبة الإشعاع للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية-مصر، 1997م.
63. عبد العزيز النوحى: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية-عملية حل المشكلة ضمن إطار نسقي إيكولوجي-، ط2، دار الأقصى للطباعة، مصر، 2001م.
64. عبد العزيز علي الغريب: نظريات علم الاجتماع -تصنيفاتها، اتجاهاتها، وبعض نماذجها التطبيقية-، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض- السعودية، 2009م.
65. عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، المكتبة المركزية، القاهرة-مصر، 2003م.
66. عبد الغاني عماد: منهجية البحث في علم الاجتماع، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت-لبنان، 2008م.
67. عبد الكريم بوحفص: تطور الفكر التنظيمي الرواد والنظريات، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2017.
68. عبد المجيد الشاعر وآخرون: الصحة والسلامة العامة، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2005.
69. عبد المحيي محمود حسن صالح: الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة-مصر، 2003م.
70. عبد المحيي محمود حسن: الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1996م.
71. عبد المنعم يوسف السنهوري: فرصة الفرد إكلينيكيًا، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 2009م.
72. عبد الواحد وافي علي: المسؤولية في الإسلام، الدار السعودية للنشر والتوزيع، الرياض- السعودية، 1983م.
73. عثمان سيد أحمد: المسؤولية الاجتماعية- دراسة نفسية اجتماعية-، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة-مصر، 1973م.



74. عثمان سيد أحمد: المسؤولية الاجتماعية والشخصية المسلمة- دراسة نفسية تربوية-، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة- مصر، 1986م.
75. عصام قمر: الخدمة الاجتماعية بين الصحة العامة والبيئة، دار السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة-مصر، 2007م.
76. عصام محمود محمد شحاته: تقويم خدمات الرعاية الاجتماعية المستحدثة كمدخل لتنمية المجتمع المحي- الخدمة الاجتماعية بين الجهود التطوعية والاحتراف المهني-، المجلد الثاني، جامعة حلوان، القاهرة-مصر، 2001م.
77. علاء أحمد صلاح: المسؤولية الاجتماعية للشركات، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية، القاهرة-مصر، 2011م.
78. علي ليلة: النظرية الوظيفية في علم الاجتماع والأنثروبولوجيا-الرواد والقضايا، جامعة عين شمس، القاهرة- مصر، 2008م.
79. عمار بوحوش، محمد الذنبيات: مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2001م.
80. عمار عوابدي: نظرية المسؤولية الإدارية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1998م.
81. عمر همشري: الإدارة الحديثة للمكتبات ومراكز المعلومات، مؤسسة الرؤى العصرية، عمان-الأردن، 2000م.
82. غازي عناية: منهجية إعداد البحث العلمي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2007م.
83. غازي فرحان أبو زيتون: خدمات الإيواء في المستشفيات، دار زهران، عمان-الأردن، 1999م.
84. الغالي طاهر محسن منصور العامري، صالح مهدي حسن: المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الأعمال والمجتمع، دار وائل للنشر، عمان- الأردن، 2008م.
85. فاطمة عوض صابر، مبرقت علي خفاجة: أسس ومبادئ البحث العلمي، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية، جامعة الإسكندرية-مصر، 2002م.
86. فتحي أحمد محمد علي: الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الصحية في ضوء سياسات الخصخصة، المكتب الجامعي الحديث - دار الكتب والوثائق القومية، الإسكندرية-مصر، 2015م.
87. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2008م.
88. فريد راغب النجار: إدارة منظمات المجتمع المدني، الدار الجامعية، الإسكندرية-مصر، 2010م.
89. فريد راغب النجار: إدارة الأعمال في الأنظمة الصحية والطبية، مؤسسة الوحدة للنشر والتوزيع، الكويت، 1976م.
90. فوزي بن دريدي وآخرون: المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات والشركات بين المقاربات النظرية والممارسات التطبيقية، المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية، برلين - ألمانيا، 2019.

91. فوزي عمر سامان: المسؤولية المدنية للصحة-دراسة مقارنة-، جامعة السليمانية، كلية القانون، دار وائل للنشر، الأردن، 2007م.
92. فوزي مذكور: تسويق الخدمات الصحية، إثراء للنشر والتوزيع، القاهرة-مصر، 1998م.
93. فوزية رمضان أيوب: علم الاجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة-مصر، 2013م.
94. فيصل محمود الغرابية: أبعاد التنمية الاجتماعية العربية، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2011م.
- 95.
96. كمال دشلي: منهجية البحث العلمي، مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية، الأردن، 2012م.
97. لويد دوبينز، كلير كراوفورد ماسون: إدارة الجودة- التقدم والحكمة وفلسفة ديمينغ-، ترجمة حسين عبد الواحد، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية، القاهرة-مصر، 1997م.
98. مالكوم باين: نظرية الخدمة الاجتماعية المعاصرة، ترجمة حمدي محمد إبراهيم منصور وآخرون، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 2010م.
99. مالكوم باين: نظرية الخدمة الاجتماعية المعاصرة، ترجمة حمدي منصور، سعيد عويضة، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية-مصر، 1998م.
100. مأمون الدراكة، طارق الشبلي: الجودة في المنظمات الحديثة، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2002م.
101. ماهر أبو المعاطي علي: مقدمة في الخدمة الاجتماعية مع نماذج تعليم وممارسة المهنة في الدول العربية، مكتبة النهضة المصرية، 2002م.
102. ماهر أبو المعاطي: إدارة المؤسسات الاجتماعية-مع نماذج تطبيقية من المجتمع السعودي-، مكتبة الصفوة بالفيوم، مصر، 1986م.
103. متشيل دينكن عمران: المدارس الاجتماعية المعاصرة، منشورات جامعية، دمشق- سوريا، 2003-2004م.
104. مجيد الكرخي: التخطيط الاستراتيجي المبني على النتائج، مطبعة الريان، الدوحة-قطر، 2014م.
105. محمد الجوهري: علم الاجتماع التطبيقي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1986م.
106. محمد الجيوسي: الإدارة علم وتطبيق، دار المسيرة، عمان-الأردن، 2000م.
107. محمد السبعوي: تطور الفكر الإداري، د. د. ن، غزة-فلسطين، 2003م.
108. محمد المتولي: مبدأ المساواة أمام المرافق العامة، دار النهضة العربية، القاهرة-مصر، 1997م.
109. محمد بهجت جاد الله كشك: المنظمات وأسس إدارتها-مدخل لدراسة المؤسسات الاجتماعية-، دار الطباعة الحرة، الإسكندرية-مصر، 1995م.
110. محمد رفعت قاسم: تنظيم المجتمع -الأسس والأجهزة-، الثقافة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة-مصر، 1999م.
111. محمد سيد فهمي: المسؤولية الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 2015م.

112. محمد عبد الغني وآخرون: التنسيق الاجتماعي -إدارة رأس المال الاجتماعي-، مركز تطوير الأداء والتنمية للنشر والتوزيع، القاهرة-مصر، 2011م.
113. محمد عبد الفتاح محمد: الاتجاهات النظرية المعاصرة لتنظيم المجتمع، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 2011م.
114. محمد عبد الوهاب حسن عشاوي: الإدارة الاستراتيجية في تنمية الموارد البشرية، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، القاهرة-مصر، 2013م.
115. محمد عبيدات وآخرون: منهجية البحث العلمي -القواعد والمراحل والتطبيقات-، دار للنشر، عمان-الأردن، 1999م.
116. محمد علي محمد: أصول الاجتماع السياسي-السياسة والمجتمع في العالم الثالث، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1985م.
117. محمد علي محمد: علم اجتماع التنظيم -مدخل للتراث والمشكلات والموضوع والمنهج-، ط3، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1986م.
118. محمد فلاق: المسؤولية الاجتماعية لمنظمات الأعمال، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2015م.
119. محمد كامل البطريق: الخدمة الاجتماعية مهنة ذات علم وفن، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة-مصر، 1972م.
120. محمد محمود إبراهيم عويس: الإدارة مفاهيم عملية وتطبيقات حديثة، الدار الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1997م.
121. محمود السيد أبو النيل: علم النفس الاجتماعي -دراسات عربية وعلمية، ج2، دار النهضة العربية، بيروت-لبنان، 1998م.
122. محمود جاسم محمد الصميدعي: استراتيجيات التسويق-مدخل كمي وتحليلي-، دار وائل للنشر، الأردن، 2004م.
123. محي الدين عمرو: التنمية والتخطيط الاقتصادي، دار النهضة العربية، بيروت-لبنان، 1972م.
124. مروان عبد المجيد ابراهيم: أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق، عمان-الأردن، 2000م.
125. مصطفى بوجلال: علم الاجتماع المعاصر -بين الاتجاهات والنظريات-، ديوان المطبوعات الجامعية، مصر، 2015م.
126. المغربي عبد الحميد عبد الفتاح: الإدارة -الأصول العلمية والتوجهات المستقبلية، المكتبة العصرية، المنصورة-مصر، 2006م.

127. منال محمد عباس: المسؤولية الاجتماعية بين الشراكة وآفاق التنمية، دار المعرفة الجامعية، طبع ونشر وتوزيع، الإسكندرية-مصر، 2014م.
128. منظمة الصحة العالمية: الدعم الاقتصادي للاستراتيجيات الوطنية لتوفير الصحة للجميع، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية-مصر، 1989م.
129. موريس أنجريس: منهجية البحث في العلوم الإنسانية، ط2، ترجمة بوزيد صحراوي، دار القصبه للنشر والتوزيع، الجزائر، 2006م
130. مؤيد سعيد السالم: أساسيات الإدارة الاستراتيجية، دار وائل للنشر، عمان-الأردن، 2005م.
131. ناصر جرادات: الإدارة الاستراتيجية- منظور تكاملي حديث-، إثراء للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2013م.
132. ناصر جرادات، عزام أبو الحمام: المسؤولية الأخلاقية والاجتماعية للمنظمات **The Ethical and social Responsibility of organizations**، مكتبة الجامعة- إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2014.
133. ناصر دادى عدون: الإدارة والتخطيط الاستراتيجي، ط3، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2017م.
134. ناصر قاسمي: دليل مصطلحات علم اجتماع التنظيم والعمل، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2011م.
135. نخبة من أساتذة علم الاجتماع: المرجع في مصطلحات العلوم الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1985م.
136. نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتانة للكتاب، الجزائر، 2008م.
137. هالة مصطفى السيد: إدارة المؤسسات الاجتماعية-إعداد كوادر للعمل بالمنظمات غير الحكومية، ج1، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر، 2011م.
138. وليد يوسف الصالح: إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2011م.
139. وهيبة مقدم: المسؤولية الاجتماعية في منظمات الأعمال -المفهوم والأهمية، الإدارة والتقييم، التجارب الدولية-، دار الأيام للنشر والتوزيع، عمان- الأردن، 2020م.
140. يوسف مسعداوي: أساسيات في إدارة المؤسسات، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2013م.

### ج- الدوريات

141. أكرم أحمد الطويل وآخرون: إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية (دراسة في محافظة نينوي)، مجلة تكوين العلوم الإدارية والاقتصادية ، المجلد 02، العدد 19، العراق، 2010م.
142. أيان كريب: النظرية الاجتماعية من بارسونز إلى هابرماس، ترجمة محمد حسين علوم، سلسلة عالم المعرفة، العدد 244، أبريل 1999م.
143. آلاء نبيل عبد الرزاق: استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية (دراسة حالة في عينة من مستشفيات مدينة بغداد)، مجلة الإدارة والاقتصاد ، العدد 90، العراق، 2011م.

144. ألاء حسيب الجليلي، أكرم أحمد الطويل: إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة تكريب للعلوم الإدارية والاقتصادية، مجلد 06، العدد 19، د.ب.ن، 2010م.
145. بلال زويوش ، بدبسي فهيمة: جودة الخدمات الصحية-الخصائص الأبعاد والمؤشرات-، مجلة الاقتصاد والمجتمع، العدد 7، الجزائر، 2011م.
146. سعيدة رحمانية: وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر، مجلة الباحث الاجتماعي، العدد 11، قسم علم اجتماع- جامعة المسيلة- الجزائر، مارس 2015م.
147. سعد العنزي: محاولة جادة لتأطير نظرية أصحاب المصالح في دراسات إدارة الأعمال، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد، العراق، المجلد 13، العدد 48، 2007م.
148. صباح صاحب المستوفي: التخطيط لتحسين الخدمات الصحية، مجلة المستصيرية للدراسات العربية والدولية، العدد 1، بغداد-العراق، 2005م.
149. عبد الله محمد عبد الرحمن: الإنتاجية والأداء التنظيمي والطبي بالمستشفيات-قضايا وآراء-، مجلة الإداري، معهد الإدارة العامة، العدد 45، مسقط-الأردن، 1991م.
150. محمد توفيق سلام: المسؤولية الاجتماعية لدى طلاب كلية التربية، مجلة البحوث النفسية والتربوية، السنة 14، الكلية التربوية، جامعة المنوفية، 1999م.
151. الغامدي عبد الله بن جمعان: التنمية المستدامة بين الحق في استخدام الموارد الطبيعية والمسؤولية عن حماية البيئة، مجلة الاقتصاد والإدارة، مجلد 23، العدد الأول، جامعة الملك عبد العزيز بجدة، المملكة العربية السعودية، 2009م.
152. ليلي بوحديد: التخطيط الاستراتيجي كمدخل لتحسين أداء الموارد البشرية في المستشفيات العمومية الجزائرية-دراسة حالة-، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، العدد 1، جامعة باتنة- الجزائر، ديسمبر 2014م.
153. ناديا منى فخري: المسؤولية الاجتماعية-عناصرها ومظاهرها وكيفية تنميتها-، مجلة الجيش، العدد 249، بغداد-العراق، مارس 2006م.
154. نبيل بن عامر، حسام لعمش: تفعيل دور المسؤولية الاجتماعية للتسويق في ترقية الخدمة الصحية-دراسة تحليلية مع عرض تجارب-، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، العدد 3، جامعة سطيف- الجزائر، جوان 2015م.

#### د- الرسائل والأطروحات

155. أزهار صلاح عبد الحميد: التفكير الأخلاقي وعلاقته بالمسؤولية الاجتماعية في ضوء بعض المتغيرات الأكاديمية لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية، 2011م.

156. تيسير محمد كيره: المسؤولية الاجتماعية وعلاقتها ببعض سمات الشخصية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر، 1988م.
157. الجعافرة أحمد فلاح: أثر أخلاقيات الأعمال والمسؤولية الاجتماعية على المكونات ذات البعد الاستراتيجي للمصاريف في الأردن، أطروحة دكتوراه، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان - الأردن، 2009م.
158. خولة طلحي: المسؤولية الاجتماعية للقطاع الخاص في الجزائر، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في السياسات العامة، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي - الجزائر، 2014 - 2015م.
159. رشيد سعيدان: واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات دراسة تطبيقية لعينة من مستشفيات الجنوب الغربي - ولاية بشار -، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم، تخصص تسيير، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان - الجزائر، 2016 - 2017م.
160. زينة فرحي، بوزيان غنية: دور المسؤولية الاجتماعية في تحسين أداء المؤسسة - دراسة حالة لمؤسسة batimital هياكل غرب وحدة عين الدفلى -، مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في علوم التسيير، تخصص إدارة اعمال، جامعة الجبلاي بونعامة بخميس مليانة - الجزائر، 2016 - 2017م.
161. سوما علي سليطن: الإدارة الاستراتيجية وأثرها في رفع أداء منظمات الأعمال - دراسة ميدانية على المنظمات الصناعية العامة في الساحل السوري -، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد، جامعة تشرين، دمشق - سوريا، 2007م.
162. عبد المنعم بن فرحات: انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات - دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة -، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة محمد خيضر، بسكرة - الجزائر، 2017 - 2018م.
163. فوزية زنفوفي: دور المورد البشري - المعلم في التدريس بالكفاءات - دراسة ميدانية بمؤسسات التعليم الثانوي لولاية قالمة -، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم إجتماع الاتصال، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية - جامعة باجي مختار، عنابة - الجزائر، 2016 - 2017م.
164. نجاه العامري: تسويق الخدمات الصحية - دراسة حالة: مصحة أبو القاسم بسكيكدة -، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، جامعة 20 أوت 1955م سكيكدة - الجزائر، 2008 - 2009م.
165. عائشة عتيق: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة -، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في تسويق دولي، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان - الجزائر، 2011 - 2012م.
166. سهام مصطفى يونس: مؤشرات الكفاءة الإنتاجية في تقديم الخدمات الصحية بالمستشفيات، رسالة دكتوراه، كلية التجارة، جامعة أسيوط - مصر، 1981م.
167. محمد أحمد عبد العزيز: الضغوط النفسية وعلاقتها بالمسؤولية الاجتماعية، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة ألمانيا، 2003م.

## هـ - دراسات ميدانية

168. عبد الله محمد عبد الرحمن: معوقات البناء التنظيمي للمستشفى-دراسة ميدانية في علم الاجتماعي الطبي-، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية-مصر، 1990م.
169. على عبد الجليل علي الغزالي: جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا المرضى-دراسة ميدانية على المستشفيات العامة الواقعة في نطاق مدينة بنغازي-، قسم الإدارة، جامعة بنغازي، ليبيا، 2014م.

## و - الملتقيات والمؤتمرات

170. أفيديس دونابيدان: الارتقاء بجودة الرعاية الصحية عن طريق مراقبة الأداء الإكلينيكي وتعديله، المؤتمر القومي الأول لجودة الرعاية الصحية، 26-28 سبتمبر، القاهرة-مصر، 1995م.
171. أفيديس دونابيدان: إعادة النظر في المسؤوليات المهنية والمؤسسة لضمان الجودة في الرعاية الصحية، المؤتمر القومي الأول لجودة الرعاية الصحية، القاهرة-مصر، 26-28 سبتمبر 1995م.
172. بهاء الدين السروري: آليات تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الجامعية -اجتياح استراتيجي-، مؤتمر تطوير إدارة المستشفيات الجامعية، جامعة المنوفية، مصر 22-23 سبتمبر، 1998م.
173. ثابت عبد الرحمن درويش: استخدام مدخل الجودة الشاملة في إدارة المستشفى بالتركيز على إدراكات وتوقعات المرضى، في مؤتمر تطوير إدارة المستشفيات الجامعية، جامعة المنوفية، مصر، 22-23 سبتمبر 1998م.
174. فاتح غلابة، بوبكر زريقات: المسؤولية الاجتماعية داخل المؤسسة وعلاقتها بأداء العامل، الملتقى الوطني الثالث حول ممارسات تسيير الموارد في المؤسسات الجزائرية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة-الجزائر، 24-25 فيفري 2014م.
175. غادة الحفناوي: رأس المال الاجتماعي والتنمية الريفية، ورقة عمل مقدمة لمشروع بحثي لرأس المال الاجتماعي في مصر، مركز الدراسات وبحوث الدول النامية، جامعة القاهرة، الإسكندرية-مصر، 2003م.
176. محمد قويدري ، دولي سعاد: نحو صناعة سياحية في إطار رؤية تنمية مستدامة ومسؤولية، الملتقى الدولي الثالث حول منظمات الأعمال للمسؤولية الاجتماعية، 14، 15 فيفري 2012م.

## ز - التقارير

177. مجموعة دراسات عن دور المنظمات غير الحكومية في تنفيذ توصيات المؤتمرات العالمية ومتابعتها، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الأمم المتحدة، 2003م.
178. المكتب الإقليمي للشرق المتوسط: التقرير السنوي لأعمال منظمة الصحة العالمية بإقليم شرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية، الإسكندرية-مصر، ديسمبر 1998م.

## ثانيا: بالأجنبية

## A-Ouvrages

1. Aim Roger, L'essentiel de la théorie des organisations, Gualino, paris-France, 2012.

2. Alfred Marshall : **Principles of economics**, eighth, london the Macmillan press LTD, 1977.
3. Banerjee sb habrata Boddy, **Corporate Responsibility, -the Good-the Bad And the ugly-**, UK : Edward Elgar publishing, New york, 2007.
4. Carroll A.B, **the pyramid of corparate social Responibilyti Toward the moral management of organizational stakeholders**. Business horizons, paris,1991.
5. Cegato louis Framcisco Ber tomeu, **corate social Res pensibilitg in Brazil : A Case study of the Batazilian consumers Perception maters thesis**, MA in corporate communication, Danemark, A arhus universsity, 2009.
6. Chales D.Grauin, Brett Asebury : **Interpersonal practice In social Work : process and procedures** New Jerseg, Englewood cliffs, Prentice Hall, Inc, 1984.
7. Cooper stuart : **corporate social perfrmance-A stakeholder Approate**, : Ashgate publishing Company,USA, 2004.
8. David.F : **Concepts of strategic Management** , columbus Merrill publishing company, France, 1987.
9. De Guerny et Guiriec, **principes et pratiques de gestion previsionnelle**, delmas , Parise, 1976.
10. Georgopouls ,B.S.F.C. Mann , **the hospital organization**, Ings Rakich (ed) Hospital organization and Management : A Book of Reading. ST. Louis. The catholic Health Associotion, London, 1972.
11. Glueck ,w : **Business policy and strategic management**, New york Mc Graw-Hill, 1980.
12. Grow ther Davidd Et Aras Gu ler, **Corporate Responsibility**, london : ventus publishing APS, 2008.
13. Malcom payne, **Modern Social Work theory**, Second Edition, Macmillan press LTD, 1997.
14. Michel Geivais: **contrôle de gestion et planification de l'entreprise**, 2<sup>é</sup> ed.economica, 1983.
15. Nickels Mchngh and Mchugh, **understanding Business**, Mc Grew-hill, 2002.
16. Parcours : **le Marketing**, Edition Hachette livre, paris, 1996.
17. Philip crosby, **Quality is free ,theart of making Quality certain**, MC graw Hill Book co, New york, 1979.
18. samuel Mercier, **l'apport de théorie des parties parenan tes au management stratégique** : une synthèse de le tittérature, 10<sup>eme</sup> conFérence de lassocition internationale de Management stratégique «AIMS» du 13 au 15 juin 2001, Facultés des sciences de l'Aministration, université.
19. Vracem paul Van Et um F lat Maritine Jensens, **Competement de consommateur D'imFluence Externe**, Belgium : de Boek-wwesmael.Paris-France, 1994.



## **B- Périodiques**

20. Archie B caroll, corporate social responsibility : **Evolution of a deFictional construct, Business society**, Vol: 38, N°3, USA, 1999. Eric persais, les rapports sociétaux et limites, **Revue Francaise de gestion**, paris- Francs, N°152, septembre-octobre 2004.
21. Eric Persais, les rapports sociétaux : Enjeux ET limites, **Revue Francaise de gestion**, paris- France, N° 152, septembre-octobre, 2004.

## **C- Séminaires**

22. George A larbi : The new public management approach and crisis states, geneva : United ration research institute for social development, **discussion paper** N° 112, September 1999.
23. Webster Enclopedic V :**Abridged dirtily of The English Responsibility**, New york ir otand hunse, 1984.

# الملاحق



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة 8 ماي 1945 – قالمة –

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم الاجتماع

تخصص: علم اجتماع الصحة

## المسؤولية الاجتماعية للتخطيط الصحي - بين النظري والتطبيقي -

دراسة ميدانية بالعيادة المتعددة الخدمات حمام دباغ- بن يوب السعيد- قالمة

إشراف الأستاذة

د. فوزية زنقوفي

إعداد

بن قيراط أحلام

السنة الجامعية: 2021/2020م

أولاً: البيانات الأولية

- 1- الجنس:  ذكر  أنثى
- 2- السن: .....
- 3- الحالة العائلية:  أعزب  متزوج  مطلق  أرمل
- 4- الشهادة المتحصل عليها: .....
- 5- الوضعية المهنية: .....
- 6- الوضعية التي تشغلها: .....
- 7- الأقدمية: .....

ثانياً: دوافع تطبيق المسؤولية الاجتماعية في تسيير وتطبيق الإدارة

- 8- هل توفر لك الإدارة الظروف المناسبة للعمل؟  نعم  لا
- 9- في حالة الإجابة بنعم، فيما تتمثل:

- التدفئة، المكيفات، الإضاءة...
- توفير الأمن والسلامة العامة
- توفير وسائل النقل والمواصلات
- أخرى تذكر: .....

- 10- هل تعمل مؤسستك على تطوير مهاراتك من أجل ترقية في السلم الوظيفي؟  نعم  لا
- 11- في حالة الإجابة بنعم، كيف يتم ذلك:

- تقديم دورات تدريبية وتكوينية
- تبادل المعلومات والزيارات مع إدارات أخرى
- أخرى تذكر: .....

- 12- هل تعمل مؤسستك على تطبيق العدالة والمساواة بين العاملين؟  تطبيق  لا تطبيق  أحيانا

13- في حالة تطبيقها، كيف يتم ذلك:

- توزيع ساعات العمل

- نفس معايير التقييم والترقية

- تقديم المساعدات في حالة المرض أو العجز

- أخرى تذكر:.....

.....

14- هل تقدم مؤسستك تبرعات أو خدمات تطوعية خاصة للطبقات الفقيرة؟

لا تقدم

تقدم

15- ماهي السياسة التي تبنتها المؤسسة في توظيف العمال؟

- على أساس الشهادة العلمية

- على أساس المسابقات

- دراسة الملفات

- أخرى تذكر:.....

.....

16- ماهي اقتراحاتك لتحسين ممارسات العمل بالمؤسسة؟

.....

.....

ثانيا: تطبيقات التخطيط الاستراتيجي وهيكله التخطيط الصحي

17- هل تتوافق احتياجاتكم الطبية مع الإمكانيات المتوفرة بالمؤسسة؟

لا

نعم

18- في حالة الإجابة بنعم، كيف يظهر ذلك؟

- توفير الأدوية والأجهزة الطبية

- توفر أدوات العمل الوقائية

- توفر الصيانة الضرورية

- أخرى تذكر:.....

.....

19- هل تتكفل مؤسستكم بالمشكلات الصحية الطارئة؟

لا تتكفل  تتكفل

20- هل تتوافر في مؤسستكم شبكة انترنت لتسهيل حسن سير العمل؟

لا  نعم

21- هل تقوم إدارة مؤسستكم بالتنسيق مع إدارات أخرى في وضع برامج وخطط وقائية وعلاجية؟

لا  نعم

22- في حالة الإجابة بنعم، كيف يتم ذلك:

- عقد اجتماعات تنسيقية

- استغلال شبكة الأنترنت في تبادل المعلومات

- الاطلاع على المستجدات في القطاع من خلال الأنترنت

.....  
- أخرى تذكر:.....

23- هل تتدخل الجهة المشرفة أو الوصية في تلبية الخدمات المطلوبة؟

لا تتدخل  تتدخل

24- في حالة التدخل، كيف يتم ذلك:

- إيجاد حلول للمشاكل القائمة

- تزويد المؤسسة بالاستعجالات الضرورية

- تجديد أدوات ووسائل العمل

.....  
- أخرى تذكر:.....

25- ماهي الأدوات والوسائل الضرورية لتحسين تقديم الخدمات؟

.....  
.....

رابعا: توافق التطبيقات العملية للمسؤولية الاجتماعية واستراتيجيات التخطيط الصحي

26- هل تقبل المؤسسة الشكاوي والاعتراضات؟

لا  نعم

- 27- في حالة الإجابة بنعم، ما هو نوع الشكاوي؟  
داخلية (العاملين)  خارجية (المرضى)
- 28- هل يقوم مسؤولك المباشر بالإشراف على أدائك في العمل؟  
نعم  لا
- 29- في حالة الإجابة بنعم، كيف يتدخل مسؤولك:  
- تقديم توجيهات وتعليمات لسير العمل   
- المساعدة في حل مشكلات العمل   
- تقديم الدعم والمساندة والتحفيز   
- أخرى تذكر:.....  
.....
- 30- هل يتعاون العمال في المؤسسة من أجل تقديم أفضل الخدمات؟  
يتعاون  لا يتعاون
- 31- هل تشعر بالاحترام والتقدير داخل المؤسسة؟  
أشعر  لا أشعر
- 32- هل يتصف العمال بطابع السرية في إنجاز وأداء العمل؟  
نعم  لا
- 33- في حالة الإجابة بنعم، كيف يتجسد ذلك:  
- عدم إعطاء معلومات عن المريض إلا بموافقة أو موافقة عائلته أو ما يسمح به القانون   
- غرس الاطمئنان والثقة لدى المرضى لكسب حسن وسهولة التعامل معهم   
- أخرى تذكر:.....  
.....
- 34- ما هي اقتراحاتك في توفير العناية اللائقة للمرضى والحصول على الاحترام المتبادل ؟  
.....  
.....

خامسا: العوامل المؤثرة في تنفيذ برامج المسؤولية الاجتماعية للتخطيط الصحي

35- هل تتعرض لبعض الصعوبات في إنجاز عملك؟

لا

نعم

36- في حالة الإجابة بنعم، كيف يظهر ذلك:

- نقص الخبرة في التعامل والتشخيص

- نقص الثقة بالنفس

- نقص كفاءة الأجهزة والأدوات والوسائل

- أخرى تذكر:.....

.....

37- هل تتوفر المؤسسة على إطارات متمكنة في أداء العمل؟

لا تتوفر

تتوفر

38- هل تأخذ إدارة المؤسسة باقتراحات العاملين والمرضى في تحسين تقديم الخدمات؟

لا

نعم

39- هل تشارك في عملية اتخاذ القرارات الإدارية؟

لا

نعم

40- في حالة الإجابة بنعم، كيف يتم ذلك:

- منح صلاحية اتخاذ القرار من طرف المسؤول المباشر

- تحمل مسؤولية القرار

- أخرى تذكر:.....

.....

41- ماهي اقتراحاتك لتوفير شروط عمل مناسب دون صعوبات؟

.....

.....

وشكرا



## دليل المقابلة موجه لرؤساء المصالح

1- هل تمنح للعمال برنامجا مناسباً للعمل؟

نعم

لا

2- هل تسمح للعمال بالقيام بدورات تدريبية لتحسين عملهم؟

نعم

لا

3- في حالة الإجابة بلا، هل يرجع ذلك إلى:

- نقص امكانيات المؤسسة

- انعدام المساواة بين الموظفين

- الأقدمية

- أخرى تذكر: .....

.....

4- ماهي اقتراحاتك لتحسين ممارسات العمل بالمؤسسة؟

.....

.....

5- هل تتدخل في تلبية الخدمات المطلوبة؟

نعم

لا

6- في حالة الإجابة بنعم، كيف يتم ذلك:

- عقد اجتماعات تنسيقية

- استغلال شبكة الأنترنت في تبادل المعلومات

- الإطلاع على المستجدات في القطاع من خلال الأنترنت

- أخرى تذكر: .....

.....

7- ماهي الأدوات والوسائل الضرورية التي تراها تساعد على تحسين تقديم الخدمات؟

.....

.....

8- هل تقوم بالإشراف على أداء العمال في العمل؟

نعم

لا

9- في حالة الإجابة بنعم، كيف يتم تدخلك؟

- تقديم توجيهات وتعليمات لسير العمل

- المساعدة في حل مشكلات العمل

- تقديم الدعم والمساندة والتحفيز

- أخرى تذكر: .....

.....

10- كيف يتم توفير العناية اللائقة للمرضى والحصول على الاحترام المتبادل؟

.....

.....

11- هل تأخذ باقتراحات العاملين والمرضى في تحسين تقديم الخدمات؟

 لا نعم

12- ماهي العراقيل التي تواجه العمال بعملهم؟

.....

.....

## ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على واقع المسؤولية الاجتماعية في تفعيل استراتيجية التخطيط الصحي، وإظهار مساهمتها في تحسين جودة الخدمات الصحية. وقد توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج، أهمها أن المسؤولية الاجتماعية تحافظ على أصول المؤسسة وعلى عملياتها ومراقبة مستوى الأداء ودرجة الالتزام بتنفيذ قراراتها، كما أن التخطيط الصحي هو الخطوة الأولى لرفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة. وتم تقديم مجموعة من التوصيات التي من شأنها التخفيف من وطأة معوقات المسؤولية الاجتماعية، والعمل على تفعيل دورها لما لها من أثر إيجابي في دعم الإدارة الصحية.

**الكلمات المفتاحية:** المسؤولية الاجتماعية، التخطيط الصحي.

### Résumé:

Cette étude vise à identifier la réalité de la responsabilité sociale dans l'activation de la stratégie de planification sanitaire, et à montrer la contribution de la responsabilité sociale à l'amélioration de la qualité des services de santé. L'étude a atteint un certain nombre de résultats, dont le plus important est que la responsabilité sociale préserve les actifs et les opérations de l'institution, surveille le niveau de performance et le degré d'engagement dans la mise en œuvre de ses décisions, et la planification de la santé est la première étape pour élever le niveau des services de santé fournis.

**Les mots clés:** Responsabilité sociale, planification de la santé.

### Abstract:

This study aims to identify the reality of social responsibility in activating the health planning strategy, and to show the contribution of social responsibility to improving the quality of health services. The study reached a number of results, the most important of which is that social responsibility preserves the institution's assets and operations, monitors the level of performance and the degree of commitment to implementing its decisions, and health planning is the first step to raise the level of health services provided. A set of suggestions were presented that would alleviate the obstacles to social responsibility, and work to activate its role because of its positive impact in supporting the health administration.

**Keywords:** Only responsibility, health planning