

واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات من خلال آراء العاملين دراسة ميدانية لأحد المؤسسات الإستشفائية العمومية بشار

بوهنة علي
جامعة تلمسان
كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير
الجزائر

سعيدان رشيد
جامعة تلمسان
كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير
الجزائر
rechedi70@yahoo.fr

الملخص

تهدف الدراسة إلى معرفة واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات من خلال آراء العاملين، حيث شملت الدراسة الميدانية أحد المؤسسات الاستشفائية بالجنوب الغربي، تحديدا ولاية بشار (240). وكعينة للدراسة تم تصميم استبيان شمل فئة العاملين تضمن عدة متغيرات: التوظيف، ظروف العمل، مزايا أخرى كعمل المرأة، الاعتراف بالنقابات العمالية، توظيف ذوي الاحتياجات... بعد تحليل الاستبيان اعتمادا على برنامج SPSS وبناء على إجابات أفراد عينة الدراسة حول واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات اتجه طلبة العاملين فقد بلغ درجة متوسطة مع تباين كبير في الإجابات بين العبارات، إضافة إلى تأكيد عدم وجود فروق في واقع التباين تبعاً للمتغيرات الشخصية كطبيعة العمل، الخبرة والجنس. الكلمات المفتاح: المسؤولية الاجتماعية، المؤسسات الصحية، أصحاب المصلحة.

Résumé

L'étude visait à connaître la réalité de la responsabilité sociale des hôpitaux à travers les points de vue des travailleurs, où l'étude de terrain inclus un hôpital dans les institutions du sud-ouest, en particulier la willaya de Bachar Hôpital 240 lits. Un échantillon de la conception de l'étude comportait un questionnaire de la classe ressources humains comprenait plusieurs variables: l'emploi, les conditions de travail, et d'autres avantages comme la reconnaissance des syndicats, les besoins d'emploi. Après l'analyse du questionnaire en fonction du programme SPSS et sur la base des réponses concernant plus particulièrement les employés sur la réalité de la responsabilité sociale des hôpitaux, dont le sens est moyen qu'il a conclu avec une grande variation dans les réponses entre les ferries, en plus de confirmer l'absence des différences dans la réalité de l'adoption, en fonction des variables personnelles telles que la nature du travail, l'expérience et le sexe. **Les mots clés :** La responsabilité sociale, les établissements de santé, les intervenants.

مقدمة

المؤسسة كنظام تتعامل مع البيئة الخارجية من خلال علاقات التأثير والتبادل والاعتماد، فهي كما تتأثر بالقوى والعوامل البيئية تؤثر فيها أيضا. ولكي يكتمل تفاعل المنظمة مع الأطراف والنظم الخارجية والداخلية، يجب أن تأخذ في الحسبان الأثر الذي تحدثه قراراتها وسلوكياتها تجاه هذه القوى، فلكل طرف له علاقة تبادلية مع المنظمة، وعلى المنظمة أن تعظم هذه العلاقة بما يؤدي إلى إرضاء وتحقيق أهداف مختلف الجوانب وفي نفس الوقت يجب ألا يتعارض هذا مع الأهداف التي تسعى المنظمة التي تحقيقها. العلاقات التبادلية والتأثيرات بين المؤسسة والبيئة الخارجية يطلق عليها المسؤولية الاجتماعية⁶¹ للمنظمة. لقد أصبحت المسؤولية الاجتماعية اليوم تحديا كبيرا لمنظمات الأعمال عامة والمؤسسات الصحية بخاصة نتيجة للتغير الاجتماعي والاقتصادي والثقافي

⁶¹ بالنسبة لتعاريف المسؤولية الاجتماعية المقدمة من طرف المنظمات والهيئات الدولية شملت نقطة أساسية هي التزام المؤسسة من خلال نشاطاتها بتحقيق التنمية المستدامة ليشمل الجانب الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، ليس فقط دمج هذه الجوانب في نشاطات المؤسسة وإنما التوفيق فيما بين هذه الجوانب وبالرغم من كل

الكبير الحاصل في بيئة عمل هذه المنظمات. فأصبح النظر إلى تحقيق حياة نوعية للأفراد بشكل يوازي في سعيها لتقديم خدمة صحية ناجحة إلى الأطراف التي تتعامل معها. ومن هنا برز دور المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الصحية المختلفة باعتبارها أولا ضمن أخلاقيات المهنة وفي تمكين صلاتها بالمجتمع ثانيا، وبالتالي أصبح اهتمام هذه المؤسسات الصحية لا ينحصر في عدد من خدماتها الصحية المقدمة، بل امتد ليشمل جميع الأطراف التي لها علاقة بالمستشفى. على ضوء ما سبق يمكن إثراء البحث بالتطرق للنقاط التالية :

- مبررات التوجه نحو المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات
- المؤسسات الصحية و المسؤولية الاجتماعية
- مجالات المسؤولية الاجتماعية تجاه مختلف الأطراف
- مزايا إلتزام المؤسسات الصحية نحو مختلف الأطراف
- المسؤولية الأخلاقية للمؤسسات الإستشفائية.
- مبادئ المسؤولية الأخلاقية في المؤسسات الإستشفائية.

1. المسؤولية الاجتماعية، المفاهيم والمبررات

- أولا- أهم مبررات التوجه نحو المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات : إن التغير الكبير في البيئة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمنظمات بشكل عام والمؤسسات الصحية بشكل خاص فرضته عدت متغيرات من أهمها:
- التغير في مفهوم العقد الاجتماعي: للمنظمات وذلك لكون المجتمع يتوقع اليوم المزيد من العطاء لهذه المنظمات عامة والصحية بخاصة كما كانت عليه في السابق. فالعلاقة بين الطرفين و المتمثلة بالعقد الاجتماعي الذي ينظر إليه الفلاسفة والمنظرون الاجتماعيون على أنه اتفاق و الإلتزام و أعرافا ما بين المؤسسة الصحية و المجتمع.
- هناك ضغط كبير على منظمات الأعمال و من أطراف و مجاميع متعددة نحو تحميلها المزيد من المسؤوليات تجاه المجتمع. وهذا ينطبق بشكل خاص على المؤسسات الصحية نظرا لزيادة المخاطر الصحية التي تنعكس على حياة الفرد في ظل الأمراض المستعصية و المخاطر البيئية المختلفة تتمثل الإطراف الضاغطة بشكل خاص بالزبائن، و العاملين في المنظمة و المجهزين والمستثمرين، و الحكومة و المجتمع عامة .
- طالما كان من أهداف المنظمة هو البقاء و الاستمرار فإن توافق الخدمات التي تقدمها مع حاجات و رغبات المجتمع يساعدها في تحقيق ذلك الهدف المنشود إلى حد كبير، مع وجود فرص مواتية إلى زيادة تحسين مستوى الأداء و الارتقاء بنوعية الخدمة الصحية المقدمة بما يحقق فائدة أفضل لعموم المجتمع.
- الأنظمة و القوانين التي تسنها الدولة التي في ضوءها تحدد المؤسسات الصحية أهدافها و برامجها التي تهدف من خلالها إلى خدمة المجتمع، و إيجاد الشروط المناسبة لتنفيذ أعمالها و بما يكفل تحقيقها للخطط المعدة لذلك.
- إذن وفق ذلك أصبحت المسؤولية الاجتماعية واحدة من أبرز التحديات التي تواجهها المنظمات الصحية و خصوصا في ظل التغيرات البيئية المختلفة بصورة مباشرة أو غير مباشرة.

الاختلافات و التباينات في تعريف المسؤولية الاجتماعية إلا أن هناك جانبين يمكن التركيز عليهما، الأول قانوني ينطلق أساسا من العلاقة القائمة بين المجتمع و المؤسسة و يتمثل مضمونها في أن المؤسسة لها عمليات تنفذها و سلوكا تمارسه و أهدافا تحققها و بالتالي لا بد أن يكون لذلك آثاره التي تمتد لتغطي كل المجتمع أيا كانت تلك الآثار. أما الثاني يتمثل في الجانب الإنساني و يقوم على الدور الذي يمكن أن تلعبه المؤسسة بصفها وحدة مستقلة تعمل في مجتمع و مدى مساهمتها فيه، فالعلاقة التي تتكون في بيئة المؤسسات هي التي تشكل المجتمع لذلك هناك التزامات اجتماعية و إنسانية تقع تحت مسؤولية المؤسسة.

ثانيا: المستشفى وأصحاب المصالح⁶² (الأطراف المتعاملة مع المستشفى): يمكن القول بداية أن المنظمات الصحية بمختلف أنواعها سواء كانت حكومية أو خاصة، يجب أن تلتزم بمسؤولياتها الاجتماعية تجاه مختلف الأطراف سواء كانوا عاملين فيها أو المتعاملين.

1-المسؤولية الاجتماعية تجاه العاملين بالمستشفى: وتشمل الهيئة الطبية والتمريضية والهيئة الإدارية .

1-1 مزايا إلتزام المؤسسات الصحية بمسؤولياتها الاجتماعية تجاه العاملين:

- إن قيام المؤسسة أي كانت بالالتزام بمسؤولياتها الاجتماعية تجاه العاملين فيه يعتبر من قبيل الأعمال المربحة على المدى الطويل. حيث أن راحة العاملين بالمستشفى يؤدي بالي رفع الروح المعنوية بالنسبة لهم فهذا ينعكس على أدائهم بحيث يصبح متميزا وبالتالي نزيد إنتاجهم.

- إن الإلتزام بالمسؤولية الاجتماعية يؤدي إلى زيادة قدرة المؤسسة على الاستمرار والبقاء والنمو في عالم الأعمال. فإذا قلنا أن المؤسسة ليس عليها إلتزام صحي واجتماعي وترفيهي تجاه العاملين فيها، وان هناك مؤسسات أخرى تعطي هذه الميزة للعاملين فيها فإن هذا يؤدي إلى انتقال العمالة الخاصة الماهرة منها إلى المنظمات التي تقدم بعض المزايا للعاملين بها وبالتالي يزداد معدل دوران العمل في المؤسسات الأولى ويحدث نوع من عدم الاستقرار. يترتب عليه عدم استقرار النظم والسياسات وتصبح المؤسسة مهددة بالإفلاس .

- يزيد إلتزام المؤسسات الصحية بالمسؤولية الاجتماعية تجاه العاملين فيها إلى زيادة درجة الإلتزام والولاء التنظيمي للأفراد العاملين فيها مما يؤدي إلى زيادة القوة التنافسية لهذه المؤسسة.

- يهدف إلتزام المؤسسات الإستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية تجاه العاملين فيها إلى منع المشاكل قبل وقوعها. حيث أن المنظمات العمالية والنقابية ومؤسسات التأمين الصحي والاجتماعي 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، فالإلتزام بالمسؤولية الاجتماعية بمسؤولياتها الاجتماعية يساعد الحكومة والمجتمع ويساهم في حل مشكلات وطنية منها البطالة وهجرة العمالة للخارج وارتفاع مستوى دخل الفرد... الخ. ولذلك يمكن القول ان إلتزام المؤسسات الإستشفائية بمسؤولياتها الاجتماعية تجاه العاملين هو هدف قومي واستراتيجي في نفس الوقت.

2-1 مجالات المسؤولية الاجتماعية تجاه العاملين بالمستشفى: هناك مجالات كثيرة يمكن للمستشفيات والعيادات والوحدات

الصحية المتنوعة أن تستجيب فيه لزيادة الدعم الاجتماعي والاقتصادي للعاملين فيه. ويمكن إبراز وأهم المجالات فيما يلي:

- 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 .
- توفير أو المساهمة في توفير الإسكان للعاملين بالوحدات والمؤسسات الإستشفائية.
- توفير الخدمات الترفيهية والثقافية والرياضية للعاملين: إن المؤسسات الإستشفائية مطالبة بتوفير هذه الخدمات للعاملين وليس 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 وزيارة الأماكن المقدسة وإقامة الندوات والاجتماعات وإحداث نوع من التقارب بين الإدارة والعاملين وبين مختلف الفئات العاملة في المستشفى. إن هذا الأمر يؤدي إلى توفير الإشباع النفسي والمعنوي كما انه يقلل من الصراخ والتعارض بين مختلف الفئات العاملة في المؤسسات الاستشفائية.

⁶² يتكون مصطلح أصحاب المصلحة "Stakeholders" من مقطعين "Stake" و يعني انه مبلغ من المال المجازف به في عمل معين كحصة في نصيب الربح والخسارة، او هو تعويض مقدم للإيفاء بوعود في شأن دفع مبلغ من المال وهذا جاء الانطلاق لتوضيح المقطع الثاني "Holder" بدمجة مع المقطع الأول كمصطلح واحد "Stakeholders" ليكون ذلك الشخص الذي يمتلك عهدة او امانة بصفة ضمان، أو رهان، حتى يامل ليحقق ربحاً منها. أم اصطلاحاً فيعرف فريمان Freeman أصحاب المصلحة بأنهم: "كل شخص او مجموعة اشخاص الذين تتوفر لديهم القدرة على التأثير على المنظمة في تحقيق أهدافها وكذلك الذين تؤثر فيهم المنظمة في نفس المجال، ويعرف Donaldson و Preston أصحاب المصلحة بأنهم: "هم الذين لهم مصلحة مشروعة في المؤسسة.

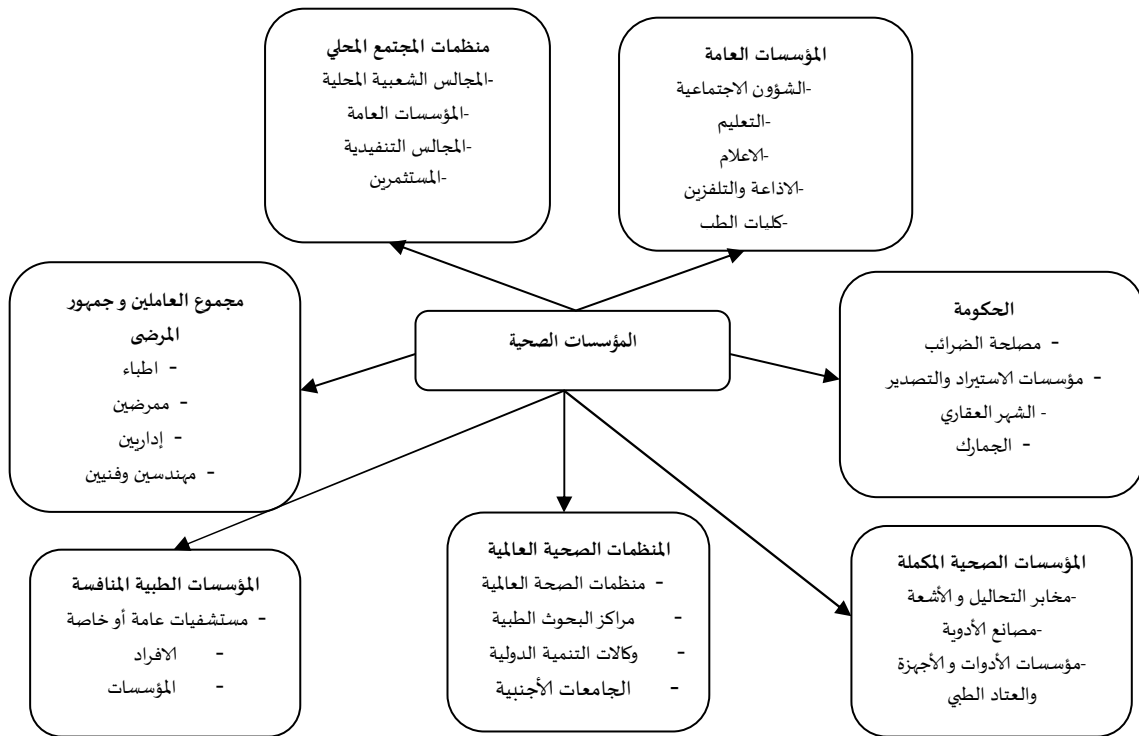
- توفير الخدمات الأساسية للعاملين في الوحدات الصحية مثل توفير وسائل النقل والمواصلات والمساهمة في توفير السلع الأساسية و السلع النادرة أو التي يعاني السوق من عدم تواجدها...الخ.
- توفير الخدمات التعليمية والتدريبية للعاملين في المستشفيات والمراكز الطبية وتشمل هذه الخدمات ما يلي (تسهيل مهمة الباحثين الإداريين والأطباء نحو استكمال بحوثهم العلمية، تسهيل مهمة البرامج التدريبية التي تنمي الكفاءة وتحسن الأداء، توفير المدارس الخاصة بأولاد العاملين توفير خدمات الحضانه لأبناء العاملين). كل هذه الأمور تنعكس على انخفاض كفاءة الأداء التنظيمي و زيادة تكلفته ولذا يجب أن تساهم المؤسسات الصحية في حل مشكلات العاملين بها .
- التزام المؤسسات الصحية بتوفير مختلف الضمانات التي تؤمن حياة واستقرار العاملين بها: الأجور والمرتبات المناسبة، المكافآت و الحوافز المجزية، التأمين الصحي والاجتماعي.
- توفير خدمات ما بعد سن التقاعد مثل المتابعة والتأكد من صرف المستحقات المالية للعاملين المحالين إلى التقاعد والمساهمة في خدمتهم اجتماعيا واقتصاديا وهكذا.

2- المسؤولية الاجتماعية تجاه المتعاملين مع المستشفى

1-2 الأطراف الخارجية للمؤسسات الصحية وأهمية التعامل معها:

- تتعدد الفئات التي تتعامل معها المؤسسات والمنظمات الصحية ويمكن إجمال هذه الفئات فيما يلي:
- المرضى والجمهور المتردد على المنظمات الصحية (العملاء).
- المؤسسات الصحية المنافسة التي تقدم نفس الخدمات الصحية وتتفاوت فيما بينها في جودتها ونوعيتها.
- المؤسسات الصحية المكملة مثل شركات ومصانع الأدوية ومصانع وشركات 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 المجتمع المحلي المباشر مثل المجالس الشعبية المحلية، والمجالس التنفيذية، المحافظون وأعضاء ومجلس الشعب و الشخصيات والمؤسسات العامة الأخرى التي تقدم الدعم والتأييد والمهتمة بالنشاط الصحي كالمستثمرين وغيرهم.
- المؤسسات والمنظمات الصحية العالمية، مثل منظمات الصحة العالمية ومختلف مكاتبها ووكالات التنمية الدولية ومراكز البحوث الطبية والجامعات الأجنبية والدولية المعروفة في هذا المجال.
- الحكومة بمفهومها العام " مصلحة الضرائب، الشهر العقاري، مؤسسات الاستيراد والتصدير والجمارك، القوانين والتشريعات..الخ".
- الموردون " لجميع مستلزمات المنظمة": وتشمل المؤسسات والأفراد الذين يقومون بتزويد المستشفى بمستلزمات القيام بأعمالها من مواد وتجهيزات وغير ذلك.. للقيام بإنتاج الخدمات وتقديمها. وعلى المستشفى أن يقوم بالتعرف على عدد الموردين ومستوياتهم و نوعية المواد والأجهزة التي يتعاملون بها سواء على المستوى المحلي أم الدولي وذلك ضمانا للمستشفى في استمرار تقديم خدماته الصحية.

الشكل (1) الأطراف المتعاملة مع المستشفى



المصدر: من إعداد الباحث

ويتضح مما سبق أن المؤسسات الصحية تعتبر نظاما فرعيا داخل المجتمع المحلي والدولي أيضا لذا فإنها تتعامل مع جميع النظم المحلية وأيضا النظم الطبية الدولية ولذا يتعين عليها أن تأخذ في حسابها احتياجات ومتطلبات واتجاهات مختلف هذه الأطراف وتلك الأجهزة والمنظمات تمثل البيئة الخارجية التي تعمل معها هذه المؤسسات. يلاحظ أن بعض الأطراف السابقة تعتبر مباشرة في التعامل مع المنظمات الصحية مثل العملاء والمجتمع المحلي، وبعضها يعتبر غير مباشرة مثل باقي النظم لكن ما نؤكد عليه أن مؤسسات اليوم مؤسسات مفتوحة على البيئة الخارجية فهي تؤثر وتتأثر بكل مكونات البيئة الخارجية على أي مؤسسة يكون اشد وأقوى أثرا من تأثير البيئة الداخلية للمؤسسة (العاملين) ومختلف النظم الداخلية. وذلك لان المؤسسة قد تستطيع التحكم في العوامل الداخلية، لكنها لا تستطيع التحكم في العوامل الخارجية وبالرغم من ذلك فهي مضطرة للتعامل مع هذه العوامل وما عليها إلا أن تؤقلم نفسها وتطور أنظمتها للتعامل مع هذه المتغيرات البيئية وإلا فقدت أهميتها ووجودها مجالات المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الإستشفائية تجاه المتعاملين :

- تقديم الخدمات الصحية والطبية والجيدة والمناسبة لجميع المرضى والمترددون على المستشفى أي كانت ظروفهم المادية أو جنسياتهم أو عقائدهم و عمرهم. ويمكن إجمالها بالآتي⁶³ :
- الحق في العناية اللاتقة التي تضمن له الاحترام والمعالجة حسب مستوى علي رفيع.
- حق الحصول على المعلومات الخاصة بحالته وذلك بلغة يستطيع المريض فهمها.
- حق الحصول على المعلومات الكافية التي تمكنه من اتخاذ القرار والإجراءات التي يوافق على اتخاذها.
- للمريض حق رفض العلاج والمعالجة ضمن الحدود التي يسمح بها القانون.
- للمريض حق الاحتفاظ بسرية حالته المرضية وبرنامج المعالجة المتبع.
- للمريض الحق في التحفظ على المعلومات والمراسلات والسجلات الخاصة بحالته المرضية وبمعالجته بشكل سري .
- للمريض الحق في معرفة أية إجراءات تجريبية تتخذ بشأنه وتعلق بمعالجته.
- للمريض الحق في تفحص فاتورة حسابه ويستوضح بشأنها بغض النظر عن الجهة التي تسدد الحساب.

⁶³ تامر الياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2005، ص 244.

- للمريض حق الإطلاع على قوانين المستشفى وأنظمتها التي لها علاقة بكيفية وضعه كمرضى في المستشفى.
- منع إعطاء معلومات تتعلق بالمرضى (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 الأجود من الخدمات وبأسعار مناسبة لظروف المجتمع الاقتصادية والاجتماعية.
- * أن تلتزم المؤسسات الإستشفائية بالتشريعات والقوانين والنظم التي تضعها الدولة مثل قوانين ونظم الإسكان والمرافق الأساسية والكهرباء والمياه والاستيراد والتوثيق في الشهر العقاري وغيرها.
- أن تلتزم المؤسسات الصحية بدفع ما عليه من الضرائب ورسوم للدولة. فالنظام الضريبي يساهم من خلال إعادة توزيع حصيلته إلى تحقيق نوع من العدالة الاجتماعية في المجتمع.
- أن يكون هناك نوع من التنسيق الموضوعي 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.
- تمكين المؤسسات الصحية الأجهزة المعنية من الرقابة عليها ومتابعة أنشطتها، ولا يتأتى ذلك إلا من خلال نظام معلومات يوفر المستندات والسجلات الملائمة للمتابعة واتخاذ القرار.
- يتوجب على المستشفيات دعم وتشجيع كل طريقة فعالة من شأنها تخفيف العبء المالي المترتب على معالجة المرضى ويشمل ذلك: (العلاج المجاني أو الميسر للفقراء، تقليل مدة إقامة المرضى ما أمكن، الامتناع عن إدخال المرضى للمستشفى دون ضرورة طبية مبررة، إمكانية الدفع لفاتورة المستشفى على أقساط...).
- على المستشفيات أن تكون أمينة وغير متحيزة في إدارة كل العلاقات المتعلقة بإجراء صفقات الأعمال مع الآخرين وأن تكون الأجور والأسعار عادلة للمستشفيات الأخرى.
- أن تشارك المؤسسات الصحية في المؤتمرات الدولية الطبية للتعرف على الجديد في العلوم الطبية والجديد في العلوم الاجتماعية الطبية وأيضاً التعرف على الجديد في مجال تكنولوجيا الطب والهندسة الطبية.
- وجود خطة محددة المعالم وواضحة للتنسيق المباشر والفعال مع أجهزة ومؤسسات المجتمع المحلي خاصة في مجال الإعلام والتعليم والتوظيف والمتابعة، حتى تنهض هذه المنظمات بمسؤولياتها الصحية والطبية.
- الاستجابة لحاجات المجتمع المستجدة ومشاركة المجتمع مشاكله وهمومه الصحية وإيجاد أفضل الطرق لحمايته من التلوث والوقاية ضد الأمراض والمساهمة في علاج وحل المشكلات المترتبة على الكوارث الطبية وغير الطبية وكذا المحافظة على معايير الأداء المهني.
- * يتوجب على المستشفى توفير المنشآت الملائمة لتوثيق وحفظ سجلات طبية كاملة وملائمة، ويتحمل المستشفى و موظفيه مسؤولية حماية هذه السجلات.

ثالثاً: المسؤولية الأخلاقية للمؤسسات الصحية (الإستشفائية)

الأخلاقيات⁶⁴ هي عبارة عن تلك المبادئ والقيم التي تؤثر على كل من الفرد والجماعة عند اتخاذ أي قرار. وتلتزم إدارة المؤسسة سلوكيات ومبادئ إنسانية معينة عن التعامل مع العاملين في المؤسسة أو المتعاملين معها. وهذه السلوكيات يجب أن تنبع من العادات والقيم والعقائد السائدة المجتمع⁶⁵. وإذا كانت المؤسسات مطالبة بالتمسك بالأخلاقيات والقيم عند التعامل مع غيرها أو مع جمهورها، فإن المؤسسات الصحية مطالبة أكثر من غيرها بهذا الإطار.

- أخلاقيات المهنة الطبية: يعتبر الطب فن ومهنة تتعلق بحفظ الصحة ومقاومة المرض وإعادة الصحة للمريض (John) 66 ولما لهذه المهنة من دور حساس في المجتمع فإن الحديث عن الآداب والأخلاقيات المرتبطة بها بدأ منذ آلاف السنين ولا يزال موضوع يجلب

64 أشار الطه شهاب محمد محمود في كتابه المسؤولية الاجتماعية والأخلاقية للمنظمات الإنتاجية: أن الأخلاقيات هي السلوك العام للأفراد في المنظمة تعمل على دعم المسؤولية الاجتماعية كما تمثل الأساس لتطور مفاهيم جديدة لأخلاقيات الإدارة التي تطورت بدورها فيما بعد. فالمسؤولية الاجتماعية، التي تتمثل بعدد رسمي ضمن القانون من جانب يكون لها بعد آخر أخلاقي من جانب آخر يتمثل في الالتزام بالمبادرات الاجتماعية الطوعية التي تعبر عن النزعات الأخلاقية أكثر من الامتثال لقانون مفروض.

65 سيد محمد جاد الرب، إدارة منظمة الأعمال، منهج متكامل في إطار مدخل النظم، دار النهضة العربية، 1995، ص 218-224.

66 John, W.R., (2009), Medical Ethics Manual, 2nd edition, World Health Communication Associates., p 17.

انتباه جميع فئات المجتمع إلى يومنا هذا. فارتبطت أخلاق مهنة الطب بقيم الديانات المختلفة وعلى رأسها الدين الإسلامي، بالأداب العامة للمجتمع، وبأعراف وتقاليد الأمم، كما تم التطرق إلى الموضوع في عدة علوم مثل علم النفس، علم الاجتماع، والقانون، حيث ربطت هذه العلوم مهنة الطب بعدة أبعاد مثل: النزاهة والأمانة، التواضع واحترام الآخرين، الصبر، المعاملة الحسنة للمريض وحفظ أسرارهم، العطف، العدل، إدراك مسؤولية المهنة، المعرفة والكفاءة الضرورية لممارسة المهنة، نشر الوعي الصحي في المجتمع، تجنب النقد السلبي لزملاء المهنة... الخ. (ويرى John) 67 أن أهم ثلاث أبعاد لأخلاقيات مهنة الطب هي الشعور بالمريض، المهارات العالية، والاستقلالية في أداء المهنة. وفي دراسات تم تحديد مجموعة أبعاد لأخلاقيات مهنة الطب تم استنتاجها من علوم التسيير حيث تمس هذه الأبعاد كل من إدارة الموارد البشرية وسلوكيات الموظفين، وتمثل هذه الأبعاد في: الرقابة الذاتية، التطوير الذاتي للمهارات، دقة ووضوح الأدوار، الولاء الوظيفي. ويرى (John, 2009) أنه يمكن لأخلاقيات المهنة الطبية أن تتغير مع الوقت تبعاً للتطور في العلوم الطبية، التكنولوجية، وقيم المجتمع.

-الرقابة الذاتية: تسميها الأدبيات القديمة بالتعلم الذاتي من الموارد (Learned resourcefulness)، وتتعلم الرقابة الذاتية بالقواعد الوجدانية والسلوك الإيجابي للفرد اتجاه عمله من حيث انجاز المهام بكفاءة وفعالية، تحمل ضغوط العمل، تجنب الوقوع في الخطأ، والمساهمة في حل مشاكل العمل... الخ، بحيث أن هذا السلوك يحكمه قدرته على التحكم والسيطرة على النواحي السلبية في إدراكه، سلوكه، ومواقفه (Lightsey et al) 68 كما تصف الرقابة الذاتية توجه الفرد نحو تجنب الممارسات التي لها تكاليف طويلة المدى تفوق المزايا المتحصلة عليها من عوائدها النقدية. وعادة ما يتصف الأشخاص ذوي الرقابة الذاتية المنخفضة بروح المخاطرة، نقص ثقافة الاهتمام والتعاطف، تفضيل المهام البسيطة والسهلة، وتجنب المهام المادية.

-وضوح الدور: عرف (Donnelly. Jr. and Ivancevich) 69 وضوح الدور على أنه درجة المعلومات التي يحتاجها الفرد لإدراك وفهم عمله. ولدقة ووضوح الدور دور أساسي في تقليص عدم التأكد في توقع ما هو مطلوب من الموظفين، بحيث يمكن وضوح الدور من فهم قيم وأهداف كل من الأفراد والمؤسسة.

-تطوير المهارات : عرف (Toner) 70 المهارات على أنها الأصول المنتجة من القوى العاملة والتي تم اكتسابها من خلال الأنشطة التعليمية، كما أن مستوى المهارات تترجم في تركيب من التعليم والتدريب والخبرات. وأكد (Oyewole et al) 71 أن المهارات تكتسب وتستخدم خلال فترة حياة المورد البشري، كما أن امتلاك المهارات يحتاج إلى التعلم في مختلف المجالات والميادين باعتبارها عوامل ضرورية للمورد البشري. كما أكد (Haan,) 72 إلى ضرورة تطوير المهارات بشكل مستمر ويرى أن ذلك يتحقق من خلال التعلم المستمر من الخبرة.

- الولاء الوظيفي: عرف (Gill) 73 الولاء الوظيفي على أنه التزام الموظفين بكل ما يجعلهم ناجحين في المؤسسة واعترافهم بأن وظيفتهم أمر مفضل بالنسبة لهم، وهذا ما يترجم في تفاعل الموظفين مع الثقافة، الهيكل، والقيادة في المؤسسة.

67 Opcit,p22.

68 . Lightsey, O.R., Maxwell, D.A., Nash, T.M., Rarey, E.B., & McKinney, V.A., (2011), Self-Control and Self-Efficacy for Affect Regulation as Moderators of the Negative Affect—Life Satisfaction Relationship, Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly Steptoe, Vol. 25, N. 2.

69 . Donnelly, Jr. J. H., and Ivancevich, J.M., (1975), Role Clarity and the Salesman, Journal of Marketing, pp.71-77.

70 . Toner, P. (2011), "Workforce Skills and Innovation: An Overview of Major Themes in the Literature", OECD Education Working Papers, No. 55, OECD Publishing.

71 . Oyewole.S.A., Farde.A.M., Haight.J.M .and Okareh.O.T. (2011), "Evaluation of complex and dynamic safety tasks in human learning using the ACT-R and SOAR skill acquisition theories", Computers in Human Behavior, 27, PP, 984—995.

72 Haan, G., (2010), The development of ESD-related competencies in supportive institutional frameworks, Int Rev Educ, Vol. 56, PP. 315—328/

73 Gill, R., (2011), Using Storytelling to Maintain Employee Loyalty during Change, International Journal of Business and Social Science, Vol. 2 No. 1, Pp. 23-32

رابعا - مبادئ المسؤولية الأخلاقية في المؤسسات الصحية

- تحقيق المفهوم النفعي: وهو المفهوم الذي يحقق أكبر قدر ممكن من المنافع لأكبر قدر ممكن من الأفراد. ويجب أن تهدف المؤسسات الصحية إلى تحقيق هذا المفهوم وذلك من خلال تحقيق الأهداف التنظيمية سواء فيما يتعلق بزيادة منافع وفوائد أصحاب رأس المال أو تحقيق بعض المكاسب للعاملين فيها أو المرضى والجمهور المتردد عليها. ويتم ذلك من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة سواء كانت بشرية أو مالية أو مادية، وبما يحقق الكفاءة والفعالية المناسبين. ويجب على المنظمات الصحية وهي تسعى لتحقيق هذه الأهداف أن تأخذ في حسبانها التعارض أو الصراع القائم بينها⁷⁴، وتحاول التقريب بين وجهات النظر.
 - مفهوم الالتزام بالحقوق الأخلاقية: وهذا المفهوم يمكن تطبيقه في المؤسسات الصحية أكثر من غيرها بسبب طبيعة النشاط في هذه المنظمات، فيجب على المؤسسات الصحية أو القائمين بالعمليات العلاجية فيها ما يلي:
 - توفير أعلى درجات الأمن والحماية للعاملين داخل هذه المستشفيات أو المرضى، فيجب ألا تسبب الفئات العاملة في المستشفيات في إحداث أضرار أو أخطار أو مشاكل تؤدي الجمهور المتردد عليها.
 - المصادقية: عند التعامل مع المرضى سواء من حيث الكشف أو الفحص أو التحليل أو إجراء العمليات الجراحية وأيضا المصادقية عند تحديد أسعار العلاج ورسوم الإقامة بالمستشفيات وغيرها، وإتباع المصادقية في العلاج والحوار مع المريض يوفر إطارا عاما للثقة المتبادلة.
 - السرية: ويعني هذا أن على الطبيب أو معاونوه أن لا يكشف أسرار المريض، فهناك من الأمراض ما تثير الحساسية لدى المرضى كالأمراض الجنسية مثلا. وأيضا يجب أن تحافظ إدارة المستشفى على أسرار الموظفين بها، فلا تدلي بأي بيانات عن أي موظف لأي شخص إلا من خلال الأطر القانونية والتنظيمية.
 - حرية العقيدة: وهذا يعني أن عمليات العلاج والطب بصفة عامة والأطباء بصفة خاصة يجب ألا يميزوا بين الأفراد والمرضى على أساس عقائدهم أو معتقداتهم، فالطب عملية أخلاقية وإنسانية في المقام الأول. فإذا فقد الطبيب هذه الخاصية فقد نفسه ومهنته.
 - حرية التعبير: وهذا المبدأ نجده واضحا في المؤسسات الصحية من خلال جانبين أساسيين هما:
 - علاقة الطبيب بالمريض وهي تحتم أن يستمع الطبيب إلى المريض ويقول المريض كل ما يريد عن حالته ولا يخفى شيئا حتى يساعد الطبيب في سرعة العلاج ولذلك يرى البعض أن المسؤولية الصحية مشتركة بين الطبيب والمريض⁷⁵ ولكل منهما حق معين، فالطبيب عليه حق العلاج والمريض عليه حق الإدلاء والإفصاح بالمعلومات المرضية المتوافرة لديه وأيضا عليه إتباع التعليمات والإرشادات الطبية.
 - علاقة مديري المستشفيات ورؤسائها بالعاملين في هذه المستشفيات، فيجب أن يكون الاتصال في اتجاهين، من الإدارة إلى العاملين فيه أو من العاملين إلى الإدارة كما يلي:
- الإدارة ← (أوامر - تعليمات - قرارات - إرشادات) ← العاملين
الإدارة → (تظلمات - اقتراحات - شكاوى - آراء...) → العاملين
- تحقيق مفهوم العدالة، ويعني هذا المفهوم في إطار نشاط المنظمات الصحية العدالة في (تحديد أسعار العلاج وتكلفته، إجراءات و جودة إجراءات ونظم العلاج، توزيع الأنشطة الصحية على مختلف المناطق، توزيع المكافآت والحوافز على العاملين، في تطبيق الثواب والعقاب. مع ملاحظة أن مبدأ العدالة ليس مطلقا أي يجب أن تكون العدالة في إطار الوظائف والمهام والمستويات المتاحة داخل المؤسسة.
 - التزام الهيئة الطبية والتمريضية بالأخلاقيات التالية:
 - الرفق بالمرضى ومعاملتهم معاملة حسنة.
 - إتباع سياسة اللين والعلاقات الإنسانية عند التعامل مع المرؤوس أو معاونين.
 - إتباع المثل والأخلاقيات البالغة الحساسية عند علاج النساء.
 - نفس الأهمية والدقة عند علاج الأغنياء والفقراء، أو العلاج مجانا أو بأسعار فليس هناك تمييز في صحة الناس.

⁷⁴ سيد محمد جاد الرب، إطار مقترح لإدارة الصراعات التنظيمية، المجلة العلمية للإقتصاد والتجارة، كلية التجارة، جامعة عين شمس، العدد الأول، ص 199.

⁷⁵ سيد محمد جاد الرب، المنظمات الصحية والطبية، منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية، الإسماعيلية، ص 146.

- متابعة المريض و ملازمته إذا تطلب الأمر ذلك خاصة في الحالات الحرجة.
 - النهي عن تناول المسكرات فأقدار الناس بيد الله ثم استأمن عليها الأطباء.
 - عدم إخضاع المرضى للتجارب إلا بعلم المريض وتكون القوانين السائدة تسمح بذلك وتنظم هذه العملية.
- إن التزام الأطباء والمعالجين بهذه القيم والمعايير الأخلاقية أمر غاية في الأهمية ، ففي هذا الصدد يقول ابو بكر الرازي وهو واحد الأطباء والفلاسفة المشهود لهم بالدارسة والتدقيق والتحقيق في عالم الطب وهومن علماء العرب البارزين (864-926) اجتمع للأطباء خمسة خصال لم تجتمع لغيرهم وهي ⁷⁶ :

- اتفاق أهل المال والأديان على تفصيل صناعتهم (عملهم).
- اعتراف الملوك و السوقة (عامة الناس) بشدة الحاجة إليهم.
- مجاهدة ما غاب عن إبصارهم (البحث و التشخيص).
- اهتمامهم الدائم بإدخال الراحة والسرور على غيرهم .
- الاسم المشتق من أسماء الله تعالى (الرحمة من الرحمن).

II. دراسة ميدانية حول تبني المسؤولية الاجتماعية للمستشفى اتجاه عمال المؤسسة

بناء على المعلومات المتوفرة من الجانب النظري نحاول تجسيد هذا التراكم المعرفي في الجانب التطبيقي من خلال دراسة ميدانية لأحدى المؤسسات الاستشفائية بالجنوب الغربي وقد اقتصرنا الدراسة على فئة العمال مراعاة لحدود الدراسة .

أولاً: دراسة و تحليل الاستمارة الخاصة بالعمالين

1- الوصف الإحصائي لعينة الدراسة وفق المتغيرات الشخصية: في هذه الفقرة سيتم عرض و تحليل النتائج المتعلقة بالمتغيرات الشخصية للشركات لعينة الدراسة من حيث الجنس ذكر و أنثى، و حسب المستوى التعليمي، و حسب طبيعة العمل و الخبرة المهنية .

الجدول رقم (1): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس					
النسب التراكمية	النسب المئوية	العدد		ذكر	
57,6	57,6	57,6	49		
100,0	42,4	42,4	36	انثى	
	100,0	100,0	85	المجموع	

يتضح من الجدول رقم (1) أن نسبة الذكور في أفراد عينة البحث تمثل نسبة % 57.60 في حين تمثل نسبة الإناث % 42.40 ، وهذا ما يؤكد اجتذاب قطاع الصحة للعنصر النسوي ، لأن طبيعة الخدمات التي تقدمها المؤسسة تتطلب وجود هذا العنصر كما أن الخدمات الصحية تناسب مع استعدادات الفطرية للمرأة .

- توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

جدول رقم (2) :توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

النسب التراكمية	النسب المئوية	العدد	المستوى التعليمي
11,8	11,8	10	متوسط
58,8	47,1	40	ثانوي
74,1	15,3	13	تكوين مهني
100,0	25,9	22	جامعي
	100,0	85	المجموع

⁷⁶ أبو بكر محمد زكرياء الرازي، أخلاقيات الطبيب: تقديم و تحقيق عبد اللطيف محمد العبد، دار التراث، القاهرة، 1977، ص 87-88.

يبين الجدول رقم (2) مختلف الطبقات التي تتكون منها عينة البحث، أعلى نسبة هي المستوى الثانوي حيث يمثلون % 47,10 من أفراد عينة البحث ثم تليها فئة المتحصلين على شهادات جامعية نسبة 25.90 % ، التكوين المهني بنسبة 15.30 %، أما التكوين المتوسط فقد بلغت النسبة % 11,80 .

النسب المتحصل عليها مؤشرات هامة توجب لفت الانتباه للمسيرين في العمل على تدريب و تكوين هذه الفئة بهدف مسايرة التطور و البحث في المجال الطبي و تحسين الخدمات بالمنطقة.

- توزيع أفراد العينة حسب طبيعة العمل:

جدول رقم (3): توزيع أفراد العينة حسب طبيعة العمل

النسب التراكمية	النسب المئوية	العدد	طبيعة العمل
10,6	10,6	9	إداري
28,2	17,6	15	طبي
92,9	64,7	55	شبه طبي
100,0	7,1	6	مهني
	100,0	85	Total

جدول رقم (4): توزيع أفراد العينة حسب طبيعة العمل حسب الذكور و الإناث

النسب التراكمية	النسب المئوية	العدد	الجنس
4,1	4,1	2	إداري
24,5	20,4	10	طبي
93,9	69,4	34	شبه طبي
100,0	6,1	3	مهني
	100,0	49	المجموع
19,4	19,4	7	إداري
33,3	13,9	5	طبي
91,7	58,3	21	شبه طبي
100,0	8,3	3	مهني
	100,0	36	المجموع

من خلال البيانات الواردة في الجدول (3) يلاحظ أن طبقة الممرضين تشكل النسبة الأكبر من بين طبقات عينة البحث بنسبة % 64,70 تليها فئة الأطباء بنسبة % 17,60 ثم الإداريين ب % 10,60 لتصل إلى نسبة % 7,10 لفئة المهنيين.

نتائج النسب تبين أن الممرضين هم الأكثر نسبة (حتى على المستوى العالمي) ما يجعل الخدمات في المستشفيات تعتمد بشكل كبير على هذه الفئة وهذا ما يستوجب الاهتمام و العناية أكثر بهذه الشريحة من العمال بتوفير الظروف المناسبة من سكن و أجور و تحفييزات مادية و معنوية للرقى بمستوى الخدمات، ولعل أهم الاضطرابات الموجودة حاليا بالمنظومة الصحية يعود إلى قلت الاهتمام بهذه الفئة.

- توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية:

جدول رقم (5): توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية و حسب الجنس

النسب التراكمية	النسب المئوية	العدد	الخبرة المهنية
8,2	8,2	4	5 سنوات و اقل
40,8	32,7	16	من 6 سنوات إلى 10
77,6	36,7	18	من 11 سنوات إلى 20
95,9	18,4	9	من 21 سنوات إلى 30
100,0	4,1	2	أكثر من 30 سنة
	100,0	49	المجموع

8,3	8,3	3	5 سنوات و اقل	أنثى
36,1	27,8	10	من 6 سنوات إلى 10	
69,4	33,3	12	من 11 سنوات إلى 20	
97,2	27,8	10	من 21 سنوات إلى 30	
100,0	2,8	1	أكثر من 30 سنة	
	100,0	36	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على برنامج SPSS

من خلال النسب المئوية أعلاه يلاحظ أن نسبة العمال ذو الخبرة المهنية من 11 سنة إلى 20 بلغت %36,7، تليها فئة العمال بخبرة من 6 سنوات إلى 10 بنسبة %30,6، في حين ذو خبرة من 21 سنة إلى 30 سنة بلغت %22,4 و أكثر من 30 سنة بنسبة مئوية %3,5، مع ملاحظة تقارب هذه النسب ذكورا وإناثا.

البيانات الواردة تعكس لنا واقع الخبرة المهنية بالمؤسسة حيث تقارب 60% من العمال ذو الخبرة تفوق 11 سنوات وهذا من النقاط التي يجب أخذها بالحسبان أثناء وضع البرامج التكوينية، وتعكس من جهة أخرى نسبة التوظيف المنخفضة خلال 10 سنوات الأخيرة، وهذا يعد مؤشر للسلطات المعنية والإدارة الوصية بالعمل على وضع استراتيجيات للتوظيف تأخذ بالاعتبار أكثر نسبة التقاعد المستقبلية وأثرها على الخدمات بشكل عام.

2- حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكافة المحاور: للتعرف على واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات استعنا بكل من المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب حسب الأهمية ومستوى التبني مقارنة المتوسط المرجح

3- حساب المتوسط المرجح لإجابات العينة على الأسئلة الواردة لمعرفة اتجاه آراء المجيبين: نقوم بالخطوات التالية بحساب طول الفئة حسب مقياس ليكرت الخماسي كالآتي:

طول الفئة = الحد الأعلى للفئة - الحد الأدنى للفئة / عدد المستويات = $5 - 1 / 3 = 1,33$ وبذلك تكون الدرجة :

جدول رقم (6): المتوسط المرجح

المستوى	المتوسط المرجح
منخفض	1 إلى أقل من 2,33 منخفض
متوسط	2,34 إلى 3,66 متوسط
مرتفع	3,67 إلى 5 مرتفع

جدول رقم (7): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومستوى التبني والترتيب حسب الأهمية

الرقم	العبارات	المتوسط	الانحراف المعياري	الترتيب حسب الأهمية	مستوى التبني
01	II. تكافؤ الفرص	2,38	,873	19	متوسط
02	IV. التصريح بالمناصب الشاغرة	2,12	,924	23	منخفض
03	VI. الشفافية والعدالة	2,28	,979	21	منخفض
04	VIII. تناسب الوظيفة مع منصب العمل	3,74	,833	06	مرتفع
05	X. معايير التقييم	2,82	1,136	12	متوسط
	XI. الدرجة الكلية للمحور الأول	2,82	1,007	03	متوسط
06	XIII. توفر المؤسسة الرعاية الطبية	3,44	,910	10	متوسط
07	XV. المشاريع السكنية للعمال	2,42	1,039	16	متوسط
08	XVII. توفر الخدمات الترفيهية والثقافية والرياضية	2,13	,823	22	منخفض

متوسط	08	,878	3,52	XIX. الحج والعمرة	09
متوسط	18	,986	2,39	XXI. وسائل النقل	10
متوسط	09	,879	3,50	XXIII. الأكل والإطعام	11
متوسط	20	1,056	2,36	XXV. الخدمات التعليمية و التكوينية	12
متوسط	16	,976	2,49	XXVII. المنح التعليمية	13
مرتفع	03	,793	3,93	XXIX. ساعات العمل	14
منخفض	27	,504	1,28	XXXI. المدارس الخاصة بأبناء العاملين	15
منخفض	26	,525	1,45	XXXIII. خدمات الحضانه	16
متوسط	07	1,036	3,63	XXXV. عدالة الأجور	17
متوسط	13	,853	2,71	XXXVII. الحوافز والتعويضات	18
مرتفع	05	,898	3,75	XXXIX. التأمين الصحي والاجتماعي	19
متوسط	14	,966	2,61	XLI. خدمات ما بعد التقاعد	20
مرتفع	04	,951	3,78	XLIII. بيئة العمل	21
متوسط	11	1,003	3,34	XLV. نظام الأمن وحماية المخاطر	22
متوسط	15	,940	2,55	X. تعتمد المؤسسة نفس معايير التقييم بين العاملين	23
متوسط	17	1,048	2,41	XLIX. المشاركة في اتخاذ القرار	24
متوسط	01	1,081	3,30	LI. الدرجة الكلية للمحور الثاني	
مرتفع	02	,732	4,08	LIII. ثقافة عمل المرأة	25
مرتفع	01	,681	4,15	LV. عطل مدفوعة الأجر للمرأة	26
مرتفع	04	,878	3,78	LVII. الاعتراف بالنقابات العمالية	27
منخفض	24	,790	2,08	LIX. توظيف ذوي الإحتياجات الخاصة	28
منخفض	25	,862	2,08	LXI. مساعدات للعمال	29
متوسط	02	,475	3,27	LXIII. الدرجة الكلية للمحور الثالث	
متوسط		1,456	3,13	LXV. الدرجة الكلية لمجموع المحاور	

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على برنامج SPSS

يبين الجدول السابق المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري وكذا الترتيب حسب الأهمية لكافة عبارات الاستبيان الموجه لطبقة العاملين بالمستشفى من أطباء وإداريين ومرضى ومهنيين لمعرفة مستوى التزام المستشفى بمسؤوليتها الاجتماعية اتجاه هذه الفئة فكانت الإجابات تتراوح ما بين مرتفع، متوسط ومنخفض مقارنة بالمتوسط المرجح.

الدرجة الكلية لجميع المحاور بلغت 13.3 بانحراف معياري 1.475 وهذا يعني أن مستوى التبي متوسط للمسؤولية الاجتماعية من وجهة نظر الطبقة العاملة ما يعني أن المستشفى لديه اهتمام متوسط نحو العاملين من حيث الحقوق والواجبات وهذا ما يعكس عدم رضا مستخدمي القطاع حول واقعهم المهني وعن الوضعية التي آلت إليها المستشفيات .

المحور الأول بلغت درجة الاستجابة 2.82 بانحراف معياري 1.007 وهي بذلك درجة متوسطة قريبة من درجة منخفض ما يؤكد الرتب الأخيرة لعبارات الاستبيان وانخفاض المتوسطات ما عاد العبارة رقم (04) تناسب الوظيفة مع منصب العمل حيث بلغت 3.74 بدرجة مرتفعة أعلى من متوسط المحور ، و حصلت الفقرة رقم (02) التصريح بالمناصب الشاغرة على المرتبة (23) بمتوسط حسابي وانحراف معياري (2،12) (0،924) على التوالي. وعلى العموم فإن إجراءات التوظيف بالمستشفى بحاجة أكبر لاهتمام المسؤولين لضمان العدالة والنزاهة لعمليات التوظيف.

المحور الثاني معظم العبارات جاءت بدرجات متوسطة سوى القلة منها حيث جاءت عبارة :ساعات العمل ، بيئة العمل، التأمين الصحي والاجتماعي في المراتب الأولى بمتوسطات حسابية كبيرة على التوالي 3.93- 75.3- 74.3 وهذا ما يعكس المرتبة الأولى للمحور من بين المحاور الثلاث بمتوسط 3.30، المرتبة الأخيرة الفقرة رقم (15) و (16) توفير المدارس الخاصة وخدمات الحضانه لأبناء العاملين بمتوسط حسابي 1.28-1.45 على التوالي.وعليه فإن محور بيئة العمل يلاقي إهتمام كبير من طرف مسؤولي المستشفى في العمل على تهيئة الظروف الملائمة للعامل لضمان خدمات طبية أفضل

بالنسبة للمحور الثالث بلغت معظم العبارات درجات مرتفعة ما عاد العبارة 28-29 حيث درجة الرضى منخفضة جدا المتمثلة في توظيف ذوي العاهات وتقديم مساعدات للعمال بمتوسط حسابي وانحراف معياري (2.08)(0.86) على التوالي. وبالتالي تدني مستوى المسؤولية الاجتماعية نحو هذه الفئة من ذوي العاهات كما أن المؤسسة لا تراعي احتياجات العاملين في تقديم المساعدة للعمال بصفة عامة. من خلال النتائج وبشكل عام يتبين أن واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفى اتجاه العاملين متوسطا.

3- قياس الارتباط بين المحاور: لمعرفة وجود علاقة بين المحاور ومعرفة قوة الارتباط بينهما تم الاعتماد على:
جدول رقم (8): معاملا الارتباط بين محاور الدراسة والمسؤولية الاجتماعية

الارتباط بين المحاور			
مزايا اخرى	ظروف العمل	محور التوظيف	
-0,046	,217*	1	معامل بيرسون Pearson
,674	,047		الدلالة المعنوية Sig
85	85	85	حجم العينة
1	1	,217*	معامل بيرسون Pearson
,023	,047		الدلالة المعنوية Sig
85	85	85	حجم العينة
1	1	1	معامل بيرسون Pearson
,023	,023	,674	الدلالة المعنوية Sig
85	85	85	حجم العينة

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على برنامج SPSS

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول نلاحظ ما يلي:

- العلاقة طردية ذات دلالة إحصائية (0,045) بارتباط ضعيف بين محور التوظيف وظروف العمل بمعامل ارتباط (0,217).
- عدم وجود علاقة بين محور التوظيف ومحور مزايا أخرى لعدم وجود دلالة إحصائية (0,674).
- العلاقة عكسية ذات دلالة إحصائية (0,023) بين محور ظروف العمل ومحور مزايا أخرى بمعامل ارتباط (سالب) (-0,274).

4- إجراء اختبار فرق المتوسطين (ت) INDEPENDENT TEST T لكل محور على متغير النوع (الجنس)

جدول رقم (9): فرق المتوسطين T TEST حسب الذكور والإناث

فرق المتوسطين T TEST					
قياسي متوسط الخطأ	الانحراف	المتوسط	العدد	الجنس	
,175	1,224	2,81	49	ذكر	محور التوظيف
,103	,618	2,84	36	أنثى	
,131	,916	3,32	49	ذكر	ظروف العمل
,214	1,285	3,27	36	أنثى	
,072	,507	3,21	49	ذكر	مزايا أخرى
,070	,421	3,35	36	انثى	

جدول رقم (10) Test-t

Test d'échantillons indépendants										
Test-t pour égalité des moyennes							Test de Levene sur l'égalité des variances			
Intervalle de confiance 95% de la différence		Différence écart-type	Différence moyenne	Sig. (bilatérale)	ddl	T	Sig.	F		
Sup	Inf									
,411	-,474	,222	-,031	,888	83	-,141	,216	1,555	Hypothèse de variances égales	مبتدئين
,373	-,436	,203	-,031	,877	74,73	-,155			Hypothèse de variances inégales	
,517	-,432	,239	,042	,860	83	,177	,502	,455	Hypothèse de variances égales	ظروف العمل
,544	-,460	,251	,042	,867	59,888	,168			Hypothèse de variances inégales	
,073	-,340	,104	-,133	,203	83	-1,283	,726	,123	Hypothèse de variances égales	مزايا اخرى
,067	-,334	,101	-,133	,190	81,719	-1,320			Hypothèse de variances inégales	

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على برنامج SPSS

الجدول يمثل إختبار التجانس Test de Levens sur l'égalité des variances ومقارنة المتوسطات عن طريق إختبار (ت) Test-t من العمود الأول يتضح وجود دلالة حيث القيم للمحاور الثلاثة على الترتيب 0,455-1,555-0,123 وجميعها أكبر من 0,05. يعني ذلك وجود تجانس بين الذكور والإناث مما يعني الاعتماد لدلالة الإختبار على العمود الخامس واحتمالات المعنوية لإحتمالات (ت) للفرق بين المتوسطين هي على الترتيب (0,860-0,875-0,888) - (0,190-0,203-0,867) التي بدورها تؤكد عدم وجود اختلافات في الإجابات تبعا للجنس ذكور أو إناثا، لكل محور من محاور الدراسة (التوظيف، ظروف العمل، مزايا أخرى).

5- إجراء إختبار تحليل التباين الأحادي (ف) ANOVA لكل محور من محاور الدراسة : من اجل معرفة الفروق في متوسطات الإجابة تبعا للتقسيمات ذات الثنائية الأعلى، تبعا لعامل طبيعة العمل، المستوى الدراسي والخبرة المهنية تم الاعتماد على تحليل التباين الأحادي ANOVA لمعرفة هذه الفروق، فكانت النتائج حسب الجداول التالية:

-إختبار تحليل التباين الأحادي (ف) ANOVA حسب متغير طبيعة العمل (طبيب، ممرض، إداري، مهني)
جدول رقم (11) إختبار تحليل التباين الأحادي (ف) ANOVA حسب متغير طبيعة العمل

إحصاء وصفي									
القيم الكبرى	القيم الصغرى	مجال الثقة عند 95% للمتوسط		الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط ط	N		
		الحد العلوي	الحد السفلي						
4	2	3,15	2,37	,169	,508	2,76	9	إداري	محور التوظيف
9	2	4,69	2,54	,503	1,947	3,61	15	طبي	
5	2	2,82	2,52	,075	,558	2,67	55	شبه طبي	
3	2	2,80	1,84	,187	,458	2,32	6	مهني	
9	2	3,04	2,60	,109	1,007	2,82	85	المجموع	
8	2	4,46	1,96	,543	1,629	3,21	9	إداري	ظروف العمل
6	3	4,47	3,16	,305	1,180	3,81	15	طبي	
6	2	3,33	2,91	,104	,768	3,12	55	شبه طبي	
7	2	5,79	1,78	,781	1,912	3,79	6	مهني	
8	2	3,53	3,07	,117	1,081	3,30	85	المجموع	
4	3	3,82	2,98	,183	,548	3,40	9	إداري	مزايا أخرى
4	1	3,57	2,77	,187	,723	3,17	15	طبي	
5	2	3,37	3,16	,054	,398	3,26	55	شبه طبي	
4	3	3,61	3,12	,095	,234	3,37	6	مهني	
5	1	3,37	3,17	,051	,475	3,27	85	المجموع	

الجدول يبين المتوسط والانحراف المعياري والخطأ المعياري وكذا مجال الثقة والقيم الصغرى والكبرى لجميع المحاور تبعا لطبيعة العمل، حيث يلاحظ أعلى متوسط بالنسبة لمحور التوظيف يرجع إلى فئة الأطباء بـ3.61 ثم الإداريين بـ2.76 وفئة الممرضين بـ2.67 وبالتالي يفسر ذلك على أن المؤسسة لها اهتمام أكبر بتوظيف الأطباء. بالنسبة لظروف العمل فالأطباء في الطبيعة بمتوسط قدر بـ3.81 ويأتي في المرتبة الأخيرة فئة شبه الطبيين بمتوسط قدره 3.12 وهذا ما يعكس استياء هذه الفئة من ظروف العمل. بالنسبة لمزايا العمل فأعلى نسبة بلغت 3.40 خاصة بفئة الإداريين، ويرجع ذلك كون الفئة مستفيدة أكثر من العطل المرضية (الولادة) لأن فئة الإداريين يغلب عليها العنصر النسوي.

جدول رقم (12) إختبار تحليل التباين الأحادي (ف) ANOVA حسب طبيعة العمل

ANOVA à 1 facteur					
الدلالة المعنوية	فيشر F	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
,005	4,538	4,089	3	12,266	بين المجموعات
					داخل المجموعات
					المجموع
,099	2,161	2,424	3	7,271	بين المجموعات
					داخل المجموعات
					المجموع
,667	,524	,120	3	,360	بين المجموعات
					داخل المجموعات
					المجموع
		,229	81	18,555	بين المجموعات
					داخل المجموعات
					المجموع

الجدول يوضح مقارنة المتوسطات من خلال اختبار ANOVA حيث بلغ مستوى الدلالة المعنوية للمحورين الثاني والثالث على الترتيب 0.099 – 0.667 وهي أكبر من مستوى المعنوية 0.05. مما يدل على عدم وجود فروق في مستوى الإجابة لكافة عبارات الاستبيان تبعا لطبيعة العمل (إداري، مهني، طبيب، ممرض) بالنسبة لمحوري ظروف العمل ومزايا أخرى. يفسر الباحث النتيجة بأن واقع المسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية تبعا لظروف العمل ومزايا أخرى لا يختلف حسب الفئة العمالية فنظرتهم متقاربة سواء كان العامل طبييا، ممرضاً، إدارياً أو مهنياً وهذا يمكن تفسيره بأن المستشفى تراعي نفس الحقوق والواجبات بين الفئة العمالية مراعاة للمصلحة العامة خدمة المريض والمجتمع.

بالنسبة لمحور التوظيف بلغ مستوى الدلالة المعنوية (0.005) وهي أصغر من 0.05 مما يدل على وجود اختلاف تبعا لطبيعة العمل بالنسبة لتوظيف العمال وهذا راجع لاختلاف فرص التوظيف حسب طبيعة كل فئة، ففرص التوظيف بالنسبة للأطباء أكبر من الفئات الأخرى فقد بلغ أعلى متوسط بـ 3.61 ويفسر هذا بأن المؤسسة تولي اهتمام أكبر بتوظيف الأطباء على الفئات الأخرى لأسباب يمكن إرجاعها إلى نقص الأطباء بالمنطقة وكون كذلك هذه الفئة غير مستقرة لطابع الخدمة المدنية من 1 إلى 3 سنوات بالجنوب .

- إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) ANOVA حسب متغير الخبرة المهنية:

جدول رقم (13) تحليل التباين الأحادي ANOVA حسب الخبرة المهنية

ANOVA à 1 facteur						
الدلالة المعنوية	فيشر F	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
			4	3,507	بين المجموعات	محور التوظيف
,493	,858	,877	80	81,738	داخل المجموعات	
		1,022	84	85,245	المجموع	
			4	5,668	بين المجموعات	ظروف العمل
,306	1,226	1,417	80	92,450	داخل المجموعات	
		1,156	84	98,118	المجموع	
			4	,300	بين المجموعات	مزايا عمل أخرى
,862	,323	,075	80	18,616	داخل المجموعات	
		,233	84	18,916	المجموع	

يتضح من الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 في استجابات عينة الدراسة نحو مستوى واقع المسؤولية الاجتماعية بالمستشفى تبعا لمتغير الخبرة المهنية على جميع المحاور بمستوى دلالة (0.493)، (0.306)، (0.862). ويفسر الباحث ذلك بأن مستوى التبني للمسؤولية الاجتماعية من وجهة نظر العاملين لا تختلف تبعا للخبرة المهنية فالعامل ذو الخبرة الطويلة له نفس مستوى التبني مع العامل الجديد أو ذو الخبرة المتوسطة .

- إجراء إختبار تحليل التباين الأحادي (ف) ANOVA حسب متغير المستوى الدراسي
جدول رقم(14) تحليل التباين الأحادي ANOVA حسب المستوى الدراسي.

ANOVA à 1 facteur						
الدلالة المعنوية	F فيشر	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
,009	4,105	3,750	3	11,251	محور التوظيف	
					بين المجموعات	
					داخل المجموعات	
		,914	81	73,994		
			84	85,245	المجموع	
,509	,779	,917	3	2,751	ظروف العمل	
					بين المجموعات	
					داخل المجموعات	
		1,177	81	95,366		
			84	98,118	المجموع	
,810	,322	,074	3	,223	مزايا اخرى	
					بين المجموعات	
					داخل المجموعات	
		,231	81	18,693		
			84	18,916	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

بالنظر الى النتائج المتحصل عليها من الجدول فإن قيمة الدلالة المعنوية لمحوري ظروف العمل و مزايا أخرى بلغ (0.509) (0.810) وهي قيم أكبر من قيمة الدلالة المعنوية (0.05) وهذا يعني عدم وجود دلالة إحصائية وبالتالي لا فروق في مستوى تبني المؤسسة الإستشفائية للمسؤولية الاجتماعية تبعا لمتغير المستوى العلمي، فالنظرة واحدة لمستوى التبني سواء كان العامل ذو مستوى جامعي أو ثانوي أو متوسط بالنسبة للمحورين . أما ما يتعلق بمحور التوظيف فقد بلغت قيمة الدلالة المعنوية (0.009) وهي أقل من (0.05) مما يعكس وجود اختلاف في مستوى المسؤولية الاجتماعية لمحور التوظيف تبعا لمتغير المستوى العلمي.

6- إجراء اختبار مربع كاي للاستقلالية بين كل متغيرين من متغيرات الدراسة الوصفية (المتغيرات الشخصية)

- الفرضية الصفرية: لا توجد علاقة بين طبيعة العمل والخبرة المهنية.

- الفرضية الموجبة: توجد علاقة بين طبيعة العمل والخبرة المهنية.

جدول رقم (15): اختبار مربع كاي (طبيعة العمل * الخبرة المهنية)

طبيعة العمل * الخبرة المهنية						
المجموع	الخبرة المهنية					
	أكثر من 30 سنة	من 21 سنوات إلى 30 سنة	من 11 سنوات إلى 20 سنة	من 6 سنوات إلى 10 سنوات	5 سنوات و أقل	
9	0	1	2	5	1	إداري
15	0	2	4	8	1	طبي
55	3	16	21	11	4	شبه طبي
6	0	0	3	2	1	مهني
85	3	19	30	26	7	المجموع

جدول رقم (16): اختبار مربع كاي دو (طبيعة العمل * الخبرة المهنية)

Tests du Khi-deux دو اختبار كاي دو			
Signification asymptotique (bilatérale)	درجة الحرية ddl	القيمة Valeur	
,333	12	13,516 ^a	Khi-deux de Pearson
,224	12	15,329	Rapport de vraisemblance
,103	1	2,659	Association linéaire par linéaire
		85	Nombre d'observations valides

a. 16 cellules (80,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,21.

من خلال الجدول (16) قيمة مربع كاي تساوي 13.516 واحتمال المعنوية قيمته 0.333 وهي قيمة أكبر من 0.05 مما يعني عدم وجود دلالة إحصائية، أي لا توجد علاقة بين طبيعة العمل والخبرة المهنية.

7- اختبار الانحدار الخطي البسيط وتحليل التباين: لاختبار مدى تأثير كل من محور التوظيف، محور ظروف العمل ومحور مزايا العمل على المسؤولية الاجتماعية وقوة هذا التأثير، اعتمدنا على الانحدار الخطي البسيط REGRESSION وتحليل التباين ANOVA فكانت النتائج حسب الجداول كالتالي:

- اختبار مدى تأثير محور التوظيف على مستوى المسؤولية الاجتماعية

جدول رقم (17): نموذج تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية ومحور التوظيف

Récapitulatif des modèles						
النموذج Modèle	معامل الارتبط R	معامل التحديد R-deux	معامل التحديد المصحح R-deux ajusté	تقدير الخطأ المعياري Erreur standard de l'estimation		
1	,759 ^a	,576	,571	,351		
a. Valeurs prédites : (constantes), محور التوظيف						
جدول رقم (18): نموذج تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية ومحور التوظيف						
النموذج Modèle	مجموع المربعات Somme des carrés	درجة الحرية ddl	متوسط المربعات Moyenne des carrés	D	المعنوية Sig.	
الانحدار Régression	13,880	1	13,880	112,720	,000 ^b	
البواقي Résidu	10,220	83	,123			
المجموع Total	24,100	84				
a. Variable dépendante : مجموع المحاور						
b. Valeurs prédites : (constantes), محور التوظيف						

جدول رقم (19): تحليل الانحدار البسيط للعلاقة بين تبني المسؤولية الاجتماعية و التوظيف

Coefficients^a

المعنوية Sig.	t	Coefficients standardisés	Coefficients non standardisés		النموذج Modèle	
		Bêta	Erreur standard	A		
,000	17,510		,114	1,991	(Constante)	1
,000	10,617	,759	,038	,404	محور التوظيف	

a. Variable dépendant مجموع المحاور

يوضح الجدول رقم (19) العلاقة بين تبني المسؤولية الاجتماعية و محور التوظيف. حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين تبني المسؤولية الاجتماعية و التوظيف إذ بلغ معامل الارتباط (0.759) عند (0.05) و بمعامل تحديد (0.571) أي أن ما قيمته % 57,1 من المسؤولية الاجتماعية يرجع إلى محور ظروف العمل وبلغت قيمة درجة التأثير 0.404 وهذا يعني أن الزيادة في هذه القيمة ب 0.404 يؤدي إلى الزيادة في قيمة المسؤولية الاجتماعية بوحدة واحدة. كما بلغ مستوى الدلالة المعنوية 0.000 و هي أقل من 05.0 لهذا فإننا نرفض الفرضية الصفرية H0 و نقبل الفرضية البديلة H1
توجد علاقة (تأثير) ذات دلالة إحصائية بين التوظيف والمسؤولية الاجتماعية
قيم الجدول الأخير ملخصة في معادلة الانحدار الخطي بين تأثير محور التوظيف على واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفى كمايلي:
المسؤولية الاجتماعية = -0.712 + (0.404 × التوظيف)

- اختبار مدى تأثير ظروف العمل على مستوى المسؤولية الاجتماعية

جدول رقم (20): اختبار الانحدار البسيط مدى تأثير ظروف العمل على مستوى المسؤولية الاجتماعية

Récapitulatif des modèles

النموذج Modèle	معامل الارتباط R	معامل التحديد R-deux	معامل التحديد المصحح R-deux ajusté	تقدير الخطأ المعياري Erreur standard de l'estimation
1	,735a	,541	,535	,365

a. Valeurs prédites : (constantes), ظروف العمل

جدول رقم (21): نموذج تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية و محور ظروف العمل

ANOVA^a

المعنوية Sig.	D	متوسط المربعات Moyenne des carrés	درجة الحرية Ddl	مجموع المربعات Somme des carrés	النموذج Modèle
,000b	97,766	13,034	1	13,034	الانحدار

				Régression	
				البواقي Résidu	
				المجموع Total	
		,133	83	11,066	
			84	24,100	
a. Variable dépendante : مجموع المحاور					
b. Valeurs prédites : (constantes), ظروف العمل					
جدول رقم (22): تحليل الانحدار البسيط للعلاقة بين تبني المسؤولية الاجتماعية و ظروف العمل					
Coefficients ^a					
المعنوية Sig.	t	Coefficients standardisés	Coefficients non standardisés		النموذج Modèle
		Bêta	Erreur standard	A	
,000	15,067		,128	1,927	الثابت (Constante)
,000	9,888	,735	,037	,364	ظروف العمل
a. Variable dépendante : (المتغير الثابت) : مجموع المحاور					

يوضح الجدول (22) العلاقة بين المسؤولية الاجتماعية و ظروف العمل. حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المسؤولية الاجتماعية و ظروف العمل إذ بلغ معامل الارتباط (0.735) عند (0.05) و بمعامل تحديد (0.535). أي أن ما قيمته % 53,5 من المسؤولية الاجتماعية يرجع إلى محور ظروف العمل، كما بلغ مستوى الدلالة المعنوية 0,00، وهي أقل من 0,05. إضافة إلى أن قيمة فيشر المحسوبة (112, 750) أكبر من قيمة فيشر الجدولية لهذا فإننا نرفض الفرضية الصفرية H0 ونقبل الفرضية البديلة H1: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين ظروف العمل والمسؤولية الاجتماعية. معادلة الانحدار الخطي بين تأثير محور ظروف العمل على واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفى كما يلي:
المسؤولية الاجتماعية = 1.927 + (0.364 x التوظيف)

- اختبار مدى تأثير مزايا أخرى للعمل على مستوى المسؤولية الاجتماعية

جدول رقم (23): اختبار الانحدار البسيط مدى تأثير مزايا أخرى للعمل على مستوى المسؤولية الاجتماعية

Récapitulatif des modèles				
النموذج Modèle	معامل الارتبط R	معامل التحديد R-deux	معامل التحديد المصحح R-deux ajusté	تقدير الخطأ المعياري Erreur standard de l'estimation
1	,100 ^a	,010	-,002	,536
a. Valeurs prédites : (constantes), مزايا اخرى				

جدول رقم (24): نموذج تحليل التباين ANOVA بين المسؤولية الاجتماعية و محور مزايا العمل

ANOVA ^a					
المعنوية Sig.	D	متوسط المربعات Moyenne des carrés	درجة الحرية ddl	مجموع المربعات Somme des carrés	النموذج Modèle
,361 ^b	,843	,242	1	,242	الانحدار Régression
		,287	83	23,858	البواقي Résidu
			84	24,100	المجموع Total
a. Variable dépendante : مجموع المحاور					

جدول رقم(25): تحليل الانحدار البسيط للعلاقة بين تبني المسؤولية الاجتماعية و مزايا العمل الأخرى

Coefficients ^a					
المعنوية Sig.	t	Coefficients standardisés	Coefficients non standardisés		النموذج
		Bêta	Erreur standard	A	
,000	6,777		,407	2,759	الثابت (Constante)
,361	,918	,100	,123	,113	مزايا اخرى

a. Variable dépendante : مجموع المحاور

يبين الجدول أعلاه أن قيمة معامل الارتباط (R) بين المسؤولية الاجتماعية والمزايا الأخرى للعمل تقدر بـ (0.10) أي بنسبة (10%) وهي أقل بكثير من 50% ، وهذا يعني وجود ارتباط ضعيف بين المسؤولية الاجتماعية و مزايا الأخرى للعمل. كما أن معامل التحديد (R2) بلغ 0.010 أي أن 0.01% من التغيرات التي تحدث في مستوى المسؤولية الاجتماعية يعود إلى مزايا العمل الأخرى. كما يوضح جدول ANOVA مستوى الدلالة المعنوية (Sig) والذي قدر بـ 0.361 أكبر من 0.05 و عليه نقبل الفرضية الصفرية و نرفض الفرضية البديلة: لا توجد علاقة بين المسؤولية الاجتماعية و مزايا العمل معادلة الانحدار الخطي بين تأثير مزايا العمل على واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفى كما يلي:
المسؤولية الاجتماعية = -0.712 + (0.113 × مزايا العمل)

خاتمة

إن المؤسسات الاستشفائية عامة تضطلع بمسؤولية كبيرة تجاه المجتمع من خلال تعزيز المسؤولية الاجتماعية فإذا كانت المؤسسات مطالبه بالاستجابة لمسؤولياتها الاجتماعية تجاه الأطراف الأخرى أصحاب المصلحة فان المؤسسات الصحية أكثر حاجة من هذه المؤسسات لتطبيق والأخذ بهذا المفهوم والذي يعكس الجانب القيمي والأخلاقي والاجتماعي لطبيعة هذه المؤسسات التي تهتم بصحة الناس والمجتمع والتي تحاول جاهدة توفير الرفاهية الصحية والتي هي شرط أساسي للرفاهية الاقتصادية والاجتماعية ، كما أن التزام هذه المؤسسات بالمسؤولية الاجتماعية يعكس كفاءة هذا النوع من الإدارات أو القائمين عليها ويزيد من القوة التنافسية لها في مجال المنافسة الصحية عامه.

الاستنتاجات:

هدفت الدراسة إلى محاولة معرفة واقع المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة الاستشفائية بولاية الجنوب و قد ركزت الدراسة على طبقة العاملين باعتبارها فئة أصحاب المصلحة الأكثر تأثير و من خلالها يمكن معرفة واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفى من خلال جملة من العبارات و فرضيات ساهمت في حل مشكلة الدراسة ، فقد تم استنتاج ما يلي:
- ارتفاع التزام المؤسسة بالمسؤولية الاجتماعية يخص العبارات التالية: التناسب مع منصب العمل، توفر المؤسسة الرعاية الطبية للعمال، ساعات العمل، عدالة الأجور، بيئة العمل، نظام الأمن و حماية المخاطر، ثقافة عمل المرأة، عطل مدفوعة الأجر للمرأة، الاعتراف بالنقابات العمالية.
- انخفاض الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية للمستشفى يشمل العبارات التالية: الشفافية و العدالة للتوظيف، توفر الخدمات الترفيهية والثقافية والرياضية، توفير وسائل النقل، المدارس الخاصة بأبناء العمال، خدمات الحضانه، توظيف ذوي الاحتياجات الخاصة، مساعدات للعمال.
- الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية بدرجة متوسطة شمل العبارات التالية: خدمات الحج و العمرة، الأكل والإطعام، الخدمات التعليمية و التكوينية، المنح التعليمية، الحوافز و التعويضات، خدمات ما بعد التقاعد، معايير التقييم بين العاملين، المشاركة في اتخاذ القرار.

- واقع المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة الاستشفائية متوسط اتجاه العمال من أطباء و ممرضين وإداريين.
- بينت الدراسة عدم وجود اختلاف لواقع المسؤولية الاجتماعية بالنسبة لعينة الدراسة تبعا للخبرة المهنية أو طبيعة العمل.

المراجع

اللغة العربية:

- أبو بكر محمد زكرياء الرازي، أخلاقيات الطبيب: تقديم و تحقيق عبد اللطيف محمد العبد، القاهرة، دار التراث، 1977.
- تامر الياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2005.
- سيد محمد جاد الرب، إدارة منظمة الأعمال، منهج متكامل في إطار مدخل النظم، دار النهضة العربية، 1995.
- سيد محمد جاد الرب، إطار مقترح لإدارة الصراعات التنظيمية، المجلة العلمية للإقتصاد و التجارة، كلية التجارة، جامعة عين شمس، العدد الأول.
- سيد محمد جاد الرب، المنظمات الصحية و الطبية، منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية، الإسماعيلية..

اللغة الأجنبية:

- John, W.R., (2009), Medical Ethics Manual, 2nd edition, World Health Communication Associates, UK.
- Lightsey, O.R., Maxwell, D.A., Nash, T.M., Rarey, E.B., & McKinney, V.A., (2011), Self-Control and Self-Efficacy for Affect Regulation as Moderators of the Negative Affect—Life Satisfaction Relationship, Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly Steptoe, Vol. 25, N. 2.
- Donnelly. Jr. J. H., and Ivancevich, J.M., (1975), Role Clarity and the Salesman, Journal of Marketing, pp.
- Toner, P. (2011), "Workforce Skills and Innovation: An Overview of Major Themes in the Literature", OECD Education Working Papers, No. 55, OECD Publishing.
- Oyewole.S.A., Farde.A.M., Haight.J.M .,and Okareh.O.T. (2011), "Evaluation of complex and dynamic safety tasks in human learning using the ACT-R and SOAR skill acquisition theories", Computers in Human Behavior, 27,
- Haan, G., (2010), The development of ESD-related competencies in supportive institutional frameworks, Int Rev Educ, Vol. 56,
- Gill, R., (2011), Using Storytelling to Maintain Employee Loyalty during Change, International Journal of Business and Social Science, Vol. 2 No. 1.