واقع استخدام مهارة التعاقد العلاجى فى العمل مع الحالات الفردية
فى مجالات الممارسة المهنية

إعداد

د/ فاطمة أنور محمد السيد

استاذ مساعد بقسم طرق الخدمة الاجتماعية

Summary

The reality of using the skill of therapeutic contracting in working with individual cases in the areas of professional practice

Dr. Fatma Anwar Mohamed El Sayied

Assistant Professor, Department of Social Work Methods

Contracting is an important stage of the professional practice of the case work method that requires skill in its completion and implementation, the customer may be passive and dependent in solving his problem, and he has a tendency suitable for the social worker to solve the problem on his behalf, the contract has clear conditions that define the role of both the social worker and the customer in Working to solve the problem, which reduces the negativity of the client, and makes him more involved in solving his problem, and the contract specifies the desired goals of professional intervention, and guides the social and specialist therapeutic contracting during the treatment process, It provides a basis for resolving disputes that may arise during the treatment or service provision process, and this agreement must include the limits imposed by the policy of the institution within the framework of the

satisfaction of both the social worker and the client and the obligations and duties of each of them, and may occur during the process of professional interaction between the client and the social worker Before the client to the social worker, this emotional attachment may make the process of ending the professional intervention painful for the client, and it has negative effects, and these effects and pain increase with the long duration of the professional relationship.

The form of the treatment contract is determined according to the type of client, the nature of the problem and the goals that the contract seeks to achieve, the more the customer matures or the more complicated the problem or the multiple set goals, the more important the contract increases its composition, and within the framework of the social worker's endeavor to achieve the goals of the therapeutic contract he must review with the customer the areas of available strength He has an investment that can be invested in solving the problem, and he arranges the problems that he suffers from, according to her work priorities, consistent with the previous proposition that confirms the importance represented by the therapeutic contract in the professional practice of the case work

method; however, the reality confirms the presence of a dearth in foreign and Arab writings and studies that dealt with the topic of the medical contract; with individual cases in the areas of professional practice.

This research is considered from the pattern of descriptive research, depending on the descriptive approach, and the research was applied to social workers in the school, medical, and prisoners' field in Fayoum City, and the researcher in the field research relied on the scale of the therapeutic contracting skill with individual cases, and the research reached the answer to questions The study, which was represented in the lack of knowledge of social workers related to the therapeutic contract with individual cases, as well as their ability to apply it, and proposing a set of mechanisms to develop the skill of the social worker in therapeutic contracting with individual cases.

ملخص بحث

واقع استخدام مهارة التعاقد العلاجى فى العمل مع الحالات الفردية فى مجالات الممارسة المهنية

دكتورة/ فاطمة أنور محمد السيد

استاذ مساعد بقسم طرق الخدمة الاجتماعية

يعد التعاقد مرحلة مهمة من مراحل الممارسة المهنية لطريقة خدمة الفرد والتي تتطلب مهارة فى إنجازها وتنفيذها، فقد يكون العميل سلبياً واتكالياً في حل مشكلته، ولديه ميل لجعل الاخصائى الاجتماعى يقوم بحل المشكلة نيابة عنه، فالتعاقد فيه شروط واضحة تحدد دور كل من الاخصائى الاجتماعى والعميل في العمل على حل المشكلة، مما يخفف من سلبية العميل، ويجعله مشاركاً بدرجة أكبر في حل مشكلته، ويحدد التعاقد الأهداف المرجوة من التدخل المهنى، ويرشد التعاقد العلاجى الاخصائى الاجتماعى والعميل أثناء عملية العلاج، ويوفر أساساً لحل الخلافات التى قد تنشأ أثناء عملية العلاج أو تقديم الخدمة، وهذا الاتفاق يجب أن يتضمن الحدود التى تفرضها سياسة المؤسسة فى اطار رضا كل من الاخصائى الاجتماعى والعميل والتزامات وواجبات كلا منهما، وقد يحدث خلال عملية التفاعل المهنى بين العميل والاخصائى الاجتماعى عملية ارتباط من قبل العميل للاخصائى الاجتماعى، وهذا الارتباط العاطفى قد يجعل عملية إنهاء التدخل المهني مؤلمة للعميل، ولها آثار سلبية، وتزداد هذه الآثار والآلام كلما كانت مدة العلاقة المهنية طويلة.

ويتحدد شكل العقد العلاجى طبقاً لنوعية العميل وطبيعة المشكلة والأهداف التى يسعى العقد إلى تحقيقها، وفى اطار سعى الاخصائى الاجتماعى لتحقيق أهداف التعاقد العلاجى فعليه أن يراجع مع العميل مناطق

القوة المتوفرة لدية والتى يمكن استثمارها فى حل المشكلة، ويرتب معه المشكلات التى يعانى منها على حسب أولوياتها فى العمل، واتساقا مع الطرح السابق الذى يؤكد الأهمية التى يمثلها التعاقد العلاجى فى الممارسة المهنية لخدمة الفرد؛ إلا أن الواقع يؤكد وجود ندرة فى الكتابات والدراسات الأجنبية والعربية التى تناولت موضوع التعاقد العلاجى؛ لذا فقد تحددت القضية الرئيسية للبحث فى الوقوف على واقع تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية فى مجالات الممارسة المهنية.

يُعد هذا البحث من نمط البحوث الوصفية، اعتمادا على المنهج الوصفى، وقد تم تطبيق البجث على الأخصائيين الاجتماعيين بالمجال المدرسى، والطبى، والأسرى بمدينة الفيوم، واعتمدت الباحثة في البحث الميداني على مقياس مهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية، وقد وتوصل البحث إلى الإجابة على تساؤلات الدراسة والتى تمثلت فى نقص معارف الاخصائيين الاجتماعيين المرتبطة بالتعاقد العلاجى مع الحالات الفردية، وكذلك قدراتهم على تطبيقه، واقتراح مجموعة من الآليات لتطوير مهارة الاخصائى الاجتماعى فى التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.

أولاً: مشكلة البحث

تعتمد طريقة خدمة الفرد فى مساعدة عملائها لمواجهة مشكلاتهم، والاستفادة من خدمات المؤسسات المهنية على عمليات مهنية رئيسية تمكنها من الوصول إلى هذا الهدف، وتمثل عملية التعاقد العلاجى بداية العمل المهنى مع الحالة الفردية، وهى عملية أساسية للتخطيط لتقديم الخدمة أو وضع الخطة العلاجية التى تتم بين الاخصائى والعميل.

ويعد التعاقد contracting أداة رئيسة من أدوات الممارسة المهنية لطريقة خدمة الفرد والتي تتطلب مهارة في إنجازها وتنفيذها، فقد يكون العميل سلبياً واتكالياً في حل مشكلته، ولديه ميل لجعل الاخصائى الاجتماعى يقوم بحل المشكلة نيابة عنه، فالتعاقد فيه شروط واضحة تحدد دور كل من الاخصائى الاجتماعى والعميل في العمل على حل المشكلة، مما يخفف من سلبية العميل، ويجعله مشاركاً بدرجة أكبر في حل مشكلته، وهذا يتفق مع نتائج دراسة (جون كورن: ١٩٨٠) التى أكدت على ضرورة تنمية مهارة الاخصائى الاجتماعى على التفاوض مع العميل على البنود التى يجب أن يشتملها العقد العلاجى، ومساعدة العميل على تحمل مسئولياته مع الاخصائى الاجتماعى فى نجاح الخطة العلاجية.

ويحدد التعاقد الأهداف المرجوة من التدخل المهني، وكذلك الأدوار المناطة بالاخصائى الاجتماعى، وهو ما يجعل الاخصائى الاجتماعى أكثر تركيزاً في عمله وأكثر تنظيماً لوقته وهذا يتفق مع نتائج دراسة(بوب سابي: ٢٠٠٧م) التى أكدت على أن التعاقد يساعد على تنظيم عمل الاخصائى الاجتماعى، وذلك من خلال تطبيق التكنولوجيا الحديثة في الخدمة الاجتماعية.

ويرشد التعاقد العلاجى الاخصائى الاجتماعى والعميل أثناء عملية العلاج، ويوفر أساساً لحل الخلافات التى قد تنشأ أثناء عملية العلاج أو تقديم الخدمة، وهذا الاتفاق يجب أن يتضمن الحدود التى تفرضها سياسة المؤسسة فى اطار رضا كل من الاخصائى الاجتماعى والعميل والتزامات وواجبات كلا منهما، وهذا يتفق مع نتائج دراسة(جراهام سميث، جون كورن: ١٩٨١م) التى أكدت على ضرورة وجود عقد علاجى بين الاخصائى الاجتماعى والعميل، والاتفاق على الأساليب والأدوات التي يمكن استخدامها لحل الخلافات التى قد تنشأ أثناء عملية المساعدة، ويساعد على تحقيق عملية المساعدة فى ضوء سياسة المؤسسة التى يعمل بها الاخصائى الاجتماعى، وهذا ما أكدت عليه أيضا دراسة(هيلين تشيستر، جين هيوز، ٢٠١٠م)على أن التعاقد العلاجى يساعد على حل الخلافات التى قد تنشأ أثناء عملية المساعدة.

وقد يحدث خلال عملية التفاعل المهني بين العميل والاخصائى الاجتماعى عملية ارتباط من قبل العميل للاخصائى الاجتماعى، وهذا الارتباط العاطفي قد يجعل عملية إنهاء التدخل المهني مؤلمة للعميل، ولها آثار سلبية. وتزداد هذه الآثار والآلام كلما كانت مدة العلاقة المهنية طويلة، وهذا يتفق مع نتائج دراسة(فوزى محمد شحاته: ٢٠٠١م) التى أكدت على أن عملية التعاقد تهيئ العميل لعملية الانفصال وإنهاء العلاقة المهنية منذ البداية، وتخفف من الارتباط العاطفى بين العميل والاخصائى، ومن الصدمة التي قد يلاقيها العميل عند انتهاء العلاقة المهنية.

ويعد التخطيط للتعاقد العلاجى الجسر بين التقييم والتدخل، ويبدأ بتحديد الأهداف التي يأمل العميل في تحقيقها؛ ثم تحديد التغييرات التي يجب إجراؤها لتحقيق تلك الأهداف، واستراتيجيات التغيير البديلة التدخلات التي من المرجح أن تصل إلى الأهداف، وتحديد الجداول الزمنية لاستكمال تلك الإجراءات،

فالعمل بدون خطة واضحة هو وصفة للفشل، ويجب على الاخصائى أن يبني قرارات التخطيط على الحقائق الثابتة والأدلة الموضوعية التي تم جمعها خلال مرحلة جمع البيانات وتقييمها، وبمجرد وضع خطة من المهم للاخصائى الاجتماعى والعملاء تحرير عقد (أي اتفاق بين الاخصائى والعميل) يحدد الأنشطة التي يتعين القيام بها من قبل كل شخص جنباً إلى جنب مع جدول زمنى للعمل خلال مرحلة التدخل(ميشيل أتو: ٢٠٠٣م، ١٩٩)، ونظراً لضرورة تخطيط الاخصائى الاجتماعى لتدخله مع العميل فإن خطة التدخل تكون أكثر وضوحاً وتحديداً عندما توضع فى تعاقد شفوى أو مكتوب؛ حيث يزداد فهم العميل لما يجب أن يقوم به، وهذا يتفق مع نتائج دراسة(هانسن: ٢٠٠٢م) التى أكدت على أن التعاقد العلاجى يساعد على قياس عائد التدخل المهنى مع العميل فى ضوء الأهداف المحددة سابقا فى العقد.

وتختلف العقود من حيث درجة تركيبها حسب طبيعة المشكلة، ونوعية وسن العملاء؛ فكلما زاد نضج العميل أو زاد تعقد المشكلة أو تعددت الأهداف الموضوعة كلما زادت أهمية العقد زاد تركيبه(عبدالعزيز النوحى: ١٩٩٩م، ١٥١)، وهذا يتفق مع نتائج دراسة(جيمس، وكارل: ٢٠١٧م) التى أكدت أن نوعية العميل وطبيعة المشكلة التى يعانى منها تحدد شكل العقد العلاجى الذى يمكن تحريره مع العميل والمحطين به، والأهداف التى يسعى العقد إلى تحقيقه.

وفى إطار سعى الاخصائى الاجتماعى لتحقيق أهداف التعاقد العلاجى فعليه أن يراجع مع العميل مناطق القوة المتوفرة لدية والتى يمكن استثمارها فى حل المشكلة، ويرتب معه المشكلات التى يعانى منها على حسب أولوياتها فى العمل، وهذا يتفق مع نتائج دراسة(جمال شكرى: ١٩٩٦م) التى أكدت على ضرورة تدريب الاخصائيين الاجتماعيين على عمليات التعاقد، وعلى طريقة تحديد الأهداف وتقسيمها، وتحديد الواجبات واختيار البدائل المناسبة مع

العميل؛ حيث أن التعاقد يجب أن يتم بعد الدراسة الواعية لطبيعة الموقف وتقدير أسبابه، وتحديد اتجاهات التدخل المهنى؛ واتساقا مع الطرح السابق الذى يؤكد الأهمية التى يمثلها التعاقد العلاجى فى الممارسة المهنية لخدمة الفرد؛ إلا أن الواقع يؤكد وجود ندرة فى الكتابات والدراسات الأجنبية والعربية التى تناولت موضوع التعاقد العلاجى؛ لذا فقد تحددت القضية الرئيسية للبحث فى الوقوف على واقع تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية فى مجالات الممارسة المهنية.

ثانياً: أهداف البحث

يهدف البحث إلى:

١- الوقوف على معارف الاخصائى الاجتماعى المرتبطة بمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية فى مجالات الممارسة المهنية.

٢- الوقوف على تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية فى مجالات الممارسة المهنية.

٣- الوقوف على معوقات تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية فى مجالات الممارسة المهنية.

٤- وضع آليات مقترحة لتفعيل دور الاخصائى الاجتماعى فى تطبيق مهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية فى مجالات الممارسة المهنية.

ثالثا: تساؤلات البحث:

يسعى البحث للاجابة على التساؤلات الآتية:

١- ما معارف الاخصائى الاجتماعى المرتبطة بمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية فى مجالات الممارسة المهنية؟

٢- ما مستوى تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية فى مجالات الممارسة المهنية؟

٣- ما معوقات تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية فى مجالات الممارسة المهنية؟

٤- ما الآليات المقترحة لتفعيل دور الاخصائى الاجتماعى فى تطبيق مهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية فى مجالات الممارسة المهنية؟

٥- ما مستوى التباين بين الاخصائيين الاجتماعيين فى تطبيق مهارة التعاقد العلاجى طبقاً ل(النوع – السن – المستوى التعليمى – الخبرة – الدورات التدريبية – مجال الممارسة)؟

رابعاً: مفاهيم البحث

مفهوم مهارة التعاقد العلاجى.

يعرف(حسين سليمان وآخرون: ٢٠٠٥م، ٢٢٠- ٢٢١) التعاقد بأنه الاتفاق الذى يتم بين الاخصائى الاجتماعى والعميل حول الخطوات الواجب اتباعها خلال عملية التدخل المهنى، مثل تحديد الأهداف العامة والفرعية، والوقت اللازم لتحقيقها، ومسئوليات كل من الاخصائى والأشخاص المشاركين فى عملية التدخل المهنى، والتعاقد قد يكون شفوياً أى اتفاقاً غير مكتوب بين الاخصائى الاجتماعى والعميل حول ما يجب عمله، وقد يكون تحريراً أو مكتوباً وموقع عليه من كل الأطراف المشاركين فى عملية التدخل المهنى أو فى جانب منها.

ويعرف(عبدالعزيز فهمى النوحى: ١٩٩٩م، ١٨١) التعاقد العلاجى بأنه شكل من أشكال التعاقد(غير القانونى) بين كل الداخلين كأطراف فى عملية التدخل المهنى، وهم العميل الأصلى(وربما غيره أيضا من عملاء ثانويين)،

والاخصائى الاجتماعى(وربما غيره من مهنين آخرين)، ويعرفه(على حسين زيدان: ٢٠٠٢م، ٣٢- ٣٣) بأنه اتفاق قد يكون شفهياً أو مكتوباً بين الاخصائى الاجتماعى كممثل للمؤسسة من ناحية وبين العميل من الناحية الأخرى، هذا إذا كان العميل يمتلك أهلية التعاقد أما إذا لم يكن العميل مؤهلاً للتعاقد مثل الأطفال وضعاف العقول ومرضى العقول فإن الطرف الأخر يكون ولى أمر العميل، ويتضمن العقد العلاجى تحديداً للمشكلات التى يتم التعامل معها، والأهداف التى يسعى كل من الاخصائى الاجتماعى والعميل للتوصل إليها مع كل من هذه المشكلات، والمدى الزمنى الذى سوف يتم خلاله تحقيق الأهداف والمهام التى سوف يقوم بها الاخصائى الاجتماعى والعميل والأطراف الأخرى إن وجدت، وجدول المقابلات الذى يوضح توقيت هذه المقابلات، والمكان الذى سوف يتم فيه والمشاركين فى كل منها، ويتم ذلك فى عبارة واضحة ومحددة سواء كان العقد مكتوباً أو غير مكتوب.

ويعرف(جيمس، وكارل: ٢٠١٧م، ٢٩٤) التعاقد بأنه اتفاق واضح وصريح بين الاخصائى الاجتماعى والعميل يتعلق بالمشكلة المستهدفة والأهداف، واستراتيجيات التدخل العلاجى، وأدوار المشاركين ومهامهم، ويعرفه(فوزى الهادى: ٢٠١٧م، ٣٥٤) بأنه اتفاق مكتوب أو شفوى أو ضمنى بين الاخصائى الاجتماعى والعميل على الأهداف وطرق حل المشكلة أو المواعيد والجداول الزمنية والالتزامات المتبادلة للعلاج؛ وذلك للحصول على فهم واضح وفعلى أو وضع اتفاق حول هذه الموضوعات، ويعرف(على إسماعيل: ٢٠١٧، ٢٥٩)التعاقد العلاجى:

١- أن العميل مسئول بصفة أساسية عن حالته.

٢- أن العميل قادر على اتخاذ القرارات.

٣- أن كلا طرفى العقد العميل والاخصائى الاجتماعى لهما حقوق وعليهما واجبات يتم تحديدها فى العقد.

٤- أن العلاقة بين الاخصائى الاجتماعى والعميل علاقة مكملة وليست علاقة بين متفوق وتابع أو منقذ وضحية.

٥- أن العميل له الحق فى استخدام أو رفض ما يعرض عليه من مساعدات أو خدمات.

ومن الطرح السابق لمفهوم التعاقد العلاجى يمكن للباحثة تعريفه بأنه اتفاق مكتوب أو شفوى بين الاخصائى الاجتماعى والعميل والمحطين به حول الخطة العلاجية، واجرءات تنفيذها، وتحديد مسئوليات وواجبات أطراف التعاقد، والمعايير التى يتم بها قياس التقدم نحو تحقيق الأهداف الموضوعة فى ضوء الفترة الزمنية المحددة للعقد وسياسة المؤسسة وأخلاقيات المهنة.

أغراض التعاقد العلاجى:

١- التعاقد يمثل التزاماً من جانب الاخصائى الاجتماعى والعميل أو أى أطراف أخرى مشاركة فى المشكلة بتطبيق الخطة فى توقيتها المحدد وبالطريقة المتفق عليها.

٢- يجنب التعاقد الاخصائى الاجتماعى والعميل أو الآخرين أى سوء فهم للمسئوليات والمهام المحددة لكل منهم؛ حيث تكون المسئوليات والالتزامات من خلال التعاقد واضحة لا لبس فيها.

٣- يلخص العقد المهنى مسئوليات كل من العميل والاخصائى والمؤسسة وجميع الأنساق الآخرى المشاركة فى عملية حل المشكلة على كافة المستويات(الميكرو الميزو والإكزو والماكزو)

٤- يساعد العقد المهنى الاخصائى الاجتماعى فى تجنب اتهامات بعض العملاء لوجود بعض التقصير أو الإهمال فى أداء مسئولياته المهنية

نحوهم أو اتهامه بعدم الالتزام بقوانين ولوائح المؤسسة؛ حيث إن الاخصائى الاجتماعى يراعى خلال تحديد مسئولياته تجاه العملاء فى العقد أن تكون فى إطار مبادئ وأخلاقيات المهنة ووظيفة المؤسسة التى يعمل بها. (حسين سليمان وآخرون: ٢٠٠٥م، ٢٢١- ٢٢٣)

أهمية التعاقد العلاجى:

١- يتضمن حماية مهنية وأخلاقية أفضل لكل من العميل والاخصائى الاجتماعى، وذلك أن حدود تصرفات كل من الأطراف الداخلين فى الموقف تكون واضحة ومعلنة ومتفق عليها، ومتمشية مع آداب المهنة وقيم المجتمع بصفة عامة.

٢- تساعد كل أطراف التعاقد على تركيز اهتمامهم على المشكلة موضوع الشكوى، كما تدعم التزامهم بتنفيذ المطلوب من كل منهم.

٣- تحدد المسئوليات المختلفة لأطراف التعاقد الموقعين على العقد، كما توضح التعليمات المختلفة لتنفيذ ما تم الاتفاق عليه(عبدالعزيز النوحى: ١٩٩٩م، ١٦١).

٤- يقلل التعاقد من احتمال سوء الفهم والتفسيرات المتعددة والإشارات المختلطة والاستدلالات غير المقصودة.

٥- يتيح للعملاء التعبير عن إرادتهم الحرة وبالتالى الشعور بالأمان، ويمنحهم تحكمًا فى قراراتهم، وبالتالى تعزيز استقلاليتهم.

٦- يركز على احترام حقوق الإنسان، وسلامة العميل، والتخفيف من الضيق الشخصي، وتحسين جودة العلاقة بين الممارس والعميل.

٧- يضمن التعاقد أن تتم عملية الاستشارة بطريقة جيدة وآمنة، وكوثيقة مكتوبة توفر المساحة اللازمة للتدخل القانونى إذا لم يتم الوفاء بالمسؤوليات المحددة. (فان فيردن: ٢٠١٨م، ٦٦- ٦٧)

٨- يحدد خطة العلاج التي يجب على العميل اتباعها، والنتائج الإيجابية أو السلبية ذات الصلة التي يتعين تنفيذها نتيجة الامتثال أو عدم الامتثال للخطة الموضوعة.

٩- يفيد التعاقد فى قياس عائد التدخل المهنى فى كل مراحل العمل المهنى، وكذلك النتائج النهائية لأنه يمثل صورة واضحة لواجبات كل الأطراف المشاركين أو المؤثرين فى الموقف.

١٠- يوفر الأساس لحل الخلافات أو نقاط عدم الاتفاق التى قد تنشأ أثناء عملية العلاج.

١١- يساعد على ربط أهداف العمل مع الحالة بسياسة المؤسسة وأخلاقيات المهنة.

١٢- يعد أساس لتحقيق عملية انهاء الخدمة المقدمة للعميل بدون أعراض جانبية للعميل.

١٣- يحدد العقد المشاكل أو المخاوف التي يتعين معالجتها، وأهداف وغايات التدخل، والأنشطة التي سيقوم بها العميل، والمهام التي يتعين القيام بها من قبل الاخصائى، والمدة المتوقعة للتدخل (أسابيع أو أشهر)، ومكان المقابلات، وتحديد الأشخاص والمنظمات الأخرى المتوقع مشاركتها وتوضيح ما يتوقع منهم الإسهام به فى عملية التغيير.

١٤- يجيب التعاقد على الأسئلة المرتبطة بالنتيجة المرجوة لخدمة الاخصائى الاجتماعى والمؤسسة للعميل؟ وما يجب القيام به من قبل العميل؟ وما الخدمات التي سيتم الحصول عليها من مؤسسات أخرى؟ وما محددات تقييم حالة العميل أو مراجعة عقد الخدمة؟ وما العواقب

إن وجدت لعدم الالتزام بالخطة؟(جيمس، وكارل: ٢٠١٧م، ٢٩٥-٢٩٦).

الجوانب التى يجب مراعاتها عند التفاوض على عقد الخدمة مع العميل:

١- مراعاة الاختلاف فى وجهات النظر بين الاخصائى الاجتماعى والعميل.

٢- تحديد الأهداف فى عقد الخدمة لمعرفة النتائج المرغوبة من العمل المشترك بين الاخصائى الاجتماعى والعميل.

٣- التفاوض على خطة التدخل العلاجى ووسائله.(على اسماعيل: ٢٠١٧، ٢٦٠- ٢٦٣)

٤- صياغة أهداف التدخل فعند وضع هدف من المهم عدم الخلط بين المدخلات والنتائج، ويجب استخدام اللغة الإيجابية كلما كان ذلك ممكنًا، وينبغي أن تصف الكلمات المستخدمة ما سيفعله العميل، وليس ما لن يفعله العميل، ومن المهم أن تصاغ الأهداف بلغة علمية قابلة للقياس، والإطار الزمني هو جزء أساسي من الهدف، ويجب ألا يستغرق الهدف أكثر من بضعة أسابيع لتحقيقه، ويحتاج العميل لمعرفة دليل التقدم في العمل نحو هدف واحد، وقد يحتاج العميل إلى تحقيق عدة أهداف، ومن أجل تحقيق الأهداف قد يحتاج إلى إكمال العديد من المهام. (ميشيل أتو: ٢٠٠٣م، ٢٠٣)

٥- المدة التي ستستغرقها المقابلة، ومكان انعقادها.

٦- التأكيد على توفير بيئة آمنة ومأمونة للعملاء.

٧- التأكيد على احترام سرية العميل في جميع الأوقات.

٨- التأكيد على وضوح الاخصائى الاجتماعى مع عملائه فيما يتعلق بخطة العلاج المقترحة.

٩- تحديد الاخصائى الاجتماعى مع العميل الأشخاص التى يمكن الاتصال بهم(جيمس، وكارل: ٢٠١٧م، ٢٩٧).

عناصر العقد الجيد

لا يوجد قالب محدد للعقد العلاجى مما يسمح للاخصائيين الاجتماعيين بإبرام العقود وتخصيصها حسب احتياجاتهم واحتياجات عملائهم، وتبدأ العقود بإلقاء نظرة عامة قصيرة على الخدمة المقدمة للعميل وتقديم مؤهلات الاخصائى الاجتماعى، ويجب أن يبدأ نص العقد ببيانات حول السرية، ثم التفاصيل حول المقابلات، وكيف سيبدأ العلاج، ومدة استمراره، وكيف سيتم الانتهاء منه، ومعلومات حول المقابلات الفائتة، وموعدها ومكانها، ويجب إبرام العقود مع تفاصيل حول رسوم تقديم الخدمة، ويصبح العقد قابلاً للنفاذ عندما يتم توقيعه من نسختين ثابتتين من قبل الطرفين؛ حيث يحتفظ الاخصائى الاجتماعى بنسخة، ويتم تسليم النسخة الثانية إلى العميل(ستيفن ج. لاش: ٢٠١٣م، ٤٤٩).

الأساليب الفنية لتطبيق التعاقد العلاجى:

١- اقامة علاقة مهنية دافئة ومقبولة مع العميل.

٢- تحديد أغراض العقد باللغة التى يفهمها العميل.

٣- مساعدة العميل على تحديد الخيارات البديلة والمختلفة قبل اقرار بنود العقد.

٤- الاعلان عن أى تعارض أو خلاف فى الرأى مازال متبقياً بينه وبين العميل(على اسماعيل: ٢٠١٧، ٢٦٧).

٥- يتمتع العميل بالحقوق التالية: اتخاذ القرارات والحصول على مدخلات فيما يتعلق بأهداف التدخل، وكذلك النهج العام الذي يجب استخدامه للوصول إلى تلك الأهداف، والطريقة التي يقترح الاخصائى الاجتماعى

استخدامها، واحتمال النجاح، وإذا كان هناك أي مخاطر متوقعة أو آثار سلبية مرتبطة بالتدخل المقترح.

٦- معرفة المدة التي سيستغرقها التدخل أو المدة التي سيستغرقها تحقيق الأهداف المتفق عليها.

٧- معرفة العميل بالعواقب التى تقع عليه نتيجة لإنهائه التدخل دون التزام بتعليمات الاخصائى الاجتماعى أو المؤسسة.

٨- التعرف على قواعد السرية المطبقة ومن سيكون له حق الوصول إلى المعلومات المتعلقة بمشاركة العميل ونتائج التدخل، وتحديد وسائل تقييم نجاح التدخل.

٩- تحديد إجراءات الاستئناف أو التظلم التي يمكن استخدامها للطعن في قرار اتخذه الاخصائى الاجتماعى أو المؤسسة(جيمس، وكارل: ٢٠١٧م، ٢٩٩).

أنشطة التعاقد

أفضل الخطط ذات قيمة ضئيلة إذا لم يكن هناك اتفاق واضح وفهم حول كيفية تنفيذها كلما زادت الخصوصية حول من سيفعل؟ ماذا ومتى وكيف زادت فرص تنفيذ الخطة بالكامل؟ وغالبًا ما يكون الانضباط المتمثل في تحرير العقد بعناية مطمئنًا للعملاء، بينما يشجع أيضًا الاخصائى الاجتماعى على إعادة التفكير في الخطوات التي ربما أصبحت روتينية.

١- تحديد المشاكل المستهدفة: الهدف هو النهاية المرغوبة التي يتم توجيه النشاط نحوها، ويجب أن ينبثق هذا الهدف بشكل منطقي من عمليات جمع البيانات وتقييمها السابقة التي بحثت نقاط قوة العميل وموارده ومشاكله واحتياجاته.

٢- أهداف التدخلات تشمل: تعلم مهارة أو اكتساب المعرفة اللازمة، وجمع المعلومات اللازمة لوضع خطة أو اتخاذ قرار.

٣- جمع معلومات حول توفر أنواع معينة من الخدمات أو البرامج التى يمكن توفيرها للعملاء.

٤- يجب أن يخصص الاخصائى والعميل وقتًا كبيرًا لمهمة تحديد الأولويات من أجل تحديد أي من مشكلات العميل ومخاوفه الكثيرة يجب أن تصبح مشكلات مستهدفة للتدخل حتى يتم اتخاذ تلك القرارات(ستيفن ج. لاش: ٢٠١٣م، ٤٤٩- ٤٥٠).

وستساعد الخطوات التالية العميل والاخصائى فى تحديد الأولويات

١- يحدد العميل المشاكل أو المخاوف التى يعانى منها.

٢- يشرح الاخصائى الاجتماعى سبب أخذ هذه المشكلات فى الاعتبار.

٣- تتم مراجعة المشاكل والاهتمامات في مجموعات بحيث يتم تحديد الترابط فيما بينها.

٤- يقوم العميل بفحص القائمة وتحديد مشكلتين أو ثلاث مشاكل أو مخاوف ذات أولوية قصوى.

٥- يختار الاخصائى العناصر الثلاثة التى يعتبرونها ذات أولوية قصوى.

٦- يناقش كل من العميل والاخصائى المشكلات المحددة في الخطوتين ٤ و ٥ ويفحصها وفقًا للمعايير التالية: أي منها تثقل كاهل؟ أي منها إن لم يتم تناولها وتصحيحها سيكون لها عواقب سلبية للغاية بعيدة المدى على العميل؟ أي منها إذا تمت معالجته وتصحيحه وسيكون له أكثر التأثيرات الإيجابية على العميل؟ أي منها الأكثر أهمية للعميل؟ أى منها يمكن معالجته وتصحيحه باستثمار معتدل للوقت أو الطاقة أو

الموارد؟ بعد النظر في هذه المعايير يتم اختيار المشاكل الثلاث ذات الأولوية القصوى(تومسى جل وآخرون: ٢٠١٢م، ٧).

مفهوم الحالات الفردية

يعرف(أحمد السكرى: ٢٠٠٠م، ٧٠) الحالة الفردية بأنها إجراءات تنسيق كل أنشطة المساعدة لصالح العميل أو جماعة العملاء، وهذه الإجرءات تهدف إلى تمكين العديد من العاملين فى المؤسسة أو المؤسسات المختلفة من تنسيق جهودها فى خدمة عميل معين من خلال فريق عمل مهنى، وبناء على ذلك فإنها توسع دائرة الخدمات التى يحتاجها العميل.

تهدف دراسة الحالة الفردية إلى تفهم شخصية العميل ومواقفه، وتفهم مشكلته في ضوء الحقائق الشخصية والموضوعية تمهيداً لعلاج هذه الحالة؛ وعلى ذلك يعتبر (ديفيد فيليبس: ٢٠١٦م، ٦٧) دراسة الحالة فى خدمة الفرد بأنها عملية نفسية اجتماعية تهتم بدراسة شخصية العميل، وفي نفس الوقت لا تهمل دراسة المؤثرات الاجتماعية في حياته؛ وبناءً على ذلك تصبح المصادر الأساسية فى الحصول على البيانات اللازمة لدراسة الحالة هى العميل نفسه إلى جانب المصادر الخارجية المتصلة بالبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها العميل، وهناك مجموعة من الوسائل يمكن عن طريقها دراسة حالة العميل والحصول على المعلومات الشخصية والبيئية التي تفيدنا في فهم موقف العميل فهماً دقيقاً.

ويشير(فوزى الهادى: ٢٠١٧م، ٥٥) أن العمل مع الحالات الفردية هو مجموعة الخدمات العلاجية المصممة لتحقيق التنسيق والتحرك من أجل الحصول على الضروريات المناسبة والخدمات الاجتماعية لصالح العميل، ويجب ان تكون للأفراد ذات مشكلات متعددة ومحددة بشكل واضح، ويمكن للباحثة تعريف العمل مع الحالات الفردية بأنه توظيف الأساليب المهنية لخدمة

الفرد التى يستخدمها الاخصائى الاجتماعى لمساعدة العملاء على مواجهة مشكلاتهم، وذلك فى إطار القواعد واللوائح المنظمة للمؤسسة، وإطار ممارسة الاخصائى الاجتماعى لدوره وتطبيقة لأسس الممارسة المهنية لخدمة الفرد، وتهدف إلى مساعدة الأفراد على مواجهة مشكلاتهم الاجتماعية والعمل على حلها.

خامسا: الإجراءات المنهجية للبحث:

١- **نوع البحث والمنهج المستخدم:** يُعد هذا البحث من نمط البحوث الوصفية التى تستهدف تقرير خصائص ظاهرة معينة أو موقفًا تغلب عليه صفة التحديد، وتحاول وصف الواقع الحاضر بهدف الوقوف على واقع تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى فى خدمة الفرد فى مجالات الممارسة المهنية، اعتماداً على المنهج الوصفى.

٢- **أدوات البحث:** اتساقاً مع متطلبات البحث فقد اعتمدت الباحثة في البحث الميدانى على مقياس مهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية، ولتصميمه فقد رجعت الباحثة إلى الكتب النظرية والدراسات والمقاييس المرتبطة به، وأمكنها صياغة أربعة أبعاد أساسية للمقياس وهى: البعد الأول: معارف الاخصائى الاجتماعى المرتبطة بالتعاقد العلاجى مع الحالات الفردية، والبعد الثانى: تطبيق الاخصائى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية، البعد الثالث: معوقات تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى الحالات الفردية، البعد الرابع: آليات تطوير مهارة الاخصائى الاجتماعى فى التعاقد العلاجى للحالات الفردية، وتم إجراء صدق المقياس بعرضه على عدد خمسة من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة الفيوم، وحلوان، وذلك لطرح رؤيتهم في المقياس؛ ولتحديد مدى صلاحية الأداة واتساق فقراتها

وملاءمتها لأهداف البحث، وسلامة الصياغة اللغوية للعبارات، وكذلك مدى وضوح العبارات وسهولتها؛ وقد استفادت الباحثة من ملاحظاتهم، واستبعدت بعض العبارات غير المرتبطة بالموضوع، وقد اعتمدت الباحثة على العبارات التي أكدت عملية التحكيم وجود اتفاق عليها بنسبة ثقة ٨٥% فأكثر، وقد أسفرت هذه الخطوة عن حذف بعض العبارات التي لم يتفق عليها غالبية المحكمين والتي قلت نسبة اتفاقهم عليها عن ٧٠%، وإضافة بعض العبارات التي زادت نسبة الاتفاق عليها عن ٧٠%، ثم قامت الباحثة بقياس الإتساق الداخلى للأداة للوقوف على الارتباط بين كل عبارة من عبارات المقياس بإجمالي العبارات التي يشتمل عليها كل بعد، وكانت النتيجة أن ٧٤% من إجمالي العبارات ارتباطها دال عند مستوى معنوية٠,٠١، و١٧% ارتباطها دال عند مستوى معنوية ٠,٠٥، بينما كان ٩% من العبارات غير دال، وهذه النسبة مقبولة لإجراء الثبات على المقياس، ثم قامت الباحثة بإجراءات ثبات المقياس باستخدام اختبار T– Test للتأكد من ثبات الأداة عن طريق إجراء تطبيق المقياس على مجموعة من المبحوثين قوامها عشرون مبحوثا من مجالات الممارسة المهنية، على فترتين يفصل بينهما فاصل زمني مقداره خمسة عشر يوما، وذلك للوقوف على مدى وجود فروق ذات دلالة معنوية بينهما، وقد أفادت نتائج تطبيق الاختبار أن قيمة ت المعنوية (٠,١٢١) وهى قيمة أكبر من (٠،٠٥) وهذا يعنى عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية بين القياسين مما يؤكد على ثبات أداة جمع البيانات، **وهذا ما يوضحه الجدول التالى:**

جدول رقم (١) تطبيق اختبار T– Test للتعرف على الفروق بين القياسين القبلي والبعدي.

إجمالي المقياس	المتوسط	الفرق بين المتوسطين	مستوى المعنوية	درجة الحرية	قيمة T	المعنوية	القرار
القبلي	٢١٥,٧٠٠٠	١١,٤٠٠	٠,٩٥	٣٦	١,٥٣١	٠,١٢١	لا توجد فروق
البُعدي	٢٠٤,٣٠٠٠						

الاتساق الداخلي للأداة: تم قياس الاتساق الداخلي Reliability Coefficient للأبعاد المتعلقة بمقياس مهارة التعاقد العلاجي مع الحالات الفردية، وذلك بحساب معامل " كرونباخ ألفا " لمجتمع البحث والتي بلغت (١١١) مبحوثًا، فكانت قيمة ألفا له (٠,٨٩٧) وهذه النتيجة تُعد مؤشرًا قويًا على الاتساق الداخلي للأداة، وقد قامت الباحثة بتنفيذ التحليل وتطبيق الاختبارات الإحصائية المستخدمة في هذا البحث باستخدام برنامج SPSS الإصدار رقم٢١.

مجالات البحث: يتكون مجتمع الدراسة من جميع الاخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمجال المدرسى فى المرحلة الاعدادية والثانوية بمديرية التربية والتعليم بمدينة الفيوم وعددهم (٨٧) اخصائى (المكتب الفني بمدرية التربية والتعليم بالفيوم ٢٠١٩)، والاخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمجال الطبى بمديرية الصحة بمدينة الفيوم وعددهم (٢٥) اخصائى (المكتب الفني بمدرية الصحة والسكان بالفيوم ٢٠١٩)، والاخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمجال الأسرى بمديرية التضامن الاجتماعى ومحكمة الأسرة بمدينة الفيوم وعددهم

(١٥) اخصائى، وزعت اداة جمع البيانات عليهم وانتظار المردود، حيث بلغ المردود من المجال المدرسى(٨٤) اداة جمع بيانات، ومن المجال الطبى عدد(٢٠) أداة، ومن المجال الأسرى عدد(١١) وبعد المراجعة الدقيقة تم استبعاد عدد (٤) أداة جمع البيانات لعدم اكتمال بياناتها، ومن ثم يكون العدد الفعلى لمجتمع البحث (١١١) مفردة فقط، وقد تم تطبيق البحث على جميع الاخصائيين الاجتماعيين العاملين بمجالات الممارسة المهنية الثلاث بمدينة الفيوم(مدرسى، وطبى، وأسرى)؛ وذلك في الفترة من ٣/١١/ ٢٠١٩م – ١٥/١/٢٠٢٠م.

سادسا: تحليل البيانات الميدانية ومناقشة النتائج.

١- وصف البيانات المعرفة لمجتمع الدراسة:

جدول رقم (٢) يوضح خصائص مجتمع الدراسة ن= 111

	النوع	ك	%
النوع	ذكر	57	51.4
	انثى	54	48.6
السن	فئات السن	ك	%
	أقل من ٣٠ سنة	3	2.7
	من ٣٠ إلى أقل من ٤٠ سنة	24	21.6
	من ٤٠ إلى أقل من ٥٠ سنة	27	24.3
	من ٥٠ سنه فأكثر	57	51.4
	متوسط السن 48.3	الانحراف المعياري	8.834
المستوى التعليمي	المستوى التعليمي	ك	%
	بكالوريوس خدمة	94	84.7

	اجتماعية		
	ليسانس اداب علم اجتماع	9	8.1
	دراسات عليا فى الخدمة الاجتماعية	7	6.3
	دراسات عليا فى علم الاجتماع	1	.9
سنوات الخبرة	سنوات الخبرة	ك	%
	أقل من خمس سنوات.	5	4.5
	من ٥ سنوات إلى أقل من ١٠سنوات.	30	27.0
	من ١٠ سنوات إلى أقل من ١٥سنة.	40	36.0
	من ١٥ سنة فأكثر.	36	32.4
م الخبرة	11.9	الانحراف المعياري	3.495
عدد الدورات	عدد الدورات	ك	%
	اقل من خمس دورات	35	31.5
	من خمس دورات الى ١٠ دورات	51	45.9
	من عشر دورات فأكثر	25	22.5
م عدد الدورات	6.8	الانحراف المعياري	3.598
مجالات الممارسة	مجال الممارسة	ك	%
	مدرسى	83	74.8
	طبى	19	17.1
	أسرى	9	8.1

أ) **وصف مجتمع الدراسة من حيث النوع:** تشير نتائج الجدول السابق إلى تقارب نسبة الإناث من نسبة الذكور والتى بلغت ٥١,٤% من اجمالى العاملين بمجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية.

ب) **وصف مجتمع الدراسة من حيث السن:** يتضح من نتائج الجدول السابق الخاص بتوزيع مجتمع الدراسة طبقا لفئات السن إلى أن متوسط سن مجتمع الدراسة بلغ ٤٨,٤ سنة، وبانحراف معيارى بلغ ٨,٨٣٤، وهذا السن يؤكد إلى أن الفئة المبحوثة تقع فى مرحلة النضج المهنى، ويشير إلى وجود خبرة لديهم للارتقاء بالمهنة، والقدرة على تطبيق مهارة التعاقد العلاجى، هذا وقد تمركزت غالبية مجتمع الدراسة في الفئة العمرية من ٥٠ سنه فأكثر بنسبة ٥١,٤% من إجمالى مجتمع الدراسة، ثم جاءت الفئة العمرية (من ٤٠ إلى أقل من ٥٠ سنة) بنسبة٢٤,٣% من إجمالى الاخصائيين الاجتماعيين، ثم جاءت الفئة العمرية من ٣٠ إلى أقل من ٤٠ سنة فى الترتيب الثالث بنسبة ٢١,٦%، فى حين جاءت الفئة العمرية أقل من ٣٠ سنة أقل الفئات تمثيلا فى مجتمع الدراسة بنسبة ٢,٦% من اجمالى الاخصائيين الاجتماعيين مجتمع الدراسة.

ت) **وصف مجتمع الدراسة من حيث المستوى التعليمي:** تشير نتائج الجدول السابق الخاص بالمستوى التعليمى لمجتمع الدراسة أن غالبيتهم من الحاصلين علي بكالوريوس خدمة اجتماعية بنسبة ٨٤,٧%، ثم جاء فى الترتيب الثانى الحاصلين على ليسانس أداب قسم اجتماع بنسبة ٨,١% وقد يعد هذا تطور طبيعى زيادة أعداد الاخصائيين الاجتماعيين خريجى الخدمة الاجتماعية لزيادة عدد كليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية وزيادة أعداد المقبولين بها، وقد جاء

فى الترتيب الثالث الحاصلين على دراسات عليا فى الخدمة الاجتماعية بنسبة٦,٣%، وجاء فى الترتيب الآخير الحاصلين على دراسات عليا من قسم علم الاجتماع بنسبة ٩.% من اجمالى الاخصائيين الاجتماعين العاملين بمجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية(مدرسى، طبى، أسرى).

ث) **وصف مجتمع الدراسة من حيث سنوات الخبرة:** يتبين من نتائج الجدول السابق المرتبط بسنوات الخبرة لمجتمع الدراسة أن نسبة كبيرة منهم تتراوح خبراتهم ما بين(١٠ أقل من ١٥سنة) بنسبة ٣٦%، تلى ذلك من تزيد خبراتهم عن خمسة عشر سنة فأكثر بنسبة ٣٢,٤%، تلى ذلك من تتراوح سنوات خبراتهم من ٥ سنوات إلى أقل من ١٠سنوات بنسبة ٢٧%وهذا يتفق مع النتائج المرتبطة بجدول الخاص بالسن الذى يؤكد إلى أن غالبية مجتمع الدراسة ممن يزيد مستوى أعمارهم عن خمسين سنة، ثم جاء فى الترتيب الاخير من تقل سنوات خبراتهم عن خمس سنوات بنسبة ٤,٥%، هذا وقد بلغ متوسط سنوات الخبرة للاخصائيين الاجتماعيين ١١,٩سنة، وبانحراف معياري قدره(٣,٤٩٥)، ويعد هذا المتوسط كافياً لتطبيق الاخصائيين الاجتماعيين لمهارة التعاقد العلاجى.

ج) **وصف مجتمع الدراسة من حيث عدد الدورات:** أشارت نتائج الجدول أن متوسط عدد الدورات التى حصل عليها مجتمع الدراسة بلغت(٦,٨) دورة، وبانحراف معياري قدره(٣,٥٩٨)، وترى الباحثة ضرورة استمرار مديريات (التربية والتعليم، والصحة، والتضامن الاجتماعى) فى تنفيذ دورات تدريبية تأهيلية للموظفين الجدد، ودورات تنشيطية للاخصائيين الاجتماعيين القدامى، هذا وأن غالبية مجتمع الدراسة قد حصل على

عدد دورات من خمس دورات الى أقل من عشر دورات بنسبة ٤٥,٩%، تلى ذلك ممن حصلوا على أقل من خمس دورات، ثم جاء فى الترتيب الآخير من حصلوا أكثر من عشر دورات.

ح) **وصف مجتمع الدراسة من حيث مجالات الممارسة:** يتضح من نتائج الجدول السابق الخاص بتوزيع مجتمع الدراسة طبقاً لمجالات الممارسة أن غالبية مجتمع الدراسة يعملون فى المجال المدرسى حيث يعد المجال المدرسى أكثر مجالات الخدمة الاجتماعية التى يعمل بها الاخصائيين الاجتماعيين نظراً لكثرة عدد مؤسسات الممارسة بها، تلى ذلك ممن يعملون فى المجال الطبى، ثم جاء فى الترتيب الأخير من يعملون فى المجال الأسرى.

٢- نتائج الإجابة على تساؤلات الدراسة:

أ) النتائج الخاصة بالتساؤل الأول: معارف الاخصائى المرتبطة بالتعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.

جدول رقم (٣) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والأوزان المرجحة لاستجابات مجتمع الدراسة على معارف الاخصائى الاجتماعى المرتبطة بالتعاقد العلاجى مع الحالات الفردية. ن= ١١١

العبارة	أوافق		أوافق الى حدما		لا أوافق		مج ك	م الوزن المرجح	ت
	ك	%	ك	%	ك	%			
أدرك ضرورة إجراء تعاقد علاجى مع الحالات الفردية.	45	40.5	13	11.7	53	47.7	214	71.3	8
ادرك ضرورة تحديد أهداف للتعاقد العلاجى.	29	26.1	17	15.3	65	58.6	186	62	3
ادرك أن التعاقد العلاجى يحدد واجبات كل الأطراف المشاركة فى عملية العلاج.	34	30.6	21	18.9	56	50.5	200	66,7	7
أدرك أهمية تحديد المدة المتوقعة لسريان التعاقد العلاجى.	43	38.7	33	29.7	35	31.5	230	76.7	11

أعرف ضرورة توقيع أطراف التعاقد العلاجى عليه بعد الاتفاق على بنوده.	64	57.7	20	18.0	27	24.3	259	86.3	14
أعرف التعاقد العلاجى قد يكون شفوياً.	49	44.1	32	28.8	30	27.0	241	80.3	13
أعرف التعاقد العلاجى قد يكون مكتوب.	23	20.7	19	17.1	69	62.2	176	58.7	1
أعرف أهمية تحديد الأشخاص المتوقع مشاركتهم فى الخطة العلاجية فى العقد.	42	37.8	20	18.0	49	44.1	215	71.7	9
أدرك أهمية تحديد ميعاد ومكان المقابلات التى تتم مع أطراف التعاقد العلاجى.	71	64.0	21	18.9	19	17.1	274	91.3	15
أعرف أن التعاقد العلاجى يحدد مستوى آداء الاخصائى مع الحالة.	29	26.1	20	18.0	62	55.9	189	63	5
أدرك أن التعاقد العلاجى يسهم فى حل الخلافات التى قد تنشأ أثناء عملية العلاج.	25	22.5	26	23.4	60	54.1	187	62.3	4
أدرك أن التعاقد العلاجى يجب أن يتفق مع سياسة المؤسسة.	42	37.8	23	20.7	46	41.4	218	72.7	10
أعرف أن التعاقد العلاجى يسهل انهاء عملية العلاج.	33	29.7	13	11.7	65	58.6	190	63.3	6
أعرف أن التعاقد العلاجى يعد بمثابة دليل يرشد كل من الاخصائى والعميل.	55	49.5	15	13.5	41	36.9	236	78.7	12
أعرف ضرورة وضع قواعد تقييم مدى التقدم فى تنفيذ التعاقد العلاجى.	29	26.1	14	12.6	68	61.3	183	61	2
المجموع							3198	989.3	
القوة النسبية *= 64%									

* تم حساب قوة الدرجة النسبية لقياس البعد بقسمة مجموع الأوزان على أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المبحوثين في هذا البعد وهى ٣ × ١٥ × 111، وتم اعتبار من يحصل على درجة أقل من ٥٠% ضعيف سلبى، ومن ٥٠- ٦٥ معارف منخفضة، ومن ٦٥- ٨٠ معارف متوسطة، ومن ٨٠ فأكثر معارف مرتفعة.

تشير نتائج الجدول السابق إلى أن القوة النسبية للبعد الأول الخاص بمعارف الاخصائيين الاجتماعيين المرتبطة بالتعاقد العلاجى مع الحالات الفردية جاءت منخفضة حيث بلغت (64%)، وبمتوسط حسابي 42.162، وبانحراف معياري 5.696، وقد تمثل ذلك فى نقص معارفهم المرتبطة بوجود تعاقد علاجى مكتوب، ونقص معارفهم بضرورة وضع قواعد لتقييم مدى التقدم فى تنفيذ الخطة العلاجية مع العملاء، كما لديهم نقص فى معارفهم المرتبطة بضرورة تحديد أهداف للتعاقد العلاجى مع العملاء، ونقص معارفهم بأن التعاقد العلاجى يسهم فى حل الخلافات التى قد تنشأ أثناء عملية العلاج، ويساعد فى تحديد مستوى أداء الاخصائيين الاجتماعيين مع الحالات الفردية التى يعملون، وهذا يتفق مع نتائج دراسة(جراهام سميث، جون كورن: ١٩٨١م) التى أكدت على ضرورة وجود عقد علاجى بين الاخصائى الاجتماعى والعميل، ويكون هناك اتفاق بينها على الأساليب والأدوات التي يمكن استخدامها لحل الخلافات التى قد تنشأ أثناء عملية المساعدة، كما تشير نتائج الجدول إلى نقص معارف الاخصائيين الاجتماعيين المرتبطة بأن التعاقد العلاجى يسهل إنهاء عملية العلاج، وأنه يحدد واجبات كل الأطراف المشاركة فى عملية العلاج أو أن هناك ضرورة لإجراء تعاقد علاجى مع الحالات الفردية؛ وبالرغم من نقص المعارف السابق ذكرها لدى الاخصائيين الاجتماعيين التى يجب العمل على تزويدهم بها من خلال دورات تدريبية أو لقاءات مهنية معهم؛ إلا أن الاخصائيين الاجتماعيين لديهم معارف مرتفعة حول إدراكهم لأهمية تحديد ميعاد ومكان للمقابلات التى تتم مع أطراف التعاقد العلاجى، وضرورة توقيع أطراف التعاقد العلاجى على العقد بعد الاتفاق على بنوده، ومعرفتهم بوجود تعاقد علاجى شفوياً، وأن التعاقد العلاجى يعد بمثابة دليل يرشد كل من الاخصائى والعميل، وإدراكهم لأهمية تحديد المدة المتوقعة لسريان التعاقد

العلاجى، وأن التعاقد العلاجى يجب أن يتفق مع سياسة المؤسسة، وهذه جوانب إيجابية يجب التأكيد عليها والعمل على استمرار تزويد الاخصائيين الاجتماعيين بها لما لها من أهمية فى العمل الحالات الفردية فى مجالات الممارسة المختلفة.

ب) النتائج الخاصة بالتساؤل الثانى: تطبيق الاخصائى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية

جدول رقم (٤) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والأوزان المرجحة لاستجابات مجتمع الدراسة على البعد الثانى: تطبيق الاخصائى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية ن= ١١١

العبارة	أوافق		أوافق الى حدما		لا أوافق		مج ك	م الوزن المرجح	ت
	ك	%	ك	%	ك	%			
استخدمت التعاقد الشفوى مع بعض الحالات الفردية.	55	49.5	18	16.2	38	34.2	239	79.7	13
طبقت التعاقد المكتوب مع بعض الحالات الفردية.	18	16.2	24	21.6	69	62.2	147	49	1
أسجل تاريخ ابرام التعاقد العلاجى.	49	44.1	13	11.7	49	44.1	222	74	11
أقيم أدائى المهنى مع الحالة من خلال تطبيقى لبنود التعاقد العلاجى.	27	24.3	29	26.1	55	49.5	194	64.7	5
أصيغ أهداف للتعاقد العلاجى متفقة مع سياسة المؤسسة	38	34.2	20	18.0	53	47.7	207	69	9
أصيغ أحدد المدة المتوقعة لتنفيذ التعاقد العلاجى.	42	37.8	13	11.7	56	50.5	208	69.3	10
أحدد حقوق وواجبات أطراف التعاقد العلاجى.	32	28.8	32	28.8	47	42.3	207	69	8

أحدد أهداف للتعاقد العلاجى قابلة للقياس.	30	27.0	17	15.3	64	57.7	188	62.7	4
أتفق مع أطراف التعاقد العلاجى على بنوده.	33	29.7	18	16.2	60	54.1	195	65	6
أراجع كل بنود التعاقد العلاجى مع أطرافه قبل التوقيع عليه.	26	23.4	35	31.5	50	45.0	198	66	7
أحدد مع العميل الوسائل العلمية التى يتم بها تقييم التقدم العلاجى.	29	26.1	14	12.6	68	61.3	183	61	3
أحدد مع العميل ميعاد ومكان المقابلات ومدتها.	57	51.4	21	18.9	33	29.7	246	82	14
أرتب أولويات المشكلات التى يتم البدء بها مع العميل.	25	22.5	20	18.0	66	59.5	181	60.3	2
أدعم العميل حال تقدمه فى تنفيذ بنود العقد.	50	45.0	17	15.3	44	39.6	228	76	12
المجموع							2843	947.7	
القوة النسبية = 60.9%									

يتضح من نتائج الجدول السابق إلى أن القوة النسبية للبعد الثانى الخاص بقدرة الاخصائيين الاجتماعيين على تطبيق مهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية جاءت منخفضة حيث بلغت نسبتها(60.9%)، وبمتوسط حسابى 25.828، وبانحراف معيارى 6.036، وقد تمثل ذلك فى ضعف قدرة الاخصائيين الاجتماعيين على تطبيق التعاقد المكتوب مع بعض الحالات الفردية أو قدرتهم على ترتيب المشكلات التى لها الأولوية للبدء بها مع العميل، وكذلك ضعف قدرتهم على تحديد مع العميل الوسائل العلمية التى يتم بها تقييم التقدم العلاجى أثناء العمل معه، وضعف قدرتهم أيضاً على وضع أهداف للتعاقد العلاجى قابلة للقياس، وهذا يتفق مع نتائج دراسة نتائج دراسة(جمال

شكرى: ١٩٩٦م) التى أكدت على ضرورة تدريب الاخصائيين الاجتماعيين على عمليات التعاقد، وعلى طريقة تحديد الأهداف وتقسيمها وجعلها قابلة للقياس، وتحديد الواجبات واختيار البدائل المناسبة مع العميل، كما تشير نتائج الجدول أيضاً إلى ضعف قدرة الاخصائيين الاجتماعيين على تقييم أدائهم المهنى مع الحالات الفردية من خلال تطبيقهم لبنود التعاقد العلاجى، وضعف قدرتهم على الإتفاق مع أطراف التعاقد العلاجى على بنوده، وعلى مراجعة هذه البنود قبل التوقيع عليها، وكذلك ضعف قدرتهم على تحديد حقوق وواجبات أطراف التعاقد العلاجى أو وضع أهداف للتعاقد العلاجى متفقة مع سياسة المؤسسة؛ وبالرغم من ضعف قدرة الاخصائيين الاجتماعيين على تطبيق مهارة التعاقد العلاجى؛ إلا أن لديهم قدرة على تحديد المدة المتوقعة لتنفيذ التعاقد العلاجى، وتحديد مع العميل ميعاد ومكان المقابلات التى تتم مع ومدتها، كما أن لديهم قدرة على تطبيق التعاقد الشفوى مع بعض الحالات الفردية، وتدعيم العملاء حال تقدمهم فى تنفيذ بنود العقد، وكذلك تسجيل تاريخ ابرام التعاقد العلاجى، وهذه جوانب إيجابية يجب التأكيد عليها والعمل على استمرار تزويد الاخصائيين الاجتماعيين بها لما لها من أهمية فى العمل الحالات الفردية فى مجالات الممارسة المختلفة.

ت) النتائج الخاصة بالتساؤل الثالث: معوقات تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى الحالات الفردية

جدول رقم (٥) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والأوزان المرجحة لاستجابات مجتمع الدراسة على البعد الثالث معوقات تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى الحالات الفردية. ن= 111

العبارة	أوافق		أوافق الى حدما		لا أوافق		مج ك	م الوزن المرجح	ت
	ك	%	ك	%	ك	%			
نقص مهارتى فى كتابة بنود	76	68.5	26	23.4	9	8.1	289	96.3	13

التعاقد العلاجى.									
خوف بعض العملاء من التوقيع على التعاقد العلاجى.	77	69.4	22	19.8	12	10.8	287	95.7	12
نقص وعى بعض الحالات الفردية بأهمية التعاقد العلاجى.	70	63.1	25	22.5	16	14.4	276	92	7
نقص معلوماتى المرتبطة ببنود التعاقد العلاجى.	73	65.8	20	18.0	18	16.2	277	92.3	8
عدم توفر المراجع العلمية المرتبطة بمهارة التعاقد العلاجى.	71	64.0	27	24.3	13	11.7	253	84.3	2
عدم توفر الوقت المناسب لتطبيق التعاقد العلاجى.	49	44.1	51	45.9	11	9.9	260	86.7	5
عدم رغبة الاخصائى بالزام نفسه بعقد علاجى مع العميل.	65	58.6	17	15.3	29	26.1	258	86	4
صعوبة تحديد حقوق وواجبات أطراف التعاقد العلاجى.	64	57.7	33	29.7	14	12.6	274	90.7	6
عدم وجود دليل أو نموذج استرشادى لعقد علاجى.	86	77.5	15	13.5	10	9.0	298	99.3	14
صعوبة صياغة أهداف اجرائية قابلة للقياس.	76	68.5	18	16.2	17	15.3	281	93.7	10
خوف الاخصائى من اظهار نقاط قصوره فى العمل مع الحالة.	61	55.0	24	21.6	26	23.4	257	85.7	3
كثرة الأعباء الإدراية الملقاه على عاتق الاخصائى الاجتماعى.	47	42.3	27	24.3	37	33.3	232	77.3	1
خوف الاخصائى من استغلال العميل للعقد لمسائلته.	74	66.7	18	16.2	19	17.1	277	92.3	9
عدم وجود لوائح مؤسسية تلزم بالتعاقد العلاجى.	77	69.4	19	17.1	15	13.5	284	94.7	11
المجموع							3803	1267	
القوة النسبية = 81.6%									

تشير نتائج الجدول السابق إلى أن القوة النسبية للبعد الثالث الخاص بالمعوقات التى تحول دون تطبيق الاخصائيين الاجتماعيين لمهارة التعاقد

العلاجى مع الحالات الفردية أن لديهم درجة مرتفعة من الوعى بالمعوقات التى تواجههم عند تطبيق التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية حيث بلغت قوته(81.6%)، وبمتوسط حسابى 34.486، وبانحراف معيارى 3.677، وقد تمثل ذلك فى أن الاخصائيين الاجتماعيين يدركون أن من أهم المعوقات التى تواجههم عند تطبيق التعاقد العلاجى عدم وجود دليل أو نموذج استرشادى لعقد علاجى يمكنهم الاسترشاد به أثناء عملهم مع الحالات الفردية، ونقص مهاراتهم فى كتابة بنود التعاقد العلاجى، وخوف بعض العملاء من التوقيع على التعاقد العلاجى، مع عدم وجود لوائح مؤسسية تلزم بالتعاقد العلاجى، كما يواجهون صعوبات مرتبطة بصياغة أهداف اجرائية قابلة للقياس، وخوف بعض الاخصائيين الاجتماعيين من استغلال العميل للعقد لمسائلته، ونقص معلوماتهم المرتبطة ببنود التعاقد العلاجى، كما أشاروا أن من المعوقات التى تواجههم أيضا نقص وعى بعض العملاء بأهمية التعاقد العلاجى؛ وبالرغم من وجود هذه المعوقات التى تمثل تحدياً يواجه الاخصائيين الاجتماعيين عند تطبيقهم للتعاقد العلاجى مع الحالات الفردية والتى يجب وضع آليات لمواجهة هذه المعوقات التى تحول دون قدرتهم على تطبيق التعاقد العلاجى؛ إلا أن هناك بعض المعوقات جاء ترتيبها أقل فى التأثير على قدرة الاخصائيين الاجتماعيين على تطبيق مهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية، ومنها كثرة الأعباء الإدراية الملقاه على عاتق الاخصائيين الاجتماعيين، وعدم توفر المراجع العلمية المرتبطة بمهارة التعاقد العلاجى، وخوف بعض الاخصائيين الاجتماعيين من اظهار نقاط قصورهم فى العمل مع الحالة، وعدم رغبتهم بالزام أنفسهم بعقد علاجى مع العميل، وعدم توفر الوقت المناسب لتطبيق التعاقد العلاجى.

ث) النتائج الخاصة بالتساؤل الرابع: آليات تطوير مهارة الاخصائى الاجتماعى فى التعاقد العلاجى للحالات الفردية.

جدول رقم (٦) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والأوزان المرجحة لاستجابات مجتمع الدراسة على البعد الرابع آليات تطوير مهارة الاخصائى الاجتماعى فى التعاقد العلاجى للحالات الفردية. ن= 111

العبارة	أوافق		أوافق الى حدما		لا أوافق		مج	م الوزن المرجح	ت
	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
تدريب الاخصائى على صياغة أهداف للتعاقد العلاجى قابلة للقياس.	80	72.1	14	12.6	17	15.3	285	95	10
توفير المراجع العلمية المرتبطة بمهارة التعاقد العلاجى.	73	65.8	17	15.3	21	18.9	274	91.3	6
تدريب الاخصائين الاجتماعيين على تطبيق التعاقد العلاجى.	80	72.1	21	18.9	10	9.0	292	97.3	13
وضع دليل أو نموذج استرشادى لبنود التعاقد العلاجى.	81	73.0	16	14.4	14	12.6	289	96.3	12
عرض فيديوهات لكيفية إجراء التعاقد العلاجى.	71	64.0	22	19.8	18	16.2	275	91.7	7
تدريب الاخصائى على اختيار مشكلات العميل ذات الأولوية للعمل.	78	70.3	21	18.9	12	10.8	288	96	11
زيادة أعداد الاخصائين الاجتماعيين فى مجالات الممارسة.	49	44.1	44	39.6	18	16.2	253	84.3	3
تدريب أطراف التعاقد العلاجى على كيفية تحديد مسئولياتهم وواجباتهم.	80	72.1	11	9.9	20	18.0	282	94	9
المتابعة المستمرة من المشرفين لاجراءات التعاقد العلاجى مع العملاء.	55	49.5	30	27.0	26	23.4	251	83.7	2

تخفيف الأعباء الادارية الملقاه على عاتق الاخصائى الاجتماعى.	51	45.9	32	28.8	28	25.2	245	81.7	1
ميكنة أعمال الاخصائى الاجتماعى بمجالات الممارسة المختلفة.	67	60.4	26	23.4	18	16.2	271	90.3	5
توفير الوسائل التكنولوجية التى تيسر اجراءات التعاقد العلاجى.	76	68.5	17	15.3	18	16.2	280	93.3	8
زيادة وعى الحالات الفردية بأهمية التعاقد العلاجى.	61	55.0	25	22.5	25	22.5	258	86	4
المجموع							3543	1180.9	
القوة النسبية = 81.8%									

يتضح من نتائج الجدول السابق إلى أن القوة النسبية للبعد الرابع الخاص بآليات تطوير مهارة الاخصائيين الاجتماعيين على تطبيق التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية أن لديهم درجة مرتفعة بالآليات التى يمكن أن تساعدهم على تطبيق التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية حيث بلغت قوته(81.8%)، وبمتوسط حسابي 31.918، وبانحراف معياري 4.118، وقد تمثل ذلك فى اقتراح الاخصائيين الاجتماعيين لمجموعة من الآليات تساعدهم على تطبيق مهارة التعاقد منها تدريبهم على كيفية تطبيق التعاقد العلاجى، ووضع دليل أو نموذج استرشادى لبنود التعاقد العلاجى يمكن لهم الاعتماد عليه فى عملهم مع الحالات الفردية، وتدريبهم على صياغة أهداف للتعاقد العلاجى قابلة للقياس، وتدريبهم أيضاً على اختيار مشكلات العميل ذات الأولوية للعمل، كما تشير نتائج الجدول أيضاً إلى ضرورة تدريب أطراف التعاقد العلاجى على كيفية تحديد مسئولياتهم وواجباتهم، وتوفير الوسائل التكنولوجية التى تيسر اجراءات التعاقد العلاجى، وكذلك عرض فيديوهات لكيفية إجراء التعاقد العلاجى، مع العمل على توفير المراجع العلمية المرتبطة

بمهارة التعاقد العلاجى بما يمكن الاخصائيين الاجتماعيين الاستعانة بها عند تطبيقهم للتعاقد؛ وبالرغم من وجود هذه الآليات التى يمكن أن تساعد الاخصائيين الاجتماعيين على تطبيق مهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية؛ إلا أن هناك بعض الآليات جاء تأثيرها أقل على قدرة الاخصائيين الاجتماعيين على تطبيق مهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية، ومنها تخفيف الأعباء الادارية الملقاه على عاتق الاخصائيين الاجتماعيين، والمتابعة المستمرة من المشرفين لاجراءات التعاقد العلاجى مع العملاء، وزيادة أعداد الاخصائيين الاجتماعيين فى مجالات الممارسة، وزيادة وعى الحالات الفردية بأهمية التعاقد العلاجى، وميكنة أعمال الاخصائى الاجتماعى بمجالات الممارسة المختلفة.

الإجابة على التساؤل الخامس: الخاص بالفروق بين البيانات المعرفة لمجتمع الدراسة وأبعاد المقياس والمقياس ككل.

١- المصفوفة الارتباطية لأبعاد المقياس:

جدول رقم (٧) يوضح المصفوفة الارتباطية لأبعاد المقياس

الأبعاد	البعد الأول	البعد الثاني		البعد الثالث		البعد الرابع		المقياس ككل	
		قيمة ر	القرار	قيمة ر	القرار	قيمة ر	القرار	قيمة ر	القرار
معارف الاخصائى الاجتماعى المرتبطة بالتعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.		.604**	دال	-.127	غير دال	-.052	غير دال	.788**	دال
تطبيق الاخصائى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.				-.178	غير دال	-.173	غير دال	.738**	دال
معوقات تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.						.604**	دال	.222*	دال
آليات تطوير مهارة الاخصائى الاجتماعى فى التعاقد العلاجى للحالات الفردية.								.299**	دال

المقياس ككل									

تظهر نتائج الجدول السابق وجود ارتباط معنوي عند مستوي ٠،٠١ بين البعد الأول الخاص بمعارف الاخصائى الاجتماعى المرتبطة بالتعاقد العلاجى مع الحالات الفردية. مع البعد الثانى الخاص بتطبيق الاخصائى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية، والمقياس ككل إلا أنه لا يوجد ارتباطه بينه والبعد الثالث والرابع، ويوجد ارتباط أيضا بين البعد الثانى المرتبط بتطبيق الاخصائى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية، والمقياس ككل، وذلك عند مستوى معنوية٠،٠١، كما يوجد ارتباط بين البعد الثالث الخاص بمعوقات تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى الحالات الفردية مع البعد الرابع والخاص بآليات تطوير مهارة الاخصائى الاجتماعى فى التعاقد العلاجى للحالات الفردية والمقياس ككل عند مستوي عند مستوي ٠،٠١ كما يوجد ارتباط بين البعد الرابع والخاص بدور آليات تطوير مهارة الاخصائى الاجتماعى فى التعاقد العلاجى للحالات الفردية والمقياس ككل، وهذا يؤكد الترابط والتكامل بين أبعاد المقياس في قياس الشيئى المراد قياسه وهو قدرة الاخصائى الاجتماعى على تطبيق مهارة التعاقد العلاجى فى مجالات الممارسة المهنية.

٢- الوقوف علي الفروق ذات الدلالة المعنوية بين الذكور والإناث من الاخصائيين الاجتماعيين وأبعاد المقياس والمقياس ككل يمكن استنتاج ذلك من الجدول التالي:

جدول رقم (٨) يوضح نتيجة تطبيق اختبار t-test لإيجاد فروق بين النوع وأبعاد المقياس والمقياس ككل.

المتغيرات	المتوسطات		الانحراف المعياري		درجة الحرية	قيمة " ت "		مدى الدلالة
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	
معارف الاخصائى الاجتماعى المرتبطة بالتعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	41.70	42.64	5.516	5.892	109	-.874-	-.872-	غير دال
تطبيق الاخصائى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	26.49	25.12	6.109	5.933	109	1.190	1.191	غير دال
معوقات تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	33.47	35.55	2.822	4.169	109	-3.09-	-3.06-	غير دال
آليات تطوير مهارة الاخصائى الاجتماعى فى التعاقد العلاجى للحالات الفردية.	32.49	31.31	4.690	3.352	109	1.513	1.526	غير دال
المقياس ككل	134.1	134.6	12.66	9.00	109	-.234-	-.236-	غير دال

يتضح من تطبيق اختبار t-test لقياس الفروق بين الذكور والإناث من الاخصائيين الاجتماعيين مجتمع الدراسة(كمتغير مستقل) وبين كل من أبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغيرات تابعة) عدم قدرة المتغير المستقل المرتبط بالنوع علي إحداث أي تغييرات في المتغيرات التابعة بمعني أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث وبين المتغيرات السابقة أى أن وجهه نظر الذكور تتشابه مع وجهة نظر الإناث فى معارفهم ومستوى تطبيقهم لمهارة التعاقد العلاجى، وكذلك معوقات تطبيق المهارة وآليات تطويرها.

٣- للتعرف علي دلالة الفروق بين فئات العمر للاخصائيين الاجتماعيين وأبعاد المقياس والمقياس ككل يمكن استنتاج ذلك من الجدول التالي:

جدول رقم (٩) يوضح دلالة الفروق بين الذكور فئات العمر وأبعاد المقياس والمقياس ككل.

فئات العمر أبعاد المقياس	متوسط الفروق	درجات الحرية	قيمة ف	المعنوية	القرار
معارف الاخصائى الاجتماعى المرتبطة بالتعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	214.076	3	7.826	.000	توجد فروق
تطبيق الاخصائى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	48.860	3	1.354	.261	لا توجد فروق
معوقات تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	55.851	3	4.527	.005	توجد فروق
آليات تطوير مهارة الاخصائى الاجتماعى فى التعاقد العلاجى للحالات الفردية.	20.604	3	1.222	.305	لا توجد فروق
المقياس ككل	327.462	3	2.847	.041	توجد فروق

يتضح من تطبيق مقياس تحليل التباين(ANOVA) لقياس الفروق بين فئات العمر للاخصائيين الاجتماعيين (كمتغير مستقل) وأبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغير تابع) أكدت النتائج وجود فروق قوية بين فئات العمر والبعد الأول المرتبط بمعارف الاخصائى الاجتماعى المرتبطة بالتعاقد العلاجى مع الحالات الفردية عند مستوي معنوية ٠,٠١، وهذا يدل علي أنه كلما زاد العمر زادت الفروق لصالح الأكبر سنا أي عامل الخبرة الحياتية، كما أكدت نتائج الجدول عدم وجود فروق بين فئات العمر والبعد الثانى المرتبط بتطبيق الاخصائى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية، بمعنى أن عامل السن

لا يؤثر على تطبيق الاخصائيين الاجتماعيين لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية، وأوضحت نتائج الجدول وجود فروق بين فئات العمر والبعد الثالث المرتبط بمعوقات تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية لصالح الأكبر سناً أى أن هناك اختلاف بين فئة الشباب من الاخصائيين الاجتماعيين والأكبر منهم سناً، كما أكدت نتائج الجدول عدم وجود فروق بين فئات العمر والبعد الرابع المرتبط بآليات تطوير مهارة الاخصائى الاجتماعى لتطبيق التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية بمعنى أن عامل العمر ليس له تأثير فى هذا الأمر، كما تشير نتائج الجدول وجود فروق بين فئات العمر والمقياس ككل.

٤- للتعرف علي دلالة الفروق بين المؤهل الدراسى للاخصائيين الاجتماعيين وأبعاد المقياس والمقياس ككل يمكن استنتاج ذلك من الجدول التالي:

جدول (١٠) يوضح دلالة الفروق بين المؤهل الدراسى وأبعاد المقياس والمقياس ككل.

المؤهل الدراسى أبعاد المقياس	متوسط الفروق	درجات الحرية	قيمة ف	المعنوية	القرار
معارف الاخصائى الاجتماعى المرتبطة بالتعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	57.967	3	1.827	. 043	توجد فروق
تطبيق الاخصائى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	93.276	3	2.677	.010	توجد فروق
معوقات تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	9.682	3	.710	.548	لا توجد فروق
آليات تطوير مهارة الاخصائى الاجتماعى فى التعاقد العلاجى للحالات الفردية.	19.006	3	1.124	.343	لا توجد فروق
المقياس ككل	217.541	3	1.842	.144	لا توجد فروق

يتضح من تطبيق مقياس تحليل التباين(ANOVA) لقياس الفروق بين المؤهل الدراسى للاخصائيين الاجتماعيين (كمتغير مستقل) وبين كل من أبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغيرات تابعة) أكدت وجود فروق قوية بين المؤهل الدراسى وكل من البعد الأول المرتبط بمعارف الاخصائيين الاجتماعيين والبعد الثانى المرتبط بتطبيقهم لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية عند مستوي معنوية ٠,٠١، وهذا يدل علي أنه كلما زاد المستوى التعليمى كلما زادت المعارف المرتبطة بمهارة التعاقد العلاجى وأصبح لديهم قدرة أكبر على تطبيقها، كما أكدت النتائج عدم قدرة المتغير المستقل المؤهل الدراسى علي إحداث أي تغييرات في متغير معوقات تطبيق الاخصائيين الاجتماعيين لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية، وآليات تطويرها بمعني أنه لا توجد فروق بين المؤهل الدراسى لمجتمع الدراسة وبينهما.

٥-للتعرف علي دلالة الفروق بين سنوات الخبرة للاخصائيين الاجتماعيين وأبعاد المقياس والمقياس ككل يمكن استنتاج ذلك من الجدول التالي:

جدول (١١) يوضح دلالة الفروق بين سنوات الخبرة وأبعاد المقياس والمقياس ككل.

سنوات الخبرة أبعاد المقياس	متوسط الفروق	درجات الحرية	قيمة ف	المعنوية	القرار
معارف الاخصائى الاجتماعى المرتبطة بالتعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	345.509	3	14.598	.000	توجد فروق
تطبيق الاخصائى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	123.253	3	3.625	.015	توجد فروق
معوقات تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	38.478	3	3.000	.034	توجد فروق
آليات تطوير مهارة الاخصائى الاجتماعى فى التعاقد العلاجى للحالات الفردية.	51.210	3	3.199	.026	توجد فروق

المقياس ككل	945.456	3	9.679	.000	توجد فروق

يتضح من تطبيق مقياس تحليل التباين(ANOVA) لقياس الفروق بين سنوات الخبرة للاخصائيين الاجتماعيين (كمتغير مستقل) وأبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغير تابع) أكدت على وجود فروق قوية بين سنوات الخبرة وأبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغير تابع) عند مستوي معنوية ٠,٠١، وهذا يدل علي أنه كلما زادت سنوات الخبرة للاخصائيين الاجتماعيين إزدادت الفروق لصالح الاخصائيين الاجتماعيين الأكثر خبرة.

٦-للتعرف علي دلالة الفروق بين عدد الدورات التدريبية التى حصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين وأبعاد المقياس والمقياس ككل يمكن استنتاج ذلك من الجدول التالي:

جدول (١٢) يوضح دلالة الفروق بين عددالدورات التدريبية وأبعاد المقياس والمقياس ككل.

الدورات التدريبية أبعاد المقياس	متوسط الفروق	درجات الحرية	قيمة ف	المعنوية	القرار
معارف الاخصائى الاجتماعى المرتبطة بالتعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	282.950	3	10.175	.000	توجد فروق
تطبيق الاخصائى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	135.231	3	3.908	.003	توجد فروق
معوقات تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	58.370	3	4.598	.002	توجد فروق
آليات تطوير مهارة الاخصائى الاجتماعى فى التعاقد العلاجى للحالات الفردية.	86.940	3	5.548	.005	توجد فروق
المقياس ككل	361.491	3	3.107	.009	توجد فروق

يتضح من تطبيق مقياس تحليل التباين(ANOVA) لقياس الفروق بين عدد الدورات التدريبية التى حصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين(كمتغير

مستقل) وأبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغير تابع) وجود فروق قوية بين عدد الدورات التدريبية التى حصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين وأبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغير تابع) عند مستوى معنوية ٠,٠١، وهذا يدل علي أنه كلما زادت عدد الدورات التدريبية التى يحصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين ازدادت الفروق لصالح الاخصائيين الاجتماعيين الأكثر حصولاً على دورات تدريبية.

٧-للتعرف علي دلالة الفروق بين مجالات الممارسة المهنية للاخصائيين الاجتماعيين وأبعاد المقياس والمقياس ككل يمكن استنتاج ذلك من الجدول التالي:

جدول(١٣) يوضح دلالة الفروق بين مجالات الممارسة المهنية وأبعاد المقياس والمقياس ككل.

مجالات الممارسة / أبعاد المقياس	متوسط الفروق	درجات الحرية	قيمة ف	المعنوية	القرار
معارف الاخصائى الاجتماعى المرتبطة بالتعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	262.699	3	9.321	.000	توجد فروق
تطبيق الاخصائى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	113.446	3	3.241	.043	توجد فروق
معوقات تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.	3.680	3	.268	.765	لا توجد فروق
آليات تطوير مهارة الاخصائى الاجتماعى فى التعاقد العلاجى للحالات الفردية.	188.959	3	13.712	.000	توجد فروق
المقياس ككل	1686.513	3	18.370	.000	توجد فروق

يتضح من تطبيق مقياس تحليل التباين(ANOVA) لقياس الفروق بين مجالات الممارسة المهنية للاخصائيين الاجتماعيين(كمتغير مستقل) وأبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغير تابع) وجود فروق قوية بين مجالات الممارسة

المهنية للاخصائيين الاجتماعيين (كمتغير مستقل) وكل من البعد الأول، والثانى، والرابع، والمقياس ككل عند مستوي معنوية ٠,٠١، لصالح مجالات الممارسة الأكثر فى متوسط الفروق وهو المجال المدرسى، وهذا يدل علي أن معارف الاخصائيين الاجتماعيين ومستوى تطبيقهم لمهارة التعاقد العلاجى فى المجال المدرسى أكثر من المجالات الاخرى المجال الطبى والأسرى، وتشير نتائج الجدول عدم وجود فروق بين مجالات الممارسة المهنية للاخصائيين الاجتماعيين والبعد الثالث الخاص بمعوقات تطبيق الاخصائى الاجتماعى لمهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية، بمعنى أن مجال الممارسة المهنية للاخصائيين الاجتماعيين ليس له تأثير على نوعية المعوقات التى تواجه الاخصائيين الاجتماعيين عند تطبيقهم لمهارة التعاقد العلاجى.

النتائج العامة للدراسة:

١- أوضحت نتائج الدراسة إلى وجود نقص في معارف الاخصائيين الاجتماعيين المرتبطة بوجود التعاقد علاجى.

٢- أشارت الدراسة إلى ضعف قدرة الاخصائيين الاجتماعيين على تطبيق مهارة التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.

٣- أكدت الدراسة أن الاخصائيين الاجتماعيين لديهم درجة مرتفعة من الوعى بالمعوقات التى تواجههم عند تطبيق التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية.

٤- توصلت الدراسة إلى عدد من الآليات لتطوير مهارة الاخصائيين الاجتماعيين فى تطبيق التعاقد العلاجى مع الحالات الفردية أهمها:

أ) تدريب الاخصائيين الاجتماعيين على كيفية تطبيق التعاقد العلاجى، وصياغة أهداف له قابلة للقياس، وتدريبهم على كيفية اختيار مشكلات العملاء ذات الأولوية للعمل.

ب) وضع دليل أو نموذج استرشادى لبنود التعاقد العلاجى يمكن للاخصائيين الاجتماعيين الاعتماد عليه فى عملهم مع الحالات الفردية فى مجالات الممارسة المهنية المختلفة.

ت) توفير الوسائل التكنولوجية التى تيسر اجراءات التعاقد العلاجى، وعرض فيديوهات لكيفية إجراء التعاقد العلاجى مع العملاء.

ث) توفير المراجع العلمية المرتبطة بمهارة التعاقد العلاجى بما يمكن الاخصائيين الاجتماعيين الاستعانة بها عند تطبيقهم للتعاقد.

ج) المتابعة المستمرة من المشرفين للاخصائيين الاجتماعيين لاجراءات التعاقد العلاجى مع العملاء.

ح) زيادة وعى الحالات الفردية فى مجالات الممارسة المهنية بأهمية التعاقد العلاجى.

خ) ميكنة أعمال الاخصائيين الاجتماعيين بمجالات الممارسة المهنية المختلفة.

٥- أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الذكور والإناث من الاخصائيين الاجتماعيين مجتمع الدراسة(كمتغير مستقل) وبين كل من أبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغيرات تابعة).

٦- أكدت نتائج الدراسة وجود فروق قوية بين فئات العمر للاخصائيين الاجتماعيين (كمتغير مستقل) وأبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغير تابع) عند مستوي معنوية ٠,٠١ لصالح الأكبر سناً.

٧- أوضحت نتائج الدراسة فروق قوية بين المؤهل الدراسى للاخصائيين الاجتماعيين (كمتغير مستقل) وبين كل من أبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغيرات تابعة) عند مستوي معنوية ٠,٠١، وهذا يدل علي أنه

كلما زاد المستوى التعليمى كلما زادت المعارف المرتبطة بمهارة التعاقد العلاجى وأصبح لديهم قدرة أكبر على تطبيقها.

٨- أكدت نتائج الدراسة وجود فروق قوية بين سنوات الخبرة للاخصائيين الاجتماعيين (كمتغير مستقل) وأبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغير تابع) عند مستوي معنوية ٠,٠١، وهذا يدل علي أنه كلما زادت سنوات الخبرة للاخصائيين الاجتماعيين إزدادت الفروق لصالح الاخصائيين الاجتماعيين الأكثر خبرة.

٩- أشارت نتائج الدراسة وجود فروق بين عدد الدورات التدريبية التى حصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين(كمتغير مستقل) وأبعاد المقياس والمقياس ككل (كمتغير تابع) عند مستوي معنوية ٠,٠١، وهذا يدل علي أنه كلما زادت عدد الدورات التدريبية التى يحصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين زدادت الفروق لصالح الاخصائيين الاجتماعيين الأكثر حصولاً على دورات تدريبية.

١٠- موضوعات بحثية مقترحة:

أ) برنامج تدريبى مقترح للاخصائيين الاجتماعيين لعملية التعاقد فى العمل مع الحالات الفردية.

ب) تقييم مهارات الاخصائيين الاجتماعيين للعمل مع الحالات الفردية.

ت) اجراء بحوث تجريبية لقياس أثر استخدام مهارة التعاقد للاخصائيين الاجتماعيين فى العمل مع الحالات الفردية.

نموذج عقد علاجى

أولا: بيانات معرفه:

١-إسم العميل: **٢- السن:**

٣-العنوان: **٤- المؤهل:**

٥- العمل:

ثانياً: فيما يتعلق بالمشكلة:

١- ملخص

المشكلة(.....

.....)

٢- المشكلات ذات الأولوية:

أ) .....

. .....

ب) .....

. .....

ت) .....

. .....

٣- الأهداف العلاجية:

أ) .....

. .....

ب) .....

. .....

ت) .....

. .....

ثالثاً: واجبات (مهام) أطراف التعاقد:

١-مهام العميل:.....

. ...

٢-مهام الاشخاص المرتبطين بالعميل:..... .

٣-مهام الاخصائى الاجتماعى:

..... .

رابعاً: حقوق أطراف التعاقد:

١-حقوق العميل:.....

. .

٢-حقوق الاخصائى:

..... .

خامساً: المدة المتوقع لسريان العقد العلاجى: من .../...../..... إلى ..../...../..... .

سادساً: اجراءت تنفيذ المقابلات:

١- مكان المقابلات:

..... .

٢- زمن المقابلات:

..... .

٣- الأشخاص الذين تشملهم المقابلات:

..... .

(يعتبر هذا العقد غير قانونى بمعناه الدقيق، وإنما هو أسلوب علاجى، وتعبير عن اتفاق إرادة الأفراد الموقعين عليه على تنفيذ ما جاء به من بنود)

توقيع أطراف التعاقد

العميل **الاخصائى الاجتماعى**

مراجع البحث

أولا: المراجع العربية:

١- أحمد شفيق السكرى: قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٠م.

٢- جمال شكرى محمد عثمان: تقنين نموذج للتدخل المهنى مع الحالات الفردية فى مكاتب الخدمة المدرسية فى ضوء معطيات الواقع والاتجاهات الحديثة، بحث منشور فى المؤتمر العلمى التاسع، حلوان، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٦م.

٣- حسين حسن سليمان وآخرون: الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة، ط١، بيروت، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات للنشر والتوزيع، ٢٠٠٥م.

٤- عبدالعزيز فهمى النوحى: نظريات خدمة الفرد(خدمة الفرد السلوكية)، الطبعة الثالثة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٩٩م.

٥- على اسماعيل على: المهارات الأساسية فى ممارسة خدمة الفرد، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠١٧م.

٦- على حسين زيدان: خدمة الفرد نظريات وتطبيقات، القاهرة، نور الإيمان للنشر والتوريع، ٢٠٠٢م.

٧- فوزى محمد الهادى شحاته: الإنهاء فى الممارسة المهنية لطريقة خدمة الفرد، بحث منشور فى المؤتمر الرابع عشر، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ٢٠٠١م.

٨- فوزى محمد الهادى شحاته: الخدمة الاجتماعية الإكلنيكية قضايا فى الممارسة مع الأفراد والأسر، الإسكندرية، دار الكتب والدراسات العربية، ٢٠١٧م.

ثانياً: المراجع الإنجليزية:

1- Bob Sapey: Social Work Tomorrow: Towards a Critical Understanding of Technology in Social Work, The British Journal of Social Work, Volume 27, Issue 6, December 2007.

2- David G. Phillips: Social Casework, N.Y, International Psychotherapy Institute, Created in the United States of America, 2016.

3- GRAHAM SMITH, JOHN CORDEN; The Introduction of Contracts in a Family Service Unit, The British Journal of Social Work, Volume 11, Issue 1, 1981.

4- Hansson, L, et al: The use of treatment contracts in short-term psychiatric care. Act Psychiatric Scandinavia, the British Journal of Social Work, Volume 10, Issue 2, 2002.

5- Helen Chester, Jane Hughes: Patterns of Commissioning, Contracting and Care Management in Social Care Services for Older People in England, The British Journal of Social Work, Volume 40, Issue 8, December 2010.

6- James J. Clark, Carl Leukefeld: Case Management and Behavioral Contracting Components of Rural

Substance Abuse Treatment, N.Y, Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. 17, No. 4, 2017.

7- John CORDEN: Contracts in Social Work Practice, the British Journal of Social Work, Volume 10, Issue 2, 1980.

8- JOHN CORDEN: Contracts in Social Work Practice, the British Journal of Social Work, Volume 10, Issue 2, 1980.

9- Kroll, J: Use of no-suicide contracts by psychiatrists in Minn esota. American, Journal ofPs'~chiatry, 2000.

10- Michael W. Otto, et al:: Treatment Contracting in Cognitive-Behavior Therapy, N.Y, Association for Advancement of Behavior, 2003,

11- Steven J. Lash: Contracting, prompting and reinforcing substance use disorder continuing care, N.Y, Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. 14, NO.1, 2013.

12- TIMOTHY J. et al: Antabuse Contracts for Married Alcoholics and Their Spouses: A Method to Maintain Antabuse Ingestion and Decrease Conflict about Drinking, N.Y, Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. 13, NO. 2, 2012.

13- Van Breda, A. D: Developmental social case work: A process model, N.Y, International Social Work, 61(1), 2018.