تقييم دور ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية

اعداد

د. أحمد عبد الحميد الابشيهي

أستاذ التخطيط الاجتماعي المساعد

كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة حلوان

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، وذلك من خلال تحديد مستوى أدائهم للمهام المهنية في مراحل صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، وفحص العلاقة بين بعض الخصائص الشخصية والمهنية للممارسين المباشرين ومستوى أدائهم لهذا الدور. هذه الدراسة وصفية واعتمدت على منهج المسح الاجتماعي، وتم استخدام الاستبيان في جمع البيانات. أوضحت النتائج أن مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية "متوسط". واختلف مستوى أدائهم لهذا الدور وفقا لمراحل صنع السياسة، حيث كان المستوى "مرتفع" في أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بمرحلة تنفيذ السياسة، و"متوسط" في أداء المهام المهنية المتعلقة بمرحلتي التقويم ووضع السياسة على الترتيب. كما أوضحت النتائج أن هناك علاقة معنوية بين بعض الخصائص الشخصية (المشاركة السياسية – العضوية بمنظمات المجتمع المدني) والمهنية (المؤهل العلمي– مجال العمل) لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية. وتم معالجة قضايا مرتبطة بالخدمة الاجتماعية المباشرة ودورها في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.

كلمات مفتاحية: تقييم– دور– الخدمة الاجتماعية المباشرة – صنع سياسات الرعاية الاجتماعية – مراحل صنع السياسة.

Assessing the Role of Direct Social Work Practitioners in Social Welfare Policies Making

Abstract:

This study aimed to determine the level of performance of direct social work practitioners of their role in social welfare policies making, by determining the level of their performance of professional tasks in the stages of social welfare policies making, and examining the relationship between some personal and professional characteristics of direct practitioners and their level of performance in this role. This study is descriptive and it depended on the social survey method, and a questionnaire was used to collect data. The results showed that the level of performance of direct social work practitioners for their role in making social welfare policies is "medium". The level of their performance for this role differed according to the stages of policy making, where the level was "high" in their performance of professional tasks related to the policy implementation stage, and "medium" in the performance of professional tasks related to the evaluation and policy setting stages, respectively. The results also showed ther is a significance relationship between some personal characteristics (political participation - membership in civil society organizations) and professional (academic qualification - work field) of direct social work practitioners and their level of performance of their role in making social welfare policies. Issues related to direct social work and its role in making social welfare policies were addressed.

Keywords: Assessing - Role - Direct Social Work - Social Welfare Policy Making – Policy Making Stages

أولا: مشكلة الدراسة:

تلعب سياسات الرعاية الاجتماعية دوراً بارزاً واسهاماً فعالاً فى تأسيس وتوجيه الرعاية الاجتماعية فى المجتمع (السروجي، 2004، ص2). وتعد الخدمة الاجتماعية من أكثر المهن العاملة في مجالات الرعاية الاجتماعية بالتعاون مع المهن الأخرى.

تؤثر سياسات الرعاية الاجتماعية على جميع جوانب ممارسة الخدمة الاجتماعية، فهي التي تحدد ماهية العمل، وكيفية إنجازه، وإلى أي مدى، وإلى أي غايات (Karger & Stoesz, 2018, p.5; Miley et al., 2017, p.10). ومن ثم، تعتمد فعالية ممارسة الخدمة الاجتماعية على فهم الأخصائيين الاجتماعيين لهذه السياسات، واستراتيجياتها وقدرتهم على تطبيق آلياتها. وفي المقابل، ترتبط فعالية هذه السياسات فى المجتمع بصورة حاسمة بفاعلية ممارسة الخدمة الاجتماعية، فقد تدعم أو تغير هذه السياسات من خلال المشاركة فى عملية صنعها. حيث يعمل الأخصائيون الاجتماعيون فى مجالات الرعاية الاجتماعية المختلفة، وبالتالي فهم أكثر قدرة على تحديد حاجات المجتمع ودرجة شدتها وأساليب مقابلتها، كما أن لديهم معرفة أعمق بتشريعات المجتمع التى تحقق الرعاية الاجتماعية، وقدرات وإمكانات المجتمع، ومن ثم يمكنهم المشاركة بفعالية فى تعديل وتحسين سياسات الرعاية الاجتماعية أو إيجاد سياسات رعاية بديلة (السروجي، 2004، ص56). لذلك تبرز أهمية فحص دور الأخصائيين الاجتماعيين بصفة عامة وممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة بصفة خاصة في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.

وللوهلة الأولى، تبدو الممارسة المباشرة منفصلة عن الممارسة على مستوى الوحدات الكبرى Macro التي تتطلب تركيزًا سياسيًا واضحًا. ومع ذلك، يتم دمج المشاركة في صنع السياسة بسهولة في سياق الممارسة المباشرة (Miely et al., 2017, P.369). وفي الواقع، غالبًا ما يكون العمل مع العملاء الفرديين هو الذي يجعل الأخصائيين الاجتماعيين على دراية بالحاجة إلى تغيير سياسات الرعاية وإصلاحها(Chapin, 2011, p.170) .

يمكن للأخصائي الاجتماعي الذي يقدم خدمات مباشرة للعملاء أن يلعب دورًا مهمًا في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية (Gilbert & Terrell, 2013, P.19)، وذلك لما يتمتع به ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة من فرص كبيرة لصنع السياسات بحكم خبرتهم "على الأرض" والتقدير المتاح لهم في اتخاذ قرارات الممارسة، ومن خلال فهم قوتهم باعتبارهم "بيروقراطيين على مستوى الشارع "street-level bureaucrats يمكنهم تحسين السياسات

بشكل كبير (Powell et al., 2013, p.367) . كما يمتلك ممارسو الخدمة المباشرة في متناول أيديهم معلومات أساسية حول المشكلات الاجتماعية المستقاة من تجاربهم في الخطوط الأمامية، ولديهم أيضًا أفكار حول أسباب هذه المشاكل وحلولها. ونظرًا لقربهم من المستفيدين من الخدمات الاجتماعية، يشهد الممارسين المباشرين الآثار المقصودة وغير المقصودة للسياسات عليهم. وعند الالتزام بالعدالة الاجتماعية وتوسيع الفرص، يستخدم الأخصائيون الاجتماعيون المعلومات التي يجمعونها لجعل اهتمامات السياسة جانبًا لا يتجزأ من ممارستهم المهنية (Miley et al., 2017, p.370).

إن الاهتمام بضرورة وجود دور مؤثر وفعال لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية ليس بالموضوع الجديد، حيث أنه موجود في أدبيات الخدمة الاجتماعية منذ سنوات طويلة (Dolgoff & Gordon, 1976; Gilbert & Specht, 1974; Hamilton, 1952; Specht,1968). وتوجد العديد من الدراسات التي اهتمت بهذا الدور:

حدد سبكت Specht (1968) أدواراً ومهاماً لأخصائي خدمة الفرد في كل مرحلة من مراحل صنع السياسة الاجتماعية. واقترح دولجوف وجوردون Dolgoff and Gordon (1976) أدواراً لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في صنع السياسة، وفي عام (1981) أكدا على التعليم من أجل صنع السياسة على مستوى الخدمة المباشرة والمجتمع المحلي. وعرض دولجوف Dolgoff (1981) للطرق التي يمكن أن يسهم بها ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في صنع السياسة الاجتماعية بالتركيز على الإكلينيكيين. وقدم ليستر Lister (1987) نموذجا للأدوار المعاصرة لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة مؤكدا على أهمية تعلم أدوار جديدة تقع في نطاق الممارسة غير المباشرة كالمخطط ومطور البرامج والسياسات. وأكد سولنير Saulnier (2000) على حاجة ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة للتدريب والخبرة العملية في صنع السياسات. واستعرض باول وآخرون Powell et al. (2013) فرص صنع السياسة للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الصحة النفسية والإدمان. وفحص ويلتي Welte (2016) التجارب الناجحة للأخصائيين الاجتماعيين في السياسة الاجتماعية بهدف الوصول إلى دروس مفيدة لتعليم المهنة والممارسة المباشرة في هذا الشأن.

ويتضح مما سبق تنوع اهتمامات الباحثين في الدراسات المعنية بدور ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية. فالبعض ركز على وضع تصورات

نظرية لهذا الدور، واهتم البعض الآخر بالتعليم والتدريب لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة من أجل صنع السياسة، وركز أخرون على رصد واقع هذا الدور.

وتتفق الدراسة الحالية مع هذه الدراسات في أهمية فحص دور ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية. وتختلف عنها في التركيز على فحص مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة للمهام المهنية المتعلقة بكل مرحلة من مراحل صنع سياسات الرعاية الاجتماعية من ناحية، وتناولها لمعظم مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في مصر من ناحية أخرى.

حيث أنه في مصر، وعلى الرغم من أن دراسات الخدمة الاجتماعية اهتمت بسياسات الرعاية الاجتماعية منذ منتصف السبعينات (دراسة غرايبة 1976)، إلا أن دراسة دور الأخصائيين الاجتماعيين في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية لم تحظ بدرجة كبيرة من الاهتمام الأكاديمي. حيث أنها لا تمثل سوى هدف فرعي في عدد محدود من الدراسات، وخاصة الدراسات المتعلقة بتحليل السياسة، من خلال تحديد اسهامات المهنة في وضع وتنفيذ السياسة (الحمزاوي، 1996؛ سالم، 2004؛ عبد الرازق، 1998؛ عويس، 2001)، وركزت غالبية هذه الدراسات في تحديد هذه الاسهامات على وجهة نظر غير المتخصصين أو الخبراء من الأخصائيين الاجتماعيين ونادرا ما اهتمت برصدها من وجهة نظر ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة.

ورغم كثرة دراسات الخدمة الاجتماعية عن المشاركة في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية في مصر، إلا أنها أيضا لم تركز على دور الأخصائيين الاجتماعيين في صنع هذه السياسات، حيث ركزت هذه الدراسات على اسهامات العديد من الهيئات في صنع السياسة، مثل: منظمات المجتمع المدني (حسن، 2005؛ عبده، 2012؛ ناصر، 2013)، المجالس القومية المتخصصة (سلطان، 2005)، مجلس الشعب(الزغل، 2005؛ سلطان، 2013؛ عبد العزيز، 2019) الأحزاب السياسية(الرشيدي، 2010)، المجالس المحلية (أحمد، 2011)، المنظمات الحقوقية(عطا الله، 2015)، والنقابات المهنية (أحمد، 2017).

ويتضح مما سبق ندرة الدراسات المتعلقة بدور ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية. لذلك تتحدد مشكلة هذه الدراسة في التساؤل التالي: ما الدور الفعلي لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية؟ وما الخصائص الشخصية والمهنية المؤثرة في مستوى أدائهم لهذا الدور؟.

ثانيا: أهمية الدراسة:

1- تستمد هذه الدراسة أهميتها من أهمية سياسات الرعاية الاجتماعية والوظائف التي تؤديها لتحقيق استقرار وتماسك المجتمع من ناحية، وتأكيد قيمة ومكانة مهنة الخدمة الاجتماعية في الميادين المختلفة للرعاية الاجتماعية، والدور الذي يمكن أن تلعبه في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية من ناحية أخرى.

2- إن وجود دور مؤثر وفعال لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، يسهم في تحقيق واقعية هذه السياسات من خلال تلبيتها للاحتياجات الفعلية ومعالجتها للمشكلات الأساسية للعملاء. ومن ثم المساهمة الفاعلة في تحقيق سياسات الرعاية الاجتماعية لأهدافها.

3- تسهم نتائج هذه الدراسة في اعطاء صورة واقعية وشاملة عن الدور الفعلي لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، ومن ثم العمل على تدعيم وتحسين مستوى أدائهم لهذا الدور.

4- تطرح هذه الدراسة قضايا بحثية مستقبلية وثيقة الصلة بالخدمة الاجتماعية المباشرة ودورها في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية. وتفتح المجال أمام الباحثين الآخرين لدراسة هذا الدور من جوانب مختلفة.

ثالثا: أهداف الدراسة:

1. تحديد مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة للمهام المهنية المتعلقة بكل مرحلة من مراحل صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.
2. تحديد مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.
3. تحديد العلاقة بين بعض الخصائص الشخصية والمهنية لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.
4. طرح معالجات لقضايا مرتبطة بالخدمة الاجتماعية المباشرة ودورها في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.

رابعا: فرضيات الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى اختبار صحة الفرضيات التالية:

1. من المتوقع أن يكون مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية "متوسط".
2. من المتوقع وجود علاقة معنوية بين الخصائص الشخصية لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة (النوع– السن– المشاركة السياسية– العضوية بمنظمات المجتمع المدني) ومستوى أدائهم لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.
3. من المتوقع وجود علاقة معنوية بين الخصائص المهنية لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة (المؤهل العلمي– مجال العمل– سنوات العمل في المجال) ومستوى أدائهم لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.

خامسا: المفاهيم والموجهات النظرية للدراسة:

(1) الخدمة الاجتماعية المباشرة:

يعرف باركر Barker (2014) الممارسة المباشرة Direct Practice بأنها "المصطلح الذي يستخدمه الأخصائيون الاجتماعيون للإشارة إلى أنشطتهم المهنية نيابة عن العملاء والتي يتم فيها تحقيق الأهداف من خلال الاتصال الشخصي والتأثير الفوري مع أولئك الذين يسعون للحصول على الخدمات الاجتماعية. وينبغي تمييزها عن الممارسة غير المباشرة" (ص119). ويعرفها بويل وآخرون Boyle et al. (2014) بأنها "توفير الخدمات للأفراد والجماعات والأسر، والتي تشمل العلاج والاستشارة والتعليم والأدوار الأخرى المصممة لتعزيز قدرات العملاء على حل المشكلات وتحسين رفاهيتهم ومساعدتهم في تلبية الاحتياجات الإنسانية الأساسية" (ص10).

ورغم أن مصطلح الممارسة الإكلينيكية Clinical Practice يستخدم أحيانًا بالتبادل مع مصطلح الممارسة المباشرة (Boyle et al., 2014, p.8; Hepworth et al., 2017, p.26)، إلا أن الممارسة الإكلينيكية تعتبر شكل معين من أشكال الخدمة المباشرة التي يمكن تقديمها في العديد من مجالات الممارسة، ولكن التي تشمل تقييم وعلاج قضايا الصحة العقلية كوظيفة واحدة (Hepworth et al., 2017, p.28).

ويتم تطبيق ممارسة الخدمة الاجتماعية المباشرة في مجموعة متنوعة من المؤسسات والمجالات المشكلة (Hepworth et al., 2017, p.26). وينصب التركيز في الممارسة المباشرة على التفاعلات الوجهية مع العملاء، والتي تسمى أحيانًا الممارسة الدقيقة Micro، وهي تختلف عن أنشطة الخدمة الاجتماعية الأخرى التي لا تنطوي بالضرورة على اتصال مباشر مع العملاء. ومن المؤكد أن المشرفين ومديري المؤسسات يلعبون دورًا مهمًا في تلبية احتياجات عملاء المؤسسة، لكنهم ليسوا مسؤولين عن تقديم الخدمات مباشرة لهؤلاء العملاء (Boyle et al., 2014, p.10).

ويقصد بممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في هذه الدراسة: الأخصائيون الاجتماعيون الذين يقدمون خدمات مباشرة للعملاء من خلال التعامل وجها لوجه، وذلك في أي مجال من مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية.

(2) مفهوم صنع سياسات الرعاية الاجتماعية:

صنع السياسة هي العملية التي يتم من خلالها إنشاء السياسات وتنفيذها من أجل تلبية حاجات محددة (Chapin, 2011, p.169). إن صنع سياسات الرعاية الاجتماعية قد يعنى سياسات رعاية جديدة أو سياسات أخرى بديلة، من خلال مراحل وعمليات متعاقبة تبدأ دائماً بالتحديد الدقيق وصولاً لتحديد الأهداف والأغراض ثم صياغة هذه السياسة وبرمجتها وتنفيذها وتقديرها وتقويمها (السروجي، 2004، ص214). كما تعرف صنع سياسات الرعاية الاجتماعية بأنها مجموعة من العمليات والخطوات التي تستهدف اشباع الاحتياجات ومواجهة المشكلات وتحسين نوعية الحياة لأفراد المجتمع من خلال توفير الخدمات الاجتماعية. وتصاغ في النهاية إلى قرارات تحدد الأهداف الاستراتيجية ومجالات الرعاية الاجتماعية والاتجاهات الملزمة وأسلوب العمل الذي يحقق الأهداف وفقا لأيديولوجية المجتمع. وتتضمن ثلاث مراحل أساسية هي الوضع والتنفيذ والتقويم، وتركز على تفاعل جميع القوى في صنعها (حمزة، 2015، ص 106). إن صنع سياسات الرعاية الاجتماعية أعم وأشمل من صياغتها، حيث أن الصياغة مرحلة من مراحل صنع السياسات، وهي المرحلة الأكثر دينامية، حيث ترتبط بصنع القرار لتصبح لسياسات الرعاية الاجتماعية مشروعيتها (السروجي، 2004، ص ص 214-215).

ويستخدم مصطلح عملية السياسة لوصف الطرق التي توضع بها السياسات وتنفذ وتقوم (Bochel, 2012, p.198). إن صنع سياسات الرعاية الاجتماعية عملية دينامية مستمرة

تتضمن مراحل وخطوات مترابطة (السروجي،2004، ص214). وتتعدد وجهات النظر في تحديد هذه المراحل، ومنها:

حدد جلبرت وسبكت Gilbert and Specht (1974، ص17) مراحل صنع سياسات الرعاية الاجتماعية في ثمان مراحل، هي: تحديد المشكلة، التحليل، إعلام الجمهور، وضع أهداف السياسة، بناء الدعم العام والشرعية، تصميم البرنامج، التنفيذ، والتقييم والتقويم. وحددها السروجي (2004، ص ص 220-221) في سبع مراحل، هي: تحديد القضايا المجتمعية وتحليلها، تحديد أهداف سياسة الرعاية الاجتماعية، صياغة السياسة والمقارنة بين البدائل لاتخاذ القرار، ترجمة السياسة لبرامج ومشروعات، تنفيذ سياسات الرعاية وتوزيع المهام والمسئوليات، تقدير السياسة وتأثيراتها المتوقعة وتقويمها، والتفكير فى إعداد سياسة رعاية جديدة. حددتها دونيتو وجونسون DiNitto and Johnson (2016، ص15) في خمس مراحل، هي: تحديد مشكلات السياسة، صياغة مقترحات السياسة، إضفاء الشرعية على السياسة، تنفيذ السياسة، تقويم السياسة. وحددها ألكوك وآخرون .Alcok et al (2008) في دورة السياسة the policy cycle والتي تضمنت أربع مراحل هي: تحديد المشكلة/الحاجة الاجتماعية، مقترحات السياسة، التنفيذ، وتقويم السياسة والتأثيرات. وحددها أيضا كارجر وستوز Karger and Stoesz (2018، ص172) في أربع مراحل هي: الصياغة، التشريع، التنفيذ، والتقويم. وحددها بوشل Bochel (2012، ص176) في ثلاث مراحل هي: صياغة السياسة، تنفيذ السياسة، والتقويم. وكذلك حددها حمزة (2015، ص ص 108-110) في ثلاث مراحل هي: وضع السياسة، تنفيذ السياسة، وتقويم السياسة.

يتضح مما سبق وجود تباين في مراحل صنع السياسة ما بين التفصيل والدمج، والخلط بين المراحل والخطوات فى بعض وجهات النظر السابقة من ناحية (السروجي، 2004، ص215). ومن ناحية أخرى، اتفقت غالبية وجهات النظر على وجود ثلاثة مراحل أساسية لصنع السياسة هي: وضع السياسة، تنفيذ السياسة، وتقويم السياسة. هذا وقد اعتمدت غالبية دراسات الخدمة الاجتماعية التي أجريت عن اسهامات العديد من الهيئات في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية في مصر على هذه المراحل. وبناء على ذلك حدد الباحث مراحل صنع سياسات الرعاية الاجتماعية في: مرحلة وضع السياسة، مرحلة تنفيذ السياسة، ومرحلة تقويم السياسة. وفيما عرضا بإيجاز لكل مرحلة من هذه المراحل:

- **مرحلة وضع السياسة:** هي أولى مراحل صنع سياسات الرعاية الاجتماعية وأكثرها دينامية، حيث يتم فيها تحليل المشكلات وتحديد الحاجات ودراستها وتحديد بدائل السياسة واختيار أفضلها في ظل موارد المجتمع وامكاناته، وتتفاعل فيها القوى الحكومية والشعبية من أجل التوصل لسياسة تعبر عن أهداف المجتمع وطموحاته، وتصبح موجه لمسارات واتجاهات العمل في مجال الرعاية الاجتماعية وذلك بعد سنها من الجهات المختصة (حمزة، 2015، ص108).
- **مرحلة تنفيذ السياسة:** في هذه المرحلة يتم العمل على وضع سياسات الرعاية الاجتماعية داخل نطاق الممارسة (حمزة، 2015، ص109). ويشمل تنفيذ السياسة جميع الأنشطة المصممة لتنفيذ قصد القانون: إنشاء مؤسسات وتنظيمها وتوظيفها لتنفيذ السياسة، أو إسناد مسؤوليات جديدة للمؤسسات والموظفين الحاليين؛ إصدار التوجيهات والقواعد واللوائح والمبادئ التوجيهية لترجمة السياسات إلى مسارات عمل محددة؛ توجيه وتنسيق كل من الموظفين والمصروفات نحو تحقيق أهداف السياسة؛ ومراقبة الأنشطة المستخدمة لتنفيذ السياسة (DiNitto & Johnson, 2016, p.43). وقد يشارك ممثلون من مستويات مختلفة من الحكومة، ومن مختلف القطاعات، العامة والخاصة وغير الهادفة للربح، في تنفيذ السياسة (Bochel, 2012, p.197).
- **مرحلة تقويم السياسة:** غالبًا ما يُنظر إليها على أنها المرحلة النهائية من عملية السياسة، عندما يتم تقييم نجاح أو عدم نجاح أي سياسة. إلى جانب المراقبة أثناء تنفيذ سياسة أو برنامج، ويُنظر للتقويم بشكل عام على أنه جزء لا يتجزأ من عملية السياسة التي قد يؤدي إلى تغييرات في السياسات الحالية أو إلى وضع سياسات جديدة (Bochel ,2012,p.198). تتطلب هذه المرحلة تقييمًا لتأثير السياسة، وتقييمًا لكيفية مواجهة السياسة للمشكلة، وكيفية تنفيذ البرامج لهذه السياسة (Gilbert & Specht, 1974, p.20). ويتم تقويم السياسات بشكل رسمي وغير رسمي من قبل المؤسسات الحكومية والمستشارين الخارجيين ومجموعات المصالح ووسائل الإعلام والجمهور (DiNitto & Johnson, 2016, p.15) ..

(3) مفهوم الدور:

يعرف الدور بأنه "نمط سلوك محدد ثقافيًا يتم تحديده للفرد الذي يشغل منصبًا أو وضعًا اجتماعيًا محددًا، كما أنه معيار اجتماعي مرتبط بموقف اجتماعي معين يفرض الفعل المتبادل. فعلى سبيل المثال، من المتوقع أن يتصرف الشخص الذي يشغل منصب أخصائي اجتماعي من قبل الآخرين – أي العملاء والمشرفين والمهنة والجمهور العام وما إلى ذلك – أن يتصرف

بالطريقة المنصوص عليها عمومًا لجميع الأخصائيين الاجتماعيين" (Barker, 2014, p.371).

ويشير مفهوم الدور المهني إلى "مجموعة المسئوليات المهنية التي يجب أن يقوم بها الأخصائي الاجتماعي أثناء عمله الوظيفي، على أن يلتزم بقيم وأخلاقيات مهنة الخدمة الاجتماعية عند قيامه بذلك"(أبو النصر، 2017، ص106).

ويقصد بمفهوم الدور في هذه الدراسة: المهام المهنية التي يجب أن يقوم بها ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في كل مرحلة من مراحل صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، في إطار قيم وأخلاقيات المهنة.

قد تتضمن الممارسة المباشرة أي عدد من الأدوار التي تساعد العميل في تلبية احتياجات معينة. تشمل هذه الأدوار دور المعالج/ المستشار، المعلم، الوسيط، مدير الحالة، المدافع عن الحالة، قائد المجموعة، والوسيط/ المحكم (Boyle et al., 2014, pp.11-12).

وحدد دولجوف وجوردون Dolgoff and Gordon (1976) أربعة أدوار لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في صنع السياسة الاجتماعية، وهي:(1) القرارات الفردية للممارسيين؛ (2) تتحد القرارات الفردية في المجمل في ظواهر كلية على مستوى الوحدة الفرعية أو المؤسسة ثم تؤثر على المؤسسات الأخرى؛ (3) تحديد السياسات في المؤسسات التي يعملون بها؛ و(4) العمل الاجتماعي كمهنيين وكمواطنين(Dolgoff & Gordon, 1981, p.101) .

وقدم ليستر Lister (1987) نموذجا للأدوار المعاصرة لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة، مؤكدا على ضرورة تعلم ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لأدوار تقع في نطاق الممارسة غير المباشرة. واعتمادا بشكل جزئي على هذا النموذج حدد هيبورث وآخرون Hepworth et al. (2017، ص ص 29-33) أدوار ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في أربع فئات، هي:

أ- **التقديم المباشر للخدمات** Direct Provision of Services: وتشمل الأدوار المدرجة تحت هذه الفئة تلك التي يلتقي فيها الأخصائيون الاجتماعيون وجهاً لوجه مع العملاء أو مجموعات المستفيدين في تقديم الخدمات: حالات فردية أو استشارات، العلاج الزواجي والأسري، خدمات العمل الجماعي، والمعلم/ موفر المعلومات Disseminator of information.

ب-**أدوار ربط النظام** System Linkage Roles: نظرًا لأن العملاء قد يحتاجون إلى موارد لا توفرها وكالة اجتماعية معينة ويفتقرون إلى المعرفة أو القدرة على استخدام الموارد الأخرى المتاحة، غالبًا ما يؤدي الأخصائيون الاجتماعيون أدوارًا في ربط الأشخاص بالموارد الأخرى. وتشمل الأدوار التالية: الوسيط Broker، مدير/ منسق الحالة، الوسيط/ المحكم Mediator/ Aribtrator، والمدافع عن العميل.

ج- **الحفاظ على النظام وتحسينه** System Maintenance and Enhancement: بصفتهم موظفين في المؤسسات الاجتماعية، يتحمل الأخصائيون الاجتماعيون مسؤولية تقييم الهياكل والسياسات والعلاقات الوظيفية داخل المؤسسات التي تُضعف الفعالية في تقديم الخدمات. وتشمل الأدوار التالية: المحلل التنظيمي، الميسر/المعجل Facilitator/Expediter، عضو فريق، استشاري، المشرف، والباحث.

د- **تطوير النظام** System Development: يتمتع الممارسون المباشرون أحيانًا بفرص لتحسين أو توسيع خدمات المؤسسة بناءً على تقييم احتياجات العملاء غير الملباة، أو الثغرات في الخدمة، أو احتياجات الخدمات الوقائية، أو البحث الذي يشير إلى أنه يمكن تحقيق نتائج واعدة أكثر من خلال تدخلات أخرى غير تلك المستخدمة حاليًا. وتشمل الأدوار التالية: مطور البرنامج-المخطط-مطور السياسات والاجراءات-المدافع (مثلما قد يدافع الأخصائيون الاجتماعيون عن عميل فردي، فقد ينضمون أيضًا إلى مجموعات العملاء والأخصائيين الاجتماعيين الآخرين والمهنيين المتحالفين في المدافعة من أجل التشريعات والسياسات الاجتماعية التي تهدف إلى توفير الموارد اللازمة وتعزيز العدالة الاجتماعية).

وحدد باول وآخرون Powell et al. (2013) فرص صنع السياسة لممارسي الخدمة الاجتماعية في: تقديم مدخلات لمخططي السياسات، تشكيل السياسة الحالية أثناء تقديمهم للخدمات، إنشاء سياسة في مجال ممارستهم حيث لا يوجد أي شيء، تشجيع العملاء على المشاركة في صنع السياسات.

وتصنف أدوار الأخصائيين الاجتماعيين في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية إلى نوعين رئيسيين هما (السروجي وفهمي، 2005، ص40):

أ- **أدوار طبقا للعملية:** حيث تتحدد أدوار الممارسين طبقا لطبيعة العملية التي يتدخل فيها من عمليات السياسة الاجتماعية والمتمثلة في عمليات تشكيل السياسة، تنفيذ السياسة، وتقويم السياسة.

ب-**أدوار طبقا للموقف:** الذي يواجهه الممارسين، وتنقسم إلى: أدوار التدخل المحسوب- الأدوار العقلانية- الأدوار المعيارية- وأدوار المدافعة والعمل الاجتماعي.

وفي هذه الدراسة سوف يعتمد الباحث على التصنيف الأول والمتعلق بدور الممارسين طبقا لمراحل صنع السياسة.

وتعد محاولة سبكت Specht (1968) من أوائل المحاولات الرائدة في توصيف أدوار ومهام لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في كل مرحلة من مراحل صنع السياسة الاجتماعية. وفي ضوء هذه المحاولة اعتمدت الكثير من الأدبيات على تحديد ووصف مجموعة من المهام المهنية للأخصائيين الاجتماعيين في كل مرحلة من مراحل صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، وذلك على النحو التالي:

المهام المهنية في مرحلة وضع السياسة، تشمل: اكتشاف الحالات، تسجيل أمثلة للحاجات غير الملباة، اكتشاف الصغرات في الخدمات، جمع وتحليل البيانات، القيادة، المدافعة، تشكيل التحالفات(Gilbert & Specht, 1974, pp.17-19) ، تحديد القضايا والحاجات وتحليل المشكلات، تقويم بدائل السياسة، تحديد التأثير المتوقع للسياسة (حمزة، 2015، ص 109؛ علي، 2014، ص ص353-354).

المهام المهنية في مرحلة تنفيذ السياسة، تشمل: اقتراح البرامج المنفذة للسياسة، تقديم الخدمات للعملاء (جلبرت وسبكت، 1974، ص20؛ حمزة، 2015، ص 110؛ علي، 2014، ص356-357)، إيضاح السياسة(Gilbert & Specht, 1974, p.20) ، توفير كافة المعلومات للعملاء عن الخدمات، مساعدة العملاء في الحصول على الخدمات التي يحتاجون إليها (علي، 2014، ص357).

المهام المهنية في مرحلة تقويم السياسة، تشمل: تقييم أثر السياسة (جلبرت وسبكت، 1974، ص20؛ حمزة، 2015، ص 110؛ علي، 2014، ص359)، تقييم الفاعلية والرقابة لتلافي الأخطاء (حمزة، 2015، ص 110؛ علي، 2014، ص359)، معرفة رأي العملاء، تقديم مقترحات لتطوير خدمات المؤسسة (علي، 2014، ص360).

وفي ضوء ما سبق حدد الباحث المهام المهنية لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في كل مرحلة من مراحل صنع سياسات الرعاية الاجتماعية في هذه الدراسة على النحو التالي:

- **المهام المهنية المتعلقة بوضع السياسة:** تحليل مشكلات العملاء، تحديد حاجات العملاء، الاتصال بالمسئولين على كافة المستويات لمناقشة قضايا ومشكلات العملاء، اقتراح تشريعات اجتماعية لرعاية العملاء، الضغط على المسئولين بالمؤسسة لتغيير السياسات لتقديم خدمات أفضل للعملاء، التحالف مع الزملاء والمهتمين للتعبير عن وجهات نظر العملاء ومشكلاتهم والدفاع عن حقوقهم، كسب تأييد الرأي العام تجاه قضايا ومشكلات العملاء، التنبؤ بتأثيرات السياسات المقترحة.
- **المهام المهنية المتعلقة بتنفيذ السياسة:** فهم سياسة الرعاية الاجتماعية للعملاء، المشاركة في اختيار أفضل الحلول والأساليب لتحقيق الأهداف، اقتراح البرامج المنفذة للسياسة، تزويد العملاء بكافة المعلومات عن خدمات المؤسسة، مساعدة العملاء في الحصول على الخدمات والموارد التي يحتاجون إليها، مساعدة العملاء في الحصول على حقوقهم من المؤسسة.
- **المهام المهنية المتعلقة بتقويم السياسة:** تعديل أي انحرافات في تنفيذ البرامج، تذليل معوقات استفادة العملاء من الخدمات، معرفة رأي العملاء فيما يقدم لهم من خدمات، تقييم فعالية الخدمات في تحقيق أهدافها، تقييم كفاءة المؤسسة في تقديم الخدمات، تحديد آثار السياسة الحالية على العملاء، تقديم مقترحات لتطوير خدمات المؤسسة.

(4) مفهوم التقييم:

التقييم هو إصدار حكم بشأن شيء ما(Merriam-Webster, 1996, P.69) . كما يعرف التقييم بأنه تحديد المستوى الحالي للشيء المراد تقويمه. ويعد التقييم خطوة من خطوات التقويم، حيث يتوقف التقييم عند إصدار الحكم على قيمة الأشياء بينما يتضمن مفهوم التقويم بالإضافة إلى ما سبق – عملية تعديل وتصحيح الأشياء التى تصدر بشأنها الأحكام. (قاسم وأبو النصر، 2005، ص920؛ المغلوث، 2015، ص39).

ويقصد بالتقييم في هذه الدراسة: تحديد مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، وذلك من خلال تحديد مستوى أدائهم للمهام المهنية المرتبطة بكل مرحلة من مراحل صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.

سابعا: الاجراءات المنهجية للدراسة:

(1)**نوع الدراسة:** تعد هذه الدراسات من الدراسات الوصفية، حيث أنها تستهدف تحديد الدور الفعلي لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في كل مرحلة من مراحل صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.

(2)**منهج الدراسة:** اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي بنوعيه، من خلال الحصر الشامل لممارسي الاجتماعية المباشرة في عينة من المؤسسات الاجتماعية المسجلة بوحدة التدريب الميداني بكلية الخدمة الاجتماعية–جامعة حلوان.

(3)**حدود الدراسة:**

- **الحدود المكانية:** المؤسسات الاجتماعية المسجلة بوحدة التدريب الميداني بكلية الخدمة الاجتماعية–جامعة حلوان، وعددها (139)• مؤسسة تغطي غالبية مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية(مجال المساعدات الاجتماعية "الضمان الاجتماعي، الجمعيات الأهلية" –المجال المدرسي–المجال الصحي"المجال الطبي، والصحة النفسية"–مجال رعاية الأطفال "الأيتام، وبلا مأوى"–مجال رعاية المعاقين–مجال رعاية الأحداث–مجال رعاية الشباب).

ونظرا لصعوبة جمع البيانات من جميع الممارسين المباشرين في جميع هذه المؤسسات، فقد اعتمد الباحث على عينة من هذه المؤسسات. ونظرا لأن مجتمع الدراسة غير متجانس من حيث مجال عمل المؤسسات، وعدد المؤسسات بكل مجال غير متساوي، وللحصول على دقة عالية يمكن اعتبار نسبة (10 %) من مجتمع الدراسة حجما مناسبا للعينة الطبقية في حالة المجتمعات التي حجمها من (500) فأكثر، أما في حالة المجتمعات التي تقل عن هذه الحجم فإن ذلك يتطلب زيادة هذه النسبة (الغامدي، 2004، ص ص 117- 118). ويشير نيومان Neuman (2014، ص187) إلى أنه في المجتمعات الصغيرة التي حجمها أقل من (1000) يكون الحد الأدنى لحجم العينة (30 %). لذلك حدد الباحث حجم عينة المؤسسات في (30 %) من المؤسسات الاجتماعية المسجلة في وحدة التدريب الميداني بما يعادل (42) مؤسسة.

وتم توزيع حجم عينة المؤسسات على المجالات توزيعا متناسبا، كما هو موضح في الجدول التالي:

• هذا العدد بعد استبعاد المجالات التي بها مؤسسة واحدة، والمؤسسات غير الاجتماعية، ودمج المؤسسات التعليمية المنفردة "مدارس أو معاهد تعليمية" إلى الإدارات التعليمية بالمنطقة التابعة لها.

جدول (1) مجالات عمل المؤسسات الاجتماعية وعددها وحجم العينة المسحوبة منها

المجال	العدد	حجم العينة
الضمان الاجتماعي (ادارات اجتماعية بها وحدات اجتماعية)	19	6
جمعيات أهلية (غرضها الأساسي: تقديم مساعدات اجتماعية)	27	8
المجال المدرسي (إدارات تعليمية بها مدارس)	21	6
المجال الطبي	12	4
مجال الصحة النفسية	5	2
مجال رعاية الشباب	32	10
مجال رعاية الأطفال	11	3
مجال رعاية المعاقين	6	2
مجال رعاية الأحداث	6	2
المجموع	139	43•

المصدر: اعداد الباحث بالاعتماد على سجلات وحدة التدريب الميداني-كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة حلوان للعام الجامعي 2019/2018م

• زاد حجم العينة من (42) إلى (43) مؤسسة بسبب التقريب لأقرب رقم صحيح.

ولضمان دقة وسرعة جمع البيانات، تواصل الباحث مع بعض المشرفين الأكاديمين الذين يدربون في هذه المجالات، ومن ثم تعد عينة المؤسسات عينة حصصية.

- **الحدود البشرية**: حصر شامل (وقت جمع البيانات) لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في المؤسسات الاجتماعية عينة الدراسة. واعتمد الباحث على عدد الردود على الاستبيان المرسل إليهم عن طريق المشرفين الأكاديمين بهذه الؤسسات. وبلغ عدد الردود على الاستبيان (213) أخصائي اجتماعي، وبعد استبعاد (21) استمارة للمديرين والمشرفين (لأنهم وفقا للتعريف الاجرائي في هذه الدراسة ليسوا من ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة). أصبح عدد ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة (192) ممارس. ورغم أن عينة المؤسسات عينة حصصية، إلا أن الممارسين المباشرين الذين تم جمع البيانات منهم يمكن اعتبارهم عينة عشوائية، حيث لا يوجد تحيز أو تعمد في اختيارهم.
- **الحدودة الزمنية**: تم جمع البيانات خلال الفصل الدراسي الثاني للعام الجامعي 2018/ 2019م.

(4) **أداة جمع البيانات**: اعتمد الباحث على الاستبيان لجمع البيانات من ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة بالمؤسسات الاجتماعية عينة الدراسة، واشتمل الاستبيان على قسمين رئيسيين:

- **القسم الأول:** البيانات الأولية، وتضمنت: السن–النوع– الاهتمام بالمشاركة السياسية– العضوية بالأحزاب السياسية–العضوية بمنظمات المجتمع المدني– المؤهل العلمي–مجال عمل المؤسسة– عدد سنوات العمل في المؤسسة.
- **القسم الثاني:** دور ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، واشتمل على (22) عبارة موزعة كالتالي: (8) عبارات للمهام المهنية في مرحلة وضع السياسة، (7) عبارات للمهام المهنية في مرحلة تنفيذ السياسة، و(7) عبارات للمهام المهنية في مرحلة تقويم السياسة. وتحددت الاستجابات حول كل عبارة في: دائما (3)، أحيانا (2)، لا (1).

صدق وثبات أداة جمع البيانات:

تم التحقق من الصدق الظاهري للاستبيان عن طريق عرض الاستبيان على (5) أعضاء هيئة تدريس من المتخصصين في الخدمة الاجتماعية. وفي ضوء آراء المحكمين، تم تعديل صياغة وحذف بعض العبارات بنسبة اتفاق لا تقل عن 80%. وتم وضع الأداة في صورتها النهائية.

وتم التحقق من ثبات الاستبيان عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ بعد تطبيق الاستبيان على عدد (15) من ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (2) ثبات أداة جمع البيانات باستخدام معامل ألفا كرونباخ

ن=15

الأبعاد	عدد العبارات	قيمة معامل ألفا كرونباخ
المهام المهنية لمرحلة وضع السياسة	8	0.841
المهام المهنية لمرحلة تنفيذ السياسة	7	0.869
المهام المهنية لمرحلة تقويم السياسة	7	0.849
الأداة ككل	22	0.928

كما تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي، وذلك بإيجاد العلاقة بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للأداة، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (3) العلاقة بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للأداة

ن=15

الأبعاد	قيمة معامل ارتباط بيرسون
المهام المهنية لوضع السياسة	0.863**
المهام المهنية لتنفيذ السياسة	0.892**
المهام المهنية لتقويم السياسة	0.918**

** معنوي عند 0.01 * معنوي عند 0.05

وفي ضوء ما سبق يتضح صدق وثبات أداة جمع البيانات وصلاحيتها للتطبيق.

د- **المعاملات الاحصائية المستخدمة:** تم تحليل البيانات باستخدام SPSS V.23، وتم استخدام المقاييس الإحصائية التالية: معامل ألفا كرونباخ للثبات، التكرارات والنسب المئوية، الوسط الحسابي، الانحراف المعياري، معامل ارتباط بيرسون، معامل ارتباط سبيرمان، معامل التوافق، ومعامل كندال تاو- ب.

وتم الحكم على المستوى باستخدام الوسط الحسابي، على النحو التالي:

جدول (4) قيم الوسط الحسابي والمستويات المقابلة لها

القيمة	المستوى
اذا تراوحت قيمة الوسط الحسابي بين 1: 1.67	منخفض
اذا تراوحت قيمة الوسط الحسابي بين 1.68: 2.34	متوسط
اذا تراوحت قيمة الوسط الحسابي بين 2.35: 3	مرتفع

ثامنا: عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية:

(1) خصائص المبحوثين:

جدول (5) الوسط الحسابي والانحراف المعياري لأعمار وسنوات العمل للمبحوثين

المتغيرات الكمية	ن	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
السن (لم يجيب 6 مبحوثين)	**186**	**39.8**	**10.2**
عدد سنوات العمل في المؤسسة (لم يجيب 8 مبحوثين)	**184**	**12.4**	**9.3**

يتضح من بيانات الجدول السابق أن:

- متوسط أعمار ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة (40) سنة بانحراف معياري (10) سنوات، مما يشير إلى وجود اختلاف كبير بين أعمار المبحوثين.

- متوسط عدد سنوات عمل ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة بالمؤسسات (12) سنة بانحراف معياري (9) سنوات، مما يشير إلى وجود تباين كبير بين المبحوثين في سنوات عملهم بالمؤسسات الاجتماعية محل الدراسة.

جدول (6) توزيع المبحوثين وفقا للخصائص الكيفية

ن=192

الخصائص الكيفية	ك	%
(1) النوع		
أ- ذكر	54	%28.1
ب- أنثى	138	%71.9
(2) المؤهل العلمي		
أ- دبلوم متوسط في الخدمة الاجتماعية	32	%16.7
ب- بكالوريوس الخدمة الاجتماعية	125	%65.1
ج- دراسات عليا في الخدمة الاجتماعية	35	%18.2
(3) مجال العمل		
أ- مجال المساعدات الاجتماعية	23	%12
ب- المجال المدرسي	48	%25
ج- المجال الصحي	43	%22.4
د- مجال رعاية الأطفال	16	%8.3
هـ- مجال رعاية الأحداث	14	%7.3
و- مجال رعاية المعاقين	13	%6.8
ز- مجال رعاية الشباب	35	%18.2
(4) الاهتمام بالمشاركة السياسية		
أ- نعم	29	%15.1
ب- إلى حد ما	91	%47.4
ج- لا	72	%37.5
(5) عضوية الأحزاب السياسية		
أ- نعم	15	%7.8
ب- لا	177	%92.2
(6) عضوية منظمات المجتمع المدني		
أ- نعم	58	%30.2
ب- لا	134	%69.8

تشير بيانات الجدول السابق إلى أن:

- **النوع:**

غالبية ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة من الإناث، حيث بلغت نسبتهم (71.9%) في حين بلغت نسبة الذكور (28.1%)

- **المؤهل العلمي:**

ما يقرب من ثلثي ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة (65.1%) حاصلين على بكالوريوس الخدمة الاجتماعية، وما يقرب من خمسهم حاصلين على دراسات عليا في الخدمة الاجتماعية (18.2%)، والنسبة الأقل (16.7%) هي الحاصلة على دبلوم متوسط في الخدمة الاجتماعية.

- **مجالات العمل:**

تنوعت وتوزعت مجالات العمل لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة على النحو التالي: (25%) المجال المدرسي، (22.4%) المجال الصحي (الطبي والصحة النفسية)، (18.2%) مجال رعاية الشباب (إدرات رعاية الشباب بالكليات– مراكز الشباب)، (12%) مجال المساعدات الاجتماعية (وحدات الضمان الاجتماعي–الجمعيات الأهلية)، (7.3%) مجال رعاية الأحداث المنحرفين، (6.8%) مجال رعاية المعاقين.

- **الاهتمام بالمشاركة السياسية:**

ما يقرب من نصف ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة يهتم أحيانا بالمشاركة السياسية (47%)، و(15%) فقط يهتمون بصفة دائمة بالمشاركة السياسية، بينما (37%) منهم لا يهتم بالمشاركة السياسية. وبشكل عام مستوى اهتمامهم بالمشاركة السياسية "متوسط" (الوسط الحسابي= 1.78).

- **العضوية بالأحزاب السياسة:**

الغالبية العظمي من ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ليس لديهم عضوية بالأحزاب السياسية (92.2%).

- **العضوية بمنظمات المجتمع المدني:**

غالبية ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ليس لديهم عضوية بأي منظمة من منظمات المجتمع المدني (69.8%).

(2) دور ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية:

لتحديد الدور الفعلي لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، تم تحديد مستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بكل مرحلة من مراحل صنع السياسة: مرحلة وضع السياسة، مرحلة تنفيذ السياسة، ومرحلة تقويم السياسة. وتوضح الجداول (7، 8، 9) مستوى أدائهم لهذه المهام:

جدول (7) مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة للمهام المهنية المتعلقة بوضع سياسات الرعاية الاجتماعية

ن=192

م	المهام المهنية	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
1	أشارك في تحليل المشكلات الاجتماعية للعملاء	2.34	0.64	2
2	أشارك في تحديد أولويات حاجات العملاء	2.45	0.62	1
3	أشارك في اقتراح تشريعات اجتماعية لرعاية العملاء	1.53	0.65	8
4	أهتم بالتنبؤ بتأثيرات سياسة الرعاية الاجتماعية المقترحة على العملاء	1.75	0.78	3
5	أضغط على المسئولين بالمؤسسة لتغيير السياسات لتقديم خدمات أفضل للعملاء	1.71	0.61	4
6	أتحالف مع الزملاء والمهتمين للتعبير عن مشكلات العملاء والدفاع عن حقوقهم	1.65	0.55	7
7	أحرص على كسب تأييد الرأي العام تجاه قضايا ومشكلات العملاء	1.69	0.59	5
8	أتواصل مع صانعي السياسة على كافة المستويات لمناقشة قضايا ومشكلات العملاء	1.67	0.56	6
	الوسط الحسابي والانحراف المعياري للبعد ككل	**1.85**	**0.46**	**المستوى متوسط**

يتضح من نتائج الجدول السابق أن مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة للمهام المهنية المتعلقة بوضع سياسات الرعاية الاجتماعية "متوسط"، حيث أن الوسط الحسابي=1.85.

وتشير نتائج الجدول إلى أن المهام المهنية التي يقوم بها ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في وضع سياسات الرعاية الاجتماعية، هي بالترتيب (وفقا لقيمة الوسط الحسابي): تحديد أولويات حاجات العملاء، تحليل مشكلات العملاء، التنبؤ بتأثيرات السياسة المقترحة لرعاية العملاء، الضغط على المسئولين بالمؤسسة لتغيير السياسات لتقديم خدمات أفضل للعملاء، كسب تأييد الرأي العام تجاه قضايا ومشكلات العملاء، التواصل مع صانعي السياسة على كافة المستويات لمناقشة قضايا ومشكلات العملاء، التحالف مع الزملاء والمهتمين للتعبير عن مشكلات العملاء والدفاع عن حقوقهم، وفي الترتيب الأخير المشاركة في اقتراح تشريعات اجتماعية لصالح العملاء.

وبفحص المهام المهنية لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في مرحلة وضع السياسة، تبين أن أكثر هذه المهام هي: تحديد أولويات حاجات العملاء، وتحليل مشكلاتهم. وتعتمد هذه المهام على جمع وتحليل للبيانات واكتشاف الحالات والاحتياجات غير الملباة. ويؤكد ذلك ما أشار إليه سبكت Sphect (1968) من أن هذه المهام هي الأكثر شيوعا بين الممارسين المباشرين.

وفيما يتعلق بالمهام المهنية المرتبطة بالتواصل مع صانعي السياسات، والتحالف مع الزملاء والمهتمين للتعبير عن مشكلات العملاء والدفاع حقوقهم، والمشاركة في اقتراح تشريعات اجتماعية لرعاية العملاء فقد جاءت بمستويات منخفضة. وقد يفسر ذلك انخفاض نسبة الممارسين الذين لهم عضوية سواء بالأحزاب السياسية (15%) أو بمنظمات المجتمع المدني (30%) (نتائج جدول 6). حيث أن المشاركة السياسية والمدنية تجعل الممارسين المباشرين على دراية بالطرق المشروعة والفعالة في وضع السياسات.

كما تشير النتائج أيضا إلى أن مستوى أداء الممارسين للمهام المتعلقة بالعمل داخل المؤسسة كتحديد أولويات حاجات العملاء وتحليل مشكلاتهم والضغط على المسئولين سجلت مستويات أعلى بكثير من مستوى أدائهم للمهام التي تقع خارج نطاق المؤسسة كالتحالفات والتواصل مع صانعي السياسة وكسب تأييد الرأي العام والمشاركة في اقتراح تشريعات اجتماعية. ولعل ذلك يؤكد ما أشار إليه ليستر Lister (1987) من ضرورة تعلم ممارسي الخدمة الاجتماعية لأدوار جديدة تقع في نطاق الممارسة غير المباشرة. وكذلك مع ما أشارت إليه دراسة سولنير Saulnier (2000) التي أكدت على حاجة ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة

للتدريب والخبرة في مجال صنع السياسة. ومن ثم تبرز أهمية تدريب الممارسين المباشرين على أداء هذه المهام.

جدول (8) مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة للمهام المهنية المتعلقة بتنفيذ سياسات الرعاية الاجتماعية

ن=192

م	المهام المهنية	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
1	أهتم بفهم سياسة الرعاية الاجتماعية للعملاء.	2.37	0.63	6
2	أشارك في اختيار أفضل البدائل والحلول لتحقيق الأهداف.	2.36	0.66	7
3	أشارك في اقتراح المشروعات والبرامج التي يمكن أن تسهم في تحقيق رعاية العملاء.	2.41	0.63	5
4	أقدم المعلومات اللازمة للعملاء عن طبيعة الخدمات التي توفرها المؤسسة، وشروط حصولهم عليها .	2.64	0.57	3
5	أساعد العملاء في الحصول على الخدمات التي يحتاجون إليها.	2.68	0.56	1
6	أساعد العملاء في الحصول على حقوقهم من المؤسسة.	2.60	0.55	4
7	أساعد العملاء في الحصول على الموارد التي يحتاجون إليها	2.65	0.60	2
	الوسط الحسابي والانحراف المعياري للبعد ككل	**2.53**	**0.42**	**المستوى مرتفع**

يتضح من بيانات الجدول السابق أن مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة للمهام المهنية المتعلقة بتنفيذ سياسات الرعاية الاجتماعية "مرتفع"، حيث أن الوسط الحسابي=2.53.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات عبد الرازق (1998) في المجال الصحي، داود (1998) في مجال رعاية الطفولة، عويس (2001) في مجال رعاية المعاقين، والتي أوضحت أن للأخصائيين الاجتماعيين دور واضح وملموس في تنفيذ سياسات الرعاية الاجتماعية.

كما تشير نتائج الجدول السابق إلى أن المهام المهنية التي يقوم بها ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في مرحلة تنفيذ سياسات الرعاية الاجتماعية، هي(بالترتيب وفقا لقيمة الوسط الحسابي): مساعدة العملاء في الحصول على الخدمات والموارد التي يحتاجون إليها،

تقديم المعلومات اللازمة للعملاء عن طبيعة الخدمات التي توفرها المؤسسة وشروط حصولهم عليها، مساعدة العملاء في الحصول على حقوقهم من المؤسسة، المشاركة في اقتراح المشروعات والبرامج التي يمكن أن تسهم في تحقيق رعاية العملاء، الاهتمام بفهم سياسة رعاية العملاء، وفي الترتيب الأخير المشاركة في اختيار أفضل البدائل والحلول لتحقيق الأهداف.

وقد يفسر ارتفاع مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة للمهام المهنية المتعلقة بتنفيذ السياسة، أن معظم هذه المهام في كافة مؤسسات الممارسة، وتحديدا المهام التالية: مساعدة العملاء في الحصول على الخدمات والموارد التي يحتاجون إليها، وتقديم المعلومات اللازمة لهم بشأن الخدمات وشروط الحصول عليها، هي من صميم عمل ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة.

جدول (9) مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة للمهام المهنية المتعلقة بتقويم سياسات الرعاية الاجتماعية

ن=192

م	المهام المهنية	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
1	أحرص على تعديل أي انحرافات في تنفيذ البرامج والخدمات المقدمة للعملاء.	2.41	0.62	1
2	أحرص على تذليل الصعوبات التي تحد من استفادة العملاء من الخدمات المقدمة لهم	2.36	0.63	2
3	أحرص على معرفة رأي العملاء فيما يقدم لهم من خدمات.	2.33	0.67	3
7	أشارك في تقديم مقترحات لتطوير الخدمات المقدمة للعملاء.	2.32	0.69	4
5	أقوم بقياس فعالية الخدمات المقدمة للعملاء للتحقق من تحقيقها لأهدافها.	1.99	0.76	5
4	أقوم بقياس كفاءة المؤسسة في تقديم الخدمات للعملاء.	1.90	0.78	6
6	أحرص على معرفة آثار السياسة الحالية لرعاية العملاء.	1.85	0.74	7
	الوسط الحسابي والانحراف المعياري للبعد ككل	**2.17**	**0.47**	**المستوى متوسط**

يتضح من نتائج الجدول السابق أن مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة للمهام المهنية المتعلقة بتقويم سياسات الرعاية الاجتماعية "متوسط"، حيث أن الوسط الحسابي=2.17.

كما تشير نتائج الجدول السابق إلى أن المهام المهنية التي يقوم بها ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في تقويم سياسات الرعاية الاجتماعية، هي (بالترتيب وفقا لقيمة الوسط الحسابي): تعديل أي انحرافات في تنفيذ البرامج والخدمات المقدمة للعملاء، تذليل الصعوبات التي تحد من استفادة العملاء من الخدمات المقدمة لهم، معرفة رأي العملاء فيما يقدم لهم من خدمات، تقديم مقترحات لتطوير الخدمات المقدمة للعملاء، قياس فعالية الخدمات المقدمة للعملاء للتحقق من تحقيقها لأهدافها، قياس كفاءة المؤسسة في تقديم الخدمات للعملاء، وفي الترتيب الأخير معرفة آثار السياسة الحالية لرعاية العملاء.

ورغم أن هذه النتائج تختلف مع نتائج دراسة عويس (2001) في مجال رعاية المعاقين، والتي أوضحت ندرة اجراء البحوث التقويمية، إلا أنها تتفق معها في حاجة ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة للتدريب على كيفية اجراء البحوث التقويمية وذلك لرفع مستوى أدائهم للمهام المتعلقة بقياس آثار سياسة الرعاية على العملاء وفعالية الخدمات وكفاءة المؤسسات في تقديم الخدمات، حيث أن هذه المهام جاءت في ترتيب متأخر مقارنة بالمهام الأخرى في هذه المرحلة.

(3) اختبار صحة فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى: من المتوقع أن يكون مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية "متوسط".

جدول (10) مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية

ن=192

م	الأبعاد	حدود المستوى "المتوسط"	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
أ	أداء المهام المهنية المتعلقة بوضع السياسة	(2.34 :1.68)	1.85	0.46	متوسط
ب	أداء المهام المهنية المتعلقة بتنفيذ السياسة		2.53	0.42	مرتفع
ج	أداء المهام المهنية المتعلقة بتقويم السياسة		2.17	0.47	متوسط
	أداء الدور ككل		**2.18**	**0.40**	**متوسط**

يتضح من نتائج الجدول السابق أن مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية "متوسط"، حيث أن الوسط الحسابي=2.18. ومن ثم تثبت صحة الفرضية الأولى للدراسة.

وبشكل تفصيلي، جاء ترتيب مستويات أداء الممارسين المباشرين للمهام المهنية وفقا لمراحل صنع السياسة على النحو التالي: تنفيذ السياسة "مستوى مرتفع"، تقويم السياسة "مستوى متوسط"، وفي الترتيب الأخير وضع السياسة "مستوى متوسط".

ومن ثم تثبت صحة الفرضية الأولى للدراسة فيما يتعلق بمرحلتي وضع السياسة وتقويم السياسة، ولم تثبت صحتها فيما يتعلق بمرحلة تنفيذ السياسة.

الفرضية الثانية: من المتوقع وجود علاقة معنوية بين الخصائص الشخصية لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.

جدول (11) العلاقة بين الخصائص الشخصية لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية

الخصائص الشخصية	ن	المعامل المستخدم	مستوى أداء الدور			
			وضع السياسة	تنفيذ السياسة	تقويم السياسة	صنع السياسة ككل
النوع	192	التوافق	0.077	0.164	0.076	0.105
السن	186	سبيرمان	0.099-	0.088	0.139-	0.072-
المشاركة السياسية	192	كندال تاو- ب	0.358 **	0.240 **	0.292 **	0.317 **
العضوية في منظمات المجتمع المدني	192	التوافق	0.047	0.185 *	0.212 *	0.262 **

** معنوي عند 0.01 * معنوي عند 0.05

تشير نتائج الجدول السابق إلى أنه:

(أ)- فيما يتعلق بمتغير النوع:

- لا توجد علاقة معنوية بين نوع ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بوضع سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل التوافق=0.077 وغير معنوية. وهذا يعني أن مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لهذه المهام لا يختلف باختلاف نوعهم.

- لا توجد علاقة معنوية بين نوع ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بتنفيذ سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل التوافق= 0.164 وغير معنوية. وهذا يعني أن مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لهذه المهام لا يختلف باختلاف نوعهم.
- لا توجد علاقة معنوية بين نوع ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بتقويم سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل التوافق= 0.076 وغير معنوية. وهذا يعني أن مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لهذه المهام لا يختلف باختلاف نوعهم.
- **وبشكل عام:** لا توجد علاقة معنوية بين نوع ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل التوافق=0.105 وغير معنوية. ومن ثم تثبت عدم صحة الفرضية فيما يتعلق بمتغير النوع.

(ب)- فيما يتعلق بمتغير السن:

- لا توجد علاقة معنوية بين أعمار ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بوضع سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل ارتباط سبيرمان= -0.099 وغير معنوية. وهذا يعني أن مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لهذه المهام لا يختلف باختلاف أعمارهم.
- لا توجد علاقة معنوية بين أعمار ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بتنفيذ سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل ارتباط سبيرمان= 0.088 وغير معنوية. وهذا يعني أن مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لهذه المهام لا يختلف باختلاف أعمارهم.
- لا توجد علاقة معنوية بين أعمار ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بتقويم سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل ارتباط سبيرمان= -0.139 وغير معنوية. وهذا يعني أن مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لهذه المهام لا يختلف باختلاف أعمارهم.
- **وبشكل عام:** لا توجد علاقة معنوية بين أعمار ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل ارتباط سبيرمان=-0.072 وغير معنوية. ومن ثم تثبت عدم صحة الفرضية فيما يتعلق بمتغير السن.

(ج) – فيما يتعلق بمتغير الاهتمام بالمشاركة السياسية:

- توجد علاقة طردية متوسطة بين مستوى اهتمام ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة بالمشاركة السياسية ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بوضع سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل كندال تاو– ب= 0.358 ومعنوية عند 0.01. وهذا يعني أنه كلما اهتم الممارسين المباشرين بالمشاركة السياسية ارتفع مستوى أدائهم لهذه المهام.
- توجد علاقة طردية ضعيفة بين مستوى اهتمام ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة بالمشاركة السياسية ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بتنفيذ سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل كندال تاو– ب= 0.240 ومعنوية عند 0.01. وهذا يعني أنه كلما اهتم الممارسين المباشرين بالمشاركة السياسية ارتفع مستوى أدائهم لهذه المهام.
- توجد علاقة طردية ضعيفة بين مستوى اهتمام ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة بالمشاركة السياسية ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بتقويم سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل كندال تاو– ب= 0.292 ومعنوية عند 0.01. وهذا يعني أنه كلما اهتم الممارسين المباشرين بالمشاركة السياسية ارتفع مستوى أدائهم لهذه المهام.
- **وبشكل عام:** توجد علاقة طردية ضعيفة بين مستوى اهتمام ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة بالمشاركة السياسية ومستوى أدائهم لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل كندال تاو– ب= 0.317 ومعنوية عند 0.01. وهذا يعني أنه كلما اهتم الممارسين المباشرين بالمشاركة السياسية ارتفع مستوى أدائهم لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية. ومن ثم تثبت صحة الفرضية فيما يتعلق بمتغير الاهتمام بالمشاركة السياسية.

(د)– فيما يتعلق بمتغير العضوية بمنظمات المجتمع المدني:

- لا توجد علاقة معنوية بين عضوية ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة بمنظمات المجتمع المدني ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بوضع سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل التوافق=0.047 وغير معنوية. وهذا يعني أن مستوى أداء ممارسي الخدمة

الاجتماعية المباشرة لهذه المهام لا يتأثر بعضوية الممارسين المباشرين في منظمات المجتمع المدني.

- توجد علاقة ضعيفة بين عضوية ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة بمنظمات المجتمع المدني ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بتنفيذ سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل التوافق=0.185 ومعنوية عند 0.05. وهذا يعني أن مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لهذه المهام يتأثر تأثيرا بسيطا بعضويتهم بمنظمات المجتمع المدني. حيث أن مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة الذين لهم عضوية بمنظمات المدني (الوسط الحسابي=2.6) مرتفع بدرجة بسيطة عن مستوى أداء الممارسين المباشرين الذين ليس لهم عضوية (الوسط الحسابي=2.5).
- توجد علاقة ضعيفة بين عضوية ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة بمنظمات المجتمع المدني ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بتقويم سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل التوافق=0.212 ومعنوية عند 0.05. وهذا يعني أن مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لهذه المهام يتأثر تأثيرا بسيطا بعضويتهم بمنظمات المجتمع المدني. حيث أن مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة الذين لهم عضوية بمنظمات المدني (الوسط الحسابي=2.3) أعلى بدرجة بسيطة عن مستوى أداء الممارسين المباشرين الذين ليس لهم عضوية (الوسط الحسابي= 2.1).
- **وبشكل عام:** توجد علاقة ضعيفة بين عضوية ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة بمنظمات المجتمع المدني ومستوى أدائهم لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل التوافق=0.262 ومعنوية عند 0.01. وهذا يعني أن مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية يتأثر تأثيرا بسيطا بعضويتهم بمنظمات المجتمع المدني. حيث أن مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة الذين لهم عضوية بمنظمات المدني (الوسط الحسابي= 2.28) أعلى بدرجة بسيطة من مستوى أداء الممارسين المباشرين الذين ليس لهم عضوية (الوسط الحسابي= 2.14). ومن ثم تثبت صحة الفرضية فيما يتعلق بمتغير العضوية بمنظمات المجتمع المدني.

وفي ضوء النتائج السابقة يتضح صحة الفرضية الثانية للدراسة فيما يتعلق بمتغيري المشاركة السياسية والعضوية بمنظمات المجتمع المدني، وعدم صحتها فيما يتعلق بمتغيري النوع والسن.

الفرضية الثالثة: من المتوقع وجود علاقة معنوية بين الخصائص المهنية لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.

جدول (12) العلاقة بين الخصائص المهنية لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية

الخصائص المهنية	ن	المعامل المستخدم	مستوى أداء الدور			
			وضع السياسة	تنفيذ السياسة	تقويم السياسة	صنع السياسة ككل
المؤهل العلمي	192	كندال تاو – ب	0.529 **	0.128	0.346**	0.393 **
مجال العمل	192	التوافق	0.481**	0.484 **	0.500 **	0.481 **
سنوات العمل	182	سبيرمان	0.024–	0.031	0.105–	0.070–

** معنوي عند 0.01 * معنوي عند 0.05

تشير نتائج الجدول السابق إلى أنه:

(أ) – فيما يتعلق بمتغير المؤهل العلمي:

- توجد علاقة طردية متوسطة بين المؤهل العلمي لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بوضع سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل كندال تاو– ب= 0.529 ومعنوية عند 0.01. وهذا يشير إلى أنه كلما ارتفع المؤهل العلمي للممارسين المباشرين ارتفع مستوى أدائهم لهذه المهام.
- لا توجد علاقة معنوية بين المؤهل العلمي لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بتنفيذ سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل كندال تاو– ب= 0.128 وغير معنوية، وهذا يشير إلى أن مستوى أداء الممارسين المباشرين لهذه المهام لا يختلف باختلاف مؤهلهم العلمي.
- توجد علاقة طردية متوسطة بين المؤهل العلمي لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بتقويم سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل كندال تاو– ب= 0.346 ومعنوية عند 0.01. وهذا يشير إلى أنه كلما ارتفع المؤهل العلمي للممارسين المباشرين ارتفع مستوى أدائهم لهذه المهام.
- **وبشكل عام:** توجد علاقة طردية متوسطة بين المؤهل العلمي لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل

كندال تاو- ب= 0.393 ومعنوية عند 0.01، وهذا يشير إلى أنه كلما ارتفع المؤهل العلمي للممارسين المباشرين ارتفع مستوى أدائهم لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية. ومن ثم تثبت صحة الفرضية فيما يتعلق بمتغير المؤهل العلمي.

(ب) – فيما يتعلق بمتغير مجال العمل:

- توجد علاقة متوسطة بين مجال عمل ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بوضع سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل التوافق= 0.481، ومعنوية عند 0.01، وهذا يشير إلى أن مجال العمل يؤثر في مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لهذه المهام. وبمراجعة مستويات أداء الممارسين المباشرين لهذه المهام وفقا لمجالات عملهم، تبين أنها سجلت مستويات متوسطة للممارسين في مجالات: رعاية الأطفال (2.1)، رعاية الشباب (2.09)، المجال المدرسي (1.95)، المساعدات الاجتماعية (1.85). ومستويات منخفضة للممارسين في مجالات: رعاية المعاقين (1.65)، المجال الصحي (1.65)، رعاية الأحداث (1.38).
- توجد علاقة متوسطة بين مجال عمل ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بتنفيذ سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل التوافق= 0.484، ومعنوية عند 0.01، وهذا يشير إلى أن مجال العمل يؤثر في مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لهذه المهام. وبمراجعة مستويات أداء الممارسين لهذه المهام وفقا لمجالات عملهم، تبين أنها سجلت مستويات مرتفعة للممارسين في جميع المجالات، ماعدا المجال الصحي، حيث سجل مستوى "متوسط".
- توجد علاقة متوسطة بين مجال عمل ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بتقويم سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل التوافق= 0.500، ومعنوية عند 0.01، وهذا يشير إلى أن مجال العمل يؤثر في مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لهذه المهام. وبمراجعة مستويات أداء الممارسين لهذه المهام وفقا لمجالات عملهم، تبين أنها سجلت مستويات مرتفعة للممارسين في مجالات: رعاية الأطفال (2.46)، رعاية الشباب (2.44)، ومستويات متوسطة للممارسين في المجالات: رعاية المعاقين (2.18)، المجال المدرسي (2.16)، المساعدات الاجتماعية (2.16)، رعاية الأحداث (2)، المجال الصحي (1.91).
- **وبشكل عام:** توجد علاقة متوسطة بين مجال عمل ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة ومستوى أدائهم لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل

التوافق= 0.481، ومعنوية عند 0.01، وهذا يشير إلى أن مجال العمل يؤثر في مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية. وبمراجعة مستويات أداء الممارسين في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية وفقا لمجالات عملهم، تبين أنها سجلت مستويات مرتفعة للممارسين في مجالات: رعاية الأطفال (2.43)، رعاية الشباب (2.40)، ومستويات متوسطة للممارسين في باقي المجالات على الترتيب: المدرسي (2.28)، المساعدات الاجتماعية (2.21)، رعاية المعاقين (2.1)، رعاية الأحداث (1.95)، المجال الصحي (1.89). ومن ثم تثبت صحة الفرضية فيما يتعلق بمتغير مجال العمل.

(ج)- فيما يتعلق بمتغير عدد سنوات العمل في المجال:

- لا توجد علاقة معنوية بين عدد سنوات عمل ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في مجال العمل ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بوضع سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل ارتباط سبيرمان= -0.024 وغير معنوية، وهذا يشير إلى أن مستوى أداء الممارسين لهذه المهام لا يختلف باختلاف عدد سنوات العمل في المجال.
- لا توجد علاقة معنوية بين عدد سنوات عمل ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في مجال العمل ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بتنفيذ سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل ارتباط سبيرمان= 0.031 وغير معنوية، وهذا يشير إلى أن مستوى أداء الممارسين لهذه المهام لا يختلف باختلاف عدد سنوات العمل في المجال.
- لا توجد علاقة معنوية بين عدد سنوات عمل ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في مجال العمل ومستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بتقويم سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل ارتباط سبيرمان= -0.105 وغير معنوية، وهذا يشير إلى أن مستوى أداء الممارسين لهذه المهام لا يختلف باختلاف سنوات عملهم في المجال.
- **وبشكل عام:** لا توجد علاقة معنوية بين عدد سنوات عمل ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في مجال العمل ومستوى أدائهم لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، حيث أن قيمة معامل ارتباط سبيرمان= -0.070 وغير معنوية، وهذا يشير إلى أن مستوى أداء الممارسين لدروهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية لا يختلف باختلاف عدد سنوات العمل في المجال. ومن ثم تثبت عدم صحة الفرضية فيما يتعلق بمتغير عدد سنوات العمل بالمؤسسة.

وفي ضوء هذه النتائج يتضح صحة الفرضية الثالثة للدراسة فيما يتعلق بمتغيري المؤهل العلمي ومجال العمل، وعدم صحتها فيما يتعلق بمتغير سنوات العمل في المجال.

تاسعا: نتائج الدراسة ومستخلصاتها:

استهدفت هذه الدراسة تحديد الدور الفعلي لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، وذلك من خلال تحديد مستوى أدائهم للمهام المهنية المتعلقة بكل مرحلة من مراحل صنع السياسة، وفحص العلاقة بين بعض الخصائص الشخصية والمهنية لهم ومستوى أدائهم لهذا الدور. فضلا عن طرح معالجات لقضايا مرتبطة بالخدمة الاجتماعية المباشرة ودورها في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.

وأوضحت نتائج الدراسة ما يلي:

(1) مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية "متوسط"، وتباينت مستويات أداء هذا الدور وفقا لمراحل صنع السياسة. حيث سجلت مستوى مرتفع في مرحلة تنفيذ السياسة، ومستوى متوسط في مرحلتى التقويم ووضع السياسة على الترتيب.

أ- مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة للمهام المهنية المتعلقة بوضع سياسات الرعاية الاجتماعية "متوسط". وجاء ترتيب المهام المهنية للممارسين المباشرين في هذه المرحلة على النحو التالي: تحديد أولويات حاجات العملاء، تحليل مشكلات العملاء، التنبؤ بتأثيرات السياسة المقترحة لرعاية العملاء، الضغط على المسئولين بالمؤسسة لتغيير السياسات لتقديم خدمات أفضل للعملاء، كسب تأييد الرأي العام تجاه قضايا ومشكلات العملاء، التواصل مع صانعي السياسة على كافة المستويات لمناقشة قضايا ومشكلات العملاء، التحالف مع الزملاء والمهتمين للتعبير عن مشكلات العملاء والدفاع عن حقوقهم، وفي الترتيب الأخير المشاركة في اقتراح تشريعات اجتماعية لصالح العملاء.

ب-مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة للمهام المهنية المتعلقة بتنفيذ سياسات الرعاية الاجتماعية "مرتفع". وجاء ترتيب المهام المهنية للممارسين المباشرين في هذه المرحلة على النحو التالي: مساعدة العملاء في الحصول على الخدمات والموارد التي يحتاجون إليها، تقديم المعلومات اللازمة للعملاء عن طبيعة الخدمات التي توفرها المؤسسة وشروط حصولهم عليها، مساعدة العملاء في الحصول على حقوقهم من المؤسسة، المشاركة في اقتراح المشروعات والبرامج التي يمكن أن تسهم في تحقيق رعاية العملاء، الاهتمام بفهم

سياسة رعاية العملاء، وفي الترتيب الأخير المشاركة في اختيار أفضل البدائل والحلول لتحقيق الأهداف.

ج- مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة للمهام المهنية المتعلقة بتقويم سياسات الرعاية الاجتماعية "متوسط". وجاء ترتيب المهام المهنية للممارسين المباشرين في هذه المرحلة على النحو التالي: تعديل أي انحرافات في تنفيذ البرامج والخدمات المقدمة للعملاء، تذليل الصعوبات التي تحد من استفادة العملاء من الخدمات المقدمة لهم، معرفة رأي العملاء فيما يقدم لهم من خدمات، تقديم مقترحات لتطوير الخدمات المقدمة للعملاء، قياس فعالية الخدمات المقدمة للعملاء للتحقق من تحقيقها لأهدافها، وقياس كفاءة المؤسسة في تقديم الخدمات للعملاء، وفي الترتيب الأخير معرفة آثار السياسة الحالية لرعاية العملاء.

(2) مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة للمهام المهنية المتعلقة بصنع سياسات الرعاية الاجتماعية والمرتبطة بالعمل داخل المؤسسة كتحديد أولويات حاجات العملاء، وتحليل مشكلاتهم، ومساعدة العملاء في الحصول على الخدمات والموارد التي يحتاجون إليها، والضغط على المسئولين لتغيير سياسة المؤسسة لتقديم خدمات أفضل للعملاء أعلى بكثير من مستوى أدائهم للمهام التي تقع خارج نطاق المؤسسة كالتحالف مع الزملاء والمهتمين للتعبير عن مشكلات العملاء والدفاع عن حقوقهم، وكسب تأييد الرأي العام، والتواصل مع صانعي السياسات.

(3) يتأثر مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية ببعض الخصائص الشخصية لهم (وهي: المشاركة السياسية، العضوية بمنظمات المجتمع المدني). حيث ترتفع مستويات أداء الممارسين المباشرين لدورهم في صنع السياسة بإرتفاع مستوى المشاركة السياسة. كما ترتفع مستويات أداء هذا الدور بالنسبة للممارسين المباشرين الذين لديهم عضوية بمنظمات المجتمع المدني.

(4) يتأثر مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية ببعض الخصائص المهنية لهم (وهي: المؤهل العلمي، مجال العمل). حيث ترتفع مستويات أداء الممارسين لدورهم في صنع السياسة بإرتفاع المؤهل العلمي لهم. وتختلف مستويات أداء هذا الدور باختلاف مجالات عمل الممارسين المباشرين، حيث سجلت مستويات مرتفعة في مجالات: رعاية الأطفال، رعاية الشباب، ومستويات متوسطة للممارسين في باقي المجالات على الترتيب: المدرسي، المساعدات الاجتماعية، رعاية المعاقين، رعاية الأحداث، المجال الصحي.

(5) إن نتائج هذه الدراسة طرحت عدد من القضايا المرتبطة بالخدمة الاجتماعية المباشرة ودور الممارسين المباشرين في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، وهذه القضايا مرتبطة بالبحث، الممارسة، والتعليم:

وفي ضوء نتائج الدراسة يرى الباحث أهمية اجراء المزيد من الدراسات عن هذا الموضوع، مع التركيز على كل مجال ممارسة على حده، واعطاء أولوية لدراسة دور الممارسين المباشرين في مرحلة وضع السياسة لما لها من تأثير مباشر على سياسات الرعاية الاجتماعية. فضلا عن التركيز على معوقات أداء هذا الدور والآليات المقترحة للتغلب عليها. كما تجدر الاشارة إلى أهمية الطرق الكيفية في مثل هذه النوعية من الدراسات. وتبرز أيضا أهمية دراسة أثر المتغيرات المؤسسية والمجتمعية في أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.

وتجدر الاشارة إلى أهمية دراسة المشاركة السياسية والمدنية لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة وسبل تعزيزها، وذلك لما لها من تأثير جوهري على مستوى أداء ممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة لدورهم في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.

وتبرز أهمية تنظيم برامج تدريبية لممارسي الخدمة الاجتماعية المباشرة بصفة عامة وفي المجالات التي سجل فيها الممارسين المباشرين مستويات أداء متوسطة ومنخفضة بصفة خاصة (وهي: المجال الصحي ومجال رعاية الأحداث ومجال رعاية المعاقين ومجال المساعدات الاجتماعية)، وكذلك للممارسين المباشرين الحاصلين على دبلوم متوسط وبكالوريوس الخدمة الاجتماعية حول كيفية انشاء التحالفات والطرق المشروعة للتعبير عن مشكلات واحتياجات العملاء والدفاع عن حقوقهم، التواصل الفعال والضغط على صانعي السياسة وكسب تأييد الرأي العام لإدراج قضايا ومشكلات العملاء في أجندة السياسة، واجراء البحوث التقويمية.

كما تبرز أهمية مراجعة محتوى برامج تعليم الخدمة الاجتماعية خاصة على مستوى البكالوريوس وتقييم مدى اسهامها في إعداد خريجين لديهم القدرة على أداء أدوار مؤثرة في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية، والاستفادة من نتائج هذه المراجعة في تطوير البرامج التعليمية بما يسهم في اعداد الممارسين للمشاركة الفعالة في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.

المراجع:

أبو النصر، مدحت محمد (2017). *الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي*. المجموعة العربية للتدريب والنشر.

أحمد، السيد علي عثمان (2017). دور النقابات المهنية في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية في مصر. *مجلة الخدمة الاجتماعية، 5*(57)، 48 - 100.

أحمد، محمد عبد الرحمن حسن (2011). *إسهامات المجالس الشعبية المحلية في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية: دراسة مطبقة على المجلس الشعبي المحلي بمحافظة أسيوط* [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة أسيوط.

حسن، حسن مصطفى (2005). *منظمات المجتمع المدني كشريك في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية في مصر* [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة حلوان.

الحمزاوي، محمد أحمد خليل (1996). *سياسة الرعاية الاجتماعية في مجال القوى العاملة: دراسة مطبقة على وزارة القوى العاملة والتشغيل في مصر* [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة حلوان.

حمزة، أحمد إبراهيم (2015). *السياسة الاجتماعية*، دار المسيرة.

داود، عماد حمدي (1998). *تحليل سياسات الرعاية الاجتماعية للطفولة في مصر في الفترة من (88- 1992): دراسة حالة بالتطبيق على وزارة الشئون الاجتماعية* [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة القاهرة.

الرشيدي، عبد الونيس محمد (2010). إسهامات أمانة الشباب بالحزب الوطني الديمقراطي في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية للشباب في مصر. *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، 7* (29)، 3528 - 3572.

الزغل، علاء على (٢٠٠٥) *إسهامات اللجان الخدمية بمجلس الشعب المصرى فى صنع سياسات الرعاية الاجتماعية* [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة حلوان.

سالم، نبيل سعد (2004). تحليل سياسات حماية البيئة في مصر في الفترة (1993-1998). *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية.2*(16)، 361-427.

السروجي، طلعت مصطفى (2004). *السياسة الاجتماعية في إطار المتغيرات العالمية الجديدة*. دار الفكر العربي.

السروجي، طلعت مصطفى، وفهمي، منال عبد الستار (2005). *السياسة الاجتماعية*. مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي- جامعة حلوان.

سلطان، وائل أحمد (2005). *إسهامات المجالس القومية المتخصصة في صنع سياسات الرعاية الإجتماعية: دراسة مطبقة على المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة حلوان.

سلطان، وائل أحمد (2013). *الاختصاصى الرقابى لأعضاء مجلس الشعب المصرى كمتغير فى صنع سياسات الرعاية الاجتماعية* [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة حلوان.

عبد الرازق، أحمد حسين (1998). *تحليل الجوانب الاجتماعية لسياسة الرعاية الصحية في مصر في الفترة من (1992-87)* [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة القاهرة.

عبد العزيز، مروة راجح محمود (2019). *الاختصاص التشريعي لأعضاء مجلس النواب وصنع سياسات الرعاية الاجتماعية في مصر* [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة حلوان.

عبده، طارق طاهر (2012). *شراكة الفقراء كمتغير في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية في مصر*[أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة حلوان.

عطا الله، سمر زكريا (2015). *إسهامات المنظمات الحقوقية فى صنع سياسات الرعاية الاجتماعية للمرأة المصرية مصر*[رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة حلوان.

علي، ماهر أبو المعاطي (2014). *التخطيط الاجتماعي ونموذج السياسة الاجتماعية في المجتمع السعودي*. دار الزهراء.

عويس، محمد محمود (2001). تحليل سياسات الرعاية الاجتماعية للمعاقين في مصر: دراسة لسياسات وزارة الشؤون الاجتماعية في مجال الصم وضعاف السمع. *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية*، (10)، 12- 82.

الغامدي، عبد اللطيف بن محمد بن أحمد هجران (2004). *أثر أسلوب اختيار حجم العينة وحجمها على دقة تقدير معالم المجتمع الاحصائي*. سلسلة البحوث التربوية والنفسية. مركز البحوث التربوية والنفسية. جامعة أم القري.

غرايبة، فيصل محمود (1976). *دراسة استطلاعية لوضع سياسة متكاملة للتخطيط لرعاية الشباب العربي في ضوء التجربة المصرية*[رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة حلوان.

قاسم، محمد رفعت، وأبو النصر، مدحت محمد (2005). نماذج تقييم وتقويم المنظمات الاجتماعية. *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، 2*(19)، 919-931.

المغلوث، فهد حمد (2015). *تقويم البرامج والمشروعات الاجتماعية* (ط.3). (ب. ن).

ناصر، رضا حسن عبد الوهاب محمد (2013). *شراكة المجتمع المدنى فى صنع سياسة الاسكان فى مصر* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة حلوان.

Alcock, C., Daly, G., & Griggs, E. (2008). *Introducing Social Policy* (2nd Ed.). Pearson Education.

Barker, R. L. (2014). *The social work dictionary*. (6th Ed.). NASW.

Bochel, H. (2011). The Policy Process. In P. Alcock., M. May & S. Wright (Eds.), *The Student's Companion to Social Policy* (PP.195-200). John Wiley & Sons.

Boyle, S. W., Smith, L. L., Farley, O. W., Hull, G. H., & Mather, J. H. (2014). *Direct practice in social work* (2nd Ed). Pearson Education Limited.

Chapin, R. (2011). *Social Policy for Effective Practice: A Strengths Approach* (2nd Ed.). Routledge.

DiNitto, D. & Johnson, D. (2016). Social Welfare Politics and Public Policy (8th Ed.). Pearson Education, Inc.

Dolgoff, R. L. (1981). Clinicians as social policymakers. *Social casework, 62*(5), 284-292.

Dolgoff, R., & Gordon, M. (1981). Education for policy making at the direct service and local levels. *Journal of Education for Social Work, 17*(2), 98-105.

Gilbert, N., & Specht, H. (1974). *Dimensions of social welfare policy*. Prentice-Hall, Inc.

Gilbert, N., & Terrell, P. (2013). *Dimensions of Social Welfare Policy* (8td Ed.). Pearson Education, Inc.

Hamilton, G. (1952). The role of social casework in social policy. *Social Casework*, *33*(8), 315-324.

Hepworth, D. H., Rooney, R. H., Rooney, G. D., & Strom-Gottfried, K. (2017). Empowerment series: Direct social work practice: Theory and skills, 9td ed., Cengage Learning.

Karger, H., & Stoesz, D. (2018). *American social welfare policy: A pluralist approach* (8td Ed.) . Pearson Education, Inc.

Lister, L. (1987). Contemporary direct practice roles. *Social Work, 32*(5), 384-391.

Merriam-Webster, Inc. (1996). *Merriam- Webster's Collegiate' Dictionary* (9td ed.).

Miley, K. K., O'Melia, M., & DuBois, B. (2017). *Generalist social work practice: An empowering approach*, (8td ed.). Pearson Education, Inc.

Neuman, W. L. (2014). *Basics of social research : Qualitative & Quantitative Approaches* (3rd Ed.). Pearson Education Limited.

Powell, T. J., Garrow, E., Woodford, M. R., & Perron, B. (2013). Policymaking opportunities for direct practice social workers in mental health and addiction services. *Advances in Social Work, 14*(2), 367-378.

Saulnier, C. F. (2000). Policy practice: Training direct service social workers to get involved. *Journal of Teaching in Social Work, 20*(1-2), 121-144.

Specht, H. (1968). Casework practice and social policy formulation. *Social Work, 13*(1), 42-52.

Welte, P. (2016). *The Social Worker and Successful State Social Policy*. Retrieved from Sophia, the St. Catherine University repository website: https://sophia.stkate.edu/msw_papers/682