

جامعة الجزائر 2

أبو قاسم سعد الله

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لدى العمال ذوي الإعاقة
الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العمل والتنظيم

إشراف:

أ.د. عائشة فتاحين

إعداد الطالبة:

سعيدة زرقاق

السنة الجامعية: 2015/2014

الفهرس

كلمة شكر

الإهداء

أ.....مقدمة

الباب الأول: الدراسة النظرية

الفصل الأول: حوادث العمل

16.....	تمهيد
17.....	1. تحديد مفهوم حادث العمل
20.....	2. تصنيف حوادث العمل
21.....	3. أسباب حوادث العمل
30.....	4. النظريات المفسرة لحوادث العمل
30.....	1.4. النظرية القدرية
31.....	2.4. نظرية الاستهداف للحوادث
31.....	3.4. نظرية الحرية والأهداف واليقظة
32.....	4.4. النظرية الطبية
32.....	5.4. نظرية التحليل النفسي
33.....	6.4. نظرية الضغط والتكيف
33.....	7.4. النظرية الاجتماعية
34.....	8.4. النظرية الوظيفية
35.....	5. الآثار المترتبة على حوادث وإصابات العمل
36.....	6. طرائق تحليل حوادث العمل
41.....	7. حوادث العمل
41.....	1.7. حجم مشكلة حوادث العمل
50.....	2.7. تكفل المشرع الجزائري بالمصابين بحوادث العمل
69.....	خلاصة الفصل

الفصل الثاني: الإعاقة الحركية الناتجة عن حوادث العمل

تمهيد	72
1. مفهوم الإعاقة الحركية	73
2. مفهوم الإعاقة الحركية المكتسبة	74
3. أسباب الإعاقات الحركية	75
4. تصنيف الإعاقات الحركية	76
1.4. تصنيف وفق طبيعة الإعاقة	76
2.4. تصنيف الإعاقة الحركية وفق الأسباب	78
3.4. تصنيف الإعاقة الحركية وفق درجة التبعية	80
5. الآثار المترتبة عن الإعاقة	80
1.5. الآثار النفسية للإعاقة	81
2.5. الآثار الاجتماعية للإعاقة	82
3.5. الآثار الوظيفية المهنية	85
6. التكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية	86
1.6. مفهوم العامل المعوق	86
2.6. تعريف التكفل بالعمل ذوي الإعاقة الحركية	87
3.6. أشكال التكفل	87
1.3.6. إعادة التأهيل الطبي	88
2.3.6. إعادة التأهيل الوظيفي	90
3.3.6. إعادة التأهيل النفسي	92
4.3.6. إعادة التأهيل الاجتماعي	94
5.3.6. إعادة التأهيل المهني	97
6.3.6. تكييف المراكز	104
7.3.6. الأروغونوميا كوسيلة لإعادة التأهيل المهني	105
7. حجم الإعاقة الحركية بسبب حوادث العمل	113
خلاصة الفصل	116

الفصل الثالث: إعادة التكيف النفسي الاجتماعي والمهني

119	تمهيد
120	1. تحديد مفهوم إعادة تكيف العمل ذوي الإعاقة الحركية
124	2. تحليل إعادة تكيف العمال ذوي الإعاقة الحركية
127	1.2. إعادة التكيف النفسي
127	1.1.2. تعريفه
127	2.1.2. مظهره
127	3.1.2. تقدير الذات
129	4.1.2. الشعور بالفعالية الذاتية
132	5.1.2. تقبل الإعاقة
135	6.1.2. التفاؤل
137	2.2. إعادة التكيف الاجتماعي
137	1.2.2. تعريفه
137	2.2.2. مظهره
143	1.2.2.2. المساندة الاجتماعية
138	2.2.2.2. الشعور بالخجل
147	3.2. إعادة التكيف المهني
147	1.3.2. تعريفه
147	2.3.2. مظهره
148	3.3.2. الالتزام التنظيمي
156	4.3.2. الدافعية للإنجاز
164	خلاصة الفصل

الباب الثاني: الدراسة الميدانية

الفصل الرابع: منهجية الدراسة الميدانية وإجراءاتها

تمهيد	168
1. أسئلة البحث	168
2. فرضيات البحث	168
3. منهج البحث	171
4. الدراسة الاستطلاعية	172
5. المجتمع الأصلي وعينة البحث	182
6. الإجراءات العملية لسير الدراسة الميدانية	185
7. تقنيات جمع البيانات	188
1.7. سلم تقييم درجة الإعاقة الحركية	188
2.7. استمارة المعلومات	189
3.7. مقياس إعادة التكيف النفسي	189
4.7. مقياس إعادة التكيف الاجتماعي	192
5.7. مقياس إعادة التكيف المهني	195
6.7. شبكة ملاحظة أرغونومية	198
7.7. استبانة تقييم محتوى برامج إعادة التأهيل الوظيفي	199
8. الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات الميدانية	199

الفصل الخامس: عرض وقراءة بيانات الدراسة الميدانية

تمهيد	202
المبحث الأول: عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف لدى أفراد العينة	
1. عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف لدى أفراد العينة (النتائج العامة)	203
1.1. مستوى إعادة التكيف لدى أفراد العينة (النتائج العامة)	203
2.1. الفروق في نتائج إعادة التكيف (النتائج العامة) تبعا لبعض العوامل الشخصية	204
3.1. العلاقة بين الجوانب النفسية والاجتماعية والمهنية لإعادة التكيف المهني	208

209.....2. عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة.....209

1.2. مستوى إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة.....209

2.2. الفروق في نتائج إعادة التكيف النفسي تبعا لبعض العوامل الشخصية.....210

3.2. عرض وقراءة نتائج التفاؤل لدى أفراد العينة.....214

4.2. عرض وقراءة نتائج تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة.....217

5.2. عرض وقراءة نتائج تقدير الذات لدى أفراد العينة.....220

6.2. عرض وقراءة نتائج الشعور بالفعالية الذاتية لدى أفراد العينة.....224

220.....3. عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف الاجتماعي.....220

1.3. مستوى إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة.....221

2.3. الفروق في نتائج إعادة التكيف النفسي تبعا لبعض العوامل الشخصية.....223

3.3. عرض وقراءة نتائج المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة.....235

4.3. عرض وقراءة نتائج الشعور بمستوى الخجل لدى أفراد العينة.....240

244.....4. عرض وقراءة إعادة التكيف المهني.....244

1.4. مستوى إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة.....244

2.4. الفروق في نتائج إعادة التكيف المهني تبعا لبعض العوامل الشخصية.....246

3.4. عرض وقراءة نتائج الالتزام التنظيمي لدى أفراد العينة.....249

4.4. عرض وقراءة نتائج الدافعية لدى أفراد العينة.....253

5.4. العلاقة بين مظاهر إعادة التكيف المهني.....258

المبحث الثاني: عرض وقراءة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف لدى أفراد العينة

1. عرض وقراءة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف (النتائج العامة) لدى أفراد العينة 259

2. عرض وقراءة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة.....261

3. عرض وقراءة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة.....262

4. عرض وقراءة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة.....263

5. أمثلة عن المراكز المكيفة كطريقة للتكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية الشديدة...264

الفصل السادس: تحليل ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية

تمهيد 276

المبحث الأول: تحليل ومناقشة نتائج إعادة التكيف لدى أفراد العينة

1. تحليل ومناقشة نتائج إعادة التكيف (النتائج العامة) لدى أفراد العينة 277

1.1. تحليل ومناقشة مستوى إعادة التكيف (النتائج العامة) لدى أفراد العينة 277

2.1. تحليل ومناقشة الفروق في نتائج إعادة التكيف (النتائج العامة) لدى أفراد العينة تبعا

لبعض العوامل الشخصية 277

3.1. العلاقة بين الجوانب النفسية والاجتماعية والمهنية لإعادة التكيف المهني 279

2. تحليل ومناقشة إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة 279

1.2. تحليل ومناقشة مستوى إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة 279

2.2. تحليل ومناقشة الفروق في نتائج إعادة التكيف النفسي تبعا لبعض العوامل

الشخصية 281

3.2. تحليل ومناقشة نتائج التفاؤل لدى أفراد العينة 285

4.2. تحليل ومناقشة نتائج تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة 288

5.2. تحليل ومناقشة نتائج تقدير الذات لدى أفراد العينة 293

6.2. تحليل ومناقشة نتائج العلاقة بين مظاهر إعادة التكيف النفسي 295

3. تحليل ومناقشة نتائج إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة 297

1.3. تحليل ومناقشة مستوى إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة 297

2.3. تحليل ومناقشة الفروق في نتائج إعادة التكيف الاجتماعي تبعا لبعض العوامل

الشخصية 298

3.3. تحليل ومناقشة نتائج المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة 300

4.3. تحليل ومناقشة نتائج الشعور بالخجل لدى أفراد العينة 303

5.3. تحليل ومناقشة نتائج العلاقة بين مظهري إعادة التكيف الاجتماعي 306

4. تحليل ومناقشة نتائج إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة 307

1.4. تحليل ومناقشة مستوى إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة 307

2.4. تحليل ومناقشة الفروق في نتائج إعادة التكيف الاجتماعي تبعاً لبعض العوامل

الشخصية..... 308

3.4. تحليل ومناقشة نتائج الالتزام التنظيمي لدى أفراد العينة 310

4.4. تحليل ومناقشة نتائج الدافعية لدى أفراد العينة..... 313

5.4. تحليل ومناقشة نتائج العلاقة بين مظهري إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة

..... 315

المبحث الثاني: تحليل ومناقشة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف لدى أفراد العينة

1. تحليل ومناقشة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف (النتائج العامة) لدى أفراد العينة

..... 317

2. تحليل ومناقشة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة..... 318

3. تحليل ومناقشة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة... 319

4. تحليل ومناقشة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة..... 320

خاتمة..... 322

قائمة المراجع 329

الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
26	النسب التقديرية لاحتمالات وقوع حوادث العمل.	01
27	العلاقة بين معدلات الحوادث ومدة الخدمة وجنس العمال.	02
38	نموذج لتحليل حادث عمل .	03
41	تطور حوادث العمل (2001-2010).	04
43	توزيع حوادث العمل حسب الجنس.	05
43	توزيع حوادث العمل حسب السن.	06
44	توزيع حوادث العمل حسب فرع النشاط.	07
45	توزيع حوادث العمل حسب الأقدمية.	08
46	توزيع حوادث العمل حسب ساعة وقوع الحادث.	09
47	توزيع حوادث العمل حسب يوم وقوع الحادث.	10
47	توزيع حوادث العمل حسب شهر وقوع الحادث.	11
48	توزيع حوادث العمل حسب منطقة الإصابة في الجسم.	12
49	توزيع حوادث العمل حسب مكان وقوع الحادث.	13
114	أنواع الإصابات المسببة للإعاقات الحركية بسبب حوادث العمل في الجزائر.	14
149	يبين أهم التعريفات لمفهوم الالتزام التنظيمي.	15
161	ارتباط دافعية الانجاز بدافعية التقرب من النجاح ودافعية تجنب الفشل.	16
184	خصائص العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل (افراد العينة).	17
191	توزيع معاملات الارتباط لفقرات تقبل الإعاقة بالدرجة الكلية للمحور والدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف النفسي.	18
191	توزيع معاملات الارتباط لفقرات التفاؤل بالدرجة الكلية للمحور والدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف النفسي.	19
191	توزيع معاملات الارتباط لفقرات تقدير الذات بالدرجة الكلية للمحور والدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف النفسي.	20
192	توزيع معاملات الارتباط لفقرات الشعور بالفعالية بالدرجة الكلية للمحور	21

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
	والدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف النفسي.	
192	توزيع معاملات الارتباط بين مظاهر إعادة التكيف النفسي.	22
194	توزيع معاملات الارتباط لفقرات المساندة الاجتماعية بالدرجة الكلية للمحور والدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف الاجتماعي.	23
194	توزيع معاملات الارتباط لفقرات الخجل بالدرجة الكلية للمحور والدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف الاجتماعي.	24
195	توزيع معاملات الارتباط بين مظاهر إعادة التكيف النفسي.	25
196	توزيع معاملات الارتباط لفقرات الالتزام بالدرجة الكلية للمحور والدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف المهني.	26
196	توزيع معاملات الارتباط لفقرات الدافعية بالدرجة الكلية للمحور والدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف المهني.	27
197	توزيع معاملات الارتباط بين مظهري إعادة التكيف المهني.	28
197	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للمقاييس ودرجات الأبعاد التابعة لها .	29
203	مستوى إعادة التكيف (النتائج العامة) لدى أفراد العينة	30
205	توزيع الفروق في إعادة التكيف (النتائج العامة) لدى أفراد العينة.	31
208	العلاقة بين أبعاد إعادة التكيف (إعادة التكيف النفسي، إعادة التكيف الاجتماعي وإعادة التكيف المهني).	32
209	مستوى إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة.	33
210	توزيع الفروق في إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة تبعا لظروفهم الشخصية.	34
214	توزيع مستويات التفاؤل لدى أفراد العينة.	35
215	توزيع الفروق في مستويات التفاؤل لدى أفراد العينة.	36
217	مستوى تقبل الإعاقة أفراد العينة.	37
219	توزيع الفروق في مستويات تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة تبعا لبعض العوامل الشخصية.	38
221	توزيع مستويات الشعور بالفعالية الذاتية لدى أفراد العينة.	39

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
223	توزيع الفروق في مستويات الشعور بالفعالية الذاتية لدى أفراد العينة.	40
226	توزيع الفروق في مستويات تقدير الذات لدى أفراد العينة.	41
227	توزيع مستويات التفاؤل لدى أفراد العينة.	42
229	توزيع معاملات الارتباط بين مظاهر التكيف النفسي لدى أفراد العينة.	43
230	مستوى إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة	44
232	توزيع الفروق في إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة	45
235	مستوى المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة	46
236	توزيع الفروق في مستويات المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة	47
240	مستوى الخجل لدى أفراد العينة	48
241	توزيع الفروق في مستويات الخجل لدى أفراد العينة	49
244	العلاقة بين مظهري إعادة التكيف الاجتماعي (المساندة الاجتماعية، الخجل)	50
245	مستوى إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة	51
246	توزيع الفروق في إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة	52
249	مستوى الالتزام التنظيمي لدى أفراد العينة	53
250	توزيع الفروق في مستويات الالتزام التنظيمي لدى أفراد العينة	54
253	مستوى الدافعية للإنجاز لدى أفراد العينة	55
255	توزيع الفروق في مستويات الدافعية للإنجاز لدى أفراد العينة	56
258	العلاقة بين مظهري إعادة التكيف المهني (الالتزام التنظيمي، الدافعية للإنجاز)	57
260	دور التكفل بذوي الإعاقة الحركية في إعادة التكيف (النتائج العامة) لديهم	58
261	دور التكفل بذوي الإعاقة الحركية في إعادة التكيف النفسي لديهم	59
262	دور التكفل بذوي الإعاقة الحركية في إعادة التكيف الاجتماعي لديهم	60
263	دور التكفل بذوي الإعاقة الحركية في إعادة التكيف المهني لديهم	61

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
41	تطور حوادث العمل (2001-2010)	01
42	تطور حوادث العمل حسب درجة الحادث (2001-2010)	02
43	توزيع حوادث العمل حسب الجنس	03
44	توزيع حوادث العمل حسب السن	04
45	توزيع حوادث العمل حسب الأقدمية	05
46	توزيع حوادث العمل حسب ساعة وقوع الحادث	06
48	توزيع حوادث العمل حسب منطقة الإصابة في الجسم	07
49	توزيع حوادث العمل حسب مكان وقوع الحادث	08
104	يوضح سيرورة إعادة التأهيل المهني لذوي الإعاقات بسبب حوادث العمل	09
108	مخطط يوضح الخطوات الأساسية في علم النفس الارغومي لإعادة التأهيل	10
123	أبعاد الإعاقة	11
154	يوضح نموذج ستيرز للالتزام التنظيمي	12
155	يوضح نموذج لوثنان وباك وتابلور	13
163	يوضح العلاقة بين الدافعية في العمل والالتزام	14
164	المظاهر النفسية والاجتماعية والمهنية لإعادة التكيف لدى العامل ذوي إعاقة حركية بسبب حوادث العمل	15
176	مخطط لسيرورة إعادة التأهيل الوظيفي للعمال المصابين بحوادث العمل لعيادة مسرغين	16
181	مخطط لسيرورة إعادة التأهيل الوظيفي للعمال المصابين بحوادث العمل المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (الشاطئ الأزرق)	17
267	نتائج الحالة الأولى في إعادة التكيف مقارنة بنتائج العينة ككل	18
270	نتائج الحالة الثانية في إعادة التكيف مقارنة بنتائج العينة ككل	19
272	نتائج الحالة الثالثة في إعادة التكيف مقارنة بنتائج العينة ككل	20
273	نتائج الحالات الثلاث في إعادة التكيف مقارنة بنتائج العينة ككل	21
327	يوضح مسار العامل ذي إعاقة حركية بسبب حادث العمل منذ تعرضه للحادث إلى عودته إلى العمل	22

إهداء خاص

إلى من كان رمزا للعطاء والكفاح والصبر

إلى من زرع في حب العلم

إلى من كان المثل الأعلى في عظمة الرجال

إلى من كان لي سندا في حياته وأملا في النجاح بعد مماته

إلى روح والدي الطاهرة

الباحثة

الشكر والتقدير

يطيب لي أن أقدم بجزيل شكري، وجميل امتناني إلى كل أساتذتي الكرام، وعلى رأسهم أساتذتي الفاضلة فتاحين عائشة التي قدمت لي التوجيهات العلمية القيمة طوال فترة الدراسة

كما أوجه شكرا خاصا إلى كل العمال أفراد العينة على صبرهم وعفويتهم أثناء إجراء الدراسة الميدانية

وأشكر عائلتي على صبرها ودعمها لي وخاصة زوجي وأولادي وأنيسة، كما أشكر كل من ساهم في إنجاح هذا العمل من خلال المساعدة المادية والمعنوية، وأخص بالذكر الدكتورة "طيّار" مديرة الوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية، والسيد عمر نجار، والدكتور بروري.

الباحثة

مقدمة

مقدمة:

يشكل العمل إحدى العوامل الهامة لاستمرار الحياة على وجه الأرض، وتكمن أهميته بالنسبة للإنسان في كونه الحالة التي يحقق الفرد من خلالها ذاته ويدرك معنى الحياة و يساهم بواسطتها في تطوير المجتمع الذي يعيش فيه. كما يعد العمل من أهم العناصر التي تساعد على تلبية حاجات الفرد وتكوين تصور ايجابي نحو ذاته وتعطيه دورا ومكانة في الحيز الاجتماعي والاقتصادي.

تكمن مقومات العمل في تنفيذ مجموعة من المهام التي يحتاج إليها المجتمع والتي ترتب أهميتها حسب قيم اجتماعية خاصة و يتطلب أداءها القدرة على بذل الجهد البدني والذهني من طرف العامل. وقد شهد العمل تطورا في شكله ومضمونه حيث ساهم التقدم العلمي والتقني وما حمله من أساليب صناعية جديدة في تطور وتقدم وتنوع مجالات العمل ، ومع ذلك يبقى العامل في ميدان عمله عرضة لحوادث مهنية قد تهدد حياته بالموت أو تجعله يعاني من عجز دائم يعيقه عن أداء مهامه و لعب أدواره والنفسية والاجتماعية و يحد من قدراته المهنية مما يؤثر بشكل أو بآخر على مكانته وظيفته في العمل، بل يجد نفسه بعد الإصابة بحادث عمل أمام ضرورة التكيف مع وضعيته الجديدة مهنيا، نفسيا واجتماعيا.

أولت العديد من الدراسات والأبحاث في الآونة الحالية خاصة في ميدان علم النفس العمل والتنظيم أهمية خاصة لموضوع حوادث العمل وذلك بسبب ارتفاع عدد المصابين وضحايا هذه الحوادث وما تخلفه من آثار نفسية واجتماعية واقتصادية وجسمية (عاهات، عجز..) قد تصل إلى فقدان الحياة.

إن حوادث العمل، وإن كانت ظاهرة لازمت المجتمع الإنساني قديمه وحديثه فإن هناك فرق بين هاته الحوادث من ناحية الكم والكيف، وهي اليوم من أخطر الظواهر التي يواجهها المجتمع في شتى المجالات، وأكثرها انتشارا خاصة في السنوات الأخيرة، وقد ازدادت خطورتها مع تعقد ظروف المجتمع وتطور الحياة التكنولوجية والاجتماعية والاقتصادية، حيث نجد هناك من يعتبرها خاصية من خصائص المجتمع الصناعي.

تعد حوادث العمل والإصابات الناجمة عنها من خسائر في الأرواح والأموال والمعدات والتعويضات...، وبما تخلفه من جرحى ومرضى ومشوهين، شللا يصيب المجتمع ككل، وتزداد خطورتها بحجم انتشارها وكثافتها فقد أصبحت يومية الحدوث، وتؤكد المؤشرات الإحصائية أنه في كل عام يصاب 25 مليون عامل بأضرار تتراوح بين العجز الكلي أو الجزئي أو الوفاة، كما تسبب حوادث العمل خسائر مادية تتجاوز ملايين الدولارات، بالإضافة إلى التكاليف المالية التي تدفع كتعويضات للعمال، وعدد الساعات الضائعة أثناء وقوع الحوادث. حيث بينت عدة دراسات مدى ثقل وخطورة النتائج الطبية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية للإصابات المهنية. وقد اتخذت عدة دول قرارات حول تبني أو تعديل قانون حوادث العمل، ومثال على ذلك كندا التي تبنت سنة 1985 قانون حوادث العمل والأمراض المهنية، والذي يشير إلى الإطار التشريعي لإعادة التكيف الاجتماعي والمهني للعامل المصاب وكيفية تطبيقه. أما في الجزائر فقد اتخذت إجراءات تشريعية توضح وتقن مختلف أشكال التدخل الفعلي الصحي والاجتماعي للضمان الاجتماعي لصالح العمال المؤمنين والمعرضين لحوادث العمل والأمراض المهنية، والذي يشمل حق إعادة التكيف الاجتماعي والمهني لهم. (المصدر: الجريدة الرسمية رقم 11 المؤرخة 2006/02/9).

ونظرا للتزايد المستمر لعدد الحالات المسجلة والتكاليف المترتبة عن الحوادث المهنية، ومشكلات العجز الناتجة عنها، والتكاليف-التي أثقلت كاهل الضمان الاجتماعي والتي أثرت بشكل مباشر على نشاط الانتاج- أصبحت انشغالا اجتماعيا هاما في العديد من الدول، وظهر بذلك الاهتمام بشكل جدي بالبحث حول موضوع إعادة الدمج المهني لدى العمال المصابين بحوادث العمل في مجموع الدول الغربية (Baril , 2002)

وأظهرت بعض الإحصائيات أن نسبة قليلة من العمال المصابين بالحوادث المهنية لم يتمكنوا من العودة إلى العمل بسبب الإصابة، في حين تمكن حوالي (90%) منهم من العودة إلى عالم الشغل بعد فترات توقف عن العمل قدرت بثلاث أشهر وبعد تلقي العلاج الطبي الملائم. (Gatchel et Gardea, 1999 ; Carey, 1999) كما أشارت نتائج لجنة الصحة والأمن في العمل (CSST : Commission de Santé et de Sécurité au Travail,

(2004 ، إلى أن نسبة (10.4%) من مجموع العمال المصابين بالحوادث لا يتمكنون من العودة إلى العمل، في حين أن نسبة (90%)، أي أغليتهم يتمكنون من العودة إلى العمل. وهذه النسبة التي تتمكن من العودة إلى العمل بعد تلقيها العلاج والرعاية والتكفل منذ الإصابة، تعيش سيرورة إعادة التكيف، بحيث تتباين مدتها بتباين نوع الإصابة ودرجة العجز إضافة إلى عوامل أخرى.

تمثل العودة إلى العمل في المجتمع المعاصر أمرا أساسيا للحياة السيكولوجية وللراحة النفسية، حيث يؤكد المختصون في إعادة التكيف المهني والمستشارين منهم بأهمية العمل ويدعمون فكرة اعتبار العمل حق أساسي للأشخاص الذين يعانون من عجز. (Chan, Reid, Roldan et Mpofu, 1997, Perrone, Chan et Thomas, 2000)

وتهدف إعادة التكيف و الإدماج من ناحية إلى إيجاد توازن جديد بين المصاب بالحادثة المهني وبين محيطه العائلي والاجتماعي والمهني، ومن ناحية أخرى إلى مساعدته على تحقيق استقلاليته بفضل العمل (وظيفة) أو أي شكل من اشكال النشاط ذا قيمة، وتحقيق بذلك الاندماج الاجتماعي. (Parker et Szymansky, 2003 ; Rubin Rossler, 1995)

كما تهدف إلى تحسين مختلف نشاطات الحياة اليومية بما في ذلك نشاطات الحياة المهنية، مما يساعد العامل المصاب بالعجز بسبب حادث العمل على الاندماج في العمل وفي المجتمع ككل.

إن ندرة الدراسات حول عملية إعادة الإدماج الاجتماعي والمهني للعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب مرض أو حادث مهني ونقصها خاصة في الجزائر، دفع الباحثة إلى الاهتمام بعملية إعادة التكيف (La réadaptation) النفسي والمهني والاجتماعي ومحاولة كشف مختلف العوامل المحددة لإعادة تكيف العاملين المصابين بحوادث العمل نفسيا واجتماعيا ومهنيا.

سيتناول موضوع البحث إعادة التكيف ودراسة أبعادها النفسية والاجتماعية والمهنية لدى العاملين ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل بهدف محاولة فهمها كما هي وعلاقتها بالعوامل الأخرى، أي دراسة هذه العملية كظاهرة بمختلف أبعادها ومظاهرها؛ خاصة و أن

موضوع إعادة التكيف وإعادة إدماج العمال مهنيًا بعد الإصابة بالحوادث ومختلف عناصر هذه العملية أصبح انشغالا أساسيا للباحثين.

إن الاهتمام بالموضوع قد دفعنا إلى لاطلاع على ما توصلت إليه دراسات بعض الباحثين وانتقال دراسة الموضوع من الجانب الطبي البحت إلى الجانب الديناميكي البيوسيكوجتماعي (biopsychosocial) أي دراسة العوامل المتعددة (Baril,2002)، والعلاقة بين الفرد ومحيطه من خلال تصميم برامج تهدف إلى إعادة تكيف وإدماج المصابين بحوادث العمل في الوسط المهني.

(Frank, Norman et Wells,1996) و قد أكدت الدراسات حول تلك البرامج أهمية العوامل النفسية الاجتماعية بغض النظر عن درجة ونوع الإصابة (Baril,2002) .

كما اهتمت الدراسات والبرامج بالمبادئ العامة لإعادة الإدماج في العمل، مركزة في ذلك على الجانب التشريعي والإداري والطبي بتناولها البنية التشريعية والإدارية والمكونات التنظيمية لعملية إعادة الإدماج، ومختلف الإجراءات الإدارية التي تشير إلى دور مختلف العناصر الاجتماعية التي تتدخل في سيرورة التكيف (الأطباء، المعالجون، الموظفون، النقابات....)؛ إلا أن إشكالية إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني أوسع من هذا الإطار الإداري والتشريعي؛ ومن ثم بدأ الاهتمام بمختلف العوامل التي تسهل عملية عودة العامل إلى عمله، وتبقى عملية إعادة التكيف وإعادة الإدماج للمصابين بحوادث العمل هامة للغاية إلى يومنا هذا، حيث انه لم يتم بعد تحديد شكل نهائي أو نموذج لعملية الإدماج في العمل (Rossignol et Suissa,1996).

وفي هذا الصدد، حاول ريمون باريل تلخيص خمسة عشر (15) سنة من البحوث حول إعادة التكيف لدى العمال المصابون بحوادث العمل في كندا، ولاحظ خلال ذلك تطور الاهتمام بالبحث حول سيرورة إعادة الدمج المهني والاجتماعي للعمال الذين تعرضوا لحوادث العمل فكانت البداية متواضعة، حيث اهتم الباحثون بتحديد موضوع البحث، وتحديد الاشكاليات وإيجاد الحلول الهامة لمجموع الفاعلين الاجتماعيين الناشطين في سيرورة إعادة تكيف العمال.

ثم ظهر الاهتمام بعدة مواضيع، كالاهتمام بآلام الظهر لدى العمال، وخاصة أن هذا النوع من الإصابات المهنية يمثل نسبة معتبرة من مجموع الإصابات كما أن التعويض المالي لفئة العمال الذين يعانون من آلام الظهر يمثل أكبر تكلفة، وخاصة أن ضحايا هذا النوع من الإصابات يتوقفون عن العمل لمدة طويلة. (Baril, R, 2002)

وفي سنة 1994، نشر باريل وزملاؤه تقرير بحث، تم فيه تحديد إشكالية إعادة الدمج الاجتماعي والمهني للعمال الذين تعرضوا لإصابات مهنية، وسيرورة إعادة تأهيل طبي واجتماعي ومهني، حيث شملت الدراسة العمال الذين تعرضوا لمختلف أنواع الحوادث، وكانت العينة متكونة من العمال الذين يعانون من قدرات محدودة دائمة، وتوصلوا إلى أن هناك أربع فئات من العمال حسب نوع إعادة الدمج (العودة إلى نفس المستخدم، العودة إلى مستخدم آخر، عدم العودة إلى العمل، العودة إلى العمل غير ممكنة)، واتضح لهم في الأخير أن العمال الذين عادوا إلى نفس المستخدم، تمت إعادة دمجهم بشكل أسهل مقارنة مع العمال الذين التحقوا بمستخدم آخر.

وبعد ذلك أصبحت الدراسات والبحوث تهتم بفعالية التدخلات من أجل تحقيق إعادة التكيف لدى العمال المصابين بحوادث العمل. حيث تبين في هذا الصدد، (Loizel et coll, 1997) أن العمال الذين استفادوا من تكفل كامل (تكفل طبي وحتى بعد العودة إلى العمل ومتابعته) أظهروا عودة سريعة إلى العمل مقارنة مع العمال الذين تلقوا علاجاً إكلينيكياً عادياً.

وعالجت نفس الدراسة الجانب الاقتصادي للمؤسسة التي يعمل بها المصابون بالحوادث، حيث توصلت إلى أن العمال الذين تابعوا برنامجاً أو تدخلت كاملاً من أجل العودة إلى العمل، بما في ذلك التكفل الطبي، حققوا أقل تكلفة للمؤسسات المؤمنة، وهذا بسبب عودتهم إلى العمل بعد توقف عنه لمدة قصيرة، أي تقلص مدة غيابهم عن العمل، رغم تكلفة تلك التدخلات. (Loizel et coll, 2002)

وقد تبين لنا من خلال الدراسات السابقة أن هناك تناولين رئيسيين لموضوع إعادة التكيف المهني (La réadaptation professionnelle) يركز كل منهما على الفرد في التحليل:

أ. التناول الأمريكي: يركز هذا التناول أساسا على الخصائص السوسيوديموغرافية (sociodémographiques) للفرد، فالدراسات التي أجريت في هذا التناول، تهدف من خلال دراسة العلاقات بين مختلف المتغيرات (السن، الجنس، المكانة، الدخل...الخ) إلى بناء سلم يسمح بالتنبؤ بالأفراد المصابين بالحوادث الذين يتكيفون أو يندمجون أكثر (Hester et al, 1986).

ب. التناول الأوروبي: تهتم الدراسات في هذا التناول بالعمليات النفس-اجتماعية (الدافعية، الاتجاهات...الخ)، التي تؤثر على نجاح عملية عودة العاملين المصابين بالحوادث إلى سوق العمل. (Dejours et al, 1986).

وتشير الدراسات إلى أهمية مختلف العوامل التي تدخل في عملية العودة إلى العمل بعد الحادث المهني، حيث تتميز عملية إعادة التكيف (la réadaptation) بتعدد الأبعاد، حيث تشمل الجوانب الشخصية، والهوية والعلائقية والمهنية... (Durand et Loizel, 2001).

ويمكن القول أنه مهما اختلف التناول، فإن إعادة التكيف، عملية اجتماعية معقدة ترتبط بمجموعة من العناصر المختلفة الواجب مراعاتها لفهم و الإلمام بظاهرة يكون فيها الفرد (العامل المصاب) بمختلف أبعاده الجسمي، السيكلولوجي والاجتماعي والمهني عنصرا أساسيا.

وسنحاول من خلال هذا البحث دراسة عملية إعادة التكيف للمعوقين بسبب حوادث العمل، والبحث في أبعادها و مظاهرها النفسية والاجتماعية والمهنية.

وقد أشارت بعض الدراسات إلى هذه الجوانب، والتي أدرجتها الباحثة كمتغيرات أو عوامل محددة لإعادة التكيف، من بين هذه الدراسات: دراسة كل من كونراد لكونت وريجندال سافارد (Conrad Lecomte et Réginald Savard, 2006) حول آثار التدخل الاستشاري على إعادة التكيف المهني للعمال المصابين بإعاقات مزمنة بسبب حوادث العمل، ودراسة ريمون باريل و آخرون (Baril et al, 1994) وهي دراسة استكشافية لسيرورة إعادة الدمج الاجتماعي والمهني للعمال المصابين بحوادث العمل. وتناولت هذه الدراسات العوامل النفس اجتماعية المتعددة الأبعاد والمتمثلة في: عوامل نفسية (الاعتقادات، النفاؤل، الشعور بالفعالية الذاتية؛ عوامل انفعالية:

القلق، الاحباط، الانهيار؛ تقدير الذات، استراتيجيات التكيف)؛ وعوامل اجتماعية (الدعم الاجتماعي - دعم العائلة ودعم الزملاء-، الضغط الاجتماعي والتشجيع، دعم المستشار المكلف بإعادة التكيف)؛ وعوامل مهنية (الارتباط بالعمل، الأهمية التي يوليها العامل لعمله، التعويضات المالية).

كما تبين من تقسيم مسار العامل المصاب بالحادث المهني لإعادة تكيفه، ثلاثة مراحل أو أجزاء أساسية، تتمثل في المسار الطبي-الاداري والتشريعي، والمسار الاجتماعي المتعلق بمجموع العلاقات مع أطراف الشبكات الاجتماعية، والمسار الشخصي المرتبط بمعيشة العامل لسيرورة إعادة تكيفه، و تعدد وتنوع العوامل التي يمكن أن تتدخل في سيرورة إعادة التكيف.

وقد يتطلب لقراءة وفهم مجموع العناصر التي تكون مسار العمال المصابين بحوادث العمل التركيز على البعد الزمني، باعتبار أن معيشة الحادث من قبل العامل مهمة في إدراكه لذاته ومكانته الاجتماعية، فعندما يتمكن العامل المصاب من المعالجة الطبية التي يؤخذ فيها بعين الاعتبار مختلف أبعاد الحادث، والتي تقدم دعماً نفسياً واجتماعياً، يساعده ذلك على إعادة تكيفه ودمجه .

بالإضافة إلى مسار العامل المرتبط بالعمل، فإن العوامل المتعلقة بالدينامية الداخلية للمؤسسة التي يعمل بها المصاب هامة جداً، فعندما تهتم المؤسسة بعودة العامل إلى عمله بعد الإصابة، وتبني نماذج لتخطيط وتكييف وضعيات العمل لذلك العامل من جهة أخرى، سيزيد ذلك من فرص نجاح العامل وتحقيقه لإعادة تكيف مهني.

كما أن لعلاقات العامل مع محيطه دور هام يساهم في دعم إعادة التكيف، أي أن هذه الأخيرة تركز على دعم الشبكة الاجتماعية، إضافة إلى الدعم المعنوي والمالي المقدم من قبل العائلة والأصدقاء، حيث يتجنب العامل بذلك العزلة الاجتماعية. (Martin et Baril, 1993)

إن الإصابة بالحادث المهني الذي يخلف لدى العامل عجزاً جسماً، و يحد من قدراته، تجعله في وضعية تستلزم إعادة بناء صورة جديدة تتناسب وتلك القدرات، ويتحقق ذلك من خلال سيرورة التقبل بالتدرج، وفي هذه المرحلة، تتطور تلك الصورة لدى العامل من خلال الوعي بعجزه

وحدود قدراته، وهنا يكون للدعم الذي يتلقاه العامل من قبل الزوج(ة) والأسرة والأصدقاء، وإمكانية مقارنة نفسه بأشخاص آخرين يعانون من عجز اشد منه، والعودة إلى العمل في محيط مكيف لظروفه الجسمية.... كلها عوامل تساهم في بناء هويته الجديدة.

وانطلاقا مما سبق من توضيح لمختلف المحددات والعوامل التي يمكن أن تتدخل في سيرورة إعادة التكيف لذوي الإعاقة الحركية بسبب حوادث العمل، وبعد أن تبين أن لكل من خصائص الحادث وخصائص الإعاقة الناتجة عنها وخصائص الشبكة الاجتماعية التي يرتبط بها العامل المصاب، وكذا خصائص محيط العمل الذي يعود إليه بعد الإصابة دور هام في تحقيق أو عدم تحقيق إعادة التكيف، فإننا نتساءل من خلال الإشكالية التي يثيرها موضوع البحث عن واقع هذه السيرورة في الجزائر(خاصة وأن الدراسات في هذا السياق خاص وفي علم النفس وعلم الاجتماع تكاد تكون غائبة:

ما هو واقع إعادة التكيف لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية بسبب حوادث العمل؟

تقتضي الإجابة عن هذا السؤال الإجابة على التساؤلات الآتية :

1. ما هو مستوى إعادة التكيف النفسي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات إعادة التكيف النفسي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة، العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر؟

2. ما هو مستوى إعادة التكيف الاجتماعي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ذلك وفق السن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة، العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر؟

3. ما هو مستوى إعادة التكيف المهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات إعادة التكيف المهني

لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة، العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر؟

4. هل توجد علاقة بين الأبعاد الثلاثة لإعادة التكيف (أي بين إعادة التكيف النفسي وإعادة التكيف الاجتماعي وإعادة التكيف المهني)؟

5. هل توجد علاقة بين التكيف بالعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وإعادة تكيفهم النفسي والاجتماعي والمهني؟

إن ما يزيد من أهمية الدراسة الحالية كونها -حسب علم الباحثة- أول دراسة تجرى حول عملية إعادة التكيف للعمال المصابين بحوادث العمل، وحول الأبعاد النفسية والاجتماعية والمهنية لهذه العملية؛ وهي تحاول الكشف عن وضعية هذه العملية في الجزائر من خلال التعرف على الإجراءات الطبية والإدارية المتخذة من قبل المؤسسات المعنية للتكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، وذلك منذ وقوع الحادث إلى ما بعد العودة إلى العمل، والتعرف على أهم العوامل التي تساعد في تحقيق تكيف للعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، وذلك بعد عودتهم إلى العمل.

كما تسعى الدراسة الحالية إلى المساهمة في إثراء جانب مهم من مجالات الدراسات النفسية والاجتماعية، وهي الجوانب النفسية والاجتماعية والمهنية لعملية إعادة التكيف لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، ومعرفة الفروق في هذه الجوانب حسب بعض المتغيرات (السن، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة العائلية، الأقدمية المهنية، تاريخ الحادث، نوع ودرجة الإصابة، مدة الغياب عن العمل، العودة إلى نفس المركز أو مركز آخر).

كما تكمن الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة، في كونها نادرة في الجزائر، ولم يسبق تناولها من قبل، ثم إن هذه الدراسة ستثري من خلال نتائجها موضوع إعادة التكيف للعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وقد تقيّد المسؤولين في تحقيق إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لفئة العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، كون هذه

الدراسة خطوة لاقتراح برنامج لإعادة التكيف النفسي الاجتماعي والمهني لتلك الفئة، كما أن المؤسسات ستستفيد أكثر عندما يتمكن العمال الذين يصابون بحوادث العمل من العودة إلى العمل، وكلما استفاد العمال من هذه البرامج، يتحقق تكيفهم بسرعة، وبالتالي تتم العودة إلى العمل في أقرب الآجال.

ولتحقيق المرامي السابقة، اقترحنا خطة عمل قسمنا على أساسها الرسالة إلى جانبيين، الأول يعتبر محاولة تقديم الجانب النظري، والثاني ملما للجانب التطبيقي، ويشمل القسم الأول ثلاثة فصول، خصص الفصل الأول لحوادث العمل في الجزائر من خلال مفهومها وتصنيفها، ورصد مختلف النظريات المفسرة لها، ومختلف أسبابها، ثم الإشارة إلى أهم طرق تحليلها، ومختلف الآثار الناتجة عنها، كما ارتأينا توضيح حوادث العمل من منظور التشريع الجزائري، ثم التحسيس بخطورة الحوادث المهنية من خلال تقديم إحصائيات تشير إلى حجم المشكلة، وذلك حسب الاحصائيات المسجلة على مستوى وزارة العمل والضمان الاجتماعي والتشغيل خلال الفترة 2005-2010 وإدراج مختلف الإجراءات الإدارية والقانونية لعملية التكفل بالعمال الذين تعرضوا لحوادث العمل. أما الفصل الثاني فيشير إلى لإعاقة الحركية المكتسبة، من خلال توضيح مفهومها، وأسبابها وتصنيفها، وأهم آثارها النفسية والاجتماعية والوظيفية المهنية، وختمنا الفصل بالتكفل بالعمال ذوي الإعاقات الحركية بسبب حوادث العمل والإشارة إلى دور الارغونوميا كوسيلة في التكفل وتقديم بعض الأرقام حول الإعاقة الحركية الناتجة عن حوادث العمل.

أما الفصل الثالث فقد خصصناه لإعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لدى العمال ذوي الاعاقات الحركية بسبب حوادث العمل، والذي عالجننا فيه مفهوم إعادة التكيف، ومختلف مظاهره النفسية والمتمثلة في تقبل الإعاقة، والتفاؤل والشعور بالفعالية الذاتية وتقدير الذات، والاجتماعية التي تظهر في المساندة الاجتماعية والشعور بالخجل، والمساندة المهنية التي تتمثل في الشعور بالالتزام التنظيمي، والدافعية للإنجاز.

أما الجانب التطبيقي، فقد قسمناه إلى ثلاثة فصول، تناول الفصل الأول منهجية الدراسة، من خلال المنهج المتبع ووصف العينة والدراسة الاستطلاعية ومختلف الإجراءات العملية لسير

الدراسة الميدانية، ومختلف التقنيات المستخدمة لجمع البيانات، والتقنيات الاحصائية المعتمدة لمعالجة تلك البيانات. وخصصنا الفصل الثاني لعرض وقراءة نتائج الدراسة الميدانية، حيث تم أولاً عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف النفسي، ثم نتائج إعادة التكيف الاجتماعي، وبعدها عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف المهني، ثم عرض نتائج العلاقة بين الجوانب النفسية والاجتماعية والمهنية لإعادة التكيف، ومن ثم عرض وقراءة نتائج دور التكفل بالعمال ذوي الاعاقة الحركية بسبب حوادث العمل في إعادة تكيفهم النفسي والاجتماعي والمهني، وختمنا الفصل بتقديم ثلاث حالات من الإعاقة الشديدة.

أما الفصل الثالث، فقد تضمن تحليل ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية على ضوء نتائج الدراسات السابقة، حيث تم أولاً تحليل ومناقشة نتائج إعادة التكيف النفسي، ثم نتائج إعادة التكيف الاجتماعي، وبعدها تحليل ومناقشة نتائج إعادة التكيف المهني، ثم نتائج العلاقة بين الجوانب النفسية والاجتماعية والمهنية لإعادة التكيف، ومن ثم تحليل ومناقشة نتائج دور التكفل بالعمال ذوي الاعاقة الحركية بسبب حوادث العمل في إعادة تكيفهم النفسي والاجتماعي والمهني، وختمنا الفصل بأهم الاستنتاجات المستخلصة.

الباب الأول

الدراسة النظرية

الفصل الأول

حوادث العمل

تمهيد

1. تحديد مفهوم حادث العمل
2. تصنيف حوادث العمل
3. أسباب حوادث العمل
4. النظريات المفسرة لحوادث العمل
5. الآثار المترتبة على حوادث وإصابات العمل
6. طرائق تحليل حوادث العمل
7. حوادث العمل في الجزائر

خلاصة الفصل

تمهيد:

يحتل موضوع حوادث العمل مركزا هاما في العديد من الدراسات خاصة في ميدان علم النفس العمل والتنظيم، نظرا لتزايد عدد المتعرضين لحوادث العمل، ولما تخلفه من آثار جسدية (عاهات، عجز..) قد ينتج عنها الوفاة، ونفسية واجتماعية واقتصادية ...

فحوادث العمل من أخطر الظواهر التي يواجهها المجتمع في شتى المجالات، وتزداد خطورتها كلما تعقدت ظروف المجتمع، حيث أصبحت شائعة في السنوات الأخيرة، وأصبحت تقع كل يوم، وهناك من يعتبرها من خصائص المجتمع الصناعي، وتؤكد المؤشرات الإحصائية أنه في كل عام يصاب 25 مليون عامل بأضرار تتراوح بين العجز الكلي أو الجزئي أو الوفاة، كما تسبب حوادث العمل خسائر مادية تتجاوز ملايين الدولارات، بالإضافة إلى التكاليف المالية التي تدفع كتعويضات للعمال، وعدد الساعات الضائعة أثناء وقوع الحوادث. ففي الولايات المتحدة الأمريكية، تشير الأرقام إلى أن عدد القتلى سنويا بسبب حوادث العمل يقدر بما يزيد عن 14 ألف عاملا، كما يقدر عدد الإصابات السنوية بما يقارب 2.2 مليون إصابة، وتؤدي هذه الحوادث إلى كلفة اقتصادية عالية، حيث تفقد بلايين الدولارات نتيجة تعطل العمل بسبب الإصابة أو تلف الآلات أو التعويضات التي تدفع للعامل المصاب ولأسرته في حالة الوفاة. (شحاتة ربيع، 2010: 209)

والجزائر كذلك تعاني من تزايد حوادث العمل وبالتالي تزايد المصابين (تتراوح بين الإصابات السطحية والإعاقات وحالات الوفاة)، وتزايد ما تكلفه من أموال سواء لتصليح المعدات والممتلكات ... أو لدفع التعويضات للعامل المصاب (تكاليف العلاج) أو لأسرته (في حالة وفاة)، وسنقدم الأرقام والإحصائيات لحوادث العمل في الجزائر حسب ما قدمته وزارة العمل والضمان الاجتماعي للسنوات 2005-2010 لاحقا.

1. تحديد مفهوم حوادث العمل:

تشير في البداية أنه لا بدأ من الأخذ بعين الاعتبار في دراسة حوادث العمل العامل في محيط عمله، و تركز فكرة دراسة حوادث العمل بالنسبة للمختص في علم النفس على ضرورة البحث عن شروط وظروف التوازن بين العامل وعمله، لتحقيق هدف تحسين الظروف والوقاية.

فالحادثة (accident) بمعناها الواسع هو كل ما يحدث دون أن يكون متوقع الحدوث، بحيث ينجم عنه أضرار تصيب الفرد أو تصيب الآخرين . (شحاتة ربيع، 2010: 209) بالإضافة إلى أنه جرت العادة في قياس الأمن الصناعي على أن تقتصر الإصابات على تلك التي تقع العامل المصاب عن العمل أكثر من يوم واحد أو أكثر من نوبة العمل التي وقعت فيها الحادثة. (محمد علي، 2005: 359)

أما حوادث العمل فقد تعددت التعريفات المقدمة لها حسب وجهات النظر، وحسب الزاوية التي ترى منها، فالحادث من الزاوية الطبية هو ما يخلفه من عاهات وجروح ونسبة العجز، والمختص في الإحصاء يهتم بعدد الحوادث وتكرارها وتوزيعها حسب بعض العوامل، يراها صاحب العمل أنها خسارة اقتصادية، تعطل الآلات

نقدم أهم التعريفات الواردة حول حوادث العمل:

- نعني بحادث عمل كل حادث يقع - مهما كان السبب- نتيجة أو في مناسبة عمل لكل شخص أجير، أو يعمل في أي مكان، بأي رتبة. (Levy-Leboyer, C et Sperandio, J.C, 1987 : 703)

- ويعرفها (عاطف محمد عبيد) أنها عددا من الساعات الضائعة وذلك تبعا لدرجة خطورة الإصابة ، أو بعبارة أخرى هي تلك الآثار المباشرة أو غير المباشرة التي خلفتها إصابات العمل وتتمثل في التعويض عنها ودفع الأجور بالكامل أثناء فترة العلاج للمصاب. وينشأ حادث العمل مباشرة من موقف العمل ووضعيته أي من الأجهزة والآلات وحتى العامل نفسه لسوء أدائه أو استعداده أو نتيجة اضطراب نفسي أو لسوء تكيف يعانیه العامل سواء كان ناتجا عن مؤثر داخلي يفقده توازنه أو عن مؤثر خارجي يعيق توافقه. (محمد عبيد، 1971: 13)

- يعرفها (عبد المولى) بأنها واقعة تسبب مساسا بالجسم البشري (كل أذى يلحق به سواء كانت جروحا، أو كسورا، تشويها، بترًا..) وتكون ذات أصل خارجي، وتتميز بقدر من المفاجأة.

- حدث يقع دون توقع أو سابق معرفة نتيجة مسببات خارجية أو أخطاء يرتكبها العامل، ينتج عنه أضرار تصيب العامل نفسه أو الآخرين أو الممتلكات أو المعدات أو كل ذلك، وبالتالي هو حدث غير مخطط له وغير مقصود من قبل العامل وإن كان في بعض الأحيان سبباً مباشراً للوقوع في، ينتج عنه توقف العامل أو الآخرين عن العمل لفترة زمنية معينة حسب الضرر الذي لحق بهم. (محمد، 2010: 725)

- يرى (عبد الرحمن عيسوي) أن الحادث حدث غير متوقع وخاطيء ولكن ليس بالضرورة بسبب الإصابة أو الخسائر ويؤدي هذا الحادث إلى عرقلة أداء النشاط أو استكمالها. (عيسوي، 1982)

- تعرف الحوادث في موسوعة العمل بالتوقف الفجائي وغير منتظر عن العمل لنسق معين أو مجموعة من العمال والآلات المرتبطة بشبكة من الاتصالات التي يكون فيها سبب هذا التوقف هو إصابة أحد العمال أو خسائر مادية.

(Dictionnaire général des sciences humaines, 2001)

- كما يعرف حادث العمل حسب قانون الضمان الاجتماعي: يعتبر حادث عمل، مهما اختلفت الأسباب، ذلك الحادث الذي يقع في إطار أو مناسبة العمل، لكل شخص أجبر يعمل بصفة معينة، أو في مكان معين لفائدة مستخدم أو مجموعة من المستخدمين. كما يمكن إضافة حادث المسار إلى فئة حوادث العمل، إذا حدث في المسار ذهاب وإياب العامل من مكان إقامته إلى مقر عمله أو إلى المكان الذي يعتاد الذهاب إليه للطعام. (Daligand, 2001 : 72)

وقد ورد تعريف حادث العمل في قانون 83/13 المؤرخ في 20/07/1983 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، والمعدل في قانون 96/16 المؤرخ في 06/07/1996، وذلك في المواد: 6-7-8:

المادة 06: يعتبر حادث عمل كل حادث مسبب لإصابة جسمية ناتج عن سبب مفاجئ، خارجي، طرأ في إطار علاقة العمل.

المادة 07: (المعدلة في المادة 02 من قانون 96/16): كذلك يعتبر حادث عمل الحادث الذي يطرأ خلال:

- مهمة ذات خاصية استثنائية أو دائمة المنفذة خارج المؤسسة.

- ممارسة أو مناسبة انتخابية
 - خلال الدراسة المتبعة بصورة منتظمة، خارج ساعات العمل.
- المادة 08:** (المعدلة في المادة 03 من قانون 96/16): ويعتبر كحادث عمل (حتى وإن كان المعني غير مؤمن اجتماعيا) الحادث الذي يقع خلال:
- النشاطات الرياضية المنظمة من قبل المؤسسة المستخدمة
 - إنجاز فعل في الصالح العام أو في إنقاذ شخص في خطر.
- كما ورد أيضا أن حادث سير يمكن اعتباره كحادث عمل، في:

المادة 12: إن حادث السير مثله مثل حادث عمل، وذلك في حالة أن الحادث وقع خلال وقت ذهابه إلى العمل، أو عودته، مهما كان نوع وسائل النقل المستعملة، شرط ألا يكون الطريق المتخذ منحرفا -إلا في حالة الاستعجال أو الضرورة-، أي أن المسار مضمون بين مكان العمل ومكان الإقامة أو مكان آخر أين يذهب العامل عادة سواء لأخذ وجباته أو لأسباب ذات طابع عائلي*.

وهناك من يعرف الحادث على أنه حدث غير متوقع وغير مخطط له يقع بسبب ظروف العمل غير الآمنة أو تصرفات العمل غير الآمنة مما قد يسبب أو لا يسبب إصابات (Hinze, 1998)

حيث يعرف الضرر الذي يصيب العامل بسبب وقوع حادث معين بأنه "إصابة" أي أن الإصابة هي النتيجة المباشرة للحادث الذي يتعرض له العامل، وتعرف إصابة العمل بأنها الإصابة التي تحدث للعامل في مكان العمل أو بسببه وكذلك تعتبر الإصابات التي تقع للعمال في طريق ذهابهم إلى العمل أو طريق الرجوع من العمل إصابات عمل بشرط أن يكون الطريق الذي سلكه العامل هو الطريق المباشر دون توقف أو انحراف، وتعتبر الأمراض المهنية من إصابات العمل (البريري، 2005)

* Notice du ministère de travail, de l'emploi et de la sécurité sociale : caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés

2. تصنيف الحوادث:

يمكن تصنيف حوادث العمل بطرق مختلفة:

1.2. من حيث نوعها: وتصنف إلى حوادث مرور وحوادث مناجم وحوادث طائرات وحوادث سيارات أو حوادث بسيطة أو حوادث جسيمة.

2.2. من حيث نتائجها: تصنف إلى حوادث تتلف الآلات أو المنتجات أو تصيب الأشخاص بإصابات مختلفة كالحروق أو الكسور أو فقد الحواس أو الأعضاء أو التشوهات المختلفة أو الموت.

3.2. من حيث خطورتها: حوادث مميتة وحوادث تؤدي إلى عجز دائم كفقْد العينين أو اليدين، أو إلى عجز جزئي كفقْد عين واحدة أو يد واحدة . وحوادث تؤدي إلى عجز كلي مؤقت أي يمنع العامل من العمل لفترة مؤقتة وأخرى تحتاج إلى مجرد إسعاف أولي أو علاج بسيط.

4.2. من حيث أسبابها: حوادث ترجع في المقام الأول إلى عوامل بشرية مثل إهمال العامل أو شرود ذهنه أو ضعف ذكائه أو قلة خبرته أو عجزه عن ضبط نفسه، وحوادث ترجع إلى عوامل مادية أو ميكانيكية كسقوط أشياء على العامل أو انفجار بعض المواد أو وجود مادة لزجة على الأرض أو تلف مفاجئ في بعض الآلات...

5.2. كما يمكن تصنيفها إلى حوادث يمكن تجنبها وأخرى يتعذر تجنبها، كخراب مفاجئ في آلة حديثة ثبتت صلاحيتها بعد اختيارها. (شحاتة ربيع، 2010: 210)

6.2. وتصنف أيضا حسب نوع الصناعة نفسها، فمثلا في صناعة الزجاج تنتشر فيها حوادث قطع الأصابع أو الأطراف.

7.2. كما يمكن تصنيفها حسب الوقت الضائع الناتج عن الحادثة، أي نتيجة غياب العامل عن العمل أكثر من يوم. (أبو النيل، 2005: 405)

8.2. ويمكن تصنيفها إلى حوادث تترتب عليها إصابة أو ضرر، وأخرى لا تتجم عنها إصابة أو ضرر. (عويضة، 1996: 253)

3. أسباب حوادث العمل:

لا تنشأ حوادث العمل عن عامل واحد بل عن تفاعل عدة عوامل متضافرة مشتركة، فهناك العوامل الشخصية أو الداخلية أو البشرية التي ترجع إلى الشخص نفسه، وهناك العوامل البيئية أو الخارجية التي تنشأ من ظروف العمل كسوء الإضاءة أو سوء وضع الآلات أو تصميمها أو طول دورة العمل أو سرعته والتي تنشأ من خارج العمل كالملاعب العائلية... (محمد علي، محمد عبد الغني، 2005: 361)

1.3. العوامل الخارجية للحوادث: والتي يطلق عليها أيضا العوامل المادية، و يمكن حصرها في:

1.1.3. الظروف الفيزيائية السيئة:

تؤدي الظروف الفيزيائية السيئة إلى وقوع الحوادث بسبب ارتباطها بالعمل وتأثيرها على العمال، وقد تكون أسبابا رئيسية في وقوع الحوادث، ومنها:

◀ **الحرارة والرطوبة:** يؤدي ارتفاع درجة الحرارة عن المعدل المطلوب إلى تعرض العامل لإلى الوقوع في الحوادث، حيث تؤثر الحرارة المرتفعة في الحالة المزاجية والعصبية للعامل وتجعله متوترا، وأظهرت الدراسات أن الحوادث ينقص عددها عندما تكون درجة الحرارة والرطوبة ملائمتين، فقد كان أقل معدل للحوادث في المصانع عندما كانت درجة الحرارة 20°، فلما انخفضت إلى 14° زاد عدد الحوادث زيادة ملحوظة، كما ازداد أيضا بارتفاع درجة الحرارة. كما أن هناك ما أيضا أن درجة الحرارة المتطرفة لا تصحبها زيادة في معدل الحوادث فقط بل وفي خطورة الحوادث وجسامتها. (محمد علي، 2005: 362)

◀ **الضوضاء:** فالضوضاء المرتفعة تؤثر تأثيرا مباشرا في القدرة على العمل، حيث تؤدي إلى تشتت الذهن وعدم التركيز، تشويش عملية الاتصال وإدراك المعلومات الضرورية للعمل (إشارات لفظية أو تنبيهات صوتية) وضعف حاسة السمع مع مرور الوقت تنتج عنها حوادث وأمراض مهنية.

◀ **الإضاءة:** عندما تكون الإضاءة في أماكن العمل غير جيدة، تؤدي إلى إجهاد العين وتضعف بالتالي قدرة العامل على التمييز في حركات الآلات والمعدات، ما يعرضه إلى الوقوع في الحوادث.

◀ **التهوية:** تؤثر سوء التهوية على صحة وأمن العامل من الناحية الجسمية والنفسية وبالتالي تجعله عرضة للوقوع في الحوادث. (ياسين وآخرون، 1999: 203)

2.1.3. طبيعة الأرضية: كثيرا ما تسبب الأرضية المبتلة سواء بالماء أو الزيوت أو مواد لزجة أخرى في انزلاق العامل أثناء أداء مهمته وتنقله بين مراكز العمل في الورشة أو في مكان آخر للعمل، وتنجم عن سقوطه كسورا قد تكون خطيرة. (عودة سعيد، 1994: 500)

3.1.3. طبيعة الآلات ومعدات الإنتاج: تمثل حوادث العمل الناتجة عن استخدام الآلات والمعدات الإنتاجية نسبة معتبرة، ذلك لأنها ليست مضمونة، وتكون سببا مباشرا للحوادث في الحالات التالية:

- التصميم غير المؤمن للآلات والأجهزة
- عدم تصوير الأجزاء الآلية الخطيرة
- عدم وجود أجهزة للوقاية
- استخدام أجهزة سريعة التآكل والتصدع

4.1.3. نوعية المواد الأولية المستعملة: قد تكون المواد الأولية المستعملة في الصناعة سببا في وقوع حوادث عمل، سواء أثناء نقلها، أو استعمالها في العملية الإنتاجية وذلك بسبب:

- ضعف أجهزة التغليف الضرورية لها
- طبيعتها الخطيرة كالمواد الكيماوية أو المواد القابلة للانفجار
- عدم احترام الشروط اللازمة في تخزينها

5.1.3. عدم كفاءة أعمال الصيانة: يتطلب الإنتاج في المؤسسات الصناعية نوعيات معينة من الآلات والمعدات، والتي يمكن أن تتعرض للتلف والتآكل نتيجة لاستعمالها في العملية الإنتاجية دون انقطاع، ولهذا لا بد من صيانتها بصفة مستمرة، حتى لا تكون سببا في وقوع الحوادث، ومن العوامل المتعلقة بالصيانة والتي يمكن أن تسبب الحوادث، ما يلي:

- عدم تشحيم وتنظيف آلات وتجهيزات الإنتاج بصفة منتظمة
- عدم تزويد الآلات بالمواد اللازمة لتشغيلها
- عدم إصلاح الأعطاب التي لحقت بالآلات والمعدات

- ضعف قطع الغيار المستعملة... (حنفي، 1991: 521)

2.3. العوامل الداخلية للحوادث: والتي تتمثل في العوامل الإنسانية وتعتبر السبب الرئيسي لوقوع الحوادث، سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة إذ تختلف هذه العوامل، باختلاف مسؤولية كل عنصر بشري في المؤسسة، ويمكن حصرها فيما يلي:

1.2.3. مسؤولية الإدارة العليا: إن وضوح الأهداف الرئيسية للإدارة العليا واهتمامها بالعنصر البشري، هدف رئيس يتحقق من خلال التدريب في كافة المجالات و على رأسها الصحة و السلامة المهنية، إذ عليها البحث عن سبل الابتكار لتقليل الحوادث و تشجيع العمال لتطبيق أنظمة السلامة، و تطبيق أقصى العقوبات وتشجيع الأبحاث و الدراسات... الخ .

فيمكن أن نجد في طريقة تسيير هذه المؤسسة و على رأسها الإدارة العليا بمشاركة بقية الإدارات سبب الحادث، فلا ننسى أن الإدارة العليا هي التي تقرر: التطبيقات التنظيمية التكنولوجية المستعملة، شراء المعدات و الأدوات، طرق العمل، برامج التدريب، برامج الصحة والوقاية، ساعات العمل، نظام الأجور، المراقبة... الخ . فأى خطأ أو تقصير من جانب الإدارة العليا سيكون عاملاً مباشراً أو غير مباشر في وقوع الحادث.

2.2.3. مسؤولية إدارة الموارد البشرية: إلى جانب مسؤولية الإدارة العليا، فإن إدارة الموارد البشرية تلعب دوراً كبيراً في وقوع الحوادث أو الحد منها، و ذلك عن طريق :

أ- **سوء الاختيار المهني:** إن ملاءمة العامل لعمله يرتبط بمدى توفر المواصفات والقدرات الجسمية، العقلية و النفسية فيه، والتي تعد ضرورية حتى يتمكن من التكيف مع الآلة وظروف العمل السائدة. وبالمقابل فإن غيابها عند اختيار العامل يرفع من احتمال تسببه في وقوع الحوادث. و من أهم مظاهر سوء الاختيار المهني توظيف عمال مستهدفين للحوادث، وضع العامل في موقع لا يتناسب مع قدراته... الخ، مما يجعله أكثر عرضة للتسبب في الحوادث. والخسائر الناجمة عن الحوادث التي تنجم عن العمال، بسبب سوء الاختيار والتوجيه مثال حي

على ذلك، إذ يرى (فرواز Frois) أن (43%) من الحوادث ترجع إلى سوء تكيف العامل، ومن هذه النسبة (10%) نتيجة لنقص في المؤهلات المهنية و(15%) قصور أو عيب فسيولوجي، و(18%) سببها ضعف نفسية العامل.

ب- نقص التدريب: تستدعي طبيعة العمل الصناعي، أن يكون العامل متحكماً من طريقة العمل السليمة، و مدرباً على الكيفية المناسبة لتشغيل الآلات و الأجهزة، فالجهل بهذه الأساليب أو النقص في التدريب، من شأنه أن يبرز مواقف و سلوكيات غير مأمونة تكون سبباً في الحوادث، كالعامل بمعدل سرعة أكبر، إساءة استعمال الآلات و أجهزة المناولة...الخ.

ج- عدم فعالية برامج الصحة و السلامة المهنية: على إدارة الموارد البشرية تصميم برامج الصحة و السلامة المهنية التي تقي من وقوع الأخطار المهنية، و ذلك بمشاركة عدة أطراف. فإدارة الموارد البشرية لا تكف بالالتزام بالتشريعات و التعليمات، إذ يجب عليها أن تسعى لوضع برامج فعالة لتجنب الأخطار. لذا فأى تقصير في وضع هذه البرامج أو في تطبيقها و متابعتها سوف يخلق ثغرات، قد تكون سبباً مباشراً أو غير مباشر في وقوع الحوادث .

3.2.3. مسؤولية المشرف المباشر: إن أي تعليمات تصدر عن إدارة المؤسسة والمتعلقة بالصحة والسلامة المهنية ، لن يكون لها أي تأثير ما لم يوجد جهاز يتولى الإشراف و المتابعة والمراقبة، وعلى رأس هذا الجهاز المشرف المباشر .

يترتب عن تميز المشرف بضعف المهارات، عدم الجدية، ضعف الشخصية، عدم جدارته بالمسؤولية...، عدة سلوكيات، يمكن أن تكون سبباً للحدث مثل: نقص التوجيه و الإشراف، عدم التنفيس عن مواقع الخطر، عدم مراقبة التطبيق السليم لقواعد الصحة و السلامة، عدم إشراك العاملين في أعمال الوقاية، عدم فعالية أعمال و برامج الوقاية و عدم كفاءتها، عدم تحديد مسؤولية الحوادث التي تقع، عدم وجود نظام يتم بموجبه الكشف عن العمال الجدد من حيث لياقتهم البدنية، النفسية و العقلية...الخ وغيرها من المظاهر التي قد تشكل خطراً على المؤسسة.

4.2.3. مسؤولية العمال: يصدر عن العمال خاصة عمال التنفيذ الذين في إلتماس مباشر مع الآلة، تصرفات غير مأمونة تكون سبباً مباشراً للحدث منها:

-تشغيل الآلات دون إذن أو تصريح .

- العمل بمعدل سرعة غير مأمون أو تجاوز المعدل.
- سوء استعمال أدوات الوقاية الشخصية أو عدم استعمالها.
- سوء استعمال الآلات و المواد الخطرة.
- شرود الفكر و عدم التركيز و الانتباه أثناء العمل.
- عدم التبليغ عن ظروف غير مأمونة.
- عدم إتباع القواعد و التعليمات السليمة للعمل.
- اتخاذ مواقف غير آمنة ، كالوقوف تحت أحمال معلقة ...الخ.

و بنفس الأهمية، يلعب السلوك غير السوي لبعض العاملين، دورا في الإصابات و حوادث العمل، مثل تناول المشروبات الكحولية، و تعاطي المخدرات بأنواعها، ما يؤدي إلى فقد العامل وعيه أو تركيزه أثناء العمل. فحوادث و إصابات العمل تتأثر بشكل بالغ بالتصرفات والسلوكيات الخاطئة للعمال، الأمر الذي يحد كثيرا من فاعلية أنظمة الصحة والسلامة المهنية.

3.3. التفاعل بين الأسباب الإنسانية و المادية:

الواقع أن العوامل المادية و العوامل الإنسانية لا يعمل كل منهما مستقلا عن الآخر؛ و إنما يحدث دوما تظافر أو تفاعل بين هذه العوامل. فليس من الضروري أن يكون المسؤول عن وقوع الحادث عامل مادي واحد أو عامل انساني واحد، و لكن قد يحدث أن يكون المسؤول عن وقوع الحادث، عدد من العوامل المادية و من العوامل الإنسانية.

و قد تم في هذا الخصوص، إجراء العديد من الدراسات والأبحاث من طرف العديد من المنظمات المتخصصة، مثل المركز الأمريكي للسلامة المهنية، منظمة العمل الدولية، مركز البحوث والدراسات في الصحة و السلامة المهنية بكندا (IRSST)، مكتب عمل بنسلفانيا، وعدد من الباحثين مثل: هنريش، فرنيس...، و قد استهدفت تلك الدراسات والأبحاث محاولة تحديد ما إذا كانت حوادث العمل تقع نتيجة تصرفات غير سليمة من طرف العامل، أم سبب ظروف بيئية غير آمنة و مناسبة، أم الاعتبارين في الوقت نفسه. و يوضح الجدول التالي نتائج بعض الدراسات.

إجمالي	الاعتباران في نفس الوقت	ظروف غير آمنة	تصرفات غير آمنة	الجهة التي قامت بإعداد الدراسة
%100	%65	%3	%32	دراسات مكتب عمل بنسلفانيا
%100	%53	%18	%29	دراسة المركز الأمريكي السلامة المهنية
%100	-	%12	%88	دراسة هينريش (Heinrich)
%100	%84	%14	%16	دراسة فرنيس (Franiss)
%100	%68	-	%28	دراسة مينتز (mints)
%100	%30	%16	%54	دراسة هيجلاند (Hegglund)

(01): النسب التقديرية لاحتمالات وقوع حوادث العمل

(أحمد الهنداوي، 1994: 61).

نلاحظ من الجدول أن أغلب الدراسات، ترى أن جزءا من حوادث العمل يقع لأسباب إنسانية وجزءا لأسباب مادية، و جزءا للتفاعل بين الأسباب الإنسانية و المادية، باستثناء دراسة هنريش الذي حصر الأسباب في العوامل الإنسانية بنسبة (88%) و المادية ب (12%) ، ودراسة فرنيس الذي أرجع أسباب الحادث إلى عوامل إنسانية بنسبة (16%) و التفاعل بين العاملين (إنساني - مادي) بنسبة (84%). غير أنه من الملاحظ أن أغلب الدراسات تبين أن العوامل المسببة للحوادث لا تعمل بمعزل عن بعضها البعض، بل هي عوامل متفاعلة متظافرة فيما بينها.

إضافة إلى العوامل المادية و الإنسانية التي تعد أسبابا مباشرة و غير مباشرة لوقوع الحوادث، توجد عوامل أخرى من شأنها التأثير بطريقة غير مباشرة على تكرارها أهمها: العوامل الشخصية كالعمر، الجنس، الخبرة، مستوى الذكاء، سمات الشخصية...، وعوامل أخرى كالحالة الاجتماعية للعامل، جنسيته، التغيرات التكنولوجية، حجم المؤسسة... الخ. و فيما يلي تفصيل لبعض العوامل:

4.3. العوامل الشخصية: هناك مجموعة من العوامل الشخصية التي أثبت التجارب تأثيرها على

وقوع حوادث من أهمها:

◀ **العمر:** لقد أظهرت بعض الدراسات، أن حوادث العمل تكون مرتفعة لدى فئة خمسة وعشرين (25 سنة)، ثم تبدأ في الانخفاض حتى سنة خمسة و أربعون (45 سنة)، ثم تبدأ في الارتفاع من جديد حتى سنوات التقاعد. ومن الأسباب التي تفسر ارتفاعها لدى فئة الشباب، نجد قلة التجربة، عدم الانضباط والتهور، الإفراط في بذل الجهد، مع غياب المسؤولية العائلية. في حين يرجع ارتفاعها لدى فئة (45 سنة) فما فوق، إلى نقص الجهد الجسدي و الحسي، عدم القدرة على التركيز والحاجة إلى تدريبات جديدة .

◀ **الخبرة:** في الصناعة يظهر عامل الخبرة، حيث يكون أكثر تأثيراً من السن، في ارتباطه بمعدلات حوادث العمل ، فقد وجد (فيشر Ficher) أن معدل الحوادث يتناسب عكسياً مع الخبرة، فكلما زادت الخبرة قلت الإصابة، و كلما قلت الخبرة زادت الإصابة.

◀ **الجنس:** في إحدى الدراسات التي قام بها (جريمالدي J.Grimald)، لتحديد العلاقة بين معدلات الحوادث و مدة الخدمة و جنس العامل (ذكر - أنثى)، على عينة مكونة من (18446) رجلا و (52136) سيدة، توصل إلى النتائج المبينة في الجدول الموالي:

معدلات تكرار الحادث لكل (1000) عامل		طول مدة الخدمة
رجال	نساء	
10,64	8,78	شهر إلى أقل من شهرين
5,90	5,47	شهران إلى أقل من 3 شهور
3,41	3,31	3 شهور إلى أقل من 6 شهور
1,81	1,72	6 شهور إلى أقل من سنة
0,84	0,93	سنة إلى أقل من 3 سنوات
0,43	0,46	3 سنوات إلى أقل من 5 سنوات
0,21	0,23	5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات
0,06	0,05	10 سنوات إلى أقل من 25 سنة
0,02	0,01	25 سنة إلى 35 سنة

(02): العلاقة بين معدلات الحوادث و مدة الخدمة و جنس العمال

(أحمد الهنداوي، 1994: 74).

نلاحظ من الجدول، أن الرجال بصفة عامة، يتميزون بمعدلات حوادث أعلى من السيدات وأن كليهما تتخفف معدلات حوادثهما، بشكل مستمر مع زيادة مدة الخدمة. فعند مدة الخدمة شهر إلى أقل من شهرين، كان معدل تكرار الحوادث عند الرجال (10,64) و انخفض إلى (0,02) عند مدة الخدمة (25-35) سنة، وانخفض عند النساء من (8,78) إلى (0,01).

◀ **مستوى الذكاء:** هناك من الباحثين من يرى أنه لا توجد علاقة بين الذكاء و حوادث العمل، غير أن البعض الآخر وجد أن هناك علاقة عكسية بين مستوى الذكاء و معدل الحوادث؛ ذلك أن الأفراد ذوي مستوى الذكاء المنخفض (أقل من المتوسط) أكثر عرضة للحوادث من ذوي مستوى الذكاء المتوسط، خاصة في الأعمال التي تتطلب تصرفات سريعة لمعالجة الأوضاع غير المستقرة واستخلص من ذلك وجود حد أدنى للذكاء يمكن الفرد من إدراك الخطر الذي يهدد سلامته. هذا ما يبين أهمية اختبارات الذكاء في تخفيض حوادث العمل، عند عملية اختيار العمال الجدد.

◀ **القدرة على الإبصار:** "لاحظ (تيفين Tiffin) أن معظم حوادث العمل و الإصابات، التي حدثت في شركة ميل للصلب (Steel Mill)، تحدث للذين يكون نظرهم أقل من المستوى المطلوب للعمل الذي يقومون بأدائه . و دلت دراسة أخرى أن نسبة الذين تعرضوا لحوادث العمل، بين أولئك الذين اجتازوا اختبارات الكشف البصري (37%)، بينما بلغت (67%) بين أولئك الذين لم يجتازوا هذه الاختبارات. ويدعو هذا إلى ضرورة الكشف عن العمال الجدد، و التأكد من توفر المستوى البصري المطلوب قبل إلحاقهم بالعمل".

◀ **الحالة الانفعالية و سمات الشخصية:** تمت دراسة لمعرفة أسباب الاستهداف للحوادث بين (50) من سائقي شركة (كليفلاندا) للسكك الحديدية، و قد اتضح أن حالات عدم الاكتراث، الاندفاع، التهور، الخوف، القلق و الحالة النفسية تسببت في (32%) من الحوادث. و كثير من الأبحاث تؤكد وجود علاقة بين سمات الشخصية و القابلية للوقوع في الحوادث . " لقد وجد أن الإنتاج يرتفع بنسبة (8%)، في الفترات التي يكون فيها العمال يشعرون بالأمل والسعادة، عما لو كانوا غاضبين أو متوترين...، و أن حوادث العمل تتخفف، لدى العمال المنطوين لكونهم أكثر

يقظة و انتباها. " لذا يرى بعض الباحثين أنه يمكن استخدام سمات الشخصية في التقليل من الحوادث، باختيار العامل المناسب في المكان المناسب.

5.3. عوامل أخرى: هناك عوامل أخرى لها أثر في معدل ارتكاب حوادث العمل، منها ما هو اجتماعي، اقتصادي تكنولوجي، تنظيمي و غيرها من العوامل ، نذكر منها ما يلي:

1.5.3. الحالة الاجتماعية و الاقتصادية للعامل: تسبب الحالة الاجتماعية المزرية، و الوضعية الاقتصادية والمعيشية الصعبة، إجهادا واضطرابات نفسية للعامل كالشروذ الذهني، القلق أثناء العمل، الأمر الذي يفقده السيطرة على أداء عمله وعلى معدلات الإنتاج، و يجعله عرضة للوقوع في الحوادث.

ومن بين الحالات الاقتصادية والاجتماعية التي تؤدي إلى ذلك: المشاكل الأسرية ضعف المستوى المعيشي للعامل، ضعف المستوى الاقتصادي عموما للدولة، عدم توفر وسائل الاتصال... الخ.

2.5.3. جنسية العامل: وجدت دراسات إحصائية لحوادث العمل تبعا لجنسية العامل، أن هناك علاقة بينهما، إذ يزيد معدل حوادث العمل لدى الأجانب. إذ يقول (أرليان Ariand و سولينز B.Sollins) أن الخصائص السوسولوجية التي يتميز بها الأجانب تجعلهم أكثر عرضة للحوادث.

3.5.3. طبيعة العمل: ينتج عن ممارسة الكثير من الوظائف و الأعمال - بسبب طبيعتها أو الآلات والأدوات المستخدمة فيها - عدد من المخاطر تهدد صحة و سلامة من يمارسونها. فوظيفة عامل على آلة ينتج عنها إصابات أكثر من وظيفة الملاحظ أو المشرف، بل إن عمال بعض الأقسام يكون أخطر من غيره، و نشاط بعض الصناعات و القطاعات يكون أخطر من غيرها.

4.5.3. التغيرات التكنولوجية: إن التطور الصناعي يتميز بحدوث تغيرات تكنولوجية مستمرة، سواء في المواد ، الآلات أو الأساليب الفنية المستخدمة في الصناعة. إذ تحدث هذه التغيرات بدورها انعكاسات مباشرة على طبيعة و نوعية الأخطار الصناعية، و ما تسببه من حوادث؛ فقد قلصت هذه التغيرات من عدة أخطار كانت موجودة في الماضي، لكنها خلقت في الوقت نفسه أخطارا جديدة لم تكن قائمة من قبل.

كما أشار (أشفور Ashford) أن التطورات التكنولوجية السريعة في أساليب و وسائل الإنتاج، وظهور تكنولوجيا حديثة و آلات ضخمة و كثيرة التعقيد، تزيد يوميا من احتمالات تعرض العاملين في مجال الإنتاج لمخاطر حوادث العمل. هذا ما يضع على إدارة الموارد البشرية تحديا جديدا، لتكييف العامل مع هذه التطورات، التي أصبحت تفوق سرعتها سرعة تطور المناهج التعليمية و التدريبية، مما يؤثر سلبا على تكيف العامل مع بيئة عمله.

5.5.3. حجم المؤسسة: تسجل المؤسسات الصغيرة و الكبيرة الحجم، معدلات حوادث أقل من المؤسسات المتوسطة الحجم. و يعود ذلك إلى أن المشرف العام في المؤسسات الصغيرة، يهتم بمتابعة و كشف الأخطار و تطبيق إجراءات الوقاية، عنه في المؤسسات المتوسطة. أما المؤسسات الكبيرة الحجم، فهي تتوفر على جهاز مستقل يهتم بمجال الصحة و السلامة المهنية، إذ يعمل هذا الجهاز على تطبيق مختلف البرامج التي من شأنها تقليل معدلات الحوادث في المؤسسة. أما المؤسسات المتوسطة فعادة ما يكون قسم الصحة و السلامة مدرجا تحت إدارات معينة، و لا يكون الاهتمام به بشكل مباشر و فعلي.

هذا ما تؤكدته الدراسة التي قام بها (ميشال جارفييل و آخرون Michele Garvail)، حول ظروف العمل و الصحة و السلامة المهنية لعمال كيبيك (Québec)، إذ توصلوا إلى أن، معدل حوادث العمل يختلف حسب حجم المؤسسة، و هو مرتفع في المؤسسات المتوسطة التي تحتوي على [51- 100] عامل.

4. النظريات المفسرة لحوادث العمل:

ذكرنا سابقا أن لحوادث العمل أسبابا كثيرة و متداخلة، منها الأسباب الخارجية المادية أو البيئية، ومنها الأسباب الداخلية المتعلقة بالفرد، و لا يمكن القول أي الأسباب أكثر أثرا في الحوادث، والنظريات المفسرة لحوادث العمل توضح ذلك:

1.4. النظرية القدرية:

مفاد هذه النظرية أن الناس صنفان، الصنف الأول سعيد الحظ والثاني تعيس الحظ، فالسعيد لديه حصانة ضد الحوادث، أما التعيس فليس لديه تلك الحصانة، حيث يكون لهذا الأخير

قابلية للحوادث، بل وهناك من يصاب بصفة مستمرة، ويفسرون وقوع هذا الشخص أو ذلك في الحوادث باستمرار بالقدر وسوء الحظ. (إقبال محمود، 2005: 68)

لكن هذا الرأي لا يسند على منظور علمي، كما أنه يفتقر للموضوعية والإجرائية، فالحوادث تقع لبعض الأفراد كنتيجة منطقية ولأسباب و متغيرات يمكن ملاحظتها. (ياسين وآخرون، 1999)

2.4. نظرية الاستهداف للحوادث:

تعد هذه النظرية من أقدم النظريات التي فسرت حوادث العمل من الناحية السيكلوجية. فهي تفترض وجود صفات وراثية شخصية، بدنية، نفسية و عقلية، كضعف الذكاء، ضعف البصر الحالة الإنفعالية...، في العاملين تجعلهم يرتكبون الحوادث بصفة متكررة أكثر من غيرهم من العمال الذين يعملون في الظروف نفسها. إذ يطلق على هؤلاء إسم " مستهدفي الحوادث".

و قد أجريت عدة دراسات لمعرفة مميزات المستهدفين للحوادث أهمها الدراسة التي قام بها (توماس جانكنز Tomas.N.Jenkins) و التي استخلص منها عدة مميزات أهمها: عدم الانتباه، قلة الإدراك بالخطر، الانفرادية، العدوانية، مخالفة عادات و تقاليد الجماعة، الأوضاع الاجتماعية، الميل إلى إيذاء وعقاب النفس، الاعتزاز بالنفس...، و أشار الباحث إلى أن هذه الصفات ملازمة للأفراد المستهدفين للحوادث مهما اختلفت الصناعات. و أن أفضل وسيلة للوقاية هي الكشف عنهم و استبعادهم خاصة أثناء القيام بعملية اختيار العمال الجدد.

على الرغم من شيوع هذه النظرية، إلا أن الأدلة العلمية على صحتها متعارضة حقيقة فالكثير يرى أن تركيز غالبية الحوادث في يد قلة من العمال، ليس إلا ضرورة رياضية. وعلى ذلك فالدليل الوحيد لتأييد هذه النظرية، هو الأمثلة التي تكررت في الحوادث، بما يزيد عن الصدفة.

3.4. نظرية الحرية و الأهداف و اليقظة:

طبقا لهذه النظرية يعد الحادث سلوكا رذينا، أي ناتج عن بعض السلوك السيئ الذي يحدث في بيئة سيكلوجية غير مواتية أو غير مشجعة، حيث لا يتلق العامل المكافأة على عمله و لا يشعر بالعدالة والرضا... فكلما كان المناخ الصناعي، يوفر الفرص السيكلوجية و الاقتصادية للعامل، كلما كان سلوك العامل خاليا من الحوادث.

إن المناخ الصحي الذي يوفر للعامل كالمكافأة و الجزء على ما يبذله من جهد، يجب أن يوفر فرصة و ضع الأهداف البعيدة و القريبة المدى، فمثل هذه الفرص تقود إلى تكوين عادة التيقظ و جودة الإنتاج، لأن الظروف السيكولوجية و الاقتصادية المواتية، تشجع العامل على اليقظة والانتباه والحيلة. والدراسات التي أجريت على المناخ السيكولوجي و الحوادث، تعطي كثيرا من الأدلة لتأييد هذه النظرية، وأثرها في الوقاية من حوادث العمل. (ياسين وآخرون، 1999)

4.4. النظرية الطبية:

ومضمون هذه النظرية أن الشخص الذي يصاب بالحوادث غالبا ما يعاني من أمراض جسدية أو عصبية، وأن هذه الأمراض هي التي تؤدي به إلى الوقوع في الحوادث، أي أن هذه النظرية ترى أن أسباب الحوادث ترجع إلى عوامل بيولوجية والتي تكون عامة نتيجة لمرض وراثي أو نتيجة مرض حصل للعامل في وسطه العائلي، أو كان نتيجة لخلل نفسي.

إلا أن المرض الجسدي أو العصبي ليس السبب الوحيد للوقوع في الحوادث، أو تكرارها، فالدراسة التي أجراها « Graf » على 708 عاملا ، وجد أن حوادث العمل في نسبة (75.9 %) من الحالات ليس لها أي سبب متعلق بالناحية الطبية، وأن نسبة (1.4 %) فقط من الحوادث لها أسباب طبية، وتدخل في هذه النسبة الضئيلة الخلل السمعي والبصري.

وفي دراسة قام بها « Slocombe & Bingham » وجدا أن السائقين الذين يعانون من ضغط الدم المرتفع تبلغ حوادثهم ضعف حوادث الذين لا يعانون من ضغط الدم. (إقبال محمود، 2005: 69)

5.4. نظرية التحليل النفسي:

تعتبر هذه النظرية أن الحوادث تعود لأسباب لاشعورية، وأن الإصابة الجسدية هي عدوان لاشعوري موجه للذات، فسبب معظم الحوادث هي الدافعية اللاشعورية، أي أن ثمة دوافع لاشعورية تدفع العامل للوقوع في الحوادث ويتمثل ذلك في كراهية العمل، التهرب من المسؤوليات، الانتقام من أصحاب السلطة، لوم الذات وعقاب النفس ، وقد اعتبر فرويد أن معظم الحوادث هي تعبير عن صراعات عصابية وأن عقاب الذات هو إحدى المركبات التي تستند عليها سببية الحوادث.

ويرى أنصار مدرسة التحليل أن مضطربي الشخصية من العمال يميلون إلى إثارة المشاكل واختلاق المتاعب المالية والصحية والمهنية لأنفسهم والمحيطين بهم، فهم يجدون اللذة في إلحاق

الألم والتعب والشقاء للآخرين، فهناك عمال يوقعون أنفسهم في المتاعب بالرغم من أنهم يظهرون عكس ذلك للآخرين، فالمستهدفين بالحوادث يعانون من أزمات نفسية لاشعورية تجعلهم في حاجة دائمة إلى إيذاء أنفسهم، فالوقوع المتكرر في حوادث العمل هو أسلوب هذا النمط في عقاب أنفسهم، والدليل على ذلك هو أن معدل تكرار تلك الحوادث لدى هذه الفئة ينقص بعد علاجهم نفسياً. (ياسين، 1999 :200)

6.4. نظرية الضغط والتكيف:

تؤكد هذه النظرية على أهمية بيئة وظروف العمل كعامل أساسي محدد لحوادث العمل، ذلك أن العامل الذي يكون تحت ضغوط أثناء العمل غالباً ما يكون عرضة للحوادث مقارنة بالعامل الذي يكون بعيداً عن تلك الضغوط، كما أن صعوبة التكيف التي يلاقيها العامل مع بيئة العمل وظروفه، تجعله معرضاً للحوادث، ومنتسباً فيها بدرجة كبيرة، ومثال ذلك العمال ذوو الأصل الريفي الذين يعتبرون الوسط الصناعي أمراً جديداً عليهم. كما أن العامل في الفترة الأولى لمباشرته لعمله يكون أكثر من غيره تعرضاً للحوادث نتيجة لضغط التكيف مع عمله... (عيسوي ، 1982:277)

7.4. النظرية الاجتماعية:

ترتبط هذه النظرية حوادث العمل بالظروف الاجتماعية غير الملائمة للعامل، فالحالة الاجتماعية الصعبة للعامل كوجود مشاكل السكن والأسرة والمحيط الاجتماعي، تولد لدى العامل حالة من الانفعال والاضطراب المستمر والتي بتفاعلها مع ظروف العمل المادية تكون سبباً في وقوع الحوادث ، ولتفادي ذلك لابد من تحسين الحالة الاجتماعية والاقتصادية للعمال ومعالجة مختلف المشاكل المرتبطة بهذا الجانب. (عباس محمود، 1971 : 30)

8.4. النظرية الوظيفية:

على خلاف النظريات السابقة التي أرجعت أسباب حوادث العمل إلى عامل واحد، تتسم النظرية الوظيفية بالشمول والتكامل في تفسيرها لحوادث العمل، حيث ترى هذه النظرية أن حادث العمل ظاهرة لها أسباب متعددة ومتراصة فيما بينها، حيث لا يمكن إرجاعها إلى عامل واحد فقط، بل إلى مجموعة من العوامل المادية والإنسانية، إن الفكرة التي انطلقت منها هذه النظرية الجديدة في تفسيرها لحوادث العمل بعدة عوامل، ساهمت بشكل كبير في الوقاية منها، ذلك أن تحديد الأسباب المباشرة وغير المباشرة يساهم بشكل فعال في التحكم فيها ومنع تكرارها، خاصة في المؤسسات الصناعية، وقد أكدت بعض الدراسات هذه النتائج، ومن بينها الدراسة التي أجراها Heinrich.H.W، حيث توصل إلى أن العوامل الإنسانية تتسبب في (88%) من الحوادث، أما الظروف المادية فتتسبب في (12%) تقريبا من الحوادث.

بينما توصلت الدراسة التي قام بها مجلس الأمن القومي بالولايات المتحدة الأمريكية إلى ما

يلي:

18 % من الحوادث ترجع إلى ظروف ميكانيكية

19 % من الحوادث ترجع إلى عوامل إنسانية

63 % من الحوادث ترجع إلى العوامل الانسانية والظروف البيئية معا. (حنفي، 2002: 530)

إن الاختلاف في النظريات التي تفسر حوادث العمل كان له انعكاسا على الدراسات المتعلقة بوضع وتصميم برامج الأمن الصناعي حسب النظريات التي انطلق منها الخبراء في تفسير الحوادث، وعليه فإن كل الدراسات التي تمت في بحث أسباب حوادث العمل توصلت إلى أنه هناك نوعين من العوامل -كما ذكرنا سابقا- تؤدي إلى وقوع العمال في الحوادث (عوامل خارجية مادية بيئية وعوامل داخلية ذاتية إنسانية)، وتجدر الإشارة أن هناك من الباحثين من يرجع أسباب حوادث العمل إلى عامل واحد فقط، وهناك من يرى أن أسباب الحوادث متعددة .

الآثار المترتبة عن حوادث العمل: يمكن حصر الآثار المترتبة على حوادث وإصابات العمل فيما يلي:

1.5. الآثار الاجتماعية:

إن الشخص الذي تحدث لديه إصابة عمل ويصاب بعجز دائم أو مؤقت سوف يضطر إلى أن يبقى في البيت طيلة فترة الإعاقة، وهذا الوضع الجديد له آثاره السلبية على حياة الأسرة، فهذا الشخص الذي كان قد تعود على العمل والعطاء والإنتاج يرى نفسه الآن عاجزاً عن القيام بأي عمل يعوضه عن هذا النقص، حيث أن هذا الشخص المصاب أكثر إحساساً من غيره بما أصابه ولحق به وبأسرته فدخله سيتناقص وهو لن يقدر على أن يلبي احتياجات الأسرة مثلما كان من قبل. (عربيات والبدور، 2003)

2.5. الآثار الاقتصادية (التكاليف):

إن ظروف وتصرفات العمل غير الآمنة ينتج عنها خسائر مادية تتكبدها المنشأة أو الدولة بشكل عام ويظهر ذلك في:

- الأجور التي تدفع للمصابين أثناء تغيبهم بسبب الإصابة نفقات العلاج والمصاريف الطبية.
- التعويضات التي تدفع للمصابين نتيجة العاهات التي تحدث لهم نتيجة الإصابة.
- قيمة الخسائر التي لحقت بالآلات والأجهزة والمواد الأولية وأدوات العمل (الخرابشة والعامري، 2000)
- تكلفة الوقت الضائع للعمال الموجودين في مكان العمل
- التكاليف التي تنشأ عن تأثر الإنتاج بسبب الحوادث مثل التأخير في تلبية الطلبات وما يترتب على مدة التأخير من غرامات.
- الأجور الإضافية نتيجة العمل وقتاً إضافياً لتعويض العجز في الإنتاج .
- تكلفة الوقت المنقضي في تدريب عامل جديد .
- تكلفة الوقت الضائع للمشرفين والإدارة العليا في استقصاء وتحقيق الحادث .
- المصاريف الطبية غير المؤمن عليها والتي تتحملها المؤسسة (حنفي، 1990)

فالمؤسسات التي تكثر فيها الإصابات والحوادث تعطى انطباع لدى القوى العاملة أن نوعية العمل فيها هو مصدر الإصابات مما يجعل إقبالها على العمل في تلك المؤسسات قليلاً، وبالتالي يعرضها إلى نقص في عدد العاملين كما أن سمعتها تتأثر، كما يمكن تفسير الإصابات التي قد تحدث على أنها نتيجة لإهمال تلك المؤسسات في توفير ظروف عمل آمنة. لذا يبدو واضحاً أن تكاليف منع الإصابات والحوادث وتعزيز وسائل السلامة أقل بكثير من تكاليف الإصابات نفسها بعد حدوثها.

6. طرائق تحليل حوادث العمل:

من الضروري إجراء تحقيق و تحليل الحوادث، و تسجيلها و إعداد التقارير الخاصة بها للوقوف على أسبابها الحقيقية و بالتالي إمكانية معالجتها، إضافة إلى ذلك فقياس الحوادث يبين مدى شدتها وخطورتها في المؤسسة الصناعية.

1.6. التحقيق في حوادث العمل:

بسبب الآثار الاقتصادية، الاجتماعية و الإنسانية لحوادث العمل، فالحادث يستدعي التحقيق والتحليل. وهناك نوعان من التحقيق في الحادث، داخلي و خارجي والتحقيق الداخلي يتم على مستوى المؤسسة، من طرف صاحب المؤسسة أو بتكليف شخص أو هيئة مختصة بذلك من أجل القيام بالإجراءات اللازمة، و ذلك بمساعدة العمال الذين يلتزمون بالمحافظة على مواقع الحادث، الامتناع عن إجراء أي تغييرات، و التعاون مع صاحب العمل أو الهيئات المكلفة بالتحقيق، في الكشف عن مجريات الحادث و أسبابه؛ أما التحقيق الخارجي، فيتم من طرف عدة جهات: كمفتش العمل الذي يتلقى استدعاء من طرف هيئة التأمينات الاجتماعية، أو مفتشية العمل للتحقيق في الحادث و كشف أسبابه و نتائجه. كذلك يتم التحقيق من طرف الشرطة، و خاصة في الحوادث الجسمية التي تخلف أضراراً كبيرة وخاصة الوفاة. وعلى صاحب المؤسسة و العمال التعاون مع رجال الشرطة.

1.6. تحليل حوادث العمل:

تفيد عملية تحليل الحادث في الكشف عن الأسباب الحقيقية التي أدت إلى وقوعه وتحديد الآثار والنتائج التي تسبب فيها، وتضم عملية تحديد الحادث ثلاث مراحل هي:

1 - تحليل الحادث من حيث: مكانه، زمان وقوعه، نوعه، المصاب...

2 - تحليل الأعمال الملاحظة وكيفية وقوع الحادث والوسيط المباشر في الحادث و أخيرا البحث عن الأسباب الحقيقية، و تقديم التوصيات . و لمزيد من التوضيح نقدم الشكل الموالي والذي يبين نموذجا لتحليل حادث عمل.

- النموذج: وقع حادث لأحد العاملين بورشة نجارة، و هو يعمل على منشار ميكانيكي، أدى إلى قطع في إصبع الإبهام، و حادث آخر تسبب في إصابة بقدم عامل، أثناء قيامه بمناولة جسم معدني ...، لتحليل هذين الحادثين يجب علينا الإجابة على مجموعة من الأسئلة، و التي تمكنا من تحديد سبب الإصابة و الاقتراحات التي يجب تنفيذها لمنع تكرارها مستقبلا.

نوع الحادث	قطع إصبع الإبهام لعمال أثناء العمل على منشار ميكانيكي	إصابة بقدم عامل أثناء قيامه بمناولة جسم معدني
ما العمل الذي كان يقوم به العامل المصاب و الآلات المستعملة عند الإصابة؟	قطع لوح خشب على منشار آلي	تحميل جسم معدني ثقيل على عربة ذات أربع أرجل
كيف أصيب العامل؟	اصطدام الإبهام بسلاح المنشار أثناء دورانه	أفلت الجسم المعدني من قبضته ووقع على أصابع قدمه اليمنى
ما التصرف غير المأمون الذي قام به العامل و أدى إلى إصابته؟	لقد قام العامل بدفع لوح الخشب بإصبعه الإبهام متخطيا الحاجز الواقي و في اتجاه سلاح المنشار	حمل أثقال فوق طاقته
ما هي أوجه القصور التي كانت موجودة سواء في وسيلة العمل أو طريقة أداء العمل أو في محيط العمل؟	الحجز الواقي كان أقصر من اللازم أو غير موجود	عدم الاستعانة بغيره لمساعدته في تحميل الجسم المعدني
ما هي طريقة الوقاية المناسبة التي يجب أن تستعمل لمنع الإصابة؟	تركيب حاجز واقي يمنع مرور أصابع اليد تحته عند العمل	لبس الأحذية الواقية .
ما هي الإجراءات الواجب اتخاذها لمنع تكرار الحادث مستقبلا؟	- تدريب العمال على تنفيذ العمل بطريقة صحيحة . -عدم السماح للعمال غير المدرب بالعمل على المنشار -تعديل حواجز الوقاية -مراجعة حواجز الوقاية بمختلف الآلات المماثلة -التفتيش الدوري على الآلات للتأكد من وجود حواجز الوقاية بصفة مستمرة	- توجيه العامل إلى ضرورة طلب المعونة و المساعدة في الأعمال التي تطلب ذلك، - استعمال أحذية وقائية - التأكد من ارتداء الأحذية الوقائية . - استعمال الرافعة الميكانيكية الآلية في مثل هذه الأعمال.

(03): نموذج لتحليل حادث عمل. (البربري، 2006 : 57)

3.6. تقارير وسجلات حوادث العمل: تعد تقارير وسجلات الحوادث، من أهم المصادر الأساسية للبيانات، لكل من الإدارة ومختصي الصحة والسلامة المهنية، حيث تشمل كافة البيانات عن الحادث والاقتراحات والتوصيات التي يقدمها مشرفو الأقسام.

1.3.6. تقرير حادث عمل: لكي يحقق التقرير الغرض المرجو منه، يجب أن يشمل كافة البيانات التي تهم مختلف المختصين، إذ تمكن هذه البيانات مهندس الوقاية من تحليل الحادث و الكشف عن أسبابه، كما يعد بطريقة تمكن من تصنيف نوع الحادث. أما المعلومات والبيانات التي يشملها التقرير، يجب أن تشمل مختلف الجوانب: معلومات عن مكان وقوع الحادث، معلومات عن المصاب، معلومات عن الإصابات و الخسائر الناتجة أسباب الحادث، وصف دقيق للحادث، الإجراءات الفورية التي تمت لمعالجة نتائج الحادث التوصيات الفنية، الشخصية، الخاصة بالحد من تكرار الحادث.

2.3.6. سجلات حوادث العمل:

بعد إعداد التقارير الأصلية للحادث، يتم تبويبها في سجلات ليتمكن الرجوع إليها و التعرف على أية معلومات تهم مسؤولي السلامة أو الإدارة، و خاصة المعلومات الخاصة بعدد الأيام الضائعة، التكاليف المترتبة على ذلك من مصاريف علاج، تعويضات...، ومصاريف أخرى. يجب إعداد سجلات تتضمن معلومات تفصيلية للحادث، كما تعد سجلات أخرى تتضمن ملخص إجمالي للحوادث و تصنيفها حسب النوع، أو درجة الإصابة أو أي تصنيف آخر.

لا تقل أهمية سجلات الحوادث عن سجلات الإنتاج و التكاليف، و حساب الأرباح والخسائر التي تلازم كل مؤسسة، فهذه السجلات تحتوي على خلاصة الملاحظة التي تعتمد عليها في وضع مختلف السياسات و البرامج، فهي تكشف للمشرفين المصادر الرئيسية للحوادث و تثير اهتمامهم، لما تظهر من معدل تكرار، كما تفيد في عملية المقارنة بين معدلات حوادث مختلف أقسام المؤسسة و بين المؤسسات المماثلة أو القطاع. إضافة إلى أن سجلات الحوادث تحكم على مدى فاعلية نظام الصحة والسلامة المهنية و برامجه، بما يتبين من انخفاض أو ارتفاع في معدلات الحوادث.

4.6. قياس حوادث العمل:

إن تطبيق برامج الصحة والسلامة في أي مؤسسة، يستلزم التحقق من نجاح هذا البرنامج في منع الحوادث أو التقليل منها، و يحتاج الأمر أحيانا إلى مقارنة السلامة المهنية في المؤسسة في

فترة معينة مع فترة أخرى سابقة، أو مقارنة بين المؤسسات المشابهة أو القطاع، ما يستدعي وضع مقياس معين تناسب إليه حالة السلامة في المؤسسة. و في ما يلي أهم المعايير الشائعة الاستخدام لقياس حوادث العمل:

1.4.6. معدل تكرار الحوادث:

يشير هذا المعدل إلى تكرار حوادث العمل التي ينتج عنها توقف العمل مقارنة بعدد ساعات العمل الفعلية خلال فترة زمنية معينة وفقا للعلاقة التالية:

$$\text{معدل تكرار حوادث العمل} = \frac{\text{عدد حوادث العمل مع توقف خلال فترة زمنية}}{\text{إجمالي وقت العمل الفعلي خلال نفس الفترة}} \times 10^6$$

و يمثل معدل تكرار حوادث العمل لكل 1000.000 ساعة عمل .

2.4.6. معدل خطورة حوادث العمل:

يستخدم هذا المقياس للإشارة إلى خطورة الحوادث، المعبر عنها بعدد الأيام الضائعة، وفقا للعلاقة التالية:

$$\text{معدل خطورة حوادث العمل} = \frac{\text{عدد أيام العمل الضائعة بسبب الحوادث خلال فترة زمنية}}{\text{إجمالي وقت العمل الفعلي خلال نفس الفترة}} \times 10^6$$

و تعبر عن الوقت الضائع في كل 1000.000 ساعة عمل .

(أبو النيل، 2005: 400)

7. حوادث العمل في الجزائر:

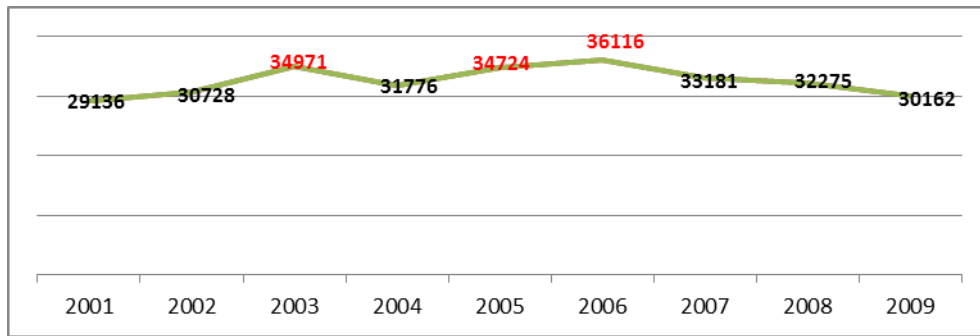
1.7. حجم مشكلة حوادث العمل:

إن تقديم واقع الإحصائيات لحوادث العمل المصرح بها في الجزائر ودرجة تطورها خلال الفترة الممتدة من 2005 إلى 2010، يعكس أهمية الموضوع من جهة ، ومدى خطورة الظاهرة ما يستلزم ضرورة التدخل الفوري واتخاذ الإجراءات اللازمة للتقليل منها ويبقى التركيز على الوقاية خير من العلاج . وقد تساهم هذه الدراسة بشكل أو بآخر في التحسيس بمدى خطورة موضوع الحوادث المهنية التي تظهر من خلال الدراسة الإحصائية أنها في تزايد مستمر.

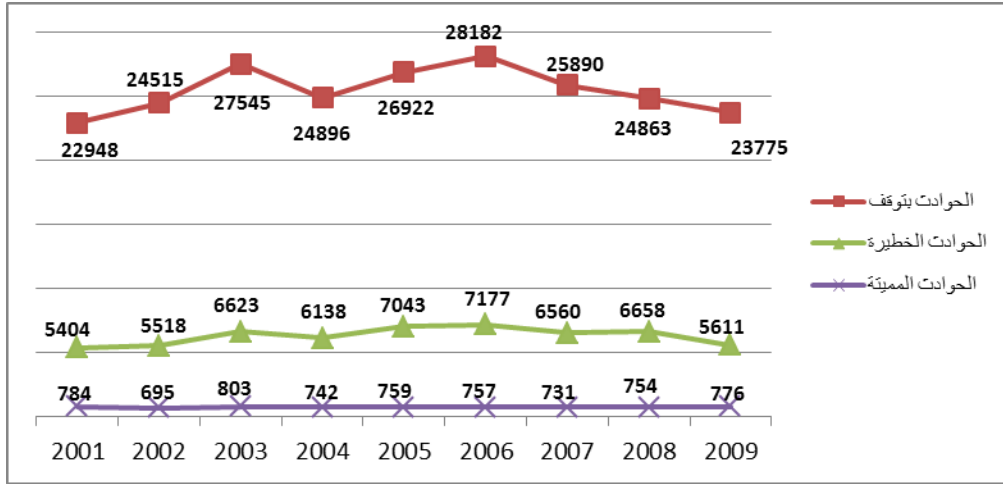
1.1.7. تطور حوادث العمل في الجزائر للفترة الممتدة بين 2005 - 2010:

السنوات	عدد الحوادث بتوقف	عدد الحوادث الخطيرة	عدد الحوادث المميتة	المجموع
2001	22948	5404	784	29136
2002	24515	5518	695	30728
2003	27545	6623	803	34971
2004	24896	6138	742	31776
2005	26922	7043	759	34724
2006	28182	7177	757	36116
2007	25890	6560	731	33181
2008	24863	6658	754	32275
2009	23775	5611	776	30162
المتوسط	25504	6303,55	755,66	32563,22
المجموع	229536	56732	6801	293069

(04) : تطور حوادث العمل (2001-2010)



(01) : تطور حوادث العمل (2001-2010)



(02): تطور حوادث العمل حسب درجة الحادث (2010-2001)

بين الجدول أعلاه والأشكال السالفة إحصائيات حوادث العمل للفترة الممتدة من 2001 إلى 2009، وذلك وفق درجة الحادث (حوادث بتوقف عن العمل، حوادث خطيرة، حوادث مهينة)، ويتوضح من خلالها أن أكبر حجم للحوادث سجل سنة 2006، ثم تناقصت نوعاً ما في السنوات 2007، 2008، 2009.

لكن النسب كانت متقاربة فيما يخص درجة الحادث، فمثلاً قدرت نسبة الحوادث بتوقف لسنة 2005 بـ (77.53 %)، و قدرت في سنة 2006 بـ (78.03 %)، و قدرت بـ (78.02 %) و (77.03 %) و (78.82 %) على التوالي للسنوات 2007، 2008، 2009. وكذا بالنسبة للحوادث الخطيرة والمهينة، كانت النسب متقاربة للفترة الممتدة بين 2001-2010، كما يتبين ذلك في الجدول أعلاه.

2.1.7. توزيع حوادث العمل حسب بعض المتغيرات للفترة 2005-2010:

ولمعرفة مدى تباين توزيع الحوادث المهنية حسب بعض المتغيرات (الجنس، السن، فرع النشاط، الأقدمية، ساعة وقوع الحادث، يوم وقوع الحادث، شهر وقوع الحادث، منطقة الإصابة، مكان وقوع الحادث، المؤهل المهني)، نحاول تقديم إحصائيات حوادث العمل للفترة الممتدة بين 2005 و 2010 حسب تلك المتغيرات، حيث تم الأخذ بمتوسط التكرارات، كما يتوضح فيما يلي:

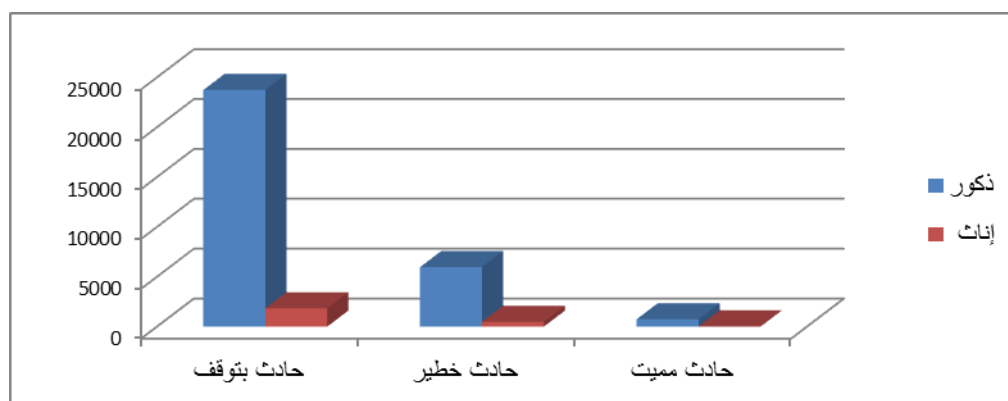
توزيع حوادث العمل حسب الجنس:

حادث مميت		حادث خطير		حادث بتوقف		جنس العامل
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
98,51	748	92,57	5965	92,82	23732	ذكور
1,49	11	7,43	479	7,18	1836	إناث
100	759	100	6443	100	25567	المجموع

(05) توزيع حوادث العمل حسب الجنس

يتضح من الجدول أعلاه أن حوادث العمل أكثر تكرارا لدى الذكور مقارنة بالإناث، وذلك

في مختلف درجات الحادث، فمثلا تبلغ نسبة الحوادث بتوقف لدى الذكور (92.82%)



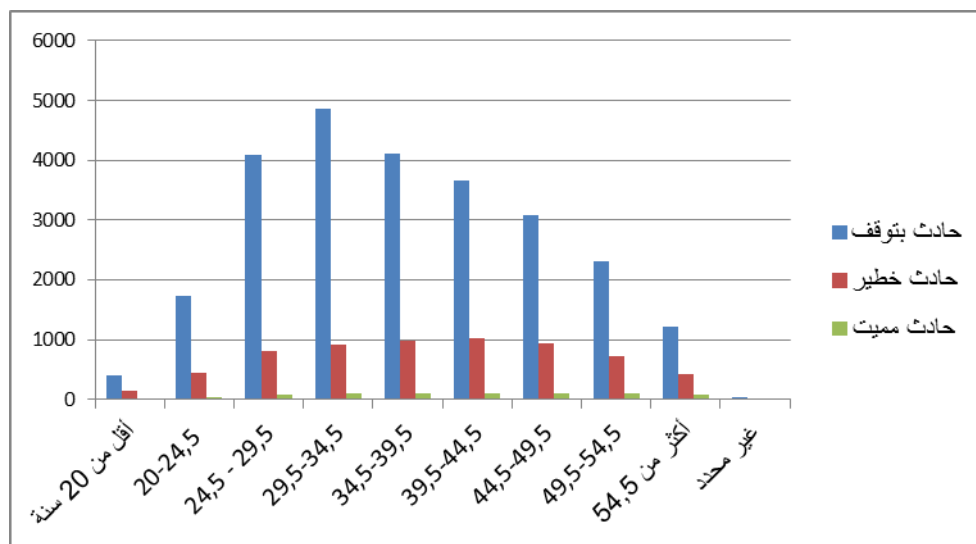
(03) : توزيع حوادث العمل حسب الجنس

توزيع حوادث العمل حسب السن:

حادث مميت		حادث خطير		حادث بتوقف		سن المصاب بالحادثة
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
1,80	14	2,34	151	1,60	410	أقل من 20 سنة
5,91	45	7,05	454	6,80	1739	20-24,5
11,88	90	12,63	814	16,00	4090	24,5 - 29,5
13,27	101	14,12	910	19,05	4870	29,5-34,5
14,36	109	15,20	980	16,12	4122	34,5-39,5
13,90	106	16,06	1035	14,35	3670	39,5-44,5
14,67	111	14,52	936	12,09	3092	44,5-49,5
13,31	101	11,17	720	9,05	2313	49,5-54,5
10,61	81	6,61	426	4,80	1226	أكثر من 54,5
0,29	2	0,29	19	0,14	35	غير محدد
100,00	759	100,00	6443	100,00	25568	المجموع

(06) : توزيع حوادث العمل حسب السن

يتضح من الجدول أعلاه أن أكبر نسبة لحوادث العمل أكثر سجلها العمال الذين يتراوح سنهم (29.5-34.5)، وذلك في الحوادث بتوقف، وأكبر نسبة للحوادث الخطيرة والمميتة، سجلها الذين يتراوح سنهم (39.5-44.5)



(04): توزيع حوادث العمل حسب السن

توزيع حوادث العمل حسب فرع النشاط:

حادثة مميتة		حادثة خطيرة		حادثة بتوقف		فرع النشاط
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
3,56	27	6,80	438	9,67	2473	المعادن
39,36	299	26,56	1711	24,65	6302	بناء وأشغال عمومية
1,03	8	6,78	437	3,49	892	الخشب
1,30	10	2,42	156	2,53	647	الكيمياء
4,57	35	6,35	409	6,87	1757	الحجارة والتدوير
0,66	5	1,47	95	1,45	370	الأوراق والكرتون والكويتشو
0,07	1	0,39	25	0,30	76	كتب
0,44	3	1,13	73	1,17	300	النسيج
0,11	1	0,20	13	0,25	63	الملابس
0,15	1	0,35	23	0,43	109	الجلود
3,47	26	5,47	352	5,72	1462	التغذية
9,69	74	5,36	345	3,83	978	النقل
2,04	16	1,72	111	1,50	384	الماء والغاز والكهرباء
2,53	19	2,36	152	2,02	517	التجارة
27,59	209	29,45	1898	33,31	8516	تعدد النشاط
3,45	26	3,19	206	2,83	723	غاز وبتترول وبنزين
100	759	100	6444	100	25569	المجموع

(07): توزيع حوادث العمل حسب فرع النشاط

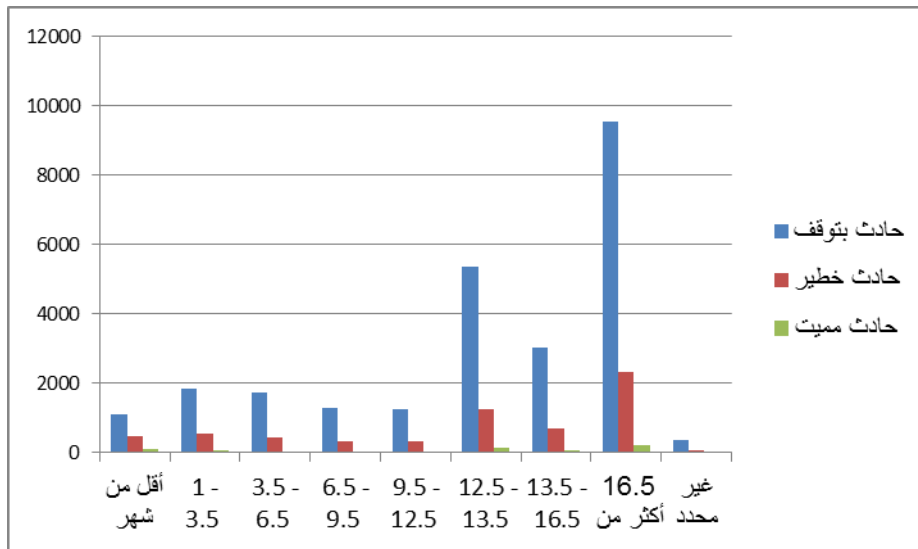
أكثر فروع النشاط عرضة للحوادث هي فرع البناء والأشغال العمومية، كما يتوضح في الجدول أعلاه، حيث تمثل نسبة (39.36%) من الحوادث المميتة، و نسبة (26.56%) من الحوادث الخطيرة، ونسبة (24.65%) من الحوادث بتوقف.

توزيع حوادث العمل حسب الأقدمية:

حادثة مميت		حادثة خطيرة		حادثة بتوقف		الأقدمية المهنية (بالأشهر)
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
17,40	135	8,75	491	4,66	1107	أقل من شهر
8,12	63	9,16	514	7,63	1814	1 - 3.5
7,22	56	7,15	401	7,00	1664	3.5 - 6.5
5,80	45	6,11	343	5,20	1236	6.5 - 9.5
5,67	44	4,87	273	4,81	1143	9.5 - 12.5
22,29	173	20,58	1155	22,30	5302	12.5 - 13.5
8,38	65	10,82	607	12,07	2869	13.5 - 16.5
24,48	190	31,58	1772	34,78	8268	أكثر من 16.5
0,64	5	0,98	55	1,56	372	غير محدد
100	776	100	5611	100	23775	المجموع

(08) توزيع حوادث العمل حسب الأقدمية

يتوضح جليا من خلال الجدول السابق أن أكبر نسب لحوادث العمل سجلها العمال الذين تتجاوز أقدمتهم 16 شهرا، حيث بلغت نسبة الحوادث بتوقف لديهم (34.78%)، ونسبة الحوادث الخطيرة لديهم (31.58%)، ونسبة الحوادث المميتة (24.48%)



(05) : توزيع حوادث العمل حسب الأقدمية

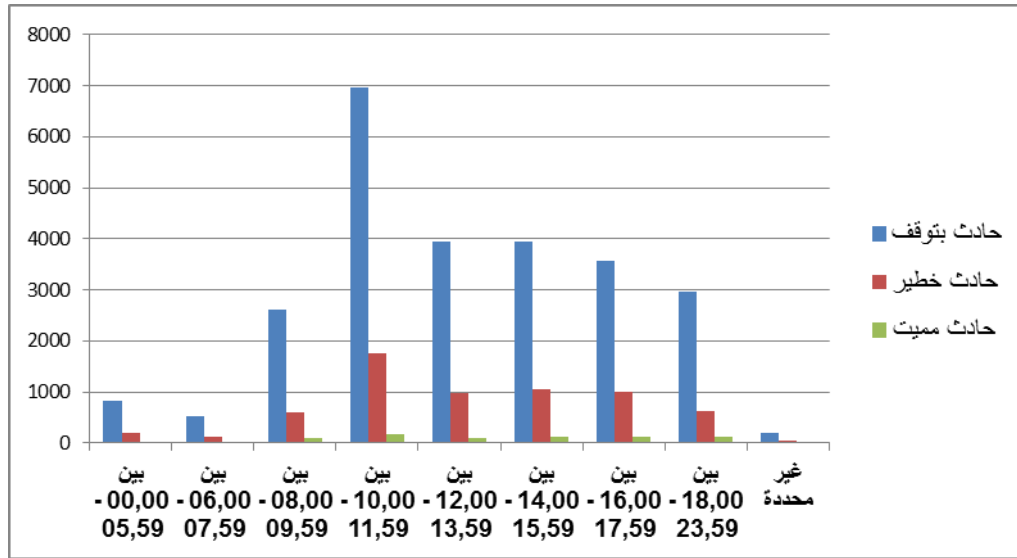
توزيع حوادث العمل حسب ساعة وقوع الحادث:

حادث مميت		حادث خطير		حادث بتوقف		ساعة وقوع الحادث
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
3,22	25	3,02	195	3,27	836	بين 00,00 - 05,59
4,25	33	1,92	124	2,08	531	بين 06,00 - 07,59
11,21	87	9,43	607	10,19	2605	بين 08,00 - 09,59
21,78	169	27,48	1771	27,30	6979	بين 10,00 - 11,59
12,76	99	15,37	991	15,43	3946	بين 12,00 - 13,59
14,95	116	16,45	1060	15,40	3937	بين 14,00 - 15,59
16,11	125	15,55	1002	13,92	3560	بين 16,00 - 17,59
14,43	112	9,92	640	11,65	2979	بين 18,00 - 23,59
1,29	10	0,85	55	0,77	196	غير محددة
100	776	100	6444	100	25569	المجموع

(09): توزيع حوادث العمل حسب ساعة وقوع الحادث

يتبين من الجدول أعلاه أن أغلب الحوادث تقع في الفترة الصباحية بين الساعة 10

والساعة 12.



(06): توزيع حوادث العمل حسب ساعة وقوع الحادث

توزيع حوادث العمل حسب يوم وقوع الحادث:

حادث مميت		حادث خطير		حادث بتوقف		يوم وقوع الحادث
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
16,69	127	18,32	1180	18,32	4684	السبت
18,14	138	17,23	1110	17,97	4595	الأحد
16,63	126	16,68	1075	17,33	4430	الاثنين
15,51	118	16,73	1078	16,94	4331	الثلاثاء
15,66	119	17,23	1110	15,66	4004	الأربعاء
10,61	81	9,53	614	9,19	2349	الخميس
6,41	49	4,05	261	4,51	1153	الجمعة
0,35	3	0,23	15	0,08	22	غير محدد
100	761	100	6443	100	25568	المجموع

(10) : توزيع حوادث العمل حسب يوم وقوع الحادث

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه والشكل الموالي أن حوادث العمل بنسب متقاربة خلال أيام الأسبوع، وتنخفض في نهاية الأسبوع التي تعتبر عطلة.

توزيع حوادث العمل حسب شهر وقوع الحادث:

حادث مميت		حادث خطير		حادث بتوقف		شهر وقوع الحادث
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
7,15	54	9,09	602	8,69	2237	جانفي
7,15	54	8,34	552	8,71	2244	فيفري
6,84	52	8,85	586	9,56	2461	مارس
8,21	62	9,11	603	9,63	2481	أفريل
7,66	58	9,38	621	9,95	2561	ماي
8,10	61	8,80	582	9,35	2407	جوان
9,18	69	8,41	557	8,52	2193	جويلية
10,37	78	7,37	488	7,20	1854	أوت
8,96	68	7,76	514	6,91	1780	سبتمبر
9,38	71	7,50	497	7,08	1823	أكتوبر
8,41	64	7,74	513	7,24	1864	نوفمبر
8,59	65	7,63	505	7,17	1845	ديسمبر
100	776	100	5611	100	23775	المجموع

(11) : توزيع حوادث العمل حسب شهر وقوع الحادث

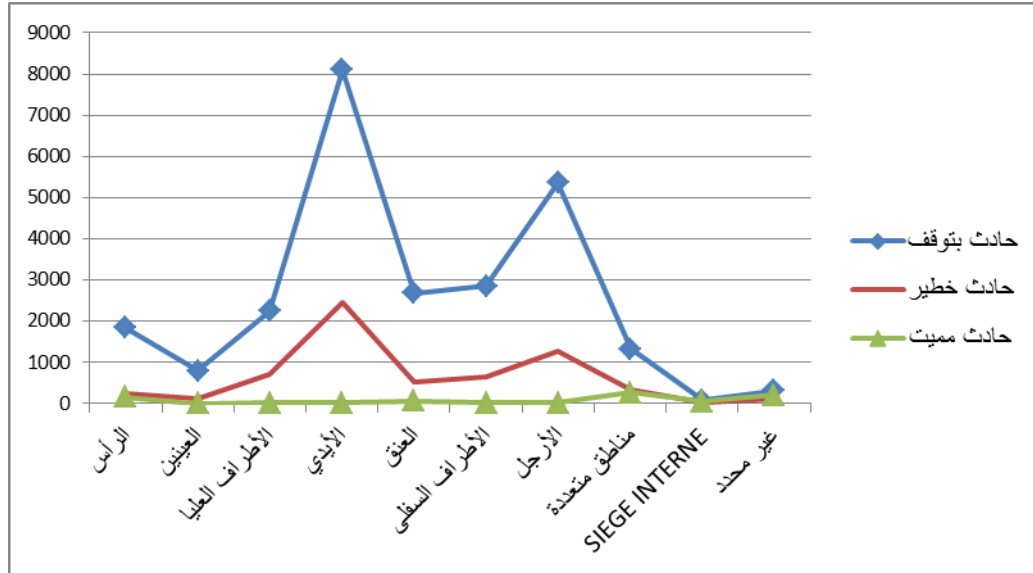
بين الجدول أعلاه أن أكبر نسبة لحوادث العمل بتوقف سجلت في شهر ماي، حيث بلغت الحوادث بتوقف 2561 حادثاً .

توزيع حوادث العمل حسب منطقة الإصابة:

موضع الإصابة		حادث بتوقف		حادث خطير		حادث مميت	
التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
الرأس	1832	7,17	240	3,73	148	19,48	
العينين	794	3,11	123	1,91	3	0,33	
الأطراف العليا	2247	8,79	718	11,14	7	0,88	
الأيدي	8096	31,66	2457	38,14	11	1,49	
العنق	2679	10,48	506	7,86	62	8,21	
الأطراف السفلى	2846	11,13	645	10,00	10	1,36	
الأرجل	5366	20,99	1283	19,91	11	1,41	
مناطق متعددة	1317	5,15	341	5,29	259	34,15	
منطقة داخلية (SIEGE INTERNE)	75	0,29	25	0,38	49	6,41	
غير محدد	317	1,24	106	1,64	199	26,27	
المجموع	25569	100	6444	100	759	100	

(12): توزيع حوادث العمل حسب منطقة الإصابة في الجسم

وبالنسبة لتوزيع حوادث العمل حسب منطقة الإصابة في الجسم، فقد تبين لنا أن الأيدي هي الأكثر تضررا في الحوادث بتوقف بنسبة (31.66 %) ، أما المنطقة المصابة والتي تؤدي إلى الموت فهي منطقة الرأس، حيث بلغت نسبة (19.48 %) من مجموع الحوادث المميتة .



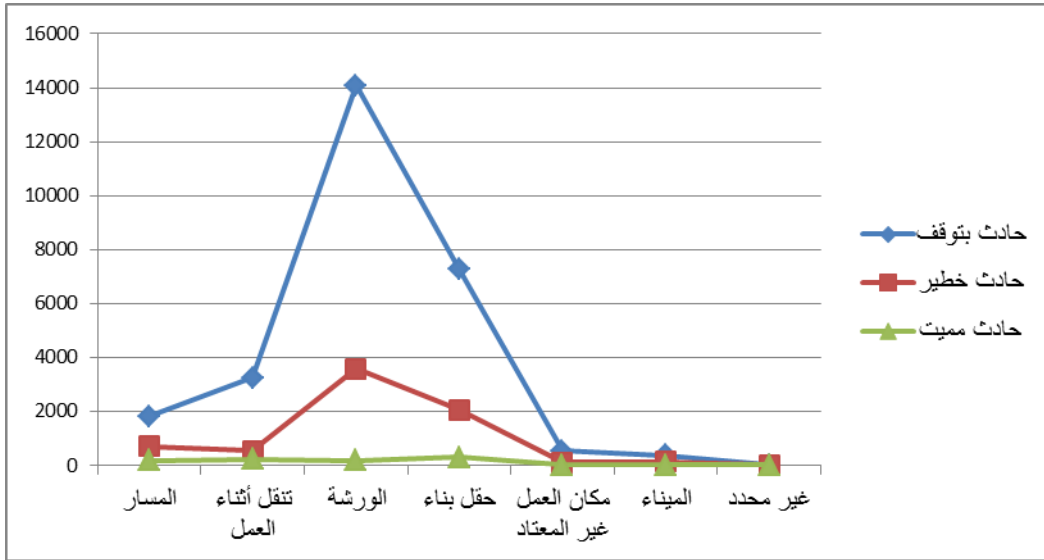
(07): توزيع حوادث العمل حسب منطقة الإصابة في الجسم

توزيع حوادث العمل حسب مكان وقوع الحادث:

حادث مميت		حادث خطير		حادث بتوقف		مكان وقوع الحادث
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
20,14	191	9,90	708	6,62	1813	المسار
25,33	241	7,46	534	11,83	3239	تنقل أثناء العمل
18,89	180	49,90	3569	51,40	14074	الورشة
31,21	297	28,89	2066	26,66	7299	حقل بناء
2,93	28	1,69	121	2,00	547	مكان العمل غير المعتاد
0,95	9	1,94	139	1,40	383	الميناء
0,56	5	0,21	15	0,10	27	غير محدد
100	951	100	7152	100	27382	المجموع

(13) : توزيع حوادث العمل حسب مكان وقوع الحادث

يتضح بصورة جلية من خلال الجدول أعلاه والشكل الموالي، أن أغلب حوادث العمل بتوقف، سجلت على مستوى ورشات العمل، بنسبة (51.40 %)، وبالنسبة للحوادث الخطيرة المسجلة في الورشات، قدرت بـ (49.9 %)، أما الحوادث المميتة فأغلبها سجلت على مستوى حقول البناء ، حيث قدرت نسبتها بـ (31.21 %) .



(08) : توزيع حوادث العمل حسب مكان وقوع الحادث

2.7. تكفل المشرع الجزائري بالمصابين بحوادث العمل:

2.7. 1. تحديد حوادث العمل ومظاهرها في التشريع الجزائري:

تعتبر حوادث العمل من بين الأخطار المهنية التي تنجم عن تنفيذ علاقة العمل من طرف العامل اتجاه المستخدم ، و لما كان قانون العمل اجتماعي بالدرجة الأولى، بحيث يهدف إلى حماية العامل من جميع الأخطار التي يمكن أن تصيبه بمناسبة تنفيذ علاقة عمله، كان لابد من وجود فرع من فروع القانون إلى جانب قانون العمل للتكفل أو لضمان الحماية الضرورية للعامل ولذلك تم وضع قانون للضمان الاجتماعي يهدف إلى تلبية الحاجيات التي يعجز الفرد تحقيقها في حياته العادية أو المرضية سواء كان أجيرا أم غير أجير .

وفي غياب تعريف دقيق شامل ومانع لحوادث العمل، بحيث أن معظم التشريعات بما فيها التشريع الجزائري في قانون 13/83 لم تعرف حوادث العمل، وإنما نجدها تذكر الحالات التي تعتبر حوادث عمل. وقد حددت الاتفاقية رقم 102 لمنظمة العمل الدولية أهم المخاطر والحوادث التي تكون موضوع أو مجال لقانون الضمان الاجتماعي.

نحاول التطرق إلى أهم التشريعات و القوانين التي تضمنت أو تعرضت إلى حوادث العمل ضمن قانون الضمان الاجتماعي في الجزائر؛ حيث عرفت تشريعات الضمان الاجتماعي وبالأخص قوانين قطاع حوادث العمل والأمراض المهنية تطورا وتحولا متواصلًا، أهمها القانون الخاص بحوادث العمل والأمراض المهنية 66-183 المؤرخ في 21 يونيو 1966، والمتضمن تعويض عن حوادث العمل والأمراض المهنية.

كما صدرت تشريعات جديدة أدت إلى ظهور نظام وحيد للتأمينات الاجتماعية مسيرا من قبل الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل، والذي دخل حيز التنفيذ بمقتضى قانون المؤرخ في 02 جويلية 1983 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، والذي حل محل التشريعات التي ظهرت قبله حيث أصبح القانون المعمول به حاليا في هذا المجال، والذي عدل بمقتضى القانون 96-19 المؤرخ في 6 جويلية 1996.

ونفهم عبر ما تطرق إليه المشرع الجزائري، أنه حتى يكون للحدث ميزة مهنية يجب أن يطرأ فعليا وبمناسبة القيام بالعمل، ورغم الأسباب المختلفة لحوادث العمل من خارجية عن نطاق العمل أو من جراء العامل بحد ذاته، إلا أن الدراسات التي أجريت في مجال حوادث العمل كشفت أن العوامل البشرية أو العنصر البشري هو السبب الرئيسي في وقوع أغلب الحوادث، أي أن معظم الحوادث ترجع إلى أمور يكون فيها الإنسان نفسه هو المسؤول عنها بالدرجة الأولى، وهذا يرجع إلى السلوك الإنساني مثل التصميم الغير الصحيح للألات الخاصة بالأمن الصناعي، أو من العامل بحد ذاته عند تهاونه في عدم حماية نفسه بوسائل وقائية .

كما يمكن أن تكون الإصابة مباشرة كسقوط الأشخاص من مكان مرتفع، أو المشي على أجسام حادة مثل المسامير وقطع الزجاج المتبعثرة، أو أن تحشر أجزاء من جسم الإنسان بالألات مثل الملابس أو الشعر.

وتزداد الخطورة على حياة العمال إذا لم توجد وسائل الوقاية اللازمة، ولهذا الغرض كثف المشرع الجزائري عملية الحرص والسهر لتفادي مثل هذه الحوادث بأساليب وقائية ورقابية، فبالنسبة للوقاية كلف هيئة الضمان الاجتماعي بالنهوض والاتصال بالهيئات المختصة في مجال الوقاية والرقابة، كما كلف أيضا هيئة الضمان الاجتماعي بتمويل صندوق خاص للوقاية من هذا النوع من المخاطر وتكون هذه الوقاية إجبارية وتقوم بها مؤسسة مستخدمة بغض النظر عن النشاط الذي تمارسه.

كما وضع المشرع أيضا القواعد العامة في مجال طب العمل، والتي هدفها هو السهر على سلامة العامل، و هذا حسب نظام خاص للطب له علاقة مباشرة مع العمل ، وبهذا لم تعد أساليب الوقاية تعتمد فقط على نظام طب العمل، بل تطورت وتكثفت حين أصبح هناك جهة رقابية والمتمثلة في مفتشية العمل، والتي ينحصر دورها في عملية الرقابة في وسط العمل والسهر على مراعاة سلامة العامل وأمنه.

ونظرا للأضرار المادية والبشرية التي تسببها حوادث العمل بغض النظر عن قطاع النشاط الذي ينتمي إليه العامل، رأى المشرع الجزائري ضرورة الاهتمام بهذا الجانب، فوسع نطاق التكفل

بحوادث العمل في مجال الضمان الاجتماعي ووضعها موضع النفاذ الجاد، حيث يرى انه حادث عمل هو كل حادث يقع أثناء ممارسة العامل لنشاطه المهني العادي، والذي ينجم عنه إصابة تمس الجسد، ولم يكتف المشرع بهذا فحسب، حيث اعتبر كذلك حادث عمل كل حادث عمل يقع خارج مكان العمل أو ما يسمى بحادث المسار، والذي يحدث بين مكان العمل ومكان إقامة العامل، أي أثناء المسافة التي يقطعها هذا الأخير عند الذهاب أو الإياب إلى عمله أيا كانت وسيلة النقل، كما اعتبر كذلك المشرع في حكم حادث المسار المكان الذي يتردد إليه العامل من أجل تناول الطعام أو اقتناء أغراض عائلية.

◀ وقوع الحادث أثناء وفي مكان العمل:

يرى المشرع الجزائري أن حادث العمل هو كل ما انجرت عنه إصابة بدنية ناتجة عن سبب مفاجئ وخارجي و يطرأ في إطار علاقة العمل، كما قد وسع دائرة حوادث العمل حيث اعتبر حادث عمل ذلك الحادث الذي يطرأ بمناسبة قيام العامل خارج المؤسسة بمهمة ذات طابع استثنائي أو دائم طبقا لتعليمات صاحب العمل، أو عند مزاولته الدراسة بانتظام خارج ساعات العمل وأيضا عند ممارسته لانتداب سياسي انتخابي أو إطار منظمة جماهيرية ما.

ونستخلص من هذا أن الحادث لا تتجلى عليه الصفة المهنية إلا إذا طرأ بمناسبة القيام بالعمل، أي أن يقع في الوقت الذي يكون فيه العقد بين الطرفين ساري المفعول، وأن يكون العامل أثناء وقوع الحادث في وضعية ممارسته لنشاطه المهني العادي بعبارة أخرى أثناء تنفيذ علاقة العمل.

◀ مادية الحادث:

يتميز حادث العمل بطابع مفاجئ يشار إليه بالطابع القوي والعنيف للضرر الظاهر في وقت و مكان العمل، فإن المباغته في الضرر تؤدي إلى إمكانية إعطاء تاريخ محدد والتي يتمكن فيها العامل إثبات أن الأضرار لها علاقة مع العمل ومن أمثلة هذه المخاطر سقوط أجسام صلبة على رأس أو قدمي العامل.

ونستخلص من هذا أن الطابع المفاجئ للحدث يكون سببه خارجي و يتعلق الأمر بسبب غير مرتبط لا بالبنية العضوية ولا بالبنية النفسية للعامل، وينتج عن هذه الحوادث والمخاطر إصابات تلحق جسم العامل ظاهرة كانت أو باطنية لأن الحادث يقتضي الضرر البدني في وقت ومكان العمل أو في وقت مقارب له.

◀ الطابع المهني للحدث:

وحتى يكون للحدث طابع مهني يجب أن تتوفر الشروط التالية:

- أن يقع الحادث في مكان العمل الذي يؤدي فيه العامل نشاطه العادي وفق شروط العقد والذي يكون فيه العامل تحت إشراف ورقابة صاحب العمل.
- أن يقع في الوقت الذي يكون فيه العامل تحت سلطة صاحب العمل بما في ذلك أوقات الراحة في داخل المؤسسة، ومثال ذلك الغداء في مكان العمل والأوقات التي يمارس فيها انتداب.
- أن تكون علاقة التبعية قائمة بين كل من العامل وصاحب العمل، سواء كانت هذه التبعية داخل المؤسسة أو خارجها.

◀ حادث المسار (الطريق):

يعتبر مسار العمل قانونيا ذلك الخط الذي يربط بين مكانين يكون أولهما ثابت وهو مكان العمل و الثاني متغير حسب مكان إقامة العامل، والأمكنة التي يتردد إليها وهذا كما عرفه المشرع الجزائري، وتكون الأمكنة التي يتردد إليها عادة :

- مكان الإقامة سواء أكانت أساسية أو ثانوية، ويعرف أنه المكان الذي يقيم فيه العامل بصفة دائمة أو مؤقتة، تبدأ نقطة انطلاق أو نهاية المسار حسب نوع الإقامة فإذا كانت عن عمارة فالمركز هو الباب الشخصي للعامل أما إذا كانت عبارة عن منزل خاص فالمركز يكون الطريق العمومي.

- المكان الذي يذهب إليه العامل بصفة طبيعية لأسباب عائلية، ومثال ذلك الحادث الذي يقع لشخص في طريقه للمنزل العائلي والذي يتردد إليه العامل مرة في الأسبوع.
- المكان الذي يأخذ فيه العامل بصفة دائمة وجباته خارج المؤسسة كالمطعم، ومثال ذلك الحادث الذي يقع للعامل في طريقه إلى حديقة عمومية لتناول وجبته المعتادة في كل يوم والقريبة من المؤسسة، وكقاعدة عامة فإن المسار يبدأ من المغادرة أو العودة النهائية من الرقعة الجغرافية للمؤسسة إلى مكان العمل والعناصر التي تم ذكرها .
- وفي حالة تغيير المسار والتي يبرر فيها العامل أن التوقف كان سببه واجب شرعي كإنقاذ شخص معرض للتهلكة مثلا، فذلك يعتبر حادث مسار.

2.2.7. الإجراءات الإدارية والتشريعية للتكفل بالعمال المصابين بحوادث العمل:

من خلال اتصالنا بوزارة العمل والضمان الاجتماعي لمعرفة الإجراءات الإدارية والقانونية لعملية التكفل بالعمال ذوي الإعاقات الحركية بسبب حوادث العمل، تبين لنا أن الأطراف المشاركة فيها هي: هيئة الضمان الاجتماعي والمكلفين من أصحاب العمل والعامل الذي يصاب بحادث عمل، والمراكز المتخصصة في إعادة التأهيل الوظيفي (سواء داخل المستشفيات أو خارجها). فكل العمال سواء كانوا إجراء أو ملحقين بالأجراء، بغض النظر عن النشاط الذي يمارسونه وطبيعة اجرهم أو صلاحية عقد عملهم أو علاقتهم المهنية ومهما كانت جنسيتهم والذين يشتغلون في التراب الوطني والمؤمنين اجتماعيا، لهم الحق في الاستفادة من إجراءات التكفل.

ويستفيد أيضا الأشخاص حتى ولو لم يكونوا مؤمنين اجتماعيا من هذه الإجراءات، الذين وقع لهم الحادث أثناء المشاركة في أنشطة رياضية، وأعمال البر من أجل الصالح العام أو إنقاذ شخص معرض للهلاك. والغاية من القيام بهذه الإجراءات، هو أن يستفيد العامل المصاب من الأداءات، تعويضا عن الأذى الذي لحق به، وتتحصل هيئة الضمان الاجتماعي على هذه الاداءات بدورها عن طريق الإشتراكات المدفوعة من طرف المكلفين الأجراء وغير الأجراء، وزاد المشرع توسعا في نطاق صيانة حقوق العامل حيث أخضع جميع الخلافات والنزاعات التي تسري بين العمال المؤمنين اجتماعيا وهيئات الضمان الاجتماعي لعدة إجراءات خاصة، إذ لم يكتف بوضع شروط وإجراءات الإستفادة من تغطية الضمان الاجتماعي، بل وضع قوانين تنظم كفاءات

تسوية النزاعات كما جاء به قانون 83-15 المؤرخ في 2 جويلية 1983 المتضمن المنازعات في مجال الضمان الإجتماعي، ويمكن تقسيم هذه الاجراءات كما يلي:

1. الإجراءات المتبعة عند وقوع حادث العمل:

سنحاول أن نتطرق إلى أهم الإجراءات المتخذة بعد إصابة العامل بحادث عمل، وكيف يستطيع المصاب المؤمن له أن يستفيد من الأداءات المقررة قانونا، وأهم هذه الجوانب هي إجراءات الإثبات والتحقق من الإصابة والتي تتم بعد التصريح بالحادث بالكيفيات والآجال القانونية ومعاينة الإصابة وجميع الإجراءات الأساسية لتحديد نسبة العجز، والحالة الصحية للمصاب حتى تتمكن هيئة الضمان الاجتماعي من التأكد من الطابع المهني للإصابة. (أحمية، 1998: 177)

والهدف من هذه الإجراءات هو أن يستفيد المصاب المؤمن إجتماعيا وحقوقه من الأداءات المستحقة حسب نوع وتفاوت الإصابة من عجز مؤقت حتى الوفاة. وتتمثل هذه الإجراءات في :

1.1. التصريح بحادث العمل:

يجب التبليغ بالحادث إلى صاحب العمل، خلال أربع وعشرين (24) ساعة إما من طرف المصاب أو ذوي حقوقه أو من ينوب عنه ما عدى في حالة القوة القاهرة، مع ذكر أن أيام العطل لا تحسب، ويجب التأكد من أن صاحب العمل قد بلغ بالحادث إلى وكالة الضمان الاجتماعي التي يتبعها المصاب في ظرف (48) ساعة إعتبارا من تاريخ علمه بالحادث، وفي حالة إذا لم يقم صاحب العمل بالتبليغ يمكن أن يتم إما بواسطة المصاب أو بواسطة ممثله في الرقابة أو مفتشية العمل وبدورها تقوم هيئة الضمان الاجتماعي على الفور بتبليغ مفتش العمل المشرف على المؤسسة أو الموظف الذي يمارس صلاحياته. أما إذا أسفر الحادث عن إصابات خفيفة لا تؤدي بالعجز عن العمل يصرح بها صاحب العمل بتسجيلها في سجل خاص يتحصل عليه من هيئة الضمان الاجتماعي يذكر فيه اسم المصاب وتاريخ ومكان وظروف الحادث وطبيعة الإصابة مع إمضاء الضحية ويرسل في نهاية السنة إلى هيئة الضمان الاجتماعي برسالة موصى عليها مع طلب الإشعار بالإستلام.

أما في حالة حادث المسار فإن مصالح الشرطة أو الدرك الوطني التي قامت بمعاينة الحادث يستوجب عليها إرسال نسخة من المحضر الذي تعده إلى هيئة الضمان الإجتماعي في مدة لا يجب أن تتعدى عشرة (10) أيام، كما يجب تسليم نسخة من المحضر إلى المعني أو ذوي حقوقه أو المنظمة النقابية المعنية إذا طلبت ذلك.

ويترتب عن عدم التصريح بالحادث من قبل صاحب العمل تحصيل غرامة من قبل هيئة الضمان الإجتماعي تقدر بنسبة 20% من الأجر الذي يتقاضاه المصاب كل ثلاثة أشهر.

2.1. النظر في الملف:

تبدأ هيئة الضمان الاجتماعي البث في الطابع المهني للحادث عندما تتوفر لديها عناصر الملف ولاسيما التصريح بالإصابة في أجل عشرين (20) يوما انطلاقا من تاريخ التبليغ، ويستوجب على الوكالة في هذه المدة أن تقوم بتبليغ الضحية أو ذوي حقوقه عن اعتراضها أو تحفظها على الطابع المهني في انتظار جمع العناصر التي تسمح لها بأخذ القرار النهائي.

وتقدم أداءات التأمينات الاجتماعية على سبيل الاحتياط، ما لم تشعر هيئة الضمان الاجتماعي المصاب أو ذوي الحقوق بواسطة رسالة موصى عليها مع الإشعار بالاستلام وإذا إقتضى الأجل المحدد بعشرين (20) يوما، ولم تبد الهيئة اعتراضا على الطابع المهني للإصابة، يثبت الطابع المهني ضمنا أي أنه يعتبر ثابتا من جانبها. (أحمية، 1998: 184)

3.1. معاينة الإصابة:

تعتبر المعاينة من الإجراءات في تقييم الإصابة، من حيث نسبة العجز التي تخلفها، والحالة الصحية للمصاب، وغيرها من المعطيات التي تمكن هيئة الضمان الاجتماعي في إصدار قرارها.

ويجب أن تتم المعاينة من قبل طبيب أو الهيئة الطبية التي يختارها المصاب، والتي يستوجب عليها تحرير شهادتين عند فحصها الأول للحالة.

✓ تحدد في الشهادة الأولى - من خلال الفحص الطبي الأول للحدث - حالة المصاب ومدة العجز المؤقت ومختلف المعايير التي تساعد على تحديد مصدر الجروح أو الإصابات.

✓ وتتضمن الشهادة الثانية، إما الشفاء أو العواقب النهائية للحدث، وحالة المصاب بعد العلاج أو الجبر ونسبة العلاج.

وعلى الطبيب أن يقدم في الحال نسخة من الشهادتين للمصاب ونسخة أخرى لهيئة الضمان الاجتماعي التي يحق لها إجراء أية رقابة طبية على الحالة المعروضة عليها خاصة إذا تسبب الحادث في وقوع وفاة أو عجز دائم أو يحتمل أن يتسبب في إحداهما. (أحمية، 1998: 185)

2. الأداءات المقررة في مجال الضمان الاجتماعي:

بعد أن يتم تحقق هيئة الضمان الاجتماعي من الطابع المهني للحدث، ينشأ الحق في التعويضات عنها وذلك عن طريق الأداءات وهذا مهما كانت طبيعتها دون شرط مدة العمل.

وتتحصل هيئة الضمان الاجتماعي على هذه الأداءات من قبل الإشتراكات المدفوعة من طرف المستخدمين والعمال، وبهذا يتم تحويل المعنيين من المؤمنين إجتماعيا في حالة حوادث العمل و تختلف طبيعة الأداءات باختلاف الإصابات التي يتعرض إليها العامل، فقانونا يتم التعويض عن طريق الأداءات العينية وتتمثل في التكفل بمصاريف العناية الطبية والوقائية والعلاجية لصالح المؤمن له وذوي حقوقه، وعن طريق الأداءات النقدية المتمثلة في منح تعويضية يومية للعامل الذي يضطره المرض إلى الإنقطاع المؤقت عن عمله.

إضافة إلى ذلك، هناك إجراءات خاصة متخذة في حالة تفاوت الإصابات من حالة عجز دائم والوفاة أو عن إنتكاس المصاب وهذا حسب ما جاء به القانون 83-13 السالف الذكر في بابه الثالث.

1.2. الأخطاء العينية والنقدية:**1.1.2. الأخطاء العينية:**

تتكفل الأخطاء العينية بمصاريف العناية الطبية والوقائية والعلاجية التي يظطر المصاب أن يمر بها وتشمل هذه الأخطاء قانونا مايلي:

- مصاريف العلاج، الجراحة، الأدوية، التحليل والإقامة بالمستشفى.
- تقديم وتصليح وتجديد الأجهزة الإصطناعية الخاصة بالجبر أو تعويض ما جعلته الإصابة بالحادثة غير صالح.
- تعويض مصاريف إعادة التدريب والتأهيل العضلي وكذا مصاريف النقل.
- تعويض مصاريف التمهين والتأهيل من أجل التمرن على تمارين العمل الذي إختاره المصاب والملائم مع إعاقته.
- التنقل لأسباب المراقبة الطبية أو لإجراء الخبرة الطبية بإستدعاء من طرف العجز أو لأن المعالج يستحيل التكفل في بلدته.

وتقدم الأخطاء المذكورة دون تقييد للمدة إذا أستوفى المصاب عند تاريخ العلاقات الشروط المخولة له ولا يجوز تقديمها للمصاب إلا إذا وصفت هذه العلاجات من طبيب أو شخص مؤهل لهذا الغرض. ويجب إرسال الملف الطبي أو تقديمه إلى هيئة الضمان الإجتماعي في ظرف الأشهر الثلاثة التالية للإجراء الطبي الأول ما لم يتعلق الأمر بعلاج طبي مستمر، وفي هذه الحالة يجب تقديم الملف في ظرف ثلاثة أشهر بعد إنتهاء هذا العلاج. ويترتب عن عدم إحترام هذه الإجراءات سقوط الحق في الأخطاء بالنسبة للفترة التي منعت خلالها هيئة الضمان الإجتماعي ممارسة مراقبتها إلا عند أسباب قاهرة.

2.1.2. الأخطاء النقدية:

تدفع للمصاب تعويضات يومية بدءا من اليوم الأول الذي يلي التوقف عن العمل إثر الحادث، وذلك خلال كل فترة العجز عن العمل التي تسبق إما الشفاء التام أو جبر الجرح وإما

الوفاة، وأيضا في حالة الإنتكاس أو التفاقم، مع ذكر أن أجر يوم العمل الذي طرأ فيه الحادث على نفقة صاحب العمل وذلك أيا كانت طريقة دفع الأجر، وقد تكون التعويضات:

أ-التعويضة اليومية: للعامل الذي يمنعه عجز بدني أو عقلي مثبت طبيا عن مواصلة عمله أو إستئنافه الحق في التعويضة اليومية تقدر كما يلي:

- من اليوم الأول إلى اليوم 15 الموالي للتوقف عن العمل 50 % من أجر المنصب اليومي الصافي.

- إعتبارا من اليوم الموالي للتوقف عن العمل 100 % من أجر المناصب اليومي الصافي.

- وفي حالة المرض الطويل أو الدخول إلى المستشفى تطبق نسبة 100 % ابتداء من اليوم الأول من توقفه عن العمل.

وتستحق التعويضة اليومية عن كل يوم عمل أو راحة، على أن لا تتجاوز قدر واحد من % 30 من أجر المنصب الشهري المتقاضى. وإذا تعلق الأمر بعلة طويلة الأمد، يجوز دفع التعويضة اليومية طوال فترة مدتها ثلاث سنوات محسوبة من تاريخ إلى تاريخ عن كل علة، وفي حالة توقف، يتبعه إستئناف للعمل يتاح أجل جديد مدته ثلاث 3 سنوات على أن تمر على هذا الإستئناف سنة على الأقل.

وإذا تعلق الأمر بعلة من غير العلة الطويلة الأمد تدفع التعويضة اليومية على نحو يضمن طوال فترة ما مدتها سنتان متتاليتان، يتقاضى فيها العامل ثلاثمائة 300 تعويضة يومية على الأكثر وذلك على علة أو عدة علل.

وفي حالة علة طويلة الأمد أو علة ينجر عنها إنقطاع عن العمل أو تستلزم معالجة متواصلة طوال فترة تتجاوز (6) أشهر، يجب على هيئة الضمان الإجتماعي أن تعمل دوريا على أن يجري الفحص الطبي على المصاب لكي يحدد بالتعاون مع الطبيب المعالج، العلاج الذي يتعين على المعني بالأمر تلقيه إذا كانت العلاجات تؤدي بدون إنقطاع.

وتكون مواصلة تقديم الأدعاءات المستحقة للمستفيد مرهونة بالتزامات تتمثل في الخضوع

إلى:

- العلاجات وكل أنواع التدابير التي تقررها له هيئة الضمان الاجتماعي بالتعاون مع الطبيب المعالج.

- الفحوص والكشوف الطبية التي تستلزمها حالته تحت مراقبة هيئة الضمان الاجتماعي.

- الإمتناع عن كل نشاط غير مرخص به.

وفي حالة عدم مراعاة المصاب لهذه الإلتزامات يجوز لهيئة الضمان الاجتماعي أن توقف تقديم الأداءات أو التقليل منها أو منعها عنه.

ونظرا لتغير أجر منصب العمل من فترة إلى أخرى، يعاد النظر في قيمة التعويضات اليومية حسب تطور أجر هذا المنصب، ولا يمكن أن تبلغ التعويضة بنسبة 100 % أدنى 8 أضعاف المبلغ الصافي لمعدل الساعات للأجر الوطني الأدنى المضمون.

2.2. الأداءات في حالة العجز: قد ينتج عن الحادث أو المرض المهني عجزا تتفاوت خطورته من عجز مؤقت أو دائم وفي كلتا الحالتين هناك إجراءات خاصة للأداءات التي يستفيد منها المصاب.

1.2.2 الأداءات عن عجز مؤقت: تعتبر الأداءات عن العجز المؤقت هي نفسها الأداءات التي تقدم من باب التأمينات الاجتماعية السالفة الذكر في الأداءات العينية والنقدية من القانون 83-11 السالف الذكر وهذا مع مراعاة بعض الشروط التي تتمثل في:

✓ تستحق الأداءات المتعلقة بالعلاجات التي يستلزمها شفاء المصاب سواء حصل إنقطاع عن العمل أم لا، وبدون تحديد المدة.

✓ للمصاب الحق في الإستفادة من علاج خاص قصد إعادة تأهيله وظيفيا، ويمكن أن يتضمن العلاج إقامة للمصاب في مؤسسة عمومية أو خاصة معتمدة. وللمصاب الذي يصبح بسبب الحادث غير قادر على ممارسة مهنته أو لا يستطيع ممارستها إلا بعد التكييف، له الحق في تكييفه مهنيا داخل مؤسسة أو لدى صاحب العمل لتمكينه من تعلم ممارسة مهنة من إختياره. وتقدم هذه الأداءات على أساس نسبة 100 % من التعريفات النظامية المعمول بها في مجال التأمينات الاجتماعية.

✓ أما بالنسبة للتعويض اليومية يمكن إبقائها جارية كلياً أو يرخص به الطبيب المعالج، وإذا اعترف الطبيب المستشار لهيئة الضمان الإجتماعي بأنه كفيل بالمساعدة على الشفاء أو على جبر الجرح.

ولا يمكن أن يتجاوز المبلغ الإجمالي للتعويض المبقاة جارية مبلغ الأجر المادي المدفوع للعمال من نفس الفئة المهنية، وفي حالة ما إذا تجاوزها يتم تخفيض التعويض اليومية حسب مقتضى الحال.

وتدفع هذه التعويض حسب نفس الشروط التي تدفع وفقها التعويض الممنوحة في حالة المرض.

2.2.2. الأداءات عن العجز الدائم:

إذا أصيب العامل بعجز دائم جزئي أو كلي يمنعه من الاستمرار في ممارسة عمله، يمكنه الاستفادة من ريع نسبي يتناسب مع عجزه، وعليه في هذه الحالة أن يقدم لوكالة الضمان الاجتماعي التابع لها شهادة طبية نهائية من طرف الطبيب المعالج والتي يجب أن يبين فيها النتائج النهائية التي أدى إليها الحادث أو المرض المهني، ووصف حالته الصحية، وتاريخ المحتمل للشفاء أو لجبر الجرح مع ذكر نسبة العجز المبينة.

ويحسب مبلغ الريع وفقاً لشروط خاصة بعد أن يتم تحديد نسبة العجز عن العمل، وتحدد نسبة العجز عن العمل من طرف الطبيب المستشار بهيئة الضمان الاجتماعي، وفق الجدول الخاص يتم تحديده تنظيمياً بعد أخذ رأي لجنة خاصة، وتضاف إلى النسبة الواردة في الجدول عامل السن وقدراته المهنية، ومراعاة عامل القابلية وحالته العائلية والاجتماعية، وتقدر الحالة الاجتماعية ما بين 1% و 10% التي يستفيد منها المصاب الذي يكون عجزه عن العمل يساوي أو يزيد عن 10%، ويطبق أيضاً العامل الذي يعاد إدماجه بمنصب يقل عن منصبه الأول.

وإذا استدعت الحالة الصحية للمصاب إلى درجة الإستعانة بشخص آخر لقضاء حاجته اليومية، يضاف إلى الريع الأصلي مبلغ بنسبة 40% من قيمة أجر المنصب، ولا يمكن أن تقل في جميع الحالات عن القيمة المحددة قانوناً.

ويمكن أن يراجع الربيع حسب شدة الإصابة، ويقتصر هذا الإجراء بعد تاريخ دخول القرار الذي يحدد الشفاء أو الجبر حيز التنفيذ، ويمكن أن تكون هذه المراجعة كل ثلاث أشهر على الأكثر خلال السنتين الأوليتين الموليتين للشفاء أو جبر الجرح، وبعد إنقضاء هذه المدة لا يمكن أن يتم تحديد جديد للتعويضات إلا بعد مرور فترة مدتها سنة بين المرة والأخرى وتبقى هذه الآجال سارية حتى لو تم العلاج الطبي.

3.2. الإجراءات الخاصة للاستفادة من مبلغ ربيع العجز:

للاستفادة من مبلغ الربيع على العجز، يجب على المعني بالأمر التوجه إلى وكالة الضمان الاجتماعي التي ينتسب إليها، ويقدم بطاقة الترقيم التسلسلي للضمان الاجتماعي، وشهادة طبية تؤكد الإصابة بالعجز وعدم القدرة على مواصلة النشاط المهني، مع تحرير طلب خاص بمعاش العجز، ويقوم المعني بالأمر بملء الاستمارة تقدمها له الوكالة. وإضافة إلى ذلك يجب أن يتضمن ملف المستفيد الوثائق التالية:

- شهادة مدنية للحالة العائلية.
- شهادة عدم إستئناف النشاط المهني المأجور.
- شهادة عمل وشهادة الراتب التي سيسحب على أساسها معاش العجز تستخرج من هيئة الضمان الاجتماعي. ويمكن للهيئة أن تطلب أي وثيقة تراها ضرورية لتكوين الملف، وبمجرد تصفية هذا الأخير يجبر المعني بالأمر الخضوع لكل أنواع الرقابة التي تراها الوكالة ضرورية من حقه في الأداءات.

4.2. إنتكاس المصاب:

عند إنتكاس المصاب الذي يصبح في حاجة ماسة إلى العلاج الطبي، سواء نجم عن ذلك عجز مؤقت أو جديد أم لا، تلتزم هيئة الضمان الاجتماعي بالتكفل به، بعد أن تحقق من الطابع المهني للحدث وتتم هذه الإجراءات بنفس الإجراءات المذكورة سابقا حتى يستفيد من الأداءات المستحقة.

3. منازعات حوادث العمل:

يقصد بالمنازعات تلك الخلافات التي تنشأ بين كل من له الحق، وهيئة الضمان الإجتماعي حول الحقوق والالتزامات المترتبة على تطبيق قوانين التأمينات الإجتماعية في حوادث العمل، حيث تنصب هذه الخلافات عادة حول تقدير التعويضات، والحالة الصحية للمؤمن له، والخبرة الطبية، وما إلى ذلك من مسائل أخرى. وتتمثل هذه المنازعات خصوصا في النزاعات الطبية التي تتعلق بتقارير الخبرة الطبية في مجال تقدير العجز، وتقارير اللجان الطبية المختصة.

1.3.1. النزاعات المتعلقة بالتعويض الناتج عن خطأ صاحب العمل أو غيره:

وإلى جانب هذه المنازعات المذكورة، هناك نوع آخر من المنازعات العامة، التي تخص الخلافات الناشئة عن تطبيق أو تفسير أو الاعتراض على القرارات الصادرة عن هيئات الضمان الإجتماعي. أي بكل الخلافات التي تتعلق بالحالة الطبية للمستفيدين من الضمان الإجتماعي، وترفع هذه الاعتراضات إلى لجنة الطعن الوطنية التي تؤسس ضمن كل هيئة للضمان الإجتماعي، وذلك في ظرف ثلاثة (3) أشهر اعتبارا من تاريخ استلام العريضة إذا لم تصدر اللجنة قرارها (3) وفي خلال شهر بعد تبليغ قرار اللجنة.

2.1.3. المنازعات الطبية والتقنية ذات الطابع الطبي:

تختص المنازعات التقنية بكل النشاطات الطبية التي تدخل في مجال الضمان الإجتماعي، والتي تتعلق بمسائل الأخطاء التي قد تقع أثناء الفحص أو أي إشكال يقع بين المريض والهيئة الطبية أو الطبيب المعالج وكل الخلافات التي لا يمكن تقديرها أو فحصها إلا من قبل هيئات مختصة في الميدان الطبي.

أما بالنسبة للمنازعات الطبية فإنها تتميز من حيث إجراءات تسويتها، والإجراءات المختصة بها عن النزاعات الأخرى في أنها يغلب عليها الطابع الطبي أو التقني أكثر من الطابع الإداري أو القضائي، ويتبين من الأحكام الخاصة بالنزاعات الطبية في الباب الثالث من القانون 83-15 أن هناك إجرائين لتسوية هذه النزاعات، تتكفل بهما هيئتان متكاملتان ، تتمثل في :

1.2.1.3. إجراءات الخبرة الطبية:

يستدعي وصف أو تحديد الأضرار الناجمة عن حوادث العمل اللجوء إلى الخبرة الطبية كنوع من التحكيم الطبي التخصصي، ليقدّم الوصف الدقيق للأضرار أو العجز الناتج الحادث، إذ يجب على هيئة الضمان الإجتماعي إشعار المؤمن له بجميع القرارات الطبية في الثمانية أيام بعد صدور رأي الطبيب المستشار للهيئة، وبهذا يتاح للمعني بالأمر أجل مدته شهراً لتقديم طلب إجراء الخبرة من هيئة الضمان الإجتماعي، وذلك إما بواسطة رسالة موصى عليها مع طلب الإشعار بالإستلام، وإما بواسطة طلب يودع لدى شبابيك الهيئة مقابل تسليم وصل الإيداع، حيث يستوجب على الهيئة أن تباشر إجراءات الخبرة الطبية بمجرد ما يرد عليها طلب الاعتراض ذو الطابع المهني في ظرف سبعة أيام وأن تنتهي منها في ظرف خمسة عشرة يوم بعد إستلامها لنتائج الخبرة الطبية.

وبالنسبة لهيئة الضمان الإجتماعي فهي ملزمة بإتخاذ قرارها بشكل مطابق وموافق لنتائج الخبرة الطبية على أن تبلغه إلى المعني بالأمر في ظروف عشرة أيام التي تلي إستلامها لتقرير الخبير. (أحمية، 1998: 191)

2.2.1.3. لجنة تقدير العجز:

رغم أن الخبرة الطبية تفرض قراراتها على كل من المصاب وهيئة الضمان الإجتماعي، إلا أنه فيما يتعلق بنسبة العجز التي تحددها الخبرة، يمكن أن تكون محل نزاع من قبل المعنيين، وهنا تختص لجنة تقدير العجز بتحديد نسبة العجز، إذ يجب أن تقدم الطعون المتعلقة بالنزاع إلى أمانة اللجنة في مدة الشهرين التاليين لإشعاره بقرار الهيئة، ويمكن تمديد هذه المدة إلى أربعة أشهر التي تلي تقديم طلب إجراء الخبرة، إذا لم تقم هيئة الضمان الإجتماعي قد أصدرت قرارها في ظرف الشهر التالي لتاريخ إجراء هذه الخبرة. وتتألف اللجنة الخاصة بحالات العجز من :

- مستشار لدى المجلس القضائي رئيساً.
- طبيب خبير يعينه مدير الصحة بالولاية من قائمة يعدها الوزير المكلف بالصحة.
- ممثل عن الوزير المكلف بالضمان الإجتماعي.

- ممثل عن العمال غير الأجراء.
 - ممثلين (02) عن العمال الأجراء من بينهم واحد ينتمي إلى القطاع العمومي.
- ويمثل أمانة اللجنة أحد أعوان هيئة الضمان الإجتماعي.
- ويجب حضور أربعة (04) أعضاء على الأقل حتى مداوات اللجنة المختصة بحالات العجز، ومنهم الرئيس والطبيب الخبير، ويتم أخذ قراراتها بالأغلبية، وفي حالة التساوي يرجح صوت الرئيس.

وتقوم اللجان المختصة بحالات العجز التكفل بتقدير سبب وطبيعة المرض، أو الإصابات، وتاريخ الشفاء أو الجبر، وحالة العجز ونسبته، وبهدف تمكين اللجنة من أداء عملها، وتقاديا من أي نقص أو خلل في التشخيص أو تقدير العجز منح القانون اللجنة إمكانية الإستفادة من طبيب إختصاصي يتم تعيينه من طرفها لفحص المصاب صاحب الطعن، كما يجوز للجنة إجراء كل الفحوصات الطبية الإضافية الضرورية والقيام بأي تحقيق تراه مفيدا. (أحمية، 1998: 194)

3.2.1.3. التسوية القضائية للمنازعات الطبية:

منح القانون الحق في اللجوء إلى القضاء سواء للمؤمن أو هيئة الضمان الإجتماعي، وهذا لهدف تقادي أي خرق للإجراءات المتخذة بشأن الخبرة الطبية، حيث يحوز وفق دعوى إلى المحكمة المختصة بالقضايا الإجتماعية إقليميا لإصدار حكم لتسوية كل ما يخص:

- سلامة إجراءات الخبرة.
 - مطابقة قرارات هيئة الضمان الإجتماعي لنتائج الخبرة.
 - ضرورة تجديد الخبرة أو تمديدها.
 - الخبرة القضائية في حالة إستحالة إجراءات الخبرة على المعني بالأمر.
- يلزم القانون هيئة الضمان الاجتماعي بأخذ رأي الطبيب المعالج بالنسبة لجميع الإعتراضات ما عدا الإعتراض المتعلق بحالة العجز، وذلك إذا لم تقم بإجراءات الخبرة الطبية وفق الإجراءات والآجال المحددة قانونا، أما فيما يتعلق بتكاليف الأتعاب المستحق للأطباء لإجراء الخبرة تقع على عاتق هيئة الضمان الإجتماعي.

أما بالنسبة للجان المختصة بحالات العجز، فيجوز الاعتراض على قراراتها بالطعن لدى الجهة القضائية المختصة، كما أن القانون أوقع على عاتق هيئة الضمان الإجتماعي جميع التكاليف ومصاريف تنقل المصاب وذوي حقوقه والمرافق إذا اضطر إلى التنقل إلى خارج بلدية إقامته، استجابة لاستدعاء الطبيب الخبير أو اللجنة المختصة بالعجز والمصاريف الناتجة عن المنازعات الطبية. وفي حالة الطعن أو الاعتراض على القرارات الناجمة عن لجان الخبرة ولجان تقدير العجز، يمكن اللجوء إلى الجهة القضائية المختصة وفقا لإجراءات التقاضي الواردة في قانون الإجراءات المدنية.

2.3. التعويض عن خطأ المستخدم أو الغير:

إن حوادث العمل بأسبابها المختلفة قد تكون زيادة على ذلك ناتجة عن إهمال أو تقصير من قبل صاحب العمل أو ممثليه، سواء من قبل العامل نفسه أو الغير وعليه فإن الإحتجاج أو التعويض عليها يختلف عن سابقه لأن مثل هذه المنازعات تدخل ضمن إطار القضايا المدنية حيث تخضع لمختلف إجراءات التقاضي والإثبات المعمول بهما في القضايا المدنية، على أنه إذا اقتضى الأمر يمكن للأطراف المعنية اللجوء إلى القضاء الجزائي والإمتثال كأطراف مدنية لتحصيل كافة الحقوق الناتجة عن الأضرار التي ألحقها بهم الغير. غير أن الإهمال والتقصير قانونا يعتبر خطأ ويعرف الخطأ بناء على ذلك تبعا لمبادئ القانون العام ذلك التصرف الخطير الذي يقوم به شخص تجاه العامل قصد إلحاق الأذى وعليه فإن الخطأ نوعين:

- الخطأ غير المقصود، والذي يتميز بغياب الرغبة في إثارة الضرر والأذى حيث يقوم فيه المتسبب بإثارة الخطر دون قصد والرغبة في تحقيق الحادث.
- الخطأ المتعمد لا يقف فقط عند السلوك المقصود، بل أيضا في إثارة الحادث وبالتالي إلحاق الضرر البدني أو المعنوي للشخص المقصود، وفي أغلب الأحيان نجد أن هذه الرغبة في إلحاق الأذى تكون ممثلة عن طريق الضرب أو الجرح العمدي، ولما كانت الإصابة التي يتعرض إليها العامل مقصودة أو غير مبررة من قبل المتسبب في الحادث تخلق أضرارا مادية ومعنوية، فلقد إستوجب المشرع عملية تعويض المصاب أو ذوي الحقوق عليها، إذ نجد أن هذه التعويضات أو

الزيادات تختلف حسب درجة خطورة الخطأ الذي يتعرض إليه المصاب لا حسب العواقب التي تنتجها. (أحمية، 1998: 199)

1.2.3. التعويض عن خطأ صاحب العمل:

لما كان العامل يتعرض إلى أخطار وأخطاء مهنية، فلقد تعين على المشرع الجزائري أن يضع نصوصا تشريعية وتنظيمية يلزم فيها صاحب العمل الإمتثال لها تفاديا وتحسبا لأي خطأ ومن النصوص ما هو متعلق بالوقاية الصحية، والأمن في أماكن العمل. غير أنه من الملاحظ أن الوقاية من الأخطار وحدها ليست كافية لتجنب الأخطاء المهنية إذ يمكن للعامل أن يتعرض إلى خطأ مقصود أو غير مبرر من قبل صاحب العمل أو ممثليه. ولأكثر حماية للعامل، فلقد منح المشرع الجزائري للمصاب الحق في طلب التعويضات المناسبة إذا ما ألحق بهم ضرر من قبل صاحب العمل.

يكون للمصاب المتضرر من مثل هذه الأخطاء أو لذوي حقوقه في حالة ما إذا أدى الخطأ إلى الموت الحق في الإستفادة من التعويضات الإجتماعية بالأولوية طبقا لأحكام القانون 83-13 ، ويمكنه حتى الإستفادة من التعويضات المدنية إذا كانت قيمة حجم الضرر أكبر من قيمة التعويضات التكميلية، مع إمكانية اللجوء إلى القضاء الجزائري إذا ترتب عن هذا الخطأ أضرار تمس بالنظام العام، وتتمثل التعويضات المدنية في التعويضات التكميلية إذا كان الخطأ متعمدا وفي زيادات إذا كان الخطأ المرتكب بدون مبرر، كما تكون التعويضات المدفوعة في شكل رأس مال أو ريع، ولما وجب على الهيئة الإجتماعية دفع الأداءات المستحقة للمصاب أو لذوي الحقوق نتيجة خطأ صاحب العمل أو ممثليه فلقد منح القانون دعوى قضائية أمام الجهات المختصة ضد المتسبب في الحدث من أجل تسديد ما أنفقه أو سوف تنفقه الأطراف المتضررة، ويكون التسديد دفعة واحدة أو بالتقسيط في مدة لا تتجاوز 5 سنوات على أنه عند تحويل نشاط الهيئة المستخدمة أو إنتهاء نشاطها، تدفع المبالغ كاملة وفورا جملة واحدة.

2.2.3. التعويض عن خطأ الغير:

ويقصد بخطأ الغير ذلك التصرف غير السليم أو الفعل الضار الناتج عن سوء تقدير أو إهمال عمدي كان أو غير معذور يقوم به شخص غير صاحب العمل أو ممثليه، والذي من شأنه أن يلحق الضرر بأحد أو جماعة من العمال سواء داخل أماكن العمل أو بمناسبة أداء العمل.

ويحدد تبعا لذلك الضرر وفقا لنسبة العجز أو مصاريف العلاج وعليه فإنه متى ثبتت مسؤولية الغير كليا أو جزئيا يكون المصاب أو ذوي الحقوق أو هيئة الضمان الإجتماعي الحق في رفع دعوى قضائية من أجل الحصول على التعويضات المترتبة عن الضرر وفقا لقواعد القانون العام. ويكون القصد من وراء رفع مثل هذه الدعوى للمطالبة بدفع تعويضات إضافية أو تكميلية دفعة واحدة في شكل رأسمال أو في شكل أقساط أو ريع يمنح شهريا. (أحمية، 1998: 202)

3.2.3. التعويض عن الخطأ المشترك:

ويتمثل الخطأ المشترك في ذلك الخطأ العمدي أو غير المعذور الذي يشترك فيه كل من المصاب والغير أو كل من الغير وصاحب العمل، فإذا كانت مسؤولية الغير صاحب الحادثة شاملة أو مشتركة مع مسؤولية المصاب يسمح لهيئة الضمان الإجتماعي المطالبة برد الأداءات التي تولت دفعها إلى المصاب وذلك في حدود التعويض الملقى على ذمة الغير.

وإذا كانت المسؤولية الغير مشتركة مع صاحب العمل فلا يحق لهيئة الضمان الإجتماعي مطالبة الغير برد التعويضات إلا إذا كانت التعويضات المترتبة عليه تتجاوز التعويضات التي قد يتحملها صاحب العمل بموجب المبادئ العامة للقانون العام، مع العلم أنه إذا كان المتسبب في الحادث هو المصاب نتيجة خطئه العمدي أو الغير معذور فلا يمكن لهيئة الضمان الإجتماعي منح المصاب أي تعويض من التعويضات الإجتماعية السالفة الذكر على أنه عندما تتوفر في المصاب المتسبب في الحادث ببعض الشروط يمكن له في بعض الأحيان إمكانية الاستفادة من التعويضات العينية الموافقة للتأمين على المرض باستثناء أي تعويض نقدي. (أحمية، 1998:

(203)

خلاصة الفصل:

تبين من الإطار النظري لحوادث العمل، أنها من المشكلات الخطيرة التي يعاني منها الفرد والمجتمع على حد سواء، فالحوادث المهنية تتسبب في خسائر مادية كثيرة تكلف أموالاً طائلة لتعويضها، وخسائر بشرية تتراوح بين حالات وفاة أو حالات عجز كلي أو جزئي، تكلف أموالاً طائلة لتعويضات العمال ...، لهذا تظهر الحاجة الماسة إلى التكفل بشريحة العمال الذين تعرضوا للحوادث المهنية ، وذلك في مختلف مجالات الحياة، من جهة ومن جهة أخرى لا بد من اتخاذ إجراءات للوقاية من حوادث العمل وتخفيضها وذلك من خلال تخصيص مراكز للبحث العلمي من أجل دراسة وتحليل وحصر الاسباب المؤدية إلى حدوثها، وبالتالي الاستفادة من نتائج تلك الدراسات . وسنأخذ في هذه الدراسة العمال الذين خلفت لديهم الحوادث إعاقة حركية، وسيخصص الفصل الثاني للإعاقة الحركية المكتسبة.

الفصل الثاني

الإعاقة الحركية

النتيجة عن حوادث العمل

تمهيد

1. مفهوم الإعاقة الحركية
2. مفهوم الإعاقة الحركية المكتسبة
3. أسباب الإعاقة الحركية المكتسبة
4. تصنيف الإعاقات الحركية المكتسبة
5. الآثار المترتبة عن الإعاقة المكتسبة
6. التكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية
7. حجم الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل

خلاصة الفصل

تمهيد:

لقد أثبتت الإحصائيات أن عدد الأشخاص ذوي الإعاقة في تزايد مستمر بغض النظر عن سبب ونوع الإعاقة (وراثية كانت، أو مكتسبة بسبب الأمراض أو حوادث المرور أو حوادث العمل)، وأخذت الجهود العلمية في كافة أنحاء العالم تعمل على مواجهة أخطار مختلف الإصابات والوقاية منها والكشف عن أسبابها (المليجي، 2002: 253)

حيث أصبح اليوم موضوع الإعاقة مركز اهتمام العديد من البحوث والدراسات، فمنها تلك التي تهتم بأسباب الإعاقة وأنواعها، ومنها التي تركز على طرق التكفل بالمعوقين (التكفل الطبي، والوظيفي، والنفسي، والاجتماعي)، والجانب القانوني للمعوقين... (22 : Hamonet, 2010) تهدف هذه الدراسات مهما اختلف موضوعها إلى مساعدة ذوي الإعاقة على التكيف وممارسة الحياة الاجتماعية والمهنية.

وقد اختلف تعريفات الإعاقة من بلد لآخر وقد يعود ذلك في جزء منه إلى ندرة في توحيد معايير المصطلحات بهذا الخصوص وهكذا فقد يعتبر شخص ما أنه ذو إعاقة حسب مفهوم بعض الدول ولا يعتبر كذلك في دول أخرى، فنجد مثلا تعريف الأمم المتحدة يختص بحقوق المعوق، وهو يرى أن المعوق هو الشخص العاجز عن تأمين الضرورات العادية للحياة الفردية والاجتماعية بنفسه بصورة كلية أو جزئية بسبب قصور خلقي أو غير خلقي في قدراته الجسمانية أو العقلية؛ و أما منظمة العمل الدولية فتري في الشخص المعوق كل فرد تقل فرصته بشكل ملحوظ في تأمين المحافظة على التقدم لعمل مناسب نتيجة قصور جسدي أو عقلي دائم ومعترف بها. (أنجيلا، 1995).

فالإعاقة حسب محمد سلامة غباري : "هي القصور أو العجز المزمّن أو العلة المزمّنة التي تؤثر على قدرات الشخص الجسمية أو النفسية أو العقلية والاجتماعية لتجعله غير قادر على أداء بعض الأعمال والمهارات أو المهام العادية في حياته، وغير قادر على التعامل مع الغير وغير قادر على إشباع حاجاته، ما يؤدي إلى عدم قدرته على أداء وظائفه الأساسية". (غباري، 2003: 18)

وهكذا فإن الإعاقة هي حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلباته وأداء دوره الطبيعي في الحياة المتصلة بعمره وجنسه وخصائصه الاجتماعية والثقافية، وذلك نتيجة للإصابة أو العجز في أداء الوظائف الفسيولوجية أو الاجتماعية.

1. مفهوم الإعاقة الحركية:

إن الإعاقة الحركية لها أسباب عديدة قد تكون وراثية بسبب إصابة الفرد بأحد الأمراض الوراثية المسببة للإعاقة الحركية مثل ضمور العضلات -الشلل بأنواعه- هشاشة العظام نتيجة لعدم الارتكاز على الأرجل، تشوه في المفاصل لعدم الاستعمال...أو إما أن تكون مكتسبة نتيجة للعديد من الأسباب ، ومن أهم هذه الأسباب الإصابة بحوادث العمل، والتي تنتج عنها البتر، الشلل والإصابة ببعض الأمراض التي تؤدي إلى العجز الجزئي أو الكلي .(رياض، 2001 :

(19)

وقد يصاحب الإعاقة الحركية إصابة في المخ، وبالتالي تتراجع حالة الفرد، وتحتاج حالته إلى إشراف طبي وتأهيل حركي، لتجنب أو تقليل أو حتى تأخير تطور المضاعفات الصحية السيئة التي تصاحبه طوال حياته، من جهة ومساعدته على تطوير الإمكانيات الوظيفية المتبقية لديه وتعويض صعوبات الحركة. (Leibovici, 1978 : 27)

فالإعاقة الحركية هي حالة من الضعف العصبي أو العظمي أو العضلي أو قد تكون حالة مرضية مزمنة تتطلب التدخل العلاجي ، تؤدي إلى إعاقة الفرد من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي (العزة، 2000 : 390)

وهناك من يطلق على هذا النوع من الإعاقة اسم الإعاقة الجسمية أو البدنية للإشارة إلى أن العجز يكون على مستوى وظيفة أعضاء الجسم سواء كانت أعضاء متصلة بالحركة كالأطراف والمفاصل، أو أعضاء متصلة بعملية الحياة البيولوجية ، وليس المقصود بالإعاقة الجسمية الأمراض العارضة أو حتى المزمنة التي لا يترتب عليها عجزا حقيقيا في قدرة الإنسان على أداء دوره الاجتماعي، ولكن نعني بها الإصابة الجسدية التي لها صفة الدوام والتي تؤثر تأثيرا حيويا على ممارسة الفرد حياته الطبيعية (رمضان، 1995 : 199)

فالإعاقة الحركية هي تلك الإعاقة التي يعاني صاحبها من العجز البدني نتيجة لأسباب وراثية أو إصابة بحادث أو مرض، تحد من حركته ونشاطه، حيث تؤثر عليه في مختلف جوانب الحياة وتعيقه عن التكيف مع مجتمعه. (رياض، 2001 : 21)

وتجدر الإشارة هنا إلى أن هذه الفئة تشمل مجموعة غير متجانسة من الأفراد، من حيث نوع الإعاقة وحدتها : فهناك المبتورون وذوي إعاقة بدنيا أو حركيا نتيجة الإصابة بشلل مخي أو صرع أو ضمور في العضلات أو تشقق بالعمود الفقري

لكن ما يميز ذوي الإعاقة الحركية مهما اختلفت نوع وحدة الإعاقة لديهم، هو صعوبة الحركة (التنقل، تحريك الأشياء..) أو استحالة الحركة كليا. (Leibovici, 1978 : 27)

وتعرف الحكومة الفدرالية بالولايات المتحدة الأمريكية (1997) الإعاقة البدنية أو الحركية بأنها : "إصابة بدنية شديدة تؤثر على الأداء الأكاديمي للشخص بصورة ملحوظة وتشمل هذه الفئة الإصابات الخلقية (مثل تشوه القدم الخلقى، أو فقدان أحد أعضاء الجسم...) أو الإصابات الناتجة عن أسباب أخرى مثل الشلل المخي، بتر الأعضاء، أو الكسور أو التمزق أو الحروق التي تؤدي إلى تقلص العضلات ، أو الإصابات الناتجة عن الأمراض أو عن الحوادث " . (رياض وأحمد عبد الرحيم، 2001: 22)

2. مفهوم الإعاقة الحركية المكتسبة:

إن الإعاقة الحركية تعد مشكلة جسمية وصحية مهما كانت المرحلة العمرية التي حدثت فيها، أو الأسباب التي نتجت عنها، فالإعاقة التي يولد بها الطفل وتكتشف منذ الولادة هي ما يسمى بالإعاقة الخلقية، أما الإعاقة التي تحدث غالبا نتيجة لعوامل بيئية أو بسبب أمراض مختلفة تسمى بالإعاقة المكتسبة ، وهذه الأخيرة هي تلك الإعاقات التي لا تولد مع الشخص وتحدث له في مراحل عمرية مختلفة وغالبا ما تكون أسبابها بيئية . (السيد فهمي، 2008: 25)

والإعاقة الحركية المكتسبة هي عبارة عن خلل أو عجز في القدرة الحركية أو النشاط الحركي، لا تولد مع الفرد، وتصيبه خلال مرحلة عمرية ما، وتكون غالبا ذات أسباب بيئية كالحوادث والأمراض، وينجم عنها تأثير على الحالة الجسمية والنفسية للمصاب بها . (الطائي،

فالإعاقة الحركية المكتسبة تأتي بعد اختبار الفرد للحياة العادية، بحيث يتعود على الحركة والنشاط والمشى بصفة طبيعية، ويتقدم في نواحي مختلفة من انشغالاته أو مشاريعه خاصة إذا كانت الحركة هي أساس النجاح في أعماله، حتى تصادفه أو تفاجئه الإعاقة نتيجة لأحد الأسباب التي سبق ذكرها، فتسبب له عجزا بترك آثار تحول دون مواصلته الطريق لتحقيق أهدافه المسطرة. وهذا ما أشارت إليه (وايس، 1965) (Weiss) أن الإعاقة المكتسبة تحدث اضطرابا في أنماط الحياة المألوفة، وأن الإعاقة التي لا تولد مع الشخص، تشعره بالخسارة، هذا الشعور الذي يصبح عاملا يجب مراعاته. (الخطيب، 1998: 254)

فالإعاقة الحركية المكتسبة إذا حدث جديد على حياة الفرد لم يتعود عليه، ولم يكن ينتظره.

3. أسباب الإعاقة الحركية المكتسبة:

يمكن تلخيص أهم الأسباب في :

- الأورام الخبيثة في الدماغ، والسرطان العظمي.
 - الأمراض المزمنة كارتفاع ضغط الدم، السكري.
 - التهاب العظام والكسور التي يستحيل إعادة العظم إلى وضعه وتعفن الأنسجة المحيطة.
 - الحوادث والإصابات المختلفة فعندما يتعرض الفرد لظروف كهذه فإنه يفقد فيها بعض أجزاء جسمه أو تفقد القدرة على القيام بوظيفتها مثل حوادث المرور، أو حوادث العمل بسبب الآلات والعمل في المصانع وحوادث المنزل. (الصفدي، 2007: 91)
 - الحروب وأشكال الدمار المختلفة والأوبئة والمجاعات.
 - الكوارث الطبيعية كالزلازل والفيضانات.
 - الإصابات الرياضية.
 - السموم مثل التي تنتج عن دخول أول أكسيد الكربون إلى الجسم، أو عن طريق استنشاق مواد اللصق أو التعرض للرصاص.
 - الحروق الشديدة على مستوى بعض الأطراف ما يفقدها القدرة على تأدية وظيفتها بشكل سليم.
- (أبو النصر، 2005: 79)

4. تصنيف الإعاقة الحركية المكتسبة:

سبق وأشرنا أنه يصعب تصنيف ذوي الإعاقة الحركية إلى فئات حسب نوع أو طبيعة أو حدة الإعاقة، حيث أنه يمكن تصنيفهم حسب جزء أو أجزاء الجسم المصابة، حسب السبب، حسب درجة تطور الإعاقة، حسب نوع الإصابة (شلل...)، حسب الجهاز المصاب (الجهاز العصبي، الجهاز العضلي، الجهاز العصبي)، لهذا سنحاول تصنيفها حسب:

1.4. طبيعة الإعاقة:

تشمل فئة الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية عدة حالات من العجز تؤدي كلها في النهاية إلى عدم قدرة الفرد على الاعتماد على نفسه، وتشير التصنيفات الحديثة للإعاقات الحركية إلى الحالات التالية:

1. الشلل الدماغي :

هو خلل في حركة الجسم أو في شكل القوام أو كليهما نتيجة إصابة أو أكثر في الجهاز العصبي المركزي (المخ)، يؤدي إلى خلل في كفاءة الجهازين العضلي والعصبي وقصور أداء العضلات اللاإرادية، وهو من الأمراض التي لا علاج لها ولا تزداد شدتها مع مرور الوقت فهي حالات مستقرة ويتجه أسلوب التعامل معها إلى تحسين وظائف الخلايا العصبية واستغلال الامكانيات الجسمية المتوافرة بأفضل صورة ممكنة. (النواصرة، 2006 : 75)

ويقسم بدوره الشلل الدماغي وفقا للأجزاء المتأثرة بالشلل إلى:

أ. الشلل النصفي السفلي :وتتأثر بالشلل الأطراف السفلى فقط في حين تؤدي الأطراف العليا وظيفتها بشكل أفضل.

ب. الشلل النصفي الجانبي :ويتأثر بالشلل جانب واحد من الجسم متضمنا الطرف العلوي والسفلي معا، وفي أغلب الأحيان يتأثر الجانب الأيمن.

ج. الشلل الثلاثي :تتأثر بالشلل ثلاثة أطراف تكون في العادة الرجلين وذراع.

د. الشلل الأحادي :تتأثر بالشلل طرف واحد، وهو نادر الحدوث نسبيا.

هـ. الشلل الرباعي :تتأثر بالشلل جميع الأطراف الأربعة للجسم. (بن جواد المطر، 1996 : 16)

2. الشلل النصفي :

وهو أحد أكثر أنواع الإعاقات الحركية انتشارا في العالم، ويحدث نتيجة انفجار أحد الأوعية الدموية المغذية في حجيرات الدماغ نتيجة ارتفاع في الضغط أو مرض السكري أو عدة أمراض أخرى كتصلب الشرايين، أو نزيف بالدماغ وبالنتيجة يؤدي إلى شلل في جهة واحدة من جسم الإنسان وبذلك يسمى بالشلل النصفي، يبدأ الشلل في الحالة الحادة بشلل رخوي ومن ثم تدريجيا تبدأ العضلات بالتيبس وتصبح الأطراف المصابة متيبسة كلياً، وقد تؤدي حركات غير إرادية، قد يتحسن المريض بعد الإصابة ولكن نسبة التحسن بطيئة وقد لا تصل إلى التحسن الكامل. (الصفدي، 2007: 89)

3. التهاب المفاصل :

مرض حاد ومؤلم في المفاصل والأنسجة المحيطة بها، ما ينجم عنه تورم وهي تيبس خاصة في الصباح. (الخطيب والحديدي، 2004 : 16)
وتؤدي إصابة المفاصل الشديدة إلى إتلاف العظام والأنسجة والأوعية الدموية المحيطة بها، وتظهر التهابات المفاصل من خلال ظهور تورم المفاصل والأنسجة وتؤدي إلى الآلام المستمرة، وحدث تشوهات وعاهات لدى الفرد الذي يعاني من التهاب المفاصل.

4. التهاب العظام :

وهي التي تحدث في مراحل العمر المتأخرة والمتوسطة، وبخاصة عند الأفراد الذين يعانون من إصابات الهيكل العظمي، ومن يتعرضون للحوادث المختلفة، وتؤدي الإصابة بالالتهابات إلى الانزلاق الغضروفي وتآكله. (عبد الحميد، 2009 : 245)

5. اضطرابات العمود الفقري :

تمثل حالات اضطرابات العمود الفقري مظهراً آخرًا مميزاً من مظاهر الإعاقة الحركية، وذلك نتيجة لما يتصل بهذا الاضطراب من خلل في القدرة الحركية للفرد، ويقصد باضطرابات العمود الفقري ذلك الخلل الذي يصيب النمو السوي للعمود الفقري من منطقة الرأس حتى نهاية العمود الفقري. (الروسان، 1998 : 242)

وتكون الإصابة بها على مستوى : المنطقة العنقية، فقرات المنطقة الصدرية، فقرات المنطقة القطنية. (رياض وأحمد عبد الرحيم، 2001 : 23)

6. الكسور :

وهي تخلخل تماسك النسيج العظمي، وبالتالي يؤدي إلى انفصاله، إما جزئياً أو كلياً نتيجة تعرضه لإصابات ميكانيكية. (السيد عبيد، 1999 : 108)

هناك ثلاثة أنواع من الكسور وهي:

أ. الكسور المغلقة (البسيطة): وهي التي لا يكون لها أي اتصال بالمحيط الخارجي أي لا يكون مصحوباً بجرح خارجي، وهذا يعني عدم إيصال الكسر لخارج الجلد المحيط به.

ب. الكسور المفتوحة (المضاعفة): وهي تلك الكسور التي يصاحبها تلف وتمزق الجلد، وفي هذه الحالة يكون الكسر على درجة من الخطورة بسبب تعرضه للعدوى والتلوث.

ج. الكسر المختلط : وهو من أشد أنواع الكسور، وهو كسر عظمي مصاحب بقطع أوردة وأعصاب وأنسجة عضلية . (الصفدي، 2007:107)

7. البتر :

يعرف طبيياً بأنه فصل أحد الطرفين السفليين أو العلويين بشكل جزئي أو كامل عن الجسم، وذلك كنوع من العلاج أو لتخليص الجسم من عاهة، ويعرف بأنه حالة من العجز يفقد الفرد فيها أحد أطرافه أو بعضها أو كلها. (الطائي، 2007:46) . وتتمثل حالات البتر في:

أ. بتر الطرف العلوي.

ب. بتر الطرف السفلي.

ج. بتر الطرفين السفليين.

د. بتر الطرفين العلويين.

هـ. بتر الطرف العلوي مع السفلي. (رياض، 2000 : 160)

2.4. تصنيف الإعاقة الحركية المكتسبة وفق الأسباب:

لقد أحصت عبيد (1999) الأسباب المؤدية إلى الإعاقة الحركية المكتسبة، نلخصها فيما يلي:

يلي:

- إصابة الجهاز العصبي المركزي بسبب الإصابات الدماغية التي كثيرا ما تؤدي إلى الشلل النصفي أو القصور الحركي الدماغية.
- إصابة النخاع الشوكي التي تؤدي إلى شلل الأطراف الأربعة إذا كانت مرتفعة في حين يكون الشلل سفليا إذا كانت الإصابة في أسفل العمود الفقري.
- الأمراض مثل : أمراض تصلب أو تآكل الأوعية العصبية، و الأمراض المزمنة: ومنها:
 - الأمراض الروماتيزمية المزمنة.
 - أمراض تهشش العظام.
 - أمراض تآكل وعطب المفاصل وما بعد الإصابات المفصالية العميقة
 - الخلل الحركي الناجم عن داء السكري
 - الهيموفيليا.
- الاضطرابات النفسوجسمية المزمنة:
 - خلل وظيفي عضلي مفصلي مزمن.
 - خلل وظيفي عضلي مزمن .
 - خلل وظيفي مفصلي تيبسي.
 - إصابات الرأس.
 - إصابات الأطراف السفلية والعلوية.
 - إصابات العمود الفقري ومضاعفاتها.
 - أمراض العضلات والأنسجة الطرية .
- الخلل الوظيفي في الجهاز الحركي : ويظهر في الأشكال التالية:
 - تشوهات الهيكل العظمي والمفصلي .
 - الاستسقاء الدماغية واستسقاء النخاع الشوكي .
 - التشوهات الفقرية للعمود الفقري .
 - تدرن المفاصل والتهاب العظم.
- الأمراض العصبية للجهاز الحركي (النماس ، 2000 : 416)

3.4. تصنيف الإعاقة الحركية المكتسبة وفق درجة التبعية:

تتوقف تبعية الشخص الذي يعاني من إعاقة حركية مكتسبة على عدة عوامل: الأجزاء المصابة من الجسم، إمكانية التقويم أو التعويض، ردود أفعال الشخص المصاب بإعاقة... وفي كل الأحوال في كل إعاقة، هناك إصابات شديدة وإصابات قد تتطور لتصبح بالغة مع الوقت، ولهذا لا يمكن القول أن إصابة ما أكثر خطورة من إصابة أخرى، ورغم ذلك عادة ما تصنف الإعاقة الحركية إلى ثلاث فئات، حيث يمكن للمصاب بإعاقة ما أن ينتقل من فئة إلى أخرى وذلك حسب حالته (تدهور أو تحسن)، وتتمثل هذه الفئات في:

- **ذوو الإعاقة المستقلون les handicapés indépendants** : وتشمل هذه الفئة أولئك الذين يتمكنون (ببذل بمجهودات معتبرة مقارنة مع غير ذوي الإعاقة) من القيام بكل الأفعال الضروري في الحياة بمفردهم (الاغتسال، الأكل، التنقل...)
- **ذوو الإعاقة نصف تبعيين les handicapés semi-dépendants** : يتمكنون بالقيام بأغلب الأفعال الضرورية، لكن يحتاجون إلى مساعدة من الآخرين للقيام بالأعمال الأخرى (للتنقل مثلا، اللباس، قطع بعض المواد الغذائية)
- **ذوو الإعاقة التبعيون les handicapés totalement dépendants** : يحتاجون إلى المساعدة للقيام بكل الأفعال الضرورية في الحياة، وتتوقف إمكانية تحسن معوق هذه الفئة على المساعدات المقدمة له ومدى استمراريتها. (Leibovici, 1978 : 31)

5. الآثار المترتبة عن الإعاقة الحركية المكتسبة:

ينتج عن الإعاقة الحركية المكتسبة مجموعة من الآثار السلبية، والتي يعاني منها الشخص ذو إعاقة من جهة والمجتمع الذي ينتمي إليه من جهة أخرى. (المليجي، 2002: 263). ولا يمكن أن نتحدث بصفة مطلقة عن الآثار المترتبة على الإعاقة لأن هذه الآثار تختلف أولا حسب نوع الإعاقة، ودرجة الإعاقة، حيث تمثل هذه الأخيرة عاملا ثانيا في تحديد الآثار

المرتتبة على الإعاقة، فكلما اشتدت هذه الأخيرة إزدادت صعوبات الإدماج، وتكمن هذه الآثار الناتجة عن الإعاقة الحركية المكتسبة للشخص والمجتمع في:

1.5. الآثار النفسية :

يختلف ذوو الإعاقة في درجة تأثرهم بالإعاقة واستجاباتهم لها، فمنهم من تحفزته الإعاقة على مواصلة الجهد ومضاعفته، ومنهم من يستسلم ويعزف عن بذل أي مجهود لتحسين حالته واستعادة تكيفه، ومنهم من يسبب له العجز اضطرابا انفعاليا، ومنهم من يتقبل العجز ...

وتجدر الإشارة إلى أن الوقع النفسي للإعاقة المكتسبة أشد من الوقع النفسي للإعاقة الموروثة أو التي يولد بها الإنسان. ورغم ما تحدثه الإعاقة من اضطرابات في نفسية الإنسان عند إصابته بها، فليس مع الواقع في شيء أن نقول أو نجازي من يقول أن الإعاقة تؤدي في كل الأحوال إلى أضعاف معنويات الإنسان، وإلى فقدان دوافع العمل، وإطفاء جذوة الطموح والتطلع إلى غد أفضل؛ فإبداعات العديد من ذوي الإعاقة في مجالات ثقافية وعلمية ليست مسألة شاذة تحفظ ولا يقاس عليها، فقد أثبتت التجارب أن الإعاقة سيما الحسية والحركية، تكون في أكثر الأحيان دافعا قويا لتحدي الصعاب، وتمثل بالتالي حافزا قويا يمكن الإعتماد عليه لتنمية القدرات المهنية. (شحاتة ربيع، 2010: 93).

إن النواحي النفسية المرتبطة بالإعاقة والمشجعة على الأعداد للعمل وإدماج ذوي الإعاقة في عالم الشغل، لا تمنع من التعرض إلى نواحي عاطفية أخرى سلبية. ويمكن تلخيص الآثار النفسية للمعوق حركيا في:

- الشعور بالنقص والإحساس بالدونية.
- الإنطوائية لما لها من آثار سيئة على التكيف والتوافق.
- العجز الخلفي وأثره على شخصية المصاب بالشلل.
- عدم القدرة على الإعتماد على النفس، والإتكالية، وعدم القدرة على القيادة والرغبة الدائمة في الإعتماد على الآخرين، جميعها لها علاقة بسوء التكيف.
- ضعف الشعور بالإنتماء مما يجعل المصاب في حالة عدم التوافق مع المجتمع.

- عدم الشعور بالأمن والخوف من المستقبل ومن المجهول والرفض والعدوانية والانطوائية. (سيد سليمان، 2001: 203)
- صعوبة تكوين علاقات بالآخرين وتجنب المحيطين لإنعدام الثقة بالنفس والتي تجعل ذي إعاقة يشعر بأنه أقل مرتبة من الأشخاص العاديين.
- في حالة تأثير المرض على المخ فإنه يؤثر على الأداء العقلي، وبالتالي يؤدي إلى قابلية المريض للتهيج والإثارة وضعف القدرة على التركيز.
- الشعور بالعجز نتيجة القيود التي يفرضها المرض.
- الشعور بالتوتر الداخلي والتعاسة وعدم الإلتزان الإنفعالي نتيجة سيطرة الإعاقة عليه.
- الإستعطاف ومحاولة جذب الإلتباه بالأساليب المختلفة. (عبيد، 1996).

2.5. الآثار الإجتماعية:

وهذه الآثار لا تقل أهمية عن الآثار النفسية، وهي مرتبطة ومتداخلة ومتفاعلة معها، وتظهر هذه الآثار في شكل العديد من المشكلات، يمكن حصرها في:

◀ مشكلات ضعف أو تفكك شبكة العلاقات الإجتماعية:

إن للعلاقات الإجتماعية أهمية خاصة، حيث تساعد على تدعيم شخصية المعوق في بيئته الأسرية والمجتمعية، وهي التي تهيء له الجو الهادئ والشعور بالأمن الذي يساعد المعوق على الشعور بالثقة بالنفس والثقة في العالم الذي يتفاعل معه، فإذا ضعفت علاقات المعوق مع الناس الذين يتعاطون معه فإنه تؤثر في كيانه وفي شخصيته، وخاصة علاقته بأسرته، وإذا ما ضعفت علاقاته بمحيطه فإنه يفقد أمنه العائلي ويختفي شعوره بالإنتماء، مما يشعر بالحرمان من المحبة والتعاطف والهدوء والثبات والإستقرار، وإذا ما تمزقت شبكة العلاقات بين المعوق ومن يتعامل معه ترتب عليه عدم تقبله له أو السخرية منه أو معايرته بعاهته أو عززه، فسيكون ذلك مردودا بسلوك عدواني تعويضي سلبي ومبالغ فيه، وهذا الشعور يدفعه إلى الإنطواء أو السلبية أو الخجل، وتنتابه الحساسية الشديدة الناتجة والناقمة على كل من حوله وكل ذلك يجعل منه شخصية لا إجتماعية.

وهكذا، فإن إنهيار شبكة العلاقات ستجعل ذي إعاقة عاجزا عن التوافق مع نفسه أو التكيف مع مجتمعه ولن يتحقق التوافق النفسي الاجتماعي للمعوق، إلا إذا توفرت له شبكة قوية من العلاقات الاجتماعية والإنفعالية مع بيئته الأسرية والمجتمعية، لذلك يحتاج إلى العديد من الخدمات المختلفة. (غباري، 2003: 121).

◀ مشكلات فشل الأدوار الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها:

إن مفهوم الدور يعني السلوك المتوقع ممن يشغل مكانة معينة، ويستخدم مفهوم الدور في الإشارة إلى أنواع السلوك المقررة والمحددة لشخص يشغل مكانة معينة. ومع إختلاف متطلبات أدوار المعوق فإن إعاقة تسبب له تغييرا اجتماعيا في حياته، وكذلك بعد حدوث الإصابة أو الإعاقة وبنقل المعوق من حياة طبيعية سوية إلى حياة العجز والقصور وما يترتب عليها من تغيير في الأدوار التي يتعارض مع توقعاته، وتختلف استجابته بعد الإصابة فيحدث ما يسمى بصراع التوقعات في الأدوار، في الوقت الذي يأخذ الفرص الملائمة لتعلم أدواره الجديدة وعندئذ يحاول حل صراعات أدواره عن طريق التحايل والمناورة والتملق والكبت مما يزيد من صراعاته ومشكلاته ومتاعبه (غباري، 2003: 123).

◀ مشكلات عدم الإنتماء:

إن شعور ذي إعاقة بالإنتماء إلى الجماعات التي يتفاعل معها في حياته اليومية من حاجاته النفسية والاجتماعية مثل إنتمائه لجماعة الأسرة وأفرادها وما تحققه من دفء عاطفي وأمن اجتماعي أو إنتمائه إلى جماعة الأصدقاء تشبع له الحاجة إلى تقبل الجماعة المهنية التي تحقق له الأمن المادي والإعتماد على النفس والثقة بها، وتعتبر العلاقات الودية مهمة في حياة ذي إعاقة لأنها تخفف من قلقه ومخاوفه وتدعم ذاته، وتحقق له أمنه المادي والاجتماعي والنفسي.

أما إذا وجد ذي إعاقة نفسه منعزلا محروما من دفء الإنتماء والأمن فإنه يصاب باليأس والضيق والقلق والألم وتضاف هذه المعاناة إلى إعاقة وعجزه فيصبح يائسا ناقما على كل من حوله في مجتمعه، مما يؤدي به إلى عدم التوافق المجتمعي (غباري، 2003: 124).

◀ المشكلات المجتمعية:

يعاني ذوي الإعاقة العديد من المشكلات المجتمعية، وتتمثل في غالبيتها بأنها إجحاف بحق ذوي الإعاقات، وإشعارهم بأنهم عبء على غيرهم في توفير متطلبات الحياة اليومية كافة إبتداء من تنقلاتهم المنزلية الداخلية وإنهاء بتحريكهم في البيئة المحيطة بمجتمعهم، ويمكن توضيح هذه المشكلات كما يلي:

■ المشكلات الأسرية:

إن إعاقة الفرد تشكل إعاقة لأسرته حيث ان الأسرة بناء إجتماعي يخضع لقاعدة التوازن وسلوك ذي إعاقة في الغضب أو القلق أو الإكتئاب تقابل من قبل المحيطين به بسلوك مسرف بالشعور بالذنب والحيرة، مما يقلل من توازن الأسرة وهذا يتوقف على مستوى تعلم الوالدين وثقافتهم، ومدى الالتزام الديني بين أفراد الأسرة. (إبراهيم، 2002).

■ مشكلات العمل:

تؤدي الإعاقة إلى ترك المعوق لعمله أو تغيير دوره إلى ما يتناسب مع وضعه الجديد، وتواجهه بذلك مشكلة التأهيل والتدريب للعمل، فضلا عن المشكلات التي ستترتب على الإعاقة في علاقاته برؤسائه وزملائه ومشكلات أمنه وسلامته. (المليجي، 2002: 266).

■ مشكلات الأصدقاء:

تحتل جماعة الرفقاء والأصدقاء أهمية قصوى في حياة المعوق وشعوره بعدم الندية مع الآخرين، وهذا قد يلجأ بعض ذوي الإعاقة إلى التصادم مع الأصدقاء الجدد وإضرارهم، وربما يستعبد ذي إعاقة أن يقوم أي صديق بفعل أي شيء لإشباع الحاجة لذا يرتبط أحيانا بجماعات متطرفة كملاذ من هجرة الناس الآخرين. (بيومي وعبد، 2002).

■ المشكلات الترويحية:

تؤثر الإعاقة في قدرة المعوق على الإستمتاع بوقت فراغه سواء بالنشاط الترويحي الذاتي أو النشاط الترويحي السلبي، وقد يرجع ذلك إلى ما قد يجده الفرد من صعوبات في التعبير عما يريد، إذ إن تحقيق ذلك يتطلب شخصا آخر يمتلك مهارة خاصة أو جهدا ميكانيكيا فعالا، ومن

التخريب المعتمد للممتلكات العامة أو الخاصة أو أي سلوك إجرامي آخر أو يتجه للانحراف عن التوازن في الأنشطة من حيث سوء التوقيت أو خطأ التقدير. (المليجي، 2002: 265).

3.5. الآثار الوظيفية المهنية:

إن القصور الوظيفي البيولوجي يؤدي إلى إستحالة أو صعوبة القيام ببعض النشاطات المهنية، لكنه لا يكفي وحده لتحديد درجة العجز المهني بصفة إجمالية، فليس هناك تطابق آلي بين الخلل الوظيفي والعجز المهني، وأحسن مثال على ذلك ما ورد في التقرير السادس لمؤتمر العمل المهني، حول التأهيل المهني، ولعل أفضل شرح لكلمة ذي إعاقة من وجهة النظر المهنية هي عرض حالة سائق شاحنة أو عامل على آلة لقطع الخشب، فقد إحدى أصابع يده اليسرى، في هذه الظروف لا تحول الإصابة عادة دون قيام العامل بكامل واجباته في عمله المحدد، وبالتالي فإنها لا تشكل إعاقة، ولكن لو تعرض عازف بيانو أو عازف كمان لنفس تلك الإصابة، فإن آثار الإعاقة تكون خطيرة بحيث تضطره إلى البحث عن مهنة أخرى. (الداهري، 2005: 63)

بالإضافة إلى ما سبق، تجدر الإشارة إلى أن الخلل الوظيفي اعتمد أحيانا كذريعة لمنع ذي إعاقة من التأهيل المهني أو العمل، وتضخيم نواحي العجز إلى درجة طمس نواحي القدرة، فكأن العيون التي لا ترى، والأذان التي لا تسمع، استنزفت كل الطاقات المتبقية.

ولذا فمن الضروري أن تركز حينئذ برامج إدماج ذوي الإعاقة في عالم الشغل، على نواحي القدرة، لا على نواحي العجز، على ما هو موجود، لا على ما هو مفقود، وهذا ما يجرنا إلى الحديث عن الآثار النفسية للإعاقة.

ولهذا ينبغي اتخاذ إجراءات خاصة ببعض الفئات من المعوقين، بجانب الإجراءات العامة فذي إعاقة حركيا يتعرض إلى مشكلة الحواجز المعمارية أكثر من غيره، ولا يمكن أن نحمل في كل حال من الأحوال المشغلين مسؤولية ضعف الإنتاج المهني للمعوقين، لأن تشغيلهم يتطلب

أحيانا تغيير طريقة الإنتاج، لذلك نعتقد أن إدماج ذوي الإعاقة في عالم الشغل يتطلب تضافر جهود أطراف عديدة في نطاق تضامن فعال.

6. التكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة:

1. مفهوم العامل ذي إعاقة :

يعتبر مصطلح العامل المعوق حديثا، ويشير في أول الأمر إلى مفهوم العامل، الذي يعني هدفا ووسيلة في نفس الوقت، حيث أن الانشغال هنا هو تحقيق الاندماج الاجتماعي عامة والمهني خاصة، ثم يشير إلى مفهوم المعوق الذي يستلزم إعطاء نفس فرصة النجاح للجميع.

ويعود أول استعمال لمصطلح العامل المعوق بصفة رسمية في اللغة الفرنسية إلى سنة 1957، وورد التعريف التشريعي في المادة 323-10 كما يلي:

" يعتبر كعامل معوق الذي يستفيد من القانون، كل شخص تكون إمكانياته للحصول أو المحافظة على وظيفة محدودة بسبب نقص أو انخفاض قدراته الجسمية أو العقلية."

إن هذا التعريف يربط بين مفهوم الإعاقة ومفهوم العمل(الوظيفة)، ويشير إلى إمكانية الحصول أو المحافظة على وظيفة، وذلك بفرص متكافئة بين الأفراد المصابين بإعاقات(الموروثة، المكتسبة أثناء الطفولة أو المرافقة، المكتسبة بسبب الحوادث أو الأمراض خلال حياتهم المهنية) (Andlauer, 1975 : 302)

وتجدر الإشارة هنا إلى أهمية عودة العامل المعوق بسبب حادث عمل إلى عمله، فعند التساؤل: لماذا يجب إعادة تشغيل العامل المعوق بعد الإصابة (سواء بالعودة إلى نفس المنصب، أو منصب آخر يلائم إمكانياته وقدراته...)، هذا يعود أولا إلى أن العامل بعد الإصابة وبعد التوقف عن العمل لمدة معين، يحس بالحاجة إلى ممارسة دوره في المجتمع من خلال عمله، ثم لابتدا من إعادة تشغيله لأن المجتمع في حاجة إلى عمل كل فرد ينتمي إليه، هذا من جهة ومن جهة أخرى، عملية التكفل بذوي الإعاقة لا يمكن أن تكون طوال الحياة.

2. مفهوم التكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة:

بعد تعرض العامل لحادث عمل، ومهما كان نوع الحادث، لابد من تشخيص حالة العامل فوراً من قبل طبيب العمل، حيث تتحدد من خلال التشخيص طبيعة ومدة العلاج، وفي حالة استحالة العودة إلى العمل، يحتاج العامل إلى التكفل الطبي والوظيفي والمهني، والذي يتوقف أيضاً على نوع ودرجة الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب الحادث المهني.

فالتكفل عامة هو عملية يقوم بها المجتمع كهيئة لتحقيق مجموعة من الأهداف تسمح بالوصول بالفرد إلى ضمان حقوقه والإحساس بالعدالة في وسط المجتمع، وهو أيضاً وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته، وبأنه قادر على التواصل مع الآخرين لتحقيق استقلاليتهم من خلال تنمية القدرات والمهارات واستغلالها أحسن استغلال. ويتم إذا التكفل بالعامل ذي إعاقة حركية بسبب حادث عمل من خلال إعادة التأهيل وهي سيرورة متواصلة، التي تهدف أساساً إلى تحقيق للعامل استقلاليتهم ومكانتهم في المجتمع والعودة إلى عمله إن أمكن أو إلى عمل آخر ملائم لقدراتهم المحدودة بسبب الإعاقة، وتتم عملية التكفل بالعامل ذي إعاقة حركية بسبب حادث عمل بعدة مراحل، وليس من الضروري أن يمر بها كلها العامل، من جهة ومن جهة أخرى وفي حالات إعاقة بالغة، قد لا يتوصل إلى تحقيق النتائج المرجوة كالعودة إلى العمل في الظروف المعتادة.

(Desoille, H et al, 1980 :305)

3. أشكال التكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية:

تتمثل أشكال التكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية في المراحل الأساسية لإعادة التأهيل القائمة أساساً على تدريب الشخص الذي كان قد تعلم أو تدرب على مهنة ما وبعد ذلك أصيب بمرض أو حادث مسبباً له بإعاقة وبالتالي لم يستطع العودة إلى عمله أو مهنته السابقة بسبب إعاقته؛ والهادفة مساعدته على إعادة التكيف والانخراط في المجتمع، وتوفير العوامل المساعدة كل حسب إعاقته وقدرته على التعايش مع هذه الإعاقة، ومحاولة الاعتماد على النفس مع مراعاة أن تكون هذه الخدمات بمساعدة أفراد مؤهلين للقيام بهذا الدور الهام. (الزعمط، 2000: 17)

ويشمل التكفل بالعمال ذوي الإعاقات الحركية بسبب حوادث العمل جوانب خدمات التأهيل الرئيسية والمتمثلة في إعادة التأهيل الطبي والوظيفي والنفسي والاجتماعي والمهني، تتوضح فيما يلي:

1.3. إعادة التأهيل الطبي:

يقصد به تلك الخدمات الصحية والطبية التي يحتاجها ذو إعاقة من أجل إعداده لتمكينه من التغلب على الآثار التي تخلفت عن عجزه، والتي يشترك في تقديمها الأخصائي الاجتماعي مع طبيب مختص بمعاونة الممرضة، وهذا التأهيل يكون سواء من الناحية العلاجية للعاهة أو من أي مرض يصاحب العاهة، يجب أن يستمر هذا التأهيل إلى غاية التأكد من أن حالة العجز أصبحت مستقرة وثابتة إلى حد كبير، وتقام هذه العملية في مؤسسة طبية. ويمر هذه التأهيل بمراحل وخطوات وهي كالتالي:

➤ التقييم الصحي والطبي لحالة ذي إعاقة، ويهدف إلى:

- قياس المستوى الصحي العام لذي إعاقة لاكتشاف الحالات المرضية الأخرى له التي قد يكون ذي إعاقة مصابا بها بجانب العجز الأصلي، فقد يكون مريضا بفقر الدم أو غيره. (عبد المحي، رمضان، 1984: 316)

ما يضيف مشكلات صحية على العجز الأصلي، وهذه العملية تهتم بصفة خاصة بما يلي:

- مستوى التغذية للمعوق ويعرف عن طريق مستوى دخل الأسرة وظروفها الاجتماعية.

- التاريخ المرضي وما قد أصيب به ذي إعاقة من أمراض وحوادث.

- العمليات الجراحية التي أجريت له إن وجدت.

- الكشف الصحي العامل ذي إعاقة.

- التحاليل الطبية والأعمال المعملية الأخرى. (محمد فهمي، 1997: 270)

➤ الكشف الطبي الكامل على العجز أو العاهة التي أصيب بها ذي إعاقة، ويحتاج هذا

لطبيعة الحال طبيب أخصائي في نوع الإعاقة لتشخيصها التشخيص الدقيق فمثلا إذا كانت

الإعاقة ناتجة عن خلل في الجهاز العصبي فإنه يقوم بالتقييم الطبي أخصائي في الأعصاب

ويشمل التقييم الطبي:

-دراسة حالة العجز ودرجته ومداه.

-دراسة أسباب التعويق.

-تقرير مستقبل الحالة، بناء على مدى العجز وشدته ومدى توفير الخدمات لرعايته.

➤ الرعاية الصحية والطبية لذي إعاقة:

وتعتبر الخطوة الثانية بعد عملية التقييم الصحي والطبي، ولهذه الرعاية عدة أهداف أهمها:

-تقوية صحة ذي إعاقة والوقاية النوعية له من الأمراض.

-علاج ومتابعة الحالات المرضية أيا كان نوعها. (رمضان، 1995: 179)

➤ التتبع والرعاية اللاحقة لذي إعاقة بعد خروجه من المؤسسة الطبية:

وتعتبر الخطوة الثالثة ويشرف عليها الأخصائي الاجتماعي، حيث يقوم بإعداد البيئة

الطبيعية لاستقبال ذي إعاقة، بعد خروجه من المؤسسة الطبية، ويستدعى ذلك منه العمل مع أسرة

ذي إعاقة التي لها دور هام في فترة ما بعد خروجه من المؤسسة الطبية، فهي تساهم في تنفيذ

الخطة العلاجية التي قد تتطلب برنامج غذائي خاص، ورعاية طبية دقيقة بتنفيذ تعليمات الطبيب،

وأیضا حاجة المريض إلى معاملة خالية من المواقف الانفعالية.

ويشمل دور الأخصائي الاجتماعي اتجاه ذي إعاقة بعد خروجه من المؤسسة الطبية فيما يلي:

-إعداد التقارير والملخصات التي يحتاجها ذي إعاقة والتي يجب أن تكتب بعناية حتى تفي

بالغرض، وترسل إلى الجهات الأخرى المختصة، ليحصل منها ذي إعاقة على خدمات خاصة

كمؤسسات الإعانات الاقتصادية، أو مؤسسة الضمان الاجتماعي، الاتصال بالبيئة المحيطة بذي

إعاقة، كموقع عمله إذا ما استدعى الأمر ذلك لمراعاة تناسب العمل الذي يكلف به مع حالته.

(براهيم مخلوف، 1991: 166)

-متابعة حالة ذي إعاقة، وزيارته بعد خروجه من المؤسسة الطبية للاطمئنان على تنفيذه لتعليمات

الطبيب المعالج والخطة العلاجية الموضوعية، ومدى استعداده للعودة إلى نشاطه.

وعموما يكمن دور الأخصائي الاجتماعي في مساعدة ذي إعاقة على تقبل إعاقته، وفي حل

مشكلاته الاجتماعية والاقتصادية والأسرية، بالاتصال بأسر ذي إعاقة ومحاولة تعريفهم بطبيعة

الإعاقلة وكيفية التعامل مع ذي إعاقلة، لتشريع تكيفه مع إعاقته أو بعبارة أخرى تكيفه مع حالته الجديدة.

يستخلص مما سبق أن عملية إعادة التأهيل الطبي والرعاية الصحية إذا تتطلب دراسة وتقييما للحالة الصحية العامة لذي إعاقلة ودراسة وتقييم حالة الإعاقلة ودرجة العجز الناتج عنها...، ولهذا يستفيد العامل من هذا النوع من التكفل مباشرة بعد الإصابة بالحادث، حيث تشخص حالته فوراً، ويحدد ذلك التشخيص طبيعة ومدة العلاج الطبي، فحسب الحالة المشخصة لدى العامل المصاب، فقد يحتاج إلى علاج قصير المدة، ويعود إلى العمل مباشرة بعد تلقيه العلاج، وإذا تبين أن حالته لا تسمح بالعودة إلى العمل، تتخذ إجراءات إعادة التأهيل الطبي إضافة إلى العلاج والعناية الطبية الموصوفين، وفي مثل هذه الحالات، يحتاج المصاب إلى رعاية نفسية تساعده على مواجهة مختلف المشكلات النفسية التي تنتج عن إعاقته من جهة، ومن جهة أخرى لا بد من تدخل الأخصائي النفسي ليساعده على توضيح مختلف مراحل العلاج التي يمر بها، والعمل على تحضيره نفسياً لتقبلها، وغالباً ما يوجه العامل الذي يعاني من مثل هذه الحالات إلى أقسام خاصة بالمستشفيات، أو إلى مراكز خاصة لإعادة التأهيل الطبي للمعوقين، وتجدر الإشارة هنا إلى أنه نظراً لطول المدة العلاجية، يكون لدعم العائلة للمصاب دوراً هاماً في استجابته للعلاج.

(Desoille, H et al, 1980 :306)

3. 2. إعادة التأهيل الوظيفي:

تهدف عملية إعادة التأهيل الوظيفي والبدني أساساً إلى تعويض العجز الجسمي للعامل المصاب بحادث عمل والذي سبب له إعاقلة حركية، لتسمح له بتطوير القدرات المتبقية لديه لتقليل القدرات الوظيفية المحدودة الناتجة عن تلك الإصابة المهنية. وقد يخصص برنامجاً مرتبطاً مباشرة بالنتائج الجسمية للإصابة المهنية، أي تأثيرها على الوظيفة.

(Lapointe, 1991 : 4)

إن إعادة التأهيل الوظيفي تكون فعالة كلما كانت مبكرة، ولذا لا بد أن يتلقاها العامل الذي تعرض لحادث عمل بعد الإصابة مباشرة وبسرعة، وتتم ممارسة مراحل إعادة التأهيل الوظيفي على مستوى المستشفيات أو عيادات خاصة، وقد يستفيد العامل ذي إعاقة من هذه العملية في البيت تحت إشراف طبيب مكلف بعنايته وإعادة تأهيله الوظيفي؛ وتتوقف طبيعة ومدة إعادة تأهيل المصاب بإعاقة وظيفيا على درجة الإصابة، فإذا كانت الإصابة خفيفة، فقد يكتفي العامل بحصص محددة مقتصرة على بعض التمارين والتدريبات، أما إذا كانت الإصابة شديدة، فإن العامل المصاب يتلقى إعادة تأهيل وظيفي خاص في مراكز مختصة في (kinésithérapie/ergothérapie)، حيث تتخذ هذه المراكز برامجا خاصة حسب ما تتطلبه الحالات من ذلك، حيث تتضمن هذه المرحلة التدريبات البدنية اللازمة لتعويض أي نقص عضلي أو مفصلي أو عصبي، كما يدرّب المصاب بإعاقة حسب حالته على الأعمال والحركات التي يحتاجها في حياته العادية، وعلى طريقة استعمال الأطراف الصناعية أو الأجهزة المساعدة (التي وصفت له في المرحلة السابقة وذلك حسب الحالات)، وتساعد هذه التدريبات والتمارين على تحقيق الأهداف التالية:

- ✓ استرجاع ذي إعاقة ما فقدته من قدراته الحركية أو جزء منها
 - ✓ الإعداد الجسمي لممارسة مهنته أو مهنة أخرى تتناسب مع ما تبقى لديه من قدرات
 - ✓ قدرة ذي إعاقة على العناية بنفسه دون مساعدة الغير (غباري، 2003 : 209)
- وتجدر الإشارة هنا أن لتدخل المختص النفسي والدعم العائلي دور هام في تقبل ذي إعاقة واستجابته لمراحل إعادة التأهيل الوظيفي، وتختلف مدته حسب درجة الإصابة، وفي أغلب الحالات تسمح عملية إعادة التأهيل الوظيفي للعامل ذي إعاقة بسبب حادث عمل بممارسة نشاطه المهني وممارسة حياته عامة. (Desoille, H et al, 1980 :306)

3.2. إعادة التأهيل النفسي:

يقصد بها تلك الخدمات النفسية التي يحتاجها ذي إعاقة، من أجل مساعدته على التوافق مع البيئة المحيطة به بشكل طبيعي عن طريق تقبل إعاقته، والتفكير بشكل واقعي في كيفية العيش معها. (محمد القذافي، 1988: 68)

فذي إعاقة معرض للشعور بالنقص والاختلاف عن الآخرين (الأفراد العاديين) ما يصاحبها من الشعور بالقلق والحيرة والحزن واليأس وغيرها من الاضطرابات والمشكلات النفسية التي يتعرض لها، مما تستدعي حالته إلى إحالتها على العيادات النفسية الخاصة أو المتواجدة على مستوى مركز التأهيل المتواجد فيها، لعلاج الاضطرابات السلوكية ومشكلاته النفسية، وأول خطوة يجريها الأخصائي النفسي بمعاونة أخصائي اجتماعي هي:

➤ التقييم النفسي ذي إعاقة:

ويهدف التقييم النفسي إلى قياس ودراسة الحالة النفسية ذي إعاقة وخاصة أثر إعاقته على شخصيته، ويكون ذلك عن طريق ثلاثة عمليات، الفحص ثم التشخيص ثم المآل وعموما يهتم التقييم النفسي ذي إعاقة بدراسة ما يلي:

- مستوى ذكاء ذي إعاقة واستعداداته العقلية.
- مدى أثر الإعاقة على شخصيته وسلوكه.
- دراسة ميوله الخاصة وقدراته المهنية.
- مدى استعداداته للتعاون والاستفادة من برنامج الرعاية.
- وضع تقرير بالنصائح والإرشادات والأوضاع التي يجب على ذي إعاقة والمسؤولين عن تأهيله مراعاتها في اختيار المهن، وفي التدريب المهني والتشغيل، وكذلك بالنسبة للتكيف البيئي في محيط الأسرة وخارجها. (رمضان، 1995: 174)

ويقوم بعملية التقييم النفسي الأخصائي النفسي، ويعتمد في عمله على المقابلة والملاحظة وإجراء الاختبارات والمقاييس النفسية المختلفة.

➤ الرعاية النفسية ذي إعاقة:

وتعتبر الخطوة التي يجريها الأخصائي النفسي بعد خطوة التقييم النفسي، ولهذه الرعاية عدة أهداف:

- تهيئة المناخ العلاجي المناسب لحالة ذي إعاقة، والعلاقة الحسنة بين ذي إعاقة والأخصائي
- إزالة العوامل والأسباب التي أدت إلى المرض.
- علاج أعراض المرض.
- حل المشكلات ومواجهتها تحويلها من مشكلات مسيطرة إلى مشكلات مسيطر عليها.
- تعديل السلوك غير السوي، وتعلم السلوك السوي الناضج.
- تعزيز الدوافع التي تكمن وراء السلوك السوي الناضج.
- التخلص من نواحي الضعف والعجز بإبعاد تفكير ذي إعاقة عنها، وتدعيم نواحي القوة والتعرف على القدرات والإمكانيات المكتوبة وتميئتها.
- تغيير المفهوم السلبي للذات، وتنمية مفهوم الذات الإيجابي.
- تحقيق تقبل الذات وتقبل الآخرين، وإقامة علاقات اجتماعية سليمة.
- زيادة قوة الذات وتدعيم بناء الشخصية القوية وتحقيق تكاملها.
- تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.
- تعلم أساليب أكثر فعالية لمواجهة البيئة بمطالبها المتعددة بصور واقعية.
- زيادة تقبل وتحمل المسؤولية الشخصية بالنسبة لتقديم العلاج نحو تحقيق أهدافه.
- العمل على إتمام الشفاء والحيلولة دون حدوث النكسة. (زهران، 1997 : 186)

➤ التتبع والرعاية اللاحقة لذي إعاقة:

وتعتبر الخطوة الثالثة في عملية التأهيل النفسي لذي إعاقة، حيث تحتاج عملية العلاج النفسي أو التوجيه والإرشاد النفسي بعد إتمامها إلى متابعة منظمة، وتهدف المتابعة إلى التأكد من استمرار تقدم حالة ذي إعاقة للمساعدة وتحديد مدى وأثر قيمة عملية العلاج أو الإرشاد، وتحديد نسبة النجاح ومدى استفادة ذي إعاقة من الخبرات العلاجية أو الإرشادية في مواقف الحياة العامة،

والتحقق من مدى تحقيق العملية العلاجية أو الإرشادية لحاجات ذي إعاقة كما يعيشها في الواقع، ومما يؤكد أهمية وضرورة المتابعة، أن الشفاء قد يتم تماما، ويصبح ذي إعاقة أكثر قدرة على تحقيق التوافق النفسي، ولكنه إذا عاد إلى المجتمع الذي سبب اضطرابه ليجده جامدا محبطا مليئا بالصراعات كما كان، فإن الموقف يكون صعبا وقد تحدث نكسة، هذا وقد يكون التحسن الذي طرأ على حالة ذي إعاقة سطحيا أو ظاهريا أو مؤقتا.

وتحتاج المتابعة المنظمة المحافظة على الاتصال بالفرد بعد شفاؤه لفترة محددة، بحيث تزداد الفترة بين كل اتصال وآخر إلى أن ينتهي الاتصال بعد التأكد من إتمام الشفاء، وقد يتم الاتصال بعد شهر، ثم ثلاثة أشهر ثم سنة، وحسب موافقة ذي إعاقة وقد تمتد المتابعة إلى الأسرة أو مكان العمل. (زهران، 1997: 199)

4.3. إعادة التأهيل الاجتماعي:

التأهيل الاجتماعي، "ذلك الجانب من عملية التأهيل الذي يرمي إلى مساعدة الشخص ذي إعاقة على التكيف مع متطلبات الأسرة والمجتمع، وتخفيف أية أعباء اجتماعية أو اقتصادية قد تعوق عملية التأهيل الشامل، وبالتالي تسهيل وإعادة إدماجه في المجتمع الذي يعيش فيه" (السيد عبيد، 2000: 64)

إذا كانت الظروف الأسرية لذي إعاقة أو ظروف عمله أو علاقاته الاجتماعية في بيئته هي السبب في عدم تكيفه لمواجهة هذه الظروف، وهو ما يطلق عليه (التأهيل الاجتماعي)، ومن ثم يتجه هذا النوع من التأهيل نحو التعامل مع البيئة الاجتماعية لذي إعاقة وتعديلها أو تغييرها أو ضبطها أو نقل ذي إعاقة إما مؤقتا أو بصفة مستديمة من البيئة الاجتماعية التي أدت إلى اختلاله أو اضطرابه النفسي إلى بيئة اجتماعية أخرى بما يتاح له ويحقق التوافق النفسي السوي المنشود. وهكذا نجد أنه يندرج تحت هذا النوع من التأهيل ما يسمى بالعلاج البيئي وعلاج المحيط البيئي، ولتحقيق ذلك فهناك عدة أساليب يستعين بها الأخصائي الاجتماعي لعل أهمها ما يلي:

- الاستعانة بجميع أفراد أسرة ذي إعاقة في تهيئة جو أسري هادئ.

-في أضيح الحدود يتم إيداع ذي إعاقة في مؤسسة داخلية، بعيدا عن أسرته المهددة غير الآمنة، وبشرط أن يكون الإيداع بالمؤسسة أفضل من البقاء في المنزل كآخر حل.
(محمود صالح، رمضان، 1999: 318)

-تهيئة بيئة اجتماعية صحية متوفرة فيها جميع الشروط للتأهيل الصحي، النفسي، التعليمي أو المهني .وعلى العموم فإن التأهيل كذلك يمر بمراحل وخطوات، وهي:

➤ التقييم الاجتماعي لذي إعاقة:

وتهدف هذه العملية إلى دراسة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي يكون لها أثر على حالة ذي إعاقة ورعايته، وذلك تمهيدا لتشخيص الدقيق لذي إعاقة ووضع العلاج المناسب له، ويمكن أن نبين اتجاهات الأسرة نحو الشخص ذي إعاقة في العناصر التالية:

-اتجاهات الأسرة نحو ذي إعاقة، وعجزه، وعاهته، وشعور أفراد الأسرة نحوه.

-مدى استعداد ورغبة الأسرة في رعاية ذي إعاقة.

-الإمكانيات المادية والاقتصادية للأسرة.

-الاستعداد للرعاية المنزلية لذي إعاقة.

-دراسة علاقة ذي إعاقة بأفراد الأسرة.

-المشكلات الاجتماعية وال نفسية التي نجمت عن العاهة.

-دراسة شخصية ذي إعاقة من ناحية الاعتماد على النفس أو الإتكالية والانتواء

والميولات العدوانية وأثر سلوكه في علاقاته الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها.

-رأي ذي إعاقة في الأعمال التي يرغب في التدريب عليها، كذلك استعداداته وإمكانياته التي يمكن

الاستفادة منها في عمليات التأهيل، إلى غير ذلك من المعلومات.

ويقوم بهذه الدراسة الأخصائي الاجتماعي ويعتمد في دراسته لحالة ذي إعاقة على عدة مصادر

يمكن رصدها بصفة عامة في النواحي التالية:

-ذي إعاقة ذاته، الأسرة والأقارب، مصادر البيئة (العمل والمستشفى والرفاق)، الخبرة في

المجالات الخاصة (ذوي الخبرة)، الوثائق والملفات والسجلات المختلفة، إلى جانب نتائج

الاختبارات والفحوص الطبية والصحية والنفسية.(رمضان، 1995: 175)

ولحصول الأخصائي الاجتماعي على كافة المعلومات والحقائق المهنية، الذاتية، البيئية المرتبطة بحالة ذي إعاقة من هذه المصادر فإنه يستعين في ذلك بعدة أساليب دراسية أهمها:

- المقابلات بأنواعها المختلفة، سواء مقابلة ذي إعاقة ذاته أو المحيطين به أو الخبراء
- الزيارات المنزلية أو المؤسسية.
- المكاتبات أو الاتصالات الهاتفية. (محمود صالح، رمضان، 1999: 333)

هذا ويتوقف استخدام الأخصائي لوسيلة دون أخرى على طبيعة الحقائق ذاتها ومصادرها، فالمقابلات الشخصية تكشف عن حقائق لا تكشفها المكاتب أو الاتصالات الهاتفية، كما أن الزيارة المنزلية قد توضح أموراً لا تكشفها المقابلة الشخصية، وهكذا. (محمد فهمي، 1997: 273)

➤ الرعاية الاجتماعية لذوي إعاقة:

تختلف أساليب ونظم الرعاية الاجتماعية لذوي الإعاقة حسب نوع ودرجة الإعاقة، بل وحسب الظروف الاجتماعية والاقتصادية الخاصة بالفرد ذي إعاقة وأسرته، وعموماً يمكن تصنيفها كما يلي:

-**الرعاية المنزلية** : وهي رعاية تتم في إطار الأسرة وبيئة ذي إعاقة لتسهيل اندماجه ومساهمته في المجتمع، أو إزالة العوائق والحوادث دون عزله في مؤسسات خاصة، حيث تقدم كافة الخدمات والمساعدات اللازمة لهم في منازلهم لرفع مستواهم المادي والمعنوي، ويؤدي هذا النوع من الخدمات أخصائيو اجتماعيون دريوا تدريباً خاصاً للقيام بهذه المهمة. وعموماً تتلخص هذه الخدمات بصفة عامة فيما يلي:

- وضع خطة علاجية والإعداد السليم لذوي إعاقة حسب حاجاته وظروفه وأحواله الاجتماعية.
- مساعدة ذي إعاقة وأسرته في الحصول على الخدمات من الأجهزة الموجودة في المجتمع وأولها وزارة العمل والحماية الاجتماعية.
- إحداث التغييرات المطلوبة في اتجاهات أسرة ذي إعاقة نحو كيفية معاملتهم وتقبلهم له.

(محمود حسن صالح، رمضان، 1999: 325)

-الرعاية النهارية : ويتم هذا النوع من الرعاية في مؤسسات خاصة مثل مركز التكوين المهني الخاص بذوي الإعاقة (أو فصول خاصة) المؤسسات الخاصة بالأفراد العاديين يلتحق بها ذي إعاقة أثناء النهار ويعود يوميا إلى أسرته، ويعتبر هذا الأسلوب من الرعاية من أفضل الأساليب والنظم المتبعة في العمل مع ذي إعاقة، وذلك نظرا للأسباب التالية:
-قلة التكاليف.

-عدم عزل ذي إعاقة في بيئته الطبيعية.

-إتمام عمل التأهيل في مدة قصيرة، حيث لوحظ أن ذوي الإعاقة الملتحقين بمراكز التأهيل مثل المؤسسات الطبية، كثيرا ما يحاولون إطالة مدة إقامتهم بالمراكز، حيث يتمتعون بالرعاية الكاملة ووسائل الترفيه والبعد عن المتاعب النفسية لشعورهم بالنقص في البيئة الخارجية (محمود حسن صالح، رمضان، 1999: 327)

5.3. إعادة التأهيل المهني :

لقد عرفت منظمة العمل الدولية التأهيل المهني بأنه العملية المستمرة والمنظمة التي تشتمل على تقديم الخدمات المهنية مثل التوجيه المهني، التدريب المهني، والتوظيف الانتقائي، والمعدة لتمكين الشخص ذي إعاقة من تأمين عمل مناسب والاستمرار فيه. (الشناوي، السيد، 1994: 152)

ويعرف يوسف التأهيل المهني بأنه ذلك الجانب من عمليات التأهيل الذي يوفر مختلف الخدمات المهنية كالتدريب المهني بما يتناسب والقدرات المتبقاة بعد العجز، والتدريب المهني والتشغيل، وهو تلك الخدمات المهنية التي تساعد ذي إعاقة على ممارسة عمله الأصلي أو عمل آخر مناسب لحالته والاستقرار فيه. (يوسف، 1989: 19)

فالتأهيل المهني هو الجانب من العملية المستمرة والمتراطة التي تنطوي على تقديم الخدمات المهنية مما يجعل ذي إعاقة قادراً على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه وما يصاحبه من مساعدة ذي إعاقة على استعادة التكيف السليم مع المجتمع، وتمكينه من

التوافق مع متطلبات بيئته الطبيعية والاجتماعية وتحويله إلى عضو منتج في المجتمع (أفنيخر، 1424هـ: 102).

فرغم تلقي العامل ذي إعاقة بسبب حادث عمل إعادة تأهيل طبي ووظيفي، إلا أن حالته لا تسمح بعودته إلى العمل فوراً، فتوقف العامل عن ممارسة النشاط المهني بسبب الإصابة لمدة معتبرة ومعاناته من آثار الإصابة، عوامل تحول دون عودته إلى ممارسة نشاطه المهني، فيحتاج في هذه الحالة إلى إعادة تدريب مهني حول نشاطه السابق، وقد تكون عملية إعادة التدريب المهني على مستوى مراكز مختصة بذلك أو على مستوى مراكز العمل التي يتم اختيارها.

(Desoille, H et al, 1980 : 306)

وتتضمن هذه المرحلة تدريب ذي إعاقة على العمل السابق له قبل الإصابة، أو العمل الذي يتناسب مع قدراته، ويبقى العامل خلال عملية إعادة التدريب المهني تحت رقابة طبية منتظمة لمراقبة تحسن حالته، لكن إذا كانت الإصابة شديدة، وتعذر على العامل من العودة إلى ممارسة عمله السابق بسبب قدراته المحدودة، يطرح إشكال التوجيه المهني له، حيث يتوقف ذلك على ما تبقى للعامل من قدرات وإمكانيات، حتى يصبح فعالاً (منتجاً من خلال ممارسة عمل ما) ومعتمداً على نفسه في حل مشكلاته المقبلة وأكثر رضا عن نفسه وعن عمله. (غباري، 2003:

(191)

ويمكن أن يوجه العامل إلى تكوين مهني (الذي يكون حسب بعض المتغيرات: السن، القدرات الجسمية، المستوى الدراسي، الاستعداد النفسي، المعارف المهنية السابقة..)، وتتخذ خلال عملية التكوين المهني وسائلًا بيداغوجية خاصة بذي إعاقة، كما يبقى العامل ذي إعاقة طوال مدة التكوين تحت رقابة ومتابعة طبية.

وكما هو الحال في مرحلة من مراحل إعادة التأهيل للعامل ذي إعاقة بسبب حادث عمل، لا بد من إعلام ذي إعاقة وعائلته بالمجهودات التي يجب بذلها وتقبلها أي الاستعداد لها، حيث يكون ذلك بمثابة دعم للعامل ذي إعاقة واستجابته لما تتطلبه هذه المرحلة (إعادة التأهيل المهني). ويمكن القول أنه إذا اتخذت كل الاحتياطات، في مختلف مراحل إعادة التأهيل للعامل ذي إعاقة بسبب حادث عمل، يمكن أن يتحقق الهدف الأساسي لسيرورة إعادة التأهيل وهو إعادة

العامل إلى حياته المهنية والنجاح فيها، من خلال المجهودات المبذولة من قبل العامل نفسه وكل الهيئات التي تشارك في ذلك. وبالتالي تحقيق إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني.

(Desoille, H et al,1980 : 307)

ونظرا لأهمية إعادة التأهيل المهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية بسبب حوادث العمل، وانطلاقا من الهدف الأسمى للتكفل بذوي الإعاقات الحركية والمتمثل في تحسين كل نشاطات الحياة اليومية وتحقيق نوع من الاستقلالية في القيام بمختلف النشاطات بما في ذلك النشاط المهني، ما يساعد العامل ذي إعاقة حركية على اندماجه في العمل وفي المجتمع ككل، يتطلب منا ذلك تقديم أهم المبادئ والمراحل لعملية إعادة التأهيل المهني، كما يلي:

❖ المبادئ الأساسية لإعادة التأهيل المهني للعمال ذوي الإعاقة بسبب حوادث العمل:

هناك عدة مبادئ أساسية تساهم في إنجاح خطة وتنفيذ عملية إعادة التأهيل المهني للعمال ذوي الإعاقة بسبب حوادث العمل، وتتمثل هذه المبادئ فيما يلي:

✓ التدخل المبكر: ويعتبر مبدءا هاما وأساسيا في عملية إعادة التأهيل المهني، وعنصرا مساهما في إنجاح باقي مراحل التدخل من أجل تحقيق دمج العامل في عمله وفي إعادة تكيفه المهني (Schrey et Lacerte, 1995) ، ويشمل هذا المبدأ كذلك تحديد مسبق لمختلف متطلبات العمل، والعوامل المحيطة (الخارجية)...كلها معلومات تحتاجها الفرقة المكلفة بإعادة التأهيل المهني؛ هذا بالإضافة إلى أن عودة العامل إلى عمله المبكرة لممارسة نشاطه المهني بعد الإصابة تسمح له بالتمسك بعمله، وبالتالي تحقيق إعادة التكيف المهني. (Frasser et Vogenthaler, 1988)

✓ الأخذ بعين الاعتبار الحاجات والمصالح الخاصة لكل عامل، ففي فترة إعادة التأهيل يكون العامل على علم بمختلف المراحل والاجراءات والأفعال التي تتخذ، وبعبارة أخرى يكون العامل المصاب مشاركا في عملية إعادة التأهيل المهني، ولابد من تشجيعه على تحمل المسؤوليات واتخاذ القرارات حسب قدراته، كما يمكنه التعبير عن رضاه اتجاه الخدمات المقدمة له خلال تلك الفترة. (Batavia et Hammer, 1990 ; Matheonet Denise, 1997) ، ولهذا لا بد من

إشراك العامل بطريقة نشطة خلال فترة إعادة تأهيله في العمل؛ وعلى هذا الأساس تتباين مدة إعادة التأهيل المهني من فرد إلى آخر، وذلك حسب الخصائص الشخصية والمحيطية من جهة، ومن جهة أخرى البرامج المقررة والمطلوبة للتدخل لإعادة التأهيل تكون حسب الحاجات الخاصة لكل فرد.

✓ التركيز على المكان الفعلي للعمل، لأنه الشيء الوحيد الذي يصادق على العلاقة بين العامل والمحيط الطبيعي للعمل، كما أن التقييم في إطار العمل يمكن أن يكون مصدرا هاما للمعلومات حول العمل الذي يمارسه الشخص المصاب.

✓ تسهيل تقديم الخدمات وتواصلها الذي يتوقف على قدرات العامل على تخطي العقبات الفيزيائية كالدخول إلى الأماكن المخصصة لإعادة التأهيل المهني، الاقتصادية (تغطية تكاليف إعادة التأهيل)، التنظيمية (المرونة في التوقيت) والاجتماعية والنفسية

✓ التنسيق بين مختلف المصالح للخدمة أثناء فترة إعادة التأهيل المهني، فالتعاون والتنسيق بين المتدخلين (الإداريين والمستشارين والأطباء...)، وبين مصالح التأمين والمؤسسة التي يعمل بها المصاب، ومختلف المنظمات الاجتماعية المعنية يساهم بشكل كبير في إنجاح الإجراءات اللازمة، فمثلا لاتخاذ قرارات في إطار طبي شرعي (Médico-légal) ، يستوجب ذلك تبادل معلومات بين مصالح التأمين والمتدخلين.

✓ العمل الجماعي خلال فترة إعادة التأهيل: فنظرا لتعدد وتغير حالات الإعاقة التي يعايشها العامل المصاب، لا بد من إشراك أطراف متعددة لتغطية مختلف الحاجات لدى العمال المصابين بالحوادث، لتشمل الفرقة العاملة على إعادة التأهيل المهني مستشارا في إعادة التأهيل من قبل مصالح التأمينات، أطباء من مختلف التخصصات، إضافة إلى إشراك العامل المصاب نفسه، وأفراد من عائلته، المستخدم أو ممثلا عنه، وهنا تظهر أهمية الاتصال بين مختلف هذه الأطراف ومشاركتها في صياغة الأهداف واتخاذ القرارات.

✓ التكوين المتواصل للمتدخلين، فلقيام بتدخلات في إعادة التأهيل بشكل أحسن، يتطلب ذلك قدرات ومعارف عديدة، فقد يسبب الحادث لدى العامل عجزا جسما ومعرفيا وسلوكيا، وقد يكون العجز دائما ما يؤدي إلى غياب العامل عن العمل لمدة طويلة، فيكون التكوين المتواصل وسيلة

هامة لتطوير وتحسين خبرة المتدخلين ما يساهم في تقديم أقصى الخدمات للمصابين، وبالتالي السير الحسن لمراحل وخطوات إعادة التأهيل المهني.

وصف نموذج لإعادة التأهيل المهني :

عندما يتعرض العامل لحادث العمل، يتم الشروع مباشرة في التكفل به، باتخاذ إجراءات إدارية وتشريعية وطبية، وكما سبق القول في إعادة التأهيل الطبي والوظيفي أن العامل وفقا لحالته، قد يمر على جميع مراحل إعادة التأهيل، وقد لا تقتضي حالته ذلك، نحاول فيما يلي تقديم نموذج لإعادة التأهيل المهني للعامل المصاب بحادث عمل، يوضح هذا النموذج الفترات الأساسية التي تحتوي بدورها مراحل ليس بالضرورة المرور بها جميعها، وهي :

1.الفترة الأولى: التحضير للعمل:

وتشمل هذه الفترة خمس خطوات أو مراحل، وقد تتداخل فيما بينها، وتتباين فتراتها بتباين خصائص العمال المصابين، وقد لا تمس جميع الحالات، وتتمثل في:

✓ تقييم حالة العامل: يتم في هذه الخطوة فحص كل المؤشرات حول حالات الإعاقة في العمل، وتحديد كل خصائص محيط العمل وقدرات العامل في العمل (تحديد نقاط القوة والضعف)، وهذا يسمح بتقييم المدعمات الموجودة في العمل والعقبات التي ستواجهه. كما أن هذه الخطوة تعتبر تحسيسية بالنسبة للمستخدم والزملاء في العمل بوضعية العامل المصاب، ما يساعد في إشراكهم في العمل على تحقيق الأهداف المحددة، وتسمح هذه المشاركة بتقديم المعلومات حول متطلبات العمل وحول محيط العمل ككل.

✓ توقع العلاقة بين العامل بما لديه من قدرات وبين محيط العمل: وتهدف هذه الخطوة إلى توجيه خطة إعادة التأهيل وتقليص أو تعويض حالات الإعاقة في العمل، فمثلا إذا كانت إصابة العامل خطيرة سببت له شللا، وكان عمله مثلا تركيب أسلاك كهربائية، يمكن توقع استحالة عودته إلى نفس مركز عمله، بل لا بد من تحديد عمل آخر يتوافق وقدراته، وهذا ما ترمي إليه الخطوة

المالية:

✓ تحديد عمل أو مجموعة من الأعمال التي تتطلب القدرات الحالية للعامل وتتوافق وميوله المهنية ومحيطه المعيشي والمهني، وفي هذه المرحلة يمكن الاستعانة باختبارات القدرات لتقييم

القدرات المتبقية لدى العامل من جهة، والاسعانة بتحليل العمل لتحديد متطلبات العمل وخصائص محيط العمل من جهة أخرى؛ فإذا تم تحديد عمل يتوافق وقدراته في نفس المحيط، لا يحتاج العامل المرور إلى الخطوة الموالية:

- ✓ تحديد محيط العمل الذي يتواجد به العمل المناسب للعامل المصاب، فإذا تعذر تحديد عمل في محيط العمل السابق لإصابته، لا بد من إيجاد محيط عمل جديد يوفر مركز عمل يتوافق والقدرات المتبقية لدى العامل المصاب، ويمكن الإعتماد في هذه المرحلة على عدة طرائق كزيارة مراكز التوظيف، فحص جميع مصادر التوظيف من جرائد وشبكات اجتماعية
- ✓ تحظير العامل للعمل المحدد له: فبعد تحديد المتطلبات الخاصة بالعمل في محيط العمل المحدد والعوامل المحيطة، يحتاج العمل إلى تدريب لتطوير قدرات الاستخدام لديه للاستجابة لمتطلبات العمل المحدد، وهنا تظهر نتائج توقع العلاقة (العامل- العمل-المحيط)، ويمكن توجيه العامل وفقا لتلك النتائج إلى تكوين حول ذلك العمل.

II. الفترة الثانية: الدمج في العمل:

وتتضمن هذه الفترة التأكد من أن العامل قادر فعلا على التعلم والانجاز والتمسك بذلك العمل المحدد له سابقا، وتشمل هذه الفترة:

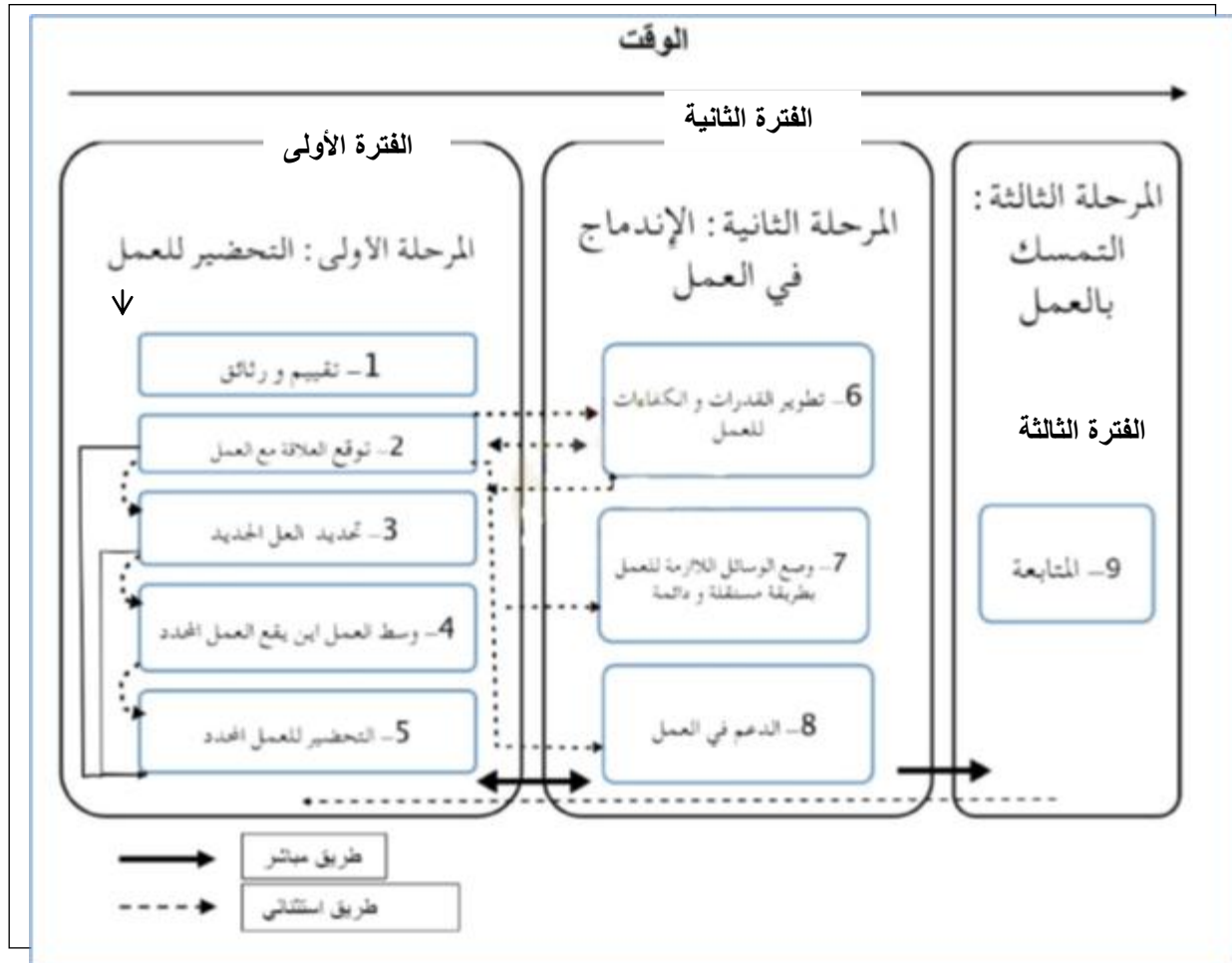
- ✓ تحسين وتطوير القدرات والكفاءات اللازمة لانجاز العمل المحدد، ويتم في هذه الخطوة التقييم في وسط العمل، أي تقييم التلاؤم الفعلي بين قدرات العامل ومتطلبات العمل وخصائص محيط العمل، وقد تسطر من خلال نتائج ذلك التقييم برامج تكوينية تهدف تطوير وتحسين الكفاءات لديه ليتمكن من إنجاز عمله على أحسن وجه.
- ✓ توفير الوسائل اللازمة ليتمكن العامل من إنجاز عمله باستقلالية بصورة دائمة، من خلال معرفة حاجات العامل ليتمكن من تحقيق مستوى من الاستقرار في أدائه.

.III. الفترة الثالثة: التمسك بالعمل:

فبعد تحظير العامل للعمل، وبعد دمج في محيط العمل، يتم في هذه الفترة تحديد المدعمات الأساسية التي تساعد على التمسك بالعمل، وتتضمن هذه الفترة خوة واحدة فقط، وهي:

✓ المتابعة: والهدف منها تجنب تدني حالة العامل المصاب، ومراقبته والتأكد من استقراره في العمل ومدى تقدمه ومستوى الأداء الذي وصل إليه في العمل المحدد له ومدى تكيفه مع العمل والعمال والمستخدم . (الريحاني، 1985 : 52)

وتمثل مرحلة المتابعة آخر مراحل عملية التأهيل، وتعد أحد المقاييس التي يمكن الاسترشاد بها لتقويم عملية التأهيل المهني ككل، وهذه المرحلة ذات أهمية إيجابية للكشف عن المشاكل والآثار والنتائج التي حققتها عمليات التأهيل المهني. ويمكن تلخيص هذه الفترات الثلاث كل بمراحلها وخطواتها في الشكل التالي:



(09): يوضح سيرورة إعادة التأهيل المهني لذوي الإعاقات بسبب حوادث العمل

(Alain, F et al, 2007 : 14)

6.3. تكييف مركز العمل:

إن العامل بعد تعرضه لحادث عمل، كما سبق الذكر، قد يصاب بإعاقة دائمة (فقدان يد مثلا)، قد يتمكن من العودة إلى نفس المنصب، لكن يحتاج إلى تكييف، وتتم عملية تكييف مركز العمل من خلال عدة مراحل:

- ✓ معرفة القدرات الفعلية للعامل ذي إعاقة حركيا (واستغلال ما تبقى له من قدرات)
- ✓ دراسة وضعيات الجسم، مجموع الحركات (gestes) وقوتها ومدى دقتها
- ✓ المتطلبات الحسية والنفسحركية والنفسية،
- ✓ الوقت اللازم للعمل

ويتعاون كل من طبيب العمل والارغونومي والتقنيين والإطارات ... لتحديد كل التعديلات التي يمكن إجراؤها في مركز العمل المراد تكييفه سواء لعامل ذي إعاقة واحد أو لمجموعة من العمال.

لقد بينت بعض الدراسات، منها دراسة أجريت على 4000 مركز عمل مكيف لذوي الإعاقة، في إطار الأيام الوطنية لطب العمل، أن أغلب المراكز كان تكييفها منصبا على الظروف العامة للعمل، أوقات العمل، وانتظامه، في حين غابت أو ندرت عمليات تكييف الوسائل والآلات، المقاعد والكراسي، تسهيل الدخول إلى العمل والتنقل. (Andlauer, 1975 : 94)

وهذا ما تبين كذلك من خلال الدراسة الميدانية، التي بينت أن تكييف مركز العمل للحالات التي تعاني عجزا شديدا، والتي تعذر عليها العودة إلى نفس مركز العمل، كان مقتصرًا على تكييف في توزيع ساعات العمل (كالعمل ثلاثة أيام غير متتابعة في الأسبوع، أو العمل صباحا فقط أو مساء فقط)، وهناك حالات يتم توجيهها إلى مراكز أخرى تتلاءم وقدراتهم، مثال ذلك عون تدخل في الحماية المدنية، أصبح مسؤولا على مركز إداري في المديرية للحماية المدنية.

7.3. الارغونوميا كوسيلة لإعادة التأهيل المهني للعمال المصابين بحوادث العمل:

باعتبارا أن الارغونوميا هي ذلك التخصص الذي يهدف إلى الفهم الأساسي للتفاعلات بين الانسان ومختلف مكونات النسق، واستخدام المناهج والطرق والوسائل والمعارف اللازمة لتحسين راحة الانسان وتحسين الفعالية العامة للنسق. وقد شاهدت ارغونوميا إعادة التأهيل تطورا أساسا في العمل، من خلال نتائج المواجهة السلبية بين القدرات الوظيفية للشخص (إعاقة وظيفية) وبين خصائص المحيط (إعاقة حالاتية)، ولمعالجة الوضع، إما تطوير قدرات الشخص بطريقة تخفض من النتائج الوظيفية للعجز، أو بتغيير المحيط (تكييف العمل للعمال ذوي الإعاقات)، أو تعويض

بعض أنواع العجز عن طريق المساعدات التقنية (مثلا: الكرسي المتحرك، التحكم عن بعد)؛ وهذه المساعدات التقنية لا تقضي على العجز، لكن تخفض من بعض نتائج العجز (مثلا تقديم المساعدة التقنية لشخص مصاب بشلل، لا يقضي على عجزه بل بالمساعدة المناسبة تمكنه من التنقل بشكل أسهل أي مساعدته على تحقيق نوع من الاستقلالية، ومنح راحة أكثر في حياته اليومية). (Falzon, 2012 :479)

فالهدف الذي ترمي إليه الارغونوميا في هذا المجال هو التعويض عن العجز الجسمي وذلك عن طريق المساعدات التقنية لهذه الفئة التي تعاني من عجز جسمي. والهدف الأساسي لإعادة التأهيل المتمثل في استرجاع الوظائف الحسية والحركية والمعرفية أو الاجتماعية الممكنة للأشخاص المصابين بالعجز بسبب الأمراض أو الحوادث أو الشيخوخة، والتي أثرت على المردودية لديهم في وضعيات معينة. وبهذا المفهوم تتلاقى الارغونوميا بهذا التخصص (إعادة التأهيل) في أهدافها، فإذا كانت إعادة التأهيل تركز على استرجاع الوظائف الانسانية التي أصابها عجز، فإن الارغونوميا تبحث عن فعالية أو عجز التجهيزات الموجهة لإعادة التأهيل ومستوى الرضا المحقق من قبل الأشخاص.

فبالنسبة للارغونوميا، يمكن أن تتدخل في سيرورة إعادة التأهيل على مستوى ثلاث مجالات، تتميز بتفاعل الشخص ذي إعاقة مع محيطه، وتتمثل في المجال الطبي، والمجال الاجتماعي والمجال المادي؛ ففي المجال أو المحيط الطبي، يتفاعل الشخص المصاب بالفرقة الطبية المكلفة بعلاجه، من زاوية جسدية (الفحص والتشخيص وتسطير علاج وأدوية...)، ومن زاوية نفسية: وهنا يشير العديد من الدراسات إلى أهمية نوعية العلاقة بين الشخص المصاب والطبيب المعالج والأسرة، كعامل محدد لنوعية الاتصال وتقبل العلاج واستعمال المساعدات التقنية. (Gelinas, 1997 : 9-14)

وفي المجال أو المحيط الاجتماعي، يتعلق الأمر بالعلاقات الاجتماعية التي تربط الشخص المصاب بمحيطه العائلي والاجتماعي، وبالتالي لا بدا من فهم مختلف المصادر الاجتماعية التي يمكن أن تساعد الشخص الذي يعاني من إعاقة في مواهته لإعاقته وتجاوزها. (Blanc, 1995)

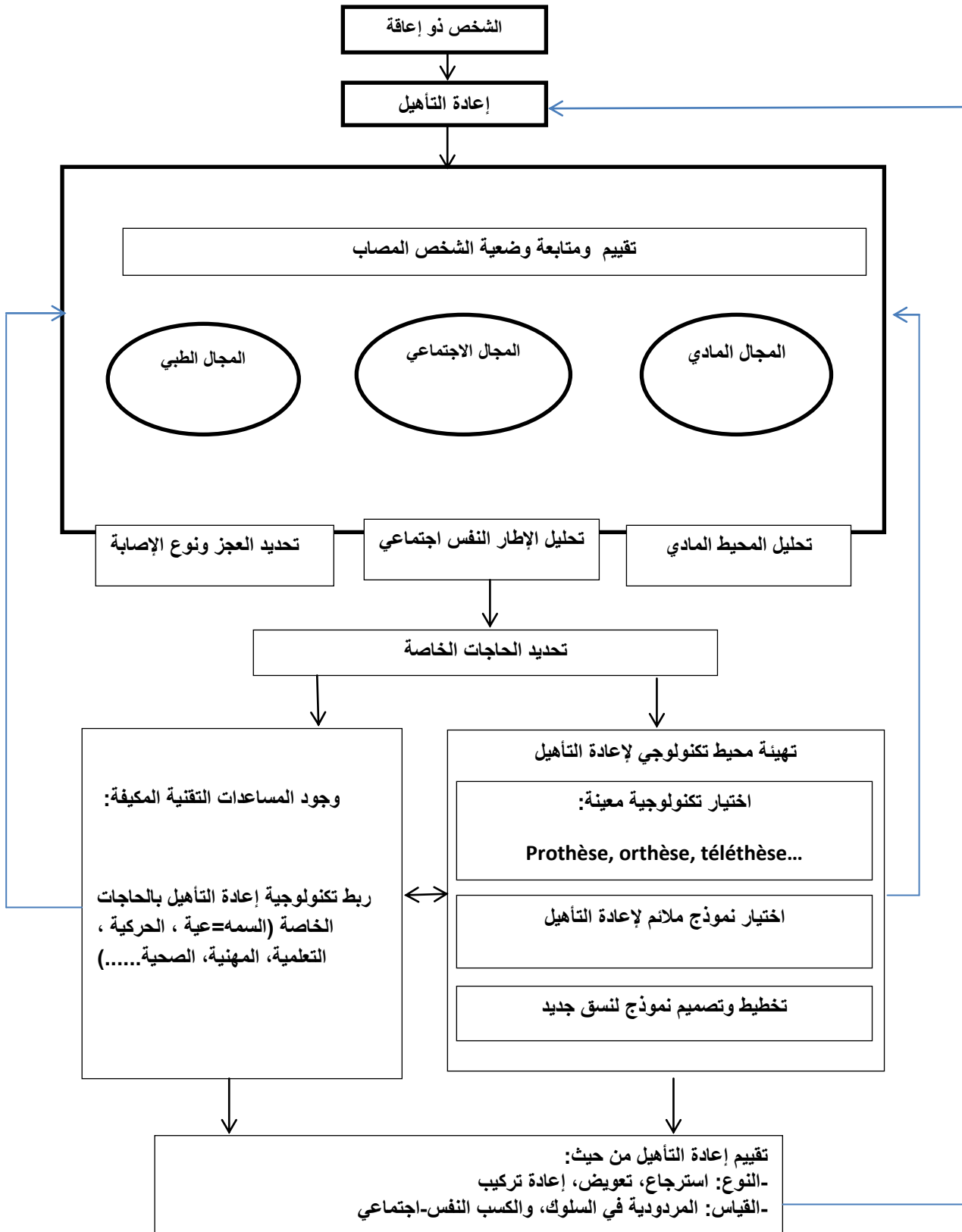
أما المجال الثالث فيهتم بالمحيط المادي، ويعني ذلك تكيف إطار حياة العامل وإطار عمله وفق متطلباته المحيطة، كتكيف مراكز العمل أو تكيف أبعاد محيط العمل.

(Goswami, 1997 : 339)

وتهتم الارغونوميا إذا بالعلاقات التي تربط الشخص المصاب بالعجز مع محيطه الاجتماعي والطبي والمادي، التي يجب أن تتكيف بطريقة تساعد في استرجاع الوظائف الممكنة وتعويض الوظائف المفقودة الناتجة عن البتر مثلا، باستخدام مختلف الوسائل المصممة لخدمة المصاب في تفاعله مع محيطه، وهذا ما يسمى بالمساعدات التقنية، والتي تتمثل في أجهزة تقنية تساعد الشخص المصاب بالعجز، بغرض تحسين تنفيذه للمهمة. وتظهر هذه المساعدة التقنية عندما تجتمع العناصر الثلاثة : المهمة، العامل الذي عليه تنفيذ تلك المهمة، والمساعدة (الانسانية أو تقنية) للعامل على التنفيذ. وبهذا المفهوم تكون المساعدة التقنية فئة من الوسائل الموجهة لاعادة تأهيل الشخص المصاب بعجز، والتي تصمم حسب نوع ودرجة وحدة الإعاقة، كتصميم يد اصطناعية لمبتور اليد مثلا، وبمعنى آخر لابداء من التركيز الشخص المصاب في تصميم وتطوير تلك المساعدات التقنية في أي تدخل ارغونومي يهدف إعادة تأهيل. (Brangier, Bobilier–Chaumon ; Gaillard, 2002)

ويتوقف تنفيذ هذه المساعدات التقنية الموجهة للأشخاص ذوي الإعاقات، على اتباع منهجية خاصة، حيث تكون تلك المساعدة هادفة إلى إعادة التأهيل لديهم . ما يشير إلى أن المختص في الارغونوميا المكلف بالتدخل في هذه الحالات عليه أن يأخذ بعين الاعتبار الجوانب التكنولوجية، والنفسية والاجتماعية. والمخطط الموالي يوضح هذه الجوانب الثلاثة التي تتكون منها الخطوة الارغونومية لإعادة التأهيل :

(المخطط مقترح من قبل كل من (Brangier et Pino, 1997 : 120)



(10) : مخطط يوضح الخطوات الأساسية في علم النفس الارغونومي لإعادة التأهيل

شرح المخطط: يوضح الشكل السابق أهم الخطوات المتبعة لتكييف ارغونومي لوضعيات الحياة للأشخاص ذوي الإعاقات، حيث تبدأ بتقييم ومتابعة وضعية المصاب بالعجز، وهي مرحلة جد حساسة، فالشخص الذي يعاني من إعاقة يتميز ببعض الخصائص النفسية (القلق، الشعور بالنقص، الضغط...) وبميكانيزمات التكيف؛ ولهذا لا بد من أخذ هذه العوامل بعين الاعتبار في التدخل الارغونومي لتصميم تلك المساعدات التقنية، واعتبار أن إعادة التأهيل لهؤلاء ليس مجرد تجهيز تقني بسيط لهم. ولهذا لا بد من التركيز على الشخص وجمع المعطيات حول نشاطه (ظروف، تنظيم، محتوى، خصائص المحيط ...)، وحول التفاعل بين الشخص والمحيط الطبي والاجتماعي والمادي، من أجل تحديد حاجاته الخاصة؛ ويتم في هذه المرحلة تحديد وتعداد الحاجات الخاصة التي يمكن تعويضها بالمساعدات التقنية، وهنا لا بد من معرفة:

- ✓ الوظائف التي يمكن للمساعدة التقنية أن تحققها وإمكانية الفرد في استعمالها
- ✓ الاستفادة القصوى للفرد من المساعدة التقنية، أي كلما كان تكييف التكنولوجيا حسب خصائص مستخدمها كلما كانت الاستفادة قصوى، هذه الأخيرة يمكن أن تعرف من خلال
- الفعالية، رضا الشخص من استعمالها...
- ✓ التقبل من قبل الشخص المعني والتقبل الاجتماعي لتلك المساعدات التقنية.

وبعد الربط بين الحاجات الخاصة وتكنولوجيات إعادة التأهيل، تتم تهيئة المحيط التكنولوجي لإعادة التأهيل، أي أن الارغونوميا في هذه المرحلة تركز على تصميم الانسقة، ثم تقييم إعادة التأهيل ولا يتعلق التقييم بالجوانب التقنية بل كذلك بالوظائف وإمكانية الاستعمال وحتى الأبعاد النفس إجتماعية، بالإضافة إلى تقييم التحسينات المحققة كما ونوعا ومختلف التكييفات التقنية والارغونوميا والاجتماعية التي تساعد في تطوير الراحة الوظيفية والعاطفية للشخص. (Kumar, 1989 :34-68)

ملاحظة: إن فعالية إعادة التأهيل تتوقف على مدى تكامل مختلف العمليات المكونة له (الطبية- الوظيفية- النفسية - الاجتماعية- المهنية)، حيث انعدام التنسيق بين الخدمات يعتبر في حد ذاته حاجزا أمام الادمج الفعلي للأشخاص ذوي الإعاقات. (بوسنة، 1995: ص 56)

إضافة إلى ذلك، تحاول كل البرامج المقررة للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة الحركية (مهما كان سببها) تحقيق الأهداف التالية:

- الاهتمام بالجانب النفسي لذوي الإعاقة الحركية.
- إعادة التربية النفسية-الحركية عن طريق تنمية الجهاز الحسي-الحركي للعضلات وخاصة عضلات الأطراف، واكتساب ارتباطات عضلية عصبية سليمة.
- مساعدة ذوي إعاقة حركية على الاهتمام بنفسه ومحيطه.
- تنمية المهارات الحركية العامة والدقيقة من خلال الأنشطة الحركية الفردية والجماعية والنشاطات الرياضية.
- تنمية الإدراك للمفاهيم الحياتية اليومية.
- تعليمهم بعض المهارات العضوية وتدريبهم على بعض المهن.

4. دور الأسرة في نجاح عملية التكفل:

إن عملية التكفل داخل المؤسسات المتخصصة، تأتي لتكمل دورا سابقا عنها هو دور الأسرة، فالمؤسسة المتخصصة لا تعوض الأسرة ولا المحيط الاجتماعي. فالأسرة تعد تركيبة أساسية تحتل مكانة مهمة في عملية الإدماج الاجتماعي، وعلى هذا الأساس، فمن الضروري إشراكها بطريقة نشطة وإيجابية في برنامج التكفل والعمل على تحسيسها بأهمية دورها، وتوضيح المشاركة الأسرية من خلال المراحل التالية:

- إبرام عقد معنوي بين الأسرة والمؤسسة المتخصصة.
- تحسيس الأولياء بضرورة المساهمة الفعالة في عملية التكفل ومواصلته بالمنزل.
- تقديم معالم التشخيص بصورة واضحة وبحذر كبير.
- وتعتبر هذه المرحلة حاسمة بالنسبة للعلاقة الوالدية في التقبل والاعتراف المعلن بالإعاقة، كما تساهم الأسرة كشريك تربوي في بناء المشروع الفردي للتكفل.
- تقديم برنامج التكفل للأسرة: من أجل الحصول على تكفل نوعي لذوي إعاقة وضمان متابعة أسرية له، يجب إشراك الأسرة في كل مراحل التكفل.

- تشارك الأسرة كذلك في اختيار الطرق والوسائل البيداغوجية المناسبة ، فمن حقها معرفة الأهداف المتوخاة من عمليات التأهيل وإعادة التأهيل، وإبلاغها بشكل مستمر في كل مراحل التكفل مع التركيز على نقاط القوة لدى ذي إعاقة قصد تدعيمها وتشجيعها.

- إشراك الأسرة في عملية التقييم، تتم عملية التقييم بإشراك جميع الأطراف المعنية بالتكفل بحضور الأسرة قصد الإطلاع على مواطن القوة والضعف، ورسم الأهداف المستقبلية من أجل تصحيح وتعديل وتدعيم الأهداف المسطرة، ويكون هذا دوريا مستمرا.

ومن خلال كل ذلك يعاد الاعتبار لدور الأسرة في عملية التكفل الذي يختلف من أسرة إلى أخرى حسب الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والنفسية. وللوصول إلى فعالية هذا الدور، يجب تنظيم حصص الإرشاد الأسري في مختلف الهيئات المشاركة في عملية التكفل (المؤسسات الاستشفائية، مراكز التأهيل الوظيفي). ويلاحظ أنه في مختلف مراحل إعادة التأهيل أو التكفل ككل بذي الإعاقة الحركية، لا يمكن الاستغناء عن مشاركة الأسرة، وهذا ما صرح به مختلف أعضاء الفرق المكلفة بإعادة التأهيل الطبي والوظيفي والنفسي، فمثلا في مرحلة إعادة التأهيل الوظيفي، يرفض أحيانا المصاب بالقيام بالتدريبات المقررة له، يكون للأسرة في هذه المرحلة دور الدعم والتشجيع والمساعدة على الشروع في تلك التدريبات. (نتائج الدراسة الاستطلاعية)

5. دور المجتمع في نجاح عملية التكفل:

فرغم المجهودات المبذولة من قبل الهيئات المعنية، في الإدماج الاجتماعي والمهني للأشخاص ذوي الإعاقة إلا أن فعالية ذلك لا تتحقق إلا بتقبل المجتمع ككل لمبادئ حمايتهم وترقيتهم، وبالتالي الاعتراف بحقوقهم الأساسية كاملة، وذلك ما يؤدي إلى إدماجهم في الحياة المهنية والاجتماعية. ويمكن التعبير عن المجهودات التحسيسية والإعلامية تجاه المجتمع بجملة إجراءات، وطرق ووسائل، يمكن تلخيصها كمايلي:

- تلعب المؤسسات المتخصصة دورا أساسيا في إعلام وتحسيس المجتمع بمختلف شرائحه من خلال وسائل الاتصال المختلفة من أجل نشر معلومات حول ذوي الإعاقة وحقوقهم، وسبل التكفل بهم وإدماجهم الاجتماعي، وسبل الوقاية من انتشار الإعاقة في المجتمع.

- تنظم المؤسسات المتخصصة أياها إعلامية وتحسيسية وأبوابا مفتوحة لصالح مستخدمي القطاع، الأسر، الحركة الجمعوية والجماهير.
- يجب إعداد ونشر مجموعة من المطبوعات المختصة في مجال الإعاقة، بغية إعلام ذي إعاقة وأسرته ومختلف شرائح المجتمع بضرورة الاهتمام بهذه الفئة من المجتمع وبالإدماج الاجتماعي لها.
- يجب ربط المؤسسات المتخصصة بمختلف المؤسسات الاجتماعية (المدرسة، دور الشباب، مراكز التكوين المهني، الجمعيات، المحيط المهني)
- تشارك المراكز الوطنية للتكوين المتخصص للقطاع، في عملية الإعلام والتحسيس من خلال تنظيم ملتقيات وطنية ودولية، ندوات علمية، أياها دراسية، تجمع المهنيين والمهتمين بقضية الإعاقة.
- ضرورة إشراك مختلف القطاعات (الصحية، التربوية، التكوين المهني، الجمعيات، المؤسسات الخاصة والعامة...) في إعداد وتطبيق البرامج الوقائية وبرامج الإدماج المهني والاجتماعي.
- ضرورة تشجيع الأبحاث والدراسات المتعلقة بظاهرة الإعاقة في المجتمع، عواملها، انعكاساتها وسبل الوقاية منها، وذلك بالتعاون مع مراكز البحث والجامعات والمنظمات الإقليمية والدولية العاملة في هذا المجال.
- اهتمام وسائل الإعلام بمختلف أنواعها (مسموعة، مكتوبة ومرئية) بتحسيس المجتمع بمشكلات الإعاقة، وبضرورة الاهتمام بقدرات ذوي الإعاقة الظاهرة والكامنة، التي يمكن أن تستثمر وتشغل في سبيل إدماجهم مهنيا واجتماعيا.
- ومن خلال كل ذلك يتبين الدور الأساسي للمجتمع في الوقاية وفي الإدماج المهني والاجتماعي لذوي الإعاقة، ذلك الدور الذي يتعين على المؤسسات المتخصصة والمراكز الوطنية للتكوين المتخصص دعمه والتأكيد عليه، فالتكفل بهذه الشريحة قضية تعني الجميع، وعندما يجد ذي إعاقة هذا الدعم والتقبل والتشجيع من قبل مختلف الهيئات الاجتماعية ككل يسهل عليه كذلك تقبل إعاقته والعمل على تحقيق إندماجه وبالتالي إعادة تكيفه النفسي والاجتماعي والمهني.

7. حجم الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل في الجزائر:

إن تقديم الأرقام التي تشير إلى الإعاقة الحركية ذو أهمية كبيرة، حيث تعبر عن مدى تزايد عدد ذوي الإعاقة من جهة ، وعن تزايد حوادث العمل من جهة أخرى، فهذا سيحثم الدولة على التكفل بهذه الفئة (صحيا، نفسيا، اجتماعيا ومهنيا)، والعمل على إيجاد طرق للتقليل من الحوادث المهنية التي ستزيد من أعداد ذوي الإعاقة أو أعداد القتلى .

و يمكن حصر أنواع الإعاقات الحركية التي سببتها حوادث العمل، وإحصائها في الجزائر، وذلك حسب ما قدمته وزارة العمل والضمان الاجتماعي، وتشمل هذه الأرقام معدل السنوات الأخيرة (2005-2010) ، في الجداول التالية:

2006						2005						منطقة الإصابة
حوادث عمل بتوقف		حوادث عمل خطيرة		حوادث مميتة		حوادث عمل بتوقف		حوادث عمل خطيرة		حوادث مميتة		
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
7,09	1997	3,51	252	21,40	162	7.12	1853	3.71	257	19.97	151	الرأس
8,79	2478	11,59	832	0,92	7	9.56	2487	10.94	756	0.92	7	الأطراف العليا
31,32	8826	37,83	2715	1,59	12	32.83	8535	39.25	2712	1.19	9	الأيدي
10,65	3001	8,29	595	9,11	69	11.57	3010	8.52	589	10.05	76	العنق
11,28	3180	11,02	791	1,72	13	12.14	3158	9.62	665	1.32	10	الأطراف السفلى
21,17	5966	18,74	1345	1,45	11	20.26	5269	20.43	1412	1.19	9	الأقدام
4,95	1395	5,24	376	28,93	219	4.75	1236	5.12	354	33.59	254	مناطق متعددة
0,30	85	0,42	30	5,94	45	0.30	79	0.37	26	4.49	34	Siège interne
1,32	371	1,60	115	28,80	218	1.42	370	1.99	138	27.24	206	غير محددة
100	28182	100	7177	100	757	100	25997	100	6909	100	756	المجموع
2008						2007						منطقة الإصابة
حوادث عمل بتوقف		حوادث عمل خطيرة		حوادث مميتة		حوادث عمل بتوقف		حوادث عمل خطيرة		حوادث مميتة		
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
7,48	1860	3,68	245	20,95	158	7,37	1909	3,40	223	19,15	140	الرأس
8,31	2067	10,95	729	0,93	7	9,07	2349	11,05	725	1,23	9	الأطراف العليا
31,52	7838	38,78	2582	1,46	11	31,17	8070	38,57	2530	1,92	14	الأيدي
10,17	2528	7,60	506	10,34	78	10,45	2705	7,64	501	8,34	61	العنق
11,00	2735	10,12	674	1,33	10	10,90	2823	9,71	637	1,50	11	الأطراف السفلى
21,46	5335	19,93	1327	1,46	11	21,14	5475	20,17	1323	1,78	13	الأقدام

معدل السنوات 2009-2005						2009						
حوادث عمل بتوقف		حوادث عمل خطيرة		حوادث مميتة		حوادث عمل بتوقف		حوادث عمل خطيرة		حوادث مميتة		
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
5,57	1384	5,18	345	32,63	246	5,05	1307	5,40	354	30,10	220	مناطق متعددة
0,30	74	0,33	22	4,91	37	0,31	81	0,40	26	7,93	58	Siège interne (منطقة داخلية)
1,15	285	1,65	110	25,73	194	1,24	322	1,59	104	27,91	204	غير محددة
100	24863	100	6658	100	754	100	25893	100	6560	100	731	المجموع
5,808	1861,2	2,944	241,8	15,856	149,8	7,10	1687	4,13	232	17,78	138	الرأس
6,958	2286	8,97	734,8	0,744	7	8,62	2049	11,26	632	0,64	5	الأطراف العليا
25,24	8184,2	30,528	2528,2	1,278	11,4	32,19	7652	37,46	2102	1,42	11	الأيدي
8,284	2731,6	6,214	522,8	6,718	65,8	10,15	2414	7,54	423	5,80	45	العنق
8,814	2897	8,13	663,4	1,142	10,6	10,89	2589	9,80	550	1,16	9	الأطراف السفلى
17,024	5424,2	15,852	1310,6	1,196	10,8	21,35	5076	20,42	1146	1,29	10	الأقدام
4,2	1322,6	4,266	347,6	26,27	249,4	5,43	1291	5,51	309	39,69	308	مناطق متعددة
0,236	76,8	0,308	25,2	5,276	46,6	0,27	65	0,39	22	7,60	59	Siège interne (منطقة داخلية)
0,976	325,2	1,264	110	21,308	201,8	1,17	278	1,48	83	24,10	187	غير محددة
100	25742	100	6583	100	754,8	100	23775	100	5611	100	776	المجموع

(14) أنواع الإصابات المسببة للإعاقات الحركية بسبب حوادث العمل في الجزائر

خلاصة الفصل:

يتبين مما سبق أن الإعاقة الحركية المكتسبة بمختلف أنواعها كالشلل والبتز ومهما كان سببها سواء كانت الأمراض أو الحوادث ومنها الحوادث المهنية أو الكوارث، فإنها تنعكس على الشخص المصاب بها على المستوى البدني والنفسي والاجتماعي والمهني، مما يستدعي الرعاية الخاصة، فأشخاص الذين يعانون من إعاقة حركية مكتسبة بسبب حوادث العمل يحتاجون إلى التكفل الشامل والهادف إلى تحقيق استقلالية في مختلف النشاطات اليومية وكذا المهنية، ويتوقف تحقيق ذلك على عدة عوامل ترتبط بمساره منذ وقوع الحادث، مروراً بفترة علاجه وإعادة تأهيله الطبي والوظيفي، ومعايشته للوضع الجديدة التي أصبح فيها، وبمحيطه العلائقي (الأُسرة، الأصدقاء والمجتمع ككل)، ثم محيط العمل الذي يجب أن يكون ملائماً لقدراته الوظيفية المحدودة، فقد يحتاج إلى تكييف عمله (تكييف ظروف العمل، محيط العمل، توزيع المهام، أوقات العمل...)

فللتكفل الجيد بهذه الشريحة لا بد من تضافر الجهود من قبل مختلف الأطراف، بدءاً بالمؤسسة التي يعمل فيها الواجب عليها اتخاذ كل الاجراءات لتسريع عملية التكفل به، والمؤسسة الاستشفائية التي يتلقى فيها العلاج المناسب وإعادة تأهيل طبي ووظيفي، والأسرة التي يجب أن تكون خير سند في كل خطواته نحو تحقيق إعادة التكيف، والزملاء والمشرفين في العمل الذين يعملون على مساعدته عند عودته إلى العمل، حتى يتمكن من تحقيق مستوى مقبول إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني، هذه العملية الأخيرة نتطرق إليها في الفصل الموالي.

الفصل الثالث

إعادة التكيف النفسي

والاجتماعي والمهني

تمهيد

1. تحديد مفهوم إعادة تكيف العمال ذوي الإعاقة الحركية

2. تحليل إعادة تكيف العمال ذوي الإعاقة الحركية

1.2. إعادة التكيف النفسي

1.1.2. تعريفه

2.1.2. مظاهره

2.2. إعادة التكيف الاجتماعي

1.2.2. تعريفه

2.2.2. مظاهره

3.2. إعادة التكيف المهني

1.3.2. تعريفه

2.3.2. مظاهره

خلاصة الفصل

تمهيد:

من خلال ما استخلص من الفصل السابق، نجد أن ما تخلفه حوادث العمل من إعاقات تحد من قدرات العامل الوظيفية والمهنية، وما لها من آثار نفسية واجتماعية، تغير من مجرى مساره السابق، فقد يفقد عمله في حالة إصابة خطيرة، أو قد يتمكن من العودة إلى العمل لكن بقدرات محدودة تحول دون استرجاع نفس العمل السابق قبل الحادث، وهنا لا بد من اتخاذ عدة إجراءات طبية وإدارية ونفسية واجتماعية ومهنية بهدف التمكن من إعادة دمج نفسيا واجتماعيا ومهنيًا. وهنا تظهر أهمية التكفل بالعمال ذوي الإعاقات الحركية بسبب حوادث العمل لتحقيق إعادة التكيف، فالهدف الأسمى للتكفل هو تحقيق مستوى من الاستقلالية في القيام بمختلف نشاطات الحياة اليومية بما في ذلك الحياة المهنية، ما يساعدهم على الاندماج في العمل وفي المجتمع ككل، ولا يمكن أن يتحقق ذلك إلا إذا تمكنوا من تحقيق إعادة تكيف نفسي واجتماعي ومهني؛ وعلى أساس ذلك يتناول هذا الفصل الإطار النظري لإعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني للعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، من خلال مفهوم إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني، ومفهوم إعادة التأهيل، وتحليل أبعاد ومكونات إعادة التكيف النفسي، وإعادة التكيف الاجتماعي، وإعادة التكيف المهني، وإظهار دور التكفل في إعادة التكيف، وإجراءاته الإدارية والقانونية.

1. تحديد مفهوم إعادة تكيف العمال ذوي الإعاقة الحركية:

قبل تقديم مفهوم إعادة التكيف، لا بد من العودة أولاً إلى مفهوم التكيف، حيث أخذ التكيف في اللغة من الفعل تكيف أي صار على كيفية من الكيفيات، وكيفية الشيء تعني صفته. أما اصطلاحاً فإن التكيف (Adaptation) مصطلح مرتبط بعلم الحياة يدل على تغير في الكائن الحي سواء أكان في البناء أو في الوظيفة يجعله أكثر قدرة على المحافظة على حياته أو على أبناء جنسه. (بدوي، 1986: 8).

ويعرف (فهومي) التكيف بأنه عملية ديناميكية مستمرة تقوم على تغيير سلوك الفرد لإقامة علاقة متوافقة أكثر بينه وبين نفسه من جهة وبينه وبين البيئة الخارجية من جهة أخرى. (ص35). ويرجع Sellamy (1980) ذلك إلى أن المسيرة الحياتية تتعرض باستمرار إلى اختلال الاتزان وتحتاج لإعادة إكمامه إلى تواصل سلسلة من التغيرات التي تحدث بين الشخص ومحيطه، يؤثر من خلالها الشخص في المحيط فيستوعبه ويؤثر المحيط في الشخص فيدفعه إلى تعديل سلوكه. ويعمل هذا التأثير المتبادل على المحافظة على استقرار وتحديد عمليات التكيف.

ورغم اختلاف الباحثين في تعريفاتهم، فإنهم يتفقون على أن التكيف عملية تفاعل بين الفرد بما لديه من إمكانيات وما يستشعره من حاجات وبين بيئته بما لها من خصائص ومتطلبات، مما يمكن الفرد من إشباع حاجاته وتحقيق متطلباته (الهابط، 1985: 24)، فالتكيف هو نتاج عملية تفاعل متبادلة بين الفرد وبيئته المادية والاجتماعية (محمد، 1997: 9).

1.1 مفهوم إعادة التكيف : يعتبر مصطلح إعادة التكيف (réadaptation) حديثاً. ففي اللغة

الفرنسية، لم ترد هذه الكلمة قبل 1875، حيث ظهر المصطلح في قاموس (Le petit Robert) سنة 1897، وكان المفهوم مرتبطاً بإعادة الإدماج (réinsertion) في الحياة بعد فترة فقدان التكيف. وابتداءً من سنة 1933، تم إضافة المعنى العلاجي من خلال التسمية: إعادة التكيف الوظيفي (réadaptation fonctionnelle)، حيث ارتبط بتقنيات الطب مثل: (massages, électrothérapie). ثم شيئاً فشيئاً أخذ المفهوم يفرض نفسه، مرتبطاً بالإعاقة والعجز، أي أن

استخدام المصطلح في اللغة الطب اجتماعية (vocabulaire médico social) متلازما مع كلمة الإعاقة. (Veil Cl, Handicap et société, Flammarion, Paris, 1968.)
يعود ظهور مفهوم إعادة التكيف حسب (Henri-jacques Stiker) إلى فترة ما بعد الحرب العالمية الأولى (1914-1918)، حيث من بين ما خلفته الحرب أفراد عاجزين أو معوقين، في حاجة إلى مكانة في المجتمع. وبذلك ظهر الحق في إعادة التكيف، وإيجاد مكانة في الحياة الاجتماعية، والمشاركة الاجتماعية والجماعية.

فإعادة التكيف ظهرت كوسيلة لإعادة دمج (réinsertion)، وتحقيق هدف الاندماج (l'intégration)، للأشخاص ذوي الإعاقة المكتسبة. وتطور هذا المصطلح خاصة في المجال الطبي، حيث ظهرت تخصصات مثل الطب الجسمي وإعادة التكيف الوظيفي، والهدف منه اتخاذ مختلف الوسائل للوقاية أو التحديد من النتائج الوظيفية والذاتية والاجتماعية وحتى الاقتصادية للإصابات الجسمية التي تخلفها الأمراض أو الحوادث أو حتى التقدم في السن. (Hamonet, 2010, p112) ويمكن تعريف إعادة التكيف على أنها عملية أو سيرورة ديناميكية مستمرة تساعد الفرد على تحقيق مستوى من الوظيفة الاجتماعية والجسمية والعقلية، تسمح له بالحصول على الوسائل والأدوات اللازمة لتغيير حياته. (World Programme of concerning Disabled Persons, 1983)

وقبل تحليل مختلف أبعاد ومظاهر إعادة التكيف لابتداء من الوقوف عند بعض المصطلحات المرتبطة أو الملازمة لمفهوم إعادة التكيف، والمتمثلة في :
3.1 مفهوم إعادة التأهيل: يعرف التأهيل بأنه كافة العمليات التي من شأنها أن تعيد توافق الإنسان (ذي إعاقة) مع نفسه وبيئته، حتى يتم التكيف بينهما سواء كانت الأسباب المعوقة عقلية أم جسمية أو اجتماعية أو بيئية أو خلقية. (الشهري، 1414 هـ: 49)
وتعرف منظمة الصحة العالمية التأهيل بأنه الاستخدام المشترك والمنسق للوسائل الطبية والاجتماعية والتعليمية والمهنية لتدريب أو إعادة تدريب الفرد ذي إعاقة إلى أقصى مستوى ممكن لقدرته الأدائية. (الشناوي، 1419 هـ: 151)

أما منظمة العمل العربية ، فتعرف التأهيل بأنه الإعداد للحياة، بمعنى آخر بأن التأهيل هو الاستفادة من مجموعة من الخدمات المنظمة في النواحي الطبية والاجتماعية والتربوية والمهنية، بقصد تدريب ذي إعاقة للوصول به إلى أقصى درجات القدرة الوظيفية، وتتمثل خدمات التأهيل المقدمة بأربعة جوانب رئيسية هي التأهيل الطبي والتأهيل النفسي والتأهيل الاجتماعي وأخيراً التأهيل المهني (عبد القادر، 2003: 35)

أي أن التأهيل يشير إلى الخدمات المطلوبة لتطوير قدرات الشخص ذي إعاقة عندما لا تكون هذه القدرات موجودة أصلاً، وهو ينطبق على المعوقين ذوي الإعاقات الخلقية (منذ الولادة) أو الأطفال صغار السن الذين حصلت إعاقتهم في مراحل الطفولة المبكرة من حياتهم.

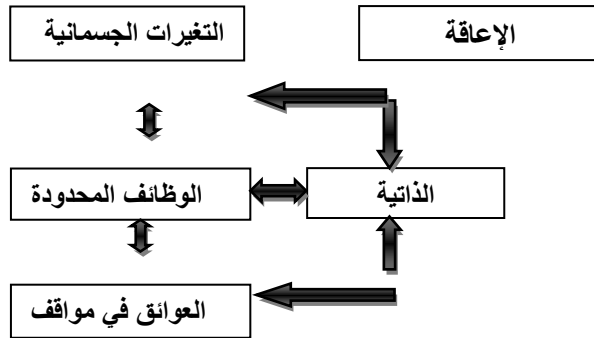
أما إعادة التأهيل (Rehabilitation) فهو إعادة تأهيل أو تدريب الشخص الذي كان قد تعلم أو تدرّب على مهنة ما وبعد ذلك أصيب بمرض أو حادث وأصبح معوقاً وبالتالي لم يستطع العودة إلى عمله أو مهنته السابقة بسبب إعاقته. (الزعمط، 2000: 17-19)

وعلى ضوء التعريفات السابقة فإن التأهيل يعني مساعدة الشخص ذي إعاقة على إعادة التكيف والانخراط في المجتمع، وتوفير العوامل المساعدة كل حسب إعاقته وقدرته على التعايش مع هذه الإعاقة، ومحاولة الاعتماد على النفس مع مراعاة أن تكون هذه الخدمات بمساعدة أفراد مؤهلين للقيام بهذا الدور الهام.

ولا يمكننا فهم مصطلح إعادة التكيف دون العودة إلى مفهوم الإعاقة، هذا الأخير الذي يفسره الطب على أنه مشكل الشخص الناتج عن مرض أو صدمة أو عن مشكل صحي آخر، والذي يستوجب تدخلاً طبياً في شكل علاج فردي من قبل المختصين، ويهدف العلاج شفاء الفرد من جهة وتكيفه مع حالته من جهة أخرى. أما في النموذج الاجتماعي ، فإن الإعاقة مجموعة من المشكلات المعقدة يخلقها المجتمع، ولا بدأ من حلها من خلال اندماج الفرد ذي إعاقة في المجتمع، وذلك بالقيام بمختلف التغييرات أو التعديلات اللازمة التي تسمح للمعوق بالمشاركة الكلية في مختلف جوانب الحياة الاجتماعية، أي يمكن اعتبار أن الفرد في حالة إعاقة، عندما يجد نفسه - مؤقتاً أو دائماً - محدود القدرات في نشاطاته الشخصية أو في مشاركته في الحياة الاجتماعية.

(Hamonet CL, 2010 : 112)

للإعاقة أربعة أبعاد أساسية: (الحالة الجسمية، والحالة الوظيفية ومواقف حياة الفرد، والحالة الذاتية)، لا بد بأخذها بعين الاعتبار في سيرورة إعادة التكيف، كما يتوضح في الشكل الموالي:



(11) : أبعاد الإعاقة . (Hamonet et al, 2005 :57)

أصبح اليوم مصطلح إعادة التكيف مستعملا في مختلف مستويات الحياة الاجتماعية (العائلة، العمل والمدرسة..).

ويعرف كلود هاموني Claude Hamonet إعادة التكيف على أنها مجموع الوسائل الطبية والنفسية والاجتماعية التي تسمح لشخص ما في حالة إعاقة أو مهدد بها، والتي سببت له قدرات وظيفية محدودة، بالحصول على حياة مستقلة. (نفس المرجع السابق) وإعادة التكيف الاجتماعي تستعمل مجموعة من الوسائل التي تسمح بالدعم للعودة إلى الحياة اليومية مع العائلة و الدراسة والعمل... ويعتمد نجاح إعادة التكيف الطبي على الجانب الاجتماعي.

أي أن عملية إعادة التكيف تهدف إلى تحقيق استقلالية الفرد في مختلف المستويات الوظيفية، الذاتية والاجتماعية. ويكون التدخل من أجل تحقيق التكيف أو إعادة التكيف في شكل سيرورة خاصة ومنظمة ومحددة بالوقت لمجموعة من الوسائل المستخدمة لمساعدة الفرد ذي إعاقة على تطوير القدرات الجسمية والعقلية من جهة والقدرة على تحقيق الاستقلالية الاجتماعية من جهة أخرى.

(Fourgeyrollas P, A part égales,OPHQ,Drummondville, Québec, 2004)

لقد تطور اهتمام الباحثين بموضوع إعادة التكيف، حيث انتقلت دراسة الموضوع من الجانب الطبي البحت إلى الجانب الديناميكي وتناوله بأبعاده المتعددة.(Baril, 2002) ودراسة العلاقة التفاعلية بين الفرد والمحيط، من خلال عدة برامج تهدف إلى إعادة تكيف وإعادة إدماج المصابين بحوادث العمل في الوسط المهني.(Frank, Norman et wells, 1996)

2. تحليل إعادة تكيف العمال ذوي الإعاقة الحركية:

لقد بينت الدراسات أن ما تخلفه حوادث العمل من خسائر مادية وبشرية في تزايد مستمر، ما جعل الباحثون يهتمون أكثر بإشكالية إعادة التكيف وإعادة الإدماج للعمال المصابين بحوادث العمل، من زوايا مختلفة (الجانب الطبي، والاجتماعي والاقتصادي والنفسي والمهني)، وخاصة أن نسبة العمال الذين يعودون إلى العمل بعد مدة محددة معتبرة، مثلا تقدر هذه النسبة في كندا بـ 90%، ولهذا أصبح موضوع إعادة التكيف وإعادة إدماج العمال مهنيا بعد الإصابة بالحوادث، ومختلف عناصر هذه العملية إنشغالا أساسيا للباحثين.(Baril, 2002)

فكما سبق الذكر في بداية هذا البحث، أن تطور البحث في إشكالية إعادة التكيف كان في البداية مقتصرًا على الجانب الطبي والإطار التشريعي الإداري لسيرورة إعادة الإدماج للعمال الذين يعانون من إصابات مهنية، إلا أنه بعد ذلك تم الأخذ بعين الاعتبار تعدد العوامل المحددة أو التي يمكن أن تؤثر على تحقيق إعادة التكيف لديهم، انطلاقًا من مفهوم التفاعل بين الفرد- المحيط (بما فيه محيط العمل). (Frank et all, 1996; Loisel et all, 1994)

فإعادة التكيف إذا لدى المصاب بحدث عمل تتميز بتعدد أبعادها، ما يؤثر على عودته إلى العمل بعد الإصابة، فالحدث المهني باعتباره كتحول في حياة العامل، يحدث تعديلات في مختلف العلاقات والسلوكات والاعتقادات والأدوار المختلفة في الحياة اليومية والمهنية. (Schlosseberg, 1984, 1995) ، ويلزم الحادث المهني إمكانية فقدان العمل الذي يمكن أن تكون له عدة دلالات بالنسبة للمصاب انطلاقًا من إدراكه لمختلف تلك التحولات التي طرأت بسبب الحادث. وهذا ما استخلصته بعض الدراسات حول تلك التحولات كفقدان العمل بسبب المرض أو

بسبب الحادث أن عملية إعادة التكيف وإعادة الإدماج المهني مرتبطة بالتفاعل بين خصائص التحول (الحادث) والعوامل الشخصية والبيئية. (Robertson, 1992). كما اعتمدت عدة دراسات في تقييمات عمليات إعادة الإدماج على الأثر المتعدد الأبعاد لحادث العمل سواء المتعلقة بالمستوى الشخصي أو العلائقي أو الخارجي (Bolton, 1979; Gelso, 1979; Liveney, 2001; Ogles, Lambert et Masters, 1996)

وأكدت بذلك دراسات عديدة أهمية العوامل النفسية والاجتماعية والمهنية في إعادة التكيف مهما اختلفت الإصابات درجة ونوعا. (Baril, Berthelette et Massicotte, 2002) وركز العديد من الدراسات على تأثير العوامل النفس اجتماعية في عملية إعادة التكيف نظرا لأهمية هذه العوامل النفسية والاجتماعية والمهنية، وذلك رغم اختلاف الإصابات (درجة ونوعا)، وأرجع بعض الباحثين هذه الأهمية إلى العواقب التي تنتج عن الحادث المهني وعن فقدان العمل كالتهميش، الإقصاء، الانقطاع... (Lazarus et Folkman, 1984 ;Shloosberg, 1999).

فالعامل بعد الإصابة بالحادث المهني، يكون في حاجة إلى العودة إلى العمل بعد فترة علاجه المحددة من قبل الطبيب (وفقا لدرجة ونوع إصابته)، وهنا تجدر الإشارة إلى أن هذه العودة لا بد أن تكون بالتدرج، سواء إلى نفس مركز عمله السابق أو إلى مركز آخر مشابه بمهام مخففة...، وما هو مفروغ منه أن تجربة العامل المصاب لن يعايشها كما كانت قبل الحادث، وبالتالي تكون عملية إدماجه عملية متدرجة، مستمرة حتى يتمكن من تحقيق إعادة تكييف نفسي واجتماعي ومهني. وهذا يشير إلى أن إعادة التكيف تتدخل فيها عوامل متعددة، منها عوامل شخصية وعلائقية ومهنية. (Durand et Loisel, 2001)

باعتبار أن حادث العمل بالنسبة لسيرورة إعادة إدماج العمال المصابين بحوادث العمل كتحول في حياتهم، ويعرف على أنه كل حادث معاش يدخل تعديلات في مختلف العلاقات والسلوكات والأدوار في الحياة مرتبطة إما بالعمل أو بالعائلة أو بالصحة، أو بالشخص ذاته أو حتى بالجوانب الإقتصادية.

(Schlossberg, 1984, 1995) ومرحلة التحول هذه تطرح أولا تغييرا في إدراك العامل المصاب لتلك العلاقات، ولهذا استخلصت الدراسات أن إعادة التكيف وإعادة الإدماج ترتبط

بالتفاعل بين خصائص هذه التحولات وما ينتج عنها (خصائص الإعاقة، خصائص فقدان العمل، خصائص الحادث...) وبالعوامل الشخصية والمحيطية. (Robertson, 1992). فلتحليل وتقييم إعادة التكيف وإعادة الإدماج وبرامج التدخل من أجل تحقيق ذلك، يطالب الباحثون أن يكون من خلال الأثر المتعدد للحادث المهني سواء على المستوى الداخلي أو الخارجي، حيث تتدخل هذه المستويات في تطور وتحقيق إعادة التكيف. (Bolton, 1997 ; Liveney, 2001 ; Lambert et Masters, 1996)

حيث يمس المستوى الداخلي نوعين من العوامل: مؤشرات الصحة والقدرات الوظيفية، ومؤشرات الصحة النفسية، وهذه الأخيرة تظهر في شكل مؤشرات متعددة تمس التجربة العاطفية المعرفية والسلوكية كتقبل الإعاقة والقدرة على التكيف والتفاوض وتقدير الذات والفعالية الذاتية...؛ ويمس المستوى الخارجي كذلك نوعين من العوامل، يتعلق النوع الأول بالجوانب الاجتماعية التي تتمثل في المساندة الاجتماعية التي يتلقاها العامل من قبل الأسرة والأصدقاء والزملاء وكل أطراف الشبكة الاجتماعية التي تحيط به، وفي التشجيع أو الضغط الاجتماعي، وكذا الخجل كرد فعل لتلك العلاقات الاجتماعية؛ أما النوع الثاني فيرتبط بمجموع العوامل المتعلقة بالعودة إلى العمل كالاهتمام بالعمل والكفاءة في العمل ومستوى الدافعية لإنجاز العمل وإعادة التكيف لدى هذه الفئة من أفراد المجتمع تساعد في تحسين نوعية حياتهم بمختلف مستوياتها. (Wright, 1983; Liveney, 2001)

وبهذا التناول يتوجب عند دراسة إعادة التكيف لدى المصابين بحوادث العمل الأخذ بعين الاعتبار مختلف العوامل الشخصية والعلائقية والبيئية التي تميز سيرورة إعادة التكيف. وعلى أساس نتائج هذه الدراسات السابقة، والتي تبين منها أن إعادة التكيف للعامل ذي إعاقة بسبب حادث العمل تشمل مختلف الجوانب - منذ وقوع الحادث إلى عودته إلى العمل - النفسية والاجتماعية والمهنية، ولتحليل عملية إعادة التكيف، نستند إلى التناول الذي يتضمن أن عملية إعادة التكيف تتميز بتعدد العوامل، ونحاول من خلال ما سبق تحليل أبعاد إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني كما يلي:

1.2. إعادة التكييف النفسي:**1.1.2. تعريفه:**

انطلاقاً من تعريف التكييف بشكل عام والمتمثل في أن التكييف عملية تفاعل بين الفرد بما لديه من إمكانيات وما يشعر به من حاجات، وبين بيئته بما لها من خصائص ومتطلبات، مما يمكن الفرد من إشباع حاجاته وتحقيق متطلباته (الهابط، 1985: 24)، وأن التكييف النفسي يعني تغييراً في سلوكيات الفرد حتى تكون أكثر مواءمة مع الظروف البيئية المحيطة -التي يعيش فيها- حيث يستجيب للظروف المختلفة ويتفاعل معها، (كفاي، 1997: 37)، يكون بذلك إعادة التكييف النفسي هو استرجاع أو عودة ذلك التوازن النفسي بعد فقدانه بسبب الإعاقة، ويكون ذلك من خلال تقبل حالته (إعاقته) ومعايشة الظروف المحيطة به، ويظهر ذلك غالباً من خلال ما يحققه من مستويات في تقدير الذات، والشعور بالفعالية الذاتية وتقبل الإعاقة، والنظرة التفاضلية للمستقبل. وبناءً على ذلك، يحقق العامل في هذه الدراسة إعادة تكييف نفسي، إذا كانت مستويات المظاهر المشار إليها على الأقل معتدلة (متوسطة).

2.1.2. مظاهره: بينت الدراسات التي اهتمت بمختلف المظاهر النفسية لإعادة التكييف للمصابين بحوادث العمل، أن أهم المظاهر لهذه العملية تتمثل في:

1.1.2. تقدير الذات:

لقد تعددت التعريفات الخاصة بمفهوم تقدير الذات، فمنها من ركزت على نظرة الفرد واتجاهاته نحو ذاته، ومنها من أكدت على أن تقدير الذات لا يأخذ معناه إلا من خلال التفاعل المستمر بين الذات والآخرين. إلا أن التعريف الأكثر قبولاً وانتشاراً لتقدير الذات حالياً هو التعريف الذي وضعه ناثانيل براندين 1993 « Nathaniel Brandon » -وتتبناه المجلس القومي لتقدير الذات حالياً- حيث عرف تقدير الذات على أنه خبرة الفرد في أن يكون قادراً على إدارة ومعالجه تحديات الحياة والشعور بأنه جدير بالسعادة، ويتضمن مفهوم تقدير الذات عمليتين إحداها إدراكية تتمثل في (تقييم الفرد نفسه)، أخرى وجدانية تتمثل في (إحساسه بأهميته وجدارته) . (رضا حنان صالح، 2007: 317) ويبدو مما سبق أن الاختلاف في مفهوم تقدير الذات يفسر باختلاف الأبعاد التي تكونه.

أنواع تقدير الذات: قسم علماء النفس التقدير الذاتي إلى قسمين :

- 1- **التقدير الذاتي المكتسب** : هو التقدير الذاتي الذي يكتسبه الشخص خلال إنجازاته ، فيحصل الرضا بقدر ما أدى من نجاحات، فيبنى التقدير الذاتي على ما يحصله من إنجازات.
 - 2- **التقدير الذاتي الشامل** : يعود إلى الحس العام للافتخار بالذات ، فليس مبنياً أساساً على مهارة محددة أو إنجازات معينة، فهو يعني أن الأشخاص الذين أخفقوا في حياتهم العملية لا يزالون ينعمون بدفء التقدير الذاتي العام ، وحتى وإن أغلق في وجوههم باب الاكتساب .
- والاختلاف الأساسي بين المكتسب والشامل يكمن في التحصيل والإنجاز الأكاديمي ، ففكرة التقدير الذاتي المكتسب تقول : إن الإنجاز يأتي أولاً ثم يتبعه التقدير الذاتي ، بينما فكرة التقدير الذاتي الشامل تقول : إن التقدير الذاتي يكون أولاً ثم يتبعه التحصيل والإنجاز. (Mckay & Fanning , 2000

مستويات تقدير الذات:

يختلف تقدير الفرد لذاته في المواقف المختلفة تبعاً لتغير مفهومه عن ذاته من خلال علاقاته الشخصية بالآخرين، والفرد يميل إلى مقارنة نفسه بمن حوله إذا أحتاج تقديراً لذاته فقد يُقدر ذاته بدرجة عالية إذا كانت هذه العلاقة إيجابية ، ويقدر ذاته بشكل سالب إذا كان تقدير الآخرين له سلباً في هذا الموقف. (رمضان ، 2000 : 206)، وانطلاقاً من ذلك، يمكن تقسيم مستويات تقدير الذات إلى:

◀ **التقدير المنخفض للذات**: يمكن وصف الشخص الذي يمتلك تقديراً منخفضاً لذاته أنه ذلك الشخص الذي يفتقر إلى الثقة في قدراته، وهو الذي يعتقد بأن معظم محاولاته ستنتهي بالفشل، ويتوقع أن سلوكه الخاص ومستوى أدائه منخفض جداً، ويعتقد أنه ليس باستطاعته أن يجيد إلا القليل من الأعمال، ويعتبر الأشخاص ذوو التقدير المتدني أنفسهم غير هامين لا يستطيعون فعل أشياء كثيرة يودون فعلها، هذا فضلاً على أنهم لا يستطيعون التحكم فيما يحدث لهم ويتوقعون أسوأ الأمور.

◀ **التقدير المرتفع للذات**: يعتبر الأشخاص ذوو التقدير المرتفع لذواتهم أنفسهم هامين يستحقون الاحترام والاعتبار، فضلاً على أنهم يمتلكون فهماً طيباً لنوع الشخص الذي يكونونه، كما أن هؤلاء

ينظرون إلى أحاسيس الآخرين بمنظور إيجابي ويميلون إلى حب الغير، ولايتأخرون في أخذ المبادرة لإبداء آرائهم.

«التقدير المتوسط للذات: عندما يتماشى طموح الفرد مع امكانياته وقدراته، فإنه يحقق المستوى المتوسط من تقدير الذات، يتميز الأشخاص ذوو التقدير المتوسط للذات بالاستفادة بأكبر قدر من لبحرات السابقة لهم تجنباً للوقوع في الأخطاء من جديد، إضافة إلى ذلك يهدفون إلى كسب محبة الآخرين واحترامهم. (أبو زيد ، 1987: 82)

أهمية تقدير الذات:

تأتي الحاجة إلى تقدير الذات كما يؤكد ماسلو ضمن الاحتياجات الانسانية الاساسية وهي في ترتيبه الهرمي تأتي في المرحلة الثالثة أي بعد الاحتياجات الفزيولوجية والاحساس بالأمان. وماسلو يعتبرها مهمة جدا حيث ان اخذ الكفاية منها قد تسهل للفرد مزيدا من العطاء وهي لذلك البوابة الرئيسية التي من خلالها يستطيع الفرد المضي قدما في طريق النجاح والتفاعل الاجتماعي بشكل ايجابي، واشباع هذه الحاجة السيكولوجية تساعد الفرد في بلوغ أقصى درجات النجاح، فشعور العامل بالثقة وحصوله على التقدير والاحترام من الآخرين يحسسه بمكانته وهذه الحاجة تشعر الفرد بأهميته وقيمة ما لديه من امكانات ليساهم في تحقيق أهدافه. (السيد ، 1998: 54).

وتبدو الإعاقة الجسمية من أهم العوامل المؤثرة سلبا في تحديد مستوى تقدير الذات لدى المصاب، حيث لا يستطيع المعوق جسدياً المشاركة بالأنشطة مما يترك أثرا سلبيا في مفهومه لذاته وإن اتجه الآخرين نحوه يحدد إلى أي مدى تلعب الإعاقة ذلك الأثر العميق في حاله عدم القدرة على المشاركة للأصحاب في النشاطات المختلفة .

2.1.2. الشعور بفعالية الذات:

يعرف باندورا (Bandura) فعالية الذات بأنها توقعات الفرد عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض، وتنعكس هذه التوقعات على اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء، وكمية الجهود المبذولة ومواجهة الصعاب وإنجاز السلوك.(Bandura, 1977: 91)، ويرى سيرفون وبيك

(الجاسر، 1428هـ : 28) " أن معتقدات الأشخاص حول فاعلية الذات تحدد مستوى الدافعية، كما تتعكس من خلال المجهودات التي يبذلونها في أعمالهم، والمدة التي يصمدون فيها في مواجهة العقبات، كما أنه كلما تزايدت ثقة الأفراد في فاعلية الذات تزيد مجهوداتهم ويزيد إصرارهم على تخطي ما يقابلهم من عقبات، وعندما يواجه الأفراد الذين لديهم شكوك في مقدرتهم الذاتية يقللون من مجهوداتهم بل ويحاولون حل المشكلات بطريقة غير ناجحة". (الجاسر، 1428 هـ : 28)

ويرى كيرتس " أن فاعلية الذات تعني: ثقة الشخص في قدراته على إنجاز السلوك، بعيداً عن شروط التعزيز"، وأيضاً يرى شيل وميرفي وبرنينج أن فاعلية الذات هي : ميكانيزم ينشأ من خلال تفاعل الفرد مع البيئة واستخدامه لإمكانيته المعرفية، ومهاراته الاجتماعية والسلوكية الخاصة بالمهمة، وهي تعكس ثقة الفرد بنفسه وقدراته على النجاح في أداء المهمة". (الجاسر، 1428 هـ : 28)

في حين يعرف فسيل VASIL " فاعلية الذات على أساس إدراك الفرد لقدراته على أداء سلوك ما بنجاح والذي يستمد ويصاغ من خلال الخبرات الاجتماعية" (الجاسر، 1428 هـ ، ص 28-29)، ويذكر باوندورا bandura بأنها: أحكام الأفراد على قدراتهم، لتنظيم وإنجاز بعض الأعمال التي تتطلب تحقيق أنواع واضحة من الأداء، ويشير جيست وميتشل GIST & MITCHELL إلى أن أحكام فاعلية الذات تتضمن أحكام الأفراد الشاملة على مدى قدرتهم على إنجاز مهمة محددة، كما تشمل الحكم على التغيرات التي تطرأ على فاعلية الذات أثناء اكتساب الفرد للمعلومات والقيام بالتجارب، بالإضافة إلى العوامل الدافعية التي تحرك سلوك الفرد بطريقة مباشرة". ويعرف هالينان وداناهير (الجاسر، 1428 هـ: 29) " فاعلية الذات بأنها اعتقادات الأفراد في قدراتهم على الأداء في مجالات معينة، وعلى إحراز الأهداف، وإنجاز السلوك ويذكر بانديورا أن فاعلية الذات تشير إلى اعتقادات الفرد في قدراته لتنظيم وإنجاز مجموعة من الأعمال اللازمة لإنتاج مهمة معينة.

ويتفق معه شنك (SCHUNK 1995) حيث يرى أن فاعلية الذات تشير إلى اعتقادات الفرد في قدرته لإنتاج مهمة معينة".

مؤشرات فاعلية الذات: حدد باندورا ثلاثة مؤشرات تتجلى من خلالها فاعلية الذات هي:

1- قدر الفاعلية: وهو يختلف تبعا لطبيعة أو صعوبة الموقف، ويتضح قدر الفاعلية بصورة أكبر عندما تكون المهام مرتبة، وفقا لمستوى الصعوبة والاختلافات بين الأفراد في توقعات الفاعلية، ويمكن تحديده بالمهام البسيطة المتشابهة، ومتوسطة الصعوبة، ولكنها تتطلب مستوى أداء شاق في معظمها.

ويذكر باندورا في هذا الصدد أن طبيعة التحديات التي تواجه الفاعلية الشخصية يمكن الحكم عليها بمختلف الوسائل مثل : مستوى الاتقان، وبذل الجهد، والدقة، والإنتاجية، والتهديد، والتنظيم الذاتي المطلوب، فمن خلال التنظيم الذاتي. فإن القضية لم تعد أن فردا ما يمكن أن ينجز عملا معينا عن طريق الصدفة، ولكن هي أن فردا ما لديه الفاعلية لينجز بنفسه وبطريقة منظمة، من خلال مواجهة مختلف حالات العدول عن الأداء.

2- العمومية: وتعني انتقال توقعات الفاعلية إلى مواقف مشابهة، فالأفراد غالبا ما يعممون إحساسهم بالفاعلية في المواقف المشابهة للمواقف التي يتعرضون لها.

وفي هذا الصدد يذكر باندورا أن العمومية تحدد من خلال مجالات الأنشطة المتسعة في مقابل المجالات المحددة، وأنها تختلف باختلاف عدد من الأبعاد مثل: درجة تشابه الأنشطة، والطرق التي تعبر بها عن الإمكانيات أو القدرات السلوكية، والمعرفية، والوجدانية، ومن خلال التفسيرات الوصفية للمواقف، وخصائص الشخص المتعلقة بالسلوك الموجه.

3- القوة: ويذكر باندورا أنها تتحدد في ضوء خبرة الفرد ومدى ملاءمتها للموقف، وأن الفرد الذي يمتلك توقعات مرتفعة يمكنه المثابرة في العمل، وبذل جهد أكثر في مواجهة الخبرات الشاقة، ويؤكد على أن قوة توقعات فاعلية الذات تتحدد في ضوء خبرة الفرد ومدى ملاءمتها للموقف.

ويؤكد باندورا في هذا الصدد أن قوة الشعور بالفاعلية الشخصية تعبر عن المثابرة العالية والقدرة المرتفعة التي تمكن من اختيار الأنشطة التي سوف تؤدي بنجاح، كما يذكر أيضا أنه في

حالة التنظيم الذاتي للفاعلية فإن الناس سوف يحكمون على ثقتهم في أنهم يمكنهم أداء النشاط بشكل منظم في خلال فترات زمنية محددة". (الجاسر، 1428 هـ : 32-33)

3.1.2. تقبل الإعاقة:

التقبل في اللغة العربية ، يراد به ابن المنظور وأبو الفضل في المجلد الحادي عشر من لسان العرب (2000) بالمحبة والرضا بالشيء، تقبلت الشيء إذا رضيته وهو معنى يوافق إلى حد كبير معناه في علم النفس و البيداغوجيا، فهو حسب (Foulquie, 1971) موقف يتخذه الفرد تجاه ذاته أو غيره يعكسه الفرد في الرضا عن الذات أو عن الغير وفي الاقتناع بوجود وسيلة أكثر فعالية من النقد والعقاب. و مع أنّ الإعاقة الجسمية هي ضرر نفسي -اجتماعي يلحق بالفرد ، فإنّ تقبل الإعاقة هو موقف إيجابي يتخذه ذي إعاقة تجاه إعاقته يترجمه رضاه عن الإعاقة، رغم ما لها من آثار سلبية قد تمس مختلف نواحي الشخصية في سعيه لتحسين حالته.

يبدو تقبل الإعاقة ومنه تقبل الذات لدى ذي إعاقة عملية صعبة، إذ تشوه العاهة الإعاقة الصورة التي يكوّنها الفرد عن ذاته مما يصعب على هذا الأخير تقبل إعاقته وذاته. رغم أنّ الصورة الإيجابية و فكرة الفرد الحسنة عن نفسه تساعده ليس فقط في توجيه سلوكه وفي دفعه إلى النجاح بل قبل ذلك في تقبل الذات كما يرى مرحاب (1989).

مما سبق يستخلص أن تقبل الإعاقة لدى ذي إعاقة يحتل أهمية خاصة، إذ يحدد إحساسه اتجاه نفسه و إعاقته بطبيعتها ودرجتها بل و يحدد حسب دبليودي (1981) "عملية تكيفه في جميع المجالات " (ص108). يؤكد هذا الرأي ما وصل إليه (Rogers,1966) من تجربته الخاصة والعملية، حيث استخلص أنّ الإنسان إذا تقبل ذاته كما هي أصبح قادرا على التغيير، كما يؤكد قوله: " سنبقى عاجزين على تغيير ظروفنا إذا لم نتقبل حالتنا تقبلا عميقا " (ص16).

مؤشرات تقبل الإعاقة:

يعبر الفرد عن مدى تقبله لذاته عموماً و لإعاقته خصوصاً بما يصدر عنه من استجابات وما تتضمنه استجاباته من مواقف وسلوكات.

1. **تقبل الآلام الناجمة عن الإعاقة** : يشعر العامل ذي إعاقة جسمياً بسبب إصابة عمل، أنه محروم من المزايا الجسمية الضرورية للحياة عامة أو للعمل بصفة خاصة والتي كان يتمتع بها قبل الإصابة. فيصبح يعاني، و تزداد معاناته، بتلك الآلام الجسمية والنفسية الكبيرة التي تنتج عن عاهته أو عن عجزه الوظيفي والتي تبدو في:

- الآلام الجسمية التي يعاني منها ذي إعاقة جسمياً ، التي تنتج عن آثار الحادث المهني الذي تعرض له، و التي تثقل كاهل المصاب وتضطره إلى فترات طويلة من التوقف عن العمل بكل ما يميز هذه الفترات من ضغوطات جسمية ونفسية صعبة التحمل والتقبل، خاصة في غياب تحسن حالته.

- التشوهات المرئية الجسمية التي تصاحب الإعاقة الجسمية ، والتي تزداد بروزاً باستخدام الرمائم التي يفرضها القصور الوظيفي، تكون لدى ذي إعاقة صورة جسمية مشوهة و تؤثر سلباً في تقبل الإعاقة. فقد أثبت (Wall,1986) أنّ رفض الإعاقة يعد واحداً من المشاكل الأساسية التي يعاني منها ذي إعاقة جسمياً، و أرجع ذلك إلى تشوه الصورة الجسمية (ص98).

- يعجز ذي إعاقة عن إشباع مختلف حاجاته البدنية والنفسية والاجتماعية بسبب قصوره. يشعر ذي إعاقة بالتبعية إلى الغير و ينجم عن ذلك الشعور قلقاً وخوفاً الذين يزيدان بدورهما من حدة الشعور بالعجز والمنع في تحقيق الاعتماد الكامل على النفس. كما يشعر ذي إعاقة بالإحباط مع ما لذلك من آثار نفسية واجتماعية. خاصة و أنّ الإعاقة بما تحمله من شروط الموقف الإحباطي ذي إعاقة جسمياً إلى تفسير الإحباط تفسيراً ذاتياً. وتجعله يرجع فشله إلى أسباب ذاتية وليس إلى أسباب موضوعية وخارجية. ويعبر عن ذلك بثورات الغضب وتوجيه اللوم إلى ذاته، وهو أمر يبرر به رفضه للإعاقة خاصة العجز والتبعية.

2. **تقبل الاستجابة الاجتماعية** : يعتبر تفاعل الفرد ذي إعاقة خاصة بالمحيطين به مهما بالنسبة إليه، لأن سلامة صحته العقلية كما يقول دبليودي (1981) " تتوقف على قدرته على تقبل الآخرين والانسجام معهم" (ص104). و لأن التفاعل بين ذي إعاقة والمحيطين به يعكس استجاباتهم ومواقفهم نحو الإعاقة و نحو ذي إعاقة. ومما تجدر الإشارة إليه أن مواقف المجتمع واتجاهاته نحو الإعاقة وذوي الإعاقة الحركية المكتسبة غالبا ما لا تكون معتدلة؛ فهي مشحونة بالانفعالات والعواطف المعبرة عن الجهل. مما يؤدي إلى انحراف الاستجابة إما بالحماية والشفقة أو بالتحقير والتهميش.

بالإضافة إلى الرفض الصريح، تتصف استجابة المحيطين بذي إعاقة بالتذبذب في معاملته، إذ في حين يبالغ البعض في خدمته وحمايته من خلال تدليله والشفقة المفرطة عليه، رغم ما للشفقة المفرطة مهما كانت صادقة من دور في إثارة مشاعر الاختلاف والضعف. يميل آخرون إلى تحاشيه والابتعاد عنه أو إلى اللامبالاة بعجزه وعاهته وإهماله. وقد يبدأ الاضطراب في التعامل مع ذي إعاقة في أسرته (فتاحين، 1991).

بغض النظر عن شكل الاستجابة مُفرطة كانت أم مُفرطة، فإنّ ذي إعاقة غالبا ما يرفضها وقد يعبر عن رفضه إما بالعدوانية وإما بالعزلة والانطواء على الذات، تزداد حدة آثار الإعاقة أي الضرر النفسي-الاجتماعي الناجم عن العاهة أو القصور.

3. **السعي إلى تجاوز الإعاقة**: يسعى ذي إعاقة عادة إلى تجاوز عجزه أساسا بالعمل على تعويضه، ذلك أنه رغم معاناة ذي إعاقة من الاختلاف والعجز تشعره بالنقص، فإن الشعور بالنقص بالإضافة إلى كونه عاما بين الناس-كما يؤكد أدلر- وليس دائما علامة على الشذوذ فقد يكون سببا في كل ما يحققه الإنسان من تحسن، إذ يدفع الفرد لتعويضه إلى بذل مجهود أكبر أو توجيه طاقته نحو اتجاه غير الإعاقة بالنسبة إلى ذي إعاقة وذلك بإثارة- كما يشير عبد الرّحيم وبشاي(1980) اهتمامات وأهداف بديلة. و يجعل التعويض -كما يضيفان- أهم الاستجابات المعبرة عن تكيف ذي إعاقة(ص749). كما يساعد التعويض أيضا الفرد ذي إعاقة على التغلب على ضعفه مما يجعل الضعف طريقا للقوة، شريطة أن لا يقود الميل إلى التغلب على الضعف إلى المبالغة في التعويض (ص442) لأن ذلك يدفع ذي إعاقة

كما يوضح Foulquie (1971) إلى تجاوز حدوده الضرورية مما يعرضه للإحباط ويصبح لا ينفعه في استخدام قواه (ص86).

يساعد تقبل الإعاقة بآثارها المختلفة المصاب حسب Lefèvre (1974) على التحكم في الذات الذي هو عامل مهم في استقرار الحالة وفي النجاح في مختلف المجالات من قاعة التدريب الوظيفي إلى الحياة الدراسية والمهنية (ص30).

إلى جانب تقدير الذات والشعور بالفعالية الذاتية وتقبل الإعاقة، يعتبر التفاؤل مظهراً هاماً لإعادة التكيف النفسي لذوي الإعاقة الحركية.

4.1.2. التفاؤل:

للتفاؤل تعريف كثيرة تدور حول معاني مرتبطة، والمعنى الأوسع له هو التعريف الوارد في معجم (ويستر) الذي يرى أن التفاؤل هو ميل إلى توقع أفضل النتائج، أو توقع حدوث الخير. (عزت قرني، 1986: 286).

فيمكن اعتبار التفاؤل كشكل لاعتقاد عام، يظهر في مواجهة العديد من المواقف. (Waldrop et all, 2001, pp233-238)

ويعرفه أحمد عبد الخالق أنه "نظرة استبشار نحو المستقبل تجعل الفرد يتوقع الأفضل، و ينتظر حدوث الخير ويرنو إلى النجاح ويستبعد ما خلا ذلك" (عبد الخالق، 1996: 6) أما (مارشال، Marshall) وأصحابه فيعرفون التفاؤل بأنه استعداد شخصي للتوقع الإيجابي للأحداث ويرجع التفاؤل للاعتقاد أن المستقبل عبارة عن مخزن الرغبات والطموحات المرغوبة بغض النظر عن قدرة الفرد على السيطرة عليها أو على تحقيقها. (الأنصاري، 2002: 253) ويعرف عامة أنه استعداد أو ملمح للشخصية -مستقر عبر الزمن- لمواجهة بعض المواقف، حيث يميل الفرد بصفة عامة إلى أن يكون إيجابياً للمستقبل.

(Carver et Scheier, 2002 : 231-243)

بالإضافة إلى أن التفاؤل يعتبر من بين الاستجابات الإيجابية المعبرة عن تقبل الإعاقة، فهو من جهة ميل إلى النظرة الإيجابية للأشياء والأمور والوقوف عند الآفاق الممكن تحقيقها، ومن جهة أخرى مصدر للإرادة والطموح بكل ما يميزهما من جهود ومساعد لتحسين حدود الإمكانيات واستغلال نقاط القوة لدى ذي إعاقة.

بينت الدراسات في الميدان الصحي أن للتفاؤل نتائج إيجابية على الراحة النفسية والجسمية للأفراد، حيث أن الأفراد المتفائلين يشفون بسرعة مثلا بعد إجراء عملية جراحية مقارنة بالآخرين. (Scheier et al, 2001 : 189-216)

كما أشار (Seligman, 1994) إلى أن الأفراد المتفائلين ينجحون أكثر مهنيا ويتكيفون مع المتغيرات الهامة في الحياة. وفي هذا الصدد، بينت بعض الدراسات الفروق بين الأفراد المتفائلين والأفراد المتشائمين في الاستراتيجيات التي يتخذونها لمواجهة العوائق، وهنا يعتبر (Wandberg, 1995) التفاؤل كمصدر للكوبينغ: (L'optimisme comme resource de coping)، له أثر على نوع استراتيجيات التكيف المستخدمة من قبل الأفراد الذين يهدفون تحقيق إعادة التكيف المهني، فيميل الأفراد المتفائلين إلى استخدام استراتيجيات التكيف المركزة على حل المشكل مقارنة بالأفراد المتشائمين (Scheier et al, 1994)

فهذا النوع من الاستعداد (التفاؤل)، وهذا النوع من الاستراتيجيات يساهم في نتائج إيجابية لإعادة التكيف (Garofalo, 2000, pp : 489-498)، حيث يظهر الأفراد (المصابون بحوادث عمل) المتفائلون تحسنا جسديا ويشعرون بألم أقل نتيجة لعلاجهم، ويساهم ذلك في عودتهم إلى العمل، في حين نجد الأفراد المتشائمين يستعملون استراتيجيات التجنب والرفض ما يعود سلبا على عملية إعادة التكيف لديهم. (Lazarus et Folkman, 1984)

نستخلص أن الأفراد المتفائلين يختلفون عن الأفراد المتشائمين في نوع استراتيجيات التكيف المتخذة، سواء كانت عامة أو خاصة حسب بعض المواقف. -231 : (Carver et Scheier, 2002)
(243)

يكون اختيار استراتيجيات التكيف نتيجة للتفاعل بين الشخص وبيئته أو محيطه النفس-اجتماعي. (Ptacek et Pierce, 2003:113-124)، فرغم أن التفاؤل يعتبر ملمحا مستقرا

عبر الوقت، وأن استراتيجيات التكيف تختلف من موقف إلى آخر، إلا أن الدراسات بينت أن هناك علاقة دالة بين المفهومين. (Conrad Lecomte et Réginald Savard, 2006 : 13)

توصل الباحثون المعاصرون والمهتمون بالتفاؤل إلى أن التفاؤل يلعب دورا فاعلا في مختلف مجالات الحياة، وقد حدد (سنايدر، Snider) المؤشرات الأساسية الدالة على التفاؤل لدى الأفراد، وتتمثل في:

- القدرة على خلق الدوافع
 - الشعور بالقدرة على تحقيق الأهداف رغم الصعاب
 - المرونة في إيجاد سبل لتحقيق الأهداف وتغيير الأهداف التي يستحيل تحقيقها
 - تقدير واحترام النفس بشكل واضح
 - الشعور بالسعادة.
- (ميرسر وترويانى، 2005: 25)

1.2. إعادة التكيف الاجتماعي:

1.2.2. تعريفه:

أشار (فهمي، 1995 : 34) إلى أن التكيف الاجتماعي هو قدرة الفرد على عقد صلات اجتماعية ناجحة مع من يعاشرونه، أو يعملون معه من الناس وهذا من أجل أن يتوافق الفرد مع البيئة التي يعيش فيها بجميع عناصرها المادية والاجتماعية، وبصفة مستمرة، ويتضمن القدرة على المشاركة الاجتماعية، واكتساب المهارات الاجتماعية الايجابية نحو الجماعة التي ينتمي إليها. وبهذا المفهوم يكون إعادة التكيف الاجتماعي استرجاع تلك الصلات والمشاركة الاجتماعية بعد فقدانها أو تزعزعها بسبب الإعاقة الناتجة عن حادث العمل لدى الفرد، حتى يتمكن بذلك من الاندماج الاجتماعي.

2.2.2. مظهره: تبين من خلال الدراسات التي اهتمت بمختلف المتغيرات النفسية والاجتماعية في عملية إعادة التكيف للمصابين بحوادث العمل، أن أهم الأبعاد الاجتماعية التي تؤثر على هذه العملية سلبا أو إيجابا تتمثل في:

1.2.2. الشعور بالخجل :

تباينت وجهات النظر الخاصة بمفهوم الخجل نظرا لطبيعته المركبة، فلقد عرفه (البهي، 1975: 293) بأنه حالة انفعالية قد يصاحبها الخوف عندما يخشى الفرد الموقف الراهن المحيط به.

أما (السمادوني، 1994: 139) فيشير إلى " أنه تأثر انفعالي بالآخرين في المواقف الاجتماعية" وأشار (عاقل 1984: 173) على "أنه حالة من حالات العجز عن التكيف مع المحيط الاجتماعي"، كما أشار (الشناوي 1992: 11) للخجل بأنه "يقع على طرف خط متدرج تقع المكابرة على طرفه الآخر وكتاهما صفتان مذمومتان، على حين يقع الحياء في وسط وهو صفة كريمة".

ويعرف جونز وآخرون Jones et all (1986) الخجل بأنه استجابات تدل على عدم الراحة والكف والقلق والتحفظ في وجود الآخرين، ويؤكدون على أن الخجل يتعلق بشكل أساسي بالتهديد في المواقف الاجتماعية الشخصية، ويتفق التعريف مع ما ذهب إليه (الدريني، دت) على أنه "ميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي، مع المشاركة في المواقف الاجتماعية بصورة غير مناسبة" (حمادة، 1999: 56)

وعليه فإن الشخص الخجول يتجنب المواقف الاجتماعية والمشاركة مع الأفراد المحيطين به، هذا ولقد أكدت معظم التعريفات على أهمية المواقف الاجتماعية بوصفها المثير الأساسي لردود الأفعال التي تتسم بالخجل، إذ أنه من الطبيعي أن تتحكم عوامل عديدة بالشخص الخجول ويخلق لديه الشذوذ و سلوكه الاجتماعي والبيئي مما يؤدي إلى التصرف الكلي في تكوين شخصيته، كما تتفق جميع التعريفات السابقة على أن خبرة الخجل تتميز بعدم الراحة والتوتر، كما أنها مشبوهة بالقلق والارتباك، وتؤكد أيضا على أن الخجل يتصف بقلة الاستجابات التفاعلية أثناء وجود

الخجول مع الآخرين مع زيادة في الوعي نحو الذات، وكما هو معروف بأن الإنسان كائن اجتماعي مسؤول عن سلوكه الخاص والعام، يتطلب منه أن يكون حسن المعاشرة، طيب الاختلاط مع أبناء بيئته ومحيطه- وواجبه أن يفيد مجتمعه ويستفيد منه - بعكس الشخص الخجول يصبح إنسانا ناقص القدرة على التكيف والانسجام مع نفسه ومع المحيط الذي يعيش فيه. (غالب، 1995).

ويختلف الخجل عن الحياء من خلال ما يلي:

- 1- الطبيعة الانفعالية حيث يعتبر الخجل من الانفعالات البسيطة التي تظهر في حياة الإنسان في وقت مبكر جدا. (النملة، 1995: 23) أما الحياء فيعتبر أحد الانفعالات المركبة التي يعتبر الخجل أحد مكوناتها، لذا يرى الغزالي بأن "الخجل عنصر بارز في الحياء". (الغزالي، 1988: 169).
- 2- الإرادة ودورها في الخجل والحياء تلعب الإرادة دورا في اتصاف الإنسان إما بالخجل أو بالحياء، فإذا كان الإنسان يتصف بالخجل فمن المفترض أن يعمل بإرادة قوية على التخلص من الخجل، حتى أن كثيرا من الآراء والأفكار العلاجية تؤكد دور الإرادة في التخلص من الخجل، وكذلك إذا كان الإنسان يسعى إلى اكتساب الحياء فإن ذلك يتطلب منه وإرادته أن يقوم بأفعال وسلوكيات معينة حتى يصل إلى الحياء. (النملة، 1995: 25).
- 3- طبيعة الموقف اتضح من خلال هدى الإسلام المفسر للخجل أهمية أخذ الموقف المثير للحياء بعين الاعتبار فمع تأكيد الإسلام على أهمية اتصاف الإنسان بالحياء في كثير من مواقف الحياء، إلا أن هنالك بعض المواقف التي يجب أن لا يسيطر الحياء فيها على الإنسان، مثل مواقف قول الحق أو طلب العلم أو السعي وراء الرزق أو أي موقف آخر، فإذا استحي الإنسان فإن حياءه ليس في محله لأن حياء مذموم فيه زيادة عن الحد المعتبر شرعا وهو الذي تم التوصل من خلال هدى الإسلام إلا أنه يعني الخجل، وهذا ما أكده (مبييض، 1991: 206) ((بأن الحياء من قول الحق ومجابهة الباطل هو الخجل المذموم والذي يدل على ضعف في شخصية صاحبه)).

مكونات الخجل:

اقترح بعض الباحثين (كفاي، 1994 ، حمادة 1999، النيال 1999) نموذج المكونات الأربعة للخجل وهي :

- 1- المكون الانفعالي من خلال تنبيه الأحاسيس النفسية التي تدفع الفرد إلى استجابة التقادي والانسحاب بعيدا عن مصدر التنبيه. كخفقان القلب واحمرار الوجه وبرودة اليدين.
- 2- المكون المعرفي حيث أشار إيزنك Eysenck وإيزنك إلى ذلك المكون بأنه ((انتباه مفرط للذات، ووعي زائد بالذات، وصعوبات في الإقناع والاتصال)). (النيال، 1999: 15)
- 3- المكون السلوكي نقص السلوك الظاهر ويركز على الكفاءة الاجتماعية للأشخاص الخجولين ويتصفوا بنقص في الاستجابات السوية. (حمادة، 1999: 29).
- 4- وأضافت المكون الوجداني للخجل والمتمثل في الحساسية، وضعف الثقة بالنفس، واضطراب المحافظة على الذات.

*أسباب وأشكال الخجل: هناك الكثير من العوامل المسببة للخجل، ومن أهمها ما يلي:

- 1- عوامل نفسية متمثلة في التنشئة الاجتماعية الخاطئة كالسخرية من سلوك الطفل، وعدم تشجيعه على السلوك الصحيح.
- 2- عوامل اجتماعية متمثلة في عدم الرعاية الاجتماعية والتفكك الأسري.(عبد الهادي، 1999: 112).

3- عوامل جسدية متمثلة في العاهات والعجز .

وعن أشكال الخجل فقد أوضحت النيال ما يلي:

- 1- الخجل الاجتماعي الإنطوائي (Introverted social shyness). ويتميز الفرد بالعزلة مع القدرة على العمل بكفاءة مع الجماعة.

- 2- الخجل الاجتماعي العصابي (Neurotic social shyness) هو قلق ناتج عن الشعور بالوحدة النفسية مع وجود صراعات نفسية في تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين.
- 3- الخجل العام (Public shyness) ويتميز بعيوب في أداء المهارات، ويظهر في الجلسات الجماعية والأماكن العامة.
- 4- الخجل الخاص (Private shyness) وينصب حول أحداث ذاتية، ويتعلق بالعلاقات الشخصية.
- 5- الخجل المزمن (Chronic shyness) يقلق صاحبه، ويخفض من مهاراته الاجتماعية ويزيد من انطوائه.
- 6- الخجل الموقفي (Occasional shyness) ويتعرض الفرد للمواقف الاجتماعية معينة تقتضي الخجل وتزول بزوال الموقف.
- 7- الخجل الموجب (Positive shyness) كصفات مستحسنة كالهدوء-والحساسية.
- 8- الخجل السالب (Negative shyness) كصفات غير مستحسنة اجتماعيا كالعزلة - الخوف - القلق.
- 9- الخجل المتوازن (Balanced shyness) دون إفراط وبشكل مقبول اجتماعيا.
- 10- الخجل المزاجي (Temperamental shyness) ويرتبط بالمزاج وتقلباته.
- 11- الخجل التقويمي الاجتماعي (social-Evaluativ shyness) ويرتبط بتقويم المواقف الاجتماعية.
- 12- خجل من الذات (Self-shyness) أي يخجل الفرد من نفسه دون تدخل الآخرين.
- 13- خجل من الآخرين (خجل اجتماعي) (Social shyness) ويشعر الفرد بالخجل من الآخرين ونتيجة تفاعله معهم.
- 14- خجل حقيقي (Realistic shyness) واقعي من مواقف مثيرة فعلا للخجل لدى الأفراد.
- 15- خجل وهمي (Non-Realistic shyness) مبني على تصورات خاطئة من صاحبه.
- 16- خجل متصنع (Artificial shyness) من أجل تحقيق هدف ما.
- 17- خجل جنسي (Sex shyness) متعلق بالجنس والتناسل.
- 18- خجل معرفي (conitive shyness) متعلق بمعلومات تافهة أو خاطئة.

- 19- خجل عاطفي (Sentimental shyness) متعلق بالحب والعشق.
- 20- خجل لفظي (Verbal shyness) وهي تعابير لفظية يمكن التعبير عنها.
- 21- خجل غير لفظي (Non-Verbal shyness) وهي تعابير حركية لا يمكن التعبير عنها لفظيا.
- 22- خجل مخالطة الآخرين.
- 23- خجل الحديث.
- 24- خجل الاجتماعات.
- 25- خجل المظهر.
- 26- خجل حضور الاحتفالات.
- 27- خجل التفاعل مع الكبار المدرسين ومدير المدرسة، وأولياء أمور.
- 28- الأناثية والعصبية والحساسية الزائدة. (النيال، 1999 : 16)
- * مؤشرات الخجل :**

- رغم تعدد أعراض الخجل ومظاهره، فإن ثمة ما يجمع بينها في زمرة أعراض تختلف نسبتها من فرد لآخر ومن مستوى إلى آخر، ومن مثير لآخر، ومن تلك الأعراض ما يلي :
- 1- الأعراض الفيزيولوجية Physiological symptoms (إحمرار الوجه، جفاف الحلق، زيادة خفقان القلب)
- 2- الأعراض الاجتماعية Social symptoms (ضعف القدرة على التفاعل أو التواصل، تفضيل الوحدة، الرغبة في الإنسحاب).
- 3- الأعراض الانفعالية والوجدانية Emotional symptoms (التوتر، الخوف، ضعف الثقة بالنفس)
- 4- الأعراض المعرفية Cognitive symptoms (قلة التركيز، تداخل الأفكار، ضعف قدرة الفهم).

وعليه فإن جملة تلك الأعراض لا تحدث دفعة واحدة، بل يحدث بعضها وفقا لشدة الموقف، وطبيعة الشخص نفسه، ودرجة حالة الخجل.(النيال، 1999: 22). ويمكن تلخيص مواصفات الشخص الخجول في :

- 1- كثرة القلق والتوتر.
- 2- قلة اللباقة والثقة عند التفاعل الاجتماعي.
- 3- الميل إلى العزلة.
- 4- الانشغال بالذات وتأمل ما فيها من نقص.
- 5- الميل للصمت حين الخروج عند الجماعة. (حبيب، 1992: 66)

تم الأخذ بالخجل كمظهر لإعادة التكيف الاجتماعي نظرا لارتباطه بالإعاقة الناتجة عن الإصابة بحادث عمل، فالعامل الذي تسبب لديه الإصابة المهنية عجزا أو إعاقة يشعر بالخجل من صورته الجسمية عند مواجهة مختلف أطراف الشبكات الاجتماعية التي يتعامل معها، حيث كلما كان العامل يشعر بخجل شديد كلما زاد من عزلته، وكلما كان أقل تحقيقا لإعادة التكيف . وهنا تظهر أهمية المساندة الاجتماعية التي يحظى بها الفرد الذي يعاني من إعاقة، فإذا شعر الفرد بدعم ومساندة من قبل أسرته، وأصدقائه كلما ساهم ذلك في فك عزلته، وكلما كان أكثر استعدادا لتحقيق إعادة التكيف.

2.2.2. المساندة الاجتماعية:

على الرغم من تعدد المفاهيم الخاصة بالمساندة الاجتماعية، إلا أن معظم المقاييس المرتبطة بها تشير إلى تقديم المساعدات المادية أو المعنوية للفرد التي تتمثل في أشكال التشجيع أو التوجه أو المشورة. وقدّم الباحثون تعريفات لمفهوم المساندة الاجتماعية وتباينت هذه التعريفات من حيث العمومية والنوعية، فقد ركز البعض على العلاقات الاجتماعية المتبادلة بين الأشخاص وركز البعض الآخر على جوانب محددة في هذه العلاقات باعتبارها تمثل جوهر المساندة، كالمشاركة الوجدانية أو الإمداد بالمعارف والمعلومات أو السلوكيات والأفعال التي يقوم بها الفرد بهدف مساعدة الآخرين في مواقف الأزمات وكذلك المساهمات المادية. وربما ترجع جذور مفهوم المساندة الاجتماعية إلى علماء الاجتماع، حيث تناولوا هذا المفهوم في إطار اهتماماتهم بالعلاقات

الاجتماعية، عندما قدموا مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية والذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساندة الاجتماعية.

مفهوم المساندة الاجتماعية:

يرى ليبيرمان " أن المساندة الاجتماعية مفهوم أضيق بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية، حيث تعتمد المساندة الاجتماعية في تقديرها على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشتمل على أولئك الأشخاص الذي يثقون فيهم ويستندون على علاقاتهم به". (الشناوي وعبد الرحمن، 1994: 3)

ويشير كوب Cobb إلى أن المساندة الاجتماعية هي "المعلومات التي تجعل الشخص يعتقد أنه محل عناية وتقدير من الآخرين، وأنه عضو في شبكة الاتصال والالتزام المتبادل". (رضوان وهريدي، 2001: 85)

ولقد اتفق في تعريفها كل من كوهين Cohen، وسيم Syme، وسكتر Schetter، وسارسون Sarason بأنها " تفاعل الفرد في علاقاته مع الآخرين".

ويعرفها كابن Caplan بأنها " النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين تتسم بأنها طويلة المدى ويمكن الاعتماد عليها والثقة بها وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمده بالسند العاطفي". (علي، 2000: 9)

ولقد أكد كل من خان Kahn، وانتونيسي Antonucci على أن المساندة الاجتماعية لها ثلاث مقومات هامة هي: "العاطفة Affect، والتفاعل Affirmation، وتقديم العون أو المساعدة وبهذا يعرف كل من خان وانتونيسي المساندة الاجتماعية التي تتمثل في أوسع معانيها بما نستقبله من مشاعر العاطفة والود والحب، وتعبيرات القبول والتفاعل، والمبادرة في تقديم المساعدة المباشرة، أو العون المادي أو النصيحة والمشورة".

ويعرفها أيضا كل من جونسن وسارسون Johnson & sarson بأنها " إحساس الفرد بالقيمة، وتقدير الذات، والاحترام من خلال السند العاطفي الذي يستمد من الآخرين وقت حاجته إليهم" (علي ، 2000: 9)

ويعرفها د.المغصيب (د.ت) ان المساندة الاجتماعية يقصد بها " كل ما يتلقاه الفرد من دعم من الآخرين (أقارب، أصدقاء، جهات مجتمعية...إلخ) وقد يكون هذا الدعم على شكل مساندة انفعالية (رعاية، ثقة، تجارب، تقدير، احترام...إلخ) وقد تكون مساعدة بالمعلومات (استشارات أو مهارات تعين على مواجهة مشاكل الحياة اليومية)

ويعرف ثويتس Thoits المساندة الاجتماعية بأنها " مجموعة الأشخاص الذين يمثلون جزءا من شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد، ويقدمون له الدعم الوجداني والمساعدة الأدائية".(رضوان وهريدي، 2001: 86)

كما يعرف الشناوي وعبد الرحمن المساندة الاجتماعية بأنها " تلك العلاقات القائمة بين الفرد وآخرين والتي يدركها على أنها يمكن أن تعاضده عندما يحتاج إليها".(الشناوي وعبد الرحمن، 1994: 4)

وبغض النظر عن التعاريف السابقة يرى باريرا Barrera أن هناك ثلاثة معاني أو مفاهيم للمساندة الاجتماعية هي:

1- " **العصر الاجتماعي**: وفقا لهذا المفهوم فإن المساندة الاجتماعية تشير إلى العلاقات أو الروابط الاجتماعية التي يقيمها الأفراد مع الآخرين ذوي الأهمية في بيئتهم الاجتماعية.

2- **المساندة الاجتماعية المدركة**: ينظر إلى المساندة الاجتماعية وفقا لهذا المعنى باعتبارها تقويما معرفيا للعلاقات الثابتة مع الآخرين.

3- **المساندة الفعلية**: ويشير هذا المفهوم إلى المساندة الاجتماعية باعتبارها تلك الأفعال التي يؤديها الآخرين بهدف مساعدة شخص معين".

وتشير كاترونا " إلى أن مراجعة الأنساق التصنيفية للمساعدة تكشف عن درجة عالية من الاتفاق بين المؤلفين، على الرغم من اختلاف المصطلحات التي يستخدمونها، وتخلص إلى أن هناك خمسة مكونات أساسية للمساعدة تظهر في معظم هذه النماذج وهي:

1. المساعدة الوجدانية: وتبدو في إظهار الشعور بالراحة.
2. التكامل الاجتماعي: ويشير إلى مساعدة شبكة العلاقات الاجتماعية كعضوية في جماعة.
3. مساعدة التقدير: من خلال دعم الشعور بالكفاءة الشخصية وتقدير الذات.
4. المساعدة المادية: كما تتمثل في تقديم خدمات أو أشياء عينية.
5. المساعدة المعرفية، مثل التوجيه وإعطاء النصيحة. (رضوان وهريدي، 2001: 85)

مؤشرات المساعدة الاجتماعية : يحدد هاوس House أربعة سلوكيات تعبر عن المساعدة الاجتماعية وهي:

أ- التعاطف.

ب- المساعدة في أداء عمل أو مهمة صغيرة.

ت- إعطاء معلومات أو تعليم أو مهارة أو المساعدة في حل مشكلة.

ث- إعطاء الشخص معلومات تساعد على تقويم أدائه.

وهذه السلوكيات الأربعة للمساعدة ترتبط بعضها ببعض". (رضوان وهريدي ، 2001 : 85)

ويغض النظر عن مؤشراتها تبقى المساعدة كما أستخلص كوهن وسايم من خلال دراسة لهما عام 1985م بأن للمساعدة الاجتماعية دور في الصحة النفسية والبدنية للفرد، وأن هناك نمودجا يفسر كيفية تأثير المساعدة الاجتماعية على الصحة وهو نمودج الآثار الرئيسية للمساعدة الاجتماعية ويقوم هذا النمودج على مسلمة مفادها أن المساعدة الاجتماعية ذات تأثير إيجابي على الصحة النفسية والبدنية للفرد، (الشناوي وعبد الرحمن 1994: 36).

كما بينت بعض الدراسات أهمية المساعدة الاجتماعية في عملية إعادة التكيف لدى الأشخاص المصابين بحوادث العمل، حيث نجد (Gardea,1999) و (Kaplan, 1990)

توصلا إلى أن هناك علاقة بين العودة إلى العمل بعد الإصابة بحادث عمل ومساندة الأسرة للعامل، لهذا أخذنا بعين الاعتبار هذا المظهر في دراستنا لإعادة التكيف الاجتماعي للعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل.

3.2. إعادة التكيف المهني:

1.3.2. تعريفه:

يعنى بالتكيف المهني ذلك التلاؤم والتوازن بين خصائص محيط العمل وخصائص العامل، وإعادة التكيف المهني هو استرجاع ذلك التلاؤم والتوازن بعد فقدانه بسبب حادث العمل والذي سبب إعاقة حركية لدى العامل ما جعل قدراته وإمكانياته محدودة ما يستلزم عليه التكيف مرة أخرى بخصائص غير خصائصه قبل وقوع الحادث.

ويعرف (Chan et coll, 1997) إعادة التكيف المهني أنه سيرورة ديناميكية تهدف من خلال مجموعة من الأفعال والنشاطات المتسلسلة والمرتبطة بحاجات الشخص الذي يعاني من عجز - حيث تبدأ هذه السيرورة بإصابة الشخص - إلى تحقيق الشخص لمكانة ناجحة في العمل؛ وتتدخل عوامل كثيرة خلال هذه السيرورة . وبهذا المعنى إذا تمكن العامل الذي تعرض لحادث عمل خلف لديه إعاقة حركية من العودة إلى العمل (بعد فترة توقف عنه طوال مدة علاجه وإعادة تأهيله الطبي والوظيفي)، والقيام بنشاطاته المهنية بشكل مستقل رغم قدراته الوظيفية المحدودة، فإنه يحقق بذلك إعادة تكيف مهني، حيث يحاول جاهدا أن يتمكن من تحقيق موازنة بين قدراته المحدودة وبين محيط عمله بما فيه من مهام للتنفيذ وظروف العمل

2.3.2. مظاهره:

تهدف عملية التكيف بالمصاب بإعاقة بسبب حادث عمل تحقيق إعادة التكيف المهني من خلال سيرورة مستمرة ، منذ وقوع الحادث، حيث تتضمن مجموعة من الإجراءات والمساعدات اللازمة حسب درجة ونوع الإصابة، حتى يتمكن العامل من تحقيق استقلالية ومكانة من خلال العودة إلى العمل المعتاد (يتوقف هذا على قدرات العامل) . و أشار بعض الباحثين الذين اهتموا بإعادة التكيف لدى المصابين بحوادث العمل، إلى أن أهم المظاهر التي تشير إلى إعادة التكيف

المهني، تلك الأهمية التي يوليها العامل لعمله والمؤسسة التي يعمل فيها ومستوى الدافعية والرضا لديه ، حيث يمكن التعرف على إعادة التكيف المهني للعامل من خلال التعرف على مظاهره (Ripon et François, 1993, p 27-30)، وانطلاقاً من ذلك تم الاعتماد على المظهرين الأساسيين: الالتزام التنظيمي والدافعية للإنجاز:

1.3.2. الالتزام التنظيمي :

يعتبر الالتزام في العمل موضوعاً هاماً للعديد من الباحثين منذ العديد من السنوات، كما أشار إلى ذلك (Thévenet) وأكد أن التزام الأشخاص في العمل واحد من الأهداف الأكثر مشاركة فيها في كل أفعال التطور والتسيير أو تسيير الموارد البشرية، حيث نتج الاهتمام بمفهوم الالتزام عن الأبحاث حول الاتجاهات في العمل، باعتبار أن دراسة الالتزام وسيلة لدراسة وفهم اتجاه الشخص نحو عمله ونحو محيطه، وهي خطوة للبحث عما يعنيه العمل فعلاً للشخص.

(Neveu et Thevenet,2002 : 8)

ويعنى به عامة نوع من تعلق العامل بالمنظمة التي يعمل فيها، وقد أخذنا به في دراستنا هذه كمظهر أساسي لإعادة التكيف المهني كما سبق الذكر انطلاقاً من الدراسات التي حددت أهم المظاهر في الأهمية التي يوليها العامل للعمل ومدى انتمائه إلى عمله. ونحاول تسليط الضوء على مفهومه وفي علاقته مع الدافعية في العمل ومع إعادة التكيف المهني لدى العمال ذوي الإعاقات بسبب حوادث العمل. فقد أوضحت العديد من الدراسات أهمية الالتزام لدى العمال في الصحة في العمل، ومن زاوية أخرى يعتبر الالتزام كمؤشر لراحة العامل، ويشير إلى فهم اتجاه الشخص نحو عمله ونحو محيطه.

1. مفهوم الالتزام التنظيمي:

لقد تطرق العديد من الباحثين إلى مفهوم الالتزام من عدة جوانب؛ وقد اجتهدوا في تعريفهم له وللوقوف على حقيقة مفهوم الالتزام التنظيمي، نحاول تقديم أهم التعريفات:

- لقد ورد تعريف الالتزام التنظيمي لغويًا بقاموس ويبستر بثلاثة تعريفات؛ الأول منها ارتبط بالإرسال والشحن وهو "الثقة بالتزام فرد معين لإيصال عهدة أو شحنة معينة". والثاني ارتبط به

الالتزام بالإنجاز أو اتمام أمر ما. أما الثالث وهو التعريف السائد حاليا في تحديد معنى الالتزام وهو حالة ارتهان أو ارتباط الفرد بمجموعة من المهام أو المبادئ أو الموافق المحددة. (Kiesler,1991 : 13)

ونظرا لتعدد وتباين المفاهيم التي توضح معنى الالتزام بشكل عام بغض النظر عن نوع هذا الالتزام، نستعرض أهمها في الجدول الموالي الذي يبين قائمة من التعاريف لعدد من الباحثين:

الباحث ، السنة: الصفحة	مفهوم الالتزام
Porter et al, 1974 :605	الرغبة القوية للبقاء عضوا في المنظمة ، والاستعداد للقيام بجهود كبيرة لصالحها ، والأيمان بها وتقبل قيمها وأهدافها.
Allen & Meyer, 1990 : 4.	الارتباط النفسي الذي يربط الفرد بالمنظمة مما يدفعه إلى الاندماج في العمل والى تبني قيم المنظمة.
Mowday, 1998 : 389	انغماس العامل في عمله ، ومقدار الجهد والوقت الذي يكرسه لهذا الغرض ، والى أي مدى يعد عمله جانبا رئيسا في حياته.
Iverson & Buttigieg, 1999 : 308	السلوكيات التي يقوم بها العامل وتدل على مدى التزامه بالقواعد الأخلاقية التي تحدد علاقتها بعمله وكذلك على الراحة النفسية والرضا عن شغله لوظيفته والاعتزاز بها وتفضيلها على غيرها من الوظائف الأخرى.
Meyer et al, 2002 : 25	إيمان قوي بأهداف المنظمة وقيم العمل فيها وقبول هذه الأهداف وتلك القيم والرغبة في بذل جهد معقول بالنيابة عن المنظمة والرغبة القوية للبقاء في المنظمة.

(15) يبين أهم التعريفات لمفهوم الالتزام التنظيمي

ويتضح من كل ما سبق انه على الرغم من الاختلاف والتباين في تحديد وبلورة معنى الالتزام كظاهرة ادارية، إلا أن هذه التعريفات في معظمها يسودها اتفاق عام يبرز الالتزام التنظيمي على أنه عملية الايمان بأهداف المنظمة وقيمها والعمل بأقصى طاقة لتحقيق هذه

الأهداف وتجسيد تلك القيم وهذا الاتفاق يؤكد أيضا أن الالتزام التنظيمي التزاما طوعيا ينبع عن ارادة الفرد وباختياره وليس التزاما قسريا يفرض عليه عن طريق قوي خارجية (سلامة، 1999: 10).

كما تبين أيضا أن الالتزام مفهوم متعدد الأبعاد، حيث يمكن أخذه كمحدد أو منبئ كما يمكن دراسة علاقته مع مفاهيم أخرى كالإداء ونية ترك العمل والتغيب، (Meyer et Allen, 1991: 61) كما يعتبر ذو أهمية للعامل وبالنسبة للمستخدم، فبالنسبة للعمال يستثمرون كل ما لديهم في عملهم بكثير من الإرادة عندما يكون مستوى الالتزام عاليا لديهم، وبالنسبة للمستخدمين، الالتزام في العمل يخدم مصالحا اقتصادية، حيث يعتبر الالتزام شرطا أساسيا لنجاح المؤسسة، فهو سلاح تنافسي يسهل تحقيق الأهداف المسطرة للمؤسسة. (Morrow et Mc Elory, 2007: 829)

كما يمكن أن يكون الالتزام هدفا يرمي إلى تحقيقه مسيري الموارد البشرية، وقد أشار إلى

ذلك

(Thévenet): "من الأهداف الهامة التي ترمي مختلف سياسات ووسائل وتقنيات تسيير

الموظفين إلى تحقيقها هو إلتزام العمال". (Thévenet, 2002 : 8)

لقد تعددت وتوعدت مفاهيم الالتزام التنظيمي وقد ألتفق الباحثون على أن مفاهيمه يمكن أن تندرج تحت ثلاث تناولات، ولإعطاء نظرة شاملة حول مفهوم الالتزام، لابدأ من العودة إلى أهم التناولات المفسرة له، والتي تتمثل في :

1. التناول السيكولوجي:

يركز هذا التناول على العلاقة بين الفرد والمنظمة، حيث يرى (Sheldon, 1971 : 145)

(أن الالتزام التنظيمي يمثل اتجاها يربط بين الفرد والمنظمة، ويرى (Mowdy, Porter et

(Steers, 1979 : 225 أن الالتزام التنظيمي يمثل درجة تطابق الفرد مع منظمته وارتباطه بها؛

ويرى (Vandewalle et al, 1995 : 215) أن الالتزام هو قوة الارتباط بين الفرد والمنظمة.

2. التناول التبادلي:

يرى هذا التناول أن الالتزام هو محصلة العلاقات التبادلية بين المنظمة والعمال من ناحية الاسهامات والمنافع، ويرى (HerbiniaK & Alutto, 1972 : 56) أن الالتزام يمثل ظاهرة تحدث نتيجة للعلاقات التبادلية بين الفرد والمنظمة. ويرى في نفس السياق (Angle & Perry, 1983:125) أن الالتزام ينظر إليه على أنه وسيلة للتبادل والمقايضة، أي أنه طبقاً لهذا التناول كلما زادت المصالح التبادلية من وجهة نظر الفرد كلما زادت درجة الالتزام التنظيمي.

3. التناول الاجتماعي السلوكي:

أما هذا التناول فيرى أن الالتزام التنظيمي يمثل رغبة الفرد كدور اجتماعي في بذل طاقاته وولائه للمنظمة كنظام اجتماعي. (Kanter, 1968 :503) كما ربط (Salanick, 1977 :213) الالتزام بالسلوك معتبراً أنه الحالة التي يصبح من خلالها الفرد مقيداً بأعماله والتي من خلالها يتم تدعيم أنشطة المنظمة وارتباط الفرد بها.

2. مكونات الالتزام التنظيمي:

تتعدد مكونات الالتزام ، حيث قدم كل من (Meyer & Allen, 1991 : 65) ثلاثة مكونات للالتزام التنظيمي وهي:

1.2. الالتزام العاطفي:

يعرف كل من "ماير وآلان" الالتزام كمجموعة من الاستعدادات العقلية والنفسية (أحاسيس ومعتقدات) الخاصة بعلاقة العامل بالمنظمة، ويمكن لهذه الحالة أن تعبر عن رغبة أو حاجة و/أو ضرورة البقاء كعضو في المنظمة، ويمكن وصفة من خلال ثلاثة عناصر : قبول القيم وأهداف المنظمة، و رغبة الفرد من بذل جهود غير عادية لصالح المنظمة ، و رغبة الفرد في الحفاظ على عضوية المنظمة ؛ ويعكس هذا البعد " ارتباط الفرد وتوافقه واحتوائه مع المنظمة التي يعمل بها ويتفق هذا المفهوم مع المدخل النفسي.

2.2. الالتزام المعياري:

يعكس هذا المكون " تعهد الفرد الأدبي بالبقاء في المنظمة بسبب القيم التي يعتنقها " . وتتبع هذه القيم من مصدرين هما : القيم التي يعتنقها الفرد قبل التحاقه بالمنظمة من الأسرة والثقافة

الاجتماعية، والقيم التي يكتسبها الفرد بعد التحاقه بالمنظمة والناجئة عن التطبيع التنظيمي. (Meyer & Allen, 1991 :66)

3.2. الالتزام الاستمراري:

أما هذا المكون فيعكس " ميل الفرد للاستمرار في العمل في المنظمة بسبب الخسائر التي سيتحملها إذا ترك المنظمة " ويتفق هذا المفهوم مع مدخل التبادل . فكما يرى (Allen & Meyer, 1996 :67) أن الالتزام هو الاندماج في أنشطة المنظمة مع الأخذ بعين الاعتبار التكاليف التي سوف يتحملها الفرد إذا ما ترك المنظمة.

3. خصائص الالتزام التنظيمي:

- من خلال ما سبق يمكن استخلاص الخصائص المشتركة لمختلف التناولات والتعريفات للالتزام التنظيمي، والتي تتمثل في:
- يعبر الالتزام التنظيمي عن استعداد الفرد لبذل أقصى جهد ممكن لصالح المنظمة، وورغبته الشديدة في البقاء بها، ومن ثم قبوله ايمانه بأهدافها وقيمتها.
- يشير الالتزام التنظيمي الى الرغبة التي يبديها الفرد للتفاعل الاجتماعي من اجل تزويد المنظمة بالحيوية والنشاط ومنحها الولاء.
- يمثل الالتزام التنظيمي شعورا داخليا يضغط على الفرد للارتباط بالمنظمة وللعمل بالطريقة التي يمكن من خلالها تحقيق مصالح المنظمة.
- يتضمن الالتزام التنظيمي ثلاثة أبعاد رئيسية وهي الرباط العاطفي أو الوجداني بين الفرد والمنظمة، والاستمرار والبقاء في العمل، والشعور بالواجب اتجاه المنظمة.
- يعبر الالتزام التنظيمي عن حالة غير محسوسة يستدل عليها من خلال ظواهر تنظيمية معينة تتضمن سلوك الافراد وتصرفاتهم وتجسد مدي ولائهم لمنظماتهم.
- يستغرق الالتزام التنظيمي في تحقيقه وقتا طويلا لأنه يجسد حالة قناعة تامة للفرد، كما أن التخلي عنه لا يكون نتيجة لتأثير عوامل سطحية طارئة، بل قد يكون نتيجة لتأثيرات استراتيجية ضاغطة.

- يتأثر الالتزام التنظيمي بمجموعة الصفات الشخصية والعوامل التنظيمية والظروف الخارجية المحيطة بالعمل.
- تتمثل مخرجات الالتزام التنظيمي في البقاء داخل المنظمة وعدم تركها ودرجة انتظام وحضور العاملين والأداء الوظيفي والحماس للعمل والاحلاص للمنظمة.

4. مراحل تطور الالتزام التنظيمي لدى العمال:

أشار (Porter et al, 1974 ; Meyer et al, 1993) إلى أن الالتزام التنظيمي يتطور لدى الأفراد العمال مروراً بثلاثة مراحل وهي:

1.4. مرحلة ما بعد التعيين المباشر (فترة التجربة):

في هذه المرحلة التي تكون مدتها عام تقريباً يكون العامل خاضعاً للإعداد والتدريب والاختبار ضمن سياسة الاندماج الوظيفي ، ويكون التوجه الرئيس في هذه الفترة هي الحصول على القبول الوظيفي والأمن الوظيفي من قبل المنظمة.

2.4. مرحلة العمل والإنجاز:

في هذه المرحلة التي تتراوح مدتها بين (2-4) سنوات يسعى الفرد إلى تأكيد مفهوم الإنجاز لديه ، وتتميز المرحلة هذه بالأهمية الشخصية والخوف من الفشل والعجز فضلاً عن ظهور قيم الالتزام للمنظمة والعمل.

3.4. مرحلة الثقة بالمنظمة:

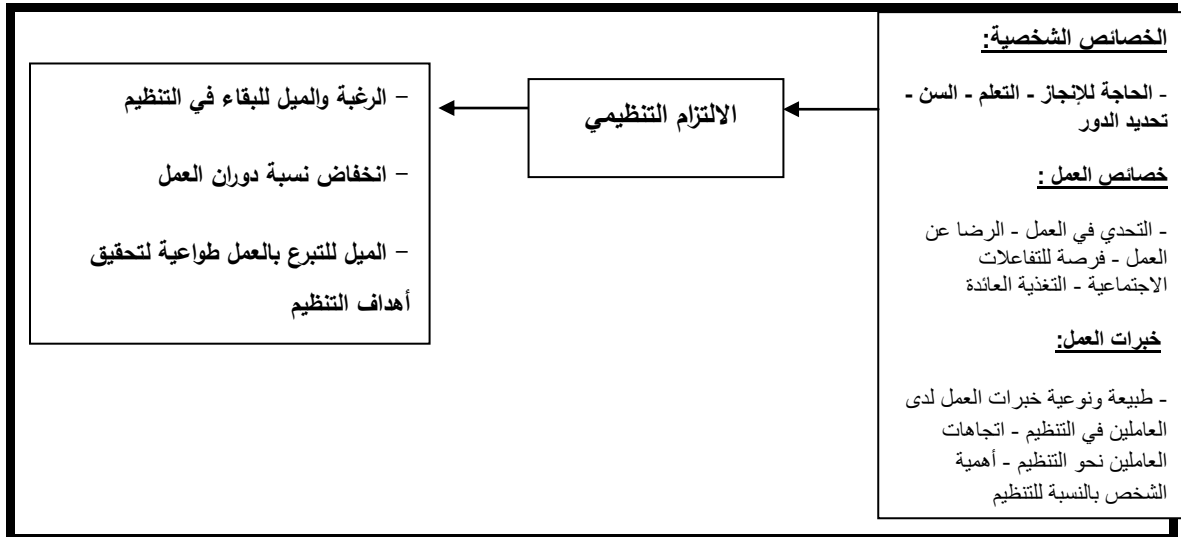
حيث تبدأ هذه المرحلة في السنة الخامسة من حياته الوظيفية في المنظمة وتمتد إلى ما بعد ذلك ، حيث تتعزز لدى الموظف اتجاهات الالتزام التنظيمي التي تكونت في المرحلة السابقة نحو المنظمة ، وفيها يتم الانتقال من مرحلة التكون إلى مرحلة النضج.

5. النماذج المفسرة للالتزام التنظيمي :

توجد العديد من الدراسات التي حاولت البحث في تفسير ظاهرة الالتزام التنظيمي سواء ما يتعلق بأسبابها أو بنتائجها أو موضوعها ، إلا أنها لم تستطع الخروج بمدخل أو نموذج محدد لدراسة الالتزام التنظيمي لذا فإن نكتفي بالتطرق إلى أهمها:

1.5. نموذج ستيرز (Steers, 1977) :

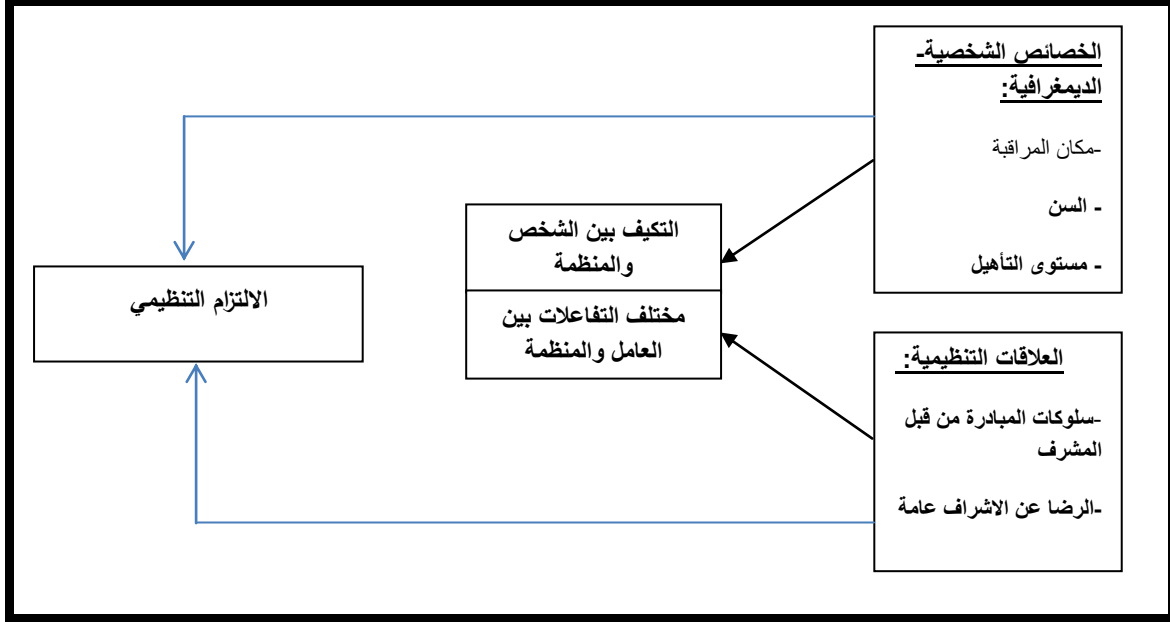
يرى ستيرز أن الخصائص الشخصية وخصائص العمل وخبرات العمل تتفاعل معاً كمدخلات، وتكون ميل الفرد للاندماج بمنظّمته ومشاركته لها واعتقاده القوي بأهدافها وقيمتها، وقبول هذه الأهداف والقيم، ورغبته الأكيدة في بذل أكبر جهد لها مما ينتج عنه رغبة قوية في عدم تركها، وانخفاض نسبة غيابه وبذل المزيد من الجهد لتحقيق أهدافه التي ينشدها. وقد بين ستيرز في نموذج العوامل المؤثرة في تكوين الالتزام التنظيمي وما يمكن أن ينتج عنه من سلوك متبعاً منهج النظم ومصنفاً هذه العوامل والسلوك في مجموعات كما يوضحها الشكل التالي:



(11) : يوضح نموذج ستيرز للالتزام التنظيمي

2.5. نموذج لوثنان وباك وتايلور (Luthans, Baak et Taylor, 1987) :

يوضح هذا النموذج أهم العوامل المفسرة في الالتزام التنظيمي كما يلي:



(12) : يوضح النموذج المقترح من قبل (Luthans, Baak et Taylor, 1987 : 221)

6. طرق قياس الالتزام التنظيمي :

طور بعض المهتمين بدراسة الالتزام وتحليله عددا من المقاييس بهدف قياس مستويات التزام الفرد بالمنظمة، وتباينت تلك المقاييس في طبيعتها ومكوناتها، ونحاول الاختصار على بعضها حسب التقسيم الذي اقترحه (خضير وآخرون، 1996: 79) كما يلي:

◀ **مقياس ثورنتون:** والذي تضمن 8 ثماني فقرات سداسية الاجابة لقياس الالتزام التنظيمي، كما تضمن 7 فقرات أخرى خماسية الاجابة تقيس الالتزام المهني.

◀ **مقياس بورتر وزملائه:** الذي أطلق عليه استبانة الالتزام التنظيمي ويتكون من 15 فقرة تستهدف قياس مكوناته: درجة التزام الأفراد بالمنظمة، وولائهم وإخلاصهم لها، والرغبة في مضاعفة الجهد لتحقيق أهداف المنظمة وقبولهم لها. حيث استعان في ذلك على سلم ليكرت لتحديد درجة الاستجابة، ويمكن استخدام المقياس لوصف الالتزام بشكل عام.

◀ **مقياس مارش ومافري:** الذين قدما مقياسا للالتزام التنظيمي مدى الحياة متمثلة بالأعراف والقيم ، ويتكون من 4 أربع فقرات، حيث يمكن استخدامه كأداة لقياس : إدراك الفرد لكيفية تعمق الالتزام

مدى الحياة، وتعزيز استحسان المنظمة، وحث الفرد على الالتزام بقيم العمل، والولاء لها حتى تقاعدة، وإبراز نية الفرد للبقاء في المنظمة.

◀ **مقياس جورج وزملائه:** وهو محاولة لقياس الالتزام التنظيمي لأعضاء هيئة التدريس من خلال 6 ستة فقرات خماسية الاجابة حيث تعبر كل فقرة عن قيمة من قيم الالتزام في التدريس وهي: استخدام المعرفة والمهارة، زيادة المعرفة في مجال التخصص، العمل مع الزملاء بكفاءة عالية، بناء سمعة جيدة كأستاذ، والعمل على مواجهة الصعوبات والتحديات، والمساهمة بأفكار جديدة في حقل التخصص.

◀ **مقياس ماير وآلان (Meyer et Allen, 1991):** فالملحظ من المقاييس السابقة، أن كل منها يقيس بعدا واحد من أبعاد الالتزام التنظيمي، إلا أنه توجد مقاييس تم تطويرها حديثا لتشمل الأبعاد الثلاثة للالتزام التنظيمي، وأهمها أكثرها استخداما المقياس الذي وضعه "ملير وآلان" سنة 1991، فحسب لأكرو (Lacroux, 2008) يتميز المقياس طوره "ماير وآلان" بقوة التمييز بين الأبعاد الثلاثة للالتزام التنظيمي، وقد استخدم في صورتيه الأولى الأصلية المتكونة من 24 فقرة موزعة بالتوازي بين الأبعاد الثلاثة (8 فقرات لكل بعد)، وصورته المعدلة والمختصرة على 18 فقرة موزعة كذلك بالتساوي بين الأبعاد الثلاثة للالتزام (6 فقرات لكل بعد). وتعتبر هذه الصورة الأخيرة الأكثر استعمالا من قبل الباحثين المهتمين بقياس الالتزام. (Fabre,1997 ; Durrieu et Roussel, 2002 ; Manville, 2005 ; Hauret, 2006)

2.3.2. الدافعية للإنجاز:

يمثل دافع الإنجاز أحد الجوانب الهامة في منظومة الدوافع المعرفية، والتي يعني بدراستها الباحثين في علم نفس التعلم، وعلم النفس الاجتماعي والشخصي، وقد نبعت دراسات الدافع للإنجاز من الجهود التي قام بها موري وزملاءه في الثلاثينيات في مجال الشخصية. (عبدالخالق و النيال، 1992). ويعرف موري الحاجة للإنجاز بأنها تشير إلى رغبة أو ميل الفرد للتغلب على العقبات، وممارسة القوى والكفاح لأداء المهام الصعبة بشكل جيد وبسرعة كلما أمكن ذلك، وفي ضوء هذا التعريف أوضح موري أن شدة الحاجة للإنجاز تتمثل في عده مظاهر، من أبرزها سعي

الفرد إلى القيام بالإعمال الصعبة، وتناول الأفكار وتنظيمها مع انجاز ذلك بسرعة وبطريقة استقلالية، وتخطي الفرد لما يقابله من عقبات وتفوقه على ذاته، ومنافسة الآخرين، والتفوق عليهم، وتقدير الفرد لذاته من خلال الممارسة الناجحة لما لديه من قدرات وإمكانات. وقد أشار موري أن الحاجة للإنجاز يطلق عليها إرادة القوى في كثير من الأحيان. وافترض أنها تنطوي تحت حاجة كبرى واشمل هي الحاجة إلى التفوق (خليفة، 1997).

ويعرف مكيلاند الدافع للإنجاز بأنه تكوين افتراضي يتضمن الشعور المرتبط بالأداء في مواقف تنافسية تهدف لتحقيق معايير الامتياز والتفوق. ويتضمن هذا الشعور جانبين هما: الدافع للنجاح، والخوف من الفشل رغبة من الفرد في التميز عن أقرانه. (قطامي، 1994)

فالدافع يعتبر استثارة مجددة تحدث تغييرا في الشعور، هذا الأخير هو حالة الإحساس الذي يمكن أن يكون إيجابيا أو سلبيا في طبيعته، وحين يكون الشعور في الاتجاه الإيجابي يكتسي الفرد الشعور بالراحة بعد إنجاز العمل، أما إذا كان في الاتجاه السلبي لا يرتاح الفرد ويكون في حالة توتر مستمر؛ هذا التغيير في الشعور يكون فيما بعد مرتبطا ومشروطا بمثير يجب أن يكون حاضرا عند حضور التغيير، وفي المستقبل وفي وضعيات مماثلة، يعيد نفس المثير خلق الحالة الشعورية التي ربطت أول مرة بالمثير، وبالتالي يلعب هذا المثير دور المنبه الذي يعلن إعادة ظهور الإحساس السلبي أو الإيجابي. وكلما تسبب المثير في شعور سلبي كلما تجنب الفرد الوضعية؛ وتجدر الإشارة إلى أن الأفراد يتفاوتون في قوة هذا الدافع، فهناك من يكون دافع الإنجاز لديهم قويا، وهناك من يكون لديهم ضعيفا.

ونظرا لأخذنا في هذه الدراسة أهم المظاهر لإعادة التكيف المهني المتمثلة في الالتزام التنظيمي والدافعية للإنجاز، نحاول هنا التركيز على نظريات الدافعية للإنجاز:

1. نظرية ماكيلاند في الشخصية والدافعية :

صاغ ماكيلاند واتكنسون (Mccllland et Atkison, 1953) نظرية عن دافع الإنجاز على أسس نظرية امبريقية جديدة، ويعد هذا الدافع بالنسبة لهم تكويناً افتراضياً يعني الشعور أو الوحدة بالأداء التقني ويعكس هذا الشعور متغيرين رئيسيين هما :

أ . الأمل في النجاح

ب. الخوف من الفشل وذلك من خلال السعي المبذول من الفرد بأقصى جهد من أجل النجاح وبلوغ الأفضل ويشغل دافع الإنجاز مساحة كبيرة في نموذج ماكيلاند وقد ظهر ذلك من خلال ما أجرى حوله من البحوث والدراسات، لذلك ظهرت توقعات مخالفة بخصوص الأشخاص الذين لا يتبنون وجهة الإنجاز الدراسي في حالة معينة عن سواهم (Korman, 1974 : 191)

ويتأثر دافع الإنجاز بعوامل رئيسة ثلاث عند قيام الفرد بالعمل وهذه العوامل هي:

- **الدافع للوصول إلى النجاح:** فالأفراد يختلفون في درجة هذا الدافع، كما يختلفون في درجة دافعيتهم لتجنب الفشل، فمن الممكن أن يواجه فردان المهمة نفسها يقبل أحدهما على أدائها بحماس، تمهيداً للنجاح، ويقبل لثاني بطريقة يحاول من خلالها تجنب الفشل وعندما تكون احتمالات النجاح أو الفشل ممكنة فإن الدافع للقيام بهذا النوع من المهمات يعتمد على الخبرات السابقة.

- **احتمالات النجاح :** فالمهمات السهلة لا تعطي الفرد الفرصة للمرور في خبرة النجاح إذ أن الأفراد لا يرون أن عندهم القدرة على أدائها وإما في حالة المهمات المتوسطة، فإن لفروق الواضحة في درجة دافع تحصيل النجاح تؤثر في الأداء على المهمة بشكل واضح ومتفاوت بتفاوت الدافع وبشكل عام يمكن التنبؤ بميل الشخص للوصول إلى الهدف الإنجازي أو ابتعاده عنه تحت مكونات ثلاثة هي:

أ. استعداد ثابت لدى الفرد النجاح أو تجنب الفشل.

ب. احتمالات الفرد الذاتية لبلوغ النجاح أو تجنب الفشل.

ج. قيمة الحافز الموجب أو السلبي للفشل والذي يؤدي إلى شعور الفرد بالنجاح أو الفشل ويعتمد ذلك على خبرة الفرد .

- **القيمة الباعثية للنجاح :** فالنجاح الذي يحققه الفرد يعمل كحافز، وكلما كانت المهمات صعبة فإن ذلك يشكل حافزاً أقوى تأثيراً من النجاح في المهمات الأقل صعوبة. (العبيدي، 1990 : 48).

2. نظرية اتكنسون في دافعية الإنجاز:

يمكن القول أن نظرية اتكنسون تركز على الدافعية المستثارة وهي السعي تجاه نوع معين من الإشباع أو تحقيق الهدف وبذلك يفترض اتكنسون أن الدافعية نحو الإنجاز دالة على متغيرات

ثلاث هي : قوة الدافع، توقع تحقيق الهدف والقيمة الحافزة المدركة، ويؤكد بأن الدافعية يتم اكتسابها منذ الطفولة وتبقى مستمرة إلى أن تصل إلى درجة ثابتة نسبياً. (النجداوي، 1991 : 24) فالسلوك المرتبط بالإنجاز لديه يعد ناتجاً لموقف صراعي أي أن السعي إلى مستوى من الامتياز أو التفوق يستثير كلاً من الأمل في النجاح والخوف من الفشل (محمد، 1977 : 22) وقد عبر عنه رياضياً بالمعادلة التالية: $TA = TS - TAF$

دافع الإنجاز = الأمل في النجاح - الخوف من الفشل (Buck, 1976 : 302) إذ إن :

TA: دافع الإنجاز

TS: الأمل في النجاح

TAF: الخوف من الفشل

3. نظرية واينر (Winer, 1960): وهي نظرية تكملية جاءت بالمنهج الذي يحلل فيه الأفراد أسباب السلوك، وفقاً لهذه النظرية، يمكن تقسيم خواص الإنجاز إلى بعدين مستقلين يتمثلا بمدى سيطرة أو تحكم الفرد في العمل وهذا الحكم هو نوع من أنواع السمات التي ترتبط بالعمل، فالقدرة إذن سمة داخلية وصعوبة في العمل سمة خارجية وبناء عليه يفسر (Winer) أن الاتجاه القوي عند الأفراد ذوي الدافع القوي للإنجاز يرجع إلى عوامل خارجية : مثل المجهود، أو القدرة على العكس من الأفراد ذوي الإنجاز المنخفض الذين يعززون تجنبهم لأداء المهمات إلى افتقارهم المقدرة. (Winer, 1971 : 20-37)

4. نظرية راينر ورايين (Ribin & Raynor, 1970):

تعد هذه النظرية إضافة جديدة لنظرية انكنسون وتؤكد على التوجه المستقبلي الذي يشترط فيه لأداء الأفراد من ذوي الإنجاز العالي يكون أفضل من أداء ذوي الإنجاز المنخفض، وتؤكد لنظرية على ما يتميز به الأفراد من ذوي الإنجاز العالي من نظرة مستقبلية مؤدية إلى الطموح والمثابرة والتفاؤل وتقدير الذات. (أحمد، 1981 : 15).

5. نظرية التوجه للمستقبل (Raynor, 1971) :

تنص هذه النظرية على أن المتفوقين من ذوي دافع الإنجاز المرتفع في الأعمال التي تتطلب جهداً ومثابرة ومتابعة، بينما لا يكون الأمر كذلك مع منخفضي الدافع للإنجاز بسبب افتقارهم لسمة التوجه في المستقبل. (Raynor, Rubin, 1971 :18-33)

ثم جاء ميهر (Maehher, 1974) وصاغ تصوراً نظرياً لدراسة الدافعية للإنجاز في إطار الثقافة التي يدرسها وقدم في هذا الموضوع ثلاث استراتيجيات متاحة هي:

- الاستراتيجية الأولى: تتمثل في الرسم التخطيطي الآتي:

ت _____ ش _____ د

إذ إن ت: الثقافة أو خبرات التعلم الاجتماعي التي ينمو من خلالها الفرد اجتماعياً.

ش: الشخصية أو الاستعدادات المفترضة لاستجابة بطريقة محددة.

د: الميل للملاحظ لإظهار سلوك محدد في المواقف المختلفة لما يسمى بالدافعية.

- الاستراتيجية الثانية ويمكن تمثيلها بالرسم التخطيطي الآتي:

م _____ ش _____ د

إذ إن م: الموقف أو السياق الذي له تأثير يمكن إثباته والتحقق منه على الدافعية للإنجاز.

ش: الشخصية ويكون التركيز على الموقف.

د: الدافعية كنمط سلوكي.

- الاستراتيجية الثالثة: وتمثل التوليف بين الصورتين السابقتين ويمكن تمثيلها بالرسم

التخطيطي الآتي:

ت = س = م = د

إذ أن ت الثقافة: س = الاستعدادات التي تتفاعل مع الموقف م = تؤدي إلى سلوك دافعي د =

الدافعية كنمط سلوكي وقد أشار عقيل إلى أن الفرد المنجز يمتاز بما يلي:

- الميل إلى تحمل المسؤولية الشخصية والتوصل إلى حلول للمشكلات التي تعترضه

- الميل إلى السعي من أجل الحصول على تغذية راجعة لما أنجزه.

(عقيل، 1987: 17)

6. نظرية كوكلا (Kuakla, 1972) :

سارت هذه النظرية باتجاه واينز نفسه ، وفسرت دافع الإنجاز بطريقة تختلف عن نظرية سون، فقد ساوت ناتج الدافع للإنجاز بمفهوم القدرة المدركة، فعندما تدرك سهولة العمل، فإن اتكن الأفراد الذين يتمتعون بارتفاع لدافع الإنجاز أو يعتقدون بأن قدراتهم عالية سوف يتوقعون جهداً بسيطاً لضمان النجاح أما الأفراد الذين يتميزون بانخفاض ناتج دافعيتهم للإنجاز يتوقع لهم بذل جهداً أكبر لضمان النجاح، كما يمكن التنبؤ بأن من يتمتع بدافع مرتفع للإنجاز سوف يكون أداءه أفضل ممن يتصفون بدافع منخفض حينما يدركون صعوبة العمل . (Kuakla, 1972 : 166) .
ويعد كل من الميل إلى الاقتراب من النجاح والميل إلى تفادي الفشل في مختلف الوضعيات ميلين متضاربين، لذا فإن نتيجة هذين الميلين أي دافعية الانجاز مرتبطة بتغلب أحد الميلين عن الآخر. وفي هذا الصدد قام آكنسون (Fertchak, 1996) بتحويل النتائج المتحصل عليها والمرتبطة بنتيجة تضارب الميلين إلى قيم Z ، فكانت النتائج كما يلي:

دافعية النجاح (+)	دافعية الفشل (-)	دافعية النجاح
قوية	ضعيفة	قوية
قوية	قوية	وسطية
ضعيفة	ضعيفة	وسطية
ضعيفة	قوية	ضعيفة

(16): ارتباط دافعية الانجاز بدافعية التقرب من النجاح ودافعية تجنب الفشل.

(Fertchak, 1996 : 131)

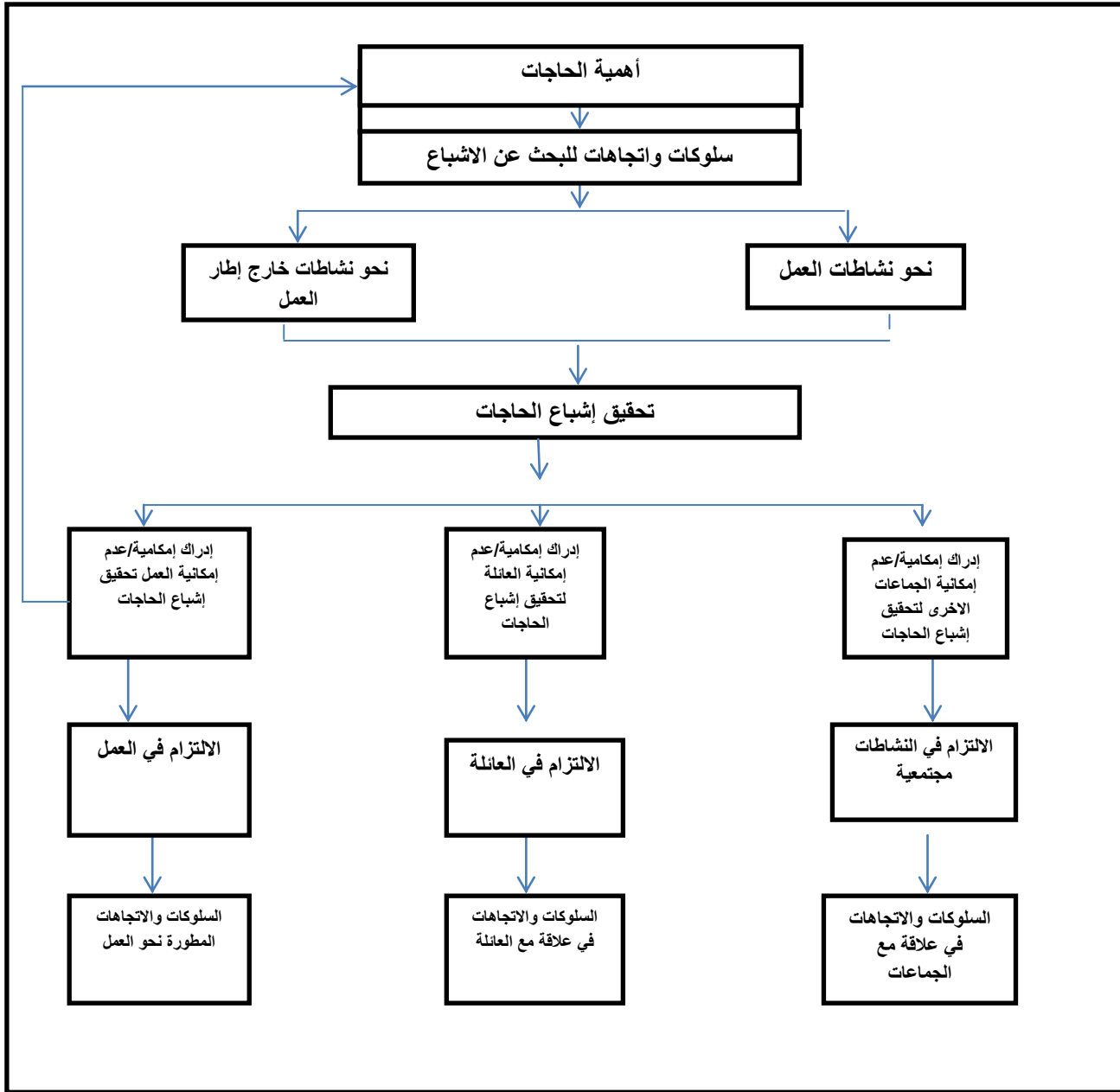
ويمكن القول بشكل عام أن الدافعية مهمة لتفسير عملية التعزيز وتحديد المعززات وتوجيه السلوك نحو هدف معين، المساعدة في التغييرات التي تطرأ على عملية ضبط المثير (تحكم المثيرات بالسلوك) المثابرة على سلوك معين حتى يتم إنجازه. كما أن الدافعية تلعب الدور الأهم في مثابرة الإنسان على انجاز عمل ما، وربما كانت المثابرة من أفضل المقاييس المستخدمة في تقدير مستوى الدافعية عند هذا الإنسان. إن الدافعية بهذا المعنى تحقق أربع وظائف رئيسية، وهي:

1. الدافعية تستثير السلوك: فالدافعية هي التي تحث الإنسان على القيام بسلوك معين، مع أنها قد لا تكون السبب في حدوث ذلك السلوك، وقد بيّن علماء النفس أن أفضل مستوى من الدافعية (الاستثارة) لتحقيق نتائج إيجابية هو المستوى المتوسط، ويحدث ذلك لأن المستوى المنخفض من الدافعية يؤدي في العادة إلى الملل وعدم الاهتمام، كما أن المستوى المرتفع عن الحد المعقول يؤدي إلى ارتفاع القلق والتوتر، فهما عاملان سلبيان في السلوك الإنساني.
2. الدافعية تؤثر في نوعية التوقعات التي يحملها الناس تبعاً لأفعالهم ونشاطاتهم؛ وبالتالي فإنها تؤثر في مستويات الطموح التي يتميز بها كل واحد منهم. والتوقعات بالطبع على علاقة وثيقة بخبرات النجاح والفشل التي كان الإنسان قد تعرض لها.
3. الدافعية تؤثر في توجيه سلوكنا نحو المعلومات المهمة التي يتوجب علينا الاهتمام بها ومعالجتها، وتدلنا على الطريقة المناسبة لفعل ذلك. إن نظرية معالجة المعلومات ترى أن الطلبة الذين لديهم دافعية عالية للتعلم ينتبهون إلى معلمهم أكثر من زملائهم ذوي الدافعية المتدنية للتعلم (والانتباه كما هو معلوم مسألة ضرورية جداً لإدخال المعلومات إلى الذاكرة القصيرة والطويلة المدى). كما أن هؤلاء الطلبة يكونون في العادة أكثر ميلاً إلى طلب المساعدة من الآخرين إذا احتاجوا إليها. وهم أكثر جدية في محاولة فهم المادة الدراسية وتحويلها إلى مادة ذات معنى؛ بدلاً من التعامل معها سطحياً وحفظها حفظاً ألياً.
4. الدافعية - بناء على ما تقدم من وظائف - تؤدي إلى حصول الإنسان على أداء جيد عندما يكون مدفوعاً نحوه. (علاونة، 2004: 204، 205)

العلاقة بين الالتزام التنظيمي والدافعية في العمل:

تبين سابقاً أن الحاجات تولد نوع من حالة التنشيط الداخلي والتي تسير السلوكيات لدى الفرد الذي سيعمل على إشباع تلك الحاجات من خلال سلوكيات تنشيط وأخرى توجه الفرد. والالتزام له وظيفة التوجيه لطاقت الفرد لتحقيق إشباع الحاجات. أي أنه يتدخل بشكل أساسي في التوجيه في سيرورة الدافعية، والمنتظر من العمل تنتج عن حاجات الفرد وتوجهها وكذا عن درجة الالتزام في العمل الذي هو بدوره أن ينتج عن التصور حول الذات وحول العمل. وفي هذا الصدد اقترح (Kanungo, 1979) شكلاً يوضح فيه العلاقة الدينامية بين أهمية الحاجات والسلوكيات

والاتجاهات الهادفة إلى تحقيق الرضا في الوضعيات المعاشة والتي تحدد بدورها درجة الالتزام في العمل، كما يلي:

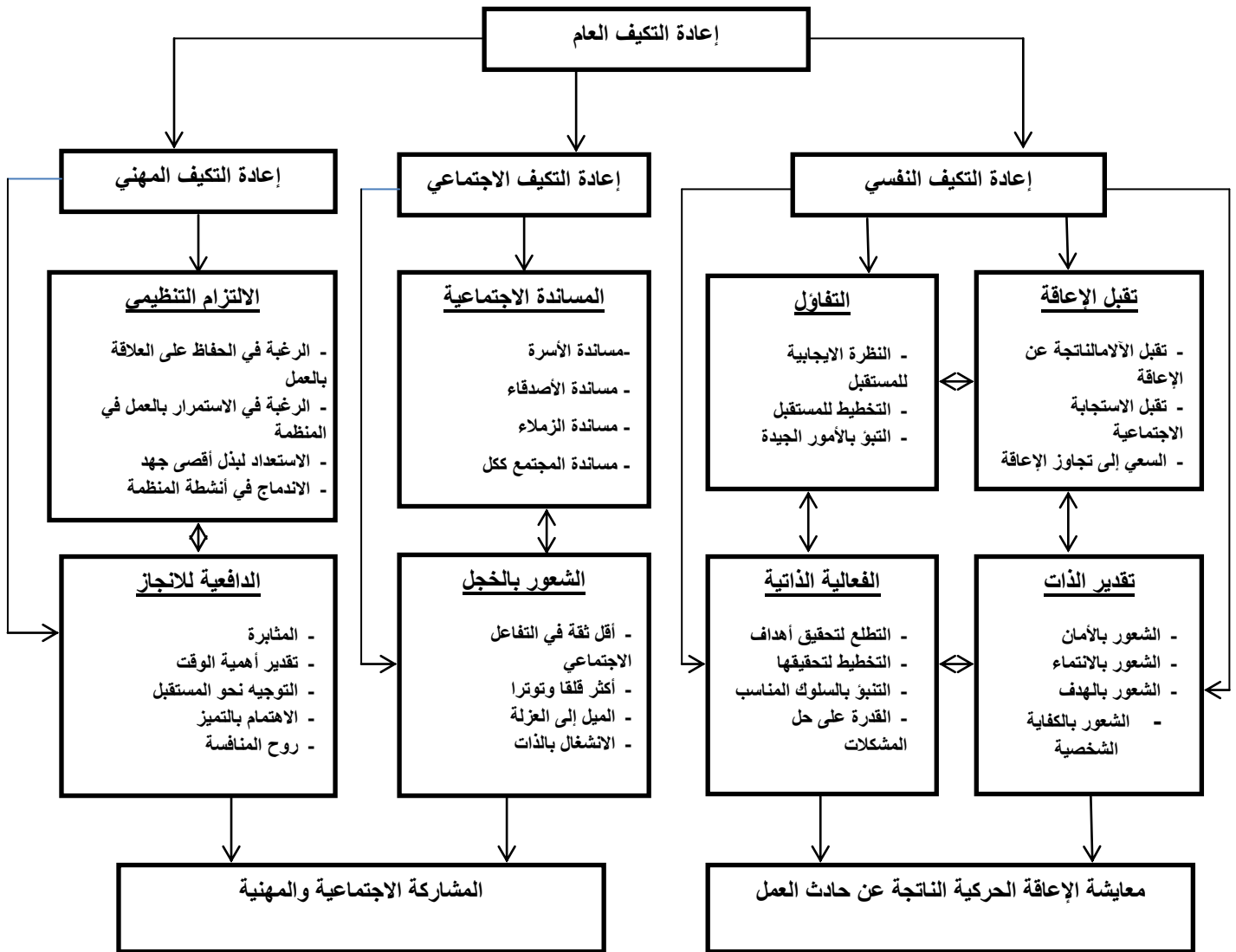


(13) يوضح العلاقة بين الدافعية في العمل والالتزام مقترح من قبل (Kanungo, 1979) عن (Levy -

Leboyer, C et Sperandio, J.C, 1987 :426)

خلاصة الفصل:

لقد تبين من خلال الإطار النظري المتعلق بتحليل إعادة التكيف العام لدى العامل ذي الإعاقة الحركية بسبب حوادث العمل يتحقق من خلال تحقيق إعادة التكيف النفسي وإعادة التكيف الاجتماعي وإعادة التكيف المهني، والتي يمكن تلخيصها في الشكل التالي:



(14) المظاهر النفسية والاجتماعية والمهنية لإعادة التكيف لدى العامل ذوي إعاقة حركية

بسبب حوادث العمل

الباب الثاني

الدراسة الميدانية

الفصل الرابع

منهجية الدراسة وإجراءاتها

تمهيد

1. أسئلة البحث
2. فرضيات البحث
3. منهج البحث
4. الدراسة الاستطلاعية
5. المجتمع الأصلي وعينة البحث
6. الاجراءات العملية لسير الدراسة الميدانية
7. تقنيات جمع البيانات
 - 1.7. استمارة المعلومات
 - 2.7. سلم تقييم درجة الإعاقة الحركية
 - 3.7. مقياس إعادة التكيف النفسي
 - 4.7. مقياس إعادة التكيف الاجتماعي
 - 5.7. مقياس إعادة التكيف المهني
 - 6.7. شبكة ملاحظة ارغونومية
 - 7.7. استبانة تقييم محتوى برامج إعادة التأهيل الوظيفي
8. الأساليب الاحصائية المستخدمة في معالجة البيانات الميدانية

تمهيد:

ساهم الإطار النظري لإشكالية إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني للعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل في توضيح سيرورة هذه العملية ومراحلها وأهدافها. ولما كانت المعالجة النظرية لا تكفي للإجابة على كل التساؤلات المطروحة في الدراسة، لجأنا إلى المعالجة الميدانية للإجابة عن تلك التساؤلات، وإن كان ذلك يتوقف على المنهجية المتبعة وإجراءاتها.

نتناول في هذا الفصل منهجية الدراسة المتبعة بدءاً بفرضيات البحث والمنهج المتبع بالإضافة إلى التعريف بمجتمع الدراسة وكيفية اختيار عينة الدراسة وخصائصها، وكذا عرض الإجراءات التي استخدمت لبناء تقنيات جمع بيانات الدراسة والتحقق من خصائصها السيكومترية، ونتائج الدراسة الاستطلاعية، ثم نشير في الأخير إلى ظروف تطبيق الدراسة الميدانية والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة البيانات.

1. أسئلة البحث: نذكر أولاً بتساؤلات الدراسة ، والمتمثلة في:

1- ما هو مستوى إعادة التكيف لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل؟ وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات إعادة التكيف لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة، العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر؟

2- ما هو مستوى إعادة التكيف النفسي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل؟ وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات إعادة التكيف النفسي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة، العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر؟

3- ما هو مستوى إعادة التكيف الاجتماعي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل؟ وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات إعادة التكيف الاجتماعي

لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة، العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر؟

4- ما هو مستوى إعادة التكيف المهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل؟ وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات إعادة التكيف المهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة، العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر؟

5- هل توجد علاقة بين الأبعاد الثلاثة لإعادة التكيف (أي بين إعادة التكيف النفسي وإعادة التكيف الاجتماعي وإعادة التكيف المهني)؟

6- هل توجد علاقة بين التكيف بالعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وإعادة تكيفهم النفسي والاجتماعي والمهني؟

2. الفرضيات: كإجابات مؤقتة عن التساؤلات المطروحة في الإشكالية نفترض ما يلي:

1. تتصف إعادة التكيف العام لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل بأبعادها الثلاثة بالاعتدال (أي المستوى الوسط)

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في إعادة التكيف العام لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل تبعاً للسن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة، العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر.

3. يوجد ارتباط ذو دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 بين أبعاد إعادة التكيف الثلاثة فيما بينها (إعادة التكيف النفسي وإعادة التكيف الاجتماعي وإعادة التكيف المهني)

4. تتصف إعادة التكيف النفسي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل بمظاهرها الأربعة بالاعتدال (أي المستوى الوسط)

5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في إعادة التكيف النفسي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل تبعا للسن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة، العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر.

6. يوجد ارتباط ذو دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 بين مظاهر إعادة التكيف النفسي الأربعة فيما بينها (تقبل الإعاقة، التفاؤل، تقدير الذات، والشعور بالفعالية الذاتية)

7. تتصف إعادة التكيف الاجتماعي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل ببعديها بالاعتدال (أي المستوى الوسط)

8. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في إعادة التكيف الاجتماعي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل تبعا للسن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة، العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر.

9. يوجد ارتباط ذو دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 بين مظاهر إعادة التكيف الاجتماعي فيما بينها (المساندة الاجتماعية والخلج)

10. تتصف إعادة التكيف المهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل ببعديها بالاعتدال (أي المستوى الوسط)

11. وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في إعادة التكيف المهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل تبعا للسن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة، العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر.

12. يوجد ارتباط ذو دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 بين مظاهر إعادة التكيف المهني فيما بينها (الالتزام التنظيمي والدافعية للإنجاز)

13. يوجد ارتباط ذو دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 الأبعاد الثلاثة لإعادة التكيف (أي بين إعادة التكيف النفسي وإعادة التكيف الاجتماعي وإعادة التكيف المهني)

14. توجد علاقة بين التكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وإعادة تكيفهم النفسي والاجتماعي والمهني.

3. منهج الدراسة:

يعتبر المنهج المستخدم في أي دراسة علمية من الأساسيات التي يعتمد عليها الباحث في دراسته، ويرتبط اختيار المنهج أساساً بطبيعة الموضوع الذي يتناوله الباحث. وتوسى الدراسة الحالية إلى وصف مستويات إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل كما هي في الواقع، بإظهار مختلف جوانبها أو أبعادها، ثم الكشف عن الفروق في تلك المستويات وفقاً لبعض العوامل الشخصية، والكشف عن العلاقات بين مختلف أبعاد إعادة التكيف، ودور التكفل في تحقيق إعادة التكيف؛ وفي ضوء طبيعة الدراسة والبيانات المراد الحصول عليها، وفي ضوء الأسئلة التي انطلقت منها الدراسة والتي تسعى للإجابة عنها، استعملت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، ويقوم هذا المنهج على تجميع البيانات والمعلومات والآراء والحقائق، التي تعمل على وصف الظاهرة أو المشكلة التي هي محل الدراسة وصفاً شاملاً يتضمن العوامل والمتغيرات المؤثرة فيها والمتأثر بها، والفروع التي يكمن الحل فيها، وأياً أفضل للاستخدام. (دويدار، 1999: 51)

ويعد المنهج الوصفي التحليلي من أكثر المناهج استخداماً، خاصة في مجال البحوث التربوية والنفسية والاجتماعية، حيث يهتم بجمع أوصاف دقيقة وعلمية للظاهرة المدروسة، ووصف الوضع الراهن وتفسيره، كما يهدف إلى دراسة العلاقة القائمة بين الظواهر المختلفة، ولا يقتصر المنهج الوصفي على وصف الظاهرة فقط بل يحلل ويفسر ويربط بين مدلولاتها للوصول إلى الاستنتاجات المتعلقة بالدراسة والتي تساهم في فهم الواقع وتطويره. (باهي، 2000: 83)

4. الدراسة الاستطلاعية:

نظرا لأهمية الدراسة الاستطلاعية باعتبارها الخطوة الأساسية في البحث العلمي، إذ من خلالها يمكن للباحث تجربة وسائل بحثه للتأكد من سلامتها ودقتها ووضوحها. (مختار، 1995: 47) فهي الدراسة التي تسبق الدراسة الميدانية الأساسية، التي تسمح من ناحية -خاصة بالنسبة إلى البحوث السيكولوجية- بالتأكد من الخصائص السيكومترية للتقنيات المستخدمة في جمع البيانات السيكولوجية ، وبالتالي ضمان دقة وموضوعية النتائج التي يتحصل عليها الباحث في النهاية.

إن هذه الأهمية للدراسة الاستطلاعية، جعلت منها أول خطوة في دراستنا الميدانية ، وقد كان الهدف منها :

- قياس مستوى صدق وثبات مقياس إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، ومعرفة مختلف ظروف تطبيق تقنيات جمع البيانات. وذلك من خلال التأكد من مدى:

- وضوح البنود وملاءمتها لمستوى العينة وخصائصها
- وضوح التعليمات
- دراسة الخصائص السيكومترية للمقياس المستخدم (الصدق والثبات)

- معرفة حجم المجتمع الأصلي (العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل العاملين بقطاع التوظيف العمومي والقطاع العام)

- التعرف على مختلف الهيئات والمؤسسات التي تساهم في سيرورة إعادة التكيف لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل

- أخذ فكرة مسبقة لظروف إجراء الدراسة الميدانية الأساسية، وبالتالي تفادي بعض الصعوبات التي قد تواجهنا

- زيارات استطلاعية للهيئات المعنية بإعادة التكيف الطبي للعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل.

- إجراء مقابلة مع مختصين في الفريق الطبي المكلف بإعادة التكيف الطبي (إعادة التأهيل الوظيفي) للعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل على مستوى المؤسسات

الاستشفائية المتخصصة الشاطئ الأزرق بزرالدة، والعيادة المتخصصة في طب العظام (Orthopédie) وفي إعادة الترتيب الوظيفية لضحايا حوادث العمل بوهران.

- إجراء مقابلة مع الطبيب المستشار بالضمان الاجتماعي للتعرف على حجم المجتمع الأصلي، ودراسة ملفاتهم بهدف اختيار عينة ممثلة للمجتمع الأصلي.

ومما استخلص من إجراء الدراسة الاستطلاعية أنه بالنسبة إلى :

أولاً: إعادة التدريب الطبي والوظيفي للعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل:

لقد سبق وأشرنا في الجانب النظري، أن عملية إعادة التكيف لدى العامل المعوق حركياً بسبب حادث عمل تبدأ بإعادة تكيفه الطبي، حيث أن العامل المصاب بحادث عمل ينقل مباشرة إلى مصلحة طبية إثر إصابته، لتلقي العلاج الذي تستدعيه حالته (سواء علاج إكلينيكي، أو جراحة، أو إعادة تأهيل وظيفي، أو كلها...).

وتعتبر هذه المرحلة أولية وهامة جداً في سيرورة إعادة تكيف العامل بصفة عامة. لذلك، ارتأت الباحثة الوقوف عند هذه المرحلة ومحاولة التعرف على أهم جوانبها، والكشف عن محتوى برامج إعادة التأهيل الوظيفي، وبما أن العامل المصاب بحادث عمل قد يوجه إلى المستشفى أو إلى عيادات أو مراكز خاصة لتلقي العلاج الطبي من جهة، وإعادة تأهيل وظيفي من جهة أخرى إذا اقتضت حالته ذلك، قامت الباحثة بزيارات ميدانية إلى المستشفيات المتخصصة (المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في إعادة التأهيل الوظيفي الشاطئ الأزرق) والعيادات أو المراكز المتخصصة (العيادة المتخصصة في طب العظام وفي إعادة الترتيب الوظيفية لضحايا حوادث العمل بمسرغين ولاية وهران) لمعرفة إذا ما كانت هناك فروق بينها، وكانت النتائج كما يلي:

1. إعادة التدريب الطبي للعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل على مستوى العيادة المتخصصة في طب العظام وفي إعادة التربية الوظيفية لضحايا حوادث العمل

بعد الحصول على تسريح إداري من مديرية الضمان الاجتماعي لزيارة العيادة، باعتبار أن هذه الأخيرة تابعة إداريا إلى مديرية الضمان الاجتماعي، أجرت الباحثة الزيارة الميدانية إلى تلك العيادة في الفترة الممتدة (بين 30 جوان و 3 جويلية 2012) ، واعتمدت في ذلك إجراء مقابلات مع مدير العيادة، ومع الفريق الإداري والطبي العامل في العيادة (مكلفة بالإحصائيات، رئيس مصلحة العلاج الحركي الفيزيائي Kinésithérapie ، طبيب مختص في إعادة التربية الوظيفية Rééducation fonctionnelle، ومختص في العلاج الحركي الفيزيائي، ومختصة نفسانية) وكان الهدف معرفة السيرورة التي يمر بها العامل المصاب بحادث عمل عندما يوجه إلى هناك، وتبين لنا من خلال نتائج المقابلات أن سيرورة إعادة التأهيل الوظيفي للعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل تتم كما يلي:

- توجيه العامل المعوق حركيا بسبب حادث عمل إما من مصلحة الاستعجالات على مستوى المستشفى الذي نقل إليه العامل إثر إصابته، فبعد تشخيص حالته وتقديم علاج طبي عاجل، وإما من قبل الطبيب المستشار لدى الضمان الاجتماعي.

تستقبل العيادة المصاب بحادث عمل في مصلحة الفحص ويتم تسجيله وفحصه وتقييم وضعه الصحي من قبل الطبيب المختص في إعادة التربية الوظيفية، فحسب الحالة، قد يوجه العامل إلى مصلحة العمليات الجراحية، أو إلى مصلحة إعادة التربية الوظيفية، وفي هذه الحالة، يقوم الطبيب المختص بتخطيط سلسلة من الحصص التدريبية اللازمة للعامل، حتى يستعيد قدراته أو بعض القدرات الممكنة، ويشرف المختص في العلاج الحركي الفيزيائي على تطبيق تلك الحصص.

- والعامل الموجه إلى إجراء عملية جراحية، قد يحتاج إلى حصص تدريبية، حسب حالته.

- خلال تلقي المصاب الحصص التدريبية اللازمة، يقوم الطبيب المختص بمراقبة وتقييم النتائج التي يحققها المصاب، كما يتلقى العامل خلال تلك الفترة حصصا مع المختصة النفسانية (وهنا الإشارة إلى أهمية دور المختص النفساني طوال الفترة العلاجية للعامل المصاب بحادث عمل، فمثلا قبل العملية الجراحية وبعدها، وكذا قبل الحصص التدريبية وخلالها وبعدها، فحسب

المختصة النفسانية، يرفض بعض المصابين إجراء عملية جراحية، ولا يتقبل البعض الحصص التدريبية)

- بعد تلقي العامل المصاب ما يلزمه من حصص تدريبية، يتخذ الفريق الطبي قرارا حول العامل، فقد:

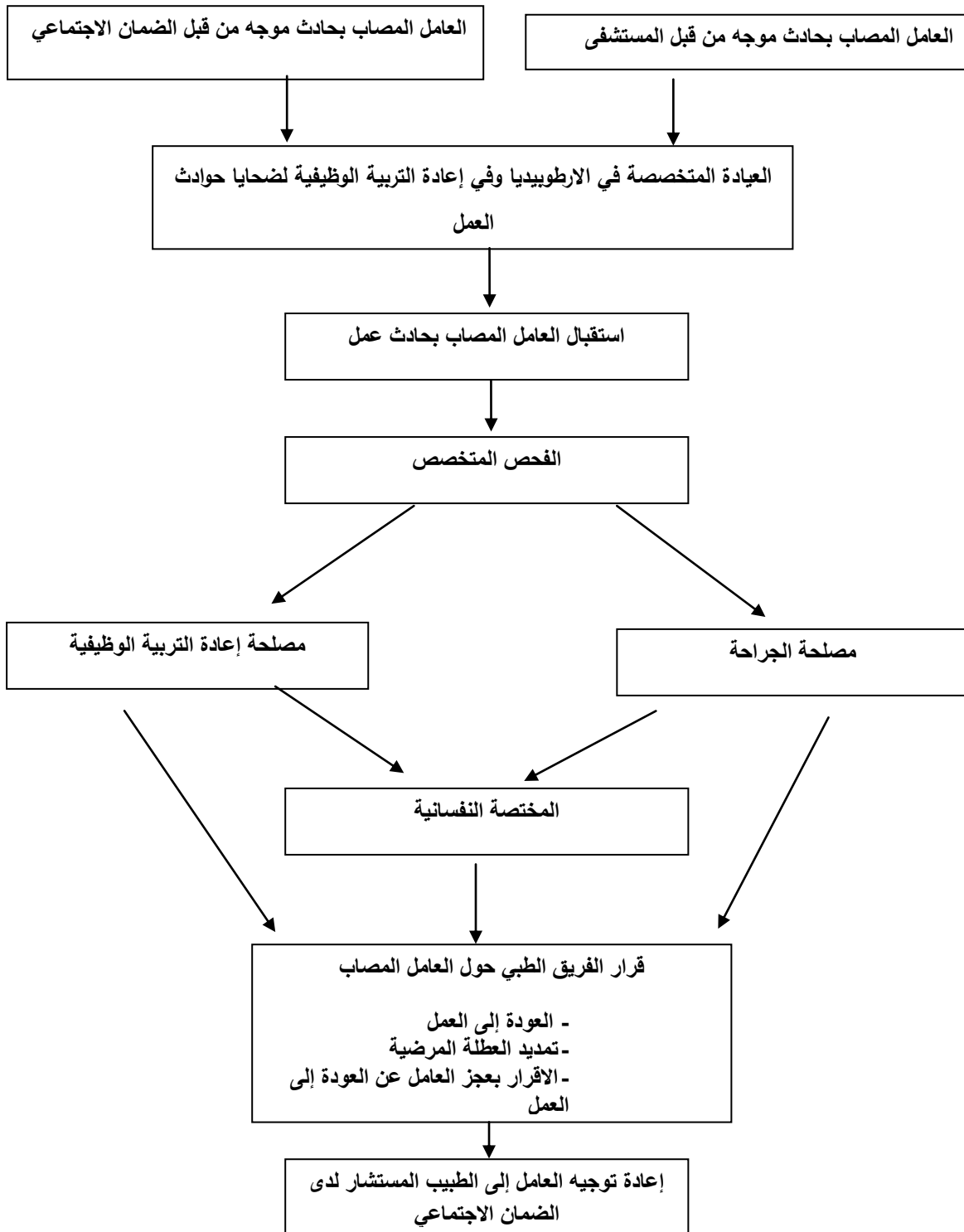
- يعود إلى العمل (إلى نفس المركز أو إلى مركز مكيف أو إلى مركز آخر)،

- أو تمدد عطلته المرضية

- أو الإقرار بعجزه عن العودة إلى العمل.

علما أنه قبل ذلك، يتم إعادة توجيه العامل إلى الطبيب المستشار لدى الضمان الاجتماعي.

ويمكن تمثيل هذه السيرورة في المخطط التالي:



(15) مخطط لسيرورة إعادة التأهيل الوظيفي للعمال المصابين بحوادث العمل لعيادة مسرغين.

(من انجاز الباحثة)

2. إعادة التكيف الطبي للعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل على مستوى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (الشاطيء الأزرق):

بعد موافقة مدير المؤسسة على طلب الزيارة الميدانية، توجهت الباحثة إلى مختلف المصالح للحصول على المعطيات اللازمة، بهدف التعرف على سيرورة إعادة التأهيل الوظيفي للمعوقين حركيا بسبب حوادث العمل في هذه المؤسسة، وأجرت مقابلات مع كل من (رئيس مكتب الدخول، المكلفة بالإحصائيات، الأخصائية النفسانية، الطبيب المختص في إعادة التأهيل الوظيفي، المختص في العلاج الحركي الفيزيائي، المختصة في العلاج بالتمهين والعمل Ergotérapeute)، وقد تمت هذه الزيارة الميدانية في الفترة الممتدة بين 18 و 25 جوان 2013؛ ومن بين ما استخلص من خلال تحليل محتوى المقابلات مايلي:

- أن المؤسسة تقوم بمعالجة كل العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بغض النظر إذا ما كانت الإعاقة بسبب حوادث العمل أم لا، فلمعرفة عددالعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل مثلا لسنة 2012، تم فحص سجل المرضى، حيث لا توجد أي ملاحظة أن المعوق حركيا بسبب حادث عمل، لكن بمساعدة الطبيب المختص في إعادة التأهيل الوظيفي ورئيس الوحدة الذين تعرفوا على أسماء العمال المصابين بحوادث العمل من خلال التواصل مع المرضى، تبين أنه في 2012، تم استقبال 10 حالات في وحدة الاستشفاء رجال.

- أن دور الأخصائية النفسية هام جدا في سيرورة إعادة التكيف الطبي للمعوقين حركيا بسبب حوادث العمل، فهناك حالات لا تتقبل الاستشفاء أو الجراحة أو حتى حصص العلاج الفيزيائي الحركي، يتم توجيهها إلى الأخصائية النفسية، ويمكن حصر دور هذه الأخيرة في:

- ✓ المساعدة على تقبل الاستشفاء
- ✓ المساعدة على تقبل العلاج الفيزيائي الحركي
- ✓ المساعدة على تقبل الإعاقة (وهنا تجدر الإشارة إلى مثال حي: ذكر يبلغ 50 سنة من عمره، يعمل في مجال البناء تعرض لحادث عمل -سقوط من الطابق الثالث-، بعد إجراء العملية الجراحية وبعد تلقي العلاج، تبين أن العامل لن يتمكن من المشي مرة أخرى، فطلب الطبيب من الأخصائية أن تبلغه بذلك، واعتمدت هذه الأخيرة عدة حصص لتبلغه بالتدريج حتى يتمكن من

تقبل إعاقته وتقبل حالته الجديدة، وتمكن في الأخير من ذلك، وخطط أن يفتح متجرًا صغيرًا أمام منزله)

✓ تطبيق اختبارات كاختبار تقدير الذات.

وعموماً تعتمد الأخصائية مع مثل هذه الحالات العلاج الإسنادي، من خلال رفع تقدير الذات والتصغير من حجم المشكل.

- أن أغلب الحالات لا تعود بعد مغادرة المستشفى.

- أن الطبيب المختص في إعادة التأهيل الوظيفي، يهتم أكثر بنوع الإعاقة الحركية دون النظر في سبب الإعاقة، أي أن العامل المعوق حركياً بسبب حادث العمل، يتم التكفل بإعاقته الحركية بغض النظر عن مركز عمله أو عن سبب إصابته.

- تبين من خلال المقابلة مع المعالج الفيزيائي الحركي، والتي كان الهدف منها معرفة محتوى

برامج إعادة التأهيل الوظيفي للمعوقين حركياً بسبب حوادث العمل، مايلي:

▪ يزود برنامج التأهيل الوظيفي للمعوقين حركياً بالمهارات اللازمة لأداء المهنة.

▪ يتناسب برنامج التأهيل الوظيفي ونوع الإعاقة الحركية.

▪ يراعي برامج التأهيل الوظيفي الاحتياجات الخاصة لكل معوق حركياً.

▪ يتناسب برنامج التأهيل الوظيفي مع قدرات وميول العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة .

▪ يوازن برنامج التأهيل الوظيفي بين الجوانب النظرية والتطبيقية

▪ تؤدي برامج التأهيل إلى تغيير فكرة الناس عن المعوقين

▪ يتناسب محتوى البرنامج مع المدة المحددة للعلاج الفيزيائي الحركي

▪ لا توجد ورش للتدريب على المهنة داخل المستشفى.

▪ لا يتوفر في المستشفى متخصصين لمساعدة المعوق حركياً في اختياراً لمهنة مناسبة

▪ يقدم المستشفى الخدمات المساعدة الضرورية لعمليات التأهيل الوظيفي

▪ لا تقوم إدارة المستشفى بمتابعة ومراقبة عمليات التأهيل المهني

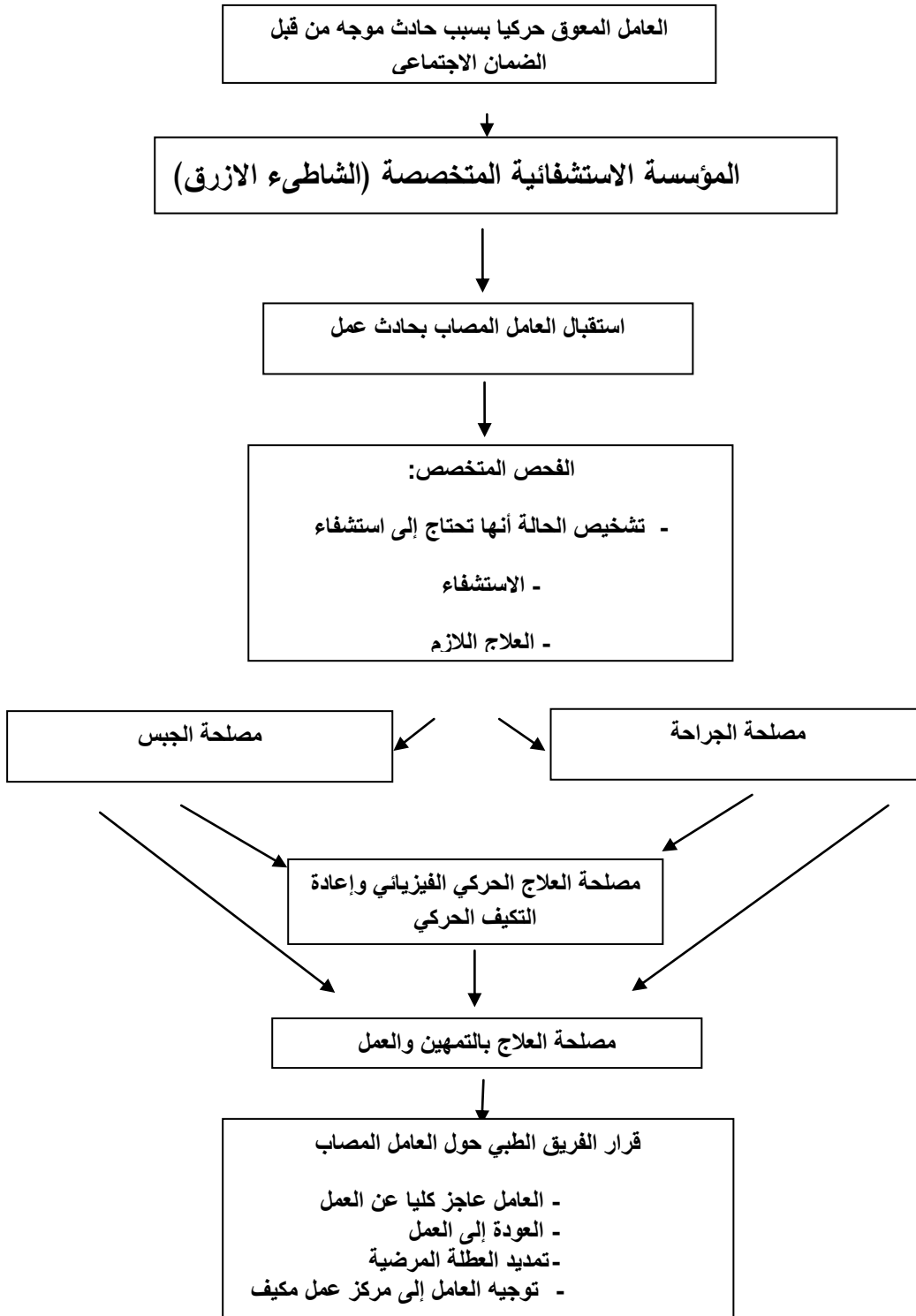
▪ يقدم المستشفى الخدمات المساعدة الضرورية لعمليات التأهيل الوظيفي

▪ يشارك أولياء أمور العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة في برامج إعادة التأهيل الوظيفي عند

خروجهم من المستشفى، لمساعدتهم في بعض التمارين اليومية

- يؤدي التدريب إلى تنمية قدرة المعوق حركيا على العمل.
- تؤدي برامج التأهيل إلى تغيير فكرة المعوق حركيا عن نفسه.
- تتوفر في المعالجين الفيزيائيين الحركيين الكفاءة والقدرة على تنمية المهارات
- يتكون الفريق الطبي المكلف بإعادة التأهيل الوظيفي للمعوقين حركيا من (الطبيب المختص في إعادة التأهيل الوظيفي، الممرضين، المعالج الفيزيائي الحركي، المعالج بالتمهين والعمل، الأخصائي النفسي، المختص في الأعضاء الاصطناعية)
- يختلف دور برامج إعادة التأهيل الوظيفي للمعوقين حركيا بسبب حوادث العمل، في إعادة تكيفه المهني حسب إرادة المعوق ذاته في ذلك.
- من خلال المقابلة مع المختصة في المعالجة بالتمهين والعمل، تبين أن أغلب الحالات التي تمت معالجتها هي حالات البتر العاملين في مجال النجارة، وتمثلت في (07) حالات للسنة 2012/2013، علما أنها حالات لم يتم استشفائها، بل تم توجيهها من جهات أخرى إلى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة فقط لتلقي حصص العلاج بالتمهين والعمل.
- وتهدف مصلحة العلاج بالتمهين والعمل أساسا إلى إعادة دمج المعوق في حياته اليومية والمهنية، من خلال إعادة وظيفة الأطراف (خاصة الأطراف العليا: الأيدي)؛ فحسب الإصابة (بتر إصبع، وأكثر من أصبع، أو بتر اليد...)، تقوم المختصة في العلاج بالتمهين والعمل بتحضير برنامج من التدريبات والتمارين اللازمة لمساعدة المصعب على استعادة بعض وظائفه، مثلا مساعدته على مسك الملعقة أو الشوكة، أي مساعدته أولا على تحقيق الاستقلالية في حياته اليومية كالأكل بمفرده، الغسل، اللباس...، وفي حياته المهنية حسب مركز عمله.
- وتتصح المختصة دائما المصابين بمواصلة التدريبات في المنزل، حتى يستعيد بشكل أفضل وظائفه المحدودة.
- كما لاحظت المختصة أن فئة الشباب أكثر تقبلا للعلاج، ويتوصلون إلى نتائج أفضل مقارنة مع الآخرين.
- وفي حالة عدم تقبل المصاب للعلاج، يتم توجيهه إلى الأخصائية النفسية، كما أضافت المختصة في العلاج بالتمهين والعمل مايلي:
- يتناسب برنامج التأهيل الوظيفي ونوع الإعاقة الحركية.

- تراعي برامج التأهيل الوظيفي الاحتياجات الخاصة لكل معوق حركيا.
 - يتناسب برنامج التأهيل الوظيفي مع قدرات العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة .
 - لا يوازن برنامج التأهيل الوظيفي بين الجوانب النظرية والتطبيقية
 - تؤدي برامج التأهيل إلى تغيير فكرة الناس عن المعوقين
 - لا يتناسب محتوى البرنامج مع المدة المحددة للعلاج بالتمهين والعمل نظرا لنقص الأماكن ونقص المختصين (لا يمكن تحقيق ذلك عندما تأتي 15 حالة للعلاج في اليوم)
 - لا توجد ورش للتدريب على المهنة داخل المستشفى، والقاعة المخصصة للعلاج بالتمهين غير مجهزة بكل الأجهزة اللازمة.
 - لا يتوفر المستشفى على متخصصين لمساعدة المعوق حركياً في اختيار المهنة المناسبة
 - يقدم المستشفى خدمات المساعدة الضرورية لعمليات التأهيل الوظيفي
 - لا تقوم إدارة المستشفى بمتابعة ومراقبة عمليات التأهيل المهني
 - يشارك أولياء أمور العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة في برامج إعادة التأهيل الوظيفي عند خروجهم من المستشفى، لمساعدتهم في بعض التمارين اليومية
 - يؤدي التدريب الدائم إلى تنمية قدرة المعوق حركياً على العمل.
 - تؤدي برامج التأهيل إلى تغيير فكرة المعوق حركياً عن نفسه.
 - لا تتوفر في المعالجين بالتمهين الكفاءة والقدرة اللازمة على تنمية المهارات، لأنه لا يوجد تكوين متواصل للمعالجين.
- أن دور المصلحة التجهيز بالأعضاء الاصطناعية هام جدا بالنسبة للمعوقين حركيا، حيث يتم فيها تجهيز المعوق حركيا بأعضاء اصطناعية التي يحتاجها حسب الإعاقة، إلا أنه تبين أن أغلب الحالات التي تستقبلها المصلحة أطفال معوقون حركيا، ولم يسبق للمصلحة أن تقدم لها مصاب بحادث عمل.
- وعلى كل يمكن تلخيص مسار العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للشاطئ الأزرق، في المخطط التالي:



(16): مخطط لسيرورة إعادة التأهيل الوظيفي للعمال المصابين بحوادث العمل المؤسسة الاستشفائية

المتخصصة (الشاطيء الازرق)(من إنجاز الباحثة)

- ثانيا: التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني:
- لقد تم تطبيق مقياس إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني على عينة تكونت من (60) عاملا (كلهم ذكور) أصيبوا بحوادث العمل، وعادوا إلى العمل بعد فترات توقف متباينة حسب درجات الإصابة، اختيروا بطريقة قصدية، وقد ساهمت نتائج التطبيق الأولي فيما يلي:
- إعادة صياغة العبارات حسب أهداف البحث والعينة المدروسة
 - التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني
 - الصياغة النهائية لفرضيات الدراسة.

5. المجتمع الأصلي وعينة البحث:

تهدف الدراسة الحالية كما سبق الذكر إلى الكشف عن إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، ومن أجل اختيار عينة ممثلة للمجتمع الأصلي، تم الاتصال ب:

- وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي
 - مديرية الضمان الاجتماعي بين عكنون (مصلحة الوقاية من حوادث العمل)
 - مديرية وكالة الضمان الاجتماعي لولاية الجزائر
 - مديرية وكالة الموظفين لولاية الجزائر
 - صندوق الضمان الاجتماعي لولاية الجزائر
- حيث شمل المجتمع الأصلي للدراسة جميع العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل المستفيدين من الضمان الاجتماعي والعاملين في قطاع التوظيف العمومي، والقطاع العام الذين عادوا إلى العمل بعد فترة العلاج اللازمة، ولتحديد المجتمع الأصلي تم فحص ملفات العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل لولاية الجزائر المؤمنين اجتماعيا، الموجودة على مستوى وكالة الضمان الاجتماعي بالحامة (الخاصة بالعاملين في قطاع التوظيف العمومي) وصندوق الضمان الاجتماعي ببلكور (الخاصة بالعاملين في القطاع العام)، وقد قدر عدد العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل في قطاع التوظيف العمومي 362

عاملا (وذلك ابتداء من 2007)، في حين قدر عدد العمال في القطاع العام 113 عاملا، علما أنه تم أخذ العمال الذين قدرت نسبة العجز الجزئي الدائم لديهم (IPP) 15% فما فوق.

تحدد عينة الدراسة مصداقية البيانات التي يتحصل عليها الباحث، وقد عمدنا الطريقة القصدية لاختيار العينة، نظرا لطبيعة الموضوع، فمن خلال الاتصال بمديرية الضمان الاجتماعي، تم الاطلاع على الملفات المتعلقة بحوادث العمل منذ سنة 2007 لولاية الجزائر، وهذا نظرا لما تهدف إليه الدراسة، حيث من بين أهداف الدراسة معرفة إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل باختلاف تاريخ الحوادث التي تعرضوا لها، فالفترة الممتدة من 2007 إلى غاية 2012 تضمن لنا أن العمال أفراد العينة الذين تم اختيارهم، مروا على سيرورة إعادة التكيف الطبي وتمكنوا من العودة إلى العمل، منذ فترة معتبرة، وتم اختيار العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل فقط، حيث يعد ذو إعاقة حركية العامل الذي تبلغ نسبة العجز الجزئي الدائم (IPP) لديه أكثر من 15%، وقد بلغ عدد أفراد العينة 112 عاملا ذو إعاقة حركية بسبب حوادث العمل.

كما شملت العينة مختصين في إعادة التأهيل الطبي الوظيفي على مستوى المستشفيات المتخصصة في ذلك (المؤسسة الاستشفائية الشاطئ الأزرق بزالد)، وعلى مستوى العيادة المتخصصة في إعادة التربية الوظيفية للمصابين بحوادث العمل والمتواجدة بولاية وهران، وكان الهدف من ذلك التعرف على المرحلة الأولى من مراحل سيرورة إعادة التكيف لذوي الإعاقة الحركية بسبب حوادث العمل ألا وهي مرحلة إعادة التكيف الطبي. من بين ما تميز به أفراد عينة الدراسة الخصائص الآتية :

المتوسط الحسابي (الانحراف المعياري)	العدد (النسبة المئوية %)	
الجنس		
	98 (87.5)	ذكور
	14 (12.5)	إناث
فئات السن		
	10 (8.9)	20-30 سنة
	32 (28.6)	30-40 سنة
42.07 (9.67)	48 (42.9)	40-50 سنة
	22 (19.6)	50-60 سنة
الحالة العائلية		
	28 (25)	أعزب
	84 (75)	متزوج
المستوى التعليمي		
	6 (5.4)	أمي
	12 (10.7)	ابتدائي
	48 (42.9)	متوسط
	42 (37.5)	ثانوي
	4 (3.6)	جامعي
الأقدمية المهنية بالسنوات		
	46 (41.1)	1 - 10
	24 (21.4)	11 - 20
15.71 (9.73)	36 (32.1)	21 - 30
	6 (5.4)	أكثر من 30 سنة
درجة الإعاقة		
	64 (57.1)	إعاقة متوسطة
	30 (26.8)	إعاقة شديدة
	18 (16.1)	إعاقة شديدة جدا
مدة التوقف عن العمل		
	18 (16.1)	أقل من 44 يوم
	30 (26.8)	بين 45 و 90 يوم
	40 (35.7)	بين 91 و 182 يوم
	24 (21.4)	أكثر من 183 يوم

(17): خصائص العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل (أفراد العينة)

يبين الجدول أعلاه أن أغلب أفراد العينة ذكور، حيث يمثلون نسبة (75%) في حين لم تزد نسبة الإناث عن (25%) فقط، وهذا يعود لطبيعة الأعمال التي يمارسها الذكور التي تعتبر أكثر عرضة للحوادث (كالبناء والنجارة...).

يبدو لنا من خلال توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية، أن أغلب العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل متزوجون، حيث تبلغ نسبتهم (75%) من مجموع أفراد العينة، ثم تليها نسبة العزاب بـ (25%)

و أن أغلب أفراد العينة مستواهم التعليمي يتراوح بين المتوسط و الثانوي حيث قدرت نسبة من مستواهم متوسط بـ (42.9%)، وتتقارب مع نسبة المستوى الثانوي التي قدرت بـ (37.5%).

كما يبين نفس الجدول أنه إذا كان أغلب أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين [1 - 10 سنة] حيث جاءت نسبتهم بـ (41.1%)، فإن نسبة معتبرة تتراوح أعمارهم بين [21 - 30 سنة] ومقدرة بـ (32.1%). ويبدو، أن أغلب أفراد العينة تعرضوا لإصابة متوسطة بنسبة مقدرة بـ (57.1%).

ويتضح من الجدول أن أغلب أفراد العينة توقفوا عن العمل بسبب الإصابة لمدة تتراوح بين 91 و 182 يوماً، و قد قدرت نسبتهم بـ (35.7%)، التي تليها نسبة الذين توقفوا عن العمل لمدة تتراوح بين 45 و 90 يوماً التي قدرت بـ (26.8%) و لمدة تتجاوز 183 يوماً والتي قدرت بـ (21.4%)، أما الذين توقفوا عن العمل لمدة تقل عن 45 يوماً فقدرت نسبتهم بـ (16.1%)، وهذا يتوقف على نوع الإصابة، حيث أن الإصابات الخفيفة لا تستدعي مدة أطول للعودة إلى العمل، في حين يحتاج المصابون بحوادث خطيرة والمخلفة لأضرار جسيمة عميقة إلى مدة أطول.

6. الإجراءات العملية المتبعة في الدراسة الميدانية :

تهدف الدراسة إلى الكشف عن عملية إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، وقد استوجب تحقيق هذا الهدف المرور بمختلف مراحل هذه العملية والتعامل مع مختلف أطرافها، حيث أن إعادة التكيف لدى

العامل المصاب تبدأ بوقوع الحادث في محيط عمله (مؤسسة، مصنع، وحدة..) والتصريح به على مستوى الضمان الاجتماعي، ونقل المصاب لتلقي العلاج (في المستشفى أو مركز متخصص). ولهذا انتقلنا خلال هذه الدراسة للوصول إلى العامل في مكان عمله إلى الميادين التالية:

- مصلحة الوقاية من حوادث العمل بمديرية الضمان الاجتماعي.
- العيادة المتخصصة في الارطوبيديا وإعادة التأهيل الوظيفي لضحايا حوادث العمل المتواجدة في ولاية وهران، علما أنها العيادة الوحيدة على المستوى الوطني، وهي تابعة للضمان الاجتماعي (جوان 2012)

- مديرية وكالة الضمان الاجتماعي لولاية الجزائر (جوان 2012)
- وكالة الموظفين للضمان الاجتماعي لولاية الجزائر (جوان 2012)
- صندوق الضمان الاجتماعي لولاية الجزائر (جوان 2012)
- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الشاطيء الأزرق (جوان 2013)
- مجموعة من المؤسسات (المؤسسة الوطنية للتنظيف، الحماية المدنية، المؤسسة الوطنية لإصلاح البواخر، المستشفيات: مصطفى باشا الجامعي، بن عكنون، سليم زميرلي محمد لمين دباغين، بارني، المؤسسات التعليمية، حيث أنه تم تطبيق المقاييس على العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل الذين تم استدعاؤهم من قبل وكالة الضمان الاجتماعي في مركز الحامة، والعمال الذين تعذر عليهم الحضور، انتقلنا إلى مراكز عملهم، كما تجدر الإشارة إلى أنه في مرحلة دراسة مراكز العمل المكيفة، لزم علينا زيارة العمال في تلك المراكز. ودامت الدراسة الميدانية أكثر من سنة ونصف، حيث كانت بداية الدراسة في جوان 2012، وانتهت في بداية 2014.

وتم استدعاء العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل إلى مركز المراقبة الطبية للضمان الاجتماعي بالحامة، ونظرا لأهمية الاتصال بأفراد العينة وأسلوب التعامل معهم أثناء جمع البيانات في نتائج البحث المحصل عليها، فقد حرصت الباحثة قبل جمع البيانات توضيح لأفراد العينة أهداف الدراسة، وأهمية مساهمتهم فيها والتأكيد لهم على الحفاظ على سرية

المعلومات المقدمة من قبلهم، وأنها ستستغل لأغراض علمية، ثم قامت بتطبيق المقاييس بشكل فردي، وكان ذلك ابتداءً من 12 جوان 2013.

وأثناء التطبيق يتم تسجيل بعض الملاحظات، فما إذا كان العامل يعمل في مركز مكيف، تأخذ الباحثة البيانات حول مكان عمله لزيارته فيما بعد لدراسة مركز عمله من خلا شبكة الملاحظة الارغونومية.

كما تمكنت الباحثة من تطبيق المقاييس في مركز المراقبة الطبية على عمال معوقين حركيا بسبب حوادث العمل الذين أتوا من أجل المراقبة الطبية، فبالإتفاق مع الطبيب المستشار في المركز، يقوم بتوجيههم بعد المراقبة الطبية إلى المكتب المجاور أين تمكنت الباحثة من مقابلتهم وتطبيق المقاييس عليهم.

ومن خلال دراسة الملفات المتعلقة بالعمال المصابين بحوادث العمل على مستوى صندوق الضمان الاجتماعي لولاية الجزائر (ماي/جوان 2012)، بهدف اختيار عينة للدراسة، تبين أنه هناك 09 حالات يعملون بالمؤسسة الوطنية للتنظيف، ونظرا لعدم التمكن من استدعائهم إلى صندوق الضمان الاجتماعي، ارتأت الباحثة الإتصال بالمؤسسة الوطنية للتنظيف، وبعد تقديم طلب إجراء الدراسة الميدانية والموافقة عليه، تم استدعاؤهم إلى مكتب المختص في طب العمل، وتم تطبيق المقاييس عليهم في الفترة الممتدة (من 02 إلى 08 جولية 2013)، وكان التطبيق بالمقابلة.

بعد مقابلة مدير المؤسسة وموافقته على طلب إجراء الدراسة الميدانية، حيث توجهت الباحثة إلى هذه المؤسسة بعد أن تبين لها -من خلال دراسة ملفات العمال الذين تعرضوا لحوادث العمل على مستوى صندوق الضمان الاجتماعي- أن عددا معتبرا من الملفات تتعلق بعمال المؤسسة الوطنية لإصلاح البواخر؛ كلف المسؤول عن الأمن باستدعاء العمال المعوقين بسبب حوادث العمل إلى مكتبه، وقامت الباحثة بتطبيق المقاييس، في الفترة الممتدة (من 05 إلى 20 ماي 2013)، علما أن التطبيق كان بالمقابلة، نظرا للمستوى الدراسي للعمال.

لاحظت الباحثة، بعد دراسة ملفات العمال المصابين بحوادث العمل، على مستوى مركز المراقبة الطبية بالحامة، أن هناك نسبة معتبرة من الملفات متعلقة بعمال الحماية المدنية، فارتأت الباحثة التنقل إلى مديرية الحماية المدنية، وبعد موافقة المدير الفرعي للنشاط الاجتماعي على طلب إجراء الدراسة الميدانية، تم استدعاء العمال الذين تم اختيارهم في العينة إلى المديرية، وتم تطبيق المقاييس في الفترة الممتدة (من 10 إلى 19 ديسمبر 2013).

7. تقنيات جمع بيانات الدراسة:

1.7. سلم تقييم درجة الإعاقة: اعتمدنا في هذه الدراسة على سلم لتقييم درجة الإعاقة

يحتوي معلومات حول:

- **التعريف بالعامل:** (الاسم واللقب، الجنس، السن، المستوى التعليمي، اسم مركز العمل قبل الإصابة بالحادثة، اسم مركز العمل بعد الإصابة إذا كان مختلفا، الحالة العائلية، الأقدمية في العمل، نوع الحادث، تاريخ الحادث، مدة الغياب عن العمل، الاستفادة من إعادة تأهيل وظيفي)
- **تقييم الإصابات الجسدية:** يحدد العامل في جدول مكان الإصابة الجسدية وحدة الإصابة، حيث اعتمدنا فيه سلم تتراوح درجات الحدة فيه من 0 إلى 4.
- **درجة الإعاقة الحركية:** وهنا يحدد العامل نوع الإعاقة التي يعاني منها بسبب الإصابة، ويقدر حدتها، حيث اعتمدنا على سلم تقييم درجة الإعاقة الحركية كما حدده « S.I.M.H »* والذي تتراوح درجاته من 0 إلى 4. أنظر الملحق رقم 01.

تقييم نسبة العجز الجزئي الدائم (IPP: Taux d'incapacité partielle permanente)

وهذا اعتمادا على معيار طبي يعمل به جميع الأطباء المستشارين لدى الضمان الاجتماعي، والذي يحدده الطبيب المستشار في ملف المصاب بحادث العمل، علما أن هذه النسبة قابلة للتغيير وذلك حسب تحسن حالة المصاب وبعد كل مراقبة طبية، وقد تبقى ثابتة؛ وقد أخذنا بآخر

² Système d'Identification et De mesure du Handicap (Paris, Porto, Montréal, Tunis, Padoue, Belgrade)

نسبة العجز المدونة في ملفات المصابين الذين يمثلون أفراد العينة في مرحلة اختيار العينة من خلال فحص ملفاتهم لدى الضمان الاجتماعي.

2.7. التقنيات المستخدمة في التعرف على إعادة التكيف:

اعتمدت الباحثة على ثلاثة مقاييس وهي:

1.2.7. مقياس إعادة التكيف النفسي: يتكون مقياس إعادة التكيف النفسي من 42 بنداً

تتوزع على أربعة مظاهر كما يلي:

➤ **المظهر الأول:** يقيس تقبل الإعاقة لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، تم تخصيص خمسة عشرة (15) بنداً تأخذ الأرقام التالية في المقياس (1، 4، 6، 8، 10، 12، 14، 15، 19، 21، 22، 23، 27، 29، 31)، أرجع للملحق رقم (02) اعتمدت الباحثة في إعداد فقرات هذا المظهر على مقياس تقبل الإعاقة في دراسة (فتاحين، 2004)

➤ **المظهر الثاني :** يقيس التفاؤل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، تم تخصيص إحدى عشرة (11) بنداً تأخذ الأرقام التالية في المقياس (2، 5، 7، 9، 11، 15، 25، 32، 33، 34، 37) أرجع للملحق رقم (02).

➤ **المظهر الثالث:** يقيس تقدير الذات لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، وقد تم تخصيص إثنتي عشرة (12) بنداً تأخذ الأرقام التالية في المقياس (3، 13، 20، 24، 26، 35، 38، 39، 46، 47، 48، 49) أرجع للملحق رقم (02)

➤ **المظهر الرابع :** يقيس الشعور بالفعالية الذاتية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، وقد تم تخصيص إثنتي عشرة (12) بنداً تأخذ الأرقام التالية في المقياس (17، 18، 28، 30، 40، 41، 42، 43، 44، 45، 50، 51) أرجع للملحق رقم (02).

اعتمدت الباحثة في إعداد بنود هذه المظاهر على دراسات أهمها دراسة باريل وآخرون (Baril et all, 2000)

وتقاس بالتالي درجة إعادة التكيف النفسي لدى العامل بحساب مجموع الدرجات المتحصل عليها في المظاهر الأربعة ، حيث تم اعتماد سلم ليكرت في ذلك؛ ويحقق العامل ذو إعاقة حركية بسبب حادث العمل إعادة تكيف نفسي ضعيفا إذا تحصل على درجة تقل عن (98) ، وعاليا إذا فاقت درجته (154) ومتوسطا إذا تراوحت درجته بينهما.

الخصائص السيكومترية لمقياس إعادة التكيف النفسي :

الصدق الظاهري:

اعتمدت الباحثة لقياس صدق تقنيات جمع البيانات طريقة صدق المحكمين، حيث عرضت الباحثة المقاييس في صورتها الأولية على مجموعة من الأساتذة المختصين في علم النفس بهدف معرفة إذا ما كانت الصياغة اللغوية سليمة، وتقدير مدى انتماء الفقرات للأبعاد المناسبة، وتقدير مدى ملائمة البدائل (دائما - غالبا - أحيانا - نادرا - بتاتا) ، وبذلك أخذت الباحثة بالملاحظات المقدمة من قبل الأساتذة المختصين في علم النفس، لتصبح المقاييس في صورتها النهائية بعد إجراء بعض التعديلات لبعض الفقرات بناء على آراء ومقترحات المحكمين.

الصدق الداخلي:

استخدمت الباحثة معامل الارتباط بيرسون لمعرفة الصدق الداخلي للمقاييس الثلاثة حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه العبارة وبالدرجة الكلية للمقياس، ونتائج الاتساق الداخلي لمقياس إعادة التكيف النفسي تتوضح في الجداول التالية:

نتائج الاتساق الداخلي لمقياس إعادة التكيف النفسي:
المحور الأول: تقبل الإعاقة

رقم البند	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	رقم البند	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
01	0.38**	0.39**	09	0.34**	0.42*
02	0.46**	0.63**	10	0.78**	0.73**
03	0.38**	0.27*	11	0.29*	0.27*
04	0.41**	0.28*	12	0.71**	0.55**
05	0.33*	0.38**	13	0.76**	0.38**
06	0.63**	0.61**	14	0.69**	0.50**
07	0.30*	0.37**	15	0.27*	0.32*
08	0.76**	0.59**			

(18) : توزيع معاملات الارتباط لفقرات تقبل الإعاقة بالدرجة الكلية للمحور والدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف النفسي

المحور الثاني: التفاؤل

رقم البند	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	رقم البند	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
01	0.78**	0.43**	07	0.51**	0.49**
02	0.53**	0.52**	08	0.53**	0.47**
03	0.45**	0.57**	09	0.52**	0.61**
04	0.37*	0.49**	10	0.58**	0.65**
05	0.59**	0.55**	11	0.59**	0.78**
06	0.48**	0.54**			

(19) : توزيع معاملات الارتباط لفقرات التفاؤل بالدرجة الكلية للمحور والدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف النفسي

المحور الثالث: تقدير الذات

رقم البند	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	رقم البند	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
01	0.35*	0.36*	07	0.53**	0.49**
02	0.41**	0.39**	08	0.53**	0.33*
03	0.32*	0.57**	09	0.57**	0.47**
04	0.59**	0.41**	10	0.58**	0.48**
05	0.48**	0.55**	11	0.49**	0.57**
06	0.53**	0.54**	12	0.51**	0.58**

(20) : توزيع معاملات الارتباط لفقرات تقدير الذات بالدرجة الكلية للمحور والدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف النفسي

المحور الرابع: الشعور بالفعالية الذاتية

رقم البند	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	رقم البند	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
01	0.44**	0.37**	07	0.71**	0.50**
02	0.29*	0.33**	08	0.54**	0.35**
03	0.49**	0.49**	09	0.40**	0.25*
04	0.59**	0.43**	10	0.66**	0.53**
05	0.60**	0.63**	11	0.72**	0.64**
06	0.70**	0.56**	12	0.49**	0.37**

(21) : توزيع معاملات الارتباط لفقرات الشعور بالفعالية بالدرجة الكلية للمحور

والدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف النفسي

أما نتائج الاتساق الداخلي للدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف النفسي بمظاهره الأربعة،

تتوضح في الجدول الموالي:

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	العلاقة بين:
0.01	,837**	الدرجة الكلية لإعادة التكيف النفسي ودرجات مظهر التفاؤل
0.01	,858**	الدرجة الكلية لإعادة التكيف النفسي ودرجات مظهر تقبل الإعاقة
0.01	,787**	الدرجة الكلية لإعادة التكيف النفسي ودرجات مظهر تقدير الذات
0.01	,838**	الدرجة الكلية لإعادة التكيف النفسي ودرجات مظهر الشعور بالفعالية

(22) : توزيع معاملات الارتباط بين مظاهر إعادة التكيف النفسي

2.2.7. مقياس إعادة التكيف الاجتماعي:

سبقت الإشارة في الجانب النظري أن أهم مظاهر إعادة التكيف الاجتماعي لدى العمال ذوي

الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، المساندة الاجتماعية والخجل، ولهذا ارتأت

الباحثة تصميم مقياس لتحديد مستوى إعادة التكيف الاجتماعي من خلال مظهرين:

➤ **المظهر الأول:** يقيس المساندة الاجتماعية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، وقد خصصت الباحثة ستة عشرة (16) بندا تأخذ الأرقام التالية في المقياس (52، 54، 56، 58، 60، 62، 64، 66، 67، 69، 71، 73، 74، 77، 79، 81) ، حيث تم الاعتماد في تحديد فقرات مظهر المساندة الاجتماعية على دراسة آزار عبد اللطيف في دراسة العلاقة بين الدعم الاجتماعي وحالة الخجل لدى المعوقين حركيا. (عبد اللطيف، أبو فخر، 2007: 415)

➤ **المظهر الثاني:** يقيس الخجل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، وقد خصصت الباحثة ستة عشرة (16) بندا تأخذ الأرقام التالية في المقياس (53، 55، 57، 59، 61، 63، 65، 68، 70، 72، 75، 76، 78، 80، 82، 83) ، وقد تم الاعتماد في بناء فقرات مظهر الخجل على مقياس الخجل الذي وضعه الدكتور حسين عبد العزيز الدريني (1980)، إضافة إلى مقياس الخجل الذي اعتمده آزار عبد اللطيف في دراسة العلاقة بين الدعم الاجتماعي وحالة الخجل لدى المعوقين حركيا. أرجع للملحق رقم (03) ويتكون بذلك مقياس إعادة التكيف الاجتماعي من (32) بندا؛ ويحدد مستوى إعادة التكيف الاجتماعي لدى العامل بحساب مجموع الدرجات المتحصل عليها في البعدين، حيث تم اعتماد سلم ليكرت في ذلك؛ ويحقق العامل المعوق حركيا بسبب حادث العمل إعادة تكيف اجتماعي ضعيفا، إذا كانت درجته أقل من (75)، وعاليا إذا كانت درجته أعلى من (118) ومتوسطا إذا تراوحت درجته بينهما.

الخصائص السيكومترية لمقياس إعادة التكيف الاجتماعي:

نتائج الاتساق الداخلي لمقياس إعادة التكيف الاجتماعي:

المحور الأول: المساندة الاجتماعية

رقم البند	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	رقم البند	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
01	0.42**	0.41**	09	0.29*	0.29*
02	0.29*	0.25*	10	0.48**	0.53**
03	0.37**	0.41**	11	0.61**	0.71**
04	0.36**	0.50**	12	0.30*	0.34**
05	0.38**	0.57**	13	0.28*	0.26*
06	0.49**	0.58**	14	0.31*	0.42**
07	0.60**	0.64**	15	0.60**	0.34**
08	0.42**	0.44**	16	0.48**	0.56**

(23): توزيع معاملات الارتباط لفقرات المساندة الاجتماعية بالدرجة الكلية

للمحور والدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف الاجتماعي

المحور الثاني: الخجل

رقم البند	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	رقم البند	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
01	0.45**	0.33**	09	0.43**	0.52**
02	0.34**	0.29*	10	0.63**	0.47**
03	0.39**	0.46**	11	0.44**	0.28*
04	0.29*	0.54**	12	0.47**	0.32**
05	0.38**	0.43**	13	0.58**	0.43**
06	0.50**	0.33**	14	0.41**	0.36**
07	0.45**	0.44**	15	0.36**	0.32**
08	0.35**	0.41**	16	0.48**	0.53**

(24): توزيع معاملات الارتباط لفقرات الخجل بالدرجة الكلية للمحور

والدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف الاجتماعي

أما نتائج الاتساق الداخلي للدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف الاجتماعي بمظهره، نتوضح

في الجدول الموالي:

العلاقة بين:	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لإعادة التكيف الاجتماعي ودرجات مظهر الدعم الاجتماعي	**859,	0.01
الدرجة الكلية لإعادة التكيف الاجتماعي ودرجات مظهر الخجل	**801,	0.01

(25): توزيع معاملات الارتباط بين مظهري إعادة التكيف الاجتماعي

3.2.7. مقياس إعادة التكيف المهني:

تبين لنا من المعالجة النظرية للموضوع أن أهم مظاهر إعادة التكيف المهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، الالتزام المهني والدافعية للإنجاز لديهم، لذلك عمدت الباحثة إلى تصميم المقياس اعتماداً على المظهرين، وبالتالي يتم قياس إعادة التكيف المهني من خلالهما:

➤ **المظهر الأول:** يقيس الالتزام التنظيمي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، وقد خصصت الباحثة سبعة عشرة (17) بنداً تأخذ الأرقام التالية في المقياس (84، 86، 88، 90، 92، 94، 96، 98، 100، 102، 104، 106، 108، 110، 112، 114، 116) واعتمدت الباحثة على مقياس (Allen et Meyer, 1991) والذي اعتمدته الباحثة سيندا مهيري، (Mhiri, 2013)

➤ **المظهر الثاني:** يقيس الدافعية للإنجاز لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، وقد خصصت الباحثة سبعة عشرة (17) بنداً تأخذ الأرقام التالية في المقياس (85، 87، 89، 91، 93، 95، 97، 99، 101، 103، 105، 107، 109، 111، 113، 115، 117) أرجع للملحق رقم (03)، وقد اعتمدت الباحثة على مقياس الدكتور فاروق عبد الفتاح موسى (كلية التربية-جامعة الزقازيق-سوريا) الذي يتكون في الأصل من 28 فقرة. أنظر الملحق رقم (03)

➤ ويتكون بذلك مقياس إعادة التكيف المهني من (34) بندا؛ وتقاس درجة إعادة التكيف المهني لدى العامل بحساب مجموع الدرجات المتحصل عليها في المظهرين، حيث تم اعتماد سلم ليكرت في ذلك؛ ويحقق العامل المعوق حركيا بسبب حادث العمل إعادة تكيف مهني ضعيفا، إذا كانت درجته أقل من (80)، وعاليا إذا كانت درجته أعلى من (124) ومتوسطا إذا تراوحت درجته بينهما.

الخصائص السيكومترية لمقياس إعادة التكيف المهني:

نتائج الاتساق الداخلي لمقياس إعادة التكيف المهني:

المحور الأول: الالتزام الوظيفي

رقم البند	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	رقم البند	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
01	0.55**	0.54**	09	0.50**	0.55**
02	0.42**	0.38**	10	0.49**	0.48**
03	0.59**	0.59**	11	0.45**	0.26*
04	0.52**	0.49**	12	0.31**	0.62**
05	0.48**	0.41**	13	0.66**	0.34**
06	0.33*	0.36**	14	0.38**	0.56**
07	0.68**	0.70**	15	0.60**	0.62**
08	0.64**	0.68**	16	0.64**	0.60**
			17	0.63**	0.59**

(26) : توزيع معاملات الارتباط لفقرات الالتزام بالدرجة الكلية للمحور

والدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف المهني

المحور الثاني: الدافعية للإنجاز

رقم البند	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	رقم البند	معامل الارتباط بالمحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
01	0.47**	0.32**	09	0.57**	0.47**
02	0.39**	0.27*	10	0.51**	0.42**
03	0.58**	0.60**	11	0.60**	0.53**
04	0.45**	0.28*	12	0.45**	0.44**
05	0.33**	0.29*	13	0.66**	0.58**
06	0.56**	0.59**	14	0.55**	0.40**
07	0.60**	0.61**	15	0.46**	0.39**
08	0.55**	0.52**	16	0.52**	0.51**
			17	0.53**	0.50**

(27) : توزيع معاملات الارتباط لفقرات الدافعية بالدرجة الكلية للمحور

والدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف المهني

أما نتائج الاتساق الداخلي للدرجة الكلية لمقياس إعادة التكيف المهني بمظهره، تتوضح في الجدول الموالي:

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	العلاقة بين:
0.01	,943**	الدرجة الكلية لإعادة التكيف المهني ودرجات مظهر الدافعية للإنجاز
0.01	,929**	الدرجة الكلية لإعادة التكيف المهني ودرجات مظهر الالتزام التنظيمي

(28) : توزيع معاملات الارتباط بين مظهري إعادة التكيف المهني

نتائج الاتساق الداخلي لمقاييس إعادة التكيف (الدرجة الكلية):

كما استخدمت الباحثة معامل الارتباط بيرسون لمعرفة صدق مقياس إعادة التكيف (الدرجة الكلية، حيث تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل محور من محاور المقاييس بالدرجة الكلية لكل المقاييس، كما يتوضح ذلك من الجداول التالية:

الدرجة الكلية	إعادة التكيف المهني	الدافعية للإنجاز	الالتزام التنظيمي	إعادة التكيف الاجتماعي	الرجل	المساندة الاجتماعية	التكيف النفسي	الشعور بالفعالية	تقدير الذات	تقبل الإعاقة	التفاؤل
,688**	,398**	,374**	,371**	,563**	,498**	,445**	,837**	,567**	,550**	,687**	1
,677**	,365**	,359**	,327**	,520**	,603**	,288**	,858**	,546**	,432**	,687**	1
,851**	,766**	,754**	,684**	,795**	,559**	,749**	,787**	,794**	1	,432**	,550**
,909**	,822**	,778**	,762**	,846**	,715**	,695**	,838**	1	,794**	,546**	,567**
,918**	,665**	,642**	,605**	,788**	,713**	,607**	1	,838**	,787**	,858**	,837**
,811**	,861**	,762**	,847**	,859**	,382**	1	,607**	,695**	,749**	,288**	,445**
,770**	,620**	,671**	,499**	,801**	1	,382**	,713**	,715**	,559**	,603**	,498**
,952**	,901**	,865**	,825**	,801**	1	,859**	,788**	,846**	,795**	,520**	,563**
,829**	,943**	,753**	1	,825**	,499**	,847**	,605**	,762**	,684**	,327**	,371**
,852**	,929**	1	,753**	,865**	,671**	,762**	,642**	,778**	,754**	,359**	,374**
,897**	1	,929**	,943**	,901**	,620**	,861**	,665**	,822**	,766**	,365**	,398**
1	,897**	,852**	,829**	,952**	,770**	,811**	,918**	,909**	,851**	,677**	,688**

(29) : معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للمقاييس ودرجات الأبعاد التابعة لها .

وقد تبين أن كل قيم معاملات الارتباط لها دلالة إحصائية عند مستوى (0.01).

وتم حساب معامل الثبات عن طريق التجزئة النصفية لكل مقياس، فجاءت قيم معاملات الثبات على التوالي بـ: (0.53 ، 0.85 ، 0.72)، وهي قيم لها دالة إحصائية، وبالتالي تعبر على ثبات تقنيات جمع البيانات الدراسة الميدانية .

3.7. شبكة ملاحظة ارغونومية:

من بين مراحل إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لدى العمال المصابين بحوادث العمل، تكيف مراكز العمل، ففي حالات كثيرة من حوادث العمل وبسبب العجز الذي تخلفه، لا يتمكن العامل من العودة إلى العمل بنفس القدرات السابقة للحدث، فقد يعود إلى مركز عمل آخر يتناسب وقدراته، أو يتم تكيف مركز عمله السابق، وللتعرف على هذه المرحلة، تم بناء شبكة ملاحظة ارغونومية لتحليل مراكز العمل المكيفة - مع الإشارة إلى أن أغلب العمال الذين يحتاجون إلى مراكز مكيفة، يتم تحويلهم إلى مراكز أخرى، وقلما تكيف مراكز العمل نظرا لتكلفتها- ويهدف بناء شبكة ملاحظة ارغونومية إلى تحديد متطلبات المهمة للعمل المراد دراسته في الوضعية الحقيقية، وتحديد القدرات الوظيفية للعامل اتجاه ذلك العمل بالمقارنة بين متطلبات المهمة وقدراته الوظيفية. وتم بناؤها بالاستعانة بدراسة أجراها معهد البحث في صحة وأمن العمل (IRSST) بكندا. تسمح هذه التقنية بـ:

- تحديد المناطق التي أصبحت وظائفها محدودة
- وصف متطلبات المهمة
- وصف ظروف العمل
- وصف العمل المتحرك والثابت (الديناميكي والستاتيكي) من خلال وضعيات العمل التي يتبناها أثناء النشاط
- تحديد أخطار الحوادث الممكنة
- تقييم العمل الذي يتمكن العامل من القيام به .

علما أن هذه التقنية صادقة وثابتة، كما أشارت إلى ذلك (Claire Lapointe) التي استعملتها في دراستها لإجراءات إعادة التكيف المهني التي يستخدمها المستشارون في إعادة التكيف،(IRSST, 1991)

أنظر الملحق رقم (05)

4.7. تقييم برامج إعادة التأهيل الوظيفي:

نظرا لأهمية مرحلة إعادة التأهيل الوظيفي للعمال المصابين بحوادث العمل، ارتأينا التوقف عندها لمعرفة محتوى برامجها ومدتها واختلافها باختلاف الإصابات، ولهذا الغرض صممت الباحثة أداة تتكون من (17) سؤالا مغلقا أسلوب الإجابة عنها بنعم أولا، وسؤالين مفتوحين، يسمح الأول بالتعرف على الفريق الطبي المكلف بإعادة التأهيل الوظيفي، بدور برامج إعادة التأهيل الوظيفي في عملية إعادة التكيف المهني لدى العامل المعوق حركيا بسبب حوادث العمل. وتتوجه الأسئلة إلى الفريق الطبي المكلف بعملية إعادة التأهيل الطبي الوظيفي ويتألف من (الممرضين، الأطباء المختصين في إعادة التأهيل الوظيفي، المعالجين الفيزيائيين، المعالجين بالتمهين، المختصين في علم النفس الاكلينيكي)

واستوحينا ذلك من دراسات اهتمت بإعادة التأهيل الوظيفي للمعوقين حركيا، منها دراسة عبد الله بن صالح العنزي. (2006) (أنظر الملحق رقم (04))

8. التقنيات الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات:

إن اعتمادنا على عدة تقنيات لجمع البيانات أدى إلى تنوع البيانات، مما تطلب بدوره استخدام عدة تقنيات لمعالجتها إحصائيا:

- تقنيات الإحصاء الوصفي: التكرارات والنسب المئوية، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري...

- تقنيات الإحصاء الاستدلالي: معامل الارتباط، اختبار "ت" لعينة واحدة واختبار "ت" لعينتين مستقلتين لقياس الفروق، وتحليل التباين، واختبار كا².

وقد تمت المعالجة الإحصائية باستخدام نظام SPSS .

الفصل الخامس

عرض وقراءة نتائج

الدراسة الميدانية

تمهيد

المبحث الأول: عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف لدى أفراد العينة

1. عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف لدى أفراد العينة (النتائج العامة)

2. عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة

3. عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف الاجتماعي

4. عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف المهني.

المبحث الثاني: عرض وقراءة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف لدى أفراد العينة

1. عرض وقراءة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف (النتائج العامة) لدى

أفراد العينة

2. عرض وقراءة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف النفسي لدى أفراد

العينة

3. عرض وقراءة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد

العينة

4. عرض وقراءة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف المهني لدى أفراد

العينة

تمهيد:

بعد تقديم الإطار النظري للدراسة، وأهم الدراسات السابقة، التي تبيّن مختلف مراحل وأبعاد إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني ومظاهره ، وبعد عرض الإطار المنهجي للدراسة الميدانية وإجراءاته، نصل من خلال هذا الفصل إلى مختلف النتائج المستخلصة من البيانات الميدانية ، التي تسمح بالإجابة على التساؤلات التي أثارها إشكالية الدراسة ، حيث يتناول عرض وقراءة أولاً نتائج إعادة التكيف النفسي فنتائج إعادة التكيف الاجتماعي، ثم نتائج إعادة التكيف المهني، وبعدها عرض وقراءة نتائج دور الأبعاد الثلاثة لإعادة التكيف من ناحية ودور التكفل بذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل في إعادة تكيفهم النفسي والاجتماعي والمهني من ناحية أخرى.

المبحث الأول: عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف لدى أفراد العينة

1. عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف (النتائج العامة) لدى أفراد العينة

فبعد عرض وقراءة نتائج الجوانب الثلاثة لإعادة التكيف (إعادة التكيف النفسي وإعادة التكيف الاجتماعي وإعادة التكيف المهني) كل على حدة ومختلف مظاهرها، يتم في الموالي عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني (النتائج العامة):

1.1. مستوى إعادة التكيف (النتائج العامة) لدى أفراد العينة

مستوى الدلالة	قيمة "كا ² "	التكرارات المتوقعة	النسب المنوية	التكرارات المشاهدة	مستوى إعادة التكيف (النتائج العامة)
0.01	11.21	37.3	25	28	مستوى ضعيف
		37.3	48.21	54	مستوى متوسط
		37.3	26.78	30	مستوى عالي
		112	100	112	المجموع

(30) :مستوى إعادة التكيف (النتائج العامة) لدى أفراد العينة

يوضح الجدول أعلاه، مستوى إعادة التكيف لدى أفراد العينة، ولقياس الفروق بين المستويات الثلاثة لإعادة التكيف، استخدمت الباحثة إختبار كا²والذي قدرت قيمته بـ (11.21)، وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.01$)، وتؤكد على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاثة، والفروق تعبر على اعتدال إعادة التكيف لدى أفراد العينة، أي أن أغلب أفراد العينة حققوا مستوى معتدل من إعادة التكيف، ومن المنتظر أن تكون النتائج بهذا الشكل، وبما أن أغلب أفراد العينة حققوا مستوى معتدل من إعادة التكيف النفسي، ومستوى معتدل من إعادة التكيف الاجتماعي، ومستوى معتدل من إعادة التكيف المهني، فمن المنطق أن يكون المستوى الغالب لديهم في مجموع هذه الأبعاد الثلاثة المستوى المعتدل.

2.1. عرض الفروق في إعادة التكيف (النتائج العامة) تبعا لبعض العوامل الشخصية

فبعدما تأكد لنا أن هناك فروق في المستويات الثلاثة لإعادة التكيف، نحاول التعرف على مدى ارتباط ذلك بمجموعة من العوامل الشخصية كالسن والحالة العائلية ونوع وتاريخ الحادث ودرجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر، فلتتحقق من ذلك، تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين واختبار "ت" لعينتين مستقلتين لقياس الفروق، فجاءت النتائج كما يعرضها الجدول التالي:

مستوى الدلالة	قيمة الفروق	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
غير دالة	1.51	50.18	431.8	30-20 سنة	فترات السن
		77.09	448.93	40-30 سنة	
		49.29	449.33	50-40 سنة	
		46.04	421	60-50 سنة	
0.05	3.68	38.93	433.61	أعزب	الحالة العائلية
		60.65	447.04	متزوج	
0.01	3.64	49.42	488.83	حروق	نوع الحادث
		64.12	435.91	سقوط	
		22.91	432	سقوط أشياء	
		60.57	400.66	حالة بتر	
		43.81	453.87	حادث سير	
		44.63	453	نوع آخر	
0.05	2.57	53.87	460.41	قبل 2007	تاريخ الحادث
		48.99	424.78	2009 - 2007	
		60.83	442.83	2012 - 2010	
0.01	3.28	59.11	450.1	30 - 15	درجة لإعاقة
		59.66	440.05	50-30	
		48.76	438.9	70-50	
غير دالة	1.52	59.17	445.5	مركز المركز	مركز العمل بعد الإصابات
		52.83	433.56	مركز آخر	

(31): توزيع الفروق في إعادة التكيف (النتائج العامة) لدى أفراد العينة

إن قراءتنا لما يعرضه هذا الجدول، تكشف أنه بالنسبة:

اللسن: أظهرت النتائج التي عرضها الجدول أعلاه أن قيمة تحليل التباين مقدره بـ (1.51) وهي قيمة غير دالة إحصائياً، ما ينفي وجود فروق في نتائج إعادة التكيف لدى العمال أفراد العينة وفق سنهم. وبالتالي السن لا يؤثر على إعادة التكيف ، فمهما كان سن العامل ذي إعاقة حركية مكتسبة بسبب حوادث العمل يمكنه تحقيق إعادة تكيف (النتائج العامة).

الحالة العائلية: والتي استخدمت فيها الباحثة اختبار "ت" لعينتين مستقلتين للمقارنة بين المتوسطين الحسابيين للعزاب والمتزوجين، حيث قدر المتوسط الحسابي لنتائج إعادة التكيف للعزاب بـ (433.61)، ومتوسط المتزوجين بـ(447.04) وتبين من خلال المعالجة الإحصائية أن قيمة الفروق بين هذه المتوسطات قدرت بـ (3.68)، وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$)، مما يعبر على وجود فروق في نتائج إعادة التكيف لدى أفراد العينة وفق الحالة العائلية، والفروق لصالح المتزوجين، أي أن هذه الفئة حققت نتائج أعلى في مقياس إعادة التكيف، وقد تبين سابقاً أن هذه الفئة حققت إعادة تكيف نفسي وإعادة تكيف اجتماعي وإعادة تكيف مهني أحسن مقارنة مع العزاب، لهذا ظهرت بنفس الفروق في النتائج العامة.

نوع الحادث: وجاءت النتائج مشيرة كما يعرضها الجدول أعلاه إلى أن قيمة تحليل التباين مقدره بـ (3.64) وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$)، ما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج إعادة التكيف لأفراد العينة حسب نوع الحادث، والفروق لصالح العمال الذين تعرضوا لحوادث الحروق. وقد سبقت الإشارة إلى أن أغلب أفراد هذه الفئة كانوا من أعوان الحماية المدنية، وترجع الباحثة ذلك أولاً إلى أن هؤلاء تعودوا أكثر على هذا النوع من الحوادث. وثانياً إلى طبيعة مهنتهم التي تريحهم الحوادث التي يتعرض إليها غيرهم من الناس مما يسهل معاشتهم لحالتهم ويساعدهم على إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني.

لتاريخ الحادث: ويبدو جلياً من خلال المقارنة بين المتوسطات الحسابية (460.41 و 424.78 و 442.83) على التوالي لتواريخ الحوادث (قبل 2007، بين 2009-2009، بين 2010-2012)، وبعد المعالجة الإحصائية تبين أن قيمة تحليل التباين قدرت بـ (2.57) وهي

قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$)، ما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية، أي أن أفراد العينة يختلفون في نتائج إعادة التكيف باختلاف تاريخ الحادث، والفروق لصالح العمال الذين تعرضوا للحادث قبل سنة 2007، ويبدو ذلك طبيعياً، حيث كلما مر الوقت على وقوع الحادث ومر الوقت على العودة إلى العمل، يحقق المصاب إعادة تكيف (نفسى واجتماعى ومهنى) أحسن مقارنة مع المصاب والعاثد إلى العمل حديثاً.

درجة الإعاقة: استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين لقياس الفروق في نتائج إعادة التكيف لدى العمال أفراد العينة وفق درجة الإعاقة، وبعد المعالجة الإحصائية القائمة على المقارنة بين المتوسطات الحسابية (450.1 و 440.05 و 438.9) حسب درجة الإعاقة على التوالي (ضعيفة، متوسطة وشديدة)، تبين أن قيمة الفروق مقدرة بـ(3.28) وهي قيمة لها دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)، ما يؤكد وجود فروق دالة إحصائية، أي أن أفراد العينة يختلفون في نتائج إعادة التكيف باختلاف درجة الإعاقة، و جاءت الفروق لصالح العمال الذين يعانون من إعاقة ضعيفة أي أنه كلما كانت درجة الإعاقة شديدة كلما حال ذلك دون تحقيق إعادة التكيف.

لمركز العمل بعد الإصابة : كما يعرض نفس الجدول السابق نتائج الفروق في إعادة التكيف لدى العمال أفراد العينة وفق مركز العمل بعد الإصابة، حيث قدرت قيمة الفروق بـ (1.52) وهي قيمة غير دالة، ما ينفي وجود فروق دالة في نتائج إعادة التكيف لدى العمال أفراد العينة حسب مركز العمل بعد الإصابة، فيبدو أن العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر لم يؤثر ذلك على تحقيق إعادة التكيف لدى العمال أفراد العينة.

3.1. العلاقة بين إعادة التكيف النفسي وإعادة التكيف الاجتماعي وإعادة التكيف المهني

العلاقة بين جوانب إعادة التكيف	إعادة التكيف النفسي	إعادة التكيف الاجتماعي	إعادة التكيف المهني
إعادة التكيف النفسي ارتباط بيرسون مستوى الدلالة العينة	1 112	,785** 112	,653** 112
إعادة التكيف لاجتماعي ارتباط بيرسون مستوى الدلالة العينة	,785** 112	1 112	,899** 112
إعادة التكيف المهني ارتباط بيرسون مستوى الدلالة العينة	,653** 112	,899** 112	1 112

**العلاقة دالة عند مستوى 0.01.

(32): العلاقة بين أبعاد إعادة التكيف (إعادة التكيف النفسي، إعادة التكيف الاجتماعي وإعادة التكيف

المهني)

يبدو جلياً من خلال النتائج التي عرضها الجدول أعلاه المتعلقة بالعلاقة بين جوانب إعادة التكيف (إعادة التكيف النفسي وإعادة التكيف الاجتماعي وإعادة التكيف المهني)، أن معامل الارتباط بين نتائج (المقاييس الثلاثة) لدى العمال أفراد العينة دال عند مستوى (0.01)، حيث قدرت العلاقة بين الجوانب النفسية والجوانب الاجتماعية لإعادة التكيف بـ (0.785)، و قدر معامل الارتباط بين الجوانب النفسية والجوانب المهنية لإعادة التكيف بـ (0.653)، العلاقة بين الجوانب الاجتماعية والمهنية لإعادة التكيف بـ (0.899)، أي أن العلاقة بينها قوية، ما يعني أنه كلما حقق الفرد إعادة تكيف نفسي، يحقق بذلك إعادة تكيف اجتماعي وإعادة تكيف مهني.

2. عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة

لقد تبين من الدراسة النظرية أن إعادة التكيف النفسي عند الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة تتجلى من خلال مجموعة من المظاهر أهمها تقبل الإعاقة، التفاؤل، تقدير الذات والشعور بالفعالية الذاتية، فإننا سنحاول من خلال معالجة البيانات المحصل عليها في دراستنا الميدانية أن نتعرف على واقعها ومستواها لدى أفراد العينة من أفراد عينتنا، إلا أنه قبل التطرق إلى مستويات كل مظهر على حدة، يجب التعرف على مستويات إعادة التكيف النفسي بشكل عام لدى أفراد عينتنا ، ثم محاولة تحديد مستوى العلاقة بين الأبعاد الأربعة، وذلك كما سيأتي:

1.2. مستوى إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة

مستوى الدلالة	قيمة "كا ² "	التكرارات المتوقعة	النسب المئوية	التكرارات المشاهدة	مستوى إعادة التكيف النفسي
0.01	8,64	37.3	26.78	30	مستوى ضعيف
		37.3	46.42	52	مستوى متوسط
		37.3	26.78	30	مستوى عالي
		112	100	112	المجموع

(33): مستوى إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة

يوضح الجدول أعلاه، مستوى إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة، ولقياس الفروق بين المستويات الثلاثة لإعادة التكيف النفسي، استخدمت الباحثة إختبار كا² والذي قدرت قيمته بـ (8.64)، وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.01$)، تعبر على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاثة وهي فروق تعبر على اعتدال التكيف النفسي لدى أفراد العينة حيث أن أغلب أفراد العينة حققوا مستوى معتدل من إعادة التكيف النفسي.

قبل أي محاولة لتفسير هذه النتائج تبين وجوب محاولة التعرف على الفروقات بين تكيف أفراد العينة النفسي تبعاً لبعض العوامل الشخصية كالسن و تاريخ الحادث و مدة التغيب عن العمل و العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر.

2.2. عرض الفروق في إعادة التكيف النفسي بين أفراد العينة تبعاً لبعض العوامل الشخصية

للتعرف على مدى تأثير مستويات إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة ببعض العوامل الشخصية كالسن ونوع وتاريخ الحادث ودرجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر، استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين، واختبار "ت" لعينتين مستقلتين، فجاءت النتائج كما يعكسها الجدول الآتي:

مستوى الدلالة	قيمة الفروق	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العوامل	
غير دالة	2.004	18,86	193,6	30-20 سنة	فترات السن
		32,49	189,31	40-30 سنة	
		26,53	184,62	50-40 سنة	
		19,72	173,36	60-50 سنة	
دالة عند 0.01	5.76-	28,74	180,21	أعزب	الحالة العائلية
		26,54	186	متزوج	
دالة عند 0.05	2.27	25,72	198	حروق	نوع الحادث
		30,63	179,3	سقوط	
		14,46	191,33	سقوط أشياء	
		27,756	169,33	حالة بتر	
		22,82	190	حادث سير	
		20.61	191.28	نوع آخر	
دالة 0.05	2.47	23,11	191,5	قبل 2007	تاريخ الحادث
		28,85	175,57	2009 - 2007	
		27,05	185,96	2012 - 2010	
غير دالة	0.23	25.85	186.01	30 - 15	درجة لإعاقة
		32.52	181.96	50-30	
		22.19	183.66	70-50	
غير دالة	1.03	25.57	186.22	نفس المركز	مركز العمل بعد الإصابتة
		30.6	180.37	مركز آخر	

(34) : توزيع الفروق في إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة تبعا لظروفهم الشخصية

إن قراءتنا لهذا تكشف أنه بالنسبة:

السن: جاءت قيمة (ف) (2.004) وهي قيمة غير دالة إحصائياً مما يعبر على انعدام فروق في إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة وفق سنهم. بعبارة أخرى إن السن لم يؤثر على إعادة التكيف النفسي، وبجعلنا نقول أنه مهما كان سن العامل ذي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل يمكنه تحقيق إعادة تكيف نفسي.

الحالة العائلية: التي استخدمت الباحثة من أجل التعرف على مدى وجود فروق في نتائج إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة تبعا لهذا العامل اختبار "ت" لعينتين مستقلتين للمقارنة بين المتوسط الحسابي للعزاب والمتزوجين، حيث قدر المتوسط الحسابي للعزاب بـ (180.21)، والمتزوجين بـ (186) من أفراد العينة و أن قيمة الفروق بين المتوسطين بـ (-5.76)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند ($\alpha=0.01$)، مما يعبر على وجود فروق في مستويات إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة من العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق الحالة العائلية، و هي فروق لصالح المتزوجين، أي أن هذه الفئة حققت مستوى أعلى في إعادة التكيف النفسي مقارنة مع العزاب. الذي قد يرتبط بالدعم الذي يتلقاه المتزوج من جهة، وبالمسؤولية التي تساعده على إعادة التكيف النفسي، من جهة أخرى.

نوع الحادث: حيث تشير نتائج الجدول أعلاه إلى أن قيمة تحليل التباين مقدره بـ (2.27) وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$) وهو ما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج إعادة التكيف النفسي لأفراد العينة حسب نوع الحادث، وهي فروق لصالح أفراد العينة الذين تعرضوا لحوادث الحروق، مع الإشارة إلى أن أغلب أفراد هذه الفئة كانوا من أعوان الحماية المدنية، وترجع الباحثة ذلك أولاً إلى أن هؤلاء تعودوا أكثر على هذا النوع من الحوادث. وثانياً إلى طبيعة مهنتهم التي تريحهم الحوادث التي يتعرض إليها غيرهم من الناس مما يسهل معايشتهم لحالتهم ويساعدهم على إعادة التكيف النفسي.

تاريخ الحادث: يبدو جليا من خلال المقارنة بين المتوسطات الحسابية (175.57، 191.5، 185.96) على التوالي لتواريخ الحوادث (قبل 2007، بين 2009-2009، بين 2010-2012)، وقد بينت المعالجة الإحصائية أن قيمة تحليل التباين قدرت (2.47) وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$)، مما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية، أي أن أفراد العينة يختلفون في نتائج إعادة التكيف النفسي باختلاف تاريخ الحادث، والفروق تعود لصالح العمال الذين تعرضوا للحوادث قبل سنة 2007، ويبدو ذلك طبيعيا، حيث كلما مر الوقت على وقوع الحادث ومر الوقت على العودة إلى العمل، يحقق المصاب إعادة تكيف نفسي أحسن مقارنة مع المصاب والعاث إلى العمل حديثا.

درجة الإعاقة: إن قيمة الفروق مقدرة بـ (0.23) وهي قيمة ليست لها دلالة إحصائية، مما ينفي وجود فروق دالة، أي أن أفراد العينة لا يختلفون في نتائج إعادة التكيف النفسي باختلاف درجة الإعاقة، بعبارة أخرى أن درجة الإعاقة لا تحول دون تحقيق إعادة التكيف النفسي، بل حتى ذوي الإعاقة الشديدة يتمكنون من تحقيق ذلك. حيث ترى الباحثة أن العامل مهما كانت نسبة العجز لديه، بقاءه في عمله يساعده على تحقيق إعادة التكيف النفسي.

مركز العمل بعد الإصابة: كما يبدو من نفس الجدول أن الاختلاف بين المتوسطين الحسابيين للعمال الذين عادوا إلى نفس المركز من أفراد العينة وأولئك الذين عادوا إلى مركز آخر وإن وجد فهو ضعيف بحيث لا يزيد عن 5.75، و لمعرفة أهمية ذلك الاختلاف استخدم إختبار "ت" لعينتين مستقلتين، فجاءت قيمته (1.03)، وهي قيمة غير دالة إحصائيا، مما ينفي وجود فروق في نتائج إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة، وهو ما يسمح باستخلاص أنه سواء عاد العامل المصاب إلى نفس مركز عمله السابق قبل الحادث أو إلى مركز آخر فذلك لا يؤثر على مستوى إعادة تكيفه النفسي.

و عليه ترى الباحثة أن العامل ما لم يفقد عمله، يساهم ذلك في تقبل وضعيته وبالتالي تحقيق إعادة تكيف، تؤكد ذلك للباحثة من خلال المقابلات مع العمال أثناء الدراسة الميدانية، أن أغلب العمال يعترفون أنه ما داموا لم يفقدوا عملهم، يدل ذلك على تمكنهم وقدرتهم على مزاوله

نشاطهم، وبالتالي محاولة الاعتياد على ما لديهم من قدرات محدودة، والعمل على تحقيق إعادة التكيف النفسي.

3.2. عرض وقراءة نتائج مظاهر إعادة التكيف النفسي

1.1.3.2. 1. عرض وقراءة نتائج مستوى التفاؤل لدى أفراد العينة:

استخدمت الباحثة اختبار كا² لقياس الفرق بين المستويات الثلاثة للتفاؤل، من خلال مقارنة التكرارات المشاهدة بالتكرارات المتوقعة، جاءت النتائج كما يعرضها الجدول الآتي:

مستوى التفاؤل	التكرارات المشاهدة	النسبة المئوية	التكرارات المنتظرة	قيمة " " كا ²	مستوى الدلالة
مستوى ضعيف	30	26.78	37.3	9,88	0.01
مستوى متوسط	53	47.32	37.3		
مستوى عالي	29	25.89	37.3		
المجموع	112	100	100		

(35):توزيع مستويات التفاؤل لدى أفراد العينة

يبدو أن قيمة كا² المحسوبة مقدرة بـ (9.88)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، والفرق تعود لصالح العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل الذين حققوا مستوى متوسط من التفاؤل، أي أن الإعاقة لم تؤثر على مستوى التفاؤل لديهم، وقد يعود ذلك إلى أن أغلبهم يعانون من إعاقة حركية متوسطة.

1.1.3.2. 2. عرض الفروق في مستويات التفاؤل بين أفراد العينة تبعا لبعض العوامل الشخصية

بعدما تبين وجود اختلاف في مستويات التفاؤل لدى أفراد العينة، نحاول التعرف على مدى ارتباط ذلك بمجموعة من العوامل الشخصية كالسن والحالة العائلية و نوع الحادث وتاريخ الحادث و درجة الإعاقة بالإضافة إلى العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر؛ وللتحقق من ذلك، لجأت الباحثة إلى قياس الفروق باستخدام اختبارات الفروق كاختبار "ت" لعينتين واختبار تحليل التباين ، فكانت النتائج كما يعكسها الجدول التالي:

مستوى الدلالة	قيمة الفروق	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
غير دالة	0.56	3.3	41.6	30-20 سنة	فترات السن
		8.03	41.68	40-30 سنة	
		7.48	40.29	50-40 سنة	
		4.76	39.45	60-50 سنة	
غير دالة	1.88 -	8.39	38.64	أعزب	الحالة العائلية
		6.24	41.3	متزوج	
0.05	2.46	3,73	42,16	حروق	نوع الحادث
		8,26	38,34	سقوط	
		5,74	41,66	سقوط أشياء	
		6,50	39,83	حالة بتر	
		4,75	44,25	حادث سير	
		5.13	42.57	نوع آخر	
غير دالة	1.81	3,9	42,83	قبل 2007	تاريخ الحادث
		8,56	39,28	2009 - 2007	
		6,87	40,4	2012 - 2010	
غير دالة	1.26	6,58	40,82	30 - 15	درجة لإعاقة
		8,62	39,2	50-30	
		4,08	42,38	70-50	
غير دالة	0.82 -	6.5	40.55	نفس المركز	مركز العمل بعد الإصابة
		7.92	40.87	مركز آخر	

(36) : توزيع الفروق في مستويات التفاؤل لدى أفراد العينة

السن: يبدو من الجدول أعلاه أن قيمة تحليل التباين مقدرة بـ (0.56)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً تسمح بالقول أن اختلاف مستوى النقال بين أفراد العينة لا يختلف باختلاف الفئة العمرية التي ينتمون إليها أي باختلاف سنهم ، وتفسر الباحثة ارتفاع مستوى التفاوض لدى أفراد بماقاله لها العمال ذوي الإعاقة من أفراد العينة أثناء المقابلات التي أجرتها معهم خلال الدراسة الميدانية وأن الحادث كان قدرا لهذا تقبلوا ذلك ويقوا متفائلين رغم ما خلفته تلك الحوادث لديهم، فسواء كان العامل المصاب شابا أو مسنا فذلك لا ينقص من التفاوض لديه.

الحالة العائلية: دل استخدام إختبار "ت" لعينتين مستقلتين الذي قام على المقارنة بين متوسط نتائج التفاوض لكل من المتزوجين والعزاب أن قيمة الفروق قدرت بـ (-1.88) وهي قيمة غير دالة إحصائياً، تعبر على غياب فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج التفاوض لدى أفراد العينة.

نوع الحادث: استخدمت الباحثة إختبار تحليل التباين للمقارنة بين المتوسطات الحسابية وتشير نتائج الجدول أن قيمة تحليل التباين مقدرة بـ (2.46) وهي دالة عند النسبة (0.05)، تعكس وجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات نتائج التفاوض وفق نوع الحادث والفروق تعود لصالح العمال الذين تعرضوا لحادث سير، بعبارة أخرى إن العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث السير أكثر تفاؤلا مقارنة مع الآخرين، وترى الباحثة أن ذلك قد يعود إلى أن حادث سير قد يصيب أيا كان وفي أي مكان، وليس فقط في إطار العمل.

تاريخ الحادث: جاءت المتوسطات الحسابية لنتائج مظهر التفاوض وفق تاريخ الحادث مقدرة بـ (42.83، 39.28، 40.4) على التوالي لتواريخ الحوادث (قبل 2007، بين 2007 و2009، بين 2010 و2012)، بعد المعالجة الإحصائية، تبين أن قيمة تحليل التباين قدرت بـ (1.81)، وهي قيمة غير دالة، ما ينفي وجود فروق في نتائج التفاوض لدى أفراد العينة وفق تاريخ الحادث.

درجة الإعاقة: حيث تبين من خلال المعالجة الإحصائية التي يعرضها الجدول المذكور أعلاه أن قيمة الفروق بين المتوسطات الثلاثة لنتائج التفاوض وفق درجة الإعاقة مقدرة بـ (1.26)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً تنفي وجود فروق. بعبارة أخرى إن العمال من أفراد العينة ذوي

الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل لا يختلفون في مستويات التفاؤل باختلاف درجة الإعاقة لديهم.

مركز العمل بعد الإصابة: إن استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين للمقارنة بين المتوسطين الحسابيين، أعطى القيمة (0.82)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات نتائج التفاؤل وفق مركز العمل بعد الإصابة، أي أن أفراد العينة لم يختلفوا في نتائج تفاؤلهم باختلاف مراكز العمل التي يعملون فيها بعد الإصابة، فسواء عادوا إلى نفس المركز أو إلى مركز آخر، فإن ذلك لا يؤثر على مستوى التفاؤل لديهم.

2.3.2.1. عرض وقراءة نتائج مستوى تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة: سبقت الإشارة في

الجانب النظري إلى أنه من أهم المظاهر التي تعبر عن إعادة التكيف النفسي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل تقبل الإعاقة، لهذا اقترحت الباحثة فرضاً ينص على أنه تميل أغلب مستويات تقبل الإعاقة لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل إلى المستويات المتوسطة، وللتحقق من صحة ذلك، استخدمت الباحثة إختبار كا² لمعرفة ما هو المستوى الأغلب، والجدول الموالي يعرض نتائج الإختبار.

مستوى الدلالة	قيمة "كا ² "	التكرارات المتوقعة	النسبة المئوية	التكرارات المشاهدة	مستوى تقبل الإعاقة
0.05	6.5	37.3	26.78	30	مستوى ضعيف
		37.3	44.64	50	مستوى متوسط
		37.3	28.57	32	مستوى عالي
		112	100	112	المجموع

(37) : مستوى تقبل الإعاقة أفراد العينة

وتوضح نتائج الجدول رقم (18) أعلاه أن قيمة إختبار كا² مقدرة بـ (6.5) وهي قيمة دالة عند ($\alpha=0.05$) أي أنه توجد فروق بين المستويات الثلاثة لتقبل الإعاقة لدى العمال من أفراد العينة و هي فروق تعود لصالح الاعتدال ، باعتبار أن أغلب أفراد العينة كان مستوى لتقبلهم

للإعاقة متوسطا ، وقد يرجع ذلك حسب الباحثة إلى كون أغلب أفراد العينة يعانون من درجة متوسطة من الإعاقة الحركية.

2.3.2. عرض الفروق في نتائج تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة

للتعرف على مدى تأثير هذا الاعتدال في مستوى تقبل الإعاقة لدى أغلب أفراد العينة، لجأت الباحثة إلى قياس الفروق في نتائج تقبل الإعاقة تبعا لبعض العوامل الشخصية كالسن و تاريخ الحادث و مدة التغيب عن العمل و العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين، واختبار فجاءت النتائج كما يعكسها الجدول الآتي:

مستوى الدلالة	قيمة الفروق	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
0.01	8.27	7,22	56,6	30-20 سنة	فترات السن
		10,92	54,93	40-30 سنة	
		12,32	47,2	50-40 سنة	
		8,65	41,9	60-50 سنة	
غير دالة	0.55	12.62	50.29	أعزب	الحالة العائلية
		11,77	48,85	متزوج	
0.05	2	15,02	52,5	حروق	نوع الحادث
		13,35	47,3	سقوط	
		6,65	55,5	سقوط أشياء	
		7,18	44	حالة بتر	
		9,24	49,87	حادث سير	
		11.92	51	نوع آخر	
دالة عند 0.05	2.77	11,78	51,08	قبل 2007	تاريخ الحادث
		12,59	50,33	2009 - 2007	
		11,47	45,21	2012 - 2010	
دالة عند 0.05	3.02	10,95	51,15	30 - 15	درجة لإعاقة
		13,88	46,9	50-30	
		11,19	46,16	70-50	
غير دالة	0.71	11.32	49.72	نفس المركز	مركز العمل بعد الإصابة
		13.48	47.93	مركز آخر	

(38) : توزيع الفروق في مستويات تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة تبعا لبعض العوامل الشخصية

حيث يبدو من الأرقام المختلفة التي يعرضها الجدول أنه بالنسبة:

السن: تشير نتائج الجدول أعلاه إلى أن قيمة تحليل التباين مقدرة بـ(8.27) وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.01$) أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية والفروق تعود لصالح العمال الذين يتراوح سنهم بين (20- 30) سنة، والفئة الشابة هي التي تبدي تقبلاً للإعاقة أكثر مقارنة بالآخرين.

الحالة العائلية: يبدو من نفس الجدول أن قيمة إختبار "ت" لعينتين مستقلتين قدرت بـ (0.55) وهي قيمة غيردالة إحصائياً، مما يعبر على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج تقبل الإعاقة حسب الحالة العائلية. أي أن المتزوجون والعزاب لا يختلفون في تقبل الإعاقة.

نوع الحادث: كما تشير نتائج المعالجة الإحصائية أن قيمة تحليل التباين مقدرة بـ(2) وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$) ، تعبر على وجود فروق في نتائج تقبل الإعاقة لدى العمال من أفراد العينة وفق نوع الحادث، و تعود لصالح أولئك الذين تعرضوا لحوادث سقوط أشياء عليهم، أي أن هذه الفئة أكثر تقبلاً للإعاقة مقارنة مع الأنواع الأخرى من الحوادث، مع الإشارة إلى أن فئة العمال الذين تعرضوا لهذا النوع من الحوادث سجلوا نسبة عجز دائم منخفضة.

تاريخ الحادث: كما تشير نتائج نفس الجدول أن قيمة إختبار تحليل التباين مقدرة بـ(2.77) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج تقبل الإعاقة وفق تاريخ الحادث، والفروق تعود لصالح العمال الذين تعرضوا لحوادث العمل قبل سنة 2007، فمرور الوقت على الإصابة والتعود على الإعاقة، يجعل من العامل أكثر تقبلاً لإعاقة مقارنة مع العمال الذين تعرضوا للحوادث حديثاً.

درجة الإعاقة: يتبين من خلال التحليل الإحصائي أن قيمة تحليل التباين مقدرة بـ (3.02)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha=0.05$)، أي أنه توجد فروق في تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة حسب درجة الإعاقة، والفروق تعود لصالح العمال الذين يعانون من إعاقة ضعيفة، أي أن هذه الفئة أكثر تقبلاً للإعاقة مقارنة بالفئة التي تعاني من إعاقة متوسطة أو إعاقة شديدة، أي أنه كلما زادت درجة الإعاقة عند العامل كلما أثر ذلك على تقبل الإعاقة لديه.

مركز العمل بعد الإصابة : يبدو من خلال نتائج الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي أن تقبل الإعاقة قد بلغ عند الذين عادوا إلى نفس المركز (49.72)، وعند الذين عادوا إلى مركز آخر (47.93)، ومن خلال المقارنة بين المتوسطين، قدرت قيمة إختبار "ت" لعينتين مستقلتين بـ (0.71) وهي قيمة غير دالة، و هو ما ينفي وجود فروق دالة في نتائج تقبل الإعاقة لدى العمال أفراد العينة حسب مركز العمل بعد الإصابة، ومن ثمة يبدو أن العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر لم تؤثر ذلك على تقبل الإعاقة لدى العمال أفراد العينة.

3.3.2. 1. عرض نتائج مستوى الشعور بالفعالية الذاتية: نظرا لأهمية الشعور بالفعالية الذاتية في إعادة التكيف النفسي لدى العمال ذوي الإعاقة عامة وذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل خاصة، وكونه من المظاهر الأساسية لتحقيق إعادة التكيف لديهم، كما سبق الذكر في الجانب النظري، تساءلت الباحثة عن مستواه لدى العمال أفراد العينة، والجدول الموالي يعرض نتائج المستويات الثلاثة للشعور بالفعالية الذاتية:

مستوى الدلالة	قيمة "كا"	التكرارات المنتظرة	النسبة المئوية	التكرارات المشاهدة	مستوى الشعور بالفعالية الذاتية
0.05	6.5	37.3	28.57	32	مستوى ضعيف
		37.3	44.64	50	مستوى متوسط
		37.3	26.78	30	مستوى عالي
		112	100	112	المجموع

(39): توزيع مستويات الشعور بالفعالية الذاتية لدى أفراد العينة

حيث يتبين من خلال نتائج الجدول أعلاه أن أغلب مستويات الشعور بالفعالية الذاتية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل من أفراد العينة كانت متوسطة بنسبة (44.64) من أفراد العينة، بينما تقاربت نسبة المستوى الضعيف التي قدرت بـ (28.57) من أفراد العينة بنسبة المستوى العالي والتي قدرت بـ (26.78)، لجأت الباحثة إلى استخدام اختبار كا² لمقارنة التكرارات المشاهدة والتكرارات المنتظرة، حيث قدرت قيمته بـ (6.5)، وهي قيمة دالة

إحصائياً عند ($\alpha=0.05$)، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاثة للشعور بالفعالية الذاتية والفروق تعود لصالح المستوى المتوسط أي أن أغلب أفراد العينة حققوا مستوى متوسط من الشعور بالفعالية الذاتية وذلك رغم إعاقاتهم، وهو شيء إيجابي فالشعور بالفعالية الذاتية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية يساعد على إعادة تكيفهم النفسي، وكما أظهرت بعض الدراسات أن درجة الشعور بالفعالية الذاتية تزيد من القدرة على انجاز المهام رغم معاناة الفرد من الآلام التي تسببها الأمراض أو الإصابات.

. (Rejeski, brawley et Schumaker, 1996)

3.3.2. 2. عرض نتائج الفروق في الشعور بالفعالية الذاتية لدى أفراد العينة تبعا لعوامل

شخصية:

مستوى الدلالة	قيمة الفروق	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
غير دالة	0.86	5,9	46,2	30-20 سنة	فترات السن
		8,12	45,37	40-30 سنة	
		6,07	46,25	50-40 سنة	
		5,95	43,54	60-50 سنة	
غير دالة	1.55 -	7.9	47.79	أعزب	الحالة العائلية
		6,91	49.71	متزوج	
0.01	3.25	5.24	50.5	حروق	نوع الحادث
		7.39	45.17	سقوط	
		2.62	44	سقوط أشياء	
		7.81	41	حالة بتر	
		5.76	44	حادث سير	
		4.72	47	نوع آخر	
0.05	3.44	6,46	47,58	قبل 2007	تاريخ الحادث
		5,08	42,92	2009 -2007	
		7,13	45,8	2012 -2010	
غير دالة	0.66	6.37	45.34	30 -15	درجة لإعاقة
		7.68	46.06	50-30	
		6.27	44.88	70-50	
دالة عند 0.05	1.87	6.53	46.20	نفس المركز	مركز العمل بعد الإصابة
		6.80	43.62	مركز آخر	

(40) : توزيع الفروق في مستويات الشعور بالفعالية الذاتية لدى أفراد العينة

لقد جاءت الفروق في مستويات فعالية الذات لدى أفراد العينة تبعا للعوامل الشخصية التي يعكسها الجدول المذكور أعلاه بالنسبة:

للسن: أن قيمة إختبار تحليل التباين مقدرة بـ (0.86) وهي قيمة غير دالة إحصائيا، مما ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج الشعور بالفعالية الذاتية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية من أفراد العينة المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن، أي لا يختلف أفراد العينة في نتائج الشعور بالفعالية الذاتية باختلاف سنهم، وهذا ما بينته بعض الدراسات، حيث تشير إلى أن أعلى نتائج من الشعور بالفعالية الذاتية لا ترتبط بالسن، فحتى الأفراد الذين يعانون من تراجع في القدرات الجسدية بسبب الأمراض أو التقدم في السن حققوا مستويات عالية من الشعور بالفعالية الذاتية.

(Mendes de Leon, Seeman, Baker et Richardson, 1996)

الحالة العائلية: فيبدو أن متوسط الشعور بالفعالية الذاتية الحسابي للعزاب في الشعور قدر بـ (47.79) في حين أن المتوسط للمتزوجين الحسابي قدر بـ (49.71)، وبعد تطبيق اختبار "ت" لعينتين مستقلتين، تبين أن قيمته (-1.55) وهي قيمة غير دالة إحصائيا، مما على غياب فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الشعور بفعالية الذات لدى أفراد العينة باختلاف الحالة العائلية.

نوع الحادث: يتبين من خلال نفس الجدول أن المتوسطات الحسابية لمختلف أنواع الحوادث المهنية في الشعور بالفعالية الذاتية تتراوح بين (41) و(50.5)، وبعد المعالجة الإحصائية، اتضح أن قيمة إختبار تحليل التباين قدر بـ (3.25)، وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.01$)، ما يعني أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج الشعور بالفعالية الذاتية لدى أفراد العينة وفق نوع الحادث، والفروق تعود لصالح العمال الذين تعرضوا لحوادث الحروق، وحسب الباحثة أغلب حوادث الحروق سجلها أعوان الحماية المدنية، فقد يعود ذلك إلى اعتيادهم على هذا النوع من الحوادث.

تاريخ الحادث: تبين المعالجة الإحصائية أن قيمة تحليل التباين مقدره بـ(3.44)، وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى ($\alpha=0.05$)، تعبر على وجود فروق في مستويات الشعور بالفعالية الذاتية لدى العمال من أفراد العينة وفق تاريخ الحادث، والفروق تعود لصالح العمال الذين تعرضوا للحوادث قبل سنة 2007، مقارنة بالذين تعرضوا لها بعد ذلك. الأمر الذي قد يرجع حسب الباحثة إلى أن مرور الوقت على الحادث وما خلفه لدى العامل من إعاقة قد جعله تعود على وضعيته الجديدة، والعودة إلى العمل تشعر العامل بفعاليته وتحقيق ذاته في العمل.

درجة الإعاقة: يبين من لنا الجدول أن قيمة ف تقدر بـ (0.66) وهي غير دالة إحصائيا تنفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الشعور بالفعالية الذاتية بين عمال أفراد العينة وفق درجة الإعاقة، أي أن لا يختلفون في شعورهم بالفعالية الذاتية باختلاف درجة الإعاقة لديهم.

مركز العمل بعد الإصابة: يبدو من خلال نتائج الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لنتائج العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل من أفراد العينة بالنسبة للشعور بالفعالية الذاتية قد بلغ عند الذين عادوا إلى نفس المركز (46.2)، وعند الذين عادوا إلى مركز آخر (43.62)، ومن خلال المقارنة بين المتوسطين، قدرت قيمة إختبار "ت" لعينتين مستقلتين بـ (1.87) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.05)، و هو ما يؤكد وجود فروق دالة في نتائج تقبل الإعاقة لدى العمال أفراد العينة حسب مركز العمل بعد الإصابة، والفروق تعود لصالح ذوي الإعاقة الذين عادوا إلى نفس المركز، فغالبا ما يتمكن العامل من العودة إلى نفس مركز العمل السابق للحادث، إذا كانت قدراته تسمح بذلك أي أن الإعاقة التي خلفها الحادث ليست شديدة، أما إذا كانت الإصابة شديدة، فإن قدرات العامل تصبح محدودة، ما يحول دون عودته إلى نفس مركز عمله، بل يحول إلى مركز آخر، ولهذا أبدى العمال العائدين إلى نفس المركز شعورا بالفعالية الذاتية أكثر من العائدين إلى مركز آخر.

4.3.2. 1. عرض نتائج مستوى تقدير الذات لدى أفراد العينة

تميل أغلب مستويات تقدير الذات لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل من أفراد العينة إلى الاعتدال، حيث يبدو من الجدول رقم (32) أدناه :

مستوى الدلالة	قيمة "كا2"	التكرارات المتوقعة	التكرارات المشاهدة	مستوى تقدير الذات
0.01	8.86	37.3	28	مستوى ضعيف
		37.3	52	مستوى متوسط
		37.3	32	مستوى عالي
		112		المجموع

(41) : مستوى تقدير الذات لدى أفراد العينة

أن أغلب أفراد العينة حققوا مستوى متوسط من تقدير الذات، حيث قدرت قيمة إختبار الفروق بين التكرارات المشاهدة والتكرارات المنتظرة بـ(94.73)، وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى ($\alpha=0.01$)، تعبر على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاثة لتقدير الذات، والفروق تعود لصالح المستوى المتوسط، فرغم الإعاقة إلا أن هذه الفئة حققت مستوى متوسط من تقدير الذات؛ ويشير العديد من الباحثين إلى أن الأشخاص الذين يحققون تقديرا عاليا لذواتهم يعتبرون أنفسهم أشخاص مهمين يستحقون الاحترام. (أبو زيد أحمد ابراهيم، 1987). فقد تعود النتائج حسب الباحثة إلى كون أن أغلب العمال لم يفقدوا عملهم بسبب تلك الإصابات، حيث بينت العديد من الدراسات أن الأشخاص الذين يعانون من انخفاض في مستوى القدرات الجسمية والتي يرافقها الغياب طويل المدى أو التوقف عن العمل يسبب لهم ذلك انخفاضا في مستوى تقدير الذات. (Gatchel et Gardea, 1999 ; Waters et Moore, 2002)

كما أشار بعض الباحثين إلى أن تقدير الذات عامل يمكنه التأثير على عملية إعادة التكيف لدى العمال المصابين بحوادث العمل، أو الأشخاص الذين يعانون من قدرات محدودة (Guidon et Smith, 2002) . والمتفق عليه في تلك الدراسات أن تقدير الذات العالي يعتبر مصدرا هاما يساهم في تحقيق إعادة التكيف وإعادة الدمج لدى العمال الأفراد الذين يعانون من قدرات محدودة بسبب الإصابات المهنية. (Kinicki et al, 2000)

2.4.3.2. عرض الفروق في مستويات تقدير الذات لدى أفراد العينة تبعا لعوامل شخصية

مستوى الدلالة	قيمة الفروق	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
غير دالة	1.72	8,09	49,2	30-20 سنة	فئات السن
		8,2	47,31	40-30 سنة	
		6,51	50,87	50-40 سنة	
		6,08	48,45	60-50 سنة	
غير دالة	1.52	7,44	48,69	أعزب	الحالة العائلية
		6,89	49,71	متزوج	
دالة عند 0.05	2.11	3,53	52,83	حروق	نوع الحادث
		8,31	48,47	سقوط	
		5,16	50,16	سقوط أشياء	
		7,69	44,5	حالة بتر	
		7,09	51	حادث سير	
		4,34	49,85	نوع آخر	
غير دالة	0.48	6,99	50	قبل 2007	تاريخ الحادث
		7,12	48,14	2009 - 2007	
		7,32	49,43	2012 - 2010	
غير دالة	0.44	7.26	48.68	30 - 15	درجة إعاقة
		7.36	49.8	50-30	
		6.7	50.22	70-50	
غير دالة	1.21	7.19	49.75	مركز المركز	مركز العمل بعد الإصابة
		7.07	47.93	مركز آخر	

(42) : توزيع الفروق في مستويات تقدير الذات لدى أفراد العينة

مما يعكسه هذا الجدول أنه بالنسبة ل

السن: أن نتائج تقدير الذات لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل من أفراد العينة تبين أن قيمة إختبار تحليل التباين مقدرة بـ (1.72) وهي قيمة غير دالة إحصائياً تسمح بالقول أن لا توجد فروق في نتائج تقدير الذات لدى أفراد العينة وفق السن.

الحالة العائلية: يبين الجدول جلياً أن قيمة إختبار "ت" لعينتين مستقلتين مقدرة بـ (1.52) وهي قيمة غير دالة إحصائياً، وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج تقدير الذات لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق الحالة العائلية.

نوع الحادث: حيث يتضح من خلال التحليل الإحصائي أن قيمة تحليل التباين مقدرة بـ (2.11)، وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$) ، تدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات تقدير الذات لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق نوع الحادث، و تعود الفروق لصالح الأفراد الذين تعرضوا للحروق، وكما سبق القول، ترى الباحثة أن ذلك يعود إلى أن أغلب حوادث الحروق سجلها أعوان الحماية المدنية، وهؤلاء متعودين على هذا النوع من الحوادث.

تاريخ الحادث: كما يشير الجدول إلى أن قيمة الفروق بين الأفراد الذين تعرضوا للحوادث قبل سنة 2007 بـ (50)، والذين تعرضوا للحوادث في الفترة بين (2007-2009) بـ (48.14)، والذين تعرضوا للحوادث في الفترة (2010-2012) بـ (49.43)، باستخدام إختبار تحليل التباين، قدرت بـ (0.48) وهي قيمة غير دالة، تنفي وجود فروق، أي أن تقدير الذات لدى العمال من أفراد العينة لا يختلف باختلاف تاريخ الحادث الذي تعرضوا له.

درجة الإعاقة: يبدو أن المتوسط الحسابي للأفراد الذين يعانون من إعاقة بسيطة يقدر بـ (48.68)، والذين يعانون من إعاقة متوسطة بـ (49.8)، والذين يعانون من إعاقة شديدة بـ (50.22)، كما تبين جلياً من خلال المعالجة الإحصائية القائمة على المقارنة بين هذه المتوسطات أن قيمة تحليل التباين قدرت بـ (0.44) وهي قيمة غير دالة إحصائياً، ما يعني أنه لا

توجد فروق في تقدير الذات لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل حسب درجة الإعاقة.

مركز العمل بعد الإصابة : يبدو أن المتوسط الحسابي قد جاء عند الذين عادوا إلى نفس المركز (49.75)، وعند الذين عادوا إلى مركز آخر (47.93)، ومن خلال المقارنة بين المتوسطين، كانت قيمة إختبار "ت" لعينتين مستقلتين ب (1.21) وهي قيمة غير دالة، تعبر على غياب فروق دالة في تقدير الذات بين العمال من أفراد العينة حسب مركز العمل بعد الإصابة، فيبدو أن العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر لم يؤثر ذلك على تقدير الذات لدى عمال أفراد العينة.

5.3.2. عرض وقراءة نتائج العلاقة بين مظاهر إعادة التكيف النفسي

للتعرف على مدى وجود علاقة بين مظاهر التكيف النفسي لدى أفراد العينة (112) قد تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين المظاهر الأربعة ببعضها، فجاءت المعاملات كما يعكسها الجدول الآتي:

العلاقة بين مظاهر إعادة التكيف النفسي	التفاؤل	تقبل الإعاقة	تقدير الذات	الفعالية الذاتية
التفاؤل	1	,684**	,544**	,557**
تقبل الإعاقة	,684**	1	,411**	,525**
تقدير الذات	,544**	,411**	1	,786**
الفعالية الذاتية	,557**	,525**	,786**	1

**العلاقة دالة عند مستوى 0.01.

(43): توزيع معاملات الارتباط بين مظاهر التكيف النفسي لدى أفراد العينة

يبدو جليا من خلال النتائج التي يعرضها الجدول أعلاه المتعلقة بالعلاقة بين جوانب إعادة التكيف النفسي، أن كل معاملات الارتباط بين نتائج (التفاؤل، تقبل الإعاقة، تقدير الذات والشعور بالفعالية الذاتية) لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل معاملات دالة عند مستوى (0.01)، أي أن العلاقة بينها قوية، ما يعني أنه إذا حقق الفرد مستوى عال من التفاؤل، يكون أكثر تقبلا للإعاقة، ويكون تقدير الذات لديه عاليا ومستوى عال من الشعور بالفعالية الذاتية، وبالتالي يحقق إعادة تكيف نفسي.

3. عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف الاجتماعي

1.1.3. 1. عرض وقراءة نتائج مستوى إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة

تبين كذلك من الدراسة النظرية أن إعادة التكيف الاجتماعي عند الأفراد ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، تتضح من خلال مجموعة من المظاهر أهمها المساندة الاجتماعية التي يحظى بها الفرد والشعور بالخجل، وقبل عرض وقراءة أهم النتائج المرتبطة بمظاهر إعادة التكيف الاجتماعي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، كل على حدة، يتم عرض وقراءة النتائج المتعلقة بهذين المظهرين في مجموعهما الذي يمثل إعادة التكيف الاجتماعي، ثم محاولة تحديد مستوى العلاقة بين المظهرين كما يلي:

مستوى الدلالة	قيمة "كا ² "	التكرارات المتوقعة	النسب المئوية	التكرارات المشاهدة	مستوى إعادة التكيف الاجتماعي
0.01	9.98	37.7	25	28	مستوى ضعيف
		37.7	47.32	53	مستوى متوسط
		37.7	27.67	31	مستوى عالي
		112	100	112	المجموع

(44) : مستوى إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة

يوضح الجدول أعلاه، مستوى إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة، ولقياس الفروق بين المستويات الثلاثة لإعادة التكيف الاجتماعي، استخدمت الباحثة إختبار كا² والذي قدرت

قيمته بـ (9.98)، وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.01$)، ما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاثة والفروق تعود لصالح المستوى المتوسط، أي أن أغلب أفراد العينة حققوا مستوى معتدل من إعادة التكيف الاجتماعي.

1.3. 2. عرض الفروق في إعادة التكيف الاجتماعي بين أفراد العينة تبعا لبعض العوامل

الشخصية

فبعد التعرف على المستوى الذي حققه أفراد العينة في إعادة التكيف الاجتماعي، والذي تبين أنه مستوى معتدل، يجب التعرف على الفروقات بين أفراد العينة في إعادة تكيفهم الاجتماعي وفقا لبعض العوامل الشخصية كالسن والحالة العائلية ونوع وتاريخ الحادث ودرجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر، حيث تم استخدام اختبار تحليل التباين واختبار "ت" لعينتين مستقلتين، وجاءت النتائج كما يعكسها الجدول الموالي:

مستوى الدلالة	قيمة الفروق	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
دالة عند 0.05	2.77	13,26	110,6	30-20 سنة	فترات السن
		19,86	121,12	40-30 سنة	
		14,07	121,62	50-40 سنة	
		14,35	114,82	60-50 سنة	
دالة 0.05	2.17 -	11.39	113.5	أعزب	الحالة العائلية
		17.11	121.04	متزوج	
دالة عند 0.01	4.47	14.93	133.66	حروق	نوع الحادث
		17.97	118.39	سقوط	
		3.89	111.33	سقوط أشياء	
		15.11	108	حالة بتر	
		11.6	121.87	حادث سير	
		13.19	122.42	نوع آخر	
دالة عند 0.05	2.53	16.69	124.5	قبل 2007	تاريخ الحادث
		14.24	115.92	2009 - 2007	
		16.52	118.53	2012 - 2010	
دالة عند 0.05	2.31	16.51	122.16	30 - 15	درجة لإعاقة
		17.31	120.7	50-30	
		12.69	117.59	70-50	
غير دالة	1.12	17.08	120.25	نفس المركز	مركز العمل بعد الإصابة
		13.45	116.43	مركز آخر	

(45) : توزيع الفروق في إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة

تبيين من خلال قراءة نتائج الجدول أعلاه أنه بالنسبة:

للسن: استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين، وتظهر النتائج أن قيمته مقدره بـ (2.77) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى (0.05)، ما يؤكد وجود فروق في نتائج إعادة التكيف الاجتماعي لدى العمال أفراد العينة وفق سنهم، والفروق تعود لصالح العمال الذين تتراوح سنهم بين [40 - 50] سنة، وقد يعود ذلك إلى أن الأفراد الذين يتراوح سنهم في هذه الفئة أغلبهم متزوجون يمثلون نسبة (87.5%).

للحالة العائلية: استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين للمقارنة بين المتوسطين الحسابيين للعزاب والمتزوجين، حيث قدر المتوسط الحسابي للعزاب بـ (113.5)، والمتزوجين بـ (121.04)، وتبين من خلال المعالجة الإحصائية اعتمادا على إختبار "ت" لعينتين مستقلتين أن قيمة الفروق قدرت بـ (- 2.17)، وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$)، ما يعبر عن وجود فروق في مستويات إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة وفق الحالة العائلية، وهي فروق لصالح المتزوجين، ترى الباحثة أنه نظرا للعلاقة الإيجابية بين بعدي إعادة التكيف الاجتماعي (المساندة الاجتماعية والخجل) وبعدم تبيين أن المتزوجين أقل خجلا وأكثر حفا في تلقي المساندة الاجتماعية كما سيتبين لاحقا، فمن الطبيعي أن تكون هذه الفئة أكثر تحقيقا لإعادة التكيف الاجتماعي مقارنة مع العزاب.

لنوع الحادث: جاءت النتائج بعد المعالجة الإحصائية مشيرة إلى أن قيمة تحليل التباين مقدره بـ (4.47)، وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.01$)، ما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج إعادة التكيف الاجتماعي لأفراد العينة حسب نوع الحادث، وهي فروق لصالح العمال الذين تعرضوا لحوادث الحروق، فكما سبق القول والإشارة إلى أن أغلب أفراد هذه الفئة كانوا من أعوان الحماية المدنية، وترجع الباحثة ذلك أولا إلى أن هؤلاء تعودوا أكثر على هذا النوع من الحوادث. وثانيا إلى طبيعة مهنتهم التي تريحهم الحوادث التي يتعرض إليها غيرهم من الناس مما يسهل معاشتهم لحالتهم ويساعدهم على إعادة التكيف .

لتاريخ الحادث: وللتحقق من وجود فروق في نتائج إعادة التكيف الاجتماعي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق تاريخ الحادث، استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين، فيبدو جليا من خلال المقارنة بين المتوسطات الحسابية (124.5، 115.92، 118.53) على التوالي لتواريخ الحوادث (قبل 2007، بين 2009-2009، بين 2010-2012)، وبعد المعالجة الإحصائية تبين أن قيمة تحليل التباين قدرت بـ (2.53) وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$)، ما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية، أي أن أفراد العينة يختلفون في نتائج إعادة التكيف الاجتماعي باختلاف تاريخ الحادث، والفروق تعود لصالح العمال الذين تعرضوا للحوادث قبل سنة 2007، ويبدو ذلك طبيعيا، حيث كلما مر الوقت على وقوع الحادث ومر الوقت على العودة إلى العمل، يحقق المصاب إعادة تكيف اجتماعي أحسن مقارنة مع المصاب والعائد إلى العمل حديثا.

لدرجة الإعاقة: استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين لقياس فروق في نتائج إعادة التكيف الاجتماعي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق درجة الإعاقة، وبينت النتائج بعد المعالجة الإحصائية القائمة على المقارنة بين المتوسطات الحسابية (117.59، 120.7، 122.16) للدرجات الثلاثة للإعاقة على التوالي (ضعيفة، متوسطة وشديدة)، أن قيمة الفروق مقدرة بـ (2.31) وهي قيمة لها دلالة إحصائية، ما يؤكد وجود فروق دالة، أي أن أفراد العينة يختلفون في نتائج إعادة التكيف الاجتماعي باختلاف درجة الإعاقة، وهي فروق لصالح فئة العمال الذين يعانون من إعاقة حركية ضعيفة ما يعني أنه كلما كانت درجة الإعاقة أكثر كلما انخفضت نتائج إعادة التكيف الاجتماعي.

لمركز العمل بعد الإصابة : لمعرفة إذا ما كانت هناك فروق في مستويات إعادة التكيف الاجتماعي بين المتوسطين الحسابيين للعمال الذين عادوا إلى نفس مركز عملهم السابق، وأولئك الذين عادوا إلى مركز آخر، تم استخدام إختبار "ت" لعينتين مستقلتين، وقدرة قيمته بـ (1.13)، وهي قيمة غير دالة إحصائيا، ما ينفي وجود فروق في نتائج إعادة التكيف لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل حسب مركز العمل بعد الإصابة، أي أنه سواء عاد

العامل المصاب إلى نفس مركز عمله السابق قبل الحادث أو إلى مركز آخر فذلك لا يؤثر على مستوى إعادة تكيفه الاجتماعي.

2.3. عرض وقراءة نتائج مظاهر إعادة التكيف الاجتماعي

1.1.2.3. 1. عرض وقراءة نتائج مستوى المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة: استخدمت

الباحثة اختبار كا² لقياس الفروق بين المستويات الثلاثة للمساندة الاجتماعية، من خلال مقارنة التكرارات المشاهدة بالتكرارات المنتظرة، والجدول رقم (46) يعرض نتائجه.

مستوى الدلالة	قيمة "كا ² "	التكرارات المتوقعة	النسب المئوية	التكرارات المشاهدة	مستوى المساندة الاجتماعية
0.01	8.64	37.3	26.78	30	مستوى ضعيف
		37.3	46.42	52	مستوى متوسط
		37.3	26.78	30	مستوى عالي
		112	100	112	المجموع

(46) : مستوى المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة

ويتوضح أن قيمة كا² المحسوبة مقدرة بـ (8.64)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، والفروق تعود لصالح العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل الذين حققوا مستوى المتوسط من المساندة الاجتماعية، أي أن أغلب أفراد العينة حظوا برعاية وعناية من قبل الأسرة والأصدقاء والزملاء والمجتمع ككل، وترى الباحثة، أنه من الطبيعي أن يحظى المصاب بحدوث عمل المسبب بإعاقة باهتمام ومساندة ودعم ...

وهذا مؤشر إيجابي، فالمساندة أو الدعم الذي يتلقاه المصاب سواء من قبل العائلة أو الأصدقاء أو المجتمع ككل يساعد على تخطي الإصابة وتقبلها والعودة إلى ممارسة مختلف نشاطاته بقدر المستطاع، ليثبت أنه رغم الإصابة أو القدرات المحدودة يتمكن من العودة إلى العمل وإثبات وجوده ككل، وبالتالي تحقيق إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني .

وفيما يلي محاولة التعرف على الفروقات بين مستويات المساعدة الاجتماعية التي حظي بها أفراد العينة وفقا لبعض العوامل الشخصية كالسن، والحالة العائلية ونوع وتاريخ الحادث ودرجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر.

2.1.2.3. عرض الفروق في مستويات المساعدة الاجتماعية تبعا لبعض العوامل الشخصية:

وللتعرف على مدى تأثير مستويات المساعدة الاجتماعية لدى أفراد العينة ببعض العوامل الشخصية، تم استخدام اختبار تحليل التباين واختبار "ت" لعينتين مستقلتين، فجاءت النتائج كما يلي:

مستوى الدلالة	قيمة الفروق	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
0.05	3.03	13,3	56,2	30-20 سنة	فترات السن
		11,88	65,18	40-30 سنة	
		8,18	66,87	50-40 سنة	
		10,25	64,45	60-50 سنة	
دالة عند 0.05	1.96-	9.65	62.57	أعزب	الحالة العائلية
		10,72	65,76	متزوج	
0.01	2.96	6,5	71,16	حروق	نوع الحادث
		11,47	65,08	سقوط	
		6,08	59,66	سقوط أشياء	
		9,78	56,83	حالة بتر	
		6,79	70,62	حادث سير	
		8.69	66.33	نوع آخر	
غير دالة	0.61	10,03	67,08	قبل 2007	تاريخ الحادث
		8,79	66.43	2009 - 2007	
		11,44	64,4	2012 - 2010	
دال عند 0.01	4.21	11,25	62,57	30 - 15	درجة لإعاقة
		8,02	67,11	50-30	
		9,54	68,76	70-50	
غير دالة	0.49	10.81	65.27	نفس المركز	مركز العمل بعد الإصابة
		9.84	64.18	مركز آخر	

(47) : توزيع الفروق في مستويات المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة

إن قراءة النتائج التي يعرضها الجدول السابق تكشف أنه بالنسبة:

السن: لقياس الفروق في مستويات المساعدة الاجتماعية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن، لجأت الباحثة إلى استخدام اختبار تحليل التباين، والذي تبين أن قيمته مقدره بـ (3.03) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.05)، ما يؤكد وجود فروق في نتائج المساعدة الاجتماعية لدى العمال أفراد العينة وفق السن، وهي فروق لصالح فئة العمال الذين تتراوح سنهم بين [40-50] سنة، وترى الباحثة أن ذلك قد يعود إلى أن هذه الفئة أغلبهم متزوجون، أي أنهم يحظون بمساعدة الزوج (ة) مقارنة مع العزاب، وهذا ما سيتوضح لاحقاً .

الحالة العائلية: وللتحقق من وجود فروق في نتائج المساعدة الاجتماعية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق الحالة العائلية، تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين، ويتضح من خلال المعالجة الاحصائية أن قيمة إختبار الفروق مقدره بـ (-1.96) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.05)، ما يؤكد وجود فروق في نتائج المساعدة الاجتماعية لدى العمال أفراد العينة، والفروق تعود لصالح المتزوجين، أي أن المتزوجين حققوا نتائج أعلى في المساعدة الاجتماعية أي يحظون بدعم الزوج (ة) مقارنة مع العزاب.

نوع الحادث: استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين لقياس الفروق في نتائج المساعدة الاجتماعية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق نوع الحادث، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول السابق، التي تشير إلى أن قيمة تحليل التباين مقدره بـ (2.96) وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.01$)، ما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج المساعدة الاجتماعية لأفراد العينة حسب نوع الحادث، وهي فروق لصالح العمال الذين تعرضوا لحوادث الحروق.

لتاريخ الحادث: كما يعرض نفس الجدول السابق نتائج المساعدة الاجتماعية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق تاريخ الحادث، وللتحقق من وجود فروق في تلك النتائج استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين، ويبدو جلياً من خلال المقارنة بين

المتوسطات الحسابية (67.08، 66.43، 64.4) على التوالي لتواريخ الحوادث (قبل 2007، بين 2009-2009، بين 2010-2012)، وبعد المعالجة الإحصائية تبين أن قيمة تحليل التباين قدرت بـ (0.61) وهي قيمة غير دالة، ما ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية، أي أن أفراد العينة لا يختلفون في نتائج المساندة الاجتماعية باختلاف تاريخ الحادث.

درجة الإعاقة: ولقياس الفروق في مستويات المساندة الاجتماعية لدى العمال ذوي الإعاقة بسبب حوادث العمل حسب درجة الإعاقة، استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين الذي تتبين نتاجه في الجدول السابق بعد المعالجة الإحصائية القائمة على المقارنة بين المتوسطات الحسابية للنتائج الثلاثة للإعاقة (ضعيفة، متوسطة وشديدة)، اتضح أن قيمة الفروق مقدره بـ (4.21) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.01)، ما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج المساندة الاجتماعية لدى العمال أفراد العينة، وهي فروق تعود لصالح العمال الذين يعانون من إعاقة شديدة أي الذين تتراوح نسبة العجز IPP بين [50% - 70%]، فهذه الفئة من الطبيعي أن تحقق مستوى أعلى من المساندة الاجتماعية، حيث أن هذه الفئة تحتاج إلى مساعدة ودعم ومساندة أكثر من غيرها.

مركز العمل بعد الإصابة: يعرض نفس الجدول السابق الفروق في مستويات المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة حسب العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر؛ حيث قدر المتوسط الحسابي للعمال الذين عادوا إلى نفس المركز لنتائج المساندة الاجتماعية بـ (65.27)، ومتوسط العمال الذين عادوا إلى مركز آخر بـ (64.18)، ولمعرفة إذا ما كانت هناك فروق بين المتوسطين، تم استخدام إختبار "ت" لعينتين مستقلتين، وقدرت قيمته بـ (0.49)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، ما ينفي وجود فروق في نتائج المساندة الاجتماعية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل حسب مركز العمل بعد الإصابة، أي أنه سواء عاد العامل المصاب إلى نفس مركز عمله السابق قبل الحادث أو إلى مركز آخر فذلك لا يؤثر على مستوى المساندة الاجتماعية التي يحظى بها.

2.2.3.1. عرض وقراءة نتائج مستوى الخجل لدى أفراد العينة:

لمعرفة مستوى الخجل لدى أفراد العينة، استخدمت الباحثة اختبار كا² لقياس الفروق بين المستويات الثلاثة للخجل، من خلال مقارنة التكرارات المشاهدة بالتكرارات المنتظرة، والجدول رقم (53) يعرض نتائجه.

مستوى الخجل	التكرارات المشاهدة	النسب المئوية	التكرارات المنتظرة	قيمة "كا ² "	مستوى الدلالة
مستوى ضعيف	32	28.57	37.7	5.07	0.05
مستوى متوسط	46	41.04	37.7		
مستوى عالي	34	30.35	37.7		
المجموع	112	100	112		

(48) : مستوى الخجل لدى أفراد العينة

ويتوضح أن قيمة كا² المحسوبة مقدرة بـ (5.07)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، وتعتبر على وجود فروق في مستويات الخجل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، وهي فروق تعبر على اعتدال الخجل لدى أفراد العينة، حيث أن أغلب أفراد العينة ورغم الإعاقة الحركية التي يعانون منها إلا أنهم حققوا مستوى معتدل من الخجل، وقد يعود ذلك حسب الباحثة إلى أن أغلب أفراد العينة يعانون من إعاقة حركية متوسطة.

2.2.3.2. عرض الفروق في مستويات الخجل بين أفراد العينة تبعا لبعض العوامل الشخصية

للتعرف على مدى تأثير مستويات الخجل لدى أفراد العينة ببعض العوامل الشخصية والمتمثلة في سن العامل وحالته العائلية ونوع وتاريخ الحادث الذي تعرض له، ودرجة إعاقته ومركز العمل الذي عاد إليه بعد الإصابة، تم استخدام اختبار تحليل التباين واختبار "ت" لعينتين، فجاءت النتائج كما يعرضها الجدول الموالي:

مستوى الدلالة	قيمة الفروق	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
غير دالة	1.84	4,08	54,4	30-20 سنة	فترات السن
		9,76	55,93	40-30 سنة	
		9,06	54,75	50-40 سنة	
		8,56	50,36	60-50 سنة	
0.05	2.27 -	7.04	50.92	أعزب	الحالة العائلية
		9,31	55,28	متزوج	
0.01	3.75	9,86	62,5	حروق	نوع الحادث
		9,46	53,3	سقوط	
		4,29	51,66	سقوط أشياء	
		5,7	51,16	حالة بتر	
		8,72	51,25	حادث سير	
		4,92	63,66	نوع آخر	
0.05	2.83	9,36	57,41	قبل 2007	تاريخ الحادث
		7,97	54,13	2009 - 2007	
		8,98	51,57	2012 - 2010	
0.05	2.65	8,52	55,01	30 - 15	درجة لإعاقة
		11,18	53,33	50-30	
		6,12	51,72	70-50	
غير دالة	1.46	9.33	54.97	نفس المركز	مركز العمل بعد الإصابة
		7.81	52.25	مركز آخر	

(49) : توزيع الفروق في مستويات الخجل لدى أفراد العينة

إن قراءة النتائج التي يعرضها الجدول أعلاه يبين أنه بالنسبة:

اللسن: يظهر الجدول أعلاه نتائج اختبار تحليل التباين، وتبين أن قيمة تحليل التباين مقدرة بـ (1.84) وهي قيمة غير دالة إحصائياً تسمح بالقول أن مستوى الخجل بين أفراد العينة لا يختلف باختلاف الفئة العمرية التي ينتمون إليها، أي باختلاف سنهم، فأغلبية العمال أفراد العينة حققوا مستوى معتدل من الخجل فسواء كان العامل شاباً أو مسناً فذلك لا يغير من مستوى الخجل لديه.

الحالة العائلية: يبين نفس الجدول أن استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين الذي قام على المقارنة بين متوسط نتائج الخجل لكل من المتزوجين والعزاب، أن قيمة الفروق مقدرة بـ (-) (2.27) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، أي أنه فعلاً توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج الخجل والفروق تعود لصالح المتزوجين، فهذه الفئة حسب الباحثة تحصلت على نتائج أعلى في الخجل لأن الصورة الجسدية لها تتأثر بوجود الجنس الآخر أي أنها تخشى رفضاً من قبل الطرف الآخر بسبب الإعاقة.

نوع الحادث: والذي استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين للمقارنة بين المتوسطات الحسابية وتشير نتائج الجدول أن قيمة تلك الفروق قدرت بـ (3.75)، وهي قيمة دالة عند مستوى (0.01)، ما يعكس وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات نتائج الخجل لدى العمال أفراد العينة وفق نوع الحادث، والفروق تعود لصالح العمال الذين تعرضوا للبتنر، ويبدو ذلك طبيعياً فالفرد الذي يفقد عضواً في جسمه (كاليد، الرجل...) يشعر بخجل أكثر من غيره.

لتاريخ الحادث: لقياس الفروق في نتائج الخجل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل حسب تاريخ الحادث، استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين، والجدول السابق يعرض نتائجه، وتبين بعد المعالجة الإحصائية، أن قيمة تحليل التباين مقدرة بـ (3.83)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، ما يؤكد وجود فروق بين متوسطات نتائج الخجل لدى العمال أفراد العينة وفق تاريخ الحادث، والفروق تعود لصالح العمال الذين تعرضوا للحوادث

حديثاً. وهذا يعود إلى أن هؤلاء لا يزالون متأثرين بالإصابة مقارنة مع الآخرين، ولهذا تحصلوا على نتائج أعلى في مقياس الخجل.

لدرجة الإعاقة: تبين من خلال المعالجة الإحصائية التي يعرضها الجدول السابق والقائمة على المقارنة بين المتوسطات الحسابية للنتائج الثلاثة للإعاقة (ضعيفة، متوسطة وشديدة)، أن قيمة الفروق مقدرة بـ(2.65) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.05)، ما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج الخجل لدى العمال أفراد العينة، والفروق تعود لصالح العمال الذين يعانون من إعاقة شديدة أي الذين تتراوح نسبة العجز لديهم IPP بين [50% - 70%]، فهذه الفئة من الطبيعي أن تحقق مستوى أعلى من الخجل، حيث أن هذه الفئة أكثر تضرراً من الحادث من غيرها.

لمركز العمل بعد الإصابة : كما يبدو من نفس الجدول السابق أن الاختلاف بين المتوسطين الحسابيين للعمال الذين عادوا إلى نفس مركز العمل من أفراد العينة، والعمال الذين عادوا إلى مراكز أخرى، ضعيف حيث تبين من خلال استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين أن قيمته قدرت بـ (1.46)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، ما ينفي وجود فروق في نتائج الخجل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل حسب مركز العمل بعد الإصابة، أي أنه سواء عاد العامل المصاب إلى نفس مركز عمله السابق قبل الحادث أو إلى مركز آخر فذلك لا يؤثر على مستوى الخجل لديه.

3.3. عرض نتائج العلاقة بين مظهري إعادة التكيف الإجتماعي:

الخجل	المساندة الاجتماعية	العلاقة بين مظهري إعادة التكيف الاجتماعي
,371**	1	ارتباط بيرسون
,000		مستوى الدلالة
112	112	العينة
1	,371**	ارتباط بيرسون
	,000	مستوى الدلالة
112	112	العينة

**العلاقة دالة عند مستوى 0.01.

(50): العلاقة بين مظهري إعادة التكيف الاجتماعي (المساندة الاجتماعية، الخجل)

يبدو جليا من خلال النتائج التي يعرضها الجدول أعلاه المتعلقة بالعلاقة بين مظهري إعادة التكيف الاجتماعي، أن معامل الارتباط بين نتائج (المساندة الاجتماعية والشعور بالخجل) لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل دال عند مستوى (0.01)، أي أن العلاقة بينهما قوية، ما يعني أنه كلما حظي الفرد بمستوى عال من المساندة الاجتماعية، كلما كان اقل خجلا، وبالتالي يحقق إعادة تكيف اجتماعي.

4. عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف المهني

1.1.4. عرض وقراءة نتائج مستوى إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة

كما سبقت الإشارة في الجانب النظري أن أهم مظاهر إعادة التكيف المهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل تتمثل في الشعور بالالتزام إلى المؤسسة التي يعمل فيها والدافعية لديه، حيث بينت بعض الدراسات أن العوامل المرتبطة بالعمل كالشعور بالالتزام والرضا والدافعية، ودرجة الاهتمام التي يوليها العامل لعمله، تؤثر على العودة إلى العمل

وعلى عملية إعادة تكيفه وإعادة اندماجه مهنيا (Durand et Loisel, 2000)، وفيما يأتي عرض وقراءة نتائج إعادة التكيف المهني عموما أولا ، ثم على حدة كل من نتائج الشعور بالالتزام المهني، نتائج الدافعية والرضا، ثم محاولة تحديد مستوى العلاقة بين البعدين، وذلك كما سيأتي:

مستوى الدلالة	قيمة "كا ² "	التكرارات المتوقعة	النسب المئوية	التكرارات المشاهدة	مستوى إعادة التكيف المهني
دالة 0.05	6.5	37.3	28.57	32	مستوى ضعيف
		37.3	44.64	50	مستوى متوسط
		37.3	26.78	30	مستوى عالي
		112	100	112	المجموع

(51) :مستوى إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة

يوضح الجدول أعلاه، مستوى إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة، ولقياس الفروق بين المستويات الثلاثة لإعادة التكيف المهني، استخدمت الباحثة إختبار كا² والذي قدرت قيمته بـ (6.5)، وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$)، وهي قيمة تعبر عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاثة والفروق تعبر على اعتدال إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة، حيث أن أغلب أفراد العينة حققوا مستوى معتدل من إعادة التكيف المهني.

وقبل تأويل هذه النتائج، وجب علينا التعرف على مختلف الفروق في إعادة التكيف المهني لأفراد العينة وفقا لبعض العوامل الشخصية كالمسن والحالة العائلية ونوع وتاريخ الحادث ودرجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر.

2.1.4. دراسة الفروق في مستويات إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة:

مستوى الدلالة	قيمة الفروق	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
دالة عند 0.05	3.002	18.5	123.4	30-20 سنة	فترات السن
		22.74	134.5	40-30 سنة	
		15.62	139.29	50-40 سنة	
		15.21	129.18	60-50 سنة	
دالة عند 0.05	-1.95	13.44	129.64	أعزب	الحالة العائلية
		19.83	136.14	متزوج	
دالة عند 0.00	5.6	12.21	153.16	حروق	نوع الحادث
		20.86	134.39	سقوط	
		5.8	125.33	سقوط أشياء	
		19.24	119.83	حالة بتر	
		11.7	138.5	حادث سير	
		14.25	134.85	نوع آخر	
دالة عند 0.05	2.26	17.86	140.58	قبل 2007	تاريخ الحادث
		13.3	129.71	2009 - 2007	
		20.48	134.33	2012 - 2010	
دالة عند 0.05	2.34	19.98	139.22	30 - 15	درجة إعاقة
		17.3	138.63	50-30	
		13.21	131.26	70-50	
غير دالة	0.41	19.73	134.97	نفس المركز	مركز العمل بعد الإصابة
		15.64	133.37	مركز آخر	

(52): توزيع الفروق في إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة

تشير قراءة نتائج هذا الجدول والمتعلق بتوزيع الفروق في إعادة التكيف المهني إلى أنه بالنسبة:

للبن: لقياس الفروق في نتائج إعادة التكيف المهني لدى العمال أفراد العينة وفق سنهم، استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين، وتظهر النتائج أن قيمة (ف) مقدرة بـ (3.002) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى (0.05)، وهي قيمة تعبر على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج إعادة التكيف المهني لأفراد العينة حسب سنهم، والفروق تعود لصالح العمال الذين يتراوح سنهم بين [40 – 50] سنة، أي أن السن يؤثر على إعادة التكيف المهني. وهنا ترى الباحثة أن هذه الفئة من العمال تكون الأقدمية المهنية لديهم متقدمة وبالتالي تكون أكثر استقراراً وتمسكاً بالعمل.

للحالة العائلية: وللتعرف على وجود فروق في نتائج إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة وفق الحالة العائلية، استخدمت الباحثة اختبار "ت" لعينتين مستقلتين، للمقارنة بين المتوسط الحسابي للعزاب والمتزوجين، حيث قدر المتوسط الحسابي للعزاب بـ (129.64)، ومتوسط المتزوجين بـ (136.14)، وتبين من خلال المعالجة الإحصائية أن قيمة الفروق بينهما قدرت بـ (-1.95)، وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$)، ما يؤكد على وجود فروق في مستويات إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة وفق الحالة العائلية، والفروق تعود لصالح المتزوجين. وترى الباحثة أن ذلك قد يعود لكون العمال المتزوجين يشعرون بالمسؤولية أكثر اتجاه عائلاتهم (الزوجة والأولاد) مقارنة مع العزاب، وبالتالي يكونون أكثر تمسكاً بالعمل.

لنوع الحادث: استخدمت الباحثة اختبار تحليل التباين لقياس الفروق في نتائج إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة وفق نوع الحادث، وجاءت النتائج مشيرة إلى أن قيمة تحليل التباين مقدرة بـ (5.6)، وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.01$)، وهي قيمة تعبر على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج إعادة التكيف المهني لأفراد العينة حسب نوع الحادث، وهي فروق لصالح العمال الذين تعرضوا لحوادث الحروق. فكما سبقت الإشارة إلى أن أغلب أفراد هذه الفئة كانوا من أعوان الحماية المدنية، وترجع الباحثة ذلك أولاً إلى أن هؤلاء تعودوا أكثر على هذا النوع من الحوادث. وثانياً إلى طبيعة مهنتهم التي تريحهم الحوادث التي يتعرض إليها غيرهم من الناس مما يسهل معاشتهم لحالتهم ويساعدهم على إعادة التكيف المهني.

لتاريخ الحادث: ويبدو جليا من خلال المقارنة بين المتوسطات الحسابية (140.58 و129.71 و134.33) على التوالي لتواريخ الحوادث (قبل 2007، بين 2009-2009، بين 2010-2012)، وبعد المعالجة الإحصائية تبين أن قيمة تحليل التباين قدرت بـ (2.26) وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$)، ما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية، أي أن أفراد العينة يختلفون في نتائج إعادة التكيف المهني باختلاف تاريخ الحادث، والفروق تعود لصالح العمال الذين تعرضوا للحوادث قبل سنة 2007، ويبدو ذلك طبيعيا، حيث كلما مر الوقت على وقوع الحادث ومر الوقت على العودة إلى العمل، يحقق المصاب إعادة تكيف مهني أحسن مقارنة مع المصاب والعائد إلى العمل حديثا.

لدرجة الإعاقة: يبين الجدول السابق أن قيمة الفروق بين المتوسطات الحسابية (139.22 و138.63 و131.26) للنتائج الثلاثة للإعاقة على التوالي (ضعيفة، متوسطة وشديدة)، مقدرة بـ (2.34)، وهي قيمة لها دلالة إحصائية عند مستوى 0.05، ما يؤكد وجود فروق دالة، أي أن أفراد العينة يختلفون في نتائج إعادة التكيف المهني باختلاف درجة الإعاقة لديهم، والفروق تعود لصالح ذوي الإعاقة البسيطة ما يعني أن درجة الإعاقة لها تأثير على إعادة التكيف المهني، كلما كانت درجة الإعاقة شديدة كلما صعب على صاحبها تحقيق إعادة التكيف المهني. ثم إن العامل الذي يصاب بحادث خلف لديه إعاقة بسيطة تكون لديه فرصة العودة إلى العمل أكثر من العامل خلف لديه الحادث إعاقة شديدة.

لمركز العمل بعد الإصابة: تظهر نتائج إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة وفق مركز العمل بعد الإصابة، في نفس الجدول السابق، ويبدو من خلال نتائج الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لنتائج العمال في إعادة التكيف المهني قد بلغ عند الذين عادوا إلى نفس المركز (134.97)، وعند الذين عادوا إلى مركز آخر (133.37)، و قدرت قيمة الفروق بـ (0.41) وهي قيمة غير دالة، ما ينفي وجود فروق دالة في نتائج إعادة التكيف المهني لدى العمال أفراد العينة حسب مركز العمل بعد الإصابة، فيبدو أن العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر لم يؤثر ذلك على تحقيق إعادة التكيف المهني لدى العمال أفراد العينة. فالعامل المصاب بحادث مهني عندما يتمكن من العودة إلى العمل (أي يتعدى خطر فقدان العمل)، يتمكن من تحقيق إعادة

تكيف مهني، بغض النظر إلى مركز العمل الذي عاد إليه، وهنا تجدر الإشارة إلى أنه أثناء الدراسة الميدانية، ومن خلال المقابلات مع العمال أفراد العينة والمشرفين عليهم، تبين أنه حتى إذا عاد العامل إلى مركز عمل آخر فهذا لا يعني أن أجره ينخفض، بل يبقى نفسه كما كان قبل الحادث (حيث أن أغلب العمال الذين يوجهون إلى مراكز أخرى بعد العودة إلى العمل تكون أدنى من المراكز السابقة، مثال ذلك عون تدخل في الحماية المدنية بعد تعرضه لحادث فقد بسببه يده، أصبح مسيرا لقاعة رياضة).

2.4. عرض وقراءة نتائج مظاهر إعادة التكيف المهني

1.1.2.4. عرض وقراءة مستوى الالتزام التنظيمي لدى أفراد العينة: استخدمت الباحثة

اختبار كا² لقياس الفروق بين المستويات الثلاثة، من خلال مقارنة التكرارات المشاهدة بالتكرارات المنتظرة، والجدول رقم (67) يعرض نتائجه.

مستوى الدلالة	قيمة "كا ²	التكرارات المتوقعة	التكرارات المشاهدة	مستوى الالتزام التنظيمي
دالة عند 0.01	9.98	37.3	28	مستوى ضعيف
		37.3	53	مستوى متوسط
		37.3	31	مستوى عالي
		112		المجموع

(53): مستوى الالتزام التنظيمي لدى أفراد العينة

ويتوضح أن قيمة كا² المحسوبة مقدرة بـ (9.98)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، والفروق تعود لصالح العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل الذين حققوا مستوى متوسط من الالتزام التنظيمي، أي أن الإعاقة لم تؤثر على مستوى الالتزام التنظيمي لديهم، وقد يعود ذلك إلى أن العامل يبقى متمسكا بعمله ويبدى اهتماما كبيرا به رغم الإصابة، لأن العمل من العناصر الأساسية التي تدعم إثبات وجوده، ثم إن فقدان العمل يكون أكثر ضررا من الإصابة المهنية، حيث بينت بعض الدراسات تخوف المصابين بحوادث العمل من عدم التمكن من العودة للعمل، ولهذا إن تمكن من العودة إلى العمل فإنه يتمسك به أكثر.

2.1.2.4. عرض وقراءة الفروق في نتائج الالتزام التنظيمي وفقا لبعض العوامل الشخصية

مستوى الدلالة	قيمة الفروق	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
دالة عند 0.05	3.14	13.13	60.00	30-20 سنة	فترات السن
		12.27	69.06	40-30 سنة	
		8.52	70.54	50-40 سنة	
		09	66.9	60-50 سنة	
غير دالة	-1.89	8.33	64.5	أعزب	الحالة العائلية
		11.14	69.95	متزوج	
دالة عند 0.001	4.23	7,57	77,5	حروق	نوع الحادث
		11,23	68,57	سقوط	
		3,94	63,67	سقوط أشياء	
		9,49	61,5	حالة بتر	
		8,54	71,75	حادث سير	
		11,46	66,71	نوع آخر	
غير دالة	1.2	8.94	71.16	قبل 2007	تاريخ الحادث
		7.85	66.71	2009 - 2007	
		12.04	68.2	2012 - 2010	
دالة عند 0.05	2.83	11.75	66.5	30 - 15	درجة لإعاقة
		9.11	70.46	50-30	
		5.94	72.11	70-50	
غير دالة	0.33	10.69	68.67	نفس المركز	مركز العمل بعد الإصابة
		10.28	67.93	مركز آخر	

(54) : توزيع الفروق في مستويات الالتزام التنظيمي لدى أفراد العينة

وللتعرف على مدى تأثير مستويات الالتزام المهني لدى أفراد العينة ببعض العوامل الشخصية كالسن والحالة العائلية ونوع وتاريخ الحادث ودرجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر، تم استخدام اختبار تحليل التباين واختبار "ت" لعينتين مستقلتين، فجاءت النتائج كما يعكسها الجدول السابق، حيث تعكس نتائج الجدول أعلاه الفروق وفق:

السن: فلمعرفة إذا ما كانت هناك فروق في نتائج الالتزام التنظيمي لدى أفراد العينة حسب السن، قارنت الباحثة بين المتوسطات الحسابية لفئات السن الأربعة، والتي قدرت قيمها بـ (60 و69.06 و70.54 و66.9) على التوالي، اعتماداً على تحليل التباين كما نتضح النتائج في الجدول أعلاه، والذي قدرت قيمته بـ (3.14)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، ما يعبر على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج الالتزام التنظيمي وفق السن، أي يختلف أفراد العينة في نتائج الالتزام المهني باختلاف سنهم والفروق تعود لصالح فئة العمال الذين تتراوح سنهم بين [40 - 50] سنة والعامل في هذه السن بغض النظر عن إصابته يكون مستقراً في عمله وذو أقدمية معتبرة .

الحالة العائلية: والتي استخدمت الباحثة من أجل التعرف على مدى وجود فروق في نتائج الالتزام التنظيمي لدى أفراد العينة، إختبار "ت" لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسطي نتائج المتزوجين والعزاب ، والنتائج يعرضها الجدول السابق، الذي يبين أن قيمة الفروق قدرت بـ (-1.89) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05، مما يؤكد على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج الالتزام التنظيمي لدى أفراد العينة، والفروق لصالح المتزوجين، وكما سبق القول أنفاً أن العامل المتزوج المصاب بحادث عمل ينتابه تخوف شديد من فقدان العمل بسبب الإصابة (لما لديه من مسؤولية اتجاه عائلته)، وإذا تمكن من العودة إلى عمله فإنه يسعى إلى المحافظة عليه والتمسك والاهتمام به.

نوع الحادث: تشير نتائج نفس الجدول السابق أن قيمة تحليل التباين مقدرة بـ (4.23)، وهي قيمة دالة عند مستوى (0.001)، ما يعبر على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج الالتزام التنظيمي وفق نوع الحادث وجاءت الفروق لصالح العمال الذين تعرضوا لحوادث الحروق، أي أن العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث الحروق أكثر التزاماً مقارنة مع الآخرين،

وترى الباحثة أن ذلك قد يعود إلى أن أغلب أفراد العينة الذين أصيبوا بحروق هم أعوان الحماية المدنية، وهذه الفئة متعودة على هذا النوع من الإصابات، ولاحظت الباحثة أن أغلب أعوان الحماية متمسكين بعملهم رغم إصاباتهم، حيث أن هذه المهنة اختاروها عن حب واقتناع، خاصة أن الهدف الأول والأساسي لهم هو إنقاذ حياة الآخرين، نقلا عن تصريحات العمال أثناء المقابلات معهم خلال الدراسة الميدانية.

تاريخ الحادث: يعرض نفس الجدول أعلاه، المتوسطات الحسابية في الالتزام التنظيمي لأفراد العينة حسب تاريخ الحادث، ولقياس الفروق بين هذه المتوسطات، استخدمت الباحثة إختبار تحليل التباين. وتبين أن قيمة تحليل التباين قدرت بـ (1.2)، وهي قيمة غير دالة، ما ينفي وجود فروق في نتائج الالتزام التنظيمي لدى أفراد العينة وفق تاريخ الحادث، فسواء تعرض العامل إل حادث مهني حديثا أو قبل 2007، فذلك لم يؤثر على الالتزام المهني.

درجة الإعاقة: وتبين من خلال المعالجة الإحصائية، أن قيمة الفروق بين المتوسطات الثلاثة لنتائج الالتزام التنظيمي وفق درجة الإعاقة مقدرة بـ (2.83)، وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى (0.05) ما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج الالتزام التنظيمي لدى أفراد العينة، أي أن هؤلاء يختلفون في الالتزام التنظيمي باختلاف درجة الإعاقة لديهم، حيث يبدي العمال الذين يعانون من إعاقة شديدة اهتماما وتمسكا بالعمل أكثر من غيرهم. وترى الباحثة أن ذلك يرتبط بدرجة تخوفهم من فقدان العمل بسبب الإعاقة، ما يجعلهم أكثر تمسكا واهتماما به من جهة، ومن جهة أخرى قد يشير ذلك إلى كون العمل بالنسبة للعمال ذوي الإعاقة بمثابة تعويض للعجز الجسمي الذي يعانون منه، وبالتالي يحاولون إثبات الذات من خلال العمل والتمسك به، من جهة أخرى.

مركز العمل بعد الإصابة: تظهر نتائج الالتزام التنظيمي لدى أفراد العينة وفق مركز العمل بعد الإصابة في الجدول السابق، ويبدو من خلال المعالجة الاحصائية أن المتوسط الحسابي لنتائج ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل بالنسبة للالتزام التنظيمي قد بلغ عند الذين عادوا إلى نفس المركز (68.67)، وعند الذين عادوا إلى مركز آخر (67.93)، وقدرت قيمة الفروق بـ (0.33) وهي قيمة غير دالة، ما ينفي وجود فروق دالة في نتائج الالتزام التنظيمي

لدى العمال أفراد العينة حسب مركز العمل بعد الإصابة، فيبدو أن العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر لم يؤثر ذلك على الاهتمام والتمسك بالعمل لدى العمال أفراد العينة.

1.2.2.4. عرض وقراءة نتائج مستوى الدافعية للانجاز لدى أفراد العينة: نظرا لأهمية

الدافعية للانجاز في إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة، وكونه من المظاهر الأساسية لتحقيق إعادة التكيف لديهم، كما سبق الذكر آنفا، تساءلت الباحثة عن مستواه لدى العمال أفراد العينة، والجدول الموالي يعرض نتائج المستويات الثلاثة للدافعية للانجاز:

مستوى الدلالة	قيمة "كا2"	التكرارات المنتظرة	النسب المئوية	التكرارات المشاهدة	مستوى الدافعية للانجاز
0.05	6.93	37.3	25	28	مستوى ضعيف
		37.3	44.64	50	مستوى متوسط
		37.3	30.35	34	مستوى عالي
		112	100	112	المجموع

(55): مستوى الدافعية للانجاز لدى أفراد العينة

يتبين من خلال نتائج الجدول رقم (74) أعلاه أن أغلب مستويات الدافعية للانجاز لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل كانت المستوى المتوسط وهذا بنسبة (44.64) من أفراد العينة، بينما خصت أدنى نسبة (25) من أفراد العينة المستوى الضعيف، في حين بلغت نسبة المستوى العالي (30.35)، ولمعرفة الفروق بين المستويات الثلاثة، استخدمت الباحثة اختبار كاي² حيث قدرت قيمته بـ (6.93)، وهي قيمة دالة إحصائية عند ($\alpha=0.05$)، مما يؤكد على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاثة للدافعية للانجاز، وتعتبر هذه الفروق على اعتدال الدافعية للانجاز لدى أفراد العينة، أي أن أغلب أفراد العينة حققوا مستوى معتدل من الدافعية للانجاز وذلك رغم إعاقاتهم، وهو شيء إيجابي للدافعية للانجاز لدى

العمال ذوي الإعاقة الحركية، يساعد على إعادة تكيفهم المهني والاجتماعي والنفسي، وكما أظهرت بعض الدراسات أن الدافعية للانجاز تزيد من القدرة على انجاز المهام رغم معاناة الفرد من الآلام التي تسببها الأمراض أو الإصابات .

2.2.2.4. عرض الفروق في نتائج الدافعية للانجاز لدى أفراد العينة تبعا لبعض العوامل الشخصية

بعدما تأكد لنا وجود تباين في مستويات الدافعية للانجاز لدى أفراد العينة، نحاول التعرف على مدى تأثير تلك المستويات بمجموعة من العوامل الشخصية كالسن والحالة العائلية ونوع وتاريخ الحادث ودرجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر، فلتتحقق من ذلك، تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين واختبار "ت" لعينتين مستقلتين لقياس الفروق، فجاءت النتائج كما يعرضها الجدول التالي:

مستوى الدلالة	قيمة الفروق	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
دالة عند 0.05	3.02	7.38	63.4	30-20 سنة	فترات السن
		11.03	65.43	40-30 سنة	
		8.36	68.75	50-40 سنة	
		7.98	62.27	60-50 سنة	
دالة عند 0.05	2.74	5.91	62.61	أعزب	الحالة العائلية
		10.03	67.04	متزوج	
دالة عند 0.001	6.005	7.32	75.66	حروق	نوع الحادث
		10.59	65.82	سقوط	
		3.93	61.66	سقوط أشياء	
		10.4	58.33	حالة بتر	
		3.71	66.75	حادث سير	
		4.78	68.14	نوع آخر	
دالة عند 0.05	3.19	10.02	69.41	قبل 2007	تاريخ الحادث
		6.83	63	2009 - 2007	
		9.68	66.13	2012 - 2010	
غير دالة	1.51	9.47	64.76	30 - 15	درجة لإعاقة
		9.49	68.16	50-30	
		8.04	67.11	70-50	
غير دالة	0.44	10.05	66.3	نفس المركز	مركز العمل بعد الإصابة
		7.25	65.43	مركز آخر	

(56) : توزيع الفروق في مستويات الدافعية للإنجاز لدى أفراد العينة

إن قراءتنا للنتائج التي يعرضها الجدول السابق تكشف أنه بالنسبة:

للسن: يبدو من الجدول أعلاه، الذي يعرض نتائج المعالجة الإحصائية أن قيمة إختبار تحليل التباين مقدرة بـ (3.02) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، ما يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج الدافعية للانجاز لدى أفراد العينة وفق السن، والفروق تعود لصالح العمال الذين تتراوح سنهم بين [40 - 50] سنة، فيختلف إذا أفراد العينة في نتائج الدافعية للانجاز باختلاف سنهم.

للحالة العائلية: يبين الجدول السابق أن قيمة الفروق قدرت بـ (2.41) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، مما يؤكد لنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج الدافعية للانجاز لدى أفراد العينة، والفروق لصالح المتزوجين، أي أن العامل ذي الإعاقة الحركية المتزوج يحقق مستوى عال من الدافعية للانجاز مقارنة مع الأعزب. وقد يعود ذلك حسب الباحثة إلى أن العامل المتزوج والذي يتكفل بأولاد، لديه العزيمة والدافعية أكثر، حتى يتمكن من تحمل مسؤوليته اتجاههم.

لنوع الحادث: وللتحقق من أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج الدافعية للانجاز لدى العمال أفراد العينة حسب نوع الحادث، استخدمت الباحثة إختبار تحليل التباين للمقارنة بين المتوسطات الحسابية حسب نوع الحادث، والجدول السابق يعرض نتائجه، وتشير نتائج المعالجة الإحصائية أن قيمة تحليل التباين مقدرة بـ (6.005)، وهي قيمة دالة عند مستوى (0.001)، ما يعبر على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات نتائج الدافعية للانجاز وفق نوع الحادث وجاءت الفروق لصالح العمال الذين تعرضوا لحوادث الحروق، أي أن العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث الحروق أكثر دافعية مقارنة مع الآخرين، وترى الباحثة أن ذلك قد يعود إلى أن أغلب أفراد العينة الذين أصيبوا بحروق هم أعوان الحماية المدنية، وهذه الفئة متعودة على هذا النوع من الإصابات، ولاحظت الباحثة أن أغلب أعوان الحماية متمسكين بعملهم رغم إصابتهم، حيث أن هذه المهنة اختاروها عن حب واقتناع، خاصة أن الهدف الأول والأساسي لهم هو الإنقاذ كما سبق القول، أي أن الحوادث لم تزعزع الدافعية للانجاز لديهم.

لتاريخ الحادث: يعرض الجدول أعلاه والمتعلق بتوزيع الفروق في مستويات الدافعية للانجاز، المتوسطات الحسابية التي تحصل عليها العمال أفراد العينة حسب تاريخ الحادث، وقد قدرت قيمة الفروق بين هذه المتوسطات بـ (3.19)، وهي قيمة دالة عند مستوى (0.05)، ما يؤكد وجود فروق في نتائج الدافعية لدى العمال أفراد العينة وفق تاريخ الحادث، والفروق لصالح العمال الذين تعرضوا للحوادث قبل سنة 2007، أي أن هؤلاء وبعد مرور سنوات على الحوادث التي تعرضوا لها، استعادوا الدافعية عن عملهم.

لدرجة الإعاقة: وتبين من خلال المعالجة الإحصائية أن قيمة الفروق بين المتوسطات الثلاثة لنتائج الدافعية وفق درجة الإعاقة مقدرة بـ (1.51)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، ما ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نتائج الدافعية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، أي أن هؤلاء لا يختلفون في الدافعية باختلاف درجة الإعاقة لديهم.

لمركز العمل بعد الإصابة: استخدام إختبار "ت" لعينتين مستقلتين، الذي تظهر نتائجه في نفس الجدول السابق، للمقارنة بين المتوسط الحسابي لنتائج العمال في الدافعية للانجاز قد بلغ عند الذين عادوا إلى نفس المركز (66.3)، وعند الذين عادوا إلى مركز آخر (65.43)، وقدرت قيمة الفروق بـ (0.44) وهي قيمة غير دالة، ما ينفي وجود فروق دالة في نتائج الدافعية للانجاز لدى العمال أفراد العينة حسب مركز العمل بعد الإصابة، فيبدو أن العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر لم يؤثر ذلك على الدافعية لدى العمال أفراد العينة.

3.4. عرض وقراءة نتائج العلاقة بين مظهري إعادة التكيف المهني

العلاقة بين مظهري إعادة التكيف المهني	الالتزام التنظيمي	الدافعية للإنجاز
الالتزام التنظيمي	1	,755**
ارتباط بيرسون		,000
مستوى الدلالة		112
العينة	112	
الدافعية للإنجاز	,755**	1
ارتباط بيرسون		,000
مستوى الدلالة		112
العينة	112	

**العلاقة دالة عند مستوى 0.01.

(57): العلاقة بين مظهري إعادة التكيف المهني (الالتزام التنظيمي، الدافعية للإنجاز)

يبدو جلياً من خلال النتائج التي يعرضها الجدول أعلاه المتعلقة بالعلاقة بين مظهري إعادة التكيف المهني، أن معامل الارتباط بين نتائج (الالتزام التنظيمي والدافعية للإنجاز) لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل دال عند مستوى (0.01)، أي أن العلاقة بينهما قوية، ما يعني أنه كلما يشعر الفرد بالالتزام المهني والاهتمام بعمله، كلما حقق مستوى عالٍ من الدافعية للإنجاز، وبالتالي يحقق إعادة تكيف مهني.

المبحث الثاني: عرض وقراءة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف لدى أفراد العينة

من أهم النقاط التي تحاول الدراسة الحالية الإجابة عنها دور التكفل بذوي الإعاقة الحركية بسبب حوادث العمل في عملية إعادة تكيفهم النفسي والاجتماعي والمهني، فانطلاقا مما أشارت إليه بعض الدراسات أن التكفل بالعمال المصابين بحوادث العمل واخضاعهم لبرامج إعادة التأهيل (لفترات متباينة حسب الإصابات)، يساعد في تسهيل عملية العودة إلى العمل وتحقيق مستويات عالية من إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني.

حيث أن هذه البرامج تهدف في الأساس إلى تحسين مستوى التمسك بالعمل لدى العمال المصاب من خلال استخدام القدرات التي لا يزال يتمتع بها، ومن خلال فهم أثر إصابته المهنية...كلها توضيحات للعامل المصاب ليواجه حالته الجديدة وتوطيد علاقته بعمله، حتى يتمكن من العودة إلى ممارسة نشاطه المهني، ثم في مرحلة أخيرة تقوم هذه البرامج على مساعدة ودعم العامل المصاب ليتكيف مع العودة إلى العمل (Lecomte et Savard,2002 ; Robertson, 1992)

هذا من جهة، وتتواصل عملية التكفل بهم بعد العودة إلى العمل من خلال تكييف مراكز العمل للحالات التي لا تتمكن من العودة إلى نفس مركز العمل، وبناء على ذلك، نحاول في هذا الجانب أولا معرفة علاقة التكفل بذوي الإعاقات الحركية بإعادة تكيفهم النفسي والاجتماعي والمهني، ثم كمثال عن ذلك دراسة حالة لثلاث عمال ذوي الإعاقة الحركية الذين عادوا إلى مراكز مكيفة) علما أنه كما سبق الذكر لا وجود لعملية تكييف مراكز العمل في الواقع، إلا أنه تبين أنه عندما تخلف الإصابة المهنية إعاقة حركية شديدة، يتم توجيه المعني بالأمر إلى منصب عمل آخر يتلاءم وقدراته المحدودة، ويتمثل التكيف هنا في : تخفيف في المهام، تقليص الحجم الساعي للعمل..)، وجاء العرض كالتالي:

1. دور التكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية في إعادة تكيفهم (النتائج العامة).
2. دور التكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية في إعادة التكيف النفسي لديهم.
3. دور التكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية في إعادة التكيف الاجتماعي لديهم.

4. دور التكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية في إعادة التكيف المهني لديهم.

5. عرض وقراءة نتائج دراسة ثلاث حالات للمراكز المكيفة.

1. دور التكفل بذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل في إعادة التكيف (النتائج العامة) لدى أفراد العينة

يعرض الجدول أدناه رقم (58)، التكرارات والنسب المئوية لمستويات إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني (النتائج العامة) وفق استفاضة المصاب بحادث العمل من التكفل الطبي (إعادة تكيف طبي، إعادة تأهيل وظيفي):

المجموع		الاستفاضة من التكفل الطبي				مستويات إعادة التكيف (النتائج العامة)
		لا		نعم		
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
25.0	28	7.1	8	17.9	20	مستوى ضعيف
48.2	54	19.6	22	28.6	32	مستوى متوسط
26.8	30	12.5	14	14.3	16	مستوى عالي
100	112	39.3	44	60.7	68	المجموع
0.05	مستوى الدلالة	11.18	قيمة كا ²			

(58): دور التكفل بذوي الإعاقة الحركية في إعادة التكيف (النتائج العامة) لديهم

لقد تبين أن للتكفل (بالنسبة للنتائج العامة) دور في تحقيق مستوى عالي من إعادة التكيف، بعد استخدام اختبار كا² والذي قدرت قيمته بـ (11.18) وهي قيمة دالة إحصائياً، حيث كانت

أكبر نسبة مئوية مقدرة بـ (33.9%) وتعود لصالح العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل الذين حققوا مستوى عالي من إعادة التكيف (النتائج العامة) والذين استفادوا من إعادة تكيف طبي وإعادة تأهيل وظيفي.

2. دور التكفل بذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل في إعادة التكيف النفسي لديهم:

يعرض الجدول أدناه رقم (59)، التكرارات والنسب المئوية لمستويات إعادة التكيف النفسي وفق استفادة المصاب بحدث العمل من التكفل الطبي (إعادة تكيف طبي، إعادة تأهيل وظيفي)، وقياس الفروق بين التكرارات المشاهدة والتكرارات المنتظرة، استخدمت الباحثة إختبار كا²، حيث تبين جليا أن قيمته مقدرة بـ (6.27) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى 0.05، والفروق تعود لصالح العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل الذين حققوا مستوى متوسط من إعادة التكيف النفسي والذين استفادوا من إعادة تكيف طبي وإعادة تأهيل وظيفي.

المجموع		الاستفادة من التكفل الطبي				مستويات إعادة التكيف النفسي
		لا		نعم		
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
26.8	30	8.9	10	17.9	20	مستوى ضعيف
46.4	52	19.6	22	26.8	30	مستوى متوسط
26.8	30	10.7	12	16.1	18	مستوى عالي
100	112	39.3	44	60.7	68	المجموع
0.05	مستوى الدلالة	6.27	قيمة كا ²			

(59): دور التكفل بذوي الإعاقة الحركية في إعادة التكيف النفسي لديهم

3. دور التكفل بذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل في إعادة التكيف الاجتماعي لديهم:

المجموع		الاستفادة من التكفل الطبي				مستويات إعادة التكيف الاجتماعي
		لا		نعم		
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
25.0	28	8.9	10	16.1	18	مستوى ضعيف
47.3	53	19.6	22	27.7	31	مستوى متوسط
27.7	31	10.7	12	17.0	19	مستوى عالي
100	112	39.3	44	60.7	68	المجموع
0.05	مستوى الدلالة	6.70	قيمة كا ²			

(60): دور التكفل بذوي الإعاقة الحركية في إعادة التكيف الاجتماعي لديهم

يبين الجدول أعلاه رقم (60)، التكرارات والنسب المئوية لمستويات إعادة التكيف الاجتماعي وفق استفادة المصاب بحادث العمل من التكفل الطبي (إعادة تكيف طبي، إعادة تأهيل وظيفي)، وقياس الفروق بين التكرارات المشاهدة والتكرارات المنتظرة، استخدمت الباحثة إختبار كا²، حيث تبين جليا أن قيمته مقدره ب (6.70) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى 0.05، والفروقتعود لصالح العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل الذين حققوا مستوى عالي من إعادة التكيف الاجتماعي والذين استفادوا من إعادة تكيف طبي وإعادة تأهيل وظيفي. وبالتالي يمكن القول أن للتكفل الطبي دور في تحقيق إعادة التكيف الاجتماعي.

4. دور التكفل بذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل في إعادة التكيف المهني لديهم:

يعرض الجدول أدناه رقم (61)، التكرارات والنسب المئوية لمستويات إعادة التكيف المهني وفق استفادة المصاب بحدث العمل من التكفل الطبي (إعادة تكيف طبي، إعادة تأهيل وظيفي)، ولقياس الفروق بين التكرارات المشاهدة والتكرارات المنتظرة، استخدمت الباحثة إختبار كا²، حيث تبين جليا أن قيمته مقدره بـ (8.62) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى 0.05، والفروقتعود لصالح العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل الذين حققوا مستوى عالي من إعادة التكيف الاجتماعي والذين استفادوا من إعادة تكيف طبي وإعادة تأهيل وظيفي.

المجموع		الاستفادة من التكفل الطبي				مستويات إعادة التكيف المهني
		لا		نعم		
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
28.6	32	14.3	16	14.3	16	مستوى ضعيف
44.6	50	12.5	14	32.1	36	مستوى متوسط
26.8	30	12.5	14	14.3	16	مستوى عالي
100	112	39.3	44	60.7	68	المجموع
0.05	مستوى الدلالة	8.62	قيمة كا ²			

(61): دور التكفل بذوي الإعاقة الحركية في إعادة التكيف المهني لديهم

أي أن للتكفل الطبي دور في تحقيق إعادة التكيف المهني.

5. عرض نتائج دراسة ثلاث حالات للمراكز المكيفة:

من بين أهداف الدراسة الحالية، دراسة أو تحليل مراكز العمل المكيفة للعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، حيث ذكرنا سابقا أن العامل بعد الإصابة بحدث مهني، قد يعود إلى نفس مركز عمله السابق وقد يعود إلى مركز آخر أو قد يتم تكييف مركز عمل ملائم وإعاقة الحركية، إلا أنه تبين لنا في الواقع الجزائري، أنه لا يوجد أي مركز مكيف، رغم تسجيله مثلا على مستوى الضمان الاجتماعي أن العامل الذي يعاني من نسبة عجز عالية أي إعاقة حركية شديدة يستفيد من مركز مكيف، وبعد المتابعة والاتصال مباشرة بالمؤسسات التي يعمل فيها أولئك وجدنا أنه في الواقع ليس مركزا مكيفا بل مركزا آخر، ومستوى التكييف في ذلك المركز هو تكييف في وقت العمل والتخفيف في المهام، وكمثال عن ذلك ثلاث حالات إعاقة حركية شديدة والتي قيل لنا أنها تستفيد من مراكز مكيفة:

1.5. الحالة الأولى:**1. التعريف بالعامل:**

السن: 42

الجنس: أنثى

اسم مركز العمل قبل الحادث: عون نظافة

نوع الحادث: سقوط خلف كسور خطيرة، تقلص طول الساق (تستعين بعكازات)

تاريخ الحادث: 2008

اسم مركز العمل بعد الحادث: تزد على المكالمات في مجمع هاتفي

هيئة المركز: الاتصالات الداخلية والخارجية

الدائرة/المصلحة/الورشة: مصلحة الموظفين

اسم المؤسسة: بلدية بن عكنون

الأقدمية في المركز: 12 شهرا

الظروف الصحية الآتية: لا تزال آثار حادث العمل، متابعة ومراقبة طبية منتظمة (30%)

2. نظام العمل:

عدد المراكز التي اشتغلها العامل: ثلاثة (03) مراكز عمل

المدة في كل مركز:

1/ المركز الأول (عون نظافة) لمدة 10 سنوات.

2/ المركز الثاني لمدة 12 شهرا كخادمة في مطعم مدرسي

المنتوج أو الخدمة التي قدمها العامل: تنظيف وتوزيع الأكل للتلاميذ

تغيير متوقع للعمل: لا يوجد احتمال تغيير المركز

توقيت العمل: الثلاثاء 12.30 - 16.30 / الخميس طوال اليوم

أوقات الراحة: باقي أيام الأسبوع

العمل فردي أو جماعي: فردي دوري

دورة العمل: عادية

3. دراسة العمل:

وصف النشاطات: استقبال المكالمات: داخل المصالح / من وإلى خارج البلدية/ الدائرة/الولاية/ المواطنين/

تحويل المكالمات إلى المصالح المعنية

وصف النشاطات الثانوية:

أبعاد المركز: مكتب 1متر/2متر

فضاء المركز: القاعة واسعة

مصادر المعلومات: الهاتف، المسؤول المباشر (رئيس مصلحة الموظفين)، مختلف المصالح

نوعية الأرضية:

الظروف الفيزيائية: القاعة تتخفّض فيها التهوية (قاعة واسعة بنافاذة صغيرة)، موقع القاعة في

وسط المقر يعرضها لضجيج العمال.

أسباب الإصابات: العمل بسرعة وعدم التركيز أدى إلى سقوط العاملة وتعرضت إلى كسور

خطيرة

أخطار المركز الحالي: الجلوس لمدة طويلة يعرض العاملة إلى آلام حادة

الحلول المقترحة لتفادي الأخطار: تعويض الهاتف بهاتف نقال حتى تتمكن من الحركة والتنقل والرد على المكالمات.

تعقيب:

4. نتيجة إعادة التكيف لدى العمال الحالة:

نتيجة إعادة التكيف النفسي: 250/100

نتيجة التفاؤل: 55/14

نتيجة تقبل الإعاقة: 75/16

نتيجة الشعور بالفعالية الذاتية: 60/34

نتيجة تقدير الذات: 60/36

نتيجة إعادة التكيف الاجتماعي: 160/99

نتيجة المساندة الاجتماعية: 80/61

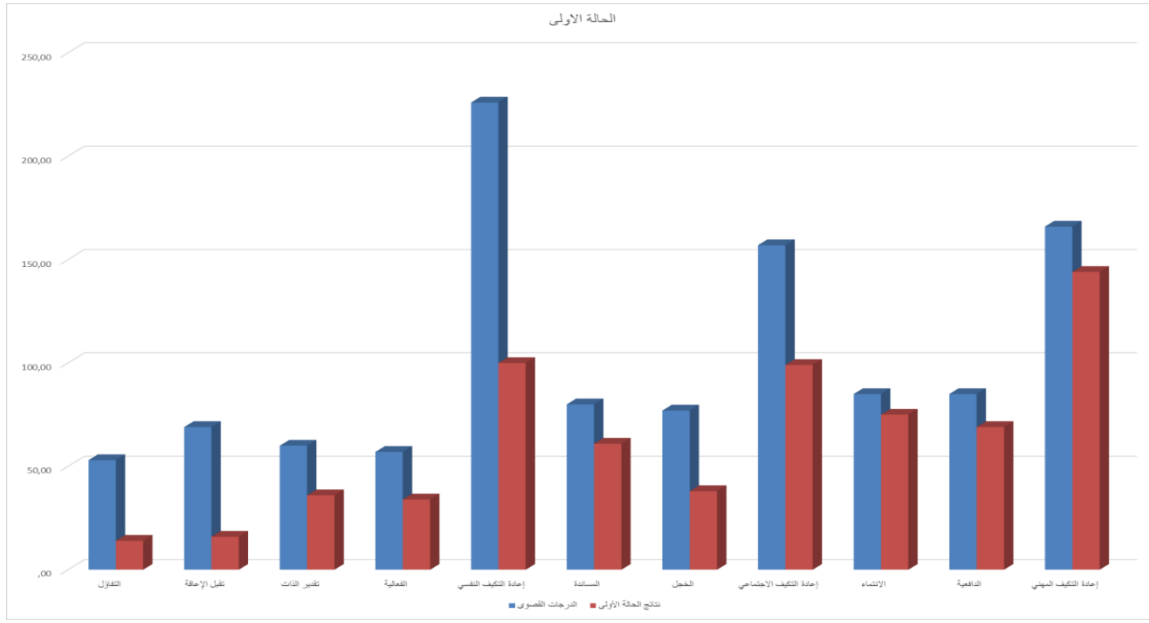
نتيجة الخجل: 80/38

نتيجة إعادة التكيف المهني: 170/144

نتيجة الالتزام التنظيمي: 85/75

نتيجة الدافعية للإنجاز: 85/69

والشكل الموالي يوضح نتائج الحالة الأولى في إعادة التكيف:



(17) : نتائج الحالة الأولى في إعادة التكييف مقارنة بنتائج العينة ككل

2.5. الحالة الثانية:

1. التعريف بالعامل:

السن: 43

الجنس: ذكر

اسم مركز العمل قبل الحادث: دهان

نوع الحادث: حروق

اسم مركز العمل بعد الحادث: مكتب استقبال في النقابة

هياة المركز: النقابة

الدائرة/المصلحة/الورشة: النقابة

اسم المؤسسة: المؤسسة الوطنية لتصليح البواخر

الأقدمية في المركز: شهرين

الظروف الصحية الآتية: لا يزال يشكو من الآلام الناتجة عن الإصابة (نسبة IPP مقدرة

بـ 76%)

2. نظام العمل:

عدد المراكز التي اشتغلها العامل: 02

المدة في كل مركز:

المركز السابق للحادثة كدهان لمدة 19 سنة

المركز بعد الحادث منذ شهرين

المنتوج أو الخدمة التي قدمها العامل: دهن البواخر / الاستماع لشكاوي العمال

تغيير متوقع للعمل: حاليا لا، احتمال التغيير بعد 4 سنوات

توقيت العمل: 16/8

أوقات الراحة: 13/12

العمل فردي أو جماعي: فردي

دورة العمل: عادية

3. دراسة العمل:

وصف النشاطات الأساسية: الاستماع لشكاوي العمال / تسجيل الشكاوي / حل المشاكل

الممكنة/التنقل بين مختلف المصالح

وصف النشاطات الثانوية: الاجتماع مع رئيس النقابة/الاجتماع مع أعضاء النقابة/مناقشة

مشاكل العمال

أبعاد المركز: مكتب جاهز (préfabriqué)

فضاء المركز: 21 م²

مصادر المعلومات: العمال/ المشرف/ ميدان العمل

نوعية الارضية: préfabriqué

الظروف الفيزيائية: المكتب موجود في وسط حقل العمل معرض للغبار والروائح والبخار

والضجيج...

الحوادث:

أسباب الإصابة:

أخطار المركز الحالي: العامل تعرض لحروق شديدة تلزمه ألبسة خاصة، وعليه تجنب أشعة الشمس والحرارة، إلا أنه في هذا المركز معرض لهذه المخاطر

الحلول المقترحة لتفادي الأخطار: تغيير مقر العمل أو اقتراح مركز آخر، أين تتوفر الشروط الملائمة.

4. نتائج إعادة التكيف لدى العمال الحالة:

نتيجة إعادة التكيف النفسي: 163

نتيجة التفاؤل: 45

نتيجة تقبل الإعاقة: 44

نتيجة الشعور بالفعالية الذاتية: 39

نتيجة تقدير الذات: 35

نتيجة إعادة التكيف الاجتماعي: 115

نتيجة المساندة الاجتماعية: 71

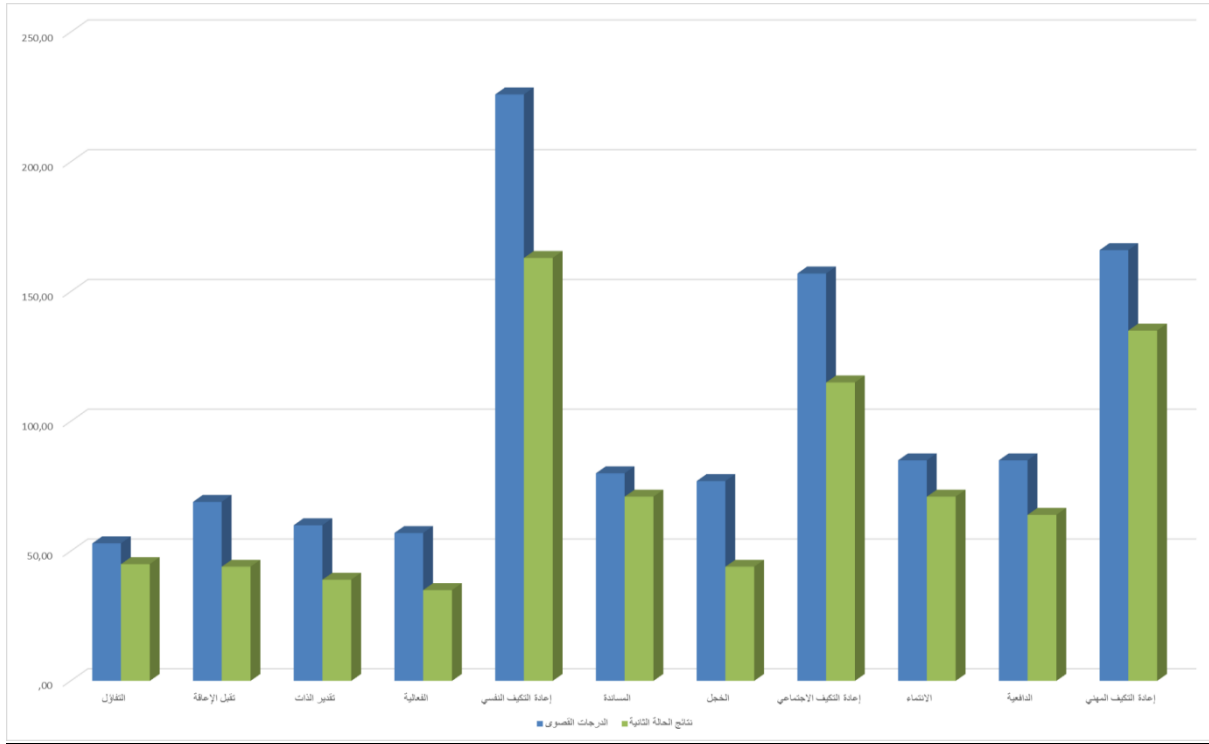
نتيجة الخجل: 44

نتيجة إعادة التكيف المهني: 135

نتيجة الالتزام التنظيمي: 71

نتيجة الدافعية للإنجاز: 64

والشكل الموالي يوضح نتائج الحالة الثانية في إعادة التكيف:



(18): نتائج الحالة الثانية في إعادة التكيف مقارنة بنتائج العينة ككل

3.5. الحالة الثالثة:

1. التعريف بالعامل:

السن: 36 سنة

الجنس: ذكر

اسم مركز العمل قبل الحادث: عون تدخل في الحماية المدنية

نوع الحادث: حادث قطار سبب له بتر يد يميني

اسم مركز العمل بعد الحادث: مكلف بتسيير قاعة رياضة

هيئة المركز:

الدائرة/المصلحة/الورشة: رئيس فوج التدخل

اسم المؤسسة: الحماية المدنية

الأقدمية في المركز: منذ 5 سنوات

2. نظام العمل:

عدد المراكز التي اشتغلها العامل: 02: عون تدخل/ مسير قاعة رياضة

المدة في كل مركز: المركز الأول لعون تدخل لمدة 12 سنة/ المركز الثاني كمسير لقاعة

رياضة منذ 4 سنوات

المنتوج أو الخدمة الي قدمها العامل: تسيير قاعة الرياضة التي يستفيد

تغيير متوقع للعمل: لا يوجد احتمال تغيير المركز

توقيت العمل: 24 ساعة

أوقات الراحة: 48 ساعة

العمل فردي أو جماعي: فردي / مداومة 3 عمال في نفس المركز

دورة العمل: ليل ونهار 24 ساعة

الظروف الصحية الآتية: العامل مبتور اليد اليمنى (مستعمل اليد اليمنى)

3. دراسة العمل:

وصف النشاطات الأساسية:

مداومة/ مراقبة عتاد الرياضة أثناء المداومة/ اقتراح تمارينات رياضية / أمن وحراسة ملابس

الأعوان/ استقبال مكالمات هاتفية/ نظافة المركز/ تسجيل الملاحظات حول العتاد في سجل

وصف النشاطات الثانوية:

اتصالات بالزملاء عند الانذار بالخروج للتدخل/ طلب العتاد في حالة الحاجة

أبعاد المركز:

فضاء المركز: قاعة بمساحة 125م²

مصادر المعلومات: رئيس الفوج/ رئيس الوحدة/ الزملاء/ الهاتف

نوعية الارضية: أرضية خاصة بالرياضة

الظروف الفيزيائية: مقبولة

الحوادث:

أسباب الإصابات:

أخطار المركز الحالي: حمل ثقل العتاد الرياضي

4. نتيجة إعادة التكيف لدى العمال الحالة:

نتيجة إعادة التكيف النفسي: 164

نتيجة التفاؤل: 38

نتيجة تقبل الإعاقة: 35

نتيجة الشعور بالفعالية الذاتية: 49

نتيجة تقدير الذات: 42

نتيجة إعادة التكيف الاجتماعي: 109

نتيجة المساندة الاجتماعية: 62

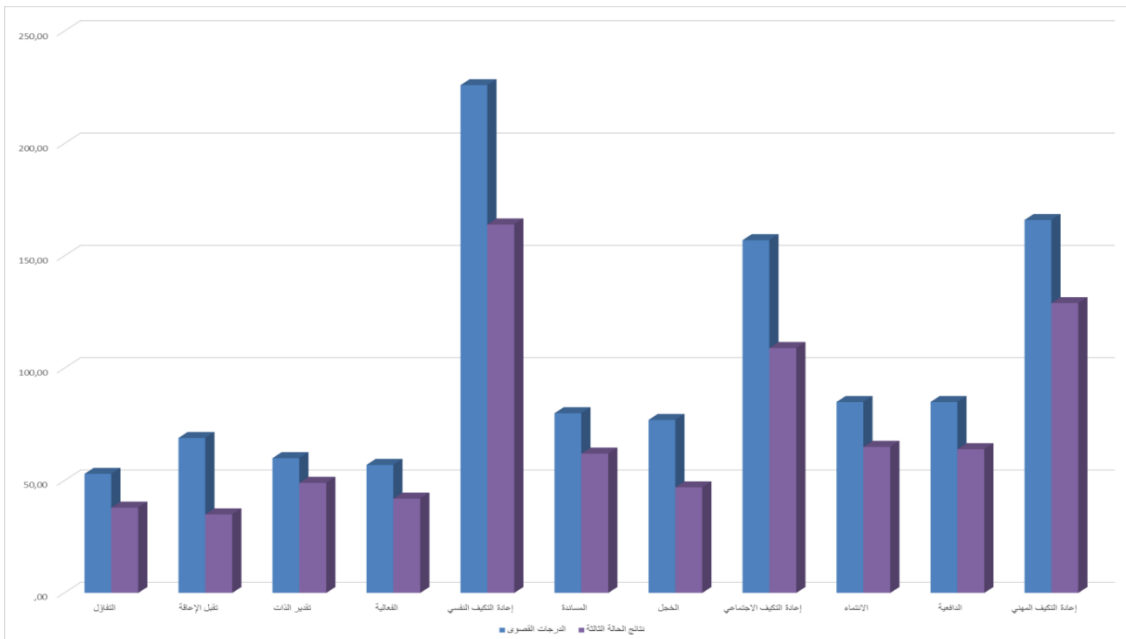
نتيجة الخجل: 47

نتيجة إعادة التكيف المهني: 129

نتيجة الالتزام التنظيمي: 65

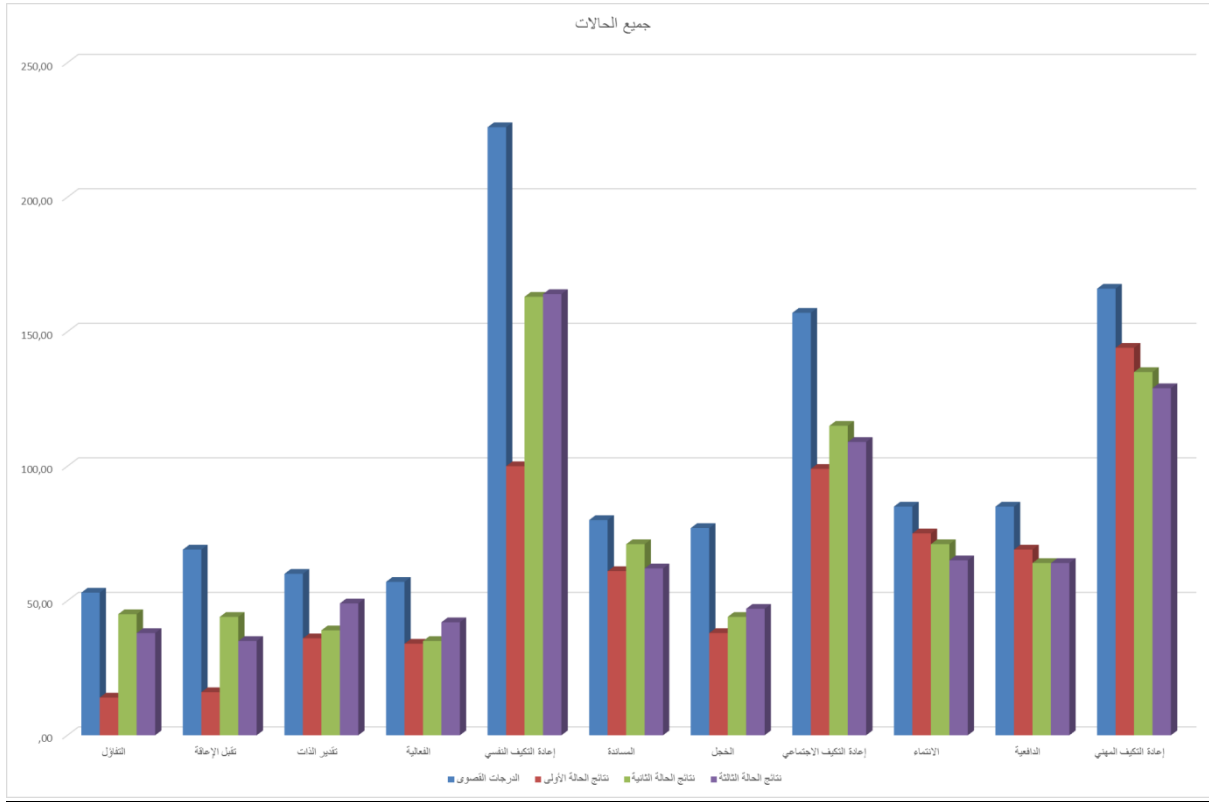
نتيجة الدافعية للإنجاز: 64

والشكل الموالي يوضح نتائج الحالة الثالثة في إعادة التكيف:



(20) : نتائج الحالة الثالثة في إعادة التكيف مقارنة بنتائج العينة ككل

وفيما يلي شكل يوضح الحالات الثلاث مقارنة مع نتائج العينة ككل:



(21) : نتائج الحالات الثلاث في إعادة التكيف مقارنة بنتائج العينة ككل

الفصل السادس

تحليل ومناقشة

نتائج الدراسة الميدانية

تمهيد

المبحث الأول: تحليل ومناقشة نتائج إعادة التكيف لدى أفراد العينة

1. تحليل ومناقشة نتائج إعادة التكيف (النتائج العامة) لدى أفراد العينة

2. تحليل ومناقشة إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة

3. تحليل ومناقشة نتائج إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة

4. تحليل ومناقشة نتائج إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة

المبحث الثاني: تحليل ومناقشة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف لدى

أفراد العينة

1. تحليل ومناقشة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف (النتائج العامة)

لدى أفراد العينة

2. تحليل ومناقشة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف النفسي لدى أفراد

العينة

3. تحليل ومناقشة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف الاجتماعي لدى

أفراد العينة

4. تحليل ومناقشة نتائج دور التكفل في إعادة التكيف المهني لدى أفراد

العينة

تمهيد:

بعد عرض وقراءة مستويات إعادة التكيف عموماً وأبعاده النفسية (بمظاهره التفاوض، تقبل الإعاقة، تقدير الذات والشعور بالفعالية الذاتية)، والاجتماعية (بمظهره المساندة الاجتماعية والخجل)، والمهنية (بمظهره الشعور بالالتزام والدافعية للإنجاز) كل على حدة من ناحية، ومستويات العلاقة بين التكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وبين إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لديهم من ناحية أخرى نحاول من خلال هذا الفصل تحليل ومناقشة المستويات على ضوء مستويات الدراسات السابقة. حيث تبين من خلال المعالجة النظرية لعملية إعادة التكيف لدى المصابين بحوادث العمل أنها عملية متعددة الأبعاد والجوانب، منها السيكولوجية والاجتماعية والمهنية والطبية. (Baril, 2002 : 5)

كما تبين أن الحادث المهني باعتباره مرحلة انتقالية في حياة المصاب بما ينجم عنه من آثار في مختلف العلاقات والسلوكيات والأدوار الحياتية المرتبطة سواء بالعمل أو بالعائلة أو بالصحة، أو بالشخص ذاته أو حتى بالجوانب الاقتصادية (Schlossberg, 1981 : 49-50)، خاصة وأن من بين ما يثيره حادث العمل من التخوف من انقطاع العلاقة بالعمل بفقدان منصب العمل، وعليه فمرحلة الانتقال هذه تتميز بتغير في إدراك العامل المصاب لتلك العلاقات، وقد بينت العديد من الدراسات التي أجريت حول هذه المرحلة الانتقالية أن سيرورة إعادة التكيف مرتبطة بالتفاعل بين خصائص هذه المرحلة الانتقالية وبين ما هو مرتبط بالإصابة أو الحادث وعلاقته بفقد منصب العمل من ناحية وبالعوامل الشخصية والمحيطية من ناحية أخرى. (Robertson, 1992 : 133)

ولهذا ينصح الباحثون عند أي تحليل أو تقييم لإعادة التكيف لدى المصابين بحوادث العمل بوجوب مراعاة تعقد آثار الحادث المهني المتعددة الأبعاد، سواء تلك التي تكون على المستوى الشخصي للمصاب أو على المستوى العلائقي (بين المصاب ومن يحيط به من الأفراد) أو المستوى محيط العلائقي (interpersonnel, intrapersonnel ou extrapersonnel)، حيث تتدخل هذه المستويات في تطور عملية إعادة التكيف لدى العمال المصابين بحوادث العمل.

(Bolton, 1995 : 262 ;Liveneh, 2001 : 151)

وهو ما يؤكد تعدد العوامل الشخصية والعلائقية والمحيطية التي تميز سيرورة إعادة التكيف. انطلاقاً مما سبق ركزت الباحثة على هذه العوامل في تحليل ومناقشة المستويات المتوصل إليها ومناقشة الفرضيات.

المبحث الأول: تحليل ومناقشة نتائج إعادة التكيف لدى أفراد العينة

1. تحليل ومناقشة نتائج إعادة التكيف (النتائج العامة) لدى أفراد العينة

1.1. تحليل ومناقشة نتائج مستوى إعادة التكيف (النتائج العامة) لدى أفراد العينة

بعد تحليل ومناقشة مستويات إعادة التكيف النفسي وإعادة التكيف الاجتماعي وإعادة التكيف المهني ومختلف مظاهرها كل على حدة نصل إلى مناقشة المستويات المرتبطة بإعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني (المستويات العامة)، وذلك على ضوء الدراسات السابقة؛ حيث انطلقت الباحثة من فرضية أساسية تقترح ميل إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل إلى الاعتدال.

تبين أن قيمة χ^2 مقدرة بـ (11.21) دالة عند مستوى $(\alpha=0.01)$ تدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاثة لصالح الاعتدال، وهي نتيجة تؤكد مستويات الأبعاد الثلاثة المعتدلة حيث جاء مستوى إعادة التكيف النفسي متوسطا ومستوى إعادة التكيف الاجتماعي متوسطا ومستوى إعادة التكيف المهني متوسطا، فمن المنطق أن يكون المستوى الغالب لديهم في مجموع هذه المظاهر الثلاثة المستوى المتوسط. وبالتالي تحققت الفرضية.

2.1. تحليل ومناقشة نتائج الفروق في نتائج إعادة التكيف (النتائج العامة) لدى أفراد

العينة

أما عن الفروق بين مستويات التكيف بين المال ذوي الإعاقة المكتسبة بسبب حوادث العمل تبعا للعوامل المختلفة كالسن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر. فقد تبين بالنسبة للسن أن قيمة الفروق بتحليل التباين مقدرة بـ (1.52) وغير دالة إحصائيا، أي أن الاختلاف في مستويات إعادة التكيف لدى العمال أفراد العينة لم يرجع لسنهم. وبالتالي لم تتحقق الفرضية، فمهما كان سن العامل ذي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل يمكنه تحقيق إعادة تكيف عام. و قد يرجع إلى انعدام الفروق في مستويات إعادة التكيف النفسي تبعا لعامل السن رغم وجود فروق دالة في كل من إعادة التكيف الاجتماعي و إعادة التكيف المهني وفق السن.

أما بالنسبة للحالة العائلية، فقد قدرت "ت" بـ (3.68)، وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$)، تؤكد وجود فروق في مستويات إعادة تكيف العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق الحالة العائلية لصالح المتزوجين، أي أن هذه الفئة حققت مستويات أعلى في مقياس إعادة التكيف، وقد تبين سابقاً أن هذه الفئة حققت إعادة تكيف نفسي وإعادة تكيف اجتماعي وإعادة تكيف مهني أحسن مقارنة مع العزاب، لهذا ظهرت بنفس الفروق في المستويات العامة. وبالتالي تحققت الفرضية.

نفس الشيء بالنسبة لنوع الحادث، قدرت قيمة تحليل التباين بـ (3.64) و دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$)، تؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات إعادة التكيف لأفراد العينة حسب نوع الحادث، والفروق تعود لصالح العمال الذين تعرضوا لحوادث الحروق. وبالتالي تحققت الفرضية.

كما تحققت الفرضية الخاصة بتاريخ الحادث، حيث تبين من تحليل التباين أن قيمة الاختبار (2.57) دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$)، تؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية، أي أن أفراد العينة يختلفون في مستويات إعادة التكيف باختلاف تاريخ الحادث، والفروق تعود لصالح العمال الذين تعرضوا للحوادث قبل سنة 2007، وإن كان ذلك يبدو طبيعياً، باعتبار أنه كلما مر الوقت على وقوع الحادث و على العودة إلى العمل، حقق المصاب إعادة تكيف (نفسية واجتماعي ومهني) أحسن مقارنة مع المصاب والعائد إلى العمل حديثاً.

وهذا يدعم ما أشارت إليه الدراسات - سيق ذكرها - أن خصائص الحادث (كنوع وتاريخ الحادث) تؤثر على إعادة تكيف المصاب بالحادث المهني.

كما تبين بالنسبة إلى درجة الإعاقة، أن قيمة الفروق (3.28) وهي قيمة لها دلالة إحصائية عند مستوى 0.01، تعبر على أن أفراد العينة يختلفون في مستويات إعادة التكيف باختلاف درجة الإعاقة، وإن جاء الاختلاف لصالح أولئك الذين تتراوح درجة العجز لديهم بين [15 - 30] أي أن درجة الإعاقة شديدة تحول دون تحقيق إعادة التكيف. مما يثبت الفرضية ويتفق مع ما توصلت إليه دراسات سابقة التي بينت أن استمرار العجز والألم، غالباً ما يحول دون تحقيق إعادة التكيف (Truchon et Fillion, 2000)

وعلى عكس ذلك، لم تتحقق الفرضية التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في مستويات إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر، حيث قدرت قيمة "ت" لعينتين مستقلتين بـ (0.41) وهي قيمة غير دالة، تنفي وجود فروق دالة في مستويات إعادة التكيف لدى أفراد العينة تبعاً لمركز العمل الذي يشغله المصاب بعد عودته للعمل، يبدو أن العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر لم تؤثر في إعادة تكيف أفراد العينة. بالنسبة للعمال المصابين بالحوادث المهم هو التمكن من العودة إلى العمل.

3.1. تحليل ومناقشة نتائج العلاقة بين أبعاد إعادة التكيف الثلاثة:

فللتأكد من افتراض وجود علاقة بين إعادة التكيف النفسي وإعادة التكيف الاجتماعي وإعادة التكيف المهني. لجأت الباحثة كما سبق توضيحه في الفصل السابق إلى حساب معامل الارتباط بين أبعاد إعادة التكيف الثلاثة (إعادة التكيف النفسي وإعادة التكيف الاجتماعي وإعادة التكيف المهني)، فقدر بـ (0.78) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.01)، تدل على علاقة قوية بينها وتسمح باستخلاص أنه كلما حقق الفرد إعادة تكيف نفسي، حقق معه إعادة تكيف اجتماعي وإعادة تكيف مهني. وفي هذا الصدد، نشير إلى أن العديد من الدراسات أثبتت العلاقة الموجبة بين هذه الجوانب لدى العمال، ومنها دراسة كل من (Bolton, 1979 ; Gelso,) (Ogles, Lambert et Masters, 1996 ; Liveney, 2001 ; 1979) الذين أكدوا أهمية العلاقة بين أبعاد التكيف لدى المصابين بحوادث العمل، وقد اقترحوا أن يكون تقييم برامج إعادة التأهيل لهذه الشريحة انطلاقاً من حرصه على تحقيق إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني.

2. تحليل ومناقشة نتائج إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة

1.2. تحليل ومناقشة نتائج مستوى إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة

تبين من خلال المعالجة النظرية وانطلاقاً من دراسات سابقة أنه من أهم مظاهر إعادة التكيف النفسي تقبل الإعاقة، التفاؤل، الشعور بالفعالية وتقدير الذات. (دراسة باريل

(2000)، تأتي محاولة تحليل ومناقشة مستويات إعادة التكيف النفسي - التي تم عرضها في الفصل السابق - عموماً ثم تحليل ومناقشة كل مظهر على حدة وأخيراً استخلاص مدى وجود علاقة بينها. وذلك بالرجوع إلى الفرضية التي تصف إعادة التكيف النفسي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل بالاعتدال (أي المستوى الوسط)

للتأكد من مدى صحة الفرضية، تم استخدام اختبار χ^2 لكونه يسمح بقياس الفروق بين تكرارات المستويات الثلاثة لإعادة التكيف النفسي (المستوى الضعيف، المستوى المتوسط والمستوى العالي)، وقد قدرت قيمته بـ (8.64)، وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.01$) مما أكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاثة وهي فروق تعود لصالح المستوى المتوسط، تدل على أن أغلب أفراد العينة حققوا مستوى من إعادة التكيف النفسي معتدل، الأمر الذي يتفق مع الفرضية. وترجع الباحثة هذه النتيجة إلى كون درجات إعاقة أغلب أفراد العينة متوسطة من جهة، وإلى استفادتهم قبل عودتهم إلى العمل من إعادة تكيف طبي من جهة أخرى، بالإضافة إلى كون عودتهم إلى في حد ذاتها تعد إعادة اعتبار لقدراتهم وبالتالي خطوة لتحقيق إعادة التكيف النفسي خاصة و أن كل أفراد عينة الدراسة قد عادوا إلى العمل لدى نفس المستخدم. وهو تفسير يؤكد ماتوصل إليه باريل (1994) من خلال دراسة حول إعادة الدمج الاجتماعي والمهني للعمال الذين تعرضوا لإصابات مهنية، تبين له أن هناك أربع فئات من العمال (العائدين إلى نفس المستخدم، العائدين إلى مستخدم آخر، وغير العائدين إلى العمل، العودة إلى العمل غير ممكنة)، وأن العائدين إلى نفس المستخدم تمكنوا من إعادة الدمج بشكل أسهل مقارنة بالعائدين إلى مستخدم آخر. (Baril, 1994 : 765-770)

حيث دلت الدراسة على أن هؤلاء العمال الذين تعرضوا إلى حوادث مهنية سببت لهم إعاقات حركية قد تمكنوا من إعادة تحقيق مستوى يناسب حياتهم، فبعد الاضطراب الذي تعرضوا له تمكنوا من إقامة علاقة مع الذات متوافقة.

إن هذه الفئة من العمال من أفراد العينة لديهم استجابة تعبر على تكيفها مع المواقف الجديدة وإدراكها لها إدراكاً جديداً. وهو ما يتفق ومفهوم التكيف الذي أستخلصه كوهان (Kohan, 1994 : 32).

وهذه الاستجابات التوافقية تجاه ما تعرضوا له من حوادث وما نجم عنها من إعاقات حركية بسببها، دليل على تقبل الذات وتقبل الآخرين مما يشع ذوي الإعاقة المكتسبة بسبب حوادث بالراحة النفسية.

إن التعمق في هذه النتيجة يتطلب التعرف على الفروق بين مستويات إعادة التكيف النفسي هذه تبعا لبعض العوامل الشخصية كالسن والحالة العائلية ونوع وتاريخ الحادث ودرجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر وذلك كما يأتي.

2.2. اختلاف مستويات إعادة التكيف النفسي تبعا لبعض العوامل:

من بين ما عمدت إليه هذه الدراسة؛ التأكد من مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في إعادة التكيف النفسي (بأبعادها الأربعة) لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة، العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر.

حيث أنه بالنسبة إلى اختلاف بين مستويات إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة تبعا لسنهم، وبعد توزيع انتمائهم إلى فئات عمرية تتكون كل منها من عشر سنوات، فقد قدرت قيمة تحليل التباين ب (2.004) وهي قيمة غير دالة إحصائيا. قيمة تعبر على عدم وجود اختلاف في إعادة التكيف النفسي بين أفراد العينة رغم انتمائهم إلى فئات عمرية مختلفة مما يسمح باستخلاص أن سنهم لم يتدخل في تحديد مستوى إعادة الكيف النفسي لديهم وبالتالي فإن الفرضية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في إعادة التكيف النفسي (بأبعادها الأربعة) لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن لم تتحقق . بعبارة أخرى إن السن لم يؤثر على إعادة التكيف النفسي، فمهما كان سن العامل ذي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل يمكنه تحقيق إعادة تكيف نفسي . وهو ما يتفق مع مستويات بعض الدراسات التي أظهرت أن السن ليس محددًا لإعادة التكيف لدى المصابين بحوادث العمل، وأنه مهما كان سن العامل يمكنه من تحقيق إعادة التكيف، رغم أن هناك دراسات أخرى ترى أن

العمال الذين يقترب عمرهم من سن التقاعد يمثلون أقل نسبة للعاملين الذين يتمكنون من العودة إلى العمل.

(Blackwell,2003 ;Salley et Weaver,1994 ;Thomas, Browning et Green Wood, 1994)

أما بالنسبة للفرضية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في إعادة التكيف النفسي (بأبعادها الأربعة) لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل تبعا لحالتهم العائلية، فقد كانت قيمة اختبار "ت" لعينتين مستقلتين للمقارنة بين المتوسط الحسابي للعزاب والمتزوجين (-5.76)، وهي قيمة دالة إحصائية عند ($\alpha=0.01$) تدل على وجود فروق في مستويات إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة من العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل تبعا للحالة العائلية، و هي فروق لصالح المتزوجين، أي أن هذه الفئة حققت مستوى أعلى في إعادة التكيف النفسي مقارنة مع العزاب. الأمر الذي يرتبط بالمسؤولية التي يشعر بها المصاب تجاه عائلته من جهة و التي ترفع من مستوى إعادة التكيف النفسي لديه بالدعم الذي يتلقاه المتزوج من الطرف الآخر الزوج(ة) جهة أخرى وهو ما يتفق مع ما ذهبت إليه العديد من الدراسات التي أشارت إلى أهمية دعم الزوج(ة) في سيرورة إعادة التكيف بصفة عامة وإعادة التكيف النفسي بصفة خاصة، حيث أنه في كل مرحلة من مراحل السيرورة يجذب حضور الزوج(ة) لدعم المصاب في تقدم حالته الصحية والنفسية De Gauljac et (Léonett, 1994 : p44)

من ناحية أخرى ونظرا لأهمية العوامل المرتبطة بالحادثة في إعادة التكيف النفسي لدى المصابين بحوادث العمل، حيث يجمع بعض الباحثين على تأثير تلك العوامل التي تتمثل خصوصا في حدة الحادث، الوقت أو مدة الغياب عن العمل بسبب الحادث و نوع الحادث في إعادة التكيف. (Hopson et Adams, 1974 ; Schlossberg, 1981, 1984) . وقد تبين من تحليل التباين بين مستويات أفراد العينة للمستخدم للتأكد من صحة الافتراض القائل - بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في إعادة التكيف النفسي (بأبعاده الأربعة) لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق نوع الحادث، تاريخ الحادث- والذي قدرت

قيمته بـ (2.27) وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$) تعبر على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات إعادة التكيف النفسي لأفراد العينة حسب نوع الحادث و هي فروق لصالح أفراد العينة الذين تعرضوا لحوادث الحروق، مع الإشارة إلى أن أغلب أفراد هذه الفئة كانوا من أعوان الحماية المدنية، وترجع الباحثة ذلك أولاً إلى كون هؤلاء أكثر تعوداً على هذا النوع من الحوادث. وثانياً إلى طبيعة مهنتهم التي تزيهم الحوادث التي يتعرض إليها غيرهم من الناس مما يخفف عليهم حالتهم و يجعل معاشيتهم لحالتهم أحسن أي يساعدهم على إعادة التكيف النفسي.

كما تبين فيما يخص الافتراض القائل بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في إعادة التكيف النفسي (بأبعادها الأربعة) لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق تاريخ الحادث، بعد المعالجة الإحصائية أن قيمة تحليل التباين (2.47) لها دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0.05$)، وهو ما يؤكد وجود فروق بين أفراد العينة حيث اختلف مستوى إعادة تكيفهم النفسي باختلاف تاريخ الحادث، مع الإشارة إلى أن الفروق تعود لصالح العمال الذين تعرضوا للحوادث قبل سنة 2007 وهو ما يبدو للباحثة أمراً طبيعياً، إذ كلما مر الوقت على وقوع الحادث و على العودة إلى العمل كلما تألف المصاب مع إعاقته خاصة إذا لم تكن شديدة وبالتالي كان مستوى إعادة تكيفه نفسي أحسن مقارنة مع من تكون إصابته وعودته إلى العمل حديثين وهو ما يتفق مع ما أشارت إليه بعض الدراسات التي بينت أن حالة المصاب بعجز بسبب حادث العمل بعد تلقيه العلاج والتكفل الطبي الكامل والتكفل النفسي، يستطيع تجاوز إعاقته و يتجلى ذلك من خلال تحسن حالته الصحية والنفسية والاجتماعية باستمرار ليحقق مع مرور الوقت تكيفاً صحياً ونفسياً واجتماعياً كذا مهنيًا. كما يتفق مع ما أشار إليه بعض الباحثين في أن هناك علاقة بين مدة الغياب عن العمل بسبب الإصابة وبين إعادة التكيف لدى هؤلاء العمال.

(Carey, 1999 ;Carey, Garrett et Jackman, 2000)

بالإضافة إلى ما سبق و خلافاً لمستويات بعض الدراسات التي تعتبر أن درجة الإعاقة عامل يؤثر في مختلف جوانب حياة المعوق. فقد بينت المعالجة الإحصائية القائمة على المقارنة بين المتوسطات الحسابية للدرجات الثلاثة للإعاقة (ضعيفة، متوسطة وشديدة) من خلال استخدام تحليل التباين للتأكد من الافتراض الموضوع في هذه الدراسة والقائل بـ " وجود فروق ذات دلالة

إحصائية عند النسبة 0.05 في إعادة التكيف النفسي (بأبعادها الأربعة) لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق درجة الإعاقة". أن قيمة الفروق مقدره بـ(0.23) وهي قيمة ليست لها دلالة إحصائية، مما ينفي وجود فروق دالة، مما يستخلص منه أن أفراد العينة لم يختلف مستوى إعادة تكيفهم النفسي باختلاف درجات إعاقتهم و من ثمة يمكن القول أن درجة الإعاقة لم تحل دون تحقيق إعادة التكيف النفسي، حيث أن تحقيق إعادة التكيف النفسي لم يقتصر على ذوي الإعاقات الخفيفة بل تعداه إلى ذوي الإعاقات الشديدة فقد تمكنوا كذلك من تحقيق مستوى عال من التكيف النفسي لمعادوا لعملهم. الأمر الذي يدل على أهمية العودة إلى العمل بالنسبة إلى من أصيب بإعاقة، فالعامل مهما كانت نسبة العجز المترتبة عن الحادث المهني، إذا وفر له عمل أو استطاع البقاء في عمله قد يتمكن من تحقيق إعادة التكيف النفسي. رغم أن دراسات سابقة كذلك التي قام بها (Truchon et al, 1999; Cummings, 2000) قد أشارت إلى أن الإعاقة الشديدة تصعب تحقيق إعادة التكيف.

كما دلت دراسات سابقة أنه من بين العوامل المؤثرة في إعادة التكيف المصابين بحوادث العمل هو عودة العامل بعد الإصابة إلى نفس مركز عمله قبل الإصابة أو تحويله إلى مركز عمل آخر والذي قد يتوقف ذلك على درجة العجز لديه، فكلما اشتدت درجة العجز لديه كلما كان العامل عرضة لتوجيهه إلى مركز يتوافق وقدراته المحدودة، لهذا افترضت الباحثة "وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في إعادة التكيف النفسي (بأبعادها الأربعة) لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر". إلا قيمة إختبار "ت" لعينتين مستقلتين، جاءت (1.03) وهي قيمة غير دالة إحصائياً تنفي وجود فروق في مستويات إعادة التكيف النفسي تبعا لذلك. بعبارة أخرى سواء عاد العامل المصاب إلى مركز عمله قبل الحادث أو حول إلى مركز آخر فإن مستوى إعادة تكيفه النفسي نفسه. وعليه ترى الباحثة أن عدم فقدان العامل لمصدر رزقه - بغض النظر عن نوع عمله الجديد - يساعده على تقبل وضعيته وبالتالي تحقيق إعادة تكيف، و تؤكد ذلك للباحثة من خلال المقابلات مع العمال أثناء الدراسة الميدانية حيث اعترف أغلب العمال أن الأهم عندهم أنهم لم يفقدوا عملهم و أن ذلك

دليل على تمكنهم من مزاوله نشاط مهني ويدفعهم إلى محاولة الاعتياد على ما لديهم من قدرات محدودة والعمل على تحقيق إعادة التكيف النفسي.

من مظاهر إعادة التكيف النفسي كما تبين من الدراسة النظرية للموضوع التفاؤل وتقبل الإعاقة وتقدير الذات والشعور بالفعالية الذاتية . لذلك عمدت الدراسة الميدانية قياس مستويات هذه المظاهر ثم معرفة تأثير كل منها بالعوامل الشخصية وقد جاءت البيانات كما عرضها الفصل السابق، وفي ما يأتي تحليلها ومناقشة الفرضيات من خلالها:

3.2. تحليل ومناقشة نتائج التفاؤل لدى أفراد العينة:

إن كون التفاؤل واحد من أهم مظاهر إعادة التكيف النفسي لدى ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل دفع الباحثة إلى افتراض اعتدال مستوى التفاؤل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل. وقد تأكد من قياس الفرق بين المستويات الثلاثة للتفاؤل و مقارنة التكرارات المشاهدة بالتكرارات المنتظرة بواسطة كا² حيث جاءت قيمته مقدرة بـ (9.88) و دالة إحصائياً عند مستوى (0.01). الأمر الذي يسمح باستخلاص أن الإعاقة لم تؤثر على مستوى التفاؤل لديهم، وإذا كان ذلك قد يعود إلى كون درجة الإعاقة الحركية متوسطة لدى أغلب أفراد العينة فإنه من المظاهر الواجب تعزيزها ، خاصة وأنه مما توصلت إليه دراسات علمية سابقة أن التفاؤل من المظاهر الإيجابية التي تساعد على إعادة التكيف بأبعاده المختلفة لدى المصابين بحوادث العمل.(Garofalo, 2000) ، ومن ذلك أن الأشخاص ذوي الإعاقة الأكثر تفاؤلاً، يظهرون تحسناً صحياً أسرع و ألماً أقل خلال فترات علاجهم من ناحية ويظهرون استعداداً أحسن للعودة إلى العمل، من ناحية أخرى. كما بينت دراسات أخرى أن التفاؤل له علاقة بالتوافق النفسي والجسمي... (Hatchett et Park, 2004 ; Long et Sangster, 1993)

أما في ما يخص مدى تأثير مستوى التفاؤل ببعض العوامل الذاتية والموضوعية فقد تبين بالنسبة وجود فروق دالة إحصائياً في مستويات التفاؤل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية

المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة، العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر فقد تبين من خلال المقارنة بين المتوسطات الحسابية لفئات السن الأربعة، اعتمادا على تحليل التباين أن السن قيمته مثلا المقدرة بـ (0.56) هي غير دالة إحصائيا وتعبر على أن أفراد العينة لا يختلفون في مستويات تفاؤلهم باختلاف سنهم؛ مما ينفي الفرضية ناصة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في مستويات التفاؤل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن لم تتحقق.

مما تجدر الإشارة إليه؛ أنه من خلال المقابلات التي أجريت أثناء الدراسة الميدانية مع أفراد العينة يمكن تفسير تفاؤل أغلب العمال بالاعتقاد الديني لديهم، باعتبارهم أن الحادث كان قدرا لهذا تقبلوا ذلك وبقوا متفائلين رغم ما خلفته تلك الحوادث لديهم من عجز سواء كان العامل المصاب شابا أو مسنا فذلك لا ينقص من التفاؤل لديه.

أما بالنسبة إلى الحالة العائلية، فإن قيمة الفروق من تطبيق اختبار "ت" لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسط مستويات التفاؤل لكل من المتزوجين والعزاب قدرت بـ (-1.88) وهي قيمة غير دالة إحصائيا، و إن كانت تنفي الفرضية فهي تؤكد على العكس من ذلك لا توجد فروق في مستويات التفاؤل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق الحالة العائلية، وكما سبق القول أن أغلب العمال فسروا تفاؤلهم باعتقادهم، أن الحادث كان قدرا لهذا تقبلوا ذلك وبقوا متفائلين رغم ما خلفته تلك الحوادث لديهم من عجز سواء كان العامل المصاب متزوجا أو عازبا.

في حين جاءت قيمة اختبار تحليل التباين والمقارنة بين المتوسطات الحسابية حسب نوع الحادث مقدرة بـ (2.46) دالة عند مستوى 0.05 مما يعبر على اختلاف في مستويات التفاؤل لدى أفراد العينة باختلاف نوع الحادث. وقد جاء الاختلاف لصالح العمال الذين تعرضوا لحادث سير، أي أن العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث المرور أكثر تفاؤلا مقارنة مع الآخرين وقد يرجع ذلك إلى كون حوادث المرور أكثر انتشار فقد تصيب أيا كان وفي أي مكان وليس فقط في إطار العمل. خاصة وأن حوادث المرور منتشرة بشكل كبير جدا في الجزائر وأن آثارها كبيرة تتراوح بين الموت وإعاقات الثقيلة تجعل المصاب بعاهات متوسطة و بمنصب عامل ينظر نظرة إيجابية

لوضعيته والتي يخفي من ورائها شعوره بالذنب خاصة إذا كان هو المتسبب في الحادث. وعلى العكس من ذلك فقدرت قيمة نفس الاختبار في تفسير فروق في مستويات التفاؤل لدى أفراد وفق تاريخ الحادث بـ (1.81)، وهي قيمة غير دالة، مما لا يعبر على وجود تأثير مستويات التفاؤل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل بتاريخ الحادث. و بالتالي ينفي الفرضية القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في مستويات التفاؤل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق تاريخ الحادث.

أما عن درجة الإعاقة فقد تبين من خلال المستويات التي تم عرضها في الفصل السابق أن قيمة الفروق بين المتوسطات الثلاثة لمستويات التفاؤل وفق درجة الإعاقة مقدرة بـ (1.26)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً تدل على أن العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل من أفراد العينة لا يختلفون في مستويات لتفاؤلهم باختلاف درجة الإعاقة لديهم وبالتالي تنفي الفرضية القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في مستويات التفاؤل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق درجة الإعاقة. و نفس الشيء بالنسبة للفرضية القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في مستويات التفاؤل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر. حيث قدرت القيمة المستخلصة من نفس تحليل التباين بـ (0.82)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، تعبر على انعدام فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مستويات التفاؤل وفق مركز العمل بعد الإصابة، أي أن العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل لا يختلفون في مستوى تفاؤلهم باختلاف مراكز العمل التي يعملون فيها بعد الإصابة فسواء عادوا إلى نفس المركز الذي كانوا يشغلونه أو حولوا إلى مركز آخر فإن مستوى تفاؤلهم لم يتأثر وهو ما ينفي الفرضية.

يستنتج مما سبق أن مستويات التفاؤل لدى أفراد العينة لم تتأثر بكل من السن والحالة العائلية وتاريخ الحادث ودرجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر، حيث أنه مهما اختلفت هذه الخصائص لدى أفراد العينة لم يتبعه تغييراً على مستوى التفاؤل وهذا مؤشر يمكن اعتباره إيجابياً نظراً لأهمية التفاؤل بالنسبة إلى إعادة التكيف النفسي خاصة وأنه واحد من أهم مظاهره.

4.2. تحليل ومناقشة نتائج تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة :

تبين من خلال المعالجة النظرية أن تقبل الإعاقة لدى الشخص يحتل أهمية خاصة، إذ يحدد إحساسه اتجاه نفسه وإعاقته بطبيعتها ودرجتها بل و يحدد حسب دبليودي (1981) "عملية تكيفه في جميع المجالات " (ص108). كما يساعد الشخص على تقبل ذاته ككل خاصة أنه مما توصل إليه Rogers(1966) من تجربته الخاصة والعملية، أن الإنسان إذا تقبل ذاته كما هي أصبح قادراً على التغيير.

وانطلاقاً من ذلك افترضت الباحثة ميل أغلب مستويات تقبل الإعاقة لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل إلى الاعتدال.

وللتحقق من صحة ذلك، استخدمت الباحثة كما تبين من الفصل السابق اختبار كا² حيث جاءت قيمته (6.5) وهي قيمة دالة عند $(\alpha=0.05)$ تعبر على اختلاف مستويات تقبل الإعاقة لدى العمال من أفراد العينة و أن المستوى المتوسط هو الأكثر انتشاراً بين أفراد العينة . قد يرجع ذلك إلى درجة الإعاقة الحركية التي كانت لدى أغلب أفراد العينة متوسطة.

ولمحاولة التعرف على مدى ارتباط هذه النتيجة أو تأثرها بعض العوامل الشخصية كالسن والحالة العائلية ونوع وتاريخ الحادث ودرجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر فقد تم أولاً التأكد من افتراض وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في مستويات تقبل الإعاقة لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن، الحالة العائلية، نوع الحادث تاريخ الحادث، درجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر.

حيث تبين بالنسبة إلى السن أنه من خلال قيمة تحليل التباين المقدر بـ(8.27) التي قيمة دالة عند مستوى $(\alpha=0.01)$ أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية والفروق تعود لصالح العمال الذين تتراوح سنهم بين (20-30) سنة،و تعبر على أن الفئة الشابة هي التي تبدي تقبلاً للإعاقة أكثر مقارنة بالآخرين، وبالتالي يمكن القول أن الفرضية تحققت. في حين أنه بالنسبة للحالة العائلية لم تتحقق الفرضية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في مستويات تقبل الإعاقة لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق الحالة العائلية.

باعتبار أن قيمة اختبار "ت" لعينتين مستقلتين قدرت بـ (0.55) وهي قيمة غير دالة إحصائياً تنفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات تقبل الإعاقة حسب الحالة العائلية. أي أن المتزوجين والعزاب لا يختلفون في تقبل الإعاقة. وعلى عكس ذلك نجد الفرضية التي تقترح وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في مستويات تقبل الإعاقة لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق نوع الحادث قد أثبتتها قيمة تحليل التباين المقدرة بـ (2) خاصة وأنها دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$) ، حيث تدل على وجود فروق في مستويات تقبل الإعاقة لدى العمال من أفراد العينة تبعاً لنوع الحادث، وهي فروق تعود لصالح العمال الذين تعرضوا لحوادث سقوط أشياء على العمال، فهذا النوع كان أكثر الأنواع تقبلاً للإعاقة مقارنة مع الأنواع الأخرى للحوادث، ومما تجدر الإشارة إليه أن ما لاحظته الباحثة أن فئة العمال الذين تعرضوا لهذا النوع من الحوادث سجلوا نسبة عجز دائم منخفضة. أما فيما يخص تاريخ الحادث فإذا كنا انطلقنا في هذه الدراسة من افتراض فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في مستويات تقبل الإعاقة لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق تاريخ الحادث. فإن مستويات توضح أن قيمة اختبار تحليل التباين التي سبق عرضها في الفصل السابق جاءت مقدرة بـ (2.77) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى 0.05، ترجع الفروق في مستويات تقبل الإعاقة إلى تاريخ الحادث لدى العمال الذين تعرضوا لحوادث العمل قبل سنة 2007 الذي قد يجعل مرور الوقت على الإصابة والتعود على الإعاقة عاملاً يساعد العامل ذي الإعاقة أكثر على تقبل لإعاقته مقارنة مع العمال الذين تعرضوا للحوادث حديثاً.

أما عن درجة الإعاقة التي تم تحديدها كما تبين من الدراسة النظرية أن لها تأثير في عملية إعادة التكيف لدى العمال المصابين بحوادث العمل، فإذا كانت قد افترضت فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في مستويات تقبل الإعاقة بين العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل تبعاً لدرجة الإعاقة، فإن التحليل الإحصائي للبيانات أوضح أن قيمة تحليل التباين (3.02) هي دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha=0.05$) تؤكد وجود فروق في مستويات تقبل الإعاقة لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل من أفراد

العينة حسب درجة الإعاقة. مع الإشارة إلى أن هذه الفروق قد جاءت لصالح العمال الذين يعانون من درجة إعاقة ضعيفة، باعتبارها الفئة الأكثر تقبلاً للإعاقة مقارنة بالفئات التي تعاني من درجات إعاقة متوسطة أو إعاقة شديدة، مما يسمح بالقول أنه كلما ارتفعت درجة إعاقة العامل الحركية كلما انخفض مستوى تقبل الإعاقة لديه، و هي نتيجة تحققت معها الفرضية.

وفيما يخص مدى تأثير مستويات تقبل الإعاقة لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل بمحافظاتهم على نفس مركز شغلهم أم بتحويلهم إلى مركز آخر، فقد ظهر من مستويات تحليل التباين ومن خلال المقارنة بين المتوسطين قدرت قيمة إختبار "ت" لعينتين مستقلتين بـ (0.71) وهي قيمة غير دالة تنفي وجود فروق دالة تأثر مستوى تقبل الإعاقة لدى العمال أفراد العينة بمحافظتهم على مركز عملهم بعد الإصابة. من ثمة يبدو أن العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر لم تكن عاملاً محددًا في مستوى تقبل الإعاقة لدى العمال من أفراد العينة.

5.2. تحليل ومناقشة نتائج الشعور بالفعالية الذاتية لدى أفراد العينة:

نظراً لأهمية الشعور بالفعالية الذاتية في إعادة التكيف النفسي لدى العمال ذوي الإعاقة عامة وذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل خاصة من ناحية ، وكونه من المظاهر الأساسية لإعادة التكيف لديهم من ناحية أخرى، إذ أن فاعلية الذات كما يرى (العدل ، 2001: 131) هي " ثقة الفرد الكامنة في قدراته، خلال المواقف الجديدة، أو المواقف ذات المطالبة الكثيرة وغير المألوفة، أو هي اعتقادات الفرد في قواه الشخصية، مع التركيز على الكفاءة في تفسير السلوك . ويختلف الأفراد بشكل جوهري في الطريقة الفعالة التي يديرون بها حياتهم، وتشكل المعتقدات حول الفاعلية الذاتية مصدراً مؤثراً خلال دورة حياة الفرد، تساءلت الباحثة أولاً عن مستواه لدى العمال أفراد العينة، ثم عن الفروق بين تلك المستويات وفق بعض العوامل الشخصية م عليه افترضت ميل أغلب مستويات الشعور بالفعالية الذاتية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل إلى الاعتدال ثم وجود فروق وفق تلك العوامل الشخصية.

لقد قدرت قيمته اختبار كالمقارنة التكرارات المشاهدة والتكرارات المنتظرة، ب (6.5)، وهي قيمة دالة إحصائية عند ($\alpha=0.05$) تعبر على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاثة للشعور بالفعالية الذاتية مع الإشارة كما سبق توضيحه أثناء قراءة المستويات أن الفروق تعود لصالح المستوى المتوسط أي أن أغلب أفراد العينة حققوا مستوى معتدلاً من الشعور بالفعالية الذاتية وذلك رغم إعاقاتهم، وهو شيء إيجابي خاصة وأن الشعور بفعالية الذات لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية يساعد على إعادة تكيفهم النفسي، فكما أظهرت بعض الدراسات أن درجة الشعور بالفعالية الذاتية تزيد من القدرة على انجاز المهام رغم معاناة الفرد من الآلام التي تسببها الأمراض أو الإصابات.

(Rejeski, brawley et Schumaker, 1996).

كما أن المستوى العالي من الشعور بالفعالية الذاتية يقلل من أخطار التدهور الصحي عند الأشخاص المسنين (Mendes De Leon, Seeman, 1996)

كما أظهرت دراسات عديدة أن سلوك وجهود الأشخاص لمواجهة اي وضعية تتأثر بثقتهم وقدراتهم على إظهار ذلك السلوك، في حين أن الأشخاص الذين لديهم مستوى ضعيف من الشعور بالفعالية الذاتية، كثيراً ما يتخلون عن الأشياء عندما يواجهون عراقيل؛ هذا بالإضافة إلى دور الشعور بالفعالية الذاتية الهام في عملية إعادة التكيف خاصة في مرحلة الأولى من عودة العامل إلى العمل بعد الإصابة بالحادث و بالنسبة للعمال الذين يعانون من آلام مزمنة (Gibson et Strong, 1998 et Orbell et al, 2001).

ويتصف الأشخاص الذين ينخفض مستوى شعورهم بفعالية الذات بعزوفهم عن العودة إلى العمل أو بضعف إعادة تكيفهم؛ فقد أشار كل من (Turk et Gatchel, 1999) إلى أن المستوى الضعيف من الشعور بالفعالية الذاتية يزيد من سلوكيات التجنب ويخفض من النشاط والقدرة على بذل الجهد.

كما أشار كل من (Almaaiier, Russel Kao, Lehman et Weinstein, 1993) إلى أنه خلال إعادة التكيف الطبي (أثناء العلاج)، أظهر المصابون ذوو المستوى العالي من الشعور بالفعالية الذاتية، تحسناً صحياً أكثر من غيرهم، و استعداداً أكثر للعودة إلى العمل.

وللتحقق من الفرضية التي تقول بوجود فروق في مستويات الشعور بالفعالية الذاتية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن، الحالة العائلية، نوع الحادث تاريخ الحادث، درجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر، فقد تبين من قياس الفروق باستخدام إختبار تحليل التباين، من المعالجة الإحصائية أنه مثلا للسن قدر ب (0.86) وهي قيمة غير دالة إحصائيا تدل على غياب فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الشعور بالفعالية الذاتية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن، وبالتالي تسمح بالقول أن اختلاف مستوى الشعور بالفعالية الذاتية لدى أفراد العينة لم يكن لاختلاف سنهم، وهذا ما بينته بعض الدراسات، التي تعتبر أن ارتفاع مستوى الشعور بالفعالية الذاتية لا يرتبط بالسن، فحتى الأفراد الذين يعانون من تراجع في القدرات الجسدية بسبب الأمراض أو التقدم في السن قد يحققوا مستويات عالية من الشعور بالفعالية الذاتية. (Mendes de Leon, Seeman, Baker et Richardson, 1996)

أما بالنسبة لتأثر مستويات الشعور بالفعالية الذاتية بالحالة العائلية، فقد بينت قيمة إختبار "ت" العينتين مستقلتين التي قدرت ب (-1.55) الغير دالة إحصائيا، مما ينفي وجود فروق بين متوسطات الشعور بالفعالية الذاتية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق لحالتهم العائلية.

و على العكس من ذلك ففي ما يخص الفروق في مستويات الشعور بالفعالية الذاتية وفق نوع الحادث، فقد تبين بعد المعالجة الإحصائية بتطبيق إختبار تحليل التباين أن قيمته قدرت ب (3.25)، وهي دالة عند مستوى ($\alpha=0.01$)، و هو ما يعني أن مستوى الشعور بالفعالية الذاتية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل قد تأثر بنوع الحادث، و يبدو أن أكثر الحوادث تأثيرا هي الحروق، ومما تجدر الإشارة إليه أن أغلب حوادث الحروق سجلها أعوان الحماية المدنية، فقد يعود ذلك إلى اعتيادهم على هذا النوع من الحوادث.

ومن بين خصائص الحادث التي افترضت الباحثة أن تجد فروقا وفقها في الشعور بالفعالية الذاتية، تاريخ الحادث، و قد تبين أن قيمة تحليل التباين المقدر ب (3.44) دالة إحصائيا عند مستوى ($\alpha=0.05$)، وبالتالي يمكن القول أنه توجد فروق في مستويات الشعور بالفعالية الذاتية

لدى العمال أفراد العينة وفق تاريخ الحادث، والفروق تعود لصالح العمال الذين تعرضوا للحوادث قبل سنة 2007، مقارنة بالذين تعرضوا لها بعد ذلك. وترجع الباحثة ذلك إلى تعود العامل على إعاقة و على وضعيته الجديدة بعد مرور الوقت الحادث كما أن عودته إلى العمل تشعر العامل بفعاليته وتحقيق ذاته في العمل.

وبالنسبة للاختلافات في مستويات الشعور بالفعالية الذاتية تبعا لدرجة الإعاقة، فقد يتبين أن قيمة اختبار تحليل التباين قدرت بـ (0.66) وهي غير دالة إحصائيا مما ينفي الارتباط بين مستوى الشعور بفعالية الذاتية لدى العمال أفراد العينة وبين درجة الإعاقة، فهم لم يختلفوا في شعورهم بالفعالية الذاتية باختلاف درجة الإعاقة التي يعانون منها. فالعامل حسب الباحثة الذي تمكن من العودة إلى عمله وتجنب خطر فقدان العمل بسبب الإصابة يزداد شعوره بالفعالية الذاتية بغض النظر عن درجة إعاقته.

أما ما يتعلق بتأثير مستويات الشعور بالفعالية الذاتية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل بالمحافظة على مركز العمل ، فقد دلت قيمة اختبار "ت" لعينتين مستقلتين، المقدره بـ (1.87) وهي دالة عند مستوى (0.05) على وجود فروق دالة في مستويات تقبل الإعاقة لدى العمال أفراد العينة حسب مركز العمل بعد الإصابة، والفروق تعود لصالح ذوي الإعاقة الذين عادوا إلى نفس المركز، فغالبا ما يتمكن العامل من العودة إلى نفس مركز العمل السابق للحادث، إذا كانت قدراته تسمح بذلك أي أن الإعاقة التي خلفها الحادث ليست شديدة، أما إذا كانت الإصابة شديدة، فإن قدرات العامل تصبح محدودة، وبالتالي يحول إلى مركز آخر، ولهذا أبدى العمال العائدين إلى نفس المركز شعورا بالفعالية الذاتية أكثر من العائدين إلى مركز آخر.

6.2. تحليل ومناقشة نتائج تقدير الذات لدى أفراد العينة:

إذا كان لتقدير الذات كما تبين من المعالجة النظرية دورا خاصا في توجيه حياة الفرد والتأثير في جزء كبير من عاداته وردود أفعاله (Geergen et Anderson, 1981 ; Lecomte, 1997) فقد افترض في هذه الدراسة ميل أغلب مستويات تقدير الذات لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل إلى الاعتدال. وهو ما أكده الجزء الميدان من هذه الدراسة، حيث

جاءت قيمة t كـ (9.73) تدل على أن أغلب أفراد العينة حققوا مستوى معتدل من تقدير الذات، مع الإشارة إلى أن القيمة دالة إحصائياً عند مستوى $(\alpha=0.01)$ ، تسمح باستخلاص وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاثة لتقدير الذات و تعود لصالح المستوى المعتدل. مع العلم أن الأشخاص الذين يحققون تقديراً عالياً لذاتهم حسب العديد من الباحثين يعتبرون أنفسهم أشخاصاً مهمين يستحقون الاحترام. (أبو زيد أحمد إبراهيم، 1987). و ترجع الباحثة هذه النتائج إلى محافظة أغلب العمال على عملهم رغم تلك الإصابات. باعتبار أن الأشخاص الذين تضعف قدراتهم الجسمية و يضطرون للغياب طويل المدى أو التوقف عن العمل يتعرضون إن انخفاض مستوى تقديرهم الذات كما بينت ذلك العديد من الدراسات.

(Gatchel et Gardea, 1999 ; Waters et Moore, 2002)

في حين أن تقدير الذات هو عامل محدد لعملية إعادة التكيف العمال المصابين بحوادث العمل و الأشخاص الذين يعانون من قدرات محدودة (Guidon et Smith, 2002). بل وأن من بين ما تتفق عليه تلك الدراسات أن تقدير الذات العالي يعتبر مصدراً هاماً لتحقيق إعادة التكيف وإعادة الدمج لدى العمال الذين يعانون من قدرات محدودة بسبب الإصابات المهنية.

(Kinicki et al, 2000 ; Leana et Feldman, 1988 ; Wanberg, 1995)

بالإضافة إلى تحديد مستوى تقدير الذات لي أفراد العينة، فقد حاولت الدراسة التعرف مدى تأثير مستويات تقدير الذات ببعض العوامل كالمسن والحالة العائلية ونوع وتاريخ الحادث ودرجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر؛ حيث أنه بالنسبة للمسن فمن خلال المقارنة بين المتوسطات الحسابية لفئات السن الأربعة فقد دلت قيمة تحليل التباين المقدر بـ (1.72) - هي قيمة غير دالة إحصائياً - على غياب فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات تقدير الذات وفق السن، وبالتالي لم تتحقق الفرضية. و كذلك بالنسبة للحالة العائلية، فقد جاءت قيمة "ت" لعينتين مستقلتين (1.52) غير دالة عند إحصائياً. مما يعني أن مستويات تقدير الذات لدى أفراد العينة لم تختلف باختلاف حالتهم العائلية.

وعلى عكس ذلك وفيما يخص الفرضية التي تقترح وجود فروق في مستويات تقدير الذات لدى أفراد العينة حسب نوع الحادث الذي تعرضوا له، فقد تبين للباحثة بعد استخدام إختبار تحليل التباين أن قيمته مقدر بـ (2.11)، وهي قيمة دالة عند مستوى $(\alpha=0.05)$. وهو ما يؤكد وجود

فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات تقدير الذات لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق نوع الحادث، والفروق لصالح الأفراد الذين تعرضوا للحروق، وكما سبقت الإشارة إليه أن ذلك يعود إلى أن أغلب حوادث الحروق تعرض إليها أعوان الحماية المدنية، وهؤلاء متعددين على هذا النوع من الحوادث.

أما فيما يخص تأثير تاريخ الحادث، فقد تبين من تحليل التباين أن قيمة الفروق قدرت بـ (0.48) وهي قيمة غير دالة، تنفي وجود فروق، وتعني أن مستوى تقدير الذات لدى أفراد العينة لم يختلف باختلاف تاريخ الحادث الذي تعرضوا له.

كما لم تظهر أي فروق دالة في مستويات تقدير الذات لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق درجة الإعاقة، إذ تبين جليا من خلال المعالجة الإحصائية القائمة على المقارنة بين المتوسطات أن قيمة تحليل التباين قدرت بـ (0.44) وهي قيمة غير دالة إحصائيا، تعبر على غياب فروق في تقدير الذات لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل تبعا لدرجة الإعاقة. وكذلك بالنسبة إلى دور العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر في مستوى تقدير الذات لأدى أفراد العينة. فقد دلت المقارنة بين المتوسطين، باستخدام إختبار "ت" لعينتين مستقلتين، أن قيمته جاءت (1.21) وهي غير دالة تنفي وجود فروق دالة في مستويات تقدير الذات تبعا للعودة أم لا إلى نفس مركز العمل بعد الإصابة، حيث يبدو أن العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر لم يؤثر ذلك على تقدير الذات لدى العمال أفراد العينة.

7.2. تحليل ومناقشة نتائج العلاقة بين مظاهر إعادة التكيف النفسي:

فلتحديد العلاقة الموجودة بين المظاهر النفسية الأربعة لإعادة التكيف النفسي ببعضها فقد تم حساب معاملات الارتباط بين (التفائل، تقبل الإعاقة، تقدير الذات والشعور بالفعالية الذاتية) لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل ، وقد جاءت متراوحة بين (0.41، 0.52، 0.55، 0.68 و 0.78) وهي معاملات دالة عند مستوى (0.01)، تؤكد وجود علاقة قوية بين المظاهر النفسية ببعضها، و يسمح بالقول أنه كلما ارتفع مستوى التفائل عند ذوي الإعاقة

ازداد تقبله للإعاقة وكان أكثر تقديراً لذاته و شعوراً بالفعالية الذاتية، وبالتالي يحقق إعادة تكيف نفسي. وهي نتائج تحققت معها الفرضية التي تنص على أنه يوجد ارتباط ذو دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 بين المظاهر النفسية الأربعة فيما بينها (تقبل الإعاقة، التفاؤل، تقدير الذات ، والشعور بالفعالية الذاتية).

مع العلم أن ما أشار إليه كل من كونراد لوكونت و ريجينالد سافار في دراستهما حول إعادة التكيف لدى المصابين بحوادث العمل، من خلال نتائج العديد من الدراسات التي تؤكد على أهمية الجوانب النفسية لإعادة التكيف لدى المصابين بحوادث العمل. (Baril, Berthelette et Massicotte, 2002)

وعلاقتها ببعضها حيث وتؤخذ هذه الجوانب بعين الاعتبار في مختلف مراحل سيرورة إعادة التكيف، وتركز عليها مختلف البرامج التي تهدف إلى إعادة إدماج المصابين في المحيطين الاجتماعي و المهني. وتؤثر هذه الجوانب أيضا على فعالية التدخلات التي تجرى لصالح العامل المصاب بحدث عمل أثناء سيرورة إعادة التكيف. (Durand et Loisel, 2001)

بل أن هناك من الباحثين من يؤكد أن خطر العجز الدائم لدى المصاب بحدث عمل يتأثر بهذه الأبعاد النفسية أكثر من تأثره بالعوامل الطبية. (Kennett, 1992; Robertson, 1992)

وتجدر الإشارة إلى أن معاملات الارتباط المتحصل عليها في الدراسة الأساسية تتفق إلى حد كبير مع تلك المتحصل عليها أثناء قياس صدق مقياس إعادة التكيف النفسي، رغم اختلاف العينتين من ناحية و طول المدة الفاصلة بين الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية نسبيا من ناحية أخرى. مما يؤكد صدق المقياس.

3. تحليل ومناقشة إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة

1.3. تحليل ومناقشة نتائج مستوى إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة

لقد تبين من الدراسة النظرية، أن من بين مظاهر إعادة التكيف الاجتماعي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، المساندة الاجتماعية التي يحظى بها المصاب بها وبمستوى الخجل لديهم، حيث تؤثر المساندة الاجتماعية إيجابيا في الصحة والراحة النفسية وفي الاندماج في مختلف الشبكات الاجتماعية بدءا من العائلة فالأصدقاء والزملاء، وقد أكدت العديد من البحوث على أهمية المساندة الاجتماعية في إعادة التكيف لدى العمال المصابين بحوادث العمل . أما فيما يتعلق بمستويات إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة فبعد عرض نتائجها ونتائج مستويات كل مظهر على حدة، والعلاقة بينها في الفصل السابق عموما يمكن من خلال هذا الفصل مناقشة افتراضها اتصاف إعادة التكيف الاجتماعي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل ببعديه بالاعتدال. حيث جاءت قيمة χ^2 لقياس الفروق بين تكرارات المستويات الثلاثة لإعادة التكيف الاجتماعي (المستوى الضعيف، المستوى المتوسط والمستوى العالي) تساوي (9.98)، وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.01$) تؤكد على وجود فروق بين المستويات الثلاثة وهي لصالح المستوى المعتدل ، أي أن إعادة التكيف الاجتماعي لدى أغلب أفراد العينة كان معتدلا. و هي مستويات حسب رأي الباحثة ترجع إلى كون إعاقات أغلب أفراد العينة متوسطة من جهة، و إلى ما يحظى به الشخص المصاب بحادث مهني المسبب للإعاقة من رعاية من قبل أفراد عائلته يشعره بالأمان، و يعويضه عما فقده بسبب الحادث من جهة أخرى ، حيث تبين ذلك من خلال المقابلات الحرة التي أجريت مع أفراد العينة أثناء الدراسة الميدانية و التي صرحوا أثناءها : "صحيح أن الحادث المهني يصدم الشخص خاصة إذا تسبب في إعاقة شديدة، إلا أن دعم العائلة والأصدقاء وحتى الزملاء في العمل، عامل هام لمواجهة تلك المواقف" كما استخلصت الباحثة أيضا أن العودة إلى العمل بالنسبة للعامل المصاب بحادث مهني في حد ذاتها تساعد في الحفاظ على الاستقرار النفسي والاجتماعي، وبالتالي تمكنه من تحقيق إعادة التكيف الاجتماعي.

إن نتائج إعادة التكيف الاجتماعي هذه تدفع إلى محاولة التعرف على بعض العوامل المحددة لها الشخصية المحددة لها كالسن والحالة العائلية ونوع وتاريخ الحادث ودرجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر.

2.3. تحليل ومناقشة نتائج الفروق في إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة

لقد اتضح بعد تحليل التباين أن قيمته مقدره بـ (2.77) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى (0.05)، تؤكد وجود فروق في مستويات إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة وفق سنهم لصالح العمال الذين يتراوح سنهم بين [40 - 50 سنة] سنة، وتثبت بالتالي الفرضية. وتفسر الباحثة ذلك بكون أغلب أفراد العينة المنتمين لهذه الفئة العمرية متزوجون مما يوفر لهم بالإضافة من مساندة العائلة والأصدقاء والزملاء مساندة الزوج (ة) مقارنة مع العزاب. حيث بالنسبة إلى التأكد من الفروق تبعا للحالة العائلية، و باستخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين للمقارنة بين المتوسطين الحسابيين للعزاب والمتزوجين تبين بعد المعالجة الإحصائية أن قيمة الفروق مقدره بـ (- 2.17)، وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$)، تعبر على وجود فروق في مستويات إعادة التكيف الاجتماعي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق الحالة العائلية، والفروق جاءت لصالح المتزوجين، ويرجع حسب الباحثة إلى العلاقة الإيجابية بين مظهري إعادة التكيف الاجتماعي (المساندة الاجتماعية والخجل) فقد بدا أن المتزوجين أقل خجلا وأكثر حظا في تلقي المساندة الاجتماعية - كما سيتبين لاحقا- يجعل هذه الفئة أكثر قدرة على إعادة التكيف الاجتماعي مقارنة مع العزاب.

أما عن افتراض وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في إعادة التكيف الاجتماعي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق نوع الحادث، فقد تبين من المعالجة الإحصائية أن قيمة تحليل التباين مقدره بـ (4.47)، وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.01$)، الأمر الذي يشير إلى وجود اختلاف دال إحصائيا في مستويات إعادة التكيف الاجتماعي بين أفراد العينة راجع لنوع الحادث خاصة عند أولئك الذين تعرضوا لحوادث الحروق، وهو ما يؤكد الفرضية. مع العلم كما سبق الذكر أن هذه الفئة هم من أعوان الحماية المدنية.

كما تبين بعد معالجة افتراض الفروق في إعادة التكيف الاجتماعي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق تاريخ الحادث ، أن قيمة الفروق (2.53) وهي دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$)، مما يعبر بدوره على وجود فروق ذات دلالة إحصائية، فأفراد العينة جاؤوا مختلفين في مستويات إعادة التكيف الاجتماعي تبعا لاختلاف تاريخ الحادث الذي تعرضوا إليه و إذا كان الحادث الذي تعرضوا له قد وقع قبل سنة 2007، و هو أمر قد يبدو منطقيا، باعتبار أنه كلما مر الوقت على وقوع الحادث و على العودة إلى العمل، حقق المصاب تقدما في إعادة تكيفه اجتماعي . بهذه النتيجة تكون الفرضية قد تحققت. ونفس الشيء بالنسبة لافتراض فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في أغلب مستويات إعادة التكيف الاجتماعي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق درجة الإعاقة، فقد تبين من المعالجة الإحصائية القائمة على المقارنة بين المتوسطات الحسابية للمستويات الثلاثة للإعاقة على التوالي (ضعيفة، متوسطة وشديدة) باستخدام اختبار تحليل التباين، أن قيمة الفروق مقدرة بـ(2.31) وهي قيمة لها دلالة إحصائية تعبر بدورها على أن أفراد العينة يختلفون في مستويات إعادة التكيف الاجتماعي باختلاف درجة الإعاقة خاصة إذا كانت درجة الإعاقة ضعيفة . بعبارة أخرى كلما ارتفعت درجة الإعاقة انخفض مستوى إعادة التكيف الاجتماعي وهو ما يؤكد الفرضية، ويتفق مع ما أشارت إليه بعض الدراسات التي ترى أن إعادة التكيف تصعب إذا كانت الإعاقة شديدة.

وعلى عكس ذلك لم يتحقق افتراض وجود فروق بين العمال الذين عادوا إلى نفس مركز العمل السابق للحادث، والعمال الذين تم تحويلهم إلى مراكز أخرى في إعادة التكيف الاجتماعي ، حيث قدرت قيمة "ت" لعينتين مستقلتين بـ (1.13)، وهي غير دالة إحصائيا تنفي وجود فروق في مستويات إعادة التكيف لدى العمال الذين اكتسبوا إعاقتهم الحركية بسبب حوادث العمل و الذين حافظوا على مركز العمل عند رجوعهم إلى العمل. عليه يمكن القول أنه سواء عاد العامل المصاب إلى نفس مركز عمله السابق قبل الحادث أو غيره فإن مستوى إعادة التكيف الاجتماعي لا يتأثر. وترجع الباحثة ذلك إلى كون العمال المصابين الذين يعودون إلى مراكز عمل مختلفة عن المراكز السابقة للحادث لم تتغير أجرتهم رغم تدني المستوى الهرمي لتلك المراكز هذا من جهة وإلى ما

سبق تبيينه من أن العودة إلى العمل تعتبر هامة بالنسبة للعامل المصاب بغض النظر عن المركز الذي يعود إليه من جهة أخرى.

3.3. تحليل ومناقشة نتائج المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة:

إن اتساع مجال التأثير السلبي لحادث العمل إلى حياته الزوجية والعائلية والاجتماعية (كل) (Livneh, 2001) يزيد من حدته. مما يجعل للمساندة الاجتماعية أي مساندة الزوج (ة) و العائلة والمجتمع ككل تأثير في صحة وراحة ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل النفسية كما أشار كل من لوكونت وسافار ص (20) و أكده كل من (Hétu et Getty, 1997) ; Gingras , 1990 باعتبارهم أن للمساندة التي يحظى بها العامل المصاب بالحادث من قبل زملاء العمل أهمية في تحسين إعادة اندماجه المهني. الأمر الذي جعلنا نتسأل عن مستوى شعور أفراد عينتنا بهذه المساندة . وقد تبين من قيمة اختبار كا² لقياس الفروق بين تكرارات المستويات الثلاثة لمساندة الاجتماعية (المستوى الضعيف، المستوى المتوسط والمستوى العالي)، والتي قدرت بـ (8.64)، وهي دالة عند مستوى ($\alpha=0.01$) تعبر على وجود فروق بين المستويات الثلاثة لصالح المستوى المتوسط ، باعتبار أن مستوى المساندة الاجتماعية لدى أغلب أفراد العينة معتدل .وهو ما اقترحتة الفرضية القائلة بميل المساندة الاجتماعية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل بالاعتدال (أي المستوى الوسط).

يستخلص من هذه النتيجة أن أغلب أفراد العينة قد حظوا برعاية وعناية من قبل الأسرة والأصدقاء والزملاء والمجتمع ككل دون شعور منهم في ذلك بإفراط ولا تقريط، وتعتبر الباحثة، أنه من الطبيعي أن يحظى المصاب بحادث عمل المسبب بإعاقة باهتمام ومساندة ودعم في مجتمعنا

و يبقى مؤشر إيجابي مع العلم كما سبق توضيحه أن الشعور بالمساندة و الدعم الذي يتلقاه المصاب سواء من قبل العائلة أو الأصدقاء أو المجتمع ككل يساعده على تخطي آثار الإصابة النفسية و يعينه على تقبلها والعودة إلى ممارسة مختلف نشاطاته بقدر المستطاع، ليثبت أنه رغم الإصابة أو القدرات المحدودة يتمكن من العودة إلى العمل وإثبات وجوده ككل بالإضافة إلى ما

يمكن للمساندة الاجتماعية التي يحظى بها الفرد من إشباع للعديد من حاجاته (العاطفية والمعرفية...) وبالتالي تحقيق إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني. (Jacobson, 1986)

أما عن مدى تأثير بعض العوامل الشخصية المتمثلة في السن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر الذي نصت عليه إحدى فرضيات البحث، فقد تبين بالنسبة للفروق في مستويات المساندة الاجتماعية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن، من قيمة تحليل التباين (3.03) الدالة عند مستوى (0.05) وجود فروق في مستويات المساندة الاجتماعية لدى العمال أفراد العينة وفق السن لصالح الفئة التي تقع بين [40-50] سنة، و قد يعود إلى كون أغلب أفراد هذه الفئة متزوجين مما يجعلهم يحظون بمساندة الزوج(ة) مقارنة مع العزاب. وفي نفس اتجاه هذه النتيجة جاءت نتيجة الحالة العائلية للعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، كما دلت قيمة الفروق "ت" لعينتين مستقلتين (- 1.96) الدالة عند مستوى (0.05) بدورها على وجود فروق في مستويات المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة لصالح المتزوجين. و عليه يمكن القول أن مستويات المساندة الاجتماعية أعلى لدى المتزوجين وذلك لما يحظون به من دعم الزوج(ة) مقارنة مع العزاب حيث اتضح للباحثة خلال الدراسة الاستطلاعية من مقابلات مع الفريق الطبي العامل على إعادة التكيف الطبي للعمال المصابين بحوادث العمل، أن مساندة العائلة وخاصة مساندة الزوج(ة) ضرورية في مراحل علاجه وبعد خروجه من المستشفى و تتفق مع ما تشير الدراسات إليه حول أهمية المساندة الاجتماعية في إعادة التكيف لدى المصابين بحوادث العمل، حيث بين كل من (Gatchel et Gardea, 1999) أن هناك علاقة بين العودة إلى العمل بعد الإصابة بالحادث والمساندة التي يتلقاها العامل من قبل عائلته، فالمتزوجون تمكنوا من العودة إلى العمل أسرع مقانة مع العزاب والمطلقين. كما تتفق هذه المستويات مع ما توصل إليه كل من (Turgeon, Boisvert et Tremblay, 1999) الذين يؤكدون أن الزوج(ة) شريك يؤثر على سيرورة إعادة التكيف. بغض النظر عن تفسيراتها العديدة فإن النتيجة تؤكد الفرضية.

أما بالنسبة لنوع الحادث، تدل قيمة الاختبار مقدرة ب (2.96) الدالة عند مستوى ($\alpha=0.01$) كذلك على وجود فروق في مستويات المساندة الاجتماعية بين أفراد العينة حسب نوع

الحادث لصالح العمال الذين أصيبوا بحروق والذي يمكننا القول من خلاله أن فرضتنا هذه كذلك قد تحققت.

في حين أنه على العكس من ذلك نجد فروقا ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في أغلب مستويات المساندة الاجتماعية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق تاريخ الحادث لم يتحقق حيث تبين ذلك من تحليل التباين، أن قيمة الفرق قدرت بـ (0.61) غير دالة، أي أن أفراد العينة لا يختلفون في مستويات المساندة الاجتماعية باختلاف تاريخ الحادث، فالعامل عندما يصاب بالحادث يحظى بالمساندة الاجتماعية بدءا بالعائلة والأصدقاء والزملاء وكل الشبكة الاجتماعية التي تربطه بها علاقة إنسانية بغض النظر على تاريخ الحادث.

أما بالنسبة لدرجة الإعاقة فقد تبين من المقارنة بين المتوسطات الحسابية للمستويات الثلاثة للإعاقة (ضعيفة، متوسطة وشديدة) أن قيمة الفروق (4.21) دالة عند مستوى (0.01)، تؤكد وجود فروق في مستويات المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة لصالح العمال الذين يعانون من إعاقة شديدة أي الذين تتراوح نسبة العجز لديهم (IPP) بين [50% - 70%]. يبدو أن هذه الفئة تحظى بمساندة اجتماعية أقوى، ويبرر ذلك كونها تحتاج إلى مساعدة ودعم ومساندة أكثر من غيرها لعجزها أكثر عن الاستقلال مما يجعلها تابعة أكثر للمحيطين؛ فالمبتورين مثلا لا يتمكنون من استعادة كل النشاطات اليومية مما يجعلهم يحتاجون أكثر إلى دعم ومساعدة الأسرة و الأصدقاء و الزملاء.

وعلى العكس من ذلك لم تتحقق فرضية وجود فروق في مستويات المساندة الاجتماعية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر، حيث قدرت قيمة "ت" لعينتين مستقلتين، بعد المعالجة الإحصائية بـ (0.49) الغير دالة إحصائيا، مما ينفي تأثير مستويات المساندة الاجتماعية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل بمركز العمل الذي أصبحوا يشغلونه بعد الإصابة. بعبارة أخرى، سواء عاد العامل المصاب إلى نفس مركز عمله السابق قبل الحادث أو إلى مركز آخر فذلك لا يؤثر على مستوى المساندة الاجتماعية التي يحظى بها. وبالتالي لم تتحقق الفرضية.

4.3. تحليل ومناقشة نتائج مستويات الخجل لدى أفراد العينة:

تلعب نظرة المصاب بإعاقة حركية إلى ذاته و اعتبار نفسه فرد له قدرات وإمكانات رغم ما يعانيه من قصور يحدد مدى تمتعه بشخصية متزنة ومستقرة . لذلك ألحت العديد من الدراسات والبحوث الحديثة في علم النفس ، على مبدأ الاهتمام بتكيفه وصحته النفسية خاصة إذا كان يعاني من إعاقة ما ، انطلاقاً من تصحيح نظرتة إلى ذاته وعالمه العام والخاص .(Secord,1974 :524).

يسعى المعوق حركياً كأبي فرد إلى الحفاظ على التوازن في إشباع مختلف حاجاته النفسية والاجتماعية ويحاول التأقلم مع المحيط، إلا أنه كثيراً ما يواجه العديد من المشكلات التي تحول دون ذلك . حيث كما يشير الرفاعي(1983) فالإنسان يسعى دائماً وراء التكيف مع شروط العالم الطبيعي ومع مطالب دوافعه الشخصية ومطالب المحيط الاجتماعي (ص 32). إلا أن الحوادث المهنية التي تعرض لها العمال وما ينجم عنه من عاهات قصور جسمي قد تقف دون ذلك مما يخلف آثاراً سلبية جليلة في شخصيته تظهر على نحو اضطرابات نفسية كالشعور بالنقص وفقدان الثقة بالنفس والقلق والخوف من الإقدام على تحمل المسؤولية والوساوس والمخاوف المتعددة التي تستولي على طاقته الجسدية والعقلية والانفعالية. (الأنصاري، 2001 : 14 -15)

وبعدُ الخجل من المشكلات النفسية التي قد يواجهها الفرد ذو إعاقة حركية خلال تفاعله مع المحيط الاجتماعي التي تعوقه على تحقيق التفاعل الاجتماعي الناضج. (Rohde et al,1991 : 217)

و باعتبار مستوى شعور العامل ذي إعاقة حركية بالخجل مظهر سلبي لإعادة تكيفه الاجتماعي افترض اتصاف مستوى الخجل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل بالاعتدال. وقد جاءت قيمة كا² (3.07) دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) تعبر على أن أغلب أفراد العينة ورغم معاناتهم من الإعاقة الحركية كان شعورهم بالخجل كان معتدلاً الأمر الذي قد يفسره درجة إعاقتهم الحركية التي كانت متوسطة.

مع العلم أنه عند محاولة التأكد من الفرضيات الجزئية الخاصة بالعوامل الشخصية المختلفة (السن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر).وانطلاقاً من أن سلوك الفرد المعوق حركياً وانفعالاته يتأثران من جهة

بإعاقة الحركة بشكل أو بآخر وهذا ما يدفعه إلى البحث عن وسائل تخفف من شعوره بالنقص والدونية والضييق، ومن جهة ثانية يتأثر سلوكه الاجتماعي مع الآخرين بدرجة إعاقته وطبيعتها الأمر الذي يدفعه إلى تغيير سلوكه الاجتماعي حتى وإن بدا غير مقبول لدى الآخرين. وهي مشاعر تؤثر في المعوق حركيًا فتظهر ملامح الخوف والقلق والإحباط في الأفق لتنعكس مستوياتها سلبيًا على علاقاته مع الأقران خاصة الأسوياء إذا كانت. (عبد اللطيف، 2001، ص5)

فقد دلت أن قيمة تحليل التباين القائمة على المقارنة بين المتوسطات الحسابية للمستويات الثلاثة للإعاقة (ضعيفة، متوسطة وشديدة) أن الفروق مقدره ب(4.21) تؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في مستويات الخجل لدى أفراد العينة لصالح العمال الذين يعانون من إعاقة شديدة أي الذين تتراوح نسبة العجز لديهم IPP بين [50% - 70%]، فهذه الفئة من الطبيعي أن يكون مستوى شعورها بالخجل أعلى، باعتبارها أكثر الفئات تضررا من الحادث. و هو ما يثبت الفرضية.

أما بالنسبة لتأثر مستويات الخجل لدى أفراد العينة بسنهم فقد تبين من قيمة تحليل التباين المقدره ب (1.84) والتي لم تكن دالة، أن اختلاف السن لم يتبعه اختلاف في مستويات الخجل لدى أفراد العينة وبالتالي يمكن القول أن الفرضية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في أغلب مستويات الخجل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن لم تتحقق.

في حين جاءت قيمة "ت" لعينتين مستقلتين مقدره ب (- 2.27) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.05)، لصالح المتزوجين؛ إن معاناة هذه الفئة من أعلى مستويات الشعور بالخجل تبرره الباحثة بتأثير الصورة الجسدية المجروحة الذي يزيد بوجود الجنس الآخر حيث يخشى المصاب من رفض الطرف الآخر بسبب الإعاقة، فقد استخلصت الباحثة من خلال المقابلات التي أجرتها في الدراسة الاستطلاعية مع الفريق الطبي العامل على إعادة التكيف الطبي للمصابين بحوادث العمل، أن أول انشغال لدى هؤلاء هو تأثير الإصابة على العلاقة الحميمة مع الزوجة (العلاقات الجنسية).

ومن ناحية أخرى قدرت قيمة تحليل التباين، (3.75) بدلالة إحصائية عند (0.01) وهو ما يؤكد وجود فروق ذات في مستويات الشعور بالخلل لدى أفراد العينة وفق نوع الحادث لصالح العمال الذين تعرضوا للبتير، وعليه فقد عضو من جسمه كاليد، الرجل... الخ يشعر صاحبه بالخلل. وبالتالي يمكن القول أن الفرضية التي نصت على وجود فروق في مستويات الخلل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية بسبب حوادث العمل وفق نوع الحادث قد تحققت.

كما تبين من المعالجة الإحصائية أن قيمة تحليل التباين هي (3.83) و دالة إحصائية عند مستوى (0.05) تؤكد بدورها وجود فروق في مستويات الشعور بالخلل لدى أفراد العينة وفق تاريخ الحادث لصالح العمال الذين تعرضوا للحوادث حديثاً. وبالتالي تحققت الفرضية التي نصت على وجود فروق في مستويات الخلل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية بسبب حوادث العمل وفق تاريخ الحادث قد تحققت. وقد يرجع ذلك إلى أن هؤلاء لا يزالون متأثرين بالإصابة مقارنة مع الآخرين ويتجلى ذلك في ارتفاع مستوى شعورهم بالخلل، حيث تؤثر الإعاقة الحركية كما يوضح أبو فخر (2003) تأثيراً سلبياً في اتجاهات الفرد وميوله، وكثيراً ما تؤدي إلى زيادة حساسيته وشعوره بالنقص وخاصة عندما يقارن حالته الجسمية بأقرانه، وتصادف المعوق حركياً مشكلات انفعالية مثل "الخوف ومشاعر العجز والغيرة"، (ص 140).

أما الفرض الذي ينص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في أغلب مستويات الخلل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر، فقد تبين بعد المعالجة الإحصائية أن قيمة "ت" قدرت بـ (1.46)، وهي غير دالة إحصائية، وتنفي تأثير مركز العمل بعد الإصابة في مستويات الشعور بالخلل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل حسب، فسواء عاد العامل المصاب إلى نفس مركز عمله السابق قبل الحادث أو وجه إلى مركز آخر لم يتأثر مستوى شعوره بالخلل.

5.3. العلاقة بين مظهري إعادة التكيف الإجتماعي:

لقد تبين من حساب معامل ارتباط من خلال قانون بيرسون ، أن معامل الارتباط بين مستويات (المساندة الاجتماعية والشعور بالخل) لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل قدر بـ (-0.37) و دال عند النسبة (0.01)، أي أن العلاقة بين المظهرين قوية تسمح بالقول أنه كلما حظي ذوو الإعاقة بمساندة اجتماعية قوية كلما قل شعورهم بالخل، وبالتالي حققوا إعادة تكيف اجتماعي. ويتفق مع دراسة كل من (Sarason et.al, 1983) حول ارتباط الخجل بالدعم الاجتماعي وكانت تهدف إلى تحديد دور الدعم الاجتماعي في التخفيف من حدة الخجل لدى الأفراد ذوي الإعاقة حيث توصلت إلى أن هناك علاقة بين الخجل والدعم الاجتماعي. كما توصلت إلى أن سمة الخجل لدى الطلبة الذين يعانون من قلة الدعم الاجتماعي كانت مرتفعة. من جهتها توصلت دراسة (Procidano and Heller, 1983) حول العلاقة بين سمي الخجل والاكنتاب ومستوى الدعم الاجتماعي التي كان الهدف منها التعرف إلى دور الدعم الاجتماعي في الحد من آثار الخجل والاكنتاب لدى الأفراد ذوي الإعاقات، إلى وجود علاقة عكسية بين الدعم الاجتماعي من جهة وحالة الخجل والاكنتاب من جهة أخرى.

وتجدر الإشارة إلى أنه بغض النظر عن الإعاقة فإنه على العموم توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية والدعم الذي يتلقاه الفرد من قبل مختلف المصادر الاجتماعية بدءاً بالأسرة، وبين مستوى شعوره بالخل ، إذ كما تبين من دراسة ديلونجز وآخرون حول العلاقة بين مستوى الدعم الاجتماعي وحالة الخجل لدى الراشدين، وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين ارتفاع مستوى الشعور بالخل وأعراضه الجسمية وبين انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي ، حيث استخلص أن للدعم الاجتماعي المرتفع أثراً واضحاً في التخفيف من آثار بعض الحالات النفسية كالخجل والقلق والتوتر وخاصة بعد الزواج" (Delong isat, 1988).

وبالتالي تكون هذه العلاقة أكثر أهمية و تأثيراً عند الأفراد ذوي الإعاقات الحركية ، كما دلت عليه نتائج دراستنا الميدانية والتي تثبت من خلالها الفرضية القائلة بوجود ارتباط ذو دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 بين بعدي إعادة التكيف الاجتماعي فيما بينهما (المساندة الاجتماعية والخجل)

4. تحليل ومناقشة نتائج إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة

1.4. تحليل ومناقشة نتائج مستوى إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة

كما سبقت الإشارة في المعالجة النظرية للموضوع أن من بين أهم مظاهر إعادة التكيف المهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل الشعور بالالتزام إلى المؤسسة التي يعمل فيها والدافعية للإنجاز حيث بينت بعض الدراسات أن العوامل المرتبطة بالعمل كالشعور بالالتزام والرضا والدافعية ودرجة الاهتمام التي يوليها العامل لعمله تؤثر في العودة إلى العمل و في عملية إعادة تكيفه وبالتالي نجاح اندماجه مهنيا (Durand et Loisselle, 2000) . إلا أنه مما سبق ذكره، فإن حادث العمل يدخل تعديلات في مختلف العلاقات والسلوكات وأدوار الحياة العائلية والصحية والمهنية والاقتصادية أو حتى في أدوار الشخص الذاتية ، وغالبا ما يلزم الحادث تخوف من فقدان العلاقة بالعمل، وقد استخلصت كثير من الدراسات حول إعادة التكيف المهني أن أهم العوامل المؤثرة فيها تلك العلاقة التي تربط العامل بعمله والأهمية التي يوليها العامل لعمله (Durand et Loisselle, 2000) ، والدافعية لدى العامل إضافة إلى عوامل أخرى (Touranchet A, Derriennic F, Volkoff, S, 1990 : 18-23) وعليه افترض في الدراسة الحالية اتصاف إعادة التكيف المهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل بمظهره بالاعتدال وقد تبين من معالجة البيانات الميدانية إحصائيا قيمة χ^2 قدرت بـ (6.5)، وهي دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$) تدل على فروق بين المستويات الثلاثة والفروق لصالح المتوسط منها ، وهو ما يثبت الفرضية.

يبدو أنه إذا كانت كل أبعاد إعادة التكيف النفسي و الاجتماعي و المهني تتصف بالاعتدال، الأمر الذي يعود كما أشارت الباحثة سابقا إلى كون أغلب أفراد العينة يعانون من إعاقة حركية متوسطة.

2.4. تحليل ومناقشة نتائج الفروق في إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة

أما عن وجود فروق بين مستويات التكيف المهني وفق بعض العوامل الشخصية كالسن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر. فقد تبين بالنسبة للسن أن القيمة المستخلصة من تحليل التباين (3.002) دالة عند مستوى (0.05) تدل اختلاف مستويات إعادة التكيف المهني بين أفراد العينة باختلاف سنهم لصالح العمال الذين يتراوح سنهم بين [40 - 50] سنة. إذا كانت هذه النتيجة تؤكد الفرضية وبالتالي تحققت الفرضية فهي تجعل من السن عامل مؤثر في إعادة التكيف المهني. وهذه الفئة من العمال حسب الباحثة تكون لها أقدمية مهنية متقدمة مما يجعلها أكثر استقراراً وتمسكاً بالعمل، فبعد مسار مهني طويل يكون العامل قد وطد علاقته بعمله ويكون أغلب سلوكه موجهاً لتحقيق الأهداف مرغوبة اعتماداً على مجموعة من الكفاءات التي اكتسبها خلال ذلك المسار، ويعمل جاهداً النجاح في إنجاز مهامه، ومجموع هذه النشاطات تساعده في تحقيق التكيف المهني .

(Rorest, 2006 ;Vallerand et Houlfort, 2003)

أما بالنسبة لتأثير الحالة العائلية، فقد بينت قيمة "ت" لعينتين مستقلتين بعد المعالجة الاحصائية، أن الفروق مقدرة بـ (-1.95)، وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$) وبالتالي تحققت الفرضية.

تفيد هذه القيمة وجود فروق في مستويات إعادة التكيف المهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق الحالة العائلية لصالح المتزوجين. وهو ما ترجعه الباحثة لكون العمال المتزوجين يشعرون بالمسؤولية أكثر اتجاه عائلاتهم (الزوجة والأولاد) مقارنة مع العزاب، الأمر الذي يدفعهم أكثر للتمسك بالعمل.

في نفس الاتجاه جاء نوع الحادث بل ربما أكثر حيث تشير قيمة الفروق مقدرة بـ (5.6)، الدالة عند مستوى ($\alpha=0.01$) إلى وجود فروق بين مستويات إعادة تكيف أفراد العينة مهنيًا حسب نوع الحادث، لصالح المصابين بحروق و بذلك تحققت الفرضية. تفسر الباحثة النتيجة المحققة لمل يراه عون الحماية المدنية خلال تدخلاته المهنية وهي فئة كما تبين مما يعود على كل أنواع الإصابات الخطيرة و هون عليهم إصابته و يساعده على تخطي آثارها السلبية ، وتمسكه بالعمل رغم إعاقاته.

كما يبدو بالنسبة لتاريخ الحادث، قيمة تحليل التباين (2.26) الدالة عند مستوى $(\alpha=0.05)$ أن أفراد العينة يختلفون في مستويات إعادة التكيف المهني باختلاف تاريخ الحادث لصالح العمال الذين تعرضوا للحادث قبل سنة 2007 باعتبار أنه كلما مر الوقت على وقوع الحادث و العودة إلى العمل، حقق المصاب إعادة تكيف مهني أحسن مقارنة مع المصاب والعاث إلى العمل حديثاً.

كما ثبت من النتائج الميدانية الافتراض القائل بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في أغلب مستويات إعادة التكيف المهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق درجة الإعاقة تحقق، حيث من استخدام اختبار تحليل التباين وبعد المعالجة الإحصائية القائمة على المقارنة بين المتوسطات الحسابية للمستويات الثلاثة للإعاقة على التوالي (ضعيفة، متوسطة وشديدة)، تبين أن قيمة الفروق مقدرة بـ(2.34)، وهي قيمة لها دلالة إحصائية عند مستوى 0.05، ما يؤكد وجود فروق دالة، أي أن أفراد العينة يختلفون في مستويات إعادة التكيف المهني باختلاف درجة الإعاقة لديهم، والفروق تعود لصالح ذوي الإعاقة البسيطة ما يعني أن درجة الإعاقة لها تأثير على إعادة التكيف المهني، كلما كانت درجة الإعاقة شديدة كلما صعب على صاحبها تحقيق إعادة التكيف المهني. ثم إن العامل الذي يصاب بحادث خلف لديه إعاقة بسيطة تكون لديه فرصة العودة إلى العمل أكثر من العامل خلف لديه الحادث إعاقة شديدة.

وعلى عكس ذلك، لم تتحقق الفرضية التي تنص أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في أغلب مستويات إعادة التكيف المهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر، حيث استخدمت الباحثة إختبار "ت" لعينتين مستقلتين، ويبدو من خلال مستويات المعالجة الإحصائية قيمة الفروق قدرت بـ (0.41) وهي قيمة غير دالة، ما ينفي وجود فروق دالة في مستويات إعادة التكيف المهني لدى العمال أفراد العينة حسب مركز العمل بعد الإصابة، فيبدو أن العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر لم يؤثر ذلك على تحقيق إعادة التكيف المهني لدى العمال أفراد العينة. فالعامل المصاب بحادث مهني عندما يتمكن من العودة إلى العمل (أي يتعدى خطر فقدان العمل)، يتمكن من تحقيق إعادة تكيف مهني، بغض النظر إلى مركز العمل الذي عاد إليه، وهنا

تجدر الإشارة إلى أنه أثناء الدراسة الميدانية، ومن خلال المقابلات مع العمال أفراد العينة والمشرفين عليهم، تبين أنه حتى إذا عاد العامل إلى مركز عمل آخر فهذا لا يعني أن أجره ينخفض، بل يبقى نفسه كما كان قبل الحادث (حيث أن أغلب العمال الذين يوجهون إلى مراكز أخرى بعد العودة إلى العمل تكون أدنى من المراكز السابقة، مثال ذلك عون تدخل في الحماية المدنية بعد تعرضه لحادث فقد بسببه يده، أصبح مسيرا لقاعة رياضة).

3.4. تحليل ومناقشة نتائج الالتزام التنظيمي لدى أفراد العينة:

يمثل الالتزام مظهرا أساسيا لإعادة التكيف المهني، انطلاقا مما أكدته الدراسات التي عملت على حصر المظاهر في (الأهمية التي يوليها العامل لعمله، ومدى انتمائه إلى عمله، والدافعية لديه)، بالإضافة إلى ما أوضحت دراسات عن أهميته لدى العمال في مجال الصحة في العمل، حيث يعتبر مؤشرا لراحة العامل، و إذا كانت الباحثة انطلاقا من ذلك افترضت ميل مستويات الالتزام التنظيمي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل إلى الاعتدال (أي المستوى الوسط فإن قيمة كا² والمقدرة ب (9.98)، والدالة عند مستوى $(\alpha=0.05)$ ، تؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاثة والفروق لصالح الاعتدال ، أي أن أغلب أفراد العينة حققوا مستوى متوسطا من الالتزام التنظيمي. و أن الإعاقة لم تؤثر على مستوى الالتزام لديهم، وقد يعود ذلك إلى أن العامل يبقى متمسكا بعمله ويبدى اهتماما كبيرا به رغم الإصابة، لأن العمل من العناصر الأساسية التي تدعم إثبات وجوده، ثم إن فقدان العمل يكون أكثر ضررا من الإصابة المهنية، حيث بينت بعض الدراسات تخوف المصابين بحوادث العمل من عدم التمكن من العودة العمل، ولهذا إن تمكن من العودة إلى العمل فإنه يتمسك به أكثر، ويتمكن بذلك من تحقيق إعادة التكيف المهني. (Baby, 1993) وبالتالي تحققت الفرضية.

أما عن تأثير تلك النتائج بالسن والحالة العائلية و نوع الحادث و تاريخ الحادث و درجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر.

فقد تبين أن قيمة تحليل التباين (3.14) دالة إحصائيا عند مستوى (0.05)، أي أن الفروق في مستويات الشعور بالالتزام التنظيمي مرتبطة بالسن، أي يختلف أفراد العينة في مستويات الالتزام باختلاف سنهم والفروق تعود لصالح فئة العمال الذين يتراوح سنها بين [40 - 50] سنة. وبالتالي

تحققت الفرضية. حيث تعتبر الباحثة أن العامل في هذا السن رغم إصابته يكون مستقرا في عمله كما تكون له أقدميه معتبرة تجعله أكثر استقرار مهنيا كما يكون الفرد قد حقق مكانة مهنية معينة وبالتالي يظهر التزاما في العمل أكثر من العامل الشاب في بداية مساره المهني. (Weide et al, 1999).

وللتأكد من وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في مستويات الالتزام التنظيمي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق الحالة العائلية ، استخدمت الباحثة إختبار "ت" لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسطي مستويات الالتزام التنظيمي لكل من المتزوجين والعزاب ، والمستويات بينت أن قيمة الفروق قدرت ب (-1.89) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى 0.05، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الالتزام التنظيمي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، والفروق تعود لصالح المتزوجين، ما يؤكد تحقق الفرضية. وكما سبق القول أنفا أن العامل المتزوج المصاب بحادث عمل ينتابه خوف شديد من فقدان العمل بسبب الإصابة (لما لديه من مسؤولية اتجاه عائلته)، وإذا تمكن من العودة إلى عمله فإنه يسعى إلى المحافظة عليه والتمسك والاهتمام به.

أما فيما يخص ما تنص عليه الفرضية من وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في أغلب مستويات الالتزام التنظيمي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق نوع الحادث، استخدمت الباحثة إختبار تحليل التباين للمقارنة بين المتوسطات الحسابية حسب نوع الحادث، والذي تبين من خلال المعالجة الاحصائية أن قيمته مقدرة ب (4.23)، وهي قيمة دالة عند مستوى (0.001)، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مستويات الالتزام التنظيمي وفق نوع الحادث والفروق لصالح العمال الذين تعرضوا لحوادث الحروق، أي أن العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث الحروق أكثر التزاما في العمل مقارنة مع الآخرين، وبالتالي تحققت الفرضية. وترى الباحثة أن ذلك قد يعود إلى أن أغلب أفراد العينة الذين أصيبوا بحروق هم أعوان الحماية المدنية، وهذه الفئة متعودة على هذا النوع من الإصابات، ولاحظت الباحثة أن أغلب أعوان الحماية متمسكين بعملهم رغم إصابتهم، حيث أن هذه المهنة اختاروها عن حب واقتناع، خاصة أن الهدف الأول والأساسي لهم هو إنقاذ حياة الآخرين، نقلا عن تصريحات العمال أثناء المقابلات معهم خلال الدراسة الميدانية.

وبالنسبة للفرضية الناصّة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في أغلب مستويات الالتزام التنظيمي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق تاريخ الحادث، استخدمت الباحثة إختبار تحليل التباين، والذي قدرت قيمته ب (1.2)، وهي قيمة غير دالة، ما ينفي وجود فروق في مستويات الالتزام التنظيمي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق تاريخ الحادث، فسواء تعرض العامل إلى حادث مهني حديثاً أو قبل 2007، فذلك لم يؤثر على التزامهم في العمل. وبالتالي لم تتحقق الفرضية.

وعلى عكس ذلك، تبين أن الافتراض القائل بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في أغلب مستويات الالتزام التنظيمي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق درجة الإعاقة، تبين من أن قيمة الفروق بين المتوسطات الثلاثة لمستويات الالتزام التنظيمي وفق درجة الإعاقة مقدرة ب(2.83)، وهي دالة عند مستوى (0.05) لتؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الالتزام التنظيمي لدى أفراد العينة، أي أن هؤلاء يختلفون في التزامهم في العمل باختلاف درجة الإعاقة لديهم، حيث يبدي العمال الذين يعانون من إعاقة شديدة اهتماماً وتمسكاً بالعمل أكثر من غيرهم. وبالتالي تحققت الفرضية. وترى الباحثة أن ذلك يرتبط بدرجة تخوفهم من فقدان العمل بسبب الإعاقة، ما يجعلهم أكثر تمسكاً واهتماماً به من جهة، ومن جهة أخرى قد يشير ذلك إلى كون العمل بالنسبة للعمال ذوي الإعاقة بمثابة تعويض للعجز الجسمي الذي يعانون منه، وبالتالي يحاولون إثبات الذات من خلال العمل والتمسك به، من جهة أخرى.

كما تبين في التأكد من الفرضية الناصّة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في أغلب مستويات الالتزام التنظيمي لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر، حيث من خلال المعالجة الإحصائية أن قيمة "ت" (0.33) غير دالة، تنفي وجود فروق دالة في مستويات الالتزام التنظيمي لدى العمال أفراد العينة حسب مركز العمل بعد الإصابة، و عليه يبدو أن العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر لم يؤثر ذلك على الاهتمام والتمسك بالعمل لدى أفراد العينة. وبالتالي فالفرضية لم تتحقق.

4.4. تحليل ومناقشة نتائج الدافعية للانجاز لدى أفراد العينة:

تبين خلال المعالجة النظرية، أن للدافعية للانجاز تأثير على إعادة التكيف لدى المصابين بحوادث العمل، باعتبارها مظهر هام إلى جانب الالتزام التنظيمي لإعادة التكيف المهني، بالإضافة إلى كونها عاملاً أساسياً لفهم مدى ارتباط العامل والتزامه بعمله، فهي بمثابة مولد طاقة توجه أفعال الأفراد وطموحاتهم... (Rayan et Deci, 2000)

ولهذا تم الأخذ بها في هذه الدراسة، فافترضت الباحثة ميل مستوى الدافعية للانجاز لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل تتصف إلى الاعتدال (أي المستوى الوسط).

وللتحقق من مدى صحة الفرضية، وقيست الفروق بين المستويات الثلاثة للدافعية للانجاز، بواسطة χ^2 فتمين من خلال المستويات أن قيمته مقدره بـ (6.93)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند ($\alpha=0.05$)، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاثة للدافعية للانجاز، والفروق تعود لصالح المستوى المتوسط، أي أن أغلب أفراد العينة حققوا مستواً عالياً من الدافعية للانجاز وذلك رغم إعاقاتهم، وبالتالي تحققت الفرضية؛ وهو شيء إيجابي فالدافعية لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية، يساعد على إعادة تكيفهم المهني والاجتماعي والنفسي، وكما أظهرت بعض الدراسات أن الدافعية تزيد من القدرة على انجاز المهام رغم معاناة الفرد من الآلام التي تسببها الأمراض أو الإصابات، من جهة، ومن جهة أخرى تساهم في دعم الاستقلالية لدى الفرد. (Deci et Ryan, 1991)

كما افترضت الباحثة تأثر في مستويات الدافعية للانجاز لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بالسن، الحالة العائلية، نوع الحادث، تاريخ الحادث، درجة الإعاقة والعودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر.

ولجأت الباحثة لقياس الفروق في مستويات الدافعية للانجاز لدى أفراد العينة حسب السن إلى تحليل التباين، حيث بينت المعالجة الإحصائية أن قيمته (3.02) و دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، ما تؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الدافعية للانجاز لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق السن لصالح الذين تتراوح سنهم بين [40 -

50] سنة، فيختلف إذا أفراد العينة في مستويات الدافعية للانجاز باختلاف سنهم. وبالتالي تحققت الفرضية.

أما بالنسبة للحالة العائلية، استخدمت الباحثة إختبار "ت" لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسطي مستويات الدافعية للانجاز لكل من المتزوجين والعزاب، والمستويات بينت أن قيمة الفروق قدرت بـ (2.41) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.05)، تعبر عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الدافعية للانجاز لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، والفروق تعود لصالح المتزوجين، أي أن العامل ذو الإعاقة الحركية المتزوج يحقق مستوى عالياً من الدافعية للانجاز مقارنة مع الأعزب. وقد يعود ذلك حسب الباحثة إلى أن العامل أن تكفل المتزوج بأولاده يدفعه أكثر، حتى يتمكن من تحمل مسؤوليته اتجاههم. وبالتالي تحققت الفرضية.

كما يبدو لنوع الحادث تأثير في مستوى الدافعية للانجاز المحقق أي الفرضية قد تحققت، حيث أن تحليل التباين قد أعطى قيمة مقدرة بـ (6.005)، دالة عند مستوى (0.001) تعكس فروقا ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مستويات الدافعية للانجاز وفق نوع الحادث لصالح العمال الذين تعرضوا للحروق، أي أن العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب الحروق أكثر دافعية ورضاً مقارنة مع الآخرين، الذي يعود كما تم شرحه مرارا إلى انتماء أغلب أفراد العينة الذين أصيبوا بحروق إلى الحماية المدنية، وهذه المهنة التي يرى أصحابها الإصابات الأخطر من حالاتهم، وإذا كانت الباحثة قد لاحظت أن أغلب أعوان الحماية متمسكين بعملهم رغم إصاباتهم، فلأن هذه المهنة اختاروها عن حب واقتناع، خاصة أن هدفهم الأول والأساسي هو الإنقاذ كما سبق القول، ثم أن هذه الفئة تتعامل مع كل أنواع الحوادث (فتدخلات أعوان الحماية تشمل مختلف أنواع الحوادث)، فالحوادث التي تعرضوا لها إذا لم تزعزع الدافعية لديهم.

أما عن تاريخ الحادث فإن قيمة تحليل التباين قدرت بـ (3.19)، وهي دالة عند مستوى (0.05)، تؤكد وجود فروق في مستويات الدافعية للانجاز لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق تاريخ الحادث لصالح العمال الذين تعرضوا للحوادث قبل سنة 2007، أي أن هؤلاء وبعد مرور سنوات على الحوادث التي تعرضوا لها، استعادوا الدافعية في عملهم. وبالتالي تحققت الفرضية.

وعلى عكس ذلك، لم تتحقق الفرضية القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في مستويات الدافعية للإنجاز لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق درجة الإعاقة، حيث لجأت الباحثة إلى استخدام إختبار تحليل التباين لقياس الفروق بين عدة مجموعات، وتشير المستويات المتوصل إليها من خلال المعالجة الإحصائية إلى أن قيمة الفروق بين المتوسطات الثلاثة لمستويات الدافعية للإنجاز وفق درجة الإعاقة مقدرة ب(1.51)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، ما ينفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الدافعية للإنجاز لدى أفراد العينة، أي أن هؤلاء لا يختلفون في الدافعية للإنجاز باختلاف درجة الإعاقة لديهم.

وكذلك الفرضية التي اقترحت وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 في مستويات الدافعية للإنجاز لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وفق العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر، لم تتحقق وبعد إذ تبين من المعالجة الإحصائية أن قيمة الفروق قدرت ب (0.44) غير دالة، تنفي وجود تأثير مستويات الدافعية للإنجاز لدى أفراد العينة بمركز عملهم بعد الإصابة، فيبدو أن العودة إلى نفس مركز العمل أو مركز آخر لم يؤثر ذلك على الدافعية للإنجاز لدى العمال أفراد العينة.

5.4. العلاقة بين مظهري إعادة التكيف المهني:

انطلاقاً من الفرضية القائلة بوجود ارتباط ذو دلالة إحصائية عند النسبة 0.05 بين بعدي إعادة التكيف المهني فيما بينهما (الالتزام التنظيمي والدافعية للإنجاز)، لجأت الباحثة للتأكد من صحة الفرضية إلى حساب معامل الارتباط بين مستويات (الالتزام التنظيمي والدافعية للإنجاز) لدى أفراد العينة الذي جاء مقدراً ب (0.755)، وهي قيمة دالة عند مستوى (0.01) تعبر على علاقة بينهما قوية، وتعني أنه كلما شعر الفرد بالالتزام المهني والاهتمام بعمله حقق مستوى عال من الدافعية للإنجاز، وبالتالي يحقق إعادة تكيف مهني، وفي هذا الصدد، نشير إلى أن العديد من الباحثين أثبتوا العلاقة الموجبة بين الشعور بالالتزام والدافعية لدى العمال، ومنهم (Kanungo, 1979) الذي اقترح نموذجاً يوضح فيه العلاقة الدينامية بين الدافعية لدى العمال ودرجة الالتزام في العمل، كما سبقت الإشارة إليه في الجانب النظري للدراسة.

كما اتضح أنه في سيرورة إعادة التكيف لدى الأشخاص المصابين بحوادث العمل، عندما يكون للعامل اتجاه إيجابي وببدي تفتحا وثقة والتزاما نحو السيرورة عموما ونحو عمله بالخصوص، يحقق مستويات مرضية، فكلما كانت العلاقة بين العامل وعمله قوية كلما كانت مستويات إعادة تكيفه المهني إيجابية. (Gelso et Fretz, 1992 ; Luborsky, 1994)

المبحث الثاني: تحليل ومناقشة دور التكفل في إعادة التكيف لدى أفراد العينة

من بين النقاط التي تحاول الدراسة الحالية الإجابة عنها، دور التكفل بذوي الإعاقة الحركية بسبب حوادث العمل في عملية إعادة تكيفهم النفسي والاجتماعي والمهني، فانطلاقا مما أشارت إليه بعض الدراسات من أن التكفل بالعمال المصابين بحوادث العمل وإعداد برامج لإعادة التأهيل (على فترات متباعدة حسب الإصابات)، يساعد على تسهيل عملية العودة إلى العمل وتحقيق مستويات من إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني عالية.

تهدف برامج إعادة التأهيل أساسا إلى تحسين مستوى التمسك بالعمل لدى العامل المصاب من خلال استخدام قدراته التي يتمتع بها ومن خلال وعيه بالآثار الناجمة عن إصابته وتقبلها ليواجه حالته الجديدة، ويتمكن من العودة إلى ممارسة نشاطه المهني، في حين تقوم هذه البرامج في مرحلة أخيرة على دعم العامل ومساعدته على العودة والتكيف مع ظروف العمل ومتطلباته (Lecomte et Savard, 2002 ; Robertson, 1992)

كما تستمر عملية التكفل بهم بعد عودة ذوي الإعاقة المكتسبة إلى العمل من خلال تكيف مراكز العمل للحالات التي لا تتمكن من العودة إلى نفس مركز العمل السابق للإصابة.

1. دور التكفل في إعادة التكيف العام لدى أفراد العينة

للتحقق من دور التكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وإعادة تكيفهم العام استخرج كاس² بمقارنة التكرارات المشاهدة بالتكرارات المتوقعة لمستويات إعادة التكيف العامة تبعا لمدى استفادة المصاب بحدوث العمل من التكفل الطبي. إذا قد تبين سابقا أن للتكفل دور في ارتفاع مستوى إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني كل على حدة، وبالنسبة للمستويات العامة فإن قيمة الاختبار المقدر بـ (11.18)، والدالة عند مستوى 0.05 لصالح العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل الذين كان مستوى إعادة تكيفهم العامة عاليا والذين استفادوا من إعادة تكيف طبي وإعادة تأهيل وظيفي. وبالتالي تحققت الفرضية.

لقد أشارت الدراسة السابقة الذكر أن العمال المصابين بحوادث العمل التي خلفت لديهم عجزا جسما (قد يكون دائم)، والذين تابعوا برامجا لإعادة التكيف الطبي والوظيفي، أظهروا تحسنا

وتقدما ملحوظا في مختلف أبعاد إعادة التكيف و مظهره، أي أنهم أظهروا تقدما دالا في سيرورة إعادة التكيف، وتبين من خلال ذلك أنه كلما استفاد العامل من برامج التكفل (إعادة تكيف طبي ووظيفي) حقق تقدما في إعادة التكيف بدءا بتقبل حالته والاستعداد للعودة إلى العمل و هو ما أكدته دراسة كل من (Whiston et Sexton, 1993 : 43-51) التي تؤكد أن التكفل بالمصاب بحادث مهني مباشرة بعد إصابته، يساعده على التحسن والتقدم الإيجابي ، وهذا ما تبين كذلك من دراسة كل من "لوكونت و سفار" حيث لاحظا تغير إيجابي لدى العمال المصابين بحوادث العمل في أعراض الانهيار والقلق وفي استراتيجيات التكيف، وقبول العودة إلى العمل شيئا فشيئا، وعليه فإن إعادة التكيف الطبي والوظيفي مرحلة هامة في سيرورة إعادة التكيف يجب التركيز عليها، وأخذها بعين الاعتبار لتحقيق إعادة دمج العمال المصابين بحوادث العمل في فترات زمنية قصيرة. باعتبار أنه كلما كان التدخل والتكفل بالعامل المصاب بحادث العمل مبكرا كانت عودة العامل إلى عمله مبكرا.

(Lecomte et Savard,2006: 128)

2. تحليل ومناقشة دور التكفل في إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة

استوجب التحقق من افتراض علاقة بين التكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وإعادة تكيفهم النفسي مقارنة التكرارات المشاهدة والتكرارات المنتظرة لمستويات إعادة التكيف النفسي وفق استفادة المصاب بحادث العمل من التكفل الطبي (إعادة تكيف طبي، إعادة تأهيل وظيفي)، فجاءت قيمة كا² (6.27) دالة إحصائيا عند مستوى 0.05 لصالح العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل الذين كان مستوى إعادة تكيفهم النفسي معتدلا والذين استفادوا من إعادة تكيف طبي وإعادة تأهيل وظيفي.

وهذا ما يتفق مع ما بينه كل من (Lecomte et Savard,2006 : 25) في دراستهما حول آثار الاستفادة من استشارة في إعادة التكيف لدى العمال المصابين بحوادث العمل، أن المصابين بحوادث العمل الذين استفادوا من برامج إعادة التكيف الطبي وإعادة التأهيل الوظيفي أظهروا مستويات إيجابية في إعادة التكيف النفسي، حيث اتصفوا بالتفاؤل والشعور بالفعالية الذاتية، وتقبل الإعاقة وتحمل الألم وغيرها من الصفات الإيجابية. كما لوحظ في نفس الدراسة أن العمال المصابون بالحوادث والذين استفادوا من تكفل طبي أظهروا شعورا بالفعالية الذاتية أكثر مقارنة مع

الآخرين، هذا الشعور الذي يرتبط بقدرة المختص (التكفل الطبي) على إظهار كفاءات العامل المتبقية (Lecomte et Savard, 2003) وبالتالي إكسابه نظرة ايجابية لسيرورة إعادة التكيف (ص 116). تبين لنا سابقا أن أغلب أفراد العينة تميل مستويات مظاهر إعادة التكيف النفسي (التفائل، تقبل الإعاقة، تقدير الذات والشعور بالفعالية الذاتية) لديهم إلى الاعتدال وبالتالي يمكن القول أن للتكفل الطبي دور في تحقيق إعادة التكيف النفسي.

3. دور التكفل في إعادة التكيف الاجتماعي لدى أفراد العينة:

بالنسبة لدور التكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل في إعادة تكيفهم الاجتماعي، فمما تبين من مقارنة التكرارات المشاهدة والتكرارات المنتظرة لمستويات إعادة التكيف الاجتماعي وفق استفادة المصاب بحدث العمل من التكفل الطبي (إعادة تكيف طبي، إعادة تأهيل وظيفي)، أن قيمة χ^2 (6.70) دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 لصالح العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل الذين كانت إعادة تكيفهم الاجتماعي عالية والذين استفادوا من إعادة تكفل طبي وإعادة تأهيل وظيفي. وهو ما يؤكد الفرضية.

ونجد كل من (Lecomte et Savard, 2006) في دراستهما حول آثار الاستفادة من استشارة في إعادة التكيف لدى العمال المصابين بحوادث العمل، أن المصابين بحوادث العمل والذين استفادوا من برامج إعادة التكيف الطبي وإعادة التأهيل الوظيفي أظهروا مستويات عالية في إعادة التكيف الاجتماعي من خلال ممارسة أدوارهم وعاداتهم الاجتماعية، خاصة وأن هؤلاء يعتبرون التكفل بهم دعماً هاماً يشجعهم على تحقيق إعادة تكيف اجتماعي. (Lecomte et Savard, 2006 : 25)

مهما يكن فقد أظهر العمال المصابون بحوادث العمل الذين استفادوا من التكفل الطبي مستويات مرضية في الشعور بالمساندة الاجتماعية (مساندة العائلة، مساندة الزوج(ة) و مساندة الأصدقاء والزملاء) إضافة إلى شعورهم بالمساندة من قبل المختصين في إعادة التأهيل الوظيفي، وهو الشعور هام جداً يساعد ذوي الإعاقة على التكيف من جديد مع حياتهم المهنية وإعادة اندماجهم المهني (Dworkin et Banks, 1999)

وبالتالي يمكن القول أن للتكفل الطبي دور في تحقيق إعادة التكيف الاجتماعي.

4. دور التكفل في إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة:

بينت المعالجة الإحصائية المعتمدة للتأكد من دور التكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل في إعادة تكيفهم المهني ، القائمة على مقارنة التكرارات المشاهدة بالتكرارات المتوقعة لمستويات إعادة التكيف المهني تبعالاستفادة المصاب بحادث العمل من تكفل طبي (إعادة تكيف طبي و وظيفي)، أن قيمة كا² (8.62) دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 لصالح العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل الذين ارتفع مستوى إعادة تكيفهم الاجتماعي الذين استفادوا من إعادة تكفل طبي و وظيفي. فتحققت الفرضية و اتفقت مع ما توصلت إليه الدراسة المذكورة أعلاه، التي استخلصت أن العامل المصاب بحادث عمل المسبب له عجزاً، والذي يستفيد من تكفل طبي يمكنه تخطي حالة الضغط والإحباط التي يثيرها الشعور بالقصور و تحقيق تقدم ملحوظ في سيرورة إعادة التكيف الطبي، بشعوره بالقدرة على التحكم في حياته وفي حالته، حيث يساعده التكفل في زيادة ذلك الشعور بالتحكم و يسهل له فيما بعد العودة والتمسك بالعمل.

وقد أظهر العمال المصابون بحوادث العمل والذين استفادوا من عدة حصص في التكفل الطبي تمسكا قويا بالعمل مقارنة مع الآخرين (91 : Lecomte et Savard, 2006) كما بينت دراسة قام بها كل من (Bilard, J., Barbin, J.M, et Gros, C, 1995) نقلا عن (Simon, L, 2001 : 61-64) حول النتائج النفسية والاجتماعية لإعادة التأهيل الوظيفي في مركز مختص في إعادة التأهيل الوظيفي بفرنسا، والتي أجريت على أشخاص ذوي إعاقة حركية (291) أغلبهم مصاب بالشلل، حيث تم التركيز في التكفل بهم على ممارسة النشاط الرياضي، ومن أهم ما انتهت إليه هذه الدراسة أن هناك علاقة بين ممارسة النشاط الرياضي في ذلك المركز وإعادة التكيف المهني لديهم، حيث تبين أن أغلب المصابين الذين مارسوا النشاط الرياضي تمكنوا من العودة إلى العمل، إضافة إلى مستوى الاستقلالية الذي تمكن أغلبهم من تحقيقه، ما يؤكد على دور التكفل بذوي الإعاقة الحركية (الطبي والوظيفي...) في تحقيق إعادة التكيف المهني.

خاتمة

خاتمة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن واقع إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل ودور التكفل فيها من الناحية الإدارية والتشريعية والطبية ثم التعرف على مختلف مظاهر إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لدى عينة مؤلفة من عمال ذوي إعاقة مكتسبة بسبب حوادث العمل، ولمعرفة إذا ما كانت توجد فروق في تلك الأبعاد بمظاهرها المختلفة وفق بعض العوامل (كالسن والحالة العائلية ونوع الحادث وتاريخ الحادث ودرجة الإعاقة) ثم تبين دور التكفل بذوي الإعاقات الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل في إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لديهم.

وقد حاول هذا البحث المتواضع تحديد مستويات إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لدى العمال المصابين بحوادث العمل التي خلفت لديهم إعاقات حركية؛ فقد عالج جانبا هاما، حيث كان أغلب الاهتمام بعملية التكفل لدى المصابين بحوادث العمل منصبا على الجوانب القانونية والإدارية والطبية، إلا أن المرحلة الهامة التي يعايشها العامل منذ إصابته بقيت غامضة.

وقد استخلص من معالجة بيانات الدراسة الميدانية:

- تحقيق أفراد العينة لمستوى معتدل من إعادة التكيف النفسي (بمظاهرها الأربعة) الرغم من الإعاقة الحركية التي يعانون منها.
- اختلاف مستويات إعادة التكيف النفسي لدى أفراد العينة فكان أعلى لدى المتزوجون والذين تعرضوا للحروق والذين تعرضوا للحوادث قبل سنة 2007.
- تقارب بين مستويات التفاؤل لدى أفراد العينة باختلاف سنهم ولا باختلاف حالتهم العائلية، أو باختلاف تاريخ الحادث، ولا باختلاف درجة الإعاقة، في حين وجد اختلاف في تلك المستويات حسب نوع الحادث، حيث أظهر العمال الذين تعرضوا لحوادث السير مستوى أعلى من التفاؤل مقارنة مع العمال الذين تعرضوا لحوادث أخرى.

- تباين مستويات تقبل الإعاقة لدى أفراد العينة فكان أعلى لدى الذين يتراوح سنهم بين (20-30 سنة) والذين تعرضوا لحوادث سقوط أشياء عليهم والذين تعرضوا لحوادث العمل قبل سنة 2007 وذوي الإعاقة الخفيفة.
- اختلاف الشعور بالفعالية الذاتية فكان أعلى لدى العمال الذين أصيبوا بحروق و الذين تعرضوا لحوادث العمل قبل 2007.
- تباين مستويات تقدير الذات فقط وفق نوع الحادث فجاءت الفروق لصالح العمال الذين تعرضوا لحوادث الحروق.
- وجود علاقة قوية بين مظاهر إعادة التكيف النفسي تدل أنه إذا كان الفرد متفائلاً كان أكثر تقبلاً للإعاقة و أكثر تقديراً لذاته و أكثر شعوراً بالفعالية الذاتية وبالتالي حقق إعادة تكيف نفسي.
- تحقيق أفراد العينة لمستوى معتدل من إعادة التكيف الاجتماعي بمظهره رغم الإعاقة الحركية.
- اختلاف مستويات إعادة التكيف الاجتماعي بين أفراد العينة فكان أعلى لدى العمال الذين يتراوح سنهم بين (40-50 سنة) و لدى المتزوجون والذين أصيبوا بحروق و الذين تعرضوا للحادث قبل 2007 والذين درجة إعاقتهم الحركية خفيفة.
- اختلاف مستويات المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة ، حيث كانت أعلى لدى العمال الذين يتراوح سنهم بين (40-50 سنة) و المتزوجون و الذين تعرضوا للحروق وذوو الإعاقة الحركية الشديدة.
- اختلاف مستويات الشعور بالخجل لدى أفراد العينة حيث كانت أعلى لدى المتزوجين والذين تعرضوا للبتر والذين تعرضوا لحوادث حديثاً وذوو الإعاقة الحركية الشديدة.
- وجود علاقة قوية و دالة بين المساندة الاجتماعية والشعور بالخجل لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل فكلما حظي الفرد بمساندة اجتماعية عالية كان أقل خجلاً، أي حقق إعادة تكيف اجتماعي.
- اعتدال مستوى إعادة التكيف المهني بمظهره رغم من الإعاقة الحركية.
- اختلاف مستويات إعادة التكيف المهني لدى أفراد العينة فكانت أعلى لدى العمال الذين يتراوح سنهم بين (40-50 سنة) و المتزوجون والذين تعرضوا للحروق والذين تعرضوا لحوادث قبل سنة 2007 و ذوو الإعاقة الحركية الخفيفة.

- اختلاف مستويات الالتزام التنظيمي لدى أفراد العينة وفق السن فقد كان أعلى لدى العمال الذين يتراوح سنهم بين (40-50 سنة) والمتزوجين والذين تعرضوا للحروق و ذوي الإعاقة الحركية الشديدة أي أن هؤلاء كانوا أكثر التزاما.
- اختلاف مستويات الدافعية للإنجاز لدى أفراد العينة بحيث كانت أعلى لدى العمال الذين يتراوح سنهم بين (40-50 سنة) والمتزوجين والذين تعرضوا للحروق والذين تعرضوا لحوادث العمل قبل سنة 2007.
- وجود علاقة قوية دالة بين مستويات الالتزام التنظيمي والدافعية للإنجاز لدى أفراد ، فكلما شعر ذوي الإعاقة بالالتزام المهني والاهتمام بعمله، كلما حقق مستوى عال من الدافعية للإنجاز، وحقق إعادة تكيف مهني.
- اعتدال مستويات إعادة التكيف العام لدى أغلب أفراد العينة.
- اختلاف مستوياته فكان أعلى لدى العمال المتزوجين والعمال الذين تعرضوا للحروق والعمال الذين تعرضوا للحوادث المهنية قبل سنة 2007 والعمال ذوي الإعاقات الخفيفة.
- وجود علاقة قوية بين الأبعاد الثلاثة للتكيف لدى أفراد العينة تشير إلى أنه كلما حقق العامل المصاب بإعاقة بسبب حوادث العمل إعادة تكيف نفسي حقق إعادة تكيف اجتماعي وإعادة تكيف مهني.
- للتكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل دور إيجابي في إعادة تكيفهم النفسي وفي إعادة تكيفهم الاجتماعي و في إعادة تكيفهم المهني بالتالي فالتكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل وإعادة تكيفهم العام.
- عسى أن تكون هذه المستويات أكثر توضيحا للأبعاد النفسية والاجتماعية والمهنية لإعادة التكيف لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل؛ فقد حاولت الدراسة تبين أهمية الأبعاد النفسية والاجتماعية والمهنية في سيرورة إعادة التكيف.
- وقد تبين أن المظاهر النفسية لإعادة التكيف والمتمثلة في التفاؤل وتقبل الإعاقة والشعور بالفعالية الذاتية وتقدير الذات، وإن اختلفت مستوياتها فهي مرتبطة ببعضها البعض وتؤثر في إعادة التكيف لدى

العاملين ذوي الإعاقة الحركية بسبب حوادث العمل، فكلما حقق العامل المصاب بالحادثة مستوى عالياً في تلك المظاهر كانت إعادة تكيفه أحسن.

واتضح كذلك مما سبق أن للمظاهر الاجتماعية دور في إعادة التكيف، حيث كان للمساندة التي حظي بها العمال المصابون بالحوادث سواء من قبل العائلة أو الأصدقاء أو الزملاء في العمل أو كل الشبكة الاجتماعية التي يتفاعلون معها، دور هام في تحقيق إعادة التكيف، التي تأثرت أيضاً بمستوى الخجل لديهم.

كما استخلص مما سبق أن المظاهر المهنية للتكيف لا تقل أهمية في تأثيرها على إعادة التكيف، فالعلاقة التي تربط العامل بعمله بعد إصابته، والأهمية التي يوليها العامل لعمله بالإضافة إلى شعوره بالانتماء والتزامه بعمله، ومستوى الدافعية لديه كلها عوامل مساعدة على إعادة تكيفه، هذا من جهة، ومن كما توصلت الدراسة إلى تبين أهمية ودور التكفل بالعمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل في تحقيق إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لديهم، من جهة أخرى.

فقد تبين أن فئة العمال الذين استفادوا من تكفل طبي وإعادة تأهيل وظيفي، حققوا مستويات أعلى في إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني، مقارنة مع فئة العمال الذين لم يستفيدوا من ذلك، فالعامل المصاب بحادثة مهني يحتاج إلى رعاية طبية ونفسية واجتماعية ومهنية، حتى يتمكن من تحقيق إعادة التكيف.

كما تشير الدراسة أيضا إلى نقطة هامة، وهي دراسة مراكز العمل المكيفة، هذا الاجراء المعترف به كحق شرعي للعامل الذي تكون درجة العجز لديه عالية، فقدراته المحدودة لا تمكنه من العودة إلى نفس مركز عمله أو نفس متطلبات العمل، مما يفرض تكييف مركز عمل بحيث يتلاءم وقدراته المحدودة، إلا أن الواقع كشف أن هذا الإجراء منصوص عليه حبرا على ورق والسبب واضح يعود لتكلفة التكييف، لهذا اقتصر التكييف على تحويل المصابين إلى مراكز عمل أخرى. وقد سمحت الدراسة بالتعرف على واقع هذه السيرورة لدى شريحة تستحق الاهتمام والرعاية والتكفل.

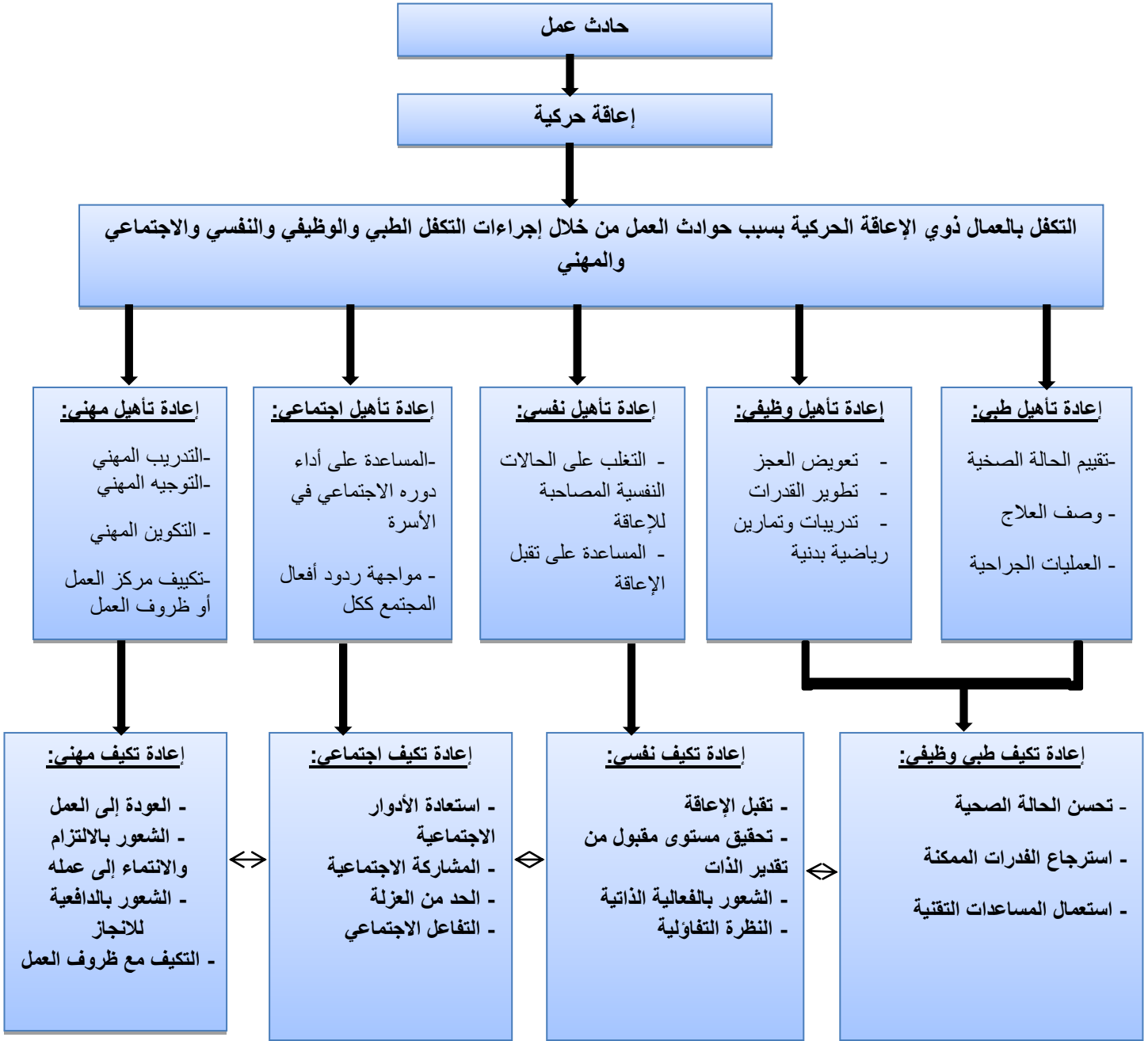
ورغم الصعوبات تمكن هذا البحث المتواضع من تحقيق الأهداف الأساسية التي سطرها من خلال الخروج بنموذج لسيرورة إعادة التكيف بمختلف مراحلها والكشف عن أهم أبعادها ومظاهر كل بعد، واستطاع إثارة نقاط قد تكون انطلاقة لبحوث أخرى في المستقبل، كأهمية برامج التكفل (سواء على مستوى المستشفيات أو في مراكز خاصة) بذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل، وفعاليتها خاصة بعدما تبين أن عملية إعادة التكيف لا بد أن يشارك فيها عدة أطراف (الطبيب، الممرض، المعالج الحركي الفيزيائي، مختص في علم النفس الاكلينيكي وفي علم النفس العمل والتنظيم، العامل في حد ذاته وعائلته و غيرهم). كما أن هذه السيرورة الدينامكية ترتبط بعمل المصاب ونوع إصابته وبمركز عمله... الخ كما لوحظ من خلال المقابلات مع العمال المصابين بحوادث العمل أنه من أهم المشكلات التي واجهتهم بعد تعرضهم وأثناء العلاج غياب من يساعدهم في التنقل المتكرر إلى مراكز الضمان الاجتماعي لإيداع ملفاتهم ، فإننا نتساءل كيف يمكنه في حالة عجز وألم من التنقل المتكرر بين المستشفى والإدارات المختلفة، وهنا تجدر الإشارة إلى دراسة بينت أن تكليف أو إنشاء مصلحة خاصة من قبل المؤسسة للتكفل بملف الضمان الاجتماعي للمصاب بحدوث عمل يعود بالإيجاب على المؤسسة ذاتها و على العامل والضمان الاجتماعي، فلما لا يكون ذلك في الجزائر خاصة وأنه بكل المؤسسات المهنية مصالح للخدمات الاجتماعية ألا يمكنها القيام بذلك .

ونأمل أن يكون لهذه الدراسة أهمية بحيث يستفيد العامل الذي يعاني من إعاقة حركية عامة وإذا

كانت بسبب حوادث العمل خاصة.

خاتمة

ويمكن تلخيص مسار العامل ذي إعاقة حركية بسبب حادث العمل منذ تعرضه للحادث إلى عودته إلى العمل، وتحقيق مستويات معتدلة من إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني في الشكل التالي:



(21) يوضح مسار العامل ذي إعاقة حركية بسبب حادث العمل منذ تعرضه للحادث إلى عودته إلى العمل

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

1. إبراهيم، مروان عبد المجيد.(2002). الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة تربويا نفسيا رياضيا تأهليا، عمان : مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
2. أبو النصر، مدحت. (2005). الإعاقة الحسية الحركية، ط1، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
3. أبو النيل، محمود السيد. (2005). علم النفس الصناعي والتنظيمي، عربيا وعالميا، ط1، القاهرة: دار الفكر العربي.
4. أبو زيد، أحمد ابراهيم.(1987). سيكولوجية الذات والتوافق، ط1، القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
5. أحمية، سليمان.(1998). آليات تسوية منازعات العمل والضمان الاجتماعي في القانون الجزائري، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
6. آذار، عبد اللطيف . (2002). مفهوم الذات والتكيف الاجتماعي، ، دمشق: دار كيون.
7. أسامة، رياض وناهد، أحمد عبد الرحيم. (2001). القياس والتأهيل الحركي للمعاقين ، ط1، القاهرة: دار الفكر العربي.
8. أفنخير، أحمد يحي. (1424 هـ). آلية التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصة. المجلة العربية، ع (314)، س (27)، 102-103.
9. إقبال، محمد محمود. (2005). التحليل النفسي لحوادث العمل، مصر: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
10. باهي، مصطفى حسن و إخلاص، محمد عبد الحفيظ. (2000). الإحصاء وقياس العقل البشري، مصر: مركز الكتاب للنشر .
11. بدوي، أحمد زكي (1986): معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت: مكتبة لبنان.
12. بن جواد المطر، عبد الحكيم. (1996). التربية البدنية التأهيلية والشلل الدماغي، ط 1، دار الفكر العربي .
13. بوسنة، محمود. (1995). أسس سيرورة إعادة التأهيل ذوي العجز، المجلة الجزائرية لعلم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر، العدد السادس.

قائمة المراجع

14. بيومي، محمد وعبد، بدر الدين كمال. (2003). الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية، تدعيم النسق القيمي لجماعات المعوقين، الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
15. جابر، سميح . (2001). تدريب وإعداد مدربي التدريب المهني، المركز العربي للتدريب المهني وإعداد المتدربين للنشر.
16. جاف، أنجيلا. (1995). حقوق الانسان للأشخاص من ذوي الإعاقة، رام الله، فلسطين.
17. الجندي، إبراهيم . (1998). الأمن الصناعي وحماية البيئة من التلوث، القاهرة: دار الكتب العلمية للنشر.
18. الجندي، نادية ، و شحادة، سمير. (1991). الضوضاء، القاهرة: المستقبل العربي للنشر.
19. الحافظ، نوري . (2000). التكيف وانعكاساته الايجابية، المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
20. حبيب، مجدي عبد الكريم. (1995). دراسات في أنماط التفكير. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
21. حمادة، عبد اللطيف وحسن إبراهيم. (1999). الخجل. من منظور الفروق بين الجنسين وأوجه الاختلاف بين الفرق الدراسية الأربعة الجامعية. مجلة دراسات الخليج والجزيرة، ع (94).
22. حمدي، ياسين وآخرون. (1999). علم النفس الصناعي والتنظيمي بين النظرية والتطبيق، ط1 ، دار الكتاب الحديث.
23. حنفي، عبد الغفار . (2002). السلوك التنظيمي وإدارة الموارد البشرية، القاهرة: دار الجامعة الجديدة للنشر.
24. حنفي، عبد الغفار. (1991). السلوك التنظيمي وإدارة الأفراد، بيروت: الدار الجامعية للطباعة والنشر.
25. الخرايشة، مازن والعامري، عبد الرحمن. (2000). السلامة المهنية، ط1، عمان : دار صفاء للنشر.
26. خضير، عثمان محمود. (1996). التفاؤل والتشاؤم والأداء الوظيفي. المجلة العربية الانسانية. م 17، ع 67، 214-242.
27. خطاب، زياد . (1983). تحليل تكاليف حوادث وإصابات العمل في المنشآت الصناعية، مجلة العمران العربي، مجلد 5، عدد 43.

قائمة المراجع

28. الخطيب، أحمد . (1994). حوادث وإصابات العمل أسبابها وطرق الوقاية منها، مجلة المهندس الفلسطيني، العدد 33.
29. الدايري، صالح حسن. (2005). رعاية الموهوبين المتميزين وذوي الحاجات الخاصة، ط1، عمان: دار وائل للنشر.
30. الدسوقي، علي . (2002). تجنب إصابات المخاطر المهنية، الشركة السعودية للكهرباء للنشر، العدد 17.
31. دويدار، عبد الفتاح . (1999). مناهج البحث في علم النفس، ط2مصر: دار المعرفة.
32. راجح، عزت أحمد . (1991). علم النفس الصناعي، القاهرة: مؤسسة المطبوعات الحديثة.
33. رضوان، شعبان وهريدي، محمد. (2001). العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة. مصر: مجلة علم النفس. ع58.
34. الرفاعي، نعيم. (1987). الصحة النفسية: دراسة في سيكولوجية التكيف، دمشق: جامعة دمشق.
35. الريحاني، سليمان ؛ الشيخ، عمرو و داوود نسيمه. (1987). العلاقة بين التحصيل الأكاديمي لطلبة الجامعة وبين تكيفهم وبعض خصائصهم الديمغرافية، مجلة أبحاث اليرموك، (2)3، 25-30.
36. الزعمر، يوسف شلبي. (2005). التأهيل المهني للمعوقين، ط2 عمان: دار الفكر.
37. الزياد، فتحي مصطفى. (1990). البنية التأملية للكفاءة الذاتية الأكاديمية ومحدداتها، المؤتمر الدولي السادس، مركز الإرشاد النفسي، القاهرة: كلية التربية، جامعة عين شمس.
38. زيدان، فتحي . (1994). المشاكل التي يعاني منها القطاع الصناعي الفلسطيني، مجلة التجارة والصناعة العربية، رام الله، العدد 2.
39. سعيد كمال، عبد الحميد. (2009). التقييم والتشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، مصر: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
40. السمدوني، السيد إبراهيم . (1994): الخجل لدى المراهقين من الجنسين: دراسة تحليلية لمسبباته ومظاهره وآثاره. التقييم والمقياس التربوي، ع (3).

قائمة المراجع

41. السمدوني، السيد إبراهيم. (1989) . الخجل وعلاقته ببعض سمات الشخصية في مرحلة المراهقة والرشد، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، العدد 7 / الجزء 2 / جمهورية مصر العربية.
42. السيد، رمضان. (1995). اسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة،، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية ، مصر، 1995.
43. شحاتة، محمد ربيع. (2010). علم النفس الصناعي والمهني، ط1، الأردن: دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
44. الشناوي، عبد الرحمن ومحمد، السيد. (1994). المساعدة الاجتماعية والصحة النفسية/مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
45. الشنواني، صلاح . (1983). إدارة الأفراد والعلاقات الإنسانية، الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة للنشر.
46. الصفي، عصام حمدي. (2007). الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
47. الطائي، عبد المجيد حسن. (2007). طرق العمل مع المعوقين، ط1، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
48. عاشور، أحمد صقر(1989) السلوك الانساني في المنظمات، بيروت: الدار الجامعية.
49. عاقل، فاخر. (1984) . أصول علم النفس وتطبيقاته، بيروت: دار العلم للملايين.
50. عباس، سهيلة محمد . (2006). إدارة الموارد البشرية (مدخل استراتيجي)، ط1، عمان: دار وائل للنشر.
51. عبد الباقي، صلاح الدين .(2001). الجوانب العلمية والتطبيقية في إدارة الموارد البشرية بالمنظمات، القاهرة: الدار الجامعية للنشر.
52. عبد الخالق، أحمد محمد. (1996). التفاؤل وصحة الجسم: دراسة عالمية. مجلة العلوم الاجتماعية. م26، ع 2، 45-61.
53. عبد الرحمن، سيد سليمان. (2001). سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (الخصائص والسمات)، ط1، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

قائمة المراجع

54. عبد المحي، محمود حسن صالح. (2002). متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية، مصر: دار المعرفة الجامعية.
55. عبد الهادي، نبيل. (1999). من مشكلات التلاميذ النفسية الخجل..الخوف..العدوان، مجلة المعرفة، ع (42).
56. عبيد، ماجدة السيد . (1999). الإعاقات الحسية-الحركية، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
57. عربيات، عبد العزيز و البدور، منير. (2003). إدارة السلامة، ط2 ، عمان: معهد السلامة والصحة المهنية.
58. العزة، سعيد حسني . (2000). الإعاقة الحركية والحسية، سلسلة التربية الخاصة، عمان: دار الثقافة.
59. العقابلية، محمود. (2003). الإدارة الحديثة للسلامة المهنية، ط2، عمان: دار صفاء للنشر.
60. علاونة، شفيق. (2004). الدافعية ، عمان : دار الميسرة للنشر والتوزيع.
61. علي، عبد السلام علي. (2000). المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية، مجلة علم النفس ع (53)، القاهرة، 6-19.
62. علي، عبد السلام علي. (2005). المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية، ط1، مكتبة النهضة المصرية.
63. العنزوي، صالح. (2006). آراء المدربين والمتدربين نحو برامج التأهيل المهني للمعوقين حركيا، المملكة العربية السعودية: قسم التربية الخاصة، كلية التربية.
64. عودة، صلاح سعيد. (1994). إدارة الأفراد، ط1، طرابلس: منشورات الجامعة المفتوحة.
65. عوض، عباس محمود. (1971). حوادث العمل في ضوء علم النفس، دار المعارف.
66. عويضة، كامل محمد .(1996). الصحة في منظور علم النفس،، بيروت: دار الكتب العلمية.
67. عيسوي، عبد الرحمان. (1982). سيكولوجية العمل و العمال، الإسكندرية: دار الراتب الجامعية.

قائمة المراجع

68. عيسوي، عبد الرحمن. (1998). علم النفس و الإنتاج، الاسكندرية: الدار الجامعية للطباعة والتوزيع.
69. غالب، مصطفى. (1991). في سبيل موسوعة نفسية، ع (19)، بيروت: دار ومكتبة الهلال.
70. غباري، محمد سلامة. (2003). رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية لرعاية المعوقين، الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
71. الغزالي، محمد. (1988). خلق المسلم. القاهرة: دار الدعوة للطبع والنشر والتوزيع.
72. فاروق الروسان. (1998). سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة)، ط3، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
73. فتاحين، عائشة (1991). تأثر الثقة في الذات بمعايشة الطفل المصاب بالعجز الحركي لمعاملة الأم. رسالة ماجستير، الجزائر: جامعة الجزائر.
74. فتاحين، عائشة (2004). دراسة التكيف النفسي- البيداغوجي لدى المعوق جسميا، رسالة دكتوراة، جامعة الجزائر.
75. فرج عبد القادر، طه. (2001). علم النفس الصناعي والتنظيمي، ط9، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .
76. فهمي، محمد السيد. (1995). السلوك الاجتماعي للمعوقين، دراسة في الخدمة الاجتماعية، الاسكندرية : دار المعرفة.
77. فهمي، مصطفى. (1987). دراسات في سيكولوجية التكيف، ط 2، القاهرة: مكتبة الخانجي.
78. القذافي، رمضان محمد. (2001). الشخصية نظرياتها واختباراتها وأساليب قياسها، مصر: المكتب الجامعي الحديث.
79. قطامي، يوسف و عدس، عبد الرحمن. (2002). علم النفس العام، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

قائمة المراجع

80. قطامي، يوسف وقطامي، نايفة. (2000). سيكولوجية التعلم الصفي، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
81. كفاي، علاء الدين . (1989). تقدير الذات في علاقته بالتنشئة الوالدية والأمن النفسي، دراسة في عملية تقدير الذات ، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد التاسع والثلاثون، مجلد 9 ، مجلس النشر العلمي الكويتي، جامعة الكويت.
82. كفاي، علاء الدين. (1997). الصحة النفسية، ط4، القاهرة: دار الطباعة والنشر والتوزيع والاعلان.
83. مبيض، محمد سعيد. (1991). أخلاق المسلم وكيف نربي أبناءنا عليها، ط 1، سوريا: مكتبة الغزالي.
84. محمد، هشام ابراهيم. (1997). الاتجاهات الحديثة في بحوث التكيف الاجتماعي: رؤية تحليلية، مسقط: جامعة السلطان قابوس .
85. محمد علي، صبرة و أشرف، محمد عبد الغني. (2005). علم النفس الصناعي (بين النظرية والتطبيق)، القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
86. محمد، عبيد عاطف. (1971). التنظيم الصناعي وإدارة الموارد البشرية، بيروت: دار النهضة العربية.
87. محمد، فالح صالح. (2004). إدارة الموارد البشرية، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
88. مرسي، سيد عبد الحميد . (1975). الارشاد النفسي، القاهرة: مكتبة الخانجي.
89. المليجي، حلمي. (2000). علم النفس المعاصر، ط 8، بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
90. ممدوحة سلامة. (1991). المعاناة الاقتصادية في تقدير الذات و الشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة الجامعة ، مجلة دراسات نفسية ، ك1، ج3، تصدر عن رابطة الأخصائيين ، 679-702.
91. ميرسر، مايكل وتروبياني، ماريان. (2005). التفاؤل التلقائي. ط1، مكتبة جرير .

قائمة المراجع

92. النملة، عبد الرحمن بن سليمان. (1995). برنامج للعلاج النفسي الاسلامي لحالات الخجل، دراسة تجريبية لمجموعة من طلاب المرحلة الثانوية بالرياض، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية.
93. النواصرة ، حسن محمد. (2006). ذوي الاحتياجات الخاصة : مدخل في التأهيل البدني، ط1، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر، مصر.
94. النيال، مایسة : (1996) الخجل وبعض أبعاد الشخصية (دراسة ارتقائية وارتباطية)، مجلة دراسات نفسية، المجلد/6 / ، العدد/ 22 / ، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
95. الهابط ، أحمد السيد.(1985)، التكيف والصحة النفسية، الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
96. الهنداوي، وفيه أحمد . (1994). سياسيات الأمن والسلامة المهنية الواقع ومقترحات للتطوير، مجلة الإدارة العامة، العدد 82.
97. يوسف محمد عباس. (1989). دراسات في الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

الوثائق الرسمية:

98. التأمين على المرض والعجز والوفاة، إنجاز مديرية الدراسات الاحصائية والتنظيم في قطاع الإعلام والتوثيق، مطبعة الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية، 1997
99. التأمين على حوادث العمل والأمراض المهنية، إنجاز مديرية الدراسات الاحصائية والتنظيم في قطاع الإعلام والتوثيق، مطبعة الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية، 1997.
100. التكليف والمنازعات في مجال التأمينات الاجتماعية، إنجاز مديرية الدراسات الاحصائية والتنظيم في قطاع الإعلام والتوثيق، مطبعة الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية، 1997
101. قانون 83-13 المؤرخ في 02 جويلية 1983 المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية ج ر عدد 28 مؤرخة في 05 جويلية 1983. (المواد 6-7-9-12)، ص 1809 المعدل والمتمم بالقانون 96-19 المؤرخ في 6 جويلية 1996.

قائمة المراجع

102. قانون 83-14 المؤرخ في 02 جويلية 1983 المتعلق بالتزامات المكلفين في مجال الضمان الاجتماعي ج ر عدد 28 المؤرخة في 5 جويلية 1983 ص 1818.
103. قانون 83-15 المؤرخ في 02 جويلية 1983 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي ج ر عدد 28 المؤرخة في 5 جويلية 1983 ، ص 1822، المعدل والمتمم بالقانون 99-10 المؤرخ في 11 نوفمبر 1999.
104. المرسوم التنفيذي 93-120 المؤرخ في 15 ماي 1993 المتعلق بتنظيم طب العمل، ج ر عدد 33 المؤرخ في 15 ماي 1993، ص 09.
105. دليل عملي لوزارة العمل والحماية الاجتماعية والتكوين المهني والمفتشية العامة للعمال والوقاية من الأخطار المهنية.
106. الأمر رقم 66-183 المؤرخ في 21 يونيو 1966، المتضمن تعويض حوادث العمل والأمراض المهنية ج ر عدد 55 المؤرخة في 21 يونيو 1966 ص 828.
107. قانون 66-183 المؤرخ في 21 يونيو 1966 والمتضمن تعويض حوادث العمل والأمراض المهنية ج ر عدد 55 المؤرخة في 2 يونيو 1966. (المادة 147)
108. قانون 83-11 المؤرخ في 02 جويلية 1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية ج ر عدد 28 المؤرخة في 6 جويلية 1996.
109. قانون 88-07 المؤرخ في 26 جانفي 1988 المتعلق بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل ج ر عدد 04 المؤرخة في 27 جانفي 1988. (المواد 2-3-31)
110. قانون 90-03 المؤرخ في 6 فبراير 1990 المتعلق بمفتشية العمل ج ر عدد 06 المؤرخ في 7 فبراير 1990، ص 273.
111. قانون 90-11 المؤرخ في 21 أبريل 1990 المتعلق بعلاقات العمل ج ر عدد 17 المؤرخ في 25 أبريل 1990، ص 562، المعدل والمتمم بقنصى القانون 91-29 المؤرخ في 21 ديسمبر 1991.

قائمة المراجع

112. المرسوم التنفيذي 05-91 المؤرخ في 19 جانفي 1991 المتعلق بالقواعد العامة للحماية التي تطبق على حفظ الصحة والأمن في أماكن العمل ج ر عدد 04 المؤرخ في 19 جانفي 1991، ص 74.
113. الأداءات، وزارة العمل والحماية الاجتماعية والتكوين المهني، مارس 1998.

قائمة المراجع باللغات الأجنبية:

114. Andlauer, P. (1975). **L'exercice de la médecine de travail**, Paris: Flammarion.
115. Angle, H. and Perry, J.(1983). **Organizational commitment: individual and organizational influence, work and occupation**, vol (10), 123-146.
116. Antona, J-P et Brunois, R. (1991). **Hygiène et sécurité dans l'entreprise : prévention et sanction**, Paris : édition Dolloz.
117. Atwater, E (1990) : **Psychology of Adjustment : personal growth in a chainingword**. New York: Prentis Hall.
118. Baril, R .(1994). **Etudes exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation** , Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
119. Baril, R, Berthelette, D, Ross, C, Gourde, D, Massicotte, P. et Pajote, A. (2000). **Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises**. Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

120. Baril, R, Berthelette, D. (2002). **Les dimensions des interventions organisationnelles de maintien du lien d'emploi des travailleurs victimes de lésions professionnelles**. PISTES, 4,2.
121. Baril, R, Martin, J-C, Lapointe, C et Massicotte, P. (1994). **Etude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation**, Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
122. Baril, R. (1994) .**Etude exploratoire des processus de réinsertion sur le marché du travail des travailleurs**, Québec : édition Multimondes, Ibis Presse et Office des personnes handicapées du Québec, Canada, (765-770).
123. Blanc, A. (1995). **Les handicapés au travail, Analyse sociologique d'un dispositif d'insertion professionnelle**, Paris : Dunod.
124. Boullache, P. (1967). **Les responsabilités de l'entreprise en matière d'accident du travail**. Paris :SIREY.
125. Brangier, E ; Bobilier-Chaumon, M-E et Gaillard, J-P. (2002). **Techniques, méthodes et démarches d'évaluation des aides techniques**, In: A. Pruski, L'assistance technique : pour la compensation des incapacités des personnes handicapées, Paris : Hermès.
126. Brangier, E ; Pino, P.(1997). **Métaphore de l'action et conception d'une interface pour grand handicapés moteurs**, Toulouse : Cépaduès- Edition.

127. Brangier, E ;Lancry, A et Louche, C. (2004). **Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations**. Nancy :presses universitaires de Nancy.
128. Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés : Notice du ministère de travail, de l'emploi et de la sécurité sociale.
129. Charbonnier, J. (1980). **L'accident du travail et le management de la prévention**, Paris : édition Hommes et techniques.
130. Collection colloques. (2003).**Situation de Handicap, quelles pratiques pour quelles intervention ?** IV^{ème} journées d'études du groupement d'études pour le developpent de l'ergonomie en réadaptation. (GEDER), Toulouse : Octarès édition.
131. Daligand, L ; Cardona , J et Fasquel , D. (2001). **Sécurité sociale**, Paris : Masson.
132. Daligand, L. (2001). **Sécurité sociale**, Paris : édition Masson, 2^{ème} édition.
133. De Montmollin, M. (1997). **Vocabulaire de l'ergonomie**, 2^{ème} édition, , (1^{ère} éd 1995), Toulouse : Octarès édition.
134. Desoille , H ; Scherrer, J ; Truhant, R.(1980). **Précis de médecine de travail**, Paris : Masson,3eme édition.
135. Durand, M-J et Loisel, P. (2001). **La transformation de la réadaptation au travail, d'une perspective parcellaire à une perspective systémique**. Perspectives interdisciplinaires sur le travail. Pistes, 3(2), 211-219.

136. Falzon, P. (2012). **Ergonomie**, Paris : presses universitaires de France, (1^{ère} édition 2004).
137. Feertchak, H, (1996). **Les motivations et les valeurs en psycho-sociologie**. Paris : Masson and Armond colin.
138. Garvais, M ; Massicotte, P et Champoux, D. (2006). **Conditions de travail de santé et de sécurité des travailleurs du Québec**, Montréal : Etude de recherche.
139. Gatchel, R-J et Gardea, M-A. (1999). **Psychosocial issues : Their importance in predicting disability, response to treatment, and search for compensation**, Neurologic Clinics of North America, 17(1), 149-166.
140. Gelinias, D. (1997). **Patient and caregiver communications and decisions**. Neurology, 48, 9-14.
141. Goswami, A. (1997). **Anthropometry of people with disability**. In Kumar, S (Ed). Perspectives in rehabilitation ergonomics. London : Taylor & Francis, 339-359.
142. Govern, J; Petri, H. (2004). **Motivation: theory, research and application**. Australia: Tomson- wadsworth.
143. Hammonet, C. (2010). **Les personnes en situation d'handicap**, Paris : presses universitaires de France.
144. Harichaux, P et Libert, J-P. (2005). **Ergonomie et prévention des risques professionnels**. Tome 3, Paris : Chiron édition.

145. Hinze, J., Huang, X and Terry, L.(2003). **The Nature of Struck–by Accidents**, Journal of Construction Engineering and management, Vol. 131, No. 2.
146. Hrebiniak, L. and Alutto, J. (1972). **Personal and work–related factors in the development of organizational commitment**. Administrative science quarterly, 17, 55–72.
147. Johnston, M, Earll, L, Mitchell, E, Morrisson, V, & Wright, S. (1996). **Communication and diagnostic of motor neurone diseases**. Palliative medicine, 10, 23–34.
148. Kaplan, S.P. (1990). **Social support, emotional distress, and vocational outcomes among persons with brain injuries**, Rehabilitation Counseling Bulletin, 34(1), 16–23.
149. Kiesler H.C. (1971). The psychology of Commitment–Experiments Linking Behavior to theory. New York: Academic Press.
150. Kohen, R (1994). **Psychology and Adjustment: Values, Cultures and Change**, Boston : Allyn and Bacon.
151. Kumar, S. (1989). **Rehabilitation and ergonomics: complimentary disciplines**, Canadian journal of rehabilitation, 3, 99–111.
152. Lecomte, C. et Castonguay, L.G. (1987). **Rapprochement et integration en psychothérapie**. Montréal :Gaetan Morin.
153. Leibovici, M. (1978). **Guide des personnes handicapées de leurs parents et de leurs amis**, Paris : éditons J–B.Baillière.

154. Lévey–Leboyer, C et Sperandio, J–C. (1987). **Traité de psychologie du travail**, Paris : Presses Universitaires de France, 1^{ère} édition.
155. Liveneh, H. (2001). **Psychosocial adaptation to chronic illness and disability : A conceptual framwork**. Rehabilitation Counseling Bulletin, 44(3), 151–160.
156. Martin, J–C et Baril, R. (1996). **Le cheminement identitaire des travailleurs accidentés: les rapports entre le temps bureaucratique et le temps vécu, dans constructions sociales du temps**, les nouveaux du Célat, Editions du Septentrion, 157–170.
157. Meyer, J.P, and Allen, N.J. (1991). **A three– component conceptualization of organizational commitment**, Human resource management review, 1, 61–89.
158. Mhiri, S.(2013). **L’impact du stress professionnel sur l’implication organisationnelle, l’absentéisme et l’intention de quitter chez les cadres**. Thèse de doctorat, Université de Nice Sophia Antipolis, France.
159. Mowday, R.T , R.M Steers et L.W Porter. (1979). **The measurement of organizational commitment**, journal of vocational behavior, Vol 14, 224–247
160. Pretti, J.M. (2001). **Dictionnaire des ressources humaines**, Paris : édition Vibat.
161. Réhayem G, P. (1997). **Supervision et gestion des ressources humaines**, 2^{ème} éd, Paris : Gaétan Morin.

162. Richards, M.C, (1992). **Integration of historical and contemporary theories of motivation**. In M.F(Ed) *Motivating humans*. California: sage publications.
163. Ripon, A et François, P-H. (1993). **Mobiliser les ressources humaines : Implication au travail et changements organisationnels**, *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*,43, 27-30.
164. Robertson, S.E. (1987). **Counseling adults with physical disabilities: A transition perspective**. In Robertson, S.E and Brown, R.I. (Eds), *Rehabilitation counseling: approaches in the field of disability*. London, UK: Chapman & Hall , 133-175.
165. Romelear, P. (1993). **Gestion des ressources humaines**, Paris: Colin éditeur.
166. Schlossberg, N.K. (1981). **Reactions to reactions: Counseling Psychologist**, 9(2), 49-50.
167. Sheldon, M.E. (1971). **Investments and involvements as mechanisms producing commitment to the organization**, *Administrative science quarterly*, 16, 143-150.
168. Simon, J.L. **Vivre après l'accident, conséquences psychosociologiques d'un handicap physique**. *Chroniques sociales*, Lyon, 2001.
169. Tiffin and Mc Cormick,(1955). **Industrial Psychology**, , London: George Allen.
170. Touranchet , A, Derriennic, F et Volkoff, S. (1990). **Santé, travail et age**. Résultats d'enquête Estev .
171. Trin Quet, P. (1996). **Maîtriser les risques du travail**, paris : presse universitaires du France.

172. Truchon, M. et Fillion, L. (2000). **Les déterminants biopsychosociaux de l'incapacité chronique liée aux lombalgies** : une recension systématique des écrits. Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
173. Turgeon, L, Boisvert, J-M, Ladouceur, R et Tremblay, L. (1999). **Incapacité physique, douleur chronique et vie conjugal** : Recension des écrits. Canadian Journal of Rehabilitation, 12(4), 273-284.
174. Turner, R.J, Frankel, B,G et Levin, D.M . (1983). **Social support : Conceptualization, measurement and implications for mental health**. Research in Community and mental Health, 3, 67-111.
175. Vandwelle, D. and Van Dyne, I. (1987). **Psychological ownership: : an empirical examination of its consequences**, Group & organization management, 20, 210-226.
176. Veil, C.Gobril et al. (1979). **Les handicapés, In univers de la psychologie édition**, La psychologie appliquée, l'autre univers de la psychologie, Paris : édition Lidis.
177. Wiston, S.C, Sexton, T.L . (1993). **An overview of psychotherapy outcome research: Implications for practice**. Professional Psychology: research and practice, 24(1), 43-51.
178. Yves Clot. (1999). **La fonction psychologique du travail**, Paris : presses universitaires de France,.
179. Zoo, C. (2003). **The psychology, creativity at work**, the monitor of an american psychological association.
180. Zribi, Gé et Poupée-Fantaine, D. (2011). **Dictionnaire du handicap**. E^{ème} édition, 1^{ère} ed(1996), Rennes : presses de l'EHESP.