

محددات العودة إلى العمل بعد الاعاقة المكتسبة بسبب حوادث العمل Factors Affecting Return to Work after Work- Acquired Disabilities

بوكروشة سليمان

جامعة الجزائر 2 (الجزائر)

Slimaneboug88@hotmail.com

ملخص:	معلومات المقال
هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أهم المحددات التي تساهم في عودة العمال المصابين بسبب حوادث العمل إلى نشاط العمل، دلت النتائج المستخلصة من مراجعة الدراسات السابقة، أن أفضل علاج لظاهرة الاعاقة المكتسبة هو العودة المبكرة للعمل، وذلك بتخطيط برامج الاستعادة، كما دلت الدراسات أن العودة إلى العمل لها مجموعة من المحددات التي يجب حصر أهمها حتى تكون برامج التأهيل والاستعادة ناجحة، ولقد تم التطرق إلى أهم هذه المحددات من خلال هذه الدراسة والتي تمثلت في الخصائص الشخصية للعامل المصاب، التدخلات الطبية العلاجية وظروف بيئة العمل .	تاريخ الارسال: 2022/02/07 تاريخ القبول: 2022/04/26
	الكلمات المفتاحية: ✓ حوادث العمل ✓ العودة إلى العمل ✓ الاعاقة المكتسبة
Abstract:	Article info
This study aimed to identify the most important factors that contribute to the return of injured workers to work after work accidents. The results obtained from the review of previous studies indicate that the best treatment for acquired disability is an early return to work accompanied with a workplace rehabilitation programme. Studies have also shown that returning to work require a set of determinants, the most important of which must be identified in order for rehabilitation and recovery programmes to be successful. This study addressed the most important of these factors which included the personal characteristics of the injured worker, therapeutic medical interventions and work environment conditions.	Received :07/02/2022 Accepted :26/04/2022
	Keywords ✓ Work accidents ✓ Return to work ✓ Acquired disability

❖ **مقدمة:** لازالت حوادث العمل وما تخلفه من أثار على أكثر من صعيد، تتصدر الدراسات الحديثة، وهذا راجع إلى وقوعها بشكل مستمر ودوري في أماكن العمل، وأخطر الحوادث المهنية ما يكون مميتاً، أو ما يترك أحياناً أخرى عاهات مستديمة ينتج عنها عجز دائم، تتسبب في حرمان العامل من ممارسة نشاط العمل، كما قد تحرمه من ممارسة أنشطة الحياة بشكل عام.

إن هذا الوضع يستدعي دراسة الظاهرة على شكل سيرة، أي تتبع وضعية العامل من يوم وقوع الحادث إلى غاية نهاية عملية التأهيل والإدماج، وقليلة هي الدراسات ذات الشمولية في الإلمام بهذه السيرة، لذلك جاء هذا المقال الذي يركز على النموذج البيو سيكو اجتماعي (ICE) وهو النموذج الذي طورته منظمة الصحة العالمية (2001)، والذي يوفر فهماً أفضل لتأثير العوامل البيئية والشخصية على وضعية المعاق، فهو يعتبر الإصابات والاضطرابات مؤثراً على ثلاثة مستويات أساسية وهي (بنية الجسم ووظيفته)، (الأنشطة) و (المشاركة)، كما يهدف إلى دراسة البيئة المحيطة بالمصاب من كل الجوانب، بهدف الوصول إلى استرجاع العامل لمكانته الطبيعية، سواء في منظمة العمل أو في المجتمع بشكل عام، وهو ما يعرف في الدراسات بمحددات العودة إلى العمل، والتي تعتمد على تحليل إحصائيات حوادث العمل ودراسة مسبباتها ومعرفة أهم العوائق أو التسهيلات التي قد تساعد العامل المصاب على الاندماج في الوسط المهني.

تعتبر الإصابات والإعاقات الناتجة عن حوادث العمل من بين أكثر العوامل المؤدية إلى الغياب عن العمل، حيث نشرت منظمة العمل الدولية (ILO) في أحدث تقرير لها أنه في الفترة الممتدة ما بين (2000-2016) تم تقدير 1.88 مليون حالة وفاة بسبب عوامل الأخطار المهنية، حيث شكلت الإصابات ما نسبته 19% أي ما يعادل (0.36) مليون عامل فقدوا حياتهم، و 29.5% (63.98) مليون أصيبوا بإعاقات مختلفة (أورد في WHO/ILO, 2021)، أما على المستوى المحلي فلقد أشارت إحصائيات الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء أنه من بين 50 ألف حادث عمل يوجد 8 آلاف عامل أصيبوا بإصابات وإعاقات بين الدائمة والمؤقتة (أورد في: بكروي وبوحفص، 2018).

ونظراً لما تخلفه هذه الحوادث من أثار على أكثر من صعيد، فإن الكثير من الباحثين والمهتمين عكفوا على دراسة الآثار الناجمة عن الإعاقة المهنية المكتسبة، ففي دراسة (Skleridis, 2010) يظهر أن فئة العمال المصابين تعاني من الإجهاد والتوتر عند التفاعل مع هيئة التعويض، كما درس (Robichaud, 2006)

تأثير وضعية عدم القدرة على العمل بعد الإصابة المهنية في حياة العامل، فأشارت النتائج إلى أن العمال يشعرون بالدونية، وخاصة من قبل أهاليهم وتأثر علاقاتهم الشخصية، كما أن الإعاقة المكتسبة تؤدي إلى آثار على المدى البعيد تتمثل في العجز الذي يتولد لدى العامل المصاب وعائلته والمنظمة والمجتمع، بالإضافة إلى الآثار المتعلقة باختلال العلاقات الاجتماعية لدى العامل والمعاناة النفسية، والعجز الوظيفي الذي يمس حسبهم قيمة التغيير في جودة حياة العامل المصاب. إن هذه الآثار وغيرها أدت إلى الكثير من عدم الاستقرار في المنظمات، والتي تحول فيها التفكير من مجرد الاهتمام بالغيابات وما يترتب عنها إلى ضرورة البحث عن أفضل الطرق ذات الشمولية في إدارة الغائبين عن العمل، وذلك بتعزيز العودة إلى العمل والاحتفاظ بالوظيفة، حيث أصبحت العودة إلى العمل أمرا ضروريا للحياة السيكولوجية وللراحة النفسية (أورد في: Robichaud, 2016).

إن برامج التأهيل المهني والعودة إلى العمل قد تعيقها مجموعة من العوامل أو تؤخرها، لذلك فإن نجاح عملية إدماج العمال مهنيًا، يتوقف على تحديد العوامل التي تساهم في تأخير أو تسريع هذه العملية، كما تعتبر هذه العوامل من بين أهم المحددات التي يعتمد عليها في قياس وتقييم البرامج التأهيلية، وبناء على ما سبق، فإن التفكير في بحث دراسات علمية تهدف إلى إعادة النظر في واقع البرامج التأهيلية، وتسيير الغائبين عن العمل لمدة طويلة بسبب الإعاقات المهنية، والتفكير في تعديل مراكز العمل بتبني مقاربة أرغونية، واستعادة العمال المعاقين إلى الوسط المهني، يعتبر من صميم اهتمام المنظمات المعاصرة التي تسعى إلى توظيف كل المقاربات العلمية لخدمة مستقبلها ومستقبل راسمالها البشري، ولذلك جاء هذا المقال ليلقي الضوء على بعض الجوانب المتعلقة أساسًا بعملية التأهيل والعودة إلى العمل بعد الإعاقة المكتسبة من جراء حوادث العمل، مركزًا على محددات العودة إلى العمل، ونماذج بناء برامج العودة المبكرة للعمل كاستراتيجية مساهمة في التقليل من آثار الإعاقة المكتسبة.

❖ تحديد المفاهيم الأساسية:

✓ مفهوم الإعاقة الحركية المكتسبة: يتفق الباحثون أن الإعاقة الحركية المكتسبة تحدث بعد الولادة، وتعود بالدرجة الأولى إلى أسباب بيئية، حيث يعرفها الطائي (2008) بأنها " عبارة خلل أو عجز في القدرة الحركية والنشاط الحركي، لا تولد مع الفرد وتصيبه خلال مرحلة عمرية ما".

وتعتبر الدراسات أن هذا النوع من الإعاقة يأتي بعد اختبار الفرد للحياة العادية، بحيث يعود على الحركة والنشاط والمشي بصفة طبيعية، ويتقدم في نواحي مختلفة من انشغالاته أو مشاريعه الخاصة إذا كانت الحركة هي أساس النجاح في أعماله، حتى تصادفه أو تقاؤه الإعاقة نتيجة لأحد الأسباب السابقة الذكر، فتسبب له عجزا بترك آثار تحول دون مواصلة الطريق لتحقيق أهدافه.

وتشير الدراسات إلى أن أول استعمال لمصطلح العامل المعوق بصفة رسمية جاء في القانون الفرنسي سنة 1957، حيث ورد في المادة 323_10 بأنه " يعتبر كعامل معاق الذي يستفيد من القانون، كل شخص تكون إمكانياته للحصول أو المحافظة على وظيفة محدودة بسبب نقص أو انخفاض قدراته الجسمية أو العقلية"، ويربط هذا التعريف بين مفهوم الإعاقة ومفهوم العمل (الوظيفة)، ويشير إلى إمكانية الحصول أو المحافظة على وظيفة، وذلك بفرض متكافئة بين الأفراد المصابين بالإعاقات (الموروثة، المكتسبة أثناء الطفولة أو المراهقة، المكتسبة بسبب الحوادث أو الأمراض خلال حياتهم المهنية (أورد في: زرقاق: 2015).

✓ مفهوم العودة إلى العمل: على الرغم من الدراسات والأبحاث المتوفرة حول موضوع العودة إلى العمل بعد الإصابة والإعاقة المهنية، إلا أنه المتجمع بشكل قطعي على مفهوم حاسم للعودة إلى العمل، وإنما اكتفى الباحثون بإعطاء مفاهيم انطلاقاً من النموذج المعتمد أو السياق النظري الذي تناول فيه كل باحث الموضوع، ومن بين التعاريف القليلة التي حاولت تحديد مفهوم العودة إلى العمل ما اقترحه (Young 2005) بأنه يشمل كلا من النتيجة (على سبيل المثال العودة إلى العمل قبل الإصابة) والعملية (أي سلسلة الإجراءات والمراحل المؤدية إلى النتيجة المرجوة)، وبالتالي فهو يشير إلى عملية التحضير للعودة إلى العمل، وكذلك الحفاظ على العمل بعد اليوم الأول من العودة إلى العمل. وبشكل أكثر تحديداً، يمكن لسلسلة الإجراءات والمراحل المؤدية إلى العودة إلى العمل أن تشكل ما يعرف أنه إعادة تعديل العمل وهو "مجموعة من الإجراءات المتخذة للسماح" باستعادة التطابق بين قدرات العامل من جهة ومتطلبات البيئة من جهة أخرى، وبشكل أكثر تحديداً هي المتطلبات الجسدية والعقلية والاجتماعية المرتبطة بإنجاز المهمة " وبهذا المعنى، فإن دراسة العناصر التي تسهل أو تعوق العودة إلى العمل من منظور كل الفاعلين العاملين في إعادة التأهيل بداية بالعامل المصاب، وكل الهيئات التي تتفاعل أثناء هذه العملية لتصل إلى أقصى ما يمكن الوصول إليه في استرداد العامل المصاب (أورد في Robichaud, 2016).

✓ **أهمية العودة إلى العمل:** ترى زرقاق (2015) أنه قد ازداد الاهتمام بتبني العودة المبكرة للعمل كممارسة علمية منذ التسعينات، حيث ظهر هذا التوجه لدى هيئات التعويض عن العجز في أمريكا الشمالية وأوروبا، تهدف إلى استعادة أفضل للعامل في أقل وقت ممكن وبأقل التكاليف، للمساهمة في تحسين إدارة التكاليف من جهة وتأهيل العامل من جهة أخرى، مع الأخذ بعين الاعتبار عملية التعديل التي تصاحب هذه الممارسة، ويؤكد المختصون في التكيف المهني والمستشارون منهم على أهمية العمل، ويدعمون فكرة اعتبار العمل كحق أساسي للأشخاص الذين يعانون من عجز، والحاجة إلى تعزيز عملية العودة إلى العمل، هي حاجة تبررها العوامل الموضوعية، مثل الزيادة في تكاليف الرعاية الصحية، انخفاض مستويات العمالة لدى ذوي الإعاقة، ونقص المعرفة حول تداعيات الحوادث على المدى الطويل، علاوة على ذلك يمكن أن يسهم في تعريف العوامل التي تتدخل في فهم هذا العمل.

كما أظهرت الدراسات الحديثة حسب (Pelletier 2016) أن العودة إلى العمل في وقت مبكر بعد الإصابة، يعد إجراء حيويًا للصحة والرفاهية النفسية، وتحسين الوضع المالي، وزيادة الالتزام الوظيفي، حيث أظهرت نتائج بعض الدراسات التي تطرقت إلى الإصابات العضلية العظمية المرتبطة بالعمل، أن التكفل المبكر الذي تعتمد عليه برامج إعادة التأهيل والتأهيل المهني، خاصة العمل المعدل في المقام الأول، يبقي العامل نشيطًا ويسرع عملية استئناف الأنشطة العادية ويمكن من التخفيف من الآثار السلبية للإصابة ويشجع الشفاء، وبينت الدراسات التي تناولت الإجازات المهنية طويلة المدى الناتجة عن اضطرابات الصحة النفسية والعقلية، وجود علاقة موجبة قوية بين مدة الغياب عن العمل وظهور أعراض الإجهاد النفسي، كما أن الأعراض التي تظهر بعد الإصابة المهنية المكتسبة وخصائص العامل لا تكفي وحدها لتبرير المدة الطويلة للإعاقة التي ترتبط عادة بالعمل إذ أشارت الدراسات إلى أن تحسن الحالة الصحية للمصاب لا يؤدي بشكل منهجي إلى استئناف أنشطة العمل، هذا ما يدل على أن مدة الإعاقة تتأثر بمحددات أخرى تتعلق أساسًا بالجانب البيئي والنفسي والاجتماعي للصحة في مجال العمل، وهنا يبرز دور الدراسات الشاملة، والتي تعتمد على النماذج الأرغومية التي تتبنى المقاربة المتعددة التخصصات في التدخل التأهيلي الذي يجعل من العودة للعمل سيروية مترابطة تدمج الكثير من التخصصات، وتتخطى المقاربة التشخيصية، وهو ما يبين أهمية برامج العودة للعمل.

❖ محددات العودة إلى العمل:

▪ **الخصائص الشخصية للعامل:** إن العامل الذي يتعرض لحادث عمل يبعده عن مكان العمل لمدة معينة، يعتبر المستهدف الأول لمخلفات هذا الحادث، لذلك فأى خطة علاجية تأهيلية تبدأ من العامل نفسه، وإذا كان هدف أي برنامج تأهيلي هو إعادة العامل لمكان العمل وإعادة إدماجه، فهي تتوقف بالأساس على الخصائص الفردية والشخصية له، ولذلك تركز الدراسات المبنية على النموذج البيوسيكي اجتماعي على ضرورة الإحاطة بهذه الخصائص عند بناء البرامج التأهيلية الهادفة إلى إعادة التكيف الوظيفي والنفسي والاجتماعي للمصاب. هناك درجة عالية من الاتفاق بين الباحثين حول تأثير المتغيرات الديمغرافية (الجنس، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي)، والمتغيرات النفسية وتمثلات المرض، والادراكات المتوقعة على العودة إلى العمل بعد الإصابة المهنية، حيث أشار (Ashworth, 1999) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذين يعانون من كسور في المعصم والكاحل، حيث أن زيادة مدة العجز المؤقت كان مرتبطاً بجنس الإناث، وقد اقترح أن انخفاض معدلات العودة للعمل في جنس الإناث قد تكون مرتبطة بالضغط المفروضة على المرأة خارج العمل، والمتعلقة أساساً بالأعمال المنزلية، كما تشير دراسة (Foreman et al 2006) إلى أن المتزوجين أكثر عودة للعمل من العزاب، وقد يعزى الارتباط الإيجابي بين الزواج وتحسين نتائج العودة إلى العمل إلى الدعم الاجتماعي المستمر من خلال أحد الزوجين مادياً ومعنوياً، كما بينت نفس الدراسة أن احتمال عودة العمال إلى مكان العمل يزداد مع كل عام إضافي من التعليم، وهم يقترحون أن النتائج المحسنة للعمال ذوي المستويات التعليمية الأعلى قد تعزى إلى زيادة القدرة على التكيف مع الإعاقات المرتبطة بالإصابات نتيجة الوعي، كما أن المستوى التعليمي الأعلى يسمح بقبول التغييرات في الأنشطة المهنية أو المهارات الوظيفية الجديدة.

كما تلعب المعتقدات والتصورات دورها في المساهمة في العودة للعمل، حيث تبين أن الاضطراب الانفعالي المقترن بالاعتقاد أن النشاط يعتبر مضر بصحة المصاب، قد يساهم في تجنب النشاط البدني وبالتالي يبطئ عملية العودة إلى العمل، وسيؤدي هذا التجنب إلى إطالة

حالة العجز، أيضا ستكون توقعات العامل بشأن تعافيه عاملا تتبؤيا مهما طوال فترة الغياب عن العمل بعد ألام أسفل الظهر والإصابة المهنية (أورد في: Robichaud, 2016).

■ **التدخلات الطبية والعلاجية:** يخضع العامل بعد الإصابة المهنية مباشرة إلى التأهيل الطبي، والذي يعرف على أنه تلك الخدمات الصحية والطبية التي يحتاجها المعاق من أجل تحسين أدائه، من خلال التشخيص، وعلاج الوظائف المتضررة، والحد من العجز، ومنع أو علاج المضاعفات، والذي يتكفل بها الأطباء المتخصصون، الجراحون، المساعدون الطبيون وحتى الأخصائيون الاجتماعيون، وتتم هذه العملية في مؤسسات طبية ومراكز متخصصة.

وتعتبر عملية التأهيل الطبي بجميع مراحلها وفق (Franché & Krause, 2002) من العوامل التي تساهم في مساعدة العامل المصاب، كما قد تتحول هذه العملية إلى عائق من العوائق التي تبطئ العودة إلى العمل، فإذا كان الأطباء أول الفاعلون في عملية التأهيل باعتبارهم متدربين في العلاج والتشخيص، فإن بعض الدراسات ترى أنهم قد يعرقلون عودة العامل المصاب لمكان العمل بسبب عدم إلمامهم بالجوانب النفسية والاجتماعية وحتى المهنية المتعلقة بإجراءات التعويض، وهو ما يؤجل حصول بعض المصابين على علاجات معينة في الوقت المناسب، كما قد يساهم العلاج المبكر في التأهيل الوظيفي والنفسي للعامل من خلال إعادة العامل إلى بيئته الطبيعية، لأن ضمان هذه العودة وحتى لمدة قصيرة يؤدي إلى تجنب العجز لمدة أطول، ويمكن لمقدمي الرعاية الصحية تعزيز توقعات العامل حول سرعة الشفاء، والقدرة على العمل والتأثير على استعداد العامل لتغيير معتقداته، حيث أوضحت دراسة استعادية لـ 325 عامل معاق في جامعة كاليفورنيا الدور الايجابي لتوصية الطبيب المعالج في عملية التأهيل والعودة إلى العمل، كما أشارت إلى ارتفاع معدلات العودة بنسبة 39 % للعمال الذين يعانون من إعاقات حادة ومزمنة.

■ **ظروف بيئة العمل:** تلعب ظروف بيئة العمل دورا كبيرا في اندماج العامل في الوسط المهني، حيث أنه كلما كانت هذه الظروف مواتية لأداء المهام كلما انعكس ذلك على الجانب الانفعالي والنفسي والوظيفي للعامل، وهو ما يؤدي إلى الرفع من مستويات الرضا الوظيفي، وفي ذات السياق وما تعلق بالإصابة المهنية، دلت العديد من الدراسات على تأثير خصائص بيئة العمل على عملية تأهيل العمال المصابين وعلى عودتهم للعمل، حيث بينت أهمية الظروف الأرغومية، والمتمثلة أساسا في

تعديل مراكز العمل، تعديل ساعات العمل، تعديل المهام المسطرة، وتعديل الوظائف بشكل عام، في هذا الصدد أفاد كل من (Crook et al, 1998)، أنه بعد التحكم في مساهمة متغيرات كالجنس، العمر، الضغط النفسي والإعاقة الوظيفية، كان معدل العودة إلى العمل للعمال الذين تم تزويدهم بوظائف معدلة أعلى مرتين من ذلك بالنسبة لأولئك الذين لم تتح لهم هذه الخاصية في بيئة العمل، وتدعم هذه النتائج الاستنتاجات المستخلصة من مراجعة سابقة لـ 29 دراسة أجراها كل من Krause, et al (1998) خلصت إلى أن العمال المصابين الذين عرض عليهم عمل معد ليعودون إلى العمل مرتين تقريبا من العمال الآخرين الذين لم يستفيدوا من هذه الخاصية أيضا، كما خفضت برامج العمل المعدل لعدد أيام العمل الضائعة إلى النصف (أورد في (Foreman & Swerisen, 2006)).

وإذا كانت بيئة العمل لا تتكون من ظروف العمل المادية فقط، فإن الظروف النفسية والاجتماعية لها تأثيرها على اندماج وعودة العامل المصاب لوظيفته، في الدراسة التي أجراها St-Arnaud (2007) لوحظ اختلاف كبير بين العمال الذين أبلغوا عن تغيبهم عن العمل بسبب ظروف العمل الصعبة، وأولئك الذين أبلغوا عن تغيبهم عن العمل بسبب عوامل شخصية، تظهر التحليلات أن أولئك الذين صرحوا أنهم كانوا غائبين بسبب ظروف العمل الصعبة يبدو أنهم يواجهون صعوبة أكبر في العودة إلى العمل، وتمثلت ظروف العمل الصعبة التي حددها هؤلاء العمال على أنها ساهمت في غيابهم في: العمل الزائد، عدم الاعتراف، الصراعات مع المشرف، والتقييم السلبي لعملهم، ووفقا لأصحاب الدراسة، يبدو أن تحسين ظروف العمل النفسية والاجتماعية عند العودة إلى العمل، هو محدد رئيسي للعودة إلى العمل والتعافي من مشكلة الإعاقة، كما بينت الدراسات المتعلقة بالمهام المعدلة إلى أن الافتقار إلى دعم زملاء العمل يعتبر عقبة رئيسية أمام العودة إلى العمل (أورد في: Robichaud, 2016).

❖ دور الأرغنوميا في تأهيل ذوي الإعاقة المكتسبة: يرى مقدار (2010) أن الأرغنوميا

منذ ظهورها في منتصف القرن العشرين حملت معها مقاربة جديدة في مواجهة الحوادث، تمثلت في تصميم العمل وأماكنه وأدواته وعدده لتكون آمنة تصميميا وعملا، فالأرغنوميا تسعى إلى جمع أكبر قدر من المعلومات حول القدرات والحدود والصفات الإنسانية التي يتطلبها التصميم الأرغنومي،

ولعل التعريف الذي قدمه(Chapanis,1985) يبقى من التعاريف الأكثر شمولاً وتعبيراً عن الأرغنوميا حيث يرى بأنها " تجمع المعلومات حول سلوك الإنسان وقدراته وحدوده وخصائصه الأخرى التي تستخدم في تصميم الأشياء، الآلات، الأنظمة، المهام، الأعمال والمحيط للحصول على تصميم آمن، منتج، مريح وفعال "، وبناء على هذا التعريف ينحصر دور الأرغنوميا في مجال العمل في التفاعل القائم بين خصائص الفرد العامل ومعدات العمل، كما يمكن التعدي إلى النسق القائم على عامل - بيئة، إلا أنه في مجال الإعاقة المهنية تظهر مجموعة من المتغيرات التي يجب أخذها بعين الاعتبار، وذلك يرجع أساساً إلى أن خصائص العامل المعاق تختلف باختلاف الاحتياجات المستجدة، ولذلك يشير الباحثون في مجال التأهيل إلى وجود عدة جوانب يجب التركيز عليها عند دراسة الإصابة المهنية أو برامج العودة إلى العمل.

تهتم الأرغنوميا بالعلاقات التي تربط الشخص المصاب بالعجز مع محيطه الاجتماعي، الطبي والمادي، التي يجب أن تتكيف بطريقة تساعد في استرجاع الوظائف الممكنة وتعويض الوظائف المفقودة، باستخدام مختلف الوسائل المصممة لخدمة المصاب في تفاعله مع محيطه، وهو ما يسمى بالمساعدات التقنية والتي تعرف حسب (Spérando (2004 بأنها "الوسائل التقنية المختلفة التي تسمح أو تسهل النشاطات غير الممكنة أو الصعبة نتيجة عجز أو ضرر بكل أنواعه"، وبهذا المفهوم تكون المساعدة التقنية فئة من الوسائل الموجهة لإعادة التأهيل، والتي تصمم حسب نوع ودرجة وشدة الإعاقة، كتصميم يد اصطناعية لمبتور اليد مثلاً، إلا أن هذا التدخل المادي يجب أن يأخذ بعين الاعتبار البيئة الاجتماعية، والتي تتمثل أساساً في علاقات الشخص المعاق في الأسرة وخارج الأسرة ودعمهم العاطفي لهذا التعويض، كما يجب النظر في خصائص بيئة العمل للتوافق مع هذا التعويض عن القصور، كالخصائص الانتروبومترية للعامل بعد الإعاقة المهنية (أورد في: Brangier & Pino, 2000).

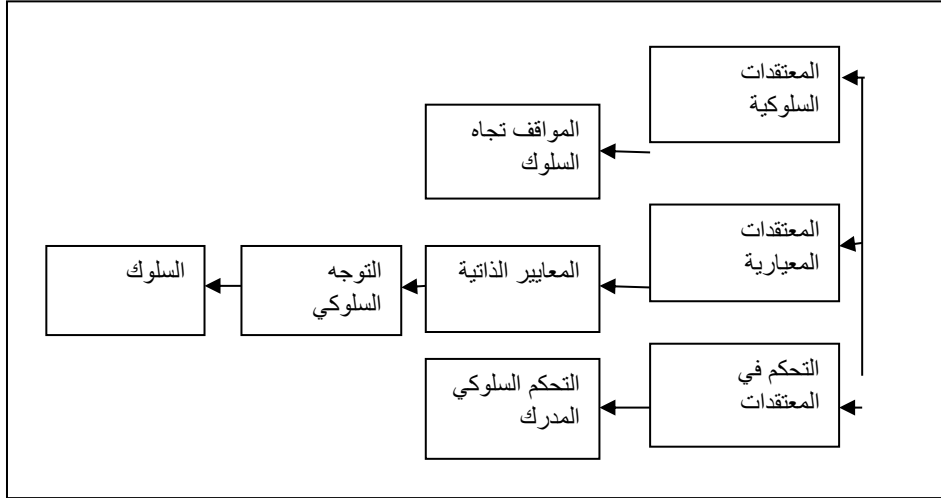
لا يقتصر دور الأرغنوميا في مجال التأهيل حسب Anema, Cuelenaere, Van der Beek, Knol, De Vet & Van Mechelen (2004) على تعويض القصور الوظيفي، بل يتعدى للاهتمام بتعديل البيئة التنظيمية للعمل والمتمثلة في مراكز العمل، ساعات العمل ومهام العمل حتى تتوافق مع خصائص العامل الذي تعرض لإعاقة مهنية، وعن أهمية التدخل الأرغنومي

في مجال تعديل بيئة العمل، بينت دراسة موسعة في ست دول مختلفة حول فعالية التدخلات الأروغونية في تسهيل العودة للعمل لدى العمال المصابين بإصابات ألام أسفل الظهر، حيث أشارت نتائجها إلى أن تعديل مراكز العمل ساهم بنسبة من 15% إلى 30.5% في تسريع العودة إلى العمل والخفض من عدد الأيام الضائعة، أما تكييف مهام العمل فساهم بنسبة 44.8% وتعديل ساعات العمل ساهم بنسبة 46% في عودة العمال المصابين إلى عملهم، إلا أن هذه النتائج تبقى ذات مصداقية في حالة التحكم في المتغيرات الأخرى المؤثرة في برامج العودة إلى العمل.

❖ نماذج تصميم برامج العودة إلى العمل:

■ **نموذج السلوك المخطط:** ينطلق كل من (Franché & Krause 2002) في بناء هذا النموذج من نظرية السلوك المخطط (TPB) لـ Ajzen (1985) والقائمة على أن سلوك الأفراد مبني على قدر نيتهم في القيام بالسلوك، أي أن السلوك هو نتاج الإرادة التامة للأفراد، ويضع هذا النموذج ثلاث محددات أساسية للسلوك، فالمحدد الأول شخصي في طبيعته، وهو الموقف اتجاه السلوك وينتج من التقييم الإيجابي أو السلبي للنتيجة المتوقعة والقائم أساساً على المعتقدات السلوكية، أما الثاني فهي المعايير الذاتية والمتمثلة في مجموعة الاعتقادات حول ما يفكر به الآخرين تجاه السلوك، والتي يستمدّها الفرد من ردود الأفعال أو مواقف المحيط الاجتماعي المهم في نظر الفرد القائم بالسلوك والتي تصبح معتقدات معيارية للفرد، بالإضافة إلى المتغير الثالث والذي يعرف بالرقابة السلوكية المدركة، وهي الدرجة التي يعتقد فيها الفرد أن السلوك تحت سيطرته حتى تظهر العوامل غير الإرادية التي لا يمكن السيطرة عليها وتؤثر في السلوك (أورد في: قايدي وعدوكة، 2017).

وبناء على هذا الافتراض جاء نموذج الاستعداد للتغيير والذي يفترض أن العامل المصاب هو المقرر الوحيد والأساسي في برامج العودة إلى العمل.



(أورد في: Brounwer., Krol., Reneman., Bültmann., Franche., Vander Klink., & Grouthoff)

الشكل رقم (01): نموذج الاستعداد لتغيير السلوك

ويحدد هذا النموذج مجموعة من المراحل المتتالية لعودة العامل المصاب إلى مكان العمل وتتلخص هذه المراحل في الآتي:

- **ما قبل التفكير في العودة:** في هذه المرحلة لا يفكر العامل في مسألة التكيف مع العمل أو العودة لمكان العمل، وإنما ينصب تركيزه على عملية الاسترجاع خاصة إذا كانت الإصابة أو المرض شديداً، بمعنى يعلق قضايا العمل جانباً في هذه المرحلة.
- **التفكير في العودة:** يبدأ العامل يفكر في المستقبل والعودة إلى العمل كجزء من هذا المستقبل، ولا نستطيع بناء خطط ملموسة في هذه المرحلة لأن العامل لا يستطيع الشروع في التغيير لأنه عالق في التركيز على سلبات بيئة العمل التي سببت لها لإصابة أو المرض.

- **الاستعداد للعمل:** يقوم العامل بوضع خطط للعودة إلى مكان العمل ويسعى لاختبار قدراته على القيام بذلك، وهذا لا يحدث إلا بعد الاستجابة للمساعدة الخارجية التي تكون في أغلبها مساعدة نفسية أو اجتماعية قائمة على إعادة بناء تصورات العامل لبيئة العمل.
 - **العمل " الفعل":** في هذه المرحلة يضع العامل مخطط لتنفيذه، ويعود إلى العمل ببعض القدرات، ويستمر في الاستجابة للمساعدة النفسية والاجتماعية من الأخصائيين بدافعية لتغيير السلوكات المستهدفة والعامل في هذه المرحلة يكون معرض بشدة لخطر الانتكاس، لأنه قد يخفق في مواجهة العقبات التي كلما تغلب عليها سيزيد تعزيز السلوكات المستهدفة نتيجة الإحساس بالكفاءة الذاتية.
 - **أعمال التأهيل والمحافظة:** في هذه المرحلة سيستخدم العامل مهارات محددة لتحديد ومواجهة المواقف ذات الخطورة العالية، التي يمكن أن تؤدي إلى الانتكاس مرة أخرى، سيحتاج أيضا إلى الحفاظ على استراتيجيات وقائية كالتمدد والتعزيز، تمارين لمشاكل العضلات والعظام وممارسات السلامة.
- **نموذج Sherbrooke:** يعتبر هذا النموذج من النماذج الصلبة في مجال التأهيل المهني والعودة إلى العمل، تم تطويره منذ تسعينات القرن الماضي، ويقوم النموذج على التكفل المبكر بالعمال المصابين بآلام الظهر الناتجة عن ظروف العمل، والذين لديهم قابلية حسب الخصائص لتطور إصابتهم إلى إصابات مزمنة مع مرور الوقت، ويسعى هذا النموذج إلى إعادة العامل لمكان العمل في أقل وقت ممكن، من أجل هدفين رئيسيين، أولهما احتفاظ العامل بوظيفته، والثاني استعادة العامل لأداء دوره الاجتماعي، وإذا كان النموذج انطلق في البداية من العمال المصابين بآلام الظهر القابلة للتطور، فإن (Quériaud, Dugué & Petit (2015) يرون أنه من النماذج الأرغنومية التي يجب الاعتماد عليها في دراسة ظاهرة الغياب عن العمل لأسباب صحية أو مرضية مهما كان نوعها، ولقد أثبتت النتائج نجاحة هذا النموذج مقارنة بالتدخلات الكلاسيكية في مجال التكفل بالمصابين، حيث بلغت نسبة السرعة في العودة إلى العمل 2.4 مرات، كما ساهم هذا النموذج في زيادة القدرات الوظيفية وتحسين جودة حياة المصابين، يتكون النموذج من سيرورة، مبدئيا قائمة على ثلاث مراحل زمنية متتالية والموضحة في الشكل (02) أسفله:

محددات العودة إلى العمل بعد الإعاقة المكتسبة بسبب حوادث العمل

المرحلة المزمنة					المرحلة الحادة جدا								المرحلة الحادة			
.....	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01
عدد الأسابيع					عدد الأسابيع								عدد الأسابيع			
					تحديد العمال المصابين مرحلة التدخل الأرغومي العودة العلاجية للعمل											

(أورد في: Fassier, Durand & Loisel, 2009)

■ مراحل النموذج:

✓ **مرحلة تحديد العمال المصابين:** بعد الأسبوع الرابع من الغياب عن العمل يتم تحديد العمال الذين تغيبوا بسبب إصابات مهنية، والذين لديهم قابلية لتأزم وضعيتهم الصحية بناء على خصائص يحددها طبيب العمل، وفي هذه المرحلة يتم إعلام العمال أنهم سيخضعون للتكفل المبكر بهدف العودة إلى العمل.

✓ **مرحلة التدخل الأرغومي:** تبدأ هذه المرحلة بعد الأسبوع السادس من التوقف عن العمل، ويتم هذا التدخل في بيئة العمل بإشراك العمال المصابين والمختص الأرغومي والمسؤول المباشر عن العمل، حيث يتم نزول المختص الأرغومي إلى مكان العمل من أجل معاينة خصائص البيئة التي يتم فيها نشاط تنفيذ المهام اليومية، وتسجيل كل الملاحظات حول مركز العمل مع تحليل عوامل الخطر، ثم يقوم بتلخيص كل الأخطار الواردة في هذه البيئة، في تقرير يقدمه للمسؤول المباشر والذي بدوره يحوله إلى رب العمل بهدف اتخاذ التدابير خاصة المتعلقة بتكييف أو تعديل بيئة العمل.

✓ **مرحلة العلاج بالعودة للعمل:** تبدأ هذه المرحلة بعد مرور ثلاثة أشهر من الغياب عن العمل، أي دخول العامل في المرحلة المزمنة للإصابة، يكون في هذه المرحلة العامل المصاب طرف

مهم باعتباره موضوع التكفل، وكل الأخصائيين الميدانيين المعنيين بإعادة التأهيل، والمحيط الاجتماعي لبيئة العمل (المشرف المباشر، المستخدم، زملاء العمل، والنقابيون)، يتم في هذا المرحلة ما يعرف بالتدخل المزدوج لعملية التأهيل، حيث يتردد العامل في هذه المرحلة بين المؤسسة ومركز إعادة التأهيل، ويبدأ العامل بتنفيذ المهام اليومية المعتادة التي كان ينفذها قبل الإصابة ومواصلة العلاج الوظيفي، وخلال مرحلة توجيه العامل إلى العودة إلى العمل يتم تعديل وتيرة العمل أو مركز العمل، دعم العلاقات الاجتماعية مع زملاء العمل، والمشرف المباشر للعمل وحتى بتلقي اتصالات من رب العمل. ويتم التركيز في هذه المرحلة من التدخل على المهارات المتعلقة أساسا بالعلاقات الإنسانية في العمل، وتنظيم بيئة العمل بالإضافة إلى الجوانب العلاجية الصحية الأخرى.

❖ **خاتمة:** من خلال ما سبق، يمكننا القول أن الإعاقة المكتسبة من جراء حوادث العمل من المشاكل المطروحة بقوة والتي تتطلب المزيد من الدراسات التطبيقية والنظرية بهدف الإحاطة الشاملة بالمشكل، و يظهر حسب مراجعة الدراسات السابقة أنه من ضمن الاستراتيجيات المتخذة والمبنية على أقوى النماذج، كالنموذج البيوسيكوساجتماعي ترشدنا إلى ضرورة اتخاذ العودة المبكرة للعمل أو ما يعرف بالعلاج بالعمل كاستراتيجية نموذجية، نتيجة لما أثبتته من نتائج جد متقدمة في استعادة العامل لمكانته الطبيعية، إلا أن تبني هذه الاستراتيجية يتطلب الإحاطة المعرفية بجميع المحددات التي تساهم في عودة العامل المصاب إلى مكان العمل في أقرب وقت ممكن، ونقصد هنا بالمحددات تلك المتغيرات النفسية، الاجتماعية والمادية، التي تساهم أو تعرقل العودة إلى العمل.

وبناء عليه وجب القيام بمزيد من الدراسات النظرية والتطبيقية لمواجهة الوضعية الحالية التي تعرف نقصا نظريا كبيرا حسب ما يظهر في تناول الظاهرة، حيث أن جل الدراسات الأكاديمية التي تتعرض لمخلفات الحوادث المهنية، تركز على جانب محدد دون محاولة الإحاطة بالمشكل الأساسي، وهو الإجابة على التساؤل التالي: ما مصير العامل المصاب بإعاقة مكتسبة من جراء حوادث العمل؟، ما هي أفضل الطرق العلمية المساهمة في عودة العامل إلى مزاولة أنشطة العمل؟ كيف يساهم العلاج بالعمل في تخفيض نفقات التعويض والتكوين؟

❖ قائمة المراجع:

1. بكراري، عبد العالي ويوحفص، مبارك (2018). دور التكوين وتصميم بيئة العمل في الحد من الأخطار المهنية. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 32، 265-278.
2. زرقاق، سعيدة (2015). إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمهني لدى العمال ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة بسبب حوادث العمل. أطروحة دكتوراه علم النفس العمل والتنظيم، جامعة الجزائر 02، الجزائر.
3. قايد، أمينة وعدوك، لخضر (2017). التوجه المقاوطني للطلبة: اختبار نموذج نظرية السلوك المخطط، دراسة ميدانية بجامعة معسكر. مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، 4(1)، 11-31.
4. مقاد، محمد (2015). مواجهة الحوادث المهنية بين مقارنتي الأرغنوميا والأمن الصناعي. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، عدد خاص بالملتقى الدولي حول المعاناة في العمل، 01-15.
5. Anema, J-R., Cuelenaere, B., Van Der Beek, A, Knol, D-L., De Vet, H-C-W., & Van Mechelen, W. (2004). the effectiveness of ergonomie interventions on return to Work after low back pain. A Prospective Two Year Cohort Study in Six Countries on Low Back Pain Patients Sicklisted for 3-4 Months. Occupational and Environmental Medicine, 61(4), 289-294.
6. Brangier, E., & Pino, E. (2000). la sclérose latérale amyotrophique : approche ergonomique d'une assistance technique aux malades en fin de vie.
7. Brounwer, S., Krol, B., Reneman, M-F., Bültmann, U., Franche, R-L., Vander Klink, J-J-L., & Grouthoff, J-W. (2009). Behavioral determinants absence: An application of the theory of planned behavior. Journal of occupation rehabilitation, 19, 166- 174.
8. Fassier J-P., Durand, M-J., & Loisel, P. (2009). Etude de la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé française. Université de Sherbrooke. caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salarié (direction des risques professionnels).
9. Foreman P- M., & Swerisen, H. (2006). Barriers and facilitators to return to work: a literature review. Australien Insitute for primary care, la Trobe Université, Melbourne.
10. Franche, R. L., & Krause, N. (2002). Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. Journal of occupation rehabilitation, 12(4).
11. Pelletier, S. (2016). Pour un retour au travail durable après un trouble mental transitoire: le guide de régulation des échanges entre le supérieur immédiat et le travailleur (REST). Université de Sherbrooke, Québec, Canada.
12. Quériaud, C., Dugué, B., & Petit, J. (2015). Les enjeux organisationnels de la reprise du travail de salariés après une longue absence, Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé. Open éducation journal
13. Robichaud, M.M. (2016). Retour au travail a la suite d'une lésion professionnelle: perspective des intervenants en réadaptation du système d'indemnisation public. Université Laval.
14. Spérando, J. Uzan (2004). Ergonomie des aides techniques informatique pour personnes handicapées. Ergonomie, Presses Universitaires de France. 479-496.
15. WHO/ILO. (2021). joint estimates of the work-related burden of disease and injury, 2000-2016: global monitoring report: Geneva: World Health Organization and the International Labour Organization.