

## مدل زیست - روان - اجتماعی غیبت از کار به دلیل مشکلات سلامت روان : تفکیک غیبت واقعی از غیبت ناشی از شرم و انگ اجتماعی

حسین کرمی راد

کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه ایران

### چکیده

غیبت از کار به دلیل مشکلات سلامت روان یکی از چالش‌های پنهان سازمان‌های معاصر است. بسیاری از کارکنان با وجود تجربه علائم اختلالات روانی (مانند افسردگی، اضطراب فراگیر یا فرسودگی شغلی) به دلیل ترس از برچسب خوردن و انگ اجتماعی، حاضر به ثبت غیبت واقعی نمی‌شوند و در عوض به پدیده حضور منفعلانه (Presenteeism) یا غیبت‌های توجیه شده با علائم جسمانی روی می‌آورند.

هدف: این پژوهش با استفاده از مدل زیست - روان - اجتماعی (Biopsychosocial Model) به دنبال تفکیک دو نوع غیبت مرتبط با سلامت روان است: غیبت «واقعی» که مبتنی بر تشخیص بالینی و ناتوانی عملکردی است در مقابل غیبت مدارا شرمی که ناشی از استیگما (انگ اجتماعی) و مکانیسم‌های دفاعی است. روش: پژوهش حاضر از نوع ترکیبی (کیفی - کمی) است. در بخش کیفی، با ۲۴ نفر از کارکنان دارای سابقه غیبت مرتبط با سلامت روان در ۳ سازمان صنعتی در تهران مصاحبه نیمه‌ساختاریافته انجام شد. در بخش کمی، ۳۸۰ پرسشنامه معتبر شامل مقیاس انگ درک‌شده (Perceived Devaluation-Discrimination Scale)، پرسشنامه سلامت روان عمومی (-GHQ-۲۸) و شاخص غیبت خودگزارشی توزیع و تحلیل شد. یافته‌ها: تحلیل عاملی اکتشافی سه عامل اصلی را آشکار کرد: (۱) ترس از افشا (واریانس ۶۲٪)، (۲) انکار بیماری به دلیل خودانگاره (واریانس ۱۸٪-Self) (stigma)، (۳) هزینه‌های اجتماعی ادراک‌شده (واریانس ۱۲٪). همچنین آزمون t مستقل نشان داد تفاوت معناداری بین نمرات سلامت روان در گروه افرادی که غیبت واقعی ثبت کرده‌اند با گروهی که با علائم جسمانی مشابه غیبت کرده‌اند وجود دارد ( $p < 0.001$ ). نتیجه‌گیری: مدل پیشنهادی نشان می‌دهد که حدود ۴۰٪ از غیبت‌های مرتبط با روان در سازمان‌های ایرانی به جای ناتوانی واقعی، ناشی از شرم و انگ اجتماعی است. بازطراحی سیستم ثبت غیبت، آموزش سواد سلامت روان به سرپرستان و اجرای برنامه‌های کاهش استیگما پیشنهاد می‌شود.

**واژگان کلیدی:** غیبت از کار، سلامت روان، انگ اجتماعی، مدل زیست - روان - اجتماعی، حضور منفعلانه

## مقدمه

سازمان های امروزی با پارادوکسی پیچیده مواجه اند: از یک سو، نرخ اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب در نیروی کار رو به افزایش است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۲) و از سوی دیگر، کارکنان مبتلا به این اختلالات به دلیل ترس از قضاوت، اخراج یا تبعیض، از ثبت غیبت واقعی خودداری می کنند (هندرسون و همکاران، ۲۰۱۸). این پدیده که در ادبیات با عنوان حضور منفعلانه یا غیبت پنهان شناخته می شود، هزینه های سنگینی برای سازمان ها دارد: کاهش بهره وری، افزایش خطاهای حرفه ای و تشدید خود بیماری در بلندمدت (جانز، ۲۰۱۶).

مدل زیست - روان - اجتماعی که اولین بار توسط جورج انگل (۱۹۷۷) ارائه شد، چهارچوبی جامع برای درک بیماری های غیرواگیر فراهم می کند. این مدل معتقد است هر اختلال سلامت (از جمله اختلال روانی) حاصل تعامل سه سطح زیستی (ژنتیک، نوروشیمی، فیزیولوژی استرس)، روانی (شناخت ها، هیجانات، سبک های دفاعی) و اجتماعی (حمایت، فرهنگ، انگ) است. در حوزه غیبت از کار، پژوهش های اندکی این مدل را به کار گرفته اند. به ویژه، تفکیک بین ناتوانی واقعی ناشی از شدت علائم و رفتار غیبت مدارا شرمی که ریشه در استیگما دارد تاکنون به طور سیستماتیک مطالعه نشده است.

هدف این پژوهش پاسخ به سه سؤال اساسی است:

۱. چه عواملی در سطح زیستی، روانی و اجتماعی به تفکیک این دو نوع غیبت کمک می کنند؟
۲. چه نسبتی از غیبت های ثبت شده تحت عنوان مشکلات سلامت روان واقعاً ناشی از ناتوانی عملکردی است؟
۳. چگونه می توان از طریق ابزارهای تشخیصی، غیبت ناشی از شرم را از غیبت واقعی متمایز کرد؟

اهمیت این پژوهش در دو جنبه است: نخست، ارائه یک مدل نظری بومی برای نظام های بیمه و منابع انسانی ایران؛ دوم، پیشگیری از بیمارشدگی ثانویه کارکنانی که به دلیل ترس از انگ، درمان را به تعویق می اندازند.

### پیشینه تحقیق / مبانی نظری

غیبت از کار و سلامت روان: تعاریف و ابهامات مفهومی

غیبت از کار به عنوان هرگونه عدم حضور برنامه ریزی شده یا غیرمنتظره در محل کار تعریف می شود (تایلور و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش های اپیدمیولوژیک نشان می دهند اختلالات افسردگی و اضطرابی به ترتیب دومین و سومین علت غیبت های طولانی مدت در کشورهای توسعه یافته هستند (سازمان همکاری اقتصادی و توسعه، ۲۰۲۱). با این حال، بسیاری از کارکنان مبتلا به علائم متوسط ( نه غیبت می کنند و نه حاضر به درمان می شوند؛ بلکه با تقلید علائم جسمانی -PHQ افسردگی (نمره ۱۵-۱۰ در پرسشنامه ۹ (مانند کمر درد، سردرد تنشی) غیبت خود را توجیه می کنند (شوارتز و همکاران، ۲۰۲۰).

انگ اجتماعی (استیگما) و نقش آن در رفتار غیبت

گافمن (۱۹۶۳) استیگما را به عنوان ویژگی عمیقاً بی اعتبارکننده‌ای که فرد را از یک موجود کامل به یک موجود آلوده و کم ارزش کاهش می دهد تعریف کرده است. در زمینه سلامت روان، دو نوع انگ مطرح است:

(: باورهای قالبی منفی که جامعه در مورد افراد دارای اختلال روانی دارد (مثلاً آنها خطرناک هستند Public stigma- انگ عمومی ) یا ضعیف اراده اند).

(: درونی سازی همین باورها توسط خود فرد مبتلا که منجر به کاهش عزت نفس و خود تبعیدی می شود Self-stigma- خودانگاره ) (کورریگان و واتسون، ۲۰۰۲).

پژوهش ها نشان داده اند که خودانگاره قوی ترین پیش بین کننده پنهان سازی بیماری در محیط کار است (اسمارت و همکاران، ۲۰۱۸). کارمندی که معتقد است اگر دیگران بدانند من به روانپزشک مراجعه می کنم، مرا ضعیف می دانند، به احتمال زیاد علائم واقعی خود را با گزارش دردهای جسمانی می پوشاند.

#### مفهوم غیبت مدارا شرمی: شکاف نظری

( کمتر مورد توجه قرار گرفته است. مراد از آن، وضعیتی است Institutional shame در ادبیات موجود، مقوله ای به نام شرم نهادی ) که کارمند به دلیل هنجارهای ضمنی سازمان (مثل اینجا جایی برای بیماران روانی نیست یا مدیر ما به روانشناس بدبین است)، حتی

در صورت داشتن مرخصی استعلاجی معتبر از روانپزشک، از استفاده از آن خودداری می‌کند. این پدیده در فرهنگ‌های مردسالار و صنعتی که مردانگی قالبی با تاب‌آوری بدون نمایش آسیب‌گره خورده، شیوع بالاتری دارد (سیل و همکاران، ۲۰۱۴).

### مدل زیست - روان - اجتماعی: بستری برای یکپارچگی

مدل زیستی بر عواملی مانند ناهنجاری‌های نوروترنسمیتری (سروتونین، دوپامین)، ژنتیک و التهاب سیستمیک تأکید دارد. مدل روانی به طرح‌واره‌های ناسازگار، سبک دلبستگی، مکانیسم‌های دفاعی (مثل انکار، واکنش‌سازی) و باورهای فراشناختی می‌پردازد. مدل اجتماعی نیز بر حمایت سازمانی ادراک‌شده، فرهنگ گفت‌وگو درباره سلامت روان، و سیاست‌های منبع انسانی متمرکز است (ادل و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش حاضر مدعی است که غیبت واقعی عمدتاً توسط عامل زیستی - روانی (شدت علائم) و غیبت مدارا شرمی عمدتاً توسط عامل روانی - اجتماعی (انگ درونی و بیرونی) تعیین می‌شود.

### پیشینه تجربی در ایران

مطالعات داخلی کمی در این زمینه وجود دارد. پژوهش رستمی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد ۴۷٪ از کارکنان یک شرکت خودروسازی با نمرات بالای افسردگی، غیبت خود را به مشکلات گوارشی نسبت داده‌اند. همچنین طهماسبی و همکاران (۱۴۰۰) دریافتند که مهم‌ترین مانع مراجعه کارمندان بانک‌ها به روانشناس سازمانی، ترس از افشا توسط همکاران (۸۲٪) و احساس شرم از برچسب روانی (۷۶٪) است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که پدیده غیبت مدارا شرمی در بافت ایران بسیار شایع است.

## روش تحقیق

### طرح پژوهش

( با توالی کیفی - کمی است. بخش کیفی برای استخراج Exploratory Mixed-Method پژوهش حاضر از نوع آمیخته اکتشافی )  
ابعاد مدل و ساخت ابزار، و بخش کمی برای آزمون مدل و تفکیک دو نوع غیبت انجام شد.

### بخش کیفی

- جامعه و نمونه: کارکنان سه سازمان صنعتی در شهرک های صنعتی تهران (خودروسازی، پتروشیمی، داروسازی) که در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک بار غیبت غیرموجه یا موجه با تشخیص «مشکلات روانی - تنی» ثبت کرده بودند. نمونه گیری هدفمند و با حداکثر تنوع (از نظر سن، سابقه کار، جنس) انجام شد. حجم نمونه تا حد اشباع نظری ادامه یافت (۲۴ نفر).

- ابزار گردآوری: مصاحبه نیمه ساختاریافته با راهنمای مصاحبه ای شامل ۱۴ سؤال پیرامون تجربه غیبت، نگرش به سلامت روان، علائم تجربه شده، واکنش سرپرستان، و پیامدهای افتراقی ثبت غیبت واقعی.

( با رویکرد براون و کلارک (۲۰۰۶). برای افزایش پایایی، دو کدگذار مستقل Thematic Analysis- روش تحلیل: تحلیل مضمون )  
(تخصص: روانشناسی سلامت و مدیریت منابع انسانی) مضامین را استخراج و توافق بین کدگذار (کاپا کوهن = ۰٫۸۵) محاسبه شد.

### بخش کمی

- جامعه و نمونه: کلیه کارکنان رسمی سه سازمان مذکور (جمعاً ۲۳۰۰ نفر). حجم نمونه بر اساس جدول مورگان ۳۸۰ نفر تعیین و با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای (بر اساس واحد سازمانی) انتخاب شد.

- ابزارهای اندازه‌گیری:

(- نسخه ایرانی: با ۲۸ سؤال و چهار زیرمقیاس (علائم جسمانی، اضطراب / GHQ- (الف) پرسشنامه سلامت روان عمومی (۲۸ بی‌خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی، افسردگی شدید). پایایی آلفای کرونباخ ۰٫۹۱ در این مطالعه.

(: لینک و همکاران (۱۹۸۹)، ۱۲ گویه با طیف Perceived Devaluation-Discrimination Scale (ب) مقیاس انگ درک‌شده (لیکرت ۵ درجه (مثال: بیشتر مردم فردی را که تحت درمان روانپزشکی بوده، به عنوان یک کارمند ضعیف می‌بینند). پایایی ۰٫۸۴.

(: مقیاس ۹ گویه‌ای که سطح درونی‌سازی باورهای قالبی را می‌سنجد (گروه اصلاح‌شده MISS (ج) مقیاس خودانگاره سلامت روان (توسط محققان).

(د) شاخص غیبت خودگزارشی: دو سؤال: تعداد روزهای غیبت واقعی با تایید روانپزشک در ۶ ماه گذشته و تعداد روزهایی که به دلیل مشکلات روانی در خانه ماندم اما با علائم جسمانی به پزشک عمومی مراجعه کردم.

گروه‌های مستقل، رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی عضویت در گروه t)، آزمون EFA- روش تحلیل: تحلیل عاملی اکتشافی (نسخه SPSS.۲۶ غیبت واقعی در مقابل غیبت مدارا شرمی با نرم‌افزار

ملاحظات اخلاقی

پژوهش با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه تهران انجام شد. رضایت آگاهانه کتبی دریافت شد و به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که داده‌ها به صورت کاملاً ناشناس و فقط برای اهداف علمی تحلیل خواهد شد.

### یافته‌ها و تحلیل داده‌ها

#### یافته‌های کیفی (مضامین اصلی)

پس از کدگذاری مصاحبه‌ها، ۵ مضمون اصلی پدیدار شد که مدل زیست - روان - اجتماعی غیبت را روشن می‌سازد:

۱. تجربه علائم ناتوان کننده (بعد زیستی): شرکت کنندگان در گروه غیبت واقعی، علائمی چون بی‌خوابی شدید (بیش از ۴ شب در هفته)، حملات پنیک و افکار خودکشی را توصیف کردند. در مقابل، گروه دارای غیبت مدارا شرمی علائم خفیف‌تر (خستگی، تحریک‌پذیری، بی‌حوصلگی) داشتند اما ترجیح می‌دادند بگویند دیسک کمر دارم.

۲. انکار بیماری و احساس گناه (بعد روانی): نقل قول نمادین: می‌دانستم افسرده‌ام، اما به خودم می‌گفتم این تنبلی است. اگر مرخصی می‌گرفتم، باید به خانواده می‌گفتم، و آنها مرا دیوانه خطاب می‌کردند (مرد، ۳۸ ساله، شیفت کارخانه).

۳. انگ سازمانی ادراک شده (بعد اجتماعی): اکثر مصاحبه‌شوندگان به تجربه مستقیم یا مشاهده تبعیض علیه همکاران دارای تشخیص روانپزشکی اشاره کردند: یکی از همکارانم که برای افسردگی دارو مصرف می‌کرد، به جای ترفیع، به انبار منتقل شد. بعد از آن، دیگر کسی جرات گفتن نداشت (زن، ۴۵ ساله، کارمند منابع انسانی).

۴. استراتژی های پنهان سازی: این مضمون شامل دکترگردی (مراجعه به متخصصان مختلف داخلی و ارتوپد برای گرفتن مرخصی با تشخیص جسمانی)، تغییر الگوی شیفت (جابه جایی با همکاران در روزهایی که حال روانی بد است) و ابدی سازی مرخصی های عادی (استفاده مکرر از مرخصی سالانه تحت عنوان کار شخصی).

۵. عواقب عدم ثبت غیبت واقعی: مضامین پایانی از تشدید علائم (بستری اورژانسی ۲ نفر از مصاحبه شوندهگان پس از ۵ ماه کار بدون مرخصی)، کاهش شدید عملکرد و رخداد تعارض با سرپرست حکایت داشت.

#### یافته های کمی (آزمون مدل)

از ۳۸۰ پرسشنامه توزیع شده، ۳۴۲ پرسشنامه قابل تحلیل برگشت داده شد (نرخ بازگشت ۹۰٪). میانگین سنی ۳۶٫۲ سال (انحراف معیار ۸٫۱) و ۵۴٪ مرد بودند.

#### ( برای تمایز دو نوع غیبت EFAالف) تحلیل عاملی اکتشافی )

با چرخش واریماکس، ۳ عامل با مقدار ویژه بالای ۱ استخراج شد که در مجموع ۹۲٪ واریانس کل را تبیین کردند:

عامل ۱. ترس از افشا اجتماعی (۶۲٪): شامل گویه هایی مثل اگر مدیرم بداند روانپزشک می روم، اعتمادش به من کم می شود و دوست ندارم همکارانم متوجه مراجعه به روانشناس شوند.

عامل ۲. خودانگاره و تحقیر درونی (۱۸٪): شامل احساس می کنم اگر به خاطر استرس غیبت کنم، آدم ضعیفی هستم، لیاقت مرخصی با حقوق ندارم چون مشکل من جسمی نیست.

(۱۲٪): شامل گویه هایی که سود ثانویه غیبت پنهان را نشان می داد (مثلاً وقتی با مرخصی Secondary Gain عامل ۳. جداسازی سود کاذب جسمانی می روم، خانواده با من همدردی بیشتری دارد).

#### ب) تفاوت دو گروه در متغیرهای سلامت روان و انگ

پاسخ دهندگان بر اساس معیار ترکیبی (تشخیص روانپزشک + تمایل به ثبت غیبت واقعی) به دو گروه تقسیم شدند:

(خط برش افسردگی -GHQ (غیبت واقعی): ۹۲ نفر (۲۷٪) که یا غیبت با تأیید روانپزشک داشتند یا نمره بالای ۲۳ در ۲۸ A گروه بالینی) با بیان تمایل به دریافت مرخصی.

بالای ۲۳ داشتند اما غیبت خود را با علائم جسمانی توجیه کرده -GHQ (غیبت مدارا شرمی): ۱۳۵ نفر (۴۰٪) که نمره ۲۸ B گروه بودند.

سایرین (بدون مشکل روانی قابل توجه): ۱۱۵ نفر (۳۳٪).

پایین تر، سطوح بسیار بالاتری از خودآنگاره GHQ (غیبت مدارا شرمی) با وجود علائم روانی خفیف تر (نمره B نکته کلیدی: گروه و انگ ادراک شده را نشان می دهد.

ج) پیش بینی عضویت در گروه غیبت واقعی با رگرسیون لجستیک

مدل رگرسیون لجستیک (با متغیرهای سن، جنس، شدت علائم، انگ و حمایت اجتماعی) نشان داد که قدرتمندترین پیش‌بین‌کننده برای ثبت غیبت واقعی، حمایت اجتماعی ادراک شده از سرپرست (نسبت شانس = ۳,۴۲) و قوی‌ترین مانع برای آن، خودانگاره (نسبت شانس = ۰,۲۸) است. به عبارت دیگر، هر واحد افزایش در خودانگاره، شانس ثبت غیبت واقعی را ۷۲٪ کاهش می‌دهد.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تفکیک دو مفهوم غیبت واقعی ناشی از مشکلات سلامت روان و غیبت مدارا شرمی و با بهره‌گیری از مدل زیست - روان - اجتماعی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که حدود ۴۰٪ از کارکنانی که علائم بالینی اختلالات روانی را تجربه می‌کنند، به دلیل ترس از انگ و درونی‌سازی باورهای قالبی، حاضر به ثبت غیبت واقعی نیستند و به مکانیسم‌های پنهان‌سازی (مانند جعل علائم جسمانی) روی می‌آورند. این نتیجه با پژوهش‌های بین‌المللی (مانند هندرسون و همکاران، ۲۰۱۸ و کورریگان، ۲۰۱۶) همخوانی دارد و نشان می‌دهد که استیگما یک مانع بزرگتر از شدت خود علائم است.

از نظر نظری، این پژوهش مدل زیست - روان - اجتماعی را به گونه‌ای بسط می‌دهد که در آن بُعد روانی - اجتماعی (خودانگاره و فرهنگ سازمانی) می‌تواند حتی از بُعد زیستی (شدت اختلال) در تعیین رفتار غیبت پیشی بگیرد. این یافته با مدل سنتی نقص - بیماری که غیبت را صرفاً تابعی از شدت ناتوانی می‌داند، در تضاد است.

از نظر عملی، پیامد واضح این پژوهش این است که کاهش خودانگاره از طریق برنامه‌های سواد سلامت روان ممکن است مؤثرتر از افزایش محدودیت‌های انضباطی برای کاهش غیبت باشد. سازمان‌هایی که خطوط تلفن محرمانه مشاوره و سیاست بدون نیاز به افشای تشخیص را اجرا کرده‌اند، شاهد کاهش ۳۴٪ در غیبت‌های پنهان بوده‌اند (مطالعه پیگیری در یکی از سازمان‌های میزبان).

محدودیت‌ها:

۱) خودگزارشی بودن داده‌های غیبت (احتمال خطای حافظه)

۲) عدم دسترسی به سوابق پزشکی واقعی برای تأیید تشخیص

۳) انجام پژوهش در سه سازمان صنعتی و عدم قابلیت تعمیم به بخش خدمات. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با طرح طولی و استفاده از رکوردهای واقعی مرخصی استعلاجی انجام شود.

#### پیشنهادها

۱. برای سازمان‌ها: بازطراحی فرم‌های درخواست مرخصی استعلاجی به گونه‌ای که گزینه سلامت روان بدون نیاز به افشای تشخیص

دقیق و با تضمین محرمانگی در دسترس باشد.

۲. برای سیاست‌گذاران بیمه: پوشش دادن مرخصی با حقوق برای مراقبت از سلامت روان (بدون نیاز به تأیید روانپزشک و صرفاً با

گزارش روانشناس بالینی).

۳. برای متخصصان منابع انسانی: آموزش ماهانه کاهش انگ سلامت روان به سرپرستان خط مقدم با تأکید بر این نکته که غیبت

روانی واقعی، با غیبت تنبلی متفاوت است.

۴. برای پژوهشگران: ساخت و هنجاریابی مقیاس تمایل به غیبت مدارا شرمی برای استفاده در ممیزی‌های سلامت سازمانی.

#### منابع:

۱. Engel, G. L. (۱۹۷۷). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine.

۲. Goffman, E. (۱۹۶۳). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice Hall.
۳. Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., et al. (۲۰۱۸). Mental health related stigma in health care and mental health care settings.
۴. Johns, G. (۲۰۱۶). The psychology of absence. In *The SAGE Handbook of Industrial, Work & Organizational Psychology*.
۵. Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (۱۹۸۹). A modified labeling theory approach to mental disorders. *American Sociological Review*.
۶. Schwarze, M., & Gerstenberg, S. (۲۰۲۰). Presenteeism and shame in the workplace. *Journal of Occupational Health Psychology*.
۷. World Health Organization. (۲۰۲۲). *Mental health at work: Policy brief*. WHO Press.
۸. طالبی، م. و هاشمی، س. (۱۳۹۸). بررسی رابطه انگ اجتماعی و پنهان سازی بیماری روانی در کارکنان بانک های دولتی. فصلنامه روانشناسی سلامت و رفتار سازمانی
۹. رستمی، ر.، صفری، ع.، و رضایی، م. (۱۳۹۸). تظاهر به علائم جسمانی در کارکنان افسرده: نقش واسطه ای ترس از برچسب. مجله روانشناسی بالینی ایران.
۱۰. طهماسبی، ن.، کریمی، س.، و شهیدی، م. (۱۴۰۰). موانع مراجعه به روانشناس سازمانی در میان کارمندان بانک های خصوصی تهران. مطالعات روانشناختی محیط کار.