



Міжнародна
організація
праці



World Health
Organization

European Region



Керівні принципи з охорони психічного здоров'я на робочому місці



Міжнародна
організація
праці



World Health
Organization

European Region

Керівні принципи з охорони психічного здоров'я на робочому місці

Номер документа:

WHO/EURO: 2023-5166-44929-68953 (PDF)

ILO ISBN 9789220392232 (electronic version)

ILO ISBN 9789220392225 (print version)

© **World Health Organization and
International Labour Organization, 2023**

Деякі права захищені. Ця публікація доступна на умовах ліцензії Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CCBY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Зазначена ліцензія дозволяє копіювання, розповсюдження й адаптацію публікації для некомерційних цілей за умови належного зазначення бібліографічного посилання на неї згідно з наведеним нижче зразком. Під час будь-якого використання цієї публікації не має бути жодних припущень щодо того, що ВООЗ або МОП схвалює будь-які конкретні організацію, продукти чи послуги. Використання логотипу ВООЗ або МОП не дозволяється. Адаптація цієї публікації вимагає ліцензування адаптованого документа на умовах такої самої чи еквівалентної ліцензії Creative Commons. Якщо здійснюється переклад цієї публікації, слід додати такий дисклеймер разом із запропонованим бібліографічним посиланням: «Цей переклад не був виконаний Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) або Міжнародною організацією праці (МОП). ВООЗ і МОП не несуть відповідальності за зміст і точність цього перекладу. Справжнім і автентичним текстом є оригінальне видання англійською мовою: WHO guidelines on mental health at work. Geneva: World Health Organization, 2022.»

Будь-яке врегулювання спорів, що виникають через ліцензійні умови, проводиться відповідно до правил врегулювання спорів Всесвітньої організації інтелектуальної власності (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Зразок бібліографічного посилання.

Всесвітня організація охорони здоров'я. Керівні принципи з охорони психічного здоров'я на робочому місці. Міжнародна організація праці, 2023. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Документ перекладено українською мовою за підтримки Проєкту МОП за фінансування ЄС «На шляху до безпечної, здорової та задекларованої праці в Україні»

Дані для каталогування перед опублікуванням (CIP).

Дані для CIP доступні за посиланням: <http://apps.who.int/iris>.

Придбання, права та ліцензування.

Щоб придбати публікації ВООЗ, див.: <http://apps.who.int/bookorders>. Щоб подати заявку на комерційне використання та запит щодо прав і ліцензування, див.: <http://www.who.int/about/licensing>.

Матеріали третіх сторін.

Користувач, який бажає використовувати матеріали з цієї публікації, що належать третій стороні, такі як таблиці, рисунки або зображення, повинен визначити, чи потрібен для цього дозвіл власника авторського права і, за необхідності, отримати такий дозвіл. Ризик висунування претензій внаслідок порушення прав на будь-які компоненти цієї публікації, що належать третій стороні, несе виключно користувач.

Загальні застереження.

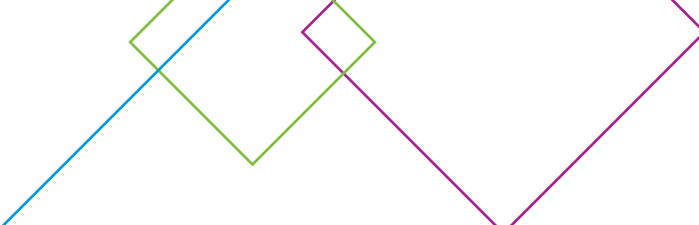
Позначення, що використані, та матеріали, що наведені в цій публікації, не означають вираження з боку ВООЗ або МОП будь-якої думки щодо правового статусу тієї чи іншої країни, території, міста або району, або їхніх органів влади, або щодо розмежування їхніх кордонів. Пунктирні лінії на картах позначають приблизні кордони, щодо яких повну згоду поки ще може бути не досягнуто.

Згадування конкретних компаній або продуктів певних виробників не означає, що вони схвалені або рекомендовані ВООЗ або МОП у протизвагу іншим аналогічним компаніям та продуктам, які не були згадані в тексті. Назви запатентованих продуктів, окрім тих випадків, коли допущено помилку чи упущення, виділяються початковими великими літерами.

ВООЗ вжила всіх розумних запобіжних заходів для перевірки інформації, що міститься в цій публікації. При цьому опубліковані матеріали поширюються без будь-яких — прямих чи опосередкованих — гарантій. Відповідальність за тлумачення і використання матеріалів покладається на користувачів. ВООЗ або МОП за жодних обставин не може нести відповідальності за збитки, пов'язані з використанням цих матеріалів.

Автори фотографій на обкладинках: ©NOOR / Sebastian Liste, ©WHO, ©Blink Media - Hannah Reyes Morales.

Дизайн: Kellie Hopley Design Ltd.



Зміст

Передмова	v
Подяка	vi
Абревіатури	viii
Стислий виклад	ix
Вступ	1
Підґрунтя	2
Сфера охоплення керівних принципів	5
Методика: як були розроблені ці керівні принципи	8
Рекомендації	9
Рекомендації щодо організаційних заходів	11
Рекомендації щодо підготовки керівників	25
Рекомендації щодо підготовки працівників	35
Рекомендації щодо індивідуальних заходів	43
Рекомендації щодо повернення на роботу після відсутності, пов'язаної із порушенням психічного здоров'я	57
Рекомендації щодо надання підтримки у працевлаштуванні людей, які живуть із порушенням психічного здоров'я	63
Ключове запитання 13: програми скринінгу	69
Прогалини в дослідженнях	73
Розповсюдження й оновлення керівних принципів	79

Література	82
Глосарій	91
Додаток 1. Учасники створення керівних принципів	95
Додаток 2. Розгляд заяв про інтереси та врегулювання конфліктів інтересів	105
Додаток 3. Визначення сфери охоплення, ключових запитань і результатів	109
Додаток 4. Огляд основних та підтверджуючих доказів	113
Додаток 5. Розроблення рекомендацій	116
Додаток 6. Розроблення проєкту керівних принципів і зовнішнє рецензування	117

Web annex: Evidence profiles and supporting evidence

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/363102>

Передмова

Працівники, як усі люди, заслуговують на невід’ємне право на найбільш досяжний рівень психічного здоров’я на робочому місці, незалежно від форми їхньої зайнятості, а люди, які живуть із психічними розладами, мають право отримувати роботу, брати участь у трудовій діяльності й досягати успіхів у ній. Уряди та роботодавці зобов’язані відстоювати це право, надаючи роботу, яка одночасно забезпечує працівників від надмірного стресу і ризиків для психічного здоров’я, захищає та зміцнює психічне здоров’я і добробут працівників та надає людям підтримку для повноцінної та ефективної участі в трудовій діяльності без будь-якої стигматизації, дискримінації чи зловживань.

Світ праці, однак, змінюється. На всій планеті технології, глобалізація, демографічні зрушення, надзвичайні ситуації та зміна клімату трансформують робочі процеси й місця, де ми працюємо. Пандемія COVID-19 зруйнувала ринки праці та прискорила темпи змін – особливо в дистанційній роботі, електронній комерції та автоматизації. Деякі робочі місця втрачаються, деякі створюються, майже всі – змінюються. Для багатьох ці зміни спричиняють додатковий тиск або загострюють наявний стрес на робочому місці, що може виснажувати психічне здоров’я працівників.

Ефективний захист психічного здоров’я на робочому місці допоможе підготуватися до майбутнього сфери праці й до світу, що змінюється.

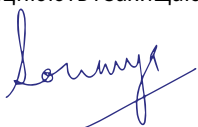
Управління аспектами психічного здоров’я на робочому місці може виглядати проблематичним завданням, але його не слід розглядати як обтяжливе. Воно скоріше надає можливість для зростання і сталого розвитку. Безпечні, здорові та інклюзивні робочі місця не тільки зміцнюють психічне та фізичне здоров’я, а й можуть зменшувати абсентеїзм, підвищувати ефективність і продуктивність праці, піднімати моральний дух і посилювати мотивацію персоналу, зводити до мінімуму конфлікти між колегами. Якщо в людей добре психічне здоров’я, вони краще здатні справлятися зі стресом у житті, реалізувати власні здібності, гарно вчитися і працювати, брати активну участь у житті своїх громад. А якщо в людей хороші умови праці, їхнє психічне здоров’я захищене.

Ці керівні принципи містять основані на доказах рекомендації щодо заходів втручання, які можуть здійснюватися з метою профілактики, захисту, зміцнення та підтримки психічного здоров’я працівників. У них наголошується на важливості організаційних заходів, підготовки керівників і працівників та заходів для окремих осіб. Особлива увага приділяється працівникам, які мають психічні розлади, і заходам, які можна використовувати для надання їм підтримки в отриманні роботи та поверненні на роботу після відсутності або підтримки у вигляді доречних пристосувань на робочому місці.

Всесвітня організація охорони здоров’я (ВООЗ) завжди готова підтримувати держави-члени у справі зміцнення й захисту психічного здоров’я працівників. Зокрема, у Комплексному плані дій ВООЗ у сфері психічного здоров’я на 2013–2030 роки наголошується, що країнам необхідно заохочувати безпечні, сприятливі та гідні умови праці для всіх. У Глобальній стратегії ВООЗ у сфері здоров’я, навколишнього середовища і зміни клімату робочі місця визначені як істотно важливі об’єкти для запобігання широкому спектру ризиків, що можуть змінюватися, особливо неінфекційним захворюванням. Ці керівні принципи є важливим етапом у використанні робочих місць як платформи для дій, закладаючи підвалини для заходів, що базуються на доказах потрібних для забезпечення ефективної профілактики, зміцнення та підтримки психічного здоров’я на роботі.

У всіх країнах та галузях добробут підприємств і суспільств залежить від психічного здоров’я працівників.

Ми закликаємо уряди, підприємства та всіх зацікавлених суб’єктів світу праці використовувати та впроваджувати ці керівні принципи як ефективний інструмент створення безпечних, здорових та інклюзивних робочих місць, які зміцнюють і захищають психічне здоров’я.



Сум’я Свамінатан

Головна наукова співробітниця ВООЗ

Подяка

Керівні принципи з охорони психічного здоров'я на робочому місці були підготовлені Департаментом із питань психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин ВООЗ і Департаментом із питань здоров'я, навколишнього середовища і зміни клімату ВООЗ під керівництвом Dévora Kestel і Maria Neira відповідно.

Відповідальний технічний спеціаліст: Aiysha Malik, Відділ із питань психічного здоров'я Департаменту з питань психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин ВООЗ.

Члени Керівної групи ВООЗ: Faten Ben Abdelaziz (Департамент із питань зміцнення здоров'я), Alex Butchart (Департамент соціальних детермінантів здоров'я), Alarcos Cieza (Департамент неінфекційних захворювань), Ivan Ivanov (Департамент із питань здоров'я, навколишнього середовища і зміни клімату), Catherine Kane (Департамент медичного персоналу), Hyo-Jeong Kim (Департамент невідкладної медичної допомоги), Aiysha Malik (Департамент із питань психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин) і Juana Willumsen (Департамент із питань зміцнення здоров'я). Голова Керівної групи – Mark van Ommeren (Департамент із питань психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин).

Автори хотіли б висловити свою вдячність Rebekah Thomas-Boscoe із Секретаріату Комітету ВООЗ з розгляду керівних принципів за технічну підтримку впродовж усього процесу розроблення керівних принципів, а також Evelyn Finger і Anne Sikanda з Департаменту з питань психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин, які надали вкрай важливу адміністративну підтримку. Матеріали на різних етапах розроблення керівних принципів надали колеги з ВООЗ: Florence Baingana (Регіональне бюро ВООЗ для країн Африки); Renato Oliveira e Souza, Claudina Cayetano (Панамериканська організація охорони здоров'я); Nazneen Anwar (Представництво ВООЗ у Мальдівській Республіці); Khalid Saeed (Регіональне бюро ВООЗ для країн Східного Середземномор'я); Natalie Drew Bold, Kenneth Carswell, Alexandra Fleischmann (Департамент із питань психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин);

Martin Vandendyck (Регіональне бюро ВООЗ для країн західної частини Тихого океану). Висловлюємо щирі подяки консультантам, які підтримували різні технічні аспекти в процесі розроблення: це Aemal Akhtar (Данія), Gergő Baranyi (Велика Британія), Chiara Gastaldon (Італія), Sherianne (ПАР), Georgia Michlig (США), Susan Norris (США), Susan Norris (Італія).

ВООЗ вдячна за технічний внесок, який зробили колеги з **Міжнародної організації праці (МОП)**, особливо Manal Azzi (штаб-квартира МОП, Женева, Швейцарія).

Група з розроблення керівних принципів (ГРКП). ВООЗ хотіла б подякувати членам ГРКП за їхню відданість, ентузіазм і компетентність. До складу ГРКП входили: Jose Luis Ayuso-Mateos (Мадридський автономний університет, Іспанія), Mirai Chatterjee (Асоціація самозайнятих жінок, Індія), Carucine de Fouchier (спеціалістка з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, Швейцарія), Samuel Harvey (Black Dog Institute, Австралія), Hiroto Ito (Медико-фармацевтичний університет Тохіо, Японія), Norito Kawakami (Токійський університет, Японія), Nour Kik (Національна програма охорони психічного здоров'я, Міністерство охорони здоров'я, Ліван), Sro Kgalamono (Національний інститут здоров'я на роботі, ПАР), Margaret Kitt (Національний інститут безпеки та здоров'я на роботі, США), Anthony D. LaMontagne (Університет ім. Дікіна, Австралія), Sapna Mahajan (Genomics Canada, Канада), Kazem Malakouti (Університет медичних наук, Іран), Karina Nielsen (Шеффілдський університет, Велика Британія), Pratap Sharan (Всеіндійський інститут медичних наук, Індія), Katherine Sorsdahl (Кейптаунський університет, ПАР) і Graham Thornicroft (Королівський коледж Лондона, Велика Британія).

Методист: ВООЗ висловлює величезну подяку Corrado Barbui (Веронський університет, Італія).

Група зовнішніх рецензентів (ГЗР). ВООЗ вдячна за внесок особам, які виконали експертне рецензування проєкту керівних принципів. Це: Atalay Alem (Аддис-Абебський університет, Ефіопія), Fabrice Althaus (Міжнародний комітет Червоного Хреста, Швейцарія),

Lamia Bouzgarrou (Монастирський університет, Туніс), Marc Corbière (Квебекський університет, Монреаль, Канада), Premilla D'Cruz (Індійський інститут управління, Ахмадабад, Індія), Carolyn Dewa (Каліфорнійський університет у Девісі, США), Frida Marina Fischer (Університет Сан-Паулу, Бразилія), Roshan Galvaan (Кейптаунський університет, ПАР), Nick Glozier (Сіднейський університет, Австралія), Neil Greenberg (Королівський коледж Лондона, Велика Британія), Birgit Greiner (Університетський коледж, Корк, Ірландія), Nadine Harker Південно-Африканська рада з медичних досліджень, ПАР), Nina Hedegaard Nielsen (незалежна експертка із психосоціальних ризиків, Данія), Ehimare Iden (Управління з питань безпеки та здоров'я на роботі, Нігерія), Inah Kim (Університетський медичний коледж Ханянг, Республіка Корея), George Leveridge (ямайська поліція, Ямайка), Shuang Li (Національний інститут здоров'я на роботі та токсикології, Китай), Elizabeth Linos (Каліфорнійський університет у Берклі, США), Ed Mantler (Комісія з охорони психічного здоров'я, Канада), Angela Martin (Університет Тасманії, Австралія), Christina Maslach (Каліфорнійський університет у Берклі, США), Álvaro Roberto Crespo Merlo (Федеральний університет штату Ріу-Гранді-ду-Сул, Бразилія), María Elisa Ansoleaga Moreno (Universidad Diego Portales, Чилі), Reiner Rugulies (Національний дослідницький центр із питань робочого середовища, Данія), Godfrey Zari Rukundo (Мбарарський науково-технічний університет, Уганда), Kamallesh Sarkar (Національний інститут здоров'я на роботі, Індія), Vandad Sharifi (Тегеранський університет медичних наук, Іран), João Silvestre da Silva-Junior (Університетський центр Сан-Камілу, Бразилія), JianLi Wang (Університет Далхаузі, Канада), Mohammad Taghi Yasamy (Університет медичних наук ім. Шахіда Бехешті, Іран), Dieter Zapf (Франкфуртський університет ім. Гьоте, Німеччина). Свої відповідні організації та ключові зацікавлені сторони представляли: Melissa Pitotti (Альянс за базові гуманітарні стандарти [CHS]); Sarah Copsey, Julia Flintrop (Європейське агентство з безпеки та здоров'я на роботі [EU-OSHA]); Olga Kalina, Guadalupe Morales Cano (Європейська мережа пацієнтів і колишніх пацієнтів психіатричних установ [ENUSP]); Claudia Sartor (Глобальна мережа експертів із питань психічного здоров'я [GMHPN]); Madeline A. Naegle (Міжнародна рада медичних сестер [ICN]); Pierre Vincensini (Міжнародна організація роботодавців [MOP]); Rory O'Neill (Міжнародна конфедерація профспілок [МКП]); Victor Ugo (Ініціатива за обізнаність у сфері психічного здоров'я, Нігерія [MANI]);

Miguel R. Jorge (Всесвітня медична асоціація [WMA]); Rose Boucaut, Salam Alexis Gomez, Jepkemoi Joanne Kibet, Norma Elisa Gálvez Olvera, Claudia Patricia Rojas Silva (організація «Світова фізіотерапія» [WP]). BOOЗ також висловлює подяку Всесвітньому альянсу медичних працівників за делегування своїх членів, зокрема Helen von Dadelszen і Howard Catton.

Групи з огляду та узагальнення основних доказів і огляду підтверджуючих доказів.

Висловлюємо подяку за докладені значні зусилля групам з огляду та узагальнення доказів, до складу яких входили: Hideaki Arima, Yumi Asai, Yui Hidaka, Mako Iida, Kotaro Imamura, Mai Iwanaga, Yuka Kobayashi, Yu Komase, Natsu Sasaki (Токійський університет, Японія), Reiko Inoue, Akizumi Tsutsumi (Медична школа Університету ім. Кітасато, Японія), Hisashi Eguchi, Ayako Hino, Akiomi Inoue (Університет гігієни праці та навколишнього середовища, Японія), Yasumasa Otsuka (Цукубський університет, Японія), Asuka Sakuraya (Токійський жіночий медичний університет, Японія), Akihito Shimazu (Університет Кейо, Японія), Kanami Tsuno (Канагавський університет соціальних послуг, Японія); Taylor Braund, Richard Bryant, Jasmine Choi-Christou, Mark Deady, Nadine Garland, Aimee Gayed, Sam Haffar, Sophia Mobbs, Katherine Petrie, Jessica Strudwick (Університет штату Новий Південний Уельс, Австралія); Arpana Amarnath, Pim Cuijpers, Eirini Karyotaki, Clara Miguel (Вільний університет, Центр співробітництва BOOЗ із досліджень і поширення психологічних втручань, Нідерланди); Liam O'Mara, Kathleen Pike, Adam Rosenfeld, Hikari Shumsky (Колумбійський університет, Центр співробітництва BOOЗ із питань зміцнення потенціалу та підготовки у сфері глобального психічного здоров'я, США). До складу груп із вивчення підтверджуючих доказів входили: Rachel Lewis, Fehmidah Munir, Alice Sinclair, Jo Yarker (Affinity Health at Work, Велика Британія); Promit Ananyo Chakraborty, Vanessa Evans, Raymond Lam, Jill Murphy (Університет провінції Британська Колумбія, Канада), Andrew Greenshaw та Jasmin Noble (Університет провінції Альберта, Канада). Висловлюємо подяку також Christy Braham (організація «Неформально зайняті жінки: глобалізація і організація» [WIEGO]) за підтримку в процесі розроблення підтверджуючих доказів щодо неформальної економіки.

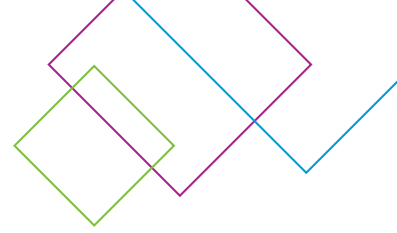
Фінансова підтримка: BOOЗ із вдячністю відзначає фінансову підтримку, надану фондом Wellcome Trust для розроблення цих керівних принципів.

Скорочення

CerQual	оцінювання достовірності доказів, отриманих з оглядів якісних досліджень
CRE	Бюро ВООЗ із забезпечення дотримання вимог, управління ризиками та етики
EtD	від доказів до рішення (схема)
GRADE	метод градації якості аналізу, розроблення та оцінювання рекомендацій
GRC	Комітет ВООЗ з розгляду керівних принципів
mhGAP	Програма дій з ліквідації прогалин у сфері психічного здоров'я
PICO	популяція, втручання, порівняння, результат
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВТС	відповідальний технічний спеціаліст
ГЗР	Група зовнішніх рецензентів
ГРКП	Група з розроблення керівних принципів
КГ ВООЗ	Керівна група Всесвітньої організації охорони здоров'я
КНСД	країни з низьким або середнім рівнем доходу
КПОІ	Конвенція Організації Об'єднаних Націй про права осіб з інвалідністю
КПТ	когнітивно-поведінкова терапія
КРКД	кластерно-рандомізоване контрольоване дослідження
ПЗПСП	психічне здоров'я і психосоціальна підтримка
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб
МОП	Міжнародна організація праці
МСП	малі та середні підприємства
ООН	Організація Об'єднаних Націй
РКД	рандомізоване контрольоване дослідження



Стислий виклад



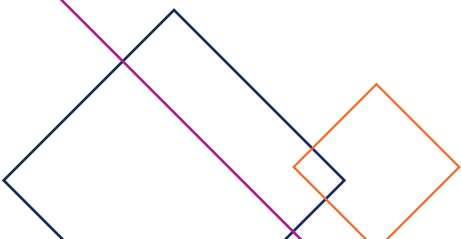
Для значної частини населення світу психічне здоров'я і трудова діяльність нерозривно взаємозв'язані. Психічне здоров'я – це не тільки відсутність психічних розладів, це скоріше стан психічного добробуту, що дозволяє людям справлятися зі стресовими ситуаціями в житті, реалізувати свої здібності, добре вчитися і працювати, а також робити внесок у життя своїх громад. Порушення психічного здоров'я виникають незалежно від того, чи спричинені вони трудовою діяльністю. Недобре психічне здоров'я справляє негативний вплив на когнітивний, поведінковий, емоційний, соціальний та реляційний добробут людини, на її функціонування та фізичне здоров'я, а також на її особисту індивідуальність і добробут на роботі. Як наслідок, спроможність людини брати участь у трудовому процесі може бути ослаблена через зменшення продуктивності та ефективності, зниження здатності безпечно працювати або труднощів зі збереженням роботи чи її отриманням. Презентеїзм (або втрата продуктивності, яка є причиною найбільших фінансових витрат), абсентеїзм і плинність кадрів впливають як на працівників, так і на роботодавців і, у свою чергу, на економіку суспільства. Згідно з оцінками, психічні розлади в будь-який окремо взятий момент часу наявні у 15% дорослого населення працездатного віку. Масштаб проблеми громадського здоров'я, створеної порушеннями психічного здоров'я, перевищує обсяг інвестицій для її вирішення. Це відбувається незважаючи на те, що міжнародні конвенції закликають до захисту фізичного і психічного здоров'я працівників за допомогою національної політики у сфері безпеки та здоров'я на роботі.

У цих керівних принципах Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) представляє основані на доказах глобальні настанови у сфері охорони громадського здоров'я щодо організаційних заходів, підготовки керівників і працівників та індивідуальних заходів для сприяння досягненню доброго психічного здоров'я та профілактики його порушень, а також рекомендації щодо повернення на роботу після відсутності, пов'язаної з порушеннями психічного здоров'я, і працевлаштування людей, які мають порушення психічного здоров'я. У

керівних принципах зазначається, чи можуть певні заходи (і які саме) проводитися для всіх працівників – наприклад, на всьому підприємстві (універсальні), для працівників, які зазнають ризику порушень психічного здоров'я (вибіркові), чи для працівників, які зазнають емоційного стресу (показані) – або для працівників, які вже мають порушення психічного здоров'я. Очікується, що завдяки цим новим рекомендаціям ВООЗ викладені тут керівні принципи сприятимуть здійсненню заходів на національному рівні й на рівні робочих місць із розроблення політики, планування і надання послуг у сфері психічного здоров'я та здоров'я на робочому місці. Завдання керівних принципів – покращити реалізацію заходів, що базуються на доказах у царині психічного здоров'я на робочому місці.

Керівні принципи були розроблені згідно з Посібником ВООЗ із розроблення керівних принципів [WHO handbook for guideline development] та відповідають міжнародним стандартам для керівних принципів, що спираються на докази. У співпраці з Групою з розроблення керівних принципів (ГРКП) Керівна група ВООЗ підготувала ключові запитання й оцінила результати, щоб визначити ті з них, які мають вирішальне значення для розроблення керівних принципів. Конфлікти інтересів із боку всіх окремих авторів керівних принципів були задекларовані, оцінені та врегульовані згідно з Політикою ВООЗ у сфері забезпечення дотримання вимог, управління ризиками та етики (CRE).

Для створення зведених таблиць отриманих результатів були проведені системні огляди фактичних даних методом градації якості аналізу, підготовки та оцінювання рекомендацій (GRADE). ГРКП розробила рекомендації, в яких ураховано низку елементів, а саме: переконливість фактичних даних; баланс між бажаними та небажаними наслідками; цінності та пріоритети отримувачів допомоги; потреби в ресурсах та економічна ефективність; справедливість, рівність і відсутність дискримінації щодо здоров'я; практична здійсненність; права людини; соціально-культурна прийнятність.



Рекомендації щодо організаційних заходів

1

Універсальні організаційні заходи

Організаційні заходи, спрямовані на зменшення психосоціальних факторів ризику, зокрема заходи, основані на методах широкої участі, можуть розглядатися для працівників із метою зниження емоційного стресу та покращення результатів, пов'язаних із роботою.

Умовна рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

2

Організаційні заходи для працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб

Організаційні заходи, спрямовані на зменшення психосоціальних факторів ризику, наприклад зниження робочого навантаження та змінення графіка або покращення комунікації та командної роботи, можуть розглядатися для працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб для зниження емоційного стресу та покращення результатів, пов'язаних із роботою.

Умовна рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

3

Організаційні заходи для працівників, які мають порушення психічного здоров'я

Для працівників, які мають порушення психічного здоров'я, зокрема психосоціальну інвалідність, слід запровадити доречні пристосування на робочому місці згідно з міжнародними принципами прав людини.

Наполеглива рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

Рекомендації щодо підготовки керівників

4

Підготовка керівників із питань психічного здоров'я

Слід проводити підготовку керівників для підтримки психічного здоров'я працівників із метою підвищення рівня знань керівників та покращення їхнього ставлення і поведінки у сфері психічного здоров'я та сприяння активному зверненню працівників по допомогу.

Наполеглива рекомендація, докази з помірним ступенем достовірності

5

Підготовка керівників працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб

Слід проводити підготовку керівників для підтримки психічного здоров'я працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб із метою підвищення рівня знань керівників і покращення їхнього ставлення та поведінки у сфері психічного здоров'я.

Наполеглива рекомендація, докази з помірним ступенем достовірності

Рекомендації щодо підготовки керівників

6

Підготовка працівників із метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я

Підготовка працівників із метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я може проводитися для покращення знань та уявлень тих, хто навчається, щодо психічного здоров'я на робочому місці, зокрема щодо ставлення, яке має характер стигматизації.

Умовна рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

7

Підготовка працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб із метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я

Підготовка працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб із метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я може проводитися для покращення знань та уявлень тих, хто навчається, щодо психічного здоров'я на робочому місці, зокрема щодо ставлення, яке має характер стигматизації.

Умовна рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

Рекомендації щодо індивідуальних заходів

8

Універсальні індивідуальні заходи

8А

Універсально здійснювані психосоціальні заходи втручання, спрямовані на формування у працівників навичок управління стресом – як-от заходи, що ґрунтуються на усвідомленості або на когнітивно-поведінкових підходах, – можуть бути розглянуті для працівників із метою сприяння досягненню доброго психічного здоров'я, зменшення емоційного стресу та підвищення ефективності роботи.

Умовна рекомендація, докази з низьким ступенем достовірності

8В

Можливості для фізичної активності як форми дозвілля – наприклад тренування з обтяженням, силові вправи, аеробні тренування, ходіння чи йога – можуть бути розглянуті для працівників із метою покращення психічного здоров'я та працездатності.

Умовна рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

9

Індивідуальні заходи для працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб

9А

Універсально здійснювані психосоціальні заходи втручання, спрямовані на формування у працівників навичок управління стресом – як-от заходи, що ґрунтуються на усвідомленості або на когнітивно-поведінкових підходах, – можуть бути розглянуті для працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб із метою сприяння досягненню доброго психічного здоров'я та зменшення емоційного стресу.

Умовна рекомендація, докази з низьким ступенем достовірності

9В

Психосоціальні заходи втручання – як-от управління стресом і підготовка в галузі самопомоги чи навчання комунікативних навичок – можуть проводитися для працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб, які зазнають емоційного стресу.

Умовна рекомендація, докази з низьким ступенем достовірності

10

Індивідуальні заходи для працівників, які зазнають емоційного стресу

10А

Психосоціальні заходи втручання, як-от заходи, що ґрунтуються на усвідомленості, когнітивно-поведінкових підходах, або навчання вирішенню проблем можуть бути розглянуті для працівників, які зазнають емоційного стресу, з метою зменшення цих симптомів та підвищення ефективності роботи.

Умовна рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

10В

Фізичні вправи – як-от аеробні тренування та тренування з обтяженням, можуть бути розглянуті для працівників, які зазнають емоційного стресу, з метою зменшення цих симптомів.

Умовна рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

Рекомендації щодо повернення на роботу після відсутності, пов'язаної з порушенням психічного здоров'я

11

Повернення на роботу після відсутності, пов'язаної з порушенням психічного здоров'я

Для осіб, відсутніх на роботі через порушення психічного здоров'я, (а) допомога, пов'язана з виконанням працівником роботи, а також клінічна допомога у сфері психічного здоров'я, що базується на доказах, або (б) тільки клінічна допомога у сфері психічного здоров'я, що базується на доказах, повинні розглядатися як спосіб зменшення симптомів психічних розладів і скорочення кількості днів відсутності на роботі.

Умовна рекомендація, докази з низьким ступенем достовірності

Рекомендації щодо повернення на роботу після відсутності, пов'язаної з порушенням психічного здоров'я

12**Надання підтримки у працевлаштуванні людей, які живуть із порушенням психічного здоров'я**

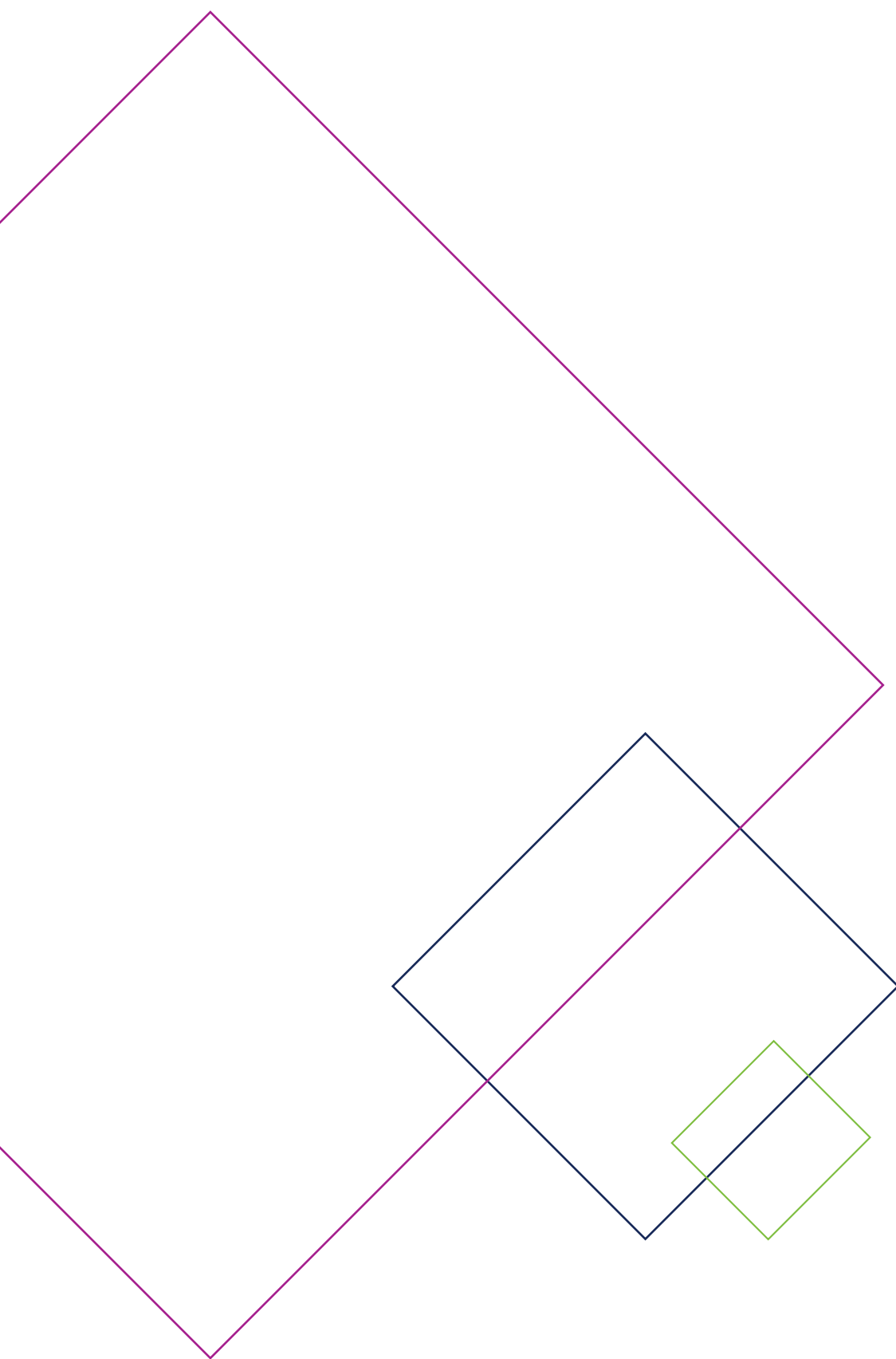
Орієнтовані на відновлення стратегії, що посилюють професійну та економічну інтеграцію – як-от допомога (розширена) у працевлаштуванні, повинні бути доступні для людей із тяжкими психічними розладами, включно із психосоціальною інвалідністю, для отримання і збереження роботи.

Наполеглива рекомендація, докази з низьким ступенем достовірності

Програми скринінгу

Ключове запитання 13: програми скринінгу

Оскільки незрозуміло, чи перевищують потенційні переваги програм скринінгу можливу шкоду, ГРКП не надала рекомендацію на користь або проти проведення програм скринінгу в період зайнятості.





© WHO / Lindsay Mackenzie

Вступ

Підґрунтя

Для значної частини населення світу психічне здоров'я і праця нерозривно взаємозв'язані. Психічне здоров'я – це не тільки відсутність психічних розладів, це скоріше стан психічного добробуту, що дозволяє людям справлятися зі стресовими ситуаціями в житті, реалізувати свої здібності, добре вчитися і працювати, а також робити внесок у життя своїх громад. Порушення психічного здоров'я виникають незалежно від того, чи спричинила їх трудова діяльність. Погане психічне здоров'я справляє негативний вплив на когнітивний, поведінковий, емоційний, соціальний та реляційний добробут людини, на її функціонування та фізичне здоров'я, а також на її особисту індивідуальність і добробут на роботі. Як наслідок, спроможність людини брати участь у трудовому процесі може бути ослаблена через зменшення продуктивності та ефективності, зниження здатності безпечно працювати або труднощів зі збереженням роботи чи її отриманням. Презентеїзм (або втрата продуктивності, яка є причиною найбільших фінансових витрат), абсентеїзм і плинність кадрів впливають як на працівників, так і на роботодавців і, у свою чергу, на економіку суспільства.

Згідно з оцінками, психічні розлади в будь-який окремо взятий момент часу наявні у 15% дорослого населення працездатного віку. У світовому масштабі станом на 2019 рік 301 мільйон осіб жили з тривогою¹, 280 мільйонів – із депресією¹, 64 мільйони – із шизофренією або біполярним розладом¹, а 703 тисячі осіб щороку помирали через самогубство (1). Багато з усіх цих людей були працездатного віку. Найбільш поширені порушення психічного здоров'я (тобто типові психічні розлади, як-от депресія та тривога), за оцінками, коштують глобальній економіці щороку 1 трильйон доларів США, причому переважною причиною цих витрат є втрата продуктивності (2). Люди з тяжкими психічними розладами, зокрема із психосоціальною інвалідністю² (наприклад, із шизофренією та біполярним розладом), через стигматизацію та дискримінацію значною мірою виключені з

трудової діяльності, незважаючи на те, що участь в економічній діяльності є важливою для відновлення.

Праця – це соціальний детермінант психічного здоров'я. Змістовна праця є фактором захисту психічного здоров'я; вона сприяє відчуттю самореалізації людини, її впевненості, її заробіткам, а також відновленню та інтеграції людей із психосоціальною інвалідністю. Проте шкідливі або погані умови праці, небезпечні робочі середовища й низький рівень організації праці, погані робочі відносини, безробіття, а тим більше тривале перебування під впливом цих чинників, можуть значно погіршити психічне здоров'я або загострити наявний його порушення. Існує певний консенсус щодо впливу окремих факторів ризику, які також називають психосоціальними ризиками (3), на психічне здоров'я на робочому місці. Деякі з цих факторів ризику наведено у вставці 1, але є ще багато ризиків, які можуть бути характерні для певних країн чи професій, і спостерігаються нові ризики, що виникають на тлі того, як культура праці змінюється з часом або в результаті масштабних суспільних подій (як-от глобальна пандемія чи глобальний конфлікт).

Події суспільного рівня впливають на психічне здоров'я на робочому місці. Економічні спади чи надзвичайні ситуації спричиняють такі ризики, як утрата роботи, фінансова нестабільність, організаційна перебудова, зменшення можливостей щодо зайнятості, зростання рівня безробіття, збільшення масштабів роботи без контрактів на повний робочий день або офіційних договорів (4). Праця може бути мікрокосмом для загострення ширших проблем, які негативно позначаються на психічному здоров'ї, зокрема дискримінації та нерівності, спричинених соціально-демографічними факторами, як-от вік, каста, клас, інвалідність, ґендерна ідентичність, міграційний статус, раса/етнічне походження, релігійні переконання й сексуальна орієнтація, і переплетінням цих факторів. У той час як цькування дітей

1 Global Burden of Disease (GBD) Results Tool. In: Global Health Data Exchange [веб-сайт]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (<http://ghdx.healthdata.org>, дата доступу – 1 листопада 2021 р.). Примітка: це дані ІНМЕ щодо глобального тягаря хвороб за 2019 р., які не обов'язково відповідають класифікації за МКХ-11.

2 ВООЗ визнає, що багато людей, які у своєму житті мали досвід психічних розладів, віддають перевагу терміну «психосоціальна інвалідність». З метою забезпечення узгодженості в цій публікації використовуватиметься в основному термін «психічні розлади», а за потреби – також термін «психічні розлади, зокрема психосоціальна інвалідність». Психосоціальна інвалідність включається до всеосяжного визначення поняття «психічні розлади».

шкільного віку привертає увагу, цього не можна сказати про масштаби образливої поведінки (з боку третіх осіб або колег), якій піддаються дорослі на роботі (5, 6). Найважливіше те, що стигма, яка супроводжує психічні розлади, є панівною перешкодою для розголосу цієї інформації на роботі (7), для надання підтримки на робочому місці людям із психічними розладами або для користування підтримкою, що надається працівникам.

За оцінками, два мільярди працівників (понад 60% чисельності працівників у світі) зайнято в неформальній економіці (8). На відміну від працівників формального сектора неформально зайняті особи, якими часто є жінки або представники маргіналізованих груп населення, не отримують соціального захисту, який надає доступ до медичної допомоги, а в поєднанні з низькими доходами та поганими умовами праці таке становище обумовлює вірогідність поганого стану психічного здоров'я цих

людей (9–11). У свою чергу серед працівників, які можуть зазнавати сильнішого впливу психосоціальних ризиків і які можуть, але не завжди, бути зайняті в неформальній економіці, – сільськогосподарські працівники, вуличні торговці, домашні працівники та тимчасові працівники. Крім того, до них можуть відноситися працівники деяких сімейних підприємств або зайняті в гіг-економіці³. Зміни способу, в який працюють люди, сприяють економічному розвитку, здатні посилювати пов'язаний із роботою стрес, оскільки люди дедалі більше працюють протягом тривалішого часу. У світовому масштабі третина робочої сили, за оцінками, працює більше 48 годин на тиждень, особливо в умовах меншої забезпеченості ресурсами (12). Як свідчать нові знання про наслідки переходу до гнучкого режиму робочого часу і дистанційної роботи, хоча ці форми зайнятості є неоціненними для деяких секторів в умовах пандемії COVID-19, їхні переваги та недоліки є неоднозначними (13).

Вставка 1. Психосоціальні ризики для психічного здоров'я на робочому місці

Широко визначено десять категорій факторів ризику поганого стану психічного здоров'я (а також поганого стану фізичного здоров'я), пов'язаних із роботою (адаптовано з 14, 15).

- ▶ **Зміст роботи/структура завдань:** наприклад, відсутність різноманітності або короткі робочі цикли, фрагментована або беззмистовна робота, недостатнє використання навичок, високий ступінь невизначеності, безперервний контакт із людьми в процесі роботи.
- ▶ **Робоче навантаження й темп роботи:** наприклад, перевантаження чи недовантаження, темп роботи, завданий машиною, значний дефіцит часу, постійна необхідність дотримуватися крайніх термінів виконання.
- ▶ **Графік роботи:** наприклад, робота змінами, нічні зміни, негнучкий графік, непередбачуваний, тривалий або соціально незручний робочий час.
- ▶ **Контроль:** наприклад, обмежена участь в ухваленні рішень, брак контролю над робочим навантаженням, темпом роботи тощо.
- ▶ **Середовище й обладнання:** наприклад, недостатнє забезпечення обладнанням, його непридатність або неналежне технічне обслуговування; погані умови навколишнього середовища, як-от недостатня площа приміщень, погане освітлення, надмірний шум.
- ▶ **Організаційна культура і функціонування:** наприклад, погана комунікація, низький рівень підтримки вирішення проблем і особистого розвитку, відсутність визначення організаційних цілей чи змін або узгодженості щодо них, сильна конкуренція за дефіцитні ресурси, надмірно складна бюрократія.
- ▶ **Міжособистісні стосунки на роботі:** наприклад, соціальна чи фізична ізоляція, погані стосунки з безпосередніми керівниками, міжособистісні конфлікти, неадекватна поведінка на роботі, відсутність соціальної підтримки (уявної чи фактичної); булінг, домагання, цькування; агресія на мікрорівні.
- ▶ **Роль в організації:** наприклад, неоднозначність ролі, конфлікт ролей, відповідальність за інших.
- ▶ **Розвиток кар'єри:** наприклад, застій та невизначеність у кар'єрі, недостатнє або надмірне просування по службі, низький рівень оплати праці, відсутність гарантій зайнятості, низька соціальна цінність праці.
- ▶ **Баланс між особистим життям і роботою:** наприклад, вимоги роботи та особистого життя, які суперечать одне одному, зокрема в осіб, які виконують обов'язки з догляду, низький рівень підтримки вдома, двоїсті кар'єрні проблеми; проживання в тому ж місці, де виконується робота; проживання далеко від сім'ї під час виконання робочих завдань.

3 Гіг-економіка – це система вільного ринку, типовими рисами якої є тимчасові посади і наймання організаціями незалежних працівників для виконання короткотермінових завдань.

Масштаб проблеми громадського здоров'я, зумовленої психічними розладами, перевищує обсяг інвестицій для її вирішення. Це відбувається незважаючи на те, що міжнародні конвенції закликають до захисту фізичного і психічного здоров'я працівників за допомогою національної політики у сфері безпеки та здоров'я на роботі (16). Програми зміцнення психічного здоров'я в контексті трудової діяльності та запобігання психічним розладам – серед тих програм зміцнення здоров'я та профілактики, про які найменш часто повідомляється, залежно від країни (35%) (17).

Заохочення психічного добробуту і профілактика психічних розладів визнані засобом досягнення глобального пріоритету щодо зменшення на третину передчасної смертності від неінфекційних захворювань (НІЗ) (Цілі сталого розвитку ООН, завдання 3.4). Комплексним планом дій ВООЗ у сфері психічного здоров'я на 2013–2030 роки [The WHO Comprehensive Mental Health Action Plan, 2013–2030] (18) установлено глобальне завдання щодо зміцнення психічного здоров'я та відповідної профілактики й щодо надання комплексних, інтегрованих і оперативних послуг на рівні місцевих громад (зокрема на підприємствах). У Глобальній стратегії ВООЗ у сфері здоров'я, навколишнього середовища і зміни клімату (19) робочі місця визначені як істотно важливі об'єкти для запобігання широкому спектру ризиків, що можуть змінюватися, особливо щодо НІЗ. Психічні розлади визнані в Переліку професійних захворювань МОП, який було переглянуто в 2010 році, під рубрикою «психічні та

поведінкові розлади»⁴. Деякі країни розширили свої переліки професійних захворювань, включивши до них стрес, пов'язаний із роботою, емоційне вигорання, депресію та порушення сну. Деякі країни також визнають самогубство у зв'язку з роботою і включають його в системи реєстрації, повідомлення і відшкодування.

Добробут – це багатомільярдна індустрія, де заходи втручання, пов'язані із психічним здоров'ям, можуть залишитися нерегульованими з точки зору їхньої якості або доказової бази. Хоча кілька країн і професійних товариств мають керівні документи на тему «праця і психічне здоров'я», вони є специфічними для населення тієї чи іншої країни. Розроблено міжнародні стандарти із захисту психічного здоров'я на робочих місцях, особливу увагу в яких приділено управлінню психосоціальними ризиками (20).

Люди працездатного віку витрачають значну частину свого життя на роботу. За оцінками, приблизно 62% населення світу віком 15 років і старше є економічно активним (21). Робота дає можливість підтримувати належний стан психічного здоров'я, запобігати психічним розладам і надавати допомогу людям, які їх мають (22). На цей момент на світовому рівні немає керівних принципів, що мають доказову базу, що стосуються заохочення до захисту психічного здоров'я, запобігання психічним розладам та підтримки психічного здоров'я; у наведеному вище обґрунтуванні висвітлено нагальну потребу в таких керівних принципах.

4 У Рекомендації МОП щодо Переліку професійних захворювань, повідомлення про нещасні випадки на роботі і професійні захворювання та їхньої реєстрації (№ 194) окремо виділені психічні та поведінкові розлади, зокрема: «2.4.1. Посттравматичні стресові розлади» та «2.4.2. Інші психічні та поведінкові розлади, не згадані у попередніх пунктах, якщо встановлено з наукової точки зору чи визначено методами, що відповідають національним умовам або практиці, прямий взаємозв'язок між дією факторів ризику, які випливають із трудової діяльності, та психічним або поведінковим розладом (розладами), що виник (виникли) у працівника».

Цілі керівних принципів

Ці керівні принципи містять рекомендації щодо заходів втручання – детальніше описаних нижче – у таких сферах: організаційні заходи, підготовка керівників і працівників, індивідуальні заходи для сприяння досягненню доброго психічного здоров'я та профілактики його порушень. Тут подано також рекомендації щодо повернення на роботу після відсутності, пов'язаної із порушенням психічного здоров'я, та працевлаштування людей, які живуть із порушенням психічного здоров'я. У керівних принципах зазначається, чи можуть певні заходи (і які саме) проводитися для всіх працівників – наприклад, на всьому підприємстві (універсальні), для працівників, які зазнають ризику порушень психічного здоров'я (вибіркові), чи для працівників, які зазнають емоційного стресу (показані) – або лише для працівників, які вже мають порушення психічного здоров'я.

Очікується, що завдяки наданню цих рекомендацій викладені тут керівні принципи сприятимуть здійсненню на національному рівні й на рівні робочих місць заходів із розроблення політики, планування і надання послуг у сфері психічного здоров'я та здоров'я на робочому місці. Завдання керівних принципів – покращити реалізацію заходів, що спираються на докази у царині психічного здоров'я на робочому місці.

Сфера застосування керівних принципів

Керівні принципи орієнтовані на цивільних дорослих осіб віком від 18 років⁵, які мають формальну чи неформальну оплачувану роботу. Керівні принципи не стосуються заходів для військовослужбовців або осіб, які стали об'єктом примусової праці, торгівлі людьми та сучасного рабства чи дитячої праці. Групи населення, що розглядаються в цих керівних принципах, – це всі працівники, у яких наявні чи відсутні порушення психічного здоров'я, або люди із порушенням психічного здоров'я чи психосоціальною інвалідністю, які прагнуть отримати роботу чи повернутися на роботу.

Керівні принципи охоплюють працівників ризикованих професій, тобто професій із підвищеною ймовірністю впливу негативних подій (наприклад, потенційно травматичних подій або серії подій, які є вкрай загрозливими чи неприпустимими), які підвищують ймовірність порушень психічного здоров'я. Це, зокрема, працівники екстрених служб (як-от поліція чи пожежна служба), працівники гуманітарних організацій (міжнародних або національних) та працівники охорони здоров'я (23–25)⁶. Хоча представники багатьох професій стикаються з важкими обставинами, які наражають їх на підвищений ризик погіршення психічного здоров'я (наприклад, через шкідливі умови праці), ці специфічні професії були вибрані через те, що ВООЗ часто одержує прохання надати настанови для цих груп. Рекомендації для цих вибірових груп працівників можуть, однак, поширюватися на інші професії, в яких є вірогідність виникнення несумірно високих ризиків для психічного здоров'я на робочому місці.

5 Згідно з Конвенцією МОП 1973 р. про мінімальний вік (№ 138), загальний мінімальний вік для прийому на роботу становить 15 років (для легкої роботи – 13 років), а для небезпечної роботи – 18 років (із суворим дотриманням певних умов – 16 років), із можливістю початкового встановлення загального мінімального віку в 14 років (для легкої роботи – 12 років), якщо економіка і система освіти країни недостатньо розвинені. Для цих керівних принципів встановлено мінімальний вік у 18 років, тому що молодші працівники перебувають на іншому етапі когнітивного, емоційного, біологічного та соціального розвитку й можуть потребувати додаткового врахування стану їхнього психічного здоров'я у контексті роботи.

6 Працівники охорони здоров'я – це «всі особи, які здебільшого здійснюють заходи, головна мета яких – покращення здоров'я», тобто спеціалісти з медичної допомоги, середній медичний персонал і працівники, які надають послуги з догляду, згідно з визначенням у Міжнародній стандартній класифікації занять 2008 р. (ILO ICSO-08). Працівники гуманітарних організацій – це міжнародні або національні спеціалісти, які надають гуманітарну допомогу. Працівники екстрених служб надають державні екстрені послуги: це, наприклад, охорона правопорядку, пожежна охорона, невідкладна медична допомога, пошуково-рятувальні операції (див. Guidelines on decent work in public emergency services. Geneva: International Labour Organization, 2018 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_dialogue/-sector/documents/normativeinstrument/wcms_626551.pdf, дата доступу – 25 травня 2022 р.).

Усі заходи втручання, запропоновані в цих керівних принципах, здійснюються на робочому місці або стосуються роботи. Працівники можуть брати участь у деяких заходах не в контексті роботи, проте ці заходи розроблено спеціально для підтримки працівників. Нижче зазначено заходи, які передбачені сферою застосування цих керівних принципів.

Організаційні заходи

Мета цих заходів – оцінити, змінити, зменшити або усунути пов'язані з роботою психосоціальні ризики виникнення порушень психічного здоров'я. Це планові заходи, які безпосередньо спрямовані на умови праці для запобігання погіршенню психічного та/або фізичного здоров'я, якості життя працівників і результатів їхньої роботи. Ці заходи можуть включати дії, орієнтовані на трудові колективи. Організаційні заходи часто зосереджуються на первинній та вторинній профілактиці, але можуть передбачати й третинну профілактику (наприклад, заходи з підтримки повернення на роботу працівників із психічними розладами). Організаційні заходи, орієнтовані на конкретну людину, включають доречні пристосування на робочому місці (тобто зміни в трудовому процесі з метою врахування потреб цієї особи).

Підготовка керівників і працівників

Підготовка керівників із питань психічного здоров'я – це підготовка працівників, які наглядають за іншими. Її мета – зміцнити спроможність щодо захисту психічного здоров'я безпосередніх підлеглих, наприклад шляхом забезпечення наявності в керівника інформації про те, коли і як слід підтримати працівника. Схожа підготовка проводиться й для працівників із метою забезпечення їхньої спроможності підтримувати себе шляхом підвищення рівня обізнаності й знань у сфері психічного здоров'я.

Індивідуальні заходи

Це – заходи втручання, які пропонуються безпосередньо працівникові та виконуються працівником під керівництвом або самостійно. Вони включають психосоціальні заходи втручання (тобто заходи, в яких використовується психологічний, поведінковий чи соціальний підхід або комбінація цих підходів) та фізичні заходи як форму дозвілля, наприклад фізичні вправи (але не фізичну працю в межах виконання роботи).

Програми повернення на роботу

Ці програми покликані підтримувати працівників у повноцінному поверненні на роботу та у зменшенні симптомів психічних розладів після періодів відсутності. Це можуть бути багатокomпонентні заходи, в яких застосовується будь-яка комбінація індивідуальних заходів, заходів для керівників та організаційних заходів.

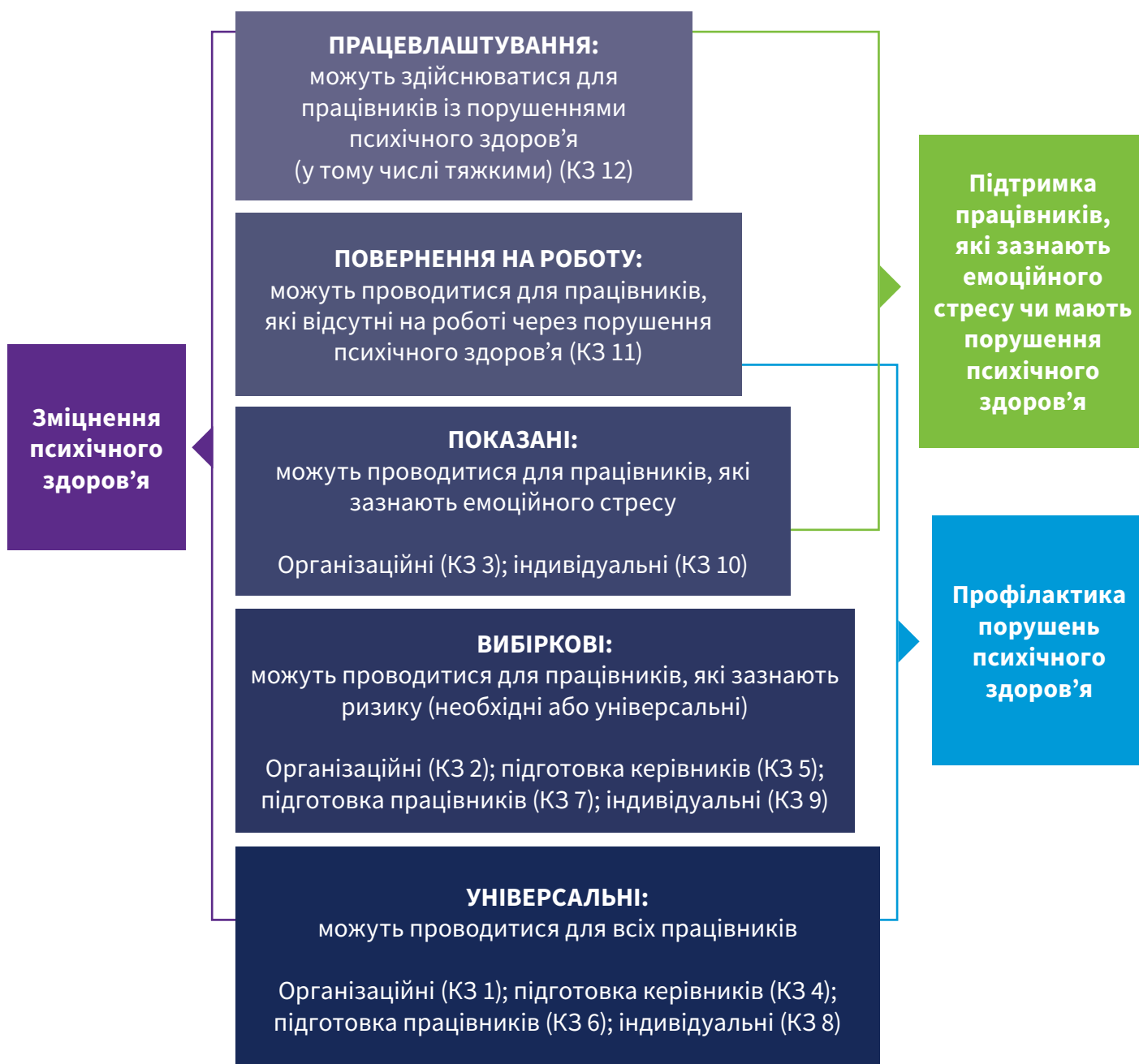
Програми надання підтримки у працевлаштуванні

У контексті цих керівних принципів такі заходи спрямовані на сприяння працевлаштуванню людей які живуть із психічними розладами на оплачувану роботу. Вони також мають багатокomпонентний характер.

У керівних принципах розглядаються також програми скринінгу, що реалізуються в період зайнятості (вони висвітлюються за ключовим запитанням 13 [КЗ 13]). Мета скринінгу – виявити симптоми психічних розладів і скерувати людину для отримання допомоги відповідного рівня.

На рис. 1 показані заходи, запропоновані в цих керівних принципах, на різних цільових рівнях.

Рис. 1. Заходи, висвітлені в керівних принципах із захисту психічного здоров'я на робочому місці



Цільовою аудиторією цих керівних принципів є насамперед особи чи організації, відповідальні за планування, програмування чи реалізацію заходів щодо здоров'я, безпеки та добробуту працівників. Це можуть бути надавачі послуг із безпеки та здоров'я на робочому місці та захисту психічного здоров'я, а також менеджери з надання послуг, роботодавці й працівники та їхні об'єднання, організації чи кооперативи, кадрові служби, професійні органи, служби з навчання, підготовки та забезпечення добробуту працівників. Ці керівні принципи й матеріали, розроблені на їхній основі, матимуть важливе значення й для міжнародних та національних політиків, планувальників, керівників програм і дослідників у таких сферах, як психічне здоров'я, здоров'я на робочому місці та праця.

Методика

Як були розроблені ці керівні принципи

Керівні принципи були розроблені згідно з Посібником ВООЗ із розроблення керівних принципів (26) та відповідають міжнародним стандартам для керівних принципів, що ґрунтуються на доказах. Процес розроблення цих керівних принципів складався з нижченаведених етапів, детальніша інформація щодо яких подається у відповідних додатках.





Рекомендації

Цей розділ містить рекомендації та основні зауваження, стислий виклад основних аспектів доказів, обґрунтування рекомендацій та міркування щодо ухвалення рішень за схемою «від доказів до рішення». Повні профілі основних доказів і додаткові докази наведені у веб-додатку. Інтерпретацію достовірності доказів (тобто різниці між дуже низьким, низьким, помірним і високим рівнями достовірності доказів) можна здійснити за допомогою Додатка 4. Для інтерпретації ступеню переконливості рекомендацій (тобто значення умовних і наполегливих рекомендацій) зверніться до Додатка 5.

Загальні зауваження щодо всіх рекомендацій

- ▶ Кожна рекомендація відповідає одній категорії можливих заходів втручання. Ці заходи бажано здійснювати комплексно – тобто включати проведення організаційних заходів, підготовку керівників і працівників, індивідуальні заходи, програми повернення на роботу та програми підтримки у працевлаштуванні до чинної або нової ухваленної політики у сфері здоров'я на роботі, а не проводити заходи окремо один від одного без усеосяжної інтеграції.
- ▶ Викладені в цих керівних принципах рекомендації ґрунтуються на передумовах і засадах, які мають сприяти розумінню запропонованих заходів, їхній реалізації, отриманню від них користі та зменшенню шкоди в царині захисту психічного здоров'я працівників. До цих передумов і засад належать серед іншого:
 - ▶ Захист людей із порушеннями психічного здоров'я від дискримінації та інших форм несправедливого ставлення у сфері праці й сприяння реалізації їхнього права на гідну працю нарівні з іншими та права на підтримку в разі необхідності повернутися на роботу чи бажання брати участь у трудовій діяльності (Конвенція Організації Об'єднаних Націй про права осіб з інвалідністю [КПОІ]; Конвенції МОП №№ 111, 159 і 190 та рекомендації, що їх супроводжують; Комплексний план дій ВООЗ у сфері психічного здоров'я на 2013–2030 рр.);
 - ▶ захист психічного здоров'я на роботі (Конвенції МОП №№ 155, 161, 187 і 190 та рекомендації, що їх супроводжують; Комплексний план дій ВООЗ у сфері психічного здоров'я на 2013–2030 рр.);
 - ▶ основне право кожного на гідні умови праці, на захист від безробіття, на справедливу і рівну оплату праці (Загальна декларація прав людини, стаття 23), включно з наданням неформальному сектору підтримки переходу до формальної економіки (Рекомендація МОП № 204);
 - ▶ доступ до безпечних, сприятливих і гідних умов праці для всіх людей, які працюють (включно з неформально зайнятими), з увагою до організаційних удосконалень на робочому місці; реалізація програм, що спираються на докази зі зміцнення психічного добробуту й запобігання порушень психічного здоров'я (Комплексний план дій ВООЗ у сфері психічного здоров'я на 2013–2030 рр.);
 - ▶ наскрізні принципи Комплексного плану дій ВООЗ у сфері психічного здоров'я на 2013–2030 рр., а саме: загальне охоплення послугами охорони здоров'я (всі люди повинні мати доступ до основних медичних і соціальних служб, не зазнаючи ризику зубожіння); права людини (стратегії, дії та заходи у сфері психічного здоров'я повинні відповідати КПОІ та іншим міжнародним і регіональним документам у сфері прав людини); практика, що спирається на фактичні дані (стратегії, дії та заходи мають спиратися на наукові дані та/або на передову практику, з урахуванням міркувань культурного характеру); підхід із точки зору всього життєвого циклу (політика, плани та послуги у сфері психічного здоров'я повинні враховувати всі етапи життєвого циклу); багатогалузевий підхід (узгоджені дії у сфері психічного здоров'я потребують партнерства з відповідними сферами, як-от зайнятість і праця); розширення прав і можливостей осіб із психічними розладами та психосоціальною інвалідністю (люди, які мають особистий досвід психічних розладів повинні бути залученими до участі в усіх аспектах розроблення, планування і реалізації політики у сфері психічного здоров'я).

Рекомендації щодо організаційних заходів





Універсальні організаційні заходи

Організаційні заходи, спрямовані на зменшення психосоціальних факторів ризику, зокрема заходи, основані на методах широкої участі, можуть розглядатися для працівників із метою зменшення емоційного стресу та покращення результатів, пов'язаних із роботою.

Умовна рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

Основні зауваження:

- Універсальні організаційні заходи – це організаційні заходи, які можуть здійснюватися чи застосовуватися в загальному порядку, тобто для всього трудового колективу чи робочого середовища.

Загальні зауваження стосовно реалізації всіх рекомендацій щодо організаційних заходів

- Оцінювання пов'язаних із роботою або психосоціальних факторів ризику, які впливають на здоров'я (психічне та фізичне) працівників, слід проводити в межах планування організаційних заходів та інтегрувати у протоколи неперервного і регулярного загального оцінювання ризиків у сфері безпеки на робочому місці – зокрема в усіх випадках, коли здійснюються зміни в трудовому процесі чи організації роботи, які можуть негативно вплинути на здоров'я.
- Значення чіткого дотримання процесів реалізації організаційних заходів – тобто ступінь, у якому захід було здійснено так, як замислювалося і планувалося, – недооцінюється і применшується, проте забезпечення такого дотримання, імовірно, було б корисним для отримання бажаних результатів (щодо стану здоров'я).

Зауваження щодо підгруп:

- Необхідно забезпечити планування і реалізацію заходів втручання з урахуванням культурних особливостей та конкретного контексту. Деякі соціально-демографічні групи можуть зазнавати сильнішого негативного і диференційованого впливу психосоціальних факторів ризику, ніж інші; такі відмінності виявлятимуться у процесах оцінювання і планування, які враховують різноманітність робочої сили. У робочому середовищі, де зайняті працівники з різними соціально-демографічними характеристиками, можуть бути корисні зміни, що застосовуються відразу до всіх психосоціальних факторів ризику. Проте особи, відповідальні за реалізацію організаційних заходів, повинні контролювати вплив цих змін на працівників із метою встановити, чи зазнають деякі з них несумірного впливу (наприклад, чи стикаються працівники, які мають гнучкий графік, з негативними наслідками для їхньої роботи, як-от відсутність можливостей для спілкування).

Зауваження щодо моніторингу й оцінювання:

- Слід включити результати, пов'язані з роботою, та результати, пов'язані із психічним здоров'ям, до процесу постійного моніторингу впливу організаційних заходів (де моніторинг організовано так, щоб неможливо було визначити результати, пов'язані із психічним здоров'ям конкретної людини).

Додаткові зауваження:

- Не було отримано прямих доказів щодо запобігання суїцидальній поведінці. У деяких професіях або робочих середовищах працівники можуть мати вільний доступ до смертоносних засобів самогубства. Обмеження доступу до засобів самогубства є одним з основних заходів запобігання самогубствам (див. публікацію Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders, 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 [Програма дій з ліквідації прогалин у сфері психічного здоров'я, Керівні принципи із психічних і неврологічних розладів, а також розладів, викликаних уживанням психоактивних речовин, 2015, Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я]). Це можуть бути, зокрема, не лише відповідні нормативні акти національного рівня, а й запровадження організаційної політики на робочому рівні – наприклад, заборона вкрай небезпечних пестицидів, обмеження або регулювання обігу вогнепальної зброї, обмеження доступу до високотоксичних лікарських засобів.

Доказова база та обґрунтування

Ключове запитання 1 було спрямовано на з'ясування того, чи справляють універсальні організаційні заходи (наприклад, дії чи підходи, спрямовані на зменшення, ослаблення чи усунення психосоціальних факторів ризику на роботі) благотворний вплив на результати для працівників (Додаток 3). Докази було отримано з п'яти систематичних оглядів, де звичайна практика (звичайний догляд/інші заходи втручання/без заходів втручання) порівнювалася з: **гнучкими режимами роботи (гнучкими графіками) (27), гнучкими режимами роботи (дистанційною роботою)⁷ (27); основаними на широкій участі організаційними заходами, спрямованими на побудову трудового процесу⁸ (28); змінами в робочому навантаженні чи перервах⁹ (29); стратегіями підштовхування¹⁰, спрямованими на фізичне робоче середовище (30); зворотним зв'язком з ефективністю праці/забезпеченням винагороди (31)** (веб-додаток). Усі здобуті докази мали дуже низький ступінь достовірності, крім випадків, де зазначено інше.

Щодо **гнучких режимів роботи (гнучких графіків)** було встановлено, що гнучкі графіки мають незначний позитивний вплив на симптоми психічних розладів (наприклад, на психологічне здоров'я), і, відповідним чином, було виявлено докази з низьким ступенем достовірності щодо незначного позитивного впливу на пов'язані з роботою результати щодо задоволеності трудовою діяльністю. Додаткові докази¹¹ підтверджують думку про те, що надання працівникам контролю у гнучких режимах роботи (як-от самостійне планування) може справляти сприятливий вплив на здоров'я (32). Щодо **гнучких режимів роботи (дистанційної роботи)** було виявлено невеликий позитивний вплив дистанційної роботи на симптоми психічних розладів. У

одному дослідженні, про яке повідомлено у Kröll (27), що проводилося в Європі за перехресною методологією, було встановлено зворотну залежність між дистанційною роботою та абсентеїзмом.

Щодо **заснованих на широкій участі організаційних заходів, спрямованих на побудову трудового процесу**, було використано описові результати індивідуальних досліджень. В одному кластерно-рандомізованому контрольованому дослідженні (КРКТ) повідомлено, що заходи на рівні робочої одиниці¹² за участю працівників на основі діалогу, реорганізації трудового процесу та організаційного навчання продемонстрували значне зменшення симптомів психічних розладів (деперсоналізації та соматичних симптомів), але значних результатів в інших критичних або важливих аспектах виявлено не було (Додаток 3). Слід зазначити, що основані на широкій участі підходи – це метод проведення заходів, а самі заходи спрямовані або на різні фактори ризику, або мають різну побудову (28, 29, 33).

Щодо **змін у робочому навантаженні або перервах** (наприклад, шляхом чергування завдань, зокрема заміни завдань, які передбачають велике навантаження, завданнями, які потребують малого навантаження) в одному дослідженні, де вивчалися працівники-представники неформального сектора (наприклад, збирання сміття), повідомляється про низький ступінь достовірності даних щодо відсутності впливу чергування завдань на симптоми психічних розладів (тобто на необхідність відновлення), що було виявлено шляхом подальшого спостереження через 3, 6 і 12 місяців. Щодо **стратегій підштовхування, орієнтованих на фізичне робоче середовище**, було виявлено незначний

7 Гнучкі режими роботи полегшують працівникам контроль над тим, коли (гнучкі графіки) та/або де (дистанційна робота) вони працюють.

8 Підходи, основані на широкій участі, передбачають залучення працівників разом із роботодавцями та іншими основними зацікавленими сторонами до планування, розроблення, реалізації та оцінювання організаційних заходів. Побудова трудового процесу означає визначення змісту, завдань, видів діяльності або обов'язків працівника.

9 Прикладами змін у робочому навантаженні чи перервах є, зокрема, встановлення граничної кількості робочих годин, впровадження планових перерв, як-от перерви на вихідні, або скорочення кількості днів позмінної роботи/роботи з ротацією на тиждень.

10 Стратегії підштовхування включають, наприклад, нагадування особі, за допомогою вербальних або технічних засобів, про необхідність виконання тієї чи іншої дії.

11 Додаткові докази – це докази, виявлені групами з огляду в межах формування профілів доказів у веб-додатку, до яких не застосовувався метод GRADE. Це були високоякісні звіти, які задовольняли критеріям включення до ключових запитань, проте не були відібрані до вивчення методом GRADE, враховуючи, що в інших звітах краще чи повніше висвітлювалися критично важливі результати для ключових запитань.

12 Рівень одиниці – це рівень окремої робочої групи, підрозділу чи всієї організації.

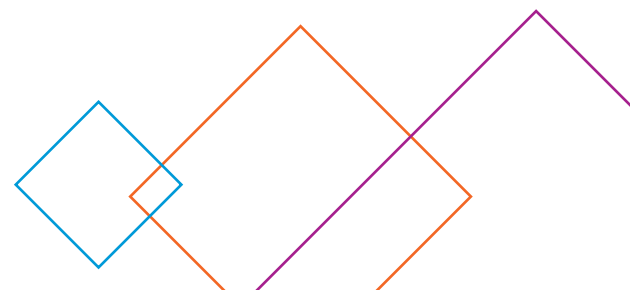
вплив фізичного середовища на підвищення ефективності праці. Щодо **зворотного зв'язку з ефективністю праці/винагородження** в одному дослідженні повідомлено, що багатокомпонентний захід, який передбачає виплату премії за результатами роботи, можливості підвищення по службі та наставницьку підтримку, забезпечив вищий рівень утримання працівників на роботі порівняно із зіставною контрольною групою списку очікування (тобто з проведенням заходу через 12 місяців), що було виявлено шляхом спостереження через 12 і 36 місяців.

У цілому результатів щодо доброго стану психічного здоров'я, якості життя та функціонування, суїцидальної поведінки, вживання психоактивних речовин і негативних наслідків повідомлено не було. Не було також виявлено прямих доказів шкоди від реалізації універсальних організаційних заходів, що може бути обумовлено упередженістю публікації або відображати мінімальну шкоду (28).

Критично важливо, що ГРКП урахувала ширшу сукупність доказів, яка свідчить про те, що психосоціальні ризики на роботі негативно корелюються із психічним здоров'ям і пов'язаними з ним результатами. Наприклад, щодо **змісту роботи/структури завдань** чергування роботи/завдань продемонструвало позитивний вплив на симптоми психічних розладів (стрес/вигорання) (34). У плані **робочого навантаження і темпу роботи** велике робоче навантаження підвищує ризик симптомів психічних розладів. Стосовно **графіка роботи** докази залежності між понаднормовою роботою/тривалим робочим часом і депресією, що відповідає діагностичному статусу, не є переконливими (37). Проте тривалий робочий час асоціюється із симптомами депресії (38) та підвищеною вірогідністю поновлення ризикованого вживання алкоголю особами, які працюють 49–54 години на тиждень і понад 55 годин на тиждень (39). Робота змінами асоціюється з розладами, пов'язаними із запійним пияцтвом (40), а вірогідність суїцидальної поведінки (ідеації) у випадку тривалого робочого часу/роботи змі-

нами підвищується (41). Фактори, пов'язані з **контролем над роботою** (зокрема обмежена участь в ухваленні рішень щодо власної роботи), асоціюються із симптомами психічних розладів (36), тоді як ширші повноваження на ухвалення рішень є захистом від депресивних симптомів (42), а більший ступінь контролю асоціюється зі зменшенням емоційного виснаження і вигорання (35). Низький рівень контролю за роботою асоціюється з підвищеною вірогідністю самогубства (41) та більшою вірогідністю відсутності на роботі через діагностований психічний розлад (43). **Напруження на роботі** (що поєднує обмежені повноваження на ухвалення рішень та високі вимоги) асоціюється з депресивними симптомами (42), діагностичним статусом депресії (44). Щодо **організаційної культури та функціонування** низький рівень організаційної справедливості¹³ асоціюється із субклінічними симптомами психічних розладів (35, 36, 42). Що стосується **міжособистісних стосунків на роботі**, булінг на робочому місці (визначений у звіті як ситуація, де людина вважає, що зазнає булінгу) асоціюється із симптомами депресії, тривоги та стресу (45); насильство на робочому місці асоціюється з депресивним розладом (46); низький рівень підтримки з боку колег і безпосередніх керівників підвищує ризик субклінічних симптомів (36), суїцидальної поведінки (ідеації) та смертності від самогубства (41). Що стосується **ролі людини в організації**, неоднозначність ролі та конфлікт ролей асоціюються з депресивними наслідками (47), в плані **розвитку кар'єри** негарантована зайнятість пов'язана з підвищеним ризиком депресивних симптомів (42, 48) і ризиком суїцидальної поведінки (ідеації) (41). Щодо балансу між особистим життям і роботою (наприклад, розподілу часу між роботою та особистим життям) посилений конфлікт між роботою та сімейним життям асоціювався зі збільшенням вживання психотропних препаратів (49). Крім того, **дисбаланс між зусиллями та винагородою** (поєднання напруженої трудової діяльності з низькою винагородою у вигляді заробітної плати, перспектив підвищення, гарантованої зайнятості, схвалення і поваги) асоціюється з підвищеним ризиком депресивних розладів (50).

13 Тобто об'єктивності на роботі.



Міркування за схемою «від доказів до рішення»

Люди, які працюють, **цінують** зміни в умовах своєї праці, що здійснюються за допомогою організаційних заходів, які орієнтовані на протидію психосоціальним ризикам із метою покращення їхнього здоров'я і добробуту (веб-додаток: Обстеження щодо цінностей та пріоритетів). Особливо важливе значення надається підходам, оснований на широкій участі, за яких працівники, керівництво та інші основні зацікавлені сторони разом ухвалюють рішення задля поліпшення їхнього здоров'я.

Ресурси, потрібні для реалізації організаційних заходів, залежать від конкретної ситуації. Встановлено, що для реалізації організаційних заходів на основі широкої участі потрібно від 6 до 12 місяців (33). Відмінності у складі суб'єктів, які реалізують заходи, та у вартості реалізації, а також у потребах в обладнанні, впливатимуть на витрати на людські ресурси. Ресурси (як-от фінансові кошти) можуть витрачатися самими працівниками, наприклад у разі дистанційної роботи. Питання **економічної ефективності** в жодному звіті безпосередньо не розглядалося. Водночас під час реалізації організаційного заходу, оснований на широкій участі, в Японії вартість його реалізації становила орієнтовно 7600 ієн на одного працівника (приблизно 70 доларів США), а вигода в наступні 12 місяців була еквівалентна близько 139–209 доларів США на одного працівника (51).

Що стосується **справедливості, рівності та дискримінації в питаннях охорони здоров'я**, жодних істотних відмінностей щодо впливу організаційних заходів на результати залежно від соціально-демографічних характеристик (як-от ґендер і раса) виявлено не було (27). Наявні географічні, професійні, класові та ґендерні відмінності у вірогідності потрапляння під дію факторів ризику, пов'язаних із поганими умовами праці (52). Організаційні заходи із запобігання цим факторам ризику та покращення умов праці можуть зменшити нерівність у питаннях охорони здоров'я для всіх працівників, зокрема для тих, хто найімовірніше стикається з

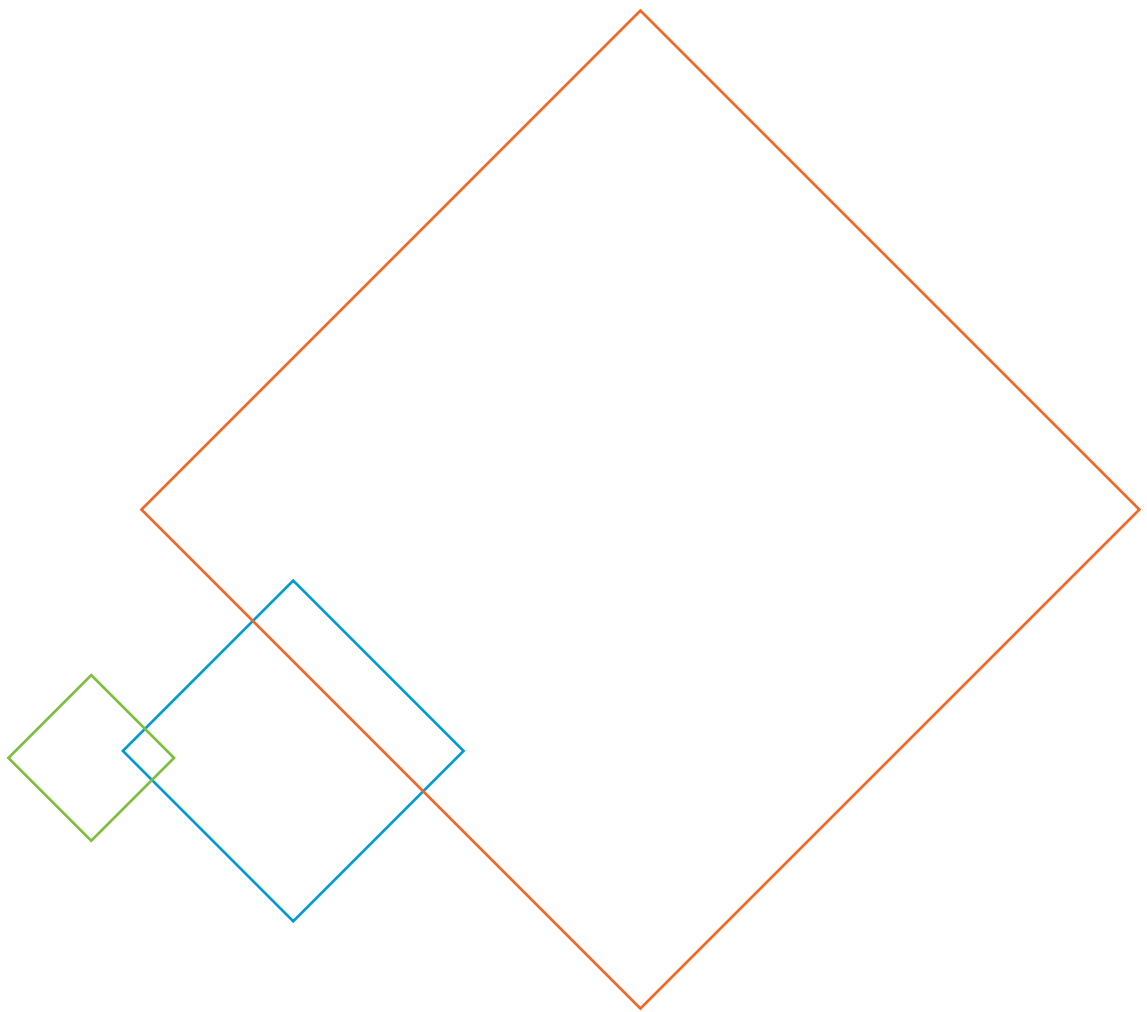
непропорційно високими психосоціальними ризиками на робочому місці у формальному й неформальному секторах (веб-додаток).

Докази стосовно **здійсненності** були отримані з досліджень, проведених у країнах із високим рівнем доходу Азіатсько-Тихоокеанського регіону, Європи та Північної Америки. Повідомлялося про приклади належної практики впровадження організаційних заходів у країнах із низьким та середнім рівнем доходу (КНСД), зокрема заходів, де застосовується метод широкої участі (53). Малим і середнім підприємствам (МСП) або неформальному сектору може бути корисно отримати настанови від служб первинної медико-санітарної допомоги або професійно-технічного сектора, які можуть надавати поради з протидії факторам ризику на робочому місці, де для цього є відповідні можливості (54). Проте такі заходи, як дистанційна робота, якщо вона виконується за обмеженої організаційної підтримки чи недостатності ресурсів, навпаки, можуть створювати негативні наслідки (13). Цей аспект підкреслює необхідність постійного розуміння нових ризиків, що виникають (у процесі еволюції організації та умов праці), та їхнього впливу на психічне здоров'я.

Ці заходи відповідають загальним **принципам прав людини** (наприклад, статті 23 Загальної декларації прав людини (55)). Заходи необхідно адаптувати з урахуванням **соціально-культурної специфіки** конкретного робочого середовища чи самого сектора а також очікуваних реципієнтів. Організаційні заходи у формі первинної профілактики психосоціальних ризиків із метою захисту психічного здоров'я працівників передбачені міжнародними трудовими нормами (56). Необхідність створення належних умов праці підкреслюється у Глобальній стратегії ВООЗ у сфері здоров'я, навколишнього середовища і зміни клімату (57).

ГРКП дійшла висновку про те, що, попри дуже низький ступінь достовірності, ймовірні вигоди від організаційних заходів щодо зменшення емоційно-

го стресу та покращення результатів, пов'язаних із роботою, переважають можливу шкоду від реалізації цих заходів. Цей висновок підтверджено даними про фактори ризику на робочому місці, які негативно впливають на результати, пов'язані із психічним здоров'ям. ГРКП урахувало декілька дослідницьких зауважень щодо виконаної роботи з організаційних заходів, зазначивши, що необхідно зміцнити доказову базу, що зростає, у цій сфері, зокрема підвищити методологічну точність дослідження, враховуючи складність реалізації вищезгаданих заходів порівняно з індивідуальними заходами.





Організаційні заходи для працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб

Організаційні заходи, спрямовані на зменшення психосоціальних факторів ризику, наприклад зниження робочого навантаження та змінення графіка або покращення комунікації та командної роботи, можуть розглядатися для працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб для зниження емоційного стресу та покращення результатів, пов'язаних із роботою.

Умовна рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

Основні зауваження:

- ▶ Організаційні заходи для працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб мають вибірковий характер, тому що вони орієнтовані на конкретну групу ризику (працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб).
- ▶ Робота в таких сферах, як охорона здоров'я, гуманітарна діяльність і екстрене реагування, пов'язана з ризиками, які можуть несумірно сильно впливати на поширеність психічних розладів у цих видах занять. Серед цих ризиків – потенційно травматичні події (як-от насильство і домагання), тривалий робочий час, високі вимоги до роботи та значне емоційне навантаження. Різні підгрупи можуть також зазнавати непропорційно сильного впливу факторів ризику на робочому місці (наприклад, медичні працівники, які надають безпосередню допомогу, персонал національних гуманітарних організацій, жінки, члени маргіналізованих груп, молоді працівники). Проте вкрай необхідно докладніше розібратися в тому, які міркування слід урахувати для цих підгруп у контексті організаційних підходів.
- ▶ Більшість прямих доказів була отримана в контингентах працівників охорони здоров'я.

Зауваження щодо реалізації:

- ▶ Усі загальні зауваження щодо реалізації, наведені вище для Рекомендації 1, є доречними й для Рекомендації 2. Як і стосовно Рекомендації 1, це можуть бути організаційні заходи, які можуть включати процеси, основані на широкій участі.

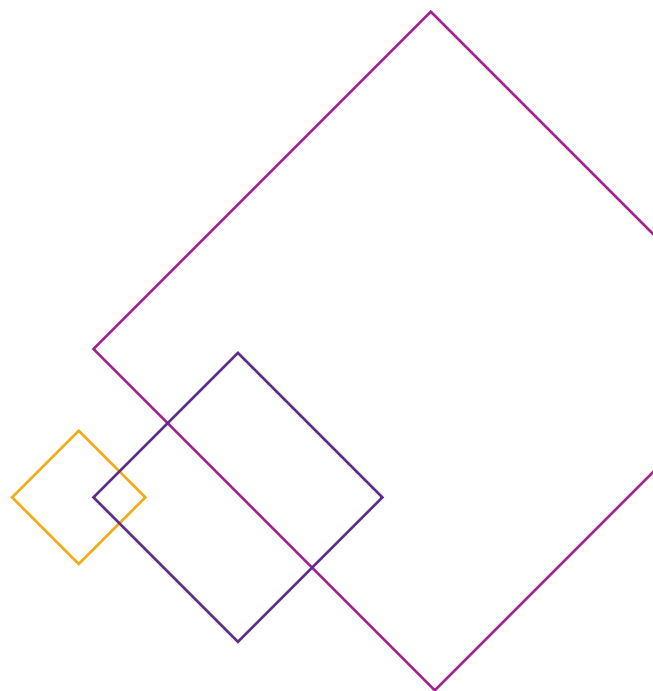
Доказова база та обґрунтування

Ключове запитання 2 було спрямоване на з'ясування того, чи справляють організаційні заходи, що проводяться для працівників груп ризику, позитивний вплив на результати (Додаток 3). Докази було отримано з п'яти систематичних оглядів, де звичайна практика (звичайний догляд/інші заходи втручання/без заходів втручання) порівнювалася із **заходами з покращення комунікації та колективної роботи (58–60), заходами зі зниження робочого навантаження та змінення графіка (61) та організаційними заходами, оснований на широкій участі** (які стосуються графіків перерв у роботі, змін робочого навантаження та варіювання завдань) (29) (веб-додаток). Усі здобуті докази мали дуже низький ступінь достовірності, крім випадків, де зазначено інше.

Щодо **комунікації й колективної роботи** в трьох контрольованих дослідженнях повідомлено про неоднозначний вплив на емоційний стрес, при цьому у двох із них відзначено незначний позитивний вплив (наприклад, зменшення) ступеню емоційного вигорання. В одному дослідженні було виявлено благотворний вплив на задоволеність роботою, а в одному – зменшення абсентеїзму серед працівників охорони здоров'я, з якими було проведено шестимісячний захід із комунікації та колективної роботи, спрямований на підвищення коректності на робочому місці (структурований захід, покликаний усунути проблеми в колективі в ситуаціях, де можливе насильство, зокрема булінг). У чотирьох рандомізованих контрольованих дослідженнях (РКД) повідомлялося про неоднозначні результати щодо ефективності роботи, при цьому тільки в одному з них було встановлено покращення поведінки в плані колективної роботи (як показника ефективності).

Щодо **робочого навантаження і графіка** дані з низьким ступенем достовірності, отримані у восьми РКД, дозволили вважати, що є незначний позитивний вплив змін робочого навантаження і графіків роботи на емоційне вигорання. **Щодо організаційних заходів, заснованих на широкій участі** (які стосуються графіків перерв у роботі, змін робочого навантаження та варіювання завдань), в одному контрольованому дослідженні серед працівників охорони здоров'я повідомлялося про зменшення (за результатами спостереження через 12 місяців) потреби у відновленні¹⁴.

У цілому в дослідженнях нічого не повідомлялося про результати щодо якості життя та функціонування, суїцидальної поведінки або вживання психоактивних речовин. Щодо комунікації та навчання з питань колективної роботи в одному РКД не було виявлено впливу на потенційні негативні наслідки порушень у забезпеченні медичної допомоги – тобто на якості медичної допомоги (негативних результатах щодо здоров'я матерів і новонароджених), надаваної працівниками охорони здоров'я, цей захід втручання несприятливо не позначився. Інших прямих доказів шкоди від реалізації цих універсальних організаційних заходів для груп ризику виявлено не було.



¹⁴ Потреба у відновленні – це ступінь необхідного відновлення психічної та фізичної енергії для досягнення достатнього рівня для повернення на роботу (за власною оцінкою конкретної людини) (29).

Міркування за схемою «від доказів до рішення»

Пов'язані з роботою ризики у сфері охорони здоров'я, гуманітарної діяльності та екстреного реагування наражають цю групу працівників на небезпеку порушень психічного здоров'я. Організаційні заходи з протидії цим ризикам вважаються пріоритетом (62, 63). Організаційні заходи, що стосуються умов праці, **цінуються** працівниками цих галузей, які висловлюють занепокоєння з приводу того, що проведення самих лише індивідуальних заходів прирівнюється до особистої відповідальності (за наявність психічного розладу або уявну нездатність упоратися із ситуацією) (61).

У дослідженнях не було виявлено прямих доказів щодо **потрібних ресурсів** для реалізації організаційних заходів, оскільки вони варіюються залежно від географічних, національних і субнаціональних умов та контексту реалізації заходів. Варто зазначити, що тривалість заходів щодо комунікації та колективної роботи становила від 4 годин до 6 місяців, отже витрати залежать від інтенсивності заходів. У жодному звіті не було проведено безпосереднього вивчення **економічної ефективності**, що є істотним недоліком (61).

Що стосується **справедливості, рівності та дискримінації в питаннях охорони здоров'я**, організаційні заходи для запобігання факторам ризику та покращення умов праці, ймовірно, зменшують ступінь нерівності в охороні здоров'я для працівників групи ризику, зокрема для тих, які найімовірніше зазнають несумірно високих психосоціальних ризиків на робочому місці – як-от молоді працівники, жінки, персонал національних гуманітарних організацій та медичні працівники, які безпосередньо контактують із клієнтами. Проте оскільки в одному огляді (61) було вказано, що молодші працівники отримують менше користі від мультимодальних заходів втручання, зокрема організаційних, необхідно посилити увагу до тих аспектів організаційних заходів для працівників, що зазнають найвищого ризику, які стосуються підгруп – тобто пристосовувати заходи до потреб різних груп.

Що стосується **здійсненості**, було проведено тільки одне дослідження в Африканському регіоні (64), а більшість досліджень проводилася у країнах Європи та Північної Америки з високим рівнем доходу. Більшість розглянутих прямих доказів була отримана серед працівників охорони здоров'я. У гуманітарному секторі дослідження не проводилися, проте персонал національних і міжнародних гуманітарних організацій може надавати перевагу організаційним підходам (65). Ці заходи відповідають загальним **принципам прав людини**. Необхідно адаптувати заходи з урахуванням **соціально-культурної специфіки**. Таку адаптацію можуть полегшити методи, основані на широкій участі.

ГРКП дійшла висновку про те, що для працівників груп ризику доречною є умовна рекомендація щодо організаційних заходів. Хоча загалом достовірність наявних доказів була розцінена як дуже низька, вигоди від організаційних заходів щодо зменшення емоційного стресу та покращення результатів, пов'язаних із роботою, переважають можливу шкоду. Найперспективнішими для психічного здоров'я виявилися заходи, які включають зміни у графіку роботи; вони були виділені ГРКП як особливо доречні для працівників цих галузей, яким доводиться працювати тривалий час і змінами. Хоча більшість цих доказів було отримано від працівників охорони здоров'я, цей контингент вважався репрезентативним для інших груп ризику, зокрема працівників гуманітарних організацій та екстрених служб або працівників інших галузей, які зазнають ризику.



Організаційні заходи для працівників із психічними розладами

Для працівників із психічними розладами, зокрема із психосоціальною інвалідністю, слід запровадити доречні пристосування на робочому місці згідно з міжнародними принципами прав людини.

Наполеглива рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

Основні зауваження:

- ▶ У процесі огляду керівних принципів прямих доказів виявлено не було. Непрямі докази (системний звіт, який не включав дані, придатні для застосування методу GRADE) включали стислий опис наявних доказів щодо чотирьох категорій заходів, якими передбачено доречні пристосування і які можуть проводитися для працівників із психічними розладами, а саме: пристосування щодо комунікації, встановлення гнучких графіків роботи, внесення змін до посадових інструкцій, змінення фізичного робочого середовища.
- ▶ Стаття 27 Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (КПОІ) передбачає «забезпечення особам з інвалідністю доречних пристосувань на робочому місці». Рекомендацію було розроблено з цієї причини.
- ▶ У рекомендації були свідомо використані обидва терміни – психічні розлади і психосоціальна інвалідність, щоб особи, на яких розраховані такі заходи, могли упізнати себе в цій рекомендації.
- ▶ Забезпечення доречних пристосувань сприяє створенню інклюзивного робочого середовища для працівників із психічними розладами шляхом розширення справедливого доступу до можливостей і ресурсів на робочому місці.

Зауваження щодо реалізації:

- ▶ Відповідно до статті 27 КПОІ «Праця та зайнятість», працівники із психічними розладами не повинні зазнавати дискримінації. Проте є занепокоєння через те, що доступ до такої підтримки або користування нею дозволить виявити психічні розлади у працівника або призведе до ставлення до працівника як до нездатного впоратися з роботою, що може спричинити дискримінацію щодо нього, якщо в організації заздалегідь не будуть ужиті заходи для зменшення стигматизації через психічне здоров'я і захисту приватного життя цієї особи.
- ▶ Організаційне зменшення стигматизації через психічні розлади може сприяти ослабленню занепокоєння щодо конфіденційності та стигми, а також полегшити доступ до пристосувань шляхом добровільного розкриття інформації про наявність таких розладів. Пристосування можна запровадити так, щоб колеги не дізналися про те, для кого конкретно вони забезпечені, або згідно з пріоритетами працівника.
- ▶ Немає достатніх доказів для того, щоб установити, чи є одна категорія заходів переважною порівняно з іншою. Працівників із психічними розладами слід забезпечити доречними пристосуваннями для роботи за принципом орієнтованості на людину, відповідно до їхніх потреб, вимог і пріоритетів. Критично важливу роль у підтримці працівників грають безпосередні керівники.
- ▶ Доречні пристосування можуть використовуватися для будь-якого працівника із психічними розладами, зокрема й для тих, хто повертається на роботу після відсутності, пов'язаної із психічними розладами. Водночас ці пристосування можна використовувати й для тих працівників, які мають психічні розлади, але не були відсутні та залишаються на роботі або тільки починають працювати.
- ▶ Необхідною передумовою для цієї рекомендації є дотримання прав людини щодо осіб із психічними розладами, інакше може виникнути ризик того, що у впровадженні доречних пристосувань буде відсутній реабілітаційний підхід.
- ▶ Менш забезпеченим ресурсами організаціям у КНСД (а у глобальному масштабі – МСП) можна надавати підтримку з боку державного сектора (сфери охорони здоров'я), якщо для цього є можливості, а також настанови із впровадження доречних пристосувань. Працівники та роботодавці потребують доступу до скоординованої багатопредметної підтримки, яку можна забезпечити за допомогою моделей служб здоров'я на робочому місці для групи підприємств (Конвенція МОП №161, стаття 7) (66).
- ▶ Керівникам чи роботодавцям слід забезпечити підготовку й надати ресурси для ефективнішої підтримки працівників, які користуються доречними пристосуваннями.
- ▶ Усі загальні зауваження щодо реалізації, наведені вище для Рекомендації 1, є доречними й для Рекомендації 3.

Доказова база та обґрунтування

Ключове запитання 3 було спрямовано на з'ясування того, чи були організаційні заходи, що проводяться для працівників із психічними розладами, зокрема із психосоціальною інвалідністю, корисними. Такі заходи називають пристосуваннями (доречними) на робочому місці або на роботі (Додаток 3). Вони покликані сприяти стабільній участі в трудовій діяльності шляхом створення сприятливих і пристосованих умов праці, що відповідають потребам і вимогам працівників з інвалідністю. Було отримано тільки непрямий доказ, зокрема із системного звіту, в якому наведено стислий виклад наявних доказів (67) (веб-додаток).

У цьому звіті було виявлено 15 спостережних досліджень, проведених змішаним методом. Первинними були результати, пов'язані із психічним здоров'ям (наприклад, зміна діагностичного статусу), і результати, пов'язані із зайнятістю, як-от трудовий стаж і дохід. Було виявлено чотири види пристосувань:

- ▶ **пристосування комунікації**, наприклад регулярні підтримувальні зустрічі з безпосередніми керівниками або комунікація згідно з пріоритетами щодо способу отримання інформації (у письмовій чи усній формі);
- ▶ **пристосування графіків роботи**, наприклад часті перерви або виділення додаткового часу на виконання завдань;
- ▶ **пристосування посадових інструкцій**, наприклад поступове повторне ознайомлення із завданнями або спільне виконання роботи чи окремих завдань;
- ▶ **пристосування фізичного середовища**, наприклад надання приватного простору для відпочинку або можливості користуватися холодильником для зберігання ліків.

Наявні докази зі спостережних досліджень вказують на позитивний зв'язок між пристосуваннями на робочому місці, тривалістю зайнятості та покращенням стану психічного здоров'я (67). Найпоширеніші пристосування були пов'язані з комунікацією та графіками роботи. У працівників, яким забезпечено пристосування на робочому місці, стаж роботи, як повідомляється, є на 7–24 місяці довшим, ніж у працівників, яким такі пристосування не були забезпечені (67). В одному дослідженні встановлено, що у працівників, яким забезпечено належні пристосування на робочому місці, психічні розлади є менш імовірними, ніж у працівників, які не користувалися такими пристосуваннями (68). В одному якісному дослідженні було вказано на такий небажаний ефект, як виникнення у працівників думки про те, що на роботі їх надмірно захищають, надто ними опікуються й недостатньо завантажують (69).

Міркування за схемою «від доказів до рішення»

Працівники, які мають психічні розлади і психосоціальну інвалідність, стикаються зі значними перешкодами на шляху стабілізації своєї участі в трудовій діяльності, незважаючи на їхню зацікавленість, готовність і здатність працювати. Пристосування на робочому місці спрямовані на те, щоб забезпечити покращення тих результатів, які **цінують** зацікавлені працівники: збільшення часу перебування на робочому місці (тобто стажу) та покращення психічного здоров'я. Проте стигматизація та побоювання наслідків досі є основними перешкодами, через які працівники не впевнені в тому, що вони можуть спокійно повідомити про стан свого психічного здоров'я, а отже, скористатися доречними пристосуваннями (71).

Потреби в ресурсах залежать від виду запланованого пристосування. В одному давньому національному обстеженні, проведеному в США, більше половини підприємств повідомили, що обійшлися без початкових прямих витрат або витрат на обслуговування впроваджених ними пристосувань. Третина підприємств повідомила, що початкові витрати та витрати на обслуговування в них становлять менше 100 доларів США, а менша частина – що ці витрати перевищують 500 доларів США (72). Конкретних досліджень з аналізом витрат і вигід або **економічної ефективності** виявлено не було. В одному дослідженні було повідомлено про економію витрат на впровадження пристосувань, зокрема в межах програм фінансової допомоги в США економія склала 11,73 доларів США на одну людину – як зазначено, ця цифра на 68% більша, ніж для осіб, яким пристосування не забезпечено (73).

Що стосується **справедливості, рівності та дискримінації в питаннях охорони здоров'я**, забезпечення доречних пристосувань на робочому місці сприяє створенню інклюзивного робочого середовища, розширяючи справедливий доступ до наявних на робочому місці можливостей і ресурсів та, за умови успішної й неупередженої реалізації, може зменшувати стигматизацію. Отже, пристосування на робочому місці можуть зменшити нерівність між працівниками

із порушеннями психічного здоров'я та працівниками без них, зокрема створивши оптимальні умови для участі працівників, які потребують таких пристосувань, у трудовій діяльності.

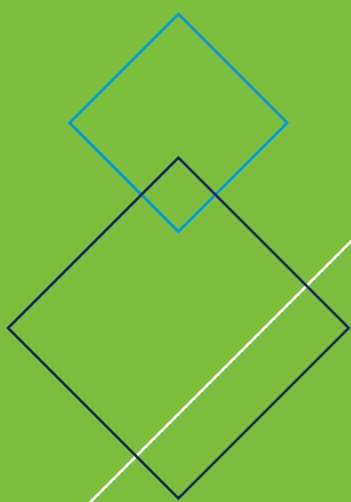
Пристосування не часто впроваджувалися в тому обсязі, якого потребують працівники із психічними розладами. В одному дослідженні лише 30,5% працівників повідомили, що отримали всі потрібні пристосування, тоді як 16,8% узагалі не отримали пристосувань (74). Потенційні проблеми щодо **практичної здійсненності** включають відсутність підтримки роботодавців у імплементації законодавства щодо пристосувань, брак інформації про те, які можливості/заходи передбачені для підтримки працівників, а також переконання в тому, що такі заходи дорого коштують (67). Усі дослідження, включені до звіту, проводилися в країнах із високим рівнем доходу, головним чином у США. До більшості досліджень були включені працівники з тяжкими психічними розладами.

Забезпечення доречних пристосувань на робочому місці відповідає конвенціям із **прав людини** (70), а доречні пристосування повинні відповідати КПОІ та національним законам про інвалідність, рівність або недопущення дискримінації. Отже, працівники із психічними розладами, включно із психосоціальною інвалідністю, у більшості країн мають законне право на доречні пристосування на робочому місці. Відповідними міжнародними трудовими нормами є: Конвенція МОП 1983 року про професійну реабілітацію та зайнятість осіб з інвалідністю (№ 159) (75) та Рекомендація 1983 року щодо професійної реабілітації та зайнятості осіб з інвалідністю (№ 168), яка стосується забезпечення розумних пристосувань (76). Хоча рівень **соціально-культурної прийнятності** для працівників, які бажають одержати підтримку у формі пристосувань, є високим, залишається перешкода для тих працівників, які бояться повідомляти на роботі про стан свого психічного здоров'я. Отже, працівники, які не можуть розкрити цю інформацію, не користуються доступом до пристосувань, через що, у свою чергу, в них скорочується стаж роботи (71).

Зусилля зі зменшення стигматизації на робочому місці через стан психічного здоров'я та активного просування відповідного законодавства про рівність і недопущення дискримінації можуть сприяти тому, щоб люди, які отримали б користь від повідомлення про своє психічне здоров'я, відчували в цьому підтримку.

ГРКП надала наполегливу рекомендацію на користь пристосувань на робочому місці для осіб із психічними розладами і психосоціальною інвалідністю. Наявні – хоча й обмежені – докази дали підставу вважати, що потенційні вигоди для трудового стажу і стану психічного здоров'я переважають імовірну шкоду. Захист від шкоди, спричиненої стигматизацією, вимагає захисту людей шляхом ухвалення законів про рівність і недопущення дискримінації. На це рішення істотно вплинула КПОІ (70), яка закликає забезпечити особам з інвалідністю доречне пристосування на робочому місці. Такі інструменти, впровадження яких залежить від національної політики, зокрема політики на робочому місці, вже існують і можуть забезпечити участь осіб з інвалідністю нарівні з іншими, а також реалізацію їхнього права брати участь у житті суспільства, зокрема в економічній діяльності. Враховуючи, що, за оцінками, 15% дорослого населення працездатного віку має психічні розлади, ця рекомендація може справити вплив на багатьох людей.

Рекомендації щодо підготовки керівників



РЕКОМЕНДАЦІЯ

4

Підготовка керівників із питань психічного здоров'я

Слід проводити підготовку керівників для підтримки психічного здоров'я працівників із метою підвищення обізнаності керівників та покращення їхнього ставлення і поведінки у сфері психічного здоров'я та сприяння активному зверненню працівників по допомогу.

Наполеглива рекомендація, докази з помірним ступенем достовірності

Основні зауваження:

- ▶ Мета підготовки керівників із питань психічного здоров'я полягає в тому, щоб дозволити керівникам виявляти працівників, які потребують підтримки через психічні розлади, і реагувати на їхні потреби, сформувати у керівників впевненість у здатності розпізнавати психічні розлади у працівників, взаємодіяти з такими працівниками та надання їм підтримку, а також для коригування стресогенних факторів в умовах праці. Така підготовка, однак, не розрахована на те, щоб керівники стали спеціалістами з охорони психічного здоров'я. Керівники не можуть і не повинні діагностувати чи лікувати психічні розлади після такої підготовки.

Зауваження щодо реалізації:

- ▶ Керівники – це, зокрема, особи, які виконують функції безпосереднього нагляду і здійснюють контроль за роботою одного чи кількох працівників та управляють ними. Серед керівників можуть бути адміністративні керівники або керівники, які є технічними спеціалістами у відповідній сфері.
- ▶ Перш ніж проводити підготовку керівників, слід приділити належну увагу забезпеченню наявності доказової бази (а також якості та ефективності) підготовки.
- ▶ Разом із проведенням підготовки слід оцінювати ступінь засвоєння вивченого матеріалу – міру, якою слухачі після підготовки змогли застосувати отримані знання й навички на робочому місці (тобто ступінь компетентності).
- ▶ Підготовку бажано проводити у звичайний оплачуваний робочий час. Можливо, підготовку необхідно буде періодично повторювати; водночас є потреба в подальшому дослідженні щодо її тривалості з метою визначити ідеальну періодичність повторної підготовки.
- ▶ Необхідною умовою є прихильність вищого керівництва, що дозволить заохотити інших керівників до проходження підготовки та підкріплювати результати підготовки з урахуванням культурної специфіки.
- ▶ Підготовка керівників із питань психічного здоров'я може проводитися в різних форматах: в очному режимі, електронними засобами чи змішаними методами.
- ▶ Підготовка керівників із питань психічного здоров'я може проводитися як компонент навчання без відриву від роботи або в межах відповідних навчальних програм для підготовки потенційних керівників (або інших форм підготовки перед призначенням на посаду).

Доказова база та обґрунтування

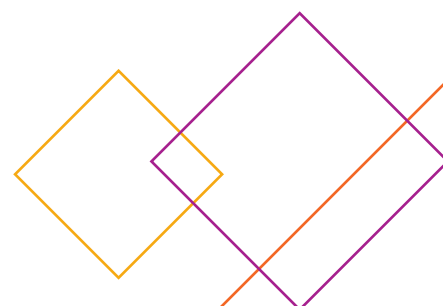
Ключове запитання 4 було спрямоване на з'ясування того, чи має підготовка керівників позитивний вплив на результати для самих керівників і для працівників (Додаток 3). У процесі підготовки огляду було визначено дві широкі категорії підготовки керівників: 1) **підготовка керівників із питань психічного здоров'я**, що складається з таких компонентів, як знання у сфері психічного здоров'я та психосоціальних ризиків (наприклад, стресогенних факторів на роботі), завчасне виявлення емоційного стресу і реагування на нього, вжиття відповідних заходів реагування на стрес (включно зі спрямуванням до інших джерел підтримки), навички спілкування й активного слухання; 2) **підготовка, орієнтована на лідерство**, що є формою навчання з питань управління людськими ресурсами, спрямованого на покращення взаємодії між керівником і працівником, а також на зміцнення спроможності керівників щодо створення робочого середовища та організації праці з належним урахуванням фактора здоров'я і добробуту. Докази щодо підготовки керівників із питань психічного здоров'я в порівнянні з контрольною групою, де підготовки не було або на неї існував список очікування, були отримані з одного метааналізу (77), який актуалізували для цілей цих керівних принципів. Докази щодо підготовки, орієнтованої на лідерство, у порівнянні з контрольною групою, де підготовки не було або на неї існував список очікування, були отримані з Кокрейновського огляду (78) (веб-додаток).

Що стосується **підготовки керівників із питань психічного здоров'я**, докази з помірним ступенем достовірності свідчать про значний позитивний вплив на знання керівників у сфері психічного здоров'я. За доказами з дуже низьким ступенем достовірності було відзначено сильний вплив на навички/дії керівників щодо підтримки працівників. Докази з високим ступенем до-

стовірності вказали на малий позитивний вплив на присутність стигматизації у ставленні керівників до стану психічного здоров'я. Докази з високим ступенем достовірності продемонстрували також дуже малий вплив на повідомлені опитаними підлеглими результати щодо психічного здоров'я на користь цього заходу. Докази з низьким ступенем достовірності, взяті з одного дослідження, засвідчили істотні позитивні наслідки підготовки керівників із питань психічного здоров'я для подальших дій працівників щодо звернення по допомогу (79). Що ж стосується результатів, пов'язаних із роботою, докази з низьким ступенем достовірності з одного дослідження вказали на вкрай незначне зменшення у працівників думок про нестабільність зайнятості, а ще у двох дослідженнях було встановлено, що жодного впливу на ефективність роботи працівників зафіксовано не було.

Щодо **підготовки, орієнтованої на лідерство**, було виявлено тільки результати, пов'язані з роботою. Докази з дуже низьким ступенем достовірності, отримані з окремих досліджень, показали малий позитивний вплив на організаційну прихильність працівників, їхню мотивацію до роботи та залученість у процеси; проте частіше (у трьох із п'яти досліджень) цей вплив не був статистично значущим. Не було помічено жодних наслідків для задоволеності працівників роботою, намірів звільнитися, ефективності колективної роботи або ефективності поєднання трудового та особистого життя (тобто розподілу часу між роботою та приватним життям).

У цілому не було виявлено жодних результатів за такими аспектами, як негативні наслідки, зміна стилю керівництва, добре психічне здоров'я, якість життя, вживання психоактивних речовин або суїцидальна поведінка. Не було отримано прямих доказів шкоди від проведення підготовки керівників.



Міркування за схемою «від доказів до рішення»

І керівники, і працівники **цінують** результати, на досягнення яких спрямована підготовка керівників із питань психічного здоров'я, і менше стурбовані з приводу цього заходу, ніж щодо інших видів заходів. Керівники називають пріоритетом отримання подальшої інформації про психічне здоров'я і про способи підтримки їхніх працівників за допомогою навчання (веб-додаток: Обстеження щодо цінностей та пріоритетів). Проте деякі керівники невпевнені, чи входять такі підготовка і дії з підтримки працівників до кола їхніх посадових обов'язків, можливо, через необізнаність щодо сутності цієї підготовки й щодо механізмів, за допомогою яких стресогенні фактори на роботі (психосоціальні ризики) можуть справляти вплив на працівників.

У керівників фіксуються різні пріоритети щодо способу проходження такої підготовки (індивідуальне навчання, навчання в групах, електронна форма, очна форма чи змішаний підхід). Пропонується дуже різна тривалість підготовки, від 2,25 години до 14 годин, за одне заняття або впродовж періоду тривалістю до 10 тижнів (77). Різняться також вартість ліцензії на комплекти навчальних матеріалів або розмір комісійних за них. Формат підготовки варіюється від дидактичного освітнього навчання до практичного навчання на основі навичок. Така різноманітність впливає на **потреби у ресурсах**. **Економічна ефективність** у жодному огляді безпосередньо не вивчалася.

Що стосується **справедливості, рівності та дискримінації в питаннях охорони здоров'я**, не було виявлено жодного аналітичного дослідження, в якому б розглядалися відмінності у вигодах між підгрупами керівників або їхніх працівників залежно від соціально-демографічних характеристик (як-от ґендер або раса).

Підготовка керівників у інтересах покращення стану здоров'я працівників може включати навчання з питань рівності та різноманітності (80), а також навчання з прав людини у контексті психічних розладів. Проте в жодному з досліджень, включених до оглядів, ці елементи не розглядалися. Усі виявлені дослідження в межах оглядів проводилися у країнах із високим рівнем доходу, зазвичай у середніх і великих організаціях.

Було зазначено, що **практична реалізація** заходів може бути проблематичною на менших підприємствах, яким може бракувати ресурсів для участі в такій підготовці без ретельнішого вивчення і зменшення перешкод (81). У цій ситуації керівники багатьох малих підприємств могли б об'єднати ресурси для участі в такій підготовці – наприклад, через служби здоров'я на роботі, що діють для груп підприємств. Таку підготовку можна проводити як компонент підготовки перед призначенням на посаду або навчання без відриву від роботи, зокрема за програмами навчання у сфері управління. Підготовка, яка покращує ставлення керівників до питання психічного здоров'я та їхні знання в цій сфері, може збільшити масштаби участі в інших напрямках заходів, які проводяться для працівників, завдяки зменшенню занепокоєності щодо стигматизації чи переслідування (веб-додаток: Огляд щодо реалізації). Імовірно, сталість результатів підготовки вимагає, щоб вище керівництво підтримувало зміни в поведінці керівників, які є наслідком їхньої підготовки (веб-додаток: Огляд щодо реалізації). Додаткові докази засвідчили, що результати одноразової підготовки керівників, як видається, зменшуються за 6 місяців, отже, для збереження цих результатів може знадобитися повторна підготовка – як мінімум двічі на рік (82).

Позитивний вплив підготовки керівників із питань психічного здоров'я на їхнє ставлення (зменшення стигматизації) та підвищення рівня навичок або покращення поведінки (недопущення дискримінації) узгоджується із загальними **принципами прав людини** і полегшив би реалізацію статті 27 КПОІ. Включення до програми підготовки теми прав людини разом із зусиллями зі зменшення дискримінації шляхом підвищення рівня знань, покращення ставлення та вдосконалення навичок і поведінки може зміцнити знання керівників про **принципи прав людини** в застосуванні до психічного здоров'я, хоча в заходах, які були вивчені через наявні докази, це питання безпосередньо не висвітлювалося. Що стосується **соціально-культурної прийнятності**, є непрямі докази того, що заходи із захисту психічного здоров'я можна адаптувати до різних культур, причому існують методики, згідно з якими слід забезпечити таку культурну адаптацію. Ці методики можуть виявитися доречними для потенційної адаптації підготовки керівників там, де можливість відкритого особистого обговорення в робочих умовах обмежена (83).

ГРКП дійшла висновку про те, що тут є виправданою на-полеглива рекомендація щодо підготовки керівників із питань психічного здоров'я. Загальна достовірність доказів вважалася помірною, а позитивні наслідки з точки зору знань, ставлення, навичок/поведінки та налаштованості працівників на звернення по допомогу переважали можливу шкоду. Щодо підготовки, орієнтованої на лідерство, на цей час рекомендація не надається, тому що немає бажаного впливу на результати, пов'язані зі здоров'ям, і виявлено неоднозначний вплив на результати, пов'язані з роботою. ГРКП дійшла висновку про те, що підготовка, орієнтована на лідерство, розрахована на вироблення кращих навичок лідерства в управлінні та покращенні умов праці й визначає організаційну культуру. Проте необхідно провести набагато ширші дослідження, зокрема щодо впливу такої підготовки на результати, пов'язані із психічним здоров'ям працівників.



Підготовка керівників працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб

Слід проводити підготовку керівників для підтримки психічного здоров'я працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб із метою підвищення рівня знань керівників і покращення їхнього ставлення та поведінки у сфері психічного здоров'я.

Наполеглива рекомендація, докази з помірним ступенем достовірності

Основні зауваження:

- ▶ Рекомендація 4 та основні зауваження до неї щодо підготовки керівників є актуальними для керівників працівників із груп ризику. Проте, на відміну від Рекомендації 4, доказів впливу підготовки керівників на звернення працівників по допомогу немає.

Зауваження щодо реалізації:

- ▶ Усі загальні зауваження щодо реалізації, наведені вище для Рекомендації 4, є доречними й для Рекомендації 5.
- ▶ Негнучка реалізація в очному форматі може бути проблематичною для цього контингенту працівників, які за характером своєї роботи є по суті змінними працівниками, а їхні клієнти можуть бути розкидані по різних місцях і перебувати не там, де їхні безпосередні керівники. Практично можливим підходом до проведення такої підготовки може бути гнучкий метод зі стислим викладенням матеріалу або з використанням електронних засобів.
- ▶ У цих умовах праці потрібні випереджальні підходи для максимального зменшення стигматизації та підвищення рівня знань у сфері психічного здоров'я.
- ▶ Фінансування або персональне охоплення цього контингенту, можливо, необхідно буде координувати, щоб забезпечити можливість проходження програм упродовж робочого дня. Підготовку можна також проводити в межах професійної підготовки до прийняття на роботу або відповідного навчання/освіти, неперервної професійної підготовки без відриву від роботи або підготовки перед призначенням на посаду. Підготовку слід адаптувати з урахуванням контексту різних галузей.

Доказова база та обґрунтування

Метою ключового запитання 5 було встановити, чи справляє підготовка керівників у вибраних сферах ризику позитивний вплив на результати для керівників і працівників (Додаток 3). Докази щодо **підготовки керівників із питань психічного здоров'я**¹⁵ у сферах ризику в порівнянні з контрольною групою, де підготовки не було або існував список очікування, а також щодо двох інших видів підготовки керівників із питань психічного здоров'я – **ознайомчої підготовки керівників із питань психічного здоров'я**¹⁶ в порівнянні з **підготовкою керівників під керівництвом колег** (наприклад, підвищення обізнаності щодо пережитих психічних розладів, яке проводять особи, що мали у своєму житті такі розлади) – були отримані з одного метааналізу (77), який було актуалізовано для цілей цих керівних принципів. Докази щодо **підготовки, орієнтованої на лідерство**, у порівнянні з контрольною групою, де підготовки не було або існував список очікування, були отримані з двох систематичних оглядів (78, 84) (веб-додаток).

Щодо **підготовки керівників із питань психічного здоров'я** було виявлено (з доказів із низьким ступенем достовірності) помірний позитивний вплив на рівень знань керівників про психічне здоров'я. У результаті цього навчання підвищився рівень навичок керівників із підтримки працівників, які зазнають ризику, і покращилася їхня поведінка в цьому плані (незначний вплив, помірний ступінь достовірності доказів), як і їхнє стигматизуюче ставлення до питань психічного здоров'я (помірний вплив, високий ступінь достовірності доказів). Незначний вплив, виявлений на основі доказів із помірним ступенем достовірності в одному дослідженні (85), показав, що підготовка керівників усе ж сприяла зменшенню тривалості відсутності, пов'язаної з роботою (а не відсутності з інших причин) серед працівників груп ризику (за результатами спостереження, проведеного через 6 місяців).

Водночас виявлено мало доказів із дуже низьким ступенем достовірності для того, щоб припускати якусь перевагу **ознайомчої підготовки керівників із питань психічного здоров'я над підготовкою керівників під керівництвом колег** в плані впливу на рівень знань про психічне здоров'я або ставлення, яке має характер стигматизації (тобто обидва види підготовки були рівною мірою корисними для цих результатів). Щодо **підготовки, орієнтованої на лідерство**, докази з дуже низьким ступенем достовірності з окремих досліджень вказали на неоднозначний вплив на симптоми психічних розладів у працівників груп ризику, при цьому в одному дослідженні виявлено незначний вплив на користь підготовки, а в іншому – відсутність будь-якого впливу. Що стосується результатів роботи, докази з низьким ступенем достовірності вказали на незначний позитивний вплив на задоволеність роботою чи плинність кадрів.

У цілому не було виявлено жодних результатів за такими аспектами, як негативні наслідки, звернення працівників груп ризику по допомогу, зміна стилю керівництва, добре психічне здоров'я, якість життя, вживання психоактивних речовин або суїцидальна поведінка. Не було отримано прямих доказів шкоди від проведення підготовки керівників у галузях ризику.

15 Компоненти підготовки керівників із питань психічного здоров'я та підготовки, орієнтованої на лідерство, описані в матеріалі щодо Рекомендації 4.

16 Ознайомча підготовка керівників із питань психічного здоров'я включала спеціалізоване навчання, яке проводили підготовлені методисти, зосереджуючись на інформуванні про ознаки та симптоми порушень психічного здоров'я, а також на способах надання підтримки людині, яка зазнає труднощів зі своїм психічним здоров'ям.

Міркування за схемою «від доказів до рішення»

Міркування за схемою «від доказів до рішення» здебільшого схожі на міркування щодо Рекомендації 4. Нижче наведені міркування були визначені як актуальні для цієї сфери ризику, зокрема для працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб і для тих, хто ними керує. Підготовка керівників вважалася особливо доречною для вибраних сфер ризику, для яких характерна діяльність із потужною орієнтацією на колективну працю і в яких трудовий стаж зазвичай залежить від технічної спеціальності, а не від управлінських навичок.

І керівники, і працівники **цінують** результати, на досягнення яких спрямована підготовка керівників із питань психічного здоров'я, при цьому керівники вважають пріоритетом отримання подальшої інформації про психічне здоров'я і про способи підтримання їхніх працівників за допомогою навчання. Працівники груп ризику висловлювали лише мінімальне занепокоєння щодо цього виду заходів. **Вимоги щодо ресурсів** аналогічні вимогам за Рекомендацією 4 стосовно підготовки керівників із питань психічного здоров'я (77), а позитивні результати, що зберігаються з часом (при цьому подальше спостереження через 2–6 місяців демонструє значний вплив), можуть указувати на необхідність повторної підготовки щонайменше двічі на рік (86). Питання **економічної ефективності** не вивчалось безпосередньо в жодному огляді, проте одне дослідження, де вивчався вплив підготовки керівників із питань психічного здоров'я в екстрених службах, продемонструвало, що рентабельність інвестицій становить 9,98 ф. ст. на кожний 1 ф. ст., витрачений на підготовку (85).

Що стосується **справедливості, рівності та дискримінації в питаннях охорони здоров'я**, не було виявлено жодного аналітичного дослідження у сфері охорони здоров'я, гуманітарної діяльності та екстреного реагування, в якому б розглядалися відмінності у вигодах між соціально-демографічними підгрупами, наприклад за ознакою ґендера чи раси. Це – помітна прогалина для цих галузей, де переважає практика «працюють жінки, керують чоловіки» (87). Усі виявлені дослідження, включені до оглядів, проводилися в країнах із високим рівнем доходу та охо-

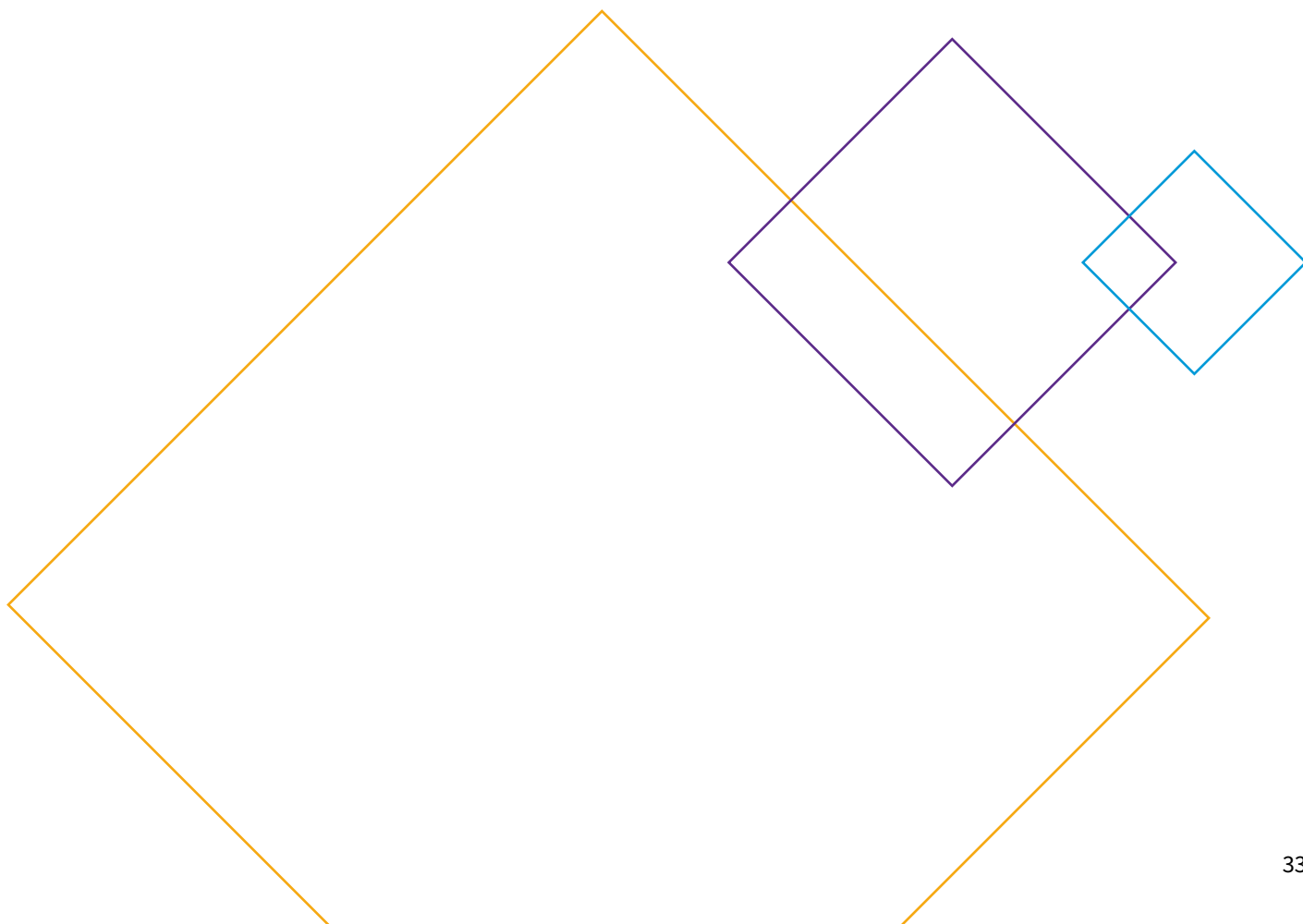
плювали тих працівників охорони здоров'я чи екстрених служб, які здебільшого контактували з клієнтами. Досліджень, які б охоплювали гуманітарний сектор, виявлено не було. Є ширший масив якісних доказів, які свідчать про те, що працівники гуманітарних організацій висловлюють бажання мати ефективніше керівництво і краще спілкування як шлях до кращого психічного здоров'я (65).

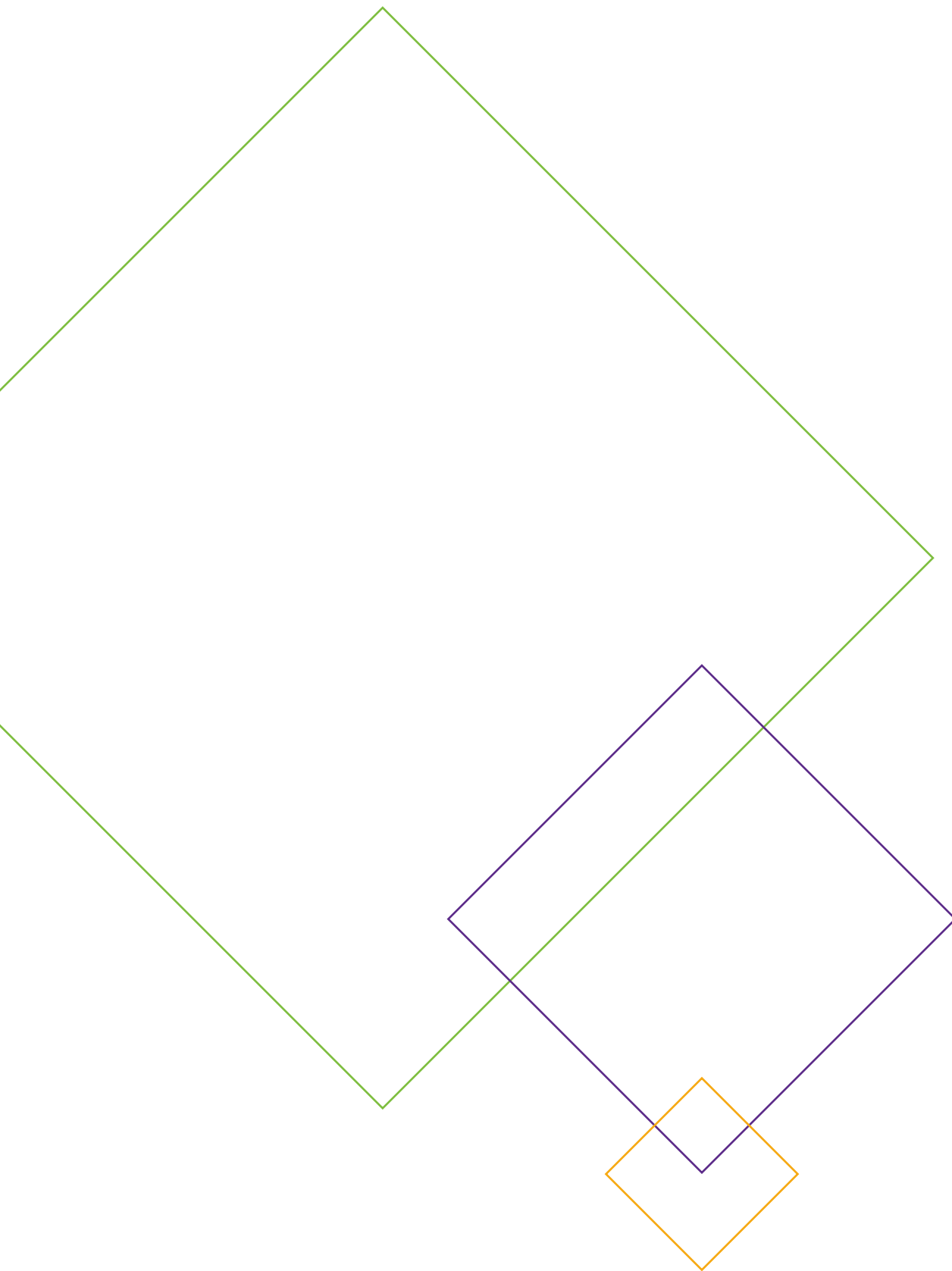
Практична можливість підготовки керівників із питань психічного здоров'я у професіях, для яких характерні тривалий робочий час і робота змінами, є проблемою, особливо в перевантажених системах охорони здоров'я або в країнах, де відбуваються надзвичайні ситуації гуманітарного характеру. Для сприяння практичній здійсненності підготовки керівників актуальними будуть такі фактори, як стислість і доступність. Якщо підготовка інтегрована в іншу обов'язкову підготовку працівників груп ризику, вона може сприяти вищому рівню їхньої участі порівняно з низьким рівнем участі в добровільній підготовці, як видно на прикладі співробітників поліції (веб-додаток: Огляд щодо реалізації). Проте керівники, які проходять підготовку, можуть забезпечити подальший позитивний вплив, зокрема підвищивши ймовірність того, що їхні працівники отримають іншу підтримку щодо психічного здоров'я, особливо в тих сферах і робочих середовищах, де є серйозні проблеми з конфіденційністю та стигматизацією (веб-додаток: Огляд щодо реалізації). Інший можливий варіант для цих галузей – включити підготовку керівників із питань психічного здоров'я у підготовку перед прийняттям на роботу (тобто в період професійної підготовки в межах здобуття професійної освіти) чи перед призначенням на посаду або до неперервного навчання без відриву від роботи, хоча це питання як таке в оглядах не вивчалось (84).

Бажані результати підготовки керівників із питань психічного здоров'я узгоджуються із загальними **принципами прав людини**. Що стосується **соціально-культурної прийнятності**, культура мачизму або культура, в якій нормою є патріархат, можуть впливати на ймовірність впровадження і схвалення такої підготовки, що підкреслює необхідність її існування разом із зусиллями з покращення репрезентативної політики лідерства.

ГРКП надала наполегливу рекомендацію щодо підготовки керівників із питань психічного здоров'я у вибраних сферах ризику, виходячи з вищевикладених міркувань і враховуючи наполегливу рекомендацію щодо підготовки керівників у цілому. Загальна достовірність доказів вважалася помірною, а позитивні наслідки з точки зору знань, ставлення, навичок/поведінки та налаштованості працівників на звернення по допомогу переважали

можливу шкоду. Оскільки докази подальшого впливу на результати, пов'язані із психічним здоров'ям працівників і роботою, були неоднозначними або не було даних про інші ключові результати (наприклад, звернення по допомогу), ці результати не включено до цієї рекомендації. Як і в Рекомендації 4 щодо підготовки керівників із питань психічного здоров'я, ГРКП визнала недоліки доказів для підготовки, орієнтованої на лідерство.







Рекомендації щодо підготовки працівників



Підготовка працівників із метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я

Підготовка працівників із метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я може проводитися для покращення знань та уявлень тих, хто навчається, щодо психічного здоров'я на робочому місці, зокрема щодо ставлення, яке має характер стигматизації.

Умовна рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

Основні зауваження:

- ▶ Підготовка працівників із метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я покликана покращити знання щодо психічного здоров'я, зменшити у цих працівників ставлення, яке має характер стигматизації, і дати їм можливість належним чином підтримувати себе чи колег (наприклад, шляхом виявлення ознак емоційного стресу та вжиття відповідних заходів, як-от звернення по допомогу до формальних чи неформальних джерел або сприяння в її отриманні). Мета цієї підготовки не полягає в тому, щоб працівники стали спеціалістами із захисту психічного здоров'я або діагностували чи лікували психічні розлади. Наявні обмежені докази свідчать про те, що така підготовка може не впливати на ймовірність надання допомоги іншим (за власною оцінкою працівників); для вивчення цього питання потрібні ширші якісні дослідження. Доказів того, чи є така підготовка корисною для результатів колег, немає.

Загальні зауваження щодо реалізації заходів стосовно підготовки працівників із метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я:

- ▶ Цільова аудиторія керівних принципів повинна знати, що, перш ніж проводити підготовку працівників із метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я, необхідно перевірити таку підготовку на предмет наявності доказової бази (зокрема щодо якості та ефективності).
- ▶ Разом із проведенням підготовки слід оцінювати ступінь засвоєння вивченого матеріалу – тобто міру, якою слухачі змогли застосувати отримані знання й навички на робочому місці (тобто ступінь компетентності).
- ▶ Підготовку бажано проводити у звичайний оплачуваний робочий час.
- ▶ Необхідною умовою є прихильність вищого керівництва, що дозволить заохотити працівників до використання результатів підготовки та збереження цих результатів з урахуванням культурної специфіки.
- ▶ Така підготовка є корисною для самих працівників і повинна проводитися з урахуванням цієї мети. Ще немає істотних доказів, які б засвідчили, що таку підготовку слід проводити для того, щоб призначати працівників неформальними помічниками їхніх колег. Якщо планується готувати працівників для того, щоб вони здійснювали початкові заходи реагування на стрес у своїх колег, бажано, щоб їм забезпечувався нагляд або підтримка щодо психічного здоров'я для контролювання стосунків із колегами, визначення потреб і каналів переспрямування, питань конфіденційності та впливу на їхнє власне психічне здоров'я.
- ▶ Підготовку можна періодично повторювати. Проте періодичність її повторення залежить від підсумків глибшого дослідження щодо тривалості результатів.
- ▶ Підготовка також може включати надання інформації адміністративного характеру, з якої працівники дізнаватимуться, де в їхньому робочому середовищі або в місцевій спільноті вони можуть знайти відповідні ресурси й нормативні акти.
- ▶ Така підготовка може бути корисною в умовах, де стимули до надання психічному здоров'ю більшого значення, ніж питанням фізичного здоров'я та безпеки на робочому місці, зменшені. Проте роз'яснювальну роботу щодо психічного здоров'я слід проводити лише за наявності можливостей надання працівникам підтримки в переспрямуванні до відповідних служб охорони психічного здоров'я.

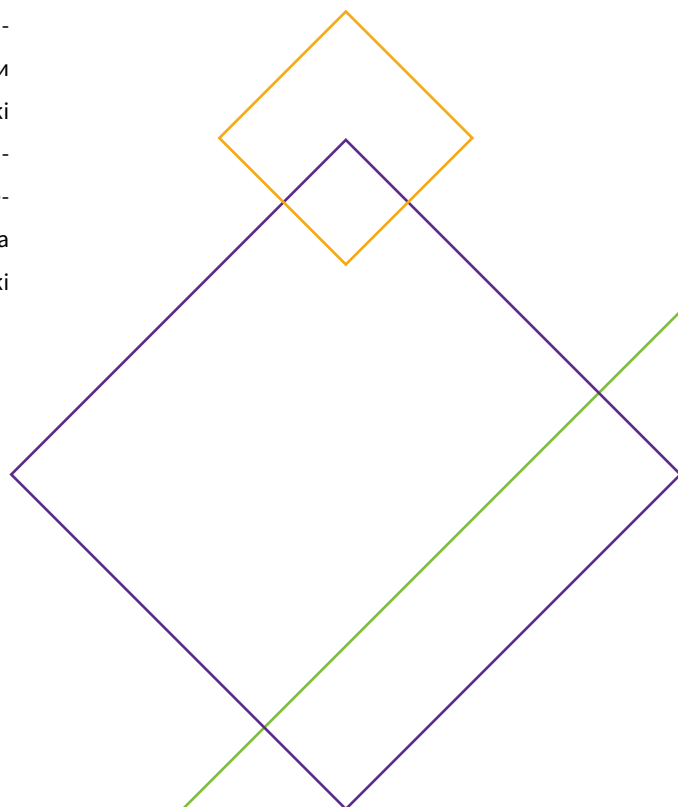
Доказова база та обґрунтування

Ключове запитання 6 було спрямовано на з'ясування того, чи справляє підготовка працівників сприятливий вплив на результати для тих, хто проходить підготовку, і для їхніх колег (Додаток 3). Така підготовка розрахована на те, щоб підвищити рівень освіченості працівників із питань психічного здоров'я (знання й обізнаність) та їхнє ставлення (наприклад, протидію стигматизації). Вона охоплює завчасне виявлення емоційного стресу в особи, яка проходить підготовку, та/або в її колег і відповідне реагування на нього, а також методи надання початкової підтримки за допомогою відповідних дій, зокрема інформування про переспрямування. За результатами одного систематичного огляду було виявлено докази для порівняння підготовки працівників із питань психічного здоров'я з контрольною групою списку очікування (88) (веб-додаток).

Для працівників, які проходили підготовку, докази з низьким ступенем достовірності засвідчили наявність малого або помірного сприятливого впливу знання працівників у сфері психічного здоров'я. Докази з дуже низьким ступенем достовірності продемонстрували наявність невеликого впливу підготовки на зменшення стигматизації питання психічного здоров'я. Проте докази з низьким ступенем достовірності засвідчили, що підготовка з метою сприяння освіченості та обізнаності щодо психічного здоров'я не змінила (за оцінками самих працівників) рівень надання працівниками, які проходили підготовку, допомоги іншим. В окремих дослідженнях були присутні докази з дуже низьким ступенем достовірності, що вказували на різний (нульовий та позитивний) вплив на психічне здоров'я працівників, які пройшли підготовку.

Не було виявлено жодних результатів за такими аспектами, як негативні наслідки, зміна поведінки щодо звернення по допомогу в колег, яким надавав підтримку працівник, що пройшов підготовку, добре психічне здоров'я, якість життя, вживання психоактивних речовин, суїцидальна поведінка або результати, пов'язані з роботою. Не було отримано прямих доказів шкоди від підготовки працівників із метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я.

Додаткові докази, не придатні для застосування методу GRADE, засвідчили, що така підготовка – яку часто називають «навчанням воратарів» – описана в опублікованих і неопублікованих дослідженнях щодо запобігання самогубствам на підприємствах (89). Декілька досліджень щодо такої підготовки в цілях запобігання самогубствам на роботі показали наявність сприятливого впливу на знання, стигматизацію та активність щодо звернення по допомогу.



Міркування за схемою «від доказів до рішення»

Працівники високо цінують результати, на досягнення яких спрямована підготовка працівників із питань психічного здоров'я. Такі заходи популярні в робочому середовищі, особливо завдяки тому, що в них ставиться сильний наголос на зменшенні стигматизації на підставі психічного здоров'я. Водночас значну цінність становить «зміна поведінки колеги щодо звернення по допомогу» – результат, якого наявні докази не продемонстрували.

Вимоги щодо ресурсів можуть варіюватися залежно від форми проведення підготовки (групова, електронними засобами, очна) та її тривалості; зокрема, в огляді доказів зазначається тривалість від 1 години до 2 днів. На потребу в ресурсах впливає також вартість ліцензії на наявні програми: деякі з них є відносно недорогими, а деякі можуть вимагати значного часу і великих коштів, якщо вони проводяться для всього трудового колективу. **Економічна ефективність** у жодному огляді безпосередньо не вивчалася, проте описові докази з публікації Hanisch et al. (88) засвідчили, що в одному дослідженні проведене навчання з питань протидії стигматизації розцінювалося як економічно ефективне.

Що стосується **справедливості, рівності та дискримінації в питаннях охорони здоров'я**, усі виявлені дослідження в межах оглядів проводилися у країнах із високим рівнем доходу, зазвичай у середніх і великих організаціях. Не було виявлено жодного аналітичного дослідження, в якому б розглядалися відмінності у вигодах між підгрупами працівників залежно від соціально-демографічних характеристик (як-от ґендер або раса). Проте є докази того, що таку підготовку можна було б адаптувати для КСНД і неангломовних/неєвропейських культур (92), а також ознаки того, що вона може бути бажаною для організованого неформального сектора (веб-додаток).

Що стосується **практичної здійсненності**, меншим підприємствам може бракувати ресурсів для участі в такій підготовці, тому для її проведення корисно було б скористатися послугами служб здоров'я на роботі, що діють для груп підприємств. Додаткові докази продемонстрували неоднозначний довгостроковий вплив підготовки через 12 місяців, при цьому в усіх дослідженнях подальше спостереження проводилося через 6 місяців.

Здатність підготовки з метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я зменшувати стигматизацію осіб із психічними розладами відповідає загальним **принципам прав людини**. Що стосується **соціально-культурної прийнятності**, з'являється занепокоєння з приводу того, чи розуміють особи, які проходять підготовку, свою роль після неї, і того, чи надають їм формальну чи неформальну наглядову підтримку (тобто йдеться про осіб, яких потім призначають неформальними надавачами підтримки колегам на підприємствах). Підготовлені працівники, які можуть надто розширювати свою роль, можуть не мати необхідних навичок для регулювання ситуацій, в які вони потрапляють, без підтримувального (неуправлінського) нагляду для вирішення проблем, наприклад із боку спеціаліста з охорони психічного здоров'я. Це контрастує з підготовкою керівників, де керівники мають прямі владні повноваження, за яких працівники належать до сфери їхньої відповідальності.

ГРКП надала умовну рекомендацію щодо підготовки працівників із питань психічного здоров'я. Загальна достовірність доказів вважалася дуже низькою, а позитивні наслідки з точки зору знань і ставлення до підтримки психічного здоров'я переважали можливу шкоду. Слід узяти до уваги, що вплив на «надання допомоги іншим», можливо, не був відображений через обмеження періоду подальшого спостереження. Додаткові докази, наведені в публікації Morgan et al. (90), свідчать про помірні покращення у впевненості осіб, які пройшли підготовку, або їхньому намірі в перспективі підтримувати колегу, проте сама лише впевненість не може трансформуватися у поведінку (хоча і є її показником) (91). Наразі така підготовка є доречною для поглиблення знань щодо стигматизації та покращення ставлення, що має характер стигматизації, на робочому місці – перешкоди, яку необхідно подолати для успішної реалізації інших заходів втручання із захисту психічного здоров'я на робочому місці. ГРКП зазначила, що потрібні додаткові докази для вивчення питання про ефективність цієї підготовки щодо інших результатів, як-от вплив на звернення по допомогу.



Підготовка працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб із метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я

Підготовка працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб із метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я може проводитися для покращення знань та уявлень тих, хто навчається, про психічне здоров'я на робочому місці, зокрема щодо ставлення, яке має характер стигматизації.

Умовна рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

Основні зауваження:

- ▶ Підготовка працівників груп ризику для підвищення їхньої освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я покликана зменшити стигматизацію у цих працівників і дати їм можливість належним чином підтримувати себе чи колег (шляхом виявлення ознак емоційного стресу та вжиття відповідних заходів, як-от звернення по допомогу до формальних чи неформальних джерел або сприяння в її отриманні). Мета цієї підготовки не полягає в тому, щоб працівники стали спеціалістами із захисту психічного здоров'я або діагностували чи лікували психічні розлади. Наявні обмежені докази свідчать про те, що така підготовка сприяє позитивному ставленню до звернення по допомогу, але (за власною оцінкою працівників) може не впливати на реальні кроки з такого звернення по допомогу для себе або з надання допомоги іншим; для вивчення цього питання потрібні ширші якісні дослідження.
- ▶ Підготовка працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб щодо знань, ставлення і навичок у сфері психічного здоров'я може бути корисною для їхньої повсякденної роботи безпосередньо з клієнтами, оскільки знання, отримані під час цієї підготовки, можна передавати особам, які перебувають у стані стресу.

Зауваження щодо реалізації:

- ▶ Усі загальні зауваження щодо реалізації, наведені вище для Рекомендації 6, є доречними й для Рекомендації 7.
- ▶ Підготовку можна проводити в межах підготовки до прийняття на роботу, підготовки/навчання без відриву від роботи, підготовки перед призначенням на посаду або після цього.

Доказова база та обґрунтування

Ключове запитання 7 мало на меті з'ясувати, чи справляє підготовка працівників груп ризику сприятливий вплив на результати (Додаток 3). Не було знайдено систематичних оглядів, де б вивчався вплив цих заходів на здоров'я цивільного населення, знання, ставлення і навички/поведінку працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб, які б покращили їхнє власне психічне здоров'я або психічне здоров'я їхніх колег. Шляхом систематичного пошуку було знайдено два РКД, де оцінювалися ці результати, що дозволило отримати докази для порівняння **контактної освіти на робочому місці**¹⁷ з підготовкою з метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я (93) і **підготовки на робочому місці з метою сприяння обізнаності у сфері психічного здоров'я**¹⁸ зі звичайною підготовкою (94) (веб-додаток).

Що стосується **контактної освіти на робочому місці** в порівнянні з **підготовкою з метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я**, докази з дуже низьким ступенем достовірності засвідчили, що ці заходи є схожими з точки зору їхнього невеликого позитивного впливу на покращення знань у сфері психічного здоров'я. Так само незначним був сприятливий вплив цих заходів на ставлення, що має характер стигматизації за ознакою психічного здоров'я, за результатами подальшого спостереження як через 3, так і через 6 місяців, і хоча ці заходи були порівнянними, контактна освіта на робочому місці мала трохи кращий вплив на вищезгадане ставлення за підсумками подальшого спостереження через 6 місяців. Впливу жодного з цих підходів на навички/поведінку щодо надання допомоги іншим зафіксовано не було (дуже низький ступінь достовірності доказів).

Що стосується **підготовки на робочому місці з метою сприяння обізнаності у сфері психічного здоров'я** в порівнянні зі **звичайною підготовкою**, докази з низьким ступенем достовірності продемонстрували невеликий корисний вплив підготовки на робочому місці з метою сприяння обізнаності у сфері психічного здоров'я на ставлення слухачів до звернення по допомогу для самих себе. Під час подальшого спостереження через 3 роки цей ефект уже не спостерігався. Впливу на реальну поведінку осіб, які пройшли підготовку, щодо звернення по допомогу, зафіксовано не було (дуже низький ступінь достовірності доказів). Крім цього, докази з дуже низьким ступенем достовірності засвідчили відсутність впливу на зменшення симптомів психічних розладів у осіб, які пройшли підготовку, під час подальшого спостереження як через 6 місяців, так і через 3 роки.

У цілому не було виявлено жодних результатів за такими аспектами, як негативні наслідки, зміна поведінки колег щодо звернення по допомогу, добре психічне здоров'я, якість життя, вживання психоактивних речовин, суїцидальна поведінка або результати, пов'язані з роботою. Не було отримано прямих доказів шкоди від підготовки працівників груп ризику з метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я.

17 Контактна освіта на робочому місці включала шість очних занять і п'ять онлайн-занять, проведених колегами, які мають психічні розлади, і передбачала надання ресурсів із питань освіченості у сфері психічного здоров'я, завчасного виявлення його порушень та звернення по допомогу.

18 Підготовка з метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я включала перегляд трьох відеоматеріалів загальною тривалістю близько 30 хвилин про представників професій, аналогічних професіям кінцевих користувачів, які обговорюють особистий досвід щодо проблем на робочому місці, несприятливих подій та переваг звернення по допомогу.

Міркування за схемою «від доказів до рішення»

Працівники груп ризику **цінують** результати, на досягнення яких спрямована підготовка працівників із питань психічного здоров'я. Заходи, що покликані зменшувати стигматизацію, популярні в робочому середовищі. **Вимоги щодо ресурсів** можуть варіюватися залежно від форми проведення підготовки (групова, електронними засобами, очна, змішана) та її тривалості, від того, чи потрібна ліцензія, а також від тривалості підготовки – за наявними даними, вона становила від 30 хвилин до 21 місяця, упродовж яких проводилися короткі заняття. **Економічна ефективність** у жодному огляді безпосередньо не вивчалася, проте непрямі докази з єдиного неконтрольованого дослідження в одній галузі ризику засвідчили наявність економії витрат завдяки проведенню такої підготовки.

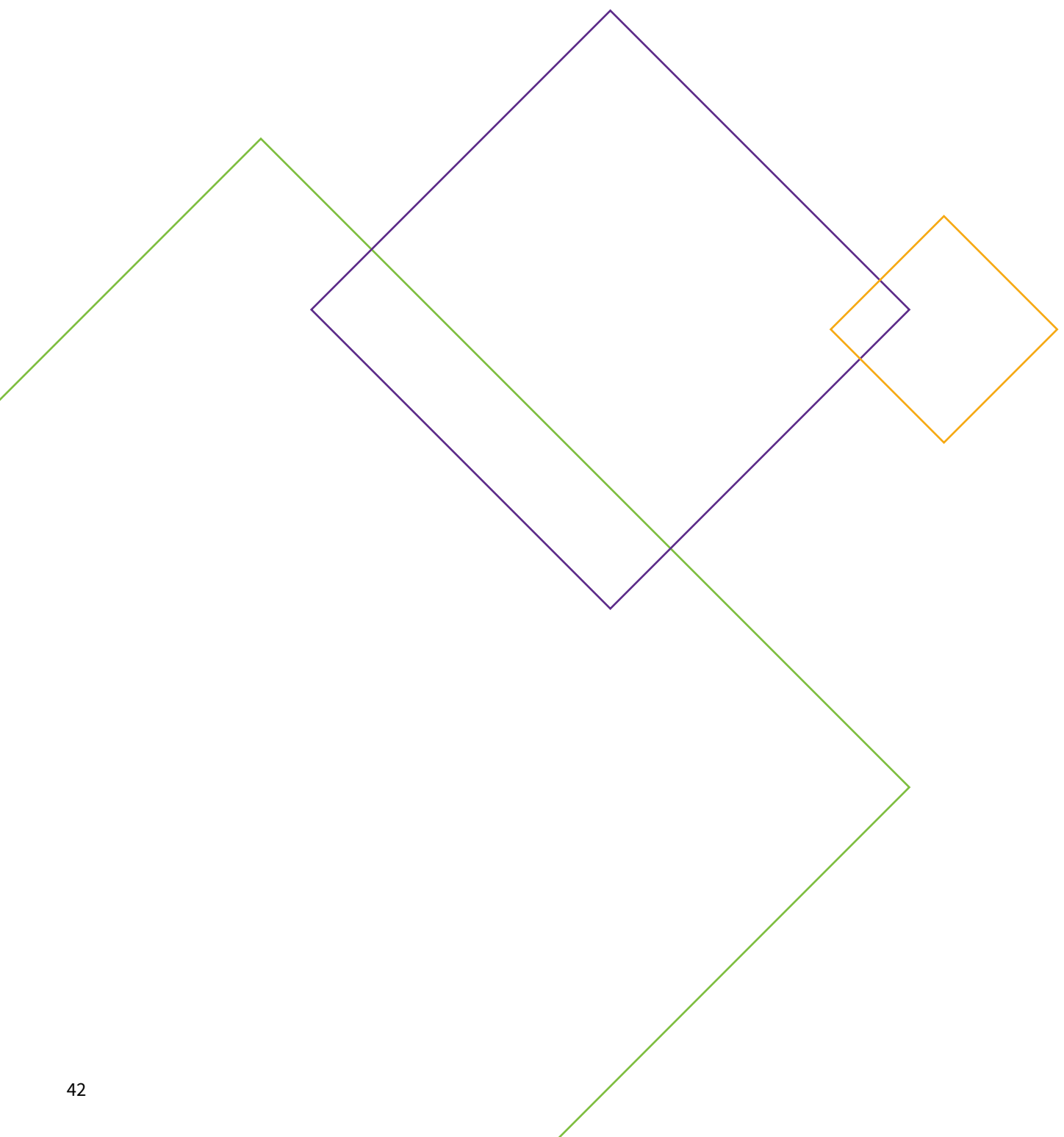
Що стосується **справедливості, рівності та дискримінації в питаннях охорони здоров'я**, всі виявлені дослідження в межах оглядів проводилися у країнах із високим рівнем доходу. У центрі уваги в них були працівники охорони здоров'я та екстрених служб. Додаткові дані засвідчили, що підготовка перед відправленням на місце позитивно впливає на впевненість працівників гуманітарних організацій у роботі з катастрофами (96). Не було виявлено жодного аналітичного дослідження, в якому б розглядалися відмінності у вигодах між підгрупами залежно від соціально-демографічних характеристик (як-от ґендер або раса). З'являються докази того, що таку підготовку можна було б адаптувати для КСНД і неангломовних/неєвропейських культур (92). Зокрема, питання знань у сфері психічного здоров'я та ставлення до нього включено в програму підготовки, спрямовану на зміцнення спроможності працівників закладів первинної медико-санітарної допомоги у КСНД щодо підтримки населення, а не колег, у питаннях психічного здоров'я. Це дає підстави вважати, що така підготовка може бути практично здійсненою (97).

Що стосується **практичної здійсненості**, такі перешкоди, як високе робоче навантаження та труднощі через залишення без уваги роботи працівників, які безпосередньо взаємодіють із клієнтами, можуть негативно позначатися на доступі до підготовки в робочий час, як-

що на організаційному рівні не передбачено виділення спеціального часу або відповідне кадрове забезпечення (веб-додаток: Огляд щодо реалізації).

Здатність підготовки з метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я зменшувати стигматизацію осіб із психічними розладами відповідає загальним **принципам прав людини**. Що стосується **соціально-культурної прийнятності**, повідомляють про таку проблему серед працівників охорони здоров'я, як самостигматизація через психічне здоров'я (98). Проте подвійна перевага для цієї групи ризику може сприяти посиленню готовності до участі в підготовці, тому що підготовка працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб із метою покращення знань, ставлення і навичок у сфері психічного здоров'я може позитивно позначатися на їхній повсякденній роботі з безпосереднього надання послуг. Популярними в цих галузях є також програми підтримки з боку колег. Хоча докази успішної реалізації таких програм, як і раніше, оцінити важко через різноманітність заходів і результатів, здається, що наявні певні ознаки короткострокових переваг (99).

ГРКП надала умовну рекомендацію щодо підготовки працівників груп ризику з питань психічного здоров'я. Загальна достовірність доказів була дуже низькою, а позитивні наслідки з точки зору знань і ставлення до підтримки психічного здоров'я переважали можливу шкоду – тобто ця підготовка підтримала б слухачів у підвищенні рівня їхніх знань про психічне здоров'я, підвищуючи цим імовірність завчасного виявлення симптомів, а також знань про те, що робити з такими симптомами (як, наприклад, імовірність звернення по допомогу). Оскільки ці висновки відповідають тим, що викладені у Рекомендації 6, розглядалося питання про те, щоб об'єднати ці рекомендації в одну. Проте ГРКП визнала за важливе спеціально наголосити на необхідності окремої рекомендації для цієї групи.



Рекомендації щодо індивідуальних заходів





Рекомендації щодо індивідуальних заходів

8A Універсально здійснювані психосоціальні заходи втручання, спрямовані на формування у працівників навичок управління стресом – як-от заходи, що ґрунтуються на усвідомленості або на когнітивно-поведінкових підходах, – можуть бути розглянуті для працівників із метою сприяння досягненню доброго психічного здоров'я, зменшення емоційного стресу та підвищення ефективності роботи.

Умовна рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

8B Можливості для фізичної активності як форми дозвілля – наприклад, тренування з обтяженням, силові вправи, аеробні тренування, ходіння чи йога – можуть бути розглянуті для працівників із метою покращення психічного здоров'я та працездатності.

Умовна рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

Основні зауваження:

- ▶ Універсально здійснювані заходи втручання можуть допомогти охопити велику частку трудового колективу, а ймовірність стигматизації через ці заходи менша, оскільки участь у таких програмах не зумовлюється станом психічного здоров'я.
- ▶ Цільова аудиторія керівних принципів повинна знати, що перш ніж проводити для працівників заходи з розвитку навичок управління стресом, необхідно перевірити таку підготовку на наявність доказової бази (зокрема щодо якості та ефективності).
- ▶ Публікація WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour [Керівні принципи ВООЗ із фізичної активності та сидячого способу життя] (2020) містить рекомендації стосовно фізичної активності осіб працездатного віку. Зазначено, зокрема, що відповідні рекомендації приносять користь для здоров'я, включно зі зменшенням симптомів тривожності та депресії. У випадках, де наявні відповідні ресурси, Рекомендація 8B поширюється на заходи, які можна проводити в робочих умовах, або де робота сприяє реалізації зовнішніх можливостей для участі в заходах із фізичної активності.

Загальні зауваження щодо реалізації всіх індивідуальних заходів втручання:

- ▶ Тривалість впливу є різномірною та нечіткою. Отже, працівникам потрібен гнучкий та безперервний доступ до індивідуальних заходів, тому що результати одноразового проведення заходів зберегти неможливо.
- ▶ Для того, щоб заохочувати працівників до участі в цих заходах, наприклад у фізичних вправах, можна користуватися електронними нагадуваннями (як-от за допомогою мобільного телефону чи електронної пошти).
- ▶ Перш ніж проводити захід, слід адаптувати його зміст і форму проведення до культурного контексту й підключити працівників до планування його проведення.
- ▶ Індивідуальні заходи (психосоціальні та фізичні) можна проводити в очному форматі, електронними засобами (з керівництвом або без нього), в групі або в індивідуальному порядку.
- ▶ Особи, які проводять психосоціальні заходи втручання в очному форматі або з керівництвом, мають бути компетентними в цьому питанні та підлягати клінічному нагляду.
- ▶ Заходи в електронному форматі (наприклад, у режимі онлайн або з використанням відповідних застосунків) можуть забезпечувати практичний доступ змінних працівників, самозайнятих осіб або працівників, зайнятих «поза об'єктом».
- ▶ Заходи можна інтегрувати в наявні програми зміцнення здоров'я на робочому місці. Якщо ресурсів для реалізації заходів у підприємств не вистачає, система громадського здоров'я може надавати відповідні настанови або проводити вищезгадані заходи, де для цього є можливості.
- ▶ Бажано надавати працівникам час для участі в індивідуальних заходах.

Зауваження щодо підгруп:

- ▶ Питання справедливості у проведенні індивідуальних заходів або участі в них необхідно розглядати щодо «працівників із низьких статусом» порівняно з «працівниками з високим статусом», щодо змінних працівників, неформальних працівників або самозайнятих осіб.
- ▶ Неформальні працівниці можуть мати менше можливостей для користування цифровими ресурсами в сімейних осередках порівняно з чоловіками; у цих і аналогічних обставинах перевагу слід віддавати проведенню заходів в очному форматі.
- ▶ У неформально зайнятих осіб може не бути можливості зробити перерву в роботі для участі в заходах, тому організації рівня громад, як-от кооперативи чи заклади медичної системи, можуть заохочувати індивідуальні заходи за випереджувальним принципом і самі проходити підготовку для проведення індивідуальних заходів, побудова яких дозволяє проведення їх неспеціалістами.

Доказова база та обґрунтування

Ключове запитання 8 мало на меті з'ясувати, чи справляють універсально здійснювані індивідуальні заходи (наприклад психосоціальні заходи, фізична активність як форма дозвілля або сприяння здоровому способу життя) позитивний вплив на результати (Додаток 3). Докази було отримано з восьми систематичних оглядів. Порівняно з контрольованими умовами (а саме звичайний режим, контроль за списком очікування, інші заходи, відсутність заходів) були наявні докази щодо універсально здійснюваних **психосоціальних заходів втручання** (як-от когнітивна терапія, релаксація, розвиток навичок міжособистісного спілкування, управління стресом, розвиток навичок, пов'язаних із роллю, та експресивне письмо) (100, 101), заходів, що ґрунтуються на **усвідомленості та спогляданні** (60, 102, 103), та **когнітивно-поведінкової терапії (КПТ)** (60, 103); щодо **психосоціальних втручань за допомогою електронних засобів (e-psycho-social interventions)** (наприклад, когнітивна терапія через Інтернет або інша когнітивна терапія на цифрових носіях, КПТ, управління стресом і подолання труднощів, усвідомленість, психоосвіта, навчання навичок розв'язання проблем, позитивні психологічні інтервенції, терапія прийняття і відповідальності); щодо **втручань управління стресом за допомогою електронних засобів (e-health stress management)** (103); щодо **заходів із фізичної активності та здорового способу життя** (як-от загальні фізичні вправи, тренування з обтяженням на роботі) (106); щодо **заходів із фізичної активності як форми дозвілля** (наприклад, ходіння, йога, тренування з обтяженням, силові вправи) (60); щодо **комбінації психосоціальних заходів та/або заходів із фізичної активності та/або заохочення здорового способу життя** (60) (веб-додаток).

Щодо **універсально здійснюваних психосоціальних заходів втручання** докази з дуже низьким ступенем достовірності показали наявність незначного позитивного впливу на емоційне вигорання, виснаження і симптоми безсоння. Щодо **універсально здійснюваних заходів, що базуються на усвідомленості та спогляданні**, були виявлені докази з низьким ступенем достовірності на користь помірних покращень у симптомах загального стресу, типових симптомах психічних розладів (а саме депресії, тривожності та стресу) та докази з дуже низьким ступенем достовірності на користь значного покращення суб'єктивного добробуту. Щодо

універсально здійснюваних заходів із КПТ докази, переважно з дуже низьким і низьким ступенем достовірності, продемонстрували незначний вплив КПТ на загальні симптоми психічних розладів (тобто на депресію, тривожність і стрес) і на суб'єктивний добробут (докази з дуже низьким ступенем достовірності).

Щодо **психосоціальних втручань за допомогою електронних засобів (e-psycho-social interventions)** діапазон доказів зі ступенем достовірності від дуже низького до помірного продемонстрували незначний вплив на психічне здоров'я (симптоми стресу, депресії, емоційного вигорання). Було виявлено докази з низьким ступенем достовірності на користь незначного та помірного впливу на покращення психічного здоров'я (добробут та усвідомленість), а також докази з високим ступенем достовірності щодо незначного впливу на ефективність, пов'язану з роботою. Додаткові докази, наведені у вивчених оглядах, показали відсутність різниці у впливі підходів на основі КПТ та інших психологічних методик на результати стосовно психологічного здоров'я та ефективності роботи (104). Так само КПТ продемонструвала дуже малий, але значущий позитивний вплив, а заходи, основані на усвідомленості, – помірний або великий позитивний вплив (103). Щодо **втручань управління стресом за допомогою електронних засобів (e-health stress management)** бажані результати виявлені не були.

Щодо **комбінації психосоціальних заходів та/або заходів із фізичної активності та/або заохочення здорового способу життя** докази з дуже низьким ступенем достовірності продемонстрували помірний вплив на покращення позитивного стану психічного здоров'я і сильний вплив на покращення якості життя. Щодо **заходів із фізичної активності та/або заходів із заохочення здорового способу життя** докази з помірним ступенем достовірності засвідчили незначний вплив на працездатність.

У цілому не було виявлено жодних результатів за такими аспектами, як негативні наслідки, вживання психоактивних речовин або суїцидальна поведінка. Не було отримано прямих доказів шкоди від універсально здійснюваних психосоціальних заходів, заходів із фізичної активності або здорового способу життя.

Міркування за схемою «від доказів до рішення»

Працівники **цінують** можливість участі в універсально здійснюваних індивідуальних заходах втручання. Проте ймовірність такого ставлення до цих заходів з їхнього боку нижча, якщо для них водночас не проводять організаційні чи управлінські заходи (веб-додаток: Обстеження щодо цінностей та пріоритетів). Це обумовлено занепокоєнням з приводу того, що участь тільки в індивідуальних заходах означає, що працівників можуть звинувачувати у стані їхнього власного психічного здоров'я. Ці заходи утворюють лише частину можливостей щодо самостійного догляду за собою та самоорганізації, але самі по собі вони не забезпечили б повноцінну реалізацію цього комплексу заходів.

Ресурси залежать від форми проведення заходів (очний формат, самостійне проходження, використання електронних засобів, проведення заходу досвідченим спеціалістом), від потреби в обладнанні (наприклад, для фізичної активності) та від тривалості – в одному огляді вказано, що середня тривалість психосоціальних втручань на електронних засобах становить 10 тижнів (104), а програм фізичної активності – 4–6 місяців (60). Періоди подальшого спостереження були короткими, а тривалість впливу – неоднорідною та нечіткою, що означає, що ці заходи слід проводити, якщо і коли люди їх потребують. Доказів щодо **економічної ефективності** знайдено не було. У ширших джерелах зазначено, що рентабельність інвестицій у заходи з управління стресом на робочому місці (одно- чи багатокomпонентні, які передбачають універсальні проведення – і не тільки) в Англії дорівнює 2 ф. ст. на кожний інвестований 1 ф. ст., а обстеження понад 250 тис. працівників у 12 країнах показало, що рентабельність таких інвестицій становить 138% (109).

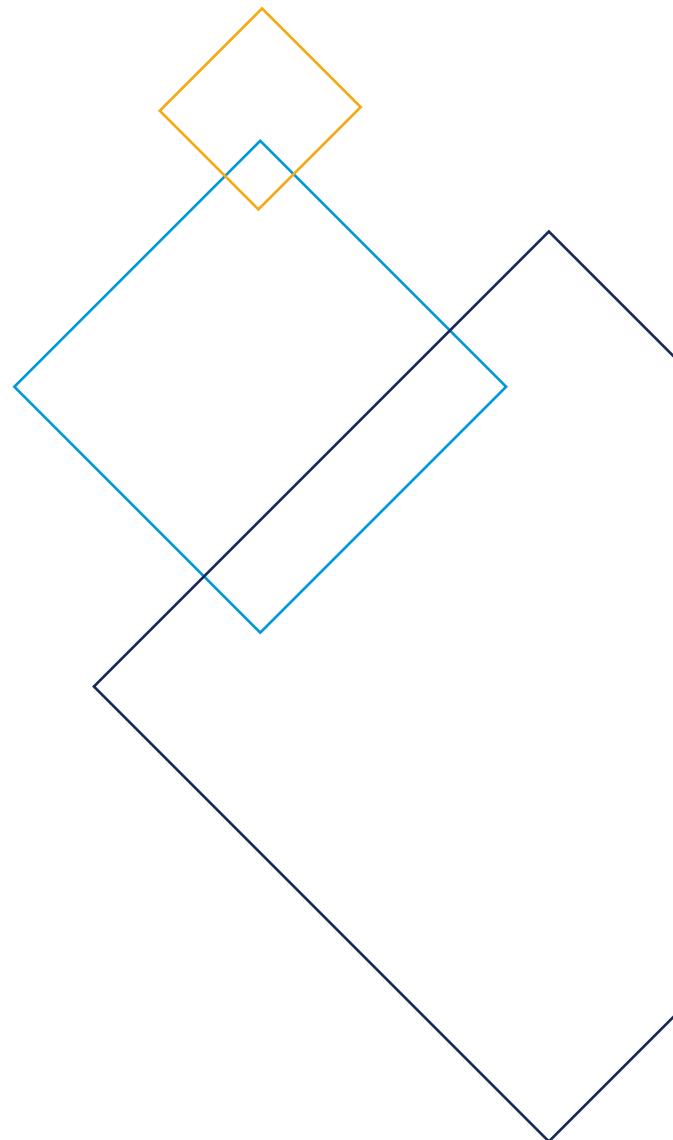
Що стосується **справедливості, рівності та дискримінації в питаннях охорони здоров'я**, тільки в одному охопленому огляді було проведено аналіз підгруп виключно з ґендерної точки зору (105), результати якого показали відсутність значущого стримувального впливу на результати психосоціальних втручань на електронних засобах. Хоча більшість цієї роботи була проведена в країнах із високим рівнем доходу, а в одному огляді бу-

ло вказано, що 40% надавачів цих послуг були спеціалістами (100), у ширших джерелах зазначається, що короткі психосоціальні інтервенції практично можуть здійснюватися в умовах обмеженості ресурсів за допомогою неспеціалістів (110). Заходи, що проводяться в електронному форматі, можуть поширюватися на працівників, які перебувають у сільській місцевості або в домашніх офісах. Питання справедливості у проведенні індивідуальних заходів або участі в них необхідно розглядати щодо «працівників із низьким статусом» порівняно з «працівниками з високим статусом», стосовно змінних працівників, неформальних працівників або самозайнятих осіб. Наприклад, проведення таких заходів в очному форматі для змінних працівників може призвести до зменшення рівня їхньої участі порівняно з самостійним проходженням за допомогою електронних засобів, тоді як для працівників, які менше обізнані з цифровими технологіями, навпаки, бажаним може бути перший варіант. Неформальні працівники можуть мати менше можливостей для користування цифровими ресурсами в сімейних осередках порівняно з чоловіками; у цих і аналогічних обставинах перевагу слід віддавати проведенню заходів у очному форматі – наприклад, через робітничі кооперативи або організації рівня громад (веб-додаток). Самостійна участь у таких заходах або участь у них за спрямуванням загалом може зменшити основані на стигмі перешкоди для отримання підтримки щодо психічного здоров'я. Роботодавцям або працівникам, у яких ресурси обмежені, надання настанов та проведення заходів може забезпечити сектор громадського здоров'я, якщо для цього є можливість. Нарешті, що стосується **практичної здійсненності**, в одному огляді зазначається, що психосоціальні заходи за допомогою електронних засобів повністю пройшли 45% учасників, що відповідає рівням участі в заходах з охорони здоров'я за допомогою електронних засобів (104). Нові докази свідчать про те, що на МСП можуть проводитися короткі індивідуальні заходи (самостійно або з керованою підтримкою) (111).

Доступ до заснованих на доказах заходів із профілактики стресу відповідає загальним **принципам прав людини**, а універсальне здійснення таких заходів усуває перешкоди, пов'язані зі стигматизацією людей, які мають психіч-

ні розлади або звертаються по допомогу. Що стосується **соціально-культурної прийнятності**, зміст і форму проведення коротких психосоціальних заходів втручання можна адаптувати до культури та потреб місцевого населення (110). Можливість адаптації змісту й форми проведення таких заходів з урахуванням конкретного сектора діяльності або побудови трудового процесу є важливою для попиту на них (веб-додаток: Огляд щодо реалізації). Стосовно втручань щодо фізичної активності існує менше доказів від КНСД, серед економічно незахищених працівників та працівників з інвалідністю щодо ефективності впровадження вимог, необхідних для обслуговування таких громад (112).

ГРКП дійшла висновку, що необхідно надати умовну рекомендацію щодо універсально здійснюваних психосоціальних заходів втручання. Загальна достовірність доказів була розцінена як низька, а позитивний вплив на результати, пов'язані із психічним здоров'ям і роботою, переважали можливу шкоду. ГРКП вирішила також, ураховуючи, що безпосередньої шкоди не виявлено, умовно рекомендувати фізичну активність як форму дозвілля для досягнення результатів, пов'язаних із роботою. Хоча підсумки щодо психічного здоров'я були не такими, як очікувалося, це рішення узгоджувалося з рекомендаціями, наведеними в публікації WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour (112). Незважаючи на те, що у більшості випадків вплив був незначним, цей висновок відповідає загальній ситуації у сфері універсальної профілактики та зміцнення психічного здоров'я (107). Попри незначний вплив, універсальні індивідуальні заходи також були розцінені як корисні, оскільки вони максимально зменшують стигматизацію, пов'язану з участю в них (тому що стан психічного здоров'я не є умовою для зарахування до таких програм або доступу до них).





Індивідуальні заходи для працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб

9А Універсально здійснювані психосоціальні заходи втручання, спрямовані на формування у працівників навичок управління стресом – а саме заходи, що ґрунтуються на усвідомленості або на когнітивно-поведінкових підходах, – можуть бути розглянуті для працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб із метою сприяння досягненню доброго психічного здоров'я та зменшення емоційного стресу.

Умовна рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

9В Психосоціальні заходи втручання – як-от управління стресом і підготовка в галузі самодопомоги чи навчання комунікативних навичок – можуть проводитися для працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб, які зазнають емоційного стресу.

Умовна рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

Основні зауваження:

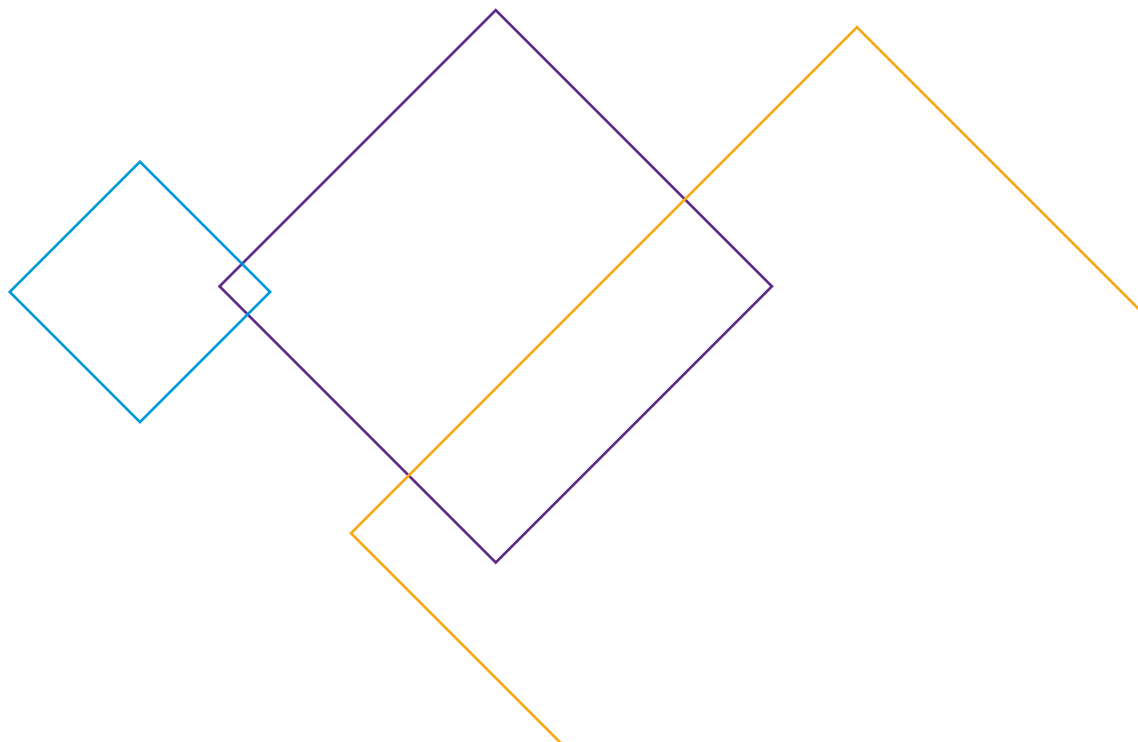
- ▶ Шляхом подальших спостережень через коротко- та середньострокові періоди (6 місяців або менше) виявлено докази сталості покращень у результатах, проте доказів довгострокових стійких ефектів небагато.
- ▶ Рекомендація 10 щодо зазначених заходів втручання стосується також Рекомендації 9В. Крім того, у керівних принципах ВООЗ щодо умов, конкретно пов'язаних зі стресом (113), не рекомендовано використовувати психологічний дебрифінг після потенційно травматичних подій: Психологічний дебрифінг не слід застосовувати як захід втручання для зменшення ризику симптомів посттравматичного стресу, тривожності або депресії в осіб, які нещодавно перенесли травматичну подію (наполеглива рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності).

Загальні зауваження щодо реалізації:

- ▶ Усі загальні зауваження щодо реалізації, наведені вище для Рекомендації 8, є доречними й для Рекомендації 9.
- ▶ У цих галузях спостерігається значна стигматизація через звернення про підтримку у зв'язку з психічними розладами або через повідомлення роботодавців про них. Універсальне проведення психосоціальних заходів втручання може бути корисним для працівників у робочих середовищах із високим рівнем стигматизації. Так само самостійне звернення або заходи втручання в електронному форматі можуть знизити ймовірну стигматизацію і зменшити перешкоди для отримання індивідуальної підтримки (наприклад, якщо виникає занепокоєння щодо конфіденційності та недоторканності приватного життя).
- ▶ Негнучкі методи індивідуального проведення заходів можуть бути непростими для цього контингенту, який складається переважно з працівників із позмінним графіком, і працівників, які безпосередньо контактують із клієнтами. Гнучка, стисла чи електронна форма проведення заходів може підвищити рівень охоплення ними.
- ▶ Для максимального зменшення стигматизації та підвищення рівня знань у сфері психічного здоров'я в цих робочих середовищах потрібні також випереджальні підходи.
- ▶ Фінансування або персональне охоплення цього контингенту, можливо, необхідно буде координувати, щоб забезпечити можливість проходження програм упродовж робочого дня.
- ▶ Універсальні заходи можна було б інтегрувати у професійну підготовку до прийняття на роботу або в навчання без відриву від роботи, що дозволить покращити розвиток навичок управління стресом у процесі підготовки до роботи.
- ▶ Не з'ясовано, чи можна проводити психосоціальні заходи для працівників груп ризику, які зазнають емоційного стресу, безпосередньо в робочому середовищі або ж поза ним (наприклад, із залученням власних фахівців підприємства або сторонніх надавачів послуг). За можливості слід забезпечити проведення заходів за обома варіантами.

Зауваження щодо підгруп:

- ▶ Для роботодавців з обмеженими ресурсами – як-от місцеві чи національні гуманітарні організації – доступ до вищезгаданих заходів може бути забезпечений закладами охорони здоров'я або шляхом спільного використання ресурсів через групові служби здоров'я на роботі.



Доказова база та обґрунтування

Ключове запитання 9 мало на меті з'ясувати, чи справляють індивідуальні заходи (як-от психосоціальні заходи, фізична активність як форма дозвілля або сприяння здоровому способу життя) позитивний вплив на результати **для працівників груп ризику** (Додаток 3). Докази наявні для 1) універсального проведення індивідуальних заходів для працівників груп ризику (вибіркових-універсальних) та 2) індивідуальних заходів для працівників груп ризику, які зазнають емоційного стресу (вибіркових-показаних) (веб-додаток).

Докази було отримано з восьми систематичних оглядів. Порівняно з контрольованими умовами (як-от звичайний режим, контроль за списком очікування, інші заходи, відсутність заходів) були наявні докази щодо: 1) універсально здійснюваних комбінованих **психосоціальних заходів та/або заходів із фізичної активності та/або заохочення здорового способу життя** (як-от методи когнітивно-поведінкової терапії, програми зменшення стресу та посилення стійкості) (114); 2) **психосоціальних заходів** (як-от методи КПТ, заходи, що ґрунтуються на усвідомленості, управління стресом і самодопомога, терапія уваги та інтерпретації, навчання щодо посилення стійкості (115–117); 3) заходів, що ґрунтуються на **усвідомленості та спогляданні** (102, 118–120); 4) для визначених працівників груп ризику – **психосоціальних заходів втручання** (як-от навчання в малих групах під методичним керівництвом, навчання з управління стресом і самодопомоги, навчання навичок спілкування, захід із соціального прийняття) (117).

Щодо **комбінації психосоціальних заходів та/або заходів із фізичної активності та/або заохочення здорового способу життя** докази з низьким ступенем достовірності продемонстрували незначний вплив на результати, пов'язані із психічним здоров'ям (симптоми тривожності) та помірний вплив на стрес. Були виявлені дані з дуже низьким ступенем достовірності про помірний та значний позитивний вплив на психічне здоров'я (відповідно стійкість та усвідомленість).

Що стосується **психосоціальних заходів втручання**, наслідки для психічного здоров'я різнилися, зокрема було знайдено дані з дуже низьким ступенем достовірності щодо незначного зменшення симптомів депресії та помірного впливу на зменшення стресу. Докази з низьким та помірним ступенем достовірності засвідчили сильніше зменшення симптомів вигорання (виснаження). Докази дуже низької якості дали підставу вважати, що психосоціальні заходи справляють незначний позитивний вплив на психічне здоров'я (наприклад, стійкість, оптимізм, упевненість у собі, позитивні емоції). Докази з дуже низьким ступенем достовірності продемонстрували незначний вплив на зменшення суїцидальної ідеації. Ступінь достовірності даних про відсутність впливу на несприятливі події був низьким.

Щодо **заходів, які ґрунтуються на усвідомленості та спогляданні**, були наявні докази з помірним ступенем достовірності стосовно помірного впливу на результати, пов'язані із психічним здоров'ям (депресію, стрес), і незначного впливу на загальний стрес і вигорання. Хоча було помічено помірний вплив на тривожність, ці докази вважалися доказами з дуже низьким ступенем достовірності. Було виявлено докази (з низьким ступенем достовірності) помірного покращення психічного здоров'я (жалість до себе).

Щодо **психосоціальних заходів для визначених працівників груп ризику** було виявлено докази (з помірним ступенем достовірності) помірного зменшення ступеня вигорання (виснаження).

У цілому не було виявлено жодних результатів щодо вживання психоактивних речовин. Психосоціальні заходи для визначених працівників груп ризику не продемонстрували бажаного впливу на деперсоналізацію вигорання. Жодної іншої прямої шкоди не виявлено.

Міркування за схемою «від доказів до рішення»

Міркування за схемою «від доказів до рішення» значною мірою ідентичні для всіх рекомендацій щодо індивідуальних заходів (8, 9 і 10). Додаткові окремі міркування щодо зазначених індивідуальних заходів (для працівників, які зазнають емоційного стресу) викладено в Рекомендації 10.

У цих сферах ризику може спостерігатися особливо сильна стигматизація осіб, які повідомляють про стан свого психічного здоров'я, через занепокоєння щодо впливу психічного здоров'я на кар'єрний розвиток (121). З цієї причини працівники **віддають перевагу** самостійному зверненню для участі у психосоціальних заходах (веб-додаток: Огляд щодо реалізації). Працівники повідомили також про такі переваги цих заходів, як доступність і зручність, хоча більшість даних була отримана від працівників підприємств, краще забезпечених ресурсами. Можуть існувати особливі перешкоди (для участі в індивідуальних заходах) у менших організаціях або організаціях, обмежених у **ресурсах**. У такій ситуації можна наймати «групові служби здоров'я на роботі», об'єднуючи ресурси багатьох організацій або залучаючи до проведення заходів установи охорони здоров'я. Тривалість таких заходів, яка коливається від менш ніж 5 годин до понад 12 годин, є актуальною для цих організацій, де через необхідність виконання функцій, які передбачають безпосередній контакт із клієнтами, можливість проведення заходів у робочий час обмежена (115).

Що стосується **справедливості, рівності та дискримінації в питаннях охорони здоров'я**, хоча працівники охорони здоров'я представляють різноманітні професії, більшість включених в огляди досліджень стосуються працівників, які займаються безпосередньою лікувальною роботою. Більшість досліджень проводилася у країнах із високим рівнем доходу, хоча додаткові докази свідчать про практичну можливість їхнього проведення у країнах із середнім рівнем доходу (33). Було виявлено обмежені докази ефективності вищезазначених заходів

для працівників екстрених служб і гуманітарних організацій із точки зору відмінностей у перевагах між підгрупами залежно від соціально-демографічних характеристик (як-от ґендер або раса). Проте додаткові докази вказують на практичну можливість проведення таких заходів для працівників екстрених служб (122). Є докази, згідно з якими тривалість впливу індивідуальних психосоціальних заходів втручання на результати для працівників груп ризику становить до 6 місяців (115). Групова форма проведення психосоціальних заходів у цих галузях може бути менш здійсненою через проблеми зі складанням графіків роботи працівників, які зазвичай працюють позмінно (а у випадку застосування цієї форми заходи можуть проводитися для всіх працівників, щоб зменшити рівень стигматизації у середовищах, де масштаби стигматизації значні) (веб-додаток: Огляд щодо реалізації).

ГРКП дійшла висновку, що необхідно надати умовну рекомендацію щодо індивідуальних заходів для працівників груп ризику – як у разі їхнього універсального проведення, так і в разі проведення для контингенту, що їх потребує (тобто для працівників груп ризику, які зазнають стресу). Загальна достовірність доказів була розцінена як низька, а позитивний вплив на результати, пов'язані із психічним здоров'ям (і в разі універсально здійснюваних заходів – на результати, пов'язані з добрим психічним здоров'ям), переважав шкоду. ГРКП не вважала, що є достатні істотні докази, які б обумовили необхідність надання рекомендації щодо заходів із фізичної активності як форми дозвілля, тому що, попри поєднання психосоціальних заходів із фізичної активності та заходів із заохочення здорового способу життя, у переважній більшості ці заходи були психосоціальними. Крім того, наявна література не дозволила здійснити розподіл впливу за видами заходів втручання (наприклад, психосоціальними на відміну від фізичних). Проте було зазначено, що для цього контингенту була б актуальною також Рекомендація 8 щодо універсально здійснюваних заходів.



Індивідуальні заходи для працівників, які зазнають емоційного стресу

10А Психосоціальні заходи втручання, як-от заходи, що ґрунтуються на усвідомленості, когнітивно-поведінкових підходах, або навчання вирішення проблем можуть бути розглянуті для працівників, які зазнають емоційного стресу, з метою зменшення цих симптомів та підвищення ефективності роботи.

Умовна рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

10В Фізичні вправи, як-от аеробні тренування та тренування з обтяженням, можуть бути розглянуті для працівників, які зазнають емоційного стресу, з метою зменшення цих симптомів.

Умовна рекомендація, докази з дуже низьким ступенем достовірності

Основні зауваження:

- ▶ Не з'ясовано, чи слід проводити психосоціальні заходи для працівників, які зазнають емоційного стресу, безпосередньо в робочому середовищі або ж поза ним (наприклад, із залученням власних фахівців підприємства або сторонніх надавачів послуг). За можливості слід забезпечити проведення заходів за обома варіантами на вибір працівників.
- ▶ Керівні принципи ВООЗ із програми mhGAP (123) містять рекомендації щодо ефективних заходів профілактики депресії, самоушкодження/самогубства і вживання психоактивних речовин, актуальні для населення в цілому (в умовах обмеженості ресурсів).
- ▶ Публікація WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour (2020) містить рекомендації щодо фізичної активності осіб працездатного віку. Зазначено, зокрема, що відповідні рекомендації мають користь для здоров'я, включно зі зменшенням симптомів тривожності та депресії.

Доказова база та обґрунтування

Ключове запитання 10 мало на меті з'ясувати, чи справляють необхідні заходи індивідуального рівня (як-от психосоціальні заходи, фізична активність як форма дозвілля або сприяння здоровому способу життя) позитивний вплив на результати **для працівників, які зазнають емоційного стресу** (Додаток 3). Докази були отримані з п'яти систематичних оглядів. Порівняно з контрольованими умовами (як-от звичайний режим, контроль за списком очікування, інші заходи) були наявні докази щодо: **психосоціальних заходів втручання** (як-от змішані заходи з КПТ, релаксація, розвиток навичок міжособистісного спілкування, розвиток навичок, пов'язаних із роллю, аеробні тренування, зміна поведінки, терапія прийняття і відповідальності (100, 124); **КПТ** (103, 124); **психосоціальних заходів втручання за допомогою електронних засобів** (як-от когнітивна терапія або КПТ, управління стресом і подолання труднощів, усвідомленість, психоосвіта, навчання навичок розв'язання проблем, позитивна психологія, терапія прийняття і відповідальності) (104, 105); **втручання управління стресом за допомогою електронних засобів** (103) (веб-додаток).

Щодо **психосоціальних заходів втручання** були наявні докази (з низьким ступенем достовірності) незначного ослаблення симптомів депресії. Щодо **КПТ** (яка проводилася переважно в електронних форматах) були наявні докази (з помірним ступенем достовірності) помірних покращень у симптомах депресії. Додаткові докази, наведені у Nigatu et al. (124), свідчать, що, згідно з результатами вимірювань після експерименту, форма проведення заходів впливала на ефективність. Психосоціальні заходи, що проводилися телефоном, продемонстрували більш значне зменшення симптомів депресії порівняно із заходами, що проводилися за допомогою комп'ютера або в очному форматі.

Щодо **психосоціальних втручань за допомогою електронних засобів** було виявлено докази з дуже низьким ступенем достовірності щодо незначного впливу на результати, пов'язані із психічним здоров'ям (симптоми депресії та тривожності); помірного впливу на вигорання й на комбінований показник, що поєднує стрес, депресію та психологічний стрес; сильного впливу на наслідки стресу та симптоми безсоння. Докази з низьким ступенем достовірності продемонстрували незначне підвищення ефективності роботи (яку в дослідженнях визначено як залученість до роботи, продуктивність праці, ефективність виконання завдань). Щодо **втручання управління стресом за допомогою електронних засобів** докази з дуже низьким ступенем достовірності продемонстрували помірний вплив на комбінований показник, що поєднує симптоми депресії, тривожності та стресу.

У цілому не було виявлено жодних результатів за такими аспектами, як позитивне ментальне здоров'я, якість життя, негативні наслідки, вживання психоактивних речовин або суїцидальна поведінка. Не було отримано прямих доказів шкоди від проведення показаних індивідуальних заходів, хоча психосоціальні заходи не продемонстрували очікуваного впливу на покращення такого показника, як «брак особистих досягнень», що є субкритерієм вигорання.

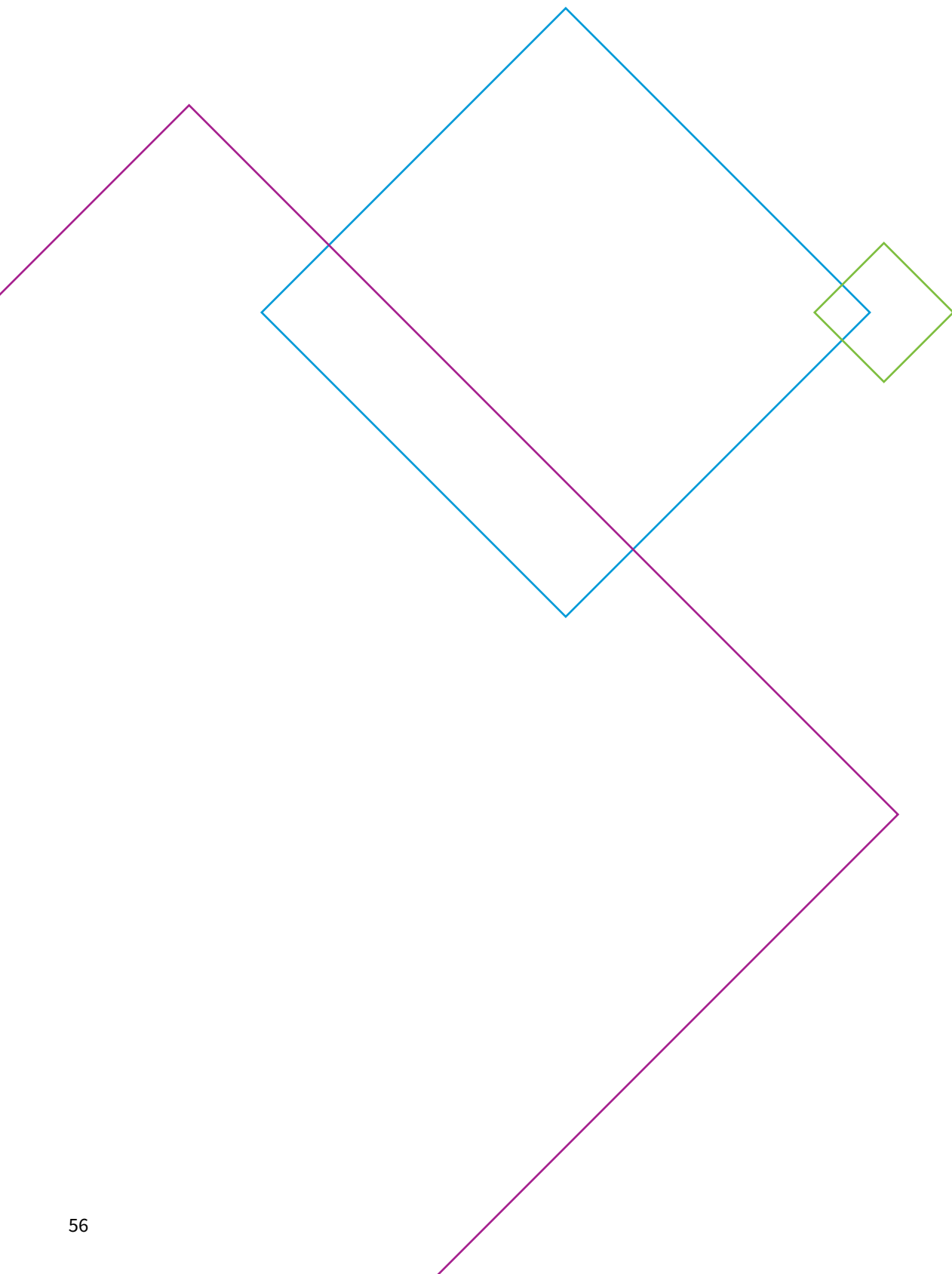
Міркування за схемою «від доказів до рішення»

Міркування за схемою «від доказів до рішення» значною мірою ідентичні для всіх рекомендацій щодо індивідуальних заходів (8, 9 і 10). Нижче викладено додаткові міркування щодо показаних індивідуальних заходів.

Увага приділяється тому факту, що участь у таких програмах обумовлюється відповідністю критеріям емоційного стресу, що може бути проявом стигматизації, якщо заходи проводяться в умовах робочого середовища. Отже, з точки зору **соціально-культурної прийнятності** незрозуміло, чи вважаються такі заходи прийнятними на робочому місці – попри чітко впорядковані РКД щодо працівників у стані емоційного стресу, що проводяться на підприємствах, де не зафіксовані випадки шкоди (як-от відчуття або побоювання стигматизації чи дискримінації).

Прямих доказів щодо **економічної ефективності** немає. Проте додаткові джерела свідчать, що психосоціальні заходи на робочому місці, які включають КПТ, забезпечують економію витрат, а в деяких випадках є економічно ефективними в плані протидії депресії (126). Що стосується **справедливості, рівності та дискримінації в питаннях охорони здоров'я**, хоча вправи під наглядом (на противагу неструктурованим, без нагляду) були зазначені у непрямих доказах як ефективний засіб проти симптомів депресії, такі підходи можуть бути недоступними для неформальних працівників або в робочих середовищах з обмеженими ресурсами, якщо тільки вони не реалізуються в межах систем громадського здоров'я або через спеціалізовані заходи на рівні громад. Не було знайдено доказів відмінностей у вигодах між підгрупами залежно від соціально-демографічних характеристик (як-от гендер або раса).

ГРКП дійшла висновку, що слід надати умовну рекомендацію щодо необхідних психосоціальних заходів – тобто індивідуальних психосоціальних заходів, що проводяться для працівників, які зазнають емоційного стресу. Проте позитивний вплив на результати, пов'язані із психічним здоров'ям і роботою, переважав шкоду. На підставі непрямих додаткових доказів ГРКП вирішила також умовно рекомендувати фізичну активність як форму дозвілля, яка дозволяє знижувати симптоми емоційного стресу. У публікації Nigatu et al. (124) наведено дані про два дослідження, де вивчався терапевтичний ефект контрольованих фізичних вправ на робочому місці – аеробних вправ високої інтенсивності тривалістю мінімум 20 хвилин упродовж 3 днів і силових вправ, що проводилися в групі двічі на тиждень упродовж 10 тижнів, – і зазначено, що було виявлено відповідно малий і значний вплив на симптоми депресії. Ці результати узгоджуються з наведеними у ширшому масиві джерел щодо фізичної активності та зменшення тяжкості симптомів психічних розладів.





Рекомендації щодо повернення на роботу після відсутності, пов'язаної з порушеннями психічного здоров'я



Повернення на роботу після відсутності, пов'язаної з порушеннями психічного здоров'я

Для осіб, відсутніх на роботі через порушення психічного здоров'я, (а) допомога, пов'язана з виконанням працівником роботи, плюс клінічна допомога у сфері психічного здоров'я, основана на доказах, або (б) тільки клінічна допомога у сфері психічного здоров'я, основана на доказах, повинні розглядатися з метою зменшення симптомів психічних розладів і скорочення кількості днів відсутності.

Умовна рекомендація, докази з низьким ступенем достовірності

Основні зауваження:

- ▶ Докази для цієї рекомендації взяті переважно з оглядів стосовно депресії та розладів адаптації. У керівних принципах ВООЗ із програми mhGAP (2015) наведено рекомендації щодо клінічної допомоги, основаної на доказах, для населення в цілому в умовах обмеженості ресурсів.

Зауваження щодо реалізації:

- ▶ Багатостороння координація між надавачем медичних послуг, роботодавцем і працівником та представниками працівників або спеціалістами з питань зайнятості/професійної підготовки, де це можливо, може сприяти ефективній реалізації заходів із повернення на роботу. Рішення щодо того, які зацікавлені сторони варто задіяти та в яких заходах слід брати участь, має ґрунтуватися на думці працівника.
- ▶ Практичне здійснення такої координації може бути складним у багатьох ситуаціях із дефіцитом ресурсів у КНСД, а у світовому масштабі – на малих і середніх підприємствах.
- ▶ Допомога, пов'язана з виконанням працівником роботи, клінічна допомога та психологічні втручання можуть здійснюватися в індивідуальному очному форматі, телефоном або в режимі онлайн. Клінічна допомога, основана на доказах, зокрема психологічні втручання, може надаватися під керівництвом спеціаліста або на засадах самопомогі без керівництва, де для цього є ресурси.
- ▶ Заходи можуть проводитися в період відсутності та/або в межах дострокового повернення на роботу.
- ▶ Проведення заходів не повинно бути обов'язковою передумовою для повернення на роботу.

Доказова база та обґрунтування

Ключове запитання 11 мало на меті з'ясувати, чи справляє підтримка осіб у поверненні на роботу після відсутності, пов'язаної із психічними розладами, позитивний вплив на результати (Додаток 3). Докази були отримані з двох систематичних оглядів, де порівнювалися заходи, спрямовані на повернення на роботу працівників із депресією (127) або розладами адаптації (128) (веб-додаток). Виявлені заходи можна загалом класифікувати так:

- ▶ допомога, пов'язана з виконанням працівником роботи (наприклад, покращення умов праці, зменшення тривалості робочого часу, зміна завдань або доручення завдань із меншим навантаженням, поступове поновлення роботи тощо, надається чи координується різними методами, як-от численні зустрічі з надавачами послуг, роботодавцем і працівником – разом або окремо, залежно від потреб);
- ▶ клінічна допомога, основана на доказах (зокрема психологічні заходи втручання);
- ▶ розширена медична допомога (як-от включення до первинної медико-санітарної допомоги особам із депресією);
- ▶ фізична активність як форма дозвілля (як-от силові тренування чи аеробні вправи);
- ▶ будь-яка комбінація вищенаведених категорій заходів у порівнянні зі звичайною формою догляду чи з будь-якою категорією заходів.

Щодо **заходів, пов'язаних із виконанням працівником роботи, у порівнянні зі звичайною формою догляду** наявні результати зі ступенем достовірності від низького до помірного не є сприятливими для працівників із депресією з точки зору результатів для психічного здоров'я (за середньострокового (3–12 місяців) та довгострокового (12 місяців і більше) подальшого спостереження), ризику відсутності, кількості днів відсутності та функціонування на роботі.

Щодо **допомоги, орієнтованої на роботу, разом із клінічною допомогою**, у порівнянні зі звичайною формою догляду серед працівників із депресією відбувалося незначне (за середньострокового подальшого спостереження) та помірне (за довгострокового подальшого

спостереження) зменшення депресивних симптомів (докази з низьким ступенем достовірності). Спостерігався незначний вплив щодо зменшення днів відсутності; за середньострокового подальшого спостереження – з помірним ступенем достовірності доказів, за довгострокового – з низьким. Проте було відзначено помірну достовірність доказів відсутності різниці у ймовірності відсутності на роботі порівняно з ймовірністю присутності. Ступінь достовірності доказів впливу на покращення функціонування на роботі (відповідно за середньострокового (незначущий) і довгострокового подальшого спостереження) коливався від дуже низького до низького. Дані з дуже низьким ступенем достовірності вказали на те, що допомога, пов'язана з виконанням працівником роботи, у поєднанні з клінічним втручанням вже не є переважною (тобто однаково ефективною або корисною) порівняно із самою лише допомогою, пов'язаною з виконанням працівником роботи, або із самими лише психологічними заходами втручання з точки зору результатів для психічного здоров'я чи роботи. Цю аномалію (враховуючи, що сама лише допомога, пов'язана з виконанням працівником роботи, не продемонструвала впливу на результати) можна віднести на рахунок різномірності заходів, які передбачені в межах «допомоги, пов'язаної з виконанням працівником роботи».

Щодо **клінічних втручаннях, що базуються на доказах**, були виявлені певні результати для працівників із депресією чи розладами адаптації. Порівняно зі звичайною формою догляду за працівниками з депресією докази з низьким ступенем достовірності засвідчили наявність незначного ефекту у вигляді ослаблення симптомів депресії і незначного ефекту у вигляді зменшення кількості днів відсутності (за середньострокового подальшого спостереження). Проте за короткострокового спостереження (до 2 місяців) цей ефект не спостерігався. Проводилися багаторазові порівняння окремих психологічних заходів втручання. Вони описані у веб-додатку разом із низкою психологічних заходів втручання, що демонструють позитивний вплив на результати, пов'язані із психічним здоров'ям і роботою, за коротко-, середньо- і довгострокового подальшого спостереження.

Щодо **розширеної медичної допомоги** в порівнянні зі звичайною формою догляду за працівниками з депресією докази з помірним ступенем достовірності засвідчили наявність незначного впливу на депресивні симптоми за середньострокового подальшого спостереження. Проте відзначався помірний ступінь достовірності помірному впливу на погіршення функціонування на роботі. Жодних переваг розширеної медичної допомоги з точки зору кількості днів відсутності чи ймовірності відсутності не спостерігалось. Отже, сама лише розширена медична допомога за відсутності втручання, пов'язаного з виконанням працівником роботи, була корисною тільки для результатів,

які стосуються здоров'я, але не виявилася корисною для результатів, пов'язаних із функціонуванням на роботі.

Були виявлені неоднозначні результати заходів із **фізичної активності як форми дозвілля**. Що стосується КПТ у поєднанні з фізичною релаксацією порівняно із самою лише фізичною релаксацією, докази з низьким ступенем достовірності засвідчили наявність впливу на вигорання. Щодо керованих силових тренувань були виявлені докази з низьким ступенем достовірності, які демонструють значний корисний вплив силових тренувань на зменшення кількості днів відсутності.

Міркування за схемою «від доказів до рішення»

Психічні розлади вважаються однією з головних причин відсутності працівників на роботі (129, 130). Працівники **цінують** наявність програм повернення на роботу та стабільне повернення до трудової діяльності, причому більшість вважає ці програми вкрай важливими (веб-додаток: Обстеження щодо цінностей та пріоритетів). **Вимоги до ресурсів** безпосередньо не розглядалися. У вивчених оглядах зазначено, що допомогу, пов'язану з виконанням працівником роботи, та клінічну допомогу, основану на доказах, надавали спеціалісти з питань психічного здоров'я чи здоров'я на роботі, медичні фахівці широкого профілю, спеціалісти в сфері праці й зайнятості. Допомога, пов'язана з виконанням працівником роботи, включала проведення багатьох зустрічей за різні періоди часу (наприклад, 9 зустрічей за тримісячний період). Для клінічної допомоги кількість занять (наприклад, 6–12) залежала від запропонованого структурованого втручання. Психологічні заходи втручання можуть проводитися в очному форматі, у режимі онлайн або шляхом підтримки телефоном. Коло потенційно зацікавлених суб'єктів, які можуть надавати підтримку в поверненні на роботу, є доволі широким. Безумовно, необхідно координувати дії зацікавлених суб'єктів (за допомогою протоколів надання медичної допомоги рівня підприємства чи загальнонаціонального рівня), щоб забезпечити поступове повернення на роботу відповідно до побажань працівника та з урахуванням наявних ресурсів і координації, залежно від спроможності країни (131).

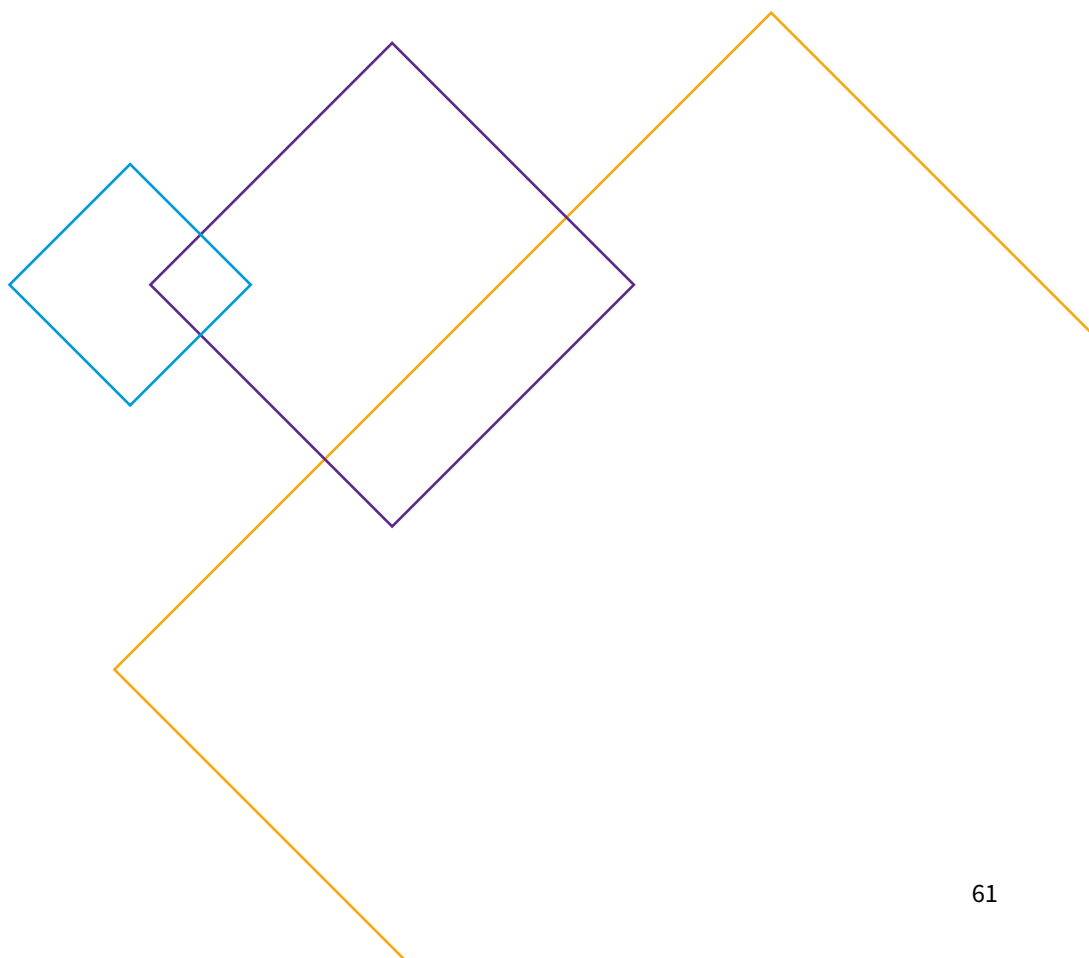
Що стосується **економічної ефективності**, додаткові докази містили економічний аналіз (126). Було констатовано, що активне залучення спеціалістів з охорони здоров'я на роботі до процесу повернення на роботу дозволяє зекономити витрати і забезпечити економічну ефективність, що впливає з позитивного впливу на зменшення кількості днів відсутності: у Нідерландах на кожний інвестований долар США було отримано від 0,87 до 10,63 долара (132, 133), а у Фінляндії економія витрат становила від 17 до 43 дол. США за кожен день відсутності, якому вдалося запобігти (134).

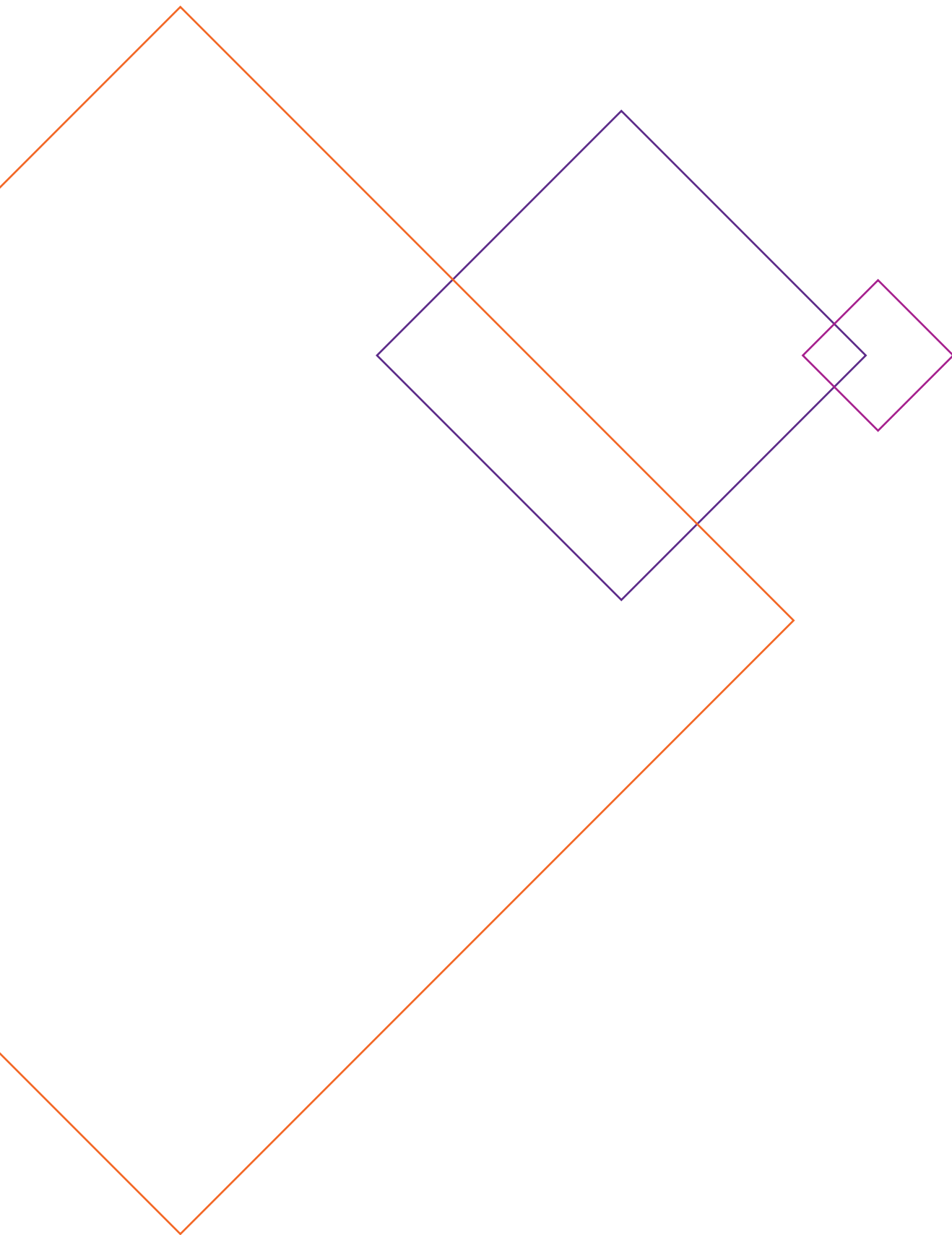
Що стосується **справедливості, рівності та дискримінації в питаннях охорони здоров'я**, аналіз за соціально-демографічними підгрупами (наприклад, з розподілом за ґендером чи расовою належністю) не проводився. **Практична можливість** проведення програм повернення на роботу після відсутності через психічні розлади може бути особливо обмеженою в умовах недостатньої забезпеченості ресурсами в КНСД, а у світовому масштабі – на МСП. Усі включені до оглядів дослідження (та додаткові докази) стосувалися країн із високим рівнем доходу Америки, Азії, Європи та Океанії. Для підтримки реалізації заходів із повернення на роботу потрібна координація між сферою охорони здоров'я, органами соціального забезпечення (праці та зайнятості), роботодавцями, працівниками та їхніми представниками. Проте відсутність координації, що на-

разі спостерігається в багатьох питаннях, перешкоджає реалізації цих заходів (веб-додаток: Огляд щодо реалізації).

Підтримка здійснення права осіб, які мають психічні розлади або відновлюються після них, на участь у трудовій діяльності та отримання відповідної допомоги, відповідає загальним **принципам прав людини**. У статті 27 КПОІ визнано необхідність заохочення «програм професійної та кваліфікаційної реабілітації, збереження робочих місць і повернення на роботу для осіб з інвалідністю». Зазначалося, що застосування КПОІ й національних законів щодо інвалідності є необхідною передумовою для того, щоб представники певних професій не боялися звертатися по допомогу щодо психічного здоров'я, вважаючи, що через це вони можуть втратити ліцензію на провадження діяльності. На **соціально-культурну прийнятність** програм повернення на роботу можуть впливати аналогічні побоювання щодо стигматизації чи дискримінації, як зазначено в Рекомендації 3. Працівники можуть вважати за краще не залучати своїх роботодавців до бесід зі своїми лікарями, і особи, відповідальні за координацію повернення на роботу, повинні надавати пріоритетного значення цій позиції.

У цілому не було виявлено даних за такими аспектами, як якість життя, вживання психоактивних речовин, суїцидальна поведінка, негативні наслідки або добре психічне здоров'я (веб-додаток). ГРКП дійшла висновку, що, попри низький ступінь достовірності доказів, корисність заходів, пов'язаних із виконанням працівником роботи, у поєднанні з клінічною допомогою, а також самої лише клінічної допомоги переважає можливу шкоду. Заходи, пов'язані з виконанням працівником роботи, не були включені до рекомендації окремо, тому що сприятливого впливу цих заходів на працівників, які повертаються на роботу (якщо вони не проводилися разом із клінічною допомогою, основою на доказах), вони не мали. Розширена медична допомога не згадана в рекомендації через помірний рівень достовірності доказів погіршення функціонування на роботі. Фізична активність як форма дозвілля не рекомендується через невизначеність її впливу на ключові результати, тому що контрольні умови включали фізичну активність.





Рекомендації щодо надання підтримки у працевлаштуванні людей, які живуть із порушеннями психічного здоров'я





Рекомендації щодо надання підтримки у працевлаштуванні людей, які живуть із порушеннями психічного здоров'я

Орієнтовані на відновлення стратегії, що посилюють професійну та економічну інтеграцію – як-от допомога (розширена) у працевлаштуванні, мають бути доступні для людей із тяжкими психічними розладами, включно із психосоціальною інвалідністю, для отримання і збереження роботи.

Наполеглива рекомендація, докази з низьким ступенем достовірності

Основні зауваження:

- ▶ Більшість розглянутих доказів стосувалася осіб, які мають тяжкі психічні розлади.

Зауваження щодо реалізації:

- ▶ Необхідно забезпечити багатосторонню координацію (за участі самої особи, сім'ї/громади, підприємства, представника) для мобілізації ресурсів і стратегій, які посилюють професійну та економічну інтеграцію. Залучення цих зацікавлених сторін і вибір заходу втручання мають ґрунтуватися на пріоритетах потенційного працівника.
- ▶ Важливо залучати до розроблення і проведення цих програм людей, які мають особистий досвід психічних розладів, що дозволить оптимізувати підходи, орієнтовані на людину, та розширити права і можливості осіб в ухваленні рішень щодо їхнього власного добробуту.
- ▶ Коли люди починають працювати, надання підтримки може продовжуватися, щоб забезпечити збереження роботи.
- ▶ Такі стратегії слід коригувати з урахуванням соціально-культурного середовища, в якому живуть вищезгадані особи, використовуючи формальні та неформальні заходи, орієнтовані на відновлення, якщо є така можливість.

Додаткові зауваження:

- ▶ У керівних принципах ВООЗ із програми mhGAP (2015 рік) наведено таку рекомендацію: Орієнтовані на відновлення стратегії, які розширюють професійну та економічну інтеграцію (наприклад, стратегія підтримки у працевлаштуванні), можуть пропонуватися особам із психозом (зокрема із шизофренією та біполярним розладом). Такі стратегії слід узгоджувати з контекстом, ураховуючи соціально-культурне оточення цих людей, використовуючи формальні та неформальні втручання, орієнтовані на відновлення, якщо вони існують, та застосовуючи багатогалузевий підхід (*умовна рекомендація, докази з низьким ступенем достовірності*).

Доказова база та обґрунтування

Мета ключового запитання 12 полягала в тому, щоб установити, чи мають орієнтовані на відновлення стратегії, в центрі уваги яких – професійна та економічна інтеграція, позитивний вплив на результати (Додаток 3). Докази були отримані з чотирьох систематичних оглядів, зокрема з одного мережевого метааналізу (135–138). Розглянуті заходи дозволили порівняти **підтримку в працевлаштуванні** (наприклад, програми, які допомагають людям швидко отримати оплачувану роботу, а для збереження цієї роботи надається постійна медична чи професійна підтримка); **розширену підтримку в працевлаштуванні** (наприклад, підтримку в працевлаштуванні, яка доповнена такими заходами, як навчання соціальних навичок або КПТ); **передпрофесійну підготовку** (наприклад, підготовку, яка надається для підвищення кваліфікації вірогідних працівників в плані соціальних, емоційних та функціональних навичок до їхнього прийняття на роботу); **перехідну зайнятість** (наприклад, програми поетапного працевлаштування, за яких осіб спочатку приймають на тимчасову роботу, а потім працевлаштовують на постійних умовах); **психіатрична допомога** (наприклад, звичайна психіатрична допомога без компоненту професійної підтримки); підтримку в працевлаштуванні порівняно з **іншою професійною підтримкою** (комбінації таких заходів, як передпрофесійна підготовка, професійна орієнтація); **повторне працевлаштування** порівняно зі звичайним сценарієм та **заходи з професійної підготовки** (останні два заходи були підтримані більшістю програм зайнятості, орієнтованих на швидке отримання оплачуваної та бажаної роботи, за підтримки з боку систем професійної підготовки та охорони здоров'я) порівняно з відсутністю допомоги взагалі. Ступінь достовірності доказів варіювався від дуже низького до помірного, при цьому більшість доказів мали низький ступінь достовірності (веб-додаток).

Що стосується отримання роботи, **розширена підтримка у працевлаштуванні** (помірна достовірність) та **підтримка у працевлаштуванні** (низька достовірність) мали сильніший відносний вплив порівняно із **психіатричною допомогою та передпрофесійною підготовкою**. Розширена підтримка у працевлаштуванні та підтримка у працевлаштуванні дали порівнянні результати щодо збільшення кількості осіб, які отримали роботу. Особи, які проходили **професійну підготовку**, з більшою вірогідністю отримували роботу, ніж особи, яким допомога взагалі не надавалася. Істотного впливу **передпрофесійної підготовки** або **перехідної зайнятості** на отримання роботи виявлено не було.

Що стосується збереження роботи, **розширена підтримка у працевлаштуванні** виявилася ефективнішою, ніж **передпрофесійна підготовка та підтримка у працевлаштуванні**. Підтримка у працевлаштуванні була ефективнішою, ніж **перехідна зайнятість** або **передпрофесійна підготовка**. Порівняно з іншими методами професійної підготовки **підтримка у працевлаштуванні** забезпечила істотніше збільшення рівня зайнятості та трудового стажу.

Щодо результатів, пов'язаних із психічних здоров'ям, **підтримка у працевлаштуванні** мала сприятливіший вплив, ніж **психіатрична допомога**, але виявилася не більш ефективною у зменшенні симптомів психічних розладів, ніж **перехідна зайнятість** або **передпрофесійна підготовка**. **Передпрофесійна підготовка** переважила психіатричну допомогу тільки в ослабленні симптомів психічних розладів. Щодо розширеної підтримки у працевлаштуванні жодних результатів стосовно психічного здоров'я не виявлено.

Щодо якості життя **розширена підтримка у працевлаштуванні** забезпечила істотніше підвищення цього показника порівняно з **психіатричною допомогою**, але **передпрофесійна підготовка** виявилася ефективнішою в цьому аспекті, ніж **розширена підтримка у працевлаштуванні**. **Повторне працевлаштування** продемонструвало незначний вплив на покращення якості життя порівняно зі звичайним сценарієм. Не було виявлено істотного впливу підтримки у працевлаштуванні порівняно з **передпрофесійною підготовкою, перехідною зайнятістю або розширеною підтримкою у працевлаштуванні**, однак підтримка у працевлаштуванні

спричинила сприятливіший вплив на якість життя, ніж сама лише психіатрична допомога.

Що стосується несприятливих наслідків (які практично визначені як вибуття), жодних відмінностей між заходами, в яких був передбачений цей результат, не виявлено (веб-додаток). **Передпрофесійна підготовка** призвела до зменшення кількості випадків госпіталізації порівняно з психіатричною допомогою, але інших відмінностей у показнику госпіталізації між вищезгаданими заходами втручання не зафіксовано.

Міркування за схемою «від доказів до рішення»

Що стосується **цінностей**, більшість осіб, які мають тяжкі психічні розлади, незмінно повідомляють про бажання вести стабільну трудову діяльність, яка приносить дохід. Стратегії, що посилюють професійну та економічну інтеграцію, підтримують відновлення шляхом реалізації ключових процесів відновлення, а також активізації соціально-економічної інтеграції у життя громади. Проте, імовірно, існують індивідуальні переваги на користь різних наявних варіантів втручання. Надавачі послуг із профілактики та допомоги у сфері психічного здоров'я працівників назвали професійну підтримку заходом, для якого їм потрібно найбільше інформації й підготовки (веб-додаток: Обстеження щодо цінностей та пріоритетів). Такі аспекти, як **вимоги щодо ресурсів або економічна ефективність**, безпосередньо не вивчалися. Розширена і звичайна підтримка у працевлаштуванні можуть бути ресурсомісткими методами, впровадження яких в умовах обмеженості ресурсів може бути неможливим, оскільки потрібно, щоб наявні служби професійної підготовки та захисту психічного здоров'я взяли на себе активну роль у реалізації цих програм.

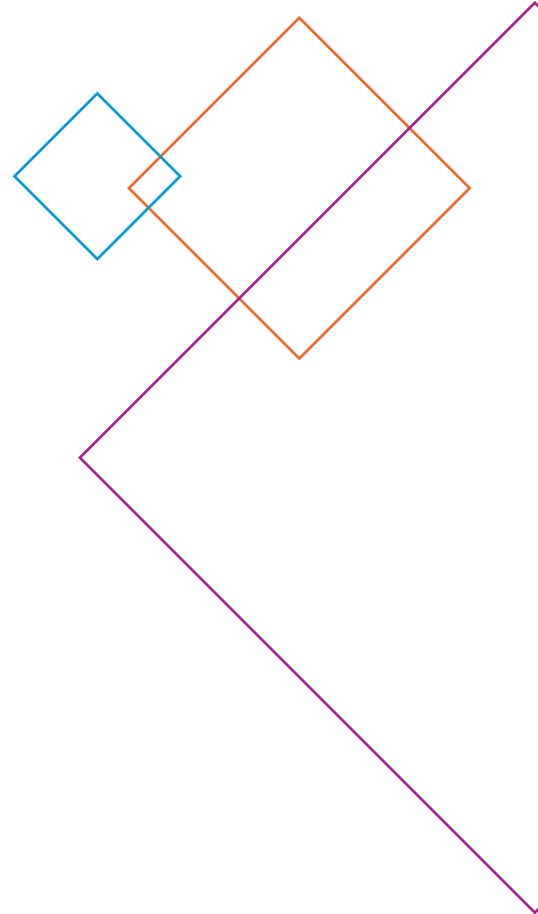
Що стосується **справедливості, рівності та дискримінації в питаннях охорони здоров'я**, було зазначено, що більшість наявних доказів стосується тяжких психічних розладів. Наприклад, в одному огляді (135) у більшості випадків було діагностовано психотичні розлади, тоді як в огляді van Rijn (137) більшість становили випадки шизофренії, а далі йшли афективні розлади та глибока депресія. Fadyl (138) включила до огляду дослідження щодо осіб, які мають легкі та помірні психічні розлади, у більшості випадків – депресію та тривожність, і виявила позитивний вплив заходів із професійної підготовки на отримання роботи. Проте було вирішено залишити в цій рекомендації тільки тяжкі психічні розлади, тому що: 1) це відповідає більшості отриманих доказів; 2) ГРКП висловила занепокоєння з приводу того, що країни з низьким рівнем доходу навряд чи будуть здатні проводити ці програми для всього контингенту осіб, які відповідають критеріям наявності більш поширених психічних розладів. Іншого аналізу в розрізі підгруп (наприклад, за ознакою ґендера чи раси) в огляди включено не було.

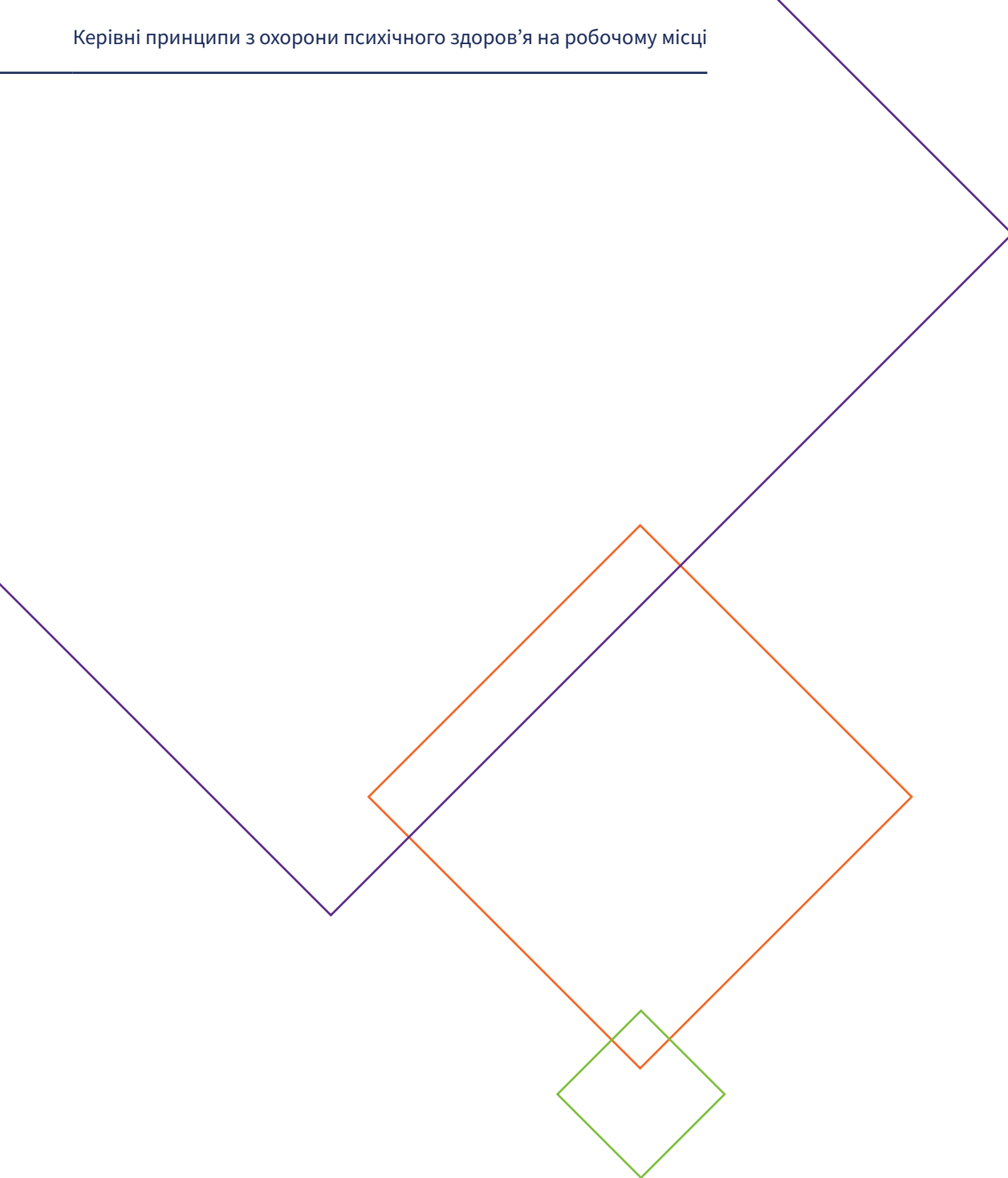
Практична здійсненність залежить від наявної інфраструктури громад, де пропонуються орієнтовані на відновлення стратегії. Наприклад, підтримка у працевлаштуванні може залежати від ширшого економічного контексту чи від наявності робочої сили (спеціалістів у сфері праці чи охорони здоров'я) для надання такої підтримки.

Більшість досліджень, включених до огляду, проводилися в країнах Європи та Північної Америки з високим рівнем доходу, а меншість – в одній з азіатських країн із рівнем доходу вище середнього. Необхідно використати міжгалузевий підхід, який дозволить залучити ресурси та стратегії, що посилюють професійну та економічну інтеграцію. Залучення сім'ї та громади до програм психосоціальних заходів втручання, орієнтованих на відновлення, може бути важливим для забезпечення сталості результатів цих програм. На практичну здійсненність може впливати також інфраструктура, яку мають роботодавці для участі в таких програмах.

Підтримка здійснення особами із психосоціальною інвалідністю права на отримання і збереження роботи відповідає загальним **принципам прав людини** (наприклад, статті 23 Загальної декларації прав людини). У статті 27 «Праця та зайнятість» КПОІ визнано *«право осіб з інвалідністю на працю нарівні з іншими; воно включає право на отримання можливості заробляти собі на життя працюю, яку особа з інвалідністю вільно вибрала чи на яку вона вільно погодилась, в умовах, коли ринок праці та робоче середовище є відкритими, інклюзивними та доступними для осіб з інвалідністю»*. На **соціально-культурну прийнятність** може впливати відсутність у роботодавців інформації про можливість використання орієнтованих на відновлення стратегій або про їхню потенційну роль у них. Крім того, на це можуть впливати потенційні колеги чи безпосередні керівники, яких не поінформовано про необхідність зменшення стигматизації щодо психічного здоров'я на робочому місці.

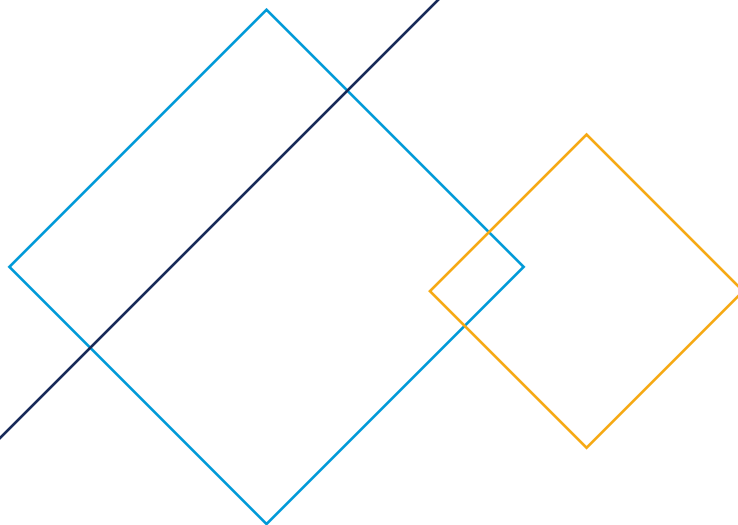
ГРКП дійшла висновку, що сприятливий вплив орієнтованих на відновлення стратегій щодо посилення професійної та економічної інтеграції на отримання і збереження роботи переважає шкоду (потенційного припинення проходження програм). Хоча було б бажано зазначити, що ця рекомендація поширюється на весь спектр проблем із психічним здоров'ям, більшість наявних доказів підтверджує корисність вищезазначених стратегій для осіб із тяжкими психічними розладами. І звичайна, і розширена підтримка у працевлаштуванні продемонстрували особливо сприятливу перспективу для ключових результатів. Водночас, хоча було відзначено сприятливий вплив на результати, що стосуються психічного здоров'я та якості життя, ці результати не демонструють чітко вищість будь-якого окремого виду заходу (тобто в зазначених випадках ці заходи були порівнянні за ефективністю). Було встановлено, однак, що орієнтовані на відновлення стратегії в цілому є кращими за психіатричну допомогу тільки в тому, що стосується цих результатів.





Програми скринінгу





КЛЮЧОВЕ ЗАПИТАННЯ

13

Програми скринінгу

Оскільки не з'ясовано, чи переважають потенційні переваги програм скринінгу можливу шкоду, **ГРКП не надала рекомендацію на користь або проти** проведення програм скринінгу в період зайнятості.

Основні зауваження:

- Це твердження не поширюється на скринінг, який може знадобитися через необхідність регулювання в деяких професіях, або на скринінг у випадку, де працівники наразилися на потенційні небезпеки для здоров'я

Доказова база та обґрунтування

Ключове запитання 13 мало на меті встановити, чи справляють програми скринінгу – тобто програми, які покликані виявляти працівників із психічними розладами і після яких працівникам надається необхідна підтримка в період зайнятості або працівників спрямовують до відповідних програм підтримки¹⁹, – сприятливий вплив (Додаток 3). Був проведений систематичний огляд первинних досліджень. Було виявлено тринадцять досліджень, сім із яких відповідали критеріям GRADE, для **програм скринінгу** в порівнянні зі скринінгом із подальшим звичайним сценарієм догляду, контролем за списком очікування або сценарієм без втручання (див. веб-додаток).

Дані з низьким ступенем достовірності засвідчили відсутність впливу програм скринінгу на зменшення симптомів психічних розладів або на покращення психічного здоров'я. Дані з дуже низьким ступенем достовірності продемонстрували малі, але не значущі покращення у функціонуванні на роботі, позитивний вплив на продуктивність (через 5 місяців), який не зберігся (за підсумками подальшого спостереження через 12 місяців), а також відсутність впливу на задоволеність роботою. Відбулося дуже неістотне покращення показника відсутності на роботі, яке не було значущим, хоча деякі докази засвідчили наявність незначного позитивного впливу (хоча і з дуже низьким ступенем достовірності) за довгострокового п'ятирічного подальшого спостереження. Одне дослідження виявило вищу ймовірність відсутності на роботі та нижчу ймовірність підвищення продуктивності праці працівників, які проходили програми скринінгу. Незначні покращення, виявлені за даними з низьким ступенем достовірності, дали підставу вважати, що програми скринінгу є корисними щодо негайного звернення по допомогу, але подальші обстеження цього вже не підтвердили. В одному дослідженні було встановлено, що рівень користування підтримкою після позитивного скринінгу був низьким. Іншої безпосередньої шкоди не виявлено.

За висновком ГРКП, відсутні чіткі докази того, що бажані ефекти від програм скринінгу в період зайнятості переважають небажані (незначущі чи неоднозначні зміни в ключових результатах, як-от симптоми психічних розладів і відсутність на роботі). Було також висловлено

занепокоєння – зокрема в плані конфіденційності та ризику ймовірних помилково позитивних і позитивних результатів скринінгу на предмет наявності симптомів психічних розладів – з приводу того, що результати одноразового скринінгу, якщо вони є неточними й неправильно тлумачаться, могли б призвести до шкоди. Ще однією проблемою у програмах скринінгу є упереджене ставлення до повідомлення про симптоми, зокрема працівники можуть повідомляти не про всі наявні в них симптоми, побоюючись порушень конфіденційності (139). У підсумку ГРКП вирішила, що надати рекомендацію на користь програм скринінгу або проти них неможливо, тому рекомендація не була надана.

ГРКП наголосила, що рішення не надавати рекомендацію стосується програм скринінгу, що проводяться в період зайнятості, а не до прийняття на роботу. ГРКП зазначила, що якщо скринінг проводиться на роботі (наприклад, на виконання нормативних актів), програми скринінгу повинні передбачати, як мінімум:

- забезпечення подальшого спостереження з метою заснованого на доказах лікування чи допомоги для осіб із позитивними результатами скринінгу (відповідні заходи втручання для осіб, які зазнають емоційного стресу, наведені в Рекомендаціях 3 та 10);
- залучення кваліфікованих, професійно об'єктивних медичних працівників для надання і тлумачення результатів скринінгу та для організації переспівування для отримання подальшої допомоги;
- забезпечення недоторканності приватного життя і конфіденційності;
- дотримання принципів прав людини та етичних норм із метою запобігання дискримінаційному ставленню до осіб із позитивними результатами скринінгу.

У публікації The Technical and ethical guidelines on workers surveillance (140) [Технічні та етичні принципи спостереження за станом здоров'я працівників] та в Рекомендації МОП щодо служб здоров'я на роботі (№ 171) (141) викладено додаткові, не обов'язкові для виконання настанови щодо спостереження за станом здоров'я працівників і вказано, що таке спостереження бажано пов'язати із спостереженням за професійними небезпеками, присутніми на робочому місці.

19 Докази щодо скринінгу перед прийняттям на роботу не враховувалися, тому що це виходить за межі цих керівних принципів.

Міркування за схемою «від доказів до рішення»

Покращення результатів, які стосуються психічного здоров'я і роботи, **цінують** усі зацікавлені сторони. Хоча у двох включених до огляду дослідженнях було відзначено задоволеність роботою в цілому, додаткові дані свідчать про те, що працівників хвилює можлива стигматизація та дискримінація в разі позитивних результатів скринінгу, а також конфіденційність їхніх даних для роботодавців. Зокрема, програмам скринінгу було надано найнижчий пріоритет (веб-додаток: Обстеження щодо цінностей та пріоритетів). Це відображено і в ширшому колі джерел, де зазначено, що через такі побоювання працівники розповідають не все про поганий стан свого психічного здоров'я, навіть якщо наявні в них симптоми свідчать про необхідність подальшої підтримки (139).

Вимоги щодо ресурсів для самого лише скринінгу можуть бути незначними й залежати тільки від форми проведення (електронна, паперова), а також від того, чи забезпечено автоматизоване тлумачення результатів. Водночас потреби в ресурсах для подальшого спостереження в разі позитивних результатів скринінгу істотно різняться залежно від можливих варіантів (від самопомоги до звернення до лікаря). Аналіз економічної ефективності в одному дослідженні, проведеному в Нідерландах, виявив чисту вигоду в розмірі 651 євро на одного працівника, або дохід від 5 до 11 євро для роботодавця на кожний вкладений євро.

Що стосується **справедливості, рівності та дискримінації в питаннях охорони здоров'я**, усі виявлені дослідження проводилися на середніх або великих підприємствах у країнах із високим рівнем доходу. Аналіз за соціально-демографічними групами не проводився. Зберігається думка про значний ризик дискримінації щодо осіб, які отримали позитивний результат скринінгу на симптоми психічних розладів, зокрема побоювання впливу на статус зайнятості, кар'єрне зростання або інші можливості стосовно робочих завдань. Зазначалося, що скринінг без ефективного подальшого спостереження може бути шкідливим (142). Через це з точки зору **практичної здійсненності** масштабні програми скринінгу в багатьох випадках можуть стати неетичними, оскільки доступ до якісних послуг із захисту психічного здоров'я залишається обмеженим. Хоча скринінг і виявлення осіб, які потребують підтримки/допомоги з метою зменшення тягаря психічних розладів відповідає загальним **принципам прав людини**, скринінг на роботі викликає занепокоєння щодо недоторканності приватного життя, конфіденційності та усвідомленої згоди. У цій ситуації скринінг може здаватися недобровільним і спричиняти ризик дискримінації, тоді як очевидних позитивних наслідків для ключових результатів дуже небагато. **Соціально-культурна прийнятність** програм скринінгу на предмет психічних розладів на робочому місці залишається нез'ясованою.



© WHO / Blink Media - Neil Nui

Прогалини в дослідженнях

ГРКП виявила низку прогалин у доказах, розглянутих у межах цих керівних принципів.

Загальні прогалини в дослідженнях

- ▶ У всіх видах заходів втручання критично необхідно, де це можливо, збільшити обсяг і якість доказів ефективності та практичної здійсненності заходів у недостатньо досліджених групах населення – тобто в неформальному секторі, на МСП та у КНСД, – а також для вибраних груп ризику, як-от працівники міжнародних і національних гуманітарних організацій, працівники охорони здоров'я, які не відповідають за безпосереднє надання клінічної допомоги (наприклад, адміністративний персонал медичних закладів), медичного персоналу рівня громад та працівників інших професій, які зазнають ризику несприятливих результатів щодо психічного здоров'я.
- ▶ У всіх видах заходів втручання необхідно провести аналіз за соціально-демографічними підгрупами з метою встановити, чи є відмінності у корисності або шкідливості заходів, пов'язані із соціально-демографічним статусом цих підгруп (наприклад, ґендером, віком чи расою) або з їхнім професійним статусом (наприклад, галузю зайнятості, статусом зайнятості (формальна, неформальна, самозайняті) чи розміром підприємства). Це передбачає надання чітких даних про ці характеристики в межах дослідження чи догляду та про психічне здоров'я охоплених осіб станом на початок дослідження.
- ▶ У цілому є потреба у проведенні імплементаційного дослідження з метою вивчення прийнятності, доступності заходів втручання та рівня участі в них, що дозволить краще обґрунтувати керівні принципи реалізації цих заходів.
- ▶ У цілому є потреба у проведенні якісного дослідження з метою вивчення ефективності та практичної здійсненності профілактичних заходів, які поєднуються на різних рівнях реалізації (наприклад, комбінацій організаційних заходів, заходів для керівників, заходів для працівників та індивідуальних заходів).
- ▶ Необхідно підвищити рівень доступності високоякісних досліджень з організаційних заходів (включно з нормативними актами) та їхнього впливу на результати, пов'язані із психічним здоров'ям та роботою, на предмет визначення наявності істотних факторів ризику й захисних факторів на робочому місці (які не були виявлені в межах оглядів доказів у цих керівних принципах), як-от булінг, батьківська відпустка тощо.
- ▶ Необхідно також розширити масштаби високоякісних досліджень із питань економічної ефективності заходів із захисту психічного здоров'я на робочому місці.

Прогалини в дослідженнях щодо організаційних заходів

Усі організаційні заходи

- ▶ Необхідно збільшити обсяг і підвищити якість доказів (використовуючи перевірені та прийнятні в культурному відношенні показники результатів щодо психічного здоров'я, психосоціальних ризиків та результатів, пов'язаних зі здоров'ям), якими оцінюються організаційні заходи, що ослаблюють відомі фактори ризику для психічного здоров'я працівників. Це, зокрема, чітке визначення факторів ризику, яких стосується той чи інший захід, і чітка структура, яка дозволяє встановити, які компоненти заходу вплинули на вищезгадані результати.
- ▶ Для оцінювання ефективності комплексних заходів втручання в робочих середовищах, практичної здійсненності та прийнятності для зацікавлених сторін можуть використовуватися кластерно-рандомізовані дослідження, які включають оцінювання процесів.
- ▶ Необхідно визначити типові компоненти для ефективної реалізації організаційних заходів втручання з метою забезпечити краще узагальнення та порівняння результатів досліджень.
- ▶ Необхідно розширити масштаби якіснішого дослідження нових факторів ризику для майбутнього сфери праці та можливих способів послаблення цих факторів. Слід також зміцнити доказову базу, враховуючи поточні зміни в робочому середовищі в плані формування та реалізації політики.

Вибрані працівники груп ризику

- ▶ Необхідно збільшити кількість і підвищити якість досліджень з оцінювання організаційних заходів, які ослаблюють відомі фактори ризику для психічного здоров'я працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб. У дослідженнях слід використовувати перевірені та прийнятні в культурному відношенні показники результатів щодо психічного здоров'я, включно з розбивкою за соціально-демографічним статусом, родом занять і умовами праці.
- ▶ Потрібні додаткові дослідження щодо порівнянної дієвості та економічної ефективності організаційних заходів втручання порівняно з іншими категоріями заходів для працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб.

Працівники, які мають порушення психічного здоров'я

- ▶ Необхідно збільшити кількість і підвищити якість досліджень, у яких вивчаються питання дієвості, економічної ефективності та реалізації організаційних заходів (як-от доречні пристосування), що проводяться для працівників, які мають симптоми емоційного стресу або відповідають критеріям порушень психічного здоров'я, з метою покращення психічного здоров'я і зменшення симптомів психічних розладів, суїцидальної поведінки та вживання психоактивних речовин. Хоча обсяг роботи, виконаної у сфері повернення на роботу, є відносно широким, залишається прогалина в доказах щодо пристосування робочих місць для працівників із психічними розладами, тобто тих, хто працює після повернення на роботу, або тих, хто ніколи не був відсутній на роботі через психічні розлади.
- ▶ Необхідно розширити доказову базу щодо факторів практично здійсненого, вільного від стигми впровадження пристосувань для працівників із психічними розладами.

Пріоритети досліджень щодо підготовки керівників

Усі заходи з підготовки керівників із питань психічного здоров'я

- ▶ Дослідження з питань підготовки керівників із питань психічного здоров'я повинні включати вимірювання результатів, пов'язаних із роботою підлеглих, як-от абсентеїзм, презентеїзм, продуктивність праці та ефективність.
- ▶ Слід розширити доказову базу щодо ефективності підготовки керівників із питань психічного здоров'я в плані пріоритетних результатів (наприклад, суїцидальної поведінки працівників та вживання ними психоактивних речовин, стиля управління керівників).
- ▶ Необхідно передбачити триваліший період подальшого спостереження (понад 6 місяців) для таких ключових результатів, як психічне здоров'я підлеглих.
- ▶ Необхідно збільшити кількість досліджень, які виявляють дієві компоненти підготовки керівників із питань психічного здоров'я, включно з компонентами реалізації (наприклад, тривалістю) та компонентами змісту.
- ▶ Необхідно збільшити кількість і підвищити якість досліджень та/або обстежень щодо підготовки керівників, орієнтованої на лідерство, та її впливу на результати стосовно здоров'я.
- ▶ Необхідно збільшити кількість і підвищити якість досліджень щодо заходів, які забезпечують ефективне досягнення результатів у плані звернення по допомогу (наприклад, шляхом зменшення стигматизації на робочому місці).

Для вибраних сфер ризику

- ▶ Потрібно проводити більше досліджень для вивчення питання ефективності та практичної здійсненності підготовки керівників із питань психічного здоров'я в установах охорони здоров'я, екстрених службах і гуманітарних організаціях.

Пріоритети досліджень щодо підготовки працівників

Усі заходи з підготовки працівників

- ▶ Слід збільшити обсяг і підвищити якість доказів щодо підготовки з метою сприяння освіченості та обізнаності у сфері психічного здоров'я, її впливу на надання допомоги колегам у стані стресу та на активізацію звернення по допомогу (зокрема для профілактики самогубств).
- ▶ Необхідно збільшити кількість досліджень, які виявляють дієві компоненти підготовки працівників із питань психічного здоров'я, включно з компонентами реалізації (наприклад, тривалістю) та компонентами змісту.

Заходи для вибраних працівників груп ризику

- ▶ Слід збільшити кількість якісних і авторитетних досліджень, спрямованих на визначення ефективності підготовки працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб у плані знань, ставлення і навичок щодо психічного здоров'я.
- ▶ Слід збільшити обсяг доказів, які свідчать про вплив за результатами середньо- і довгострокового подальшого спостереження, з метою обґрунтування рішень про періодичність проведення підготовки.

Прогалини в дослідженнях щодо індивідуальних заходів

Усі індивідуальні заходи

- ▶ Необхідно збільшити кількість і підвищити якість досліджень, які встановлюють частоту випадків, де працівники відповідають критеріям діагнозу щодо психічного здоров'я за допомогою діагностичного оцінювання на початку дослідження та за підсумками подальшого спостереження, з метою визначення масштабу запобігання погіршенню психічного здоров'я.
- ▶ Необхідно збільшити кількість і підвищити якість досліджень, які оцінюють порівнянну дієвість та економічну ефективність окремих індивідуальних заходів, що передбачають середньо- та довгострокове подальше спостереження з метою оцінювання сталості впливу.
- ▶ Необхідно збільшити кількість і підвищити якість досліджень, які встановлюють підтверджені результати щодо роботи за підсумками оцінювання впливу індивідуальних заходів, зокрема триваліші періоди подальшого спостереження.
- ▶ Необхідно збільшити кількість досліджень, які виявляють ефективні компоненти психосоціальних заходів (орієнтованих на роботу) для досягнення передбачених результатів щодо психічного здоров'я і роботи, зокрема компоненти реалізації (наприклад, тривалість) та компоненти змісту (наприклад, форму проведення психосоціального заходу).
- ▶ Необхідно збільшити кількість досліджень з індивідуальних заходів, які охоплюють результати щодо суїцидальної поведінки та вживання психоактивних речовин.
- ▶ Слід розширити використання кластерно-рандомізованої контрольованої структури досліджень у цій сфері.
- ▶ Необхідно збільшити кількість досліджень із питань ефективності та реалізації, в яких окреслюються адитивні або порівнянні ефекти мультимодальних програм (наприклад, поєднання індивідуальних і організаційних заходів) порівняно з програмами, які передбачають проведення заходів одного виду (наприклад, тільки індивідуальних заходів).

Прогалини в дослідженнях щодо відсутності на роботі через порушення психічного здоров'я

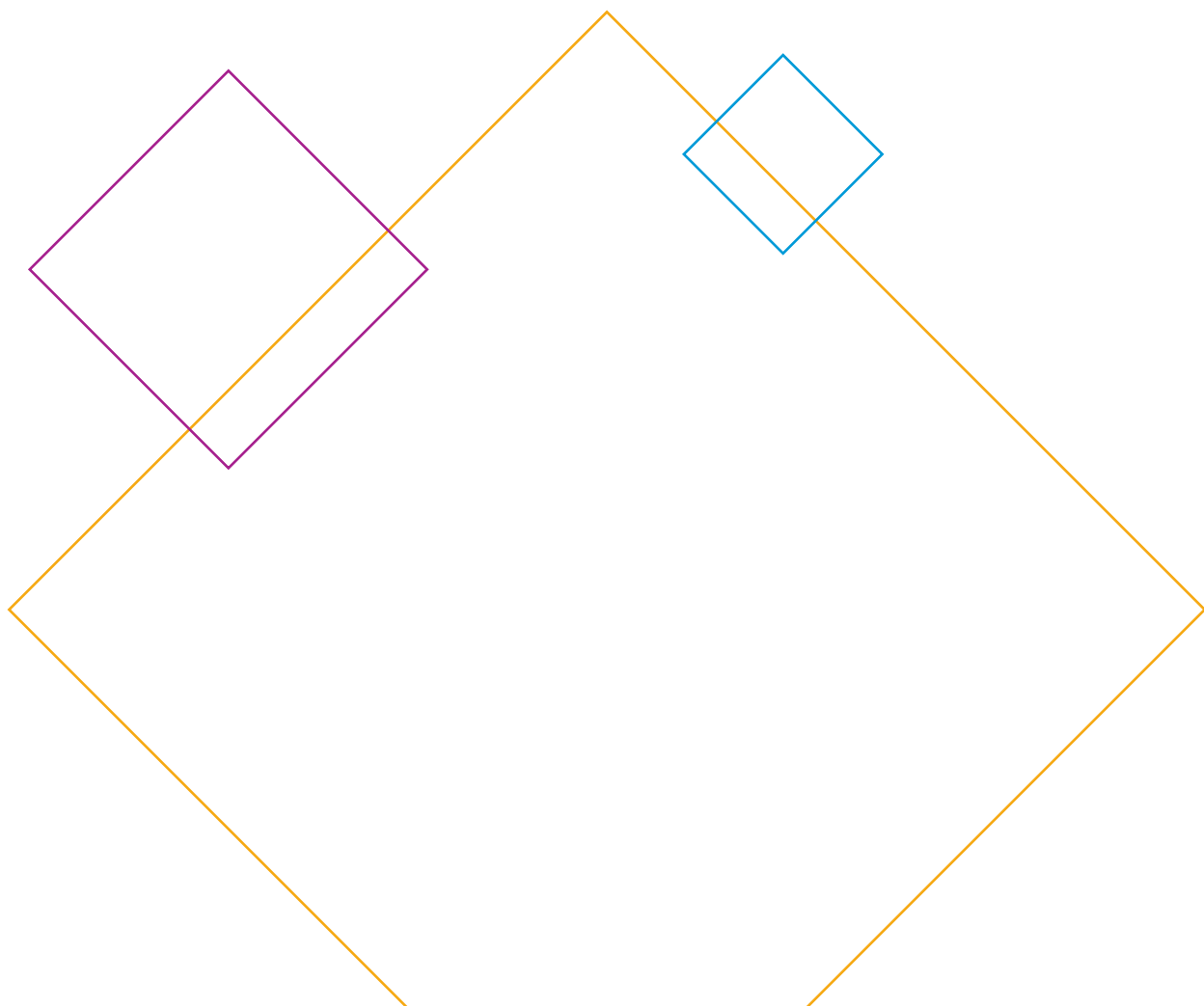
- ▶ Необхідно збільшити кількість і підвищити якість досліджень, зосереджених на сталому поверненні на роботу (наприклад, шляхом збільшення тривалості подальшого спостереження мінімум до 12 місяців).
- ▶ Слід ширше включати результати, які свідчать про позитивний вплив заходу – як-от тривалість роботи після повернення, час від часткового до повного повернення на роботу, продуктивність і працездатність (а не тільки результати щодо зменшення кількості днів відсутності через психічні розлади).
- ▶ Необхідно збільшити кількість досліджень, в яких вивчається економічна ефективність варіантів заходів для повернення на роботу після відсутності через психічні розлади.
- ▶ Необхідно збільшити кількість і підвищити якість досліджень, мета яких – оцінити, яка комбінація заходів, орієнтованих на роботу, і клінічних заходів є найбільш ефективною та практично здійсненою.

Прогалини в дослідженнях щодо надання підтримки у працевлаштуванні людей, які живуть із порушенням психічного здоров'я

- ▶ Необхідно збільшити кількість досліджень, в яких вивчається ефективність орієнтованих на відновлення стратегій, що посилюють професійну та економічну інтеграцію, і які незмінно включають результати стосовно відновлення після порушень психічного здоров'я та результати, пов'язані з роботою, які становлять інтерес для роботодавців.
- ▶ Необхідно збільшити кількість і підвищити якість досліджень, в яких вивчається економічна ефективність варіантів реалізації орієнтованих на відновлення стратегій, що посилюють професійну та економічну інтеграцію осіб із легкими та помірними психічними розладами.
- ▶ Необхідно збільшити кількість досліджень, в яких вивчається ефективність і доцільність впровадження орієнтованих на відновлення стратегій для людей, які живуть із легкими та помірними порушеннями психічного здоров'я.

Прогалини в дослідженнях щодо програм скринінгу

- ▶ Для того, щоб мати можливість надати рекомендацію, потрібні високоякісні та достатньо повноважні дослідження, які дозволять оцінити переваги та шкідливість програм скринінгу на робочому місці та їхню дієвість у зменшенні симптомів психічних розладів.





Розповсюдження та оновлення керівних принципів

Розповсюдження

Керівні принципи розміщені на вебсайті ВООЗ англійською мовою, а стислий виклад – усіма шістьма мовами Організації Об'єднаних Націй. Національні міністерства, відповідальні за охорону психічного здоров'я і здоров'я на робочому місці, будуть поінформовані про керівні принципи через бюро ВООЗ у регіонах і країнах. Міністерства праці й занятості та представницькі органи працівників і роботодавців будуть поінформовані про керівні принципи через МОП. Керівні принципи будуть розіслані широкій мережі міжнародних партнерів, зокрема представницьким організаціям осіб, які опікуються питаннями охорони здоров'я, безпеки та добробуту працівників, а також центрам співробітництва ВООЗ, університетам, неурядовим організаціям і агенціям ООН.

Реалізація рекомендацій

Для того, щоб полегшити реалізацію рекомендацій, керівні принципи супроводжуватиме інформаційна записка, розроблена спільно ВООЗ і МОП. Записка буде складена шістьма мовами Організації Об'єднаних Націй, щоб сприяти її широкому розповсюдженню. У ній будуть представлені стратегічні можливості та варіанти реалізації, розроблені на основі керівних принципів. Бюро ВООЗ у регіонах і країнах сприятимуть реалізації рекомендацій на рівні країн. Крім цього, реалізація може підтримуватися на місцевому рівні шляхом ухвалення та виконання Комплексного плану дій ВООЗ у сфері психічного здоров'я на 2013–2030 рр. та Глобальної стратегії ВООЗ у сфері здоров'я, навколишнього середовища і зміни клімату. Обидва ці документи ухвалені Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я. ВООЗ розповсюджуватиме керівні принципи та спільну інформаційну записку також через широку мережу міжнародних партнерів, зокрема через національні міністерства охорони здоров'я, центри співробітництва ВООЗ, ключові групи зацікавлених сторін (які представляють цільову аудиторію цих керівних принципів), університети, неурядові організації та агенції ООН. МОП сприятиме розповсюдженню інформаційної записки серед її тристоронніх партнерів, включно з міністерствами праці, організаціями роботодавців і працівників. Це дозволить поширити стратегічні настанови щодо ролей та обов'язків суб'єктів сфери праці з профілактики, захисту, зміцнення та підтримки психічного здоров'я на робочому місці.

Моніторинг і оцінювання засвоєння та впровадження керівних принципів

ВООЗ прагнучиме здійснювати моніторинг засвоєння керівних принципів та впровадження їх у національну політику і програми, відстежуючи кількість країн, які адаптували або ухвалили ці керівні принципи. За допомогою Атласу ВООЗ (WHO atlas) [17] та інших звичайних підходів (наприклад, бази даних ВООЗ MiNDbank²⁰) ВООЗ оцінюватиме, як національна політика та механізм надання послуг працівникам адаптовані для інтеграції рекомендацій. ВООЗ прагнучиме продовжувати регулярне збирання даних за результатами реалізації рекомендацій, а також відгуків ключових зацікавлених сторін із метою оцінювання корисності та впливу керівних принципів.

Подальше оновлення керівних принципів

Очікується, що керівні принципи будуть чинними впродовж п'ятирічного терміну. Секретаріат ВООЗ, консультуючись із технічними експертами, продовжить відстежувати науково-дослідницьку діяльність у сфері зміцнення психічного здоров'я, профілактики та заходів втручання для працівників – особливо з питань, де ступінь достовірності доказів виявився низьким або дуже низьким. У разі виявлення нових доказів або виникнення інших важливих міркувань, здатних вплинути на нинішні рекомендації, ВООЗ координуватиме оновлення керівних принципів у порядку, окресленому в публікації WHO handbook for guideline development, second edition [26].

20 Див. <https://www.mindbank.info> (дата доступу – 29 травня 2022 р.).

Література

1. Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>, accessed 26 August 2022).
2. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(5):415–24.
3. Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, ninth session, Geneva, 18–24 September 1984. Geneva: International Labour Organization; 1986.
4. The effects of non-standard forms of employment on worker health and safety. Geneva: International Labour Organization; 2016 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/--travail/documents/publication/wcms_443266.pdf, accessed 26 August 2022).
5. Violence and Harassment Convention, 2019 (No. 190). Geneva: International Labour Organization; 2019 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEX_PUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190, accessed 26 August 2022).
6. León-Pérez JM, Escartín J, Giorgi G. The presence of workplace bullying and harassment worldwide. In: D'Cruz P, Noronha E, Notelaers G, Rayner C, editors. Concepts, approaches and methods. Handbooks of workplace bullying: emotional abuse and harassment, volume 1. Singapore: Springer; 2021: 55–86.
7. Toth KE, Yvon F, Villotti P, Lecomte T, Lachance J-P, Kirsh B et al. Disclosure dilemmas: how people with a mental health condition perceive and manage disclosure at work. *Disabil Rehab*. 2021;11:1–11.
8. Women and men in the informal economy: a statistical picture. Geneva: International Labour Organization; 2018 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_626831.pdf, accessed 26 August 2022).
9. López-Ruiz M, Artazcoz L, Martínez JM, Rojas M, Benavides FG. Informal employment and health status in Central America. *BMC Public Health*. 2015;15:698.
10. Ludermit AB, Lewis G. Informal work and common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(9):485–9.
11. Makhubele M, Ravhuhali K, Kuonza L, Mathee A, Kgalamono S, Made F et al. Common mental health disorders among informal waste pickers in Johannesburg, South Africa 2018 – a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(14):2618.
12. Working time and the future of work. Geneva: International Labour Organization; 2018 (https://labordoc.ilo.org/discovery/delivery/41ILO_INST:41ILO_V1/1258409590002676, accessed 26 August 2022).
13. Healthy and safe telework: technical brief. Geneva: World Health Organization and International Labour Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341505/9789240015579-eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y>, accessed 26 August 2022).
14. Cox T, Griffiths A. The nature and measurement of work-related stress: theory and practice. In: Wilson JR, Corlett N, editors. Evaluation of human work. London: CRS Press; 2005.
15. Workplace stress – a collective challenge. Geneva: International Labour Organization; 2016 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf, accessed 26 August 2022).
16. Occupational Safety and Health Convention, 1981 (No.155) and Recommendation (No.164). Geneva: International Labour Organization; 1981 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55:0::NO::P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:REC,en,R164,/Document, accessed 26 August 2022).
17. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>, accessed 26 August 2022).

18. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345301>, accessed 26 August 2022).
19. WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and wellbeing sustainably through healthy environments. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331959>, accessed 26 August 2022).
20. Occupational health and safety management – psychological health and safety at work – guidelines for managing psychosocial risks. Geneva: International Organization for Standardization; 2021.
21. Labor force participation rate, total (% of total population ages 15+) (modeled ILO estimate). Washington (DC): The World Bank (<https://data.worldbank.org/indicator/SL.TLF.CACT.ZS>, accessed 27 May 2022).
22. The mhGAP community toolkit: field test version. Geneva: World Health Organization, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328742>, accessed 26 August 2022).
23. Petrie K, Milligan-Saville J, Gayed A, Deady M, Phelps A, Dell L et al. Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018;53(9):897–909.
24. Strohmeier H, Scholte WF. Trauma-related mental health problems among national humanitarian staff: a systematic review of the literature. *Eur J Psychotraumatol.* 2015;6:28541.
25. WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>, accessed 26 August 2022).
26. WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2014.
27. Kröll C, Doeblér P, Nüesch S. Meta-analytic evidence of the effectiveness of stress management at work. *Eur J Work Organ Psychol.* 2017;26(5):677–93.
28. Daniels K, Gedikli C, Watson D, Semkina A, Vaughn O. Job design, employment practices and well-being: a systematic review of intervention studies. *Ergonomics.* 2017;60(9):1177–96.
29. Verbeek J, Ruotsalainen J, Laitinen J, Korkiakangas E, Lusa S, Mänttari S et al. Interventions to enhance recovery in healthy workers; a scoping review. *Occup Med (Lond).* 2019;69(1):54–63.
30. Shrestha N, Kukkonen-Harjula K T, Verbeek J H, Ijaz S, Hermans V, Pedisic Z. Workplace interventions for reducing sitting at work. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(6):CD010912.
31. Naghieh A, Montgomery P, Bonell CP, Thompson M, Aber JL. Organisational interventions for improving wellbeing and reducing work-related stress in teachers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(4):CD010306.
32. Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bambra C. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(2):CD008009.
33. Lau RWM, Mak WH. Effectiveness of workplace interventions for depression in Asia: a meta-analysis. *SAGE Open.* 2017;(7)2. doi:10.1177/2158244017710293.
34. Mlekus L, Maier GW. More hype than substance? A meta-analysis on job and task rotation. *Front Psychol.* 2021;12:633530.
35. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdóttir I et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health.* 2017;17(1):1–13.
36. van der Molen HF, Nieuwenhuijsen K, Frings-Dresen MH, de Groene G. Work-related psychosocial risk factors for stress-related mental disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2020;10(7):e034849.
37. Rugulies R, Sørensen K, Di Tecco C, Bonafede M, Rondinone BM, Ahn S et al. The effect of exposure to long working hours on depression: a systematic review and meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury. *Environ Int.* 2021;155:106629.
38. Virtanen M, Jokela M, Madsen IE, Hanson LLM, Lallukka T, Nyberg ST et al. Long working hours and depressive symptoms: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *Scand J Work Environ Health.* 2018;44(3):239–50.

39. Virtanen M, Jokela M, Nyberg ST, Madsen IE, Lallukka T, Ahola K et al. Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *BMJ*. 2015;350:g7772.
40. Richter K, Peter L, Rodenbeck A, Weess HG, Riedel-Heller SG, Hillemacher T. Shiftwork and alcohol consumption: a systematic review of the literature. *Eur Addict Res*. 2021;27(1):9–15.
41. Milner A, Witt K, LaMontagne AD, Niedhammer I. Psychosocial job stressors and suicidality: a meta-analysis and systematic review. *Occup Environ Med*. 2018;75(4):245–53.
42. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Bendz LT, Grape T, Hogstedt C et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1–14.
43. Duchaine CS, Aubé K, Gilbert-Ouimet M, Vézina M, Ndjaboué R, Massamba V et al. Psychosocial stressors at work and the risk of sickness absence due to a diagnosed mental disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(8):842–51.
44. Madsen IE, Nyberg ST, Hanson LM, Ferrie JE, Ahola K, Alfredsson L et al. Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychol Med*. 2017;47(8):1342–56.
45. Verkuil B, Atasayi S, Molendijk ML. Workplace bullying and mental health: a meta-analysis on cross-sectional and longitudinal data. *PLoS One*. 2015;10(8):e0135225.
46. Rudkjoebing LA, Bungum AB, Flachs EM, Eller NH, Borritz M, Aust B et al. Work-related exposure to violence or threats and risk of mental disorders and symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. 2020;46(4):339–49.
47. Schmidt S, Roesler U, Kusserow T, Rau R. Uncertainty in the workplace: examining role ambiguity and role conflict, and their link to depression – a meta-analysis. *Eur J Work Organ Psychol*. 2014;23(1):91–106.
48. Kim TJ, von dem Knesebeck O. Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016;89(4):561–73.
49. Milner A, Scovelle AJ, King TL, Madsen I. Exposure to work stress and use of psychotropic medications: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2019;73(6):569–76.
50. Rugulies R, Aust B, Madsen IE. Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scand J Work Environ Health*. 2017;43(4):294–306.
51. Yoshimura K, Kawakami N, Tsusumi A, Inoue A, Kobayashi Y, Takeuchi A et al. Cost-benefit analysis of primary prevention programs for mental health at the workplace in Japan. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2013;55(1):11–24.
52. Working conditions in a global perspective. Brussels and Geneva: Publications Office of the European Union and International Labour Organization; 2019 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_696174.pdf, accessed 26 August 2022).
53. Houtman I, Jettinghof K, Cedillo L, & World Health Organization. Occupational and Environmental Health Team. Raising awareness of stress at work in developing countries: advice to employers and worker representatives. Geneva: World Health Organization; 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42956>, accessed 26 August 2022).
54. International minimum requirements for health protection in the workplace. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259674>, accessed 26 August 2022).
55. Universal Declaration of Human Rights, 10 December 1948. United Nations General Assembly Resolution 217 A(III). New York (NY): United Nations; 1948 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259674>, accessed 26 August 2022).
56. Occupational Safety and Health Convention, 1981 (No.155). Geneva: International Labour Organization; 1981 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NO_RMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C155, accessed 26 August 2022).

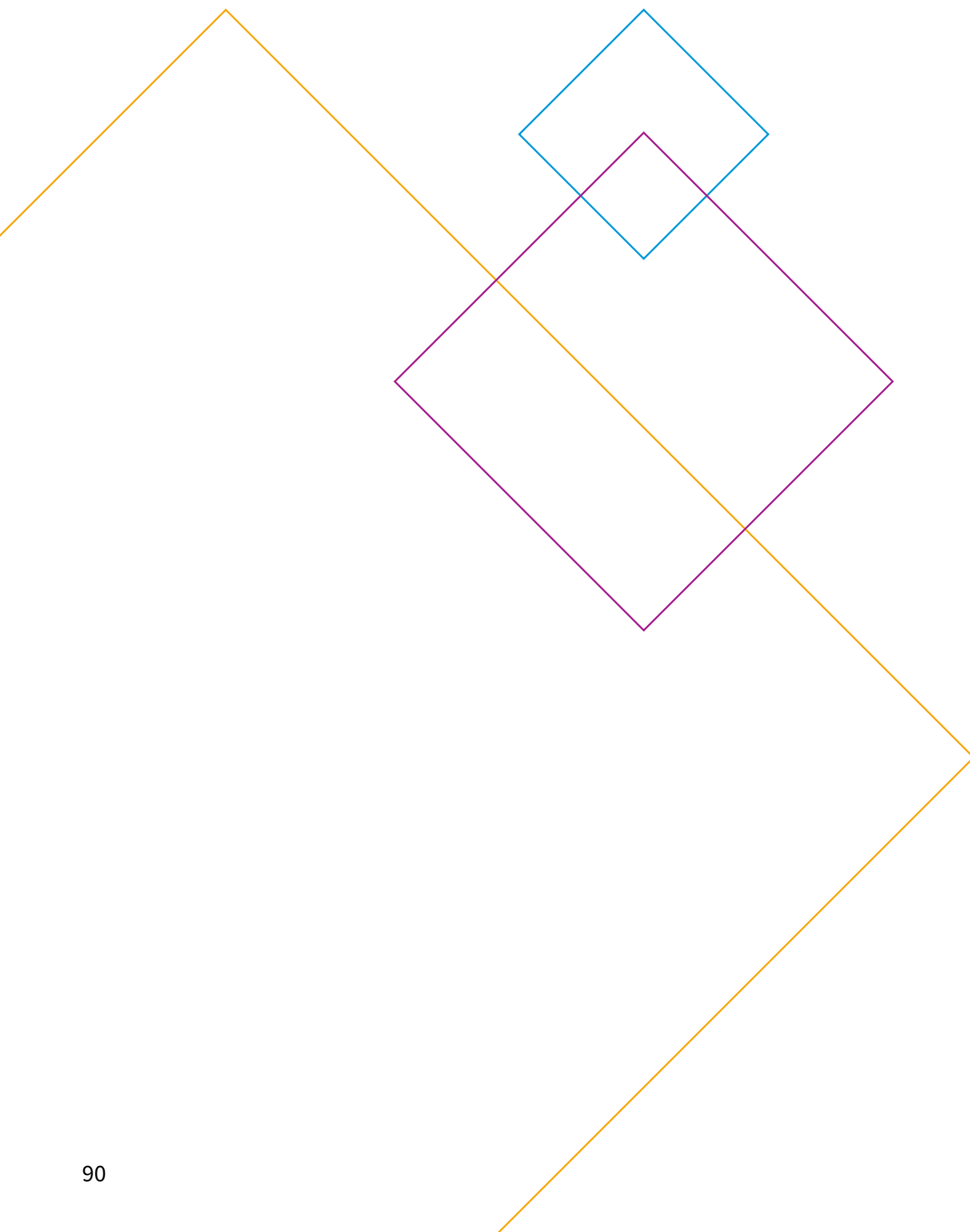
57. WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and wellbeing sustainably through healthy environments. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331959/9789240000377-eng.pdf?ua=1>, accessed 26 August 2022).
58. McCulloch P, Rathbone J, Catchpole K. Interventions to improve teamwork and communications among healthcare staff. *Br J Surg*. 2011;98(4):469–79.
59. Romppanen J, Häggman-Laitila A. Interventions for nurses' well-being at work: a quantitative systematic review. *J Adv Nurs*. 2017;73(7):1555–69.
60. Sakuraya A, Imamura K, Watanabe K, Asai Y, Ando E, Eguchi H et al. What kind of intervention is effective for improving subjective well-being among workers? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychol*. 2020;11:528656.
61. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017;177(2):195–205.
62. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>, accessed 26 August 2022).
63. ILO guidelines on decent work in public emergency services. Geneva: International Labour Organization; 2018 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/normativeinstrument/wcms_626551.pdf, accessed 26 August 2022).
64. Alhassan RK, Nketiah-Amponsah E, Spieker N, Kojo Arhinful D, Rinke de Wit TF. Assessing the impact of community engagement interventions on health worker motivation and experiences with clients in primary health facilities in Ghana: a randomized cluster trial. *PLoS One*. 2016;11(7):e0158541.
65. Strohmeier H, Scholte WF, Ager A. How to improve organisational staff support? Suggestions from humanitarian workers in South Sudan. *Intervention*. 2019;17(1):40–9.
66. Occupational Health Services Convention (No.161). Seventy-first International Labour Conference. Geneva: International Labour Organization; 1985 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55:0:::55:P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:CON,en,C161,/Document, accessed 26 August 2022).
67. Zafar N, Rotenberg M, Rudnick A. A systematic review of work accommodations for people with mental disorders. *Work*. 2019;64(3):461–75.
68. Bolo C, Sareen J, Patten S, Schmitz N, Currie S, Wang J. Receiving workplace mental health accommodations and the outcome of mental disorders in employees with a depressive and/or anxiety disorder. *J Occup Environ Med*. 2013;55(11):1293–99.
69. Secker J, Membrey H, Grove B, Seebohm P. The how and why of workplace adjustments: contextualizing the evidence. *Psychiatr Rehabil J*. 2003;27(1):3.
70. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). United Nations General Assembly Resolution A/ RES/61/106. New York (NY): United Nations; 2007 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>, accessed 26 August 2022).
71. Chow CM, Cichocki B. Predictors of job accommodations for individuals with psychiatric disabilities. *Rehabil Couns Bull*. 2016;59(3):172–84.
72. Granger B, Baron R, Robinson S. Findings from a national survey of job coaches and job developers about job accommodations arranged between employers and people with psychiatric disabilities. *J Vocat Rehabil*. 1997;9(3):235–51.
73. Chow CM, Cichocki B, Croft B. The impact of job accommodations on employment outcomes among individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv*. 2014;65(9):1126–32.
74. Wang J, Patten S, Currie S, Sareen J, Schmitz N. Perceived needs for and use of workplace accommodations by individuals with a depressive and/or anxiety disorder. *J Occup Environ Med*. 2011;53(11):1268–72.

75. Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons) Convention (No. 159). Geneva: International Labour Organization; 1983 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:55:0::NO::P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:CON,en,C159,/Document, accessed 26 August 2022).
76. Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons) Recommendation (No. 168). Geneva: International Labour Organization; 1983 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R168, accessed 26 August 2022).
77. Gayed A, Milligan-Saville JS, Nicholas J, Bryan BT, LaMontagne AD, Milner A et al. Effectiveness of training workplace managers to understand and support the mental health needs of employees: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2018;75(6):462–70.
78. Kuehnl A, Seubert C, Rehfuess E, von Elm E, Nowak D, Glaser J. Human resource management training of supervisors for improving health and well-being of employees. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;(9):CD010905.
79. Dimoff JK, Kelloway EK. With a little help from my boss: the impact of workplace mental health training on leader behaviors and employee resource utilization. *J Occup Health Psychol*. 2019;24(1):4.
80. Workplace health: management practices. NICE Guideline [NG13]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2016.
81. Dawkins S, Martin A, Kilpatrick M, Scott J. Reasons for engagement: SME owner-manager motivations for engaging in a workplace mental health and wellbeing intervention. *J Occup Environ Med*. 2018;60(10):917–27.
82. Tsutsumi A. Development of an evidence-based guideline for supervisor training in promoting mental health: literature review. *J Occup Health*. 2011;53(1):1–9.
83. Evans-Lacko S, Brohan E, Mojtabai R, Thornicroft G. Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychol Med*. 2012;42(8):1741–52.
84. Stuber F, Seifried-Dübon T, Rieger MA, Gündel H, Ruhle S, Zipfel S et al. The effectiveness of health-oriented leadership interventions for the improvement of mental health of employees in the health care sector: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2021;94(2):203–20.
85. Milligan-Saville JS, Tan L, Gayed A, Barnes C, Madan I, Dobson M et al. Workplace mental health training for managers and its effect on sick leave in employees: a cluster randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(11):850–8.
86. Akhanemhe R, Wallbank S, Greenberg N. An evaluation of REACTMH mental health training for healthcare supervisors. *Occup Med (Lond)*. 2021;71(3):127–30.
87. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311322>, accessed 26 August 2022).
88. Hanisch SE, Twomey CD, Szeto AC, Birner UW, Nowak D, Sabariego C. The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):1–11.
89. Milner A, Page K, Spencer-Thomas S, LaMontagne AD. Workplace suicide prevention: a systematic review of published and unpublished activities. *Health Promot Int*. 2014;30(1):29–37.
90. Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of mental health First Aid training: effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS One*. 2018;13(5):e0197102.
91. Forthall S, Sadowska K, Pike KM, Balachander M, Jacobsson K, Hermosilla S. Mental health first aid: a systematic review of trainee behavior and recipient mental health outcomes. *Psychiatr Serv*. 2021;appi.ps. 202100027.
92. Lu S, Li W, Oldenburg B, Wang Y, Jorm AF, He Y et al. Cultural adaptation of the mental health first aid guidelines for depression used in English-speaking countries for China: a Delphi expert consensus study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):1–12.
93. Moll SE, Patten S, Stuart H, MacDermid JC, Kirsh B. Beyond silence: a randomized, parallel-group trial exploring the impact of workplace mental health literacy training with healthcare employees. *Canadian J Psych*. 2018;63(12):826–33.
94. Tan L, Harvey SB, Deady M, Dobson M, Donohoe A, Suk C et al. Workplace mental health awareness training: a cluster randomized controlled trial. *J Occup Environ Med*. 2021;63(4):311–6.

95. Krameddine Y, DeMarco D, Hassel R, Silverstone PH. A novel training program for police officers that improves interactions with mentally ill individuals and is cost-effective. *Front Psychiatry*. 2013;4:9.
96. Brooks SK, Dunn R, Amlôt R, Greenberg N, Rubin GJ. Training and post-disaster interventions for the psychological impacts on disaster-exposed employees: a systematic review. *J Ment Health*. 2018;15:1–25.
97. Caulfield A, Vatansever D, Lambert G, Van Bortel T. WHO guidance on mental health training: a systematic review of the progress for non-specialist health workers. *BMJ Open*. 2019;9(1):e024059.
98. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum*. 2017;30(2):111–16.
99. Anderson GS, Di Nota PM, Groll D, Carleton RN. Peer support and crisis-focused psychological interventions designed to mitigate post-traumatic stress injuries among public safety and frontline healthcare personnel: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(20):7645.
100. Maricuțoiu LP, Sava FA, Butta O. The effectiveness of controlled interventions on employees' burnout: a meta-analysis. *J Occup Organ Psychol*. 2016;89(1):1–27.
101. Vega-Escañó J, Porcel-Gálvez AM, de Diego-Cordero R, Romero-Sánchez JM, Romero-Saldaña M, Barrientos-Trigo S. Insomnia interventions in the workplace: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):6401.
102. Slemp GR, Jach HK, Chia A, Loton DJ, Kern ML. Contemplative interventions and employee distress: a meta-analysis. *Stress Health*. 2019;35(3):227–55.
103. Stratton E, Lampit A, Choi I, Calvo RA, Harvey SB, Glozier N. Effectiveness of eHealth interventions for reducing mental health conditions in employees: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(12):e0189904.
104. Carolan S, Harris PR, Cavanagh K. Improving employee well-being and effectiveness: systematic review and meta-analysis of web-based psychological interventions delivered in the workplace. *J Med Internet Res*. 2017;19(7):e271.
105. Phillips EA, Gordeev VS, Schreyögg J. Effectiveness of occupational e-mental health interventions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Scand J Work Environ Health*. 2019;45(6):560–76.
106. Oakman J, Neupane S, Proper KI, Kinsman N, Nygård C-H. Workplace interventions to improve work ability: a systematic review and meta-analysis of their effectiveness. *Scand J Work Environ Health*. 2018;134–46.
107. Cuijpers P, Miguel C, Ciharova M, Aalten P, Batelaan N, Salemink E et al. Prevention and treatment of mental health and psychosocial problems in college students: an umbrella review of meta-analyses. *Clin Psychol*. 2021;28(3):229.
108. Commissioning cost-effective services for promotion of mental health and wellbeing and prevention of mental ill-health. London: Public Health England; 2017 (<https://www.lse.ac.uk/business/consulting/assets/documents/commissioning-cost-effective-services-for-promotion-of-mental-health-and-wellbeing-and-prevention-of-mental-ill-health.pdf>, accessed 26 August 2022).
109. Baxter S, Sanderson K, Venn AJ, Blizzard CL, Palmer AJ. The relationship between return on investment and quality of study methodology in workplace health promotion programs. *Am J Health Promot*. 2014;28(6):347–63.
110. Hamdani SU, Rahman A, Wang D, Chen T, van Ommeren M, Chisholm D et al. Cost-effectiveness of WHO problem management plus for adults with mood and anxiety disorders in a post-conflict area of Pakistan: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2020;217(5):623–9.
111. Martin A, Kilpatrick M, Scott J, Cocker F, Dawkins S, Brough P et al. Protecting the mental health of small-to-medium enterprise owners: a randomized control trial evaluating a self-administered versus telephone supported intervention. *J Occup Environ Med*. 2020;62(7):503.
112. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>, accessed 26 August 2022).
113. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf, accessed 26 August 2022).

114. Melnyk BM, Kelly SA, Stephens J, Dhakal K, McGovern C, Tucker S et al. Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses: a systematic review. *Am J Health Promot.* 2020;34(8):929–41.
115. Kunzler AM, Helmreich I, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M et al. Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(7):CD012527.
116. Petrie K, Crawford J, Baker ST, Dean K, Robinson J, Veness BG et al. Interventions to reduce symptoms of common mental disorders and suicidal ideation in physicians: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(3):225–34.
117. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016;388(10057):2272–81.
118. Fendel JC, Bürkle JJ, Göritz AS. Mindfulness-based interventions to reduce burnout and stress in physicians: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med.* 2020;96(5):751–64.
119. Guillaumie L, Boiral O, Champagne J. A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *J Adv Nurs.* 2017;73(5):1017–34.
120. Wasson RS, Barratt C, O'Brien WH. Effects of mindfulness-based interventions on self-compassion in health care professionals: a meta-analysis. *Mindfulness.* 2020;11(8):1914–34.
121. Haugen PT, McCrillis AM, Smid GE, Nijdam MJ. Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2017;94:218–29.
122. Alden L, Matthews L, Wagner S, Fyfe T, Randall C, Regehr C et al. Systematic literature review of psychological interventions for first responders. *Work Stress.* 2021;35(2):193–215.
123. WHO mhGAP Guideline Update. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204132>, accessed 26 August 2022).
124. Nigatu YT, Huang J, Rao S, Gillis K, Merali Z, Wang J. Indicated prevention interventions in the workplace for depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med.* 2019;56(1):e23–33.
125. Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Veronese N, Solmi M et al. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Eur Psychiatry.* 2018;54:124–44.
126. de Oliveira C, Cho E, Kavelaars R, Jamieson M, Bao B, Rehm J. Economic analyses of mental health and substance use interventions in the workplace: a systematic literature review and narrative synthesis. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(10):893–910.
127. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Bültmann U, Faber B. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(10):CD006237.
128. Arends I, Bruinvels D J, Rebergen D S, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(12):CD006389.
129. Sick on the Job? Myths and realities about mental health and work. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2012 (<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264124523-en.pdf?expires=1663782644&id=id&accname=ocid195767&checksum=9A2DD9B929EF6B5AA3462856A113051E>, accessed 26 August 2022).
130. da Silva Junior JS, Fischer FM. Disability due to mental illness: social security benefits in Brazil 2008–2011. *Rev Saude Publica.* 2014;186–90.
131. Corbière M, Mazaniello-Chézol M, Bastien M-F, Wathieu E, Bouchard R, Panaccio A et al. Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of workers on sick-leave due to common mental disorders: a scoping review. *J Occup Rehabil.* 2020;30(3):381–419.
132. Rebergen D, Bruinvels D, Van Tulder M, Van der Beek A, Van Mechelen W. Cost-effectiveness of guideline-based care for workers with mental health problems. *J Occup Environ Med.* 2009;313–22.
133. Lokman S, Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Brouwers EP, Boon B, Beekman AT et al. Return-to-work intervention versus usual care for sick-listed employees: health-economic investment appraisal alongside a cluster randomised trial. *BMJ Open.* 2017;7(10):e016348.

134. Taimela S, Justen S, Aronen P, Sintonen H, Läärä E, Malmivaara A et al. An occupational health intervention programme for workers at high risk for sickness absence. Cost effectiveness analysis based on a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2008;65(4):242–48.
135. Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajärvi A, Corbiere M, Anema JR. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(9):CD011867.
136. Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M et al. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(9):CD008297.
137. van Rijn RM, Carlier BE, Schuring M, Burdorf A. Work as treatment? The effectiveness of re-employment programmes for unemployed persons with severe mental health problems on health and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2016;73(4):275–9.
138. Fadyl JK, Anstiss D, Reed K, Khoronzhevych M, Levack WM. Effectiveness of vocational interventions for gaining paid work for people living with mild to moderate mental health conditions: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2020;10(10):e039699.
139. Marshall RE, Milligan-Saville J, Petrie K, Bryant RA, Mitchell PB, Harvey SB. Mental health screening amongst police officers: factors associated with under-reporting of symptoms. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1):1–8.
140. Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance (OSH No. 72) Geneva: International Labour Office; 1998 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_177384.pdf, accessed 26 August 2022).
141. Occupational health services recommendation (No. 171). Geneva: International Labour Organization; 1985 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55:0:::55:P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:REC,en,R171,/Document#:~:text=Occupational%20health%20services%20should%20participate%20in%20the%20training%20and%20regular,to%20occupational%20safety%20and%20health, accessed 26 August 2022).
142. Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330829>, accessed 26 August 2022).
143. Ethics in the office. Office Directive (Internal Governance Documents System, No. 76). Geneva: International Labour Organization; 2019 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---webdev/documents/genericdocument/wcms_713105.pdf, accessed 26 August 2022).
144. Code of ethics and professional conduct. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/about/ethics>, accessed 22 May 2022).
145. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ.* 2017;358:j4008.
146. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2008;336(7650):924–6.
147. Hultcrantz M, Rind D, Akl EA, Treweek S, Mustafa RA, Iorio A et al. The GRADE working group clarifies the construct of certainty of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2017;87:4–13.
148. Rehfuss EA, Stratil JM, Scheel IB, Portela A, Norris SL, Baltussen R. The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: integrating WHO norms and values and a complexity perspective. *BMJ Glob Health.* 2019;4(Suppl 1):e000844.
149. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moher J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1 Introduction. *BMJ.* 2016;353:i2016.
150. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A et al. Going from evidence to recommendations. *BMJ.* 2008;336(7652):1049–51.



Глосарій



Вживання психоактивних речовин

Для цілей цих керівних принципів вживання психоактивних речовин – це результат ключових запитань, який охоплює вживання алкоголю чи вживання заборонених наркотиків, виміряне як вживання алкоголю, частоту вживання алкоголю, проблеми, пов'язані з алкоголем, початок вживання алкоголю, початок пияцтва, запійне пияцтво та зловживання алкоголем. Вживання наркотиків означає вживання канабісу, опіоїдів та/або збудливих засобів або зловживання рецептурними препаратами.

Вигорання

Вигорання – це синдром, концептуально визначений як такий, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдалося успішно впоратися. Воно має три виміри: відчуття виснаження чи браку енергії; посилена емоційна відстороненість від своєї роботи або відчуття негативізму чи цинізму, пов'язані з роботою; знижена професійна ефективність²¹. Термін «вигорання» може часто використовуватися як ідіома стресу на робочому місці.

Добре психічне здоров'я

Для цілей цих керівних принципів добре психічне здоров'я є одним із результатів ключових запитань. Цей термін покликаний охопити такі аспекти, як психічний добробут, задоволеність життям, позитивне уявлення особи про себе, позитивна самооцінка, самоконтроль, стійка впевненість у собі (на відміну від порушень психічного здоров'я).

Емоційний стрес

Це, наприклад, сум, гнів, тривога, дратівливість або інші негативні емоційні стани. Люди, що перебувають у стані емоційного стресу, можуть відповідати чи не відповідати встановленим у МКХ критеріям психічного розладу.

Задоволеність доглядом

Для цілей цих керівних принципів задоволеність доглядом – це результат ключових запитань, який відображає задоволеність користувачів і сімей доглядом, зокрема їхньою участю в процесі ухвалення рішень, якістю надаваної інформації, спілкуванням про свій стан, навичками та компетентністю надавачів послуг із догляду.

Звернення по допомогу

Для цілей цих керівних принципів звернення по допомогу визначається як результат ключових запитань, який означає, що людина вживає заходів для пошуку чи отримання підтримки щодо конкретної проблеми, наприклад, психічних розладів.

Знання, ставлення і навички у сфері психічного здоров'я

Для цілей цих керівних принципів знання, ставлення і навички у сфері психічного здоров'я є результатами ключових запитань. Цей термін охоплює ключові цільові параметри заходів втручання, спрямованих на зменшення стигматизації шляхом підвищення рівня освіченості (знань) у сфері психічного здоров'я, змінення ставлення, що має характер стигматизації, а також дії або форми поведінки, які свідчать про надання належної підтримки іншим.

Керівник

Для цілей цих керівних принципів керівник – це працівник, який відповідає за нагляд за іншим працівником чи працівниками, за управління або керівництво цим працівником чи працівниками, тобто керівники – це наймані працівники, які планують, скеровують, координують та оцінюють загальну діяльність підприємств або організаційних підрозділів підприємств²².

Негативний вплив

Для цілей цих керівних принципів негативний вплив визначається як результат ключових запитань і може включати будь-яку несприятливу подію для учасника досліджень, спричинену заходом втручання, що становить інтерес, як-от припинення участі в заходах.

21 Міжнародна класифікація хвороб, 11-й перегляд. Женева, Міжнародна організація охорони здоров'я (<https://icd.who.int/en>, дата доступу – 25 травня 2022 р.).

22 Міжнародна стандартна класифікація занять 2008 р. (МСК3-08): структура, визначення груп і таблиці відповідності. Женева, Міжнародна організація праці (https://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_172572/lang-en/index.htm, accessed 25 May 2022).

Неформальна зайнятість

Цим терміном охоплені наймані працівники (або особи, не класифіковані за статусом зайнятості), які не захищені національним законодавством про працю на цій роботі (тобто не включені до системи соціального забезпечення, пов'язаного з трудовою діяльністю, або позбавлені права на певну допомогу у зв'язку із зайнятістю); роботодавці, члени виробничих кооперативів і самозайняті працівники (тільки якщо їхня продукція виготовляється для продажу) у виробничій одиниці, яка вважається неформальною; та члени сім'ї, які допомагають²³.

Неформальний сектор

Усі працівники неінкорпорованих підприємств, які виготовляють принаймні частину продукції для ринку і не зареєстровані.

Порушення психічного здоров'я

Широкий термін, який охоплює психічні розлади та психосоціальну інвалідність. Він охоплює також інші психічні стани, пов'язані зі значним стресом, порушенням функціонування або ризиком самоушкодження. Отже, цей термін включає значний емоційний стрес.

Працівник

Для цілей цих керівних принципів працівник – це будь-яка особа старше 18 років, яка зайнята на оплачуваній роботі. Працівники (зайняті особи) зазвичай визначаються як усі особи працездатного віку, які впродовж короткого референтного періоду займалися будь-якою діяльністю з виробництва товарів або надання послуг за плату чи прибутком.

Профілі доказів GRADE

Представлення у формі таблиці зведених показників впливу та оцінювання достовірності сукупності доказів методом GRADE для конкретного запитання – зазвичай визначається у форматі «популяція, втручання, порівняння, результат» (PICO).

Психічне здоров'я

Стан психічного добробуту, який дозволяє людям справлятися зі стресовими ситуаціями в житті, реалізувати свої здібності, добре вчитися і добре працювати, а також робити внесок у життя своїх громад. Психічне здоров'я – це невід'ємна складова загального здоров'я та добробуту, а не лише відсутність психічних розладів.

Психічний розлад

Як визначено в МКХ-11, психічні розлади – це синдроми, що характеризуються клінічно значущим порушенням пізнавальної здатності, емоційного регулювання чи поведінки особи, яке відображає дисфункцію в психологічних, біологічних або розвиткових процесах, що лежать в основі психічного і поведінкового функціонування. Ці порушення зазвичай асоціюються зі стресом або розладом в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній або інших важливих сферах функціонування.

Психосоціальна інвалідність

Цей термін, узгоджений із Конвенцією про права осіб з інвалідністю, означає інвалідність, яка виникає, коли особа з довготривалим психічним розладом стикається з перешкодами, які можуть заважати повноцінній та ефективній участі цієї особи в житті суспільства нарівні з іншими. Прикладами таких перешкод є дискримінація, стигматизація та виключення.

Психосоціальні заходи втручання

Психосоціальні заходи втручання означають міжособистісні чи інформаційні заходи, прийоми чи стратегії для покращення здоров'я та добробуту²⁴. Стосовно психічного здоров'я ці заходи включають психоосвіту, управління стресом (зокрема навчання релаксації та метод усвідомленості), емоційну чи практичну соціальну підтримку (зокрема першу психологічну допомогу) та інші різноманітні соціальні й реабілітаційні заходи, як-от підтримка з боку колег, підтримка у працевлаштуванні та забезпеченні житлом²⁵. Психосоціальні заходи втручання – це всеосяжна категорія, яка включає такі методи психологічної допомоги, як поведінкова активація, терапія методами вирішення проблем, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та міжособистісна терапія (МОТ).

23 Indicator description: informality. ILOSTAT. Geneva: International Labour Organization (Indicator description: Informality - ILOSTAT, дата доступу – 25 травня 2022 р.).

24 England MJ, Butler AS, Gonzalez ML, editors. Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: a framework for establishing evidence-based standards. Washington (DC): National Academies Press; 2015.

25 Barbui C, Purgato M, Abdulmalik J, Acarturk C, Eaton J, Gastaldon C et al. Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. Lancet Psychiatry. 2020;7(2):162–72. doi:10.1016/S2215-0366(19)30511-5.

**Результати,
пов'язані з
роботою**

Для цілей цих керівних принципів результати, пов'язані з роботою, є результатом ключових запитань, який охоплює широкий спектр параметрів, що відображають функціонування особи на роботі, як-от абсентеїзм (регулярна відсутність на роботі), презентеїзм (перебування на роботі, присутність на робочому місці або відвідування місця роботи без повноцінного функціонування, отже, зі зменшеною ефективністю), продуктивність (ефективність виконання робочих завдань), залученість до роботи (відчуття повноцінного зв'язку з роботою), працездатність (функціональна спроможність і компетентність для участі в трудовій діяльності), відсутність, плинність кадрів, звільнення, повернення на роботу, збереження роботи, задоволеність роботою, тривалість роботи або трудовий стаж, статус зайнятості (особа зайнята на умовах неповного робочого часу, зайнята на умовах повного робочого часу або безробітна).

**Стиль
управління,
лідерства та
спілкування**

Для цілей цих керівних принципів стиль управління, лідерства та спілкування є результатом ключових запитань, які охоплюють манеру спілкування, врахування думок окремих працівників, справедливий управлінський поведінку й соціальну підтримку, забезпечення зрозумілості, надання інформації та відгуків, заохочення участі працівників і контролю з їхнього боку, або стиль управління (наприклад, образливий, оснований на невторчанні, авторитарний, із залученням підлеглих).

**Суїцидальна
поведінка**

Для цілей цих керівних принципів суїцидальна поведінка – це результат ключових запитань, який охоплює самоушкодження (зокрема спробу самогубства), суїцидальну ідею та смертність від самогубств.

**Схеми «від
доказів до
рішення»**

Представлення у формі таблиці актуальних міркувань, що використовуються для ухвалення рішення або формування рекомендації.

**Формальний
сектор**

Усі працівники інкорпорованих підприємств.

Функціонування

Для цілей цих керівних принципів функціонування – це результат ключових запитань, який описує здатність проваджувати діяльність і брати участь в інших сферах життя поза роботою (як-от пізнання, спілкування, мобільність, догляд за собою, стосунки, домашнє життя, діяльність спільноти та громадянського суспільства).

Якість життя

Для цілей цих керівних принципів якість життя – це результат ключових запитань, який відображає сприйняття особою свого положення в житті в контексті культурно-ціннісних систем, у яких вона живе, та щодо її цілей, очікувань, стандартів і турбот.

GRADE

Метод градації якості аналізу, розроблення та оцінювання рекомендацій. Це система оцінювання достовірності сукупності доказів та формування міркувань у процесі розроблення рекомендацій щодо клінічних протоколів або керівних принципів охорони громадського здоров'я.

Додаток 1

Учасники створення керівних принципів

У розробленні керівних принципів брали участь нижчезгадані особи. Їхні ролі зазначені у табл. 1.

1. Керівна група ВООЗ, що складалася з департаментів ВООЗ, діяльність яких стосується теми керівних принципів, мала забезпечити загальну координацію та технічну підтримку в процесі розроблення керівних принципів.

Ім'я та прізвище	Департамент
Faten Ben Abdelaziz	Департамент із питань зміцнення здоров'я
Alex Butchart	Департамент соціальних детермінантів здоров'я
Alarcos Cieza	Департамент неінфекційних захворювань
Ivan Ivanov	Департамент із питань здоров'я, навколишнього середовища і зміни клімату
Catherine Kane	Департамент медичного персоналу
Hyo-Jeong Kim	Департамент невідкладної медичної допомоги
Aiysha Malik *	Департамент із питань психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин
Mark van Ommeren **	Департамент із питань психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин
Juana Willumsen	Департамент із питань зміцнення здоров'я

(*) Відповідальний технічний спеціаліст

(**) Голова

2. Група з розроблення керівних принципів (ГРКП) включала технічних, наукових експертів, а також фахівців із питань реалізації та політики. У відборі членів ГРКП враховувалися їхня сфера спеціалізації, стать і географічне представництво.

Ім'я та прізвище	Посада і місце роботи	Регіон ВООЗ	Сфера спеціалізації
Mirai Chatterjee	Директорка, Асоціація самозайнятих жінок, Індія	Регіон Південно-Східної Азії	Гендер, нерівність, соціальний захист, соціальні детермінанти здоров'я, неформальна економіка
Capucine de Fouchier (a)	Незалежна спеціалістка з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, Швейцарія	Європейський регіон	Планування і надання послуг з охорони психічного здоров'я на робочому місці працівникам гуманітарних організацій
Samuel Harvey	Професор, Виконавчий директор і Головний науковий співробітник, Black Dog Institute, Університет штату Новий Південний Уельс, Австралія	Регіон західної частини Тихого океану	Професійна психіатрія, психіатрична епідеміологія, дослідження у сфері психічного здоров'я на робочому місці
Hiroto Ito (b)	Професор, кафедра політики та управління у сфері охорони здоров'я, медичний факультет, Медико-фармацевтичний університет Тохоку, Японія	Регіон західної частини Тихого океану	Політика та управління у сфері охорони психічного здоров'я і безпеки
Norito Kawakami	Професор, факультет психічного здоров'я, медична аспірантура, Токійський університет, Японія	Регіон західної частини Тихого океану	Психічне здоров'я на робочому місці, психічне здоров'я населення, епідеміологія
Spo Kgalamono (c)	Виконавча директорка, Національний інститут здоров'я на роботі, Національна медично-лабораторна служба, ПАР	Африканський регіон	Медицина праці, впровадження служб здоров'я на роботі у КНСД
Nour Kik	Координатор із питань політики та адвокації, Національна програма охорони психічного здоров'я, Міністерство охорони здоров'я, Ліван	Регіон Східного Середземномор'я	Політика у сфері психічного здоров'я, реалізація національної програми охорони психічного здоров'я на робочих місцях
Margaret Kitt	Заступниця директора, Національний інститут безпеки та здоров'я на роботі, Центри з контролю та профілактики захворювань, США; Директорка, Центр співробітництва ВООЗ із питань здоров'я на роботі	Американський регіон	Медицина праці, політика щодо психосоціальних ризиків
Anthony D. LaMontagne	Професор, Інститут трансформації здоров'я, Школа охорони здоров'я та соціального розвитку, Університет ім. Дікіна, Австралія	Регіон західної частини Тихого океану	Прикладна епідеміологія, охорона психічного здоров'я на роботі, заходи з безпеки та здоров'я на роботі, стратегічні заходи для оцінювання робочих місць
Sapna Mahajan (d)	Директорка, відділ геноміки та суспільства, Канада	Американський регіон	Розроблення і реалізація національних, регіональних і міжнародних стандартів психічного здоров'я на робочому місці, громадське здоров'я
Sapna Mahajan (d)	Директорка, відділ геноміки та суспільства, Канада	Американський регіон	Розроблення і реалізація національних, регіональних і міжнародних стандартів психічного здоров'я на робочому місці, громадське здоров'я

Ім'я та прізвище	Посада і місце роботи	Регіон ВООЗ	Сфера спеціалізації
Seyed Kazem Malakouti	Професор, Школа поведінкових наук і психічного здоров'я, Тегеранський інститут психіатрії, Університет медичних наук, Іран; Директор, Центр співробітництва ВООЗ із питань психічного здоров'я	Регіон Східного Середземномор'я	Інтеграція служб охорони психічного здоров'я в систему первинної медико-санітарної допомоги, профілактика самогубств, профілактика вживання психоактивних речовин
Jose Luis Ayuso-Mateos	Професор, факультет психіатрії, Медична школа, Мадридський автономний університет, Іспанія, CIBERSAM, Іспанія; Директор, Центр співробітництва ВООЗ із досліджень і навчання у сфері послуг з охорони психічного здоров'я	Європейський регіон	Епідеміологія та втручання у разі психічних розладів, хронічні захворювання та інтеграція в трудову діяльність
Karina Nielsen	Професорка, Інститут психології праці, Школа управління, Шеффілдський університет, Велика Британія	Європейський регіон	Розроблення, реалізація та оцінювання організаційних заходів для психічного добробуту, організаційна психологія, повернення на роботу
Christopher Prinz (e)	Організація економічного співробітництва та розвитку, Франція	Європейський регіон	Політика у сфері зайнятості та інвалідності
Pratap Sharan	Професор, факультет психіатрії, Всеіндійський інститут медичних наук, Індія	Регіон Південно-Східної Азії	Психічне здоров'я населення, психічне здоров'я медичних працівників
Katherine Sorsdahl	Професорка, факультет психіатрії, Кейптаунський університет, ПАР; Співдиректорка, Центр психічного здоров'я населення ім. Алана Дж. Фішера	Африканський регіон	Психічне здоров'я у світі, зміцнення систем охорони здоров'я
Graham Thornicroft	Професор, сер, Інститут психіатрії, психології та неврології, Королівський коледж Лондона, Велика Британія; Директор, Центр співробітництва ВООЗ із досліджень і навчання у сфері послуг з охорони психічного здоров'я	Європейський регіон	Стигма, громадська психіатрія, психічне здоров'я у світі, розроблення керівних принципів

- (a) Місце роботи з початку розроблення керівних принципів і під час засідання щодо рекомендацій: Міжнародний комітет Червоного Хреста, Швейцарія.
- (b) Місце роботи з початку розроблення керівних принципів і під час засідання щодо рекомендацій: Директор, Центр досліджень у сфері розладів, пов'язаних із перевтомою, Організація з безпеки та здоров'я на роботі, Японія.
- (c) Брала участь у роботі ГРКП до засідання щодо рекомендацій, і з того моменту причини особистого характеру завадили подальшій участі.
- (d) Місце роботи з початку розроблення керівних принципів; до засідання щодо рекомендацій працювала в Комісії з охорони психічного здоров'я (Канада).
- (e) Брав участь у роботі ГРКП до засідання щодо рекомендацій. Попросив виключити його зі складу ГРКП у травні 2021 року через особисті обставини.

3. Група зовнішніх рецензентів (ГЗР), що складалася з технічних експертів, представників організацій роботодавців і працівників та представників осіб, які мають особистий досвід психічних розладів, провела експертне рецензування проєкту керівних принципів, за результатами якого надала технічні зауваження, вказала на помилки у фактах, прокоментувала зрозумілість формулювань і виклала міркування з питань реалізації, адаптації та контексту. У відборі членів ГЗР враховувалися їхня сфера спеціалізації, стать і географічне представництво.

Ім'я та прізвище	Департамент	Регіон ВООЗ
Atalay Alem	Аддис-Абебський університет, Ефіопія	Африканський регіон
Fabrice Althaus	Міжнародний комітет Червоного Хреста, Швейцарія	Європейський регіон
Lamia Bouzgarrou	Монастирський університет, Туніс	Регіон Східного Середземномор'я
Marc Corbière	Квебекський університет, Монреаль, Канада	Американський регіон
Premilla D'Cruz	Індійський інститут управління, Ахмадабад, Індія	Регіон Південно-Східної Азії
Carolyn Dewa	Каліфорнійський університет у Девісі, США	Американський регіон
Frida Marina Fischer	Університет Сан-Паулу, Бразилія	Американський регіон
Roshan Galvaan	Кейптаунський університет, ПАР	Африканський регіон
Nick Glozier	Сіднейський університет, Австралія	Регіон західної частини Тихого океану
Neil Greenberg	Королівський коледж Лондона, Велика Британія	Європейський регіон
Birgit Greiner	Університетський коледж, Корк, Ірландія	Європейський регіон
Nadine Harker	Південно-Африканська рада з медичних досліджень, ПАР	Африканський регіон
Ehimare Iden	Управління з питань безпеки та здоров'я на роботі, Нігерія	Африканський регіон
João Silvestre Silva-Junior	Університетський центр Сан-Камілу, Бразилія	Американський регіон
Inah Kim	Університетський медичний коледж Ханянг, Республіка Корея	Регіон західної частини Тихого океану
George Leveridge	Ямайська поліція, Ямайка	Американський регіон

Ім'я та прізвище	Департамент	Регіон ВООЗ
Shuang Li	Національний інститут здоров'я на роботі та токсикології, Китай	Регіон західної частини Тихого океану
Elizabeth Linos	Каліфорнійський університет у Берклі, США	Американський регіон
Ed Mantler	Комісія з охорони психічного здоров'я, Канада	Американський регіон
Angela Martin	Університет Тасманії, Австралія	Регіон західної частини Тихого океану
Christina Maslach	Каліфорнійський університет у Берклі, США	Американський регіон
Álvaro Roberto Crespo Merlo	Федеральний університет штату Ріу-Гранді-ду-Сул, Бразилія	Американський регіон
María Elisa Ansoleaga Moreno	Університет Дієго Порталеса, Чилі	Американський регіон
Nina Hedegaard Nielsen	Незалежна експертка із психосоціальних ризиків, Данія	Європейський регіон
Reiner Rugulies	Національний дослідницький центр із питань робочого середовища, Данія	Європейський регіон
Godfrey Zari Rukundo	Мбарарський науково-технічний університет, Уганда	Африканський регіон
Kamlesh Sarkar	Національний інститут здоров'я на роботі, Індія	Регіон Південно-Східної Азії
Vandad Sharifi	Тегеранський університет медичних наук, Іран	Регіон Східного Середземномор'я
JianLi Wang	Університет Далхаузі, Канада	Американський регіон
Mohammad Taghi Yasamy	Університет медичних наук ім. Шахіда Бехешті, Іран	Регіон Східного Середземномор'я
Dieter Zapf	Франкфуртський університет ім. Гьоте, Німеччина	Європейський регіон

Представники організацій та ключових зацікавлених сторін	
Melissa Pitotti	Альянс за базові гуманітарні стандарти [CHS]
Sarah Copsey	Європейське агентство з безпеки та здоров'я на роботі [EU-OSHA]
Julia Flintrop	
Olga Kalina	Європейська мережа пацієнтів і колишніх пацієнтів психіатричних установ [ENUSP]
Guadalupe Morales Cano	
Claudia Sartor	Глобальна мережа експертів із питань психічного здоров'я [GMHPN]
Madeline A. Naegle	
Pierre Vincensini	Міжнародна організація роботодавців [MOP]
Rory O'Neill	Міжнародна конфедерація профспілок [МКП]
Victor Ugo	Ініціатива за обізнаність у сфері психічного здоров'я, Нігерія [MANI]
Miguel R. Jorge	Всесвітня медична асоціація [WMA]*
Rose Boucaut	Організація «Світова фізіотерапія» [WP]*
Salam Alexis Gomez	
Jepkemoi Joanne Kibet	
Norma Elisa Gálvez Olvera	
Claudia Patricia Rojas Silva	

* Організації медичних працівників, які є членами Всесвітнього альянсу медичних працівників (WHPA).

4. Методист керівних принципів. Методистом цієї публікації було призначено Corrado Barbui, професора психіатрії факультету медицини та громадського здоров'я Веронського університету (Італія; Центр співробітництва ВООЗ із досліджень і навчання у сфері послуг з охорони психічного здоров'я та оцінювання послуг). Були також призначені консультанти для надання групам з огляду доказів технічної підтримки в розробленні їхньої стратегії пошуку, створенні профілів доказів та проведенні роботи щодо підтверджуючих доказів: Aemal Akhtar (Данія), Gergő Baranyi (Велика Британія), Chiara Gastaldon (Італія), Georgia Michlig (США), Davide Papola (Італія).

5. Групи з огляду доказів і групи з вивчення підтверджуючих доказів були найняті Керівною групою ВООЗ для проведення оглядів доказів з окремих ключових запитань, розроблення профілів доказів методом GRADE, оцінювання ступеню достовірності доказової бази, складання таблиць за схемою «від доказів до рішення» або для проведення роботи з підтверджуючих доказів.

Ім'я та прізвище	Департамент
Ключові запитання: організаційні заходи (запитання 1, 2, 3)	
Hideaki Arima	Токійський університет, Японія
Yumi Asai	
Yui Hidaka	
Mako Iida	
Kotaro Imamura **	
Mai Iwanaga	
Yuka Kobayashi	
Yu Komase	
Natsu Sasaki	
Reiko Inoue	Медична школа Університету ім. Кітасато, Японія
Akizumi Tsutsumi **	
Hisashi Eguchi	Університет гігієни праці та навколишнього середовища, Японія
Ayako Hino	
Akiomi Inoue	
Yasumasa Otsuka	Цукубський університет, Японія
Asuka Sakuraya	Токійський жіночий медичний університет, Японія
Akihito Shimazu	Університет Кейо, Японія
Kanami Tsuno	Канагавський університет соціальних послуг, Японія

Ім'я та прізвище	Департамент
Ключові запитання: заходи з підготовки керівників і працівників, програми скринінгу (запитання 4, 5, 6, 7, 13)	
Taylor Braund	Університет штату Новий Південний Уельс, Австралія
Richard Bryant *	
Jasmine Choi-Christou	
Mark Deady	
Nadine Garland	
Aimee Gayed	
Sam Haffar	
Sophia Mobbs	
Katherine Petrie	
Jessica Strudwick	
Ключові запитання: індивідуальні заходи (запитання 8, 9, 10)	
Arpana Amarnath	Вільний університет, Центр співробітництва ВООЗ із досліджень і поширення психологічних втручань, Нідерланди
Pim Cuijpers *	
Eirini Karyotaki	
Clara Miguel	
Ключові запитання: повернення на роботу і працевлаштування (запитання 11, 12)	
Liam O'Mara	Колумбійський університет, Центр співробітництва ВООЗ із питань зміцнення потенціалу та підготовки у сфері глобального психічного здоров'я, США
Kathleen Pike *	
Adam Rosenfeld	
Hikari Shumsky	

Ім'я та прізвище	Департамент
Підтверджуючі докази: огляд реалізації	
Rachel Lewis	Організація Affinity Health at Work, Велика Британія
Alice Sinclair	
Jo Yarker*	
Fehmidah Munir	
Підтверджуючі докази: обстеження щодо цінностей та пріоритетів	
Promit Ananyo Chakraborty	Університет провінції Британська Колумбія, Канада
Vanessa Evans	
Raymond Lam	
Jill Murphy**	
Andrew Greenshaw **	Університет провінції Альберта, Канада
Jasmin Noble	
Підтверджуючі докази: огляд неформального сектора	
Georgia Michlig *	Університет Джонса Хопкінса, США

* Керівник

** Співкерівники

6. Технічними радниками виступали співробітники Міжнародної організації праці (МОП) на чолі з Manal Azzi, керівницею Групи з безпеки та здоров'я на роботі (штаб-квартира МОП, Женева, Швейцарія). МОП – це три-стороння агенція Організації Об'єднаних Націй, до якої входять уряди, організації роботодавців і організації працівників 187 держав-членів МОП. Міжнародні органи працівників (Міжнародна конфедерація профспілок) та роботодавців (Міжнародна організація роботодавців) були ключовими зацікавленими сторонами в процесі створення керівних принципів і долучились до різних аспектів процесу їхнього розроблення, як-от огляд результатів обстеження щодо цінностей та пріоритетів і рецензування Групою зовнішніх рецензентів.

7. Джерело фінансування. Фінансування на розроблення цих керівних принципів Департаменту ВООЗ із питань психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин надав Wellcome Trust, незалежний глобальний благодійний фонд, основними напрямками діяльності якого є наука і охорона здоров'я. Представник фонду відвідав засідання щодо рекомендацій як спостерігач. Спостерігачам не дозволяється брати участь у засіданні щодо розроблення рекомендацій.

Табл. 1. Роль учасників створення керівних принципів у процесі розроблення

Процес розроблення	КГ ВООЗ	ГРКП	GRC	Методист	Групи з доказів	Технічні радники
Визначення авторів керівних принципів	✓	Поради щодо членів ГЗР	Х	Х	Х	
Ухвалення рішення про обсяг, ключові запитання і результати	Технічна підтримка і координація	✓	Х	Надання технічної підтримки КГ ВООЗ	Х	Х
Виявлення, оцінювання і узагальнення доказів	Технічна підтримка і координація	Технічні поради щодо стратегії пошуку	Х	Надання технічної підтримки групам із доказів	Х	Х
Підтвердження доказів	Технічна підтримка і координація	Поради членам ГРКП щодо структури огляду та обстеження	Поради вибраним членам ГЗР щодо побудови обстеження	Надання технічної підтримки для узагальнення результатів	✓	Технічні поради щодо побудови обстеження
Розроблення рекомендацій	Технічна підтримка і координація	✓	Х	Надання технічної підтримки ГРКП та КГ ВООЗ	Надання технічної підтримки ГРКП	Надання технічних порад під час вибраних дискусій
Розроблення проекту керівних принципів	✓	Х	Х	Х	Х	Х
Експертне рецензування	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Схвалення КГ ВООЗ	✓	НЗ	НЗ	НЗ	НЗ	НЗ
Публікування і розповсюдження	✓	НЗ	НЗ	НЗ	НЗ	НЗ

Скорочення: НЗ – не застосовується; КГ ВООЗ – Керівна група ВООЗ; GRC – Комітет ВООЗ з розгляду керівних принципів

Додаток 2

Розгляд заяв про інтереси та врегулювання конфліктів інтересів

Керівна група ВООЗ дотримувалася чинної політики ВООЗ із дотримання вимог, управління ризиками та етики (CRE). Потенційним членам ГРКП, ГЗР та групи з доказів було запропоновано заповнити форму Декларації ВООЗ про інтереси і надати свою коротку автобіографію. Ці документи, разом із додатковою інформацією (отриманою з інтернету і шляхом пошуку в бібліографічних базах даних), були розглянуті Секретаріатом ВООЗ із метою виявлення конфліктів інтересів, пов'язаних із темою цих керівних принципів.

Крім того, на вебсайті ВООЗ для публічного обговорення і надання коментарів упродовж більш ніж двох тижнів були розміщені прізвища й короткі біографії потенційних членів ГРКП, а також зазначено мету засідання.

Інтереси оцінювалися як незначні чи мінімальні, якщо вважалося, що вони навряд чи вплинуть – або навряд чи можуть обґрунтовано вважатися такими, що вплинуть, – на судження особи в процесі оцінювання доказів або формування рекомендацій. Якщо інтерес вважався потенційно значним, розглядалися такі варіанти врегулювання: 1) обмежена участь особи в процесі розроблення керівних принципів; 2) повне виключення з цього процесу.

На початку засідань щодо керівних принципів були представлені заяви про інтереси всіх членів ГРКП. Членам ГРКП і груп із доказів, присутнім на засіданнях, пропонувалося надавати оновлені дані, якщо їхні заяви про інтереси змінилися. У такому випадку Керівна група ВООЗ розглядала вищезгадані варіанти врегулювання. ГРКП, ГЗР, групи з доказів та спостерігачі, присутні на засіданні, були зобов'язані підписати угоду про дотримання конфіденційності.

Персонал МОП підпадає під дію вимог щодо заяв про інтереси та врегулювання конфліктів інтересів згідно з політикою МОП (Директива Бюро з питань етики в Бюро (143)) і, так само, як персонал ВООЗ, – під дію Норм поведінки для міжнародної цивільної служби. Крім того, персонал ВООЗ підпадає під дію Кодексу етики та професійної поведінки ВООЗ (144). Спостерігачі на засіданнях і представники організацій не були зобов'язані заповнювати заяву про інтереси, тому що вони не брали активної участі в обговореннях щодо розроблення керівних принципів.

Усі учасники створення керівних принципів заявили про відсутність інтересів, за винятком випадків, зазначених нижче. Далі представлено стислу інформацію про заявлені інтереси й про те, як вони були врегульовані.

Ім'я та прізвище	Заява про інтереси	Конфлікт інтересів та його усунення
Члени ГРКП		
Capucine de Fouchier	Зміна місця роботи	Конфлікту інтересів не виявлено
Samuel Harvey	Участь в оглядах доказів за ключовими запитаннями (4, 5, 6, 7, 13)	Виявлено значний конфлікт інтересів. Було ініційовано план організації умовної участі. Проф. Харві брав участь у дискусіях про показники PICO як член групи з огляду доказів, а не як член ГРКП; отже, він не мав права висловлювати думку чи голосувати з рекомендацій 4, 5, 6, 7 і 13
Norito Kawakami	Дослідницькі фонди, платні консультації та винагорода за лекції; Президент Японського товариства здоров'я на роботі (неоплачувана робота); покриття транспортних витрат на участь у заході ВООЗ, що не стосується керівних принципів	Конфлікту інтересів не виявлено
Anthony D. LaMontagne	Зайнятість, дослідницькі фонди, платні консультації, винагорода за лекції	Конфлікту інтересів не виявлено
Sapna Mahajan	Неоплачувані консультації; винагорода за лекції; зміна роботи	Конфлікту інтересів не виявлено
Jose Luis Ayuso-Mateos	Дослідницькі фонди	Конфлікту інтересів не виявлено
Karina Nielsen	Зайнятість і дослідницькі фонди	Конфлікту інтересів не виявлено
Graham Thornicroft	Неоплачувані консультації; довірена особа правління та голова ключових зацікавлених організацій (неприбуткових)	Конфлікту інтересів не виявлено

Ім'я та прізвище	Заява про інтереси	Конфлікт інтересів та його усунення
Члени ГЗР		
Fabrice Althaus	Зайнятість	Конфлікту інтересів не виявлено
Lamia Bouzgarrou	Платні консультації та покриття транспортних витрат із боку ВООЗ (не пов'язаних із керівними принципами)	Конфлікту інтересів не виявлено
Marc Corbière	Дослідницькі фонди, покриття транспортних витрат установою, голова групи ключових зацікавлених сторін	Конфлікту інтересів не виявлено
Carolyn Dewa	Платні консультації	Конфлікту інтересів не виявлено
Nick Glozier	Дослідницькі фонди, платні консультації, заходи та навчання, орієнтовані на синдром самозванця на робочому місці	Конфлікту інтересів не виявлено
Neil Greenberg	Оплачуваний директор компанії, якої стосується тема керівних принципів; довірена особа і керівник груп ключових зацікавлених сторін (без прибутку)	Конфлікту інтересів не виявлено
Birgit Greiner	Зайнятість, дослідницькі фонди та платні консультації	Конфлікту інтересів не виявлено
Nadine Harker	Неоплачувані консультації	Конфлікту інтересів не виявлено
João Silvestre Silva-Junior	Дослідницькі фонди	Конфлікту інтересів не виявлено
Angela Martin	Зайнятість, оплачувана директорка приватної компанії, якої стосується тема керівних принципів	Конфлікту інтересів не виявлено
Christina Maslach	Засоби вимірювання вигорання	Конфлікту інтересів не виявлено
Nina Hedegaard Nielsen	Зайнятість	Конфлікту інтересів не виявлено
Reiner Rugulies	Зайнятість, дослідницькі фонди	Конфлікту інтересів не виявлено
Dieter Zapf	Зайнятість, платні консультації	Конфлікту інтересів не виявлено

Ім'я та прізвище	Заява про інтереси	Конфлікт інтересів та його усунення
Групи з доказів і підтверджуючих доказів		
Taylor Braund	Зайнятість	Конфлікту інтересів не виявлено
Mark Deady	Дослідницькі фонди	Конфлікту інтересів не виявлено
Raymond Lam	Дослідницькі фонди, платні консультації, винагорода за лекції, власник авторських прав на засіб вимірювання стану психічного здоров'я, неоплачуваний виконавчий директор, неоплачувана робота в раді директорів ключових зацікавлених організацій (без прибутку)	Конфлікту інтересів не виявлено
Akihito Shimazu	Платні консультації	Конфлікту інтересів не виявлено
Jo Yarker	Зайнятість і платні консультації	Конфлікту інтересів не виявлено

Додаток 3

Визначення сфери охоплення, ключових запитань і результатів

Перед початком розроблення керівних принципів у Женеві в листопаді 2019 року відбулася початкова зустріч – Ландшафтний форум із психічного здоров'я на робочому місці. Однією з головних цілей цього заходу було обговорення обсягу доказової бази для заходів втручання із захисту психічного здоров'я на роботі. Після цієї зустрічі Керівна група ВООЗ здійснила попереднє оцінювання обсягу наявних доказів у межах підготовки до визначення орієнтовного обсягу керівних принципів. За підтримки Керівної групи та методиста ГРКП переглянула цей обсяг на своєму першому засіданні, проведеному у віртуальному форматі у квітні 2020 року, на якому було обговорено і погоджено остаточний обсяг і запитання керівних принципів у форматі PICO (популяція, втручання, порівняння, результат). Були також розроблені довідкові запитання з метою визначення найкращих доступних джерел доказів і надання відповідної контекстної інформації для майбутньої основної частини керівних принципів і можливих міркувань за схемою «від доказів до рішення», як-от: 1) фактори ризику на робочому місці та їхній вплив на результати, пов'язані із психічним здоров'ям; 2) поширеність результатів, пов'язаних із психічним здоров'ям, серед працівників у цілому і в окремих їхніх підгрупах (зокрема визначених як групи меншин і працівники гуманітарних організацій та охорони здоров'я).

Члени Керівної групи ВООЗ, консультуючись із ГРКП і методистом, розробили перелік результатів, які були найдоречнішими для конкретних запитань у форматі PICO. Тоді ГРКП оцінила кожний результат за шкалою від 1 до 9 і вказала, чи вважає вона кожний результат критично значущим (оцінка 7–9), важливим (4–6) або неважливим (1–3) для ухвалення рішення.

Остаточна редакція ключових запитань наведена нижче у таблиці, де зазначені критично значущі та важливі результати. Визначення термінів наведені у глосарії. Деталі формату PICO для кожного ключового запитання наведені у відповідному розділі веб-додатку: Профілі доказів.

ЗАПИТАННЯ 1. Які **універсально здійснювані організаційні** заходи покращують психічне здоров'я та зменшують симптоми порушень психічного здоров'я, суїцидальну поведінку та вживання психоактивних речовин?

РЕЗУЛЬТАТИ:

Критично значущі результати: симптоми порушень і розлади психічного здоров'я; добре психічне здоров'я; якість життя та функціонування; результати, пов'язані з роботою.

Важливі результати: негативні наслідки; вживання психоактивних речовин; суїцидальна поведінка.

ЗАПИТАННЯ 2. Які **організаційні** заходи, що проводяться для **цивільних працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб**, покращують психічне здоров'я та зменшують симптоми порушень психічного здоров'я, суїцидальну поведінку та вживання психоактивних речовин?

РЕЗУЛЬТАТИ:

Критично значущі результати: симптоми порушень і розлади психічного здоров'я; добре психічне здоров'я; якість життя та функціонування; вживання психоактивних речовин; суїцидальна поведінка; результати, пов'язані з роботою.

Важливі результати: негативні наслідки.

ЗАПИТАННЯ 3. Які **організаційні заходи, що проводяться для працівників, які мають симптоми емоційного стресу або відповідають критеріям порушень психічного здоров'я**, покращують психічне здоров'я та зменшують симптоми порушень психічного здоров'я, суїцидальну поведінку та вживання психоактивних речовин?

РЕЗУЛЬТАТИ:

Критично значущі результати: симптоми порушень і розлади психічного здоров'я; добре психічне здоров'я; якість життя та функціонування; вживання психоактивних речовин; суїцидальна поведінка; результати, пов'язані з роботою.

Важливі результати: негативні наслідки; добре психічне здоров'я.

ЗАПИТАННЯ 4. Яка підготовка **керівників**: а) покращує знання, ставлення і навички/поведінку щодо підтримки психічного здоров'я та добробуту працівників та/або б) покращує психічне здоров'я їхніх працівників і зменшує симптоми порушень психічного здоров'я, суїцидальну поведінку та вживання психоактивних речовин?

РЕЗУЛЬТАТИ:

Критично значущі результати: звернення по допомогу (підлеглі); управлінський стиль керівництва та спілкування (керівники); знання, ставлення й навички у сфері психічного здоров'я (керівники); симптоми порушень і розлади психічного здоров'я (підлеглі); добре психічне здоров'я (підлеглі); результати, пов'язані з роботою (підлеглі).

Важливі результати: негативні наслідки (керівники); вживання психоактивних речовин (підлеглі); суїцидальна поведінка (підлеглі); якість життя та функціонування (підлеглі).

ЗАПИТАННЯ 5. Яка підготовка **керівників цивільних працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб**: а) покращує знання, ставлення і навички/поведінку щодо підтримки психічного здоров'я та добробуту працівників та/або б) покращує психічне здоров'я їхніх працівників та зменшує симптоми порушень психічного здоров'я, суїцидальну поведінку та вживання психоактивних речовин?

РЕЗУЛЬТАТИ:

Критично значущі результати: звернення по допомогу (підлеглі); управлінський стиль керівництва та спілкування (керівники); знання, ставлення й навички у сфері психічного здоров'я (керівники); симптоми порушень і розлади психічного здоров'я (підлеглі); добре психічне здоров'я (підлеглі); результати, пов'язані з роботою (підлеглі).
Важливі результати: негативні наслідки (керівники); вживання психоактивних речовин (підлеглі); суїцидальна поведінка (підлеглі); якість життя та функціонування (підлеглі).

ЗАПИТАННЯ 6. Яка підготовка **працівників**: а) покращує знання, ставлення і навички/поведінку щодо підтримки психічного здоров'я та добробуту працівників та/або б) покращує психічне здоров'я їхніх колег та зменшує симптоми порушень психічного здоров'я, суїцидальну поведінку та вживання психоактивних речовин?

РЕЗУЛЬТАТИ:

Критично значущі результати: звернення по допомогу (колеги); знання, ставлення й навички у сфері психічного здоров'я (працівники); симптоми порушень і розлади психічного здоров'я (колеги); добре психічне здоров'я (колеги); результати, пов'язані з роботою (колеги).
Важливі результати: негативні наслідки (працівники, колеги); вживання психоактивних речовин (колеги); суїцидальна поведінка (колеги); якість життя та функціонування (колеги).

ЗАПИТАННЯ 7. Яка підготовка **цивільних працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб**: а) покращує знання, ставлення і навички/поведінку щодо підтримки психічного здоров'я та добробуту працівників та/або б) покращує психічне здоров'я їхніх колег та зменшує симптоми порушень психічного здоров'я, суїцидальну поведінку та вживання психоактивних речовин?

РЕЗУЛЬТАТИ:

Критично значущі результати: звернення по допомогу (колеги); знання, ставлення й навички у сфері психічного здоров'я (працівники); симптоми порушень і розлади психічного здоров'я (колеги); добре психічне здоров'я (колеги); результати, пов'язані з роботою (колеги).
Важливі результати: негативні наслідки (працівники, колеги); вживання психоактивних речовин (колеги); суїцидальна поведінка (колеги); якість життя та функціонування (колеги).

ЗАПИТАННЯ 8. Які **універсально здійснювані індивідуальні заходи** (1A – психосоціальні заходи та/або 1B – заходи з фізичної активності та/або 1C – заходи зі зміцнення здоров'я [стосовно способу життя]) покращують психічне здоров'я та зменшують симптоми порушень психічного здоров'я, суїцидальну поведінку та вживання психоактивних речовин?

РЕЗУЛЬТАТИ:

Критично значущі результати: симптоми порушень і розлади психічного здоров'я; добре психічне здоров'я; якість життя та функціонування; результати, пов'язані з роботою.
Важливі результати: негативні наслідки; вживання психоактивних речовин; суїцидальна поведінка.

ЗАПИТАННЯ 9. Які **індивідуальні заходи** (1A – психосоціальні заходи та/або 1B – заходи з фізичної активності та/або 1C – заходи зі зміцнення здоров'я [стосовно способу життя]), **що проводяться для цивільних працівників охорони здоров'я, гуманітарних організацій та екстрених служб** покращують психічне здоров'я та зменшують симптоми порушень психічного здоров'я, суїцидальну поведінку та вживання психоактивних речовин?

РЕЗУЛЬТАТИ:

Критично значущі результати: симптоми порушень і розлади психічного здоров'я; добре психічне здоров'я; якість життя та функціонування; вживання психоактивних речовин; суїцидальна поведінка; результати, пов'язані з роботою.

Важливі результати: негативні наслідки.

ЗАПИТАННЯ 10. Які **індивідуальні заходи** (1A – психосоціальні заходи та/або 1B – заходи з фізичної активності та/або 1C – заходи зі зміцнення здоров'я [стосовно способу життя]), **що проводяться для працівників, які мають симптоми емоційного стресу або відповідають критеріям порушень психічного здоров'я**, покращують психічне здоров'я та зменшують симптоми порушень психічного здоров'я, суїцидальну поведінку та вживання психоактивних речовин?

РЕЗУЛЬТАТИ:

Критично значущі результати: симптоми порушень і розлади психічного здоров'я; добре психічне здоров'я; якість життя та функціонування; вживання психоактивних речовин; суїцидальна поведінка; результати, пов'язані з роботою.

Важливі результати: негативні наслідки.

ЗАПИТАННЯ 11. Які заходи а) сприяють поверненню на роботу, б) зменшують кількість днів відсутності та с) покращують психічне здоров'я і зменшують симптоми порушень психічного здоров'я **в осіб, відсутніх через порушення психічного здоров'я?**

РЕЗУЛЬТАТИ:

Критично значущі результати: симптоми порушень і розлади психічного здоров'я; якість життя та функціонування; вживання психоактивних речовин; суїцидальна поведінка; результати, пов'язані з роботою.

Важливі результати: негативні наслідки; добре психічне здоров'я.

ЗАПИТАННЯ 12. Чи є орієнтовані на відновлення стратегії, що посилюють професійну та економічну інтеграцію (як-от підтримка у працевлаштуванні), практично здійсненними та ефективними для **осіб, які мають психічні розлади**²⁶?

РЕЗУЛЬТАТИ:

Критично значущі результати: симптоми порушень і розлади психічного здоров'я; якість життя та функціонування; результати, пов'язані з роботою.

Важливі результати: негативні наслідки; добре психічне здоров'я; задоволеність доглядом.

ЗАПИТАННЯ 13. Чи є програми **скринінгу** на предмет наявності **порушень психічного здоров'я** на роботі прийнятними й чи зменшують вони симптоми порушень психічного здоров'я у працівників?

РЕЗУЛЬТАТИ:

Критично значущі результати: симптоми порушень і розлади психічного здоров'я; задоволеність користувачів; результати, пов'язані з роботою.

Важливі результати: негативні наслідки; добре психічне здоров'я; якість життя та функціонування.

26 Update of the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders, 2015. Key question. Geneva: World Health Organization; 2015.

Додаток 4

Огляд основних та підтверджуючих доказів

Огляди доказів для ключових запитань

Деталі процесу відбору, стратегій пошуку, охоплених оглядів і первинних досліджень до кожного запитання у форматі PICO представлені у веб-додатку.

Був проведений пошук у Кокрейновській базі даних систематичних оглядів і в базах даних, PubMed, EMBASE, PsycINFO та Global Index Medicus із метою визначення наявних систематичних оглядів, які відповідали б на ключові запитання. За порадою членів ГРКП, методиста та експертів-членів груп із доказів у випадках, де за останні 5 років не було придатних оглядів для конкретних результатів, цей термін було продовжено максимум до 10 років. Виявлені огляди потім були оцінені за такими критеріями:

- ▶ їхня методологія була оцінена за допомогою програми AMSTAR II («Оцінювання методологічної якості систематичних оглядів») (Shea et al. [\(145\)](#));
- ▶ наскільки точно вони відповідали запитанням у форматі PICO;
- ▶ чи наявна в них достатня інформація, яка б дозволила оцінити ступінь достовірності доказів (наприклад, таблиці з характеристиками досліджень, включених до оглядів, оцінювання рівня досліджень, результати метааналізу у формі форест-діаграм);
- ▶ дата найостаннішого за часом огляду – з метою забезпечити використання найновіших доказів.

Групи з доказів надали пріоритетного значення найновішим і найякіснішим (за оцінками AMSTAR II) оглядам із кожного запитання з точки зору популяції, втручання, порівняння та результатів. Вони вивчили стільки оглядів, скільки було потрібно для надання відповіді на кожне запитання. Разом із методистом групи з оцінювання розробили стратегію пошуку з метою узгодити загальні пошукові запити і стратегію пошуку за всіма оглядами. В усіх ключових запитаннях пріоритет надавався оглядам, які включали рандомізовані схеми; водночас розглядалися також контрольовані обсерваційні схеми, враховуючи наявні знання про спільну схему досліджень у професійних умовах/контингентах.

Для двох ключових запитань (4 та 5) було здійснено оновлення наявного огляду з метою врахування додаткових досліджень, щоб надати кращі відповіді на конкретні запитання у форматі PICO. Запитання 13 у наявному систематичному огляді не висвітлювалося, тому було проведено систематичний огляд первинних досліджень. Група з доказів, консультуючись із методистом і Керівною групою BOO3, виробила нову стратегію пошуку з метою виявлення актуальних первинних досліджень (веб-додаток). Загалом було вивчено 36 систематичних оглядів і 9 додаткових первинних досліджень. Група із систематичних оглядів виявила також один мережевий метааналіз.

Підтверджуючі докази, що доповнюють міркування за схемою «від доказів до рішення»

У світлі глобальних змін у режимах роботи через пандемію COVID-19 Керівна група ВООЗ і ГРКП розглянули важливі сфери, що доповнюють огляди доказів, а саме: цінності та пріоритети ключових зацікавлених сторін, перешкоди для реалізації та сприятливі фактори. Крім того, враховуючи брак літератури щодо неформального сектора, про який повідомили групи з доказів, було доручено зібрати третій пакет додаткових доказів. Повні звіти про всі три пакети наведені у веб-додатку.

Було доручено провести обстеження змішаними методами, щоб зібрати інформацію про поточні цінності та пріоритети ключових зацікавлених сторін – працівників, роботодавців, надавачів послуг із захисту психічного здоров'я/здоров'я на роботі, зокрема представників профспілок – стосовно результатів і заходів втручання в межах сфери охоплення керівних принципів. Основні дані з цього обстеження були включені до міркувань за схемою «від доказів до рішення».

Було проведено напівструктуроване інтерв'ю з експертами й надавачами послуг із догляду в неформальному секторі, щоб визначити потреби та потенційні способи роботи й надання послуг із захисту психічного здоров'я для цього контингенту.

Було доручено здійснити огляд якісних досліджень стосовно перешкод для реалізації заходів, які підтримують психічне здоров'я на роботі, і факторів, що сприяють реалізації цих заходів. Для оцінювання достовірності результатів якісних досліджень було застосовано метод GRADE CerQual («Оцінювання достовірності доказів, отриманих з оглядів якісних досліджень»)²⁷.

Достовірність доказів

Після визначення найкращих наявних доказів для надання відповідей на всі ключові запитання було встановлено ступінь достовірності доказів – інакше кажучи, наскільки ГРКП могла бути впевнена в тому, що ці докази (оцінка впливу) підтверджують рекомендації, вироблені на основі цих доказів. Для оцінювання достовірності сукупності кількісних доказів (з оглядів доказів) для кожного критично значущого результату й кожного важливого результату була використана система GRADE (146).

27 Див.: <https://www.cerqual.org/>, дата доступу – 29 травня 2022 р.

Групи з оцінювання за підтримки методиста розробили профілі доказів, в яких узагальнено відносні та абсолютні оцінки впливу та оцінку достовірності доказів. Ступінь достовірності доказів для кожного запитання й кожного результату був визначений як «високий», «помірний», «низький» або «дуже низький» на основі встановлених критеріїв, як-от:

- ▶ схема дослідження (наприклад, рандомізовані схеми підвищують достовірність, а обсерваційні – знижують);
- ▶ ризик упередженості (наприклад, проблеми з тим, як планувалися чи проводилися дослідження, знижують достовірність);
- ▶ несумісність (наприклад, якщо дослідження, охоплені оглядом, дуже відрізняються за результатами, це знижує достовірність);
- ▶ опосередкованість (наприклад, якщо дослідження не є специфічними для ключового запитання у форматі PICO (наприклад, популяція дещо відрізняється), це знижує достовірність);
- ▶ неточність (якщо кількість учасників досліджень менша або довірчі інтервали (ДІ) широкі, це знижує достовірність);
- ▶ упередженість публікації (наприклад, якщо є фактори, які б необґрунтовано підвищили ймовірність публікування цих досліджень, це знижує достовірність) [\(147\)](#).

Ці оцінки були представлені ГРКП у профілях доказів за системою GRADE для обговорення та формування рекомендацій. Профілі доказів із кожного ключового запитання наведені у веб-додатку.

Ступінь достовірності	Тлумачення
Високий	Ми дуже впевнені в тому, що реальний вплив близький до такої оцінки. Подальші дослідження навряд чи змінять ступінь достовірності оцінки впливу.
Помірний	Ми помірно впевнені в оцінці впливу. Реальний вплив, імовірно, близький до оцінки впливу, але є можливість того, що він істотно відрізняється. Подальші дослідження, імовірно, матимуть значний вплив на ступінь достовірності оцінки й можуть її змінити.
Низький	Наша впевненість в оцінці впливу обмежена. Реальний вплив може істотно відрізнятися від його оцінки. Дуже ймовірно, що подальші дослідження сильно вплинуть на ступінь достовірності оцінки та змінять її.
Дуже низький	Наша впевненість у достовірності оцінки впливу є дуже малою.

Додаток 5

Розроблення рекомендацій

У червні 2021 року ГРКП провела шість віртуальних подвійних засідань. На засіданнях головували Грем Торнікрофт і Хосе-Луїс Аюсо-Матеос. Засідання проводилися у подвійному форматі, щоб пристосуватися до різниці часових поясів членів ГРКП. Через очікувану відсутність двох вищезазначених голів Коррадо Барбуї, методист, був обраний заступником голови.

Огляди доказів, додаткові докази й таблиці GRADE розсилалися членам ГРКП заздалегідь і демонструвалися впродовж засідань. Процес формування рекомендацій та визначення ступеня їхньої наполегливості здійснювався під керівництвом голів за підтримки методиста.

У процесі розроблення рекомендацій ГРКП керувалася структурованою схемою «від доказів до рішення» (EtD), яка була розроблена групами з оцінювання, за підтримки Керівної групи ВООЗ і методиста. Інформація, закладена в основу міркувань за цією схемою, бралася із систематичних оглядів, додаткових доказів та власного досвіду ГРКП.

Факторами схеми EtD були: пріоритетність проблеми, ступінь достовірності доказів, баланс бажаних і небажаних впливів, цінності, потрібні ресурси, впевненість у наявності потрібних ресурсів, економічна ефективність, практична здійсненість, здоров'я, справедливість, рівність і недискримінація, права людини й соціально-культурна прийнятність. Останні два фактори були адаптовані зі схеми WHO INTEGRATE EtD (148); ними були замінені фактори справедливості та прийнятності схеми GRADE DECIDE EtD (149).

Кожна рекомендація могла бути «за» чи «проти» конкретного заходу втручання, а також наполегливою чи умовною (150).

- ▶ Наполеглива рекомендація означає, що ГРКП була впевнена в тому, що бажаний вплив дотримання рекомендації переважає небажаний вплив.
- ▶ Умовна рекомендація означає, що ГРКП вважає, що бажаний вплив дотримання рекомендації, ймовірно, переважає небажаний вплив.

Рекомендації ВООЗ, викладені в цих керівних принципах, були розроблені за процедурою, мета якої полягала в досягненні консенсусу між членами ГРКП. Консенсус був визначений як більшість у дві третини голосів. Отже, ГРКП обговорила й погодила рекомендації, зокрема їхнє формулювання та напрям («за» чи «проти» заходу втручання), консенсусом. Наполегливість кожної рекомендації (наполеглива чи умовна) погоджувалася шляхом голосування. Оскільки засідання проводилися щодня в подвійному форматі, результати обговорення першою групою членів ГРКП представлялися другій групі для подальшого обговорення й уточнення. Якщо друга група мала істотні заперечення щодо рекомендації, переглянутий варіант представлявся першій групі на заключному засіданні. У разі наявності значних розбіжностей станом на кінець першого планового засідання за потреби досягалася домовленість про повторне скликання засідання ГРКП. Такого, однак, жодного разу не сталося.

Додаток 6

Розроблення проєкту керівних принципів і зовнішнє рецензування

Після того, як ГРКП сформулювала рекомендації, Відповідальним технічним спеціалістом були розроблені керівні принципи й подані на розгляд ГРКП і ГЗР. Завдання експертного рецензування не полягало у внесенні змін до рекомендацій, погоджених ГРКП; проте якщо б рецензенти виявили істотні недоліки, рекомендації були б повернуті до ГРКП для розгляду. Такого не сталося.

Керівна група ВООЗ розглянула всі зауваження рецензентів і після обговорення переглянула керівні принципи, уточнивши їх і забезпечивши при цьому, щоб у рекомендаціях було збережено початковий зміст, вкладений у них ГРКП.

ВООЗ має внутрішній процес схвалення і забезпечення якості, який дозволяє забезпечити, щоб усі публікації ВООЗ, включно з керівними принципами, відповідали найвищим міжнародним стандартам якості, звітності та представлення. Ці керівні принципи були розглянуті та схвалені Комітетом ВООЗ з розгляду керівних принципів (GRC). На заключному етапі керівні принципи були підготовлені до видання і розповсюдження.

Європейське регіональне бюро ВООЗ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) – спеціалізоване агентство Організації Об'єднаних Націй, яке було створене в 1948 р, і чия головна функція полягає у вирішенні міжнародних проблем охорони здоров'я і охорони здоров'я населення. Європейське регіональне бюро ВООЗ є одним із шести регіональних бюро в різних частинах світу, кожне з яких має свою власну програму діяльності, спрямовану на вирішення конкретних проблем охорони здоров'я країн, якими Європейське регіональне бюро ВООЗ опікується.

Міжнародна організація праці

Міжнародна організація праці (МОП) – агенція з питань праці Організації Об'єднаних Націй. Ми об'єднуємо уряди, роботодавців і працівників для просування людиноцентричного підходу до майбутнього сфери праці – за допомогою зростання зайнятості, дотримання прав у сфері праці, зміцнення соціального захисту і соціального діалогу. Соціальна справедливість, гідна праця.

WHO/EURO: 2023-5166-44929- 68953

World Health Organization
Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100, Copenhagen Ø, Denmark

Tel: +45 45 33 70 00
Fax: +45 45 33 70 01
Email: eurocontact@who.int
Website: www.who.int/europe

ILO ISBN 9789220392232 (electronic version)
ILO ISBN 9789220392225 (print version)

International Labour Organisation
The ILO Decent Work Technical Support Team and
Country Office for Central and Eastern Europe
Mozsár utca 14, Budapest, Hungary, 1066

Tel : +36 1 301 4900
Email : budapest@ilo.org
www.ilo.org/budapest