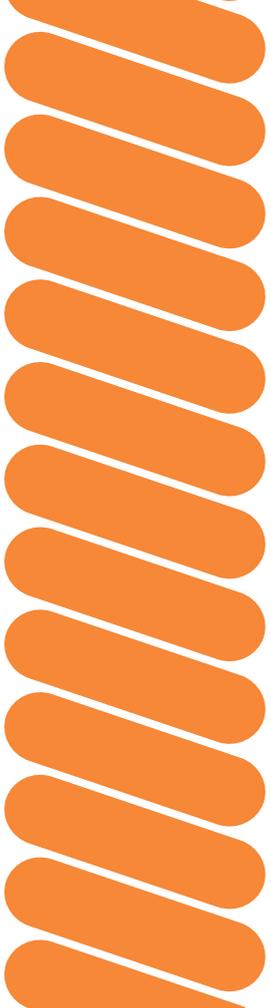




Международная
организация
труда



СТРЕСС

НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ



КОЛЛЕКТИВНЫЙ ВЫЗОВ

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ОХРАНЫ ТРУДА
28 АПРЕЛЯ 2016 ГОДА



Группа технической поддержки по вопросам достойного труда и Бюро МОТ
для стран Восточной Европы и Центральной Азии



СТРЕСС НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ: КОЛЛЕКТИВНЫЙ ВЫЗОВ



ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ОХРАНЫ ТРУДА
28 АПРЕЛЯ 2016 ГОДА

© Международная организация труда, 2016

Первое издание, 2016

Публикации Международного бюро труда охраняются авторским правом в соответствии с Протоколом 2 Всемирной конвенции об авторском праве. Тем не менее краткие выдержки из них могут воспроизводиться без получения разрешения при условии указания источника. Для получения прав на воспроизведение или перевод следует обращаться по адресу: ILO Publications (Rights and Licensing), International Labour Office, CH-1211, Geneva 22, Switzerland либо по электронной почте: rights@ilo.org. Международное бюро труда приветствует такие обращения.

Библиотеки, учреждения и другие пользователи, зарегистрированные в организациях интеллектуальной собственности, могут делать копии согласно лицензиям, выданным им для этой цели. Для того чтобы найти организации интеллектуальной собственности в вашей стране, посетите сайт www.ifrro.org.

ILO Cataloguing in Publication Data

СТРЕСС НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ: КОЛЛЕКТИВНЫЙ ВЫЗОВ / Группа технической поддержки по вопросам достойного труда и Бюро МОТ для стран Восточной Европы и Центральной Азии. – Москва: МОТ, 2016.

37 p.

ISBN: 978924309809 (web pdf)

International Labour Office

stress / occupational safety / occupational health / legal aspect / hazard

13.04.5

Также издано на английском языке: *Workplace stress: A collective challenge*, ILO, 2016, 37 p.
ISBN 978-92-2-130641-2 (print); 978-92-2-130642-9 (web pdf).

Библиографическое описание книги

Названия, соответствующие практике, принятой в Организации Объединенных Наций, и изложение материала в публикациях МОТ не являются выражением какого-либо мнения Международного бюро труда ни о правовом статусе какой-либо страны, района или территории, или их властей, ни о делимитации их границ.

Ответственность за выраженные в подписных статьях, исследованиях и прочих произведениях мнения лежит исключительно на их авторах, и факт публикации не означает, что Международное бюро труда поддерживает излагаемые мнения.

Упоминание названий фирм, коммерческих изделий и процессов не означает их одобрения Международным бюро труда, так же как и отсутствие упоминания конкретной фирмы, коммерческого изделия или процесса не свидетельствует об их неодобрении.

Издания Международного бюро труда и их электронные версии можно приобрести в крупных магазинах или на цифровых платформах, или заказать напрямую на ilo@turpin-distribution.com.

Для получения полной информации посетите наш вебсайт: www.ilo.org/publns или обратитесь к ilopubs@ilo.org

СОДЕРЖАНИЕ



ВВЕДЕНИЕ	6
1. ЧТО ТАКОЕ СТРЕСС НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ?	6
ПРИЧИНЫ	
ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В СФЕРЕ ТРУДА	9
2. КАК ВЛИЯЕТ СТРЕСС НА ТРУДЯЩИХСЯ?	9
МАСШТАБЫ ПРОБЛЕМЫ	9
ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ, БЕЗОПАСНОСТЬ И БЛАГОПОЛУЧИЕ	10
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ	11
ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ	13
ВЛИЯНИЕ СТРЕССА И СОПУТСТВУЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ И ИЗДЕРЖКИ	13
3. ДЕЙСТВУЮЩЕЕ НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СТРЕССА И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	15
МЕЖДУНАРОДНЫЕ ТРУДОВЫЕ НОРМЫ	15
РЕГИОНАЛЬНЫЕ НОРМЫ	15
НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО	16
ВКЛЮЧЕНИЕ СТРЕССА И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ЧИСЛО ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	18
ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ РИСКОВ	18
ДОГОВОРЫ МЕЖДУ СОЦИАЛЬНЫМИ ПАРТНЕРАМИ	19
ИНСПЕКЦИЯ ТРУДА	19
4. СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ	21
МЕЖДУНАРОДНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ	21
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ИНСТИТУТЫ И ОРГАНИЗАЦИИ	22
НАЦИОНАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ И ИНИЦИАТИВЫ	23
УЧАСТИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ	27
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ И ЦЕНТРЫ	29
5. ГЛОБАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ	30
ОПРОС ЭКСПЕРТОВ	30
СЦЕНАРНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ	32
РЕЗУЛЬТАТЫ И МИРОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ	33
6. В ЧЕМ СМЫСЛ КОЛЛЕКТИВНОГО ПОДХОДА К ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ СТРЕССУ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЕГО ПРИЧИН?	34
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	36
ССЫЛКИ	37

ВВЕДЕНИЕ

В докладе представлена динамика распространения стресса на рабочем месте в развитых и развивающихся странах и масштабы этой проблемы в новых условиях, в которых работают трудящиеся. Он содержит межрегиональный обзор распространенности и влияния такого рода стресса, который рассматривается в свете законодательных и административных мер противодействия как на международном, региональном и национальном уровнях, так и на уровне предприятий. При этом в докладе на основе методик прогнозирования анализируются возможные сценарии и факторы, способствующие распространению этой разновидности стресса. Результаты этого исследования предполагается также использовать для информирования участников МОТ в целях принятия соответствующих мер на национальном уровне и на уровне предприятий.

Стресс на рабочем месте стал предметом повышенного внимания исследователей и политиков с 1990-х годов, в частности, в том, что касается воздействия стресса на трудящихся, последствий психологических рисков и возможных мер противодействия. Вследствие этого охрана труда, помимо своей традиционной сферы применения, стала включать в себя поведенческую медицину, психологию профессионального здоровья и социальное благополучие, что стало признаком потребности людей в социально и экономически продуктивной жизни.

Сегодня трудящиеся во всем мире сталкиваются с серьезными переменами в организации труда и трудовых отношениях; им значительно труднее соответствовать требованиям трудовой жизни. В условиях, когда темп работы задается потребностью постоянно оставаться на связи и высоким уровнем конкуренции на мировом рынке, граница между работой и частной жизнью становится все более неопределенной.

Психологические риски, вызываемые растущей конкуренцией, повышенными требованиями к эффективности труда и рабочему времени, способствуют формированию еще более агрессивной рабочей среды. При этом в условиях все более быстрых организационных изменений, вызванных нынешним экономическим спадом, непостоянная занятость, сокращение возможностей трудоустройства, страх лишиться работы, массовые увольнения, безработица и растущая финансовая нестабильность, с которыми сталкиваются трудящиеся, оказывают серьезное воздействие на их психическое здоровье и благополучие. Стресс теперь является признанной глобальной проблемой, влияющей на все виды деятельности и на всех трудящихся как в развитых, так и в развивающихся странах. В этих сложных условиях рабочее место является одновременно мощным источником психологических рисков и идеальной площадкой для их устранения путем принятия коллективных мер в целях защиты здоровья и благополучия трудящихся.

Каждый имеет безусловное право на всемерную охрану своего здоровья. Без охраны труда невозможно участвовать в жизни общества и обеспечить благополучие. Труд в нездоровых условиях подрывает основу производительной занятости и социально-экономического развития. В сфере труда проблема психического нездоровья является как никогда актуальной, так как оказывает значительное влияние на благополучие людей, сокращая перспективы трудоустройства и оплаты труда, что, в свою очередь, подрывает доходы семей и производительность предприятий, а также порождает высокие прямые и косвенные издержки для экономики в целом.

1. ЧТО ТАКОЕ СТРЕСС НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ?

Термин «стресс» сегодня может означать все, что угодно – от болезненного ощущения по утрам до беспокойства, ведущего к депрессии. В научных кругах он имеет как негативную, так и позитивную коннотацию. В нашем докладе стресс трактуется исключительно негативно и рассматривается применительно к работе. Стресс не означает ухудшение здоровья, но является первым признаком болезненной физической и эмоциональной реакции.

Как определение стресса, так и терминология, относящаяся к психологическим факторам и рискам, менялись с течением времени. Сам этот термин впервые использовал в 1936 году Ганс Селье, который биологически определял стресс как «неспецифическую реакцию организма на потребность в изменении»¹. Его работы подтолкнули к изучению стресса с точки зрения функций мозга. Для того чтобы отделить стимул от соответствующей реакции, он также рассматривал «факторы стресса» как триггеры физиологической и психологической реакции организма². В этой связи факторами стресса могут выступать биологический субъект, обстоятельства среды, внешний стимул или событие. Стресс может определять как негативное, так и позитивное условие реакции на фактор стресса, которое может влиять на психическое (физическое) здоровье и благополучие человека³. Сегодня здоровьем считается сочетание биологических, психологических (мышление, эмоции и поведение) и социальных (социально-экономических, социально-экологических и культурных) факторов³.

С точки зрения МОТ стресс – это болезненная физическая и эмоциональная реакция, вызванная нарушением равновесия между осознаваемыми требованиями и имеющимися ресурсами и способностями людей удовлетворять этим требованиям. Стресс зависит от организации труда, трудовых отношений и механизмов взаимодействия. Он возникает в том случае, если требования к работнику не соответствуют или превосходят его возможности, ресурсы или потребности или если знания или способности работника (группы работников) не удовлетворяют ожиданиям, предъявляемым культурой предприятия⁴.

ПРИЧИНЫ

Производственные факторы, вызывающие стресс, называются психосоциальными рисками. По определению, разработанному МОТ в 1984 году, они представляют собой «взаимодействие, с одной стороны, между производственной средой, содержанием труда и его организационными условиями, а с другой стороны, между способностями, потребностями, культурой и личными внепроизводственными соображениями работников, которое может через восприятие и опыт влиять на состояние здоровья, производительность и удовлетворенность работой». Это определение подчеркивает динамический характер взаимодействия между производственной средой и человеческим фактором. Негативное взаимодействие между условиями труда и человеческим фактором может стать причиной эмоциональных нарушений, поведенческих проблем, биохимических и нервно-гормональных изменений, что, в свою очередь, создает повышенную опасность психических или физических заболеваний. Напротив, если условия труда и человеческий фактор находятся в равновесии, работа рождает чувство совершенства и уверенности в себе, способствует мотивации, повышает работоспособность и удовлетворенность трудом, укрепляет здоровье⁵.

¹ Леви (1971, 1976) первым стал различать позитивный и негативный стресс и связывать его с рабочей средой. Селье определял «позитивный стресс» как эвстресс в противоположность дистрессу. Эвстресс является позитивной реакцией на фактор стресса, которая зависит от степени самообладания, желательности, места и времени наступления фактора стресса (Seyle, 1974).

ТАБЛИЦА 1 • ФАКТОРЫ СТРЕССА НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ (ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ РИСКИ)

КАТЕГОРИЯ	УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РИСК
СОДЕРЖАНИЕ ТРУДА	
Производственная среда и оборудование	Проблемы надежности, наличия, пригодности и обслуживания (ремонта) оборудования и помещений
Характер функций	Монотонная или повторяющаяся, фрагментированная или бессмысленная работа, а также работа, характеризующаяся недоиспользованием навыков и высокой степенью неопределенности
Нагрузка / темп работы	Перегрузка или недозагрузка, неконтролируемый темп, крайне сжатые сроки
График работы	Сменная работа, жесткий график работы, непредсказуемая продолжительность рабочего дня, работа длительное время без возможности общаться
КОНТЕКСТ ТРУДА	
Организационная культура и функция	Неадекватная коммуникация, практическое отсутствие помощи в решении производственных проблем и развитии личности, отсутствие определения организационных задач
Роль в составе организации	Неопределенность и конфликт функций, ответственность за других людей
Карьерный рост	Отсутствие роста, его неопределенность, недостаточное или избыточное продвижение по службе, низкая оплата труда, негарантированная занятость, низкая общественная ценность труда
Степень свободы и автономии	Низкая степень участия в принятии решений, отсутствие автономии (автономия, особенно в форме участия, также является проблемой контекста труда и его организации в целом)
Межличностные отношения	Социальная или физическая изоляция, плохие отношения с начальством, межличностные конфликты, отсутствие социальной поддержки
Баланс трудовой и личной жизни	Противоречие потребностей на работе и дома, низкая степень поддержки со стороны семьи, проблема противоречий карьерных потребностей супругов

Источник: Cox et al, 2000

Со временем терминология менялась: факторы стресса стали заменять психосоциальные факторы и психосоциальные риски¹. Термины «психосоциальные факторы» и «психосоциальные риски» в научной литературе иногда являются синонимами¹. По мнению ряда специалистов, психосоциальные факторы – это такие аспекты организации труда и управления производством и его социальными и организационными условиями, которые могут наносить физический или психологический ущерб. Сегодня в научных кругах существует относительное единство мнений о характере психосоциальных факторов; однако в силу того, что новые формы труда и изменения производственной среды порождают новые опасные факторы, определение этих факторов нельзя считать окончательным⁶. Так, Кох выделяет десять типов вредных параметров труда (психосоциальных факторов), распределяемых на две группы: «содержание труда» и «контекст труда»⁷. См. таблицу 1.

СОДЕРЖАНИЕ ТРУДА

Первая группа – «содержание труда» – включает в себя психосоциальные факторы, связанные с условиями и организацией труда. Одним из первых изучаемых аспектов было влияние нагрузки на здоровье работников. Со стрессом связаны как количественные (объем выполняемой работы), так и качественные аспекты нагрузки (сложность выполняемой работы). Нагрузку следует рассматривать во взаимосвязи с темпом труда, то есть скоростью выполнения

работы, а также характером контроля этого темпа (самостоятельный или автоматический). Содержание труда (или характер функций) включает в себя ряд опасных аспектов, например, низкую ценность труда, низкую степень использования навыков, монотонность и повторяемость работы, неопределенность, отсутствие возможностей учиться, высокие требования к вниманию, противоречие между требованиями и объемом выделяемых ресурсов.

Неопределенность может выражаться различным образом, в том числе в форме отсутствия обратной связи, неясности в отношении желательного поведения (неопределенности роли) и неопределенности в отношении будущего (негарантированная занятость)⁸. Большинство литературы на тему графика работы посвящено сменной и ночной работе и продолжительности рабочего дня. Эти факторы являются причиной нарушений суточных биоритмов, сокращения и ухудшения качества сна, равновесия между профессиональной и семейной жизнью, что способствует росту уровня стресса и усталости. Наконец, предметом целого ряда исследований было влияние физических факторов на стресс. Как показывают факты, неадекватность физических условий труда и производственной среды, включая планировку рабочих мест и подверженность действию вредных веществ, может оказывать влияние на состояние стресса, психологическое и психическое здоровье работников⁹.

КОНТЕКСТ ТРУДА

Вторая группа – «контекст труда» – касается психосоциальных факторов, присущих организации труда и трудовым отношениям, таких как корпоративная культура и функции, роль на предприятии, карьерный рост, степень участия в процессе принятия решений и контроле за их исполнением, влияние работы на частную жизнь, межличностные отношения на работе. Особенно важны аспекты организационной культуры и функций – организация как среда с точки зрения выполнения функций, решения производственных проблем и развития личности. Как показывают факты, если

¹ Стресс иногда ошибочно определяют как психосоциальный фактор, а не как одно из его последствий.

¹¹ Как это понимается в охране труда, опасный фактор является внутренним свойством или потенциальной способностью субъекта, процесса или ситуации (включая производственную среду, организацию труда и практику работы, оказывающие негативное организационное влияние) наносить вред или негативное воздействие на здоровье. Риск определяется сочетанием вероятности наступления опасного события и тяжестью наносимого им вреда. Отношение между опасным фактором и риском определяется длительностью их воздействия (кратким или продолжительным), которое может быть как физическим, так и психологическим. В целях доклада риск – это вероятность или возможность наступления вреда для здоровья в случае подверженности психосоциальным факторам.

ТАБЛИЦА 2 • КОЛЛЕКТИВНЫЕ МЕРЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ СТРЕССУ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Контроль	Адекватность кадрового обеспечения Возможность высказывать свое мнение в отношении метода выполнения работы
Нагрузка	Регулярная оценка затрат времени и установление разумных сроков предсказуемость и адекватность рабочего времени
Социальная поддержка	Возможность социальных контактов между работниками Отсутствие физического и психологического насилия на рабочем месте Конструктивные отношения между руководством и работниками Наличие инфраструктуры, при которой руководство отвечает за других работников при Адекватном уровне контактов Возможность обсуждать проблемы влияния работы на частную жизнь Стимулирование труда за счет укрепления позитивных и полезных аспектов работы
Соответствие должности	Соответствие должности физическим и психологическим способностям Распределение заданий в соответствии с опытом и компетентностью Обеспечение надлежащего использования навыков
Учеба и образование	Надлежащая подготовка в целях обеспечения соответствия должности Наличие информации о психосоциальных рисках, стрессе и способах предотвратить их
Прозрачность и справедливость	Точное описание выполняемых задач Четкое распределение ролей во избежание конфликтов и неопределенности Обеспечение максимальных гарантий занятости Адекватная оплата выполняемой работы Прозрачность и справедливость процедур рассмотрения жалоб
Физическая среда	Адекватное освещение, оснащение, качество воздуха, уровень шума Отсутствие воздействия вредных веществ Учет эргономических аспектов в целях снижения стресса

Источник: ILO (2012b)

организация считается неблагоприятной с этих точек зрения, то это может быть связано с повышенным уровнем стресса¹⁰. Кроме того, были выявлены опасные аспекты организационных ролей, в том числе их неопределенность и конфликт между ними, ролевая перегрузка, ролевая недогрузка и ответственность за других людей¹¹. При этом ролевая недогрузка (ситуация недоиспользования навыков и способностей человека) также связана с низким уровнем удовлетворенности своим трудом и лояльности организации¹². В том, что касается карьерного роста, были выявлены следующие четыре источника опасных ситуаций: слияние и поглощение; сокращение штатов и бюджета; неопределенность и отсутствие гарантий занятости; профессиональная замкнутость¹³. Участие в процессе принятия решений и контроле за их исполнением является важным позитивным аспектом распределения функций и организации труда.

Согласно теоретической модели, разработанной Карасеком и его коллегами¹, участие в процессе принятия решений снижает воздействие факторов стресса, вызванных должностными требованиями, и сокращает психологическую нагрузку¹⁴.

Роберт Карасек разработал модель «требования–контроль–поддержка», имитирующую состояние стресса и позволяющую

предсказать, какая умственная нагрузка возникает из взаимодействия требований к работе и степени участия в процессе принятия решений.

В целом, результаты научных исследований показывают, что возможности участвовать в процессах принятия решений коррелируют с чувством удовлетворенности и собственного достоинства¹⁵. В перспективе даже небольшая автономия при выполнении задач благотворно влияет на психическое здоровье и производительность¹⁶. Связь между трудовой и частной жизнью все чаще считается потенциальным источником стресса, особенно в семьях с обоими работающими супругами и семьях, переживающих финансовые трудности или жизненный кризис¹⁷. Необходимое равновесие между работой и частной жизнью не всегда просто обеспечить, в частности, в случае высокого темпа и интенсивности труда, сменной работы, ненормированного рабочего дня, равнодушного отношения руководства и коллег, отсутствия контроля за содержанием и организацией работы¹⁸. Если социальные взаимоотношения как на рабочем месте, так и вне его обычно играют посредническую роль, то негативный эффект влияния других психосоциальных факторов может проявляться с большей вероятностью или остротой в тех случаях, когда такие взаимоотношения не дают результата¹⁹. Другим важным аспектом является насилие на рабочем месте, которое может приводить к повышенному уровню стресса.

Эпизоды насилия могут влиять не только на жертв, но также на свидетелей, особенно если значительная часть работы осуществляется в коллективе или связана с обслуживанием клиентов²⁰. Насилие может быть следствием психосоциальных факторов и стресса. Так, преследования могут проявляться в условиях организационных факторов, таких как напряженный, монотонный труд, низкий уровень контроля, неопределенность ролей и функций, чрезмерная нагрузка, неудовлетворительное урегулирование конфликтов, организационные изменения²¹.

Примеры коллективного противодействия стрессу указаны в таблице 2.

¹ Согласно определению МОТ, насилие на рабочем месте – это «любые действия, инциденты или поведение, отклоняющиеся от обычного поведения, в результате которых человек подвергается агрессии, угрозам, ущербу или травме в процессе или непосредственно в результате работы». Физическое насилие означает применение физической силы в отношении другого лица (группы лиц), приводящее к физической, сексуальной или психологической травме. Это включает в себя, в частности, удары руками и ногами, пощечины, ножевые и огнестрельные ранения, толчки, укусы, щипание. Психологическое (эмоциональное) насилие – это преднамеренное применение силы, в том числе угрозы физического насилия, против другого лица (группы лиц), могущее нанести ущерб его физическому, умственному, духовному, нравственному или социальному состоянию или развитию. Это включает в себя словесные оскорбления, издевательства (травлю), угрозы и притеснения. Издевательства и травля – это повторяющееся агрессивное поведение в форме мстительных, жестоких или зловредных попыток унижить или компрометировать лицо (группу лиц) с той разницей, что издевательства осуществляются одним лицом, а травля – группой лиц. В отношении тех или иных форм насилия на рабочем месте, в частности, психологических притеснений, существует обширная литература. Наш доклад, не претендуя на исчерпывающее изложение результатов многолетних исследований этой тематики, включает в себя указанные аспекты лишь в той мере, в которой это соответствует его цели.

ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В СФЕРЕ ТРУДА

Влияние методов организации и управления производством на психическое здоровье работников стало очевидным с 1960-х годов²². Однако лишь недавно методы управления и охраны труда стали меняться ввиду необходимости обеспечить не только производительность труда, но и благополучие членов рабочего коллектива.

Традиционные подходы к охране здоровья, поведенческой медицине и организационной психологии не смогли в новых социально-экономических условиях найти новые аспекты позитивного организационного поведения, обеспечивающие результативный труд и благополучие. Первые исследования здоровья и благополучия позволили переключить внимание с изучения механизмов влияния предшествующих психических расстройств на организационную эффективность на то, каковы последствия работы – как позитивные, так и негативные – для психического здоровья²³.

Так, было установлено, что неопределенность и конфликт ролей, перегрузка (количественная и качественная), самоустранение, низкая самооценка, неудовлетворенность и напряжение на работе коррелируют со стрессом. Смягчить их воздействие могут межличностные отношения и социальная поддержка, равно как и другие личностные факторы²⁴.

Эмпирические исследования профилактики неинфекционных хронических заболеваний подтолкнули директивные органы к тому, чтобы считать их источником не только поведение и образ жизни конкретного человека, но и неравенство социально-экономического положения, состояния здоровья и условий труда, а также требования, предъявляемые той или иной работой. В результате этих исследований была разработана модель производственной нагрузки²⁵ и модель дисбаланса «усилия–результат»²⁶. При этом было доказано долгосрочное благотворное влияние даже небольшой степени автономии на психическое здоровье и производительность труда²⁷.

Современный характер работы заставляет исследователей все чаще обращать внимание на здоровье и удовлетворенность трудом, управление производительностью, организационную эффективность, отсутствие гарантий занятости и безработицу, «презентеизм» (присутствие на работе во время болезни) и абсентеизм (невыход на работу без уважительных причин), растущее культурное многообразие и технический прогресс. Повышенное внимание также уделяется охране психического здоровья, позитивным аспектам здоровья и благополучия, а также организационным факторам, способным укрепить их¹. Таким образом, исследования доказали важность социального окружения для формирования и оценки производственного поведения, и, следовательно, значение кадровой политики в формировании производственных отношений, основанных на доверии, честности и партнерстве²⁸.

С точки зрения МОТ, эффективность охраны психического здоровья в сфере труда зависит от профилактики. Меры в области охраны труда могут способствовать улучшению психического здоровья и благополучия как женщин, так и мужчин и сократить риск психических расстройств. Это значит, что система охраны труда должна опираться на результаты оценки психосоциальных рисков и управления ими в целях предотвращения стресса на работе и профессиональных психических заболеваний.

2. КАК ВЛИЯЕТ СТРЕСС НА ТРУДЯЩИХСЯ?

Настоящий раздел опирается на оценку распространенности стресса среди работающего населения различных стран мира. В нем также в общих чертах описывается влияние стресса на здоровье, безопасность и благополучие трудящихся, а также на производительность предприятий.

МАСШТАБЫ ПРОБЛЕМЫ

В течение последних десятилетий глобализация и технический прогресс преобразили мир труда. Новые формы организации труда, трудовых отношений и трудоустройства способствовали распространению стресса и связанных с ним расстройств. В результате глобализации для развития экономики открылись новые возможности, но с ними пришла опасность глобальных конкурентных процессов, подрывающих соблюдение условий труда и основополагающих прав²⁹. Глобализация изменила формы трудоустройства в пользу неполной и временной занятости и привлечения кадров на подрядной основе в силу необходимости повысить гибкость производства³⁰. Это может приводить к увеличению спроса на труд, сокращению гарантий занятости, ослаблению контроля и растущей вероятности увольнений³¹. Технический прогресс и появление Интернета вызвали множество изменений и инноваций в производственных процессах, еще больше стирая грань между трудовой и частной жизнью. Работники могут полагать, что оперативная связь с работодателем вне рабочего времени и продолжение работы дома – это признак высокой эффективности³². Несовместимость трудовых и семейных функций, порождающая конфликты на работе вследствие поведения, временных ограничений и напряжения, может приводить к тому, что семейные функции будут трудно или невозможно выполнять, и наоборот³³.

Недавний кризис и спад в мировой экономике способствовали росту безработицы, бедности и социальной изоляции. В итоге многие предприятия были вынуждены свернуть экономическую деятельность ради сохранения своей конкурентоспособности. Стало популярным проводить реструктуризацию, оптимизацию и слияние, пользоваться аутсорсингом и подрядом, прибегать к массовым увольнениям. Реструктуризация приводит не только к увольнениям: такие изменения порождают неопределенность и антагонизмы. Работники, сохранившие свои рабочие места после оптимизации, могут чувствовать вину перед уволенными коллегами. Помимо страха потерять работу, работники должны также смириться с ограниченными возможностями карьерного роста. При этом оставшиеся работники могут быть вынуждены совмещать должности, работать в условиях растущей нагрузки, удлинённого рабочего дня, отсутствия контроля и ролевой неопределенности³⁴. Как показывает опыт предыдущих кризисов, реструктуризация и организационные изменения в течение такого периода приводят к тому, что потребность сократить издержки заставляет руководство уделять меньше внимания управлению производственными рисками. Так как на многих предприятиях охрана труда скорее ассоциируется с затратами, чем с инвестициями, некоторые из них сокращают расходы за счет игнорирования соответствующих норм. Сокращение государственных расходов также подрывает способность инспекции труда и других служб обеспечивать их соблюдение³⁵.

Работа настолько важна для здоровья человека, что многие предпочитают работать в тяжелых условиях, чем быть без работы. Работа не только является источником денежных средств, но и поддерживает такие базовые психологические функции, как ощущение времени, социализация и личная идентичность³⁶. Безработица ассоциируется с пониженной удовлетворенностью от жизни, социальной стигматизацией, утратой собственного

¹ Интересно, что хотя исследования этой сферы начались давно, данный подход получил популярность совсем недавно; тенденции, изменившие отношение исследователей, восходят к 1990-м годам, политиков – к 2000-м годам.

достоинства и социальных связей, что негативно влияет на психическое здоровье³⁷. Есть целый ряд исследований, показывающих, как безработица заставляет людей соглашаться на новую, трудную роль, сталкиваться с неопределенностью и непредсказуемостью, преодолевать ощущение потери контроля и проблемы идентичности¹. Кроме того, безработица означает повышенный риск наркомании, алкоголизма, нездорового питания, физической неактивности, нарушений сна³⁸. Она также ассоциируется с психическими расстройствами – депрессией и склонностью к самоубийству³⁹.

Факты, накопленные за истекшие десятилетия, показывают влияние психосоциальных рисков и стресса на здоровье, безопасность, благополучие работников и эффективность предприятий. Результаты этих исследований свидетельствуют об устойчивой взаимосвязи между стрессом и физическими и психическими заболеваниями. На предприятии их результатом являются рост абсентеизма и презентеизма, напряженные трудовые отношения, снижение мотивации коллектива, рост неудовлетворенности, сокращение новаторства, высокая текучесть кадров, распространенность внутренних переводов и переобучения и ухудшение имиджа в целом. Эти проблемы оказывают значительное влияние на производительность, прямые и косвенные издержки, а также конкурентоспособность предприятия.

ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ, БЕЗОПАСНОСТЬ И БЛАГОПОЛУЧИЕ

Влияние стресса на здоровье зависит от реакции организма; однако высокий уровень стресса может вызывать ухудшение состояния здоровья, в том числе психические и поведенческие расстройства, такие как истощение, ощущение беспокойства, депрессию, а также другие физические расстройства, такие как сердечно-сосудистые заболевания или заболевания опорно-двигательного аппарата. Все больше внимания уделяется компенсационной поведенческой реакции – злоупотреблению алкоголем и наркотиками, курению, нездоровому питанию, расстройству сна – а также их взаимосвязи с возросшим уровнем производственного травматизма и неинфекционных заболеваний.

На ранних этапах изучение производственного травматизма было направлено на «травмоопасных» работников в целях его сокращения за счет процесса отбора (то есть исключения определенных работников). Сегодня многие исследования показывают, что человеческий фактор играет ограниченную роль в производственном травматизме и что небезопасное поведение является следствием гонки за эффективностью и отсутствия подготовки, а не ошибки конкретного работника⁴⁰. Все больше работ посвящается изучению взаимосвязи между неадекватной психосоциальной производственной средой и стрессом на работе, влекущим за собой риск травматизма⁴¹. Когнитивные или физические симптомы стресса могут повысить вероятность того, что работник отвлечется, допустит ошибку или просчет при совершении привычных операций⁴². Факты показывают, что такие факторы, как высокая нагрузка и требования, низкие степень участия в принятии решений и свобода действий, отсутствие организационной поддержки, конфликты с начальством и коллегами, монотонная работа повышают вероятность производственного травматизма⁴³. Результаты исследований также показывают, что плохое психическое состояние (выгорание или истощение) негативно коррелирует с безопасной практикой, повышая вероятность несчастного случая⁴⁴.

Как показывают исследования, напряженные условия труда могут оказывать прямое влияние на благополучие работников, способствуя поведению, вредному для здоровья. Имеющиеся факты говорят о том, что психосоциальные риски (отсутствие гарантий

занятости, низкая свобода действий, повышенные требования, несоответствие усилий результату) и стресс ассоциируются с поведенческим риском для здоровья, включая повышенное употребление алкоголя, избыточный вес, пренебрежение физкультурой, курение, расстройство сна⁴⁵. В ряде исследований изучалась взаимосвязь психосоциальных рисков и условий труда со злоупотреблением алкоголем, и было доказано, что ощущение стресса, нагрузки (в том числе в виде удлиненного рабочего дня), несоответствия усилий результату, а также притеснения на работе являются важными причинами алкоголизма⁴⁶. Различия между мужчинами и женщинами в плане влияния психосоциальных рисков указывают на разницу в моделях потребления табака: если у мужчин курение связано с напряжением на работе и удлиненным рабочим днем, то у женщин главными психосоциальными рисками, связанными с курением, являются высокие требования к ним (как физические, так и психологические) и несоответствие усилий результату⁴⁷. Влияние таких моделей нездорового поведения очевидно, так как ежегодно от курения умирает около 6 миллионов человек, а от злоупотребления алкоголем – свыше 3 миллионов⁴⁸. Кроме того, несбалансированное питание и недостаток физической активности – главные причины ожирения и ключевой фактор риска возникновения неинфекционных заболеваний (НИЗ), таких как сердечно-сосудистые заболевания, рак и диабет⁴⁹. Таким образом, сокращение производственных факторов, связанных с нездоровым образом жизни и НИЗ, способствует общему улучшению здоровья и благополучия населения. Ряд исследований, посвященных расстройствам сна, показали двунаправленную взаимосвязь последних с психосоциальными рисками на работе (включая напряжение, высокие требования, ограниченную свободу действий, низкий уровень социальной поддержки, удлиненный рабочий день и сменную работу, а также несоответствие усилий результату)⁵⁰.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – главная причина смертности в мире¹ (примерно 17,5 миллионов, или треть всех умерших в 2012 году)⁵¹. Заболеваемость ишемической болезнью сердца зависит от рода занятий, что указывает на причинно-следственную связь с условиями труда⁵². В большинстве из примерно 30 масштабных исследований приводятся факты, указывающие на повышенный риск ССЗ (главным образом, ишемической болезни), в том числе со смертельным исходом, если работа связана со стрессом⁵³. В целом, стресс повышает этот риск, как минимум, на 50 процентов. Если имеющиеся факты указывают на корреляцию между стрессом и ССЗ⁵⁴, то лишь в некоторых исследованиях была установлена прямая связь между напряжением на работе и ССЗ, включающим в себя повышение активности вегетативной нервной системы (в виде учащенного сердцебиения), повышение кровяного давления с угрозой гипертонии, повышенный уровень катехоламина и кортизола, снижение фибринолитической активности и рост предрасположенности к тромбозу, увеличение массы левого желудочка⁵⁵. В некоторых эпидемиологических исследованиях показана позитивная корреляция между психосоциальными рисками на работе и ССЗ⁵⁶. На региональном уровне результаты не противоречат друг другу, что говорит о взаимосвязи между психосоциально неблагоприятной производственной средой (усугубленной вредным для здоровья поведением) и ССЗ. При этом главные психосоциальные факторы включают высокие требования, ограниченную свободу действий, низкий уровень поддержки, несоответствие усилий результату, отсутствие гарантий занятости, неудовлетворенность трудом⁵⁷. График работы, включая удлиненный рабочий день и сменную работу, также коррелирует с ростом заболеваемости ССЗ⁵⁸.

Значительная часть исследований в области охраны труда посвящена нарушениям опорно-двигательного аппарата (НОДА), отчасти в связи с их высокой распространенностью и связанными с ними затратами. Так как НОДА – наиболее частая причина хронических болей и инвалидности, от которых в мире страдают сотни миллионов людей, роль психосоциальных факторов и стресса вызывает повышенный интерес.

¹ Первым этим стал заниматься Уэпп (1999).

¹ ССЗ – это группа заболеваний сердца и кровеносных сосудов, включающая в себя ишемическую болезнь, нарушение кровообращения мозга, атеросклероз, тромбоз, инфаркт и эмболию легких, а также ревматический и врожденный порок сердца. Сердечный приступ и стенокардия – как правило, острые нарушения, являющиеся результатом затрудненного притока крови к сердцу или мозгу.

Эпидемиологические исследования различных видов деятельности (от офисного до ручного труда) неоднократно указывали на связь между психосоциальными факторами и НОДА. В целом очевидно, что распространенность НОДА связана с ощущением высокого уровня стресса, высокой нагрузки и предъявляемых требований, низкой социальной поддержкой, ограниченной степенью свободы, низкой удовлетворенностью трудом и монотонностью работы⁵⁹. Несоответствие усилий результату и сложности общения с коллегами и начальством, а также насилие на рабочем месте (притеснения, травля и запугивания) также ассоциируются с НОДА⁶⁰.

Выгорание – это состояние физического, эмоционального и психического упадка в результате длительных эмоционально напряженных ситуаций на работе⁶¹. Синдром выгорания можно описать как длительную реакцию на хроническое воздействие эмоциональных и межличностных психосоциальных рисков на работе¹. Он характеризуется эмоциональным истощением, цинизмом (негативным, бесчеловечным и бесчувственным отношением к получателям услуг), деперсонализацией, безучастностью, занижением личных достижений, а также неэффективностью⁶². Выгорание может происходить при отсутствии связи между организацией и личностью в главных аспектах трудовой жизни, таких как ценности, справедливость, коллективизм, оплата труда, контроль, нагрузка⁶³. Выгорание является результатом следующих психосоциальных факторов: высокая (ненормируемая) нагрузка (количественные и эмоциональные требования), неопределенность ролей, организационные изменения, низкая удовлетворенность трудом и личными достижениями, диспропорция между работой и частной жизнью, дефицит межличностных отношений и поддержки на работе, насилие на рабочем месте, в том числе притеснения и травля⁶⁴. Неспецифическими признаками выгорания являются головная боль, бессонница, нарушения режима сна и питания, усталость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость и напряженность социальных отношений⁶⁵. Выгорание ассоциируется с алкоголизмом и заболеваниями, такими как гипертония и инфаркт миокарда⁶⁶. Среди других признаков можно назвать упадок сил, расстройство сна, вегетативной системы и различных функций организма⁶⁷.

Распространенность синдрома и его признание значительно увеличились за последние годы. Во многих странах были проведены исследования для изучения его причин, главной из которых является стресс⁶⁸. Растущее число исследований показывает, что риск выгорания особенно велик у женщин⁶⁹. Это можно объяснить тем, что некоторые психосоциальные факторы, связанные с выгоранием и стрессом, более характерны для женщин (например, двойственность выполняемой ими роли на работе и дома, восприятие роли женщины в обществе и влияние социальных ожиданий, сексуальные домогательства на работе и семейное насилие, гендерная дискриминация в виде более низкой оплаты труда и повышенных требований)⁷⁰. Так, в Швеции, по данным проекта перекрестного исследования тенденций и причин ССЗ (MONICA, 2010), выгоранию подвержены женщины в тяжелом социально-экономическом положении. Повышенную распространенность этого синдрома среди женщин по сравнению с мужчинами можно объяснить неблагоприятными условиями труда и бытовыми факторами⁷¹.

Депрессия – распространенное психическое расстройство. В мире от него страдает 350 миллионов человек, оно является главной причиной инвалидности от психических причин вне зависимости от пола⁷². Характерные признаки – подавленное состояние, утрата интереса к жизни, упадок сил, ощущение вины или собственной ничтожности, расстройство сна или аппетита, слабое внимание. Став хроническими, эти проблемы могут в значительной мере подорвать способность выполнять свои обязанности⁷³. Депрессию часто сопровождают симптомы беспокойства в связи с чувством напряжения, тревоги, а также физическими изменениями вследствие повышения кровяного давления. Люди, страдающие тревожным неврозом, обычно испытывают навязчивые мысли

или чувства и даже физические симптомы, такие как потливость, дрожь, сонливость, учащенное сердцебиение⁷⁴. В мире депрессия – одна из главных причин преждевременной смерти и длительной инвалидности⁷⁵. При этом результаты целого ряда исследований подтверждают, что у тех, кто испытывает стресс на рабочем месте, риск депрессии может возрасти вчетверо в зависимости от выбранной меры измерения, пола и профессиональной группы⁷⁶.

Во многих из проведенных исследований было показано, что депрессии предшествуют психосоциальные факторы и стресс⁷⁷. Ввиду масштаба заболевания неудивительно, что большинство исследований психосоциальных рисков, стресса и ухудшения здоровья было посвящено изучению их связей с депрессией. В большинстве исследований подтвердилось, что психические расстройства и депрессия коррелируют с высокой нагрузкой (включая продолжительный рабочий день, физическое, психологическое, эмоциональное напряжение), низким участием в процессе принятия решений, ограниченной поддержкой, несоответствием усилий результату, отсутствием гарантий занятости, реструктуризацией⁷⁸. Другие психосоциальные факторы, ассоциируемые с депрессией, включают в себя диспропорцию трудовой и частной жизни, неудовлетворенность трудом, неопределенность и конфликт ролей, плохие производственные отношения, чрезмерную ответственность, низкую оплату труда, общее стремление к карьерному росту и несправедливость на работе⁷⁹. В ряде исследований также указывается, что преследования и травля повышают риск депрессии и тревожного синдрома⁸⁰. Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), половая принадлежность является критическим фактором психических расстройств – депрессии, тревожного синдрома, соматических заболеваний. Факторы риска психических расстройств, скорее характерные для женщин, включают в себя гендерное насилие, социально-экономическое неблагополучие, низкий уровень и неравенство в доходах, низкое или подчиненное социальное положение и постоянную обязанность ухода за другими⁸¹.

По данным ВОЗ, ежегодно от самоубийства в мире погибает свыше 800 000 человек⁸². Свыше семидесяти пяти процентов самоубийств приходится на страны с низким и средним уровнем дохода. Большинство самоубийц – это люди трудоспособного возраста. Суицидальное поведение ассоциируется с синдромом депрессии, причем взаимосвязь самоубийств с психическими расстройствами (депрессией и расстройствами, связанными со злоупотреблением наркотиками и алкоголем) давно доказана⁸³. Нередко отмечается сочетание факторов риска, повышающее склонность к суицидальному поведению, в том числе на уровне личности (предыдущие попытки самоубийства, психические расстройства, злоупотребление наркотиками или алкоголем, финансовые проблемы, хронические боли, наследственная склонность к суициду)⁸⁴. Однако склонность такого рода может также возникнуть в силу психосоциальных рисков, связанных с правовым кризисом, дискриминацией, изоляцией, конфликтом во взаимоотношениях, физическим или психологическим насилием, учебными или производственными проблемами.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Объем и качество информации о масштабах распространения психосоциальных факторов и стресса зависят от страны и региона¹. Большая часть исследований такого рода отмечается в Европе и Северной Америке и развитых странах в целом, меньшая – в странах Азиатско-Тихоокеанского региона и Латинской Америки, и лишь незначительная часть – в странах Африки и Ближнего Востока.

В Европе региональные данные собирают и анализируют, в основном, организации Евросоюза (ЕС). По результатам

¹ Методика Маслач (MBI) призвана оценить степень эмоционального истощения, деперсонализации и падения личной мотивации. Она является популярной моделью, широко используемой с 1970-х годов (Maslach, 1976).

¹ Распространенность – это доля населения, страдающая заболеванием в данный момент времени. Заболеваемость – это частота возникновения заболевания в данной группе населения или территории.

4-го обследования условий труда в странах ЕС (EWCS, 2007), стресс на работе испытывают примерно 40 миллионов человек⁸⁵. Согласно докладу Европейской обсерватории рисков (2009), от 50 до 60 % всех потерь рабочего времени приходится на стресс⁸⁶. В докладе также отмечается, что в среднем стресс испытывают 22 % работников, причем его уровень заметно выше в новых государствах – членах ЕС (30%), чем в старых (20%).

Стресс чаще всего отмечается в сфере здравоохранения и образования, а также в сельском хозяйстве, охоте, лесном хозяйстве и рыболовстве (28,5%). Наиболее значительная группа страдающих тревожным синдромом – это работники образования и здравоохранения (12,7%), государственного управления и обороны (11,1%), сельского, лесного, охотничьего хозяйства и рыболовства (9,4%). По данным 1-го обследования новых и возникающих рисков на предприятиях ЕС (ESENER), проведенного Европейским агентством по охране труда (EU-OSHA) в 2009 году, несмотря на то, что предприятия ЕС назвали стресс на работе в числе главных проблем в сфере охраны труда⁸⁷, лишь 50% обследованных предприятий указали, что информируют своих работников о психосоциальных рисках и их влиянии на здоровье и безопасность, причем менее трети предприятий указали на наличие процедур противодействия стрессу⁸⁷. При этом руководство и представители работников сошлись во мнениях. В докладе о психосоциальных рисках в Европе, их распространенности и стратегиях профилактики (2014) указывается, что 25% работников испытывают стресс в течение всего или большей части рабочего времени, причем столько же работников считает, что работа негативно влияет на их здоровье. Кроме того, психосоциальные риски беспокоят большинство предприятий Европы. На проблему стресса при этом указали почти 80% руководителей, причем почти каждый пятый считает серьезной проблемой насилие и притеснения. Несмотря на это, процедуры противодействия таким рискам имеются лишь у трети предприятий⁸⁸. 6-е обследование условий труда в странах ЕС (EWCS, 2015) подтвердило распространенность интенсивного труда: 36% работников трудятся «постоянно» или «практически постоянно» ввиду сжатых сроков, а 33% работают в высоком темпе. Кроме того, почти каждый шестой (16%) подвергается негативному социальному поведению (физическому насилию, сексуальным домогательствам, преследованию или травле)⁸⁹.

В Северной и Южной Америке, по данным 1-го центрально-американского обследования условий и охраны труда (2012)⁹⁰, каждый десятый респондент постоянно испытывает серьезный стресс или напряжение (12–16%), чувство тоски или депрессию (9–13%) или потерю сна (13–19%) по причине условий труда⁹¹. В Аргентине по информации 1-го национального обследования занятости, условий труда, производственной среды и здоровья (2009) 26,7% работников испытывают психологическую нагрузку и считают свой труд изнурительным⁹¹. В Бразилии, по данным обследования травматизма и профессиональных заболеваний, 14% пособий по временной нетрудоспособности были связаны с психическими заболеваниями (9% у мужчин и 16,7% у женщин)⁹². По данным 3-го национального обследования баланса между работой и частной жизнью в Канаде (2011), ощущение высокого уровня стресса отмечалось у 57% респондентов против 54% в 2001 году и 44% в 1991 году. У устойчивой доли респондентов также отмечалось депрессивное состояние (36%), сокращение времени сна (31%) и ощущение физического нездоровья (46%). Число людей, довольных жизнью, сократилось с 45% в 1991 году до 23% в 2011 году. Наконец, чуть более 75% респондентов отсутствовали на работе в течение 6 месяцев до обследования, в основном по причине заболевания (63%) и эмоциональной, психологической и физической усталости (45%)⁹³. В Чили, по данным 7-го национального обследования условий труда (2011),

проблему стресса и депрессии отметили 27,9% работников и 13,8% работодателей.

Однако лишь 8,9% работодателей и 7% работников указали на наличие мер профилактики этих проблем в течение последних месяцев⁹⁴. Кроме того, по данным Ассоциации по охране труда (ACHS), 21% из 4059 профессиональных заболеваний в Чили в 2012 году были связаны с психическими расстройствами⁹⁵. В Колумбии, по информации национального обследования условий и охраны труда в рамках общей системы страхования профессиональных рисков (2007), 24,7% работающих мужчин и 28,4% женщин оценили свой уровень стресса от 7 до 10 по 10-балльной шкале (где 1 – это «минимальный стресс или его отсутствие», а 10 – «высокий уровень стресса»). При этом работу с клиентами и монотонный, однообразный труд назвали в числе главных психосоциальных факторов 50% респондентов, отсутствие четко определенной сферы ответственности 33,4%, а постоянно меняющиеся требования на работе – 18,4%⁹⁶. В США, по данным обследования стресса (2015), респонденты оценили свой уровень стресса как 4,9 по 10-балльной шкале. Наиболее частыми источниками стресса назывались деньги (64%), работа (60%), экономика (49%), семейные обязанности (47%) и беспокойство о состоянии своего здоровья (46%)⁹⁷.

Что касается Азиатско-Тихоокеанского региона, то, по данным обследования стресса и благосостояния в Австралии (2014), почти половина респондентов (48%) назвали требования на работе среди факторов, препятствующих здоровому образу жизни. Аналогично тому, что отмечалось в предыдущие годы, семеро из десяти жителей Австралии (72%) отметили, что в настоящее время стресс оказывает, как минимум, некоторое влияние на физическое здоровье, а почти каждый пятый (17%) считает, что влияние стресса варьирует от серьезного до очень серьезного⁹⁸. В Японии исследования профилактики производственного травматизма показали, что серьезное беспокойство, тревогу и стресс в течение предыдущего года испытывали 32,4% работающих⁹⁹. По информации 1-го обследования условий труда в Корее (2006), стресс на работе испытывают 18,4% мужчин и 15,1% женщин, главным образом в связи с длительностью рабочего дня и предъявляемыми требованиями¹⁰⁰. По данным 2-го обследования условий труда в Корее (2010), число испытывающих усталость выросло с 17,8% в 2006 году до 26,7% в 2010-м. При этом отмечалось сокращение числа испытывающих депрессию и тревогу – с 5,4% до 1,1% – и аналогичное сокращение числа страдающих от бессонницы или общего расстройства сна – с 5,7% до 2,3%¹⁰¹.

О распространенности или частоте возникновения стресса на работе или психосоциальных факторов в странах Африки и Ближнего Востока нет практически никакой информации. В Африке проводились два национальных обследования психических заболеваний среди населения – это обследование стресса и состояния здоровья населения в ЮАР на представительной выборке взрослых, которых опрашивали об общих психических расстройствах за 12 месяцев и в течение жизни, и национальное представительное обследование психических расстройств у женщин в Гане (2009–2010)¹⁰². При этом ни в одном из данных обследований не принималась во внимание профессиональная деятельность. Единственное обследование такого рода на представительной выборке проводилось среди работников государственных учебных заведений ЮАР¹⁰³ в целях изучения взаимосвязи между уровнем стресса и удовлетворенности от работы, сообщаемым педагогами, и распространенностью соответствующих заболеваний и факторов риска. При этом оказалось, что педагоги испытывают высокий уровень стресса. Стресс на рабочем месте и неудовлетворенность трудом коррелируют с большинством заболеваний, связанных со стрессом, таких как гипертония, болезнь сердца, язва желудка, астма, психические расстройства, а также злоупотребление табаком и алкоголем.

Несмотря на растущее внимание к самоубийствам, связанным с работой, доля таких самоубийств до сих пор не выяснена из-за отсутствия данных о причинах самоубийств в целом. При этом имеющаяся информация вызывает серьезную озабоченность.

⁸⁵ Обследование условий труда в странах ЕС (EWCS) проводится с 1990 года в целях оценки психосоциальных условий (контекст труда, рабочее время, интенсивность труда, перспективы карьерного роста и организация труда).

⁸⁶ В 2009 году ESENER охватывало свыше 28 000 предприятий из 31 страны (28 государств – членом ЕС, Норвегии, Швейцарии и Турции).

⁸⁷ В обследование входили Коста-Рика, Сальвадор, Гватемала, Гондурас, Никарагуа и Панама. За исключением Панамы, результаты во всех странах были аналогичными.

В исследованиях, посвященных профессиональным аспектам и рискам самоубийства работников, подчеркивалось воздействие таких психосоциальных рисков, как финансовые проблемы (в том числе вследствие безработицы), конфликты (в том числе преследования, травля и притеснения), ограниченная свобода действий или низкая степень участия в процессах принятия решений, низкий уровень социальной поддержки, высокие психологические требования, продолжительный рабочий день¹⁰⁴. Так, согласно обследованию, проведенному в Австралии, 17% самоубийств в провинции Виктория в период с 2000 по 2007 год были связаны с работой¹⁰⁵. По статистическим данным органов здравоохранения Таиланда, в 2007 году на 100 000 населения трудоспособного возраста приходилось 7 самоубийств, что выше, чем в целом по населению страны (5,95%)¹⁰⁶. Другое обследование, проведенное в 2007 году Школой управления бизнесом при поддержке Фонда развития здравоохранения Таиланда, показало, что уровень стресса повысился и что почти 10% работников (от чернорабочих до офисных работников) задумывались о самоубийстве по причине низкого качества жизни. У поденных работников отмечалось худшее состояние психического здоровья (более низкие значения), чем у других групп, возможно, вследствие отсутствия гарантий занятости и дохода¹⁰⁷.

Некоторое представление о частоте самоубийств, связанных с работой, можно получить из информации об обращениях за компенсацией (в странах, где признается связь самоубийств с работой). Например, в Японии самоубийства такого рода (карохисацу), вызванные переработкой и тяжелыми условиями труда, стали социальной проблемой и со второй половины 1980-х годов признаются как страховая случай. Они связаны с удлинением рабочим днем, высокой нагрузкой, отсутствием свободы действий, монотонным и однообразным трудом, межличностными конфликтами, неадекватной оплатой труда, негарантируемой занятостью, организационными проблемами¹. По данным Министерства труда и здравоохранения Японии, количество самоубийств такого рода нарастает: за 14 лет с 1997 по 2011 год число выплаченных компенсаций выросло с 2 до 66¹⁰⁸. Как указано в докладе о профилактике самоубийств в Японии, от 7,6% до 12,3% процентов самоубийств у мужчин 20–59-летнего возраста вызваны проблемами, связанными с работой (что в два раза больше, чем у женщин)¹⁰⁹. Половина людей 20-летнего возраста, умерших в 2013 году, покончили с собой, из них почти 40% – вследствие депрессии и тревоги, связанных с работой (по данным ежегодного исследования здоровья, труда и благосостояния в целях общественного здоровья и долголетия (2014), проводимого Министерством труда и здравоохранения)¹¹⁰. В Корею в период с 1999 по 2004 год компенсации были выплачены в 23 случаях самоубийств, связанных с работой¹¹¹, тогда как во Франции за два года (2010–2011) было зарегистрировано 149 обращений за компенсацией, из которых было признано 43¹¹².

Экономический кризис сопровождается ростом самоубийств. В исследовании о влиянии кризисов на состояние здоровья населения стран ЕС, опубликованном в 2009 году, изучалась взаимосвязь между динамикой занятости и уровнем смертности в 26 странах ЕС с 1970 по 2007 год. При этом обнаружилось, что на каждый процент роста безработицы число самоубийств среди лиц младше 65 лет увеличивается на 0,79%. Кроме того, рост безработицы более, чем на 3%, коррелирует со значительно большим ростом смертности от самоубийств (4,45%) и злоупотребления алкоголем (28%) у групп младше 65 лет¹¹³.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ

Женщины и мужчины по-разному реагируют на стресс, причем первые являются предметом большинства работ по изучению гендерных аспектов такой реакции.

По данным обследования стресса в США (2010), проводимого Американской ассоциацией психологов, у женщин и мужчин физически и психологически разная реакция на стресс. Они радикально отличаются в способах преодоления стресса и оценке своих возможностей. Женщины чаще всего говорят о физических симптомах стресса и лучше справляются с ним путем общения с другими людьми, которые являются частью стратегии преодоления стресса. Если женщины и мужчины указывают на аналогичный средний уровень стресса, то первые скорее говорят о его физических и эмоциональных симптомах и о том, что уровень стресса у них повышается, причем замужние и незамужние женщины по-разному переживают его. Мужчины, напротив, менее склонны признавать влияние стресса на свое здоровье, их меньше волнует необходимость преодолевать стресс, они не склонны доверять психологам и использовать стратегии, меняющие образ жизни и поведение. При этом у них чаще, чем у женщин, отмечаются хронические заболевания, связанные с высоким уровнем стресса и нездоровым образом жизни¹¹⁴. Данные наблюдения, подтверждающие результаты предыдущих исследований в странах Европы, указывают на необходимость учитывать гендерные различия в реакциях на стресс¹¹⁵.

Хотя за последнее столетие уровень экономической активности женщин значительно вырос, по данным МОТ, он по-прежнему на 26% ниже, чем у мужчин. При этом гендерная разница в оплате труда превышает 20% и не имеет перспектив безусловного или оперативного сокращения¹¹⁶. Кроме того, в большинстве стран женщины по-прежнему несут основное бремя неоплачиваемых домашних обязанностей, таких как приготовление пищи, уборка, уход за детьми, подвергаясь двойной нагрузке в том случае, если они работают. Женщины также составляют значительную долю неоплачиваемых работников семейных предприятий – например, в случае работы на предприятии родственника, проживающего в том же домохозяйстве¹¹⁷. Необходимость совмещать оплачиваемый и неоплачиваемый труд нередко вызывает стресс, депрессию и усталость, особенно в условиях низкого дохода и отсутствия социальных услуг и поддержки. В число психосоциальных факторов, свойственных женщинам и чаще влияющих на них, входят: (i) двойная роль, выполняемая на работе и дома; (ii) восприятие роли женщин в обществе и влияющие социальные ожидания; (iii) риск семейного насилия или сексуальных домогательств на работе; а также (iv) гендерная дискриминация в виде сниженной оплаты труда и повышенных требований¹¹⁸.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССА И СОПУТСТВУЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ И ИЗДЕРЖКИ

Стресс на рабочем месте оказывает значительное влияние как на производительность труда, так и на экономику в целом. Он может серьезно подорвать общий уровень, достигнутый работником, в плане его эффективности и тщательности¹¹⁹. Исследования, посвященные изучению влияния стресса на результаты деятельности предприятий, выявили целый ряд сопутствующих форм поведения, влияющих на репутацию, производительность и конкурентоспособность предприятия. Так, помимо влияния на здоровье и благополучие работников, нездоровая психосоциальная среда, порождающая стресс, может привести к росту абсентеизма и презентеизма, а также к снижению мотивации, удовлетворения и заинтересованности, повысить текучесть кадров и желание бросить работу¹²⁰. Все вышесказанное может иметь негативные последствия для предприятия в плане людских, социальных и финансовых издержек.

Если абсентеизм изучен достаточно хорошо в силу своей распространенности и высоких издержек для предприятия

¹ Помимо самоубийств, смерть от переработки (кароси) также представляет собой серьезную социальную проблему в Японии. Кароси – не медицинский, а социально-медицинский термин, означающий смерть или инвалидность в результате инсульта, инфаркта или острой сердечной недостаточности, вызванных серьезной переработкой или продолжительным временем работы. Кароси также является страховым случаем, подлежащим компенсации.

и общества, то исследований, посвященных презентеизму, гораздо меньше¹²¹. Как показывают факты, абсентеизм связан со стрессом и психосоциальными факторами, такими как нагрузка, свобода действий, конфликт ролей, несоответствие усилий результату, качество руководства, сменная работа, ограниченные возможности карьерного роста, социальные отношения на работе (включая низкую социальную поддержку, насилие на рабочем месте, травлю и дискриминацию)¹²². В научной литературе о презентеизме содержатся аналогичные наблюдения, что говорит о том, что рост уровня стресса на работе коррелирует с ростом презентеизма еще в большей степени, чем абсентеизма¹²³. Политика предприятий в сфере оплаты труда, временной нетрудоспособности, контроля за присутствием на работе, оптимизации, гарантий занятости, а также характеристики работы (должностные требования, степень свободы действий, взаимозаменяемость кадров и коллективный труд) – все это факторы, способствующие презентеизму. В числе других психосоциальных факторов, указывающих на презентеизм, можно назвать ограниченность времени и ресурсов, неблагоприятную личную финансовую ситуацию¹²⁴. Наконец, следует отметить, что презентеизм со временем может привести к выгоранию. Между истощением и презентеизмом отмечается взаимозависимость, говорящая о том, что работники, испытывающие истощение, практикуют презентеизм как основную компенсационную стратегию, что в конечном счете лишь повышает степень их истощения¹²⁵.

В последнее время значительный объем научной литературы посвящается изучению психосоциальных факторов, влияющих на результаты деятельности предприятий. Такие факторы, как удовлетворенность трудом, заинтересованность, мотивация и намерение бросить работу, считаются показателями степени личной и организационной эффективности. Удовлетворенность работой может быть важным фактором, влияющим на здоровье и благополучие работников, а также на производительность их труда¹²⁶. Масштабные исследования подтверждают наблюдения более мелких, показывая, что на неудовлетворенность трудом влияют следующие психосоциальные факторы: длительность рабочего дня, требования к работе, отсутствие возможностей для карьерного роста, неудовлетворительные отношения на работе, эмоциональное истощение, выгорание, дисбаланс трудовой и семейной жизни, притеснения и домогательства, что лишь усиливается стрессом¹²⁷. Кроме того, стресс на рабочем месте и неудовлетворенность трудом также негативно влияют на мотивацию и заинтересованность работников, усиливая их желание уйти. Факты подтверждают, что растущее желание бросить работу связано с перегрузкой, высокими требованиями, отсутствием свободы действий, несоответствием усилий результату, низкой зарплатой, ощущением бессмысленности работы, неудовлетворительными отношениями на работе, притеснениями, низкой заинтересованностью со стороны организации и выгоранием¹²⁸. Конструктивные отношения, напротив, способствуют меньшему истощению и снижают намерение бросить работу, позитивно влияя на ощущаемый

уровень стресса. При этом улучшение коммуникации также снижает намерение уйти¹²⁹.

Хотя работа по количественному учету прямых и косвенных издержек только начинается, в ряде развитых стран уже оценивается экономическое влияние стресса, сопутствующих моделей поведения и психических расстройств. Например, в Европе издержки от депрессии, связанной с работой, ежегодно составляют 617 миллиардов евро. Сюда входят издержки предприятий от абсентеизма и презентеизма (272 миллиарда), потери производительности (242 миллиарда), медицинская помощь (63 миллиарда) и социальное обеспечение в форме выплат по нетрудоспособности (39 миллиардов евро)¹³⁰. По оценкам Safe Work Australia, в 2008–2009 годах издержки от стресса на рабочем месте ежегодно составляли 5,3 миллиарда австралийских долларов. В эту цифру входят издержки от перебоев в производстве и медицинская помощь¹³¹. Кроме того, проблемы, связанные с депрессией, ежегодно обходятся работодателям примерно в 8 миллиардов австралийских долларов в результате временной нетрудоспособности и презентеизма, включая 695 миллионов за счет издержек от напряжения и притеснений на работе¹³². В Канаде, по данным исследования, проведенного в 2011 году, затраты предприятий в связи с психическими расстройствами ежегодно составляют около 20 миллиардов канадских долларов¹³³. Во Франции совокупный объем издержек в связи с напряжением на работе составлял в 2007 году от 1,9 до 3 миллиардов евро, включая медицинскую помощь (124–199 миллионов), абсентеизм (826–1284 миллионов), неактивность (756–1235 миллионов) и потери производительности в результате преждевременной смерти (166–279 миллионов)¹³⁴. В Германии ежегодные затраты в связи с напряжением на работе оценивались в 2008 году на уровне 29,2 миллиарда евро (9,9 миллиарда прямых издержек на профилактику, реабилитацию, поддерживающее лечение и административные услуги и 19,3 миллиарда косвенных издержек в виде лет работы, потерянных по причине нетрудоспособности, инвалидности и преждевременной смерти)¹³⁵. В Испании прямые расходы здравоохранения в связи с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными работой, оценивались в 2010 году от 150 до 372 миллионов евро. В том же году потери рабочего времени по причине психических расстройств составили 2,78 миллиона дней, что соответствует убыткам в размере 170,96 миллиона евро¹³⁶. Что касается Великобритании, то по последним данным потери рабочего времени от стресса, депрессии или тревожного синдрома в связи с работой достигли 9,9 миллиона дней, что составляет 43% всех потерь рабочего времени из-за нетрудоспособности за период 2014/2015 годов¹³⁷. По оценкам исследования, проведенного Центром психического здоровья в Сэйнсбери в 2007 году, издержки работодателей в связи с психическими расстройствами у работников ежегодно составляют почти 26 миллиардов фунтов или 1035 фунтов на каждого работника (335 фунтов – абсентеизм, 605 фунтов – презентеизм и 95 фунтов – текучесть кадров)¹³⁸.

3. ДЕЙСТВУЮЩЕЕ НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СТРЕССА И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

В настоящем разделе приводится краткое описание правовых подходов, регулирующих психосоциальные риски, стресс и определенный образ поведения, например, психологические притеснения на международном, региональном и национальном уровне. В нем содержится обзор правовых актов, имеющих обязательную силу и направленных на предотвращение психосоциальных рисков и охрану психического здоровья трудящихся; сведения о включении стресса и психических расстройств в перечень профессиональных заболеваний; необязательные нормы в области психосоциальных рисков и стресса; примеры рамочных соглашений и коллективных договоров между социальными партнерами; а также описание соответствующих функций инспекции труда.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ТРУДОВЫЕ НОРМЫ

Главные ценности, отраженные в нормах МОТ по охране труда, сводятся к следующим трем руководящим принципам: (i) работа должна выполняться в безопасных условиях; (ii) условия труда должны обеспечивать трудящимся благополучие и человеческое достоинство; (iii) работа должна давать реальные возможности для развития личности, самореализации и пользы обществу¹. В частности, основополагающая Конвенция МОТ 1981 года об охране труда (№ 155) и соответствующая Рекомендация (№ 164) предписывают принятие, реализацию и регулярный пересмотр комплексной национальной политики по охране труда и мер по ее применению на национальном уровне и на уровне предприятий для защиты физического и психического здоровья трудящихся и их благополучия. Целью политики должно быть предотвращение несчастных случаев и заболеваний, возникающих в связи или в процессе работы, путем сведения к минимуму причин опасных факторов производства, что способствует защите физического и психического здоровья трудящихся. Эта политика должна также учитывать взаимосвязь между существенными составляющими работы и людьми, выполняющими ее или осуществляющими надзор за ее выполнением, а также адаптацию оборудования, станков, графика работы, организации труда, производственных процессов с учетом физических и умственных возможностей работников.

В Конвенции 1985 года о службах гигиены труда (№ 161) и соответствующей Рекомендации (№ 171) службы гигиены труда определены как многопрофильные подразделения, которые выполняют профилактические и консультативные функции, помогая работодателям, работникам и их представителям формировать и поддерживать здоровую и безопасную производственную среду, в том числе адаптировать работу с учетом возможностей

работников для оптимальной защиты физического и умственного здоровья на производстве.

Конвенция 2006 года об основах безопасности и гигиены труда (№ 187) и соответствующая Рекомендация (№ 197) в дополнение к предыдущим основополагающим нормам описывают требования и функции национальных органов, институтов и заинтересованных сторон, отвечающих за реализацию политики по охране труда на национальном уровне и на уровне предприятий, а также за принятие мер, направленных на формирование и поддержание культуры профилактики и охраны здоровья на национальном уровне.

Другие международные трудовые нормы, актуальные с точки зрения психосоциальных рисков и психического здоровья, связаны с равенством возможностей, рабочим временем и работой в ночное время².

РЕГИОНАЛЬНЫЕ НОРМЫ

Лишь немногие региональные организации разработали акты о психосоциальных рисках и защите психического здоровья трудящихся, имеющие обязательную силу для соответствующих государств-членов.

Южное экономическое сообщество стран Латинской Америки (MERCOSUR) приняло в 1998 году Социальную и трудовую декларацию³, предусматривающую нормы охраны труда и право трудящихся на защиту физического и психического здоровья и призывающую государства-члены разработать, реализовать и поддерживать в актуальном состоянии меры и программы по охране труда для профилактики травматизма и профессиональных заболеваний¹³⁹.

В 2004 году Андское сообщество наций приняло Акт об охране труда (Резолюция № 584), устанавливающий правовую базу для защиты безопасности и здоровья трудящихся субрегиона^{III} в целях гармонизации трудового законодательства всех стран-участниц, начиная с базового принципа минимизации рисков. В Акте условиями производственной среды считаются все те элементы, субъекты или факторы, которые в значительной степени порождают риски для безопасности и здоровья – то есть не только эргономические и психосоциальные факторы, но и организацию труда и управление производственными процессами. Охрана труда определена в нем как отрасль здравоохранения, направленная на защиту и сохранение в максимально возможной степени физического, психического и социального благополучия трудящихся; предотвращение любого вреда здоровью вследствие условий труда и факторов риска; а также адаптацию работы с учетом квалификации и способностей трудящихся. Члены должны в рамках своих систем охраны труда способствовать повышению уровня безопасности в целях предотвратить ущерб физическому и психическому здоровью в результате или в процессе работы. Акт также требует от работодателей разработать комплексный план профилактики рисков, в том числе путем адаптации работы с учетом способностей трудящихся, их физического и психического состояния, эргономики и других дисциплин, связанных с различными видами психосоциальных рисков¹⁴⁰.

В ЕС реализация мер по охране труда государствами-членами регулируется соответствующей Рамочной директивой (89/391/ЕЕС). Хотя «стресс на рабочем месте» и «психосоциальные риски» прямо не упоминаются в ней, директива требует от работодателей обеспечивать безопасность во всем, что связано с работой.

Работодатели должны адаптировать процесс работы с учетом способностей работников, в частности, в том, что касается

¹ Международные трудовые нормы – это правовые акты, разработанные участниками МОТ (представителями государства, работодателей и работников) и устанавливающие базовые принципы и права в сфере труда. Это либо конвенции – юридически обязывающие международные акты, ратифицируемые государствами-членами, либо рекомендации – документы рекомендательного характера, в большинстве случаев дополняющие собой соответствующие конвенции.

² См.: <http://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/lang-en/index.htm> for a comprehensive list of ILO Standards by subject.

^{III} Членами MERCOSUR являются Аргентина, Бразилия, Парагвай и Уругвай.

^{III} Текущие члены Андского сообщества наций: Боливия, Колумбия, Эквадор и Перу; ассоциированные члены – Аргентина, Бразилия, Чили, Парагвай и Уругвай.

планировки рабочего места, выбора оборудования и методов работы и производства, а также разработать комплексную политику профилактики, охватывающую технические аспекты, организацию и условия труда, социальные отношения, а также влияние факторов производственной среды¹⁴¹. В некоторых странах ЕС (Люксембурге, Польше, Румынии, Словении и Испании) законодательство не содержит прямого упоминания психосоциальных факторов или стресса, придерживаясь текста рамочной директивы; в других же (Австрии, Дании, Эстонии, Финляндии, Франции, Греции, Италии, Норвегии, Словакии и Швеции) упоминается необходимость обеспечивать охрану труда с учетом психосоциальных рисков или психического здоровья. В Директиве ЕС о минимальных требованиях охраны труда при работе с оборудованием, оснащенным экраном (90/270/ЕЕС), говорится, что «работодатели обязаны оценивать рабочие станции с точки зрения безопасности работников, в частности, возможного воздействия на зрение и физическое состояние, а также психологического стресса»¹⁴². Директива ЕС о профилактике травматизма в сфере здравоохранения (2010/32/ЕС) реализует Рамочное соглашение, заключенное между социальными партнерами в этой области (в форме приложения к Директиве)¹⁴³. От работодателей требуется обеспечить безопасность работников во всех аспектах, связанных с работой, включая психосоциальные факторы и организацию труда. При этом предусматриваются проведение комплексного анализа рисков и разработка соответствующей политики профилактики, охватывающей технические аспекты, организацию и условия труда, социальные отношения, а также влияние факторов производственной среды¹⁴⁴. Другие директивы ЕС, актуальные с точки зрения психосоциальных рисков и психического здоровья, связаны с рабочим временем, равенством в обращении, а также дискриминацией.

НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

Нормы, регулирующие психосоциальные факторы и риски, стресс и благополучие трудящихся, могут быть включены в трудовой кодекс, законодательство об охране труда, правила, инструкции, технические стандарты, указы и коллективные договоры. Следует отметить, что в нормативно-правовой базе многих стран психосоциальные риски или стресс нередко упоминаются бессистемно и бессвязно.

Скандинавские страны стали первыми признавать такие риски и разрабатывать соответствующее законодательство. Первым законом, охватывающим психосоциальные аспекты рабочей среды, стал Закон о производственной среде в Дании (1977). В том же году закон, регулирующий психосоциальные факторы производства, был принят в Швеции. Соответствующий закон, принятый в 1977 году в Норвегии, требует организовывать работу таким образом, чтобы работники имели возможность для профессионального и личного развития. В 1995 году в этот закон добавились положения, касающиеся преследований на работе¹⁴⁵. Действующий в Норвегии Закон о производственной среде (2005) содержит конкретные требования о профилактике психосоциальных рисков в целях охраны здоровья трудящихся и обеспечения их достоинства¹⁴⁶. В Финляндии положения о психосоциальных аспектах производственной среды появились в Законе об охране труда в 2003 году. Этот новый закон содержит ряд требований в отношении психосоциального напряжения, насилия, работы в условиях изоляции, преследований и иных неприемлемых форм поведения. В Исландии действующий Закон о производственной среде, принятый в 1980 году, был дополнен в 2003 году нормами, требующими от работодателей систематически принимать профилактические меры, включая анализ психосоциальных рисков производственной среды. В 2004 году в данный закон были также добавлены положения о преследованиях и иных неприемлемых формах поведения¹⁴⁷.

Нормы такого рода последовательно включались в нормативно-правовую базу во многих других странах.

В ряде стран охрана психического здоровья и благополучия входит в сферу действия законодательства об охране труда (Алжир, Аргентина, Белиз, Боливия, Колумбия, Коста-Рика, Куба, Гаити и Венесуэла) или в компетенцию органов охраны труда (Канада и Доминиканская Республика). В некоторых странах охрана психического здоровья граждан по Конституции является частью общих обязанностей государства (Лесото) или правом личности (Чили и Перу). В других странах охрана психического здоровья (психосоциальное благополучие) упоминается в трудовом кодексе или законодательстве об охране труда в определении «здоровья», «заболевания» или «травмы» (Ангола, Антигуа и Барбуда, Австралия, Багамские острова, Доминиканская Республика, Эквадор, Гайана, Маврикий, Новая Зеландия, Никарагуа, Филиппины, Свазиленд, Танзания, Таиланд, Тринидад и Тобаго, Венесуэла) или как цели, реализуемые охраной или гигиеной труда (Бахрейн, Сальвадор, Никарагуа, Панама, Парагвай, Перу, Таиланд).

Законодательство некоторых стран также содержит подробное правовое определение психосоциальных факторов и рисков (Сальвадор, Эстония, Мексика, Перу). Например, в Мексике по Закону об охране труда психологические риски (факторы) – это элементы, связанные с должностными функциями, рабочим временем и подверженностью травматизму или насилию на рабочем месте, что может привести к психическим недугам, расстройству сна и состоянию сильного стресса¹⁴⁸. В Эстонии по Закону об охране труда психологические факторы – это однообразный труд или работа, не соответствующая уровню подготовки работника, неудовлетворительная организация труда, работа в условиях изоляции в течение длительного времени и аналогичные факторы, могущие вызвать изменения в психическом состоянии работника¹⁴⁹. В законодательстве об охране труда других стран психосоциальные риски – это риски, вновь возникающие (Эквадор и Нигер) или включаемые в общие положения как предмет дальнейших исследований (Аргентина, Куба, США).

Отдельные нормы, регулирующие психосоциальные риски, встречаются редко. Примером такого подхода является Королевский указ в Бельгии о профилактике психосоциальных рисков в сфере труда (2014), в котором содержатся определение таких рисков, меры их профилактики, функции служб гигиены труда и право работников участвовать в их деятельности¹⁵⁰. В Колумбии Резолюция № 2646 об оценке рисков и профилактике психосоциальных факторов (2008) устанавливает порядок и обязанность по регулярному выявлению, оценке, профилактике и мониторингу воздействия психосоциальных факторов и рисков, а также определению причин заболеваний, вызываемых стрессом на рабочем месте¹⁵¹.

В различных странах законодательство предусматривает охрану психического здоровья и благополучия определенных категорий трудящихся. Так, в некоторых странах действуют требования об охране психического или нравственного здоровья и умственном развитии молодых работников (Алжир, Ангола, Ботсвана, Болгария, Буркина Фасо, Центральноафриканская Республика, Чили, Куба, Эквадор, Гаити, Иордания, Маврикий, Мозамбик, Никарагуа, Перу, Португалия, Сомали, ЮАР, Туркменистан, Тунис, Уругвай), а также о защите работающих беременных женщин от психологической нагрузки и напряжения на работе (Австрия, Чехия, Эстония, Грузия, Италия, Люксембург, Норвегия, Румыния).

В ряде стран психическое здоровье или психосоциальные факторы конкретно указаны применительно к функциями или задачам служб гигиены труда или органов надзора за охраной здоровья трудящихся (Алжир, Ангола, Аргентина, Коста-Рика, Германия, Япония, Ливия, Мексика, Намибия, Парагвай, Замбия, Сенегал, Венесуэла). Так, в Намибии в функции служб гигиены труда входит мониторинг физико-химических, биологических и психологических факторов производственной среды, способных влиять на здоровье работников, в том числе методов работы и организации труда¹⁵². В других странах психическое здоровье упоминается в связи с требованиями медицинского осмотра до приема на работу в целях удостовериться в психологической пригодности работника выполнять ту или иную работу (Аргентина, Бахрейн, Куба, Колумбия, Египет, Катар, Оман).

ОБЯЗАННОСТИ РАБОТОДАТЕЛЕЙ И ПРАВА ТРУДЯЩИХСЯ

В законодательстве ряда стран охрана психического здоровья и благополучия является либо правом работника, либо частью обязанностей работодателя по обеспечению безопасности производственной среды, условий и организации труда (Алжир, Ангола, Бенин, Буркина Фасо, Боливия, Коста-Рика, Куба, Дания, Экваториальная Гвинея, Эритрея, Эстония, Финляндия, Гондурас, Япония, Южная Корея, Мексика, Мозамбик, Норвегия, Перу, Сомали, Венесуэла, Замбия). Так, по трудовому законодательству Венесуэлы, работа должна выполняться в безопасных и достойных условиях, позволяющих работникам развивать свой потенциал и обеспечивающих (а) физическое, умственное, нравственное развитие; (б) обучение и обмен опытом путем общения в процессе работы; (в) отдых и досуг; (г) здоровую производственную среду; (д) охрану здоровья и безопасность труда; (е) меры профилактики и предотвращения всех форм притеснений¹⁵³. По трудовому законодательству Буркина Фасо работодателю вменяется в обязанность создавать работникам условия труда, которые способствуют их физическому, умственному и социальному развитию, а также независимой нравственной и гражданской позиции. В этих целях работодатель обязан предоставлять работникам достаточное время на отдых, обучение, досуг и социальную жизнь¹⁵⁴. В Южной Корее по Закону об охране труда работодатель обязан создавать производственную среду, способствующую снятию физического и психологического утомления¹⁵⁵.

В некоторых случаях законодательство может требовать от работодателей осуществлять профилактику и контроль психосоциальных рисков, стресса, психологического утомления или перегрузки (Болгария, Коморские острова, Доминиканская Республика, Сальвадор, Мексика, Намибия, Нидерланды, Южная Корея, Туркменистан, Уругвай). Так, в Мексике новый Закон об охране труда (2014) требует от работодателя принимать меры в отношении факторов психосоциального риска, в том числе выявлять и проводить анализ рабочих мест, подверженных действию таких факторов в связи с характером или графиком работы; принимать меры профилактики в целях снижения психосоциальных рисков; проводить медицинский осмотр работников, подвергающихся психосоциальным рискам; предоставлять данные о возможных расстройствах, вызванных воздействием психосоциальных рисков¹⁵⁶.

При этом законодательство может требовать от работодателя оценивать риск психосоциальных факторов (Австралия, Дания, Германия, Венгрия, Италия, Литва, Мексика, Перу, Словакия). Так, в Италии по Закону об охране труда (Указ № 81 2008 года) работодатели обязаны оценивать степень стресса, связанного с работой, в рамках процедуры оценки рисков¹⁵⁷; в Литве они обязаны оценивать психосоциальные факторы, вызывающие стресс, и принимать меры, предотвращающие их воздействие или сводящие его к минимуму¹⁵⁸.

В некоторых случаях законодательство содержит положения, запрещающие определенное поведение. В ряде стран законом запрещается употреблять на работе наркотики и алкоголь (Ангола, Бенин, Боливия, Чили, Конго, Гаити, Нигер), в других запрещается курить на работе. По закону некоторых стран на работе должны быть приняты меры по укреплению здоровья. Так, в законодательстве Омана говорится, что рабочее место должно способствовать укреплению здоровья и сокращению вредных привычек путем стимулирования здорового питания и физической активности; это включает в себя запрет курения и реализацию программ, помогающих избавиться от него, а также меры по укреплению психического здоровья и социальной интеграции психически неустойчивых работников¹⁵⁹. Трудовое законодательство Венесуэлы предписывает профсоюзам и организациям работодателей проводить разъяснительную работу, направленную против коррупции, злоупотребления наркотиками и психотропными веществами, а также других привычек, вредных для физического и психического здоровья работников¹⁶⁰.

Стоит сказать, что в вопросах злоупотребления наркотиками и алкоголем на работе причины такого поведения, меры по его предотвращению или возможная роль предприятия не всегда затрагиваются в законодательстве и коллективных договорах. Право работников на информацию и обучение признается в большинстве стран; однако лишь в отдельных случаях стресс, психосоциальные риски или психическое здоровье отдельно упоминаются в законе как проблемы, требующие внимания (Сальвадор, Нигер, Руанда, Венесуэла). Например, в Нигере по Трудовому кодексу работодатели обязаны разъяснять, чем опасны для здоровья те или иные риски (стресс, употребление алкоголя и наркотиков, курение), а также информировать работников и оказывать им психологическую помощь¹⁶¹. В Сальвадоре работодатель обязан принимать необходимые меры по профилактике, выявлению, устранению или снижению психосоциальных рисков: (а) сводить к минимуму негативное воздействие монотонного, однообразного труда; (б) принимать меры, способствующие уважительным трудовым отношениям и эффективной коммуникации; (в) привлекать работников к реализации изменений в организации труда; (г) разъяснять причины и последствия насилия и сексуальных домогательств; (д) собирать на всех уровнях и во всех сферах предложения по снижению психосоциальных рисков. Работодатель обязан организовывать обучение и разрабатывать разъяснительные программы по вопросам насилия и психосоциальных рисков, участвовать в создании механизмов расследования и раннего выявления таких рисков, а также формировать корпоративную культуру, ориентированную на человека и способствующую созданию здоровой производственной среды¹⁶².

НАСИЛИЕ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Профилактика и пресечение психологического насилия – первые сферы, в которых осознание обществом их влияния на благополучие трудящихся привело к разработке законов – большей частью в 1990-х годах – о мерах соответствующего воздействия¹. В значительном числе стран вопросы насилия на рабочем месте отражены в Трудовом кодексе, законах об охране труда, подзаконных актах, правилах и инструкциях, а также в уголовном законодательстве, в частности, о мерах реагирования и пресечения. В Боливии запрет любых форм притеснений на работе закреплен в конституции, что является редкостью¹⁶³.

В скандинавских странах действуют как законы, так и правила, касающиеся травли на работе. Там также в законодательстве закреплено право человека на безопасную производственную среду: работодатель обязан пресекать такое поведение при получении соответствующей жалобы¹⁶⁴. Швеция была первой страной, где в 1993 году было принято законодательство против преследований и травли, обеспечивающее трудящимся защиту от физического и психологического вреда¹⁶⁵.

В большинстве стран, где есть законы, противодействующие насилию на рабочем месте (Босния и Герцеговина, Канада, Колумбия, Коморские острова, Дания, Эквадор, Финляндия, Германия, Италия, Латвия, Нидерланды, Нигер, Норвегия, Парагвай, Португалия, Руанда, Сейшельские острова, Судан, Словения, Швеция, Великобритания), трудящиеся защищены от психологических или нравственных преследований за счет мер, удерживающих работодателей или их представителей от действий, могущих нанести работникам психологический или нравственный вред. Во многих странах действует защита от преследований по признаку пола (Аргентина, Босния и Герцеговина, Болгария, Хорватия, Кипр, Сальвадор, Греция, Венгрия, Мексика, Норвегия, Пакистан, Румыния, Украина). Во многих случаях дисциплинарные меры, включая прекращение отношений трудоустройства, включаются в Трудовой кодекс (Колумбия, Доминиканская Республика, Гватемала, Гондурас, Иордания, Марокко, Парагвай, ЮАР, Тунис).

¹ В первых нормативных актах на эту тему психологические притеснения часто называются «нравственными» в силу этического взгляда на них и правовой терминологии. Для части ученых психологические притеснения и нравственные притеснения являются синонимами.

Рамочное соглашение ЕС о противодействии притеснениям и насилию в сфере труда (2007) имеет целью разъяснить эти проблемы работодателям, работникам и их представителям и предложить им практические средства для их выявления, пресечения и профилактики. В 2010 году социальные партнеры в Европе также приняли Единые рекомендации по пресечению насилия и притеснений со стороны третьих лиц в сфере труда¹⁶⁶.

ВКЛЮЧЕНИЕ СТРЕССА И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ЧИСЛО ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Включение стресса и психических расстройств в перечень профессиональных заболеваний (вместе с установленными критериями диагностики) может способствовать их признанию и выплате компенсации. В большинстве стран регламентируется порядок уведомления о профессиональных заболеваниях, что часто осуществляется с использованием международных или региональных норм.

Конвенцию МОТ № 155 дополняет Рекомендация о перечне профессиональных заболеваний 2002 года (№ 194), которая предусматривает регулярный пересмотр и актуализацию приведенного в ней перечня профессиональных заболеваний на трехстороннем совещании экспертов. Обновленный в 2010 году, этот перечень охватывает расстройства поведения и психики, в том числе синдром посттравматического стресса (СПТС), тем самым впервые создавая прецедент для признания таких заболеваний как имеющих профессиональные причины в случае установления научным методом (или в соответствии с национальной практикой) взаимосвязи между воздействием факторов риска на работе и расстройством психики.

МОТ периодически проводит пересмотр этого перечня с учетом изменений ситуации в мире и удовлетворения растущего спроса на международный источник информации, актуальный для современного мира труда. Перечень облегчает выявление профессиональных заболеваний, способствуя профилактике, отчетности, регистрации и выплате компенсации пострадавшим работникам. Особенно ценным является процесс регулярного пересмотра. «Открытые позиции», позволяющие добавлять в перечень новые заболевания, заполняются при активном участии специалистов по гигиене труда и врачей, а также работодателей, работников и государственных органов. МОТ оказывает техническое и консультативное содействие в формировании и актуализации таких перечней целому ряду стран (в их числе Бельгия, Канада, Китай, Египет, Германия, Гренада, Индия, Италия, Мексика, Великобритания), а в рамках регионального сотрудничества – ЕС и Карибскому сообществу (CARICOM).

Страны ЕС придерживаются перечня профессиональных заболеваний, приведенного в Рекомендации Еврокомиссии № 2003/670/ЕС. Анализ ситуации в сфере профессиональных заболеваний в странах-членах ЕС и Еврорезоны содержится в докладе Еврокомиссии 2013 года¹⁶⁷. Расстройства психики и связанные со стрессом включены в национальные перечни профессиональных заболеваний в таких странах ЕС, как Дания (СПТС), Венгрия (болезни, связанные с психосоциальными факторами), Италия (СПТС и нарушения адаптации, такие как синдром беспокойства, депрессия, расстройства поведения или настроения), Литва (расстройства, вызываемые перегрузкой, и психоневрозы), Литва (заболевания, вызванные стрессом), Нидерланды (расстройства, вызванные стрессом, и выгорание, депрессия, связанная с работой, СПТС, алкоголизм), Румыния (психоневрозы вследствие длительного лечения психических больных в психиатрических больницах), причем в Финляндии расстройства психики и поведения включены в национальный реестр инвалидов (F: ICD-10), а также в открытую систему.

Компенсация в случае связанного с работой психического расстройства также выплачивается в открытой системе Швеции и системах дополнительного страхования некоторых стран ЕС, таких как Бельгия, Дания (расстройства, вызванные стрессом, кроме СПТС) и Франция¹⁶⁸.

В Северной и Южной Америке психические расстройства или некоторые специфические заболевания психики числятся в перечне профессиональных заболеваний в таких странах, как Аргентина (СПТС, невроз, паранойя, психотическая депрессия), Бразилия (стресс, СПТС, расстройства сна и выгорание), Чили (профессиональный хронический невроз с различными клиническими признаками, например, расстройства адаптации, синдром беспокойства, психогенная депрессия, соматизированные нарушения и хронические боли, невроз, вызывающий риск умственного напряжения), Колумбия (патологии, вызываемые стрессом на рабочем месте, например, состояния беспокойства и депрессии, расстройства сна неорганической этиологии, выгорание, СПТС, инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, слизистый колит и т.д.), Мексика (невроз), Никарагуа (невроз, бессонница, утомление), Венесуэла (стресс и утомление в связи с работой, выгорание, охлофобия и расстройства сна неорганической этиологии). В Эквадоре и Парагвае действует полукоткрытый перечень профессиональных заболеваний МОТ, включающий расстройства психики и поведения, СПТС и другие психические расстройства, непосредственно связанные с воздействием факторов риска на работе.

В Азиатско-Тихоокеанском регионе психические расстройства числятся среди профессиональных заболеваний в Южной Корее и Малайзии. В Новой Зеландии психические расстройства в результате сексуального насилия включены в Закон о выплате компенсаций работающим. В Сингапуре выплата компенсации происходит в случае СПТС и некоторых сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с длительным рабочим днем или стрессом. В Японии выплата компенсации трудящимся в случае расстройства психики осуществляется с 1999 года. В Законе о труде есть критерии признания смерти от переработки (кароси) и самоубийства вследствие работы (карохисацу) в качестве основания для выплаты компенсации семье покойного¹⁶⁹.

В большинстве стран Африки и Ближнего Востока стресс или связанные с ними психические расстройства не включаются в перечень профессиональных заболеваний. Однако законы о выплате компенсации иногда предусматривают некоторые психические заболевания – например, в Нигерии компенсации подлежат случаи психологического стресса, не вызванные травмой (определяемые по соответствующим критериям); в Сирии резолюция о стрессе как причине производственного травматизма разрешает выплачивать социальные пособия в случае психических и физических травм вследствие стресса¹⁷⁰.

ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ РИСКОВ

Факультативные технические нормы, этические кодексы и протоколы, признаваемые государством, могут также играть важную роль в противодействии психосоциальным рискам на единой основе. Во многих странах государством принимаются факультативные меры противодействия таким рискам, включая технические нормы, рекомендации, методики и другие формы руководства по применению общих принципов охраны труда в этой сфере¹. В некоторых случаях органы власти рекомендуют применять методы оценки и принятия корректирующих мер, не навязывая их. Хотя такие факультативные меры встречаются не часто, некоторые из них заслуживают внимания.

¹ В разделе 4 доклада содержится обзор инструментов оценки и контроля, разработанных государственными органами и научными учреждениями.

Великобритания: общедоступные технические условия (ОТУ) для систем управления психосоциальными рисками: PAS 1010: 2011. Методика управления психосоциальными рисками на рабочем месте была разработана Британским институтом стандартов (БИС). Цель этих ОТУ – помочь организациям и предприятиям (i) разработать стратегию и процесс управления психосоциальными рисками, чтобы исключить или свести к минимуму их влияние на персонал и иные заинтересованные стороны в процессе профессиональной деятельности, (ii) реализовывать, поддерживать и постоянно совершенствовать процесс управления психосоциальными рисками и связанные с ним меры, (iii) обеспечить соблюдение провозглашенной политики в области охраны труда и психосоциальных рисков¹⁷¹.

Канада: Национальный стандарт и методика поэтапной реализации системы безопасности и профилактики психологических рисков на рабочем месте (CAN/CSA-Z1003-13/BNQ 9700-803/2013) были опубликованы в 2013 году CSA Group и Бюро стандартизации провинции Квебек совместно с Комиссией по психическому здоровью Канады. Это первый национальный стандарт, направленный на обеспечение психического здоровья и безопасности на рабочем месте, который – в отличие от PAS1010, являющегося всего лишь рекомендательным – предполагает процедуру контроля¹. При этом он гармонизирован с другими действующими нормами и содержит приложения, помогающие в разработке и реализации его ключевых компонентов. В него также включены модели реализации, сценарии для малых и крупных предприятий, инструмент аудита и другие ресурсы и справочные пособия¹⁷².

ДОГОВОРЫ МЕЖДУ СОЦИАЛЬНЫМИ ПАРТНЕРАМИ

Согласно МОТ, к правовым нормам, помимо нормативной базы, относятся имеющие силу закона решения арбитражных судов и положения коллективных договоров (Конвенция 1947 года об инспекции труда (№ 81), ст. 27). В Рекомендации 1951 года о коллективных договорах (№ 91) такими договорами считаются все письменные договоренности об условиях труда и занятости, заключенные между работодателем (группой работодателей, одной или несколькими организациями работодателей, с одной стороны, и одной или несколькими представительными организациями работников или, при их отсутствии, рабочими представителями, избранными и уполномоченными в порядке, установленном законодательством, с другой стороны). Такие договоры должны предусматривать минимальные нормы, установленные законом, которые могут дополняться или превышать в интересах работников, представленных на переговорах. Тем самым, коллективные договоры могут лишь улучшать условия, установленные законодательством, и ни при каких обстоятельствах не могут сокращать объем обязательств работодателей и работников.

В ЕС меры, принимаемые социальными партнерами в рамках европейского социального диалога за последние годы, сыграли важную роль в признании актуальности психосоциальных рисков и стресса, заключении договоров (ратифицированных Советом министров и ныне включенных в европейское законодательство), охватывающих такие аспекты, как родительский отпуск (1996), временная занятость (1997) и срочные трудовые договоры (1999). Социальные партнеры также заключили рамочные соглашения о дистанционной работе (2002), стрессе на рабочем месте (2004), притеснениях и насилии в сфере труда (2007), насилии и притеснениях со стороны третьих лиц в связи с выполнением работы (2010).

Согласно Рамочному соглашению о противодействии стрессу, факторы стресса могут быть устранены в процессе общей

оценки рисков за счет коллективных, индивидуальных мер или их сочетания. Такие меры могут применяться в виде конкретных действий по выявлению факторов стресса или в рамках комплексной политики противодействия стрессу, включающей как профилактические, так и оперативные меры. Выбор мер остается за работодателем, но эти меры должны применяться при участии и во взаимодействии с работниками или их представителями. Соглашение является отправной точкой для соответствующего социального диалога на уровне Евросоюза в пяти отраслях: образование, центральные органы государственного управления, вневедомственная охрана, строительство и электроэнергетика.

На основе Рамочного соглашения в ряде стран ЕС действуют национальные соглашения, определяющие принципы для переговоров по вопросам стресса и психосоциальных рисков. Например, в Люксембурге и Нидерландах на этой основе была принята трехсторонняя комплексная концепция, имеющая рекомендательный характер и применяемая в переговорах на уровне предприятий. В Финляндии и Швеции социальные партнеры согласовали совместные директивы для проведения переговоров или других совместных действий по этим вопросам на уровне отраслей и предприятий. В Испании наиболее представительные профсоюзы и организации работодателей включили стресс в Соглашение о коллективных договорах (AINC, 2005 и 2007), содержащее рекомендации и приоритеты для использования членскими организациями в процессе коллективных переговоров¹⁷³.

Коллективные договоры национального уровня, определяющие права и обязательства сторон и их членов, также действуют в Дании (государственный сектор), Франции (банковский сектор, газо- и электроэнергетика, телекоммуникации, социальная экономика, нефтяной сектор, фармацевтическая отрасль и сельскохозяйственная кооперация), Греции (межотраслевой уровень), Италии (межфедерационный уровень), Швеции (муниципальный сектор) и Румынии (межотраслевой уровень). В Бельгии социальные партнеры заключили межотраслевой коллективный договор о профилактике и противодействии стрессу в рамках Национального совета по труду (CST/CAO № 72, 1999) до того, как вступило в силу Рамочное соглашение ЕС¹⁷⁴. В Германии отраслевой коллективный договор в сфере государственной и частной банковской деятельности включает совместную декларацию, призывающую предприятия принимать меры противодействия психологическому напряжению на основе реалистичных целей, автономии и комплексного анализа рисков (2010)¹⁷⁵.

Хорошим примером реализации единых принципов на основе социального диалога является Франция. В июле 2008 года все социальные партнеры во Франции подписали национальное межотраслевое соглашение о противодействии стрессу, действие которого было продлено в 2009 году. Это соглашение, которое стало ответом на серию самоубийств в автомобильной промышленности в 2007 году, способствовало развитию коллективных переговоров в стране. Соглашение содержит определения стресса и требует от работодателей принимать соответствующие меры по его предупреждению. В 2013 году социальные партнеры также подписали Соглашение о качестве трудовой жизни¹⁷⁶.

ИНСПЕКЦИЯ ТРУДА

Согласно Конвенции МОТ 1947 года об инспекции труда (№ 81), главными функциями системы инспекции труда должны быть: (i) обеспечение применения положений законодательства в области условий труда и безопасности работников в процессе их работы и (ii) обеспечение работодателей и работников технической информацией и рекомендациями о наиболее эффективных средствах соблюдения положений закона. Эти средства могут быть упреждающими или оперативными. Первые инициируются инспекциями труда в профилактических целях и носят, в основном, информационно-разъяснительный характер, связанный с результатами контроля принимаемых работодателем мер профилактики и гигиены труда. Вторые являются реакцией на претензии, доклады или проблемы, на которые инспекторы труда

¹ Например: BNQ 9700-800/3008 Профилактические и организационные меры в области охраны труда на рабочем месте, CAN/CSA-Z1000-06 (R2011) Управление безопасностью и гигиеной труда.

должны обратить внимание как можно раньше, в том числе путем расследования жалоб, случаев производственного травматизма и других событий.

Инспекции труда могут получать прямые жалобы, касающиеся психосоциальных рисков, в частности, отсутствия их оценки или мер противодействия, если соответствующие положения есть в национальном законодательстве. Не являются редкостью и жалобы, косвенно указывающие на такие риски, например, в связи с насилием, утомлением, графиком работы, перегрузкой, частыми изменениями, нездоровой или агрессивной рабочей атмосферой. Оперативные проверки могут проводиться и по фактам других чрезвычайных событий, например, самоубийств, повышенного уровня абсентеизма или разногласий, других докладов или донесений, адресованных инспекции труда. Во всех указанных случаях уместно применять профилактический подход к психосоциальным рискам. Инспекторам следует проверить, какие меры по оценке и управлению этими рисками принял работодатель в целях их исключения или снижения их воздействия в будущем¹⁷⁷.

Инспекции и органы по охране труда все чаще разрабатывают руководства, инструменты и мероприятия для оценки уровня психосоциальных рисков. В ЕС Комитет главных инспекторов труда (КГИС) организовал в 2012 году кампанию по оценке таких рисков и разработал инструментарий, применявшийся в ходе инспекций в 26 странах ЕС и Исландии¹. В ходе кампании было проведено 13 508 инспекций, в частности, в здравоохранении, включая учреждения социальной помощи (государственные и частные), сфере услуг (гостиницы и рестораны) и на транспорте.

Скандинавские страны одними из первых стали включать психосоциальные факторы в оценку рисков производственной среды, проводимую инспекциями труда. В Дании управление по контролю за условиями труда (DWEA), которое осуществляет надзор за соблюдением законодательства об охране труда, занимается контролем психосоциальной производственной среды с начала 1990-х годов. В рамках широкой инспекционной кампании DWEA осуществляет программу целевых проверок предприятий в тех отраслях, которым присущи потенциально серьезные проблемы безопасности и гигиены, обращая при этом особое внимание на эргономические и психосоциальные риски. В целях единого подхода ведомство разработало 24 отраслевых пособия, помогающих инспекторам оценивать психосоциальные риски¹⁷⁸. В Финляндии квалифицированные инспекторы выполняют проверки предприятий с помощью Valmeri questionnaire, включающего такие психосоциальные риски, как темп работы или нагрузка сверх возможностей работника, обучение и информация о выполняемых задачах, помощь и поддержка, случаи насилия или притеснений, учет мнения работника и т.д.¹⁷⁹. В Норвегии инспекция труда в сотрудничестве с социальными партнерами выпустила брошюру о стрессе и руководство по организации труда и рабочего места, также освещающие вопросы стресса. Кроме того, в Дании, Финляндии, Норвегии и Швеции все вновь принятые на работу инспекторы должны пройти базовую подготовку (теоретическую и практическую) по тематике психосоциальной производственной среды¹⁸⁰.

В последние годы ряд инспекций труда других стран занимались разработкой методик и моделей, помогающих инспекторам распознавать психосоциальные риски. Например, в Австралии в провинции Квинсленд психосоциальные риски включаются в стратегию инспекции труда с 2004 года. Первоначально цели были оперативные – разработка процедур реагирования на

жалобы о притеснениях. В 2006 году было принято решение начать разъяснительную работу по преодолению стереотипа о том, что психосоциальные проблемы касаются, в основном, притеснений, путем разработки программы противодействия стрессу. В этих целях для инспекторов были разработаны четыре информационных плаката о стрессе на рабочем месте, а также модель, включающая в себя восемь факторов риска, в целях фильтрации поступающих сообщений о случаях стресса. В целях разъяснения о том, как сообщать о таких случаях, а также повышения потенциала противодействия стрессу в государственном секторе была проведена соответствующая кампания¹.

Совсем недавно деятельность инспекций труда, связанная с психосоциальными рисками, распространилась на шесть следующих сфер: притеснения на рабочем месте, стресс, утомление, когнитивные аспекты эргономики, культура безопасности и безопасное поведение¹⁸¹.

В Австрии изменения в законодательстве о психосоциальных рисках сопровождались разработкой методики, помогающей инспекторам труда оценивать правильность оценки рисков и реализации профилактических мер и содержащей описание предмета контроля и видов ожидаемого содействия, а также обзорные таблицы и совокупность критериев оценки рисков¹⁸². Во Франции инспекция труда разработала ряд контрольных перечней вопросов для оценки психосоциальных рисков на рабочем месте и сбора потенциальных признаков стресса, например, количество несчастных случаев, количество дней отпуска по временной нетрудоспособности, период обучения, сверхурочные, изменения в графике смен и рабочего времени, частота дисциплинарных взысканий, поступления жалоб или просьб и т.д.¹⁸³. В Германии федеральный комитет по охране труда (LASI), координирующий политику инспекций труда на уровне федеральных земель (Länder), принял общую методику оценки психосоциальных рисков, включающую в себя модель контроля адекватности оценки риска предприятиями на основе контрольного перечня, предусматривающего три широкие категории: (i) содержание работы и заданий; (ii) организация труда; (iii) социальные отношения. Кроме того, инспектор также обязан проанализировать признаки потенциальных причин стресса – уровень абсентеизма, данные производственных процессов (ошибки и жалобы), здоровье и благополучие работников (злоупотребление алкоголем, раздражительность, увольнение и т.д.) и социальный климат (конфликты, насилие, притеснения)¹⁸⁴. В Нидерландах инспекция по психосоциальным рискам проверяет рабочие места на наличие таких рисков, направляя специального инспектора. Проверка выполняется с помощью анкеты из 12 базовых вопросов о симптомах стресса на работе или по более сложной методике, включающей 24 вопроса о симптомах стресса, 14 о психосоциальных рисках, 21 о состоянии здоровья и 2 об абсентеизме¹⁸⁵. В Испании кодекс инспекторов труда (69/2009) предусматривает конкретные меры пресечения травли и насилия¹⁸⁶. В Великобритании контроль психосоциальных рисков происходит с помощью оперативных и профилактических мер и направлен на те отрасли, которые характеризуются высоким уровнем стресса (здравоохранение, государственное управление, образование и финансовый сектор). Для того чтобы помочь инспекторам в оценке уровня психосоциальных рисков, Комиссия по охране труда (HSE) разработала комплексную методику оценки стресса, а также другие материалы, удовлетворяющие потребности инспекторов труда на каждом этапе оценки факторов рисков стресса и позволяющие в конечном счете оценить положение дел на предприятии в отношении противодействия стрессу¹⁸⁷.

¹ См. доклад и информацию о кампании 2012 года по адресу: <https://circa.bc.europa.eu/faces/jsp/extension/wai/navigation/container.jsp>

¹ Модель учитывала итоги работы британской комиссии по охране труда.

4. СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ

В настоящем разделе приводится краткое описание наиболее актуальных инициатив, стратегий и программ профилактики стресса и укрепления психического здоровья трудящихся, разработанных различными заинтересованными сторонами, включая международные организации, региональные институты, государственные органы, социальных партнеров, профессиональные сети и ассоциации. Охрана психического здоровья входит в повестку дня некоторых международных организаций.

Инструменты для оценки уровня психосоциальных рисков и стресса как отдельного человека, так и коллектива существуют, главным образом, в форме анкет. Существует широкий спектр инструментов противодействия (включая методики, интернет-платформы, брошюры и другие ресурсы), помогающих работодателям и работникам в профилактике и противодействии стрессу.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Профилактика психосоциальных рисков и стресса на рабочем месте – важный аспект деятельности МОТ по охране и гигиене труда. Работа в этой сфере осуществляется на национальном уровне и на уровне предприятий и включает разработку инструментов, которые государственные органы, работодатели и работники могут использовать для формирования эффективной культуры охраны труда. Существует два вспомогательных инструмента для решения проблем, связанных с психическим здоровьем трудящихся. Во-первых, это «Профилактика стресса в сфере труда по контрольным точкам» – методика, опирающаяся на передовой опыт и помогающая проводить аудит и принимать надлежащие меры с помощью контрольного перечня вопросов и методических рекомендаций, направленных на улучшение эргономики рабочего места в целях профилактики стресса и психосоциальных рисков¹⁸⁸. Комплект учебных материалов SOLVE «Учет охраны здоровья в производственной политике» направлен на укрепление здоровья и благополучия за счет разработки комплекса мероприятий в следующих связанных между собой сферах: (i) психосоциальное здоровье (стресс, психологическое и физическое насилие, экономический стресс); (ii) возможное злоупотребление и их влияние на рабочем месте (курение, в том числе пассивное, употребление алкоголя и наркотиков); (iii) образ жизни (здоровое питание, физические упражнения, здоровый сон, профилактика ВИЧ/СПИД)¹⁸⁹. Эти учебные материалы входят в программу, реализованную в различных регионах мира при содействии участников МОТ, НПО и университетов. Эта программа стала серьезным стимулом для принятия мер на уровне предприятий и государства, в том числе на основе тесного участия государственных органов и представительных организаций работодателей и трудящихся. Применительно к данному докладу следует также упомянуть руководство по противодействию злоупотреблению алкоголем и наркотиками на рабочем месте, а также адаптацию и реализацию типовых программ профилактики такого злоупотребления на уровне государства и предприятий на основе технического сотрудничества в рамках комплексной стратегии укрепления здоровья населения, предусматривающей противодействие психосоциальным факторам и рискам и профилактику стресса как составную часть стратегии по охране и гигиене труда¹⁹⁰.

Помимо МОТ, вопросами профилактики и противодействия психосоциальным рискам, укрепления психического здоровья

активно занимается целый ряд международных организаций, таких как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Международная ассоциация социального обеспечения (МАСО), Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Всемирный банк и Всемирный экономический форум (ВЭФ), которые ведут исследовательскую и разъяснительную работу, включая разработку и реализацию конкретных инициатив.

ВОЗ способствует профилактике психосоциальных рисков, публикуя результаты исследований, методики, руководства и другие материалы. В своей деятельности по охране здоровья работающих организация руководствуется Глобальным планом действий на 2008–2017 год, предусматривающим меры «по охране и укреплению здоровья на рабочем месте», а также указывающим на необходимость улучшить «деятельность по оценке и контролю рисков для здоровья на рабочем месте путем определения основных мероприятий по профилактике и контролю за механическими, физическими, химическими, биологическими и психосоциальными рисками, связанными с условиями труда»¹⁹¹. В апреле 2010 года ВОЗ приступила к реализации «Основопологающих принципов здоровых рабочих мест», направленных на разработку руководства по охране и укреплению здоровья, безопасности и благополучия всех работающих и рациональную организацию труда¹⁹². Согласно этим принципам, психосоциальная производственная среда включает в себя корпоративную культуру, а также ценности, поведение, убеждения и практику производства, влияющие на психическое и физическое благополучие работников¹⁹³. ВОЗ также разработала соответствующую методику противодействия психосоциальным рискам и стрессу, закрепленную в целом ряде публикаций, таких как «Организация труда и стресс» (2003), «Проблема психологических притеснений в сфере труда» (2003) и «Проблема стресса в развивающихся странах: современный фактор риска в традиционной производственной среде» (2007). ВОЗ оказала содействие PRIMA-EF в разработке «Руководства для работодателей и представителей работников по реализации европейской системы управления психосоциальными рисками» (2008). В 2008 году организация приступила к реализации Программы действий по ликвидации пробелов в области психического здоровья (mhGAP) в целях помощи людям, страдающим от психических, неврологических расстройств и употребления психоактивных веществ, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода. В 2013 году на 66-й Всемирной ассамблее здравоохранения был принят Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 годы, имеющий целью: (i) укрепить эффективность руководства и управления в области психического здоровья; (ii) обеспечить наличие комплексных и оперативных медицинских услуг и социальной помощи на местах; (iii) реализовать стратегии в области укрепления психического здоровья и профилактики; (iv) укрепить системы информации и научных исследований в области психического здоровья¹⁹⁴.

В основе стратегии МАСО лежат профилактические аспекты социального обеспечения. При этом организация признает, что несмотря на большие успехи профилактики за последние годы, не изжиты еще многие проблемы в области охраны здоровья трудящихся, например, распространенность психосоциальных факторов, что повышает сложность профилактики и требует более целостного подхода органов социального обеспечения к укреплению здоровья и безопасности¹⁹⁵.

ОЭСР признает, что меры в области социальной политики и рынка труда в странах-членах не могут быть успешными без решения проблем психического здоровья трудоспособного населения. Изучению результатов их решения в сфере образования, здравоохранения, социального обеспечения и рынка труда в отдельных странах ОЭСР был посвящен проект «Психическое здоровье и работа». Согласно оценкам доклада «Психическое здоровье на работе: миф и реальность», общие издержки от психических расстройств составляют в странах ОЭСР примерно 3,5% ВВП. В докладе подчеркивалась необходимость сохранить трудоустройство людей с таким диагнозом или обеспечить их возвращение на рынок труда.

По данным доклада, люди с небольшими или умеренными расстройствами в форме беспокойства или депрессии в два раза реже находят работу и сталкиваются с гораздо более высоким риском бедности и социальной маргинализации. В странах ОЭСР растет осознание того, что психическое здоровье трудоспособного населения становится ключевой проблемой политики в сфере занятости и социального обеспечения¹⁹⁶. В дополнение к докладу в рамках серии «Психическое здоровье в сфере труда» были опубликованы страновые доклады на эту тему (Австрия, Бельгия, Дания, Нидерланды, Норвегия, Швеция, Швейцария, Великобритания) и межрегиональный доклад «Наука и практика психического здоровья в сфере труда» (2015). Другие материалы ОЭСР на эту тему включают в себя рабочий документ «Психическое здоровье и работа: как обеспечить комплексный характер политики и соответствующих услуг» (2014), а также доклад «Принципы политики охраны психического здоровья» (2015), утвержденный форумом ОЭСР высокого уровня по вопросам психического здоровья и труда.

Всемирный банк включает в свою деятельность укрепление психического и психосоциального здоровья в целях развития, а также научно-просветительскую работу в этой области. Его усилия направлены на привлечение внимания к этим вопросам в процессе разработки долгосрочной политики, стратегий и планов в целях обеспечения устойчивого развития. Доклад о мировом развитии «Мышление, общество, поведение» (2015) служит руководством для исследователей и специалистов, разрабатывающих новые подходы к решению проблем развития с учетом широких психологических и социальных факторов¹⁹⁷.

ВЭФ – это независимая международная организация, которая занимается вопросами содействия государственно-частному сотрудничеству и является платформой для диалога между видными представителями бизнеса, государства и гражданского общества. Совет глобальной повестки дня ВЭФ по вопросам благополучия и психического здоровья планирует включить психические расстройства в программы здравоохранения и развития на глобальном уровне путем разъяснения масштабов распространения психических расстройств и связанных с ними издержек, экономических выгод от психического здоровья и благополучия для бизнеса и общества, а также включения отчетности о проделанной работе в годовой доклад. Кроме того, ВЭФ публикует научные доклады на различные темы, включая психическое здоровье, условия труда и гендерное равенство¹⁹⁸.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ИНСТИТУТЫ И ОРГАНИЗАЦИИ

Региональные организации создаются в целях содействия взаимодействию, политической и экономической интеграции или межправительственному диалогу в той или иной географической зоне. Некоторые из них уже утвердили меры в области охраны психического здоровья и благополучия и профилактики стресса и сопутствующих ему заболеваний в целях интеграции или координации политики разных стран на региональном уровне.

Сообщество развития юга Африки (САДК) утвердило Протокол в области здравоохранения (2004), в соответствии с которым страны-члены должны согласовывать меры, направленные на профилактику заболеваний и повышение благосостояния населения, реализацию политики и разработку рекомендаций по вопросам охраны здоровья и образования, здорового образа жизни и пресечения злоупотребления алкоголем и наркотиками. В нем содержится призыв разрабатывать соответствующие нормативные акты, региональные методические руководства, включать услуги психиатрической помощи в состав базовых медицинских услуг, обеспечивать надлежащее лечение и уход при уважении человеческого достоинства и прав психических больных, предлагать вспомогательные услуги и средства помощи, а также проводить исследования в этой области на рациональной основе и с учетом культурного контекста¹⁹⁹.

Исполнительный комитет министров здравоохранения при Совете сотрудничества арабских государств Персидского залива разработал ряд технических программ в области психического здоровья, гигиены труда, борьбы с курением, а также профилактики неинфекционных заболеваний.

Кроме того, Лига арабских государств утвердила в 2004 году «Арабскую хартию прав человека», в которой признается право каждого на максимально возможный уровень физического и психического здоровья²⁰⁰. В ней также говорится, что каждый работающий имеет право на справедливые и благоприятные условия труда (включая надлежащую оплату, режим работы и отдыха, выходные дни, охрану и гигиену труда, отсутствие дискриминации по признаку пола, защиту трудовых прав женщин, молодежи и инвалидов)²⁰⁰.

В Азиатско-Тихоокеанском регионе План действий Ассоциации государств Юго-Восточной Азии в области здорового образа жизни (2002–2020) имеет целью содействовать созданию благоприятных условий для здорового образа жизни населения стран АСЕАН в соответствии с традиционными ценностями, убеждениями и культурой. Предусматриваемые им стратегии включают в себя укрепление роли органов здравоохранения, образования и предприятий в пропаганде здорового образа жизни путем разъяснения взаимосвязи между повседневными занятиями – питанием, физической активностью, курением, злоупотреблением алкоголем и наркотиками, сексуальным поведением, противодействием стрессу, работой, уходом за собой и другими – и качеством и безопасностью на работе и дома, а также в других местах. В Программе содействия здоровому образу жизни населения стран АСЕАН содержится призыв к странам-членам совместно с заинтересованными сторонами принимать неотложные меры в приоритетных направлениях, включая психическое здоровье, организовывать взаимодействие в целях создания среды, благоприятной для социальной интеграции, противодействия дискриминации и расширения экономических возможностей, формирования здоровой производственной среды и образа жизни, а также способствовать реализации инициатив по охране и гигиене труда²⁰¹. Ассоциация регионального сотрудничества Южной Азии приняла Делийскую декларацию о проблемах для здоровья населения (2015). Подписывая эту декларацию, министры здравоохранения стран-членов договорились о совместной работе по противодействию психическим заболеваниям на основе комплексного подхода²⁰².

В западном полушарии Организация американских государств (ОАГ) приняла Декларацию об обеспечении будущего развития населения на основе роста благосостояния, энергетической безопасности и рационального природопользования (2009)²⁰³. В ней подтверждается приверженность стран ОАГ принципам Декларации МОТ об основополагающих принципах и правах в сфере труда в плане распространения достойного труда и исполнения трудового законодательства для обеспечения надлежащих условий, безопасности и гигиены труда, а также недопущения насилия, притеснений и дискриминации²⁰⁴. В 2013 году министры труда приняли Медельинскую декларацию, где выразили свою приверженность укреплению на трехсторонней основе национальных стратегий в области охраны и гигиены труда для формирования культуры профилактики и разработки соответствующих программ в регионе. Эти программы призваны помочь эффективнее решать проблемы в производственной сфере, включая злоупотребление алкоголем и наркотиками и такие неинфекционные заболевания, как рак, гипертония, диабет и психические расстройства²⁰⁵. В странах Карибского сообщества действует инициатива о взаимодействии в области здравоохранения (1984) в целях рационального использования ресурсов, развития технического сотрудничества и совместного финансирования проектов в приоритетных направлениях здравоохранения. Третья фаза проекта сотрудничества в области здравоохранения (2009–2015) устанавливает задачи и приоритеты

¹ Первая редакция Хартии датируется 1994 годом, но ни одно из государств не ратифицировало ее; в 2004 году после внесения изменений она вступила в силу в 2008 году, когда ее подписали семь государств – членов Лиги.

развития государственного здравоохранения на данный период, включая психическое здоровье²⁰⁶. Стратегия улучшения и охраны психического здоровья населения этого региона предполагает разработку соответствующих законов, региональной политики и плана действий в этой области, реформу услуг психиатрической помощи и ухода за психически больными людьми, включая алкоголиков и наркоманов, а также проведение информационно-разъяснительных мероприятий.

В Северной и Южной Америке меры в области психического здоровья на период 2015–2020 годов определены в Плане действий Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ)¹. Его целями являются содействие психическому здоровью, профилактика психических расстройств и болезней, связанных со злоупотреблением алкоголем и наркотиками, укрепление медицинских услуг по уходу и реабилитации с упором на излечение, а также соблюдение прав психически больных и лиц, страдающих от злоупотребления алкоголем и наркотиками, в целях снижения заболеваемости, инвалидности и смертности. Несмотря на направленность плана на систему здравоохранения, в нем признается роль других секторов в деле охраны и обеспечения психического здоровья²⁰⁷.

В ЕС также действует целый ряд актуальных инициатив, таких как Европейский пакт по охране психического здоровья и благополучия (2008), а также Резолюция Европарламента о психическом здоровье (2009). В первом признается значение психического здоровья и благополучия для достижения целей Лиссабонской стратегии – создания рабочих мест, социальной сплоченности и устойчивого развития. Одним из приоритетов Пакта является психическое здоровье в производственной сфере²⁰⁸. В Резолюции содержится призыв к странам-членам поощрять исследования факторов условий труда, вызывающих психические расстройства, особенно у женщин; работодателей также призывают способствовать формированию здорового рабочего климата, исключающего психические расстройства и стресс, и устранять их причины. Наконец, в ней содержится призыв к Еврокомиссии требовать от предприятий и органов власти публиковать ежегодный отчет о политике и мерах по охране психического здоровья работающих в том же порядке, в котором они отчитываются о физическом здоровье и гигиене труда²⁰⁹.

Совместный проект по разработке системы противодействия психосоциальным рискам с упором на проблемы стресса и насилия (включая притеснения, преследования и травлю на работе) финансировался Еврокомиссией в рамках шестой Рамочной программы. Проект управления психосоциальными рисками Европейской системы эффективности (PRIMA-EF), разработанный в 2011 году консорциумом партнерских организаций²¹⁰ – первая региональная инициатива в этой области. Она включает в себя виртуальную учебную программу, призванную помочь кадровикам, специалистам по охране и гигиене труда, руководителям и владельцам малых и средних предприятий и представителям трудящихся в применении передового опыта оценки и управления этими рисками в сфере труда.

В ЕС охраной труда занимается несколько органов, ведомств и комитетов. Европейский фонд улучшения условий жизни и труда (Еврофонд) – это трехсторонний орган ЕС, задачей которого является распространять знания в сфере социальной политики и занятости. Еврофонд проводит два регулярных обследования сферы труда: обследование условий труда (EWCS) и обследование предприятий (ECS). Предметом их изучения являются статус занятости, продолжительность рабочего времени, организация труда, обучение и подготовка, физические и психосоциальные факторы риска, охрана и гигиена труда, оптимальный баланс трудовой и личной жизни, участие работников, оплата труда и финансовая безопасность. Европейское агентство по безопасности и гигиене труда (EU-OSHA) – это агентство информации об охране труда. В 2009 году оно стало публиковать

обследование новых и возникающих рисков на предприятиях (ESENER), являющееся первым общеевропейским обследованием безопасности и гигиены труда. Особое внимание уделяется психосоциальным рискам, включая стресс. Опубликованы два доклада: «Стимулы и препятствия для управления психосоциальными рисками: анализ результатов обследования новых и возникающих рисков на европейских предприятиях» (2012) и «Управление психосоциальными рисками в сфере труда: анализ результатов обследования новых и возникающих рисков на европейских предприятиях» (2012).

Агентство опубликовало и ряд докладов о психосоциальных рисках и стрессе: «Расчет издержек, связанных со стрессом и психосоциальными рисками» (2014), «Новые риски и тенденции в области охраны труда женщин» (2013); «Благополучие на работе: формирование позитивной производственной среды» (2013); «Охрана психического здоровья на рабочем месте: передовой опыт» (2011); «Насилие и притеснения в сфере труда: ситуация в Европе» (2011); «Экспертный прогноз возникающих психосоциальных рисков для безопасности и гигиены труда» (2007); «Как решать психосоциальные проблемы и снизить стресс на рабочем месте» (2002); «Практика профилактики психосоциальных рисков и стресса» (2002). В сотрудничестве с Еврофондом агентство также опубликовало доклад «Психосоциальные риски в Европе: распространенность и стратегии профилактики» (2014). Наконец, в 2014–2015 годах агентство организовало кампанию «Гигиена сферы труда» в целях противодействия стрессу и оказания методической помощи как работникам, так и работодателям по управлению психосоциальными рисками.

Другие региональные организации Европы также выступили с актуальными инициативами в области психосоциальных рисков. Так, Северный совет посредством своего Совета министров в 1994 году начал реализацию проекта по повышению качества и сопоставимости научных данных, связанных с психологической, социальной и организационной производственной средой. Перед проектной группой была поставлена задача разработать и опробовать генеральную анкету (QPSNordic), охватывающую фундаментальные психологические и социальные факторы в сфере труда²¹¹.

Консорциум NEW OSH ERA (объединяющий более двадцати организаций-доноров и научных институтов в сфере охраны труда) разработал проект *PSYRES (психическое здоровье и благополучие в условиях реструктуризации: ключевые факторы и механизмы воздействия)*. Результаты проекта включают в себя страновую информацию (например, факты и цифры о системах рынка труда), совокупности данных и их анализ, анкету для проведения обследований, руководство «Меры по обеспечению благополучия работников в процессе реорганизации», а также две справочные публикации на тему реструктуризации и методике ее проведения без ущерба для благополучия работников²¹².

НАЦИОНАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ И ИНИЦИАТИВЫ

За истекшее десятилетие во многих странах, помимо правовой базы, также проводилась разработка национальной стратегии профилактики психосоциальных рисков и стресса. Кроме того, к этой деятельности – от исследований до разработки методик, инструментов, учебных или информационно-разъяснительных материалов – привлекались научные учреждения, а зачастую даже создавались специальные комиссии или комитеты¹¹.

¹ ПАОЗ является специализированным агентством межамериканской системы и выполняет роль регионального бюро ВОЗ в данном регионе.

¹¹ Северный совет – официальный межпарламентский орган скандинавского региона, созданный в 1952 году в целях обеспечения взаимодействия между парламентами и правительствами Дании, Исландии, Норвегии и Швеции; в 1955 году к нему присоединилась Финляндия. С 1971 года при Северном совете действует Совет министров как официальный орган взаимодействия между правительствами скандинавских стран.

¹² Авторы приводят лишь примеры государственных мер и передового опыта в сфере противодействия стрессу, не претендуя на исчерпывающее изложение.

СТРАТЕГИИ

В ряде стран профилактика и управление психосоциальными факторами и рисками включались в национальную стратегию охраны труда. Нередко эти риски или стресс упоминались в таких стратегиях в числе приоритетов. Иногда национальные стратегии предусматривали конкретные меры по решению данных проблем, например, в виде принятия нового или пересмотра действующего законодательства, разработки специальных протоколов, методик и других инструментов, взаимодействия с социальными партнерами, а также с другими учреждениями.

Так, в Аргентине 2-я национальная стратегия охраны труда, утвержденная Управлением по контролю профессиональных рисков при Министерстве труда на период 2015–2019 годов, включает ряд мероприятий, связанных с психосоциальными факторами и рисками, например, разработку протоколов и методик оценки, разработку и апробацию диагностических инструментов для раннего обнаружения и профилактики этих рисков¹; разработку специальных правил по согласованию с социальными партнерами; разработку порядка и распределение обязанностей по выявлению, оценке, профилактике рисков, принятию мер и регулярному мониторингу их воздействия; изучение и выявление причин заболеваний, вызываемых стрессом²¹³.

В Австралии задачи по обеспечению здорового, безопасного и производительного труда закреплены в Стратегии охраны и гигиены труда, где указаны заболевания, в первую очередь требующие внимания (включая психические расстройства), а также определены задачи до 2022 года²¹⁴.

В Дании психосоциальные риски включены в число приоритетов национальной стратегии охраны труда на период 2012–2020 годов. В качестве количественного показателя в ней ставится цель к 2020 году сократить число работников, испытывающих психологические перегрузки, на 20%²¹⁵.

В Финляндии вопросы производственной среды и благополучия в сфере труда, включая психосоциальные риски, занимают особое место в принятой Министерством здравоохранения и социального обеспечения политике охраны и гигиены труда на 2011–2020 годы²¹⁶. На ее основе было реализовано несколько инициатив, в том числе проект «Трудовая жизнь 2020», форум за благополучие в сфере труда, сеть по развитию лидерства и программа «Лидерство в бизнесе: производительность и радость от труда» (2012–2018)²¹⁷.

В октябре 2009 года правительство Франции в ответ на череду самоубийств утвердило чрезвычайный план по профилактике стресса¹, включающий в себя 4 основные задачи: (i) обязать предприятия с численность работающих свыше 1000 человек начать переговоры о разработке соглашения или плана по противодействию стрессу; (ii) провести региональные семинары о психосоциальных рисках; (iii) разработать методику учета психосоциальных рисков при реструктуризации; (iv) при Министерстве труда создать Департамент по психосоциальным рискам в рамках Департамента по общим вопросам труда²¹⁸. В частности, этим департаментом была разработана модель для изучения и профилактики психосоциальных рисков, которая использовалась правительством для разработки методик, помогающих предприятиям, особенно МСП, выполнять свои обязанности и управлять кризисными ситуациями. В планы по охране и гигиене труда психосоциальные риски были включены в 2010–2014 годах как требующие первоочередного внимания.

В Германии совместная стратегия охраны и гигиены труда на период 2013–2018 годов предусматривает три задачи: (i) улучшить организацию гигиены труда; (ii) сократить число профессиональных заболеваний, вызываемых нарушениями опорно-двигательного аппарата; (iii) повысить эффективность защиты работников от психологического напряжения. В 2013 году федеральное Министерство труда и его социальные партнеры подписали

совместную декларацию о психическом здоровье на рабочем месте²¹⁹. Для достижения третьей цели в 2015 году была начата реализация специальной программы²²⁰.

На Маврикии Министерство труда на основе консультаций с социальными партнерами в марте 2015 года разработало национальную политику охраны труда, предполагающую меры противодействия физическим, химическим, биологическим, эргономическим и психосоциальным факторам²²¹.

В Новой Зеландии стратегия охраны и гигиены труда на период до 2015 года направлена на укрепление здоровья рабочей силы и повышение безопасности и производительности труда, причем термин «здоровье» предполагает физическое, психическое и социальное благополучие.

Психосоциальные факторы – перегрузка, низкая степень свободы действий, агрессия и насилие на рабочем месте – входят в число приоритетов стратегии как способствующие хронической усталости, стрессу и сопутствующим ему расстройствам, злоупотреблению алкоголем и наркотиками, болезни сердца, заболеваниям верхних конечностей и самоубийствам²²². В ряде стран в сфере психического здоровья действует специальная стратегия, включающая в себя охрану психического здоровья и профилактику психосоциальных рисков. В Канаде комиссия по психическому здоровью (МНСС) разработала первую национальную стратегию такого рода, направленную на противодействие стигматизации, поощрение обмена знаниями о психическом здоровье и поиск оптимальных путей помощи бездомным людям, страдающим психическими расстройствами¹. Стратегия содержит шесть направлений, включая охрану психического здоровья на протяжении всей жизни в семье, школе и на работе²²³. В Испании стратегия охраны психического здоровья в системе здравоохранения, принятая в 2006 году, также включает в себя задачи в области гигиены труда, в частности, рекомендуя на региональном уровне стимулировать профилактику стресса, выгорания и психических расстройств, связанных с работой. В новой редакции стратегии (2009) регионам также рекомендуется заниматься вопросами психического здоровья и улучшения условий труда социально незащищенных групп, особенно женщин²²⁴.

Некоторые национальные органы проводят просветительскую работу на тему стресса и психического здоровья в сфере труда. Так, в Австралии комиссия по психическому здоровью создала в 2013 году Альянс по охране психического здоровья на рабочем месте, целью которого является стимулировать единый подход бизнеса, общества и государства к обеспечению психического здоровья в производственной сфере. В партнерстве с Beyond Blue (некоммерческой структурой, занимающейся проблемами депрессии, беспокойства и психических расстройств) Альянс провел национальную кампанию, в рамках которой крупные и малые предприятия, их руководство и работники получали информацию и интерактивные инструменты для выявления психосоциальных рисков и принятия соответствующих мер по обеспечению психического здоровья на работе²²⁵. В ЮАР значительную роль в разработке и повышении эффективности охраны труда играет Национальный институт труда (НИОН), который в октябре 2015 года совместно с Министерством здравоохранения провел кампанию под названием «Месячник психического здоровья» в целях разъяснить общественности эти вопросы и сократить стигматизацию и дискриминацию²²⁶.

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ДАННЫЕ

Во многих странах ведомства охраны труда также занимаются исследованиями в области психосоциальных рисков и стресса. Например, в Финляндии при Институте гигиены труда работает специальная группа, которая занимается сбором информации о психосоциальных факторах, оказывающих серьезное влияние на здоровье, выявлением механизмов этого влияния, изучением роли социального капитала для благополучия людей и оценкой

¹ Исследования по апробации таких инструментов опубликованы в 2015 году.

¹¹ Самоубийства в компаниях группы France Télécom Orange в 2009 году привели к нормативным изменениям после того, как их причинами была названа производственная деятельность.

¹ Комиссия была создана в 2007 году на 10-летний срок (2007–2017).

эффективности методов, применяемых организациями для профилактики расстройств и охраны здоровья работающих²²⁷.

Во Франции дирекция научных исследований и статистики (DARES) проводит национальный медицинский мониторинг рисков (SUMER), включающий в себя измерение воздействия психосоциальных факторов. По материалам обследования 2010 года дирекция разработала совокупность показателей на тему должностных требований, эмоциональных потребностей, автономии, социальных и трудовых отношений, конфликтов культур и социально-экономической незащищенности²²⁸. Деятельность Национального института по проблемам охраны труда (INRS) направлена на повышение уровня знаний о психосоциальных рисках и их последствиях и феноменах, сопутствующих производственной деятельности, способных подорвать или улучшить физическое (психическое) здоровье. Ведомство также занимается анализом текущих методов профилактики в целях разработки и распространения новых подходов, учитывающих многообразие ситуаций в сфере труда.

В рамках этой работы был подготовлен целый ряд методик и публикаций¹. В Германии Федеральный институт гигиены труда (BauA) проводит исследования в сфере охраны и гигиены труда, способствуя практическому применению знаний, в том числе о стрессе и психосоциальных рисках. Так, в 2012 году по результатам опроса более 20 000 работников на предмет воздействия стресса и перенапряжения был опубликован соответствующий доклад (Stressreport Deutschland 2012)²²⁹.

В Национальном институте охраны и гигиены труда Японии (JNIOSH) одна из групп занимается вопросами управления психосоциальными факторами и изучением методов оценки состояния здоровья работающих. В последнее время группа подготовила целый ряд проектов: «Здоровье, благополучие и производительность в условиях гибкого графика работы», «Организация труда, обеспечивающая психическое здоровье» и «Связь между психосоциальным стрессом и синдромом депрессии на рабочем месте и меры их профилактики». В настоящее время реализуется проект «Меры реабилитации после хронической усталости»¹.

В 2000 году Национальный институт охраны и гигиены труда США (NIOSH) в сотрудничестве с Национальным фондом науки включил в состав национального социального обследования раздел, посвященный оценке качества трудовой жизниⁱⁱⁱ. Это обследование, проводимое с двухлетней периодичностью, с 2002 года включает 76 вопросов о различных аспектах организации труда. В 2010 году этот раздел был изменен с целью учета возникающих факторов риска для безопасности и здоровья работающих²³⁰. В Национальной программе исследований в области охраны и гигиены труда (NORA) организация труда изначально (с 1996 года) входит в число 21 приоритетных направлений. Группа по этим вопросам в сотрудничестве с научными кругами, бизнесом и другими заинтересованными сторонами изучает изменения в организации труда, их влияние на безопасность и гигиену труда, а также разрабатывает соответствующие профилактические меры. В 2004 году группа опубликовала доклад «Эволюция организации труда и гигиена труда работающих».

В Сингапуре Институт гигиены труда занимается вопросами образования, предлагает решения проблем и консультации, а также проводит прикладные исследования, направленные, в частности, на изучение стресса. В партнерстве с Советом по охране здоровья, многопрофильным госпиталем Changi и Институтом проблем психического здоровья он возглавляет 2-летнюю программу по оценке сопротивляемости стрессу в сфере труда (ERASE, 2015–2017), целью которой является разработка и апробация локальных инструментов для оценки психосоциального здоровья,

выявления психосоциальных факторов и рисков и противодействия им. Перед программой поставлена задача изучить влияние психосоциальных факторов и индивидуальной сопротивляемости на уровень стресса и психическое благополучие. Ее результатом должна стать апробация интернет-ресурса, помогающего работодателям и работникам оценивать и контролировать психосоциальные риски и стресс, а также соответствующие научно обоснованные рекомендации для промышленности²³¹.

В Швеции Совет по исследованиям трудовой и социальной жизни (FAS) оказывает поддержку междисциплинарному Стокгольмскому центру изучения стресса, созданному в 2009 году²³².

В Великобритании Комиссия по охране труда (HSE) публикует статистическую информацию о стрессе на рабочем месте по данным ежегодного обследования рабочей силы и исследования психосоциальных условий труда. Она также публикует доклады и материалы, в частности, о мерах противодействия стрессу¹.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РУКОВОДСТВА

Первые руководства на тему психологических и социальных аспектов производственной среды (Psykiska och sociala aspekter på arbetsmiljön) были опубликованы в 1982 году шведской Комиссией по контролю производственной среды (AV). В них подчеркивалась важность профессионального роста и развития личности, социальных контактов, организации труда, понимания работниками своей части ответственности за безопасность и гигиену труда, физических и химических факторов риска, а также планирования рабочего времени²³³.

С тех пор такие руководства были разработаны в целом ряде стран. Так, в Японии было опубликовано руководство в целях помочь работодателям обеспечить психическое здоровье работников. Появившееся в 2000 году, оно впоследствии было принято в новой редакции под названием «Новое руководство по профилактике психического здоровья». В соответствии с ним работодатель обязан разработать систему и план действий по охране психического здоровья работников по согласованию между самим работодателем, представителями работников, специалистами и рабочим комитетом по охране труда. Для этого в новом руководстве предусмотрены четыре вида деятельности: (i) образование, обучение и распространение информации; (ii) улучшение производственной среды; (iii) предварительные консультации с работающими; а также (iv) помощь психически больным в возвращении на работу²³⁴.

В Люксембурге трехсторонний Совет по экономическим и социальным вопросам (CES) разработал руководство по противодействию стрессу. В нем описываются негативные последствия стресса как для работника, так и для организации, поэтапные процедуры выявления и контроля психосоциальных факторов и рисков, а также обязанности и права участников производственного процесса²³⁵.

Департаментом по охране и гигиене труда Малайзии (DOSH) было опубликовано руководство по профилактике стресса и насилия на рабочем месте (2001), предлагающее комплексное решение этих проблем, которые часто сопутствуют друг другу. Его новаторство состоит в том, что охрана и гигиена труда работников, их благополучие становятся составной частью экономического и организационного развития предприятий. Устанавливая прямую связь безопасности и гигиены труда с управлением и развитием, оно предлагает предприятиям оперативные, самодостаточные меры, направленные на противодействие и снижение уровня стресса и насилия²³⁶.

В Мексике Дирекция охраны труда при Министерстве труда на основе консультаций с Национальным трехсторонним комитетом по охране труда (COCONASH) занимается разработкой технического руководства по противодействию психосоциальным рискам, дополняющим новый закон об охране труда.

¹ Материалы INRS на французском языке можно найти по адресу <http://www.inrs.fr/nisques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>

ⁱⁱ См. перечень материалов на английском языке на веб-сайте института https://www.jniosh.gov.sg/en/groups/themes_health.html

ⁱⁱⁱ Обследование, финансируемое Национальным фондом науки, проводится каждые два года на территории всей страны путем опроса домохозяйств, проводимого Национальным центром по изучению общественного мнения.

¹ См. перечень основных научных публикаций о стрессе на сайте Комиссии <http://www.hse.gov.uk/stress/research.htm>

В Сингапуре после принятия Закона о защите от притеснений (РОНА) в 2014 году¹ Министерство трудовых ресурсов (МОМ), Национальный конгресс профсоюзов (НКПФ) и Национальная федерация работодателей (SNEF) совместно опубликовали трехстороннее методическое руководство по противодействию насилию на рабочем месте в целях помочь работодателям и работникам в профилактике, противодействии и пресечении такого поведения и обеспечении безопасной и конструктивной атмосферы на производстве²³⁷.

В Испании Национальный институт охраны и гигиены труда (INSHT) разработал ряд технических документов о мерах противодействия психосоциальным факторам и стрессу в помощь выявлению рисков и реализации соответствующих профилактических мер.

МЕРЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ

В ряде стран государственные органы разработали средства мониторинга, оценки и управления рисками, а также другие меры информационного характера, помогающие выявлять и осуществлять профилактику стресса.

Копенгагенская анкета (COPSOQ), разработанная в 1997 году в Дании Национальным центром изучения производственной среды, стала первым средством мониторинга, оценивающим потребности в принятии профилактических мер на уровне рабочих мест на основе базовых значений, взятых из опроса населения. Анкета существует в трех различных по объему вариантах: полный вариант для научных исследований, а также средний и сокращенный вариант для оценки риска на рабочем месте с учетом численности кадров. В модифицированном виде COPSOQ применялась исследователями в целом ряде стран, в частности, в Испании под названием COPSOQ/ISTAS21, где ее модификацию разработал Профсоюзный исследовательский институт по проблемам труда, здоровья и окружающей среды (ISTAS). В этом варианте она широко применялась в странах Латинской Америки и апробирована в Чили на основе анкеты SUSESO/ISTAS 21, дополняющей протокола по мониторингу психосоциальных рисков в сфере труда, утвержденный в 2013 году Департаментом по гигиене труда чилийского Министерства здравоохранения²³⁸. Протокол также содержит инструмент для оценки мер профилактики психосоциальных рисков в сфере труда. Анкета COPSOQ/ISTAS21 была также апробирована в Аргентине в 2015 году²³⁹. INSHT разработал собственную методику оценки психосоциальных рисков на рабочем месте (F-Psico) для облегчения выявления и оценки таких рисков^{IV}.

Одним из примеров средств для оценки и управления рисками, разработанных государственными органами в сотрудничестве с университетами, является австралийский проект People at Work, реализованный в 2007 году в целях помочь предприятиям в выявлении психосоциальных рисков и противодействии им^{III}. Предприятия – участники проекта получали доступ к размещенной в Интернете программе оценки рисков и ресурсам для управления рисками и оценки эффективности мер. Данные собирались при помощи опросов работников и фокус-групп с факультативным последующим контролем²⁴⁰. Другой пример – разработанный британской Комиссией по охране труда процесс, включающий совокупность управленческих стандартов, призванных помочь работодателям, работникам и их представителям снизить уровень стресса и контролировать его. Стандарты управления стрессом учитывают передовой опыт управления шестью видами психосоциальных рисков (должностные требования, свобода действий, помощь руководства и коллег, отношения на работе, ясность функций и организационные изменения)^{IV}.

В ряде стран государственные органы также обеспечивают работодателей и работников информационными ресурсами, призванными помочь в выявлении, оценке, профилактике и управлении психосоциальными рисками. Так, Центр по охране и гигиене труда Канады (CCOHS), возглавляемый трехсторонним Советом, содействует благополучию работников (физическому, психическому и психосоциальному) путем распространения информации, организации обучения и выработки решений, способствующих реализации программ здравоохранения, безопасности и оздоровления.

Платформа содержит подробные инструкции, систему индикаторов, примеры из опыта целого ряда предприятий, руководство для фокус-групп и примеры отраслевых мер (<http://www.hse.gov.uk/stress/standards/>). Разработанные стандарты использовались в Ирландии (новая редакция инструмента для формирования позитивной рабочей среды на малых предприятиях) и Италии.

CCOHS разработал ряд материалов о психосоциальных рисках и их последствиях, в частности, о стрессе, насилии, травле и других видах антисоциального поведения в производственной сфере²⁴¹. В Коста-Рике вопросами стимулирования создания достойных, безопасных и конкурентоспособных рабочих мест занимается Совет по гигиене труда (CSO) при Министерстве труда и социального обеспечения. CSO готовит информацию и материалы о психосоциальных факторах и их последствиях²⁴². Во Франции Национальное агентство по улучшению условий труда (ANACT) помогает предприятиям принимать меры по профилактике психосоциальных рисков посредством оказания прямой помощи и публикации руководств²⁴³. Кроме того, ANACT управляет деятельностью Фонда за улучшение условий труда, который финансирует проекты предприятий, направленные на улучшение условий труда, причем одним из четырех главных направлений являются стресс и психосоциальные риски. В Гане действует Программа обеспечения благополучия работающих – совместная инициатива Министерства здравоохранения Ганы и Немецкого общества международного сотрудничества (GIZ). Эта добровольная инициатива, вначале направленная на противодействие ВИЧ/СПИД, затем была преобразована в общую программу содействия благосостоянию, помогающую предприятиям разрабатывать соответствующую политику и меры и в значительной мере опирающуюся на модель ВОЗ по организации здоровых рабочих мест. Оценка психосоциальных факторов относится к тем аспектам этой модели, которые связаны с гигиеной и безопасностью труда^I. В Перу Центр научной информации и документации (CINDOC) Национального центра гигиены труда и охраны окружающей среды (CENSOPAS) распространяет информацию о психосоциальных рисках, преследованиях и травле на рабочем месте и обеспечивает подготовку врачей и инженеров по охране труда²⁴⁴. В Швеции Комиссия по контролю производственной среды занимается подготовкой руководств и докладов о стрессе на рабочем месте для работодателей и представителей профсоюзов – например, «Система управления производственной средой в целях противодействия стрессу» (2002) и «Расстройства и негативный стресс в динамичной производственной среде» (2002)²⁴⁵. В Великобритании Национальный институт здравоохранения и повышения квалификации врачей публикует руководства для работодателей – например, «Психическое благополучие на работе» (2009) и «Практика управления гигиеной труда» (2015)²⁴⁶.

ОРГАНЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Соответствующие инициативы разрабатывались и органами социального страхования. Так, в Италии исследовательский центр Национального фонда страхования профессиональных заболеваний и травматизма (INAIL) разработал в 2011 году методику управления психосоциальными рисками, которая представляла собой динамический процесс, включающий в себя четыре этапа (планирование, предварительная оценка, углубленная оценка и управление рисками) и опирающийся на

^I Закон, утвержденный Министерством юстиции, содержит меры уголовного и административного характера в целях повышения эффективности защиты от притеснений и других форм антисоциального поведения. Подробнее см.: <https://www.mlaw.gov.sg/content/minilaw/en/news/press-releases/protection-from-harassment-act-in-force.html>

^{II} COPSOQ переведена более чем на 25 языков. См. подробнее на сайте: <http://www.copsoq-network.org/index.php>

^{III} Актуальная редакция Factores Psicosociales. Método de evaluación. Versión 3.1 (F-PSICO 3.1) образца 2014 года имеется на сайте INSHT (www.insht.es).

^{IV} People at Work – это совместная инициатива федерального правительства, органов самоуправления провинции Квинсленд и Новый Южный Уэльс, органов охраны и гигиены труда Австралии и провинции Виктория, университета провинции Квинсленд и Австралийского национального университета.

^I Процесс оценки и управления психосоциальными рисками в Гане находится на раннем этапе, и объем деятельности пока является ограниченным (GIZ, 2012).

цикл постоянного совершенствования по аналогии с другими системами управления охраной труда²⁴⁷. В Германии Фонд социального страхования (DGUV) разработал ряд материалов на тему стресса, включая контрольные перечни вопросов, руководства, методики и доклады. Одной из его интересных инициатив является модуль, предназначенный для педагогов профтехучилищ²⁴⁸. В Словакии Управление здравоохранения (ÚVZ SR) и его региональные отделения принимают меры по профилактике и снижению стресса с 2008 года. Это включает в себя учет профессий и работ, характеризующихся высоким уровнем стресса, мониторинг динамики психического здоровья трудящихся в Словакии, а также выработку рекомендаций для работодателей и работников²⁴⁹. В Швейцарии Национальный фонд страхования – крупнейшая организация страхования от несчастных случаев, управляемая совместно представителями работодателей, работников и государства – организовал проект «Прогресс» по определению приоритетных направлений для исследований и разработке мер профилактики расстройств, связанных с работой. В числе приоритетов – психосоциальные последствия (в том числе стресс, выгорание, оптимальный баланс трудовой и личной жизни) и их влияние на человеческий фактор, которое может приводить к несчастным случаям. Кроме того, рабочая группа проекта занимается изучением связей между работой и сердечно-сосудистой системой, физической активностью и старением²⁵⁰.

УЧАСТИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ

Социальные партнеры как на мировом и региональном уровне, так и на уровне предприятий уделяют все больше внимания психосоциальным рискам и стрессу на рабочем месте. Организации работодателей и профсоюзы выступили с целым рядом независимых инициатив, включая распространение информации и просветительскую работу. В Европе большая часть этой работы осуществляется в рамках вышеупомянутого Рамочного соглашения о противодействии стрессу¹.

СОВМЕСТНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ РАБОТОДАТЕЛЕЙ И ТРУДЯЩИХСЯ

В Европе социальные партнеры в различных отраслях (таких как государственное управление, образование, вневедомственная охрана, строительство, электроэнергетика) включили стресс в число вопросов, обсуждаемых в рамках социального диалога. Например, в сфере государственного управления Европейская сеть государственного управления (EUPAN) и Делегация национальных и европейских профсоюзов государственных служащих (TUNED) приняли в 2008 году единое руководство по противодействию стрессу. В 2009 году EUPAN и TUNED опубликовали доклад на тему передового опыта и политики противодействия стрессу, иллюстрирующий их совместную позицию и содержащий выводы из опыта противодействия и профилактики стресса. Европейский комитет по социальному диалогу в сфере образования включил вопросы «стресса, насилия и притеснений» в свою программу деятельности на 2010–2011 годы. Европейский профсоюзный комитет в сфере образования (ETUCE) в 2007 году реализовал пилотный проект по изучению воздействия стресса на учителей, а в 2008 принял *План противодействия стрессу*.

В 2004 году Европейская конфедерация профсоюзов (ЕКП), Союз конфедераций промышленников и работодателей Европы (UNICE, ныне BUSINESS EUROPE), Европейская ассоциация малых и средних предприятий (UAEPME), Европейский центр предприятий с государственным участием (СЕЕП) подписали Рамочное соглашение о противодействии стрессу на рабочем месте. В 2008 году европейские социальные партнеры (ЕКП, BUSINESS EUROPE, UAEPME и СЕЕП) опубликовали доклад о реализации

соглашения на основе совместных национальных докладов членских организаций из 21 стран ЕС, Исландии и Норвегии²⁵¹.

В рамках реализации соглашения социальные партнеры в ряде стран ЕС (Австрии, Бельгии, Чехии, Дании, Эстонии, Франции, Ирландии, Латвии, Литве, Люксембурге, Германии, Польше, Испании, Швеции и Великобритании) совместно занимались разработкой и распространением брошюр, руководств и учебных материалов о психосоциальных рисках и стрессе. В Бельгии была подготовлена брошюра с комплексным планом разработки политики противодействия стрессу на рабочем месте, содержащую поэтапный подход к оценке и принятию мер в отношении психосоциальных рисков. В брошюре также обращается внимание на специфику рисков, возникающих в условиях реструктуризации и технического перевооружения²⁵².

В других странах социальные партнеры совместно проводили учебные мероприятия, семинары и конференции на эту тему. В Польше профсоюз «Солидарность» в партнерстве с другими социальными партнерами национального уровня реализовал национальный проект, включающий обучение, публикацию брошюры и организацию семинаров по ведению переговоров, а также международную конференцию, на которой социальные партнеры из Италии, Литвы, Мальты и Словении обменялись мнениями о проблемах, с которыми они столкнулись в процессе реализации соглашения.

В Швеции Конфедерация предприятий Швеции, Конфедерация профсоюзов и Совет по переговорам и взаимодействию (РТК) создали проект Prevent в целях выработки рекомендаций и организации обучения по вопросам стресса¹. В 2011 году он выступил с инициативой противодействия стрессу, связанному с ИКТ, постоянным воздействием Интернета и иной информации, новостей из социальных сетей, сообщений электронной почты, требующих ответа, и т.д.²⁵³.

Организации работодателей и трудящихся также занимаются просветительской работой на национальном или отраслевом уровне. Например, в Латвии социальные партнеры провели одну информационно-разъяснительную кампанию совместно с инспекцией труда («Нет переработке!»), а другую – совместно с Министерством здравоохранения («Береги свое сердце!»)²⁵⁴.

Другие совместные мероприятия социальных партнеров включают в себя разработку инструментов оценки, таких как, например, тест IMPULS, разработанный в Австрии группой психологов в сотрудничестве с Федеральной палатой по экономическим вопросам (WKO), Палатой по вопросам труда (BAK) и Федерацией профсоюзов Австрии (ÖGB). IMPULS – это анкета, оценивающая условия труда и позволяющая выявить факторы стресса, определить зоны, требующие оптимизации ресурсов, и принять меры по снижению уровня стресса²⁵⁵.

ИНИЦИАТИВЫ РАБОТОДАТЕЛЕЙ

Международные и сетевые организации работодателей также проявляют растущий интерес к проблемам противодействия психосоциальным рискам и охраны психического здоровья работающих. Так, Международная организация работодателей (МОП) оказывает содействие национальным организациям в вопросах международных трудовых норм, прав человека и бизнеса, корпоративной социальной ответственности (КСО), охраны труда и международных производственных отношений. МОП публикует руководства и информационные материалы, способствующие распространению передового опыта в области безопасности и гигиены труда работающих и рисков для здоровья, включая психические расстройства²⁵⁶.

BUSINESS EUROPE занимается обеспечением безопасности, гигиены и производительности труда на региональном уровне, включая защиту трудящихся от психосоциальных рисков и стресса. Организация распространяет опыт и разрабатывает инструменты,

¹ Цель данного раздела – привести примеры инициатив социальных партнеров по противодействию психосоциальным рискам и стрессу на рабочем месте, не претендуя на их исчерпывающее изложение.

¹ Prevent – это некоммерческая структура, принадлежащая Конфедерации шведских предприятий, Конфедерации профсоюзов Швеции и Совету по переговорам и взаимодействию (Förhandlings-och samverkansrådet, РТК).

помогающие предприятиям решать проблему психосоциальных рисков в любом контексте²⁵⁷. Сетевые организации работодателей также активно занимаются этой темой. В 2009 году CSR Europe (сетевая организация Европы по вопросам КСО) разработала руководство по обеспечению благосостояния работающих, содержащее 11 практических рекомендаций, подробный анализ факторов, влияющих на психическое здоровье и благополучие работающих, и примеры передового опыта²⁵⁸. Организация занимается пропагандой передового опыта и в сфере охраны труда, в том числе мер в области психического здоровья и противодействия стрессу.

Национальные организации работодателей тоже уделяют все больше внимания психосоциальным рискам, просветительской работе, проведению учебных мероприятий, разработке средств и материалов, способствующих выявлению и профилактике стресса на рабочем месте. Так, Ассоциация промышленников Болгарии разработала анкеты для оценки уровня стресса на предприятиях, которые она использует в своих программах обучения работодателей и их представителей, входящих в состав комитетов по охране труда. На основе накопленного опыта работодателям предлагается содействие в разработке программ для снижения уровня стресса²⁵⁹. Конфедерация предприятий и работодателей Ирландии (IBEC) подготовила пособие для руководства среднего звена, способствующее сохранению психического здоровья работников и помогающее оказывать помощь тем, кто страдает расстройством психики. Особое внимание при этом уделяется стратегиям контроля психического здоровья на рабочем месте²⁶⁰.

ИНИЦИАТИВЫ ПРОФСОЮЗОВ

В резолюциях о достойном труде, принятых Конгрессом Международной конфедерации профсоюзов (МКП) в 2010 году, содержится призыв к членским и партнерским организациям взаимодействовать с МОТ в рамках кампании, направленной на распространение социальной защиты на всех и повсеместное улучшение охраны труда, включая профилактику воздействия вредных химических веществ, психосоциальных рисков и травматизма²⁶¹.

В 2011 году на своем 16-м конгрессе Всемирная федерация профсоюзов (ВФП) опубликовала доклад об охране труда в современном мире, в котором содержится призыв к действиям в этой области на основе принципа, что «здоровье означает не только отсутствие заболеваний, но и физическое, психическое и социальное благополучие». В нем говорится, что увеличение продолжительности рабочего дня, темпа и интенсивности труда чревато серьезными последствиями для физического и психического здоровья трудящихся и их участия в жизни общества; что растущее воздействие вредных физических, химических, психосоциальных и биологических факторов приведет к многочисленным расстройствам их здоровья; что каждый вид гибкой организации труда ограничивает свободное время трудящихся; что регулярность рабочего времени в этих условиях является абсолютно необходимой для нормальной социальной жизни и, следовательно, здоровья трудящихся²⁶².

Международная конфедерация профсоюзов работников строительства и промышленности строительных материалов (BWI) и IndustriALL Global Union занимаются проблемами отдельных психосоциальных рисков в рамках содействия гендерному равенству, выступая за противодействие дискриминации и сегрегации, сокращение гендерной разницы в оплате труда, пресечение насилия (физического и психологического) против женщин и развитие возможностей сочетать трудовую и личную жизнь. Профсоюз UNI Global Union также активно занимается психосоциальными рисками. В докладе «От баланса трудовой и личной жизни к управлению ими» (2010) им указаны ключевые проблемы, с которыми сталкиваются профессиональные и руководящие кадры, такие как продолжительность рабочего времени, утрата творческого потенциала и универсальности. Многие из этих проблем по-разному проявляются в различных секторах, представленных в UNI (ИКТ, финансовом секторе, логистике, секторе издательских, коммерческих, риэлтерских

услуг)²⁶³. Начиная с 2012 года, секция профессиональных и руководящих кадров (UNI P&M) в составе UNI Global Union проводит однонедельную кампанию Work-Life Management Fortnight по обсуждению воздействия психосоциальных рисков, стресса, синдрома беспокойства или выгорания для выработки оптимальных решений по совершенствованию организации труда, сокращению нагрузки и давления, а также удовлетворению потребности в постоянной готовности к работе²⁶⁴. Секция моряков в Международной федерации работников транспорта (МФТ) указывает на психологические проблемы, подрывающие здоровье моряков в силу того, что работа в условиях удаленности может вызывать депрессию, тоску и выгорание²⁶⁵.

С 2011 года «Профсоюзная двадцатка» (L20), в которую входят профсоюзы стран «большой двадцатки», международные профсоюзы и Профсоюзный консультативный комитет при ОЭСР (TUAC), представляет интересы работников на уровне Группы двадцати. В 2014 году L20 получила приглашение принять участие в дискуссиях о мерах по совершенствованию охраны и гигиены труда в странах Группы двадцати. В целях укрепления охраны труда, включая противодействие стрессу, психосоциальным рискам, притеснениям, преследованиям, травле и другим формам насилия в сфере труда, а также повышения внимания к охране труда работающих в условиях нестандартных форм занятости и социально незащищенных работников, L20 призвала разработать соответствующие национальные «дорожные карты»²⁶⁶.

В докладе региональной организации МКП, подготовленном для Африканской комиссии по трудовым и социальным вопросам (2013), подчеркивается, что глобализация породила в регионе новые проблемы, такие как стресс и насилие в сфере труда, злоупотребление наркотиками и алкоголем²⁶⁷. При этом продолжается работа по обеспечению гендерного равенства путем включения этих вопросов в уставы профсоюзов. По мнению Совета по гендерному равенству, насилие в сфере труда приводит к эмоционально-психологической нагрузке и ответной реакции как у женщин, так и мужчин²⁶⁸.

Европейская конфедерация профсоюзов (ЕКП) опубликовала два руководства по толкованию рамочных соглашений о противодействии стрессу на рабочем месте (2004) и насилию в сфере труда (2007). Их цель – помочь членским организациям в реализации соглашений и улучшить процесс мониторинга и оценки результатов²⁶⁹. В программе ЕКП на 2015–2019 годы «Единый фронт за качество рабочих мест, права трудящихся и справедливое общество в Европе» наряду с призывом противодействовать стрессу подчеркивается, что все больше работников недорабатывает, тогда как другие подвергаются стрессу вследствие интенсивности или продолжительности труда. При этом ввиду того, что оценка рисков, по имеющимся данным, по-прежнему касается физических факторов и почти не учитывает психосоциальные (например, стресс, насилие, притеснения, преследования), ЕКП предлагает разработать показатели измерения таких рисков, а также продуманные и систематизированные планы мероприятий по улучшению производственной среды²⁷⁰. В июне 2013 года Европейский профсоюзный институт – независимый научный центр при ЕКП – провел первый в Европе профсоюзный семинар по вопросам психосоциальных рисков, на котором была официально создана Европейская профсоюзная сеть по психосоциальным рискам в сфере труда²⁷¹.

Национальные профсоюзы часто включают в свою программу борьбу с насилием, дискриминацией, увеличением рабочего дня и нестабильной занятостью. Все эти проблемы, даже если рассматривать их вне связи со стрессом на рабочем месте, отражают психосоциальные факторы, подрывающие здоровье и благополучие трудящихся. За последние 10 лет некоторые национальные профсоюзы стали включать психосоциальные риски и стресс в число главных направлений своей работы и разрабатывать информационные материалы и мероприятия, а также анкеты и другие средства для оценки уровня этих рисков. Так, Конфедерация профсоюзов Германии (DGB) разработала индекс здорового труда в целях проведения обследований работников. Данные для оценки и мониторинга условий труда

собираются путем проведения ежегодного обследования²⁷². Профсоюз IG Metall разработал для своих членов инструмент по оценке уровня стресса под названием «барометр стресса», а профсоюз ver.di разместил в Интернете руководство по оценке психосоциальных рисков²⁷³. В Испании Профсоюзный исследовательский институт по проблемам труда, здоровья и окружающей среды (ISTAS) в 2003 году совместно с рабочей группой модифицировал анкету COPSQ в целях разработки методологии COPSQ-ISTAS21 путем реализации пилотных проектов, направленных на разработку инструмента оценки, адаптированного к условиям страны¹. В 2004 году Единный профсоюз работников Испании (UGT) в сотрудничестве с другими органами, в том числе государственными, и университетами создал обсерваторию психосоциальных рисков в целях обмена информацией и разработки новых инициатив по профилактике таких рисков¹¹.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ И ЦЕНТРЫ

На международном и национальном уровне активной работой по совершенствованию контроля за уровнем стресса и обеспечению благополучия работающих занимается целый ряд профессиональных ассоциаций и неправительственных организаций. Другие региональные и национальные сетевые организации активно занимаются психосоциальными рисками и охраной психического здоровья и благополучия в сфере труда путем координации научных исследований в целях выявления характера и воздействия таких рисков и разработки эффективных мер противодействия на уровне предприятий¹¹¹.

В 1996 году Международная комиссия по гигиене труда (МКГТ) – международное неправительственное научное общество по поддержке исследований в области гигиены труда – образовала научный комитет по организации труда и психосоциальным факторам (WOPS) в целях способствовать просвещению, исследованиям, образованию и распространению передового опыта, а также влиять на разработку соответствующих мер в области организации труда и психосоциальных факторов. В 2014 году МКГТ опубликовала 6-ю редакцию «Руководства для предпринимателей, собственников и руководства предприятий по безопасности и гигиене рабочих мест» включающего в себя раздел, посвященный стрессу, а также перечень простых мер контроля его уровня²⁷⁴.

Стандарты серии ISO 10075 Международной организации по стандартизации, крупнейшего в мире органа по разработке добровольных международных стандартов, включают в себя принципы, требования и методологию измерения степени психологической нагрузки. Эти стандарты предназначены, в основном, для специалистов по эргономике (психологов, специалистов по гигиене труда, физиологов), получивших соответствующую теоретическую и практическую подготовку в области применения этой методологии и интерпретации ее результатов²⁷⁵.

К другим профильным международным профессиональным ассоциациям, занимающимся в рамках своей деятельности охраной психического здоровья и профилактикой стресса в сфере труда, относятся Международная эргономическая ассоциация (МЭА), которая охватывает различные сферы специализации, в частности, физическую, когнитивную и организационную

эргономику, Международный институт управления рисками (МИУР), профессиональный орган, предоставляющий возможности для образования, получения информации и взаимодействия при разработке и реализации комплексных мер управления рисками (в том числе в том, что касается влияния психосоциальных рисков и их динамики в условиях реорганизации и технического перевооружения), а также Международная ассоциация управления стрессом (МАУС), способствующая распространению и обмену знаний и передового опыта посредством организации тематических мероприятий и конференций, публикации STRESSTalk и других журналов, руководств и информационных материалов, а также организации взаимодействия в профессиональной среде.

В Северной и Южной Америке организацией совместных исследований и обмена информацией о потенциально опасных условиях труда – таким как стресс, выгорание, притеснения, физическое насилие, антисоциальное поведение – которые способствуют заболеваниям сердечно-сосудистой и опорно-двигательной системы, расстройствам психики и поведения, занимается Иbero-американский центр по исследованиям психосоциальных рисков (RIPSOL). Этот центр занимается разработкой и совершенствованием инструментов и методик оценки и диагностики таких рисков, их влияния на здоровье, а также способов психосоциального противодействия им.

В 2011 году на первом Иbero-американском конгрессе по проблемам притеснений в организационной и трудовой сфере был образован Иbero-американский центр за достоинство в сфере труда. Второй конгресс, состоявшийся в 2013 году, стал отправной точкой для публикации доклада «Психологические притеснения в организационной и трудовой сфере в странах Латинской Америки»²⁷⁶. Латиноамериканский центр по изучению психосоциальных факторов в сфере труда (RIFAPT) – некоммерческая организация, занимающаяся поддержкой исследований и повышением уровня знаний о таких факторах – каждые два года проводит региональный тематический форум.

В Азиатско-Тихоокеанском регионе проблемами формирования здоровой и безопасной производственной среды и повышения качества жизни в целях роста производительности труда и конкурентоспособности рабочей силы занимается Центр по охране и гигиене труда AESAN (AESAN-OSHNET). В целях систематического снижения уровня стресса он разработал пособие «Программа контроля уровня стресса на рабочем месте», состоящее из двух частей: в первой рассказывается о способах противодействия проблемам, порождающим стресс, и их эмоциональным последствиям, во второй – о способах самоконтроля в целях профилактики стресса в конкретных отраслях, в частности, в здравоохранении и службах психологической помощи²⁷⁷. Азиатско-Тихоокеанская академия по исследованию психосоциальных факторов в сфере труда (APA-PFAW) – некоммерческая, неправительственная научная и профессиональная организация, объединяющая исследователей, практиков и представителей директивных органов, в том числе из стран за пределами региона, проводит дискуссии на тему психосоциальных факторов в сфере труда в целях накопления и обмена информацией, организации образования и подготовки, сотрудничества и взаимодействия в области профилактики травматизма, совершенствования организации труда, улучшения здоровья и благополучия, а также повышения безопасности и производительности труда в странах региона²⁷⁸.

В ЕС Европейская академия психологии гигиены труда (EA-OHP), созданная в 1999 году для поддержки исследований, образования и профессиональной практики в этой сфере в европейских странах, каждые два года проводит крупную международную конференцию по психологии гигиены труда в целях стимулирования процесса дискуссий и обмена передовым опытом. Академия также связана с журналом Work & Stress – ежеквартальным международным многодисциплинарным изданием о психологических, социальных и организационных аспектах гигиены труда и окружающей среды, стрессе и охране труда²⁷⁹. Европейский центр образования и подготовки в области охраны и гигиены труда (ENETOSH) был создан в 2005 году для организации систематического обмена

¹ Анкету можно бесплатно загрузить по адресу: <http://www.copsq.istas21.net/>. Существует ее полная версия для предприятий с численностью работающих более 25 человек и сокращенная версия для малых предприятий и самооценки.

¹¹ Обсерватория психосоциальных рисков опубликовала ряд материалов на эту тему, в том числе информационных (см. <http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/fichas/fichas.htm>), а также свой годовой отчет (см. по адресу: http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/indice_observatorio.htm).

¹¹¹ Здесь приводятся примеры международных и региональных профессиональных ассоциаций и сетей, активно действующих в этой сфере, без учета организаций национального уровня.

5. ГЛОБАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

знаниями по вопросам образования и подготовки в данной сфере. Одной из главных тем (Hot Topics), по которым им предлагаются примеры передового опыта, инструменты, учебные пособия и полезные материалы, являются стресс и психосоциальные риски²⁸⁰. Европейский центр по охране психического здоровья (ENMHP) предлагает информацию, инструменты и методики, обучение и коммуникационные возможности для всех, кого интересует эта тематика. У центра есть интернет-портал, включающий в себя еще три сайта, направленных на содействие охране психического здоровья и благополучия: ProMenPol – база данных по методикам и инструментам; MindHealth – сайт, включающий в себя модуль дистанционного обучения; и MHP-Hands – сайт, содержащий вспомогательные пособия для реализации проектов содействия охране психического здоровья²⁸¹. Европейский центр содействия гигиене труда (ENWHP) – это неформальное объединение органов, занимающихся вопросами гигиены труда, здоровья населения и социального страхования. Центр был официально создан в 1996 году в целях улучшения гигиены труда, здоровья и благополучия трудоспособного населения стран ЕС, а также снижения влияния расстройств здоровья. В его сферу деятельности входят меры поощрения здорового образа жизни, противодействия старению, формирование корпоративной культуры, развитие кадрового потенциала, оптимальный баланс трудовой и личной жизни, охрана психического здоровья и противодействие стрессу, оздоровление, корпоративная социальная ответственность (КСО), здоровое питание и общее укрепление здоровья населения.

В рамках Европейской кампании под названием «Гармония работы и жизни: изменим Европу» (2009–1010) ENWHP была организована инициатива в целях повысить осведомленность предприятий и общества в целом о потребностях в охране психического здоровья в сфере труда и связанных с этим преимуществах²⁸². В 2003 году в целях взаимодействия и координации усилий в области исследований и разработок, способствующих более здоровой, продолжительной и производительной трудовой жизни, органы охраны труда 12 стран ЕС создали Партнерство по содействию европейским исследованиям в области охраны и гигиены труда (PEROSH)¹. Партнеры PEROSH определили 7 приоритетных направлений для исследований в этой области до 2020 года. В целях более глубокого понимания факторов, определяющих физическое, психологическое и умственное здоровье, и механизмов их воздействия, включая позитивные факторы, способствующие благополучию, а также для разработки комплексных подходов к управлению психосоциальными рисками, партнерство проводит исследования психосоциального благополучия в условиях рациональной организации труда²⁸³. PEROSH также осуществляет проект по изучению взаимосвязей между трудом и благополучием для выявления общих потребностей в улучшении благополучия и профилактике расстройств, чтобы позволить людям с расстройствами здоровья сохранить работу и обеспечить реабилитацию тех, кто не работает по причине травмы или расстройства здоровья. Он направлен на то, чтобы добиться единого понимания благополучия, а также изучить факторы, влияющие на него с учетом сходств и различий между странами, для разработки соответствующих мер²⁸⁴.

В рамках оценки тенденций и перспектив в связи с воздействием психосоциальных рисков и стресса на рабочем месте МОТ были проведены два исследования: опрос экспертного сообщества в целях выявления факторов, препятствий и потребностей в плане профилактики и управления стрессом; а также двухэтапное обследование методом экспертных оценок для оценки перспектив изменения ситуации в этой области и соответствующих факторов (как содействующих, так и противодействующих). Эксперты при этом принимали участие в онлайн-обследованиях¹. Результаты опроса экспертов, литература, обзоры нормативных и политических мер, подготовленные для настоящего доклада, использовались в процессе подготовки первого этапа обследования методом экспертных оценок, результаты которого использовались в качестве исходной информации для проведения второго этапа.

Следует отметить, что сравнивать регионы непросто, особенно в силу того, что ожидания и тревоги экспертов зависят от ситуации в их стране¹. С одной стороны, отсутствие мер по решению той или иной проблемы может вызывать растущую озабоченность и делать ее приоритетной, с другой – большая степень осведомленности может также повышать уровень озабоченности даже в условиях принятия мер по решению данной проблемы. Однако результаты этого исследования со всей определенностью указывают на необходимость разрабатывать меры, направленные на улучшение профилактики и управления психосоциальными факторами и рисками и стрессом на рабочем месте, а также включать эти проблемы в число приоритетов. Ниже приводится краткое описание основных наблюдений.

ОПРОС ЭКСПЕРТОВ

В опросе участвовали 324 эксперта из 54 государств-членов, представляющих все регионы присутствия МОТ¹¹¹.

Как показывают результаты опроса, стресс на рабочем месте – это глобальная проблема, так как свыше 90% участвующих в опросе экспертов признали серьезность этой проблемы в своей стране. При этом почти 70% отметили, что положение является еще более серьезным в отдельных секторах, таких как здравоохранение,

¹ В группу экспертов входили ученые или исследователи (149), представители государственных или директивных органов (54), специалисты в области охраны труда (113) и представители социальных партнеров, то есть организаций работодателей и профсоюзов (8). Среди дисциплин шире всего была представлена гигиена труда, за которой следовала производственная психология. Другие области знаний включали управление рисками, правоведение и эпидемиологию.

¹¹¹ Наблюдения обследования опираются на данные, агрегированные на уровне стран, в целях учета внутренних вариаций и выравнивания веса стран независимо от количества ответов, полученных в каждом случае. Это сделано при помощи среднего значения, рассчитанного для каждой позиции путем усреднения ответов, полученных от экспертов в каждой стране. В результате при сравнении данных по регионам каждая страна имеет одинаковый вес, а вариативность ответов, полученных в каждом случае, не влияет на сравнение регионов. Одной из проблем данного обследования является низкая степень участия социальных партнеров, что связано с тем, что к участию приглашались скорее эксперты, чем социальные партнеры.

¹¹¹ 324 эксперта представляли следующие страны: Анголу (4), Аргентину (6), Австралию (6), Австрию (2), Бельгию (4), Белиз (4), Ботсвану (3), Бразилию (9), Болгарию (2), Буркина Фасо (3), Канаду (17), Чили (5), Китай (11), Колумбию (2), Данию (4), Египет (3), Финляндию (3), Францию (10), Германию (4), Гану (4), Грецию (6), Венгрию (6), Индию (15), Индонезию (3), Ирландию (5), Италию (3), Берег Слоновой Кости (2), Японию (4), Ливию (2), Малайзию (4), Мавританию (4), Мексику (12), Марокко (4), Нидерланды (6), Норвегию (4), Польшу (4), Португалию (21), Румынию (4), Россию (4), Сербию (6), Сингапур (13), ЮАР (6), Испанию (12), Швецию (2), Швейцарию (2), Сирию (2), Танзанию (4), Таиланд (2), Тунис (2), Уганду (3), Великобританию (22), Объединенные Арабские Эмираты (6), США (19), Вьетнам (4). В разрезе регионов присутствия МОТ 44 эксперта представляли Африку, 74 – Северную и Южную Америку, 8 – арабские государства, 62 – страны Азиатско-Тихоокеанского региона, 136 – страны Европы и Центральной Азии.

¹ Этими странами ЕС являются Бельгия, Чехия, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Италия, Нидерланды, Норвегия, Польша, Испания и Великобритания.

образование, сфера услуг, финансы, розничная торговля, транспорт и строительство, а также государственный сектор в целом¹.

ПРОБЛЕМЫ И ПРИОРИТЕТЫ

Для определения тенденций экспертов просили оценить важность влияния тех или иных взаимосвязанных психосоциальных факторов в их странах, а также указать, входят ли они в число приоритетов директивных органов и принимались (принимаются) ли меры в этом направлении.

Наиболее важными проблемами, по мнению экспертов, являются перегрузка (Северная и Южная Америка, Азиатско-Тихоокеанский регион, Европа и Центральная Азия) и низкая корпоративная культура (Африка и арабские государства). Общей проблемой во всех регионах является оптимальный баланс трудовой и личной жизни, причем все эксперты (кроме арабских государств) признали серьезность проблемы перегрузки и нехватки времени. Низкая корпоративная культура, качество управления, низкая оплата труда и неадекватное поощрение за достигнутые результаты являются серьезными проблемами в Африке и арабских странах.

По мнению экспертов, физическое насилие, дискриминация и притеснения в сфере труда входят в число приоритетных проблем, причем 87% признали, что директивные органы в их странах считают психологическое насилие своим приоритетом. Большинство экспертов считают серьезными проблемами физическое насилие и угрозу его применения (свыше 98%) и дискриминацию в сфере труда (96%)². Все эксперты признали проблему притеснений (включая преследования и травлю) в своих странах (свыше 50% назвали ее серьезной). При этом эксперты из африканских и арабских стран отметили, что физическое насилие, притеснения и дискриминация не входят в число приоритетов в их регионах.

ФАКТОРЫ И ПРЕПЯТСТВИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ СТРЕССА НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Эксперты также оценивали значение факторов, способствующих или препятствующих профилактике психосоциальных рисков и стресса и контролю их уровня.

Из наиболее важных факторов, способствующих разработке и реализации соответствующих мер, были названы следующие: наличие ресурсов (кадров, бюджета, времени); интеграция мер на уровне рабочих мест; выявление и осознание психосоциальных рисков и стресса; наличие соответствующих средств и методик противодействия. Эти результаты в целом характерны для всех регионов (кроме, в некоторых случаях, арабских государств).

В числе главных препятствий для коммуникации и взаимодействия между ключевыми заинтересованными сторонами эксперты назвали межведомственные конфликты и конкуренцию и отсутствие четкого согласования функций. При этом также были отмечены следующие препятствия: представления заинтересованных сторон о том, что меры контроля психосоциальных рисков являются затратными

или проблематичными; отсутствие подготовленных специалистов; значение и влияние культурных аспектов, таких как восприятие психосоциальных проблем, восприятие и терпимость к рискам. Из других негативных факторов назывались отсутствие ресурсов (кадров, бюджета, времени), неэффективность исполнения норм и положений закона, отсутствие консенсуса среди социальных партнеров, низкая степень внимания к этим проблемам на уровне как государства, так и рабочих мест³. В целом, данные результаты характерны для всех регионов; в большинстве случаев эксперты признали эти препятствия важными или относительно важными⁴.

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КОМПЕТЕНЦИИ ДЛЯ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ СТРЕССУ

По мнению экспертов, для повышения уровня подготовки в целях противодействия стрессу следует учитывать следующие элементы: потенциал управления психосоциальными рисками (на уровне как государства, так и рабочих мест); адекватность подготовки ключевых заинтересованных сторон; актуальность и достоверность информации, на основе которой принимаются решения; наличие эффективных и удобных в применении методик и инструментов; наличие компетентных вспомогательных структур (специалистов, консультантов, служб, институтов и исследовательских центров). Между странами, особенно в развивающихся, существует большая разница в уровне знаний и компетенций. Так, лишь 17% экспертов из стран Африки указали, что им известно о наличии в их странах руководств по управлению стрессом на рабочем месте (по сравнению с более чем 30% экспертов в других регионах).

Что касается методической поддержки в целях профилактики и противодействия стрессу, то, по мнению экспертов, руководства, подготовленные независимыми консультантами и специалистами, профсоюзами, центральными органами здравоохранения, охраны и гигиены труда, являются более целесообразными, чем те, которые подготовлены правоохранительными органами, организациями работодателей и местными органами здравоохранения. Меньшую степень удовлетворенности качеством поддержки и руководств в своих странах выразили эксперты из африканских и арабских стран. Кроме того, качество поддержки, в целом, признано экспертами неудовлетворительным. Они указали на потребность в разработке качественных, понятных и общедоступных методических руководств.

Что касается потребностей в подготовке, то только 20% экспертов из Северной и Южной Америки, Европы и Центральной Азии считают уровень подготовки специалистов в своих странах достаточным. Еще худшая ситуация отмечается в странах Африки (15%), Ближнего Востока (12,5%) и Азиатско-Тихоокеанского региона (12,1%). При этом подавляющее большинство экспертов (от 89% в Европе и Центральной Азии до 100% в арабских странах) указали на потребность в подготовке специалистов в своих странах в целях противодействия стрессу на рабочем месте и его профилактики.

¹ Стресс является серьезной проблемой по мнению экспертов из стран Северной и Южной Америки, Европы и Центральной (100%), Азиатско-Тихоокеанского региона (88,9%) и Африки (78,6%). Меньше всего на эту проблему указывали эксперты из арабских государств (50%).

² Дискриминация по признаку возраста, пола, этнического происхождения, инвалидности и сексуальной ориентации.

³ Дополнительные негативные факторы оценивались по уровню их серьезности и силе препятствия разработке и реализации мер профилактики и противодействия стрессу на рабочем месте.

⁴ Хотя эти результаты в целом характерны для всех регионов, следует отметить, что на отсутствие соответствующей инфраструктуры, ресурсов, специалистов, низкую степень внимания к этим проблемам (на уровне как государства, так и рабочих мест) чаще указывали эксперты из африканских и арабских стран.

СЦЕНАРНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ

ПЕРВЫЙ ЭТАП

Первый этап обследования методом экспертных оценок, в основном, предполагал вопросы с множеством вариантов ответов, которые анализировались с учетом тематики. Всего в обследовании участвовали 80 экспертов из 45 стран мира, входящих во все регионы присутствия MOT¹.

Первые четыре вопроса были представлены в рамках анализа SWOT (сильных и слабых сторон, возможностей и рисков) в связи с текущим состоянием профилактики психосоциальных факторов и стресса в той или иной стране. При этом сильные стороны варьировали в зависимости от ситуации в стране; так, эксперты из тех стран, где, помимо законодательства, действуют волевые решения, указывали на большую актуальность таких подходов. Наличие правовой базы, социального диалога, развитой научной базы, просветительской работы, мер на уровне рабочих мест, компетентных служб гигиены труда было отмечено в числе сильных сторон экспертами из тех стран, где это существует, тогда как эксперты из стран, где этого нет, отметили многие из этих аспектов как слабые стороны¹. Даже в странах с развитой политикой и практикой законы, по мнению экспертов, плохо исполняются, новые инициативы не разрабатываются или не реализуются из-за отсутствия политической воли, а культура противодействия носит скорее компенсационный, чем профилактический характер. Из других проблем упоминались неадекватная оценка мер и низкий уровень компетентности консультантов (практиков). Большинство экспертов считают слабой стороной исключение заболеваний, вызванных стрессом, из перечня профессиональных заболеваний.

Из возможностей упоминались: накопление передового опыта и обмен им между странами, международная политика и своды правил, направленные на содействие ответственным методам работы, уделение повышенного внимания устойчивости и конкурентоспособности предприятий, учет этих аспектов национальной системой охраны труда, здравоохранения или социального обеспечения. Эти аспекты отмечались не только экспертами из стран с развитой политической системой и научной базой. Среди рисков, названных всеми экспертами, числятся плохой экономический климат и рост безработицы, реструктуризация и оптимизация предприятий, отсутствие политической воли и финансовых ресурсов на уровне государства или предприятий, старение рабочей силы, растущее распространение новых форм организации труда, негарантированной и нестандартной занятости (например, сменной и временной работы, неполной занятости). В большинстве своем эксперты признали, что это подрывает профилактику психосоциальных рисков и стресса.

Другие риски включали несоблюдение местных требований и коррупцию (в Южной Америке) и лоббирование со стороны бизнеса в пользу ослабления контроля (в частности, в Европе).

¹ На первом этапе обследования 80 экспертов, представляли следующие страны: Аргентину (1), Австралию (2), Барбадос (1), Бельгию (2), Боснию и Герцеговину (2), Бразилию (2), Болгарию (1), Канаду (6), Чили (1), Китай (1), Колумбию (2), Данию (2), Египет (1), Эстонию (1), Финляндию (1), Францию (2), Германию (4), Гану (1), Гренаду (1), Индию (1), Италию (2), Берег Слоновой Кости (1), Японию (1), Кувейт (1), Ливию (1), Малайзию (1), Мексику (3), Нидерланды (3), Норвегию (2), Польшу (1), Португалию (1), Румынию (1), Саудовскую Аравию (1), Сенегал (1), Сингапур (1), Испанию (4), Южную Корею (2), Швецию (2), Швейцарию (3), Сирию (1), Таиланд (1), Тунис (1), Уганду (1), Великобританию (4), США (5). Что касается регионов присутствия MOT, то Африку представляли 7 экспертов, Северную и Южную Америку – 22, арабские государства – 3, Азиатско-Тихоокеанский регион – 10, Европу и Центральную Азию – 38. В группу экспертов входили ученые и исследователи (43), представители директивных или государственных органов (15), специалисты (консультанты) по охране и гигиене труда (18) и представители социальных партнеров, в частности, организаций работодателей и профсоюзов (4). Сферы специализации экспертов включали в себя охрану труда, эргономику, здравоохранение, социальные службы, производственную психологию, эпидемиологию, производственную медицину, производственную гигиену, управление и правоведение.

¹¹ Так, многие из этих слабых сторон были отмечены экспертами из арабских и африканских стран, а также, в некоторой степени, из стран Латинской Америки и Азиатско-Тихоокеанского региона.

Затем экспертов просили высказать свое мнение о наиболее вероятном развитии ситуации через 10 лет, а также указать идеальный сценарий для своей страны в плане профилактики психосоциальных рисков и стресса в следующих ключевых сферах: (i) законодательство об охране труда, нормативные акты, технические стандарты и коллективные договоры; (ii) политика и стратегии в области охраны труда, направленные на противодействие психосоциальным рискам и стрессу; (iii) технические руководства и просветительская работа на тему психосоциальных рисков и стресса; (iv) меры противодействия психосоциальным рискам и стрессу на уровне рабочих мест; а также (v) исследования и формирование научной базы данных по психосоциальным рискам и стрессу.

Что касается законодательства об охране труда, нормативных актов, технических стандартов и коллективных договоров, то большинство экспертов предсказывает расширение правовой базы в этой области. Однако как в вероятном, так и идеальном сценарии прогнозы варьируются от введения в действие новых законов до отсутствия каких-либо нормативных изменений или даже ослабления регулирования. Аналогичный спектр мнений наблюдается в отношении политики и стратегий охраны труда. Большинство ожидает введения новых мер или расширения действующих, причем во всех идеальных сценариях во главу угла ставится профилактика, обучение или повышение компетентности кадров на государственном уровне и обмен передовым опытом. В вероятных сценариях мнения разошлись в том, что касается разработки технических руководств и просветительской работы. В идеальных сценариях эксперты часто указывали на разработку руководств для МСП. Если в вероятных сценариях наблюдается меньше оптимизма и единства мнений том, что касается мер на уровне рабочих мест, то в идеальных заметны черты, сходные для всех стран, например, формирование соответствующей корпоративной культуры, профилактика и контроль психосоциальных рисков, повышение компетентности на уровне рабочих мест и участие руководства. Включение профилактики психосоциальных рисков в СУОТ также упоминались экспертами многих стран. Наконец, эксперты в целом предсказывают развитие научной базы и исследований в этой области, особенно в ключевых направлениях, таких как меры контроля психосоциальных рисков и практическое применение результатов исследований. Из препятствий были названы финансовые и политические факторы. Эксперты некоторых стран выразили надежду, что международные организации будут поощрять исследования и разработку стратегий. В идеальных сценариях отмечался широкий консенсус между странами в отношении разработки информационных систем и баз данных для обмена опытом, облегчения сравнения ситуаций в различных странах и проведения исследований по оценке результатов политики.

Эксперты также отметили, что необходимо делать на уровне государства и рабочих мест для профилактики стресса и психосоциальных рисков, указав, сколько еще усилий потребуется в той или иной стране с учетом дополнительных факторов. Кроме того, их просили выделить приоритетные направления для мер на уровне рабочих мест.

В отношении мер на уровне государства и рабочих мест среди экспертов наблюдается единство мнений. Из мер на уровне государства ключевыми были названы следующие: рост компетентности в области профилактики психосоциальных рисков и стресса; обеспечение исполнения законодательства (если оно есть); формирование консенсуса между социальными партнерами; просветительская работа; интеграция на уровне политики (например, в сфере охраны труда и здравоохранения); повышение доступности средств противодействия и методик для оценки их эффективности.

На уровне рабочих мест были названы такие приоритеты: интеграция мер профилактики стресса в корпоративную культуру; интеграция мер профилактики стресса в системы управления; просветительская работа; реализация на уровне рабочих мест соответствующей политики и профилактических мер; повышение уровня компетентности заинтересованных сторон.

ВТОРОЙ ЭТАП

Второй этап опирался на результаты первого обследования в целях формирования консенсуса по ключевым вопросам и уточнения дополнительных факторов, влияющих на каждую из проблемных сфер. Всего на вопросы обследования отвечал 31 эксперт из 25 стран мира¹. Второй этап предполагал, главным образом, односложные вопросы. Эксперты должны были оценить вероятность некоторой совокупности сценариев в ключевых сферах профилактики и контроля психосоциальных рисков и стресса, выявленных на первом этапе, и основных факторов влияния.

Основными факторами влияния в различных сценариях выступают информированность и активность директивных органов, социальный диалог, а также целесообразность применения знаний на практике. Что касается ключевых направлений просветительской работы и разработки руководств, мер на уровне рабочих мест и научной базы, то другие серьезные факторы влияния включали в себя наличие ресурсов, опытных кадров и инструментов, обмен передовым опытом и участие заинтересованных сторон на уровне предприятий (например, руководства, работников). По мнению экспертов, культура профилактики на рабочем месте также является важным фактором влияния с точки зрения соответствующих мер и приемлемости научных данных о влиянии психосоциальных рисков на здоровье, безопасность и производительность для практического применения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И МИРОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Как опрос экспертов, так и сценарное прогнозирование дали полезную информацию для уточнения потребностей и роли ключевых факторов и препятствий. При этом сценарное прогнозирование позволило определить ожидаемые и идеальные варианты развития ситуации в вышеуказанных сферах. Несмотря на региональные различия, эксперты в целом сошлись во многих ключевых аспектах идеальных сценариев, указанных в них факторах и препятствиях, а также мерах, необходимых для того, чтобы они реализовались. При более подробном взгляде на ключевые сферы, являвшиеся предметом сценарного прогнозирования, становится ясно, что эксперты весьма оптимистичны в своих ожиданиях развития ситуации в каждой из них.

Что касается нормативной базы и политики, то эксперты, в целом, признали неизбежность разработки новых законов об охране труда, нормативных актов, технических стандартов и коллективных договоров, мер и стратегий противодействия психосоциальным рискам и стрессу. Однако представители части европейских стран, где целый ряд мер уже реализован, выразили большую степень пессимизма. При этом большая часть экспертов отметили ценность активного политического контекста, считая его сильной стороной там, где он есть, и слабой – там, где он отсутствует.

Эксперты ожидают, что охрана психического здоровья станет частью законодательства об охране труда, отмечая при этом, что в тех странах, где это уже сделано, также необходимо разъяснять его актуальность применительно к обеспечению и охране психического здоровья. В числе аспектов, требующих улучшения, эксперты указали гармонизацию и адекватное исполнение законодательства, признание расстройств, вызванных стрессом, профессиональными заболеваниями, а также препятствия

для исполнения законодательства¹. При этом они подчеркнули следующие элементы идеального сценария: ориентация мер на профилактику психосоциальных рисков и обеспечение психического здоровья на рабочем месте; обмен передовым опытом; укрепление потенциала основных заинтересованных сторон. Среди ключевых вспомогательных факторов, способствующих или препятствующих процессу реформ, назывались информированность и активность директивных органов, социальный диалог, научная база и обеспеченность ресурсами. Из дополнительных возможностей упоминалась связь с целями в области устойчивого развития.

В вопросе продолжения разработки технических рекомендаций и просветительской работы на тему психосоциальных рисков и стресса эксперты в целом сошлись во мнениях, хотя некоторые из них желали бы видеть здесь ориентацию на отдельных работников, а не коллективный подход к улучшению условий труда и первичной профилактике, особенно в тех странах, где профилактическая работа уже ведется. Кроме того, эксперты отметили целесообразность в разработке руководств для МСП и показателей передовой практики для всех заинтересованных сторон. При этом среди экспертов наблюдался определенный разброс мнений: так, некоторые эксперты из азиатских стран настаивали на интерактивном подходе к реализации мер, а эксперты из европейских стран и Австралии – на организации широкой просветительской работы через средства массовой информации.

В отношении мер на уровне рабочих мест, предполагаемых в вероятных сценариях, эксперты проявили меньше оптимизма. В странах с развитой политической системой они прогнозируют продолжение работы в этом направлении. В странах, где меры или законодательство в этой области отсутствуют или не развиты, мероприятия на уровне рабочих мест, по мнению экспертов, могут быть приняты, в основном, по инициативе правительства. В отдельных случаях эксперты усматривают возможность реализации таких инициатив непосредственно предприятиями вне зависимости от политических условий или правовой базы. По поводу профилактической ориентации этих инициатив высказывались разные мнения: некоторые эксперты предвидят скорее меры, носящие характер противодействия. Больше единство мнений наблюдается в связи с ожиданиями активности крупных предприятий и в том, что эта активность будет сдерживаться финансовыми ограничениями. С точки зрения мер на уровне рабочих мест в идеальном сценарии фигурировали следующие основные элементы: рост активности профсоюзов, формирование профилактической корпоративной культуры, реализация комплексных подходов (в том числе к управлению психосоциальными рисками в СУОТ), оценка эффективности профилактики психосоциальных рисков, повышение компетентности основных заинтересованных сторон, обмен теоретическими знаниями и опытом между крупными и малыми предприятиями на основе взаимодействия. Среди основных вспомогательных факторов упоминались информированность и активность директивных органов, качество социального диалога и активность социальных партнеров в этой области. В отношении мер на уровне рабочих мест была отмечена важность следующих вспомогательных факторов: наличие ресурсов, опытных кадров, инструментов и передового опыта, культура профилактики на политическом уровне, информированность и активность заинтересованных сторон на уровне рабочих мест (руководства, работников и их представителей).

В отношении исследований и научной базы большинство экспертов прогнозирует рост научной активности с упором на такие ключевые сферы, как реализация мероприятий по управлению психосоциальными рисками и оценка их эффективности, и практическое применение результатов научных исследований. В идеальном сценарии эксперты подчеркивали достижение широкого консенсуса по таким вопросам, как общенациональные исследования и регулярные национальные обследования (там, где

¹ На втором этапе эксперты (31) представляли следующие страны: Австралию (2), Барбадос (1), Бельгию (2), Боснию и Герцеговину (1), Болгарию (1), Чили (1), Китай (1), Финляндию (1), Германию (3), Италию (1), Японию (1), Ливию (1), Нидерланды (1), Польшу (1), Румынию (1), Саудовскую Аравию (1), Сингапур (1), Южную Корею (1), Испанию (1), Швецию (2), Сирию (1), Таиланд (1), Уганду (1), Великобританию (2), США (1). В разрезе регионов присутствия МОТ Африку представляли 2 эксперта, Северную и Южную Америку – 3, арабские страны – 2, Азиатско-Тихоокеанский регион – 7, Европу и Центральную Азию – 17. В группу экспертов входили ученые и исследователи (18), представители государственных и директивных органов (9), специалисты по охране и гигиене труда (3) и представители профсоюзов (1).

¹ Хотя в странах ЕС существует гармонизация в сфере охраны труда, в некоторых из них законодательство о психосоциальных рисках и стрессе на рабочем месте проработано более подробно, чем в других.

они отсутствуют), развитие информационных систем и баз данных, отражающих эмпирические данные, развитие межстрановых сравнений, проведение исследований по оценке эффективности принятых мер, а также по ряду проблем (взаимосвязи между психологическим и физическим здоровьем, новые формы организации труда, временная и нестандартная занятость, ненормированный труд, экономическое обоснование), разработка руководств по практическому применению научных данных. Некоторые эксперты, в основном из стран с более развитой политикой и практикой, указали следующие дополнительные элементы: включение данной сферы в число направлений научных исследований, разработка политики и планов на уровне государства и выделение соответствующих ресурсов, а также проведение исследований по оценке эффективности инспекций. Эксперты из стран Европы также указали на необходимость в национальных научных учреждениях (обеспеченных достаточным объемом ресурсов), которые могли бы заниматься предметными исследованиями в условиях сокращения учреждений и бюджетов во многих европейских странах в последнее время. Среди основных вспомогательных факторов назывались информированность и активность директивных органов. Другие вспомогательные факторы, названные экспертами, включали в себя качество социального диалога и активность социальных партнеров в этой области, наличие ресурсов, приемлемость научных данных о влиянии психосоциальных рисков на здоровье, безопасность и производительность труда работающих, а также наличие опытных кадров, инструментов и передового опыта.

Стоит отметить, что результаты сценарного прогнозирования в очень многом сходятся с результатами ранее проведенного опроса экспертов – в обоих указаны аналогичные факторы, препятствия и приоритеты. Эксперты сошлись во мнениях в отношении следующих приоритетов: корпоративная культура (включая проблемы управления), нагрузка, сжатость сроков и интенсивность труда, оптимальный баланс трудовой и личной жизни, организационные изменения и реструктуризация, гарантии занятости, непостоянная работа, график рабочего времени (в том числе сменная работа, работа по гибкому графику и время отдыха), признание достигнутых результатов и соответствующее вознаграждение, автономия и свобода действий, притеснения (в том числе преследования и травля), физическое насилие (в том числе угроза его применения) и дискриминация в сфере труда.

Наконец, стоит отметить, что в ряде регионов наблюдается несоответствие между проблемами, отмеченными экспертами, и предложенными приоритетами, что говорит о том, что меры, реализованные или находящиеся в процессе реализации, возможно, направлены не на наиболее проблемные сферы. Это может быть признаком недостаточной информированности директивных органов и определения ими приоритетов, исходя из собственных представлений, или отсутствия социального диалога или участия общества в разработке такой политики. В этой связи на общегосударственном уровне по-прежнему необходимы усилия по выработке приоритетов в целях противодействия психосоциальным рискам и стрессу на рабочем месте.

6. В ЧЕМ СМЫСЛ КОЛЛЕКТИВНОГО ПОДХОДА К ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ СТРЕССУ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЕГО ПРИЧИН?

Масштабы негативного воздействия стресса и его последствий на значительную часть трудоспособного населения планеты не вызывают сомнений благодаря огромному массиву научных данных о распространенности сопутствующих расстройств физического и психического здоровья, накопленных на уровне отдельных стран и регионов более чем за 20 лет. Эти данные также указывают на рост распространенности и серьезности этих расстройств в нынешних условиях.

Связанные с ними экономические издержки, даже будучи всего лишь вершиной айсберга, показывают, что стресс на рабочем месте и его последствия также оказывают серьезное влияние на безопасность, производительность и показатели работы предприятий в целом. Сегодня стресс не может считаться проблемой отдельного человека. Его следует признать общей проблемой, чреватой значительными последствиями для благополучия трудящихся, их семей и всего общества в целом.

Несмотря на признание ведущей роли скандинавских стран в исследованиях и реализации мероприятий в этой сфере, в большинстве других стран директивные органы и социальные партнеры лишь недавно стали участвовать в разработке соответствующего законодательства и мер, направленных на устранение причин этого явления. Однако это указывает на растущее осознание необходимости в действиях. Все больше внимания уделяется оценке и управлению психосоциальными рисками и стрессу, разработке законодательства, стратегий и мероприятий на международном, региональном и национальном уровне. Возросло также внимание к этим проблемам со стороны социальных партнеров. Объем распространяемой информации и просветительской работы на эту тему сейчас больше, чем в прошлом. Создаются научные центры и профессиональные ассоциации, призванные разрабатывать эффективные меры противодействия психосоциальным рискам и стрессу на уровне рабочих мест.

Работодатели должны осознавать негативное воздействие психосоциальных факторов в результате перегруженности работников и отсутствия у них свободы действий в процессе выполнения заданий, что в результате вызывает стресс и сопутствующие ему расстройства поведения и здоровья. К сожалению, многие осознают, что стресс достиг опасного уровня, лишь тогда, когда его негативные последствия уже повлияли на их работу и благополучие. Информированность работодателей и работников и их умение контролировать эти риски способствуют формированию здоровой и безопасной производственной среды, позитивной и профилактической корпоративной культуры, повышают заинтересованность и эффективность, обеспечивают охрану здоровья и благополучия работников, а также рост производительности их труда.

В этих сложных условиях, когда рабочее стало источником психосоциальных рисков и подрывает баланс трудовой и личной жизни, оно одновременно является идеальной точкой противодействия этим рискам, порождающим стресс и его

последствия для здоровья. Предприятиям не следует решать эту проблему лишь на индивидуальной основе: коллективный подход к профилактике стресса и обеспечению психического здоровья остается актуальным. Большинство мероприятий по управлению стрессом на рабочем месте включают в себя индивидуальные консультации, подготовку и инструктаж новых сотрудников, постоянную помощь коллег и профсоюзов в период безработицы, индивидуальную помощь в сложных личных обстоятельствах посредством связей с местными НПО. Необходим комплексный подход к обеспечению психического здоровья в сфере труда, преодоление стереотипов, переход к новым эффективным механизмам противодействия на основе сочетания коллективных и индивидуальных мер. Реализация коллективных мер на рабочем месте может помочь работнику повысить производительность труда, не подвергаясь при этом негативному воздействию стресса. Напротив, общепризнанно, что укрепление способности человека преодолевать стресс может стать ценной вспомогательной стратегией в рамках более широкого, коллективного процесса противодействия стрессу на предприятии. В этой связи важно искать новаторские способы устранения причин и последствий стресса, сочетающие в себе как коллективные, так и индивидуальные меры.

Лучший способ противодействия стрессу – профилактика. Это достигается путем решения проблемы в корне, устранения ее причин. Однако, так как стресс порождается комплексом психосоциальных факторов, нельзя изолированно оценивать его и управлять его уровнем. Причины могут корениться на работе, дома, внутри социального окружения или общества. В каждом из этих контекстов может быть один или несколько источников стресса, а также ресурсов, способствующих его профилактике или снижению степени воздействия. Влияние стресса может также проявляться более чем в одном из этих контекстов. Но так как решить все проблемы этих контекстов невозможно, на уровне рабочего места необходимы меры, способные устранять или сдерживать психосоциальные риски. Позитивное влияние этого будет проявляться не только на работе. Лучше всего решать проблему стресса на рабочем месте посредством стратегий, устраняющих психосоциальные риски в их корне – в условиях труда, производственной среде, корпоративной культуре, а также трудовых отношениях внутри организации. Как только наличие стресса будет признано, а психосоциальные факторы определены, следует принимать меры противодействия им у их источника. Поэтому действия нужно направлять на устранение максимально возможного количества причин с тем, чтобы принятые меры сокращали и предупреждали возникновение стресса на рабочем месте.

Эффективная программа профилактики стресса на рабочем месте требует надлежащего выявления психосоциальных рисков и оценки выполняемой работы и личных проблем, порождаемых стрессом. Эту оценку следует осуществлять систематически на основе информации работников о любых ситуациях, которые могут стать причиной такого стресса.

Меры профилактики, направленные на снижение возможного влияния психосоциальных рисков и стресса на здоровье, следует реализовывать в рамках общего процесса управления рисками. Комплексная система управления охраной труда должна обеспечивать профилактику и включать в себя меры по охране здоровья с тем, чтобы меры по оценке и управлению рисками предусматривали психосоциальные риски в целях эффективного регулирования их воздействия по аналогии с другими рисками, влияющими на здоровье и безопасность работников¹.

Это предполагает практику охраны и гигиены труда на основе многоаспектного подхода, включающего в себя следующее:

- профилактику профессиональных и иных заболеваний, связанных с работой, и производственного травматизма;
- улучшение организации и условий труда;
- включение психосоциальных факторов и рисков в состав мероприятий по оценке и управлению рисками, а также реализации коллективных мер профилактики (по аналогии с другими опасными производственными рисками и факторами) путем адаптации организации и условий труда;
- повышение способности работников противостоять стрессу;
- создание систем социальной поддержки работников на рабочем месте;
- определение потребностей организации с учетом механизмов организационного, индивидуального и индивидуально-организационного взаимодействия при оценке потребностей в охране здоровья работников.

Ключевым аспектом является участие работников в этом процессе. Работники и их представители должны участвовать в выявлении психосоциальных рисков, которые, по их мнению, являются причиной лишнего стресса на рабочем месте, и выборе наиболее приоритетных из них. Эту оценку следует проводить систематически путем получения от работников информации о любых ситуациях, могущих стать причиной стресса. Важную роль в управлении психосоциальными рисками и стрессом могут играть совместные комитеты по охране труда. Как показывает опыт МОТ, успех деятельности любой организации зависит от коллектива и корпоративной культуры. В условиях безопасной и конструктивной среды работники чувствуют себя комфортнее и здоровее, что, в свою очередь, сокращает абсентеизм, повышает мотивацию и производительность труда и способствует положительной репутации организации. Профилактика производственного травматизма и профессиональных заболеваний, содействие здоровому образу жизни на работе, формирование культуры профилактики – общее дело государства, работодателей и трудящихся, специалистов в области здравоохранения и общества в целом..

¹ Управление рисками – это подход к противодействию факторам, влияющим на здоровье и безопасность, включающий в себя оценку рисков и управление ими. Этот подход является составной частью системы управления охраной труда и цикла постоянного улучшения организации и условий труда на предприятиях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

MOT занимается вопросами охраны здоровья трудящихся и повышения их благополучия, способствуя улучшению условий их труда и производственной среды, а также профилактике и контролю производственного травматизма, профессиональных и других заболеваний, связанных с работой.

Для MOT психическое здоровье – это такое состояние здоровья и благополучия (как индивидуальное, так и коллективное), при котором трудящиеся реализуют свои способности и, занимаясь производительным трудом, вносят вклад в жизнь общества. В этом смысле целью гигиены труда должна быть «максимально возможная охрана и обеспечение физического, психического и социального благополучия всех трудящихся вне зависимости от рода занятий»¹. Одна из главных задач MOT – гарантировать основополагающее право на максимально возможный уровень здоровья в сфере труда и на производственную среду, которая позволяет каждому вне зависимости от пола жить продуктивной социальной и экономической жизнью. Вклад MOT в разработку профилактических мер и программ в области охраны труда опирается на научные данные и передовой опыт, накопленный в странах мира. В период значительных перемен в мире труда противодействие психосоциальным рискам на рабочем месте имеет решающее значение как для здоровья и благополучия трудящихся, так и для производительности предприятий.

MOT имеет давнюю традицию разработки мер на уровне как государства, так и рабочих мест, которые способствуют охране здоровья и благополучия трудящихся и при этом повышают производительность предприятий. В плане решения проблем психического здоровья сравнительное преимущество MOT заключается в опыте использования социального диалога для реализации успешных национальных, производственных и общественных инициатив по противодействию этим проблемам посредством укрепления потенциала государств-членов, по реализации программ достойного труда на основе участия работодателей, трудящихся и их представителей, а также специалистов в области охраны труда, государственных и директивных органов, государственных служб и НПО. Путем

реализации механизмов противодействия психосоциальным рискам в сфере труда на основе комплекса профилактических и оздоровительных мер MOT помогает сделать мир труда более гуманным и уважающим человеческое достоинство.

Исходя из результатов оценки, содержащихся в настоящем докладе, действия MOT в этой области будут нацелены на:

- поддержку научных инициатив и стратегических партнерств на основе взаимодействия с другими международными организациями, национальными и региональными директивными органами и экспертными сообществами в целях поддержки научной и просветительской работы, образования, обмена передовым опытом и повышения компетентности в мировом масштабе;
- поддержку мероприятий, направленных на повышение компетентности ключевых заинтересованных сторон и практическое применение результатов исследований посредством содействия образованию и подготовке путем более широкого использования разработанных MOT инструментов, таких как SOLVE и Stress Checkpoints, и разработки других методических и учебных материалов, в том числе программ дистанционного обучения, на основе взаимодействия с ключевыми экспертами в этой области;
- поддержку гармонизации национальных перечней профессиональных заболеваний путем оказания дальнейшей методической помощи, исходя из перечня профессиональных заболеваний, разработанного MOT;
- поддержку интеграции оценки психосоциальных рисков и управления ими в системы управления охраной труда, увязывая это с применением мер противодействия на систематической основе;
- содействие социальному диалогу на мировом уровне между участниками MOT в целях профилактики стресса на рабочем месте и его последствий;
- распространение в мировом масштабе комплексного подхода к профилактике и обеспечению благополучия, сочетающего в себе гигиену труда и оздоровительные меры, реализуемые при взаимодействии с ВОЗ.

¹ В соответствии с полным определением, утвержденным совместным комитетом MOT-ВОЗ по гигиене труда на 5-ом заседании (1950) и пересмотренным на 12-ом заседании (1995). См. доклад об итогах 12-го заседания совместного комитета MOT-ВОЗ по гигиене труда, Женева, 5–7 апреля 1995 года.

ССЫЛКИ

- 1 Selye (1936)
- 2 Selye (1974)
- 3 Engel (1977)
- 4 ILO (2012b)
- 5 ILO (1986)
- 6 Cox (1993); Cox, Griffiths (2005)
- 7 Cox (1993); Cox, Griffiths, Rial-Gonzalez (2000)
- 8 Cox, Griffiths, Rial-González (2000)
- 9 WHO (2010)
- 10 Cox, Griffiths, Rial-González (2000)
- 11 WHO (2010)
- 12 Bhalla et al. (1991)
- 13 Burke, 1988
- 14 Karasek (1990)
- 15 Cox, Griffiths, Rial-Gonzalez, (2000)
- 16 Wall et al (1990)
- 17 Cooper, Cartwright (1994); Frone et al. (1992)
- 18 ILO (2012b)
- 19 Cobb,Kasl (1977); Cohen, Willis (1985); House, Wells (1978)
- 20 Bennett, Lehman (1999)
- 21 WHO (2010)
- 22 Kornhauser (1965)
- 23 Kahn, et al (1964); Katz, Khan (1966); Sauter, Hurrel (1999); Zickar (2003)
- 24 Kahn, et al (1964); Kahn (1980)
- 25 Karasek (1979,1990)
- 26 Siegrist (1996)
- 27 Wall et al. (1990)
- 28 Antoniou, Cooper (2011)
- 29 ILO (2015)
- 30 EU-OSHA (2007), Kawachi (2008)
- 31 Benach et al. (2002); Quinlan (2004); Quinlan, Mayhew, Bohle (2001)
- 32 Barber, Santuzzi (2014)
- 33 Frone, Russel, Cooper (1992,1997); Greenhaus, Beutell (1985)
- 34 European Commission (2010)
- 35 ILO (2009a)
- 36 Jahoda (1982,1989)
- 37 OECD (2012)
- 38 Bohle, Quinlan, Kennedy, Williamson (2004); Weber, Hormann, Heipertz (2007)
- 39 WHO (2011b)
- 40 Zohar (1980,2000)
- 41 Bergh et al. (2014); Ghosh, Bhattacharjee, Chau (2004); Glasscock et al. (2006); Li et al. (2001) ; Sneddon, Mearns, Flin (2013); Stenfors et al. (2013); Vecchio et al. (2011)
- 42 Chan (2011); Mearns (2001); Payne et al. (2009)
- 43 Julià et al. (2013); Nakata et al. (2006) ; Salminen et al. (2003); Swaen et al. (2004)
- 44 Hilton, Whiteford (2010); Nahrgang, Morgeson, Hofmann (2011)
- 45 Domenighetti, D'Avanzo, Bisig (2000); Kouvonen et al. (2007) ; Macleod et al. (2001); Ng,Jeffery (2003); Nomura et al. (2010); Siegrist, Rödel (2006); Silva, Barreto (2012); Tsai (2012); Wemme, Rosvall (2005)
- 46 Darshan et al. (2013); Gershon, Lin, Li (2002); Head, Stansfeld, Siegrist (2004); Marchand (2008); Neves, Pinheiro (2012); Virtanen et al. (2015);
- 47 Radi, Ostry, Lamontagne (2007)
- 48 WHO, Tobacco (Fact sheet N°339, Updated 6 July 2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> ; Alcohol (Fact sheet N°349, Updated January 2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>
- 49 WHO , Physical activity (Fact sheet N°385, Updated January 2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>
- 50 Fido, Ghali (2008); Rugulies et al. (2009); Magnusson Hanson, Chungkham, Åkerstedt, Westerlund (2014); Nordin, Westerholm, Alfredsson, Åkerstedt (2012)
- 51 WHO, Cardiovascular diseases (CVDs) (Fact sheet N°317, Updated January 2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
- 52 Hemingway, Marmot (1999)
- 53 Eller et al. (2009); Kivimäki et al. (2006, 2012); Marmot, Siegrist, Theorell (2006); Tsutsumi, Kawakami (2004).
- 54 Aboa-Eboulé et al. (2007); Berraho et al. (2006); Bonde et al. (2009); Chandola et al. (2008); Sultan-Taïeb et al. (2013); Kivimäki et al. (2002); Rosengren et al. (2004); Siedlecka, Bortkiewicz, Gadzicka (2012);Theorell et al. (1998); Westerlund, Theorell, Alfredsson (2004)
- 55 Bojar et al. (2011); Li, Jin (2007); Nurminen, Karjalainen (2001); Raikkonen et al. (1996); Schnall et al. (1998); Sultan-Taïeb et al. (2013)
- 56 Belkic et al. (2004); Bunker et al. (2003); Eller et al. (2009); Kristensen, Kronitzer, Alfredsson (1998); Schnall, Landsbergis, Baker (1994); Tennant (2000); Rosengren et al. (2004); Marmot et al. (1997); Rosengren et al. (2004)
- 57 Aboa-Éboulé et al. (2011); Allesøe et al. (2010); Alterman et al. (1994) ; Alterman et al. (1994) ; Bonde et al. (2009); De Bacquer et al. (2005); Juárez-García (2007); Kivimäki et al. (2002); Kornitzer et al. (2006); Kornitzer et al. (2006); Kuper, Adami, Theorell, Weiderpass (2006); Lee et al. (2004); Netterstrøm, Kristensen, Sjøel (2006); Peter et al. (2002); Xu et al. (2011)
- 58 Kivimäki et al. (2015); Kivimäki, Kawachi (2015); Liu, Tanaka (2002); Nakanishi et al. (2001); Puttonen, Härmä, Hublin (2010); Roohi, Hayee (2010)
- 59 Chaney et al. (2004); Deeney, O'Sullivan (2009); Fernandes et al. (2010)
- 60 Chaney et al. (2004); Kääriä et al. (2012); Min et al. (2014); Rugulies, Krause (2008); Saastamoinen et al. (2009); Stock, Tissot (2012); Takaki, Taniguchi, Hirokawa (2013)
- 61 Schaufeli, Greenglass (2001)
- 62 Maslach, Jackson (1981); Maslach, Schaufeli, Leiter (2001)
- 63 Maslach, Schaufeli, Leiter (2001); Lee, Ashforth (1993)
- 64 Ávila Toscano et al. (2010); Bagaajav et al. (2011); Batista et al. (2010); Borritz et al. (2006); Couto, Lawoko (2011); De Oliveira Jr, Chang, et al. (2013); Doppia et al. (2011); Estryng-Behar et al. (2008); Gascon et al. (2013); Hansez, Mairiaux, Firket, Braeckman (2011); Ibáñez et al. (2012); Kumar et al. (2007); Lagerström et al. (2010); Lim et al. (2010); Markwell, Wainer (2009); Mathisen, Einarsen, Mykletun (2008); Ndetei et al. (2008); Padyab et al. (2013); Rick et al. (2001); Sardiwalla, VandenBerg, Esterhuysen (2007); Schonfeld, Bianchi (2015)
- 65 Embriaco et al. (2007)
- 66 Alves et al. (2009); Shanafelt et al. (2006); Väänänen et al. (2008)
- 67 Hansez, Mairiaux, Firket, Braeckman (2011)
- 68 Borritz et al. (2006) ; Buddeberg-Fischer et al. (2008); Visser et al. (2003); Wu et al. (2011a); Xie, Wang, Chen (2011)
- 69 Ávila Toscano et al. (2010); Bagaajav et al. (2011); Cañadas-De la Fuente et al. (2015); de Oliveira Jr, Chang, Fitzgerald, Almeida, Castro-Alves, Ahmad, McCarthy (2013); Hansez, Mairiaux, Firket, Braeckman, L. (2011); Norlund et al. (2010); Oramas-Viera et al. (2007); Wu et al. (2011a); Xie, Wang, Chen (2011); Zazzetti et al. (2011).
- 70 WHO (2002)
- 71 Norlund et al. (2010)
- 72 WHO, Depression (Fact sheet N°369, October 2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- 73 WFMH (2012)
- 74 APA (2015)
- 75 Mathers et al. (2005)
- 76 Bonde (2008); Ndjaboué, Brisson, Vézina (2012); Stansfeld et al. (1998)
- 77 Blackmore et al. (2007); Bonde (2008); De Lange et al. (2004); Firth, Herbison, McGee (2009); Gershon et al. (2009); LaMontagne et al. (2008); Park et al. (2009); Shankar, Famuyiwa (1991); Stansfeld, Candy (2006); Stansfeld et al. (2012); Tennant (2001); Virtanen et al. (2007); Wang (2005); Zhang et al. (2011)
- 78 Ahlborg et al. (2012); Al-Maskari et al. (2011); Arial, Gonik, Wild, Danuser (2010); Boran et al. (2012); Boya et al. (2008); Castañeda (2012); Cho et al. (2008); Cortés, González-Baltazar, Cortés (2012); Cummings, Estabrooks (2003); Duraisingam, Dollard (2005); Ferrie et al. (2002); Gómez, Hermosa, Perilla (2012); Juárez García et al. (2012); Kopp et al. (2008); Mino et al. (1999); Saijo (2008); Murcia, Chastang, Niedhammer (2013); Netterstrøm et al. (2008); Niedhammer et al. (1998 ; 2006); Park et al. (2009); Rugulies et al. (2006 ;2008); Saijo (2008); Shields (2006); Stansfeld, Candy (2006); Stansfeld et al. (1999 ; 2012); Virtanen et al. (2012); Wang et al. (2008 ;2011); Westerlund et al. (2004); Wu et al. (2011b); Yu et al. (2008);
- 79 Al-Maskari et al. (2011); Arafa, et al. (2003); Cortés, González-Baltazar, Cortés (2012); Duraisingam, Dollard (2005); Gómez, Hermosa, Perilla (2012); Grynderup et al. (2013); Mino et al. (1999); Saijo (2008); Wang et al. (2008)
- 80 Bilgel, Aytac, Bayram (2006); Figueiredo-Ferraz, Gil-Monte, Olivares-Faúndez (2013); Hansen et al. (2006); Niedhammer, David, Degioanni (2006); Reknes et al. (2013); Rugulies et al. (2012); Sá, Fleming (2008);
- 81 WHO; Gender and women's mental health; http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/
- 82 WHO, Depression (Fact sheet N°369, October 2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- 83 WHO, Suicide (Fact sheet N° 398, Reviewed August 2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- 84 Foster (2011)
- 85 Eurofound (2007)
- 86 EU-OSHA (2009)
- 87 EU-OSHA (2010a)
- 88 Eurofound, Eu-OSHA (2014)
- 89 Eurofound (2016)
- 90 OISS and INSHT (2012)
- 91 Cornelio et al. (2012); Cornelio (2013)
- 92 Santana, Santana (2011)
- 93 Duxbury, Higgins (2012)
- 94 Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile (2012)
- 95 ACHS (2013)
- 96 Ministerio de la Protección Social, Colombia (2007)

- 97 APA (2015)
- 98 APS (2014)
- 99 MHLW (2011)
- 100 Choi, Ha (2009)
- 101 Kim, Park, Rhee, Kim (2015)
- 102 Herman et al. (2009) ; Sipsma et al. (2013)
- 103 Peltzer et al. (2009)
- 104 Al-Maskari, colleagues (2011); Amagasa, Nakayama, Takahashi (2005); Fridner et al. (2009); Fridner et al. (2011); Hawton, Malmberg, Simkin (2004); Nielsen et al. (2015); Routley, Ozanne-Smith (2012); Takada, colleagues (2009); Tsutsumi et al. (2007); Yildirim, Yildirim, Timucin (2007)
- 105 Routley, Ozanne-Smith (2012)
- 106 National Statistical Office, Institute for Population and Social Research and the Department of Mental Health (2008)
- 107 Thai Health Working Group (2010)
- 108 MHLW (2012)
- 109 Government of Japan, Cabinet Office (2012)
- 110 MHLW (2014)
- 111 Choi, Kang (2010)
- 112 Eurogip (2013)
- 113 Stuckler et al (2009)
- 114 APA (2010)
- 115 WHO (2011a); Eurofound (2013); EU-OSHA (2013); EU-OSHA (2014b)
- 116 ILO (2015)
- 117 ILO (2012a)
- 118 WHO (2002, 2011)
- 119 Flin, O'Connor, Crichton (2008)
- 120 Kivimaki et al (2003); Miche (2002); Spurgeon, Harrington, Cooper (1997); Vahtera, Pentti, Kivimaki (2004); Van den Berg et al. (2009)
- 121 Aronsson, Gustafsson, Dallner (2000)
- 122 Borritz et al. (2010); Bourbonnais, Mondor (2001); Chini (2003); Derycke et al. (2013); Ervasti et al. (2011); Fahlén et al. (2009); Figueiredo-Ferraz et al. (2012); Head et al. (2006); Holmgren, Fjällström-Lundgren, Hensing (2013); Ishizaki et al. (2006); Kiran, Günar, Demiral (2012); Kivimaki, Elovainio, Vahtera (2000); Kondo et al. (2006); Laaksonen et al. (2010); Magnavita, Garbarino (2013); Michie, Williams (2003); Moreau et al. (2003); Otsuka et al. (2007); Rehkopf, Kuper, Marmot (2010); Siany et al. (2013); Suominen et al. (2007); Virtanen et al. (2007)
- 123 Elstad, Vabø (2008)
- 124 Aronsson, Gustafsson (2005); Hansen, Andersen (2008)
- 125 Demerouti et al. (2009)
- 126 Faragher, Cass, Cooper (2005)
- 127 Al Khalidi, Wazaify (2013); Al-Ahmadi (2002); Al-Mashaan (2001); Chung, Kowalski (2012); Cortese, Colombo, Ghislieri (2010); De Croon et al. (2002); Farquharson et al. (2012); Ho et al. (2009); Jamal (1990); Kazi, Haslam (2013); Mosadeghrad, Ferlie, Rosenberg (2011); Nabirye et al. (2011); Quine (2001); Rodwell et al. (2009)
- 128 Abu Al Rub, Al-Zaru (2008); Jourdain, Chênevert (2010); Karantzas et al. (2012); Kuusio et al. (2013); Li et al. (2013); Ofili, Usiholo, Oronsaye (2009); Suadicani et al. (2013); Tominaga, Asakura, Akiyama (2007); Von Bonsdorff et al. (2010); Yeh, Yu (2009)
- 129 Kim, Lee (2009)
- 130 Matrix Insight (2012)
- 131 Safe Work Australia (2012a)
- 132 Dollard et al. (2012), Safe Work Australia (2013)
- 133 Anderssen (2011)
- 134 Trontin, Lassagne, Boini, Rinal (2010)
- 135 Bodeker, Friedrichs (2011)
- 136 EU OSHA (2014)
- 137 HSE (2015)
- 138 Sainsbury Centre for Mental Health (2007)
- 139 Declaracion sociolaboral del Mercosur, Rio de Janeiro, 10.12.1998; Art. 17
- 140 Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. Decisión 584. Sustitución de la Decisión 547 (2004)
- 141 COUNCIL DIRECTIVE of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work (89/391/EEC)
- 142 COUNCIL DIRECTIVE of 29 May 1990 on the minimum safety and health requirements for work with display screen equipment (fifth individual Directive within the meaning of Article 16 (1) of Directive 87/391/EEC) (90/270/EEC)
- 143 EU Framework agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare (2009)
- 144 COUNCIL DIRECTIVE of 10 May 2010 implementing the Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU (2010/32/EU)
- 145 Hansen et al. (2015)
- 146 Directorate of Labour Inspection (Norway); Act of 17 June 2005 No. 62 relating to working environment, working hours and employment protection, etc. (The Working Environment Act – «Arbeidsmiljøloven») as subsequently amended, last by the Act of 14. December 2012 No. 80; Chap. 4, Section 4-3
- 147 Hansen et al (2015)
- 148 Secretaria del Trabajo y Prevision Social (Mexico); Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, D.O.F. 13/11/2014; Art. 3 (XVII)
- 149 Parliament of Estonia (*Riigikogu*); Occupational Health and Safety Act, RT I 1999, 60, 616, Entry into force 26.07.1999, as amended (Last amendment: RT I, 10.07.2012, 2; 01.04.2013); Art. 9 (2)
- 150 Arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail (M.B. 28.4.2014)
- 151 Ministerio de la Protección Social (Colombia); Resolución 002646 DE 2008 (julio 17) por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional
- 152 Ministry of Labour (Namibia); Regulations relating to the health and safety of employees at work (Government Notice No. 156 of 1997); Art. 200
- 153 Presidencia de la República Bolivariana de Venezuela; Ley Organica Del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras, Decreto N° 8.938 – 30 de abril de 2012; Tit. III, Cap. V, Art. 156
- 154 Assemblée Nationale du Burkina Faso; Loi N° 028-2008/AN portant Code du Travail au Burkina Faso (13 mai 2008) ; Art. 236
- 155 Ministry of Employment and Labor (Republic of Korea); Occupational Safety and Health Act, Act No. 3532, Dec. 31, 1981, as amended (Last amendment Act NO. 11882, Jun 12, 2013); Art 5 (1)
- 156 Secretaría del Trabajo y Prevision Social (Mexico); Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, D.O.F. 13/11/2014; Art. 43
- 157 Ministry of Labour and Social Policies (Italy); Legislative Decree No. 81 of 9 April 2008 (Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro); Art. 28
- 158 Minister for Social Security and Labour and the Minister for Health of the Republic of Lithuania; Regulations for occupational risk assessment approved by Order No A1-159/V-612 of 16 October 2003 (Žin., 2003, No 100-4504)
- 159 Ministry of Manpower (Oman); Occupational Safety Regulations governing by the Labour Code (Ministerial Decision 286/2008). Part Three, Art. 26
- 160 Presidencia de la República Bolivariana de Venezuela; Ley Organica Del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras (2012); Arts. 367 (15), 368 (12)
- 161 République du Niger; Loi No. 2012-45 du 25 septembre 2012 portant Code du travail de la République du Niger; Art. 155
- 162 República de El Salvador; Reglamento General en materia de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo (Decreto núm. 89 de 27 de abril de 2012); Sec. VI; Artt. 278-282
- 163 Constitución política del estado de Plurinacional de Bolivia (2009); Art. 49 III
- 164 Hansen et al. (2011)
- 165 Duffy, Sperry (2012)
- 166 European Social Dialogue: Multi-sectoral guidelines to tackle third-party violence and harassment related to work, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=896&furtherNews=yes>
- 167 European Commission (2013)
- 168 Eurogip (2013)
- 169 Dollard (2014); MHLW (2012)
- 170 National Assembly of Nigeria; Employees Compensation Act (2010). Minister of Social Affairs and Labour (Syrian Arab Republic); Decision No. 990 on stress as a cause for work injury. Al Jarida Al Rasmiyya, 2002-06-10, No.28, p. 1740
- 171 PAS 1010 Guidance on the management of psychosocial risks in the workplace; www.bsigroup.com/pas1010
- 172 CAN/CSA-Z1003-13/BNQ 9700-803/2013 – Psychological health and safety in the workplace – Prevention, promotion, and guidance to staged implementation; <http://shop.csa.ca/en/canada/occupational-health-and-safety-management/canca-z1003-13bnq-9700-8032013/inv/z10032013>
- 173 European Commission (2011)
- 174 European Commission (2011)
- 175 European Commission (2011)
- 176 Eurofound, EU-OSHA (2014)
- 177 ILO (2014)
- 178 Eurofound, EU-OSHA (2014)
- 179 Velázquez (2012)
- 180 Hansen et al. (2015)
- 181 Jhonstone, Quinlan, McNamara (2011)
- 182 European Commission (2011)
- 183 Velázquez (2012)
- 184 Velázquez (2012)
- 185 Velázquez (2012)
- 186 Ministerio de Trabajo e Inmigración, España; Criterio Técnico 69/2009 sobre las Actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en materia de Acoso y Violencia en el Trabajo; 19/02/2009
- 187 Velázquez (2012)
- 188 ILO (2012c)
- 189 ILO (2012b)
- 190 ILO (1996)
- 191 WHO (2007b)
- 192 WHO (2010a)

- 193 WHO (2010a)
- 194 WHO (2013)
- 195 ISSA (2012)
- 196 OECD (2012)
- 197 World Bank Group (2015)
- 198 WEF, Global Agenda Council on Mental Health, <http://www.weforum.org/communities/global-agenda-council-on-mental-health>
- 299 SADC, Protocol on Health; Date Signed: 1999-08-18; Entry Into Force: 2004-08-18. http://www.sadc.int/files/7413/5292/8365/Protocol_on_Health1999.pdf
- 200 League of Arab States, Revised Arab Charter on Human Rights, May 22, 2004, entered into force March 15, 2008
- 201 Regional Action Plan on Healthy ASEAN Lifestyles, http://www.asean.org/?static_post=regional-action-plan-on-healthy-asean-lifestyles
- 202 SAARC, Delhi Declaration on Public Health Challenges (8 April 2015), SAARC Health Ministers: Fifth Meeting http://www.saarc-sec.org/areaofcooperation/detail.php?activity_id=52
- 203 Declaration of Commitment of Port of Spain, Fifth Summit of the Americas (2009), <http://www.state.gov/documents/organization/122843.pdf>
- 204 ILO (1998)
- 205 OAS, Declaration of Medellín 2013: 50 Years of Inter-American Dialogue for the Promotion of Social Justice and Decent Work: Progress and Challenges Towards Sustainable Development; Approved during the closing session held on November 12, 2013; Inter-American Council for Integral Development
- 206 CARICOM (2010)
- 207 PAHO (2014)
- 208 European Pact for Mental Health and Wellbeing (2008)
- 209 European Parliament resolution of 19 February 2009 on Mental Health (2008/2209(INJ))
- 210 PRIMA-EF Psychosocial Risk Management Excellence Framework; <http://www.prima-ef.org/>
- 211 Lindstrom et al. (2000)
- 212 PSYRES, <http://www.psyres.pl/>
- 213 Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, SRT, II Estrategia Argentina De Salud Y Seguridad En El Trabajo 2015 – 2019; Buenos Aires, 2015
- 214 Safe Work Australia (2012)
- 215 Ministry of Employment, Denmark , A strategy for working environments efforts up to 2020
- 216 Ministry of Social Affairs and Health, Finland , Policies for the Work Environment and Well-being at Work until 2020 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112065/URN%3ANBN%3AFi-fe201504223826.pdf?sequence=1>
- 217 Eurofound, EU-OSHA (2014)
- 218 European Parliament (2013)
- 219 Federal Ministry of Labour and Social Affairs, Confederation of German employers' Associations, German Trade Union Confederation, Joint Declaration on Mental Health in the Workplace, http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a449e-joint-declaration.pdf?__blob=publicationFile
- 220 Eurofound, EurWORK, Germany: Occupational health strategy focuses on work-related stress (Published on: 15 February 2016), <https://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/articles/working-conditions/germany-occupational-health-strategy-focuses-on-work-related-stress>
- 221 Ministry of Labour, Industrial Relations and Employment, Mauritius, National Occupational Safety and Health Policy – Mauritius (Revised 2015), http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/policy/wcms_354301.pdf
- 222 Ministry of Business, Innovation and Employment, New Zealand, Workplace Health and Safety Strategy for New Zealand to 2015 (<http://dol.govt.nz/whss/strategy/index.asp>)
- 223 Mental Health Commission of Canada (2012)
- 224 Ministerio de Sanidad, España, Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006 (http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf); Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>)
- 225 Heads up, <https://www.headsup.org.au/>
- 226 NIOH, Mental Health Awareness Month 2015, <http://www.nioh.ac.za/?page=topical&id=13&rid=597>
- 227 FIOH, Psychosocial Factors, http://www.ttl.fi/en/fioh/organization/work_organizations/psychosocial_factors/Pages/default.aspx
- 228 DARES (2015)
- 229 Lohmann-Haislah (2012)
- 230 NIOSH, <http://www.cdc.gov/niosh/topics/stress/>
- 231 WSH Institute, <https://www.wsh-institute.sg/psychosocialstress>
- 232 European Parliament (2013)
- 233 Hansen et al. (2015)
- 234 Dollard (2014)
- 235 European Parliament (2013)
- 236 DOSH, Guidance for the Prevention of Stress and Violence at the Workplace, 2001 http://www.dosh.gov.my/index.php?option=com_docman&task=cat_view&qid=16&Itemid=179&lang=en
- 237 Tripartite Advisory on Managing Workplace Harassment, <http://www.mom.gov.sg/~media/mom/documents/employment-practices/guidelines/tripartite-advisory-on-managing-workplace-harassment.pdf?la=en>
- 238 Ministerio de Salud, Chile (2013), Resolución Exenta N° 336 (12/06/2013) que aprueba el Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo
- 239 SRT, Universidad Nacional de Avellaneda (2015)
- 240 People at Work; <http://www.peopleatworkproject.com.au/>
- 241 CCOHS, Psychosocial Hazards, <http://www.ccohs.ca/topics/hazards/psychosocial/>
- 242 CSO, Factores psicosociales, <http://www.cso.go.cr/tematicas/psicosociales.html>
- 243 ANACT, Risques psychosociaux, <http://www.anact.fr/themes/risques-psychosociaux>
- 244 CINDOC-CENSOPAS, <https://censopascindoc.wordpress.com/material-censopas/>
- 245 European Parliament (2013)
- 246 NICE Guidance, Mental health and wellbeing, <http://www.nice.org.uk/guidance/lifestyle-and-wellbeing/mental-health-and-wellbeing>
- 247 Di Tecco et al. (2015)
- 248 DGUV; Lernen und Gesundheit das Schulportal der DGUV, <http://www.dguv-lug.de/845697.php>
- 249 European Parliament (2013)
- 250 Suva; Progrès – La réponse de la Suva sur le développement des troubles de la santé associés au travail, <http://www.suva.ch/fr/startseite-suva/praevention-suva/arbeit-suva/progres-suva.htm#pageindex76581>
- 251 European Social Partners (2008)
- 252 European Parliament (2013)
- 253 European Parliament (2013)
- 254 European Commission (2011)
- 255 European Commission (2011)
- 256 IOE (2012, 2013)
- 257 BUSINESS EUROPE, European campaign on stress and psychosocial risks. Our message, <https://www.busesseurope.eu/sites/buseur/files/media/imported/2015-00197-E.pdf>
- 258 CSR Europe (2009)
- 259 European Commission (2011)
- 260 IBEC (2012)
- 261 ITUC (2010)
- 262 WFTU, The health and safety of workers in our time; 16th World Trade Union Congress, 6-10 April 2011, [http://www.wftucentral.org/download/wftu_congress-documents_health-and-safety_2011_en_esp_fr_ar\(2\).pdf](http://www.wftucentral.org/download/wftu_congress-documents_health-and-safety_2011_en_esp_fr_ar(2).pdf)
- 263 UNI Global Union (2010)
- 264 UNI Work Life Management Fortnight ; http://www.uniworklifemanagement.org/?page_id=2
- 265 ITF Seafarers; <http://www.itfseafarers.org/ITI-health.cfm>
- 266 ITUC; Workers' health and safety to be addressed by G20; <http://www.ituc-csi.org/workers-health-and-safety-to-be>
- 267 ITUC Africa (2013)
- 268 ITUC Africa, Communiqué du Conseil Général de la CSI-Afrique sur les questions d'égalité entre les hommes et les femmes, <http://www.ituc-africa.org/Communique-du-Conseil-General-de.html?lang=fr>
- 269 ETUC (2004, 2007)
- 270 ETUC, Action Programme 2015-2019, https://www.etuc.org/sites/www.etuc.org/files/other/files/20151007_action_programme_en-consolidated_0.pdf
- 271 ETUI, Stress, Harassment and Violence; <http://www.etui.org/Topics/Health-Safety/Stress-harassment-and-violence>
- 272 DGB (2015)
- 273 European Parliament (2013)
- 274 ICOH (2014)
- 275 ISO (2004)
- 276 Bustos Villar et al.(2015)
- 277 AESAN-OSHNET; Stress management program in workplace; http://www.aseanoshnet.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=125:stress-management-program-in-workplace
- 278 Constitution of the Asia Pacific Academy for Psychosocial Factors at Work, http://icg-ohp.weebly.com/uploads/1/1/0/2/11022736/constitution_of_the_asia_pacific_academy_for_psychosocial_factor_at_work_-_final_-_06122013.pdf
- 279 EAOHP; <http://www.eaohp.org/>
- 280 ENETOSH; http://www.enetosh.net/webcom/show_article.php/_c-178/_lkm-150/i.html
- 281 ENMHP; <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=portal.en.about>
- 282 ENWHP; Work in tune with life; <http://www.enwhp.org/enwhp-initiatives/8th-initiative-work-in-tune-with-life.html>
- 283 PEROSH; Psychosocial well-being in a sustainable working organisation; <http://www.perosh.eu/research-priorities/psychosocial-well-being-in-a-sustainable-working-organisation/>
- 284 PEROSH; Well Being and Work; <http://www.perosh.eu/research-projects/perosh-projects/well-being-and-work/>