



INSPECȚIA MUNCII

STRESUL PROFESIONAL



O PROVOCARE COLECTIVĂ

ZIUA INTERNAȚIONALĂ A SECURITĂȚII ȘI SĂNĂTĂȚII ÎN MUNCĂ

28 APRILIE 2016



București, 2016



STRESUL PROFESIONAL: O provocare colectivă



ZIUA INTERNAȚIONALĂ A SECURITĂȚII ȘI SĂNĂTĂȚII ÎN MUNCĂ
28 APRILIE 2016

București, 2016

Ediția originală a lucrării a fost publicată de Biroul Internațional al Muncii, la Geneva, sub titlul “Workplace Stress: a collective challenge. World Day for Safety and Health at Work: 28 April 2016”

Copyright original English edition © 2016 International Labour Organisation

Copyright pentru traducerea în limba română © 2016 Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice – Inspekția Muncii.

Tradus și reprodus cu permisiune.

ISBN: 978-973-0-21827-5

Denumirile utilizate în publicațiile OIM care sunt în conformitate cu practica Națiunilor Unite și prezentarea materialelor nu implică exprimarea vreunei opinii de orice fel din partea Biroului Internațional al Muncii cu privire la statutul juridic al oricărei țări, regiuni sau teritoriu, sau al autorităților sale, sau cu privire la delimitarea frontierelor sale.

Responsabilitatea pentru opiniile exprimate în articole, studii și alte contribuții aparține exclusiv autorilor, iar publicarea lor nu constituie o susținere de către Biroul Internațional al Muncii a opiniilor exprimate în acestea.

Referințele la denumirile de firme, produse și procese comerciale nu implică aprobarea lor de către Biroul Internațional al Muncii, iar orice lipsă în menționarea unei anumite firme, produs sau proces comercial nu reprezintă un semn de dezaprobare.

CUPRINS



INTRODUCERE	2
1. CE ESTE STRESUL PROFESIONAL?	2
CAUZE	2
PROTECȚIA SĂNĂȚĂII PSIHICE ÎN MUNCĂ	4
2. CARE ESTE IMPACTUL STRESULUI ASUPRA POLULAȚIEI OCUPATE?	5
AMPLOAREA PROBLEMEI	5
IMPACTUL ASUPRA SĂNĂȚĂII, SECURITĂȚII ȘI STĂRII DE BINE A LUCRĂTORILOR	6
PREVALENȚA	7
DIMENSIUNEA PROBLEMEI DIN PERSPECTIVA DE GEN	9
IMPACTUL STRESULUI PROFESIONAL ȘI AL TULBURĂRILOR PSIHICE ASOCIATE ASUPRA PRODUCTIVITĂȚII ȘI COSTURILOR ECONOMICE	9
3. CARE ESTE CADRUL LEGAL PRIVIND STRESUL PROFESIONAL ȘI SĂNĂTATEA PSIHICĂ ÎN MUNCĂ?	11
STANDARDE DE MUNCĂ INTERNAȚIONALE	11
STANDARDE REGIONALE	11
LEGISLAȚIE NAȚIONALĂ	12
INCLUDEREA STRESULUI PROFESIONAL ȘI A TULBURĂRILOR PSIHICE ÎN LISTELE NAȚIONALE DE BOLI PROFESIONALE	14
STANDARDE TEHNICE NERESTRICTIVE DE MANAGEMENT ȘI PREVENIRE A RISCURILOR PSIHOSOCIALE	14
ACORDURI ALE PARTENERILOR SOCIALI	15
INSPECȚIA MUNCII	15
4. STRATEGII DE MANAGEMENT ȘI PREVENIRE A PERICOLELOR ȘI RISCURILOR PSIHOSOCIALE	17
ORGANIZAȚII INTERNAȚIONALE	17
ORGANIZAȚII ȘI INSTITUȚII REGIONALE	18
STRATEGII ȘI INIȚIATIVE NAȚIONALE	19
IMPLICAREA PARTENERILOR SOCIALI	23
CONTRIBUȚIA ASOCIAȚIILOR ȘI A REȚELELOR PROFESIONALE	25
5. TENDINȚE GLOBALE ȘI ANTICIPAREA DE SCENARII VIITOARE	26
SONDAJ DE OPINIE A SPECIALIȘTILOR	26
ANTICIPARE DE SCENARII VIITOARE	28
REZULTATE ȘI TENDINȚE GLOBALE	29
6. DE CE ESTE NECESARĂ O ABORDARE COLECTIVĂ PENTRU PREVENIREA ȘI IDENTIFICAREA CAUZELOR STRESULUI PROFESIONAL?	30
CONCLUZII	32
REFERINȚE	33
ANEXA 1. EVALUARE ȘI INSTRUMENTE DE INTERVENȚIE	36
ANEXA 2. TENDINȚE GLOBALE ȘI ANTICIPAREA DE SCENARII VIITOARE	42
BIBLIOGRAFIE	49

INTRODUCERE

Acest raport își propune să prezinte tendințele privind stresul profesional atât în țări dezvoltate cât și în țări în curs de dezvoltare în vederea creșterii gradului de conștientizare privind amploarea problemei în noul context al universului muncii. În acest scop, acesta oferă o imagine de ansamblu interregională a prevalenței și impactul stresului profesional, și examinează legislația, politicile și intervențiile pentru managementul său la nivel internațional, regional, național și la nivelul locului de muncă. Printr-un sondaj Delphi se identifică în continuare și se evaluează scenariile viitoare și factorii care contribuie în acest domeniu. Rezultatele acestui studiu vor fi, de asemenea, utilizate în susținerea constituenților OIM (en.: ILO) pentru a acționa în acest domeniu la nivel de întreprindere și la nivel național.

Focalizarea pe studiul stresului în universul muncii a luat amploare începând cu anii 1990, în special, cu privire la impactul stresului profesional asupra sănătății lucrătorilor și la gestionarea acestuia. În rândul cercetătorilor și decidenților de politici a existat o preocupare crescândă privind efectele pericolelor și riscurilor psihosociale și a stresului profesional. Practica de securitate și sănătate în muncă (SSM) s-a extins dincolo de domeniul său tradițional pentru a integra medicina comportamentală, psihologia sănătății ocupaționale și starea de bine socială, recunoscând astfel nevoia oamenilor de a desfășura o viață productivă din punct de vedere social și economic.

Lucrătorii de azi din întreaga lume se confruntă cu schimbări semnificative în organizarea muncii și în relațiile de muncă; aceștia sunt supuși unei presiuni mai mari pentru a face față cerințelor vieții profesionale moderne. Odată cu ritmul de muncă dictat de comunicări instantanee și niveluri ridicate ale concurenței mondiale, liniile care separă munca de viață, devin din ce în ce mai dificil de identificat.

Riscurile psihosociale, cum ar fi creșterea concurenței, așteptări mai mari legate de performanță și mai multe ore suplimentare, toate acestea contribuie la un mediu de muncă tot mai stresant. În plus, din cauza recesiunii economice actuale, care face să crească ritmul schimbării organizaționale și al restructurării, lucrătorii se confruntă tot mai mult cu muncă nesigură, cu oportunități reduse de muncă, teama de a-și pierde locul de muncă, disponibilizări masive, șomaj și scăderea stabilității financiare, cu consecințe grave asupra sănătății psihice și a stării lor de bine. În prezent, stresul profesional este recunoscut, în general, ca fiind o problemă globală care afectează toate profesiile și toți lucrătorii, atât din țările dezvoltate cât și din cele în curs de dezvoltare. În acest context complex, locul de muncă este în același timp o sursă importantă de riscuri psihosociale și locul ideal pentru abordarea lor în vederea protecției sănătății și stării de bine a lucrătorilor prin măsuri colective.

Există un principiu universal conform căruia oamenii au dreptul la cele mai înalte standarde de sănătate posibile. Fără sănătate în muncă o persoană nu poate aduce contribuții societății și nu atinge starea de bine. Dacă sănătatea în muncă este amenințată, nu există nicio susținere pentru productivitatea forței de muncă și dezvoltare socio-economică. Povara sănătății psihice este extrem de importantă pentru universul muncii. Aceasta are un impact semnificativ asupra stării de bine a oamenilor, reducând perspectivele de angajare și salariile, cu efect dăunător asupra veniturilor familiilor și a productivității întreprinderilor provocând pentru economie costuri mari directe și indirecte.

1. CE ESTE STRESUL PROFESIONAL?

Astăzi, termenul de „stres” este folosit în numeroase moduri, descriind totul de la senzația de rău dimineața până la anxietate care duce la depresie. Printre anumite grupuri științifice are atât conotații negative, cât și pozitive. În contextul acestui raport, stresul va fi considerat ca având un impact negativ și va fi abordat în cadrul locului de muncă. Stresul nu este o afectare a sănătății, dar este primul semn de răspuns dăunător fizic și emoțional.

Definiția stresului și terminologia care se referă la riscuri și pericole psihosociale s-au schimbat de-a lungul anilor. Termenul de „stres” a fost folosit pentru prima dată de Hans Selye în 1936 pentru a defini stresul în termeni biologici ca „răspuns nespecific al organismului la orice cerință de schimbare”.¹ Cercetările sale au condus la studiul stresului prin funcțiile creierului. De asemenea, el a definit „stresorii” ca evenimente care declanșează un răspuns fiziologic și psihologic în organism, cu scopul de a distinge stimulul de răspuns.² În acest context, un stresor poate fi un agent biologic, factor de mediu, stimul extern sau un eveniment. Stresul poate defini o condiție negativă sau pozitivă care răspunde la un stresor și care poate avea un impact asupra sănătății fizice sau psihice și a stării de bine a unei persoane.¹ Astăzi sănătatea este recunoscută ca fiind o combinație de factori biologici, psihologici (gânduri, emoții și comportamente) și sociali (socio-economic, socio-ambiental și cultural).³

Pentru OIM stresul este răspunsul fizic și emoțional dăunător, cauzat de un dezechilibru între cerințele și resursele percepute și abilitățile indivizilor de a face față acestor cerințe. Stresul profesional este determinat de organizarea muncii, proiectarea muncii și relațiile de muncă și se instalează atunci când cerințele postului nu se potrivesc sau depășesc capacitățile, resursele sau nevoile lucrătorului, sau atunci când cunoștințele sau abilitățile unui lucrător sau ale unui grup nu se potrivesc cu așteptările culturii organizaționale ale unei întreprinderi.⁴

CAUZE

Factorii de la locul de muncă care pot produce stres sunt numiți pericole psihosociale. În 1984, OIM a definit factorii psihosociale (pericole) ca fiind „interacțiunile între mediul de muncă, atribuțiile postului, condițiile organizaționale și capacitățile lucrătorilor, nevoi, cultură, considerații personale extraprofesionale care pot influența, prin percepții și experiențe, sănătatea, performanța în muncă și satisfacția muncii”. Această definiție a subliniat interacțiunea dinamică dintre mediul de muncă și factorii umani. O interacțiune negativă între condițiile de muncă și factorii umani poate duce la tulburări emoționale, probleme comportamentale, modificări neurohormonale și biochimice, care prezintă riscuri suplimentare pentru sănătatea psihică sau fizică. Dimpotrivă, atunci când condițiile de muncă și factorii umani sunt în echilibru, munca dă un sentiment de deținere a controlului și încredere în sine; crește motivația, capacitatea de muncă și satisfacția și se îmbunătățește sănătatea.⁵

¹ Levi (1971,1976) a fost primul care a sesizat diferența dintre stresul pozitiv și cel negativ și le-a legat de mediul de muncă. Selye a definit „stresul pozitiv” ca eustres opus distresului. Eustresul se referă la răspunsul pozitiv al unui individ la un stresor, care depinde de stările personale de control, oportunitate, localizare și sincronizare cu stresorul (Seyle,1974).

TABELUL 1 ■ CARACTERISTICI STRESANTE ALE MUNCII (PERICOLE PSIHOsocIALE)

CATEGORIA	CONDIȚII CARE DEFINESC PERICOLUL
CONȚINUTUL MUNCII	
Mediu de muncă și echipament de muncă	Probleme privind fiabilitatea, disponibilitatea, compatibilitatea și întreținerea sau repararea echipamentelor și a dotărilor.
Sarcină de muncă - descriere	Lipsa varietății sau a ciclurilor de muncă scurte, muncă fragmentată sau lipsită de sens, nefolosirea competențelor, grad ridicat de incertitudine.
Volum de muncă /ritm	Suprasarcină sau subsarcină de muncă, lipsă de control al ritmului de muncă, nivel ridicat de presiune a timpului.
Program de muncă	Muncă în schimburi, program de lucru inflexibil, ore suplimentare neprevăzute, program prelungit și muncă izolată.
CONTEXTUL MUNCII	
Cultură și funcții organizaționale	Comunicare slabă, susținere slabă pentru rezolvarea problemelor și dezvoltare personală, lipsa definirii obiectivelor organizaționale.
Rol în organizație	Conflictul de rol și ambiguitatea rolului, responsabilitate față de oameni.
Dezvoltarea carierei	Stagnarea carierei și incertitudine, subpromovare sau suprapromovare, salarizare slabă, nesiguranța locului de muncă, valoare socială scăzută a muncii.
Latitudine decizională /control	Slaba participare la procesul decizional, lipsa de control al muncii (controlul, în special, sub formă de participare, este, de asemenea, o funcție de context și un aspect organizațional mai larg)
Relații interpersonale în muncă	Izolare fizică sau socială, relații slabe cu superiorii, conflict interpersonal, lipsă suport social.
Interfața muncă - acasă	Solicitări conflictuale la muncă și acasă, susținere slabă acasă, probleme ale dublei cariere.

Sursa: Cox et al, 2000

Termenul a evoluat de-a lungul anilor, de la stresori, factori de stres, la factori psihosociale, pericole sau riscuri psihosociale.^{II} Termenii de „pericole psihosociale” și „riscuri psihosociale” sunt uneori substituibili în literatura de specialitate.^{III} Unii experți sunt de acord cu definirea pericolelor psihosociale ca fiind acele aspecte ale proiectării și managementului muncii și contextele sale sociale și organizaționale care au potențialul de a provoca daune fizice sau psihologice. Astăzi există un consens rezonabil în comunitatea științifică, în ceea ce privește natura riscurilor psihosociale; cu toate acestea, trebuie remarcat faptul că noile forme de muncă și mediul de muncă în schimbare dau naștere unor noi pericole; și, prin urmare, definiția riscurilor psihosociale mai poate evolua.⁶ Cox a identificat zece tipuri de caracteristici stresante ale muncii (pericole psihosociale), care sunt împărțite în două grupe: „conținutul muncii” și „contextul muncii”.⁷ A se vedea Tabelul 1.

CONȚINUTUL MUNCII

Primul grup, „conținutul muncii”, se referă la riscurile psihosociale legate de condițiile de muncă și organizarea muncii. Impactul sarcinii de muncă asupra sănătății lucrătorilor a fost unul dintre primele aspecte ale muncii care trebuia studiat. Atât sarcina de muncă cantitativă (volumul de muncă care urmează să fie realizat) și sarcina de muncă calitativă (dificultatea muncii) au fost asociate cu stresul. Sarcina de muncă trebuie analizată împreună cu ritmul de muncă, aceasta însemnând viteza cu care trebuie desfășurată munca și natura și controlul cerințelor de ritm (autosisteme sau mașini prevăzute cu un ritm de lucru). Conținutul muncii (sau descrierea sarcinii de muncă) include mai multe aspecte care sunt periculoase, cum ar fi: valoarea scăzută a muncii, utilizarea redusă a aptitudinilor, lipsa de varietate a activităților și repetitivitatea în muncă, incertitudinea, lipsa oportunității de a învăța, solicitări mari ale atenției, cereri conflictuale și resurse insuficiente. Incertitudinea poate fi exprimată în diferite moduri, inclusiv lipsa unui feedback de performanță, incertitudinea privind comportamentul dezirabil (ambiguitatea rolului) și incertitudinea privind viitorul (nesiguranța locului de muncă).⁸

Referitor la programul de lucru, o mare parte din literatura de specialitate se concentrează pe munca în schimburi, munca de noapte și ore suplimentare. Acești factori sunt asociați cu tulburările de bioritm circadian, durata și calitatea redusă a somnului în timpul zilei și solicitările conflictuale muncă - acasă, care contribuie la creșterea nivelului de stres și a oboselei. În cele din urmă, o serie de studii au investigat efectele pericolelor fizice asupra stresului. În general, dovezile sugerează că niște condiții precare de muncă fizică și mediu, inclusiv configurația locului de muncă și expunerea la agenți periculoși, pot afecta atât rezistența lucrătorilor la stres cât și sănătatea lor fizică și psihologică.⁹

CONTEXTUL MUNCII

Al doilea grup „contextul muncii”, se referă la riscurile psihosociale în organizarea muncii și a relațiilor de muncă, cum ar fi funcția și cultura organizațională, rolul în întreprindere, dezvoltarea carierei, latitudinea dezonală și controlul, interfața acasă - muncă și relațiile interpersonale la muncă. Aspectele de cultură și funcție organizațională sunt deosebit de importante: organizația ca mediu de performanță a activității, ca mediu de rezolvare a problemelor, și ca un mediu de dezvoltare. Dovezile disponibile sugerează că în cazul în care organizația este percepută ca fiind precară în legătură cu aceste aspecte, atunci acest lucru este probabil să fie asociat cu nivelul crescute de stres.¹⁰ Au fost identificate unele aspecte periculoase ale rolurilor organizaționale, inclusiv ambiguitatea rolului și conflictul de rol, suprasarcina rolului, insuficiența rolului și responsabilitatea față de alte persoane.¹¹ Insuficiența rolului (atunci când abilitățile individuale și formarea nu sunt utilizate pe deplin) este, de asemenea, asociat cu un nivel scăzut al satisfacției profesionale și al implicării organizaționale.¹² Au fost identificate 4 surse de situații periculoase legate de dezvoltarea carierei, și anume: fuziuni și achiziții; reduceri de personal și buget; ambiguitate și nesiguranță în ceea ce privește viitorul carierei unei persoane; și blocajul profesional.¹³ Participarea la luarea deciziilor și la control sunt aspecte pozitive importante ale proiectării și organizării muncii.

Conform modelului teoretic elaborat de Karasek și colegii,^{IV} participarea la luarea deciziilor moderează efectele stresante ale

^{II} Stresul a fost definit, de asemenea, în mod eronat ca fiind un risc psihosocial în loc de unul dintre consecințele acestuia.

^{III} Ca și în disciplina de SSM, pericolul este proprietatea intrinsecă sau capacitatea potențială a unui agent, proces sau situație (inclusiv mediul de muncă, organizarea muncii și metodele de lucru cu rezultate organizaționale negative) de a provoca efecte nocive sau nefavorabile asupra sănătății în muncă. Riscul este combinația dintre probabilitatea unui eveniment periculos și gravitatea afectării sănătății unui lucrător cauzată de acest eveniment. Relația dintre pericol și risc este expunerea fie imediată fie pe termen lung. În acest context, sunt incluse atât rezultatele fizice cât și psihologice. În sensul prezentului raport, riscul este probabilitatea ca o persoană să fie vătămată sau să suporte efecte nefavorabile asupra sănătății în cazul în care este expusă la un risc psihosocial.

^{IV} Robert Karasek a proiectat modelul Cerințele postului - Control - Susținere (En: JDCS), un model de management al constrângerilor postului. Acest model prevede că din interacțiunea cerințelor muncii și a latitudinii decizionale rezultă constrângerile psihice.

TABELUL 2 ■ MASURI COLECTIVE LA LOCUL DE MUNCA PENTRU A PREVENI STRESUL PROFESIONAL

Control	asigurarea nivelurilor adecvate de personal acordarea dreptului lucrătorilor de a-și spune cuvântul despre modul în care activitatea lor trebuie să fie efectuată
Sarcina de muncă	evaluarea periodică a cerințele de timp și stabilirea unor termene rezonabile asigurarea că orele de lucru sunt previzibile și rezonabile
Suștinere socială	asigurarea contactului social între lucrători menținerea unui loc de muncă lipsit de violență fizică și psihologică menținerea unor relații de sprijin între conducătorii locurilor de muncă și lucrători asigurarea unei infrastructuri în care personalul de conducere își asumă responsabilitatea față de ceilalți lucrători și există un nivel adecvat de contact încurajarea lucrătorilor de a discuta despre orice cerințe conflictuale muncă - acasă consolidarea motivației prin evidențierea aspectelor pozitive și utile ale muncii
Compatibilitatea postului cu lucrătorul	compatibilitatea postului cu aptitudinile fizice și psihologice ale lucrătorilor atribuirea sarcinilor în funcție de experiență și competență asigurarea unei utilizări corecte a aptitudinilor
Formare și educație	furnizarea de instruire corespunzătoare pentru a asigura compatibilitatea aptitudinilor lucrătorului cu munca furnizarea de informații despre riscuri psihosociale și stres profesional și cum se face prevenirea lor
Transparență și corectitudine	asigurarea că sarcinile sunt clar definite atribuirea de roluri clare, evitând conflictul de rol și ambiguitatea rolului asigurarea siguranței locului de muncă în măsura în care este posibil oferirea unui salariu adecvat pentru munca prestată asigurarea transparenței și echității în cadrul procedurilor de soluționare a reclamațiilor
Mediul de muncă fizic	asigurarea unui echipament adecvat și nivel corespunzător de iluminare, calitate a aerului, zgomot evitarea expunerii la agenți periculoși luarea în considerare a aspectelor ergonomice pentru a limita stresul lucrătorilor

Sursa: OIM (2012b)

cerințelor postului și conduce la o reducere a tensiunii psihologice.¹⁴ În general, cercetările indică faptul că mai multe oportunități de participare la luarea deciziilor sunt asociate cu o mai mare satisfacție și un sentiment mai puternic de stimă de sine.¹⁵ Pe termen lung, chiar și grade mici de autonomie în executarea sarcinilor sunt benefice pentru sănătatea psihică și productivitatea lucrătorilor.¹⁶ Legătura dintre muncă și acasă este tot mai mult recunoscută ca o potențială sursă de stres, în special pentru cuplurile cu cariere diferite și pentru cei care se confruntă cu dificultăți financiare sau crize ale vieții.¹⁷ Un echilibru adecvat între viața profesională și cea privată poate fi dificil de realizat, în special, atunci când lucrătorii se confruntă cu ritm rapid și muncă intensă, muncă în schimburi, ore de muncă, tratament lipsit de simpatie din partea conducerii și a colegilor de muncă, precum și lipsă de control asupra conținutului și organizării muncii.¹⁸ Relațiile sociale, atât în interiorul cât și în afara locului de muncă sunt cel mai frecvent considerate ca având un rol de moderare, în timp ce efectele adverse ale expunerii la alte pericole psihosociale sunt mult mai probabile sau mai pronunțate atunci când relațiile oferă sprijin slab.¹⁹ O altă problemă importantă este violența la locul de muncă care poate genera niveluri ridicate de stres.^v

^v OIM definește violența la locul de muncă ca fiind „orice acțiune, incident sau comportament care se abate de la o conduită rațională în care o persoană este agresată, amenințată, vătămată sau accidentată, în cursul sau ca rezultat direct al muncii sale”. Violența fizică se referă la utilizarea forței fizice împotriva altei persoane sau a unui grup care duce la vătămări fizice, sexuale sau psihologice. Aceasta include printre altele: bătaie, lovitură cu piciorul, pâlmuire, înjunghiere, împușcare, împingere, mușcare și ciupire. Violența psihologică (abuzul emoțional) este folosirea intenționată a puterii, inclusiv amenințarea cu forța fizică a unei persoane sau a unui grup, care poate dăuna stării fizice, psihice, spirituale, morale sau sociale a unei persoane sau dezvoltării sale. Aceasta include abuzul verbal, agresiune/intimidare (bullying/mobbing), hărțuire și amenințare. Bullying și mobbing sunt comportamente ofensive și repetate sub forma unor încercări de răzbunare, crude sau malițioase pentru a umili sau discredita un individ sau un grup de lucrători (diferența este că bullying se face de către o singură persoană, în timp ce mobbing se face de către un grup de oameni care încolțesc o singură persoană). S-a scris mult despre diferitele forme de violență în muncă, în special despre hărțuirea psihologică. Acest raport nu intenționează să reflecte bogăția cercetărilor efectuate pe această temă de-a lungul anilor, ci pentru a face referire la acele aspecte strâns legate de scopul acestui raport.

Episoadele de violență pot afecta nu numai victimele, dar și martorii, mai ales în posturi care implică în mare parte munca în echipă și orientare către client.²⁰ Violența poate fi, de asemenea, o consecință a pericolelor psihosociale și a stresului profesional. De exemplu, a fost identificată o serie de factori organizaționali care contribuie la apariția agresiunii, cum ar fi munci stresante, munci monotone, nivel scăzut al controlului, ambiguitatea și conflictul de rol, volum excesiv de muncă, gestionare slabă a conflictelor, precum și schimbări organizaționale.²¹

În Tabelul 2 sunt prezentate exemple de acțiuni colective la locul de muncă pentru a gestiona stresul.

PROTECȚIA SĂNĂTĂȚII PSIHICE ÎN MUNCA

Începând cu anii 1960, a devenit evident că practicile organizaționale și manageriale influențează sănătatea psihică a lucrătorilor și impactul lor variază între organizații.²² Dar preocuparea recentă pentru starea de bine a lucrătorilor, și nu doar pentru capacitatea lor de a fi productivi în organizații, a adus schimbări în practicile de management și de securitate și sănătate în muncă.

Abordările tradiționale de sănătate ocupațională, medicină comportamentală și psihologie organizațională au fost contestate de noile contexte sociale și economice care sugerează căutarea unor noi perspective de comportament organizațional pozitiv în susținerea potențialului de muncă plină de sens și stare de bine. Primele studii privind sănătatea și starea de bine reorientează abordarea departe de modul în care bolile psihice existente înainte au afectat eficiența organizațională spre o înțelegere a efectelor muncii asupra sănătății

2. CARE ESTE IMPACTUL STRESULUI ASUPRA POPULAȚIEI OCUPATE ?

psihice, atât pozitive, cât și negative.²³ De exemplu, în multe studii ambiguitatea rolului, conflictul de rol, suprasarcina (cantitativă și calitativă), retragerea, scăderea încrederii în sine, satisfacția redusă a muncii și starea tensionată la muncă au fost identificate ca fiind legate de stres. Cu toate acestea, relațiile interpersonale și sprijinul social, precum și factorii de personalitate pot modera impactul acestora.²⁴

În prevenirea bolilor cronice netransmisibile cercetarea bazată pe dovezi a stimulat pe cei care fac politicile de sănătate să descopere influențele nu numai în comportamentele individuale și modurile de viață, ci și în inegalitățile social-economice și de sănătate și în condițiile de muncă și, în special, în cerințele muncii; exemple fiind modelul tensiunilor de la muncă²⁵ și modelul instabilității efort-recompensă.²⁶ Aceste studii au arătat beneficiile nivelurilor mici de autonomie pe termen lung în executarea sarcinilor, pentru sănătatea psihică și productivitatea lucrătorilor.²⁷

Caracterul actual al muncii a adus o schimbare în focalizarea cercetării mai mult pe sănătate și satisfacția muncii, managementul performanței, eficiența organizațională, nesiguranța locului de muncă și șomaj, *prezenteism* (prezența unui bolnav la muncă deși ar trebui să fie în concediu medical) și *absenteism* (absența de la programul de lucru), diversitate culturală și schimbări tehnologice crescute. O mai mare atenție a fost, de asemenea, acordată asigurării sănătății psihice a lucrătorilor, aspectelor pozitive ale sănătății și ale stării de bine, precum și factorilor organizaționali implicați în îmbunătățirea acestora.^{vi} Prin urmare, studiile contemporane au arătat importanța mediului social în modelarea comportamentelor la muncă și valorificarea acestora și, prin urmare, rolul politicilor de resurse umane în asigurarea relațiilor de muncă bazate pe încredere, autenticitate și parteneriat.²⁸

Din perspectiva OIM, protecția sănătății psihice în muncă are un impact mai mare în cazul în care se concentrează pe strategii de prevenire. Măsurile de promovare a sănătății la locul de muncă și a sănătății ocupaționale pot contribui la îmbunătățirea sănătății psihice și a stării de bine a femeilor și bărbaților la muncă și la reducerea riscului de tulburări psihice. Acest lucru presupune o practică de asigurare a sănătății în muncă, care implică protejarea sănătății lucrătorilor prin evaluarea și managementul riscurilor psihosociale pentru prevenirea stresului profesional și a bolilor psihice legate de muncă.

Această secțiune se bazează pe o evaluare a prevalenței stresului profesional în rândul populației ocupate în diferite țări. Aceasta sintetizează, de asemenea, impactul asupra sănătății, securității și stării de bine a lucrătorilor, precum și influența sa asupra întreprinderii și productivității sale.

AMPLOAREA PROBLEMEI

În ultimele decenii, globalizarea și progresul tehnologic au transformat universul muncii, introducând unor noi forme de organizare a muncii, relații de muncă și forme de angajare și contribuind la creșterea stresului profesional și a tulburărilor asociate. Globalizarea a creat noi oportunități importante pentru dezvoltarea economică dar, a creat și pericolul unor procese competitive la nivel mondial, exercitând presiune asupra condițiilor de muncă și a respectării drepturilor fundamentale.²⁹ Globalizarea a dus la schimbări ale formelor de angajare printr-o mai mare flexibilitate în procesul de muncă, mai multe contracte de muncă cu fracțiuni de normă, muncă temporară și muncă independentă.³⁰ Aceste practici pot duce la creșteri ale cerințelor muncii și ale nesiguranței locului de muncă, la nivel mai scăzut de control al muncii și risc crescut de disponibilizări ale lucrătorilor.³¹ Progresul tehnologic și apariția internetului au adus la multe schimbări și inovații în procesele de muncă, făcând mult mai greu de identificat granițele dintre muncă și viața personală. Lucrătorii ar putea simți că stând conectați mai mult timp și răspunzând rapid acesta este un semn de performanță bună, continuând, în practică, să-și facă treaba la domiciliu și în afara orelor de program.³² Incompatibilitatea dintre rolurile de la muncă și din familie care provoacă conflicte de muncă cauzate de comportament, timp și tensiune pot face dificil sau imposibil de îndeplinit rolurile în familie, și *vice-versa*.³³

Recenta criză și recesiune economică mondială au contribuit la creșterea șomajului, sărăciei și a excluziunii sociale. Consecințele lor au forțat multe întreprinderi să-și reducă activitatea economică, cu scopul de a rămâne competitive, cu un impuls în procesul de restructurare, reducere de personal, fuziune, externalizare și subcontractare și disponibilizări masive. Procesele de restructurare se extind dincolo de efectele concedierilor. Schimbările organizaționale provoacă incertitudine și antagonisme și lucrătorii care supraviețuiesc reducerilor de personal pot avea sentimente de vinovăție față de colegii lor disponibilizați. În afară de teama de a pierde locul de muncă lucrătorii trebuie, de asemenea, să accepte oportunități reduse de avansare. În plus, cei care au rămas angajați pot fi obligați să fie mai flexibili și să efectueze sarcini noi, confruntându-se cu creșteri ale volumului de muncă și ore suplimentare, cu lipsa controlului și ambiguitatea rolului.³⁴ Dovezile din crizele anterioare au arătat că restructurarea și schimbările organizaționale de-a lungul unei astfel de perioade duc la scăderea atenției în gestionarea riscurilor profesionale, sub presiunea indusă de reducerea necesară a costurilor. Întrucât securitatea și sănătatea în muncă este încă percepută de multe întreprinderi ca un cost, mai degrabă decât o investiție, unele dintre ele reduc costurile în detrimentul standardelor de SSM. Scăderea cheltuielilor publice compromise, de asemenea, capacitățile inspectoratelor de muncă și a altor servicii de SSM de a-și derula activitatea.³⁵

^{vi} Trebuie remarcat faptul că pionierii în aceste domenii au început să lucreze cu mult timp în urmă dar, această abordare a devenit parte a gândirii dominante mult mai târziu; tendințele care au schimbat focalizarea cercetării la nivel mondial datează din anii 1990, iar cele referitoare la politici din anii 2000.

Munca este esențială pentru sănătatea umană, în măsura în care oamenii preferă condiții de muncă necorespunzătoare în loc de șomaj. Munca nu numai că oferă resurse financiare, dar contribuie și la funcțiile psihologice de bază, cum ar fi organizarea timpului, contacte sociale și identitatea personală.³⁶ Șomajul este legat de scăderea satisfacției vieții, stigmatizarea socială, pierderea respectului de sine și pierderea contactelor sociale, cu consecințe negative asupra sănătății psihice.³⁷ Unele studii au arătat modul în care șomajul impune indivizilor să-și asume roluri noi și dificile, să se confrunte cu nesiguranță și imprezibil și să facă față sentimentelor de pierdere a controlului și a identității.³⁸ Șomajul este, de asemenea, asociat cu un risc crescut de folosire a drogurilor, tulburări cauzate de consumul de alcool, dietă nesănătoasă, lipsă de activitate fizică și somn insuficient.³⁸ Este, de asemenea, asociat cu tulburări de sănătate psihică, cum ar fi depresia și suicidul.³⁹

De-a lungul ultimelor decenii, un număr tot mai mare de dovezi a demonstrat impactul riscurilor psihosociale și a stresului profesional asupra sănătății, securității și stării de bine a lucrătorilor și a performanței organizaționale. Cercetările indică, în mod clar, faptul că este compatibilă relația dintre stresul profesional și tulburările de sănătate psihică. La locul de muncă, rezultatul este creșterea absenteismului și prezenteismului, perturbarea relațiilor de muncă, motivarea redusă a personalului, scăderea satisfacției și a creativității, creșterea fluctuației de personal, a transferurilor interne și a reconversiei profesionale și, în general, o imagine publică mai nefavorabilă. Aceste probleme au un impact considerabil asupra productivității, asupra costurilor directe și indirecte, precum și asupra competitivității întreprinderii.

IMPACTUL ASUPRA SĂNĂTĂȚII, SECURITĂȚII ȘI STĂRII DE BINE A LUCRĂTORILOR

Impactul stresului asupra sănătății poate varia în funcție de răspunsul individual; cu toate acestea, nivelurile ridicate de stres pot contribui la dezvoltarea unor deficiențe legate de sănătate, inclusiv tulburări psihice și comportamentale, cum ar fi: epuizare, anxietate și depresie și alte deficiențe fizice: boli cardiovasculare (ro.: BCV) și afecțiunile musculoscheletice (ro.: AMS). O atenție tot mai mare este acordată impactului comportamentelor deviate asociate, cum ar fi: abuzul de alcool și droguri, fumatul, dieta nesănătoasă, somnul insuficient, precum și legătura lor cu creșterea incidenței accidentelor de muncă și a bolilor netransmisibile (ro.: BNT).

Primele cercetări privind accidentele de muncă au analizat „predispoziția la accidente” a lucrătorilor, cu scopul de a gestiona indicii de frecvență a accidentelor prin intermediul procesului de selecție (adică, excluzând anumiți lucrători). Astăzi numeroase studii sugerează că eroarea umană joacă un rol mic în accidentele de muncă și că un comportament nesigur este motivat de eficiență, presiuni în gestionarea timpului și lipsă de formare, și nu este neapărat din cauza individului.⁴⁰ Un număr tot mai mare de studii investighează asocierea mediului de muncă cu factor slab psihosocial și stres profesional cu un risc crescut al accidentelor de muncă.⁴¹ Experiența cu simptome cognitive sau fizice ale stresului profesional poate crește probabilitatea scăderii atenției de moment, apariției erorilor de judecată sau eșecului în desfășurarea unor activități normale.⁴² Dovezile sugerează, în mod clar, că factorii, cum ar fi: volumul mare de muncă și cerințele mari ale postului, latitudinea decizională scăzută, ascunderea unei calificări precare, lipsa unui sprijin organizațional, conflictele cu conducătorii locului de muncă și colegii sau munca extrem de monotona conduc la un risc mai mare de vătămare într-un accident de muncă.⁴³ Rezultatele indică, de asemenea, că problemele de sănătate psihică (în special, epuizarea) influențează negativ procedurile de lucru în condiții de securitate, crescând probabilitatea unui accident de muncă.⁴⁴

Potrivit unor studii, condițiile de muncă stresante pot avea un impact asupra stării de bine a lucrătorilor, contribuind direct la un comportament dăunător modului de viață, care ar putea spori riscurile pentru sănătate.

Dovezile disponibile arată că riscurile psihosociale (cum ar fi: nesiguranța locului de muncă, control redus, cerințe mari, dezechilibru efort-recompensă) și stresul profesional sunt asociate cu un risc comportamental afectând sănătatea, inclusiv consumul excesiv de alcool, excesul de greutate, exercițiile fizice slabe ca frecvență, fumatul excesiv și tulburările de somn.⁴⁵ Diferite studii se concentrează pe relația dintre riscurile psihosociale și condițiile de muncă și abuzul de alcool, care arată că stresul perceput, volumul de muncă (inclusiv orele suplimentare), dezechilibrul efort-recompensă și hărțuirea la locul de muncă sunt factori determinanți care duc la abuzul de alcool.⁴⁶ Diferențele de expunere la riscuri psihosociale dintre bărbați și femei prezintă efecte diferite care duc la consumul de tutun: tensiunea mare legată de muncă, presiunea muncii și orele suplimentare sunt asociate cu fumatul la bărbați, în timp ce pentru femei, principalele riscuri psihosociale legate de fumat sunt cerințele ridicate (atât psihice cât și fizice) și dezechilibrul efort-recompensă.⁴⁷ Impactul unor astfel de modele comportamentale nesănătoase este evident, întrucât în fiecare an, în jur de 6 milioane de decese sunt cauzate de tutun și peste 3 milioane sunt cauzate de consumul de alcool.⁴⁸ Mai mult decât atât, alimentația dezechilibrată și activitatea fizică insuficientă sunt principalele cauze ale obezității și sunt factorii cheie de risc pentru BNT, cum ar fi: bolile cardiovasculare, cancerul și diabetul.⁴⁹ Prin urmare, reducerea factorilor legați de muncă asociați cu moduri de viață nesănătoase și a BNT contribuie la starea generală de sănătate și starea de bine a populației. Diferite studii axate pe tulburări de somn arată o relație bidirecțională între tulburările de somn și riscurile psihosociale legate de muncă (incluzând tensiunea muncii, nivel ridicat al cerințelor, nivel scăzut de control, nivel scăzut de sprijin social, ore suplimentare și muncă în schimburi, și dezechilibru efort-recompensă).⁵⁰

Boala cardiovasculară este prima cauză de deces la nivel global^{VIII} cu o valoare estimată de 17,5 milioane de decese în 2012 (31% din totalul deceselor la nivel mondial).⁵¹ Procentul de boli cardiace coronariene variază în funcție de ocupații, ceea ce sugerează că, rolul causal este atribuit condițiilor de muncă.⁵² Majoritatea de aproximativ 30 de rapoarte rezultate din studii de anvergură furnizează dovezi ale riscului crescut de accidente cardiovasculare (mai ales coronariene) mortale sau nemortale printre acelea care înregistrează stres profesional.⁵³ În general, riscurile sunt cu cel puțin 50% mai mari în rândul celor care suferă de stres profesional, în comparație cu cei care nu au stres la muncă. Chiar dacă dovezile disponibile sprijină o corelație între stresul profesional și BCV,⁵⁴ doar câteva studii au indicat o cale directă între tensiunea la muncă și bolile de inimă, care includ: creșterea activității sistemului nervos autonom (de ex., creșterea frecvenței bătăilor inimii), creșterea presiunii sângelui cu un risc crescut de hipertensiune arterială, valori crescute de catecolamine și cortizol, scăderea activității fibrinolitice și predispoziție la tromboză, și creșterea masei ventriculului stâng.⁵⁵ Diferite tipuri de studii epidemiologice de înaltă calitate demonstrează o asociere pozitivă între riscurile psihosociale în muncă și BCV.⁵⁶ Constatările sunt consecvente în toate regiunile ceea ce indică o relație între expunerea la un mediu de muncă cu slabi factori psihosociale (de asemenea, mediată de un comportament negativ asupra sănătății) și bolile de inimă. Factorii cheie de risc psihosocial includ: cerințele postului, control redus al muncii, nivel slab de susținere, dezechilibru efort-recompensă, nesiguranța locului de muncă și lipsa de satisfacție a muncii.⁵⁷ Organizarea timpului de muncă, inclusiv orele suplimentare și munca în schimburi au fost, de asemenea, dovedite ca fiind asociate cu o incidență crescută a BCV.⁵⁸

Afecțiunilor musculoscheletice li se acordă o mare atenție iar cercetarea în domeniul SSM este focalizată pe AMS, care este în parte din cauza nivelurilor ridicate de prevalență și a costurilor asociate. AMS sunt cele mai comune cauze ale durerii severe pe termen lung și ale dizabilității fizice și ele afectează sute de milioane de oameni din întreaga lume. Rolul factorilor psihosociale și a stresului profesional în instalarea AMS a primit o atenție sporită. Într-adevăr, o serie de studii epidemiologice au fost efectuate în diferite sectoare (de la munca de birou la munca manuală), care arată în mod repetat legăturile dintre

^{VII} Pionierul acestui tip de cercetare a fost Warr (1999).

^{VIII} BCV reprezintă un grup de tulburări ale inimii și vaselor sanguine. Acestea includ boli de inimă coronariene; boli cerebrovasculare; boala arterială periferică; tromboză venoasă profundă și embolie pulmonară; și bolile de inimă reumatice și congenitale. Atacuri de cord și accidente vasculare cerebrale sunt de obicei evenimente grave, în special, din cauza unei obstrucții prevenind scurgerea sângelui la nivelul inimii sau creierului.

factorii psihosociale profesionale și AMS. În general, este evident că incidența AMS este asociată cu niveluri ridicate de stres, volum mare de muncă și cerințe mari, sprijin social redus, control redus al muncii, satisfacție mică a muncii și muncă monotona.⁵⁹ Dezechilibrul efort-recompensă și dificultățile de comunicare cu colegii și conducătorii locurilor de muncă, precum și violența la locul de muncă (în special, hărțuire, agresiune și intimidare) s-au dovedit a fi asociate cu AMS.⁶⁰

Epuizarea este o stare de epuizare fizică, emoțională și psihică care rezultă din implicarea pe termen lung în situații de muncă cu solicitare emoțională.⁶¹ Sindromul Burnout poate fi descris ca un răspuns prelungit la expunerea cronică la riscuri psihosociale interpersonale și emoționale la locul de muncă.^{IX} Acesta este caracterizat prin epuizare emoțională, cinism (negativ, dezumanizat și atitudini lipsite de sensibilitate față de persoanele care sunt beneficiarii serviciilor), depersonalizare, lipsa de implicare în muncă, nivel scăzut de realizare personală și ineficiență.⁶² Epuizarea poate apărea atunci când există o deconectare între organizație și individ cu privire la principalele domenii ale vieții profesionale: valori, corectitudine, comunitate, recompensă, control și sarcină de muncă.⁶³ Epuizarea este, în principal, rezultatul următorilor factori psihosociale: volum mare de muncă sau imposibil de gestionat (solicitări cantitative și emoționale), ambiguitatea rolului, schimbările organizaționale, nivel redus de satisfacție a muncii și realizare personală, dezechilibru dintre viața profesională și personală, puține relații interpersonale și sprijin slab în muncă, și violența la locul de muncă, inclusiv hărțuirea și agresiunea.⁶⁴ Dureri de cap, insomnie, tulburări de somn și alimentație, oboseală și iritabilitate, instabilitate emoțională și rigiditate în relațiile sociale sunt unele simptome nespecifice asociate sindromului Burnout - epuizare.⁶⁵ Epuizarea a fost, de asemenea, asociată cu alcoolism și probleme de sănătate, cum ar fi hipertensiunea și infarctul miocardic.⁶⁶ Alte efecte pot fi energie scăzută, tulburări de somn și neurovegetative și tulburări funcționale.⁶⁷

Incidența epuizării și recunoașterea sa au crescut considerabil în ultimii ani și numeroase studii au fost efectuate în multe țări pentru a examina cauzele sale identificând stresul ca fiind cea mai importantă dintre cauze.⁶⁸ În plus, un număr tot mai mare de studii arată că sexul feminin este asociat cu creșterea riscului de epuizare.⁶⁹ Acest lucru poate fi explicat prin faptul că diferiți factori psihosociale legați de epuizare și stres profesional pot fi mai frecvenți la femei (de exemplu, rolul dublu pe care acestea trebuie să-l îndeplinească acasă și la muncă, rolurile de gen ale societății și influența așteptărilor sociale; riscul de hărțuire sexuală la muncă și violența domestică, precum și discriminarea de gen reflectată în salarii mai mici și cerințe mai mari ale muncii).⁷⁰

De exemplu, în Suedia, un studiu transversal în cadrul proiectului *Monitorizarea tendințelor și determinanților în bolile cardiovasculare* (MONICA, 2010) a raportat că la femei poziția socio-economică slabă este asociată cu epuizarea. Condițiile de muncă nefavorabile și factorii situaționali de viață pot explica nivelul ridicat de epuizare la femeile suedeze față de bărbați.⁷¹

Depresia este o tulburare psihică comună. La nivel global se estimează că afectează 350 de milioane de oameni și este una dintre principalele cauze ale tulburărilor psihice atât la femei cât și la bărbați.⁷² Aceasta se caracterizează prin dispoziție depresivă, pierderea interesului pentru plăcere, energie scăzută, sentimente de vinovăție sau respect de sine scăzut, tulburări de somn sau de poftă de mâncare și slabă concentrare. Aceste probleme pot deveni cronice sau recurente și pot conduce la deficiențe grave în capacitatea de a se îngriji de responsabilitățile zilnice.⁷³ Depresia vine adesea însoțită de simptome de anxietate, care este o emoție caracterizată prin sentimente de tensiune, griji și modificări fizice, cum ar fi creșterea tensiunii arteriale. Persoanele cu tulburări de anxietate, de obicei, au gânduri sau preocupări deranjante recurente, și pot avea simptome fizice, cum ar fi transpirații, tremurături, amețeli sau bătăi rapide ale inimii.⁷⁴ Dintr-o perspectivă globală, depresia este o cauză principală a mortalității premature și a multor ani afectați de tulburări.⁷⁵ Majoritatea rezultatelor dintr-o serie de studii confirmă faptul că riscul de depresie crește de la 1 la 4 ori, în rândul lucrătorilor care se confruntă cu stres profesional, în

funcție de măsura, genul și grupul ocupațional în cadrul studiului.⁷⁶

Au fost efectuate multe studii de înaltă calitate, care arată că riscurile psihosociale și stresul profesional preced debutul depresiei.⁷⁷ Având în vedere povara acestei boli, nu este surprinzător faptul că majoritatea studiilor privind riscurile psihosociale, stresul profesional și sănătatea au stabilit legătura lor cu depresia. Un număr mare de studii a identificat că sănătatea psihică precară și depresia sunt asociate cu volumul de muncă (incluzând ore suplimentare de muncă și solicitări mari fizice, psihice sau emoționale), latitudine decizională mică, sprijin redus, dezechilibru efort-recompensă, nesiguranta locului de muncă și restructurare organizațională.⁷⁸ Alți factori psihosociale asociați cu depresia includ dezechilibru compromis între viața profesională și cea personală, insatisfacția muncii, conflictul de rol și ambiguitatea rolului, relaționare slabă la muncă, prea multă implicare, salarii mici, concentrare pe dezvoltarea carierei și imparțialitate restrânsă la muncă.⁷⁹ Unele studii au constatat, de asemenea, că expunerea la agresiuni sau intimidări sunt factori de risc pentru ambele simptome depresive și anxietate.⁸⁰ Conform Organizației Mondiale a Sănătății (ro.: OMS), genul reprezintă un factor determinant critic al tulburărilor psihice, cum ar fi: depresia, anxietatea și disfuncțiile somatice. Factorii de risc specifici genului pentru tulburări psihice comune care afectează în mod disproporționat femeile includ violența de gen, dezavantajul socio-economic, venituri mici și inegalitatea veniturilor, statut social inferior sau subordonat, precum și responsabilitatea permanentă pentru îngrijirea altora.⁸¹

Conform statisticilor OMS, în fiecare an, peste 800.000 de oameni mor prin sinucidere.⁸² Peste 75% din totalul deceselor prin sinucidere au loc în țările cu venituri mici și medii și cele mai multe decese prin sinucidere au loc printre persoanele apte de muncă. Comportamentele suicidare au fost asociate cu simptomele depresive. Legătura dintre tulburările suicidare și psihice (în special, depresia și tulburările asociate cu abuz de substanțe) este bine stabilită.⁸³ În mod frecvent, o serie de factori de risc acționează în mod cumulativ pentru a crește vulnerabilitatea unei persoane la comportament suicidar, inclusiv celor de la nivelul individului (de ex., tentative anterioare de suicid, tulburări psihice, consumul nociv de alcool sau droguri, pierderi financiare, durere cronică și antecedente familiale de suicid).⁸⁴ Cu toate acestea, intențiile de suicid pot apărea, de asemenea, din cauza riscurilor psihosociale asociate cu crize generate de aspecte juridice, discriminare, izolare, relații conflictuale, abuz fizic sau psihologic, și probleme legate de nivelul de studii sau de muncă.

PREVALENȚA

Prevalența datelor privind riscurile psihosociale și stresul profesional este disponibilă în ponderi diferite de-a lungul țărilor și regiunilor; cu toate acestea, calitatea variază în mod considerabil.^X Pondere mai mare a cercetării în acest domeniu se regăsește în Europa și America de Nord, și, în general, în țările dezvoltate, dar într-o măsură mai mică în regiunile Asia-Pacific și America Latină, și numai într-o măsură limitată în Africa și statele arabe.

Datele regionale din Europa sunt colectate în principal și evaluate de către agențiile Uniunii Europene. Cel de-al 4-lea *Studiu European privind Condițiile de Muncă* (EWCS, 2007)^{XI} a arătat că aproximativ 40 de milioane de persoane din UE au fost afectate de stresul profesional.⁸⁵ Conform Raportului publicat de Observatorul European al Riscurilor, în 2009, stresul profesional reprezintă în Europa cauza a 50%-60% din numărul total de zile de muncă pierdute.⁸⁶

^{IX} Inventarul Maslach de Burnout (en.: MBI) a fost proiectat pentru a evalua epuizarea emoțională, depersonalizarea și diminuarea realizării personale. Modelul este cel mai larg utilizat instrument și a fost folosit pe scară largă încă din anii 1970 (Maslach, 1976).

^X Prevalența este procentul din populație afectată de o anumită boală la un moment dat. Incidența este frecvența cu care o boală sau o trăsătură apare la o anumită populație sau zonă.

^{XI} Din 1990 *Studiul European privind Condițiile de Muncă* (en.: EWCS) evaluează mediul de muncă psihosocial, inclusiv contextul muncii, timpul de muncă, intensitatea muncii, perspectivele de carieră și organizarea muncii.

De asemenea, studiul a descoperit că, în medie, 22% din forța de muncă europeană a fost sub stres, cu un nivel semnificativ mai mare în noile state membre (30%) decât în statele membre mai vechi (20%). Stresul a fost predominant în sectoarele educație și sănătate, precum și în agricultură, vânătoare, silvicultură și pescuit (28,5%). Cel mai mare grup de lucrători care sufereau de anxietate în muncă au fost cei angajați în educație și sănătate (12,7%), administrație publică și apărare (11,1%) și cei din agricultură, vânătoare, silvicultură și pescuit (9,4%). Primul *Studiu European al Întreprinderilor privind Riscurile Noi și Emergente* (en.: ESENER), realizat de Agenția Europeană pentru Securitate și Sănătate în Muncă (en.: EU-OSHA), în 2009, a constatat că, chiar dacă stresul profesional a fost raportat printre preocupările cheie de SSM pentru întreprinderile europene,^{xii} numai aproximativ jumătate dintre unitățile chestionate a raportat că informează lucrătorii despre riscurile psihosociale și efectele acestora asupra sănătății și securității; și mai puțin de o treime a raportat că a instituit proceduri pentru a gestiona stresul profesional.⁸⁷ Aceste puncte de vedere au fost împărtășite de către manageri și reprezentanții lucrătorilor. Raportul privind *Riscurile psihosociale în Europa: Prevalența și strategiile de prevenire* (2014) a declarat că 25% dintre lucrători au fost afectați de stresul profesional tot timpul sau cea mai mare parte a timpului de muncă și o proporție similară a raportat că munca le-a afectat negativ sănătatea. În plus, riscurile psihosociale au fost o preocupare pentru majoritatea întreprinderilor din Europa. Aproape 80% dintre manageri și-au exprimat îngrijorarea cu privire la stresul profesional și aproape unul din cinci a considerat violența și hărțuirea ca fiind o preocupare majoră. În ciuda acestor preocupări mai puțin de o treime dintre unități dispun de proceduri elaborate pentru a face față unor astfel de riscuri.⁸⁸ Cel de-al 6-lea *Studiu European privind Condițiile de Muncă* (EWCS, 2015) a confirmat faptul că munca intensivă este destul de predominantă: 36% dintre lucrătorii din UE lucrau „tot timpul” sau „aproape tot timpul” sub presiune pentru a respecta termenele stricte, în timp ce 33% au raportat o viteză mare de lucru. Mai mult decât atât, aproape unul din șase lucrători (16%) au raportat că au fost supuși unor comportamente sociale negative (violență fizică, hărțuire sexuală și agresiune sau hărțuire).⁸⁹

În cele două Americi, potrivit *Primului Studiu al Americii Centrale privind Condițiile de Muncă și Sănătatea* (2012),⁹⁰ mai mult de unul din zece respondenți au raportat că s-au simțit în mod constant sub stres sau tensiune (12%-16%), cu senzație de tristețe sau deprimare (9%-13%), sau cu tulburări de somn (13%-19%), din cauza preocupărilor pentru condiții de muncă.^{xiii} În Argentina, *Primul Studiu Național privind Ocuparea Forței de Muncă, Condițiile de Muncă, Mediul de Muncă și Sănătatea* (2009) a arătat că 26,7% dintre lucrători au raportat oboseală psihică, ca urmare a muncii excesive.⁹¹ În Brazilia, un studiu care a analizat absențele pe caz de boală din cauza accidentelor și a bolilor profesionale a descoperit că 14% dintre beneficiile anuale de sănătate s-au datorat bolilor psihice (9% pentru bărbați și 16,7% pentru femei).⁹² Potrivit celui de-al 3-lea *Studiu Național privind Echilibrul Muncă-Viață* (2011) din Canada, un nivel ridicat de stres a fost raportat de 57% dintre respondenți, în creștere față de 54% în 2001 și 44% în 1991, așa cum au fost raportate în studiile anterioare. O proporție considerabilă de respondenți au raportat, de asemenea, stări de spirit extrem de deprimare (36%), reducerea somnului (31%) și percepții clare ale unei sănătăți fizice precare (46%). Numărul de persoane care a raportat un nivel înalt al satisfacției vieții a scăzut de la 45% în 1991 la 23% în 2011. În cele din urmă, doar peste trei sferturi dintre respondenți (77%) au fost absenți de la muncă în ultimele 6 luni anterioare studiului, în principal din cauza îmbolnăvirilor (63%) și a oboselii emoționale, psihice și fizice (45%).⁹³ În Chile, în conformitate cu cel de-al 7-lea *Studiu Național privind Condițiile de Muncă* (2011), 27,9 % dintre lucrători și 13,8% dintre angajatori au raportat existența stresului și a depresiei în întreprinderile lor.

Cu toate acestea, doar 8,9% dintre angajatori și 7% dintre lucrători au subliniat faptul că inițiativele de prevenire cu privire la aceste aspecte au fost implementate în cursul lunilor anterioare.⁹⁴ În plus, Asociația Chiliană pentru Securitate (en.: ACHS) a declarat că 21% dintre cele 4.059 boli profesionale raportate la ACHS în 2012 au fost legate de tulburări psihice.⁹⁵ În Columbia, conform primului *Studiu Național privind Condițiile de Muncă și Sănătatea în Sistemul General al Riscurilor Profesionale* (2007), 24,7% dintre lucrătorii bărbați și 28,4% dintre lucrătorii femei aveau un nivel de stres clasat între 7 și 10 pe o scală de 10 puncte (unde 1 este „nivel mic sau fără stres”, iar 10 este „nivel mare de stres”). În plus, sondajul a subliniat că munca din servicii clienți și munca monotonă și repetitivă sunt primele două pericole psihosociale declarate de aproximativ 50% dintre respondenți, urmată de lipsa unei definiții clare a responsabilităților (33,4%) și a permanentelor schimbări ale așteptărilor la muncă (18,4%).⁹⁶ În Statele Unite ale Americii (SUA), conform studiului *Stresul în America*TM (2015), respondenții și-au declarat nivelul lor de stres la 4,9 pe o scală de 10 puncte. Cel mai frecvent raportate surse de stres includ banii (64%), munca (60%), economia (49%), responsabilitățile familiale (47%) și problemele personale de sănătate (46%).⁹⁷

În regiunea Asia-Pacific, conform *Studiului Australian Stresul și Starea de Bine* din 2014, aproape jumătate dintre respondenți au citat cerințele muncii (48%) ca bariere împotriva menținerii unui mod de viață sănătos. În concordanță cu rezultatele din anii anteriori, chiar mai mult de șapte din zece australieni (72%) au raportat că stresul actual a avut cel puțin un anumit impact asupra sănătății fizice, cu aproape unul din cinci (17%) raportând că stresul actual a avut impact puternic spre foarte puternic asupra sănătății fizice.⁹⁸ În Japonia, *Studiul despre Prevenirea Accidentelor Industriale* a arătat că 32,4% dintre lucrători au declarat că au suferit de anxietate puternică, griji și stres în cursul anului precedent.⁹⁹ În primul *Studiu Coreean privind Condițiile de Muncă* realizat în Republica Coreea (2006), stresul profesional a afectat 18,4% dintre lucrătorii bărbați și 15,1% dintre lucrătorii femei și a fost, în principal, legat de orele de lucru și cerințele muncii.¹⁰⁰ În cel de-al doilea *Studiu Coreean privind Condițiile de Muncă* (2010), oboseala generală a crescut de la 17,8% în 2006 la 26,7% în 2010. Cu toate acestea, a fost înregistrată o scădere a nivelurilor de depresie și anxietate de la 5,4% la 1,1%, împreună cu o scădere similară a insomniei sau a tulburărilor de somn de la 5,7% la 2,3%.¹⁰¹

Aproape nicio informație nu poate fi identificată în prevalența sau incidența riscurilor psihosociale și a stresului profesional în Africa și în Țările Arabe. Au fost identificate 2 studii naționale de evaluare a tulburărilor psihice la populația totală din Africa: *Studiul despre Stres și Sănătate în Africa de Sud*, examinând prevalența tulburărilor psihice pe 12 luni și de-a lungul vieții pe un eșantion reprezentativ de adulți, precum și un studiu național reprezentativ focalizat pe prevalența națională de sănătate psihică precară în rândul femeilor din Ghana (2009-2010).¹⁰² Cu toate acestea, niciunul dintre studii nu a inclus o perspectivă ocupațională. Singurul studiu ocupațional care a folosit un eșantion reprezentativ la scară largă s-a focalizat pe educatorii din școlile publice din Africa de Sud.¹⁰³ Scopul acestui studiu a fost acela de a explora relația dintre stresul profesional autodeclarat și satisfacția muncii, precum și prevalența îmbolnăvirilor legate de stres și factorii de risc în rândul educatorilor. Studiul a identificat niveluri foarte ridicate de stres în rândul educatorilor. Stresul profesional și lipsa satisfacției muncii au fost asociate cu cele mai multe cazuri de îmbolnăviri profesionale (hipertensiune arterială, boli de inimă, ulcere gastrice, astm bronșic, tulburări psihice și abuz de tutun și alcool).

Chiar dacă în ultimii ani a existat o atenție tot mai mare îndreptată spre sinuciderile legate de muncă, proporția lor este încă neclară din cauza lipsei de date cu privire la originea sinuciderilor raportate. Totuși, datele disponibile sunt alarmante.

^{xii} ESENER din 2009 a acoperit 28.000 întreprinderi din 31 de țări (28 state membre ale UE, Norvegia, Elveția și Turcia).

^{xiii} Studiul a fost realizat în Costa Rica, Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua și Panama. Rezultatele au fost compatibile între țări, cu excepția Panama.

Mai multe studii au examinat cerințele muncii și riscul de deces prin sinucidere în rândul lucrătorilor, subliniind expunerea la următoarele riscuri psihosociale care decurg din muncă: probleme financiare (inclusiv șomaj), conflicte (inclusiv agresiune, intimidare și hărțuire), control redus sau latitudine mică de decizie, sprijin social redus, cerințe psihologice ridicate, și multe ore suplimentare.¹⁰⁴ De exemplu, un studiu australian a constatat că 17% dintre sinuciderea din provincia Victoria, între anii 2000 și 2007 au fost legate de muncă.¹⁰⁵ În conformitate cu statisticile naționale de sănătate publică din Thailanda, în 2007, rata sinuciderilor în rândul persoanelor cu vârsta de muncă a fost de 7 la 100.000 de persoane, care a fost mai mare decât rata la nivel național de 5,95.¹⁰⁶ În plus, Colegiul de Simulare a Administrării Afacerilor (en.: ABAC) a efectuat un studiu susținut de Fundația Thai de Promovare a Sănătății, din 2007. Acest studiu a descoperit că nivelurile de stres au crescut și aproape 10% dintre lucrătorii thailandezi (de la muncitorii necalificați la lucrătorii de birou) au plănit sinuciderea din cauza calității scăzute a vieții. S-a constatat că lucrătorii zilieri au mai puține tulburări psihice (niveluri mai mici) decât alte grupuri de lucrători, probabil din cauza instabilității locului de muncă și a venitului.¹⁰⁷

Unele date privind incidența sinuciderilor legate de muncă pot fi obținute din statisticile referitoare la cererile de compensare ale lucrătorilor (în acele țări care recunosc sinuciderea ca având o origine ocupațională). De exemplu, în Japonia sinuciderea legată de muncă (cunoscută sub numele de *karojisatsu*: sinucidere din cauza suprasolicității și a condițiilor de muncă stresante) a devenit o problemă socială și a fost recunoscută ca asigurare compensatorie la accidente pentru lucrători, din a doua jumătate a anului 1980. Aceasta a fost asociată cu multe ore suplimentare, sarcini de muncă grele, lipsă de control al muncii, sarcini de rutină și repetitive, conflicte interpersonale, recompense necorespunzătoare, nesiguranța locului de muncă și probleme organizaționale.^{xiv} Potrivit Ministerului Sănătății, Muncii și Bunăstării (en.: MHLW) a existat o tendință crescătoare a cazurilor de *karojisatsu* în Japonia. În 14 ani, între 1997 și 2011, numărul cazurilor de *karojisatsu* despăgubite a crescut de la 2 la 66.¹⁰⁸ Mai mult, *Cartea albă privind prevenirea sinuciderilor în Japonia* (2012) afirmă că problemele legate de muncă au cauzat între 7,6% și 12,3% dintre sinuciderea la bărbați cu vârstă cuprinsă între 20 și 59 ani (mai mult decât dublul cazurilor de suicid în rândul femeilor japoneze).¹⁰⁹ În plus, în 2013, jumătate dintre cauzele de deces al persoanelor în jurul vârstei de 20 ani a fost sinuciderea, aproximativ 40% dintre cazuri au fost motivate de depresie legată de muncă și stres negativ, conform *Raportului anual de Sănătate, Muncă și Bunăstare pentru Crearea unei Societăți Sănătoase și Longevive* (2014) al MHLW japonez.¹¹⁰ În Republica Coreea, 23 de sinucideri legate de muncă au fost compensate între 1999 și 2004,¹¹¹ în timp ce în Franța în perioada 2010-2011 au fost raportate 149 de reclamații, 43 dintre ele au fost recunoscute și despăgubite.¹¹²

Criza economică și recesiunea au fost însoțite de o creștere a ratei sinuciderilor. Un studiu publicat în 2009, cu privire la efectul crizelor economice asupra sănătății publice a examinat ascierile cu schimbările intervenite în ocuparea forței de muncă și mortalitate, în 26 de țări ale UE între 1970 și 2007. Studiul a descoperit că pentru fiecare creștere de 1% în șomaj, a fost asociată o creștere de 0,79% dintre sinuciderea persoanelor sub 65 de ani. Mai mult, o creștere de mai mult de 3% a șomajului a fost asociată cu o creștere a sinuciderilor (4,45%) și a deceselor cauzate de abuzul de alcool (28%), la vârste mai mici de 65 de ani.¹¹³

DIMENSIUNEA PROBLEMEI DIN PERSPECTIVA DE GEN

Femeile și bărbații răspund la stres și-l gestionează în mod diferit. Cele mai multe studii referitoare la gen și stres au în centrul atenției, femeile. Conform studiului *Stresul în America* (2010) al Asociației Americane de

Psihologie, femeile și bărbații raportează reacții diferite la stres, atât fizic cât și psihic. Ei încearcă să gestioneze stresul și să perceapă abilitățile lor de a face acest lucru în mod distinct, în diferite moduri. Deși femeile sunt mai susceptibile de a raporta simptome fizice asociate stresului, ele gestionează mai bine comunicarea și conectarea cu alte persoane din viața lor și aceste conexiuni contribuie la strategiile lor de gestionare a stresului. Chiar dacă bărbații și femeile raportează niveluri medii similare de stres, sunt mai multe șanse ca femeile față de bărbați să raporteze simptome fizice și emoționale ale stresului și ca nivelurile lor de stres să fie în creștere. Atunci când se compară femeile unele cu altele, par, de asemenea, să existe diferențe în modul în care femeile căsătorite și cele singure gestionează stresul. Bărbații par a fi mai reticenți în a crede că stresul are un impact asupra sănătății lor; de asemenea, pun mai puțin accentul decât femeile, pe nevoia de a-și gestiona stresul lor, au mai puțină încredere în psihologi, și este mai puțin probabil să folosească strategii pentru a face schimbări în modul de viață și comportament. Cu toate acestea, bărbații sunt mai predispuși decât femeile să raporteze diagnosticarea cu tipuri de boli fizice cronice, care sunt adesea asociate cu niveluri ridicate de stres și moduri de viață și comportamente nesănătoase.¹¹⁴ Aceste rezultate confirmă studiile anterioare din țările europene și atrag atenția cu privire la necesitatea de a lua în considerare diferențele semnificative de gen, în managementul stresului.¹¹⁵

Chiar dacă rata de participare a femeilor pe piața muncii a crescut enorm în ultimul secol, în conformitate cu OIM, la nivel global, rata de participare a femeilor pe piața muncii este cu aproximativ 26% mai mică decât cea a bărbaților și diferența de remunerare între femei și bărbați rămâne de peste 20%, cu niciun semn de reducere sigură sau rapidă.¹¹⁶ În plus, în majoritatea societăților, femeile continuă să fie, în principal, responsabile pentru munca domestică neplătită cum ar fi gătitul, curățenia și îngrijirea copiilor, și, prin urmare, acestea poartă o povară dublă atunci când sunt și angajate. Femeile sunt, de asemenea, reprezentate în mare măsură în rândul lucrătorilor din familie care contribuie neplătite, cum ar fi cei care lucrează într-o afacere pentru o rudă care locuiește în aceeași gospodărie cu ei.¹¹⁷ Echilibrarea responsabilităților pentru munca remunerată și neremunerată duce adesea la stres, depresie și oboseală, și poate fi deosebit de problematică atunci când venitul este scăzut și ajutorul și serviciile sociale lipsesc. Pericolele psihosociale care pot fi mai frecvente și specifice femeilor includ: (i) rolul dublu pe care trebuie să-l îndeplinească acasă și la muncă; (ii) rolurile de gen ale societății și influența așteptărilor sociale; (iii) riscul de hărțuire sexuală la muncă sau violență domestică; și (iv) discriminarea pe motive de gen reflectate în salarii mai mici și cerințe mai mari la muncă.¹¹⁸

IMPACTUL STRESULUI PROFESIONAL ȘI AL TULBURĂRILOR PSIHICE ASOCIATE ASUPRA PRODUCTIVITĂȚII ȘI COSTURILOR ECONOMICE

Impactul stresului profesional asupra productivității în muncă și asupra întregii economii este semnificativ. Stresul profesional poate afecta sever nivelurile de realizare generală ale lucrătorilor într-un mod negativ în ceea ce privește eficiența și acuratețea.¹¹⁹ Studiile care au investigat impactul stresului profesional asupra rezultatelor organizaționale au relevat o serie de forme asociate de comportament care afectează productivitatea, competitivitatea și imaginea publică a întreprinderii. De exemplu, pe lângă impactul asupra sănătății și stării de bine a lucrătorilor, un mediu de muncă cu factori psihosociale slabi care contribuie la stresul profesional, poate duce la creșterea absenteismului și prezenteismului, precum și la scăderea motivației, satisfacției și implicării, împreună cu o creștere a fluctuației de personal și a intenției de a pleca.¹²⁰ Toate cele de mai sus pot avea un impact negativ în ceea ce privește costurile umane, sociale și financiare.

^{xiv} În afară de sinucidere, decesul cauzat de suprasolicitare la muncă (*karoshi*) reprezintă o altă problemă socială importantă, în Japonia. *Karoshi* nu este un termen medical pur, ci un termen socio-medical, care se referă la decese sau dizabilități legate de muncă din cauza atacurilor cardiovasculare (cum ar fi accidente vasculare cerebrale, infarct miocardic sau insuficiență cardiacă acută), agravate de volum mare de muncă și ore suplimentare. *Karoshi* este, de asemenea, recunoscut și compensat de Casa de națională de asigurări ale lucrătorilor împotriva accidentelor.

Absenteismul are o lungă istorie a cercetării, datorită răspândirii și a costurilor asociate pentru întreprinderi și societate, în timp ce mult mai puține studii sunt disponibile pentru prezenteism.¹²¹ Dovezile arată că absenteismul este asociat cu stresul profesional și cu pericolele psihosociale, cum ar fi: volumul de muncă, controlul muncii, conflictul de rol, dezechilibrul efort-recompensă, calitatea conducerii, munca în schimburi, progresul limitat în carieră și relațiile sociale la muncă (inclusiv sprijin social scăzut și violența la muncă, agresiune și discriminare).¹²² Literatura de specialitate privind prezenteismul indică concluzii similare, subliniind faptul că o creștere a stresului profesional este asociată cu o creștere a prezenteismului, chiar mai mare decât a absenteismului.¹²³ Politicile organizaționale privind salarizarea, concediul de boală, controlul prezenței, reducerea de personal, și permanența angajării, precum și descrierea sarcinii de muncă (cum ar fi: cerințele muncii, marja de ajustare, facilitarea înlocuirii și munca în echipă) au fost propuse ca factori care favorizează prezenteismul. Alte pericole psihosociale care anticipează prezenteismul sunt presiunea timpului, resurse insuficiente și situații financiare personale nefavorabile.¹²⁴ În cele din urmă, trebuie remarcat faptul că prezenteismul poate duce în timp, la rândul său, la epuizare. De fapt, epuizarea și prezenteismul s-au dovedit a fi reciproce, ceea ce sugerează că, atunci când lucrătorii ajung la epuizare, se mobilizează strategiile de compensare prin prezenteism, care în cele din urmă măresc epuizarea.¹²⁵

De-a lungul anilor, în literatura de specialitate, s-a acordat o mare atenție riscurilor psihosociale legate de rezultatele organizaționale, cum ar fi: nivelul de satisfacție a muncii, motivarea, implicarea și intenția de a părăsi postul, întrucât sunt considerați indicatori ai performanței individuale și organizaționale. Satisfacția muncii poate fi un factor important care influențează sănătatea, starea de bine și performanța lucrătorilor.¹²⁶ Studiile de anvergură susțin rezultatele studiilor mici, demonstrând faptul că satisfacția profesională este afectată de următoarele pericole psihosociale: multe ore suplimentare, cerințe ale muncii, lipsa oportunităților de avansare în carieră și promovare, relații precare la muncă, solicitare emoțională, epuizare, conflict muncă-familie și expunere la agresiune și hărțuire; aceasta este, de asemenea, agravată de stresul profesional.¹²⁷ În plus, stresul profesional și insatisfacția muncii au, de asemenea, un impact negativ asupra motivării și implicării lucrătorilor, crescând astfel, intenția lor de a părăsi postul. Dovezile susțin că intenția sporită de a abandona este legată de suprasolicitare la muncă, cerințe mari ale muncii, lipsă de control al muncii, dezechilibru efort-recompensă, salariu precar, semnificația percepută a muncii, sprijin și relații slabe la muncă, agresiune, implicare organizațională slabă și epuizare.¹²⁸ Pe de altă parte, relațiile de susținere au un efect indirect asupra reducerii epuizării și intenției de a abandona prin efectul său asupra stresului perceput, întrucât comunicarea explicită legată de muncă are, de asemenea, un efect direct asupra intenției de a abandona.¹²⁹

Costurile directe și indirecte aferente abia încep să fie cuantificate. Cu toate acestea, unele țări dezvoltate evaluează impactul economic al stresului profesional, asociat cu tipuri de comportament și tulburări psihice. De exemplu, în Europa, costul estimat al depresiei legată de muncă este de 617 miliarde €/an, care include costurile angajatorilor legate de absenteism și prezenteism (272 miliarde €), pierderi în productivitate (242 miliarde €), costurile de asistență medicală (63 miliarde €) și costuri de bunăstare socială sub forma unor plăți de indemnizații de invaliditate (39 miliarde €).¹³⁰

La nivel național, Munca în Siguranță în Australia a estimat în 2008/2009 că stresul profesional costă societatea australiană 5,3 miliarde AU\$/an. Această cifră include cheltuielile care rezultă din perturbarea producției și costurile medicale.¹³¹ În plus, problemele de depresie costă pe angajatorii australieni aproximativ 8 miliarde AU\$/an, ca urmare a absenței din cauza bolii și a prezenteismului și din această cifră, 693 milioane AU\$ se datorează constrângerilor și agresiunii la muncă.¹³² În Canada, un studiu realizat în 2011, a estimat că problemele de sănătate psihică costă angajatorii aproximativ 20 miliarde CA\$ anual.¹³³ În Franța, costul total al constrângerilor muncii în 2007 a fost estimat ca fiind între 1,9 și 3 miliarde €, inclusiv costurile legate de asistență medicală (124-199 milioane €), absenteism (826 -1.284 milioane €), pierderea în activitate (756-1.235 milioane €) și pierderea productivității din cauza decesului prematur (166-279 milioane €).¹³⁴ În Germania, costul anual estimat al constrângerilor muncii în anul 2008 a fost de 29,2 miliarde € (9,9 miliarde € în costuri directe, cum ar fi: prevenirea, reabilitarea, tratamentul de întreținere și administrare și 19,3 miliarde € în costuri indirecte, cum ar fi: ani de muncă pierduți prin incapacitate de muncă, invaliditate și deces prematur).¹³⁵ În Spania, costurile directe pentru sănătate și tulburări psihice și comportamentale legate de muncă au fost estimate ca fiind între 150 și 372 milioane € în 2010. În același an, 2,78 milioane de zile s-au pierdut din cauza concediilor de boală cauzate de boli psihice legate de muncă, care reprezintă o pierdere de 170,96 milioane €. ¹³⁶ Conform celor mai recente estimări din Regatul Unit al Marii Britanii (UK), pierderile cauzate de stresul profesional, depresia sau anxietatea s-au ridicat la echivalentul a 9,9 milioane de zile, reprezentând 43% din numărul total al zilelor pierdute din cauza problemelor de sănătate din perioada 2014/2015.¹³⁷ Un studiu realizat în 2007 de către Centrul Sainsbury pentru Sănătate Psihică din UK a estimat că, pentru angajatori costul total anual al tulburărilor de sănătate psihică în rândul angajaților lor a fost de aproape 26 de miliarde £, echivalent cu 1.035£ pentru fiecare muncitor (335£ din cauza absenteismului, 605£ din cauza prezenteismului și 95£ pentru fluctuația de personal).¹³⁸

3. CARE ESTE CADRUL LEGAL PRIVIND STRESUL PROFESIONAL ȘI SĂNĂTATEA PSIHICĂ ÎN MUNCĂ?

Această secțiune oferă un rezumat al abordărilor juridice, la nivel internațional, regional și național, care se adresează riscurilor psihosociale, stresului profesional și unor tipuri comportamentale asociate, cum ar fi hărțuirea psihologică. Ea cuprinde o prezentare generală a instrumentelor juridice cu caracter obligatoriu privind prevenirea riscurilor psihosociale și protecția sănătății psihice a lucrătorilor; includerea stresului profesional și a tulburărilor psihice în listele naționale de boli profesionale; standarde nerestrictive privind riscurile psihosociale și stresul profesional; exemple de acorduri-cadru și convenții colective adoptate de partenerii sociali; precum și rolul inspecției muncii în acest domeniu.

STANDARDE DE MUNCĂ INTERNAȚIONALE

Valorile de bază reflectate în standardele OIM privind securitatea și sănătatea în muncă sunt exprimate prin trei principii de bază: (i) munca trebuie să se desfășoare într-un mediu de muncă sigur și sănătos; (ii) condițiile de muncă trebuie să fie compatibile cu starea de bine a lucrătorilor și demnitatea umană; și (iii) munca trebuie să ofere posibilități reale de realizare personală, autoîmplinire și servicii pentru societate.^{xv}

În special, Convenția de bază nr. 155 din 1981 a OIM privind securitatea și sănătatea și Recomandarea nr. 164 care o însoțește prevăd adoptarea, implementarea și revizuirea politicilor naționale coerente de SSM și măsurile de aplicare a acestora la nivel național și la locurile de muncă, cu scopul de a proteja sănătatea fizică și psihică și starea de bine a lucrătorilor. Scopul politicilor trebuie să fie prevenirea accidentelor și a bolilor ce rezultă din muncă, sunt legate de muncă, sau apar în timpul lucrului, prin reducerea la minimum, în măsura în care este posibil, a surselor de pericol inerent în mediul de muncă, astfel încât să se protejeze sănătatea fizică și psihică a lucrătorilor. Politicile, de asemenea, trebuie să ia în considerare relațiile dintre elementele materiale ale muncii și persoanele care efectuează sau supraveghează munca, precum și adaptarea mașinilor, echipamentelor, timpului de muncă, organizării muncii și a proceselor de muncă la capacitățile fizice și psihice ale lucrătorilor.

Convenția nr. 161 din 1985 privind Serviciile de Sănătate în Muncă și Recomandarea nr. 171 care o însoțește definesc rolul serviciilor de sănătate în muncă ca servicii multidisciplinare cu funcții, în mod esențial, de prevenire și consiliere, responsabile pentru asistarea angajatorilor, lucrătorilor și a reprezentanților acestora în stabilirea și menținerea unui mediu de muncă sigur și sănătos, inclusiv adaptarea muncii la capacitățile lucrătorilor, pentru a asigura în mod optim sănătatea fizică și psihică în muncă.

Convenția nr. 187 din 2006 referitoare la Cadru de Promovare a Securității și Sănătății în Muncă și Recomandarea nr. 197 care o însoțește completează standardele de bază anterioare și descriu cerințele și funcțiile unei structuri naționale, instituțiile relevante și părțile interesate responsabile cu implementarea politicilor la nivel național și de întreprindere pentru medii de muncă sigure și sănătoase, precum și măsurile care trebuie luate pentru a construi și menține o cultură de prevenire a securității și sănătății în muncă la nivel național.

Alte standarde internaționale de muncă care pot fi pertinente în domeniul riscurilor psihosociale și sănătății psihice sunt cele legate de egalitatea de șanse și de tratament, timpul de muncă și munca de noapte.^{xvi}

STANDARDE REGIONALE

Puține organizații regionale și-au dezvoltat instrumente legale obligatorii care să acopere riscurile psihosociale și protecția sănătății psihice a lucrătorilor pentru statele lor membre.

În America Latină, Piața Comună a Sudului (MERCOSUR) a adoptat în 1998 Declarația de Muncă și Socială,^{xvii} care include dispoziții privind securitatea și sănătatea în muncă asigurând dreptul lucrătorilor la protecția sănătății fizice și psihice și solicită statelor membre să formuleze, să implementeze și să actualizeze politicile și programele de SSM, în vederea prevenirii accidentelor și bolilor profesionale.¹³⁹

În 2004, Comunitatea Andină a adoptat Instrumentul Andin de Securitate și Sănătate în Muncă (Decizia nr. 584) care stabilește cadrul legal pentru protecția securității și sănătății lucrătorilor în subregiune.^{xviii} Scopul a fost acela de a armoniza legislația muncii în toate țările din Comunitatea Andină, începând cu principiile de bază pentru reducerea riscurilor profesionale. Instrumentul definește condițiile mediului de muncă ca fiind elemente, agenți sau factori care au o influență semnificativă în generarea riscurilor pentru securitatea și sănătatea lucrătorilor, inclusiv organizarea și gestionarea muncii, împreună cu factorii ergonomici și psihosociali. Instrumentul definește, de asemenea, sănătatea în muncă ca ramura a sănătății publice, având ca scop promovarea și menținerea la cel mai înalt nivel posibil a stării de bine fizice, psihice și sociale a lucrătorilor; prevenirea oricărui pericol pentru sănătate cauzat de condițiile de muncă și factorii de risc; și adaptarea muncii la lucrători, în conformitate cu aptitudinile și abilitățile lor. Acesta înlesnește statelor membre să promoveze îmbunătățirea securității și sănătății în muncă în cadrul sistemelor naționale de SSM, cu scopul de a preveni efectele dăunătoare asupra integrității fizice și psihice a lucrătorilor care rezultă din muncă, sunt legate de muncă sau care apar în timpul muncii. Instrumentul andin impune, de asemenea, angajatorilor să elaboreze planuri generale de prevenire a riscurilor, inclusiv adaptarea muncii la capacitățile lucrătorilor, având în vedere starea lor de sănătate fizică și psihică, ținând cont de ergonomie și alte discipline legate de diferitele tipuri de riscuri psihosociale.¹⁴⁰

În UE, Directiva-cadru privind securitatea și sănătatea în muncă (89/391/CEE) reglementează punerea în aplicare a SSM în cadrul statelor membre. Chiar dacă directiva nu se referă în mod explicit la „stresul profesional” sau „riscuri psihosociale”, prevede că angajatorii trebuie să asigure securitatea și sănătatea lucrătorilor în toate aspectele legate de muncă. Aceasta impune angajatorilor să adapteze munca la om, în special în ceea ce privește proiectarea locurilor de muncă, alegerea echipamentului de muncă și alegerea metodelor de producție și de muncă;

^{xv} Standardele internaționale de muncă sunt instrumente juridice elaborate de constituenții OIM (guverne, angajatori și lucrători) care stabilesc principiile de bază și drepturilor în muncă. Ele pot fi *convenții* care sunt tratate internațional obligatorii și pot fi ratificate de statele membre sau *recomandări* care servesc drept orientări fără caracter obligatoriu și, în majoritatea cazurilor, completează convențiile importante.

^{xvi} A se vedea <http://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/lang-en/index.htm> cu lista de standarde OIM în funcție de subiect.

^{xvii} Membrii MERCOSUR sunt Argentina, Brazilia, Paraguay și Uruguay.

^{xviii} Membrii actuali ai Comunității Andine sunt Bolivia, Columbia, Ecuador și Peru; în timp ce Argentina, Brazilia, Chile, Paraguay și Uruguay sunt membri asociați.

și să dezvolte politici coerente de prevenire generală care să acopere tehnologia, organizarea muncii, condițiile de muncă, relațiile sociale și influența factorilor legați de mediul de muncă.¹⁴¹ O serie de state membre ale UE nu menționează în mod explicit riscurile psihosociale sau stresul, păstrând textul legilor de SSM aproape de Directiva-cadru a UE (de ex.: Luxemburg, Polonia, România, Slovenia și Spania); în timp ce altele se referă la necesitatea de a lua în considerare riscurile psihosociale sau sănătatea psihică atunci când se referă la SSM (de ex.: Austria, Danemarca, Estonia, Finlanda, Franța, Grecia, Italia, Norvegia, Slovacia și Suedia). Directiva UE privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru utilizarea echipamentelor cu ecran de vizualizare (90/270/CEE) prevede că „angajatorii sunt obligați să efectueze o analiză a posturilor de lucru pentru a evalua condițiile de securitate și sănătate oferite lucrătorilor, în special în ceea ce privește posibilele riscuri pentru vedere, problemele fizice și problemele de stres psihic”.¹⁴² Directiva UE privind prevenirea accidentelor grave produse în sectorul spitalicesc și îngrijirea sănătății (2010/32/CE) pune în aplicare acordul-cadru cu privire la această chestiune semnat de partenerii sociali (anexat la directivă).¹⁴³ Directiva impune angajatorilor să asigure securitatea și sănătatea lucrătorilor în toate aspectele legate de munca lor, inclusiv factorii psihosociale și organizarea muncii. Aceasta prevede că angajatorii vor efectua o evaluare generală a riscurilor și vor dezvolta politici coerente de prevenire, care să acopere tehnologia, organizarea muncii, condiții de muncă, factori psihosociale și influența altor factori legați de mediul de muncă.¹⁴⁴ Alte directive de lucru ale UE care pot fi relevante pentru domeniul factorilor psihosociale sunt cele care se concentrează asupra timpului de muncă, tratamentul egal și discriminare.

LEGISLAȚIE NAȚIONALĂ

Prevederile legale privind pericolele și riscurile psihosociale, stresul profesional și sănătatea psihică și starea de bine a lucrătorilor pot fi incluse în Codurile muncii, legile de SSM, actele normative de SSM, reglementările specifice de SSM, coduri de practică, standarde tehnice, decrete și convenții colective. Ar trebui remarcat faptul că referirea la pericole și riscuri psihosociale sau stres profesional a fost frecvent inclusă într-o manieră neunitară și fragmentată, în mai multe cadre juridice naționale.

Țările nordice au deschis calea recunoașterii riscurilor psihosociale la locul de muncă și dezvoltarea legislației relevante. Legea daneză privind mediul de muncă (1977) este prima lege care acoperă aspecte legate de mediul de muncă psihosocial. În același an, Suedia a adoptat Legea privind mediul de muncă care a inclus, de asemenea, dispoziții privind factorii psihosociale în muncă. Legea norvegiană privind mediul de muncă, de asemenea, adoptată în 1977, prevede ca munca să fie organizată pentru a oferi lucrătorilor posibilitatea de dezvoltare profesională și personală. În 1995, legea a inclus o dispoziție privind agresiunea (bullying).¹⁴⁵

Actuala Lege norvegiană privind mediul de muncă (2005) include cerințe specifice în ceea ce privește prevenirea riscurilor psihosociale în mediul de muncă, cu scopul de a apăra integritatea și demnitatea lucrătorilor.¹⁴⁶ În Finlanda dispozițiile specifice mediului de muncă psihosocial au fost incluse în Legea privind securitatea și sănătatea ocupațională în 2003. O serie de cerințe au fost introduse în această nouă lege, cerințe referitoare la constrângeri psihosociale, violență, muncă solitară, agresiune și alte comportamente necorespunzătoare. În Islanda, actuala Lege privind mediul de muncă a fost adoptată în 1980. În 2003 au fost adăugate dispoziții stipulând cerințe care obligă angajatorii să dispună sistematic măsuri preventive, inclusiv evaluări de risc ale mediului de muncă psihosocial. În 2004, agresiunea și alte comportamente nepotrivite au fost, de asemenea, incluse în lege.¹⁴⁷

Multe alte țări au încorporat cu succes dispozițiile din aceste domenii în legislația lor.

Unele țări se referă la protecția sănătății psihice și a stării de bine în domeniul de aplicare al legilor și reglementărilor de SSM (de ex.: Algeria, Argentina, Belize, Bolivia, Columbia, Costa Rica, Cuba, Haiti și Venezuela) sau în cadrul obiectivelor instituțiilor de SSM (de ex.: Canada și Republica Dominicană). În câteva țări, protecția sănătății psihice este inclusă în Constituție ca o obligație generală a statului pentru toți cetățenii (de exemplu, Lesoto) sau ca un drept al fiecărui individ (de exemplu, Chile și Peru).

O serie de legislații naționale se referă la protecția sănătății psihice sau a stării de bine psihosociale în definițiile pentru „sănătate”, „boală” sau „accident”, în Codurile muncii sau în legile de SSM (de ex.: Angola, Antigua și Barbuda, Australia, Bahamas, Republica Dominicană, Ecuador, Guyana, Mauritius, Noua Zeelandă, Nicaragua, Filipine, Swaziland, Tanzania, Thailanda, Trinidad și Tobago și Venezuela), sau în cadrul obiectivelor definite de disciplinele de sănătate ocupațională sau medicina muncii (de ex.: Bahrein, Salvador, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru și Thailanda).

Anumite țări prevăd, de asemenea, în legislația lor de SSM o definiție legală detaliată a pericolelor și riscurilor psihosociale (de ex.: Salvador, Estonia, Mexic și Peru). De exemplu, în Mexic, legea de SSM definește factorii de risc psihosocial (pericole) ca fiind acele elemente legate de funcțiile postului, timpul de muncă, precum și expunerea la evenimente traumatizante sau acte de violență la locul de muncă, care pot conduce la tulburări de anxietate, de somn și condiții severe de stres.¹⁴⁸ În conformitate cu legea de SSM din Estonia, riscurile psihologice sunt munca monotona sau care nu corespunde abilităților unui lucrător, organizarea precară a muncii, munca solitară pentru o perioadă mai lungă de timp, și alți factori similari care pot determina treptat schimbări în starea psihică a lucrătorului.¹⁴⁹ Alte reglementări naționale de SSM se referă la riscurile psihosociale ca riscuri emergente (de exemplu, Ecuador și Nigeria), sau în cadrul prevederilor generale ca subiect de cercetări viitoare (de ex.: Argentina, Cuba și Statele Unite).

Reglementările specifice privind riscurile psihosociale nu sunt foarte frecvente, și doar câteva țări le-au elaborat; de exemplu, Decretul regal belgian privind prevenirea riscurilor psihosociale în muncă (2014) definește riscurile psihosociale, precum și măsurile preventive care urmează să fie adoptate, rolul serviciilor de prevenire și protecție, precum și drepturile lucrătorilor de a participa la decizie.¹⁵⁰ Rezoluția columbiană 2646 privind evaluarea riscurilor și gestionarea riscurilor psihosociale (2008) stabilește reguli și responsabilități pentru permanenta identificare, evaluare, prevenire, intervenție și monitorizare a expunerii la pericole și riscuri psihosociale în muncă și pentru determinarea originii bolilor cauzate de stresul profesional.¹⁵¹

În diverse țări legislația națională prevede protecția sănătății psihice și a stării de bine a unor categorii specifice de lucrători. De exemplu, unele țări au cerințe specifice pentru lucrătorii tineri, promovând integritatea psihică sau morală și dezvoltarea lor (de ex.: Algeria, Angola, Botswana, Bulgaria, Burkina Faso, Republica Africa Centrală, Chile, Cuba, Ecuador, Haiti, Iordania, Mauritius, Mozambic, Nicaragua, Peru, Portugalia, Somalia, Africa de Sud, Tunisia, Turkmenistan și Uruguay), precum și protecția lucrătoarelor gravide împotriva oboselii psihice și împotriva constrângerilor muncii (de ex.: Austria, Republica Cehă, Estonia, Georgia, Italia, Luxemburg, Norvegia și România).

O serie de țări se referă în mod explicit la sănătatea psihică sau la factorii psihosociale în cadrul obiectivelor sau funcțiilor serviciilor de SSM sau ca parte a supravegherii sănătății lucrătorilor (de ex.: Algeria, Angola, Argentina, Costa Rica, Germania, Japonia, Libia, Mexic, Namibia, Paraguay, Senegal, Venezuela și Zambia). De exemplu, în Namibia, funcțiile serviciilor de SSM includ monitorizarea riscurilor biologice, chimice și fizice și a factorilor psihologici în mediul de muncă care ar putea afecta sănătatea lucrătorilor, inclusiv metodele de muncă și organizarea muncii.¹⁵² Unele țări fac referire la sănătatea psihică în legătură cu examenele medicale înainte de angajare pentru a se asigura că lucrătorii sunt apti din punct de vedere psihologic pentru tipul de muncă (de ex.: Argentina, Bahrein, Cuba, Columbia, Egipt, Oman și Qatar).

OBLIGAȚIILE ANGAJATORILOR ȘI DREPTURILE LUCRĂTORILOR

În multe țări protecția sănătății psihice și a stării de bine este prevăzută în legislația de SSM ca drept al lucrătorului sau ca o obligație generală a angajatorilor, inclusiv responsabilitatea acestora pentru medii de muncă sigure, condiții de muncă și organizarea muncii (de ex.: Algeria, Angola, Benin, Burkina Faso, Bolivia, Costa Rica, Cuba, Danemarca, Guineea Ecuatorială, Eritreea, Estonia, Finlanda, Honduras, Japonia, Republica Coreea, Mexic, Mozambic, Norvegia, Peru, Somalia, Venezuela și Zambia). De exemplu, în Venezuela, Legea muncii stabilește că munca trebuie să aibă loc în condiții de securitate și demnitate, pentru a permite lucrătorilor să își dezvolte potențialul, asigurând: (a) dezvoltarea lor fizică, intelectuală și morală; (b) formarea și schimbul de cunoștințe în procesul muncii; (c) timpul pentru odihnă și recreere; (d) un mediu de muncă sănătos; (e) protecția vieții, securității și sănătății în muncă; și (f) prevenirea și implementarea măsurilor de evitare a oricărei forme de hărțuire.¹⁵³ În Burkina Faso, conform Legii muncii, angajatorul are obligația de a asigura lucrătorilor condiții de muncă care să faciliteze dezvoltarea lor fizică normală, psihică și socială, precum și independența conștiinței lor morale și civice. În acest scop, angajatorii trebuie să permită lucrătorilor suficient timp liber pentru odihnă, instruire, recreere și viață socială.¹⁵⁴ Conform legii de SSM din Republica Coreea, angajatorul este obligat să creeze un mediu de muncă plăcut, care poate reduce oboseala fizică și stresul psihic al lucrătorilor.¹⁵⁵

Unele legislații naționale se referă la responsabilitatea angajatorului pentru prevenirea și controlul riscurilor psihosociale, stresul profesional, oboseala psihică sau suprasolicitare psihologică (de ex.: Bulgaria, Comore, Republica Dominicană, Salvador, Mexic, Namibia, Țările de Jos, Republica Coreea, Turkmenistan și Uruguay). De exemplu, noua Lege mexicană de SSM (2014) impune angajatorului să ia măsuri privind factorii de risc psihosocial, incluzând printre altele, identificarea și analiza acelor locuri de muncă care prezintă factori de risc psihosocial, din cauza naturii sarcinilor sau a timpului de muncă; adoptarea unor măsuri preventive adecvate pentru a reduce riscurile psihosociale; efectuarea examinării medicale pentru lucrătorii expuși la riscuri psihosociale; și furnizarea de informații cu privire la posibilele probleme de sănătate cauzate de expunerea la riscuri psihosociale.¹⁵⁶

În plus, unele legislații naționale de SSM solicită în mod explicit angajatorilor să efectueze evaluări ale riscurilor psihosociale (de ex.: Australia, Danemarca, Germania, Ungaria, Italia, Lituania, Mexic, Peru și Slovacia). De exemplu, în Italia, legea de SSM (Decretul nr. 81 din 2008) impune angajatorilor să evalueze stresul în muncă, ca parte a procesului de evaluare a riscului;¹⁵⁷ în timp ce, în Lituania, angajatorii trebuie să evalueze factorii psihosociali care cauzează stresul profesional și să protejeze lucrătorii împotriva riscurilor psihosociale sau să minimizeze aceste riscuri cât de mult posibil.¹⁵⁸

Unele legislații naționale includ, de asemenea, prevederi referitoare la comportamentele de adaptare. În unele țări, interzicerea consumului de droguri și alcool în muncă este reglementată prin lege (de ex.: Angola, Benin, Bolivia, Chile, Congo, Haiti și Nigeria) și majoritatea țărilor interzic fumatul la locul de muncă. În câteva țări, legislația de SSM prevede promovarea sănătății la locul de muncă. De exemplu, în Oman, reglementările de SSM precizează că locul de muncă trebuie să susțină starea generală de sănătate, pentru a minimiza obiceiurile nesănătoase prin promovarea alimentației sănătoase și a activității fizice; aceasta include interzicerea fumatului, programe care ajută lucrătorii să renunțe la fumat și îmbunătățirea sănătății psihice și integrării sociale a lucrătorilor instabili psihic.¹⁵⁹ În Venezuela, Legea muncii include printre atribuțiile sindicatelor și patronatelor, implementarea campaniilor de conștientizare asupra corupției, abuzului de droguri și substanțe psihotrope și a altor obiceiuri dăunătoare pentru sănătatea fizică și psihică a lucrătorilor.¹⁶⁰ Trebuie menționat că legislația și convențiile colective cu privire la abuzul de substanțe la locul de muncă (alcool și droguri) nu se referă întotdeauna la cauzele finale ale acestor comportamente sau la prevenirea acestora sau rolul pe care îl poate juca organizarea muncii.

Drepturile lucrătorilor la informare și formare sunt recunoscute în majoritatea țărilor; cu toate acestea, doar câteva se referă în mod specific la riscuri psihosociale, stres profesional sau sănătate psihică ca aspecte care trebuie abordate (de ex.: Salvador, Nigeria, Rwanda și Venezuela). De exemplu, în Nigeria, Codul muncii impune angajatorilor să crească gradul de conștientizare asupra riscurilor emergente pentru sănătate (cum ar fi: stresul profesional, consumul de alcool și droguri și fumatul) și să informeze lucrătorii și să le ofere asistență psihologică.¹⁶¹ În Salvador, angajatorul trebuie să ia măsurile necesare pentru a preveni, identifica, elimina sau reduce riscurile psihosociale, cum ar fi: (a) reducerea la minimum a efectelor negative ale muncii monotone și repetitive; (b) stabilirea mijloacelor de stimulare a relațiilor de muncă benefice și onorabile și comunicarea eficientă; (c) implicarea lucrătorilor în implementarea modificărilor în organizarea muncii; (d) sensibilizarea cu privire la cauzele și efectele violenței și ale hărțurii sexuale; și (e) colectarea propunerilor de la toate nivelurile și în toate domeniile pentru a controla riscurile psihosociale. Angajatorul are responsabilitatea de a oferi instruire și de a crea programe de sensibilizare cu privire la violență și riscuri psihosociale, pentru a contribui la stabilirea unor mecanisme de investigare și depistare precece a acestui tip de riscuri, precum și la dezvoltarea unei culturi organizaționale având în centru ființa umană, astfel încât să se creeze un mediu de muncă sănătos.¹⁶²

VIOLENȚA LA LOCUL DE MUNCĂ

Prevenirea și gestionarea hărțurii psihologice și a violenței la muncă au fost primele domenii în acest context în care sensibilizarea publicului cu privire la impactul asupra stării de bine a lucrătorilor a stimulat dezvoltarea legislației cu privire la măsurile corective și amenzi.^{xix} Majoritatea acestor legislații a fost dezvoltată în anii 1990. Un număr semnificativ de țări au abordat problema violenței la locul de muncă în Codurile muncii, Legile de SSM, reglementările specifice, codurile de practică și orientări, precum și în dreptul penal, în special, în ceea ce privește acțiunile de protecție și reactive și amenzi. Bolivia reprezintă un caz rar în care interzicerea oricăror forme de hărțuire legate de muncă este reglementată prin Constituție.¹⁶³

Toate țările nordice au atât legislație, cât și ghiduri pentru gestionarea agresiunii la locul de muncă. Ele au, de asemenea, legislație care asigură dreptul individului la un mediu de muncă sigur și impune angajatorului să prevină apariția agresiunii și să asigure o gestionare fermă a agresiunii atunci când este făcută o reclamație.¹⁶⁴ Suedia a fost prima țară care a introdus legislația antiagresiune (anti-bullying) și antiintimidare (anti-mobbing) în 1993, asigurând protecția lucrătorilor împotriva vătămării fizice și psihologice.¹⁶⁵

În majoritatea țărilor cu legislație referitoare la violența la locul de muncă, lucrătorii sunt protejați împotriva hărțurii psihologice sau morale și angajatorii sunt împiedicați, în mod direct sau prin reprezentanții lor, de la orice act ofensator care afectează lucrătorii din punct de vedere psihologic sau moral (de ex.: Bosnia și Herțegovina, Canada, Columbia, Comore, Danemarca, Ecuador, Finlanda, Germania, Italia, Letonia, Țările de Jos, Nigeria, Norvegia, Paraguay, Portugalia, Rwanda, Seychelles, Slovenia, Sudan, Suedia și Marea Britanie). Multe țări includ protecția împotriva hărțurii pe motive de gen (de ex.: Argentina, Bosnia și Herțegovina, Bulgaria, Croația, Cipru, Salvador, Grecia, Ungaria, Mexic, Norvegia, Pakistan, România și Ucraina). În multe cazuri, Codul muncii prevede, de asemenea, măsuri disciplinare, inclusiv desfacerea contractului de muncă (de ex.: Columbia, Republica Dominicană, Guatemala, Honduras, Iordania, Maroc, Paraguay, Africa de Sud, și Tunisia).

Acordul-cadru al UE privind hărțuirea și violența în muncă (2007) are ca scop creșterea nivelului de conștientizare și de înțelegere a angajatorilor, lucrătorilor și a reprezentanților lor, a acestor aspecte, precum și pentru a le oferi un cadru orientat spre acțiune pentru identificarea, gestionarea și prevenirea acestor probleme.

^{xix} Primele reglementări cu privire la această problemă de multe ori se referă la hărțuirea psihologică ca fiind "morală", ca urmare a perspectivei etice și a terminologiei juridice. Hărțuirea psihologică și hărțuirea morală sunt folosite ca sinonime de către unii savanți.

În 2010, partenerii sociali europeni au adoptat, de asemenea, *Norme multisectoriale pentru combaterea violenței terților și a hărțuirii legate de muncă*.¹⁶⁶

INCLUDEREA STRESULUI PROFESIONAL ȘI A TULBURĂRILOR PSIHICE ÎN LISTELE NAȚIONALE DE BOLI PROFESIONALE

O listă națională de boli profesionale (împreună cu un set de criterii de diagnostic bine stabilite) pot facilita recunoașterea și compensarea lor. În majoritatea țărilor notificarea bolilor profesionale este reglementată, de multe ori folosind standarde internaționale sau regionale, ca referință.

Convenția OIM nr. 155 este completată de Recomandarea nr. 194 din 2002 privind Lista de boli profesionale, care prevede revizuirea periodică și actualizarea listei de boli profesionale a OIM cuprinse în Anexa la Recomandare, prin intermediul reuniunilor tripartite de experți. Lista OIM, actualizată în 2010, se referă la tulburări psihice și comportamentale, incluzând tulburările de stres posttraumatic (en.: PTSD), creându-se astfel pentru prima dată posibilitatea ca și alte boli de acest gen să fie recunoscute ca având o origine profesională în cazul în care este stabilită științific o legătură directă (sau determinată prin metode adecvate condițiilor și practicilor naționale) între expunerea la factorii de risc la locul de muncă și tulburarea psihică.

OIM revizuieste periodic lista de boli profesionale, cu scopul de a ține pasul cu evoluția internațională și pentru a răspunde cererii mari pentru o referință internațională care să reflecte universul muncii de astăzi. Această listă facilitează identificarea bolilor profesionale suspectate și ajută țările în prevenirea, raportarea, înregistrarea și compensarea lucrătorilor afectați. Procesul de revizuire și actualizare periodică are o valoare deosebită. „Elementele deschise” din listă, care permit recunoașterea unor noi boli, se bazează pe contribuțiile active realizate de către medici și igienisti, precum și de angajatori, lucrători și autoritățile naționale. OIM a oferit asistență pentru pregătirea și actualizarea listelor naționale de boli profesionale în mai multe țări prin intermediul serviciilor de consiliere și consultanță tehnică (de ex.: Belgia, Canada, China, Egipt, Germania, Grenada, India, Italia, Mexic și Marea Britanie) și la nivel regional, în UE și în Comunitatea Caraibelor (en.: CARICOM).

Țările UE tind să urmeze Programul european al bolilor profesionale prevăzut în Recomandarea nr. 2003/670/CE a Comisiei Europene. Un raport publicat de Comisia Europeană în 2013 examinează situația bolilor profesionale în statele membre ale UE și țările din Spațiul Economic European EEA/EFTA.¹⁶⁷ Tulburările psihice și cele legate de stres sunt incluse în listele naționale de boli profesionale din următoarele țări ale UE: Danemarca (PTSD); Ungaria (boli cauzate de factori psihosociali); Italia (PTSD și tulburări cronice, cum ar fi anxietate, depresie, tulburări comportamentale sau afective); Letonia (boli cauzate de suprasarcină de muncă și psihonevroză); Lituania (boli profesionale cauzate de stres); Țările de Jos (tulburare legată de stres profesional și epuizare, depresie legată de muncă, PTSD, dependență de alcool); România (psihonevroză cauzată de îngrijire pe termen lung a persoanelor psihopate în unități de psihiatrie); în timp ce în Finlanda, tulburările psihice și comportamentale sunt evidențiate în registrele naționale pentru dizabilități (F: ICD-10) și sistemul său aferent. Tulburările psihice legate de muncă sunt, de asemenea, compensate în sistemul deschis suedez și prin intermediul sistemului complementar în alte state membre ale UE, cum ar fi: Belgia, Danemarca (pentru tulburări legate de stres, altele decât PTSD) și Franța.¹⁶⁸

În cele două Americi, o serie de țări includ tulburările psihice sau tulburările asociate specifice în listele lor de boli profesionale; de ex.: Argentina (PTSD, nevroze, paranoia și depresie psihotică); Brazilia (stres, PTSD, tulburări de somn și epuizare); Chile (nevroză de incapacitare profesională cu diferite manifestări clinice, cum ar fi: tulburare de adaptare, anxietate, depresie reactivă, tulburare de somatizare și durere cronică și nevroză legată de muncă care implică risc de constrângeri psihice); Columbia (patologii cauzate de stres profesional, cum ar fi stări de anxietate și depresie, tulburări de somn neorganic, epuizare, PTSD, precum și infarct miocardic, hipertensiune arterială, ischemie, ulcer peptic, ulcer gastric, sindrom de colon iritabil, etc.); Mexic (nevroză); Nicaragua (nevroză, insomnie și oboseală); și Venezuela (stres profesional, oboseală legată de muncă, epuizare, sindromul mobbing și tulburări de somn anorganic). Ecuador și Paraguay au adoptat Lista semideschisă de boli profesionale a OIM, recunoscând tulburările psihice și comportamentale, PTSD, și alte tulburări psihice sau comportamentale în cazul în care se stabilește o legătură directă între expunerea la factorii de risc rezultați din activitățile de muncă și tulburarea psihică și comportamentală a lucrătorului.

În regiunea Asia-Pacific, Republica Coreea și Malaysia includ tulburările psihice în listele lor naționale de boli profesionale; în timp ce Legea privind compensarea lucrătorilor în Noua Zeelandă acoperă prejudiciul psihic cauzat de hărțuirea sexuală. În Singapore, compensarea a fost revendicată pentru PTSD, precum și anumite cazuri de atac de cord asociat cu ore suplimentare sau stres profesional. În Japonia, compensarea lucrătorilor pentru tulburări de sănătate psihică legate de muncă a fost asigurată din 1999, iar Legea muncii a inclus criteriile pentru recunoașterea decesului cauzat de suprasolicitare (*karoshi*) și a sinuciderii legate de muncă (*karojisatsu*) pentru despăgubirea familiei lucrătorului care a decedat în acest fel.¹⁶⁹

Majoritatea țărilor din Africa și statele arabe nu includ stresul sau tulburările psihice asociate în listele lor naționale de boli profesionale. Cu toate acestea, legile privind compensarea lucrătorilor acoperă, uneori, unele tulburări psihice, ca în Nigeria, când stresul psihic care nu rezultă dintr-un traumatism (dar definit după anumite criterii) este compensat; și în Republica Arabă Siriană, în cazul în care Decizia privind stresul care cauzează un accident de muncă permite dreptul la prestații de securitate socială pentru accidente de muncă cauzate de stres, atât fizic cât și psihic.¹⁷⁰

STANDARDE TEHNICE NERESTRICTIVE DE MANAGEMENT ȘI PREVENIRE A RISCURILOR PSIHOSOCIALE

Standardele tehnice nerestrictive, codurile de conduită și protocoalele recunoscute de guverne pot juca, de asemenea, un rol important în promovarea acțiunilor armonizate în acest domeniu. În multe țări, autoritățile au implementat soluții fără caracter obligatoriu pentru a aborda riscurile psihosociale, inclusiv standarde tehnice, orientări voluntare, coduri de practică și alte ghiduri cu privire la modul de aplicare a principiilor generale de SSM în acest domeniu.^{xx} Unele autorități au optat pentru descrierea metodelor de realizare a evaluării și a măsurilor corective, mai degrabă decât pentru impunerea lor. Deși standardele naționale nerestrictive cu privire la riscurile psihosociale și stresul profesional nu sunt atât de frecvente, la nivel global următoarea specificație merită a fi de referință.

^{xx} Secțiunea 4 a acestui raport include o prezentare generală a instrumentelor de evaluare și management dezvoltate atât de autoritățile naționale, cât și de mediul academic.

Specificația britanică publică (en.: PAS) privind managementul riscului psihosocial: *PAS 1010: 2011. Ghidul privind gestionarea riscurilor psihosociale la locul de muncă* a fost elaborat de Institutul Britanic de Standarde (BSI). Această specificație vizează sprijinirea organizațiilor și întreprinderilor: (i) pentru a stabili o strategie și procesul de gestionare a riscurilor psihosociale cu scopul de a elimina sau reduce la minimum riscurile pentru angajați și alți factori implicați care ar putea fi expuși la riscuri psihosociale asociate activităților lor; (ii) pentru a implementa, menține și îmbunătăți în mod continuu procesul de gestionare a riscurilor psihosociale și a practicilor aferente; (iii) pentru a asigura conformitatea cu politicile declarate de SSM și riscurile psihosociale.¹⁷¹

În Canada, *Standardul național privind sănătatea psihică și securitatea la locul de muncă, prevenirea, promovarea și îndrumarea pentru implementare etapizată* (CAN/CSA-Z1003-13/BNQ 9700-803/2013) a fost publicat în 2013 de către Grupul CSA și Biroul de Normalizare din Québec, în colaborare cu Comisia de Sănătate Psihică din Canada. Acesta este primul standard național care vizează securitatea și sănătatea psihologică la locul de muncă și este auditabil, comparativ cu PAS1010, care este doar un standard de orientare. Standardul canadian se aliniază altor standarde existente.^{xxi} Un aspect unic al acestui standard este includerea mai multor anexe destinate să ajute la elaborarea și implementarea componentelor cheie. Sunt oferite modele de implementare, scenarii pentru întreprinderi mici și mari, un instrument de audit, precum și o serie de alte resurse și referințe.¹⁷²

ACORDURI ALE PARTENERILOR SOCIALI

În conformitate cu OIM, prevederile legale includ, în plus față de legi și reglementări, hotărârile arbitrale și acordurile colective prin care se conferă forță legii (art. 27 din Convenția nr. 81 din 1947 privind inspecția muncii). Recomandarea OIM nr. 91 din 1951 privind convențiile colective definește acordurile colective fiind toate acordurile în scris, cu privire la condițiile de muncă și condițiile de angajare încheiate între, pe de o parte, un angajator, un grup de angajatori sau una sau mai multe organizații patronale, și, pe de altă parte, una sau mai multe organizațiile sindicale reprezentative sau, în absența unor astfel de organizații, reprezentanți ai lucrătorilor aleși în mod corespunzător și autorizați de către aceștia, în conformitate cu legile și reglementările naționale. Acordurile colective respectă standardele minime stabilite în legislația națională și le completează sau le depășesc în beneficiul lucrătorilor reprezentați în cadrul negocierilor. Prin urmare, acordurile colective pot doar îmbunătăți cerințele stabilite în legislația țării; niciodată nu pot diminua obligațiile angajatorilor și ale lucrătorilor în cadrul acestor acorduri colective.

La nivelul UE, acțiunile întreprinse de partenerii sociali, în Cadrul Dialogului Social European au jucat un rol important în recunoașterea relevanței problemelor psihosociale și a stresului profesional de-a lungul ultimilor ani, prin încheierea unui număr de acorduri (ratificate de către Consiliul de Miniștri și acum parte din legislația europeană) care acoperă aspecte precum concediu parental (1996), muncă cu timp parțial (1997) și contracte pe durată determinată (1999). Partenerii sociali au încheiat, de asemenea, acorduri-cadru privind telemunca (2002), stresul profesional (2004), hărțuirea și violența în muncă (2007) și violența terților și hărțuirea legată de muncă (2010).

În conformitate cu Acordul-cadru al UE privind stresul profesional, factorii care cauzează stresul profesional pot fi abordați în cadrul unui proces global de evaluare a riscurilor. Măsurile pot fi colective, individuale sau ambele. Ele pot fi introduse sub forma unor măsuri specifice care vizează identificarea factorilor de stres sau ca parte a politicilor integrate privind stresul ce cuprinde atât măsuri preventive cât și reactive. Responsabilitatea pentru determinarea măsurilor corespunzătoare revine angajatorului, însă aceste măsuri trebuie să fie realizate cu participarea și colaborarea lucrătorilor sau a

reprezentanților lor. Acordul a reprezentat un punct de plecare pentru un dialog social la nivelul UE în 5 sectoare: educație, administrație publică centrală, securitate privată, construcții și energie electrică.

În conformitate cu acordul-cadru, în unele țări ale UE există acorduri naționale care stabilesc un cadru de negocieri privind stresul profesional și riscurile psihosociale. De exemplu, în Luxemburg și Țările de Jos a fost adoptat un cadru general tripartit orientat spre acțiune în baza Acordului privind stresul profesional ca o recomandare pentru negocieri la nivel de întreprindere. Partenerii sociali finlandezi și suedezi au convenit asupra orientărilor comune de negociere sau alte activități comune cu privire la aceste probleme la nivel sectorial și de întreprindere. În Spania, cele mai reprezentative organizații sindicale și patronale au inclus stresul profesional în Acordurile între Confederații privind negocierea colectivă, (AINC, 2005 și 2007), asigurând recomandări și priorități organizațiilor membre semnatare pentru a fi utilizate în timpul negocierii colective.¹⁷³

În Danemarca, au fost, de asemenea, încheiate acorduri colective la nivel național care stabilesc drepturi și obligații pentru părțile semnatare și membrii acestora (sectorul public); Franța (sectorul bancar, energie electrică și gaze, telecomunicații, economia socială, industria petrolieră, industria farmaceutică și cooperative agricole); Grecia (industrii de ramură); Italia (interconfederații); Suedia (sector municipal) și România (industrii de ramură). Partenerii sociali belgieni au adoptat un contract colectiv de muncă în industrii de ramură în cadrul Consiliului național de muncă privind gestionarea prevenirii stresului profesional cauzat de muncă (CCT/CAO nr. 72 din 1999) înainte de Acordul UE privind stresul profesional care a intrat în vigoare.¹⁷⁴ În Germania, un acord colectiv sectorial pentru bănci private și publice a inclus o declarație comună care cere întreprinderilor să introducă măsuri de reducere a constrângerilor psihice, inclusiv obiective realiste, autonomie și o analiză a riscului global (2010).¹⁷⁵

Franța oferă un bun exemplu de implementare a unui cadru de stres profesional prin intermediul dialogului social. În iulie 2008, toți partenerii sociali francezi au semnat acordul interprofesional național privind stresul profesional, care a fost prelungit în 2009. Acest acord care a acordat o atenție sporită unor cazuri de sinucideri ale lucrătorilor din industria auto în 2007 a contribuit la creșterea negocierilor colective în țară. Acordul a definit conceptul de stres și a cerut angajatorilor să decidă cu privire la măsurile adecvate pentru prevenirea sa. În 2013, partenerii sociali au semnat un Acord privind calitatea vieții profesionale.¹⁷⁶

INSPECȚIA MUNCII

În conformitate cu Convenția OIM nr. 81 din 1947 privind inspecția muncii, principalele funcții ale sistemului de inspecție a muncii trebuie să asigure: (i) controlul aplicării prevederilor legale referitoare la condițiile de muncă și protecția lucrătorilor în timpul desfășurării muncii lor; și (ii) furnizarea de informații tehnice și consiliere angajatorilor și lucrătorilor despre cele mai eficiente mijloace de respectare a prevederilor legale. Aceste activități pot să fie proactive sau reactive. Primele sunt inițiate de către inspectoratele de muncă cu obiective de prevenire și sunt, în principal informative, educaționale și se referă la monitorizarea eforturilor în ceea ce privește măsurile de prevenire și protecție care trebuie să fie efectuate de către angajator. Activitățile reactive se concentrează pe reclamații specifice, avertizări sau probleme care trebuie să fie abordate de către inspectorii de muncă cât mai curând posibil, inclusiv investigarea plângerilor, a accidentelor de muncă și a altor evenimente. Inspectoratele de muncă pot primi reclamații explicite despre riscuri psihosociale, în special cu privire la lipsa evaluării riscurilor sau lipsa măsurilor pentru prevenirea sau reducerea acestora, în cazul în care dispozițiile relevante sunt reflectate în legislația națională.

^{xxi} BNQ 9700-800/3008 *Prevenire, promovare și practici organizaționale care contribuie la sănătatea la locul de muncă*, CAN/CSA-Z1000-06 (R2011) *Managementul securității și sănătății în muncă*.

Cu toate acestea, însă, nu este neobișnuit să se primească plângeri care implică în mod implicit aceste riscuri, cum ar fi cele legate de violență, oboseală, timp de muncă, suprasolicitare, schimbări frecvente, atmosfera neplăcută sau un mediu ofensiv. Inspecția reactivă poate fi inițiată de alte evenimente excepționale, cum ar fi sinucideri ale lucrătorilor, un nivel ridicat de absentism sau dispute sau alte avertizări sau notificări adresate inspectoratului de muncă. În toate aceste cazuri, este oportună, de asemenea, o abordare preventivă a riscurilor psihosociale. Inspectorii trebuie să verifice măsurile de evaluare și gestionare a riscurilor adoptate de către angajator, în scopul eliminării sau reducerii riscurilor identificate și pentru a evita alte evenimente viitoare.¹⁷⁷

Inspectoratele de muncă și autoritățile de SSM au elaborat tot mai multe îndrumări, instrumente și campanii privind evaluarea riscurilor psihosociale pentru inspectorii de muncă. La nivelul UE, Comitetul Înălților Responsabili cu Inspecția Muncii (en.: SLIC) a promovat o campanie privind riscurile psihosociale în 2012, dezvoltând un set de instrumente de evaluare a riscurilor psihosociale, care a fost utilizat în timpul inspecțiilor din 26 state membre ale UE și Islanda.^{XXII} În timpul campaniei au fost realizate 13.508 de controale, în special, în sectorul sănătate, inclusiv asistența socială (privată și publică), în sectorul serviciilor (de ex., hoteluri și restaurante), precum și în sectorul transporturi.

La nivel național, țările nordice au fost printre primele care au inclus factorii psihosociali în evaluările de risc ale condițiilor de muncă efectuate de către inspectoratele de muncă. În Danemarca, Autoritatea pentru Mediul de Muncă (en.: DWEA) însărcinată cu asigurarea respectării legislației de SSM a efectuat inspecții focalizate pe mediul de muncă psihosocial încă de la începutul anilor 1990. În cadrul unei campanii de control extins, DWEA a efectuat un program de inspecții speciale intense, care vizau întreprinderile din sectoarele expuse la provocări potențial semnificative de sănătate și securitate, concentrându-se asupra riscurilor ergonomice și psihosociale. DWEA a elaborat, de asemenea, 24 instrumente de orientare sectoriale, pentru a sprijini inspectorii în evaluările de risc psihosocial, în vederea standardizării acestei abordări.¹⁷⁸ În Finlanda, inspectorii calificați efectuează controale la locul de muncă urmărind *Chestionarul Valmeri*, care acoperă riscurile psihosociale, cum ar fi: ritmul de muncă sau sarcina de muncă care depășește competențele unui lucrător, formare și informare despre sarcinile îndeplinite, asistență și sprijin, aspecte cum ar fi violența și hărțuirea, dacă opinia lucrătorului este luată în considerație și așa mai departe.¹⁷⁹ În Norvegia, inspectoratul de muncă a publicat o broșură despre stresul profesional, în cooperare cu partenerii sociali, precum și îndrumări privind *Organizarea muncii și amenajarea locului de muncă*, care abordează, de asemenea, stresul profesional. Mai mult decât atât, în Danemarca, Finlanda, Norvegia și Suedia, toți inspectorii nou-angajați trebuie să urmeze formarea introductivă de bază (inclusiv teoria și practica) privind mediul de muncă psihosocial.¹⁸⁰

În ultimii ani, unele inspectorate de muncă din alte țări au elaborat ghiduri și modele pentru a ajuta inspectorii de muncă să abordeze riscurile psihosociale. De exemplu, în Australia jurisdicția Queensland a inclus riscurile psihosociale în strategia de inspecție a muncii încă, din anul 2004. Accentul inițial a fost în primul rând reactiv, dezvoltând proceduri ca răspuns la reclamațiile de hărțuire. În 2006, inspectorii psihosociali au căutat să combată percepția greșită a problemelor psihosociale în cauză, în principal, hărțuirea prin dezvoltarea unui program de abordare a stresului la locul de muncă. Inspectorii psihosociali au elaborat 4 fișe de informații cu privire la stresul profesional ca instrument pentru inspectorii din domeniu. Ei au dezvoltat, de asemenea, un model care acoperă 8 factori de risc pentru a proiecta incidentele de stres raportate, împreună cu o campanie de creștere a conștientizării asupra stresului în sectorul public; scopul a fost acela de a educa organizațiile cu privire la notificarea incidentelor de stres și de a dezvolta capacitatea lor de a aborda stresul la locul de muncă.^{XXIII} Mai recent, punctul central al activității inspectoratului legat de riscurile psihosociale a fost extins la 6

domenii generale: hărțuire la locul de muncă, stres profesional, oboseală, probleme cognitive în proiectare, cultură și comportament de securitate.¹⁸¹

În Austria, modificările în legislația privind riscurile psihosociale au fost însoțite de un ghid pentru a ajuta inspectorii de muncă să aprecieze dacă evaluările riscurilor și acțiunile preventive au fost efectuate corect, descriind ceea ce inspectorii de muncă trebuie să monitorizeze și sprijinul pe care ei trebuie să-l acorde și furnizând tabele generale și un catalog de criterii pentru evaluarea acestor riscuri.¹⁸² În Franța, inspectoratul de muncă a elaborat mai multe liste de verificare pentru a ajuta inspectorii în identificarea riscurilor psihosociale la locul de muncă, colectând potențiali indicatori de stres, cum ar fi: număr de accidente, zile de concediu medical, formare, ore suplimentare, schimburi și modificări ale zilei de muncă, frecvența măsurilor disciplinare, reclamații sau cereri, etc.¹⁸³ În Germania, Comitetul Statelor Federale pentru Securitate și Sănătate în Muncă (LASI), care coordonează politicile de inspecție a muncii din statele federale (landuri) a adoptat orientări generale privind riscurile psihosociale. Acestea includ un model pentru testarea caracterului adecvat al evaluărilor de risc efectuate de întreprinderi printr-o listă de verificare cu 3 categorii principale: (i) conținutul muncii și a sarcinilor; (ii) organizarea muncii; (iii) relațiile sociale. În plus, inspectorul trebuie, de asemenea, să analizeze indicatorii de potențiale cauze de stres, cum ar fi: rata de absentism, evidențele din procesele de muncă (erori și reclamații), sănătatea și starea de bine a lucrătorilor (probleme cu alcoolul, iritabilitate, disponibilizări, etc), precum și climatul social (conflict, hărțuire, violență).¹⁸⁴ În Țările de Jos, inspecția muncii privind riscurile psihosociale se bazează pe verificarea directă a riscurilor psihosociale la locul de muncă de către un inspector de specialitate. Această verificare se face cu ajutorul unui chestionar de bază cu 12 întrebări referitoare la simptomele de stres profesional sau o altă metodă mai avansată, care include 24 întrebări cu privire la simptomele de stres, 14 privind riscurile psihosociale, 21 privind problemele de sănătate și 2 cu privire la absentism.¹⁸⁵ În Spania, Codul de practici pentru inspectorii de muncă privind agresiunea și violența la muncă (69/2009) prevede acțiuni specifice pentru abordarea hărțuirii și violenței la locurile de muncă.¹⁸⁶ În Marea Britanie, inspecția riscurilor psihosociale se desfășoară într-un mod preventiv și proactiv, concentrându-se pe acele sectoare care implică un nivel ridicat de stres profesional (de ex.: îngrijirea sănătății, administrație publică, educație și sector financiar). Pentru a ajuta inspectorii să-și efectueze evaluarea riscurilor psihosociale, Autoritatea pentru Sănătate și Securitate (en.: HSE) a elaborat *Pachetul de inspecție privind stresul profesional* și alte materiale care descriu nevoile inspectorilor în fiecare fază a procesului de management al riscului de stres, împreună cu un indicator final al situației întreprinderii în raport cu managementul stresului.¹⁸⁷

^{XXII} Raportul și prezentarea campaniei din 2012 pe webpage sunt disponibile la adresa <https://cicabc.europa.eu/faces/jsp/extension/wai/navigation/container.jspx>.

^{XXIII} Modelul este bazat pe lucrarea realizată de Autoritatea pentru Sănătate și Securitate din Marea Britanie.

4. STRATEGII DE MANAGEMENT ȘI PREVENIRE A PERICOLELOR ȘI RISCURILOR PSIHOSOCIALE

Această secțiune rezumă cele mai relevante inițiative, strategii și acțiuni privind prevenirea stresului profesional și promovarea sănătății psihice a lucrătorilor. Acestea au fost dezvoltate de către diferiți actori sociali, inclusiv organizații internaționale, instituții regionale, autorități naționale, parteneri sociali și rețele și asociații ale specialiștilor de SSM. Unele organizații internaționale și instituții regionale au inclus protecția sănătății psihice în programul lor.

A fost dezvoltată o serie de instrumente de măsurare (în principal, bazate pe chestionare), având ca scop evaluarea riscurilor psihosociale și nivelurile de stres, atât individuale, cât și colective (o listă este disponibilă în Anexa 1, Tabelul 1.1). O gamă largă de instrumente de gestionare (inclusiv orientări, platforme on-line, fișe de informare și alte surse) au fost elaborate pentru a ajuta angajatorii și lucrătorii în activitatea lor de prevenire și management al stresului profesional (o listă cu astfel de instrumente este disponibilă în Anexa 1, Tabelul 1.2).

ORGANIZAȚII INTERNAȚIONALE

Prevenirea riscurilor psihosociale și a stresului profesional este un aspect important al obiectivului principal al OIM de promovare a sănătății la locul de muncă. Acțiunea OIM în acest domeniu se desfășoară la nivel național și de întreprindere, prin dezvoltarea unor instrumente esențiale care pot fi utilizate de către guverne, angajatori și lucrători pentru a stabili practici de SSM solide, în scopul de a mări impactul susținerii statelor membre ale OIM. OIM a elaborat 2 instrumente complementare pentru abordarea problemelor legate de sănătate psihică la locul de muncă. *Prevenirea stresului la locurile de muncă* este un instrument ergonomic bazat pe bune practici, cu care se verifică și se intervine prin intermediul unei liste de verificare și a unui set de orientări axate pe îmbunătățiri la locul de muncă pentru prevenirea riscurilor psihosociale și a stresului profesional.¹⁸⁸ Pachetul de formare SOLVE: *Integrarea promovării sănătății în politicile locului de muncă* se concentrează pe promovarea sănătății și a stării de bine în muncă, prin elaborarea politicilor de SSM și acțiune pentru a oferi un răspuns integrat adresat următoarelor domenii și interacțiunile lor: (i) sănătate psihosocială (stres, violență fizică și psihologică, stresul economic); (ii) potențiale dependențe și efectele lor asupra locului de muncă (consum de tutun și expunere pasivă la fumul de tutun, consum de alcool și droguri); și (iii) moduri de viață (nutriție corespunzătoare, activitate sau exercițiu fizic, somn sănătos, prevenire HIV și SIDA).¹⁸⁹ Acest instrument de formare face parte dintr-un program implementat în diferite regiuni ale lumii, în colaborare cu constituenții OIM, ONG-uri și universități. Programul a conferit un stimul important pentru acțiune la locul de muncă și la niveluri naționale și, în special prin implicarea strânsă a guvernelor naționale și a organizațiilor reprezentative patronale și sindicale.

În contextul acestui raport trebuie făcută referire la codul de practici privind *Gestionarea la locul de muncă a consumului de alcool și droguri și a problemelor asociate* și adaptarea și implementarea programelor model de prevenire a abuzului de droguri și alcool, la nivel național și de întreprindere prin activități de cooperare tehnică, ca parte a unei strategii mai ample de promovare a sănătății, care susține gestionarea pericolelor și a riscurilor psihosociale și prevenirea stresului profesional, ca parte integrantă a strategiei de SSM.¹⁹⁰

În plus față de OIM o serie de organizații internaționale, cum ar fi: Organizația Mondială a Sănătății (ro.: OMS), Asociația Internațională pentru Securitate Socială (en.: ISSA), Organizația pentru Cooperare Economică și Dezvoltare (en.: OECD), Banca Mondială și Forumul Economic Mondial (en.: WEF) au fost active în prevenirea și managementul riscurilor psihosociale și promovarea sănătății psihice în muncă prin cercetare și consiliere, inclusiv dezvoltarea și implementarea inițiativelor specifice.

OMS a contribuit la prevenirea riscurilor psihosociale prin publicarea de cercetări, orientări, instrumente și alte resurse. Activitatea OMS privind sănătatea ocupațională este guvernată de *Planul global de acțiune privind sănătatea lucrătorilor 2008-2017*. Planul prevede acțiuni „pentru a proteja și promova sănătatea la locul de muncă”, și afirmă că „evaluarea și gestionarea riscurilor pentru sănătate la locul de muncă ar trebui să fie îmbunătățite prin definirea intervențiilor esențiale pentru prevenirea și controlul riscurilor mecanice, fizice, chimice, biologice și psihosociale în mediul de muncă”.¹⁹¹ În aprilie 2010, OMS a lansat *Cadrul global pentru locuri de muncă sănătoase*, menit să ofere îndrumări privind protecția și promovarea sănătății, securității și stării de bine a tuturor lucrătorilor și sustenabilitatea la locul de muncă.¹⁹² Conform acestui cadru, mediul de muncă psihosocial include cultura organizațională precum și atitudini, valori, credințe și practici de zi cu zi la locul de muncă, care afectează starea de bine fizică și psihică a lucrătorilor.¹⁹³ OMS a elaborat, de asemenea, îndrumări importante cu privire la modul de abordare a riscurilor psihosociale și a stresului profesional printr-o serie de publicații, cum ar fi: *Organizarea muncii și stresul* (2003), *Creșterea gradului de conștientizare asupra hărțuirii psihologice în muncă* (2003) și *Creșterea gradului de conștientizare asupra stresului în muncă în țările în curs de dezvoltare: Un pericol modern, într-un mediu de muncă tradițional* (2007); și a sprijinit dezvoltarea PRIMA-EF: *Îndrumare privind Cadrul european pentru gestionarea riscurilor psihosociale - o resursă pentru angajatori și reprezentanții lucrătorilor* (2008). În anul 2008, OMS a lansat *Programul de acțiune privind lipsa sănătății psihice* (mhGAP), pentru a rezolva problema lipsei de îngrijire pentru persoanele care sunt afectate de tulburări psihice, neurologice și consum de substanțe, în special, în țările cu venituri mici și mijlocii. În 2013, cea de-a 66-a Adunare Mondială a Sănătății a adoptat *Planul general de acțiune pentru sănătate psihică 2013-2020*, cu obiectivele: (i) consolidarea conducerii și guvernării eficiente în ceea ce privește sănătatea psihică; (ii) furnizarea de servicii complete, integrate și corespunzătoare de asistență socială și sănătate psihică bazate pe comunitate; (iii) implementarea strategiilor de promovare și prevenire în domeniul sănătății psihice; și (iv) consolidarea sistemelor de informații, evidențe și cercetări privind sănătatea psihică.¹⁹⁴

Securitatea socială preventivă și proactivă este unul dintre pilonii viziunii ISSA. Această asociație recunoaște că în timp ce eforturile de prevenire în ultimele decenii au condus la multe rezultate pozitive, rămân numeroase provocări pentru sănătatea lucrătorilor, cum ar fi, prevalența în creștere a factorilor psihosociale care sporesc complexitatea prevenirii, solicitând o abordare mai holistică de către instituțiile de securitate socială în promovarea securității și sănătății.¹⁹⁵

OECD recunoaște că abordarea problemelor de sănătate psihică la populația activă reprezintă o problemă cheie pentru succesul politicilor sociale și în domeniul pieței muncii în țările OECD. Proiectul OECD de *Muncă și sănătate psihică* a examinat modul în care provocările mai largi privind sănătatea psihică în muncă au fost abordate în politicile din domeniile: educație, sănătate, social și piața muncii, într-o serie de țări ale OECD. Raportul *Bolnav la muncă: mituri și realități despre sănătate psihică și muncă* (2012) a estimat că, costul total al bolilor psihice reprezintă în jur de 3,5% din PIB în țările OECD și a subliniat necesitatea de a păstra oamenii cu problemele de sănătate psihică angajați sau aducerea celor din afara pieței muncii înapoi la muncă.

Potrivit raportului, persoanele cu tulburări ușoare până la moderate, cum ar fi anxietatea sau depresia, sunt de două ori mai susceptibili de a fi șomeri, și, de asemenea, prezintă riscul mult mai mare de a trăi în sărăcie și marginalizare socială. Guvernele OECD recunosc tot mai mult faptul că abordarea problemelor de sănătate psihică a populației active devine o problemă-cheie pentru politicile pieței muncii și sociale.¹⁹⁶ Raportul (parte din seriile *Sănătate Psihică în Muncă* ale OECD) este completat de *Rapoartele de țară Sănătate Psihică în Muncă* (Austria, Belgia, Danemarca, Țările de Jos, Norvegia, Suedia, Elveția și Marea Britanie) și de raportul interregional *Minte potrivită, Muncă potrivită: de la dovezi la practică pentru sănătate psihică în muncă* (2015). Printre alte documente relevante ale OECD cu privire la acest subiect se numără lucrarea privind *Sănătatea psihică în muncă: Realizarea de politici bine integrate și furnizarea de servicii* (2014) și raportul privind *Cadrul politicilor de sănătate psihică* (2015), adoptat de Forumul politicilor de înalt nivel ale OECD privind sănătatea psihică în muncă.

Banca Mondială include, printre domeniile sale de activitate consolidarea, conștientizarea și înțelegerea sănătății psihice și psihosociale când este implicată dezvoltarea. Eforturile sale sunt concentrate pentru asigurarea că sănătatea psihosocială și psihică sunt încorporate în operațiunile din contextul dezvoltării unor politici pe termen lung, strategii, planuri și resurse pentru a asigura durabilitatea. Raportul de Dezvoltare Mondială 2015 *Minte, Societate și Comportament* are ca scop îndrumarea cercetătorilor și practicienilor care pot sprijini progresul unui nou set de abordări de dezvoltare bazate pe considerarea mai aprofundată a influențelor sociale și psihologice.¹⁹⁷

WEF este o organizație internațională independentă care promovează cooperarea dintre sectorul public și cel privat și o platformă de dialog între întreprinderi, guverne și reprezentanții societății civile. Consiliul Agendei Globale al WEF privind starea de bine și sănătatea psihică decide să includă bolile psihice în planurile de dezvoltare și sănătate la nivel mondial, prin creșterea gradului de conștientizare asupra importanței, prevalenței și a poverii tulburărilor psihice; prin crearea unui mediu de afaceri cu sănătate psihică pozitivă și stare de bine pentru societate și întreprinderi; și prin raportarea progreselor înregistrate în rapoartele anuale. În plus, WEF realizează o serie de rapoarte de cercetare cu privire la unele subiecte, incluzând sănătatea psihică, condiții de muncă, egalitate de gen și altele.¹⁹⁸

ORGANIZAȚII ȘI INSTITUȚII REGIONALE

Pentru a favoriza cooperarea și integrarea politică și economică sau dialogul dintre guverne într-o anumită zonă geografică au fost stabilite o serie de organizații regionale. Unii au adoptat politici legate de promovarea sănătății psihice și a stării de bine și de prevenirea stresului și a tulburărilor asociate, cu scopul de a integra sau coordona activități naționale la nivel regional.

Pe continentul african, Comunitatea de Dezvoltare a Africii de Sud (en.: SADC) a adoptat *Protocolul privind sănătatea* (2004), potrivit căruia statele membre trebuie să își coordoneze eforturile pentru a preveni bolile și pentru a promova starea de bine și implementarea politicilor și pentru a asigura linii directe privind promovarea sănătății și a educației, modulii de viață sănătos și reducerea abuzului de substanțe. De asemenea, acest protocol solicită dezvoltarea legislației privind sănătatea psihică, elaborarea unor îndrumări regionale de formare și integrarea serviciilor de sănătate psihică în asistența medicală primară, împreună cu asigurarea unui tratament și îngrijire corespunzătoare, care să respecte demnitatea și drepturile omului pentru persoanele bolnave psihic, dezvoltarea dotărilor și serviciilor de îngrijire ale unei comunități de susținere, precum și analiza cost-eficiență și cercetarea privind cultura specifică de sănătate psihică.¹⁹⁹

Comitetul Executiv al Miniștrilor Sănătății al *Consiliului de Cooperare pentru Statele Arabe din Golf* (en.: GCC) a dezvoltat o serie de programe tehnice, care abordează sănătatea psihică, sănătatea ocupațională, controlul consumului de tutun și prevenirea bolilor

netransmisibile. În plus, Liga Statelor Arabe a adoptat în 2004 *Carta arabă a drepturilor omului* care recunoaște dreptul fiecăruia de a se bucura de cel mai înalt standard de sănătate fizică și psihică.^{XXIV} Aceasta stabilește, de asemenea, că fiecare lucrător are dreptul de a se bucura de condiții de muncă juste și favorabile (inclusiv remunerare corespunzătoare, ore de muncă, odihnă și concediu, asigurarea securității și sănătății în muncă, nediscriminare între bărbați și femei, precum și protecția la locul de muncă a femeilor, a lucrătorilor tineri și a persoanelor cu dizabilități).²⁰⁰

În regiunea Asia-Pacific, Asociația Națiunilor din Asia de Sud-Est (en.: ASEAN) a adoptat *Planul regional de acțiune privind modulii de viață sănătoase în ASEAN* (2002-2020), cu obiectivul ca toți cetățenii din ASEAN să aibă un mod de viață sănătos în concordanță cu valorile lor, credințele și cultura în medii propice. Strategiile prevăzute în *Planul de acțiune* includ consolidarea contribuției serviciilor de sănătate, a școlilor și a locurilor de muncă în formarea unui comportament sănătos legat de diverse activități ale vieții zi cu zi, cum ar fi mâncatul și băutul, activitatea fizică, consumul de tutun, abuzul de alcool și substanțe, comportamentul sexual, gestionarea stresului, autoîngrijirea, munca, grija pentru alții, precum și calitatea și securitate acasă, la muncă și în alte medii. *Programul de lucru privind promovarea unor moduri de viață sănătoase în ASEAN* solicită țărilor membre, în colaborare cu partenerii corespunzători, să ia măsuri imediate cu privire la domeniile prioritare ale politicilor, inclusiv sănătatea psihică și modul de viață, colaborând pentru asigurarea unui mediu care promovează participarea socială, reducerea discriminării și să consolideze oportunitățile economice, cadrul muncii și modul de viață, precum și promovarea adoptării de inițiative pentru locuri de muncă sănătoase.²⁰¹ Asociația Asiei de Sud pentru Cooperare Regională (en.: SAARC) a adoptat *Declarația de la Delhi privind provocările pentru sănătatea publică* (2015). Semnând Declarația, miniștrii sănătății ai statelor membre au convenit să coopereze pentru combaterea tulburărilor psihice printr-o abordare cu mai multe fațete.²⁰²

În cele două Americi, Organizația Statelor Americane (OSA) a adoptat *Declarația de angajament de la Port of Spain privind asigurarea viitorului cetățenilor noștri prin promovarea prosperității umane, a securității energetice și durabilității mediului înconjurător* (2009).²⁰³ Această Declarație a reafirmat angajamentul țărilor membre ale OSA față de *Declarația OIM privind principiile și drepturile fundamentale în muncă* pentru promovarea muncii decente și punerea în aplicare a legislațiilor naționale ale muncii în vederea asigurării unor condiții de muncă adecvate și locuri de muncă sigure și sănătoase, lipsite de violență, hărțuire și discriminare.²⁰⁴ Miniștrii muncii din statele membre ale OSA au adoptat *Declarația de la Medellin* (2013), în care s-au angajat să consolideze strategiile naționale tripartite privind sănătatea la locul de muncă, astfel încât să promoveze o cultură de prevenire și să dezvolte programe de sănătate ale lucrătorilor din regiune. Aceste programe sunt menite să ajute țările să răspundă mai bine provocărilor relevante la locul de muncă, inclusiv impactului dependenței de substanțe și a bolilor netransmisibile, cum ar fi cancerul, diabetul, hipertensiunea arterială și tulburările de sănătate mintală în rândul lucrătorilor.²⁰⁵ Comunitatea Caraibelor a stabilit *Cooperarea Caraibelor pentru Inițiativa în Sănătate* (1984), în scopul de a optimiza utilizarea resurselor, a promova cooperarea tehnică între țările membre, precum și pentru a dezvolta și a asigura finanțarea punerii în aplicare a proiectelor în domeniile prioritare de sănătate. *Cooperarea Caraibelor în domeniul sănătății faza a III-a* (2009-2015) stabilește direcția și obiectivele de sănătate publică pentru perioada respectivă și include sănătatea mintală ca domeniu prioritar.²⁰⁶ Strategia pentru îmbunătățirea și menținerea sănătății mintale a populației din Caraibe se concentrează pe dezvoltarea legislației, o politică regională de sănătate mintală și un plan de acțiune, o reformă a serviciilor de sănătate mintală, management și îngrijire a persoanelor bolnave mintal, inclusiv a toxicomanilor, informații de interes public, educație și comunicare. *Planul de acțiune privind sănătatea mintală* (2015-2020) al Organizației Pan-Americane a Sănătății (en.: PAHO) constă în ghidarea intervențiilor de sănătate mintală în cele două Americi.^{XXV}

^{XXIV} O primă versiune a Cartei a fost creată în 1994 dar niciun stat nu a ratificat-o, apoi a fost actualizată în 2004 și a intrat în vigoare în 2008 când 7 țări dintre statele membre ale Ligii Statelor Arabe au ratificat-o.

^{XXV} PAHO (en.: Pan American Health Organization) - agenție de sănătate specializată a Sistemului Inter-american servind drept Birou Regional al OMS pentru cele două Americi.

Obiectivele sunt promovarea stării de bine mintale, prevenirea tulburărilor psihice și a celor legate de substanțe, furnizarea de îngrijire, consolidarea reabilitării și un accent pe recuperare, alături de promovarea drepturilor omului pentru persoanele cu tulburări mintale și legate de utilizarea de substanțe, în scopul reducerii morbidității, invalidității și mortalității. Deși Planul se concentrează pe sistemele de sănătate, acesta recunoaște rolul altor sectoare ca fiind crucial pentru promovarea și protejarea sănătății mintale.²⁰⁷

UE a elaborat, la rândul ei, o serie de inițiative relevante, cum ar fi *Pactul european pentru sănătate mintală și stare de bine* (2008) și, în continuarea acestuia, *Rezoluția Parlamentului European privind sănătatea mintală* (2009). În primul dintre acestea a fost recunoscut faptul că sănătatea mintală și starea de bine sunt resurse esențiale pentru realizarea obiectivelor Strategiei de la Lisabona, în ceea ce privește creșterea economică și locurile de muncă, coeziunea socială și dezvoltarea durabilă. Una dintre cele cinci priorități ale Pactului este *sănătatea mintală la locul de muncă*.²⁰⁸ Rezoluția a cerut statelor membre să încurajeze cercetarea cu privire la condițiile de muncă ce ar putea conduce la creșterea incidenței bolilor mintale, în special în rândul femeilor; ea solicită totodată angajatorilor să promoveze un mediu de lucru sănătos, acordând atenție stresului legat de muncă și cauzelor profunde ale tulburărilor mintale la locul de muncă, și, în același timp, să abordeze aceste cauze. În cele din urmă, se face apel către Comisie să solicite întreprinderilor și autorităților publice să prezinte un raport anual referitor la politica și activitățile pe care le desfășoară pentru sănătatea mintală a lucrătorilor lor, conform aceleiași baze pe care ei raportează asupra sănătății fizice și a siguranței la locul de muncă.²⁰⁹

Prin al VI-lea Program-Cadru, Comisia Uniunii Europene a finanțat un proiect de colaborare pentru dezvoltarea unui cadru european de gestionare a riscurilor psihosociale, cu un accent special pe stresul legat de muncă și violența la locul de muncă (inclusiv hărțuirea, intimidarea și agresiunea). *Managementul riscului psihosocial - Cadru European de Excelență* (en.: PRIMA-EF) a fost proiectat de către un consorțiu de instituții partenere în 2011.²¹⁰ A fost primul proiect în acest domeniu ce urma să fie inițiat la nivel regional. Acesta include un program virtual de formare, menit să ofere îndrumări privind bunele practici în evaluarea și gestionarea riscurilor psihosociale în muncă pentru manageri și specialiști în resurse umane, specialiști în sănătate și securitate la locul de muncă, manageri și proprietari de întreprinderi mici și mijlocii (IMM), precum și reprezentanți ai lucrătorilor.

UE are mai multe agenții, institute și comitete de lucru în domeniul securității și sănătății în muncă. Fundația Europeană pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Viață și de Muncă (Eurofound) este o agenție tripartită a UE, al cărei rol este de a oferi cunoștințe în domeniul politicilor sociale și legate de muncă. Eurofound efectuează, periodic, două studii-anchetă cu privire la aspectele vieții muncii: *Studiul privind condițiile de muncă la nivel european* și *Studiul asupra companiilor europene* (en.: ECS). Subiectele abordate includ statutul ocupațional, durata și organizarea timpului de lucru, organizarea muncii, învățarea și formarea/instruirea, factorii de risc fizic și psihosocial, sănătatea și securitatea, echilibrul dintre viață și muncă, participarea lucrătorilor, veniturile și securitatea financiară. EU-OSHA este agenția UE de informare în materie de SSM. În 2009, EU-OSHA a lansat *Sondajul european în rândul întreprinderilor privind riscurile noi și emergente*, acesta fiind primul sondaj la nivel european privind sănătatea și securitatea la locul de muncă. ESENER a acordat o atenție deosebită zonei riscurilor psihosociale, inclusiv stresul. În acest context au fost publicate două rapoarte: *Factori de stimulare și obstacole în managementul riscului psiho-social: o analiză a rezultatelor Studiului european în rândul întreprinderilor privind riscurile noi și emergente (ESENER)* (2012); și *Gestionarea riscurilor psihosociale la locul de muncă: o analiză a rezultatelor Studiului european în rândul întreprinderilor privind riscurile noi și emergente (ESENER)* (2012).

Totodată, EU-OSHA a produs mai multe rapoarte privind riscurile psihosociale și stresul legat de muncă, de exemplu: *Calcularea costului stresului legat de muncă și a riscurilor psihosociale* (2014), *Noi riscuri și tendințe în domeniul securității și sănătății femeilor la locul de muncă* (2013); *Starea de bine la locul de muncă: crearea unui mediu de muncă pozitiv* (2013); *Promovarea sănătății mintale la locul de muncă - Un raport privind bunele practici* (2011); *Violența și hărțuirea la locul de muncă: un tablou european* (2011); *Proгноza experților privind riscurile psihosociale emergente legate de securitatea și sănătatea în muncă (SSM)* (2007);

Modul de a aborda problemele psihosociale și de reduce stresul legat de muncă (2002); și *Practica prevenirii riscurilor psihosociale și a stresului în muncă* (2002). EU-OSHA a mai publicat, în colaborare cu Eurofound, raportul *Riscurile psihosociale în Europa: prevalență și strategii de prevenire* (2014). În sfârșit, 2014-15 *Campania locuri de muncă sănătoase* organizată de EU-OSHA a fost despre gestionarea stresului, oferind sprijin și îndrumare lucrătorilor și angajatorilor în gestionarea riscurilor psihosociale.

Alte organizații regionale din Europa au dezvoltat inițiative relevante pe tema riscurilor psihosociale. De exemplu, Consiliul Nordic, prin intermediul Consiliului Nordic de Miniștri, a lansat un proiect în 1994 pentru a îmbunătăți calitatea științifică și comparabilitatea datelor referitoare la mediul de muncă psihologic, social și organizațional.^{xxvi} Echipa de proiect a avut sarcina de a dezvolta testul Chestionarului general nordic (QPSNordic) care cuprinde factorii psihologici și sociali fundamentali în muncă.²¹¹

Consortiul NOUA ERĂ A SSM (o asociație formată din peste douăzeci de organizații finanțatoare și institute de cercetare europene în domeniul SSM) a dezvoltat proiectul *PSYRES (sănătate psihologică și stare de bine în restructurare: efecte și mecanisme cheie)*. Printre rezultatele PSYRES figurează informarea la nivel național (de ex., sistemele de piață a muncii, fapte și cifre); seturi de date și analize, precum și un instrument de sondaj; un ghid, *Pasi spre o schimbare notabilă - inițiative pentru asigurarea stării de bine a angajaților pe perioada restructurării*; și două fișe informative, inclusiv fapte cheie privind restructurarea, alături de orientări cu privire la modul de gestionare a restructurării, astfel încât să se mențină starea de bine a lucrătorilor.²¹²

STRATEGII ȘI INIȚIATIVE NAȚIONALE

De-a lungul ultimului deceniu, pe lângă dezvoltarea unor cadre juridice, multe țări au elaborat strategii naționale în care au inclus prevenirea riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă. În plus, autoritățile naționale au stabilit adesea comisii sau comitete ori au angajat institute de cercetare pentru a dezvolta o serie de inițiative care abordează aceste probleme, de la cercetare științifică și până la linii directoare, instrumente, activități de formare și de sensibilizare.^{xxvii}

STRATEGII

În numeroase țări, guvernele au inclus în mod explicit prevenirea și gestionarea pericolelor și a riscurilor psihosociale în strategia lor națională privind SSM. Adeseori, riscurile psihosociale sau stresul legat de muncă sunt menționate ca priorități în strategia privind SSM. Uneori, strategiile naționale prevăd și măsuri specifice pentru abordarea lor, cum ar fi adoptarea sau revizuirea legislației; elaborarea de protocoale, orientări și alte instrumente; cooperarea cu partenerii sociali și cu alte instituții.

De exemplu, *Strategia Națională II pentru Sănătate și Securitate în Muncă 2015-2019*, adoptată de Autoritatea de Supraveghere a Riscurilor Profesionale (es.: SRT) din cadrul Ministerului Muncii din Argentina conține mai multe prevederi referitoare la pericolele și riscurile psihosociale, cum ar fi dezvoltarea de protocoale și ghiduri pentru evaluarea lor; proiectarea și validarea de instrumente de diagnosticare pentru detectarea și prevenirea lor timpurie^{xxviii}; elaborarea de reglementări specifice în consultare cu partenerii sociali;

^{xxvi} Consiliul Nordic este organismul inter-parlamentar oficial din regiunea nordică. Acesta a fost creat în 1952 pentru a promova cooperarea dintre parlamentele și guvernele Danemarcei, Islandei, Norvegiei și Suediei; Finlanda s-a alăturat în 1955. Consiliul Nordic a înființat în 1971 Consiliul Nordic de Miniștri, care este organismul oficial pentru de cooperare interguvernamentală nordică.

^{xxvii} Această parte are ca scop mai degrabă să ofere câteva exemple de inițiative guvernamentale și de bune practici pentru a face față stresului legat de muncă, decât să prezinte o compilație exhaustivă din toate țările.

^{xxviii} Studiul privind validarea instrumentului a fost publicat în 2015.

stabilirea de proceduri și definirea de responsabilități în ceea ce privește identificarea, evaluarea, prevenirea, intervenția și monitorizarea continuă a expunerilor; studierea și determinarea originii bolilor cauzate de stresul legat de muncă.²¹³

În Australia, *Strategia de sănătate și securitate în muncă (2012-2022)* promovează o viziune a vieții profesionale sănătoase, sigure și productive, evidențiind acele categorii de tulburări legate de muncă ce urmează să fie considerate drept prioritate națională (una dintre ele fiind tulburări psihice), și stabilește obiectivele care trebuie atinse până în 2022.²¹⁴

În Danemarca, riscurile psihosociale au fost incluse în Strategia națională de SSM pentru perioada 2012-2020 drept unul dintre domeniile prioritare. Strategia a adoptat valori-țintă cantitative și are ca obiectiv o reducere cu douăzeci la sută a numărului de lucrători supraîncărcați din punct de vedere psihologic până în 2020.²¹⁵

În Finlanda, *Politicile pentru mediul de muncă și starea de bine în muncă 2011- 2020*, adoptate de Ministerul Afacerilor Sociale și Sănătății, acordă o atenție specială mediului de muncă și starea de bine la locul de muncă, inclusiv riscurilor psihosociale.²¹⁶ Pe baza acestui cadru legal, au fost puse în aplicare mai multe inițiative, inclusiv proiectul *Viața profesională 2020*, *Forumul pentru starea de bine la locul de muncă*, *Rețeaua de dezvoltare a conducerii*, și *Liideri - Business, productivitate și bucurie la programul de muncă 2012-2018*.²¹⁷

În Franța, guvernul a adoptat în octombrie 2009 *Planul de urgență pentru prevenirea stresului în muncă* în contextul unui val de sinucideri.^{XXIX} Planul a inclus patru obiective principale: (i) obligația întreprinderilor cu peste 1.000 de muncitori să înceapă negocierile în vederea elaborării unui acord sau a unui plan de acțiune privind stresul la locul de muncă; (ii) organizarea de seminarii regionale cu privire la riscurile psihosociale; (iii) acțiuni de integrare a riscurilor psihosociale în planurile de restructurare; (iv) crearea unui departament privind riscurile psihosociale în cadrul Direcției Generale de Muncă din Ministerul Muncii.²¹⁸ În principal, această direcție a dezvoltat un model pentru înțelegerea și prevenirea riscurilor psihosociale, care a fost folosit de către guvern în vederea elaborării de instrumente și îndrumări pentru a ajuta întreprinderile, cu precădere IMM, să respecte obligațiile ce le revin și să gestioneze crizele interne. Riscurile psiho-sociale au fost integrate în planul național de sănătate în muncă 2010-2014, în care acestea au fost prioritizate ca un risc major în domeniul SSM.

Germania, în *Strategia comună privind securitatea și sănătatea în muncă* stabilește trei obiective care trebuie atinse în perioada 2013-2018: (i) de a îmbunătăți organizarea sănătății în muncă; (ii) de a reduce bolile legate de muncă provocate de tulburări musculo-scheletice; și (iii) de a proteja mai bine lucrătorii de tensiunea psihosocială în muncă. De asemenea, Ministerul Federal al Muncii și Afacerilor Sociale și partenerii săi sociali au emis în 2013 o *Declarație comună privind sănătatea mintală la locul de muncă*.²¹⁹ Legat de cel de-al treilea obiectiv privind tensiunea psihologică în muncă, în 2015 a fost lansat un nou program numit *Psyche*.²²⁰

În Mauritius, Ministerul Muncii, Relațiilor Industriale și Ocupare a Forței de Muncă, în consultare cu partenerii sociali, a formulat în martie 2015, o politică națională în domeniul SSM, care se referă la măsurile specifice care trebuie luate în privința riscurilor fizice, chimice, biologice, ergonomic și psihosociale la locul de muncă.²²¹

Noua Zeelandă, în *Strategia de sănătate și securitate la locul de muncă până în 2015*, a conceput o forță de muncă sănătoasă în locuri de muncă sigure și productive, în care termenul „sănătoasă” include starea de bine la nivel fizic, psihic și social. În strategii, factorii de muncă psihosociale au fost definiți ca una dintre prioritățile naționale, incluzând sarcinile de muncă excesive, controlul redus asupra muncii, agresiunea și violența în muncă, deoarece toate pot contribui la oboseală cronică, tulburări legate de stres, abuzul de alcool și de droguri, boli de inimă, afecțiuni ale aparatului locomotor la nivelul membrului superior și suicid.²²² Unele țări au elaborat strategii naționale specifice privind sănătatea mintală, care includ promovarea sănătății mintale în muncă și

prevenirea riscurilor psihosociale. De exemplu, Comisia de Sănătate Mintală din Canada (en.: MHCC) a conceput prima strategie națională de sănătate mintală, care face eforturi pentru a reduce stigmatizarea, avansează schimbul de cunoștințe privind sănătatea mintală și examinează cum poate ajuta în cel mai bun mod persoanele fără adăpost care au probleme de sănătate mintală.^{XXX} Strategia constă în șase direcții strategice care includ promovarea sănătății mintale pe tot parcursul vieții în case, școli, și la locurile de muncă.²²³ *Strategia spaniolă privind sănătatea mintală a Sistemului Național de Sănătate*, adoptată în 2006 și actualizată în 2009, conține, la rândul ei, obiective legate de sănătatea la locul de muncă și care recomandă în special faptul că regiunile ar trebui să sprijine prevenirea stresului legat de muncă, a epuizării și tulburărilor psihice asociate muncii. La actualizarea strategiei în 2009 a fost adăugată o recomandare potrivit căreia regiunile ar trebui să abordeze sănătatea mintală și să promoveze condiții de muncă mai bune pentru grupurile vulnerabile, în special femei.²²⁴

Unele instituții naționale derulează și campanii de conștientizare privind stresul legat de muncă și sănătatea mintală la locul de muncă. De exemplu, în Australia, Comisia Națională de Sănătate Mintală a înființat în 2013 Alianța locurilor de muncă sănătoase din punct de vedere mintal; aceasta promovează un demers la nivel național, de către mediul de afaceri, comunitate și de guvern, de a încuraja locurile de muncă din Australia să devină sănătoase din punct de vedere mintal. În parteneriat cu Beyond Blue (o organizație non-profit care se ocupă de problemele asociate depresiei, anxietății și tulburărilor psihice), Alianța a derulat campania națională *Heads Up*, în cadrul căreia a produs resurse și instrumente interactive pentru a permite întreprinderilor mari și mici, managerilor și lucrătorilor să identifice riscurile psihosociale și să ia măsurile corespunzătoare în vederea creării de locuri de muncă sănătoase din punct de vedere mintal.²²⁵ Institutul Național pentru Sănătate în Muncă din Africa de Sud (en.: NIOH) a devenit o resursă importantă pentru dezvoltarea și susținerea serviciilor eficiente de sănătate în muncă. NIOH, în colaborare cu Departamentul de Sănătate, a realizat o campanie de conștientizare în octombrie 2015, declarată *Luna de conștientizare a sănătății mintale*, cu obiectivul de a educa publicul cu privire la sănătatea mintală și la reducerea stigmatizării și a discriminării.²²⁶

CERCETARE ȘI ÎNTEMEIEREA PE DOVEZI

În multe țări, institutele naționale de SSM sunt responsabile cu efectuarea de cercetări și studii în domeniul riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă. De exemplu, Institutul finlandez de Sanatate (en.: FIOH) are o echipă care elaborează informații cu privire la factorii psihosociale și schimbările ce produc efecte semnificative asupra sănătății, determinând mecanismele care influențează sănătatea, studiază importanța capitalului social pentru o stare de bine, evaluează eficiența metodelor utilizate de către organizații pentru prevenirea problemelor de sănătate și promovarea sănătății.²²⁷

În Franța, Direcția pentru Cercetare, Studii și Statistici (fr.: DARES) efectuează un *sondaj* la nivel național privind *monitorizarea medicală a riscurilor* (SUMER), care include determinări ale expunerii psiho-sociale. Pe baza sondajului din 2010 DARES a proiectat o serie de indicatori privind cerințele muncii, cerințele emoționale, autonomia, relațiile sociale și de muncă, conflicte de valori, și insecuritate socio-economică.²²⁸ Institutul Național de Cercetare și Securitate (fr.: INRS) are ca scop îmbunătățirea cunoașterii riscurilor psihosociale și a efectelor lor asupra sănătății, precum și înțelegerea fenomenelor legate de activitățile de muncă sau de schimbările din universul muncii, care ar putea conduce la degradarea sănătății fizice sau mentale sau invers, la conservarea ei. INRS analizează și practicile de prevenire existente în vederea dezvoltării și diseminării unor noi abordări adaptate la o serie de situații de muncă. În acest context, INRS a produs o serie de publicații, ghiduri și instrumente.^{XXXI}

^{XXIX} Sinuciderile în grupul de telecomunicații France Telecom Orange din anul 2009 au dat naștere unei jurisprudențe odată ce au fost recunoscute ca având o cauză profesională.

^{XXX} Guvernul federal a creat Comisia pentru Sănătate Mintală a Canadei în 2007, cu un mandat de 10 ani (2007-2017).

^{XXXI} Resursele INRS privind riscurile psihosociale sunt disponibile în limba franceză la <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>

În Germania, Institutul Federal pentru Securitate și Sănătate în Muncă (de.: BAuA) desfășoară activități de cercetare în domeniul securității și sănătății la locul de muncă și promovează transferul de cunoștințe în practică, inclusiv în ceea ce privește stresul legat de muncă și riscurile psihosociale. De exemplu, în 2012, BAuA a publicat raportul german privind stresul (de.: *Stressreport Deutschland 2012*) bazat pe interviuri cu peste 20.000 de muncitori, pentru a estima stresul și expunerea la tensiune.²²⁹

În Japonia, unul dintre grupurile de cercetare din cadrul Institutului Național de Securitate și Sănătate în Muncă (en.: JNIOOSH) activează în domeniul administrării sănătății și a factorilor psihosociale, cercetând metodele de evaluare a condițiilor de sănătate a lucrătorilor și managementul sănătății. În ultimii ani, grupul a derulat o serie de proiecte, cum ar fi *Sănătatea, performanța și starea de bine în regim flexibil de lucru*, *Organizații care promovează munca sănătoasă pentru sănătatea mintală la locul de muncă* și *Asocieri între stresul psihosocial și simptome depresive în rândul lucrătorilor și măsuri de prevenire la locul de muncă*. Un proiect de cercetare privind facilitarea recuperării din oboseală în muncă este în prezent în derulare.^{xxxii}

În 2000, Institutul Național pentru Securitate și Sănătate Ocupațională (en.: NIOSH) din SUA a început colaborarea cu Fundația Națională pentru Știință pentru a adăuga la General Social Survey (ro.: Sondajul social general) un modul special de evaluare a calității vieții profesionale.^{xxxiii} Începând cu anul 2002, acest studiu bianual conține și modulul calitatea vieții profesionale (76 întrebări care abordează o varietate de probleme legate de organizarea muncii). În 2010 modulul a fost modificat pentru a reflecta factorii de risc emergenți în ceea ce privește securitatea și sănătatea lucrătorilor.²³⁰ NIOSH, prin Agenda Națională de Cercetare ocupațională (en.: NORA), a identificat organizarea muncii ca fiind unul dintre cele 21 domenii prioritare pentru cercetarea în domeniul sănătății în muncă de la înființarea sa în 1996. A fost organizată o echipă de lucru care a colaborat cu mediul academic, mediul de afaceri și alte părți interesate pentru a studia cum se transformă modul de organizare a muncii, implicațiile securității și sănătății pe care le au aceste transformări, precum și măsurile de prevenire necesare. În 2004 au publicat raportul *Transformarea organizării muncii și securitatea și sănătatea oamenilor muncii*.

În Singapore, Institutul de Securitate și Sănătate la locul de muncă (en.: WSH) este menit să furnizeze educație, cunoștințe, soluții și servicii de consultanță, precum și să efectueze cercetări aplicate. Stresul legat de muncă este unul dintre domeniile de interes ale institutului de cercetare. De menționat că, în prezent, Institutul WSH conduce un studiu de doi ani, privind *evaluarea rezilienței și a stresului în ocuparea forței de muncă* (ERASE, 2015-2017), în parteneriat cu Consiliul pentru Promovarea Sănătății, Spitalul General Changi și Institutul de Sănătate Mintală. Studiul are scopul de a dezvolta și valida un instrument local de evaluare a sănătății psihosociale a lucrătorilor, precum și de a identifica și gestiona pericolele și riscurile psihosociale. Studiul are ca scop înțelegerea modului în care riscurile psihosociale și capacitatea de adaptare individuală influențează nivelurile de stres al lucrătorilor și starea de bine mintală. Studiul va avea ca rezultat un instrument online validat pentru angajatori și lucrători, în vederea evaluării și gestionării riscurilor psihosociale și a nivelurilor de stres. Acesta va oferi mediului industrial și recomandări bazate pe dovezi privind gestionarea riscurilor și pericolelor psihosociale.²³¹

Consiliul Suedez pentru Cercetare Socială și a Vieții Active (FAS) sprijină Centrul de stres de la Stockholm, care a fost creat în 2009 ca un centru interdisciplinar pentru cercetarea stresului în muncă.²³²

În Marea Britanie, HSE produce informații statistice privind stresul legat de muncă, pe baza datelor din *Statistica anuală privind forța de muncă* și din Studiul privind *Condițiile de muncă psihosociale*. Totodată, HSE a elaborat mai multe lucrări și studii, în special cu privire la gestionarea stresului și la intervenții legate de acesta.^{xxxiv}

LINII DIRECTOARE

Primele orientări/îndrumări cu privire la aspectele sociale și psihologice ale mediului de muncă (*Psykiska och sociala aspekter på arbetsmiljön*) au fost introduse în 1982 de către Autoritatea suedeză pentru Mediul de Muncă (AV). Aceste orientări au subliniat importanța dezvoltării personale și profesionale, nevoia de contact social, organizarea muncii, conștientizarea lucrătorilor cu privire la coresponsabilitatea lor în materie de securitate și sănătate la locul de muncă, factorii fizici și chimici, precum și planificarea orelor de lucru.²³³

De atunci, mai multe țări au elaborat orientări privind prevenirea stresului legat de muncă, protecția sănătății mintale și evaluarea riscurilor psihosociale. De exemplu, guvernul japonez a emis orientări pentru a-i ajuta pe angajatori să protejeze sănătatea mintală a lucrătorilor. Acestea au fost lansate pentru prima dată în 2000, apoi a fost revizuite, iar în 2006 au fost redenumite *Noile orientări în materie de sănătate mintală*. Ele impun angajatorului stabilirea unui sistem și unui plan de acțiune pentru protejarea sănătății mintale a lucrătorilor, pe baza unei discuții între angajator, reprezentanții ai lucrătorilor, profesioniștii din domeniul SSM și comitetul de SSM din întreprindere. Aceste noi orientări se concentrează pe patru activități care ar putea fi eficiente: (i) educația, formarea și diseminarea de informații; (ii) îmbunătățirea mediului de muncă; (iii) consultarea timpurie a lucrătorilor; și (iv) sprijinul pentru revenirea la locul de muncă al bolnavilor mintal.²³⁴

Consiliul tripartit Economic și Social (en.: CES) din Luxemburg a elaborat orientări privind stresul legat de muncă. Orientările CES descriu impactul negativ la nivel individual și organizațional al stresului legat de muncă. Ele oferă o abordare pas-cu-pas a procedurilor de identificare și gestionare a riscurilor psihosociale și definesc îndatoririle și drepturile actorilor la locul de muncă.²³⁵

În Malaezia, Departamentul de Securitate și Sănătate (en.: DOSH) a publicat *Îndrumarul pentru prevenirea stresului și a violenței la locul de muncă* (2001), pentru a oferi un răspuns integrat acestor probleme, care adeseori se declanșează împreună la locul de muncă. Acesta a introdus o abordare inovatoare, prin care sănătatea, securitatea și starea de bine a lucrătorilor devin părți integrante a durabilității economice și a dezvoltării organizaționale a întreprinderilor. Prin conectarea directă a sănătății și securității cu aspectele manageriale și de dezvoltare, acest îndrumar oferă instrumente pentru o acțiune imediată, auto-susținută la locul de muncă, în vederea reducerii și a eliminării stresului și a violenței.²³⁶

În Mexic, Direcția SSM din cadrul Ministerului Muncii, în consultare cu Comitetul Național tripartit de SSM (COCONASH), elaborează orientări tehnice privind riscurile psihosociale pentru a completa noua lege a SSM.

În Singapore, în urma adoptării legii privind protecția împotriva hărțuirii (POHA) în 2014^{xxxv}, în scopul de a ajuta angajatorii și lucrătorii să adopte măsuri de prevenire și să întreprindă un management proactiv și acțiuni de remediere (în cazul în care are loc hărțuirea) și pentru a asigura un loc de muncă sigur și constructiv, Ministerul Forței de Muncă (en.: MOM), Congresul Național al Sindicatelor (en.: NTUC) și Federația Națională a Angajatorilor din Singapore (en.: SNEF) au emis în comun Orientări Consultative la nivel tripartit cu privire la gestionarea hărțuirii la locul de muncă.²³⁷

În Spania, Institutul Național de Securitate și Igienă în Muncă (es.: INSHT) a adoptat mai multe fișe tehnice de prevenire (es.: NTP) privind riscurile psihosociale și stresul legat de muncă, pentru a ajuta la identificarea riscurilor și stabilirea de măsuri preventive pentru a le face față.

^{xxxii} O listă a studiilor efectuate de Administrația Sănătății și Grupul de Cercetare a Factorului Psihosocial este disponibilă în limba engleză pe site-ul JNIOOSH (https://www.jniosh.go.jp/en/groups/themes_health.html).

^{xxxiii} Sondajul social general este un sondaj bianual, național, bazat pe interviu personală a gospodăriilor din SUA, realizat de Centrul Național de Cercetare a Opiniei și finanțat de Fundația Națională pentru Știință.

^{xxxiv} O listă a principalelor publicații privind cercetarea stresului legat de muncă este disponibilă pe site-ul HSE (<http://www.hse.gov.uk/stress/research.htm>).

^{xxxv} POHA a fost introdus de Ministerul Jurisprudenței pentru a oferi șansa de recurs în cauze civile și penale, în vederea unei mai bune protecții a indivizilor de hărțuire și comportament antisocial legat de aceasta. Pentru mai multe informații, consultați: <https://www.mlaw.gov.sg/content/minlaw/en/news/press-releases/protection-from-harassment-act-in-force.html>

INSTRUMENTE DE INTERVENȚIE

Instituții naționale dintr-o serie de țări au dezvoltat modele de monitorizare, instrumente de evaluare și gestionare a riscurilor, precum și alte inițiative de conștientizare, pentru a ajuta la înțelegerea și prevenirea stresului legat de muncă.^{xxxvi}

Printre modelele de monitorizare, Chestionarul psihosocial de la Copenhaga (en.: COPSOQ), dezvoltat în 1997 de către Centrul Național de Cercetare pentru Mediul de Muncă al Danemarcei, a fost primul care a inclus valori de referință bazate pe populație pentru a evalua nevoia de acțiune și pentru a sprijini procesul de luare a deciziilor în privința măsurilor de prevenire la nivelul locului de muncă.^{xxxvii} Acesta a inclus trei versiuni de lungimi diferite: o versiune mai lungă, pentru cercetare, și versiuni de durată medie și scurte pentru evaluarea riscurilor la locul de muncă, în funcție de mărimea forței de muncă. De la dezvoltarea sa inițială în Danemarca, COPSOQ a fost adaptat și aplicat de către cercetători din mai multe țări. Este relevant de menționat adaptarea acestuia de către Institutul Sindicatelor de Cercetare a Mediului de Muncă și Sănătății (es.: ISTAS) din Spania, sub numele de COPSOQ/ISTAS21. Această formă adaptată a fost utilizată pe scară largă în țările din America Latină și validată în Chile, prin *Chestionarul SUSESO/ISTAS 21*, completând *Protocolul de Monitorizare a Riscurilor Psihosociale în Muncă* adoptat în 2013 de către Departamentul de Sănătate Ocupațională din cadrul Ministerului Sănătății.²³⁸ Protocolul pune, de asemenea, la dispoziție *Instrumentul pentru evaluarea măsurilor de prevenire a riscurilor psihosociale în muncă*. COPSOQ/ISTAS21 a fost validat și în Argentina în 2015.²³⁹ Institutul Național de Securitate și Igienă în Muncă (es.: INSHT) din Spania a dezvoltat propria sa metodă de evaluare a riscurilor psihosociale la locul de muncă (es.: F-Psico), pentru a facilita identificarea și evaluarea riscurilor psihosociale.^{xxxviii}

Printre exemplele de instrumente de evaluare și gestionare a riscurilor elaborate de instituțiile naționale în colaborare cu universitățile se numără și Proiectul australian *Oameni la muncă*, lansat în 2007, menit să ajute întreprinderile să identifice și să gestioneze riscurile psihosociale.^{xxxix} Întreprinderile care au participat la proiect au acces la un instrument online de evaluare a riscurilor și la resurse pentru punerea în aplicare a managementului riscurilor psihosociale și evaluarea eficienței intervențiilor alese. Metodele de colectare a datelor includ sondaje printre lucrători și focus-grupuri cu o măsură opțională de urmărire/verificare.²⁴⁰

Un alt exemplu este furnizat de HSE din Marea Britanie, care a dezvoltat un procedeu bazat pe un set de Standarde de Management pentru a ajuta angajatorii, lucrătorii și pe reprezentanții acestora să gestioneze și să reducă nivelurile de stres legat de muncă. *Standardele de management pentru stresul legat de muncă* se referă la bunele practici de management în ceea ce privește șase riscuri psihosociale principale la locul de muncă (adică cerințele muncii, controlul muncii, sprijinul din partea conducerii și a colegilor, relațiile de muncă, definirea clară a rolului și schimbare/transformarea organizațională).^{xl}

În mai multe țări instituțiile naționale au dezvoltat, în același timp, resurse de informare pentru a-i ajuta pe angajatori și pe lucrători să înțeleagă, să evalueze, să gestioneze și să prevină riscurile psihosociale. De exemplu, Centrul canadian pentru Sănătate și Securitate Ocupațională (en.: CCOHS), condus de un consiliu tripartit, promovează starea de bine totală (cuprinzând sănătatea fizică, psihosocială și mentală) în rândul lucrătorilor canadieni prin furnizarea de informații, formare, educație și soluții care susțin programe de sănătate, securitate și stare de bine.

^{xxxvi} Instrumente relevante, inclusiv cele menționate în această secțiune, sunt enumerate în anexa 1, cu referințe și legături (acolo unde acestea sunt disponibile).

^{xxxvii} COPSOQ este disponibil acum în peste 25 de limbi. Mai multe informații la: <http://www.copsoq-network.org/index.php>

^{xxxviii} Versiunea actuală, *Factores Psicosociales. Método de Evaluación*. Versiunea 3.1 (F-PSICO 3.1), actualizată în 2014, este disponibilă online pe pagina de Internet a INSHT (www.insht.es).

^{xxxix} *Oameni la muncă* este o inițiativă de colaborare între Guvernul Federal australian, Guvernul Queensland, Guvernul New South Wales, Safe Work Australia, WorkSafe Victoria, Universitatea din Queensland și Universitatea Națională Australiană.

^{xl} Platforma conține instrucțiuni detaliate, un instrument indicator, studii de caz dintr-o serie de întreprinderi, ghiduri de focus-grupuri și exemple de intervenții în toate sectoarele (<http://www.hse.gov.uk/stress/standards/>). Standardele de management elaborate de HSE au fost integrate în Irlanda, în instrumentul actualizat Muncește Pozitiv (care vizează întreprinderile mici) și în Italia.

CCOHS a elaborat mai multe resurse privind riscurile psihosociale și implicațiile acestora, în special cu privire la stres, violență, agresiune, precum și alte comportamente în mediul de muncă.²⁴¹ Consiliul de Sănătate Ocupațională (es.: CSO) al Ministerului Muncii și Securității Sociale din Costa Rica are ca scop promovarea de locuri de muncă decente, sigure și competitive. CSO furnizează informații și resurse referitoare la factorii psihosociale și impactul acestora.²⁴² În Franța, Agenția Națională pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Muncă (fr.: ANACT) ajută întreprinderile să adopte politici pentru prevenirea riscurilor psihosociale prin intervenții directe în întreprinderi și prin publicarea de ghiduri.²⁴³ Mai mult, ANACT gestionează Fondul pentru Îmbunătățirea condițiilor de muncă, fond ce finanțează proiecte ale întreprinderilor care vizează îmbunătățirea condițiilor de muncă, unul dintre cele patru domenii de focalizare fiind stresul și riscurile psihosociale. În Ghana, *Programul privind starea de bine a angajaților* este o inițiativă în colaborare, realizată de Ministerul Sănătății din Ghana și Societatea Germană pentru Cooperare Internațională (de.: GIZ). Această inițiativă voluntară a început cu accent pe combaterea HIV/SIDA și s-a dezvoltat în continuare într-un program de stare de bine generală, oferind instrumente și politici pentru întreprinderi; acesta se bazează în mare măsură pe modelul OMS pentru locuri de muncă sănătoase. Mediul de muncă psihosocial este integrat în aspectele de sănătate și de securitate ale modelului.^{xl1} În Peru, Centrul de Informare Științifică și Documentare (CINDOC) din cadrul Centrului Național pentru Sănătate Ocupațională și Protecția Mediului pentru Sănătate (CENSOPAS) furnizează informații cu privire la riscurile psihosociale, la agresiune și hărțuire la locul de muncă, alături de formare pentru medici și ingineri.²⁴⁴ Autoritatea suedeză pentru Mediul de Muncă (se.: AV) a elaborat mai multe ghiduri și rapoarte cu privire la stresul legat de muncă pentru angajatori și reprezentanți ai sindicatelor, cum ar fi *Managementul sistematic al mediului de muncă împotriva stresului* (2002) și *Îmbolnăvirea și distresul - într-un mediu de muncă în schimbare* (2002).²⁴⁵ În Marea Britanie, Institutul Național pentru Sănătate și Excelență Clinică (en.: NICE) produce îndrumări pentru angajatori, cum ar fi *Starea de bine psihică în muncă* (2009) și *Sănătatea la locul de muncă: practici de management* (2015).²⁴⁶

INSTITUȚII DE ASIGURĂRI SOCIALE

Inițiative relevante au fost dezvoltate și de către instituțiile naționale de asigurări. De exemplu, în Italia, departamentul de cercetare a Institutului Național de Asigurări împotriva Accidentelor de Muncă (it.: INAIL) a dezvoltat în 2011 o propunere metodologică pentru gestionarea riscurilor psihosociale. Aceasta constă într-un traseu dinamic cu patru faze-cheie (planificare, evaluare preliminară, evaluare în profunzime și managementul riscurilor) pe baza unui ciclu de îmbunătățire continuă, ca și în alte sisteme de management al SSM.²⁴⁷ Asigurările Sociale împotriva Accidentelor din Germania (de.: DGUV) au dezvoltat o serie de materiale privind stresul în muncă, inclusiv liste de verificare, ghiduri, manuale și rapoarte. O inițiativă interesantă a DGUV este proiectarea unui modul privind stresul pentru a fi utilizat de către profesori în școlile de formare profesională.²⁴⁸ În Slovacia, Autoritatea de Sănătate Publică (sk.: ÚVZ SR) și birourile sale regionale desfășoară, începând din 2008, o serie de activități menite să prevină și să reducă stresul în muncă. Printre acestea se numără înregistrarea acelor profesii și locuri de muncă cunoscute ca având un risc relativ ridicat de stres, monitorizarea tendințelor de dezvoltare în domeniul sănătății mintale a forței de muncă din Slovacia și oferirea de îndrumare în acest domeniu pentru angajatori și lucrători.²⁴⁹ Fondul Național de Asigurări împotriva Accidentelor din Elveția (ch.: Suva) este cel mai mare furnizor elvețian de asigurări împotriva accidentelor, gestionat de un consiliu format din angajatori, lucrători și reprezentanți federali. Prin *Proiectul Progress (Progress)*, Suva urmărește definirea priorităților de cercetare și dezvoltarea de instrumente de prevenire în vederea abordării bolilor legate de muncă. Efectele psihosociale (inclusiv stresul, epuizarea, agresivitatea și echilibrul dintre viața profesională și cea personală), precum și impactul lor asupra factorului uman, care poate provoca accidente, sunt domenii prioritare ale proiectului. În plus, grupul de lucru *Progress* acordă o mare atenție studiului muncii și a sistemului cardiovascular, muncii și activității fizice, precum și muncii și îmbătrânirii.²⁵⁰

^{xl1} Cu toate acestea, procesul de evaluare și gestionare a riscurilor psihosociale este într-un stadiu foarte incipient în Ghana, iar până în prezent au fost activități limitate (GIZ, 2012).

IMPLICAREA PARTENERILOR SOCIALI

Atenția acordată riscurilor psihosociale și stresului legat de muncă este în creștere în rândul partenerilor sociali la nivel global, regional și național. Organizațiile patronale și sindicatele au dezvoltat o serie de inițiative independente, inclusiv diseminarea de informații și campanii de conștientizare. Cele mai multe activități comune desfășurate în Europa sunt cuprinse în aplicarea Acordului-Cadru al UE privind stresul legat de muncă menționat mai sus.^{XLII}

ACȚIUNI COMUNE ALE ANGAJATORILOR ȘI LUCRĂTORILOR

Mai mulți parteneri sociali europeni din diferite sectoare (de ex., administrație publică, educație, securitate privată, construcții, energie electrică) au inclus stresul legat de muncă în cadrul dialogului social. De exemplu, în administrația publică Rețeaua Europeană a Administrației Publice (en.: EUPAN), și Delegația Sindicatelor Naționale și a Administrației Europene (TUNED) au adoptat în 2008 orientări comune privind stresul legat de muncă. În anul 2009 EUPAN și TUNED au elaborat un raport privind bunele practici și politicile privind stresul legat de muncă, pentru a furniza exemple concrete ale pozițiilor lor comune și pentru a ajuta la o mai bună înțelegere a lecțiilor învățate despre cum se combate și previne acesta. Comitetul pentru Dialog Social Sectorial European în Educație a inclus problema „stres, violență și hărțuire” în programul său de lucru pentru 2010-2011. În 2007 Comitetul Sindical European pentru Educație (en.: ETUCE), Centrul European al Întreprinderilor cu Participare Publică și al Întreprinderilor de Interes Economic General (CEEP) au semnat Acordul-cadru al UE privind stresul legat de muncă. În 2008, partenerii sociali europeni (CES, BUSINESSEUROPE, UAEPME și CEEP) au publicat un raport privind punerea în aplicare a acordului, pe baza rapoartelor naționale comune din partea organizațiilor membre din 21 de state membre ale UE, Islanda și Norvegia.²⁵¹

În 2004, Confederația Europeană a Sindicatelor (en.: ETUC), Uniunea Confederațiilor Patronale și ale Angajatorilor din Europa (en.: UNICE, acum cunoscută sub numele de BUISNESSEUROPE), Uniunea Asociațiilor Europene a Întreprinderilor Mici și Mijlocii (fr.: UAEPME), Centrul European al Întreprinderilor cu Participare Publică și al Întreprinderilor de Interes Economic General (CEEP) au semnat Acordul-cadru al UE privind stresul legat de muncă. În 2008, partenerii sociali europeni (CES, BUSINESSEUROPE, UAEPME și CEEP) au publicat un raport privind punerea în aplicare a acordului, pe baza rapoartelor naționale comune din partea organizațiilor membre din 21 de state membre ale UE, Islanda și Norvegia.²⁵¹

Ca parte a aplicării Acordului, partenerii sociali au elaborat împreună și au diseminat broșuri, ghiduri și materiale educaționale privind riscurile psihosociale și stresul legat de muncă într-o serie de state membre ale UE (de ex., Austria, Belgia, Republica Cehă, Danemarca, Estonia, Franța, Irlanda, Letonia, Lituania, Luxemburg, Germania, Polonia, Spania, Suedia și Regatul Unit al Marii Britanii). De exemplu, partenerii sociali din Belgia au elaborat o broșură în care oferă un plan cuprinzător pentru proiectarea unei politici privind stresul în muncă. Broșura descrie o abordare pas cu pas privind evaluarea și intervenția în cazul riscurilor psihosociale la locul de muncă. Aceasta atrage totodată atenția asupra riscurilor specifice care apar în perioadele de restructurare și de introducere a noilor tehnologii.²⁵²

În unele țări partenerii sociali organizează în comun formare, ateliere și conferințe cu privire la aceste aspecte. De exemplu, sindicatul polonez NSZZ Solidarność, în colaborare cu alți parteneri sociali din diverse sectoare industriale, a realizat un proiect transnațional referitor la stresul legat de muncă. Proiectul a inclus activități de formare, o broșură și ateliere de negociere în Polonia, precum și o conferință internațională în cadrul căreia parteneri sociali din Italia, Lituania, Malta și Slovenia au făcut un schimb de opinii cu privire la provocările cu care s-au confruntat în punerea în aplicare a Acordului-cadru al UE privind stresul legat de muncă. Un alt exemplu, Confederația Întreprinderilor Suedeze, împreună cu Confederația Sindicatelor Suedeze și cu Consiliul pentru Negociere și Cooperare (se.: PTK), a fondat *Prevent* pentru a oferi îndrumare și formare cu privire la stresul

legat de muncă.^{XLIII} În 2011, *Prevent* a lansat o nouă inițiativă privind stresul legat de IT, care abordează stresul cauzat de probleme cu tehnologia, prezență constantă și informații online, actualizări ale media sociale, primirea constantă de mesaje electronice care necesită răspunsuri și așa mai departe.²⁵³

Organizațiile angajatorilor și lucrătorilor au derulat, la rândul lor, campanii de conștientizare naționale sau sectoriale. De exemplu, în Letonia partenerii sociali au organizat, împreună cu Inspectoratul de Stat al Muncii, o campanie de conștientizare privind stresul (*Stop suprasolicitării!*) și o alta, în colaborare cu Ministerul Sănătății (*Jubește-ți inima!*).²⁵⁴

Alte inițiative relevante implementate în comun de partenerii sociali includ instrumente de evaluare, cum ar fi testul IMPULS dezvoltat în Austria, de către psihologi și psihologi ocupaționali în cooperare cu Camera Economică Federală a Austriei (at.: WKÖ), Camera de Muncă Austriacă (at.: BAK) și Federația Sindicatelor Austriece (at.: ÖGB). Testul IMPULS este un chestionar de evaluare a condițiilor de muncă și de identificare a factorilor de stres. Acesta identifică domeniile de intervenție pentru optimizarea resurselor și punerea în aplicare de măsuri de reducere a stresului legat de muncă.²⁵⁵

INIȚIATIVE ALE ORGANIZAȚIILOR PATRONALE

Organizațiile și rețelele internaționale ale angajatorilor demonstrează, la rândul lor, un interes sporit în abordarea riscurilor psihosociale și a sănătății mintale în muncă. De exemplu, Organizația Internațională a Angajatorilor (en.: IOE) sprijină organizațiile naționale de afaceri în ghidarea membrilor întreprinderi cu privire la aspectele ale standardelor internaționale de muncă, afaceri și drepturile omului, responsabilitatea socială a întreprinderilor (en.: CSR), SSM și relații industriale (de muncă) internaționale. IOE are o serie de ghiduri și fișe de conștientizare pentru a-i ajuta pe angajatori să promoveze bunele practici în ceea ce privește securitatea lucrătorilor, sănătatea și starea de bine, riscurile la adresa sănătății legate de muncă, inclusiv tulburările psihice.²⁵⁶

La nivel regional, BUSINESS EUROPE se angajează să asigure o forță de muncă sigură, sănătoasă și productivă, care să includă protecția lucrătorilor împotriva riscurilor psihosociale și stresul legat de muncă. BUSINESS EUROPE este implicat în dezvoltarea de expertiză și instrumente care pot fi adaptate la diferite realități astfel încât să ajute întreprinderile să facă față riscurilor psihosociale.²⁵⁷ Rețelele angajatorilor sunt, la rândul lor, active în acest domeniu. CSR Europe (Rețeaua europeană de afaceri pentru responsabilitatea socială a întreprinderilor) a elaborat în 2009 *Ghidul privind starea de bine*, care conține neprezece sfaturi practice simple de punere în aplicare, o analiză detaliată a elementelor care afectează sănătatea mintală și starea de bine, precum și un set de exemple de bune practici în sprijinul sugestiilor și recomandărilor pe care le conține ghidul.²⁵⁸ Rețeaua oferă, de asemenea, exemple de bune practici adoptate de întreprinderi în domeniul SSM și al stării de bine, inclusiv inițiative privind sănătatea mintală și stresul în muncă.

La nivel național, organizațiile patronale încep să se acorde o atenție sporită riscurilor psihosociale, derulând tot mai multe activități de conștientizare și de formare și dezvoltând instrumente și materiale pentru a facilita o mai bună înțelegere și prevenire a stresului legat de muncă. De exemplu, Asociația Industrială din Bulgaria (en.: BIA) a elaborat chestionare pentru evaluarea stresului legat de muncă la nivel de întreprindere, care sunt utilizate în programul său de instruire în materie de SSM pentru angajatori și reprezentanții acestora în comitetele de securitate și sănătate și a grupurilor de securitate. Pe baza constatărilor, angajatorilor le sunt oferite individual măsuri și servicii pentru a îi ajuta să dezvolte programe de limitare a stresului.²⁵⁹ Irish Business și Confederația Angajatorilor (en.: IBEC) a elaborat un ghid de informare și îndrumare pentru managerii de linie în promovarea stării de bine mintale și în înțelegerea și sprijinirea lucrătorilor care se confruntă cu probleme de sănătate mintală, punând în evidență strategii pentru gestionarea problemelor legate de sănătatea mintală la locul de muncă.²⁶⁰

^{XLII} Această secțiune este destinată să ofere câteva exemple de inițiative ale partenerilor sociali în abordarea riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă și nu o compilație exhaustivă din toate țările.

^{XLIII} *Prevent* este o organizație non-profit deținută de Confederația Întreprinderilor Suedeze, Confederația Sindicatelor Suedeze și Consiliul pentru Negociere și Cooperare (Förhandlings- och samverkansrådet, PTK).

INIȚIATIVE ALE SINDICATELOR

În rezoluțiile Congresului privind munca decentă din 2010, Confederația Internațională a Sindicatelor (en.: ITUC) a lansat un apel către organizațiile sale membre, partenerii și afiliații săi, în care îi îndeamnă pe aceștia să se alătore OIM în campania pentru extinderea protecției sociale către toți lucrătorii, precum și pentru îmbunătățirea SSM în toate țările, incluzând prevenirea expunerii la substanțe chimice periculoase, la riscurile psihosociale și îmbolnăviri și accidente în muncă.²⁶¹

La cel de-al XVI-lea Congres Mondial al Sindicatelor din 2011, Federația Mondială a Sindicatelor (en.: WFTU) a dat publicității un raport privind *sănătatea și securitatea lucrătorilor în zilele noastre*. Raportul cheamă la acțiune în domeniul SSM, ținând cont de faptul că "sănătatea nu înseamnă doar absența bolii, ci o situație de stare de bine fizică, mintală și socială". În raport se precizează că prelungirea zilei de muncă și creșterea ritmului și intensității muncii au consecințe grave asupra sănătății fizice și mintale și a implicării sociale a lucrătorilor; că, în același timp, creșterea expunerii lucrătorilor la factori fizici, chimici, psihosociale și biologici dăunători va conduce la schimbări multiple în sănătatea lor; că fiecare tip de aranjament de lucru flexibil limitează capacitatea lucrătorilor de a-și recupera timpul liber; și că, în acest context, regularitatea orelor de lucru este esențială pentru viața socială normală a lucrătorilor și este, prin urmare, direct legată de starea lor de sănătate.²⁶²

Federația Internațională a Lucrătorilor din Construcții și Prelucrarea Lemnului (en.: BWI) și Uniunea Globală IndustriALL se ocupă de riscurile psihosociale specifice în cadrul promovării egalității între femei și bărbați, care promovează, printre altele, diminuarea segregării și discriminării, eliminarea diferenței de remunerare, combaterea violenței (fizică și psihologică deopotrivă) împotriva femeilor, precum și o îmbunătățire a echilibrului între viața personală și cea profesională. Uniunea Globală UNI este, de asemenea, activă în domeniul riscurilor psihosociale. În raportul său pentru anul 2010, *De la echilibrul viață profesională – viață personală la managementul vieții și al muncii*, a identificat aspectele-cheie ale managementului muncă-viață cu care se confruntă mulți profesioniști și manageri, cum ar fi programul de lucru prelungit, pierderea talentului și flexibilitatea. Multe dintre aceste provocări se aplică diferit în sectoarele UNI, (cum ar fi ICTS – servicii de tehnologia informației și comunicațiilor, finanțe, poștă și logistică, servicii de grafică, comerț și legate de proprietate).²⁶³ Începând din 2012, grupul Profesioniștilor și al Managerilor (en.: UNI P&M) din cadrul Uniunii Globale UNI a organizat o campanie de o săptămână, *Managementul vieții și al muncii*, cu scopul de a dezbate impactul riscurilor psihosociale, a stresului, anxietății sau epuizării asupra membrilor și de a încerca să negocieze politici și practici pentru a îmbunătăți organizarea muncii, a reduce volumul de muncă și a presiunea, precum și pentru a răspunde cererii de permanentă disponibilitate.²⁶⁴ Secțiunea Navigatori din cadrul Federației Internaționale a Lucrătorilor din Transporturi (en.: ITF) scoate în evidență problemele psihologice ca fiind probleme de sănătate pentru navigatori, date fiind circumstanțele de izolare, care pot provoca singurătate, dor de casă și epuizare.²⁶⁵

Labour 20 (L20) reprezintă, începând din 2011, interesele lucrătorilor la nivelul G20. Acest grup implică sindicatele din țările G20 și Uniunile Globale și este convocat de ITUC și de Comitetul Consultativ al Sindicatelor la OECD (en.: TUAC). În 2014, L20 a fost invitat să discute modul în care țările G20 ar putea contribui la crearea de locuri de muncă sănătoase și sigure. L20 a solicitat elaborarea de foi de parcurs de țară pentru promovarea de locuri de muncă mai sigure, pentru abordarea, printre altele, a riscurilor psihosociale, stresului, hărțuirii, intimidării sau a agresivității, precum și a altor forme de violență în muncă, odată cu acordarea unei mai mari atenții la protecția SSM pentru lucrătorii aflați în forme non-standard de angajare și pentru lucrătorii vulnerabili.²⁶⁶

La nivel regional, Organizația Regională Africană a ITUC (en.: ITUC-Africa), în Raportul său către Comisia Uniunii Africane a Muncii și Afacerilor Sociale (2013), a subliniat faptul că globalizarea a dat naștere unor noi provocări în domeniul SSM în regiune, cum ar fi stresul în muncă, violența în muncă, abuzul de droguri și alcoolismul.²⁶⁷ În plus, ITUC-Africa urmărește în continuare realizarea de acțiuni pozitive pentru a impulsi agenda privind egalitatea de gen în contextul statutelor sindicatelor.

Consiliul General privind Egalitatea de Gen a remarcat că situațiile violente în muncă generează poveri emoționale și psihologice, atât pentru femei, cât și pentru bărbați, cărora aceștia trebuie să le facă față.²⁶⁸

Confederația Sindicatelor Europene (en.: ETUC) a elaborat două ghiduri pentru interpretarea acordurilor-cadru în privința stresului în muncă (2004), precum și a hărțuirii și violenței în muncă (2007). Efectul așteptat este ca punerea în aplicare a acestor acorduri să sprijine organizațiile membre și să permită o mai bună monitorizare și evaluare a rezultatelor obținute după adoptarea lor.²⁶⁹ Programul de acțiune al ETUC pentru 2015-2019, *Să luăm poziție, solidari, pentru locuri de muncă de calitate, drepturile lucrătorilor și o societate echitabilă în Europa*, solicită adoptarea de măsuri în domeniul stresului profesional, subliniind faptul că un număr tot mai mare de lucrători nu au suficiente ore de lucru, în timp ce alții suferă de stres din cauza intensității muncii sau a programului de lucru prelungit. În plus, având în vedere că studiile au arătat că evaluarea riscurilor încă se concentrează în principal asupra pericolelor fizice, dar ia prea puțin în considerare riscurile psihosociale (cum ar fi cele care conduc la stres legat de muncă, violență, hărțuire sau agresivitate), ETUC a propus crearea unor indicatori care să măsoare astfel de riscuri, precum și planuri și măsuri bine concepute și sistematice care să vizeze mediul de muncă.²⁷⁰ În iunie 2013 Institutul European al Sindicatelor (en.: ETUI), centru independent de cercetare și formare a ETUC, a organizat primul seminar al sindicatelor europene cu privire la riscurile psihosociale. La această întâlnire a fost înființată oficial o rețea sindicatelor europene axată pe riscurile psihosociale la locul de muncă.²⁷¹

La nivel național, acțiunea sindicală conține adeseori lupte împotriva violenței și hărțuirii, a discriminării, a programului de lucru prelungit și a muncii precare. Chiar dacă sunt considerate ca fiind în afara cadrului stability pentru stresul legat de muncă, aceste zone întruchipează riscuri psihosociale care pot afecta sănătatea și starea de bine a lucrătorilor. În ultimul deceniu, unele sindicate naționale au început să ia în considerare riscurile psihosociale și stresul legat de muncă drept zone critice ale muncii și dezvoltă materiale și campanii de conștientizare, alături de chestionare și instrumente de evaluare. De exemplu, Confederația Sindicatelor Germane (de.: DGB) a elaborat *indicator de muncă bună*, un instrument pentru efectuarea de sondaje în rândul lucrătorilor. Datele sunt adunate anual într-un studio, pentru a evalua și monitoriza calitatea condițiilor de muncă.²⁷² În plus, Sindicatul IG Metall a dezvoltat pentru membrii săi un instrument de evaluare a stresului, numit *barometru de stres*; în același timp, sindicatul Ver.di a publicat o îndrumare online privind evaluarea riscului psihosocial.²⁷³ În Spania, Institutul Sindicatelor de Cercetare a Mediului de Muncă și a Sănătății (es.: ISTAS), împreună cu un grup operativ de specialiști, a adaptat în 2003 chestionarul COPSOQ Copenhaga, pentru a crea metodologia COPSOQ-ISTAS21, pe baza unor proiecte-pilot care au vizat producerea unui instrument de evaluare adaptat contextului spaniol.^{XLIV} Uniunea Generală a Lucrătorilor Spanioli (es.: UGT) a creat în 2004 Observatorul Permanent al Riscurilor Psihosociale, având ca scop schimbul de informații și dezvoltarea de noi inițiative de prevenire a riscurilor psihosociale în colaborare cu instituții, administrația publică și universități.^{XLV}

^{XLIV} Chestionarul este accesibil online, în mod gratuit, la următorul link: <http://www.copsq.istas21.net/>. Acesta este disponibil într-o versiune mai lungă pentru întreprinderile cu peste 25 de angajați și într-o versiune mai scurtă pentru autoevaluare și întreprinderi mici.

^{XLV} Observatorul permanent al riscurilor psihosociale a produs mai multe resurse în materie de riscuri psihosociale, inclusiv fișe informative (disponibile la adresa: <http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/fichas/fichas.htm>), precum și raportul lor anual (disponibil la adresa: http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/indice_observatorio.htm).

CONTRIBUȚIA ASOCIAȚIILOR ȘI A REȚELELOR PROFESIONALE

O serie de organisme și asociații profesionale și organizații neguvernamentale sunt active în promovarea managementului stresului legat de muncă și a stării de bine în muncă la nivel internațional, regional și național. Mai multe rețele profesionale regionale și naționale sunt, de asemenea, active în domeniul combaterii riscurilor psihosociale și al promovării sănătății psihice și a stării de bine în muncă prin coordonarea de cercetări în vederea unei mai bune înțelegeri a naturii și a impactului riscurilor psihosociale și pentru conceperea de intervenții eficiente în abordarea acestor riscuri la nivel organizațional.^{XLVI}

Comisia Internațională pentru Sănătate Ocupațională (en.: ICOH) este o societate științifică non-guvernamentală la nivel internațional al cărei obiectiv este de a promova dezvoltarea de cunoștințe științifice privind SSM. În 1996, ICOH și-a creat un comitet științific privind organizarea muncii și factorii psihosociale (en.: WOPS). Acest comitet are ca scop promovarea conștientizării, cercetării și educației, diseminarea de bune practici și la influențarea în vederea dezvoltării de politici în domeniul organizării muncii și al factorilor psihosociale. În 2014, ICOH a publicat cea de-a șasea versiune a Ghidului pentru Sănătate și securitate ocupațională pentru antreprenori, patroni și manageri, Crearea unui loc de muncă sigur și sănătos, care conține un capitol dedicat stresului, inclusiv o listă de verificare cu măsuri simple pentru gestionarea acestuia.²⁷⁴

Organizația Internațională de Standardizare (en.: ISO) este, la nivel mondial, cel mai mare dezvoltator de standarde internaționale voluntare. Seria ISO 10075 de standarde se referă la principii, cerințe și instrumente pentru măsurarea sarcinii de muncă psihică. Standardele sunt destinate în principal utilizării de către experți în ergonomie (de ex., psihologi, specialiști de medicina muncii și fiziologi), cu o pregătire corespunzătoare în teoria și practica unor astfel de metode, precum și în interpretarea rezultatelor.²⁷⁵

Alte asociații profesionale internaționale relevante care se ocupă și de protecția sănătății mintale și prevenirea stresului legat de muncă se numără Asociația Internațională de Ergonomie (en.: IEA). Aceasta acoperă diferite domenii de specializare în cadrul disciplinei ergonomie, și anume ergonomie fizică, cognitivă și organizațională. De exemplu, Institutul Internațional pentru Managementul Riscului și de Securitate (en.: IIRSM) este un organism profesional care oferă educație, resurse și oportunități de de a crea rețele pentru dezvoltarea și punerea în aplicare a politicilor integrate de risc (inclusiv creșterea gradului de conștientizare asupra efectelor riscurilor psihosociale și a modului în care acestea sunt influențate de schimbările în cultura organizațională și de noile metode de lucru). La rândul ei, Asociația Internațională Managementul Stresului (en.: ISMA) promovează diseminarea și schimbul de cunoștințe și bune practici prin evenimente și conferințe, publicarea *STRESSTalk* și a altor reviste de specialitate, ghiduri și informații, precum și crearea de rețele profesionale.

În cele două Americi, Rețeaua Ibero-americană pentru Riscurile Psihosociale legate de Muncă (es.: RIPSOL) promovează comunicarea și colaborarea științifică privind condițiile potențial nocive de muncă, acestea fiind cauze contributive ale tulburărilor cardiovasculare, afecțiunilor musculo-scheletice, sănătății mintale și tulburărilor de comportament, cum ar fi stresul, epuizarea, hărțuirea, violența psihologică și tulburările de comportament. Rețeaua dezvoltă și îmbunătățește instrumente și proceduri pentru evaluarea și diagnosticarea unor astfel de riscuri și a efectelor lor asupra sănătății, alături de tehnici și proceduri pentru intervenții psihosociale asupra lor. Rețeaua Ibero-Americană pentru Demnitatea în Muncă și în Organizații a fost creată în 2011, în cadrul primului Congres ibero-american privind locul de muncă și hărțuirea instituțională. Al doilea Congres a avut loc în 2013 și a reprezentat punctul de plecare pentru publicarea lucrării *Munca și hărțuirea psihologică instituțională în America Latină: stadiul actual și experiențe din intervenții*.²⁷⁶ Rețeaua de cercetare latino-americană privind factorii psihosociale în muncă (es.: RIFAPT) este o organizație non-profit de profesioniști care se

concentrează pe promovarea, diseminarea și favorizarea cercetării și a cunoștințelor privind factorii psihosociale în muncă. La fiecare doi ani se reunește într-un forum regional.

În regiunea Asia-Pacific, Rețeaua de Securitate și Sănătate Ocupațională a ASEAN (en.: ASEAN-OSHNET) urmărește promovarea unui mediu de muncă sigur și sănătos pentru o forță de muncă productivă și competitivă, cu o calitate mai bună a vieții. Pentru a promova reducerea stresului systemic, ASEAN-OSHNET a dezvoltat *Programul de management al stresului la locul de muncă*, alcătuit din două părți, prima concentrându-se pe modul de a face față problemelor generatoare de stres și de a tine sub control consecințele emoționale, în timp ce a doua abordează auto-managementul în prevenirea stresului în anumite sectoare, respectiv în asistența medicală și îngrijirea emoțională și psihologică.²⁷⁷ Academia din Asia Pacific pentru Factorii Psihosociale în Muncă (en.: APA-PFAW) este o organizație neguvernamentală, non-profit, științifică și profesională. Scopul Academiei este de a reuni academicieni, practicieni și factorii de decizie din regiune și nu numai în dezbateri asupra factorilor psihosociale în muncă, pentru a împărtăși și a genera cunoștințe, pentru a oferi educație și formare, a construi rețele și oportunități mai mari în prevenirea accidentelor de muncă, a contribui la înțelegerea mai bună privind condițiile de muncă, precum și pentru a îmbunătăți sănătatea, securitatea, starea de bine și productivitatea la locul de muncă în regiune.²⁷⁸

În Uniunea Europeană, Academia Europeană de Psihologia Sănătății Ocupaționale (en.: EA-OHP) este o organizație înființată în 1999 pentru a sprijini cercetarea, educația și practica profesională privind psihologia sănătății ocupaționale în toată Europa. Academia organizează din doi în doi ani o conferință internațională privind psihologia sănătății ocupaționale, pentru a promova dezbaterile și schimbul de bune practici în acest domeniu. EA-OHP este asociată cu revista *Work & Stres*, o publicație trimestrială multidisciplinară internațională, care prezintă lucrări revizuite de specialist în domeniu despre aspectele psihologice, sociale și organizatorice ale sănătății ocupaționale și de mediu, de management al stresului și al securității.²⁷⁹ Rețeaua Europeană de Educație și Formare în domeniul Securității și Sănătății în Muncă (en.: ENETOSH) a fost înființată în 2005 în scopul de a oferi o platformă pentru schimbul de cunoștințe sistematic cu privire la aspectele legate de educație și de formare în materie de SSM. Unul dintre aspectele evidențiate de ENETOSH (*Subiecte fierbinți*) este *Stresul și Riscurile Psihosociale*, care prezintă o serie de exemple de bune practici, instrumente, materiale de instruire și documente utile.²⁸⁰ Rețeaua Europeană de Promovare a Sănătății Mintale (en.: ENMHP) oferă informații, instrumente și metode, formare și o platformă de comunicare pentru toți cei interesați de domeniu. ENMHP are un portal online care conține alte trei pagini de Internet care vizau promovarea sănătății mintale și a stării de bine: *ProMenPol*, o bază de instrumente și metode; *MindHealth*, cu un curs e-learning; și *MHP-Hands*, care conține manuale de sprijin pentru punerea în aplicare a proiectelor de promovare a sănătății mintale.²⁸¹ Rețeaua Europeană de Promovare a Sănătății la Locul de Muncă (en.: ENWHP) este o rețea informală de institute implicate la nivel național în SSM, sănătate publică, promovarea sănătății, precum și de asigurări sociale stabilite legal. A fost înființată în mod oficial în 1996 pentru a îmbunătăți sănătatea și starea de bine la locul de muncă și pentru a reduce impactul îmbolnăvirii legate de muncă a forței de muncă europene. Domeniile de activitate includ stiluri de viață, îmbătrânire, conducere conform culturii corporatiste, dezvoltarea personalului, echilibrul dintre viața profesională și cea personală, sănătatea mintală și stres, stare de bine, responsabilitatea socială a întreprinderilor (en.: CRS), nutriție și starea generală de sănătate. O dată cu Campania europeană *Muncește în ritmul vieții. Mișcă Europa* (2009-2010), ENWHP a lansat o inițiativă pentru a sprijini promovarea sănătății mintale la locul de muncă, în scopul de a crește gradul de conștientizare a întreprinderilor și a publicului larg

^{XLVI} Această secțiune oferă câteva exemple de asocieri și rețele profesionale internaționale și regionale active în domeniu, dar nu și pe cele care operează la nivel național.

cu privire la nevoile și beneficiile promovării sănătății mintale în muncă.²⁸² Parteneriatul pentru Cercetare Europeană în domeniul Securității și Sănătății în Muncă (en.: PEROSH) a fost înființat în 2003 de către institutele naționale de SSM din douăsprezece state europene care cooperează și își coordonează eforturile de cercetare și dezvoltare pentru o viață profesională mai sănătoasă, mai lungă și mai productivă.^{XLVII} Partenerii PEROSH au identificat șapte probleme de cercetare dificile, pe care le-au considerat a fi esențiale pentru cercetările viitoare în domeniul SSM până în 2020. Astfel, se fac cercetări în domeniul stării de bine psihosociale într-o organizație de muncă durabilă pentru a contribui la o mai bună înțelegere a factorilor care determină sănătatea fizică, psihologică și mintală și impactul acestora, incluzând factorii pozitivi care ar putea îmbunătăți starea de bine, odată cu dezvoltarea unor abordări integrate a managementului riscurilor psihologice.²⁸³ Totodată, PEROSH realizează un proiect privind *starea de bine și munca*, pentru a identifica nevoile comune în vederea îmbunătățirii stării de bine și a prevenirii problemelor de sănătate, permițându-le astfel celor cu probleme de sănătate să rămână în muncă și reabilitând persoanele care nu mai sunt încadrate în muncă, din cauza îmbolnăvirii sau a accidentării. Proiectul are ca scop dezvoltarea unei înțelegeri comune a stării de bine și a impulsurilor pentru cercetarea stării de bine și a intervențiilor în diferite țări, inclusiv identificarea asemănărilor și diferențelor dintre acestea.²⁸⁴

5. TENDINȚE GLOBALE ȘI ANTICIPAREA DE SCENARIU VIITOARE

OIM a efectuat două studii pentru a evalua tendințele și anticipa scenariu viitoare referitor la impactul riscurilor psihosociale și al stresului legat de muncă: un sondaj de opinie de specialitate pentru a identifica factorii de stimulare, obstacolele și necesitățile în ceea ce privește managementul și prevenirea stresului legat de muncă; și un studiu în două etape Delphi, pentru a identifica și evalua scenariu viitoare și factorii favorizanți (facilitatori sau inhibitori) în acest domeniu. La sondajele online au fost invitați să participe experți-cheie.^{XLVIII} Rezultatele sondajului de opinie de specialitate și analiza literaturii de specialitate, a legislației și a politicilor întreprinse pentru acest raport au fost utilizate pentru a dezvolta prima etapă a sondajului Delphi, iar rezultatele acestuia au fost folosite ca intrări în a doua etapă.

Trebuie remarcat faptul că compararea regiunilor poate constitui o provocare, mai ales pentru că așteptările și preocupările experților ar putea fi influențate de evoluțiile din țara lor.^{XLIX} Dacă lipsa de inițiativă în abordarea unei probleme poate conduce la o preocupare sporită și la prioritizarea acelei probleme, și o conștientizare mai mare poate ridica, la rândul ei, nivelul preocupării, chiar și în cazul în care au fost luate măsuri pentru a-i face față. Cu toate acestea, rezultatele studiului evidențiază în mod clar necesitatea de a dezvolta inițiativă de politici pentru a îmbunătăți managementul și prevenirea riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă, precum și pentru a acorda în continuare prioritate acestor probleme. Mai jos este prezentat un rezumat al principalelor constatări.

SONDAJE DE OPINIE A SPECIALIȘTILOR

În total, 324 de experți din 54 de țări din întreaga lume, acoperind toate regiunile OIM, au răspuns la sondajul de opinie de specialitate.^L Rezultatele sondajului au indicat că stresul legat de

^{XLVIII} Grupul de experți a inclus academicieni sau cercetători (149), oficiali guvernamentali sau factori de decizie (54), practicieni din domeniul SSM (113) și reprezentanți ai partenerilor sociali, respectiv organizații patronale și sindicate (8). Sănătatea la locul de muncă a fost specializarea cea mai răspândită, urmată de psihologia ocupațională. Alte domenii de expertiză au inclus managementul (gestionarea) riscurilor, dreptul și politicile, precum și epidemiologia.

^{XLIX} Rezultatele sondajului se bazează pe date agregate la nivel de țară pentru a demonstra orice variație în interiorul țării și pentru a oferi o pondere egală fiecărei țări, indiferent de numărul de răspunsuri primite de la țări. Acest lucru a fost realizat folosind o valoare medie pentru fiecare element al studiului, care a fost calculat prin obținerea mediei răspunsurilor primite de la experții din fiecare țară. Aceasta a oferit garanția că, în cazul unei comparații între regiuni, fiecare țară a avut aceeași greutate, iar variația în răspunsurile primite de la fiecare țară nu a avut un impact asupra comparațiilor între regiuni. Una dintre limitările studiului este subreprezentarea partenerilor sociali și este asociată cu cererea de participare orientată mai degrabă spre experți, decât spre partenerii sociali.

^L Cei 324 de experți au fost din Angola (4), Argentina (6), Australia (6), Austria (2), Belgia (4), Belize (4), Botswana (3), Brazilia (9), Bulgaria (2), Burkina Faso (3), Canada (17), Chile (5), China (11), Columbia (2), Danemarca (4), Egipt (3), Finlanda (3), Franța (10), Germania (4), Ghana (4), Grecia (6), Ungaria (6), India (15), Indonezia (3), Irlanda (5), Italia (3), Coasta de Fildeș (2), Japonia (4), Libia (2), Malaezia (4), Mauritania (4), Mexic (12), Maroc (4), Țările de Jos (6), Norvegia (4), Polonia (4), Portugalia (21), România (4), Rusia (4), Serbia (6), Singapore (13), Africa de Sud (6), Spania (12), Suedia (2), Elveția (2), Republica Arabă Siriană (2), Tanzania (4), Tailanda (2), Tunisia (2), Uganda (3), Regatul Unit al Marii Britanii (22), Emiratele Arabe Unite (6), Statele Unite ale Americii (19), Vietnam (4). Grupați pe regiuni ale OIM, 44 de experți au fost din Africa, 74 din cele două Americi, 8 din statele arabe, 62 din Asia și Pacific și 136 din Europa și Asia Centrală.

^{XLVII} Cele douăsprezece țări europene sunt: Belgia, Republica Cehă, Danemarca, Finlanda, Franța, Germania, Italia, Țările de Jos, Norvegia, Polonia, Spania și Regatul Unit al Marii Britanii.

muncă este o problemă globală, deoarece peste nouăzeci la sută din toți experții participanți sunt de acord că aceasta este o preocupare în țara lor.^{LII} Mai mult decât atât, aproape șaptezeci la sută dintre ei au raportat că stresul legat de muncă a fost o sursă de preocupare mai mare în anumite sectoare, în special în sănătate, educație, servicii, finanțe, comerțul cu amănuntul, transporturi și construcții, precum și sectorul public în general.

PREOCUPĂRI ȘI PRIORITĂȚI

În cadrul examinării tendințelor în ceea ce privește stresul legat de muncă, experții au fost rugați să evalueze măsura în care diverși factori psihosociale s-au suprapus ca fiind preocupări importante în țara lor și să indice dacă vreunul a fost recunoscut ca domeniu prioritar de acțiune de către factorii de decizie politică, precum și dacă inițiative au fost sau sunt întreprinse.

Cele mai mari preocupări raportate au fost supraîncărcarea/volumul mare de muncă (în cele două Americi, regiunea Asia-Pacific, Europa și Asia Centrală) și cultura organizațională slabă (în Africa și statele arabe). Echilibrul dintre viața profesională și cea personală a fost identificat drept o preocupare la nivelul regiunilor și în general a existat un consens substanțial potrivit căruia supraîncărcarea/volumul mare de muncă și presiunea timpului sunt preocupări ridicate (cu excepția statelor arabe). Motive de preocupare în Africa și în statele arabe reprezintă cultura organizațională slabă, managementul slab, recompensa scăzută și recunoașterea scăzută.

Violența fizică, discriminarea în relațiile de muncă și hărțuirea au fost percepute de către experți ca fiind domeniile cu prioritate crescută în țările lor, optzeci și șapte la sută fiind de acord că violența psihologică este considerată o prioritate de către factorii de decizie. Violența fizică (și amenințarea cu violență fizică) și discriminarea la locul de muncă au fost avute în vedere ca preocupări de cei mai mulți dintre experți (peste nouăzeci și opt la sută pentru violența fizică și nouăzeci și șase la sută pentru discriminarea la locul de muncă).^{LIII} Toți experții au identificat hărțuirea (inclusiv agresivitatea și intimidarea) drept o problemă îngrijorătoare în țara lor (peste cincizeci la sută dintre ei au raportat-o ca o preocupare majoră). Cu toate acestea, experții din Africa și statele arabe au subliniat lipsa de prioritizare a violenței fizice, hărțurii și problemelor de discriminare în regiunile lor.

FACTORI DE STIMULARE ȘI OBSTACOLE ÎN MANAGEMENTUL STRESULUI PROFESIONAL

Experții au evaluat gradul în care anumiți factori au permis sau au împiedicat managementul și prevenirea riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă în țara lor.

Următoarele elemente au fost evidențiate ca fiind cei mai importanți factori care facilitează dezvoltarea și punerea în aplicare a inițiativelor: disponibilitatea resurselor (cum ar fi personal, timp sau bani); integrarea măsurilor la nivelul locului de muncă; înțelegerea și conștientizarea riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă; și disponibilitatea de instrumente și metode de intervenție adecvate. Aceste constatări sunt în general uniforme în toate regiunile (cu excepția statelor arabe, în unele cazuri), așa cum este prezentat în Anexa 2 (Fig. 2.1).

În ceea ce privește principalele obstacole, experții au subliniat conflictele și concurența între diferitele departamente guvernamentale și lipsa unei complementarități clare a rolurilor ca factori care pot împiedica comunicarea și colaborarea între actorii principali/părțile interesate. Au fost identificate următoarele obstacole suplimentare: percepția părților interesate că intervențiile

la locul de muncă pentru gestionarea riscurilor psihosociale sunt costisitoare sau dificil de ținut în mână; lipsa de experți instruiți; rolul și influența aspectelor culturale, cum ar fi sensibilitatea la problemele psihosociale, sensibilitate la risc și toleranța la risc. Factorii majori de stimulare raportați sunt lipsa de resurse, cum ar fi cea de personal, timp sau bani; punerea în mod necorespunzător în aplicare a reglementărilor; lipsa de consens între partenerii sociali; și o slabă integrare a acestor probleme la nivel național și la nivelul locului de muncă.^{LIII} Constatările sunt în general consecvente pe regiuni și cele mai multe dintre obstacole au fost apreciate ca importante sau destul de importante.^{LIV} (a se vedea Anexa 2, Fig. 2.2).

DEZVOLTAREA DE COMPETENȚE PENTRU A PUTEA FACE FAȚĂ STRESULUI PROFESIONAL

Conform sondajului de opinie de specialitate, următoarele elemente-cheie trebuie luate în considerare în dezvoltarea de competențe pentru a aborda stresul legat de muncă: capacitatea de gestionare a riscurilor psihosociale (atât la nivel național și la cel al locului de muncă); cunoașterea adecvată a principalilor actori implicați; informații relevante și fiabile pentru a sprijini procesul de luare a deciziilor; disponibilitatea unor metode și instrumente eficiente și ușor de utilizat; și structuri de sprijin competente (specialiști, consultanți, servicii, instituții și cercetare). Într-o serie de țări, există diferențe în cunoștințele și competențele existente, în special în țările în curs de dezvoltare. De exemplu, doar șaptesprezece virgulă cinci la sută din experții din Africa au raportat că au cunoștință de îndrumări privind gestionarea stresului legat de muncă în țara lor, în comparație cu peste treizeci la sută din cei din alte regiuni.

În ceea ce privește sprijinul necesar și îndrumarea pentru managementul și prevenirea stresului legat de muncă, rezultatele indică faptul că îndrumarea la locul de muncă, oferită de specialiști independenți și consultanți, sindicate, servicii naționale de sănătate, organismele naționale de SSM și servicii de sănătate ocupațională, a fost evaluată ca fiind mai satisfăcătoare decât îndrumarea oferită de organismele de control, organizațiile patronale și serviciile locale de sănătate. Experții din Africa și statele arabe au fost mai puțin satisfăcuți de furnizarea de sprijin și de îndrumare disponibile în țările lor. Mai mult, furnizarea în general de sprijin și îndrumare a fost în mare parte evaluată ca fiind nesatisfăcătoare, subliniindu-se necesitatea dezvoltării unor îndrumări de bună calitate, accesibile și difuzate pe scară largă.

În ceea ce privește nevoile de formare, doar douăzeci la sută din experții din cele două Americi, Europa și Asia Centrală cred că practicienii din țara lor sunt instruiți în mod corespunzător. Situația raportată este și mai rea în Africa (cincisprezece la sută), statele arabe (douăsprezece virgulă cinci la sută) și Asia-Pacific (doisprezece virgulă unu la sută). Marea majoritate a experților (variind de la optzeci și nouă virgulă șapte la sută în Europa și Asia Centrală, la sută la sută în statele arabe) au fost de părere că în țara lor există o nevoie de instruire a practicienilor în managementul și prevenirea stresului legat de muncă

^{LIII} Factorii care au contribuit au fost luați în considerare din punctul de vedere a nivelului de dificultate pe care îl reprezintă și pentru măsura în care aceștia pot acționa ca o barieră în calea dezvoltării și a punerii în aplicare a inițiativelor în prevenirea și gestionarea stresului legat de muncă.

^{LIV} Chiar dacă rezultatele au fost în general substanțiale în toate regiunile, trebuie remarcat faptul că infrastructura neadecvată, lipsa de resurse, lipsa de expertiză corespunzătoare, slaba integrare a acestor probleme (atât la nivel național cât și la nivelul locului de muncă) au fost raportate mai des de către experții din Africa și statele arabe.

^{LII} Cea mai mare preocupare a fost raportată de către experții din cele două Americi și Europa - Asia Centrală (100%), urmați de cei din regiunea Asia-Pacific (88,9%), Africa (78,6%), iar cea mai mică preocupare a fost raportată de către statele arabe (50%).

^{LIII} Discriminare pe bază de vârstă, sex, origine etnică, handicap, orientare sexuală.

ANTICIPARE DE SCENARIU VIITOARE

DELPHI ETAPA 1

Prima etapă a studiului Delphi s-a bazat în principal pe întrebări deschise, care au fost analizate pe teme. La acest sondaj au răspuns în total 80 de experți din 45 de țări din întreaga lume și care acoperă toate regiunile OIM.^{LV}

Primele patru întrebări au fost prezentate în cadrul unei analize SWOT, de identificare a punctelor tari, a celor slabe, a oportunităților și amenințărilor în raport cu situația actuală în prevenirea riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă în țara lor (a se vedea Anexa 2, Tabelul 2.1). În ceea ce privește punctele forte identificate, au existat diferențe în funcție de contextul din țară; de exemplu, în țările în care există atât reglementări, cât și politici benevole, participanții au apreciat mai degrabă ca punct forte abordările benevole. Totuși, legislația, inițiativele de dialog social, o puternică bază de date întemeiată pe evidențe, conștientizarea, intervențiile la locul de muncă și serviciile de sănătate în muncă cu instruire corespunzătoare au fost evidențiate ca puncte tari în țările în care acestea există. Multe dintre problemele raportate ca puncte forte au fost evidențiate ca puncte slabe în țările în care acestea lipsesc.^{LVI} Chiar și în țările în care contextele ce vizează politica și practica sunt bine dezvoltate, s-a făcut referire la punerea în aplicare inadecvată a legislației, la lipsa de voință politică în a dezvolta sau de a pune în aplicare noi inițiative, precum și la existența mai degrabă a unei culturi de compensare, decât a unei culturi cu adevărat orientată spre prevenire. Au fost exprimate preocupări suplimentare, de genul: evaluarea necorespunzătoare a inițiativelor și o prevalență ridicată a malpraxisului în rândul consultanților sau al practicienilor. Excluderea unor boli legate de stres în listele cu boli profesionale a fost identificată ca fiind o slăbiciune de către majoritatea respondenților.

În ceea ce privește oportunitățile, au fost menționate următoarele: experiența crescută și schimbul de bune practici între țări, politicile și codurile de practică internațional care vizează promovarea practicilor comerciale responsabile, tot mai mare accent pe durabilitate organizațională și competitivitate, precum și includerea acestor aspecte în sistemul național de SSM, sistemul de sănătate publică sau cel de asigurări sociale. Aceste aspecte nu au fost raportate în mod exclusiv de către respondenții din țările cu un context politic mai puternic și cu o bază întemeiată pe dovezi mai bine dezvoltată. În cele din urmă, multe dintre amenințările identificate de respondenți au fost comune. Acestea au inclus un climat economic sărac și un șomaj crescut, restructurarea organizațională și reduceri de personal, lipsă de voință politică, lipsă de resurse financiare la nivel național sau organizațional, o forță de muncă tot mai îmbătrânită, o creștere a noilor forme de organizare a muncii, muncă precară și non-standard (de ex., munca în schimburi de muncă, munca temporară, munca cu fracțiune de normă). A existat un consens general potrivit căruia aceste probleme reprezintă amenințări cu care se confruntă prevenirea riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă. Alte amenințări identificate sunt lipsa de aderență la cerințele legale și corupția (de ex., în America de Sud), precum și activitatea de lobby exercitată de întreprinderi care favorizează dereglementarea (în special în Europa).

^{LV} Cei 80 de experți care au participat la prima etapă a sondajului Delphi au fost din Argentina (1), Australia (2), Barbados (1), Belgia (2), Bosnia și Herțegovina (2), Brazilia (2), Bulgaria (1), Canada (6), Chile (1), China (1), Columbia (2), Danemarca (2), Egipt (1), Estonia (1), Finlanda (1), Franța (2), Germania (4), Ghana (1), Grenada (1), India (1), Italia (2), Coasta de Fildeș (1), Japonia (1), Kuweit (1), Libia (1), Malaezia (1), Mexic (3), Țările de Jos (3), Norvegia (2), Polonia (1), Portugalia (1), România (1), Arabia Saudită (1), Senegal (1), Singapore (1), Spania (4), Republica Coreea (2), Suedia (2), Elveția (3), Republica Arabă Siriană (1), Tailanda (1), Tunisia (1), Uganda (1), UK (4), SUA (5). Din perspectiva regiunilor OIM, 7 experți au fost din Africa, 22 din cele două Americi, 3 din statele arabe, 10 din Asia și Pacific, iar 38 din Europa și Asia Centrală. Grupul de experți a inclus cadre universitare sau cercetători (43), oficiali guvernamentali sau factori de decizie (15), consultanți în materie de SSM (18), precum și reprezentanți ai partenerilor sociali, și anume asociații patronale și sindicate (4). Specializările experților au fost din diferite domenii, printre care: SSM, ergonomie, sănătate publică, psihologia sănătății la locul de muncă, epidemiologie, medicina muncii, asistență medicală, igiena muncii, management și drept.

^{LVI} De exemplu, mai multe dintre aceste puncte slabe au fost evidențiate de către respondenții din statele arabe, Africa și, într-o anumită măsură, de respondenții din țările Asiei și Pacificului și din America Latină.

Experților li s-a cerut apoi să privească în viitor peste 10 de ani și prognozeze cel mai probabil scenariu, precum și scenariul ideal în țara lor în ceea ce privește prevenirea riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă în următoarele domenii-cheie: (i) legile naționale de SSM, reglementările, standardele tehnice și acordurile colective care abordează stresul legat de muncă și rezultatele obținute; (ii) politici și strategii de SSM axate pe riscurile psihosociale și stresul legat de muncă; (iii) îndrumări tehnice și campanii de sensibilizare concentrate pe riscurile psihosociale și stresul legat de muncă; (iv) inițiativele la locul de muncă cu accent pe riscurile psihosociale și stresul legat de muncă; și (v) cercetarea și datele întemeiate pe dovezi privind riscurile psihosociale și stresul legat de muncă. Un rezumat al scenariilor așteptate și ale celor ideale în legătură cu aceste aspecte sunt prezentate în Anexa 2, Tabelul 2.2.

În privința legislațiilor naționale în domeniul SSM, a reglementărilor, standardelor tehnice și acordurilor colective care abordează stresul legat de muncă, majoritatea respondenților prognozează mai multă legislație în acest domeniu. Totuși, în ambele situații, cele așteptate și cele ale unor scenarii ideale, prognoza este de la o nouă legislație până la nicio modificare a legislației în vigoare sau pur și simplu dereglementare. O gamă similară de opțiuni a fost identificată în ceea ce privește politicile și strategiile de SSM. Majoritatea respondenților așteaptă introducerea de politici noi sau mai multe politici și strategii în acest domeniu, în timp ce un accent pus pe prevenire, pe formarea și dezvoltarea de competențe la nivel național și pe schimbul de bune practici au fost elementele comune ale scenariului ideal în diverse țări. Opțiunile au variat și în ceea ce privește scenariile așteptate în dezvoltarea de îndrumări tehnice și campanii de sensibilizare. În scenariile ideale a fost frecvent raportat un ghid pentru IMM. Mai puțin optimism și consens a fost exprimat însă în raport cu scenariile așteptate în dezvoltarea de inițiative la locul de muncă, în timp ce în scenariile ideale au fost evidențiate câteva aspect-cheie comune unor țări, inclusiv dezvoltarea unei culturi organizaționale sănătoase, managementul și prevenirea riscurilor psihosociale și dezvoltarea de competențe la nivelul locului de muncă, precum și angajamentul managementului. Incorporarea acțiunii de prevenire a riscurilor psihosociale, ca parte integrantă a sistemelor de management de SSM este, de asemenea, menționată de mai mulți respondenți din diferite țări. În final, în ceea ce privește cercetarea și baza întemeiată pe dovezi în acest domeniu, respondenții prognozează în general o activitate sporită, cu accent pe domeniile-cheie, cum ar fi intervențiile de management al riscurilor psihosociale, precum și traducerea cercetării în practică. Cu toate acestea, factorii financiari și politici au fost evidențiați ca posibile obstacole. În multe țări s-a sperat că organizațiile internaționale vor stimula strategii de cercetare și intervenție. Scenariile ideale propuse reflectă un nivel ridicat de consens între țări în ceea ce privește dezvoltarea sistemelor informatice și a bazelor de date pentru schimbul de dovezi empirice, mai multe comparații între țări, precum și intervenții de evaluare a cercetării.

Totodată, experții au identificat acțiunile necesare la nivel național și la cel al locului de muncă pentru gestionarea și prevenirea riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă și au indicat cât efort suplimentar este necesar în țara lor, ținând cont de diverși factori favorizanți. La finalul chestionarului, experții au fost rugați să indice domeniile prioritare în care este nevoie de acțiune la locul de muncă. O trecere în revistă a rezultatelor în ceea ce privește măsurile necesare atât la nivel național, cât și la cel al locului de muncă, și acțiunile prioritare la nivelul locului de muncă sunt prezentate în Anexa 2 (Tabelul 2.3 și, respectiv, Tabelul 2.4). Un nivel înalt de consens a fost atins între experți în ceea ce privește măsurile necesare, atât la nivel național, cât și la nivelul locului de muncă. Următoarele probleme au fost raportate ca fiind măsurile-cheie necesare la nivel național: dezvoltarea de competențe pentru abordarea riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă; punerea în aplicare a regulamentelor (acolo unde există); realizarea unui consens între partenerii sociali; conștientizarea; integrarea la nivel de politici (de ex., politici de promovare a SSM și a sănătății); și îmbunătățirea disponibilității instrumentelor de intervenție și a metodelor de evaluare. La nivelul locului de muncă au fost identificate următoarele priorități la vârf: integrarea prevenirii stresului legat de muncă în cultura organizațională; integrarea prevenirii stresului legat

de muncă în sistemele de management; conștientizare; introducerea de politici și măsuri preventive la locul de muncă; și dezvoltarea competențelor părților interesate.

DELPHI ETAPA A 2-A

Cea de a doua etapă a fost dezvoltată pe baza rezultatelor primei etape a sondajului Delphi, cu scopul de a realiza un consens în continuare cu privire la aspectele-cheie și la clarificarea factorilor favorizanți pentru fiecare zonă de preocupare. În total 31 de experți din 25 de țări din întreaga lume, au răspuns, acoperind toate regiunile OIM.^{Lvii} Cea de a doua etapă a Delphi s-a bazat în principal pe întrebări închise. Experților li s-a solicitat să raporteze cu privire la probabilitatea producerii unei serii de scenarii în domeniile-cheie pentru gestionarea și prevenirea riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă identificate în etapa 1, precum și principalii factori favorizanți (a se vedea Anexa 2, Tabelul 2.5).

Conștientizarea și implicarea factorilor de decizie, dialogul social, precum și utilitatea traducerii dovezilor întemeiate în practică se părezintă, în mod vizibil, ca factori favorizanți în opțiunile de scenariu. În ceea ce privește domeniile-cheie ale conștientizării și ale dezvoltării de îndrumări, inițiativele la nivelul locului de muncă și baza de dovezi întemeiate, alți factori puternic favorizanți identificați includ disponibilitatea de resurse și de expertiză, instrumente și schimbul de bune practici, precum și sensibilizarea și angajarea părților interesate la nivel de întreprindere (de ex., manageri, lucrători). Respondenții au subliniat, de asemenea, o cultură a prevenirii la nivel de țară ca fiind un factor favorizant important în ceea ce privește inițiativele la nivelul locului de muncă și adecvarea dovezilor științifice la impactul riscurilor psihosociale asupra sănătății, securității și productivității pentru traducerea bazei de probe în practică.

REZULTATE ȘI TENDINȚE GLOBALE

Atât sondajul de opinie de specialitate, cât și ancheta Delphi au furnizat informații utile pentru clarificarea nevoilor și evidențierea principalilor factori de stimulare și obstacole. Studiul Delphi a evidențiat, totodată, așteptările și scenariile ideale legate de domeniile-cheie menționate mai sus. În ciuda variațiilor între regiuni, a existat un grad ridicat de consens între experți asupra scenariilor ideale într-o serie de domenii-cheie, a factorilor de stimulare și a obstacolelor în calea acestor scenarii, precum și acțiunile necesare necesare pentru a le realiza. Privind mai în detaliu domeniile-cheie explorate în studiul Delphi, trebuie remarcat faptul că experții au fost destul de optimiști așteptând mai multe acțiuni la fiecare dintre ele.

În ceea ce privește legislația și politicile, în general experții au fost de acord că deși crește conștientizarea, vor exista în continuare legi naționale de SSM, reglementări, standarde tehnice și acorduri colective, precum și politici și strategii de SSM care vizează riscurile psihosociale și stresul legat de muncă. Totuși au existat dovezi ale unui pesimism mai mare în unele țări europene, unde o serie de inițiative funcționează deja. Cu toate acestea, cei mai mulți experți au fost de acord în privința valorii unui context politic puternic, subliniind-o ca fiind un punct forte acolo unde există și ca pe o slăbiciune în cazul în care nu există.

Ei se așteptau să vadă că legislația de SSM include protecția sănătății mintale a lucrătorilor în toate țările în viitor. S-a subliniat faptul că gradul de conștientizare a relevanței legislației de SSM pentru protecția și promovarea sănătății mintale este necesar și în țările în care există deja legi relevante. De asemenea, experții au identificat ca domenii care pot fi

îmbunătățite în continuare armonizarea și aplicarea corespunzătoare a legislațiilor naționale, recunoașterea tulburărilor legate de stress drept boli profesionale, precum și constrângerile legate de punerea în aplicare a legislației.^{Lviii} În plus, au mai fost evidențiate următoarele elemente-cheie ale scenariului ideal: concentrarea pe prevenirea riscurilor psihosociale și promovarea sănătății mintale la locul de muncă drept elemente esențiale ale politicilor, schimbul de bune practici și consolidarea capacităților principalilor actori implicate (părți interesate). Conștientizarea și implicarea factorilor de decizie, dialogul social îmbunătățit, cunoștințele bazate pe dovezi și dezvoltarea resurselor au fost raportate ca fiind factori favorizanți cheie, care facilitează acțiunile în vederea realizării scenariului ideal, fie inhibă schimbarea, iar o legătură cu agenda obiectivelor de dezvoltare durabilă a fost menționată ca o oportunitate.

Un nivel ridicat de consens a fost exprimat în privința dezvoltării de noi orientări tehnice și campanii de conștientizare a riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă. Cu toate acestea, unii experți au văzut astfel de eforturi ca fiind mai degrabă tot mai concentrate pe fiecare lucrător, decât pe o abordare colectivă care să conducă la îmbunătățirea condițiilor de muncă și prevenirea primară, în special în țările în care eforturile de prevenire sunt deja în vigoare. În plus, proiectarea de indicatori de bune practici pentru toate părțile implicate și dezvoltarea de ghiduri pentru IMM au fost apreciate ca extrem de dorite. Unele diferențe pot fi observate între punctele de vedere ale experților; de exemplu, în Asia s-a pus un mai mare accent pe abordările ce vizează intervenția participativă, iar în Europa și Australia pe cele care vizează publicul național, prin intermediul mass-media.

Un grad mai scăzut de optimism și de consens a fost evident în ceea ce privește scenariile așteptate pentru dezvoltarea de inițiative la locul de muncă. Experții din țările cu o tradiție a politicilor mai puternică prognozează că vor fi introduse inițiative suplimentare la locul de muncă; în timp ce în acele țări în care politicile sau legislația nu există sau nu sunt suficiente de dezvoltate, acțiunea la nivelul locului de muncă era de așteptat să aibă loc în principal ca rezultat al acțiunii guvernamentale. Totuși, au existat cazuri în care experții au prevăzut că astfel de inițiative ar putea fi întreprinse de către întreprinderi în mod direct, independent de cadrul legal sau de politici. Există, totodată, un amestec de opinii referitoare la posibilitatea ca aceste inițiative să se axeze pe prevenire, mai mulți experți prevăzând chiar o creștere a măsurilor reactive. Un nivel mai ridicat de consens a fost realizat atât în așteptările că vor exista mai multe inițiative venite dinspre întreprinderile mari, avându-se în vedere și constrângerile financiare ca obstacole în calea acțiunii. Elementele-cheie ale scenariului ideal pentru inițiativele la locul de muncă prezentate au fost după cum urmează: intensificarea acțiunii sindicale, dezvoltarea unei culturi organizaționale de prevenire, punerea în aplicare a unor abordări integrate (care să includă riscurile psihosociale în cadrul sistemelor de management al SSM), evaluarea intervențiilor de prevenire în privința riscurilor psihosociale, dezvoltarea de competențe la principalii actori implicați, precum și schimbul de cunoștințe și practici între întreprinderile mari și mici, prin crearea de rețele. Printre factorii favorizanți cheie s-au numărat conștientizarea și implicarea factorilor de decizie politică, calitatea dialogului social și implicarea partenerilor sociali în acest domeniu. Disponibilitatea resurselor, expertiza, instrumente și bune practici, o cultură de prevenire la nivel de politici, conștientizare și implicare a actorilor implicați la nivelul locului de muncă (de ex., manageri, lucrători și reprezentanții acestora), au fost, toți, indicați ca fiind factori favorizanți importanți în ceea ce privește inițiativele la nivelul locului de muncă.

În ceea ce privește cercetarea și baza de dovezi în acest domeniu, cei mai mulți experți prognozează o creștere a activității, cu accent pe domeniile-cheie, cum ar fi punerea în aplicare și evaluarea intervențiilor de gestionare a riscurilor psihosociale, precum și transpunerea cercetării în practică. Scenariile ideale propuse au demonstrat un puternic consens între țări pe mai multe aspecte, inclusiv cercetarea la nivel național și studii naționale periodice (în cazul în care nu sunt încă disponibile); dezvoltarea sistemelor informatice și a bazelor de date pentru a arăta dovezi empirice; mai multe comparații între țări;

^{Lvii} Cei 31 de experți care au participat la cea de a doua etapă a sondajului Delphi au fost din Australia (2), Barbados (1), Belgia (2), Bosnia și Herțegovina (1), Bulgaria (1), Chile (1), China (1), Finlanda (1), Germania (3), Italia (1), Japonia (1), Libia (1), Țările de Jos (1), Polonia (1), România (1), Arabia Saudita (1), Singapore (1), Republica Coreea (1), Spania (1), Suedia (2), Republica Arabă Siriană (1), Tailanda (1), Uganda (1), Regatul Unit al Marii Britanii (2), SUA (1). Grupați pe regiuni ale OIM, au fost 2 experți din Africa, 3 din cele două Americi, 2 din statele arabe, 7 din Asia și Pacific, iar 17 din Europa și Asia Centrală. Grupul de experți a inclus cadre universitare sau cercetători (18), oficiali guvernamentali sau factori de decizie (9), practicieni din domeniul SSM (3) și un reprezentant al sindicatelor (1).

^{Lviii} În țările membre ale UE există o armonizare a legislației de SSM, cu toate că unele dintre ele au o legislație mai specifică privind riscurile psihosociale și stresul profesional decât altele.

intervenții de evaluare a cercetării; cercetare pe o serie de aspecte specifice (cum ar fi legătura dintre sănătatea psihologică și fizică, noi tipuri de organizare a muncii, muncă precară și non-standard, muncă fără limită, cazul afacerilor); și îndrumări privind transpunerea acestor cercetări în practică.

Au fost raportate, în principal de către experți din țări cu tradiție mai puternică a politicii și practicii, următoarele opțiuni suplimentare: includerea acestui domeniu în cercetare; elaborarea de politici și planuri la nivel național, cu alocarea de resurse corespunzătoare; și cercetare care să evalueze impactul controalelor de SSM. Experți din Europa s-au referit și la necesitatea unor institute naționale de cercetare (cu resursele corespunzătoare), care ar putea efectua studii relevante în lumina închiderilor de întreprinderi și a reducerilor bugetare în multe state europene în ultimii ani. Conștientizarea și implicarea factorilor de decizie politică au fost identificate ca fiind factori de stimulare cheie. Alți factori de stimulare identificați de către experți au inclus calitatea dialogului social și implicarea partenerilor sociali în acest domeniu; disponibilitatea resurselor; caracterul adecvat al dovezilor științifice cu privire la impactul riscurilor psihosociale asupra sănătății, securității și a productivității; și disponibilitatea de expertiză, instrumente și bune practici.

Trebuie remarcat faptul că există un nivel foarte ridicat de acord între constatările Delphi și sondajul de opinie de specialitate, efectuat anterior; ambele indică, pe de o parte, aceiași factori de stimulare și aceleași obstacole în calea acțiunii și, de cealaltă parte, aceleași priorități care vor trebui abordate. În lergătură cu domeniile-cheie care urmează să fie abordate, un nivel ridicat de consens poate fi observat cu privire la următoarele aspecte: cultura organizațională (care include managementul și conducerea defectuoase); volumul de muncă, presiunea timpului și intensitatea muncii; echilibrul între viața profesională și cea personală; schimbarea organizațională și restructurarea; siguranța locului de muncă; munca precară; aranjamente privind organizarea timpului de lucru (inclusiv munca în schimburi, orar flexibil și timp de odihnă); recompensarea și recunoașterea; controlul asupra muncii; hărțuirea (inclusiv agresivitatea sau intimidarea); violența fizică (și amenințarea cu violența fizică); și discriminarea la locul de muncă.

În final, este important de menționat faptul că în diferite regiuni a existat o neconcordanță între preocupările raportate de experți și prioritățile de acțiune percepute în țara lor, subliniind că inițiativele de politici care au fost sau sunt în curs de implementare nu pot în mod necesar să se ocupe de cele mai mari domenii de interes. Acest lucru poate fi rezultatul unei slabe conștientizări și prioritizări de către factorii de decizie, din cauza percepțiilor lor, sau din lipsa dialogului social și a participării sociale la proiectarea unor astfel de politici. Prin urmare, încă sunt necesare eforturi deosebite pentru a defini prioritățile de acțiune în abordarea riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă la nivel național.

6. DE CE ESTE NECESARĂ O ABORDARE COLECTIVĂ PENTRU PREVENIREA ȘI IDENTIFICAREA CAUZELOR STRESULUI PROFESIONAL?

Amplora impactului negativ al stresului legat de muncă și de rezultatele asupra sănătății în rândul unei părți importante a populației active la nivel mondial se datorează în mod absolut evident generoasei baze de dovezi referitoare la prevalența tulburărilor de sănătate fizică și mintală asociate, la nivel de țară și de regiune, colectată pe parcursul a peste 20 de ani. Din păcate, există dovezi care arată și că incidența și gravitatea sunt în creștere în contextul actual.

Costurile economice conexe la nivel național, chiar dacă ele reprezintă doar vârful iceberg-ului, ilustrează modul în care stresul legat de muncă și consecințele sale asupra sănătății au, la rândul lor, un impact considerabil asupra securității organizaționale, productivității și performanței generale. În prezent, stresul legat de muncă nu poate fi privit doar ca problemă a câtorva indivizi. El trebuie recunoscut ca o problemă colectivă, cu implicații majore pentru starea de bine a lucrătorilor, familiilor acestora și societăților în ansamblu.

Recunoscând totodată rolul jucat de cercetători și de factorii de decizie politică în țările nordice în deschiderea acestui drum, trebuie observat că factorii de decizie și partenerii sociali din majoritatea țărilor s-au implicat abia de curând în elaborarea de legislație și intervenții concrete pentru a aborda cauzele la originea lor. Totuși, acest lucru demonstrează că a crescut nivelul de conștientă privind necesitatea unei acțiuni. Se acordă o atenție tot mai mare evaluării și gestionării riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă, elaborării de legislație, strategii și politici la nivel internațional, regional și național; la rândul ei, a crescut atenția partenerilor sociali la aceste probleme a crescut; diseminarea de informații și campaniile de conștientizare cu privire la aceste teme este mai mare decât în trecut; totodată, se poate vorbi de o proliferare a rețelelor de cercetare și asociațiilor profesionale care doresc să elaboreze intervenții eficiente pentru a aborda riscurile psihosociale și stresul legat de muncă la nivelul locului de muncă.

Angajatorii ar trebui să fie conștienți de efectele negative ale riscurilor psihosociale care îi pot afecta pe lucrători, ca urmare a suprasarcinii de muncă și lipsa controlului asupra sarcinilor care le revin lucrătorilor, cu consecințele stresului legat de muncă și comportamente de adaptare aferente și efectele asupra sănătății. Din păcate, mulți oameni sunt doar conștienți de faptul că au atins un nivel de stres nociv o dată ce efectele sale negative le-au afectat munca și starea de bine. A-i conștientiza pe angajatori și pe lucrători, a-i informa și a le oferi competența să abordeze aceste riscuri noi poate conduce la crearea unui mediu de muncă sigur și sănătos, la edificarea unei culturi de prevenire pozitive și constructive în organizație, stimulează implicarea și eficiența, protejează sănătatea și starea de bine a lucrătorilor și duce la creșterea productivității.

În acest context complex, în care locul de muncă a devenit o sursă importantă de riscuri psihosociale și echilibru precar între viața profesională și cea personală, el a devenit, totodată, și un loc ideal pentru abordarea acelor riscuri psihosociale aflate la originea stresului legat de muncă și a efectelor sale asupra sănătății. Întreprinderile nu ar trebui să se concentreze doar pe un răspuns individual la această problemă. O abordare colectivă a prevenirii stresului legat de muncă și a promovării sănătății mintale la locul de muncă încă trebuie să fie stimulată. Majoritatea inițiativelor privind managementul stresului la locul de muncă au inclus consiliere individuală, integrare și îndrumare (mentorat) a personalului nou, sprijin permanent din partea celorlalți lucrători și a sindicatelor în timpul șomajului și sprijin individual în abordarea evenimentelor de viață majore prin crearea unor legături cu ONG locale. Este necesar un demers holistic în promovarea sănătății mintale la locul de muncă, rupere de eforturile tradiționale și trecerea la răspunsuri noi și eficiente prin abordarea ambelor măsuri, colectivă și individuală. Adoptarea de măsuri colective la locul de muncă poate oferi sprijin și poate permite lucrătorilor să devină mai productivi fără să îndure efectele stresului negativ. De cealaltă parte, este în general recunoscut faptul că îmbunătățirea capacității individului de a face față stresului poate fi o strategie complementară valoroasă, ca parte a procesului organizare și colectiv mai larg, de combatere a stresului legat de muncă. Prin urmare, este esențial să se găsească modalități inovatoare de abordare a cauzelor și consecințelor stresului legat de muncă, cu o combinație între măsurile colective și individuale.

Răspunsul ideal la stres constă în prevenirea apariției lui. Acest lucru poate fi realizat abordând miezul problemei și anume cauzele ei. Însă, dat fiind că stresul poate fi cauzat de nenumărați factori psihosociale, acesta nu poate fi evaluat și gestionat în condiții de izolare. Cauzele își pot avea originea la locul de muncă, acasă, în mediul social sau în comunitate. În fiecare dintre aceste contexte pot exista una sau mai multe surse de stres, precum și resursele care contribuie la prevenirea sau reducerea impactului său. De asemenea, stresul poate avea un impact în mai mult de unul dintre aceste contexte. Totuși, după cum nu ne putem aștepta să ne ocupăm de toate aceste probleme în aceste contexte, o acțiune la nivelul locului de muncă trebuie să se concentreze pe intervențiile care pot preveni sau controla riscurile psihosociale legate de muncă. Acest lucru ar avea un impact pozitiv asupra locului de muncă și dincolo de acesta. Cel mai bun mod de a face față stresului legat de muncă este prin intermediul unor strategii de abordare a riscurilor psihosociale la sursă în condiții de muncă, în mediul de muncă, precum și în cultura organizațională și relațiile de muncă ale organizației. Odată ce existența stresului legat de muncă a fost recunoscută și riscurile psihosociale aflate la originea sa au fost identificate, trebuie luată măsura abordării lor la sursă. Drept urmare, această acțiune trebuie să vizeze eliminarea a cât mai multor cauze cu putință, astfel încât acțiunea întreprinsă să conducă la reducerea și prevenirea pe viitor a stresului legat de muncă.

Un program eficient la locul de muncă menit să prevină stresul legat de muncă necesită identificarea corectă a riscurilor psihosociale, evaluarea performanței în muncă și problemele personale generate de stres. Evaluarea trebuie făcută într-un mod sistematic, iar lucrătorilor trebuie să li se ceară să-și exprime îngrijorarea cu privire la orice situație care ar putea fi cauza stresului în muncă.

Printr-o abordare de management al riscurilor trebuie puse în aplicare măsuri specifice de prevenire care vizează reducerea potențialelor consecințe asupra sănătății mintale pe care le au riscurile psihosociale și stresul legat de muncă. Un sistem cuprinzător de management al SSM trebuie să asigure practici de prevenire îmbunătățite și să încorporeze măsurile de promovare a sănătății, astfel încât să includă riscurile psihosociale în măsurile de evaluare și management al riscurilor în vederea gestionării eficiente a impactului acestora în același mod ca și în cazul altor riscuri la adresa SSM la locul de muncă.^{LIX}

Acest lucru presupune o practică în sănătatea ocupațională, cu o abordare multilaterală, care implică următoarele:

- prevenirea bolilor profesionale și a altor boli legate de muncă, precum și a accidentelor de muncă;
- îmbunătățirea condițiilor de muncă și a organizării muncii;
- încorporarea riscurilor psihosociale în măsuri de evaluare și gestionare a riscurilor, precum și punerea în aplicare a unor măsuri de prevenire colectivă (așa cum face cu alte riscuri la locul de muncă) prin adaptarea organizării muncii și a condițiilor de muncă;
- creșterea capacității de adaptare a lucrătorilor;
- crearea de sisteme de susținere socială pentru lucrători la locul de muncă; și
- evaluarea nevoilor organizației prin luarea în considerare a interacțiunilor la nivel organizațional, individual și a celor de tipul individ – organizație atunci când se evaluează cerințele de sănătate a lucrătorilor.

Participarea lucrătorilor în acest proces este crucială. Lucrătorii și reprezentanții acestora trebuie să fie implicați în identificarea acelor riscuri psihosociale pe care ei le simt că generează stres inutil în locurile lor de muncă, precum și în evaluarea lor în așa fel încât să se poată stabili prioritățile pentru intervenție. Evaluarea trebuie făcută în mod sistematic, iar lucrătorilor trebuie să li se ceară să-și exprime preocuparea cu privire la orice situație care ar putea fi cauza stresului la locul de muncă. Comitetele mixte de SSM pot avea un rol esențial în gestionarea riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă. Experiența OIM arată că succesul unei organizații se bazează pe lucrătorii săi și pe cultura organizațională existentă. Lucrătorii într-un mediu sigur și susținător se simt mai bine și sunt mai sănătoși, ceea ce determină absenteism redus, motivare sporită, îmbunătățirea productivității și o imagine pozitivă a organizației. Prevenirea accidentelor și a bolilor profesionale, promovarea unei vieți profesionale sănătoase și construirea unei culturi de prevenire reprezintă o responsabilitate comună a guvernelor, angajatorilor și lucrătorilor, a profesioniștilor din sectorul sănătății și a societăților în ansamblu.

^{LIX} Managementul riscului este o abordare bazată pe rezolvarea problemelor generate de pericolele la adresa sănătății și a securității. Abordarea aceasta include atât evaluarea, cât și gestionarea riscurilor. Ea face parte integrantă din sistemul de management al SSM al unei întreprinderi și contribuie la ciclul de îmbunătățire continuă a muncii și a condițiilor de muncă.

CONCLUZII

OIM se concentrează asupra protejării sănătății lucrătorilor și promovarea stării de bine a acestora prin îmbunătățirea condițiilor lor de muncă și a mediilor de muncă, precum și asupra prevenirii și combaterii accidentelor de muncă și a bolilor profesionale și legate de muncă.

Pentru OIM, sănătatea mintală este o stare de sănătate și de bine (atât la nivel individual, cât și colectiv), în care lucrătorii își pot exercita propriile abilități, pot lucra productiv și își aduc contribuția la funcționarea comunității din care fac parte. În acest context, sănătatea la locul de muncă trebuie "să vizeze promovarea și menținerea celui mai înalt grad de stare de bine fizică, mintală și socială a lucrătorilor în toate profesiile".^{LX} Dreptul fundamental la cele mai înalte standarde posibile de sănătate în muncă și la un mediu de muncă susceptibil de a permite fiecărei femeie și fiecărui bărbat de la fiecare loc de muncă să trăiască o viață socială și economică productivă constituie unul dintre obiectivele majore ale OIM. Contribuția OIM la conceperea politicilor ce vizează locul de muncă și programele de prevenire privind SSM ia în considerare cunoștințele globale dobândite prin intermediul bazelor de dovezi și bune practici. În vremuri de profunde transformări a universului muncii a face față cu succes riscurilor psihosociale la locul de muncă este un lucru esențial pentru protejarea sănătății și a stării de bine a lucrătorilor, consolidând în același timp productivitatea organizațiilor.

OIM are o lungă tradiție în dezvoltarea de politici naționale și legate de locul de muncă în scopul protejării sănătății și stării de bine a lucrătorilor și, în același timp, al creșterii productivității. Avantajul comparativ al OIM în abordarea sănătății mintale în muncă rezidă în experiența sa în utilizarea dialogului social pentru punerea în aplicare a unor inițiative de succes la nivel național, cel al locului de muncă și al comunității, care se ocupă de aceste probleme prin intermediul consolidării capacităților în cadrul Programelor privind munca decentă în statele membre, cu implicarea a angajatorilor, a lucrătorilor și a reprezentanților acestora, a specialiștilor din domeniul SSM, guvernelor, factorilor de decizie politică, serviciilor publice și organizațiilor neguvernamentale.

Ca rezultat al evaluării efectuate pentru acest raport, acțiunile viitoare OIM în acest domeniu vor avea drept scop:

- Sprijinirea inițiativelor de cercetare și parteneriate strategice în coordonare cu alte organizații internaționale, responsabilii politici la nivel național și regional și rețele de experți, pentru a sprijini cercetarea, conștientizarea, educarea, schimbul de bune practici, precum și dezvoltarea de competențe la nivel mondial.
- Sprijinirea dezvoltării de competențe în rândul principalilor actori implicați (părți interesate) și transpunerea cercetării în practică, prin promovarea educației și formării susținute de o aplicare mai largă a instrumentelor OIM, cum ar fi Solve și punctele de control ale stresului (en.: Stress Checkpoints), precum și de îndrumări suplimentare și instrumente de formare, inclusiv programe de e-learning în colaborare cu experți-cheie în domeniu.
- Sprijinirea armonizării listelor naționale a bolilor profesionale prin furnizarea de orientări suplimentare, pe baza listei OIM a bolilor profesionale.
- Susținerea integrării managementului și evaluării riscurilor psihosociale în sistemele de management al SSM, și corelarea cu durabilitatea intervențiilor.
- Facilitarea dialogului social la nivel mondial în vederea

prevenirii stresului legat de muncă și a efectelor sale între elementele constitutive ale OIM.

- Promovarea, la nivel global, a unei abordări integrate de prevenire și realizare a unei stări de bine, combinând sănătatea ocupațională cu promovarea sănătății, în colaborare cu OMS.

^{LX} În conformitate cu definiția cuprinzătoare adoptată de către Comitetul mixt OIM-OMS privind sănătatea în muncă la prima sesiune a sa (1950) și revizuită în cadrul celei de-a 12-a sesiuni (1995); a se vedea OIM, Comitetul mixt OIM/OMS privind Sănătatea în Muncă. *Raportul Comitetului, a 12-a sesiune, Geneva, 5-7 aprilie 1995.*

REFERINTE

- 1 Selye (1936)
- 2 Selye (1974)
- 3 Engel (1977)
- 4 ILO (ro.: OIM) (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 (ro.: OMS) (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, Hurrell (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 Jüliä 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); Wempe, 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 (Tutunul - Fișa informativă nr. 339, actualizată la 6 iulie 2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>; Alcooolul (Fișa informativă nr. 349, actualizată în ianuarie 2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>
- 49 WHO, Physical Activity (Activitatea fizică - Fișa informativă nr. 385, actualizată în ianuarie 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, (CVDs) (Boli cardiovasculare - Fișa informativă nr. 317, actualizată în ianuarie 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-Taieb et al. (2013); Kivimäki et al. (2002); Rosengren et al. (2004); Siedlecka, Borkiewicz, Gadzicka (2012); Theorell et al. (1998); Westerlund, Theorell, Alfredsson (2004)
- 55 Bojar et al. (2011); Li, Jin (2007); Nurminen, Karjalainen (2001); Raikonen et al. (1996); Schnall et al. (1998); Sultan-Taieb 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); Estryn-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 (Depresia - Fișa informativă nr. 369, octombrie 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 (Depresia - Fișa informativă nr. 369, octombrie 2015), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- 83 WHO, Suicide (Suicidul - Fișa informativă nr. 398, revizuită în 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 și INSHT (2012)
- 91 Cornelio et al. (2012); Cornelio (2013)
- 92 Santana, Santana (2011)
- 93 Duxbury, Higgins (2012)
- 94 Direcția de Muncă, Guvernul Chile (2012)
- 95 ACHS (2013)
- 96 Ministerul Protecției Sociale, Columbia (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); Yıldırım, Yıldırım, Timucin (2007)
- 105 Routley, Ozanne-Smith (2012)
- 106 Oficiul Național de Statistică, Institutul pentru Populație și Cercetare Socială și Departamentul de Sănătate Mintală (2008)
- 107 Thai Health Working Group (2010)
- 108 MHLW (2012)
- 109 Guvernul Japoniei, Cabinetul (2012)
- 110 MHLW (2014)
- 111 Choi, Kang (2010)
- 112 Eurogip (2013)
- 113 Stuckler et al. (2009)

- 114 APA (2010)
- 115 WHO (2011a); Eurofound (2013); EUOSHA (2013); EUOSHA (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); Slany 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); Mosaddeghrad, Ferlie, Rosenberg (2011); Nabirye et al. (2011); Quine (2001); Rodwell et al. (2009)
- 128 Abu Al Rub, Al-Zaru (2008); Jourdain, Chênevert (2010); Karantzias et al. (2012); Kuusio et al. (2013); Li et al. (2013); Ofili, Usiholo, Oronsaye (2009); Suadcani 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, (ro.: Centrul Sainsbury pentru Sănătate Mintală) (2007)
- 139 Declaración sociolaboral del Mercosur (ro.: Declarația socio-ocupatională a 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 (ro.: Instrumentul andin privind securitatea și sănătatea în Muncă. Decizia 584 de înlocuire a Deciziei. 547) (2004)
- 141 DIRECTIVA CONSILIULUI din 12 iunie 1989 privind introducerea de măsuri pentru promovarea îmbunătățirii securității și sănătății lucrătorilor la locul de muncă (89/391/EEC)
- 142 DIRECTIVA CONSILIULUI din 29 mai 1990 privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru lucrul în fața monitorului de afișare [a cincea directivă individuală în sensul articolului 16 alineatul (1) din Directiva 87/391/CEE] (90/270/EEC)
- 143 Acord-cadru la nivel UE privind prevenirea rănilor provocate de obiecte ascuțite în sectorul spitalicesc și în cel al asistenței medicale (2009)
- 144 DIRECTIVA CONSILIULUI din 10 mai 2010 de punere în aplicare a Acordului-cadru privind prevenirea rănilor provocate de obiecte ascuțite în sectorul spitalicesc și în cel al asistenței medicale, încheiat între HOSPEEM și EPSU (2010/32/EU)
- 145 Hansen et al. (2015)
- 146 Direcția de Inspecție a Muncii (Norvegia); Legea din 17 iunie 2005 nr. 62 referitoare la mediul de muncă, orele de lucru și la protecția forței de muncă etc. (Legea mediului de muncă – «Arbeidsmiljøloven»), cu completări și modificări, ultima prin Legea din 14 decembrie 2012 nr. 80; cap. 4, secțiunea 4-3
- 147 Hansen et al. (2015)
- 148 Secretariatul Muncii și Protecției Sociale (Mexic); Regulamentul Federal pentru Securitate și Sănătate în Muncă, D.O.F. 13/11/2014; art. 3(XVII)
- 149 Parlamentul Estoniei (*Riigikogu*); Legea sănătății și securității în muncă, RT I 1999, 60, 616, intrare în vigoare la 26.07.1999, modificată și completată (ultima modificare: RT I, 10.07.2012, 2; 01.04.2013); art. 9(2)
- 150 Decretul regal din 10 aprilie 2014 privind prevenirea riscurilor psihosociale la locul de muncă (M.B. 28.4.2014)
- 151 Ministerul Protecției Sociale (Columbia); Rezoluția 002 646 2008 (17 iulie), pentru care se iau măsuri ce definesc responsabilități în vederea identificării, evaluării, prevenirii, intervenției și monitorizării continue a expunerii la factorii de risc psihosocial în muncă și pentru determinarea originii bolilor cauzate de stresul profesional
- 152 Ministerul Muncii (Namibia); Reglementările privind sănătatea și securitatea angajaților la locul de muncă (Avizul Guvernului nr 156 din 1997); art. 200
- 153 Președinția Republicii Bolivariene Venezuela; Legea organică a muncii, a lucrătorilor și lucrătoarelor, Decret nr. 8938 – 30 aprilie 2012; Tit. III, Cap. V, Art. 156
- 154 Adunarea Națională din Burkina Faso; Legea nr. 028-2008/AN privind Codul Muncii în Burkina Faso (13 mai 2008); art. 236
- 155 Ministerul Ocupării și al Muncii (Republica Korea); Legea Securității și Sănătății ocupaționale nr. 3532, din 31 dec. 1981, cu modificări (ultima modificare prin Legea nr. 11882, din 12 iunie 2013); art. 5(1)
- 156 Secretariatul Muncii și Protecției Sociale (Mexic); Regulamentul Federal pentru Securitate și Sănătate în Muncă, D.O.F. 13/11/2014; Art. 43
- 157 Ministerul Muncii și al Politicilor Sociale (Italia); Decretul legislativ nr. 81 din 9 aprilie 2008 (privind sănătatea și securitatea în muncă, formă consolidată); art. 28
- 158 Ministerul Securității Sociale și al Muncii și Ministerul Sănătății din Republica Lituania; Reglementări privind evaluarea riscurilor profesionale aprobate prin Ordinul nr. A1-159/V-612 din 16 octombrie 2003 (Žin., 2003, nr. 100-4504)
- 159 Ministerul Forței de Muncă (Oman); Reglementări privind securitatea la locul de muncă aplicabile prin Codul Muncii (Hotărârea Ministerială 286/2008). Partea a treia, art. 26
- 160 Președinția Republicii Bolivariene Venezuela; Legea organică a muncii, a lucrătorilor și lucrătoarelor, (2012); art. 367 (15), 368 (12)
- 161 Republica Niger; Legea nr. 2012-45 din 25 septembrie 2012 privind Codul Muncii în Republica Niger; art. 155
- 162 Republica El Salvador; Regulament general privind prevenirea riscurilor la locul de muncă (Decret nr. 89 de 27 aprilie 2012); sec. VI; art. 278-282
- 163 Constituția politică a statului plurinațional al Boliviei (2009); art. 49 III
- 164 Hansen et al. (2011)
- 165 Duffy, Sperry (2012)
- 166 Dialogul social european: orientări multi-sectoriale pentru combaterea violenței terților și hărțuirea legată de muncă, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=896&furtherNews=ves>
- 167 Comisia Europeană (2013)
- 168 Eurogip (2013)
- 169 Dollard (2014); MHLW (2012)
- 170 Adunarea Națională a Nigeriei; Legea compensării angajaților (2010). Ministrul Afacerilor Sociale și al Muncii (Republica Arabă Siriană); Decizia nr. 990 privind stresul ca o cauză a accidentelor de muncă. Al Jarida Al Rasmiyya, 2002-06-10, nr. 28, p. 1740
- 171 PAS 1010 Îndrumări privind gestionarea riscurilor psihosociale la locul de muncă; www.bsigroup.com/pas1010
- 172 CAN/CSA-Z1003-13/BNQ 9700-803/2013 – Sănătatea psihologică și securitatea la locul de muncă - Prevenire, promovare și îndrumări pentru punerea în aplicare etapizată; <http://shop.csa.ca/en/canada/occupational-health-and-safety-management/canca-z1003-13bnq-9700-8032013/invt/z10032013>
- 173 Comisia Europeană (2011)
- 174 Comisia Europeană (2011)
- 175 Comisia Europeană (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 Comisia Europeană (2011)
- 183 Velázquez (2012)
- 184 Velázquez (2012)
- 185 Velázquez (2012)
- 186 Ministerul Muncii și Imigrației, Spania; Criteriul tehnic 69/2009 privind activitatea Inspectoratului de Muncă și Securitate Socială în materie de hărțuire și violență în muncă; 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 (International Social Security Association, ro.: Asociația Internațională pentru Securitate Socială) (2012)
- 196 OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development, ro.: Organizația pentru Cooperare Economică și Dezvoltare) (2012)
- 197 World Bank Group (ro.: Grupul Băncii Mondiale) (2015)
- 198 WEF(World Economic Forum, ro.: Forumul Economic Mondial), Consiliul Agendei Globale privind Sănătatea Mintală, <http://www.weforum.org/communities/global-agenda-council-on-mental-health>
- 199 SADC (Southern African Development Community, ro.: Comunitatea de Dezvoltare Sud-Africană), Protocol privind Sănătatea; data semnării: 1999-08-18; intrare în vigoare: 2004-08-18. http://www.sadc.int/files/7413/5292/8365/Protocol_on_Health1999.pdf
- 200 Liga Statelor Arabe, Carta arabă revizuită privind drepturile omului, 22 mai 2004, intrată în vigoare la 15 martie 2008
- 201 Planul de acțiune regională cu privire la modurile de viață sănătoase în ASEAN, http://www.asean.org/?static_post=regional-action-plan-on-healthy-asean-lifestyles
- 202 SAARC (South Asian Association for Regional Cooperation, ro.: Asociația Asiei de Sud pentru Cooperare Regională), Declarația de la Delhi privind problemele de sănătate publică (8 aprilie 2015), miniștrii sănătății din statele membre ale SAARC: a cincea reuniune http://www.saarc-sec.org/areaofcooperation/detail.php?activity_id=52
- 203 Declarația de angajament de la Port of Spain, a cincea reuniune la nivel înalt a celor două Americi (2009), <http://www.state.gov/documents/organization/122843.pdf>
- 204 ILO (1998)
- 205 OAS, Declarația de la Medellín, 2013: 50 de ani de dialog inter-american pentru promovarea justiției sociale și a muncii decente: progrese și provocări în atingerea unei dezvoltări durabile; aprobat în cadrul sesiunii de închidere din 12 noiembrie 2013; Consiliul Inter-American pentru Dezvoltare Integrală
- 206 CARICOM (2010)
- 207 PAHO (2014)
- 208 Pactul european pentru sănătate mintală și stare de bine (2008)
- 209 Rezoluția Parlamentului European din 19 februarie 2009 privind sănătatea mintală (2008/2209(INI))
- 210 Cadru de excelență în managementul riscului psihosocial PRIMA-EF;

- <http://www.prima-ef.org/>
- 211 Lindstrom et al. (2000)
- 212 PSYRES, <http://www.psyres.pl/>
- 213 Ministerul Muncii, ocupării forței de muncă și securității sociale, SRT, a II-a Strategie de sănătate și securitate în muncă a Argentinei 2015 – 2019; Buenos Aires, 2015
- 214 Safe Work Australia (n.trad.: Este o agenție independentă legală care răspunde de îmbunătățirea SSM și de înțelegerea de compensare ale lucrătorilor din Australia.) (2012)
- 215 Ministerul Ocupării din Danemarca, O strategie pentru eforturile în mediile de muncă până în 2020
- 216 Ministerul Afacerilor Sociale și al Sănătății din Finlanda, Politici pentru mediul de muncă și starea de bine la locul de muncă până în 2020 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112065/JRN%3ANBN%3Afi-fe201504223826.pdf?sequence=1>
- 217 Eurofound, EU-OSHA (2014)
- 218 Parlamentul European (2013)
- 219 Ministerul Federal al Muncii și Afacerilor Sociale, Confederația Asociațiilor Patronale Germane, Confederația Sindicală Germană, Declarația comună privind sănătatea mintală la locul de muncă, http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a449e-joint-declaration.pdf?__blob=publicationFile
- 220 Eurofound, EurWORK, Germania: Strategia de sănătate ocupațională se concentrează asupra stresului legat de muncă (publicată la 15 februarie 2016), <https://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/articles/working-conditions/germany-occupational-health-strategy-focuses-on-work-related-stress>
- 221 Ministerul Muncii, Relațiilor Industriale și Ocupării Forței de Muncă, Mauritius, Politică Națională de Securitate Ocupațională și de Sănătate - Mauritius (Revizuită în 2015), http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/policy/wcms_354301.pdf
- 222 Ministerul Afacerilor, Inovării și Ocupării Forței de Muncă, Noua Zeelandă, Strategia de Sănătate și Securitate în Muncă pentru Noua Zeelandă până în 2015 <http://dol.govt.nz/whss/strategy/index.asp>
- 223 Mental Health Commission of Canada (ro.: Comisia de Sănătate Mintală a Canadei) (2012)
- 224 Ministerul Sănătății, Spania, Strategia de Sanatate Mintala a Sistemului Național de Sănătate, 2006 (http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf); Strategia de sănătate mintală a Sistemului Național de Sănătate 2009-2013 (<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>)
- 225 Heads up, ro.: Atenție/Capul sus, <https://www.headsup.org.au/>
- 226 NIOH (National Institute for Occupational Health, ro.: Institutul Național pentru Sănătate Ocupațională), Luna de conștientizare a sănătății mintale 2015, <http://www.nioh.ac.za/?page=topic&id=13&rid=597>
- 227 FIOH (Finnish Institute of Occupational Health, ro.: Institutul Finlandez de Sănătate Ocupațională), Factori psihosociale, http://www.ttl.fi/en/fioh/organization/work_organizations/psychosocial_factors/Pages/default.aspx
- 228 DARES (ro.:) (2015)
- 229 Lohmann-Haislah (2012)
- 230 NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health, ro.: Institutul Național pentru Securitate și Sănătate Ocupațională în SUA), <http://www.cdc.gov/niosh/topics/stress/>
- 231 WSH (Workplace Safety and Health Council, ro.: Consiliul pentru Securitate și Sănătate la Locul de Muncă în Singapore) Institutul -, <https://www.wsh-institute.sg/psychosocialstress>
- 232 Parlamentul European (2013)
- 233 Hansen et al. (2015)
- 234 Dollard (2014)
- 235 Parlamentul European (2013)
- 236 DOSH (Department of Occupational Safety and Health Malaysia, ro.: Departamentul de Securitate și Sănătate Ocupațională în Malaezia), Guidance for the Prevention of Stress and Violence at the Workplace, 2001 (ro.: Orientări pentru prevenirea stresului și a violenței la locul de muncă, 2001) http://www.dosh.gov.my/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=16&Itemid=179&lang=en
- 237 Tripartite Advisory on Managing Workplace Harassment (ro.: Tripartita consultativă pentru gestionarea hărțuirii la locul de muncă), <http://www.mom.gov.sg/~media/mom/documents/employment-practices/guidelines/tripartite-advisory-on-managing-workplace-harassment.pdf?la=en>
- 238 Ministerul Sănătății din Chile (2013), Rezoluția de exceptare n.r. 336 (12/06/2013) prin care se aprobă Protocolul de monitorizare a riscurilor psihosociale în muncă
- 239 SRT, Universidad Nacional de Avellaneda (2015)
- 240 People at Work (ro.: Oameni la muncă); <http://www.peopleatworkproject.com.au/>
- 241 CCOHS (Canadian Centre for Occupational Health and Safety, ro.: Centrul Canadian pentru Sănătate și Securitate Ocupațională), Psychosocial Hazards (ro.: Pericole psihosociale), <http://www.ccohs.ca/topics/hazards/psychosocial/>
- 242 CSO (ro.: Consiliul pentru Sănătate Ocupațională în Costa Rica), Factores psicossociales, <http://www.cso.go.cr/tematicas/psicosociales.html>
- 243 ANACT (ro.: Agenția Națională pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Muncă din Franța), Risques psychosociaux, <http://www.anact.fr/themes/risques-psychosociaux>
- 244 CINDOC-CENSOPAS (ro.: Centrul de Informare și Documentare Științifică – Centrul Național pentru Protecția Ocupațională și a Mediului în Peru), <https://censopascindoc.wordpress.com/material-censopas/>
- 245 Parlamentul European (2013)
- 246 Îndrumarul NICE, Sănătatea mintală și starea de bine, <http://www.nice.org.uk/guidance/lifestyle-and-wellbeing/mental-health-and-wellbeing>
- 247 Di Tecco et al. (2015)
- 248 DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, ro.: Asigurările Sociale pentru Accidente în Germania); Lernen und Gesundheit das Schulportal der DGUV, <http://www.dguv-lug.de/845697.php>
- 249 Parlamentul European (2013)
- 250 Suva (ro.: Fondul Național de Asigurări în Caz de Accidente din Elveția); 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 Partenerii Sociali Europeni (2008)
- 252 Parlamentul European (2013)
- 253 Parlamentul European (2013)
- 254 Comisia Europeană (2011)
- 255 Comisia Europeană (2011)
- 256 IOE (ro.: Organizația Internațională a Patronatului) (2012, 2013)
- 257 BUSINESS EUROPE, European campaign on stress and psychosocial risks. Our message (ro.: Campania europeană privind stresul și riscurile psihosociale. Mesajul nostru), <https://www.busesseurope.eu/sites/buseur/files/media/imported/2015-00197-E.pdf>
- 258 CSR Europe (2009)
- 259 Comisia Europeană (2011)
- 260 IBEC (2012)
- 261 ITUC (International Trade Union Confederation, ro.: Confederația Internațională a Sindicatelor) (2010)
- 262 WFTU (ro.: Federația Mondială a Sindicatelor), The health and safety of workers in our time; 16th World Trade Union Congress, 6-10 April 2011 (ro.: Sănătatea și securitatea lucrătorilor în epoca noastră; Al 16-lea Congres Mondial al Sindicatelor, 6-10 aprilie 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 (ro.: o federație sindicală globală de competențe și servicii, colectarea sindicatelor naționale și regionale) (2010)
- 264 UNI Work Life Management Fortnight; http://www.uniworklifemanagement.org/?page_id=2
- 265 ITF Seafarers; <http://www.itfseafarers.org/IT-health.cfm>
- 266 ITUC; Workers' health and safety to be addressed by G20 (ro.: Sănătatea și securitatea lucrătorilor urmează să fie abordate de către G20); <http://www.ituc-csi.org/workers-health-and-safety-to-be>
- 267 ITUC Africa (2013)
- 268 ITUC (International Trade Union Confederation, ro.: Confederația Internațională a Sindicatelor) Africa, Comunicat al Consiliului General al CSI-Africa asupra chestiunilor legate de egalitatea între bărbați și femei, <http://www.ituc-africa.org/Communiqué-du-Conseil-General-de.html?lang=fr>
- 269 ETUC (European Trade Union Confederation, ro.: Confederația Europeană a Sindicatelor) (2004, 2007)
- 270 ETUC, Programul de acțiune 2015-2019, https://www.etuc.org/sites/www.etuc.org/files/other/files/20151007_action_programme_en-consolidated_0.pdf
- 271 ETUI (European Trade Union Institute, ro.: Institutul Sindicatelor Europene), Stresul, hărțuirea și violența; <http://www.etui.org/Topics/Health-Safety/Stress-harassment-and-violence>
- 272 DGB (Deutsche Gewerkschaftsbund, ro.: Confederația Sindicatelor Germane) (2015)
- 273 Parlamentul European (2013)
- 274 ICOH (International Commission on Occupational Health, ro.: Comisia Internațională privind Sănătatea în Muncă) (2014)
- 275 ISO (International Organization for Standardization, ro.: Organizația Internațională pentru Standardizare) (2004)
- 276 Bustos Villar et al.(2015)
- 277 ASEAN-OSHNET; Stress mangement 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/>

ANEXA 1. EVALUARE ȘI INSTRUMENTE DE INTERVENȚIE

TABELUL 1.1 · CHESTIONARE PENTRU A EVALUA RISCURILE PSIHOSOCIALE, STRESUL PROFESIONAL ȘI EPUIZAREA

MĂSURAREA EPUIZĂRII (BM) (PINES & ARONSON 1988) [1981]	
TEME	Epuizarea - epuizare fizică, epuizare emoțională și epuizare mentală
LIMBA	Olandeză, engleză
CANEVAS (DELAUNOIS ET AL. 2002) [1995]	
TEME	Diagnosticul de stres al companiei la un anumit moment dat. Evaluarea globală inițială a situației (serviciu, departament, companie, organizație), în ceea ce privește riscurile / confirmarea stresului
LIMBA	Franceză
CHESTIONARUL PSIHOSOCIAL COPENHAGA (COPSOQ) (KRISTENSEN ET AL. 2005) [2002]	
TEME	Factorii psihosociale, stres, sănătate individuală / starea de bine, factori de personalitate (stil de adaptare, simțul coerenței, etc.)
LIMBA	Chineză, croată, daneză, olandeză, engleză, flamandă, germană, limba malaieză, norvegiană, persană, portugheză, spaniolă, suedeză
INVENTARUL COPENHAGA AL MANIFESTĂRIILOR EPUIZĂRII LA LOCUL DE MUNCĂ (CBI) (KRISTENSEN ET AL., 2005) [2005]	
TEME	Burnout – Fatigue and exhaustion
LIMBA	Cantoneză, daneză, engleză, finlandeză, franceză, japoneză, mandarină, slovenă, suedeză
DEZECHILIBRUL EFORȚ-RECOMPENSĂ (ERI) (SIEGRIST ET AL 2004) [1994]	
TEME	Relațiile efort-recompensă ca determinanți ai stării de bine
LIMBA	Chineză, cehă, daneză, olandeză, engleză, finlandeză, franceză, germană, italiană, japoneză, norvegiană, poloneză, portugheză, rusă, spaniolă, suedeză
CHESTIONAR NORDIC GENERAL (QPS NORDIC) (LINDSTROM 2002) [2000]	
TEME	Factori psihologici / sociali (ca potențiali factori determinanți ai motivației, sănătatea și starea de bine)
LIMBA	Daneză, engleză, finlandeză, greacă, islandeză, norvegiană, suedeză
INSTRUMENT INDICATOR SSM (HSE) [2004]	
TEME	Condițiile cunoscute ca fiind potențiali determinanți ai stresului legat de locul de muncă
LIMBA	Arabă, bengali, chineză, engleză, persană, gujarati, hindi, maghiară, kurdă, pashto, poloneză, punjabi, rusă, tamil, turcă, urdu, galeză
INDEX DE CARACTERISTICI AI LOCULUI DE MUNCĂ (JCI) (SIMS ET AL. 1976)	
TEME	Caracteristici ale locului de muncă percepute subiectiv
LIMBA	Engleză
CHESTIONAR DESPRE CONȚINUTUL LOCULUI DE MUNCĂ (JCQ) (KARASEK ET AL. 1998) [1985]	
TEME	Conținutul sarcinilor de lucru ale respondenților folosind modelul tendinței de dezvoltare de locuri de muncă cererea mare/ controlul scăzut / suportul scăzut
LIMBA	Bulgară, chineză, cehă, olandeză, engleză, flamandă, franceză, germană, greacă, islandeză, italiană, japoneză, coreeană, limba malaieză, norvegiană, poloneză, portugheză, rusă, spaniolă, suedeză, thailandeză
STUDIUL DE DIAGNOSTIC AL LOCULUI DE MUNCĂ (JDS) (HACKMAN AND OLDFHAM 1975) [1975]	
TEME	Caracteristici ale locului de muncă percepute subiectiv
LIMBA	Engleză
STUDIUL DE STRES AL LOCULUI DE MUNCĂ (JSS)	
TEME	Severitatea / frecvența condițiilor de muncă
LIMBA	English, French
INVENTARUL MASLACH AL FORMELOR DE EPUIZARE LA LOCUL DE MUNCĂ (MBI) (MASLACH ET AL 1996) [1981]	
TEME	Epuizarea - epuizare emoțională, depersonalizare și realizare personală redusă (sunt etichetate ca: Epuizare, Cinism și Competență profesională)
LIMBA	Olandeză, engleză, greacă, altele
CHESTIONAR DE SĂNĂTATE ORGANIZAȚIONAL MULTIDIMENSIONAL (MOHQ) (AVALLONE AND PAMPLMATAS 2005) [2003]	
TEME	Indicatori ai stării de bine organizaționale
LIMBA	Italiană
CHESTIONAR GENERIC NIOSH DE STRES AL LOCULUI DE MUNCĂ (HURRELL AND MCLANEY 1988) [1988]	
TEME	Caracteristicile locului de muncă, factorii psihosociale, condițiile fizice, riscuri pentru siguranță, stresul, sănătatea și satisfacția locului de muncă
LIMBA	Chineză, engleză, japoneză, coreeană, spaniolă
CHESTIONARUL NOVA WEBER (HUYS AND DE RICK 2005) [1992]	
TEME	Riscurile legate de stress
LIMBA	Olandeză

(CONT.)»

TABELUL 1.1 CHESTIONARE PENTRU EVALUAREA RISCURILOR PSIHOsocIALE, STRESUL LEGAT DE LOCUL DE MUNCĂ ȘI EPUIZARE (CONT.)

INDEX DE STRES OCUPAȚIONAL (OSI) (BELKIC 2000) [2003]	
TEME	Povara stresului ocupațional
LIMBA	Bosniacă, engleză, sârbă, suedeză
INDICATOR DE STRES OCUPAȚIONAL (OSIND) (COOPER ET AL. 1988) [1988]	
TEME	Condiții de muncă stresante
LIMBA	Chineză, engleză, italiană
INVENTARUL STRESULUI OCUPAȚIONAL (OSINV) (OSIPOW 1992) [1980]	
TEME	Ajustarea ocupațională în ceea ce privește factorii de stres la locul de muncă, surmenajul personal și adaptare
LIMBA	Chineză, engleză
CHESTIONARUL DE STRES OCUPAȚIONAL (ELO ET AL. 1998) [1992]	
TEME	Stresul ocupațional: locul de muncă perceput / factorii de stres din mediu, reacții individuale la stres și influența organizațională
LIMBA	Engleză, finlandeză
INVENTARUL OLDENBURG AL MANIFESTĂRIILOR EPUIZĂRII (OLBI) (HALBESLEBEN AND DEMEROUTI 2005) [1999]	
TEME	Epuizarea prin muncă – epuizare și dezangajare
LIMBA	Engleză, germană, greacă
CHESTIONAR DE ANALIZĂ POZIȚIONALĂ (PAQ) (MCCORMICK ET AL. 1972) [1972]	
TEME	Poziția și evaluările de stres la locul de muncă
LIMBA	Engleză
INDICATORUL MANAGEMENTULUI PRESIUNII (WILLIAMS AND COOPER 1998) [1998]	
TEME	Presiunea la locul de muncă
LIMBA	Engleză, "peste 20 de limbi de circulație"
NOTĂ	Dezvoltat de Indicatorul de Stress Ocupațional
CONDITII DE MUNCĂ PSIHOsocIALE (PWC) (WIDERSZAL-BAZYL AND CIESLAK 2000) [2000]	
TEME	Impactul stresului asupra condițiilor de muncă psihosociale
LIMBA	Poloneză
STUDIUL DE DIAGNOSTIC AL STRESULUI (SDS) (IVANCEVICH ET AL. 1983) [1983]	
TEME	Identificarea domeniilor specifice de stres ridicat în mediul de lucru
LIMBA	Engleză
CHESTIONAR DE STRES ORGANIZATIONAL (VOS-D) (PREVENT 2005) [1986]	
TEME	Condițiile de lucru pentru a facilita îndeplinirea sarcinii lucrătorilor provocați
LIMBA	Olandeză, franceză
PROFILUL STRESULUI (SETTERLIND AND LARSON 1995) [1995]	
TEME	Mediul de lucru psihosocial
LIMBA	Daneză, engleză, estoniană, finlandeză, germană, franceză, norvegiană
CHESTIONAR DE EVALUARE A RISCURILOR STRESULUI (STRESSRISK.COM) [2003]	
TEME	Stresul la locul de muncă
LIMBA	Engleză
MUNCĂ ȘI SĂNĂTATE (VAG) (CONSILIUL NAȚIONAL AL MUNCII) (CNT) 2004; FÉDÉRATION GÉNÉRALE DU TRAVAIL DE BELGIQUE (FGTB) 2002) [1993]	
TEME	Caracteristicile stresului la locul de muncă
LIMBA	Olandeză, franceză
CHESTIONARUL TRIPOD SIGMA (WIEZER AND NELEMANS 2005) [2003]	
TEME	Instrument de gestionare a stresului
LIMBA	Olandeză
CHESTIONAR DE LUCRU EXPERIENȚĂ ȘI EVALUAREA (VBBA) (VAN VELDHOVEN AND BROERSEN 2003) [1994]	
TEME	Cauzele și consecințele factorilor din mediul de lucru
LIMBA	Olandeză, franceză (Chestionar experiența în muncă; EM)
SCALA MEDIULUI DE LUCRU (WES) (MOOS 1981) [1981]	
TEME	Climatul social al unităților de lucru
LIMBA	Engleză
CONDITII DE LUCRU ȘI CHESTIONARUL DE CONTROL (WOCQC) (DE KEYSER AND HANSEZ 1996) [2001]	
TEME	Riscul psihosocial și controlul activității lucrătorilor
LIMBA	Olandeză, engleză și franceză

TABELUL 1.2 · INSTRUMENTE DE EVALUARE, GESTIONAREA ȘI PREVENIREA RISCURILOR PSIHOSOCIALE ȘI A STRESULUI LEGAT DE LOCUL DE MUNCĂ

DOSAR DE RISCURI PSIHOSOCIALE	
TIP	Ghid
DEZVOLTAT DE	Institutul național de cercetare și securitate (INRS), <i>Franța</i>
LIMBA	Franceză
LINK	www.inrs.fr/risques/psychosociaux.html
ERGO.ONLINE	
TIP	Platformă on line
DEZVOLTAT DE	Ministerul Afacerilor Sociale din Hesse, <i>Germania</i>
LIMBA	Germană
LINK	http://www.ergo-online.de/
FIȘE DE PREVENIRE A RISCURILOR PSIHOSOCIALE	
TIP	Ghid / Fișă
DEZVOLTAT DE	Observatorul riscurilor psihosociale al Uniunii Generale a Lucrătorilor (UGT), <i>Spania</i>
LIMBA	Spaniolă
LINK	http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/fichas/fichas.htm
FPSICO 3.1	
TIP	Platformă on line
DEZVOLTAT DE	Institutul Național de Securitate și Sănătate în Muncă (INSHT), <i>Spania</i>
LIMBA	Spaniolă
LINK	http://www.insht.es/portal/site/insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=0b3deb0844790310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=ac18b12ff8d81110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD
MUNCA DE CALITATE. SĂNĂTATE BUNĂ. ÎMBUNĂTĂȚIREA STĂRII DE BINE PSIHICE A LUCRĂTORILOR ÎN CADRUL SECTORULUI	
TIP	Ghid
DEZVOLTAT DE	Asociația Europeană a Operatorilor de Rețele de Telecomunicații (ETNO) și Uniunea Globală UNI Europa, <i>UE</i>
LIMBA	Engleză
LINK	https://www.etno.eu/datas/publications/studies/etno-goodpracticeguidelines-en.pdf
GHIDUL PENTRU PREVENIREA STRESULUI ȘI VIOLENȚEI LA LOCUL DE MUNCĂ	
TIP	Ghid
DEZVOLTAT DE	Departamentul de Securitate și Sănătate în muncă (DOSH), <i>Malaezia</i>
LIMBA	Engleză, malaieză
LINK	http://www.dosh.gov.my/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=16&Itemid=179&lang=en
GHIDUL PENTRU STRESUL LEGAT DE LOCUL DE MUNCĂ - BUCURIA VIEȚII SAU DEPRESIA?	
TIP	GHid
DEZVOLTAT DE	Comisia Europeană, <i>UE</i>
LIMBA	Engleză, franceză, germană, italiană, spaniolă
LINK	https://osha.europa.eu/en/legislation/guidelines/guidance-on-work-related-stress
GHID PRACTIC AL DELEGATULUI CU SECURITATEA. A ACȚIONA ZI DE ZI ALĂTURI DE SALARIAȚI. PREVENIREA RISCURILOR PSIHOSOCIALE	
TIP	Ghid
DEZVOLTAT DE	Camera salariaților (CSL), <i>Luxemburg</i>
LIMBA	Franceză
LINK	http://www.csl.lu/component/rubberdoc/doc/2092/raw
ATENȚIE	
TIP	Platformă on line
DEZVOLTAT DE	Alianța pentru Sănătatea Mentală la Locul de Muncă și Organizația Națională pentru problemele legate de depresie Beyondblue, <i>Australia</i>
LIMBA	Engleză
LINK	https://www.headsup.org.au/
FIȘE DE SECURITATE ȘI SĂNĂTATE OCUPAȚIONALĂ (RĂSPUNSURI SSM)	
TIP	Surse on line
DEZVOLTAT DE	Centrul Canadian pentru Securitate și Sănătate în Muncă (CCOHS), <i>Canada</i>
LIMBA	Engleză, franceză
LINK	http://www.ccohs.ca/topics/hazards/psychosocial/stress/
INSTRUMENTE DE MANAGEMENT AL RISCURILOR PSIHOSOCIALE ÎN SECTORUL EDUCAȚIEI	
TIP	Platformă on line
DEZVOLTAT DE	Fundația pentru prevenirea riscurilor la locul de muncă, <i>Spania</i>
LIMBA	Spanish
LINK	http://www.prt-sectoreducativo.es/introduccion.html

(CONT.) >>

IMPULS-TEST: ANALIZA STRESORILOR ȘI A COMPANIILOR DE RESURSE UMANE	
TIP	Platformă on line
DEZVOLTAT DE	Asigurări Sociale din Austria pentru Riscuri Ocupaționale (AUVA), <i>Austria</i>
LIMBA	Germană
LINK	http://www.impulstest.at/
ISTAS 21	
TIP	Chestionar și ghid
DEZVOLTAT DE	Institutul Sindical de Muncă, Mediu și Sănătate (ISTAS), <i>Spania</i>
LIMBA	Spaniolă, catalană, galiciană
LINK	http://www.copsoq.istas21.net/
INVATARE SI SANATATE - STRESUL	
TIP	Platformă on line
DEZVOLTAT DE	Asigurarea de Accidente Sociale din Germania (DGUV), <i>Germania</i>
LIMBA	Germană
LINK	http://www.dguv-lug.de/845697.php
STANDARDE DE MANAGEMENT PENTRU STRESUL LEGAT DE LOCUL DE MUNCA	
TIP	Platformă on line
DEZVOLTAT DE	Direcția Securitate și Sănătate (HSE), <i>Regatul Unit</i>
LIMBA	Engleză
LINK	http://www.hse.gov.uk/stress/standards/
LISTA DE VERIFICARE A ACȚIUNILOR PENTRU SĂNĂTATE MINTALĂ, MHAEL	
TIP	Checklist / Lista de verificare
DEZVOLTAT DE	Yoshikawa, Kawakami, Kogi, Tsutsumi, Shimazu, Nagami, Shimazu, <i>Japan</i>
LIMBA	Japoneză
LINK	https://www.jstage.jst.go.jp/article/sangyoeisei/49/4/49_4_127/_article/-char/ja/
SANATATEA MINTALĂ ȘI STAREA DE BINE: GHID DE LINIE AL MANAGERULUI	
TIP	Ghid
DEZVOLTAT DE	Confederația Irlandeză de Afaceri și Angajatori (IBEC), <i>Irlanda</i>
LIMBA	Engleză
LINK	https://www.ibec.ie/IBEC/DFB.nsf/v/Pages/Social_affairs~Resources~mental-health-and-wellbeing-a-line-manager's-guide-04-10-2012?OpenDocument#.VjybYLeRph
NAPO IN... CAND STRESUL LOVEȘTE	
TIP	Video
DEZVOLTAT DE	Consortiul Napo, <i>UE</i>
LIMBA	Multilingual
LINK	https://www.napofilm.net/en/napos-films/napo-when-stress-strikes
SSM REPS - STRES	
TIP	Platformă on line
DEZVOLTAT DE	Consiliul Victorian de Comert, <i>Australia</i>
LIMBA	Engleză
LINK	http://www.ohsrep.org.au/hazards/stress
EVALUARE DE RISC INTERACTIVĂ ON LINE - OIRA	
TIP	Platformă on line
DEZVOLTAT DE	Agenția Europeană pentru Securitate și Sănătate în Muncă (EU OSHA), <i>UE</i>
LIMBA	Bulgară, cehă, daneză, olandeză, engleză, estoniană, finlandeză, franceză, germană, greacă, maghiară, islandeză, irlandeză, italiană, letonă, lituaniană, malteză, norvegiană, poloneză, portugheză, română, slovacă, slovenă, spaniolă, suedeză
LINK	http://www.oiraproject.eu/about
OAMENI LA LOCUL DE MUNCĂ	
TIP	Platformă on line
DEZVOLTAT DE	Universitatea din Queensland și Universitatea Națională din Australia, <i>Australia</i>
LIMBA	Engleză
LINK	www.peopleatworkproject.com.au
PREVENIREA RISCURILOR PSIHOSOCIALE: METODA ANACT	
TIP	Ghid
DEZVOLTAT DE	Agenția Națională pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Muncă (ANACT), <i>Franța</i>
LIMBA	Franceză
LINK	http://www.anact.fr/prevenir-les-risques-psycho-sociaux-la-methode-anact

(CONT.) >>

TABELUL 1.2 • INSTRUMENTE DE EVALUARE, GESTIONAREA ȘI PREVENIREA RISCURILOR PSIHOSOCIALE ȘI A STRESULUI LEGAT DE LOCUL DE MUNCĂ (CONT.)

PRIMA-EF: GHIDUL PENTRU CADRUL EUROPEAN PENTRU GESTIONAREA RISCURILOR PSIHOSOCIALE: O RESURSA PENTRU ANGAJATORI ȘI REPREZENTANȚII AI LUCRĂTORILOR	
TIP	Ghid
DEZVOLTAT DE	Consortiul PRIMA-EF, UE
LIMBA	Olandeză, engleză, finlandeză, germană, italiană, poloneză
LINK	http://www.prima-ef.org/prima-ef-guide.html
PROMOVAREA STĂRII DE BINE LA LOCUL DE MUNCĂ	
TIP	Ghid
DEZVOLTAT DE	Institutul Național pentru Sănătate și Excelență în Îngrijire (NICE), <i>Regatul Unit</i>
LIMBA	Engleză
LINK	http://pathways.nice.org.uk/pathways/promoting-mental-wellbeing-at-work
FIȘELE PSYRES REFERITOARE LA RESTRUCTURARE ȘI STAREA DE BINE A ANGAJATULUI	
TIP	Ghid
DEZVOLTAT DE	Consortiul PSYRES, UE
LIMBA	Daneză, olandeză, engleză, finlandeză, poloneză
LINK	https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/en;jsessionid=Dv7pTlyRcKqLpY2GxhLJ6lQKR2Q5BQ4NkJ8H521mQ6L5FnXpJcYHl-1104088908?_nfpb=true&_pageLabel=P21400150341386920320767&html_tresc_root_id=28571&html_tresc_id=28612&html_klucz=28571&html_klucz_spis=
GHIDUL IDENTIFICĂRII ȘI PREVENIRII RISCURILOR PSIHOSOCIALE LA LOCUL DE MUNCĂ ÎN DOMENIUL FERROVIAR	
TIP	Guide
DEZVOLTAT DE	European Transport Workers' Federation (ETF) and the Community of European Railways and Infrastructure Companies (CER), EU
LIMBA	Engleză, franceză, germană
LINK	http://www.etf-europe.org/etf-3895.cfm
RESPECTUL LA LOCUL DE MUNCĂ	
TIP	Platformă on line
DEZVOLTAT DE	Serviciul Federal Public de Ocupare, Muncă și Dialog Social, <i>Belgia</i>
LIMBA	Olandeză, franceză
LINK	www.respectautravail.be
SECURITATE & MUNCĂ	
TIP	Platformă on line
DEZVOLTAT DE	Asociația Internațională pentru Securitate Socială (ISSA)
LIMBA	Engleză
LINK	http://safety-work.org/en/pages/topics/stress.html
REZOLVAREA: INTEGRAREA PROMOVĂRII ȘI A POLITICILOR SSM LA LOCUL DE MUNCĂ	
TIP	Pachetul de formare profesională
DEZVOLTAT DE	Organizația Internațională a Muncii (OIM)
LIMBA	Engleză, franceză, spaniolă
LINK	http://www.ilo.org/safework/info/instr/WCMS_178438/lang--en/index.htm
SOBANE	
TIP	Platformă on line
DEZVOLTAT DE	Ministerul Muncii din Belgia și Fondul Social European.
LIMBA	Olandeză, franceză
LINK	http://www.sobane.be/sobane/index.aspx
PUNCTE DE VERIFICARE ÎN PREVENIREA STRESULUI	
TIP	Listă de control
DEZVOLTAT DE	Organizația Internațională a Muncii (OIM)
LIMBA	Engleză, franceză, spaniolă
LINK	http://www.ilo.org/safework/info/instr/WCMS_177108/lang--en/index.htm
STOP ! PREVENIREA TERȚEI VIOLENTE ÎN COMERȚ. PACHET DE INSTRUMENTE	
TIP	Ghid
DEZVOLTAT DE	Uniunea Globală UNI Europa (Comerț și EuroComerț), UE
LIMBA	Engleză, franceză, germană
LINK	http://www.eurocommerce.eu/policy-areas/social-dialogue/policy-updates/2013/projects/third-party-violence/third-party-violence.aspx
STRES, HĂRȚUIRE ȘI VIOLENȚĂ	
TIP	Resurse on line
DEZVOLTAT DE	INSTITUTUL SINDICAL EUROPEAN (ETUI), UE
LIMBA	Engleză, franceză
LINK	http://www.etui.org/Topics/Health-Safety/Stress-harassment-and-violence

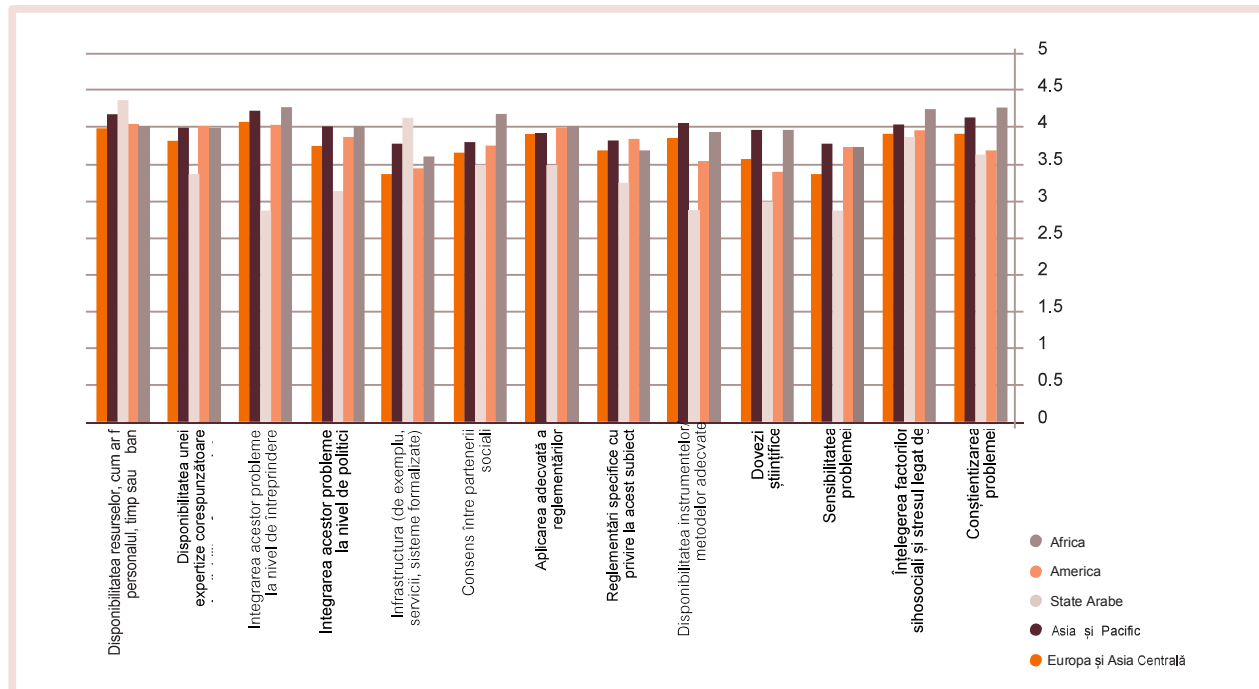
(CONT.) >>

TABELUL 1.2 · INSTRUMENTE DE EVALUARE, GESTIONAREA ȘI PREVENIREA RISCURILOR PSIHOSOCIALE ȘI A STRESULUI LEGAT DE LOCUL DE MUNCĂ (CONT.)

STRESSNOSTRESS	
TIP	Platformă On line
DEZVOLTAT DE	SECO, SUVA și Promovarea Sănătății Elveția, <i>Elveția</i>
LIMBA	Franceză, germană, italiană
LINK	www.stressnostress.ch
INSTRUMENTE PENTRU IDENTIFICAREA FACTORILOR DE RISC PSIHOSOCIAL LA LOCUL DE MUNCĂ	
TIP	Listă de control
DEZVOLTAT DE	Institutul Național de Sănătate Publică din Québec (INSPQ), <i>Canada</i>
LIMBA	Engleză, franceză
LINK	https://www.inspq.qc.ca/en/tool-psychosocial-risk-factors
A MUNCII MAI BINE – RISCURI PSIHOSOCIALE	
TIP	Platformă on line
DEZVOLTAT DE	Ministerul Muncii, Ocupării, Formării profesionale și al Dialogului social, <i>Franța</i>
LIMBA	Franceză
LINK	http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques/risques-psychosociaux/
TRUSA SĂNĂTATE PSIHOLICĂ LA LOCUL DE MUNCĂ	
TIP	Ghid
DEZVOLTAT DE	Universitatea din Laval, <i>Canada</i>
LIMBA	Engleză, franceză
LINK	http://www.cgsst.com/eng/publications-sante-psychologique-travail/trousse-la-sante-psychologique-au-travail.asp
WEBA (WEBA (METODA WEBA): UN INSTRUMENT DE EVALUARE A CALITĂȚII MUNCII	
TIP	Raport / Instrument de evaluare
DEZVOLTAT DE	Institutul Olandez de Medicină Preventivă, <i>Țările de Jos</i>
LIMBA	Olandeză
LINK	http://repository.tudelft.nl/view/tno/uuid%3Aeeefdd10-e596-4a2d-a4af-fb86cf743a3/
STAREA DE BINE LA LOCUL DE MUNCĂ	
TIP	Resurse on line
DEZVOLTAT DE	Institutul Finlandez pentru Sănătate Ocupațională (FIOH), <i>Finlanda</i>
LIMBA	Engleză, finlandeză, suedeză
LINK	http://www.ttl.fi/sv/valmaende/Sidor/default.aspx
MUNCĂ ÎN ACORD CU VIAȚA	
TIP	Ghid
DEZVOLTAT DE	Rețeaua Europeană pentru Promovarea Sănătății la Locul de Muncă (ENWHP), <i>UE</i>
LIMBA	Engleză, germană
LINK	http://www.enwhp.org/enwhp-initiatives/current-initiative-work-in-tune-with-life/mental-health-at-the-workplace.html
FIȘE TIP PENTRU STRESUL LEGAT DE LOCUL DE MUNCĂ	
TIP	Ghid
DEZVOLTAT DE	Autoritatea pentru Muncă din New South Wales, <i>Australia</i>
LIMBA	Engleză
LINK	http://www.workcover.nsw.gov.au/health-and-safety/safety-topics-a-z/mental-health/stress-tip-sheets-accordion/overview-of-work-related-stress-tip-sheet-one
GHID DE ORIENTĂRI PENTRU SECURITATE ȘI SĂNĂTATE LA LOCUL DE MUNCĂ	
TIP	Ghid
DEZVOLTAT DE	Siguranța și sănătatea la locul de muncă (WSH), Consiliul și Ministerul Muncii, <i>Singapore</i>
LIMBA	Engleză
LINK	https://www.wshc.sg/files/wshc/upload/cms/file/2015/WSH_Guidelines_Healthcare.pdf
STRESUL LA LOCUL DE MUNCĂ	
TIP	Platformă on line
DEZVOLTAT DE	Autoritatea pentru Securitate și Sănătate (HSA), <i>Irlanda</i>
LIMBA	Engleză
LINK	http://www.hsa.ie/eng/Workplace_Health/Workplace_Stress/
MODEL DE LUCRU	
TIP	Platformă on line
DEZVOLTAT DE	Afaceri in Comunitate (BITC), <i>Regatul Unit</i>
LIMBA	Engleză
LINK	http://www.bitc.org.uk/programmes/wellbeing/workwell-model

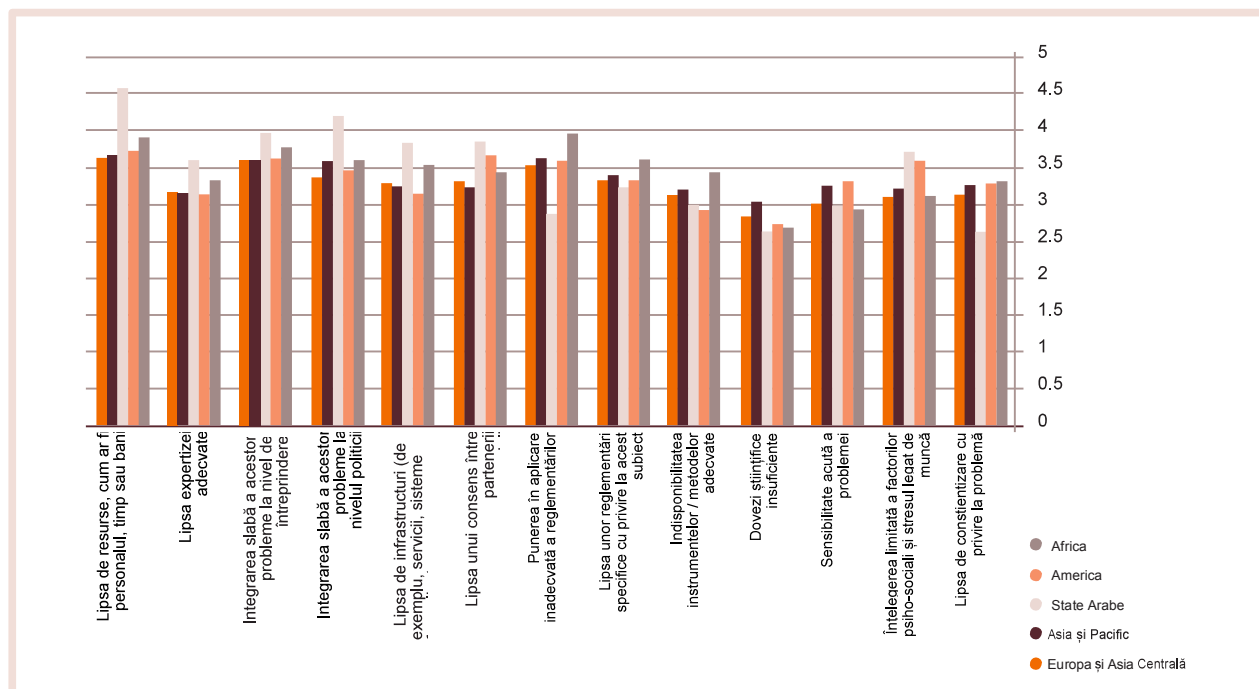
ANEXA 2. TENDINȚE GLOBALE ȘI PREVIZIUNI ALE SCENARIILOR VIITOARE

FIGURA 2.1 · FACTORI 'ESEȚIALI PENTRU SUCCESUL INIȚIATIVELOR' ÎN REGIUNEA OIM



Notă: Pe baza datelor reunite la nivel de țară

FIGURA 2.2 · BARIERE PENTRU DEZVOLTAREA / IMPLEMENTAREA INIȚIATIVELOR, ÎN REGIUNEA OIM



Notă: Pe baza datelor reunite la nivel de țară

TABELUL 2.1 • RUNDA DELPHI1: PUNCTE FORTE, PUNCTE SLABE, OPORTUNITĂȚI ȘI AMENINȚĂRI IDENTIFICATE PENTRU PREVENIREA RISCURILOR PSIHOSOCIALE ȘI A STRESULUI LEGAT DE LOCUL DE MUNCĂ ÎN LEGĂTURĂ CU SITUAȚIA DIN ȚARA LOR

PUNCTE FORTE	PUNCTE SLABE	OPORTUNITĂȚI	AMENINȚĂRI
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cerințe juridice specifice (de ex., evaluarea riscurilor psihosociale parte obligatorie a evaluării riscurilor la locul de muncă, legislația privind hărțuirea/agresiunea la locul de muncă) ✓ Incluziunea bolilor legate de stres în lista bolilor profesionale ✓ Elaborarea unor standarde și orientări de bază non-reglementate ✓ Inițiative luate de autoritățile de reglementare și inspectorii pentru prevenirea riscurilor psihosociale și de promovare a sănătății mintale la locul de muncă ✓ Inițiative tripartite, dialog social ✓ Implicarea părților interesate și participarea ✓ Disponibilitatea datelor epidemiologice și statistice ✓ Intensificarea activității de cercetare și întărirea bazei de dovezi ✓ Colaborarea dintre factorii de decizie și cercetători / cadre universitare ✓ Campanii de conștientizare, evenimente și inițiative ✓ Disponibilitatea cursurilor de formare în acest domeniu pentru toate părțile interesate ✓ Servicii de calificare și instruire în sănătate la locul de muncă (nu numai despre reabilitare, dar și de prevenire) ✓ Disponibilitatea de asistență tehnică în acest domeniu 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Absența legislației sau lipsa unei legislații specifice ✗ Punerea în aplicare inadecvată a legislației ✗ Lipsa voinței politice de a dezvolta / implementa noi inițiative ✗ Lipsa de conștientizare a problemelor ✗ Lipsa profesioniștilor instruiți / calificați ✗ Lipsa fondurilor pentru cercetare în acest domeniu ✗ Lipsa datelor epidemiologice și a statisticilor ✗ Accentul pe atribuțiile individuale (abilitățile de adaptare, stilul de viață etc.), mai degrabă decât asupra condițiilor de muncă, inclusiv mediul de lucru psihosocial ✗ Cultura de compensare, mai degrabă decât de prevenire ✗ Stigmatizarea și prejudecăți sociale asociate sănătății mintale și a stresului legat de muncă ✗ Vocea slabă a sindicatelor sau a angajaților ✗ Lipsa de orientare pentru evaluarea riscurilor și urmărirea inadecvată ✗ Supra-accentuarea pe abordări voluntare/ non-reglementate ✗ Lipsa de implicare și de participare a angajaților ✗ Evaluarea necorespunzătoare a inițiativelor, subliniind beneficiile, randamentul investițiilor și cercetători / cadre universitare ✗ Prevalența crescută a malpraxisului de către consultanți / practicieni ✗ Securitatea socială nu se referă la lucrători pentru bolile legate de stres / Excluderea bolilor legate de stres din lista bolilor profesionale ✗ Lipsa strategiilor / programelor naționale în scopul prevenirii, cu aplicare și asupra IMM-urilor, a lucrătorilor care desfășoară activități independente și informarea acestora. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interes crescut în aceste domenii în politica de cercetare și în practică ✓ Inițiative sectoriale ✓ O nouă legislație / actualizări ale legislației în vigoare ✓ Dezvoltarea de noi standarde și orientări ✓ Noi inițiative de dialog social ✓ Creșterea disponibilității de noi cursuri de formare ✓ Număr tot mai mare de profesioniști instruiți, inclusiv psihologi de medicina muncii, ergonomiștii, etc. ✓ Creșterea conștientizării publicului cu privire la aceste aspecte ✓ Creșterea gradului de conștientizare a costurilor financiare asociate acestor probleme pentru indivizi, organizații și societate ✓ Dovezi tot mai multe despre gestionarea riscurilor psihosociale care conduce la beneficii, cum ar fi o productivitate mai mare, scăderea îmbolnăvirii etc. ✓ Creșterea compensației acordate pentru cazurile de boli psihice cauzate de stresul legat de locul de muncă ✓ Disponibilitatea de cercetare de înaltă calitate ✓ Implicarea sporită a lucrătorilor ✓ Creșterea experienței și schimbul de bune practici între țări ✓ Politicile și codurile de practică internațională care vizează promovarea practicilor comerciale responsabile ✓ Creșterea accentul pe durabilitatea organizațională și competitivitate ✓ Acoperirea și includerea acestor aspecte în sistemul național de sănătate publică 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Modificările aduse legilor care nu au ca scop prevenirea, ci se concentrează asupra compensației ✗ Climatului economic slab și creșterea șomajului ✗ Restructurarea organizatorică și reducerea de personal care conduc la pierderi de locuri de muncă ✗ Îmbătrânirea forței de muncă ✗ Lipsa voinței politice ✗ Activitățile de lobby ale întreprinderilor pentru derogamente ✗ Lipsa resurselor financiare atât la nivel național cât și la locul de muncă ✗ Stigmatizările legate de sănătatea mintală ✗ Insuficiența supraveghere și aplicare a legislației ✗ Lipsa inițiativelor care vizează dezvoltarea capacității tehnice de a face față problemelor în cadrul întreprinderii ✗ Dialogul social slab și opiniile contradictorii ale sindicatelor și asociațiilor patronale ✗ Cultura apatică ✗ Dispoziții inadecvate de securitate socială ✗ Creșterea noilor forme de organizare a muncii, munca precară / muncă non-standard (munca în schimburi, muncă temporară, munca cu fracție de normă, etc.) ✗ Lipsa respectării cerințelor legale și corupția

TABEL UL 2.2 - RUNDA DELPHI 1: SCENARIU PREVIZIONATE ȘI IDEALE PE TEME CHEIE

TEME CHEIE	SCENARIU PREVIZIONATE	SCENARIU IDEALE
Legislația națională în domeniul SSM, reglementări, standarde tehnice	<ul style="list-style-type: none"> ! Nici o schimbare (din motive financiare, politice și / sau, dialogul social slab, poziția slabă a angajaților pe piața muncii) ! Legislație extinsă și alte politici, cum ar fi standardele și acordurile colective 	<ul style="list-style-type: none"> ! Nici o schimbare în legislația și politicile existente ! Introducerea unei noi legislații, care să acopere identificarea, monitorizarea și controlul pericolelor psihosociale pe baza principiilor de prevenire
! acorduri colective și active care se ocupă cu stresul la muncă	<ul style="list-style-type: none"> ! Legislație extinsă dar numai pe probleme specifice (cum ar fi hărțuirea și bullying-ul, discriminarea, vârsta de pensionare) ! Actualizarea legislației în vederea prevenirii primare ! Nu există o legislație nouă, ci noi standarde voluntare inițiative la locul de muncă ! Dereglementarea (legislație restrânsă și alte politici) 	<ul style="list-style-type: none"> ! Introducerea unei noi legislații, coduri de procedură aprobate, standarde și acorduri tripartite care acoperă identificarea, monitorizarea și controlul pericolelor psihosociale pe baza principiilor de prevenire ! Introducerea unei noi legislații, dar numai pe probleme specifice (cum ar fi hărțuirea și agresiunea, discriminarea, vârsta de pensionare) ! Adoptarea unui set de legi comun și armonizat și a unor reglementări bazate pe prevenirea la nivel regional sau internațional ! Actualizarea legislației existente în vederea prevenirii primare ! Actualizarea legislației existente pentru a include prevederi pentru întreprinderile mici, care desfășoară activități independente și munca fără forme legale
! Politici și strategii avute în vedere pentru prevenirea riscurilor psihosociale și stresului legat de locul de muncă	<ul style="list-style-type: none"> ! Nicio schimbare ! Mai multe acțiuni guvernamentale / regionale pentru a introduce noi politici și strategii axate pe riscurile psihosociale și stresul legat de locul de muncă ! Mai multe acțiuni guvernamentale / regionale pentru extinderea / actualizarea politicilor și strategiilor care să se concentreze pe creșterea conștientizării și diseminarea bunelor practici ! Nicio acțiune guvernamentală / regională, ci mai multe acțiuni la nivelul locului de muncă ! Mai puține politici și strategii în acest domeniu 	<ul style="list-style-type: none"> ! Nu există o legislație nouă, ci o aplicare adecvată a legislației în vigoare ! Nu există o legislație nouă, ci voința politică și mobilizarea resurselor adecvate pentru punerea în aplicare a legislației existente în mod adecvat ! Nu există o legislație nouă, ci dezvoltarea unor standarde și acorduri voluntare, inclusiv orientări privind identificarea, monitorizarea și controlul pericolelor psihosociale pe baza principiilor de prevenire ! Respectarea standardelor ONU și OIM ! Recunoașterea bolilor legate de stres ca boli profesionale ! Parteneri sociali care consideră condițiile de lucru, inclusiv mediul de lucru psihosocial, ca parte esențială a dialogului social ! Susținere din partea reprezentanților lucrătorilor și responsabilizarea angajaților ! Evaluarea legislației și politicilor pentru îmbunătățirea activității existente ! Dereglementarea (mai puțină legislație și alte politici)
! Politici și strategii avute în vedere pentru prevenirea riscurilor psihosociale și stresului legat de locul de muncă	<ul style="list-style-type: none"> ! Nicio schimbare ! Actualizarea și reorientarea politicilor SSM departe de concentrarea tradițională asupra pericolelor fizice către de riscurile psihosociale ! Dezvoltarea unor strategii naționale axate pe prevenirea riscurilor psihosociale și pe promovarea sănătății mintale la locul de muncă, în colaborare cu toate părțile interesate ! Dezvoltarea de strategii axate pe formarea și dezvoltarea de competențe privind prevenirea riscurilor psihosociale pentru părțile interesate cheie (de exemplu, manageri, parteneri sociali și servicii de sănătate la locul de muncă) ! Dezvoltarea strategiilor care leagă mediul de lucru, prevenirea riscurilor psihosociale și promovarea sănătății mintale cu durabilitatea (economică, socială, umană și demografică) ! Adoptarea unor politici și strategii privind prevenirea riscurilor psihosociale și de promovare a sănătății mintale la locul de muncă de către majoritatea organizațiilor ! Schimbul de cunoștințe și practici în prevenirea riscurilor psihosociale și promovarea sănătății mintale în diferite țări, pe baza exemplor de bune practici ! Strategii pentru a promova punerea în aplicare a cunoștințelor în practică, susținute prin desfășurarea de resurse adecvate ! Sănătatea mintală la locul de muncă ar trebui să fie o parte esențială a tuturor politicilor (de exemplu, ocuparea forței de muncă, sănătatea publică, economie, educație) 	<ul style="list-style-type: none"> ! Nicio schimbare ! Actualizarea și reorientarea politicilor SSM departe de concentrarea tradițională asupra pericolelor fizice către de riscurile psihosociale ! Dezvoltarea unor strategii naționale axate pe prevenirea riscurilor psihosociale și pe promovarea sănătății mintale la locul de muncă, în colaborare cu toate părțile interesate ! Dezvoltarea de strategii axate pe formarea și dezvoltarea de competențe privind prevenirea riscurilor psihosociale pentru părțile interesate cheie (de exemplu, manageri, parteneri sociali și servicii de sănătate la locul de muncă) ! Dezvoltarea strategiilor care leagă mediul de lucru, prevenirea riscurilor psihosociale și promovarea sănătății mintale cu durabilitatea (economică, socială, umană și demografică) ! Adoptarea unor politici și strategii privind prevenirea riscurilor psihosociale și de promovare a sănătății mintale la locul de muncă de către majoritatea organizațiilor ! Schimbul de cunoștințe și practici în prevenirea riscurilor psihosociale și promovarea sănătății mintale în diferite țări, pe baza exemplor de bune practici ! Strategii pentru a promova punerea în aplicare a cunoștințelor în practică, susținute prin desfășurarea de resurse adecvate ! Sănătatea mintală la locul de muncă ar trebui să fie o parte esențială a tuturor politicilor (de exemplu, ocuparea forței de muncă, sănătatea publică, economie, educație)

(CONT.) >>

TEME CHEIE	SCENARIJ PREVIZIONATE	SCENARIJ IDEALE
Campanii de conștientizare și de orientare tehnică privind riscurile psihosociale concentrate pe stresul legat de locul de muncă	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nicio schimbare ➤ Mai multe acțiuni guvernamentale privind sensibilizarea și dezvoltarea de ghiduri de orientare cu privire la prevenirea și reducerea stigmatului în acest domeniu ➤ Mai multe acțiuni guvernamentale privind sensibilizarea și dezvoltarea de ghiduri de orientare, concentrate asupra lucrătorului - nu asupra locului de muncă (cu mai puțin accent pe prevenire) ➤ Mai multe acțiuni guvernamentale privind creșterea gradului de conștientizare, dar nu o nouă orientare în acest domeniu ➤ Mai multe orientări sectoriale în acest domeniu ➤ Fără creșterea gradului de conștientizare și dezvoltarea de ghiduri de orientare în acest domeniu din partea guvernului, ci la nivel regional sau la locul de muncă ➤ Creșterea gradului de conștientizare prin intermediul rețelelor de informare la nivel național/internațional ➤ Mai puțină conștientizare și dezvoltare de ghiduri de orientare în acest domeniu 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nicio schimbare ➤ Dezvoltarea de campanii și ghiduri de orientare despre prevenirea și reducerea stigmatizării în acest domeniu ➤ Dezvoltarea de campanii și ghiduri de orientare privind evaluarea riscurilor psihosociale și de management, inclusiv definirea indicatorilor de bună practică pentru toți factorii implicați (inclusiv angajați, manageri, partenerii sociali, personalul serviciilor de sănătate la locul de muncă, factorii de decizie politică) ➤ Dezvoltarea de campanii și îndrumări cu privire la intervențiile folosind abordări participative ➤ Dezvoltarea de ghiduri de orientare sectoriale bazate pe dovezi în acest domeniu ➤ Campanii tehnice de orientare și de sensibilizare asupra unor probleme cheie (de exemplu, evaluarea riscurilor, situația întreprinderilor comerciale, link-ul de riscuri psihosociale și a sănătății fizice) ➤ Ghiduri tehnice de orientare și sporierea campaniilor de conștientizare cu referire la companii mici și mijlocii ➤ Campanii de conștientizare direcționate către publicul național prin diverse mass-media ➤ Creșterea conștientizării asupra legăturii dintre o forță de muncă sănătoasă și motivată, o economie competitivă și o societate sănătoasă și productivă (legate de durabilitate) ➤ Creșterea gradului de conștientizare și de orientare pe baza de fertilizare încrucișată a cunoștințelor și a practicii în domeniul prevenirii riscurilor psihosociale și de promovare a sănătății mintale între țări pe baza unor exemple de bune practici și studii de caz
Inițiative la locul de muncă concentrându-se asupra riscurilor psiho-sociale și stresul legat de locul de muncă	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nicio schimbare ➤ Inițiative la nivelul locului de muncă care urmează să fie introduse numai în cazul în care mai multă legislație este pusă în aplicare ➤ Inițiative la nivelul locului de muncă care urmează să fie introduse numai în cazul în care se stabilesc situații ale întreprinderilor comerciale ➤ Inițiative la nivelul locului de muncă care urmează să fie introduse numai printr-o acțiune sindicală ulterioară ➤ Inițiative la nivelul locului de muncă care urmează să fie introduse numai în anumite sectoare ➤ Inițiative la nivelul locului de muncă care urmează să fie introduse numai în întreprinderi mari ➤ Mai multe inițiative la nivelul locului de muncă care urmează să fie introduse cu accent pe prevenirea și dezvoltarea unei culturi organizaționale sănătoase ➤ Mai multe inițiative la nivelul locului de muncă care urmează să fie introduse, dar concentrându-se asupra individului și a stării de bine (nu asupra locului de muncă și a prevenirii) ➤ Inițiative mai concentrate la nivelul locului de muncă care urmează să fie introduse pe probleme cum ar fi evaluarea riscului, supravegherea, formarea, dezvoltarea competențelor ➤ Mai puțină inițiative la nivelul locului de muncă în acest domeniu (din motive politice și financiare, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nicio schimbare ➤ Inițiative la nivelul locului de muncă cu privire la prevenirea riscurilor psihosociale și de promovare a sănătății mintale la locul de muncă ➤ Inițiative la nivelul locului de muncă cu accent pe prevenirea și dezvoltarea unei culturi organizaționale sănătoase ➤ Inițiative la nivelul locului de muncă axate pe punerea în aplicare și evaluarea intervențiilor de prevenire a riscurilor psihosociale și de promovare a sănătății mintale la locul de muncă ➤ Inițiative la nivelul locului de muncă pentru creșterea conștientizării, reducerea stigmatizării și dezvoltarea competențelor angajaților și managerilor, folosind materiale ușor accesibile ➤ Inițiative la nivelul locului de muncă vor include comitete mixte (angajați și manageri) și acorduri pentru prevenirea riscurilor psihosociale și de promovare a sănătății mintale la locul de muncă ➤ Inițiative la nivel de locul de muncă cu privire la abordări proactive și participative, aplicabile tuturor dimensiunilor întreprinderilor ➤ Punerea în aplicare a unei abordări integrate a SSM (sisteme de management al SSM), inclusiv prevenirea riscurilor psihosociale, ca parte integrată ➤ Schimbul de cunoștințe și bune practici între întreprinderi mari și mici, prin difuzarea de informații la nivel local, regional ➤ Managementul se va implica în îmbunătățirea condițiilor de lucru, inclusiv mediul de lucru psihosocial nu numai din cauza reglementărilor dar și deoarece acesta recunoaște beneficiile, cum ar fi îmbunătățirea sănătății forței de muncă și implicarea, îmbunătățirea productivității și performanța organizațională ➤ Mai multe acțiuni din partea sindicatelor la nivelul locului de muncă în acest domeniu
Cercetare și baza de dovezi privind riscurile psihosociale și stresul la locul de muncă	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nicio schimbare ➤ Mai multe cercetări la nivel național (mai multe resurse alocate pentru cercetare) ➤ Mai multe cercetări, dar nu la nivel național (cercetare la nivel regional sau organizațional) ➤ Mai multe cercetări pe teme specifice (cum ar fi evaluarea riscurilor psihosociale, legătura dintre sănătatea psihologică și fizică, intervenții) ➤ Mai multe inițiative privind transparența cercetării în practică ➤ Mai puțină cercetare (din motive politice și financiare etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nicio schimbare ➤ Cercetare la nivel național (prin desfășurarea de resurse adecvate), inclusiv anchetele naționale periodice ➤ Asigurarea existenței unor institute naționale de cercetare (cu resurse adecvate), care efectuează cercetări relevante ➤ Colaborarea între institutele naționale de cercetare SSM și a altor părți interesate (de exemplu, inspectorii de muncă, servicii de sănătate la locul de muncă, partenerii sociali) în acest domeniu ➤ Includerea acestui domeniu în cercetare și dezvoltare a politicilor și planurilor la nivel național, cu alocarea resurselor corespunzătoare ➤ Dezvoltarea sistemelor informatice //baze de date pentru a arăta dovezi empirice și să permită evaluarea comparativă ➤ Mai multe studii longitudinale în acest domeniu ➤ Mai multe studii aleatorii în acest domeniu (dacă este posibil) ➤ Mai multe cercetări axate pe IMM-uri ➤ Mai multe cercetări privind comparații între țări și trans-culturale, pentru a permite fertilizarea încrucișată a cunoștințelor și a practicii ➤ Cercetare cu privire la punerea în aplicare și evaluarea prevenirii riscurilor psihosociale și de promovare a sănătății mintale în cadrul inspecțiilor SSM de evaluare la locul de muncă ➤ Cercetare care să evalueze inspecțiile SSM cu accent pe acest domeniu ➤ Mai multe cercetări cu privire la aspecte specifice, cum ar fi legătura dintre sănătatea psihologică și fizică, noi tipuri de organizare a muncii, munca precară / non-standard, munca neîngrădită, situația întreprinderilor, intervențiile ➤ Traducerea cercetării în practică în acest domeniu (și, în special, eliminarea banerelor din calea acțiunii)

TABELUL 2.3 · RUNDA DELPHI 1: ACȚIUNI NECESARE LA NIVEL NAȚIONAL ȘI LA LOCUL DE MUNCĂ

ACȚIUNI NECESARE LA NIVEL NAȚIONAL	INFERIOR	MEDIU	D.S.
Dezvoltarea competențelor pentru a face față stresului legat de muncă și riscurile psihosociale	4.52	5	.71
Aplicarea adecvată a reglementărilor	4.41	5	.90
Realizarea unui consens între partenerii sociali	4.32	5	.87
Creșterea gradului de conștientizare în vederea îmbunătățirii înțelegerii factorilor psiho-sociale și a stresului legat de locul de muncă	4.32	5	1.01
Integrarea acestor probleme la nivel de politici (de ex. Politici SSM, politici de promovare a sănătății)	4.27	5	.90
Îmbunătățirea disponibilității unor instrumente adecvate/metode de evaluare a riscurilor psihosociale și gestionarea stresului legat de muncă	4.27	5	.957
Existența unor sondaje (sondaje naționale, sondaje ale angajatorilor, sondaje sindicale, expertize), precum și alte studii privind prevalența și efectele acestor probleme	4.15	5	1.07
Statisticile și datele privind bolile profesionale, cauze în instanță, registre de caz de invaliditate sau de concediu medical compensat cauzate de factori psihosociale	4.13	4	1.05
Dezvoltarea infrastructurii de susținere (de exemplu: servicii, sisteme formalizate)	4.09	5	.96
Includerea efectelor riscurilor de stres și psihosociale legate de muncă în listele de boli profesionale	3.89	4	1.27
Elaborarea și punerea în aplicare a reglementărilor specifice cu privire la acest subiect	3.84	4	1.24
ACȚIUNI NECESARE LA NIVELUL LOCULUI DE MUNCĂ			
Integrarea prevenirii stresului legat de muncă în cultura organizațională, valori primordiale, etc.	4.68	5	.54
Integrarea prevenirii stresului legat de muncă în sistemele de management	4.57	5	.76
Sporirea gradului de cunoaștere cu privire la riscurile psihosociale și rezultatele lor asupra sănătății	4.49	5	.71
Politici adecvate și măsuri preventive pentru a aborda riscurile psihosociale	4.47	5	.78
Evaluarea și gestionarea riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă	4.46	5	.83
Sporirea gradului de cunoaștere cu privire la stresul la locul de muncă	4.43	5	.80
Disponibilitatea competențelor profesionale interne pentru a face față prevenirii stresului legat de muncă	4.29	4	.77
Disponibilitatea instruirii lucrătorilor asupra prevenirii stresului legat de muncă	4.27	4	.83
Disponibilitatea resurselor financiare pentru a face față prevenirii stresului legat de muncă	4.16	4	.95
Disponibilitatea expertizei externe pentru a face față stresului legat de muncă	3.81	4	1.04
Tratarea cazurilor specifice (intervenții individuale)	3.80	4	1.11
Inițiative pentru a preveni impactul stresului asupra obiceiurilor de viață (vicii, dieta, exerciții fizice, somn, etc.)	3.80	4	1.20

TABELUL 2.4 · RUNDA DELPHI 1: ACȚIUNI PRIORITARE LA NIVELUL LOCULUI DE MUNCĂ

ACȚIUNI PRIORITARE LA NIVELUL LOCULUI DE MUNCĂ	INFERIOR	MEDIU	D.S.
Cultura organizațională (inclusiv managementul defectuos și conducerea)	4.38	5	.80
Volum de muncă, presiunea timpului și intensitatea lucrului	4.29	4	.77
Echilibrul muncă - viață	4.27	4	.86
Schimbare organizațională și restructurare	4.15	4	.95
Siguranta locului de munca	4.13	4	.97
Locuri de muncă precare	4.09	4	.97
Aranjarea timpului de lucru (inclusiv orarele, munca în schimburi, orare flexibile și de odihnă la locul de muncă)	4.05	4	.88
Recompensă și recunoaștere	4.03	4	.95
Hărțuire, mobbing și agresiune la locul de muncă	3.97	4	1.00
Controlul asupra activității	3.97	4	.87
Sprijin la locul de muncă	3.95	4	.97
Design de lucru	3.94	4	.90
Impactul factorilor sociali (cum ar fi condițiile socio-economice și politice) cu privire la locul de muncă	3.89	4	1.01
Climatul interpersonal (social)	3.79	4	.96
Epuizarea totală la locul de muncă	3.78	4	1.09
Impactul progreselor tehnologice asupra naturii muncii și a organizării muncii	3.73	4	.98
Discriminare (de ex.: din cauză de vârstă, sex, origine etnică, handicap, orientare sexuală)	3.71	4	1.01
Muncă repetitivă și monotună	3.69	4	.97
Angajament de lucru	3.64	4	1.00
Violența (fizică) la locul de muncă	3.50	3	1.03
Echipament și mediu	3.42	3	1.01

TABELUL 2.5 · RUNDA DELPHI 2: SCENARI PE TEME CHEIE, CU FACTORI DE CONTRIBUȚIE^{LXI}

SCENARIII	INFERIOR	MEDIU	D.S.	CF1	CF2	CF3	CF4	CF5	CF6	CF7	CF8	CF9	CF10
TEMA CHEIE: LEGI NAȚIONALE SSM, REGLEMENTĂRI, STANDARDE TEHNICE ȘI ACORDURI COLECTIVE CARE SE OCUPĂ DE STRESUL LEGAT DE MUNCĂ													
Legislația generală SSM va include protecția sănătății mintale a lucrătorilor	3.68	4	1.08	61%	42%	35%	29%	39%	35%	29%	39%	32%	29%
Introducerea noii legislații va fi limitată la aspecte specifice (cum ar fi hărțuirea și agresiunea, discriminarea, vârsta de pensionare, echilibrul muncă-viață, etc.)	3.32	3	1.01	65%	39%	39%	32%	32%	35%	35%	39%	16%	32%
Aplicare mai bună a legislației existente de către inspectoratele de muncă	3.32	4	1.14	39%	29%	45%	52%	29%	23%	26%	26%	16%	19%
Dezvoltarea mai multor/de noi standarde voluntare în acest domeniu, în loc de legislație suplimentară	3.32	3	1.05	29%	32%	23%	16%	39%	26%	23%	32%	23%	32%
Dezvoltarea mai multor/de noi acorduri naționale/sectoriale colective care se ocupă cu mediul de lucru psiho-social	3.32	3	0.91	42%	55%	29%	23%	32%	23%	23%	29%	19%	35%
Introducerea legislației suplimentare/noi care să acopere identificarea, monitorizarea și controlul pericolelor psihosociale pe baza principiilor de prevenire	3.26	3	1.12	65%	48%	42%	29%	42%	52%	35%	39%	39%	35%
Actualizarea legislației existente pentru a include prevederi pentru grupurile vulnerabile de lucrători (de exemplu, lucrătorii în condiții precare / non-standard, femei, lucrători tineri sau mai în vârstă, lucrătorii informali)	3.26	3	0.81	58%	55%	35%	39%	35%	16%	10%	23%	23%	26%
Instanțele care interpretează legislația relevantă pentru a recunoaște importanța protecției și promovării sănătății mintale la locul de muncă	3.06	3	1.12	42%	29%	13%	3%	26%	32%	23%	13%	10%	6%
Recunoașterea bolilor legate de stres în listele de boli profesionale	2.90	3	1.25	48%	16%	16%	13%	42%	39%	16%	26%	19%	13%
Actualizarea legislației existente pentru a include prevederi pentru întreprinderile mici și lucrătorii independenți	2.81	3	1.05	39%	29%	42%	26%	29%	23%	13%	19%	16%	19%
Nicio schimbare în legislația actuală	2.71	3	1.27	52%	32%	42%	35%	39%	42%	19%	32%	29%	32%
Dereglementarea (mai puțin legislație)	1.90	2	0.94	29%	19%	29%	13%	16%	13%	16%	6%	10%	6%
TEMĂ CHEIE: POLITICI ȘI STRATEGII SSM													
Dezvoltarea mai multor/de noi strategii axate pe formarea și dezvoltarea competențelor cu privire la riscul psihosocial și de prevenire a stresului legat de muncă pentru actorii-cheie (de ex.: manageri, partenerii sociali și serviciile de sănătate la locul de muncă)	3.65	4	0.84	52%	32%	13%	29%	35%	35%	23%	48%	26%	48%
Dezvoltarea mai multor/ noi strategii naționale axate pe riscul psihosocial și prevenirea stresului legat de locul de muncă	3.58	4	1.06	55%	52%	29%	26%	39%	32%	16%	32%	32%	26%
Dezvoltarea mai multor/ noi strategii sectoriale axate pe riscul psihosocial și prevenirea stresului legat de locul de muncă	3.55	4	0.67	48%	45%	16%	29%	39%	39%	26%	32%	23%	45%
Dezvoltarea mai multor / noi politici și strategii pentru a include prevederi pentru prevenirea riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă în grupurile vulnerabile de lucrători (de ex., lucrători în condiții precare /non-standard, femei, lucrători tineri sau mai în vârstă, lucrători informali)	3.48	4	0.81	55%	42%	23%	23%	42%	26%	32%	42%	29%	45%
Dezvoltarea strategiilor care leagă mediul de lucru, de risc psiho-social și de prevenire a stresului legat de muncă cu durabilitatea (economică, socială, umană și demografică)	3.48	4	0.93	55%	55%	19%	16%	29%	45%	23%	39%	26%	29%
Dezvoltarea mai multor/noi strategii internaționale și interstatale, care va avea ca rezultat mai multe politici naționale axate asupra riscurilor psihosociale și de prevenire a stresului legat de locul de muncă	3.35	4	0.98	48%	35%	23%	23%	52%	26%	13%	32%	26%	26%
Sănătate mintală la locul de muncă va fi o parte esențială a tuturor politicilor (de ex., ocuparea forței de muncă, sănătatea publică, economie, educație)	63.13	3	1.06	61%	48%	32%	26%	29%	32%	32%	26%	26%	45%
Nicio schimbare în politicile și strategiile SSM actuale	2.48	2	0.96	48%	35%	32%	26%	26%	19%	10%	19%	13%	26%
Mai puține politici și strategii în acest domeniu	2.03	2	1.17	29%	10%	16%	10%	13%	3%	10%	10%	10%	10%
TEMA CHEIE: GHIDURI TEHNICE ȘI CAMPANII DE CONȘTIENȚIZARE													
Mai multe / noi campanii și orientări privind evaluarea riscurilor psihosociale și de management, inclusiv definirea indicatorilor de bună practică pentru toate părțile interesate	3.65	4	1.02	45%	39%	16%	23%	23%	32%	26%	32%	29%	48%
Mai mult / noi ghiduri de orientare și de creștere a conștientizării cu privire la gestionarea riscurilor psihosociale și stresul legat de muncă la nivelul locului de muncă	3.65	4	1.11	35%	32%	26%	29%	26%	26%	29%	39%	32%	61%
Mai multe / noi campanii de sensibilizare prin intermediul mass-media direcționate către publicul național	3.35	4	1.14	45%	39%	16%	32%	39%	26%	23%	29%	26%	26%
Mai multe campanii tehnice de orientare și de sensibilizare axate pe IMM-uri	3.29	4	1.04	48%	32%	13%	29%	26%	23%	16%	42%	32%	32%

(CONT) >>

^{LXI} LXI Factori care contribuie - CF1: gradul de cunoaștere și de implicare a factorilor de decizie; CF2: Calitatea dialogului social și de implicare a partenerilor sociali în acest domeniu; CF3: Impactul dimatului economic asupra condițiilor de muncă; CF4: Disponibilitatea resurselor; CF5: Influența organizațiilor și asociațiilor (de ex., Comisia Europeană, ILO, OIM, OMS) internaționale; CF6: Adecvarea dovezilor științifice ale impactului riscurilor psihosociale asupra sănătății, siguranței, productivității etc.; CF7: Conștientizarea importanței și stigmatizare asociată acestor probleme; CF8: Disponibilitatea expertizei, instrumente și bune practici; CF9: Cultura de prevenire la nivel național (de ex., prejudiciu zero pentru sănătatea lucrătorilor); CF10: Conștientizarea și angajamentul părților interesate la nivelul locului de muncă

TABELUL 2.5 RUNDA DELPHI2: SCENARIILE PE TEME CHEIE, CU FACTORI DE CONTRIBUȚIE (CONT.)

SCENARIILE	INFERIOR	MEDIU	S.D.	CF1	CF2	CF3	CF4	CF5	CF6	CF7	CF8	CF9	CF10
Infrastructura de susținere (de ex., servicii, sisteme) va fi dezvoltată pentru a oferi orientări în acest domeniu	3.29	4	1.13	45%	26%	16%	45%	23%	26%	23%	32%	32%	39%
Campanii tehnice de orientare și de sensibilizare mai concentrate at sectoral level	3.26	4	1.03	39%	32%	19%	32%	29%	32%	19%	32%	23%	29%
Creșterea gradului de conștientizare cu privire la legătura dintre mediul de lucru, prevenirea riscurilor psihosociale și durabilitate (economică, socială, umană și demografică)	3.26	3	1.06	42%	35%	23%	26%	26%	29%	23%	39%	19%	29%
Mai multe campanii și ghiduri concentrate pe reziliență și reabilitare psihologică/revenirea la locul de muncă (concentrare scăzută asupra pericolelor psihosociale și a condițiilor de muncă)	3.06	3	0.96	55%	32%	16%	26%	13%	32%	23%	26%	29%	42%
Nicio schimbare referitoare la ghidurile tehnice și la sporirea conștientizării în acest domeniu	2.35	2	1.02	42%	29%	13%	26%	16%	26%	13%	19%	13%	16%
Mai puțină sensibilizare și dezvoltare de ghiduri de orientare în acest domeniu	1.84	2	0.93	19%	10%	10%	13%	16%	6%	6%	16%	10%	10%
TEME CHEIE: INIȚIATIVE LA NIVELUL LOCULUI DE MUNCĂ													
Mai mult acțiune din partea sindicatelor/organizațiile profesionale la nivelul locului de muncă în acest domeniu	3.71	4	0.69	39%	48%	16%	16%	23%	19%	29%	23%	26%	32%
Mai multe/noi inițiative la nivelul locului de muncă asupra riscurilor psihosociale și prevenirea stresului legat de muncă și dezvoltarea unei culturi organizaționale care să promoveze SSM	3.55	4	0.89	29%	35%	26%	26%	23%	19%	35%	32%	42%	45%
Mai multe abordări integrate (sisteme de management SSM) care să includă prevenirea riscului ca parte integrantă	3.55	4	1.06	48%	29%	16%	29%	23%	23%	19%	32%	35%	35%
Mai multă disponibile de expertiză și sprijin (de ex., psihologi de medicina muncii, ergonomiști, servicii de sănătate la locul de muncă) pentru inițiative la locul de muncă în acest domeniu	3.45	4	0.96	26%	19%	13%	45%	13%	29%	23%	39%	29%	32%
Mai multe/noi inițiative la nivelul locului de muncă pentru dezvoltarea competențelor managerilor și angajaților pentru a evalua și gestiona riscurile psihosociale	3.42	4	0.96	32%	35%	19%	32%	19%	19%	29%	32%	35%	52%
Mai multe/noi inițiative la nivelul locului de muncă axate pe individ și pe starea de bine (abilități de adaptare și stil de viață) mai degrabă decât pe condițiile de muncă psihosociale și prevenire	3.39	4	0.96	26%	35%	16%	32%	13%	23%	29%	39%	32%	42%
Mai multe acțiuni din partea inspectoratelor de muncă la nivelul locului de muncă în acest domeniu	3.39	4	0.99	48%	29%	13%	32%	16%	16%	13%	19%	29%	26%
Inițiativele la locul de muncă vor fi dezvoltate prin intermediul rețelei de informare și schimb de cunoștințe și bune practici în acest domeniu	3.39	4	0.81	32%	32%	10%	35%	13%	26%	23%	35%	26%	42%
Mai mult /noi inițiative sectoriale axate pe riscul psiho-social și pe prevenirea legată de muncă	3.35	4	0.98	29%	39%	10%	23%	16%	19%	23%	29%	29%	26%
Mai multe/noi inițiative la nivelul locului de muncă axate pe evaluarea intervențiilor de risc psiho-social și de prevenire a stresului legat de locul de muncă	3.32	4	0.94	19%	32%	19%	42%	19%	23%	23%	52%	26%	48%
Mai multe/noi inițiative la nivelul locului de muncă cu privire la abordările participative pentru a gestiona riscurile psihosociale aplicabile tuturor tipurilor de întreprinderi	3.29	4	0.97	29%	39%	16%	35%	19%	16%	23%	29%	32%	45%
Mai multe/noi inițiative la nivelul locului de muncă vor include comisii mixte (pentru lucrători și reprezentanții acestora și angajatori/manageri) și acorduri pentru prevenirea riscurilor psihosociale și stresului legat de muncă	3.23	4	1.02	23%	32%	23%	32%	16%	19%	19%	29%	35%	42%
Inițiativele la locul de muncă vor fi limitate la întreprinderile mari (inițiative la locul de muncă limitate în IMM-uri) în acest domeniu	3.16	3	1.01	35%	19%	13%	32%	10%	16%	19%	23%	29%	39%
Mai multe acțiuni din partea organizațiilor patronale la nivelul locului de muncă în acest domeniu	3.10	3	0.91	32%	26%	29%	19%	16%	13%	10%	23%	23%	45%
Nici o schimbare în ceea ce privește inițiativele la locul de muncă	2.39	2	1.09	26%	16%	29%	23%	10%	10%	23%	26%	23%	26%
Mai puține inițiative la nivelul locului de muncă în acest domeniu	2.19	2	1.08	32%	23%	6%	23%	13%	16%	10%	13%	13%	19%
TEMA CHEIE: CERCETARE ȘI ÎNTEMEIEREA PE DOVEZI													
Cercetări privind implementarea și evaluarea riscurilor psihosociale și a măsurilor de prevenire a stresului legat de muncă	3.61	4	0.99	58%	19%	13%	48%	19%	32%	10%	29%	19%	29%
Cercetare sporită la nivelul locului de muncă	3.58	4	0.92	39%	29%	23%	35%	19%	29%	13%	26%	26%	35%
Prioritizarea și includerea acestui domeniu în cercetarea și dezvoltarea politicilor și planurilor la nivel național	3.58	4	1.15	58%	39%	16%	29%	29%	29%	16%	29%	29%	23%
Vor fi dezvoltate mai multe/noi studii naționale periodice și alte studii privind prevalența și efectele riscurilor psihosociale și stresului la locul de muncă	3.55	4	0.96	55%	26%	13%	42%	39%	35%	10%	32%	19%	26%
Mai multe cercetări asupra grupurilor vulnerabile de lucrători (de ex., lucrătorii în condiții precare / neconforme, femei, lucrători tineri sau mai în vârstă, lucrători informal)	3.52	4	0.93	42%	29%	13%	35%	29%	32%	26%	23%	23%	23%
Colaborarea între institutele naționale de cercetare în SSM și actorii cheie (de ex., inspectorii de muncă, servicii SSM la locul de muncă, partenerii sociali) în acest domeniu	3.48	4	1.03	39%	29%	13%	45%	23%	35%	16%	29%	19%	23%
Mai mult accent pe traducerea în practică a cercetării în acest domeniu	3.48	4	1.00	42%	29%	13%	35%	23%	23%	13%	32%	23%	29%
Dezvoltarea sistemelor informaționale/baze de date pentru a arăta dovezi empirice și a permite evaluarea comparativă (inclusiv date cu privire la bolile profesionale, concediul medical, etc. cauzate de pericole psihosociale)	3.32	3	1.26	39%	29%	13%	42%	29%	32%	19%	26%	19%	23%

BIBLIOGRAFIE

- Aboa-Eboulé et al. 2007. "Job Strain and Risk of Acute Recurrent Coronary Heart Disease Events" in *Journal of the American Medical Association*, vol. 298, Nr. 14, pp. 1652-1660.
- Aboa-Eboule, C. et al. 2011. "Effort-reward imbalance at work and recurrent coronary heart disease events: a 4-year prospective study of post-myocardial infarction patients" in *Psychosomatic Medicine*, vol. 73, Nr. 6, pp. 436-447.
- AbuAlRub, R. F.; Al-Zaru, I. M. 2008. "Job stress, recognition, job performance and intention to stay at work among Jordanian hospital nurses" in *Journal of Nursing Management*, vol. 16, Nr. 3, pp. 227-236.
- Ahlborg, G. A. et al. 2012. *Work and family factors as predictors of stress-related Exhaustion Disorder: A longitudinal study of Swedish healthcare workers*, Paper presented at the 30th International Congress on Occupational Health (March 18-23, 2012), Cancun, Mexico.
- Al Khalidi, D.; Wazaify, M. 2013. "Assessment of pharmacists' job satisfaction and job related stress in Amman" in *International Journal of Clinical Pharmacy*, vol. 35, Nr. 5, pp. 821-828.
- Al-Ahmadi, H. A. 2002. "Job satisfaction of nurses in Ministry of Health Hospitals in Riyadh, Saudi Arabia" in *Saudi Medical Journal*, vol. 23, Nr. 6, pp. 645-650.
- Allesøe K. et al. 2010. "Psychosocial work environment and risk of ischaemic heart disease in women: the Danish Nurse Cohort Study" in *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 67, Nr. 5, pp. 318-322.
- Al-Mashaan, O. S. 2001. "Job stress and job satisfaction and their relation to neuroticism, type a behavior, and locus of control among Kuwaiti personnel" in *Psychological Reports*, vol. 88, Nr. 3, pp. 1145-1152.
- Al-Maskari, F. et al. 2011. "Prevalence of depression and suicidal behaviors among male migrant workers in United Arab Emirates" in *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 13, Nr. 6, pp. 1027-1032.
- Alterman, T. et al. 1994. "Decision latitude, psychologic demand, job strain, and coronary heart disease in the Western Electric Study" in *American Journal of Epidemiology*, vol. 139, Nr. 6, pp. 620-627.
- Al-Turki, H. A. et al. 2010. "Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia" in *Annals of African Medicine*, vol. 9, Nr. 4, pp. 226-229.
- Alves, M. G., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L., & Lopes, C. S. 2009. "Job strain and hypertension in women: Estudo Pro-Saúde (Pro-Health Study)" in *Revista de Saúde Pública*, 43, 893-896.
- Amagasa, T.; Nakayama, T.; Takahashi, Y. 2005. "Karojisatsu in Japan: characteristics of 22 cases of work-related suicide" in *Journal of Occupational Health*, vol. 47, Nr. 2, pp. 157-164.
- American Psychological Association (APA). 2010. *Stress in America. Stress and gender*. DC: APA.
- 2015. *Stress in America, Paying With Our Health*. Washington, DC: APA.
- Anderssen, E. 2011. "Ottawa to fund mental-health strategy: First-ever Canadian-wide standards to tackle problem estimated to cost \$20-billion a year in workplace losses alone" in *The Globe and Mail*, June 17, 2011.
- Antoniou, A.G.; Cooper, C.L. 2011. *New directions in organizational psychology and behavioural medicine*, England: Gower publishing Ltd.
- Arafa, M. A. et al. 2003. "Predictors of psychological well-being of nurses in Alexandria, Egypt" in *International Journal of Nursing Practice*, vol. 9, Nr. 5, pp. 313-320.
- Arial, M. et al. 2010. "Association of work related chronic stressors and psychiatric symptoms in a Swiss sample of police officers; a cross sectional questionnaire study" in *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 83, Nr. 3, pp. 323-331.
- Aronsson, G.; Gustafsson, K. 2005. "Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research" in *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 47, Nr. 9, pp. 958-966.
- Aronsson, G.; Gustafsson, K.; Dallner, M. 2000. "Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism" in *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 54, Nr. 7, pp. 502-509.
- Ashford, S.J.; Lee, C.; Bobko, P. 1989. "Content, cause, and consequences of job insecurity: A theory-based measure and substantive test" in *Academy of Management Journal*, vol. 32, Nr. 4, pp. 803-829.
- Aust, B.; Ducki, A. 2004. "Comprehensive health promotion interventions at the workplace: experiences with health circles in Germany" in *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 9, Nr. 3, pp. 258-270.
- Australian Psychological Society (APS). 2014. Authored by Casey, L.; Pui-Tak Liang, R. [Eds.] *Stress and Wellbeing Survey 2014*. Australia: APS.
- Ávila Toscano, J.H. et al. 2010. "Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud" in *Pensamiento Psicológico*, vol. 8 (15).
- Bagaajav, A.; Myagmarjav, S.; Nanjid, K.; Otgon, S.; Chae, Y. M. 2011. "Burnout and job stress among Mongolian doctors and nurses" in *Industrial Health*, 49, 582-588.
- Bakker, A. B.; Demerouti, E. 2007. "The job demands-resources model: State of the art" in *Journal of managerial psychology*, vol. 22, Nr. 3, pp. 309-328.
- Barber, L.K.; Santuzzi, A.M. 2014. "Please Respond ASAP: Workplace Telepressure and Employee Recovery" in *Journal of Occupational Health Psychology* 2015 Apr; vol. 20(2), pp. 172-189.
- Barling, J.; Kelloway, E. K.; Iverson, R. D. 2003. "High-Quality Work, Job Satisfaction, and Occupational Injuries" in *Journal of Applied Psychology*, vol. 88, Nr. 2, pp. 276-283.
- Batista, J.B.; Carlotto, M.S.; Coutinho, A.S.; Augusto, L.G. 2010. "Prevalence of Burnout Syndrome and sociodemographic and work factors of elementary education teachers of the City of João Pessoa" in *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol. 13, pp. 502-512.
- Belkic, K.L. et al. 2004. "Is job strain a major source of cardiovascular disease risk?" in *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 30, Nr. 2, pp. 85-128
- Benach, J. et al. 2002. "The consequences of flexible work for health: are we looking at the right place?" in *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, Nr. 6, pp. 405-406.
- Bennett, J.B.; Lehman, W.E. 1999. "The relationship between problem co-workers and quality work practices: A case study of exposure to sexual harassment, substance abuse, violence and job stress" in *Work & Stress*, vol. 13, Nr. 4, pp. 299-311.
- Bergh, L. et al. 2014. "Psychosocial risks and hydrocarbon leaks: an exploration of their relationship in the Norwegian oil and gas industry" in *Journal of Cleaner Production*.
- Berraho, M. et al. 2006. "Measuring levels of professionally-related stress in taxi drivers in Fes, Morocco" in *Santé Publique*, vol. 18, Nr. 3, pp. 375-387.
- Bhalla, S., Jones, B., & Flynn, D. M. 1991. "Role stress among Canadian white-collar workers" in *Work & Stress*, vol. 5, pp. 289-299.
- Bilgel, N.; Aytac, S.; Bayram, N. 2006. "Bullying in Turkish white-collar workers" in *Occupational Medicine*, vol. 56, Nr. 4, pp. 226-231.
- Bishop, G. D.; Robinson, G. 2000. "Anger, harassment, and cardiovascular reactivity among Chinese and Indian men in Singapore" in *Psychosomatic Medicine*, vol. 62, Nr. 5, pp. 684-692.
- Bjerkan, A. M. 2010. "Health, environment, safety culture and climate—analysing the relationships to occupational accidents" in *Journal of Risk Research*, vol. 13, Nr. 4, pp. 445-477.
- Blackmore, E. et al. 2007. "Major depressive episodes and work stress: results from a national population survey" in *American Journal of Public Health*, vol. 97, No. 11, pp. 2088-2093.
- Bodeker, W.; Friedrichs, M. 2011. "Kosten der psychischen Erkrankungen und Belastungen in Deutschland" in Kamp, L.; Pickshaus, K. [Eds.], *Regelungslücke psychische Belastungen schliessen*, Hans Bockler Stiftung, Dusseldorf, 2011, pp. 69-102.
- Bohle, P.; Quinlan, M.; Kennedy, D.; Williamson, A. 2004. "Working hours, work-life conflict and health in precarious and "permanent" employment" in *Revista de Saude Publica*, vol. 38(Supl), pp.19-25.
- Bojar, I. et al. 2011. "Exposing women to workplace stress factors as a risk factor for developing arterial hypertension" in *Annals of agricultural and environmental medicine: AAEM*, vol. 18, Nr. 1, 175.
- Bonde, J.P. 2008. "Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence" in *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 65, Nr. 7, pp. 438-445.
- Bonde, J.P. et al. 2009. "Job strain and ischemic heart disease: a prospective study using a new approach for exposure assessment" in *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 51, Nr. 6, pp. 732-738.
- Boran, A. et al. 2012. "Work-related stress among health professionals in northern Jordan" in *Occupational Medicine*, vol. 62, Nr. 2, pp. 145-147
- Borritz, M. et al. 2006. "Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study" in *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 34, Nr. 1, pp. 49-58.
- Borritz, M. et al. 2010. "Impact of burnout and psychosocial work characteristics on future long-term sickness absence. Prospective results of the Danish PUMA Study among human service workers" in *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 52, Nr. 10, pp. 964-970.
- Bourbonnais, R.; Mondor, M. 2001. "Job strain and sickness absence among nurses in the province of Quebec" in *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 39, Nr. 2, pp. 194-202.
- Boya, F. et al. 2008. "Effects of perceived job insecurity on perceived anxiety and depression in nurses" in *Industrial Health*, vol. 46, Nr. 6, pp. 613-619.
- Broughton, A. et al. 2009. *Managing stress and sickness absence. Progress of the Sector Implementation Plan – Phase 2. Research Report RR694* (Sudbury, HSE books).
- Buddeberg-Fischer, B. et al. 2008. "Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents" in *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 82, Nr. 1, pp. 31-38.

- Bunker, S. et al. 2003. "Stress and coronary heart disease: psychosocial risk factors" in *Medical Journal of Australia*, vol. 178, Nr. 6, pp. 272-276.
- Burke, R.J. 1988. "Sources of Managerial and Professional Stress in Large Organizations" in Cooper, C.L.; Payne, R. [Eds.] *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*, Chichester, John Wiley and Sons.
- Bustos Villar, E.; Caputo, M.; Aranda Coria, E.; Gimenez, M. 2015. *Hostigamiento Psicológico Laboral e Institucional en Iberoamérica: Estado del arte y experiencias de intervención*. Buenos Aires: Sb editorial.
- Cabinet Office, Government of Japan. 2012. *White paper on Suicide Prevention in Japan*. Tokyo: Cabinet Office.
- Cañadas-De la Fuente, G.; Vargas, C.; San Luis, C.; García, I.; Cañadas, G.; De la Fuente E. 2015. "Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession" in *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 52(1), pp. 240-249.
- Caribbean Community and Common Market (CARICOM). 2010. "Investing in Health for Sustainable Development". Caribbean Cooperation in Health Phase III (CCH III), Regional Health Framework 2010-2015.
- Carod-Artal F.J.; Vázquez-Cabrera, C. 2013. "Burnout Syndrome in an International Setting" in Böhre-Köhler, S. [Ed.]. *Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working*. Springer.
- Caro-Villamil, A.Y. 2007. *The relationship between working conditions and health in the working population affiliated to the General System of Occupational Hazards Colombia: Results of the First National Survey of Health and Working Conditions (I-ENCST)*.
- Castañeda, H. 2012. *Psychosocial factors at work and mental health workers in a primary care unit in Tepic Nayarit, Mexico*. Paper presented at the 30th International Congress on Occupational Health (March 18-23, 2012), Cancun, Mexico.
- Chan, M. 2011. "Fatigue: the most critical accident risk in oil and gas construction" in *Construction Management and Economics*, Vol. 29, No. 4, pp.341-353.
- Chandola, T. et al. 2008. "Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms?" in *European Heart Journal*, vol. 29, Nr. 5, pp.640-648.
- Chaney, C. et al. 2004. "Etude des facteurs de risque de troubles musculosquelettiques (TMS) dans une population de 334 hôtesses de caisse de la région parisienne" in *Cahiers de médecine interprofessionnelle*, vol. 44, Nr. 3, pp. 319-328.
- Cheng, G.; Chan, D. 2008. "Who Suffers More from Job Insecurity? A Meta-Analytic Review" in *Applied Psychology*, vol. 57, Nr. 2, pp. 272-303.
- Chilean Safety Association (ACHS). 2013. *Accidentabilidad laboral en Chile bajó a un mínimo histórico en 2012*. Santiago, 19.03.2013.
- Chini, B. 2003. "Occupational stress factors – Survey among employees of inter-company services. Les facteurs de stress professionnel – Enquête auprès des salariés des services interentreprises" in *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, vol. 64, Nr. 5, pp. 297-309.
- Cho, J. et al. 2008. "Occupational stress and depression in Korean employees" in *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 82, Nr. 1, pp. 47-57.
- Choi, E.; Ha, Y. 2009. "Work-related Stress and Risk Factors among Korean Employees" in *Journal of the Korean Academy of Nursing*, vol. 39, Nr. 4, pp. 549-561.
- Choi, K.S.; Kang, S.K. 2010. "Occupational Psychiatric Disorders in Korea", in *Journal of Korean Medical Science*, Vol. 25 (suppl), pp. 87-93.
- Chung, C.; Kowalski, S. 2012. "Job stress, mentoring, psychological empowerment, and job satisfaction among nursing faculty" in *Journal of Nursing Education*, vol. 51, Nr. 7, pp. 381-388.
- Cobb, S.; Kasl, S.V. 1977. *Termination: The consequences of job loss*. NIOSH Research report. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, DHEW (NIOSH) Publication Nr. 77-224
- Cohen, S.; Wills, T.A. 1985. "Stress, social support, and the buffering hypothesis" in *Psychological Bulletin*, vol. 98, pp. 310-357.
- Committee of Senior Labour Inspectors (SLIC). 2012. *Psychosocial risk assessments – SLIC Inspection Campaign 2012: Final report*. SLIC.
- Cooper, C.L.; Cartwright, S. 1994. "Healthy mind, healthy organisation: A proactive approach to occupational stress" in *Human Relations*, vol. 47, pp. 455-470.
- Cooper, C.L.; Cartwright, S. 1997. "An intervention strategy for workplace stress" in *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 43, Nr. 1, pp. 7-16.
- Cornelio, C. [Coord.] 2013. *Primera Encuesta Nacional a Trabajadores, Empleo, Trabajo, Condiciones y Medio Ambiente Laboral Argentina 2009, Informe final*. Argentina, SRT, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.
- Cortés, S.; González-Baltazar, R.; Cortés, M. 2012. *Job stress, absenteeism and near miss accidents in thermic central workers*. Paper presented at the 30th International Congress on Occupational Health, March 18-23, (Cancun, Mexico).
- Cortese, C.; Colombo, L.; Ghislieri, C. 2010. "Determinants of nurses' job satisfaction: the role of work-family conflict, job demand, emotional charge and social support" in *Journal of Nursing Management*, vol. 18, Nr. 1, pp. 35-43.
- Couto, M.; Lawoko, S. 2011. "Burnout, workplace violence and social support among drivers and conductors in the road passenger transport sector in Maputo City, Mozambique" in *Journal of Occupational Health*, vol. 53, Nr. 3, pp. 214-221.
- Cox, T. 1993. *Stress research and stress management: Putting theory to work* (Sudbury, HSE Books).
- Cox, T. et al. 2009. *Developing the Management Standards approach within the context of common health problems in the workplace: A Delphi study*. Norwich: HSE Books.
- Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E. 2000. *Research on Work Related Stress*. European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2000.
- Cox, T.; Griffiths, A. 2005. "The nature and measurement of work-related stress" in J. Wilson, N., Corlett, [Eds.] *Evaluation of Human Work: A Practical Ergonomics Methodology*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Crompton, S. 2011. "What's stressing the stressed? Main sources of stress among workers" in *Canadian Social Trends, Statistics Canada*.
- CSR Europe. 2009. *It's not just about fruit... An employer's guide to achieving corporate wellbeing*. Wellbeing in the Workplace (2009); Business Action on Health.
- Cummings, G.; Estabrooks, C. 2003. "The effects of hospital restructuring that included layoffs on individual nurses who remained employed: A systematic review of impact" in *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 23, Nr. 8/9, pp. 8-53.
- Darshan, M. et al. 2013. "A study on professional stress, depression and alcohol use among Indian IT professionals" in *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 55, Nr. 1, pp. 63-69.
- De Bacquer, D. et al. 2005. "Perceived job stress and incidence of coronary events: 3-year follow-up of the Belgian Job Stress Project cohort" in *American Journal of Epidemiology*, vol. 161, Nr. 5, pp. 434-441.
- De Croon, E.M. et al. 2002. "Job stress, fatigue, and job dissatisfaction in Dutch lorry drivers: Towards an occupation specific model of job demands and control" in *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 59, Nr. 6, pp. 356-361.
- De Lange, A. H. et al. 2004. "The relationships between work characteristics and mental health: examining normal, reversed and reciprocal relationships in a 4-wave study" in *Work and Stress*, vol. 18, Nr. 2, pp. 149-166.
- De Oliveira, G.S.Jr.; Chang, R.; Fitzgerald, P.C.; Almeida, M.D.; Castro-Alves L.S.; Ahmad S.; McCarthy R.J. 2013. "The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees" in *Anesthesia & Analgesia Journal*, 2013 Jul, vol. 117(1); pp.182-93.
- Deeney, C.; O'Sullivan, L. 2009. "Work related psychosocial risks and musculoskeletal disorders: potential risk factors, causation and evaluation methods" in *Work*, vol. 34, Nr. 2, pp. 239-248.
- Demerouti, E. et al. 2009. "Present but sick: A three-wave study on job demands, presenteeism and burnout" in *Career Development International*, vol. 14, Nr. 1, pp. 50-68.
- Derycke, H. et al. 2013. "The impact of effort-reward imbalance and learning motivation on teachers' sickness absence" in *Stress Health*, vol. 29, Nr. 1, pp. 14-21.
- Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). 2012. *More than just good business: Employee wellbeing programmes in Ghana*. Germany: GIZ.
- DGB-Index Gute Arbeit. 2015. *DGB-Index Gute Arbeit Der Report 2015*. Berlin: Institut DGB-Index Gute Arbeit.
- Di Tecco, C. et al. 2015. "Do Italian Companies Manage Work-Related Stress Effectively? A Process Evaluation in Implementing the INAIL Methodology" in *BioMed Research International*, vol. 2015 (2015), Article ID 197156.
- Dirección del Trabajo. 2012. *Encl. 2011. Informe de resultados. Séptima Encuesta Laboral*. Santiago: Gobierno de Chile, 12.2012.
- Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares). 2015. "Piloteage du travail et risques psychosociaux" in *Dares Analyses*, Janvier 2015, N. 003.
- Dollard, M. et al. 2012. *The Australian Workplace Barometer: Report on psychosocial safety climate and worker health in Australia*. Canberra: Safe Work Australia.
- Dollard, M. et al. 2014. *Psychosocial Factors at Work in the Asia Pacific*. Springer.
- Domenighetti, G.; D'Avanzo, B.; Bisig, B. 2000. "Health effects of job insecurity among employees in the Swiss general population" in *International Journal of Health Services*, vol. 30, Nr. 3, pp. 477-490.
- Doppia, M. et al. 2011. "Burnout in French doctors: a comparative study among anesthesiologists and other specialists in French hospitals (SESMAT study)" in *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, vol. 30, Nr. 11, pp. 782-794.
- D'Souza, R. et al. 2003. "Work and health in a contemporary society: demands, control, and insecurity" in *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57, Nr. 11, pp. 849-854.
- Duffy, M.; Sperry, L. 2012. *Mobbing: Causes, Consequences, and Solutions*. New York: Oxford University Press.
- Duraisingam, V.; Dollard, M. 2005. "The management of psychosocial risk factors amongst rural development workers in India" in *International Journal of Rural Management*, vol. 1, Nr. 1, pp. 97-123.
- Duxbury, L.; Higgins, C. 2012. *Revisiting Work-Life Issues in Canada: The 2012 National Study on Balancing*. Ottawa, ON: Carleton University & The University of Western Ontario.

- Eller, N. et al. 2009. "Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review" in *Cardiology in Review*, vol. 17, Nr. 2, pp. 83-97.
- Elstad, J.; Vabo, M. 2008. "Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care" in *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 36, Nr. 5, pp. 467-474.
- Embricco, N.; Papazian, L.; Kentish-Barnes, N.; Pochard, F.; Azoulay, E. 2007. "Burnout syndrome among critical care healthcare workers" in *Current Opinion in Critical Care*, vol. 13, pp. 482-488.
- Engel, G.L. 1977. "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine" in *Science* vol. 196, pp. 129-136.
- Ertel, M. et al. 2010. "European social dialogue on psychosocial risks at work: Benefits and challenges" in *European Journal of Industrial Relations*, vol. 16, Nr. 2, 2010, pp. 169-183.
- Ervasti, J. et al. 2011. "Sickness absence among Finnish special and general education teachers" in *Occupational Medicine*, vol. 61, Nr. 7, pp. 465-471.
- Estryn-Behar, M. et al. 2008. "Violence risks in nursing—results from the European 'NEXT' Study" in *Occupational Medicine*, vol. 58, Nr. 2, pp. 107-114.
- Eurogip. 2013. *What recognition of work-related mental disorders? A study on 10 European countries*. Report Eurogip-81/E, Paris.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). 2007. *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- . 2009. *OSH in figures: stress at work – facts and figures*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- . 2010a. *European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks: Managing safety and health at work*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- . 2012. *Drivers and Barriers for Psychosocial Risk Management: An analysis of findings of the European survey of enterprises on new and emerging risks*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- . 2013. *New risks and trends in the safety and health of women at work*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- . 2014a. *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks European Risk Observatory Literature Review*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- . 2014b. *Mainstreaming gender into occupational safety and health practice*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission (EC). 2010. *Psychosocial Risks and Health Effects of Restructuring – Background Paper Investing in Well-Being at Work: Addressing Psychosocial Risks in Times of Change*.
- . 2011. *Report on the implementation of the European social partners – Framework Agreement on Work-related Stress*. SEC (2011) 241 final, Commission staff working paper.
- . 2013. *Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects*.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound). 2007. *Fourth European survey on working conditions 2005*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- . 2012. *Working Conditions in Korea: Survey highlights*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- . 2012b. *Fifth European Working Conditions Survey – Overview report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- . 2013. *Women, men and working conditions in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- . 2016. *First findings: Sixth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound); European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). 2014. *Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Pact for Mental Health and Wellbeing 2008. EU High Level Conference "Together for mental health and wellbeing", Brussels, 12-13 June 2008.
- European Parliament. 2009. *European Parliament resolution of 19 February 2009 on Mental Health T6-0063/2009, Reference 2008/2209(INI)*.
- . 2013. *Occupational health concerns: stress-related and psychological problems associated with work*. European Union: Directorate General for Internal Policies, Policy Department A: Employment Policy.
- European Social Partners. 2008. *Implementation of the European Framework Agreement on Work-related Stress; Report by the European Social Partners (ETUC/CES, BUSINESSEUROPE, CEEP, UEAPME)*. Adopted at the Social Dialogue Committee on 18 June 2008.
- European Trade Union Confederation (ETUC). 2004. *Framework agreement on work-related stress*. An ETUC interpretation guide. Bruxelles.
- . 2007. *Autonomous Framework Agreement on Harassment and Violence at Work*. An ETUC interpretation guide. Bruxelles.
- Fahlén, G. et al. 2009. "Effort-reward imbalance, "locked in" at work, and long-term sick leave" in *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 82, Nr. 2, pp. 191-197.
- Faragher, E.; Cass, M.; Cooper, C. 2005. "The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis" in *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 62, Nr. 2, pp. 105-112.
- Farquharson, B. et al. 2012. "Stress amongst nurses working in a healthcare telephone-advice service: relationship with job satisfaction, intention to leave, sickness absence, and performance" in *Journal of Advanced Nursing*, vol. 68, Nr. 7, pp. 1624-1635.
- Fernandes Rde, C. et al. 2010. "Musculoskeletal disorders among workers in plastic manufacturing plants" in *Rev Bras Epidemiol*, vol. 13, Nr. 1, pp. 11-20.
- Ferrie, J. et al. 2002. "Change in health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study" in *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, Nr. 12, pp. 922-926.
- Fevre, M.L.; Kolt, G.S.; Matheny, J. 2006. "Eustress, distress and their interpretation in primary and secondary occupational stress management interventions: which way first?" in *Journal of Managerial Psychology*, vol. 21 (6), pp. 547-565.
- Fido, A.; Ghali, A. 2008. "Detrimental effects of variable work shifts on quality of sleep, general health and work performance" in *Medical Principles and Practice*, vol. 17, Nr. 6, pp. 453-457.
- Figueiredo-Ferraz, H. et al. 2012. "Influence of some psychosocial factors on mobbing and its consequences among employees working with people with intellectual disabilities" in *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, Vol. 25, No. 5, pp. 455-463.
- Figueiredo-Ferraz, H.; Gil-Monte, P. R.; Olivares-Faundez, V. E. 2013. "Influence of mobbing (workplace bullying) on depressive symptoms: a longitudinal study among employees working with people with intellectual disabilities" in *Journal of Intellectual Disability Research*.
- Firth, H.; Herbison, P.; McGee, R. 2009. "Stress and health among New Zealand farmers" in *Journal of Occupational Health and Safety – Australia and New Zealand*, vol. 25, Nr. 2, pp. 89-97.
- Flin, R.; O'Connor, P.; Crichton, M. 2008. *Safety at the sharp end: Training non-technical skills*. Ashgate Publishing.
- Foster T. 2011. "Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies" in *Archives of Suicide Research*, vol. 2011; 15(1), pp. 1-15.
- Fridner, A. et al. 2009. "Survey on recent suicidal ideation among female university hospital physicians in Sweden and Italy (the HOUPE study): cross-sectional associations with work stressors" in *Gender Medicine*, vol. 6, Nr. 1, pp. 314-328.
- Fridner, A. et al. 2011. "Work environment and recent suicidal thoughts among male university hospital physicians in Sweden and Italy: the health and organization among university hospital physicians in Europe (HOUPE) study" in *Gender Medicine*, vol. 8, Nr. 4, pp. 269-279. Frone et al., 1992
- Frone, M.R.; Russell, M.; Cooper, M.L. 1992. "Antecedents and outcomes of work-family conflict: Testing the model of the work-family interface" in *Journal of Applied Psychology*, vol. 77, pp. 65-78.
- . 1997. "Relation of work-family conflict to health outcomes: A four-year longitudinal study of employed parents" in *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 70, pp. 325-335.
- Gascon, S. et al. 2013. "The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout" in *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 22, Nr. 21-22, pp. 3120-3129.
- Gershon, R. et al. 2009. "Mental, physical, and behavioral outcomes associated with perceived work stress in police officers" in *Criminal Justice and Behavior*, vol. 36, Nr. 3, pp. 275-289.
- Gershon, R.; Lin, S.; Li, X. 2002. "Work stress in aging police officers" in *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 44, Nr. 2, pp. 160-167.
- Ghosh, A.; Bhattacharjee, A.; Chau, N. 2004. "Relationships of working conditions and individual characteristics to occupational injuries: a case-control study in coal miners" in *Journal of Occupational Health*, vol. 46, Nr. 6, pp. 470-480.
- Giga, S. et al. 2003. "The UK perspective: A review of research on organisational stress management interventions" in *Australian Psychologist*, vol. 38, pp. 158-164.
- Glasscock, D. et al. 2006. "Psychosocial factors and safety behaviour as predictors of accidental work injuries in farming" in *Work and Stress*, vol. 20, Nr. 2, pp. 173-189.
- Gómez, V.; Hermosa, A.; Perilla, E. 2012. *Sources of occupational stress and their impact on the health of Faculty in Colombia*. Paper presented at the 30th International Congress on Occupational Health (March 18-23, 2012), Cancun, Mexico.
- Greehaus, J.H.; Beutell, N.J. 1985. "Sources of conflict between work and family roles" in *Academy of Management Review*, vol. 10, pp. 76-88.
- Grynderup, M. et al. 2013. "Work-unit measures of organisational justice and risk of depression—a 2-year cohort study" in *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 70, Nr. 6, pp. 380-385.
- Guic, E.; Bilbao, R.; Bertin, C. 2002. "Occupational stress and health in a sample of Chilean executives" in *Revista Medica De Chile*, vol. 130, Nr. 10, pp. 1101-1112.

- Guthrie, R.; Ciccirelli, M.; Babic, A. 2010. "Work-related stress in Australia: The effects of legislative interventions and the cost of treatment" in *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 33, pp. 101–115.
- Hansen A.M. and the Nordic bullying network group. 2011. *State of the art report on bullying at the workplace in the Nordic countries*. TemaNord 2011:515. Copenhagen: Nordic Council of Ministers
- Hansen, A. M. et al. 2006. "Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response" in *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 60, Nr. 1, pp. 63-72.
- Hansen, C.D.; Andersen, J. 2008. "Going ill to work—what personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism?" in *Social Science and Medicine*, vol. 67, Nr. 6, pp. 956-964.
- Hansen, T., et al. 2015. *Psychosocial working environment: Workplace Inspection of the psychosocial working environment in the Nordic countries*. TemaNord 2015:508. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Hansez, I.; Mairiaux, P.; Firket, P.; Braeckman, L. 2011. *Recherche sur le Burnout au sein de la population active belge*. Brussels: Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale.
- Hawton, K.; Malmberg, A.; Simkin, S. 2004. "Suicide in doctors. A psychological autopsy study." In *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 57, Nr. 1, pp. 1-4.
- Head, J. et al. 2006. "Influence of change in psychosocial work characteristics on sickness absence: The Whitehall II Study" in *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, Nr. 1, pp. 55-61.
- Head, J.; Stansfeld, S.; Siegrist, J. 2004. "The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study" in *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 61, Nr. 3, pp. 219-224.
- Health and Safety Executive (HSE). 2015. *Work related Stress, Anxiety and Depression Statistics in Great Britain 2015*. HSE, National Statistics, October 2015.
- Hemingway, H.; Marmot, M. 1999. "Evidence based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies" in *BMJ*, vol. 318, Nr. 7196, pp. 1460-1467.
- Herman, A. et al. 2009. "The South African Stress and Health (SASH) study: 12-month and lifetime prevalence of common mental disorders" in *South African Medical Journal*, vol. 99, Nr. 5, pp. 339–344.
- Hilton, M.; Whiteford, H. A. 2010. "Associations between psychological distress, workplace accidents, workplace failures and workplace successes" in *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 83, Nr. 8, pp. 923-933.
- Hinkka, K. et al. 2013. "Psychosocial work factors and sick leave, occupational accident, and disability pension: a cohort study of civil servants" in *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 55, Nr. 2, pp. 191-197.
- Ho, W. et al. 2009. "Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment" in *BMC Health Services Research*, vol. 9, Nr. 8.
- Holmgren, K.; Fjallstrom-Lundgren, M.; Hensing, G. 2013. "Early identification of work-related stress predicted sickness absence in employed women with musculoskeletal or mental disorders: a prospective, longitudinal study in a primary health care setting" in *Disability and Rehabilitation*, vol. 35, Nr. 5, pp. 418-426.
- House, J.S.; Wells, J.A. 1978. "Occupational stress, social support, and health" in McLean, A.A. [Ed.], *Reducing occupational stress: Proceedings of a conference* (HEW, No. 78-104). Washington DC: U.S. Government Printing Office, 1978.
- Iavicoli, S. et al. 2013. "Hard and soft law approaches to addressing psychosocial risks in Europe: Lessons learned in the development of the Italian approach" in *Journal of Risk Research*, vol. 17, Issue 7, pp. 855–869.
- Ibáñez, J. et al. 2012. "Variables sociodemográficas relacionadas al Síndrome de Burnout en docentes de colegios distritales" in *Psychologia: avances de la disciplina*, vol. 6, N. 2 (2012).
- Inoue, K.; Matsumono, M. 2000. "Karo jusatsu (suicide from overwork): a spreading occupational threat" in *Occupational & Environmental Medicine*, vol. 57, pp. 284-285.
- International Commission on Occupational Health (ICOH). 2014. *Creating a Safe and Healthy Workplace. A Guide to Occupational Health and Safety for Entrepreneurs, Owners and Managers*; International Commission on Occupational Health.
- International Labour Organization (ILO). 1986. *Psychosocial factors at work: Recognition and control*. Report of the Joint International Labour Office and World Health Organization on Occupational Health, Ninth Session, Geneva, 18-24 September 1984. Occupational Safety and Health Series Nr. 56. Geneva: International Labour Office
- . 1996. *Management of alcohol and drug related issues in the workplace*; Geneva: International Labour Office, 1996
- . 1998. *ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work and its Follow-up*. Adopted by the International Labour Conference at its Eighty-sixth Session, Geneva, 18 June 1998 (Annex revised 15 June 2010)
- . 2004. *Global Strategy on Occupational Safety and Health*. Geneva: International Labour Office.
- . 2005. Authored by Lawrence, S.; Ishikawa, J. *Social Dialogue Indicators Trade union membership and collective bargaining coverage: Statistical concepts, methods and findings*. Working Paper Nr. 59. Geneva: International Labour Office.
- . 2006. *Violence at Work 3rd Edition*. Geneva: International Labour Office.
- . 2009 a. *Emerging risks and new patterns of prevention in a changing world of work*, Geneva: International Labour Office
- . 2009b. *Technical backgrounder on the problematic diseases in the proposed list to replace the list annexed to the List of Occupational Diseases Recommendation, 2002 (Nr. 194); Meeting of Experts on the Revision of the List of Occupational Diseases (Recommendation Nr. 194)* (Geneva, 27–30 October 2009)
- . 2012a. *Global Employment Trends for Women 2012*. Geneva: International Labour Office
- . 2012b. *SOLVE: Integrating health promotion into workplace OSH policies – Trainer's guide*. Geneva: International Labour Office.
- . 2012c. *Stress prevention at work checkpoints: Practical improvements for stress prevention in the workplace*. Geneva: International Labour Office.
- . 2014. Unpublished working document; International Labour Inspection (Tool/Guide/ Handbook) to deal with psychosocial risks at work. Geneva: International Labour Office
- . 2015. *Report of the Director-General Report I The future of work centenary initiative* International Labour; International Labour Conference, 104th Session, 2015. Geneva: International Labour Office.
- International Organization for Standardization (ISO). ISO 10075-3:2004. *Ergonomic principles related to mental workload – Part 3: Principles and requirements concerning methods for measuring and assessing mental workload*. Geneva: ISO.
- International Organization of Employers (IOE). 2012. *IOE helping employers: manage employees work-related health risks*. Geneva: IOE.
- . 2013. *Fact Sheet for Business – Mental health, neurological disorders (MNDs) and psychosocial wellbeing*. Geneva: IOE.
- International Social Security Association (ISSA). 2012. *ISSA Section for a Culture of Prevention*. Newsletter, June 2012, vol. 1.
- International Trade Union Confederation (ITUC) Africa. 2013. *Report to the African Union Labour and Social Affairs Commission*, April, 2013.
- International Trade Union Confederation (ITUC). 2010. *ITUC Congress Resolutions on DecentWork*. Brussels: ITUC.
- Irish Business and Employers Confederation (IBEC). 2012. *Mental health and wellbeing: A line managers guide*. Dublin: IBEC, October 2012.
- Ishizaki, M. et al. 2006. "Psychosocial work characteristics and sickness absence in Japanese employees" in *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 79, Nr. 8, pp. 640-646.
- Jahoda, M. 1982. *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- . 1989. "Economic recession and mental health: some conceptual issues" in *Journal of Social Issues*, vol. 44(4), pp. 13-24.
- Houdmont, J.; Leka, S. [Eds.]. 2010. *Contemporary Occupational Health Psychology: Global perspectives on research and practice*. Chichester, England: Wiley-Blackwell.
- Jamal, M. 1990. "Relationship of Job Stress and Type-A Behavior to Employees' Job Satisfaction, Organizational Commitment, Psychosomatic Health Problems, and Turnover Motivation" in *Human Relations*, Vol. 43, No. 8, pp. 727-738.
- Japan Industrial Safety & Association, JISHA. 2010. *Statistics of Workers' Health Condition in Japan*. Tokyo: JISHA.
- Johns, G. 2010. "Presenteeism in the workplace: A review and research agenda" in *Journal of Organizational Behavior*, vol. 31, Nr. 4, pp. 519-542.
- Johnstone, R.; Quinlan, M.; McNamara, M. 2011. "OHS inspectors and psychosocial risk factors: Evidence from Australia" in *Safety Science*, vol. 49, Nr. 4, pp. 547-557.
- Jourdain, G.; Chenevert, D. 2010. "Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: a questionnaire survey" in *International Journal of Nursing Studies*, vol. 47, Nr. 6, pp. 709-722.
- Juárez García, A. et al. 2012. *Job Strain and Mental Health: a Comparison in Human Services Professionals from Six Latin-American Countries*. Paper presented at the 30th International Congress on Occupational Health (March 18-23, 2012), Cancun, Mexico.
- Juarez-Garcia, A. 2007. "Psychosocial work factors associated to blood pressure and cardiovascular symptoms among Mexican nurses" in *Salud Publica de México*, vol. 49, Nr. 2, pp. 109-117.
- Julia, M. et al. 2013. "The impact of job stress due to the lack of organisational support on occupational injury" in *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 70, Nr. 9, pp. 623-629.
- Kaaria, S. et al. 2012. "Risk factors of chronic neck pain: a prospective study among middle-aged employees" in *European Journal of Pain*, vol. 16, Nr. 6, pp. 911-920.
- Kahn, R.L.; Antonucci, T. C. 1980. "Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support" in Baltes, P.B.; Brim, O. [Eds.] *Life-span development and behavior* (vol. 3, pp. 253-268), New York: Academic Press
- Kahn, R.L.; Wolfe, D.M.; Quinn, R.P.; Snoek, J.D.; Rosenthal, R.A. 1964. *Organisational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity*. New York: Wiley.

- Karantzas, G. et al. 2012. "Intentions to quit work among care staff working in the aged care sector" in *Gerontologist*, vol. 52, Nr. 4, pp. 506-516.
- Karasek, R.; Theorell, T. 1990. *Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York, NY: Basic Books.
- Karasek, R.A. 1979. "Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign" in *Administrative Science Quarterly*, vol. 24
- Katz, D.; Khan, R. 1966. *Social Psychology of Organizations*. New York, NY: Wiley.
- Kawachi, I. 2008. "Globalization and workers' health" in *Industrial Health*, vol. 46, Nr. 5, pp. 421-423.
- Kawakami, N. 2009. Challenges for improving mental health among workers: Experiences from Japan. Mental Health and Employment – International Round Table, London 20 February 2009. The Nuffield Trust, London, UK.
- Kazi, A.; Haslam, C. 2013. "Stress management standards: a warning indicator for employee health" in *Occupational Medicine*, vol. 63, Nr. 5, pp. 335-340.
- Keegel, T.; Ostry, A.; La Montagne, A. 2009. "Job strain exposures vs. stress-related workers compensation claims in Victoria, Australia: Developing a public health response to job stress" in *Journal of Public Health Policy*, vol. 30, Nr. 1, pp. 17-39.
- Kieselbach, T. et al. 2009. *Health in Restructuring: Innovative Approaches and Policy Recommendations*. Mering, Rainer Hampp Verlag.
- Kim, H.; Lee, S. 2009. "Supervisory communication, burnout, and turnover intention among social workers in health care settings" in *Social Work in Health Care*, vol. 48, Nr. 4, pp. 364-385.
- Kim, Y.S.; Park, J.; Rhee, K.Y.; Kim, H.M. 2015. "A Comparison between the Second Korean Working Conditions Survey (KWCS) and the First KWCS" in *Safety and Health at Work*, vol. 2015 6(2), pp. 85-89.
- Kiran, S.; Günar, A.; Demiral, Y. 2012. *Job stress, absenteeism and near miss accidents in thermic central workers*. Paper presented at the 30th International Congress on Occupational Health (March 18-23, 2012), Cancun, Mexico.
- Kivimäki, M. et al. 2002. "Work stress and risk of cardiovascular mortality: Prospective cohort study of industrial employees" in *British Medical Journal*, vol. 325, Nr. 7369, p. 857.
- Kivimäki, M. et al. 2003. "Sickness absence as a global measure of health: Evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study" in *British Medical Journal*, vol. 327, Nr. 7411, pp. 364-368.
- Kivimäki, M. et al. 2006. "Work stress in the aetiology of coronary heart disease – a meta-analysis" in *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, vol. 32, Nr. 6, pp. 431-442.
- Kivimäki, M. et al. 2012. "Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data" in *The Lancet*, vol. 380, Nr. 9852, pp. 1491-1497.
- Kivimäki, M.; Elovainio, M.; Vahtera, J. 2000. "Workplace bullying and sickness absence in hospital staff" in *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 57, Nr. 10, pp. 656-660.
- Kivimäki, M.; Kawachi, I. 2015. "Work Stress as a Risk Factor for Cardiovascular Disease" in *Current Cardiology Reports*, vol. 17(9) 2015, p. 74.
- Kivimäki, M.; Virtanen, M.; Varti, M.; Elovainio, M.; Vahtera, J.; Keltikangas-Jarvinen, L. 2003. "Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression" in *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 60(10), pp. 779-783.
- Kobayashi, Y. et al. 2008. "Effects of a worker participatory program for improving work environments on job stressors and mental health among workers: a controlled trial" in *Journal of Occupational Health*, vol. 50, Nr. 6, pp. 455-470.
- Kompier, M.A.J. 2006. "New systems of work organization and workers' health" in *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, vol. 32, Nr. 6, special issue, pp. 421-430.
- Kondo, K. et al. 2006. "Job strain and sick leave among Japanese employees: a longitudinal study" in *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 79, Nr. 3, pp. 213-219.
- Kopp, M.S.; Stauder, A.; Purebl, G.; Janszky, I.; Skrabski, A. 2008. "Work stress and mental health in a changing society" in *European Journal of Public Health*, Vol. 18(3), pp. 238-244.
- Kornhauser, A. 1965. *Mental Health of the Industrial Worker*. New York, NY: Wiley.
- Kornitzer, M. et al. 2006. "Job stress and major coronary events: results from the Job Stress, Absenteeism and Coronary Heart Disease in Europe study" in *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, vol. 13, Nr. 5, pp. 695-704.
- Kortum, E.; Leka, S. 2013. "Tackling psychosocial risks and work-related stress in developing countries: The need for a multi-level intervention framework" in *International Journal of Stress Management*, vol. 21(1), pp. 7-26.
- Kouvonen, A. et al. 2007. "Job strain and adverse health behaviors: The Finnish public sector study" in *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 49, Nr. 1, pp. 68-74.
- Kristensen, T. et al. 2005. "The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout" in *Work & Stress*, vol. 19, Nr. 3, pp. 192-207.
- Kristensen, T.; Kronitzer, M.; Alfredsson, L. 1998. *Social factors, work, stress and cardiovascular disease prevention*. Brussels: European Heart Network.
- Kumar, S. 2007. "Burnout in psychiatrists" in *World Psychiatry*, vol. 6, Nr. 3, pp. 186-9.
- Kuper, H. et al. 2006. "Psychosocial determinants of coronary heart disease in middle-aged women: A prospective study in Sweden" in *American Journal of Epidemiology*, vol. 164, pp. 349-357.
- Kurabayashi, L. 2009. "Current status of occupational mental health in Japan: A comparison of the Administrative Guidelines published in 2000 and 2006" in *World Cultural Psychiatry Research Review*, pp. 53-59.
- Kuusio, H. et al. 2013. "Psychosocial stress factors and intention to leave job: differences between foreign-born and Finnish-born general practitioners" in *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 41, Nr. 4, pp. 405-411.
- Laaksonen, M. et al. 2010. "Work arrangements, physical working conditions, and psychosocial working conditions as risk factors for sickness absence: Bayesian analysis of prospective data" in *Annals of Epidemiology*, vol. 20, Nr. 5, pp. 332-338.
- Lagerström, M.; Josephson, M.; Arsalani, N.; Fallahi-Khoshknab, M. 2010. "Striving for balance between family and work demands among Iranian nurses" in *Nursing Science Quarterly*, vol. 23, pp.166-172.
- LaMontagne, A. et al. 2008. "Job strain – Attributable depression in a sample of working Australians: Assessing the contribution to health inequalities" in *BMC Public Health*, vol. 8, p. 181.
- Lee, R.T.; Ashforth, B.E. 1993. "A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model" in *Journal of Organizational Behaviour*, vol. 14, pp. 3-20.
- Lee, S. et al. 2004. "Prospective study of job insecurity and coronary heart disease in US women" in *Annals of Epidemiology*, vol. 14, Nr. 1, pp. 24-30.
- Leka, S. et al. 2011b. "The development of the European framework for psychosocial risk management: PRIMA-EF" in *Journal of Occupational Health*, vol. 53, pp. 137-143.
- Leka, S. et al. 2011c. "Developing a standard for psychosocial risk management: PAS1010" in *Safety Science*, vol. 49, Nr. 7, pp. 1047-1057.
- Leka, S.; Cox, T. [Eds.]. 2008. *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF*. Nottingham, UK: Publications of the Institute of Work, Health and Organisations, University of Nottingham.
- Levi, L. 1970. "The psychosocial environment and psychosomatic diseases. Proceedings of an International Interdisciplinary Symposium held in Stockholm, April 1970." in *Society, stress and disease*, vol. 1.
- Levi, L. 1976. "Psychosocial conditions in the work environment: Effects on health and well-being" in *Arbetsmiljöutredningens betänkande*, Bilage, vol. 2, pp. 87-118.
- Levi, L. 2000. "Guidance on work-related stress – Spice of life or kiss of death?" Luxembourg: Publications of the European Communities.
- Li, C. Y. et al. 2001. "Job stress and dissatisfaction in association with non-fatal injuries on the job in a cross-sectional sample of petrochemical workers" in *Occupational Medicine*, vol. 51, Nr. 1, pp. 50-55.
- Li, J. et al. 2013. "Psychosocial work environment and intention to leave the nursing profession: a cross-national prospective study of eight countries" in *International Journal of Health Services*, vol. 43, Nr. 3, pp. 519-536.
- Li, J.; Jin, T. 2007. "Work stress and health – current research activities and implications in China" in *WHO Global Occupational Health Network (GOHNET) Newsletter*, Special Issue, pp. 25-28.
- Lin, Y. et al. 2010. "Perceived job stress and health complaints at a bank call center: Comparison between inbound and outbound services" in *Industrial Health*, vol. 48, Nr. 3, pp. 349-356.
- Lindstrom, K. et al. 2000. User's Guide for the QPSNordic, General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work; TemaNord 2000:603. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Lippel, K. 2010. "The Law of Workplace Bullying: An International Overview" in *Comparative Labor Law and Policy Journal*, vol. 32, Nr. 1, pp. 1-13.
- Liu, Y.; Tanaka, H. 2002. "Overtime work, insufficient sleep, and risk of non-fatal acute myocardial infarction in Japanese men" in *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 59, Nr. 7, pp. 447-451.
- Lohmann-Haislah. 2012. *Stressreport Deutschland 2012*. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden; BauA 2012
- Lopes-Cardozo, B. et al. 2012. "Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: a longitudinal study" in *PLoS One*, vol. 7, Nr. 9.
- Mackay, C.; Palferman, D. 2013. "Policy Level Interventions for Organizational Health: Development and Evolutions of the UK Management Standards" in G.F. Bauer, G.J. Jenny, *Salutogenic Organizations and Change*. Springer.
- Macleod, J. et al. 2001. "Are the effects of psychosocial exposures attributable to confounding? Evidence from a prospective observational study on psychological stress and mortality" in *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 55, Nr. 12, pp. 878-884.
- Magnavita, N.; Garbarino, S. 2013. "Is absence related to work stress? A repeated cross-sectional study on a special police force" in *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 56, Nr. 7, pp. 765-775.
- Magnusson Hanson, L. L., Chungkham, H. S., Åkerstedt, T., & Westerlund, H. 2014. "The role of sleep disturbances in the longitudinal relationship between psychosocial

- working conditions, measured by work demands and support, and depression" in *Sleep*, vol. 37(12), pp. 1977-1985.
- Marchand, A. 2008. "Alcohol use and misuse: what are the contributions of occupation and work organization conditions?" in *BMC Public Health*, vol. 8, p. 333.
- Markwell, A.L.; Wainer, Z. 2009. "The health and wellbeing of junior doctors: Insights from a national survey" in *Journal of the Australian Medical Association*, vol. 191, pp. 441-4.
- Marmot, M. et al. 1997. "Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence" in *The Lancet*, vol. 350, pp. 235-239.
- Marmot, M.; Siegrist, J.; Theorell T. 2006. "Health and the psychosocial environment at work" in: Marmot, M.; Wilkinson, R.G. [Eds.] *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Maslach, C. 1976. "Burned-out" in *Human Behaviour*, vol. 5(9), pp. 16-22.
- Maslach, C.; Jackson, S. 1981. "The measurement of experienced burnout" in *Journal of Occupational Behaviour*, vol. 2, pp. 99-113.
- Maslach, C.; Schaufeli, W.; Leiter, M. 2001. "Job burnout" in *Annual Review of Psychology*, vol. 52, pp. 397-422.
- Mathers, C. et al. 2005. "Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data" in *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, Nr. 3, pp. 171-177.
- Mathisen, G.; Einarsen, S.; Mykletun, R. 2008. "The occurrences and correlates of bullying and harassment in the restaurant sector" in *Scandinavian Journal of Psychology*, vol. 49, Nr. 1, pp. 59-68.
- Matrix Insight: Executive Agency for Health and Consumers. 2012. *Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives*, Matrix Insight.
- McKee-Ryan, F. et al. 2005. "Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study" in *Journal of Applied Psychology*, vol. 90, pp. 53-76.
- Mearns, K. et al. 2001. "Human and organizational factors in offshore safety" in *Work and Stress*, vol. 15, Nr. 2, pp. 144-160.
- Medibank. 2008. *The cost of workplace stress in Australia*. Medibank Private Limited.
- Mehrdad, R. et al. 2010. "Association between psychosocial factors and musculoskeletal symptoms among Iranian nurses" in *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 53, Nr. 10, pp. 1032-1039.
- Mendes, A. et al. 2011. *Diagnosis of occupational risks for psychosocial disorder in the different sectors of industry*. Brasília: SESI.
- Mental Health Commission of Canada (MHCC). 2012. *Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada*. Calgary, AB: Author.
- Michie, S. 2002. "Causes and management of stress at work" in *Occupational & Environmental Medicine*, vol. 59, pp. 67-72.
- Michie, S.; Williams, S. 2003. "Reducing work related psychological ill health and sickness absence: A systematic literature review" in *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 60, Nr. 1, pp. 3-9.
- Min, J. et al. 2014. "Workplace injustice and self-reported disease and absenteeism in South Korea" in *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 57, Nr. 1, pp. 87-96.
- Ministerio de la Protección Social. 2007. *Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales*, Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Gobierno de Colombia.
- Ministerio de Salud (MINSAL); Dirección del Trabajo (DT); Instituto de Seguridad Laboral (ISL). 2011. *Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010)*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministry of Health, Labour, and Welfare (MHLW). 2011. *Survey on the Prevention of Industrial Accidents* (Tokyo, MHLW).
- . 2012. *Occupational disease recognition of mental disorders* (Tokyo, MHLW).
- . 2014. *Annual Health, Labour and Welfare Report for the Realization of a Society of Health and Longevity – First Year of Health and Prevention*. 2014 Edition. Tokyo: MHLW.
- Mino, Y. et al. 1999. "Perceived job stress and mental health in precision machine workers of Japan: a 2 year cohort study" in *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 56, Nr. 1, pp. 41-45.
- Moreau, M. et al. 2003. "Occupational stress and incidence of sick leave in three sectors of activity of the Belgian workforce: The Belstress Study" in *Archives belges de médecine sociale, hygiène, médecine du travail et médecine légale*, vol. 61, Nr. 1-2, pp. 101-125.
- Mosadeghrad, A.; Ferlie, E.; Rosenberg, D. 2011. "A study of relationship between job stress, quality of working life and turnover intention among hospital employees" in *Health Services Management Research*, vol. 24, Nr. 4, pp. 170-181.
- Murcia, M.; Chastang, J.; Niedhammer, I. 2013. "Psychosocial work factors, major depressive and generalised anxiety disorders: results from the French national SIP study" in *Journal of Affective Disorders*, vol. 146, Nr. 3, pp. 319-327.
- Nabirye, R. et al. 2011. "Occupational stress, job satisfaction and job performance among hospital nurses in Kampala, Uganda" in *Journal of Nursing Management*, vol. 19, Nr. 6, pp. 760-768.
- Nag, A.; Vyas, H.; Nag, P. 2010. "Gender differences, work stressors and musculoskeletal disorders in weaving industries" in *Industrial Health*, vol. 48, Nr. 3, pp. 339-348.
- Nahrgang, J.; Morgeson, F.; Hofmann, D. 2011. "Safety at work: a meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes" in *Journal of Applied Psychology*, vol. 96, Nr. 1, pp. 71-94.
- Nakanishi, N.; Nishina, K.; Yoshida, H.; Matsuo, Y.; Nagano, K.; Nakamura, K.; Suzuki, K.; Tātara, K. 2001. "Hours of work and the risk of developing impaired fasting glucose or 13 type 2 diabetes mellitus in Japanese male office workers" in *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 58, pp. 569-74.
- Nakata, A. et al. 2006. "Impact of psychosocial job stress on non-fatal occupational injuries in small and medium-sized manufacturing enterprises" in *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 49, Nr. 8, pp. 658-669.
- National Statistical Office, Institute for Population and Social Research and the Department of Mental Health. 2008. *The 2008 Survey on Conditions of Society, Culture and Mental Health*. Thailand: National Statistical Office.
- Ndetei, D.M.; Pizzo, M.; Maru, H.; Ongecha, F.A.; Khasakhala, L.I.; Mutiso, V. et al. 2008. "Burnout in staff working at the Mathari psychiatric hospital" in *African Journal of Psychiatry*, vol. 11, pp. 199-203.
- Ndjaboue, R.; Brisson, C.; Vezina, M. 2012. "Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies" in *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 69, Nr. 10, pp. 694-700.
- Neffa, J.C. 2015. *Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio*. Buenos Aires: Centro de Estudios e Investigaciones Laborales – CEIL-CONICET / Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Nordeste / Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata / Departamento de Economía y Administración de la Universidad Nacional de Moreno / Centro de Innovación para los Trabajadores CITRA CONICET-UMET.
- Netterstrøm, B. et al. 2008. "The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression" in *Epidemiologic Reviews*, vol. 30, pp. 118-132.
- Netterstrøm, B.; Kristensen, T.; Sjøll, A. 2006. "Psychological job demands increase the risk of ischaemic heart disease: A 14-year cohort study of employed Danish men" in *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, vol. 13, Nr. 3, pp. 414-420.
- Neves, B.S.; Pinheiro T.M.M. 2012; "Perfil Epidemiológico e Ocupacional dos Anestesiologistas Inseridos no Mercado de Trabalho de Belo Horizonte, Minas Gerais, em 2010" in *Rev. Bras. Anestesiol.*, vol. 62(5), pp. 612-24.
- Ng, D.; Jeffery, R. 2003. "Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults" in *Health Psychology*, Vol. 22, No. 6, pp. 638-642.
- Niedhammer, I. et al. 2006. "Psychosocial work environment and mental health: Job-strain and effort-reward imbalance models in a context of major organizational changes" in *International Journal of Occupational and Environmental Health*, vol. 12, Nr. 2, pp. 111-119.
- Niedhammer, I.; David, S.; Degioanni, S. 2006. "Association between workplace bullying and depressive symptoms in the French working population" in *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 61, Nr. 2, pp. 251-259.
- Niedhammer, I.; Goldberg, M.; Leclerc, A.; Bugel, I.; & David, S. 1998. "Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort" in *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, vol. 24, pp.197-205.
- Nielsen M.B.; Nielsen, G.H.; Notelaers, G.; Einarsen, S. 2015. "Workplace Bullying and Suicidal Ideation: A 3-Wave Longitudinal Norwegian Study" in *American Journal of Public Health*, Vol. 105, N. 11, pp. e22-e28.
- Nomura, K. et al. 2010. "Job stress and healthy behavior among male Japanese office workers" in *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 53, Nr. 11, pp. 1128-1134.
- Nordin, M.; Westerholm, P.; Alfredsson, L.; Åkerstedt, T. 2012. "Social support and sleep. Longitudinal relationships from the WOLF-Study" in *Psychology* vol. 03 (12), pp. 1223-1230.
- Norlund, S.; Reuterwall, C.; Höög, J.; Lindahl, B.; Janlert, U.; Birgander, L.S. 2010. "Burnout, working conditions and gender—results from the northern Sweden MONICA Study" in *BioMed Central Public Health*, Vol. 10, p. 326.
- Nurminen, M.; Karjalainen, A. 2001. "Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland" in *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, vol. 27, Nr. 3, pp. 161-213.
- O'Neill, D.H. 2000. "Ergonomics in industrially developing countries: Does its application differ from that in industrially advanced countries?" in *Applied Ergonomics*, vol. 31, pp. 631-640.
- Ocegüera, A.; Aldrete, G.; Ruiz-Moreno, A. 2009. "Estudio comparado de la legislación del mobbing en Latinoamérica" in *Política y Sociedad*, vol. 8, pp. 83-94.
- Ofilu, A.; Usiholo, E.; Oronsaye, M. 2009. "Psychological morbidity, job satisfaction and intentions to quit among teachers in private secondary schools in Edo-State, Nigeria" in *Annals of African Medicine*, vol. 8, Nr. 1, pp. 32-73.
- Oramas Viera A.; Almirall hernandez P.; Fernández, I. 2007. "Occupational stress and burnout syndrome among Venezuelan teachers. Estrés laboral y el síndrome de burnout en docentes venezolanos" in *Salud de los Trabajadores*, vol. 15, Nr. 2, 71-87.

- Organisacion Iberoamericana de Seguridad Social (OISS); Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). 2012. *I Encuesta sobre Condiciones de Trabajo y Salud en Iberoamérica (IECCTS)*. Informe general (Estudio cuantitativo).
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). 2012. *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. Paris: OECD.
- . 2013. *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. Paris: OECD.
- Otsuka, Y. et al. 2007. "Sickness absence in relation to psychosocial work factors among daytime workers in an electric equipment manufacturing company" in *Industrial Health*, vol. 45, Nr. 2, pp. 224-231.
- Otsuka, Y.; Horita, Y. 2013. "Statistics on suicides of Japanese workers" in *Japan labor review*, vol. 10.2013, 4, pp. 44-54
- Padyab, M. et al. 2013. "Burnout among social workers in Iran: relations to individual characteristics and client violence" in *Global Journal of Health Science*, vol. 5, Nr. 4, pp. 142-150.
- Pan American Health Organization (PAHO). 2014. *Plan of Action on Mental Health 2015-2020*. 53rd Directing Council 66th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas. Washington, D.C., USA, 29 September-3 October 2014.
- Park, S.; Min, K.; Chang, S.; Kim, H.; Min, J. 2009. "Job stress and depressive symptoms among Korean employees: the effect of culture on work" in *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 82, Nr. 3, pp. 397-405.
- Payne, S. et al. 2009. "Safety climate: Leading or lagging indicator of safety outcomes?" in *Journal of Loss Prevention in the Process Industries*, vol. 22, Nr. 6, pp. 735-739.
- Peltzer, K. et al. 2009. "Job stress, job satisfaction and stress-related illnesses among South African educators" in *Stress and Health*, vol. 25, Nr. 3, pp. 247-257.
- Peter, R. et al. 2002. "Psychosocial work environment and myocardial infarction: Improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study" in *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 56, Nr. 4, pp. 294-300.
- Puttonen, S.; Härmä, M.; Hublin, C. 2010. "Shift work and cardiovascular disease — Pathways from circadian stress to morbidity" in *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 36, Nr. 2, pp. 96-108.
- Quine, L. 2001. "Workplace bullying in nurses" in *Journal of Health Psychology*, vol. 6, Nr. 1, pp. 73-84.
- Quinlan, M. 2004. "Workers' compensation and the challenges posed by changing patterns of work" in *Policy & Practice in Safety & Health*, vol. 2, Nr. 1, pp. 25-52.
- Quinlan, M.; Mayhew, C.; Bohle, P. 2001. "The global expansion of precarious employment, work disorganisation, and consequences for occupational health: A review of recent research" in *International Journal of Health Services*, vol. 31, Nr. 2, pp. 335-414.
- Radi, S.; Ostry, A.; Lamontagne, A. 2007. "Job stress and other working conditions: Relationships with smoking behaviors in a representative sample of working Australians" in *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 50, Nr. 8, pp. 584-596.
- Raikkonen, K. et al. 1996. "Association of chronic stress with plasminogen activator inhibitor-1 in healthy middle-aged men" in *Arteriosclerosis, Thrombosis & Vascular Biology*, pp. 363-367.
- Rasmussen, M.; Hansen, T.; Nielsen, K. T. 2011. "New tools and strategies for the inspection of the psychosocial working environment: The experience of the Danish Working Environment Authority" in *Safety Science*, vol. 49, pp. 565-574.
- Rehkopf, D.; Kuper, H.; Marmot, M. 2010. "Discrepancy between objective and subjective measures of job stress and sickness absence" in *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 36, Nr. 6, pp. 449-457.
- Reknes, I. et al. 2013. "Exposure to bullying behaviors as a predictor of mental health problems among Norwegian nurses: Results from the prospective SUSSH-survey" in *International Journal of Nursing Studies*.
- Rick, J. et al. 2001. "A critical review of psychosocial hazard measures" in *Health & Safety Executive research report no. CRR 356* (Sudbury, HSE Books).
- Rodwell, J. et al. 2009. "The impact of the work conditions of allied health professionals on satisfaction, commitment and psychological distress" in *Health Care Management Review*, vol. 34, Nr. 3, pp. 273-283.
- Roesler, U.; Jacobi, F.; Rau, R. 2006. "Work and mental disorders in a German national representative sample" in *Work and Stress*, vol. 20, Nr. 3, pp. 234-244.
- Roohi, N.; Hayee, S. 2010. "Work stress related physiological responses in professional bus drivers" in *Acta Physiologica Hungarica*, vol. 97, Nr. 4, pp. 408-16.
- Rosengren, A. et al. 2004. "Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study" in *The Lancet*, vol. 364, pp. 953-962.
- Routley, V.; Ozanne-Smith, J. 2012. "Work-related suicide in Victoria, Australia: a broad perspective" in *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, vol. 19, Nr. 2, pp. 131-134.
- Rugulies, R. et al. 2012. "Bullying at work and onset of a major depressive episode among Danish female eldercare workers" in *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 38, Nr. 3, pp. 218-227.
- Rugulies, R.; Bültmann, U.; Aust, B.; Burr, H. 2006. "Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: Prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study" in *American Journal of Epidemiology*, vol. 163, Nr. 10, pp. 877-887.
- Rugulies, R.; Krause, N. 2008. "Effort-reward imbalance and incidence of low back and neck injuries in San Francisco transit operators" in *Occupational & Environmental Medicine*, vol. 65, Nr. 8, pp. 525-533.
- Rugulies, R.; Norborg, M.; Sørensen, T.S.; Knudsen, L.E.; Burr, H. 2009. "Effort-reward imbalance at work and risk of sleep disturbances: Cross-sectional and prospective results from the Danish Work Environment Cohort Study" in *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 66, Nr. 1, pp. 75-83.
- Sa, L.; Fleming, M. 2008. "Bullying, burnout, and mental health amongst Portuguese nurses" in *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 29, Nr. 4, pp. 411-426.
- Saastamoinen, P. et al. 2009. "Psychosocial risk factors of pain among employees" in *European Journal of Pain*, vol. 13, Nr. 1, pp. 102-108.
- Safe Work Australia. 2012a. *The cost of work-related injury and illness for Australian employers, workers and the community: 2008-09*. Canberra, Safe Work Australia.
- . 2012b. *Australian Work Health and Safety Strategy 2012-2022*. Canberra: Safe Work Australia.
- Saijo, Y.; Ueno, T.; Hashimoto, Y. 2008. "Twenty-four-hour shift work, depressive symptoms, and job dissatisfaction among Japanese firefighters" in *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 51, pp. 380-91.
- Sainsbury Centre for Mental Health. 2007. *Mental health at work: developing a business case, policy paper*. London: Centre for Mental Health.
- Salminen, S. et al. 2003. "Stress factors predicting injuries of hospital personnel" in *Scandinavian Journal of Industrial Medicine*, vol. 44, Nr. 1, pp. 32-36.
- Santana, V.; Santana, M. 2011. *Costs and impact on productivity in Brazilian industry: Leave of absence due to accidents and work related diseases*. Brasília: SESI.
- Sardiwalla, N.; VandenBerg, H.; Esterhuyse, K.G. 2007. "The role of stressors and coping strategies in the burnout experienced by hospice workers in South Africa" in *Cancer Nursing*, vol. 30, Nr. 6, pp. 488-497.
- Sauter, S.L. et al. 2002. "The changing organisation of work and the safety and health of working people: Knowledge gaps and research directions" in *Cincinnati National Institute for Occupational Safety and Health*.
- Schaufeli, W.; Greenglass, E. 2001. "Introduction to special issue on burnout and health" in *Psychology and Health*, vol. 16, pp. 501-510.
- Schnall, P. et al. 1998. "A longitudinal study of job strain and ambulatory blood pressure: Results from a 3-year follow-up" in *Psychosomatic Medicine*, vol. 60, pp. 697-706.
- Schnall, P.; Landsbergis, P.; Baker, D. 1994. "Job strain and CVD" in *Annual Review of Public Health*, vol. 15, pp. 381-411.
- Schneider, S. et al. 2005. "Workplace stress, lifestyle and social factors as correlates of back pain: a representative study of the German working population" in *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 78, Nr. 4, pp. 253-269.
- Schonfeld, I.S.; Bianchi, R. 2015. "Burnout or depression?" Paper presented at the 11th International Conference on Occupational Stress and Health of the APA/NIOSH/SOHP, Atlanta, GA, USA.
- Schultz, A.; Edington, D. 2007. "Employee health and presenteeism: A systematic review" in *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 17, Nr. 3, pp. 547-579.
- Selye H. 1974. *Stress without distress*. Philadelphia: J.B. Lippincott Co.
- Selye, H. 1936. "A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents" in *Journal of Neurophysiology & Clinical Neurosciences*.
- Shanafelt, T.D.; Chung, H.; White, H.; Lyckholm, L.J. 2006. "Shaping your career to maximize personal satisfaction in the practice of oncology" in *Journal of Clinical Oncology*, vol. 24, pp. 4020-26.
- Shankar, J.; Famuyiwa, O. 1991. "Stress among factory workers in a developing country" in *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 35, Nr. 2-3, pp. 163-171.
- Shields, M. 2006. "Stress and depression in the employed population" in *Health Reports*, vol. 17, Nr. 4, p. 18.
- Siedlecka, J. et al. 2012. "Job stress and blood pressure in public transport drivers" in *International Journal of Psychophysiology*, vol. 85, Nr. 3, 409.
- Siegrist, J. 1996. "Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions" in *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 1, pp. 27-41.
- Siegrist, J.; Rödel, A. 2006. "Work stress and health risk behaviour" in *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, vol. 32, Nr. 6, pp. 473-481
- Silva, L.S.; Barreto, S.M. 2012. "Adverse psychosocial working conditions and poor quality of life among financial service employees in Brazil" in *Journal of Occupational Health*, vol. 54(2), pp. 88-95.
- Sipsma, H. et al. 2013. "Poor mental health in Ghana: who is at risk?" in *BMC Public Health*, vol. 13, p. 288.
- Slany, C. et al. 2013. "Psychosocial work factors and long sickness absence in Europe" in *International Journal of Occupational and Environmental Health*, vol. 20(1), PP. 16-25.

- Sneddon, A.; Mearns, K.; Flin, R. 2013. "Stress, fatigue, situation awareness and safety in offshore drilling crews" in *Safety Science*, vol. 56, Nr. 0, pp. 80-88.
- Spurgeon, A.; Harrington, J.; Cooper, C. 1997. "Health and safety problems associated with long working hours: A review of the current position" in *Occupational & Environmental Medicine*, vol. 54, Nr. 6, pp. 367-375
- Stansfeld, S. et al. 1998. "Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: The Whitehall II study" in *Psychosomatic Medicine*, vol. 60, pp. 247-255.
- Stansfeld, S. et al. 1999. "Work characteristics predict psychiatric disorder: Prospective results from the Whitehall II study" in *Occupational & Environmental Medicine*, vol. 56, pp. 302-307.
- Stansfeld, S. et al. 2012. "Repeated job strain and the risk of depression: longitudinal analyses from the Whitehall II study" in *American Journal of Public Health*, vol. 102, Nr. 12, pp. 2360-2366.
- Stansfeld, S.; Candy, B. 2006. "Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review" in *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, vol. 32, Nr. 6, pp. 443-462.
- Statistics Canada. 2009. *Stress and well-being*. Health Reports. Statistics Canada Catalogue.
- Stenfors, C. et al. 2013. "Psychosocial working conditions and cognitive complaints among Swedish employees" in *PLoS One*, vol. 8, Nr. 4
- Stock, S.; Tissot, F. 2012. "Are there health effects of harassment in the workplace? A gender-sensitive study of the relationships between work and neck pain" in *Ergonomics*, vol. 55, Nr. 2, pp. 147-159.
- Stuckler, D. et al. 2009. "The public health effect of economic crises and alternative policy response in Europe: An empirical analysis" in *Lancet*, vol. 374, pp. 315-323.
- Suadcani, P. et al. 2013. "Job satisfaction and intention to quit the job" in *Occupational Medicine*, vol. 63, Nr. 2, pp. 96-102.
- Sultan-Taieb, H. et al. 2013. "The annual costs of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to job strain in France" in *BMC Public Health*, vol. 13, p. 748.
- Sultan-Taieb, H.; Chastang, J.F.; Mansouri, M.; Niedhammer, I. 2013. "The annual costs of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to job strain in France" in *BMC Public Health*, vol. 13, p. 748.
- Suominen, S. et al. 2007. "Job strain, life events, and sickness absence: a longitudinal cohort study in a random population sample" in *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 49, Nr. 9, pp. 990-996.
- Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT); Universidad Nacional de Avellaneda. 2015. *Estudio de adaptación y validación para argentina del cuestionario psicossocial de Copenhague (CoPsoQ-ISTAS2)*. Buenos Aires: SRT, Agosto 2015.
- Swaen, G. 2004. "Psychosocial work characteristics as risk factors for being injured in an occupational accident" in *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 46, Nr. 6, pp. 521-527.
- Tabanelli, C. et al. 2008. "Available instruments for measurement of psychosocial factors in the work environment" in *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 82(1), pp. 1-12.
- Takada, M. et al. 2009. "Associations between lifestyle factors, working environment, depressive symptoms and suicidal ideation: a large-scale study in Japan" in *Industrial Health*, vol. 47, Nr. 6, pp. 649-655.
- Takaki, J.; Taniguchi, T.; Hirokawa, K. (2013). "Associations of workplace bullying and harassment with pain" in *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 10, No. 10, pp. 4560-4570.
- Taris, T.; Van der Wal, I.; Kompier, M. 2010. "Large-scale job stress interventions: The Dutch experience" in Houdmont, J.; Leka, S. [Eds.] *Contemporary Occupational Health Psychology: Global perspectives in research and practice*. Chichester, England: Wiley-Blackwell.
- Tennant, C. 2000. "Work stress and coronary heart disease" in *Journal of Cardiovascular Risk*, vol. 7, Nr. 4, pp. 273-276.
- Tennant, C. 2001. "Work-related stress and depressive disorders" in *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 51, pp. 697-704.
- Thai Health Working Group. 2010. *Mental Health and Well-being of Workforce*. Health Indicators of Thailand's Workforce. Thailand: Thai Health Working Group.
- Theorell, T. 1998. "Measuring psychosocial factors in working life" in Working Life Research and Development News, Newsletter no 5. Stockholm, National Institute for Working Life.
- Thorsen, V.C.; Teten Tharp, A.L.; Meguid, T. 2011. "High rates of burnout among maternal health staff at a referral hospital in Malawi: A cross-sectional study" in *BMC Nursing*, Vol. 10, p. 9.
- Tominaga, M.; Asakura, T.; Akiyama, T. 2007. "The effect of micro and macro stressors in the work environment of computer professionals' subjective health status and productive behavior in Japan" in *Industrial Health*, vol. 45, Nr. 3, pp. 474-486.
- Trontin, C. et al. 2010. *Le coût du stress professionnel en France en 2007*. Paris: Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS).
- Tsai, S.Y. 2012. "A study of the health-related quality of life and work-related stress of white-collar migrant workers" in *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 9, Nr. 10, pp. 3740-3754.
- Tsutsumi, A. et al. 2007. "Low control at work and the risk of suicide in Japanese men: a prospective cohort study" in *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 76, Nr. 3, pp. 177-185.
- Tsutsumi, A.; Kawakami, N. 2004. "A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: Reducing occupational stress by implementing a new theory" in *Social Science & Medicine*, vol. 59, Nr. 11, pp. 2335-2359.
- UNI Global Union. 2010. *From Work-Life-Balance to Work-Life-Management*. UNI Europa P&MS Conference 2010 2-3 December 2010, Budapest, Hungary
- Väänänen, A.; Koskinen, A.; Joensuu, M.; Kivimäki, M.; Vahtera, J.; Kouvonen, A.; et al. 2008. "Lack of predictability at work and risk of acute myocardial infarction: An 18-year prospective study of industrial employees" in *American Journal of Public Health*, vol. 98, pp. 2264-2271.
- Vahtera, J.; Pentti, J.; Kivimäki, M. 2004. "Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees" in *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 58, Nr. 4, pp. 321-326.
- Van den Berg, T. et al. 2009. "The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: A systematic review" in *Occupational & Environmental Medicine*, Vol. 66, pp. 211-220.
- Van Gyes, G.; Székér, L. 2013. *Impact of the crisis on working conditions in Europe*. Dublin: Eurofound.
- Vecchio, N. et al. 2011. "Work-related injury in the nursing profession: an investigation of modifiable factors" in *Journal of Advanced Nursing*, vol. 67, Nr. 5, pp. 1067-1078.
- Velázquez, M. 2012. *Ispettorati del lavoro Europei affrontano i rischi psicosociali*. Italy: Società Nazionale degli Operatori della Prevenzione.
- Vézina, M. et al. 2011. *Québec Survey on Working and Employment Conditions and Occupational Health and Safety (EQCOTESST)*. Québec: Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Virtanen, M. et al. 2007. "Job strain and psychologic distress influence on sickness absence among Finnish employees" in *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 33, Nr. 3, pp. 182-187.
- Virtanen, M. et al. 2012. "Overtime Work as a Predictor of Major Depressive Episode: A 5-Year Follow-Up of the Whitehall II Study" in *PLoS One*, vol. 7(1): e30719.
- Virtanen, M. et al. 2015. "Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data" in *British Medical Journal*, vol. 350, g7772
- Visser, M. 2003. "Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists" in *Canadian Medical Association Journal*, vol. 168, Nr. 3, pp. 271-275.
- Von Bonsdorff, M. et al. 2010. "Employee well-being, early-retirement intentions, and company performance" in *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 52, Nr. 12, pp. 1255-1261.
- Walters, D. et al. 2012. *Worker representation and consultation on health and safety. An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Wall, T.D.; Corbett, J.M.; Martin, R.; Clegg, C.W.; Jackson, P.R. 1990. "Advanced manufacturing technology, work design and performance: a change study" in *Journal of Applied Psychology*, vol. 75, pp. 691-7.
- Wang, J. 2005. "Work stress as a risk factor for major depressive episode(s)" in *Psychological Medicine*, vol. 35, Nr. 6, pp. 865-871.
- Wang, J. et al. 2008. "The relationship between work stress and mental disorders in men and women: Findings from a population-based study" in *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 62, Nr. 1, pp. 42-47.
- Wang, L. et al. 2011. "Active job, healthy job? Occupational stress and depression among hospital physicians in Taiwan" in *Industrial Health*, vol. 49, pp. 173-184.
- Warr, P. 1994. Age and job performance. In: Snel J, Cremer R, editors. *Work and aging: A European perspective*. London and Bristol, PA: Taylor & Francis, LTD, pp. 309-322.
- Weber, A.; Hörmann, G.; Heipertz, W. 2007. "Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht" in *Dtsch Arztebl*, Vol. 104(43), pp. 2957-2962.
- Wemme, K.M.; Rosvall, M. 2005. "Work related and non-work related stress in relation to low leisure time physical activity in a Swedish population" in *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 59, Nr. 5, pp. 377-379.
- Westerlund, H.; Theorell, T.; Alfredsson, L. 2004. "Organizational instability and cardiovascular risk factors in white-collar employees: An analysis of correlates of structural instability of workplace organization on risk factors for coronary heart disease in a sample of 3,904 white collar employees in the Stockholm region" in *European Journal of Public Health*, vol. 14, Nr. 1, pp. 37-42.
- World Health Organization (WHO). 2002. *World Health Report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO.
- . 2003. Authored by S. Leka, A. Griffiths, & T. Cox, *Work Organization and Stress. Protecting Workers' Health Series*, Nr. 3. Geneva: WHO.
- . 2007a. Authored by I. Houtman, A., K. Jettinghoff, & L. Cedillo, *Raising awareness of stress at work in developing countries: A modern hazard in a traditional working environment: advice to employers and worker representatives*. Protecting Workers' Health Series, Nr. 6. Geneva: WHO.

- , 2007b. "Addressing psychosocial risks and work-related stress in countries in economic transition, in newly industrialized countries, and in developing countries". WHO GOHNET Special Newsletter.
- , 2007c. Authored by Juárez-García, A.; Schnall, P.L. "Psychosocial factors and work stress research in Mexico: A new Latin- American Network". WHO GOHNET Special Newsletter.
- , 2008. Authored by Leka, S.; Cox, T. *PRIMA-EF Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management: A Resource for Employers and Worker Representatives*. WHO Protecting Workers' Health series, number 9. Geneva: WHO.
- , 2010. *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview*. Geneva: WHO.
- , 2011a. *Gender, Work and Health*. Geneva: WHO.
- , 2011b. *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- , 2013. *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: WHO.
- World Bank Group. 2015. *World Development Report 2015: Mind, Society, and Behavior*. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
- World Federation for Mental Health (WFMH), 2012. *Depression: A Global Crisis*. World Mental Health Day, October 10, 2012.
- Wu, S. et al. 2011a. "A comparison of the effect of work stress on burnout and quality of life between female nurses and female doctors" in *Archives of Environmental and Occupational Health*, vol. 66, Nr. 4, pp. 193-200.
- Wu, S. et al. 2011b. "Depressive symptoms and occupational stress among Chinese female nurses: the mediating effects of social support and rational coping" in *Research in Nursing & Health*, vol. 34, Nr. 5, pp. 401-407.
- Wu, S. et al. 2012. "Effect of work stressors, personal strain, and coping resources on burnout in Chinese medical professionals: a structural equation model" in *Industrial Health*, vol. 50, Nr. 4, pp. 279-287.
- Xie, Z.; Wang, A.; Chen, B. 2011. "Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai" in *Journal of Advanced Nursing*, vol. 67, Nr. 7, pp. 1537-1546.
- Xu, W. et al. 2011. "Association between job stress and newly detected combined dyslipidemia among Chinese workers: findings from the SHISO study" in *Journal of Occupational Health*, vol. 53, Nr. 5, pp. 334-342.
- Yeh, M.; Yu, S. 2009. "Job stress and intention to quit in newly-graduated nurses during the first three months of work in Taiwan" in *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, Nr. 24, pp. 3450-3460.
- Yildirim, D.; Yildirim, A.; Timucin, A. 2007. "Mobbing behaviors encountered by nurse teaching staff", *Nursing Ethics*, vol. 14, Nr. 4, pp. 447-463.
- Yu, S. et al. 2008. « Psychosocial work environment and well-being: A cross-sectional study at a thermal power plant in China" in *Journal of Occupational Health*, vol. 50, Nr. 2, pp. 155-162.
- Zazzetti, F.; Carricaburu, M.V.; Ceballos, J.L.; Miloc, E. 2011. "Prevalencia de síndrome de burnout en médicos y enfermeros de unidades de terapia intensiva privadas en argentina" in *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, vol. 17, Nº 2, pp.120 a 128
- Zhang, X. et al. 2011. "Occupational stress and psychosomatic complaints among health professionals in Beijing, China" in *Work*, vol. 40, Nr. 2, pp. 239-45.
- Zickar, M.J. 2003. "Remembering Arthur Kornhauser: industrial psychology's advocate for worker well-being" in *Journal of Applied Psychology*, vol. 88(2), pp. 363-9.
- Zohar, D. 1980. "Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications" in *Journal of Applied Psychology*, vol. 65, pp. 95-102.
- , 2000. "A group level model of safety climate: testing the effects of group climate on microaccidents in manufacturing jobs" in *Journal of Applied Psychology*, vol. 85, pp. 587-96.

Traducerea acestei broșuri a fost realizată de Inspecția Muncii, astfel:

Steluța OPRIȘANU, consilier (pp. 1-18),

Flavia – Iustina BOSNARI, consilier (pp. 18-35),

Mihaela PÂRLEA, consilier (36-57).

Machetare și formatare: Steluța OPRIȘANU și Vasile Victor ROTARU.

Este interzisă multiplicarea acestei lucrări în scopuri comerciale. Lucrarea este proprietatea Organizației Internaționale a Muncii, iar Inspecția Muncii a primit drepturile legale de traducere și publicare online.

Inspecția Muncii sau inspectoratele teritoriale de muncă nu pot fi făcute responsabile pentru conținutul acestei lucrări ori cu privire la consecințele care decurg din utilizarea acesteia.

Editor: INSPECȚIA MUNCII

Publicat la București, iunie 2016



LABOUR ADMINISTRATION, LABOUR INSPECTION AND
OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH BRANCH (LABADMIN/OSH)

☎ Tel: +41 22 799 67 15

☎ Fax: +41 22 799 68 78

✉ Email: safeday@ilo.org

www.ilo.org/safeday