

**WHO guidelines on  
mental health at work**

**일터에서의  
정신건강에 대한  
세계보건기구의  
가이드라인**

번역, 감수: 한국직무스트레스학회



한국직무스트레스학회



ISBN 978-92-4-005305-2 (전자본)

ISBN 978-92-4-005306-9 (인쇄본)

세계보건기구 2022

일부 권리 보유. 이 가이드라인은 크리에이티브 커먼즈 라이선스(저작자표시-비영리-동일조건변경허락 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>)로 제공됩니다.

본 라이선스의 조건에 따라 아래와 같이 이 가이드라인이 적절히 인용될 경우 비상업적인 목적으로 해당 작업을 복사, 재배포 및 수정할 수 있습니다. 이 가이드라인을 사용할 때, 세계보건기구가 특정 조직, 제품 또는 서비스를 보증한다고 제시할 수 없습니다. 세계보건기구의 로고를 사용하는 것은 허용되지 않습니다. 작업을 수정할 경우 동일하거나 동등한 크리에이티브 커먼즈 라이선스로 가이드라인에 대한 라이선스를 부여해야 합니다. 이 가이드라인의 번역본을 작성하는 경우 제안된 인용문과 함께 다음과 같은 고지 사항을 추가해야 합니다. “이 번역본은 세계보건기구(WHO)에서 작성한 것이 아닙니다. 세계보건기구는 이 번역의 내용이나 정확성에 대해 책임을 지지 않습니다. 원본 영문판이 구속력 있고 진정한 판본이어야 합니다.”

라이선스에 따라 발생하는 분쟁과 관련된 모든 조정은 세계 지적 재산권 기구(<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>) 의 조정 규칙에 따라 수행되어야 합니다.

## 인용

WHO guidelines on mental health at work. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## 출판예정도서목록(Cataloging-in-Publication, CIP) 데이터

CIP 데이터는 <http://apps.who.int/iris> 에서 확인할 수 있습니다.

## 판매, 권리 및 라이선스

세계보건기구의 간행물을 구입하려면 <http://apps.who.int/bookorders> 을 참조하십시오. 상업적 사용에 대한 요청과 권한 및 라이선스에 대해 질의하려면 <https://www.who.int/copyright> 을 참조하십시오.

## 제 3자의 저작물

표, 그림 또는 이미지와 같이 제3자에게 귀속된 본 가이드라인의 저작물을 재사용하고자 하는 경우, 재사용에 대한 허가가 필요한지 판단하여 저작권자의 허가를 받아야 합니다. 가이드라인에서 제3자 소유의 저작물에 대한 소유권을 침해하여 발생하는 소송이나 청구의 위험은 전적으로 사용자에게 있습니다.

## 일반적인 고지 사항

본 간행물에서 채택된 명칭과 자료의 제시는 국가, 영토, 도시 또는 지역의 법적 지위 또는 국경 또는 경계의 구분에 관해서는 세계보건기구의 입장을 표명한 것이 아님을 밝혀둡니다. 지도에서 점선은 각국의 동의 여부와 관계없는 대략적인 경계선을 나타낸 것 뿐입니다.

특정 회사 또는 특정 제조업체의 제품에 대한 언급이 있을 수 있습니다. 그러나 이것은 세계보건기구가 이 제품을 다른 유사한 제품보다 더 추천한다는 것을 의미하지 않습니다. 오류 및 누락을 제외하고, 소유권이 있는 제품의 이름은 첫 글자를 대문자로 표기하여 구분합니다.

세계보건기구는 본 간행물에 포함된 정보를 확인하기 위해 최선의 조치를 취했습니다. 그러나 출판된 자료는 어떠한 종류의 보증 없이 배포되고 있는 중입니다. 자료의 해석과 사용에 대한 책임은 독자에게 있습니다. 세계보건기구는 본 간행물의 사용으로 발생한 손해에 대해 어떠한 법적 책임도 지지 않습니다.

Credit for cover photos (in this order): NOOR /Sebastian Liste, WHO

Blink media – Hannah Reyes Morales.

Graphic design and layout: Kellie Hopley Design Ltd.

## ■ 감사 인사

2022년에 직업과 관련된 정신건강을 증진하고, 정신질환을 예방하고, 질환을 가진 사람들을 지원하기 위한 근거 기반의 국제적인 가이드라인으로서 세계보건기구(WHO)는 “WHO guidelines on mental health at work”를 발표하였다. 이 가이드라인을 통해, 긍정적인 정신건강 증진과 정신건강 문제를 예방하기 위한 조직적 개입, 관리자 및 노동자 훈련, 개인적 개입, 정신건강 문제로 휴직 후 직장에 복귀하는 경우, 그리고 정신건강 질환을 가진 사람들의 고용에 대한 근거 기반의 글로벌 공중 보건의 권고안을 제시하고 있다. 특히 정신건강문제를 가진 노동자를 위한 조직적 개입, 관리자 훈련과 정신건강 질환을 가진 사람들의 고용의 권고안에 대해서는 ‘강력한 권고’를 제시하고 있다.

국내에서도 업무상 질환에서 정신질환이 점점 증가하고 있고, 직장내 괴롭힘 관련 법들이 제정된 후, 사회 및 사업장들에서도 이에 대한 관심들이 점차 증가하고 있는 시점에, 세계보건기구에서 발표한 이 국제적인 가이드라인은 국내에서도 중요한 의미를 가질 것으로 판단하여, 한국직무스트레스학회에서 번역 및 감수를 하였다.

이 가이드라인은 정신건강 및 직업병 분야에서 정책 개발, 서비스 기획 및 전달을 위한 국가와 직장 수준에서 조치를 용이하게 하는데 많은 도움이 될 것으로 기대되고 있다. 국내에서도 많은 도움이 되기를 기대한다.

마지막으로 바쁜 시간 중에도 좋은 의도에 동참해, 재능기부형태로 번역 및 감수에 참여해 주신 여러 교수님들께 감사드린다. 전체 총괄기획을 맡은 송한수 교수님과, 함께 참여해 주신 최원준, 이준희, 김형렬, 윤진하, 김인아, 이종인, 이동욱 교수님들께 다시 한번 감사드린다.

2023. 7

한국직무스트레스학회  
학회장 박 신 구



## 번역, 감수에 참여해 주신 분들

송한수(조선대 병원 직업환경의학과)

최원준(가천대 길병원 직업환경의학과)

이준희(순천향대학교 서울병원 직업환경의학과)

김형렬(가톨릭대학교 서울성모병원 직업환경의학과)

윤진하(세브란스 병원 직업환경의학과)

김인아(한양대학교 직업환경의학교실)

이종인(가톨릭대학교 서울성모병원 직업환경의학과)

이동욱(인하대병원 직업환경의학과)

박신구(인하대병원 직업환경의학과)

# CONTENTS

한국직무스트레스학회

08 서문

10 약어

11 요약

20 배경

28 방법: 가이드라인이 개발된 방법

29 권고안

-조직의 개입에 대한 권장 사항

-관리자 훈련에 대한 권장 사항

-노동자 훈련에 대한 권장 사항

-개인별 개입에 대한 권장 사항

-정신건강문제로 휴직 후 복귀한 사람에 대한 권고 사항

-정신건강문제가 있는 사람들을 고용하기 위한 권장사항

-핵심질문: 선별 프로그램

97 연구의 공백

## 103 가이드라인의 보급 및 업데이트

## 107 용어설명

부록1. 가이드라인 기여자

부록2. 이해관계 선언 및 이해 충돌 관리

부록3. 범위 개발주요 질문 및 결과

부록4. 근거 검토 및 뒷받침하는 근거

부록5. 권장 사항 개발

부록6. 가이드라인 작성 및 외부검토

## 139 참고문헌

웹 부록 : 근거 프로필 및 뒷받침하는 근거

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

## 서 문

일하는 사람은 모든 사람과 마찬가지로 고용 유형에 관계없이 직장에서 도달 가능한 최고 수준의 정신건강을 누릴 고유한 권리가 있습니다. 그리고 정신건강 문제가 있는 사람들도 일터를 구하고, 참여하고, 성공할 권리가 있습니다. 정부와 고용주는 노동자에게 과도한 스트레스와 정신건강 위험으로부터 노동자를 보호할 수 있는 작업을 제공하고, 노동자의 정신건강과 안녕(well-being)을 보호 및 증진하며, 사람들이 낙인, 차별 또는 학대없이 완전하고 효과적으로 일할 수 있도록 지원함으로써 그러한 권리를 옹호할 책임이 있습니다.

게다가 직업의 세계는 변하고 있습니다. 전 세계적으로 기술, 세계화, 인구학적 변화, 비상사태 및 기후 변화는 우리가 일하는 방식과 장소를 재편하고 있습니다. COVID-19 팬데믹은 노동 시장을 혼란에 빠뜨리고 특히 원격 작업, 전자 상거래 및 자동화 분야에서 변화를 가속화했습니다. 일부 일자리가 사라지고 있고, 일부는 생성되고 있으며, 거의 모든 것이 변하고 있습니다. 이러한 변화는 일터에서 기존의 스트레스를 더 악화시키거나 새로운 압력을 생성하여 정신건강을 해칠 가능성을 높이고 있습니다.

직장에서 정신건강을 효과적으로 다루는 것은 미래의 직장과 변화하는 세상에 대비하는 데 도움이 될 것입니다.

일터에서 정신건강을 관리하는 것은 어려울 수 있습니다. 그러나 부담스럽게 여겨서는 안 됩니다. 오히려 성장과 지속 가능한 발전의 기회를 제공합니다. 안전하고 건강하며 포용적인 직장은 정신 및 신체 건강을 향상시킬 뿐만 아니라 결근(absenteeism)을 줄이고 업무 성과와 생산성을 향상시키며 직원의 사기와 동기를 높이고 동료 간의 갈등을 최소화합니다. 사람들이 정신건강이 좋으면 삶의 스트레스에 더 잘 대처하고, 자신의 능력을 깨닫고, 잘 배우고 일하며, 지역 사회에 적극적으로 기여할 수 있습니다. 그리고 사람들이 좋은 근무 조건을 가질 때 정신 건강이 보호됩니다.

이 가이드라인은 노동자의 정신건강을 더 잘 예방, 보호, 증진 및 지원하기 위해 시행할 수 있는 개입에 대한 근거 기반 권장 사항을 제공합니다. 또한 조직적 개입, 관리자 및 노동자 훈련 및 개인을 위한 개입의 중요성을 강조합니다. 정신건강 문제가 있는 노동자에게 특별한 주의를 기울이고 이들이 취업하거나, 부재 후 직장으로 복귀하거나, 직장에서 합리적인 편의를 제공받을 수 있도록 지원하는 데 사용할 수 있는 개입에 대해 더 집중합니다. 세계보건기구(WHO)는 노동자의 정신건강을 증진하고 보호하기 위해 회원국 지원에 최선을 다하고 있습니다. 실제로 2013-2030년 종합 정신건강 행동 계획은 모든 국가가 모든 사람을 위해 안전하고 지지적이며 품위 있



는 근로 조건을 촉진할 것을 강조합니다. 건강, 환경 및 기후 변화에 관한 WHO 글로벌 전략은 일터가 특히 비전염성 질병에 대한 예방가능한 위험에 대처할 수 있는 곳으로 일터(workplaces)에 주목합니다. 이 가이드라인은 ‘일터에서 정신건강’을 위한 효과적 예방, 증진 및 지원을 보장할 수 있는 근거 기반 조치를 위한 체계를 제공합니다. 이를 통해 일터가 실행을 위한 플랫폼으로 주목받도록 하는 이정표가 될 것입니다.

모든 국가와 여러 분야에서 기업과 사회의 부는 노동자의 정신건강에 달려 있습니다.

우리는 정부, 기업 및 직업 세계의 모든 이해관계자가 정신건강을 증진하고 보호하며, 안전하고 건강하며 포용적인 일터를 확보하기 위한 효과적인 도구로 이 가이드라인을 사용하고 이행할 것을 권장합니다.

Soumya Swaminathan  
(WHO 수석 과학자)

## ■ 약어

약어	영문	국문
CBT	cognitive behavioural therapy	인지 행동 치료
CerQual	confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research	질적 연구의 검토에서 근거에 대한 신뢰
cRCT	cluster-randomized controlled trial	클러스터 무작위 통제 시험
CRE	WHO office of compliance, risk management and ethics	WHO 규정 준수, 위험 관리 및 윤리 사무국
ERG	external review group	외부 검토 그룹
EtD	evidence-to-decision (framework)	결정에 대한 근거(프레임워크)
GDG	guideline development group	가이드라인 개발 그룹
GRADE	grading of recommendations, assessment, development and evaluation	추천 등급, 평가, 개발 및 평가
GRC	WHO guideline review committee	WHO 가이드라인 검토 위원회
ICD	international classification of diseases	질병의 국제 분류
ILO	International Labour Organization	국제노동기구
LMIC	low- and middle-income country	저소득 및 중간 소득 국가
mhGAP	WHO mental health gap action programme	WHO 정신건강 격차 조치 프로그램
MHPSS	mental health and psychosocial support	정신건강 및 심리 사회적 지원
PICO	population intervention comparator outcome	인구 개입 비교 결과
RCT	randomized controlled trial	무작위 대조 시험
RTO	responsible technical officer	담당 기술 책임자
SME	Small and medium enterprise	중소기업
UN	United Nations	유엔
UNCRPD	United Nations convention on the rights of persons with disabilities	장애인의 권리에 관한 유엔 협약
WHO	World Health Organization	세계보건기구
WHO SG	World Health Organization steering group	세계보건기구 운영 그룹

## 요 약

전 세계 인구의 대부분에서 정신건강과 직장은 밀접하게 얽혀 있습니다. 정신건강은 정신건강 문제가 없다는 것 이상을 의미합니다. 정신건강은 사람들이 삶의 스트레스에 대처하고, 자신의 능력을 깨닫고, 잘 배우고 잘 일하며, 지역 사회에 기여할 수 있게 해주는 정신적 안녕(well-being) 상태입니다.

정신건강 문제는 업무가 정신건강 상태에 인과적으로 기여했는지 여부와 관계없이 발생합니다. 열악한 정신건강은 개인의 인지, 행동, 정서, 사회적 관계적 안녕, 기능, 신체적 건강, 개인의 정체성, 업무와 관련된 안녕(well-being)에 부정적인 영향을 미칩니다. 결과적으로 직장에서 발휘되는 개인의 능력은 생산성, 수행능력의 저하, 안전하게 작업할 수 있는 능력의 감소 또는 작업 유지 또는 확보의 어려움을 통해 손상될 수 있습니다.

프리젠�티즘(즉, 가장 큰 금전적 비용이 발생하는 생산성 손실), 결근(absenteeism) 및 이직은 노동자와 고용주 모두에게 영향을 미치고 결과적으로 사회 경제에 영향을 미칩니다. 근로 연령 성인의 약 15%가 어느 시점에서든 정신 장애를 가지고 있습니다. 정신건강 영역에서 공중 보건 문제의 규모는 이를 해결하기 위한 투자 규모보다 큼니다. 산업안전보건에 관한 국가 정책을 통해 노동자의 신체적, 정신적 건강 보호를 촉구하는 국제 협약이 있음에도 불구하고 이는 사실입니다.

이 가이드라인을 통해, 세계보건기구(WHO)는 긍정적인 정신건강 증진과 정신건강 문제를 예방하기 위한 조직적 개입, 관리자 및 노동자 훈련, 개인적 개입에 대한 근거 기반의 글로벌 공중 보건의 지침을 제공합니다. 정신건강 문제로 휴직 후 직장에 복귀하는 경우와 정신건강 문제를 가진 사람들을 고용하는 문제도 포함합니다. 이 가이드라인은 모든 노동자들을 대상으로 개입의 제공여부나 개입의 방법을 제시합니다. 예를 들어 일터에서는 보편적으로, 정신건강 상태에 위험이 있는 노동자에 대해서는 선택적으로, 정서적 고통을 겪고 있는 것으로 드러난 노동자에 대해서는 명시적으로. 이번에 새로운 세계보건기구의 권장 사항이 제공되면, 정신 및 산업 건강 영역과 정책 개발, 서비스의 기획 및 제공 분야에서 국가 및 사업장 수준의 실천을 촉진할 것으로 기대됩니다. 이 가이드라인은 일터에서 정신건강을 위한 근거 기반 개입을 더 실천하도록 할 것입니다.

이 가이드라인은 세계보건기구의 가이드라인 개발 핸드북에 따라 개발되었으며 근거 기반 가이드라인에 대한 국제 표준을 충족합니다. 세계보건기구 운영 그룹은 가이드라인 개발그룹(GDG)과 협력하여 가이드라인 개발에 중요한 질문을 확인하기 위해 핵심 질문을 개발하고 결과를 평가했습니다. 모든 개별 가이드라인 기여자의 이해 상충은 세계보건기구의 규정 준수, 위험 관리 및 윤리(CRE; Compliance, Risk Management and Ethics) 정책에 따라 선언, 평가 및 관리되었습니다.

GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) 접근 방식에 따라 요약된 결과표를 개발하기 위해 체계적으로 근거를 검토하였습니다. 가이드라인 개발그룹 (GDG)은 다음과 같은 다양한 요소를 고려한 권장 사항을 개발했으며 다음과 같습니다: 근거의 확실성, 바람직하고 바람직하지 않은 효과 사이의 균형, 수혜자의 가치와 선호도, 자원 요구 사항 및 비용-효율성, 건강 형평성, 평등 및 차별, 실현 가능성, 인권, 그리고 사회문화적 수용성.

## 조직적 개입에 대한 권고사항

### 1. 보편적인 조직적 개입

노동자의 정서적 고통을 줄이고 업무 관련 결과를 개선하기 위해 참여적 접근법을 포함한 개입을 포함하여 심리사회적 위험 요인을 다루는 조직적 개입을 고려할 수 있습니다.

근거의 확실성 : 매우 낮음 / 권고 수준 : 조건부 권고 (conditional recommendation)

### 2. 보건의료, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원에 대한 조직적 개입

업무량 감소, 일정 변경, 의사소통 및 팀워크 개선과 같은 심리사회적 위험 요소를 다루는 조직적 개입은 정서적 고통을 줄이고 업무 관련 결과를 개선하기 위해 보건의료, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원에게 고려될 수 있습니다.

근거의 확실성 : 매우 낮음 / 권고 수준 : 조건부 권고 (conditional recommendation)

### 3. 정신건강문제를 가진 노동자를 위한 조직적 개입

국제 인권 원칙에 따라 심리사회적 장애를 포함한 정신건강 문제가 있는 노동자를 위해 일터에서의 정당한 편의 제공이 구현되어야 합니다.

근거의 확실성 : 매우 낮음 / 권고 수준 : 강력한 권고 (strong recommendation)

## 관리자 훈련에 대한 권고사항

### 4. 정신건강을 위한 관리자 훈련

노동자의 정신건강을 지원하기 위한 관리자 훈련(training)은 정신건강에 대한 관리자의 지식, 태도 및 행동을 개선하고 노동자의 도움을 구하는 행동을 증진하기 위해 시행해야 합니다.

근거의 확실성 : 중간 / 권고 수준 : 강력한 권고 (strong recommendation)

### 5. 보건의료 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원을 위한 관리자 훈련

보건의료 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원들의 정신건강을 지원하기 위한 관리자 훈련을 정신건강에 대한 관리자들의 지식, 태도, 행동을 개선하기 위해서 제공해야 한다.

근거의 확실성 : 중간 / 권고 수준 : 강력한 권고 (strong recommendation)

## 노동자 훈련에 대한 권고사항

### 6. 정신건강 문해력 및 인식에 관한 노동자 훈련

정신건강 문해력 및 인식에 관한 노동자 훈련은 낙인을 찍는 태도를 포함하여 일터에서 훈련생의 정신건강 관련 지식 및 태도의 개선을 위해 제공될 수 있다.

근거의 확실성 : 매우 낮음 / 권고수준 : 조건부 권고 (conditional recommendation)

### 7. 정신건강 문해력 및 인식에 관한 보건의료 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원 훈련

정신건강 문해력 및 인식에 관한 보건의료 노동자, 인도주의, 응급구조요원 훈련은 편견과 낙인을 포함하여 일터에서 훈련생의 정신건강 관련 지식 및 태도를 개선하기 위해 제공될 수 있다.

근거의 확실성 : 매우 낮음 / 권고수준 : 조건부 권고 (conditional recommendation)

## 개인적 개입에 대한 권고사항

### 8. 보편적인 개인적 개입

#### 8A

마음챙김(mindfulness) 또는 인지행동 접근법에 기초한 개입 등 노동자들의 스트레스 관리 역량 구축을 위하여 보편적으로 제공되는 심리사회적 개입은 노동자들의 긍정적인 정신건강을 증진하고, 정서적 고통을 줄이고, 업무 효율성을 높이기 위하여 고려될 수 있다.

근거의 확실성 : 낮음 / 권고 수준 : 조건부 권고 (conditional recommendation)

#### 8B

저항 훈련, 근력 운동, 유산소 운동, 걷기, 요가 등 여가 기반의 신체 활동의 기회는 노동자들의 정신건강과 신체 능력을 증진하기 위하여 고려될 수 있다.

근거의 확실성: 매우 낮음 / 권고 수준: 조건부 권고 (conditional recommendation)

### 9. 보건의로 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원을 위한 개인적 개입

#### 9A

마음챙김 또는 인지행동 접근법에 기반한 개입과 같이 노동자의 스트레스 관리 기술을 구축하는 것을 목표로 삼아 보편적으로 제공되는 심리사회적 개입은 보건의로 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원이 긍정적인 정신건강을 증진하고 정서적 고통을 줄이기 위해 고려될 수 있다.

근거의 확실성 : 낮음 / 권고 수준 : 조건부 권고 (conditional recommendation)

#### 9B

스트레스 관리 및 자기 관리 훈련 또는 의사소통 기술 훈련 등의 심리사회적 개입은 정서적 고통을 겪고 있는 보건의로 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원들을 위해 사용될 수 있다.

근거의 확실성 : 낮음 / 권고 수준 : 조건부 권고 (conditional recommendation)

## 10. 정서적 고통을 가진 노동자들을 위한 개인적 개입

### 10A

정서적 고통을 가진 노동자들에게 마음챙김이나 인지행동 접근법, 또는 문제해결 훈련 등의 심리사회적 개입은 이러한 증상을 줄이고 업무 효율성을 향상시키기 위하여 고려될 수 있다.

근거의 확실성 : 매우 낮음 / 권고 수준 : 조건부 권고 (conditional recommendation)

### 10B

정서적 고통을 가진 노동자들에게 유산소 훈련 및 웨이트 트레이닝과 같은 신체 운동은 이러한 증상을 줄이기 위하여 고려될 수 있다.

근거의 확실성 : 매우 낮음 / 권고 수준 : 조건부 권고 (conditional recommendation)

## 정신건강문제로 휴직 후 복귀한 사람에 대한 권고사항

## 11. 정신건강을 위한 관리자 훈련

정신건강 문제로 휴직(absence) 중인 사람들에게 정신건강 증상의 완화 및 휴직 기간의 단축 위해서 (a)직무중심 치료(work-directed care)에 더해서 근거 기반의 정신건강 임상 치료(병행), 또는 (b)근거 기반의 정신건강 임상 치료(단독)가 고려되어야 한다.

근거의 확실성 : 낮음 / 권고 수준 : 조건부 권고 (conditional recommendation)

## 정신건강 질환을 가진 사람들의 고용을 위한 권고사항

## 12. 정신건강 질환을 가진 사람들의 고용

심리사회적 장애를 포함하여 심각한 정신건강 질환을 가진 사람들이 일자리를 얻고 유지할 수 있도록 강화된 지원고용(augmented supported employment)과 같은 직업 및 경제적 참여를 포함하는 회복 지향의 전략이 제공되어야 한다.

근거의 확실성 : 낮음 / 권고수준 : 강력한 권고 (strong recommendation)



## 선별검사 프로그램

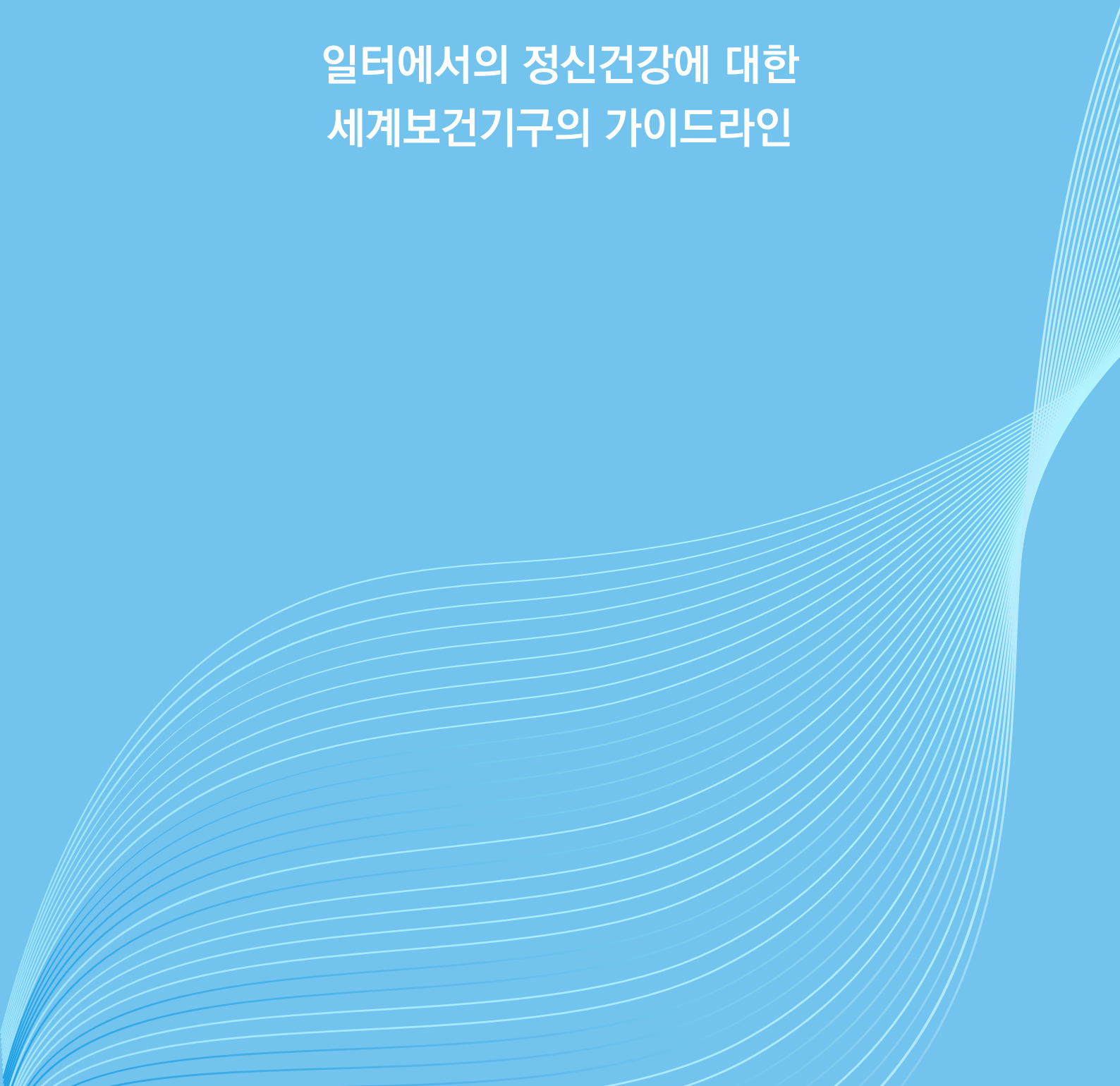
### 핵심질문 13 : 선별검사 프로그램

선별검사 프로그램으로 인한 잠재적인 혜택이 잠재적인 폐해를 능가하는지는 불분명하기 때문에, 가이드라인 개발 그룹(GDG)은 고용 기간 중의 선별검사 프로그램에 대해 우호적이거나 반대되는 권고안을 만들지 않았다.

# WHO guidelines on mental health at work



# 일터에서의 정신건강에 대한 세계보건기구의 가이드라인



## 배 경

대부분의 사람들에게 정신건강과 일은 통합적으로 얽혀 있다. 정신적 건강함이란 단순히 정신건강상 문제가 없음을 의미하는 것이 아니다. 오히려 정신적 건강함이란 사람들이 삶의 스트레스에 대처하고, 자신의 능력을 인식하며, 학습을 잘하고 일을 잘하며, 자신의 공동체에 기여할 수 있는 정신적 안녕(well-being)의 상태이다. 정신건강상 문제는 일이 인과적으로 기여했는지와는 관계없이 발생한다. 나쁜 정신건강은 개인의 인지적, 행동적, 정서적, 사회적, 관계적 안정 및 기능, 그들의 신체적 건강, 그리고 일과 관련된 그들의 개인적 정체성 및 안녕(well-being)에 부정적인 영향을 미친다. 직장에서 한 사람의 능력은 생산성 및 수행력이 감소하고, 안전하게 일할 수 있는 능력이 감소하고, 일자리를 유지하거나 얻을 때 어려움을 겪으면서 악화될 수 있다. 프리젠티즘(presenteeism) (즉, 가장 큰 금전적 비용이 발생하는 생산성의 손실), 결근(absenteeism), 직원들의 이직은 노동자들과 고용주에게 모두 영향을 미치며, 이는 결국 사회의 경제에도 영향을 미친다.

근로연령층 성인 중 약 15%가 어느 시점에서든 정신질환을 갖게 된다.<sup>1)</sup> 2019년 현재 세계적으로 3억 100만 명의 사람들이 불안장애를 가진 채 살고 있고, 2억 8000만 명이 우울증을 가진 채 살고 있으며, 6400만 명의 사람들이 조현병 또는 양극성 장애를 가진 채 살고 있고, 매년 70만 3000명이 자살로 죽고 있다(1). 이러한 개인들 중의 상당수가 노동 연령이었다. (우울증 및 불안감과 같은 흔한 정신장애처럼) 가장 널리 퍼진 정신건강 질환이 전 세계적으로 매년 1조 달러의 비용을 발생시키는 것으로 추정되며, 이는 주로 생산성 손실에 의한 것이다(2). (조현병 및 양극성 장애와 같은) 심리사회적 장애(psychosocial disabilities)<sup>2)</sup>를 포함하여 심각한 정신건강 질환을 가진 사람들은 경제활동에 참여하는 것이 회복에 있어서 중요함에도 불구하고, 낙인 및 차별과 같은 이유들 때문에 대부분 직업에서 배제된다.

직업은 정신건강의 사회적 결정요인이다. 의미있는 일은 정신건강을 보호한다. 그것은 한 사람의 성취감, 자신감, 소득에 기여하며, 심리사회적 장애를 가진 사람들의 회복 및 참여에 영향을 미친다. 그러나 유해하고 열악한 작업 조건, 위험한 업무환경과 업무조직, 열악한 업무관계 또는 실직, 그리고 이러한 조건에 장기간 노출되는 것은 정신건강을 크게 악화시키거나 기존 정신질환을 더 악화시킬 수 있다. 심리사회적 위험(psychosocial risk) 이라고도 하는 특정한 위험 요인들이 일터에서의 정신건강에 미치는 영향에 대해서는 합리적인 합의가 존재한다

1) 글로벌 질병부담(GBD) 결과 도구. 인터넷: 글로벌 건강 데이터 익스체인지(Global Health Data Exchange) 웹사이트. 시애틀: 건강 지표 및 평가 연구소(IHME). 2019년 자료.

<http://ghdx.healthdata.org>. 2021년 11월 1일에 확인. 주의: 이 자료들은 IHME GBD 2019 데이터이며, ICD-11 카테고리를 반드시 대변하는 것은 아니다.

2) WHO는 정신건강 질환을 가진 많은 사람들이 '심리사회적 장애(psychosocial disability)'라는 용어를 선호한다는 것을 인지하고 있다. 본 문서에서는 일관성을 유지하기 위하여 "정신건강 문제(mental health condition)"이라는 표현을 사용할 것이며, 필요한 경우에는 "심리사회적 장애를 포함하는 정신건강 질환"이라는 표현을 사용할 것이다. 따라서 심리사회적 장애는 "정신건강 질환"이라는 포괄적인 정의에 포함된다.

(3). 글상자 1에는 이러한 위험 요인들 중의 일부가 열거되어 있지만, 추가적인 위험들이 특정 국가나 직업에서 등장할 수 있고, 세월에 따라 일의 문화가 변하고 사회적으로 주요한 사건(글로벌 팬데믹 또는 분쟁 등)이 생기는 것처럼 새로운 위험 요소들이 나타날 수 있다.

사회적 사건들은 정신건강과 일에 영향을 미친다. 경기침체나 경제비상은 일자리 축소, 금융 불안정, 조직의 구조조정, 고용 기회의 감소, 실업률 증가, 정규직 또는 정식 계약 없는 일자리의 증가와 같은 위험을 유발한다(4). 일은 나이, 카스트, 계급, 장애, 성적 정체성, 이주 신분, 인종/민족, 종교적 신념, 성적 지향과 같은 사회인구학적 요인들 및 교차성(intersectionality, 여러 다양한 차별적 요소들이 서로 결합하여 복합적으로 영향을 미치는 것-역주)에 기반한 차별 및 불평등을 포함하여 정신건강에 부정적인 영향을 주는 폭넓은 이슈들을 증폭시키는 하나의 축소판이 될 수 있다. 학령기 집단에서의 괴롭힘을 다루는 것은 사람들의 주목을 끌지만 (제 3자에 의한 것이든, 동료들 사이에 의한 것이든), 성인들이 일하면서 경험하는 수많은 학대 행위는 언급되지 않는다(5, 6). 가장 결정적으로는 정신질환에 대한 낙인이 일터에서 정신질환을 공개하고(7), 정신질환을 가진 사람들을 위해 일터에서 지원을 실행하고, 사용할 수 있는 지원들을 활용하는데 큰 장벽이 되고 있다.

전 세계 노동자 인구의 60%가 넘는 약 20억 명의 노동자들이 비공식 경제(informal economy) 영역에 종사하고 있다(8). 공식(formal) 영역과 비교하면, 비공식 노동자들은 여성 또는 주변부 집단의 구성원들인 경우가 많으며, 이들은 의료서비스에 접근할 수 있는 사회적 보호를 제공받지 못하고 저임금 과 열악한 노동 여건이 결합되어 정신건강이 악화될 위험이 있다(9-11). 그리하여 심리사회적인 위험에 더욱 많이 노출될 수 있는 노동자들은 항상 그렇지는 않더라도 농업노동자, 노점상, 가사노동자, 임시노동자, 가족 사업체 또는 깃 경제(gig economy)와 같은 비공식 경제에 종사하고 있다.<sup>3)</sup> 사람들의 작업방식의 변화는 경제 발전에 도움이 될 수도 있지만, 노동자들이 점점 더 긴 시간을 일하게 되면서 업무상 스트레스를 악화시킬 수도 있다. 전 세계적으로 노동력의 3분의 1이 주당 48시간 이상 일하는 것으로 추정되는데, 특히 자원 투입이 적은 환경일수록 더욱 그렇다(12). 유연근무와 원격근무는 코로나19 팬데믹의 시기에 일부 분야에서 가치 있는 것으로 입증되었지만, 그것의 영향에 대한 지식이 점점 증가하자 장점과 단점이 혼재되어 있음을 보여주고 있다(13).

3) 깃 이코노미(gig economy)는 임시직 일자리가 흔하고 사용자들은 단기적인 업무를 위해서 독립적인 노동자를 채용하는 자유시장 시스템이다.

## 글상자 1. 일터에서의 정신건강에 영향을 미치는 심리사회적 위험

일터와 연관되어 정신건강에 좋지 않은 (그리고 신체건강에 좋지 않은) 위험 요인들로 널리 알려진 10가지의 범주(14, 15번 문헌에서 발췌).

### ▪ 작업 내용 / 업무 설계:

예) 다양성의 결여 또는 짧은 작업 주기, 파편화된 작업 또는 무의미한 작업, 기술의 과소 활용, 높은 불확실성, 근무 과정에서 사람들에게 지속적인 노출

### ▪ 작업량 및 작업 속도:

예) 작업량의 과도 또는 과소, 기계의 속도, 고도의 시간적 압박, 지속적으로 직면하게 되는 마감 시한

### ▪ 작업 스케줄

예) 교대 작업, 야간 근무, 유연하지 못한 작업 스케줄, 예측할 수 없는 시간, 긴 시간 또는 시간외 근무

### ▪ 통제

예) 의사결정 과정에 참여할 기회가 적음, 작업량이나 속도 등을 통제할 권한이 없음

### ▪ 환경과 장비

예) 장비 가용성, 적합성, 유지보수가 불충분함: 공간 부족, 열악한 조명, 과도한 소음과 같은 열악한 환경 조건

### ▪ 조직문화와 기능

예) 열악한 의사소통, 문제해결 및 자기개발에 대한 지원 부족, 조직의 목표와 조직의 변화에 대한 정의 또는 합의의 결여, 부족한 자원에 대한 고도의 경쟁, 지나치게 복잡한 관료주의

### ▪ 일터에서의 대인 관계

예) 관계적 또는 물리적 격리, 상급자와의 열악한 관계, 대인 갈등, 해로운 작업 관행, 사교적 지원의 (인지적, 실제적) 결여; 왕따 또는 집단괴롭힘(bullying), 학대(harassment), 집단공격(mobbing) ; 간접적 비의도적 미묘한 차별(microaggressions)

### ▪ 조직에서의 역할

예) 역할의 모호함, 역할의 충돌, 다른 사람들에 대한 책임성

### ▪ 경력 개발

예) 경력의 정체 및 불확실성, 저조한 진급 또는 과도한 진급, 열악한 급여, 일자리 불안정, 일에 대한 낮은 사회적 가치

### ▪ 가정-일 사이의 접점

예) 육아에 대한 책임, 가정에서의 낮은 지원, 맞벌이의 문제 등을 포함한 일과 가정의 상충되는 요구; 일을 하는 곳과 동일한 장소에서 거주하는 것, 업무적으로 임무를 수행하는 기간에 가족으로부터 떨어져서 사는 것

정신질환이라는 공중보건문제의 규모는 그것을 해결하기 위한 투자의 규모보다 더욱 크다. 이러한 현실은 직업 안전보건 국가정책을 통해 노동자의 신체적 정신적 건강을 보호해야 한다는 국제협약들이 존재함에도 불구하고 항상 그러하다(16). 업무 관련 정신건강 증진 및 정신질환의 예방을 위한 프로그램들은 각 국가의 건강증진 및 예방 프로그램 가운데에서도 가장 적게 보고되는 분야(35%)다(17).

정신적 안녕(well-being)의 증진과 정신질환의 예방은 비전염성 질병(NCD)으로 인한 조기 사망률을 3분의 1로 감소시키겠다는 세계적으로 중요한 목표(유엔의 지속가능 개발 목표, 목표 3.4)를 달성하기 위한 방안으로 인식되어 왔다. 세계보건기구(WHO)의 ‘포괄적 정신건강 행동 계획(Comprehensive Mental Health Action Plan) 2013-2030’(18)은 (일터를 포함하는) 지역사회 기반의 환경에서 건강증진 및 예방과 종합적이고 통합된 반응형 서비스를 제공하기 위한 국제적 목표를 제시하고 있다. 건강, 환경, 기후변화에 관한 WHO의 글로벌 전략(19)은 일터를 다양한 범위의 ‘변경 가능한 위험요소(modifiable risk)’, 특히 ‘비전염성 질병(NCD)’을 예방하기 위한 필수적인 환경으로 인식하고 있다. 정신장애는 2010년에 개정된 국제노동기구(ILO)의 직업병 목록에서 ‘정신 및 행동 장애’라는 범주로 인정되고 있다.<sup>4)</sup> 일부 국가들은 업무 관련 스트레스, 번아웃(burnout), 우울증, 수면 장애를 포함하기 위하여 직업병 목록을 확장했다. 일부 국가들은 또한 업무 관련 자살을 인정하고 있으며, 보고, 통지, 보상 시스템 안에 포함시키고 있다.

웰빙 산업의 규모는 10억 달러에 이르는데, 정신건강과 관련된 개입의 질이나 근거기반은 통제되고 있지 않을 수 있다. 비록 몇몇 국가들과 전문학회들이 직업과 정신건강이라는 주제에 대하여 가이드라인을 갖고 있음에도 불구하고, 이러한 가이드라인들은 해당 국가의 인구집단에 특정된 것이다. 한편, 일터에서의 정신건강에 대한 국제적 기준들도 개발되어 왔는데, 전문가의 심리사회적 위험의 관리에 관한 것이었다(20).

근로연령대의 사람들은 상당한 부분을 일하는 데 시간을 할애한다. 전 세계 15세 이상의 인구들 가운데 약 62%가 경제활동을 하고 있다(21). 일은 정신건강을 증진하고 정신질환을 가진 사람들을 지원할 기회를 제공한다(22). 직업과 관련된 정신건강을 증진하고, 정신질환을 예방하고, 질환을 가진 사람들을 지원하기 위한 근거기반의 국제적인 가이드라인은 현재까지 부족한 상태이다. 이러한 이유들이 현재 가이드라인의 필요성을 보여준다.

4) ILO 권고 194번: 직업병의 목록과 직업 사고 및 질병의 기록 및 통지에 관한 항목은 정신건강과 행동장애를 명확하게 포함하고 있는데, 여기에는 “(2.4.1) 외상 후 스트레스 장애(PTSD)”와 “(2.4.2) 외상 후 스트레스 장애 이외에 노동 활동에서 발생하는 위험요인에 대한 노출과 노동자에게 발병한 정신장애 및 행동장애 사이의 관련성에 대한 직접적인 연관성이 과학적으로 인정받았거나 또는 국가적 여건 및 관행에 적합한 기법에 의해 판단된 경우”가 포함되어 있다.

## 가이드라인의 목적

이 가이드라인은 긍정적인 정신건강을 증진하고 정신건강 질환을 예방하기 위한 조직적 개입, 관리자 및 노동자의 훈련, 개인적 개입에 대한 권고사항을 제공하는데, 이에 대해서는 이후에 더욱 상세히 서술되어 있다. 여기에는 또한 정신건강 질환과 연관된 휴직 이후에 직장에 복귀하는 것과 정신질환을 가진 사람들이 일자리를 얻는 것에 대한 권고들이 포함되어 있다. 본 가이드라인은 전체 노동인력(ex. 업무 현장에 있는 인력)들에게(보편적), 정신건강의 위험성이 있는 노동자들에게(선별적), 정서적 스트레스를 경험하고 있는 노동자들에게(명시적), 정신질환을 이미 경험하고 있는 노동자들에게 개입을 제공해야 하는지, 그리고 어떤 개입을 제공해야 하는지를 제시한다.

이러한 권고안을 제공함으로써 이 가이드라인이 정신건강 및 직업병 분야에서 정책 개발, 서비스 기획 및 전달을 위한 국가와 직장 수준에서 조치를 용이하게 할 것으로 기대된다. 이 가이드라인은 일터에서의 정신건강에 대한 근거 기반의 개입을 개선하고자 한다.

## 가이드라인의 범위

본 가이드라인은 공식 또는 비공식 부문의 임금노동에 참여하고 있는 18세 이상의 시민들에게 초점을 맞추고 있다.<sup>5)</sup> 본 가이드라인은 군인, 강제노동, 인신매매 및 현대판 노예/아동 노동에 노출된 사람들에 대한 개입을 다루지 않는다. 본 가이드라인에서 고려하고 있는 인구집단은 알려진 정신질환을 갖고 있거나 갖고 있지 않은 모든 노동자들, 또는 정신질환이나 심리사회적 장애를 가진 채 일자리를 얻거나 직장에 복귀하고자 하는 사람들을 포함하고 있다.

위험 직업에 종사하는 노동자들은 정신건강 질환의 발병 가능성을 증가시키는 부정적 사건(ex. 잠재적 외상을 가할 수 있는 사건, 또는 극도로 위협적이거나 끔찍한 일련의 사건들)에 노출될 가능성이 높다. 여기에는 (경찰 또는 소방관 등의) 응급구조요원, (국제 또는 국내의) 인도적 지원 활동가, 보건의로 노동자가 포함되어 있다(23-25)<sup>6)</sup>. 많은 직업들이 (유해한 작업 환경 때문에) 정신건강이 악화될 위험에 놓일 상황에 직면해 있지만, 이러한

5) 국제노동기구(ILO)의 제138호 협약인 최저연령에 관한 협약(Minimum Age Convention, 1973)에 의하면, 일반적인 최저 노동 연령은 15세(가벼운 노동은 13세)이고 위험한 노동은 18세(엄격한 조건 하에서는 16세)인데, 경제 및 교육시설이 충분히 발전되지 않은 지역에서는 초기에 일반적 최저 노동 연령을 14세(가벼운 노동은 12세)로 설정할 수 있다. 본 지침은 최저 연령을 18세로 설정했는데, 그보다 어린 노동자들은 인지적, 정서적, 생물학적, 사회적 발달 단계가 다르고, 일과 관련된 정신건강에 있어서 추가적인 고려사항이 필요할 수도 있기 때문이다.

6) 보건의로 노동자들이란 "건강 증진을 주된 목적으로 하는 활동에 주로 관여하는 모든 사람들"이다. 다시 말해서, 국제표준직업분류 2008(ILO ICSO-09)에서 보건, 간호, 돌봄 업무로 분류하는 직업군이다. 인도적 지원 활동가들이란 인도주의적 지원을 제공하는 국제 또는 국내의 노동자들이다. 응급구조요원들이란 경찰, 소방, 응급의료대응, 수색, 구호와 같은 공공 응급 서비스를 제공하는 사람들이다. '공공 응급 서비스 분야에서 양질의 업무에 대한 가이드라인'(제네바, 국제노동기구, 2018) 참조. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---sector/documents/normativeinstrument/wcms\\_626551.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/normativeinstrument/wcms_626551.pdf), 2022년 5월 25일에 접속하여 확인.



특정 직업들이 선택된 이유는 세계보건기구가 이들 직업군에 대한 가이드라인을 빈번하게 요청받았기 때문이다. 그러나 위에 선별된 직업군에 대한 권고사항은 일하면서 정신건강의 위험을 불균형하게 경험할 가능성이 있는 다른 직업들에서도 적용될 수 있다.

본 가이드라인에서 제시하는 모든 개입들은 일터에서 제공되거나, 또는 일과 관련되어 있는 것들이다. 노동자들이 직장외부에서 제공되는 개입에 접근할 수도 있지만, 여기에서 제시하는 개입들은 노동자들을 지원하기 위하여 특별히 고안된 것들이다. 본 가이드라인의 범위에 있는 개입들은 다음과 같다.

## ■ 조직적 개입

이 개입은 정신건강 질환에 대하여 직업과 연관된 심리사회적 위험을 평가하거나, 수정하거나, 완화하거나, 제거하는 것을 추구한다. 이는 노동자들의 정신건강, 신체건강, 삶의 질, 업무 관련 결과의 악화를 방지하는 것을 목적으로, 일하는 여건을 직접적으로 겨냥하는 계획적 행동이다. 이러한 개입에는 팀을 위한 활동들도 포함될 수 있다. 조직적 개입은 1차 예방과 2차 예방에 초점을 맞추는 경우가 많지만, 3차 예방(ex. 정신질환을 가진 노동자의 일터 복귀를 지원하는 것)도 포함될 수 있다. 개인에 초점을 맞춘 조직적 개입에는 일에 있어서의 합리적인 조정(ex. 해당 개인의 요구를 수용하기 위하여 업무를 변경하는 것)도 포함된다.

## ■ 관리자 및 노동자 훈련

정신건강을 위한 관리자 훈련은 다른 이들을 관리하는 노동자들에게 제공된다. 이는 다른 사람을 언제 어떻게 지원해야 하는지를 관리자가 알게 함으로써 그로부터 직접적인 관리를 받는 사람들의 정신건강을 보호하고 지원할 수 있는 역량을 구축하도록 한다. 노동자들로 하여금 정신건강에 대한 경각심과 지식을 함양시킴으로써 그들이 스스로를 도울 수 있게 하는 방식의 유사한 훈련(노동자 훈련)도 가능하다.

## ■ 개인적 개입

여기에는 노동자에게 직접적으로 제공되는 개입(지도관리가 있든 없든 해당 노동자가 완료하는 것)이 포함된다. 여기에는 심리사회적 개입(ex. 심리사회적, 행동적, 사회적 접근법 또는 이들의 조합을 사용하는 개입)과 (업무의 일부를 구성하는 육체적 노동이 아닌) 운동과 같은 레저 기반의 신체 활동이 포함된다.

## ■ 업무 복귀 프로그램

이는 노동자들이 제대로 업무에 복귀하고 휴직 기간을 마친 뒤에 정신적 증상을 줄이는 데 도움이 되도록 설계된 것이다. 이는 개인적 개입, 관리자의 개입, 조직적 개입들을 다양한 방식으로 혼합한 다중적 개입이 될 수 있다.

## ■ 고용 프로그램

본 가이드라인의 맥락에서, 이러한 개입은 정신질환을 가진 사람들이 유급 일자리를 얻는 데 도움이 되도록 설계된 것이다. 이것 역시 다중적 개입이다.

본 가이드라인은 또한 고용된 기간에 제공되는 선별검사 프로그램을 조사했는데, 이에 대해서는 핵심질문 13번 (Q13)에 설명되어 있다. 선별검사의 목적은 정신건강의 증상을 확인한 뒤에 치료를 위해 적절한 곳에 의뢰하는 것이다.

〈그림 1〉은 본 가이드라인에서 다루고 있는 개입들을 다양한 인구 집단에서 보여주고 있다.

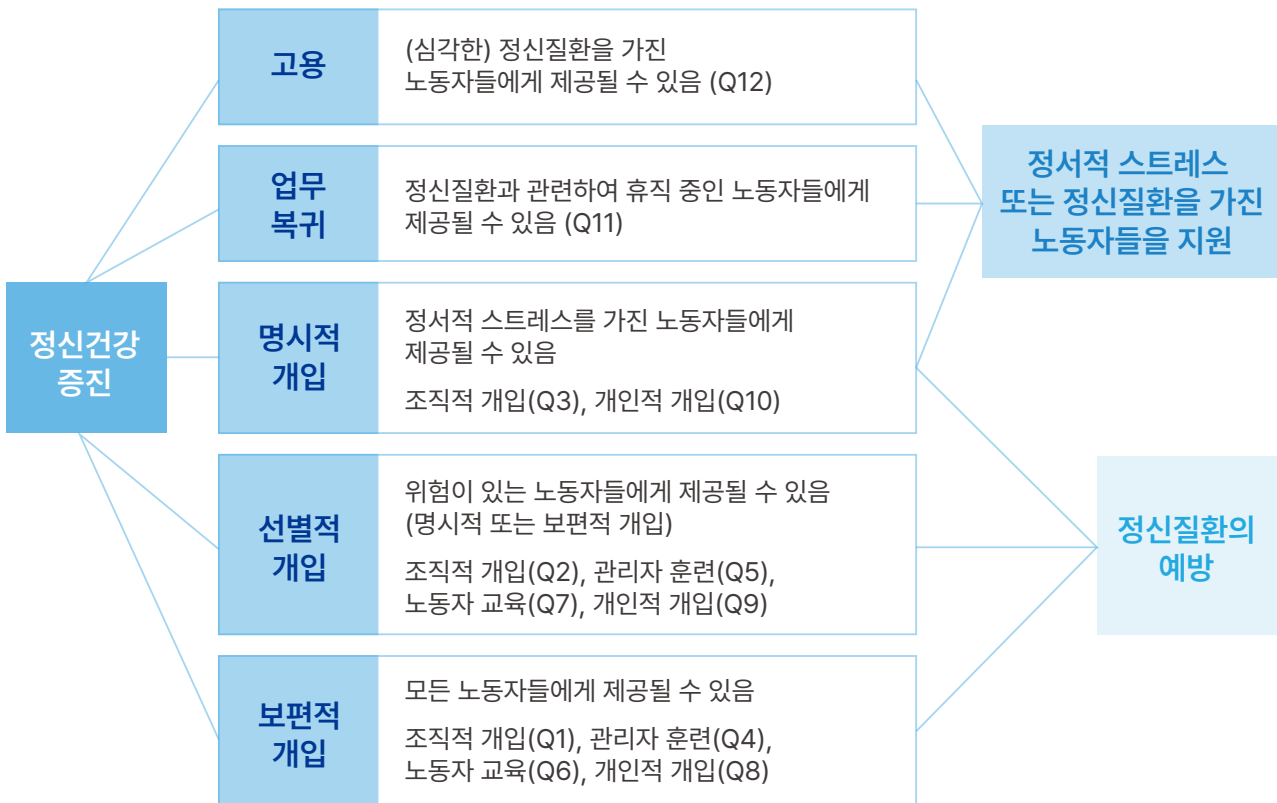


그림 1. 일터에서의 정신건강에 대하여 본 가이드라인에서 다루고 있는 개입들

본 가이드라인의 대상 독자들은 주로 노동자들의 건강, 안전, 행복을 위한 조치들을 기획, 프로그램개발, 실행을 책임지는 개인이나 집단이다. 여기에는 직업적으로 산업보건 및 정신건강 서비스를 제공하는 사람들과, 서비스 제공 관리자, 고용주, 노동자, 노동조합, 단체 또는 협동조합, 인적자원 서비스 업체, 전문단체, 직원 교육 건강 트레이닝 서비스 제공업체 등도 포함될 수 있다. 본 가이드라인 및 관련 문서들은 또한 정신건강, 직업보건, 노동 분야의 국제정책 및 국내정책 입안자, 기획자, 프로그램 관리자, 연구자들에게도 유용할 수 있다.

## 방 법

### 본 가이드라인이 만들어진 방식

본 가이드라인은 세계보건기구의 가이드라인 개발을 위한 안내서(26)에 맞춰 개발되었으며, 근거 기반의 가이드라인을 위한 국제적 기준들을 충족한다. 세계보건기구의 가이드라인 개발을 위한 단계에는 다음과 같은 항목들이 포함되어 있으며, 보다 자세한 내용은 관련 부록에 설명되어 있다.

#### 가이드라인 작성자

본 가이드라인의 제작 과정에 누가 참여할 지를 확인하고(부록 1), 이해의 충돌을 어떻게 관리할지를 파악(부록 2)

#### 가이드라인의 범위 설정

본 가이드라인이 무엇을 다루어야 하는지, 무엇을 다루지 않을 것인지, 제외되어야 하는 핵심 질문들이 무엇인지, 이러한 노력의 결과가 무엇인지를 판단(부록 3)

#### 근거 검토

핵심 질문들(과 뒷받침하는 근거)에 답을 해줄 수 있는 최적의 근거들을 탐색(부록 4)

#### 근거의 확실성

핵심 질문들에 대한 답을 해주는 근거의 확실성에 대하여 우리가 얼마나 자신이 있는지를 판단(부록 5)

#### 권고안 수립

위의 작업에 근거하여 권고안 개발(부록 5)

#### 초안 작성

본 가이드라인 문서의 초안을 만들고, 폭넓은 동료심사(peer review)를 통하여 추가적인 내용을 얻음 (부록 6)

#### 질 검토

WHO의 질보증단체(GRC)가 본 가이드라인을 출간해도 되는지에 대하여 검사

#### 출간

본 가이드라인을 출간하고, 널리 보급될 수 있도록 적극적으로 지원

권고안

## 권고안

본 섹션에는 권고안 및 그와 관련하여 중요한 사항들, 근거들 중에서 가장 중요한 부분에 대한 요약, 권고안에 대한 이유, 근거로부터 결정을 도출하기 위한 고려사항들이 포함되어 있다. 모든 근거의 개요 및 보충 근거들에 대해서는 웹 부록을 참조하기 바란다. 여기에서 제시하는 근거의 확실성(ex. 근거의 확실성이 매우 낮음, 낮음, 중간, 높음 사이의 차이)을 파악하려면, 부록 4를 참조하기 바란다. 본 권고안의 강도(ex. 조건부 권고와 보편적 또는 강력한 권고의 의미)를 파악하려면, 부록 5를 참조하기 바란다.

### ■ 모든 권고안에 대하여 아주 중요한 사항들

▶ 각각의 권고안은 개입 방안 중 하나의 범주를 의미한다. 이러한 개입들을 포괄적인 통합 없이 서로 개별적으로 제공하기보다는, 이미 존재하거나 새롭게 개발한 직업 건강 정책에 들어 있는 조직적 개입, 관리자 훈련 및 노동자에 대한 교육, 개인적 개입, 일자리 복귀 프로그램, 고용 프로그램을 중첩하는 등 포괄적으로 제공하는 것이 더욱 바람직하다.

▶ 본 가이드라인의 권고안들은 일하는 사람들의 정신건강을 개선하기 위하여 그 내용을 활용하고, 그것을 구현하고, 그것으로부터 혜택을 얻고, 해로운 요소들을 줄이는 것을 촉진한다는 전제조건과 원칙들에 의존하고 있다. 여기에는 다음과 같은 내용들이 포함되어 있지만, 아래의 항목에만 국한되지는 않는다.

» 정신질환을 가진 사람들이 직업 세계에서 차별받거나 불공정한 처우를 받지 않도록 보호하고, 그들이 다른 사람들과 동등한 기준에서 양질의 일자리에 접근하고 다시 일자리에 복귀해야 하거나 일을 하고 싶은 의욕이 있을 때 지원받을 수 있는 권리를 알리는 것(참조: 국제연합 장애인의 권리에 관한 협약(UNCPRD), 국제노동기구(ILO) 협약 111호, 159호, 190호 및 관련 권고사항들, 세계보건기구(WHO)의 포괄적 정신건강 행동 계획(Comprehensive Mental Health Action Plan) 2013-2030)

» 일터에서의 정신건강을 보호하는 것(참조: ILO 협약 155호, 161호, 187호, 190호 및 관련 권고사항들, WHO의 포괄적 정신건강 행동 계획 2013-2030)

» 모든 사람들이 양질의 근무 여건에서 일할 수 있고, 실직으로부터 보호받을 수 있으며, 공정하고 동등하게

보상받을 수 있는 기본적인 권리(참조: 세계인권선언(UDHR) 23조). 여기에는 비공식적 분야에서 공식적 경제로 전환하기 위한 지원이 포함됨(참조: ILO 권고안 204호).

» (비공식적 노동자들을 포함하여) 일하는 모든 사람들이 안전하며 보호받는 양질의 일자리에 접근할 수 있는 것과 함께 직장에서의 조직적 개선에 주의를 기울이는 것. 정신적 안녕(well-being)을 장려하고 정신질환을 예방하기 위하여 근거기반 프로그램을 실행하는 것(참조: WHO의 포괄적 정신건강 행동 계획 2013-2030)

» WHO의 포괄적 정신건강 행동 계획 2013-2030을 관통하는 원칙들. 즉, 보편적 의료보장(모든 사람들은 스스로 곤궁에 처하는 일 없이 필수적인 의료서비스와 사회서비스에 접근할 수 있어야 한다), 인권(정신건강 전략, 행동, 개입은 UNCPRD은 물론이고 기타 국제적·지역적 인권 조항들을 준수해야 한다), 근거 기반의 실행(정신건강 전략, 행동, 개입은 과학적 근거 또는 최선의 관행에 근거해야 하며, 문화적 고려사항들을 염두에 둔다), 생애주기를 고려한 접근(정신건강을 위한 정책, 계획, 서비스는 일생의 모든 단계를 고려해야 한다), 다중적 접근(고용 및 노동과 같은 관련 분야를 함께 고려한 공조적 대응), 정신질환 및 심리사회적 장애를 가진 사람들에 대한 권한 부여(재활 경험을 가진 사람들이 정신건강 관련 정책, 계획, 구현의 모든 측면에서 관여하고 참여해야 한다).

# WHO guidelines on mental health at work





# 조직적 개입에 대한 권고사항



## 〈권고안 1〉 보편적인 조직적 개입

사회심리적 위험 요인을 해결하기 위해 참여적 접근법이 포함된 조직적 개입은 노동자의 정서적 고통을 줄여주고 일의 성과를 개선하기 위해 고려될 수 있다.

근거의 확실성 : 매우 낮음 / 권고 수준 : 조건부 권고

### 핵심 내용

» 보편적인 조직적 개입은 해당하는 노동자들 전체 또는 작업 환경 전체에 제공되고 적용될 수 있는 조직적 개입이다.

### 모든 조직적 개입 권고안 전반에 공통으로 적용되는 내용

» 노동자들의 (정신적 및 신체적) 건강에 영향을 미치는 직무 관련 또는 심리사회적 위험 요인들에 대한 평가는 조직적 개입에 대한 계획을 세우고 수행하고자 할 때 함께 수행되어야 하고, 일반적인 직업건강 위험 요인에 대해 수행하고 있는 정기적인 평가 및 모니터링 절차와 통합하여 수행할 수 있다. 또한 이러한 평가는 건강에 부정적인 영향을 미칠 수도 있는 업무 또는 조직 내에서 변화가 일어날 때면 언제든지 다시 시행되어야 한다.

» 조직적 개입의 이행과정에 대한 충실도(ex. 어떤 개입이 구상하고 계획된대로 어디까지 제공되었는지의 정도)는 과소평가되며 저평가되고 있지만, 충실도를 고수하는 것은 (건강상의) 바람직한 결과를 얻는데 도움이 될 것이다.

### 하위집단 관련 내용

» 조직적 개입은 해당 집단의 문화, 개입 상황의 맥락을 세심하게 고려하여 계획하고 제공해야 한다. 특정 집단에서는 심리사회적인 위험 요인에 의한 부정적이며 차별적인 영향이 다른 일반적인 집단에 비해 더욱 클 수 있다. 따라서 해당 집단의 다양한 특성을 고려하여 평가하고 계획을 해야 그러한 영향의 차이를 파악할 수 있다. 심리사회적 위험 요인들에 대해 보편적으로 적용되는 개입은 사회인구학적으로 다양한 배경을 가진 노동자들이더라도 일반적으로 업무 환경에 긍정적인 도움이 될 수 있다. 그러나 조직적 개입의 실행을 책임지고 있는 사람들은 노동자들에게 일어나는 변화의 영향을 모니터링하여 일부 노동자들에게 불균형적인 영향(ex. 유연근무 방식으로 일하게 된 일부 노동자들이 교류 기회의 부족과 같은 부정적인 영향을 경험하고 있는지 등)이 있는지를 파악해야 한다.

### 모니터링 및 평가 관련 내용

» 조직적 개입의 영향에 대한 지속적인 모니터링의 일부로서 직업관련 질병이나 건강상태, 정신건강 관련 결과를 평가할 수 있다 (조직적 개입의 영향을 확인하는 모니터링은 개인의 건강 정보가 식별되지 않는 방식으로 설계되어야 한다.)

### 부가적인 내용

» 조직적 개입이 자살예방에 예방 효과가 있다는 직접적인 근거는 없다. 일부 직업 또는 근무환경에서는 치명적인 자살 수단에 언제든지 쉽게 접근할 수 있다. 이러한 경우 자살 수단에 대해 접근을 제한하게 하는 것은 자살 방지를 위한 핵심적인 조치들 가운데 하나이다. (참조: 정신, 신경, 약물사용 장애에 대한 정신건강 격차 해소 프로그램(mhGAP) 가이드라인 2015, 제네바, 세계보건기구, 2015). 여기에는 국가적 차원의 규제뿐만 아니라 일터 차원에서의 조직적 규제 정책의 실행(ex. 고위험 살충제 사용의 금지, 총기의 규제 또는 제한, 고독성 의약품에 대한 접근 제한)도 포함되어 있다.

## ■ 근거 및 이유

핵심질문 1에서는 보편적으로 제공되는 조직적 개입(ex. 일에서 심리사회적 위험 요인들의 완화/감소/제거를 목표로 하는 개입 또는 접근법)이 노동자의 성과에 바람직한 영향을 미치는지 여부를 조사했다(부록 3). 다섯 주제에 대해 체계적 고찰을 수행하였다. 이들 다섯 가지 조직적 개입의 내용은 유연한 작업 배정(근로시간 선택제)(27), 유연한 작업 배정(원격재택근무)<sup>7)</sup>(27), 직무 설계를 목적으로 하는 참여형 조직적 개입<sup>8)</sup>(28), 업무량 또는 휴식시간의 변경<sup>9)</sup>(29), 물리적 작업 환경의 개선에 목표를 둔 넛지(nudge) 전략<sup>10)</sup>(30), 성과에 대한 피드백/보상 제공(31)(웹 부록) 이었다. 이들 조직적 개입의 효과를 일반적인 행태(평소하던 방식대로 관리/기타 개입/개입 없음)와 비교하였다. 모든 근거들은 별도로 명시한 일부 내용을 제외하면 전반적으로 근거의 확실성이 매우 낮았다.

유연한 작업 배정(선택적 근로시간제)의 경우, 정신건강 증상(ex. 심리적 건강)에 도움이 되는 측면에서 작은 효과가 있었으며, 마찬가지로 직업 만족도에 작지만 긍정적인 영향을 미친다는 것에 대해서도 낮은 수준의 근거가 있었다. 추가적인 근거<sup>11)</sup>는 (스스로 일정을 관리하는 것처럼) 유연한 작업 배정에 대한 통제권을 제공하는 것이 건강에 우호적인 영향을 미칠 수도 있다는 견해를 지지한다(32). 유연한 작업 배정(원격재택근무)의 경우, 정신건강 증상에 도움이 되는 측면에서 원격근무는 작지만 긍정적인 효과가 있었다. 유럽에서 크롤(Kröll)이 단면연구(cross-sectional study)를 통해 수행한 연구결과(27)에서는, 원격근무가 결근(absenteeism, 뚜렷한 사유 없는 잦은 결근)을 낮추는 것과 연관되어 있었다.

직무 설계를 목적으로 하는 참여형 조직적 개입의 경우, 개인에 대한 실시한 임상시험 결과가 있었다. 어느 클러스터-무작위 대조시험(cRCT)에 의하면, 노동자의 참여 및 대화, 직무 재설계, 조직적 학습이 포함된 작업 단위수준<sup>12)</sup>의 개입에 의해 이인증(depersonalization) 및 신체염려증(somatic symptom)과 같은 정신건강 증상들이 현저하게 감소했음을 발견했다. 그러나 다른 연구들에서는 유의미한 결과를 발견하기 어려웠다(부록 3). 참여적 접근법은 하나의 전달 기법이며, 이러한 개입들에 대한 효과를 확인하기 위한 연구들은 각각 서로 다른 위험 요인들의 개선을 목표로 하고 있거나, 연구 설계가 다르다는 점에 유의해야 한다(28, 29, 33).

7) 유연한 작업 배정은 노동자들이 언제(유연시간) 어디에서(원격근무) 일하는지를 직접 결정할 수 있게 하는 것이다.

8) 참여형 접근법은 조직적 개입의 계획, 설계, 시행, 평가에서 고용주 및 기타 주요 이해관계자와 함께 노동자들도 포함시킨다. 직무 설계란 노동자의 작업 내용/업무/활동/의무를 정하는 것이다.

9) 업무량 또는 휴식시간의 변경에는 작업시간의 한도 설정, 주말 휴무를 포함하는 계획적인 휴식 일정, 한 주 내에서 교대/순환 일수를 줄이는 것 등의 사례가 포함된다.

10) 넛지 전략에는 말이나 기술에 의해 어떤 사람이 특정한 것을 떠올리도록 유도하는 것이 포함된다.

11) 추가적인 근거는 웹 부록의 근거 개요 내에서 검토 팀에 의해 파악된 것인데, 이런 근거들은 (근거의 확실성에 대한) 등급 부여의 대상이 아니었다. 해당 검토는 핵심 질문들에 적용되는 기준들을 충족시키는 아주 높은 수준의 작업이었지만, 다른 검토 작업이 핵심 질문들에 대한 결정적이고 중요한 결과를 더욱 잘 또는 더욱 포괄적으로 설명할 수 있었기 때문에 따로 등급을 부여하지 않았다.

12) 단위수준(unit-level): 팀, 부서, 조직 내부와 같은 단위

업무량 또는 휴식시간의 변경의 경우(ex. 업무 부담이 높은 직무에서 낮은 직무로 변경하는 것처럼 직무 순환을 하는 것), 비공식 부문(ex. 폐기물 수집 분야)에서 일하는 대리 노동자들까지 포함하는 어느 연구에 의하면 업무 순환 방식의 개입이 정신건강 증상(즉, 회복이 필요한 증상)에 아무런 효과가 없었다는 것이 3개월, 6개월, 12개월의 후속 연구에 의해 드러났는데, 이에 대한 근거의 확실성은 낮았다. 물리적 작업 환경의 개선에 목표를 둔 넛지(nudge) 전략의 경우, 작업의 성과를 높이는 데 있어서 물리적 환경의 개선(걷게 하는 전략)이 도움이 되는 작은 효과가 있었다. 성과에 대한 피드백/보상 제공의 경우, 한 연구에 따르면, 성과 보너스, 직급 승진 기회, 멘토링 지원을 포함한 다중적 개입이 이루어진 집단은 대기 중인 동일한 성격의 대조 그룹(즉, 12개월 뒤에 개입이 이루어질 예정인 사람들)과 비교하여 고용유지율(retention rate)이 더 높다는 사실이 이후 12개월과 36개월 이후 추적 결과에서 드러났다.

전반적으로, 긍정적인 정신건강, 삶의 질과 기능, 자살 행동, 약물사용, 부작용이 보고된 결과는 없었다. 보편적으로 제공되는 조직적 개입의 시행에 따른 폐해에 대한 직접적인 근거는 없었는데, 이는 출판편향(publication bias, 연구나 실험의 결과가 출간 또는 공개에 영향을 미치는 것 -역주) 때문일 수도 있고, 또는 폐해가 적음을 반영하는 것일 수도 있다(28).

가이드라인 개발그룹(GDG)은 일터에서의 심리사회적 위험성이 정신건강 및 일의 결과에 부정적인 관련이 있음을 가리키는 더욱 폭넓은 근거들을 검토하였다. 예를 들어서, 직무설계(내용/업무)의 경우, 직무/업무 순환은 정신건강 증상(스트레스/번아웃)에 대하여 긍정적인 영향이 있음을 보여주었다(34). 업무량 및 업무속도의 경우, 과중한 업무량은 정신질환의 발병 위험을 높인다(35, 36). 작업 스케줄의 경우, 초과시간/장시간 근무와 확실한 진단을 받은 우울증 사이의 관계에 대한 근거는 결론 짓기 어려웠다(37). 그러나 장시간 노동은 우울증 증세와 연관되어 있으며(38), 주당 49-54시간 일하는 사람들과 주당 55시간 이상 일하는 사람들에게서는 알코올 남용이 새로 나타날 가능성이 높다(39). 교대근무는 폭음 장애와 관련이 있었으며(40), 장시간 근무/교대근무는 자살생각을 높인다(41). 직무 통제와 관련된 요인들(ex. 자신의 일과 관련된 의사결정에 대한 권한이 낮은 것)은 정신건강 질환의 증세와 연관이 있다(36). 반면에, 결정권한이 높을수록 우울 증세에 반하는 예방적 효과가 있고(42), 직무에 대한 높은 통제권은 감정이 소진되는 번아웃의 감소와 연관이 있다(35). 직무에 대한 낮은 통제권은 자살률의 증가와 연관이 있으며(41), 정신건강 관련 결론 확률의 증가와 연관이 있다(43). (낮은 의사결정권한과 높은 직무요구가 결합된) 직무긴장은 우울증세와 연관되어 있으며(42), 진단에 의해 확정된 우울증과 연관이 있다(44). 조직 문화 및 기능에 있어서, 낮은 조직 공정성(organizational justice)<sup>13)</sup>은 정신질환 직전의 증상과

13) 일터에서 공정하다고 여겨지는 정도

연관이 있다(35, 36, 42). 일터에서의 대인관계에 대해서는, 직장 내 괴롭힘(본 가이드라인에 대한 검토에서는 이를 자신이 괴롭힘을 당하고 있다고 여기는 사람으로 정의했다)은 우울, 불안, 스트레스 증세와 연관이 있다(45). 직장 내 폭력은 우울장애와 연관이 있다(46). 그리고 동료들의 낮은 지지와 상급관리자의 낮은 지지는 정신질환 직전 증세와(36), 자살 생각과 자살로 인한 사망의 위험성을 높인다(41). 조직 내에서 개인의 역할과 관련하여, 역할의 모호함과 역할의 충돌은 우울증 발현과 연관이 있으며(47), 커리어 개발에 있어서는 일자리의 불안정이 우울증세의 위험을 더욱 높이는 것과 연관이 있고(42, 48), 자살 생각의 위험을 높이는 것과도 연관이 있다(41). 일과 가족 사이의 갈등이 증가하는 것은 항정신성 의약품의 사용을 더욱 많이 사용하는 것과 연관이 있었다(49). 또한, 노력과 보상 사이의 불균형은(일에 많은 노력을 투입했지만 임금, 승진에 대한 전망, 일자리 안정성, 노력에 대한 인정, 존경 등의 측면에서 보상이 적은 것이 결합된) 우울장애의 위험성을 더욱 높이는 것과 연관이 있다(50).

## ■ 근거로부터 결정을 도출하기 위한 고려사항

일하는 사람들은 조직적 개입을 통해 심리사회적 위험요소를 처리하여 자신의 건강과 웰빙에 도움을 줄 수 있는 근무 여건의 변화를 만들어 내는 것을 의미 있게 여긴다(웹 부록: 가치관 및 선호도 설문조사). 노동자, 경영진, 기타 주요한 이해관계자들이 그들의 건강 개선을 위해 함께 의사결정을 하는 참여형 접근법에 특별히 높은 가치를 부여하고 있다.

조직적 개입을 시행하는데 필요한 자원은 다양하다. 참여형 조직적 개입의 기간은 6개월에서 12개월의 범위에 이르는 것으로 확인되었다(33). 개입내용을 어떻게 할지와 이 프로그램을 제공해 줄 기관, 비용, 프로그램 운영을 위해 장비가 필요할지 등을 결정하면 실제 필요한 인력비용도 예측해볼 수 있게 된다. (재정적 비용과 같은) 자원은 원격근무를 하는 기간에는 노동자가 스스로 조달할 수도 있다. 이와 관련한 비용효과 분석이 이루어진 적은 없었다. 그러나 일본에서 참여형 조직적 개입이 시행되었을 때, 그 비용은 직원 1인당 약 7660엔(약 70달러) 이었고, 그 편익은 이후 12개월 동안 직원 1인당 약 139-209달러에 해당하는 것으로 나타났다(51).

건강 형평성, 평등, 차별에 대하여, 조직적 개입이 그 결과에 미치는 영향과 관련하여 (성별, 인종과 같은) 사회인구학적 특성의 조절효과는 확인되지 않았다(27). 열악한 근무 여건과 관련한 위험요소를 경험할 가능성은 지리적, 직업적, 계층적, 성별에 따라 차이가 있다(52). 이러한 위험요소를 예방하고 근무 여건을 개선하기 위한 조직적 개입은 모든 노동자들에게서, 그리고 공식 또는 비공식 부문의 일터에서 불균형적인 심리사회적 위험을 경험할 가능성이 가장 높은 사람들에게서 건강 불평등을 감소시킬 수 있다(웹 부록).

이에 대한 실현 가능성과 관련하여, 아시아-태평양, 유럽, 북아메리카의 고소득 국가들에서 수행한 연구들에서 근거를 얻었다. 중저소득국가(LMIC)들에서는 참여형 접근법을 포함하는 조직적 개입안의 모범 사례들이 보고되었다(53). 중소 규모의 기업(SME)들 또는 비공식 부문에서는 1차 의로서비스 또는 직능 분야의 가이드라인으로부터 좋은 효과를 거둘 수 있는데, 이들 분야는 개선의 역량이 있는 일터에서의 위험 요인을 해결하는 것에 대한 조언을 제공할 수 있다(54). 그럼에도 불구하고, 원격근무와 같은 개입은, 조직적으로 제한된 지원이나 자원으로 수행되는 경우, 오히려 부정적인 효과를 양산할 수도 있다(13). 이런 사실은 (업무 조직과 업무 여건이 진화함에 따라) 새롭게 대두되는 위험들과 그것이 정신건강에 미치는 영향을 지속적으로 파악해야 할 필요성을 강조한다.

이러한 개입은 보편적 인권의 원칙들(ex. UN 세계인권선언(55) 제23조)을 준수한다. 이런 개입들은 실제 근무환경의 수준, 해당 산업분야 특성, 개입의 대상자 특성들에 맞게 사회문화적 측면을 고려하여 조정이 될 필요가 있다. 노동자의 정신건강을 보호하기 위한 심리사회요인에 대한 1차 예방으로서 조직적 개입은 국제노동현장에 포함되어 있다(56). 훌륭한 근무여건을 만들어야 할 필요성은 건강, 환경, 기후변화에 관한 WHO의 글로벌 전략(57)에 포함되어 있다.

가이드라인 개발 그룹(GDG)은, 이용가능한 근거들의 확실성이 매우 낮음에도 불구하고, 정서적 스트레스를 줄이고 업무 관련 결과를 개선하기 위한 조직적 개입의 잠재적 혜택이 이러한 개입의 시행으로 인해 발생할 수 있는 잠재적 폐해를 능가한다고 결론지었다. 이런 사실은 일터에서 정신건강의 결과에 부정적으로 영향을 미치는 위험 요인들, 또한 이러한 위험 요인들을 줄이거나 없애거나 완화하려는 개입들이 정신건강의 결과를 개선할 수 있음을 보여준 연구들에 근거하고 있다. GDG는 조직적 개입의 결과에 대한 다수의 연구들을 고려하여 이 분야에서 점점 더 증가하는 근거기반을 강화해야 할 필요성이 있다고 지적했는데, 특히 개별적 개입에 비해 조직적 개입이 복잡하다는 사실을 고려할 때, 관련 연구의 방법론적 엄격성을 더욱 강화해야 한다고 언급했다.

## 〈권고안 2〉 보건의로 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원들에 대한 조직적 개입

업무량을 줄이고 스케줄을 변경하거나 의사소통과 팀워크를 개선하는 등 심리사회적 위험 요인을 해결하기 위한 조직적 개입은 보건의로, 인도주의, 응급서비스 노동자들의 정서적 스트레스를 줄이고 업무 관련 결과를 개선하기 위하여 고려될 수 있다.

근거의 확실성 : 매우 낮음 / 권고 수준 : 조건부 권고

### 핵심 내용

▶ 보건의로 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원들을 위한 조직적 개입은 그것이 특정한 위험 그룹을 대상으로 하고 있기 때문에 조심스럽게 접근해야 한다.

▶ 보건의로, 인도적 지원, 응급서비스 업무에서 노출되는 위험은 이들 직업군에서 정신질환의 유병률을 높인다. 이러한 위험에는 (폭력 및 괴롭힘 등) 잠재적으로 정신적 외상을 초래하는 사건, 장시간 근무, 과도한 업무, 정서적 부담에 대한 노출이 포함된다. 이 직업군의 특정한 하위집단(ex. 직접적인 지원 역할을 하는 보건의로 노동자, 국가적 인도주의 사업 종사자, 여성, 소외된 그룹의 구성원, 젊은 노동자 등)은 위험요인에 더 큰 영향을 받을 수 있다. 따라서 취약한 하위집단에 대한 조직적 접근법과 관련하여 무엇을 고려해야 하는지에 대해서는 더욱 폭넓은 조사가 시급히 필요하다.

▶ 직접적인 근거들의 대다수는 보건의로 노동자 집단에서 얻어졌다.

### 시행 관련 내용

▶ 일반적인 시행을 다른 권고안 1에 명시된 모든 내용들이 적용된다. 참여형 과정을 포함하는 조직적 개입도 마찬가지다.



## ■ 근거 및 이유

핵심질문 2에서는 고위험 노동자들에게 제공되는 조직적 개입들이 유익한 결과를 가져오는지 여부를 조사했다(부록 3). 다섯 가지 주제에 대해 체계적인 검토를 거쳐서 근거를 얻었다. 여기에서는 일반적인 관리, 기타 개입, 개입 없음을 대조군으로 두고, 다섯 가지 개입이 대조군에 비해 효과적인지 비교하였다. 다섯 가지 개입의 내용은 의사소통 및 팀워크 개입(58-60), 업무량 및 스케줄 조정(61), 휴무 스케줄에 대한 참여형 개입, 업무량 변화에 대한 참여형 개입, 업무 변화에 대한 참여형 개입 (29)(웹 부록) 이었다. 얻어진 모든 근거들은 별도로 명시된 경우를 제외하면 확실성이 매우 낮았다.

의사소통 및 팀워크의 경우 세 건의 대조시험(controlled trial)에서 정서적 고통에 대하여 상반된 효과(mixed effects)가 보고되었다. 그 중 번아웃에 대해서는 작지만 긍정적인 효과(ex. 감소)를 보인 연구가 2건이 있었다. 한 건의 대조시험(controlled trial)에서는 직무만족도에 유익한 영향이 관찰되었고, 다른 한 건의 대조시험(controlled trial)에서는 일터 윤리의 개선(괴롭힘을 포함한 폭력이 발생할 수 있는 팀 내부의 문제를 해결하기 위해 고안된 구조적 개입)에 기반을 둔 6개월 동안 의사소통 및 팀워크 개입을 제공받은 보건의로 노동자들에게서 결근(absenteeism)이 감소하였다. 네 건의 무작위대조시험(RCT)에서는 직무 성과에 대하여 상반된 결과가 보고되었으며, 그 중 하나에서만 (성과에 대한 대체 지표로서) 팀워크 행동이 개선되었다.

업무량 및 스케줄의 경우, 여덟 건의 무작위대조시험(RCT)으로부터 업무량 및 스케줄의 변화가 번아웃 현상에 대하여 작지만 긍정적인 효과가 있음을 시사하고 있었다. (휴무 일정, 업무량 변경, 업무 다변화에 초점을 맞춘) 참여형 조직적 개입의 경우, 보건의로 노동자들을 대상으로 수행된 한 건의 대조시험(controlled trial)에 의하면, 회복이 필요한 상태<sup>14)</sup>가 감소했다는 사실이 12개월의 추적연구를 통해 보고되었다.

전반적으로, 삶의 질과 기능, 자살 행동, 약물사용을 보고된 연구결과는 없었다. 보건의로 노동자를 대상으로 시행된 의사소통 및 팀워크 트레이닝에 관한 한 건의 클러스터-무작위대조시험(cRCT)이 있었는데, 이러한 개입이 보건의료의 질을 낮추는 부정적인 효과는 없었다. 예를 들어, 보건의로 노동자가 제공하는 의료서비스의 질(산모 또는 신생아에 대한 부작용)이 부정적인 영향을 받지 않았다. 고위험군에게 보편적으로 제공되는 조직적 개입이 유해하다는 것에 대한 직접적인 근거는 확인할 수 없었다.

14) 회복이 필요하다는 것은 다시 업무에 복귀할 수 있는 충분한 정신적 에너지와 신체적 에너지의 회복이 필요하다고 스스로 인식하는 것을 말한다(29).

## ■ 근거로부터 결정을 도출하기 위한 고려사항

보건의료, 인도적 지원, 응급서비스 분야의 업무 관련 위험은 이 그룹의 노동자들에게 정신건강 문제를 초래한다. 이러한 위험에 대처하기 위해서는 조직적 개입을 우선적으로 고려해야 한다(62, 63). 업무조건을 변화시키기 위한 조직적 개입은 특히 이 분야의 노동자들에게 더 가치있다. 그들은 오직 개인적 개입만 이루어진다면, 정신질환을 갖고 있거나 대처능력이 부족하다는 이유로 결국 개별 노동자를 비난하게 될 것이라고 우려하고 있다(61).

조직적 개입을 시행하는데 필요한 자원을 명시할 수 있는 직접적인 근거는 없었다. 이는 조직적 개입이 지리적, 국가별, 국가 내부적 상황과 개입의 맥락에 따라서 달라지게 때문이다. 주목할 점은 의사소통 및 팀워크 개입의 기간은 4시간부터 6개월의 범위를 가졌으며, 이 때문에 개입의 강도에 따라서 비용도 달라진다는 점이다. 비용효과를 직접적으로 검토하지 못했는데, 이는 중대한 공백이다(61).

건강 형평성, 평등, 차별에 대하여, 위험 요인을 예방하고 근무 여건을 개선하기 위한 조직적 개입은 건강 불평등을 개선할 가능성이 있다. 즉 젊은 노동자, 여성, 국가적 인도주의 사업 종사자, 환자를 직접 대면하는 보건의료 노동자들처럼 일에서 더 심한 심리사회적 위험(disproportionate psychosocial risks)을 경험할 가능성이 가장 높은 사람들의 건강 불평등을 줄일 것이다. 그러나 어느 연구(61)에서는 젊은 노동자들이 조직적 개입을 포함한 다중 모드의 개입으로부터 혜택을 덜 받는다고 지적하였다. 따라서 가장 취약한 사람들에 대한 조직적 개입에 있어서는 더 큰 주의가 필요하다. 즉, 집단별로 필요에 맞게 개입을 맞춤형할 필요가 있다.

실현 가능성과 관련하여, 아프리카 지역에서는 오직 한 건의 연구만 수행된 반면(64), 대부분의 연구들은 유럽과 북아메리카의 고소득 국가들에서 수행되었다. 여기에서 고려된 직접적인 근거들의 대부분은 보건의료 노동자들에게서 얻은 것이다. 인도적 지원 분야에서 수행된 연구는 없지만, 국가 단위 및 국제 인도적 지원 분야의 직원들은 조직적 개입을 선호할 수 있다(65). 이러한 개입들은 보편적인 인권의 원칙들을 준수한다. 사회문화적인 조정이 필요하며, 참여적 기법이 이러한 변화를 촉진할 것이다.

가이드라인 개발그룹(GDG)은 위험이 있는 노동자들에 대한 조직적 개입은 조건부 권고가 적절하다고 결론 내렸다. 파악한 근거들이 전반적으로 확실성이 매우 낮은 것으로 여겨졌음에도 불구하고, 정서적 고통 및 업무 관련 결과에 미치는 혜택이 잠재적인 유해를 능가하고 있었다. 정신건강에 대하여 가장 유망한 개입은 업무 스케줄의 변경을 포함하는 것이었다. GDG는 이런 방식이 장시간 근무 및 교대근무를 하고 있는 노동자들에게 특히 적합하다고 강조했다. 대부분의 근거들이 보건의료 노동자들에게서 얻어진 것이지만, 이들은 인도적 지원 활동가 및 응급서비스 노동자들, 또는 기타 위험 분야에서 일하는 노동자들을 대변하는 집단으로 판단할 수 있다.

### 〈권고안 3〉 정신질환을 가진 노동자들에 대한 조직적 개입

심리사회적 장애를 포함하여 정신질환을 가진 노동자들에 대해서는 국제적인 인권의 원칙들에 맞추어서 업무에 대한 정당한 편의제공(reasonable accommodation)이 이뤄져야 한다.

근거의 확실성: 매우 낮음 / 권고 수준: 보편적 권고

#### 핵심 내용

- ▶ 본 가이드라인의 검토 과정에서 직접적인 근거를 확인되지 않았다. 간접적인 근거(GRADE를 위한 적합한 데이터가 없는 체계적 고찰)에서는 정신질환을 가진 노동자들에게 시행할 수 있는 4가지의 직장에서 편의제공 개입에 대한 근거가 간략하게 설명되어 있다. 그들은 각각 의사소통에 대한 편의제공, 유연한 일정 관리에 대한 편의제공, 직무내용의 수정에 대한 편의제공, 물리적 근무환경의 편의제공이다.
- ▶ UN의 장애인 권리에 관한 협약(UNCPRD)의 제27조는 다음과 같이 명시하고 있다. “장애를 가진 사람들에게 일터에서의 정당한 편의를 제공해야 한다.” 이런 이유로 권고안이 만들어졌다.
- ▶ 본 권고안에서 사용된 정신질환 및 심리사회적 장애라는 용어는 관련된 모든 수혜자들이 스스로 본 권고안에 포함되는 대상자임을 인식할 수 있도록 모두 사용하였다.
- ▶ 정당한 편의제공은 정신질환을 가진 노동자들이 일터에서 공평하게 기회를 얻고 자원에 접근할 수 있도록 모든 사람에게 열린 근무 환경 개선을 촉진한다.

#### 시행 관련 내용

- ▶ 근로 및 고용에 대하여 명시한 UNCPRD 제27조에 의하여, 정신질환을 가진 노동자들은 차별적인 대우를 받아서는 안 된다. 그러나 지원과 혜택을 받는 노동자들이 정신질환자로 알려지거나, 이들이 일을 제대로 해낼 수 없다는 인식이 조장될 우려가 있다. 그러므로 차별을 막기 위해 조직 내에서 정신건강과 관련한 낙인을 완화하고 개인의 프라이버시를 보호하기 위하여 선제적인 조치가 취해져야 한다.
- ▶ 정신질환에 대한 낙인을 완화하기 위한 조직적 개입은 비밀보장과 낙인에 대한 우려를 줄이는 데 기여할 수 있고, 자발적인 공개를 장려함으로써 편의(accommodation)를 쉽게 사용할 수 있다. 편의제공은 다른 동료들에게 공개하지 않고 시행될 수 있으며, 또는 해당 노동자의 선호에 맞추어서 시행될 수 있다.
- ▶ 어느 범주의 개입이 더 우수한지를 확인할 수 있는 근거는 불충분하다. 정신질환을 가진 노동자들이 그들의 필요와 요구와 선호에 따라 인간중심적인 분위기에서 일할 수 있도록 조정이 이뤄져야 한다. 직속 상급자들은 그런 노동자들을 지원하는데 있어서 중요한 역할을 한다.

- ▶▶ 정신질환과 관련하여 휴직 후 복귀하는 사람들을 포함하여 정신건강 질환(들)을 가진 어떠한 노동자에게든 정당한 편의제공이 적용될 수 있을 것이다. 그것은 정신건강 질환을 갖고 있지만 휴직을 하지 않고 일터에 남아 있거나 새로 일터에 들어가는 노동자들을 위해서도 활용될 수 있다.
- ▶▶ 정신질환 또는 심리사회적 장애를 가진 사람들의 인권을 존중하는 것은 이러한 권고안의 필수적인 전제조건이다. 그렇지 않으면 재활을 위한 접근(rehabilitative approach)이 결여될 위험이 있다.
- ▶▶ 자원이 불충분한 중저소득국가(LMIC)들과 전 세계의 중소기업(SME)들은 공공 (의료) 영역으로부터 지원을 받을 수 있다. 공공 영역은 합리적인 조정 시행에 대한 가이드라인을 제공할 수 있는 역량이 있다. 노동자들과 고용주들은 잘 조절되는 다학제적 지원(coordinated multidisciplinary support)을 제공받을 수 있어야 한다. 이러한 지원은 집단 직업 서비스(group occupational services) 모델을 통해(ILO 협약 161호, 제7조)(66) 제공될 수 있을 것이다.
- ▶▶ 관리자와 고용주는 정당한 편의를 제공받는 노동자들을 더욱 잘 지원할 수 있도록 교육과 자원을 제공받아야 한다.
- ▶▶ 권고안 1에 명시되어 있듯이, 일반적인 시행 관련 모든 내용들도 함께 적용된다.

## ■ 근거 및 이유

핵심질문 3에서는 심리사회적 장애를 포함하여 정신질환을 가진 노동자들에게 제공되는 조직적 개입이 유익한지를 조사했다. 그러한 개입은 (합리적인) 일터 편의제공(workplace accommodation) 또는 업무 편의제공(work accommodation)이라고 부른다(부록 3). 이러한 편의제공은 장애를 가진 노동자들이 업무활동에 지속적으로 참여하기 위해, 필요와 요구에 부합하는 우호적이며 적절한 근무 여건을 제공할 수 있도록 설계되어 있다. 이에 대해서는 간접적인 근거들만 이용할 수 있었는데, 문헌고찰을 통해 이용 가능한 근거들을 요약하여 제공했다(67) (웹 부록).

검토를 통해 다양한 기법이 혼재된 15가지의 관찰 연구가 확인되었다. 이 연구들의 주된 결과변수는 정신건강(ex. 진단 상태의 변화)과 고용의 결과(ex. 재직 기간 및 소득)였다. 그리고 다음과 같은 네 가지의 유형의 편의제공 (accommodation)이 확인되었다.

- » 의사소통 편의제공: 상급자들과의 정기적인 지원 회의, 또는 정보를 수신하는 방식에 대한 선호도(서면 또는 구두)에 따른 의사소통
- » 일정관리 편의제공: 휴식시간을 자주 활용, 또는 작업을 완수하는 데 필요한 추가적인 시간을 허용
- » 직무내용 편의제공: 과업(tasks), 직무(job) 또는 과업분담(task-sharing)을 점진적으로 재도입하는 것
- » 물리적 환경 편의제공: 휴식을 위해 개인적 공간을 이용하는 것, 또는 의약품 보관을 위한 냉장고를 이용할 수 있도록 하는 것

관찰 연구들로부터 얻을 수 있었던 근거들은 업무 편의제공이 고용기간과 정신건강 상태의 개선에 긍정적인 연관성을 보여주었다(1). 가장 흔하게 시행되는 편의제공들은 의사소통 및 일정관리와 관계된 것이었다. 업무 편의제공을 받는 노동자들의 경우, 제공받지 못하는 노동자들에 비해 재직 기간이 7-24개월 더 긴 것으로 보고되었다. 한 시험에서, 충분한 업무 조정을 제공받은 노동자들은 그렇지 못한 사람들에 비해 1년 이후에 정신질환을 갖게 될 가능성이 더 적었다(68). 한 질적 연구에서 이러한 개입으로 인한 바람직하지 않은 영향에 대해 기술하고 있는데, 어린아이 취급을 당하거나, 쉬운 업무만 할당받는다고 느끼는 사례들이 포함되어 있었다 (69).

## ■ 근거로부터 결정을 도출하기 위한 고려사항

정신질환 및 심리사회적 장애를 가진 노동자들은 일에 대한 관심, 의지, 참여할 수 있는 능력이 있음에도 불구하고 업무에 지속적으로 참여하는 것에 있어서 상당한 장벽을 경험한다. 업무 편의제공은 해당 일자리의 유지 시간(즉, 재직기간) 및 정신건강의 개선 등을 추구하고, 이는 이해관계자들이 중요하게 여기고 있다. 그러나 정신건강에

대한 낙인 및 부정적인 영향에 대한 두려움은 자신들의 정신건강 상태를 안심하고 공개하지 못하도록 방해하며, 결과적으로 편의제공을 어렵게 만들고 있다(71).

요구되는 자원은 편의제공의 유형에 따라서 다르다. 예전에 미국에서 수행된 전국적 설문조사에 의하면, 사업장 중 절반은 그들이 제공한 편의제공에 초기투자나 유지관리를 위해 비용이 들지 않았다. 3분의 1은 초기비용 및 유지관리 비용이 100달러 미만이라고 보고했다. 비용이 500달러를 넘는다고 응답한 곳은 소수에 불과했다(72). 비용편익 분석 또는 비용효과 분석에 대한 구체적인 연구는 확인되지 않았다. 편의제공에 따른 비용절감을 분석한 어느 연구는 미국에서 재정적 지원 프로그램을 통해서 1인당 11.73달러가 절감되는 결과가 나타났다고 발표했는데, 이는 편의를 제공받지 못한 사람들보다 68퍼센트 더 절감된 것이다(73).

건강 형평성, 평등, 차별의 측면에서도 중요한 의미를 갖는다. 정당한 편의제공은 일터에서 기회 및 자원에 대한 공평한 접근성을 강화한다. 이는 누구에게나 공평한 업무 환경을 제공하고, 편견 없이 성공적으로 시행한다면 낙인을 완화할 수 있다. 그러므로 편의제공은 정신건강 질환을 가진 노동자들과 그렇지 않은 노동자들 사이의 불평등을 줄일 수 있다. 즉, 편의제공이 필요한 노동자들에게 최적의 환경을 제공함으로써 그들이 업무에 참여하도록 도울 수 있다.

편의제공은 정신질환을 가진 노동자들이 필요한 수준까지 시행되는 경우는 많지 않았다. 한 연구에 의하면, 겨우 30.5%의 노동자들만이 요구된 모든 편의를 제공받았으며, 16.8%는 아무런 편의도 제공받지 못했다(74). 실현 가능성에 대한 우려가 있었는데, 고용주가 편의제공에 관한 법안을 이행할 수 도록 돕는 지원이 부족하고, 어떤 방법과 조치가 노동자들을 지원할 수 있을지에 대해 잘 모르고, 그러한 조치를 이행하는데 많은 비용이 들 것이라는 우려가 있었다(67). 검토에 포함된 모든 연구들은 주로 미국과 같은 고소득 국가들에서 수행되었다. 대다수의 연구대상은 심각한 정신질환을 갖고 일하는 사람들이었다.

정당한 편의제공은 인권 협약(70)에 부합하는 것이며, 정당한 편의제공은 UN의 장애인 권리에 관한 협약(UNCRPD) 및 각국의 장애/평등/차별 관련 법률에도 부합해야 한다. 결과적으로, 심리사회적 장애를 포함한 정신질환을 가진 노동자들은 대부분의 국가에서 법적으로 정당한 편의를 제공받을 권리가 있다. 이와 관련한 국제적인 노동 기준들은 (장애가 있는 사람들의) 직업적 재활 및 고용에 대한 협약, 1983 (제159호)(75), 그리고 (장애가 있는 사람들의) 직업적 재활 및 고용에 대한 권고안, 1983 (제168호)인데, 권고안 제168호에서 정당한 편의제공을 언급하고 있다(76). 편의제공을 받기 원하는 노동자에 대한 사회문화적인 수용도는 높은 반면, 일터에서 자신의 정신건강 상태를 공개하는 걸 두려워하는 노동자들에게는 여전히 장벽이 존재한다. 그리하여 자신의 상태를 공개할 수 없는 노동자들은 편의제공의 혜택을 받지 못하며, 그에 따라 재직 기간도 단축된다(71).

일터에서 정신건강에 대한 낙인을 줄이고, 평등 또는 차별에 관한 법률을 적극적으로 홍보하는 것은 편의제공의 혜택을 받을 사람들이 자신의 상태를 공개해도 괜찮다고 느끼게 하는데 도움이 될 수 있다.

가이드라인 개발 그룹(GDG)은 정신질환 및 심리사회적 장애를 가진 사람들을 위한 편의제공을 위해 우호적인 강력한 권고안을 만들었다. 제한적이긴 하지만 이용 가능한 근거들은 재직 기간 및 정신건강 상태에 미치는 잠재적인 혜택이 이 프로그램 수행에 의한 손실보다 컸다. 낙인으로 인한 폐해로부터 그들을 보호하려면 평등법과 차별법의 제정을 통해 사람들을 보호할 필요가 있다. 이러한 결정은 장애를 가진 사람들에 대한 정당한 편의제공의 적용을 촉구하는 UNCRPD(70)로부터 결정적으로 영향을 받았다. 실제 제정에 이르기까지는 국가적 정책 및 일터의 정책에 따라 다를 수는 있다. 그러나, 장애를 가진 사람들이 다른 사람들과 동등한 조건에서 참여하게 하고, 그들이 경제활동을 포함하여 사회에 참여할 수 있는 권리를 보장할 수 있는 수단들은 이미 마련되어 있다. 노동연령 성인들의 15%가 정신적 장애를 가진 것으로 추정됨을 고려할 때, 본 권고안은 상당수의 사람들에게 영향을 미칠 것이다.

# WHO guidelines on mental health at work





# 관리자 훈련에 대한 권고사항



## 〈권고안 4〉 정신건강을 위한 관리자 훈련

노동자들의 정신건강을 지원하기 위한 관리자 훈련(training)은 정신건강에 대한 관리자의 지식, 태도, 행동을 개선하고, 노동자들의 도움을 구하는 행동(help-seeking behaviours)을 증진할 수 있도록 제공되어야 한다.

근거의 확실성 : 중간 / 권고 수준 : 강력한 권고

### 핵심 내용

» 정신건강을 위한 관리자 훈련은 관리자들이 정신건강과 관련한 지원이 필요한 노동자들을 식별하고 그에 대응할 수 있도록 설계되었으며, 관리자들에게 정신건강 문제를 가진 팀원들을 알아보고, 교류하고, 지원할 수 있는 자신감을 부여하고, 노동조건(working condition) 내에서 직무 스트레스 요인을 조정할 수 있도록 설계되었다. 그러나 이러한 교육은 관리자가 정신건강 의료서비스 제공자가 되도록 설계된 것이 아니다. 관리자들은 이러한 교육을 받은 뒤에도 정신적 장애를 진단하거나 치료할 수는 없으며, 직접 치료하려고 해서는 안 된다.

### 정신건강을 위한 관리자 훈련의 시행에 대한 일반적인 내용

- » 관리자에는 한 명 이상의 노동자를 관리/감독할 책임이 있는 사람들이 포함된다. 관리자에는 행정 관리자 또는 각자의 분야에서 기술 전문가인 관리자들도 포함될 수 있다.
- » 관리자들에게 교육을 제공하기 전에, 교육의 근거기반(질과 효과)이 확실한지에 대해서 주의를 기울여야 한다.
- » 참가자들이 교육을 마친 뒤에 각자의 일터에서 교육받은 지식 및 기술을 적용하는 정도(즉, 역량의 범위)를 의미하는 교육의 전이(轉移, transfer)<sup>15)</sup>에 대한 평가가 교육의 시행과 함께 수행되어야 한다.
- » 교육은 가급적이면 정상적인 유급 근무 시간에 제공되어야 한다. 교육은 주기적으로 반복할 필요가 있을 수도 있다. 그러나 이러한 반복의 이상적인 빈도를 알아내기 위해서는 기간에 대한 추가적인 연구가 필요하다.
- » 다른 관리자들이 교육을 활용하도록 장려하고 교육의 효과를 문화적으로 지속시키려면 고위 경영진의 깊은 관심이 필요하다.
- » 정신건강을 위한 관리자 훈련은 대면이나 디지털, 또는 이들을 혼합한 기법을 통해서 제공될 수 있다.
- » 정신건강을 위한 관리자 훈련은 직무 교육의 일환으로 제공될 수도 있고, 또는 예비 관리자 또는 경영진을 교육하는 관련 커리큘럼의 일부로 (또는 기타 재취업 교육의 일부로) 통합될 수도 있다.

## ■ 근거 및 이유

핵심질문 4에서는 관리자 훈련이 관리자 및 노동자들의 결과에 유익한 영향을 미치는지를 조사했다(부록 3). 검토 과정에서 관리자 훈련에 대한 다음과 같은 두 가지의 광범위한 범주(category)가 확인되었다.

- 1) 정신건강을 위한 관리자 훈련: 정신건강 및 심리사회적 위험요소(예. 직무 스트레스 요인) 관련 지식, 정서적 고통에 대한 조기 인지 및 대응, (다른 지원 기관으로의 위탁을 포함하여) 고통에 대한 적절한 조치를 취하는 것, 의사소통 및 적극적 경청 기술 등의 항목으로 구성됨.
- 2) 리더십 기반 훈련: 관리자와 노동자의 상호작용 개선과 건강 및 안녕(well-being)에 우호적인 방식으로 근무환경 및 근무 조직을 설계할 수 있는 관리자의 역량 함양에 목적을 둔 인재관리 교육의 한 형태.

이러한 관리자 훈련의 효용성에 대한 근거는 교육을 하지 않은 대조군과 비교한 메타분석(77)으로부터 얻어졌다. 이 메타분석은 이 가이드라인을 위해 업데이트되었다. 교육을 시행하지 않은 대조군과 비교한 경영진 대상의 교육에 대한 근거는 코크란(Cochrane) 검토(78)를 통해서 얻어졌다(웹 부록).

정신건강을 위한 관리자 훈련의 경우, 근거의 확실성은 중간 정도였으며, 정신건강에 대한 관리자의 지식에 강력하고 유익한 영향을 미친다는 것을 알 수 있었다. 노동자를 지원하는 관리자의 역량과 행동에 대해서는 근거의 확실성은 매우 낮았으나, 강력한 효과가 관찰되었다. 정신건강에 대하여 관리자들이 낙인을 찍는 태도에 대해서는 근거의 확실성은 높았으나, 작지만 긍정적인 효과가 있었다. 또한 관리를 받는 사람(supervisee)이 보고한 정신건강 관련 결과에 대해서는 근거의 확실성은 높았으며, 본 개입에 우호적인 방향으로 매우 작지만 유의미한 효과가 있음을 보여주었다. 한 연구는 노동자가 이후에 도움을 구하는 행위에 있어서 정신건강을 위한 관리자 훈련이 상당한 장점이 있음을 보여주었으나 근거의 확실성은 낮았다(79). 업무 관련 결과의 경우, 어느 연구에서는 노동자들의 고용불안에 관한 인식이 미미하지만 유의미하게 감소했음을 가리켰으나 근거의 확실성은 낮았다, 두 건의 다른 시험에 의하면 관리자 훈련이 노동자들의 업무 성과에 미치는 영향은 없었다.

리더십 기반 훈련의 경우, 업무 관련 영향에 대한 결과들만 확인되었다. 개별적인 시험들로부터 얻은 근거의 확실성은 매우 낮았다. 노동자들의 조직에 대한 헌신, 업무 관련 동기부여 및 참여에 대해서 약간의 긍정적인 효과가 있음을 보여주었다. 그러나 (다섯 건의 연구 가운데 세 건으로부터 얻은) 대부분의 효과들은 통계적으로 유의미하지 않았다. 그 결과, 노동자들의 직무 만족도, 이직 의사, 팀 효율, 일과 삶 사이의 효율성(즉, 일과 사생활 사이에서 보내는 시간)에 대해서는 아무런 효과도 관찰되지 않았다.

전반적으로, 역효과, 리더십 스타일의 변화, 긍정적인 정신건강, 삶의 질, 약물 사용 또는 자살 행위와 관련한

15) (역자에 의한 각주) 교육에서 전이(transfer)는 어떤 학습의 결과가 다른 학습에 영향을 주는 현상이며, 교육을 통하여 학습한 지식, 기술, 행동 등이 다음 과제를 학습하는데 도움을 주거나 실제 직무수행에 적용되는 것을 말한다.

결과는 보고된 바 없다. 관리자 훈련 시행의 유해에 대한 직접적인 근거는 없었다.

## ■ 근거로부터 결정을 도출하기 위한 고려사항

관리자와 노동자들은 모두 정신건강을 위한 관리자 훈련이 달성하고자 하는 결과를 중요시하며, 이런 개입에 대해 갖는 우려가 다른 유형의 개입들보다는 적었다. 관리자들은 교육을 통해 정신건강과 노동자들을 지원하는 방법에 대한 추가적인 정보를 습득하는 걸 선호했다(웹 부록: 가치 및 선호도 조사). 그러나 일부 관리자들은 이러한 교육과 노동자들을 지원하는 행위가 자신의 직무에 포함되는 것인지에 대해서는 확신하지 못하고 있는데, 이는 아마도 이 교육이 무엇과 연관된 것인지, 그리고 직무 스트레스 요인(심리사회적 위험)이 노동자들에게 어떻게 영향을 미칠 수 있는지에 대한 인식이 부족하기 때문일 것이다.

교육의 제공방식(예. 개인, 그룹, 디지털, 대면, 또는 혼합 기법)에 대한 관리자들의 선호도는 다양하다. 교육이 제공되는 시간은 2.25시간부터 14시간까지 다양하며, 일회성의 교육을 하거나 최대 10주 동안 교육을 지속할 수 있으며(77), 교육 패키지의 자격증과 교육 수행에 따른 비용도 다양하다. 교육 양식은 이론적 학습과 기술 위주의 실용적 학습까지 다양하다. 이러한 다양성은 필요한 자원 요구도에 영향을 미친다. 비용효과를 직접 조사한 검토는 없었다.

건강 형평성, 평등, 차별의 경우, 사회인구학적 특성(예. 성별 또는 인종)에 따라 관리자 또는 노동자의 하위집단 사이에서 다른 이득이 있는지 분석한 연구는 없었다. 노동자의 건강에 도움을 주기 위한 관리자 훈련에는 평등 및 다양성에 대한 교육(80), 정신질환에 대한 인권교육이 포함될 수 있다. 그러나 이번 검토에서 이러한 요소들을 고려한 연구는 포함되어 있지 않았다. 본 검토 내에서 확인된 모든 연구들은 고소득 국가에서 주로 중대형 규모의 조직들에서 이뤄진 것이다.

보다 면밀한 감독과 장애요인의 완화가 없다면, 정신건강에 대한 관리자 훈련에 참여할 자원이 부족할 수 있는 소규모 기업들에서는 이 훈련을 실현하기가 어려울 수 있다는 점이 주목된다(81). 이러한 상황에서는 여러 소규모 기업에 속한 관리자들, 예를 들자면 산업별 보건의로 서비스 등을 통해 자원을 결합하여 이러한 교육에 공동으로 참여할 수 있을 것이다. 이러한 교육은 취업 전 교육 또는 재직 중 교육 기간에 관리자 교육과정과 함께 제공될 수 있을 것이다. 정신건강에 대한 관리자들의 태도와 지식을 향상시키기 위한 교육은 낙인이나 보복에 대한 우려를 완화시킴으로써 노동자들이 이용할 수 있는 다른 차원의 개입들도 개선할 수 있을 것이다(웹 부록: 시행 검토). 교육 효과의 지속가능성을 위해서는 교육의 결과로서 관리자들의 행동 변화에 대한 고위 경영진의 지지가 필요하다(웹 부록: 시행 검토). 추가적인 근거에서는, 관리자들을 위한 일회적 교육의 효과는 6개월 이후에 감소하는 것으로 나타났다, 이는 교육의 효과를 지속시키기 위해서는 적어도 연간 2회 반복하는 것이 필요할 수 있음을 시사한다(82).

정신건강을 위한 관리자 훈련이 관리자의 태도(낙인의 감소)와 기술/행동(비차별)의 개선에 미치는 혜택은 보편적인 인권의 원칙들과 일치하는 것이며, UN의 장애인 권리에 관한 협약(UNCRPD) 제27조의 시행을 촉진할 것이다. 지식, 태도, 기술/행동의 개선을 통해 차별을 줄이려는 노력과 함께, 해당 교육에 인권의 요소를 포함하는 것은, 비록 조사된 개입들에서는 그렇다는 근거가 명시적으로 포함되지는 않았지만, 정신건강을 위한 인권의 원칙들에 대한 관리자들의 지식을 강화할 수 있다. 사회문화적 수용성에 있어서, 정신건강 개입이 다양한 문화에 맞춰질 수 있다는 간접적인 근거가 있으며, 문화적 적응이 어떻게 이루어져야 하는지에 대한 방법론도 존재한다. 이러한 방법론은 업무환경에 대해 개개인의 자신의 생각을 말하는 것이 제한되어 있는 상황에서 관리자들이 관리자 훈련에 잘 적응할 수 있음을 입증하는 것일 수도 있다(83).

가이드라인 개발 그룹(GDG)은 정신건강을 위한 관리자 훈련은 강력한 권고가 적절하다고 결론 내렸다. 이에 대한 근거의 전반적인 확실성은 중간 정도로 여겨지며, 지식, 태도, 기술/행동, 도움을 구하는 노동자들의 행위에 대한 혜택이 잠재적인 유해를 능가했다. 이번에는 리더십 기반 훈련에 대한 권고는 만들어지지 않았는데, 이는 건강 관련 결과에 대한 바람직한 효과가 없었고 업무관련 결과가 일관성이 없었기 때문이다. GDG는 리더십 기반 훈련이 근무 조건의 관리 및 개선에 있어서 더욱 뛰어난 리더십 역량을 개발하기 위해서, 그리고 조직 문화의 분위기를 수립하기 위하여 설계되어 있다고 결론 내렸다. 그러나 이러한 교육이 노동자의 정신건강에 미치는 영향을 파악하기 위해서는 훨씬 더 많은 연구가 필요하다.

## 〈권고안 5〉 보건의로 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원을 위한 관리자 훈련

보건의로 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원들의 정신건강을 지원하기 위한 관리자 훈련을 정신 건강에 대한 관리자들의 지식, 태도, 행동을 개선하기 위해서 제공해야 한다.

근거의 확실성: 중간 / 권고 수준: 강력한 권고

### 핵심 내용

» 관리자 훈련에 대한 권고안 4 및 그 핵심 내용은 위험이 있는 노동자들의 관리자들에게도 해당한다. 그러나 권고안 4와는 달리, 관리자 훈련이 도움을 구하는 노동자들의 행동에 영향을 미친다는 근거는 확인되지 않았다.

### 시행 관련 내용

- » 권고안 4에 명시되어 있는 모든 일반적인 사항이 모두 적용된다.
- » 업무 특성상 어쩔 수 없이 교대근무를 하는 이러한 직업군에게 융통성 없는 대면 교육을 제공하는 것은 어려울 수 있다. 그들의 고객들은 관리자로부터 멀리 떨어진 다양한 곳에 산재해 있을 수도 있다. 따라서 유연하고, 단순하거나 디지털 방식으로 전달될 수 있는 교육이 더 타당할 수 있다.
- » 이러한 근무환경에서 낙인효과를 최소화하고 정신건강에 대한 지식을 높이기 위한 선제적 접근법이 필요하다.
- » 이러한 직업군은 근무 중 프로그램에 참여할 수 있도록 자금 또는 인정지원이 조정될 필요가 있다. 이런 교육은 또한 사전 직무훈련 또는 학습/교육, 재직 중에 지속되는 전문적 훈련 또는 재배치 훈련의 일부로 제공될 수 있다. 교육은 서로 다른 분야의 상황을 반영하여 조정되어야 한다.

## ■ 근거 및 이유

핵심질문 5에서는 고위험 분야에서 시행된 관리자 훈련이 관리자 및 노동자들에게 유익한 영향을 미치는지를 조사했다(부록 3). 교육을 수행하지 않은 대조군과 비교하였으며, 고위험 분야에서 정신건강을 위한 관리자 훈련<sup>16)</sup>에 대한 근거, 그리고 정신건강을 위한 두 가지 유형의 관리자 훈련(관리자들을 위한 정신건강 인식 훈련<sup>17)</sup>, 동료 주도의 관리자 훈련(ex. 재할 경험을 가진 사람들에 의해 제공되는 정신건강 질환의 재할 경험에 대한 인식 증진))에 대한 근거를 얻기 위해 메타분석(meta-analysis)(77)을 시행하였으며, 이 분석은 본 가이드라인을 위해 시행된 것이었다(웹 부록).

정신건강을 위한 관리자 훈련의 경우, 근거의 확실성은 낮지만, 정신건강에 대한 관리자의 지식을 향상시키는데 중간 정도의 유익한 효과가 관찰되었다. 이 교육의 결과, 고위험 노동자를 지원하기 위한 관리자의 기술/행동이 향상되었고(작은 효과, 근거의 확실성은 중간), 정신건강을 낙인을 찍는 태도도 개선되었다(중간 효과, 근거의 확실성은 높음). 한 시험(85)에서 관리자 훈련은 고위험 노동자들의 업무관련 결근기간을 줄였고, 6개월 이상 기여했음(업무와 관련되지 않은 부재에는 해당하지 않음)을 시사하였다. 이 연구는 근거의 확실성은 중간정도였고, 효과는 작았다.

관리자를 위한 정신건강 인식 교육을 정신건강 지식 또는 낙인을 찍는 태도에 대한 동료 주도의 관리자 훈련과 비교했을 때, 둘 사이에는 우위가 없었다. 근거의 확실성은 매우 낮았다(즉, 두 가지 유형의 교육은 모두 이러한 결과에 대하여 동등하게 유익했다). 리더십 기반 훈련의 경우, 고위험 노동자의 정신건강 증상에 대한 개별적인 시험을 했는데, 이 연구의 근거의 확실성은 매우 낮았고, 결과는 상반되었다. 세부적으로 보면 한 건의 시험에서는 이런 교육에 우호적인 작은 효과가 있음을 시사했으며, 다른 시험에서는 아무런 효과도 나타나지 않았다. 업무관련 결과의 경우, 직무 만족도 또는 이직률에 대하여 작지만 긍정적인 효과가 있었으나, 근거의 확실성은 낮았다.

전반적으로, 부작용, 도움을 구하는 위험이 있는 노동자들의 행동, 리더십 스타일의 변화, 긍정적인 정신건강, 삶의 질, 약물 사용, 자살 행위에 대한 결과는 보고되지 않았다. 고위험 분야에서의 관리자 훈련을 시행하는 것의 유해에 대한 직접적인 근거는 확인되지 않았다.

## ■ 근거로부터 결정을 도출하기 위한 고려사항

근거로부터 결정을 도출하기 위한 고려사항들은 대체로 권고안 4에 있는 내용들과 유사하며, 아래의 고려사항들은

16) 1) 정신건강을 위한 관리자 훈련 및 3) 경영진 대상의 교육을 위한 교육의 구성요소들은 권고안 4에 설명되어 있다.

17) 관리자들을 위한 정신건강 인식 훈련에는 정신건강 질환의 징후 및 증상에 대한 인식과 정신건강에 어려움을 겪는 개인들을 지원하는 방법에 초점을 맞춰서 훈련을 받은 조력자가 가르치는 매뉴얼화 된 교육이 포함되었다.

보건의로 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원과 같은 고위험 분야의 노동자 및 관리자와 관련이 있다는 점을 강조했다. 관리자 훈련은 강력한 팀 지향의 일이면서 관리 역량보다는 기술적 전문성이 더욱 우선시되는 연공서열 (seniority)이 있는 고위험 분야에서 특히 적절한 것으로 여겨졌다.

관리자들과 노동자들은 모두 정신건강을 위한 관리자 훈련이 해결하고자 하는 결과를 중요시하며, 관리자들은 교육을 통하여 정신건강 및 그들의 노동자들을 지원하는 방법에 대한 추가적인 정보를 얻는 것을 선호한다. 이러한 유형의 개입에 대해서는 고위험분야의 노동자들의 우려는 적었다. 자원에 대한 요구사항은 정신건강을 위한 관리자 훈련에 대한 권고안 4에 있는 내용(77)과 유사하며, 2개월에서 6개월 사이의 후속 연구에서 관찰한 바에 의하면, 1년에 교육을 최소한 두 차례 반복하면 시간이 경과함에 따라서 상당한 효과를 가지는 것으로 나타났다(86). 비용 효율성에 대한 직접적인 조사는 없었지만, 응급 서비스 분야에서의 정신건강을 위한 관리자 훈련의 영향을 조사한 한 시험에서는 관련 교육에 1파운드를 투자할 때마다 9.98파운드의 이득이 있음을 보여주었다(85).

건강 형평성, 평등, 차별의 경우, 의료, 인도주의, 응급 부문에서 성별 또는 인종과 같은 사회인구학적 하위집단 사이의 혜택에 차이를 보이는지 조사한 연구는 없었다. 이는 “여성들이 수행하고 남성들이 주도하는” 관행이 만연한(87) 이런 분야에서는 중요한 공백이다. 본 검토에서 확인된 모든 연구들은 고소득 국가들에서 수행되었으며, 여기에는 주로 고객을 대면하는 보건의로 노동자 또는 응급구조요원들이 포함되어 있었다. 인도적 지원 활동가를 포함하는 연구는 없었다. 인도적 지원 활동가들이 더 나은 정신건강을 위한 과정으로서 리더십의 향상과 의사소통의 개선에 대한 욕구를 보여주는 더욱 폭넓은 질적 근거들이 있다(65).

장시간 근무와 교대근무가 이뤄지는 직업군에서 정신건강을 위한 관리자 훈련의 실현 가능성에 대해서는 우려가 있는데, 특히 의료시스템이 과도한 부담을 안고 있거나 또는 인도적 비상상황이 활발하게 벌어지는 나라들에서는 더욱 그렇다. 간결성과 접근성이 이러한 교육의 실현 가능성을 높이는 것과 관련될 것이다. 경찰들은 자발적으로 참여하는 교육에 등록하는 비율은 낮았다. 따라서 고위험 노동자들을 위한 다른 의무교육들과 통합하면 이러한 교육의 등록을 더욱 촉진할 수 있을 것이다(웹 부록: 시행 검토). 그러나 교육을 받는 관리자들은 노동자들이 정신건강을 위한 다른 지원에 접근할 수 있는 가능성을 높임으로써 추가적으로 긍정적인 효과를 얻을 수 있다. 특히 은폐와 낙인에 대한 우려가 높은 분야와 근무 환경에서 더욱 그렇다(웹 부록: 시행 검토). 이들 부문에서의 또 다른 기회는 관리자의 정신건강 교육을 사전 교육(즉, 직무 교육의 일부인 직무 훈련 기간) 또는 배치 이전의 단계 또는 재직 중에 지속되는 교육에 통합하는 것이다. 다만 본 검토에서는 그에 대하여 별도로 조사하지 않았다(84).

정신건강을 위한 관리자 훈련의 바람직한 효과는 보편적인 인권의 원칙들과 일치한다. 사회문화적인 수용성의 경우, 남성중심의 문화 또는 가부장적 규범의 문화는 이러한 훈련의 활용 및 시행의 가능성에 영향을 미칠 수 있는데, 이는



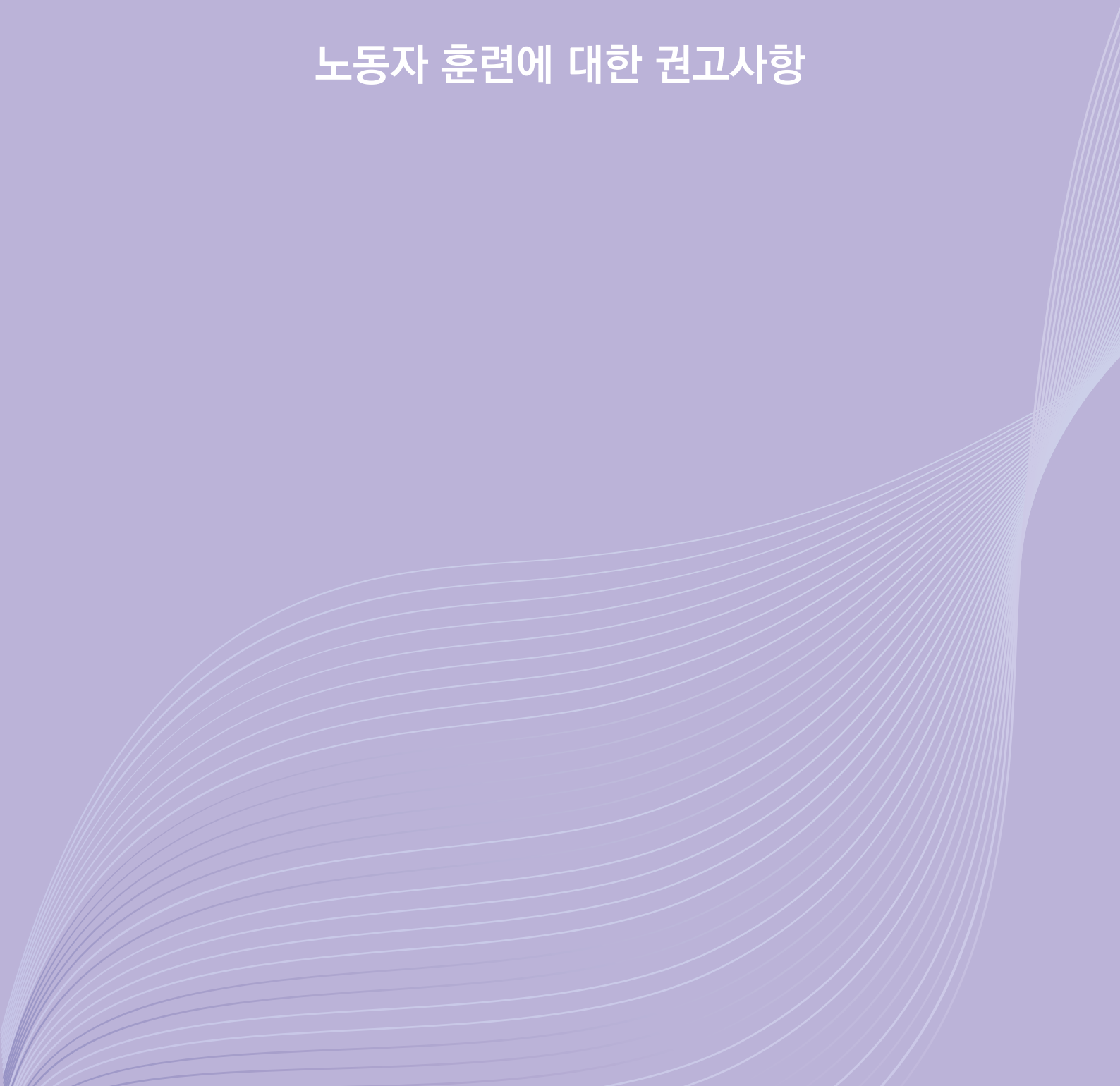
이러한 노력이 리더십에 대한 대표적인 정책들을 개선하려는 노력과 함께 존재해야 할 필요성을 강조한다.

가이드라인 개발 그룹(GDG)은 고위험 직업군에 대해 근거에 기반한 결정이라는 관점에 따라 정신건강에 대한 관리자훈련에 대해 강력하게 권장하기로 결정하였다. 근거들의 전반적인 확실성은 중간 정도였고 교육을 통해 얻을 수 있는 지식, 태도, 기술/행동에 미치는 혜택이 잠재적인 유해를 능가했다. 노동자의 정신건강 및 업무관련 결과에 미치는 후속적인 영향에 대한 근거가 서로 상반되거나, 다른 핵심적인 결과들(ex. 도움을 구하는 행동)에 미치는 영향에 대한 데이터를 이용할 수 없었기 때문에, 이런 결과들은 권고안에 포함되지 않았다. 정신건강을 위한 관리자 훈련에 대한 권고안 4와 마찬가지로, GDG는 리더십 기반 훈련에 대한 근거에는 한계가 있음을 확인했다.

# WHO guidelines on mental health at work



# 노동자 훈련에 대한 권고사항



## 〈권고안 6〉 정신건강 문해력 및 인식에 관한 노동자 훈련

정신건강 문해력(literacy) 및 인식에 관한 노동자 훈련은 낙인을 찍는 태도를 포함하여 일터에서 훈련생의 정신건강 관련 지식 및 태도의 개선을 위해 제공될 수 있다.

근거의 확실성 : 매우 낮음 / 권고수준 : 조건부 권고

### 핵심 내용

» 정신건강 문해력 및 인식 훈련은 정신건강에 대한 지식을 향상시키고, 훈련 대상자의 편견과 낙인을 줄이며, 노동자가 자신이나 동료로 적절하게 지원할 수 있도록 한다. 예를 들어 정서적 고통의 징후를 파악하고, 공식적이거나 비공식적인 자원으로부터 도움을 구하거나 지원하는 적절한 조치를 취하는 것이 있다. 이 훈련은 노동자들이 정신건강 의료 서비스 제공자가 되거나, 또는 정신장애를 진단 또는 치료하도록 설계된 것이 아니다. 노동자 훈련이 동료에게 도움을 제공할 가능성(자기 보고)에는 효과가 없었다. 다만, 이에 대한 근거는 제한적이어서 결론을 내리기에는 아직 더 많은 연구가 필요하다. 훈련이 동료의 정신건강에 도움이 된다는 근거는 찾을 수 없었다.

### 정신건강 문해력 및 인식 향상을 위한 노동자 훈련의 일반적 내용

- » 본 가이드라인의 대상 독자들은 정신건강 문해력 및 인식에 대한 노동자 훈련을 노동자들에게 제공하기에 앞서서 훈련 프로그램이 근거가 있는지 여부(질과 효과)를 확인해야 한다.
- » 참가자들이 훈련을 마친 뒤에 각자의 일터에서 훈련받은 지식 및 기술을 적용하는 정도(즉, 역량의 범위)를 의미하는 훈련의 전이(轉移)에 대한 평가가 훈련의 시행과 함께 수행되어야 한다.
- » 훈련은 가급적이면 정상적인 유급 근무 시간에 제공되어야 한다.
- » 노동자들이 훈련을 활용하도록 장려하고 훈련의 효과를 문화적으로 지속시키려면 고위 경영진의 헌신이 필요하다.
- » 훈련은 노동자 자신에게 직접적 도움이 되어야 한다는 목적을 염두에 두고 제공되어야 한다. 훈련이 노동자들에게 동료에게 비공식적인 도움을 주려는 목표를 가지고 활용되어야 할 근거는 아직 충분하지 않다. 만약 한 노동자가 고통 받는 동료들에게 초기 대응을 제공할 수 있도록 훈련을 받아야 한다면, 우선적으로는 정신건강 수퍼비전(supervision)이 제공되어야 한다. 그럴 수 없다면, 동료 간에 사적 경계를 침범하지 않고, 정신건강 전문가에게 의뢰를 할 수 있도록 필요성과 경로를 식별하고, 비밀을 보장하고, 그들 자신의 정신건강에 대한 충격을 관리할 수 있게 지원해야 한다.

- » 훈련은 주기적으로 반복되거나 갱신될 필요가 있다. 그러나 반복의 빈도에 대해서 결론 내리기 위해서는 효과 기간에 대하여 추가적 연구가 필요한 상황이다.
- » 훈련에는 노동자들이 일터 또는 지역사회 환경에서 적절한 자원과 관련된 정책을 찾을 수 있는 방법에 대하여 알려줄 수 있는 행정 정보에 대한 것도 포함될 수 있다.
- » 훈련은 일부 비공식 부문에서처럼 일터에서 신체적 건강 및 안전에 대한 우려 이외에 정신적 건강을 해결해야 할 동기가 적은 환경에서 유익할 수 있다. 그러나 정신건강에 대한 인식을 향상시키기 위한 교육은 노동자들이 이용할 수 있는 정신건강의뢰체계가 있을 때 수행되어야 한다.

## ■ 근거 및 이유

핵심질문 6에서는 노동자 훈련이 훈련을 받은 사람들 및 동료들의 정신건강결과에 유의한 영향이 있는지를 조사했다(부록 3). 이러한 훈련은 노동자들의 정신건강 문해력(지식 및 인식)과 태도(ex. 편견과 낙인을 찍지 않는 것)를 함양시키기 위해 설계되었다. 여기에는 훈련생 및 동료들의 정서적 고통을 겪을 때 초기에 알아차리고 대응하며, 의뢰를 위한 정보제공을 포함한 적절한 행동으로 초기 지원을 하는 방법이 포함되어 있다. 한 체계적인 문헌고찰이 정신건강 훈련을 받은 노동자들과 아직 훈련을 받지 않은 노동자를 비교한 근거를 제공해주었다(88)(웹 부록).

훈련 참가자의 경우, 정신건강에 대한 노동자의 지식은 작은-중간 정도의 유의한 효과가 있음을 시사했으며, 근거의 확실성은 낮았다. 정신건강에 대하여 낙인을 찍는 태도에 대해서는 이 훈련이 작은 효과가 있었으며 근거의 확실성은 매우 낮았다. 그러나 정신건강 문해력 및 인식 훈련을 통해서 훈련생이 다른 사람에 대한 도움을 제공할 가능성(이에 대해서는 피험자가 스스로 보고함)을 변화시키지 못했다. 이에 대한 근거의 확실성은 낮았다. 훈련 생의 정신건강에 대해서는 상반된 효과(효과 없음 및 긍정적인 효과)가 있음을 나타내는 개별적인 연구들이 있었는데, 여기에서 얻은 근거의 확실성은 매우 낮았다.

부작용이나, 훈련 수강생의 지원을 받은 동료들에게서 도움을 찾는 행동의 변화, 긍정적인 정신건강, 삶의 질, 약물 사용, 자살 행동, 업무 관련 결과에 대해서는 아무런 결과가 보고되지 않았다. 노동자들에 대한 정신건강 문해력 및 인식 훈련을 실시하는 것이 유해한지에 대한 직접적인 근거는 확인되지 않았다.

GRADE에는 적합하지 않았던 추가적인 근거에 의하면, 흔히 “게이트키퍼 훈련(gatekeeper training)”이라고도 불리는 훈련의 내용에는 일터에서의 자살 예방에 관한 출판된 연구와 출판되지 않은 연구에 대해 설명하고 있었다(89). 일터에서의 자살 예방을 목적으로 수행된 훈련에 대한 몇몇 연구들에 의하면, 이 훈련은 지식, 낙인, 도움을 구하는 행동에 유의한 효과를 나타내었다.

## ■ 근거로부터 결정을 도출하기 위한 고려사항

노동자들은 정신건강을 위한 노동자 훈련이 추구하고자 하는 목적을 매우 중요하게 여긴다. 이러한 개입은 작업장에서 자주 사용되는데, 이는 근무 환경에서 정신건강에 대한 낙인을 줄이는 것을 크게 강조하기 때문이다. “동료들의 도움을 구하는 행동에서의 변화”에도 역시 높은 가치가 있지만, 그러나 검토된 근거들 내에서는 확인할 수 있을 만한 결과가 없었다.

훈련의 전달방식(그룹, 디지털, 대면 등)과 길이에 따라 필요한 자원이 다를 수 있다. 근거를 검토하였을 때 훈련의

기간은 1시간부터 2일 사이였다. 프로그램이 인가나 면허를 받아야 하는 것이라면 더 많은 자원이 요구된다. 일부 훈련은 비교적 저렴하지만, 일부는 전체 노동자에게 제공될 경우 상당한 시간과 비용이 소요될 수 있다. 비용 효과성에 대하여 직접적으로 조사한 검토는 없었다. 그러나 하니슈(Hanisich) 외의 연구(88)에서 얻은 서술적 근거에 의하면, 한 연구에서 낙인을 막기 위한 훈련이 비용 효과적인 것으로 평가되었다.

건강 형평성, 평등, 차별의 측면에서 보면, 본 검토에서 확인된 모든 연구는 고소득 국가들에서 수행되었고, 일반적으로 중대형 조직들에서 이루어졌다. 성별 또는 인구와 같은 사회인구학적 하위집단 사이에서 혜택이나 유해의 차이는 조사되지 않았다. 그러나 훈련이 중저소득국가(LMIC)들에게 그리고 비영어권/비유럽권 문화에 적용될 수 있다는 근거가 있고(92), 조직화된 비공식 부문에서 환영받을 수 있다는 제언 정도가 있다(웹 부록).

실현 가능성의 측면에서 보면, 소규모 기업들은 이런 훈련에 참여할 수 있는 자원이 부족할 수 있는데, 여러 기업들이 공동의 산업보건서비스를 통해 훈련을 시행하면 이득이 될 수 있다. 추가적인 근거에서는, 12개월 시점에서의 장기적 훈련 효과는 일관성 없는 결과를 보여 주었다. 해당 연구들은 6개월의 추적 조사가 이뤄지는 것이 일반적이었다.

정신질환을 가진 사람들에 대한 낙인을 줄이기 위한 정신건강 문해력 및 인식 훈련은 보편적 인권의 원칙들과 일치한다. 사회문화적 수용성의 측면에서 보면, 훈련생들이 훈련 이후에 자신의 역할을 이해하는지에 대해서, 그리고 그들이 공식적 또는 비공식적 관리감독의 지원을 제공받는지(즉, 일터에서 비공식적인 동료 지원 역할로 지정된 사람들에 대한 지원)의 여부와 관련된 우려가 대두되고 있다. 자신의 역할이 과도하게 확장될 수도 있는 훈련생들은 (경영진으로부터) 정신건강 전문가의 도움과 같은 관리감독 지원이 없는 상태에서 문제를 해결하기 위한 역량이 부족할 수도 있다. 이는 관리자 훈련과는 대조적인데, 관리자들은 직접적인 권한을 갖고 있지만, 노동자들은 그들의 책임 하에 위치해 있기 때문이다.

가이드라인 개발그룹(GDG)은 정신건강을 위한 노동자 훈련에 대하여 조건부 권고안을 제시했다. 근거의 확실성은 전반적으로 매우 낮은 것으로 여겨졌으며, 지식 및 태도에 대한 혜택이 잠재적인 유해를 능가했다. “다른 사람들에 대한 도움 제공”에 미치는 영향은 후속 기간에 대한 추적 조사의 한계로 인하여 확인되지 않았을 수도 있다는 점에 유의해야 한다. 모건(Morgan) 등의 연구(90)에서 얻은 추가적인 근거에 의하면, 향후에 동료들을 지원하기 위한 훈련생들의 자신감/의도에서 중간 정도의 개선이 있음을 보여주는데, 자신감만으로는 (비록 그것이 대리 지표임에도 불구하고) 곧바로 행동으로 전환되지는 않을 수도 있다(91). 현재 이러한 훈련은 일터에서의 정신건강을 위한 다른 개입들의 성공적인 시행을 위해 극복해야 하는 필수적인 장벽인 일터에서의 편견과 낙인과 관련된 지식과 태도를 해결하는 데 적합하다. GDG는 이런 훈련이 도움을 구하는 행동에 미치는 영향과 같은 다른 결과와 연관된 유효성을 조사하기 위해서 추가적인 근거가 필요하다고 언급했다.

## 〈권고안 7〉 정신건강 문해력 및 인식에 관한 보건의로 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원 훈련

정신건강 문해력 및 인식에 관한 보건의로 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원 훈련은 편견과 낙인을 포함하여 일터에서 훈련생의 정신건강 관련 지식 및 태도를 개선하기 위해 제공될 수 있다.

근거의 확실성 : 매우 낮음 / 권고수준 : 조건부 권고

### 핵심 내용

» 정신건강 문해력 및 인식 훈련은 정신건강에 대한 지식을 향상시키고, 대상자의 편견과 낙인을 줄이고, 노동자가 자신이나 동료를 적절하게 지원할 수 있도록 한다. 예를 들어 정서적 고통의 징후를 파악하고, 공식적이거나 비공식적인 자원으로부터 도움을 구하는 것과 같은 적절한 조치를 취하는 것이 있다. 이 훈련은 노동자들이 정신건강 의료 서비스 제공자가 되거나, 또는 정신장애를 진단 또는 치료하도록 설계된 것이 아니다. 근거 수준이 낮은 한 연구에 따르면, 노동자 훈련이 동료에게 도움을 제공할 가능성(자기 보고)에 영향을 미치지 않을 수 있다. 그러나 결론을 내리기에는 아직 더 많은 연구가 필요하다.

» 그러나 정신건강, 태도, 기술에 관한 보건의로 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원에 대한 훈련은 그들의 일상적인 고객 대면 업무에 도움이 될 수도 있는데, 이는 본 훈련의 목적이 고통 받는 대중들에게 전달될 수도 있기 때문이다.

### 시행 관련 내용

» 권고안 6에 명시되어 있는 모든 일반적인 시행 관련 내용들이 적용된다.

» 훈련은 서비스 개시 사전 훈련, 재직 중의 훈련/학습, 업무배치 사전 훈련, 배치 이후 후속 훈련의 일부로 제공될 수 있다.



## ■ 근거 및 이유

핵심질문 7에서는 위험이 있는 노동자들에 대한 정신건강 문해력 및 인식 훈련이 결과에 유의한 영향을 미치는지를 조사했다(부록 3). 민간의 의료, 응급, 인도적 지원 활동가들이 그들 자신 또는 동료들의 정신건강을 개선하는 지식, 태도, 기술/행동에 대한 개입의 효과를 조사한 체계적인 문헌 검토는 없었다. 이러한 결과를 평가한 두 건의 무작위대조시험(RCT)에서는 체계적인 검색을 통하여 상호작용기반 직장교육<sup>18)</sup>과 정신건강 문해력 및 인식 훈련을 비교하고(93), 일터에서의 정신건강 인식 훈련<sup>19)</sup>과 일반적인 훈련을 비교하면서 근거를 얻은 것으로 확인되었다(94) (웹 부록).

정신건강 문해력 및 인식 훈련과 비교한 상호작용기반 직장교육의 경우, 개입들이 정신건강 지식의 개선에 있어서 유사한 방식으로 작지만 긍정적인 효과가 있음을 시사했다(근거의 확실성은 매우 낮음). 마찬가지로, 정신건강에 대해 편견과 낙인을 줄이는 유의한 영향은 3개월과 6개월 뒤의 후속연구에서 모두 작게 나타났는데, 이러한 개입들은 비슷했지만 상호작용기반 직장교육이 6개월의 추적 관찰에서 노동자들의 태도에 약간 더 나은 영향을 미쳤다. 어느 훈련방식도 다른 사람들에게 도움을 제공하는 기술/행동에 영향을 미치지 않았다(근거의 확실성은 매우 낮음).

일터 정신건강 인식 훈련(workplace mental health awareness training)은 일반적인 훈련과 비교하였을 때, 스스로 도움을 구하는 훈련생의 태도에 작은 효과가 있음을 보여주었다(근거의 확실성은 낮음). 이런 효과는 3년 뒤의 추적 연구에서는 더 이상 관찰되지 않았다. 훈련생이 실제로 도움을 구하는 행동의 변화에 미치는 효과는 관찰되지 않았다(근거의 확실성은 매우 낮음). 또한, 6개월 또는 3년 뒤의 추적 관찰 조사에서 훈련생들의 정신건강 증상을 감소시키는 데는 효과가 없었다(근거의 확실성은 매우 낮음).

전반적으로 부작용, 동료들이 도움을 구하는 행동, 긍정적인 정신건강, 삶의 질, 약물 사용, 자살 행동, 업무관련 성과에 대한 결과는 보고되지 않았다. 고위험 노동자들에게 정신건강 문해력 및 인식 훈련을 시행하는 것의 유해에 대한 직접적인 근거는 확인되지 않았다.

## ■ 근거로부터 결정을 도출하기 위한 고려사항

고위험 노동자들은 정신건강을 위한 노동자 훈련이 추구하고자 하는 목적을 매우 중요하게 여긴다. 편견과 낙인을 줄이기 위한 개입은 작업장에서 자주 활용된다. 자원에 대한 요구사항은 제공 방식(그룹, 디지털, 대면, 혼합),

18) 접촉기반 직장교육(contact-based workplace education)에서는 정신건강 질환을 가진 동료들에 의해 제공되는 여섯 차례의 대면 세션과 다섯 차례의 온라인 세션이 포함되었으며, 정신건강 문해력, 조기 식별, 도움을 구할 수 있는 자원 등에 관한 내용이 포함되었다.

19) 일터에서의 정신건강 인식 훈련(workplace mental health awareness training)에는 수강생과 비슷한 직업을 가진 사람들이 업무상의 어려움, 부작용, 도움을 구하는 것이 어떻게 유의한 지에 대해서 논의하는 3편의 비디오(모두 약 30분 분량)를 시청하는 것이 포함되어 있었다.

교육훈련의 길이, 관련 면허가 필요한지의 여부, 그리고 교육훈련 기간에 따라 다를 수 있는데, 근거에 의하면 그 기간은 30분 정도의 짧은 훈련에서부터 21개월 이상에 이르기까지 다양했다. 비용 효과성에 대해 직접적으로 조사한 검토는 없었지만, 위험 분야의 표본을 대상으로 수행된 단일 무비교군 연구에서 얻은 간접적인 근거에 의하면 이런 훈련을 받는 것이 비용을 절감해준다는 점을 시사했다(95).

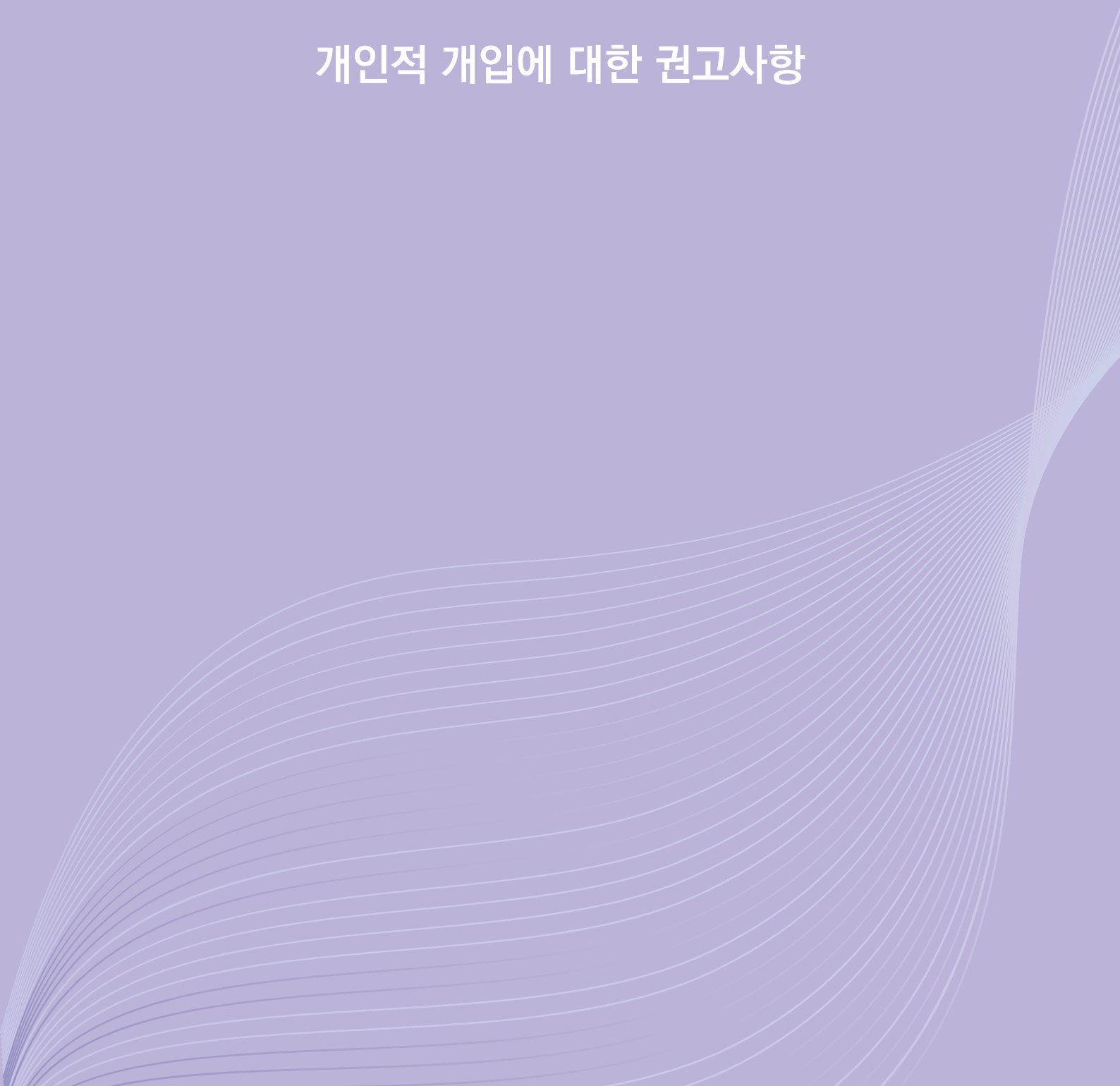
건강 형평성, 평등, 차별의 측면에서 검토해보면, 확인된 모든 연구는 고소득 국가들에서 수행되었다. 여기에 포함된 연구들은 의료 및 응급구조요원들에게 초점을 맞추었다. 추가적인 근거는 사전 배치 훈련이 인도적 지원 활동가들이 재난에 대처하는 자신감을 향상시키는데 유익했다(96). 성별 또는 인종 등 인구사회학적 하위집단들 사이의 효과의 차이는 확인되지 않았다. 이러한 훈련이 중저소득 국가(LMIC)들과 비영어권/비유럽권 문화도 적절하다는 새로운 근거들이 있다(92). 특히, 정신건강에 대한 지식 및 태도를 다루는 내용이 중저소득 국가들에서 직장동료가 아니라 일반 국민들의 정신건강을 지원하는 1차 보건의료 노동자들의 역량을 구축하려는 훈련에 포함되어 있다. 따라서 정신건강을 위한 훈련이 실현 가능함을 시사한다(97). 실현 가능성의 경우, 조직적 차원에서 시간 또는 인력을 지원해주지 않을 경우, 업무량이 과도해지고, 특히 고객을 대면하는 업무를 맡은 사람들의 경우 작업장을 벗어날 수 없는 어려움이 때문에 이러한 훈련에 접근하기 어려워 질 수 있다.(웹 부록: 시행 검토).

정신건강에 대한 편견과 낙인을 줄이려는 정신건강 문해력 및 인식 훈련은 보편적인 인권의 원칙들과 일치한다. 사회문화적 수용성의 측면에서, 정신건강에 대한 스스로의 낙인이 의료 부문 노동자들 사이에서 문제가 되는 것으로 알려져 있다(98). 그러나 위험에 노출된 직업군에 대한 이중의 혜택은 훈련에 참여하고자 하는 의지를 높이는 데 도움이 될 수 있는데, 정신건강 지식, 태도, 기술에 대하여 보건의료 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원들을 훈련하는 것이 그들이 일상적으로 서비스를 제공하면서 마주하는 업무에 추가적으로 도움이 될 수 있기 때문이다. 이들 분야의 동료 지원 프로그램(peer support program)도 역시 자주 사용된다. 동료 지원 프로그램의 성공에 대한 근거는 개입 및 결과의 다양함으로 인해 평가하기가 여전히 어렵지만, 단기적인 혜택에 대해서는 일부 근거가 있는 것으로 보인다(99).

가이드라인 개발 그룹(GDG)은 위험이 있는 노동자들을 위한 정신건강 훈련에 대하여 조건부 권고안을 만들었다. 근거의 확실성은 전반적으로 매우 낮았으며, 지식 및 태도에 미치는 혜택이 잠재적인 유해를 능가했다. 즉, 이 훈련은 훈련생들의 정신건강에 대한 지식을 향상시키도록 지원함으로써 증상의 조기 감지 가능성과 그러한 증상에 대하여 (실제 조치는 아니지만) 어떻게 해야 하는지에 대한 지식(ex. 도움을 구할 가능성)을 높여줄 것이다. 이러한 결과들은 권고안 6에서 발견된 것들과 일치하기 때문에, 이것이 단일한 권고안이 되어야 하는지에 대한 고려가 있었다. 그러나 GDG는 이들 집단에 대한 별도의 권고안이 있어야 할 필요성을 구체적으로 강조하는 것이 중요하다고 생각했다.



# 개인적 개입에 대한 권고사항



## 〈권고안 8〉 보편적인 개인적 개입

### 8A

마음챙김(mindfulness)<sup>20)</sup> 또는 인지행동적 접근(cognitive behavioural approaches)에 기반한 개입과 같이 노동자들의 스트레스 관리(stress management) 기술을 증진시키기 위해 보편적으로 제공되는 심리사회적 개입은 정신건강을 증진하고, 정서적 고통을 줄이고, 업무 효율성을 높이기 위해 고려될 수 있다.

근거의 확실성 : 낮음 / 권고 수준 : 조건부 권고

### 8B

저항 운동, 근력 운동, 유산소 운동, 걷기, 요가와 같은 여가 신체활동(leisure-based physical activity)은 노동자들의 정신건강과 신체 능력을 증진하기 위하여 고려될 수 있다.

근거의 확실성 : 매우 낮음 / 권고수준 : 조건부 권고

## 핵심 내용

▶ 보편적으로 제공되는 개입은 많은 노동자들에게 도움이 될 수 있으며, 정신건강 상태에 따라 프로그램 참여가 미리 결정되는 것이 아니기 때문에 낙인효과를 야기할 가능성이 낮을 것이다.

▶ 본 가이드라인의 대상 독자들은 스트레스 관리 역량의 구축을 위한 노동자들에 대한 개입을 제공하기에 앞서서 근거 기반(질과 효과)을 확인해야 한다는 점을 알고 있어야 한다.

▶ 신체 활동 및 좌식 습관에 관한 세계보건기구의 가이드라인(2020)에는 노동연령에 따라 사람들의 신체 활동에 대한 권고안이 포함되어 있는데, 관련 권고들에서 이러한 신체 활동이 불안 및 우울 증상의 감소를 포함하는 건강상의 이득이 있음을 언급하고 있다. 여건이 허락하는 경우, 권고안 8B는 근무 환경 내에서 수행할 수 있거나 또는 작업 특성상 이러한 신체 활동에 참여할 수 있는 외부적인 기회가 있는 환경에서 적용될 수 있다.

## 모든 개인적 개입의 시행에 대한 일반적 내용

▶ 효과의 지속 기간은 균일하지 않으며 불분명하다. 결과적으로, 노동자들에게는 개인적 개입에 대한 유연하고 지속적인 접근성이 필요한데, 일회성 전달의 효과는 지속되지 않을 수 있기 때문이다.

20) (역자에 의한 각주) 마음챙김은 mindfulness의 번역어로 보편적으로 사용되어 정착된 용어다. 마음챙김은 MBSR(mindfulness based stress reduction)을 창시한 존 카밧진 박사로부터 비롯되며, 존 카밧진의 마음챙김에 대한 정의는 "독특한 방식으로 - 의로를 가지고, 현재 이순간에, 판단하지 않고 - 주의를 기울임으로서 생겨나는 자각"으로 정의한다.

- » 전자 메시지(휴대전화 또는 이메일 메시지와 같은)를 사용하여 노동자들로 하여금 신체 운동과 같은 개입에 참여하도록 장려하는데 사용될 수 있다.
- » 개입의 내용 및 전달 방식은 그것을 시행하기에 앞서서 문화적인 맥락을 고려한 조정이 필요하며, 계획단계에서 노동자들이 참여해야 한다.
- » 개인적 개입(심리사회적 활동 및 신체적 활동 등의)은 대면 방식, 전자적 방식(안내 또는 비안내), 그룹 또는 개인적 참여 방식 등으로 제공될 수 있다.
- » 심리사회적 개입을 대면으로 제공하거나 안내하려는 사람은 개입을 제공할 수 있는 역량이 있어야 하며, 임상적 수퍼비전<sup>21)</sup>을 받아야 한다.
- » 디지털 방식(온라인, 애플리케이션 등)의 개입은 교대근무 노동자, 자영업자, “외부” 근무자들이 이용할 수 있도록 접근성을 높일 수 있다.
- » 이러한 개입은 기존의 일터 건강 증진 프로그램 안에 통합될 수 있다. 근무 환경 내에서 시행할 수 있는 자원이 부족한 경우, 이러한 지도 또는 개입의 제공은 관련 역량을 보유한 공공보건체계로부터 지원을 받을 수도 있다.
- » 노동자들이 가급적이면 개인적 개입을 받을 수 있는 시간이 허용되어야 한다.

## 하위집단 관련 내용

- » 개인적 개입의 제공 또는 활용에서의 형평성에 대해서는 “낮은 지위의 노동자들”과 “높은 지위의 노동자들”을 비교하고, 교대근무 노동자들, 비정규직 노동자들, 자영업자들을 고려해야 할 필요가 있을 것이다.
- » 비정규직 여성 노동자들은 비슷한 조건의 남성 노동자들에 비하여 가족 단위 내에서 디지털 자원에 대한 접근성이 낮을 수 있다. 이러한 조건 및 유사한 환경에서는 대면 방식의 제공이 더 바람직할 수 있다.
- » 비정규직 노동자들은 이러한 개입에 참여하기 위하여 업무를 벗어날 수 있는 시간을 갖지 못할 수도 있다. 결과적으로 말하자면, 협동조합 또는 보건시스템과 같은 지역사회 기반의 조직들이 주도하여 개인적 개입을 촉진할 수 있으며, 비전문가 제공자라 할지라도 개인적 개입을 제공할 수 있도록 훈련받을 수 있을 것이다.

21) (역자에 의한 각주) supervision은 라틴어의 super(영어로 over)와 videre(영어로 watch)의 합성어로 다른 사람이 하는 일에 대해 책임을 갖고 지켜보는 감독자라고 해석할 수 있다. 과거에는 지도감독으로 번역하여 사용하였으나, 감독이라는 용어가 ‘수행능력 향상을 도와주는 것’을 강조하는 수퍼비전의 본래의 의미를 잘 반영하지 못하고 있어, 수퍼비전이라는 용어를 그대로 사용하였다.

## ■ 근거 및 이유

핵심질문 8에서는 (심리사회적 개입, 여가 신체 활동, 또는 건강한 생활습관 증진 등) 보편적으로 제공되는 개인적 개입이 유의한 결과를 가져오는지 조사했다(부록 3). 근거들은 여덟 건의 체계적인 문헌 고찰로부터 얻어졌다. 대조군 (일반적인 치료, 대기 명단 대조군, 기타 개입, 치료에 대한 통제 없음 등)과 비교했을 때, 보편적으로 제공되는 심리사회적 개입(인지행동치료, 휴식, 대인관계의 소프트 스킬<sup>22)</sup>, 스트레스 관리, 역할 관련 기술, 표현적 글쓰기 등) (100, 101), 마음챙김 및 명상 개입(60, 102, 103), 인지행동치료(CBT)(60, 103)에 대한 근거를 확인할 수 있다. e-심리사회적 개입(인터넷 기반 또는 기타 디지털 기반의 인지치료 또는 CBT, 스트레스 및 대처, 마음챙김, 심리교육적 치료, 문제해결 훈련, 긍정적 심리 개입, 수용 전념 치료<sup>23)</sup> 등), 전자의료(e-health) 스트레스 관리(103), 신체 활동 및 생활습관개선 (일반적인 신체운동, 일터에서의 특정한 저항력 운동 등) (106), 신체 활동(걷기, 요가, 저항력 훈련, 유산소 운동, 웨이트트레이닝 운동 등) (60), 그리고 심리사회적 개입과 신체활동 개입 및 생활습관개선이 결합된 형식에 대한 근거(60)가 있었다(웹 부록).

보편적으로 제공되는 심리사회적 개입의 경우 근거의 확실성은 매우 낮았지만, 번아웃(burnout) 현상과 불면증의 개선에 작은 효과가 있음을 보여주었다. 보편적으로 제공되는 마음챙김 및 명상 개입의 경우, 일반적인 고통의 증상과 전반적인 정신건강 증상(우울, 불안, 스트레스)에 중간 정도 개선이 있었으나, 근거의 확실성은 낮았다. 그리고 주관적 행복에서는 강력한 개선이 있었으나, 근거의 확실성은 낮았다. 보편적으로 제공되는 CBT는 근거의 확실성이 낮거나 매우 낮았으며, 전반적인 정신건강 증상(예: 우울증, 불안 및 스트레스)과 주관적 안녕(well-being)(근거의 확실성이 매우 낮음)에 대한 CBT의 효과는 작았다.

전자적 심리사회적 개입의 경우, 근거들의 범위는 근거의 확실성이 중간에서부터 매우 낮음까지 다양했으며, 정신건강(스트레스, 우울, 번아웃 증상)에 작은 효과가 있음을 보여주었다. 긍정적인 정신건강(행복 및 마음챙김)에 작은 정도에서부터 중간 정도까지의 효과가 있었으나 근거의 확실성은 낮았다. 업무 관련 효율성에는 작은 효과가 있었는데, 근거의 확실성은 높았다. 본 리뷰에 포함된 추가적인 근거들에 의하면, 심리사회적 건강 및 업무 효율성 결과에 대하여 CBT 기반의 접근법과 기타 심리사회적 접근법들이 미치는 영향들 사이에는 차이가 없었다 (104). 마찬가지로, CBT는 매우 작지만 유의미한 긍정적 효과를 보여주었으며, 마음챙김 기반의 개입들은 중간 수준에서부터 커다란 수준의 긍정적 효과를 보여주었다(103). 전자의료 스트레스 관리의 경우에는 바람직한 결과가 확인되지 않았다.

22) (역자에 의한 각주) 대인관계에서 소프트스킬은 사회적 상호작용과 원활한 대인관계를 돕는 기술을 의미한다. 예를 들어 의사소통기술은 자신의 생각과 감정을 적절하게 표현하고 상대방의 의견을 이해하고 존중하는 연습을 통해 향상될 수 있다. 의사소통, 듣기, 존중과 타인의 다양성인식, 공감, 문제해결과 협력, 리더십 등의 주제가 있다.

23) (역자에 의한 각주) 수용전념치료(acceptance and commitment therapy)는 심리치료의 한 접근법으로 미국 심리학자인 스티븐C. 헤이즈가 기본개념과 기초를 발전시켰다. 약자로 ACT(액트라고 발음)라고 한다. 고통을 피하려는 대신 그것을 받아들이고, 현재의 순간에 집중하고 가치있는 행동을 추구하는 것을 중요시 한다. 소프트 스킬(soft skill)은 하드 스킬(hard skill)과 대비되어 사용되는 말로 하드 스킬은 주로 기술적이고 측정가능한 것을 말하는 반면 소프트스킬은 비기술적인 능력으로 주관적이고 사회적인 기술을 의미합니다.

심리사회적 개입과 신체활동 개입 및 생활습관개선이 결합된 형식의 경우, 확실성의 근거는 매우 낮았지만, 정신건강에 대하여 중간 정도의 효과가 있었으며, 삶의 질 개선에 대해서는 강력한 효과가 있었다. 신체활동 개입과 생활방식 개입(또는 둘의 혼합)의 경우, 근거의 확실성은 중간 정도였으며, 업무 능력에 작은 효과가 있었다, 전반적으로, 부작용, 약물 사용, 자살 행동에 대한 결과는 보고되지 않았다. 보편적으로 제공되는 심리사회적, 신체 활동, 생활방식 개입을 시행하는 것의 유해에 대한 직접적인 근거는 확인되지 않았다.

## ■ 근거로부터 결정을 도출하기 위한 고려사항

노동자들은 보편적으로 제공되는 개입에 대한 접근성을 중요하게 여긴다. 그러나 만약 이러한 개입이 조직적 또는 관리적 개입과 함께 제공되지 않는 경우에는 그것을 중요하게 여길 가능성이 적다(웹 부록: 가치 및 선호도 조사). 이는 개인적 개입을 제공받는 것이 노동자의 정신건강 상태가 본인 때문임을 의미할지도 모른다는 우려 때문이다. 이러한 개입은 자기돌봄(self-care) 또는 자기관리 방식의 일부를 형성하지만, 이것 하나만으로는 포괄적 개입을 구성하기는 어렵다.

필요한 자원은 전달 방식(대면, 자기 관리, 디지털, 전문지식 제공 등), 장비의 필요 여부(ex. 신체 활동), 기간에 따라서 다양하다. 어느 문헌에 의하면 전자 심리사회적 개입의 경우에는 평균 10주(104), 신체 활동 프로그램의 경우에는 평균 4-6개월이 소요된다(60). 추적 관찰 기간은 짧았고, 효과의 지속 기간은 균일하지 않으며 불분명한데, 이는 사람들이 이런 방식의 개입이 필요할 때 언제든지 이용할 수 있어야 함을 시사한다. 비용 효율성에 대한 직접적인 근거는 없었다. 직장 스트레스 관리에 대한 더욱 폭넓은 참고문헌(보편적인 제공 방식의 단일 또는 다수의 항목들을 포함하고 있지만, 보편적인 방식만 제공한 것은 아님)에 의하면, 잉글랜드에서는 1파운드 투자할 때마다 약 2파운드의 투자수익이 있었고(108), 12개국 25만 명 이상의 노동자를 대상으로 진행된 검토에서는 투자수익률이 138%였다 (109).

건강 형평성, 평등, 차별의 측면에서 검토한 결과, 성별에 대해서 하위 그룹 분석을 수행한 연구(105)는 한 건에 불과했으며, 성별이 전자 건강 심리사회적 개입의 결과에 유의미한 조절 효과가 없음을 보여주었다. 비록 대다수의 연구가 고소득층 환경에서 얻어진 것이었지만, 한 건의 검토에 의하면 이러한 개입의 제공자들 중 40%가 전문가였으며 (100), 더욱 폭넓은 문헌들에 의하면 자원이 부족한 환경에서는 비전문가 제공자들에 의해 간단한 심리사회적 개입은 충분히 시행될 수 있음을 보여주었다(110). 디지털로 제공되는 개입들은 지방 또는 자택 근무를 하는 노동자들에게까지 제공 범위를 확장할 수 있을 것이다. 개인적 개입의 제공 또는 활용에서의 형평성에 대해서는 “낮은 지위의 노동자들” 과 “높은 지위의 노동자들”을 비교하고, 교대근무 노동자들, 비공식 노동자들, 자영업자들을 고려해야 할 필요가 있을 것이다. 예를 들자면, 교대근무 노동자들에 대한 대면 제공 방식은 스스로 접촉하는 디지털 방식에 비하여 활용도가 낮을 수 있지만, 디지털 문해력이 낮은 노동자들에게는 오히려 대면 제공 방식이 더욱 선호될 것이다. 비정규직 여성

노동자들은 비슷한 조건의 남성 노동자들에 비하여 가족 단위 내에서 디지털 자원에 대한 접근성이 낮을 수 있다. 따라서 이러한 조건 및 관련 환경에서는 노동자 협동조합 또는 지역 기반의 조직 등을 통한 대면 제공 방식이 더 바람직할 수 있다(웹 부록). 노동자가 이러한 개입에 대해 자가 접근이나 의뢰를 하는 방식은 일반적으로 정신건강 지원 프로그램을 요청하였을 때 노동자가 생각할 수 있는 낙인에 대한 우려를 줄일 수 있다. 제한적 자원을 가진 고용주 또는 노동자들의 경우, 이러한 지도 또는 개입의 제공은 관련 역량을 보유한 공공보건부문에 의해서 지원받을 수 있을 것이다. 마지막으로 실현 가능성에 대해서는, 문헌에 의하면 전자적 심리사회적 개입의 완료율은 45%임을 나타내었는데, 이는 디지털 건강 개입에서 보이는 참여율과 비슷한 수준이다(104). 새로운 근거들에 의하면, 중소 규모의 기업(SME)들에서는 간략한 개인적 개입(자가 관리 또는 안내 지원)이 가능함을 나타내었다(111).

정신적 고통을 줄이기 위하여 근거 기반의 개입을 제공하는 것은 보편적인 인권 원칙들과 일치하며, 보편적으로 자원을 제공하는 것은 정신건강 또는 도움 요청에 대한 낙인의 장벽을 제거한다. 사회문화적 수용성의 측면에서, 간략한 심리사회적 개입의 내용 및 제공 방식은 지역 인구의 문화 및 필요성에 따라 조정될 수 있다(110). 이러한 개입의 내용 및 제공 방식이 특정한 업무 분야 또는 직무 설계에 맞게 조정하는 것은 개입의 수용을 위해 중요하다(웹 부록: 시행 검토). 신체 활동 개입에 필요한 실행요건들이 사회경제적으로 불리한 중저소득 국가(LMIC)들, 경제적으로 빈곤한 노동자들, 그리고 장애를 가진 노동자들에게 얼마나 효과적인지를 판단할 수 있는 근거가 부족하다(112).

가이드라인 개발 그룹(GDG)은 보편적으로 제공되는 심리사회적 개입에 대하여 조건부 권고안이 적절하다고 결론지었다. 근거들의 전반적인 확실성은 낮은 것으로 여겨지며, 정신건강상의 결과 및 업무 관련 결과에 대하여 그로 인한 유해가 혜택을 넘어서는 것으로 결론지었다. GDG는 또한, 어떤 직접적인 피해가 발견되지 않은 상황에서는 업무 관련 결과에 대한 혜택을 위하여 여가 신체 활동에 대해 조건부 권고하기로 결론 내렸다. 정신건강 결과 측면에서 기대에 미치지 못하는 결과가 나왔지만, 이런 결정은 신체 활동 및 좌식 습관에 관한 WHO의 가이드라인(112)에 있는 기존의 권고안들과 균형을 맞추고 있다. 비록 대다수는 작은 효과들이었지만, 여기에서의 결론은 정신건강에 있어서 보편적인 예방 및 증진이라는 더욱 넓은 분야와 보조를 맞추고 있다(107). 비록 효과가 작음에도 불구하고 보편적인 개인적 개입들은 유익한 것으로 여겨졌는데, (정신건강 상태가 개입의 진입이나 접근을 결정하지 않기 때문에) 이런 개입에 접근하는 것에 대한 낙인을 줄여주기 때문이다.



## 〈권고안 9〉 보건의로 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원들을 위한 개인적 개입

### 9A

마음챙김 또는 인지행동적 접근에 기반한 개입과 같이 노동자의 스트레스 관리 기술을 향상하는 것을 목표로 보편적으로 제공되는 심리사회적 개입은 보건의로 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원의 정신건강을 증진하고 정서적 고통을 줄이기 위해 고려될 수 있다.

근거의 확실성 : 낮음 / 권고 수준 : 조건부 권고

### 9B

스트레스 관리 및 자기 관리 훈련 또는 의사소통 기술 훈련과 같은 심리사회적 개입은 정서적 고통을 겪고 있는 보건의로 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원들을 위해 사용될 수 있다.

근거의 확실성 : 낮음 / 권고수준 : 조건부 권고

## 핵심 내용

- ▶▶ 단기 및 중기의 추적 시점(6개월 이하)에서의 효과가 지속된다는 근거는 있지만, 장기적인 지속 효과에 대한 근거는 제한적이다.
- ▶▶ 명시적 개입을 위한 권고안 10은 권고안 9B에도 적용될 것이다. 또한, 특히 스트레스와 관련된 상태에 관한 WHO의 가이드라인(113)은 심리적 외상을 초래할 수 있는 사건을 겪은 이후 심리적 경험보고 (Psychological debriefing)<sup>24)</sup>을 시행하지 말 것을 권고하고 있다: 최근에 정신적 외상을 초래할 수 있는 사건에 노출된 사람들에게 외상 후 스트레스, 불안, 우울증의 위험성을 줄이기 위한 개입으로 심리적 경험보고를 사용되어서는 안 된다(근거의 확실성은 매우 낮음, 강력한 권고).

## 시행 관련 내용

- ▶▶ 권고안 8에 명시되어 있는 모든 일반적인 시행 관련 내용들이 적용된다.
- ▶▶ 이 분야에서는 정신건강 질환에 대한 지원을 구하거나 또는 고용주에게 사실을 밝히는 것으로도 상당한

24) (역자에 의한 각주) 심리적 경험보고(psychological debriefing이란 위기개입의 한 형태로, 외상 희생자가 결정적 사건 발생 며칠 내에 자신의 감정과 반응을 폭넓게 이야기하는 것이다. 주로 집단치료 형태로 진행되며, 상담자는 희생자가 최근 경험한 외상을 구체적으로 묘사하여 사건 당시의 감정을 쏟아내 재경험하며, 현재의 감정을 표현하도록 돕는다. 이후 이러한 반응이 끔찍한 사건에 대한 정상적인 반응이라는 것을 강조하고, 스트레스 관리를 위한 방법을 제공하며, 장기상담을 위해 다른 전문가에게 의뢰한다. 그러나 심리적 경험보고는 재-트라우마의 가능성, 개인별 반응의 차이, 문화적 맥락의 차이, 근거의 신뢰성 부족, 상당이후 추적관리의 미비 등의 문제로 인해 권장하지 않고 있. 트라우마치료의 대안적인 방법으로 인지적 감정적 경험을 직접 다루는 것보다 신체적 감각을 기반으로 상황식 처리를 통해 스트레스 반응을 수정하는 somatic experiencing이 대안적 방법으로 사용되고 있다.

- » 낙인효과가 존재한다. 심리사회적 개입을 보편적으로 제공한다면, 낙인에 대한 인식이 높은 환경에서 근무하는 노동자들에게 유익할 수 있다. 마찬가지로, (의료기관 등으로의) 자가 의뢰(self referral)<sup>25</sup>를 할 수 있도록 하거나, 디지털 접근을 제공할 경우, 대면 지원(face-to-face support)을 이용하는 과정에서 발생 가능한 낙인효과나 접근에 대한 장벽효과(ex. 은폐 또는 프라이버시에 대한 우려가 있는 상황)를 개선할 수 있다.
- » 교대 근무나 고객 대면업무가 대부분인 이 집단에게는 유연하지 않은 대면 지원만 제공된다면 이용이 어려울 수 있다. 유연하고 간소한 방식 또는 디지털 방식으로 전달하면 활용도를 높일 수 있다.
- » 이런 근무 환경에서는 낙인효과를 최소화하고 정신건강에 관한 지식을 높이기 위하여 예방적 접근법도 필요하다.
- » 근무 시간 중에도 프로그램에 참여할 수 있도록 비용 지원을 하거나 참여의 보장 범위를 조정해야 할 필요가 있다.
- » 보편적 개입들은 직무에 대비한 스트레스 관리 기술 역량을 개선하기 위하여 사전 서비스 교육 또는 직무교육에 통합될 수 있다.
- » 정서적 고통을 가진 고위험 노동자들을 위한 심리사회적 개입이 근무 환경의 내부에서 제공되어야 하는지 아니면 외부에서 제공되어야 하는지(ex. 제공자가 근무 환경의 내부에 있어야 하는지 아니면 외부에 있어야 하는지)는 불분명하다. 가능하다면 두 가지를 모두 이용할 수 있도록 해야 한다.

### 하위집단 고려사항

- » (지역 또는 국가별 인도주의 단체 등) 제한된 자원을 가진 고용주들에게 있어서 이러한 개입에 대한 접근성은 공공보건부문에 의해서, 또는 집단 직업서비스(group occupational service)라는 방식을 통해 자원을 공유하여 제공될 수 있을 것이다.

---

25) (역자에 의한 각주) 자가의뢰(self-referral)는 제 3자의 상담이나 소개를 거쳐 의뢰서비스, 심리상담, 정신건강서비스를 이용하는 것이 아니라, 본인이 필요하다고 생각할 때 직접 해당서비스를 신청하고 접근하는 것을 의미한다. 기존의 접근장벽이나 부담을 완화하고, 개인의 의사결정과 자율성을 존중하는 방식으로 심리지원서비스에 접근할 수 있다는 장점이 있다.

## ■ 근거 및 이유

핵심질문 9에서는 (심리사회적 개입, 여가 신체 활동, 건강한 생활방식 장려 등) 개인적 개입이 고위험 노동자들에게 유익한 영향을 미치는지를 조사했다(부록 3). 이용할 수 있었던 근거들은 다음과 같다.

- 1) 고위험 노동자들에게 제공되는 보편적 개입(선별적-보편적)에 대한 근거
- 2) 정서적 고통을 가진 고위험 노동자들에 대한 개인적 개입(선별적-명시적)에 대한 근거(웹 부록).

여덟 건의 체계적 문헌고찰에서 근거들을 얻었다. 대조군(일반적인 치료, 대기 명단 대조군, 기타 통제된 개입, 치료에 대한 통제 없음 등)과 비교하여 이용할 수 있었던 근거들은 다음과 같다.

- 1) 심리사회적/신체 활동/생활방식(ex:인지행동치료(CBT) 접근법, 스트레스 감소, 회복 프로그램 등) 증진 개입이 결합된 프로그램의 보편적 제공(114).
- 2) 심리사회적 개입 (ex:CBT 접근법, 마음챙김 개입, 스트레스 관리, 자기돌봄(self-care)<sup>26)</sup>, 수용 전념 치료, 회복 기반 훈련 등) (115-117).
- 3) 마음챙김 및 기타 명상적 개입들 (102, 118-120).
- 4) 고위험 노동자들에 대한, 심리사회적 개입 (ex; 도움이 제공되는 소그룹 교육, 스트레스 관리 및 자기돌봄 훈련, 의사소통 기술 훈련, 소속감 관련 개입 등) (117).

**심리사회적/신체활동/생활습관 증진이 결합된 경우**, 정신건강상의 결과(불안 증상)에 대해서는 작은 효과가, 그리고 스트레스에 대해서는 중간 정도의 효과가 있음을 나타냈으며, 근거의 확실성은 낮았다. 정신건강의 개선에 중간 수준의 효과(회복력)부터 커다란 수준까지의 효과(마음챙김)가 있었으며 근거의 확실성은 매우 낮았다.

심리사회적 개입의 경우, 정신건강상의 결과에 대한 효과는 다양했는데, 우울 증상에 대해서는 작은 감소 효과가 있었고, 스트레스 감소에 대해서는 중간 정도의 효과가 있었으며 근거의 확실성은 매우 낮았다. 번아웃(소진) 증상이 더 크게 감소한다는 것을 보여주었으며, 근거의 확실성은 낮음에서 중간정도였다. 심리사회적 개입이 긍정적인 정신건강(예: 회복탄력성, 낙관주의, 자기 효능감(self-efficacy), 긍정적 정서 등)에 미치는 영향이 작았으며 근거의 확실성은 매우 낮았다. 자살사고 감소에 대하여는 효과가 작았는데 이에 대한 근거의 확실성은 낮았다. 부작용 발생에 대한 영향은 없었고 이에 대한 근거의 확실성은 낮았다.

마음챙김 및 기타 명상적 개입의 경우, 정신건강문제(우울증, 스트레스)를 줄이는 데 중간 정도의 효과가 있었고

26) (역자에 의한 각주) 자기돌봄(self-care)는 자신 스스로 심리적, 정서적, 육체적 안녕과 건강을 촉진하기 위해 실행하는 방법이다. 심리적 관리를 위해 정기적인 휴식, 명상, 마음의 안정을 증진시키는 활동을 실행하고, 육체적 건강을 위해 규칙적인 운동, 건강한 식습관, 충분한 수면을 실행하며, 관계와 사회적 연결을 위해 사회적 활동을 유지한다. 지속적인 성장을 위한 자기개발도 포함된다.

일반적인 고통과 정신적 소진에 미치는 영향은 작았으며, 이에 대한 근거의 확실성은 중간 정도였다. 불안에 대해서는 중간 정도의 효과가 있었는데, 이에 대한 근거의 확실성은 매우 낮았다. 긍정적인 정신건강(자기 연민)에 중간 정도의 개선 효과가 있었으며, 근거의 확실성은 낮았다.

고위험 노동자들에 대한 심리사회적 개입의 경우, 번아웃(소진) 수준이 크게 감소하는 효과가 있었으며 근거의 확실성은 중간정도였다.

전반적으로 약물 사용에 대한 결과는 보고되지 않았다. 고위험군으로 분류된 노동자들에 대한 심리사회적 개입이 번아웃 이인증(depersonalization)에 대하여 바람직한 효과를 보여주지는 못했지만, 번아웃 소진(exhaustion) 대해서 중간 정도의 효과는 있었다. 그 외의 다른 직접적인 유해는 확인되지 않았다.

## ■ 근거로부터 결정을 도출하기 위한 고려사항

결정에 대한 근거(evidence-to-decision) 고려사항은 모든 개별 개입 권고안(8, 9, 10)에서 대체로 동일했다. 개인적 개입(정서적 고통이 있는 노동자)에 대한 추가적인 고유한 고려사항은 권고안 10에 요약되어 있다.

고위험 노동자에서는 정신건강 상태를 공개하는 것과 관련하여 특히 낙인(stigmatization)에 대한 우려가 있는데, 그것이 경력 발전에 영향을 미칠 수 있기 때문이다(121). 이런 이유로, 이들 노동자들은 심리사회적 개입보다는 (의료기관 등으로의) 자기의뢰(self referral)를 선호한다(웹 부록: 시행 검토). 노동자들은 또한 이러한 개입의 장점으로 경제성과 편의성을 꼽았는데, 다만 대부분의 데이터들은 자원이 아주 잘 갖춰진 환경에서 일하는 노동자들에게서 얻은 것이었다. 소규모 조직 또는 자원이 적은 환경에서는 (개인적 개입에 접근하는 것에 대한) 특정한 장벽이 있을 수도 있는데, 이런 환경에서는 다수의 조직들로부터 자원을 끌어 모으거나 또는 공공보건부문으로부터 제공받는 방식으로 “집단 보건의로 서비스(group occupational health service)”가 체결될 수 있을 것이다. 이러한 개입의 기간은 5시간 미만에서부터 12시간 이상에 이르기까지 다양한데, 이는 고객을 대면하는 역할로 인하여 근무 중에 사용할 수 있는 시간이 제한적인 조직문화의 특성과 관련이 있다(115).

건강 형평성, 평등, 차별의 측면에서 검토하였을 때, 비록 보건의로 노동자들이 다양한 직군들을 대변하기는 하지만, 여기에 포함된 대부분의 연구들은 직접으로 환자치료를 담당하는 사람들을 기반으로 하였다. 포함된 대부분의 연구들은 고소득 국가에서 수행되었는데, 다만 추가적인 근거들로 보면 중간소득 국가들에서도 실현 가능성을 보여준다(33). 응급구조요원들과 인도적 지원 활동가들에게서 (성별 또는 인종 등의) 사회 인구학적 하위집단에 따라 이득의 차이가 있는지 확인할 수 있는 근거는 제한적이었다. 그러나 추가적인 근거들을 보면 응급구조요원들에게 일반적으로 적용하는 것이 실현 가능성을 보여준다(122). 또한 고위험 노동자들에 대한 개인적인 심리사회적 개입의

효과가 최대 6개월 동안 지속된다는 근거가 있었다(115). 이 직종에서 집단 심리사회적 개입을 제공하는 것은 전형적인 교대근무 방식으로 인한 일정 조절의 어려워 실행가능성이 낮을 수 있다. 그럼에도 시행된다면, 낙인효과가 발생 가능성이 높은 환경에서는 그러한 위험을 줄이기 위하여 보편적으로 제공될 수 있을 것이다.(웹 부록: 시행 검토).

가이드라인 개발 그룹(GDG)은 이러한 개인적 개입이 보편적으로 제공되는 경우는 물론이고 특정한 집단(고통을 받고 있는 위험 직군 노동자들에 제공되는 경우에도 모두 조건부 권고안이 적절하다고 결론 내었다. 근거의 확실성은 전반적으로 낮은 것으로 보였다. 보편적으로 제공되는 개입이 정신건강에 미치는 이득이 유해를 능가하는 것으로 보였다. GDG는 심리사회적 신체 활동과 생활습관 개선을 함께 결합한 것에도 불구하고 충분히 타당한 근거가 없다고 판단하여, 해당 개입에 대한 권고를 내릴만한 근거가 부족하였다고 결론내렸다. 이용할 수 있는 문헌들 또한 (심리사회적 방식 vs 신체적 방식 등) 개입의 유형에 의해 그 효과를 구분하는 것이 가능하지 않았다. 그러나 보편적으로 제공되는 중재에 대한 권고안 8은 이 집단에도 적용될 수 있다는 점을 확인해 둔다.

## 〈권고안 10〉 정서적 고통을 가진 노동자들을 위한 개인적 개입

### 10A

정서적 고통을 가진 노동자들의 경우, 마음챙김이나 인지행동적 접근, 또는 문제해결 훈련과 같은 심리사회적 개입은 이러한 증상을 줄이고 업무 효율성을 향상시킬 수 있으므로 고려될 수 있다.

근거의 확실성 : 매우 낮음 / 권고 수준 : 조건부 권고

### 10B

정서적 고통을 가진 노동자들의 경우, 유산소 훈련 및 근력운동과 같은 신체 운동은 이러한 증상을 줄이기 위하여 고려될 수 있다.

근거의 확실성 : 매우 낮음 / 권고 수준 : 조건부 권고

### 핵심 내용

» 정서적 고통을 가진 노동자들에 대한 심리사회적 개입이 근무환경의 내부에서 제공되어야 하는지 아니면 근무환경의 외부에서 제공되어야 하는지(ex. 내부의 제공자에 의한 방식 또는 외부의 제공자에 의한 방식)는 불분명하다. 그러나 가능하다면 노동자들이 선호에 맞게 두 가지를 모두 이용할 수 있어야 한다.

» WHO의 정신, 신경, 약물사용 장애에 대한 정신건강 격차 해소 프로그램(mhGAP) 가이드라인(123)은 일반 인구(자원이 부족한 환경)에서 우울증, 자해/자살 및 약물 사용에 대한 효과적인 개입에 대한 권장 사항을 제공한다.

» 신체 활동 및 좌식 습관에 관한 WHO의 가이드라인(2020)에는 일할 수 있는 연령군의 신체 활동에 대한 권고안이 포함되어 있는데, 신체 활동이 불안 및 우울 증상의 감소를 포함하는 건강상의 이점이 있음을 언급하고 있다.

## ■ 근거 및 이유

핵심 질문 10에서는 심리사회적 개입, 여가 기반 신체 활동, 생활습관 증진 등 개인적 차원의 개입이 정서적 고통을 겪는 노동자에게 유익한 영향을 미치는지 여부를 조사했다(부록 3). 5개의 체계적 문헌고찰에서 근거를 추출했다. 대조군(일반, 대기 명단 대조, 기타의 통제된 개입 등)과 비교하여 이용할 수 있었던 근거들은 심리사회적 근거(CBT가 포함된 개입, 이완, 대인관계의 기술, 역할 관련 기술, 유산소 운동, 행동 수정, 수용 전념 치료 등)(100, 124), CBT에 대한 근거(103, 124), 전자-심리사회적(e-psycho-social) 개입에 대한 근거(인지적 치료 또는 CBT, 스트레스 및 대처, 마음챙김, 심리교육적 치료, 문제해결 훈련, 긍정적 심리 개입, 수용 전념 치료 등)(104, 105), 전자적 스트레스 관리에 대한 근거(103)가 있었다(웹 부록).

심리사회적 개입의 경우, 우울증 증상이 소폭 개선되었으며, 근거의 확실성은 낮았다. CBT의 경우(주로 e-health 형식에 의해 제공되었음), 우울증에 대해 중간 정도의 개선 효과가 있었는데, 근거의 확실성은 중간수준이었다. 니가투(Nigatu) 외의 연구(124) 등을 보면, 개입 시에 사용된 도구의 제공 방식이 평가의 유효성에 영향을 미친다는 결과를 보여주었는데, 전화로 전달하는 방식이 컴퓨터로 전달하는 방식보다 우울증을 감소시키는데 더욱 큰 영향을 주었다.

전자적 도구 사용 방식의 심리사회적 개입의 경우, 정신건강상의 결과(우울 및 불안 증상)에 효과가 낮았으며, 번아웃(소진)과 스트레스, 우울, 심리사회적 스트레스가 결합된 복합적 증세에 대해서는 중간 정도의 효과가 있었다. 스트레스 및 불면 증상의 결과에 대해서는 강력한 효과가 있었으며, 근거의 확실성은 낮았다. 업무 효율성(업무 참여도, 생산성, 업무 효과성으로 정의됨)은 약간 개선되었으며, 근거의 확실성은 낮았다. e-스트레스 관리 개입의 경우, 우울증, 불안, 스트레스 증상의 복합적인 증상 개선에 대하여 중간 정도의 효과가 있었으며, 근거의 확실성은 낮았다.

전반적으로, 긍정적인 정신건강, 삶의 질, 부작용, 약물 사용, 자살 행동에 대한 결과는 보고되지 않았다. 심리사회적 개입이 번아웃의 하위 기준인 '개인적 성취감 부족'을 개선하는 데 기대했던 효과를 입증하지는 못했지만, 개별 개입으로 인한 직접적인 유해는 확인되지 않았다.

## ■ 근거로부터 결정을 도출하기 위한 고려사항

근거로부터 결정(evidence-to-decision)에서의 고려사항은 모든 개인적 권고안들(8, 9, 10번 권고)에 걸쳐서 대체로 동일했다. 개인적 개입에 있어서 추가적인 고려사항들은 여기에 요약되어 있다.

이러한 프로그램에 참여하려면 정서적 고통에 대한 기준을 충족해야 하는데, 이는 일터에서 치료가 제공될 경우

낙인효과가 있을 수 있다는 점을 고려해야 한다. 그러므로 사회문화적 수용성의 측면에서, 이러한 개입이 일터에서 수용될 수 있을지의 여부는 불분명하다. 다만, 정서적 고통을 겪는 노동자들을 대상으로 일터에서 수행된 잘 설계된 무작위대조시험(RCT)들에서 (낙인효과나 차별에 대한 인식 또는 두려움과 같은) 유해에 관한 보고는 알 수 없었다.

비용-효율성에 대한 직접적인 근거는 없었다. 그러나 추가적인 자료들에 의하면, CBT를 포함하는 일터에서의 심리사회적 개입이 비용 절감효과가 있으며, 일부 경우에는 우울증에 대하여 비용-효과적이었다(126). 건강 형평성, 평등, 차별의 측면에서 살펴보면, (체계가 없고 지도를 받지 않은 것에 비하여) 지도를 받으며 시행된 운동이 우울 증상에 효과가 있다는 간접적인 근거가 있지만, 공중보건체계 또는 특정한 지역사회기반 활동을 통해 제공되지 않는 한 비공식적 또는 자원이 부족한 작업환경에서 일하는 노동자들은 접근하기 어려울 수 있다. 사회인구학적 하위 그룹 (예: 성별 또는 인종)에 따라 이득이 다를 수 있는지에 관한 근거는 확인되지 않았다.

가이드라인 개발 그룹(GDG)은 심리사회적 개입(즉, 정서적 고통을 가진 노동자들에게 제공되는 개인적인 심리사회적 개입)에 대하여 조건부 권고안이 적절하다고 결론지었다. 근거의 확실성은 전반적으로 낮은 것으로 여겨졌다. 그러나 정신건강 상의 문제나 업무 관련 문제들에 관하여 심리사회적 개입을 통한 효과가 그로 인한 유해보다 높은 것으로 간주되었다. 추가적인 간접 근거들에 기초하여, GDG는 또한 정서적 고통의 증상을 줄이는 효과를 얻기 위한 여가 신체 활동을 조건부로 권고한다고 결론 내렸다. 지도를 받으면서 시행되는 직장 내 신체 활동에 관해 근거를 확인할 수 있는 연구로 니가투(Nigatu) 등의 연구(124) 가 2건 있었는데(3일에 걸쳐서 최소한 20분 이상 지속되는 고강도 유산소 운동, 그리고 10주 동안 일주일에 두 차례 그룹으로 제공되는 근력 위주의 운동을 조사) 우울 증상에 대하여 각각 작은 효과와 큰 효과가 발견되었다. 이런 발견은 정신건강 질환을 가진 성인들에게서 신체 활동과 정신건강 증상의 중증도 감소를 보였던 많은 연구들과 일치한다(112, 125).





## 〈권고안 11〉 정신건강 문제로 인한 휴직 후 업무복귀

정신건강 문제<sup>27)</sup>로 결근 중인 사람들의 경우, 정신건강 증상의 완화 및 결근 기간의 단축 위해서 (a) 직무중심 치료(work-directed care)<sup>28)</sup>에 더해서 근거 기반의 정신건강 임상 치료(병행), 또는 (b) 근거 기반의 정신건강 임상 치료(단독)가 고려되어야 한다.

근거의 확실성 : 낮음 / 권고수준 : 조건부 권고

### 핵심 내용

» 본 권고안의 근거는 주로 우울증 및 적응장애에 대한 검토에서 비롯한 것이다. WHO의 정신건강 격차감소 행동프로그램(Mental Health Gap Action Program. mhGAP) 가이드라인(2015)에서는 자원이 부족한 환경의 일반 인구에게 대한 근거 기반 임상 치료에 대한 권고안을 제공하고 있다.

### 시행 관련 내용

» 가능하다면 의료 제공자, 고용주 및 노동자, 노동자 대표 또는 고용/직업 전문가 등 다양한 이해관계자들의 협업이 업무 복귀 조치의 효과적인 이행을 촉진할 수 있다. 어떤 이해관계자를 포함할지, 어떤 개입에 참여할지에 대한 결정은 노동자의 선호도에 따라 이루어져야 한다.

» 이러한 협업은 중저소득 국가(LMIC)의 자원이 부족한 수많은 상황과 전 세계의 중소기업(SME) 들에게는 실현가능성에 어려움이 있다.

» 직무중심치료, 임상 치료, 심리적 개입은 대면 방식이나 전화 또는 온라인 방식으로 제공될 수 있다. 심리적 개입과 같은 근거 기반의 임상 치료는 의료진의 안내를 받을 수도 있고, 또는 자원이 허용되는 여건에서는 중재없이 직접 치료에 대한 도움을 요청(unguided self-help)할 수도 있다.

» 결근 기간 중에 그리고/또는 조기 업무 복귀의 일환으로 이러한 개입을 제공할 수 있다.

» 업무 복귀를 위한 전제조건으로 이러한 개입을 완료하도록 의무화해서는 안 된다.

27) (역자에 의한 각주) 원문에서 mental health condition은 정신질환을 의미하기도 하고, 보다 폭넓은 의미로 정신건강과 관련된 문제를 지칭하기도 한다. 따라서 가이드라인의 문맥에 따라 정신질환으로 번역하거나 정신건강 문제로 번역하였다.

28) 직무중심치료(work-directed care)는 작업치료에서 업무수행능력을 개선하거나 업무복귀가 가능하도록 하는 치료 방식을 의미하며, 기능 평가, 직무분석, 업무조정(wok conditioning) 등 업무복귀 지원을 위한 모든 종류의 개입을 포함한다.

## ■ 근거 및 이유

핵심 질문 11에서는 정신건강 문제와 관련된 결근 후에 업무에 복귀하도록 지원하는 것이 관련 결과에 긍정적 영향을 미치는지를 조사했다(부록 3). 우울증을 가진 노동자들에 대한 업무 복귀 개입(127)과 적응장애를 가진 노동자들의 업무 복귀 개입(128)(웹 부록)을 비교한 두 건의 체계적 문헌고찰에서 근거를 추출하였다(웹 부록). 확인된 개입들은 크게 다음과 같이 분류할 수 있다.

- » 직무중심치료: ex) 근무 환경 개선, 근무 시간 단축, 작업 변경 또는 작업 부하 경감, 단계적 업무 복귀 등을 제공하며, 필요에 따라 의료인, 고용주, 노동자가 함께 또는 개별적으로 여러 차례 회의를 하는 등의 다양한 방법으로 제공하거나 협업
- » 근거 기반의 임상 치료: ex) 근거 기반의 심리적 개입
- » 건강관리 개선: ex) 일차 진료에서 우울증에 대한 치료 관리 도입
- » 여가 신체 활동: ex) 근력 운동 또는 유산소 운동 또는
- » 위의 항목들을 어떤 방식으로든 조합하여 사용하되, 일반적인 치료 또는 위의 개입 카테고리들 가운데 하나와 비교

직무중심치료(work-directed care)만 단독으로 시행하는 경우, 일반적인 치료와 비교했을 때, 우울증을 가진 노동자들의 정신건강 결과(중기[3-12개월] 및 장기[12개월 이상] 후속 연구를 진행함), 결근할 위험, 결근 일수, 업무 기능과 관련하여 더 나은 결과를 보여주지 않았다. 근거의 확실성은 낮음에서부터 중간 정도였다.

직무중심치료(work-directed care)와 임상 치료(clinical care)를 병행하는 경우, 우울증을 가진 노동자들에 대한 일반적인 치료와 비교했을 때, 우울증 증상의 소폭(중기 추적 연구)에서 중간 정도(장기 추적 연구)의 감소 효과가 있었으며, 근거의 확실성이 낮았다. 결근 일수의 감소에 대해서는 중기 연구(근거의 확실성은 중간 정도)와 장기 연구(근거의 확실성은 낮음)에서 모두 약간의 효과가 있었다. 그러나 결근이 발생하지 않을 가능성과 비교했을 때, 결근할 가능성에는 차이가 없었는데 근거의 확실성은 중간 정도였다. 업무 기능의 개선에 대해서는, 작은 효과(중기 연구에서 유의성은 없었으며 장기연구에서는 유의성 있음)가 있었으나 근거의 확실성은 매우 낮았다. 직무중심치료에 더해서 임상적 개입을 병행하는 것이 직무중심치료나 심리적 개입을 단독으로 시행하는 것에 비해 정신건강과 작업관련 결과에 대해 더 우수하지는 않았다(즉, 거의 동일하게 비교 가능하거나 유익함). (직무중심치료의 단독 시행이 관련 결과에 미치는 효과가 거의 없다는 것과 관련한) 이러한 이례적 결과는 “직무중심치료” 항목에 포함된 개입들의 이질성(heterogeneity)으로 설명할 수 있다.

근거에 기반을 둔 임상적 개입의 경우, 우울증 또는 적응장애를 가진 노동자들에 대한 결과를 확인할 수 있었다. 우울증을 가진 노동자들에 대한 일반적인 치료와 비교했을 때, 우울 증상과 결근 일수(중기 추적 연구) 감소에 작지만

효과가 있었으며 이에 대한 근거의 확실성은 낮았다. 그러나 이런 결과가 단기 추적연구(최대 2개월)에서는 관찰되지 않았다. 개별 심리 개입에 대한 여러 비교가 가능했으며, 단기, 중기 또는 장기 추적 관찰에서 정신건강 및 업무 관련 결과에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 입증된 다수의 심리 개입들이 웹부록에 설명되어 있다.

우울증을 가진 노동자들에 대한 일반적인 치료와 비교하여, 건강관리 개선의 경우 중기 추적 연구에서 우울증 증상에 대해 작은 효과가 있었으며 이에 대한 근거의 확실성은 중간 정도이다. 한편 업무 기능의 악화에 대해서는 중간 정도의 영향을 미치고 있었으며 이에 대한 근거의 확실성도 중간정도였다. 결근 일수 또는 결근의 가능성의 측면에서는 건강관리 개선의 이득을 확인할 수 없었다. 그러므로 직무중심 개입이 없는 상황에서 건강관리 개선만 단독으로 시행하는 것은 건강상의 결과에만 도움이 되었을 뿐, 업무와 연관된 기능적인 결과에는 도움이 되지 않았다. 여가 신체 활동의 경우에는 그 결과가 혼재되어 있었다. 적응장애가 있는 노동자의 경우 신체적인 이완만을 단독으로 시행하는 경우와 비교했을 때, 신체적 이완과 인지행동치료(CBT)를 결합하여 시행한 경우가 번아웃에 대하여 효과가 있다는 근거가 있으며 이에 대한 근거의 확실성은 낮았다. 우울증이 있는 노동자들에 대해 이완과 비교하여 지도하 근력 운동이 결근일수 감소에 큰 효과가 있었으며, 근거의 확실성은 낮았다.

## ■ 근거기반 결정의 고려사항

정신건강 상태는 노동자들의 결근을 야기하는 주요한 원인으로 여겨진다(129, 130). 노동자들은 업무복귀 프로그램의 활용성과 업무복귀의 지속성을 중요하게 생각하며, 대다수가 이를 매우 중요하게 생각한다(웹 부록: 가치 및 선호도 조사). 필요한 자원에 대하여 직접적으로 조사한 연구는 없었다. 이 리뷰에 포함된 연구들에서 직무중심 치료 또는 근거 기반 임상 치료의 제공자는 정신건강 또는 직업보건 분야의 전문가, 일반의료 전문가, 노동 및 고용 전문가들이었다. 직무중심 치료에는 다양한 기간에 걸쳐서 진행되는 다수의 회의가 포함되어 있었다(ex. 3개월 동안 아홉 차례의 회의). 임상 치료의 경우, 세션의 횟수(ex. 6-12회)는 제공되는 개입의 구조에 따라 달랐다. 심리적 개입은 대면 방식, 온라인, 또는 전화 지원 등을 통해서 이뤄질 수 있다. 폭넓고 다양한 잠재적 이해관계자들이 업무 복귀를 지원할 수 있다. 노동자들의 의사를 존중하고 가용한 자원과 조율된 사항에 부합하는 원활한 복귀를 보장하기 위해서는 궁극적으로 (일터 차원에서든 아니면 국가적 보건규약에 의해서든) 이해관계자들의 조율이 필요한데, 이는 각국의 역량에 따라 다를 수 있다(131).

비용 - 효과에 대해서는, 경제성 분석(126)을 추가적 근거에 포함하였다. 노동자의 결근을 감소시킨다는 점을 바탕으로 업무복귀에 직업보건 전문가들이 적극적으로 참여하는 것은 비용 절감이 가능하고 비용-효과가 있었는데, 네덜란드에서는 (미화 기준) 1달러를 투자할 때마다 0.87달러에서 10.63달러에 이르는 이득이 있었고(132, 133), 핀란드에서는 결근일을 하루 줄일 때마다 (미화 기준) 17달러에서 43달러의 비용이 절감되었다(134).

건강 형평성, 평등, 차별의 측면에서 보면, 사회인구학적 하위집단(성별 및 인종 등의)에 대한 분석 결과는 없었다. 정신건강을 위한 업무복귀 프로그램 제공에 대한 실현 가능성은 중저소득 국가(LMIC)의 자원이 부족한 환경과 전 세계의 중소기업(SME)들에게는 특히나 어려운 문제이다. 여기에 포함된 모든 연구들은 (그리고 추가적인 근거들은) 아메리카, 아시아, 유럽, 오세아니아 전반의 고소득 국가들과 연관되어 있었다. 업무복귀 정책을 지원하기 위해서는 의료 부문, 사회복지(노동/고용), 고용주, 노동자 및 노동자 대표들 사이에서 조율이 필요하다. 그러나 현재 많은 상황에서 조율이 부족하여 개입의 시행이 어려움을 겪고 있다(웹 부록: 시행 검토).

정신질환을 가지고 있거나 회복 중인 사람들이 고용 및 관련 치료에 참여할 수 있는 권리를 지원하는 것은 보편적인 인권의 원칙들과 부합한다. 유엔장애인권리협약(UNCRPD)의 제27조는 “장애인에 대한 직업 및 전문성의 재활, 직업 유지, 업무복귀 프로그램”을 옹호하고 있다. UNCRPD 및 국가별 장애 관련 법률의 적용은 직업상 면허가 상실될 우려가 있는 직업군에서 정신건강에 대한 지원을 구하는 것에 대한 두려움을 방지하기 위한 필수적 전제조건이다. 업무복귀 프로그램에 대한 사회문화적 수용성 역시, 권고안 3에서 제시한 것처럼, 낙인 또는 차별에 대한 두려움의 영향을 받을 수 있다. 노동자들은 자신의 의료 제공자와 상담을 하는 과정에서 고용주를 포함시키지 않는 걸 선호할 수 있으며, 업무복귀를 조정하는 책임자는 그러한 선호를 우선적으로 고려해야 한다.

전반적으로 삶의 질, 약물 사용, 자살 행동, 부작용, 정신건강에 대한 자료는 없었다(웹 부록). 가이드라인 개발 그룹(GDG)은, 비록 근거의 확실성이 낮기는 하지만, 임상적 치료와 직무중심 개입을 병행하는 것은 물론이고 임상적 치료만 단독으로 시행하는 경우에도 정신건강 및 업무 관련 결과에 미치는 이익이 잠재적인 유해를 능가한다고 결론 내렸다. 직무중심 개입의 단독 시행은 권고안에 포함하지 않았는데, (근거 기반의 임상적 치료와 함께 제공되지 않는 한) 노동자들의 직무 복귀에 도움이 된다는 사실에 부합하는 결과가 없었기 때문이다. 건강관리 개선은 업무 기능을 약화에 대해 근거의 확실성이 중간 정도여서 본 권고안에 특정하지는 않았다. 여가 신체 활동은 통제조건(control condition)으로 포함한 경우가 많았기 때문에 신체활동이 핵심 결과들에 미치는 독립적인 효과에 대한 불확실성이 있어 권고에 포함하지 않았다.

# WHO guidelines on mental health at work



## 〈권고안 12〉 정신건강 질환을 가진 사람들의 고용

심리사회적 장애를 포함하여 심각한 정신건강 질환을 가진 사람들이 일자리를 얻고 유지할 수 있도록 강화된 지원고용(augmented supported employment)<sup>29)</sup> 프로그램과 같은 직업 및 경제적 참여를 증진하기 위한 회복 지향의 전략이 제공되어야 한다.

근거의 확실성 : 낮음 / 권고수준 : 강력한 권고

### 핵심 내용

» 대다수의 근거는 심각한 정신건강 질환을 가진 사람들과 연관되어 있다.

### 시행 관련 내용

» 직업 및 경제적 참여를 강화하기 위한 자원과 전략을 동원하기 위해서는 (개인, 가족/지역사회, 일터, 대표단 등) 여러 이해관계자들의 조율이 필요하다. 이러한 이해관계자들의 참여 및 개입의 선택은 예비 노동자의 선호에 기반을 두어야 한다.

» 이러한 프로그램의 설계 및 제공 과정에서는 인간 중심의 접근법을 최적화하고 자기 자신에 행복에 대한 결정권을 주기 위하여 정신건강 질환에 대한 실제 경험이 있는 사람들을 포함시키는 것이 중요하다.

» 사람들이 일을 시작하면, 그 일자리의 유지를 지원하기 위하여 관련 지원이 지속될 수 있다.

» 이러한 전략은 이용 가능한 공식적/비공식적인 회복 지향의 개입들을 활용하여 사람들의 사회 및 문화적 환경의 맥락에 맞추어져야 한다.

### 추가적인 내용

» 2015년에, WHO의 정신, 신경, 약물사용 장애에 대한 정신건강 격차 해소 프로그램(mhGAP) 가이드라인은 다음과 같이 권고했다. 직업 및 경제적 참여를 강화하는 회복 지향의 전략(ex. 고용 지원)은 (조현병 및 양극성 장애를 포함하여) 정신질환을 가진 사람들에게 제공될 수 있다. 이러한 전략은 이용 가능한 공식적/비공식적인 회복 지향의 개입들을 활용하고, 다중적인 접근법을 활용하여 그들의 사회 및 문화적 환경의 맥락에 맞추어져야 한다(조건부 권고, 근거의 확실성은 낮음).

29) (역자에 의한 주석) 원문의 augmented supported employment를 강화된 지원고용으로 번역하였다. 지원고용은 심리적인 어려움을 겪는 개인들이 직장에서 성공적으로 고용을 유지할 수 있도록 돕는 프로그램으로 정신보건분야에서 개인의 고용기회와 직장 적응을 위한 지원 프로그램 또는 접근방식을 의미한다. 이러한 프로그램에는 개인화된 직업탐색과 이력서 작성지원, 직장 면접을 위한 훈련과 준비, 직장에서 역량 개발을 위한 교육 및 훈련 프로그램, 직장 내 조화와 적응을 위한 코칭과 멘토링, 직장 환경에서 필요한 조치나 조정을 위해 사업주 측과 협조, 심리적 감정적 지원 등이 있다.



## ■ 근거 및 이유

핵심질문 12에서는 직업 및 경제적 참여에 초점을 맞춘 회복 지향의 개입들이 결과에 유익한 영향을 미치는지를 조사했다(부록 3). 근거들은 한 건의 네트워크 메타분석을 포함하는 네 건의 체계적 검토로부터 얻어졌다(135-138). 여기에서 비교한 개입들은 일반적 지원고용(ex. 사람들이 유급 일자리를 빠르게 획득하도록 지원하고, 고용을 유지하기 위하여 건강 또는 직업적인 지원을 계속해서 제공하는 프로그램), 강화된 지원고용(ex. 사회성 기술 훈련 또는 인지행동치료(CBT)와 같은 추가적인 개입을 동반한 지원고용), 취업 전 훈련(ex. 구직자들이 일자리를 얻기 전에 사회성 기술, 정서적 기술, 기능적 기술을 향상시키기 위해 받는 훈련), 과도기 고용(transitional employment)<sup>30)</sup>(ex. 사람들이 임시직 일자리를 얻은 후에 다음의 고용 상태로 이동하는 단계별 고용 프로그램), 정신과적 치료(ex. 직업과 관련한 어떠한 항목도 없는 일반적인 정신과 치료)가 있다. 그리고 다른 직업 지원(취업 전 훈련, 직업 상담과 같은 개입의 혼합)을 지원 고용프로그램과 비교했고, 재취업(re-employment)과 일반적인 개입 및 직업적 개입과 비교했으며(참고로 뒤의 두 가지 방식이 고용 지원 프로그램의 대다수를 차지하고 있는데, 이들은 선호되는 유급 일자리를 빠르게 얻는 것에 초점을 맞추고 있으며, 고용 및 보건의료 시스템으로부터의 지원이 제공된다), 이 모두를 치료적 지원이 없는 것과 비교했다. 근거의 확실성은 매우 낮음에서부터 중간 정도까지로 다양했는데, 대부분은 근거의 확실성이 낮았다(웹 부록).

고용의 경우, 강화된 지원고용(근거의 확실성은 중간정도)과 일반적 지원고용(근거의 확실성은 낮음)이 정신과 치료(psychiatric care) 및 취업 전 훈련(pre-vocational training)에 비해 상대적인 효과가 더욱 높았다. 강화된 지원고용과 일반적 지원고용은 일자리를 획득한 사람들의 수적인 측면에서 비슷했다. 치료적 지원이 없는 것과 비교했을 때, 직업적 개입(vocational intervention)을 받은 사람들은 일자리를 획득할 가능성이 더욱 높았다. 취업 전 훈련이나 과도기 고용은 고용에 대하여 실질적인 혜택이 없었다.

고용 유지의 경우, 강화된 지원고용이 취업 전 훈련 및 일반적인 지원고용에 비해 더욱 효과적이었다. 일반적인 지원고용은 과도기 고용이나 취업 전 훈련에 비해 더욱 효과적이었다. 기타의 취업 지원 접근법들과 비교했을 때, 일반적인 고용 지원은 획득된 일자리의 수준과 재직 기간에 있어서 더욱 실질적인 증가를 이끌어냈다.

정신건강 상의 결과의 경우, 일반적 고용 지원은 정신과 치료보다 더욱 유익한 효과가 있었지만, 과도기 고용 또는 취업 전 훈련과 비교했을 때 정신건강 증상의 감소에서는 우월하지 않았다. 취업 전 훈련은 정신건강 증상의 개선 항목에서만 정신과 치료보다 우월했다. 강화된 지원고용의 경우에는 확인 가능한 정신건강상의 결과가 없었다.

30) (역자에 의한 각주) 원문의 transitional employment는 한국어로는 중도 고용이나 과도기 고용으로 사용된다. 본 가이드라인에서는 과도기 고용이라는 용어로 통일하여 사용하였다. 과도기 고용은 장기적인 고용기회를 얻기 전에 일시적인 일자리를 제공하여 보상을 받으면서 실질적인 업무를 수행한다. 이 기간동안 실무역량을 개발하고, 소통 및 협업능력, 문제해결능력, 직업적 자기효능감을 향상시켜 장기적인 고용의 기회를 준비한다. 주로 커뮤니티 센터나 복지기관에서 과도기 고용 일자리를 제공하고 있다.

삶의 질의 경우, 강화된 지원고용은 정신과 치료에 비해 삶의 질 측면에서 더욱 나은 개선을 이뤄냈지만, 삶의 질 개선에 대해서는 취업 전 훈련이 강화된 지원고용보다 더욱 우수했다. 재취업은 일반적인 치료와 비교했을 때 삶의 질 개선에 있어서 작은 효과가 나타났다. 일반적인 지원고용이 취업 전 훈련, 과도기 고용, 강화된 지원고용과 비교했을 때의 더욱 실질적인 영향은 없었다. 그러나 일반적인 지원고용은 정신과 치료를 단독으로 시행하는 것보다는 삶의 질에 대해서 더욱 유익한 효과가 있었다.

부작용(중도 이탈로 정의)의 경우, 여기에 포함된 개입들에서는 차이점이 관찰되지 않았다(웹 부록). 취업 전 훈련은 정신과 치료에 비해 병원 입원의 건수를 낮추었지만, 다른 개입들 사이에서는 입원 건수에 대하여 별다른 차이가 없었다.

## ■ 근거로부터 결정을 도출하기 위한 고려사항

가치라는 측면에서 심각한 정신건강 질환을 가진 대부분의 개인들은 온전한 유급 일자리를 얻고자 하는 열망을 지속적으로 표출한다. 직업 및 경제적 참여를 강화하기 위한 전략들은 핵심적인 회복 과정에 목표를 두는 것은 물론이고 지역사회에 대한 사회경제적 참여를 강화함으로써 그들의 회복을 지원한다. 그러나 이용 가능한 서로 다른 개입 방법들에 대해서는 개인적인 선호가 존재할 수 있다. 노동자들에게 정신건강 예방 또는 치료를 제공하는 이들은 직업적인 지원이 그들에게 가장 필요한 정보와 훈련에 대한 개입이라고 설명했다(웹 부록: 가치 및 선호도 조사). 필요한 자원 또는 비용 효율성에 대한 직접적인 연구는 없었다. 강화된 지원고용 및 일반적 지원고용은 자원 집약적인 접근법일 수 있으며, 따라서 저소득 환경에서는 실현이 불가능할 수도 있는데, 이런 프로그램을 제공하는 데 있어서 적극적인 역할을 할 수 있는 고용 및 정신건강 서비스가 그보다 먼저 필요하기 때문이다.

건강 형평성, 불평등, 차별의 측면에서, 여기에 있는 대다수의 근거들이 심각한 정신질환과 연관되어 있다고 언급되어 있다. 일례로 어느 연구(135)에서는, 포함된 진단의 대다수가 정신이상에 대한 것이었으며, 판 레인(van Rijn)의 연구(137)에서는 대다수가 조현병이었고, 정서장애와 주요 우울증이 뒤를 이었다. 파딜(Fady)은 가벼운 수준에서부터 중간 정도의 정신질환을 가진 사람들에 대한 연구를 포함시키고 있는데, 그들 중 대다수가 우울증과 불안 증세였으며, 고용에 있어서 직업적인 개입이 긍정적 효과가 있음을 발견했다. 그러나 본 권고는 심각한 정신질환에 대해서만 고용을 권고하기로 결정하였는데 그 이유는 다음과 같다. 1) 대다수의 근거들과 맥락이 부합하기 때문이다. 2) 가이드라인 개발 그룹(GDG)이 저소득 국가들에서는 흔히 발생하는 정신질환의 기준에 해당하는 다수의 사람들에게 이런 프로그램을 제공하는 것이 불가능할 수도 있다는 우려를 표했기 때문이다. (성별 또는 인종 등의) 하위집단에 대한 분석은 포함되지 않았다.

실현 가능성은 회복 지향의 전략을 제공하는 지역사회의 가용한 기반시설에 따라 다르다. 예를 들어서, 일반적인 지원고용은 더욱 폭넓은 경제적 맥락 또는 지원을 제공하는 (노동 또는 의료) 인력의 활용 가능성에 따라 다를 수 있다.

여기에 포함된 대부분의 연구들은 유럽과 북아메리카의 고소득 국가들에서 수행된 것이며, 소수의 연구가 아시아에 있는 어느 중상위 소득 국가에서 수행되었다. 직업 및 경제적 참여를 강화하기 위한 자원과 전략을 동원하기 위해서는 여러 분야를 가로지르는 접근법이 필요하다. 회복 지향의 심리사회적 개입 프로그램에서는 가족과 지역사회의 참여가 그것의 지속가능성을 위해서 중요할 수 있다. 실현 가능성은 또한 이런 프로그램에 참여하는 고용주의 기반시설에 의해 영향을 받을 수 있다.

심리사회적 장애를 가진 사람들이 일자리를 획득하고 그것을 유지할 수 있는 권리를 지지하는 것은 보편적인 인권의 원칙들(ex. 세계인권선언 제23조)과 부합한다. UN의 장애인 권리에 관한 협약(UNCPRD)의 제27조에서는 다음과 같이 표명하고 있다. “장애를 가진 사람들은 다른 사람들과 동등한 기준에서 일할 수 있는 권리가 있으며, 여기에는 장애를 가진 사람들이 개방적이고 포용적이며 접근 가능한 노동 시장과 작업 환경에서 자유롭게 선택하거나 용인된 일을 함으로써 생계를 유지할 수 있는 권리가 포함된다.” 사회문화적 수용성은 고용주들이 회복 지향의 전략이 있다는 사실이나 그것의 잠재적인 역할을 인식하지 못하는 것에 의해 영향을 받을 수 있다. 그것은 또한 잠재적인 동료들 또는 관리자들도 일터에서 정신건강과 관련한 낙인을 줄여야 할 필요성을 느끼지 못하는 것에 의해 영향을 받을 수 있다.

가이드라인 개발 그룹(GDG)은 직업 및 경제적 참여를 강화하기 위한 회복 지향의 전략들이 일자리의 획득 및 유지에 미치는 혜택이 (잠재적인 이탈로 인한) 유해를 능가한다고 결론 내렸다. 본 권고안이 정신건강 질환의 모든 범위에 걸쳐서 적용된다고 명시하는 것이 바람직했을 수도 있지만, 대부분의 근거들에 의하면 심각한 정신질환을 가진 사람들에게서 주로 유익함이 있는 것으로 나타났다. 강화된 지원고용과 일반적 지원고용은 모두 주요한 정신건강상의 결과들에 대하여 특별한 가능성이 있음을 보여주었다. 그러나 정신건강 및 삶의 질에 대한 결과의 경우, 유익함이 관찰되기는 했지만, 그 결과가 어느 하나의 개입에 대한 우월성을 명확하게 보여주지는 않았다(즉, 보고된 사례들에서는 두 가지 개입의 효과가 비슷했다). 다만, 이러한 결과에 있어서 회복 지향의 전략들이 정신과 치료만 단독으로 시행하는 것에 비하여 전반적으로 더 낫다고 언급되어 있다.

# WHO guidelines on mental health at work



### 〈핵심질문 13〉 선별검사 프로그램

선별검사 프로그램으로 인한 잠재적인 이득이 잠재적인 유해를 능가하는지는 불분명하기 때문에, 가이드라인 개발 그룹(GDG)은 고용 기간 중의 선별검사 프로그램에 대해 우호적이거나 반대되는 권고안을 만들지 않았다.

#### 핵심 내용

➤ 여기에 있는 설명은 일부 직업군에서 규제의 필요성에 의해 요구될 수도 있는 선별검사나, 또는 잠재적인 (정신)건강의 위험에 노출된 노동자에 대한 선별검사에는 적용되지 않는다.

## ■ 근거 및 이유

핵심질문 13에서는 선별검사 프로그램(즉, 정신건강 문제를 가진 노동자들을 식별하고, 그 다음에는 그들에게 고용 기간 중에 필요한 지원을 제공하거나 그러한 지원에 대하여 안내해 주기 위해 설계된 프로그램<sup>31)</sup>)의 활용이 유익한지를 조사했다(부록 3). 그리고 1차 연구들에 대한 체계적인 검토가 수행되었다. 모두 13건의 연구들이 확인되었는데, 그 중에서 GRADE 분류에 적합한 것은 7건이었으며, 이들 연구에서는 선별검사 프로그램과 통상적인 치료과정에 수반되는 선별검사, 질환이 없는 대조군, 개입이 없었던 경우와 비교하였다(웹 부록).

선별검사 프로그램에 관한 연구는 근거의 확실성이 낮았으며, 정신건강 증상의 감소 또는 긍정적인 정신건강의 증진에 미치는 영향이 없음을 가리켰다. 일부 연구에서 업무 기능에서의 유의하지 않은 작은 개선이 있었으나, 근거의 확실성은 매우 낮았다. 생산성에 미치는 긍정적인 효과가 5개월 시점에서는 확인되었지만 12개월 시점의 후속 연구에서는 유지되지 않았고, 직무 만족도에는 영향이 없다는 점이 발견되었다. 결론에 대해서는 유의하지 않고 무시할 만한 수준의 개선이 있었는데, 근거의 확실성은 매우 낮았지만, 다만 5년의 장기 후속 연구에서 작지만 긍정적인 효과가 있었다. 한 건의 시험에서는 선별검사 프로그램을 적용받은 노동자들이 결론의 가능성이 더 높고 생산성의 향상 가능성은 더 낮은 것으로 나타났다. 근거의 확실성은 낮았음에도 작은 개선이 있었다는 것은 이러한 선별검사 프로그램이 즉각적인 도움을 구하는 행동에 있어서는 이익이 있었지만, 그러한 효과가 후속 연구의 평가에서는 유지되지 않았다. 한 연구에 의하면, 양성으로 확인된 이후 지원에 대한 지속성이 낮았다. 다른 직접적인 유해는 보고되지 않았다.

31) 취업 전 선별검사에 대한 근거들은 고려되지 않았는데, 본 가이드라인의 범위 밖에 있다고 여겨졌기 때문이다.

가이드라인 개발 그룹(GDG)은 고용 기간 중에 시행하는 선별검사 프로그램의 바람직한 효과(정신건강 증상 및 결과와 같은 핵심 결과에서 무시할 만한 변화 또는 혼재된 변화)가 바람직하지 않은 효과보다 크다는 명확한 근거가 부족하다고 결론 내렸다. 그리고 기밀유지와 관련된 문제, 그리고 일회성 선별검사의 결과로 인해 정신건강 증상에 대한 선별검사에서의 거짓 긍정반응 및 거짓 부정반응이 있을 위험, 부정확하거나 잘못 해석될 경우에는 위험을 초래할 수도 있다는 추가적인 우려가 제기되었다. 보고편향(reporting bias)은 비밀의 누출을 우려하여 노동자들의 그들의 증상을 축소하여 보고하는 선별프로그램의 우려사항이다(139). 이러한 모든 점을 고려하여, 가이드라인 개발그룹(GDG)은 선별검사 프로그램에 대하여 우호적이거나 반대되는 권고안을 제공하는 것이 불가능하다고 결론 내렸다. 그러므로 이에 대한 권고안은 만들어지지 않았다.

가이드라인개발그룹(GDG)은 “권고 없음” 결정이 취업 전 선별검사보다는 고용 기간 중에 실시되는 선별검사 프로그램에 적용되는 것이라고 강조했다. 가이드라인개발그룹(GDG)은 만약 일터에서 (규제로 인한 불가피성 등에 의하여) 선별검사가 실시된다면, 그러한 선별검사 프로그램에는 최소한 다음의 사항들이 포함되어야 한다고 언급했다.

- » 양성(positive) 판별을 받은 사람들을 위하여 근거 기반의 처치 또는 치료에 접근할 수 있는 후속조치를 보장해야 한다 (정서적 고통을 가진 사람들을 위한 개입에 대해서는 권고안 3과 권고안 10 참조).
- » 선별검사의 결과를 해석하고 전달하며 후속조치에 대한 위탁을 관리하기 위하여 전문적인 자격을 갖춘 공정한 의료 제공자들이 참여해야 한다.
- » 프라이버시와 기밀이 보장되어야 한다.
- » 양성 판별을 받은 사람들에 대한 차별적인 대우를 방지하기 위하여 인권의 원칙들과 윤리적 고려사항들을 준수해야 한다.

‘노동자 서베일런스에 관한 기술적 윤리적 가이드라인’(140)과 국제노동기구(ILO)의 ‘직업보건서비스에 관한 권고 제171호’(141)에서는 노동자의 건강 서베일런스에 대한 추가적 고려사항들을 제시하고 있는데(구속력은 없음), 그에 따르면 노동자들의 건강에 대한 서베일런스는 일터에 존재하는 직업적인 유해요인 대한 서베일런스와 연관되는 것이 바람직하다.

## ■ 근거로부터 결정을 도출하기 위한 고려사항

정신건강과 이로 인해 발생하는 업무와 관련된 문제들의 개선은 모든 이해관계자들이 높은 가치를 부여한다. 여기에 포함된 두 건의 연구에서는 사용자 만족도가 긍정적이었지만, 추가적인 데이터에 의하면 노동자들은 선별검사가 양성일 경우의 낙인과 차별, 그리고 개인적인 비밀이 고용주에게 알려지는 것에 대하여 우려하고 있다. 실제로 선별검사 프로그램은 가장 낮은 선호도를 보였다.(웹 부록: 가치 및 선호도 조사). 이는 보다 폭넓은 문헌에서도 나타나는데, 그러한 우려로 인하여 노동자들이 설령 추가적인 지원이 필요한 증상이 나타나더라도 자신의 정신적

질병에 대해 축소보고될 수 있다는 우려가 발생한다(139).

선별검사자체만으로는 많은 자원이 필요하지 않고, 전달수단(디지털, 서면)으로만 국한되어 있고 자동화되어 있어 결과에 대한 해석이 필요하지 않을 수 있다. 반면에 선별검사가 양성일 때의 후속조치는 (자발적인 도움요청에서 진료 예약에 이르기까지) 이용가능한 자원의 옵션에 따라서 상당히 다를 것이다. 비용-효과성에 관하여 네덜란드에서 수행한 어느 연구에 의하면, 직원 1인당 651유로의 순편익(net benefit), 또는 1유로를 투자할 때마다 고용주에게 5 유로에서 11유로 사이의 이익이 있었다.

건강 형평성, 평등, 차별에 관한 측면을 검토하였을 때, 여기에서 확인된 모든 연구들은 고소득 국가들의 중대형 일터에서 수행되었다. 사회인구학적 하위집단에 대한 분석은 확인되지 않았다. 고용 상태, 경력 발전, 기타 직무상의 기회에 영향을 줄 것이라는 두려움을 포함하여 정신건강 증상이 양성으로 판별될 경우에 차별을 받을 상당한 위험이 있다는 인식이 남아 있다. 효과적인 후속조치가 없는 선별검사는 위험할 수 있다는 점이 주목된다(142). 양질의 정신건강서비스에 접근하는 것이 제한적이라면 이는 많은 맥락에서 대규모의 선별검사 프로그램이 비윤리적일 수 있는 개연성이 있다.

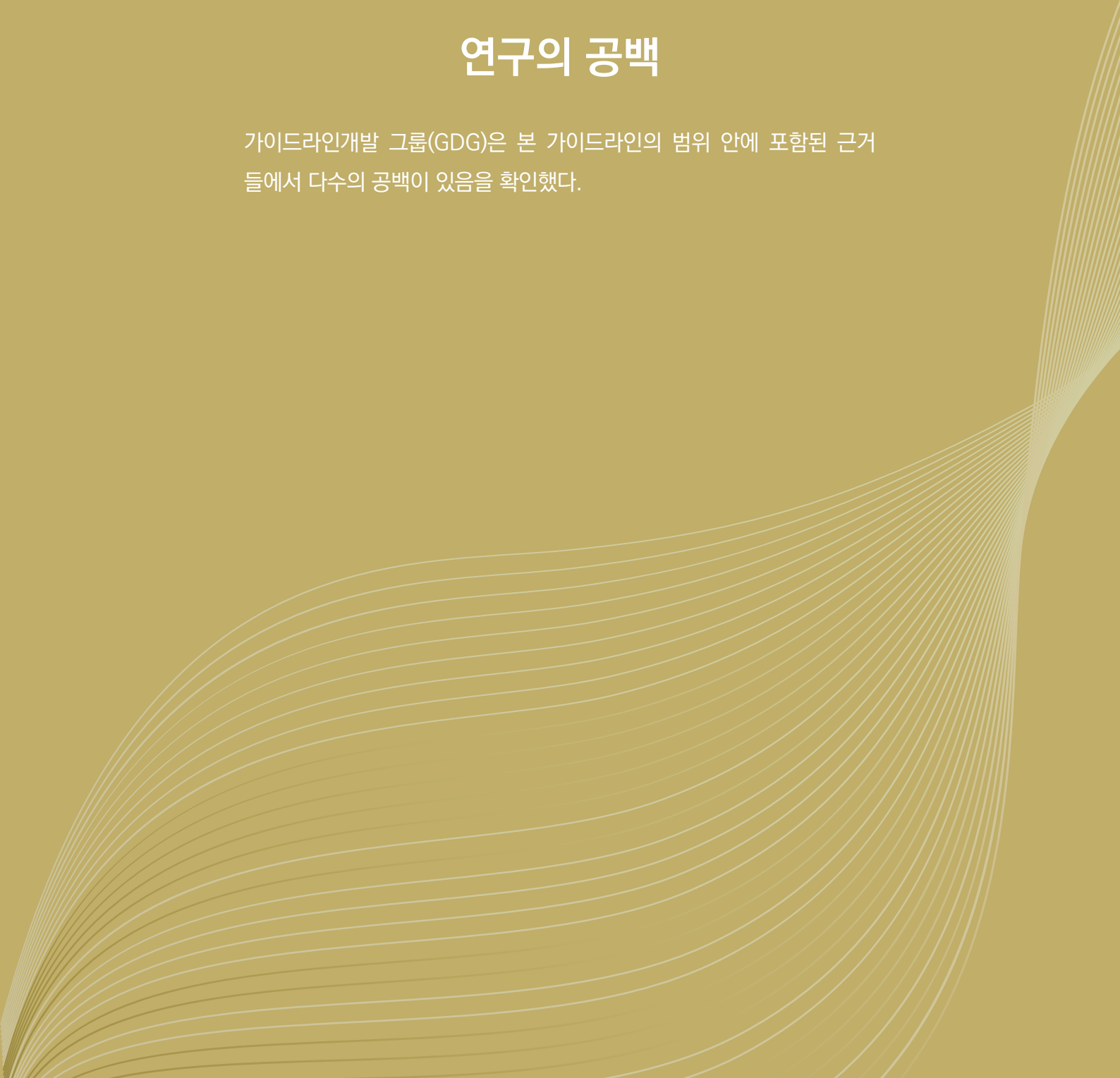
정신적으로 건강하지 않은 것으로 인한 부담을 줄이기 위한 목적으로 지원/치료가 필요한 개인을 선별하고 파악하는 것은 보편적인 인권의 원칙들에 부합하지만, 일터에서 개인들을 선별하는 것은 프라이버시, 개인기밀, 충분한 설명에 의한 동의에 대해 우려를 자아낸다. 이러한 상황에서는 선별검사는 비자발적으로 보일 수 있으며, 주요한 결과에 있어서도 가시적인 혜택은 거의 없으면서 차별의 위험만 가질 수 있다. 일터에서의 정신건강을 위한 선별검사 프로그램의 사회문화적인 수용성도 불분명하다.





## 연구의 공백

가이드라인개발 그룹(GDG)은 본 가이드라인의 범위 안에 포함된 근거  
들에서 다수의 공백이 있음을 확인했다.



## ■ 전반적인 연구 공백

» 모든 유형의 개입에 걸쳐서, 과소 연구된(under-researched) 인구 집단에서 효과 및 실현가능성에 대한 근거의 양과 질을 늘리기 위해 적용해야 할 중대한 필요가 있다.

예를 들어, 비공식 부문, 중소기업(SME), 중저소득국가(LMIC) 등, 국제 및 국내의 인도적 지원 활동가, 직접적인 임상치료의 책임이 없는 보건의로 노동자(ex. 의료 행정 분야의 노동자들), 지역사회 보건의로 노동자, 부정적인 정신건강 상의 결과의 위험이 있는 기타 직업 등 선택적으로 위험 속에 있는 직업군이 있다.

» 모든 유형의 개입에 걸쳐서, 개입을 제공받는 사람들의 사회인구학적 특성(ex. 성별, 나이, 인종), 직업적 지위(ex. 종사 부문), 고용 조건(정규, 비정규, 자영업, 일터의 규모) 등과 연관된 차별적인 혜택 또는 폐해가 있는지를 파악하기 위하여 사회인구학적 하위집단에 대한 분석이 필요하다. 여기에는 연구 또는 검토가 진행되고 있는 이러한 특성들에 대한 명확한 보고, 그리고 기저선(baseline)에 있는 참가자들의 정신건강 상태에 대한 명확한 보고가 포함된다.

» 전반적으로, 가이드라인을 더욱 잘 알리기 위하여 수용성, 접근성, 개입의 활용도에 대한 연구가 필요하다.

» 전반적으로, 다층적인 수준에서의 제공이 결합된 방식(ex. 조직적 개입, 관리자 개입, 노동자 개입, 개인적 개입 등을 조합)의 선제적 개입을 제공하는 것이 효과 및 실현 가능성이 어떠한지에 대해 연구하는 양질의 조사가 필요하다.

» 집단에서의 괴롭힘이나 육아휴직 등 일터에서의 현저한 위험 및 예방 요인(protective factor)과 관련하여(이러한 내용들은 본 가이드라인의 근거 검토에서 발견되지 않았다), (정책을 포함하는) 조직적 개입과 그것이 정신건강 및 업무 관련 결과에 미치는 영향에 대한 높은 질의 연구가 더 필요하다.

» 또한 일터에서의 정신건강을 위한 개입의 비용-효과에 대한 높은 질의 연구를 더욱 늘릴 필요가 있다.

## 조직적 개입에 대한 연구 공백

### ■ 조직적 개입 전반에 대한 사항

» 더 좋은 질의 연구와 더 많은 근거들이 필요하다 - 정신건강상의 결과, 심리사회적 위험, 업무 관련 결과에 대하여 타당하고 문화적으로 적합한 측정을 활용할 수 있어야 한다. 이를 통해 노동자들의 정신건강에 대한 알려진 위험 요인을 완화하기 위한 조직적 개입을 평가할 수 있다. 여기에는 이러한 개입으로 해결하고자 하는 위험 요인들을 명확하게 구체화하고, 개입의 어떤 구성요소들이 그 결과에 영향을 미치는지를 확인할 수 있는 연구설계가 필요하다.

» 직장환경에서 복합적인 개입들의 효과, 실현 가능성, 이해관계자들에 대한 수용성을 평가하기 위하여 과정평가를 포함하는 클러스터-무작위(cluster-randomized) 연구 설계를 사용할 수 있다.

» 관련 연구들을 더욱 잘 종합하고 비교하기 위하여, 조직적 개입의 효과적인 시행을 위한 공통적인 구성요소들이 파악해야 한다.

» 직장의 미래를 위해 떠오르는 위험 요인들, 그리고 그것을 완화할 수 있는 더 나은 질의 연구가 늘어날 필요가 있다. 또한 정책 결정 및 시행을 위해 근무환경이 지속적으로 변화한다는 점을 고려하면서 근거기반이 강화되어야 한다.

## ■ 선별적 고위험 노동자들에 대한 사항

» 보건의료, 응급구조, 인도적 지원 활동가의 정신건강에 대한 잘 알려진 위험 요인을 줄일 수 있는 조직적 개입을 평가할 수 있는 더 나은 질의 연구가 더 많이 필요하다. 이러한 연구는 사회인구학적 상태, 직업, 환경에 의한 세분화를 포함하여 정신건강 상의 결과에 대하여 타당하고, 문화적으로 적합한 측정방법이 활용되어야 한다.

» 보건의료, 응급구조, 인도적 지원 활동가들에 대한 다른 수준의 개입과 비교하면서 이러한 조직적 개입의 비교 효용성 및 비용-효과성에 대한 더욱 많은 연구가 필요하다.

## ■ 정신건강질환을 가진 노동자들에 대한 사항

» 긍정적인 정신건강을 함양하고 정신건강 질환, 자살 행동, 약물 사용을 줄이기 위하여, 정서적 고통 또는 정신건강 질환의 기준에 해당하는 증상을 가진 노동자들에게 제공되는 (합리적 합의와 같은) 조직적 개입의 효과, 비용 - 효과성, 시행 방안에 관한 더 나은 질의 연구가 더 많이 수행되어야 한다. 업무 복귀 개입 분야에서는 상대적으로 더욱 많은 연구들이 있지만, 정신건강 질환을 가진 노동자들(즉, 업무 복귀 이후에 재직 중이거나 또는 정신건강 질환을 이유로 휴직을 택한 적이 전혀 없는 노동자들)에 대한 일터에서의 합의에 대한 근거에는 여전히 공백이 존재한다.

» 정신건강 질환을 가진 노동자들에게 실현 가능하고 낙인 없는 개입을 시행하기 위한 요소들이 무엇인지에 대하여 더욱 많은 근거들이 요구된다.

## 관리자 훈련에 대한 연구의 우선사항

### ■ 정신건강을 위한 모든 관리자 훈련에서의 공통 사항

» 정신건강을 위한 관리자 훈련에 대한 연구에는 결근(absenteeism), 프리젠티즘(presenteeism), 생산성, 성과와 같은 업무 관련 결과에 대한 측정치가 포함되어야 한다.

» 정신건강을 위한 관리자 훈련이 우선순위의 결과에 미치는 효과(ex. 노동자의 자살 행동, 약물 사용, 관리자의 리더십 스타일)에 대하여 더욱 많은 근거들이 요구된다.

» 관리대상자의 정신건강과 같은 주요한 결과에 대하여 (6개월을 넘어서는) 장기간의 후속연구가 포함되어야 한다.

» 제공의 구성요소(ex. 기간) 및 내용적 구성요소를 포함하여 정신건강을 위한 관리자 훈련의 효과적인 구성요소들이

무엇인지를 파악하는 더욱 많은 연구가 필요하다.

» 경영진 대상의 관리자 훈련 및 그것이 건강상의 결과에 미치는 영향에 대한 더 나은 질의 연구와 실험이 더욱 많이 필요하다.

» 도움을 구하는 정신건강 상의 결과를 효과적으로 다루는 개입(ex. 일터에서의 낙인을 완화하는 것)에 대한 더 나은 질의 연구들이 더욱 많이 필요하다.

## ■ 선별적 위험 직군 분야에 대한 사항

» 보건 의료 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원의 근무 환경에서의 정신건강을 위한 관리자 훈련의 효과 및 실현 가능성에 대하여 보다 많은 연구가 필요하다.

## 노동자 교육에 대한 연구의 우선사항

### ■ 노동자 교육 전반에서의 공통 사항

» 정신건강 문해력 및 인식 교육이 고통 받는 동료들에 대한 도움을 제공하는 것과 (자살 방지를 위한 것을 포함하여) 도움을 구하는 행동의 증가에 미치는 영향에 대하여 더욱 나은 질의 근거들이 필요하다.

» 제공의 구성요소(ex. 기간) 및 내용적 구성요소를 포함하여 정신건강을 위한 노동자 교육의 효과적인 구성요소들이 무엇인지를 파악하는 더욱 많은 연구들이 필요하다.

### ■ 선별적 위험 직군 분야에 대한 사항

» 보건 의료 노동자, 인도적 지원 활동가, 응급구조요원들에게 정신건강을 위한 지식, 태도, 기술을 교육하는 것의 효과를 판단하기 위하여 보다 높은 질과 충분히 강력한 연구가 더욱 많이 필요하다.

» 교육을 얼마나 빈번하게 제공해야 하는지에 대한 판단의 정보를 얻기 위하여 중장기적인 후속조치 기간의 효과를 확인하는 더욱 많은 근거가 필요하다.

## 개인적 개입에 대한 연구 공백

### ■ 개인적 개입 전반에 대한 공통 사항

- » 기저선(baseline)에 대한 진단평가를 활용하여 정신건강 진단 기준에 해당하는 노동자들의 비율을 확인하고, 후속연구를 통해 정신 질환 예방의 정도를 판단하는 더 좋은 질의 연구가 더욱 많이 필요하다.
- » 특정한 개인적 개입의 비교 효과 및 비용 효율성을 평가하는 더 나은 질의 연구가 더욱 많이 필요한데, 여기에는 효과의 지속가능성을 평가하기 위한 중장기의 후속연구가 포함되어야 한다.
- » 장기간의 후속조치를 포함한 개인적 개입의 효과를 평가할 때, 유효성이 입증된 업무 관련 결과를 포함하는 더 나은 질의 연구가 더욱 많이 필요하다.
- » 전달구성요소(ex. 기간) 및 내용구성요소(ex. 심리사회적 개입의 방식) 등, 정신건강 및 업무 관련 결과를 위한 (업무에 초점을 맞춘) 심리사회적 개입의 효과적인 구성요소들이 무엇인지를 파악하는 더욱 많은 연구가 필요하다.
- » 개인적 개입에 대하여 자살 행동 및 약물 사용 결과를 포함하는 더욱 많은 연구가 필요하다.
- » 이 분야에서는 클러스터-무작위(cluster-randomized) 대조시험 방식이 더욱 많이 사용되어야 한다.
- » 단일 개입 유형(ex. 개인적인 개입만 단독으로 시행)과 비교하여 다중적 프로그램(ex. 개인적 개입과 조직적 개입의 결합)의 부가적 효과 또는 비교 효과를 설명해주는 유효성 및 시행과 관련한 더욱 많은 연구가 필요하다.

## 정신건강 질환으로 인한 결근에 대한 연구 공백

- » 지속가능한 업무 복귀에 초점을 맞춘 더 나은 질의 연구(ex. 최소한 12개월까지 후속연구의 기간을 늘리는 연구)가 더욱 많이 필요하다.
- » (정신건강 질환으로 인한 부재 일수의 감소 결과만이 아니라) 업무 복귀에 소요된 기간, 업무의 일부 복귀로부터 완전한 복귀까지 소요된 기간, 생산성, 업무 역량 등 이러한 개입이 효과가 있음을 가리키는 결과가 더욱 많이 포함되어야 한다.
- » 정신건강 질환으로 인한 부재 이후의 일터 복귀를 위한 개입방법의 비용-효과성을 조사하는 더욱 많은 연구가 필요하다.
- » 업무 지향의 개입과 임상적 개입을 어떻게 조합하는 것이 가장 효과적이며 실현 가능한지를 평가하는 더 나은 질의 연구가 더욱 많이 필요하다.

## 정신건강 질환을 가진 사람들을 위한 고용에 대한 연구 공백

- » 직업 및 경제적 참여를 강화하는 회복 지향 전략의 효과를 조사하고, 정신건강 질환의 회복 및 고용주의 관심사인 업무 관련 결과에 미치는 결과들을 일관되게 포함하는 더욱 많은 연구가 필요하다.
- » 직업 및 경제적 참여를 강화하는 회복 지향 전략의 비용-효과성을 조사하는 더 나은 질의 연구가 더욱 많이 필요하다.
- » 가벼운 수준에서 중간 정도의 정신건강 질환을 가진 사람들에게 회복 지향 전략을 시행하는 것의 효과 및 실현 가능성을 조사하는 더욱 많은 연구가 필요하다.

## 선별검사 프로그램에 대한 연구 공백

- » 이와 관련한 권고안을 만들기 위해서는, 일터에서의 선별검사 프로그램의 혜택과 폐해에 대해 평가하고, 그것이 정신건강 질환 증상의 감소에 효과가 있음을 평가할 수 있는 높은 질과 충분히 강력한 연구가 필요하다.



## ■ 배포

본 가이드라인은 세계보건기구(WHO)의 웹사이트에서 영어로 제공되며, 요약 내용은 국제연합(UN)의 공식 언어 6개로 모두 제공된다. 정신건강 및 직업보건을 담당하는 국가의 부처들은 WHO의 권역 사무국 및 국가별 사무국을 통해서 본 가이드라인이 통보될 것이다. 노동 및 고용 담당 부처, 그리고 노동자 및 사용자 대표 단체들은 국제노동기구(ILO)를 통해서 본 가이드라인이 통보될 것이다. 본 가이드라인은 노동자들의 건강, 안전, 행복을 책임지거나 전담하고 있는 대표 단체들은 물론이고, WHO와 협업하는 센터, 대학교, 비정부 기구, UN 관련기구 등을 포함하는 광범위한 국제 협력 네트워크를 통해서 공유될 것이다.

## ■ 시행

본 권고안의 원활한 시행을 위하여, 본 가이드라인에는 WHO와 ILO가 공동으로 개발한 정책개요가 첨부될 것이다. 이 정책개요는 광범위한 배포를 촉진하기 위하여 UN의 6개 공식 언어로 이용할 수 있을 것이며, 본 가이드라인으로부터 얻은 정책 및 시행 옵션들을 제시할 것이다. WHO의 권역 사무국과 국가별 사무국들은 국가 차원에서의 시행을 장려할 것이다. 그리고 WHO의 '포괄적 정신건강 행동 계획(Comprehensive Mental Health Action Plan) 2013-2030' 및 건강, 환경, 기후변화에 관한 WHO의 글로벌 전략을 통해 지역적으로 지원받을 수 있을 텐데, 이 두 가지는 모두 세계보건총회(World Health Assembly)에 의해 채택된 것이다. 추가적으로, WHO가 본 가이드라인을 배포할 것이며, 공동 정책개요는 국가별 보건 부처, WHO의 협력 센터, (본 가이드라인의 대상 독자들을 대표하는) 주요한 이해관계자 그룹, 대학교, 비정부 기구, UN 관련기구들을 포함하는 광범위한 국제 협력 네트워크를 통해서 배포될 것이다. ILO는 3개의 구성조직(정부, 사용자, 노동자 - 역주)들과 국가별 노동 부처, 그리고 고용주 및 노동자 단체들을 통해서 정책개요의 배포를 장려할 것이다. 이를 통해 일터에서의 정신건강 예방, 보호 및 증진, 지원에 있어서 직업 세계 내에 있는 행위자들의 역할과 책임에 대한 정책 가이드라인을 제공할 것이다.

## ■ 가이드라인의 활용 및 시행에 대한 모니터링 및 평가

WHO는 본 가이드라인을 채택하거나 지지하는 국가의 수를 관찰함으로써 국가별 정책 및 프로그램에서 본 가이드라인을 어떻게 활용하고 시행하는지를 모니터링을 하고자 한다. WHO는 WHO의 편람(17) 및 기타 일반적인 접근법(ex, WHO의 마인드뱅크(MiNDbank) 데이터베이스<sup>32</sup>)을 활용하여 노동자들에 대한 국가별 정책 및 서비스 제공 방식이 본 권고안들을 어떻게 통합했는지를 평가할 것이다. WHO는 본 가이드라인의 유용성 및 영향을 평가하기 위하여 시행 활동 및 주요 이해관계자들로부터 지속적으로 정기적인 피드백을 수집하고자 한다.

32) 참조: <https://www.mindbank.info> (2022년 5월 29일에 접속하여 확인)



## ■ 본 가이드라인의 향후 업데이트

본 가이드라인은 5년의 기간 동안 유효할 것으로 예상된다. WHO 사무국은 기술 전문가들과 협의하여 노동자들을 위한 정신건강 증진, 예방 방지, 개입에 대하여, 특히 근거의 확실성이 낮음 또는 매우 낮음으로 밝혀진 질문들에 대하여 관련 연구의 진행 양상을 지속적으로 추적할 것이다. 만약 현재의 권고안에 영향을 미칠 수도 있는 새로운 근거가 나타나거나 또는 기타 중요한 고려사항들이 대두되면, WHO는 WHO의 가이드라인 개발을 위한 안내서 제 2판(26)에 명시된 절차에 따라서 본 가이드라인의 업데이트를 편성할 것이다.

# WHO guidelines on mental health at work



## ■ 부작용(Adverse effects)

본 가이드라인의 목적에 있어서, 부작용은 핵심질문의 결과로서 정의되며, 관심 주제의 개입으로 인하여 연구의 참가자에게 의도치 않게 일어난 어떠한 상황(ex. 중도 이탈)도 포함될 수 있다.

## ■ 번아웃(Burnout)

번아웃은 제대로 관리되지 않은 만성적인 일터 스트레스의 결과로 나타나는 증후군이다. 여기에는 다음과 같은 세 가지의 차원이 있다. 1) 에너지 고갈 또는 소진의 감정. 2) 일로부터의 정신적 거리감 증가, 또는 일과 관련된 부정적 의식 또는 냉소주의. 3) 직업적 능률의 감소.<sup>33)</sup> 번아웃은 일터에서의 고통에 대해 자주 사용되는 관용적 표현일 수도 있다.

## ■ 정서적 고통(Emotional distress)

이것은 예를 들자면 슬픔, 분노, 불안, 짜증 등의 부정적인 감정 상태들로 구성된다. 정서적 고통을 겪는 사람들은 정신장애에 대한 국제질병분류(ICD)의 기준에 해당할 수도 있고 그렇지 않을 수도 있다.

## ■ 근거로부터 결정을 도출하는 프레임워크(Evidence-to-decision frameworks)

이것은 어떤 결정을 내리거나 권고안을 공식화하는 것과 관련된 고려사항들을 정리하여 나타낸 것이다.

## ■ 공식 부문(Formal sector)

법인 기업의 모든 노동자.

## ■ GRADE

권고, 측정, 개발, 평가 등급(Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)은 임상적 가이드라인 또는 공중보건 가이드라인에 대한 권고안을 공식화 할 때 그에 대한 근거들의 확실성을 평가하고 고려사항들을 체계화하기 위한 시스템이다.

## ■ GRADE 근거 개요(GRADE evidence profiles)

이는 특정 질문에 대한 근거들의 효과 측정치와 등급(GRADE)의 확실성을 요약하여 정리해 놓은 것으로, 일반적으로는 인구(population), 개입(intervention), 대조군(comparator), 결과(outcome)(PICO)의 형식으로 규정되어 있다.

33) 참조: <https://www.mindbank.info> (2022년 5월 29일에 접속하여 확인)

## ■ 도움을 구하는 행동(Help-seeking behaviour)

본 가이드라인의 목적에 있어서, 도움을 구하는 행동은 핵심질문들에 대한 결과로 정의되는데, 여기에는 정신건강 질환과 같은 주어진 문제에 대하여 지원을 구하거나 지원에 접근하기 위해 행동을 취하는 사람이 포함된다.

## ■ 비공식 고용(Informal employment)

여기에는 국가의 노동 규제에 의해 보호받지 못하는(즉, 일자리 관련 사회보장제도에 가입되어 있지 않거나, 또는 특정한 고용혜택의 대상이 아닌) 피고용인들(또는 고용 상태로 분류되지 않는 사람들)이 포함된다. 그리고 비공식적인 것으로 여겨지는 생산 단위에 있는 고용주, 생산자 협동조합의 조합원, 자영업 노동자들도 (생산되는 것이 판매용인 경우에만) 포함된다. 또한 가족 구성원 노동자들도 포함된다.<sup>34)</sup>

## ■ 비공식 부문(Informal sector)

적어도 부분적으로는 시중에 판매할 목적으로 생산을 하지만 등록되어 있지는 않은 비법인(非法人) 기업의 모든 노동자.

## ■ 관리자(Manager)

본 가이드라인의 목적에 있어서, 관리자는 다른 노동자 또는 노동자들을 감독, 관리, 지휘할 책임이 있는 노동자를 의미한다. 즉, 관리자는 기업 또는 내부 조직단위의 전반적인 활동을 계획하고, 지시하고, 조정하고, 평가하는 피고용인이다.<sup>35)</sup>

## ■ 관리적 리더십 스타일, 커뮤니케이션 (Managerial, leadership style and communication)

본 가이드라인의 목적에 있어서, 관리적 리더십 스타일, 커뮤니케이션은 의사소통 방식, 개별 직원들에 대한 고려, 관리 행위에서의 정의, 사회적 지원, 명확성 제공, 정보 및 피드백의 공급, 직원 참여 및 통제의 장려, 리더십 스타일 (ex. 폭력적, 자유방임적, 권위적, 참여적 방식) 등을 아우르는 핵심질문들에 대한 결과이다.

## ■ 정신장애(Mental disorder)

국제질병분류 11판(ICD-11)의 정의에 의하면, 정신장애는 정신적 기능 및 행동적 기능의 기저를 이루는 심리적, 생물학적, 발달 과정의 기능 장애를 반영하는 개인의 인지, 감정 조절, 행동에 있어서 임상적으로 커다란 장애가

34) 지표 설명: 비공식(informality). 국제노동기구통계(ILOSTAT). 제네바: 국제노동기구(ILO)(지표 설명: 비공식 - ILOSTAT, 2022년 5월 25일에 접속하여 확인)

35) 국제표준직업분류 2008((ISCO-08): 조직 및 그룹의 정의, 그리고 그에 해당하는 도표. 제네바: 국제노동기구(<https://bit.ly/3wCfMH6>, 2022년 5월 25일에 접속하여 확인)

특징인 증상이다. 이러한 장애는 일반적으로 개인, 가족, 사회, 교육, 직업 등의 기타 중요한 기능 영역에서의 고통 또는 결함과 관련이 있다.

## ■ 정신건강(Mental health)

사람들이 삶의 스트레스에 대처하고, 자신의 능력을 펼치며, 학습과 일을 잘 하고, 자신의 공동체에 기여할 수 있는 정신적 안정 상태이다. 정신건강은 건강 및 행복의 필수적인 요소이며, 이는 정신장애가 없는 상태만을 의미하는 것은 아니다.

## ■ 정신건강 문제(Mental health conditions)

정신장애와 심리사회적 장애를 포괄하는 광범위한 용어. 또한 심각한 고통, 기능장애 또는 자해의 위험성과 연관된 기타의 정신상태도 포함한다. 그러므로 여기에는 심각한 정서적 고통이 포함된다.

## ■ 정신건강 지식, 태도, 기술(Mental health knowledge and attitudes, skills)

본 가이드라인의 목적에 있어서, 정신건강 지식, 태도, 기술은 핵심질문들의 결과이다. 이 용어는 정신건강에 대한 문해력(지식)을 높이고, 낙인찍는 태도를 변화시키고, 다른 이들에게 적절한 지원의 제공 의향을 가리키는 행동 또는 처신을 통해서 (정신건강에 대한) 오명을 줄이려는 개입들의 핵심적인 목표변수(target variable)들을 포함하고 있다.

## ■ 긍정적 정신건강(Positive mental health)

본 가이드라인의 목적에 있어서, 긍정적 정신건강은 핵심질문들의 결과이다. 이것은 (정신건강 질환과 반대되는) 정신적 안정, 삶의 만족, 긍정적 자아개념(self-concept), 자존감, 자기조절, 자기효능감(self-efficacy), 회복력의 측면들을 포함하기 위한 것이다.

## ■ 심리사회적 장애(Psychosocial disability)

장애인의 권리에 관한 협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities)에 의하면, 이것은 장기간의 정신적 손상을 갖고 있는 누군가가 다른 사람들과 동등한 기준으로 온전하며 효과적으로 사회에 참여하는 것을 방해할 수도 있는 다양한 장벽들과 상호작용할 때 발생하는 장애이다. 그러한 장벽의 예로는 차별, 낙인, 배제가 있다.

## ■ 심리사회적 개입(Psychosocial interventions)

심리사회적 개입은 건강 기능 및 웰빙의 수준을 개선하기 위한 대인간 또는 정보를 통한 활동, 기법, 전략과 관련된다.<sup>36)</sup> 정신건강과 관련하여, 여기에는 심리교육, (이완훈련 및 마음챙김을 포함하는) 스트레스 관리, (심리적 응급처치를 포함하는) 정서적 또는 실질적인 사회적 지원, 그리고 동료의 지원과 고용 및 주거 지원을 포함하는

다양한 기타의 사회적 활동과 재활 활동이 포함된다.<sup>37)</sup> 심리사회적 개입은 행동 활성화, 문제해결치료, 인지행동치료 (CBT), 대인관계치료(IPT)와 같은 심리적 치료를 포함하는 포괄적 카테고리이다.

## ■ 삶의 질(Quality of life)

본 가이드라인의 목적에 있어서, 삶의 질은 핵심질문들의 결과이며, 그것은 문화 및 가치체계의 맥락 안에서, 그리고 자신의 목표, 기대, 기준, 관심사와 관련하여 삶에서 자신의 위치에 대한 개인의 인식을 포함하고 있다.

## ■ 기능(Functioning)

본 가이드라인의 목적에 있어서, 기능이란 일이 아닌 삶의 영역(ex. 인지, 의사소통, 이동, 자기관리, 관계, 가정생활, 공동체 및 시민생활 활동, 생활 참여)에서 활동을 수행하고 참여할 수 있는 능력을 설명해주는 핵심질문들의 결과이다.

## ■ 보살핌에 대한 만족(Satisfaction with care)

본 가이드라인의 목적에 있어서, 보살핌에 대한 만족이란 핵심질문들의 결과이며, 그것은 의사결정 과정, 제공받는 정보의 질, 정신건강 질환에 대한 의사소통, 보살핌 제공자의 기술 및 역량과 같은 것에 대한 사용자 및 가족들의 만족도를 포함하고 있다.

## ■ 약물 사용(Substance use)

본 가이드라인의 목적에 있어서, 약물 사용은 핵심질문들의 결과이며, 여기에는 알코올 또는 불법약품의 사용이 포함되는데, 그것은 알코올 섭취, 알코올 섭취의 빈도, 알코올 관련 문제, 알코올 섭취 시작, 만취 시작, 폭음, 알코올 남용 등의 여부로 측정된다. 약물 사용은 대마초, 아편, 흥분제의 사용, 그리고 처방약의 오남용을 의미한다.

## ■ 자살 행동(Suicidal behaviours)

본 가이드라인의 목적에 있어서, 자살행동은 핵심질문들의 결과이며, 그것은 (자살 시도를 포함하는) 자해, 자살에 대한 상상, 자살 사망을 포함하고 있다.

## ■ 노동자(Worker)

본 가이드라인의 목적에 있어서, 노동자란 돈을 받고 일하는 18세 이상의 성인을 의미한다. (고용되어 있는)

36) M. J. 잉글랜드(England), A. S. 버틀러(Butler), M. L. 곤잘레스(Gonzalez) 편저, <정신장애 및 약물사용 장애에 대한 심리사회적 개입: 근거기반 기준을 수립하기 위한 프레임워크(Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: a framework for establishing evidence-based standards)>, 워싱턴DC: 내셔널아카데미스프레스(National Academies Press), 2015

37) C. 바르부이(Barbui), M. 푸르가토(Purgato), J. 압둘말리크(Abdulmalik), C. 아카르투르크(Acarturk), J. 이튼(Eaton), C. 가스탈돈(Gastaldon) 외, <저소득 및 중소득 국가들에서의 정신건강 결과를 위한 심리사회적 개입의 효능: 포괄적 검토(Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review)>, 랜싯 정신의학(Lancet Psychiatry), 2020;7(2):162 - 72. doi:10.1016/S2215-0366(19)30511-5.

노동자들이란 일반적으로 단기의 조사기간 동안에 급여 또는 수익을 위해 상품을 생산하거나 서비스를 제공하는 어떠한 활동에라도 참여했던 노동연령의 모든 사람들로 정의된다.

### ■ 업무 관련 결과(Work-related outcomes)

본 가이드라인의 목적에 있어서, 업무 관련 결과는 핵심질문들의 결과이며, 그것은 결근(absenteeism, 정기적인 결근), 프리젠티즘(presenteeism, 온전히 기능하지 못하는 상태에서 자리에 있거나 출근하거나 업무에 참여하는 것이며, 따라서 능률이 축소된 상태로 추정), 생산성(업무의 효율성), 업무 몰입(업무에 완전히 몰두한 상태), 업무 능력(업무에 참여할 수 있는 기능적 능력 및 역량), 부재, 이직, 사직, 일터 복귀, 일자리 유지, 직무 만족도, 재직 기간 또는 길이, 고용 상태(계약직, 정규직, 실직) 등 개인의 업무 기능을 가리키는 폭넓은 범위의 변수들을 포함하고 있다.



## 부록 1

### ■ 본 가이드라인에 기여한 사람들

본 가이드라인의 개발에는 다음의 사람들이 기여를 했다. 그들의 역할은 표 1에 요약되어 있다.

**1. 세계보건기구(WHO) 추진단** : 본 가이드라인의 주제와 관련된 WHO의 부서들로 구성되었으며, 본 가이드라인의 제작 과정에서 전반적인 조정 및 기술적 지원을 제공하기 위하여 조직되었다.

이름	부서
파텐 벤 압델아지즈 Faten Ben Abdelaziz	건강 증진
알렉스 부차트 Alex Butchart	건강의 사회적 결정요인
알라르코스 시에자 Alarcos Cieza	비전염성 질병의 관리
이반 이바노프 Ivan Ivanov	건강, 환경, 기후변화
캐서린 케인 Catherine Kane	보건 인력
김효정 Hyo-Jeong Kim	비상사태 운영
아이샤 말리크 Aiysha Malik*	정신건강 및 약물 사용
마르크 판 오메렌 Mark van Ommeren**	정신건강 및 약물 사용
주아나 빌룸센 Juana Willumsen	건강 증진

(\*) 기술책임자 (\*\*) 단장

**2. 가이드라인 개발 그룹(GDG):** 기술, 학계, 시행, 정책 전문가들이 포함되었다. GDG 구성원의 선정은 그들의 전문 분야, 성별, 지리적 대표성을 고려하여 이루어졌다.

이름	소속	WHO 지역	전문 분야
미라이 채터지 Mirai Chatterjee	인도, 자영업여성협회 책임자	동남아시아 지역	성별, 불평등, 사회적 보호, 건강의 사회적 결정요인, 비공식 경제
카푸친 드 푸시에 Capucine de Fouchier <sup>a</sup>	정신건강 및 심리사회적 지원 전문가 (무소속)	유럽 지역	인도적 지원 활동가들에 대한 직업적 정신건강 서비스 계획 및 제공
새뮤얼 하비 Samuel Harvey	오스트레일리아, 뉴사우스웨일스대학교, 블랙독연구소, 교수, 전무, 수석과학자	서태평양 지역	직업 정신의학, 신경정신 역학, 일터 정신건강 연구
히로토 이토 Hiroto Ito <sup>b</sup>	일본, 도호쿠의과약과대학, 의학부, 건강정책 및 관리학과, 교수	서태평양 지역	직업적 정신건강 및 안전을 위한 건강정책 및 관리
노리토 카와가미 Norito Kawakami	일본, 도쿄대학교, 의학대학원, 정신건강학과, 교수	서태평양 지역	직업적 정신건강, 공동체 정신건강, 역학
스포 크갈라모노 Spo Kgalamono <sup>c</sup>	남아프리카, 국가보건노동서비스, 국립직업건강연구소, 전무	아프리카 지역	직업 의학, 중저소득 국가(LMIC)에서 직업 보건서비스의 시행
노우르 키크 Nour Kik	레바논, 공중보건부, 국민정신건강프로그램, 정책 및 지원 코디네이터	동지중해 지역	정신건강 정책, 국가 일터 정신건강 프로그램의 시행
마거릿 키트 Margaret Kitt	미국, 질병통제예방센터, 국립직업안전및건강연구소, 부국장; WHO 직업건강협업센터 책임자	아메리카 지역	직업 의학, 심리사회적 위험 정책
앤서니 D. 라몬테인 Anthony D. LaMontagne	오스트레일리아, 디킨대학교, 건강&사회발전대학, 건강변화연구소, 교수	서태평양 지역	응용 역학, 일터 정신건강, 직업 보건 및 안전 개입, 일터 평가를 위한 정책 개입
사프나 마하잔 Sapna Mahajan <sup>d</sup>	캐나다, 게놈캐나다, 유전체학 및 사회, 책임자	아메리카 지역	국가적, 지역적, 국제적 일터 정신건강 기준 개발 및 시행, 공공의료

이름	소속	WHO 지역	전문 분야
세예드 카잠 말라코우티 Seyed Kazem Malakouti	이란, 이란의료과학대학교, 테헤란정신의학연구소, 행동과학 및 정신건강대학, 교수; WHO 정신건강협업센터 책임자	동지중해 지역	1차 의료에 정신건강 서비스 통합, 자살 방지, 약물사용 방지
호세 루이스 아유소-마테오스 Jose Luis Ayuso- Mateos	스페인, CIBERSAM, 마드리드자치대학교, 의과대학, 정신학과, 교수; WHO 정신건강 서비스 연구 및 훈련을 위한 협업센터 책임자	유럽 지역	정신장애, 만성 건강질환, 일터 참여를 위한 역학 및 개입
카리나 닐슨 Karina Nielsen	영국, 셰필드대학교, 경영대학, 일터정신의학연구소, 교수	유럽 지역	정신적 안녕(well-being)을 위한 조직적 개입의 개발/시행/평가, 조직 심리학, 일터 복귀
크리스토퍼 프린즈 Christopher Prinz <sup>e</sup>	프랑스, 경제협력개발기구	유럽지역	고용 및 장애 정책
프라탑 샤란 Pratap Sharan	인도, 전인도의료과학연구소, 정신학과, 교수	동남아시아 지역	공공 정신건강, 노동자 정신건강
캐서린 소르스달 Katherine Sorsdahl	남아프리카, 케이프타운대학교, 정신학과, 교수; 앨런 J. 피셔 공공정신건강센터 공동책임자	아프리카 지역	세계 정신건강, 보건시스템 강화
그레이엄 소니크로프트 Graham Thornicroft	영국, 킹스칼리지런던, 정신의학· 심리학·신경과학연구소, 교수	유럽 지역	낙인, 공동체 정신의학, 세계 정신건강, 가이드라인 개발

- 가이드라인 개발 개시 및 권고안 회의 기간 기준 소속; (현) 스위스 국제적십자위원회 소속
- 가이드라인 개발 개시 및 권고안 회의 기간 기준 소속; (현) 일본 노동자건강안전기구, 과로 관련 장애 연구센터, 책임자
- 권고안 회의 기간까지 GDG에 참여, 이후 개인적인 사유로 참여하지 못함
- 가이드라인 개발 개시 기준 소속, 권고안 회의가 시작되기 전에 캐나다 정신건강위원회 소속으로 변경
- 권고안 회의 기간까지 GDG에 참여, 개인적인 여건으로 인하여 2021년 5월에 GDG 탈퇴를 요청

**3. 외부 검토 그룹(ERG)** : 기술 전문가, 고용주, 노동자 단체, 정신건강 재활 경험을 가진 사람들의 대표단으로 구성되었으며, 본 가이드라인의 초안에 대한 동료심사(peer review)를 수행하여 기술적인 피드백을 제공하고, 사실 관계의 오류를 확인했으며, 언어의 명확성에 대해 의견을 말했고, 시행/적응/맥락의 이슈와 연관된 고려사항을 전달했다. ERG 구성원들의 선정은 해당 구성원들이 관련된 전문 분야, 성별, 지리적 대표성을 고려하여 이루어졌다.

이름	소속	WHO 지역
아탈라이 알렘 Atalay Alem	에티오피아, 아디스아바바대학교	아프리카 지역
파브리스 알트하우스 Fabrice Althaus	스위스, 국제적십자위원회	유럽 지역
라미아 부즈가로 Lamia Bouzgarrou	튀니지, 모나스티르대학교	동지중해 지역
마르크 코르비에르 Marc Corbière	캐나다, 몬트리올 소재 퀘벡대학교	아메리카 지역
프레밀라 드크루즈 Premilla D’Cruz	인도, 아흐메다바드경영연구소	동남아시아 지역
캐롤린 데와 Carolyn Dewa	미국, 캘리포니아대학교 데이비스	아메리카 지역
프리다 마리나 피셔 Frida Marina Fischer	브라질, 상파울루대학교	아메리카 지역
로산 갈반 Roshan Galvaan	남아프리카, 케이프타운대학교	아프리카 지역
닉 글로지어 Nick Glozier	오스트레일리아, 시드니대학교	서태평양 지역
닐 그린버그 Neil Greenberg	영국, 킹스칼리지런던	유럽 지역
버짓 그라이너 Birgit Greiner	아일랜드, 유니버시티칼리지코크	유럽 지역
나딘 하커 Nadine Harker	남아프리카, 남아프리카의학연구위원회	아프리카 지역
에히마레 이덴 Ehimare Iden	나이지리아, 직업보건 및 안전 관리자들	아프리카 지역
주앙 실베스트레 실바-주니어 João Silvestre Silva-Junior	브라질, 상카밀로대학교 센터	아메리카 지역
김인아 Inah Kim	한국, 한양대학교 의과대학	서태평양 지역
조지 레버리지 George Leveridge	자메이카, 자메이카 경찰군	아메리카 지역

이름	소속	WHO 지역
리슈양 Shuang Li	중국, 국립 직업보건 및 중독치료 연구소	서태평양 지역
엘리자베스 리노스 Elizabeth Linos	미국, 캘리포니아대학교 버클리	아메리카 지역
에드 맨틀러 Ed Mantler	캐나다 정신건강위원회	아메리카 지역
안젤라 마틴 Angela Martin	오스트레일리아, 태즈메이니아대학교	서태평양 지역
크리스티나 매슬랙 Christina Maslach	미국, 캘리포니아대학교 버클리	아메리카 지역
알바로 호베르토 크레스포 메를로 Álvaro Roberto Crespo Merlo	브라질, 리오그란데도술연방대학교	아메리카 지역
마리아 엘리사 안솔레아가 모레노 María Elisa Ansoleaga Moreno	칠레, 디에고포스탈레스대학교	아메리카 지역
니나 헤데가르드 닐센 Nina Hedegaard Nielsen	덴마크, 심리사회적 위험 전문가(무소속)	유럽 지역
라이너 루글리스 Reiner Rugulies	덴마크, 국립노동환경연구센터	유럽 지역
고드프리 자리 루쿤도 Godfrey Zari Rukundo	우간다, 음바라과학기술대학교	아프리카 지역
카말레쉬 사르카르 Kamalesh Sarkar	인도, 국립직업보건연구소	동남아시아 지역
반다드 샤리피 Vandad Sharifi	이란, 테헤란의료과학대학교	동지중해 지역
왕지안리 JianLi Wang	캐나다, 달하우지대학교	아메리카 지역
모함마드 타그히 야사미 Mohammad Taghi Yasami	이란, 샤히드베헤슈티의료과학대학교	동지중해 지역
디터 자프 Dieter Zapf	독일, 괴테대학교 프랑크푸르트	유럽 지역

단체 및 핵심 이해관계자 대표단	
멜리사 피토티 Melissa Pitotti	핵심인도주의기준(CHS) 동맹
새라 콕시 Sarah Copsey	유럽 일터 안전 및 보건 기구(EU-OSHA)
줄리아 플린트로프 Julia Flintrop	
올가 칼리나 Olga Kalina	정신의학 (전)사용자 및 생존자 유럽 네트워크(ENUSP)
과달루페 모랄레스 카노 Guadalupe Morales Cano	
클라우디아 사르토르 Claudia Sartor	글로벌 정신건강 동료 네트워크(GMHPN)
매들린 A. 네이글 Madeline A. Naegle	국제간호사위원회(ICN)*
피에르 빈센시니 Pierre Vincensini	국제고용주단체(IOE)
로리 오닐 Rory O'Neill	국제노동조합총연맹(ITUC)
빅토르 우고 Victor Ugo	정신적 인식 나이저리아 이니셔티브(MANI)
미구엘 R. 호르헤 Miguel R. Jorge	세계의사회(WMA)*
로제 부코 Rose Boucaut	세계물리치료(WP)*
미구엘 R. 호르헤 Miguel R. Jorge	
로제 부코 Rose Boucaut	
살람 알렉시스 고메즈 Salam Alexis Gomez	
제프케모이 조안네 키벳 Jepkemoi Joanne Kibet	
노르마 엘리사 갈베즈 올베라 Norma Elisa Gálvez Olvera	
클라우디아 파트리시아 로하스 실바 Claudia Patricia Rojas Silva	

\* 세계의료전문가동맹(WHPA)에 소속된 보건의료 노동자 단체

**4. 가이드라인 방법론 전문가** : (WHO의 정신건강 및 서비스 평가에 있어서의 연구와 훈련을 위한 협력 센터인) 이탈리아 베로나대학교 의료 및 공중보건학과의 정신의학 교수인 코라도 바르부이(Corrado Barbui)가 지명되었다. 또한 근거를 담당하는 팀에게 검색 전략의 개발과 근거 개요의 개발에 있어서 기술적 지원을 제공하고, 근거 검토 업무를 지원하기 위하여 다음과 같은 컨설턴트들이 지명되었다. 애말 악타르(Aemal Akhtar, 덴마크), 게르괴 바라니(Gergö Baranyi, 영국), 치아라 가스탈돈(Chiara Gastaldon, 이탈리아), 조지아 미츨리그(Georgia Michlig, 미국), 다비데 파폴라(Davide Papola, 이탈리아).

**5. 근거 검토 팀 및 근거 지원 팀** : 이들은 구체적인 핵심질문들에 대한 근거를 검토하고, 근거의 GRADE 개요를 만들고, 근거들의 확실성을 평가하고, 근거에 기반을 둔 결정의 고려사항 도표의 초안을 작성하기 위하여 WHO의 추진단과 계약을 체결했거나, 또는 근거 지원 업무를 위하여 계약을 체결했다.

이름	소속
핵심질문: 조직적 개입 (1, 2, 3번 질문)	
히데아키 아리마 Hideaki Arima	일본, 도쿄대학교
유미 아사이 Yumi Asai	
유이 히다카 Yui Hidaka	
마코 이이다 Mako lida	
고타로 이마무라 Kotaro Imamura**	
마이 이와나가 Mai Iwanaga	
유카 고바야시 Yuka Kobayashi	
유 코마세 Yu Komase	
나츠 사사키 Natsu Sasaki	
레이코 이노우에 Reiko Inoue	일본, 기타사토대학교 의과대학
아키즈미 츠츄미 Akizumi Tsutsumi **	

히사시 에구치 Hisashi Eguchi	일본, 산업의과대학
아야코 히노 Ayako Hino	
아키오미 이노우에 Akiomi Inoue	
야스마사 오츠키 Yasumasa Otsuka	일본, 쓰쿠바대학교
아스카 사쿠라야 Asuka Sakuraya	일본, 도쿄여자의과대학
아키히토 시마즈 Akihito Shimazu	일본, 게이오대학교
카나미 츠노 Kanami Tsuno	일본, 가나가와현립보건복지대학

이름	소속
핵심질문: 관리자 및 노동자 교육 개입, 선별검사 프로그램 (4, 5, 6, 7번 질문)	
테일러 브라운드 Taylor Braund	오스트레일리아, 뉴사우스웨일스대학교
리처드 브라이언트 Richard Bryant*	
재스민 최-크리스투우 Jasmine Choi-Christou	
마크 데디 Mark Deady	
나딘 갈란드 Nadine Garland	
에이미 게이드 Aimee Gayed	
샘 하파 Sam Haffar	
소피아 몁스 Sophia Mobbs	
캐서린 페트리 Katherine Petrie	
제시카 스트러드윅 Jessica Strudwick	



핵심질문: 개인적 개입 (8, 9, 10번 질문)	
아르파나 아마르나스 Arpana Amarnath	네덜란드, 자유대학교 (심리사회적 개입 연구 및 보급을 위한 WHO의 협업 센터)
핼름 쿠티퍼스 Pim Cuijpers*	
에이리니 카리오타키 Eirini Karyotaki	
클라라 미구엘 Clara Miguel	
핵심질문: 일터 복귀 및 고용 (11, 12번 질문)	
리암 오마라 Liam O'Mara	미국, 컬럼비아대학교 (세계 정신건강에 대한 역량 구축 및 훈련을 위한 WHO의 협업 센터)
캐슬린 파이크 Kathleen Pike*	
애덤 로젠펠드 Adam Rosenfeld	
히카리 슈스키 Hikari Shumsky	
이름	소속
근거 지원: 시행 관련 검토	
레이첼 루이스 Rachel Lewis	영국, 일터 관련 건강
앨리스 싱클레어 Alice Sinclair	
조 야커 Jo Yarker*	
페흐미다 무니르 Fehmidah Munir	

근거 지원: 가치 및 선호도 조사	
프로미트 아나뇨 차크라보르티 Promit Ananyo Chakraborty	캐나다, 브리티시컬럼비아대학교
바네사 에반스 Vanessa Evans	
레이먼드 램 Raymond Lam	
질 머피 Jill Murphy**	
앤드류 그린쇼 Andrew Greenshaw**	캐나다, 앨버타대학교
재스민 노블 Jasmine Noble	
근거 지원: 비공식 부문 검토	
조지아 미츨리그 Georgia Michlig	미국, 존스홉킨스대학교

\* 팀장, \*\* 공동팀장

**6. 기술 자문** : 스위스 제네바 국제노동기구(ILO) 본부에서 직업안전 및 보건 팀장을 맡고 있는 마날 아지(Manal Azzi)의 주도하에 ILO의 직원들이 담당했다. ILO는 각국 정부, 고용주 단체, 노동자 단체 등 3개의 당사자로 구성된 국제연합의 기구이며, 187개의 회원국이 있다. 국제적인 노동자 단체(국제노동조합총연맹)와 고용주 단체(국제고용주단체)는 본 가이드라인에 있어서 핵심적인 이해관계자들이었으며, 가치 및 선호도 조사의 검토, 외부 검토 그룹에 의한 검토 등 본 가이드라인의 여러 측면에서 관여했다.

**7. 자금 지원** : 과학과 건강에 초점을 맞춘 독립적이며 국제적인 자선재단인 웰컴트러스트(Wellcome Trust)가 본 가이드라인의 개발을 위하여 WHO의 정신건강 및 약물사용 부서(Department of Mental Health and Substance Use)에 자금을 제공했다. 권고안을 위한 회의에는 자금 제공자 측의 대표단이 참관인으로 참석했다. 권고안을 만드는 회의에는 참관인들의 참석이 허용되지 않는다.

표 1. 가이드라인 개발 프로세스에서 각 기여자들의 역할

가이드라인 프로세스	WHO SG	GDG	ERG	방법론 전문가	근거 팀	기술 자문
가이드라인 기여자 확인	√	ERG 구성원들에 대한 조언	×	×	×	GDG/ERG 구성원들에 대한 조언
범위, 핵심질문, 결과 확정	기술 지원 & 조정	√	×	WHO SG에게 기술 지원	×	×
근거 확인, 평가, 종합	기술 지원 & 조정	검색 전략에 대한 기술 조언	×	근거 팀에게 기술 지원	√	×
근거 지원	기술 지원 & 조정	GDG의 구성원들이 중요한 검토 및 설문조사 설계에 대해 조언	ERG에서 선별된 구성원들이 설문조사 설계에 대해 조언	결과 통합에 대한 기술 지원	√	설문조사 설계에 대한 기술 자문
권고안 개발	기술 지원 & 조정	√	×	GDG 및 WHO SG에게 기술 지원	GDG에게 기술 지원	일부 논의에 초청되어 기술 자문을 제공
가이드라인 초안	√	×	×	×	×	×
동료 심사	√	√	√	√	√	√
WHO GRC의 승인	√	NA	NA	NA	NA	NA
출간 및 배포	√	NA	NA	NA	NA	NA

약어 설명: NA(해당 없음), WHO SG(WHO 추진단), GRC(WHO 가이드라인 검토 위원회)

## 부록 2

### ■ 이해관계의 공표 및 이해관계의 충돌 관리

WHO 추진단은 WHO의 준수·위험관리·윤리(CRE)에 관한 현행 정책을 따랐다. GDG, ERG, 근거 팀의 예비 구성원들에게는 WHO의 이해관계 공표(DOI) 양식을 작성하고, 자신의 이력서를 제공해 달라고 요청되었다. 이러한 문서들에 대해서는 (인터넷 및 문헌 데이터베이스 검색을 통해 얻은) 추가적인 정보와 함께 WHO 사무국이 검토하여 본 가이드라인의 주제와 연관되어 이해관계가 충돌되는지의 여부를 확인했다.

또한, 잠재적인 GDG 구성원들의 이름과 간략한 이력이 WHO의 웹사이트에 2주 이상 게시되어 있었으며, 공개적인 검토와 의견 수렴을 위하여 관련 회의의 목적에 대한 설명도 실려 있었다. 이와 관련한 우려사항은 접수된 것이 없었다.

(가이드라인의 개발에 참여한 사람들의) 이해관계는 미미하거나 아주 작다고 평가되었는데, 그들이 근거를 평가하거나 권고안을 작성할 때 해당 개인의 판단에 영향을 미칠 가능성이 낮거나 또는 영향을 미치는 것으로 인식될 가능성이 낮다고 여겨졌다. 만약 이해관계가 잠재적으로 유의미하다고 여겨지는 경우에는, 다음과 같은 관리 가이드라인을 따르도록 했다. 1) 본 가이드라인 개발 프로세스에 해당 개인이 제한적으로 참여. 2) 가이드라인 개발 프로세스에서 완전히 배제.

본 가이드라인을 위한 회의를 시작할 때, GDG 구성원들 각각의 이해관계 공표 내용이 제출되었다. 이러한 회의에 참석하는 GDG 구성원들과 근거 팀원들은 만약 이미 작성한 이해관계 공표 내용에 변경이 있을 경우에는 업데이트 된 내용을 제출하라는 요청을 받았다. 내용에 변경이 있을 경우, WHO 추진단은 위에서 언급한 관리 가이드라인을 고려했다. GDG, ERG, 근거 팀원, 참관인들은 기밀유지 합의서에 서명해야 했다.

국제노동기구(ILO)의 직원들은 ILO의 정책(사무국 내부의 윤리에 관한 사무국 가이드라인(Office Directive on Ethics in the Office)(143))에 따라 이해관계 공표 및 이해관계 충돌 여부의 확인 대상이며, WHO 직원들과 마찬가지로 방식으로 국제공무원 품행기준(Standards of Conduct for the International Civil Service)의 적용 대상이다. WHO 직원들은 또한 WHO의 윤리 및 직무수행 규정(Code of Ethics and Professional Conduct)(144)의 적용 대상이다. 회의 참관인 및 단체의 대표들은 이해관계의 공표를 작성할 필요가 없었는데, 본 가이드라인의 개발 논의에서 그들이 적극적으로 참여하지 않았기 때문이다.

모든 기여자들이 이해관계가 없음을 선언했는데, 해당 내용은 아래에 열거되어 있다. 그렇게 공표된 이해관계의 요약 내용과 그것이 관리된 방법은 다음과 같다.

이름	이해관계 공표	이해관계의 충돌 및 관리
GDG 구성원		
카푸친 드 푸시에 Capucine de Fouchier	고용 상태의 변화	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
사무엘 하비 Samuel Harvey	핵심질문들(4, 5, 6, 7, 13번)의 근거 검토에 참여	상당한 이해관계의 충돌이 확인됨, 조건부적인 참여 관리 계획이 개시되었음. 하비 교수는 PICO에 대한 논의에서 근거 검토 팀의 구성원으로 참여했는데, GDG의 구성원으로 참여한 것은 아니었다. 따라서 그에게는 권고안 4, 5, 6, 7, 13번에 대해서는 발언권이나 투표권이 없었다.
노리토 카와가미 Norito Kawakami	연구 자금, 유급 컨설팅, 강의로. 일본산업위생학회 회장(무급). 본 가이드라인과 관련 없는 WHO의 회의 참석을 위한 경비 지원	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
앤서니 D. 라몬테인 Anthony D. LaMontagne	직장, 연구 자금, 유급 컨설팅, 강의로	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
사프나 마하잔 Sapna Mahajan	무급 컨설팅, 강의로, 고용 상태의 변화	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
호세 루이스 아유소-마테오스 Jose Luis Ayuso-Mateos	연구 자금	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
카리나 닐슨 Karina Nielsen	직장 및 연구 자금	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
그레이엄 소니크로프트 Graham Thornicroft	무급 컨설팅, 주요 이해관계 단체들의 임원 및 회장	이해관계의 충돌이 확인되지 않음

이름	이해관계 공표	이해관계의 충돌 및 관리
ERG 구성원		
파브리스 알트하우스 Fabrice Althaus	직장	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
라미아 부즈가로 Lamia Bouzgarrou	유급 컨설팅, WHO가 출장 경비를 지원 (본 가이드라인과 관련 없음)	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
마르크 코르비에르 Marc Corbière	연구 자금, 기관에 의한 출장 경비 지원, 주요 이해관계자 그룹의 회장	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
캐롤린 데와 Carolyn Dewa	유급 컨설팅	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
닉 글로지어 Nick Glozier	연구 자금, 유급 컨설팅, 일터에 초점을 맞춘 개입 & 훈련 분야의 지적재산권(IP)	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
닐 그린버그 Neil Greenberg	본 가이드라인의 주제와 연관된 회사의 유급 이사, 주요 이해관계자 그룹의 임원 및 팀장(영리 단체는 아님)	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
버짓 그라이너 Birgit Greiner	직장, 연구 자금, 유급 컨설팅	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
나딘 하커 Nadine Harker	유급 컨설팅	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
주앙 실베스트레 실바- 주니어 João Silvestre Silva- Junior	연구 자금	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
안젤라 마틴 Angela Martin	직장, 본 가이드라인의 주제와 연관된 민간 회사의 유급 이사	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
크리스티나 매슬랙 Christina Maslach	번아웃 측정 도구에 대한 지적재산권(IP)	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
니나 헤데가르드 닐센 Nina Hedegaard Nielsen	직장	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
라이너 루글리스 Reiner Rugulies	직장, 연구 자금	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
디터 자프 Dieter Zapf	직장, 유급 컨설팅	이해관계의 충돌이 확인되지 않음

이름	이해관계 공표	이해관계의 충돌 및 관리
근거 및 근거 지원 팀		
테일러 브라운드 Taylor Braund	직장	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
마크 데디 Mark Deady	연구 자금	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
레이먼드 램 Raymond Lam	연구 자금, 유급 컨설팅, 강의로, 정신건강 측정 도구에 대한 저작권 보유, 무급 임원, 주요 이해관계자 단체들의 무급 이사회 임원(영리 단체는 아님)	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
아키히토 시마즈 Akihito Shimazu	유급 컨설팅	이해관계의 충돌이 확인되지 않음
조 야커 Jo Yarker	직장, 유급 컨설팅	이해관계의 충돌이 확인되지 않음

## 부록 3

### ■ 핵심질문 및 결과의 범위 설정

본 가이드라인을 만들기에 앞서서, 2019년 11월에 스위스의 제네바에서 일터 정신건강에 대한 조망 포럼(Landscape Forum on Workplace Mental Health)이 개최되었다. 이 포럼의 한 가지 핵심 목표는 일터에서의 정신건강을 다루는 개입에 대한 근거의 범위를 논의하는 것이었다. 이 회의에 이어, WHO의 추진단이 본 가이드라인의 범위 초안을 마련하면서 이용 가능한 근거들에 대하여 예비적인 범위 설정을 수행했다. 추진단 및 가이드라인 방법론 전문가들의 지원을 받아 2020년 4월에 가상회의 형태로 개최된 GDG의 첫 번째 회의에서 그 범위를 검토했는데, 이 자리에서는 본 가이드라인이 던지는 질문의 최종 범위 및 PICO(인구, 개입, 대조군, 결과)에 대해 논의하고 합의했다. 최적의 근거 원천들을 파악하고, 본 가이드라인의 잠재적인 본체와 잠재적인 근거에 기반을 둔 고려사항에 관련된 상황 정보를 제공하기 위하여, 배경 질문들이 추가적으로 고안되었다. 특히 고려되었던 것들은 1) 일터에서의 위험 요인 및 그것이 정신건강 결과에 미치는 영향과, 2) 일반적인 노동 인구 및 (소수 집단, 인도적 지원 활동가/보건의로 노동자로 확인된 사람들과 같은) 특정한 하위 인구집단에서 정신건강 관련 결과가 얼마나 나타나는지에 관한 것이었다.

WHO 추진단의 구성원들은 GDG 및 방법론 전문가들과 논의하여 특정한 PICO 질문들과 가장 관련이 높은 결과의 목록을 만들었다. 그런 다음 GDG는 각각의 결과에 대하여 1에서 9까지의 범위에서 등급을 평가했고, 각각의 결과가 의사 결정에 있어서 아주 중요한 것(7-9 등급)인지, 중요한 것(4-6 등급)인지, 중요하지 않은 것(1-3 등급)인지를 표시했다.

그렇게 해서 얻은 최종적인 핵심질문들은 다음의 표에서 확인할 수 있는데, 여기에는 아주 중요한 결과와 중요한 결과들이 포함되어 있다. 각 용어들에 대한 정의는 '용어 설명' 섹션에서 찾아볼 수 있다. 각 핵심질문들에 대한 PICO 항목의 세부적인 내용은 '웹 부록: 근거 개요(web Annex: Evidence profiles)'의 관련 섹션에서 확인할 수 있다.



질문 1: 보편적으로 제공되는 어떤 조직적 개입들이 정신건강을 개선하고, 정신질환, 자살 행동, 약물 사용의 증상을 줄이는가?

#### 결과들

아주 중요한 결과들 : 정신건강 증상 및 장애, 긍정적인 정신건강, 삶의 질 및 기능, 업무 관련 결과

중요한 결과들 : 부작용, 약물 사용, 자살 행동



Q

질문 2: 보건의로 노동자, 응급구조요원, 인도적 지원 활동가들에게 제공되는 어떤 조직적 개입들이 정신건강을 개선하고, 정신질환, 자살 행동, 약물 사용의 증상을 줄이는가?

**결과들**

아주 중요한 결과들 : 정신건강 증상 및 장애, 긍정적인 정신건강, 삶의 질 및 기능, 약물 사용, 자살 행동, 업무 관련 결과  
중요한 결과들 : 부작용

Q

질문 3: 정서적 고통을 가졌거나 또는 정신질환의 기준에 해당하는 노동자들에게 제공되는 어떤 조직적 개입들이 정신건강을 개선하고, 정신질환, 자살 행동, 약물 사용의 증상을 줄이는가?

**결과들**

아주 중요한 결과들: 정신건강 증상 및 장애, 삶의 질 및 기능, 약물 사용, 자살 행동, 업무 관련 결과  
중요한 결과들: 부작용, 긍정적인 정신건강

Q

질문 4: 관리자들을 위한 어떤 교육이 (a) 노동자들의 정신건강 및 웰빙을 지원하기 위한 지식, 태도, 기술/행동을 개선하는가, 그리고/또는 (b) 그들이 담당하는 노동자들의 정신건강을 개선하고, 정신질환, 자살 행동, 약물 사용의 증상을 줄이는가?

**결과들**

아주 중요한 결과들: 도움을 구하는 행동(관리감독을 받는 사람들), 관리적 리더십 스타일 및 커뮤니케이션(관리자들), 정신건강 지식/태도/기술(관리자들), 정신건강 증상 및 장애(관리감독을 받는 사람들), 긍정적인 정신건강(관리감독을 받는 사람들), 업무 관련 결과(관리감독을 받는 사람들)  
중요한 결과들: 부작용(관리자들), 약물 사용(관리감독을 받는 사람들), 자살 행동(관리감독을 받는 사람들), 삶의 질 및 기능(관리감독을 받는 사람들)

Q

질문 5: 시민보건, 응급, 인도적 지원 활동가들을 담당하는 관리자들을 위한 어떤 교육이 (a) 노동자들의 정신건강 및 웰빙을 지원하기 위한 지식, 태도, 기술/행동을 개선하는가, 그리고/또는 (b) 그들이 담당하는 노동자들의 정신건강을 개선하고, 정신질환, 자살 행동, 약물 사용의 증상을 줄이는가?

**결과들**

아주 중요한 결과들: 도움을 구하는 행동(관리감독을 받는 사람들), 관리적 리더십 스타일 및 커뮤니케이션(관리자들), 정신건강 지식/태도/기술(관리자들), 정신건강 증상 및 장애(관리감독을 받는 사람들), 긍정적인 정신건강(관리감독을 받는 사람들)

받는 사람들), 업무 관련 결과(관리감독을 받는 사람들)

중요한 결과들: 부작용(관리자들), 약물 사용(관리감독을 받는 사람들), 자살 행동(관리감독을 받는 사람들), 삶의 질 및 기능(관리감독을 받는 사람들)

Q

질문 6: 노동자들을 위한 어떤 교육이 (a) 노동자들의 정신건강 및 웰빙을 지원하기 위한 지식, 태도, 기술/행동을 개선하는가, 그리고/또는 (b) 그들 동료들의 정신건강을 개선하고, 정신질환, 자살 행동, 약물 사용의 증상을 줄이는가?

#### 결과들

아주 중요한 결과들: 도움을 구하는 행동(동료들), 정신건강 지식/태도/기술(노동자들), 정신건강 증상 및 장애(동료들), 긍정적인 정신건강(동료들), 업무 관련 결과(동료들)

중요한 결과들: 부작용(노동자들, 동료들), 약물 사용(동료들), 자살 행동(동료들), 삶의 질 및 기능(동료들)

Q

질문 7: 시민보건, 응급, 인도적 지원 활동가들을 위한 어떤 교육이 (a) 노동자들의 정신건강 및 웰빙을 지원하기 위한 지식, 태도, 기술/행동을 개선하는가, 그리고/또는 (b) 동료들의 정신건강을 개선하고, 정신질환, 자살 행동, 약물 사용의 증상을 줄이는가?

#### 결과들

아주 중요한 결과들: 도움을 구하는 행동(동료들), 정신건강 지식/태도/기술(노동자들), 정신건강 증상 및 장애(동료들), 긍정적인 정신건강(동료들), 업무 관련 결과(동료들)

중요한 결과들: 부작용(노동자들, 동료들), 약물 사용(동료들), 자살 행동(동료들), 삶의 질 및 기능(동료들)

Q

질문 8: 보편적으로 제공되는 개인적 개입들(1A - 심리사회적 개입 그리고/또는 1B - 신체 활동 개입 그리고/또는 1C - 건강 증진 [생활방식] 개입) 중에서 어떤 것이 정신건강을 개선하고, 정신질환, 자살 행동, 약물 사용의 증상을 줄이는가?

#### 결과들

아주 중요한 결과들: 정신건강 증상 및 장애, 긍정적인 정신건강, 삶의 질 및 기능, 업무 관련 결과

중요한 결과들: 부작용, 약물 사용, 자살 행동

Q

질문 9: 시민보건, 응급, 인도적 지원 활동가들에게 제공되는 개인적 개입들(1A - 심리사회적 개입 그리고/또는 1B - 신체 활동 개입 그리고/또는 1C - 건강 증진 [생활방식] 개입) 중에서 어떤 것이 정신건강을 개선하고, 정신질환, 자살 행동, 약물 사용의 증상을 줄이는가?

#### 결과들

아주 중요한 결과들: 정신건강 증상 및 장애, 긍정적인 정신건강, 삶의 질 및 기능, 약물 사용, 자살 행동, 업무 관련 결과

중요한 결과들: 부작용

Q

질문 10: 정서적 고통 증상이 있거나 또는 정신건강 질환의 기준에 해당하는 노동자들에게 제공되는 개인적 개입들(1A - 심리사회적 개입 그리고/또는 1B - 신체 활동 개입 그리고/또는 1C - 건강 증진 [생활방식] 개입) 중에서 어떤 것이 정신건강을 개선하고, 정신질환, 자살 행동, 약물 사용의 증상을 줄이는가?

#### 결과들

아주 중요한 결과들: 정신건강 증상 및 장애, 긍정적인 정신건강, 삶의 질 및 기능, 약물 사용, 자살 행동, 업무 관련 결과

중요한 결과들: 부작용

Q

질문 11: 정신질환을 가진 사람들의 경우, 어떤 개입들이 (a) 일터 복귀, (b) 부재, (c) 정신건강을 개선하고, 정신건강 증상을 줄이는가?

#### 결과들

아주 중요한 결과들: 정신건강 증상 및 장애, 삶의 질 및 기능, 약물 사용, 자살 행동, 업무 관련 결과

중요한 결과들: 부작용, 긍정적인 정신건강

Q

질문 12: 정신질환을 가진 사람들의 경우, (지원고용과 같은) 직업적 참여와 경제적 참여를 강화하는 회복 지향의 전략들이 실현 가능하며 효과적인가?<sup>36)</sup>

#### 결과들

아주 중요한 결과들: 정신건강 증상 및 장애, 삶의 질 및 기능, 업무 관련 결과

중요한 결과들: 부작용, 긍정적인 정신건강, 치료에 대한 만족도

Q

질문 13: 정신건강문제에 대한 선별검사 프로그램이 일터에서 용인되는가, 그리고 그것이 노동자들의 정신건강 증상을 줄이는가?

#### 결과들

아주 중요한 결과들: 정신건강 증상 및 장애, 사용자 만족도, 업무 관련 결과

중요한 결과들: 부작용, 긍정적인 정신건강, 삶의 질 및 기능

36) 정신, 신경, 약물사용 장애에 대한 정신건강 격차 해소 프로그램(mhGAP) 가이드라인 2015 업데이트 버전, 핵심질문, 제네바: 세계보건기구, 2015

## 부록 4

### 근거 검토 및 지지 근거 핵심질문들에 대한 근거 검토

각각의 PICO(인구(population), 개입(intervention), 대조군(comparison), 결과(outcome)) 질문들에 대한 선별 과정, 검색 전략, 포함된 검토, 1차 연구 등에 대한 세부사항은 웹 부록에 제출되어 있다.

핵심질문들에 대하여 답을 해주는 기존의 체계적 검토들을 확인하기 위하여 체계적 검토를 위한 코크란 데이터베이스(Cochrane Database of Systematic Reviews), 펍메드(PubMed), 엠베이스(EMBASE), 사이크인포(PsycINFO), 글로벌 인덱스 메디쿠스(Global Index Medicus)를 검색했다. 특정한 결과에 대하여 지난 5년 이내의 적당한 검토를 이용할 수 없었던 분야에서는, GDG 구성원들, 방법론 학자들, 근거 팀 전문가들의 조언에 따라, 시간적 구간을 최대 10년으로 늘렸다. 그렇게 해서 확인된 근거들은 다음의 기준에 따라 평가했다.

- » 거기에서 사용된 방법론이 암스타II(AMSTAR II, 체계적 검토에 대한 방법론적 질 평가 도구)에 의해 확인된 것인지 (셰이 외, (145))
- » 그러한 근거들이 (본 가이드라인을 위해 선택된) PICO 질문들에 어떻게 직접적으로 해당되는지
- » 근거의 확실성을 평가할 수 있을 만큼 충분한 정보들이 기록되어 있는지 (ex. 포함된 연구, 연구 수준에서의 편향 위험성 평가, 숲 그림(forest plot, 어떤 항목에 대한 다양한 수치들을 하나의 그래픽 형태로 표시한 것 - 역주)을 사용한 메타분석(meta analysis) 결과 등)
- » 가장 최근의 검토 날짜를 살펴봄으로써 가장 최신의 근거가 사용되었는지를 확인

근거 팀은 PICO(인구(population), 개입(intervention), 대조군(comparison), 결과(outcome))와 관련하여 각 질문에 대해 가장 최근의 것이며 (암스타II 등급을 기준으로) 최고의 질을 가진 검토 내용에 우선순위를 두었다. 각 질문에 대하여 다룰 수 있을 만큼 충분한 양의 검토들이 포함되었다. 방법론 전문가 및 근거 팀과의 협업을 통해 검색 전략을 개발하여, 검토 내용들 전반에 걸쳐서 공통적인 검색 용어와 전략들을 조화시켰다. 무작위(randomized) 설계가 포함된 검토 내용들은 모든 핵심질문들에서 우선순위를 매겼다. 그러나 직업적 배경/인구에서 이뤄지는 연구의 일반적인 설계에 대한 기존의 지식들도 있기 때문에, 통제된 관찰연구설계 또한 고려되었다.

두 개의 핵심질문(4, 5번)에 대해서는, 특정한 PICO 질문에 대해 더욱 잘 설명해줄 수 있는 추가적인 연구가 있는지를 포착하기 위하여 기존의 검토에 대한 업데이트를 추진했다. 13번 질문에 대해서는 기존의 체계적인 검토에서

다뤄지지 않았기 때문에, 1차 연구들에 대한 체계적인 검토가 수행되었다. 근거 팀은 방법론 전문가 및 WHO 추진단과 협의하여, 관련된 1차 연구들을 파악하기 위한 새로운 검색 전략을 고안했다(웹 부록). 그렇게 해서 모두 36건의 체계적인 검토와 9건의 추가적인 1차 연구들이 포함되었다. 체계적인 검토 작업을 수행한 팀은 또한 1건의 네트워크 메타분석(network meta-analysis) 내용을 확인했다.

## ■ 근거로부터 결정을 도출하기 위한 고려사항을 보완하기 위한 지지 근거

코로나19 팬데믹으로 인해 근무 방식이 전 세계적으로 변화한 것을 감안하여, WHO 추진단 및 GDG는 근거 검토를 더욱 뒷받침해줄 수 있는 중요한 영역들을 고려했다. 예를 들자면, 주요 이해관계자들의 가치 및 선호도, 시행에 대한 장애요인 및 촉진요인 등이 있다. 또한, 비공식 부문과 관련하여 근거 팀이 보고한 연구 문헌들이 부족함을 고려하여, 제3의 보충 근거 수집을 의뢰했다. 이러한 3건의 보고서들 전문은 모두 웹 부록에서 찾아볼 수 있다.

본 가이드라인의 범위에 있는 결과 및 개입과 관련하여 노동자, 고용주, 정신건강/직업보건 서비스 제공자, 노조 대표단 등 주요 이해관계자들이 중요하게 여기는 것과 선호도를 파악하기 위하여 여러 기법들이 혼합된 설문조사를 의뢰했다. 해당 설문조사로부터 얻은 핵심적인 데이터들은 근거로부터 결정을 도출하기 위한 고려사항에 포함되어 있다.

이들 인구에 대한 업무 및 정신건강 서비스 제공의 필요성과 잠재적인 경로를 파악하기 위하여 전문가 및 비공식 부문에 치료를 제공하는 이들을 대상으로 반-구조적 인터뷰(semi-structured interview)를 수행하였다.

일터의 정신건강을 지원하기 위한 개입을 시행하는 것에 있어서의 장애요인과 촉진요인이 무엇인지를 파악하기 위하여 정성적(qualitative) 연구에 대한 검토가 의뢰되었다. 정성적 연구들에서 찾은 결과에 대한 확실성을 평가하기 위하여 GRADE CerQual (정성적 연구 검토에서 얻은 근거의 확실성)<sup>39)</sup>이 사용되었다.

## ■ 근거의 확실성

각각의 핵심질문에 대해 설명해줄 수 있는 최선의 근거들을 확인한 뒤, 이러한 근거들의 확실성을 판단하기 위하여, 다시 말해서, 이러한 근거(추정 효과)가 해당 근거에 기반을 둔 어떤 권고안을 만드는 작업을 뒷받침해준다는 사실을 GDG가 얼마나 확신할 수 있는지를 판단하기 위하여 또 다른 절차가 수행되었다. 그리고 각각의 아주 중요한 결과들과

39) 참조: <https://www.cerqual.org>, 2022년 5월 29일에 접속하여 확인 (역자에 의한 추가적인 각주) GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation)는 의학 및 보건 분야에서 권고 사항의 등급 평가, 개발 및 평가를 위한 체계다. "CerQual"은 "Certainty of Qualitative Evidence"의 약어로, 질적 연구가 제공하는 증거의 신뢰성, 확신 수준을 측정하고 평가하는데 사용된다.

중요한 결과에 대해서는 (근거 검토로부터 얻은) 정량적(quantitative) 근거들의 확실성을 평가하기 위하여 GRADE 체계가 사용되었다(146).

근거 팀은 방법론 전문가의 지원을 받아서 관련 효과들에 대한 상대적/절대적 추정치 및 근거의 확실성에 대한 평가를 요약하는 근거 개요를 만들었다. 각 질문 및 각 결과들에 대한 근거의 확실성은 “높음”, “중간”, “낮음”, “매우 낮음”의 등급이 매겨졌는데, 그 기준은 다음과 같이 확실히 인정된 항목들이었다.

- » 연구 설계 (study design): ex. 무작위 설계는 확실성을 증가시킨다, 관찰 설계는 확실성을 감소시킨다
- » 편향의 위험성 (risk of bias): ex. 연구가 설계된 방법 또는 수행된 방식과 연관된 문제는 확실성을 감소시킨다
- » 비-일관성 (inconsistency): ex. 만약 검토된 연구들에서 그 결과가 매우 다르다면, 이것은 확실성을 감소시킨다
- » 간접성 (indirectness): ex. 만약 연구들이 핵심적인 PICO 질문에 특화되지 않은 경우(예를 들어서, 대상 인구가 약간 다른 경우), 이는 확실성을 감소시킨다
- » 비-정밀성 (imprecision): ex. 만약 연구에 참여한 사람들의 규모가 작거나 또는 신뢰구간(CI)이 넓은 경우, 이것은 확실성을 감소시킨다
- » 출판편향 (publication bias): ex. 이러한 연구들에서 출간될 가능성을 부당하게 높였을 수도 있는 요인이 있다면, 이것은 확실성을 감소시킨다 (147).

이러한 평가 내용은 권고안에 대한 논의와 공식화를 위하여 GRADE 근거 개요의 형태로 GDG에게 제출되었다. 각각의 핵심질문에 대한 근거 개요는 웹 부록에서 찾아볼 수 있다.

확실성	의미
높음	우리는 실제 효과가 추정치에 가깝다고 매우 확신한다. 추가적인 연구를 하더라도 효과의 추정치에 대한 확실성을 바꾸지는 않을 것이다.
중간	우리는 효과의 추정치에 대하여 중간 정도로 확신한다. 실제 효과가 효과의 추정치에 가까울 가능성이 높지만, 상당히 다를 가능성도 있다. 추가적인 연구를 한다면 해당하는 효과의 추정치에 대한 확실성에 중요한 영향을 미칠 수 있으며, 추정치가 바뀔 수도 있다.
낮음	효과에 대한 우리의 확신이 제한적이다. 실제 효과는 효과의 추정치와 상당히 다를 수도 있다. 추가적인 연구를 한다면 효과의 추정치에 대한 확실성에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 높으며, 추정치가 바뀔 가능성도 매우 높다.
매우 낮음	우리는 효과의 추정치에 대하여 거의 확신하지 못한다.

## 부록 5

### ■ 권고안 개발

GDG는 2021년 6월에 가상으로 만나서 여섯 번의 중복회의(duplicate sessions)를 가졌다. 그레이엄 소니크로프트(Graham Thornicroft)와 호세 루이스 아유소-마테오스(Jose Luis Ayuso-Mateos)가 회의의 의장이었으며, 이 회의는 GDG 구성원들의 시차를 고려하여 중복회의 형태로 열렸다. 방법론 전문가인 코라도 바르부이(Corrado Barbui)가 의장 두 명이 참석하지 못하는 것을 대비하여 부의장으로 선정되었다.

근거 검토 내용, 보충 근거, GRADE 도표가 GDG 구성원들에게 사전에 공유되었고, 회의 내내 제출되었다. 권고안 및 그 강도 등급은 두 의장에 의해서 공식화되었고, 방법론 전문가가 이를 지원했다.

GDG는 권고안 개발에 가이드라인을 제공하기 위해 근거 팀이 WHO 추진단 및 방법론 전문가의 지원을 받아서 개발한 체계적인 근거에서 결정까지(EtD, evidence-to-decision) 프레임워크로부터 혜택을 받았다. EtD 프레임워크에는 체계적인 검토, 보충 근거, GDG의 전문지식 등의 정보들이 포함되어 있었다.

EtD의 구성요소들은 문제의 우선순위, 근거의 확실성, 바람직한 효과와 바람직하지 않은 효과의 균형, 가치, 필요한 자원, 필요한 자원에 대한 확실성, 비용 효율성, 실현 가능성, 건강, 형평성, 평등 및 비차별, 인권 및 사회문화적 수용성이었다. 마지막 두 가지는 'WHO의 통합 EtD(WHO INTEGRATE EtD)'(148)을 바탕으로 등급 결정 EtD(GRADE DECIDE EtD)(149)에 있는 형평성과 수용성 항목을 대체한 것이다.

각각의 권고안은 특정한 개입에 우호적이거나 또는 반대하는 것일 수 있으며, 강력한 권고 또는 조건부 권고가 될 수 있다(150).

» 강력한 권고(A strong recommendation): GDG가 권고안을 따랐을 때의 바람직한 효과가 바람직하지 않은 효과를 능가한다는 점을 확신했다는 것을 의미한다.

» 조건부 권고(A conditional recommendation): GDG가 권고안을 따랐을 때의 바람직한 효과가 바람직하지 않은 효과를 능가할 수도 있다고 결론 내렸음을 의미한다.

WHO의 가이드라인 권고안들은 GDG 구성원들 사이에 합의를 이뤄내기 위한 절차를 거쳐서 개발되었다. 합의란 3분의 2가 찬성하는 것으로 정의되었다. 그에 따라서 GDG는 문구의 표현 및 방향성(개입에 우호적 또는 반대)을

포함하여 권고안들에 대해 논의하고 합의를 이루었다. 각 권고안의 강도(강력 또는 조건부)는 투표에 의해 합의했다. 회의가 각각의 날짜에 중복으로 열렸기 때문에, 주어진 논의에 대하여 GDG 구성원들 중 첫 번째 회의를 가진 그룹의 진행상황이 두 번째 그룹에게 제시되어 추가적인 논의와 개선을 거쳤다. 만약 두 번째 그룹이 해당 권고안에 대하여 상당한 의견 불일치가 있을 경우에는, 그것을 수정한 내용이 최종 회의에서 첫 번째 그룹에게 전달되었다. 최종으로 예정되어 있던 회의가 끝날 때까지도 중대한 의견 불일치가 있을 경우에는, 필요하다면 GDG가 회의를 다시 소집하기로 합의했다. 그러나 그런 경우는 없었다.



## 부록 6

### ■ 가이드라인 초안 작성 및 외부 검토

GDG가 권고안을 공식화 한 이후, 기술책임자(Responsible Technical Officer)가 GDG와 ERG의 검토를 위한 가이드라인 초안을 작성했다. 동료심사(peer review)의 역할은 GDG에서 합의된 권고안들을 변경하는 것이 아니었다. 그러나 만약 동료심사에서 중대한 우려사항이 확인되었다면, 그것을 고려할 수 있도록 GDG로 다시 전달되었을 것이다. 하지만 이러한 상황은 발생하지 않았다.

WHO 추진단은 동료심사에서 나온 모든 발언 및 이후의 논의를 검토하고 가이드라인을 보다 명확하게 수정하면서, 본 권고안이 GDG에 의해 공식화된 원래의 의미와 일관성을 유지하는지를 확인했다.

WHO는 우리가 발간하는 모든 출간물들이 질, 보고, 설명의 측면에서 세계 최고의 기준을 충족할 수 있도록 하기 위하여 내부 승인 및 질 보증 프로세스를 갖고 있다. 본 가이드라인은 WHO의 가이드라인 검토 위원회(GRC)에 의해 검토되고 승인되었다. 그렇게 해서 본 가이드라인의 출간 및 배포를 위한 준비가 마무리되었다.





1. Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>, accessed 26 August 2022).
2. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(5):415–24.
3. Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, ninth session, Geneva, 18–24 September 1984. Geneva: International Labour Organization; 1986.
4. The effects of non-standard forms of employment on worker health and safety. Geneva: International Labour Organization; 2016 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/--travail/documents/publication/wcms\\_443266.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/--travail/documents/publication/wcms_443266.pdf), accessed 26 August 2022).
5. Violence and Harassment Convention, 2019 (No. 190). Geneva: International Labour Organization; 2019 ([https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NO\\_RMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C190](https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NO_RMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190), accessed 26 August 2022).
6. León-Pérez JM, Escartín J, Giorgi G. The presence of workplace bullying and harassment worldwide. In: D’Cruz P, Noronha E, Notelaers G, Rayner C, editors. Concepts, approaches and methods. *Handbooks of workplace bullying: emotional abuse and harassment*, volume 1. Singapore: Springer; 2021: 55–86.
7. Toth KE, Yvon F, Villotti P, Lecomte T, Lachance J-P, Kirsh B et al. Disclosure dilemmas: how people with a mental health condition perceive and manage disclosure at work. *Disabil Rehab*. 2021;11:1–11.
8. Women and men in the informal economy: a statistical picture. Geneva: International Labour Organization; 2018 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_626831.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_626831.pdf), accessed 26 August 2022).
9. López-Ruiz M, Artazcoz L, Martínez JM, Rojas M, Benavides FG. Informal employment and health status in Central America. *BMC Public Health*. 2015;15:698.
10. Ludermir AB, Lewis G. Informal work and common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(9):485–9.
11. Makhubele M, Ravhuhali K, Kuonza L, Mathee A, Kgalamono S, Made F et al. Common mental health disorders among informal waste pickers in Johannesburg, South Africa 2018 – a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(14):2618.
12. Working time and the future of work. Geneva: International Labour Organization; 2018 ([https://labordoc.ilo.org/discovery/delivery/41ILO\\_INST:41ILO\\_V1/1258409590002676](https://labordoc.ilo.org/discovery/delivery/41ILO_INST:41ILO_V1/1258409590002676), accessed 26 August 2022).

13. Healthy and safe telework: technical brief. Geneva: World Health Organization and International Labour Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341505/9789240015579-eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y>, accessed 26 August 2022).
14. Cox T, Griffiths A. The nature and measurement of work-related stress: theory and practice. In: Wilson JR, Corlett N, editors. Evaluation of human work. London: CRS Press; 2005.
15. Workplace stress – a collective challenge. Geneva: International Labour Organization; 2016 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_466547.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf), accessed 26 August 2022).
16. Occupational Safety and Health Convention, 1981 (No.155) and Recommendation (No.164). Geneva: International Labour Organization; 1981 ([https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55:0::NO::P55\\_TYPE,P55\\_LANG,P55\\_DOCUMENT,P55\\_NODE:REC,en,R164,/Document](https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55:0::NO::P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:REC,en,R164,/Document), accessed 26 August 2022).
17. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>, accessed 26 August 2022)
18. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345301>, accessed 26 August 2022).
19. WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and wellbeing sustainably through healthy environments. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331959>, accessed 26 August 2022).
20. Occupational health and safety management – psychological health and safety at work – guidelines for managing psychosocial risks. Geneva: International Organization for Standardization; 2021.
21. Labor force participation rate, total (% of total population ages 15+) (modeled ILO estimate). Washington (DC): The World Bank (<https://data.worldbank.org/indicator/SL.TLF.CACT.ZS>, accessed 27 May 2022).
22. The mhGAP community toolkit: field test version. Geneva: World Health Organization, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328742>, accessed 26 August 2022).
23. Petrie K, Milligan-Saville J, Gayed A, Deady M, Phelps A, Dell L et al. Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018;53(9):897–909.
24. Strohmeier H, Scholte WF. Trauma-related mental health problems among national humanitarian staff: a systematic review of the literature. Eur J

- Psychotraumatol. 2015;6:28541.
25. WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>, accessed 26 August 2022).
26. WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2014.
27. Kröll C, Doeblner P, Nüesch S. Meta-analytic evidence of the effectiveness of stress management at work. *Eur J Work Organ Psychol.* 2017;26(5):677–93.
28. Daniels K, Gedikli C, Watson D, Semkina A, Vaughn O. Job design, employment practices and well-being: a systematic review of intervention studies. *Ergonomics.* 2017;60(9):1177–96.
29. Verbeek J, Ruotsalainen J, Laitinen J, Korhonen E, Lusa S, Mänttari S et al. Interventions to enhance recovery in healthy workers; a scoping review. *Occup Med (Lond).* 2019;69(1):54–63.
30. Shrestha N, Kukkonen-Harjula K T, Verbeek J H, Ijaz S, Hermans V, Pedisic Z. Workplace interventions for reducing sitting at work. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(6):CD010912.
31. Naghieh A, Montgomery P, Bonell CP, Thompson M, Aber JL. Organisational interventions for improving wellbeing and reducing work-related stress in teachers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(4):CD010306.
32. Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bambra C. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(2):CD008009.
33. Lau RWM, Mak WH. Effectiveness of workplace interventions for depression in Asia: a meta-analysis. *SAGE Open.* 2017;(7)2. doi:10.1177/2158244017710293.
34. Mlekus L, Maier GW. More hype than substance? A meta-analysis on job and task rotation. *Front Psychol.* 2021;12:633530.
35. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdottir I et al. Asystematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health.* 2017;17(1):1–13.
36. van der Molen HF, Nieuwenhuijsen K, Frings-Dresen MH, de Groene G. Work-related psychosocial risk factors for stress-related mental disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2020;10(7):e034849.
37. Rugulies R, Sørensen K, Di Tecco C, Bonafede M, Rondinone BM, Ahn S et al. The effect of exposure to long working hours on depression: a systematic review and meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury. *Environ Int.* 2021;155:106629.
38. Virtanen M, Jokela M, Madsen IE, Hanson LLM, Lallukka T, Nyberg ST et al. Long working hours and depressive symptoms: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *Scand J Work Environ Health.* 2018;44(3):239–50.

39. Virtanen M, Jokela M, Nyberg ST, Madsen IE, Lallukka T, Ahola K et al. Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *BMJ*. 2015;350:g7772.
40. Richter K, Peter L, Rodenbeck A, Weess HG, Riedel-Heller SG, Hillemacher T. Shiftwork and alcohol consumption: a systematic review of the literature. *Eur Addict Res*. 2021;27(1):9–15.
41. Milner A, Witt K, LaMontagne AD, Niedhammer I. Psychosocial job stressors and suicidality: a meta-analysis and systematic review. *Occup Environ Med*. 2018;75(4):245–53.
42. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Bendz LT, Grape T, Hogstedt C et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1–14.
43. Duchaine CS, Aubé K, Gilbert-Ouimet M, Vézina M, Ndjaboué R, Massamba V et al. Psychosocial stressors at work and the risk of sickness absence due to a diagnosed mental disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(8):842–51.
44. Madsen IE, Nyberg ST, Hanson LM, Ferrie JE, Ahola K, Alfredsson L et al. Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychol Med*. 2017;47(8):1342–56.
45. Verkuil B, Atasayi S, Molendijk ML. Workplace bullying and mental health: a meta-analysis on cross-sectional and longitudinal data. *PLoS One*. 2015;10(8):e0135225.
46. Rudkjoebing LA, Bungum AB, Flachs EM, Eller NH, Borritz M, Aust B et al. Work-related exposure to violence or threats and risk of mental disorders and symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. 2020;46(4):339–49.
47. Schmidt S, Roesler U, Kusserow T, Rau R. Uncertainty in the workplace: examining role ambiguity and role conflict, and their link to depression – a meta-analysis. *Eur J Work Organ Psychol*. 2014;23(1):91–106.
48. Kim TJ, von dem Knesebeck O. Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016;89(4):561–73.
49. Milner A, Scovelle AJ, King TL, Madsen I. Exposure to work stress and use of psychotropic medications: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2019;73(6):569–76.
50. Rugulies R, Aust B, Madsen IE. Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scand J Work Environ Health*. 2017;43(4):294–306.
51. Yoshimura K, Kawakami N, Tsusumi A, Inoue A, Kobayashi Y, Takeuchi A et al. Cost-benefit analysis of primary prevention programs for mental health

- at the workplace in Japan. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2013;55(1):11–24.
52. Working conditions in a global perspective. Brussels and Geneva: Publications Office of the European Union and International Labour Organization; 2019 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_696174.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_696174.pdf), accessed 26 August 2022).
53. Houtman I, Jettinghof K, Cedillo L, & World Health Organization. Occupational and Environmental Health Team. Raising awareness of stress at work in developing countries: advice to employers and worker representatives. Geneva: World Health Organization; 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42956>, accessed 26 August 2022).
54. International minimum requirements for health protection in the workplace. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259674>, accessed 26 August 2022).
55. Universal Declaration of Human Rights, 10 December 1948. United Nations General Assembly Resolution 217 A(III). New York (NY): United Nations; 1948 (<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>, accessed 26 August 2022).
56. Occupational Safety and Health Convention, 1981 (No.155). Geneva: International Labour Organization; 1981(<https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:>
- :P12100\_ILO\_CODE:C155, accessed 26 August 2022).
57. WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and wellbeing sustainably through healthy environments. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331959/9789240000377-eng.pdf?ua=1>, accessed 26 August 2022).
58. McCulloch P, Rathbone J, Catchpole K. Interventions to improve teamwork and communications among healthcare staff. *Br J Surg*. 2011;98(4):469–79.
59. Romppanen J, Häggman-Laitila A. Interventions for nurses' well-being at work: a quantitative systematic review. *J Adv Nurs*. 2017;73(7):1555–69.
60. Sakuraya A, Imamura K, Watanabe K, Asai Y, Ando E, Eguchi H et al. What kind of intervention is effective for improving subjective well-being among workers? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychol*. 2020;11:528656.
61. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017;177(2):195–205.
62. Global strategy on human resources for health: workforce2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>, accessed 26 August 2022).



63. ILO guidelines on decent work in public emergency services. Geneva: International Labour Organization; 2018 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---sector/documents/normativeinstrument/wcms\\_626551.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/normativeinstrument/wcms_626551.pdf), accessed 26 August 2022).
64. Alhassan RK, Nketiah-Amponsah E, Spieker N, Kojo Arhinful D, Rinke de Wit TF. Assessing the impact of community engagement interventions on health worker motivation and experiences with clients in primary health facilities in Ghana: a randomized cluster trial. *PLoS One*.2016;11(7):e0158541.
65. Strohmeier H, Scholte WF, Ager A. How to improve organisational staff support? Suggestions from humanitarian workers in South Sudan. *Intervention*. 2019;17(1):40–9.
66. Occupational Health Services Convention (No.161). Seventy-first International Labour Conference. Geneva: International Labour Organization; 1985 ([https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55:0:::55:P55\\_TYPE,P55\\_LANG,P55\\_DOCUMENT,P55\\_NODE:CON,en,C161,/Document](https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55:0:::55:P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:CON,en,C161,/Document), accessed 26 August 2022).
67. Zafar N, Rotenberg M, Rudnick A. A systematic review of work accommodations for people with mental disorders. *Work*. 2019;64(3):461–75.
68. Bolo C, Sareen J, Patten S, Schmitz N, Currie S, Wang J. Receiving workplace mental health accommodations and the outcome of mental disorders in employees with a depressive and/or anxiety disorder. *J Occup Environ Med*. 2013;55(11):1293–99.
69. Secker J, Membrey H, Grove B, Seebohm P. The how and why of workplace adjustments: contextualizing the evidence. *Psychiatr Rehabil J*. 2003;27(1):3.
70. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). United Nations General Assembly Resolution A/ RES/61/106. New York (NY): United Nations; 2007 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>, accessed 26 August 2022).
71. Chow CM, Cichocki B. Predictors of job accommodations for individuals with psychiatric disabilities. *Rehabil Couns Bull*.2016;59(3):172–84.
72. Granger B, Baron R, Robinson S. Findings from a national survey of job coaches and job developers about job accommodations arranged between employers and people with psychiatric disabilities. *J Vocat Rehabil*. 1997;9(3):235–51.
73. Chow CM, Cichocki B, Croft B. The impact of job accommodations on employment outcomes among individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv*. 2014;65(9):1126–32.
74. Wang J, Patten S, Currie S, Sareen J, Schmitz N. Perceived needs for and use of workplace accommodations by individuals with a depressive

and/or anxiety disorder. *J Occup Environ Med.* 2011;53(11):1268–72.

75. Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons) Convention (No. 159). Geneva: International Labour Organization;1983 ([https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:55:0::NO::P55\\_TYPE,P55\\_LANG,P55\\_DOCUMENT,P55\\_NODE:CON,en,C159,/Document](https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:55:0::NO::P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:CON,en,C159,/Document), accessed 26 August 2022).

76. Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons) Recommendation (No. 168). Geneva: International Labour Organization; 1983 ([https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:R168](https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R168), accessed 26 August 2022).

77. Gayed A, Milligan-Saville JS, Nicholas J, Bryan BT, LaMontagne AD, Milner A et al. Effectiveness of training workplace managers to understand and support the mental health needs of employees: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2018;75(6):462–70.

78. Kuehnl A, Seubert C, Rehfuess E, von Elm E, Nowak D, Glaser J. Human resource management training of supervisors for improving health and wellbeing of employees. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;(9):CD010905.

79. Dimoff JK, Kelloway EK. With a little help from my boss: the impact of workplace mental health training on leader behaviors and employee resource utilization. *J Occup Health Psychol.* 2019;24(1):4.

80. Workplace health: management practices. NICE Guideline [NG13]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2016.

81. Dawkins S, Martin A, Kilpatrick M, Scott J. Reasons for engagement: SME owner-manager motivations for engaging in a workplace mental health and wellbeing intervention. *J Occup Environ Med.* 2018;60(10):917–27.

82. Tsutsumi A. Development of an evidence-based guideline for supervisor training in promoting mental health: literature review. *J Occup Health.* 2011;53(1):1–9.

83. Evans-Lacko S, Brohan E, Mojtabai R, Thornicroft G. Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychol Med.* 2012;42(8):1741–52.

84. Stuber F, Seifried-Dübon T, Rieger MA, Gündel H, Ruhle S, Zipfel S et al. The effectiveness of health-oriented leadership interventions for the improvement of mental health of employees in the health care sector: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health.* 2021;94(2):203–20.

85. Milligan-Saville JS, Tan L, Gayed A, Barnes C, Madan I, Dobson M et al. Workplace mental health training for managers and its effect on sick leave in employees: a cluster randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry.* 2017;4(11):850–8.

86. Akhanemhe R, Wallbank S, Greenberg N. An evaluation of REACTMH mental health training for healthcare supervisors. *Occup Med (Lond).*

- 2021;71(3):127–30.
87. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311322>, accessed 26 August 2022).
88. Hanisch SE, Twomey CD, Szeto AC, Birner UW, Nowak D, Sabariego C. The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):1–11.
89. Milner A, Page K, Spencer-Thomas S, LaMontagne AD. Workplace suicide prevention: a systematic review of published and unpublished activities. *Health Promot Int*. 2014;30(1):29–37.
90. Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of mental health First Aid training: effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS One*. 2018;13(5):e0197102.
91. Forthal S, Sadowska K, Pike KM, Balachander M, Jacobsson K, Hermosilla S. Mental health first aid: a systematic review of trainee behavior and recipient mental health outcomes. *Psychiatr Serv*. 2021;appi.ps. 202100027.
92. Lu S, Li W, Oldenburg B, Wang Y, Jorm AF, He Y et al. Cultural adaptation of the mental health first aid guidelines for depression used in English-speaking countries for China: a Delphi expert consensus study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):1–12.
93. Moll SE, Patten S, Stuart H, MacDermid JC, Kirsh B. Beyond silence: a randomized, parallel-group trial exploring the impact of workplace mental health literacy training with healthcare employees. *Canadian J Psych*. 2018;63(12):826–33.
94. Tan L, Harvey SB, Deady M, Dobson M, Donohoe A, Suk C et al. Workplace mental health awareness training: a cluster randomized controlled trial. *J Occup Environ Med*. 2021;63(4):311–6.
95. Krameddine Y, DeMarco D, Hassel R, Silverstone PH. A novel training program for police officers that improves interactions with mentally ill individuals and is cost-effective. *Front Psychiatry*. 2013;4:9.
96. Brooks SK, Dunn R, Amlôt R, Greenberg N, Rubin GJ. Training and post-disaster interventions for the psychological impacts on disaster-exposed employees: a systematic review. *J Ment Health*. 2018;15:1–25.
97. Caulfield A, Vatansever D, Lambert G, Van Bortel T. WHO guidance on mental health training: a systematic review of the progress for non-specialist health workers. *BMJ Open*. 2019;9(1):e024059.
98. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum*. 2017;30(2):111–16.
99. Anderson GS, Di Nota PM, Groll D, Carleton RN. Peer support and crisis-focused psychological interventions designed to mitigate post-traumatic stress injuries among public safety and frontline healthcare personnel: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(20):7645.
100. Maricuțoiu LP, Sava FA, Butta O. The

- effectiveness of controlled interventions on employees' burnout: a meta-analysis. *J Occup Organ Psychol*. 2016;89(1):1–27.
101. Vega-Escañó J, Porcel-Gálvez AM, de Diego-Cordero R, Romero-Sánchez JM, Romero-Saldaña M, Barrientos-Trigo S. Insomnia interventions in the workplace: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):6401.
102. Slemp GR, Jach HK, Chia A, Loton DJ, Kern ML. Contemplative interventions and employee distress: a meta-analysis. *Stress Health*. 2019;35(3):227–55.
103. Stratton E, Lampit A, Choi I, Calvo RA, Harvey SB, Glozier N. Effectiveness of eHealth interventions for reducing mental health conditions in employees: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(12):e0189904.
104. Carolan S, Harris PR, Cavanagh K. Improving employee well-being and effectiveness: systematic review and meta-analysis of web-based psychological interventions delivered in the workplace. *J Med Internet Res*. 2017;19(7):e271.
105. Phillips EA, Gordeev VS, Schreyögg J. Effectiveness of occupational e-mental health interventions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Scand J Work Environ Health*. 2019;45(6):560–76.
106. Oakman J, Neupane S, Proper KI, Kinsman N, Nygård C-H. Workplace interventions to improve work ability: a systematic review and meta-analysis of their effectiveness. *Scand J Work Environ Health*. 2018;134–46.
107. Cuijpers P, Miguel C, Ciharova M, Aalten P, Batelaan N, Salemink E et al. Prevention and treatment of mental health and psychosocial problems in college students: an umbrella review of meta-analyses. *Clin Psychol*. 2021;28(3):229.
108. Commissioning cost-effective services for promotion of mental health and wellbeing and prevention of mental ill-health. London: Public Health England; 2017 (<https://www.lse.ac.uk/business/consulting/assets/documents/commissioning-cost-effective-services-for-promotion-of-mental-health-and-wellbeing-and-prevention-of-mental-ill-health.pdf>, accessed 26 August 2022).
109. Baxter S, Sanderson K, Venn AJ, Blizzard CL, Palmer AJ. The relationship between return on investment and quality of study methodology in workplace health promotion programs. *Am J Health Promot*. 2014;28(6):347–63.
110. Hamdani SU, Rahman A, Wang D, Chen T, van Ommeren M, Chisholm D et al. Cost-effectiveness of WHO problem management plus for adults with mood and anxiety disorders in a post-conflict area of Pakistan: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2020;217(5):623–9.
111. Martin A, Kilpatrick M, Scott J, Cocker F, Dawkins S, Brough P et al. Protecting the mental health of small-to-medium enterprise owners: a randomized control trial evaluating a self-administered versus telephone supported

- intervention. *J Occup Environ Med.* 2020;62(7):503.
112. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>, accessed 26 August 2022).
113. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: World Health Organization; 2013 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf), accessed 26 August 2022).
114. Melnyk BM, Kelly SA, Stephens J, Dhakal K, McGovern C, Tucker S et al. Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses: a systematic review. *Am J Health Promot.* 2020;34(8):929–41.
115. Kunzler AM, Helmreich I, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M et al. Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(7):CD012527.
116. Petrie K, Crawford J, Baker ST, Dean K, Robinson J, Veness BG et al. Interventions to reduce symptoms of common mental disorders and suicidal ideation in physicians: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(3):225–34.
117. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016;388(10057):2272–81.
118. Fendel JC, Bürkle JJ, Göritz AS. Mindfulness-based interventions to reduce burnout and stress in physicians: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med.* 2020;96(5):751–64.
119. Guillaumie L, Boiral O, Champagne J. A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *J Adv Nurs.* 2017;73(5):1017–34.
120. Wasson RS, Barratt C, O'Brien WH. Effects of mindfulness-based interventions on self-compassion in health care professionals: a meta-analysis. *Mindfulness.* 2020;11(8):1914–34.
121. Haugen PT, McCrillis AM, Smid GE, Nijdam MJ. Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2017;94:218–29.
122. Alden L, Matthews L, Wagner S, Fyfe T, Randall C, Regehr C et al. Systematic literature review of psychological interventions for first responders. *Work Stress.* 2021;35(2):193–215.
123. WHO mhGAP Guideline Update. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204132>, accessed 26 August 2022).
124. Nigatu YT, Huang J, Rao S, Gillis K, Merali Z, Wang J. Indicated prevention interventions in the workplace for depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med.* 2019;56(1):e23–33.
125. Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Veronese N, Solmi M et al. EPA guidance on

- physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Eur Psychiatry*. 2018;54:124–44.
126. de Oliveira C, Cho E, Kavelaars R, Jamieson M, Bao B, Rehm J. Economic analyses of mental health and substance use interventions in the workplace: a systematic literature review and narrative synthesis. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(10):893–910.
127. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Bültmann U, Faber B. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;(10):CD006237.
128. Arends I, Bruinvels D J, Rebergen D S, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(12):CD006389.
129. Sick on the Job? Myths and realities about mental health and work. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2012 (<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264124523-en.pdf?expires=1663782644&id=id&accname=ocid195767&checksum=9A2DD9B929EF6B5AA3462856A113051E>, accessed 26 August 2022).
130. da Silva Junior JS, Fischer FM. Disability due to mental illness: social security benefits in Brazil 2008–2011. *Rev Saude Publica*. 2014;186–90.
131. Corbière M, Mazaniello-Chézol M, Bastien M-F, Wathieu E, Bouchard R, Panaccio A et al. Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of workers on sick-leave due to common mental disorders: a scoping review. *J Occup Rehabil*. 2020;30(3):381–419.
132. Rebergen D, Bruinvels D, Van Tulder M, Van der Beek A, Van Mechelen W. Cost-effectiveness of guideline-based care for workers with mental health problems. *J Occup Environ Med*. 2009;313–22.
133. Lokman S, Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Brouwers EP, Boon B, Beekman AT et al. Return-to-work intervention versus usual care for sick-listed employees: health-economic investment appraisal alongside a cluster randomised trial. *BMJ Open*. 2017;7(10):e016348.
134. Taimela S, Justen S, Aronen P, Sintonen H, Läärä E, Malmivaara A et al. An occupational health intervention programme for workers at high risk for sickness absence. Cost effectiveness analysis based on a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*. 2008;65(4):242–48.
135. Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajarvi A, Corbiere M, Anema JR. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(9):CD011867.
136. Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M et al. Supported employment for adults with severe

- mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(9):CD008297.
137. van Rijn RM, Carlier BE, Schuring M, Burdorf A. Work as treatment? The effectiveness of re-employment programmes for unemployed persons with severe mental health problems on health and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2016;73(4):275–9.
138. Fadyl JK, Anstiss D, Reed K, Khoronzhevych M, Levack WM. Effectiveness of vocational interventions for gaining paid work for people living with mild to moderate mental health conditions: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2020;10(10):e039699.
139. Marshall RE, Milligan-Saville J, Petrie K, Bryant RA, Mitchell PB, Harvey SB. Mental health screening amongst police officers: factors associated with under-reporting of symptoms. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1):1–8.
140. Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance (OSH No. 72) Geneva: International Labour Office; 1998 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms\\_177384.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_177384.pdf), accessed 26 August 2022).
141. Occupational health services recommendation (No. 171). Geneva: International Labour Organization; 1985 ([https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55:0:::55:P55:TYPE,P55\\_LANG,P55\\_DOCUMENT,P55\\_NODE:REC,en,R171,/Document#:~:text=Occupational%20health%20services%20should%20participate%20in%20the%20training%20and%20regular,to%20occupational%20safety%20and%20health,](https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55:0:::55:P55:TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:REC,en,R171,/Document#:~:text=Occupational%20health%20services%20should%20participate%20in%20the%20training%20and%20regular,to%20occupational%20safety%20and%20health,) accessed 26 August 2022).
142. Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330829>, accessed 26 August 2022).
143. Ethics in the office. Office Directive (Internal Governance Documents System, No. 76). Geneva: International Labour Organization; 2019 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---webdev/documents/genericdocument/wcms\\_713105.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---webdev/documents/genericdocument/wcms_713105.pdf), accessed 26 August 2022).
144. Code of ethics and professional conduct. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/about/ethics>, accessed 22 May 2022).
145. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ.* 2017;358:j4008.
146. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.*

2008;336(7650):924–6.

147. Hultcrantz M, Rind D, Akl EA, Treweek S, Mustafa RA, Iorio A et al. The GRADE working group clarifies the construct of certainty of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2017;87:4–13.

148. Rehfuss EA, Stratil JM, Scheel IB, Portela A, Norris SL, Baltussen R. The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: integrating WHO norms and values and a complexity perspective. *BMJ Glob Health.* 2019;4(Suppl 1):e000844.

149. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1 Introduction. *BMJ.* 2016;353:i2016

150. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A et al. Going from evidence to recommendations. *BMJ.* 2008;336(7652):1049–51.