

Keresnyei Krisztina

MUNKAHELYI EGÉSZSÉGPROGRAMOK EVOLÚCIÓJA, AZ ONLINE MENTÁLIS EGÉSZSÉGPROGRAMOK TÉRNYERÉSI LEHETŐSÉGEI

Absztrakt

A jelen tanulmány célja egy olyan szakirodalmi áttekintés elkészítése, mely egy hazai mintán történő kutatás elméleti megalapozását készíti elő, mely jövőbeli kutatás középpontjában a munkahelyen megjelenő digitális mentális egészséget (DMH) támogató programok állnak. Jelenleg alig fellelhető olyan hazai kutatás, mely kifejezetten az online megoldások munkahelyen történő alkalmazási lehetőségeit, eredményességét vizsgálná.

Az elméleti tanulmány célja áttekintést nyújtani a munkahelyi egészségprogramok változásairól és az DMH programokat vizsgáló kutatási eredményekről. A tanulmány áttekintést ad a mentális betegségek nemzetgazdasági terheiről, ezzel is alátámasztva a téma fontosságát és aktualitását. A különböző mentális betegségek nagy terhet rónak a nemzetgazdaságra és a munkahelyekre is, melyek hatásai a világjárvány óta csak tovább erősödtek.

A tanulmány vizsgálja a munkahelyi egészségprogramok evolúcióját, ezen belül is kiemelt figyelmet fordítva a mentális egészségprogramok térnyerésére és megtérülésére. A digitális mentális programokat (DMH) tekintve felvázolja a lehetséges trendeket és a kategorizálási lehetőségeket a programok besorolására. A digitális munkahelyi programokról készült tanulmányok megállapításait azzal a céllal összegzi, hogy képet adjon a kutatások jelenlegi eredményeiről, főbb megállapításairól.

Kulcsszavak: mentális egészség; digitalizált megoldások; munkahelyi programok

Bevezetés

Számos kutatás vizsgálja a munka pozitív hatásait az egyénre és a társadalomra nézve (OECD, 2008; OECD, 2015), hiszen az értelmes munka döntő szerepet játszik a mentális egészség megőrzésében, mivel elősegíti a teljesítmény, az önbizalom és az anyagi stabilitás érzését (WHO, 2022a). A munkahelyi mentális betegségek közül a depresszió és a szorongás a legelterjedtebb, mely éves szinten mintegy 1 milliárd dollárnyi teljesítménykiesést okoz a gazdaságban (WHO, 2019). A pandémia első évében az érintettek száma 25%-kal növekedett, aminek következtében immáron 970 millió érintett él világszerte, az aktív munkavállalói állomány közel 15%-a. (WHO, 2022b) Bár a vállalatok szervezeti kultúrájának nagy szerepe lehet abban, hogy a munkavállalókra ható rizikófaktorok csökkennek vagy éppen nőnek-e (OECD, 2008; Kun, 2010), a visszajelzések alapján a munkáltatók ezzel nehezen tudnak élni, hiszen továbbra is a munkavállalók 42%-a számol be világszinten a mentális egészségének hanyatlásáról és növekvő kiegésző tünetekről (Greenwood & Kroll, 2020). Az Európai Unióban minden hatodik ember érintett valamilyen mentális egészséget érintő rendellenességben, amelynek rizikófaktorait a világjárvány időszaka tovább fokozta, ennek következményeként egyes

országokban az érintettek száma akár a duplájára is megnövekedett (OECD & European Union, 2022). Éppen ezért kiemelten fontos, hogy a munkahelyek aktívan részt vállaljanak a munkahelyi stressz csökkentésében, támogassák a munkatársak jóllétét, és elősegítsék mentális egészségük javulását (OECD, 2021a).

A mentális betegségek nemzetgazdasági és munkaerőpiaci terhei

Az egyént érintő hátrányokon túl (a keresőképtelenség kialakulása vagy akár a munkahely elvesztése) a különböző betegségek a nemzetgazdaság számára is jelentős plusz gazdasági terhekkel járnak, ennek mutatószámai lehetnek a munkanélküliségi és szociális kiadások növekedése, a csökkent termelékenység és az adóbevételek visszaesése is (WHO, 2022b). Az egészségügyi kiadásokhoz kapcsolódóan megkülönböztetjük a közvetlen költségeket, úgy mint: táppénzzel kapcsolatos terhek, gyógyszerek, különböző kezelések költségei, illetve az úgynevezett közvetett terheket. Közvetett tehernek nevezünk azokat a terheket, melyek a munkavégzés-kiesés következményeként realizálódnak (Ács et al., 2011, Ács et al., 2020). Csökkent munkaképességről beszélhetünk abban az esetben, amikor a munkavállaló azt éli meg, hogy bár benn tartózkodik a munkahelyén, mégsem képes arra, hogy maximális teljesítményt nyújtson (Trautmann et al., 2016), ez a kifejezés az úgynevezett „presenteeism” jelensége, vagyis a nem teljes értékű munkahelyi jelenlétből adódó teljesítmény csökkenés (Aronsson et al., 2000), amelynek magyar megfelelője a „jelenlétszindróma” (Szabó & Juhász, 2019b). Ennek hosszútávú következménye lehet a termelékenység tartós csökkenése.

A WHO számításai szerint 2010-ben mintegy 12 milliárd munkanap veszett kárba a depresszió és szorongásos tünetek miatt (WHO, 2022b), 2013-ban az USA-ban a mentális betegségek kezelésére mintegy 201 milliárd dollárt költöttek el (McDaid et al., 2019). Az EU 27 országai 2018-ban mintegy 600 milliárd eurót költöttek a mentális betegségek kezelésére, ami az EU össz GDP-jének mintegy 4%-át teszi ki. Ebből a kiadások 32 %-a ment közvetlen költségek fedezésére, 40% a közvetett terhek fedezésére, a maradék 28% pedig különböző szociális biztonságot elősegítő programokra (OECD, 2021b). Az OECD 2015-ös számításai szerint a munkanélküliségi rátára összességében is negatív hatással van a mentális betegségek megléte, hiszen a mentális betegségben szenvedőknél 20%-kal, hazai adatokat vizsgálva pedig több mint 30%-kal alacsonyabb volt a foglalkoztatási ráta (OECD, 2015). A 2012 és 2016 közötti adatokat vizsgálva megállapítható, hogy a mentális betegségben érintettek 46,7%-a hiányzott a munkahelyéről a vizsgált időszakot megelőző egy évben, míg a mentális betegségben nem szenvedőknél ez az arány mindössze 30,4% volt. A mentális betegségben szenvedők hiányzásai elnyújtottabbak voltak, átlagosan évi 33,6 napot tettek ki, míg egy általános csoportot tekintve ez a szám éves szinten 21,4 nap volt (OECD, 2021b).

Hazánkban a munkaképes korúak között minden negyedik munkavállaló érintett valamilyen mentális betegségben (Szabó, 2018). A major depresszió esetében, mely a magyar lakosság körében 600 000 főt érint, a direkt költségek nagysága mintegy 28 milliárd forintra tehető. Ez azonban az összköltségnek csak 8%-a, a ráfordítások nagyobb részét az indirekt költségek teszik ki, melyek éves szinten mintegy 334 milliárd forintos

terhet rónak a gazdaságra. Ebbe beletartozik a betegszabadság miatt kiesett munkanapok, ami fejenként évente 41 napot és 200 milliárd forintnyi termelés kiesést jelent, az évi majdnem 77 munkanap. Ennek során csökkent munkaképességgel tudják csak végezni feladataikat, amivel 40 milliárd forintnyi bevételkiesés jár együtt, a táppénz kifizetése során keletkezett, a munkáltató által kifizetett mintegy évi 55 milliárd forintos összeg és az öngyilkosságok következményeként fellépő szociális teher, amelynek mértéke éves szinten 35 milliárd forintra tehető (Rihmer et al., 2021). Egy 2023-as Eurobarometer felmérés szerint a hazai kitöltők 56%-a szenvedett valamilyen érzelmi vagy pszichoszociális terhelést az elmúlt 12 hónapban (az EU-s átlag 46% volt), és jóval kisebb mértékben kaptak segítséget különböző szakemberektől, mint az EU-s átlag, és 75% egyáltalán nem kapott vagy keresett segítő szakembert a problémáinak kezelésére (az EU-s átlag 50% volt) (Eurobarometer, 2023).

Munkahelyi egészségprogramok evolúciója

A XX. századtól kezdve a kormányzatok egyre nagyobb figyelmet fordítottak a munkahelyi egészségvédelem promótálására. Ez nemzetgazdasági érdek is volt, hiszen a fizikailag és mentálisan egészséges munkavállaló jobb teljesítményt képes nyújtani, ezáltal nagyobb termelékenységet tud generálni a vállalatok számára. Az amerikai Munkahelyi Biztonság és Egészségvédelmi Szabályzatot 1970-ben azzal a céllal fogalmazták meg, hogy biztosítsák az egyén biztonságához és egészséges munkakörülményekhez való jogát (OSHA, 1970). Az Európai Tanács 1989-es irányelvében alkotott meg egy keretrendszert, hogy a „munkavállalók munkahelyi biztonságának és egészségvédelmének” javítását ösztönözze, és rögzítse a munkáltatók kötelezettségeit és felelősségi köreit (European Council, 1989). Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1995-ös kiadványában hívja fel a figyelmet az egészségvédelem munkahelyen történő támogatásának fontosságára. 1996-ban megalakult az Európai Hálózat a Munkahelyi Egészség Népszerűsítésére (European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP), amely számos irányelv megfogalmazásában közreműködik. A munkavállalók jóllétének kutatásakor az emberi erőforrás menedzsment elsődlegesen a lelki egészségre ható tényezők vizsgálatára koncentrált (Szabó & Juhász, 2019b).

Kezdetben a különböző munkahelyi programok minősége nagyban függött a vállalat anyagi erőforrásainak mértékétől. A vezetőknek szóló sportolási lehetőségektől hosszú út vezetett addig a felfogásig, hogy a munkavállalói egészségprogramok többnek számítsanak, mint egy sima béren kívüli juttatás. Az USA-ban a munkahelyi egészséggel és a munkahelyi biztonsággal való foglalkozás egymástól szeparáltan, külön osztályokon működött, ahol a munkahelyi egészség kapcsán elsődlegesen az egyéni egészség és a megelőzés került középpontba, míg a munkahelyi biztonsághoz köthető feladatok a munkahelyi baleseteket és betegségeket fedték le (Watkins & English, 2015). A két terület összekapcsolása, egy új, integrált megközelítés kialakítása a 2000-res évek elején, kormányzati hatásra kezdődött (Sorensen & Barbeau, 2004). A munkahelyi egészségfejlesztési programok között kezdetben a középpontban az egyéni kockázattal járó magatartásformák csökkentése állt –dohányzás, különböző szerek használata, mozgásszegény életmód, helytelen táplálkozás stb. - (Sorensen & Barbeau, 2004), kiegészülve még az ehhez kapcsolódó

oktatással és stresszkezelési technikák átadásával (Goetzel & Pronk, 2010). A dohányzásról leszoktató programokat a Szabó-Juhász szerzőpáros első generációs programoknak nevezi (Szabó & Juhász, 2019a). Megjelennek még a különböző klinikai és betegségkezelési programok (Sorensen & Barbeau, 2004), amelyekre a Szabó-Juhász szerzőpáros, mint „másodgenerációs” programokra utal, ahol a középpontban kockázati tényezők felmérése áll (Szabó & Juhász, 2019a). Azokat a programokat, ahol a testi-lelki jóllét támogatása kerül a középpontba, „harmadik generációs” programoknak nevezhetjük, míg az úgynevezett „negyedik generációs” programok, ahol az egyéni szinten túl már komplexen, szervezeti szintű hatásokban gondolkodnak a programok összeállítása és kialakítása során (Szabó & Juhász, 2019a).

Munkahelyi mentális egészségprogramok térnyerése és megtérülése

A munkahelyeken 30 évvel ezelőtt az egészségkockázatokat tekintve a fókusz jóval inkább a kemény, fizikai munka környezetéhez köthető tényezők megváltoztatásán volt (Győri et al, 2023). A mentális egészség definíciójában bekövetkezett változás, amely a betegség-egészség bináris értelmezésétől a kontinuum értelmezés felé való elfordulást jelentette (Keyes, 2002; Kun, 2010; WHO 2022), és a munkahelyeken fellépő pszicho-szociális kockázatok egyre széleskörűbb feltárása (Cooper & Marshall, 1980; Cooper & Davidson, 1987; WHO 2010; Európai Bizottság et al., 2019; WHO 2022) is hozzájárult ahhoz, hogy a munkahelyi elégedettség és a mentális egészség fontossága felértékelődött, és ez a téma egyre több hazai szakirodalomban is megjelent (Juhász, 2002; Kun, 2010; MGYOSZ, 2010; Szabó & Juhász, 2019a; Szabó & Juhász, 2019b; Győri et al., 2023). A munkahelyek egyértelműen lehetnek felelősei, de támogatói is a munkavállalók mentális egészségének (WHO, 2022b), és számos gazdasági és gyakorlati érv szólhat amellett, hogy miért lehetnek ideálisak ezek a helyek a prevenciós programok kivitelezéséhez (Mykletum & Harvey, 2012), ugyanakkor egy integrált szemlélet definiálása növelheti ezen programok hatékonyságát (Martin & LaMontagne, 2018).

A munkavállalók mentális egészségét érintő rizikófaktorok csökkentése szabályozásokon alapul, ami azonban országonként jelentős eltéréseket mutat. Az OECD országok egy része elsősorban munkahelyi biztonsági jogszabályokat alkalmaz, mások pedig munkajogi rendelkezéseket hoznak a pszichoszociális kockázatok csökkentése érdekében (OECD, 2021b). A WHO jelentése szerint 2013-ban az országok 45%-a rendelkezett kidolgozott irányelvekkel a mentális egészség megőrzésére, azonban a valós adatok szerint 2020-ra ez csak 51%-ra nőtt (WHO, 2022). Az EU tagállamok 70%-a 2017-re szakpolitikai prioritássá tette a mentális egészség kérdését a munkahelyeken, és megkezdődött a konkrét programok és irányelvek bevezetése is (EU Compass ..., 2017). A munkahelyi pszicho-szociális kockázatnak hazai szabályozása is van: „pszichoszociális kockázat: a munkavállalót a munkahelyén érő azon hatások (konfliktusok, munkaszervezés, munkarend, foglalkoztatási jogviszony bizonytalansága stb.) összessége, amelyek befolyásolják az e hatásokra adott válaszreakcióit, illetőleg ezzel összefüggésben stressz, munkabaleset, lelki eredetű szervi (pszichoszomatikus) megbetegedés következhet be.” (1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről, p. 36.)

Egy 34 országot és mintegy 1770 munkaadót vizsgáló kutatásban kimutatták, hogy világ- és Európa-szinten is fontos kockázati tényezőnek számítanak a mentális egészséghez és jólléthez köthető stresszorok, maga a stressz jelensége (74%), valamint az úgynevezett jelenlétszindróma is (33%) (Willis Towers Watson 2016 idézi Szabó-Juhász, 2019b). Hazai felméréseket tekintve a 2013-as Munkahelyi Stressz Felmérés keretében több mint 13 ezer magyar munkavállalót kérdeztek meg, amelynek keretében kiderült, hogy a gyors munkatempó (63%), a jelentős mennyiségi elvárás (47%), valamint az igazságosság és a tisztelet alacsony mértéke (41%) okozzák a legnagyobb stressz terhet a munkavállalók számára.

Az egészségprogramok hazai gyakorlatban való megjelenését tekintve a Munkaadók és Gyáriparosok Országos Szövetsége (MGYOSZ) 2010-es kutatásában azt állapította meg, hogy a legtöbb munkaadónál (75%) az extra orvosi szűrés jelenik meg, mint egészségfejlesztő program, és csak nagyon kis százalékban (8,8%) jelölték a mentális egészséghez köthető – például stresszmenedzsment – programok meglétét. Magas az aránya azoknak a válaszadóknak (35%-a), akik az elmúlt két évben semmilyen egészségfejlesztő programról nem tudtak beszámolni (MGYOSZ, 2010).

A 2020-as világválság óta a mentális egészséggel való foglalkozás még jobban közép-pontba került, folyamatosan készülnek a felmérések a munkavállalók tapasztalatairól. Az Amerikai Pszichológiai Társaság 2022-es felmérésében megjelenik, hogy a munkavállalók azt érzik, nagyobb figyelmet fordítanak a munkáltatók a mentális egészségükre, mint korábban (APA, 2022). A munkavállalók is egyre inkább visszajelzik a különböző kutatásokban (pl.: Randstad Workmonitor 2023a, 2023b, 2024), hogy nem félnek váltani – és akár kockázatot vállalni - ha a mentális egészségüket érzik veszélyben egy munkahelyen, és a jövőbeli munkahelyválasztásuknál tényezőként fog szerepelni, hogy az adott munkahely mennyire foglalkozik a dolgozók mentális egészségével (APA, 2022).

Több tanulmány is azt vizsgálja, hogy milyen megtérüléssel járnak a munkahelyi egészségprogramokhoz kapcsolódó költségek. Egy 2011-es tanulmány például arra tért ki, hogy a munkahelyi mentális egészséget promótáló programoknál a megtérülés aránya 1 a 9-hez volt (1 font befektetésre 9 font megtérüléssel lehetett számolni) (Knapp et al, 2011). Egy 2012-es tanulmány szerint minden elköltött dollár kiadás különböző munkahelyi mentális egészség programokra 0,81 és 13,62 dollár közötti megtérülést eredményezhet (Matrix Insight, 2012), tehát nagyok az egyéni különbségek a szervezetek eredményességében. Hazai adatokat tekintve, a Szabó-Juhász szerzőpáros mélyinterjúkat készített és összegzéseket végzett egy workshop tapasztalatairól. Ebben olyan cégek vettek részt, akik a Leg fittebb Munkahely Felmérésben részesültek elismerésben. Az eredmények szerint ezeknél a cégeknél éves szinten átlagosan 3,9 napra csökkent a munkavállalók hiányzása egy főre vetítve, míg az országos átlag 8 nap volt. Az 1 forintra jutó megtérülés mértéke pedig 3,73 forint volt. (Szabó & Juhász, 2019b).

Digitális programok a mentális egészség megőrzésére: trendek és lehetőségek

A mentális egészség romlása az egyik vezető oka a munkahelyről való hiányzásnak és a munkahelyi teljesítmény romlásának (Baumann et al., 2008; Gayed et al. 2018). A mentális zavarok a legtöbb fejlett országban a vezető okok közé tartoznak a betegszabadság tekintetében, és közel 40%-át teszik ki a táppénzes igazolások teljes időtartamának (Harvey et al., 2009). Míg mostanáig elsősorban a magasabb jövedelmű országok tudtak elsődlegesen a digitális megoldásokból származó előnyökre szert tenni, addig a világjárvánnyal ez a folyamat is változott, és most már könnyebben hozzáférhetőek és megfizethetőek a többi ország lakosságának számára is (WHO, 2022b). Az eHealth feladata az egészségügy és az ehhez kötődő területek támogatása (WHO, 2016), melybe beletartoznak többek között a technológia-alapú terápiát nyújtó alkalmazások, az internetalapú programok, mobiltelefonos alkalmazások, információs weboldalak és távgyógyítást biztosító internetes szolgáltatások is (Stone & Waldron, 2019). Ebben a tanulmányban elsősorban a DMH (Digital Mental Health, azaz Digitális Mentális Egészség) programokkal, vagyis a mentális egészséget segítő különböző digitalizált megoldásokkal (Baños et al., 2022) foglalkozunk. Már 2015 óta tart egy jelentős növekedési folyamat a tőkebefektetéseket tekintve az USA-ban, és megfigyelhető a mentális egészséget támogató digitális programok sokszínűségének növekedése is (CB Insights, 2017), amit a covid-19 világjárvány jelentősen felgyorsított. 2020 harmadik negyedében mintegy 21,8 milliárd dollárnyi befektetést kaptak a különböző egészségügyi startupok, a mentális egészséget támogató szolgáltatások üzletkötésben rekordot döntöttek (CB Insights, 2020). Egyes becslések szerint a digitális mentális egészségpiac mérete 2022-ben 19,5 milliárd dollár, 2023-ban 23,5 milliárd dollárra növekedett, és további, évi 20,6%-os növekedést prognosztizálnak, melynek eredményeképpen 2032-re a piac mérete akár 72 milliárd dollárra is nőhet (Gotadki, 2024).

A piacon elérhetőek szoftverek és különböző szolgáltatások, valamint mobil alkalmazások is. Az mHealth részét képezi az eHealth piacának (WHO, 2011), és a különböző mobil eszközökön – mobil telefon, betegmegfigyelő eszköz, személyi digitális asszisztens – elérhető, orvosi vagy személyes egészséget támogató szolgáltatásokat foglalja magába (Weber, 2019). 2022-ben a bevételek 65%-a származott szoftveres felhasználásokból (Gotadki, 2024), ugyanakkor nem elhanyagolható tény az sem, hogy jelenleg már több mint 10 000 mentális egészséghez kapcsolódó mobilalkalmazás (applikáció) érhető el (Torous & Roberts, 2017). Az eHealth kifejezés a kommunikációs és információs technológiák egészséghez kapcsolódó iparágakban való használatát jelenti (Chan, 2021), mely megoldások támogatása 2005 óta jelenik meg prioritásként az Egészségügyi Világszervezetnél, többek között a költséghatékonyság (WHO, 2016), könnyű hozzáférhetőség és a személyre szabhatóság miatt (Baños et al., 2022).

Digitális mentális programok kategorizálási lehetőségei

Az e-mentális egészség (DMH) programok besorolása többféle módon is történhet. A számítógépes, interneten keresztül elérhető programok és weboldalak, telefonos alkalmazá-

sok, virtuális vagy kiterjesztett valóság, játékosított megoldások sokszínű lehetőséget kínálnak a felhasználók számára (London 2020; Staglin, 2020; Ellis, 2021; Baños et al., 2022). A besorolás egy lehetséges útja lehet a használat célja, mely felölhelheti a promótálást, megelőzést, kezelést, kezelés utáni állapotfenntartást (London, 2020; Pineda et al., 2023), vagy akár az értékelést, kríziskezelést, folyamatos monitorozást is (London, 2020). A mobil alkalmazások tekintetében a jelenlegi trendbe tartoznak az önmenedzselést támogató, kogníciófejlesztő, készségfejlesztő, betegség menedzsment és támogató alkalmazások, a passzív tünet-nyomonkövetést vagy éppen az adatgyűjtést segítő programok (National Institute of Mental Health, 2017). Pineda és szerzőtársai (2023) 4 féle beavatkozást különítenek el, melyből két típus az, amit az egészségügyi rendszeren kívülre helyeznek:

- Ember által támogatott önsegítő rendszerek
- Teljesen automatizált önsegítő rendszerek.

Az ember által támogatott önsegítő programoknál megjelenik valamiféle emberi segítség (terápiás vagy technikai jellegű), de nincs terápiás szerződés, mert a célja nem terápiás kapcsolat kialakítása, hanem a programban lévők segítése, a program használatának elmagyarázása, és ezáltal a kiesési szám csökkentése. A teljesen automatizált rendszerekbe beletartoznak azok a weboldalak, mobil alkalmazások, webalkalmazások, automatizált email vagy üzenetek és akár a chatbotok is, ahol az adminisztrációnál sincs szükség emberi segítségre. (Pineda et al., 2023) Ez a fajta besorolás, mely az emberi asszisztencia mentén helyezi el a programokat, több másik tanulmányban és vizsgálatban is megjelenik (Carolan et al., 2017; London, 2020; Staglin, 2020, Scheutzow et al., 2022; Stratton et al., 2022). További szempont lehet még az is, hogy az elérhető tartalmaknál mekkora szerepet kapott az interaktivitás (London, 2020; Staglin, 2020).

A módszereket, a beavatkozás keretrendszerét tekintve leggyakrabban a CBT – kognitív viselkedés terápia elemei jelennek meg a lehetőségek között (Carolan et al., 2017; Stratton et al., 2017; Jury & Lai 2018; Scheutzow et al., 2022; Stratton et al., 2022). Ezen kívül még számos más módszertan is ismert, úgy mint: mindfulness, stresszmenedzsment, kognitív tréning, érzelemszabályozás, vagy egyéb fókuszú programok is, mint a szerhasználatról való leszokás segítése, problémamegoldás, testmozgás vagy éppen edukáció fókuszú lehetőségek (Scheutzow et al., 2022). De még ezen belül is további lehetőségek, csoportosítások azonosíthatóak be, például csak a stressz tekintetében a különböző mobil alkalmazásokat vizsgálva négy féle kategória fedezhető fel: naplózást támogató alkalmazások (melyben szubjektív és összesített adatok gyűjtése történik), stratégiai útmutatók a különböző problémákkal való megküzdéshez, relaxációs technikák gyakorlását támogató alkalmazások és szenzoros méréseket végző alkalmazások (Muaremi et al., 2013).

Digitális mentális programok a munkahelyen

A munkahely maga több mint megfelelő helyszín figyelemfelkeltő, preventív vagy reaktív programok végrehajtására és a mentális egészség népszerűsítésére (Deloitte, 2017; Tsantila et al., 2023), ahol könnyen növelhető azok száma, akik hozzáférnek a különböző kezelésekhöz (Carolan et al., 2017). Az online megoldásokat számos kedvező tulajdonságuk teszi vonzóvá a felhasználók számára, mint a költséghatékonyság, könnyű

hozzáférhetőség, személyre szabhatóság (WHO, 2016; Baños et al., 2022). A munkahelyen történő alkalmazás mellett egyéb tényezők is szólhatnak: nagy előny lehet a nem helyhez kötött használat, az anonimitás lehetősége, a rugalmas időbeosztás – melynek keretében a munkavállaló saját tempót követhet –, de az is, hogy ezen munkahelyi programok esetében nő az esély arra, hogy az érintetteket egy korábbi szakaszban találják meg, mint egy hagyományos egészségügyi szolgáltatás keretében (Junge et al., 2015; Scheutzow et al., 2022; Stratton et al., 2022). Mindemellett ezek a programok növelhetik a munkavállalók feljogosítottság (empowering) érzését (Scheutzow et al., 2022), és biztosíthatják a kontroll érzését a saját egyéni haladásuk felett (Weber et al., 2019).

A pozitív pszichológia eszközeit eddig is sikerrel alkalmazták a munkahelyen különböző beavatkozások keretében (Donaldson et al., 2019), ugyanakkor a digitális programok munkahelyen történő alkalmazásánál is figyelembe kell venni, hogy az eredeti (mentális betegséggel diagnosztizált klinikai) célközönség és a munkahelyi felhasználói bázis karakterisztikái eltérhetnek (Joyce et al., 2016) a tünetek vagy kockázatok tekintetében is (Stratton et al., 2017), hiszen alapvetően azok, akik dolgoznak, jobb mentális egészséggel rendelkeznek, mint a klinikai vagy általános mintából vett sokaság (Stratton et al., 2022).

Az első ilyen munkahelyi eHealth beavatkozásokat 2004-ben azonosították (Stratton et al., 2017). A programok bevezetésekor kettős kihívással kell szembenézni: amellett, hogy fontos célként jelenik meg a munkatársak mentális egészségének javítása, ahol a pozitív következmények fokozása kerül előtérbe, ugyanakkor hangsúlyt kell helyezni arra is, hogy minimalizáljuk a nem kívánatos – pl. stresszből vagy a rossz mentális egészségből fakadó, negatív gazdasági következményeket (Donaldson et al., 2019, Tsantila et al., 2023).

Az munkahelyi eHealth beavatkozásokat vizsgáló tanulmányok száma exponenciális növekedett, míg 2003 és 2013 között 11-et találunk, addig 2013 és 2022 között már ötször ennyi tanulmány foglalkozott ezeknek a programoknak az értékelésével (Stratton et al., 2022). Megkülönböztethetjük ezeket a megoldásokat aszerint, hogy (1) tisztán egyéni szinten, (2) egyesén (egyéni és szervezeti szinten) vagy (3) tisztán szervezeti szinten történnek meg a beavatkozások (Bhui et al. 2012). Szervezeti szintet tekintve megkülönböztethetjük azokat a beavatkozásokat, amelyek (1) egészséges munkatársaknak szólnak, preventív céllal, (2) a tünetekkel rendelkező vagy veszélyeztetett munkavállalóknak szólnak, vagy azoknak, akik (3) vállaltan mentális betegséggel rendelkeznek (Stratton et al., 2022). A Deloitte 2017-es felmérése szerint a munkahelyek legtöbbször még mindig a reaktív programokhoz nyúlnak, pedig a preventív szakaszban való támogatás a beruházások jobb megtérülését hozhatja.

Különböző kutatások születtek a munkahelyi mentális egészséget segítő online webes (Mori et al., 2014; Junge et al., 2015; Attridge, 2020; Uglanova & Dettmers, 2023) és mobil alkalmazások (Weber et al. 2019; Huberty et al. 2022; De Miquel et al. 2023) eredményességét vizsgálva, vagy akár teljes szisztematikus elemzéseket készítve (Carolan et al. 2017; Stratton et al. 2017; Donaldson et al., 2019; Scheutzow et al., 2022; Stratton et al., 2017).

Az egyéni kutatásokat tekintve megállapítható, hogy az online megoldásokat a legtöbb cég a munkatársainak egyfajta juttatásként kínálja, nem feltétlenül van szervezeti szinten

stratégiába ágyazva a használata, a kutatásoknál kevés olyan jelenik meg, ahol egy konkrét szervezet munkatársai vesznek részt (Mori et al., 2014; Huberty et al., 2022), jellemzően különböző munkahelyek munkavállalóit toborozzák a kutatásban való részvételre (Junge et al., 2015; Weber et al., 2019; Attridge, 2020; Uglanova & Dettmers, 2023; De Miquel et al., 2023). A szisztematikus munkákat tekintve 3 elemzés került kiválasztásra mélyebb összehasonlításra. (Az elemzések közül kikerült Donaldson és szerzőtársai elemzése (2019), mert ott nem tisztán online megoldások eredményességét vizsgálták, valamint Stratton és munkatársainak 2017-es elemzése, mert a későbbi, 2022-es elemzés jóval nagyobb elemszámot vizsgálva foglalja össze a már meglévő kutatásokat.)

A 3 szisztematikus elemzés az alábbi témakörök mentén dolgozza fel a különböző kutatásokat: Carolan és szerzőtársai (2017) a web-alapú pszichológiai beavatkozások munkahelyi jóllétre és hatékonyságnövelésre gyakorolt hatását vizsgálták, Scheutzow és munkatársai (2022) azt helyezték fókuszba, hogy a munkatársak milyen mértékben fogadják el a különböző web-alapú beavatkozásokat, míg Stratton és munkatársai (2022) azt elemezték, hogy milyen hatékonyságuk van a különböző e-egészségügyi megoldásoknak a munkavállalók depressziós, szorongásos és stressz-szintjét tekintve.

Az 1. számú táblázat többféle szempont mentén foglalja össze az elkészült szisztematikus elemzéseket.

1. táblázat: Szisztematikus elemzések összehasonlító táblázata

	Carolan et al., 2017	Scheutzow et al., 2022	Stratton et al., 2022
Kutatások elemszáma	21	28	75
Résztvevők száma	5 260 résztvevő	9 739 résztvevő	14 747 résztvevő
Vizsgált tanulmányok	RCT véletlen besorolásos kontrollvizsgálat 71% várólistás kontroll 19% aktív kontroll 10% általános eljárás	RCT - véletlen besorolásos kontrollvizsgálat 21% általános eljárás 21% várólistás kontroll 10,5% klaszter alapú besorolásos 46,5% egyéb metódus (nem véletlenszerű összehasonlító vizsgálatok, nem összehasonlító vizsgálatok, feltáró tanulmányok és kvalitatív tanulmányok)	Azok kerültek bele, ahol volt valamilyen kontroll csoport, ami lehetett aktív vagy passzív, 70% várólistás kontroll csoport 8% aktív kontroll
Vizsgált országok	6-6 USA és Németország 3 Hollandia 2-2 Egyesült Királyság és Japán 1-1 Ausztrália és Svédország	8 – USA 7- Németország 4 – Ausztrália 2-2 – Hollandia, Japán, Svédország, Egyesült Királyság 1 - Kanada	16 – USA 15 – Japán 13 – Németország 7 – Egyesült Királyság 5 – Hollandia 4-4 Ausztrália, Svédország 2-2 Kína, Európai országok, Olaszország

			1-1 – Brazília, Finnország, Hong Kong, Szingapúr, USA és Kanada egyetve
Felület	81% weboldal 10% webalkalmazás 5% email 5% különálló számítógép	42% web-alapú alkalmazás 39% telefonos alkalmazás 13% nincs adat 6% Weboldal	70% weboldal 14% telefonos alkalmazás 1% - vegyes
Elköteleződés segítése	57% email 19% sms 10% konferencia hívás 5% telefon, személyes, munkafüzet vagy CD	Weboldalon keresztül: email, szöveges üzenet (nincs adat az eloszlást illetően)	9% személyre szabott visszajelzés coach vagy pszichológus által 4% csoportos találkozók 2% online fórum
Személyes segítő	52% önállóan 48% volt lehetőség segítő személyt bevonni: 70% terapeuta vagy coach 20% koordinátor vagy munkatárs 10% - klinikai szakpszichológus	A személyes és telefonos segítő bevonó tanulmányokat kizárták ebből az összesítésből	28% segítő rendelkezésre állt
Módszer-tan	57% CBT 14% stresszmenedzsment 10% mindfulness 19% egyéb	32% CBT 11% mindfulness 11% kognitív értékelés vagy átszervezés 7% érzelmszabályozás 4-4% testmozgás, kommunikációs stratégiák	32% CBT 13% - stresszmenedzsment 9% mindfulness 6% viselkedés változás 40% egyéb

Forrás: Carolan et al., 2017; Scheutzow et al., 2022; Stratton et al., 2022 alapján saját szerkesztés

Az 1. számú táblázat alapján a következő megállapítások tehetőek:

- a tanulmányok mindegyike csak azokat a kutatásokat vizsgálta, amelyek módszertana valamiféle kontrollvizsgálat (véletlen besorolásos, várólistás, klaszter alapú, aktív kontroll stb.)
- a vizsgált országok között leggyakrabban az USA, Németország, Egyesült Királyság és Japán jelenik meg,
- a leggyakrabban használt felület a webalkalmazás, telefonos alkalmazás és a weboldal,
- az elköteleződést leggyakrabban emaillel, szöveges üzenetekkel támogatják
- a legtöbb tanulmányt vizsgáló (Stratton et al., 2022) kutatás kevesebb, mint egyharmadában biztosítottak valamiféle emberi segítő a felhasználók számára,

- a leggyakoribb módszertanok között a kognitív viselkedésterápia, a stresszmenedzsment és a mindfulness jelenik meg.

Carolan és munkatársai (2017) megállapították, hogy a legnagyobb elköteleződés azoknál a programoknál volt megfigyelhető, melyek viszonylag rövidebb ideig (6-7 hétig) tartottak, másodlagos beavatkozási módokat (pl.: email, üzenetek) és egyéb meggyőzői technikákat (személyre-szabhatóság vagy az ön-ellenőrzés lehetősége) használtak a felhasználók elkötelezettségének növelésére. Scheutzow és munkatársai (2022) összegzése szerint a vizsgált programok elfogadottsága a munkatársak számára legtöbb esetben (79%) a magas és nagyon magas közé esett, ugyanakkor figyelemfelkeltőnek találták a programokban részt vevők igen magas (50%-os) kiesési rátáját. Megállapításuk szerint azok tudnak sikeresek lenni munkahelyi környezetben, amelyek hozzászabhatóak az egyéni igényekhez, a szervezeti környezethez és kultúrához (Scheutzow et al., 2022), ugyanakkor érdekes kérdés lehet a sikeresség vizsgálatánál a digitális placebo hatás (Stratton et al., 2023) mélyebb vizsgálata is, amelyet a mobiltelefonos alkalmazást használók körében figyeltek meg.

A Stratton és szerzőtársai féle (2022) szisztematikus vizsgálat különbözik az előbbi két kutatástól, mert itt a minta szétbontása aszerint is megtörténik, hogy a beavatkozás milyen szervezeti szinten valósul meg: (1) univerzális: az egészséges munkavállalókat célozza, (2) meghatározott: azokat célozza, akiknek van már valamilyen tünete, (3) harmadlagos: diagnosztizált munkavállalók kezelésére szolgál vagy (4) személyreszabható beavatkozás (Stratton et al., 2022). Egyik fontos következtetése, hogy egy korábbi, 2017-es vizsgálathoz képest (Stratton et al., 2017) az e-egészségügyi beavatkozások eredményessége nem változott (Stratton et al., 2022). Bár a legtöbb tanulmány a kognitív viselkedésterápia eszközeire épít, a szisztematikus elemzés (Stratton et al., 2022) eredménye szerint a vizsgált munkavállalók körében ennek a hatékonysága elmaradt a más típusú, stresszmenedzsment vagy mindfulness alapú beavatkozásokhoz képest, ami felveti a problémát, hogy a CBT alkalmazása kevésbé lehet eredményes szervezeti oldalról a nem-klinikai sokaság körében. Továbbra is kérdés az online vagy más módon (személyesen, csoportban) történő intervenciók hatékonysága közötti eltérések vizsgálata. Donaldson és szerzőtársai (2019) szisztematikus elemzése azt találta, hogy a pozitív pszichológiai beavatkozások közül a csoportosnak közepes, míg az egyéni és online beavatkozásoknak mindössze kis mértékű pozitív hatása volt.

Hazai adatokat tekintve kevés és hiányos információk állnak rendelkezésre a felhasznált programok módszertanát, a beavatkozások milyenségét (felület, forma, online/offline aránya, módszertan, segítői beavatkozás mértéke stb.) tekintve. A Wellbeing Szövetség 2023-as felmérése alapján a jóllét programok megvalósulási platformjai között szerepelnek a hibrid és vegyes megvalósulások (több mint 50%-a a válaszadóknak ezt jelölte), kizárólag online 7,2%, applikációk használatát 10,2% jelölte, és viszonylag magas a csak személyes megvalósulást jelölők száma is (21,6%). Tsantila és szerzőtársai (2023) nemzetközi kkv fókuszú kutatásában szerepeltek magyar cégek is a vizsgált sokaságban, 4 kis és 1 közepes méretű, az egészségügyi szektorban működő vállalkozás, összesen 62 fős minta, amiből végül 31 fő jutott el a vizsgálat végéig (40%-os volt a lemorzsolódási arány), azonban országspecifikus adatokat nem mutattak be.

Összegzés

A különböző mentális betegségek hatással vannak a munkahelyeken dolgozók hatékonyságára hiányzás és jelenlétszindróma formájában, ami komoly terheket jelent a munkahelyek és a nemzetgazdaság számára is. A depresszió és szorongás a vezető mentális tünetek közé tartoznak, amely az EU országaira nézve 2018-ban 600 milliárd eurós többletköltséget jelentett, az össz GDP majdnem 4%-át teszi ki (OECD, 2021b). A mentális betegségekben szenvedőket az átlagnál nagyobb mértékben érinti a munkanélküliség (OECD, 2015), ezért különösen fontos szerepe lehet a munkahelyen való támogatásnak, ahol azok is könnyebben hozzáférhetnek ezekhez a megoldásokhoz, akik még nem kerültek diagnosztizálásra, de már mutatnak bizonyos tüneteket (Stratton et al., 2022). A munkahelyi egészségprogramok fejlődése az egyéni fókuszról a szervezeti fókusz felé vezetett, az első generációs programok esetén a negatív magtartási formákról (dohányzás, szerhasználat, alkohol stb.) való leszoktatás volt a középpontban, míg a negyedik generációs programoknál már komplex, szervezeti szintű gondolkodás van a programok tervezése során (Szabó & Juhász, 2019a). A mentális egészségprogramok térnyerését segítette a mentális egészség felértékelődése, a pszicho-szociális kockázatok egyre szélesebb körű felismerése és kutatása is. Az internet terjedésével, a mobilok, számítógépek hozzáférhetőségének egyszerűsödésével és mindennapivá válásával párhuzamosan egyre nagyobb befektetéseket kapott az eHealth piaca, amelynek következményeképpen az elérhető web- és mobilalapú megoldások száma ugrásszerűen megnövekedett (CB Insights, 2017; Gotadki, 2024; Torous & Roberts, 2017). Ezeknek a besorolása többféle tényező mentén is történhet, a használat célja, a beavatkozás fázisa, az alkalmazott módszertan szerint vagy olyan kérdések mentén, minthogy mennyire van teljesen önmagára hagyva a felhasználó, van-e lehetősége segítő igénybevételére, vagy hogy a program felépítése milyen mértékben tartalmaz interaktív elemeket. Ezeknek a programoknak a munkahelyi környezetbe való átültetésekor fontos figyelembe venni, hogy a munkahelyi populáció karakterisztikái eltérhetnek egy általános sokaságtól (Joyce et al., 2016; Stratton et al., 2017). Mindenképpen pozitív, hogy 2013 és 2022 között már ötször annyi tanulmány foglalkozott a különböző eHealth munkahelyi programok kutatásával, mint az azt megelőző 10 évben (Stratton et al., 2022), ugyanakkor egy 2017-es elemzés szerint a cégeknél még mindig a reaktív programok vannak túlsúlyban, nem pedig a preventív, megelőző programok, holott ezeknél nagyobb megtérülési rátával lehetne számolni (Deloitte, 2017). A munkahelyen lehetőség van az egészséges munkavállalókat megszólítani edukációs céllal, elérni a veszélyeztetett munkatársakat és azokat is, akiknek már igazolt diagnózisuk van (Stratton et al., 2022). A különböző szisztematikus elemzésekből megállapítható, hogy a jellemzően alkalmazott kutatási módszertan a véletlen besorolásos kontrollvizsgálat, a vizsgált országok között leggyakrabban az USA, Németország, Egyesült Királyság és Japán jelenik meg, a leggyakoribb módszertanok között a kognitív viselkedésterápia, a stresszmenedzsment és a mindfulness jelenik meg (Carolan et al., 2017; Stratton et al., 2022). Az online megoldások terén továbbra is kérdés a megoldások hatékonyságának okozati vizsgálata a munkahelyen, szervezeti oldalról történő alkalmazás esetén. Bár alapvetően a tanulmányok pozitív mértékű változást mutattak ki a munkatársak mentális

egészségében (Carolan et al., 2017; Stratton et al., 2022), és a munkavállalók magas arányban fogadták el a különböző online programokat (Scheutzow et al., 2022), a magas 50%-os (Scheutzow et al., 2022) és 40%-os (Tsantila et al., 2023) kiesési ráta, a CBT alapú beavatkozások hatékonyságának elmaradása munkahelyi környezetben a más típusú (stresszmenedzsment és mindfulness) beavatkozásokhoz képest, és az a megállapítás, hogy az egyéni-csoportos-online intervenciókat tekintve a legnagyobb pozitív hatása a csoportos intervencióknak volt (Donaldson et al., 2019), mindenképpen előrevetíti a további vizsgálatok szükségességét. További kutatási kérdésként jelenhetnek meg a különböző felhasználói elköteleződést segítő meggyőzési technikák, és a személyes segítő igénybevételi lehetőségének kérdése a program eredményességi mutatóira, az egyéni, csoportos és online intervenciók közötti eltérések, és a vegyes alkalmazás során megjelenő hatások vizsgálata, a lemorzsolódási arány ok-okozati összefüggéseinek mélyebb vizsgálata, a szervezeti kultúra hatása a programok sikerességére vagy akár a digitális placebo hatás vizsgálata is.

Irodalomjegyzék

1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300093.tv> (Letöltés ideje: 2024.02.11)

Ács, P., Hécz, R., Paár, D., & Stocker, M. (2011). A fitness (m)értéke. A fizikai inaktivitás nemzetgazdasági terhei Magyarországon (The value (degree) of fitness. The national economic costs of physical inactivity in Hungary). *Közgazdasági Szemle*, 7, 689–708. <https://ideas.repec.org/a/ksa/szemle/1259.html>

Ács, P., Stocker, M., Kovács, A., Hoffbauer, M., Szabó, P., & Paár, D. (2020). A magyarországi fizikai inaktivitási terhek alakulásának összehasonlító elemzése, 2009–2017. *Közgazdasági Szemle*, 67(7–8), 809–830. <https://doi.org/10.18414/ksz.2020.7-8.809>

American Psychological Association (APA) (2022). *Workers appreciate and seek mental health support in the workplace*. <https://www.apa.org/pubs/reports/work-well-being/2022-mental-health-support>

Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY AND COMMUNITY HEALTH*, 54(7), 502–509. <https://doi.org/10.1136/jech.54.7.502>

Attridge, M. (2020). Internet-Based Cognitive-Behavioral therapy for employees with anxiety, depression, social phobia, or insomnia: Clinical and work outcomes. *SAGE OPEN*, 10(1), 215824402091439. <https://doi.org/10.1177/2158244020914398>

Baños, R. M., Herrero, R., & Vara, M. D. (2022). What is the Current and Future Status of Digital Mental Health Interventions? *THE SPANISH JOURNAL OF PSYCHOLOGY*, 25. <https://doi.org/10.1017/sjp.2022.2evolved>

Baumann, A., Muijen, M., & Gaebel, W. (2008). *MENTAL HEALTH AND WELL-BEING AT THE WORKPLACE – PROTECTION AND INCLUSION IN CHALLENGING TIMES*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/who_workplace_en_0.pdf

Bhui, K., Dinos, S., Stansfeld, S., & White, P. D. (2012). A Synthesis of the Evidence for Managing Stress at Work: A review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND PUBLIC HEALTH*, 2012, 1–21. <https://doi.org/10.1155/2012/515874>

Carolan, S., Harris, P. R., & Cavanagh, K. (2017). Improving Employee Well-Being and Effectiveness: Systematic review and Meta-Analysis of Web-Based psychological interventions delivered in the workplace. *Journal of Medical Internet Research*, 19(7), e271. <https://doi.org/10.2196/jmir.7583>

CB Insights. (2017). *Mental Health Briefing*. <https://www.cbinsights.com>.

- CB Insights. (2020). *State of Healthcare Q3'20 Report: Sector and investment trends to watch*. <https://www.cbinsights.com>. https://www.cbinsights.com/reports/CB-Insights_Healthcare-Report-Q3-2020.pdf
- Chan, J. (2021). Exploring digital health care: eHealth, mHealth, and librarian opportunities. *JOURNAL OF THE MEDICAL LIBRARY ASSOCIATION : JMLA*, 109, 376 - 381.
- Cooper C. L. & Davidson M. (1987): Sources of stress at work and their relation to stressors in non-working environments. pp. 99-111. In: Kalimo, R., El-Batawi, M. A., & Cooper, C. L. (eds), *Psychosocial factors at work and their relation to health*. WHO Geneva
- Cooper, C. L. & Marshall, J. (1980). *White Collar and Professional Stress*. New York: Wiley.
- De Miquel, C., Moneta, M. V., Weber, S., Lorenz, C., Olaya, B., & Haro, J. M. (2023). The Mediating role of general and cognitive stress on the Effect of an APP-Based Intervention on Productivity measures in Workers: Randomized Controlled trial. *JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH*, 25, e42317. <https://doi.org/10.2196/42317>
- Deloitte (2017). *Mental Health and Employers: The Case for Investment. Supporting Study for the Independent Review*. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/uk/Documents/public-sector/deloitte-uk-mental-health-employers-monitor-deloitte-oct-2017.pdf>
- Donaldson, S., Lee, J. Y., & Donaldson, S. I. (2019). Evaluating Positive Psychology Interventions at Work: a Systematic Review and Meta-Analysis. *INTERNATIONAL JOURNAL OF APPLIED POSITIVE PSYCHOLOGY*, 4(3), 113–134. <https://doi.org/10.1007/s41042-019-00021-8>
- Ellis, L. (2021). *e-Mental health implementation requires more robust studies*. *Research Features*. <https://researchfeatures.com/e-mental-health-implementation-requires-robust-studies/>
- EU Compass for Action on Mental Health and Well-Being (2017): *Mental Health in the Workplace in Europe - Consensus Paper*. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/compass_2017workplace_en.pdf
- Eurobarometer (2023): *Mental Health*. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3032>
- Európai Bizottság (2019). *A mentális egészség támogatása a munkahelyen : útmutató egy átfogó megközelítés megvalósításához*. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/30288>
- European Council: (1989). *Directive 89/391/EEC of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=celex%3A31989L0391>
- European Network for Workplace Health Promotion(n.d). *European Network for Workplace Health Promotion* <https://www.enwhp.org/> Letöltés: 2024. 02. 23.
- Gayed, A., Bryan, B. T., Petrie, K., Deady, M., Milner, A., LaMontagne, A. D., Calvo, R. A., Mackinnon, A., Christensen, H., Mykletun, A., Glozier, N., & Harvey, S. B. (2018). A protocol for the HeadCoach trial: the development and evaluation of an online mental health training program for workplace managers. *BMC PSYCHIATRY*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1603-4>
- Goetzl, R. Z. & Pronk N. P. (2010). Worksite Health Promotion: How Much Do We Really Know About What Works?, *American Journal of Preventive Medicine*, 38(2), pp.223-225.
- Gotadki, R. (2024). *Global Digital Mental Health Market Overview. Market Research Future*. from <https://www.marketresearchfuture.com/reports/digital-mental-health-market-11062>
- Greenwood K. & Kroll N. (2020): *8 Ways Managers Can Support Employees' Mental Health* <https://hbr.org/2020/08/8-ways-managers-can-support-employees-mental-health>
- Győri, Á., Perpék, É., Huszár, Á., & Balogh, K. (2023). Milyen egyenlőtlenségekkel szembesülnek a humán foglalkozásúak a munkakörülmények terén? : A munkahelyi stresszorok változása Magyarországon 2006 és 2020 között. *Statisztikai Szemle*, 101(12), 1051–1083. <https://doi.org/10.20311/stat2023.11.hu1051>
- Harvey, S. B., Henderson, M., Lelliott, P., Hotopf, M. (2009). Mental health and employment: much work still to be done. *BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 194(3), 201–203. doi:10.1192/bjp.bp.108.055111

- Huberty, J., Espel-Huynh, H., Neher, T., & Puzia, M. E. (2022). Testing the Pragmatic Effectiveness of a Consumer-Based Mindfulness Mobile App in the Workplace: Randomized controlled trial. *JMIR MHEALTH AND UHEALTH*, *10*(9), e38903. <https://doi.org/10.2196/38903>
- Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R. A., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *PSYCHOLOGICAL MEDICINE*, *46*(4), 683–697. <https://doi.org/10.1017/s0033291715002408>
- Juhász Á. (2002): *Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés*; Oktatási segédanyag; Munka-és szervezetpszichológiai szakképzés; Budapest. <http://regivd.vd.hu/db/04/8E/juhasz-agnes-munkahelyistressz-d0000548E46b53c7321cd.pdf>
- Junge, M., Lehr, D., Bockting, C., Berking, M., Riper, H., Cuijpers, P., & Ebert, D. D. (2015). For whom are internet-based occupational mental health interventions effective? Moderators of internet-based problem-solving training outcome. *INTERNET INTERVENTIONS*, *2*(1), 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.11.007>
- Jury, A., & Lai, J. (2018). *EFFECTIVENESS OF E-MENTAL HEALTH APPROACHES: RAPID REVIEW*. from https://www.researchgate.net/publication/353330707_Effectiveness_of_e-mental_health_approaches_Rapid_review/citations
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*(2), 207. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Kun Á. (2010): Munkahelyi jóllét és elköteleződés. *Munkaügyi szemle*. *54*(2) pp. 35–41. doi: <https://www.munkaugyiszemle.hu/munkahelyi-jollet-es-elkotelezodes>
- London, E. (2020). *Digital solutions for employee mental health*. from https://www.pbgh.org/wp-content/uploads/2021/01/Digital_MH_Report.pdf Letöltés: 2024.02.24.
- Matrix Insight (2012): *Economic Analysis of Workplace Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention Programmes and of their Potential Contribution to EU Health, Social and Economic Policy Objectives*. http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/matrix_2012-economic-analysis-of-wmhp-programmes.pdf
- Martin, A., & LaMontagne, A. D. (2018). Applying an Integrated Approach to Workplace Mental Health in SMES. In *Routledge eBooks* pp. 195–219. <https://doi.org/10.4324/9781315410494-9>
- McDaid, D., Park, A., & Wahlbeck, K. (2019). The economic case for the prevention of mental illness. *ANNUAL REVIEW OF PUBLIC HEALTH*, *40*(1), 373–389. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013629>
- MGYOSZ (2010): *Az egészséges munkavállalókért és a biztonságos munkahelyekéért*. www.euromenedzser.hu/hu/kiadvanyaink.
- Mori, M., Tajima, M., Kimura, R., Sasaki, N., Somemura, H., Ito, Y., Okanoya, J., Yamamoto, M., Nakamura, S., & Tanaka, K. (2014). A Web-Based training program using cognitive behavioral therapy to alleviate psychological distress among employees: randomized controlled pilot trial. *JMIR RESEARCH PROTOCOLS*, *3*(4), e70. <https://doi.org/10.2196/resprot.3629>
- Muaremi, A., Arnrich, B., & Tröster, G. (2013). Towards Measuring Stress with Smartphones and Wearable Devices During Workday and Sleep. *BIONANOSCIENCE*, *3*(2), 172–183. <https://doi.org/10.1007/s12668-013-0089-2>
- Mykletun, A., & Harvey, S. B. (2012). Prevention of mental disorders: a new era for workplace mental health. *OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE*, *69*(12), 868–869. <https://doi.org/10.1136/oemed-2012-100846>
- National Institute of Mental Health. (2017). *Technology and the future of mental health treatment*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/technology-and-the-future-of-mental-health-treatment/index.shtml>

- Occupational Safety and Health Administration (OSHA). (1970). *Occupational safety and health standards: Occupational health and environmental control* (Standard No. 1910.95). From https://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=STANDARDS&p_id=9735
- OECD (2008), "Chapter 4 "Are All Jobs Good for Your Health? The Impact of Work Status and Working Conditions on Mental Health"", in *OECD Employment Outlook 2008*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/empl_outlook-2008-6-en.
- OECD (2015): *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264228283-en>.
- OECD (2021a), *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/4ed890f6-en>.
- OECD (2021b), *Fitter Minds, Fitter Jobs: From Awareness to Change in Integrated Mental Health, Skills and Work Policies*, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a0815d0f-en>.
Letöltés:
- OECD & European Union. (2022). Health at a glance: Europe 2022. In *Health at a glance*. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- Pineda, B. S., Méjía, R., Yin, Q., Martínez, J., Delgadillo, L. G., & Muñoz, R. F. (2023). Updated taxonomy of digital mental health interventions: a conceptual framework. *MHEALTH*, 9, 28. <https://doi.org/10.21037/mhealth-23-6>
- Randstad Workmonitor (2023a): *HR trends 2023. Randstad Hungary*. https://www.randstad.hu/s3fs-media/hu/public/2023-02/Randstad_HR_trends_report_2023_Hungarian.pdf?vgo_ee=bxJdJfIz174QUt%2FpzySLEjXm32gFqIkI3HXjQleNpp%2F%2Bt%2BQ%3D%3ARyezRrvPv9ieVLNBV%2F5DG5enDvqnJORF
- Randstad Workmonitor (2023b): *Workmonitor 2023*. <https://www.randstad.hu/hr-kutatasok/workmonitor/workmonitor-2023/>
- Randstad Workmonitor (2024): *Workmonitor 2024*. <https://www.randstad.com/workmonitor/>
- Rihmer, Z., Kurimay, T., Szekeres, G., Gáti, B., & Mór, Z. (2021). A major depresszió okozta egyéni és társadalmi-gazdasági problémák és lehetséges kezelésük: közpolitikai összegző tanulmány. *PSYCHOATRIA HUNGARICA*, 36(1), 90.
- Scheutzow, J., Attoe, C., & Harwood, J. (2022). Acceptability of Web-Based Mental Health Interventions in the Workplace: Systematic review. *JMIR Mental Health*, 9(5), e34655. <https://doi.org/10.2196/34655>
- Sorensen, G. R. & Barbeau, E. (2004), *Steps to a Healthier US Workforce: Integrating Occupational Health and Safety and Worksite Health Promotion: State of the Science*. https://ia902607.us.archive.org/33/items/StepsToAHealthierUsWorkforceIntegratingOccupationalHealthAndSafety/NioshIntegrationMs_post-sympRevision_trckdDone.pdf
- Staglin, G. (2020). Using technology to support employee mental health. *Forbes*. <https://www.forbes.com/sites/onemind/2020/09/23/using-technology-to-support-employee-mental-health/>
- Stratton, E., Lampit, A., Choi, I., Calvo, R. A., Harvey, S. B., & Glozier, N. (2017). Effectiveness of eHealth interventions for reducing mental health conditions in employees: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(12), e0189904. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189904>
- Stratton, E., Lampit, A., Choi, I., Gavelin, H. M., Aji, M., Taylor, J., Calvo, R. A., Harvey, S. B., & Glozier, N. (2022). Trends in Effectiveness of Organizational eHealth interventions in addressing employee Mental Health: Systematic review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 24(9), e37776. <https://doi.org/10.2196/37776>
- Szabó A. (2018): *A Magyar GDP hatszorosába kerül évente Európában a munkahelyi stressz*. <http://www.munkahelyistresszinfo.hu/stressz-a-munkahelyen/a-stressz-hatasai/a-magyar-gdp-hatszorosaba-kerul-evente-europaban-a-munkahelyi-stressz.php>

- Szabó, Á., & Juhász, P. (2019a). A munkahelyi egészségprogramok értékteremtésének mérési lehetőségei. *VEZETÉSTUDOMÁNY*, 50(2), 59–71. <https://doi.org/10.14267/veztud.2019.02.05>
- Szabó, Á., & Juhász, P. (2019b). A munkahelyi egészségprogramok mint kockázatkezelési eszközök. *GAZDASÁG ÉS PÉNZÜGY*, 6(2), 154–177. <https://doi.org/10.33926/gp.2019.2.2>
- Stone, L., & Waldron, R. (2019). Great Expectations and e-mental health: The role of literacy in mediating access to mental healthcare. *AJGP*, 48(7), 475–479. <https://doi.org/10.31128/ajgp-11-18-4760>
- Torous, J., & Roberts, L. W. (2017). Needed innovation in digital health and smartphone applications for mental health. *JAMA PSYCHIATRY*, 74(5), 437. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0262>
- Trautmann S, Rehm J, Wittchen HU (2016): The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? *EMBO Rep.* 2016 Sep;17(9):1245-9. doi: 10.15252/embr.201642951.
- Tsantila, F., Coppens, E., De Witte, H., Arensman, E., Amann, B. L., Pashoja, A. C., Corcoran, P., Cresswell-Smith, J., Cully, G., Tóth, M. D., Greiner, B. A., Griffin, E., Hegerl, U., Carolyn, H., Leduc, C., Leduc, M., Dhalai, D. N., O'Connor, C., Paterson, C., Zsák, É. (2023). Outcome assessment of a complex mental health intervention in the workplace. Results from the MENTUPP pilot study. *INTERNATIONAL ARCHIVES OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL HEALTH*, 96(8), 1149–1165. <https://doi.org/10.1007/s00420-023-01996-3>
- Uglanova, E., & Dettmers, J. (2023). Improving employee mental health through an Internet-Based Job Crafting intervention. *Journal of Personnel Psychology*, 22(1), 20–30. <https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000304>
- Watkins, C., & English, G. (2015). Moving the worksite health promotion profession forward. *HEALTH PROMOTION PRACTICE*, 16(1), 20–27. <https://doi.org/10.1177/1524839914547759>
- Weber, S., Lorenz, C., & Hemmings, N. R. (2019). Improving stress and positive mental health at work via an App-Based intervention: a Large-Scale Multi-Center randomized control trial. *FRONTIERS IN PSYCHOLOGY*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02745>
- Wellbeing Szövetség (2023): *A Wellbeing Szövetség országos, kérdőíves eredményeinek értékelése, 2023.* https://www.wellbeingszovetseg.hu/_files/ugd/a13c2e_b610ebce2088456892f0fe0258338949.pdf
- World Health Organization [WHO] (1995): Health promotion in the workplace. Strategy options. *European Occupational Health series No. 10.* Copenhagen: World Health Organization
- World Health Organization [WHO] (2011). mHealth: New Horizons for Health Through Mobile Technologies. *Global Observatory for eHealth series - Volume 3.* Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO] (2016). *Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable: report of the third global survey on eHealth.* Geneva: WHO. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241511780>
- World Health Organization [WHO] (2019): *Mental health in the workplace.* Geneva. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/mental-health-in-the-workplace>
- World Health Organization [WHO] 2022(a). *WHO Guidelines on Mental Health at Work.* Geneva: WHO. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [HTTPS://IRIS.WHO.INT/BITSTREAM/HANDLE/10665/363177/9789240053052-ENG.PDF?SEQUENCE=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363177/9789240053052-ENG.PDF?SEQUENCE=1)
- World Health Organization [WHO] (2022b): *World mental health report: transforming mental health for all.* Geneva: WHO. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 296 p. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>