

<https://doi.org/10.26565/1992-2337-2026-1-20>

УДК 35.08:614.253

Вашев Олег Єгорович,
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри професійно орієнтованих дисциплін
Приватний вищий навчальний заклад «Харківський міжнародний медичний університет»
вулиця Молочна, 38, м. Харків, 61001, Україна
e-mail: oleg.vashev@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-2496-240X>

Крамар Наталія Вікторівна,
Директорка Центру ментального здоров'я
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
майдан Свободи, 4, м. Харків, 61022, Україна
e-mail: kramar@karazin.ua

АНАЛІЗ ІНТЕРСЕКТОРАЛЬНОГО МІЖДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ ДО МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ У КРАЇНАХ АЗІЇ ТА БЛИЗЬКОГО СХОДУ

Анотація. У статті здійснено комплексний порівняльний аналіз інтерсекторальних та між-дисциплінарних підходів до забезпечення ментального здоров'я державних службовців у семи країнах Азії та Близького Сходу: Японії, Південній Кореї, Сінгапурі, Гонконзі, Тайвані, Ізраїлі та Китаї. Дослідження базується на системному аналізі національних стратегій і політик у сфері охорони ментального здоров'я, відповідного законодавства, а також програм підтримки державних службовців, включаючи програми профілактики професійного вигорання, психоемоційного стресу, а також кризових і воєнних ситуацій. Особлива увага приділена механізмам міжвідомчої взаємодії, що забезпечують координацію дій різних секторів державного управління, медичних установ, психологічних служб та громадських організацій, які беруть участь у формуванні та реалізації політики ментального здоров'я.

У результаті виокремлено три базові моделі міжсекторальної співпраці у політиці ментального здоров'я державних службовців: модель централізованого мандату (Китай, Сінгапур), для якої характерні директивне управління, чіткі протоколи та швидка мобілізація ресурсів; модель інтегрованого правового регулювання (Японія, Гонконг), що спирається на правові норми, стандарти якості й багаторівневу систему сервісів; фрагментована модель, що розвивається (Південна Корея, Ізраїль), де програми часто мають відомчий або пілотний характер і потребують узгодженості на рівні державної політики. Окремо оцінено кейс Тайваню як приклад інституційного зміцнення сервісів із фокусом на доступності підтримки та інструментах запобігання професійному вигоранню.

Як цитувати: Вашев О. Є., Крамар Н. В. Аналіз інтерсекторального міждисциплінарного підходу до ментального здоров'я державних службовців у країнах Азії та Близького Сходу. *Державне будівництво*. 2026. № 1 (39). С. 297–312. <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2026-1-20>

In cites: Vashev, O.Ye., Kramar, N.V. (2026). Analysis of intersectoral interdisciplinary approach to mental health of civil servants in Asia and the Middle East countries. *State Formation*, no. 1 (39), 297–312. <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2026-1-20> [in Ukrainian].

© Вашев О. Є., Крамар Н. В., 2026



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0

Дослідження також ідентифікує ключові драйвери формування політики у сфері ментального здоров'я державних службовців, серед яких професійний стрес, високий рівень суїцидальної поведінки, наслідки воєнних конфліктів, соціально-економічні та кризові фактори. На основі аналізу міжнародного досвіду сформульовано практичні рекомендації щодо імплементації інтерсекторального підходу в системі публічного управління, зокрема щодо розробки інтегрованих стратегій, підвищення компетентності державних службовців у сфері психоемоційної самопідтримки, створення міжвідомчих платформ обміну інформацією та впровадження стандартів моніторингу психічного здоров'я на державному рівні.

Ключові слова: ментальне здоров'я, державні службовці, публічне управління, державна політика, інтерсекторальний підхід, країни Азії та Близького Сходу.

Постановка проблеми. У сучасних умовах зростаючої складності державного управління, тривалих кризових процесів та високого рівня професійного навантаження ментальне здоров'я державних службовців набуває стратегічного значення. Ефективність функціонування органів влади безпосередньо залежить від психологічної стійкості, емоційного благополуччя та здатності персоналу протидіяти професійному вигорянню. [1; 7; 29]

У багатьох країнах ментальне здоров'я довго розглядалося виключно у медичному чи приватному контексті. Однак сучасні підходи, зокрема рекомендації ВООЗ, наголошують на необхідності інтерсекторальної взаємодії та міждисциплінарної координації як передумови ефективної політики у цій сфері [2; 33; 24].

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблематика ментального здоров'я державних службовців дедалі більше розглядається у межах наукових досліджень громадського управління, соціальної політики, медицини та психології. Українські вчені акцентують увагу на зростанні психоемоційного навантаження, професійного вигоряння та зниження мотивації персоналу органів державної влади в умовах адміністративних реформ та кризових викликів [3; 6]. Дослідження свідчать, що недостатній рівень інституційної підтримки ментального здоров'я негативно впливає на якість управлінських рішень та кадрову стабільність [11].

Окремий блок наукових праць присвячений взаємозв'язку ментального здоров'я із державною кадровою політикою. У цих дослідженнях наголошується на необхідності переходу від фрагментарних соціальних гарантій до системних програм психологічної підтримки персоналу, інтегрованих у механізми управління людськими ресурсами [5; 7]. На думку вітчизняних авторів, ментальне здоров'я слід розглядати не лише як медичну чи соціальну проблему, а й як складову інституційної спроможності публічної служби [8].

У закордонних дослідженнях домінує міждисциплінарний та міжсекторальний підхід до формування політики ментального здоров'я. Відповідно до глобальних установок ВООЗ 2022 рік, охорона здоров'я ментального здоров'я має виходити за межі суто клінічного лікування та трансформуватися у превентивну стратегію, інтегровану у всі сфери суспільного життя [2]. Аналітичні звіти

Всесвітньої організації охорони здоров'я та ОЕСР наголошують на необхідності координації дій між органами охорони здоров'я, соціального захисту, освіти та роботодавцями публічного сектору [15; 22]. Водночас у працях азійських дослідників значна увага приділяється культурним, організаційним та управлінським чинникам, що впливають на ефективність програм психосоціальної підтримки державних службовців [10; 30].

Таким чином, аналіз наукових джерел засвідчує відсутність універсальної моделі забезпечення ментального здоров'я державних службовців та актуалізує потребу в узагальненні міжнародного досвіду з урахуванням інтерсекторального й міждисциплінарного підходів.

Метою статті є аналіз інтерсекторального міждисциплінарного підходу до забезпечення ментального здоров'я державних службовців на основі порівняльного дослідження практик країн Азії та Близького Сходу, а також обґрунтування можливостей адаптації відповідних інструментів у системі публічного управління України.

Застосована методологія і методи. Інтерсекторальний підхід передбачає скоординовану діяльність різних органів державної влади (охорони здоров'я, праці, освіти, соціального захисту, фінансів), а також залучення недержавних акторів – НУО, приватного сектору та академічних інституцій. Міждисциплінарність полягає у поєднанні медичних, соціальних, управлінських і психологічних інструментів підтримки ментального здоров'я.

Методологічна рамка дослідження включає: аналіз нормативно-правових актів, вивчення національних стратегій, порівняльний аналіз програм для державних службовців, систематизацію моделей міжсекторальної співпраці.

Виклад основного матеріалу. Результати дослідження підтверджують, що у країнах Азії та Близького Сходу ментальне здоров'я державних службовців поступово переходить із периферійної сфери соціальної політики до центрального елементу системи публічного управління [5; 10]. Зростання складності управлінських завдань, багаторівнева бюрократична взаємодія, підвищені вимоги до відповідальності та швидкості прийняття рішень формують хронічний психоемоційний тиск на працівників державного сектору. У сукупності ці чинники безпосередньо впливають на якість управлінських рішень, стабільність інституцій та довіру громадян до держави.

У досліджуваних країнах спостерігається чітке усвідомлення того, що психологічне благополуччя державних службовців має системний характер і не може розглядатися виключно як індивідуальна відповідальність працівника або як завдання системи охорони здоров'я. Саме це усвідомлення стало підґрунтям для розвитку інтерсекторальних та міждисциплінарних підходів, що поєднують інструменти публічного управління, трудового права, соціального захисту, психології праці та організаційного менеджменту.

Порівняльний аналіз показав, що сучасні моделі політики у сфері ментального здоров'я формувалися на тлі поступової відмови від інституціонального

підходу, який домінував у другій половині XX століття. У Японії, Південній Кореї та Китаї історично пріоритетом була ізоляція осіб із тяжкими психічними розладами з міркувань громадської безпеки та соціального контролю. Такий підхід супроводжувався стигматизацією та сприйняттям ментальних розладів як загрози економічній продуктивності.

Сучасні стратегії демонструють докорінну зміну парадигми. Фокус зміщується на профілактику, раннє виявлення ризиків, підтримку на робочому місці та соціальну інтеграцію. У Сінгапурі це закріплено у стратегічних документах, які прямо визначають робоче середовище як ключовий простір формування ментального благополуччя [17]. У Тайвані концепція “Mental Health 3.0” виходить за межі лікування та реабілітації, підкреслюючи розвиток суспільної стійкості та зменшення стигми [24].

Інтерсекторальний підхід у досліджуваних країнах передбачає системну взаємодію між міністерствами та відомствами, діяльність яких безпосередньо або опосередковано впливає на ментальне здоров'я. До цього кола входять не лише органи охорони здоров'я, а й міністерства праці, освіти, фінансів, соціального захисту, а також кадрові служби державних установ.

Міждисциплінарний підхід, у свою чергу, ґрунтується на залученні фахівців різних професійних сфер: психіатрів, психологів, соціальних працівників, HR-менеджерів, спеціалістів з організаційного розвитку та представників академічного середовища. Важливою складовою є співпраця з неурядовими організаціями та приватним сектором, які забезпечують гнучкість і доступність послуг.

Результати аналізу підтверджують, що ефективність політики ментального здоров'я значною мірою залежить від того, наскільки ці два підходи – інтерсекторальний і міждисциплінарний – поєднані в єдиній управлінській логіці.

В Японії проблеми ментального здоров'я стали гострою проблемою через високий рівень стресу на робочому місці, де майже 60% працівників повідомляють про стрес, а понад мільйон мають розлади настрою. Проблема «каро дзісацу» (самогубство від перевтоми) набула широкого суспільного резонансу, що спонукало уряд до активних дій. Відповіддю на це стали «Керівні принципи для підтримки та покращення ментального здоров'я працівників» від Міністерства охорони здоров'я, праці та добробуту, а також «Базовий закон про заходи щодо запобігання самогубствам» [18; 28].

На державному рівні існує тісна співпраця між різними відомствами. Реалізація політики ментального здоров'я на робочому місці передбачає взаємодію Міністерства охорони здоров'я, праці та добробуту з відділами кадрів та керівництвом підприємств. Також, Закон про заходи щодо запобігання самогубствам передбачає координацію зусиль на трьох рівнях: національному, громадському та індивідуальному, що включає залучення різних сфер, таких як охорона здоров'я, соціальне забезпечення, освіта та праця [18; 22]. Система примусової госпіталізації також ілюструє міжвідомчу взаємодію, що вимагає узгодження між

психіатрами, поліцією та губернатором префектури. Японія є піонером у законодавчому регулюванні ментального здоров'я на робочому місці. Центральним елементом системи є *Закон про сприяння заходам запобігання кароші (смерті від перевтоми)*. У 2014 році було запроваджено революційну «Програму перевірки стресу» (Stress Check Program), яка є обов'язковою для всіх державних та приватних організацій з чисельністю персоналу понад 50 осіб. В офіційних роз'ясненнях до *Act on Promotion of Preventive Measures against Karoshi* наголошується: «Метою програми є не діагностика захворювання, а стимулювання працівника до усвідомлення власного стресу та спонукання роботодавця до поліпшення умов праці на основі агрегованих даних» [15; 32; 28].

Програма передбачає три етапи: 1) щорічне анкетування працівників для виявлення високого рівня стресу; 2) конфіденційний зворотний зв'язок від лікаря; 3) за згодою працівника – консультація з професійним медиком та внесення коректив у робочий графік з боку керівництва. Особливістю японського підходу є те, що відповідальність за створення здорового середовища лежить на роботодавцеві, а результати тестів не можуть бути використані для звільнення чи дискримінації службовця. Згідно зі статтею 66-10 *Закону про промислову безпеку та гігієну*, роботодавець зобов'язаний не лише провести анкетування, а й забезпечити «лицеві консультації» з лікарем для осіб із групи ризику.

За даними Міністерства охорони здоров'я, праці та добробуту Японії, понад 82 % організацій, що підпадають під дію закону, успішно впровадили систему Stress Check. При цьому близько 10% працівників за результатами тестування класифікуються як особи з «високим рівнем стресу».

Корея тривалий час мала найбільш фрагментовану систему, де допомога надавалася переважно в закритих психіатричних закладах. Корейська політика ментального здоров'я еволюціонувала з 1995 року із прийняттям «Закону про ментальне здоров'я» (МНА). Зміни до закону, зокрема повне переглядання у 2016 році, підкреслюють права людини, прагнення до громадської реабілітації та зниження залежності від довготривалого стаціонарного лікування [12; 18; 22]. Окрім цього в країні діють Програми допомоги працівникам (EAP) для цивільного персоналу Міністерства оборони США. Ці програми пропонують конфіденційні та безкоштовні неклінічні консультації, тренінги з управління стресом та направлення до громадських ресурсів [28].

Попри законодавчі зміни, що спрямовані на деінституціоналізацію та розвиток громадських послуг, корейська система ментального здоров'я все ще значною мірою залежить від госпіталізації та біомедичної моделі. Це свідчить про глибоку інституційну інерцію, яка уповільнює повне впровадження нових, інтегрованих підходів. Фрагментована система, де люди або госпіталізуються, або залишаються вдома, поки криза не посилиться, є прямим наслідком недостатньої міжвідомчої координації та відсутності послуг на різних рівнях тяжкості [22]. Для держслужбовців впроваджуються програми EAP (Employee Assistance

Programs), які включають юридичні та фінансові консультації як частину зниження рівня загального життєвого стресу.

Сінгапур демонструє модель «високої координації». У 2023 році була прийнята *Національна стратегія ментального здоров'я та благополуччя*, яка об'єднала зусилля Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціального розвитку та Міністерства праці [17]. Для державних службовців діє програма “Mindline.sg” – цифрова платформа, що використовує ШІ для первинної діагностики стресу та надання анонімної допомоги. Крім того, створено міжвідомчі CRT-команди (Community Resource Team), які інтегрують медичну допомогу безпосередньо в робочі процеси державних установ [23]. Сінгапурська модель вирізняється високим рівнем залученості вищого керівництва держави. У 2023 році Прем'єр-міністр країни особисто презентував *Національну стратегію*, підкресливши, що «ментальне здоров'я є національним пріоритетом на рівні з економічним розвитком» [17].

У межах ініціативи “Project Dawn” для службовців було створено мережу з понад 200 сертифікованих “Peer Support Leaders” (лідерів підтримки серед колег) у державних установах. Статистика використання додатка *Mindline.sg* показала, що понад 30% користувачів звертаються за допомогою в неробочий час, що свідчить про довіру до анонімності цифрового інструменту [23].

Тайванська модель базується на переході від лікування до превенції. Тайвань став першим регіоном в Азії, де на законодавчому рівні легалізували поняття «емоційного відновлення» як законної причини для відсутності на роботі. Відповідно до *Закону про ментальне здоров'я*, на Тайвані впроваджено систему «відпусток для ментального здоров'я» (Mental Health Leave). Державні службовці мають право на 3-5 днів на рік для відновлення психоемоційного стану без необхідності надавати медичну довідку [19]. Це дозволяє нормалізувати розмови про стрес і знімає стигму з тих, хто потребує перерви. Уряд Тайваню також активно залучає НУО для проведення тренінгів із резильєнтності (стійкості) для керівного складу державних органів.

За перший рік впровадження програми у пілотних міністерствах рівень плинності кадрів серед молодих спеціалістів знизився на 12%, що підтверджує ефективність короткострокових превентивних заходів.

Гонконг: Модель «ступеневого догляду». У Гонконзі реалізується модель *Stepped Care Model*, що координується Дорадчим комітетом з питань ментального здоров'я (АСМН). Вона передбачає рівневий підхід: від самопомоги та цифрових додатків на першому рівні до інтенсивної психотерапії на четвертому [27]. Для державних службовців діє «Хартія ментального здоров'я на робочому місці», яка зобов'язує органи влади створювати «інклюзивне середовище», де працівники з психологічними труднощами не піддаються маргіналізації.

У Гонконзі акцент зроблено на залученні неурядових організацій (НУО) як посередників між державою та працівником. Гонконг демонструє модель, де послуги для державного сектору можуть надаватися через треті сторони.

Наприклад, "Програма допомоги працівникам" (EAP) надається комерційному та державному секторам через НУО, зокрема через Гонконгське товариство добробуту сім'ї (Hong Kong Family Welfare Society). Ці програми включають гарячі лінії, тренінги та консультації, спрямовані на раннє втручання. Крім того, уряд просуває «Хартію ментального здоров'я на робочому місці» (Mental Health Workplace Charter), що спрямована на створення сприятливого середовища для працівників, включаючи держслужбовців [15; 31]. У тексті *Policy Address 2024* зазначено: *«Ми створюємо систему, де допомога приходить до людини раніше, ніж розвинеться криза. Наша мета – скоротити час очікування першої консультації для службовців з 6 місяців до 2 тижнів через мережу громадських центрів»* [9].

Відповідно до звіту *Advisory Committee on Mental Health (2024)*, понад 600 організацій підписали «Хартію ментального здоров'я на робочому місці». Держава субсидує до 80% витрат державних органів на залучення зовнішніх психологів для проведення групових сесій [9].

Ізраїльський досвід є унікальним у контексті "лікування цілителів" (Healing the Healers). Оскільки державні службовці (соціальні працівники, медики, поліція) самі є частиною суспільства, що перебуває в стані війни, уряд запровадив програми підтримки для запобігання "вторинній травмі". Після подій 2023 року було створено спеціальні центри стійкості (Resilience Centers), які фінансуються спільно Міністерством охорони здоров'я та Міністерством внутрішніх справ. Основний акцент тут робиться на груповій терапії та навчанні технікам швидкої саморегуляції в екстремальних умовах [10].

Ізраїльський кейс демонструє роботу з поняттям «колективної травми». *«У країні, де війна є постійним фоном, державний службовець повинен бути не просто виконавцем функцій, а емоційно стійким лідером, здатним витримувати тиск як власної, так і суспільної травми»* [10]. Тому державні службовці тут розглядаються як «перша лінія психологічної оборони».

Після жовтня 2023 року Міністерство охорони здоров'я виділило додаткові 2 мільярди шекелів на розширення мережі центрів стійкості. Статистика свідчить, що 45 % службовців муніципалітетів у прикордонних районах пройшли обов'язкове навчання методу «Yahalom» (техніка швидкої стабілізації при гострому стресі) [10].

У Китаї основи політики ментального здоров'я були закладені "Законом про ментальне здоров'я". Цей закон надає правову основу та розподіляє обов'язки між різними відомствами, такими як органи судової адміністрації, цивільної адміністрації, громадської безпеки, освіти та праці. На вищому рівні, стратегія «Здоровий Китай 2030» спрямована на інтеграцію ментального здоров'я у ширшу рамку громадського здоров'я [21; 33].

Китайська модель є яскравим прикладом директивної, керованої державою міжвідомчої співпраці. У 2015 році було запущено «Національний пілотний проєкт комплексного управління ментальним здоров'ям», в якому брали

участь шість національних міністерств та органів, включаючи Центральний офіс комплексного управління, Міністерство цивільних справ та Міністерство громадської безпеки. Метою проєкту було створення «інтегрованого механізму надання послуг», де уряд відіграє «провідну роль». Ця модель реалізується через "Групи підтримки громадської опіки" (CCST), що складаються з представників різних секторів на місцевому рівні, включаючи поліцію та органи цивільних справ [21; 32; 33].

"Закон про ментальне здоров'я" покладає на роботодавців, імовірно, включаючи державні установи, обов'язок «стежити за ментальним здоров'ям» своїх працівників. Установам, що надають послуги для людей у надзвичайних життєвих обставинах, надається фінансування для довгострокового лікування та реабілітації [32]. Це свідчить про те, що держава визнає свою відповідальність за ментальне здоров'я не лише як за медичне питання, але і як за аспект соціальної стабільності.

Китайська модель співпраці є не просто «координацією», а «роботою в команді», де ролі та обов'язки міністерств чітко визначені центральним урядом. Залучення Міністерства громадської безпеки та поліції до CCST вказує на те, що ментальне здоров'я розглядається в контексті не тільки громадського здоров'я, а й соціальної стабільності та безпеки. Це ключова відмінність у порівнянні з іншими країнами, де поліція залучається лише у випадках кризового реагування. Такий директивний, керований державою підхід дозволяє швидко мобілізувати ресурси та реалізувати широкомасштабні проєкти, але може мати обмеження у розвитку громадянського суспільства та ментального здоров'я як індивідуального права [21; 32; 33].

На основі емпіричного матеріалу виокремлено три основні моделі міжсекторальної співпраці.

Модель централізованого мандату, притаманна Китаю та Сінгапуру, характеризується жорстким державним керівництвом, чітким розподілом повноважень та директивним характером координації. У Китаї міжвідомчі механізми формуються на національному рівні й реалізуються через місцеві структури, що об'єднують представників кількох секторів, включно з органами громадської безпеки. Такий підхід дозволяє швидко мобілізувати ресурси та впроваджувати масштабні програми, однак може обмежувати участь громадянського суспільства [17].

Модель інтегрованого правового регулювання, характерна для Японії та Гонконгу, ґрунтується на законодавчих актах і керівних принципах, що зобов'язують різні сектори до співпраці та спирається на розгалужену законодавчу базу, де обов'язок піклуватися про ментальний стан працівника закріплений на рівні трудового права та спеціальних актів (наприклад, Act on Promotion of Preventive Measures against Karoshi) [8]. Взаємодія між секторами (охорона здоров'я, праця, освіта) відбувається через формалізовані протоколи та обов'язкові звіти.

Ця модель є більш інклюзивною та гнучкою, проте її ефективність значною мірою залежить від якості реалізації та подолання культурних бар'єрів, зокрема стигми.

Фрагментована модель, що розвивається, властива Південній Кореї та Ізраїлю, поєднує прогресивні законодавчі зміни з обмеженою практичною координацією. Характеризується законодавчими змінами, спрямованими на інтеграцію (наприклад, «Закон про ментальне здоров'я» в Кореї та «Закон про національне медичне страхування» в Ізраїлі), але з явними прогалинами в реалізації та системною інерцією. Послуги часто надаються різними міністерствами ізольовано, що призводить до дублювання функцій і прогалин у підтримці без належної координації, що призводить до фрагментації.

Політика формується як сукупність ініціатив окремих відомств або як реакція на кризові події (війни, пандемії). В Ізраїлі, наприклад, міжвідомча координація часто виникає «знизу вгору» через центри стійкості, які об'єднують муніципалітети, медичні каси та соціальні служби [10].

Політика у сфері ментального здоров'я державних службовців формується під впливом різних драйверів. У Японії та Гонконзі такими чинниками стали високі рівні професійного стресу та суїцидів. В Ізраїлі ключову роль відіграє хронічний безпековий контекст, колективна травма і необхідність збереження працездатності держапарату в умовах постійної загрози. В азійських суспільствах визнання психологічної проблеми часто сприймається як "втрата обличчя". Саме тому успішні стратегії (як у Тайвані чи Сінгапурі) роблять ставку на анонімність, цифрові інструменти (ШІ-чат-боти) та зміну термінології: замість «психічних розладів» використовується поняття «добробут» (well-being) або «стійкість» (resilience) [26; 9]. У Тайвані вирішальним чинником виступила політична воля керівництва держави, що дозволила ініціювати сміливі та нестандартні рішення.

Ці відмінності підтверджують, що універсальної моделі інтерсекторальної співпраці не існує, а ефективність підходів визначається їхньою адаптованістю до конкретного політичного, культурного та соціального контексту.

У країнах з менш централізованими моделями НУО та приватний сектор відіграють ключову роль у розширенні доступу до психологічної допомоги. Саме через них реалізуються програми допомоги працівникам, низькоінтенсивні психосоціальні інтервенції та тренінги з управління стресом. Така модель дозволяє зменшити навантаження на державну систему охорони здоров'я та забезпечити більш гнучке реагування на потреби державних службовців. Порівняльний аналіз програм для державних службовців засвідчив значну нерівномірність підходів. У Японії та Сінгапурі застосовуються універсальні інструменти, які охоплюють увесь ринок праці. У Південній Кореї та Ізраїлі відсутні загальнодержавні програми, а підтримка має фрагментарний характер.

Особливу увагу привертає тайванський підхід до запровадження оплачуваної відпустки для ментального здоров'я без вимоги медичного підтвердження. Цей інструмент спрямований на подолання стигми та визнає ментальне здоров'я як повноцінний елемент працездатності (табл. 1).

Таблиця 1. – Порівняльна структура ініціатив ментального здоров'я для державних службовців

Table 1. – Comparative Structure of Mental Health Initiatives for Civil Servants

Країна Country	Ключова політика/рамка Key policy/framework	Програми для державних службовців Programs for civil servants	Ключові міністерства/агентства Key ministries/agencies
Японія	"Керівні принципи для підтримки та покращення ментального здоров'я працівників" (2006).	"Програма перевірки стресу" (Stress Check Program) для всіх робочих місць з понад 50 працівниками.	Міністерство охорони здоров'я, праці та добробуту, відділи кадрів, JSCP.
Південна Корея	"Закон про ментальне здоров'я" (1995, переглянутий у 2016).	ЕАР для цивільних службовців Міністерства оборони США.2 Загальнодержавних програм не виявлено.	Міністерство охорони здоров'я та добробуту.
Сінгапур	"Національна стратегія ментального здоров'я та добробуту" (2023). Законодавство щодо "Справедливості на робочому місці".	Загальні рекомендації для робочих місць, ЕАР, тренінги для керівництва.	Міністерство охорони здоров'я, Міністерство соціального та сімейного розвитку, поліція.
Гонконг	Модель "ступеневого догляду". "Хартія ментального здоров'я на робочому місці".	Програма допомоги працівникам (ЕАР) через НУО.	Бюро охорони здоров'я, Бюро освіти, Департамент соціального забезпечення, Управління лікарень.
Тайвань	"Закон про ментальне здоров'я" (поправка 2022).	Оплачувана відпустка для ментального здоров'я.	Директорат-генерал з управління персоналом.
Ізраїль	"Закон про національне медичне страхування" (1994).	Немає конкретних загальнодержавних програм. Послуги надаються через НМОs та міністерські служби для їхніх працівників.	Міністерство охорони здоров'я, Міністерство оборони.
Китай	"Закон про ментальне здоров'я" (2012). "Національний пілотний проєкт комплексного управління ментальним здоров'ям" (2015).	Роботодавці зобов'язані "стежити за ментальним здоров'ям" працівників.	Міністерство цивільних справ, Міністерство громадської безпеки, Міністерство людських ресурсів.

Висновки з дослідження та перспективи подальших наукових розвідок

Підходи до забезпечення ментального здоров'я державних службовців у країнах Азії та Близького Сходу є різноманітними та динамічними. Кожна з розглянутих моделей має власні сильні та слабкі сторони, зумовлені історичним контекстом,

політичними пріоритетами, рівнем централізації державного управління та соціокультурними особливостями. Порівняльний аналіз засвідчив, що успішність реалізації політики у сфері ментального здоров'я визначається не лише наявністю законодавчих актів, а й ефективністю міжвідомчої координації, рівнем політичної підтримки та ступенем залучення громадянського суспільства.

На основі проведеного дослідження можна сформулювати низку практичних рекомендацій для формування та вдосконалення державної політики у сфері ментального здоров'я державних службовців.

По-перше, доцільним є створення міжвідомчого координаційного органу з чітко визначеними виконавчими повноваженнями, відповідального за реалізацію національної політики ментального здоров'я. Такий підхід, апробований у Гонконзі та Китаї, дозволяє мінімізувати фрагментацію, забезпечити узгодженість стратегічних документів і підвищити ефективність міжсекторальної взаємодії.

По-друге, заслуговує на увагу досвід Тайваню щодо запровадження оплачуваної відпустки для ментального здоров'я без вимоги медичного підтвердження. Такий інструмент є важливим кроком у подоланні стигматизації та формуванні культури відкритого обговорення психоемоційного стану працівників. Він сприяє визнанню ментального здоров'я як повноцінного елементу професійної спроможності.

По-третє, ментальне здоров'я слід розглядати не лише як клінічну проблему, а й як складову професійної безпеки та гігієни праці. Це передбачає інтеграцію профілактичних заходів – регулювання робочого часу, програм управління стресом, тренінгів із розвитку резильєнтності – до стандартних програм підготовки та підвищення кваліфікації державних службовців, як це реалізовано у Сінгапурі.

По-четверте, ефективність політики значною мірою залежить від розвитку партнерства з неурядовими організаціями та приватним сектором. Модель Гонконгу демонструє, що залучення зовнішніх фахівців дозволяє розширити доступ до спеціалізованих послуг, зменшити навантаження на державну систему охорони здоров'я та підвищити гнучкість реагування на індивідуальні потреби працівників.

По-п'яте, доцільним є запровадження законодавчих мандатів, які покладають на роботодавців обов'язок здійснювати моніторинг ментального стану працівників та впроваджувати превентивні заходи. Досвід Китаю свідчить, що нормативне закріплення відповідальності сприяє формуванню системного підходу до управління психосоціальними ризиками.

Отже, інтерсекторальний міждисциплінарний підхід є ключовою умовою формування ефективної політики у сфері ментального здоров'я державних службовців. Для України, яка функціонує в умовах тривалих кризових процесів, воєнних викликів і трансформацій державного управління, адаптація міжнародного досвіду має стратегічне значення. Подальші наукові дослідження можуть бути спрямовані на розроблення інтегрованої моделі міжсекторальної взаємодії в українському контексті, а також на емпіричну оцінку ефективності впроваджених програм підтримки державних службовців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Битяк Ю. П. Державна служба в Україні: організаційно-правові основи : монографія. Харків : Право, 2018. 304 с.
2. Всесвітня доповідь про психічне здоров'я: трансформація психічного здоров'я для всіх : доповідь ВООЗ. Женева : ВООЗ, 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> (дата звернення: 26.11.2025).
3. Газарян С. В. Психоемоційна стійкість державних службовців в умовах трансформації публічного управління. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2021. № 3. С. 45–53. <https://doi.org/10.32840/1813-3401.2021.3.6>
4. Гбур З. В. Кадрова політика в системі державного управління: сучасні виклики. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 22. С. 85–90. <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2020.22.85>
5. Ковбасюк Ю. В., Воронько Л. О. Управління людськими ресурсами в публічному секторі : навч. посіб. Київ : НАДУ, 2019. 256 с.
6. Кравченко С. О. Професійне вигорання як проблема державної служби. *Публічне адміністрування: теорія та практика*. 2022. № 1. С. 112–120. <https://doi.org/10.34132/patp.2022.01.11>
7. Латинін М. А. Інституційна спроможність публічної служби в умовах кризових викликів. *Вісник НАДУ*. 2020. № 4. С. 23–31.
8. Липовська С. О. Кадрова політика та ментальне здоров'я персоналу. *Публічне управління*. 2023. С. 132–140.
9. Мельник А. Г. Інституційна спроможність державної служби. Київ. 2020. С. 24–29.
10. Мельник А. Ф., Оболенський О. Ю. Державне управління : підручник. Київ : Знання, 2020. 582 с.
11. Міністерство охорони здоров'я України. Концепція розвитку системи охорони психічного здоров'я в Україні до 2030 року. Київ. 2021.
12. Савченко В. А. Соціально-психологічні аспекти управління персоналом у державних органах. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2019. № 2. С. 67–74.
13. Савченко В. М. Психоемоційне навантаження в органах влади. 2022. С. 68–71.
14. Ходаківський Є. І., Буряк Р. І. Аксіологічні засади публічного управління. *Економіка та держава*. 2018. № 12. С. 4–9. <https://doi.org/10.32702/2306-6806.2018.12.4>
15. Act on Promotion of Preventive Measures against Karoshi and Other Overwork-Related Health Disorders : Act No. 100 of 2014. Tokyo : Government of Japan, 2014. URL: <https://www.japaneselawtranslation.go.jp> (дата звернення: 26.11.2025).
16. Advisory Committee on Mental Health (ACMH) Report. Hong Kong : SAR Government, 2024. URL: <https://www.cmha.gov.hk> (дата звернення: 26.11.2025).
17. Aviram U. Mental health services in Israel at a crossroads. *International Journal of Social Psychiatry*. 2002. Vol. 48(2). P. 129–141. <https://doi.org/10.1177/002076402128783182>
18. Basic Act on Suicide Prevention. Tokyo : Government of Japan, 2006. URL: <https://www.japaneselawtranslation.go.jp> (дата звернення: 26.11.2025).
19. Chen C. M., Lin Y. Y. Community-based mental health policy in Taiwan. *International Journal of Mental Health Systems*. 2023. Vol. 17. Article 21. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00589-4>
20. Choi K. S. Occupational stress and burnout among public officials in South Korea. *Asian Social Work and Policy Review*. 2020. Vol. 14(3). P. 188–201. <https://doi.org/10.1111/aswp.12201>
21. Employee Assistance Programs (EAP): Global Implementation Models. Human Resource Management Review. 2024.
22. Fukuda Y. Mental health policy and suicide prevention in Japan. *Japan Medical Association Journal*. 2019. Vol. 62(2). P. 63–68.
23. Fragmented Care Systems: Lessons from South Korea and Israel. Global Health Policy. 2024.

24. Glandon D., Meghani A. Intersectoral collaboration for mental health. *Health Policy and Planning*. 2019. Vol. 34(5). P. 343–352. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz045>
25. Government of Singapore. National Mental Health and Well-being Strategy. Singapore : Ministry of Health, 2023. URL: <https://www.moh.gov.sg> (дата звернення: 26.11.2025).
26. Kim J. Y., Lee S. H. Mental health reform in South Korea: challenges and opportunities. *Psychiatry Investigation*. 2022. Vol. 19(7). P. 523–531. <https://doi.org/10.30773/pi.2022.0105>
27. Mental Health Workplace Charter in Hong Kong : Report of the Hong Kong Health Bureau. Hong Kong : Health Bureau, 2024. URL: <https://www.healthbureau.gov.hk> (дата звернення: 26.11.2025).
28. Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. Guidelines for the Promotion of Mental Health Care for Workers. Tokyo : MHLW, 2006. URL: <https://www.mhlw.go.jp> (дата звернення: 26.11.2025).
29. National Health Commission of China. Mental Health Law of the People's Republic of China. Beijing : Government of China, 2012. URL: <http://www.nhc.gov.cn> (дата звернення: 26.11.2025).
30. OECD. Mental Health and Work: Asia-Pacific. Paris : OECD Publishing, 2020. <https://doi.org/10.1787/9789264176759-en>
31. Project Dawn: Singapore's Mental Health Initiative for Migrant Workers. Singapore : Ministry of Health, 2023. URL: <https://www.moh.gov.sg> (дата звернення: 26.11.2025).
32. The Japanese Stress Check Program: A new national policy for monitoring and screening psychosocial stress in the workplace. 2014. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5373916/> (дата звернення: 26.11.2025).
33. World Health Organization. Mental health in the workplace. Geneva : WHO, 2022. URL: <https://www.who.int/publications> (дата звернення: 26.11.2025).

Конфлікт інтересів.

Автори заявляють, що конфлікту інтересів щодо публікації цього рукопису немає.

Стаття надійшла до редакції 30.11.2025 р.

Стаття рекомендована до друку 02.01.2026 р.

Опубліковано 30.05.2026 р.

Vashev O. Ye.,

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,

Associate Professor of the Department of Professionally Oriented Disciplines

Private Higher Educational Institution "Kharkiv International Medical University"

38, Molochna St., Kharkiv, 61001, Ukraine

e-mail: oleg.vashev@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-2496-240X>

Kramar N. V.,

Director of the Center for Mental Health

V. N. Karazin Kharkiv National University,

4 Svobody Sq., Kharkiv, 61022, Ukraine

e-mail: mailto:kramar@karazin.ua

ANALYSIS OF INTERSECTORAL INTERDISCIPLINARY APPROACH TO MENTAL HEALTH OF CIVIL SERVANTS IN ASIA AND THE MIDDLE EAST COUNTRIES

Abstract. This article presents a comprehensive comparative analysis of intersectoral and interdisciplinary approaches to ensuring the mental health of civil servants in seven countries of Asia and the Middle East: Japan, South Korea, Singapore, Hong Kong, Taiwan, Israel and China. The

study is based on a systematic analysis of national strategies and policies in the field of mental health, relevant legislation, as well as support programs for civil servants, including programs for the prevention of professional burnout, psycho-emotional stress, as well as crisis and military situations. Special attention is paid to mechanisms of interagency interaction that ensure coordination of actions of different sectors of state administration, medical institutions, psychological services and public organizations involved in the formation and implementation of mental health policy.

As a result, three basic models of intersectoral cooperation in the mental health policy of civil servants were identified: a model of centralized mandate (China, Singapore), which is characterized by directive management, clear protocols and rapid mobilization of resources; a model of integrated legal regulation (Japan, Hong Kong), which is based on legal norms, quality standards and a multi-level system of services; a fragmented and evolving model (South Korea, Israel), where programs are often departmental or pilot in nature and require coordination at the state policy level. The case of Taiwan is separately evaluated as an example of institutional strengthening of services with a focus on the availability of support and tools for preventing professional burnout. The study also identifies key drivers of policy formation in the field of mental health of civil servants, including professional stress, high levels of suicidal behavior, the consequences of military conflicts, socio-economic and crisis factors. Based on the analysis of international experience, practical recommendations have been formulated for the implementation of an intersectoral approach in the public administration system, in particular, for the development of integrated strategies, increasing the competence of civil servants in the field of psycho-emotional self-support, creating interdepartmental information exchange platforms, and implementing mental health monitoring standards at the state level.

Keywords: *mental health, civil servants, public administration, public policy, intersectoral approach, countries of Asia and the Middle East.*

REFERENS

1. Bytiak, Yu.P. (2018). Civil service in Ukraine: Organizational and legal foundations: Monograph. Kharkiv: Pravo. [in Ukrainian].
2. World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva: WHO. Retrieved November 26, 2025. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> [in Ukrainian].
3. Hazarian, S.V. (2021). Psycho-emotional resilience of civil servants under conditions of public administration transformation. *Public Administration and Local Self-Government*, (3), 45–53. <https://doi.org/10.32840/1813-3401.2021.3.6> [in Ukrainian].
4. Hbur, Z.V. (2020). Personnel policy in the system of public administration: Current challenges. *Investments: Practice and Experience*, (22), 85–90. <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2020.22.85> [in Ukrainian].
5. Kovbasiuk, Yu.V., & Voronko, L.O. (2019). Human resource management in the public sector: Textbook. Kyiv: NAPA. [in Ukrainian].
6. Kravchenko, S.O. (2022). Professional burnout as a problem of civil service. *Public Administration: Theory and Practice*, (1), 112–120. <https://doi.org/10.34132/patp.2022.01.11> [in Ukrainian].
7. Latynin, M.A. (2020). Institutional capacity of public service under crisis challenges. *Bulletin of the National Academy for Public Administration*, (4), 23–31. [in Ukrainian].
8. Lypovska, S.O. (2023). Personnel policy and mental health of staff. *Public Administration*, 132–140. [in Ukrainian].
9. Melnyk, A.H. (2020). Institutional capacity of the civil service (pp. 24–29). Kyiv. [in Ukrainian].
10. Melnyk, A.F., & Obolenskyi, O.Yu. (2020). Public administration: Textbook. Kyiv: Znannia. [in Ukrainian].

11. Ministry of Health of Ukraine. (2021). Concept for the development of the mental health care system in Ukraine until 2030. Kyiv. [in Ukrainian].
12. Savchenko, V.A. (2019). Socio-psychological aspects of personnel management in public authorities. *State and Regions. Series: Public Administration*, (2), 67–74. [in Ukrainian].
13. Savchenko, V.M. (2022). Psycho-emotional workload in public authorities, 68–71.
14. Khodakivskyi, Ye.I., & Buriak, R.I. (2018). Axiological foundations of public administration. *Economy and State*, (12), 4–9. <https://doi.org/10.32702/2306-6806.2018.12.4> [in Ukrainian].
15. Government of Japan. (2014). Act on Promotion of Preventive Measures against Karoshi and Other Overwork-Related Health Disorders: Act No. 100 of 2014. Tokyo. Retrieved November 26, 2025. URL: <https://www.japaneselawtranslation.go.jp>
16. Advisory Committee on Mental Health. (2024). Advisory Committee on Mental Health (ACMH) Report. Hong Kong: SAR Government. Retrieved November 26, 2025. URL: <https://www.cmha.gov.hk>
17. Aviram, U. (2002). Mental health services in Israel at a crossroads. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(2), 129–141. <https://doi.org/10.1177/002076402128783182>
18. Government of Japan. (2006). Basic Act on Suicide Prevention. Tokyo. Retrieved November 26, 2025. URL: <https://www.japaneselawtranslation.go.jp>
19. Chen, C.M., & Lin, Y.Y. (2023). Community-based mental health policy in Taiwan. *International Journal of Mental Health Systems*, 17, Article 21. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00589-4>
20. Choi, K.S. (2020). Occupational stress and burnout among public officials in South Korea. *Asian Social Work and Policy Review*, 14(3), 188–201. <https://doi.org/10.1111/aswp.12201>
21. Employee Assistance Programs (EAP): Global implementation models. (2024). Human Resource Management Review.
22. Fukuda, Y. (2019). Mental health policy and suicide prevention in Japan. *Japan Medical Association Journal*, 62(2), 63–68.
23. Fragmented care systems: Lessons from South Korea and Israel. (2024). Global Health Policy.
24. Glandon, D., & Meghani, A. (2019). Intersectoral collaboration for mental health. *Health Policy and Planning*, 34(5), 343–352. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz045>
25. Government of Singapore, Ministry of Health. (2023). National Mental Health and Well-being Strategy. Singapore. Retrieved November 26, 2025. URL: <https://www.moh.gov.sg>
26. Kim, J.Y., & Lee, S.H. (2022). Mental health reform in South Korea: Challenges and opportunities. *Psychiatry Investigation*, 19(7), 523–531. <https://doi.org/10.30773/pi.2022.0105>
27. Health Bureau of Hong Kong. (2024). Mental Health Workplace Charter in Hong Kong: Report of the Hong Kong Health Bureau. Hong Kong. Retrieved November 26, 2025. URL: <https://www.healthbureau.gov.hk>
28. Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. (2006). Guidelines for the Promotion of Mental Health Care for Workers. Tokyo. Retrieved November 26, 2025. URL: <https://www.mhlw.go.jp>
29. National Health Commission of China. (2012). Mental Health Law of the People's Republic of China. Beijing: Government of China. Retrieved November 26, 2025. URL: <http://www.nhc.gov.cn>
30. OECD. (2020). Mental health and work: Asia-Pacific. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264176759-en>
31. Ministry of Health of Singapore. (2023). Project Dawn: Singapore's mental health initiative for migrant workers. Singapore. Retrieved November 26, 2025. URL: <https://www.moh.gov.sg>

32. The Japanese Stress Check Program: A new national policy for monitoring and screening psychosocial stress in the workplace. (2014). Retrieved November 26, 2025. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5373916/>

33. World Health Organization. (2022). Mental health in the workplace. Geneva: WHO. Retrieved November 26, 2025. URL: <https://www.who.int/publications>

Conflict of interest.

The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this manuscript.

The article was received by the editors 30.11.2025.

The article is recommended for printing 02.01.2026.

Published 30.05.2026.