



МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА

Проект BG05M9OP001-1.051- 0006 „Съвместни действия на социалните партньори за адаптиране на работната среда към специфичните възрастови потребности на различните поколения, с цел насърчаване на по-дълъг трудов живот и способност за работа“



Наръчници

за адаптиране на работните места и дейностите към специфичните потребности и възможности на хора с хронични заболявания

2020 г.

РЕЗЮМЕ

Настоящата разработка има за цел да подпомогне дейността на социалните партньори, мениджърите в предприятията, специалистите по човешки ресурси и синдикалните дейци при въвеждането на политики и практики за подобряване на социалния диалог и управлението на човешките ресурси. Целта е създаване на условия за осигуряване на работна среда, съобразена със специфичните изисквания и потребности на работещите с хронични заболявания.

Наръчниците се отнасят до трите от най-разпространените незаразни хронични заболявания сред работната сила (хипертония, диабет и ХОББ). Тези заболявания са идентифицирани и съгласувани със социалните партньори въз основа на изследването на тема „Проучване за специфичните потребности за нови политики и подходи за адаптиране на работната среда за осигуряване на по-дълъг трудов живот.

В изпълнение на проекта са разработени наръчници за трите най-разпространените незаразни хронични заболявания сред работната сила (хипертония, диабет и ХОББ). Наръчниците съдържат обща и специфична част.

Наръчниците в общата си част съдържат методически насоки и указания към мениджъри човешки ресурси и синдикалните дейци в предприятията, пациентски и други организации, като им предоставят информация за:

- разпространение на ХНБ и тяхното значение за общественото здраве;*
- рискови фактори, свързани с работната среда;*
- резултати от анкетно проучване на потребностите за адаптиране на работната среда;*
- основни изисквания и принципи при създаване на здравословна, безопасна, вдъхновяваща и мотивираща работна среда за всички поколения служители;*
- съществуващото национално законодателство по безопасност и здраве при работа;*
- стресът на работното място – идентифициране, рискови фактори и превенция на стреса на работното място;*
- добри практики в страни от ЕС, свързани с интервенциите, насочени към запазване на работното място на хронично болните;*
- подробна информация как да помогнем на работещите с хронични заболявания на работното място.*

В тази част са разгледани за определените в проекта икономически дейности водещите рискови фактори, които могат да утежнят разглежданите хронични заболявания и начините за превенция.

В Наръчниците по най-разпространените незаразни хронични заболявания - „Диабет“, „ХОББ“, „Хипертония“ се съдържа информация за:

- Характеристика на заболяването,*

- *Статистически данни за заболяването,*
- *организация на медицинското обслужване,*
- *Възрастови промени, поведенчески реакции, работоспособност,*
- *Условия на труд и рискове за здравето при съответното заболяване,*
- *Последици от заболяването: физиологични промени, здравни проблеми, вкл. психологически, социални последици,*
- *Оценка на риска (обективни физиологични и психофизиологични методи, субективни методи, оценка на базата на критерии и правила за добра практика на организация),*
- *Управление на риска (промени в организацията на работния процес, компенсаторни и предпазни мерки, медицинско обслужване, обучение и др.),*
- *Промоция на здравето и работоспособността.*

Целта е да се представят за апробиране три броя наръчници, които да послужат на социалните партньори, мениджърите в предприятията, специалистите по човешки ресурси и синдикалните дейци за адаптиране на работните места и дейностите към специфичните потребности и възможности на хора с хронични заболявания.

Заглавие на анализа:	Наръчници за адаптиране на работните места и дейностите към специфичните потребности и възможности на хора с хронични заболявания (хипертония, диабет и ХОББ).
Срок за изпълнение:	2021 г.
Дата на представяне:	
Наименование на дейността:	Дейност 3. „Разработване, пилотно тестване и апробиране на иновативни инструменти и модели за анализ и адаптиране на работната среда към специфичните възрастови потребности на различните поколения работна сила и нуждата от трансфер на знания и опит между поколенията на работното място“
Задача:	Поддейност 3.3. Разработване и пилотно тестване на наръчници за адаптиране на работните места и дейностите към специфичните потребности и възможности на хора с хронични заболявания
Код:	
Версия:	<input type="checkbox"/> Чернова <input checked="" type="checkbox"/> Междинна версия <input type="checkbox"/> Финална версия
Тип:	
Ниво на разпространение:	<input type="checkbox"/> Публично <input checked="" type="checkbox"/> Ограничено
Изготвил(и):	проф. д-р Григор Димитров, БСК, ВУЗФ, София проф. д-р Златица Петрова, ФОЗ, МУ, София Елисавета Петрова-Джеретто, ФОЗ, МУ, София проф. д-р Каролина Любомирова, дм ФОЗ, МУ, София доц. д-р Янка Проданова, дм ФОЗ, МУ, София доц. д-р Лидия Христова, дм ФОЗ, МУ, София доц. Наташа Данова, НЦОЗА, МЗ, София доц. Галя Цолова, НЦОЗА, МЗ, София доц. Росен Петков, дм .МБАЛББ „Св. София“, д-р Светлозара Илиева, дм, Наталия Маева, Национална пациентска организация, София
Отговорник:	Проф. д-р Григор Димитров, БСК, ВУЗФ София
Ръководител на дейността:	Проф. д-р Григор Димитров, БСК, ВУЗФ, София Проф. д-р Златица Петрова, ФОЗ, МУ, София
Партньор (ако има такъв):	<input type="checkbox"/> КНСБ
Асоциирани партньори:	
Кратко резюме (до 200 думи):	Настоящата разработка има за цел да подпомогне дейността на социалните партньори, мениджърите в предприятията, специалистите по човешки ресурси и синдикалните дейци при въвеждането на

	<p>политики и практики за подобряване на социалния диалог и управлението на човешките ресурси. Целта е създаване на условия за осигуряване на работна среда, съобразена със специфичните изисквания и потребности на работещите с хронични заболявания.</p> <p>Наръчниците се отнасят до трите от най-разпространените незаразни хронични заболявания сред работната сила (хипертония, диабет и ХОББ). Тези заболявания са идентифицирани и съгласувани със социалните партньори въз основа на изследването на тема „Прочуване за специфичните потребности за нови политики и подходи за адаптиране на работната среда за осигуряване на по-дълъг трудов живот наръчника за и способност на работа на хора с хронични заболявания“ и последвалата дискусия.</p>
Ключови думи (до 10 бр.):	наръчници, хронични заболявания, хипертония, диабет, ХОББ, работни места, социални партньори, мениджъри в предприятия, специалисти по човешки ресурси и синдикални дейци. условия на труд, добри практики

Съдържание

Резюме	2
Раздел 1. Въведение	9
1.1. Цел на документа и връзка с другите проучвания/ изследвания/ анализи	9
1.2. Общи цели на проекта	9
1.3. Специфична цел.....	10
Раздел 2. Хронични незаразни болести (ХНБ)	10
2.1. Обща характеристика.....	10
2.2. Резултати от проучване за специфичните потребности за нови политики и подходи за адаптиране на работната среда за осигуряване на по-дълъг трудов живот и способност на работа на хора с хронични заболявания.....	12
2.3. Подходи и добри практики за адаптиране на работните места и дейностите към специфичните потребности и възможности на хора с хронични заболявания (хипертония, диабет и ХОББ).....	15
2.3.1. Проактивен подход за трансфер на информация и знания в рамките на компанията относно хроничните заболявания (хипертония, ХОББ, диабет)	19
2.3.2. Споделена отговорност.....	20
2.3.3.Приспособяване на работата към възможностите на служителите и очакванията на организацията.....	21
Раздел 3. Национални и европейски политики по безопасност и здраве при работа.....	51
3.1. Национални стратегии и програми по безопасност и здраве при работа.	52
3.2. Национално законодателство	53
3.3. Институционален капацитет на системата по безопасност и здраве при работа.....	55
3.4. Директиви и политики на ЕС за адаптиране на работната среда на хората със специфични потребности.	58
Раздел 4. Стресът на работното място - идентифицираме, Бърнаут синдром и превенция на стреса на работното място. Програма SOLVE (СОЛВЕ)	62
4.1. Кой са рисковите фактори, които могат да доведат до стрес на работното място?	62
4.2. Социални условия на труд. Същност и параметри.	65
4.3. Стрес на работното място - Бърнаут синдром.	66
4.4. Превенция на стреса на работното място.	68
4.5. Програма SOLVE (СОЛВЕ) - като проект за промоция и протекция на здравето на работното място... ..	72
4.6. Как да се справим със стреса на работното място?.....	73
Раздел 5. Как да помогнем на работещите с хронични заболявания на работното място?	74
5.1. Принципи на успешна програма за здравословно работно място.	74
5.2. Здравословните работни места в здравословна работна среда.....	81
Раздел 6. Добри практики в страните на ЕС свързани с интервенциите, насочени към запазване на работното място на хронично болните.	86
6.1. Обзор на добри практики.	86
6.2. Какво е благосъстояние на работното място?	92

6.3. Заключение от анализа на добрите практики.	97
Раздел 7. Живот с артериална хипертония, диабет и ХОББ	102
7.1. Наръчник „Живот с артериална хипертония“	102
7.1.1. Характеристика на заболяването	102
7.1.2. Условия на труд и рискове за здравето при съответното заболяване.....	110
7.2. Наръчник „Живот с ХОББ“	112
7.2.1. ХОББ - същност, рискови фактори.....	113
7.2.2. Управление на ХОББ.	115
7.2.3. Лечение, обучение и самоконтрол	117
7.2.4. Оценка и управление на риска при пациенти с ХОББ	120
7.3. Наръчник „Живот с диабет“	124
7.3.1. Тип Диабет 1 - същност на заболяването	124
7.3.2. Диабет тип 2	130
7.3.3. Поведение и работна среда.	136
7.3.4. Условия на труд и рискове за здравето при лица със захарен диабет	141
Раздел 8. Литературни източници	144

Използвани съкращения:

Съкращение	Описание на съкращението
АХ	- Артериална хипертония
БЗР	- Безопасност и здраве при работа
БМП	- Болнична медицинска помощ
БОК	- Болести на органите на кръвообращението
ЗБУТ	- Закон за безопасни условия на труд
ЕС	- Европейски съюз
ЗД	- Захарен диабет
ЗОЛ	- Здравноосигурени лица
ИМ	- Инфаркт на миокарда
ЛЗ	- Лечебно заведение
МЗ	- Министерство на здравеопазването
МОТ	- Международна организация на труда
НЗОК	- Национална здравноосигурителна каса
НСУТ	- Национален съвет по условия на труд
НЦОЗА	- Национален център по обществено здраве и анализи
НЦРРЗ	- Национален център по радиобиология и радиационна защита
ОПЛ	- Общопрактикуващ лекар
ПИМП	- Първична извънболнична медицинска помощ
РЗИ	- Регионални здравни инспекции
СЗО	- Световна здравна организация
СИМП	- Специализирана извънболнична медицинска помощ
ССЗ	- Сърдечносъдови заболявания
СТМ	- Служба по трудова медицина
ТЕЛК	- Трудово-експертна лекарска комисия
ХБДДП	- Хронични болести на долните дихателни пътища

Раздел 1. ВЪВЕДЕНИЕ

1.1. ЦЕЛ НА ДОКУМЕНТА И ВРЪЗКА С ДРУГИТЕ ПРОУЧВАНИЯ/ ИЗСЛЕДВАНИЯ/ АНАЛИЗИ

Настоящият документ е разработен в рамките на Проект BG05M9OP001-1.051-0006 „Съвместни действия на социалните партньори за адаптиране на работната среда към специфичните възрастови потребности на различните поколения, с цел насърчаване на по-дълъг трудов живот и способност за работа“.

Разработката е част от дейност 3 на проекта: **Разработване и апробиране на иновативни инструменти и модели за анализ и адаптиране на работната среда към специфичните възрастови потребности на различните поколения работна сила и нуждата от трансфер на знания и опит между поколенията на работното място.** Представените наръчници са логическо продължение на извършеното по дейност 3.1. - Проучване за специфичните потребности за нови политики и подходи за адаптиране на работната среда за осигуряване на по-дълъг трудов живот и способност на работа на хора с хронични заболявания.

На основата на направените изводи, анализиран опит и предложения, в изследването са представени за апробиране:

- Три Наръчника по социално значими и определени в проекта хронични заболявания, които включват: методически материали, добри практики и препоръки за подпомагане дейността на социалните партньори, мениджърите в предприятията, специалистите по човешки ресурси и синдикалните дейци (представители на работниците и служителите), неправителствени организации при подготовката и провеждането на политики и практики за подобряване на социалния диалог и управлението на човешките ресурси, с акцент осигуряване на работна среда, съобразена със специфичните изисквания и потребности на работещите с хронични заболявания;
- предлагане на форми и инициативи, добри практики на страни от ЕС за адаптиране на работната среда към специфичните изисквания на работещите с хронични заболявания и тяхното мотивиране, с цел насърчаване на по-дълъг трудов живот, способност за работа и адаптиране в трудовия процес.

1.2. ОБЩИ ЦЕЛИ НА ПРОЕКТА

- Преодоляване на недостига на работна сила и увеличаване на дела на заетите лица чрез насърчаване на по-дълъг трудов живот и способност за работа сред работещите над 54 год.
- Осигуряване на възможност за предприятията, предприемачите и заетите лица по-лесно да се адаптират към променящите се нужди на икономиката и пазара на труда.

1.3. СПЕЦИФИЧНА ЦЕЛ

- Приспособяване на политиките по управление на човешките ресурси и на индустриалните отношения към променящите се демографски тенденции и застаряване на работната сила и създаване на предпоставки за развитието на т.н. „сребърна икономика“ чрез активно социално партньорство.

Раздел 2. ХРОНИЧНИ НЕЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ (ХНБ)

2.1. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА

Хроничните незаразни болести (ХНБ) са главна причина за умираанията и инвалидността в света. Те формират 59.0% в структурата на общата смъртност и обуславят 45.9% от глобалното бреме на болестите (по DALY's). За България ХНБ са също голям социално-медицински проблем. Посочените болести имат основен принос за негативните тенденции в здравното състояние на населението.

Към групата на хроничните неинфекциозни болести експертите на СЗО включват основно болестите на органите на кръвообращението (БОК), злокачествените новообразувания (ЗН), хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ), диабета, психичните болести, болестите на мускулно-скелетната система и травмите. Особено внимание се отделя на първите четири групи болести, предвид високия дял умираания от тях (59%) или над 30 млн. души.

Няколко десетилетия се полагат огромни усилия за контрол на епидемията от хронични незаразни болести, като в много развити страни има постигнати резултати. Проведените в тази насока изследвания през втората половина на ХХ век доказват съществуването на фактори на риска, които са общи за повечето от тях и редуцирането им може да намали смъртността и заболяемостта от ХНБ, съответно и бремето им за обществото. Формулирана е и Концепция за факторите на риска за здравето, която и днес е в основата на профилактиката на хроничните незаразни болести.

Има различни класификации на факторите на риска. Една от тях ги разделя на модифицируеми и предотвратими (пол, възраст, наследственост) и други. За профилактиката са особено важни първите. Това са факторите, свързани със социалната среда и поведението на хората. При взаимодействие с генетични и други фактори те водят до поява на биологични фактори на риска, чрез които се реализира участието им в развитието на хронични незаразни болести.

Сред факторите на риска за хроничните незаразни болести най-голямо значение се отдава на артериалната хипертония, тютюнопушенето, ниската физическа активност, нездравословното хранене, особено ниската консумация на плодове и зеленчуци, злоупотребата с алкохол и дислипидемията.

Ефективната профилактика на тези болести изисква едновременно развитие на дейности в следните основни направления:

- подобряване на детерминантите на здравето (социални, поведенчески, екологични);
- приобщаване на населението към здравословния начин на живот;
- разработване и реализация на програми за профилактика и ранна диагностика на хроничните незаразни болести на общностно ниво;
- прилагане на интердисциплинарни модели на дейности срещу тези болести др.

В политиката за промоция на здравето и профилактика на болестите следва активно да бъдат въввлечени всички обществени сектори като образованието, социалната сфера и др., местните органи на власт, бизнесът, средствата за масова информация, неправителствените организации, населението, а не само структурите на здравната система. Само при такова междусекторно взаимодействие би могло да се изработи обща позиция по отношение на хроничните незаразни болести, съобразена с наличните възможности и ресурси.

В условията на ограничени възможности и финансови ресурси за профилактика е необходимо да се очертаят приоритетите, целите и дейностите в рамките на интегриран подход за намаляване на хроничните незаразни болести и последствията от тях, чрез разработка и реализация на политики и програми за профилактиката им. Проблемите следва да се обхванат комплексно и да включват мерки, както за цялото население, така и за високорисковите групи, вкл. за по-добро лечение и рехабилитация на болните, създаване на условия за здравословен избор и намаляване на неравенствата в здравето.

Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. (НППХНБ), приета от Министерски съвет обхваща дейности, насочени към превенцията на четирите основни поведенчески фактора на риска за здравето – тютюнопушене, алкохол, нездравословно хранене и ниска физическа активност. В Националната програма са определени политиките, стратегиите и добрите практики за превенция на хроничните незаразни болести; основните етапи при планиране и осъществяване на здравни комуникационни кампании; добри практики, реализирани на регионално ниво.

За съжаление, анализът за изпълнението на НЗС- 2020 и изводите, до които достигнахме, не са особено оптимистични по отношение на основните тенденции в демографските процеси през последното десетилетие със застаряване на населението, намалена раждаемост, засилена урбанизация и характерните за страните в преход висока смъртност и интензивна външна миграция предимно на млади и в активна възраст хора.

По отношение състоянието на околната среда, в отделни региони на страната продължават да съществуват редица предизвикателства, свързани с отклонения в качеството на атмосферния въздух, питейните води и шумовото натоварване, които могат да имат потенциално негативно отражение върху здравето на населението и/или различни уязвими групи от него.

Националната програма за развитие БЪЛГАРИЯ 2030 е рамков стратегически документ, в който е отделено особено място на развитие „Духовна и жизнена България“. Основен фокус се

поставя върху подобряването на здравния статус на населението, като ключов детерминант на качеството на живот, както и като необходимо условие за включването му в заетост и социална активност. В рамките на тази ос правителството определя два национални приоритета: Здраве и спорт, както и Култура, наследство и туризъм

Основен фокус на програмата за здравните проблеми е адресирането на високите нива на рискови фактори, застрашаващи здравето на населението, като тютюнопушене, употреба на алкохол, затлъстяване, небалансирано хранене и ниска двигателна активност. С цел намаляване на преждевременната и предотвратимата смъртност са набелязани начини и средства за повишаване на ефективността на усилията за засилване на здравната промоция и превенция, включително за повишаването на здравната култура. В документа се третират и въпросите, свързани със структурата на здравната мрежа, за да бъде адаптирана към потребностите на населението, гарантирайки на всеки български гражданин равнопоставен достъп на здравни услуги на всички нива в извънболничната и болничната помощ. Целта е да се постигне териториално фокусиране на интервенциите, което да подобри достъпа на населението до първична, специализирана и болнична помощ, особено в труднодостъпните и отдалечени места в страната.

2.2. РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОУЧВАНЕ ЗА СПЕЦИФИЧНИТЕ ПОТРЕБНОСТИ ЗА НОВИ ПОЛИТИКИ И ПОДХОДИ ЗА АДАПТИРАНЕ НА РАБОТНАТА СРЕДА ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА ПО-ДЪЛЪГ ТРУДОВ ЖИВОТ И СПОСОБНОСТ НА РАБОТА НА ХОРА С ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ.

Анкетното проучване е извършено за целите на разработката „Проучване за специфичните потребности за нови политики и подходи за адаптиране на работната среда за осигуряване на по-дълъг трудов живот и способност на работа на хора с хронични заболявания“.

Избраните и наблюдавани заболявания са определяните в проекта: хипертония, диабет и хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ), а възрастовите групи са от диапазона 20–65 години. Те са основни социално-значими заболявания, които оказват силно влияние върху заболеваемостта, трайно намалената работоспособност/вида и степента на увреждане и смъртността на населението.

Проучването се проведе сред 350 работещи лица в активна възраст (от 25 до 65 години), с артериална хипертония, диабет и ХОББ. За целта е разработен и апробиран въпросник с 30 въпроса, от които 27 закрити, разпределени в 4 основни раздела: лични данни; данни за здравето; данни за работната среда (вид упражняван труд, условия на труд и рискове за здравето) и оценка и препоръки.

Получените резултати са изключително интересни и, според нас, могат да послужат както на законотворците за промяна на трудовото законодателство, така и на мениджърите за управление на човешките ресурси за подобряване на трудовата среда.

- Анкетирани са 350 лица (40.3% мъже и 59.7% жени). Най-висок е дялът на лицата от възрастовите групи 46-55 и 56-65 години – общо 64.6%.
- Повече от половината изследвани (53.9%) са с висше образование, 37.5% – със средно образование.
- Най-висок е дялът на анкетираниите от сферата на здравеопазването (20.1%), следват работещите в търговията (18.3), държавна администрация (13.2%) и строителство (11.1%).
- Повече от 3/4 от изследваните са преминали на профилактичен преглед при ОПЛ през последната година, без статистически значима разлика по пол. Съществено по-нисък е дялът на преминалите на профилактичен преглед по месторабота – по-малко от ¼ от анкетираниите.
- Болшинството от анкетираниите оценяват здравето си като „добро“ и „задоволително“. Като „много добро“ определят здравето си само 6.2%.
- С артериална хипертония са 2/3, с диабет – 1/3, с ХОББ – 18.2%. Сумата от процентите е по-голяма от 100, тъй като някои лица са с две заболявания.
- Повече от ¼ от анкетираниите не са диспансеризирани по повод на посочените заболявания, без съществено различие по пол. В същото време, 80.3% от лицата приемат лекарства за тези заболявания. По-голямата част от анкетираниите не са ползвали болничен лист за временна неработоспособност през последната година (72.3% от тези с артериална хипертония; 84.7% с диабет и 85.3% с ХОББ). Само 15.6% от лицата с артериална хипертония; 15.3% с диабет и 8.1% с ХОББ съобщават за хоспитализации по повод тези заболявания). Решение на ТЕЛК по повод на артериална хипертония имат 15.8% от лицата, 17.9% с диабет и 11.0% с ХОББ.
- В частна фирма/организация работят повече от половината от анкетираниите лица, в държавна фирма/организация – 40.2%, самонаети – 6.1%. Лек физически труд упражняват 24.2%, средно тежък – 27% и тежък – 6.9%. Упражняващите умствен труд представляват 41.9% от всички изследвани.
- На нормално работно време работят близо 2/3 от анкетираниите, на намалено – 7.3%, на непълно работно време – 12.8%; нощен труд – 5.7%, на смени 25.3%.
- В трудова среда с наличие на вредности работят 80.0% от анкетираниите. Най-висок е относителният дял на лицата, работещи при психични вредности (стрес) – 62.2%.
- Работещите в държавна фирма/организация по-често редовно спазват регламентираните почивки в сравнение с частните фирми/организации. За болшинството анкетирани не е осигурено диетично хранене.
- Повече от 1/3 от анкетираниите съобщават за конфликти на работното място с началници, колеги или външни лица.
- Близо 2/3 от изследваните не знаят или считат, че няма във фирмата/организацията Комитет/група по условията на труд. Налице е съществено различие между

работещите в различните фирми/организации. Рядко или не много често се проверяват работните места според 60.7% от анкетираниите. На болшинството наблюдавани е проведено обучение за безопасни и здравословни условия на труд.

- Водещо значение за здравето според анкетираниите има адекватното възнаграждение, следват здравословните и безопасни условия на труд, социалните придобивки и добрата организация на работа.
- Осигуреното медицинско обслужване на фирмата/организацията има значение само за 21.8% от лицата. В същото време 69.1% от анкетираниите са категорични, че има необходимост от такова обслужване.
- Мерки за подпомагане на лицата с хронични заболявания за връщането им на работа след дълго отсъствие поради болест се предприемат само според 28.7% от анкетираниите.
- Дейността на работодателя, насочена към безопасността и здравето при работа, се определя като „по-скоро висока“ от 37.4% от анкетираниите, „по-скоро ниска“ – от 28.0%, „много висока“ – 8.7%; „много ниска“ – 6.9%.
- Половината от анкетираниите са удовлетворени от условията на труд, предвид здравното им състояние – 8.8% са много удовлетворени и 42.8% – удовлетворени. В същото време 62.9% от анкетираниите биха останали на работа в същата фирма/организация, при същите условия на труд, независимо от здравното им състояние.

2.3. Подходи и добри практики за адаптиране на РАБОТНИТЕ МЕСТА И ДЕЙНОСТИТЕ КЪМ СПЕЦИФИЧНИТЕ ПОТРЕБНОСТИ И ВЪЗМОЖНОСТИ НА ХОРА С ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ (ХИПЕРТОНИЯ, ДИАБЕТ И ХОББ)

Данните от литературата, официалните статистически данни, действащото национално законодателство и резултатите от проведеното проучване недвусмислено показват необходимостта от разработване на конкретни препоръки за подобряване на безопасните и здравословни условия на труд на работещите с хронични заболявания, като се използват добрите практики на други страни.

Важен акцент е създаване на възможности от страна на работодателите за наемането на работа на такива пациенти, за да се изгради липсващата социална среда, която да позволи формирането на положителна идентичност чрез принадлежност. Холистичният подход към здравните проблеми на пациента, семейството и общността изисква обединяване на усилията на различни медицински и немедицински специалисти за поддържане на живот в добро качество. Подобен подход предопределя необходимостта от намаляване на инвалидността посредством ранна и продължителна във времето рехабилитация и трудотерапия до максималното възможно ниво на възвръната работоспособност. Все по-нарастващият брой хронични болести и тяхното влияние върху продуктивността и трудовия пазар изискват разработването на всеобхватни стратегии и политики за (повторното) включване на хронично болните на пазара на труда.

Анализът на практиката показва, **че няма политики, специфично насочени към нуждите на хронично болните с цел пълноценното им участие на трудовия пазар.** В тази връзка е необходимо да бъдат разработени програми, базирани на предварителен анализ на нуждите, както и мерки за подкрепа за (ре-) интеграцията на хората с хронични заболявания.

Какво може да се направи, за да се удължи трудовия живот на хората с хронични заболявания у нас, какви подходи, начини, добри практики могат да бъдат приложени?

За да си отговорим на този въпрос, проведохме и проучване за периода 01.08 - 01.09.2020 г. сред работодатели и човешки ресурси от икономическите отрасли строителство, туризъм и дървообработване. Работодателите от посочените икономически дейности с интерес и внимание прегледаха и попълниха анкетите.

Акцент на въпросника бе следният въпрос: **Какво бихте предложили за подобряване на условията на труд за хората с хронични заболявания в предприятието ?**

Резултатите от проведеното анкетно проучване и мнението на анкетиранияте позволява да се направят следните предложения:

Изработване на ръководства, наръчници, информационни материали за специфичните потребности и възможности на хора с хронични заболявания с диабет, ССС и ХОББ, както и информация за самите заболявания

Обучения – присъствени, онлайн на мениджърите и ЧР за необходимостта от реорганизация на работното място, организацията на труда и работното време за насърчаването на по-дълъг трудов живот и способност за работа.

Информирание и консултиране чрез браншовите организации, службите по трудова медицина, експерти по ЗБУТ, синдикати и др. за задълженията и нормативните изисквания на работодателите относно работещите с хронични заболявания с диабет, ССС и ХОББ, както и възможностите за адаптация на техните работни места и динамично здравно наблюдение и експертиза на работоспособността.

Обстойно запознаване с трудовото законодателство в България, Европейския съюз, добрите практики при въвеждане на европейския принцип „интеграция, връщане на пазара на труда“ вместо инвалидна пенсия.

Реорганизация на работното място, организацията на труда и работното време за насърчаването на по-дълъг трудов живот и способност за работа на хората с хронични заболявания.

Адаптация на заобикалящата среда на работното място – конкретни изменения на физическото пространство или предоставянето на специално оборудване за управление и справяне със специфични здравни нужди на работното място. Дейностите са насочени и към промяна на работните места, така че те да стимулират здравословен начин на живот и да предпазват от негативните фактори на околната среда.

Условия на труд – тази сфера включва теми, които са свързани с ежедневните дейности и работни задачи, които трябва да са гъвкави и да предоставят възможност за работа с ментор, работа от вкъщи и/или дистанционна работа.

Законодателни нужди – промени в законодателството, които осигуряват възможност на хората с хронични заболявания да се включат в нормалния трудов пазар и предоставят финансова помощ.

Медицински и здравни нужди – включват дейности за промоция на здравето и специално на психичното здраве на работното място.

Обучение (самообучение) – включва организирането на обучения, подобряването на уменията за самоуправление, образование и подкрепа за развитие на кариерата и професионалния живот.

Подобряване на информацията и повишаване на знанието, свързано с обучението на колеги и други служители за това какво да се живее с определено хронично заболяване и как да се действа при специфични спешни състояния.

Препоръките също са свързани с идеята «**Човешки ресурси**» да бъдат обучени за управление на общото и психично здраве.

Разработване на персонализирани програми за реалното включване на пазара на труда са в основата за подпомагането на лицата с хронични заболявания. Те трябва да включват интегрирани услуги на здравната и социална система, психологическа подкрепа, както и по-голямото участие на работодателите.

Мерките за постигане на безопасни и здравословни условия на труд на работниците следва да бъдат част от системата за управление на качеството на предприятията:

- Мерките трябва да се концентрират върху капацитета за работа и задачите, които хората с хронични заболявания могат да изпълняват, а не върху тяхната нетрудоспособност.
- Политиките и системите трябва да се фокусират върху по-сериозното участие на работодателите, тъй като те са тези, които биха предоставили работни места на хронично болните.
- Необходимо е да се положат усилия за повишаването на информираността на работодателите за ползите от наемане и задържане на лица с хронични заболявания, като например: наличие на човешки ресурс с много способности и знания, лоялност към работното място и трудова; по-висока удовлетвореност на работната сила и т.н.

От ефективността на управлението на поколенческите различия зависи дали възрастовото многообразие на работното място ще бъде заплаха или възможност за организациите. Неразбирането и неприемането на поколенческите различия на работното място предпоставят условия за междуличностни, делови и организационни конфликти, които рефлектират негативно върху продуктивността и ефективността на организациите

Това означава, че при по-възрастните работещи е необходимо се отчитат потенциалните промени във функционалния капацитет и здравословното състояние, като се отдели специално внимание и на следните рискове: ергономични рискове; работа на смени; топла/студена или шумна работна среда, вибрации; работа на високо и пр. .

Съобразената с възрастта оценка на риска за категориите работещи, изложени на специфичен и повишен риск, която предотвратява рисковете и преодолява опасностите, е от полза и стимулира продуктивността и ефективността за всички поколения, работещи в компанията.

Адаптиране на работните места и дейностите към специфичните потребности и възможности на хора с хронични заболявания (хипертония, диабет и ХОББ).

Политиките на ЕС имат за цел да подобрят запазването на работното място сред хронично болните служители и повишаване качеството на трудовия им живот. Изследователите твърдят, че това изисква координиран и проактивен подход на работното място, провеждан от мултимодални екипи от професионалисти включително и лекарите по трудова медицина, оперативните мениджъри (наричани още линейни мениджъри или преки ръководители) и мениджърите на човешки ресурси [1].

Лекарите по трудова медицина и службите по трудова медицина изпълняват предимно превантивни функции, реализирани чрез оказвана консултантско-съветническа помощ на работодателя, комитетите и групите по условия на труд по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд. Съгласно Закона за здравословни и безопасни условия на труд, основните им дейности са:

- оказване помощ на работодателите за създаване на организация за безопасност и здраве при работа;
- оценка на професионалните рискове и анализ на здравното състояние на работещите;
- предлагане на мерки за отстраняване и намаляване на установения риск;
- наблюдение на здравното състояние на работещите;
- обучение на работещи и длъжностни лица по правилата за опазване на здравето и безопасността при работа.

Мениджърите ЧР ръководят дейността по управление на персонала в предприятието. Отделите им са стратегически партньор за висшето ръководство на организацията (топ-мениджмънта). В тази роля специалистите по управление на човешките ресурси допринасят за разработването и прилагането на фирмената политика и нейните цели за цялата организация. Те носят отговорността да гарантират, че служителите са ценни за организацията.

Оперативните мениджъри са отговорни основно за организирането и надзора върху работата и производителността на екип или отдел, те ръководят и контролират работата на изпълнителите на конкретното работно място. В тази група влизат длъжности като началник цех, бригадир. Дейността им е свързана с пряк контакт с подчините. Типичните им задачи са управление на оперативните разходи, организиране на разпределението на работата и ротации, мониторинг на работните процеси, проверка на качеството, работа с клиенти, измерване на оперативните резултати, инструктажи, разрешаване на спорове.

Много проучвания идентифицират оперативните мениджъри и ръководителите на отдел „човешки ресурси“ като връзка между организацията и служителя, респективно - като едни от централните участници в управлението на хроничните заболявания на работното място.

Мениджърите ЧР и оперативните мениджъри са все по-важни заинтересовани страни в управлението на здравето и уврежданията на работното място. Днес те играят все по-важна роля в управлението на здравето и безопасността на работното място и, в този смисъл, имат различни допълнителни функции и задачи в рамките на организацията.

Неформално, мениджърите ЧР, оперативните мениджъри и лекарите по трудова медицина (включително и други професионалисти) изграждат един социално-медицински екип на ниво отдели, които имат за задача да прилагат и мониторираат организационните политики и процедури за здраве и безопасност при работа .

Как ръководството на фирмата може да помогне на служителите с хронични заболявания – хипертония, ХОББ и диабет, да останат продуктивни работници?

Като начало, мениджърите ЧР и оперативните мениджъри трябва да идентифицират приликите и разликите в гледните си точки, отговаряйки на въпроса: За да се гарантира, че хронично болните служители могат да продължат да работят продуктивно, е необходимо ...?

Въпросът е комплициран и изисква размисъл в няколко направления: Мениджърите трябва ли да са информирани за въздействието на хроничните заболявания върху работоспособността на хронично болните?; Служителите трябва ли да поемат отговорност?; Има ли възможност за адаптации на работните места и условия и какви да са те?; Фирмената

политика създава ли условия за гарантиране на трайна пригодност на хронично болни служители?

Изследванията сочат, че условията, които са необходими, за да се гарантира, че хронично болните служители (вкл. с хипертония, ХОББ, диабет) могат да продължат да работят в здравословна и безопасна среда, са няколко:

- мениджърите трябва да са информирани за въздействието на хроничните заболявания върху работоспособността и безопасността на хронично болните;
- служителите с трайни здравни проблеми трябва да поемат отговорност за решения, свързани с работата, отговорност за собственото си здраве включително разкриването на здравното състояние, а фирмената култура да гарантира откритост, доверие и комуникация в рамките на организацията;
- фирмената политика гарантира трайна пригодност за работа на хронично болни служители чрез приспособяване на работата към възможностите на служителите и очакванията на организацията (създаване на адаптирани работни места), споделена отговорност между служители и мениджъри; подкрепа в рамките на организацията.

Когато работодателите предприемат действия относно безопасността и здравето при работа на лица с хронични заболявания (хипертония, ХОББ, диабет), те винаги трябва да го правят на базата на подходящи или достатъчни медицински доказателства. Следователно, познаването на заболяването е от решаващо значение за ефективността на мениджърското действие.

2.3.1. ПРОАКТИВЕН ПОДХОД ЗА ТРАНСФЕР НА ИНФОРМАЦИЯ И ЗНАНИЯ В РАМКИТЕ НА КОМПАНИЯТА ОТНОСНО ХРОНИЧНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ (ХИПЕРТОНИЯ, ХОББ, ДИАБЕТ)

- На лекарите по трудова медицина може да бъде възложено да предоставят информация на мениджърите за въздействието на хроничните заболявания върху работната задача, за профилактиката и управлението на хроничното заболяване, чрез обучение в рамките на компанията. Обучението на ръководството и мениджмънта, ще помогне за по-доброто разбиране и познаване на нуждите на служителите с диабет; ще им разкрие рисковите фактори, които могат да бъдат контролирани и така ще им помогне да създадат най-добрите възможности за адаптиране на работните места.
- Организиране на периодично обучение и всякакви образователни сесии, необходими на хронично болните лица, да научат повече за своето състояние (да получат информация за самата болест, видовете помощ, възможни адаптации, как да общуват със здравните специалисти) и как да го управляват.
- Информирание на всички работници в организацията относно същността на конкретни хронични заболявания, профилактиката и управлението им с цел разбиране на естеството на заболяването и отстраняване на заблуди, митове, страхове или стереотипи, касаещи подходящото превантивно поведение.

- Предоставяне на информация на всички служители за създадените адаптирани работни места – писмени процедури за приспособяване, наръчници за служители, срещи на персонала и периодично обучение.
- Обучение за всички служители на изискванията на законите за равни възможности – Закон за защита от дискриминация, Закон за хората с увреждания.
- Обучение за всички служители чрез предоставяне на полезна информация, като например как да разпознаят спешните състояния (пристъпи на сърдечна слабост, задух, хипогликемия, хипертонична криза) и какво да правят в подобни ситуации.
- Оказващите първа долекарска помощ лица трябва да са обучени да разпознават често срещаните остри симптоми на хипогликемия, хипертонична криза, задух и свързаните с тях проблеми, за да могат да окажат помощ.
- Обучение на служителите, което включва информация за това какво да се прави, ако има подозрение, че друг служител има хипогликемия, задух, хипертонична криза, и/или нужда от спешна помощ.
- Обучението за безопасност и здраве при работа в организацията да включва диабета, ХОББ и хипертонията като рисков фактор за травми, свързани с работата. В допълнение, затлъстяването, хипо- и адинамията, а при застаряващите работници с хронични заболявания и намалената мускулна сила, промените в походката и намаленото зрение трябва да бъдат обмислени като теми в програмите за обучение по здрави и безопасни условия на труд (ЗБУТ).
- Включване на информация за профилактика и управление на диабет, ХОББ и хипертония във всяка програма за промоция на здраве на работното място.
- Обучение за умения на хронично болните лица, да си поставят по-малки цели, за да запазят работоспособността си като се научат как да управляват енергията си през деня, да включват периоди за почивка преди и след работа и да идентифицират маргиналните задачи, които могат да бъдат възложени на други.
- Обучение за умения, за да се научат да съобщават своите работни граници на другите участници в трудовия процес. Курсове, които да им помогнат да получат представа за техните силни страни, за да разберат каква стойност биха могли да имат за една организация.

2.3.2. СПОДЕЛЕНА ОТГОВОРНОСТ

Насърчаване, образование и подкрепа на служителя доброволно да избере да съобщи на мениджърите, че има хронично заболяване (диабет, ХОББ, хипертония), като работодателят трябва да пази в тайна всяка медицинска информация, която научи за кандидат или служител. В положителен смисъл разкриването на заболяването със сигурност може да улесни прилагането на други решения, като например получаване на подкрепа и адаптация към работното място [13], възможност за комуникация, представа за трудоспособността на пациента и поставяне на реалистични очаквания [13, 14] относно работните задачи [12].

Насърчаване, образование и подкрепа на служителя доброволно да избере да съобщи на колегите си, че има хронично заболяване (диабет, ХОББ, хипертония) и да им предостави полезна информация:

- **ако е диабетик**, как да разпознаят кога кръвната му захар е ниска, какво да правят, ако припадне или изглежда треперещ или объркан (например, да предложат парче бонбон или дъвка) или къде да намерят комплекта за мониторинг на глюкозата;
- **ако е хроник с ХОББ**, как да разпознаят кога има пристъп, къде се намира инхалаторното устройство и как се използва;
- **ако е хипертоник**, как да реагират при остро, критично повишение на артериалното налягане, особено когато е усложнено с дисфункция на един или повече прицелни органи и с най-наблюдаваните симптоми – неврологичен дефицит, диспнея и гръдна болка. Въпреки това, дори когато служител доброволно разкрие, че има диабет, ХОББ, хипертония, работодателят трябва да запази тази информация в поверителност.

Насърчаване на служителя активно да търси подкрепа от мениджърите като изрази необходимостта от адаптация на работното място, свързана с хроничното заболяване за постигане на ясни споразумения с работодателите относно: работните задължения, работното време, местоположението, времето за изпълнение на назначенията на лекар или посещение на специалист в работно време и съобщаването на тези споразумения на колегите.

Ръководството на организацията да създаде благоприятна атмосфера от самото начало на работната връзка и да покаже, че не възприема хроничното заболяване (диабет, сърдечно-съдово, ХОБ или други) като бариера пред работата; че се съсредоточава върху това, което лицето с хроничен проблем може да направи, а не върху това, което не може да направи, защото е наясно с рисковите фактори, които могат да бъдат контролирани; отстоява алтернативно, висококачествено лидерство без свръх ангажираност.

2.3.3. ПРИСПОСОБЯВАНЕ НА РАБОТАТА КЪМ ВЪЗМОЖНОСТИТЕ НА СЛУЖИТЕЛИТЕ И ОЧАКВАНИЯТА НА ОРГАНИЗАЦИЯТА

Работниците, засегнати от хронични заболявания, изпитват сериозни ограничения във времето, мобилността и в своята работоспособност. Те оказват влияние върху вида работа, която могат да свършат [10].

1. Правилното справяне с проблемите на здравето и безопасността изисква **индивидуална оценка на кандидата или служителя** и не може да се основава на обобщени предположения за заболяването, употреба на медикаменти или други аспекти на състоянието. За тази цел хронично болните трябва да бъдат питани:
 - Дали смятат, че тяхната работа има вредно въздействие върху здравето им? – за да се определи натовареността по отношение на трудоспособността.
 - Дали работата им се характеризира с физически много тежка, умерено тежка, физически лека или заседнала работа? – за измерване на физическите изисквания на работата.

2. За да се направи **индивидуална оценка на необходимостта от преодоляване на свързаните със здравето проблеми на работното място и вида на корекциите**, мениджърите трябва да изяснят:

- Кои конкретни аспекти на трудовия живот тези служители с хронични заболявания преживяват като проблем?;
- Какви работни помещения и места предпочитат тези работници?;
- Изпитват ли стрес?;
- Как биха оценили своите работни резултати в сравнение с тези на другите служители?;
- Дали са имали проблеми на работното място, свързани с транспорт, мобилност на работното място, зрение, слух, физическа болка, физическа издръжливост/умора, дефицит на концентрация/памет или психични проблеми?;
- Как им се отразява умората?

Особено внимание изискват по-възрастни работници с по-ниско образование и квалификация, с физически изисквателни работни места (физически много тежка или умерено тежка работа) и чести затруднения в изпълнение на работните задължения в следствие на техните заболявания (чести кризи – хипогликемични, хипертонични или на затруднено дишане/задух). Тези групи служители са рискови относно възможностите за саморегулиране на здравето си състояние.

3. Адаптиране на факторите на работната среда и трудовия процес.

Това са профилактични действия посредством модифициране на условията на труд (включващи факторите на работната среда и трудовия процес), за които е известно, че повишават риска от увреждане на работата чрез пряк контрол на конкретна опасност или набор от опасности, например чрез повишаване на уменията на работника или модифициране (адаптиране) на работната среда [1].

Как разумно да адаптирате работните места и дейностите към специфичните потребности и възможности на хора с хронични заболявания (хипертония, диабет и ХОББ):

- Позволете на диабетика да прави кратки, редовни, индивидуални почивки. Дайте му време за измерване на нивата на глюкоза в кръвта и корекция, ако е необходимо, с лекарства или храна.
- Осигурете чисто, лично място за инжектиране на инсулин и изследване на кръвната захар.
- При възможност, осигурете място за почивка на служителите, докато нивата на кръвната захар станат нормални (в легнало положение).
- Осигурете място в хладилник или закупуване на малък хладилник за съхраняване на инсулин (защото той трябва да се държи на хладно) и продукти срещу хипогликемия -

напитка, шоколадов бар, глюкозни таблетки или други средства за възстановяване на нивата на захарта.

- Разрешете на служителите да държат храна и консумативи за тестване близо до работното си място или зоната за почивка.
- Осигурете свободно време за медицински прегледи, изследвания, консултации, възстановяване или за присъствие на обучение за управление на хипертония, диабет и ХОББ.
- Прехвърлете служителя с хронично заболяване на по-нискорискови задължения, ако е необходимо и възможно.
- Насърчавайте физическата активност (напр. време, оборудване, пешеходни пътеки и др.).
- Насърчавайте отказа от тютюнопушене.
- По възможност предоставяйте избор на здравословна храна и напитки от кетъринга или в столовата на фирмата, в кафенетата и автоматите на територията на организацията, по време на срещи и др.
- Можете да подкрепите хората с хронично заболяване, като предоставите лесно достъпна професионална подкрепа, като например посещение или работа на медицинско лице в компанията.
- Направете оценка на риска на работното място, за да подкрепите служителя с хроничен проблем и за да гарантирате, че елементите на безопасността се разглеждат. Оценката на риска помага да се установи, че са налице подходящи мерки за контрол и трябва да се преразглежда поне веднъж годишно или когато е настъпила значителна промяна в работната задача, или в здравното състояние на хронично болния работник.
- Осигурете модифицирано оборудване за хора, които развиват усложнения (като зрителни увреждания) в резултат на тяхното състояние.
- Препоръчително е да не се използват лаптопи за работа, а самостоятелни (външни) и по-големи монитори. Служителите с ретинопатия, което е нарушение на зрението, причинено от диабет или хипертония, може да се наложи да използват помощни технологии и/или модифицирано оборудване за да им помогнат да виждат по-добре. (напр. осигуряване на по-големи екрани и монитори за контрол и управление).
- Осигурете на хронично болните други помощни средства, често свързани с компютри, като ергономична мишка, специална клавиатура, телефон със слушалки.
- Осигурете адекватно локално и общо осветление.
- Осигурете оптимална температура на въздуха в работните помещения и възможност за често проветряване.

- Обсъдете всички възможни алтернативи или разумни приспособления за работниците с хронични заболявания, които не могат да носят определени лични предпазни средства (ЛПС). Например, някои хора с диабет развиват проблеми с краката като лоша циркулация и язви. Производители на ЛПС предлагат обувки, предназначени за хора с диабет – с изключително широки стоманени или неметални капачки на пръстите, специални стелки и работно облекло за предпазване на ръцете и краката от нараняване и преохлаждане.
- Осигурете по преценка и според възможностите ергономични регулируеми бюра и офис столове. Добре би било всеки да има специално бюро или стол, отговарящ на личните нужди. Служителите с диабетна невропатия, която е нервно разстройство, причинено от диабет, може да се наложи да използват ергономичен стол, докато работят.
- Регулируемите бюра трябва да позволяват работа както в седнало, така и в изправено положение и да могат да бъдат регулирани до всяка желана ергономична височина. Ергономичните столове обикновено помагат за постигане на защита на гръбначния стълб и перфектно допълват регулируемите бюра.
- Осигурете ергономично (и следователно здравословно) работно място с възможности за движение. Имайте предвид – използването на ергономичен стол и работата в ергономична поза, нямат ефект при липса на движение.
- Приканвайте и напомняйте на служителите да увеличат физическата активност на работното си място.
- Приканвайте и напомняйте на служителите, че трябва да се прави почивка от седене поне на всеки 30 минути. **Въз основа на научни изследвания се препоръчва 20-минутно седене (в неутрална поза), 8-минутно стоене прав и 2 минути стоене и движение (с нежно разтягане, ходене и т.н.). За 7,5 часа работен ден (обядът е изключен) това означава дневен режим на работа с общо 5 часа седене, 16 промени в седнало положение, 2 часа изправено положение и 0,5 часа в движение.**
- Осигурете на хронично болните лица повече автономия в планирането на работата, промяна на работния график на служителите (ако е необходимо), модифициране на графика на работа или възможност за замяна на работна смяна.
- Направете възможно преразпределението на маргинална задача или на пределна функция (невъзможна за изпълнение от лицето с диабет, хипертония, ХОББ) към някой от другите служители.
- Работете за намаляване на стреса на хронично болните лица – стресови ситуации като срещи под високо напрежение или голямо натоварване (физическо и психическо) затруднява управлението на хроничното състояние.
- Осигурете достъп до всякакви програми за помощ на служители, групи за подкрепа и др.

- Помислете колко добре диабетът, сърдечно-съдовите заболявания и ХОББ са обхванати от здравноосигурителните/застрахователните планове на организацията.
- Имайте предвид – най-често предпочитаните от хронично болни лица (вкл. с диабет, хипертония и ХОББ) работни места са тези с възможността за самостоятелно планиране на работа и отпадане на някои задачи, алтернативно или по-малко работно време, по-бавно темпо на работа, с възможност за помощ от другите, по-добър психоклимат на работното място, контрол върху планирането на задачите, възможности за допълнително обучение и работа у дома.
- Имайте предвид – за хронично болните лица са особено важни тези гореизброени организационни условия, защото те могат да изпитват не само физически ограничения, но и психосоциални проблеми и прекомерна умора.

Разумно адаптиране без свръх ангажираност.

Според модела „работоспособност – работно натоварване“, корекциите на работните места могат да помогнат за преодоляване на специфични работни проблеми, като осигурят по-добро съответствие между изискванията за работа и ограничените работни възможности на хронично болния работник [6].

Работодателят може да осигури разумно приспособяване, но не е длъжен да осигури приспособяване или промяна на работното място поради хронично заболяване (диабет, хипертония, ХОББ), ако това ще бъде прекомерна трудност – ще доведе до значителни затруднения или разходи.

Предпочитанията на служителя трябва да се разглеждат, но работодателят не е длъжен да изпълнява всяко желание. Ако заявеното искане е твърде трудно или скъпо, работодателят може да избере да осигури по-лесна или по-евтина промяна, стига да е ефективна за задоволяване на нуждите на служителя.

Работодателят, също така, не трябва да премахва съществена функция на дадена работа като разумно приспособяване, да толерира изпълнение, което не отговаря на стандартите му, или да оправдава нарушенията на правилата за поведение, свързани с работата.

4. Икономически дейности с водещите рискови фактори, които могат да утежняват разглежданите хронични заболявания и начините за превенция.

Осигуряването на условия на труд и организация на работата трябва да бъдат съобразени със спецификата на потребностите и интересите, произтичащи от възрастта, от поколенческите различия, но и със здравния статус на хората. Както е казал **Шопенхауер**, „Здравето не е всичко, но без здраве всичко останало е нищо“

Днешната работна сила включва представители на **четири различни поколения**, които е необходимо да работят ефективно съвместно и да постигат общите цели. Изследванията показват, че са налице съществени различия между отделните поколения в ценностите, моделите на поведение, мотивацията за работа, ангажираността, отношението към ръководителите, отношението към новите технологии, към промяната в организациите и пр.

Управлението на възрастовото многообразие е ефективно оползотворяване на знанията, уменията, компетенциите, опита и другите индивидуални и поколенчески различия на представителите на различните генерации за постигането на бизнес успех. Като допълнение на тази схема, бихме допълнили и здравето състояние. Работоспособността се изразява в способността на човек продължително време да извършва дейността си, без да намали нейното количество и качество, както и без да настъпят неблагоприятни промени в организма от това. Работоспособността зависи от множество фактори - особености на организма, здравословно състояние, възраст, умения и навици, свързани с изпълняваните задачи, условията на труд, психологически климат в екипа, ангажираност, мотивация и пр.

4.1. СТРОИТЕЛСТВО

Въведение. Строителството е един от най-големите икономически сектори във всички страни по света. Според Евростат, строителните дейности в ЕС-27 осигуряват през 2007 г. заетост на около 14,8 милиона души в около 3,1 милиона строителни предприятия, които генерират около 1,665 милиарда евро оборот. Европейският строителен сектор се състои от около 99% от малките и средните предприятия (МСП), които произвеждат 80% от продукцията на строителната индустрия. Малките предприятия (под 50 служители) осигуряват 60% от производството и заемат 70% от работещите в секторите.

Строителството е структуроопределящ отрасъл и за българската икономика. Броят на заетите през 2016 г. са 175200 или 5.48% от работната сила. В този сектор работещите са както нискоквалифицирани, така и с много висока квалификация и тясна специализация, резултат от години подготовка и практика. Техническият прогрес води до намаляване на ръчния труд, характерен за сектора, и необходимост от допълнителна квалификация на трудещите се за работа с новите технологии. Те, от своя страна, създават, наред с известните, и нови рискове за здравето и безопасността, произтичащи от характера на труда.

Строителството е сред отраслите с най-висок риск от трудови, включително фатални злополуки и обучението по здраве и безопасност при работа е ключов елемент в превенцията им, също както и на свързаните с труда и на професионални заболявания.

В Европейския съюз всяка година загиват повече от 1300 души при строителни дейности. Според данните на НОИ, злополуките в икономическа дейност „Строителство“ за 2015 г. са общо 236, от които 19 с фатален край.

Основните причини за фатални трудови злополуки са падане от височина, затрупване, токов удар. Неотменна част от всеки по-голям строителен обект са следните рисковите фактори като работа на открито (неблагоприятен макроклимат), работата на височина, значителното физическо натоварване (ръчната работа с тежести), производствен прах, вибрации, шум, химични вещества, биологични агенти, както и използването на ръчни инструменти. Технологичните процеси в строителството, съпроведени с тежкотоварната строителна техника са други рискове за трудови злополуки и развитие на множество професионални и свързани с труда заболявания.

Условията на труд могат да ускорят развитието и на много от т. нар. социално-значими хронични незаразни болести. Наред с пряко заетите в строителството, често са налице

увреждания и дори жертви, случайно пребиваващи на строежите, включително деца, поради недостатъчно ефективните мерки за безопасност. Сред професионалните болести, водещи до временна и трайна нетрудоспособност се открояват често срещаните заболявания на мускулно-скелетната система, дихателната система /силикоза, азбестоза/, дерматити, професионалните канцерогенни заболявания и др.

Синергичното действие на рисковите фактори в работната среда и такива, свързани с начина на живот, водят до повишена честота на хронични незаразни социално-значими заболявания при заетите в строителството и обратно наличието на такива заболявания, повишава риска от трудови злополуки и потенцира развитието и прогресията на свързаните с труда и професионалните заболявания.

Към социално-значимите болести се отнасят хроничните респираторни болести, диабет тип 2, сърдечно-съдовите, злокачествените новообразувания, невро-психичните, отравянията и травмите, туберкулозата и полово предаваните заболявания.

Световната здравна организация въвежда понятието **свързани с труда заболявания**, това са **остри, повтарящи се или хронични здравословни проблеми, които се усложняват от условията на труд или трудовите процеси и категоризира всички свързани с труда заболявания в седем категории:**

- заразни болести;
- злокачествени неоплазми;
- болести на кръвообращението;
- невропсихиатрични състояния;
- респираторни заболявания;
- заболявания на храносмилателната система;
- генитоуринарни заболявания.

Двете групи са взаимно свързани и условията на труд увеличават тяхната изява, в значителна част от случаите не може да се докаже чисто професионалния им характер. Най-същественото обаче е, че значителна част от превантивните подходи, прилагани при едните, са идентични при другите. Това налага интегрален подход към тяхното лечение и най-вече превенция и мерките за техният контрол следва да са комплексни, включително и на работното място.

Минималните изисквания за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд (ЗБУТ) на временните и подвижните строителни площадки се прилагат при извършване на следните строителни и монтажни работи (СМР):

- земни работи, вкл. екскавация;
- изграждане;
- монтаж и/или демонтаж;
- преустройство и/или разширение;
- реконструкция;
- възстановяване;
- ремонт;

- събаряне, вкл. разрушаване;
- техническо обслужване;
- изолационни и довършителни работи; поддръжка;
- отводнителни (дренажни) работи;
- техническа ликвидация и/или консервация на обекти.

Условията на труд на строителните работници е трудно да се характеризират като цяло, защото дейностите са разнообразни, налице е ротация на работните места, използване на различни технологии, непостоянни условия на труд. Работи се на различна височина, което променя нивото на риска значително. Работните процеси са механизирани до голяма степен, особено на големите обекти. Въпреки това ръчният труд се използва широко, особено при труднодостъпни области.

Водачите на тежкотоварни строителни машини са с **принудителна седяща поза, хипокинезията, ергономичните рискове, невро-сензорното и невро-емоционалното напрежение са значителни.**

За разлика от тях, при зидарите, арматуристите, кофражистите, заварчиците и др. **работната поза е динамична, понякога принудителна на колене, физическото натоварване е значително, често се налага промяна в позата, ръчна работа с тежести, с ръчни инструменти, което натоварва опорно-двигателния апарат.**

Мускулно-скелетните увреждания са значителен проблем при строителните работници, наред с заболяванията на дихателната система, кожните проблеми и травматизма. С напредване на възрастта и трудовия стаж, в зависимост от индивидуалната чувствителност, се развиват и тежки професионални болести. Синергичното действие на рисковите фактори в работната среда и тези, свързани с начина на живот обуславят значителна честота на заболяемостта от хронични незаразни, социално-значими болести сред заетите в строителството.

Водещи професионални заболявания в строителството са белодробните с прахова етиология (пневмокозиози, бронхити), алергични заболявания на дихателната система и кожата (при бетонджии, бояджии, зидари, дърводелци и др., поради контакт с цимент, прах, органични разтворители и др.).

Пневмокозиозите са характерни професионални заболявания при строителите. От тях най-важните са силикоза (пясъкоструйна работа, каменоделци, работещи в тунелното и подземно строителство и др.), азбестоза (работници по изолацията), мезотелиома и белодробния карцином.

Данните показват, че около 2,78 милиона са смъртните случаи от свързани с труда заболявания през 2014 г. в сравнение с 2,33 милиона през 2011 г.

Основните причини за смърт от всички заболявания, свързани с работата през 2014 г., са заболявания на кръвообращението (35%), професионален рак (29%), трудови злополуки (15%), заразни болести (10%) и респираторни заболявания (7%), понастоящем те са на трета позиция, това се отдава на по-рядкото им отчитане като заболявания, свързани с труда при предходните анализи.

Съществуват и редица случаи, при които производствените вредности не са единственият фактор за изява на свързани с труда заболявания, а действат синергично с извън производствените вредности.

Строителната индустрия се свързва в дългосрочен план с лош здравен статус на трудещите се. Работниците в строителството са изложени на тежки условия на труд и на опасности. Това води до развитието на различни заболявания. Установено е, че в САЩ:

- смъртните случаи от рак на белите дробове са с 50% повече сред работниците в строителството в САЩ;
- строителните работници са два пъти по-склонни да имат хроничен бронхит и емфизем спрямо останалата част от населението;
- строителните работници са пет пъти по-склонни да развият рак на белите дробове и имат 33 пъти по-голяма вероятност за азбестоза;
- 30-40% от строителните работници страдат от мускулно-скелетни нарушения и хронична болка;
- 50% от строителните работници имат загуба на слуха, предизвикана от шума;
- строителните работници представляват 17% от работниците с повишени нива на олово в кръвта;
- при заварчици често се надхвърля допустимото 8-часово ниво за експозиция на манган, който може да причини неврологично увреждане;

Конкретно при строителите, синергичното действие на шума, вибрациите, високите температури, психо-социалните фактори, както и физико-химичните и химични фактори, налични в работната среда, благоприятстват развитието на сърдечно-съдови заболявания, хронични белодробни болести, неоплазии и диабет тип 2, с увеличаване на трудовия стаж. При наличие на рискови фактори честотата на хроничните незаразни болести при тази професионална група нараства, като ролята на професионалните вредности и начина на живот не могат да се разделят, поради което тези заболявания се разглеждат интегрално.

От професионалните вредности шумът е рисков фактор за развитие на артериална хипертония. Налице е положителна корелация между интензивността на шума и честотата на артериалната хипертония и нивото на холестерола, което се обяснява с активиране на функционалната ос хипоталамус – хипофиза – надбъбречна жлеза и последваща генерализирана вазоконстрикция.

Вибрациите водят до вегетативна и съдова дисфункция, повишено отделяне на глюкокортикоиди и катехоламини и също водят до ССЗ и ритъмно-проводни нарушения.

Високите и ниски температури водят до водно-солеви дисбаланс, поради дехидратация, повишават кислородните нужди на сърцето и могат да причинят миокардна исхемия и дори инфаркт и са рисков фактор за развитие на атеросклероза.

Производственият прах, нарушеното дишане също водят до вторично обременяване на сърцето и ССЗ.

В строителството хипокинезията при някои професии води до затлъстяване и метаболитни нарушения, включително и развитието на захарен диабет тип 2, със съответните сърдечно-съдови последици, експозицията на общи вибрации, шум и химични вещества потенцира изявата на тези проблеми. Захарният диабет може да бъде контролиран с подходящи грижи, обучение и съвременно лечение.

Основните опасности и рискове в строителния сектор могат да бъдат категоризирани и описани по следния начин:

1. Механични рискове -при използване на работно оборудване, машини и съоръжения, ръчни инструменти. Най-висок риск създават:

- работата върху скелета и вишки; транспортните средства;
- подемните машини имат мъртви зони, което създава риск от премазване, затрупване на намиращите се в близост работещи;
- ръчните инструменти също представляват източник на травматични рискове.

2. Наднормен шум е налице в строителството. Предизвикан е от използваните ръчни пневматични пробивни, режещи, разрушаващи и др. инструменти, както и от тежкотоварната техника, взривни дейности, товаро-разтоварни дейности и т.н. Негативните здравни ефекти от неговото въздействие засягат не само слуха, но и целия организъм. Шумът е и предпоставка за високо ниво на трудов травматизъм.

3. Строителството предполага в по-голямата част от времето **работа на открито**, при неблагоприятни климатични условия, с експозиция на УВЛ. Климатичните условия през студените месеци са особено неблагоприятни, често са налице и валежи, и снеговалежи.

4. В строителството е налице експозиция на водачите на тежкотоварни машини на **обща вибрация**- предават се на цялото тяло и водят до рискове за здравето и безопасността на работещите, по-специално до болки в кръста и травми на гръбначния стълб. **Вибрацията ръка-рамо** е механична вибрация, която води до рискове за здравето и безопасността на работещите, по-специално до съдови, костни, ставни, нервни или мускулни нарушения, проявяващи се с изтръпване, болки и побеляване на пръстите на ръцете. Предава се на ръката и от ръката през рамото на човек, когато се използват ръчни електроинструменти, като верижни триони, чукове, шлифовъчни машини, бормащини, резачки и ударни инструменти.

5. Прахът - основна производствена вредност в строителството, въпреки значителния технологичен напредък. Производственият прах се образува при взривяване, раздробяване, разрушаване, смилане на скални маси и строителни материали, рязане, пробиване, шлифоване, механична обработка на каменен и синтетичен материал, при пресипване на строителни материали и смеси, при тяхното смесване и хомогенизиране, при заваряване и др.

6. Нейонизиращи лъчения - протичането на електричество, като резултат от разлики в напрежението, поражда възникване на магнитно поле, което от своя страна поражда електрично поле, като колкото по-голям е потокът, толкова по-силно е магнитното поле. Силата на магнитното поле ще варира в зависимост от консумацията на енергия, но електрическото поле ще бъде постоянно. Съвкупността от променливи електрични и магнитни полета,

разпространяващи се в пространството, се нарича **електромагнитна вълна**. ЕМП са налице около екраните на телевизори, компютри, монитори на различен тип техника за управление, каквато все повече се използва в строителството, поради което управляващите подобни машини са експонирани и това следва да се отчита при хора със сърдечно-съдови заболявания. При строителни дейности по обекти в близост до базови станции е необходимо риска от въздействието на мощни ЕМП да се оцени и да се определят подходящи мерки за управлението му.

7. Йонизиращи лъчения в строителството трябва да се имат предвид и да се оценяват, особено при дейности, свързани с взривяване на скални маси, подземно строителство, прокопаване на тунели и др., при които е възможно да се попадне на малки количества руди, притежаващи свойството радиоактивност. **Възможно е съчетаната експозиция на уран и прах с високо съдържание на свободен силициев диоксид, никел, кобалт, арсен; димни газове, съдържащи ПАВ**. Предварителните проучвания на терена и геоструктурата му са част от превантивните мерки в строителството. Ефектите се разделят на *стохастични* – безпрагови и *нестохастични*, които се проявяват над определена доза. Радиационните ефекти са свързани с развитието на неоплазии, поради което контрола когато е установена експозиция е целенасочен.

8. Осветеност. Строителните дейности се извършват безопасно само при наличие на адекватно осветление. Голяма част от работата се планира и осъществява в светлата част на денонощието, когато се налага работа по тъмно, изкуственото осветление следва да е подсигурено, включително с наличие на генератори, при аварийни условия. Светлината е електромагнитно излъчване с дължина на вълната във видимия за човека диапазон на електромагнитния спектър от 400 – 750 nm. Осветеността и наличието на дневна светлина оказват влияние както върху работоспособността, така и върху психологическото състояние на хората и е средство, което сравнително лесно може да се коригира и да доведе до съществено подобряване на самочувствието, мотивацията и работоспособността на трудещите се.

9. Химични фактори в строителството. В строителството се използват различни химични вещества и продукти на химическата индустрия. Тук се включват различни съвременни строителни материали, готови компоненти, плоскости, изолиращи материали, разливни и свързващи смеси, смеси за ускоряване на съхненето, разтворители, бои, абразивни и почистващи вещества, заваръчни газове и др. Химичните вещества са течни, твърди и газообразни и е необходимо спазването на инструкциите за безопасна работа с тях, защото значителна част от тях са токсични. Производствените отрови могат да постъпят през дихателната, храносмилателната система, кожата и лигавиците. Действието на химичните вещества зависи от редица фактори, като агрегатното им състояние, интензивност на труда, продължителност на експониране, метеорологични условия и др. Определени са нормативно пределно допустими концентрации за веществата във въздуха на работната зона, като това е максималната концентрация, която при ежедневна 8-часова или друга продължителност на работа не предизвиква за целия трудов стаж заболявания или отклонения в здравословното състояние на работниците в настоящото и бъдещото поколение.

10. Биологичните рискове са различни при всеки конкретен строителен обект и следва да се оценят и да се вземат превантивни мерки. Препоръчително е ваксиниране с противогрипна и

с противохепатитна ваксина, както и съблюдаване на имунизационния календар по отношение на ваксинациите срещу тетанус. Работещите трябва да са инструктирани за прилагане на самопомощ и първа долекарска помощ при различни видове наранявания. Работещите в строителството може да се сблъскат с много опасни биологични рискове по време на тяхната работа, включително с биологични агенти, способни да причинят пандемии. Такива могат да бъдат спори на вируси, бактерии, рикетсии, гъбички, плесени. Някои от тях оказват ефектите си чрез ендо- и екзотоксини. Ендотоксините напр. могат да причинят треска, астмоподобни синдроми до септичен шок, органа увреда и дори смърт. Работата в аграрни и планински райони предполагат рискове свързани с контакт с антраксни полета, кърлежи, носители на причинители на хеморагични трески, контакт с гризачи, отровни влечуги, хищници, птици, прилепи, отровни растения и т.н. Нарушаването на принципите на лична хигиена води до повишен риск от гастро-интестинални инфекции, вкл. хепатит А. Порязването и убождането на ръждиви метални предмети предполага риск от развитие на тетанус. Кожните инфекции, поради съчетаното действие на фактори от работната среда са чести

11. В строителството често се налага извършване на **ръчна работа с тежести**, което означава «всяко пренасяне или поддържане на тежест от един или повече работници, което включва вдигане, носене, поставяне, бутане, теглене или преместване на тежести». Заболяванията, които произтичат от неправилното извършване на тези дейности засягат преди всичко опорно-двигателния апарат.

В структурата на заболяемостта с временна нетрудоспособност в строителството водещи са:

- **респираторните заболявания**, поради работата на открито, в условията на прахност;
- **мускулно-скелетните смущения**, поради значителното физическо натоварване, честото навеждане, изправяне, принудителна работна поза, пренасяне на тежки товари или големи количества, с по-малко тегло;
- **заболявания на кожата и подкожната тъкан**, екземи, дерматити, фотодерматити, поради наличието на прах, условия за наранявания, контакт с различни химични вещества, излагането на ултравиолетовите слънчеви лъчи;
- **болести на стомашно-чревния тракт**, поради нередовното хранене, рисковите битови условия.

Професионалните респираторни болести са сред най-честите при строителните работници, и от тях хроничната обструктивна белодробна болест, белодробната астма, силикозата, азбестозата, мезотелиома и белодробния карцином.

Хроничната обструктивна белодробна болест ХОББ (COPD) дължи се на комбинираното излагане на неблагоприятни климатични условия, прах (въглищен прах, азбест, силициев диоксид, циментов прах и евентуално изкуствени минерални влакна) и токсични вещества, изпарения и газове при заваряване и рязане, от дизелови двигатели, при боядисване, различни органични разтворители.

Професионални болести, причинени от минерални прахове и влакна свободен кристален силициев диоксид. Експозицията на свободен кристален силициев диоксид (кварц) води в дългосрочен план до риск от развитие на:

- силикоза (белодробна фиброза) със или без усложнения;
- ХОББ, белодробен емфизем, хроничен бронхит;
- респираторна недостатъчност;
- плеврални сраствания;
- пневмоторакс;
- белодробно сърце;
- силикоза, усложнена с белодробна туберкулоза (силикотуберкулоза)
- силикоза, усложнена с белодробен карцином

Изкуствени минерални влакна. Дейности при употреба на изкуствени минерални влакна от групите на специалните стъклени влакна, твърдите керамични, скалните и шлаковите минерални влакна (заместители на азбеста), използвани за акустична и топлинна изолация, производството на плочи за строителство водят до: белодробна фиброза, белодробен карцином от твърди керамични влакна, кожни промени (дерматит, брадавици).

Хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ) води до сериозна заболяемост и е петата водеща причина за смърт в света през 2002 г. ХОББ включва две основни състояния, емфизем и хроничен бронхит, свързани с фиксирана обструкция на дихателните пътища. През 2010 г. Американското торакално общество заключи, че има достатъчно доказателства, за да се направи извод за причинно-следствена връзка между професионалната експозиция и ХОББ. Различни органични и неорганични професионални експозиции са свързани с ХОББ и 15–20% от преобладаващите случаи на ХОББ се дължат на професионална експозиция. Въпреки че са положени много усилия за намаляване на излагането на прах, строителната индустрия все още представлява предизвикателство за безопасността и здравето при работа. Строителните работници са развили ограничителни белодробни заболявания поради излагане на азбест, силициев прах и на неспецифичен строителен прах. Границата на професионална експозиция на работещите на прах варира в различните страни, но във всички скандинавски страни, САЩ и повечето европейски страни е определена на 5 mg/m³. Неотдавнашно холандско проучване обаче показва, че тази граница на излагане на прах за вдишване е надвишена при 11% от измерванията в строителната индустрия. Германско кохортно проучване показва, че строителните работници са по-склонни да получат пенсия за инвалидност за ХОББ, отколкото общата работна сила, а проучване от САЩ установи, че рискът от ХОББ през целия живот е два пъти по-висок сред работниците в строителството.

Девет проучвания установяват статистически значима връзка между ХОББ и работата в строителната индустрия, макар и само сред непушачи в едно проучване и само за периода след 2000 г. в друго проучване. Едно проучване установява, че годишният спад на обема на принудително издишване за 1 s е значително по-висок сред работниците в строителството в сравнение с шофьорите на автобуси.

Проучване в Швеция което обхваща 317 629 строителни работници за периода от 1971 до 1999 г. изложени на неорганичен прах (азбест, изкуствени минерални влакна, прах от цимент,

бетон и кварц), газове и дразнителни (епоксидни смоли, изоцианати и органични разтворители), изпарения (асфалтови изпарения, дизелови отработени газове и метални изпарения). Използвана е група за вътрешен контрол с „неекспонирани“ строителни работници и анализите са коригирани според възрастта и пушенето. Получените резултати доказват, че с увеличаване на професионалната експозиция сред строителните работници се увеличава смъртността поради хронична обструктивна белодробна болест, дори сред непушачите.

Някои от основните опасности от ХОББ на работното място в сектор строителство включват:

- Силициев прах
- Дървесни и други прахове
- Изпарения при заваряване и запояване
- Дизелови отработени газове
- Битумни / асфалтови изпарения
- Легионела и други биологични агенти
- Разтворители, използвани в бои, лепила или други повърхностни покрития
- Изоцианати, епоксидни и други смолисти пари и мъгли

Симптомите за ХОББ варират в зависимост от работещият, тежестта и конкретното заболяване, което страдат, но най-общо казано предупредителните признаци, които трябва да се внимават, са: задых, честа кашлица, хрипове, стягане в гърдите.

Управление на ХОББ. Ефективен план за управление на ХОББ включва четири компонента: (1) оценка и наблюдение на заболяването; (2) намаляване на рисковите фактори; (3) управление на стабилна ХОББ; (4) управление на обострянията и усложненията. Целите на ефективното управление на ХОББ са:

- Предотвратяване на прогресирането на заболяването;
- Облекчаване на симптомите;
- Подобряване на здравния статус;
- Предотвратяване и лечение на усложнения;
- Предотвратяване и лечение на обостряния;
- Намаляване на смъртността.

Компонент 1: Оценка и наблюдение на заболяването. Диагнозата на ХОББ се основава на анамнеза за излагане на рискови фактори и наличие на ограничение на въздушния поток, което не е напълно обратимо, със или без наличието на симптоми. Пациентите, които имат хронична кашлица и отделяне на храчки с анамнеза за излагане на рискови фактори, трябва да бъдат изследвани за ограничаване на въздушния поток, дори ако нямат диспнея. За диагностиката и оценката на ХОББ спирометрията е златният стандарт, тъй като е най-възпроизводимият, стандартизиран и обективен начин за измерване на ограничението на въздушния поток.

Компонент 2: Намаляване на рисковите фактори. Намаляването на общото лично излагане на тютюнев дим, професионален прах и химикали и замърсители на въздуха в помещенията и на открито са важни цели за предотвратяване на появата и прогресирането на ХОББ. Отказът от тютюнопушене е единственият най-ефективен и рентабилен начин за намаляване на риска от

развитие на ХОББ и спиране на неговото прогресиране. Краткото лечение на тютюневата зависимост е ефективно и всеки потребител на тютюн трябва да получи поне това лечение при всяко посещение на доставчик на здравни услуги. Три вида консултиране са особено ефективни: практическо консултиране, социална подкрепа като част от лечението и социална подкрепа, организирана извън лечението. Предлагат се няколко ефективни фармакотерапии за тютюнева зависимост и поне едно от тези лекарства трябва да се добави към консултациите, ако е необходимо и при липса на противопоказания. Прогресията на много професионално предизвикани дихателни разстройства може да бъде намалена или контролирана чрез различни стратегии, насочени към намаляване на тежестта на вдишаните частици и газове.

Компонент 3: Управление на стабилна ХОББ. Цялостният подход за управление на стабилна ХОББ трябва да се характеризира с постепенно увеличаване на лечението в зависимост от тежестта на заболяването. За пациентите с ХОББ здравното образование може да играе роля за подобряване на уменията, способността да се справят с болестта и здравния статус.

Компонент 4: Управление на обострянията. Обострянията на дихателните симптоми, изискващи медицинска намеса, са важни клинични събития при ХОББ. Най-честите причини за обостряне са инфекция на трахеобронхиалното дърво и замърсяване на въздуха, но причината за приблизително една трета от тежките обостряния не може да бъде установена.

Диабет. Извършено е проучване сред 983 строителните работници за диабет и кардиометаболитен риск. Възрастовият диапазон е 18-64 години, със средна възраст 36,3 години. Анализирани са въпросници, финландски рейтинг за риск от диабет и кръвни тестове на гладно. Некорректираното разпространение на преддиабет и захарен диабет тип 2 е съответно 3.6% и 1.2%. С метаболитен синдром са 21% от строителните работници, повечето са или с наднормено тегло (48.3%), или със затлъстяване (21.8%). В регресионния модел възрастта остава най-силният предиктор за глюкозата на гладно ($p < 0,001$). Субектите, ангажирани с по-голяма физическа активност извън работа, имат по-нисък индекс на телесна маса, обиколка на талията и серумни триглицериди на гладно (1,1 срещу 1,4 mmol / L, $p = 0,03$) в сравнение с тези, които са били заседнали. Рискът от кардиометаболитни заболявания сред строителните работещи се увеличава с възрастта и метаболитния синдром.

Сърдечно-съдови заболявания. Проучване на Американската сърдечно-съдова асоциация публикува следните резултати: 121 милиона Американците живеят с някои форма на сърдечно-съдови заболявания. Това е равно на цялото население на Калифорния, Тексас, Флорида, Ню Йорк и Пенсилвания, взети заедно. Приблизително 211 000 от тях са строителни работници със диагностицирани сърдечно-съдови заболявания. Доказано е, че 1 от 4 работещи в сектор строителство са със затлъстяване и с BMI над 30. Тютюнопушенето е водещ рисков фактор при 25% от наблюдаваните строителни работещи, при които са наблюдава и намалена физическа активност извън работата им. 1 от 25 работещи са с установен диабет, което увеличава риска от сърдечно-съдови заболявания.

Асоциацията дава следните препоръки за по-здравословна работна сила:

1. Обучение на работещите за ПДП (CPR), с което се увеличават шансовете за оцеляване на лица със сърдечно съдови заболявания.

2. Използването на разработения от Американската сърдечна асоциация - My Life Check, за оценка на общия сърдечен резултат въз основа на седем ключови рискови фактори.

3. Разработване на програма за промоция на здравето на работните места.

В друго проучване строителните работници са с 15% и 9% по-голяма вероятност да имат хипертония и диабет, съответно, в сравнение с работниците в сектора на услугите. В трето проучване 71% от строителните работници са с наднормено тегло, в сравнение с 67% от всички отрасли. В сравнение с офис служителите, строителните работници са по-склонни да имат метаболитни рискови фактори (повишени триглицериди в кръвта, холестерол с висока плътност (HDL), глюкоза на гладно, централно затлъстяване и хипертония). Свързана констатация също така разкрива, че строителните работници, са имали 4,3 пъти по-висок риск от остра исхемична болест на сърцето, която не е фатална, отколкото служителите в офисите.

Германската строителна индустрия съобщава за проучване сред 4958 работещи на възраст 40-64 години, които са преминали профилактични медицински прегледи за периода от 1986-1988 г. Проучваната популация включва водопроводчици, дърводелци, бояджии, мазачи, неквалифицирани работници и (контролна група – офис работници). Установени са аномални находки при белодробна аускултация, намален обем на принудително издишване, повишено диастолично кръвно налягане, отклонения в електрокардиограмата, повишен индекс на телесна маса, хиперхолестеролия, повишени чернодробни ензими, аномални находки в изследване на опорно-двигателния апарат и др. Специфичните рискови фактори на работната среда са причина за ранното пенсиониране поради инвалидност. По време на периода на проследяване 141 мъже са починали и 341 мъже са напуснали пазара на труда поради увреждане. В сравнение с контролната група, строителните работници показват 3,5 до 8,4 пъти увеличен процент на инвалидност ($P < 0,05$ за всички професионални групи) и 1,2 до 2,1 пъти увеличена смъртност от всички причини. Това проучване показва необходимостта и възможностите за по-нататъшно укрепване на здравето при работещите в строителната индустрия, насочено както към условията, свързани с работата, така и към факторите на личния начин на живот. Трябва да се приложат мерки за рехабилитация, за да се ограничи степента на инвалидност сред строителните работници.

4.2 МЕТАЛУРГИЯ

Металургията е стратегически отрасъл за промишлеността. От производството на черни и цветни метали зависят сектори като: машиностроене, енергетика, строителство, транспорт, битовото потребление. Металургията включва: обогатяване на рудата, получаване на метали от рудите, леене и термично обработване на металите.

Металургията има редица особености: изразходва големи количества суровини, горива, вода и електричество. Отрасълът е капиталоемък, изисква голям брой квалифицирана работна ръка, добре развита транспортна инфраструктура и е сред основните замърсители на природата.

По данни на НСИ към края на 2010г. секторът дава заетост на около 14 500 работещи у нас. Металургичните предприятия обикновено са от категорията „големи“ предприятия - с повече от 250 души персонал и са устроени в големи териториално-промишлени комплекси. В производствено - технологично отношение металургията се поделва на:

Черна металургия обхваща добива и обогатяването на руди на черните метали: железни, манганови и хромови руди, както и производството на чугун, стомана и прокат. Добив се осъществява в Средногорието, Странджа и Родопите.

Цветната металургия обхваща добива, обогатяването на рудите и производството на цветни метали. По физични свойства и предназначение цветните метали биват тежки (мед, олово, цинк, калай, никел) и леки (алуминий, титан). Добив се осъществява в Средногорието, Родопите и Софийско - Пернишки район

Наетите в сектора са изложени на: въздействието на прах; химични вещества вибрации от ръчни инструменти и машини, силен шум; твърде високи температури, инфрачервена радиация

Черната металургия включва следните основни производства:

- Алгомерационно;
- Доменно;
- Стоманодобивно;
- Прокатно–валцово;
- Феросплавно;

Черна металургия. Агломерационно производство. Технологичния процес преминава през: Подготовка на шихтата (раздробяване и първично смесване); Вторично смесване и спичане с краен продукт- парчета агломерат и сортировка до получаване на пречистен продукт;

Фактори на работната среда:

Прах: запрашеността е най – значителна (при смилането, смесителните барабани, при вибрационните сита и при товаренето на агломерата). Основните компоненти са Fe до **65%**, калций до **20%**, SiO2 до **12%**, своб. SiO2 до **1-2%**. До **85%** от частиците са с размери до **2 микрометра**.

Шум – не е съществен фактор. Токсико – химични фактори: CO и SO2. Не превишават граничните норми. Работната поза е права до 35% от сменното време. Енергоразходът е в границите на тежкия труд.

Черна металургия. Доменно производство. В доменното производство се осъществява *редукционна топене на агломерат, железни руди, флюси /варовик/ и кокс с цел получаване на чугун.* Процесът се извършва в доменни пещи -1800 С. *Свързването на варовика с железните окиси води до образуването на шлака. Тя плува над чугуна през улеи – шлакотечи, в горната част на пещта. Отдолу – през чугунотека се излива в чугуновози и се транспортира за преработка в стомана и/или леярски чугун.*

Фактори на работната среда:

Неблагоприятен микроклимат, с условия за прегряване поради интензивната ИЧР, при изпускането на шлаката и чугуна. Лятото температурите могат да достигнат до 45С. Силни въздушни течения над 5м/с и ниски температури през зимата до 1-2С;

Наднормени концентрации на прах – аналогичен по състав с този на аглом. производство;

Доменен газ /поради повишено съдържание на N, CO,CO2,/замърсявания със серен диоксид, оловни аерозоли и др.;

Шум – в близост до доменните пещи – 90dB, на места достига до 110dB.

Здравни ефекти:

- Опасност от прегряване или преохлаждане – увеличаване на простудната заболяемост (bronхити);
- Заболявания на периферната нервна система;
- Заболявания на опорна двигателния апарат;
- Опасност от травми;
- Опасност от тежки изгаряния;
- Остри и хронични интоксикации.

Черна металургия. Стоманодобивно производство. Стоманата се получава, чрез претопяване на чугуна смесен с железни отпадъци или с чисти железни руди. Осъществява се в 3 технологични варианта, определящи 3 вида пещи: *Мартенови; Бесемерови и томасови /конверторни/; Електростоманодобивни;* Общото е интензивна ИЧР / пещи и струята течна стомана/ и висока температура на въздуха /горешите газове постъпващи през работните отвори на пещите. *Технологичният цикъл минава през три фази:* Подготовка на шихтови материали и зареждане на пещта; Плавка и изпускане на готовата стомана; Разливане на стоманата; В шихтовите отделения - висока запращаемост, висока скорост на въздуха, неблагоприятни работни пози, значително натоварване на ОДА. Прах в концентрации до 70 мг/м³, кондензационни метални аерозоли с концентрация над ПДК, доменна газ, CO₂, серен двуокис.

Черна металургия. Прокатно-валцово производство. При валцовото производство (производството на прокат) се получава фасонна стомана (профили с проста геометрична форма) и фасонни профили (с ъглово и др. сечение), ламарини, тръби и др. Валцоването бива: горещо (1300 С) и много по-рядко студено. При горещото валцоване се отделят огромни количества топлина –ИЧР. Температурата на въздуха през лятото може да достигне и до 50 градуса. Шумът достига до 100 dB; Прахът, предимно от железни окиси, фино диспергиран. Токсико-химични фактори: серни газове, СО, маслени аерозоли (превишават до 3-4 пъти ПДК).

Черна металургия. Феросплавно производство. Подсигурява нужните за стоманолееенето сплави на желязото с манган, силиций, хром и др. Изходните суровини са руди, концентрати, шлага, железни стружки, кокс, флюси. Преминава през насипване на изходните материали в бункери, зареждане на пещите с елетродни маси и шихта, плавка, леене. Пещите са електродъгови с температура на електрическата дъга над 2500 С. Неблагоприятен микроклимат: прегряващ непосредствено до топлинните производства, ИЧР която е пространствено ограничена; Запрашеност: превишава граничните стойности. Основните токсични агенти са манганови аерозоли, оловни аерозоли, СО, SO₂.

Черна металургия. Хигиенни мероприятия

- Правилно организиране на аерацията, чрез специални покривни конструкции и отвори за естествена вентилация;

- Устройване на ефективни общи и локални вентилационни съоръжения;
- Въздушни душиове на работните места с интензивно отделяне на топлина;
- Водни завеси – пред отворите на пещите. Намаляване на въздушните течения с подвижни завеси;
- Херметизация и капсуловане на съоръженията и процесите с интензивно прахоотделяне;
- Внедряване на автоматизация и дистанционно управление, където е възможно;
- Редовно овлажняване на шихтата, включително чрез специални оросителни системи;
- Редовно почистване на осадения прах;
- Внедряване на рационален режим на труд и почивка, с подsigуряване на климатизирани стаи за отдих;
- Задължителна употреба на внимателно подбрани ЛПС;
- Осигуряване на подходящо работно облекло и обувки;
- Обезпечаване на предпазно професионално хранене – питеен /газирана вода с 200 мг. витамин С и 15 гр.натриев цитрат дневно/ и хранителен режим /продукти богати на незамен.аминокиселени, ПНМК, мляко, течни храни и напитки;
- Задължително и редовно провеждане на предварителните и периодичните медицински прегледи;
- Диспансеризация на заболялите лица и трудоустрояване при нужда и т.н.;

Цветна металургия

Цветната металургия обхваща: добива, обогатяването на рудите и производството на цветни метали. В предприятията на цветната металургия основните производствени процеси и вредности са сходни на тези в черната металургия. Съществената разлика, която се отразява и на здравните последици е допълнителното наличие на специфични вредности, характерни за съответното производство на мед, олово, цинк, кадмий и др.

Производство на мед – обогатен меден концентрат, в които се съдържат примеси като сяра до 40%, силиций, желязо, олово и др. **Етапи:** Приготвяне на шихтата; Пържене на шихтата до получаване на огарка – пещи “кипящ слой” -850 С; Топене и получаване на щейн (меден камък) и шлага (сплав в която не се съдържа мед) в електропещ – 1500 С; Конверторно получаване на черна мед (99%) в конвертори от разтопения меден камък, през специални отвори се подава въздух или кислород, при което примесите изгарят или преминават в шлагата; Рафинация (огнева или електролитна) до получаване на анодна мед.

Микроклимат: пържене, топене, конверторно получаване на черна мед - големи количества топлина, значителна част инфрачервена радиация. Мозаечен микроклимат; Шум: надвишава хигиенните норми на около 1/3 от работните места до 100 dB; Прах: най – много при пърженето и електроплавката. Съдържа предимно желязо (до 27%), силициев двуокис (до 53%), мед (до 13%). Високо съдържание на сяра в изходните суровини, основен токсико-химичен фактор – SO₂.

Здравни последици:

- Заболявания на горните дихателни пътища

- Заболявания на сърдечно – съдовата система, прегряване и топлинен удар
- Заболявания на периферната нервна система,
- Заболявания на храносмилателната система,

Установено е, че освен традиционните рискови фактори, свързани с начина на живот, излагането на рискови фактори от околната среда като тежки метали може допринасят за развитието на диабет. Поради това, има значителен интерес към работещите в сектор металургия с диабет. Общото население е изложено предимно на метали във въздуха, водата и поглъщането на храна. По-конкретно, има няколко проучвания върху животни съобщава, че излагането на никел може да предизвика хипергликемия. Някои изследвания върху хора са допълнително демонстрира, че други метали и никел по - специално, може да играе роля в развитието на диабет Наблюдава се, че никел експозицията е свързана с разпространението на диабет в проучване на 2155 възрастни китайци. Има съобщения и за връзка между арсен и диабет в изследване на напречно сечение на 891 работещи в Тайван.

Извършено е кохортно проучване на около 45 000 работници, изложени на метали в град Jinchang, провинция Gansu, Китай (Jinchang Cohort Study) през 2011 г. Това проучване събира изчерпателни епидемиологични и биологични данни за връзката на токсичността на околната среда (при излагане на метал) и риска от рак и други заболявания. От 46 295 работници са преминали 44 947 (97,1%) медицински прегледи със средна възраст 46 ± 13 години (61,7% мъже, 38,3% жени). Сред мъжете 73% (18878) са настоящи или бивши пушачи, докато 98% от жените са непущачи. Предвид ниското разпространение на тютюнопушенето сред работещите жени, се оцени модификацията на ефекта между тютюнопушенето и излагането на метали върху риска от диабет и преддиабет само при мъжете.

Установено е, че най-високото разпространение на диабета се наблюдава при тези с най-голяма експозиция както на тютюн, така и на метали. Тези резултати показват, че докато излагането на тежки метали е свързано с повишено разпространение на диабет, независимо от тютюнопушенето, избягването на тютюнопушенето би намалило риска.

Добре установено е, че тютюнопушенето увеличава риска от диабет. Мета-анализ на 25 проспективни кохортни проучвания установи, че рискът от диабет е по-голям за заклетите пушачи в сравнение с леките пушачи. Наблюдавахме повишен риск от диабет и преддиабет сред работниците с по-голям брой цигари, изпушени на ден, и при тези с най-висок брой години. **Има също така все повече доказателства, които предполагат, че излагането на метали също може да играе роля в развитието на диабет.** В това проучване се установява, че професиите с високи нива на излагане на метали, особено работниците по топене /рафиниране, са свързани с повишен риск от диабет и наблюдаваме доказателства за адитивно взаимодействие между по-висока експозиция на метали и по-високи години на пушене за риск от диабет ; това изглежда в съответствие с предишни доклади от по-малки проучвания.

Точните механизми, на които се основават асоциациите на тютюнопушенето и излагането на метали с риск от диабет, не са ясни. Потенциалните механизми, чрез които пушенето увеличава риска от диабет, могат да бъдат медиирани от инсулинова резистентност и по-голямо затлъстяване на корема при пушачи, чрез директен токсичен ефект върху панкреатичната тъкан и хронично възпаление. Основният механизъм на излагане на метали в патогенезата на диабета

също все още не е изяснен. Liu *et al.* наблюдава, че излагането на никел е свързано с риска от диабет сред възрастни китайци. Подобни констатации за риск от диабет са показани и при други работниците в металургията. Работниците от кохортното проучване Jinchang са рутинно изложени на никел и други метали. В тютюневия дим има повече от 7000 химически компонента, стотици от които са вредни за здравето, включително някои тежки метали. По този начин тютюнопушенето е друг малък, но важен източник на непрофесионално излагане на метали. Това може отчасти да обясни взаимодействието между излагането на метали и тютюнопушенето при засягане на риска от диабет.

4.3 МЕБЕЛНАТА ПРОМИШЛЕННОСТ

Секторът за производството на мебели обхваща около 1.6% от стойността на индустриалното производство в страната и създава около 2.1% от добавената стойност в индустрията. **Секторът осигурява заетост на над 20 хил. души или 4% от заетите в промишлеността.**

Работещите в мебелната индустрия са едновременно подложени на няколко рискови фактора: - прах, шум, вибрации, неблагоприятни микроклиматични условия, химични вещества, биологични, ергономични, психоемоционални и организационни фактори. Много от технологичните операции водят до натрупване на прах. Експозицията на работещите при дървесен прах води до възникването на здравословни проблеми - аспираторни алергии, астма, хроничен бронхит и др.

Технологичните операции, при които най-често се получават високи концентрации на дървесен прах, са:

- рязане, фрезование и струговане;
- шлайфане - машинно или ръчно;
- използване на сгъстен въздух за почистване на детайли и други изделия;
- ръчно монтиране на обработени/ шлифовани детайли;
- всички видове операции, включващи използването на дървесни композитни материали. Пределно допустимата концентрация (ПДК) на дървесен прах от твърди и меки дървесни видове е 5 тд/т 3 за 8-часов работен ден. Експозицията на вдишване на дървесен прах трябва да бъде ограничена, като във всички случаи трябва да е под ПДК.

Условия на труд в мебелната промишленост:

- Наднормена прахост – дървесен и органично – минерален прах. Финнодиспергиран. Дървесният прах от твърдата масивна дървесина на широколистните дървета е канцерогенен – 1 категория;
- Шум – наднормен във всички етапи на преработка (циркуляри, гатери, абрихт, банцинг);
- Неблагоприятен микроклимат – според сезона;
- Опасност от смазване (при разтоварването), отрязване от режещите инструменти, омотване и навиване (въртящите части); увличане и захващане, удар, охлузване, подлъзване, загуба на равновесие и др.;
- Вибрации – общи от обработващите машини предаващи се от пода;

- Физическо натоварване – вдигане и пренасяне на тежести;
- Монотония – работа на транспортни ленти;
- Висока пожароопасност (стърготини, дървесен прах);
- Токсико- химична експозиция в участъци които е имало боядисване – органични разтворители над ПДК;
- Нервно – сензорно напрежение.

Заболеваемост:

- Заболявания с временна неработоспособност:
- простудни на дихателната система,
- на опорно – двигателния апарат и периферната нервна система;
- на сърдечно – съдовата система (аритмия, хипертония)
- на храносмилателната система (язви, гастрити), нервно – сензорно напрежение / намалено травматизъм.
- Професионални – пневмокониози, професионална твърдоухост.

Профилактиката на свързаните с труда и хронични социално-значими заболявания включва: намаляване на риска при производство на мебели в процесите, които се отделя дървесен прах, е необходимо да предприемете следните действия:

- Редовно почистване (прахосмучене) на работните машини и помещения;
- Снабдяване със специални приспособления за прахоулавяне на машините и насочване на събрания се прах към местна или централна смукателна система;
- Машините създаващи наднормен шум (гатери, банцизи, коробелачки) да се изолират от общите помещения или изведат в отделни помещения;
- Гатерите и банцизите да се монтират върху антивибриращи фундаменти;
- Ръчните машини и инструменти да се окомплектоват с виброгасящи ръкохватки;
- Ефективни принудителни вентилационни и аспирционни инсталации;
- Профилактика на използваните СПО (котли, кранове, телфери)
- Тръбопроводът, бункерът за дървесните отпадъци да са свободни и под наблюдение, да се почистват като антивзривоопасна процедура, да имат противовзривни клапани;
- Оптимална осветеност на работните места;
- Да се осигурят и използват ЛПС – антифони, маски, работно облекло и обувки;
- Стаи изолирани с ниво на шум по ниско от 65децибела;
- Стриктен предварителен и периодичен медицински контрол;
- Разработване и спазване на физиологични режими на труд и почивка.
- Избор на възможно най-ефективните и надеждни възможности за контрол, които свеждат до минимум отделянето и разпространението на дървесен прах;
- Информирание и обучение на всички служители за опасностите и рисковете от веществата и предприетите контролни мерки;

ПРОИЗВОДСТВО НА ЗЕЛЕНЧУКОВИ И ПЛОДОВИ КОНСЕРВИ.

Основни технологични процеси:

1. Подготовка на суровините и опаковките – приемане, сортиране, измиване, почистване, нарязване, бланширане, охлаждане, подготвяне на опаковките – оглед, измиване, дезинфекция, пренасяне до машините за пълнене.

2. Обработка на суровините и опаковките – пълненето и дозирането става със специални пълначни и дозировъчни машини, запълване с гореща заливка (ексхаустиране с цел отстраняване на въздуха) или изтегляне на въздуха с вакуумни съоръжения, херметично затваряне със затварачни машини, проверка за херметичност на опаковките с апарати „тестори“.

3. Стерилизиране – в автоклави (с периодично действие – зареждане и изпразване, или с непрекъснато действие – механизирано). Стерилизирането има 3 фази: повишаване на температурата до 120 градуса, същинско стерилизиране, охлаждане до 40 градуса за 15 минути. След стерилизация готовите консерви престояват 10 денонощия в термостатни камери при 37 градуса, след което се преместват в складове за съхранение (0-20).

4. Етикетиране, опаковане и транспортиране

РИСКОВИ ФАКТОРИ:

Производствен микроклимат – студен период (ниски температури в повечето помещения от 10 – 14 градуса с изключение на бланширането, ексхаустирането и стерилизирането, където достига 22-25 градуса), висока относителна влажност в почти всички помещения (75 -85%), като при измиването на суровините и опаковките и около автоклавите достига до 90- 93 %. Особено ниски температури 4-8 градуса в цеховите за производство на туршии и кисело зеле, при относителна влажност – 100 %.

Шум от оборудването - нискочестотен, често импулсен, наднормен в някои цехове до 90 dBA.

Тежък физически труд – при изготвяне на пуллова маса – серни газове.

Трудово – физиологични и психологични фактори

- Характерна особеност – феминизация. Три вида трудова дейност:
- Немеханизирана – сравнително тежка товарно – разтоварна дейност.
- Ръчна – в седящо или правостоящо положение, работа на конвейър.
- Контролно – измервателна - обслужване на съоръженията има и допълнителни ръчни операции.
- Леко и умерено динамично физическо натоварване (до тежко при товарно – разтоварни дейности), ангажирани са най- вече горните крайници, при работа на конвейър - наложен ритъм, раздробеност, еднообразие на операциите, многократна повтаряемост, водещи до двигателна и психо-сензорна монотонност.

Заболеваемост

- Остри инфекции на горните дихателни пътища;
- Заболявания на периферната нервна система;
- Заболявания на кожа и подкожие;
- Алергии.

Управление на риска:

- Механизиране на ръчните операции, подобряване на принудителната работна поза, ергономични работни движения;
- Ефективна херметизация, топлоизолиране, екраниране;
- Ефективна вентилация;
- Съобразяване на скоростта на движения на конвейрната лента с възможностите на средния работник;
- Промяна в скоростта на лентата, съобразно в работоспособността;
- Осигуряването на ергономична работна мебел;
- Подходящо работно облекло (водонепроницаемо), ЛПС, лична хигиена;
- Физиологичен режим на труд и почивка;
- Профилактични прегледи.

Производство на месо и месни продукти:

В икономическата дейност производство на хранителни продукти се включват процесите по производство и преработка на многобройни продукти: месо, риба, плодове и зеленчуци, масла и мазнини, млечни и мелничарски продукти, хлебни и тестени изделия и други хранителни продукти и храни за животни.

Икономическата дейност „Производство на хранителни продукти“ е една от най-рисковите по отношение на работната среда. Наетите в сектора са изложени на вибрации от ръчни инструменти и машини, на силен шум, на твърде високи температури, на въздействието на пушек и прах. Освен това те са изложени и на въздействието на химически продукти или вещества. Работата на наетите включва стоене прав или вървене през по-голямата част от работния ден, включва повтарящи се действия с ръцете, включва и постоянно повтарящи се операции.

Най-разпространените оплаквания сред работещите в предприятията, произвеждащи хранителни продукти са за обща умора, мускулни болки, стрес, главоболие и болки в гърба. Технологиите за производство на някои от хранителните продукти изискват сложна предварителна обработка на суровините. Например за определени храни суровината трябва да се натроши, раздроби или подложи на смилане, да се нагрее, да се изсушава или филтрира.

Многобройни производствени рискове съпровождат трудовите процеси при производството на хранителни продукти. Това превръща работните места в тези индустрии в едни от най-рисковите, в сравнение с останалите икономически дейности, от гледна точка на здравето на работещите. Статистиката през последните три години сочи положителна тенденция на намаляване на броя на трудовите злополуки в предприятията, които произвеждат хранителни продукти, но въпреки това нивото на производствените инциденти и травматизъм остава много висок.

В рамките на детайлни епидемиологични проучвания е доказана контаминация с *Listeria monocytogenes* на съоръжения за рязане и опаковане на хранителни продукти, хладилни съоръжения. От търговската мрежа са изтеглени стоки, спряно е производството на преработвателни предприятия, проведени са многократни дезинфекционни обработки за дефинитивното саниране на производствената среда.

В съоръжения за преработка на морски дарове в Тайланд например се откриват основно двата епидемиологично важни серотипа 1 / 2a и 4b, което може да предполага потенциален риск за общественото здраве. (Vongkamjan, K 2016) L monocytogenes открит в 35 (17,9%) проби, от готови за продажба месни разфасовки, а пробите, събрани след опаковането, са тези с по-висока степен на замърсяване (8,3%). Серотипирането разкрива наличието на три серовари: 1/2a (87%), 1/2c (8%) и 1/2b (5%). (Oliveira TS, 2008)

За да се определи разпространението на L monocytogenes в малките предприятия за преработка на храни в Северна Ирландия, 24 компании предоставят шест проби за обработка и две проби за храна на всеки два месеца в продължение на осемнадесет месеца (от юли 2015 до ноември 2016 г.) за изследване на L. monocytogenes. Преобладаването на L monocytogenes 4,6% в хранителните проби и 6,3% в тампоните за преработка. Липсва сезонност при появата на L monocytogenes при хранителни изолати, но през топлите месеци май, юли и септември ($p = .007$) са открити значително по-високи стойности на положителни препарати за околната среда.

Проведени са изследвания за контаминация на съоръжения, преработващи и опаковащи различни млечни продукти. Листерия е изолиран от различни работни повърхности, които биха могли да доведат до кръстосано замърсяване на преработените продукти и могат да представляват потенциална заплаха за общественото здраве . Могат да се приведат данните от проучване с общо 41 изолати от различни тояки в месопреработвателно звено. Най-често се доказва L. Monocytogenes в 16 проби (7.62%), 2 проби (0.95%) като L. ivanovii, 19 (9.05%) като L. inposua. (107) Подобни резултати са получени при изследване в други производствени звена - 13,1% от работни съоръжения и 12,3% от пробите от околна среда, са положителни за L. monocytogenes. (193,252) .

Публикувани са данните от интересно наблюдение в птицекланица като са изследвани проби от прясно заклани птици и проби на различен етап на разфасоване и опаковане. След автоматизирания процес на рязане процентът на замърсяване с L. monocytogenes нараства линейно, достигайки 25 и 70% след 5 часа съответно за пилешки гърди и бедра. Процентът на замърсяване на оборудването и съдовете е висок по време на обработката (86,67%) и след почистването (66,87%). След дезинфекция на оборудване и прибори в производствената линия се наблюдава по-ниска честота на L. monocytogenes. (SchäferDF, 2009) ,

Ефективната система за мониторинг на околната среда е съществен елемент от програмата за контрол на Listeria, особено в предприятия, които произвеждат готови за консумация храни, които поддържат растежа и могат да съдържат L. Monocytogenes. Основните програми за почистване и дезинфекция са от решаващо значение за осигуряване на контрол върху L. monocytogenes. Програмата за мониторинг на околната среда за Listeria в зоните за обработка, където са изложени готови за консумация храни, е необходима за оценка на ефективността на мерките за контрол и следователно на вероятността от замърсяване на храната. В посочения документ се определя важната роля на работещите в производството на храни за предаването на инфекция с Listeria monocytogenes, както за кръстосано замърсяване, така и за ефективното почистване и дезинфекция, за мониторинга на рисковите процеси. Акцентира се на недопускане едни и същи работници да извършват събиране и изнасяне на отпадъци и да участват в технологичните процес.

В нашата страна проучване за разпространението на листерии се съобщава от Е. Гюрова . Изследвани са общо 645 проби, *L monocytogenes* е доказана при 158 или в 24,5% от тях. Най-често микробът се изолира в проби червени меса и продукти от тях - в 48% или 47 от всички 98 изследвани такива. Следващи са риба и рибни продукти: от изследваните 227 проби, *L monocytogenes* е доказана при 61 или 28,9%. Изследвани са 105 материали от бели меса и техни продукти, с получени изолати за 21 от тях или 20,0%. Салатите са застъпени в проучването със 128 проби, от които 23 са доказано контаминирани с *L monocytogenes* в 18%. От готовите за консумация храни най-често този микроорганизъм се доказва при рибни продукти – в 36,3%, съответно – солени, вейни и топло пушени риби. Следващи са полуфабрикатите от червени меса – в 35,4% (сурово-пушени колбаси – 30%, създърма – 15%, шунка -12,5% и пушен свински врат – 10%). Продаваните в готов за консумация вид салати са доказано замърсени с *L monocytogenes* в 20,4%. По-малко от 10% са контаминирани млечни продукти (4,4%) и полуфабрикати от бели меса (2,6%). Интересни са данните за първично замърсени животински суровини. Отново първенството е на рибата – с положителен резултат 41,8% от изследваните, следвани от пуешко и патешко месо – в 23,9%, птиче месо -15,2%. Суровото мляко е доказано контаминирано с *L monocytogenes* в 2,2% от изследваните проби. В това проучване например кашкавалът се определя като особено рисков заради сравнително ниската температура на парене 72-74 градуса за 1 минута и ниското рН – 5,2-5,4.

Въпреки че бруцелозата е или следва да бъде ерадикирана в редица развити страни, тя все още продължава да бъде главен проблем за населението и животните в много страни по света. Така например за територията на Република България през 2005 г. са регистрирани случаи на лабораторно потвърдена бруцелоза в Сливен. Те са констатирани у овчари, които са били на работа в гръцка ферма край град Ксанти. През 2006 г. няколко огнища на бруцелоза сред кози са потвърдени в град Златоград, обл. Смолян. Същата година е констатирано ново огнище сред кози в с. Старцево, общ. Златоград, обл. Смолян.

Рискови фактори в птицевъдството

Работниците в птицевъдството са изложени на въздействието на комплекс неблагоприятни производствени фактори.

- **Производствен микроклимат.** Параметрите му зависят от технологичните процеси. В кланичните цехове температурата на въздуха е между 8 и 14 градуса, влажността на въздуха е висока (до 93 %), а скоростта на движение на въздуха е ниска – до 0,2 м/сек, т.е. формира се преохлаждащ микроклимат. В люпилните температурата на въздуха е от 25 до 28 градуса, при влажност на въздуха до 90 % и ниска скорост на движение на въздуха – 0,05 до 0,2 м/сек, с тенденция за прегряващ микроклимат.
- **Прах.** При някои производствени операции, като хранене, почистване на помещенията и ловене на птиците, се създават условия за висока запрашеност на въздуха (до 18,1 мг/куб.м). Прахът е от растителен и животински произход, с предимно органичен характер, едродисперсен, състои се от хранителни частици, пера, слама и др.

- **Токсико–химични фактори.** Вследствие на жизнените процеси на птиците, се отделят газове и пари в концентрации над ПДК. Амоняк – от 12,4 до 35 мг/куб. м въздух Въглероден диоксид – от 0,007 до 0,1 об. % Сероводород – до 4 мг/куб. м В различни концентрации – меркаптани, кетони, индол, скатол, урея.
- **Шум.** При жизнената дейност на птиците и при някои технологични операции като ловене се генерира шум около ПДН. Производственият шум надвишава ПДН до машините трендери, които зареждат бункерите с фуражни смеси.
- **Биологични фактори.** Представяват продуктите на жизнената дейност на животните, патогенни микроорганизми – причинители на зооантропонози (токсоплазмоза, орнитоза, птичи грип и др.), външни паразити (кокошкински, кърлежи и др.), дрожди и други вещества с антигенни свойства във фуража.
- **Психофизиологични фактори.** Налице е физически труд и пренапрежение при операции, свързани с грижите за птиците и изпълнявани ръчно, полумеханизирано и механизирани. Основните работни операции са залагане на храна и вода, събиране и сортиране на яйцата, събиране на умрелите пилета, почистване и дезинфектиране на помещенията, поддържане на оптимални микроклиматични условия. При отглеждането на птици средният енергоразход е от 3,4 до 3,52 ккал/мин, т.е. характеризира се като труд с умерено натоварване.

Работи се на 8-часов работен ден, на една смяна с различни часове на започване и завършване на работната смяна в зависимост от технологичния процес. Заетите в производството са изложени на нервно-психично пренапрежение – емоционално пренапрежение при отглеждането, транспортирането, коленето на птиците и други производствени операции.

Работещите в птицевъдството са подложени на въздействието на комплекс от вредни фактори на производството (физични, токсико-химични, прах, физическо и емоционално пренапрежение). Водещо място в заболяемостта заемат болестите на периферната нервна система, костно–мускулната и дихателната системи. Вероятно значение имат и непрофесионални фактори (вредни навици и фамилен обремененост със социално значими заболявания).

Препоръки за профилактика

- Оздравяване на условията на труд чрез механизация и автоматизация на трудовия процес, рационална и ефективна вентилация на работните помещения, използване на ергономична работна мебел.
- Системно и ефективно използване на ЛПС – работно облекло, ръкавици, маски и стриктно спазване на личната хигиена от работещите.
- Въвеждане на физиологични режими на труд и отдих.
- Системен скрининг за ранна диагностика на свързаните с професията заболявания.

- Контрол на качеството на храната и водата на птиците, изолиране на болните птици, дезинфекция, дезинсекция и дератизация на помещенията, своевременно ваксиниране на здравите птици.

Професионални заболявания при производство на храни

Най-често срещаните видове професионални заболявания при производството на храни са болести на дихателната система, кожни заболявания и контактна алергия, намаляване на слуха и заболявания на опорно-двигателния апарат. Трябва да се вземе предвид и вредното влияние на високите температури на редица работни места в тези икономически дейности.

Какви увреждания могат да бъдат причинени на дихателната система?

- Въздействието на високи концентрации на прах във въздуха при използването на подправки, химически добавки, може да доведе до емфизем и астма.
- Изследванията сочат появата на хроничен ринит при работниците ангажирани в дейности по смилане, при работещите в кланници.
- Повечето от хората, заети в дейности, където се работи с подправки, се оплакват от задух и хрипове, синусит, хронична кашлица и хроничен бронхит. Същите увреждания се установяват при работници, които участват в производството на храна за животни, заради съставките, които се добавят към храните за животни.

Друга причина за увреждане на здравето на заетите в производството на храни е работата в много топла или много студена среда. Производството на храни се характеризира с наличието на термични крайности. В едни случаи работниците трябва да работят в хладилни помещения или да работят с дълбоко замразени продукти. Ако в тази среда не се използват специално облекло и предпазни средства, организъмът е застрашен от частично или цялостно измръзване. В други случаи се налага да се работи в условията на висока температура, при наличието на загрята пара. При наличието на значителна топлина и влага, човешкият организъм е застрашен от топлинен удар.

Технологични процеси: процесът е конвейрен, с изразен ръчен труд. **В кланичните зали,** животните се зашеметяват, колят, обезкървяват, дерат, пърлят, изкормват, разсичат се трупове. Правят се оглед на вътрешностите, обезкостяват се.

В изолационната кланица има хладилно отделение, черварска зала, помещение за солене и дезинфекция, отделение за условно годно месо, колбасарска работилница.

Хладилен цех – 24 часа се охлажда месото. След това се поставя в хладилници или замразителни камери. В черварското отделение, червата се обръщат, отстъргват, измиват и парят.

В цеха за производство на колбаси – предварително охладеното месо се реже на парчета и смела. Изсушава се при температура – 15 градуса и влажност 75 %. След добавка на подправки сместа се пълни в червата равномерно. Готовите колбаси се оставят окачени да съхнат без да се допират при температура – 15 градуса.

Утилизационен цех – обработка на всички кланични отпадъци и остатъци до технически масла, брашна и др.

Условия на труд:

- **Микроклимат** – зависи от атмосферните условия с възможност за преохлаждане. Влажност – 80% целогодишно, скорост до 1м/сек. В хладилните цехове до -25 и 90%;
- **Шум** – до 95 децибела, машини, писъци животни;
- **Цех за клане – ТФТ, правостояща работна поза / наведена/;**
- **Отдел за обезкостяване** – ръчно с нож, значително ФН, правостояща работна поза – $\frac{3}{4}$ от смяната навеждане, приклякване;
- **При изваждане на вътрешностите** – статично натоварване с ангажиране на горните крайници;
- **Производство на салами, пърлене на глави, пълнене на черва** – пренасяне на малки тежести, на малки разстояния 5 м. Сумарно за смяна – 6 км.

Заболеваемост:

- Простудни заболявания на дихателната система;
- Заболявания на опорно-двигателния апарати и на периферната нервна система;
- Заразни и инвазивни болести от клане и обработка на месото – туберкулоза, бруцелоза, антракс, сап, шап, лептоспироза, Ку – треска, еризипел по свинете.

Профилактика на труда:

- Механизация на процесите;
- Физиологичен режим на труд и почивка;
- Ергономична работна мебел;
- Климатизирани помещения за почивка;
- Ефективна вентилация;
- Подходящо работно облекло;
- Стриктна хигиена, лична, на работните помещения и инвентар, облекло и обувки.

Опасности за здравето на заетите в сферата на производството на хранителни продукти трябва да се посочат професионалните болести, предизвикани от влиянието на работната среда върху човешкия организъм.

Най-често срещаните професионални заболявания в тази икономическа дейност са респираторните заболявания, причинени от органичен прах и заболявания, причинени от биологични агенти.

Респираторните заболявания, причинени от органичен прах се проявяват като:

1. Бронхиална астма. Това заболяване се провокира от многобройни алергени:

- от растителен произход: от прах от брашното и зърнените култури и др.;
- от плесенните гъбички от рода *Penicillium*, *Aspergillus*;
- от животински произход: от козина, нокти, пера, от остатъци от животински тъкани и екскременти и др.;
- Сред най-заstraшените от бронхиална астма като професионално заболяване са »при работа с животински кожи.

2. Екзогенен алергичен алвеолит. Това професионално заболяване обичайно се причинява от:

- микроорганизми (термофилни актиномицети, аспергилус, пенецилиум и др.);
- биологично активни субстанции от животински и растителен произход (протеини, гликолипопротеини, полизахариди, ензими);
- Най-срещани в практиката са следните разновидности на алергичния алвеолит: Бял дроб у птицевъдците (антигени от гълъби, кокошки и др.).

Алергичните лица трябва да бъдат изключени от работа, включваща експозиция на органичен прах. Всички потенциални източници на органичен прах, особено гниещи вещества, трябва да се идентифицират преди започване на работата. При установяване на симптоми на заболяване е важно те да бъдат съобщени на лекар, за да се вземат ефективни мерки.

Как да се предпазят работещите в производството на хранителни продукти от респираторните заболяванията от органичен прах

- Чрез елиминиране или минимизиране на експозицията (въздействието на праха) чрез
- изолиране (херметизиране) на производствените процеси;
- Чрез контрол на експозицията посредством инсталиране на смукателна вентилация в работните помещения;
- Чрез употреба на лични предпазни средства: маски, защитно облекло, обувки;

Раздел 3. НАЦИОНАЛНИ И ЕВРОПЕЙСКИ ПОЛИТИКИ ПО БЕЗОПАСНОСТ И ЗДРАВЕ ПРИ РАБОТА

Национални стратегии и политики – национални стратегии и програми, национално законодателство, институционален капацитет на системата по безопасност и здраве при работа.

Основните принципи за осигуряване на безопасност и здраве при работа в нашата страна са:

- Превенция на професионалните рискове – мерки, които се предприемат или планират на всички етапи на работа в предприятието, за предотвратяване, ограничаване и/или отстраняване на професионалните рискове. Водеща отговорност на работодателя – регламентирана в Директива 89/391/ ЕИО и уредена с разпоредбите на Закона за здравословни и безопасни условия на труд.
- Йерархия на мерките за безопасност и здраве при работа – най-високото ниво цели да се избегнат или отстранят **всички** опасности, пораждащи рискове.
- Информирание и обучение на работещите и консултиране с тях – с цел повишаване на безопасността и здравето при работа, чрез социален диалог, постигане на култура за безопасност на персонала, висока квалификация и изградено осъзнато поведение на работещите за спазване правилата за безопасност.
- Отговорност на работещите – всеки работещ е длъжен да се грижи за своето здраве и безопасност, както и за това на лицата, работещи с него.
- Осигуряване трудово-медицинско обслужване на работещите – работодателите трябва да осигуряват обслужване на работещите от регистрирани служби по трудова медицина.
- Изграждане на ефективна система за контрол на безопасността и здравето при работа – от органи, посочени в съответните закони, в т.ч. работодатели и органи по безопасност и здраве при работа.
- Интегриране на мерките за безопасност и здраве с дейностите за предотвратяване на промишлени аварии, за опазване на околната среда и за повишаване качеството на продукцията.
- Управление на безопасността и здравето при работа – като най-успешни системи за управление на безопасността и здравето при работа се смятат:
- BS OHSAS 18001:2007 „Системи за управление на здравето и безопасността при работа – Изисквания“ и BS OHSAS 18002:2008 „Системи за управление на здравето и безопасността при работа – Указания за внедряването на OHSAS 18001“;
- Ръководни принципи относно управлението на безопасността и здравето при работа (ILO-OSH 2001).

- От 2018 г. се прилага международният стандарт ISO 45001-2018; въведен и като български стандарт – БДС ISO 45001-2018 „Системи за управлението на здравето и безопасността при работа. Изисквания с указания за прилагане“.
- Научно обслужване на дейността по безопасност и здраве при работа – чрез учебно-методическа литература, актуализиране на учебните програми, разпространение на добри европейски практики.

Социалната политика на България в областта на безопасността и здравето при работа е съобразена с тази на ЕС и е насочена към:¹

- Широкообхватен подход за насърчаване осигуряването на “благосъстояние при работа“;
- Повишаване на културата на работещите и развитие на систематата за превенция, чрез: усъвършенстване на законодателството, обучението и образованието, социалния диалог, общата социална отговорност, икономическите инициативи, партньорството между всички участници в труда;
- Развитие на конкурентоспособността на работодателите за провеждане на целенасочена социална политика и качество на дейността за безопасност и здраве при работа;
- Насърчаване и популяризиране на добри практики за подобряване качеството, производителността на работата, здравословните и безопасни условия на труд;
- Осъществяване на ефективен интегриран контрол по спазване на трудовото законодателство;
- Обучение в областта на безопасните и здравословни условия на труд;
- Разширяване на инфраструктурата от служби за консултиране и подпомагане на работодателя.

3.1. НАЦИОНАЛНИ СТРАТЕГИИ И ПРОГРАМИ ПО БЕЗОПАСНОСТ И ЗДРАВЕ ПРИ РАБОТА.

В съответствие със Стратегическата рамка на Европейския съюз за здравословни и безопасни условия на труд за периода 2014-2020 г. е приета **Национална програма за безопасност и здраве при работа 2018-2020 г.** (НПБЗР 2018-2020 г.). Стратегическа цел на Националната програма по безопасност и здраве при работа 2018-2020 г. е подобряване на здравословните и безопасни условия на труд на всеки работещ и на всяко работно място.

¹ Здравословни и безопасни условия на труд I част. Програма ЗБУТ за обучение на работодатели и ръководен персонал и фирми по проблемите на осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд, съгласно действащото законодателство в Р България. БСК, МТСП, С., 2019, 116 с.

3.2. НАЦИОНАЛНО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО

Националното законодателство по безопасност и здраве при работа включва:

- **Конституция на Република България** –Осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд е конституционно право на работниците и служителите в България определено в член 48, ал. 5 на Конституцията.
- **Закон за здравословни и безопасни условия на труд (ЗЗБУТ)**, По смисъла на закона здравословни и безопасни условия на труд са такива условия на труд, които не водят до професионални заболявания и злополуки при работа и създават предпоставка за пълно физическо, психическо и социално благополучие на работещите лица.
- **В ЗБУТ** са регламентирани изисквания за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд относно: отговорностите и задълженията на работодателя и работещите в този процес; обслужване на работещите от регистрирани служби по трудова медицина; функции и задачи на Национален съвет по условия на труд и на отрасли, браншови и регионалните съвети по условия на труд, на комитети/групи по условия на труд в предприятията;
- **Кодекс на труда** –хармонизира статистиката за трудови злополуки и професионални болести с тази на Европейския съюз.
- **Закон за здравето** – урежда обществените отношения, свързани с опазване здравето на гражданите в т.ч. и на работещите като национален приоритет.
- **Закон за интеграция на хората с увреждания** –работодателят е длъжен да пригоди работното място към нуждите на лице с увреждане при неговото наемане или когато увреждането на лицето настъпи след наемането му на работа;
- **Други закони** - Закон за опазване на околната среда, Закон за чистотата на атмосферния въздух, Закон за управление на отпадъците, Закон за водите, Закон за защита от шума в околната среда и др.

Наредби за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд - подзаконовни нормативни актове за прилагане на Закона за здравословни и безопасни условия на труд, Кодекса на труда и други закони. По важните са:

С **Наредба № 3** за задължителните предварителни и периодични медицински прегледи на работниците (Приложение 4 към чл. 5, ал. 2) е приложен списък на медицинските противопоказания за постъпване на работа в производства и професии с вредни за здравето условия и фактори

С **Наредба № 7** за минималните изисквания за здравословни и безопасни условия на труд на работните места и при използването на работното оборудване;

С **Наредбата за медицинската експертиза**, се определят принципите и критериите на медицинската експертиза и редът за нейното извършване.

Експертната на трайно намалената работоспособност, на вида и степента на увреждане на лицата и на професионалните болести се осъществява от ТЕЛК и НЕЛК.

Когато няма данни за трайно намалена работоспособност или трайно намалената работоспособност е под 50 на сто, но здравословното състояние на осигурения налага да работи при облекчени условия, включително при намален работен ден, той се трудоустроява с **болничен лист**. Лекуващият лекар трудоустроява за срок до един месец в една календарна година, а ЛКК - до две години, но за не повече от 6 месеца еднократно. На всеки 6 месеца се прави контролен преглед и се издава нов болничен лист. След изтичане на двете години осигуреният се насочва за освидетелстване от ТЕЛК.

Видът и степента на увреждането/степента на трайно намалената работоспособност се определят въз основа на представената медицинска документация. **Срокът на инвалидността е от една до три години в зависимост от характера на увреждането, динамиката на неговото развитие и възможностите за възстановяване.**

В своите решения ТЕЛК и НЕЛК определят условията на труд, противопоказани за здравословното състояние на освидетелстваните лица.

При лице с 50 и над 50 на сто трайно намалена работоспособност (вид и степен на увреждане на работещите лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 КСО) ТЕЛК (НЕЛК) се произнася по работоспособността му за работното му място и при необходимост го трудоустроява.

Лица с под 50 на сто трайно намалена работоспособност (вид и степен на увреждане на работещи лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 КСО) или без определен процент трайно намалена работоспособност се насочват към ЛКК за преценка на необходимостта от трудоустрояване.

При дефинитивни състояния, при които не се очаква условията на труд да обусловят неблагоприятно развитие на заболяването, в експертното решение се записва, че лицето е в състояние да работи според квалификацията и възможностите си (Чл. 78).

Подготовката на хората с увреждания за явяване пред комисиите на ТЕЛК се извършва от техния личен лекар. Той определя нужните медицински документи, прегледи, консултации и изследвания, които са нужни на съответния човек, освен това му дава медицинско направление за ТЕЛК. С него пациентът отива в съответната комисия по местоживееене.

Правилници по безопасност на труда

Преобладаващата част от правилниците по безопасност на труда (над 110) са остарели и непригодни за днешните реалности в икономиката както по отношение на нейната собственост и управление, така и по отношение на новото оборудване и обхвата на видовете трудови дейности. Въпреки това голяма част от конкретните правила и изисквания за осигуряване на безопасност и здраве са актуални.

Длъжностна характеристика, предоставяна на работника/служителя при сключване на трудовия договор (чл. 127 на КТ) – определя изисквания за неговото конкретно и специфично участие (задължения и отговорности) в трудовия процес.

Правила/Инструкции за безопасност и здраве се разработват от предприятието за конкретни дейности, основават се в повечето случаи на разпоредби на нормативни актове, обвързват се с оценката на риска и се използват при инструктажите за безопасност и здраве при работа. Работодателят предоставя на работещите съответна информация и когато е необходимо, писмени инструкции.

3.3. ИНСТИТУЦИОНАЛЕН КАПАЦИТЕТ НА СИСТЕМАТА ПО БЕЗОПАСНОСТ И ЗДРАВЕ ПРИ РАБОТА

Министерски съвет - определя и провежда политиката за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд.

Министър на труда и социалната политика - координира и провежда държавната политика в областта на осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд.

Изпълнителна агенция «Главна инспекция по труда» - осъществява: цялостен контрол за спазване на трудовото законодателство във всички отрасли и дейности; специализирана контролна дейност по спазването на законодателството, свързано с изпълнението на държавната служба, и на правата и задълженията на страните по служебното правоотношение.

Министър на здравеопазването - ръководи и координира дейността по опазване и укрепване на здравето при работа.

Институции в системата на МЗ: Регионални здравни инспекции (РЗИ), Национален център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА), Национален център по радиобиология и радиационна защита (НЦРПЗ).

Други министерства с функции в областта по безопасност и здраве при работа: Министерство на регионалното развитие и благоустройството, Министерство на икономиката, Министерство на енергетиката, Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията, Министерство на вътрешните работи и др.

Специализирани органи и институции по контрол и надзор – Държавна агенция за метрологичен и технически надзор (ДАМТН), Дирекция за национален строителен контрол (ДИСК), Главна дирекция „Пожарна безопасност и защита на населението“ (ГДПБЗН) и др.

Национален осигурителен институт - отговаря за: създаване и поддържане на информационна система за трудовите злополуки и професионалните болести; създаване и поддържане на електронен регистър на болничните листове и решенията по обжалването им; откриване на досие за всяка трудова злополука или професионална болест; разследване на трудовите злополуки; издаване на разпореждане за приемане или за неприемане на злополука за трудова; извършване на проучване за професионална болест, когато практикуващите лекари и лекари по дентална медицина при съмнение за професионална болест изпращат бързо известие.

Териториални експертни лекарски комисии и Национална експертна лекарска комисия – потвърждават или отхвърлят професионалния характер на болестта. Решенията си отразяват в експертно решение.

5.3. Структури на тристранното сътрудничество: Политиката за осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд се определя и осъществява след съгласуване в рамките на постоянни или временни структури на тристранното сътрудничество на национално, отраслово и регионално равнище.

Национален съвет по условия на труд (НСУТ) – постоянен орган за осъществяване на координация, консултации и сътрудничество при разработването и осъществяването на политиката за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд на национално равнище. НСУТ работи на обществени начала и се състои от представители на Министерския съвет, Националния осигурителен институт и на национално представителните организации на работодателите и на работещите.

Националният съвет по условия на труд обсъжда: състоянието на условията на труд и дейността за инспектиране на труда и предлага мерки за подобряването им; Националната програма за безопасност и здраве при работа и отчет за изпълнението ѝ; обсъжда становища по проекти на нормативни актове в областта на условията на труд и инспектирането на труда; взема решения за създаване на отрасли и браншови структури за тристранно сътрудничество по условията на труд; създава помощни органи към Съвета за решаване на специфични въпроси; координира дейността на органите, на които е възложено упражняването на контрол в областта на условията на труд; проучва и популяризира наш и чужд опит, приема програми по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд, финансирани от фонд "Условия на труд".

Отраслови и браншови съвети по условия на труд - анализират състоянието на дейността по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд в съответния отрасъл; организират разработването и обсъждат проекти на правила и изисквания за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд, специфични за съответния отрасъл; проучват и популяризират опита, организират и провеждат обучение по правила, норми и методи, осигуряващи здравословни и безопасни условия на труд, на работодателя, на длъжностни лица и на представителите на работещите.

Регионални съвети по условия на труд - приемат регионални програми за проучване и разработване на проекти за оптимизиране на условията на труд и ги представят на фонд "Условия на труд" за финансиране; обсъждат състоянието на дейността по осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд в региона или в отделни предприятия; координират дейността на териториалните органи по контрола на условията на труд; оказват съдействие на комитетите и групите по условия на труд за решаване на конкретни проблеми.

Комитети/групи по условията на труд - осъществяват социалния диалог в предприятията. Обсъждат всяко тримесечие цялостната дейност по опазване на здравето и осигуряване на безопасността и на работещите и предлагат мерки за подобряването ѝ. Имат право на:

- достъп до наличната информация относно условията на труд; трудовия травматизъм и професионалната заболяемост; констатациите и предписанията на контролните органи;
- да изискват от работодателя да предприема необходимите мерки и да правят предложения за отстраняване на опасностите или за временно ограничаване на риска за здравето и безопасността;
- да се обръщат към контролните органи;
- да се обучават задължително по програми, ред и изисквания, определени с наредба;

Фонд „Условия на труд“ – подпомага дейностите за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд; осигурява средства за обучение на работодатели, членове на синдикати, членове на комитети и групи по условия на труд и специалисти по безопасност и здраве при работа в предприятията; финансира проекти за диагностика на професионалните болести и съфинансира проекти, насочени към решаване на конкретни проблеми за подобряване на условията на труд; финансира изготвянето, отпечатването и разпространението на учебни и други информационни материали.

Служби по трудова медицина. - работодателите осигуряват обслужване на работещите от регистрирани служби по трудова медицина. Службите по трудова медицина консултират и подпомагат работодателите, комитетите и групите по условия на труд в;

- планирането и организирането на дейностите по осигуряване и поддържане на здравословни и безопасни условия на труд;
- укрепване на здравето и работоспособността на работещите във връзка с извършваната от тях работа;
- приспособяване на работата към възможностите на работещия, съобразено с неговото физическо и психическо здраве;
- оценка на професионалните рискове и анализ на здравното състояние на работещите;
- обучение на работещите и длъжностните лица по правилата за опазване на здравето и безопасността при работа.

Работодателят е длъжен да се консултира с работещите или с техни представители и организации, като създава възможност те да участват при:

- обсъждането и приемането на всички мерки, които се отнасят до здравето и безопасността на работещите;
- определянето на работещи, които ще извършват дейности по осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд, първа помощ, борбата с пожарите и евакуацията на работещите;
- планирането и организацията на обучението на работещите.

Работодателят е длъжен да осигури на всеки работещ, подходящо обучение и инструктаж по безопасност и здраве при работа в съответствие със спецификата на индивидуалното му

работно място и на професията при: постъпване на работа; преместване на друга работа или промяна на работата; въвеждане на ново или при промяна на работно оборудване и технология;

3.4. ДИРЕКТИВИ И ПОЛИТИКИ НА ЕС ЗА АДАПТИРАНЕ НА РАБОТНАТА СРЕДА НА ХОРАТА СЪС СПЕЦИФИЧНИ ПОТРЕБНОСТИ.

Преглед на Европейската политика и законодателство показва, че до голяма степен включването и участието на хората с хронични заболявания се регламентира чрез:

- **Директивата 2000/78/ЕО**, основната рамка за равно третиране в областта на заетостта и професиите² и Европейската стратегия за хората с увреждания 2010-2020³. В Директива 2000/78/ЕО се забранява дискриминацията въз основа на допълнителни основания като религия, сексуална ориентация, възраст и увреждания. По отношение на дискриминацията към хората с увреждания, се въвежда задължение за осигуряване на подходяща работна среда за лицата с увреждания
- **Рамкови политики** за стимулиране на заетостта и включването в трудовия пазар като: Европа 2020, Стратегията на ЕС за растеж и заетост, Препоръка на Съвета относно интеграцията на дълготрайно безработните лица на пазара на труда, Препоръка на Комисията 2008/867/ЕО относно активното включване на хора, изключени от пазара на труда⁴. Специално, мерките насочени към професионална (ре-)интеграция на лицата с хронични заболявания са често част от по-общите законодателни мерки.
- **Европейската стратегическа рамка за здраве и безопасност на работното място 2014-2020** специално отбелязва нуждата от подкрепа при завръщането на работа на лица с хронични, психични или редки заболявания и увреждания и необходимостта за въвеждане на интегрирани мерки за заетост като индивидуална подкрепа, насоки, съвети и достъп до професионално обучение и други. Също така са разработени няколко доклада и дейности за хроничните заболявания и/или за специфично хронично заболяване⁵.

Увреждания

Забраната на дискриминация на основание увреждания има два аспекта.

Първият е забрана за дискриминация на основание увреждания (подобна на другите основания, включени в директивата).

² EU Directive on Employment Equality 2000/78/EC

³ European Disability Strategy 2010-2020

⁴ Препоръка на Комисията 2008/867 / ЕО относно активното включване на хора, изключени от пазара на труда.

⁵ Например, Reflection Process on Chronic diseases: Final Report, Joint Action on Chronic Diseases (JA-CHRODIS), Green Paper on Improving the mental health of the population, Joint Action Mental health and Well-being, CANCON Joint Action 2014-2017).

Вторият и най-важен аспект е положителното задължение за осигуряване на подходяща работна среда за лицата с увреждания, като неразделна част от принципа за равно третиране.

Първата част е транспонирана във всички държави-членки. Единственият проблем, който възниква е самата дефиниция на увреждане. Директивата не определя уврежданията и около половината от държавите-членки не са включили дадено специфично определение, въпреки че в повечето има определение за целите на социалното осигуряване.

Едно от най-значимите нововъведения на директивата е задължението работодателите да осигурят подходяща работна среда за лицата с увреждания. Задължението за осигуряване на подходяща работна среда означава, че работодателят трябва да предприеме мерки, които дават възможност на подходящо квалифицирано за работата лице, като се изключат неговите или нейните увреждания, да е в състояние да започне работата, да напредва в нея и да преминава обучение.

От работодателя обаче не се очаква да поема необоснована тежест. Такава тежест не се счита за необоснована, когато държавите-членки предоставят безвъзмездни финансова помощ или субсидии на работодателите за скъпи приспособления и/или преустройство на физическото пространство.

Редица държави-членки продължават да регулират наемането на работа на хора с увреждания, чрез квотна система или запазени работни места. Това, обаче, не трябва да е в ущърб на личното право на не-дискриминация и осигуряване на подходяща работна среда. Някои държави-членки не са включили това определение в своето национално законодателство или са го направили по неадекватен начин. Например, като са ограничили задължението за осигуряване на работна среда само до работници, които вече са сключили договор или до лица с тежки увреждания.

Транспонирането на директивата може да се счита за успешно като цяло, тъй като всички държави-членки са въвели антидискриминационно законодателство, което обхваща всички основания на директивата, касаещи области, които са били нови за много страни. В повечето държави-членки правната рамка може да се счита за адекватна, като реалното ѝ прилагане е основното предизвикателство. Комисията също така признава, че само по себе си законодателството не е достатъчно за възпиране на дискриминацията и насърчаване на равенството. Комбинирането на правилно въведено и приложено законодателство с допълнителни политически мерки на национално равнище и на равнище на ЕС е ключът към намаляване на дискриминацията въз основа на религия или убеждение, възраст, увреждания и сексуална ориентация.

Европейска платформа за Харта на многообразието⁶

Европейската платформа за Харта на многообразието е създадена през 2010 по инициатива на ЕК. Платформата насърчава и подпомага публични, частни и неправителствени организации и компании да обменят опит и знания с цел да бъдат разработени и приложени политики за подкрепа на многообразието и социалното включването. Хартата е доброволен и

⁶ https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/tackling-discrimination/diversity-management/eu-platform-diversity-charters_en

публичен ангажимент на компания или организация за създаване и прилагане на проактивна политика за управление на многообразието и равенство във възможностите независимо от пола, сексуалната ориентация, физическите способности и възрастта. По съвместна инициатива на Българския форум на бизнес лидерите (БФБЛ) и Центъра за изследване на демокрацията (ЦИД), Хартата на многообразието е анонсирана през септември 2020 в София. Първите десет компании, подписали Хартата се обединяват под мотото: **"Включването на хора с различни способности и от всички социални групи създава добавена стойност за бизнеса, като пряко способства успешното обществен климат. Хартата е важна стъпка в утвърждаването на този печеливш подход"**.⁷

Национални стратегии. Европейската политика е отразена в националното законодателство. В различна степен в страните-членки, бюджетните ограничения и влиянието на икономическата криза водят до намаляването на пасивната политика, насочена към предоставянето на компенсации и/или помощи и увеличаването на политиките за интегриране на хронично болните в трудовия пазар. Трудно е да бъде направен сравнителен анализ, въпреки общата насока на реформите, защото всяка страна-членка има различно културно, историческо и икономическо минало, които са отразени в социално-институционалната рамка и подхода към хроничните заболявания и уврежданията.

Проектът PATHWAYS, въпреки това ограничение, си е поставил за цел да сравни десет страни-членки⁸ и да извлече най-добрите практики на пазара на труда за хронично болните. Прегледът на политиките, системите и услугите в сферата за улесняване и подпомагане на интеграцията на хронично болните на пазара на труда разкрива, че в повечето случаи, хронично болните се разглеждат като хора с инвалидност, включително и хората с намалена трудоспособност поради болест.

В много случаи, хронично болните могат да получат специализирана помощ на пазара на труда само, ако тяхното здравно състояние е класифицирано като инвалидност с определена степен или ако болестта повлиява сериозно тяхната възможност да работят, но това зависи изцяло от националната и местна политика. Всяка от проучените държави има разработени политики за подпомагане на участието на пазара на труда на уязвимите групи, но те варират по отношение на философията и практическото прилагане.

Например, всички имат стриктна политики срещу дискриминация на хора с увреждания, но политиките или стратегии за хората с хронични заболявания са силно ограничени и са включени във всеобхватни политики за хората с увреждания, уязвимите социални групи, възрастните и т.н.

Повечето политики подчертават важността от наличието на служби по заетостта, които предлагат широко-обхватни, фокусирани върху отделната личност, интегрирани и достъпни услуги. Въпреки това, прилагането на политиките често не отговаря на първоначалния замисъл и това води до ниската им ефективност.

⁷ www.diverse-bg.eu

⁸ www.path-ways.eu

В допълнение, наличието на инициативи за активиране на хронично болните на пазара на труда не е в унисон с общественото мнение и социалното приемане на хронично болните на пазара на труда. По отношение на различните социални системи, държавите се различават по това каква важност придават на помощи, стимули и задължение с цел улесняване на интегрирането на хора с инвалидност или намалена трудоспособност.

Хронично болните не се разграничават от службите по заетост и получават същите услуги като безработните и/или като хората с увреждания и намалена трудоспособност. Единствено, за хората с психични болести има повече специализирани програми. Това може да бъде обяснено с факта, че напоследък въпросите за психичното здраве са политически и социален приоритет в света.

Все по-нарастващият брой хронични болести и тяхното влияние върху продуктивността и трудовия пазар изискват разработването на всеобхватни стратегии и политики за (повторното) включване на хронично болните на пазара на труда. Важно е да се отбележи, че няма политики, специфично насочени към нуждите на хронично болните с цел пълноценното им участие на трудовия пазар. Също така, трябва да се има предвид, че политиките за хората с увреждания не винаги, нито изцяло предоставят необходимите мерки за хората с хронични заболявания тъй като нуждите на двете групи не са еднакви.

Европейската практика показва, че е необходимо по-голяма активност и участие от страна на работодателите. Политиките и системите трябва да се фокусират върху по-сериозното участие на работодателите, тъй като те са тези, които биха предоставили работни места на хронично болните. Финансовите стимули за работодателите под формата на субсидии за заплатите и намаляване на данъците трябва да бъде възможно за работодатели, които имат служители с хронични заболявания.

Работодатели и кандидатите за работа с хронични заболявания трябва да са по-добре информирани за техните трудови права и наличността на мерки за подкрепа. В повечето случаи, наетите лица, които развиват хронични заболявания често не се нуждаят от базисна интеграция на пазара на труда, но, по-скоро, имат нуждата от помощ да разберат своето състояние и начините, по които могат да се справят с бариерите, създадени от заболяването им. В тези случаи, подкрепа от психолози или колеги с подобни заболявания могат да бъдат изключително полезни. Правната рамка трябва да осигури достъпност на хората с хронични заболявания до съществуващи мерки за подкрепа на трудовия пазар.

Препоръчва се да се положат усилия за повишаването на информираността на работодателите за ползите от наемане и задържане на лица с хронични заболявания като, например:

- наличие на човешки ресурс с много способности и знания;
- лоялност към работното място и трудова етика;
- възможност за разширяване на клиентската мрежа заради разнообразието на служители, корпоративна социална отговорност;
- по-висока удовлетвореност на работната сила и т.н.

Статистиката за Европа ясно показва, че хроничните заболявания представляват сериозно предизвикателство за обществото, като се отразяват отрицателно върху участието на пазара на труда. Разработването на персонализирани програми за реалното включване на пазара на труда са в основата за подпомагането на лицата с хронични заболявания. Те трябва да включват интегрирани услуги на здравната и социална система, психологическа подкрепа, както и по-голямото участие на работодателите.

Раздел 4. СТРЕСЪТ НА РАБОТНОТО МЯСТО - ИДЕНТИФИЦИРАМЕ, БЪРНАУТ СИНДРОМ И ПРЕВЕНЦИЯ НА СТРЕСА НА РАБОТНОТО МЯСТО. ПРОГРАМА SOLVE (СОЛВЕ)

През последните 2 десетилетия работните места се променят драматично вследствие на постоянните реорганизации, използването на нови информационни и комуникационни технологии, глобализация на икономиката, растящата разнородност на работната сила и повишеното натоварване (умствено) при работа. Крайни срокове, забързано ежедневие, липса на достатъчно почивка – при този съвременен начин на живот стресът е неизбежен. Една от най-често срещаните му форми е свързана с кариерата и работното място.

Стресът на работа засяга всеки пети човек, като изтощението след работния ден е най-масово явление сред заетите. Той съставлява 40% от общия брой заболявания, свързани с работното място, а 20% от работещото население в Европа изпитва някакъв проблем с психичното здраве.

Най-честите психологични оплаквания на тези работещи са свързан с работата стрес, обща умора, понижено субективно благополучие. Хроничният стрес ни прави по-уязвими към простуди и други инфекции като понижава способността на имунната ни система да отговаря в съответствие с постъпващите сигнали, което повишава риска от множество възпалителни заболявания, вкл. алергии, автоимунни заболявания и сърдечно-съдови заболявания.

4.1. КОИ СА РИСКОВИТЕ ФАКТОРИ, КОИТО МОГАТ ДА ДОВЕДАТ ДО СТРЕС НА РАБОТНОТО МЯСТО?

Стресът се изпитва и повлиява на хората по различен начин. Всеки един от нас обаче би се съгласил, че колкото по-малко подкрепа получава човек от колегите и работодателите си, толкова по-вероятно е работното място да се превърне в нежелано и дори да ни накара да не харесваме работата си.

Причините за **стрес** при работа са опасности, свързани със проектирането и управлението на трудовата дейност и условията на работа. Такива опасности могат да бъдат управлявани и ефектите им контролирани по същия начин, както и другите опасности при работа, напр. физически и химични фактори.

Проучване на Европейската агенция за безопасност и здраве при работа поставя *психосоциалните рискови фактори на челно място сред 10-те настоящи и бъдещи приоритетни*

проблеми във връзка със здравето при работа и изследванията в тази област. Установено е, че начинът, по който се работи, т.е. каква е работната среда и начинът, по който се управляват организациите, са основните фактори, които определят дали дадено работно място може да бъде стресиращо.

Като водещи за здравето и безопасността при работа рискове на сегашния етап на развитие, ЕС Европейската обсерватория на риска идентифицира следните групи фактори:

Нарастващата интензивност на труда. От 1990 г. насам тя е пряко свързана с по-висок темп на работа и увеличаване на физическото и/ или умствено натоварване. Като цяло процентът на работещите с висок темп (скорост и крайни срокове) нараства от 48% на 56%, а на притиснатите постоянно от кратки крайни срокове работещи - от 50 на 60%. С това се увеличава вероятността от развитието на **стрес и мускулно-скелетни заболявания**, както и от увеличаване на **злополуките** и нараняванията при работа.

Високите емоционални изисквания при работа. В „новия“ свят на труда те са предмет на растящо безпокойство и загриженост, особено в разширяващия се сектор на здравеопазването и услугите, където конкуренцията се засилва. Бързо нарастващите във всички сектори **насилие и морален тормоз** на работа също допринасят за увеличаването на емоционалните изисквания и натоварване.

Дисбалансът работа - бит. Промените в организацията на труда, увеличаването на дела на временните трудови договори, повишената интензивност на труда и изисквания за гъвкавост и мобилност на работниците, влияят и върху частната сфера и личния живот извън работата.

Световната здравна организация определя следните рисковите фактори, които могат до доведат до стрес на работното място:

- Липса на подкрепа от организация от гледна точка на ресурси, насърчаване, развитие и т.н.
- Липса на яснота относно организационната визия и практики;
- Недобра комуникация с мениджърите, липса на обратна или никаква връзка с тях;
- Неясноти или разминавания по отношение на ролята, която се заема в организацията;
- Натоварване с прекалено много или обратното – с никаква работа;
- Работата не дава възможност за растеж – финансово и професионално;
- Неравносйно/недостатъчно заплащане;
- Няма сигурност за работното си място, т.е. усещане, че може да се загуби във всеки един момент;
- Няма власт за взимане на решения, което затруднява работата или пък натоварен с прекалено много отговорности;
- Невъзможност да се използва пълния капацитет от знания и умения;
- Нерегламентирано работно време, работа на смени;
- Занижен контрол върху работата;
- Работа в изолация или липса на колегиалност;
- Тормоз или насилие;

Стресът е състояние, което буквално подготвя организма за отбранителни действия. В следствие на сигнали до мозъка, се задейства „аларма“, която възбужда нервната система и освобождава хормони, които изострят сетивата, ускорява се пулса, мускулите се напрягат, а дишането става учестено и дълбоко. Този отговор на тялото е важен, защото така се защитаваме при заплашителни ситуации, без значение дали те реално застрашават здравето ни или не. Това е естествена биологична реакция на хората. Без значение дали стресиращата ни ситуация се случва на работа, у дома или навън, тялото ни ще отговори на нея по един и същи начин.

Установените у нас досега здравни оплаквания при различни професионални групи, обект на много изследвания показват, че те са с изразен психосоматичен характер: мускулно- скелетни, обща умора, постоянна тревожност и стресово състояние по време на работа - преживявания като причинно свързани с изпълняваната работа. Когато стресовите ситуации зачестят или останат неразрешени, тялото остава в „бойна готовност“ за дълго. Това увеличава шансовете за „износване“ на различни органи и системи в организма, с което пък се повишава риска от развиване на заболявания свързани със сърцето, белите дробове, очите, черния дроб, бъбреците и дори депресия.

Сред ранните признаци за стрес на работното място са:

- Главоболие;
- Проблеми със съня;
- Затруднения в концентрацията;
- Раздразнителност;
- Проблеми със стомаха;

Лекарите предупреждават, че стресът е „бичът на десетилетието“ и трябва не просто да се избягва, а да се профилактира и лекува активно. Психосоциалните рискове и стресът на работното място са сред най-големите предизвикателства за безопасността и здравето при работа. Те оказват значително въздействие върху здравето на отделните лица, организациите и националните икономики.

Приблизително половината европейски работници смятат стреса за обичайно явление на своето работно място, на което се дължи почти половината от всички загубени работни дни. Подобно на много други проблеми, засягащи психичното здраве, стресът често пъти е неправилно разбран или заклеймяван. Ако се разгледат обаче като организационен проблем, а не като личен недостатък, психосоциалните рискове и стресът могат да бъдат управлявани като всеки друг риск на безопасността и здравето при работа.

При обсъждане на изискванията на работното място е важно да се разграничат психосоциалните рискове, като прекомерното работно натоварване, от условията, които макар и да са стимулиращи и понякога проблемни, създават отзивчива околна среда, в която работниците са добре обучени и мотивирани да работят с максималните си възможности. Добрата психосоциална среда стимулира добри производствени резултати и лично развитие, както и психично и физическо благоденствие на работниците и служителите. Работниците изпитват стрес, когато работата поставя пред тях изисквания, които са по-високи от възможностите им да се справят с тях. Освен проблемите с психичното здраве, работниците, изпитващи продължителен стрес, могат по-нататък да развият сериозни проблеми с

физическото здраве, като сърдечносъдови заболявания или мускулно-скелетни проблеми. На ниво организация отрицателното въздействие включва незадоволителни цялостни бизнес резултати, висок процент на отсъствията от работа, презентизъм (служители и работници, които ходят на работа, когато са болни и не могат да изпълняват ефективно своите задължения), както и повишени нива на злополуките и нараняванията. Отсъствията стават по-продължителни от тези, които се дължат на други причини, а стресът на работното място може да допринесе за повишаване на процента на ранно пенсиониране. Приблизителните оценки на разходите за бизнеса и обществото са значителни и възлизат на милиарди евро на национално равнище.

4.2. СОЦИАЛНИ УСЛОВИЯ НА ТРУД. СЪЩНОСТ И ПАРАМЕТРИ.

Много схващания и теоретични концепции, предлагат обобщение на по-голямата част от литературните източници и автори и са посветени на социалните условия на труд в организациите, синдрома бърнаут и неговите предиктори в областта на социалното подпомагане. Макар в исторически план изследователите да акцентират върху различни схващания относно същността на бърнаута, много от концепциите са доказали своята значимост и днес.

Условията на труд включват като параметри:

- физическите условия на труд;
- социалните фактори;
- организационните фактори, при които протича трудовата дейност.

Физически условия на труд

Като област на въздействие и контрол, физическите условия на труд отдавна са ясно определени. За тях съществуват хигиенни норми, методи и ред за измерване, правила и отговорности при неспазването им. Съществени параметри в тях са: **равнището на шума, вибрациите, особеностите на микроклимата, лъченията, осветеността и др., т.е. физическите и химическите вредности на работните места.** В случай, че самият трудов процес и условията, в които той протича са вредни за здравето и живота на човека, то се спазва задължителна процедура за намаляване на вредните въздействия.

Социални фактори

Социалните условия на труд включват: взаимоотношенията на работното място, стила на ръководство, конфликти и сътрудничество, степен на съвместимост и отговорност в екипите. Социалните условия на труд представляват още оценка за степента на включеност на членовете на екипите по отношение на вземането на решения, степента на съответствие на прилаганите от тях усилия и оценката на ръководителя. В дългосрочен план оказват негативно или позитивно въздействие върху психичното и физическото здраве на работещите, работоспособността и отношението им към работата.

Организационни фактори

От организационните фактори с най-изявена връзка с психичното състояние на работещите имат режимите на труд, планирането и контролът, оценяването и стимулирането.

Планирането на човешките ресурси е една от най-бързо развиващите се области на управление, което през последните години се стреми към все по-плътно обвързване с организационните цели. **Контролът**, оценяването и стимулирането са управленски функции, които също се подчиняват на определени изисквания, за да не създават допълнително психично напрежение, конфликти и неудовлетвореност. Тези изисквания в последно време се включват в „организационната култура“ и се разглеждат в организационната и управленската психология. Разширяват се и параметрите, върху които тези условия могат да окажат негативно отношение, обаче не само към физическото здраве, но и към конкретните резултати, ефективност, въздействие.

Социален климат

Според Моос, „социалният климат“ може да се дефинира с три дименсии - отношение-между работещи и ръководители, личностно развитие - при изпълнение на работните изисквания, поддържане и промяна на системата-организация, контрол, физически условия и отвореност към промените. В понятието „социалните условия на труд“ включваме и параметрите на социалния климат.

4.3. СТРЕС НА РАБОТНОТО МЯСТО - БЪРНАУТ СИНДРОМ.

Стресът се определя като осъзнато и реално несъответствие между изискванията на обкръжаващата среда и индивидуалните възможности за посрещането им. Професионалният стрес възниква вследствие от взаимодействията между работещите и работните условия. Психологическите реакции на професионалния стрес включват тревожност, депресия, неудовлетвореност, умора, соматични прояви, ниска самооценка, гняв, отчуждение и др.

Обобщено, този **синдром бихме могли да опишем като състояние на физиологично, емоционално и умствено изчерпване, характеризиращо се с хронична умора, чувство за безпомощност и безнадеждност, развитие на негативно себевъзприятие и отношение към работа, живота и другите хора.**

Най-често той се развива при работещите в различните сфери на здравеопазване, образование, обслужване, занимаващи се всекидневно и интензивно с проблемите на други хора (здравословни, социални или психологически). Бърнаут (или „прегаряне“) е жаргонно понятие за крайно емоционално изтощение, изразяващо се най-вече по отношение на работата ни. Терминът е американски и се свързва с огромния стрес, който корпоративната кариера причинява на служителите – от асистент – до изпълнителен директор. **Претоварването ни кара да се чувстваме безсилни, а тялото логично отговаря на тревогите на ума със симптоми като главоболие, високо кръвно налягане и болки във врата, кръста и гърдите.** Нарушеният или непробуден сън, проблемите със събуждането или заспиването са други често срещани проблеми, пряко свързани със стреса, които могат да нарушат естествения ни баланс. Изследвания сочат, че **бърнаут** е в известен смисъл заразителен - поточно, ако в организацията има служител, който го преживява, това неминуемо се отразява и на колегите му .

Терминът "прегаряне" е използван за първи път през 1974 г. от Freudenberger в неговото изследване, наречено "Staff burnout". Малко след това прегарянето се определя от Maslach,

Jackson като триизмерен синдром, характеризиращ се с изтощение, цинизъм и чувство на неефективност, т.е. противоположно на ангажираността, описана като енергия, участие и ефикасност.

Stacey N. et al. дефинират бърнаут като „тип психологичен стрес, професионално или трудово прегаряне, което се характеризира с изтощение, липса на ентузиазъм и мотивация и чувства на неефективност (може също така да съдържа аспект на фрустрация или цинизъм) и като резултат, намалена ефикасност на работното място“.

На същото място може да намерим и определението на технострес като отрицателна психологична връзка между хората и въвеждането на нови технологии.

С понятието „прегаряне“/“бърнаут синдром“ се обозначава индивидуално преживяване, специфично в контекста на извършваната работа, функция на физическите и психологични ефекти на свързания с всекидневната трудова дейност стрес. Това психофизиологичното състояние е отговор на хроничен непреодолян емоционален стрес на работното място след множество неуспешни опити за справяне. Работещият вече не е способен да се ангажира нормално с работата си.

Терминът служи за описанието на специфичния отговор, породен от стреса и емоционалното напрежение, свързано с интензивната работа с други хора, при която професионалистите са "даващи", а другите – пациенти, ученици, "получаващи" помощ.

Синдромът на бърнаут обхваща най-малко **три аспекта**:

- развитие на усилващо се чувство на емоционално изтощение и умора, тенденция за развитие на студенина и цинизъм;
- отрицателно и равнодушно отношение към зависимите от професионалиста "други" за които той по презумпция отговаря;
- тенденция за отрицателна самооценка на собствената ефективност, водеща до чувство за лична некомпетентност и намалена работоспособност.

Състоянието на бърнаут може да се обозначи като последният стадий на един процес от безуспешни опити за справяне с отрицателни стресови ситуации. Като причина за възникването на бърнаут-синдрома отделните изследователи относително единодушно посочват личностните фактори, обществената среда, вкл. фактори на работното място, и взаимодействието между индивид и работна среда, повлияно от съответната организация/фирма. **Бърнаут е функция на социалния стрес, който е резултат на проблемите, пораждани от отношението "помагащ-получаващ", и преди всичко от отношението "индивид-организация".**

Компоненти на бърнаут:

- **Емоционално изтощение** - първият компонент на бърнаут синдрома, се изразява в чувство на умора, преминаващо в усещане за изчерпване на емоционалната енергия.
- **Деперсонализацията (дехуманизация)** - вторият компонент, обикновено се свежда до възприемане на негативни нагласи или незаинтересованост към другите.
- **Намалената работоспособност**, която е третият компонент на синдрома „бърнаут“ и се описва като усещане за влошена компетентност и неудовлетвореност от собствените постижения, усещане за безсилие и нежелание да се продължава работата.

Превенцията на синдрома на изгаряне се обсъжда в световен мащаб поради икономическата тежест на отсъствията от работа и други негативни последици, свързани с удовлетворението от работата, работата и грижите за пациентите. Социално-икономическите разходи, свързани с лошото психично здраве на работното място са значителни, но традиционно консервативни, тъй като малко проучвания включват загуби на производителност от намаляване на работата, както и поради отсъствия.

Макар рядко да се намират икономически оценки на психично-здравни интервенции на работното място, наличните данни показва, че те имат потенциал да бъдат изключително рентабилни. Пример за това е утвърдилата се корпоративна практика в Google на основано на вниманието намаляване на стреса на базата на съсредоточеност и концентрация MBSR (съкращение за Mindfulness-Based Stress Reduction, Weck, 2019). С медитация и тренинг на съсредоточаването действително може да се намали стреса. Технологични гиганти като Facebook, Apple или Google при които усилията и производствените грешки и неуспехи не са последици от работата, а по-скоро движещите сили зад нея, отдавна са осъзнали това и изразходват много средства, за да разтоварят служителите си от ежедневни рутинни дейности.

Световната здравна организация призна „бърнаут“ като реално медицинско понятие, но не го причислява към болестите, а като здравословно състояние, свързано с работата, като класифицира симптомите на този „проблем, свързан с професията“ по следния начин:

„Изтощение на работното място, арогантност, изолиране от социалната среда, цялостно негативно отношение към работната среда, ниска професионална ефективност и продуктивност“.

„ Състояние, което се отнася единствено и само за професионалната среда и не бива да се свързва с други обстоятелства“.

4.4. ПРЕВЕНЦИЯ НА СТРЕСА НА РАБОТНОТО МЯСТО.

Стресът при работа е подценяван проблем на работното място и е един от приоритетите на страните-членки в Европейския съюз. Проведени са много изследвания на причините за възникването на стреса на работното място, изяснен е терминът „професионален стрес“. С помощта на Европейската фондация за подобряване на бита и условията на труд е обобщен опитът на 12 страни-членки на Европейския съюз.

В България интересът към изучаването на стреса на работното място нараства. Стресът е проблем както за работодателите, така и за работещите в предприятието. Хроничният стрес води до повишено количество здравни оплаквания – психични или емоционални разстройства (изчерпване, депресия), слабост, главоболие, нарушен сън, напрежение и болки в мускулите, смущения в стомашно-чревния тракт, аритмия, сърцебиене, затруднено дишане и други.

Резултатът за работещите – заболявания, временна нетрудоспособност, намаляване на продуктивността, лоша работна атмосфера. Последствията за работодателя са неблагоприятни – текучество, разходи за обучение на новопостъпили работници, повишена заболеваемост, финансови компенсации за професионални болести и травми и др.

Промяната в характера на труда за последните десетилетия е главната причина за увеличаване нивото на стреса на работното място.

Интензивността на труда нараства, увеличава се броят на компютризираните работни места.

Честите реорганизации, въвеждането на нови технологии са често явление в държавния и частен сектор, което създава за много от работещите чувство на несигурност.

Постоянно се увеличават изискванията към качеството, продуктивността, технологичния процес, околната среда, работната сила.

Именно поради тези промени, превенцията на стреса на работното място трябва да е задача номер едно за всички работодатели.

Кои са причините за възникването на стреса на работното място?

Те могат да бъдат:

- недостатъчно време за изпълнение на поставената задача, неясна длъжностна характеристика, недостатъчно заплащане, твърде много отговорности при малка автономност, висок темп на работа, монотонна, репетитивна дейност, недостатъчно натоварване или свръхнатоварване, некооперативни ръководители или колеги и др.
- съществуват някои личностни характеристики , които увеличават възприемчивостта на организма към стрес – тип А поведение, индивидуалните копинг-стратегии.
- други потенциални рискови фактори са: пол, възраст, предишни или хронични заболявания.
- За много от европейските страни превенцията на стреса на работното място е юридическо задължение. Европейската директива за здравето и безопасността на работното място задължава работодателите да откриват и своевременно да коригират стрес-факторите от работната среда. В Холандия и Швеция е приет закон за физическата и психосоциална работна среда.

В България са направени първите стъпки в тази посока. Законът за здравословни и безопасни условия на труд (2000) в чл. 12(1) обръща особено внимание на рисковите за здравето и работоспособността на работещите лица професии с високо нервно-психическо натоварване, наложен ритъм, монотонност, принудителна работна поза и препоръчва въвеждането на физиологични режими на труд и почивка.

Наредба 14 (1998) в чл. 8, 2(б) (бел: актуалната наредба е Наредба 3/2008 г.) посочва като задача на службите по трудова медицина разработването на мерки за подобряване условията на труд чрез „**оценка на риска за здравето при работа с високо нервно-психично напрежение и неблагоприятни психосоциални фактори, наложен ритъм и монотонност**“.

Възникването на стреса е в тясна зависимост от работната ситуация. При ефективен мениджмънт на стреса предприятието е с висока продуктивност, с подобрено качество на труда, с ниски нива на заболяемост.

Първата стъпка в тази посока е мониторингът на всички рискови за здравето и благополучието на работещите фактори от работната среда.

Какво представлява мониторингът на стреса?

Мониторингът на стреса на работното място означава системно търсене на рискови фактори в работната среда (стресори) и идентифициране на рисковите групи работещи. Особено важно е работещите в предприятието да бъдат включени в самото начало на мониторинга. В случаите, когато работещите не са достатъчно информирани за самия процес и тяхната роля в него и нямат обратна връзка за получените резултати, мониторингът може да се превърне в главен стресор, предизвикващ съпротива и недоверие в работещите.

Мониторингът е процес, в който от особена важност е взаимодействието между ръководството, отдел човешки ресурси, работещите в предприятието и службата по трудова медицина.

Първият етап е планирането на самия процес на мониториране. Въпросът, който възниква, е дали да бъде обхванато цялото предприятие или определени цехове/отдели и работни места. Статистиката за цялото предприятие е необходима при сравняване на цеховете/отделите или при съпоставка на предприятието с подобни от същия бранш.

В случаите, когато обект на внимание са стрес – проблемите на един цех/отдел или работно място, могат да бъдат използвани анкети за условията и съдържанието на труда, професионалните изисквания и социалните взаимодействия на работното място.

В средните по големина предприятия могат да бъдат използвани въпросници, фокусирани върху работната среда (рискови фактори) и свързаните със стреса здравни проблеми. Преди провеждането на такова проучване трябва да бъдат изяснени следните въпроси: кои работници ще участват, кой ще събира, анализира и описва данните, как и с кого ще бъдат дискутирани получените резултати, съществува ли достатъчна гаранция за съхраняването на анонимността при попълването на въпросниците, колко дълго ще бъде съхранявана тази информация.

Вторият етап е провеждането на анкетното проучване в предприятието. Анкетите могат да бъдат използвани при интервюиране или провеждане на трудова консултация с представители от изследвания цех/отдел или работно място. Анкетирането може да бъде извършено от трудов психолог, специалист по трудова медицина, ръководител отдел човешки ресурси или от работна група, създадена за провеждане на мониторинга. Въпросниците се попълват от всички работещи в предприятието, а резултатите се анализират на групово ниво. **Изследваните групи не трябва да са твърде малки (не по-малко от 15 човека), въпросникът се попълва доброволно и анонимно. Към въпросника трябва да бъде включена информация за пол, възраст, образование, трудов стаж, което улеснява откриването на рисковите групи.**

Анализът и обсъждането на резултатите изискват участието на психолог от службата по трудова медицина. В някои случаи, когато изследването се провежда в големи предприятия, е необходимо събирането на информация за заболяемостта, продуктивността, текучеството, злополуките, полагането на извънреден труд и др. Необходима е особена предпазливост при

съпоставянето на нивото на заболяемостта в конкретен цех/отдел и резултатите от въпросника за здравни оплаквания.

Връзката между заболяемостта и стреса на работното място не е еднозначна и причините не би трябвало да се търсят единствено в работната среда. Въз основа на получените данни от проучването трябва да бъдат набелязани основните стъпки за коригиране на работната среда за намаляване нивото на стреса.

Съществуват три основни стратегии за превенция на стреса на работното място:

- Премахване или модифициране на причиняващите стрес условия на труд и намаляване неблагоприятното им влияние върху здравето и благополучието на работещите.
- Приспособяване на промените в работната среда към индивидуалните характеристики на работещите.
- Увеличаване на индивидуалната резистентност към стреса чрез повишаване на съзнанието и подобряване уменията за справяне със стреса чрез обучение.

Първите две стратегии са насочени към работната среда, а третата – към личността.

Като важни мерки, насочени към работната среда, могат да бъдат посочени:

- Промяна на трудовата задача;
- Въвеждане на промени в работната среда;
- Въвеждане на гъвкави режими на труд и почивка;
- Участие на работещите в професионалното развитие;
- Подобряване на социалната подкрепа от колеги и ръководители;
- Анализирание на работните роли и поставяне на цели;
- Ясна длъжностна характеристика;
- Седмични/месечни работни срещи, дискусии относно проблемите в предприятието;
- Хармонизиране на отговорности и власт;
- Въвеждане на работнически контрол;
- Материално стимулиране и др.

Във всяка организация/предприятие могат да бъдат използвани предложените от NIOSH (1994) стратегии за превенция на стреса:

- Въвеждане на адекватно съдържание и организация на труда за контролиране на психосоциалните рискови фактори на работното място.
- Мониториране на измененията в работната среда и здравето на работещите.
- Подобряване на информационния поток в предприятието/организацията, обучението и повишаване на квалификацията.
- Ясни цели и стратегии на службите по трудова медицина.
- Успешната превенция на стреса изисква системен подход и активно участие както на всички служби по осигуряване на здраве и безопасност на работното място в предприятието, така и на работещите в него. Системният подход включва планиране, мониторинг, оценка на риска, избор на стратегия, оценка и въвеждане на подобрения.

4.5. ПРОГРАМА SOLVE (СОЛВЕ) - КАТО ПРОЕКТ ЗА ПРОМОЦИЯ И ПРОТЕКЦИЯ НА ЗДРАВЕТО НА РАБОТНОТО МЯСТО.

Представява акроним от буквите от основните компоненти на програмата (първо издание): Стрес, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и наркотици, ХИВ/СПИН и насилие.

СОЛВЕ възниква в отговор на потребностите от защита на работещите срещу актуалните нововъзникващи психо-социални рискове на работното място (бърнаут, мора лен тормоз, социална стигма).

Основната цел на СОЛВЕ е да предложи интегриран отговор за справяне с и управление на стреса на работното място, насилието, тютюнопушенето и пасивното тютюнопушене (вторична експозиция), злоупотребата с алкохол и др., чрез включването им в цялостната фирмена политика, планиране и предприемане на действия на базата на тази политика.

Същността на концепцията е, че всички тези фактори водят до свързани със здравето проблеми за експонираните работници и понижаване на производителността в засегнатите организации. SOLVE има за цел да подобри психо-социалните условия на труд, да намали разходите и повиши производителността, както и да намали натоварването на работниците. Това става чрез новаторски подход, при който здравето, безопасността и благополучието на работниците стават интегрални части от икономическата устойчивост и организационно развитие на фирмата.

Програмата SOLVE е проектирана за промоция и протекция на здравето на работниците на самото работно място, в отговор на проблемите, свързани със стрес, алкохол и наркотици, тютюнопушене, насилие и СПИН, нездравословно хранене и недостиг на сън и физическа активност, които често се проявяват на работното място. Това е инструмент за решаването на определящите за стреса и психичното здраве при работа психосоциални проблеми на ниво фирма.

Фигура . Съвременно развитие на СОЛВЕ – програми за управление на взаимосвързани психосоциални проблеми на работното място.



Източник: SOLVE: Integrating health promotion into Workplace OSH policies, ILO,

4.6. КАК ДА СЕ СПРАВИМ СЪС СТРЕСА НА РАБОТНОТО МЯСТО?

Ефективното справяне със стреса на работното място ще бъде от полза не само за професионалния, но и за личния ви живот.

Ето няколко съвета как може да се справите с него:

Проследете какво ви стресира на работа и как отговаряте на стреса. Воденето на дневник винаги е добра идея, дори и в този случай. Опитайте се за седмица или две да записвате всички ситуации, които са ви стресирали на работа, като се постараете да опишете всяка малка подробност – в какъв момент се е случило, вие как сте се чувствали, какво сте си мислили, кои хора са участвали и т.н. Опишете и как сте реагирали – дали сте повишили тон, дали сте отскочили до магазина за нещо, дали сте излезли на разходка. Всичко това може да ви помогне да откриете реалната причина за стреса, която може да е страх да не загубите работата си, препятствия по конкретен проект, неблагоприятна работна среда и дори дългия път, който се налага да изминавате всеки ден до работа.

Приемете, че е невъзможно да контролирате всичко. Стресът обикновено се поражда от ситуации, над които чувстваме, че нямаме контрол. При тези обстоятелства се стимулира производството на стресовия хормон кортизол и ако това се случва често води до ниска самооценка, липса на самоувереност и ниска концентрация. Затова е важно да идентифицирате правилно нещата, над които е възможно да имате контрол и да не се опитвате да сте отговорни за нещата, които не зависят от вас и не може да контролирате. Приемете, че има и такива ситуации.

Спрете да търсите одобрението на другите. Работете върху това да сте уверени в себе си и спрете да търсите чуждото одобрение. Ако отдавате твърде много внимание на това какво мислят другите за вас и постоянно се опитвате да впечатлите някого, ще си навлечете излишен стрес, а това дори би могло да забави работния процес. Ако изместите фокуса от това как другите възприемат работата ви, всъщност е много по-вероятно да ги впечатлите.

Бъдете организирани и подредете приоритетите си. Научете се да определяте кое е важно и защо, при това много бързо. В съвременния динамичен свят, в който сроковете и задачите се променят бързо, това трябва да се случва по същия начин и с приоритети. Това ще ви помогне да организирате по-добре задачите и дейностите си. Липсата на организация и хаосът в служебните задължения неминуемо водят до стрес.

Релаксирайте! Работа ще има винаги и тя никога не може да бъде свършена наведнъж. Колкото по-изморени сте обаче, толкова по-трудно се концентрирате и работата ви отнема двойно повече време. Затова не пренебрегвайте почивката, разходката навън, тренировката и здравословната храна.

Раздел 5. КАК ДА ПОМОГНЕМ НА РАБОТЕЩИТЕ С ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА РАБОТНОТО МЯСТО?

5.1. ПРИНЦИПИ НА УСПЕШНА ПРОГРАМА ЗА ЗДРАВΟΣЛОВНО РАБОТНО МЯСТО.

„Здравето на работното място е нещо, което правим с и за хората не е нещо, което правим с тях“ Дейвид Хъникът, WELCOA, 2009 г.

Доброто здраве е равно на добър бизнес. Работно място, което осигурява „добра работа“ чрез положително и здравословно взаимодействие със служителите, създава здрава работна сила, което от своя страна насърчава здравословния бизнес. Работните места са идеални условия за насърчаване на положително здравословно поведение, не само поради значителното количество време, което работниците прекарват на работа, но защото колегите и организациите могат да бъдат изключително положителна основа за подкрепа на тези, които се опитват да подобрят здравето си.

Подкрепата е от решаващо значение, тъй като има сериозни доказателства, които показват, че там, където работодателите и работните места подкрепят персонала да прави малки промени в поведението си, положителните резултати за здравето на служителите са значителни като например: **намаляване на тютюнопушенето, повишена физическа активност, здравословно хранене и намаляване на стреса.** Освен това намаляване на затлъстяването и намаляване на употребата на алкохол могат да бъдат значително по-ефективни, когато са включени в широкообхватни здравни програми на работното място.

Нарастването на хроничните заболявания, като диабет, сърдечни заболявания и някои видове рак, заедно със застаряващата работна сила, означава, че трябва да направим промени в обществото, за да наемем и запазим здрава работна сила.

Работните места предлагат голям потенциал за достигане до много лица, които в друг случаи не биха взели предвид здравна информация или препоръки, нито биха имали достъп до скрийнинг програми или инициативи, свързани с повишаване на благосъстоянието. Уврежданията и заболяванията в резултат на хронично заболяване има значителни последици върху качеството на живот на човека и способността му да допринесе в обществото. За щастие, в много случаи тежестта на хроничните заболявания могат да бъдат преодолени чрез подобро хранене, физическа активност, намаляване на затлъстяването, намаляване на рисковата консумация на алкохол и спиране на тютюнопушенето.

Работодателите и ръководството стават все по-ангажирани със здравето на своите служители, не само за да бъдат социално отговорни, но и за подобряване на психо-климата на работното място. Чрез правилно проектирани инициативи за здраве и благосъстояние на работното място, организацията увеличават набирането, задържането и производителността и създават конкурентно предимство пред другите работодатели.

Работим заедно

Положителната и подкрепяща работна среда е тази, при която служителите и работодателите се отнасят един към друг с уважение, внимание и толерантност. Тя се основава на организационна култура, която признава многообразието, очаква учтиво общуване и ефективно се справя с неуважителното поведение, дискриминацията и тормоза. Ефективната комуникация на работното място между отделни лица, в екипи и на всички нива на организацията е важен фактор за здравословните работни места. Когато служителите са доволни от работата си, те могат ефективно да изпълняват задълженията си с положителна нагласа. Липсата на ефективна комуникация на работното място води до разочарование и обръкване сред служителите. Отрицателната комуникация може да доведе до конфликт между служителите и нисък морал - което може да създаде много стресираща среда за участващите, както и за останалите, и може да намали производителността.

Какво може да направи работното място?

Лидерството и лидерите в организацията трябва да моделират, насърчават и демонстрират уважително поведение. **Осигурете специално обучение за ръководителите за това как да:**

- Разпознават и управляват на проблеми ситуации;
- Подкрепя за членовете на персонала, изложени/участващи в конфликтна ситуация;
- Обучение по медиация или алтернативни стратегии за разрешаване на спорове;
- Създайте писмен кодекс за поведение;
- Очертайте какво е и какво не е приемливо поведение;
- Популяризирайте този кодекс в цялата организация чрез обучения, бюлетини, уебсайт и плакати на видими места.

Подход, концентриран около хората, който:

- Активно включва работници и мениджъри, особено в решения, засягащи здравето и безопасността на работниците
- включва служители в планирането на програми и решаването на възникнали проблеми

- осигурява равен достъп независимо от здравословното състояние или ролята на работното място
- признава, че здравето на индивида се определя от редица фактори, свързани както с работата, така и извън работата
- отчитат усилията на формалните и неформалните лидерите на промяната на работното място.

Когато ръководството играе водеща роля чрез:

- Популяризиране и участие на всички нива на ръководството.
- разработване и одобряване на план за действие на програмата.
- изграждане на отчетност в програмната структура.
- смекчаване на потенциалните рискове, които могат да попречат на участието.

Разпределяне на достатъчно ресурси за:

- Подходящо обслужване на нуждите на предложените резултати от програмата.
- използване на квалифицирани и надеждни външни доставчици на услуги
- осигуряват равен достъп на всички служители.
- включват стимули и награди, съобразени с участието и усилията.

Съобразена програма, която:

- Включва оценка на нуждите за идентифициране на приоритетни проблеми на работното място.
- е съобразена със специфичните нужди на индустрията, работното място и служителите
- е гъвкава при проектирането и доставката.

Редовна комуникация, за да се гарантира:

- Коректната комуникация.
- програмните стойности и насоки се съобщават на организацията.
- видимост на напредъка и резултатите.

Дългосрочен ангажимент за насърчаване на устойчивостта:

- Насърчава подобряването на качеството, привеждане на програмата в съответствие с работните практики.
- признава, че разработването на програмата трябва да бъде изчерпателно, но да започне със скромни цели и инициативи, които позволяват разширяване на ефективни малки инициативи.
- Ефективната здравна програма на работното място едновременно разглежда индивидуални, екологични, организационни и културни фактори, влияещи върху благосъстоянието на служителите.

В инструментариума тези фактори са организирани в три категории, **наречени хора (индивидуални), места (физическа среда) и визия (политика / практика / култура)**. Оценката на нуждите е процес на определяне и справяне с нуждите, идентифициране на „пропуски“ между настоящите условия и желаните условия.

Важно е да вземете предвид нуждите и интересите на работно място, преди да се предприемат действия, промени и дейности. Важно е да се оценят нуждите на най-големия актив на всяка компания, а именно – хората.

Техните конкретни интереси за подобряване на здравето ще допринесат за нужната конкретика за обхвата на програма за здраве и благосъстояние, както и приоритетните теми.

Трябва да се оцени:

- какво мотивира и интересува служителите.
- рискови фактори на работното място.
- косвени влияния върху благосъстоянието на работниците, като политика и култура на работното място.
- данни за участие за преки възможности, предлагани в миналото, като здравни дейности, услуги и събития.
- социални практики, насърчаващи здравето и благосъстоянието

Определяне на приоритетите на програма според хората, които ще участват, като:

- Сътрудничество с Вашия комитет по условия на труда;
- Идентифициране на представители на служителите, които ще дадат нужната перспектива.
- Обща дискусия с целия персонал с цел включване на идеи.
- Провеждане на семинар със служители, представители на различни позиции, възрасти, смени и обекти.
- Проучване на служителите, за да се определят областите на интерес и приоритет, като нашето проучване за оценка на потребностите на персонала.
- Използване на одита на работното място, за да ви помогне да разберете какво се предлага на персонала и какво е направено преди

Оценете средата на работното място: здравословни места. Важно е работните места, големи и малки, да оценят физическата среда, в която работи техният персонал. Оценката ще разкрие вече съществуващи или прогресиращи дейности, ресурси и инфраструктура, които са непосредствено на разположение на персонала, но позволява да се разгледа неизползвания потенциал в тези области. Това включва околната среда отвъд работното място и може да включи околната среда, местонахождението, включително бизнеси, съоръжения и транспортни връзки до и от работа.

Методите за оценка трябва да включват консултация и събиране на информация, като например:

- извършване на одит на работното място, като се използва одит на работното място, като се отчетат инфраструктурата, оборудването и пространствата.
- връзка с ключови заинтересовани страни като мениджъри и представители по безопасност на труда относно потенциалните възможности (бюджет, използване на инфраструктурата и безопасност).

- провеждане на дискуссионна група със заинтересовани служители, които да говорят за бариери на и около работното място, които пречат на участието в здравословно поведение;
- наблюдение (правене на снимки или бележки) или наблюдение (водене на преброяване), за да се определи използването на работното място и инфраструктурата, услугите или ресурсите, които биха могли да повлияят положително или отрицателно на здравето;
- отбелязвайте и обсъждайте успеха и предизвикателствата на предишни инициативи, дейности и промени на работното място за насърчаване на здравето.

Здравословно визия и култура на работното място: Насърчаването на цялостен подход на работното място към здравето и благополучието изисква участието на политиките, ръководството или собствениците на фирми и може да изисква промяна в „обичайната практика“. Трябва да се стремите да определите приоритетите, нивото на ангажираност и интересите на вземащите бизнес решения на вашето работно място:

- ниво на ангажираност и насоченост на политиката, която поддържа и насърчава здравето, използвайки одит на работното място;
- доколко здравето е съобразено с други бизнес стратегии, като целите за здраве, безопасност и благосъстояние, баланс работа / живот и организационни цели;
- отбелязвайте и обсъждайте успехите, предизвикателствата и ограниченията на предишни здравни инициативи, дейности и подобрения на сайтове във връзка с ежедневната практика и подкрепа.

Инициативата „**Здрави работници - здравословно бъдеще**“ се фокусира върху модифицируеми рискови фактори за спиране на пушенето, здравословно хранене, активна и отговорна консумация на алкохол .

Без дим

Защо да се насърчавате спиране на тютюнопушенето? Пушенето причинява редица сериозни здравословни проблеми, включително рак, коронарна болест на сърцето, инсулт и хронични белодробни заболявания. Повече от една трета са се опитали да спрат през последната година и повече от половината възнамеряват да се опитат да спрат през следващите шест месеца, което показва, че има необходимост да се подкрепят тези, които обмислят да спрат тютюнопушенето. **Работното място без тютюнев дим е най-добрият начин да започнете да се справяте с нивата на пушене в организация.**

Здравословно хранене

Защо да насърчаваме здравословното хранене? Доброто хранене допринася за общото здраве и благосъстояние, както и за предотвратяването и управлението на хронични заболявания като сърдечни заболявания, някои видове рак и диабет от втори тип. Като цяло здравословната диета включва включване на плодове и зеленчуци, мониторинг на приема на сол, наситени мазнини и захар и балансиране на приема на енергия според нуждите на нашето тяло.

Причините за нездравословно хранене могат да бъдат различни:

- липса на оборудвана кухня;
- не разбиране на това какво означава здравословен избор или методи за подготовка;
- приетите в културно отношение модели на хранене на работното място;
- сменен труд;
- работни срещи, на които се сервира нездравословна храна;
- Тези фактори могат да затруднят служителите да поддържат постоянни здравословни хранителни навици.

Консумация на алкохол

Защо да насърчаваме отговорната консумация на алкохол? Алкохолът е най-широко използваното ‚лекарство‘ и е част от нашата култура и начин на живот. Хората консумират алкохол за релаксация, общуване и празници. Рисквата или прекомерна консумация на алкохол може да има различни негативни последици, които са скъпи както за работодателите, така и за самите служители. Те включват:

- повишено рисково тегло, някои ракови заболявания, чернодробни и когнитивни увреждания, свързани с хронична употреба на алкохол;
- намалена производителност;
- преждевременно пенсиониране по болест;
- ниска работна заплата;
- общество и финансови разходи за служителите
- разходи за съкращаване на служители.;

Последиците от злоупотребата с алкохол върху работните места и персонала могат да бъдат широкообхватни. Всички имат потенциал да причинят социални и финансови проблеми. Факторите на работното място, които увеличават риска от злоупотреба с алкохол, включват:

- Достъпност и наличност на алкохол (такива функции на работното място);
- работа на смени;
- работни условия (опасни работни места, лошо качество на оборудването, недостатъчни ресурси);
- стил на управление (ниско ниво на надзор);
- междуличностни фактори: тормоз и конфликти;
- неадекватна работа и обучение;
- стресова работна среда, среда с нереалистични отговорности, цели, прекомерна работа;
- култура на работното място.

Как да помогнем на служителите да намалят консумацията на алкохол?

Ако се притеснявате от консумацията на алкохол на място или в социален план, или от това, че хората са под влиянието на работното си място, важно е да се справите с това, като използвате **набор от тези стратегии за промяна на околната среда, промяна на социалната култура и подпомагане на служителите в личните си усилия да намалят пиенето си.**

Официалната политика за алкохола трябва да бъде в основата на предотвратяването и управлението на поведението, свързано с консумация на алкохол на работното място.

Политиката, разработена в консултация със служителите и прилагана еднакво за всички нива, трябва ясно да посочва приемливите стандарти и поведение. Последствията от всяко неприемливо поведение трябва да бъдат ясно обявени на целия персонал.

Физическа активност. Защо да насърчавате физическата активност и намаляване на обездвижването? Без значение от етапа на живота, всеки може да се възползва от това да бъде активен. Необходими са само 30 минути физическа активност (например -ходене) на ден, дори разделени през деня, за да се чувства човек по-добре и да живее по-дълго. По-дългите работни дни, работата на „бюро“ и статични хобита като компютърни игри възпрепятстват повечето хора да постигнат препоръчаните нива на физическа активност. Прекаленото седене е вредно за здравето и е свързано със сърдечни заболявания и диабет като повишено кръвно налягане, мазнини и нива на глюкоза в кръвта. В дългосрочен план, повишеният риск от хронични заболявания, свързан със седенето на работното място, може косвено да допринесе за негативни резултати и да увеличи разходите за бизнеса.

Проучването *Stand Up Australia* показва, че повечето служители прекарват общо 67% от работното и неработно време в седнало положение. Интересното е, че повечето респонденти от проучването смятат, че са значително по-активни на работното място, отколкото показват резултатите им. Въпреки че проучването е проведено в административен тип компании, тези констатации могат да бъдат прехвърлени към други типично „сидящи“ професии в производството, транспорта и други.

Насърчаване на здравословно тегло. Защо да популяризираме здравословно тегло?

Програмите за намаляване на телесното тегло на работното място са ефективни, когато са комбинирани по подходящ начин за увеличаване на физическата активност и повишаване качеството на храните, налични на и около работното място.

Защо да насърчаваме благосъстоянието на работното място?

Психичното здраве оказва значително влияние върху работните места. В Австралия, последствията от нарушеното психично здраве струват приблизително 11 милиарда щатски долара годишно преки разходи, без да се отчита текучеството на персонала или необходимостта от временно наемане на персонал, което води до допълнителен финансов натиск.

Обикновено работата се счита за полезна за психичното здраве и благополучие, допринасяйки за чувството за идентичност и самооценка на индивида, развитието на умения, изграждането на взаимоотношения и социалните умения. Продължителното или многократно излагане на свързани с работата изисквания или натиск или дори едно сериозно събитие може да причини неблагоприятни здравословни проблеми и да намали работоспособността на човек.

Тези здравословни проблеми включват стрес, депресия и тревожност и могат да повлияят отрицателно на физическото здраве и поведение. Стресорите на работното място могат да варират от тормоз, неразумно натоварване, ригиден график на работа и невъзможност да се повлияе на решения, свързани с работата.

Като цяло стресорите могат да бъдат многофакторни и варират в широки граници от социалната и физическата среда, системите на работа или управление, които всички могат да повлияят на благосъстоянието на служителите. Работници в специфични индустрии, включително здравни и социални услуги, правоприлагане, отбрана и преподаване, са по-склонни да се изправят пред стресови фактори, свързани с работата, допринасяйки за по-сериозни последици за психичното здраве.

Работните места имат жизненоважна роля за създаването и поддържането на „психически здрави“ работни места. На първо място, работните места предоставят на служителите възможност за работа, която е безопасна, подкрепяща и ефективно влияеща върху стресовите фактори с цел превенция вместо лечение. Психичното здраве и благосъстояние на индивида могат да бъдат допълнително подобрени, когато се предлагат възможности за справяне с рисковите фактори като тютюнопушене, консумация на алкохол, здравословно хранене и физическа активност.

Доброто психично здраве и позитивното мислене означава, че служителите са по-добре подготвени да се противопоставят на стреса, да се справят с предизвикателствата и да развият устойчивост. Предприемането на действия за предотвратяване и справяне със свързания с работата стрес и подкрепа на емоционалното здраве може да повлияе положително на резултатите от бизнеса чрез:

създаване на положителна работна среда, подобрена комуникация, с по-високо удовлетворение от работата;

- намален брой заболявания и отсъствие на персонала;
- намаляване на инцидентите и злополуките;
- повишена и стабилна заетост;
- установено е, че всеки долар е инвестиран в по-добро здраве на работното място, има средна положителна възвръщаемост на инвестицията;

Как подкрепяме психическото и емоционалното благосъстояние на работниците?

Работното място може да осигури идеална среда за обучение на хората относно връзката между здравето и благосъстоянието.

Работодателите са длъжни да осигуряват безопасни и здравословни условия на труд, които могат да повлияят на физическото и психично здраве, но трябва да имат предвид, че факторите в личния живот на служителя могат да влияят на психичното здраве.

Здравословната работна среда е работно място, което приоритизира здравето и благосъстоянието на служителите, което от своя страна води до печалби, конкурентно предимство и предоставя по-добри резултатите за клиентите.

5.2. ЗДРАВΟΣЛОВНИТЕ РАБОТНИ МЕСТА В ЗДРАВΟΣЛОВНА РАБОТНА СРЕДА.

Политиките за здравословни работни места предоставят:

- цялостен подход за насърчаване на здравето и благосъстоянието;

- възможности за здравословна физическа, социална и психологическа работна среда като основна бизнес цел;
- среда, която прави здравословния избор лесен избор;
- предоставя информация и ресурси, за да помогнат на своите служители да направят избор на здравословен начин на живот и да постигнат и поддържат добро здраве;
- насърчава баланса между професионалния и личния живот и превръщането на работата в здравословен жизнен опит;
- насърчава служителите да поемат отговорност за собственото си здраве и безопасност и да допринесат за създаването на здравословни работни места;

И така, в Южна Австралия, щатското правителство е работило със заинтересовани страни от промишлеността и общността, индустриални асоциации, профсъюзи, неправителствени здравни организации и многобройни доставчици на програми за здраве и благосъстояние, за да създаде инициативата „Здрави работници - здравословно бъдеще“. Инициативата е предназначена да помогне на работните места да разработят политики, дейности и практики за здраве и благосъстояние на работното място, така че хората да могат да се радват на по-здравословен, по-активен живот на работа и у дома. Инициативата има за цел да предотврати някои хронични заболявания чрез намаляване на риска.

Все повече доказателства сочат, че работата, която хората извършват, и средата, в която работят, влияе здравето им. Работодателите могат да играят важна роля за подобряване на здравето на своите служители. Здравословната работна среда насърчава благосъстоянието, ангажираността, задържането, производителността и безопасността на работното място.

Изследванията показват, че здравословната работна среда може да доведе до:

- По-здрави служители;
- Повишена производителност;
- Удовлетвореност на служителите;
- Ангажираност на служителите;
- Намалено отсъствие от работа;
- По-малко искове за наранявания и болести;
- Подобрена креативност, качество на грижите и ефективни и ефикасни здравни услуги;
- Повишена конкурентоспособност.
- Докато изборът за по-добро здраве е отговорност на служителя, организациите играят ключова роля в подкрепата и насърчаването на физическото и психологическото здраве и подобряването на здравето на служителите на работното място.

Възможности за физическа активност

На работното място	Извън работното място
<ul style="list-style-type: none">• Инициирайте почивки за стречинг• Включете „ходещи срещи“ в графици• Инициирайте кампания „Хайде по стълбите“ – нека ползването на стълбите вместо асансьора да стане популярно	<ul style="list-style-type: none">• Осигурете възможност за ползване на тенис кортове, алеи за джогинг, футболни и баскетболните игрища в близост до работното място• Осигурете възможност за ползване на басейни и фитнес клубове

<ul style="list-style-type: none">• Осигурете карти за пешеходни маршрути в близост до работното място;• Насърчавайте придвижването с колело или пеша до работното място и обратно• Насърчавайте спортните прояви на работното място• Организирайте обедна йога, медитация или други дейности• Осигурете фитнес уреди на работното място и предлагайте групови или индивидуални тренировки• Помислете за намаляване на работния ден с половин час за тези, които участват в спортни прояви	<ul style="list-style-type: none">• Организирайте отбори по различни спортове• Планирайте семейни развлекателни събития на работното място• Насърчавайте специални групи по интереси и хобита например градинарство, планинарство, ски и т.н.• Предлагайте излети в природата• Инициирайте програма за почистване на околната среда• Поемете шефство и грижа за местност, пътека, кът за отдих
---	---

Работни места, които насърчават физическа активност отчитат:

- Повишена производителност и морал
- Намалени отсъствия и текучество
- Намалени нива на наранявания и разходи за обезщетение на работника
- По-добри отношения с служителите
- Намален стрес
- Подобрена удовлетвореност от работата и екипен дух
- Подобрено здраве и физическа форма на служителите

Хората, които са физически активни, се наслаждават:

- По-добро здраве
- Подобрена физическа форма
- По-добра стойка и баланс
- По-добро самочувствие
- Контрол на теглото
- По-силни мускули и кости
- Повече енергия
- Релаксация и намален стрес
- Продължаване на независимостта по-късно в живота

Обучение за здраве и благосъстояние

Служителите могат да се възползват и от това да научат повече за здравето и благосъстоянието. Ето няколко идеи за възможности за обучение:

- Факултетите по физическо възпитание и спорт и/или кинезитерапия от университети в близост могат да предложат програми за стаж, чрез които студентите могат да разработят и предложат спортни програми и ресурси за дадената компания/организация

- Използвайте центровете за здраве, личностно развитие или йога в близост на работното място, за да осигурите лектори по теми за активен и здравословен начин на живот
- Групите за опазване на околната среда могат да предоставят информация за възможностите за активно придвижване до работното място
- Създайте ресурсен център на по-добро здраве и благосъстояние, за да популяризирате информация за физическата активност на табла за обяви, плакати и брошури за възрастни
- Използвайте бюлетини, имейли и социални медии за комуникация на инициативи и информация
- Осигурете възможности за здравен скрининг, напр. кръвно налягане
- Предлагайте уъркшопове, за да демонстрирате спортно оборудване, така че хората да знаят как да го използват
- Предложете демонстрации за настройка на велосипеди и каска
- Домакин на сезонни и тематични кампании - подгответе се за лятото, проучете дейности на открито
- Привлечете подкрепата на местните спортни асоциации за провеждане на тренинговски семинари и семинари за превенция на наранявания

Канадското общество за борба с рака съобщава, че диетата, физическата активност и поддържането на подходящо телесно тегло могат да предотвратят между 30% и 40% от всички случаи на рак, а около 50% от всички смъртни случаи от рак са специално свързани с употребата на тютюн, лоша диета и липса на физическа активност.

Изследователите предполагат, че 90% от диабет тип 2 и 80% от коронарна болест на сърцето могат да бъдат избегнати чрез поддържане на здравословно тегло, редовни физически упражнения, ядене на здравословни храни, избягване на тютюнопушене и умерено пиене.

Обучението е ключът

- Предлагане на обучение и осигуряване на ресурси за служителите, за да имат по-добро разбиране как личният избор на начин на живот и здраве влияе върху появата, развитието и управлението на заболяванията. За информация се свържете с различни пациентски организации;
- Помислете за обучения по време на обяд/обедна почивка. Поканете гост-лектор или организирате здравно изложение на работното си място;
- Създайте табло за здравни ресурси, на което да има актуална и полезна информация;
- Предложете информация за алтернативни методи на лечение като билкотерапия, акупунктура и други.

Психичното здраве на служителите оказва огромно влияние върху представянето им на работното място. Работниците, които са психически здрави, са по-продуктивни и по-рядко отсъстват от работа. Подкрепящата работна среда може да предотврати и намали тежестта,

въздействието и продължителността на психично разстройство. Организации, които полагат усилия за идентифициране на психосоциални рискове и създават психо-емоционално здравословно работно място, извличат ползи от производителността, устойчивостта и растежа.

Три елемента на ментално здраве

Психично здраве	Емоционално здраве	Социално здраве
<ul style="list-style-type: none"> • Самоприемане • Личностно израстване • Оптимизъм • Надежда • Цел в живота • Контрол върху околната среда • Духовност • Самонасочване • Положителни отношения 	<ul style="list-style-type: none"> • Удовлетворение от живота • Щастие • Веселост • Спокойствие 	<ul style="list-style-type: none"> • Социално приемане • Вярa в потенциала на хората и обществото • Лична самооценка • Ползност за обществото • Чувство за общност и принадлежност

Очаква се проблемите с психичното здраве да бъдат причина на повече от 50% от социалните плащания за инвалидност през следващите пет години, като размерът ще надхвърли дори сърдечните заболявания. (Източник: *Guarding Minds @ Work*).

Проблемите с психичното здраве са най-бързо нарастващата причина за краткосрочни и дългосрочни увреждания, като разходите се поемат от частния и публичния сектор, работодателите и данъкоплатците.

Разработване и прилагане на политики и практика в подкрепа на служителите, които преживяват трудности, свързани с психичното здраве

- Политики за превенция на насилието и тормоза на работното място
- Политики за отворени врати за комуникация
- Процедури на работното място, които подпомагат служителите с психични проблеми
- Програма за ре-интеграция на служители, които се връщат на работа
- Наставници и ментори за подкрепа
- Правила за ползване на болнични, отпуска, лични дни
- Подкрепете ежедневната практика за релаксация
- Места за медитация / релакс, тихи стаи
- Дайте възможност на работниците да променят средата си като например се разхождат, за да могат да се фокусират
- Прилагайте практики за подкрепа в организацията, които намаляват стреса на работното място и свързания с работата стрес

Политики в подкрепа на психичното здраве

- Осигуряване на възможност служителите да търсят поверително консултации
- Осигуряване на възможности за масажна терапия, хиропрактика, акупунктура

Раздел 6. ДОБРИ ПРАКТИКИ В СТРАНИТЕ НА ЕС СВЪРЗАНИ С ИНТЕРВЕНЦИИТЕ, НАСОЧЕНИ КЪМ ЗАПАЗВАНЕ НА РАБОТНОТО МЯСТО НА ХРОНИЧНО БОЛНИТЕ.

6.1. ОБЗОР НА ДОБРИ ПРАКТИКИ.

Изследвани са проучвания и направен обзор на „добри практики“ в областта на професионалната рехабилитация на хронично болните и запазване на работното място в държави като Нидерландия, Обединеното кралство, Австралия, големи корпорации от САЩ-като Google, Amazon, HP и др.

Напоследък се обръща повече внимание на интервенциите, насочени към запазване на работното място като се използват методи и подходи с цел овластяване на трудещите се. Интервенции, насочени към запазване на работното място чрез решаване на проблеми, свързани с работата, използвани перспектива за овластяване и грижа за служителите с едно от следните хронични заболявания: захарен диабет, ревматични заболявания, хипертония, нарушения на слуха, множествена склероза, гастроинтестинални заболявания, епилепсия, хронична бъбречна недостатъчност, ХОББ и астма. Има някои доказателства, че интервенциите за професионална рехабилитация, които обръщат внимание на обучението за търсене на работни места и повишаване на самочувствието или самоефективност при справяне с проблеми, свързани с работата, са ефективни. Въпросът, който представлява интерес, е дали участието в пазара на труда е проблем за хронично болните като цяло или е по-сериозен за някои хронични заболявания, отколкото за други.

В проучването реализирано в Нидерландия , за да се идентифицират факторите, които влияят на позицията на пазара на труда на хронично болните, е формулиран следният изследователски въпрос: **Кои фактори разграничават хронично болните, които работят, от тези, които не работят? Получаването на този въпрос може да бъде полезно за определяне дали са необходими общи или специфични за дадена болест мерки за подобряване на перспективите на пазара на труда на хронично болните и кои фактори изискват внимание в политиката за реинтеграция.**

Сред работещите с увреждания, делът на хората със сърдечно-съдови заболявания или двигателно заболяване е значително по-висок, докато делът на пациентите с хронични неспецифични белодробни заболявания е значително по-нисък сред заетите.

В това проучване е изследвано трудовото участие на хората с хронично заболяване. През 1998 г. 45% от хронично болните в Нидерландия са били ангажирани с трудова дейност. Този дял е значително по-нисък от 60%, който се отчита за общото холандско население, което показва, че хронично болните имат относително неравностойно положение на пазара на труда. Когато се контролира въздействието на физическите увреждания, процентът на участие сред хронично болните все още изостава от този сред общото население със сравними характеристики.

Очевидно има допълнителни фактори, които оказват влияние върху възможностите на пазара на труда на хронично болните. Чрез скициране на профил на работещите хронично болни в противовес на неработещите, това проучване е допринесло за уточняване на факторите, свързани положително или отрицателно с участието на работната сила. В миналото улесняването на заетостта на работещите хора с хронични заболявания не е било основна дейност в здравеопазването, но нараства разбирането, че липсата на внимание към работния живот на хронично болни служители може да доведе до ненужна загуба на работа и увеличаване на финансови разходи за индивида и общността.

В Нидерландия я медицинските специалисти, общопрактикуващите лекари и лекарите по трудова медицина започват да обединяват усилия за подобряване на професионалното здравеопазване на служителите с хронични заболявания. Предприети са инициативи да се разработят мултидисциплинарни насоки, фокусирани върху оценката и управлението на свързаните с работата проблеми и условия. Всички подобни стъпки за подобряване на здравеопазването в този сектор изискват събиране на информация от самите пациенти.

Служителите със захарен диабет са **изготвили 54 изявления в отговор на „Какво е необходимо на служител със захарен диабет, за да може да продължи да работи. “** Сортират се в осем клъстера .

Резултатите в първия клъстер показват, че служителите със захарен диабет могат да продължат да работят с диабет, при условие че са приели заболяването и знаят как да се грижат за себе си на работа (напр. **-поддържат нивото на кръвната си захар**).

Резултатите във втория клъстер показват, че тези служители трябва да бъдат информирани как да получат и **финансират устройства/ консумативи за управление на диабета**. По-специално, доброто обезпечаване устройства/ консумативи се счита за важно за справяне с диабета на работното място.

Резултатите в третия клъстер показват, че за служителите с диабет е **важно техните колеги да разбират и да знаят за симптомите и последиците от диабета**. Поради това е важно служителите със захарен диабет да могат да разговарят с колегите си и да управляват за диабета, за получат подкрепа и разбиране за необходимата адаптация по време на работа. По този начин служителите със захарен диабет могат да решават проблемите си сами, като се **учат да се справят с болестта и с подкрепата на колеги и ръководство**.

Какво е необходимо на служител със захарен диабет, за да може да продължи да работи (приоритетна оценка). Самооценка по важност.

Клъстер 1: Самоприемане и способност за справяне със заболяването:

- Поддържане нивото на захар.
- Приемане на болестта.
- Възможно най-нормален начин на живот.
- Усещане на тялото и спокойно приемане на диабета
- Чувствам се добре.

Клъстер 2: информация за технически устройства/консумативи. Получаване на финансова помощ за закупуване на необходимите помощни средства и устройства

- Получаване на финансова помощ за закупуване на необходимите помощни средства и устройства за тяхното финансиране.
- Разговор с други болни от диабет за повече информация за заболяването.
- Активно отношение към здравните специалисти и мениджмънта.
- Актуална информация за нови помощни средства и терапии
- Застрахователно покритие за медицински консумативи

Клъстер 3: Знания на колегите и ръководството за заболяването:

- Колеги, които знаят как да реагират, ако той/тя се почувства зле на работа.
- Колеги, които знаят, че той/тя има диабет.
- Информирани колеги за възможните усложнения на заболяването
- Колеги, които знаят как да действат бързо, ако той/тя се почувства зле на работа
- Колеги и ръководство, които знаят какво е диабет

Клъстер 4: адаптиране на работното място

- Има добър баланс между натоварването и заболяването.
- Планиране на работа със собствено темпо.
- Постоянни работни задачи и натоварване.
- Възможно за следене на нивата на кръвната захар толкова често, колкото е необходимо на работното .
- Гъвкаво работно време .

Клъстер 5: способност за контрол на диабета по време на работа

- Възможност за хранене със собствена храна на работа
- Способност за избягване на мислите за диабета на работа
- Хранене (обяд) по едно и също време всеки ден

Клъстер 6: подкрепа и разбиране от колеги и ръководство

- Колеги, които разбират нуждата от спокойствие.
- Мениджър, който знае какво е диабет и ще прояви разбиране по време на интервю за работа.
- Мениджър, с когото може да се обсъжда ежедневно здравно състояние.
- Колеги, на които може да се разчита, че обръщат ежедневно внимание на здравно състояние на хронично болния колега.

Клъстер 7: подкрепа на здравни специалисти.

- Контакт със здравен специалист, който оказва подкрепа.
- Контакт със здравни специалисти, които обясняват как да се справят с усложненията и/или да ги предотвратят.
- Наличие на здравни специалисти на работното място, които знаят да реагират, когато има усложнения.
- Здравни специалисти, които се отнасят към него/нея като към здрав човек, а не като към болен човек.
- Здравни специалисти, които персонализират лечението към възможностите на служителя.

Клъстер 8: адекватни придобивки на работното място

В Нидерландия я отговорността за предоставянето на обезщетения за инвалидност от работата е прехвърлена от държавата към работодателя през 2002 г. В отговор на тази промяна в политиката, работодателите създават нови програми за насърчаване на запазването на работното място за болни служители. В миналото службите по трудова медицина са отговорни главно за разработването и прилагането на програми за здраве и безопасност в холандските компании.

Днес ръководителите/ началниците на отдели и експертите по човешки ресурси играят все по-важна роля в управлението на здравето на работното място. Подобно развитие се наблюдава и в други страни. През последните години много големи и средни организации в Холандия създават „социални медицински екипи“ на ниво отдели, които имат за задача да прилагат и наблюдават организационните политики и процедури за здраве и безопасност.

Понастоящем в повечето холандски организации програмите за задържане на работа са фокусирани основно върху намаляването на нивата и продължителността на отсъствието от болест. Служителите, които са в отпуск по болест повече от две седмици, обикновено са длъжни да изготвят план за връщане на работа заедно с техния ръководител, докато лекарите по трудова медицина и мениджърите ЧР имат ролята да съветват двете страни относно възможното адаптиране на работата и/или работното място, които може да са необходими за изпълняване на тези планове.

Наличните статистически данни показват, че от 2004 г. в Нидерландия се наблюдава цялостно намаляване на отсъствията по болест и увеличаване на нивата на трудоспособност. В същото време обаче се наблюдава **увеличение на нивата на трудоспособност сред работещите с някои хронични състояния (проблеми с психичното здраве и мускулно-скелетни нарушения).**

Холандските лекари по трудова медицина са разработили насоки за профилактика на проблеми, свързани с работата при редица хронични заболявания, заедно с общопрактикуващи лекари и медицински специалисти (напр. Депресия, мускулно-скелетни, дихателни и сърдечно-съдови заболявания).

Разработен е временен инструмент „Тематичен списък за изследване на проблемите на хронично болни хора на работното място“:

Попитайте пациента как се справя на работното място? Ако лицето е в отпуск по работа, попитайте каква подкрепа му е необходима, за да му помогне да се върне на работа.? Ако пациентът спомене за някакви проблеми по време на работа, проучете възможните затруднения и решения, като използвате списъка. ?

Самообслужване Имате ли достатъчно възможности за самообслужване на работното място (хранене редовно, вземане на лекарства)? · Има ли някакви проблеми на работното място, които пречат да се грижите за себе си?

Условия на работа и помощни средства Препятстват ли ви условията на работа да работите добре (брой работни часове, автономност, възможност за кратки почивки, работни задачи и натоварване, стая на работното място и помощни средства)?

Комуникация с ръководството Вашият мениджър запознат ли е с Вашето състояние? Познава ли той/тя симптомите и ефекта, който те могат да окажат върху работата Ви? Чувствате ли се комфортно да говорите с мениджъра си за адаптиране на условията на труд, от които се нуждаете на работното място? Погрижил ли се е Вашият мениджър за адаптиране на условията на труд, от които се нуждаете?

Комуникация с колеги Колегите Ви знаят ли, че имате хронично заболяване? Можете ли да говорите с тях за Вашето заболяване и последиците, които то може да има за вашата работа?

Комуникация със здравни специалисти? Получавате ли достатъчно подкрепа от Вашия лекар по трудова медицина? Има ли достатъчно сътрудничество между Вашия общопрактикуващ лекар, лекар по трудова медицина, специалист или други медицински специалисти? Получавате ли достатъчно подкрепа от Вашия общопрактикуващ лекар, специалист или други медицински специалисти? · Съвместимо ли е Вашето лечение (лекарства, странични ефекти от лекарства, диета, срещи с Вашия лекар, помощни средства) с Вашата работа?

Ресорният ръководител и мениджърите ЧР имат различни функции и задачи в рамките на организацията. Мениджърите ЧР носят отговорността да гарантират, че служителите стават и остават ценни за организацията. Те се занимават с въпроси, свързани с управлението на хора като компенсации, наемане на работа, управление на представянето, развитие на организацията, безопасност, управление на здравето и уврежданията, обезщетения, мотивация на служителите, комуникация, администрация и обучение.

Ресорният ръководител е отговорен основно за организирането и надзора върху работата и производителността на екип или отдел. Типичните задачи на ресорния ръководител са управление на оперативните разходи, предоставяне на техническа експертиза, организиране на разпределението на работата и ротации, мониторинг на работните процеси, проверка на качеството, работа с клиенти, измерване на оперативните резултати. В повечето случаи, ресорният ръководител получават запитвания за разрешаване на проблеми, свързани със здравословното състояние на служител.

Но категорично се подчертава, че успешното решение на въпроси от такова естество изисква адекватна координация между ресорния ръководител и други специалисти, включително мениджърите ЧР и служби по трудова медицина.

Организационните проучвания са установили, че може да има голямо несъответствие между това, което се изисква официално от политиката за управление на човешките ресурси в организацията, и това, което всъщност се предоставя от ресорния ръководител.

Изследователите и специалистите по трудова медицина твърдят, **че задържането на хронично болни служители изисква проактивен подход, съчетаващ първична профилактика, с активно управление на отсъствието (вторична превенция)**. Изследванията показват, че всяка група заинтересовани страни може да има своя собствена гледна точка по въпросите на мениджмънта на хроничното заболяване или увреждането и че перспективите на всички заинтересовани страни трябва да бъдат взети предвид, за да бъдат ефективни програмите.

Ръководители:

www.eufunds.bg

Ръководителите разглеждат „доброто сътрудничество между мениджър и служител“ като най-важното условие за осигуряване на продължителна пригодност за заетост на хронично болни служители (**кълъстер 1**). Изявленията, групирани по тази тема, показват, че това включва взаимно доверие, контакт, споделени отговорности между ръководител и служител, внимание от страна на мениджъра, но също така и способност на работодателя да поставя конкретни изисквания към служителя.

Кълъстер 2 показва, че Ръководителите също намират за важно „мениджърът да има основни познания за това как хроничните заболявания могат да повлияят на работата“.

Сравнително висок приоритет е отреден и на „ролята на самите служители“ (**кълъстер 3**). Например служителите трябва да вземат автономни решения, да са наясно с ограниченията и потенциала на своите колеги и да бъдат отворени за своето състояние.

Почти също толкова важна е темата, че „работата трябва да бъде съобразена със състоянието и нуждите на служителя“, в рамките на възможностите на организацията (**Кълъстер 4**).

Кълъстер 5 посочва, че „добрият трансфер на информация и знания между мениджъри, лекари по трудова медицина и управление на човешките ресурси“ също се възприема като предпоставка за улесняване на пригодността за заетост на хронично болни работници.

Кълъстер 6 се отнася до необходимостта от разработване на „фирмена политика“ по отношение на хронично болни служители. Въпреки че тази тема има най-ниския среден резултат в анкетата, относително висок резултат бе даден на твърдението „организацията трябва да разсъждава по темата какво означава да бъдеш добър работодател за хронично болния служител“.

Мениджъри човешки ресурси: Мениджъри човешки ресурси отдават най-голямо значение на „фирмената политика“ като условие за улесняване на трайна заетост на хронично болни служители (кълъстер 1). Мненията, които те групираха по тази тема, се отнасят до това, което трябва да направят работодателят, мениджърът, организацията и служителите, за да се разработи такава политика: работодателят трябва да осъзнае, че служителят не може да продължи да работи в нездравословна ситуация; работата трябва да отговаря на състоянието на служителя; **мениджърите трябва да имат право да отправят изисквания към служителите и да оценяват последиците от болестта на служителя за неговите колеги;** организацията трябва да обмисли какво означава да бъдеш добър работодател; а служителите трябва да разберат и оценяват ясно своите възможности.

Сравнението на кълъстерите показва, че и двете групи (мениджъри ЧР и ръководители) са идентифицирали четири доста сходни тематични кълъстера, отнасящи се до условия, които са необходими, за да се гарантира, че хронично болните служители могат да продължат да работят:

Мениджърите трябва да са добре осведомени за въздействието на хроничните заболявания върху работата; служителите трябва да поемат отговорност; адаптиране на работното място и работата; и фирмена политика.

Но ако се разгледа съдържанието на тези клъстери, има някои **интересни разлики**. Например по отношение на **знанията, ръководителите визират личните знания за хроничните заболявания, докато мениджърите ЧР подчертават важноста от добре обучени и осведомените експерти по ЧР.**

В тематичния клъстер, отнасящ се до „отговорностите на служителите“, управлението на човешките ресурси се фокусира върху „споделените“ отговорности между мениджъри и служители, докато ръководителите отчитат отговорността само отнасяща се до служителите. Взаимното доверие между мениджъра и служителя е оценено като най-важното изявление от двете групи. Ръководителите считат „доброто сътрудничество между служители и мениджъри“ като най-важната отправна точка за запазване на работното място. За мениджърите човешки ресурси най-важната отправна точка е „корпоративната политика и култура“.

Изследването на Cunningham et al. подчертава необходимостта работодателите да осигурят подходящо обучение за ръководителите на звена за управление на здравето и хроничните заболявания на служителите. В допълнение, проучванията за професионалните заболявания и превенция и управление на наранявания на работното място насочват вниманието към значението на детерминантите на организационно ниво (например фирмената култура и управленски стил) като значителен фактор.

В заключение ръководителите звена и мениджъри ЧР идентифицират четири теми:

- **ръководителите звена и мениджъри ЧР трябва да са добре запознати с влиянието на хроничните заболявания върху служителя;**
- **служителите трябва да поемат отговорност за запазване на работата;**
- **трябва да се адаптират работните места и работните задължения;**
- **трябва да има ясна фирмена политика.**

Ръководителите звена възприемат сътрудничеството между мениджъри и служители като най-важния механизъм за осигуряване на продължителна заетост на тези служители. Мениджърите ЧР възприемат организационната политика и култура като най-важният механизъм.

6.2. КАКВО Е БЛАГОСЪСТОЯНИЕ НА РАБОТНОТО МЯСТО?

Здравето и благосъстоянието на работното място е цялостен подход на организациите, които се грижат за физическото и психическото здраве на своите служители. Традиционно здравето и безопасността на труда са насочени към намаляване на физическия риск и избягване на злополуки. През последните няколко години, бизнесът също търси начини да се грижи за психичното здраве на служителите като разглежда стрес и баланса между професионалния и личния живот също толкова важни, колкото и физическата безопасност.

Йога класове

Практикуването на йогата се свързва с намаляване на нивата на стрес, по-добра концентрация и повишена енергия. Компаниите могат да предлагат часове по йога в

конферентната зала, складовата част или навън по време на обяд. Най-важното изискване за практикуване на йога е пространството и много компании използват своите конферентни или други зали, за да осигурят часове по йога за членовете на екипа през целия работен ден. Това ще насърчи служителите да станат от бюрата си и да се насладят на физическите и психически ползи от йога. Например, Компанията Mobify предлага на членовете на екипа си часове по йога два пъти седмично, които, ако времето позволява, се провеждат навън.

Обучение за себеосъзнатост (mindfulness) за по-добро психично здраве

Себеосъзнатостта⁹ обръща внимание на настоящия момент, което позволява на тялото и ума да си починат. Чувството на благодарност и възможността за съсредоточаване върху това, което има значение в живота, означава, че е по-малко вероятно да се реагира на негативни мисли и чувства. Консултации или обучителни сесии по себеосъзнатост (mindfulness) предоставят на служителите ефективни умения за управление на психичното здраве. Проучванията показват, че програмите за себеосъзнатост (mindfulness) могат да помогнат при депресия, тревожност и стрес. Този подход помага на хората да се справят по-добре с дългосрочните здравословни проблеми, да имат по-качествени взаимоотношения и да подобрят способността си да се фокусират по-добре на работа. Големи корпорации като Google, Nike и Apple вече внедряват практики по себеосъзнатост (mindfulness), защото може да намали стреса и дори да промени начина на функциониране на мозъка.

Наемане на мениджъри, преминали обучение за психично здраве

От десетилетия компаниите са загрижени за физическото здраве на своите служители. Повечето работници на високорискови работни места разбират значението и нуждата от безопасна работна среда, за да се избегнат наранявания. В допълнение, подобреното ергономично оборудване и обучение помага на служителите да осъзнаят рисковете от мускулно-скелетни наранявания. **През последните години фокусът се измести върху психичното здраве. Има по-голямо разбиране в общността и по-малко стигма, така че хората са по-склонни да търсят помощ.** След подходящо обучение на мениджърите могат да забележат, когато даден служител има психически проблем. Това може да е личен или служебен проблем, свързан с работното място като голямо натоварване, тормоз или стрес. За всички мениджъри би било полезно да знаят как могат да помогнат на служителите, за да се справят с психично натоварване, което влияе негативно върху кариерата им.

Инвестиция в ергономично оборудване

Уморените, технически и морално остарели и направо опасни мебели и оборудване увеличават риска от злополуки. Подмяната с ергономични мишки, офис столове и стойки за монитори осигурява на служителите по-безопасна и по-удобна работна среда. По-добрият комфорт облекчава служителите, те са по-продуктивни и не се уморяват толкова бързо. Новото

⁹ Mindfulness- няма точен превод на български език. Може да бъде предено като осъзнатост, обръщане на внимание на настоящия момент. Mindfulness е начин на съзерцаване и обръщане на внимание на това, което се случва в живота ни. Помага ни да реагираме на трудностите по спокоен начин, който балансира ума и тялото. Mindfulness е и подход за изграждане на яснота, проникателност и разбиране: фокусът е върху сегашния живот, не мисли за миналото или бъдещето, концентрира се върху случващото се без критичност и без слагане на етикети „добро/лошо“.

оборудване може дори да доведе до намаляване на болничните и да повиши трудоспособността и духа. Използването на регулируемо по височина бюро, позволява на служителите да сменят работната си поза през деня, подобрявайки благосъстоянието и здравето чрез намаляване на реалните рискове за здравето от обездвижването и статичната поза през деня.

Програми за отказване от тютюнопушене

Не е тайна, че средно членовете на екипа, които пушат, струват на работодателите си повече пари поради здравословни проблеми в сравнение с непушачите; както заради загубата на „работно време“ за придвижване до и от мястото за пушене и времето за цигара. Някои работодатели смятат, че е в техен интерес, както от етична, така и от икономическа гледна точка, да предлагат програми за отказване от тютюнопушене на членовете на своя екип.

Възможност за транспорт към и от работното място

Насърчаването на алтернативни методи за транспорт, като споделяне на велосипеди или стимули за ползване на обществен транспорт са от полза за работното място и бъдещето на околната среда. Кампусът на Facebook в Пало Алто предлага програма за споделяне на велосипеди, за да могат членовете на екипа да карат велосипеди до места около кампуса, вместо да шофират. Ползването на обществен транспорт се стимулира като се възстановяват разходите на служителите за техните транспортни карти.

Здравни услуги

Google предлага здравни услуги като масажи на служителите си, докато са на работа. В Google работи мениджър на програма за масаж, който управлява дейността на 35-те масажисти, работещи в техните офиси в САЩ. Спокойните и мотивирани членове на екипа са продуктивни, а и създават добър психоклимат на работното място, което вероятно е основната причина, поради която Google предлага услугата.

Програми за подпомагане на служителите

Благосъстояние (wellness) означава не само грижа за тялото, но и за ума. Accenture предоставя поверителна подкрепа за проблеми като стрес, злоупотреба с наркотични вещества, депресия и тревожност. Компанията Accenture е проучила, че много от стреса, свързан с работата, може да бъде преодолян извън работното място чрез програми с насочена подкрепа, така че те осигуряват достъп до програми и финансова помощ за всички свои служители. Служителите също се възнаграждават, ако участват в програми за подобряване на благосъстоянието си. **Служителите, които се нуждаят от допълнителна помощ извън работното място, я получават, защото компании като Accenture осъзнават, че подкрепата за техните служители не трябва да приключва, след като напуснат сградата.** Предоставяйки допълнителни инициативи за подкрепа, организацията могат да комуникират определено ниво на съпричастност и подкрепа за своите колеги като по този начин повишават удовлетворението и доверието между работодателя и служителя.

Дрямка

Дрямката следобед освежава и стимулира. Ето защо иновативни компании като Zappos, Facebook и Asana осигуряват специализирани стаи за дрямка на служителите, които искат да си

починат следобед. Благодарение на гъвкавите работни графици, служителите могат да си дремнат бързо и да се върнат към своите проекти с подновена енергия. **Дрямката има клинично доказани предимства по отношение на производителността.** Възможността за презареждането в осигурено от работодателя пространство/ тиха зона подобрява психичното здраве и мотивацията за работа.

Спортни, уелнес предизвикателства

Спортните/уелнес предизвикателствата на работното място са ефективни подходи за насърчаване на здравословен начин на живот в рамките работното място. Те насърчават членовете на екипа да участват в тренировки по техен избор и да пият повече вода в офиса. Фитнес центърът е само една част от програмата на компанията 'Living Well', която предлага парични стимули за членовете на екипа, които участват и изпълняват целите си в различни области на програмата. Месечните фитнес предизвикателства и предизвикателства за редовно пиене на вода са успешни при насърчаването на редовни физически упражнения и ежедневна хидратация на служителите.

Програмата се превръща в основна част от фирмената култура, мотивирайки екипите да постигат здравни цели, да взаимодействат с колегите си и да подобряват своите навици. Физическата активност е важна, но не трябва да се прави задължителна.

Като част от техните уелнес усилия, екипът на Zappos планира незадължителни 'приключения' за своите служители с цел да се отдалечат от бюрата си за малко. Те могат да бъдат едночасов урок по голф, разходка, тенис и т.н. Тези „приключения“ са фокусирани върху забавлението като, обаче, значително допринасят за по-доброто настроение и здраве на служителите.

Други възможности

1. Предлагане на гъвкаво работно време.

Ако това е възможно, предлагане на гъвкаво работно време е отлично решение. Предоставянето на възможност на служителите да избягват трафика сутрин и вечер може да намали стреса, а гъвкавото работно време също може да насърчи по-добър баланс между личния живот и работата.

2. Инвестиция в „стоящи“ бюра.

Служителите имат възможност да работят прави и да подобрят стойката си със стоящи бюра. Наред с подобряването на здравето, е установено, че стоящите бюра също повишават производителността.

3. Организиране на група доброволци.

Доброволческите инициативи насърчават както физическа активност, така и по-силно чувство за общност.

4. Персонализирани консултации по хранене.

Наемането на диетолог, който да предлага безплатни консултации за служители подпомага здравословното хранене и води до цялостно подобряване на благосъстоянието чрез

предоставяне на информация за храненето, дневен прием на вода, добавки, ниво на енергия, сън, алергии и др.

5. Служба по трудова медицина.

Профилактичните прегледи информират служителите за тяхното здравословното състояние, да открият болести или рискови фактори по-рано и да научат за потенциални проблеми.

6. Безплатни книги за здраве и благосъстояние.

Предлагайки безплатни здравни и благосъстояние книги, необходимите ресурси са предоставени на служителите, за да научат как да поддържат по-здравословен начин на живот в дългосрочен план.

7. Провеждане на "ходещи" срещи.

Винаги, когато е възможно, работната срещата може да бъде „ходеща“ среща. Например, обиколка около бизнес сградата, разходка в близкия парк или градина.

8. Стартиране на здравен бюлетин.

Един от най-рентабилните подходи- здравен бюлетин дава възможност да се предоставят на служителите съвети за намаляване на стреса, увеличаване на физическата активност и по-здравословно хранене през целия ден. Освен това самите служители могат да се включат в писането и разпространението на бюлетина като по този начин се насърчава и по-крепкото чувство за общност.

9. Предлагане на медицинска помощ на място.

Някои по-големи корпорации, като American Express, предлагат медицински грижи на място, за да ограничат разходите за здравеопазване и да осигурят лесен достъп за служителите си.

10. Предлагане на субсидирани масажи на място.

В Google служителите получават „кредити за масаж“, когато техният екип счита, че конкретният служител върши изключителна работа по проект. Кредитите за масаж могат да бъдат използвани за безплатен едночасов масаж в кампуса на Google. Масажите могат да помогнат за облекчаване на стреса, подобряване на притока на кръв и предотвратяване на наранявания - и, както се вижда от Google, може да се ги използват като стимул за екипите да работят по-усилено.

11. Създаване на месечни предизвикателства.

Hewlett-Packard Co. създаде глобално здравно предизвикателство, за да насърчи благосъстоянието на работното място, а предизвикателството води до активно участие на 50 000 служители на HP в близо 90 държави. Приятелската конкуренция може да осигури силен стимул за служителите да се фокусират върху здравето и благосъстоянието.

През последното десетилетие Gallup провеждат проучване сред стотици служители в различни отрасли. Резултатите показват, че служителите, които смятат, че мениджърът им

наистина се грижи за тяхното благополучие, са по-мотивирани да работят и са по-ефективни като по-рядко се разболяват, сменят работата си или преживяват злополука по време на работа.

За успешното прилагане на програма за здраве и благосъстояние е изключително важно мениджърите да са активни организатори на програмата. Освен това е важно мениджърите да създадат култура, в която благосъстоянието на служителите да се разглежда като критичен компонент за успеха на компанията, а не като пречка за това.

Чрез насърчаване на почивките за медитация по време на обяд, здравословни възможности за закуски за работни срещи и следобедни тренировки, мениджърите демонстрират на служителите си, че няма нищо похвално или геройско в това здравето да страда на работното място.

6.3. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОТ АНАЛИЗА НА ДОБРИТЕ ПРАКТИКИ.

Създаване на възможности служителите да споделят открито за предизвикателствата, пред които са изправени

Един от най-добрите начини за подобряване на психичното здраве на служителите е като се осигури възможност и подкрепа на служителите да говорят открито за психичното здраве. Идентифицирането на проблема и оставянето му да бъде приемлива тема за разговор - премахване на табуто и стигмата около признаването на свързания с работата стрес - може да създаде сам по себе си напредък, помагайки на служителите да осъзнаят, че не са сами. Насърчаването на служителите да правят почивки също е полезно. Кратка разходка навън, разтягане или ядене на здравословна закуска може да помогне на служителите да се върнат на работа освежени. Откъсванията от бюрата и екраните също помагат да се създаде социална атмосфера, позволяваща на служителите да прекарат няколко спокойни минути със своите колеги. Този тип неформални отношения са важна основа, когато служителите работят заедно по проекти и задачи. Това също така повишава духа на цялата работна сила.

Насърчаване на физическата и емоционалната активност

Когато ръководството насърчава здравословните физически и емоционални практики, това влияе върху цялото работно място. Участието на мениджърите е от ключово значение. Мотивационните програми и цялостните програми за благосъстояние, не само подобряват здравето на служителите, повишават производителността и духа, но също така генерират значителни икономии в здравеопазването.

Осигуряване на ресурси за психично здраве

Съществуват множество програми, които насърчават психичното благосъстояние на работното място, които съчетават ключовите компоненти на устойчивост, удовлетвореност от живота и трайно емоционално здраве.

Осигуряване програма за помощ на служителите

Консултирането и подкрепата са първата стъпка, която много компании предприемат към по-добро корпоративно благосъстояние.

Създаване на здравословна работна среда

Известно е, че работната среда оказва значително въздействие върху психичното състояние на служителите, производителността, текучеството на работата и общите печалби. Мениджърите могат да повлияят на здравословната работна среда и добрия психоклимат като имат политика на отворени врати, информират служителите за развитието, промените в отделите, бизнес целите и политиките на компанията. Те осигуряват насоки, изграждат доверие и намаляват стреса на служителите. Други политики, които могат да допринесат за положителната атмосфера на работното място е гъвкавото работно време, така че служителите да могат да се съобразяват с личните си нужди, като същевременно работят на цял работен ден. Друга подходяща политика е възможността за работа от дома или постоянно, или за няколко дни седмично или месечно.

Политика на „благосъстоянието на служителите е важно“

Според Дий Едингтън, известен експерт по благосъстояние на работното място, „грижата и вниманието са неразделна част от организацията, в която отделни индивиди и групи разбират и уважават разбиранята и ценностите на своите колеги. Това се демонстрира всеки ден чрез изразяване на внимание към колегите и приемане на тяхното внимание на работното място. Взаимното внимание и грижа за благосъстоянието на колегите на работното място трябва да бъде фундаментална част от корпоративната култура“. Всяка организация може да демонстрира внимание и грижа като стимулира обмяната на мнения, организира събития на работното място, със семействата или в общността. Психичното благополучие на работното място има значение. Това може да повлияе на живота на служителите и техните семейства, производителността, печалбите и общия успех на всяка организация.

Заключение: От какво се нуждаете, за да можете да работите и да достигнете пълния си потенциал като професионалист?

- **Адаптиране на заобикалящата среда на работното място** - тази сфера на дейност е насочена към конкретни изменения на физическото пространство или предоставянето на специално оборудване за управление и справяне със специфични здравни нужди на работното място. Дейностите са насочени и към промяна на работните места така че те да стимулират здравословен начин на живот и да предпазват от негативните фактори на околната среда.
- изпълнение на работни задължения в специфична обстановка, например, работа, която не изисква работа навън или намалено излагане на химикали- ХОББ и болки в гърба и врата;
- работно място, което структурно и архитектурно адаптирано, например: лесен достъп и подходяща вентилационна система- ХОББ и болки в гърба и врата;
- осигурен достъп до специално оборудване за лична употреба, във връзка с хроничното заболяване, например: маски за дишане или ергономични столове- ХОББ и Диабет

- работно място, което стимулира здравословен начин на живот, например: осигурен достъп до здравословна храна и чистота на работно място- ХОББ, Диабет, болки в гърба и врата и исхемична болест на сърцето;
- осигурено пространство/ стая за отдих и тишина, и за управление и контрол на симптомите на заболяването- Диабет;
- работно място, което е разположено близо до дома или до обществени услуги като болници, спешни кабинети, терапевтични кабинети и транспорт- Депресия;

Условия на труд. Тази сфера включва теми, които са свързани с ежедневните дейности и работни задачи, които трябва да са гъвкави и да предоставят възможност за работа с ментор, работа от вкъщи и/или дистанционна работа, адаптиране на задачите и/или работния график при специални обстоятелства и подпомагането на завръщане на работа след период на отсъствие.

- Възможност за работа от вкъщи - болки в гърба и врата;
- Намалено работно време, например: 4-часов работен ден или 4-дневна работна седмица - депресия и болки в гърба и врата;
- Структуриран работен ден, например: ясни крайни срокове, почивки и определени командировки - диабет
- Гъвкав работен ден, който позволява индивидуално определяне на почивките и графика с цел да се осигури възможност за управление на симптомите (вземане на лекарство, гимнастика, почивка), когато те се появят - диабет и болки в гърба и врата;
- Осигуряване на адаптационен период след дълго боледуване, през който работните часове са постепенно увеличавани до достигането на официалния 8-часов работен ден - депресия;
- Осигуряване на възможност за посещения при лекар през работния ден - диабет
- Възможност за промяна на работните задачи и място в рамките на същата компания след завръщане от болнични или когато симптомите са остри- ХОББ
- Възможност за ментор и наблюдение от мениджър (супервизия) - депресия;
- Възможност за по-малко наблюдение (супервизия) от мениджър- болки в гърба и врата;
- Нисък стрес на работното място - болки в гърба и врата;
- Сигурност на работното място (job security), гарантирана от трудовия договор - ХОББ.

Законодателни нужди - промени в законодателството, които осигуряват възможност на хората с хронични заболявания да се включат в нормалния трудов пазар и предоставят финансова помощ. Законодателните мерки включват и специална защита като например срещу уволнение заради здравно състояние.

- да бъде разрешено на хора с хронични заболявания или на лечение да изпълняват определени професии, свързани с рискове като хирургия или пилотиране на самолети,

при контролирани условия като например: работа в екип и/или с колега или включване в програма за управление на заболяването- ХОББ, Диабет

- да бъде разрешено отсъствие от работа, свързано със заболяването, но извън отсъствията за посещаване на лекар. Например: позволение за отсъствие от работа за участие в среща на дадената пациентска организация/ мрежа и/или за оставане вкъщи, за да се избегне влошаване на симптомите и посещение при лекар- Депресия
- да бъде разрешено комбинирането на работа на половин ден със социална помощ/ компенсация, заради невъзможността да се работи на пълно работно време- Диабет и всички други заболявания
- да има законова защита срещу уволнение на базата на дискриминация заради заболяването – Депресия и всички други заболявания
- компаниите да имат законова база, на която да имат възможност да прекратят трудов договор, ако продуктивността на труда е намалена, поради хронична болест

Медицински и здравни нужди - включват дейности за промоция на здравето и специално на психичното здраве на работното място. Например - подобрена комуникация между здравната система, служителите по безопасност на труда, работодателите и социалните служби.

- Предоставяне на медицинско наблюдение на работното място от медицински/ здравен специалист - ХОББ;
- Възможност за ниско интензивни спортни занимания на работното място (като йога)- Диабет и болки в гърба и врата;
- възможност за програми на работното място, стимулиращи психичното здраве като например: медитация, mindfulness или друга релаксация, близка до културата на страната/компанията- болки в гърба и врата;
- Възможност за професионална психологическа подкрепа по време на преходния период за адаптиране на новото работно място и/или след дълго отсъствие поради заболяване и/или временна неработоспособност - депресия;
- Възможност за 'калибриране' на лекарствата, за да се улесни ходенето на работа. Например- намаляване на лекарствата, които имат странични ефекти и/или допълнителни лекарства, които облекчават страничните ефекти - диабет;
- Възможност за получаване на медицински грижи извън типичното работно време – Депресия;
- Възможност за придобиване на преносимо медицинско оборудване с цел да се намалят посещенията в лечебни заведения или аптеки. Например: преносимо оборудване за измерване на глюкозата, лития и нивата на FeNU – диабет;
- Възможност за установяване на качествени взаимоотношения с медицинските специалисти, социалните работници или специалистите по ЧР. Например- възможност за индивидуални консултации с експерти и получаване на обратна връзка- Болки в гърба и врата, исхемична болест на сърцето.

Обучение (самообучение) - включва организирането на обучения, подобряването на уменията за самоуправление, образование и подкрепа за развитие на кариерата и професионалния живот, както и за възможността за самонаемане/ започване на самостоятелен бизнес.

- Възможност за обучение за справяне с напрежението на работното място. Например: мениджмънт на симптомите на заболяването, умора, работни задачи и стрес - болки в гърба и врата, диабет, хипертония;
- Достъп до консултации и/или литература, които предоставят съвети за управление на кариерата с оглед на хроничното заболяване - ХОББ, диабет;
- Възможност за професионално обучение - депресия, диабет;
- Възможност за сертифициране на специфични умения от рехабилитационен център, университет и/или професионален център - болки в гърба и врата, всички заболявания;
- Възможност за получаване на експертна консултация, обучение и финансови услуги за започване на собствен бизнес.

Подобряване на информацията и повишаване на знанието, свързано с обучението на колеги и други служители за това какво да се живее с определено хронично заболяване и как да се действа при специфични спешни състояния. Препоръките също са свързани с идеята „Човешки ресурси“ да бъдат обучени за управление на общото и психично здраве.

- Предоставяне на обучение на колегите и другите служители за симптомите, управлението на болестта и предизвикателствата за хронично болните на работното място с цел да се повиши информираността и да се намали стигмата - диабет, ХОББ депресия;
- Предоставяне на обучение и/или практически инструкции за колеги и мениджъри как да помогнат в работното ежедневие или при спешен случай. Например: как да дадат лекарство при криза или в какъв случай да се обадят на 112 - диабет;
- Предоставяне на обучение по общи здравни въпроси за служителите на ЧР и за екипа за назначаване на нови служители;
- Предоставяне на обучение по психично здраве за служителите на ЧР и за екипа за назначаване на нови служители .

Тези промени не са свързани само с адаптиране на физическата среда и организацията на работа, но и с образователните програми, здравните услуги и законодателството. Този широк списък от елементи подчертава, че заетостта и (ре) интеграцията на хората с хронични здравни състояния изисква различни елементи и организация, както и качествена координация между тях.

Пример за добри практики!!

- Подгответе и разпространете списък със здравословни заведения за хранене в радиус от 2 мили от вашия офис
- Осигурете отстъпки за здравословни храни, продавани на работното място

- Прегледайте менюто за хранене и направете препоръки за здравословни възможности
- Предоставете материали за комуникация с доставчици, за да насърчите здравословните подаръци за празнични дни от доставчиците
- Координирайте подкрепяното от Общността земеделие и / или намерете достъпни фермерски пазари
- Улеснете доставката на пресни плодове и зеленчуци
- Улеснете здравословния обмен на рецепти и обедната закуска
- Координирайте клуб „здравословна закуска на месеца“
- Подредете стойки за велосипеди и осигурете промоционални материали „bike to work“
- Насърчавайте използването на стълбищни клетки, като предоставяте плакати за показване на стратегически места
- Организирайте инсталирането на външен мулти-спорتن корт
- Договорете корпоративни отстъпки за членство в здравни клубове
- Осигурете обучение за процеса на провеждане на срещи за ходене
- Публикувайте карти за пешеходни маршрути или пътеки на открито
- Подредете се за почивка преди работа
- Координирайте и продавайте клубове за бягане и ходене
- Започнете политика за бездимния труд и осигурете ресурси за спиране

Раздел 7. ЖИВОТ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ, ДИАБЕТ И ХОББ

7.1. НАРЪЧНИК „ЖИВОТ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ“

ЖИВОТ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ

7.1.1. ХАРАКТЕРИСТИКА НА ЗАБОЛЯВАНЕТО

Артериалната хипертония (АХ), позната още като „високо кръвно налягане“, е едно от най-често срещаните хронични заболявания. То настъпва, когато кръвта се движи в артериите под по-голямо налягане от нормалното. Хипертонията се дефинира, като стойности на систолното артериално налягане (АНс) ≥ 140 mmHg и/или стойности на диастолното артериално налягане (АНд) ≥ 90 mmHg.¹ Като „хипертония“ се определят нивата на АН, при което ползите от лечението (чрез промени в начина на живот или с лекарства) недвусмислено надхвърлят рисковете от лечението, както е документирано в клинични изпитвания.

Артериалната хипертония може да бъде самостоятелно заболяване, означавано още като **Първична (есенциална, идиопатична) АХ**. Есенциалната АХ съставлява 90-95% от всички пациенти с повишено артериално налягане. Причините за възникване на това заболяване остават неясни. Приема се, че приблизително 30% от вариациите на артериалното налягане се дължат на генетична предразположеност и 50% на фактори на околната среда. **Вторична хипертония** е тази, която е резултат от различни други основни заболявания – бъбречни, ендокринни, неврогенни. Независимо от причината за появата на хипертонията, последиците от нелекуването ѝ могат да бъдат тежки. Увеличава се рискът от инсулт, остър миокарден инфаркт

(ОМИ), бъбречна недостатъчност и други заболявания. Артериалната хипертония е наричана “тихият убиец”, тъй като често се диагностицира късно, поради това, че първоначалните ѝ симптоми се откриват трудно.

Диагностицирането на хипертонията става чрез измерване на кръвното налягане. Може да се прилага и допълнителна апаратна диагностика: ЕКГ, ехокардиография, Доплерова ехография. Определянето на кръвното налягане включва измерването на две стойности – систолна и диастолна. В следващата таблица 1 са представени нормалните и завишени стойности на кръвното налягане.

Таблица 1. Класификация на артериалната хипертония според стойностите на Международната асоциация по хипертония за лица на или над 18 годишна възраст.

Категория:	Артериална хипертония (в mm Hg)	
	Систолна	Диастолна
Оптимална	< 120	< 80
Нормална	< 130	< 85
Високо – нормална	130 – 139	85 – 89
Хипертония I-ва степен: гранична	140 – 149	90 – 94
Хипертония I-ва степен (лека)	140 – 159	95 – 99
Хипертония II-ва степен (умерена)	160 – 179	100 – 109
Хипертония III-та степен (тежка)	≥180	≥110
Изолирана систолна хипертония	140 – 149	< 90

Статистически данни за заболяването

Общата честота на хипертонията при възрастни е около 24% при мъжете и съответно 20% при жените през 2015 г. Тази висока честота персистира в целия свят, независимо от доходите, т.е. в страни с ниски, средни и по-високи доходи. Хипертонията става все по-честа с напредване на възрастта и е >60% при лица на възраст >60 години. Със застаряване на населението, възприемане на по-заседнал начин на живот и с повишаване на телесното тегло честотата на хипертонията в световен мащаб ще продължи да се покачва.

Артериалната хипертония (АХ) е социално значим проблем поради високата си заболяемост, инвалидност и смъртност. Над 1,5 млрд. души по света страдат от АХ (един от всеки трима на възраст над 20 години). Сред работещите САЩ, ежегодните смъртни случаи, свързани с артериална хипертония и усложненията, са почти 125 000.

В България хипертониците са около 2 милиона, като адекватно лекувани, с постигнат контрол в последните години, са около 33%. По данни на Националната лига по хипертония, всеки трети хипертоник във възрастта 35-44 години не подозира за заболяването си и около

половината от тези, които знаят, че имат АХ, не се лекуват. В Таблица та са представени допълнителните фактори повлияващи съществено сърдечно съдовия риск при пациентите с артериална хипертония.

Таблица 4: Фактори повлияващи сърдечносъдовия риск при хипертензивни пациенти

Демографски характеристики и лабораторни параметри
Пол* (мъже > жени)
Възраст*
Тютюнопушене (настоящ или бивш пушач)*
Общ холестерол* и HDL-C
Пикочна киселина
Диабет*
Наднормено тегло или затлъстяване
Фамилно обременяване с ранни CVD (мъже на възраст <55 години и жени на възраст <65 години)
Фамилна или родителска анамнеза за ранна хипертония
Ранна менопауза
Обездвижване
Психосоциални и социално-икономически фактори
Сърдечна честота (стойности в покой >80 удара/минута)
Безсимптомно НМОД
Артериална ригидност: Пулсово налягане (при по-стари хора) ≥ 60 mmHg Каротидно-феморална PWV >10 m/s
ECG LVH (индекс на Sokolow-Lyon >35 mm или R in aVL ≥ 11 mm; произведение от волтажа и продължителността по Cornell >2440 mm.ms или волтаж по Cornell >28 mm при мъже или >20 mm при жени)
Ехокардиографска LVH (индекс на LV маса: мъже >50 g/m ^{2.7} ; жени >47 g/m ^{2.7} (височина в m ^{2.7}); индексацията за BSA може да се използва при пациенти с нормално тегло; LV маса/BSA g/m ² >115 (мъже) и >95 (жени))
Микроалбуминурия (30–300 mg/24 h) или повишено отношение албумин-креатинин (30–300 mg/g; 3.4–34 mg/mmol) (за предпочитане в сутрешна порция урина) ^b
Умерена CKD с eGFR >30–59 mL/min/1.73 m ² (BSA) или тежка CKD с eGFR <30 mL/min/1.73 m ² ^b
Индекс глезен-мишница <0.9
Напреднала ретинопатия: хеморагии или ексудати, папилоедем
Установено CV или бъбречно заболяване
Мозъчно-съдова болест: исхемичен инсулт, мозъчна хеморагия, TIA
CAD: миокарден инфаркт, ангина, миокардна реваскуларизация
Наличие на атероматозни плаки в образната диагностика
Сърдечна недостатъчност, включително HFpEF
Периферна артериална болест
Предсърдно мъждене

*CV рискови фактори включени в системата SCORE.

^bПротеинурията и понижената eGFR са независими рискови фактори.

Вижте Таблица 6 за модификатори на CV риск.

BSA = телесна повърхност; CAD = коронарна артериална болест; CKD = хронично бъбречно заболяване; CV = сърдечносъдов/а/о/и; CVD = сърдечносъдово/и заболяване/и; ECG = електрокардиограма; eGFR = (изчислена) гломерулна филтрация; HDL-C = HDL холестерол; HFpEF = сърдечна недостатъчност със запазена изтласкваща фракция; НМОД = хипертонично органично увреждане; LV = левокамерен/а/о/и; LVH = левокамерна хипертрофия; PWV = скорост на пулсовата вълна; SCORE = Systematic COronary Risk Evaluation; TIA = транзиторна исхемична атака.

Необходимо ли е да се лекува високото кръвно налягане?

Решението за лечението на Вашето кръвно налягане се взема от личния лекар, при необходимост и след консултация със специалист кардиолог. Всяка стойност над нормалната е риск за здравето. Съвременното лечение на АХ трябва да бъде строго индивидуално, за да осигури на всеки пациент най-опростения медикаментозен режим, който същевременно е най-

ефикасен и се понася най-добре. Основната цел на антихипертензивното лечение е да се постигне максимално намаляване на дългосрочния общ риск за сърдечносъдова заболеваемост и смъртност. Това изисква постоянен контрол на всички установени рискови фактори, включително тютюнопушенето, дислипидемията и диабета, подходящо лечение на придружаващите клинични състояния, както и лечение на повишеното артериално налягане. На базата на съвременните доказателства от проведените проучвания може да се препоръча систолното и диастолното артериално налягане да бъдат интензивно понижени до стойности равни на и под 140/90 mmHg при всички хипертоници. **Адекватното лечение на АХ удължава живота.** Сnižението на систолното артериално налягане с 12 mmHg за 10 г. спасява от смърт 1 от 11 лекувани пациенти, понижава честотата на мозъчния инсулт с 35- 40%, на миокардния инфаркт с 20-25% и на сърдечната недостатъчност с 50% /JNC V II/.

Управляеми рискови фактори (свързани с начина на живот и вредни фактори на средата):

- наднормено тегло (кореман тип затлъстяване)- при понижения на телесното тегло с 5 кг, води до понижаване на систолното и диастолно АН средно с 4 mmHg
- повишена консумация на готварска сол (уместна е редуцията на <1.75 г натрий дневно (4.4 г сол/ден);
- тютюнопушене;
- злоупотреба с алкохол;
- ниска физическа активност;
- заседнал начин на живот;
- психоемоционално напрежение и стрес;

Неуправляеми рискови фактори (фамилно и генетично обусловени): възраст; пол; раса; наследственост и генетично предразположение;

Съвременните медикаменти за понижаване на кръвното налягане се означават като антихипертензивни, т.е. понижават кръвното налягане, но едновременно с това те в различна степен предпазват съдовете и органите от уврежданията на повишеното кръвно налягане и се определят като „профилактиращи (протективни) медикаменти“. Основните антихипертензивни медикаменти, за които има доказателства, че подобряват прогнозата принадлежат към пет основни групи (подредени по реда на въвеждането в клиничната практика):

- Диуретици
- Бета-блокери
- Калциеви антагонисти
- ACE инхибитори
- Ангиотензин рецепторни блокери

Има още няколко допълнителни групи, които понижават АН, но са с по-малко доказателства за органна протекция – медикаменти с централен механизъм на действие и алфа-блокери.

Всички медикаменти, приложени самостоятелно, понижават в еднаква степен кръвното налягане с около 9/5 mmHg. Изборът на медикамент се прави от лекаря въз основа на цялостна оценка на състоянието. Само около 1/3 от пациентите и то в началото на установяване на

повишеното АН, могат да постигнат контрол с един медикамент. По-голяма част от пациентите имат необходимост от два, три и повече медикамента. Това е причината от началото на новия век в клиничната практика широко да се въведат т.н. комбинирани медикаменти, които съдържат в една таблетка 2, дори и 3 медикамента. Отчитат се много ползи от тези така наречени „фиксиращи медикаментозни комбинации“, тъй като те са с по-голям сумарен ефект върху кръвното налягане, съдържащи и със значително по-малко нежелани лекарствени реакции спрямо отделните им съставки, приложени самостоятелно. Приемът на комбинирани медикаменти намалява броя на таблетките, които пациентите приемат дневно и с това се подобрява изпълнението на предписаното лечение, като намалява значително броя на пропуснатите дневни приеми на медикаменти.

Важни препоръки при спазване на предписаното медикаментозно лечение

- Бъдете сигурни, че знаете за Вашето лекарство/а;
- Точното време, в което трябва да го/ги приемате;
- На какви интервали от време (само сутрин, сутрин и вечер, сутрин, обед, вечер, само вечер и т.н.) и колко пъти дневно трябва да го/ги приемате;
- Какво да направите, ако се прояви нежелана лекарствена реакция;
- За колко дни лечение ще Ви стигне една опаковка от Вашето лекарство/а;
- Кога да закупите следващата опаковка, за да не пропуснете прием;
- Какви храни или други лекарства не трябва да приемате;

За да се постигне ефект от предписаното лечение е необходимо време. За да се постигне необходимото ниво на медикамента в организма са необходими обичайно 1-2 дни. Най-значително е понижаването на кръвното налягане в края на първата седмица. След това понижаването продължава 6 до 8 седмици. Ето защо е необходимо да се изчака този срок.

- Ако пропуснете прием, постарайте се да го наваксате в най-кратък срок;
- Не живеете с тревога от високото кръвно налягане;
- То може да бъде лекувано и вие можете да живеете пълноценно и нормално;
- Изпълнявайте простите, но важни неща, които Вашият лекар Ви съветва;
- Редукцията на телесното тегло и на приема на сол може да имат значителен ефект;
- Не сменяйте един лекар с друг, търсейки бърз „чудотворен“ ефект и „чудотворно“ хапче. Изберете един лекар, на който имате доверие и следвайте стриктно дадените съвети. С негово знание и помощ, ако е необходимо, се консултирайте с друг специалист;
- Ако приемате медикаменти, бъдете търпелив и не спирайте лечението;
- Ако имате нежелани лекарствени реакции, обърнете се към Вашия лекар;
- Дайте си шанс да се приспособите към лечението. Това може да отнеме седмици, но резултати обичайно се постигат.

Запомнете! АХ се лекува цял живот.

Никога не прекъсвайте лечението си сами, дори да се почувствате по-добре, преди да сте се консултирали с Вашия лекар.

Знайте, че артериалната хипертония може да се контролира ефективно!

Вие можете сами да контролирате кръвното си налягане, като го мерите два пъти дневно – сутрин и вечер, както и във всички случаи на неразположение. Преди самото измерване не трябва да сте употребявали кафе или да сте пушили цигара поне в последните 30 минути. За да поддържате безопасно кръвно налягане, записвайте регистрираните резултати от измерванията в свой дневник за самоконтрол.

Добрият и правилен контрол на повишеното кръвно налягане ще Ви осигури нормален и качествен живот с добро самочувствие и работоспособност, здраве и дълголетие.

НЕОБХОДИМО Е ДА СЕ НАУЧИТЕ ДА ЖИВЕЕТЕ С ВИСОКОТО КРЪВНО НАЛЯГАНЕ!

Първата и от особена важност стъпка за справяне с артериална хипертония е здравословният начин на живот.

Спазвайте следните препоръки:

Редуцирайте приема на сол с храната. Намалете количеството на приеманата с храната сол – до 5 г дневно (1 чаена лъжичка без връх) или 2 г натрий. Това може да постигнете, като ограничите консумацията на храни, съдържащи сол (месни и колбасарски изделия, консерви, сирене, хляб и тестени произведения) и внимавайте с употребата на продукти с високо съдържание на натрий, но без солен вкус – яйца, пресни млечни продукти, ориз, газирани напитки, минерални води, хранителни добавки (бакпулвер, сода за хляб, натриев хидрооксид, натриев сулфид и други). Проверявайте етикетите на продуктите преди да ги купите. За да намалите приема на натрий, проверявайте етикетите на продуктите за натриево съдържание. Избирайте храни, които имат ниско натриево съдържание, с намалено съдържание на сол.

Средният прием на сол по целия свят е около 9–12 грама на човек, като за България е 15 грама.

Консумирайте здравословни храни. Увеличете консумацията на растителни храни – плодове, зеленчуци и пълно зърнени храни; предпочитайте продукти с по-ниско съдържание на животински мазнини – риба, пилешко (без кожата) и телешко месо, обезмаслени и с ниска масленост млека и млечни произведения.

Спрете консумирането на солени храни.

Аншоа, бекон, сирене, чипс (ако има добавена сол), панирано пиле, сосове на прах, маслини, туршии, скариди, различни видове салам, осолени ядки, осолена риба, наденички, пушено месо и риба, соеви сосове, бульони на кубчета, трапезни сосове, месо от консерви.

Приемайте с внимание следните храни:

Приемайте по-малки количества преработени храни. Печен боб, сладки, зърнени варива за закуска, бургери, торти, пасти, готварски/трапезни сосове, чипс, спагети и пълнени тестени изделия от консерви, пайове с месна плънка, сосове за спагети, пица, готови храни и супи, сандвичи.

Предпочитайте за употреба следните храни:

Яжте повече храни с ниско съдържание на сол. Някои от зърнените варива за закуска, кускус, прясна риба, месо и птичи продукти, прясно сирене, плодове и зеленчуци (сушени,

пресни, замразени), домашно приготвени хляб/сосове/супи, сирене „моцарела“ и „рикота“, тестени изделия, ориз, безсолни ядки, безсолно домашно сирене, безсолни пуканки, кисело мляко, грах, боб, леща, семена.

Контролирайте теглото си

Поддържайте здравословно телесно тегло. Два добри начина да наблюдавате теглото си е да следите редовно обиколката на талията си и вашия индекс на телесна маса. Препоръчителните здравни размери на обиколка на талията за възрастни мъже е по-малко от 94 см, и за възрастни жени по-малко от 80 см. Индексът на телесната маса (ИТМ) трябва да бъде в границите от 18,5 до 24,9.

ИТМ се изчислява като се раздели теглото в кг на ръста в метри на квадрат:

тегло в кг ИТМ = ----- (ръст в м)²	25 – 29.9 → Вие сте с наднормено тегло
	30 – 39.9 → Вие сте затлъстели
	40+ → Вие сте болестно затлъстели

Спрете да пушите

Тютюнопушенето е доказан, допълнителен рисков фактор за сърдечен инфаркт и за мозъчен инсулт.

Живейте активно, движете се

Движете се повече, правете физически упражнения: 5 – 6 км ходене пеша или задължително 30-40 минути физически упражнения дневно. Ако Ви се струва, че нямате достатъчно време, запомнете, че и 10 минути обикновени физически упражнения няколко пъти на ден оказват благоприятен ефект върху Вашето здраве.

Опитайте:

- да не ползвате асансьор
- да паркирате далеч от работното си място
- да слушате музика и танцувате
- след обяд да направите разходка
- ако работите на бюро на всеки кръгъл час да се изправяте, да се протегате, да се разходите наоколо
- да играете с децата си, внуците си или да се разходите с приятели навън сред природата
- ако възнамерявате да се занимавате със спортове, свързани с интензивно физическо натоварване, консултирайте се с лекар.

Не прекалявайте с алкохолните напитки

Ограничете консумацията на алкохол. Не превишавайте границите на разумната дневна употреба на алкохол (според експерти на Световната здравна организация), които са следните:

Мъжете с хипертония, които пият алкохол, трябва да бъдат посъветвани да ограничат консумацията си до 14 единици на седмица, а жените до 8 единици на седмица (1 единица е равна на 125 mL вино или 250 mL бира). Дават се съвети и за дни безалкохол през седмицата и избягване на запои.⁴

Ограничете или намалете приема на психоактивни вещества (храни и напитки, съдържащи кофеин, протеинови и високо енергийни добавки и други).

Измерване на кръвното налягане.

Кръвното налягане е величина, която се колебае постоянно. То е различно в покой, по време на работа и по време на сън. Има малки колебания, до 5 mmHg през 5 минути и големи над 100 mmHg в денонощието.

Обичайно има два пика в денонощието:

1. Сутрин, като повишаването започва непосредствено преди събуждане от сън и продължава няколко часа, след което обичайно спада в обедните часове.

2. След обед, към 17 ч. Кръвното налягане е най-ниско нощем, но при дългогодишна хипертония и при пациенти с диабет може да липсва този нощен спад, което е с неблагоприятна прогноза. При такива случаи, двадесет и четири часовото Холтер мониториране на артериалното налягане може да даде допълнителни подробности.

Ето защо, преди да се постави диагнозата повишено кръвно налягане или АХ са необходими няколко измервания в различни и отделни моменти, освен в случаите, когато стойностите са значително над нормата.

Кръвното налягане се измерва с апарати, които са конструирани на различен принцип. В лекарския кабинет се използват най-често живачни апарати или сфигмоманометри. Двадесет и четири часовото артериално налягане се измерва със специални апарати, които се захранват с батерия, измерват и регистрират кръвното налягане през 15-30 минути по зададена програма в продължение на 24 часа. В дома се използват полуавтоматични и автоматични апарати. Важно е да измервате редовно кръвното си налягане.

Защо да измервате кръвното налягане в домашна обстановка?

Единственият начин да разберете дали кръвното Ви налягане е високо е да го измерите така че измервайте го в домашна обстановка. Измерването на кръвното налягане в домашна обстановка подпомага Вас и Вашия лекар да разберете как да контролирате налягането си ежедневно. Освен това измерването на налягането у дома показва как промените в начина на живот и медикаментите помагат да контролирате Вашето кръвно налягане.

Какъв вид апарат за проследяване на кръвното налягане да закупим?

Повечето съвременни апарати са изцяло или полуавтоматизирани и с тях измерването на налягането е лесно. Някои твърде притеснителни лица, както и хората с увреждания може да имат проблеми с измерването на кръвното си налягане. В такъв случай трябва да помолят свой близък да го измери у дома.

Напълно автоматизираните апарати са по-лесни за работа, но обичайно са по-скъпи от полуавтоматизираните. Апарат с повече възможности може да бъде по-подходящ за Вас, но да е по-скъп.

Маншетите имат различни размери. Много важно е маншетът да съответства точно на размера на мишницата Ви. Неправилният размер на маншета може да е причина за неточно отчитане. Помолете фармацевта да Ви помогне в избора на подходящия по размер маншет.

Как да измервате кръвното си налягане с домашния апарат?

- Седнете удобно на стол, с опрени на пода крака без да ги кръстосвате, облегнете гърба си.
- Поставете маншета в средата на мишницата, която е освободена от дрехи; поставена на нивото на сърцето и за по-голямо удобство, опряна на маса, до която е поставен столът.
- Поставете възглавничка или кърпа под лакътя, ако е необходимо, така че маншетът да бъде на нивото на сърцето.

Какви условия трябва да спазите, за да измерите максимално точно кръвното си налягане?

- Отпуснете се, без да насочвате вниманието си към нещо друго (например гледане на телевизия);
- По време на измерване не се движете и не говорете;
- Не мерете налягането, ако не сте спокойни, студено Ви е, напрегнат сте, стресиран сте или изпитвате болка;
- Посетете тоалетната преди измерването, ако не се чувствате комфортно – пълният пикочен мехур или дебело черво може да повлияят на стойностите;
- Изчакайте поне две часа след по-сериозно хранене или половин час след като сте пили кафе или сте пушили;
- Стойностите на кръвното налягане вкъщи следва да се основават на двукратно измерване – сутрин и вечер в продължение на 7 дни (минимум 3);
- Веднага запишете стойността на измереното налягане.

Кое кръвно налягане, измерено у дома, е нормално?

Средното кръвно налягане през деня трябва да бъде под 135/85 mmHg. Лечение следва да се обсъжда, ако отчетеното вкъщи кръвно налягане е трайно по-високо от 135/85 mmHg.

Какво да правим, ако стойностите на налягането са повишени?

- Не изпадайте в паника.
- Консултирайте се и следвайте съветите на Вашия лекар.
- Не си назначавайте сами лечение.
- Всяка стойност на кръвното налягане над нормите е риск за здравето

7.1.2. УСЛОВИЯ НА ТРУД И РИСКОВЕ ЗА ЗДРАВЕТО ПРИ СЪОТВЕТНОТО ЗАБОЛЯВАНЕ

Повечето хора с високо кръвно налягане нямат никакви симптоми и не получават необходимото лечение, докато не се получи тежка компликация като например инфаркт, инсулт, ретинопатия и др. Работниците, които продължават да работят с повишеното артериално

налягане, често страдат от главоболие, слабост и влошено зрение, работят по-малко ефективно от по-здравите колеги.

Оставено без лечение АХ прогресира, настъпват органични увреждания, което води до допълнителен спад в работоспособността, при по-висок риск трудов травматизъм и инциденти на работното място. Операторите на машини с недиагностицирана хипертония могат да причинят сериозни наранявания, свързани с работата на себе си и на другите. Тези факти са убедителни аргументи в полза на организиран от работодателя периодичен (ежегоден) здравен скрининг, осъществен от службите по трудова медицина, като не трябва да се пренебрегва и извършването здравния скрининг за ново назначавани работници. Работното място предоставя отлична възможност за откриване, проследяване обучение за контролна високото кръвно налягане. Наличието на голям брой хипертоници (част от които със зле контролирана хипертония), определя по-висока ефективност, удобство и качество на предприеманите в работни условия здравни програми. Усещането за социална подкрепа, която съществува в професионалната обстановка и добронамереността на колегите са допълнителни източници на мотивация. Моралът на служителите често се подобрява в резултат на тези програми, нараства лоялността към фирмата, което в крайна сметка комплексно води до увеличаване на производителността.

Стрес при работа

В България, като най-често срещани причини за стрес на работното място се посочват: реорганизация (преструктуриране на работата) или несигурност на работните места - 57%, неприемливото поведение на работното място (нагрубяване или тормоз) – 44%, удължено работно време и натоварване – 43%; липса на подкрепа от страна на колегите или ръководителите при изпълнение на задълженията – 38%. В нашето проучване¹⁰ в трудова среда с наличие на вредности работят 80.0% от анкетираните. Най-висок е относителният дял на лицата, работещи при психични вредности (стрес) – 62.2%. В резултат на стреса все по-често е налице и т.нар. синдром на професионалното прегаряне или „изпепеляване“ (burnout) - състояние на физиологично, емоционално и умствено изчерпване, характеризиращо се с хронична умора, чувство за безпомощност и безнадеждност, развитие на негативно себе възприятие и отношение към работата, живота и другите хора.

Основните източници на стрес, които водят до професионално прегаряне са свързани с претоварване, работно напрежение; начините на контрол на изпълнението на работата; неяснотата по отношение на критериите за успешност на извършваната работа; неопределеността на ролята и функционалните задължения; несъответствието между реалните възможности и изискванията към работещия; вложените усилия в работата и липсата на оценка на приноса; несправедливостта; липсата на възможност за самостоятелен контрол над ситуацията и вземане на решения; наличието на лош психологически климат на работната среда и междуличностни конфликти; несъответствието между етичните принципи на личността и очакванията на общността и пр.

Стресът, свързан с работата, е една от основните причини за високо кръвно налягане и загуба на производителност. Ергономичната оценка на всички аспекти на вашия бизнес от дизайна на офиса, работните места и разположението на машините - включително мненията на вашите служители - позволява да се отстранят причините за стреса на работното място. Това значително повишава морала и изпълнението на работата и води до високи нива на задържане на персонала.

Освен това е необходима Програма за предотвратяване на наранявания и Инструктаж за безопасност на труда, които да обучат и подготвят работниците в основните процедури за безопасност, което също подобрява удовлетвореността от работата и производителността.

Здравни съвети. Вътрешните здравни скринингови прегледи могат да идентифицират и други често срещани рискови фактори за сърдечни заболявания (инфаркт, инсулт и др.) като висок холестерол, болка в гърдите и затлъстяване. Ергономичният здравен екип може да обучи персонала ви за малките промени в начина на живот, които те могат да направят, за да предотвратят редица болести: здравословно хранене; как да се впише повече физическа активност в натоварено ежедневиe.

Когато работодателите демонстрират заинтересованост към здравето на персонала, това създава положително отношение у работниците към всички аспекти на тяхното здраве. Удовлетворението от работата се засилва и чрез чувството, че сте оценени. Засилва се мотивацията за трудова изява, намалява текучеството на персонала и значително намаляват отпуските по болест.

Следователно работодателите, които инвестират в дългосрочно здраве на работната си сила, получават изключителна финансова възвръщаемост - както в краткосрочен, така и в дългосрочен план.

7.2. НАРЪЧНИК „ЖИВОТ С ХОББ“



7.2.1. ХОББ - СЪЩНОСТ, РИСКОВИ ФАКТОРИ

Хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ) е четвъртата причина за смъртност в света, като се очаква 2020 г да се изкачи на 3-то място.¹ Повече от 3 милиона души умират от ХОББ или 6% от общата смъртност. ХОББ представлява важно предизвикателство пред съвременното общество и здравни власти. Статистиката на Европейското респираторно дружество сочи, че в Европа всяка година от ХОББ умират 300 000 души.

Специалистите смятат, че честотата на ХОББ у нас е значително над средната за Европа и обхваща над 10% от населението над 40-годишна възраст. В България ХОББ засяга повече от 400 000 пациенти, при лекувани според НЗОК около 80000, което показва че огромен процент от болните не са диагностицирани и лекувани.

Глобалните прогнози са за увеличаване на медикосоциалната значимост на заболяването поради продължаващата експозиция към рисковите му фактори у нарастващата възраст на популацията.² ХОББ е обичайно, предотвратимо и лечимо заболяване, което се характеризира с наличието на персистиращи респираторни оплаквания и бронхиална обструкция, резултат на увреда на дихателните пътища и белодробния паренхим, предизвикани от експозиция на вредни прахови частици и газове.

Най-честите респираторни симптоми са задух, кашлица и/или отхрачване, Често тези симптоми се недооценяват от самите пациенти. Често тези симптоми се отключват или влошават при физическо усилие и стрес. Заболяването е съпроводено от периоди на остро влошаване на симптоматиката, налагащи промяна в терапията, които се наричат екзацербации.

Фигура 1. Основни рискови фактори за развитие на ХОББ.



Тютюнопушенето е главен рисков фактори за развитие и прогресия на заболяването, като наред с него допълнителни основни фактори са замърсеният с прахови частици и токсични газове въздух в дома, извън къщи и в професионална среда (Фиг. 1).

През 2010 г. Американското торакално общество заключи, че има достатъчно доказателства, за да се направи извод за причинно-следствена връзка между професионалната експозиция и ХОББ. Различни органични и неорганични професионални експозиции са свързани с ХОББ и 15–20% от преобладаващите случаи на ХОББ се дължат на професионална експозиция.

Строителните работници са два пъти по-склонни да имат хронични обструктивни белодробни заболявания, като хроничен бронхит и емфизем спрямо останалата част от населението. Те са пет пъти по-склонни да развият рак на белите дробове, мезотелиом и имат

33 пъти по-голяма вероятност за азбестоза. Това се дължи на комбинираното излагане на неблагоприятни климатични условия, прах (въглищен прах, азбест, силициев диоксид, циментов прах и евентуално изкуствени минерални влакна) и токсични вещества, изпарения и газове при заваряване и рязане, от дизелови двигатели, при боядисване, различни органични разтворители.

Работниците в метлургията са изложени на въздействието на прах, химични вещества – летливи киселини, вибрации от ръчни инструменти и машини, силен шум; твърде високи температури, инфрачервена радиация. **Прах:** запрашеността е най – значителна /при смилането, смесителните барабани, при вибрационните сита и при товаренето на аглумерата/. Основните компоненти са Fe до 65%, калций до 20%, SiO₂ до 12%, своб. SiO₂ до 1-2%. До 85% от частиците са с размери до 2 микрометра. **Доменен газ:** поради повишено съдържание на N, CO, CO₂, замърсяване със серен двуокис, оловни аерозоли и др. **Неблагоприятен микроклимат** с интензивно отделяне на ИЧР и конвекционна топлина. През студения период – преохлаждащ и на места със силни въздушни течения. Всички тези фактори определят висока честота на остри и хронични респираторни заболявания, вкл. ХОББ, канцерогенен ефект върху епител горни дихателни пътища и бял дроб.

Работещите в мебелната индустрия са едновременно подложени на няколко рискови фактора: - прах, шум, вибрации, неблагоприятни микроклиматични условия, химични вещества, биологични, ергономични, психоемоционални и организационни фактори. Експозицията на работещите при дървесен прах води до възникването на здравословни проблеми - аспираторни алергии, астма, хроничен бронхит и др. Тези фактори са свързани с по-висока честота на остри и хронични респираторни заболявания, вкл. ХОББ.

Работещите в производство на зеленчукови и плодови консерви са подложени на неблагоприятен микроклимат съчетаващ ниски температури в повечето помещения и висока относителна влажност. Това определя по висок риск от остри възпалителни заболявания на дихателни пътища и по-висок риск от екзацербации на пациенти с ХОББ.

Работещи в производство на месо и месни продукти: Въздействието на високи концентрации на прах във въздуха при използването на подправки, химически добавки, може да доведе до емфизем, хроничен бронхит и/или астма.

Намаляването на населението в работна възраст, от своя страна, оказва негативно влияние върху икономическия растеж. Във Великобритания 44% от пациентите с ХОББ са в активна работоспособна възраст и около една четвърт от тях не работят поради заболяването си.³ Очаква се към 2050 г., да има недостиг от около 35 милиона работници или около 15% от общото търсене на работна ръка. Поради тази причина е важно да се осигури приобщаващ пазар на труда, който да бъде в състояние да отговори на бъдещето търсенето на работна ръка и да допринесе за устойчив растеж.

Участието на лицата с хронични заболявания в свободния пазар на труда може да допринесе за справянето със социално-икономическите предизвикателства като от една страна използва потенциала на тези лица, а от друга облекчи бедността и социалното изключване, насърчи по-голямото участие в пазара на труда, увеличи предлагането на работна ръка и намали

обществените разходи за обезщетения за инвалидност. Освен това, заетостта има положително въздействие върху благосъстоянието, социалната интеграция и психичното здраве на пациентите.

7.2.2. УПРАВЛЕНИЕ НА ХОББ.

Ефективен план за управление на ХОББ включва четири компонента: (1) оценка и наблюдение на заболяването; (2) намаляване на рисковите фактори; (3) управление на стабилна ХОББ; (4) управление на обострянията и усложненията. Целите на ефективното управление на ХОББ са:

- Предотвратяване на прогресирането на заболяването
- Облекчаване на симптомите
- Подобряване на здравния статус
- Предотвратяване и лечение на усложнения
- Предотвратяване и лечение на обостряния
- Намаляване на смъртността

Компонент 1: Оценка и наблюдение на заболяването. Диагнозата на ХОББ се основава на анамнеза за излагане на рискови фактори и наличие на ограничение на въздушния поток, което не е напълно обратимо, със или без наличието на симптоми. Пациентите, които имат хронична кашлица и отделяне на храчки с анамнеза за излагане на рискови фактори, трябва да бъдат изследвани за ограничаване на въздушния поток, дори ако нямат диспнея. За диагностиката и оценката на ХОББ **спирометрията с бронходилататорен тест** е златният стандарт, като това е най-възпроизводимият, стандартизиран и обективен начин за измерване на ограничението на въздушния поток. Диагнозата ХОББ се приема при **ФЕО1/ФВК<0.7** (където ФЕО1 е форсирания експираторен обем за 1 секунда, ФВК е форсирания витален капацитет).

Таблица 1. Тежест на бронхиалната обструкция при пациенти с ХОББ (ФЕО1/ФВК<0.7)

GOLD 1	Лека	ФЕО1≥ 80% от предвиденото
GOLD 2	Умерена	50%≤ФЕО1< 80% от предвиденото
GOLD 3	Тежка	30%≤ФЕО1< 50% от предвиденото
GOLD 4	Много тежка	ФЕО1< 30% от предвиденото

Компонент 2: Намаляване на рисковите фактори.

Целта при лечението на ХОББ е да се подобри функционирането на белите дробове и да се предотврати появата на изостряне и усложнения на състоянието. В тази насока, спирането на тютюнопушенето и прекъсване на контакта със замърсители на въздуха са първите и основни стъпки в лечението на ХОББ.

Спирането от тютюнопушене е най-ефективен и рентабилен начин за намаляване на риска от развитие на ХОББ и спиране на прогресията на заболяването. Лечение на тютюневата зависимост е ефективно и всеки пушач трябва да бъде мотивиран за преустановяването му при всяко посещение на доставчик на здравни услуги. Предлагат се ефективни фармакотерапии (заместителна терапия- никотин съдържащи лепенки/ дъвки, антидепресанти) за тютюнева зависимост и поне едно от тези лекарства може да се добави към консултациите, ако е

необходимо и при липса на противопоказания. Намаляване на общото лично излагане професионален прах и химикали и замърсители на въздуха в помещенията и на открито са важни цели за предотвратяване на появата и прогресирането на ХОББ.

ХОББ не може да се излекува, но може да бъде предотвратена.

- Превенцията на това заболяване включва основно:
- отказ от тютюнопушене,
- избягване на пасивното пушене,
- пребиваването на замърсен въздух,
- редовна профилактика и ранно лечение на респираторните инфекции
- здравословното хранене
- физическата активност
- предотвратяване случаите на обостряне
- спазване на лечението
- забавяне на увреждането на белите дробове

Прекратяването на пушенето е най-ефективният начин за забавяне загубата на белодробна функция при ХОББ. Спирането на пушенето е от полза дори и при хора с тежка форма на ХОББ.

- Именно спирането на цигарите допринася за:
- Забавяне на увреждането и загубата на белодробната функция при ХОББ
- Намаление и/или спиране на отичането или възпалението на въздухоносните пътища
- По-продължителен живот
- Обсъдете с Вашия лекар мерките (стъпките), които трябва да предприемете за спиране на пушенето.

Внимание! Никога не е твърде късно да спрете да пушите! Продължителността на живот на пациентите, спрели пушенето, се удължава с до около 8 години.

Редовната физическа активност има много ползи и тя може:

- да намали пристъпите на задух;
- да съкрати болничния престой;
- да понижи кръвното налягане;
- да намали тревожността и депресията;
- да намали честотата на инфекции;
- да подобри кръвообращението;
- да повиши енергията при изпълнение на ежедневните дейности;
- да укрепи сърцето и мускулите;
- да подобри съня;
- да Ви помогне да намалите телесното си тегло.

Запомнете! Редовната физическа активност допринася за укрепване на състоянието Ви и облекчава дишането.

Здравословният начин на хранене е важен за всеки, особено за хората с ХОББ. Вашето тяло се нуждае от гориво под формата на храна за извършване на дейности като дишането. Ако

страдате от ХОББ Вашето тяло се нуждае от допълнителна енергия. Можете да направите много неща за осигуряване на необходимите хранителни вещества и за поддържане на здравословно тегло:

- Пийте големи количества течности, които не съдържат кофеин или алкохол;
- Яжте храни с високо съдържание на целулоза, като зеленчуци и пълнозърнести храни;
- Не консумирайте много сол, заменете я с подправки;
- Избягвайте храни, причиняващи образуване на газове и подуване на корема (газирани напитки или пържени храни)

Пациентите с ХОББ е важно да поддържат нормално телесно тегло (нито наднормено, нито под нормата). Попитайте Вашия лекар какво трябва да бъде Вашето идеално тегло и определете заедно подходящ хранителен режим и план за физическа активност, за постигане на желаното тегло!

Компонент 3: Управление на стабилна ХОББ. Цялостният подход за управление на стабилна ХОББ трябва да се характеризира с постепенно увеличаване на лечението в зависимост от тежестта на заболяването. За пациентите с ХОББ здравното образование може да играе роля за подобряване на уменията, способността да се справят с болестта и здравния статус. Той е ефективен за постигане на определени цели, включително **спиране на тютюнопушенето**.

Ваксинации при ХОББ

Грипната ваксина редуцира значимо тежките екзацербации и смърт при ХОББ.

Ваксинирането с 23-валентната пневмококова полизахаридна ваксина редуцира честотата на пневмониите в обществото при ХОББ пациентите на възраст под 65 г и FE01<40% и/или тези с коморбидности.

Пациентите с ХОББ над 65 г следва да се ваксинират 13-валентната конюгирана пневмококова ваксина, редуцираща тежките пневмококови инфекции.

Съществуващата фармакотерапия при ХОББ редуцира честотата и тежестта на екзацербациите, подобрява физическата дееспособност и здравния статус, но не променят дългосрочния спад на белодробната функция и смъртността на това заболяване.

7.2.3. ЛЕЧЕНИЕ, ОБУЧЕНИЕ И САМОКОНТРОЛ

Бронходилататорите са медикаменти от основно значение за симптоматичното лечение на ХОББ. Те се дават при необходимост или редовно за предотвратяване или намаляване на симптомите. Основните групи бронходилататори са β 2-агонисти антихолинергици, съответно с бързо и бавно действие. Бързо действащите бронходилататори, самостоятелно или в комбинация се прилагат за овладяване на остри симптоми на заболяването. Дълго действащите бета-агонисти (LABA) и мускаринови антагонисти (LAMA), или комбинациите от тях LABA/LAMA медикаменти са гръбнакът на съвременната инхалаторна терапия на ХОББ, като подобряват качеството на живот, повишават ФЕО1, редуцират екзацербациите и броя на хоспитализациите.

Метилксантините са със спорен ефект, имат скромно бронходилататорно действие и могат да се комбинират с инхалаторните бронходилататори.

Противовъзпалителни медикаменти

Инхалаторни кортикостероиди (ICS) не се прилагат самостоятелно за лечение на ХОББ. Използват се в двойна ICS\LABA или тройна ICS\LABA\LAMA комбинация инхалаторна терапия при пациенти с висока честота на екзацербации (>2 на година), ФЕО1<50% и/или налична еозинофилия в периферната кръв >300 μ l. В тези случаи трайната или двойна комбинирана терапия подобрява дихателната функция, качеството на живот, редуцира бройката на екзацербации в сравнение LABA/LAMA или LAMA терапията.

Орални глюкокортикоиди се използват за лечение на остри екзацербации, но не се използват за стабилни пациенти.

Фосфодиестреза 4 инхибитори се прилагат при пациенти с хроничен бронхит, тежък или много тежък ХОББ и анамнеза за чести екзацербации.

Макролидни антибиотици – прилагат се като продължителна терапия на пациенти тежък или много тежък ХОББ и анамнеза за чести екзацербации.

Продължителна домашна кислородотерапия (>15 ч/ден) се назначава при пациенти с много тежка ХОББ и рефрактерна ХДН с трайно намалена сатурация при покой <88%. Тези пациенти са обичайно с трайно загубена трудоспособности и се нуждаят от допълнителни медицински и социални грижи.

Рехабилитация, образование и самолечение

Пулмоналната рехабилитация - е комплексна интервенция, базирана на прецизна оценка на състоянието на пациента, включваща индивидуална програма за физическа активност, образование, система от мерки за самообслужване, оптимизирано хранене и промяна в начина на живот, насочени към подобряване физическото и психологично състояние на пациентите с ХОББ. Системното изпълнение на рехабилитационната програма редуцира задуха, бройката на екзацербации, подобрява здравното състояние, физическата дееспособност на пациентите с ХОББ.

Всички пациенти с ХОББ се възползват от тренировъчни програми, подобрявайки се по отношение както на поносимостта към упражненията, така и на симптомите на диспнея и умора.

Как да получите максимума от своето лекарство?

Упражнявайте се с употребата на Вашия инхалатор пред лекуващия Ви лекар или медицинска сестра, за да сте сигурен, че го използвате правилно. Следвайте инструкциите за употреба на инхалатора и питайте лекуващия си лекар за съвет как да проверявате и да сте сигурни, че сте приели напълно дозата от лекарството.

Редовният прием на предписаното ви лекарство е едно от най-добрите неща, които можете да направите за Вашите дробове при заболяване като ХОББ. Ако не го приемате според предписанията на лекуващия Ви лекар рискувате влошаване на заболяването си!

Дори и да не усещате пряко ефекта от приема на поддържащото лечение е изключително важно да го приемате регулярно (според предписанията на Вашия лекар), защото то помага на Вашите бели дробове да работят правилно. Ако имате някакви въпроси или притеснения по

отношение на приеманото инхалаторно лекарство, не се колебайте да попитате Вашия лекуващ лекар за това. Лекарството ще помогне на Вашите бели дробове, но то е само част от Вашето лечение. Направете всичко възможно, за да поддържате добър здравен статус, за да имате по-добър живот.

Провеждайте лечението редовно, без пропуски

Наред с физическата активност, хранителния режим и непушенето, спазването на предписаното от Вашия лекар е важна част от лечението на симптомите на ХОББ.

Да се живее с ХОББ може да бъде трудно. Неспазването на лечението или пропускането на прием на лекарството се случва не само при Вас. Ако имате проблеми със спазването на лечението на ХОББ, обсъдете ги с Вашия лекар, за да може той/тя да Ви помогне. Това е важно, тъй като пропуските в лечението могат да влошат дихателните симптоми, да доведат до по-чести приеми в болница и да влошат общото Ви състояние.

Компонент 4: Управление на обострянията. Повратен момент в еволюцията на ХОББ са т.н. остри екзацербации (ОЕ-ХОББ). ОЕ-ХОББ се определя като значително влошаване на оплакванията на пациента, значително над обичайните ден за ден вариации, което налага промяна в терапията и приложение на системен кортикостероид и/или антибиотик. Най-честите причини за ОЕ-ХОББ са инфекция на трахеобронхиалното дърво и замърсяване на въздуха, неблагоприятни климатични фактори, но причината за приблизително една трета от тежките обостряния не може да бъде установена. В допълнение към базисната терапия на стабилен ХОББ, при ОЕ-ХОББ обичайно допълнително се назначават:

- Муко- и секрето- литици – препарати за втечняване на жилавия секрет в запушените бронхи.
- Антибиотици – при клинични данни за респираторна инфекция
- Системно кортикостероиди – интравенозно при хоспитализация и през устата в домашни условия, кратък курс- до 5 дни.
- Метилксантини в ограничени случаи на тежка, неповлияваща се от рутинната дезобструктивна терапия
- Кислородолечение – намира основно приложение при изострени състояния, както и при тежки форми на ХОББ.

Тежки екзацербации са тези, които налагат болнично лечение. В случаите на тежка хиперкапния и респираторна ацидоза ($pH < 7.35$) се налага приложение на животоспасяваща неинвазивна вентилация (НИВ).

Пациентите с висок брой ОЕ-ХОББ – повече от 2 средно тежки или повече от една тежка ОЕ наложила хоспитализация се определят като високо рискови за влошаване на състоянието и бърза прогресия на заболяването, което налага интензифициране на медицинското им наблюдение, терапия и социални грижи, вкл. максимално оптимизиране на условията на труд и почивка.

Организация на амбулаторната медицинска помощ за пациенти с ХОББ:

По официални статистически данни на НЗОК за 2018 г. на изпълнителите на ПИМП за пациенти с ХОББ са изплатени 79 811.55 лв.. На изпълнителите на СИМП за пациенти с ХОББ са

изплатени 532 449.3 лв. За ХОББ на СИМП са изплатени 6.7 пъти повече средства, отколкото на ПИМП. Това има своето логично обяснение – основната грижа за пациентите с ХОББ основателно са поети от специалист пневролог. Тежестта на проблемите за диагностиката, контрола на състоянието, терапията и вторичната профилактика за обект на дейността му.

7.2.4. ОЦЕНКА И УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА ПРИ ПАЦИЕНТИ С ХОББ

Оценката на риска предоставя възможност за идентифициране на потенциалните рискове и опасности, на които служителите могат да бъдат изложени, и вземане на решения за защитни и превантивни мерки, които трябва да бъдат въведени. Тя е динамичен процес, който предоставя на организацията възможност да предприемат проактивна политика за управление на професионалните рискове¹¹.

Наличието на ХОББ може значително да повлияе на ежедневието на пациента, включително способността му да работи. Според Центърът за контрол и превенция на заболяванията (CDC), един на всеки двама американци с ХОББ трябва да ограничи дейността си поради здравословни проблеми, всеки трети има проблеми с ходенето или изкачването на стълби, а всеки четвърти използва специално оборудване за здравословни проблеми, Затрудненото дишане и болката в гърдите също могат да затруднят съня, което може да доведе до сънливост и нефокусираност през деня.

Взети заедно, тези предизвикателства могат да компрометират работоспособността: Хората, които остават на работното си място, казват, че симптомите на ХОББ ги карат да пропускат работа, а една четвърт от възрастните с ХОББ изобщо не са в състояние да работят, според CDC.

Известно е, че хората с ХОББ вземат повече болни и почивни дни. Значителна част от пациенти с напреднало заболяване трябва да се откажат от работата си не само поради задух, но и поради чести пристъпи на обостряне, налагащи отсъствие от работа, което нарушава трудовия процес. Въпреки че ХОББ може да направи работата трудна, много хора с ХОББ продължават да работят по финансови причини или просто защото се радват на кариерата си. **Добрата новина:** Напредъкът в лечението на ХОББ, заедно с кислородната терапия, белодробната рехабилитация и социалната подкрепа, може да помогне да се остане на работното място.

Трябва ли да продължи пациентът с ХОББ работата си или да я смени?

Препоръки към пациента:

Ако ХОББ Ви затруднява да работите, говорете с Вашия лекар (личен лекар, пулмолог, специалист трудова медицина). Той може да ви помогне да решите дали работата ви е прекалено напрегната или работната ви среда засяга вашата ХОББ.

Ако вашата работа изисква голяма физическа активност, Вашият лекар може да Ви посъветва да помолите работодателя си да промени вашите задачи или да Ви премести на по-малко физическа работа. Ако работите в индустриална среда, където сте изложени на прах, дим,

¹¹ OSH Wiki https://oshwiki.eu/wiki/Occupational_safety_and_health_risk_assessment_methodologies

газове или изпарения, може да се наложи да смените работата, за да предпазите белите дробове от допълнителни повреди. Може да се наложи да смените ролята си или да напуснете работата си, ако работите при екстремни температури или висока надморска височина, което може да затрудни дишането дори за хора без хронично белодробно заболяване.

Как работникът с ХОББ да разговаря със специалиста ЧР.

Това не е лесен разговор, но е важно да споделите диагнозата си с работодателя си. ХОББ може да повлияе на способността ви да вършите работата си, дори ако не сте в роля, която изисква обширен физически труд.

Обяснете, че ХОББ е дългосрочно състояние, което може да затрудни дишането дори по време на ежедневни дейности като ходене и говорене. Това означава, че може да се наложи да почивате през деня, да преназначавате срещи или да почивате от работа. Може да се наложи да помислите за преназначаване на задачи, които вече не можете да изпълнявате на колеги, или може да се наложи да играете друга роля в компанията.

Тъй като ХОББ може да доведе и до по-чести респираторни инфекции и сериозни обострения, може да се наложи да отделите почивка, за да отидете на лекар и може да се наложи да планирате посещения за белодробна рехабилитация през работния ден.

Ако ви е предписана кислородна терапия, уведомете работодателя си, че ще носите със себе си подвижен кислороден концентратор на работа (ако работната среда позволява).

Основни въпроси, на които трябва да се разрешат при работник с ХОББ

Самообслужване. Имате ли достатъчно възможности за самообслужване на работното място (хранене редовно, вземане на лекарства)? Има ли някакви проблеми на работното място, които пречат да се грижите за себе си?

Условия на работа и помощни средства. Препятстват ли ви условията на работа да работите добре (брой работни часове, автономност, възможност за кратки почивки, работни задачи и натоварване, стая на работното място и помощни средства)?

Комуникация с ръководството. Вашият мениджър запознат ли е с Вашето състояние? Познава ли той/тя симптомите и ефекта, който те могат да окажат върху работата Ви? Чувствате ли се комфортно да говорите с мениджъра си за адаптиране на условията на труд, от които се нуждаете на работното място? · Погрижил ли се е Вашият мениджър за адаптиране на условията на труд, от които се нуждаете?

Комуникация с колеги Колегите Ви знаят ли, че имате хронично заболяване? Можете ли да говорите с тях за Вашето заболяване и последиците, които то може да има за вашата работа?

Комуникация със здравни специалисти? Получавате ли достатъчно подкрепа от Вашия лекар по трудова медицина? ·Има ли достатъчно сътрудничество между Вашия общо практикуващ лекар, лекар по трудова медицина, специалист или други медицински специалисти? Получавате ли достатъчно подкрепа от Вашия общо практикуващ лекар, специалист или други медицински специалисти? Съвместимо ли е Вашето лечение (лекарства, странични ефекти от лекарства, диета, срещи с Вашия лекар, помощни средства) с Вашата работа?

Ресорният ръководител и мениджърите ЧР имат различни функции и задачи в рамките на организацията. Мениджърите ЧР носят отговорността да гарантират, че служителите стават и остават ценни за организацията. Те се занимават с въпроси, свързани с управлението на хора като компенсации, наемане на работа, управление на представянето, развитие на организацията, безопасност, управление на здравето и уврежданията, обезщетения, мотивация на служителите, комуникация, администрация и обучение. Ресорният ръководител е отговорен основно за организирането и надзора върху работата и производителността на екип или отдел. Типичните задачи на ресорния ръководител са управление на оперативните разходи, предоставяне на техническа експертиза, организиране на разпределението на работата и ротации, мониторинг на работните процеси, проверка на качеството, работа с клиенти, измерване на оперативните резултати. В повечето случаи, ресорният ръководител получават запитвания за разрешаване на проблеми, свързани със здравословното състояние на служител.

Но категорично се подчертава, че успешното решение на въпроси от такова естество изисква адекватна координация между ресорния ръководител и други специалисти, включително мениджърите ЧР и служби по трудова медицина.

Управление на риска:

Направете оценка на риска на работното място за да подкрепите служителя с хроничен проблем за да гарантирате, че елементите на безопасността се разглеждат. Оценката на риска помага да се установи, че са налице подходящи мерки за контрол и трябва да се преразглежда поне веднъж годишно или когато е настъпила значителна промяна в работната задача или в здравното състояние на хронично болния работник.

- Механизиране на ръчните операции, подобряване на принудителната работна поза, ергономични работни движения;
- Ефективна херметизация, топло изолиране, екраниране;
- Ефективна вентилация;

Стъпки за подобряване на качеството на въздуха в помещенията.

Добри практики: Някои прости действия могат значително да подобрят качеството на въздуха на работното място, като например:

- Редовна поддръжка на климатиците
- Нивата на влажност да се поддържат под 60%
- Намаляване на използването на химикали по цялото работно място
- Старателно и редовно почистване, за да се намалят праховите частици
- Отстраняване на всякакви плесени и качествено подсушаване на мокри повърхности
- Ефективна вентилационната система, осигуряваща правилен въздухообмен
- Използване на пречиствателни на въздуха
- Редовно отваряне на прозорците, за да влиза свеж въздух
- Възможност за промяна на работните задачи и място в рамките на същата компания след завръщане от болнични или когато симптомите са остри- ХОББ
- Осигуряването на ергономична работна мебел;
- Подходящо работно облекло, ЛПС, лична хигиена;
- Физиологичен режим на труд и почивка;

- Осигуряване на гъвкаво работно време съобразено със здравните потребности на работника с ХОББ :
- по дълга обедна почивка за възстановяване на работоспособността.
- свободно време за медицински прегледи, изследвания, консултации, възстановяване или за присъствие на обучение за управление на ХОББ
- Климатизирани помещения за почивка;
- Профилактични прегледи
- Сигурност на работното място, гарантирана от трудовия договор

Законодателни нужди - промени в законодателството, които осигуряват възможност на хората с хронични заболявания да се включат в нормалния трудов пазар и предоставят финансова помощ. Законът да гарантира, че нито публичните, нито частните работодатели могат да ви дискриминират, ако имате увреждане. Това означава, че работодателят ви не може да ви уволни, да ви откаже повишение или да компрометира по друг начин вашата роля, ако дадено състояние ви пречи да изпълнявате определени задачи. Работодателят ви също трябва да ви предложи разумно настаняване или корекции на вашата роля, които ви позволяват да си вършите работата.

Медицински и здравни нужди - включват дейности за промоция на здравето и специално на психичното здраве на работното място. Например - подобрена комуникация между здравната система, служителите по безопасност на труда, работодателите и социалните служби.

- Предоставяне на медицинско наблюдение на работното място от медицински/ здравен специалист
- Възможност за ниско интензивни спортни занимания на работното място (като йога).

Какво да направите, ако ХОББ е толкова тежка, че не можете да работите

Ако вашата ХОББ е тежка и значително ви нарушава или пречи да вършите работата си, можете да кандидатствате за одобрение за обезщетения за инвалидност чрез администрацията за социално осигуряване.

7.3. НАРЪЧНИК „ЖИВОТ С ДИАБЕТ“



7.3.1. Тип ДИАБЕТ 1 - СЪЩНОСТ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО

Захарният диабет тип 1 (инсулинозависим диабет) е хронично метаболитно, аутоимунно заболяване, което възниква поради увреждане на задстомашната жлеза (панкреас). Състоянието се характеризира с хипергликемия, която е резултат от липсата или недостатъчността на инсулина – хормонът, който регулира нивата на глюкоза в кръвта. Този тип диабет се развива в детска или млада възраст (в повечето случаи до 30-40 години), но може да се прояви и в по-късна възраст.

Случаите на захарен диабет тип 1 са около 10% от всички видове диабет. Глюкозата в кръвта е критично важна за правилното функциониране на всички клетки в организма, но постоянното поддържане на високи нива може сериозно да увреди редица органи в организма. Ето защо навременната диагностика и лечение с инсулин, са от ключово значение за превенция на усложненията от заболяването и за избягване на диабетна кома.

Захарният диабет е нарушение на въглехидратната обмяна, вследствие на което организмът не може да оползотворява/ усвоява захарта правилно, поради липсваща или неадекватна секреция на хормона **инсулин**. Тази захар, наричана глюкоза, играе важна роля в дейността на организма като източник на енергия. Без нея мускулите и органите ни не биха могли да функционират.

По данни на Международната диабетна федерация (IDF) за Европа, през 2017 г.:

- 66 милиона са хората, живеещи с диабет, като до 2045 година, числото ще достигне 81 милиона;
- Едно от 6 новородени са засегнати от хипергликемия по време бременността (гестационен диабет);

- Над 1/3 от случаите на диабет остават недиагностицирани и са застрашени от развитие на усложнения, свързани със заболяването и съответно скъпоструващата им профилактика;
- Един на 11 възрастни има диабет;
- Тенденцията за най-висок брой деца и подрастващи, засегнати от диабет тип 1 се запазва – общо 286 хиляди от общата популация;
- Разходите за лечение отчетливо нарастват и се равняват на 208 млрд. долара, което е 25% от разхода в световен мащаб.

За България през 2017 г. статистиката сочи, че:

- **8,2% или около 477 хиляди българи живеят с диабет, като приблизително 9 хиляди от смъртните случаи се дължат на състояние или усложнения на диабета;**
- **Почти 155 хиляди са недиагностицираните случаи на диабет и респективно хора, живеещи в повишен риск;**
- **Един на всеки 12 възрастни има диабет.**

Остава тревожен факта, че от 425 милиона през 2017 г., броят на хората в световен мащаб, живеещи с диабет ще достигне до 629 милиона през 2045 г., което е почти двойно увеличение (48%).

Лечението на диабета продължава цял живот, затова отговорността на пациента към здравето му също е доживотна. Целта е да се постигне добър контрол на захарния диабет, като се намали доколкото е възможно рискът от хипогликемия, нежелани реакции и увреждане на други органи. Контролът на кръвната захар чрез инжектирането на инсулин е единственият сигурен начин за управление на заболяването. Необходимо е всеки пациент да познава добре своето заболяване, да разпознава симптомите на хипо- и хипергликемия (ниска и висока гликемия) и да се придържа стриктно към назначената му терапия.

Какви са страховете на пациентите с диабет тип 1?

Страх от хипогликемия (ниска кръвна захар) - недостигът на глюкоза може да доведе до различни по тежест оплаквания в зависимост от причината и дори да бъде опасен за живота. Страхът от хипогликемии води до изкуствено поддържани по-високи кръвно-захарни нива и се явява бариера пред ефективното приложение на лечението, оптималното титриране на дозите, придържане към лечението и постигане на трайно нормализиране на глюкозата в кръвта.

Страх от хипергликемия- вследствие на него се поддържат по-високи нива на глюкоза, по-висока стойност на гликирания хемоглобин и съответно е възможно по-ранно развитие на хроничните усложнения на диабета. Хроничната хипергликемия уврежда малките и големите кръвоносни съдове, развива се диабетна ретинопатия и загуба на зрението, диабетна нефропатия и бъбречна недостатъчност, диабетна невропатия, сърдечни заболявания, инфаркти, периферна съдова болест.

Страх от възникването на хронични усложнения вследствие на недобре регулираната глюкоза – лошият контрол на заболяването води до афектирането и трайното увреждане на други органи на човешкия организъм, което снижава качеството и продължителността на живота.

Страх от недобро познаване на заболяването и необходимостта от постоянен и качествен контрол на заболяването чрез инсулин. Естествено следствие от ниската информираност енеглижирането на възможните усложнения, които могат да настъпят.

Последици от диабета

Сърце

Съществува тясна връзка между диабета и сърдечносъдовите заболявания. Сърдечносъдовите заболявания и острите състояния като инфаркти и инсулти са една от причините за смъртността при диабетици.

Бъбреци

Най-честата причина за бъбречна недостатъчност е диабетът. Дългите периоди на високо ниво на глюкоза в кръвта могат да увредят сериозно структурата на бъбрека и филтриращите му клетки. Друга заплаха за диабетиците е нефропатията, свързана с отделянето на белтък в урината и нарушение на бъбречната функция.

Артерии

Продължителното поддържане на високи нива на глюкозата в кръвта води до засягане на малките и големите кръвоносни съдове. Лошият контрол на кръвната захар води до повишаване на мазнините в кръвта и тяхното натрупване в съдовата стена. Това състояние е известно като атеросклероза. Стесняването на съдовете е причина за нарушено кръвоснабдяване на различни части на тялото. Атеросклерозата се среща между 2 до 6 пъти по-често при хора с диабет, отколкото при хора, които нямат диабет.

Очи

Високите нива на кръвна захар засягат кръвоносните съдове в окото и могат да доведат до увреждане на очния нерв. Най-честото очно заболяване, което е следствие от диабета, е диабетната ретинопатия – периферните съдове на окото се спукват и изтичат в пространството на ретината. Често се наблюдава и подуване на ретината в областта на макулата, влошаване на зрението, а в някои случаи се стига дори до слепота.

Нервна система

Невропатията е много сериозен проблем, свързан с последствията от диабета. Високите нива на глюкоза увреждат нервите. Най-бързо биват засегнати крайниците – невропатията предизвиква усещане на скованост, изтръпване и болки в крайниците, намалена чувствителност, забавено кръвообращение. Недостатъчният приток на кислород към тъканите води до увреждането им и се получават усложнения - гангрени, диабетно стъпало.

Понякога диабетът може да възникне спонтанно, като първи симптом да бъде загубата на съзнание в резултат на продължителна екстремно висока кръвна захар. Това състояние е познато като диабетна кетоацидоза. Ранните оплаквания при диабет 1 се различават по тежестта си, начина и бързината на изявата си, но основните симптоми са:

- непрестанна силна жажда (полидипсия)
- често уриниране

- загуба на тегло
- силно чувство на глад
- замъглено зрение
- раздразнителност
- необяснима, обща слабост
- чести инфекции в устата, уринарния тракт и по кожата
- бавно зарастване на раните
- наличие на ацетон в урината/дъх на ацетон

Какво представлява хипергликемията?

Хипергликемията е състояние, при което нивото на кръвната захар е високо. Основните причини за възникването на това състояние са следните:

- Пропусната доза инсулин
- Прием на по-голямо количество храна
- Инфекция или боледуване (висока температура, диария и повръщане)
- Повишено ниво на стрес
- Намалено ниво на физическа активност
- Реактивна хипергликемия – висока кръвна захар след преживяна хипогликемия
- Други медикаменти, които влияят на нивото на кръвната захар

Симптоми на хипергликемията

- Постоянен глад
- Силна жажда
- Замъглено зрение
- Сънливост
- Сърбеж по кожата
- Често уриниране
- Гадене

Какво да правим при хипергликемия?

- Увеличете приема на течности.
- Не намалявайте количеството инсулин и контролирайте нивото на кръвната захар през 3 часа.
- Не намалявайте броя на храненията или количеството храна, което обикновено приемате.

Какво представлява хипогликемията?

Хипогликемията представлява ниско ниво на кръвната захар. Тя е нежелан спътник на хората с диабет тип 1 и е главната патофизиологична и психологична бариера за постигането на „идеален“ контрол на кръвната глюкоза. Страхът от нея е и основната причина за „психологична резистентност към инсулина“ при хората с диабет тип 2. Данните показват, че хората с диабет тип 1 преживяват средно един до два епизода на безсимптомна хипогликемия на седмица.

Пациентите с диабет тип 1 прекарват 10% от времето си със стойности на кръвната глюкоза между 2.8 до 3.3 ммол/л и страдат от поне един епизод на тежка хипогликемия на година.

Основните причини за възникването на хипогликемия са няколко:

- Прилагането на обичайното или по-голямо количество инсулин на фона на липса или недостатъчна консумация на въглехидрати;
- Инжектиране на по-голямо количество инсулин – т.нар. „инсулинова реакция“;
- Сериозно физическо натоварване без прием на въглехидрати;
- Консумация на алкохол на гладно или без прием на въглехидрати;
- Намален усет на организма за улавяне на хипогликемия

Симптоми на хипогликемията:

- Замаяност
- Объркване
- Слабост
- Силен глад
- Затруднено говорене и/или чуване
- Безпокойство, превъзбуда, раздразнителност, гняв, нервност
- Гадене, болки в корема
- Намалена концентрация
- Внезапно изпотяване
- Главоболие
- Замъглено или двойно виждане
- Разтреперване и проблеми с координацията

Вместо да изпитват обичайните симптоми, хората с намален усет за улавяне на хипогликемията стават объркани, свадливи, емоционално лабилни, агресивни, съсредоточават се трудно (например не могат да пресмятат наум, да отделят внимание на детайла, да взимат решение), имат познавателни трудности, нарушена краткосрочна памет и забавени реакции. Описаните умствени и характерови промени се наричат „невроглюкопенични“, тъй като се дължат на смутена мозъчна дейност поради глюкозен недостиг. Пациентите с намален усет за улавяне на алармиращите признаци на ниската кръвна глюкоза са застрашени от тежки хипогликемии, налагащи чужда помощ за овладяването им. За избягване на този риск, те трябва да проверяват по-често нивото на кръвната си глюкоза и да поддържат малко по-високи стойности.

Нощните хипогликемии често остават неразпознати и могат да включват и допълнително следните симптоми:

- Стряскане насън
- Нощно изпотяване
- Непрекъсната умора
- Ярки сънища и кошмари
- Скърцане със зъби
- Трудно събуждане
- Нощна инконтиненция (незадържане на урина) по време на сън
- Много високи/много ниски стойности на кръвната захар след събуждане

Какво да правим при хипогликемия?

- Не пропускайте хранения
- Приемете допълнително въглехидрати, в случай че имате по-сериозна физическа активност
- Не приемайте алкохол на гладно
- Винаги носете в себе си захар
- Кажете на близките си какво трябва да направят, в случай че изпаднете в хипогликемия

Как се инжектира инсулин? Възможностите са: с инсулинова писалка или инсулинова помпа.

Инсулинови писалки

Подкожното въвеждане на инсулина си остава единственият ефективен начин на лечение с възможности за най-фино дозиране. Вече са история стъклените спринцовки и металните игли за многократна употреба, изварявани за стерилизация в домашни условия. Пластмасовите спринцовки за еднократна употреба понастоящем са оправдани, когато са с толкова фино градуиране, че позволяват дозиране на инсулина през половин единица (0,5E) или по-малко. Металните инжекционни устройства за многократна употреба, наподобяващи химикалки за писане (Pen), са най-подходящите за инжектиране на инсулин, имат технически живот с години, работят на механичен принцип и са много опростени за работа. Някои имат и електронен дисплей, който показва последната инжектирана доза.

Техника на инжектиране

Инсулинът се инжектира с игличка с обичайна дължина 6 мм (4 до 8 мм), която се забива вертикално в кожата и се внимава да не попадне в мускул. Това може да се случи, когато дебелината на кожата е само 2-3 мм при много слаби деца (особено на корема). След инжектиране на инсулина изчакваме няколко секунди, за да се усвои последната капка. Най-бързото усвояване на инсулина е от инжекционните места на корема, последвано от тези на ръцете, бедрата и най-накрая от кожата на хълбоците.

Инсулинови помпи

Внасянето на инсулина чрез инсулинови помпи е най-надежното и бързо развиващо се технологично направление в лечението и контрола на заболяването. Инсулиновата помпа има следните предимства:

- Намалява се броят на инсулиновите инжекции
- Използва се само бърз инсулинов аналог с болусни дози при хранене, между хранене и през нощта
- Някои помпи прецизират много фини дози от инсулин до една хилядна от единицата (0.001E)
- Някои помпи могат да работят със сензор за постоянно измерване на кръвната глюкоза чрез втора кожна игличка и безжичен сигнал до помпата
- Помпите са особено полезни за малките деца и бебета, където колебанията на кръвната глюкоза по принцип са най-големи и тяхната корекция без риск от последваща хипогликемия изисква прецизни малки дози. Лечение с инсулинова помпа се препоръчва и при бременни диабетички.

Запомнете!

- Помпите не работят сами!
- Помпите искат добро програмиране, добра преценка на въглехидратния прием в грамове на всяко хранене.
- Помпите искат измерване на кръвна глюкоза преди всяко хранене и по-подробни кръвно-захарни профили (през два часа).
- Задължително се провежда пространно обучение на болния и семейството му за работа с инсулинова помпа

Предупреждава се за риск от запушване на иглата и много бързо развитие на диабетна кетоацидоза поради липсата на подкожно инсулиново депо при този метод на лечение.

След прецизно ажустиране при конкретното лице се определят както базалната доза подаван инсулин, така и размера на отделните болуси инсулин за основните хранения коригиран с моментната стойност на гликемия.

Като цяло, болният трябва да бъде наясно, че грижите за диабета при лечение с инсулинова помпа се увеличават.

Посочените предимства на инсулиновите помпи дават възможност за намаляване колебанията на кръвната глюкоза до стойностите на хора без диабет от 4-5-6 ммол/л, дори при бебета, което е много трудно с обичайното лечение.

Когато човек има диабет, съвсем естествено възниква въпросът дали трябва да промени начина си на хранене, дали трябва да спазва някаква диета и да се откаже от част от храните, които традиционно консумира. Контролът на кръвната захар е комплексен процес, а начинът на хранене е важна част от него.

Ето няколко важни съвета, свързани с храненето, които можете лесно да спазвате:

- Не преяждайте! Контролът на количеството храна, която приемате, е важен фактор, за който трябва да се следи постоянно!
- Начинът на приготвяне на храните е важен – изключете пържените храни и ги заменете с печени!
- Не консумирайте прекалено много въглехидрати – те в най-голяма степен влияят на нивото на кръвната Ви захар!
- Избягвайте наситените мазнини и трансмазнитите, както и консумацията на сол – те са предпоставка за развиването на сърдечносъдово заболяване!
- Приемът на алкохол трябва да е умерен и в никакъв случай на празен стомах, тъй като той понижава нивата на кръвната захар!

7.3.2. ДИАБЕТ ТИП 2

Диабет тип 2: този тип диабет обикновено настъпва след 40-годишна възраст. Причина за възникването му е понижената чувствителност на клетките в организма към инсулина (инсулинова резистентност) – от една страна, а от друга – понижената активност на клетките, които синтезират инсулин.

Причините за развитието на диабет тип 2 са най-различни. Днес се знае, че фактори като наднормено тегло, заседнал начин на живот и небалансирано хранене повишават значително риска от развитие на заболяването. Тъй като тези „фактори на цивилизацията“ са характерни за начина на живот на много млади хора, броят на болелите от диабет в тази възрастова категория от населението непрекъснато нараства. Дали нивото на кръвната захар е прекалено високо или прекалено ниско, можем да разберем, като го измерим.

Обикновено измерването се прави на гладно и се изразява в ммол/л (милимола на литър). При здрави хора, приетата норма на нивото на кръвната захар, измерено на гладно, е в рамките на 3,5 до 5,6 ммол/л. За повишено ниво на кръвната захар говорим тогава, когато стойността ѝ измерена на гладно надхвърля 5,6 ммол/л, а измерена 1-2 часа след нахранване надвишава 7,8 ммол/л.

Друга важна измервана величина е HbA1c. Казано с други думи, гликираният хемоглобин (ГХ), който се изразява в процентно съотношение и отразява средното ниво на кръвната захар през последните 12 седмици. Въз основа на този показател лекарят може да прецени протичането на заболяването и успеха на лечението през последните няколко седмици. Целта е да се постигне ниво на HbA1c до 6,5% – колкото може по-близо до нормата.

Инсулин и глюкагон: принципът на "контраиграта"

В нормализирането на нивото на кръвната захар хормонът **инсулин** играе решаваща роля. Това е **единственият** хормон с хипогликемично действие. Съществува обаче още един хормон с важна функция, **глюкагон**, чието действие е противоположно на това на инсулина. Докато инсулинът отговаря за намаляването на нивото на кръвната захар, задачата на глюкагона е да повиши този показател. Ако организмът ни отделяше само инсулин, количеството на глюкозата в кръвта ни щеше да е прекалено малко. Следователно, само при наличието на тези два активни хормона организмът ни може да регулира нивото на кръвната захар и да го запазва в равновесие. При хора, болни от диабет, този регулаторен механизъм е нарушен.

Има няколко рискови фактора, които могат да предразположат към диабет тип 2:

- наднормено тегло;
- ниска двигателна активност;
- неправилно хранене;
- високо кръвно налягане;
- злоупотреба с алкохол;
- генетична предразположеност;
- гестационен диабет при предхождаща бременност;
- затлъстяване от *висцерален тип*;
- *преддиабет*;
- синдром на поликистозни яйчници;
- тютюнопушене;
- дислипидемия
- стрес.

Когато няколко рискови фактора са налице, е препоръчително да се промени начина на живот: консумация на здравословна храна с ниско съдържание на мазнини, редовна двигателна активност и отказ от вредните навици. Разбира се, винаги е необходима и консултация със специалист.

Слабото повишение на нивото на кръвната захар обикновено остава незабелязано. Първите признаци за повишена кръвна захар (хипергликемия) – умората и отпадналостта – често пъти се подценяват. Това е причината диабетът понякога да не бъде забелязан дълго време.

Симптомите на **хипергликемията** са следните:

- силна жажда;
- често уриниране;
- необяснимо напълняване;
- отпадналост и намаляване на работоспособността;
- пристъпи на неутолим глад;
- понижена устойчивост срещу инфекции;
- бавно зарастване на раните;
- схващания в прасците;
- нарушение на зрението;
- сърбеж;
- намаляване на потентността;
- ацетонов дъх (миризма на ферментирали плодове в устата);
- гадене, повръщане, коремни болки.

Необходимо е да се проследяват и симптомите, които могат да бъдат индикация за състояние на **хипогликемия**:

- изпотяване;
- нарушена концентрация;
- треперене в крайниците;
- сърцебиене;
- усещане за напрегнатост;
- чувство на силен глад;
- нарушена координация;
- раздразнителност;
- преbledняване;
- главоболие и обърканост;
- конвулсии;
- гърч;
- безсъзнание.

Високото ниво на кръвната захар, поддържано за дълъг период от време може да доведе до дългосрочни увреждания на тъканите и органите, най-вече на кръвоносните съдове. При необходимост, потърсете консултация със специалист.

При недобър контрол на нивото на кръвната захар могат да се възникват следните придружаващи заболявания, свързани с диабет тип 2. Те могат да се класифицират в две основни групи:

- **микроваскуларни** – засягащи малките кръвоносни съдове;
- **макроваскуларни** – поразяващи големите кръвоносни съдове.

И в двата случая съдовете се свиват, което води до нарушено кръвоснабдяване и функционални разстройства на органите. Към микроваскуларните усложнения спадат уврежданията на очите (ретинопатия), на бъбреците (нефропатия) и на нервите (невропатия). Макроангиопатиите са патологични изменения в средните и големите артерии в организма. По стените на кръвоносните съдове се образуват отлагания – процес, наречен атеросклероза. Това може да доведе до коронарна болест на сърцето, инфаркт на миокарда, инсулт или облитериращ ендартериит.

БЪБРЕЦИ

В началото на редица бъбречни заболявания, причинени от диабет тип 2, настъпват леки увреждания на стените на кръвоносните съдове, признак за което е наличието на белтък в урината, които могат да прогресират, докато бъбреците откажат да функционират напълно. В такива случаи се налага изкуствено пречистване на кръвта, наречено диализа. Органът за обезвреждане на отровите и токсините в нашето тяло филтрира кръвта с помощта на стотици хиляди малки „пречиствателни съоръжения“, бъбречните телца, наречени също гломерули. При продължителна борба с високото ниво на кръвната захар, свободните мембрани на тези телца започват да се удебеляват. Бъбреците могат доста дълго да компенсират това състояние, но ако бъдат увредени вследствие на повишената кръвна захар и този факт остане неустановен, може да настъпи тежко функционално разстройство – така наречената диабетна нефропатия.

ОЧИ

Промените в ретината (диабетната ретинопатия) са следствие от увреждане на малките кръвоносни съдове на очите (микроангиопатия). Увреждането на съдовете и последващото им стесняване от една страна води до недостатъчно кръвоснабдяване, а от друга, поради поражението на стените им – до малки кръвоизливи в ретината. В по-напреднал стадий това състояние може да доведе до загуба на зрение. Друга форма на увреждане на ретината е диабетната макулопатия. При нея недостатъчното кръвоснабдяване и натрупването на течност в ретината причинява разстройство на зрителния нерв в центъра на ретината. При болните от диабет много често се срещат очни заболявания като катаракта, придружена от помътняване на лещата и глаукома, при която се наблюдава повишено очно налягане.

НЕРВИ

Уврежданията на нервната тъкан, така наречената диабетна невропатия, водят до функционални разстройства на органите, свързани с увредените нерви. В резултат на това могат да настъпят нарушения в двигателните функции на организма и на чувствителността. Най-често срещано е разстройството на чувствителността, изразяващо се в усещане за изтръпване, сърбеж, бодежи и болки.

СЪРЦЕ

При стесняване на коронарните съдове на сърцето, сърдечният мускул не е достатъчно кръвоснабден. Коронарната болест на сърцето може да се изяви като ангина пекторис, а в най-лошия случай може да стане причина за инфаркт на миокарда. Освен това, увреждането на нервите може да доведе до нарушение на сърдечния ритъм.

СТЪПАЛА И ГЛЕЗЕНИ

Възникването на т.нар. диабетно стъпало се определя от два фактора: поради увреждане на нервите и свързаните с това нарушения в чувствителността, много хора, страдащи от диабет, не забелязват някои травми или наранявания в областта на стъпалата.

Тъй като тъканите не са добре кръвоснабдени, раните заздравяват много трудно. Така от тези малки наранявания се развиват язви, при което голяма част от тъканта загива (некротизира), а в най-тежките случаи се налага ампутация. За да се предотврати нараняване на стъпалата, хората, страдащи от диабет, не трябва да ходят боси. При грижите за краката трябва да се избягва използването на силно режещи инструменти, като например ножици с остри върхове. Затова се препоръчват редовни грижи от професионалист.

МОЗЪК

Поради стесняването на кръвоносните съдове, снабдяващи мозъка с кръв, рязко нараства риска от инсулт. Съществува и друг аспект: хипогликемията също е опасна за мозъка, тъй като неговото функциониране зависи от преработването на кръвната захар. При понижено ниво на кръвната захар, мозъчната дейност се нарушава, което води до не адекватни реакции на пациента и необходимост от чужда помощ. Последните изследвания сочат, че честите и продължителни понижения на кръвната захар повишават силно риска от възникване на деменция (слабоумие).

След поставяне на диагнозата, първоначално терапията се състои в промени на хранителния режим и редовна физическа активност, като медикамент на първи избор е метформин. Приемът му започва постепенно, като дозата се увеличава с времето. Ако до три месеца не бъдат достигнати прицелните стойности кръвната захар, към терапията се добавят допълнителни медикаменти. При непоносимост или незадоволителен резултат, може ще се наложи лекарственият препарат да се смени. На различните активни вещества пациентът може да реагира различно. Ако нивото на кръвната захар отново не се понижи, може да се наложи прилагане на инсулин.

Диабет тип 2 започва с инсулиновата резистентност, затова целта на системната терапия е или да подобри отговора на тъканта спрямо инсулина, или да увеличи количеството му, отделяно от панкреаса. С напредване на заболяването, капацитетът на панкреаса да произвежда и отделя инсулин се изчерпва и това налага заместващо лечение с инсулинов препарат.

В тази секция ще бъдат разгледани пероралните медикаменти и някои от тях с парентерално приложение. Въпреки всичко, не е задължително терапията с инсулин да е решение за цял живот. Ходът на заболяването е индивидуален и в зависимост от промените в стойностите на кръвната захар, възможно е да се възобнови лечението с другите медикаменти.

Към момента са налични 5 класа инсулинови препарати, които се използват в практиката:

БИГВАНИДИ

Единствен представител на този клас медикаменти, одобрен за първа линия на приложение при диабет тип 2 е метформинът. Механизмът му на действие се състои в подобряване на нарушения отговор на клетките към инсулина (инсулинова резистентност), като подобрява усвояването на глюкозата в мускулите и мастната тъкан. Метформин се приема след хранене, което може да предизвика дискомфорт в стомашно-чревния тракт, възникващ обикновено в началото на лечението.

ГЛИТАЗОНИ

Намаляват инсулиновата резистентност и стимулират чувствителността на черния дроб, мускулите и мастната тъкан към инсулина. Прилагат се независимо от приема на храна. Лечението с тях може да предизвика повишение на телесното тегло. Възможни са също нарушения в обмяната на веществата в костната тъкан, особен проблем при хора, страдащи от остеопороза.

СУЛФОНИЛУРЕЙНИ ПРЕПАРАТИ

Засилват секрецията на инсулин от задстомашната жлеза, като стимулират бета-клетките на панкреаса и действат неспецифично, абсолютно независимо от нивото на кръвната захар. Ефектът зависи от капацитета на панкреаса да произвежда инсулин. Приемат се преди хранене. Чести странични ефекти са повишаване на телесното тегло, а при предозиране – хипогликемия (понижение на кръвната захар).

ГЛИНИДИ

Подобно на сулфонилурейните препарати засилват секрецията на инсулин чрез стимулиране на задстомашната жлеза (панкреаса). Таблетките трябва да се приемат преди всяко хранене. По време на терапията може да настъпи хипогликемия.

АЛФА-ГЛЮКОЗИДАЗНИ ИНХИБИТОРИ – АКАРБОЗА

Забавя разграждането на въглехидратите (захарта, скорбялата) в червата и постъпването на захар в кръвта. Акарбозата трябва да се приема непосредствено преди едно от храненията. Чести нежелани реакции са диспептичните прояви: гадене, подуване, усещане за препълнен стомах, запек. Понякога могат да настъпят диария и болки в корема.

DPP-4 ИНХИБИТОРИ

Глиптините представляват съвременен клас лекарствени средства, които действат като блокират определен ензим, наречен DPP4. Този ензим потиска отделянето на инкретини, които от своя страна стимулират панкреаса да повиши отделянето на инсулин и да понижи секрецията на глюкагон. По този начин, след като нивата на инкретини не са занижени, секрецията на инсулин спрямо нивата на плазмена глюкоза се повишава, а тази на глюкагона – намаля. Лечението с глиптени се свързва с нежелани реакции, сходни с тези при плацебо, като честотата им не е по висока от тази при лечение с други медикаменти. Глиптините, наричани също DPP4-

инхибитори, могат успешно да се комбинират както с други перорални антидиабетни средства, така и с медикаменти, които трябва да приемате във връзка с други заболявания.

GLP-1 РЕЦЕПТОРНИ АГОНИСТ

GLP-1 или глюкагон-подобен пептид-1 е един от двата основни инкретина. Инкретините се отделят от тънкото черво в отговор на постъпващите хранителни вещества и оказват ефекта си върху панкреаса, като повишават секрецията на инсулин и потискат тази на глюкагона. Освен описаният сходен механизъм на действие с DPP-4 инхибиторите, GLP-1 агонистите оказват ефект и върху апетита – потискат го и забавят изпразването на стомаха.

Поради глюкозо-зависимия си ефект не крият риск от хипогликемия. Този клас медикаменти не се приемат като таблетки (перорално), а парентерално (т.е. чрез подкожна инжекция).

SGLT-2 ИНХИБИТОРИ

Най-новият клас медикаменти, одобрен за приложение при диабет тип 2. Действат на ниво бъбрек, като блокират преносителя на глюкоза от урината в кръвта, което обикновено отговаря за реабсорбцията на глюкоза до 90%. По този начин, концентрацията на глюкоза в урината се увеличава многократно и не се допуска обратното ѝ захващане и връщане в кръвообращението. Като страничен ефект може да се яви повишената склонност към инфекции на отделителната система, поради повишените „локални“ нива на глюкоза в урината. Повечето от начините за лечение на диабет тип 2 са фокусирани върху действието на инсулина. Глиптините повлияват и глюкагона и по този начин поддържат естественото регулиране на кръвната захар в организма.

Има някои важни неща, на които трябва да се обърне внимание – проследяване на кръвната захар, храненето, физическата активност и други.

7.3.3. ПОВЕДЕНИЕ И РАБОТНА СРЕДА.

Ниско ниво на кръвната захар

Макар нивото на кръвната захар при хора с диабет обикновено да е високо, то може да се понижи, когато се забави приемането на медикаменти или на храна, и/ или при физическо натоварване. Тогава нивото на кръвната захар може да стане толкова ниско, че да настъпи състояние на недостиг на захар или така наречената хипогликемия. Според специалистите при ниво на кръвната захар 2,8 ммол/л и по-ниско, повечето хора получават симптоми на хипогликемия. Ако приемат бързодействащи въглехидрати (например глюкоза), в повечето случаи нормалното ниво се възстановява бързо и напълно, но хипогликемията е състояние, което поражда стрес, който може да обърка човека и да го накара да се чувства безпомощен.

Страхът това да не се повтори кара диабетиците да се хранят повече. В резултат, стойностите на кръвната захар така и не се нормализират и остават повишени. Нивата на кръвната захар трябва редовно да се контролират със специален уред. Това се прави, за да се избегне както възникването на хипогликемия, така и постоянното повишаване на нивото на кръвната захар. За ориентир служи реалната стойност, която се изчислява заедно с лекаря. В зависимост от нея се коригира времето за хранене, за спортуване и планът за медикаментозно лечение.

Особено важно е да се познават типичните симптоми на хипогликемията, защото познаването на симптомите и на действията, които трябва да се предприемат в екстремни случаи, помага да се постигне контрол на кръвната захар без страх от хипогликемия. Пациентите могат да подготвят близките и приятелите си за ролята им на помощници и на хора, които могат да ги подкрепят в извънреден случай. Удачно е да бъдат азпознати със симптомите и как да реагират при необходимост.

При първия признак на хипогликемия са достатъчни една или две бучки захар, малко глюкоза, чаша ябълков сок или сладкиш. Ако нивото на кръвната захар е спаднало толкова много, че не можете вече да преглъщате и дори губите съзнание, то Вие ще имате нужда от чужда помощ. В такива случаи е добре да имате под ръка предварително приготвена инжекция с глюкагон, която се поставя според инструкцията. Хормонът ще повиши нивото на захарта. Ако мярката не помага, трябва незабавно да се потърси спешна помощ на телефон 112. Лекарят ще направи венозна инжекция с високо концентрирана глюкоза и ще откара пациента до болницата за по-нататъшно наблюдение. Пациентът ще остане там, докато се нормализира нивото на кръвната захар.

ХРАНЕНЕ

Допреди няколко години се смяташе, че диабетиците трябва да спазват строга диета. Днес менюто на хората, страдащи от диабет, може да бъде индивидуално. Вземат се предвид личните хранителни предпочитания, житейските обстоятелства и навиците. Храненето на диабетиците наистина трябва да бъде „здравословно, балансирано и разнообразно“.

При изготвянето на менюто е важно да се изчислят калориите. Препоръчва се хранене три пъти на ден, като всеки прием на храна трябва да осигури ситост до следващия. Разделянето на храненето на пет или шест пъти дневно вече се счита за остарял метод. Като се има предвид, че съвременните лекарствени средства намаляват риска от опасно понижаване на нивото на кръвната захар, равномерното разпределение на храненията се счита за излишно. По-големият брой хранения води до преяждане и до увеличаване на телесното тегло.

Компонентите на здравословното и балансирано хранене

ВЪГЛЕХИДРАТИ. Въглехидратите и нивото на кръвната захар са взаимозависими. Съществуват прости и сложни въглехидрати:

Простите въглехидрати съдържат една или две молекули захар. Те се съдържат във фруктозата, в трапезната или в млечната захар (лактозата). Простите въглехидрати бързо повишават нивото на кръвната захар до високи нива и следователно задстомашната жлеза произвежда повече инсулин.

Сложните въглехидрати, например скорбялата, се състоят от няколко молекули захар. Те се срещат във варивата, картофите, шушулковите растения и зеленчуците.

Преди да попаднат в кръвта, въглехидратите трябва да се разградят. Процесът на разграждане продължава известно време, количеството на кръвната захар нараства постепенно и не достига прекалено високи нива. Затова е важно консумацията на въглехидрати да се

ограничи, но още по-важно е да се приемат бавно разграждащи се, т.е. сложни въглехидрати с нисък или среден гликемичен индекс.



Гликемичният индекс (ГИ) е показател за способността на хранителния продукт бързо и силно да повишава кръвната захар. Стойността на индекса се променя в зависимост от това в какъв вид се употребява продуктът: в суров, варен или пържен. Освен това, тя се влияе от комбинацията с други продукти. Не бива да забравяме, че някои продукти, които са с нисък или среден ГИ, съдържат много вещества, които действат отрицателно на балансирането на калориите, например мазнините. По принцип е важно да се намали общото количество калории и да се внимава делът на въглехидратите да не превишава 50% в отделното хранене, като същевременно се отдава предпочитание на сложните въглехидрати. Така телесното тегло може да се намали и да се постигнат добри показатели на кръвната захар, което съответно ще допринесе за намаляване на дозата на приеманите лекарства.

Съвет: За да поддържате нормални нива на кръвните захар и липиди, консумирайте повече въглехидрати с нисък или среден ГИ (макаронени изделия и пълнозърнест хляб, фасул, грах, ябълки, круши, портокали), както и храни, съдържащи високи количества водоразтворими баластни вещества (пшеница, ориз, варива, ябълки, цитрусови плодове).

1. БАЛАСТНИ ВЕЩЕСТВА. Баластните вещества са част от въглехидратите, които човешкият организъм не може да преработи. Те се съдържат в зърнените храни, варивата, зеленчуците, подправките, пресните плодове и ядките и могат да бъдат водно-разтворими и водно-неразтворими. На първо място по съдържание на баластни вещества са пълнозърнестите храни. Тези вещества понижават нивото на кръвната захар и мазнините в кръвта. Поглъщайки водата в червата, те увеличават количеството на изпражненията и така по естествен начин регулират храносмилането. Делът на баластните вещества в храненето трябва да е минимум 30 g на ден.

2. БЕЛТЪЧНИНИ. Белтъчините се приемат най-вече чрез месото, рибата, яйцата и млечните продукти, а също чрез варивата и картофите. Според препоръките на Немското дружество на диабетолозите дневната норма белтъчини на килограм тегло трябва да е 0,8 g. Белтъчини от животински произход могат да съдържат вредни трансмастни киселини и холестерол. Затова трябва да се употребяват и белтъчини от растителен произход или да се комбинират белтъчини от животински и растителен произход, например мюсли с прясно или кисело мляко, нетлъсто бяло пилешко месо с ориз и зеленчуци.

Съвет: Важно е да се спазва принципът – нетлъсто месо в количество, по-малко, отколкото останалата част от ястието.

МАЗНИНИ. Ежедневната потребност от енергия трябва да се задоволява с не повече от 30% мазнини. За организма на един възрастен човек това са около 60-80 g на ден.

Мазнините се делят на наситени и ненаситени мастни киселини. Животинските мазнини, съдържащи се в маслото, сметаната, сирената и колбасите, се състоят предимно от наситени мастни киселини и повишават нивото на холестерола. Тъй като повишаването на холестерола води до стесняване на кръвоносните съдове, дневната му норма не бива да надхвърля 300 mg. Това количество може да се съдържа в един жълтък, 120 g масло, 300 g сирене, 120 g черен дроб.

Ненаситените мастни киселини се съдържат в маслините, рапицата и ядките. Те принадлежат към групата на „добрите“ мазнини. Към тях се отнасят и мазнините на някои видове риби, съдържащи омега-3 мастни киселини, които понижават нивото на кръвната захар и мазнините в кръвта. За усвояването на тези важни мастни киселини спомага консумацията на 2-3 порции морска риба седмично, а също на рапично и соево масло, ядки и някои видове пресни подправки.

ФИЗИЧЕСКА АКТИВНОСТ

Ако сте с наднормено тегло и водите заседнал начин на живот, за да изгаря глюкозата в мускулите, Вашият организъм се нуждае от повече инсулин, отколкото организмът на един строен и по-подвижен човек. С времето задстомашната жлеза престава да се справя с производството на инсулин в необходимите количества. Възниква състояние на повишени нива на кръвната захар, което може да доведе до диабет тип 2. Освен това, мнозина пациенти страдат от високо кръвно налягане и нарушения в мастната обмяна.

Чрез редовно и умерено физическо натоварване, Вие ще накарате организма си почувствително да реагира на инсулина и следователно преработването на захарта ще се подобри. Физическата активност понижава нивото на кръвната захар. Движението и спортът помагат за предотвратяване на заболяванията, предизвикани от нарушаването на обмяната на веществата, или смекчават тяхното протичане. Затова спортът е важен елемент в борбата с диабета. Спортните занимания спомагат за повишаване на физическата и умствената активност, подобряват общото състояние и поддържат старанията Ви в борбата с килограмите. При диабет тип 2 човек може да спортува почти без ограничения, но все пак трябва предварително да се консултира с лекаря си.

Някои препоръки за повишаване на физическата активност

- Преди да започнете да правите упражнения, консултирайте се с Вашия лекар.

- Поставяйте си реални цели.
- Занимавайте се на принципа „умерено, но редовно“.
- Започнете с малки дози физическо натоварване, като постепенно увеличавате времето за тренировки.

Загубата на 7% от теглото, постигнато от посочените мерки за промяна в стила на живот, води до намаление на риска за появата на диабет тип 2 с 58%! Увеличението на мускулната маса за сметка на намаляване на телесните мазнини има много положителен ефект срещу появата на диабет.

Източник: <https://spisaniemd.bg/vd-magazine/2008/03/tihata-epidemiya-ot-preddiabet>

ПОСЕЩЕНИЕ ПРИ ДОКТОР

Заедно с Вашия лекар трябва да обсъдите следните основни въпроси:

- Нивото на HbA1c (гликиран хемоглобин).
- Нивото на кръвната захар и начина за измерването му.
- Симптомите на понижено ниво на кръвната захар и какво да правите в такива случаи.
- Намаляването на теглото.
- Контролирането на кръвното налягане.
- Придружаващите болести.
- Целите, които трябва да постигнете преди следващия преглед.

Лечебният план предвижда двамата с лекаря да определят малки и постижими цели за намаляване на телесното Ви тегло и за увеличаване на физическото натоварване. Ползотворният разговор между пациент и лекуващ лекар предполага обсъждане както на малките успехи, така и на неуспехите. Това е важно, за да може лечебният план да се коригира, когато е нужно.

Необходимо е да имате паспорт на диабетика, календар или дневник, където ежедневно да се отбелязват стойностите на кръвната захар, оплаквания и симптоми. При разговор с лекар, може да отидете предварително подготвени:

- Подгответе всички въпроси, които бихте искали да зададете;
- Набележете личните си цели;
- Носете своя глюкомер (уред за измерване на кръвната захар);
- Записвайте показателите на телесното си тегло и водете дневник на храненето;
- Опишете ежедневните си оплаквания и усещания.

Задачата на лекаря е да консултира, да назначи съответните медикаменти и да стимулира пациента при търсенето на собствени решения и пътища за борба с диабета.

Начин на живот

Диабет тип 1 е сериозно заболяване, което може да доведе до тежки, дори животозастрашаващи усложнения. Затова пациентът трябва да подходи отговорно към състоянието си. Животът с диабет тип 1 може да бъде много предизвикателен, особено ако човек няма възможност редовно да измерва кръвната захар и да реагира спрямо промените в нивата ѝ.

Работно място: На работното място трябва да има възможност за допълнителни почивки за измерване на кръвната захар и бърз достъп до храна и напитки. Ако работата е свързана с шофиране или управление на тежки машини, рязкото падане на кръвната захар може да бъде опасно за работника и за хората около него. Затова стриктният контрол на кръвната захар и възможността за бързата ѝ корекция е от особено важно значение на работното място.

7.3.4. УСЛОВИЯ НА ТРУД И РИСКОВЕ ЗА ЗДРАВЕТО ПРИ ЛИЦА СЪС ЗАХАРЕН ДИАБЕТ

Продължителният хроничен ход на захарния диабет оставя значителен отпечатък върху социалните проблеми на пациента и главно върху трудовата заетост. Лекуващият ендокринолог играе важна роля за определяне на професионалната заетост на пациента, особено на младия, който избира своята специалност. В този случай формите на заболяването, наличието и тежестта на диабетните усложнения и съпътстващите заболявания са от съществено значение.

Интензивната трудова дейност, свързана с емоционален и физически стрес е противопоказана при почти всички пациенти. Пациентите с диабет е противопоказано да работят в горещи работилници, в условия на силен студ, както и рязко променящи се температури. Работа, свързана с химически или механични, дразнещи ефекти върху кожата и лигавиците също е нежелателна. За пациенти със захарен диабет, професии, свързани с повишен риск за живота или необходимостта от постоянно наблюдение на собствената безопасност, са неподходящи. Пациентите, получаващи инсулин, не могат да бъдат водачи на обществени или тежкотоварни автомобили, да работят на височина, с режещи машини и др.

Пациентите с постоянно компенсирани стабилни диабет без тенденция към хипогликемия могат да получат право да шофират автомобили, при условие че пациентите разбират значението на лечението на тяхното заболяване (Експертна комисия на СЗО за захарен диабет, 1981). В допълнение към тези ограничения, професиите, свързани с нередовно работно време, командировки са противопоказани за лица, нуждаещи се от инсулинова терапия и с нестабилен захарен диабет.

Младите пациенти не трябва да избират професия, която пречи на строгата диета (готвач, сладкар).

Оптималната професия е тази, която позволява редовно редуване на работа и почивка и не е свързана с колебания в разхода на физическа и умствена сила.

Особено внимателно и индивидуално е необходимо да се преценят възможностите за промяна на професията при лица, които се разболяват в зряла възраст, с вече оформена професионална позиция. В тези случаи на първо място трябва да се вземат предвид здравословното състояние на пациента и условията, които му позволяват да поддържа задоволителна компенсация на диабета в продължение на много години.

Някои пациенти, особено млади, искат да пазят в тайна болестта си. Необходимостта да информират работодателите и колегите си е особено важна за пациенти с лабилен диабет, които може да се нуждаят от външна помощ по време на работа и следователно, би било необходимо да се инструктират колегите си за основните правила за спешна помощ при такова заболяване.

При вземане на решение относно трудоспособността се взема предвид формата на диабет, наличието на диабетни усложнения и съпътстващи заболявания.

Лекият диабет обикновено не е причина за трайно увреждане. Пациентът може да се занимава с умствен, както и с физически труд, не е свързан с голям стрес. Някои ограничения в трудовата дейност под формата на установяване на стандартизиран работен ден, с изключване на нощните смени, временно преместване на друга работа могат да бъдат извършени.

При пациенти с **умерено тежко протичащ захарен диабет**, особено с добавяне на ангиопатии, често се намалява работоспособността. Поради това те трябва да бъдат посъветвани да работят с умерен физически и емоционален стрес, без нощни смени, командировки и допълнителен стрес. Ограничения се прилагат за всички видове работа, които изискват постоянно внимание, особено при пациенти, получаващи инсулин (възможност за хипогликемия). Необходимо е да се осигури способността за инжектиране на инсулин и спазване на диетичния режим на работното място. Способността за работа при лица с умствен и лек физически труд е запазена.

В случай на декомпенсация на диабета, пациентът получава болничен лист. Такива състояния на честа декомпенсация, често възникващи и трудни за лечение придружаващи заболявания и усложнения, могат да причинят трайно увреждане на пациентите и необходимостта от трудоустрояване след експертиза от ТЕЛК.

Значителната инвалидност, характерна за пациенти с **тежка форма на диабет**, е причинена не само от нарушение на всички видове метаболизъм, но и от бързото прогресиране на ангионевропатиите и съпътстващите заболявания. С редки изключения, когато става въпрос за висококвалифициран, предимно интелектуален труд, пациентите не са в състояние да извършват редовно задълженията си в нормална работна среда. Някои хора могат да работят в специално създадени условия или у дома. Ограничаването на работоспособността и намаляването на квалификацията и обема на работа във връзка с това са причината за изпращането им към ТЕЛК. Бързото прогресиране на микроангиопатии (нефропатия, ретинопатия), атеросклероза може да доведе до прогресивна загуба на зрение, тежка бъбречна недостатъчност, инфаркт, инсулт, гангрена, т.е. Оценката на работоспособността при пациенти със зрително увреждане поради диабетна ретинопатия или диабетна катаракта се извършва след консултация с офталмолог-експерт.

Трудовата активност е неразделна част от живота на всеки човек. С подходящи грижи, включително подходяща диета, упражнения, физическа активност, редовен контрол на захарта и т.н., **начинът на живот на диабетика може да бъде класифициран като нормален**. Важно е просто работещият да се адаптира към особеностите на това заболяване и да продължи да бъде активен. Основното е да се знае кой с диабет може да работи и какво.

При избора на работа човек, страдащ от диабет, трябва да вземе предвид два фактора: първо, да е ясна пълната степен и тежест на заболяването; второ, да се избягва трудова заетост, която би застрашила живота на работника и живота на другите.

С добре лекуван диабет може да се води пълноценен начин на живот и трудова заетост до напреднала възраст. Въпреки сериозността на това заболяване, много диабетици, живеят с обичайния си ритъм, нелишени от активност и ефективност.

Понякога хората с диабет са изправени пред проблема с дискриминацията и са принудени да отстояват правата си във връзка с болестта си. Има държави, в които този въпрос се решава на държавно ниво, позволявайки на диабетиците да получат образование и работа. Създадени са всякакви училища, форуми, групи в подкрепа на диабетиците. С тяхна помощ се решават въпросите за заетостта и образованието, така, че винаги да има работа за хора със захарен диабет.

За някои пациенти диабетът е просто начин на живот. Това не представлява категорично неразрешим проблем. Такива хора живеят пълноценен живот, много са активни. Тази ситуация е възможна. Но за нея има някои условия, които изискват задължително изпълнение.

Те включват:

- следване инструкциите на лекуващия лекар;
- спазване на правилната диета;
- физическа активност.

Захарният диабет се характеризира със сериозни усложнения, особено ако човек страда от това ендокринно заболяване в продължение на много години. Това повдига въпроса: какви видове работа се подходящи на хората с диабет?

Всички диабетици, които имат лека до умерена тежест на заболяването, се считат за трудоспособни и трябва да потърсят подходяща работа.

Подобна работа за пациенти с диабет не трябва да вреди на здравето и да е твърде уморителна за тях.

Работа с леко заболяване

В началния етап от развитието на диабет тип 2, човек все още се справя доста добре с трудовите си задължения. Няма специални усложнения, нивото на кръвната захар лесно се регулира, функциите на основните органи не се разрушават или нарушават. В този случай са противопоказани следните видове работа:

Тежък физически труд. Например, на диабетиците е строго забранено да работят като товарачи, миньори, да работят през нощната смяна, с химически и индустриални отрови.

Работа с диабет тип 2 с умерена тежест

Умерената тежест вече се характеризира с някои сериозни усложнения, поради които много видове работа са противопоказани за диабетици. Също така си струва да се откажат от подобни дейности поради факта, че това може да причини инцидент.

Например, работата като шофьор на автобус или друг обществен транспорт, работата в горещ цех е противопоказана, тъй като неочаквано прилошаване може да доведе до инцидент за много хора.

С умерена тежест много хора имат определени проблеми със съдовете на долните крайници, в резултат на което диабетикът не може да стои дълго време прав. В резултат на това работата, свързана с дълъг престой, е противопоказана, например работата на охранител, продавач, на поточна лента и др.

Раздел 8. ЛИТЕРАТУРНИ ИЗТОЧНИЦИ

[1] Haafkens, J. A., Kopnina, H., Meerman, M. G., & van Dijk, F. J. (2011). Facilitating job retention for chronically ill employees: perspectives of line managers and human resource managers. *BMC health services research*, 11(1), 104.

[2] European Commission, Directorate General Health and Consumers. (2013). Reflection Process on Chronic Diseases: Final Report.

https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/overview_bg

[3] Applica, CESEP. (2007). Alphametrics. Men and Women with Disabilities in the EU: Statistical Analysis of the LFS Ad Hoc module and the EU-SILC. Final Report.

[4] Beatty, J. E., & Joffe, R. (2006). An Overlooked Dimension Of Diversity:: The Career Effects of Chronic Illness. *Organizational Dynamics*, 35(2), 182-195.

[5] J. Lerner, D., C. Amick III, B., Malspeis, S., & H. Rogers, W. (2000). A national survey of health-related work limitations among employed persons in the United States. *Disability and rehabilitation*, 22(5), 225-232.

[6] Baanders, A. N., Andries, F., Rijken, P. M., & Dekker, J. (2001). Work adjustments among the chronically ill. *International Journal of Rehabilitation Research*, 24(1), 7-14.

[7] Munir, F., Jones, D., Leka, S., & Griffiths, A. (2005). Work limitations and employer adjustments for employees with chronic illness. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28(2), 111-117.

[8] Закон за здравословни и безопасни условия на труд. Държавен вестник, бр.124 от 23.12.1997 г.

[9] Ruston, A., Smith, A., & Fernando, B. (2013). Diabetes in the workplace-diabetic's perceptions and experiences of managing their disease at work: a qualitative study. *BMC Public Health*, 13(1), 386.

[10] European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2014). Employment opportunities for people with chronic diseases.

[11] Poulsen, K., Cleal, B., Clausen, T., & Andersen, L. L. (2014). Work, diabetes and obesity: a seven year follow-up study among Danish health care workers. *PloS one*, 9(7), e103425.

[12] Vooijs, M., Leensen, M. C., Hoving, J. L., Wind, H., & Frings-Dresen, M. H. (2017). Perspectives of people with a chronic disease on participating in work: a focus group study. *Journal of occupational rehabilitation*, 27(4), 593-600.

[13] Dettelle, S. I., Haafkens, J. A., & van Dijk, F. J. (2003). What employees with rheumatoid arthritis, diabetes mellitus and hearing loss need to cope at work. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 134-142.

[14] de Jong, M., de Boer, A. G., Tamminga, S. J., & Frings-Dresen, M. H. (2015). Quality of working life issues of employees with a chronic physical disease: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*, 25(1), 182-196.

[15] ЕС, Добри практики, Строителство

[16] Европейска агенция за безопасност и здраве при работа, Дихателни алергии, Факти 39, 2003, 2

[17] Европейска агенция за безопасност и здраве при работа, Експертна прогноза за възникващите биологични рискове, свързани с безопасността и здравето при работа (БЗР), ISSN 1830-7523, Facts 68, 2007, 2

[18] Европейска агенция за безопасност и здраве при работа, Експертна прогноза относно новите и нарастващите рискове за безопасността и здравето при работа с химикали, ISSN 1830-7523, Facts 84, 2009, 2

[19] Европейска агенция за безопасност и здраве при работа, Опасности и рискове, свързани с ръчното обработване на товари на работното място, Facts 73, 2007, 2

[20] ЕС, МЗ, ПРОЕКТ BG051P0001-5.3.01-0001-C0001, „Информирани и здрави“, Ръководство за добра практика за медицински специалисти относно оценка и контрол на риска от производствен травматизъм, 2013, 62

[21] Станева, С. (2019). *Environmental Epidemiology of Listeria Infection in Bulgaria*//Екологична епидемиология на листерийната инфекция в България (Doctoral dissertation).

[22] Стоилова, И. Й., & Бирданова, В. А. (2019). ЗДРАВНИ ПРОБЛЕМИ ПРИ РАБОТЕЩИ В ПТИЦЕВЪДСТВОТО. *Science & Technologies*, 9(1), 41-48.

[23] ССОНС, Construction Worker, http://www.ccohs.ca/oshanswers/occup_workplace/construction_worker.html

[24] EU, Eurostat, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Accidents_at_work_statistics

[25] European Agency for Safety and Health at Work, Accident Prevention in the Construction Sector, 2001, Facts 15, 2

[26] European Agency for Safety and Health at Work, Biological agents, ISSN 1681-2123, 2003, Facts 41

[27] European Agency for Safety and Health at Work, Innovative solutions to safety and health risks in the construction, healthcare and HORECA sectors, ISBN: 978-92-9191-730-3, 2011, 224

[28] European Agency for Safety and Health at Work, Management of noise in construction, ISSN 1681-2123, Facts 50, 2003, 2

[29] Gouttebarger V, van der Molen HF, Frings-Dresen MHW, Sluiter JK. Developing a Best-Evidence Pre-employment Medical Examination: An Example from the Construction Industry. *Safety and Health at Work*. 2014;5(3):165-167. doi:10.1016/j.shaw.2014.05.002.

[30] HSE, Health and safety in construction, ISBN 978 0 7176 6182 2, 2006, 141

[31] HSE, Health and safety in the construction industry, <http://www.hse.gov.uk/construction/index.htm>

- [32] <http://zbutinfo.com>
- [33] ILO, <http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--en/index.htm>
- [34] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs389/en/>
- [35] https://oshwiki.eu/wiki/Health_in_the_Construction_Industry
- [36] National Safety Council, Data Sheet I-491, Fire prevention and control on construction sites, 2006, 9
- [37] NIOSH (2011) Research and Practice for Fall Injury Control in the Workplace. DHHS Publication No. 2012-103 <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2012-103/>
- [38] NIOSH (2011) Slip, trip, and fall prevention for healthcare workers. NIOSH publication No. 2011-123, National Institute for Occupational Safety and Health, Morgantown. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2011-109/>
- [39] OSHA, <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/seminars/workshop-on-carcinogens-and-work-related-cancer>
- [40] OSHA, <https://www.osha.gov/Publications/ladders/osha3124.html>
- [41] OSHA-US, Big Four Construction Hazards: Electrical Hazards, presentation, grant SH-17792-08-60-F-48, 89
- [42] Takala J, Hämmäläinen P, Saarela KL, et al. Global Estimates of the Burden of Injury and Illness at Work in 2012. Journal of Occupational and Environmental Hygiene. 2014;11(5):326-337. doi:10.1080/15459624.2013.863131.
- [43] Valgerdur H. Bibi Gram, Exercise training among construction workers at the work site. A randomized controlled intervention study, 2012, 78
- [44] Wang X, Dong XS, Choi SD, et al, Work-related musculoskeletal disorders among construction workers in the United States from 1992 to 2014, Occup Environ Med 2017;74:374-380
- [45] Велкова Д, дп, Национален център по хигиена, медицинска екология и хранене, сп. Безопасност и трудова медицина, 2002, бр. 3, стр. 15-18
- [46] Дойкова Стефка, „ Синдромът „Бърнаут“ и социалните условия на работното място в сферата на социалното подпомагане“ Автореферат, София, 2013 г.
- [47] Ценова Б. Стрес при работа и дългосрочни последствия на социално-икономическия преход. Психологични изследвания, 2009, 2, И-т по психология при БАН.
- [48] Ценова Б. Стрес и психосоциалния риск - оценка и управление. Сб. Национална конференция „Здравословни работни места. Оценка на риска на работното място“ / Европейска седмица по БЗР, 23.10.2009 г., София.
- [49] Русинова В, Ценова Б, Жильова С. Организационно-психологични причини за мускулно-скелетни увреждания. Безопасност и здраве при работа. 2007;10: 19-25.
- [50] Ценова Б. Организационни корелати на бърнаут. В: Сб. Психологични аспекти на условията на труд в организации, ред. Доц. В. Русинова, С., Темпора ЕООД, 2006, 72-77.
- [51] Ценова Б. Психологични предпоставки за злополуки на работното място. В: Сб. Психологични аспекти на условията на труд в организации, С., Темпора ЕООД, 2006, 26.

- [52] Ценова Б. Връзка между стреса и мускулноскелетните увреждания. Сп. Физикална медицина, рехабилитация, здраве. 2006; 3: 15-21.
- [53] Ценова Б. Управление на стреса и здравето на работното място-перспективи на методологията СОЛВЕ, Българско списание за обществено здраве, Том 5, Кн. 1, 2013
- [54] Ценова Б, Бърнаут синдром в медицинската и съдебна практика легализация и проблеми , Приложна психология и социална практика, XVIII международна научна конференция ,сборник доклади, ВСУ“ Черноризец Храбър“2019 г
- [55] Христов Ж. Епидемиология на стреса при лекари и учители в периода на преход. Автореферат, София; 2004.
- [56] Maslach, C. and Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. J of Occup Behaviour, 2, pp. 99–113
- [57] Stacey, N., Ellwood, P., Bradbrook, R., John, R., Joe, W.H. and Lye, D. (2018). Foresight on new and emerging occupational safety and health risks associated with digitalisation by 2025. European Risk Observatory Summary. EU-OSHA, Luxembourg: Publications Office of the EU, pp .41.
- [58] Fourth European working conditions survey. European Foundation..., Dublin, Luxembourg, Office of the EC; 2007.
- [59] <http://riskobservatorY.osha.europa.eu>, <http://osha.europa.eu/OSHA>
- [60] Allaire, S.H., Wei Li, and M. P. LaValley Reduction of Job Loss in Persons With Rheumatic Diseases Receiving Vocational Rehabilitation, ARTHRITIS & RHEUMATISM Vol. 48, No. 11, November 2003, pp 3212–3218
- [61] Baanders, A.N. P.M. Rijken, L. Peters, Netherlands Institute of Public Health Research Labour participation of the chronically ill A profile sketch <https://academic.oup.com/eurpub/article/12/2/124/477190> достъп септември 2020
- [62] Bultmann, U, IJ. Kant et all (2017) Psychosocial work characteristics as risk factors for the onset of fatigue and psychological distress: prospective results from the Maastricht Cohort <https://doi.org/10.1017/S0033291701005098> достъп август 2020
- [63] Detaille, S., A. Haafkens, JH Frank, M van Dijk. Coping at work with a chronic illness. Scand J Work Environ Health 2003, vol. 29:134–142
- [64] Feste, C, R. Anderson, Empowerment: from philosophy to practice [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(95\)00730-N](https://doi.org/10.1016/0738-3991(95)00730-N) достъп септември 2020
- [65] Haafkens, J.A., H. Kopnina, M. Meerman, FJH van Dijk. Facilitating job retention for chronically ill employees: perspectives of line managers and human resource managers. Int J Environ Res Public Health. 2018 Apr; 15(4): 781
- [66] Healthy workers- Healthy Futures Initiative, SA Health, Version 2014
- [67] Government of Ontario, 2013, Building a Healthy Workplace Toolkit
- [68] Munir, F. , S. Leka, A. Griffiths. Dealing with self-management of chronic illness at work: predictors for self-disclosure. Social Science & Medicine, Volume 60, Issue 6, March 2005: 1397-1407

[69] Sabariego, C., Coenen, M. et al. Effectiveness of Integration and Re-Integration into Work Strategies for Persons with Chronic Conditions: A Systematic Review of European Strategies, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15, 781 достъп август 2020

[70] Scaratti, C., Leonardi, M. et al. Mapping European Welfare Models: State of the Art of Strategies for Professional Integration and Reintegration of Persons with Chronic Diseases, достъп август 2020

[71] Stapelfeldt, C., K. Klaver et al (2019) A systematic review of interventions to retain chronically ill occupationally active employees in work: can findings be transferred to cancer survivors? *Acta Oncologica*, Volume 58, 2019 - Issue 5, достъп август 2020

[72] Varekamp, I. (2006) How can we help employees with chronic diseases to stay at work? A review of interventions aimed at job retention and based on an empowerment perspective, *Research gate*, достъп август 2020

[73] Zimmerman, M. A., & Warschausky, S. (1998). Empowerment theory for rehabilitation research: Conceptual and methodological issues. *Rehabilitation Psychology*, 43(1), 3–16. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.43.1.3> достъп август 2020

[74] <http://www.iom.edu/Reports/2011/For-the-Publics-Health-Revitalizing-Law-and-Policy-to-Meet-New-Challenges.aspx>

[75] http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf

[76] 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018 Sep 1;39(33):3021-3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.

[77] NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet* 2017;389:37–55.

[78] Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, Bahonar A, Chifamba J, Dagenais G, Diaz R, Kazmi K, Lanas F, Wei L, Lopez-Jaramillo P, Fanghong L, Ismail NH, Puoane T, Rosengren A, Szuba A, Temizhan A, Wielgosz A, Yusuf R, Yusufali A, McKee M, Liu L, Mony P, Yusuf S, PURE Study Investigators. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA* 2013;310:959–968.

[79] Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, Cooney MT, Corra U, Cosyns B, Deaton C, Graham I, Hall MS, Hobbs FDR, Locher ML, Lollgen H, Marques-Vidal P, Perk J, Prescott E, Redon J, Richter DJ, Sattar N, Smulders Y, Tiberi M, van der Worp HB, van Dis I, Verschuren WMM, Binno S, ESC Scientific Document Group. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2016;37:2315–2381.

[80] The death rates from HBP-related cardiovascular disease were obtained from the Mortality Division of the National Center for Health Statistics. The age, race, and sex-specific death rates (for 1979) were then applied to the number of employed persons in the United States (in 1981). It should

be noted that this estimate is not adjusted for the "healthy worker effect" and is based on the assumption of equal mortality rates for the employed and not employed populations.

[81] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2020 Edition.

[82] Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006; 3(11): e442.

[83] Britton M. The burden of COPD in the U.K.: results from the confronting COPD survey. Respir Med 2003;

[84] ДА ЖИВЕЕШ С ДИАБЕТ: Аз мога! Брошура за обучение на пациента. Макрилакис К., Лиатис С. , Дафулас Г., Бенруби М., Атанасопулу Е., Рибейро Р., Кронсбейн П., от името на „MANAGE CARE изследователска група“ 2016.

[85] Как служителите да насърчават здравословните условия на труд. Европейска агенция за безопасност и здраве при работа

[86] Проф. Мария Дамянова, Проф. Мая Константинова, Изкуството да управляваш диабета, 2008.

[87] Проф. Мария Дамянова, Ръководство на диабетика за постигане на „условно здраве“, Българска асоциация Диабет, 2011.

[88] Да наемем на работа лице с увреждане. Наръчник на работодателя. НФРИ. 2011.

[89] Танкова Ц. Захарен диабет. Парадигма. 2013.

[90] Диабет. Пълен справочник на американската диабетна асоциация. Скорпио