

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Κεφαλαλγία και η επίδρασή της σε επαγγελματίες υγείας του κλινικού χώρου

Η πλειοψηφία των ανθρώπων, αδιαμφισβήτητα, έχει βιώσει ένα είδος κεφαλαλγίας κάποια στιγμή στη ζωή τους, ενώ για ορισμένους αποτελεί σημαντικό πρόβλημα και επηρεάζει την καθημερινότητά τους. Ένας παράγοντας που μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση και στην επιδείνωση της κεφαλαλγίας είναι και η εργασία. Οι επαγγελματίες υγείας του κλινικού χώρου αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κεφαλαλγιών, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η εκτίμηση της κεφαλαλγίας και της επίδρασής της στις καθημερινές και επαγγελματικές δραστηριότητες των επαγγελματιών υγείας του κλινικού χώρου. Η κεφαλαλγία, αν και αποτελεί την πλέον συχνή νευρολογική διαταραχή στις περισσότερες κοινότητες, υποδιαγιγνώσκεται και υποθεραπεύεται σε σημαντικό βαθμό. Οι επαγγελματίες υγείας του κλινικού χώρου εμφανίζουν κεφαλαλγίες σε υψηλά ποσοστά, οι οποίες, πολύ συχνά, προκαλούν στους πάσχοντες επαγγελματίες και προσωπικές δυσκολίες, όπως μείωση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας, καθώς και χαμένες ώρες από την εργασία. Επίσης, κεφαλαλγίες σε μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζονται στις γυναίκες, στο νοσηλευτικό προσωπικό και σε νεότερους εργαζόμενους, με μειωμένα έτη υπηρεσίας, ενώ μεγάλο ποσοστό των πασχόντων δεν χρησιμοποιεί κάποιο μέσο για τη διαχείρισή τους.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γεγονός ότι οι περισσότεροι, αν όχι όλοι οι άνθρωποι, στις ημέρες μας έχουν βιώσει κεφαλαλγία αρκετές φορές στη ζωή τους. Υπάρχουν, ωστόσο, αρκετοί που πάσχουν από συχνούς πονοκεφάλους, οι οποίοι όχι μόνο τους ταλαιπωρούν αλλά επηρεάζουν σε έναν βαθμό την καθημερινότητά τους.

Η κεφαλαλγία υποεκτιμάται ως διάγνωση, αφού εκτός του ότι μπορεί να προκύπτει από μια μεγάλη ποικιλία νοσημάτων, είναι και μια από τις σημαντικότερες συνέπειες του άγχους, το οποίο βιώνει η πλειοψηφία των ανθρώπων στην εποχή μας. Την κεφαλαλγία υποεκτιμούν και οι ίδιοι οι πάσχοντες, οι οποίοι πολύ συχνά δεν αναζητούν ιατρική βοήθεια για την αντιμετώπισή της, παρά το γεγονός ότι τους προκαλεί δυσκολίες στην επαγγελματική και στην προσωπική τους ζωή ή μπορεί να δημιουργεί ανησυχία σχετικά με την αιτιολογία της.¹

Η 12η Σεπτεμβρίου έχει οριστεί ως Παγκόσμια Ημέρα Κεφαλαλγίας, με σκοπό την ευαισθητοποίηση κατά της

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2019, 36(2):176-185
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2019, 36(2):176-185

Δ. Αλαμάνου,¹
Χ. Βασιλάκη,¹
Ε. Ζησιμοπούλου²

¹Β' Παθολογική Κλινική,
417 Νοσηλευτικό Ίδρυμα
Μετοχικού Ταμείου Στρατού, Αθήνα
²«Ευρωκλινική» Αθηνών, Αθήνα

Cephalalgia and its impact on
clinical healthcare professionals

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Αποδοτικότητα
Δραστηριότητες
Επαγγελματίες υγείας
Ημικρανία
Κεφαλαλγία

Υποβλήθηκε 28.1.2018
Εγκρίθηκε 19.3.2018

ημικρανίας και των άλλων κεφαλαλγιών και την αφύπνιση της επιστημονικής κοινότητας για τη σπουδαιότητα της αποτελεσματικής διαχείρισής τους. Την ημέρα αυτή, διάφορες εκδηλώσεις σε όλη την Ευρώπη αποσκοπούν στην ενημέρωση του κοινού για την αντιμετώπιση των κεφαλαλγιών, οι οποίες ταλαιπωρούν εκατομμύρια πολίτες και είναι αρκετά συχνές.

Λόγω της επίδρασης της κεφαλαλγίας στην καθημερινότητα των ανθρώπων, ενδιαφέρον παρουσιάζει η συσχέτιση της με τις επαγγελματικές δραστηριότητες των πασχόντων. Η σχέση της υγείας με την εργασία έχει γίνει αντικείμενο μελέτης από τα αρχαία χρόνια και συγκεκριμένα από την εποχή του Ιπποκράτη, ο οποίος περιγράφει με λεπτομέρειες τη μολυβδίαση, που εμφανιζόταν σε σκλάβους των ορυχείων. Ωστόσο, παρ' όλο που οι συνθήκες εργασίας έχουν βελτιωθεί σημαντικά από εκείνη την εποχή μέχρι σήμερα, το είδος της εργασίας του ατόμου είναι δυνατόν να επιδρά στην υγεία του, ασχέτως της ποιότητας του εργασιακού περιβάλλοντος.

Στον χώρο της υγείας, στην Ελλάδα, οι επαγγελματίες

υγείας βιώνουν συχνά μεγάλο βαθμού stress, ως αποτέλεσμα της φροντίδας ασθενών που υποφέρουν ή βρίσκονται σε τελικό στάδιο της ζωής τους. Επίσης, καλούνται να αντεπεξέλθουν σε δύσκολες συνθήκες εργασίας λόγω έλλειψης επαρκούς ανθρώπινου δυναμικού και εξοπλισμού. Το άγχος το οποίο δημιουργείται στο ιατρικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό, σε συνδυασμό με το κυλιόμενο ωράριο εργασίας που συνιστούν τα νυκτερινά ωράρια και οι εφημερίες, κατατάσσουν τους επαγγελματίες υγείας σε μια ομάδα περισσότερο ευπαθή σε κεφαλαλγίες σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.^{2,3}

Η αναγνώριση της κεφαλαλγίας ως ασθένειας, που επηρεάζει ή επηρεάζεται από την εργασία, στους εργαζόμενους στον χώρο της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς μπορεί να οδηγήσει στη θεραπευτική αντιμετώπιση των πασχόντων και να ωφελήσει το σύνολο, αυξάνοντας την αποτελεσματικότητά τους, μειώνοντας τις απουσίες από την εργασία, προάγοντας την ευεξία του προσωπικού και βελτιώνοντας τελικά την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στους ασθενείς.⁴

2. ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ

Ως κεφαλαλγία ορίζεται ο πόνος σε οποιαδήποτε περιοχή της κεφαλής. Η κεφαλαλγία μπορεί να εμφανιστεί σε μία ή και στις δύο πλευρές της κεφαλής, να απομονωθεί σε μια συγκεκριμένη περιοχή, να επεκτείνεται σε ολόκληρη την κεφαλή από ένα σημείο, ή να προκαλεί μια αίσθηση πίεσης ή σύσφιξης. Επίσης, μπορεί να εμφανιστεί ως ένας απότομος πόνος ή μια αίσθηση συσφικτικού ή θαμπού πόνου, να αναπτυχθεί σταδιακά ή αιφνίδια, και να διαρκέσει από λίγα λεπτά έως αρκετές ημέρες.⁵

Ο Διεθνής Οργανισμός Κεφαλαλγίας (International Headache Society, IHS) διενήργησε ταξινόμηση των κεφαλαλγιών, με στόχο την καλύτερη διάγνωσή τους και την αποτελεσματικότερη θεραπεία τους. Οι κεφαλαλγίες διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς, όπως φαίνεται στον πίνακα 1.⁶ Στις πρωτοπαθείς περιλαμβάνονται η ημικρανία (migraine), η κεφαλαλγία τύπου τάσεως (tension headache), η αθροιστική κεφαλαλγία (cluster headache) και άλλες τριδυμικές κεφαλαλγίες του αυτόνομου νευρικού συστήματος, ενώ στις δευτεροπαθείς η κεφαλαλγία αναγνωρίζεται ως συνέπεια άλλης παθολογικής κατάστασης ή ασθένειας.⁶ Οστόσο, η ημικρανία, η κεφαλαλγία τύπου τάσεως και η κεφαλαλγία που αποδίδεται σε μια ουσία ή στην απόσυρσή της έχουν την κυριότερη σημασία για τη δημόσια υγεία, δεδομένου ότι ευθύνονται για υψηλά επίπεδα ασθένειας και ανικανότητας στον πληθυσμό.⁷

Πίνακας 1. Ταξινόμηση κεφαλαλγιών.⁶

Πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες
1. Ημικρανία
1.1. Ημικρανία χωρίς αύρα
1.2. Ημικρανία με αύρα
1.3. Περιοδικά σύνδρομα παιδικής ηλικίας, τα οποία είναι συχνά πρόδρομοι ημικρανίας
1.3.1. Κυκλικοί έμετοι
1.3.2. Κοιλιακή ημικρανία
1.3.3. Καλοήθης παροξυσμικός ίλιγγος της παιδικής ηλικίας
1.4. Αμφιβληστροειδική ημικρανία
1.5. Επιπλοκές της ημικρανίας
1.5.1. Χρόνια ημικρανία
1.5.2. Ημικρανική κατάσταση
1.5.3. Εμμένουσα αύρα χωρίς έμφρακτο
1.5.4. Ημικρανικό έμφρακτο
1.5.5. Επιληπτική κρίση που εκλύεται από ημικρανία
1.6. Πιθανή ημικρανία
1.6.1. Πιθανή ημικρανία χωρίς αύρα
1.6.2. Πιθανή ημικρανία με αύρα
1.6.3. Πιθανή χρόνια ημικρανία
2. Κεφαλαλγία τύπου τάσεως (ΚΤΤ)
2.1. Μη συχνή επεισοδιακή κεφαλαλγία τύπου τάσεως
2.2. Συχνή επεισοδιακή κεφαλαλγία τύπου τάσεως
2.3. Χρόνια κεφαλαλγία τύπου τάσεως
2.4. Πιθανή κεφαλαλγία τύπου τάσεως
3. Αθροιστική κεφαλαλγία και άλλες τριδυμικές κεφαλαλγίες του αυτόνομου νευρικού συστήματος
3.1. Αθροιστική κεφαλαλγία
3.2. Παροξυσμική ημικρανία
3.3. Βραχείας διάρκειας ετερόπλευρες κρίσεις νευραλγικόμορφης κεφαλαλγίας με ένεση επιπεφυκότα και δακρύρροια (SUNCT)
3.4. Πιθανή SUNCT
4. Άλλες πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες
4.1. Πρωτοπαθής διαξιφιστική κεφαλαλγία
4.2. Πρωτοπαθής κεφαλαλγία του βήχα
4.3. Πρωτοπαθής κεφαλαλγία προσπάθειας
4.4. Πρωτοπαθής κεφαλαλγία που συνδέεται με σεξουαλική δραστηριότητα
4.5. Υπνική κεφαλαλγία
4.6. Πρωτοπαθής κεραυνοβόλος κεφαλαλγία
4.7. Συνεχής ημικρανία (hemicrania continua)
4.8. Πρόσφατης έναρξης επίμονη καθημερινή κεφαλαλγία (NDPH)
Δευτεροπαθείς κεφαλαλγίες
5. Κεφαλαλγία που αποδίδεται σε κάκωση της κεφαλής ή και του αυχένα
6. Κεφαλαλγία που αποδίδεται σε κρανιακή ή αυχενική αγγειακή διαταραχή
7. Κεφαλαλγία που αποδίδεται σε μη αγγειακή ενδοκράνια διαταραχή
8. Κεφαλαλγία που αποδίδεται σε μια ουσία ή στην απόσυρσή της
9. Κεφαλαλγία που αποδίδεται σε λοίμωξη
10. Κεφαλαλγία που αποδίδεται σε διαταραχή της ομοιόστασης
11. Κεφαλαλγία ή προσωπαλγία που αποδίδεται σε διαταραχή του κρανίου, του αυχένα, των οφθαλμών, των ώτων, της ρινός, των παραρρινίων κόλπων, των οδόντων ή άλλων δομών του κρανίου ή του προσώπου
12. Κεφαλαλγία που αποδίδεται σε ψυχική πάθηση

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ημικρανία αρχίζει συχνότερα κατά την εφηβεία και πλέον πλήττει κυρίως άτομα ηλικίας 35–45 ετών. Είναι πιο συχνή στις γυναίκες, συνήθως κατά έναν συντελεστή περίπου 2:1, λόγω ορμονικών επιρροών. Προκαλείται από την ενεργοποίηση ενός μηχανισμού του εγκεφάλου ο οποίος οδηγεί στην απελευθέρωση φλεγμονωδών ουσιών που προκαλούν τον πόνο, γύρω από τα νεύρα και τα αιμοφόρα αγγεία της κεφαλής. Η ημικρανία είναι επαναλαμβανόμενη, συχνά διά βίου, και χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες επιθέσεις.⁷

Η κεφαλαλγία τύπου τάσεως είναι η πλέον κοινή πρωτοπαθής διαταραχή κεφαλαλγίας. Περιπτώσεις κεφαλαλγίας τύπου τάσεως που συμβαίνουν <15 ημέρες τον μήνα έχουν αναφερθεί σε >70% περίπου ορισμένων πληθυσμών, όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά από τον ΠΟΥ. Χρόνιες κεφαλαλγίες τύπου τάσεως, που συμβαίνουν >15 ημέρες τον μήνα, επηρεάζουν το 1–3% των ενηλίκων. Η κεφαλαλγία τύπου τάσεως συχνά εμφανίζεται κατά την εφηβεία, όπου επηρεάζει τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες σε αντιστοιχία 3:2. Ο μηχανισμός δράσης της μπορεί να σχετίζεται με το stress ή να συνδέεται με μυοσκελετικά προβλήματα στην περιοχή του αυχένα. Επεισόδια κεφαλαλγίας αυτού του είδους διαρκούν συνήθως μερικές ώρες, αλλά μπορεί να συνεχιστούν για αρκετές ημέρες. Οι χρόνιες, ωστόσο, περιπτώσεις μπορεί να είναι αδιάκοπες και χαρακτηρίζονται από την πρόκληση μεγαλύτερου βαθμού ανικανότητας σε σχέση με την εμφάνιση απλών επεισοδίων κεφαλαλγίας του ίδιου τύπου. Ο πόνος στην κεφαλαλγία του εν λόγω είδους περιγράφεται ως πίεση ή σφίξιμο, και συχνά ως μια ζώνη γύρω από το κεφάλι, ενώ μερικές φορές εξαπλώνεται προς ή από τον αυχένα.⁷

Η κεφαλαλγία από υπερβολική χρήση φαρμάκων, η οποία ανήκει στις δευτεροπαθείς κεφαλαλγίες που αποδίδονται σε μια ουσία, προκαλείται από τη χρόνια και την υπερβολική χρήση φαρμάκων για τη θεραπεία της κεφαλαλγίας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ αποτελεί την πιο συχνή διαταραχή δευτεροπαθούς κεφαλαλγίας. Μπορεί να επηρεάσει έως και το 5% περίπου του πληθυσμού, γυναίκες περισσότερο απ' ό,τι άνδρες. Η κεφαλαλγία από υπερβολική χρήση φαρμάκων συμβαίνει εξ ορισμού σε περισσότερες ημέρες απ' ό,τι όχι, είναι καταπιεστική, επίμονη και συχνά βρίσκεται στη χειρότερη μορφή της κατά την αφύπνιση.⁷

Σε παγκόσμιο επίπεδο, έχει υπολογιστεί ότι το ποσοστό εμφάνισης κεφαλαλγίας στους ενήλικες (συμπτωματική τουλάχιστον μία φορά κατά το τελευταίο έτος) είναι περίπου 50%. Οι μισοί έως τα ¾ των ενηλίκων ηλικίας 18–65 ετών παγκοσμίως είχαν κεφαλαλγία κατά το τελευταίο έτος και μεταξύ αυτών των ατόμων, το 30% ή περισσότερο έχουν

αναφέρει ημικρανία. Κεφαλαλγία για 15 ή περισσότερες ημέρες κάθε μήνα έχει βρεθεί ότι επηρεάζει 1,7–4% του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού. Παρά τις πληθυσμιακές διαφορές, οι διαταραχές κεφαλαλγίας είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα, που επηρεάζει ανθρώπους όλων των ηλικιών, των φυλών, των ατομικών εισοδημάτων και των γεωγραφικών περιοχών.⁷

Η κεφαλαλγία, εκτός από μια επώδυνη ασθένεια, μπορεί να προκαλεί στο άτομο που πάσχει μια μορφή ανικανότητας. Στην τελευταία ενημέρωση, το 2013, της μελέτης για την παγκόσμια επιβάρυνση που προκαλούν οι ασθένειες (global burden of disease study), η ημικρανία μόνη της ως ασθένεια, η οποία αποτελεί ένα είδος κεφαλαλγίας, βρέθηκε να είναι η έκτη κατά σειρά αιτία σε όλον τον κόσμο χαμένων ετών λόγω αναπηρίας (years lost due to disability). Οι διαταραχές κεφαλαλγίας, γενικά, αποτέλεσαν την τρίτη μεγαλύτερη αιτία.⁷

Οι διαταραχές κεφαλαλγίας επιβάλλουν ένα αναγνωρίσιμο βάρος για τους πάσχοντες, περιλαμβανομένων αρκετές φορές σημαντικού βαθμού προσωπικό πόνο, μειωμένης ποιότητας ζωής και οικονομικό κόστος. Οι επαναλαμβανόμενες εμφανίσεις κεφαλαλγιών και συχνά ο συνεχής φόβος της επόμενης εμφάνισης επιφέρουν επιπτώσεις στην οικογενειακή ζωή, στην κοινωνική ζωή και στην απασχόληση του ατόμου. Η προσπάθεια διαχείρισης μιας χρόνιας διαταραχής κεφαλαλγίας ενδέχεται να προδιαθέτει το άτομο για την εμφάνιση άλλων παθολογικών διαταραχών. Για παράδειγμα, το άγχος και η κατάθλιψη εμφανίζονται πιο συχνά σε άτομα που πάσχουν από ημικρανία σε σχέση με τα υγιή άτομα.⁷

3. ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η εργασία, γενικά, είναι πιθανόν να επηρεάσει την ψυχική και τη σωματική υγεία του ατόμου, σε μικρότερο ή σε μεγαλύτερο βαθμό, ανάλογα με το είδος της. Σύμφωνα με τον ορισμό του ΠΟΥ, «επαγγελματική ασθένεια (occupational disease) καλείται οποιαδήποτε ασθένεια η οποία έχει δημιουργηθεί, κυρίως, ως αποτέλεσμα έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν από την εργασιακή δραστηριότητα», ενώ οι ασθένειες που σχετίζονται με την εργασία (work-related diseases) έχουν πολλαπλά αίτια, τα οποία προκαλούνται από παράγοντες στο εργασιακό περιβάλλον σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες. Ο ΠΟΥ δημιούργησε το παγκόσμιο σχέδιο δράσης για την υγεία των εργαζομένων με σκοπό την αποτελεσματικότερη διάγνωση, την επαρκή τεκμηρίωση και καταγραφή των επαγγελματικών ασθενειών, καθώς και την ανάπτυξη δεξιοτήτων εκτίμησης της επαγγελματικής επιβάρυνσης των ασθενειών.⁸

Σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για

την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (EU-OSHA), περίπου 142.000 Ευρωπαίοι εργαζόμενοι πεθαίνουν κάθε χρόνο από αιτίες που σχετίζονται με επαγγελματικές ασθένειες.⁹ Τα πιο συχνά επαγγελματικά νοσήματα στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι οι μυοσκελετικές παθήσεις, το άσθμα, οι αλλεργίες και οι ψυχοσωματικές επιπτώσεις του mobbing (η ηθική παρενόχληση στους χώρους εργασίας).⁹ Επί πλέον, έρευνες χαρακτηρίζουν διάφορες μορφές του καρκίνου ως επαγγελματικές ασθένειες, λόγω της απόδοσής τους σε αιτίες που συνδέονται έμμεσα ή άμεσα με το εργασιακό περιβάλλον.⁹ Παράλληλα, τα τελευταία έτη, η αύξηση των ψυχικών ασθενειών και το stress στους εργασιακούς χώρους, εκτός των άμεσων συνεπειών, ενοχοποιούνται και για μελλοντικές σημαντικές βλάβες στην υγεία, όπως εγκεφαλικά και καρδιακά επεισόδια.⁹ Το Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας υποστηρίζει ότι «η άκριτη εισαγωγή νέων τεχνολογιών, νέων ουσιών, νέων μορφών εργασίας κινήθηκε παράλληλα με την αύξηση τόσο των επαγγελματικών ασθενειών όσο και των εργατικών ατυχημάτων».¹⁰

Πρόσφατη μελέτη στην Ιταλία αφορούσε στην επίπτωση της κεφαλαλγίας σε εργαζόμενους χημικής βιομηχανίας, οι οποίοι είχαν κυλιόμενο ωράριο, με νυχτερινά ωράρια εργασίας και μετακίνηση με μέσα μεταφοράς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μορφή πρωτοπαθούς κεφαλαλγίας με υψηλότερο επιπολασμό, τόσο σε εργαζόμενους στο νυχτερινό ωράριο όσο και σε άτομα που εργάζονταν την ημέρα, χαρακτηριζόταν από ημικρανία χωρίς αύρα (51,5%), ακολουθούμενη από κεφαλαλγία τύπου τάσεως (42,5%) και ημικρανία με αύρα (6%). Η επεξεργασία των δεδομένων της υποομάδας που μετακινείτο με μέσα μεταφοράς έδειξε μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπολασμού της πρωτοπαθούς κεφαλαλγίας και της μετακίνησης με μέσα μεταφοράς. Η μελέτη συμπέρανε ότι οι μετακινούμενοι εργαζόμενοι και οι εργαζόμενοι σε ωράρια εργασίας ήταν περισσότερο επιρρεπείς στην ανάπτυξη πρωτοπαθούς κεφαλαλγίας, ιδιαίτερα της ημικρανίας χωρίς αύρα.¹¹

Στην Ελλάδα, η προαγωγή της εργασιακής υγείας αποτελεί τον βασικότερο στόχο του Ελληνικού Ινστιτούτου Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, ενώ το βασικό μέσο για την επίτευξη του εν λόγω στόχου είναι η διάδοση της γνώσης. Οι επαγγελματικές ασθένειες και οι ασθένειες οι οποίες σχετίζονται με την εργασία προκαλούνται από ένα πλήθος παραγόντων που επηρεάζονται από το εργασιακό περιβάλλον, το είδος της εργασίας, αλλά και την κατάσταση της υγείας του εργαζόμενου. Ο έντονος θόρυβος, ο κακός φωτισμός, οι ακραίες θερμοκρασίες, η έλλειψη καθαριότητας, η διάσπαση της προσοχής από ποικιλία ερεθισμάτων, η χρήση ακατάλληλου εξοπλισμού ή η έλλειψη εξοπλισμού και προσωπικού, καθώς και η ηλικία του εργαζόμενου, η

ανεπαρκής εκπαίδευση και η έλλειψη επαγγελματικής πείρας αποτελούν ένα μικρό δείγμα των παραγόντων που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον και τον ίδιο τον εργαζόμενο.¹⁰

Η εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου, δηλαδή του κινδύνου για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων, ο οποίος προέρχεται από την επαγγελματική έκθεση σε βλαπτικούς παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος και η πρόληψη αυτού αποτελούν υποχρέωση των εργοδοτών και προβλέπεται σαφώς από τον νόμο.¹⁰ Τον βασικότερο ρόλο στην επίτευξη των παραπάνω διαδραματίζουν ο ιατρός εργασίας και ο τεχνικός ασφαλείας, οι οποίοι υπάγονται στη διοίκηση των ιδιωτικών ή των δημόσιων φορέων με σαφείς και διακριτούς ρόλους.

3.1. Επαγγελματικά νοσήματα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

Ένα από τα σπουδαιότερα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας και έχει απασχολήσει έντονα την επιστημονική κοινότητα είναι το stress και τα ψυχικά νοσήματα. Η επαφή με τον πόνο και τον θάνατο, η επαφή με τους ασθενείς και τους συγγενείς αυτών, τα νυχτερινά ωράρια εργασίας, ο φόρτος εργασίας, οι αντίξοες πολλές φορές συνθήκες εργασίας σε δημόσια νοσοκομεία και το υψηλό αίσθημα ευθύνης μπορεί να οδηγήσουν στην επαγγελματική εξουθένωση (σύνδρομο burnout). Η χρήση του συγκεκριμένου όρου έγινε για πρώτη φορά το 1974, από Αμερικανό ψυχίατρο, με σκοπό την περιγραφή του φαινομένου που παρατηρούσε στον εαυτό του και στους συναδέλφους του.¹² Χαρακτήρισε το σύνδρομο μέσα από μια σειρά συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν την εξουθένωση η οποία προκύπτει από τις υπερβολικές απαιτήσεις της εργασίας, καθώς και από σωματικά συμπτώματα όπως κεφαλαλγία, αϋπνία, έκρυθμο χαρακτήρα και κλειστό τρόπο σκέψης.¹² Παρατήρησε ότι οι εργαζόμενοι με σύνδρομο burnout έμοιαζαν, δρούσαν και φαινόταν καταθλιπτικοί.

Πολύ πρόσφατες μελέτες αναγνωρίζουν αυξανόμενα ποσοστά ψυχιατρικών συμπτωμάτων μεταξύ ορισμένων επαγγελματικών κατηγοριών, με έμφαση στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε νοσοκομεία. Συγκεκριμένα, έρευνα με στόχο τον εντοπισμό της εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας (άγχος και κατάθλιψη) μεταξύ 92 νοσηλευτών σε μονάδα παιδιατρικής ΜΕΘ που διεξήχθη σε ένα δημόσιο πανεπιστημιακό νοσοκομείο, αποκάλυψε την εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στο 45% των εργαζομένων. Υπήρξε επικράτηση της έντασης, της νευρικότητας και των συμπτωμάτων ανησυχίας, ακολουθούμενων από κεφαλαλγία. Τα ευρήματα τονίζουν την ανάγκη μέτρων προστασίας για την ψυχική υγεία των εργαζομένων στα

νοσοκομεία.¹³ Σε μελέτη στο Νεπάλ το 2012, που αφορούσε στην εμφάνιση προβλημάτων υγείας και ψυχικών διαταραχών σε νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείου, βρέθηκε ότι ενώ σε μικρό ποσοστό του πληθυσμού αποκαλύφθηκε κάποια ψυχιατρική διάγνωση, τα πλέον συνήθη μεταξύ των αναφερθέντων προβλημάτων υγείας ήταν ο πόνος στην πλάτη και η κεφαλαλγία.¹⁴

Πληθώρα μελετών σε διάφορες χώρες έχουν διερευνήσει το εργασιακό άγχος στους επαγγελματίες υγείας, ενώ περιορισμένες μελέτες εκτίμησαν και την επίδρασή του στη φροντίδα των ασθενών.¹⁵⁻¹⁸ Συγκεκριμένα, ερευνητές έχουν αξιολογήσει το εργασιακό άγχος σε τεχνολόγους ιατρούς,¹⁹ σε ακτινοθεραπευτές,²⁰ σε κοινωνικούς λειτουργούς,²¹ σε ιατρούς εργασίας,²² σε ιατρούς²³⁻²⁵ γενικά και σε επαγγελματίες υγείας σε όλους τους κλάδους.²⁶⁻²⁸ Η πλειοψηφία, ωστόσο, των μελετών αφορά στους νοσηλευτές, χωρίς να είναι πάντοτε σαφές ποιας εκπαιδευτικής βαθμίδας νοσηλευτές συμμετείχαν στη μελέτη.^{15,29-31}

Εκτός, όμως, από το σύνδρομο εξουθένωσης, οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν και άλλα προβλήματα που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους. Πολύ πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση σχετικά με τις επαγγελματικές ασθένειες των εργαζομένων στον χώρο της υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο αναγνωρίζει ποικιλία προβλημάτων που προσβάλλουν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στα νοσοκομεία.³² Συγκεκριμένα, εκτός από την αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας και του συνδρόμου εξουθένωσης,³³ βρέθηκε κακή χρήση οιοσπενεύματος και συνταγογραφούμενων φαρμάκων, ως μηχανισμός διαχείρισης του άγχους σε ιατρούς ηλικίας <40 ετών και χειρουργούς.^{34,35} Επί πλέον, τραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα, οι οποίοι πολύ συχνά δεν αναφέρονται ώστε να καταγραφούν επίσημα,³⁶⁻³⁸ περισσότερο στους αρχαιότερους εργαζόμενους,³⁶⁻³⁹ μυοσκελετικοί πόνοι πιο συχνά στους πλαστικούς χειρουργούς⁴⁰ και στους νοσηλευτές οι οποίοι σχετίζονται με τον χειρισμό των ασθενών,⁴¹ ενώ πόνους σε αυχένα ή και σε κορμό εμφάνισαν συχνότερα οι ωτορινολαρυγγολόγοι, με το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών να καταφεύγουν σε φυσικοθεραπεία.⁴² Επίσης, σε μελέτη βρέθηκε ότι εξ αιτίας του θορύβου από τα ηλεκτρικά μηχανήματα που χρησιμοποιούνταν σε ορθοπαιδικά χειρουργεία και ο οποίος υπερέβαινε το ημερήσιο ανεκτό επίπεδο έκθεσης, εμφανίστηκε απώλεια ακοής προκαλούμενη από θόρυβο, στα ακοογραφήματα 22 ατόμων του προσωπικού, μεταξύ των οποίων 12 ιατροί, ένας νοσηλευτής και 5 τεχνολόγοι.⁴³

Το κυλιόμενο ωράριο, το οποίο είναι απαραίτητο για τη συνέχεια της φροντίδας και της εφαρμοζόμενης θεραπείας στους ασθενείς, έχει μελετηθεί εκτενώς και ενοχοποιείται για τη μείωση της ποιότητας της ζωής των εργαζομένων.

Συγκεκριμένα, το νυχτερινό ωράριο εργασίας είναι μια από τις συχνότερες αιτίες διαταραχής των κιρκάδιων ρυθμών, προκαλώντας σημαντικές αλλοιώσεις στην ποιότητα του ύπνου και των βιολογικών λειτουργιών του ατόμου, οι οποίες είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη σωματική και την ψυχική υγεία και να επιδράσουν αρνητικά στην αποδοτικότητα στην εργασία.⁴⁴

Πρόσφατα, η Διεθνής Υπηρεσία για την Έρευνα σχετικά με τον Καρκίνο (IARC) ενέταξε για πρώτη φορά τη νυκτερινή εργασία στον επίσημο κατάλογο των δυνητικά καρκινογόνων παραγόντων για τον άνθρωπο. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι γυναίκες οι οποίες εργάζονται για πολλά έτη σε νυκτερινά ωράρια αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, σε σχέση με όσες εργάζονται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Οι μελέτες αυτές συνάδουν με πειράματα που έχουν διενεργηθεί σε ζώα, σύμφωνα με τα οποία η έκθεση σε τεχνητό φωτισμό κατά τη διάρκεια της νύκτας μπορεί να αυξήσει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης καρκινικών όγκων. Παράλληλα, άλλες πειραματικές μελέτες έχουν δείξει ότι τη νύκτα η μείωση των επιπέδων μελατονίνης, η οποία αποτελεί ορμόνη που εμπλέκεται στην εύρυθμη λειτουργία σημαντικών μηχανισμών του οργανισμού, αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης όγκων ή και την ανάπτυξή τους. Μέχρι σήμερα, οι περισσότερες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στον καρκίνο του μαστού για τις γυναίκες και στον καρκίνο του προστάτη για τους άνδρες. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω μελέτη, προκειμένου να εξεταστεί ο ενδεχόμενος κίνδυνος σε άλλους επαγγελματίες και για διαφορετικές μορφές καρκίνου.⁴⁵

4. ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η κεφαλαλγία αποτελεί την πιο συχνή νευρολογική διαταραχή στις περισσότερες κοινότητες διεθνώς^{46,47} και εξακολουθεί να μελετάται αρκετά, όχι μόνο εξ αιτίας της μεγάλης συχνότητας με την οποία εμφανίζεται, αλλά και λόγω του σημαντικού βαθμού ανικανότητας που ενδέχεται να προκαλέσει στις καθημερινές δραστηριότητες των πασχόντων. Οι επαγγελματίες υγείας εκτίθονταν σε μεγάλο αριθμό στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με τη φύση του επαγγέλματος, τον φόρτο εργασίας, την επαφή με τον πόνο, την ιδιαιτερότητα των ασθενών και το κυλιόμενο ωράριο.^{48,49} Η επίπτωση της κεφαλαλγίας στον πληθυσμό αλλά και σε εργαζόμενους στον χώρο της υγείας έχει μελετηθεί σε δυτικές χώρες,^{50,51} καθώς και στη δυτική Αφρική.⁵²⁻⁵⁴ Επί πλέον, ερευνητές έχουν ασχοληθεί και με την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των πασχόντων, καθώς και με οικονομικές αναλύσεις σχετικά με το κόστος της εμφάνισης κεφαλαλγίας στο υγειονομικό σύστημα.⁵⁵⁻⁵⁷

Σε πρόσφατη μελέτη στη βορειοανατολική Νιγηρία,

όπου μελετήθηκαν 133 εργαζόμενοι σε νοσοκομείο, 88% αυτών δήλωσαν ότι βίωναν κεφαλαλγία, ποσοστό εξαιρετικά υψηλό. Επίσης, οι γυναίκες εμφάνιζαν κεφαλαλγία σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες, ενώ υψηλότερο ποσοστό κεφαλαλγίας βρέθηκε στους νεότερους εργαζόμενους, δηλαδή σε εκείνους με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας.⁵⁰

Στις βορειοδυτικές ΗΠΑ το 2013, βρέθηκε ότι το 45% των εργαζομένων σε νοσοκομείο, ιδιαίτερα σημαντικό ποσοστό, ανέφερε κάποια ήπια έως σοβαρή ανικανότητα λόγω της κεφαλαλγίας και το 65% χρησιμοποίησε συνταγογραφούμενη ή μη φαρμακευτική αγωγή για τη διαχείρισή της.⁵⁰ Το αντίστοιχο ποσοστό κεφαλαλγίας σε προσωπικό νοσοκομείων, σε παρόμοιες μελέτες, ήταν χαμηλότερο στην Ιταλία (54,7%) και στην Τουρκία (27,1%).²⁷ Ωστόσο, σημαντικό εμφανίστηκε και το ποσοστό των πασχόντων από ημικρανία που είχαν μειωμένη αντίληψη της νόσου και συνήθως δεν απευθύνονταν σε κάποιον ειδικό για την αντιμετώπισή της.^{1,58,59}

Μελέτες σε Ταϊβάν και Ιαπωνία έδειξαν επίσης ότι ο επιπολασμός της κεφαλαλγίας σε νοσηλευτικό προσωπικό ήταν σημαντικά μεγαλύτερος απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό, με ποσοστά 49,6% και 40,9%, αντίστοιχα.^{2,3,60} Σε μελέτη στην Κίνα, σε νοσηλευτές εργαζόμενους σε νοσοκομείο, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της πρωτοπαθούς κεφαλαλγίας ήταν 45,3%, της ημικρανίας 14,8%, της κεφαλαλγίας τύπου τάσεως 26,2% και της χρόνιας καθημερινής κεφαλαλγίας 2,7%.⁴⁹ Τα μειωμένα έτη υπηρεσίας βρέθηκε επίσης να σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα ημικρανίας. Σε πρόσφατη έρευνα στην Ιαπωνία, σε μεγάλο αριθμό εργαζομένων σε νοσοκομείο, το 56,7% των συμμετεχόντων βίωσαν κεφαλαλγία και το 19,9% σοβαρή κεφαλαλγία. Επί πλέον, το γυναικείο φύλο και οι συμμετέχοντες κοντά στην ηλικία των 30 ετών εμφάνισαν κεφαλαλγία σε υψηλότερο ποσοστό.⁶¹

Είναι πιθανόν τα μεγαλύτερα ποσοστά κεφαλαλγιών που εμφανίζονται σε εργαζόμενους με λιγότερα έτη υπηρεσίας να σχετίζονται με το άγχος το οποίο βιώνουν οι εργαζόμενοι τα πρώτα έτη υπηρεσίας, αλλά και με τον μεγαλύτερο αριθμό νυκτερινών ωραρίων εργασίας στο κυλιόμενο πρόγραμμα, τα οποία επιβαρύνουν, κυρίως, τους νεότερους εργαζόμενους. Όσον αφορά στο γυναικείο φύλο, είναι αξιοσημείωτο ότι οι γυναίκες τείνουν να έχουν υψηλότερα ποσοστά κεφαλαλγιών μεταξύ διαφορετικών πολιτισμών και ηπείρων.^{47,51-53,58} Λόγοι που πιθανόν να σχετίζονται με το συγκεκριμένο γεγονός είναι η επίδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης στις κεφαλαλγίες, καθώς και η μεγαλύτερη τάση των γυναικών να αναζητούν ιατρική φροντίδα για την αντιμετώπισή τους.⁶²

Επί πλέον, η κεφαλαλγία έχει βρεθεί ότι σχετίζεται σημαντικά με την ποιότητα ζωής του πάσχοντα και συγκεκριμένα

επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα του ύπνου,⁶³ μειώνει την παραγωγικότητα και σχετίζεται με χαμένες ημέρες από την εργασία.⁴ Σε παλαιότερη μελέτη στην Κολομβία, σε εργαζόμενους σε νοσοκομείο, το 47,2% ανέφερε 50% μεταβολή της παραγωγικότητάς τους στις καθημερινές και στις επαγγελματικές τους δραστηριότητες εξ αιτίας των κεφαλαλγιών, ενώ ο μέσος όρος χαμένων ημερών από την εργασία, τις εξωτερικές εργασιακές/καθημερινές και οικογενειακές δραστηριότητες ήταν 0,3, 2 και 5,2 ημέρες, αντίστοιχα.⁶⁴ Σουηδοί ερευνητές, σε μελέτη που διεξήγαγαν σε επαγγελματίες υγείας, παρατήρησαν ότι ο μέσος αριθμός χαμένων ημερών από την εργασία λόγω του πονοκεφάλου των συμμετεχόντων τους τελευταίους 3 μήνες ήταν 0,65 ημέρες, ενώ ο μέσος αριθμός ημερών στις οποίες η παραγωγικότητα των εργαζομένων μειώθηκε κατά 50% και περισσότερο τους τελευταίους 3 μήνες ήταν 2,2 ημέρες.⁵¹

Επίσης, τα ποσοστά περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων των ατόμων εξ αιτίας των κεφαλαλγιών είναι ιδιαίτερα σημαντικά. Ο αριθμός των χαμένων ημερών εργασίας, αλλά και η μείωση της παραγωγικότητας στην εργασία των επαγγελματιών υγείας, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η πλειοψηφία των πασχόντων δεν αναζητούν ιατρική και φαρμακευτική βοήθεια για την αντιμετώπισή τους, εξηγεί το διαρκώς αυξανόμενο ενδιαφέρον των ερευνητών για την οικονομική ανάλυση του κόστους των κεφαλαλγιών στην υγεία.

Πολύ πρόσφατη μελέτη στην Ταϊβάν προσπάθησε να εισάγει ένα μέτρο αντιμετώπισης των κεφαλαλγιών στο νοσηλευτικό προσωπικό. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε δύο ομάδες ασθενών-μαρτύρων (n=60, νοσηλευτικό προσωπικό), τη στιγμή που βίωναν κεφαλαλγία. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα ασθενών (n=30) πραγματοποίησαν διατακτικές ασκήσεις στον αυχένα ενώ βίωναν κεφαλαλγία, και οι συμμετέχοντες στην ομάδα των μαρτύρων (n=30) προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν την κεφαλαλγία που βίωναν, ως συνήθως. Χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο για τη συλλογή δεδομένων σχετικά με την ένταση κεφαλαλγίας κατά την έναρξη της θεραπείας και στη συνέχεια σε 30 min και 1 ώρα μετά την παρέμβαση. Η μείωση της έντασης κεφαλαλγίας της ομάδας των ασθενών ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από εκείνη της ομάδας μαρτύρων. Οι διατακτικές ασκήσεις αυχένα βρέθηκε ότι αποτέλεσαν μια αποτελεσματική μέθοδο για τη θεραπεία της πρωτοπαθούς κεφαλαλγίας.⁶⁵

Ωστόσο, η επίδραση της κεφαλαλγίας ως συνέπεια στη φροντίδα των ασθενών δεν έχει μελετηθεί αρκετά, ενώ περαιτέρω διερεύνηση θα μπορούσε να εστιαστεί στην ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα των πασχόντων επαγγελματιών υγείας.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κεφαλαλγία αποτελεί μια από τις συχνότερες νευρολογικές νόσους, η οποία υποδιαγιγνώσκεται και υποθεραπεύεται σε σημαντικό βαθμό εξ αιτίας της τάσης των πασχόντων να μην αναζητούν ιατρική ή φαρμακευτική βοήθεια για την αντιμετώπισή της. Οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται ότι βιώνουν κεφαλαλγία σε υψηλά ποσοστά καθώς και ότι η επίδραση αυτής προκαλεί στους πάσχοντες ήπια έως σοβαρή ανικανότητα στις καθημερινές και στις επαγγελματικές τους δραστηριότητες.

Η συχνή εμφάνιση κεφαλαλγίας στους εργαζόμενους είναι πιθανόν να μειώσει την παραγωγικότητά τους και να περιορίσει την απόδοσή τους στην εργασία. Επίσης, έχει σχετιστεί με χαμένες ώρες από την εργασία καθώς και μείωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων. Οι επαγγελματίες υγείας που υποφέρουν από κεφαλαλγία σε υψηλότερα ποσοστά είναι οι γυναίκες, οι εργαζόμενοι με μειωμένα έτη υπηρεσίας και εκείνοι που είναι κοντά στην ηλικία των 30 ετών. Η υποθεραπεία της νόσου και το γεγονός ότι υποεκτιμάται ως διάγνωση δεν οδηγεί στην αποτελεσματική διαχείρισή της, με αποτέλεσμα να επαναλαμβάνονται τα επεισόδια των κεφαλαλγιών και να δημιουργείται φαύλος κύκλος. Στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας, οι επιπτώσεις των κεφαλαλγιών στους εργαζόμενους είναι δυνατόν να επηρεάσουν την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στους ασθενείς και να μειώσουν την ποιότητά της. Η έγκαιρη διάγνωση και η αποτελεσματική διαχείριση των κεφαλαλγιών, επομένως, πιθανόν να οδηγήσει στην ανακούφιση των πασχόντων, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, αλλά και στη βελτίωση της παρεχόμενης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς.

6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Στη χώρα μας, το θέμα της κεφαλαλγίας έχει μελετηθεί ελάχιστα, ενώ οι γνώσεις μας για την επίπτωση των πρωτοπαθών κεφαλαλγιών στους επαγγελματίες υγείας του κλινικού χώρου χρήζουν διερεύνησης. Στον διεθνή χώρο επίσης, ο αριθμός των μελετών είναι περιορισμένος, ενώ και η επίδραση των κεφαλαλγιών στις καθημερινές και στις επαγγελματικές δραστηριότητες των πασχόντων επαγγελματιών υγείας δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς, ώστε να υπάρχει μεγάλος αριθμός δεδομένων.

Η ευαισθητοποίηση της επιστημονικής κοινότητας, η ενημέρωση των πολιτών και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση για τη διαχείριση των κεφαλαλγιών αποτελούν τα σπουδαιότερα βήματα για την ανακούφιση των πασχόντων. Ωστόσο, και

οι ίδιοι οι πάσχοντες θα πρέπει να φροντίζουν προσωπικά για την ύφεση των κρίσεων κεφαλαλγίας.

Συγκεκριμένα, οι πάσχοντες από κεφαλαλγίες και ιδίως από ημικρανίες είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουν την ύπαρξη της νόσου και να απευθυνθούν σε ειδικούς επαγγελματίες υγείας για τη διαχείρισή της. Με τον τρόπο αυτόν θα μειωθεί το ποσοστό των ασθενών που υποδιαγιγνώσκονται και θα αξιολογηθεί ο επιπολασμός της κεφαλαλγίας στην κοινότητα με μεγαλύτερη ακρίβεια. Επί πλέον, εκτός από τη θεραπευτική αγωγή που θα λάβουν από τον ειδικό επαγγελματία υγείας, και την οποία θα πρέπει να ακολουθήσουν, σημαντικό είναι οι πάσχοντες να λαμβάνουν μέτρα πρόληψης για την εμφάνιση της νόσου. Για παράδειγμα, θα πρέπει να αποφεύγουν το άγχος και το stress στην καθημερινότητά τους και να ακολουθούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής, ο οποίος μπορεί να μειώσει την εμφάνιση κεφαλαλγίας ή την ένταση και τη συχνότητα των συμπτωμάτων. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα άτομα που ακολουθούν μια ισορροπημένη διατροφή, με κατανάλωση μικρών και συχνών γευμάτων, αποφεύγουν το κάπνισμα και την κατανάλωση οισοπνεύματος και απολαμβάνουν επαρκή και ποιοτικό ύπνο εμφανίζουν μια γενικότερη ευεξία και έχουν μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης κεφαλαλγίας.⁶⁶

Μέτρα πρόληψης των κεφαλαλγιών θα μπορούσαν να ληφθούν και από τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, με στόχο την υποστήριξη του προσωπικού και τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Για παράδειγμα, η καλύτερη στελέχωση των κλινικών στα νοσοκομεία, με αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού ή με συχνές μετακινήσεις του προσωπικού από κλειστά τμήματα σε άλλα, πιθανόν να συνέδραμαν στη μείωση του άγχους και του φόρτου εργασίας. Η υποστελέχωση είναι και ο βασικός λόγος επιβάρυνσης των εργαζομένων με πολλά διαφορετικά ωράρια εργασίας. Στα επαγγέλματα με κυλιόμενο ωράριο, επομένως, η επάνδρωση των υγειονομικών μονάδων με επαρκές προσωπικό θα σήμαινε καλύτερα ωράρια εργασίας, με λιγότερα νυκτερινά ωράρια, τα οποία θα βελτίωναν την ποιότητα και τη διάρκεια του ύπνου των πασχόντων, καθώς και την απόδοσή τους στην εργασία.

Επιπρόσθετα, η συνεχής ενημέρωση και η εκπαίδευση των εργοδοτών προς μια κατεύθυνση ευαισθητοποίησης και κατανόησης της κεφαλαλγίας θα οδηγούσε σαφώς σε λήψη μέτρων υποστήριξης των πασχόντων. Μια προσέγγιση αποτελεί η δημιουργία ιατρείων κεφαλαλγίας στα νοσοκομεία, πρόταση η οποία σίγουρα θα συνέβαλε στην έγκυρη και έγκαιρη πρόσβαση και διαχείριση των κεφαλαλγιών στους εργαζόμενους που πάσχουν και θα μείωνε αισθητά τα ποσοστά εκείνων οι οποίοι υποδιαγιγνώσκονται και υποθεραπεύονται. Είναι σημαντικό να κατανοηθεί από το

ευρύ κοινό ότι η ημικρανία ενδέχεται να προκαλέσει βαριά αναπηρία και ακούσια αποχή από την εργασία. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας οφείλει να περιλαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για τους πάσχοντες από ημικρανία ή άλλης μορφής κεφαλαλγία, με σκοπό να βοηθηθούν ουσιαστικά και να μειωθούν οι απουσίες από την εργασία που οφείλονται σε μια νόσο η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά.

Σημαντική, επομένως, καθίσταται η συνέχιση της μελέτης των επιπτώσεων αλλά και του επιπολασμού των κεφαλαλγιών σε επαγγελματίες υγείας, καθώς και η συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση των φοιτητών στο θέμα, με σκοπό τη βέλτιστη διαχείρισή του από την πλευρά των πασχόντων αλλά και των φροντιστών.

ABSTRACT

Cephalalgia and its impact on clinical healthcare professionals

D. ALAMANOU,¹ C. VASILAKI,¹ E. ZISIMOPOULOU²

¹Second Medical Department, 417 NIMTS Hospital, Athens, ²"Euroclinic" Hospital, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2019, 36(2):176–185

Almost all people have suffered from cephalalgia, otherwise called headache, at some point in their lives, but for some it can be a significant problem, affecting their daily activities. One factor that contributes to the presentation and worsening of cephalalgia is work. Clinical healthcare professionals appear to have a higher risk of cephalalgia than the general population. This is a review of cephalalgia and its impact on the personal and professional activities of clinical healthcare professionals. Although cephalalgia is the most common neurological disorder in most communities, it is underdiagnosed and undertreated to a significant extent. Clinical healthcare professionals experience headaches at high rates, often causing professional and personal difficulties, such as decreased productivity and efficiency and lost working hours. Cephalalgia is documented to a greater extent in women, nursing staff, and younger workers with fewer years of service. A high proportion of sufferers do not use any means to manage cephalalgia.

Key words: Activities, Efficiency, Healthcare professionals, Migraine, System headache

Βιβλιογραφία

- VITICCHI G, FALSETTI L, PETTINARI P, PROVINCIALI L, SILVESTRINI M, BARTOLINI M. Headache in a population of hospital workers. *Neurol Sci* 2014, 35(Suppl 1):157–158
- NADAOKA T, KANDA H, OIJI A, MORIOKA Y, KASHIWAKURA M, TOTSUKA S. Headache and stress in a group of nurses and government administrators in Japan. *Headache* 1997, 37:386–391
- LIN KC, HUANG CC, WU CC. Association between stress at work and primary headache among nursing staff in Taiwan. *Headache* 2007, 47:576–584
- VADIKOLIAS K, HELIOPOULOS I, TRIPSISANIS G, ACHTAROPOULOS A, HOMSIOGLOU E, ARTEMIS N ET AL. Headache-related work disability in young men. *J Headache Pain* 2002, 3:87–91
- MAYO CLINIC. Headache. Available at: <https://www.mayoclinic.org/symptoms/headache/basics/definition/sym-20050800>
- ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ. Διαθέσιμο στο: www.kefalalgia.gr
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Headache disorders. WHO, 2016. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Occupational and work-related diseases. Available at: http://www.who.int/occupational_health/activities/occupational_work_diseases/en/
- EU-OSHA – EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. Report – Research on work-related stress. EU-OSHA, 2000. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203/view>
- ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ. Θέματα υγείας και ασφάλειας της εργασίας για επιχειρήσεις γ' κατηγορίας (αριθ. 2, ΠΔ 294, 1988). Διαθέσιμο στο: http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/themata_G%20KAT.1256113241515.pdf
- PUCCI E, TAINO G, IMBRIANI M, COSTA A, CRISTINA S, ANTONACI F. P033. Headache and commuting: Preliminary data in a group of workers. *J Headache Pain* 2015, 16(Suppl 1):A79
- GRAHAM G. *A burnt-out case*. William Heinemann, United Kingdom, 1960
- TITO RS, BAPTISTA PCP, DA SILVA FJ, FELLI VEA. Mental health problems among nurses in paediatric cardiac intensive care. *Br J Nurs* 2017, 26:870–873
- SHAKYA DR, LAMA S, SHYANGWA PM. Psychological problems among nursing staff in a hospital. *JNMA J Nepal Med Assoc* 2012, 52:102–110
- AIKEN LH, CLARKE SP, SLOANE DM, SOCHALSKI J, SILBER JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and

- job dissatisfaction. *JAMA* 2002, 288:1987–1993
16. HALM M, PETERSON M, KANDELS M, SABO J, BLALOCK M, BRADEN R ET AL. Hospital nurse staffing and patient mortality, emotional exhaustion, and job dissatisfaction. *Clin Nurse Spec* 2005, 19:241–251
 17. VAHEY DC, AIKEN LH, SLOANE DM, CLARKE SP, VARGAS D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care* 2004, 42(Suppl 2):II57–II66
 18. LEITER MP, HARVIE P, FRIZZELL C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc Sci Med* 1998, 47:1611–1617
 19. BLAU G, TATUM DS, WARD-COOK K. Correlates of work exhaustion for medical technologists. *J Allied Health* 2003, 32:148–157
 20. FRENCH J. Work locus of control as a moderating influence on the quality of work life for radiation therapists. *Can J Med Radiat Technol* 2005, 36:12–16
 21. GELLIS ZD. Coping with occupational stress in healthcare: A comparison of social workers and nurses. *Admin Soc Work* 2002, 26:37–52
 22. PAINTER J, AKROYD D, ELLIOT S, ADAMS RD. Burnout among occupational therapists. *Occup Ther Health Care* 2003, 17:63–78
 23. CARR PL, GAREIS KC, BARNETT RC. Characteristics and outcomes for women physicians who work reduced hours. *J Womens Health (Larchmt)* 2003, 12:399–405
 24. FIRTH-COZENS J, GREENHALGH J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med* 1997, 44:1017–1022
 25. JOHNSON JV, HALL EM, FORD DE, MEAD LA, LEVINE DM, WANG NY ET AL. The psychosocial work environment of physicians. The impact of demands and resources on job dissatisfaction and psychiatric distress in a longitudinal study of Johns Hopkins Medical School graduates. *J Occup Environ Med* 1995, 37:1151–1159
 26. DE JONGE J, MULDER MJ, NIJHUIS FJ. The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model: Effects on health care professionals. *Soc Sci Med* 1999, 48:1149–1160
 27. ERICKSON JI, HAMILTON GA, JONES DE, DITOMASSI M. The value of collaborative governance/staff empowerment. *J Nurs Adm* 2003, 33:96–104
 28. PARK KO, WILSON MG, LEE MS. Effects of social support at work on depression and organizational productivity. *Am J Health Behav* 2004, 28:444–455
 29. ABUALRUB RF. Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *J Nurs Scholarsh* 2004, 36:73–78
 30. ALLEN J, MELLOR D. Work context, personal control, and burnout among nurses. *West J Nurs Res* 2002, 24:905–917
 31. BAKKER AB, LE BLANC PM, SCHAUFELI WB. Burnout contagion among intensive care nurses. *J Adv Nurs* 2005, 51:276–287
 32. VIJENDREN A, YUNG M, SANCHEZ J. Occupational health issues amongst UK doctors: A literature review. *Occup Med (Lond)* 2015, 65:519–528
 33. TAYLOR C, GRAHAM J, POTTS HW, RICHARDS MA, RAMIREZ AJ. Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s. *Lancet* 2005, 366:742–744
 34. TYSSSEN R. Health problems and the use of health services among physicians: A review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health* 2007, 45:599–610
 35. GRAHAM J, ALBERY IP, RAMIREZ AJ, RICHARDS MA. How hospital consultants cope with stress at work: Implications for their mental health. *Stress Health* 2001, 17:85–89
 36. THOMAS WJ, MURRAY JR. The incidence and reporting rates of needle-stick injury amongst UK surgeons. *Ann R Coll Surg Engl* 2009, 91:12–17
 37. KERR HL, STEWART N, PACE A, ELSAYED S. Sharps injury reporting amongst surgeons. *Ann R Coll Surg Engl* 2009, 91:430–432
 38. ELDER A, PATERSON C. Sharps injury in UK health care: A review of injury rates, viral transmission and potential efficacy of safety devices. *Occup Med (Lond)* 2006, 56:566–574
 39. NAGHAVI SH, SANATI KA. Accidental blood and body fluid exposure among doctors. *Occup Med (Lond)* 2009, 59:101–106
 40. SOUEID A, OUDIT D, THIAGARAJAH S, LAITUNG G. The pain of surgery: Pain experienced by surgeons while operating. *Int J Surg* 2010, 8:118–120
 41. DEMEROUTI E, BAKKER AB, DE JONGE J, JANSSEN PP, SCHAUFELI WB. Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scand J Work Environ Health* 2001, 27:279–286
 42. BABAR-CRAIG H, BANFIELD G, KNIGHT J. Prevalence of back and neck pain amongst ENT consultants: National survey. *J Laryngol Otol* 2003, 117:979–982
 43. WILLET KM. Noise-induced hearing loss in orthopaedic staff. *J Bone Joint Surg Br* 1991, 73:113–115
 44. FERRI P, GUADI M, MARCHESELLI L, BALDUZZI S, MAGNANI D, DI LORENZO R. The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: A comparison between rotating night shifts and day shifts. *Risk Manag Healthc Policy* 2016, 9:203–211
 45. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Cancer research for cancer prevention. IARC, Lyon. Available at: <https://www.iarc.fr/en/cancerprevention/index.php>
 46. STEINER TJ. Lifting the burden: The global campaign to reduce the burden of headache worldwide. *J Headache Pain* 2005, 6:373–377
 47. TAKELE GM, TEKLE HAIMANOT R, MARTELLETTI P. Prevalence and primary burden of headache in Akaki textile mill workers, Ethiopia. *J Headache Pain* 2008, 9:119–128
 48. KUO WY, HUANG CC, WENG SF, LIN HJ, SU SB, WANG JJ ET AL. Higher migraine risk in healthcare professionals than in general population: A nationwide population-based cohort study in Taiwan. *J Headache Pain* 2015, 16:102
 49. WANG Y, XIE J, YANG F, WU S, WANG H, ZHANG X ET AL. The prevalence of primary headache disorders and their associated factors among nursing staff in North China. *J Headache Pain* 2015, 16:4
 50. HUGHES MD, WU J, WILLIAMS TC, LOBERGER JM, HUDSON MF, BURDINE JR ET AL. The experience of headaches in health care workers: Opportunity for care improvement. *Headache* 2013, 53:962–969
 51. SOKOLOVIC E, RIEDERER F, SZUCS T, AGOSTI R, SÁNDOR PS. Self-reported headache among the employees of a Swiss university hospital: Prevalence, disability, current treatment, and economic impact. *J Headache Pain* 2013, 14:29
 52. ONWUEKWE IO, EZEALA-ADIKAIIBE B, EKENZE OS. Neurological dis-

- ease burden in two semi-urban communities in South East Nigeria. *Niger J Med* 2012, 21:317–319
53. ONWUEKWE IO, EZEALA-ADIKAIIBE B. Prevalence and distribution of neurological disease in a Neurology Clinic in Enugu, Nigeria. *Ann Med Health Sci Res* 2011, 1:63–67
54. OSUNTOKUN BO, ADEUJA AO, NOTTIDGE VA, BADEMOSI O, ALUMIDE AO, IGE O ET AL. Prevalence of headache and migrainous headache in Nigerian Africans: A community-based study. *East Afr Med J* 1992, 69:196–199
55. TAŞKAPILIOĞLU Ö, KARLI N. Assessment of quality of life in migraine. *Noro Psikiyatrs Ars* 2013, 50(Suppl 1):S60–S64
56. BLOUDEK LM, STOKES M, BUSE DC, WILCOX TK, LIPTON RB, GOADSBY PJ ET AL. Cost of healthcare for patients with migraine in five European countries: Results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *J Headache Pain* 2012, 13:361–378
57. MENNINI FS, GITTO L, MARTELLETTI P. Improving care through health economics analyses: Cost of illness and headache. *J Headache Pain* 2008, 9:199–206
58. DIKICI S, BALTACI D, ARSLAN G, ATAR G, ERCAN N, YILMAZ A ET AL. Headache frequency among the health care workers and the relationship working conditions. *Abant Medical Journal* 2013, 2:106–113
59. VITICCHI G, FALSETTI L, BURATTI L, PLUTINO A, PROVINCIALI L, SILVESTRINI M ET AL. O040. Migraineurs and self-consciousness of illness in a population of hospital workers. *J Headache Pain* 2015, 16(Suppl 1):A71
60. WANG SJ, FUH JL, YOUNG YH, LU SR, SHIA BC. Prevalence of migraine in Taipei, Taiwan: A population-based survey. *Cephalalgia* 2000, 20:566–572
61. SHIBATA Y, KUNIYASU R. Prevalence and knowledge of headaches among Japanese hospital workers. *Neurology Asia* 2015, 20:417–419
62. ONWUEKWE IO, ONYEKA T, AGUWA E, EZEALA-ADIKAIIBE B, EKENZE O, ONUORA E. Headache prevalence and its characterization amongst hospital workers in Enugu, South East Nigeria. *Head Face Med* 2014, 10:48
63. YALINAY DIKMEN P, YAVUZ BG, AYDINLAR EI. The relationship between migraine, depression, anxiety, stress, and sleep disturbances. *Acta Neurol Belg* 2015, 115:117–122
64. LEÓN-SARMIENTO FE, MARTÍNEZ M, GARCÍA I, PRADA LJ, GUTIÉRREZ CI, AVILA C ET AL. Migraine and MIDAS (MIDASELA) in Colombian hospital workers. *Rev Neurol* 2003, 36:412–417
65. LIN LY, WANG RH. Effectiveness of a neck stretching intervention on nurses' primary headaches. *Workplace Health Saf* 2015, 63:100–106
66. NATIONAL HEADACHE FOUNDATION. Headache sufferer's diet. Available at: <https://www.headaches.org/2012/01/13/headache-sufferers-diet/>

Corresponding author:

D. Alamanou, 10 Sifaka street, 111 43 Athens, Greece
e-mail: despina_alamanou@hotmail.com
