

Från Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle.
Sektionen för omvårdnad.
Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

YRSEL UR PATIENTENS PERSPEKTIV **en klinisk och epidemiologisk studie på** **personer med öronrelaterad yrsel**

Barbro Mendel



**Karolinska
Institutet**

Stockholm 2007

Alla tidigare publicerade artiklar är reproducerade med tillstånd av förläggaren.

Publicerad av Karolinska Institutet

© Barbro Mendel, 2007

ISBN 978-91-7357-368-9

ABSTRACT

The overall aim of this thesis was to characterize and improve assessment of self-rated health and quality of life in patients with peripheral vestibular disorder, with the ultimate goal of developing the care and rehabilitation of these patients. The aim of the first study was to investigate the prevalence of dizziness/balance disturbance and auditory symptoms, and relate this to self-rated general, psychosocial and mental health in a Swedish community sample (n=2547). The overall prevalence of dizziness was 21%, higher among women (27%) than men (14%). Significantly more women than men experienced dizziness as everything spinning. Of those with dizziness, 24 % of the men and 21% of the women simultaneously experienced loss of hearing and tinnitus. Unsteadiness was recorded in 44% of both men and women, but significantly more women experienced dizziness when they lay down. Both men and women with dizziness perceived significantly worse self-rated health than those without dizziness. In the explorative second study, ten patients were interviewed and asked to describe how dizziness affected their lives. Four areas of concern were identified, vulnerability, non-affirmation, daily living and the need for support. These areas constituted the basis for the choice of questionnaires in the third and fourth studies, where the aim was to evaluate self-rated quality of life and relate this to coping capacity (sense of coherence) and medical data. Ninety-nine patients answered five questionnaires concerning the presence and frequency of dizziness-specific symptoms (Vertigo Severity Scale), handicap (Vertigo Handicap Questionnaire), functional status (Sickness Impact Profile), emotional distress (Hospital Anxiety and Depression Scale) and sense of coherence (SOC Scale). The majority of patients reported the presence of all three characteristic symptoms of dizziness, experiencing that everything is spinning, being light-headed or giddy and feeling unsteady. The most common concurrent symptoms were headache, pressure in the ear and visual disturbance. The worst functional impairments occurred in the psychosocial area, such as a feeling of a restricting and demanding situation, which led to avoidance of a number of activities. Furthermore, 71 patients stated that they always had to stop whatever they were doing during an attack of dizziness. In comparison with a healthy reference group, patients' ratings of their functional status in all areas (physical and psycho-social dimension, work, sleep/rest, home management, recreation/pastimes and eating) were both significantly statistically worse as well as clinically worse, and similar to those of patients with other serious illnesses. Thirty-nine patients rated a tendency to anxiety and 18 a tendency to depression. Few significant relationships were found between quality of life and demographic data or disease-specific symptoms. The results showed that patients with a high sense of coherence rated statistically lower levels of handicap, emotional distress, impact on working capacity and psychosocial dysfunction than those with low SOC scores. This thesis shows that dizziness is a common symptom and is related to a negative influence on self-rated health and quality of life. There are indications, that patients with peripheral vestibular disorders, especially those with a lower sense of coherence, suffer severe consequences in terms of quality of life, independently of the disease symptom pattern. It is suggested that patients' perspectives on symptoms, functional and emotional status and sense of coherence should be assessed, in order to identify and evaluate the need for care and rehabilitation.

ORIGINALARTIKLAR

Denna avhandling baserar sig på fyra delarbeten, vilka refereras till med romerska siffror I-IV.

- I. **Mendel B, Bergenius J, Langius Eklöf A.**
Dizziness; prevalence and self-rated health in a community sample.
Submitted for publication

- II. **Mendel B, Lützen K, Bergenius J, Björvell H.**
Living with dizziness: an explorative study.
Journal of Advanced Nursing 1997 Dec.26 (6); 1134-1141

- III. **Mendel B, Bergenius J, Langius A.**
Dizziness symptom severity and impact on daily living as perceived by patients suffering from peripheral vestibular disorder.
Clinical Otolaryngology 1999 Aug 24 (4); 286-293

- IV. **Mendel B, Bergenius J, Langius A.**
The Sense of Coherence: A tool for evaluating patients with peripheral vestibular disorder.
Clinical Otolaryngology 2001 Feb 26 (1); 19-24

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	2
2.1	Epidemiologi	2
2.2	Balans	2
2.3	Vad är yrsel?	3
2.4	Olika orsaker till yrsel	4
2.5	Öronrelaterad yrsel	5
2.5.1	Diagnostik	5
2.5.2	Behandling	6
2.6	Konsekvenser av yrsel	6
3	TEORETISKA BEGREPP	8
3.1	Kronisk eller långvarig sjukdom/illabefinnande	8
3.2	Från handikapp till hälsa och livskvalitet	8
3.3	Patientens perspektiv	10
3.3.1	Självskattad hälsa – Self-rated health (SRH)	10
3.3.2	Upplevelse och hantering av illabefinnande - Illness Constellation Model	10
3.4	Salutogenetiskt perspektiv	11
3.5	Hälsa och livskvalitet ur ett omvårdnadsperspektiv	12
3.5.1	Teori som stöd för praktisk verksamhet	12
4	PROBLEMFÖRMULERING	14
5	SYFTE	15
6	MATERIAL OCH METOD	16
6.1	Design	16
6.2	Etiska aspekter	16
6.3	Deltagare	16
6.3.1	Delarbete I	16
6.3.2	Delarbete II	16

6.3.3	Delarbete III och IV	17
6.3.4	Referensgrupper	18
6.4	Frågeformulär	18
6.4.1	Delarbete I	18
6.4.2	Delarbete III och IV	19
6.5	Intervjuer	21
6.5.1	Delarbete II	21
6.6	Dataanalys	21
6.6.1	Kvalitativ bearbetning Delarbete II	21
6.6.2	Statistisk bearbetning av Delarbetena I, III och IV	21
7	RESULTAT	23
7.1	Delarbete I	23
7.2	Delarbete II	25
7.3	Delarbete III och IV	26
7.3.1	Yrselsymtom och övriga somatiska symtom	26
7.3.2	Konsekvenser av yrsel	26
7.3.3	Samband mellan variabler	29
8	DISKUSSION	32
8.1	Resultatdiskussion	32
8.2	Kliniska aspekter	34
8.3	Metodologiska aspekter	36
9	SLUTSATSER	37
10	TILLKÄNNAGIVANDEN	38
11	REFERENSER	39

FÖRKORTNINGAR

GQL	The Gothenburg quality of life instrument
HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICIDI	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
KASAM	Känsla av sammanhang
SIP	Sickness Impact Profile
SOC	Sense of Coherence
SRH	Self-rated Health
VHQ	Vertigo Handicap Questionnaire
VR	Vestibular rehabilitation
VSS	Vertigo Symptom Scale som innehåller Vertigo Severity Scale och Somatic Anxiety Scale
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Group

1 INLEDNING

Yrsel orsakas av funktionella störningar i det posturala systemet, det system som gör att vi kan hålla balansen. Symtomet yrsel är ofta svårbegripligt, patofysiologin som orsakar yrsel är för det mesta okänd och oftast kan man inte beskriva symtomen inom en diagnostisk ram utan i stället lokaliseringen av störningen. Allmänt accepterat är att särskilja yrsel som är öronrelaterad, perifer yrsel, från den som orsakas av felfunktioner inom det centrala nervsystemet, central yrsel.

Vid diagnostik och behandling av yrsel är sålunda en tvärmedicinsk ansats ofta nödvändig eftersom sjukdomar i flera organ måste övervägas. Trots den senaste tidens utvidgade möjligheter till diagnos och behandling av öronrelaterad yrsel måste yrsepatienten ofta acceptera en behandling som enbart riktar sig mot att underlätta symtomet men inte eliminerar dess orsak. Denna behandling är inte alltid tillräcklig och många av dessa patienter kan antas vara i behov av olika former av omvårdnadsinsatser. Det saknas studier avseende hälsa och livskvalitet utifrån denna patientgrupps eget perspektiv och den övergripande frågan i denna studie är:

Vilken kunskap och information behövs för att ge erforderlig god omvårdnad till patienter med öronrelaterad yrsel?

2 BAKGRUND

2.1 Epidemiologi

Undersökningar på representativa befolkningsgrupper har visat att symtomet yrsel är vanligt förekommande. I Göteborg visade Tibblins studie som utfördes under åren 1971-1982 [1] att 20-30 % av kvinnorna och 3-14 % av männen i vuxen ålder upp till 65 år anger att de har yrsel. Jönsson och medarbetare [2] fann att prevalensen hos 70 åringar var 36 % hos kvinnorna och 29 % hos männen och att vid 90 års ålder hade prevalensen ökat till 51 respektive 45 %.

Yardley [3] fann liknande prevalens i London, 16 till 35 %, och även en ökning med stigande ålder. Studien visade att nästan var femte person i åldern 18-64 år upplevt yrsel den senaste månaden [4]. Nästan hälften av dessa angav någon form av handikapp på grund av yrseln och trettio procent hade upplevt yrsel mer än fem år. Endast en fjärdedel hade erhållit någon form av behandling. Nästan hälften av dessa personer angav ångest och/eller ett undvikande beteende.

Baloh anger att yrsel är den vanligast förekommande orsaken till att patienter över 74 år söker primärvården och påtalar att i majoriteten av fallen finns en identifierbar orsak [5, 6].

2.2 Balans

Posturala eller sammanställande systemet ombesörjer upprättstående och balansering av kroppen. (Figur 1). För att åstadkomma detta behöver systemet tre typer av information, visuell (synen) somatosensorisk (djup och ytlig känsel) och vestibulär (balansorganet). Synen ger information om kroppens läge och rörelser i förhållande till omgivningen.

Även avstånd och rörelsehastighet i omgivningen registreras.

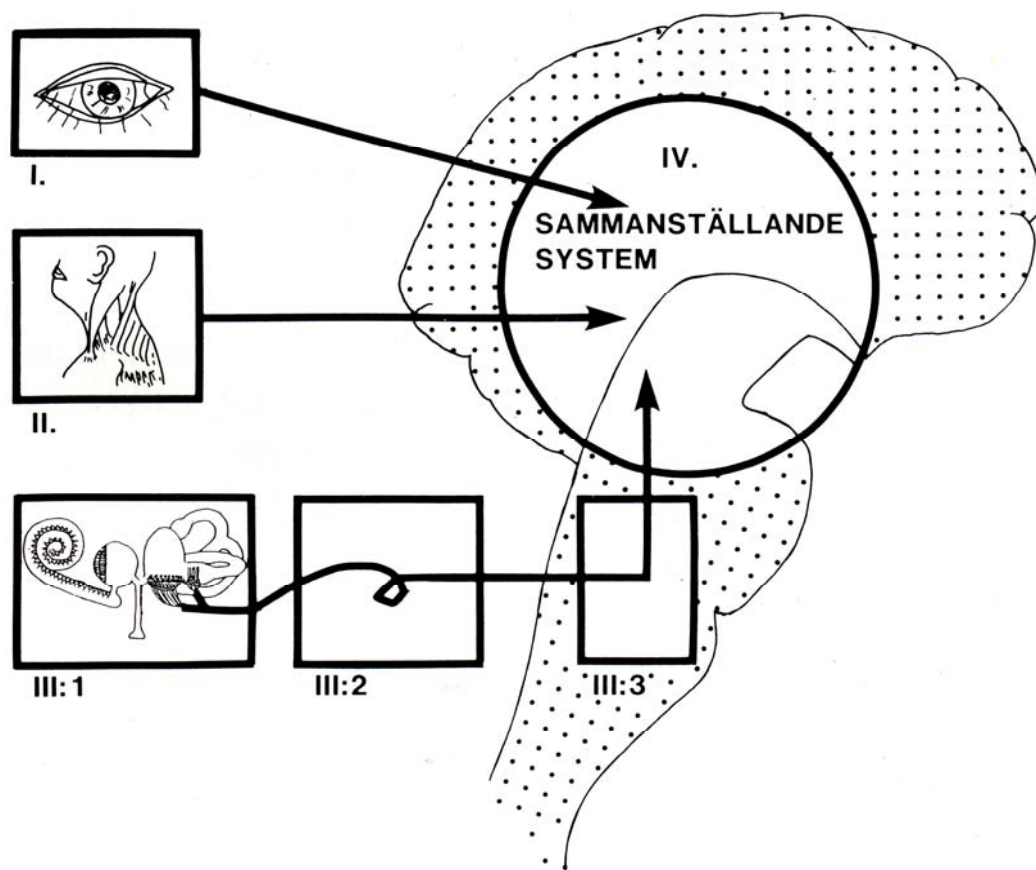
Känselfkropparna i huden registrerar tryck mot kroppen och känselkropparna i muskler och sensor registrerar inverkan av tyngdkraft.

Balansorganets hinnsäckar (Figur 2) sänder ständig information om huvudets läge och bågångarna ger tillsammans med hinnsäckarna information om rörelser i de tre planen t.ex. när vi åker hiss, böjer oss framåt, bakåt eller vänder oss om.

Dessa tre sensoriska system bildar den s.k. jämviktstriaden och förmedlar information om såväl aktiva som passiva rörelser vilka sedan samordnas i det posturala systemet.

Den centrala bearbetningen ger en fullständig bild av kroppens läge och rörelser i förhållande till omgivningen och denna bild jämförs kontinuerligt med den posturala minnesbank (procedurminnet) i vilken vi sedan födelsen lagrat våra erfarenheter om rörelser och balans. Normalt sker detta omedvetet t.ex. har man en gång lärt sig cykla så går det sedan automatiskt. Vid nya, ovanliga eller oväntade krav på balans förs processen upp till en mer medveten nivå.

Sjukdomar som ger störningar i inkommande signaler eller i bearbetningen av signalerna ger yrsel [7].

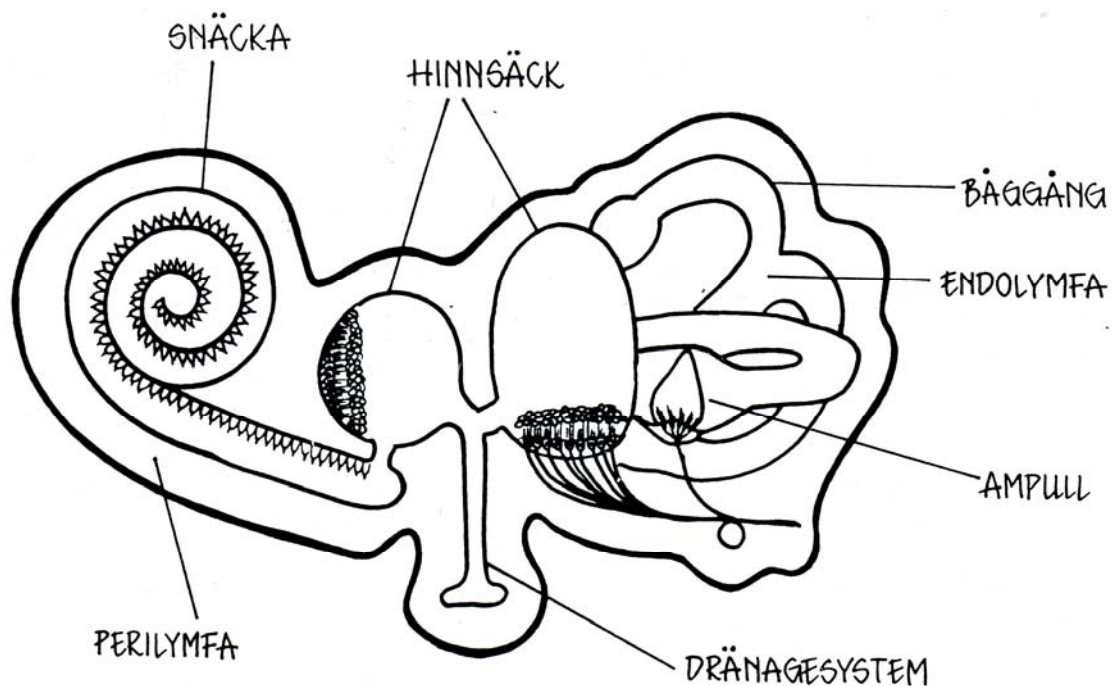


Figur 1: Balanssystemet. (Illustration från ”Varför blir man yr?” av N-G Henriksson).
 I – Syn, II – Känsl, III – Örats balansorgan

2.3 Vad är yrsel?

Yrsel (eng. dizziness) är en subjektiv upplevelse, som inte går att objektivt mäta eller verifiera. Det är alltså endast personen själv som kan avgöra om yrsel föreligger eller inte. Själva ordet yrsel kan ses som ett övergripande begrepp för en störd kroppslig jämvikt och behöver inte vara ett tecken på sjukdom. Att titta ner från ett högt torn eller åka karusell ger upphov till fysiologisk yrsel och dit räknas också åksjuka eller rörelsesjuka som uppkommer vid resa med bil eller båt [8].

I kliniska sammanhang används ordet yrsel för att beskriva upplevelsen av påverkan på balanssystemet. Patienterna kan beskriva detta som att de själva eller omgivningen snurrar eller rör sig (vertigo), en känsla av vimmelkantighet, matthet, ostadighet, att få svindel, tappa balansen, att känna sig som att gå på moln eller att omgivningen lutar [9]. Yrsel upplevs på olika sätt beroende på omfattningen av eventuella skador eller störningar och på lokaliseringen av dessa. Skador i det visuella systemet ger inte samma balanspåverkan som skador i det somatosensoriska eller vestibulära. Den kliniska bilden ser också annorlunda ut om centrala integrationsmekanismer skadats än om perifera receptorer engagerats. Patienten beskriver dock sina besvär i båda dessa fall som yrsel. Olika mönster i den kliniska bilden t.ex. närvaron eller frånvaron av andra symtom gör det ofta möjligt att misstänka olika orsaker till patientens yrsel [10].



Figur 2: Schematisk teckning av innerörat

2.4 Olika orsaker till yrsel

Yrsel kan delas in i tre huvudgrupper: perifer (otogen/öronrelaterad) yrsel d.v.s. orsakad av en störning i strukturer omfattande innerörat eller balansnerven fram till dess inträde i hjärnstammen, central yrsel d.v.s. orsaken lokaliserad till strukturer i centrala nervsystemet och psykiskt betingad yrsel d.v.s. där man inte finner någon somatisk orsak till yrseln. Dessutom finns flera mindre grupper: cervikal, funktionell och visuell yrsel.

Från en klinik vars verksamhet är fokuserad på yrselsjukdomar beskriver Bath att den vanligaste formen är perifer-öronrelaterad yrsel. Upp till 65 % av patienterna som söker för yrsel har en skada som är lokaliserad till balansorganet i innerörat (Figur 2) eller till nerven som leder signaler till hjärnstammen. Cirka 8 % av patienterna har en central yrsel med en störning som antingen är primär i centrala nervsystemet eller sekundär beroende på otillräcklig blodcirkulation t.ex. lågt blodtryck eller arytmier. Ungefär 5 % av patienterna har både perifer skada och central störning. Den vanligaste psykiska orsaken till yrsel, som uppskattas till ungefär 10 %, är paniksyndrom vilket kännetecknas av kroppsliga symtom såsom hjärtklappning, andnöd och svimningskänsla ofta i förening med en känsla av panik [10].

En inte så väl definierbar yrsel kallas presbyastasis eller åldersrelaterad yrsel vilken ofta innehåller komponenter från såväl perifer som central och psykiskt betingad yrsel. Baloh [5] påtalar att dessa patienter inte alltid erbjuds samma möjlighet till utredning och behandling som yngre patienter och betonar att majoriteten av äldre patienter som söker för yrselbesvär oftast har en identifierbar orsak och inte enbart är yra på grund av hög ålder. Drachman [11] och Salles [12] påtalar också risken med att yrsel hos äldre patienter bedöms som ett "geriatriskt syndrom" och därmed undervärderas möjligheten till gynnsam behandling.

I denna avhandlings första delstudie (I) ingår patienter med yrsel utan säkerställd diagnos. I delstudie II, III och IV ingår enbart patienter med öronrelaterad yrsel.

2.5 Öronrelaterad yrsel

Den mest kända öronrelaterade yrseldiagnosen är Menieres sjukdom vilken troligen orsakas av en ökad ansamling av vätska, endolymfa, i innerörat [13]. Dessa patienter får korta eller upp till flera timmar långa attacker av karusellyrsel i kombination med kräkningar, hörselnedsättning, öronsus och fyllnadskänsla i ena örat. Ofta föregås anfällen av någon eller några dagar med öronsus, lockkänsla och nedsatt hörsel på det sjuka örat. När anfallet släpper försvinner symtomen i omvänd ordning. Om sjukdomen är i ett aktivt skede kan anfällen komma flera gånger i veckan och då hinner inte hörseln återhämta sig mellan attackerna. Söderman fann att stress kan vara en utlösande faktor till attackerna [14]. Hos en mindre del (5-10 %) förekommer plötslig balansförlust varvid vederbörande faller handlöst s.k. droppattacker [15] I senare skede av sjukdomen är funktionen i hörselsnäckan och balansorganet varaktigt nedsatt och yrselattackerna blir i regel med tiden färre och mindre besvärliga. Havia och Kentala fann dock i sin studie att 75 % av patienter som haft Menieres sjukdom i mer än 20 år uppgav att attackerna fortfarande var svåra. Trettiosex procent hade fortfarande attacker en till fyra gånger i veckan [16].

En initialt intensiv karusellyrsel, sedan under flera dygn långsamt avtagande yrsel förenad med illamående och kräkningar men utan hörselpåverkan antyder en blockering av ena sidans balansnerv [17]. Eftersom signalerna från andra sidans balansorgan fortsätter som tidigare uppfattar hjärnan det som en rotation av huvudet och denna konfliktkänsla i hjärnan ger yrsel och illamående. Orsaken är okänd. En teori är att det är en virusinfektion och tillståndet brukar benämnas vestibularisneurit. Karusellyrseln brukar försvinna inom en vecka men viss ostadighet kan bestå några månader. Balansbesvären försvinner helt hos 40 % men hos resten kan ostadighet förekomma vid trötthet, stress och förkylning. Kvarstående symtom förekommer oftare hos äldre patienter [18].

En initialt intensiv, långsamt under veckor minskande yrsel med hörselsymtom antyder en störning omfattande både örats balans- och hörseldel (laesio auris interna)[8].

En yrselupplevelse som uppkommer när en person lägger sig ned, ändrar läge i sängen eller sätter sig upp och bockar huvudet bakåt eller framåt, tyder på att kalciumkarbonatkristaller av oklar anledning lösgjorts i någon av hinnsäckarna och förflyttats in i någon båggång. På sin ordinarie plats skall kristallerna känna av lägeändringar men i båggångarna framkallar de i stället karusellyrsel vid lägeändringar. Yrseln som oftast varar mindre än 30 sekunder uppkommer vanligen på morgonen eller kvällen när patienten reser sig eller lägger sig. Denna yrselsjukdom kallas godartad lägeyrsel, är den vanligaste formen av öronrelaterad yrsel och är vanligast hos kvinnor [19].

2.5.1 Diagnostik

Derebery [20] och Bowen [21] anser att sjukhistorien, dvs. patientens egen beskrivning av sina besvär är mycket viktig och tillsammans med den kliniska undersökningen utgör 80 % av underlaget för rätt diagnos. Därutöver behövs vissa undersökningar som komplettering.

En störning i balanssystemet kan visa sig i form av ofrivilliga ögonrörelser (nystagmus). Yrseln åtföljs ofta av symtom som vid rörelsesjuka dvs. ökad salivavsöndring,

illamående, kräkningar och trötthet. Ett audiogram visar ofta även nedsatt hörsel. För att utesluta att störningen kommer från centrala nervsystemet testas även övriga kranialnervver. Samtliga undersökningar sammanställs med anamnesen och om inga centralnervösa symtom förekommer (t.ex. känselrubbningar, motoriska rubbningar, dubbelseende etc.) misstänker man en öronrelaterad skada.

För att kunna säkerställa diagnosen och kvantifiera graden av funktionsinskränkning krävs en noggrann klinisk undersökning och speciell vestibularisutredning. I den senare ingår bl.a. kaloriska provet som testar bågångarnas funktioner och med senare utvecklade metoder kan även hinnsäckarnas, utriculus och sacculus funktionella status bedömas [22-24] Efter en väl genomförd vestibularisutredning kan man ofta med tillfredsställande säkerhet ge patienten besked om orsaken till yrselbesvären[25].

2.5.2 Behandling

Behandlingen av öronrelaterad yrsel kan delas in i tre kategorier: specifik, symtomatisk och rehabiliterande [26, 27].

Behandling vid Menieres sjukdom baseras på en teori att kunna reducera mängden endolymfa i det misstänkt sjuka balansorganet. I första hand prövas saltfri kost och diuretika. Om detta inte ger önskad effekt kan dränerande kirurgi bli aktuell. Om sjukdomen är i ett stadium där hörselnedsättningen blivit permanent kan gentamicininstillationer i mellanörat ges för att helt inaktivera balansorganets celler. Destruktion av hela innerörat kan övervägas om behandlingen med gentamicin inte har effekt [28-30].

Behandlingen vid vestibularisneurit är endast symtomatisk eftersom orsaken är okänd. Patienter med mycket omfattande kräkningar behandlas med parenteral vätsketillförsel och antiemetika under det akuta stadiet. Efter detta är det angeläget att vara fri från läkemedel så att hjärnan kan få full nytta av den viktiga rehabiliterande kompensträningen [8].

Vid lägeyrsel kan man idag med manipulationsbehandling (Semonts eller Epleys manöver), vilken innebär att patienterna hänger med huvudet bakåt i olika positioner, förflytta de störande kristallerna bort från bågångarna till ett mindre känsligt område och därigenom uppnå en total symtomlindring [19, 31].

Vid många yrseltillstånd finns ingen specifik riktad behandling varför endast kompensträning och symtomatisk behandling kan komma ifråga t.ex. antiemetika mot illamåendet och kräkningarna eller anxiolytika som riktar sig mot oron. Dessa medel rekommenderas inte för långtidsbruk på grund av biverkningar i form av trötthet och de har också en negativ inverkan på kompensträning inom det posturala systemet. Kompensträningen kan förbättras genom olika balansövningar (postural träning) där kroppen tränas att acceptera den nytillkomna störningen.

Detta kan åstadkommas med att träna de två andra sinnen som ingår i jämviktstriaden nämligen synen och djup och yttlig känseln [32].

2.6 Konsekvenser av yrsel

En patient med intermittenta yrselbesvär kanske är helt besvärsfri den dag som den kliniska undersökningen utförs eftersom balanssystemets funktion mellan

symtomperioder kan vara helt normal vilket kan bidra till en misstanke om ett psykologiskt inslag i sjukdomen.

Patienterna visar dessutom ofta tecken på oro och ångest och ett flertal studier visar på möjliga psykosomatiska och somatopsykiska mekanismer bakom detta. Ger psykiska besvär yrsel? Orsakar yrsel psykiska besvär? Ofta saknas enkla samband och det är svårt att avgöra vad som är primärt respektive sekundärt i sjukdomsbilden [33-38].

Hägnebo påtalar [39] också behovet av att ta hänsyn till individuella faktorer vid behandlingen av patienter med Menieres sjukdom för att minimera rädsla och osäkerhet och för att öka patienternas anpassningsförmåga till sjukdomen. Studien visade också att patienter med psykogen yrsel skattade de största inskränkningarna och resultatet som helhet visar på en undervärdering av patienternas status och behov [40]. Honrubia och medarbetare [41] lät patienter med olika typer av yrsel bedöma omfattningen av yrselns frekvens, svårighetsgrad och påverkan på livskvaliteten. Den undersökande läkaren fick också göra motsvarande bedömning och oberoende av orsak till yrseln skattade patienterna större inskränkningar än vad läkaren hade förväntat sig.

Yardley [42-44] har efter intervjuer med yrsepatienter utarbetat ett frågeformulär som belyser symptomatologin och särskiljer symptom orsakade av yrsel respektive somatisk ångest. Hon har även bedömt patienternas yrselsymtom, handikapp och ångest över tid och har funnit att patienter som upplevde sina symptom som svåra hamnade i en ond cirkel som förstärker yrselsymtomen.

Enloe [45] och Fielder [46] med medarbetare har använt två frågeformulär, Dizziness Handicap Inventory och Short Form-36, för att bedöma yrsepatienters hälsostatus och har funnit mer funktionsinskränkningar än hos friska individer. Fielder [46] efterfrågar dock en vidareutveckling av instrument som är känsliga för förändringar över tid både vad gäller sjukdomsförloppet och livskvaliteten.

Grimby och Rosenhall [47] fann att yrsel hade negativ effekt på livskvaliteten mätt med Nottingham Health Profile hos äldre personer (≥ 76 år). De fann vidare att de män (23 %) som uppgav yrselbesvär skattade sämre livskvalitet än kvinnor (34 %) med motsvarande besvär.

3 TEORETISKA BEGREPP

3.1 Kronisk eller långvarig sjukdom/illabefinnande

Sjukdomspanoramata förändrades under 1900-talet och idag är de kroniska eller långvariga sjukdomarna hotet mot människors hälsa. Utmärkande för dessa sjukdomar är att de är osäkra beträffande prognos och behandling. Sjukdomsförloppet är dessutom svårt att förutsäga, ofta avlöses svåra perioder av lugnare perioder. Kroniska sjukdomar ger ofta betydande funktionsinskränkningar som inte bara orsakar fysiskt lidande utan även oro och ångest. Långvarig sjuklighet ökar dessutom mottaglighet för andra sjukdomar. Hela livssituationen förändras eftersom sjukdomen och dess behandling ofta kräver genomgripande förändringar av hela levnadssättet [48].

Ovanstående beskrivning stämmer väl in på patienter med långvariga besvär av yrsel även om en diagnos som bekräftar en kronisk sjukdom inte alltid är möjlig att ställa. Lubkin[49] har studerat olika definitioner på kronisk eller långvarig sjukdom från 1957 och framåt. Hon anser inte att någon definition är tillräckligt omfattande och flexibel utan bidrager själv med följande förslag som hon anser också har ett omvårdnadsperspektiv:

Kronisk sjukdom är den oåterkalleliga närvaron av ökande eller latent sjukdomstillstånd eller funktionshinder som involverar hela individens livsvillkor och som kräver stödjande vård och egenvård för upprätthållande av funktion samt förebyggande av ytterligare invaliditet ([49] s 8 förf. översättning).

Bowling [50] fann i en omfattande undersökning att de mest betydelsefulla självskattade inskränkningarna hos personer med långvariga/kroniska sjukdomstillstånd var att de inte kunde röra sig fritt, gå ut och handla, inskränkningar i socialt liv och fritidsaktiviteter och att inte ha förmåga eller möjlighet att arbeta. Detta kan leda till social isolering och upplevas som stigmatiserande. Patienten med kronisk eller långvarig sjukdom behöver följaktligen vård och behandling från olika instanser för rehabilitering och är därför en kostsam patient.

Hansson Scherman [51] betonar att många kroniska sjukdomar är periodiska till sin karaktär. De uppfattas inte alltid som "riktiga sjukdomar" och deras bärare betraktas med misstänksamhet beroende på den dikotoma synen på sjukdom. Vissa av de kroniska sjukdomarnas karakteristika stämmer inte med den utbredda uppfattningen att man antingen är frisk eller sjuk. Sjukdomen är inte heller synlig kliniskt sett och kan vara svår att ta på allvar såväl av den som är sjuk som av andra med eller utan medicinsk skolning. Sjukdomens oförutsägbarhet får inte bara betydelse för sjukdomsuppfattningen utan också för förmågan att förändra levnadssättet. Detta stämmer väl överens med yrselsymtomets oförutsägbarhet.

3.2 Från handikapp till hälsa och livskvalitet

International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) från 1980 [52] ersattes år 2001 av WHO:s nya klassifikation av hälsorelaterad

funktionsförmåga och dess begränsningar nämligen International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [WHO, 2001 #281. Dess svenska översättning är Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa [53]. Begreppet handikapp har ersatts med hälsa och detta motiveras med att handikapp är en klassificering av situationer och inte av individer. ICF utgår från positiva termer såsom funktioner, struktur, aktivitet och delaktighet i stället för de gamla negativa funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning. Som en följd av det ändrade sjukdomsmönstret har även synen på hälsobegreppet skiftat från fokusering på frånvaro av sjukdom mot fokusering på livskvalitet ur ett holistiskt perspektiv vilket är definierat av WHO s livskvalitetsgrupp som:

”Livskvalitet innefattar individens uppfattning om sin plats i tillvaron i den kultur och det värdesammanhang som han/hon lever i och i relation till personliga mål, förväntningar, normer och intressen. Det är ett vitt begrepp som påverkas av individens fysiska hälsa och psykologiska tillstånd, nivå av oberoende, sociala förhållanden och relationer till påtagliga händelser i levnadsmiljön”
(WHOQOL, 1995 s 1405 förf. översättning)

Denna definition framhäver att livskvalitet är subjektivt inkluderande såväl positiva som negativa aspekter i livet. Som en följd av den multidimensionella strukturen är definitionen organiserad i sex domäner: *fysisk domän, psykologisk domän, grad av självbestämmande, sociala relationer, omgivning och miljö och andlighet, religion och personlig tro.*

Sjukdom har olika innebörd för den som är sjuk och lever med sin sjukdom, inifrånperspektivet (illness), och för den som ser sjukdomen i ett kliniskt eller vetenskapligt sammanhang, utifrånperspektivet (disease)[54]. Samma indelning gör Nordenfelt [55] men kallar det perspektiv som utgår från hela människan i ett sociokulturellt sammanhang för det holistiska perspektivet och det som utgår från vetenskapen för det analytiska eller biologiskt-statiska. Han påtalar vidare att de två perspektiven inte utesluter varandra. Han menar att för att ha en rimlig förståelse av dimensionen hälsa-ohälsa krävs att man utgår från båda perspektiven.

I Nordenfelts fokusering mot det holistiska perspektivet beskrivs människan som en aktiv varelse och hälsa och sjukdom som fenomen som påverkar hans/hennes handlingsförmåga i socialt kontext. Två förhållanden betonas: för det första, en känsla av välbefinnande (hälsa) och en känsla av lidande (ohälsa); för det andra, förmåga eller oförmåga till handling. En person är enligt Nordenfelt vid hälsa om han/hon under standardomständigheter kan uppnå sina vitala mål. Med ett vitalt mål menas ett önskemål som kan vara mycket individuellt men som är av vital betydelse för individen. Han menar vidare att hälsa bidrar till lycka genom att vara en förutsättning för att kunna förverkliga det som är viktigast i livet. Följaktligen kan en person med en diagnostiserad sjukdom uppleva hälsa om möjlighet finns att under standardomständigheter realisera de vitala målen. En person har ohälsa, endast om skadan, sjukdomen eller funktionsinskränkning gör människan oförmögen att förverkliga sina mål [56, 57].

3.3 Patientens perspektiv

Vårdtiden för patienter blir idag allt kortare och tiden för möten och samtal med vårdpersonalen följaktligen begränsad. Det är därför extra viktigt att under en begränsad tid kunna tillgodose patientens behov av information och kommunikation kring de aspekter som patienten bedömer som värdefulla [58]. Ett flertal studier har visat på låg samstämmighet mellan vad patienterna respektive vårdpersonalen anser vara viktigt att få hjälp med i sjukvården [59]. Florin [60] fann att sjuksköterskorna endast identifierat hälften av de problem som patienten själv angivit och detta gällde även svårighetsgrad och betydelse och Velikova [61] fann låg överensstämmelse mellan patientens rapporterade symtom och de som dokumenterats i journalen. Detta visar på ett behov av tillförlitliga metoder för att identifiera problem så att patienter kan få den hjälp de har rätt till och behov av.

3.3.1 Självsattad hälsa – Self-rated health (SRH)

Att ställa en fråga där människor uppmanas att skatta sin hälsa har länge använts i populationsstudier. Det skedde dock en kraftig ökning efter att Mossey och Shapiro 1982 [62] fann att självskattad hälsa var en stark prediktor för mortalitet. Efter detta har ett stort antal studier visat att SRH inte endast predicerar mortalitet utan även predicerar sjuklighet, bräcklighet och behov av vård och omvårdnadsinsatser [63, 64]. Det har blivit uppenbart att värdet är stort av att be människor själva skatta sin hälsa. De flesta studier använder antingen den globala frågan: Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd? eller frågan: Hur tycker Du Ditt allmänna hälsotillstånd är i jämförelse med andra i Din egen ålder? Mycket få studier innehåller båda frågorna.

Undén och Elofsson [65] fann i sin studie genom analyser att det fanns en stark koppling mellan ett antal prediktorer och skattningar på självskattad hälsa. De starkaste sambanden var med fysisk och mental funktionsförmåga och något svagare samband med psykosociala och sociodemografiska faktorer och livsstil. Flera studier har visat att SRH förändras med stigande ålder [66, 67]. Skattningen av den globala frågan visar en sämre skattning med stigande ålder medan den jämförande frågan visar stabil eller lätt ökad skattning. Förklaringen till detta kan dock enligt författarna vara att studierna är små och att bortfallet består av personer med låg självskattad hälsa. Studier som fokuserat på skillnader mellan könen visar att kvinnor skattar sämre hälsa än män men att denna skillnad minskar eller försvinner med stigande ålder [68].

I studier om diagnos och behandling av patienter med yrsel påtalas ofta att yrsel är ett symtom som är svårt att bedöma eftersom det är en upplevelse som är subjektiv och inte kan mätas objektivt [69] [20, 70]. Dessutom visar studier en diskrepans mellan objektiva mätningar av balansförmågan (posturografi) och patienternas beskrivningar av hur de upplever sin balanspåverkan [42, 71]. Detta understryker värdet av att låta patienten med yrsel själv få skatta sin hälsa och att detta dokumenteras.

3.3.2 Upplevelse och hantering av illabefinnande - Illness Constellation Model

Upplevelse och hantering av sjukdom och illabefinnande ur den sjukes perspektiv beskrivs i Illness Constellation Model [72], som fokuserar på hur individen vid sjukdom uppnår välbefinnande i ett socialt sammanhang. Modellen har utvecklats utifrån fem olika studier som visade på stora likheter i sättet att uppleva och hantera sjukdom och

illabefinnande. Modellen har en generaliserande karaktär, då den inte är bunden till någon specifik diagnos. Erfarenheterna av att vara sjuk beskrivs som en process i fyra stadier som inte bara påverkar den som är sjuk utan även den närmaste omgivningen. Dessa stadier beskriver upplevelsen av sjukdomens följder och kännetecknas av: *osäkerhet, sönderfall, strävan att återvinna sig själv*, och *att återvinna välbefinnande*. Stadiet av *osäkerhet* inträder när misstanken uppkommer att någonting inte står rätt till. Den sjuke lägger märke till symtom och börjar tvivla på att de är normala. Han/hon försöker upprätta gränser för vad som är normalt genom egna men även genom andras erfarenheter. Till slut blir dock osäkerheten så stor att stadiet av *sönderfall* infinner sig och insikten om behov av medicinsk hjälp inträder. Detta innebär en kris. Kontrollen överläts till andra, sjukvårdspersonal och familjemedlemmar. Den sjuke upplever en känsla av överklighet och först när den känslan börjar släppa och sjukdomen får en innebörd har det stadium nåtts då man *strävar efter att återvinna sig själv*. Man börjar hävda sig och önskan att återfå kontrollen och bevara jaget är det viktigaste. Omgivningen stöder och uppmuntrar och självkänslan återerövrats genom eget ansvarstagande och genom att förlorade funktioner kan återupprättas. Genom att sätta upp mål och lyckas uppnå dem upplevs känslan av kontroll och hoppet om tillfrisknande. Först när man återfått kontrollen över sig själv inträder stadiet att *återvinna välbefinnande*. Först nu har individen anpassat sig till en förändrad funktionsnivå och/eller de gränser som sjukdomen sätter [72].

3.4 Salutogenetiskt perspektiv

Antonovsky [73] går ett steg vidare och ställer frågan varför en del människor trots mycket stora påfrestningar ändå förblir friska dvs. det salutogenetiska perspektivet. Detta perspektiv fokuserar på hälsans ursprung där hälsa ses som en resurs för individen och poängterar betydelse av subjektiva värderingar [74]. Det salutogenetiska perspektivet ser inte hälsa och sjukdom som två helt åtskilda väsen utan som två poler på ett kontinuum. Han anser att vi rör oss kontinuerligt mellan dessa poler hälsa (ease) och ohälsa (disease) under hela vår levnad och menar att vi alltid har någon form av hälsa även vid mycket svår sjukdom. En individs sociala, historiska och kulturella miljö, de generella motståndsresurser (t.ex. materiel standard, kunskap, identitet, socialt stöd, religion m.fl.) som finns tillgängliga och förståelsen av genomgångna livserfarenheter bygger tillsammans upp känslan av sammanhang (KASAM) som är den faktor som avgör var på kontinuumet en individ befinner sig.

Antonovsky analyserade data från djupintervjuer med personer där frågan var hur de såg på sina liv. Personerna var sinsemellan mycket olika men hade två saker gemensamt: de hade upplevt ett svårt trauma och ansågs ha klarat av det anmärkningsvärt bra. Hos dem som bedömdes ha en hög KASAM framträdde tre teman, *begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet*, som anses vara de tre centrala komponenterna.

Begriplighet är den kognitiva komponenten. En människa med hög känsla av begriplighet förväntar sig att de stimuli som hon kommer att möta i framtiden är förutsägbara och om dessa kommer som överraskningar går de att ordna och förklara. Livets skeenden upplevs som erfarenheter som man kan handskas med och utmaningar som man kan möta.

Hanterbarhet är beteendekomponenten. Den kan formellt definieras som de resurser, som man upplever finns till förfogande för att möta de krav man ställs inför. Har man en

hög känsla av hanterbarhet känner man sig inte som ett offer för omständigheter – olyckliga saker händer och när så sker reder man ut dem.

Meningsfullhet är den motiverande komponenten. Personer med hög KASAM ser områden i livet som viktiga och värda att engagera sig i. Utmaningar välkomnas och ses inte som bördor utan har betydelse såväl känslomässigt som kognitivt.

Meningsfullheten anses som den mest centrala komponenten eftersom den ger motivation till att söka lösningar på stressfulla situationer. Samtidigt anser Antonovsky att begriplighet är en förutsättning för både meningsfullhet och hanterbarhet.

Definitionen av känsla av sammanhang är enligt Antonovsky [73]:

”Känslan av sammanhang (KASAM) är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit och att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investeringar och engagemang” (Antonovsky, 1991, s41)

KASAM utvecklas under barndoms- och ungdomsåren till att vara ett stabilt karaktärsdrag som i vuxen ålder endast visar mindre förändringar vid speciellt stressfulla livshändelser. En hög KASAM anses vara grunden för lyckad bearbetning (coping) av ett stressutlöst spänningstillstånd som i vissa sammanhang t.o.m. anses kunna vara hälsobefrämjande och inte enbart sjukdomsframkallande. Själva begreppet KASAM värderar inte specifika strategier för stresshantering (coping) utan anses spegla en individs förutsättningar att bemästra situationer som upplevs svåra. Kunskap om varför vissa människor kan påverka sin hälsa i positiv riktning medan andra saknar denna förmåga, skulle kunna bidra till en bättre beredskap i olika omvårdnadssammanhang. Antonovsky betonar också att sjuksköterskor är en professionell yrkesgrupp som han ser som lämpliga användare av det frågeformulär som arbetats fram för att mäta begreppet KASAM. Detta skulle öka möjligheten till att ge en bättre omvårdnad som är anpassad till varje patients individuella behov och förmåga.

3.5 Hälsa och livskvalitet ur ett omvårdnadsperspektiv

3.5.1 Teori som stöd för praktisk verksamhet

King [75, 76] definierar hälsa och livskvalitet som ett dynamiskt tillstånd hos en individ i vilket förändring är en konstant och oavbruten process. Detta tillstånd medför en ständig anpassning till stress och ett behov av optimalt användande av resurser för att uppnå ett fullvärdigt leverne. Hälsolivån hänger samman med harmoni och balans i individens omgivning [77].

Hennes syn på omvårdnad är inriktad på holism, dvs. en total människa som interagerar med en annan total människa i en specifik situation. Sjuksköterskan är ansvarig för att inleda en relation till patienten men i omvårdnaden är processen ömsesidig målsättning. Den kritiska oberoende variabeln och resultatet definieras som de mål som skall uppnås.

Kings omvårdnadsteori består av *en begreppsram, personliga, mellanmännsliga och sociala system och måluppfyllelse.*

King fann efter genomgång av litteratur att följande begrepp hade relevans för omvårdnaden och dess praktiska verksamhet: *auktoritet, beslutsfattande, interaktion, kommunikation, kroppsuppfattning, makt, organisation, perception, revir, roll, själv, status, stress, tid, tillväxt och utveckling och transaktion.*

Hon anser vidare att hälsobetingade företeelser i samband med omvårdnad kan sammanföras i tre dynamiskt samverkande system:

Det personliga systemet som omfattar hur människan ser på sig själv t.ex. självuppfattning om sina egenskaper, kroppsupplevelse, psykisk mognad, integritet och perception.

Det mellanmännsliga systemet som omfattar upplevelse av varandra och situationen, handling och samspel mellan människor dvs. förutsättningar för uppnåelse av det gemensamma målet.

Det sociala systemet som omfattar patientens totala omgivning, på sjukhuset eller i hemmet. En sjuksköterska som arbetar med individer eller grupper inom det sociala systemet måste vara uppmärksam på systemets påverkan och eventuella brister och ta hänsyn till detta när mål och omvårdnadsprogram planeras.

I måluppfyllelsen är det mellanmännsliga systemet i fokus. Det är vad sjuksköterskan gör med och för patienten som är avgörande för måluppfyllelsen och som utgör skillnaden mellan omvårdnad och andra professioner. De olika begreppen är alla aktuella vid interaktioner mellan människor och följaktligen tillämpbara inom vilket som helst av de tre samverkande systemen. King fäster också stor vikt vid att patienten är delaktig i omvårdnadsprocessens alla faser (Goal-Oriented Nursing Record). Sjuksköterskans uppgift är att hjälpa patienten att möta sina mänskliga behov och klara av det dagliga livets aktiviteter så att hon/han uppnår hälsa eller anpassar sig till ohälsa [77].

4 PROBLEMFÖRMULERING

Yrsel och balansbesvär är svåra att mäta och värdet av en omfattande anamnes och statusbedömning är en förutsättning för att ställa rätt diagnos och ge adekvat vård och behandling. Hälsa och livskvalitet är omfattande begrepp som varit föremål för många olika definitioner. Begreppet handikapp har ersatts med begreppet hälsa. Värdet av att låta patienten själv skatta sin hälsa och patientens egen värdering av livskvalitet och måluppfyllelse är central. Det saknas dock studier där patienterna själva fått skatta sin hälsa, sina yrselbesvär, sina såväl sjukdomsspecifika som generella funktionsinskränkningar, sin oro och ångest och sin förmåga att hantera sin livssituation. Förmågan till hälsa ses som en resurs och kunskapen om varför vissa människor kan påverka sin hälsa i positiv riktning kan förhoppningsvis bidra till förbättrad vård och stöd till egenvård i olika omvårdnadssammanhang.

5 SYFTE

Det övergripande syftet med denna avhandling är att karaktärisera och möjliggöra bedömning av självskattad hälsa och livskvalitet hos patienter med yrsel för att kunna erbjuda god omvårdnad och rehabilitering.

De specifika frågeställningarna är:

Hur ser förekomsten av yrsel ut i en befolkningsgrupp?

Är förekomst av yrsel relaterat till självskattad hälsa?

Hur beskriver patienter med öronrelaterad yrsel sin tillvaro?

Hur upplever patienter med öronrelaterad yrsel symtom, handikapp, emotionellt välbefinnande och fysisk, psykisk och social funktionsförmåga?

Påverkar demografiska data, sjukdomskaraktäristiska och känsla av sammanhang upplevelsen av fysisk, psykisk och social funktionsförmåga?

Hur förhåller sig patienternas skattning av känsla av sammanhang och funktionsförmåga i jämförelse med en frisk population och andra patientgrupper?

6 MATERIAL OCH METOD

6.1 Design

Denna avhandling baseras på fyra delarbeten.

Delarbete I är av epidemiologisk karaktär. Delarbete II har explorativ karaktär och kvalitativ ansats. Delarbete III och IV är beskrivande och prediktiva. Resultatet av delarbete II har legat till grund för val av de frågeformulär som används i delarbetena III och IV.

6.2 Etiska aspekter

Etiskt tillstånd till delarbete I och till delarbete III och IV har medgivits av Karolinska Sjukhusets etiska kommitté Dnr 94-289 respektive Dnr.96-020. Materialet till intervjustudien, delarbete II, inhämtades under år 1996. Ingen ansökan skickades in till etikkommittén eftersom arbetet påbörjades som ett studentarbete och det var vid den tiden inte praxis att dessa studier genomgick etisk bedömning. Studien godkändes av ansvarig verksamhetschef. Informationen till deltagarna underströk frivillighet och rätten att avbryta intervjun och konfidentialitet garanterades.

6.3 Deltagare

Avhandlingen består av tre olika undersökningsgrupper samt fem referensgrupper.

6.3.1 Delarbete I

Undersökningsgruppen bestod av ett slumpmässigt stratifierat urval av 4200 personer i åldern 18 år och äldre och som var boende inom Stockholms nordvästra sjukvårdsområde 1997. Urvalet har stratifierats efter kommun och omfattar 600 personer från var och en av de kommuner som ingår i området, Upplands Väsby, Upplands Bro, Sigtuna, Sollentuna, Sundbyberg, Järfälla och Solna.

Befolkningens enkäten besvarades av 2547 personer (61 %) som fördelades i följande åldersgrupper:

Åldersgrupp <40 år	425 män och 554 kvinnor
Åldersgrupp 41-65 år	523 män och 596 kvinnor
Åldersgrupp ≥66 år	199 män och 250 kvinnor

6.3.2 Delarbete II

Tio patienter (4 män, 6 kvinnor) har intervjuats om konsekvenserna av att leva med yrsel. Patienterna valdes selektivt ut av en specialist i otoneurologi och kriterierna var:

- erfarenhet (minst tre månader) av perifer yrselsjukdom i aktivt skede och inga andra kända diagnoser
- vara i yrkesverksam ålder
- stor villighet och förmåga att beskriva sina erfarenheter av yrsel

Patienterna som deltog var mellan 24-62 år. Nio av dessa var sammanboende. Sex patienter arbetade heltid, en patient deltid och tre var sjukskrivna p.g.a. yrsel. Durationen av yrselbesvären hos patienterna varierade mellan 4 månader och 30 år.

6.3.3 Delarbete III och IV

Ett hundra konsekutiva patienter som sökte behandling på balansmottagningen på Karolinska Sjukhuset under år 1996 tillfrågades om deltagande.

Inklusionskriterierna var:

- en diagnostiserad öronrelaterad yrsel konstaterad av en specialist i otoneurologi
- antingen minst tre spontana yrselattacker under det sista året
- eller konstant ostadighet under minst 75 % av vaken tid det sista halvåret
- ingen specifik behandling för yrsel under det sista året
- ingen pågående psykiatrisk eller psykofarmakologisk behandling
- kunskaper i svenska språket och fysisk och mental förmåga att besvara frågeformulär

Patienternas demografiska data presenteras i Tabell I.

Tabell 1. Demografiska data på patienterna i delarbete III och IV. Antal och procent är angivna.

Variabler	Män (n=36)		Kvinnor (n=63)		Totalt (n=99)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Arbetsituation						
Förvärvsarbetande	21	(58)	31	(49)	52	(53)
Pensionärer	10	(28)	23	(37)	33	(33)
Arbetslösa	3	(8)	4	(6)	7	(7)
Sjukskrivna	2	(6)	3	(5)	5	(5)
Studera	0	(0)	2	(3)	2	(2)
Social situation						
Gifta/sammanboende	33	(92)	48	(76)	81	(82)
Ensamboende	3	(8)	15	(24)	18	(18)
Utbildning^a						
Grundskola	19	(54)	35	(55)	54	(56)
Gymnasium	7	(20)	15	(24)	22	(22)
Universitet/Högskola	9	(26)	13	(21)	22	(22)
Pågående behandling						
Läkemedel	10	(28)	25	(40)	35	(35)
Sjukgymnastik	1	(3)	1	(1)	2	(2)
Ingen behandling	25	(69)	37	(59)	62	(63)

^a En patient besvarade ej frågan

6.3.4 Referensgrupper

Patienternas skattning av funktionellt hälsostatus Sickness Impact Profile (SIP) (Delarbete III) har jämförts med en slumpmässigt utvald referensgrupp [78] från Stockholms läns landsting (n=145) och tre patientgrupper; patienter [79] som opererats i munhåla och svalg (n=42), patienter [80] med kronisk njursjukdom i predialytiskt stadium (n=33) och en grupp kvinnor (n=147) med reumatiska sjukdomar [81]. Yrselpatienternas skattning av KASAM (Delarbete IV) har jämförts med skattningen från en slumpmässigt utvald referensgrupp [82] från Stockholms läns landsting (n=235).

6.4 Frågeformulär

6.4.1 Delarbete I

Undersökningsgruppen i delarbete I erbjöds besvara en enkät som var konstruerad för att mäta befolkningens hälsa ur ett så brett perspektiv som möjligt med frågor om hälsa, sjukvårdsutnyttjande, kronisk sjukdom och besvär, livsstil, psykosociala faktorer och livskvalitet.

Denna befolkningsenkät utökades med följande sex frågor om yrsel och balansproblem med svarsalternativen Ja eller Nej.

1. Har Du haft yrsel eller balansbesvär under det senaste året?
2. Upplever Du att Du själv eller rummet snurrar?
3. Har Du samtidigt hörselpåverkan och öronsus?
4. Upplever Du ostadighet utan snurrkänsla?
5. Har Du ramlat på grund av yrseln?
6. Kan Du bli yr när Du lägger Dig ned?

Från befolkningsenkäten bearbetades även frågorna:

1. Självskattad hälsa (SRH) som mättes med följande två frågor;

Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd?

Svaren redovisas efter indelning i tre alternativ Mycket bra/Ganska bra, Varken bra eller dåligt och Ganska dåligt/Dåligt

Hur tycker Du Ditt allmänna hälsotillstånd är jämfört med andra i Din egen ålder?

Svaren redovisas efter indelning i tre alternativ: Mycket bättre/Något bättre, Varken bättre eller sämre, Något sämre/Mycket sämre

2. Tillfredsställelse med livssituation mättes med Gothenburg Quality of Life Instrument (GQL) [83] där individerna ombads markera på en sjugradig skala, från mycket dåligt (1) till alldeles utmärkt kunde inte vara bättre (7), hur tillfredsställd man var med sin situation i följande 16 avseenden:

hem- och familjesituation, bostad, arbetssituation, ekonomi, hälsa, fritid, hörsel, syn, minne, kondition, aptit, humör energi, tålamod, självförtroende och sömn

3. Skattning av mentalt välbefinnande mättes med följande fråga som besvarades med Ja eller Nej:

Lider Du av ångest, oro eller depression som gör att Du inte kan eller måste anstränga Dig för att umgås med andra?

6.4.2 Delarbete III och IV

I delarbete III och IV har patienterna tillfrågats om de har nedsatt hörsel. Medicinska data såsom duration av yrselsymtom och eventuell behandling har hämtats från patienternas journaler.

Fem frågeformulär har använts för att belysa yrselsymtom, handikapp, funktionell förmåga, ångest och depression och känsla av sammanhang.

1. Vertigo Symptom Scale (VSS) (bilaga I) är utarbetad av Lucy Yardley [42] och har prövats på patientgrupper i England och Mexico och har visat reliabilitet och validitet [42, 84]. VSS som översatts till svenska av författarna innehåller 31 frågor som ger möjlighet att beskriva såväl själva yrseln, inklusive frekvens och duration, som relaterande symtom t.ex. illamående, svettningar, tecken på oro och somatisering. VSS är därför uppdelat på två skalor, Vertigo Severity Scale (16 frågor) och Somatic Anxiety Scale (15 frågor). Frekvensen av varje symtom graderas på en skala från 0 poäng (aldrig), 1 poäng (1-3ggr på ett år), 2 poäng (4-12ggr på ett år), 3 poäng (>1 gång/månad) till 4 poäng (>1 gång i veckan).

Tre frågor i Vertigo Symptom Scale belyser själva yrseln, nämligen om man har en känsla av att omgivningen snurrar eller rör sig, en känsla av vimmelkantighet eller en känsla av ostadighet. Dessa tre frågor har fyra underfrågor om duration: mindre än 2 minuter, mindre än 1 timme, mer än 1 timme och hela dagen. Var och en av dessa frågor besvarades även utifrån frekvens, från 0 poäng (aldrig) till 4 poäng (>1 gång i veckan). För att kunna analysera dessa tre frågor inklusive underfrågor med hänsyn till såväl frekvens som duration genomfördes en faktoranalys som visade att den bästa indelningen var efter duration kort, medium och lång. Detta är en förändring i förhållande till originalskalan. I denna studie bildar Vertigo Severity Scale tre underskalor för durationen, kort, medium respektive lång och de resterande frågorna analyseras separat. Tillägg av två egna frågor (nr 23 och 24 i VSS, bilaga 1) som är baserade på klinisk erfarenhet av yrselsymtom gjordes.

Svaren redovisas efter indelning i aldrig (0 poäng), mindre frekvent (1 och 2 poäng) och mer frekvent (3 och 4 poäng).

Somatic Anxiety Scale har använts i sin originalform som en total skala. Den innehåller frågor om somatiska symtom såsom hjärtklappning, svettningar, huvudvärk, syn- och koncentrationsstörningar m.m. De erhållna värdena kan variera mellan 0 och 60, ju högre värde desto fler symtom och frekventare besvär.

Formuläret kompletterades med en sista öppen fråga där patienterna uppmanades att uppge i rangordning vilka fem symtom som var svårast att leva med.

I Vertigo Severity Scale var Cronbach's alpha för kort, medium och lång duration 0.77, 0.80 och 0.79 och för Somatic Anxiety Scale 0.86.

2. Vertigo Handicap Questionnaire (VHQ) (bilaga II) är också utarbetad av Lucy Yardley [43] och har visat reliabilitet och validitet. VHQ består av 25 påståenden om vanligt förekommande psykosociala konsekvenser av yrsel. Majoriteten av frågorna berör restriktioner och avbrott i fysiska och sociala aktiviteter men bedömer även känslomässiga upplevelser och behov av stöd. Inskränkningarnas omfattning bedöms på en skala från 0 poäng (aldrig), 1 poäng (någon gång), 2 poäng (ibland), 3 poäng (ofta) till 4 poäng (alltid). De erhållna värdena kan tillsammans variera mellan 0 och 100, ju högre värde desto fler handikapp och frekventare förekomst. I denna avhandling

redovisas totalpoängen och svaren på de enskilda påståendena i aldrig (0 poäng), mindre frekvent (1 och 2 poäng) och mer frekvent (3 och 4 poäng).

Formuläret har översatts till svenska av författarna med ett tillägg på fyra frågor (nr 26-29 i VHQ, bilaga II) baserade på informationen från intervjuerna.

Även detta formulär kompletterades med en sista öppen fråga där patienterna uppmanades att i rangordning uppge vilka fem handikapp som var svårast att leva med. I denna studie var Cronbach's alpha 0.84.

3. Sickness Impact Profile (SIP) är utarbetat i USA [85] och mäter subjektiv värdering av sjukdomssituationen utifrån funktionell fysisk, psykisk och social förmåga. Frågeformuläret består av 136 påståenden uppdelade i 12 delskalor. Poängen från tre av dessa skalor (gång, personlig skötsel och rörlighet) läggs samman till en fysisk dimension och fyra skalor (psykisk balans, social interaktion, uppmärksamhet och koncentration) bildar en psykosocial dimension. De resterande skalorna sömn/vila, hemarbete, arbete, fritid/rekreation, och ätvanor är egna delskalor. Patienterna uppmanas markera endast de påståenden som överensstämmer med det nuvarande hälsotillståndet. Varje påstående har fastställda viktade poäng som summeras och divideras med den totala möjliga SIP-poängen på varje skala. En poängsumma för varje delskala och en total poängsumma erhålles uttryckt i procent av den totala summan av möjlig dysfunktion. Ingen upplevd dysfunktion motsvarar 0 poäng och ju större upplevd dysfunktion desto högre poäng. Mer än 10 poäng har godtyckligt föreslagits betyda en dysfunktion av klinisk betydelse [86]. SIP formuläret har använts på ett flertal patientgrupper och har visat reliabilitet, validitet och känslighet för förändringar i patienternas funktionella status [81, 85]

4. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) [87] anses speciellt lämpligt att använda för att mäta psykisk ångest och depression hos fysiskt sjuka patienter. Fysiska symtom på ångest och depression såsom t.ex. hjärtklappning, aptitlöshet och yrsel finns inte med då dessa kan vara orsakade av den somatiska sjukdomen. HAD består av totalt 14 frågor, sju mäter ångest och sju mäter depression. Graden av ångest och depression bedöms från 0 till 3 utifrån fyra olika svarsalternativ individuellt anpassade till respektive fråga. Ju högre poäng som uppnås desto mer ångest respektive depression. Totalsumman för ångest respektive depression kan variera från 0 till 21 poäng. Konstruktörerna av skalan rekommenderar brytpunkter på ≥ 11 poäng som tecken på fall av ångest respektive depression och ≥ 8 poäng för att identifiera möjliga fall av ångest och depression.

HAD har använts på flera olika patientgrupper och har visat reliabilitet och validitet. Formuläret har även visat känslighet för förändringar under sjukdomsförloppet och för behandling med psykoterapi och psykofarmakologi [88].

Cronbach's alpha var i denna studie 0.85 för ångest och 0.78 för depression.

5. SOC-formuläret (Sense of Coherence Scale) är utarbetat av Antonovsky [89]. Den svenska versionen benämns KASAM och mäter en individs känsla av sammanhang vilket anses återspegla individens förmåga att hantera stressfulla situationer. KASAM-formuläret som använts i denna studie innehåller 13 frågor, 5 frågor för begriplighet, 4 frågor för meningsfullhet och 4 frågor för hanterbarhet. Ett exempel på en fråga är: "Har Du känslan av att vara i en obekant situation utan att veta vad Du skall göra?" Skalan i formuläret är utarbetad som en semantisk differentialskala med två motpoler (t.ex. aldrig

och mycket ofta) och där varje svar är graderat 1-7. Respondenten uppmanas välja den siffra som bäst motsvarar vad han/hon känner. Den summerade poängen på skalan kan variera mellan 13 och 91, ju högre poäng desto starkare känsla av sammanhang. Detta formulär har använts på flera patientgrupper och visat god reliabilitet och validitet [90, 91].

Deltagarna i denna studie delades efter skattningen på formuläret in i tre grupper som representerar svag KASAM, (n=22) 35-60 poäng, moderat KASAM, (n=33) 61-75 poäng och stark KASAM, (n=44) 76-91 poäng. Indelningen gjordes arbiträrt baserat på erfarenhet från andra studier (ref).

Cronbach`s alpha i denna studie var 0.85.

6.5 Intervjuer

6.5.1 Delarbete II

Intervjuerna i delarbete II var helt öppna och inleddes med att patienterna ombads att berätta hur det var att leva med yrsel. Samtliga ställde sig positiva till att intervjun spelades in på band och samtliga hade fått välja lokal för intervjun. Inga anteckningar fördes under intervjun och inga fasta frågor ställdes utan endast ett fåtal stödfrågor för att föra intervjun framåt t.ex. Vad gjorde du då? Hur kändes det? Intervjun transkriberades därefter i sin helhet. Att samma person såväl intervjuade som transkriberade intervjuerna ökade möjligheten till att i senare intervjuer verifiera och fördjupa vad som uppfattades som betydande. Efter tio intervjuer upplevdes mättnad d.v.s. ingen ny information tillkom.

6.6 Dataanalys

6.6.1 Kvalitativ bearbetning Delarbete II

Att parallellt samla in och analysera data ger stor förtrolighet med materialet [92]. Förfarandet var inspirerat av Grounded Theory även om genomförandet inte varit så strukturerat som i originalmetoden och inte heller följt någon praktisk litteratur för genomförande av konstant jämförande analys [93].

Efter att intervjumaterialet lästs upprepade gånger i sin helhet urskiljdes gemensamma upplevelser men även skillnader i hur patienterna såg på sin situation av att leva med yrsel [94]. Redovisningen av resultatet har därefter baserats på mönster, processer, interaktioner och strategier som framkom under intervjuerna och som med hjälp av koder och kategorier fått bilda teman. För att stärka trovärdigheten diskuterades resultatet av intervjuerna med ett flertal patienter med yrsel och med personal som arbetar med denna patientgrupp.

6.6.2 Statistisk bearbetning av Delarbetena I, III och IV

I delstudie I har Chi 2-test eller Student`s t-test använts för analyser mellan män och kvinnor och för analyser mellan personer med respektive utan yrsel.

Parametriska metoder har använts genomgående i delarbete III och IV eftersom de skalor och statistiska analyser som använts är baserade på dessa metoder. Att använda

sig av parametriska metoder på ordinal datanivå kan diskuteras men enligt Polit & Hungler [95] är detta att föredraga såvitt inte materialet är extremt snedfördelat vilket inte var fallet i denna studie.

I delarbete III används faktoranalys för att finna den bästa indelningen av yrselsymtomen och regressionsanalys för att kunna förklara korrelationen mellan olika variabler.

I delarbete IV används variansanalys (ANOVA) med efterföljande Bonferroni-Dunn - test för att bedöma skillnaden mellan KASAM grupperna.

Student's t-test har använts för analyser mellan män och kvinnor och för analyser mellan patient- och referensgrupper. Frågeformulärens interna homogenitet har genomgående testats med Cronbach's alpha koefficient.

Svaren på frågorna om livskvalitet (GQL) i delstudie I och svaren på frågeformulären SIP i delarbete III och KASAM i delarbete IV I visade på statistisk signifikant skillnad mellan personer med respektive utan yrsel. För att bedöma styrkan i skillnaden beräknades även effektstorleken enligt Cohen som definierar en effektstorlek som 0.20 som liten, 0.50 som måttlig och ≥ 0.8 som stor [96].

7 RESULTAT

7.1 DELARBETE I

Den totala förekomsten av yrsel och balansbesvär under det senaste året i befolkningsenkäten var 21 % och fördelningen mellan könen var 14 % hos männen och 27 % hos kvinnorna. Vid indelning i tre åldersgrupper < 40 år, 41-65 år och \geq 66 år var frekvensen bland männen 11 %, 14 % och 37 % d.v.s. en högre frekvens med stigande ålder. Förekomsten bland kvinnorna var 28 %, 22 % och 34 %, högst i den äldsta gruppen och näst högst i den yngsta gruppen.

Fördelningen av svaren på frågorna om olika yrsel och balanssymtom hos män och kvinnor fördelade i de tre åldersgrupperna redovisas i Tabell 2.

Signifikant ($p < 0.001$) fler kvinnor än män upplevde karusellyrsel d.v.s. att de själva eller omgivningen snurrar och 24 % av männen och 22 % av kvinnorna upplevde samtidigt hörselnedsättning och öronsus. Upplevelsen av ostadighet var procentuellt lika hos män och kvinnor och även antalet personer som ramlat på grund av yrsel. Att bli yr när man lägger sig ned angavs av signifikant ($p < 0.001$) fler kvinnor än män.

På frågan Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd? skattade signifikant ($p < 0.001$) färre män och kvinnor med yrsel hälsan som mycket/ ganska bra. Signifikant ($p < 0.001$) fler skattade hälsan som varken bra eller dålig och ganska dålig/mycket dålig.

I skattningen av hälsa jämfört med andra i samma ålder (Tabell 3) visade det sig att signifikant ($p < 0.001$) färre skattade hälsan som mycket bra/något bättre och signifikant ($p < 0.001$) fler skattade hälsan som något sämre/mycket sämre.

På skattningen av (GQL) hur tillfredsställd man var med arbetssituation, hälsa, fritid, hörsel, syn, minne, kondition, aptit, humör, energi, tålamod, självförtroende och sömn skattade såväl män som kvinnor med yrsel signifikant ($p < 0.001$) sämre tillfredsställelse än personer utan yrsel. Tillfredsställelsen med hem och familjesituation och ekonomi skattades även signifikant sämre av personer med yrsel, $p < 0.001$ för kvinnorna och $p < 0.01$ för männen. På skattningen av hur tillfredsställd man var med sin bostadssituation erhöles ingen statistisk skillnad mellan män med respektive utan yrsel. Kvinnorna med yrsel skattade däremot statistiskt ($p < 0.001$) signifikant sämre tillfredsställelse med sin bostad än kvinnor utan yrsel.

I denna avhandling utfördes även en beräkning av styrkan i skillnaden mellan skattningarna hos personer med respektive utan yrsel. Hos männen var skillnaden stark > 0.8 i skattningen av hälsa, och måttlig > 0.5 i skattningen av arbetssituation, minne, kondition, aptit, humör, energi, tålamod och sömn. Hos kvinnorna erhöles måttlig skillnad > 0.5 i skattningen av arbetssituation, hälsa, syn, humör, energi och sömn.

Arton procent av männen och 14 % av kvinnorna med yrsel angav att de led av ångest, oro eller depression som gjorde att inte kunde eller måste anstränga sig för att umgås med andra. Motsvarande procent bland män och kvinnor utan yrsel var 3 % respektive 5 %. Skillnaden var statistiskt signifikant ($p < 0.001$) för såväl män som kvinnor.

Tabell 2. Fördelningen av svaren på frågor om olika yrsel och balanssymtom hos män (n=164) och kvinnor (n=373) fördelade på tre åldersgrupper. Varje person kan ange mer än ett symtom.

Fråga	Män (n=164)		Kvinnor (n=373)		Totalt (n=537)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Upplever Du att Du själv eller rummet snurrar?						
Totalt	55	(34)	189	(51) ***	244	(45)
åldersgrupp	< 40	16 (29)	91	(48)	107	(20)
	41-65	28 (51)	67	(35)	95	(18)
	≥ 66	11 (20)	31	(17)	42	(8)
Har Du samtidigt hörselpåverkan och öronsus?						
Totalt	39	(24)	77	(21) ns	116	(22)
åldersgrupp	< 40	8 (21)	22	(28)	30	(6)
	41-65	17 (33)	29	(38)	46	(9)
	≥ 66	14 (46)	26	(34)	40	(7)
Upplever Du ostadighet utan snurrkänsla?						
Totalt	72	(44)	162	(43) ns	234	(44)
åldersgrupp	< 40	15 (21)	57	(35)	72	(13)
	41-65	36 (50)	57	(35)	93	(17)
	≥ 66	21 (29)	48	(30)	69	(13)
Har Du ramlat på grund av yrseln?						
Totalt	24	(15)	58	(16) ns	82	(15)
åldersgrupp	< 40	3 (12)	26	(45)	29	(5)
	41-65	10 (42)	12	(21)	22	(4)
	≥ 66	11 (46)	20	(34)	31	(6)
Kan Du bli yr när Du lägger Dig ned?						
Totalt	26	(16)	101	(27) ***	127	(24)
åldersgrupp	< 40	3 (12)	31	(31)	34	(6)
	41-65	16 (61)	41	(41)	57	(11)
	≥ 66	7 (27)	29	(28)	36	(7)

ns = ej signifikant, *** p < 0.001

Tabell 3. Uppfattningen av självskattad hälsa (SRH) hos män och kvinnor med yrsel och balansbesvär i jämförelse med andra i samma ålder. Antal och procent anges.

Fråga	Män				Kvinnor			
	Ingen yrsel		Yrsel		Ingen yrsel		Yrsel	
	(n = 955)		(n = 164)		(n = 1007)		(n = 368)	
	n	%	n	%	n	%	n	%

Hur tycker Du Ditt allmänna hälsotillstånd är i jämförelse med andra i Din egen ålder?

Mycket/något bättre	472	50	49	30 ***	431	43	96	26 ***
Varken bättre eller sämre	415	43	73	44 ^{ns}	489	48	195	53 ^{ns}
Något/mycket sämre	68	7	42	26 ***	87	9	77	21 ***

***= p < 0.001

7.2 DELARBETE II

De tio patienter som intervjuades om hur det är att leva med yrsel beskrev ett mönster som starkt betonade en känsla av utsatthet och sårbarhet, en känsla av att alltid vara trött, både psykiskt och fysiskt och en känsla av ständig osäkerhet om hur mycket yrseln kan komma att inkräkta på det dagliga livet. Tillvaron beskrevs som ”påtvingat inskränkt” eftersom de ”aldrig kan göra något förutsättningslöst” utan alltid måste vara uppmärksamma på faror och risker. Yrseln upplevdes som en ”oinbjuden gäst” som gjorde att de inte kunde vara sig själva, ”den tar kål på ens personlighet”.

Patienternas beskrivningar pendlade mellan att se sig som sjuka eller inte sjuka.

Samtliga försökte i det längsta vara kvar i sin yrkesfunktion. Behovet av möjlighet till flexibilitet i arbetet både vad gäller tid och arbetsuppgifter uttrycktes som en nödvändighet.

Konsekvenserna av yrseln ledde till ett behov av ständig anpassning, planering och handlingsberedskap i det dagliga livet. I det längsta försökte patienterna klara sig själva men beroendet av familj, arbetskamrater och andra var en nödvändighet ”man behöver det här stödet från en annan människa hela tiden för att komma ut, träffa vänner, ja över huvud taget leva ett socialt liv”. Även om familj och vänner beskrevs som att vara förstående uttrycktes en känsla av att dessa både förstår och inte förstår.

Patienterna beskrev att de trots stora ansträngningar utvecklade ett undvikande beteende och även var tvungna att helt avstå från mycket av det som sätter guldkant på tillvaron vilket följande citat illustrerar: ”det har varit så svårt att lägga av med allt som jag velat göra – saknar enormt att komma ur – arbetskamrater, jobbet, ens liv, - jaa !”

Patienterna uttryckte ett starkt behov av bekräftelse dvs. att bli bemötta med respekt, intresse, förståelse och kunskap både från vårdpersonal och medmänniskor.

Samtliga påtalade att det många gånger var svårt men oerhört viktigt att ”hamna rätt” i sjukvården för att bli ordentligt undersökt, att få någon form av diagnos och en legitimering av att det inte bara var inbillning.

Bättre information, stöd och kontinuitet i vården efterfrågades vilket följande citat får illustrera:

”vill träffa någon som kan och har tid att informera – vill veta allt om hur det (balansen) fungerar för att ha kontroll över det själv”

”när jag kommer till läkaren så går vi igenom det här schemat med symtomen och så kommer vi inte längre, tiden har gått och så sitter man där med hundra frågor och då känner man ett behov att få prata med någon i sjukvården som har det här till yrke”

”att man sätter någon slags gräns då vi sätter oss ner och tittar på hur vi ska behandla och hjälpa dig för jag tror inte människor klarar av att leva med det, stå på egna ben och hantera det själv”

”det skulle vara bra att få tala med en sjuksköterska – och när jag mår så här dåligt och bara kräks är det ingen ide att åka in till akuten – om jag bara haft någon att prata med som känner mina problem”

7.3 Delarbete III och IV

7.3.1 Yrselsymtom och övriga somatiska symtom

Fler än tre fjärdedelar av patienterna (78 %) rapporterade att de upplevde alla tre symtomen vid yrsel det vill säga att omgivningen snurrar, känna sig vimmelkantig/svimfärdig, få svindel och ostadighet. Ytterligare 19 % rapporterade två av symtomen. Nästan hälften av patienterna angav att de mycket ofta hade en känsla av att gå på moln (46 %), hade så svår ostadighet att de ramlat (45 %) och upplevde illamående.

De vanligaste medföljande somatiska symtomen var huvudvärk, en känsla av tryck i huvudet, tryckkänsla i örat och synstörningar. (Tabell 4)

Själva yrseln, oberoende av dess karaktär upplevdes av 53 patienter som det svåraste symtomet att leva med följt av illamåendet (n=29) och huvudvärken (n=24).

7.3.2 Konsekvenser av yrsel

Funktionella inskränkningar i det dagliga livet som mättes med SIP visade att omkring hälften av patienterna på grund av yrsel varit tvungna att, vad gäller fritid och rekreation, minska på sina vanliga fysiska aktiviteter (53 %) minska på att gå ut och roa sig (49 %), vara mindre effektiva i sitt arbete (52 %) och vad gäller sömn och vila, sova mindre på natten (51 %). (Tabell 5) Nio av påståendena (n=48) inom den psykosociala dimensionen var markerade av mer än tjugo procent av patienterna. (Delarbete III).

Tabell 4. Yrselpatienternas markerade svarsalternativ på somatiska ångestskalan. Andel av patienterna är angiven i procent (%)

	mer frekvent	mindre frekvent	aldrig
Huvudvärk eller känsla av tryck i huvudet	56	25	18
Känsla av tryck i örat/öronen	41	19	38
Synstörningar t ex suddigt, flimrigt fläckar framför ögonen	40	32	27
Spänning eller ömhet i musklerna	32	17	50
Tappa koncentrationen eller minnet	30	21	48
Hjärtklappning eller bultande hjärta	28	22	49
Perioder av värme eller köldkänslor	28	21	50
En känsla av matthet, nära att svimma	26	33	40
Svåra svettningar	25	13	61
Smärta i nedre delen av ryggen	21	14	63
Krypningar, stickningar eller förlamningar i delar av kroppen	17	18	64
Smärta i hjärt- eller bröststrakten	16	16	67
Skakningar, diarréer	14	11	73
Känslor av tyngd i armar och ben	13	17	69
Svårigheter att andas, andnöd	10	13	75

mer frekvent = 3-4 poäng, (mer än 1 gång i månaden och mer än 1 gång i veckan)
mindre frekvent = 1-2 poäng (1-3 gånger per år och 4-12 gånger per år)

I handikappformuläret (WHQ) uppgav 94 % att oberoende av vad de höll på med så måste detta upphöra när yrseln kom. Nittiotvå procent av patienterna ansåg att yrseln påverkade deras sociala liv och denna påverkan skattades som det handikapp som var svårast att leva med. Endast fem patienter uppgav att de aldrig upplevt att yrseln oroar dem och endast fyra blir aldrig oroliga vid oväntade yrselattacker. (Delarbete III)

Ångest och depression mätt med HAD skalan visade att 17 patienter skattade ångest och 22 tendenser till ångest och 5 patienter skattade depression och ytterligare 13 skattade tendenser till depression. (Delarbete IV)

Jämfört med en grupp friska individer skattade yrselpatienterna signifikant sämre funktionell förmåga, mätt med SIP. Inom alla områden var $p < 0.001$ utom för ätvanor där $p < 0.01$. Yrselpatienternas värden var i paritet med andra sjukdomsgrupper t.ex. patienter med reumatisk sjukdom eller njursjukdom. (Delarbete III)

I denna avhandling beräknas dessutom styrkan i skillnaden mellan yrselpatienternas skattning och friska individers skattning på SIP formuläret. Skillnaden var stark, > 0.8 , inom alla områden utom ätvanor där styrkan var måttlig (0.6). Den starkaste skillnaden erhöles inom områdena kommunikation (3.6), rörlighet (3.5), hemarbete (2.6), fysisk funktion (2.4), total SIP (2.3), uppmärksamhet (2.3) och psykosocial funktion (2.1).

Tabell 5. Yrsepatienters mest frekvent markerade påståenden i SIP formuläret. Andel av patienterna anges i procent (%).

Fysisk dimension	
Jag går långsammare	32
För att gå i trappor måste jag använda ledstången eller käpp eller krycka	22
Psykosocial dimension	
Jag umgås kortare tid i taget med mina vänner	36
Jag går inte ut så ofta och hälsar på bekanta	35
Jag ägnar mig mindre åt förenings- och sällskapsliv	32
Det händer ofta att jag suckar eller klagar om jag har värk eller andra besvär	26
Jag råkar oftare ut för missöden, t ex jag tappar saker stöter till saker, snavar och faller	25
Jag har svårt att göra något som kräver koncentration	23
Jag uttrycker ofta oro över vad som kan hända med min hälsa	22
Min sexuella aktivitet har minskat	22
Jag blir lätt irriterad och otålig på mig själv, t ex talar nedsättande om mig själv, svär åt mig själv, tar på mig skulden om allt inte fungerar	20
Arbete	
Jag är inte lika effektiv som vanligt i arbetet	52
Sömn och vila	
Jag sover mindre på natten numera, t ex vaknar alltför tidigt, ligger vaken länge innan jag somnar, vaknar många gånger på natten	51
Jag ligger och vilar mig mera under dagen nu	27
Jag sitter en stor del av dagen	20
Jag tar oftare en tupplur och sover mer under dagen	20
Hemarbete	
Jag utför inget tungt arbete i hemmet	26
Jag sköter inte städningen hemma som vanligt	24
Jag sköter mindre av det dagliga hushållsarbetet än vanligt	21
Fritid och rekreation	
Jag har skurit ner på en del av min vanliga fysiska aktivitet, t ex motionerar mindre	53
Jag går inte så ofta ut för att roa mig	49
Jag ägnar mig åt mina hobbies och fritidssysselsättningar under kortare perioder	28
Jag ägnar mig mindre åt föreningsliv	20

Yrsepatienterna skattade signifikant ($p < 0.001$) högre KASAM värden än en grupp personer ur populationen (71 poäng, SD 12 respektive 66 poäng SD 12). (Delarbete IV) Även här beräknades styrkan i skillnaden som befanns vara upp emot måttlig, 0.43.

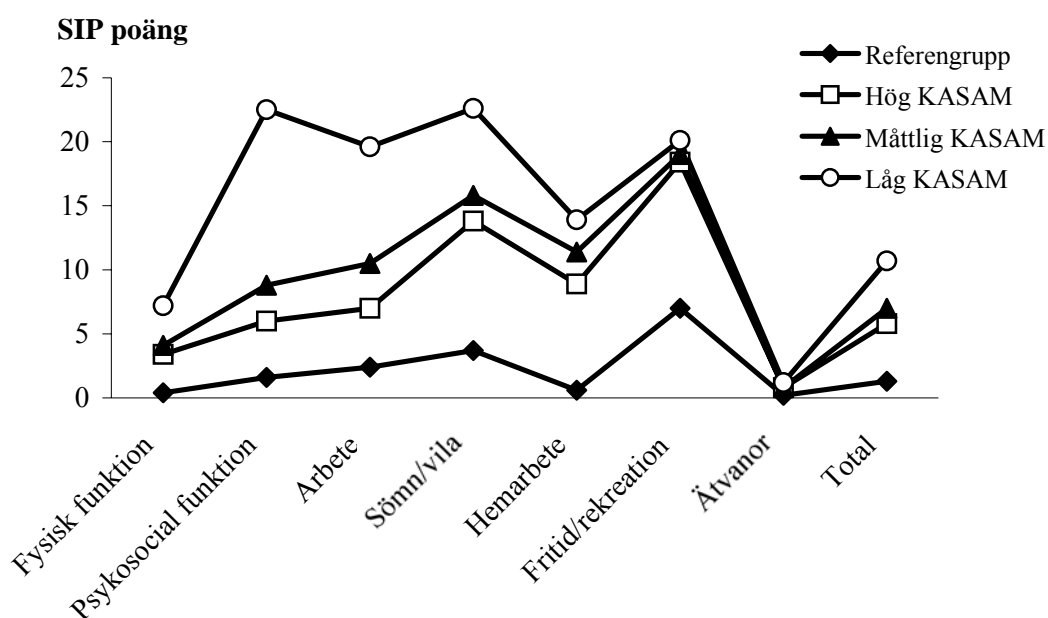
7.3.3 Samband mellan variabler

Social situation, utbildning, farmakologisk behandling och hörselnedsättning hade ingen signifikant effekt på skattningarna i de olika frågeformulären. (Delstudie III)

En variansanalys mellan patienter med låg, måttlig och hög KASAM och deras skattning på Vertigo Symptom Scale (VSS) visade att patienter med hög KASAM skattade signifikant mindre ($p < 0.05$) ”ostadighet så svår att de fallit” och ”en känsla av att gå på moln” än patienter med låg KASAM. Övriga skattningar på VSS visade ingen skillnad mellan patientgrupperna. (Delstudie IV)

Skattningen på VHQ och på HAD visade på signifikanta skillnader ($p < 0.001$) d.v.s. ju starkare KASAM desto mindre handikapp, ångest och depression.

Patienter med hög KASAM skattade signifikant lägre inskränkningar, mätt med SIP, på alla variabler utom fysisk dimension, fritid/rekreation, hemarbete och ätvanor. (Figur 3) (Delstudie IV)



Figur 3. Distribution av poäng i de olika skalorna i SIP i relation till de tre KASAM-grupperna låg, måttlig och hög. Låg KASAM ($n=22$) innebär 35-60 poäng, måttlig ($n=33$) 61-75 poäng och hög ($n=44$) 76-91 poäng. Medelvärdet är angivet.

Ett flertal signifikanta korrelationer erhöles mellan variablerna i de olika frågeformulären VSS, VHO och SIP. För att få en uppfattning om vilka variabler som var av avgörande betydelse för patienternas livskvalitet utfördes i delarbete IV en regressionsanalys där patienternas demografiska data och yrselsymtom fick utgöra de oberoende variablerna. I denna avhandling utförs ytterligare en regressionsanalys där även känsla av sammanhang får utgöra en oberoende variabel och där värdena på HAD skalan ingår i de beroende variablerna. Följande signifikanta relationer presenteras i Tabell 6:

Yngre patienter skattade mer psykosociala inskränkningar jämfört med äldre patienter. Män skattade mer påverkan på arbetet och även mer depression än kvinnorna. Ju längre patienterna haft sin yrsel desto mer somatisk ångest d.v.s. medföljande symtom,

handikapp och psykosociala inskränkningar. Ju högre skattning av kort duration av yrsel desto mer somatisk ångest. Ju högre skattning av lång duration desto mer påverkan på somatisk ångest, arbete och total funktionell inskränkning på SIP. Illamåendet påverkade somatisk ångest och psykisk ångest. Hög skattning av symtomet ”en känsla av att underlaget känns avlägset/gungigt som att gå på moln” medförde hög skattning av inskränkningar i arbete, fysisk och psykosocial funktion och total funktionsinskränkning i SIP.

Patienternas KASAM visades vara den oberoende variabel som hade den markantaste påverkan på skattningen av handikapp, psykosocial funktion, psykisk ångest och depression och även en påverkan på total funktionsinskränkning (SIP).

I regressionsanalysen förklarade de oberoende variablerna (demografiska data, yrselsymtom och känsla av sammanhang) 44 % av patienternas skattning av psykisk ångest, 40 % av skattningen av somatisk ångest och psykosociala funktionsinskränkningar, 38 % av skattningen av depression och 25 % respektive 23 % av skattningen på arbete och handikapp.

När KASAM tillkom som en oberoende variabel i regressionsanalysen ökade förklaringsvärdet med 18 % vad gäller skattningen av psykosociala funktionsinskränkningar, 7 % vad gäller skattningen av handikapp och 5 % vad gäller total funktionsinskränkning (SIP).

Tabell 6. Multipel regressionsanalys mellan demografiska variabler, yrselsymtom på VSS och KASAM och beroende variabler. Standardiserad β koefficient är angiven

Oberoende variabler	Beroende variabler							
	Somatisk ångest	VHQ total index	SIP arbete	SIP fysisk funk	SIP psyk-soc funk	SIP total	HAD ångest	HAD depression
Adjusted R ₂	0.40	0.23	0.25	0.10	0.40	0.21	0.44	0.38
Ålder	-0.18	0.05	-0.20	0.07	-0.23*	-0.08	-0.08	-0.06
Kön	-0.07	0.05	-0.28**	0.05	-0.03	-0.16	-0.12	-0.26**
Sjukdomsduration	0.18*	0.20*	-0.03	0.15	0.18*	0.05	0.09	0.04
Kort duration av yrsel	0.33***	0.09	0.18	0.00	-0.02	0.12	0.06	0.16
Lång duration av yrsel	0.29**	0.09	0.38***	0.03	0.10	0.28**	-0.00	0.13
Illamående	0.36***	0.05	0.05	-0.20	0.08	0.06	0.18*	0.12
En känsla av att underlaget känns avlägset/ gungigt som att gå på moln	0.19	0.17	0.30**	0.27*	0.20*	0.32**	0.06	0.08
KASAM	-0.02	-0.29**	-0.13	-0.19	-0.45***	-0.25*	-0.60***	-0.52***

VHQ =Vertigo Handicap Questionnaire. SIP =Sickness Impact Profile. HAD =Hospital Anxiety and Depression Scale

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Ju högre värde på beroendevariabeln desto större påverkan. På den oberoende variabeln kön är 0=man och 1= kvinna.

8 DISKUSSION

8.1 Resultatdiskussion

I de olika studierna i denna avhandling har det visat sig att yrsel och balansproblem har en stark inverkan på vår livskvalitet. De mest drabbade är som man kan förvänta sig människor i högre åldrar där mer än var tredje person angivit att de har yrsel och balansproblem. Även yngre människor har ofta likartade problem. Det är anmärkningsvärt att var femte person i yrkesverksam ålder har yrsel, nästan var tredje kvinna och var sjunde man. Denna prevalens är i paritet med omfattningen av psykisk ohälsa och sjukdomar i rörelseapparaten [97].

Yrsel är en upplevelse, ofta beskriven som ”en illusion av rörelse av sig själv eller omgivningen”. Balansstörning kan vara såväl enbart en upplevelse som något som omgivningen observerar. En patient beskrev hur hon på sin arbetsplats under flera år lyckats dölja sina yrselbesvär med att se till att det alltid fanns något att hålla sig i, luta sig mot eller sätta sig på. Så många som 94 % av patienterna i delarbete III angav att oberoende av vad de höll på med så måste detta upphöra när yrseln kom. Patienterna i intervjustudien (delarbete II) beskrev också att de kände sig sårbara och fick skämmas över sin yrsel. De hade upplevt att omgivningen betraktade dem som påverkade av alkohol eller tabletter och att det inte var självklart att man fick hjälp om man fick ett anfall i offentlig miljö. Flera av patienterna betonade också hur svårt det var och hur viktigt det var att ”hamna rätt” i sjukvården och få någon form av diagnos och bekräftelse på att yrseln inte bara är inbillning. Denna beskrivning överensstämmer väl med vad Johannisson [98] betonar i sin artikel ”Diagnosen som frälser och förbannar”. Hon skriver att alla patienter längtar efter en diagnos. Den skapar en bekräftelse inför omvärlden, arbetet och försäkringskassan och den skapar avlastning från ångest, ansvar och skuld. Den sätter namn på lidandet och denna namngivning bär på en egen makt. Denna syn på betydelsen för patienten att få veta vad som orsakar yrselbesvären har i tillgänglig litteratur inte fått den uppmärksamhet som den borde ha fått. Hanley [99] och medarbetare påtalar dock att läkare som genomgått en två timmars utbildning i yrseldiagnostik väsentligt förbättrade sin förmåga att ställa diagnos och menar att detta borde genomgå av läkarna i primärvården.

Symptomatologin vid öronrelaterad yrsel karaktäriseras oftast av så kallad karusellyrsel. I denna avhandlings delarbete III visar det sig dock att symptomatologin är mer komplex än så. Samtliga patienter beskrev visserligen sin yrsel i form av karusellyrsel, men nästan fyra av fem patienter angav även vimmelkantighet eller ostadighet. Dessutom angav cirka hälften av patienterna en känsla av att gå på moln. Detta framgick av en tilläggsfråga som visade sig vara värdefull eftersom detta symptom enligt regressionsanalysen starkt påverkade livskvaliteten. Nästan alla patienter ansåg att det sociala livet var påverkat, vilket också skattades som deras svåraste handikapp att leva med. Detta överensstämmer väl med skattningen hos andra patientgrupper med långvariga sjukdomstillstånd [50].

Att tillsammans med yrselspecifika frågeformulär använda SIP formuläret gav möjligheter att dels få en omfattande beskrivning av hur yrsel påverkar patientens dagliga liv och dels jämföra med andra patientgrupper vilket så vitt vi vet inte gjorts tidigare. Det har påvisats att enbart de symtomspecifika yrselformulären inte är

tillräckliga för att bedöma påverkan på patienternas livskvalitet [100]. Generellt skattade patienterna med öronrelaterad yrsel en starkt försämrad fysisk, mental och social funktionsförmåga i jämförelse med friska personer och lika dåligt som patienter med reumatisk sjukdom, patienter med kronisk njursjukdom och patienter med cancersjukdom i munhåla och svalg. Detta tydliga mönster av inskränkningar samt därtill upplevelser av trötthet, osäkerhet och sårbarhet och risk för stigmatisering och oförmåga att förverkliga det som är viktigt i livet visar på hur problemfyllt det är att leva med öronrelaterad yrsel. Det är förvånande att endast 10 % av de yrkesverksamma patienterna sjukskrivna.

Det är väl känt att det finns en diskrepans mellan hur vårdpersonal bedömer en patients livskvalitet och patientens egen uppfattning [41]. Hos yrselpatienter har detta bekräftats genom att patienterna ofta skattar större inskränkningar än vad läkaren hade förväntat sig [71]. Best [38] fann att patienter med öronrelaterad yrsel ofta hade ångestproblem. Styrkan på denna ångest visade dock ingen korrelation med mätbara störningar i balanssystemet. I denna avhandling visas också att patientens egen beskrivning av symtomatologin, som i brist på objektiva mätmetoder ofta ligger till grund för diagnostik, i huvudsak inte var i paritet till de inskränkningar som patienterna angav. Man kan fråga sig varför patienternas angivna sjukdomssymtom (disease) inte står i relation till det starkt upplevda illabefinnande (illness). En förklaring kan vara att patienten i brist på botande behandling kan hamna i en situation där hon/han känner sig ensam och uppgiven. Regressionsanalysen i denna avhandling visade också att ju längre man haft symtomet desto fler skattade medföljande symtom, fler handikapp och fler inskränkningar i den psykosociala funktionen. Yrsel verkar således inte vara något man vänjer sig att leva med. Det förelåg alltid ett behov av bekräftelse d.v.s. att bli bemötta med intresse, respekt, förståelse och kunskap vilket var påtagligt under intervjuerna. Detta är i samstämmighet med studier av patientgrupper med sväljningsbesvär [101] och fibromyalgi [102, 103] där problematiken är likartad och stämmer också väl in i The Illness Constellation Model [72]. Många patienter med yrsel verkar inte komma vidare till stadiet där sjukdomen kan få en sådan innebörd att individen kan börja sträva efter att återvinna sig själv. Patienterna hamnar i stället i en ond cirkel av uppgivenhet och även om sjukdomsbilden förbättras något [44, 104] upplever patienten ytterligare försämrad livskvalitet [105, 106].

En stark bidragande förklaring till omfattning av inskränkningar visade sig i denna avhandling vara individens förmåga att hantera situationen det vill säga graden av känsla av sammanhang (KASAM). Patienter med hög och måttlig KASAM skattade mindre påverkan av ångest, depression, handikapp och på den psykosociala funktionen. Däremot relaterade inte patienternas KASAM-värden till skattningen av yrselsymtomen, medföljande somatiska symtom eller fysiska funktionshinder. Detta stämmer väl med Antonovskys [73, 107] tankar om att personer med stark förmåga att förstå, hantera och se meningsfullt på livet kan trots stressrelaterade situationer bibehålla en god hälsa. Detta har också bekräftats i andra studier [108] där hög KASAM verkar leda till bättre anpassning till sjukdomssituationen oberoende av sjukdomens svårighetsgrad och mest tydligt är detta i psykosociala och emotionella situationer [90] och att sambandet mellan KASAM och fysisk hälsa inte är lika tydligt [109]. Ett intressant fynd i denna avhandling är att patienterna med öronrelaterad yrsel skattade signifikant högre KASAM än en grupp ur populationen. Den procentuella skillnaden var

åtta procent och enligt Antonovsky bör skillnaden vara 10 % för att ha klinisk betydelse [74]. Vid beräkning av klinisk relevans enligt Cohen [96] d.v.s. av styrkan i denna skillnad befanns den vara upp emot måttlig. En förklaring till detta kan vara att denna grupp patienter är en selekterad grupp ur populationen. Samtliga patienter levde i en storstadsmiljö och rekryterades från en balansmottagning vid en specialistklinik där det krävs specialistremiss eller att patienten söker på eget initiativ. Det kan ifrågasättas om dessa patienter är representativa för populationen patienter med öronrelaterad yrsel då det är känt att vissa patienter med långvariga yrselsymtom, hög ålder eller andra skäl, till exempel geografiska, inte remitteras till specialistklinik [110].

I flertalet livskvalitetsstudier skattar kvinnor mer emotionell påverkan än män [97]. Detta mönster finns inte i denna avhandling. I delarbete I angav fler män (18 %) än kvinnor (14 %) att de led av oro, ångest eller depression som gjorde att de hade problem i umgänget med andra människor. I delarbete III visade också regressionsanalysen att männen skattade signifikant mer depression än kvinnorna. I intervjustudien påtalade en man att han upplevde en känsla av förlorad manlig värdighet ”yrsel är en kärringåkomma, jag säger inte att jag har yrsel, jag säger att jag är sjuk”. Grimby och Rosenhall [47] fann också i sin studie angående livskvalitet och yrsel hos en grupp (n=565) 76-åringar att männen skattade mer depression än kvinnorna.

Värdet av att låta patienter skatta sitt eget hälsotillstånd (SRH) har uppmärksammats sedan Idler och Benyamini [63] fann att egna värderingar kan förutsäga såväl dödlighet som sjuklighet. Personerna med yrsel i delarbete I skattade signifikant sämre hälsa såväl globalt som jämförande med andra i samma ålder. Detta visar att svaret på frågan till patienten Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?, ger mycket viktig prognostisk information. Denna fråga bör följaktligen alltid ställas till patienten och svaret kontinuerligt dokumenteras i patientens journal.

8.2 Kliniska aspekter

Målsättningen med denna avhandling var att få ett underlag till omvårdnadsinterventioner för patienter med yrsel. Resultaten som är baserade på patienter med öronrelaterad yrsel visar ett panorama av områden där dessa patienter behöver individuellt utvecklade åtgärder och stöd. Med utgångspunkt från resultatet i delarbete I kan man förmoda att detta behov finns oberoende av orsak till yrseln. Även om de flesta patienterna med öronrelaterad yrsel uppgav att de hade fått stöd från familj och vänner efterfrågades också information, stöd och förbättrad kontinuitet från vårdsektorn. Bain [111] påtalade att det var hög tid att utreda vilka interventioner som har effekt på patienternas livskvalitet. Detta måste studeras i randomiserade och kontrollerade studier.

Yardley [112, 113] har genomfört två dylika studier med patienter med öronrelaterad yrsel. I den första studien fick en sjuksköterska i primärvården en snabbutbildning i yrselrehabilitering. Patienterna randomiserades i en kontrollgrupp och en experimentgrupp i vilken patienterna fick dels information om hur balansfunktionen upprätthålls dels en instruktion att utföra dagliga balansövningar. Instruktionen gavs under två 30-40 minuters lektioner med sex veckors intervall. Resultatet visade på en signifikant förbättring i jämförelse med kontrollgruppen. Det påtalas dock att

förbättringen var modest och att större förbättring och högre motivation hos patienterna bör kunna uppnås med stöd och ett mer individuellt utarbetat terapiprogram. Den andra studiens upplägg var identiskt men patienterna fick endast en instruktionsträff med en sjuksköterska. Denna träff var dock mer individuellt utformad efter varje patients speciella behov och förutsättningar. Resultatet visade även här på signifikant förbättring på symtom, balansförmåga och livskvalitet. Yardley [113] påtalar dock att en psykologisk effekt troligen bidragit till resultatet och att denna behandling kanske endast är lämpad för väl motiverade patienter.

I Uppsala har en studie [114] med balansträning kombinerad med kognitiv beteende terapi visat signifikant förbättring hos en grupp äldre patienter, 65-80 år. Den kognitiva beteendeterapin var utformad för att förbättra avslappning, minska ångest och undvikande beteende.

Walsh [115] genomförde en fokusgruppstudie med 19 sjuksköterskor inom primärvården för att undersöka hur de uppfattade sin roll vid rehabilitering av kroniskt yra patienter. Analysen av intervjuerna identifierade fyra teman; skapande av en specialistsjuksköterska, den terapeutiska rollen, ansvar och ramar för rollen och tidsaspekten. Sjuksköterskorna var positiva och såg att detta var något som passade väl i sjuksköterskerollen och ansåg också att patienter har lättare för att diskutera sina problem med en sjuksköterska än med en läkare.

En sjuksköterska med fördjupade kunskaper inom yrselsjukdomar – behandling, rehabilitering och omvårdnad – bör kunna ge information och undervisning och utgöra ett stöd och vara den ”spindel i nätet” som patienterna efterfrågar. Grunden för en framtida sjuksköterskeledd interventionsstudie bör ta lärdom av ovanstående studier och bygga på individuellt omhändertagande. En rutinmässig klinisk användning av både yrselspecifika och generella frågeformulär bör användas för att identifiera varje patients situation och behov av stöd. Detta får stöd av en nyligen genomförd studie av Duracinsky [100]) som visade att det för närvarande inte finns relevanta och validerade yrselspecifika frågeformulär som tillräckligt väl bedömer påverkan på livskvaliteten. King [77] anser att sjuksköterskan har skyldighet att skapa en relation med patienten. Därefter kan ett individuellt utvecklat stödprogram utformas av patienten och sjuksköterskan med syfte att hjälpa patienten återvinna ett välbefinnande och uppnå de vitala mål som definieras och där det personliga, mellanmänskliga och sociala systemet kan samverka [75, 76]. Patienten är delaktig i omvårdnadsprocessens alla faser och får stöd av sjuksköterskan att uppnå de mål som är satta.

Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder bör med stöd av ovanstående omfatta:

- information om hur balanssystemet fungerar,
- instruktion om lämplig rehabiliterande balansträning,
- rådgivning, stöd och möjlighet att få diskutera strategier i att hantera yrsel och balansbesvär för att inte undvika eller avstå från aktiviteter som är viktiga för att ge livet ”guldkant”.

För att genomföra detta är ett flertal av begreppen i Kings begreppsram aktuella.

Kommunikation, interaktion, transaktion och perception är förutsättningen för en god relation med patienten och att sjuksköterskan har respekt för patientens *beslutfattande* och personliga *revir*. Det är också viktigt att sjuksköterskan använder sin *roll, auktoritet, makt* och *status* för att stödja patienten när *organisationen* uppvisar begränsningar.

Enligt King är det vad sjuksköterskan gör med och för patienten som är avgörande för måluppfyllelsen och som utgör skillnaden mellan omvårdnad och andra professioner.

Detta stämmer väl med Johnsons [116] påstående att speciellt äldre patienter kan behöva sjuksköterskans hjälp att sätta ord på sina yrselproblem för att få rätt underlag för optimal behandling.

Kovar [117] går ett steg längre och tillägger att sjuksköterskor verksamma inom äldre vården bör lära sig att utföra Epleys manöver eftersom lägeyrsl är så vanligt förekommande hos äldre patienter. Detta kan ifrågasättas eftersom denna behandling måste föregås av korrekt diagnostik. Sjuksköterskorna i fokusgruppstudien [115] påtalade även vikten av samarbete och behov av stöd från ansvarig läkare.

8.3 Metodologiska aspekter

Personerna med yrsel i delarbete I skattade signifikant sämre hälsa (SRH) och tillfredsställelse med olika situationer än personer utan yrsel även om ingen kontroll för påverkan av andra sjukdomar har gjorts. Denna påverkan finns troligen i båda grupperna. Svarefrekvensen i denna studie var 61 % vilket är tillräckligt i denna typ av studie enligt Krosnick [118] som påtalar att när man försökt höja svarefrekvensen har detta inte påverkat resultatet.

Valet av att som inledning genomföra intervjuer med yrslpatienter gav en djupare förståelse för hur det är att leva med yrsel och ett bra underlag för kommande val av frågeformulär. Att låta patienterna besvara fem frågeformulär (218 frågor) kan ifrågasättas. Den höga svarefrekvensen (99 %) och det nästan obefintliga interna bortfallet talar dock för att ett behov finns hos patienterna att få möjlighet att beskriva sina symtom och konsekvenserna därav.

SIP, KASAM-formuläret och HAD skalan är valida och reliabla instrument vilket gör det möjligt att jämföra resultat från andra studier. SIP formuläret finns även i en kortare version, SIP68, där antalet frågor reducerats kraftigt. Detta formulär har jämförts med SIP med 136 frågor [119, 120] och med SF36 [121] och befunnits vara ett väl lämpat generiskt frågeformulär. Detta kan kanske vara ett mer lämpat alternativ för yrslpatienter i framtiden.

Vertigo Symptom Scale (VSS), frågeformuläret angående själva yrseln och medföljande symtom, visade sämre reliabilitet och validitet och bör revideras före framtida användning. När denna studie startades bedömdes att formuläret saknade några för oss kliniska vanliga beskrivningar av yrslsymtomen. Ett av dessa; känsla av att underlaget känns gungigt, som att gå på moln, visade sig vara det symtom som var starkast relaterat till inskränkningar i dagligt liv. Däremot kan vissa av de i VSS ingående somatiska symtomens betydelse ifrågasättas eftersom dessa ej befanns noterade av patienter som skrivit dagbok om sina yrslanfall [122]

9 SLUTSATSER

De slutsatser som dras av detta avhandlingsarbete är kanske inte generaliserbara men det finns starka indikationer på att:

- Förekomsten av yrsel är vanlig i befolkningen och med yrseln följer en försämrad självskattad hälsa och livskvalitet. Patienter med yrsel måste få en korrekt diagnos eftersom detta är en nödvändig förutsättning för rätt behandling och omvårdnad.
- I bedömning och uppföljning är patientens perspektiv essentiellt. Patienter med yrsel behöver information, stöd och kontinuitet i hantering av symtom och konsekvenser av dessa i det dagliga livet. De behöver alltså bli bemötta med respekt, förståelse, intresse och kunskap.
- En övergripande fråga där patienten själv skattar sin hälsa ger värdefull information om hur omfattande bedömning som är aktuell.
- För att få en djupare beskrivning och förståelse för patientens totala livssituation i relation till sjukdomen bör såväl generiska som sjukdomsspecifika bedömningsinstrument användas.
- I denna studie stod inte patienternas skattning av sina symtom (disease) i relation till skattningen av sitt illabefinnande (illness). Om patienten hade högre känsla av sammanhang så medförde detta mindre negativa konsekvenser vilket indikerar att patientens egen förmåga att hantera en påfrestande sjukdom är avgörande.
- Framtida forskning bör även ha ett genusperspektiv eftersom denna avhandling visat att män skattar mer emotionell påverkan av yrsel än kvinnor.
- Interventioner som utgår från varje enskild patients situation bör fortlöpande studeras.

10 TILLKÄNNAGIVANDEN

Jag vill uttrycka min uppskattning till alla de personer som på olika sätt gjort detta arbete möjligt och jag vill särskilt tacka

Alla de patienter som genom intervjuer och frågeformulär så generöst delat med sig av sina synpunkter och erfarenheter

Min huvudhandledare Ann Langius Eklöf, för Din stora övertygelse om att vårdforskning är viktigt, för stort engagemang och kunskap, för extra stöd när det behövs och för att Du trott på min förmåga att genomföra detta projekt

Johan Bergenius, för att Du både i ord och handling såg till att detta blev möjligt, för att det alltid är lämpligt att tala om forskning omkring yrselpatienten ett yrselprojekt utan Dig är svårt att tänka sig

Hjördis Björvell för hjälp och stöd med att börja med detta projekt och för att Du alltid delat min entusiasm och Kim Lützen, för Din ovärderliga handledning och stöd med den kvalitativa bearbetningen

Mariana Eriksson, för Din utomordentliga insats med datainsamlingen, utan Dig hade svarsfrekvensen aldrig blivit så hög och Tessa Laurinen för att du alltid kan ordna det som behövs

Anders Sjöberg, för att Du gjort statistik så användbar, förståelig och angenäm Anna–Lena Undén, för att vi fick vara med i befolkningsstudien och Stig Elofsson för den statistiska bearbetningen

Birgitta Klang, för att Du alltid tror på min förmåga, ibland mer än jag själv och för att Du alltid finns när jag som bäst behöver Dig

Alla mina forskarkollegor för uthållighet att lyssna på mina problem och för att Ni förstått att den viktigaste forskningen är just den jag håller på med!

Sist, men definitivt inte minst, Lennart, för att Du alltid ifrågasätter och aldrig någonsin tycker att något är så bra att det inte kan bli oändligt mycket bättre!

Rikard och Eva, Karin och Anders för stöd och trevliga stunder

Mina härliga barnbarn, Theodor, Gabriel och Gustav

Ni är min oas

Denna forskning har finansierats med stöd från Svenska Sällskapet för Medicinsk Forskning på Karolinska Institutet, Forskningsnämnd Vård på Karolinska Institutet, Vårdalstiftelsen, f.d. Hälsohögskolan i Stockholm, Karolinska Sjukhuset, Karolinska Institutet, Svensk Sjuksköterskeförening och Hörselskadades Riksförbunds Forskningsfond

11 REFERENSER

1. Tibblin G, Bengtsson C, Furunes B, Lapidus L. Symptoms by age and sex. The population studies of men and women in Gothenburg, Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1990; 8:9-17.
2. Jönsson R, Sixt E, Landahl S, Rosenhall U. Prevalence of dizziness and vertigo in an urban elderly population. *Journal of Vestibular Research*, 2004; 14(1):47-52.
3. Yardley L, Owen N, Nazareth I, Luxon L. Prevalence and presentation of dizziness in a general practice community sample of working age people. *British Journal of General Practice*, 1998; 48:1131-1135.
4. Nazareth I, Yardley L, Owen N, Luxon L. Outcome of symptoms of dizziness in a general practice community sample. *Family Practice*, 1999; 16:616-618.
5. Baloh RW. Dizziness in older people. *Journal of American Geriatrics Society*, 1992; 40:713-721.
6. Baloh RW. Disequilibrium and gait disorders in older people. *Clinical Gerontology*, 2002; 12:21-30.
7. Henriksson NG, Pyykkö I, Forskning och praktik: Om yrsel. 1984, Lund: Sandoz.
8. Bergenius J, Hannerz J, Lundin A, Pehrsson K, Bagger-Sjöbäck D, Tistad M, Yrsel, ett tvärvetenskapligt perspektiv. 2000, Lund: Studentlitteratur.
9. Tomanovic T, Bergenius J. Hur vanligt är "vanliga" och "ovanliga" symptom vid perifer vestibulär störning? *Svensk ÖNH-Tidskrift*, 2006; 4:23-26.
10. Bath AP, Walsh RM, Ranalli P, Tyndel F, Bance ML, Mai R, Rutka JA. Experience from a multidisciplinary "Dizzy" clinic. *The American Journal of Otolaryngology*, 2000; 21:92-97.
11. Drachman DA. Occam's razor, geriatric syndromes and the dizzy patient. *Annals of Internal Medicine*, 2000; 132(5):403-405.
12. Salles N, Kressig RW, Michel J-P. Management of chronic dizziness in elderly people. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2003; 36(1):10-15.
13. Minor LB, Schessel DA, Carey JP. Ménière's disease. *Current Opinion in Neurology*, 2004; 17:9-16.
14. Hessén Söderman AC, Möller J, Bagger-Sjöbäck D, Bergenius J, Hallqvist J. Stress as a trigger of attacks in Meniere's disease. A case-crossover study. *Laryngoscope*, 2004; 114:1843-1848.
15. Baloh RW, Jacobson K, Winder T. Drop attacks in Menieres syndrome. *Annals of Neurology*, 1990; 28:384-387.
16. Havia M, Kentala E. Progression of symptoms of dizziness in Ménière's disease. *Archives of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*, 2004; 130:431-435.
17. El-Kashlan HK, Telian SA. Diagnosis and initiating treatment for peripheral system disorders. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 2000; 33(3):563-577.

18. Bergenius J, Perols O. Vestibular neuritis: a Follow-up Study. *Acta Otolaryngologica*, 1999; 119:895-899.
19. Salvinelli F, Firrisi L, Casale M, M. T, D'Ascanio L, Lamanna F, Greco F, Constantino S. Benign paroxysmal positional vertigo: diagnosis and treatment. *Clinical Therapy*, 2004; 155(9):395-400.
20. Derebery MJ. The diagnosis and treatment of dizziness. *Medical Clinics of North America*, 1999; 83(1):163-177.
21. Bowen J. Dizziness: a diagnostic puzzle. *Hospital Medicine*, 1998; 34(1):39-44.
22. Tribukait A, The subjective visual horizontal in the diagnosis of vestibular disorders. Physiological and clinical considerations. Department of Audiology. 1997, Karolinska Institutet: Stockholm.
23. Tribukait AB, K. Bergenius, J. Function of semicircular canals, utricles and saccules in deaf children. *Acta Otolaryngologica*, 2004; 124(1):41-8.
24. Clarke AH. Perspectives for the comprehensive examination of semicircular canal and otolith function. *Biological Sciences in Space*, 2001; 15(4):393-400.
25. Stone H. Vertigo: A practical approach. *Emergency Medicine Australasia*, 2004; 16:13-16.
26. Baloh RW. Vertigo. *Lancet*, 1998; 352:1841-1846.
27. Baloh RW. The dizzy patient. *Postgraduate Medicine*, 1999; 105(2):161-164, 167-172.
28. Hessén Söderman A-C, Ahlner K, Bagger-Sjöbäck D, Bergenius J. Surgical Treatment of Vertigo-The Karolinska Hospital Policy. *American Journal of Otolaryngology*, 1996; 17(1):93-98.
29. Thorp MAJ, A. L. Prosper Ménière. *Lancet*, 2005; 366:2137-2139.
30. Ghossaini SNW, J.J. An update on the surgical treatment of Meniere's diseases. *Journal of American Academ Audiologi*, 2006; 17(1):38-44.
31. Bergenius J, Brantberg K. Framsteg rörande yrsel och balansrubbingar - Idag kan de flesta patienter få symtomlindringar. *Läkartidningen*, 1997; 94(30-31):2639-2642.
32. Swartz R, Longwell P. Treatment of vertigo. *American Family Physician*, 2005; 71:1115-1122, 1129-1130.
33. Asmundson GJG, Larsen DK, Stein MB. Panic disorder and vestibular disturbance: An overview of empirical findings and clinical implications. *Journal of Psychosomatic Research*, 1998; 44(1):107-120.
34. Kroenke K, Lucas CA, Rosenberg ML, Scherokman BJ. Psychiatric disorders and functional impairment in patients with persistent dizziness. *Journal of General Internal Medicine*, 1993; 8:530-535.
35. Yardley L. Prediction of handicap and emotional distress in patients with recurrent vertigo: symptoms, coping strategies, control beliefs and reciprocal causation. *Social Science and Medicine*, 1994; 39(4):573-581.
36. Yardley L. Overview of psychologic effects of chronic dizziness and balance disorders. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 2000; 33(3):603-635.
37. Yardley L, Dibb B, Osborne G. Factors associated with quality of life in Meniere's disease. *Clinical Otolaryngology*, 2003; 28:436-441.

38. Best C, Eckhard-Henn A, Diener G, Bense S, Breuer P, Dieterich M. Interaction of somatoform and vestibular disorders. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2006; 77(5):658-664.
39. Hågnebo C, Melin L, Andersson G. Coping strategies and anxiety in Meniere's disease. *Psychology, Health and Medicine*, 1999; 4(1):17-26.
40. Hågnebo C. Vertigo as a companion through life - empirical studies regarding psychological factors in Menière's disease. 1998, Uppsala University.
41. Honrubia V, Bell TS, Harris MR, Baloh RW, Fisher LM. Quantitative evaluation of dizziness characteristics and impact of quality of life. *American Journal of Otolaryngology*, 1996; 17:595-602.
42. Yardley L, Masson E, Verschuur C, Haacke N, Luxon L. Symptoms, anxiety and handicap in dizzy patients: Development of the Vertigo Symptom Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 1992; 36:731-741.
43. Yardley L, Putman J. Quantitative analysis of factors contributing to handicap and distress in vertiginous patients: a questionnaire study. *Clinical Otolaryngology*, 1992; 17:231-236.
44. Yardley L. Contribution of symptoms and beliefs to handicap in people with vertigo: a longitudinal study. *British Journal of Clinical Psychology*, 1994; 33:101-113.
45. Enloe LJ, Shields RK. Evaluation of health-related quality of life in individuals with vestibular disease using disease-specific and general outcome measures. *Physical Therapy*, 1997; 77(9):890-903.
46. Fielder H, Denholm SW, Lyons RA, Fielder CP. Measurement of health status in patients with vertigo. *Clinical Otolaryngology*, 1996; 21:124-126.
47. Grimby A, Rosenhall U. Health-related quality of life and dizziness in old age. *Gerontology*, 1995; 41:286-298.
48. Larsen PDL, I.M., Chronic illness: impact and intervention. (5th ed.) 2002: Sudbury, Mass: Jones and Bartlett.
49. Lubkin IM, Chronic illness. Impact and interventions. (3d ed.). 1995, Boston: Jones and Bartlett Publishers.
50. Bowling A. What things are important in peoples's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science and Medicine*, 1995; 41(10):1447-1462.
51. Hansson Sherman M. Den besvärlige patienten. 1998, Lund: Studentlitteratur.
52. WHO. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva: 1980.
53. Smedby B, Dahl T. WHO:s nya klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa En presentation av ICF. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 2002; 79(6):486-496.
54. Conrad P. Qualitative research on chronic illness: a commentary on method and conceptual development. *Social Science and Medicine*, 1990; 30:1257-1263.
55. Nordenfelt L, Livskvalitet och hälsa - Teori och kritik. 1991, Falköping: Almqvist & Wiksell.
56. Nordenfelt L. On health, ability and activity: Comments on some basic notions in the ICF. *Disability & Rehabilitation*, 2006; 28(23):1461-1465.

57. Nordenfelt L. The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2007; 10:5-10.
58. Eldh A, Ekman I, Ehnfors M. Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*, 2006; 13(5):503-14.
59. Snyder C, Dy S, Hendricks D, Brahmer J, Carducci M, Wolff A, Wu A. Asking the right questions: investigating needs assessments and health-related quality-of-life questionnaires for use in oncology clinical practice. *Supportive Care in Cancer*, 2007; 15(9):1075-85.
60. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patients' and nurses' perceptions of nursing problems in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 51(2):140-149.
61. Velikova G, Wright P, Smith A, Stark D, Perren T, Brown J, Selby P. Self-reported quality of life of individual cancer patients: concordance of results with disease course and medical records. *Journal of Clinical Oncology*, 2001; 19(7):2064-2073.
62. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated Health: A Predictor of Mortality Among the Elderly. *American Journal of Public Health*, 1982; 72:800-808.
63. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 1997; 38:21-37.
64. Gutman GM, Stark A, Donald A, Beattie BL. Contribution of self-reported health ratings to predicting frailty, institutionalization, and death over a 5-year period. *International Psychogeriatrics*, 2001; 13 (Supplement 1):223-31.
65. Unden A-L, Elofsson S. Självupplevd hälsa. Faktorer som påverkar människors egen bedömning. Forskningsrådsnämnden, Stockholm: 1998.
66. Svedberg P, Factors of importance for self-rated health, in Department of medical epidemiology and biostatistics. 2006, Karolinska Institutet: Stockholm.
67. Andersen FK, Christensen K, Frederiksen H. Self-rated health and age: A cross-sectional and longitudinal study of 11,000 Danes aged 45-102. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2007; 35:164-171.
68. Idler EL. Discussion: Gender Differences in Self-rated Health, in Mortality, and in the Relationship between the two. *The Gerontologist*, 2003; 43(3):372-375.
69. Hanson MR. The dizzy patient. A practical approach to management. *Postgraduate Medicine*, 1989; 85(2):99-108.
70. Anderson DC, Yolton RL, Reinke AR, Kohl P, Lundby-Ekman L. The dizzy patient: A review of etiology, differential diagnosis, and management. *Journal of the American Optometric Association*, 1995; 66(9):545-558.
71. Hallam RS, Beys J, Jakes SC. Symptom reporting and objective test results: Exploration of the desynchrony. *Advances in Audiology*, 1988; 5:129-136.
72. Morse JM, Johnson JL, Towards theory of illness: The illness constellation model. In: The illness experience - Dimensions of suffering. Morse JM and Johnson JL (eds.) 1991, Sage: London.
73. Antonovsky A, Hälsans mysterium. 1991, Köping: Natur och Kultur.

74. Langius Eklöf A, Salutogenes och känsla av sammanhang. In: Psykosocial cancervård. Carlsson M (ed.). 2007, Studentlitteratur.
75. King IM. Health as the goal for nursing. *Nursing Science Quarterly*, 1990; 3(3):123-128.
76. King IM. Quality of life and goal attainment. *Nursing Science Quarterly*, 1993; 7(1):29-32.
77. Forchuk C, Sieloff Evans CL, O'Connor N. Anteckningar om omvårdnadsteorier II. 1995, Lund: Studentlitteratur.
78. Langius A, Björvell H. Coping ability and functional status in a Swedish population sample. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 1993; 7:3-10.
79. Langius A, Björvell H, Lind M. Functional status and coping in patients with oral and pharyngeal cancer before and after surgery. *Head and Neck*, 1994; 16:559-568.
80. Klang B, Björvell H, Clyne N. Quality of life in predialytic uremic patients. *Quality of Life Research*, 1996; 5:109-116.
81. Sullivan M, Ahlmén M, Archenholtz B, Svensson G. Measuring health in rheumatic disorders by means of a Swedish version of the Sickness Impact Profile. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1986; 15:193-200.
82. Langius A, Björvell H. Den salutogena modellen och användning av KASAM-formuläret i omvårdnadsforskning-en metodredovisning. *Vård i Norden*, 1996; 16(28-32).
83. Tibblin GT, B. Peciva, S. Kullman, S. Svärdsudd, K. The Gothenburg quality of life instrument - an assessment of well-being and symptoms among men born in 1913 and 1923. Methods and validity. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1990; Suppl, 1:33-38.
84. Yardley L, Medina SMD, Jurado CS, Morales TP, Martinez RA, Villegas HE. Relationship between physical and psychosocial dysfunction in Mexican patients with vertigo: a cross-cultural validation of the vertigo symptom scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999; 46(1):63-74.
85. Bergner M, Bobitt RA. The Sickness Impact Profile. Development and final revision of the health status measure. *Medical Care*, 1981; 19:787-805.
86. Sullivan M. The sickness impact profile (SIP): an instrument for overall health assessment: a basic evaluation. *Journal for Drug Therapy and Research*, 1988; 13:167-169.
87. Zigmond A, Snaith RP. The Hospital and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica (Copenhagen)*, 1983; 67:361-370.
88. Herrmann C. International experiences with the hospital anxiety and depression scale-a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 1997; 42(1):17-41.
89. Antonovsky A. The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, 1993; 36(6):725-733.
90. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007; 59:460-466.
91. Langius A. Quality of life aspects in cases of oral cancer. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 1997; 1:212-219.

92. Starrin B. Från upptäckt till presentation. Om kvalitativ metod och teorigenerering på empirisk grund. 1991, Lund: Studentlitteratur.
93. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research - grounded theory procedures and techniques. 1990, London: SAGE Publications.
94. Hartman J. Grundad teori Teorigenerering på empirisk grund. 2001, Lund: Studentlitteratur.
95. Polit DF, Hungler BP, Nursing Research - Principles and Methods (5th ed.) 1995, Philadelphia: J.B Lippincott Company.
96. Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF. Effect Sizes for Interpreting Changes in Health Status. *Medical Care*, 1989; 27(3):178-189.
97. Socialstyrelsen, Folkhälsorapport 2005. Stockholm.
98. Johannisson K. Diagnosen frälser och förbannar. *Axess*, 2003; 5:33-35.
99. Hanley K, O'Dowd T. Symptoms of vertigo in general practice: a prospective study of diagnosis. *British Journal of General Practice*, 2002; 52:809-812.
100. Duracinsky M, Mosnier I, Bouccara D, Sterkers O, Chassany O. Literature Review of Questionnaires Assessing Vertigo and Dizziness, and Their Impact on Patients' Quality of Life. *Value in Health*, 2007; 10(4):273-284.
101. Gustavsson B. Living with dysphagia. Some aspects of the experimental meaning of handicap, adaptedness and confirmation. 1992, Karolinska Institutet: Stockholm.
102. Henriksson C, Living with fibromyalgia. 1995, Linköpings Universitet: Linköping.
103. Söderberg S, Lundman B. Transitions experienced by women with fibromyalgia. *Health Care for Women International*, 2001; 22(7):617-631.
104. Yardley L, Todd AM, Lacoudraye-Harter MM, Ingham R. Psychosocial consequences of recurrent vertigo. *Psychology and Health*, 1992; 6:85-96.
105. Strauss AL, Corbin J, Fagerhaugh S, Glaser BG, Maines D, Suczek B, Wiener CL. Chronic illness and the quality of life. Vol. 2 uppl. 1984, St. Louis.
106. Bailey KE, Sloane PD, Mitchell M, Preisser J. Which primary care patients with dizziness will develop persistent impairment? *Archives of Family Medicine*, 1993; 2:847-852.
107. Antonovsky A, Unraveling the Mystery of Health; How people manage stress and stay well. 1987, San Francisco: Jossey-Bass Publisher.
108. Söderberg S, Lundman B, Norberg A. Living with fibromyalgia: Sense of coherence, perception of well-being, and stress in daily life. *Research in Nursing and Health*, 1997; 20:495-503.
109. Flensburg-Madsen T, Ventegott S, Merrick J. Why is Antonovsky's sense of coherence not correlated to physical health? Analysing Antonovsky's 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). *Scientific World Journal*, 2005; 14(5):767-776.
110. Bird JC, Beynon GJ, Prevost AT, Baguley DM. An analysis of referral patterns for dizziness in the primary care setting. *British Journal of General Practice*, 1998; 48:1828-1832.
111. Bain J. Natural history and management of dizziness: putting evidence into practice. *British Journal of General Practice*, 1998(April):1128-1129.

112. Yardley L, Beech S, Zander L, Evans Y, Weinman J. A randomized controlled trial of exercise therapy for dizziness and vertigo in primary care. *British Journal of General Practice*, 1998; 48:1136-1140.
113. Yardley L, Donovan-Hall M, Smith HE, Walsh BM, Mullee M, Bronstein AM. Effectiveness of Primary Care-Based Vestibular Rehabilitation for Chronic Dizziness. *Annals of Internal Medicine*, 2004; 141:598-605.
114. Johansson M, Åkerlund D, Larsen HC, Andersson G. Randomized controlled trial of vestibular rehabilitation combined with cognitive-behavioral therapy for dizziness in older people. *Otolaryngology Head & Neck Surgery*, 2001; 125(3):151-156.
115. Walsh BM, Yardley L, Donovan-Hall M, Smith HE. Implementation of nurse-delivered vestibular rehabilitation in primary care: a qualitative study of nurses' views on involvement in an innovative service. *Journal of Clinical Nursing*, 2007; 16:1072-1081.
116. Johnson M. When the report is dizziness. *Geriatric Nursing*, 2006; 27(1):41-44.
117. Kovar MJ, T. Jones, S. Diagnosing and treating benign paroxysmal positional vertigo. *Journal of Gerontology Nursing*, 2006; 32(12):28-29.
118. Krosnick JA. Survey research. *Annual Reviews Psychology*, 1999; 50:536-567.
119. de Bruin AF, Buys M, de Witte LP, Diederiks JP. The sickness impact profile: SIP68, a short generic version. First evaluation of the reliability and reproducibility. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1994; 47(8):863-871.
120. Nanda U, McLendon PM, Andresen EM, Armbrecht E. The SIP68: an abbreviated sickness impact profile for disability outcomes research. *Quality of Life Research*, 2003; 12(5):583-595.
121. Hacking HG, Post MW, Schepers VP, Visser-Meily JM, Lindeman E. A comparison of 3 generic health status questionnaires among stroke patients. *Journal of Stroke Cerebrovascular Disease*, 2006; 15(6):235-240.
122. Faag C, Bergenius J, Forsberg C, Langius Eklöf A. Symptoms experienced by patients with peripheral vestibular disorders: evaluation of the Vertigo Symptom Scale for clinical application. *Clinical otolaryngology*, 2007, accepted for publication.